

L'importance du problème

Incidence, mortalité, survie

Mortalité, incidence ou survie sont les indicateurs qui permettent de mesurer l'impact des cancers. Les cancers sont en fait un ensemble de pathologies dont la fréquence, le pronostic et l'évolution sont très variables.

Le Baromètre santé, élaboré par le Comité français d'éducation pour la santé, indique que le cancer arrive en 2^e position, derrière les accidents de la circulation, dans l'échelle des risques et maladies les plus redoutés des Français [2]. Cette mauvaise image n'a rien de surprenant quand on constate qu'en 1996 les cancers ont été responsables de 147 000 décès en France [25]. Ils représentent depuis la fin des années quatre-vingt un peu plus de 30 % des décès chez les hommes et plus de 20 % chez les femmes ; ils sont la cause de 32 % des années potentielles de vie perdues avant 75 ans. Mais l'impact du cancer ne se mesure pas qu'en termes de mortalité, avec environ 240 000 cas diagnostiqués en France chaque année, le cancer représente plus de 6 % des séjours à l'hôpital et près du quart des hospitalisations de moins de 24 heures [31].

Indicateurs et sources d'informations

Pour mesurer l'importance épidémiologique des cancers nous pouvons utiliser les indicateurs classiques que sont la mortalité, l'incidence et la survie, nous ne disposons pas encore d'information fiable sur la prévalence.

La mortalité

En France les informations sur la mortalité par cancer sont collectées à partir des certificats de décès exploités par l'Inserm. Les résultats de l'exploitation de ces données sont publiés annuellement au niveau de la France et des départements. Le principal avantage des

données de mortalité est d'avoir un recul important et une couverture nationale. En effet, des informations assez détaillées sur la mortalité par cancer sont disponibles de façon continue depuis la fin des années

définitions

Taux standardisé

Le taux de mortalité standardisé reflète ce que serait la mortalité dans une population si celle-ci avait une structure par âge fixée arbitrairement. Les taux standardisés permettent donc de faire des comparaisons entre des populations différentes car ils font abstraction de la pyramide des âges ; mais ils ne doivent servir qu'à cela car ils varient avec la structure d'âge choisie comme référence (population européenne, population mondiale...).

La mortalité pour

une pathologie permet de rendre compte du nombre de personnes décédées à cause de cette maladie durant une période donnée. Il est habituel de la présenter sous forme de taux c'est-à-dire que le nombre de morts par cette maladie est rapporté au nombre de personnes présentes dans la population durant la période étudiée (d'habitude ces taux sont présentés pour 100 000 personnes). Pour décrire la mortalité, les taux peuvent être calculés globalement (taux brut) ou par tranches d'âge (taux spécifiques par âges). Compte tenu de la différence de la fréquence des décès en fonction de l'âge on ne devrait théoriquement comparer la mortalité entre deux populations ou entre deux périodes différentes que tranche d'âge par tranche d'âge. En pratique, on utilise les indicateurs synthétiques que sont les taux standardisés.

Pascale Grosclaude
Médecin
épidémiologiste

Bernard Faliu
Médecin
épidémiologiste
Réseau français des
registres de cancer
(francim@cict.fr)

cinquante pour l'ensemble de la France. Des informations comparables sont disponibles pour de nombreux pays, elles sont publiées chaque année par l'OMS dans un annuaire des statistiques sanitaires mondiales. La qualité des statistiques de mortalité est souvent critiquée car les informations figurant sur les certificats de décès sont relativement imprécises, voire erronées dans un certain nombre de cas. Il est par exemple difficile de considérer que la fréquence du cancer primitif du foie puisse être étudiée à partir des données de mortalité, car une partie des certificats de décès mentionnant un cancer du foie font en fait référence à des métastases hépatiques. Malgré ces réserves, mais du fait de leur universalité et de leur recul, les données de mortalité sont souvent utilisées dans des comparaisons géographiques et des études de tendances évolutives servant de base à la mise en évidence de facteurs de risque.

L'incidence

L'incidence ne peut être connue que grâce aux registres de cancer qui réalisent un enregistrement exhaustif et sans double compte des cas diagnostiqués dans la population d'une zone définie géographiquement. Le

L'incidence d'une pathologie décrit le nombre de cas diagnostiqués durant une période donnée. On peut mesurer l'incidence en donnant seulement le nombre de cas, mais comme pour la mortalité, il est plus habituel de la présenter sous forme de taux c'est-à-dire que le nombre de cas diagnostiqués est rapporté au nombre de personnes susceptibles d'avoir la maladie durant la période étudiée. Comme pour la mortalité on utilise pour l'incidence des taux bruts et des taux standardisés.

La prévalence d'une pathologie mesure le nombre de personnes atteintes par cette maladie à un moment donné. C'est un indicateur qui mesure mieux les besoins en matière de soins que ne le fait l'incidence, surtout dans le cas des pathologies chroniques. Comme l'incidence elle s'exprime sous forme de taux bruts, ou standardisés, si l'on veut faire des comparaisons.

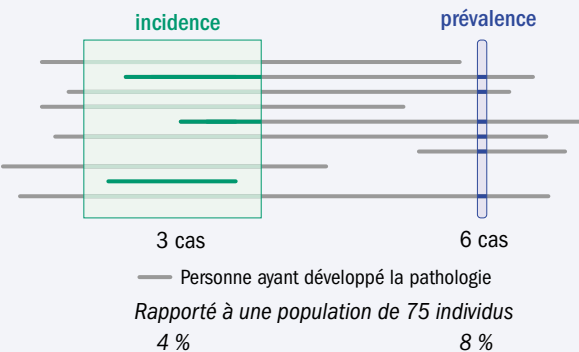
La survie est un indicateur utilisé en cancérologie pour mesurer la gravité d'un cancer et l'efficacité des traitements. Dans les études faites à partir de données de population, on calcule plus volontiers une survie relative, car on désire estimer le rôle propre du cancer dans la mortalité observée chez les malades. En effet, la survie observée dans les cohortes de malades de différents pays est le résultat de la mortalité due au cancer à laquelle s'ajoute la mortalité naturelle de la population de ces pays. De façon schématique, le calcul de la survie relative consiste à retrancher à la mortalité observée la mortalité attendue dans la population générale pour ne conserver que la part liée au cancer étudié. Comme les indicateurs présentés plus haut, les taux de survie devraient être standardisés pour être comparés, mais cette précaution n'est prise que dans peu de publications.

développement des registres de cancer dans le monde date du début des années cinquante. En France, le premier registre n'a été créé qu'en 1975 dans le Bas-Rhin. Actuellement, il existe en France métropolitaine 15 registres reconnus par le Comité national des registres : 9 registres généraux (recensant toutes les tumeurs malignes) et 6 registres spécialisés. La population ainsi surveillée représente plus de 10 % de la population française. Ces registres sont fédérés au sein du Réseau français des registres de cancer (Francim) ce qui leur permet de réaliser des travaux mettant en commun leurs données. Le Centre international de recherche sur le cancer publie tous les quatre ans les taux d'incidence mesurés par les registres de cancers existants dans le monde [29]. Il a aussi étudié les tendances évolutives de l'incidence et de la mortalité dans le monde.

Même lorsque les registres ne couvrent pas l'ensemble du territoire, comme c'est le cas en France, il est possible d'estimer le nombre de cas attendus. Ces dernières années, plusieurs estimations ont été faites pour la France à différentes périodes : 1978-1982, 1983-1987 [18], 1975-1995 [28]. Ces estimations diffèrent un peu dans leurs méthodes mais toutes sont fondées sur l'hypothèse que pour chaque cancer il existe une relation constante entre l'incidence et la mortalité pour un âge et un sexe donnés. Ainsi, à partir du rapport mortalité/incidence observé dans les zones où existent des registres, on peut, grâce à la mortalité observée sur l'ensemble du territoire, calculer le nombre de cas qui y sont diagnostiqués. Avec cette méthode il n'est pas nécessaire que l'incidence observée dans les zones couvertes par les registres soit représentative de celle de l'ensemble de la population. En revanche, l'hypothèse d'un rapport mortalité/incidence constant implique que la survie est constante, ce qui est probablement vrai pour l'ensemble de la France à une période donnée, mais qui est sûrement faux pour deux périodes différentes. Dès que l'on veut faire des projections pour estimer des taux à venir, il faut aussi modéliser les tendance évolutives du rapport mortalité/incidence.

La survie

La mesure de la survie des malades cancéreux fait l'objet de nombreuses publications, mais est rarement étudiée dans la population générale. Les études de la survie réalisées sur l'ensemble des cas incidents sont très différentes des études faites à partir de séries hospitalières ou de sujets inclus dans des essais thérapeutiques. Ces dernières, même quand elles suivent des milliers de malades, comme l'Enquête permanente cancer (EPC) [20] effectuée par les centres de lutte contre le cancer ne reflètent pas la diversité de ce qui se passe pour l'ensemble de la population, car elles portent sur des populations soumises à des effets de sélection. Les taux de survie établis grâce aux registres peuvent être utilisés pour apprécier l'efficience globale du système



Le Circ

Le Centre international de recherche sur le cancer a publié plusieurs atlas de la mortalité par cancer. Pour la France, l'Inserm a publié deux atlas de mortalité [30] et des études sur l'évolution de la mortalité [23].

sanitaire, c'est-à-dire à la fois la qualité de la prise en charge et les habitudes de recours au système de soins, qui conditionnent en particulier la précocité du diagnostic.

En France, le registre du Bas-Rhin a publié en 1990 une étude sur la survie, mais l'information la plus complète sur ce sujet provient de l'étude Eurocare.

La connaissance de ces trois indicateurs devrait permettre d'en estimer un quatrième : la prévalence, mais le calcul d'une prévalence pertinente est difficile. En matière de cancer, la prévalence correspondrait au nombre de personnes encore vivantes ayant eu un cancer. Mais on doit moduler cette définition car l'intérêt du calcul de la prévalence c'est d'estimer la demande de soins et il est évident, d'une part que la consommation de soins diminue à mesure que l'on s'éloigne du diagnostic et que, d'autre part tous les cancers n'ont pas la même dynamique évolutive. En l'absence d'un suivi qualitatif de tous les patients permettant l'évaluation exacte de la prévalence, le Réseau français des registres de cancer a débuté un travail qui permettra d'estimer la prévalence par stade de deux des cancers les plus fréquents (le cancer colo-rectal et le cancer du sein) mais les résultats de cette étude ne sont pas encore disponibles.

Les cancers en France et en Europe

Les cancers sont avant tout des maladies du sujet âgé. Le vieillissement de la population doit logiquement faire augmenter le nombre des cas de cancer diagnostiqués même en l'absence d'une réelle augmentation du risque. On observe une surmortalité par cancer dans les zones du Nord de la France et une nette sous-mortalité dans le Sud en particulier en Midi-Pyrénées. Ces différences existent pour les deux sexes mais sont plus marquées chez les hommes. La disparité géographique observée pour la mortalité l'est aussi au niveau des données d'incidence ; le registre du Bas-Rhin a, pour l'ensemble des cancers toutes localisations confondues, les taux les plus élevés et le registre du Tarn les taux les plus bas.

Conclusion

Les cancers sont des affections d'une grande hétérogénéité, clinique et épidémiologique, dont les tendances évolutives actuelles sont très variables (voir pages suivantes). Si des progrès thérapeutiques importants ont été réalisés, les bénéfices les plus importants en termes de santé de la population viendront d'une prise en charge plus précoce pour les cancers pouvant être

Taux d'incidence pour les principaux cancers en Europe, période 1988-1992

| | Allemagne | | Autriche | | Danemark | | Espagne | | Finlande | | France | |
|---------------------------|-----------|-------|----------|-------|----------|-------|---------|-------|----------|-------|--------|-------|
| | H. | F. | H. | F. | H. | F. | H. | F. | H. | F. | H. | F. |
| Bouche & pharynx | 22,75 | 3,79 | 12,49 | 3,21 | 11,11 | 4,13 | 25,89 | 2,84 | 8,50 | 3,38 | 41,10 | 4,58 |
| Œsophage | 6,67 | 0,84 | 4,19 | 0,49 | 4,82 | 1,37 | 6,44 | 0,50 | 3,48 | 1,66 | 12,62 | 1,15 |
| Estomac | 18,48 | 9,00 | 26,34 | 15,66 | 9,03 | 4,72 | 18,78 | 8,11 | 16,63 | 9,22 | 11,01 | 4,34 |
| Côlon | 25,48 | 20,42 | 20,52 | 16,65 | 20,62 | 19,85 | 15,31 | 11,35 | 12,77 | 11,63 | 22,03 | 14,88 |
| Rectum | 17,28 | 10,94 | 14,80 | 8,93 | 17,03 | 10,41 | 12,10 | 6,61 | 10,48 | 6,58 | 16,34 | 9,05 |
| Foie | 4,24 | 1,62 | 4,18 | 1,96 | 3,72 | 2,04 | 6,75 | 2,35 | 4,76 | 2,73 | 8,26 | 1,29 |
| Pancréas | 6,91 | 4,20 | 6,97 | 5,65 | 7,83 | 6,38 | 5,58 | 3,29 | 9,45 | 6,99 | 4,83 | 2,75 |
| Larynx | 8,10 | 0,74 | 7,72 | 0,34 | 5,51 | 1,14 | 15,85 | 0,22 | 3,33 | 0,29 | 11,50 | 0,67 |
| Poumon | 70,91 | 10,31 | 54,69 | 11,34 | 51,92 | 25,40 | 49,11 | 3,31 | 54,28 | 8,22 | 52,10 | 5,48 |
| Mélanome cutané | 5,82 | 6,13 | 12,37 | 15,58 | 8,79 | 11,67 | 3,03 | 3,87 | 7,76 | 6,65 | 4,66 | 6,63 |
| Sein | | 61,52 | | 64,87 | | 73,25 | | 45,90 | | 65,01 | | 76,50 |
| Col utérin | | 11,37 | | 17,73 | | 15,24 | | 6,90 | | 3,62 | | 10,31 |
| Corps utérin | | 12,66 | | 13,03 | | 14,67 | | 10,06 | | 12,86 | | 10,88 |
| Ovaire | | 9,64 | | 15,13 | | 13,95 | | 7,56 | | 10,85 | | 9,26 |
| Prostate | 35,91 | | 51,64 | | 31,02 | | 20,56 | | 41,27 | | 45,97 | |
| Testicule | 6,15 | | 6,29 | | 9,18 | | 1,79 | | 2,46 | | 4,29 | |
| Vessie | 23,13 | 5,16 | 28,35 | 6,60 | 27,93 | 7,71 | 27,78 | 3,17 | 15,17 | 3,05 | 20,99 | 3,17 |
| Rein | 12,17 | 5,61 | 14,60 | 7,26 | 8,91 | 5,71 | 6,59 | 2,69 | 12,09 | 6,72 | 10,25 | 4,65 |
| Système nerveux | 5,69 | 5,31 | 5,32 | 5,03 | 6,80 | 4,99 | 6,35 | 4,36 | 7,47 | 5,77 | 4,96 | 3,74 |
| Thyroïde | 1,97 | 3,51 | 2,49 | 7,80 | 0,82 | 2,10 | 1,03 | 3,53 | 1,77 | 6,35 | 1,44 | 4,67 |
| Lymphomes non hodgkiniens | 9,37 | 5,81 | 7,63 | 7,50 | 9,82 | 6,55 | 7,40 | 5,02 | 10,48 | 7,82 | 10,20 | 6,87 |
| Maladie de Hodgkin | 2,34 | 1,85 | 2,59 | 1,85 | 2,86 | 1,60 | 2,51 | 1,58 | 2,38 | 1,75 | 2,46 | 1,62 |
| Myélome multiple | 2,38 | 1,99 | 3,48 | 2,52 | 3,18 | 2,24 | 2,37 | 1,91 | 3,48 | 2,50 | 2,35 | 1,79 |
| Leucémies | 9,25 | 5,82 | 9,59 | 5,74 | 9,63 | 6,04 | 7,44 | 5,07 | 7,14 | 5,08 | 6,95 | 4,38 |

dépistés, et d'un développement de la prévention primaire, notamment pour tous les cancers liés à la consommation d'alcool et de tabac.

En France, la surveillance du cancer repose sur l'analyse des certificats de décès de l'ensemble du territoire et sur un recensement actif fait par les registres de cancer qui ne couvrent qu'environ 10 % de la population française. Bien que les registres soient beaucoup moins développés que dans les pays anglo-saxons où l'incidence est souvent mesurée sur l'ensemble de la population, ce système, moyennant peut-être la création de quelques registres dans l'Ouest de la France, est probablement suffisant pour répondre à la plupart des questions qui peuvent se poser en termes de santé publique, mais une amélioration de la qualité des informations collectées le rendrait plus performant. Un effort doit encore être fait, en particulier auprès de médecins, pour que les mentions figurant sur les certificats de décès soient plus précises et plus fiables. De même, il serait souhaitable que les registres de cancer collectent davantage d'informations (suivi des malades, exposition à des facteurs de risque particulier), mais cela passe par une meilleure intégration de ces structures au système de veille épidémiologique.

L'étude Eurocare

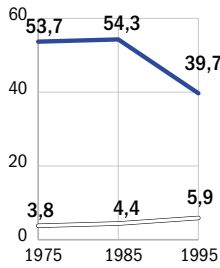
L'étude Eurocare est une étude réalisée par les registres de cancer de 11 pays européens. Elle a pour objectif général de fournir des informations permettant la comparaison de la prise en charge des cancers dans les différents pays d'Europe. La première étape de ce travail a consisté à calculer des chiffres de survie réellement comparables en homogénéisant les définitions et en standardisant les données. Cette étape a donné lieu à la publication d'un ouvrage par le Centre international de recherche sur le cancer [4] ; une deuxième publication devrait venir actualiser ces chiffres prochainement. Les premiers résultats d'Eurocare mettaient en évidence des différences importantes de survie. La seconde étape du travail est donc actuellement consacrée à l'étude des facteurs pouvant expliquer ces différences, qui peuvent trouver leur origine soit dans l'hétérogénéité des prises en charge, soit dans une variation de la précocité des diagnostics.

Taux pour 1 000 000, standardisés sur la population mondiale, d'après M. Parkin 1997 [29]

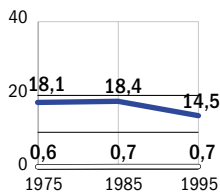
| Pays-Bas | | Irlande | | Italie | | Royaume-Uni | | Suède | | Suisse | | CIM-O | |
|----------|-------|---------|-------|--------|-------|-------------|-------|-------|-------|--------|-------|------------------|----------|
| H. | F. | H. | F. | H. | F. | H. | F. | H. | F. | H. | F. | | |
| 11,77 | 3,66 | 15,70 | 2,77 | 10,08 | 4,21 | 7,35 | 3,19 | 7,79 | 3,61 | 18,38 | 4,67 | Bouche & pharynx | 140-149 |
| 5,24 | 1,90 | 6,50 | 3,41 | 5,35 | 0,83 | 8,05 | 3,78 | 3,05 | 1,02 | 5,80 | 1,31 | Œsophage | 150 |
| 15,39 | 6,12 | 13,32 | 5,00 | 25,41 | 11,93 | 15,27 | 6,09 | 10,72 | 5,39 | 11,96 | 5,28 | Estomac | 151 |
| 21,89 | 18,93 | 24,22 | 20,30 | 19,57 | 14,15 | 20,40 | 16,76 | 17,72 | 15,85 | 20,00 | 13,88 | Côlon | 153 |
| 14,54 | 8,87 | 13,06 | 7,16 | 12,49 | 7,71 | 14,49 | 8,26 | 12,07 | 8,26 | 13,56 | 8,31 | Rectum | 154 |
| 1,58 | 0,64 | 1,64 | 0,37 | 10,28 | 3,21 | 2,02 | 0,96 | 3,41 | 1,79 | 6,72 | 1,36 | Foie | 155 |
| 6,79 | 4,65 | 7,73 | 4,57 | 9,43 | 5,49 | 7,30 | 5,30 | 7,04 | 5,75 | 8,09 | 5,57 | Pancréas | 157 |
| 6,10 | 0,76 | 11,62 | 0,61 | 6,32 | 0,81 | 4,47 | 0,83 | 2,53 | 0,37 | 5,23 | 0,58 | Larynx | 161 |
| 73,01 | 12,97 | 41,55 | 13,97 | 70,71 | 9,24 | 61,42 | 23,71 | 23,91 | 10,90 | 51,58 | 11,26 | Poumon | 162 |
| 6,89 | 9,77 | 6,16 | 10,92 | 3,98 | 4,38 | 5,10 | 7,24 | 10,96 | 11,06 | 11,14 | 11,46 | Mélanome cutané | 172 |
| | 79,56 | | 64,18 | | 56,07 | | 72,99 | | 72,86 | | 68,80 | Sein | 174 |
| | 7,15 | | 6,46 | | 7,61 | | 11,98 | | 7,98 | | 6,94 | Col utérin | 180 |
| | 10,76 | | 8,28 | | 11,94 | | 8,78 | | 13,20 | | 12,90 | Corps utérin | 182 |
| | 11,21 | | 13,62 | | 11,28 | | 12,66 | | 13,20 | | 10,90 | Ovaire | 183 |
| 39,57 | | 30,39 | | 21,81 | | 30,02 | | 55,26 | | 54,01 | | Prostate | 185 |
| 3,98 | | 3,43 | | 2,67 | | 5,06 | | 4,75 | | 8,92 | | Testicule | 186 |
| 15,16 | 3,03 | 12,24 | 3,99 | 25,11 | 4,03 | 20,86 | 6,02 | 17,35 | 4,64 | 18,01 | 4,17 | Vessie | 188 |
| 10,18 | 5,30 | 6,19 | 3,82 | 11,80 | 4,77 | 7,05 | 3,56 | 10,26 | 6,38 | 10,08 | 4,93 | Rein | 189 |
| 6,05 | 4,07 | 7,72 | 3,25 | 5,67 | 3,94 | 6,37 | 4,57 | 6,65 | 5,46 | 6,33 | 4,31 | Système nerveux | 190 |
| 0,90 | 2,19 | 0,50 | 2,47 | 1,55 | 3,83 | 0,75 | 1,85 | 1,39 | 3,60 | 1,81 | 4,20 | Thyroïde | 193 |
| 10,60 | 6,95 | 8,90 | 7,27 | 9,59 | 6,22 | 9,72 | 6,69 | 10,81 | 6,91 | 12,49 | 7,73 | L. non hodg. | 200, 202 |
| 2,43 | 1,67 | 1,57 | 1,92 | 3,04 | 2,48 | 2,54 | 1,85 | 2,16 | 1,55 | 2,62 | 2,06 | Mal. de Hodgkin | 201 |
| 4,05 | 3,04 | 2,85 | 2,03 | 3,43 | 2,26 | 3,49 | 2,40 | 3,81 | 2,39 | 3,33 | 2,22 | Myélome multiple | 203 |
| 11,10 | 5,71 | 8,15 | 5,82 | 7,69 | 4,80 | 8,35 | 5,34 | 8,57 | 6,06 | 8,71 | 5,02 | Leucémies | 204-208 |

Estimation de l'incidence cf. p. 24

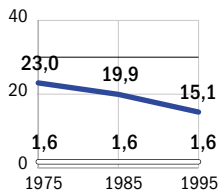
Bouche & pharynx



Larynx



Œsophage



Les cancers, cancer par cancer

Voies aérodigestives supérieures (VADS) et œsophage (CIM-O : 140-149, 161, 150)

Ces cancers sont nettement plus fréquents chez les hommes que chez les femmes, et présentent une hétérogénéité géographique marquée. La France, avec près de 15 000 cas de cancers des VADS et 4 500 cancers de l'œsophage diagnostiqués chaque année, se situe au premier rang européen pour la fréquence de ces tumeurs chez l'homme mais l'incidence et la mortalité diminuent régulièrement depuis une dizaine d'années. En revanche, chez les femmes, les taux, qui sont beaucoup plus faibles, restent relativement stables. On a observé de longue date une zone de très forte mortalité dans le Nord-Ouest de la France. Cette zone de surmortalité est limitée aux départements du Nord et du Pas-de-Calais pour les cancers des VADS mais elle s'étend plus à l'ouest le long de la côte Atlantique jusqu'en Bretagne pour les cancers de l'œsophage. L'étude de l'incidence fournie par les registres montre les mêmes différences : le cancer de l'œsophage est de deux à trois fois plus fréquent dans le Calvados que dans des départements du Sud ou de l'Est de la France. Il semble aussi que la baisse de l'incidence soit le fait des populations à haut risque ; en effet, l'incidence ne baisse pas dans les zones où le risque était faible, et elle augmenterait légèrement chez les femmes. Ces particu-

larités géographiques ont longtemps fait incriminer la consommation d'alcool fort et plus particulièrement de calvados. Une étude récente a mis en évidence le fait que la quantité d'alcool bu ne pouvait à elle seule expliquer les différences d'incidence mais qu'il fallait plutôt y voir un effet de l'habitude, fréquente dans les campagnes de l'Ouest de la France, de boire l'alcool chaud. Le pronostic de ces cancers est mauvais, la survie relative des cancers de l'œsophage se situe autour de 5 %, celle des cancers des VADS est légèrement meilleure, environ 25 % à 5 ans.

Estomac (CIM-O : 151)

Le cancer de l'estomac était, dans les années cinquante, la première cause de décès par cancer en France et il reste l'un des cancers les plus fréquents dans le monde. Son incidence a beaucoup baissé et on estime qu'actuellement on diagnostique chaque année en France 4 500 cancers de l'estomac chez les hommes et 2 500 chez les femmes. Ce sex-ratio est observé dans tous les pays du monde (variant entre 1,5 et 3,0 selon les pays). Le cancer de l'estomac est plus fréquent dans les pays pauvres et dans les classes sociales défavorisées. En Europe, la baisse de l'incidence a accompagné l'élévation du niveau de vie et l'évolution des modes alimentaires. Il existe une disparité géographique de la mortalité par cancer de l'estomac en France. Deux régions, la Bretagne et le sud du Massif Central, présentent des taux de mortalité plus élevés que le reste de la France,

Taux de mortalité pour les principaux cancers en Europe, période 1988-1992

| | Allemagne | | Autriche | | Danemark | | Espagne | | Finlande | | France | |
|---------------------------|-----------|------|----------|------|----------|------|---------|------|----------|------|--------|------|
| | H. | F. | H. | F. | H. | F. | H. | F. | H. | F. | H. | F. |
| Bouche & pharynx | 6,4 | 1,0 | 6,0 | 0,9 | 4,0 | 1,4 | 6,6 | 0,8 | 1,8 | 0,6 | 13,2 | 1,3 |
| Œsophage | 5,0 | 0,8 | 3,7 | 0,4 | 5,1 | 1,4 | 5,6 | 0,6 | 3,0 | 1,4 | 11,0 | 1,0 |
| Estomac | 14,7 | 7,6 | 16,2 | 8,1 | 7,5 | 4,1 | 14,2 | 6,5 | 12,5 | 6,7 | 8,7 | 3,4 |
| Côlon-rectum | 21,2 | 15,2 | 22,4 | 13,9 | 22,5 | 17,1 | 14,1 | 9,3 | 12,4 | 8,5 | 17,4 | 10,2 |
| Foie primitif | 4,3 | 1,9 | 6,6 | 2,0 | 2,1 | 1,2 | 8,8 | 3,9 | 3,3 | 2,0 | 10,1 | 2,0 |
| Pancréas | 8,2 | 5,2 | 8,7 | 5,9 | 8,5 | 6,7 | 5,6 | 3,2 | 9,0 | 6,5 | 7,4 | 3,8 |
| Larynx | 2,7 | 0,2 | 3,6 | 0,2 | 2,2 | 0,4 | 7,1 | 0,1 | 1,2 | 0,1 | 7,5 | 0,3 |
| Poumon | 48,4 | 7,9 | 44,7 | 9,1 | 51,3 | 24,0 | 46,2 | 3,5 | 47,7 | 6,8 | 47,0 | 5,2 |
| Mélanome cutané | 1,8 | 1,2 | 2,5 | 1,5 | 3,1 | 2,3 | 1,0 | 0,7 | 2,1 | 1,2 | 1,3 | 0,9 |
| Sein | | 22,1 | | 21,9 | | 27,9 | | 17,2 | | 16,9 | | 19,7 |
| Ovaire | | 7,6 | | 8,0 | | 9,9 | | 3,7 | | 6,7 | | 5,8 |
| Prostate | 16,2 | | 16,6 | | 18,6 | | 13,1 | | 17,7 | | 17,0 | |
| Testicule | 0,7 | | 0,5 | | 0,8 | | 0,2 | | 0,3 | | 0,4 | |
| Vessie | 6,9 | 1,7 | 5,6 | 1,6 | 9,3 | 2,4 | 8,5 | 1,2 | 4,3 | 0,9 | 6,7 | 1,2 |
| Rein | 6,1 | 2,8 | 5,9 | 2,9 | 5,0 | 3,2 | 2,8 | 1,1 | 4,6 | 2,3 | 4,4 | 1,8 |
| Système nerveux | 4,3 | 3,1 | 4,1 | 3,0 | 5,0 | 3,7 | 3,7 | 2,3 | 4,5 | 3,4 | 3,8 | 2,5 |
| Thyroïde | 0,5 | 0,7 | 0,5 | 0,8 | 0,3 | 0,5 | 0,3 | 0,4 | 0,3 | 0,6 | 0,4 | 0,5 |
| Lymphomes non hodgkiniens | 3,7 | 2,3 | 3,5 | 2,1 | 4,7 | 3,0 | 3,3 | 2,0 | 4,1 | 2,9 | 4,2 | 2,6 |
| Maladie de Hodgkin | 0,9 | 0,6 | 1,3 | 0,7 | 0,8 | 0,5 | 0,8 | 0,4 | 0,7 | 0,5 | 0,6 | 0,3 |
| Myélome multiple | 2,1 | 1,4 | 1,8 | 1,3 | 2,6 | 1,7 | 1,7 | 1,2 | 2,1 | 1,6 | 1,9 | 1,4 |
| Leucémies | 5,9 | 3,7 | 5,4 | 3,5 | 6,7 | 4,1 | 5,2 | 3,4 | 4,0 | 2,5 | 6,0 | 3,6 |

tant pour les hommes que pour les femmes. Malgré la baisse de l'incidence, le cancer de l'estomac reste un problème préoccupant car son pronostic est mauvais : taux de survie relative autour de 20 % à 5 ans.

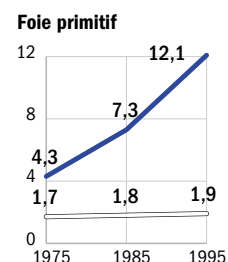
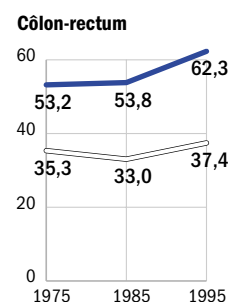
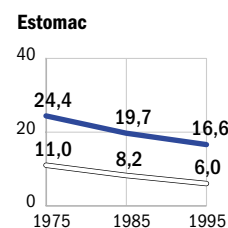
Le côlon et le rectum (CIM-O : 153-154)

Le cancer colo-rectal qui est responsable en France de 2,3 % des années de vie perdues avant 75 ans, est le cancer le plus fréquent pour les deux sexes réunis. Il est généralement traité comme une seule entité car les informations, souvent imprécises, des certificats de décès ne permettent pas de différencier côlon et rectum au niveau des statistiques de mortalité ; mais il faut garder à l'esprit qu'il existe des différences entre le cancer du côlon et celui du rectum tant du point de vue de leur épidémiologie (âge de survenue et sex-ratios) que de leur prise en charge et de leur survie. À l'inverse du cancer de l'estomac, c'est un cancer des pays riches dont l'incidence augmente régulièrement dans le monde. Les taux d'incidence et de mortalité observés en France nous situent à un niveau moyen en Europe avec 33 000 cas diagnostiqués et 16 000 décès par an ces dernières années. On observe une légère sur-incidence dans les registres alsaciens (Bas-Rhin et Haut-Rhin) et une surmortalité dans le Nord-Est de la France. En France, le taux d'incidence du cancer colo-rectal a régulièrement augmenté depuis la fin des années soixante-dix alors que le taux de mortalité est resté stable ce qui incite à penser que son pronostic

s'est amélioré. Le taux de survie relative à 5 ans estimé par l'étude Eurocare est de 45 % pour les cancers du côlon et de 35 % pour les hommes et 44 % pour les femmes dans le cas du cancer du rectum. Une étude récente réalisée par les registres de Côte-d'Or et du Calvados sur les cancers du rectum, confirme l'amélioration de la survie et précise qu'elle serait due à la fois à une plus grande précocité des diagnostics et à une amélioration des thérapeutiques. Entre 60 et 80 % des cancers colo-rectaux résultent de la transformation d'un adénome et comme il a été souligné dans la dernière conférence de consensus, l'intérêt de la détection de ces polypes est justifié car il est maintenant démontré que la polypectomie endoscopique diminue l'incidence et la mortalité de ce cancer.

Le cancer primitif du foie (CIM-O : 155)

La fréquence des cancers primitifs du foie est très variable dans le monde. L'Europe est une zone de basse incidence où la France se situe au-dessus de la moyenne avec les autres pays méditerranéens. La répartition géographique chez l'homme est très contrastée : on trouve des zones de forte mortalité en Bretagne, Pays de la Loire et région lyonnaise et des zones de sous-mortalité en Midi-Pyrénées. Chez la femme, la mortalité est environ cinq fois plus faible ; ces écarts sont moins marqués et il existe une sous-mortalité dans la moitié sud par rapport au Nord. Comme nous l'avons dit plus haut, pour ce cancer il est difficile de considérer que



Taux pour 1 000 000, standardisés sur la population mondiale, d'après M. Parkin 1997 [29]

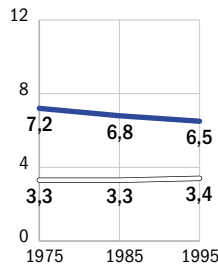
| Pays-Bas | | Irlande | | Italie | | Royaume-Uni | | Suède | | Suisse | | CIM-O | |
|----------|------|---------|------|--------|------|-------------|------|-------|------|--------|------|------------------|----------|
| H. | F. | H. | F. | H. | F. | H. | F. | H. | F. | H. | F. | | |
| 2,8 | 1,0 | 4,4 | 1,1 | 6,0 | 1,0 | 2,9 | 1,1 | 2,7 | 1,0 | 6,4 | 1,2 | Bouche & pharynx | 140-149 |
| 5,3 | 1,6 | 7,3 | 3,7 | 4,2 | 0,7 | 7,7 | 3,1 | 2,8 | 0,9 | 5,4 | 1,1 | Œsophage | 150 |
| 12,7 | 4,9 | 12,2 | 6,0 | 17,1 | 8,1 | 12,3 | 5,0 | 8,4 | 4,5 | 9,4 | 4,2 | Estomac | 151 |
| 18,0 | 13,0 | 22,6 | 14,6 | 15,4 | 10,1 | 20,3 | 13,7 | 14,3 | 11,3 | 17,6 | 10,4 | Côlon-rectum | 153,154 |
| 1,8 | 0,8 | 2,9 | 1,5 | 12,9 | 5,1 | 2,2 | 1,1 | 4,1 | 3,0 | 5,3 | 1,4 | Foie primitif | 155 |
| 8,1 | 5,6 | 8,8 | 5,7 | 7,5 | 4,5 | 7,1 | 5,1 | 7,9 | 6,5 | 7,8 | 5,2 | Pancréas | 157 |
| 1,9 | 0,2 | 2,3 | 0,5 | 5,3 | 0,2 | 1,7 | 0,3 | 0,7 | 0,1 | 2,3 | 0,2 | Larynx | 161 |
| 69,4 | 10,6 | 46,8 | 18,4 | 57,6 | 7,4 | 56,3 | 20,4 | 23,7 | 9,7 | 44,6 | 7,5 | Poumon | 162 |
| 1,9 | 1,6 | 1,1 | 1,3 | 1,5 | 1,1 | 1,5 | 1,3 | 2,5 | 1,7 | 2,6 | 1,8 | Mélanome cutané | 172 |
| | 26,9 | | 27,7 | | 20,6 | | 28,5 | | 17,8 | | 24,2 | Sein | 174 |
| | 8,0 | | 8,8 | | 5,0 | | 8,5 | | 7,4 | | 6,9 | Ovaire | 183 |
| 18,3 | | 17,9 | | 11,5 | | 16,9 | | 20,5 | | 22,4 | | Prostate | 185 |
| 0,4 | | 0,4 | | 0,3 | | 0,4 | | 0,3 | | 0,7 | | Testicule | 186 |
| 7,2 | 1,7 | 4,7 | 1,4 | 8,9 | 1,3 | 7,4 | 2,2 | 4,0 | 1,4 | 6,7 | 1,5 | Vessie | 188 |
| 5,2 | 2,6 | 3,4 | 1,6 | 4,3 | 1,6 | 3,9 | 1,9 | 5,1 | 3,1 | 4,9 | 2,3 | Rein | 189 |
| 3,8 | 2,7 | 6,0 | 3,8 | 4,6 | 3,0 | 5,0 | 3,2 | 5,1 | 5,1 | 4,7 | 3,3 | Système nerveux | 190 |
| 0,3 | 0,5 | 0,4 | 0,5 | 0,5 | 0,7 | 0,3 | 0,4 | 0,3 | 0,5 | 0,6 | 0,7 | Thyroïde | 193 |
| 5,1 | 3,2 | 4,9 | 3,8 | 4,3 | 2,7 | 4,9 | 3,2 | 5,2 | 2,8 | 4,8 | 2,9 | L. non hodg. | 200, 202 |
| 0,7 | 0,4 | 0,8 | 0,5 | 0,9 | 0,5 | 0,7 | 0,4 | 0,3 | 0,1 | 1,0 | 0,5 | Mal. de Hodgkin | 201 |
| 2,7 | 1,9 | 3,2 | 1,8 | 2,0 | 1,5 | 2,5 | 1,7 | 3,1 | 1,9 | 2,7 | 1,8 | Myélome multiple | 203 |
| 5,6 | 3,5 | 5,9 | 3,4 | 6,6 | 4,0 | 5,2 | 3,3 | 4,9 | 3,0 | 5,7 | 3,6 | Leucémies | 204-208 |

Estimation de l'incidence

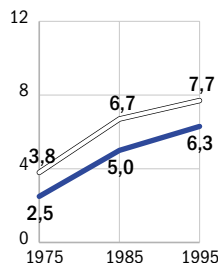
Taux pour 1 000 000 standardisés sur la population mondiale
D'après F. Ménégoz [28]

— hommes — femmes

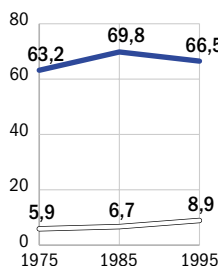
Pancréas



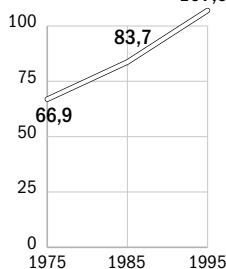
Mélanome



Poumon



Sein



la mortalité est un bon reflet de l'incidence car un certain nombre de métastases est enregistré dans les certificats de décès sous la mention « cancer du foie ». En France les taux de mortalité augmentent chez les hommes, ils paraissent, en revanche, relativement stables chez les femmes. En Angleterre, l'augmentation existe dans les deux sexes. Une étude de l'évolution de l'incidence entre 1980 et 1990 faite par le réseau Francim montre que pour les hépatocarcinomes, qui représentent plus de 60 % des cas, il existe une augmentation régulière de près de 10 % par an chez les hommes, mais qu'aucune augmentation n'est observée chez les femmes. Il est encore difficile, pour expliquer ces augmentations, de faire la part entre le rôle joué par les hépatites virales ou celui qui revient à l'amélioration des diagnostics et à la meilleure survie des cirroses alcooliques.

Pancréas (CIM-O : 157)

Le cancer du pancréas est relativement rare (3 000 cas diagnostiqués chaque année en France) mais du fait de son diagnostic très tardif, son pronostic est extrêmement mauvais (survie à 5 ans toujours inférieure à 5 %). Les taux de mortalité et d'incidence sont inférieurs en France à ceux observés dans les autres pays européens tant chez les hommes que chez les femmes. On n'observe pas d'évolution de l'incidence ; en revanche il existe une légère augmentation de la mortalité qui s'explique peut-être par une amélioration de la qualité des certificats de décès pour ce cancer dont le diagnostic est souvent porté très tardivement et sans preuve histologique. Il existe peu de contraste géographique de la mortalité par cancer du pancréas, on peut cependant noter un léger gradient décroissant d'est en ouest.

Poumon (CIM-O : 162)

Sa fréquence et sa gravité font du cancer du poumon un problème majeur de santé publique. En France on diagnostique annuellement plus de 18 500 cas chez les hommes et ce cancer est responsable de 7,4 % des années potentielles de vie perdues avant 75 ans. L'incidence est plus faible chez les femmes (plus de 3 000 cas) mais elle est en augmentation. Si la mortalité par cancer du poumon n'a encore qu'un impact assez faible sur la mortalité générale des femmes (2,1 % des années potentielles de vie perdues), les effets de l'augmentation du tabagisme apparaîtront inévitablement dans les années à venir. On observe dans les pays anglo-saxons, où les cancers du poumon étaient extrêmement fréquents, une tendance à la stabilisation, voire à la diminution, des taux d'incidence et de mortalité chez l'homme, alors que chez les femmes l'augmentation persiste. La France présente des taux d'incidence et de mortalité plutôt bas au sein de l'Europe, la culture latine, avec en particulier le développement tardif du tabagisme chez les femmes, joue probablement un rôle. C'est aussi à des raisons culturelles (le tabagisme féminin étant moins important dans les zones rurales)

que l'on doit la répartition géographique particulière de la mortalité des femmes par cancer du poumon en France. On observe en effet une surmortalité autour des grands pôles urbains (Paris, Marseille, Lyon, Bordeaux). Chez les hommes la variation géographique est plus classique, on isole une zone de surmortalité au nord d'une ligne allant de la Seine-Maritime au Haut-Rhin. La survie des cancers du poumon est mauvaise tant chez les hommes que chez les femmes. Elle ne s'est pas améliorée de façon sensible sous l'effet de l'évolution des traitements. La survie moyenne à 5 ans est rarement supérieure à 10 %.

Mélanome (CIM-O : 172)

Le mélanome malin est une tumeur relativement rare, le plus souvent localisée au niveau de la peau. Il est plus fréquent chez la femme que chez l'homme. Les taux d'incidence et de mortalité sont relativement bas en France et dans l'Europe du Sud par rapport à ceux observés en Europe du Nord. Cependant l'augmentation de l'incidence (doublement du nombre de cas en 20 ans) et de la mortalité en font un problème préoccupant. Au niveau de la France on observe une surmortalité par mélanome dans le Finistère ; cette zone s'étend à l'ensemble de la Bretagne pour les femmes.

Sein (CIM-O : 174)

Le cancer du sein est le cancer le plus fréquent chez la femme. Il est aussi une des premières causes de mortalité. En France plus de 33 000 cas sont diagnostiqués et 11 000 décès sont recensés chaque année. Compte tenu de l'âge de survenue de ces décès, la part du cancer du sein dans la mortalité prématurée chez les femmes est relativement importante puisqu'il est la cause de 9,6 % des années potentielles de vie perdues avant 75 ans. La France se classe maintenant parmi les pays d'Europe ayant l'incidence la plus élevée. En revanche les taux de mortalité sont plus bas que la moyenne européenne ce qui semble cohérent avec le fait que la survie fasse partie des plus hautes avec celle de la Suisse et de la Finlande. Il existe peu de variations géographiques de la mortalité et de la morbidité par cancer du sein en France. On observe, en France, une croissance régulière des taux de mortalité, moins importante cependant que l'augmentation des taux d'incidence. Cette divergence des deux indicateurs correspond en partie à une plus grande précocité des diagnostics et en partie à un gain thérapeutique qui a amélioré le pronostic de ce cancer. Dans l'ensemble du territoire, on observe une augmentation des diagnostics de cancer de petite taille mais ce phénomène est plus net dans les zones ayant des programmes de dépistage. La survie à 5 ans des patientes atteintes d'un cancer du sein est bonne, elle est généralement supérieure à 65 %, en France elle atteint 70 %. Mais le cancer du sein a la particularité d'avoir une évolution longue et ce cancer continue de provoquer des décès plus de 10 ans après le diagnostic.

Col et corps utérin (CIM-O : 180, 182)

Ces deux cancers de l'utérus sont souvent présentés ensemble dans les études statistiques parce qu'ils sont difficilement dissociables dans les données de mortalité, plus de 50 % des certificats de décès portant la mention « cancer de l'utérus » sans autre précision. Il s'agit en fait de deux entités totalement différentes, du point de vue épidémiologique et thérapeutique, que seules les données d'incidence permettent de décrire correctement. Le cancer du col survient chez des femmes relativement jeunes, son incidence est maximale entre 50 et 60 ans et son principal facteur de risque est l'infection par les *papillomavirus*. Le cancer du corps utérin est plus fréquent après la ménopause, il semble surtout lié à l'imprégnation hormonale œstrogénique.

Les taux d'incidence des cancers du col utérin sont variables, ils dépendent du niveau d'exposition aux facteurs de risque et des politiques de dépistage. En Europe, la France occupe une place moyenne. On observe les taux les plus bas en Finlande où un programme de dépistage national existe depuis une trentaine d'années. Dans la plupart des pays d'Europe, on observe une baisse de l'incidence des cancers invasifs du col utérin. En France, le taux d'incidence des cancers invasifs de type épidermoïde a diminué de 33 % entre 1982 et 1992, cette diminution portait essentiellement sur les tranches d'âge moyen (entre 45 et 69 ans). Durant la même période la fréquence des cancers *in situ* a augmenté et depuis 1985 on diagnostique en France plus de cancers du col utérin au stade *in situ* qu'au stade invasif. Cette évolution doit être attribuée au dépistage spontané, mais il ne l'explique peut être pas entièrement. Le pronostic de ce cancer au stade invasif est relativement bon (survie relative de 64 % à 5 ans).

La fréquence des cancers du corps utérin est moins variable, les taux sont relativement semblables dans les différents pays d'Europe et il n'y a pas d'évolution dans le temps. Le pronostic de ces cancers est légèrement meilleur que celui des cancers du col (près de 70 % de survie relative à 5 ans).

Ovaire (CIM-O : 183)

En France, avec plus de 3 000 cas diagnostiqués par an, le cancer de l'ovaire est aussi fréquent chez les femmes que le cancer du poumon. Au sein de l'Europe, les taux d'incidence et de mortalité observés dans notre pays sont plutôt bas. La mortalité a doublé entre 1950 et la fin des années quatre-vingt-dix, mais il s'agit probablement d'une amélioration des techniques diagnostiques. Il existe peu de contrastes géographiques ; pour la mortalité comme pour la morbidité les taux les plus bas sont observés dans le Sud de la France. Depuis quelques années, l'incidence semble décroître. Cette baisse, assez faible au demeurant, est difficile à expliquer même si l'on a évoqué l'effet protecteur des contraceptifs oraux. Le pronostic de ce cancer est plutôt mauvais avec une survie relative dépassant rarement 35 % à 5 ans.

Prostate (CIM-O : 185)

Le cancer de la prostate est devenu dans la plupart des pays européens le cancer le plus fréquent chez l'homme, mais il s'agit d'un cancer du sujet âgé dont l'impact sur l'espérance de vie est faible (0,8 % des années potentielles de vie perdues avant 75 ans).

Son incidence a augmenté rapidement en France, comme dans les autres pays industrialisés, depuis les années soixante-dix. Elle serait passée de 27,4 à 87,1 pour 100 000 (standard européen) entre 1975 et 1995. Cette augmentation du nombre de cas diagnostiqués ne s'est pas accompagnée d'un mouvement parallèle de la mortalité qui, après une légère augmentation entre 1985 et 1990, s'est stabilisée à un taux voisin de 30 pour 100 000. L'augmentation de l'incidence ne s'explique pas par une augmentation du risque mais par le vieillissement de la population et surtout par l'évolution des pratiques médicales. L'utilisation de la résection endoscopique dans le traitement de l'adénome prostatique (qui a accru le nombre d'examens histologiques de tissu prostatique), l'utilisation de marqueurs sériques (PSA) et la pratique des biopsies à aiguille, ont conduit à une augmentation du nombre des cancers diagnostiqués fortuitement et aussi au diagnostic de cancers qui, sans être cliniquement asymptomatiques, étaient de petite taille. À stade constant, rien ne prouve qu'il existe de nets progrès thérapeutiques, mais le diagnostic de tumeurs de petite taille suffit à lui seul à expliquer l'écart qui s'est creusé entre incidence et mortalité. Il serait logique que l'incidence se stabilise, voire qu'elle diminue lorsque le phénomène de recrutement des cas diagnostiqués parmi les cas latents sera terminé. Ce phénomène s'est produit aux États-Unis, il peut avoir déjà débuté en France. La survie relative à 5 ans des hommes atteints d'un cancer de la prostate est de 42 % selon l'enquête permanente cancer.

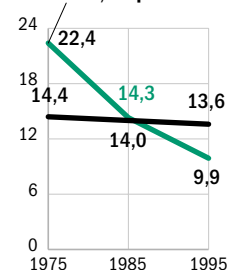
Testicule (CIM-O : 186)

Le cancer du testicule est une tumeur rare, survenant essentiellement chez l'homme jeune. Il existe des variations géographiques importantes. L'incidence augmente dans un rapport de 1 à 4 entre l'Europe du Sud et du Nord, la France se situant à un niveau moyen. L'évolution dans le temps se caractérise par une augmentation de l'incidence concomitante avec une baisse de la mortalité. En effet le cancer du testicule est maintenant, du fait de l'existence de traitements efficaces, un cancer de bon pronostic avec une survie relative supérieure à 80 % à 5 ans dans l'étude Eurocare et qui s'est probablement encore légèrement améliorée.

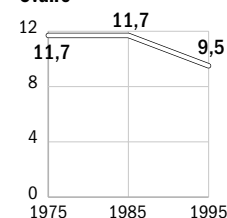
Vessie (CIM-O : 188)

Le cancer de la vessie est trois fois plus fréquent chez l'homme que chez la femme. Il est difficile de comparer les taux d'incidence du cancer de la vessie entre diverses zones ou d'étudier son évolution au cours du temps car les règles d'enregistrement des cancers étaient assez variables jusqu'au début des années

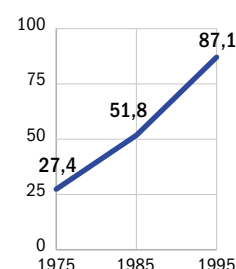
Col utérin, corps utérin



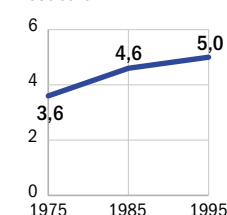
Ovaire



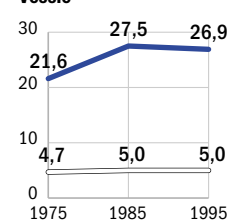
Prostate



Testicule



Vessie

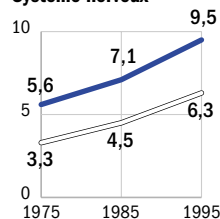


Estimation de l'incidence

Taux pour 1 000 000 standardisés sur la population mondiale
D'après F. Ménégoz [28]

— hommes — femmes

Système nerveux

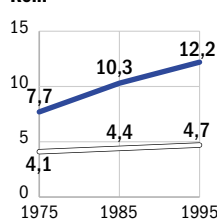


quatre-vingt-dix. En effet, certains registres ne recensaient que les tumeurs invasives, alors que d'autres, se basant sur l'évolution le plus souvent défavorable de toutes les tumeurs vésicales, enregistraient aussi systématiquement les tumeurs papillaires non invasives ou de nature indéterminée. Les règles actuelles préconisent de tout enregistrer et la plupart des registres les suivent depuis 1992. Les données de mortalité montrent une répartition géographique particulière : les taux les plus élevés d'Europe sont observés en Italie. En France, c'est la seule localisation pour laquelle on retrouve une zone de surmortalité dans les départements du Sud, associée, de façon plus classique pour un cancer lié au tabac, à une surmortalité dans le Nord-Est. On observe depuis 1950 une augmentation légère et continue des taux de mortalité chez les hommes. Il est difficile d'avoir des données fiables et comparables sur la survie des patients porteurs d'un cancer de la vessie, à cause de l'imprécision dans la définition de la date d'incidence de cette tumeur qui évolue longtemps sous une forme à la limite de la malignité avant de devenir franchement invasive.

Rein (CIM-O : 189)

Le cancer du rein est un cancer rare chez l'adulte. Environ 4 500 cas sont diagnostiqués chaque année en France. Ce cancer, à l'instar du cancer de la vessie, est trois fois plus fréquent chez l'homme que chez la femme. Dans l'étude de la fréquence du cancer du rein on retrouve en Europe un gradient nord-sud et la France occupe une position plutôt basse pour la mortalité et l'incidence. On observe, tant pour l'incidence que pour la mortalité, une augmentation légère et continue. Les taux de survie relative à 5 ans fluctuent autour de 40 %.

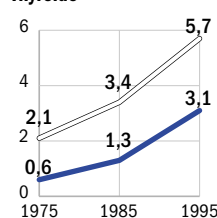
Rein



Thyroïde (CIM-O : 193)

Le cancer de la thyroïde est une tumeur rare surtout chez l'homme où il est deux fois moins fréquent que chez la femme. C'est un cancer de bon pronostic dans ses formes les plus fréquentes que sont le cancer papillaire et le cancer vésiculaire. On assiste depuis le début des années quatre-vingt à une augmentation importante de l'incidence du cancer de la thyroïde dans tous les pays d'Europe. En France, cette augmentation très nette (11 % par an) porte essentiellement sur les cancers papillaires. Cette augmentation sélective est très probablement due à une amélioration des diagnostics, conjuguée à une évolution de la définition des tumeurs papillaires : de nombreux cancers autrefois considérés comme des vésiculaires seraient maintenant classés dans les papillaires. Mais en l'absence d'étude détaillée sur l'évolution des tailles tumorales et des circonstances diagnostiques, la grande sensibilité de la thyroïde aux rayonnements ionisants laisse planer un doute sur le rôle d'une pollution radioactive de l'environnement. Les cancers de la thyroïde sont peu létaux, seule une petite fraction d'entre eux (les formes anaplasiques) plus fréquents chez les sujets âgés sont de mauvais pronostic.

Thyroïde



Système nerveux central (CIM-O : 190)

Il s'agit d'un ensemble de tumeurs rares et graves dont la fréquence en termes d'incidence, et plus encore en termes de mortalité, est difficile à estimer car la différence entre bénin et malin d'une part, et primitif ou secondaire d'autre part, n'est pas toujours faite. Même si les registres ont pour règle de recenser toutes les tumeurs cérébrales qu'elles soient bénignes ou malignes, les disparités géographiques d'incidence sont difficiles à interpréter car elles ne sont peut-être que le reflet de variations dans la qualité des diagnostics. C'est avec les mêmes réserves qu'il faut interpréter les évolutions temporelles, en particulier l'augmentation d'un type de cancer cérébral : l'astrocytome qui serait en augmentation chez les personnes âgées dans de nombreux pays dont la France. Les patients porteurs d'une tumeur cérébrale ont une survie relative à 5 ans variant entre 10 et 20 %.

Les cancers hématopoïétiques

Pour cet ensemble de cancers qui regroupe pour l'essentiel : les leucémies, les cancers lymphatiques et les myélomes, on observe peu de variations géographiques de la mortalité en France.

L'incidence et la mortalité des lymphomes non hodgkiniens (CIM-O : 200, 202) sont en augmentation dans tous les pays. Les raisons de cette augmentation sont inconnues et l'amélioration des explorations diagnostiques ne peut expliquer que partiellement cette évolution (surtout chez les sujets jeunes, chez qui on évoque le rôle du virus de l'immunodéficience humaine).

L'incidence de la maladie d'Hodgkin (CIM-O : 201) est, quant à elle, en baisse. La régression est encore plus marquée pour la mortalité car l'amélioration de ces traitements a fortement diminué la létalité de ces tumeurs (survie relative proche de 90 % à 5 ans).

L'évolution de l'incidence des myélomes multiples (CIM-O : 203) est assez étrange car après une augmentation entre 1975 et 1995 elle semble décroître depuis, mais ces changements sont de faible amplitude.

Le groupe des leucémies est un ensemble hétérogène. Les différents types de leucémies sont classés en fonction de la lignée cellulaire dont elles sont issues (lymphocytaire, myélocytaire et monocytaire : CIM-O 204, 205 et 206) et en fonction de leur évolution (aiguë ou chronique). Ces distinctions sont impossibles à faire dans les données de mortalité et ne sont pas toujours disponibles dans les publications des données d'incidence. En France, les leucémies lymphoïdes représentent un peu plus de 50 % des leucémies (deux tiers sont chroniques et un tiers sont aiguës). Pour les leucémies myéloïdes, qui représentent environ 40 % des cas, les proportions sont inversées (1/3 sont chroniques et 2/3 sont aiguës). En Europe, on observe pour les leucémies dans leur ensemble une légère diminution de la mortalité tandis que l'incidence reste stable. La survie, malgré des progrès thérapeutiques notables, surtout chez les sujets jeunes, reste relativement basse : de 30 à 40 % à 5 ans. ■