



Le cancer chez les adolescents (de 15 à 19 ans) au Canada

APERÇU

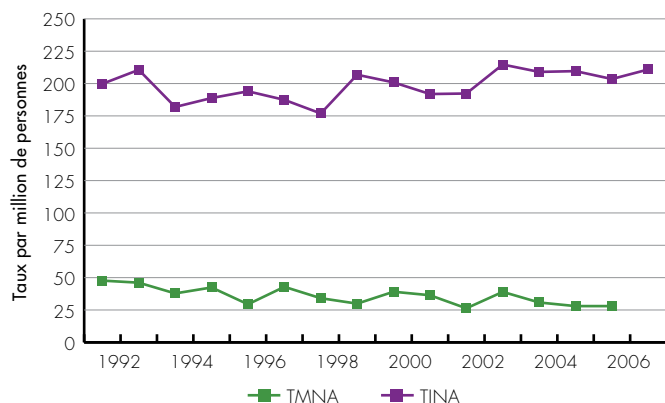
- Chaque année, 412 adolescents canadiens en moyenne reçoivent un diagnostic de cancer et 74 meurent de la maladie^{1, 2}.
- Bien que la proportion d'adolescents atteints d'un cancer soit faible par rapport à celle des individus plus âgés, le fait de recevoir un diagnostic de cancer à l'adolescence peut avoir des effets à long terme sur l'espérance et la qualité de vie³.
- Les types de cancer les plus fréquents chez les adolescents sont les suivants : lymphome (29 %); carcinome (20 %); tumeur germinale (13 %); leucémie (12 %). Neuf lymphomes diagnostiqués sur dix sont soit hodgkiniens, soit non hodgkiniens, et près des trois quarts des carcinomes et des autres épithéliomes sont soit des carcinomes thyroïdiens, soit des mélanomes malins. Chez les jeunes enfants, les tumeurs embryonnaires, comme le neuroblastome, le rhabdomyosarcome, le néphroblastome, l'hépatoblastome et le rétinoblastome, sont plus fréquentes^{1, 3}.
- Le taux de survie des adolescents atteints du cancer ne s'est pas amélioré comme celui des enfants plus jeunes. Il n'est pas clair pourquoi il existe une telle disparité dans l'issue de la maladie. Un taux de participation plus faible aux essais cliniques chez les adolescents pourrait expliquer en partie ce phénomène⁷.

INCIDENCE ET MORTALITÉ

- De 1992 à 2007, l'incidence du cancer chez les adolescents est restée stable (figure 1). Le taux d'incidence normalisé selon l'âge (TINA) a été en moyenne de 199 cas pour 1 000 000 d'adolescents¹.
- Les différences selon le sexe étaient évidentes. Davantage de garçons que de filles ont reçu un diagnostic de cancer pendant cette période (3 530 cas par rapport à 3 073). Chez les filles, le cancer le plus fréquemment diagnostiqué a été le cancer de la thyroïde, avec 19 % de tous les diagnostics par année. Chez les garçons, ce sont les tumeurs germinales (des testicules), avec 24 % de tous les diagnostics par année¹.
- Dans l'ensemble, le taux de mortalité par cancer normalisé selon l'âge chez les adolescents a diminué de façon importante de 1992 à 2006, soit de 3,0 % par année. Pour la même période, le taux de mortalité normalisé selon l'âge (TMNA) observé a été en moyenne de 36 cas pour 1 000 000 d'adolescents².
- La leucémie est la première cause de décès par cancer chez les deux sexes (30 % des cas chez les garçons et 24 % des cas chez les filles). Viennent ensuite les cancers du cerveau et du système nerveux (15 % des cas chez les filles et les garçons)².



Figure 1 : Taux d'incidence normalisés selon l'âge (TINA, 1992-2007) et taux de mortalité normalisés selon l'âge (TMNA, 1992-2006) pour tous les cancers chez les adolescents de 15 à 19 ans, Canada



Source : Registre canadien du cancer et Statistique de l'état civil – Base de données sur les décès, Statistique Canada.

FACTEURS DE RISQUE

- Comme c'est le cas pour les enfants plus jeunes, les causes du cancer chez les adolescents sont peu connues. Bien que les facteurs prénataux et congénitaux jouent un rôle accru dans l'étiologie des cancers chez les enfants plus jeunes, les facteurs de risque liés à l'environnement sont plus susceptibles d'expliquer les cancers chez les adolescents. Par contre, très peu de cancers sont associés à un seul facteur de risque. Il y a toutefois certaines exceptions, notamment les carcinogènes comme le diéthylstilbestrol, qui sont associés à l'adénocarcinome du col de l'utérus ou du vagin, et l'exposition à un rayonnement ionisant, y compris la radiothérapie. D'autres agents cancérigènes liés à l'environnement sont aussi soupçonnés, comme l'exposition excessive au soleil et le tabagisme. Les données scientifiques montrent que les adolescents qui développent un cancer après avoir été exposés de façon prolongée à un agent cancérigène lié à l'environnement pourraient posséder un génotype prédisposant^{4, 5}.

TRAITEMENT

- Au Canada, les adolescents atteints du cancer sont habituellement traités au moyen d'une combinaison de chimiothérapie, de radiothérapie et de chirurgie.
- Environ 30 % des adolescents sont traités dans l'un des 17 centres d'oncologie pédiatrique du pays, avec certaines variations selon la région, le type de cancer et l'âge au moment du diagnostic. Les autres adolescents sont traités dans des centres d'oncologie pour adultes⁶.
- Le fait d'être traité dans un centre spécialisé d'oncologie pédiatrique présente des avantages évidents. De 1995 à 2000, les adolescents traités dans un centre d'oncologie pédiatrique au Canada

étaient plus susceptibles de participer à un essai clinique (21 % par rapport à 0 %) et d'attendre moins longtemps avant d'être traités (57 jours au lieu de 92) que les adolescents traités dans un centre pour adultes⁶.

- La participation à des essais cliniques offre un avantage sur le plan de la survie pour certains cancers infantiles, notamment pour la leucémie aiguë lymphoblastique, le lymphome non hodgkinien, le néphroblastome et le médulloblastome et peut-être même, selon de nouvelles données, le rhabdomyosarcome. Parmi les avantages secondaires de la participation aux essais cliniques, mentionnons une meilleure qualité de vie grâce à une équipe de soins de santé élargie, à des protocoles de traitement adaptés et à des occasions de contribuer à l'amélioration des soins pour de futurs patients⁸.



SURVIE

- Les dernières statistiques canadiennes sur les progrès dans le traitement de la maladie montrent que 85 % des adolescents et des jeunes adultes (de 15 à 29 ans, à l'exclusion du Québec) survivront cinq ans après avoir reçu leur diagnostic. Dans ce groupe d'âge, le pronostic de certains cancers est plus favorable que d'autres. Pour ce qui est des cancers plus communs, les plus hautes proportions de survie pendant cinq ans ont été observées pour le cancer de la thyroïde (99 %), le cancer des testicules (96 %), le lymphome hodgkinien (95 %) et le mélanome (93 %), alors que les plus faibles ont été observées pour la leucémie (68 %) et les tumeurs au cerveau (68 %)¹¹.
- Les traitements et les soins destinés aux adolescents présentent toujours un défi en raison de la faible participation aux essais cliniques, du type de tumeurs dans ce groupe d'âge, des tendances relatives aux soins et du manque de centres d'oncologie spécialisés pour les adolescents au Canada^{6, 8}.

EFFETS TARDIFS

- Les enfants et les adolescents sont plus susceptibles de survivre au cancer que les adultes. Toutefois, compte tenu des effets indésirables des traitements contre le cancer qu'ils reçoivent, près des deux tiers d'entre eux s'en tirent moins bien sur le plan de la santé plus tard dans la vie en raison de ce que l'on appelle les effets tardifs.

- Parmi les effets indésirables des traitements, mentionnons les suivants : anomalies fonctionnelles cardiopulmonaires, endocriniennes, rénales ou hépatiques; infertilité féminine; toxicité gonadique chez les garçons; déficience neurocognitive; difficultés psychosociales; développement de cancers subséquents^{3, 9}.
- Au Canada, quelques centres d'oncologie pédiatrique offrent des soins qui tiennent compte de la complexité des besoins psychosociaux et en formation des adolescents qui survivent au cancer. La rareté des troubles et le manque de recherches sur les besoins uniques des survivants font en sorte qu'il est difficile de leur offrir des soins à long terme^{3, 9}.

SURVEILLANCE

Le programme Cancer chez les jeunes au Canada (CCJC) – anciennement connu sous le nom de Programme canadien de surveillance et de lutte contre le cancer chez les enfants – vise à combler les lacunes dans les connaissances et, en bout de ligne, à réduire le fardeau du cancer chez les enfants au Canada. Le programme CCJC est un partenariat entre l'Agence de la santé publique du Canada et les dix-sept centres spécialisés en oncologie pédiatrique au pays. Pour obtenir plus de renseignements, communiquez avec le gestionnaire du programme CCJC, à cypc-ccjc@phac-aspc.gc.ca¹⁰.

BIBLIOGRAPHIE

1. Registre canadien du cancer, Statistique Canada, tableaux personnalisés (1992-2007), 22 avril 2011.
2. Statistique de l'état civil – Base de données sur les décès, Statistique Canada, tableaux personnalisés (1992-2006), 22 avril 2011.
3. Société canadienne du cancer et Institut national du cancer du Canada. *Statistiques canadiennes sur le cancer 2010*, Toronto, Canada, 2009.
4. ZAHM S.H. ET S. DEVESA, « Childhood cancer : overview of incidence trends and environmental carcinogens ». *Environmental Health Perspectives*, 1995; vol. 103 (supp. 6), p. 177-184.
5. BLEYER W.A. ET R.D. BARR, rédacteurs en chef, *Cancer in adolescents and young adults*, Heidelberg (Allemagne), Springer, 2007.
6. KLEIN-GELTINK J., A. SHAW, H. MORRISON, R. BARR, M. GREENBERG. « Use of paediatric versus adult oncology treatment centres by adolescents 15–19 years old: the Canadian Childhood Cancer Surveillance and Control Program ». *European Journal of Cancer*, 2005, vol. 41, p. 404-410.
7. ALBRITTON K.H., T. EDEN. « Access to care ». *Pediatric Blood & Cancer*, 2008; vol. 50, p. 1094-1098.
8. FERRARI A., M. MONTELO, T. BUDD, A. BLEYER. « The challenges of clinical trials for adolescents and young adults with cancer ». *Pediatric Blood & Cancer*, 2008, vol. 50, p. 1101-1104.
9. BOTTOMLEY S.J., E. KASSNER. « Late effects of childhood cancer therapy ». *Journal of Pediatric Nursing*, 2003, vol. 18 (n° 2), p. 126-33.
10. Programme canadien de surveillance et de lutte contre le cancer chez les enfants. *Diagnostic et traitement initial du cancer chez les enfants de 0 à 14 ans au Canada, 1995-2000*, Ottawa, Canada, 2003.
11. PRITHWISH D., L.F. ELLISON, R.D. BARR, R. SEMENCIW, L.D. MARRETT, H.K. WEIR, D. DRYER, E. GRUNFELD. « Canadian adolescents and young adults with cancer : opportunity to improve coordination and level of care ». *Journal de l'Association médicale canadienne*, 2011, vol. 183 (n° 3), p. 187-194.