



RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE

*Liberté
Égalité
Fraternité*



MARS 2021

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

PÉNIS

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

Sandrine Plouvier
Laëtitia Daubisse-Marliac
Gaëlle Coureau
Simona Bara
Camille Lecoffre
Lionel Lafay
Brigitte Trétarre
Morgane Mounier

Réalisation de l'étude

Collecte des données : registres des cancers du réseau Francim.

Interprétation et commentaires pour le cancer du pénis : Sandrine Plouvier (Registre général des cancers de Lille et de sa région), Laëtitia Daubisse-Marliac (Registre des cancers du Tarn), Gaëlle Coureau (Registre général des cancers de la Gironde), Simona Bara (Registre des cancers de la Manche)

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

PÉNIS		CIM-O-3	Correspondance en CIM-O-2	Correspondance en CIM-10
	Topographie	C60.0 à C60.9	C60.0 à C60.9	C60.0 à C60.9
Morphologie	Toutes, sauf tumeurs hématologiques ; comportement tumoral /3			

À RETENIR

- Survie nette standardisée à 5 ans de 68 % pour les cas diagnostiqués entre 2010 et 2015,
- Survie nette à 5 ans diminuant avec l'âge au diagnostic de 79 % à 50 ans à 60 % à 80 ans,
- Mortalité en excès élevée pendant les 3 ans suivant le diagnostic surtout chez les hommes les plus âgés,
- À 5 ans, mortalité en excès faible quel que soit l'âge au diagnostic.

INCIDENCE

En France, le nombre estimé de nouveaux cas de cancer du pénis en 2018 était de 449 [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** du cancer du pénis est de 87 % et 68 % respectivement à 1 an et 5 ans après le diagnostic (Table 2). Le cancer du pénis est rare dans les pays occidentaux et concerne préférentiellement l'homme âgé. La plupart des cancers sont des carcinomes épidermoïdes, dont il existe différents sous-types aux caractéristiques propres [2]. Certains sont associés à la présence d'HPV (Human Papilloma Virus), d'autres non. Parmi ces derniers, la forme sarcomatoïde présente le pronostic le plus péjoratif. Les lésions associées à la présence d'HPV pourraient être de meilleur pronostic [3]. D'autres facteurs, de plus mauvais pronostic, sont rapportés, en particulier le grade élevé, l'existence d'embolies sanguins, lymphatiques ou périnerveux, le stade avancé et l'envahissement des ganglions régionaux.

Globalement, la **survie nette** diminue avec l'âge au diagnostic (Table 2 ; Figures 1b et 2). La survie nette et la survie observée chez les plus jeunes (qui avaient 50 et 60 ans au diagnostic) sont très proches traduisant le fait que ce cancer est pour eux la principale cause de mortalité que ce soit 1 an ou 5 ans après le diagnostic (Tables 2 et C1-Complément). Au-delà de ces âges, la survie nette s'écarte de la survie observée, en particulier à 5 ans. Elles sont alors respectivement de 67 % et 58 % chez les personnes de 70 ans et de 60 % et 41 % chez celles de 80 ans au diagnostic. Alors que le **taux de mortalité en excès** est relativement stable durant la première année de suivi chez les personnes de 70 ans et moins, l'excès de mortalité dû au cancer chez les personnes de 80 ans est maximal immédiatement après le diagnostic avec un taux de mortalité en excès de 0,22 décès par

personne-année (soit une probabilité mensuelle de décès de 1,8 %) puis il diminue ensuite (Figure 1a ; Table C2-Complément). Au-delà de 3 ans après le diagnostic, les taux de mortalité en excès sont similaires quel que soit l'âge au diagnostic et sont très faibles à 5 ans. Cette différence de mortalité selon l'âge peut refléter une prise en charge moins optimale chez les personnes âgées du fait de la présence de comorbidités (notamment qui peuvent compromettre la prise en charge lymphonodale) et/ou un stade au diagnostic plus évolué, en particulier chez des personnes qui pourraient tarder à consulter.

L'intérêt d'une prise en charge centralisée des cancers du pénis a été soulevé de par leur faible fréquence. Des avancées thérapeutiques restent attendues en particulier pour les formes évoluées [4]. Les tendances de la survie nette jusqu'à 10 ans (période 1990-2015) et la survie à long terme chez les personnes âgées de moins de 75 ans ne sont pas présentées en raison des faibles effectifs de ce cancer ou de décès. Toutefois, la survie nette ne semble pas avoir évolué au cours du temps [5].

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

	Hommes
Nombre de cas	492
Nombre de décès à 5 ans	209
Age médian au diagnostic (percentiles 5 et 95), en années	72 (48-89)

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

	1 an	5 ans
	Hommes	Hommes
Survie observée	82 [79 ; 84]	54 [50 ; 58]
Survie nette	85 [82 ; 88]	66 [60 ; 71]
Survie nette standardisée	87 [84 ; 90]	68 [63 ; 73]
Survie nette par âge		
50 ans	93 [88 ; 96]	79 [70 ; 85]
60 ans	90 [86 ; 93]	73 [67 ; 79]
70 ans	87 [83 ; 89]	67 [61 ; 72]
80 ans	82 [77 ; 86]	60 [51 ; 67]

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 - Pénis

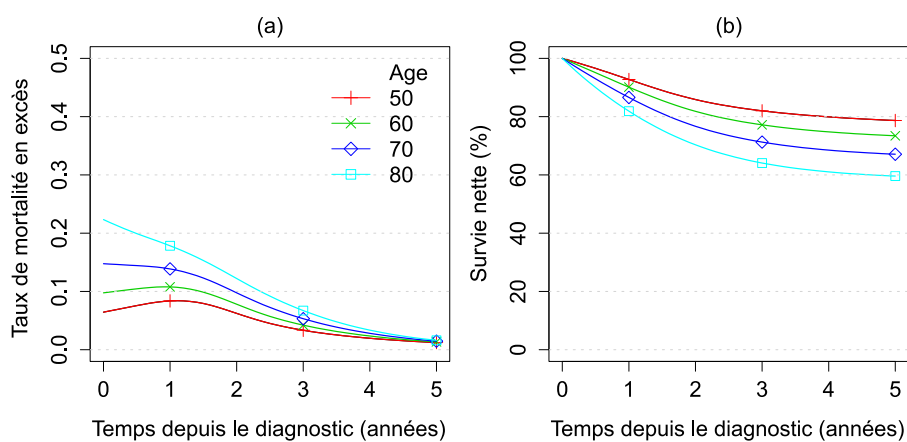
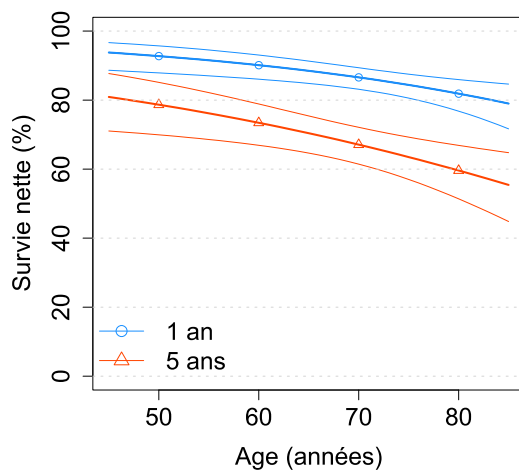


FIGURE 2. Survie nette à 1 et 5 ans selon l'âge au diagnostic avec intervalle de confiance à 95 %, hommes et femmes ensemble - Pénis



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

Données non disponibles.

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

Données non disponibles.

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] Moch H, Cubilla AL, Humphrey PA, Reuter VE, Ulbright TM. The 2016 WHO classification of tumours of the urinary system and male genital organs—Part A: Renal, Penile, and Testicular Tumours. *Eur Urol* 2016; 70: 93-105.

[3] Sand FL, Rasmussen CL, Frederiksen MH, Andersen KK, Kjaer SK. Prognostic significance of HPV and p16 status in men diagnosed with penile cancer: a systematic review and meta-analysis. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2018;27: 1123-1132.

[4] Brouwer OR., Chade D. Updates on penile cancer management: where do we stand, and how to move forward? *Curr Opin Urol* 2020; 30: 120-121.

[5] Daubisse-Marliac L, Colonna M, Trétarre B, Defossez G, Molinié F, Jéhannin-Ligier K, et al. Long-term trends in incidence and survival of penile cancer in France. *Cancer epidemiol* 2017; 50:125-131.



Édité par l'Institut national du cancer
Siren 185 512 777 Conception : INCa
ISBN : 978-2-37219-680-2
ISBN net : 978-2-37219-681-9
DÉPÔT LÉGAL MARS 2021

Ce document doit être cité comme suit : Plouvier S, Daubisse-Marliac L, Coureau G, Bara S, Lecoffre C, Lafay L et al. *Survie des personnes atteintes de cancer en France métropolitaine 1989-2018 – Pénis*. Boulogne-Billancourt ; Institut national du cancer mars 2021, 8 p.
Disponible à partir des URL : <https://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Les-donnees-sur-les-cancers/Survie-des-personnes-atteintes-de-cancer-en-France-metropolitaine/> 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.