



RÉPUBLIQUE  
FRANÇAISE

*Liberté  
Égalité  
Fraternité*



DÉCEMBRE 2020

# Survie des personnes atteintes de cancer en France métropolitaine 1989-2018

## OROPHARYNX

Etude collaborative partenariale entre le réseau français des registres des cancers (Francim), le service de Biostatistique-Bioinformatique des Hospices civils de Lyon (HCL), Santé publique France et l'Institut national du cancer (INCa)

### AUTEURS

Karima Hammas  
Anne-Valérie Guizard  
Camille Lecoffre  
Camille de Brauer  
Gaëlle Coureau  
Brigitte Trétarre  
Morgane Mounier



### Réalisation de l'étude

Collecte des données : registres des cancers du réseau Francim.

Interprétation et commentaires pour le cancer de l'oropharynx : Karima Hammas (Registre des cancers du Haut-Rhin), Anne-Valérie Guizard (Registre général des tumeurs du Calvados)

Développements méthodologiques et analyse statistique : Emmanuelle Dantony (service de Biostatistique-Bioinformatique des HCL), Zoé Uhry (Santé publique France et service de Biostatistique-Bioinformatique des HCL), Laurent Roche (service de Biostatistique-Bioinformatique des HCL), Mathieu Fauvernier (service de Biostatistique-Bioinformatique des HCL), Nadine Bossard (service de Biostatistique-Bioinformatique des HCL), Laurent Remontet (service de Biostatistique-Bioinformatique des HCL)

### Coordination de la rédaction

Gaëlle Coureau (Registre général des cancers de la Gironde), Morgane Mounier (Registre des hémopathies malignes de Côte-d'Or), Brigitte Trétarre (Registre des tumeurs de l'Hérault)

### Coordination de la publication

Santé publique France : Camille Lecoffre, Florence de Maria  
Institut national du cancer : Camille de Brauer, Lionel Lafay

### Remerciements

Toutes les sources de données qui contribuent à l'enregistrement des cancers par les registres, en particulier les laboratoires et services d'anatomie et de cytologie pathologiques, les Départements de l'information médicale (DIM) des établissements de soins publics et privés, les échelons locaux des services médicaux de l'Assurance maladie, les cliniciens généralistes et spécialistes, l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee).

### Conception et réalisation graphique

La maquette, la mise en page et la couverture ont été réalisées par l'Institut national du cancer.

### Financement

Institut national du cancer, Santé publique France

## Liste des registres des cancers du réseau Francim inclus dans cette étude

Registres généraux	Registres spécialisés
Registre des cancers du Bas-Rhin	Registre bourguignon des cancers digestifs
Registre général des tumeurs du Calvados	Registre des tumeurs digestives du Calvados
Registre des tumeurs du Doubs et du Territoire de Belfort	Registre finistérien des tumeurs digestives
Registre général des cancers de la Gironde	Registre des cancers du sein et des cancers gynécologiques de Côte-d'Or
Registre des cancers du Haut-Rhin	Registre des tumeurs primitives du système nerveux central de la Gironde
Registre des tumeurs de l'Hérault	Registre des cancers thyroïdiens Marne-Ardennes
Registre du cancer de l'Isère	Registre des hémopathies malignes de Basse-Normandie
Registre général des cancers de Lille et de sa Région	Registre des hémopathies malignes de Côte-d'Or
Registre général des cancers en Région Limousin	Registre des hémopathies malignes de la Gironde
Registre des tumeurs de Loire-Atlantique et de Vendée	Registre national des hémopathies malignes de l'enfant
Registre des cancers de la Manche	Registre national des tumeurs solides de l'enfant
Registre général des cancers de Poitou-Charentes	
Registre du cancer de la Somme	
Registre des cancers du Tarn	



## DESCRIPTION DE LA LOCALISATION ÉTUDIÉE

ORO-PHARYNX		CIM-O-3	Correspondance en CIM-O-2	Correspondance en CIM-10
	Topographie*	C01.9, C09.0 à C10.9	C01.9, C09.0 à C10.9	C01.9, C09.0 à C10.9
Morphologie	Toutes, sauf tumeurs hématologiques ; comportement tumoral /3			

\*L'incidence des cancers de l'oropharynx regroupe ici les tumeurs de la base de langue (C01), des amygdales (C09), des vallécules et des parois de l'oropharynx (C10)

## À RETENIR

- Survie nette standardisée à 5 ans de 41 % chez les hommes et 53 % chez les femmes pour les cas diagnostiqués entre 2010 et 2015
- Amélioration de la survie nette standardisée à 5 ans de 18 points de pourcentage entre 1990 et 2015
- Amélioration de la survie nette à 5 ans comparable quel que soit l'âge au diagnostic
- Amélioration de la survie nette à 10 ans plus marquée chez les plus jeunes
- A 10 ans de suivi, persistance d'un excès de mortalité avec une probabilité annuelle de décéder de 6 à 10 % selon l'âge

## INCIDENCE

En France, pour l'année 2018, le nombre estimé de nouveaux cas de cancer de l'oropharynx était de 4 993 dont 3 793 chez les hommes et 1 200 chez les femmes [1].

### DÉFINITION ET ÉLÉMENTS DE MÉTHODE

Se reporter à la fiche [Matériel et méthode pour les détails et pour le guide de lecture des résultats](#).

**DÉFINITION :** Deux indicateurs clés permettent d'appréhender la mortalité due au cancer étudié : le taux de mortalité en excès et la survie nette. Le taux de mortalité en excès est estimé par comparaison au taux de mortalité attendu en population générale. La survie nette découle directement du taux de mortalité en excès et correspond à la survie qui serait observée si la seule cause de décès possible était le cancer étudié.

**MATÉRIEL :** Registres métropolitains (19 à 22 départements selon le cancer), personnes diagnostiquées entre 1989 et 2015 et suivies jusqu'au 30 juin 2018. Les données analysées diffèrent selon les parties et sont décrites au début de chaque partie.

**MÉTHODE :** Modélisation flexible du taux de mortalité en excès (voir la fiche [Matériel et méthode](#)). Des résultats complémentaires sont présentés en [Fiche complément](#).

## Partie 1. Survie à 1 et 5 ans des personnes diagnostiquées entre 2010 et 2015

### Tous registres

La **survie nette standardisée à 5 ans des cancers de l'oropharynx est de 44 %**, plus élevée chez les femmes (53 %) que chez les hommes (41 %) (Table 2).

Ces tumeurs sont le plus souvent diagnostiquées tardivement, chez des personnes dont l'état général peut être altéré, et leur prise en charge est complexe [2]. Parmi ces tumeurs, certaines sont liées à une infection par le papillomavirus humain (HPV) et ont un meilleur pronostic que celles liées à la consommation d'alcool et de tabac [3].

**La survie observée et la survie nette 5 ans après le diagnostic sont proches** (respectivement 40 % et 43 %), ce qui signifie que les personnes atteintes d'un cancer de l'oropharynx qui décèdent dans les 5 ans après leur diagnostic, décèdent essentiellement de leur cancer (Table 2).

**La survie nette à 1 an et 5 ans diminue lorsque l'âge au diagnostic augmente** (Table 2 ; Figures 1b et 2). Cette diminution selon l'âge est la même chez les hommes et chez les femmes, avec un écart entre les deux sexes comparable quel que soit l'âge. Elle est plus importante entre 70 et 80 ans, et à 80 ans la survie nette à 5 ans n'est plus que de 29 % chez les hommes et de 41 % chez les femmes.

**Les taux de mortalité en excès (Figure 1a) sont maximums immédiatement après le diagnostic** puis diminuent progressivement au cours du suivi, sauf chez les hommes de 50 ans pour lesquels le taux augmente jusqu'à la fin de la première année avant de diminuer (Figure C1a – Complément).

L'excès de mortalité en début de suivi augmente avec l'âge (avec des écarts plus importants chez les hommes que chez les femmes). Ces différences diminuent au cours du suivi et, à partir de la

troisième année, le taux est le même pour tous les âges, chez les hommes comme chez les femmes. A 5 ans de suivi, la probabilité de décéder dans l'année se maintient entre 8 et 9 % (Figure 1a).

La mortalité en excès élevée durant les 3 premières années suivant le diagnostic, peut être expliquée par des diagnostics tardifs. En effet, les tumeurs de l'oropharynx sont principalement diagnostiquées à des stades avancés, la proportion de stades 3 et 4 représentant plus de 80 % des cas, et jusqu'à 92% pour les tumeurs de la base de langue [2].

Cet excès de mortalité peut aussi résulter d'un état général dégradé des patients, qui limite la mise en œuvre des traitements, notamment du fait de comorbidités liées à l'imprégnation alcoolotabagique ou à l'âge. Il peut également être le reflet des récurrences précoces qui sont fréquentes les premières années, ou encore de l'apparition de seconds cancers primitifs, principalement ceux liés à la consommation d'alcool et de tabac, qui peuvent être 3 à 4 fois plus fréquents au cours des premières années de suivi [4].

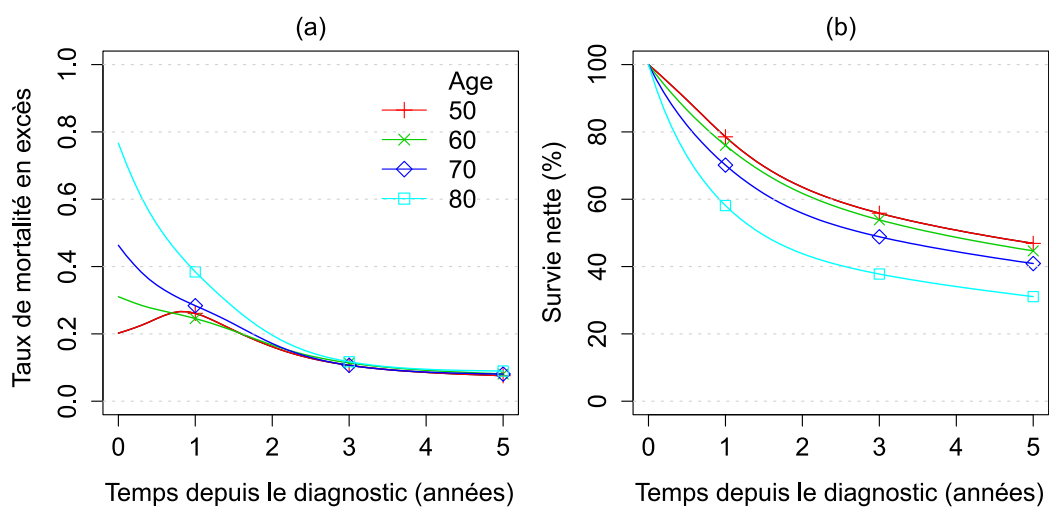
**TABLE 1. Descriptif des données analysées (tous registres) – Oropharynx**

	Hommes	Femmes	Ensemble
Nombre de cas	4 541	1 180	5 721
Nombre de décès à 5 ans	2 723	562	3 285
Age médian au diagnostic (percentiles 5 et 95), en années	61 (47-80)	60 (46-82)	61 (47-81)

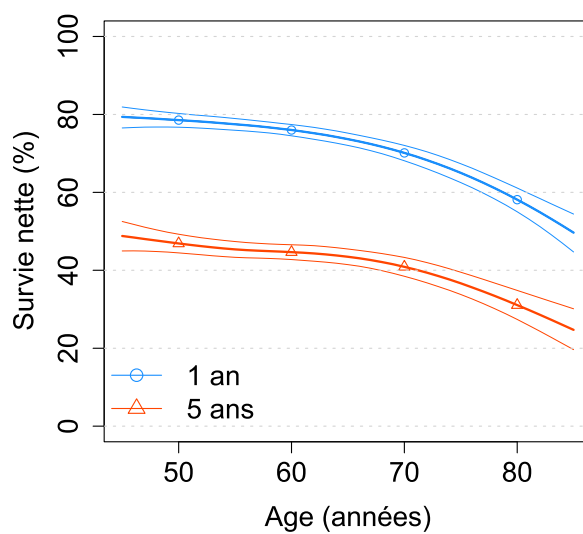
**TABLE 2. Survies observée, nette, nette standardisée et nette par âge à 1 et 5 ans (en %) et intervalle de confiance à 95 % – Oropharynx**

	1 an			5 ans		
	Hommes	Femmes	Ensemble	Hommes	Femmes	Ensemble
Survie observée	71 [70 ; 72]	76 [74 ; 78]	72 [71 ; 73]	37 [36 ; 38]	50 [47 ; 53]	40 [38 ; 41]
Survie nette	72 [71 ; 73]	77 [74 ; 79]	73 [72 ; 74]	40 [38 ; 42]	53 [50 ; 56]	43 [41 ; 44]
Survie nette standardisée	72 [71 ; 74]	77 [75 ; 79]	74 [72 ; 75]	41 [39 ; 43]	53 [49 ; 56]	44 [42 ; 46]
<b>Survie nette par âge</b>						
50 ans	77 [75 ; 79]	82 [79 ; 85]	79 [77 ; 80]	44 [41 ; 47]	56 [52 ; 61]	47 [44 ; 49]
60 ans	75 [74 ; 77]	79 [76 ; 81]	76 [75 ; 77]	42 [40 ; 44]	55 [51 ; 58]	45 [43 ; 47]
70 ans	69 [67 ; 71]	73 [70 ; 77]	70 [68 ; 72]	38 [35 ; 41]	50 [46 ; 55]	41 [38 ; 43]
80 ans	57 [53 ; 60]	63 [57 ; 69]	58 [55 ; 61]	29 [25 ; 33]	41 [34 ; 49]	31 [27 ; 35]

**FIGURE 1.** Taux de mortalité en excès (en nombre de décès par personne-année) (a) et survie nette (b) selon le temps depuis le diagnostic pour différents âges, hommes et femmes ensemble – Oropharynx



**FIGURE 2.** Survie nette à 1 et 5 ans selon l'âge au diagnostic avec intervalle de confiance à 95 %, hommes et femmes ensemble – Oropharynx



## Partie 2. Tendances de la survie nette à 1, 5 et 10 ans des personnes diagnostiquées entre 1990 et 2015

### Restriction aux registres couvrant l'ensemble de la période 1990-2015, hommes et femmes ensemble

**La survie nette standardisée à 1 an, 5 ans et 10 ans s'est améliorée depuis 1990.** Cette amélioration est plus marquée depuis 2005 pour la survie à 5 ans et 10 ans (Table 4 ; Figure 3).

**Le gain de survie à 1 an de suivi augmente avec l'âge au diagnostic** (Table 5a ; Figures 4 et 5), tandis qu'il est le même à 5 ans quel que soit l'âge (+11 points de pourcentage entre 2005 et 2015). Entre 1990 et 2010, on observe également une amélioration de la survie à 10 ans, qui passe de 18 % à 30 % (Table 4). Ce gain concerne toutes les personnes quel que soit leur âge au diagnostic, mais tend à s'atténuer avec l'âge, passant de +13 points de pourcentage chez les personnes de 50 ans à + 10 points chez celles de 80 ans (Table 5b ; Figure 4).

**La diminution du taux de mortalité en excès sur les trois premières années du suivi, entre les diagnostics de 1990 et ceux de 2015,** explique l'amélioration de la survie à 5 ans. Ce gain est plus marqué la première année et chez les personnes les plus âgées notamment dans la période juste après le diagnostic (Figure 6).

**A 10 ans de suivi il persiste un excès de mortalité,** et la probabilité de décéder dans l'année pour les personnes diagnostiquées en 2010 varie de 6 % chez les personnes de 50 ans à 10 % chez celles de 80 ans (Table C4-Complément).

Ces évolutions peuvent résulter à la fois de diagnostics plus précoces et/ou de l'amélioration de la prise en charge et des traitements (généralisation des réunions de concertation pluridisciplinaires, meilleure prise en compte de l'état nutritionnel, introduction de la radio-chimiothérapie concomitante dans les années 90, puis introduction des thérapies ciblées et, plus récemment, utilisation de la radiothérapie conformationnelle avec modulation d'intensité). Elles peuvent d'autre part être le reflet de changements dans l'épidémiologie de ces cancers. En effet, la part des tumeurs de l'oropharynx liées au virus HPV, et donc de meilleur pronostic, a possiblement augmenté sur cette période [3].

**TABLE 3. Descriptif des données analysées (registres couvrant l'ensemble de la période 1990-2015) – Oropharynx**

	Hommes et femmes ensemble
Nombre de cas	9 040
Nombre de décès à 10 ans	6 953
Age médian au diagnostic (percentiles 5 et 95), en années	59 (44-79)

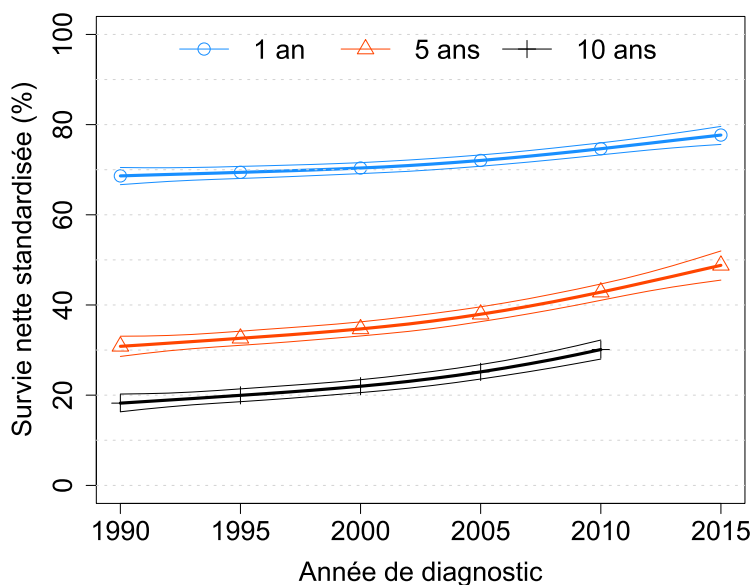
**TABLE 4. Survie nette standardisée (en %) à 1, 5, 10 ans selon l'année de diagnostic et intervalle de confiance à 95 %\* – Oropharynx**

Année	1 an	5 ans	10 ans
1990	69 [67 ; 70]	31 [29 ; 33]	18 [16 ; 20]
1995	69 [68 ; 71]	33 [31 ; 34]	20 [19 ; 21]
2000	70 [69 ; 72]	35 [33 ; 36]	22 [21 ; 23]
2005	72 [71 ; 73]	38 [36 ; 40]	25 [24 ; 27]
2010	75 [73 ; 76]	43 [41 ; 45]	30 [28 ; 32]
2015	78 [76 ; 80]	49 [46 ; 52]	ND
Diff. 2015-1990	9 [6 ; 12]	18 [14 ; 22]	ND
Diff. 2015-2005	6 [4 ; 8]	11 [7 ; 14]	ND

\*Les survies (en %) sont arrondies à l'unité dans ces tables mais les différences de survie ont été calculées à partir des valeurs exactes et arrondies ensuite ; ND : Non Disponible; Diff. : différence absolue en points de %



**FIGURE 3. Tendances de la survie nette standardisée à 1, 5 et 10 ans selon l'année de diagnostic et intervalle de confiance à 95 % - Oropharynx**



**TABLE 5a. Survie nette (%) à 1 et 5 ans selon l'année de diagnostic (1990, 2005 et 2015) et par âge au diagnostic (en années) et intervalle de confiance à 95 %\* - Oropharynx**

Age	1990	2005	2015	Diff. 2015-1990	Diff. 2015-2005
<b>Survie nette à 1 an</b>					
50	74 [72 ; 76]	77 [76 ; 79]	82 [80 ; 84]	8 [6 ; 10]	5 [3 ; 7]
60	69 [67 ; 71]	73 [71 ; 74]	78 [76 ; 80]	9 [6 ; 12]	6 [4 ; 8]
70	62 [60 ; 65]	66 [64 ; 68]	73 [70 ; 75]	10 [7 ; 14]	7 [4 ; 9]
80	53 [49 ; 56]	57 [54 ; 60]	65 [61 ; 68]	12 [8 ; 16]	8 [5 ; 11]
<b>Survie nette à 5 ans</b>					
50	34 [31 ; 36]	41 [39 ; 43]	52 [49 ; 55]	18 [14 ; 22]	11 [7 ; 14]
60	31 [28 ; 33]	38 [36 ; 39]	49 [45 ; 52]	18 [14 ; 22]	11 [7 ; 15]
70	27 [24 ; 29]	34 [32 ; 36]	45 [41 ; 48]	18 [14 ; 22]	11 [7 ; 15]
80	22 [19 ; 25]	28 [26 ; 31]	39 [35 ; 43]	17 [13 ; 21]	11 [7 ; 14]

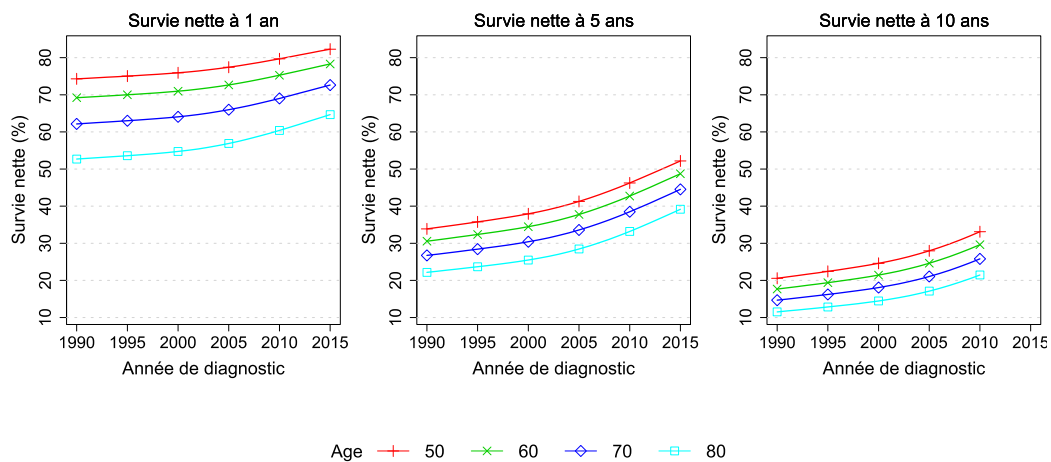
\*Les survies (en %) sont arrondies à l'unité dans ces tables mais les différences de survie ont été calculées à partir des valeurs exactes et arrondies ensuite ; Diff. ; différence absolue en points de %

**TABLE 5b. Survie nette (%) à 10 ans selon l'année de diagnostic (1990 et 2010) et par âge au diagnostic et intervalle de confiance à 95 %\* - Oropharynx**

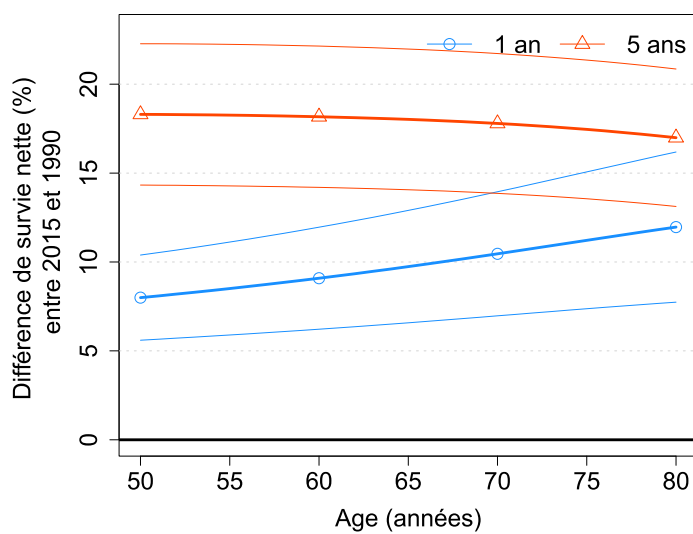
Age	1990	2010	Diff. 1990-2010
50	21 [18 ; 23]	33 [31 ; 35]	13 [9 ; 16]
60	18 [16 ; 20]	30 [28 ; 32]	12 [9 ; 15]
70	15 [13 ; 17]	26 [23 ; 28]	11 [8 ; 14]
80	12 [9 ; 14]	21 [18 ; 25]	10 [7 ; 13]

\*Les survies (en %) sont arrondies à l'unité dans ces tables mais les différences de survie ont été calculées à partir des valeurs exactes et arrondies ensuite ; Diff. : différence absolue en points de %

**FIGURE 4. Tendances de la survie nette à 1, 5 et 10 ans selon l'année de diagnostic pour différents âges - Oropharynx**

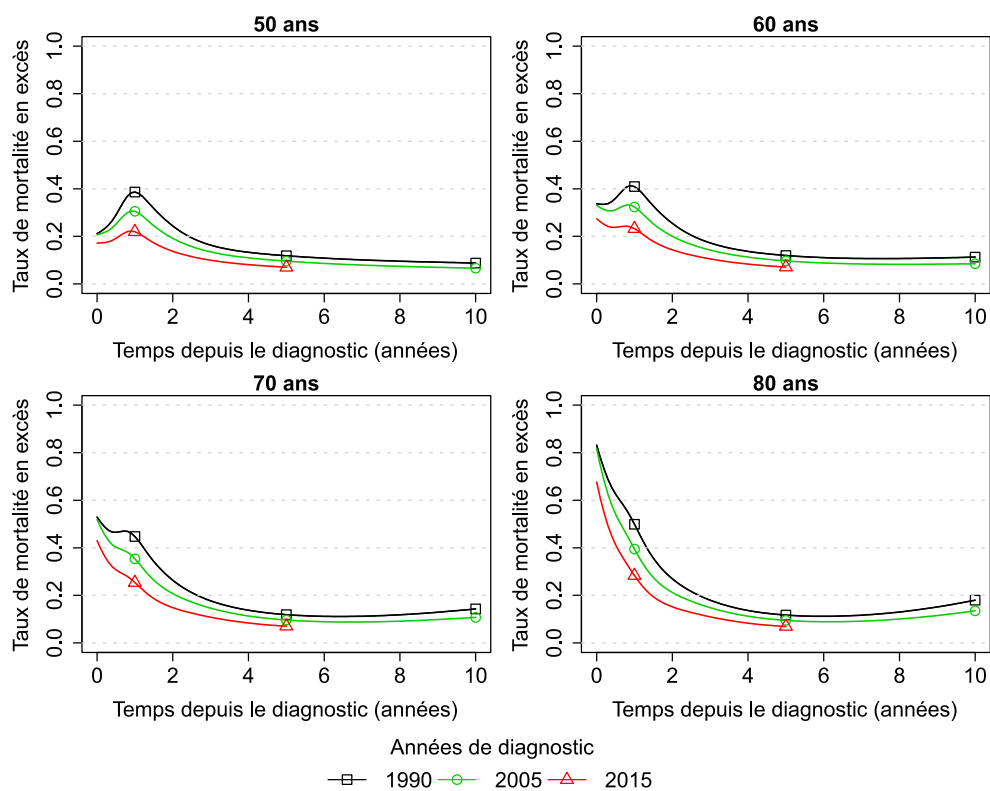


**FIGURE 5. Différence de survie nette (%) à 1 et 5 ans entre 2015 et 1990 selon l'âge et intervalle de confiance à 95 % - Oropharynx**





**FIGURE 6.** Taux de mortalité en excès (en nombre de décès par personne-année) selon le temps depuis le diagnostic pour les années 1990, 2005 et 2015 et pour différents âges - Oropharynx



### Partie 3. Survie nette à long terme des personnes diagnostiquées entre 1989 et 2000 et ayant moins de 75 ans au diagnostic

#### Restriction aux registres couvrant l'ensemble de la période 1989-2000

Après 20 ans de suivi, la survie nette n'est plus que de 10 % chez les personnes de 50 ans et de 4 % chez celles de 70 ans (Table 7). Au-delà de 10 ans de suivi, il persiste un excès de mortalité pour tous les âges. Ainsi 20 ans après le diagnostic, la probabilité de décéder dans l'année est de 9 % chez les personnes diagnostiquées à 50 ans et s'élève à 21 % pour celles diagnostiquées à 70 ans (Table 8).

**TABLE 6. Descriptif des données analysées (registres couvrant l'ensemble de la période 1989-2000) – Oropharynx**

	Hommes et femmes ensemble
Nombre de cas	3 868
Nombre de décès à 20 ans	3 642
Age médian au diagnostic (percentiles 5 et 95), en années	58 (41-72)

**TABLE 7. Survie nette (en %) à 1, 5, 10, 15 et 20 ans pour différents âges, intervalle de confiance à 95 % – Oropharynx**

Age	1 an	5 ans	10 ans	15 ans	20 ans
50 ans	75 [73 ; 76]	35 [33 ; 37]	22 [21 ; 24]	15 [13 ; 16]	10 [8 ; 11]
60 ans	70 [69 ; 72]	32 [31 ; 34]	20 [18 ; 21]	12 [11 ; 13]	7 [5 ; 8]
70 ans	65 [62 ; 67]	29 [27 ; 32]	17 [15 ; 19]	9 [8 ; 11]	4 [2 ; 6]

**TABLE 8. Taux de mortalité en excès (en nombre de décès par personne-année) à 1, 5, 10, 15 et 20 ans selon l'âge et intervalle de confiance à 95 % – Oropharynx**

Age	1 an	5 ans	10 ans	15 ans	20 ans
50 ans	0,37 [0,34 ; 0,40]	0,11 [0,10 ; 0,12]	0,08 [0,07 ; 0,10]	0,08 [0,07 ; 0,09]	0,09 [0,06 ; 0,12]
60 ans	0,38 [0,35 ; 0,41]	0,12 [0,10 ; 0,13]	0,09 [0,08 ; 0,11]	0,11 [0,09 ; 0,12]	0,14 [0,10 ; 0,19]
70 ans	0,39 [0,35 ; 0,44]	0,13 [0,10 ; 0,15]	0,10 [0,08 ; 0,13]	0,14 [0,11 ; 0,18]	0,23 [0,13 ; 0,40]

## BIBLIOGRAPHIE

[1] Defossez G, le Guyader-Peyrou S, Uhry Z, Grosclaude P, Colonna M, Dantony E, et al. Estimations nationales de l'incidence et de la mortalité par cancer en France métropolitaine entre 1990 et 2018. Volume 1 – Tumeurs solides. Saint-Maurice (Fra): Santé publique France, 2019. 372 p.

[2] Guizard AN, Dejardin OJ, Launay LC, Bara S, Lapôtre-Ledoux BM, Babin EB, et al. Diagnosis and management of head and neck cancers in a high-incidence area in France: A population-based study. *Medicine (Baltimore)*. 2017 Jun;96(26):e7285. doi: 10.1097/MD.0000000000007285. PMID: 28658124; PMCID: PMC5500046.

[3] Mirghani H, Bellera C, Delaye J, Dolivet G, Fakhry N, Bozec A, et al. Prevalence and characteristics of HPV-driven oropharyngeal cancer in France. *Cancer Epidemiol*. 2019 Aug;61:89-94. doi: 10.1016/j.canep.2019.05.007. Epub 2019 May 31. PubMed PMID: 31158796.

[4] Jégu J, Colonna M, Daubisse-Marliac L, Trétarre B, Ganry O, Guizard A-V, et al. The effect of patient characteristics on second primary cancer risk in France. *BMC Cancer*. 15 févr 2014;14(1):94.



Édité par l'Institut national du cancer  
Siren 185 512 777 Conception : INCa  
ISBN : 978-2-37219-624-6  
ISBN net : 978-2-37219-625-3  
DEPÔT LÉGAL DECEMBRE 2020

Ce document doit être cité comme suit : Hammam K, Guizard A-V, Lecoffre C, de Brauer C, Coureau G, Trétarre B et al. *Survie des personnes atteintes de cancer en France métropolitaine 1989-2018 – Oropharynx*. Boulogne-Billancourt : Institut national du cancer, décembre 2020, 12 p. Disponible à partir des URL : <https://www.e-cancer.fr/>, et <https://www.santepubliquefrance.fr>

Ce document est publié par l'Institut national du cancer qui en détient les droits. Les informations figurant dans ce document peuvent être réutilisées dès lors que ; (1) leur réutilisation entre dans le champ d'application de la loi N°78-753 du 17 juillet 1978 ; (2) ces informations ne sont pas altérées et leur sens dénaturé ; (3) leur source et la date de leur dernière mise à jour sont mentionnées.