

Dépistage des cancers des voies aéro- digestives supérieures

Dr A KARA

ORL, Lille

- Problème de santé publique
- Population à risque définie
- Phase préclinique détectable
- Tt précoce diminue morbidité et mortalité
- Bénéfique en terme de coût
- Précision des tests
- Morbidité des tests



onco-met

RÉSEAU D'ONCOLOGIE LIBÉRALE DE LA MÉTROPOLÉ LILLOISE

1- Problème de santé publique

- VADS : cavité buccale, pharynx, larynx, oesophage
- 10 % des cancers dans le monde
- 11 % des décès par cancers

En France

- 25 000 nouveaux cas en 2000
- 11 000 décès
- 3eme cancer chez l'homme (prostate, poumon)

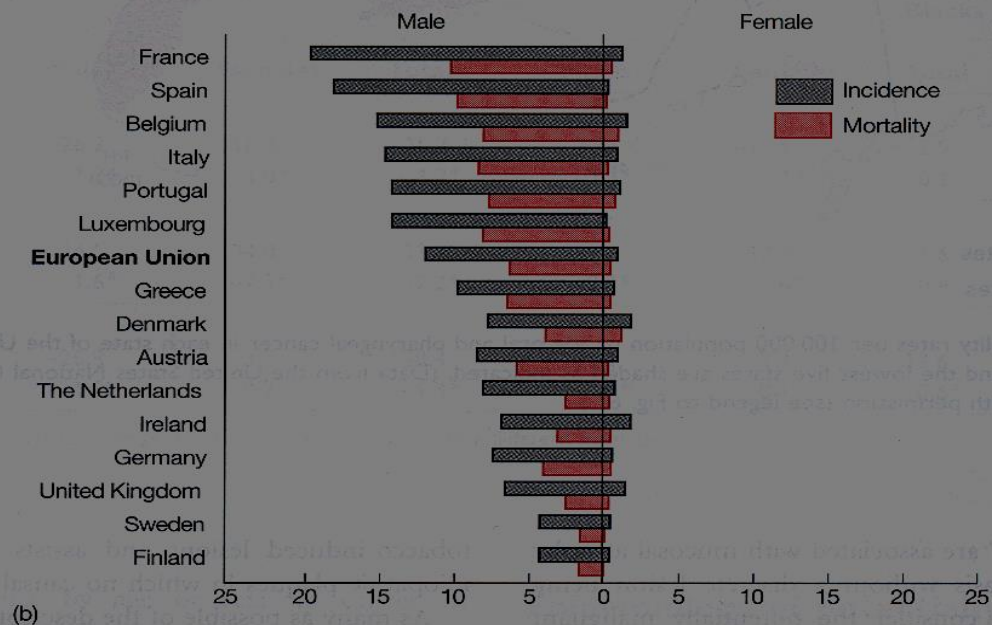
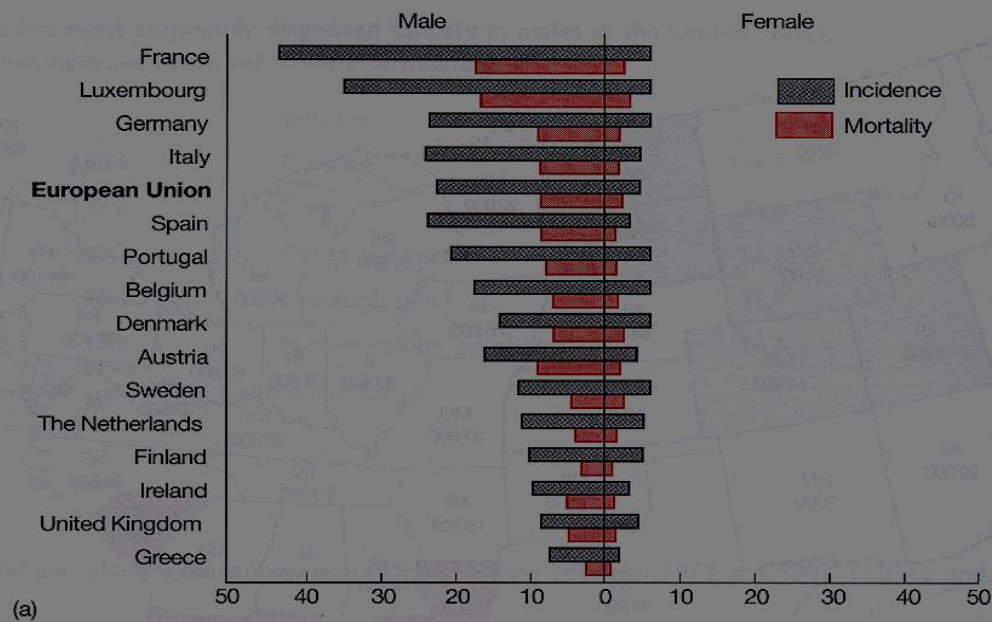


Fig. 5 The marked variability in incidence and mortality rates (per 100 000 pa) for oral plus pharyngeal (a) and for laryngeal cancer (b) across the European Union. Crude rates, all ages. (Data reproduced from ref. 11 with permission.)

- Survie spécifique à 5 ans < 50 %
 - Larynx 60 %
 - Bouche Pharynx 33 %
 - Œsophage 15 %
- 2/3 des tumeurs diagnostiquées à un stade avancé

2- Population à risque définie

- **Tabac, Alcool, Virus (EBV, HPV)**

■ Rothman et Keller (1972)	RR
■ "non buveurs-non fumeurs«	1
■ "grands fumeurs-non buveurs«	2,33
■ "grands buveurs-non fumeurs"	2,43
■ "grands buveurs-grands fumeurs »	15,5

■ Etude Centre Oscar Lambret (1748 cas)

■ âge de début	17 ans	(6-60)
■ par jour	23 gr	(2-80)
■ avt diagnostic	306 kg	(2-1168)
■ paquets-année	42,3	(1-160)

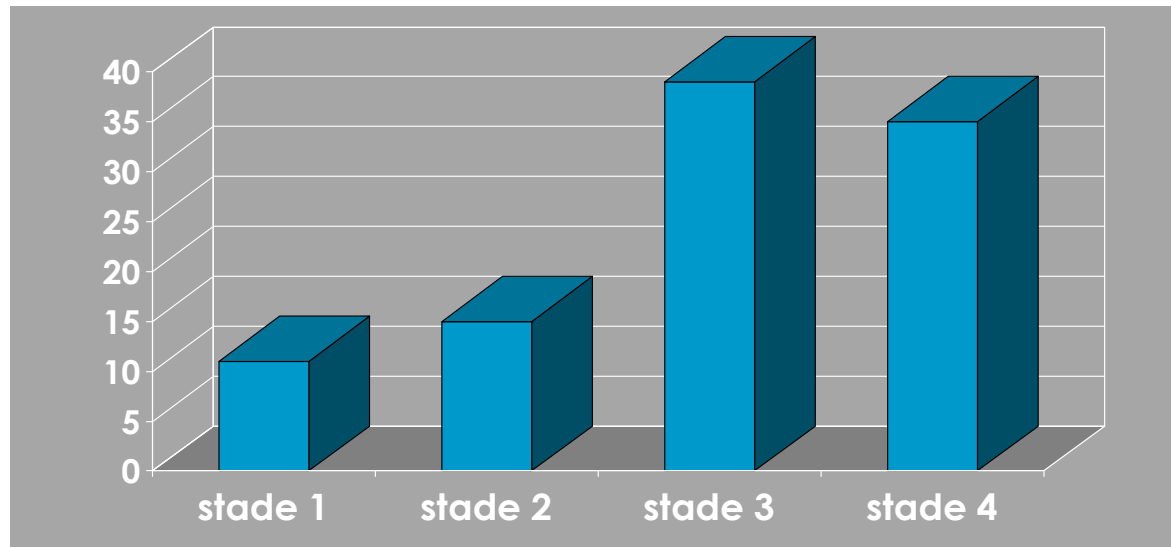
- **Etude Centre Oscar Lambret (1748 cas)**
- **âge de début 20 ans (10-60)**
- **par jour 141 gr (40-924)**
- **avt diagnostic 1712 kg (55-9855)**

3- Phases précliniques

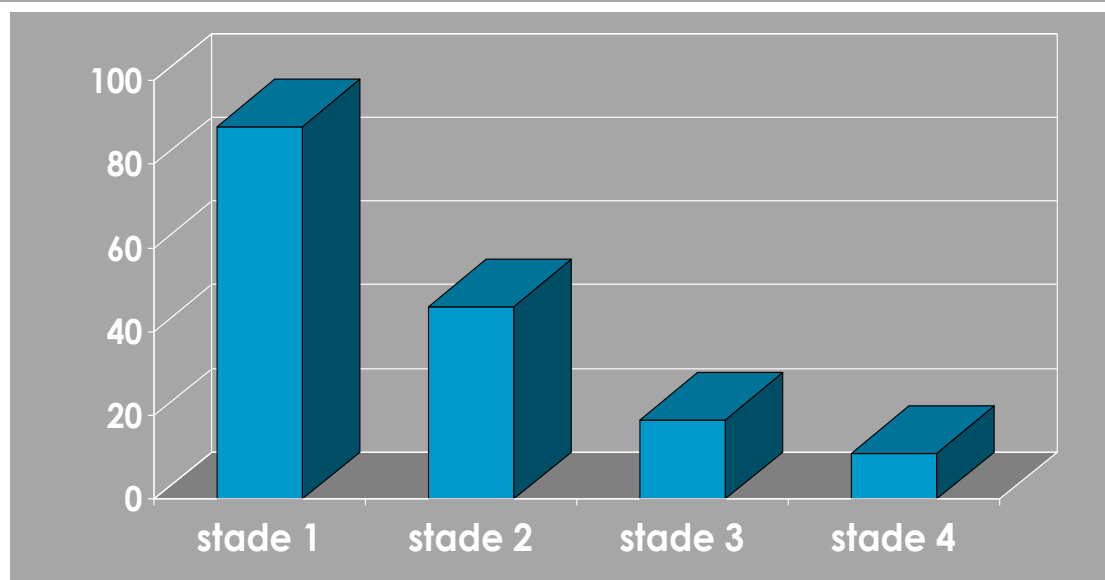
- **Larynx : dysphonie +++**
- **Cavité orale : lésions précancéreuses**
 - **Erythroplasies**
 - **Leucoplsies**
 - **Lichen plan**
 - **Papillome ?**

Traitement modifie mortalité et morbidité

■ Stade au diagnostic
(%)



■ Survie médiane (mois)
(Oscar Lambret)



- Absence de grande étude randomisée (pays industrialisés)
- Etudes de dépistage de cancers de la cavité buccale dans population générale par ex clinique
 - Sp: 73 à 99 %
 - Se: 56 à 94 %

- Cavité buccale +++
- Accessibilité
- Chine et Inde, travailleurs sociaux
- Ex: Kerala (Inde) 167 915 personnes
 - 3 ex de bouche / 3 ans par travailleurs sociaux,
 - - 21% mortalité par cancer de bouche
 - - 34 % mortalité spécifique chez consommateurs tabac et alcool
- Mais épidémio différente (fibrose sous muqueuse face int joue) (Sankaranarayanan 2005)

- US Preventive Service Task Force:

Il n'existe pas assez d'éléments pour recommander ou réfuter une stratégie de dépistage des cancers de la cavité buccale dans la population générale

- Canadian Task Force on Preventive Health Care:

Chez les patients à haut risques, un examen systématique annuel de la cavité buccale par le médecin ou le dentiste devait être évalué

- Cochrane group:

Du au manque de preuve et aux faiblesses méthodologiques des études, il n'existe pas assez d'éléments pour recommander ou réfuter une stratégie de dépistage

- En France études limitées
- P ex Caen (non publiée), centre de cure alcoolique
- 5244 patients à risque
 - 525 lésions suspectes:
 - 267 ex de confirmations
 - 40 cancers (64% pharyngolarynx, 22% CB)
 - Prévalence 1,5 %

- S TEMAM Institut Gustave Roussy
- Etude prospective randomisée comparative
- Population
 - > 40 ans
 - Tabac > 20 ans et consommation d'alcool (>5/j)
 - Service d'alcoologie ou équivalent
- Randomisation

- Cs ORL
 - Interrogatoire
 - nasofibroscopie
 - brossage pharyngo oesophagien avec ex cyto
- 1/an pdt 3 ans
- 1ere phase de faisabilité, 2500 patients par groupe (achevée mais difficultés d'inclusion, perdu de vu, résultats ?)
- 2eme phase ?

Conclusion

- Absence de dépistage institutionnalisé
- Individuel :
 - Facteur épidémiologique
 - Habitus
 - Symptomatologie frustrée qui perdure
- Réitérer