



Disponible en ligne sur
SciVerse ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
EM|consulte
www.em-consulte.com



Évolution épidémiologique du cancer broncho-pulmonaire en France et en Europe

Epidemiology of bronchopulmonary cancer in France and Europe

F. Bigot¹, L. Verlingue¹, L. Staudacher^{1,2},
S. Jouveshomme¹, C. Beuzelin¹, J.-L. Jagot¹,
S. Salmeron¹ et J. Trédaniel^{1,2,*}

¹Service de pneumologie et oncologie thoracique, Groupe hospitalier Paris Saint-Joseph, 185 rue Raymond-Losserand, 75674 Paris cedex 14, France

²Université Paris Descartes, Paris, France

MOTS CLÉS

Cancer bronchique ;
Tabagisme ;
Épidémiologie ;
Pronostic

KEYWORDS

Lung neoplasm;
Tobacco smoking;
Epidemiology;
Prognostic

Résumé

Le cancer du poumon est la première cause de mortalité par cancer en France. 39 500 nouveaux cas de cancer du poumon étaient attendus en 2011, soit 27 500 chez l'homme et 12 000 chez la femme, représentant 11 % de l'ensemble des nouveaux cas de cancer ; 29 100 décès étaient attendus, dont 21 000 chez l'homme et 8 100 chez la femme, représentant 20 % de l'ensemble des décès par cancer. Sa présentation (âge, sexe, type histologique) s'est récemment modifiée, essentiellement en raison des changements des pratiques tabagiques. Les expositions aux cancérigènes en milieu professionnel sont aussi plus largement prises en compte. En dépit de l'introduction de nouveaux médicaments et de nouvelles stratégies thérapeutiques, la survie globale des patients s'est relativement peu améliorée au cours des dernières années.

© 2013 SPLF. Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Summary

Lung cancer is the leading cause of cancer death in France. 39 500 new cases of lung cancer were expected in 2011, 27 500 males and 12 000 among women, representing 11% of all new cancer cases ; 29 100 deaths were expected, including 21000 in men and 8100 in women, representing 20% of all cancer deaths. Its presentation (age, sex, histological type) was recently amended, mainly due to changes in smoking practices. Exposure to carcinogens in the workplace are also more widely considered. Despite the introduction of new drugs and new therapeutic strategies, overall survival of patients was relatively poorly improved in recent years.

© 2013 SPLF. Published by Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

*Auteur correspondant.

Adresse e-mail : jtredaniel@hpsj.fr (Jean Trédaniel).

Introduction

Le cancer du poumon est bien installé à la première place des causes de mortalité par cancer en France [1], en Europe et, plus généralement, à la surface de la planète [2,3]. Les paramètres qui gouvernent sa présentation anatomo-clinique tels que l'âge, le sexe et la distribution des sous-types histologiques se sont néanmoins récemment modifiés et expliquent les variations qu'observent les cliniciens [4]. C'est avant tout l'évolution des modalités du tabagisme et, en premier lieu, de la composition de la cigarette qui explique les changements observés [5]. D'autre part, les expositions professionnelles aux substances cancérigènes ainsi que les déterminants socio-économiques sont désormais reconnus et plus largement pris en compte. En dépit de l'introduction de nouveaux médicaments et de nouvelles stratégies thérapeutiques, la survie globale des patients s'est relativement peu améliorée au cours des dernières années. L'objectif de cette revue est de faire le point sur ces différents éléments en centrant, autant que faire se peut, les données présentées sur la situation française et européenne.

Données récentes d'incidence et de mortalité par cancer du poumon en France

Le dispositif de surveillance épidémiologique des cancers repose sur un partenariat établi entre le réseau français des registres du cancer (Francim), le service de biostatistique des Hospices civils de Lyon (HCL), l'Institut de veille sanitaire (InVS) et l'Institut national du cancer (INCa), et s'appuie sur les données des registres et de mortalité. En 2009, le réseau compte treize registres généraux métropolitains couvrant quinze départements répartis sur l'ensemble du territoire et douze registres spécialisés ; il couvre environ 18 % de la population française. Ce dispositif complexe fournit des projections pour l'année en cours, issues d'une modélisation statistique des données d'incidence et de mortalité recueillies les années précédentes.

Ainsi, l'estimation du nombre de nouveaux cas attendus (incidence) en France en 2011 s'élevait à 39 500 (27 500 hommes et 12 000 femmes) pour un nombre de décès, également attendus en 2011, de 29 100 (21 000 hommes et 8 100 femmes). Ceci fait du cancer bronchique le 4^e cancer en termes d'incidence, représentant 10,8 % des nouveaux cas de cancer en France et le 1^{er} en termes de mortalité, responsable de 19,7 % de l'ensemble des décès par cancer. Chez l'homme, le cancer bronchique représente la 2^e localisation en termes d'incidence (après le cancer de la prostate en cause pour 71 000 nouveaux cas par an) mais de très loin la 1^{re} en termes de mortalité. Chez la femme, le cancer bronchique reste encore en France en 3^e position derrière le cancer du sein (52 000 nouveaux cas attendus en 2011) et les cancers colorectaux (19 000 cas attendus) ; par contre, il est certain que très prochainement, voire dès cette année, la mortalité par cancer du poumon va devenir la première cause de mortalité par cancer chez la femme française.

Alors qu'il a été longtemps proclamé que - pour le cancer du poumon - incidence et mortalité étaient identiques, il est notable de souligner le différentiel de 10 400 cas qui

sépare désormais l'incidence de la mortalité, ce qui traduit - même grossièrement - l'amélioration de la prise en charge des malades. De ce fait, la prévalence à cinq ans (qui est un moyen d'approcher la population de malades susceptibles de consommer des soins) a été estimée en 2002 à 39 939 cas, représentant la cohorte de personnes toujours en vie en 2002 et ayant eu un diagnostic de cancer bronchique porté entre 1998 et 2002. La prévalence est estimée pour 2012 à 46 070 cas (37 030 hommes et 9 040 femmes) [6,7].

Afin de permettre les comparaisons d'une période de temps à une autre ou d'une région à une autre, c'est en taux standardisé - ici, sur la structure d'âge de la population mondiale pour 100 000 personnes-années - qu'il faut s'exprimer (taux standardisé monde ou TSM) [8]. Par exemple, le taux brut d'incidence chez l'homme en 2005 était calculé à 80,9 alors que le TSM était égal à 50,5. Cette discordance apparente est liée à l'augmentation de la population, à la structure d'âge actuellement vieillissante de la population française lorsqu'on la compare à la population mondiale ainsi qu'à la diminution régulière des autres causes de mortalité comme, par exemple, la mortalité cardiovasculaire ou par maladies infectieuses ; si l'on se réfère à la population européenne, plus proche de la population française, l'écart observé entre le taux brut (par exemple, 80,9 pour l'incidence chez l'homme) et le taux standardisé « Europe » (qui est de 72,1) est moins net. Seuls les taux standardisés doivent être pris en compte lorsqu'on s'attarde à l'analyse des paramètres épidémiologiques dans le temps et l'espace car ils reflètent ce qui serait observé dans une population fictive et de structure stable, permettant ainsi des comparaisons internationales et dans le temps ; c'est le taux standardisé « monde » qui est le plus volontiers usité. Le médecin a donc l'impression, à juste titre, de se trouver confronté à un nombre croissant de patients alors même que l'expression des données en taux standardisés s'avère pencher, en tout cas chez l'homme, vers une diminution des paramètres épidémiologiques. En 2011, ce taux standardisé est pour l'incidence de 52,7 chez l'homme et 20,7 chez la femme ; pour la mortalité, les chiffres sont respectivement de 37,9 et 12,6 chez l'homme et chez la femme.

Ces taux évoluent avec le temps, reflétant, avec un décalage de 20 à 30 ans, l'évolution des pratiques tabagiques qui ont été marquées par une diminution du tabagisme masculin et une entrée plus récente des femmes dans celui-ci. De ce fait, il est possible de dire que les cancers observés en 2013 sont le reflet du tabagisme des années 1980 mais aussi, *a contrario*, que le tabagisme des années 2010 fait le lit des cancers bronchiques qui seront diagnostiqués dans la décennie 2030. Reflet de la différence entre les genres, alors que l'incidence et la mortalité diminuent chez l'homme, ils augmentent chez la femme, chez qui l'incidence a triplé ces vingt dernières années. En effet, l'augmentation d'incidence observée chez l'homme jusqu'à la fin des années 1990 s'est stabilisée, voire inversée entre 2000 et 2005 avec une décroissance moyenne annuelle de - 0,5 % ; toutefois, l'incidence projetée pour 2010 a regagné son niveau de 2000 à 51,9 pour 100 000 en TSM. En revanche, chez la femme, l'augmentation d'incidence est franche et continue, passant de 3,6 en 1980 à 12,6 en 2005 avec une estimation à 17,8 pour 2010 ; ceci correspond, entre 2000 et 2005, à une augmentation annuelle de + 5,8 % [9]. Comme pour l'incidence, la mortalité par cancer du poumon est en net recul chez l'homme avec un taux de décroissance

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4215996>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4215996>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)