

Mésothéliome de la plèvre

Auteurs :

G. Launoy, A. Gilg Soit Ilg

Avertissement : la figure 5 (Comparaison européenne 1995) n'est pas disponible pour ce site.

Définition du site :

CIM 9 : 163.0 à 163.9 **CIM-O-2 : C384**
M9050 à M9053
Comportement /3

Préambule

Compte tenu de l'importance particulière que revêt l'estimation du nombre de nouveaux cas de mésothéliome pleural pour la santé publique en France, un programme national de surveillance du mésothéliome (PNSM) s'est mis en place en 1998. Par rapport à l'activité continue d'enregistrement depuis 1978 du réseau Francim, ce programme a l'intérêt d'assurer le signalement des cas dans quelques départements non couverts par le réseau Francim et de valider le diagnostic anatomopathologique des cas signalés. Les estimations, fournies à partir des données régulièrement recueillies dans les registres du réseau Francim depuis 1978 et selon la méthodologie utilisée pour toutes les autres localisations, pourront donc être rapprochées dans ce chapitre aux premières observations et estimations fournies par le PNSM à partir des données 1998-2000.

Incidence et mortalité en France en 2000

(tableau 1)

Les estimations basées sur les données recueillies entre 1998 et 2000 dans les 17 départements du PNSM conduisent à des chiffres de 608 nouveaux cas par an chez l'homme et 119 nouveaux cas chez la femme. Selon les données recueillies entre 1978 et 1997 dans les 9 départements du réseau Francim qui ont servi pour ce travail mais sans la procédure de validation anatomopathologique des cas, le nombre de nouveaux cas de mésothéliome de la plèvre pour l'année 2000 a été estimé à 671 cas chez l'homme et 200 cas chez la femme. Ces 871 cas représentent 0,3 % de l'ensemble des cancers et situent cette pathologie, en terme de fréquence, au dernier rang des cancers étudiés. Les *taux d'incidence standardisés* sont de 1,4 chez l'homme et de 0,4 chez la femme : le *sex-ratio* est de 3,5.

Quelle que soit la source des données (PNSM ou Francim), l'incidence est toujours inférieure à la mortalité qui ne peut distinguer les différentes formes de cancer de la plèvre. Avec 1 157 décès, dont 74 % chez l'homme, ce cancer se situe au 20^{ème} rang des décès par cancers et représente 0,8 % de l'ensemble des décès par cancers. Les *taux de mortalité standardisés* sont de 1,7 chez l'homme et de 0,4 chez la femme.

Variation des taux selon l'âge et le sexe

(figure 1, figure 2b, tableaux 2 et 3)

L'évolution de l'incidence et de la mortalité par âge (à partir des données Francim), montre une divergence importante entre les courbes de mortalité et d'incidence chez l'homme comme chez la femme, après 75 ans, où l'incidence se stabilise alors que la mortalité continue de croître. Le mésothéliome de la plèvre est un des rares cas de cancer où l'âge médian de survenue est plus élevé chez l'homme (70 ans) que chez la femme (67 ans).

Tendances chronologiques

a. Selon la cohorte

(figure 2a, tableau 4)

L'analyse par cohorte met en évidence une augmentation progressive de l'incidence, plus importante que celle de la mortalité, pour les cohortes les plus jeunes. Cette augmentation linéaire chez l'homme, est exponentielle pour la femme. Le risque a plus que triplé chez l'homme entre les cohortes 1913 et 1943, et chez la femme entre les cohortes 1923 et 1943.

b. Selon la période de diagnostic

(figure 3, tableaux 5 et 6)

Les taux d'incidence et de mortalité par mésothéliome de la plèvre ont très sensiblement augmenté en France durant ces vingt dernières années, de manière plus marquée chez la femme que chez l'homme. Le taux d'incidence France entière a plus que doublé chez l'homme en 20 ans, passant de 0,6 pour 100 000 habitants dans la période 1978-1982 à 1,4 en 2000, les chiffres correspondant chez la femme étant respectivement de 0,1 et de 0,4. De plus, chez la femme la modélisation des taux d'incidence laisse penser que ce taux augmente de façon exponentielle depuis vingt ans alors que la croissance du taux de mortalité, n'influençant que la deuxième décimale, n'est que linéaire. En terme d'effectif, le nombre de cas a plus que triplé en 20 ans chez l'homme et quintuplé chez la femme. Le *taux annuel moyen d'évolution* de l'incidence pour les 20 dernières années est le plus élevé de tous les cancers pour la femme (+6,83 %) et le 4^{ème} plus élevé

chez l'homme (+4,76 %) après le mélanome, la prostate et le foie. Cette hausse de l'incidence et de la mortalité par mésotéliome de la plèvre est observée dans tous les départements de l'étude.

Variations géographiques

a. Selon les registres français

(tableau 7, figure 4)

Le taux d'incidence est relativement stable chez les hommes comme chez les femmes entre les différents registres, et on n'observe pas comme pour la plupart des autres cancers, de gradient géographique croissant du sud vers le nord. En fait, compte tenu des facteurs de risque, on s'attend à observer des pics d'incidence et de mortalité dans les départements où se sont développées des activités industrielles utilisant l'amiante. L'Isère est le département où l'incidence et la mortalité sont les plus fortes dans les deux sexes. La Somme et le Bas-Rhin sont les deux autres départements de l'étude dont l'incidence chez l'homme est supérieure à la moyenne nationale. L'incidence la plus basse est observée dans le département de l'Hérault (taux inférieur à 0,5 pour 100 000 habitants). Chez la femme, un taux d'incidence important est également observé dans le département de la Somme, et les taux les plus bas se retrouvent dans les départements du Tarn et de l'Hérault.

Commentaires

Concernant l'incidence pour la France entière, les différences entre l'estimation fournie par les données 1978-1997 du réseau Francim et les données 1998-2000 du PNSM sont peu importantes chez l'homme (de l'ordre de 10 %) et importante chez la femme (de l'ordre de 50 %). Elles peuvent s'expliquer de plusieurs façons. La procédure de validation anatomopathologique mise en place dans le PNSM permet de ne garder dans l'estimation nationale que les cas dont le diagnostic histologique est confirmé ou incertain. Si l'on se réfère à l'activité du PNSM pendant l'année 2000, cette procédure de validation anatomopathologique a permis d'exclure 13 % des cas signalés. La seule prise en compte de cette procédure de validation pourrait expliquer la différence des estimations chez les hommes.

En revanche, elle n'est pas suffisante pour expliquer la différence observée chez les femmes. La mortalité France entière par cancer de la plèvre, est légèrement supérieure à la mortalité dans les départements composant le PNSM, ce dernier pouvant avoir alors tendance à sous estimer l'incidence réelle des cas de mésotéliomes en France. La qualité de l'exhaustivité d'un registre va croissant avec l'ancienneté de ce registre. Le sous-enregistrement éventuel du mésotéliome chez la femme dans les premières années d'activité des registres (qui pourrait expliquer aussi l'évolution non parallèle dans le temps de l'incidence et de la mortalité)

peut entraîner une surestimation de la tendance temporelle et donc du nombre de cas pour les années les plus récentes. Symétriquement, certains des départements couverts par le PNSM, n'appartenant pas au réseau Francim (6 sur 17) n'ont mis en place leur structure d'enregistrement des cas de cancers qu'en 1998. Enfin, l'estimation issue du PNSM calculée sur les années 1998-1999-2000 est centrée en 1999, alors que l'estimation faite à partir du réseau Francim concerne l'année 2000 (l'estimation faite à partir de ce dernier pour 1999 est de 190 cas féminins).

L'augmentation de l'incidence observée en France n'est pas surprenante et s'inscrit dans la tendance générale observée dans tous les pays industrialisés européens. En 1999, Peto prévoyait que cette augmentation devrait encore doubler le nombre de cas observés en Europe dans les 20 prochaines années (1). Seuls quelques pays du Nord de l'Europe semble devoir échapper à ce phénomène.

Le risque attribuable à l'exposition professionnelle à l'amiante est considérable. Selon les données du PNSM, plus de 90 % des hommes ayant un mésotéliome ont eu une exposition professionnelle à l'amiante. L'évolution de l'incidence du mésotéliome épouse, avec plusieurs dizaines d'années de retard correspondant à la latence entre l'exposition et l'émergence du cancer, le niveau d'utilisation de l'amiante en milieu professionnel. D'autres facteurs de risque ont été évoqués : autres fibres, radiations, irritation pleural chronique et virus SV40 (2,3), mais le risque qui peut leur être attribué est tel que ces facteurs n'ont pas d'influence significative sur les tendances.

La poursuite de la surveillance de l'incidence et de la mortalité par mésotéliome de la plèvre est indispensable en France. Elle permettra en particulier de conforter la connaissance de l'évolution de l'incidence de ce cancer en particulier chez la femme. La spécificité de ce cancer nécessite, comme l'a démontré les travaux du PNSM, une procédure de validation anatomopathologique par expertise. Le maintien de cette procédure est le complément indispensable à la poursuite du recueil des cas incidents pour assurer la continuité de la surveillance du mésotéliome en France.

Références

1. Peto J, Decarli A, La Vecchia C, Levi F, Negri E. *The European mesothelioma epidemic. Br J Cancer* 1999; 79(3-4): 666-72.
2. Bourdes V, Boffetta P, Pisani P. *Environmental exposure to asbestos and risk of pleural mesothelioma: review and meta-analysis. Eur J Epidemiol* 2000; 16(5): 411-7.
3. Carbone M, Pass HI, Rizzo P, Marinetti M, Di Muzio M, Mew DJ, Levine AS, Procopio A. *Simian virus 40-like DNA sequences in human pleural mesothelioma. Oncogene* 1994; 9(6): 1781-90.

I. Incidence et mortalité en France en 2000

Tableau 1 : Principaux indicateurs

	Sexe	Taux brut	Taux standardisés Europe	Taux standardisés Monde	Nombre de cas
Incidence	Homme	2,3	2,1	1,4	671
	Femme	0,7	0,5	0,4	200
Mortalité	Homme	3,0	2,6	1,7	852
	Femme	1,0	0,6	0,4	305

Figure 1 : Incidence et Mortalité estimées par âge pour l'année 2000

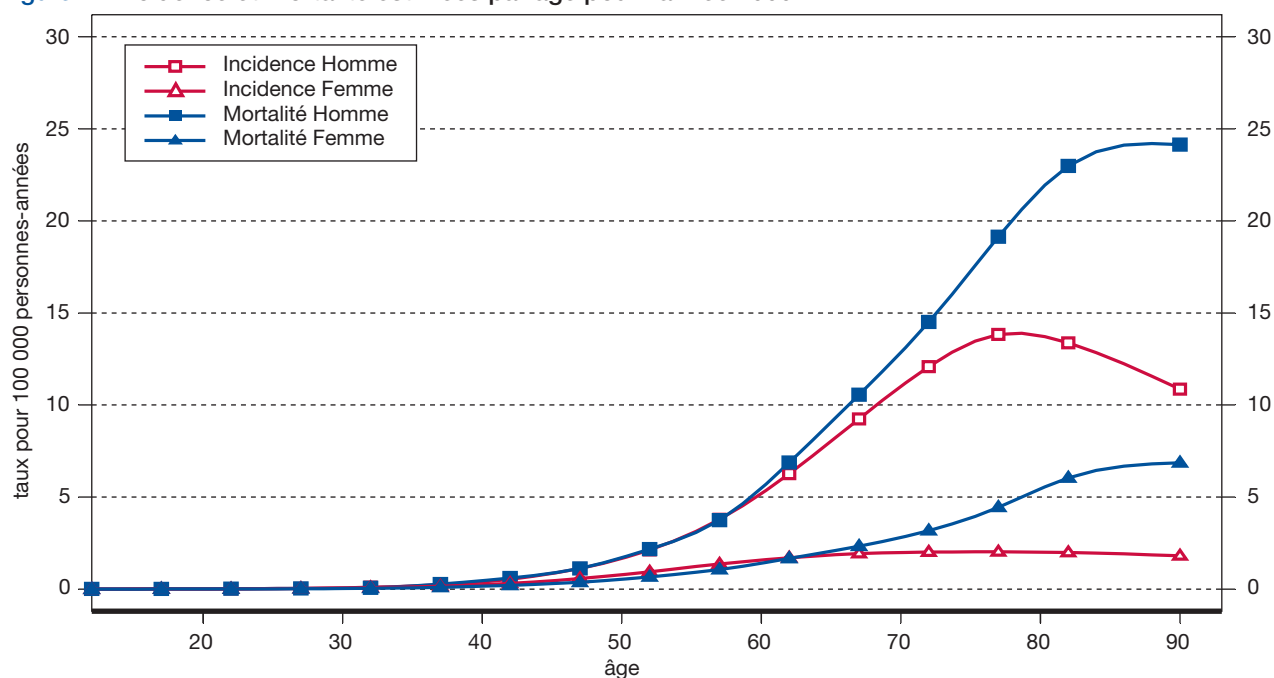


Tableau 2 : Nombres estimés de cas et de décès par tranche d'âge et par sexe en France en 2000

Âge	0-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85+	total
Cas incidents estimés																	
Homme	0	0	0	1	2	5	11	23	45	53	80	114	130	117	52	38	671
Femme	0	0	0	1	2	4	7	12	20	19	24	28	28	25	13	17	200
Décès estimés																	
Homme	0	0	0	1	2	6	13	23	45	52	88	131	156	161	89	85	852
Femme	0	0	0	0	1	2	5	8	14	15	23	34	44	56	40	63	305

Tableau 3 : Taux estimés pour 100 000 personnes-années par tranche d'âge et par sexe en France en 2000

Âge	0-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85+	total
Taux d'incidence estimés																	
Homme	0	0	0	0	0,1	0,2	0,5	1,1	2,1	3,8	6,3	9,2	12,1	13,8	13,4	10,9	2,3
Femme	0	0	0	0	0,1	0,2	0,3	0,6	0,9	1,4	1,7	1,9	2,0	2,0	2,0	1,8	0,7
Taux de mortalité estimés																	
Homme	0	0	0	0	0,1	0,3	0,6	1,1	2,2	3,7	6,9	10,6	14,5	19,1	23,0	24,1	3,0
Femme	0	0	0	0	0	0,1	0,2	0,4	0,7	1,1	1,7	2,3	3,2	4,4	6,0	6,9	1,0

II. Évolution de l'incidence et de la mortalité estimées en France entre 1978 et 2000

■ Tendance par cohorte de naissance et courbes spécifiques de l'âge

Tableau 4 : Risques relatifs selon la cohorte de naissance (référence cohorte 1928)

		Cohorte de naissance									TC*
		1913	1918	1923	1928	1933	1938	1943	1948	1953	
Incidence	Homme	0,43	0,60	0,79	1	1,20	1,38	1,55	1,70	1,83	0,15
	Femme	0,37	0,51	0,72	1	1,39	1,94	2,70	3,76	5,24	0,03
Mortalité	Homme	0,61	0,72	0,86	1	1,12	1,20	1,24	1,26	1,26	0,18
	Femme	0,86	0,91	0,95	1	1,05	1,10	1,16	1,21	1,27	0,04

* Taux cumulé 0-74 ans (en %) pour la cohorte 1928. Pour obtenir le taux cumulé d'une autre cohorte, multiplier ce taux par le risque relatif correspondant à cette autre cohorte

Figure 2a : Risques relatifs par cohorte de naissance

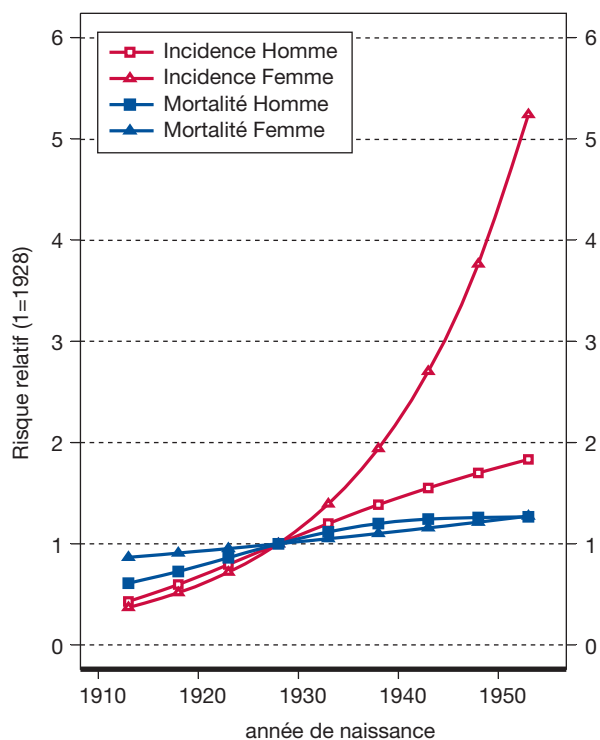
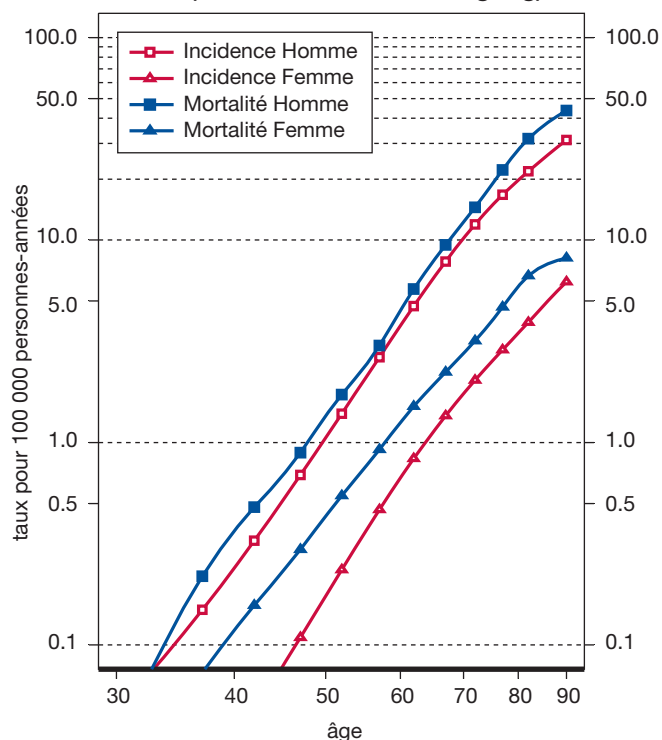


Figure 2b : Courbes spécifiques de l'âge (cohorte 1928, échelle log-log)



Tendance chronologique

Tableau 5 : Nombres estimés de cas et de décès en France selon l'année

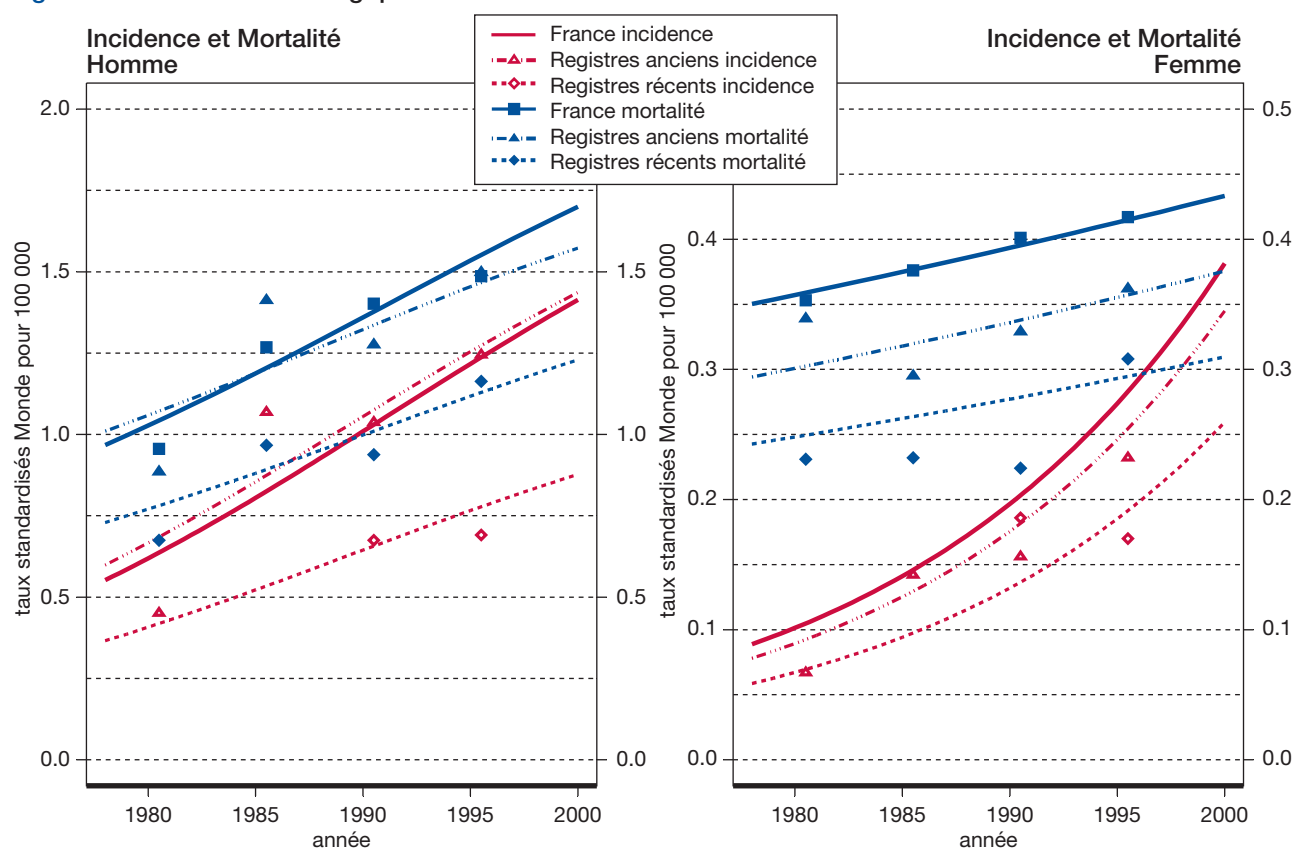
		1980	1985	Année 1990	1995	2000
Incidence	Homme	207	289	394	526	671
	Femme	44	64	93	137	200
Mortalité	Homme	380	468	576	712	852
	Femme	202	226	249	277	305

Tableau 6 : Taux d'incidence et de mortalité en France selon l'année
(standardisés monde pour 100 000 personnes-années)

		1980	1985	Année 1990	1995	2000	TE*
Incidence	Homme	0,6	0,8	1,0	1,2	1,4	+4,76
	Femme	0,1	0,1	0,2	0,3	0,4	+6,83
Mortalité	Homme	1,0	1,2	1,4	1,5	1,7	+2,84
	Femme	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	+1,00

* Taux annuel moyen d'évolution 1978-2000 (en %)

Figure 3 : Tendance chronologique



III. Comparaison de l'incidence et de la mortalité observées entre registres

Tableau 7 : Taux d'incidence et de mortalité observés par département et par période (standardisés monde pour 100 000 personnes-années)

	Homme								Femme							
	1978-1982		1983-1987		1988-1992		1993-1997		1978-1982		1983-1987		1988-1992		1993-1997	
	Incidence	Mortalité	Inc.	Mor.	Inc.	Mor.	Inc.	Mor.	Inc.	Mor.	Inc.	Mor.	Inc.	Mor.	Inc.	Mor.
Bas-Rhin	0,4	0,7	1,2	1,7	0,5	0,8	1,3	1,1	0,0	0,5	0,0	0,1	0,1	0,2	0,1	0,2
Calvados	0,4	1,0	0,8	1,4	1,0	1,4	0,9	1,2	0,2	0,2	0,1	0,2	0,2	0,4	0,3	0,5
Doubs	0,5	0,6	1,0	1,3	1,4	1,3	0,8	1,4	0,1	0,5	0,3	0,3	0,3	0,2	0,2	0,5
Haut-Rhin	1,0		1,1		0,5	0,8	0,8	1,2	0,5		0,2	0,2	0,2	0,2	0,1	0,2
Hérault		0,4	1,1	1,0	0,6	0,6	0,2	0,8	0,2	0,0	0,1	0,2	0,2	0,2	0,1	0,2
Isère	0,5	1,1	1,2	1,2	1,3	1,6	1,5	2,1	0,0	0,2	0,2	0,5	0,2	0,4	0,3	0,3
Manche		0,6		1,5		1,4	1,0	1,6		0,1		0,4		0,3	0,2	0,3
Somme	0,1	0,8	0,7	0,8	1,0	1,4	1,1	1,7	0,0	0,1	0,2	0,2	0,2	0,2	0,5	0,7
Tarn	1,4	0,6	0,2	0,4	0,7	0,6	0,8	0,9	0,0	0,2	0,1	0,3	0,0	0,1	0,0	0,2
France entière*	0,6	1,0	0,8	1,2	1,0	1,4	1,2	1,5	0,1	0,4	0,1	0,4	0,2	0,4	0,3	0,4

* Taux estimés

Figure 4 : Comparaison entre registres 1993-1997

