



RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE

*Liberté
Égalité
Fraternité*



SEPTEMBRE 2020

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

LÈVRE, BOUCHE, PHARYNX

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

Anne-Valérie Guizard
Bénédicte Lapôtre-Ledoux
Michel Velten
Camille Lecoffre
Lionel Lafay
Gaëlle Coureau
Morgane Mounier
Brigitte Trétarre



Réalisation de l'étude

Collecte des données : registres des cancers du réseau Francim.

Interprétation et commentaires pour les cancers de la lèvre, de la bouche et du pharynx : Anne-Valérie Guizard (Registre général des tumeurs du Calvados), Béatrice Lapôte-Ledoux (Registre du cancer de la Somme), Michel Velten (Registre des cancers du Bas-Rhin)

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 : Philippe-Jean Bousquet, Lionel Lafay, Camille de Brauer

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

LBP		CIM-O-3	Correspondance en CIM-O-2	Correspondance en CIM-10
	Topographie		C00.0 à C14.8	C00.0 à C14.8
Morphologie		Toutes, sauf tumeurs hématologiques ; comportement tumoral /3		

À RETENIR

- Survie nette standardisée à 5 ans de 41 % chez les hommes et 56 % chez les femmes pour les cas diagnostiqués en 2010-2015
- Amélioration de la survie nette standardisée à 5 ans de 12 points entre 1990 et 2015
- Amélioration de la survie nette à 5 ans et 10 ans plus importante chez les personnes de 50 ans
- Chez les personnes plus âgées (80 ans), amélioration de la survie nette à 1 an, mais peu de progression à 5 ans, et aucun gain à 10 ans

INCIDENCE

En France, pour l'année 2018, le nombre estimé de nouveaux cas de cancer de l'ensemble Lèvre-Bouche-Pharynx (LBP) était de 10 055 chez les hommes et 3 637 chez les femmes. Le nombre estimé de décès par cancer de LBP était de 2 898 chez les hommes et 924 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

Les cancers de l'ensemble LBP sont des cancers de pronostic défavorable, avec **une survie nette standardisée à 5 ans de 45 %, plus élevée chez les femmes (56 %) 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. Toutefois, cette entité regroupe des cancers touchant plusieurs localisations anatomiques, dont la répartition diffère selon le sexe et l'âge, et dont la survie varie selon leur accessibilité à un diagnostic précoce, leurs possibilités thérapeutiques et leur étiologie [2].

Les localisations les plus fréquentes sont les tumeurs de la cavité buccale, de l'oropharynx et de l'hypopharynx, qui représentent plus de 85 % des cas étudiés [1]. Les tumeurs de la cavité buccale sont celles détectées le moins tardivement. Parmi les tumeurs de l'oropharynx certaines sont liées à une infection par le papillomavirus humain (HPV) qui ont un meilleur pronostic que celles liées à la consommation d'alcool et de tabac [3]. Enfin, les tumeurs de l'hypopharynx ont le pronostic le plus mauvais du fait de leur situation anatomique. Comparativement aux hommes, les femmes présentent plus souvent des tumeurs dont la localisation est de meilleur pronostic [1].

La survie observée et la survie nette 5 ans après le diagnostic sont proches (respectivement 42 % et 46 %), ce qui signifie que les personnes atteintes d'un cancer de la lèvre, de la bouche et du pharynx décèdent essentiellement de leur cancer dans les 5 ans après leur diagnostic (Table 2).

La survie nette à 1 an et 5 ans diminue lorsque l'âge au diagnostic augmente, chez les hommes comme chez les femmes (Table 2 ; Figures 1b et 2). Pour la survie nette à 1 an, cette diminution selon l'âge est plus importante chez les hommes (différence de survie de 17 points entre les hommes

diagnostiqués à 80 ans et ceux diagnostiqués à 50 ans, versus 13 points chez la femme), alors qu'à 5 ans elle est la même chez les hommes et chez les femmes, avec un écart entre les deux sexes comparable quel que soit l'âge. La survie nette n'est plus que de 36 % à 5 ans chez les hommes de 80 ans (Table 2).

Les taux de mortalité en excès (Figure 1a) sont maximums immédiatement après le diagnostic, puis diminuent progressivement au cours du suivi (sauf pour les personnes de 50 ans dont le taux augmente jusqu'à la fin de la première année). 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 deuxième année, le taux est pratiquement le même pour tous les âges (Figure 1a).

La mortalité en excès élevée dans les 2 ans après le diagnostic peut être expliquée par des personnes diagnostiquées à un stade évolué, avec un état général dégradé, et qui ne peuvent bénéficier de traitements curatifs. Cela peut être le cas notamment chez les personnes les plus âgées qui présentent plus fréquemment des comorbidités, dont celles liées à l'imprégnation alcoolo-tabagique. Elle peut également être le reflet des récurrences précoces qui sont fréquentes les 2 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.

TABLE 1. Descriptif des données analysées (tous registres) – Lèvre, bouche, pharynx

	Hommes	Femmes	Ensemble
Nombre de cas	12 760	3 958	16 718
Nombre de décès à 5 ans	7 506	1 800	9 306
Age médian au diagnostic (percentiles 5 et 95), en années	62 (46-83)	63 (43-89)	62 (46-85)

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

	1 an			5 ans		
	Hommes	Femmes	Ensemble	Hommes	Femmes	Ensemble
Survie observée	72 [72 ; 73]	78 [77 ; 79]	74 [73 ; 74]	38 [38 ; 39]	52 [51 ; 54]	42 [41 ; 42]
Survie nette	74 [73 ; 75]	79 [78 ; 81]	75 [75 ; 76]	42 [41 ; 43]	57 [55 ; 58]	46 [45 ; 47]
Survie nette standardisée	71 [71 ; 72]	79 [77 ; 80]	73 [73 ; 74]	41 [40 ; 42]	56 [54 ; 58]	45 [44 ; 46]
Survie nette par âge						
50 ans	80 [79 ; 81]	86 [84 ; 88]	81 [80 ; 82]	48 [46 ; 49]	62 [60 ; 65]	51 [49 ; 52]
60 ans	76 [75 ; 77]	82 [80 ; 84]	77 [76 ; 78]	42 [41 ; 43]	58 [56 ; 60]	45 [44 ; 46]
70 ans	72 [70 ; 73]	80 [78 ; 82]	74 [73 ; 75]	40 [39 ; 42]	56 [54 ; 59]	44 [43 ; 46]
80 ans	63 [61 ; 65]	73 [71 ; 76]	66 [64 ; 68]	36 [33 ; 38]	51 [47 ; 55]	41 [39 ; 43]

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 – Lèvre, bouche, pharynx

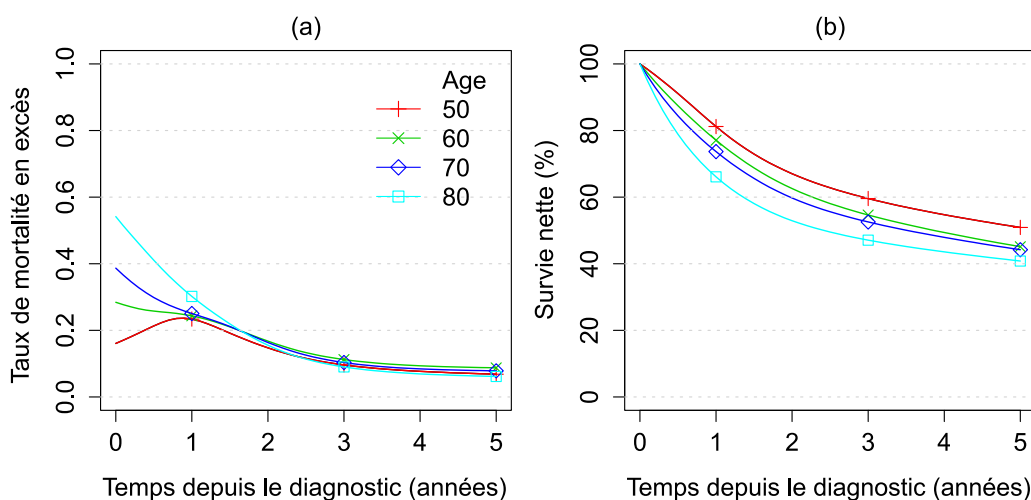
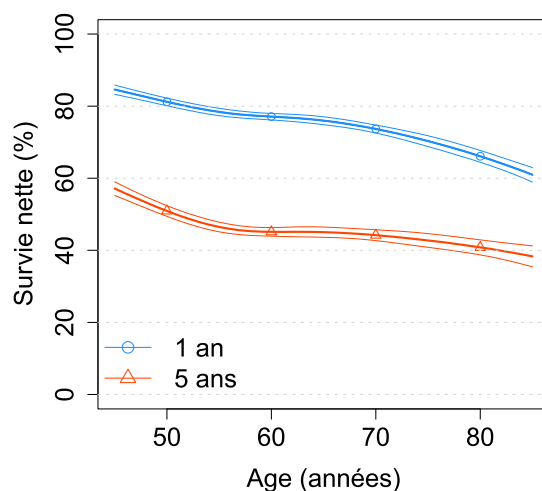


FIGURE 2. Survie nette à 1 et 5 ans selon l'âge au diagnostic avec intervalle de confiance à 95 %, hommes et femmes ensemble



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).

Ce gain de survie varie selon l'âge au diagnostic (Table 5a; Figures 4 et 5). Entre 1990 et 2015, si la survie à 1 an s'améliore régulièrement (+9 points) quel que soit l'âge, le gain de survie à 5 ans est en revanche plus important chez les personnes de 50 ans (+21 points) par rapport à celles de 80 ans (+6 points).

Entre 1990 et 2010, nous observons également une amélioration de la survie à 10 ans, qui passe

de 23 % à 32 % (Table 4). Ce gain s'atténue aussi avec l'âge et ne concerne que les personnes de 50 à 70 ans (Table 5b ; Figure 4).

La diminution du taux de mortalité en excès (Figure 6) sur les deux premières années du suivi chez les personnes de 50 à 70 ans explique l'amélioration de la survie à 5 ans chez ces patients. Ce gain est plus marqué depuis 2005. Chez les personnes les plus âgées, c'est le taux de mortalité en excès juste après le diagnostic qui a principalement diminué depuis 2005 (Figure 6).

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 dans l'ensemble LBP a augmenté depuis 1990 [1], avec une possible augmentation des tumeurs liées au virus HPV. Or, parmi les cancers de l'ensemble LBP c'est la localisation pour laquelle on observe le gain de survie à 5 ans le plus élevé.

TABLE 3. Descriptif des données analysées (registres couvrant l'ensemble de la période 1990-2015) – Lèvre, bouche, pharynx

	Hommes et femmes ensemble
Nombre de cas	28 513
Nombre de décès à 10 ans	21 276
Age médian au diagnostic (percentiles 5 et 95), en années	60 (43-82)

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

Année	1 an	5 ans	10 ans
1990	67 [66 ; 69]	36 [34 ; 37]	23 [21 ; 25]
1995	69 [67 ; 70]	36 [35 ; 38]	24 [23 ; 26]
2000	70 [69 ; 70]	38 [37 ; 39]	26 [25 ; 27]
2005	71 [70 ; 72]	40 [39 ; 41]	28 [27 ; 29]
2010	73 [72 ; 74]	44 [43 ; 45]	32 [30 ; 34]
2015	76 [74 ; 78]	48 [46 ; 50]	ND
Diff. 2015-1990	9 [7 ; 11]	12 [9 ; 15]	ND
Diff. 2015-2005	5 [3 ; 7]	7 [5 ; 10]	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 % - Lèvre, bouche, pharynx

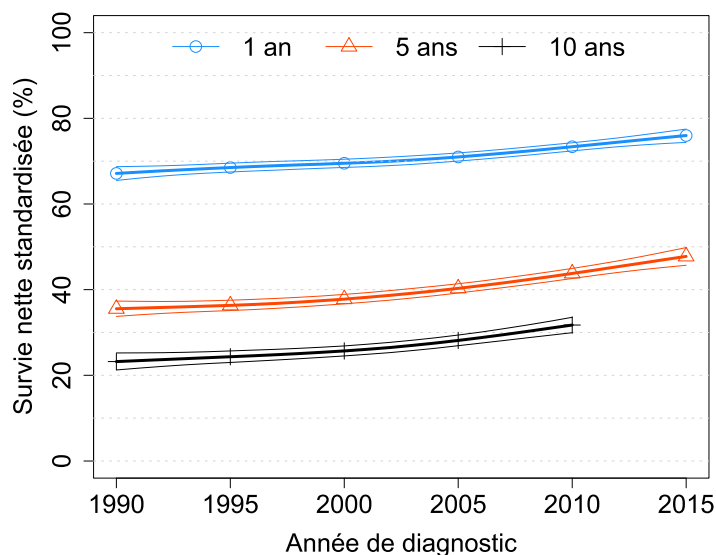


TABLE 5a. Survie nette (%) à 1 et 5 ans selon l'année de diagnostic (1990, 2005 et 2015) et par âge au diagnostic (en années) et intervalle de confiance à 95 %* - Lèvre, bouche, pharynx

Age	1990	2005	2015	Diff. 2015-1990	Diff. 2015-2005
Survie nette à 1 an					
50	75 [73 ; 77]	79 [77 ; 80]	84 [82 ; 86]	9 [6 ; 12]	6 [3 ; 8]
60	73 [71 ; 75]	75 [74 ; 77]	80 [77 ; 81]	7 [4 ; 10]	4 [2 ; 6]
70	67 [64 ; 69]	70 [68 ; 71]	76 [74 ; 79]	10 [6 ; 13]	6 [4 ; 9]
80	59 [55 ; 62]	63 [61 ; 65]	69 [65 ; 72]	10 [5 ; 15]	6 [2 ; 10]
Survie nette à 5 ans					
50	36 [33 ; 38]	44 [42 ; 46]	57 [54 ; 60]	21 [17 ; 26]	13 [9 ; 17]
60	34 [32 ; 36]	41 [40 ; 43]	47 [45 ; 50]	14 [10 ; 17]	6 [3 ; 10]
70	35 [32 ; 38]	37 [35 ; 39]	45 [42 ; 48]	10 [6 ; 14]	8 [4 ; 12]
80	37 [33 ; 41]	37 [34 ; 39]	43 [39 ; 47]	6 [0 ; 12]	6 [2 ; 11]

*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 %* - Lèvre, bouche, pharynx

Age	1990	2010	Diff. 2010-1990
50	23 [21 ; 25]	37 [34 ; 39]	14 [11 ; 17]
60	19 [17 ; 21]	30 [28 ; 32]	11 [8 ; 13]
70	22 [19 ; 25]	28 [26 ; 31]	6 [3 ; 10]
80	26 [22 ; 31]	29 [25 ; 33]	3 [-4 ; 10]

*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 - Lèvre, bouche, pharynx

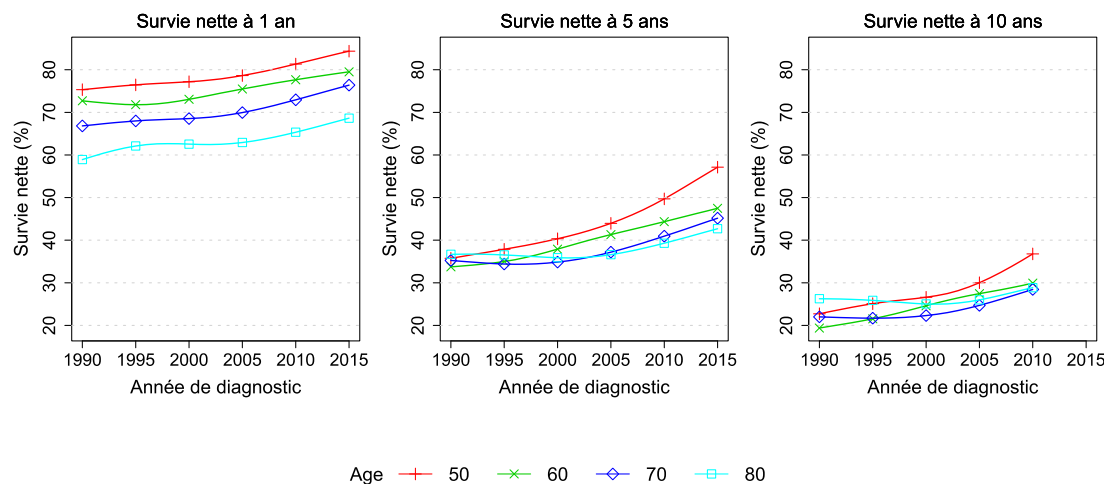


FIGURE 5. Différence de survie nette (%) à 1 et 5 ans entre 2015 et 1990 selon l'âge et intervalle de confiance à 95 % - Lèvre, bouche, pharynx

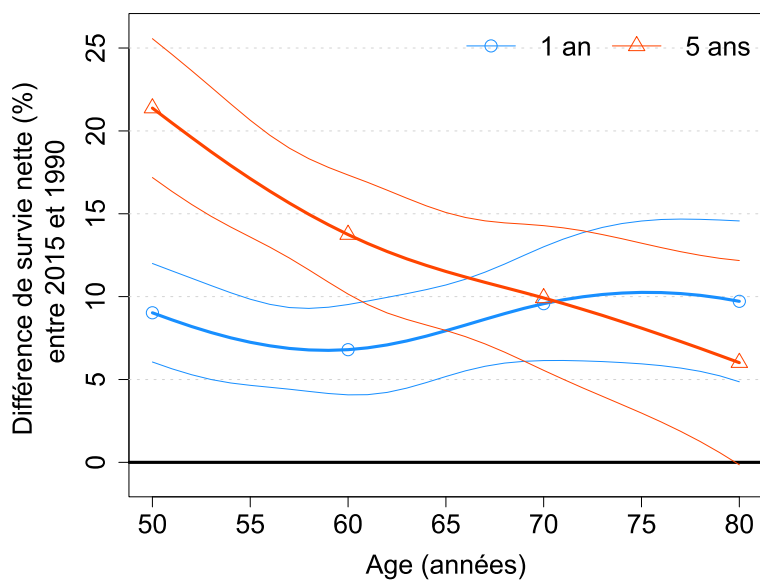
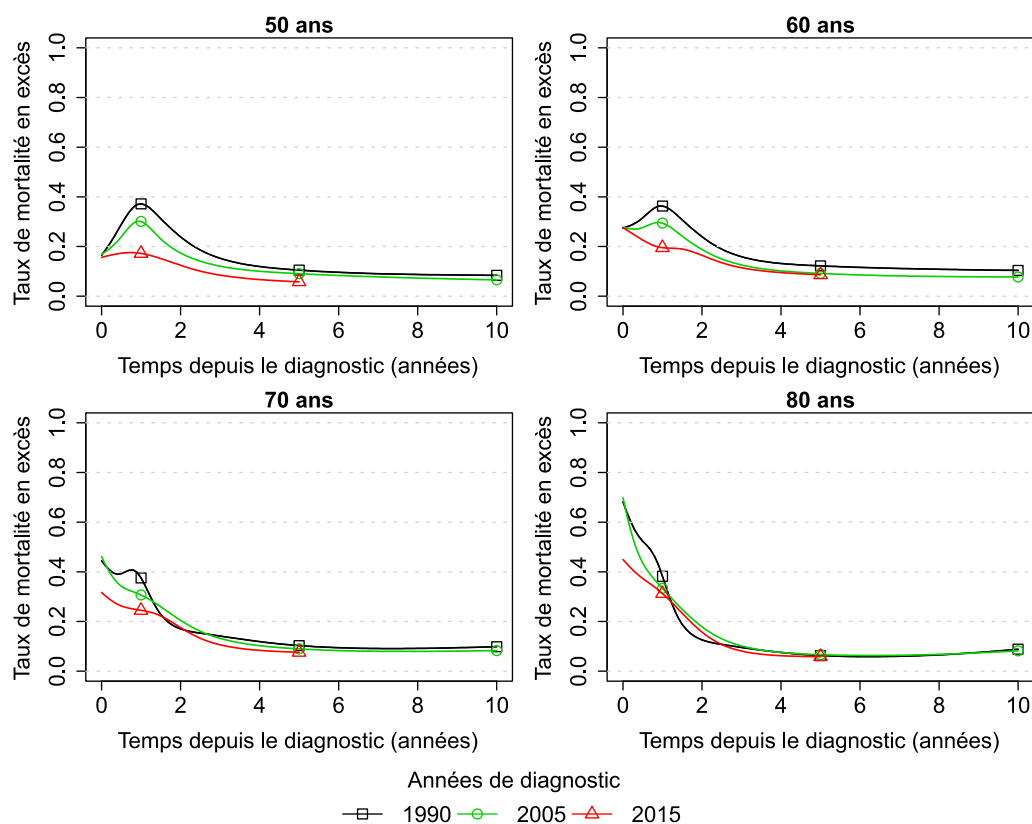


FIGURE 6. Taux de mortalité en excès (en nombre de décès par personne-année) selon le temps depuis le diagnostic pour les années 1990, 2005 et 2015 et pour différents âges - Lèvre, bouche, pharynx



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 probabilité de survie n'est plus que de 12 % chez les personnes de 50 ans et de 9 à 10 % chez les plus âgées (Table 7). **En effet, au-delà de 10 ans de suivi, il persiste un excès de mortalité** dont le taux diminue lentement. Ainsi 20 ans après le diagnostic, la probabilité de décéder dans l'année reste proche de 6 à 7 % selon l'âge (Table 8).

TABLE 6. Descriptif des données analysées (registres couvrant l'ensemble de la période 1989-2000) - Lèvre, bouche, pharynx

	Hommes et femmes ensemble
Nombre de cas	12 131
Nombre de décès à 20 ans	11 102
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 % – Lèvre, bouche, pharynx

Age	1 an	5 ans	10 ans	15 ans	20 ans
50 ans	76 [75 ; 77]	38 [36 ; 39]	25 [24 ; 26]	17 [16 ; 18]	12 [11 ; 14]
60 ans	72 [71 ; 73]	35 [34 ; 36]	22 [20 ; 23]	14 [13 ; 15]	9 [8 ; 10]
70 ans	68 [67 ; 70]	35 [33 ; 36]	21 [20 ; 23]	14 [12 ; 16]	10 [8 ; 11]

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 % – Lèvre, bouche, pharynx

Age	1 an	5 ans	10 ans	15 ans	20 ans
50 ans	0,36 [0,33 ; 0,38]	0,10 [0,09 ; 0,10]	0,08 [0,07 ; 0,08]	0,07 [0,06 ; 0,08]	0,06 [0,05 ; 0,07]
60 ans	0,36 [0,34 ; 0,39]	0,11 [0,10 ; 0,12]	0,09 [0,08 ; 0,10]	0,08 [0,07 ; 0,09]	0,07 [0,06 ; 0,09]
70 ans	0,35 [0,32 ; 0,38]	0,11 [0,10 ; 0,12]	0,09 [0,08 ; 0,10]	0,08 [0,07 ; 0,10]	0,07 [0,05 ; 0,12]

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] Gatta G, Botta L, Sánchez MJ, Anderson LA, Pierannunzio D, Licitra L; EUROCARE Working Group. Prognoses and improvement for head and neck cancers diagnosed in Europe in early 2000s: The EUROCARE-5 population-based study. Eur J Cancer. 2015 Oct;51(15):2130-2143. doi: 10.1016/j.ejca.2015.07.043. Epub 2015 Sep 26. PubMed PMID: 26421817.

[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.



Édité par l'Institut national du cancer
Siren 185 512 777 Conception : INCa
ISBN : 978-2-37219-550-8
ISBN net : 978-2-37219-551-5
DEPÔT LÉGAL octobre 2020

Ce document doit être cité comme suit : Guizard A-V, Lapôtre-Ledoux B, Velten M, Lecoffre C, Lafay L, Coureau G et al. *Survie des personnes atteintes de cancer en France métropolitaine 1989-2018 – Lèvre, bouche, pharynx*. Boulogne-Billancourt : Institut national du cancer, septembre 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.