



ENQUÊTE

ÉTUDE PROSPECTIVE DE L'INCIDENCE DU MÉLANOME DANS LA RÉGION ÎLE-DE-FRANCE EN 1994

M. BACCARD*, S. HAVARD**, M. SOUQUES***, groupe mélanome de PETRI****

1. INTRODUCTION

L'incidence du mélanome en France n'est pas connue. Des données de pays géographiquement proches (Allemagne, Suisse, Danemark, Angleterre et Écosse) sont disponibles mais il est impossible d'extrapoler ces données à un pays dont l'ensoleillement, les habitudes de vie et les caractéristiques de population (notamment le phototype) sont différents. En France, seuls quelques registres départementaux fournissent des informations sur l'incidence du mélanome. Les dernières estimations publiées de l'incidence en France à partir de ces registres datent de la période 1978-1982 [1].

Nous avons cherché à évaluer l'incidence du mélanome dans la région Île-de-France en 1994, par une enquête prospective dénombant le plus exhaustivement possible les nouveaux cas diagnostiqués par les anatomopathologistes de la région. L'étude avait également pour but d'étudier les caractéristiques cliniques et anatomopathologiques essentielles de ces mélanomes et notamment leurs paramètres pronostiques.

2. MATÉRIEL ET MÉTHODE

Le fichier du Syndicat national des anatomopathologistes français a été utilisé pour contacter par courrier les anatomopathologistes des laboratoires publics et privés de la région Île-de-France. Les modalités de l'étude ont été approuvées par la Commission nationale informatique et libertés. Chaque exérèse de mélanome cutané primitif réalisée entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre 1994 pour un malade habitant en Île-de-France devait faire l'objet d'une déclaration anonyme.

Les renseignements demandés concernaient les données démographiques (âge, sexe, confirmation de la domiciliation dans la région Île-de-France) et les caractéristiques du mélanome (localisation anatomique, type anatomoclinique, indice de Breslow, niveau de Clark, présence ou non de signes histologiques de régression). Ces renseignements étaient volontairement limités pour que la charge de travail supplémentaire imposée aux anatomopathologistes soit compatible avec la déclaration de tous les cas diagnostiqués.

Nous avons reçu 1 300 fiches de déclaration de 35 laboratoires différents. 193 fiches ont été éliminées pour des motifs variés (domiciliation inconnue pour 57 cas, domiciliation en dehors de l'Île-de-France pour 22 cas, biopsie d'un mélanome pour 57 cas, mélanome déjà déclaré par un autre laboratoire pour 31 cas, erreurs de déclaration variées pour 26 cas). 1 107 fiches étaient analysables. Nous n'avons pas tenu compte des 18 mélanomes de Dubreuilh sans mélanome invasif qui nous ont été déclarées et l'analyse porte donc sur 1 089 mélanomes.

Les laboratoires ont déclaré entre 1 et 346 mélanomes. 3 laboratoires sont à l'origine de 63,1 % des déclarations. 10 laboratoires (tous spécialisés en anatomie pathologique dermatologique) sont à l'origine de 92,3 % des déclarations.

Les données ont été analysées par le logiciel EPI-INFO version 5 (CDC Atlanta). Le test Chi 2 a été utilisé pour les comparaisons de pourcentage et le test H de Kruskal-Wallis pour les comparaisons moyennes.

3. RÉSULTATS

Le 1^{er} janvier 1994, la population d'Île-de-France était estimée à 10 966 000 habitants [2]. L'incidence du mélanome en Île-de-France en 1994 est donc de 9,93 cas pour 100 000 habitants. L'incidence du mélanome invasif (niveau II à V) est de 8,62 cas pour 100 000 habitants.

Le sexe est connu pour 1 086 mélanomes : il y avait 404 hommes (37,2 %) et 682 femmes (62,8 %). L'incidence du mélanome est de 7,6 pour 100 000 hommes et de 12,1 pour 100 000 femmes. Celle du mélanome invasif est de 6,5 pour 100 000 hommes et de 10,5 pour 100 000 femmes.

L'âge est connu pour 1 064 mélanomes (âge moyen : 49,4 ans pour les hommes et 46,9 pour les femmes, extrêmes : 2 à 94 ans). La médiane de l'âge selon le sexe est de 49 ans pour les hommes et 44 pour les femmes montrant que le diagnostic est fait à un âge plus jeune chez la femme ($p = 0,004$).

Les mélanomes se répartissent en 83 % de mélanomes superficiels extensifs (MSE), 7,6 % de mélanomes nodulaires, 2,6 % de mélanomes acrolentigineux, 4,2 % de mélanomes invasifs sur mélanose de Dubreuilh et 2,6 % jugés inclassables dans ces catégories.

La localisation est connue pour 1 073 mélanomes : tronc 37,1 %, membres inférieurs (sans les pieds) 31,8 %, membres supérieurs (sans les mains) 12,1 %, pieds 6,2 %, mains 0,5 %, ongles 0,6 %, organes génitaux externes 0,7 %, fesses 0,7 %, cuir chevelu 0,3 %, face et cou 10,1 %.

Le niveau de Clark est connu pour 1 083 mélanomes : I (c'est-à-dire mélanome *in situ*) : 12,7 %, II (48,5 %), III (22,7 %), IV (14 %), V (2,1 %).

L'indice de Breslow est connu pour 1 088 mélanomes. Les mélanomes se répartissent en 12,7 % de niveau I dont l'épaisseur n'a pas été mesurée, 52,2 % de mélanomes d'épaisseur inférieure à 0,75 mm, 18,2 % d'épaisseur comprise entre 0,75 et 1,49 mm, 10,6 % d'épaisseur comprise entre 1,5 et 2,99 mm et 6,4 % d'épaisseur égale ou supérieure à 3 mm.

Pour les 940 mélanomes de l'adulte (> 15 ans) de niveau II à V et dont l'épaisseur est connue, l'épaisseur moyenne est de 1,19 mm (extrêmes : 0,1 et 70 mm). Elle est de 1,38 mm pour les hommes et de 1,08 pour les femmes. L'épaisseur médiane est de 0,59 mm, très inférieure à la moyenne en raison de quelques mélanomes d'épaisseur très élevée. Cette valeur médiane reflète mieux l'épaisseur habituelle des mélanomes que la valeur moyenne, comme l'indique par exemple chez les femmes le fait que plus de 75 % des mélanomes ont une épaisseur inférieure à l'épaisseur moyenne (tabl. 1).

* Service de dermatologie (P. Morel), hôpital Saint-Louis, 75010 Paris.

** Service de dermatologie (P. Escande), hôpital Tarnier, 75006 Paris.

*** Service de prévention et de dépistage des tumeurs de la ville de Paris, 44, rue Charles-Moureu, 75013 Paris.

**** K. Zimmer, G. Dubois, E. Martin. Prévention et épidémiologie des tumeurs en région Île-de-France, 44, rue Charles-Moureu, 75013 Paris.

Tableau 1. - Indice de Breslow en mm. Mélanomes de l'adulte (> 15 ans)

	Clark I	Clark II-V			
		Moyenne	25 ^e p	Médiane	75 ^e p
	%				
Hommes. . . .	13,4	1,38	0,40	0,69	1,50
Femmes. . . .	12,2	1,08	0,32	0,52	1,00
H + F.	12,6	1,19	0,35	0,59	1,12

Les 13 cas de mélanome de l'enfant ont fait l'objet d'une étude séparée. Il s'agissait de 5 garçons et 8 filles représentant 1,2 % des 1 089 mélanomes. Il y avait 11 MSE et 2 mélanomes nodulaires. 5 mélanomes étaient situés sur le tronc et 8 sur les cuisses ou les jambes. 2 mélanomes étaient de niveau I, 7 de niveau II, 2 de niveau III, 1 de niveau IV et 1 de niveau V. 10 mélanomes avaient une épaisseur inférieure à 0,75 mm et 3 une épaisseur $\geq$ 0,75 mm avec des extrêmes de 0,33 à 10 mm. Les données enregistrées ne permettent pas de connaître la fréquence d'un naevus congénital sous-jacent.

4. DISCUSSION

Le diagnostic anatomopathologique du mélanome est parfois difficile et une vérification par un groupe d'experts est souvent décidée dans le cadre d'études « protocolées » pour le confirmer. Cette relecture nous a paru être impossible à réaliser du fait du surcroît de travail imposé aux anatomopathologistes, qui aurait conduit à une sous-évaluation nette du nombre de cas déclarés. Elle ne nous paraît pas non plus indispensable pour ce type d'étude car nous avons cherché à évaluer l'incidence du mélanome dans les conditions habituelles de son diagnostic, conditions qui n'incluent pas la relecture par un groupe d'experts. Aucune vérification du diagnostic anatomopathologique n'avait d'ailleurs été pratiquée lors de l'évaluation de l'incidence du mélanome en France pendant la période 1978-1982 [1]. Il faut souligner que la pratique spontanée d'une relecture des lames de diagnostic difficile par d'autres anatomopathologistes est habituelle. Cette relecture a donné lieu à des doubles déclarations qui ont pu être repérées par la suite malgré l'anonymat, grâce à des vérifications manuelles et informatisées des caractéristiques cliniques et anatomopathologiques des mélanomes. Le fait que 92,3 % des déclarations ont été faites par des anatomopathologistes spécialisés en dermatologie nous paraît être un gage supplémentaire de la qualité du diagnostic de mélanome dans cette étude.

Le taux national d'incidence du mélanome invasif pour la période 1978-1982 a été estimé par Laplanche et coll. à partir de l'incidence observée dans 4 départements possédant un registre du cancer (Bas-Rhin, Calvados, Doubs et Isère) à 2,8 pour 100 000 hommes et 6,2 pour 100 000 femmes, ce qui donne en chiffres absolus une estimation de 2 400 cas incidents par an [1]. Par rapport à cette étude, l'incidence en Île-de-France en 1994 est donc 2,32 fois plus élevée chez les hommes et 1,69 fois plus élevée chez les femmes.

5. CONCLUSION

Cette étude repose sur une déclaration volontaire et ne peut donc prétendre à l'exhaustivité. Les chiffres que nous rapportons reflètent donc l'incidence minimale du mélanome en Île-de-France en 1994. Ils sont proches de l'incidence observée dans 4 comtés anglais en 1992 [3] et dans le département français du Haut-Rhin entre 1991 et 1994 [4]. Ils restent très éloignés des chiffres record enregistrés dans l'état australien du Queensland (55,81 mélanomes invasifs pour 100 000 hommes et 42,89 pour 100 000 femmes en 1987) [5]. L'incidence du mélanome invasif a augmenté de plus de la moitié pour les femmes et a doublé pour les hommes dans l'état du Queensland entre 1980 et 1987 [5]. En revanche, elle est restée stable (voire a diminué pour les femmes) en Angleterre entre 1988 et 1992 [3].

REMERCIEMENTS

Nous remercions tous les anatomopathologistes de la région Île-de-France, sans qui cette étude n'aurait pu être réalisée.

RÉFÉRENCES

- [1] LAPLANCHE A., BENHAMOU E. - Estimation de l'incidence des cancers en France. - *Bull. Cancer* 1991; 78 : 405-414.
- [2] Estimations de la population en Île-de-France en 1994. - Source : INSEE.
- [3] NEWTON J. N., REDBURN J. - Incidence of melanoma in four English counties, 1989-1992. - *Br. Med. J.* 1995; 310 : 502-503.
- [4] BUEMI A., HALNA J.M., GRANDADAM M. - Registre des cancers du Haut-Rhin. Mulhouse, France.
- [5] Mc LENNAN R., GREEN A.C., McLEOD G.R.C., MARTIN N.G. - Increasing incidence of cutaneous melanoma in Queensland, Australia. - *J. Natl Cancer Inst.* 1992; 84 : 1427-32.

LE POINT SUR...

ÉVOLUTION RÉCENTE DE LA MORTALITÉ PAR SUICIDE EN FRANCE (1985-1994)

F. HATTON*, F. FACY**, A. LETOULLEC*

Sur une période de 10 ans (1985-1994), de nettes variations du nombre annuel de suicides sont observées. Aux environs de 12 500 en 1985, ce nombre diminue jusqu'en 1990 (11 400). À partir de 1991, la tendance s'inverse, plus de 12 000 suicides étant enregistrés en 1993 et 1994.

Au-delà de la lecture globale de ces évolutions, des questions se posent quant à l'uniformité des groupes de sujets qui constituent la population, dans le prolongement des analyses sociologiques des comportements suicidaires, menées par Durkheim [1]. Les problématiques des groupes d'âge différents sont-elles reflétées par des évolutions différentes en terme de mortalité par suicide ?

MATÉRIEL ET MÉTHODES

L'étude porte sur les données de la statistique nationale des causes de décès en France, statistique élaborée par l'INSERM à partir des certificats médicaux de décès. Sont dénombrés dans cette statistique tous les suicides mentionnés sur les certificats de décès (le suicide est toujours codé en cause principale de décès). Sont étudiés les sujets âgés d'au moins 10 ans, aucun suicide n'étant enregistré, par convention, avant cet âge. 4 groupes d'âge sont distingués : adolescents et jeunes adultes de 10 à 29 ans, adultes de 30 à 49 ans et de 50 à 69 ans, personnes âgées de 70 ans et plus.

Pour l'ensemble des sujets, comme au sein de chaque groupe d'âge, l'analyse prend en compte les taux comparatifs, indicateurs éliminant l'influence éventuelle des différences de structure par âge des populations concernées. Ces taux de décès sont lissés sur une période de 3 ans encadrant l'année étudiée (pour la fin de la période sont retenues les 2 dernières années). Ce lissage diminuant les effets d'éventuelles variations aléatoires ou accidentelles permet de mieux apprécier la tendance durable des évolutions.

RÉSULTATS

Durant ces 10 dernières années, la mortalité par suicide présente les caractéristiques générales décrites antérieurement par d'autres auteurs [2, 3, 4] : nette surmortalité masculine et augmentation de la fréquence du suicide avec l'âge.

Les taux comparatifs calculés pour l'ensemble de la population confirment la tendance observée pour le nombre de suicides depuis une dizaine d'années : décroissance de 1985 à 1991 (le taux passant de 26 à 23 pour 100 000 habitants), puis changement de tendance avec une augmentation jusqu'en 1994, les taux restant toutefois nettement inférieurs au maximum de 1986 (tabl. 1).