

# Déterminants d'un diagnostic tardif de cancer ORL: données genevoises

L. Raymond<sup>1</sup>, M. Usel<sup>1</sup>, C. Bouchardy<sup>1</sup>, I. Neyroud-Caspar<sup>1</sup>, A. Allal<sup>3</sup>, P. Dulguerov<sup>2</sup>, N. Mach<sup>4</sup>, W. Lehmann<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Registre genevois des tumeurs, Genève; Suisse, <sup>2</sup>Clinique ORL et chirurgie cervico-faciale, Hôpital cantonal, Genève, Suisse;

<sup>3</sup>Division de radio-oncologie, Hôpital cantonal, Genève, Suisse; <sup>4</sup>Division d'oncologie, Hôpital cantonal, Genève, Suisse

## Résumé

Quelques déterminants d'un diagnostic ORL tardif sont étudiés par une comparaison rétrospective entre les cas diagnostiqués avec extension limitée et les cas plus avancés (approche cas-témoins), à partir des données du Registre genevois des tumeurs de la période 1990 à 1998.

Le sexe, l'âge et la nationalité sommairement regroupée n'ont pas d'effet. L'état civil et la couche sociale sont en revanche associés à l'extension. Les veufs et les divorcés, ainsi que les cas de couches sociales moyennes ou inférieures sont diagnostiqués plus tardivement. L'existence d'antécédents tumoraux ont, au contraire, un effet opposé.

Ces résultats pourront éventuellement être considérés pour orienter les mesures de prévention secondaire à prendre dans le cadre de la Planification Sanitaire Qualitative entreprise à Genève (PSQ).

## Introduction

Le canton de Genève a récemment initié une réflexion en profondeur sur la santé de la population, dans le cadre d'un programme de Planification Sanitaire Qualitative (PSQ). Cette réflexion, qui se veut globale, entend examiner et inciter à agir à tous les stades des maladies, de la prévention primaire à la prévention tertiaire en passant par le dépistage précoce. Les inégalités sociales et la qualité de vie y sont l'objet de préoccupations prioritaires. Parmi les affections spécifiquement envisagées figurent le cancer et en particulier les tumeurs ORL.

Il est à peine nécessaire de rappeler que le stade d'extension d'une lésion cancéreuse lors de sa détection est un fac-

teur pronostique prépondérant. Cette affirmation vaut bien entendu pour les cancers ORL. D'après les données genevoises récentes qui se rapportent à l'ensemble des cas incidents ORL durant la période 1990-94, le taux de survie à 5 ans (corrigé des autres causes de décès) s'élève à 0,59, à 0,34 et à 0,64, respectivement pour les cancers de la cavité buccale, ceux du pharynx et ceux du larynx (Tab. 1). Mais ces taux diffèrent considérablement selon la dimension de la tumeur primaire lors du diagnostic. Si l'on oppose l'ensemble des cas de stades T1-T2 à l'ensemble des cas de stades T3-T4, tels qu'ils sont définis par la classification de l'UICC (1), les taux de survie quinquennaux des cas à extension limitée et ceux des cas où l'extension est importante varient de l'ordre du simple au double (Tab. 1). Des calculs non

présentés montrent que ce rapport atteint ou dépasse 3 lorsque la survie corrigée est calculée à 10 ans. On peut admettre que l'extension de la tumeur lors de sa découverte est due pour une large part au retard diagnostique. Or, il est a priori relativement évident que les conditions et circonstances expliquant le diagnostic tardif peuvent dépendre des caractéristiques socio-économiques des intéressés; d'où l'intérêt d'examiner dans quelle mesure celles-ci sont statistiquement associées au stade d'extension diagnostique.

Le présent article rapporte les résultats d'une étude cherchant à mettre en évidence les corrélations entre les données disponibles en routine pour caractériser le porteur d'une tumeur et le fait qu'il soit l'objet d'un diagnostic tardif, en cas de cancer ORL.

Tab. 1. Taux de survie (corrigée) à 5 ans, selon la localisation et l'extension\*

	Cas T1-T2	Cas T3-T4	Total
Cavité buccale	0,76	0,30	0,59
Pharynx	0,45	0,25	0,34
Larynx	0,81	0,52	0,64
Total	0,69	0,33	0,50

\*Cas incidents (tous types histologiques) de la période 1990-94 (sexes réunis), après exclusion de 35 cas dont l'extension est inconnue (en cas de tumeurs multiples, seule la première tumeur est considérée).

Tab. 2. Nombre de cas intégrés à l'analyse selon la localisation et l'extension au diagnostic\*

	Cas précoces		Cas avancés		Total
	N	%	N	%	
Cavité buccale	110	59,1	76	49,9	186
Pharynx	68	22,9	229	77,1	297
Larynx	87	51,5	82	48,5	169
Total	265	40,6	387	59,4	652

\*Carcinomes incidents de la période 1990-1998 (sexes réunis), après exclusion de 41 cas (voir texte)

**Tab. 3. Effets de la localisation, du sexe et de la classe d'âge sur la proportion des cas avancés**

	N. cas	Signif. stat (p)	RR (LC 95 %)
<b>Localisation*</b>			
cavité buccale	186	0,00	1
pharynx	297		4,9 (3,3-7,3)
larynx	169		1,4 (0,9-2,2)
<b>Sexe*</b>			
masculin	512	0,48	1
féminin	140		1,2 (0,8-1,8)
<b>Classe d'âges*</b>			
20-54	237	0,40	1
55-64	205		1,2 (0,8-1,7)
65+	210		0,9 (0,6-1,3)

\* Après ajustement selon les autres facteurs

**Matériel et méthodes**

L'analyse porte sur les 652 cas de carcinomes invasifs de la cavité buccale, du pharynx et du larynx, enregistrés durant la période 1990-98 dans la population genevoise. Les cas dont l'extension était caractérisée par une valeur T1-T2/N0 de la classification UICC ont été considérés comme précoces, les cas T3-T4/N0-N+ comme avancés; 41 cas pour lesquels le stade était inconnu ont cependant été exclus. Le **tableau 2** fournit la répartition des cas intégrés à l'analyse par localisation et extension pour le total des deux sexes.

Chaque cas a été également défini par les caractéristiques socio-démographiques suivantes: sexe, classe d'âge (20-54/55-64/65+), état civil (célibataire/marié/veuf/divorcé-séparé), nationalité (suisse/pays de langue latine/autres pays) et couche sociale du chef de famille (ouvrier/employé/cadre) définie par la classification de l'Office fédéral de la statistique (2); les antécédents tumoraux (tous organes) ont été également pris en compte (tous organes / ORL seulement). Les effectifs correspondants sont mentionnés aux **tableaux 3 et 4**.

L'analyse statistique a été conduite selon un plan cas-témoins, les diagnos-

tics avancés étant considérés comme cas et les diagnostics précoces comme témoins. L'effet des caractéristiques individuelles prises en compte sur la propension à être un diagnostic avancé a été évalué par régression logistique multivariée inconditionnelle. Le «risque» d'être un diagnostic avancé est ainsi estimé en termes relatifs, par référence à un diagnostic précoce, pour lequel le risque vaut par définition 1.

**Résultats**

Le **tableau 3** présente les variations du risque d'un diagnostic avancé en fonction de la localisation, du sexe et de la classe d'âge, avec indication de la signification statistique de l'effet de chacun de ces facteurs. Ainsi, par exemple, la proportion des cas avancés est de l'ordre de 5 fois plus élevée pour les cancers du pharynx et de 1,5 fois supérieure à ceux du larynx par rapport à ceux de la cavité buccale, après ajustement selon le sexe et la classe d'âge. En revanche, les effets du sexe et de la classe d'âge en tant que tels restent ininterprétables, n'induisant aucune différence significative dans le modèle.

Des trois facteurs socio-économiques considérés, à savoir l'état civil, la nationalité et la couche sociale, seule la

nationalité ne s'accompagne d'aucune modification significative du risque après prise en compte de la localisation (**Tab. 4**). En revanche, l'état civil et surtout la couche sociale sont des facteurs de variations importants de la proportion des cas avancés. Les personnes vivant seules mais qui ont été mariées, et en particulier les personnes divorcées et séparées, ont un risque supérieur à celui des célibataires et des mariés. En ce qui concerne la couche sociale, seuls les cadres se trouvent «protégés» du point de vue considéré, alors que les autres couches sociales se caractérisent par une proportion de l'ordre de 2 fois plus élevée de diagnostics avancés.

Enfin, comme il fallait s'y attendre, l'existence d'antécédents d'affection tumorale réduit sensiblement le risque d'un diagnostic avancé, en particulier lorsque la tumeur précédente était de type ORL.

**Discussion**

On remarquera tout d'abord que les travaux poursuivant les mêmes objectifs que les nôtres sont peu nombreux, au moins à un jugement par une revue rapide des publications récentes. Cette situation pourrait être partiellement due au fait que les registres du cancer n'enregistrent que rarement de façon exhaustive ou quasi exhaustive les données caractérisant l'extension de la tumeur et les caractéristiques socio-économiques de son porteur. Les délais dits «professionnels», soit le temps séparant les premiers symptômes de la prise en charge, ont été en revanche plus souvent étudiés, en général à partir d'échantillons de cas (3).

La validité des données analysées peut difficilement être mise en question, en tous cas pas dans une mesure où l'ordre de grandeur des résultats pourrait s'en trouver modifiée. La très grande majorité des cas de cancer ORL est traitée à l'Hôpital cantonal universitaire de Genève, dont les dossiers sont (légalement) accessibles au Registre des tumeurs. Il en va de même des données socio-économiques, obtenues par voie informatique de

l'Office cantonal de la population. Tout au plus faut-il souligner le fait que la couche sociale des patientes mariées est définie le plus souvent par celle du mari. Pour ce qui concerne spécifiquement la validité des données caractérisant l'extension des tumeurs ORL - problème fréquemment évoqué (4) -, il faut aussi préciser que la classification TNM de l'UICC a été jugée adéquate sur la base de données très détaillées (5).

Les résultats se rapportant aux différences d'extension d'une localisation à l'autre sont de l'ordre de ceux qui sont observées ailleurs (5,6) et n'appellent pas de commentaires particuliers, pas plus que le fait d'être «protégé» d'un diagnostic tardif en cas d'antécédents tumoraux, en particulier lorsqu'il s'agit de cancers ORL. En revanche, on peut être surpris de l'absence de différences significatives en ce qui concerne le sexe et l'âge. L'augmentation de la proportion des diagnostics avancés dans les classes sociales inférieures n'étonne pas mais cette constatation ne va pas toujours dans le même sens que les travaux qui ont porté sur le délai séparant le premier symptôme du début du traitement (3,5,7). L'effet de l'état civil est également logique, dans la mesure où il peut caractériser une solitude qui ne favorise pas le recours à une instance médicale.

Il reste qu'on peut suspecter qu'aussi bien l'effet de la classe sociale que celui de l'état civil recouvre pour une part celui du tabac et surtout celui de l'alcool qui peut expliquer un changement de personnalité peu propice à une surveillance active de son état de santé. Or, l'exposition à ces deux facteurs tend à être plus élevée au moins en ce qui concerne les hommes, non seulement dans les couches sociales inférieures, comme l'a montré la dernière Enquête suisse sur la santé (8), mais vraisemblablement aussi chez les personnes vivant seules.

**Tab. 4. Effets de l'état civil, de la nationalité, de la couche sociale et des antécédents cancéreux sur la proportion des cas avancés**

	N. cas	Signif. stat (p)	RR (LC 95 %)
<b>Etat civil*</b>			
		0,05	
célibataire	84		1
marié	379		0,9 (0,6-1,5)
veuf	60		1,4 (0,7-3,0)
divorcé/séparé	129		1,7 (0,9-3,1)
<b>Nationalité*</b>			
		0,56	
suisse	468		1
latine	153		0,8 (0,6-1,2)
autres	31		0,8 (0,4-1,7)
<b>Couche sociale**</b>			
		0,01	
cadre	100		1
employé	239		1,6 (1,0-2,7)
ouvrier	298		2,1 (1,3-3,5)
<b>Antécédents de cancer*</b>			
		0,00	
(<1 an)			
aucun	594		1
antécédent non ORL	32		0,8 (0,4-1,8)
antécédent ORL	26		0,2 (0,1-0,5)

\* Après ajustement selon la localisation, le sexe et l'âge (en continu)

+ Après élimination de 15 cas pour lesquels la couche sociale est inconnue

Les résultats obtenus constituent une piste à approfondir pour la prise de mesures de surveillance différenciées.

## Bibliographie

1. International Union against Cancer (UICC). TNM classification of malignant tumours. 4th edition. 4. Berlin: Springer-Verlag, 1987.
2. Office Fédéral de la Statistique (OFS) Mdtp. Classification des professions, des situations dans la profession, des classes économiques. Berne: OFS, 1979.
3. Allison P, Franco E, Feine J. Predictors of professional diagnostic delays for upper aerodigestive tract carcinoma. *Oral Oncol* 1998;34:127-32.
4. Muir C, Weiland L. Upper aerodigestive tract cancers. *Cancer* 1995;75:147-53.
5. Merletti F, Faggiano F, Boffetta P, Lehmann W, Rombola A, Amasio E, et al. Topographic classification, clinical characteristics, and diagnostic

delay of cancer of the larynx/hypopharynx in Torino, Italy. *Cancer* 1990;66:1711-6.

6. Visser O, Coebergh JWW, Otter R, Schouten LJ. Head and neck tumours in the Netherlands 1989/1995. Utrecht: Netherlands Cancer Registry, 1998.

7. Habermann W, Berghold A, DeVaney TT, Friedrich G. Carcinoma of the larynx: predictors of diagnostic delay. *Laryngoscope* 2001;111:653-6.

8. Abelin T, Bachmann N, Bisig B, Calmonte R, Fischer W, Gmel G, et al. Santé selon la couche sociale. In: Office Fédéral de la Statistique (OFS). Santé et comportements vis-à-vis de la santé en Suisse. Neuchâtel: 2000:71.

### Adresse du 1<sup>er</sup> auteur:

Luc Raymond

Registre genevois des tumeurs

bd. de la Cluse 55

CH-1205 Genève