

# 14

## Cancer du larynx

Avec 4 226 nouveaux cas estimés en 2000 en France, le cancer du larynx représente 1,5 % de l'ensemble des cancers incidents (Remontet et coll., 2003). Les taux d'incidence standardisés sont de 9,3/100 000 chez l'homme et de 0,7/100 000 chez la femme : le *sex-ratio* est de 13,3 (Remontet et coll., 2003). L'incidence diminue entre les cohortes de naissance les plus anciennes et les plus récentes.

Durant les deux dernières décennies, le taux d'incidence a diminué de 1,66 % par an chez l'homme alors qu'il est resté identique chez la femme. De même, le taux annuel de mortalité a diminué très régulièrement, de façon plus marquée chez l'homme que chez la femme. Les taux de mortalité standardisés sont de 4,5/100 000 chez l'homme et de 0,3/100 000 chez la femme.

L'âge médian au diagnostic est de 62 ans chez l'homme et de 64 ans chez la femme ; le pic d'incidence est observé vers 60 ans.

D'après les données Eurocare, pour les patients diagnostiqués entre 1992 et 1994, la survie relative à 5 ans est de 68,11 % pour tous les stades confondus et les huit pays retenus.

### Surmortalité annuelle tous stades confondus d'après Eurocare

Le tableau 14.I donne les estimations de la surmortalité annuelle globale avec un intervalle de confiance à 95 %. Ces données prennent en compte tous les patients diagnostiqués entre 1983 et 1994 en Europe (huit pays). La surmortalité annuelle est inférieure à 5 % dès la 5<sup>e</sup> année puis elle diminue pour atteindre environ 3,5 % entre 6 et 12 ans après le diagnostic (figure 14.1).

Le tableau 14.II présente les estimations de la surmortalité annuelle en fonction du genre. La surmortalité annuelle est légèrement plus faible chez les femmes durant les premières années suivant le diagnostic (avec néanmoins

chevauchement des intervalles de confiance). Au-delà, l'évolution de la surmortalité annuelle semble similaire entre les hommes et les femmes (figure 14.2). Le faible effectif de femmes atteintes de cancer du larynx ne permet pas de confirmer la tendance vers une plus faible surmortalité annuelle chez les femmes.

Le tableau 14.III rassemble les résultats de la surmortalité annuelle obtenue pour les différentes tranches d'âges. L'âge au diagnostic influence à la fois la surmortalité annuelle précoce et la surmortalité annuelle tardive. La surmortalité annuelle est inférieure à 2 % dès la 8<sup>e</sup> année pour la classe d'âges 15-44 ans puis tend vers 0 %. Elle reste supérieure à 2 % pour les trois autres classes d'âges entre 8 et 12 ans (figure 14.3).

Les données de surmortalité annuelle concernant les 4 différentes cohortes sont présentées dans le tableau 14.IV. La période de diagnostic n'influence que très légèrement le taux de surmortalité annuelle précoce (figure 14.4).

## **Surmortalité annuelle à très long terme (tous stades confondus) : autres études**

Pour l'évaluation de la surmortalité annuelle à très long terme du cancer du larynx, deux sources de données en population existent : les données américaines du programme SEER (*Surveillance Epidemiology and End Results*) du *National Institute of Cancer*, et les données du registre national des cancers suédois.

Pour les patients atteints d'un cancer du larynx, diagnostiqués entre 1973 et 1998, Brenner (2002) a évalué la survie relative à 10, 15 et 20 ans à partir des données américaines du programme SEER ; ces estimations de survie relative, calculées en utilisant la méthode « analyse période » (qui prend en compte la survie observée pendant les premières années suivant le diagnostic des périodes les plus récentes), sont respectivement de 56,7 %, 45,8 % et 37,8 %. L'estimation du taux annuel moyen de surmortalité est de l'ordre de 4,2 % et de 3,8 % sur les périodes 10-15 ans et 15-20 ans respectivement.

Pour des patients atteints d'un cancer du larynx, diagnostiqués entre 1965 et 1996, Talbäck et coll. (2004) ont évalué la survie relative à 5, 10 et 15 ans à partir des données du registre national des cancers suédois. En utilisant la méthode « analyse période », les auteurs ont estimé les survies relatives à 69,4 %, 57,4 %, 49,1 % à 5, 10 et 15 ans respectivement. Ces données sont comparables à la survie relative à 5, 10 et 15 ans, observée pour les patients diagnostiqués durant la période la plus récente ; elle est respectivement de 68,3 %, 56,2 % et 48,1 %. L'estimation de la surmortalité annuelle moyenne est de l'ordre de 3 % entre 10 et 15 ans.

## Survie relative ou surmortalité à long terme selon le stade

En France, l'étude Petri (2004) rassemble des données de survie à 5 ans ; ces données peuvent être globales, par stade et/ou par âge.

Dans l'étude Petri, la survie relative à 5 ans dans le cas du cancer du larynx est de 57 % chez les hommes et de 55 % chez les femmes. Pour les patients atteints d'un cancer du larynx en stade I, le taux de survie relative à 5 ans est de 82 % ; il passe respectivement à 73 %, 25 % et 46 % pour les patients présentant un stade II, III et IV.

Aux États-Unis, le programme SEER (*Surveillance Epidemiology and End Results*) du *National Institute of Cancer* fournit des données de survie relative par année selon trois stades du cancer - localisé, régional et à distance (métastases à distance de la localisation) - et un stade non déterminé (informations insuffisantes dans la base pour déterminer le stade). À partir de ces données de survie relative, il est possible de calculer une surmortalité annuelle selon le stade du cancer du larynx (tableau 14.V). La répartition des cas de cancer du larynx selon les stades - localisé, régional et à distance - est respectivement de 50,0 %, 41,8 % et 3,8 %. Les résultats concernent les hommes et les femmes, tous âges confondus et pour une période de diagnostic comprise entre 1988 et 2001.

**Tableau 14.V : Surmortalité annuelle selon le stade au diagnostic pour la période 1988-2001 (d'après 9 registres SEER, *Surveillance Epidemiology and End Results*, 2004)**

Intervalle (année)	Surmortalité annuelle (%)		
	Stade localisé	Stade régional (N+)	Stade à distance (M+)
0-1	3,3	18,6	49,7
1-2	4,1	18,2	35,8
2-3	4,3	10,8	22,3
3-4	3,9	9,1	14,3
4-5	2,9	7,2	7,4
5-6	2,8	7,4	11,6
6-7	2,4	5,0	1,7
7-8	2,9	6,6	6,9
8-9	3,0	6,8	5,0
9-10	3,0	6,3	17,0

Ces résultats montrent que pour le stade localisé du cancer du larynx la surmortalité annuelle est relativement stable sur toute la période (environ 3 %).

## Influence des localisations sur la survie

Des travaux réalisés sur les données issues d'Eurocare 2 (Berrino et coll., 1998) ont montré des différences de survie en fonction de la localisation anatomique exacte du cancer du larynx. Les cancers de la glotte sont de meilleur pronostic que les autres cancers du larynx (RR<0,5 par rapport aux autres sous-localisations). Le mauvais pronostic des cancers de la partie haute du larynx est à rapprocher de celui des cancers de l'hypopharynx et doit être mis en rapport avec les facteurs de risque de ces cancers (intoxication alcoolo-tabagique) qui sont de plus à l'origine d'une comorbidité importante.

### BIBLIOGRAPHIE

BERRINO F, GATTA G, EUROCCARE WORKING GROUP. Variation in patients with Head and Neck cancer in Europe by the site of origin of the tumour. *European J Cancer* 1998, **34** : 2154-2161

BRENNER H. Long-term survival rates of cancer patients achieved by the end of the 20th century: a period analysis. *Lancet* 2002, **360** : 1131-1135

ETUDE PETRI (PRÉVENTION ET ÉPIDÉMIOLOGIE DES TUMEURS EN RÉGION ILE-DE-FRANCE). Survie à 5 ans des cancers incidents en Ile-de-France, cohorte 1994-1999. 2004 : 73 p

REMONTET L, ESTEVE J, BOUVIER A, GROSCLAUDE P, LAUNOY G et coll. Cancer incidence and mortality in France over the period 1978-2000. *Rev Epidemiol Sante Publique* 2003, **51** : 3-30

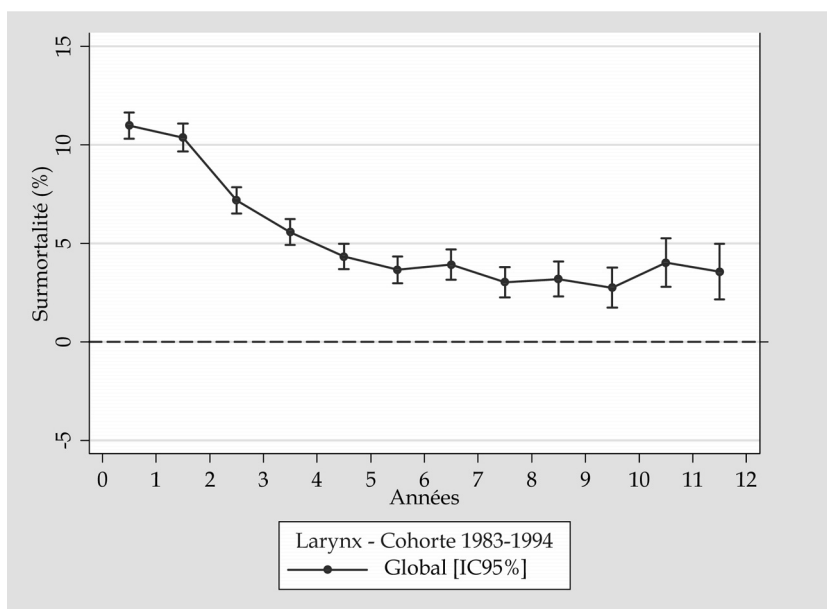
SURVEILLANCE EPIDEMIOLOGY AND END RESULTS (SEER) PROGRAM. ([www.seer.cancer.gov](http://www.seer.cancer.gov)) SEER\*Stat Database: Incidence - SEER 9 Regs Public-Use, Nov 2004 Sub (1973-2002), National Cancer Institute, DCCPS, Surveillance Research

TALBACK M, STENBECK M, ROSEN M. Up-to-date long-term survival of cancer patients: an evaluation of period analysis on Swedish Cancer Registry data. *Eur J Cancer* 2004, **40** : 1361-1372

## Présentation des données de surmortalité d'après Eurocare

**Tableau 14.1 : Surmortalité annuelle chez les patients diagnostiqués entre 1983 et 1994**

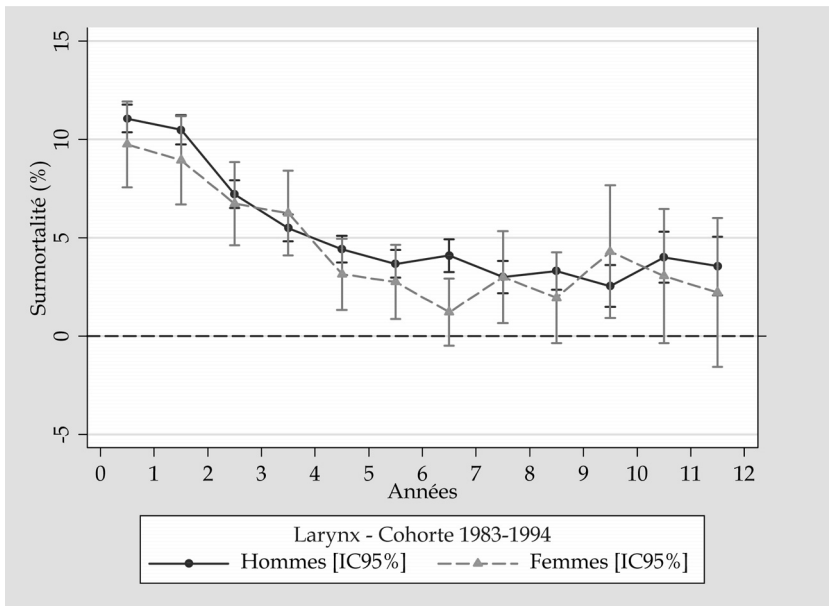
Intervalle (année)	Surmortalité [IC <sub>95%</sub> ] (% annuel)
	Global (N=9 694)
0-1	10,98 [10,31 ; 11,65]
1-2	10,37 [9,66 ; 11,08]
2-3	7,19 [6,52 ; 7,86]
3-4	5,57 [4,93 ; 6,22]
4-5	4,33 [3,69 ; 4,97]
5-6	3,65 [2,98 ; 4,32]
6-7	3,91 [3,14 ; 4,68]
7-8	3,02 [2,24 ; 3,80]
8-9	3,18 [2,30 ; 4,07]
9-10	2,74 [1,73 ; 3,76]
10-11	4,02 [2,79 ; 5,24]
11-12	3,56 [2,15 ; 4,96]



**Figure 14.1 : Surmortalité annuelle des patients de la cohorte 1983-1994**

**Tableau 14.II : Surmortalité annuelle chez les femmes et les hommes diagnostiqués entre 1983 et 1994**

Intervalle (année)	Surmortalité [IC <sub>95%</sub> ] (% annuel)	
	Femmes (N=770)	Hommes (N=8 921)
0-1	9,75 [7,56 ; 11,94]	11,06 [10,35 ; 11,76]
1-2	8,94 [6,70 ; 11,19]	10,49 [9,74 ; 11,23]
2-3	6,73 [4,61 ; 8,84]	7,22 [6,52 ; 7,92]
3-4	6,25 [4,09 ; 8,41]	5,49 [4,82 ; 6,17]
4-5	3,14 [1,34 ; 4,95]	4,42 [3,74 ; 5,10]
5-6	2,76 [0,87 ; 4,64]	3,67 [2,97 ; 4,38]
6-7	1,21 [-0,49 ; 2,91]	4,09 [3,26 ; 4,91]
7-8	3,00 [0,66 ; 5,33]	3,00 [2,18 ; 3,82]
8-9	1,94 [-0,38 ; 4,26]	3,31 [2,37 ; 4,25]
9-10	4,29 [0,92 ; 7,66]	2,54 [1,48 ; 3,60]
10-11	3,06 [-0,36 ; 6,47]	4,01 [2,71 ; 5,31]
11-12	2,21 [-1,56 ; 5,99]	3,55 [2,07 ; 5,04]



**Figure 14.2 : Surmortalité annuelle chez les femmes et les hommes de la cohorte 1983-1994**

Tableau 14.III : Surmortalité annuelle par classe d'âges de la cohorte 1983-1994

Intervalle (année)	Surmortalité [IC <sub>95%</sub> ] (% annuel)			
	15-44 ans (N=522)	45-54 ans (N=1 738)	55-64 ans (N=3 914)	65-74 ans (N=3 520)
0-1	7,66 [5,35 ; 9,97]	9,70 [8,27 ; 11,13]	10,26 [9,24 ; 11,27]	12,96 [11,72 ; 14,20]
1-2	9,36 [6,72 ; 11,99]	10,00 [8,47 ; 11,53]	10,06 [8,99 ; 11,14]	11,10 [9,80 ; 12,40]
2-3	6,45 [4,10 ; 8,80]	7,48 [6,04 ; 8,92]	6,86 [5,87 ; 7,86]	7,56 [6,30 ; 8,82]
3-4	5,44 [3,18 ; 7,71]	5,11 [3,82 ; 6,40]	4,93 [4,00 ; 5,86]	6,68 [5,37 ; 7,99]
4-5	1,65 [0,24 ; 3,06]	3,93 [2,71 ; 5,15]	3,99 [3,06 ; 4,92]	5,56 [4,19 ; 6,92]
5-6	2,81 [0,92 ; 4,71]	2,62 [1,50 ; 3,75]	4,28 [3,25 ; 5,32]	3,64 [2,23 ; 5,04]
6-7	1,84 [0,13 ; 3,55]	3,32 [1,97 ; 4,67]	4,33 [3,16 ; 5,51]	4,22 [2,53 ; 5,91]
7-8	2,02 [0,15 ; 3,89]	1,88 [0,70 ; 3,06]	2,12 [1,08 ; 3,16]	5,54 [3,56 ; 7,53]
8-9	1,51 [-0,30 ; 3,33]	2,50 [1,07 ; 3,94]	3,85 [2,52 ; 5,19]	3,08 [1,00 ; 5,17]
9-10	1,38 [-0,61 ; 3,38]	1,41 [0,01 ; 2,80]	3,18 [1,66 ; 4,70]	3,62 [0,97 ; 6,28]
10-11	0,94 [-0,93 ; 2,81]	4,29 [2,11 ; 6,46]	4,59 [2,75 ; 6,44]	3,82 [0,75 ; 6,90]
11-12	-0,45 [-2,32 ; 1,42]	2,85 [0,65 ; 5,05]	3,69 [1,64 ; 5,75]	5,75 [1,65 ; 9,86]

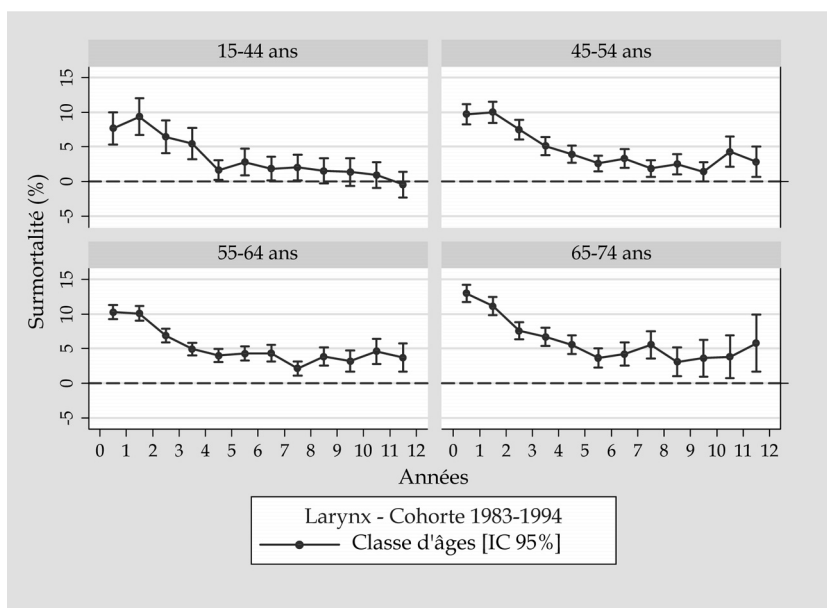
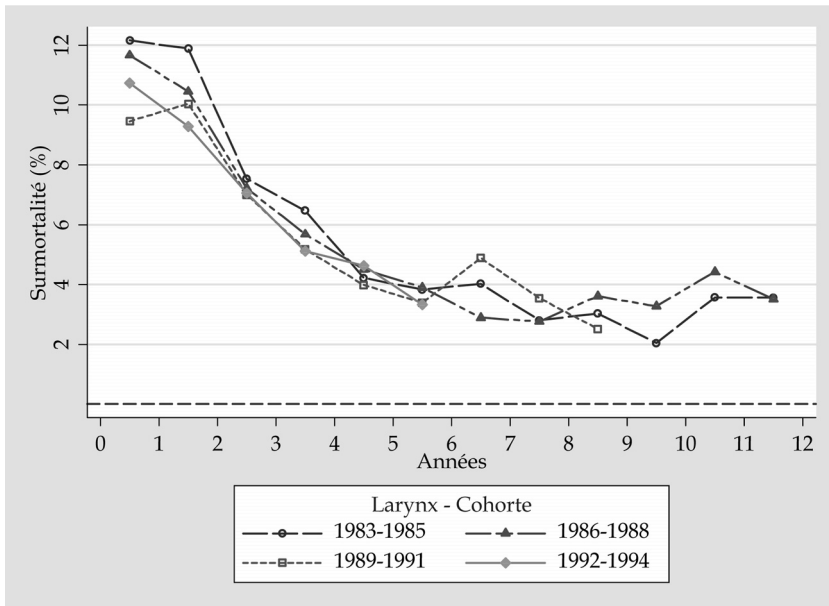


Figure 14.3 : Surmortalité annuelle par classe d'âges de la cohorte 1983-1994

**Tableau 14.IV : Surmortalité annuelle dans les quatre cohortes Eurocare**

Intervalle (année)	Surmortalité [IC <sub>95%</sub> ] (% annuel)			
	Cohorte 1983-1985 (N=2 143)	Cohorte 1986-1988 (N=2 717)	Cohorte 1989-1991 (N=2 472)	Cohorte 1992-1994 (N=2 362)
0-1	12,16 [10,66 ; 13,66]	11,66 [10,36 ; 12,96]	9,46 [8,20 ; 10,72]	10,72 [9,38 ; 12,07]
1-2	11,89 [10,28 ; 13,50]	10,45 [9,10 ; 11,80]	10,04 [8,67 ; 11,41]	9,28 [7,92 ; 10,65]
2-3	7,54 [6,05 ; 9,02]	7,21 [5,94 ; 8,48]	7,00 [5,72 ; 8,29]	7,06 [5,74 ; 8,38]
3-4	6,46 [4,97 ; 7,96]	5,68 [4,44 ; 6,91]	5,17 [3,95 ; 6,40]	5,12 [3,87 ; 6,37]
4-5	4,22 [2,83 ; 5,60]	4,50 [3,29 ; 5,72]	3,98 [2,80 ; 5,17]	4,62 [3,23 ; 6,02]
5-6	3,83 [2,42 ; 5,23]	3,90 [2,68 ; 5,12]	3,39 [2,21 ; 4,57]	3,33 [1,61 ; 5,06]
6-7	4,02 [2,53 ; 5,52]	2,89 [1,71 ; 4,07]	4,88 [3,51 ; 6,25]	-
7-8	2,80 [1,37 ; 4,24]	2,76 [1,54 ; 3,98]	3,54 [2,11 ; 4,98]	-
8-9	3,03 [1,50 ; 4,55]	3,61 [2,26 ; 4,96]	2,52 [0,75 ; 4,28]	-
9-10	2,05 [0,57 ; 3,52]	3,27 [1,88 ; 4,66]	-	-
10-11	3,57 [1,83 ; 5,30]	4,42 [2,69 ; 6,15]	-	-
11-12	3,56 [1,74 ; 5,38]	3,50 [1,30 ; 5,71]	-	-



134 **Figure 14.4 : Evolution de la surmortalité annuelle par cohorte**