

DE L'INCa

La survie du cancer en France d'après le rapport de l'Institut National du Cancer (INCa)

René Lambert

Screening Group, I.A.R.C., 150, cours Albert Thomas, F-69372 Lyon Cedex 08
lambert@iarc.fr

Le premier paramètre de l'impact des cancers en Santé Publique est l'incidence, c'est-à-dire le nombre de cas nouveaux survenant chaque année. Indépendamment des conditions de la détection et du traitement, l'incidence de la majorité des cancers s'inscrit sur une courbe ascendante, car l'importance des classes d'âge élevées augmente avec le temps pour la population vieillissante de l'Europe. La survie, indicateur central dans l'observation des cancers, est influencée par la précocité des conditions de détection et par le progrès du traitement des cas détectés.

L'Institut National du Cancer (INCa) vient de placer, en avril 2010 sur son site Internet [1], un état des lieux de la Survie des patients atteints de cancers en France. Ce rapport contient des données sur l'incidence des cancers en France, et sur la survie des patients après détection.

■ Données analysées

Les données précises sur l'incidence des cancers sont obtenues à partir des registres de cancer. Ces registres doivent être établis sur une base de population, ce qui permet de calculer un taux d'incidence pour 100 000 personnes de la population concernée. En France, il n'y a pas un registre national des cas incidents, mais seulement des registres régionaux, soit 11 registres généraux et 6 registres spécialisés, couvrant 17 % à 21 % de la population française selon le type de cancer. Les données de ces registres, combinées à d'autres sources d'information pour estimer l'incidence des cancers en France, ont été présentées par l'Institut de Veille Sanitaire, et publiées en 2008 dans la revue d'Épidémiologie et de Santé Publique [2].

Les données sur la survie des cancers après la détection sont habituellement présentées sous forme de survie à 5 ans et, plus précisément, de « survie relative –5 ans ». Ce dernier paramètre ne prend pas en compte les autres causes de mortalité chez les personnes concernées. La détermination précise de la survie est possible seulement à partir des registres qui bénéficient d'un suivi des cas de cancer enregistrés. Plusieurs bases de données existent, elles sont rappelées dans le tableau 1 extrait du

Tableau 1. Sources des données de survie, tous stades confondus. La période signalée pour chacune des sources est la durée de l'étude cohorte respective

| | Nombre de registres | Nombre de cas |
|----------------------------------------------------------------------------|---------------------|---------------|
| FRANCIM 1989-1997 Survie à 5 ans (46 localisations) | 15 | 205 562 |
| EUROCARE 1995-1999 Survie à 5 et 10 ans (26 localisations) | 82 | 2 718 346 |
| CONCORD 1990-1994 Survie à 5 ans (sein, prostate, colorectal) | 101 | 1 900 000 |
| SEER 1988-2001 | 12 | 1 629 955 |

rapport de l'INCa [3-6]. En France, les chiffres obtenus sont issus du réseau FRANCIM, et peuvent être comparés à ceux de l'Union Européenne extraits de l'étude EURO CARE ou à ceux des États-Unis extraits des registres SEER. Il serait aussi possible, pour 3 cancers (sein, prostate, côlon), de faire une comparaison à l'échelle mondiale en se rapportant à l'étude CONCORD.

Très peu de registres permettent de calculer la survie relative à 5 ans en fonction des stades du cancer au moment de leur détection ; ces stades correspondent, pour chaque cancer, au regroupement de la classification TNM de la tumeur. Le stade I correspond aux cancers débutants peu invasifs et en général curables, et le stade IV correspond aux cancers les plus avancés arrivés au stade métastatique. En France, on dispose simplement, pour l'étude de la survie par stades, des données de la région Île-de-France (soit 20 % de la population française) qui sont complétées par l'assurance maladie via l'association PETRI. Ces données représentent plus une estimation qu'une mesure précise.

■ Principaux résultats du rapport de l'INCa

Dans l'étude FRANCIM, la survie relative –5 ans atteint 53 %, tous cancers confondus, pour la période 1989-97. S'agissant de

Tableau 2. Survie relative à 5 ans du cancer

| Cancer | Survie relative – 5 ans | | |
|------------------------------|-------------------------|------------------|------------|
| | France | Union européenne | États-Unis |
| Bouche-Pharynx | 34 % | | |
| Œsophage | 12 % | 10,3 % | 13,6 % |
| Estomac | 25 % | 23,4 % | 21,0 % |
| Côlon-Rectum | 56 % | 56,8 % | 63,6 % |
| Pancréas | 6 % | 5,2 % | 4,8 % |
| Foie | 8 % | 9,8 % | 8,0 % |
| Prostate | 80 % | 76,4 % | 97,6 % |
| Sein | 85 % | 82,2 % | |
| Poumon-Plèvre (ou poumon) | 14 % | 12 % | 15,5 % |

Registres : en France en 1989-97 (étude FRANCIM), en Europe en 1995-99 (étude EUROCARE 4), aux États-Unis en 1988-2001 (SEER). Comparaison entre les cancers digestifs et quelques cancers non digestifs fréquents.

Tableau 3. Survie relative – 5 ans pour les stades I et II des cancers digestifs en France en 1994-99 (étude PETRI)

| Cancer | Survie relative – 5 ans | | % global de Stades I + II |
|--------------|-------------------------|-------------|---------------------------|
| | Stades I et II | | |
| Œsophage | I : 37 % | II : 17 % | 37 % |
| Estomac | I : 80 % | II : 62,2 % | 28,8 % |
| Côlon-Rectum | I : 87 % | II : 82 % | 47,0 % |
| Foie | I : 32 % | II : 15 % | 11,9 % |

patients traités avant l'année 1998, les progrès les plus récents en matière de détection précoce et de traitement n'ont pu se refléter dans ces chiffres. En fait, l'analyse de la survie selon la localisation du cancer fait apparaître de grandes disparités comme le montrent les tableaux 2 et 3 extraits des données présentées dans le rapport de l'INCa. Trois groupes de localisations néoplasiques peuvent être déterminés :

Les cancers de très bon pronostic dont la survie à 5 ans atteint au moins 80 % sont fréquents et représentent 42 % de tous les cancers. Il s'agit des localisations suivantes : prostate, sein, mélanome, thyroïde, testicule, leucémie lymphoïde chronique, Hodgkin. La relation avec le dépistage est évidente pour le sein (mammographie) et pour la prostate (PSA). Le bénéfice du dépistage du cancer doit cependant être jugé avec prudence car il entraîne un excès de la détection de cas non cliniquement évolutifs, et son impact sur la mortalité est très faible. Ceci est particulièrement net pour le cancer de la prostate.

Les cancers de très mauvais pronostic dont la survie à 5 ans ne dépasse pas 20 %, sont plus rares représentant 17 % de tous les cancers, et concernent les localisations suivantes : poumon-plèvre, œsophage, foie, pancréas, système nerveux central.

Les cancers de pronostic intermédiaire sont un groupe hétérogène avec une survie moyenne située entre 20 et 80 %, selon

le site de la tumeur. Ils représentent 33 % de tous les cancers, et concernent les localisations suivantes : côlon-rectum, bouche, pharynx, vessie, rein, estomac, corps et col de l'utérus, ovaire, larynx, myélome, lymphomes non hodgkiniens, leucémie aiguë.

■ En résumé

La survie relative à 5 ans des cancers digestifs est résumée dans le tableau 2 :

- parmi les cancers digestifs, celui de l'estomac a un pronostic intermédiaire avec une survie relative à 5 ans à peine supérieure à 20 % ; le rapport de l'INCa regroupe aussi, dans cette catégorie, les cancers de la bouche et du pharynx avec une survie relative à 5 ans à 34 % en France ;
- les cancers de l'œsophage, du pancréas et du foie sont de très mauvais pronostic avec survie relative à 5 ans inférieure à 20 %, les données françaises ne différant guère de celles des pays européens ou des États-Unis. Il en est ainsi pour l'œsophage, le foie, le pancréas ;
- le cancer du côlon-rectum est le seul qui offre un assez bon pronostic.

Les cancers digestifs de stades I et II ayant le pronostic le plus favorable sont la cible du dépistage ; il s'agit de l'estomac et du côlon (Tableau 3). Ces tumeurs justifient la mise en place d'interventions de santé publique pour développer leur dépistage de masse ou un dépistage opportuniste. C'est aussi le cas des cancers de la bouche et du pharynx qui ne sont pas une cible traditionnelle de l'activité du gastroentérologue. La survie des stades I et II reste médiocre ou très faible pour le cancer de l'œsophage et du foie, et aussi pour le cancer du pancréas qui n'est pas inscrit dans l'étude PETRI. La détection précoce est, ici, moins intéressante qu'une politique de prévention primaire qui évite le développement même du cancer.

■ Références

1. Institut National du Cancer. Survie attendue des patients atteints de cancers en France : état des lieux. Brochure téléchargée sur : <http://www.e-cancer.fr/index.php>.
2. Belot A, Grosclaude P, Bossard N. Cancer incidence and mortality in France over the period 1980-2005. *Rev Epidemiol Santé Publique* 2008;56:159-75.
3. Launoy G. FRANCIM. Épidémiologie des cancers en France. *Rev Prat* 2010;60:178-82.
4. Sant M, Allemani C, Santaquilani M, et al. EUROCARE Working Group; EUROCARE-4. Survival of cancer patients diagnosed in 1995-1999. Results and commentary. *Eur J Cancer* 2009; 45(6):931-91.
5. Horner MJ, Ries LAG, Krapchov M, et al. (eds). SEER Cancer Statistics Review, 1975-2006, National Cancer Institute. Bethesda, MD, <http://seer.cancer.gov/csr/1975-2006>, posted to the SEER web site, 2009.
6. Coleman MP, Quaresma M, Berrino F, et al. (CONCORD Working Group) Cancer survival in five continents: a worldwide population-based study (CONCORD). *Lancet Oncol* 2008;9:730-56.