

# Épidémiologie des cancers de la cavité buccale en France

## Epidemiology of oral cavity cancers, in France

K. Ligier<sup>a,\*</sup>, A. Belot<sup>b,c,d,e,f</sup>, G. Launoy<sup>g</sup>, M. Velten<sup>h</sup>, P. Delafosse<sup>i</sup>, A.V. Guizard<sup>j</sup>, le réseau FRANCIM

<sup>a</sup> *Registre général des cancers de Lille et de sa région, centre de référence régional en cancérologie, GRPS, parc Eurasanté, 235, avenue de la Recherche, CS50086, 59373 Loos cedex, France*

<sup>b</sup> *Service de biostatistique, Hospices civils de Lyon, 69003 Lyon, France*

<sup>c</sup> *Université de Lyon, 69000 Lyon, France*

<sup>d</sup> *Université Lyon 1, 69100 Villeurbanne, France*

<sup>e</sup> *CNRS, UMR 5558, laboratoire de biométrie et biologie évolutive, équipe biostatistique-santé, 69100 Villeurbanne, France*

<sup>f</sup> *Département des maladies chroniques et traumatismes, institut de Veille Sanitaire, 94415 Saint-Maurice, France*

<sup>g</sup> *Registre des tumeurs digestives du Calvados, CHU, avenue Côte-de-Nacre, 14033 Caen cedex, France*

<sup>h</sup> *Registre des cancers du Bas-Rhin, laboratoire d'épidémiologie et de santé publique, faculté de médecine, 11, rue Humann, 67085 Strasbourg cedex, France*

<sup>i</sup> *Registre des cancers de l'Isère, CHU Pavillon E, BP 217, 38043 Grenoble cedex 9, France*

<sup>j</sup> *Registre général des tumeurs du Calvados, centre de lutte contre le cancer François-Baclesse, 3, avenue Général-Harris, BP 5026, 14076 Caen cedex 05, France*

Disponible en ligne sur

 **ScienceDirect**  
www.sciencedirect.com

### Summary

**Introduction.** We had for objective to describe the updated epidemiology of oral cancers in France.

**Material and methods.** Estimates made from data collected from various French cancer institutions. The distribution by topography, histology, regions, mean age, and specific incidence rates were calculated from the collected data. The survival data was taken from the Francim network studies.

**Results.** Approximately 7000 oral cavity cancers were diagnosed in France in 2005. In 2007, 1746 people died of that cancer. Standardized (world population) incidence rates are respectively, in men and women, 12.3 and 3.0 cases per 100,000 person-years. These cancers have significantly decreased in men: the standardized incidence rate decreased by 43.2% between 1980 and 2005. Among women, the trend is reversed with an increased incidence of 51.7% over the same period.

**Conclusion.** In France, the incidence of oral cavity cancers has been strongly decreasing in men and strongly increasing in women.

### Résumé

**Introduction.** Notre objectif a été de décrire l'épidémiologie actualisée des cancers de la cavité buccale en France.

**Matériel et méthodes.** Les données d'incidence nationale des cancers de la cavité buccale ont été calculées à partir des estimations du réseau français des registres de cancers (réseau Francim), du service de biostatistique des Hospices civils de Lyon, de l'Institut de veille sanitaire (InVS) et de l'Institut national du cancer (Inca). La répartition des cancers par topographie, par histologie, par département, les moyennes d'âges et les taux spécifiques d'incidence ont été calculés à partir des données observées dans les registres. Les données de survies ont été extraites des travaux du réseau Francim.

**Résultats.** Environ 7000 cancers de la cavité buccale ont été diagnostiqués en 2005 en France. En 2007, 1746 personnes sont décédées d'un cancer de la cavité buccale. En 2005, les taux d'incidence standardisés sur la population mondiale sont chez l'homme et chez la femme, respectivement de 12,3 et de 3,0 cas pour 100 000 personnes-années. L'incidence standardisée de ces

\* Auteur correspondant.

e-mail : kligier@registrecancers59.fr (K. Ligier).

This trend should be compared to the frequency of the main risk factors: alcohol and tobacco.

© 2011 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

**Keywords:** Oral cancers, Epidemiology, Incidence, France

## Introduction

Les cancers de la cavité buccale font partie des cancers des voies aérodigestives supérieures (VADS). Malgré une incidence en forte baisse, ils sont toujours fréquents en France comparativement aux autres pays européens [1,2].

Ces cancers sont accessibles à des mesures de prévention primaire par la limitation de l'exposition des personnes aux deux principaux facteurs de risque connus : le tabac et l'alcool. D'autres facteurs de risque sont recensés ou suspectés tels qu'un régime alimentaire pauvre en légumes et fruits, l'exposition professionnelle à certains cancérogènes, un mauvais état dentaire, l'infection par le *Human Papilloma Virus* ou le *Human Immunodeficiency Virus* [3].

Dans cet article, l'objectif est de décrire l'épidémiologie des cancers de la cavité buccale à partir de données collectées par les registres français des cancers. Dans un premier temps, les tendances de l'incidence et de la mortalité par cancer de la cavité buccale en France sont détaillées. La distribution de ces cancers selon la topographie et la morphologie est ensuite présentée. Enfin, la probabilité de survie à cinq ans est décrite par sexe et par âge.

## Matériel et méthodes

### Incidence et mortalité des cancers de la cavité buccale

L'incidence nationale des cancers de la cavité buccale a été calculée à partir :

- des données d'incidence nationale estimée de la topographie lèvre-bouche-pharynx (LBP)
- en appliquant la proportion de cancers de la cavité buccale observée dans les registres à ces estimations.

Ces étapes sont détaillées ci-dessous.

En France, la surveillance épidémiologique des cancers est assurée par des registres départementaux qui couvrent actuellement 19 % de la population française métropolitaine. L'incidence des cancers pour l'ensemble du territoire métropolitain est régulièrement estimée à partir d'un travail

cancers a fortement diminué chez les hommes, de 43,2 % entre 1980 et 2005. Chez la femme, la tendance est inverse avec une augmentation de l'incidence de 51,7 % sur la même période.

**Conclusion.** En France, l'incidence des cancers de la cavité buccale est en forte baisse chez les hommes et en forte augmentation chez les femmes. Cette évolution est à mettre en parallèle avec la fréquence des principaux facteurs de risque, l'alcool et le tabac.

© 2011 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

**Mots clés :** Cancer buccal, Épidémiologie, Incidence, France

collaboratif entre le réseau français des registres de cancers (réseau Francim), le service de biostatistique des Hospices civils de Lyon, l'Institut de veille sanitaire (InVS) et l'Institut national du cancer. Ces estimations sont consultables et téléchargeables sur le site Internet de l'InVS : <http://www.invs.sante.fr/surveillance/index.htm>. En l'absence d'enregistrement des cancers au niveau national, l'incidence en France peut être estimée à partir du rapport incidence/mortalité et d'une modélisation statistique. L'estimation de l'incidence pour la France nécessite de modéliser :

- l'incidence sur la zone couverte par l'ensemble des registres (« zone registre ») ;
- la mortalité sur la « zone registre » ;
- la mortalité pour la France entière.

Cette méthode a été décrite en détail par Remontet et al. [4]. Les estimations nationales d'incidence pour la période 1980–2005 ont été réalisées en 2007. Elles étaient basées sur :

- les données enregistrées dans 11 registres généraux départementaux couvrant la période 1975–2003 ;
- les données de mortalité par cancer fournies par le Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (CepiDC) de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) pour la France et couvrant la période 1975–2004.

Ces estimations s'appuyaient sur les données de mortalité codées selon la Classification internationale des maladies (version 8, 9 et 10) et ne permettaient pas de distinguer chaque zone anatomique de l'ensemble « voies aérodigestives supérieures » sur les périodes où les versions 8 et 9 étaient utilisées. De ce fait, l'incidence a été calculée pour le groupe topographique LBP (C00–C14 de la Classification internationale des maladies en oncologie, 3<sup>e</sup> version–CIM-O-3).

Les projections nationales d'incidence pour 2010 ont été basées sur le même principe méthodologique du rapport incidence/mortalité et à partir des données d'incidence couvrant la période 1975–2005 et des données de mortalité 1975–2007 [4]. Du fait de l'incertitude inhérente à toutes projections, trois scénarii ont été envisagés et un seul, le plus probable, a été retenu. La méthode et les différents scénarii ont été décrits dans l'article de Remontet et al. [4]. Les projections pour la localisation LBP sont basées sur l'hypo-

thèse que la tendance récente (i.e. celle des cinq dernières années) du risque se prolonge.

Le nombre de cas incidents de cancers de la cavité buccale sur le territoire métropolitain a été calculé par année et selon le sexe : la proportion observée, dans les registres, de cas de cancers de la cavité buccale parmi les cancers LBP pour cinq tranches d'âge (0–49 ans ; 50–59 ans ; 60–69 ans ; 70–79 ans ; 80 et plus) a été appliquée au nombre de cas de cancers LBP estimé au niveau national par classe d'âge quinquennale. Ensuite, les taux d'incidence standardisés sur la population mondiale ont été calculés. Pour 2010, seul le nombre de cas de cancers de la cavité buccale a été calculé : le nombre de cas de cancers LBP n'étant pas disponible en classes d'âge quinquennales, les taux d'incidence standardisés sur la population mondiale n'ont pas été calculés.

Les données correspondant aux décès observés sur la période 1980–2007 ont été téléchargées à partir du site Internet du CepiDC : <http://www.cepidc.vesinet.inserm.fr>. Les topographies suivantes ont été retenues (CIM9 puis CIM10) : 140, 141, 143, 144, 145, 146,0, 146,1, 146,2, C00, C01, C02, C03, C04, C05, C06 et C09. Les taux de décès ont été standardisés sur la population mondiale.

### **Épidémiologie descriptive des cancers de la cavité buccale**

Les données observées par topographie et par type histologique pour la période 1980–2005 provenaient de 11 registres généraux des cancers : Bas-Rhin, Calvados, Doubs, Haut-Rhin, Hérault, Isère, Loire-Atlantique, Manche, Somme, Tarn, Vendée. Elles ont concerné les tumeurs invasives de la cavité buccale (à l'exclusion des hémopathies malignes). Les topographies ont été les suivantes : lèvre (C00), base de langue (C01), langue mobile (C02), gencive (C03), plancher de la bouche (C04), palais (C05), autres parties de la bouche (C06), amygdale (C09). L'amygdale et la base de langue, anatomiquement distinctes de la cavité buccale, ont été conservées dans l'analyse des données dans le contexte du Plan cancer 2009–2013 et de la détection précoce des cancers de la cavité buccale. Les histologies, codées selon la CIM-O-3, ont été regroupées en tumeurs épidermoïdes (8050–8076, 8083, 8120, 8121, 8123), adénocarcinomes (8140–8211, 8260–8320, 8440–8550, 8570, 8574), autres tumeurs épithéliales (8010–8034, 8082, 8090–8095, 8430, 8560, 8562, 8980, 8982), mélanomes (8720–8772), tumeurs des tissus mous (8800–8941, 8991, 9120–9364, 9520–9560), tumeurs neuroendocrines (8041, 8045, 8246–8249) et dans un dernier groupe « autres morphologies » (8000–8003, 9071, 9080). Les données observées dans les registres ont permis de calculer la répartition des cancers de la cavité buccale par topographie, par histologie, par département (pour ceux disposant d'un registre), les moyennes d'âges et les taux spécifiques d'incidence. Les comparaisons de moyennes d'âges au diagnostic ont été faites par Anova ou par test de Kruskal Wallis lorsque

l'hypothèse d'homoscédasticité (uniformité de la variance de l'erreur dans un ensemble de valeurs observées) n'était pas respectée. Le niveau de significativité retenu était  $p = 0,05$ .

Les taux d'incidence ont été présentés sous la forme de taux standardisés selon la structure d'âge de la population mondiale et sont exprimés pour 100 000 personnes-années. Les données de population ont été fournies par l'Insee.

Les données présentées ont suivi les règles d'enregistrement de la CIM-O : trois groupes topographiques (C01-C02/C00-C03-C04-C05-C06/C09-C10-C12-C13-C14) existent pour les tumeurs multiples de la cavité buccale ; si deux cancers de la cavité buccale, de même histologie, ont concerné des topographies appartenant à un même groupe, un seul cancer a été enregistré en tant que cancer incident.

### **Survie des patients atteints d'un cancer de la cavité buccale**

Les données de survie ont été extraites de l'ouvrage du réseau Francim « Survie des patients atteints de cancer en France. Étude des registres de cancers du réseau Francim » [5]. L'analyse de la survie a concerné les patients âgés de 15 ans et plus au diagnostic et enregistrés par neuf registres généraux pour la période 1989–1997. La date de point a été fixée au 1<sup>er</sup> janvier 2002. Seuls 4 % des patients ont été perdus de vue. La survie a été estimée pour les topographies : C00, C01-C02, C03 à C06, C09-C10. La survie relative, c'est-à-dire la survie que l'on observerait si seuls les décès liés au cancer étudié étaient pris en compte, a été estimée par classe d'âge (en cinq classes), par sexe et par période. La méthode a reposé sur la modélisation du taux de mortalité dit « en excès » par rapport à un taux de mortalité attendu au sein de la population générale comparable pour les principales caractéristiques du patient, notamment démographiques (âge, sexe). Un modèle de régression pour le taux de mortalité « en excès » (analyse « multivariée ») a permis d'étudier l'effet des facteurs pronostiques sur la survie relative : âge au diagnostic, sexe, année de diagnostic et département de résidence au moment du diagnostic. Les détails de la méthode [6] et de l'ensemble des résultats [5,7] ont été décrits par ailleurs.

## **Résultats**

### **Incidence et mortalité des cancers de la cavité buccale**

Avec environ 7000 nouveaux cas en 2005, les cancers de la cavité buccale représentaient 58,2 % des cancers LBP. De 1980 à 2005, les taux d'incidence des cancers de la cavité buccale avaient diminué de 43,2 % chez les hommes et augmenté de 51,7 % chez les femmes (tableau 1), (fig. 1). En 2005, le sex-ratio homme/femme était de 4,1.

Tableau I

Données d'incidence estimées des cancers de la cavité buccale sur la période 1980–2010.

		1980	1985	1990	1995	2000	2005	2010 <sup>a</sup>
Cas incidents	Homme	6810	7367	7497	7166	6446	5427	4384
	Femme	857	978	1125	1274	1454	1717	2117
Taux d'incidence standardisés (Monde) <sup>b</sup>	Homme	21,6	22,3	21,4	19,1	15,9	12,3	nc <sup>c</sup>
	Femme	2,0	2,1	2,3	2,5	2,7	3,0	nc <sup>c</sup>

<sup>a</sup> Les données 2010 correspondent à des projections reposant sur l'hypothèse que la tendance récente du risque se prolonge et que la proportion observée des cancers de la cavité buccale parmi les cancers LBP est constante et égale à la moyenne des proportions des cinq dernières années pour chaque tranche d'âge considérée.

<sup>b</sup> Pour 100 000 personnes-années

<sup>c</sup> nc : non calculable à partir des données disponibles

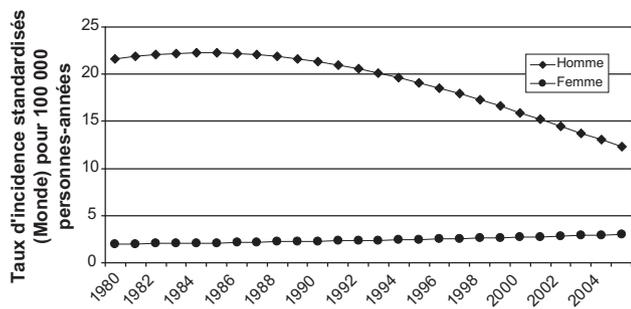


Figure 1. Taux d'incidence estimés standardisés (Monde) des cancers de la cavité buccale par sexe sur la période 1980–2005.

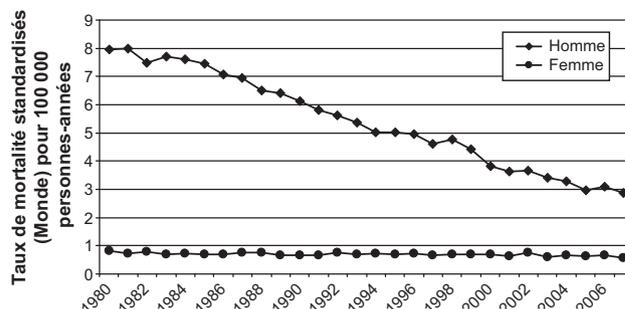


Figure 2. Taux de mortalité standardisés (Monde) des cancers de la cavité buccale par sexe sur la période 1980–2007.

En 2007, 1746 décès liés aux cancers de la cavité buccale avaient été enregistrés par le CépiDc. Ils représentaient 1,2 % des décès par tumeur maligne. Les taux standardisés de mortalité avaient diminué de 64 % chez les hommes depuis le début des années 1980 (fig. 2), le taux standardisé de mortalité était de 2,9 pour 100 000 personnes-années en 2007. Chez les femmes, les taux de mortalité étaient quasi constants. Ils oscillaient entre 0,8 et 0,6 cas pour 100 000 personnes-années. Le taux de mortalité était de 0,58 cas pour 100 000 personnes-années en 2007. Le sex-ratio homme/femme était de 4,9 en 2007.

### Épidémiologie descriptive des cancers de la cavité buccale

Sur la période 1980–2005, 19 931 cas de cancers de la cavité buccale ont été enregistrés par les registres de cancer. Les topographies les plus fréquentes étaient l'amygdale et la langue mobile chez l'homme et chez la femme (fig. 3). Chez l'homme, les cancers de la lèvre et du plancher de la bouche étaient les localisations pour lesquelles l'incidence avait le plus diminué (tableau II). Chez l'homme de moins de 45 ans, une diminution de l'incidence était également observée (fig. 4).

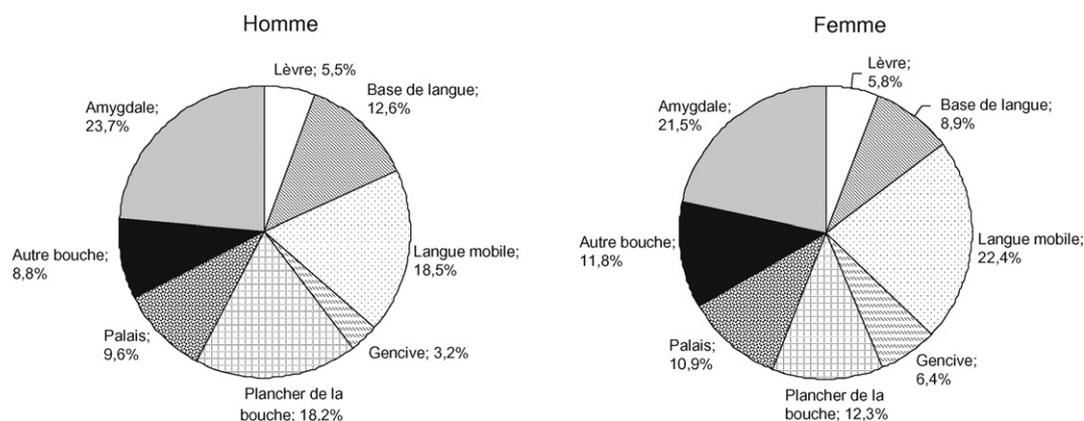
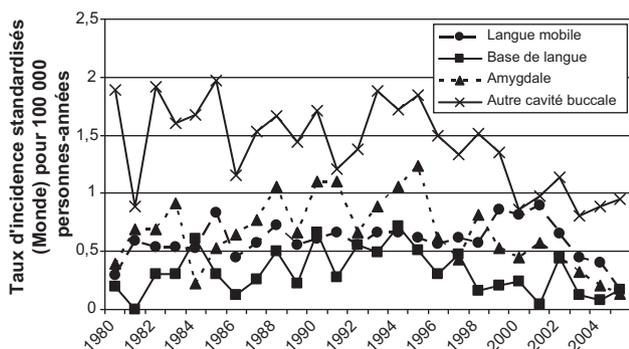


Figure 3. Fréquence relative des taux d'incidence observés standardisés (Monde) par topographie sur la période 2000–2005.

**Tableau II**  
**Pourcentage d'évolution des taux d'incidence observés standardisés (Monde) entre les périodes 1980–1984 et 2000–2005 par sexe et topographie de cancer.**

	Homme			Femme		
	Taux d'incidence <sup>a</sup> 1980–1984	Taux d'incidence <sup>a</sup> 2000–2005	Pourcentage d'évolution	Taux d'incidence <sup>a</sup> 1980–1984	Taux d'incidence <sup>a</sup> 2000–2005	Pourcentage d'évolution
Lèvre	1,59	0,74	-53,5	0,08	0,17	124,1
Base de langue	2,58	1,71	-33,7	0,15	0,26	71,9
Langue mobile	3,73	2,51	-32,7	0,60	0,65	9,1
Gencive	0,60	0,44	-26,8	0,13	0,18	44,3
Plancher	4,47	2,47	-44,7	0,19	0,36	91,6
Palais	1,90	1,31	-30,8	0,13	0,32	142,1
Autre bouche	1,64	1,19	-27,3	0,27	0,34	27,4
Amygdale	4,66	3,23	-30,7	0,38	0,62	63,8

<sup>a</sup> Pour 100 000 personnes-années.

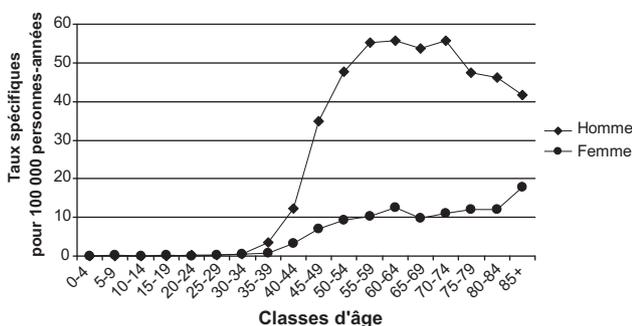


**Figure 4.** Évolution des taux d'incidence observés des cancers de la cavité buccale chez l'homme de moins de 45 ans.

Chez la femme, les plus fortes augmentations étaient enregistrées pour les cancers du palais et de la lèvre.

Sur la période 2000–2005, 95,3 % des tumeurs de la cavité buccale étaient des carcinomes épidermoïdes. Les autres types histologiques étaient répartis entre : autres tumeurs épithéliales (1,9 %), adénocarcinomes (1,3 %), cancers des tissus mous (0,3 %), mélanomes (0,2 %), tumeurs neuro-endocrines (0,1 %), autres morphologies (0,9 %).

La moyenne d'âge des cas au diagnostic était de 60,3 ans (± 11,8) chez les hommes et 64,1 ans (± 14,9) chez les femmes sur la période 2000–2005. L'âge moyen au diagnostic avait



**Figure 5.** Taux spécifiques des cancers de la cavité buccale observés dans les registres sur la période 2000–2005.

augmenté significativement ( $p < 10^{-3}$ ) de deux ans chez les hommes entre les périodes 1980–1984 et 2000–2005. Ces cancers étaient plus fréquents chez les 55–74 ans chez les hommes (fig. 5). Chez les femmes, l'incidence augmentait de façon continue avec l'âge.

Chez les hommes, les taux d'incidence les plus importants étaient observés dans les départements de la moitié nord de la France alors que pour les femmes cette répartition n'était pas observée (fig. 6 et 7).

Sur cette période, chez les hommes, les taux d'incidence standardisés baissaient le plus fortement dans le Haut-Rhin (55,3 %), le Bas-Rhin (54,0 %) et le Doubs (40,2 %). Chez les femmes, le Tarn, la Somme et l'Isère enregistraient la plus forte augmentation, respectivement de 175,8 %, 87,4 % et 73,0 %.

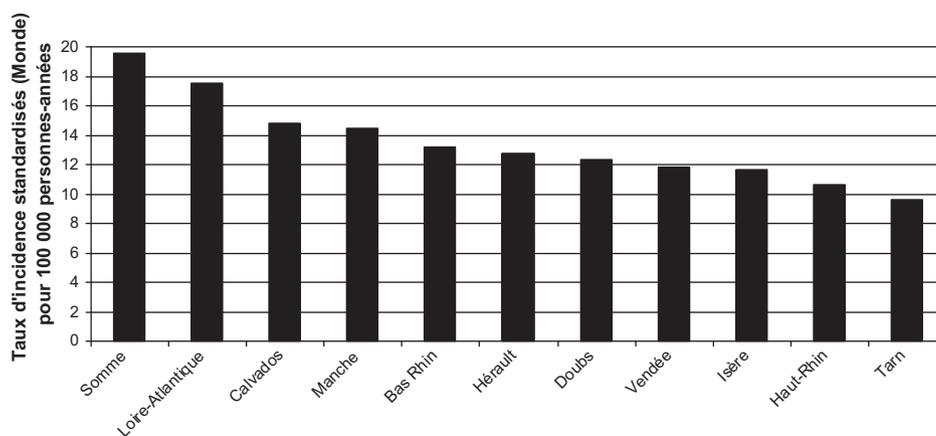
**Survie des patients atteints de cancer de la cavité buccale**

La survie relative à cinq ans la plus péjorative concernait l'oropharynx chez l'homme et la langue chez la femme (tableau III).

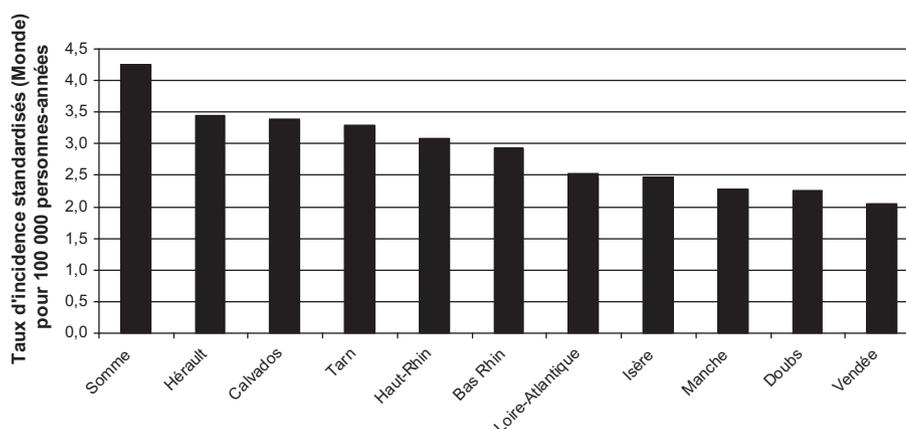
La meilleure survie relative à cinq ans était enregistrée pour les cancers de la lèvre avec une survie à 96 % chez l'homme et 88 % chez la femme.

**Tableau III**  
**Survie relative (%) à un, trois et cinq ans sur la période 1989–1997 en fonction du sexe et selon la topographie du cancer (IC à 95 %).**

		1 an	3 ans	5 ans
Lèvre	Homme	99 (98–100)	97 (94–99)	96 (90–98)
	Femme	97 (93–99)	92 (81–97)	88 (70–95)
Langue	Homme	69 (67–71)	43 (40–45)	33 (31–35)
	Femme	73 (67–77)	50 (44–56)	45 (39–51)
Cavité orale	Homme	76 (74–77)	50 (48–52)	38 (36–40)
	Femme	76 (72–80)	59 (54–64)	53 (48–58)
Oropharynx	Homme	70 (69–72)	42 (40–44)	32 (30–34)
	Femme	77 (72–81)	58 (52–63)	49 (43–55)



**Figure 6.** Taux d'incidence observés standardisés (Monde) des cancers de la cavité buccale chez les hommes sur la période 2000–2005 par département couvert par un registre.



**Figure 7.** Taux d'incidence observés standardisés (Monde) des cancers de la cavité buccale chez les femmes sur la période 2000–2005 par département couvert par un registre.

L'analyse multivariée montrait que la survie à cinq ans était significativement meilleure chez les femmes pour la langue ( $p = 0,003$ ), la cavité orale ( $p < 0,001$ ) et l'oropharynx ( $p < 0,001$ ) et qu'aucune amélioration significative n'avait été constatée selon l'année de diagnostic sur la période de diagnostic 1989–1997.

La survie était significativement meilleure lorsque le diagnostic était réalisé chez les personnes jeunes pour les cancers de la langue ( $p = 0,024$ ), de la cavité orale ( $p < 0,001$ ), de l'oropharynx ( $p < 0,001$ ). Pour la cavité orale et l'oropharynx, un excès de mortalité était observé chez les personnes âgées de plus de 75 ans pendant la première année suivant le diagnostic.

## Discussion

En France, l'incidence des cancers de la cavité buccale est en forte baisse chez les hommes et en forte augmentation chez les femmes. Cette baisse est répartie sur l'ensemble des

topographies chez les hommes. Chez les femmes, l'augmentation est plus marquée pour les cancers du palais et de la lèvre. La survie ne s'est pas améliorée sur les années de diagnostic 1989–1997.

La même tendance évolutive est observée pour d'autres localisations de cancers liées à la consommation de tabac ou d'alcool telles que l'œsophage ou le poumon [2]. Cette évolution est à mettre en parallèle avec la fréquence des principaux facteurs de risque. La prévalence des fumeurs réguliers dans la population générale a régulièrement diminué chez les hommes (72 % en 1953 [8] vs 31,8 % en 2010 [9]) et a augmenté chez les femmes (17 % en 1953 [8] vs 25,7 % en 2010 [9]). Concernant l'alcool, la consommation moyenne était de 13,0 litres d'alcool pur par personne en 2006 contre 26,0 litres en 1961 [9]. En 2005, 21,4 % des hommes et 7,6 % des femmes consommaient quotidiennement de l'alcool [10].

Aux États-Unis, l'incidence des cancers de l'oropharynx et de la langue augmente chez les adultes jeunes alors que l'incidence des autres localisations des VADS diminue [11] : le pourcentage d'évolution annuelle de l'incidence est de

2,1 % pour la langue mobile, 1,7 % pour la base de langue et de 3,9 % pour l'amygdale sur la période 1973–2001 [12]. Cette tendance est aussi retrouvée dans les pays scandinaves [13,14]. Cette évolution serait reliée à l'infection par les virus HPV 16 et 18 qui pourrait être secondaire à la modification des pratiques sexuelles [11,15]. En Suède, la prévalence du virus HPV est passée de 68 % en 2000–2002 à 93 % en 2006–2007 [16] pour les cancers de l'amygdale. Pour la base de langue, la prévalence du virus HPV était passée de 58 % en 1998–2001 à 84 % en 2004–2007 [17]. Nos résultats montrent que l'incidence des cancers de la langue et de l'amygdale chez les hommes de moins de 45 ans continue de décroître. Chez les femmes, l'incidence augmente au même titre que les autres localisations de cancers de la cavité buccale. Actuellement, le rôle de la contamination par le HPV reste à quantifier dans l'évolution de l'incidence des cancers des VADS en France.

En France, la répartition géographique de ces cancers chez les hommes montre une sur-incidence dans le nord, l'ouest et l'est de la France. Ce gradient nord-sud est classique. Dans le nord de la France, l'alcoolisation excessive est plus fréquente et les taux de décès liés à l'imprégnation éthylique chronique sont les plus élevés de France pour les hommes et pour les femmes [18].

La différence de survie relative liée à l'âge des patients et l'excès de mortalité dans la première année des plus de 75 ans pourraient être liés à la présence de comorbidités ou à un terrain plus fragilisé.

Parmi les 27 pays européens, la France se situe en 13<sup>e</sup> position chez les hommes et en sixième position chez les femmes dans le classement décroissant des incidences des cancers de la cavité buccale [1]. L'étude Eurocare-4 [19] montre que la survie des patients en France pour les cancers des VADS est souvent moins bonne comparativement aux autres pays européens. Ainsi, sur 23 pays étudiés, le classement décroissant des survies relatives à cinq ans place la France en 20<sup>e</sup> position pour les cancers « tête et cou », les dernières places étant occupées par la République tchèque, la Pologne et la Slovénie. Les topographies les plus mal classées sont la langue (19<sup>e</sup> position), la cavité orale (20<sup>e</sup> position), le larynx (21<sup>e</sup> position). Cette mauvaise position de la France peut être liée à une surreprésentation des cancers liés au tabac et à l'alcool (pronostic plus mauvais par rapport au facteur de risque HPV [15]) ou à un recours tardif au système de soin et donc à un diagnostic tardif.

## Conclusion

La prévention primaire de ces cancers se poursuit : le Plan cancer gouvernemental 2009–2013 recommande des mesures réduisant l'incitation à la consommation d'alcool et de tabac (prévalence visée 20 %) et l'amélioration de la détection précoce des cancers de la cavité buccale (mesure 17.3). Depuis quelques années, le phénomène de « *Binge Drinking* » est

apparu en France et il est encore trop tôt pour connaître ses répercussions sur la survenue des cancers des VADS.

Des travaux en cours dans des registres des cancers français permettront d'obtenir des données de survie par stade d'extension au diagnostic en population générale, la description des caractéristiques socioéconomiques des patients et d'étudier les modalités de prise en charge médicale.

## Déclaration d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

### Remerciements

Sources de données : les hôpitaux, les laboratoires d'anatomocytopathologie, les services de l'Assurance maladie et le CépiDc.

Sources de financement : InVS, Inca, la Ligue contre le cancer.

## Références

- [1] Ferlay J, Shin HR, Bray F, Forman D, Mathers C, Parkin DM. GLOBOCAN 2008 cancer incidence and mortality worldwide: IARC CancerBase N° 10 [Internet]. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer; 2010. <http://globocan.iarc.fr>.
- [2] Belot A, Grosclaude P, Bossard N, Jouglu E, Benhamou E, Delafosse P, et al. Cancer incidence and mortality in France over the period 1980–2005. *Rev Epidemiol Sante Publique* 2008;56:159–75.
- [3] Righini CA, Karkas A, Morel N, Soriano E, Rey E. Risk factors for cancers of the oral cavity, pharynx (cavity excluded) and larynx. *Presse Med* 2008;37:1229–40.
- [4] Remontet L, Belot A, Bossard N. Tendances de l'incidence et de la mortalité par cancer en France et projections pour l'année en cours : méthodes d'estimation et rythme de production. *Bull Epidemiol Hebd* 2009;38:405–8.
- [5] Réseau, Francim. Survie des patients atteints de cancer en France. Étude des registres de cancers du réseau Francim. Paris: Springer-Verlag; 2007.
- [6] Remontet L, Bossard N, Belot A, Estève J. An overall strategy based on regression models to estimate relative survival and model the effects of prognostic factors in cancer survival studies. *Stat Med* 2007;10(26):2214–28.
- [7] Bossard N, Velten M, Remontet L, Belot A, Maarouf N, Bouvier AM, et al. Survival of cancer patients in France: a population-based study from The Association of the French Cancer Registries (FRANCIM). *Eur J Cancer* 2007;43:149–60.
- [8] Hill C. Trends in tobacco smoking and consequence on health in France. *Prev Med* 1998;27:514–9.
- [9] Beck F, Guignard R, Richard JB, Wilquin JL, Peretti-Wattel R. <http://www.inpes.sante.fr/30000/pdf/Evolutions-recentes-tabagisme-barometre-%20sante-2010.pdf>.
- [10] Legleye S, Beck F. Alcool une baisse sensible des niveaux de consommation. In: *Baromètre santé 2005*. Saint Denis; 2007. p. 113–54.
- [11] Sturgis EM, Cinciripini PM. Trends in head and neck cancer incidence in relation to smoking prevalence. *Cancer* 2007;110:1429–35.

- [12] Shiboski CH, Schmidt BL, Jordan RC. Tongue and tonsil carcinoma: increasing trends in the U.S. population ages 20–44 years. *Cancer* 2005;103:1843–9.
- [13] Annertz K, Anderson H, Biörklund A, Möller T, Kantola S, Mork J, et al. Incidence and survival of squamous cell carcinoma of the tongue in Scandinavia, with special reference to young adults. *Int J Cancer* 2002;101:95–9.
- [14] Hammarstedt L, Dahlstrand H, Lindquist D, Onelöv L, Ryott M, Luo J, et al. The incidence of tonsillar cancer in Sweden is increasing. *Acta Otolaryngol* 2007;127:988–92.
- [15] Marur S, D'Souza G, Westra WH, Forastiere AA. HPV-associated head and neck cancer: a virus-related cancer epidemic. *Lancet Oncol* 2010;11:781–9.
- [16] Näsman A, Attner P, Hammarstedt L, Du J, Eriksson M, Giraud G, et al. Incidence of human papillomavirus (HPV) positive tonsillar carcinoma in Stockholm, Sweden: an epidemic of viral-induced carcinoma? *Int J Cancer* 2009;125:362–6.
- [17] Attner P, Du J, Näsman A, Hammarstedt L, Ramqvist T, Lindholm J, et al. The role of human papillomavirus in the increased incidence of base of tongue cancer. *Int J Cancer* 2010;126:2879–84.
- [18] Com-Ruelle L, Dourgnon D, Jusot F, Lengagne P. Les problèmes d'alcool en France : quelles sont les populations à risque ? Institut de recherche et documentation en économie de la santé. *Questions d'économie de la santé* 129–janvier 2008. <http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes129.pdf>
- [19] Sant M, Allemani C, Santaquilani M, Knijn A, Marchesi F, Capocaccia R. EURO-CARE-4. Survival of cancer patients diagnosed in 1995–1999. Results and commentary. *Eur J Cancer* 2009;45:931–91.