

LEVRE

FACTEURS DE RISQUE

ENDOGENES

- race blanche (type de peau relativement peu pigmentée): risque augmenté

EXOGENES

- exposition au soleil et conditions atmosphériques: risque accru chez agriculteurs et marins (par la kératose actinique pré-maligne)
- tabac (pipe, cigares et cigarettes): risque augmenté (effet carcinogène et lésions de brûlure chronique)

SYMPTOMES

- lèvre: ulcération, fissure, croûte qui ne guérit pas, zone leucoplasique, kératose actinique
- ganglions cervicaux (atteinte plus fréquente du relais sous-mental, sous-maxillaire et cervical moyen)

DIAGNOSTIC ET DETERMINATION DU STADE

- inspection
- palpation: induration
- palpation méticuleuse des ganglions cervicaux: impératif
- examen de la cavité buccale (voir plus loin)
- biopsie de la lésion

TRAITEMENT MULTIDISCIPLINAIRE

- les choix thérapeutiques seront déterminés par
 - ♦ le type, la localisation et le degré d'extension de la lésion (stade TNM)
 - ♦ le résultat esthétique et fonctionnel
 - ♦ la condition générale du patient et son mode de vie (habitudes tabagiques et consommation d'alcool)
 - ♦ les possibilités thérapeutiques présentes et l'expertise (également pour la chirurgie réparatrice)
- problèmes dentaires: doivent être traités avant l'instauration de la radiothérapie et être contrôlés ultérieurement
- arrêt du tabagisme avant la radiothérapie: meilleurs résultats
- stades I et II
 - ♦ chirurgie ou radiothérapie (interstitielle +/- radiothérapie externe)
 - ♦ traitement des ganglions cervicaux lorsque forte suspicion d'invasion (N+)
- stades III et IV
 - ♦ chirurgie + curage ganglionnaire + radiothérapie externe postopératoire (lorsque marges de résection positives ou ganglions atteints et/ou rupture capsulaire)
 - ♦ tumeurs inopérables: radiothérapie et/ou chimiothérapie (palliative)
 - ♦ études cliniques
 - chimiothérapie néoadjuvante
 - chimioradiothérapie concomitante (risque accru de perte dentaire et d'ostéoradionécrose)
 - chimiothérapie adjuvante
 - chimioprévention (apparition d'une seconde tumeur) aux Isorétinoïdes

sources: (1-4)

CAVITE BUCCALE (LANGUE - PLANCHER DE LA BOUCHE - MUQUEUSE DE LA JOUE - GENCIVE - VOUTE PALATINE - REGION RETROMOLAIRE)

FACTEURS DE RISQUE

ENDOGENES

- antécédents personnels
 - ♦ leucoplasie: risque accru de dégénérescence maligne
 - ♦ tumeur maligne des voies aéro-digestives supérieures

EXOGENES

- tabac: risque augmenté
 - ♦ cigarettes – cigares - pipe
 - ♦ tabac à chiquer
 - ♦ reverse smoking (et brûlures chroniques)
 - ♦ tabac à priser
- alcool: risque augmenté
- alimentation: risque augmenté en cas de déficience alimentaire (carence en fruits et légumes, déficience en vitamines A et C, carence en fer)
- hygiène dentaire insuffisante et irritation chronique (caries, prothèse dentaire rugueuse, cassée ou mal adaptée)
- produits d'irrigation buccale: pas clair (rôle éventuel de l'alcool ajouté)
- virus: HPV (Human Papilloma Virus) pas clair, HSV (Herpes Simplex Virus) pas d'indications
- exposition professionnelle: en relation avec tabagisme et consommation d'alcool (serveurs, brasseurs, cafetiers), rôle éventuel du tabagisme passif

SYMPTOMES

- cavité buccale
 - ♦ leucoplasie, tuméfaction, induration, ulcération chronique
 - ♦ prothèse dentaire mal ajustée
 - ♦ infiltration avec réduction de la mobilité de la langue et/ou des piliers du voile du palais (problèmes de déglutition, de mastication et de la parole)
 - ♦ invasion de l'os mandibulaire
 - ♦ extension avec douleur irradiant vers l'oreille, la mâchoire ou le cou
- ganglions cervicaux (atteinte plus fréquente du relais sous-mental, sous-maxillaire et cervical moyen)

DIAGNOSTIC ET DETERMINATION DU STADE

- présence d'une seconde tumeur primitive (synchrone ou métachrone) dans la cavité buccale: 3 –5 %
- recherche d'une autre tumeur primitive des voies aéro-digestives supérieures, du poumon ou de l'œsophage (endoscopie)
- inspection: endoscopie indirecte (à l'aide de miroirs)
- palpation bimanuelle (parfois sous narcose)
- palpation méticuleuse des ganglions cervicaux: impératif
- biopsie
- examens supplémentaires: RX orthopantomogramme, CT-scan ou IRM (pour la langue)
- RX thorax pour exclure une (rare) métastase pulmonaire

TRAITEMENT MULTIDISCIPLINAIRE: VOIR TRAITEMENT CANCER DE LA LEVRE

sources: (1-4)

GLANDES SALIVAIRES

FACTEURS DE RISQUE

ENDOGENES

- différences raciales: cancer plus fréquent chez les Eskimos

EXOGENES

- rayons ionisants: risque accru
- expositions professionnelles: pas d'indications claires

SYMPTOMES

- glande parotide: enflure de la glande, douleur, perte de la motricité des muscles faciaux (atteinte du nerf facial), trisme (invasion du muscle masséter)
- glande sous-maxillaire: modification de la sensibilité et de la motricité de la langue
- glande sublinguale: modification de la sensibilité et de la motricité de la langue, atteinte éventuelle du mandibule
- petites glandes accessoires du palais, de la joue et de la muqueuse des lèvres: peu de symptômes

DIAGNOSTIC ET DETERMINATION DU STADE

- inspection (de face et de dos): enflure, trisme, atteinte du nerf facial
- palpation: bimanuelle de la tumeur et des ganglions cervicaux (relais sous-maxillaires, cervicaux moyens et supérieurs)
- examens supplémentaires: biopsie à l'aiguille fine pour examen cytologique (sous guidage échographique), RX orthopantomogramme, échographie, CT-scan ou IRM, (sialographie)
- sous anesthésie générale: biopsie large (d'exérèse) avec examen histologique extemporané suivi d'un traitement chirurgical approprié
- RX thorax pour exclure une métastase pulmonaire, scintigraphie osseuse (lorsque suspicion de métastase osseuse)

TRAITEMENT MULTIDISCIPLINAIRE

- tumeurs limitées ou tumeurs de bas grade: traitement chirurgical + radiothérapie postopératoire lorsque marges de résection positives
- tumeurs étendues ou tumeurs de haut grade: traitement chirurgical + curage ganglionnaire lorsque adénopathies positives + radiothérapie postopératoire
- tumeurs inopérables ou récidives après chirurgie: radiothérapie
- études cliniques
 - ♦ chimiothérapie adjuvante
 - ♦ chimioradiothérapie concomitante

sources: (1-4)

OROPHARYNX

FACTEURS DE RISQUE

ENDOGENES: pas d'indications

EXOGENES: voir cavité buccale

- tabac: risque proportionnel à la consommation
- alcool: risque proportionnel à la consommation
- irradiation au préalable d'un organe adjacent : risque accru

SYMPTOMES

- mal de gorge, dysphagie, douleur irradiant vers l'oreille
- gorge: sécrétion excessive (stase secondaire à la dysphagie)
- atteinte de la langue (problèmes de déglutition, de mastication et de la parole)
- atteinte des muscles masticateurs (trisme)
- ganglions cervicaux moyens et supérieurs

DIAGNOSTIC ET DETERMINATION DU STADE

- toujours exclure l'existence d'une autre tumeur primitive des voies aéro-digestives supérieures, du poumon et de l'œsophage
- inspection: à l'aide d'un abaisse-langue, endoscopie indirecte (à l'aide de miroirs) et fibroscopie
- palpation: piliers de l'amygdale, base de la langue et ganglions cervicaux
- sous anesthésie générale: endoscopie directe + biopsie, laryngoscopie, œsophagoscopie
- examens supplémentaires: RX orthopantomogramme, CT-scan ou IRM
- RX thorax pour exclure des métastases pulmonaires ou une seconde tumeur primitive

TRAITEMENT MULTIDISCIPLINAIRE

- les choix thérapeutiques seront déterminés par
 - ♦ le type, la localisation et le degré d'extension de la lésion (stade TNM)
 - ♦ le résultat esthétique et fonctionnel
 - ♦ la condition générale du patient et son mode de vie (habitudes tabagiques et consommation d'alcool)
 - ♦ les possibilités thérapeutiques présentes et l'expertise (également pour la chirurgie réparatrice)
- problèmes dentaires: doivent être traités avant l'instauration de la radiothérapie et être contrôlés ultérieurement
- arrêt du tabagisme avant la radiothérapie: meilleurs résultats
- stade I et II : différentes options
 - ♦ chirurgie lorsque tumeur limitée ou radiothérapie impossible ou non-souhaitée
 - ♦ radiothérapie (interstitielle +/- radiothérapie externe) afin de limiter le dysfonctionnement (base de la langue ou pilier de l'amygdale)
 - ♦ irradiation des aires ganglionnaires (vu la probabilité d'atteinte ganglionnaire)
- stade III et IV: différentes options
 - ♦ chirurgie + curage ganglionnaire + chirurgie réparatrice + radiothérapie postopératoire (radiothérapie externe) lorsque marges de résection atteintes, ganglions atteints et/ou rupture capsulaire
 - ♦ radiothérapie de la tumeur et du cou: pour tumeurs exophytiques (traitement moins mutilant) et pour tumeurs inopérables (la chirurgie de sauvetage reste possible)
 - ♦ études cliniques
 - chimiothérapie néoadjuvante
 - chimioradiothérapie concomitante
 - radiothérapie à hyperfractionnement

sources: (1-4)

HYPOPHARYNX

FACTEURS DE RISQUE

ENDOGENES: pas d'indications

EXOGENES

- tabac: risque proportionnel à la consommation
- alcool: risque proportionnel à la consommation
- alimentation: déficience en vitamines (syndrome de Plummer-Vinson: risque accru pour les tumeurs dans la région rétrocricoiïdienne)
- irradiation au préalable d'un organe adjacent : risque accru

SYMPTOMES

- en général diagnostique tardif puisque peu de symptômes ou de signes précoces
- mal de gorge, dysphagie, douleur irradiant vers l'oreille
- gorge: sécrétion excessive (stase secondaire à la dysphagie)
- enrouement suite à l'invasion ou à un œdème des cordes vocales
- ganglions cervicaux inférieurs, moyens et supérieurs (et le long du nerf accessoire)

DIAGNOSTIC ET DETERMINATION DU STADE

- toujours exclure l'existence d'une autre tumeur primitive des voies aéro-digestives supérieures, du poumon et de l'œsophage
- inspection: endoscopie indirecte (à l'aide de miroirs) et nasofibroscope
- palpation: ganglions cervicaux
- sous anesthésie générale: endoscopie directe + biopsie, laryngoscopie, œsophagoscopie
- examens supplémentaires: CT-scan ou IRM, bilan de la fonction de la glande thyroïde lorsque tumeur étendue
- RX thorax pour exclure des métastases pulmonaires ou une seconde tumeur primitive

TRAITEMENT MULTIDISCIPLINAIRE

- les choix thérapeutiques seront déterminés par
 - ♦ le type, la localisation et le degré d'extension de la lésion (stade TNM)
 - ♦ le résultat esthétique et fonctionnel
 - ♦ la condition générale du patient et son mode de vie (habitudes tabagiques et consommation d'alcool)
 - ♦ les possibilités thérapeutiques présentes et l'expertise (également pour la chirurgie réparatrice)
- problèmes dentaires: doivent être traités avant l'instauration de la radiothérapie et être contrôlés ultérieurement
- arrêt du tabagisme avant la radiothérapie: meilleurs résultats
- stade I et II : différentes options
 - ♦ chirurgie et curage ganglionnaire prophylactique avec reconstruction
 - ♦ radiothérapie (locale et des ganglions cervicaux)
- stade II sinus piriforme
 - ♦ chirurgie (risque de problèmes de déglutition postopératoires) + radiothérapie postopératoire
 - ♦ études cliniques: chimiothérapie néoadjuvante
- stade III et IV
 - ♦ chirurgie (souvent accompagnée d'une laryngectomie partielle ou totale) + radiothérapie postopératoire
 - ♦ tumeurs inopérables: radiothérapie ou chimioradiothérapie concomitante
 - ♦ études cliniques: chimiothérapie néoadjuvante et chimioradiothérapie concomitante

sources: (1-4)

NASOPHARYNX (CAVUM)

FACTEURS DE RISQUE

ENDOGENES

- différences raciales: incidence élevée dans S.E. de l'Asie (population chinoise d'origine cantonaise) et dans le Nord de l'Afrique
- aggrégation familiale
- relation avec les gènes HLA: indications de risque accru

EXOGENES

- facteur viral (virus d'Epstein Barr): indications, bien qu'une relation causale ne soit pas démontrée
- alimentation
 - ♦ dans S.E. de l'Asie: dès jeune âge régime alimentaire à base de poisson préparé (riche en dimethylnitrosamines)
 - ♦ carence en fruits et légumes frais
- alcool: pas d'indications
- tabac: risque accru
- environnement: exposition aux fumées domestiques: pas d'indications
- expositions professionnelles
 - ♦ inhalation de fumées ou de poussières: indications
 - ♦ exposition à la formaldéhyde: indications

SYMPTOMES

- épistaxis, obstruction nasale, diminution de l'audition, otite moyenne récurrente, atteinte des nerfs crâniens, mal de gorge, mal de tête
- adénopathies cervicales supérieures et moyennes (éventuellement l'unique symptôme)

DIAGNOSTIC ET DETERMINATION DU STADE

- inspection: endoscopie indirecte (à l'aide de miroirs) et nasopharyngoscopie directe
- palpation: ganglions cervicaux
- examen des nerfs crâniens
- sous anesthésie générale: endoscopie directe avec biopsies (prises à l'aveugle) de l'oropharynx, du cavum et de l'hypopharynx
- examens supplémentaires: RX de la base du crâne, CT-scan, IRM
- RX thorax pour exclure des métastases pulmonaires

TRAITEMENT MULTIDISCIPLINAIRE

- radiothérapie de la tumeur primitive et du cou (radiothérapie externe +/-interstitielle)
- traitement chirurgical limité par l'accessibilité difficile (temporale ou transfaciale) et par l'invasion de la base du crâne
- stades cliniques plus avancés
 - ♦ chimioradiothérapie ou
 - ♦ radiothérapie à hautes doses de la tumeur primitive et du cou
 - ♦ études cliniques: chimiothérapie néoadjuvante

sources: (1-4)

FOSSÉS NASALES ET SINUS ANNEXES

FACTEURS DE RISQUE

ENDOGENES

- antécédents personnels
 - ♦ polypes nasaux récurrents: pas d'indications claires
 - ♦ sinusite chronique: pas d'indications claires

EXOGENES

- expositions professionnelles
 - ♦ poussière de bois: risque augmenté pour les travailleurs de bois durs (adénocarcinome du sinus ethmoïdal)
 - ♦ industries du cuir et de la chaussure: risque augmenté
 - ♦ nickel: indications (carcinome spinocellulaire)
 - ♦ chrome: lien pas clairement établi
 - ♦ formaldéhyde: pas d'indications claires
 - ♦ hydrocarbures aromatiques polycycliques: indications
 - ♦ radioactivité (Radon): indication de risque accru
- tabagisme
 - ♦ tabac: lien pas clairement établi
 - ♦ tabac à priser: lien pas clairement établi
- irradiation: risque augmenté
- virus (virus d'Epstein Barr): lien pas clairement établi

SYMPTOMES

- obstruction nasale, sécrétions nasales sanguinolentes et symptômes de sinusite chronique
- tuméfaction de la joue et/ou dans la cavité buccale, entraînant des problèmes d'ajustement de la prothèse dentaire
- tumeur infra-oculaire avec diplopie
- ganglions cervicaux (rares): sous-maxillaires (et cervicaux moyens ou supérieurs)

DIAGNOSTIC ET DETERMINATION DU STADE

- inspection: rhinoscopie (antérieure et postérieure) avec biopsie, inspection de la cavité buccale et du visage
- palpation: visage et cavité buccale
- examens supplémentaires: CT-scan (recoupes axiales et coronales), IRM (massif maxillo-facial, orbites et base du crâne)
- RX thorax pour exclure des métastases pulmonaires

TRAITEMENT MULTIDISCIPLINAIRE

- à déterminer cas par cas selon le type de la tumeur, la localisation et le degré d'extension
- traitement standard: combinaison de chirurgie et de radiothérapie limitée à la tumeur (pré- ou postopératoire)
- cas exceptionnels: traitement de l'orbite et/ou de l'os frontal (avec reconstruction appropriée), en période postopératoire prévoir prothèse amovible de l'os maxillaire/orbite
- études cliniques pour les stades avancés
 - ♦ chimiothérapie néoadjuvante
 - ♦ chimioradiothérapie concomitante
 - ♦ chimiothérapie adjuvante

sources: (1-4)

LARYNX

FACTEURS DE RISQUE

ENDOGENES

- antécédents personnels
 - ♦ lésions prémalignes des muqueuses
 - ♦ papillome du larynx

EXOGENES

- tabac: risque proportionnel à la consommation (surtout tumeurs glottiques)
- alcool: risque proportionnel à la consommation (surtout tumeurs sus-glottiques)
- alimentation: carence en vitamine A
- exposition professionnelle
 - ♦ en relation avec tabagisme et consommation d'alcool (garçons, brasseurs, cafetiers), rôle éventuel du tabagisme passif
 - ♦ acide sulfurique et ypérite: risque accru
 - ♦ amiante, nickel: indications
 - ♦ mauvais usage de la voix de manière chronique et laryngite chronique: indication de risque accru
- irradiation: pas d'indications claires
- virus (Human Papilloma virus) indications de risque accru (par le biais de papillomes)

SYMPTOMES

- tumeur de la glotte: enrouement (symptôme précoce)
- tumeur de l'étage sus-glottique
 - ♦ souvent diagnostic tardif puisque peu ou pas de symptômes précoces
 - ♦ mal de gorge à la déglutition et irradiant vers l'oreille
 - ♦ enrouement (symptôme tardif)
- tumeur de l'étage sous-glottique: toux vague, plus tard enrouement et stridor ou dyspnée
- adénopathies cervicales (supérieures, moyennes, inférieures) ou prétrachéales

DIAGNOSTIC ET DETERMINATION DU STADE

- inspection: laryngoscopie indirecte (à l'aide de miroirs) ou laryngoscopie flexible
- palpation: adénopathies cervicales
- sous anesthésie générale : laryngoscopie directe avec biopsie et œsophagoscopie, bronchoscopie, endoscopie nasale
- examens supplémentaires: vidéolaryngostroboscopie, CT-scan ou IRM, bilan de fonction de la glande thyroïde
- RX thorax pour exclure des métastases pulmonaires

TRAITEMENT MULTIDISCIPLINAIRE

- lésions in situ de la glotte: traitement par laser au CO₂, excision endoscopique
- stades I et II
 - ♦ tumeur de l'étage sus-glottique: plusieurs options
 - radiothérapie externe
 - chirurgie: laryngectomie supraglottique ou laryngectomie totale
 - ♦ tumeur de la glotte: plusieurs options: radiothérapie, cordectomie, laryngectomie partielle, traitement par laser au CO₂
 - ♦ tumeur de l'étage sous-glottique: radiothérapie externe
 - ♦ études cliniques stade II: chimiothérapie néoadjuvante, radiothérapie à hyperfractionnement
- stade III
 - ♦ tumeur de l'étage sus-glottique: laryngectomie totale + curage ganglionnaire +/- radiothérapie postopératoire lorsque marges de résection incertaines ou ganglions atteints ou rupture capsulaire
 - ♦ tumeur de la glotte: laryngectomie totale + curage ganglionnaire +/- radiothérapie postopératoire lorsque marges de résection incertaines ou ganglions atteints ou rupture capsulaire
 - ♦ tumeur de l'étage sous-glottique: laryngectomie totale + hémithyroïdectomie + curage ganglionnaire +/- radiothérapie postopératoire lorsque marges de résection incertaines ou ganglions atteints ou rupture capsulaire
 - ♦ radiothérapie seule: lorsque tumeur inopérable, intervention mutilante ou patient inopérable
 - ♦ études cliniques stade III: radiothérapie à hyperfractionnement, chimiothérapie néoadjuvante, chimioradiothérapie concomitante, chimioprévention (apparition d'une seconde tumeur) aux Isorétinoïdes
- stade IV
 - ♦ tumeur de l'étage sus-glottique: laryngectomie totale + curage ganglionnaire + radiothérapie postopératoire
 - ♦ tumeurs de la glotte: laryngectomie totale + curage ganglionnaire + radiothérapie postopératoire
 - ♦ tumeur de l'étage sous-glottique: laryngectomie totale + thyroïdectomie totale + curage ganglionnaire + radiothérapie postopératoire
 - ♦ radiothérapie seule: lorsque tumeur inopérable, intervention mutilante ou patient inopérable
 - ♦ études cliniques stade IV: voir études cliniques stade III

sources: (1-5)

INCIDENCE DES CANCERS DES VOIES AERO-DIGESTIVES SUPERIEURES: 1998, BELGIQUE

	♂	♀
nombres absolus	1.384	359
nombres attendus, sur base de l'incidence aux Pays-Bas 1998 (6)	1.142	477
% de toutes les tumeurs (à l'exclusion des tumeurs cutanées non-mélanomes)	6,54	1,92
incidence brute (/100.000)	27,75	6,88
incidence standardisée pour l'âge (Europe) (/100.000)	26,28	5,82
incidence standardisée pour l'âge (monde) (/100.000)	19,09	4,29
incidence cumulée 0-64 ans (%)	1,45	0,33
incidence cumulée 0-74 ans (%)	2,24	0,50

source: (6)

INDICATEURS DE QUALITÉ DES DONNÉES

nombre de tumeurs malignes enregistrées (voies aéro-digestives supérieures): 1.743 (45,5 % des enregistrements proviennent de plusieurs sources)

disponibilité des données:

- confirmation histologique: 92,5% de diagnostic microscopique
- morphologie précise: 89,4 % code ICD-O2-M > 8040 (les codes morphologiques non précisés comprennent e.a. cancer, épithéliome, carcinome, non précisé) (7)
- c-TNM: 38,2 % (8-9)
- p-TNM: 13,5 % (8-9)
- traitement initial (premier traitement enregistré): 59,2 %

références des classifications: voir sources (7-9)

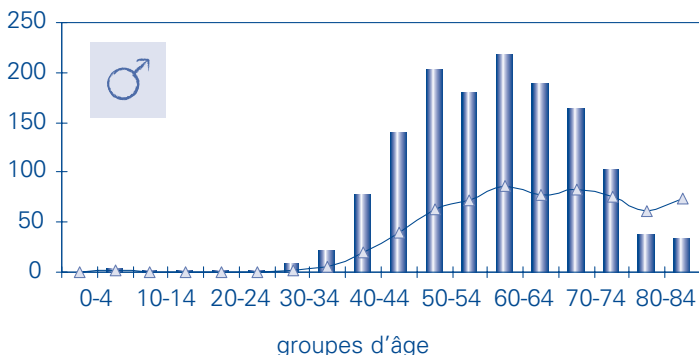
INCIDENCE: REPARTITION PAR SEXE ET AGE

ratio homme/femme (ASR* Europe) : 4,52 / 1

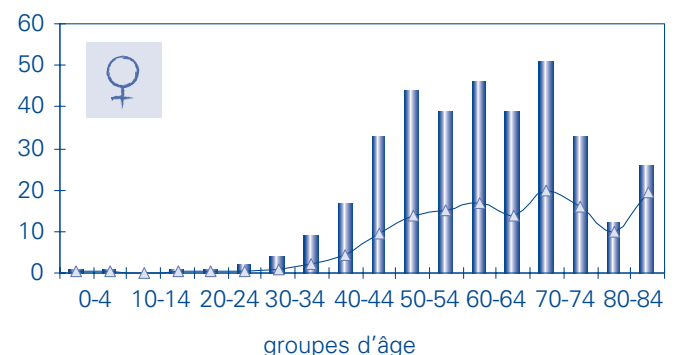
*ASR: taux d'incidence standardisé pour l'âge

	♂	♀
âge moyen (D.S.) (années)	60,6 (12,2)	62,3 (14,9)
âge médian (années):	61	63

nombres absolus
taux/100.000



nombres absolus
taux/100.000



■ nombres absolus
—△— taux/100.000



**INCIDENCE: REPARTITION DES LOCALISATIONS DETAILLEES
(CODES ICD-02: C00-C14 ET C30-C32)**

	♂	♀
nombres absolus	1.384	359
lèvre (C00)	3,03 %	4,46 %
cavité buccale (C01-C06)	30,49 %	39,83 %
glandes salivaires (C07-C08)	4,77 %	7,80 %
oropharynx + amygdale (C09-C10)	11,20 %	11,98 %
nasopharynx (C11)	1,16 %	2,23 %
hypopharynx + sinus piriforme (C12-C13)	7,23 %	5,57 %
fosses nasales + sinus annexes (C30-C31)	5,42 %	7,24 %
larynx (C32)	33,09 %	15,88 %
pharynx, non précisé (C14)	3,61 %	5,01 %

codes de localisation selon ICD-02 : voir source (7)

INCIDENCE: REPARTITION DU DIAGNOSE ANATOMOPATHOLOGIQUE RAPPORTE PAR ORGANE

<i>lèvre (ICD-02: C00)</i>	nombres absolus	%
carcinome épidermoïde	49	84,48
adénocarcinome	1	1,72
carcinome, type non précisé	4	6,90
mélanome malin	1	1,72
neurofibrosarcome	1	1,72
tumeur maligne, type non précisé	2	3,45
total	58	100,00

<i>cavité buccale (ICD-02: C01-C06)</i>	nombres absolus	%
carcinome épidermoïde	493	87,26
carcinome verruqueux	4	0,71
tumeur maligne de type salivaire	21	3,72
carcinome, type non précisé	21	3,72
mélanome malin	3	0,53
sarcome	2	0,35
tumeur maligne, type non précisé	21	3,72
total	565	100,00

<i>glandes salivaires (ICD-02: C07-C08)</i>	nombres absolus	%
carcinome épidermoïde	17	18,09
adénocarcinome	25	26,60
carcinome muco-épidermoïde	12	12,77
adénocarcinome à cellules acineuses	6	6,38
carcinome adénoïde kystique	6	6,38
carcinome du canal excréteur des glandes salivaires	2	2,13
tumeur mixte maligne	5	5,32
carcinome, type non précisé	6	6,38
tumeur maligne, type non précisé	15	15,96
total	94	100,00

<i>oropharynx + amygdale (ICD-02: C09-C10)</i>	nombres absolus	%
carcinome épidermoïde	169	85,35
carcinome à petites cellules	2	1,01
carcinome lympho-épithélial	1	0,51
tumeur maligne de type salivaire	3	1,52
carcinome, type non précisé	8	4,04
tumeur maligne, type non précisé	15	7,58
total	198	100,00

<i>nasopharynx (ICD-02: C11)</i>	nombres absolus	%
carcinome à petites cellules	1	4,17
carcinome épidermoïde	10	41,67
carcinome indifférencié	4	16,67
carcinome, type non précisé	6	25,00
mélanome malin	1	4,17
rhabdomyosarcome embryonnaire	1	4,17
tumeur maligne, type non précisé	1	4,17
total	24	100,00

<i>hypopharynx + sinus piriforme (ICD-02: C12-C13)</i>	nombres absolus	%
carcinome épidermoïde	108	90,00
adénocarcinome	2	1,67
carcinome, type non précisé	6	5,00
tumeur maligne, type non précisé	4	3,33
total	120	100,00

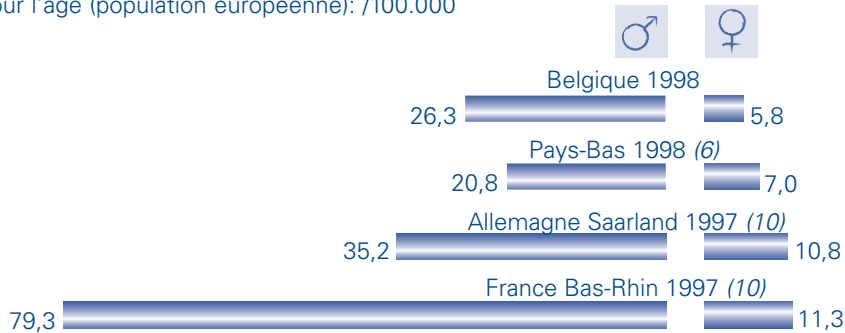
<i>fosses nasales + sinus annexes (ICD-02: C30-C31)</i>	nombres absolus	%
carcinome à petites cellules	1	0,99
carcinome épidermoïde	34	33,66
adénocarcinome	40	39,60
adénocarcinome, de type intestinal	1	0,99
carcinome, type non précisé	9	8,91
mélanome malin	3	2,97
esthésioneuroblastome	5	4,95
sarcome	5	4,95
tumeur maligne, type non précisé	3	2,97
total	101	100,00

<i>larynx (ICD-02: C32)</i>	nombres absolus	%
carcinome épidermoïde	454	88,16
carcinome verruqueux	3	0,58
adénocarcinome	2	0,39
carcinome, type non précisé	32	6,21
sarcome	2	0,39
chondrosarcome	1	0,19
tumeur maligne, type non précisé	21	4,08
total	515	100,00

<i>pharynx, non précisé (ICD-02: C14)</i>	nombres absolus	%
carcinome épidermoïde	54	79,41
tumeur maligne de type salivaire	3	4,41
carcinome, type non précisé	8	11,76
tumeur maligne, type non précisé	3	4,41
total	68	100,00

INCIDENCE: COMPARAISON AVEC QUELQUES REGISTRES EUROPEENS

taux standardisés pour l'âge (population européenne): /100.000



sources: (6, 10)

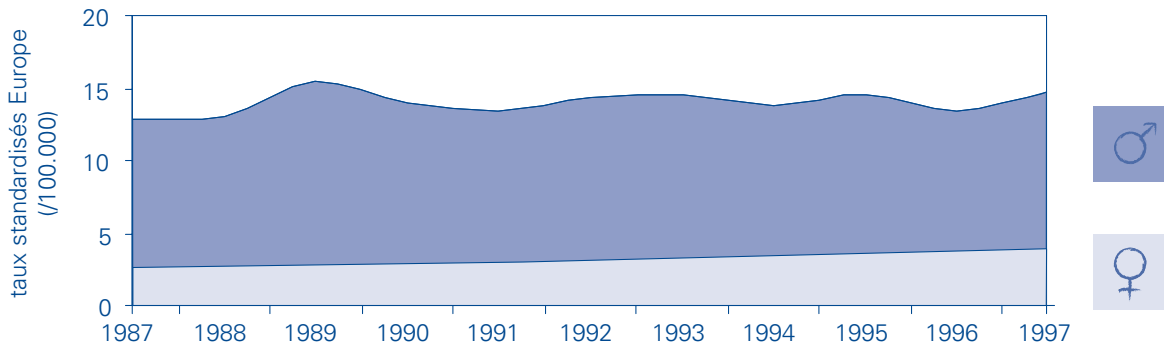
remarque: les différences dans les taux standardisés pour l'âge s'expliquent par des différences dans les comportements à risque, les méthodes d'enregistrement, les éventuelles pratiques de dépistage et, en ce qui concerne la Belgique, par un enregistrement incomplet

MORTALITE PAR CANCERS DES VOIES AERO-DIGESTIVES SUPERIEURES (fosses nasales, sinus annexes et larynx inclus): 1997, BELGIQUE

	♂	♀
nombre de décès	784	191
taux brut de mortalité (/100.000)	15,72	3,66
taux de mortalité standardisé (Europe) (/100.000)	14,79	2,89

source: (11)

MORTALITE PAR CANCERS DES VOIES AERO-DIGESTIVES SUPERIEURES (fosses nasales, sinus annexes et larynx inclus): EVOLUTION 1987 - 1997, BELGIQUE



source: (11)

ESTIMATION DU CHANGEMENT ANNUEL EN % DE LA MORTALITE PAR CANCERS DES VOIES AERO-DIGESTIVES SUPERIEURES (fosses nasales, sinus annexes et larynx inclus) (EAPC): 1987-1997, BELGIQUE

	EAPC	IC - 95 %	signification statistique
♂	0,62 %	(-0,23; 1,48)	p > 0,05
♀	4,69 %	(3,22; 6,22)	p < 0,001

IC - 95 %: intervalle de confiance à 95 %

sources: (11-12)

ESTIMATION DU CHANGEMENT ANNUEL EN % DE LA MORTALITE PAR CANCERS DES VOIES AERO-DIGESTIVES SUPERIEURES (fosses nasales, sinus annexes et larynx inclus) (EAPC): 1987-1997, COMPARAISON AVEC QUELQUES REGIONS EUROPEENNES

	♂	♀
Pays-Bas (10)	0,19 %	1,88 %
France Bas-Rhin (10)	-2,94 %	-1,40 %
Allemagne Saarland (10)	4,61 %	8,81 %

sources: (10, 12)

PROPORTION DU NOMBRE D'ANNEES DE VIE PERDUES (PYLL) SUITE A LA MORTALITE PAR CANCERS DE LA LEVRE, CAVITE BUCCALE ET PHARYNX (ICD-9: 140-149) PAR RAPPORT A LA MORTALITE TOTALE PAR CANCERS: 1997, BELGIQUE

	♂	♀
PYLL (1 - 74 ans)	5,58 %	1,90 %

source: (13)

SURVIE GLOBALE: POURCENTAGE DE SURVIE RELATIVE APRES 5 ANS EN EUROPE : TOUS AGES (1985-89)



	♂	♀
lèvre	91 %	90 %
langue	37 %	53 %
glandes salivaires	55 %	72 %
cavité buccale	44 %	53 %
oropharynx	30 %	44 %
nasopharynx	34 %	37 %
hypopharynx	24 %	28 %
fosses nasales et sinus annexes	44 %	44 %
larynx	62 %	62 %

source: (14)

SOURCES

1. D. Schottenfeld, J.F. Fraumeni
Cancer Epidemiology and Prevention 2nd edition
New York, Oxford University Press, 1996.
2. H.O. Adami, D. Hunter, D. Trichopoulos
Textbook of Cancer Epidemiology
New York, Oxford University Press, 2002.
3. National Cancer Institute
(<http://www.cancer.gov/cancerinfo/pdq>).
4. C. Van de Velde, F. Bosman, D. Wagener
Oncologie 6e, herziene druk
Houten, Bohn Stafleu Van Loghum, 2001.
5. M. Moerman, H. Vermeersch
Guide Pratique d'Oncologie
supplément novembre 2000
Diegem, Kluwer Editorial.
6. Vereniging van Integrale Kankercentra
Incidence of Cancer in the Netherlands 1998
Utrecht, juli 2002.
7. C. Percy
International Classification of Diseases for Oncology, 2nd edition
Geneva, World Health Organisation, 1990.
8. P. Hermanek, L.H. Sobin
TNM Classification of Malignant Tumours
International Union against Cancer, 4th edition, 2nd revision
Berlin, Springer Verlag, 1992.
9. L.H. Sobin, C.H. Wittekind
TNM Classification of Malignant Tumours
International Union against Cancer, 5th edition
New York, Wiley-Liss, 1997.
10. Eurocim Version 4.0
European Network of Cancer Registries
Developed by Lambda+ S.A. Belgium
in collaboration with J. Ferlay, F. Bray,
R. Sankila and D.M. Parkin at IARC
Lyon, International Agency for Research on Cancer.
11. Institut National de Statistique (INS)
SPF Economie, PME, Classes moyennes et Energie
(<http://www.statbel.fgov.be>).
12. D.G. Kleinbaum, L.L. Kupper, K.E. Muller
Applied Regression Analysis and other
Multivariable Methods
Boston, PWS-KENT Publishing Company, 1988.
13. Standardized Procedures for Mortality Analysis
(<http://www.iph.fgov.be/epidmio/spma>).
14. F. Berrino, R. Capocaccia, J. Estève, G. Gatta,
T. Hakulinen, A. Micheli, M. Sant, A. Verdecchia
Survival of Cancer Patients in Europe:
the EUROCARE-2 Study
Lyon, IARC Scientific Publications n°151, 1999.

LEXIQUE

Nombres attendus calculés à partir de l'incidence aux Pays-Bas: les taux spécifiques par tranche d'âge aux Pays-Bas sont appliqués à la structure démographique belge (1998). La somme des nombres attendus par tranche d'âge est calculée et représente le nombre total attendu

Taux brut (incidence / mortalité): nombre par 100.000; nombres absolus divisés par la population totale durant une période spécifique

Taux standardisé pour l'âge (incidence / mortalité): nombre par 100.000; calculé par la technique de standardisation directe avec comme population de référence, la population mondiale ou européenne (ASR: age-standardized rate)

Incidence cumulée: somme des taux spécifiques par tranche d'âge de 0 à 64 ou de 0 à 74 ans (exprimé en %)

Risque cumulatif: probabilité d'être atteint d'un cancer entre 0 et 64 ans ou entre 0 et 74 ans, en faisant abstraction des autres causes de décès. Le risque cumulatif est calculé à partir de l'incidence cumulée: $\text{risque cumulatif} = 100 * (1 - e^{-\text{incidence cumulée}/100})$ (exprimé en %)

EAPC (estimated annual percentage change): estimation du changement moyen annuel en mortalité (taux standardisés pour l'âge-Europe), entre 1987 et 1997. Une droite de régression $y=mx+b$ est projetée sur les données où $y=\ln$ (taux standardisés-Europe) et $x=\text{année du décès}$. $EAPC = 100 * (e^m - 1)$, exprimé en pourcentage de changement annuel

PYLL (potential years of life lost) ajustés pour l'âge: proportion d'années de vie perdues attribuées à la mortalité par un cancer spécifique par rapport aux années de vie perdues attribuées à la mortalité totale par cancer

Comité de rédaction: E. Fossion ⁽¹⁾, M. Haelterman ⁽²⁾, F. Leynen ⁽²⁾, S. Nuyts ⁽³⁾, D. Vander Steichel ⁽⁴⁾, E. Van Eycken ⁽⁵⁾, B. Weynand ⁽⁶⁾

⁽¹⁾ Dienst Tandheelkunde en Stomatologie - AZ Middelheim - Antwerpen

⁽²⁾ Registre National du Cancer - Œuvre Belge du Cancer

⁽³⁾ Dienst Radiotherapie en Oncologie - UZ Gasthuisberg - Leuven

⁽⁴⁾ Fédération Belge contre le Cancer

⁽⁵⁾ Vlaams Kankerregistratienetwerk - Vlaamse Liga tegen Kanker

⁽⁶⁾ Service d'anatomopathologie - Cliniques Universitaires Saint Luc - Bruxelles

Adresse: Registre National du Cancer
Œuvre Belge du Cancer
2, Place des Barricades - 1000 Bruxelles
www.registreducancer.be ou www.registreducancer.org

En collaboration avec le Vlaams Kankerregistratienetwerk - Vlaamse Liga tegen Kanker (www.tegenkanker.net)