



RÉPUBLIQUE  
FRANÇAISE

*Liberté  
Égalité  
Fraternité*



JUIN 2021

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

## HYPOPHARYNX

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

Bénédicte Lapôtre-Ledoux  
Simona Bara  
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 le cancer du rein : Bénédicte Lapôtre-Ledoux (Registre général des cancers de la Somme), Simona Bara (Registre des cancers de la Manche), Michel Velten (Registre général 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

HYPOPHARYNX	CIM-O-3	Correspondance en CIM-O-2	Correspondance en CIM-10
	Topographie	C12.9 à C13.9	C12.9 à C13.9
Morphologie	Toutes, sauf tumeurs hématologiques; comportement tumoral /3		

## À RETENIR

- Survie nette standardisée à 5 ans de 26 % pour les cas diagnostiqués entre 2010 et 2015,
- Survie nette à 1 et 5 ans se dégradant avec l'augmentation de l'âge au diagnostic,
- Depuis 1990, faible amélioration de la survie nette standardisée : gain de seulement 6 et 5 points de pourcentage à 1 an et 5 ans respectivement, pas d'amélioration de la survie à 10 ans,
- Taux de mortalité en excès encore élevé 20 ans après le diagnostic.

## INCIDENCE

En France, pour l'année 2018, le nombre estimé de nouveaux cas de cancer de l'hypopharynx était de 1 867 chez les hommes et de 281 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'hypopharynx sont de mauvais pronostic avec une survie nette standardisée à 5 ans de 26 % chez les hommes et de 28 % chez les femmes (Table 2).**

Plus de 95 % des cancers de l'hypopharynx sont des carcinomes épidermoïdes [2]. Les principaux facteurs de risque connus sont la consommation de longue date de tabac et d'alcool [3]. La faible survie s'explique en partie par un stade souvent avancé du cancer au moment du diagnostic et par une progression rapide. Le retard au diagnostic résulte le plus souvent, soit de l'absence de symptômes précoces [3], soit d'une prise en compte inadaptée de la gravité des symptômes par le patient ou le médecin [4]. La rapidité de l'évolution est liée à une atteinte ganglionnaire précoce due à une dissémination favorisée par un réseau lymphatique régional très développé [4]. L'agressivité de ce cancer s'explique aussi par le terrain sous-jacent, car il touche souvent des personnes en mauvais état général, certaines ne pouvant supporter un traitement curatif. À ces caractéristiques s'ajoutent des rechutes fréquentes et la survenue d'autres tumeurs primitives liées aux facteurs de risque majeurs cités précédemment. Parmi les cancers de la tête et du cou, le cancer de l'hypopharynx est, de fait, celui ayant le plus mauvais pronostic, loin derrière le cancer du larynx dont la survie nette standardisée à 5 ans est de plus du double [5].

**La survie observée et la survie nette 5 ans après le diagnostic sont très proches, respectivement 26 % et 28 %, ce qui signifie que les personnes atteintes d'un cancer de l'hypopharynx et qui décèdent dans**

les cinq années suivant le diagnostic meurent essentiellement de leur cancer (Table 2).

**La survie nette à 1 an et 5 ans diminue lorsque l'âge au diagnostic augmente (Table 2 ; Figure 2).** La survie nette à 1 an est de 74 % chez les hommes et de 76 % chez les femmes lorsque le diagnostic est fait à l'âge de 50 ans. Elle est seulement de 47 % et de 46 %, respectivement, à 80 ans (Table 2).

De même, la survie nette 5 ans après le diagnostic est de 33 % chez les hommes et de 45 % chez les femmes lorsque le diagnostic est fait à 50 ans. Elle n'est que de 17 % et de 12 %, respectivement, lorsque le diagnostic est fait à 80 ans (Table 2). Comparativement aux femmes, les hommes semblent présenter une survie légèrement meilleure lorsque le cancer est diagnostiqué au-delà de 60 ans pour la survie nette à 1 an, et au-delà de 70 ans pour la survie nette à 5 ans (Table 2).

**La mortalité en excès** chez les hommes présente une dynamique différente selon l'âge au diagnostic (Figure C1a-Complément). En effet, chez les hommes âgés de 50 ans au moment du diagnostic, elle augmente d'abord au cours du temps jusqu'à dépasser - entre la première et la deuxième année de suivi - celle des hommes âgés de 60 ans au diagnostic, avant de diminuer régulièrement par la suite. Lorsque le diagnostic est fait à un âge plus avancé, la mortalité en excès est maximale juste après le diagnostic, puis elle diminue régulièrement. Finalement, 3 ans après le diagnostic, les taux de mortalité sont très proches quel que soit l'âge au diagnostic (Figure C1a-Complément). Chez les femmes, la mortalité en excès présente des valeurs maximales immédiatement après le diagnostic, plus élevées chez les plus âgées, avant de diminuer au cours du suivi (Figure C1a-Complément). Enfin, pour les deux sexes, cinq ans après le diagnostic, les taux de mortalité en excès sont compris entre 0,10 et 0,15 par personne-année, soit une probabilité de décéder dans l'année de 10 à 14 % (Table C2-Complément).

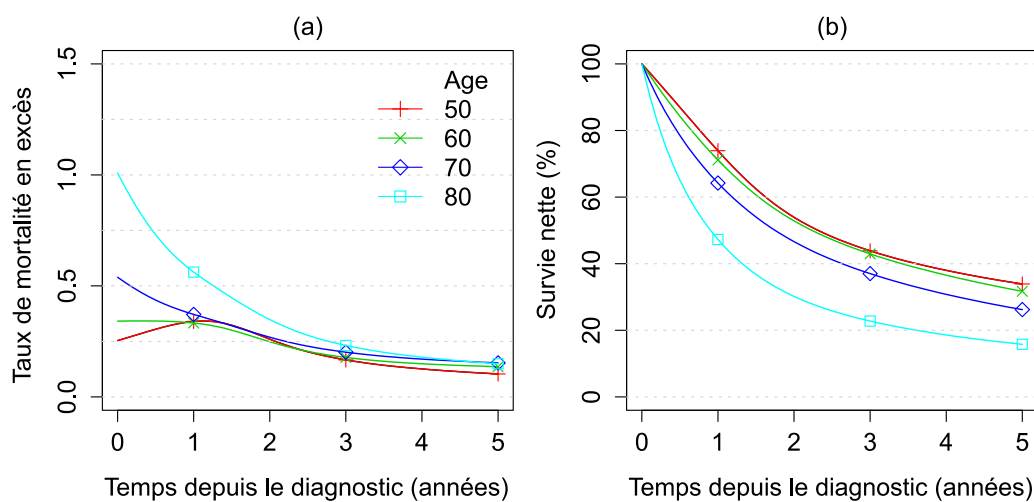
**TABLE 1. Descriptif des données analysées (tous registres) – Hypopharynx**

	Homme	Femme	Ensemble
Nombre de cas	2560	301	2861
Nombre de décès à 5 ans	1826	200	2026
Age médian au diagnostic (percentiles 5 et 95), en années	62 (48-82)	62 (46-83)	62 (48-82)

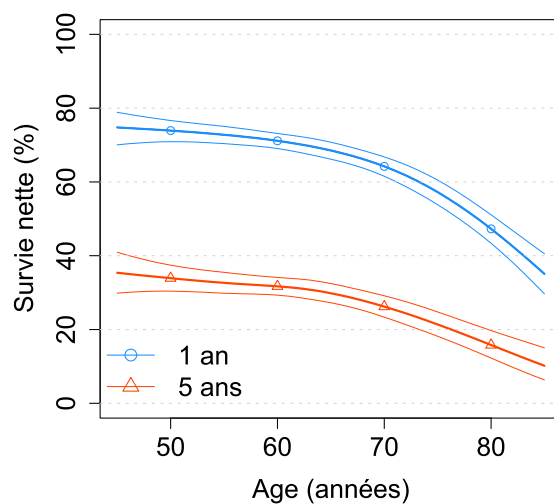
**TABLE 2. Survies observée, nette, nette standardisée et nette par âge à 1 et 5 ans (en %) et intervalle de confiance à 95 % - Hypopharynx**

	1 an			5 ans		
	Homme	Femme	Ensemble	Homme	Femme	Ensemble
Survie observée	65 [63 ; 67]	64 [60 ; 69]	65 [64 ; 67]	26 [24 ; 27]	31 [26 ; 36]	26 [25 ; 28]
Survie nette	66 [64 ; 68]	65 [60 ; 69]	66 [65 ; 68]	28 [26 ; 30]	32 [27 ; 37]	28 [27 ; 30]
Survie nette standardisée	62 [60 ; 64]	61 [56 ; 66]	62 [60 ; 64]	26 [24 ; 28]	28 [23 ; 33]	26 [24 ; 28]
<b>Survie nette par âge</b>						
50 ans	74 [70 ; 77]	76 [68 ; 81]	74 [71 ; 77]	33 [29 ; 36]	45 [35 ; 54]	34 [30 ; 37]
60 ans	71 [69 ; 73]	69 [64 ; 74]	71 [69 ; 73]	31 [29 ; 34]	35 [29 ; 42]	32 [29 ; 34]
70 ans	64 [61 ; 67]	60 [53 ; 66]	64 [62 ; 67]	26 [23 ; 29]	24 [17 ; 31]	26 [23 ; 29]
80 ans	47 [43 ; 51]	46 [36 ; 56]	47 [43 ; 51]	17 [13 ; 21]	12 [5 ; 23]	16 [12 ; 20]

**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 - Hypopharynx



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



## 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 et à 5 ans s'est peu améliorée entre 1990 et 2015, quel que soit l'âge au diagnostic, passant de 60 à 66 % à 1 an et de 22 à 27 % à 5 ans (Table 4). Ces résultats rejoignent ceux de l'étude EUROCARE-5 [5]. La survie nette standardisée à 10 ans, quant à elle, n'a pas varié et reste égale à 12 % (Table 4 ; Figure 3). Le taux de mortalité en excès au cours des 3 années suivant le diagnostic a légèrement diminué au cours de la période 1990-2015, quel que soit l'âge au diagnostic (Figure 6 et Table C4-Complément).

Sur le plan du traitement, les recommandations tiennent compte de la possibilité ou non de réséquer la tumeur et du terrain sur lequel la tumeur s'est développée. Les approches thérapeutiques peuvent être chirurgicales ou non chirurgicales. Il n'y a pas, actuellement, de consensus sur une modalité particulière de primo-traitement à privilégier. Le traitement sous la forme d'une modalité unique est réservé à une maladie diagnostiquée à un stade précoce. Un traitement associant plusieurs approches (chirurgie, chimiothérapie, radiothérapie) est nécessaire dans les autres cas. Le principe directeur consistant à tenter de préserver les organes sans compromettre les résultats oncologiques a conduit à la fois à des améliorations des schémas de chimio-radiothérapie et à des techniques chirurgicales innovantes [3]. Malgré les progrès réalisés dans les traitements des cancers des voies aérodigestives supérieures, les résultats restent médiocres pour les cancers de l'hypopharynx et l'amélioration de la survie reste marginale [3].



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

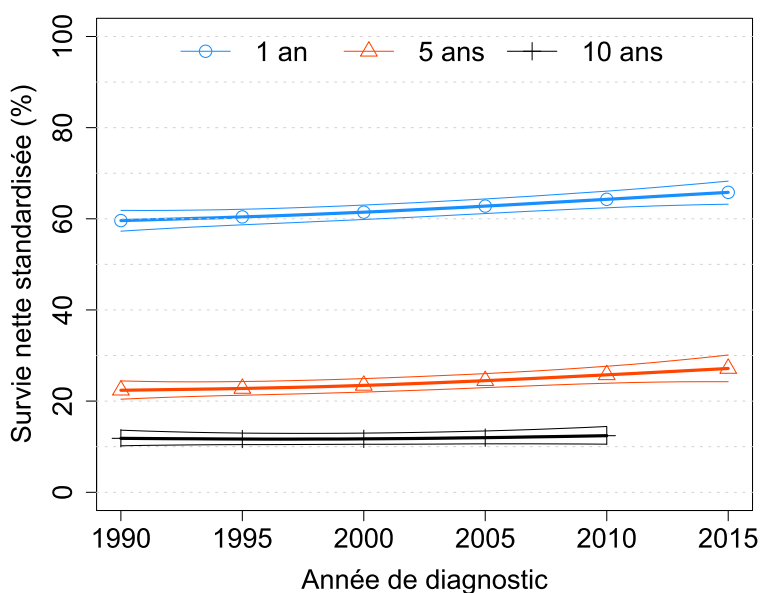
	Hommes et femmes ensemble
Nombre de cas	5997
Nombre de décès à 10 ans	5108
Age médian au diagnostic (percentiles 5 et 95), en années	60 (45-79)

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

Année	1 an	5 ans	10 ans
1990	60 [57 ; 62]	22 [20 ; 24]	12 [10 ; 14]
1995	60 [59 ; 62]	23 [21 ; 24]	12 [10 ; 13]
2000	61 [60 ; 63]	23 [22 ; 25]	12 [11 ; 13]
2005	63 [61 ; 64]	24 [23 ; 26]	12 [11 ; 13]
2010	64 [62 ; 66]	26 [24 ; 28]	12 [11 ; 14]
2015	66 [63 ; 68]	27 [24 ; 30]	ND
Diff. 2015-1990	6 [3 ; 10]	5 [1 ; 8]	ND
Diff. 2015-2005	3 [1 ; 5]	3 [0 ; 5]	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 % - Hypopharynx**



**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 %\* - Hypopharynx**

Age	1990	2005	2015	Diff. 2015-1990	Diff. 2015-2005
<b>Survie nette à 1 an</b>					
50	71 [69 ; 73]	74 [72 ; 76]	76 [74 ; 78]	5 [2 ; 8]	2 [1 ; 4]
60	69 [67 ; 71]	72 [70 ; 73]	74 [72 ; 76]	5 [2 ; 8]	3 [1 ; 4]
70	61 [58 ; 64]	64 [62 ; 66]	67 [64 ; 70]	6 [3 ; 10]	3 [1 ; 5]
80	44 [40 ; 48]	48 [45 ; 51]	52 [48 ; 56]	8 [3 ; 12]	4 [1 ; 7]
<b>Survie nette à 5 ans</b>					
50	30 [28 ; 33]	32 [30 ; 35]	35 [32 ; 39]	5 [1 ; 9]	3 [0 ; 6]
60	29 [26 ; 31]	31 [29 ; 33]	34 [31 ; 37]	5 [1 ; 9]	3 [0 ; 6]
70	22 [20 ; 25]	24 [22 ; 26]	27 [24 ; 30]	5 [1 ; 9]	3 [0 ; 6]
80	13 [10 ; 16]	15 [12 ; 18]	17 [13 ; 21]	4 [1 ; 7]	2 [0 ; 5]

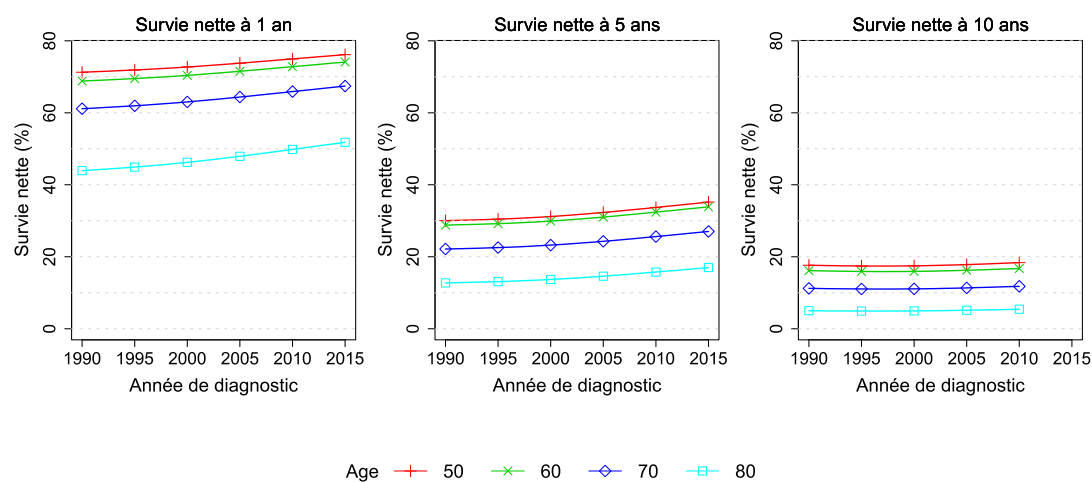
\*Les survies (en %) sont arrondies à l'unité dans ces tables mais les différences de survie ont été calculées à partir des valeurs exactes et arrondies ensuite ; Diff. : différence absolue en points de %

**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 %\* - Hypopharynx**

Age	1990	2010	Diff. 2010-1990
50	18 [15 ; 20]	18 [16 ; 21]	1 [-3 ; 4]
60	16 [14 ; 18]	17 [14 ; 19]	1 [-3 ; 4]
70	11 [9 ; 14]	12 [10 ; 14]	1 [-2 ; 3]
80	5 [3 ; 8]	5 [3 ; 9]	0 [-1 ; 2]

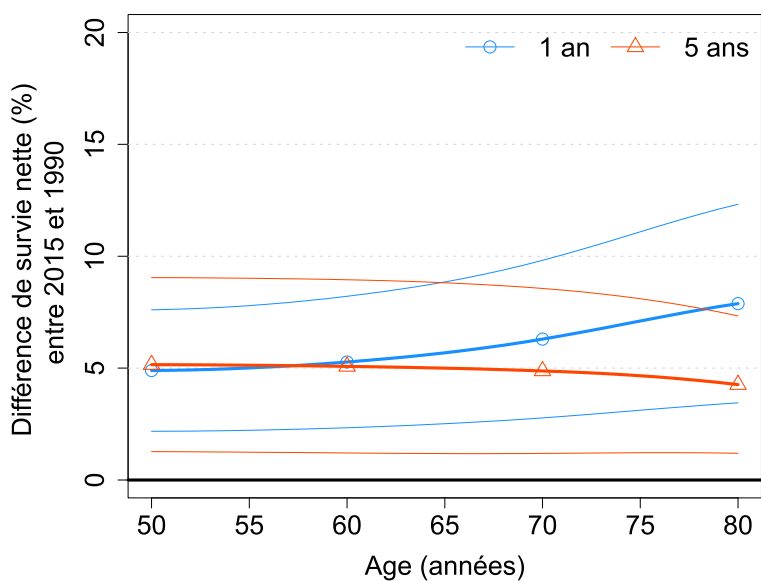
\*Les survies (en %) sont arrondies à l'unité dans ces tables mais les différences de survie ont été calculées à partir des valeurs exactes et arrondies ensuite ; Diff. : différence absolue en points de %

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

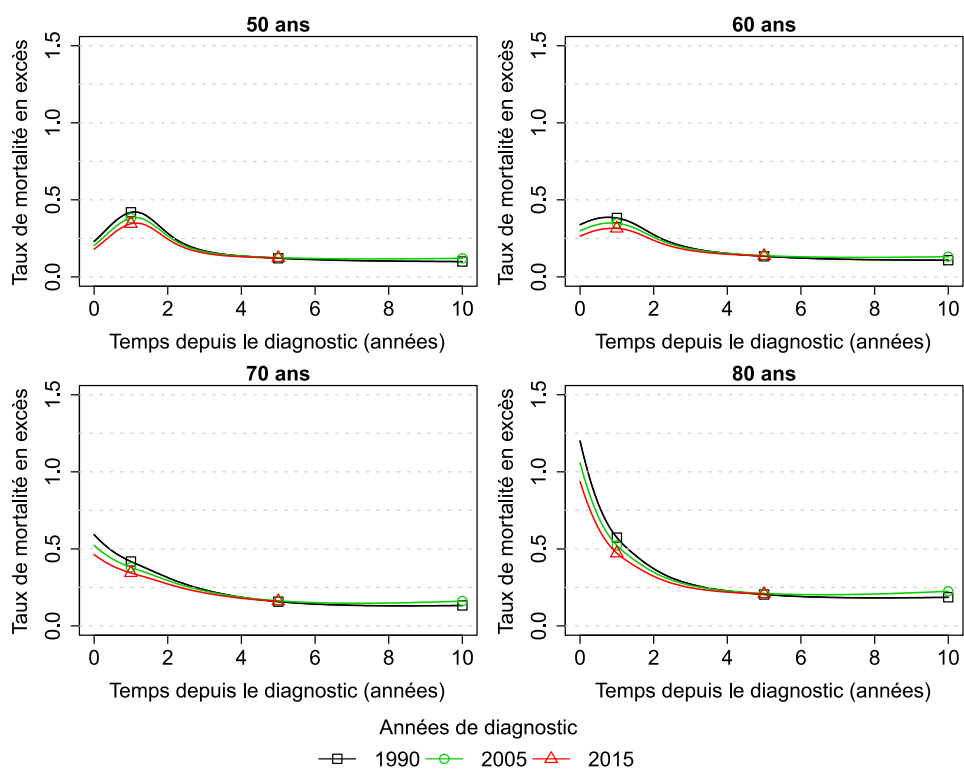




**FIGURE 5.** Différence de survie nette (%) à 1 et 5 ans entre 2015 et 1990 selon l'âge et intervalle de confiance à 95 % - Hypopharynx



**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 - Hypopharynx



### 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

La survie nette à long terme est mauvaise : 15 ans après le diagnostic, elle n'est que de 10 % chez les personnes âgées de 50 ans au moment du diagnostic et de 7 % chez celles âgées de 70 ans. Vingt ans après le diagnostic, ces valeurs tombent, respectivement, à 6 % et 4 % (Table 7). Le taux de mortalité en excès reste élevé 20 ans après le diagnostic et ne varie guère en fonction de l'âge : il s'établit à 0,11 décès par personne-année, soit une probabilité de décéder d'environ 10 % par an (Table 8).

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

	Hommes et femmes ensemble
Nombre de cas	2926
Nombre de décès à 20 ans	2813
Age médian au diagnostic (percentiles 5 et 95), en années	59 (43-72)

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

Age	1 an	5 ans	10 ans	15 ans	20 ans
50 ans	72 [70 ; 74]	29 [27 ; 31]	17 [15 ; 19]	10 [9 ; 12]	6 [5 ; 8]
60 ans	68 [66 ; 69]	27 [25 ; 29]	15 [14 ; 16]	9 [7 ; 10]	5 [4 ; 6]
70 ans	63 [60 ; 66]	25 [22 ; 27]	13 [10 ; 15]	7 [5 ; 9]	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 % - Hypopharynx**

Age	1 an	5 ans	10 ans	15 ans	20 ans
50 ans	0,40 [0,36 ; 0,44]	0,12 [0,10 ; 0,14]	0,10 [0,08 ; 0,12]	0,10 [0,09 ; 0,12]	0,11 [0,07 ; 0,16]
60 ans	0,40 [0,37 ; 0,43]	0,13 [0,12 ; 0,15]	0,11 [0,10 ; 0,13]	0,11 [0,09 ; 0,13]	0,11 [0,07 ; 0,18]
70 ans	0,41 [0,36 ; 0,46]	0,15 [0,12 ; 0,19]	0,13 [0,09 ; 0,17]	0,12 [0,09 ; 0,17]	0,12 [0,05 ; 0,29]

## 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] El-Naggar AK, Chan J, Takata T, Grandis J, Błotweg P. WHO classification of tumours. Pathology and genetics of head and neck tumours. 4th ed. Lyon: IARC Press; 2017.

[3] Garneau JC, Bakst RL, Miles BA. Hypopharyngeal cancer: a state of the art review. Oral Oncol. 2018 ; 86:244-250.

[4] Eckel HE, Bradley PJ. Natural history of treated and untreated hypopharyngeal cancer. Otorhinolaryngol. 2019 ; 83:27-34.

[5] Gatta G, Botta L, Sánchez MJ, Anderson LA, Pierannunzio D, Licitra L, et 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 ; 51(15):2130-2143.



Édité par l'Institut national du cancer  
Siren 185 512 777 Conception : INCa  
ISBN : 978-2-37219-756-4  
ISBN net : 978-2-37219-757-1  
DEPÔT LÉGAL JUIN 2021

Ce document doit être cité comme suit : Lapôtre-Ledoux B, Bara S, Velten M, Lecoffre C, Lafay L, Coureau G et al. *Survie des personnes atteintes de cancer en France métropolitaine 1989-2018 – Hypopharynx*. Boulogne-Billancourt : Institut national du cancer Juin 2021, 12 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.