

L'incidence croissante des cancers de la thyroïde en France et l'hypothèse d'un lien avec l'accident de Tchernobyl, ont conduit l'InVS à mettre sur pied une commission pluridisciplinaire chargée de faire le point sur la situation épidémiologique de ce cancer. Les rapports successifs de cette commission mettent en évidence une répartition géographique des cancers de la thyroïde en France peu compatible avec un "effet Tchernobyl". Il est probable que l'augmentation d'incidence tient en grande partie aux progrès diagnostics réalisés dans les pathologies thyroïdiennes, qui permettent la découverte fortuite de tumeurs ignorées jusqu'à présent.

Globalement, les données épidémiologiques ne soutiennent pas l'hypothèse d'un "effet Tchernobyl" en France. Un indicateur attire néanmoins l'attention : une surincidence de cancers de la thyroïde a été constatée chez les enfants et adolescents jusqu'à 19 ans dans les régions de l'est de la France (6,3 cas annuels par million d'enfants, contre 4,7 à l'ouest). S'agissant d'incidences très faibles, dont les fluctuations aléatoires sont par conséquent importantes par rapport aux effectifs considérés, l'écart n'est, en fait, pas significatif. Les résultats de l'étude menée chez les enfants et les adolescents résidant dans l'est en 1986, sont néanmoins très attendus pour confirmer ou infirmer la tendance.

En France, le cancer de la thyroïde représente environ 1 % de l'ensemble des cancers survenant dans la population. Toutefois, depuis le début des années quatre-vingt, une augmentation du nombre annuel de nouveaux cas (incidence) est signalée. Le phénomène est en soi préoccupant, d'autant plus que l'on pouvait, *a priori*, craindre, dans cette augmentation, une conséquence de l'accident de Tchernobyl, survenu le 26 avril 1986, et dont les retombées ont atteint de façon prédominante l'est de la France.

Une expertise pluridisciplinaire

C'est dans ce contexte qu'un renforcement de la surveillance épidémiologique des cancers de la thyroïde a été instauré en 2000 sur le territoire national. Après une première estimation du risque pouvant résulter de l'accident de Tchernobyl, réalisée par l'Institut de protection et de sûreté nucléaire (IPSN)¹ et l'Institut de veille sanitaire (InVS), une commission pluridisciplinaire² a été constituée pour faire le point sur la situation épidémiologique des cancers thyroïdiens et proposer des recommandations pour

renforcer la surveillance nationale. Cette commission a publié les résultats de ses travaux à deux reprises déjà, en 2001 et 2003. Ses conclusions se confirment dans le rapport publié cette année par l'InVS, à l'occasion du vingtième anniversaire de l'accident de Tchernobyl.

Une incidence nationale en augmentation

Les calculs effectués par le réseau Francim (qui regroupe les registres du cancer) et le département de biostatistiques des Hospices civils de Lyon aboutissent à une fourchette de 2 100 à 5 300 nouveaux cas de cancers de la thyroïde en 2000, dont 78 % chez les femmes. L'évolution à la hausse est par ailleurs confirmée sur la période 1982-2001, avec une augmentation annuelle de l'incidence de l'ordre de 6 %. Cette augmentation, antérieure à l'accident

de Tchernobyl, ne semble pas s'être accélérée depuis 1986. La France se situe parmi les taux moyens d'incidence observés dans les pays d'Europe de l'Ouest, entre l'Islande, à forte incidence, et les pays du Nord, notamment l'Angleterre, l'Écosse et les Pays-Bas, à faible incidence (cf. tableau). Hormis certains pays scandinaves (Norvège et Suède) qui voient leur incidence baisser, les taux d'incidence sont en augmentation.

Une répartition n'allant pas dans le sens d'un "effet Tchernobyl"

L'analyse de la répartition géographique des cas de cancers de la thyroïde en France rend toutefois peu plausible un effet des retombées radioactives. L'incidence des cancers de la thyroïde est la plus élevée dans le sud (15,9 cas pour 100 000 femmes chaque

année), alors qu'elle se situe en deçà de la moyenne nationale dans le Bas-Rhin (5,7), et à des taux intermédiaires dans les départements du Doubs (9,5), de l'Isère (10,7), de la Marne et des Ardennes (11,1). C'est également dans le Tarn et le Calvados que l'augmentation d'incidence est la plus marquée. L'incidence élevée (estimation provisoire) des cancers thyroïdiens en Corse, si elle est confirmée par les analyses futures, devra toutefois être explicitée.

Une incidence dépendante des pratiques médicales

Dans ces conditions, l'explication la plus vraisemblable de l'augmentation d'incidence des cancers de la thyroïde est la hausse du nombre de diagnostics posés fortuitement, à l'occasion d'examen de plus en plus fréquemment inclus dans les bilans ou lors du traitement chirurgical de pathologies thyroïdiennes *a priori* bénignes. L'échographie, par exemple, est mentionnée dans 82 % des dossiers médicaux remplis en 2000, contre 4 % en 1982. Si l'explication est exacte, les variations interrégionales d'incidence

s'expliqueraient par des disparités de pratiques médicales.

Un renforcement de la connaissance des facteurs de risque

Sans pouvoir être exclues formellement, des conséquences de l'accident de Tchernobyl sur les taux de cancers thyroïdiens dans la population française paraissent peu vraisemblables. En confirmant l'augmentation globale d'incidence, la surveillance des cancers thyroïdiens souligne la nécessité d'une meilleure connaissance des facteurs de risques (hormonaux, nutritionnels et génétiques notamment). Quatre études ont donc été lancées par l'InVS et l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm). Deux d'entre elles visent à mettre en évidence les facteurs de risques, d'une part, chez les adultes, et d'autre part, chez les enfants et les adolescents résidant dans l'est de la France en 1986 et incluant la Corse. La troisième étude, prospective, porte sur les facteurs de risques hormonaux et nutritionnels. Enfin, des travaux coordonnés par les Hospices civils

de Lyon sont en cours dans la région Rhône-Alpes, afin de mieux comprendre les relations entre pathologies thyroïdiennes bénignes et malignes. Les premiers résultats de ces études sont attendus pour 2008. Pour l'heure, la surveillance proprement dite est elle aussi renforcée. Le recensement exhaustif des cancers de l'enfant sur l'ensemble du territoire, assuré depuis 2000 par le registre national des tumeurs solides de l'enfant, va ainsi être étendu aux adultes par le biais d'un développement des registres, soutenu par l'InVS, qui va lui-même instaurer un système multisource de surveillance nationale. Il sera, dans un premier temps, spécifiquement consacré aux cancers thyroïdiens.

(1) L'IPSN est devenu l'Institut de radioprotection et de sûreté nucléaire (IRSN) en 2001.
(2) La commission a été présidée par le D L. Leenhardt (endocrinologue, Groupe hospitalier de la Pitié-Salpêtrière), en lien avec le D P. Grosclaude (épidémiologiste, réseau Francim), et coordonnée par le D L. Chérié-Challine (épidémiologiste, InVS).

Pour en savoir plus

• Chérié-Challine L. et les membres du comité de rédaction. *Surveillance sanitaire en lien avec l'accident de Tchernobyl en France. Bilan actualisé sur les cancers thyroïdiens et études épidémiologiques en cours en 2006. Rapport 2006.*

• Leenhardt L., Grosclaude P., Chérié-Challine L. *Mise en place d'un dispositif de surveillance épidémiologique nationale des cancers thyroïdiens. Rapport de la commission pluridisciplinaire thyroïde 2001 (intermédiaire) et 2003 (final).*

• Verger P., Chérié-Challine L. et col. *Évaluation des conséquences sanitaires de l'accident de Tchernobyl en France. Dispositif de surveillance épidémiologique, état des connaissances, évaluation des risques et perspectives. Rapport 2001.*

Ces rapports sont disponibles en téléchargement sur le site Internet de l'InVS : <www.invs.sante.fr>

Tchernobyl, 20 ans après

Les cancers de la thyroïde sous surveillance

“ L'explication la plus vraisemblable de l'augmentation de l'incidence des cancers de la thyroïde est la hausse du nombre de diagnostics posés fortuitement. ”

Incidences standardisées (monde) pour 100 000 personnes années par sexe et par pays Période 1993-1997						
FEMMES			HOMMES			SEXE RATIO H / F
PAYS	TAUX	IC 95 %	PAYS	TAUX	IC 95 %	
Angleterre	2,07	[1,96 – 2,17]	Angleterre	0,82	[0,76 – 0,89]	0,34
Danemark	2,29	[2,05 – 2,52]	Danemark	0,98	[0,83 – 1,13]	0,43
Écosse	2,65	[2,39 – 2,91]	Écosse	0,85	[0,71 – 1,00]	0,32
Pays-Bas	3,08	[2,42 – 3,75]	Pays-Bas	0,79	[0,46 – 1,12]	0,27
Suède	3,47	[3,24 – 3,70]	Suède	1,34	[1,21 – 1,48]	0,39
Norvège	4,26	[3,90 – 4,62]	Norvège	1,53	[1,32 – 1,75]	0,36
Allemagne	4,96	[4,20 – 5,71]	Allemagne	2,14	[1,65 – 2,63]	0,43
Suisse	5,16	[4,69 – 5,62]	Suisse	1,89	[1,61 – 2,18]	0,37
Espagne	5,23	[4,78 – 5,67]	Espagne	1,44	[1,21 – 1,68]	0,27
Italie	6,51	[6,03 – 6,98]	Italie	2,38	[2,09 – 2,67]	0,37
France	7,25	[6,76 – 7,74]	France	2,03	[1,77 – 2,30]	0,28
Finlande	7,79	[7,34 – 8,23]	Finlande	2,32	[2,08 – 2,56]	0,30
Islande	12,18	[9,65 – 14,71]	Islande	3,88	[2,51 – 5,25]	0,32

Source : données d'incidence du CIRC