



Institut national
de la santé et de la recherche médicale

Paris, le 19 avril 2006

Dossier de presse

Cancers - Pronostics à long terme

Une expertise collective de l'Inserm

En 2000, d'après les estimations issues des registres, le nombre de nouveaux cas de cancer était d'un peu moins de 280 000 en France. L'augmentation globale de l'incidence constatée au cours des 20 dernières années, en grande partie due au vieillissement de la population, justifie les efforts entrepris dans le domaine de la recherche, de la prévention et du soin. Les progrès réalisés dans ces domaines ont permis de réduire les taux de mortalité pour la plupart des localisations.

Néanmoins, l'image péjorative encore associée au cancer continue d'accompagner les patients mêmes guéris et retentit sur leur vie sociale et professionnelle.

La convention Belorgey du 19 septembre 2001 conclue entre l'Etat, les représentants de malades, les établissements de crédit et d'assurance a pour mission d'améliorer l'accès à l'assurance des personnes présentant un risque de santé aggravé. Elle prévoit un examen attentif et spécifique de leurs demandes. Cet accès à l'assurance demeure toutefois un sujet de préoccupation pour les personnes ayant été traitées pour un cancer.

Les contrats d'assurance proposés sont assortis de « surprimes pour risques aggravés ». Il est donc apparu essentiel d'effectuer une mise à jour des connaissances sur l'espérance de vie des patients soignés à un moment donné pour un cancer. Cette espérance de vie varie en effet en fonction de l'âge et du sexe du patient, ainsi que de la localisation et du stade de la tumeur au moment du diagnostic. Les données récentes sur le pronostic des différents cancers sont ainsi susceptibles d'apporter une pertinence scientifique aux tarifications appliquées.

L'Institut national du cancer* et la Direction générale de la Santé (DGS) ont sollicité l'Inserm pour réaliser, selon la procédure d'expertise collective, un bilan des données françaises et internationales sur l'espérance de vie des patients atteints de cancer et les principaux indices du pronostic. L'Inserm a réuni un groupe pluridisciplinaire d'experts compétents dans le domaine du cancer pour analyser ces données et calculer « l'excès de risque » pour différentes localisations ainsi que son évolution.

* En 2004 Mission interministérielle de lutte contre le cancer (MILC)

Méthodologie

▪ Sources de données

Les experts réunis par l'Inserm ont analysé les éléments disponibles au premier semestre 2005 au plan national, européen et international sur la survie à long terme des patients traités pour un cancer, soit plus de 400 articles et documents.

Les registres des cancers des pays européens rassemblent des données de survie moyenne de populations de patients atteints de cancer, publiées dans l'étude Eurocare. En 2005, cette étude dispose des données de 67 registres (dont 4 à 6 registres français) issus de 20 pays. Mis à jour au 1^{er} janvier 2000, les taux de survie pour ces différents pays concernent les cas diagnostiqués dans les périodes 1978-1985, 1985-1989 et 1990-1994. Pour cette expertise, les données françaises publiées dans l'étude Eurocare ont été enrichies par celles de 7 pays (Espagne, Italie, Pays-Bas, Suisse, Suède, Finlande et Norvège) sélectionnées pour la qualité de leur recueil ainsi que pour leur similarité avec les registres français. L'étude Eurocare fournit des données groupées et non individuelles ; les estimations de la survie attendue par intervalle ne sont donc disponibles que pour certains groupes définis par la cohorte de diagnostic, le sexe ou les classes d'âge.

Aux États-Unis, le *Surveillance Epidemiology and End Results program* (SEER program) présente les données provenant de 11 registres de population et de 3 registres hospitaliers couvrant environ 14 % de la population des États-Unis depuis 1973. Ce programme fournit des données de survie relative en fonction de l'étendue de la tumeur. Il classe les stades du cancer au moment du diagnostic en trois groupes : localisé, régional (envahissement ganglionnaire) ou à distance (métastases).

En France, il existe plusieurs registres du cancer : certains sont généraux, ils couvrent 9 départements métropolitains et collectent les informations sur l'ensemble des cancers survenant dans le département considéré, d'autres sont des registres spécialisés dans certaines localisations de cancer. La France dispose également d'un important registre hospitalier : l'Enquête permanente cancer qui regroupe les informations sur les nouveaux cas de cancers traités dans les centres de lutte contre le cancer (CLCC).

▪ Calcul de la surmortalité annuelle

La surmortalité annuelle correspond à l'excès de risque (en pourcentage) de décéder par rapport à un individu n'ayant pas présenté de cancer. Elle évolue chaque nouvelle année suivant le diagnostic d'un cancer. **Il ne s'agit pas d'un risque certain mais d'une probabilité de décès par cancer** qui prend en compte l'ensemble des cofacteurs ayant influencé la survenue du cancer.

Une surmortalité annuelle de 1 % entre 9 et 10 ans signifie ainsi que parmi 100 personnes chez lesquelles on aura diagnostiqué un cancer 9 ans plus tôt, une seule mourra dans l'année des suites de ce cancer.

▪ Intervalle de confiance [IC]

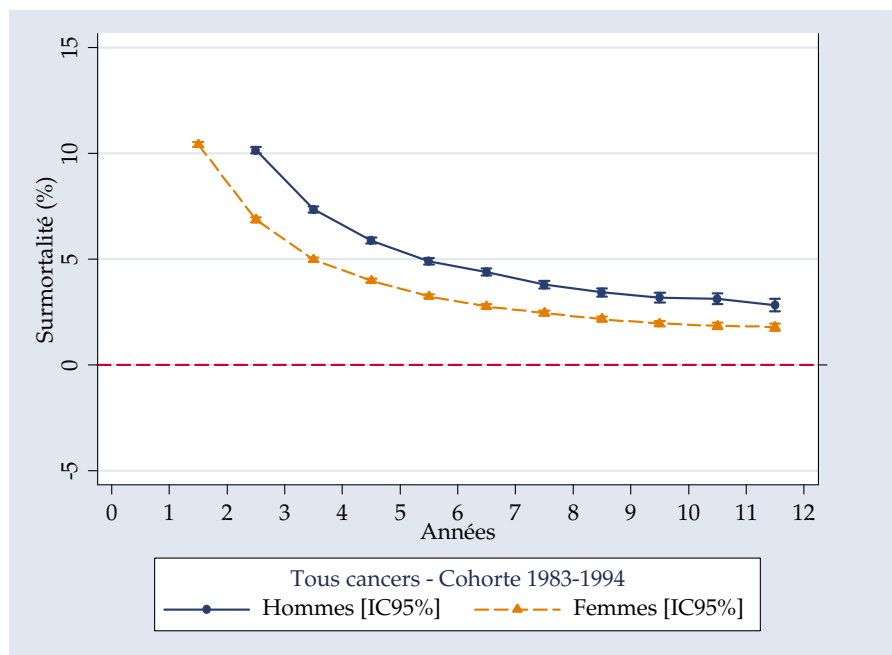
L'intervalle de confiance est un intervalle de valeurs qui a une probabilité spécifique de contenir la vraie valeur. En général, la probabilité spécifique est de 95%, c'est-à-dire que la vraie valeur a 95% de chance d'être comprise dans l'intervalle de confiance.

Ainsi, une surmortalité estimée à 10 ans de 2,16 % avec un intervalle de confiance de [2,02; 2,22], indique qu'il y a 95 % de chance que la surmortalité soit comprise entre 2,02 et 2,22 %.

Les données statistiques sont établies par rapport à un large échantillon de personnes suivies (quelques millions pour l'étude Eurocare), elles permettent d'établir un risque moyen. En revanche, le risque au niveau individuel est apprécié par le clinicien à partir de l'ensemble des données médicales de chaque personne.

Evolution de la surmortalité annuelle liée au cancer

Les estimations de la surmortalité annuelle pour tous les cancers confondus sont obtenues en prenant en compte tous les patients diagnostiqués entre 1983 et 1994 dans l'étude Eurocare et pour les huit pays retenus dans cette expertise.



Surmortalité annuelle chez les hommes et les femmes de la cohorte 1983-1994, tous cancers confondus

- La surmortalité annuelle diminue au cours du temps. Elle varie de plus de 27 % entre 0-1 an à moins de 2 % entre 11-12 ans.
- La surmortalité annuelle est plus faible chez les femmes que chez les hommes : elle varie d'environ 20 % entre 0-1 an à moins de 2 % entre 9-10 ans chez les femmes, tandis que chez les hommes, elle passe d'environ 33 % entre 0-1 an à un peu plus de 2 % entre 11-12 ans.
- La différence entre les hommes et les femmes est plus marquée dans les 1^{res} années suivant le diagnostic.

▪ Surmortalité annuelle, 10 ans après le diagnostic, tous cancers confondus

L'âge au moment du diagnostic est également un facteur qui influence la surmortalité. La surmortalité augmente de la classe d'âges 15-44 ans à celle de 65-74 ans (pour toutes les années après le diagnostic).

Surmortalité au cours de la 10^e année après le diagnostic (source Eurocare)

	%	[IC ₉₅ %]
Global	2,27	[2,14 ; 2,39]
Femmes	1,95	[1,82 ; 2,08]
Hommes	3,18	[2,94 ; 3,41]
15-44 ans	1,24	[1,09 ; 1,38]
45-54 ans	2,06	[1,85 ; 2,27]
55-64 ans	2,42	[2,21 ; 2,64]
65-74 ans	3,03	[2,72 ; 3,34]

La période de diagnostic est un autre facteur qui peut influencer la surmortalité annuelle. En général, la surmortalité annuelle est plus faible dans la cohorte la plus récente (1992-1994), que dans la cohorte la plus ancienne (1983-1985), particulièrement dans les premières années suivant le diagnostic. Ceci témoigne de l'impact positif de l'évolution du diagnostic et des traitements.

▪ **Surmortalité, 10 ans après le diagnostic, selon le type de cancer**

L'estimation de la surmortalité lors de la 10^e année après le diagnostic peut être examinée pour les différentes localisations.

Surmortalité au cours de la 10^e année, par cancer
(source Eurocare)

	%	[IC ₉₅ %]
Global	2,27	[2,14 ; 2,39]
Cancers du sein	2,57	[2,35 ; 2,80]
Cancer de l'ovaire	1,80	[1,22 ; 2,38]
Cancer du col de l'utérus	1,13	[0,69 ; 1,57]
Cancer du corps de l'utérus	0,28	[-0,04 ; 0,61]
Cancer de la prostate	6,67	[5,93 ; 7,42]
Tumeurs germinales du testicule	0,03	[-0,24 ; 0,31]
Cancer du rein	3,13	[2,38 ; 3,88]
Cancer du côlon	0,91	[0,49 ; 1,34]
Cancer du rectum	1,44	[0,87 ; 2,02]
Cancer du poumon	5,64	[4,54 ; 6,74]
Cancer du larynx	2,74	[1,73 ; 3,76]
Cancer de l'hypopharynx	9,11	[4,22 ; 13,99]
Cancer de l'oropharynx	2,76	[0,31 ; 5,21]

Cancer du rhinopharynx	2,96	[-0,30 ; 6,22]
Cancer de la thyroïde	0,49	[0,08 ; 0,90]
Mélanomes cutanés	0,91	[0,58 ; 1,24]
Leucémies aiguës lymphoïdes (lymphoblastiques)	0,33	[-1,03 ; 1,69]
Leucémies aiguës myéloïdes (myéloblastiques)	2,75	[0,33 ; 5,17]
Leucémie lymphoïde chronique	9,67	[7,59 ; 11,76]
Leucémies myéloïdes chroniques	9,32	[4,57 ; 14,07]
Maladie de Hodgkin	1,03	[0,44 ; 1,63]
Lymphomes malins non hodgkiniens	4,18	[3,39 ; 4,98]

10 ans après le diagnostic, on peut considérer que le « sur-risque » est stable et de faible amplitude pour la plupart des localisations. Pour certaines, il est quasiment nul.

Cinq ans après le diagnostic, pour un stade de cancer localisé, il est à noter que pour huit localisations (sein, ovaire, col et corps de l'utérus, prostate, testicule, thyroïde, mélanome), la surmortalité annuelle est nulle, inférieure à 1 % ou proche de 1 % (source SEER : *Surveillance Epidemiology and End Results program* du *National Cancer Institute*).

▪ Conclusion

D'après les données disponibles analysées dans cette expertise, l'excès de risque à distance du diagnostic (10 ans) a pu être estimé comme proche de 2 % pour tous les cancers confondus. Pour certains cancers de stade localisé au moment du diagnostic, il n'y a plus d'excès de risque dès les premières années.

Compte tenu de l'amélioration des thérapeutiques, aussi bien chez l'adulte que chez l'enfant, l'excès de risque devrait encore diminuer au cours des prochaines années. L'actualisation régulière des données de survie par les registres français, constitue un élément déterminant de la mise à jour des estimations internationales. Ainsi, prochainement, en France, les données du réseau des registres du cancer (Francim) et celles de l'enquête permanente cancer (série hospitalière), compléteront ce travail, et devraient répondre aux préoccupations des patients et des professionnels de santé.

Qu'est-ce que l'Expertise Collective Inserm?

L'Expertise Collective Inserm a pour objet de faire le point, dans un domaine précis, sur l'ensemble des connaissances scientifiques et médicales à partir de l'analyse de toute la littérature scientifique internationale.

Pour répondre à la question posée, l'Inserm réunit un groupe pluridisciplinaire d'experts reconnus composé de scientifiques et de médecins. Ces experts rassemblent, analysent les publications scientifiques (plus de 400 articles et rapports scientifiques et médicaux pour cette expertise collective) et en font une synthèse.

Des « lignes forces » sont dégagées et des recommandations parfois élaborées afin d'aider le commanditaire de l'expertise dans sa prise de décision.

Qui a réalisé cette expertise ?

Groupe d'experts et auteurs

Bernard ASSELAIN, Institut Curie, Paris

Karim BELHADJ, Service d'hématologie clinique, Hôpital Henri Mondor, Créteil

Nadine BOSSARD, Service de Biostatistique - Hospices Civils de Lyon, Lyon

Christian BRAMBILLA, Inserm U578, Service de Pneumologie, CHU de Grenoble, Grenoble

Fabien CALVO, Inserm U716, et Centre Investigations Cliniques, Hôpital Saint-Louis, Paris

Stéphane CULINE, Département médecine, Oncologie, Centre régional de lutte contre le cancer, Val d'Aurelle, Montpellier

Pascale GROSCLAUDE, Inserm U558, Registre des cancers du Tarn, Albi, et Serge BOULINGUEZ, Service de dermatologie, CHU La Grave, Toulouse

Andrew KRAMAR et Laetitia BENEZET, Centre régional de lutte contre le cancer, Val d'Aurelle, Montpellier

Brigitte LACOUR, Registre national des tumeurs solides de l'enfant, Faculté de médecine, Vandoeuvre-les-Nancy

Françoise PIARD, Inserm E106, Service d'anatomie et de cytologie pathologiques, Faculté de médecine, Dijon

Coordination scientifique

Centre d'Expertise collective Inserm, Paris, sous la responsabilité de Jeanne ETIEMBLE

▪ Contact presse Inserm

Anne Mignot
Tel. 01 44 23 60 73
Fax. 01 45 70 76 81
Mél. presse@tolbiac.inserm.fr

▪ Contact Editions

Brigitte Durrande
Editions Inserm
101, rue de Tolbiac
75654 Paris cedex 13
Tel. 01 44 23 60 78/82
Fax : 01 44 23 60 69
Mél. durrande@tolbiac.inserm.fr

Cette expertise est publiée sous le titre « **Cancers. Pronostics à long terme** »
Editions Inserm 2005, 293 pages, 35 euros

Quelques données par localisation

Cancers de la femme

Cancer du sein

Le plus fréquent des cancers de la femme dans les pays occidentaux

Incidence* : 88,9/100 000

Age médian au diagnostic : 61 ans

62,1 % de stades localisés au moment du diagnostic (source SEER)

Surmortalité annuelle : 2,57 % à 10 ans du diagnostic tous stades confondus (source Eurocare)

Cancer de l'ovaire

5^{ème} rang des cancers féminins en France

Incidence* : 9/100 000

Age médian au diagnostic : 65 ans

19,6 % de stades localisés au moment du diagnostic (source SEER)

Surmortalité annuelle : 1,80 % à 10 ans du diagnostic tous stades confondus (source Eurocare)

Cancer du corps de l'utérus

3^{ème} rang des cancers féminins en France

Incidence* : 9,2/100 000

Age médian au diagnostic : 69 ans

72,4 % de stades localisés au moment du diagnostic (source SEER)

Surmortalité annuelle : 0,28 % à 10 ans du diagnostic tous stades confondus (source Eurocare)

Cancer du col de l'utérus

8^{ème} rang des cancers féminins en France

Incidence* : 8/100 000

Age médian au diagnostic : 51 ans

53,8 % de stades localisés au moment du diagnostic (source SEER)

Surmortalité annuelle : 1,13 % à 10 ans du diagnostic tous stades confondus (source Eurocare)

Le développement d'outils tels que des marqueurs tumoraux dans le sérum, devrait permettre un diagnostic plus précoce pour le cancer de l'ovaire. Pour le cancer du sein, l'hormonothérapie adjuvante est en pleine évolution avec l'arrivée des anti-aromatases de nouvelle génération ainsi que les traitements adjuvants par anticorps monoclonaux.

* Taux annuel standardisé sur la population mondiale (nombre de cas pour 100 000 personnes) Source Remontet et coll. 2003

Cancers de l'homme

Cancer de la prostate

Cancer le plus fréquent chez l'homme de plus de 50 ans

Incidence: 75,3/100 000[†]

Age médian au diagnostic : 74 ans

84,3 % de stade localisé au moment du diagnostic (source SEER)

Surmortalité annuelle : 6,67 % à 10 ans du diagnostic tous stades confondus (source Eurocare)

Tumeurs germinales du testicule

Tumeur la plus fréquente chez l'homme de 20 à 35 ans

Incidence :[◇] - 1,95/100 000 pour les tumeurs non séminomateuses

- 2,42/100 000 pour les tumeurs séminomateuses

69,1 % de stade localisé au moment du diagnostic (source SEER)

Surmortalité annuelle : 0,03 % à 10 ans du diagnostic tous stades confondus (source Eurocare)

La guérison d'un cancer de la prostate ne peut être envisagée que dans les stades localisés de la maladie. Les trois principaux facteurs pronostiques susceptibles de prédire, avant tout traitement, le risque de récurrence tumorale et la survie globale des patients sont : le taux sérique de l'antigène spécifique de prostate (ou PSA) ; le stade tumoral ; le degré de différenciation de la tumeur.

De nombreux travaux confirment que le pronostic des tumeurs localisées du testicule est excellent.

[†] Incidence standardisée mondiale. Source Remontet et coll. 2003

[◇] Incidence standardisée mondiale. Source Hedelin et Remontet 2002

Cancers de l'homme et de la femme

Cancer du rein

Représente 3 % de l'ensemble des cancers

Incidence[‡]: 12,2 /100 000 chez l'homme et 5,7/100 000 chez la femme

Age médian au diagnostic : 67 ans chez l'homme et 70 ans chez la femme

50,3 % de stade localisé au moment du diagnostic (source SEER)

Surmortalité annuelle : 3,13 % à 10 ans du diagnostic tous stades confondus (source Eurocare)

Pour les patients présentant un cancer du rein localisé, les trois principaux facteurs pronostiques susceptibles de prédire la survie globale sont : le stade de la maladie, l'état général et le degré de différenciation de la tumeur. Pour les tumeurs de stades localisés, le traitement de référence est la chirurgie (néphrectomie totale ou éventuellement partielle en fonction de la taille et de la localisation de la tumeur).

Cancer du côlon

65 % des cancers colorectaux sont localisés au niveau du côlon

Incidence de 25,9 à 45,8/100 000 chez l'homme selon les registres

Incidence de 17,4 à 28,4/100 000 selon les registres chez la femme.

Age moyen au diagnostic : 69,5 ans chez l'homme et 72,8 ans chez la femme

Surmortalité annuelle : 0,91 % à 10 ans du diagnostic tous stades confondus (source Eurocare)

Cancer du rectum

Incidence de 19,4 à 29,3/100 000 chez les hommes selon les registres

Incidence de 10,3 à 15,5/100 000 chez la femme selon les registres

Surmortalité annuelle : 1,44 % à 10 ans du diagnostic tous stades confondus (source Eurocare)

Le pronostic des cancers du côlon et du rectum s'est amélioré grâce au développement de la coloscopie ; cet examen conduit à un diagnostic et une prise en charge plus précoce et à l'augmentation de la proportion des traitements curatifs. De nombreux traitements adjuvants récents sont susceptibles d'apporter un bénéfice en termes de survie.

[‡] Taux annuel standardisé sur la population mondiale. (Nombre de cas pour 100 000 personnes) Source Remontet et coll. 2003

Cancer du poumon

2^{ème} cancer le plus fréquent chez l'homme, en augmentation chez la femme

23 000 nouveaux cas chez l'homme et 4 600 chez la femme en 2000

Age médian au diagnostic : 67 ans chez l'homme et 68 ans chez la femme

15,9 % de stade localisé au moment du diagnostic (source SEER)

Surmortalité annuelle : 5,64 % à 10 ans du diagnostic tous stades confondus (source Eurocare)

Les tumeurs du poumon se présentent sous différents types histologiques. Cependant, le nombre de types ou sous-types histologiques des tumeurs est souvent réduit à deux groupes principaux de pronostic et de prise en charge différents : d'une part les carcinomes bronchiques à petites cellules et d'autre part les carcinomes broncho-pulmonaires « non à petites cellules ». Cette classification simple est très utilisée en pratique clinique. Pour les carcinomes broncho-pulmonaires « non à petites cellules », les patients vivants 5 ans après résection complète ont une espérance de survie estimée à 91 % à 10 ans. La surmortalité annuelle résiduelle à long terme est liée au cancer du poumon lui-même, mais également aux autres facteurs de risque des patients.

Cancer du larynx

4 226 nouveaux cas chez l'homme en 2000

Incidence* de 9,3/100 000 chez l'homme et 0,7 pour 100 000 chez la femme

Age médian au diagnostic : 62 ans chez l'homme et 64 ans chez la femme

50 % de stade localisé au moment du diagnostic (source SEER)

Surmortalité annuelle : 2,74 % à 10 ans du diagnostic tous stades confondus (source Eurocare)

Il existe des différences de pronostic en fonction de l'origine anatomique précise du cancer au niveau du larynx. Le mauvais pronostic des cancers de la partie haute du larynx est à rapprocher de celui des cancers de l'hypopharynx et doit être également mis en rapport avec les facteurs de risque de ces cancers (intoxication alcool-tabagique) qui sont à l'origine d'une comorbidité importante et de risque de second cancer.

* Taux annuel standardisé sur la population mondiale. Source Remontet et coll. 2003

Cancer de la thyroïde

3 711 nouveaux cancers diagnostiqués en France en 2000

Incidence* : 2,12/100 000 pour l'homme et 7,5/100 000 chez la femme

Age médian au diagnostic : 51 ans chez la femme et 52 ans chez l'homme

55,1 % de stades localisés au moment du diagnostic (source SEER)

Surmortalité annuelle : 0,49 % à 10 ans du diagnostic tous stades confondus (source Eurocare)

Les éléments du pronostic de ce cancer reposent sur le type histologique, l'âge au diagnostic (plus ou moins de 45 ans), la taille de la tumeur (plus ou moins de 3 cm), le statut locorégional (confiné ou non à la glande), la présence ou non de métastases ganglionnaires, et l'existence ou non de métastases à distance.

Mélanomes cutanés

2,6 % de l'ensemble des nouveaux cancers diagnostiqués en France en 2000

Incidence* : 9,5/100 000 chez la femme et 7,6/100 000 chez l'homme

Age médian au diagnostic : 56 ans chez la femme et 58 ans chez l'homme

82 % de stades localisés au moment du diagnostic (source SEER)

Surmortalité annuelle : 0,91 % à 10 ans du diagnostic tous stades confondus (source Eurocare)

L'augmentation de l'incidence du mélanome se fait au profit essentiellement des mélanomes à extension superficielle de faible épaisseur. Ils constituent un sous-groupe largement majoritaire de mélanomes « fins » (épaisseur inférieure à 0,75 mm) dont le comportement est marqué par une faible évolutivité. Le facteur pronostique le plus pertinent dans l'évolution du mélanome reste l'infiltration en profondeur. La survie à 10 ou 15 ans des mélanomes d'épaisseur inférieure à 1 mm est très supérieure à 90 %.

* Taux annuel standardisé sur la population mondiale. Source Remontet et coll. 2003

Hémopathies

Leucémies aiguës lymphoïdes (lymphoblastiques) ou LAL

Représentent 20 % des leucémies de l'adulte

Incidence : 1,72/100 000 (source registre de la Côte d'Or, période 1980-2001)

Surmortalité annuelle : 0,33 % à 10 ans du diagnostic tous stades confondus (source Eurocare)

Leucémies aiguës myéloïdes ou LAM

Forment un ensemble de pathologies très hétérogènes

Incidence : 2,4/100 000 (source registre de la Côte d'Or, période 1980-2001)

Age médian au diagnostic : 64 ans

Surmortalité annuelle : 2,75 % à 10 ans du diagnostic tous stades confondus (source Eurocare)

L'évolution des thérapeutiques influence fortement la survie des hémopathies malignes. Pour la leucémie aiguë lymphoïde, la survie sans rechute reste peu satisfaisante mais il n'est plus observé de surmortalité après 5 ans de rémission complète chez l'adulte jeune. De même, pour la leucémie aiguë myéloïde, 3 ans après le diagnostic, le risque de décès apparaît négligeable quel que soit le stade au moment du diagnostic.

Un groupe important de patients atteints de leucémie lymphoïde chronique se caractérise par une espérance de vie équivalente à celle de sujets témoins d'âge comparable. Actuellement, la surmortalité annuelle de la leucémie myéloïde chronique reste élevée à distance du diagnostic en relation avec la transformation en leucémie aiguë. Les évolutions thérapeutiques récentes (inhibiteurs de tyrosine kinases) vont modifier fondamentalement le pronostic.

Maladie de Hodgkin

18^{ème} rang des cancers chez l'homme, 20^{ème} chez la femme

Incidence* : 2/100 000

2 pics de fréquence : l'un autour de 30 ans, l'autre après 60 ans

25,7 % de stades localisés au moment du diagnostic (source SEER)

Surmortalité annuelle : 1,03 % à 10 ans du diagnostic tous stades confondus (source Eurocare)

Lymphomes malins non hodgkiniens

6^{ème} rang des cancers

Incidence : 13,3/100 000 chez l'homme et 7,8/100 000 chez la femme

Age moyen de survenue : 64 ans chez l'homme, 70 ans chez la femme

31 % de stades localisés au moment du diagnostic

Surmortalité annuelle : 4,18 % à 10 ans du diagnostic tous stades confondus (source Eurocare)

* Taux annuel standardisé sur la population mondiale. Source Remontet et coll. 2003

Après une maladie de Hodgkin, le risque à long terme de développer un second cancer chez les patients traités par radiothérapie avec ou sans chimiothérapie, est pris en compte par les nouvelles pratiques thérapeutiques. L'analyse des causes de décès tardifs – essentiellement des cancers et des insuffisances coronariennes dans le champ d'irradiation – a permis de modifier les modalités de l'irradiation dans le traitement des formes localisées ; la taille des champs d'irradiation et les doses administrées ont été réduites. Durant ces deux dernières années, les essais thérapeutiques en cours testent l'abandon de la radiothérapie dans les formes de bon pronostic.

Concernant les lymphomes non hodgkiniens, l'avènement de nouvelles thérapeutiques associées à la chimiothérapie améliore la survie à court terme. Dans le lymphome de Burkitt, après 3 années suivant le diagnostic, la surmortalité annuelle est négligeable. Les lymphomes T sont généralement associés à un plus mauvais pronostic que les lymphomes B.

Cancers de l'enfant

1 500 nouveaux cas de cancers de l'enfant observés en France chaque année

Incidence* : 13,2/100 000 chez l'enfant de 0 à 14 ans (période 90-99)

450 nouveaux cas de leucémies par an en France dont 80 % de leucémies aiguës lymphoïdes

300 nouveaux cas de tumeurs cérébrales par an

Surmortalité annuelle : 1,24 % à 7 ans du diagnostic tous cancers confondus (source Eurocare)

Les progrès thérapeutiques des trente dernières années permettent d'obtenir aujourd'hui une guérison de plus des deux tiers des cas de cancer chez l'enfant.

Trois études (américaine, scandinave et néerlandaise) ont étudié la mortalité tardive jusqu'à 25 ans après le diagnostic d'un cancer dans l'enfance ; la surmortalité est inférieure à 1 % par an après 5 ans, ce qui est très faible.

Compte tenu des améliorations thérapeutiques réalisées ces dernières années, se traduisant par l'amélioration des taux de survie à 5 ans, il est vraisemblable que le taux de rechute tardive diminue également pour les patients traités au cours des années les plus récentes. Concernant la survenue de second cancer, plusieurs études montrent que ce risque est surtout lié à l'irradiation des patients. Or, dans les leucémies par exemple, la radiothérapie cérébrale systématique visant à prévenir les rechutes méningées n'est plus pratiquée ; dans la maladie de Hodgkin, la radiothérapie est de moins en moins importante et les champs d'irradiation de plus en plus réduits. Ceci devrait donc diminuer le risque de second cancer chez les patients traités récemment.

Pour plus de détails pour chacune des localisations, se reporter à l'ouvrage en ligne sur le site de l'Inserm (<http://www.inserm.fr/fr/questionsdesante/mediatheque/ouvrages>)

*Taux standardisé d'incidence annuelle. Source Désandes et coll. 2004