LA SANTE OBSERVEE à la Réunion

CANCERS DES VOIES AERO-DIGESTIVES SUPERIEURES ET DE L'OESOPHAGE

à la Réunion

CONTEXTE NATIONAL [1]

Les cancers des voies aérodigestives supérieures (VADS) regroupent les cancers de la lèvre, de la bouche, du pharynx et du larynx. Les cancers des VADS et les cancers de l'œsophage font fréquemment l'objet d'une approche épidémiologique globale en raison de leurs caractéristiques communes, parmi lesquelles le fait qu'ils soient pour la plupart très souvent liés au tabagisme et à la consommation excessive d'alcool. Ce sont en majorité des carcinomes épidermoïdes différenciés, survenant principalement chez les hommes [2,3].

Le nombre de nouveaux cas de cancers des VADS et de l'œsophage est estimé par le réseau des registres du cancer (Francim) à 20 700 en 2005 (24 500 en 2000) en France métropolitaine dont 16 500 concernent les hommes [4] : 59% sont localisés à la sphère « lèvres, cavité buccale, pharynx », 23% au larynx et 18% à l'œsophage. Les cancers des VADS et de l'œsophage se placent ainsi au 4e rang des cancers les plus fréquents chez les hommes et au 8e chez les femmes. Ils représentent 9% de l'ensemble des cas incidents de cancer chez les hommes et 3% chez les femmes.

Les taux masculins d'incidence (standardisés sur la population mondiale) pour l'année 2005 sont estimés à 21,8 pour 100 000 personnes pour les cancers de la sphère «lèvres, cavité buccale, pharynx», à 7,9 pour les cancers œsophagiens et à 7,1 pour les cancers laryngés [4]. Le ratio d'incidence homme/femme est supérieur à 5 pour chacune de ces localisations et atteint un maximum de 7 pour les cancers laryngés [4]. Au cours des deux dernières décennies, les taux d'incidence de ces cancers ont évolué de façon inverse selon le sexe, diminuant considérablement chez les hommes (-2% chaque année en moyenne sur la période 1980-2005 et -5% entre 2000 et 2005) et augmentant chez les femmes (augmentation annuelle moyenne de +1,6%). L'écart est particulièrement marqué pour le cancer du larynx, avec un taux moyen annuel d'évolution de –2,7% chez les hommes et de +2,1% chez les femmes sur la période 1980-2005 [4]. Cette baisse importante de l'incidence des cancers des VADS et de l'œsophage chez l'homme est due à la diminution de la consommation d'alcool observée en France depuis les années 1950, et dans une moindre mesure à la baisse de la consommation tabagique. A l'inverse, l'augmentation de l'incidence observée chez les femmes est vraisemblablement due à la modification de leur consommation de tabac et d'alcool ces dernières années [4].

En 2004, près de 18 500 personnes atteintes de ces cancers ont été admises en affection de longue durée par l'un des trois principaux régimes d'assurance maladie, afin de bénéficier d'une exonération du ticket modérateur pour le soins longs et coûteux nécessités par cette affection [5].

Les données du Programme de médicalisation des systèmes d'information de 2004 montrent que les cancers des voies aérodigestives supérieures et de l'œsophage ont constitué le diagnostic principal de plus de 55 000 séjours hospitaliers dans les services de soins de courte durée (hors séances de chimiothérapie et radiothérapie) [6].

En 2005, le nombre de décès dus aux cancers des VADS et de l'œsophage est de 9 300 en France métropolitaine [4,7,8,9]. Ces cancers sont au 4e rang en terme de mortalité par cancer chez les hommes et au 8e rang chez les femmes. Ils représentent 9% des décès annuels par cancer chez les hommes et 3% chez les femmes [7]. Près de la moitié de ces décès surviennent avant l'âge de 65 ans et plus de 85 % concernent des hommes [7,8]. Le taux comparatif de mortalité par cancers des VADS et de l'œsophage est de 34,5 pour 100 000 chez les hommes et de 4,4 pour 100 000 chez les femmes [7,8]. Au cours des deux dernières décennies, il a fortement diminué chez les hommes (-50%) et faiblement chez les femmes (-13% entre 1981 et 2002) [7].

Les cancers des VADS et de l'œsophage ont un mauvais pronostic. Ils ont tendance à s'étendre rapidement et surviennent en outre chez des personnes exposées à d'autres pathologies en lien avec le tabac et la consommation excessive d'alcool [4, 8,10]. La survie relative à 5 ans est de 35 % pour les cancers de la sphère « lèvres, cavité buccale, pharynx » et de 52 % pour les cancers du larynx [7].

Le diagnostic précoce de ces cancers est un des éléments déterminants de leur pronostic. En l'absence d'examen de dépistage, il est donc nécessaire d'inciter les praticiens à réaliser un examen clinique de la sphère aérodigestive supérieure, notamment de la cavité buccale, chez les patients exposés au tabac et à l'alcool [3,11].

La prévention primaire de ces cancers repose essentiellement sur la lutte contre le tabagisme et la consommation excessive d'alcool, deux priorités du Plan Cancer lancé en mars 2003 [12]. Les autres facteurs de risque identifiés sont une consommation insuffisante de légumes et de fruits, une mauvaise hygiène bucco-dentaire, les traumatismes prothétiques, le soleil et la radioactivité pour les localisations labiales [3, 10, 11, 13-15].

SITUATION A LA REUNION

- Deux sources d'information permettent d'approcher l'incidence de ces cancers à la Réunion : le Registre des cancers et les admissions en Affections de Longue Durée.
- Environ 190 nouveaux cas de cancers des VADS et de l'œsophage ont été diagnostiqués en 2004.
- Le taux d'incidence standardisé était de 71,7 nouveaux cas pour 100 000 habitants par an chez les hommes et de 7,9 chez les femmes en 2004.
- Prés de 90% des nouveaux cas étaient masculins.
- Ces cancers se placent au second rang des cancers les plus fréquents chez les hommes, après celui de la prostate.
- Les cancers des VADS et de l'œsophage touchent des personnes relativement jeunes puisque 73% des nouveaux cas masculins sont déclarés avant 65 ans.
- Comme en France, les taux d'incidence ont diminué chez les hommes sur la période 2000-2004.
- 150 Réunionnais sont admis en ALD pour cette affection, en moyenne, chaque année sur la période 2004-2006.
- Près de 400 hospitalisations ont eu comme diagnostic principal cette pathologie sur la période 2002-2004.
- Les cancers des VADS et de l'œsophage ont été responsables d'une centaine de décès en moyenne chaque année sur la période 2003-2005 (90% sont des hommes).
- Ils constituent la 2ème cause de mortalité par cancer chez l'homme et la 10ème chez la femme.
- La mortalité masculine est presque dix fois supérieure à celle des femmes.
- Les taux comparatifs de mortalité ont peu évolué ces dernières années chez les hommes comme chez les femmes.
- La Réunion se caractérise par une forte surmortalité masculine par cancers des VADS et de l'œsophage par comparaison à la moyenne nationale.

CANCERS DES VADS ET DE L'OESOPHAGE

Nombre de nouveaux cas des VADS et de l'œsophage, selon l'âge et le sexe

La Réunion (2004)

	Hommes		Femmes		Total	
	n	%	n	%	n	%
< 65 ans	124	73,4	14	66,7	138	72,6
65 ans et +	45	26,6	7	33,3	52	27,4
Total	**169**	**100**	**21**	**100**	**190**	**100**

Source : Registre des cancers (Département) Exploitation ORS

Décès par cancer des VADS et de l'œsophage selon l'âge et le sexe

La Réunion (moyenne 2003-2005)

	Hommes		Femmes		Total	
	n	%	n	%	n	%
< 65 ans	277	76,5	27	81,8	304	77,0
65 ans et +	85	23,5	6	18,2	91	23,0
Total	**362**	**100,0**	**33**	**100,0**	**395**	**100,0**

Sources : INSERM-CépiDC, FNORS (Score-Santé) Exploitation ORS

Taux d'incidence estimée du cancer des VADS et de l'œsophage, selon le sexe

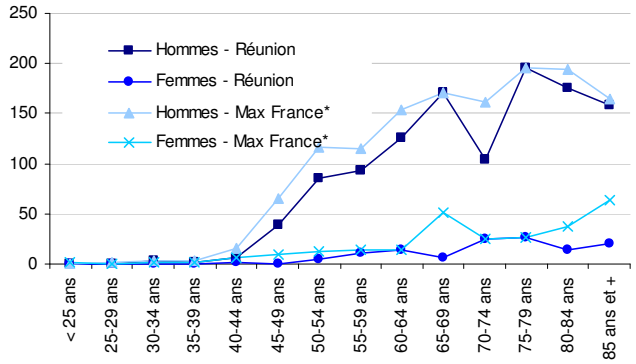
La Réunion (1990-2004)

	Nombre de nouveaux cas		Taux d'incidence standardisé*	
	Hommes	Femmes	Hommes	femmes
1990	126	14	116,9	10,0
1995	143	9	73,1	3,8
2000	180	20	84,5	10,8
2004	169	21	71,7	7,9

Source : Registre des cancers (Département) Exploitation ORS
* standardisation sur la population européenne – unité : pour 100 000

Taux bruts de mortalité par cancer des VADS et de l'œsophage selon le sexe et l'âge (Taux pour 100 000 personnes)

La Réunion et France métropolitaine (moyenne 2003-2005)



Sources : INSERM-CépiDC, INSEE, FNORS (Score-Santé) Exploitation ORS
* Valeur régionale maximale (France entière)

Nombre d'admissions en Affections de Longue Durée (ALD) pour cancer des VADS et de l'œsophage selon l'âge et le sexe

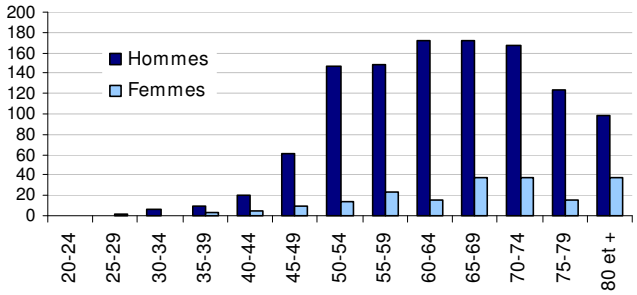
La Réunion (moyenne 2004-2006)

Age	Hommes		Femmes	
	Nombre	%	Nombre	%
< 65 ans	94	72,3	12	70,6
65 ans et +	36	27,7	5	29,4
Total	**130**	**100,0**	**17**	**100,0**

Sources : CNAMTS, RSI, FNORS Exploitation ORS

Taux d'admissions en affections de longue durée (ALD) pour cancer des VADS et de l'œsophage selon l'âge et le sexe (taux pour 100 000 personnes)

La Réunion (moyenne 2004-2006)



Sources : CNAMTS, RSI, FNORS, INSEE Exploitation ORS

Evolution du taux comparatif de mortalité par cancer des VADS et de l'œsophage, selon le sexe

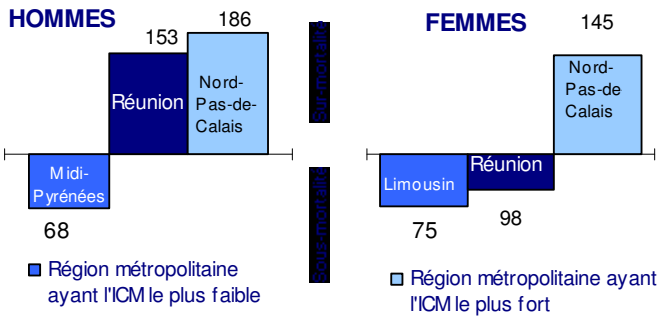
La Réunion (Taux pour 100 000 habitants)

	1999-2001	2000-2002	2001-2003	2002-2004	2003-2005	Evolution 1999-2005
Hommes	41	41	39	43	42	**+2%**
Femmes	4	5	5	5	4	**0%**
Ensemble	21	22	21	21	21	**0%**

Sources : INSERM-CépiDC, INSEE, FNORS Exploitation ORS

Indices Comparatifs de Mortalité (ICM) par cancer des VADS et de l'œsophage, selon le sexe

Moyenne 2003-2005



Sources : INSERM-CépiDc, INSEE, FNORS Exploitation ORS

CANCERS DES VADS ET DE L'OESOPHAGE

DEFINITIONS

Tumeurs malignes des lèvres, de la cavité buccale et du pharynx : *codes CIM9 140-149 ; codes CIM10 C00-C14.*

Tumeurs malignes du larynx: *codes CIM9 161 ; codes CIM10 C32.*

Tumeurs malignes de l'œsophage: *codes CIM9 150 ; codes CIM10 C15.*

Incidence : *nombre de nouveaux cas apparus sur une période donnée.*

Indice comparatif de mortalité (ICM) appelé aussi standardized mortality ratio (SMR) *: cet indice permet de comparer, globalement ou pour une cause médicale de décès donnée, la mortalité dans la région ou dans un département, avec la moyenne nationale.*
Il s'agit du rapport en base 100 entre le nombre de décès observés dans la région et le nombre de décès qui serait obtenu si les taux de mortalité pour chaque tranche d'âge étaient identiques aux taux nationaux (ICM France Métropolitaine = 100). Un ICM de 61 signifie une mortalité inférieure de 39% à la moyenne métropolitaine. A l'inverse, un ICM de 164 signifie une mortalité supérieure de 64% à la moyenne métropolitaine.

Taux comparatif ou standardisé (sur l'âge) : *taux permettant de comparer la situation de 2 territoires ou de 2 périodes en éliminant les effets liés aux différences de structure par âge.*

Taux comparatif de mortalité (TCM) : *Le taux comparatif (ou taux standardisé direct) est le taux que l'on observerait dans la région ou le département si elle avait la même structure par âge que la population de référence (population de France métropolitaine au recensement de 1990 généralement*

Taux d'incidence standardisé (taux par personne et par an) : *C'est l'incidence que l'on observerait dans la population d'étude si elle avait la même structure par âge que la population standard (ici la standardisation est effectuée sur la population européenne).*

CONTEXTE NATIONAL

Pour la rédaction de ce tableau de bord, nous nous sommes inspirés du travail de la FNORS qui a permis d'actualiser le contexte national. La source est citée dans l'encart « Références bibliographiques et sources ».

AFFECTIONS DE LONGUE DUREE

Les affections de longue durée (ALD) sont des maladies graves, nécessitant un traitement prolongé et des soins particulièrement coûteux. Ces affections, dont la liste est définie par un décret, sont actuellement au nombre de 30. Les personnes qui en sont atteintes peuvent bénéficier, à leur demande ou à celle de leur médecin, d'une exonération du ticket modérateur pour les soins liés à cette affection.
Le caractère médico-administratif des motifs d'admission en ALD limite leur utilisation directe dans un objectif épidémiologique. Mais l'intérêt de ces données est de mieux en mieux perçu aujourd'hui, notamment pour certaines pathologies et/ou certains groupes d'âge, en complémentarité d'autres sources de données ou dans une perspective de suivi temporel.
La liste des 30 maladies ouvrant droit à l'exonération du ticket modérateur (ALD 30) est présentée dans article D. 322-1 du code de la sécurité sociale, modifié par le décret n° 2004-1049 du 4 octobre 2004, publié au Journal officiel du 5 octobre.

Pour en savoir plus :
Consulter le tableau de bord sur les Affections de longue durée (édition 2004) sur le site de l'ORS : www.orsrun.net

REGISTRE DES CANCERS DE LA REUNION

Le registre des cancers de la Réunion fonctionne de façon continue depuis 1988. Il est géré, depuis sa création, par le Département de la Réunion au sein de la Direction de la Santé Publique. Il consiste en l'enregistrement de tous les cas incidents de cancers pour les patients domiciliés dans le Département.
Il permet la surveillance de l'évolution de la morbidité cancéreuse, l'évaluation des actions de prévention et des effets thérapeutiques.
En prenant en compte les spécificités de l'île, diversité ethnique, mode de vie, climat, environnement, les données du registre sont précieuses, et ce, d'autant que le plateau technique (moyens diagnostics et thérapeutiques) proposé aux Réunionnais est maintenant proche de celui de la Métropole.
Il est une source utile pour la recherche épidémiologique en étant le point de départ d'investigations étiologiques, grâce à la comparaison des incidences avec les autres registres.

ADRESSES UTILES SUR L'ILE

- **Ligue Nationale Contre le Cancer**
  - 19 all Thuyas - 97400 SAINT DENIS - tel : 0262 30 06 00 - tel :0262 20 12 11 - fax : 0262 20 93 88
  - 13 Bis r Antoine Roussin - 97460 SAINT PAUL - tel-fax : 0262 26 61 03
- **ONCORUN**
  Imm Europa 2 allée Bonnier - 97400 SAINT DENIS - tel : 0262 46 57 79

SITES UTILES

- **Institut National du cancer :** http://www.e-cancer.fr/
- **La ligue contre le cancer :** http://www.ligue-cancer.asso.fr/
- **Association pour la recherche sur le cancer :** http://www.arc.asso.fr/
- **Institut Curie** : http://www.curie.fr/
- **INVS - Institut de Veille sanitaire** : http://www.invs.sante.fr/surveillance/cancers/default.htm
- **INSERM – Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale :** http://www.inserm.fr/fr/questionsdesante/dossiers/cancer/index.html
- **Centre International de Recherche sur le Cancer (CIRC) :** http://www.iarc.fr/indexfr.html
- **OMS – Organisation Mondiale de la Santé :** http://www.who.int/topics/cancer/fr/

CANCERS DES VADS ET DE L'OESOPHAGE

Repères bibliographiques et sources

[1] Le cancer dans les régions de France. Mortalité, incidence, affections de longue durée, hospitalisations
FNORS, ORS de Franche-Comté, Languedoc-Roussillon, Limousin, Pays de La Loire, Rhône-Alpes, 2005, 76p. (coll. Les Etudes du Réseau des ORS).

[2] Upper aerodigestive tract cancers
C. Muir, L. Weiland ; *Cancer*, vol. 75, n°1 (Suppl.) ; janvier 1995; pp. 147-153.

[3] Cancers des voies aériennes et digestives
J-P. Bessede, N. David ; dans *Cancers : prévention et dépistage* ; N. Tubiana-Mathieu ; Ed. Masson, 2002, pp.152-164.

[4] Présentation des dernières données d'incidence et de mortalité par cancer en France et des tendances des 25 dernières années (1980-2005)
Ministère de la Santé, de la jeunesse et des Sports, INVS, Hôpitaux de Lyon, Réseau FRANCIM, Institut National du cancer ; Conférence de presse du 21 février 2008 ; dossier de presse ; 24p. téléchargeable sur le site de l'INVS : http://www.invs.sante.fr/presse/2008/communiques/cancer_evolution/DPCancer21FEV08bd.pdf

[5] Base nationale des Affections de Longue Durée (ALD) 2002-2004
CNAMTS – MSA – RSI, exploitation FNORS – ORS.

[6] Base nationale PMSI MCO 1998-2004, exploitation DREES

[7] Evolution de l'incidence et de la mortalité par cancer en France de 1978 à 2000
L. Remontet, A. Buemi, M. Velten et Al. InVS, Réseau Francim, Inserm, Hôpitaux de Lyon, 2003, 217p.

[8] Base de données SCORE-santé :
Fédération Nationale des Observatoires Régionaux de la Santé : http://www www.fnors.org

[9] Base nationale des causes médicales de décès 1980-2005.
Inserm CépiDc, exploitation FNORS – ORS.

[10] Epidémiologie des cancers.
C. Hill, F. Doyon, H. Sancho-Garnier, Ed. Flammarion, Inserm, Hôpitaux de Lyon, 2003, 217p.

[11] Site Internet du National Cancer Institute.
http://cis.nci.nih.gov

[12] Cancer : plan de mobilisation nationale.
Mission Interministérielle pour la lutte contre le cancer, 2003, 44p.

[13] Cancers des voies aérodigestives supérieures.
D. Luce, J. Brugère, F. Eschwège ; dans *Les cancers professionnels* ; tome 1 ; Ed. Margaux Orange ; 2000 ; pp. 429-460.

[14] Role of diet in upper aerodigestive tract cancers.
P.N. Notani, K. Jayant. *Nutrition and Cancer*, vol. 10, n°1-2, 1987 ; pp. 103-113.

[15] The influence of alcohol consumption on worldwide trends in mortality from upper aerodigestive tract cancers in men.
G.J. Macfarlane, T.V. Macfarlane, B. Lowenfels; *Journal of Epidemiology and Community Health*; vol. 50; n°6; 1996; pp. 636-639.

Pour en savoir plus

La santé observée dans les Pays de La Loire, Tableau de bord régional sur la santé
Observatoire Régional de la Santé des Pays de La Loire, 2ème édition, juin 2007, 222p.

Incidence et mortalité par cancer des voies aéro-digestives supérieures (VADS) et de l'œsophage en Bretagne : Tendances entre 1980 et 2000
ORS Bretagne, DRASS et Conseil Régional de Bretagne ; 2006 ; 42p.

La situation du cancer en France en 2007
Institut National du Cancer ; juillet 2007 ; 154p. http://www.e-cancer.fr/

Alcool et risque de cancers : Etat des lieux des données scientifiques et recommandations de santé publique. »
Institut National du cancer ; NACRe ; Coll. Rapports & synthèses ; novembre 2007 ; 60p. http://www.e-cancer.fr/

Cancers – pronostics à long terme – une expertise collective à long terme
INSERM ; dossier de presse ; Paris ; 19 avril 2006 ; téléchargeable sur le site de l'INSERM.

Les causes du cancer en France, version abrégée
Académie Nationale de médecine, Académie des sciences – Institut de France, Centre International de Recherche sur le Cancer (OMS – Lyon), Fédération nationale des centres de lutte contre le cancer, avec le concours de l'Institut National du cancer et de l'InVS, septembre 2007, 48p.

Les causes médicales de décès en France et leur évolution 1980-2004
A. Aouba, F. Péquignot, A. Le Toullec, E. Jougla. Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès, Inserm CépiDc, Le Vésinet, France. *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire* (BEH) du 18 septembre 2007 / n°35-36.

Le cancer dans le monde
OMS, CIRC, Ministère de la santé, de la jeunesse et des sports, Institut National du cancer ; sous la direction de B.W. Stewart, P. Kleihues ; IARC Press ; Lyon ; 2005 ; 364p.

Baromètre cancer 2005
Ph. Guilbert, P. Peretti-Watel, F. Beck, A. Gautier (sous la dir.) ; INPES, coll. Baromètres santé, Saint-Denis, 2006, 208 p.

La prise en charge du cancer
Dossier coordonné par C. Bara et S . Cotte, *Actualité et dossier en Santé Publique*, HCSP, n°51, juin 2005, pp.3-58.

Rapport de Commission d'orientation sur le cancer
L. Abenhaïm, Commission d'orientation sur le cancer. Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées, Ministère délégué à la recherche et aux nouvelles technologies, 2003, 336p.

La prise en charge du cancer
Dossier coordonné par C. Bara et S . Cotte, *Actualité et dossier en Santé Publique*, HCSP, n°51, juin 2005, pp.3-58.

L'analyse des séjours chirurgicaux au sein du PMSI : un nouvel indicateur pour l'observation des cancers
M-C. Mouquet, L. Cherie-Challine, C. Marescaux, Drees Document de travail, *Série Etudes* n° 27, novembre 2002.

Cancer incidence in five continents
International agency for research on cancer world health organization, International association of cancer registries,, IARC Scientific Publication, vol II n°143, Lyon, 1997, 1240 p.

La dynamique du plan cancer : un an d'action et de résultats
Mission interministérielle pour la lutte contre le cancer, Plan cancer, Rapport annuel, 2004, 39 p.

Survie des patients atteints de cancer en France : étude à partir des données des registres du réseau Francim
N. Bossard, M. Velten, L. Remontet et Al., *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*, InVs, n°9-10, mars 2007, pp 66-69.

Smokeless tobacco and increased risk of hypopharyngeal and laryngeal cancers : A multicentric case-control study from India
A. Sapkota et Al. ; Centre International de la Recherche sur le Cancer (CIRC); Lyon; 2007; International Journal of Cancer ; Vol n°121-8 ; 2007 ; pp : 1793-1798.

Dietary patterns and risk of laryngeal cancer : An exploratory factor analysis in Uruguayan men
E. De Stefani, P. Boffeta, A-L. Ronco, et al.; *International Journal of Cancer* ; Vol n°121-5 ; 2007; pp : 1086-1091.

Préservation d'organe et de fonction du pharyngo-larynx dans les cancers des VADS : Cancers des voies aérodigestives supérieures
S. Hans, D. Brasnu ; *La revue du praticien* ; Vo. 56-15 ; 2006 ; pp : 1667-1674.

Occupational exposure and laryngeal and hypopharyngeal cancer risk in central and eastern Europe
O. Shangina, P. Brennan, et Al.; *American Journal of Epidemiology* ; Vol. 164-4; 2006; pp : 367-375.

Trends in laryngeal cancer mortality in Europe
C. Bosetti, W. Garavello, F. Lucchini, E. Negri, et Al. ; *International Journal of Cancer* ; Vol n°119-3; 2006 ; pp : 673-681.

Remerciements

Ce tableau de bord n'aurait pu être réalisé sans la participation de nos différents partenaires et producteurs de données : la DRASS, la FNORS, l'INSEE, l'INSERM, les régimes d'assurance maladie (CNAMTS et RSI), le Registre des cancers (Département).

Contributions : Dr C. Deloffre (Département), Dr J-Y. Vaillant (Département)