

Survie des personnes atteintes de cancer en France métropolitaine 1989-2013

Étude à partir des registres
des cancers du réseau Francim
Partie 1 – Tumeurs solides

Auteurs

Anne Cowppli-Bony
Zoé Uhry
Laurent Remontet
Anne-Valérie Guizard
Nicolas Voirin
Alain Monnereau
Anne-Marie Bouvier
Marc Colonna
Nadine Bossard
Anne-Sophie Woronoff
Pascale Grosclaude

Sommaire

Préface	3
Contexte de l'étude	4
Introduction	5
Matériel	6
Description de la base de données	9
Aspects méthodologiques	24
Présentation des résultats et guide de lecture	28
Données par localisation tumorale	31
Lèvre	32
Langue.....	36
Cavité orale	42
Glandes salivaires	48
Oropharynx.....	54
Nasopharynx	60
Hypopharynx	64
Tête et cou	70
Œsophage.....	78
Estomac.....	84
Intestin grêle	90
Côlon	96
Rectum	104
Côlon-Rectum	112
Foie	120
Voies biliaires	128
Pancréas.....	134
Fosses nasales, sinus annexes de la face, oreille moyenne et oreille interne.....	142
Larynx.....	147
Poumon	154
Mésothéliome de la plèvre	162
Os, articulations et cartilages articulaires	166
Mélanome de la peau	170
Sarcomes des tissus mous.....	178
Sein.....	184
Vulve et vagin	192
Col de l'utérus.....	197
Corps de l'utérus	204
Ovaire	210
Pénis	216
Prostate.....	220
Testicule	228
Rein	232
Vessie	240
Mélanome de l'uvée.....	248
Système nerveux central	252
Thyroïde	258
Synthèse et conclusion	265
Annexes – Registres du réseau Francim	272
Abréviations	273

Survie des personnes atteintes de cancer en France métropolitaine, 1989-2013

Étude à partir des registres des cancers du réseau Francim

Partie 1 – Tumeurs solides

Étude collaborative

Réseau français des registres des cancers (Francim), service de biostatistique des Hospices civils de Lyon (HCL), Institut de veille sanitaire (InVS), Institut national du cancer (INCa), dans le cadre du programme de travail partenarial (PTP) relatif à la surveillance et à l'observation des cancers à partir des registres.

Auteurs

Anne Cowppli-Bony (registre des tumeurs de Loire-Atlantique et Vendée, Francim), Zoé Uhry (InVS, HCL), Laurent Remontet (HCL), Anne-Valérie Guizard (registre général des tumeurs du Calvados, Francim), Nicolas Voirin (HCL), Alain Monnereau (registre des hémopathies malignes de la Gironde, Francim), Anne-Marie Bouvier (registre Bourguignon des cancers digestifs, Francim), Marc Colonna (registre du cancer de l'Isère, Francim), Nadine Bossard (HCL), Anne-Sophie Woronoff (registre des tumeurs du Doubs et du Territoire de Belfort, Francim), Pascale Grosclaude (registre des cancers du Tarn, Francim).

Réalisation de l'étude

Collecte des données, interprétation et commentaires : registres du réseau Francim.

Analyse statistique : service de biostatistique des HCL - Zoé Uhry (InVS, HCL), Nicolas Voirin, Nadine Bossard, Laurent Remontet.

Coordination de la publication

InVS : Florence de Maria, Nathalie Beltzer

INCa : Philippe-Jean Bousquet, Lionel Lafay

Ont participé à la rédaction (par ordre alphabétique) :

Brice Amadeo	Registre général des cancers de la Gironde
Simona Bara	Registre des cancers de la Manche
Florence Binder-Foucard	Registre des cancers du Bas-Rhin
Nadine Bossard	Service de biostatistique HCL
Anne-Marie Bouvier	Registre bourguignon des cancers digestifs
Véronique Bouvier	Registre des tumeurs digestives du Calvados
Marc Colonna	Registre du cancer de l'Isère
Gaëlle Coureau	Registre général des cancers de la Gironde
Anne Cowppli-Bony	Registre des tumeurs de Loire-Atlantique et Vendée

Laetitia Daubisse-Marliac	Registre des cancers du Tarn
Gautier Defossez	Registre général des cancers de la région Poitou-Charentes
Patricia Delafosse	Registre général des cancers de l'Isère
Emmanuel Desandes	Registre national des tumeurs solides de l'enfant
Françoise Galateau-Sallé	Registre multicentrique du mésothéliome à vocation nationale
Pascale Grosclaude	Registre des cancers du Tarn
Anne-Valérie Guizard	Registre général des tumeurs du Calvados
Karine Jehannin-Ligier	Registre général des cancers de Lille et de sa région
Bénédicte Lapôtre-Ledoux	Registre du cancer de la Somme
Nolwen Le Stang	Registre multicentrique du mésothéliome à vocation nationale
Nathalie Leone	Registre général des cancers en région Limousin
Emilie Marrer	Registre des cancers du Haut-Rhin
Florence Molinié	Registre des tumeurs de Loire-Atlantique et Vendée
Alain Monnereau	Registre des hémopathies malignes de la Gironde
Jean-Baptiste Nousbaum	Registre finistérien des tumeurs digestives
Laurent Remontet	Service de biostatistique HCL
Michel Robaszkiewicz	Registre finistérien des tumeurs digestives
Claire Schvartz	Registre des cancers thyroïdiens Marne-Ardenne
Brigitte Trétarre	Registre des tumeurs de l'Hérault
Zoé Uhry	InVS, service de biostatistique HCL
Michel Velten	Registre des cancers du Bas-Rhin
Nicolas Voirin	Service de biostatistique HCL
Anne-Sophie Woronoff	Registre des tumeurs du Doubs et du Territoire de Belfort

Relecteurs

Ellen Benhamou (Institut Gustave Roussy, France), Julie Francart (Fondation Registre du Cancer, Bruxelles), Sabine Siesling (Department of Research, Comprehensive Cancer Centre the Netherlands, Utrecht, The Netherlands)

Remerciements

Toutes les sources de données qui contribuent à l'enregistrement des cancers par les registres, en particulier les laboratoires et services d'anatomie et de cytologie pathologiques, les Départements de l'information médicale (DIM) des établissements de soins publics et privés, les échelons locaux des services médicaux de l'Assurance maladie, les cliniciens généralistes et spécialistes.

L'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee).

Les auteurs remercient également les relectrices Ellen Benhamou, Julie Francart et Sabine Siesling pour leur disponibilité et leur réactivité.

Conception et réalisation graphique

La maquette, la mise en page et la couverture ont été réalisées par Cloé Brisset (InVS), avec la participation de Charlotte Brault (InVS).

Financement

InVS, INCa

Préface

Tout comme l'incidence et la mortalité, la survie après un diagnostic de cancer est un indicateur essentiel d'orientation et d'évaluation des politiques de santé publique en cancérologie. La survie permet d'apprécier l'amélioration globale du pronostic des personnes atteintes d'un cancer, résultant à la fois des progrès thérapeutiques et des actions mises en œuvre pour diagnostiquer les cancers à des stades plus précoces et pour améliorer leur prise en charge.

Cette publication de référence, attendue de tous les acteurs impliqués dans la lutte contre le cancer, porte sur 538 000 personnes atteintes de cancer et diagnostiquées entre 1989 et 2010. Elle se présente sous la forme de deux tomes, le présent ouvrage, consacré à 37 tumeurs solides, et un second relatif à 16 hémopathies malignes.

L'étude réalisée à partir des données des registres des cancers français est le fruit d'un travail partenarial entre les registres du réseau Francim, le service de biostatistique des Hospices civils de Lyon (HCL), l'Institut de veille sanitaire (InVS) et l'Institut national du cancer (INCa). Ce travail s'inscrit dans le cadre de l'objectif 15 du Plan Cancer 2014-2019 : « Appuyer les politiques publiques sur des données robustes et partagées ». Il est l'une des actions du programme partenarial couvrant la période 2014-2019, élaboré et mis en œuvre par les quatre acteurs précités pour optimiser la surveillance et l'observation des cancers à partir des données des registres. Il contribuera ainsi à éclairer les décideurs sur la politique de santé publique. La fiabilité et la robustesse des données de cette étude sont garanties par le recueil exhaustif et sans biais de recrutement des cas incidents de cancer par les registres du réseau Francim. L'analyse des données a été réalisée au sein du service de biostatistique des HCL et l'interprétation des résultats a été faite par les épidémiologistes des registres. Une relecture des

ouvrages a été confiée à des experts indépendants. L'INCa et l'InVS, financeurs de cette étude, ont également participé aux relectures et en ont coordonné l'édition.

Cet ouvrage se situe dans le prolongement de travaux publiés en 2007 et en 2013. Il bénéficie d'un recul suffisant qui a permis d'estimer, pour la première fois en France et à l'échelle du pays, la survie à long terme, soit 15 ans après le diagnostic, pour une majorité de localisations. Comme pour les travaux publiés en 2013, la méthode de la « survie nette », correspondant à la situation théorique où la seule cause de décès possible serait le cancer étudié, a été retenue. Cette méthode, reprise depuis par de nombreux pays, permet des comparaisons internationales et temporelles. La survie à 5, 10 et 15 ans est présentée en tenant compte du sexe, de l'âge au diagnostic et de la période de diagnostic. Les résultats, interprétés notamment à la lumière des données d'incidence et de mortalité, sont encourageants. Ils mettent en évidence une amélioration de la survie pour la majorité des types de cancer, même si certains, comme le cancer du poumon, restent de mauvais pronostic.

Cette publication est aussi l'occasion pour l'INCa et l'InVS, de rappeler l'importance que représente pour la France le dispositif de recueil de données par des registres, non seulement pour la surveillance épidémiologique des cancers mais aussi pour l'observation et l'évaluation en population générale des actions de prévention et de soin. Présentés de façon standardisée pour chaque type de cancer, les résultats sont accompagnés d'un commentaire qui en facilite l'interprétation. Nous espérons que cet ouvrage sera, comme les précédents, largement utilisé et qu'il répondra aux attentes des différents acteurs de la lutte contre le cancer.

Agnès Buzyn



François Bourdillon



Contexte de l'étude

En France, l'observation et la surveillance des cancers se sont progressivement structurées pour aboutir en 2008 à la mise en place d'un premier programme de travail partenarial entre le réseau français des registres des cancers Francim, le service de biostatistique des Hospices civils de Lyon (HCL), l'Institut de veille sanitaire (InVS) et l'Institut national du cancer (INCa).

Le réseau des registres Francim, association de loi 1901, regroupe l'ensemble des registres des cancers français (généralistes et spécialisés) qualifiés par le Comité national des registres (CNR) jusqu'en 2013, évalués par le Comité d'évaluation des registres (CER) à partir de 2014. Le réseau, créé en 1997, a pour objectifs de réaliser, coordonner et publier des travaux utilisant les données collectées par les registres des cancers français, de contribuer au développement de recherches coopératives en santé publique et en épidémiologie descriptive, analytique et évaluative dans le domaine du cancer. Le réseau Francim a constitué en 1999 une base de données commune à l'ensemble des registres dont il a confié la gestion au service de biostatistique des HCL du fait de son expérience dans le domaine de l'épidémiologie descriptive des cancers. La base commune des registres Francim regroupe des informations décrivant l'ensemble des données d'incidence et de survie collectées par les registres depuis leur création. Elle permet la réalisation d'études sur les tendances évolutives de ces deux indicateurs. Elle conduit également à des estimations nationales et rend possible le calcul de prévalences ainsi que des projections d'incidence à court terme. Cette base commune est accessible à la communauté scientifique pour le développement de projets de recherche sous réserve de leur acceptation par un comité de pilotage commun Francim-HCL-InVS-INCa.

De par leurs missions définies par la loi, l'InVS et l'INCa apportent un soutien institutionnel et financent en grande partie le recueil de données effectué par les registres participant à la surveillance et à l'observation nationale des cancers. Ils soutiennent également le service de biostatistique des HCL afin que celui-ci puisse mener à bien ses travaux.

La volonté des partenaires de formaliser leurs relations, en particulier dans la conduite d'une politique de santé publique commune, les a conduits à établir un premier Programme scientifique de travail partenarial 2008-2010 (PTP), renouvelé en 2011 puis en 2014. Le PTP 2014-2019 précise l'ensemble des actions de surveillance épidémiologique à mener durant cette période pour accroître les connaissances utiles à la décision de santé publique aux niveaux national et local. Il a été élaboré pour répondre à plusieurs mesures du plan cancer 2014-2019, notamment les actions 15.6 et 15.9, respectivement « Mettre à disposition des indicateurs d'évaluation de la lutte contre les cancers », « Valoriser l'observation et les données en permettant leur appropriation et exploitation par le plus grand nombre ». Parmi les actions du PTP en cours, figure la production régulière de données de survie à partir de la base commune Francim. Dans ce cadre, plusieurs productions sont publiées en 2016. Le présent ouvrage rapporte l'actualisation des données relatives à la survie des personnes atteintes de cancer en France métropolitaine, étudiée sur la période 1989-2013 pour les tumeurs solides. Un ouvrage sur les hémopathies malignes est publié simultanément. Les résultats présentés dans ce rapport ont été mis en ligne sur le site internet de l'InVS et de l'INCa, accompagnés des commentaires pour chaque localisation cancéreuse considérée.

Introduction

La survie des personnes atteintes d'un cancer constitue un indicateur épidémiologique essentiel pour évaluer l'impact et les évolutions en termes de prise en charge de la pathologie cancéreuse. La méthode utilisée dans cette monographie repose sur un indicateur de survie permettant d'isoler les causes de décès afin de se situer dans le cadre théorique où la seule cause de décès est le cancer. En d'autres termes, les résultats permettent de mesurer les conséquences de la maladie pour la survie des personnes. Il s'agit de la seconde monographie française qui s'appuie sur ce cadre méthodologique dont l'intérêt est maintenant reconnu par la communauté scientifique internationale travaillant dans le domaine de la survie.

Les données des registres des cancers, utilisées dans cette monographie, concernent les cas de cancers survenus chez les personnes résidant en métropole et ayant 15 ans ou plus au moment du diagnostic. Ces données permettent une évaluation de la survie en population générale, c'est-à-dire sans biais de recrutement ou d'accès aux soins. Les résultats reposent sur le suivi des personnes dont le diagnostic de cancer couvre une période de 22 années, soit plus de 502 000 personnes atteintes d'une tumeur solide au cours de la période 1989-2010. Avec un pourcentage global de perdus de vue de 2,1 %, le suivi des personnes réalisé par les registres est très proche de l'exhaustivité.

L'objectif de cette étude est de fournir des estimations actualisées de la survie à 1, 3, 5, 10 ans suivant un diagnostic de cancer et de présenter les tendances temporelles de la survie. Des estimations de la survie à 15 ans sont également produites pour la première fois en France. Les résultats présentés permettent ainsi de répondre à de nombreuses interrogations : quelle est la survie des personnes diagnostiquées durant la période récente ? La survie s'est-elle améliorée entre 1989 et 2010 ? L'évolution de la survie diffère-t-elle selon l'âge des patients ? Quelle est la survie à long terme (15 ans) des personnes âgées de moins de 75 ans

au diagnostic ? L'interprétation de ces résultats n'est pas toujours simple. En particulier, il n'est pas facile d'interpréter l'évolution de la survie dans le temps : une évolution favorable peut être attribuable à la modification (favorable) de la structure de répartition selon le stade des cas incidents (e.g : généralisation d'un dépistage organisé) ; mais un dépistage, en permettant un diagnostic de lésions précancéreuses, peut modifier de manière défavorable la structure de répartition des cas incidents, l'incidence étant alors alimentée par des cas de plus mauvais pronostic. La lecture des commentaires accompagnant les résultats (tableaux et graphiques) de chacune des localisations tumorales est à ce titre importante.

Les résultats de ce travail reposent sur la complémentarité et la collaboration de différents acteurs¹. Il est également indispensable d'associer à ce travail l'ensemble des acteurs qui nous permettent une collecte de qualité : laboratoires et services d'anatomie et de cytologie pathologiques, cliniciens généralistes et spécialistes, départements de l'information médicale (DIM) des établissements de soins publics et privés, échelons locaux des services médicaux de l'Assurance maladie. Souhaitons que ces acteurs du système de soins ainsi que les responsables de santé publique trouvent dans cette monographie les réponses aux questions qu'ils se posent. Nous ne pouvons que les encourager à nous transmettre leurs remarques afin d'améliorer les prochaines publications sur la survie.

Cette monographie concerne les tumeurs solides présentées par localisation tumorale. Elle va être accompagnée d'une monographie consacrée aux hémopathies malignes décrites en fonction des différentes entités cliniques. Une prochaine publication concernant les tumeurs solides pourrait être réalisée par sous-type histologique. Une autre perspective consistera à prendre en compte le stade de la maladie.

Marc Colonna, vice-président du réseau Francim.

¹ Réseau des registres des cancers en France (Francim), service de biostatistique des Hospices civils de Lyon (HCL), Institut de veille sanitaire (InVS) et Institut national du cancer (INCa)

Matériel

Auteurs : Z. Uhry, N. Voirin, N. Bossard, L. Remontet

Les registres des cancers ayant participé à cette étude couvrent 19 départements français, dont 14 pour les seuls registres généraux. Le tableau 1 présente les départements couverts par les registres participants ainsi que la période de diagnostic des cas. Le tableau indique également si le registre est inclus pour les analyses sur les tendances de la survie.

I TABLEAU 1 I		DÉPARTEMENTS COUVERTS PAR LES REGISTRES PARTICIPANTS, PÉRIODE DE DIAGNOSTIC DISPONIBLE ET INCLUSION POUR LES ANALYSES DE TENDANCES
Départements	Période de diagnostic	Inclusion pour les analyses de tendances
Registres généraux		
14 – Calvados	1989-2010	oui
25 – Doubs	1989-2010	oui
33 – Gironde	2005 et 2008-2010	non
34 – Hérault ¹	1995-2010	non
38 – Isère	1989-2010	oui
44 – Loire-Atlantique ²	1998-2010	non
50 – Manche	1994-2010	non
59 – Lille-Métropole ³	2005 et 2008-2010	non
67 – Bas-Rhin	1989-2010	oui
68 – Haut-Rhin	1989-2010	oui
80 – Somme	1989-2010	oui
81 – Tarn	1989-2010	oui
85 – Vendée ²	1998-2010	non
87 – Haute-Vienne	2009	non
Registres spécialisés inclus pour les cancers digestifs		
14 – Calvados	1989-2010	oui
21 – Côte-d'Or ⁴	1989-2010	oui
29 – Finistère	2005-2010	non
71 – Saône-et-Loire ⁴	1989-2010	oui
44 – Loire-Atlantique/côlon-rectum ^{2,5}	1991-2010	oui
Registres spécialisés inclus pour le cancer du sein		
21 – Côte-d'Or	1989-2010	oui
44 – Loire-Atlantique/sein ^{2,5}	1991-2010	oui
Registre spécialisé inclus pour les tumeurs du système nerveux central		
33 – Gironde	2000-2010	non
Registres spécialisés inclus pour le cancer de la thyroïde		
08 – Marne ⁶	1989-2010	oui
51 – Ardennes ⁶	1989-2010	oui

¹ Le registre de l'Hérault recueille les cas depuis 1987, mais pour des raisons techniques, l'enquête Survie n'a pu concerner que les cas postérieurs à 1995.

² Le registre de Loire-Atlantique était spécialisé pour les cancers du sein et du côlon-rectum jusqu'en 1997, avant de devenir un registre général en 1998 et de fusionner avec le registre de Vendée.

³ Le registre couvre la métropole lilloise et non l'ensemble du département du Nord.

⁴ Le registre bourguignon des cancers digestifs couvre deux départements : la Côte-d'Or et la Saône-et-Loire.

⁵ Registre inclus pour les analyses de tendances bien que ne débutant qu'en 1991.

⁶ Le registre des cancers thyroïdiens Marne-Ardennes couvre deux départements : les Ardennes et la Marne.

Recueil du statut vital

Le recueil du statut vital a été réalisé par l'ensemble des registres selon une procédure standardisée. Le statut vital a été mis à jour en interrogeant le Répertoire national d'identification des personnes physiques (RNIPP). Cette interrogation nécessitant de connaître le lieu de naissance et également le nom de jeune fille des femmes, une recherche préalable de ces deux informations a donc été réalisée, en sollicitant notamment les mairies de résidence. Si l'interrogation du RNIPP était négative (c'est-à-dire que les sujets n'ont pas été identifiés dans le RNIPP), d'autres sources ont été utilisées pour mettre à jour le statut vital (mairies de naissance, dossier médical).

Dans cette étude, les sujets dont la date de dernières nouvelles était antérieure à la date de point fixée au 30 juin 2013, ont été considérés « perdus de vue ». Les personnes vivantes au-delà de la date de point ont été censurées à cette date.

L'objectif global de l'ensemble de la procédure était d'obtenir le plus faible pourcentage de perdus de vue possible, afin de minimiser le biais potentiellement introduit par leur présence dans l'analyse.

Contrôles des données

Les données sont transmises par les registres au service de biostatistique des Hospices civils de Lyon (HCL) selon une procédure standardisée. Elles sont intégrées dans une base de données relationnelle (sous ORACLE 9i®) où l'information sur la personne et l'information sur sa(s) tumeur(s) constituent deux tables distinctes (reliées par un identifiant personne). Les cas pour lesquels le sexe, l'année de naissance ou l'année de diagnostic sont manquants ne sont pas transmis à la base commune. Des contrôles de cohérence sont effectués par l'intermédiaire de requêtes spécifiques et du logiciel IARCTools – logiciel édité par le Centre international de recherche sur le cancer (Circ) et destiné aux registres de cancers. L'enregistrement fait l'objet d'un retour au registre pour correction en cas d'erreur ou d'incohérence, ou pour confirmation en cas de codage atypique. Les contrôles effectués permettent principalement de s'assurer que :

- chaque variable présente des modalités autorisées par le protocole de chargement de la base ;
- les dates présentent une chronologie cohérente ;
- la topographie et la morphologie sont compatibles avec le sexe et l'âge de la personne ;
- chaque personne présente au moins une tumeur et chaque tumeur est associée à une personne.

Si, après consultation des registres, des dates restent incomplètes (jour ou/et mois manquants), une règle de remplacement est appliquée :

- si le jour d'une date est manquant, le jour central d'un mois (16) est attribué ; toutefois, si le mois et l'année des dernières nouvelles sont identiques aux mois et année de diagnostic mais que l'un des deux jours est manquant, alors les deux dates sont supposées identiques (formées avec le jour disponible) ;

- si le jour et le mois d'une date sont manquants, le jour central d'une année (2 juillet) est attribué ;
- si l'année de dernières nouvelles (ou de décès) est la même que l'année de diagnostic, mais que le mois des dernières nouvelles est inconnu, la date « à mi-chemin » entre la date de diagnostic et le 31 décembre est attribuée à la date de dernières nouvelles ;
- si l'année de dernières nouvelles (ou de décès) est la même que l'année de diagnostic, mais que le mois de diagnostic est inconnu, la date médiane entre le 1^{er} janvier et la date de dernières nouvelles est attribuée à la date de diagnostic.

La fréquence de ce recodage des dates est très faible (cf. chapitre « Description de la base de données »).

Critères d'inclusion

La question des « Certificats de décès seuls »

Les registres français n'ont pas accès aux certificats de décès nominatifs alors que cela est réalisé dans d'autres pays qui identifient des cas de cancer à partir de cette seule source d'où l'appellation « Death Certificate Only » (DCO). Les cas « DCO » ne sont donc pas enregistrés par les registres français.

Les situations de date de décès identique à la date de diagnostic ne correspondent pas à des dates de diagnostic inconnues, mais à des décès survenant très rapidement après le diagnostic : ces cas ont été maintenus dans l'analyse.

Individus présentant plusieurs tumeurs

Toutes les tumeurs primitives d'un individu ont été incluses dans l'analyse, l'exclusion systématique des secondes tumeurs ayant peu de justification et s'avérant de toute façon difficile voire impossible, notamment pour les registres spécialisés [1].

→ **En conclusion, l'étude ne présente aucun critère d'exclusion si ce n'est un âge au diagnostic inférieur à 15 ans.**

Classification des cancers

L'analyse a porté sur 30 sites et 7 sous-sites de cancers. La classification des cancers qui a été utilisée dans cette étude est basée sur la Classification internationale des maladies pour l'oncologie 3^e édition (CIM-O-3) (tableau 2). Seuls les cancers invasifs sont inclus dans l'étude et les tumeurs hématologiques, objet d'un volume à part relatif à la survie, sont exclues des tumeurs solides.

Références

- [1] Rosso S, De Angelis R, Ciccolallo L, Carrani E, Soerjomataram I, Grande E, *et al.* Multiple tumours in survival estimates. *European Journal of Cancer* 2009;45(6): 1080-94.

I TABLEAU 2 I

CLASSIFICATION UTILISÉE (BASÉE SUR LA CIM-O-3)

Sites et sous-sites	Topographie ¹	Morphologie ²
Sites		
Lèvre	C00	Toutes
Glandes salivaires	C07-08	Toutes
Tête et cou	C01-06, C09-14	Toutes
Œsophage	C15	Toutes
Estomac	C16	Toutes
Intestin grêle	C17	Toutes
Côlon-rectum	C18-21	Toutes
Foie	C22	Toutes
Voies biliaires	C23-24	Toutes
Pancréas	C25	Toutes
Fosses nasales, sinus annexes de la face, oreilles moyenne et interne	C30-31	Toutes
Larynx	C32	Toutes
Poumon	C33-34	Toutes
Mésothéliome de la plèvre	C384	90503 à 90533
Os, articulations et cartilages articulaires	C40-41	Toutes
Mélanome de la peau	C44	87203 à 87803
Sarcomes des tissus mous	C381, C382, C383, C47, C480, C49, C696, C76 et C809	8900-8905, 8910, 8912, 8920, 8991, 8810, 8811, 8813-8815, 8821, 8823, 8834-8835, 8820, 8822, 8824-8827, 9150, 9160, 9491, 9540-9571, 9580, 9140, 8587, 8710-8713, 8806, 8831-8833, 8836, 8840-8842, 8850-8858, 8860-8862, 8870, 8880, 8881, 8890-8898, 8921, 8982, 8990, 9040-9044, 9120-9125, 9130-9133, 9135, 9136, 9141, 9142, 9161, 9170-9175, 9231, 9251, 9252, 9373, 9581, 8830, 8963, 9180, 9210, 9220, 240, 9260, 9364, 9365, 8800-8805
Sein	C50	Toutes
Vulve et vagin	C51-52	Toutes
Col utérin	C53	Toutes
Corps utérin	C54	Toutes
Ovaire	C569-74	Toutes
Pénis	C60	Toutes
Prostate	C61	Toutes
Testicule	C62	Toutes
Rein	C64	Toutes
Vessie	C67	Toutes
Mélanome de l'œil	C692-94, C696, C698-99 C693	87203 à 87803 80003
Système nerveux central	C70-72	Toutes
Thyroïde	C739	Toutes
Sous-sites		
Langue	C01-02	Toutes
Cavité orale	C03-06	Toutes
Oropharynx	C09-10	Toutes
Nasopharynx	C11	Toutes
Hypopharynx	C12-13	Toutes
Côlon	C18	Toutes
Rectum	C19-21	Toutes

¹ Les tumeurs hématologiques sont exclues des tumeurs solides.² Seuls les cancers infiltrants sont inclus (3).

Description de la base de données

Auteurs : N. Voirin, Z. Uhry, L. Remontet, N. Bossard

La description des données analysées est présentée dans les pages suivantes (14 tableaux) selon trois parties qui structurent les résultats pour chaque site ou sous-site :

i) la première partie décrit la survie à 1, 3 et 5 ans des cas diagnostiqués le plus récemment (c'est-à-dire sur la période 2005-2010) (tableaux 1 à 5) ;

ii) la deuxième partie décrit les tendances de la survie à 1, 5 et 10 ans pour les cas diagnostiqués entre 1989 et 2010, ces tendances étant déclinées par âge et par sexe (tableaux 6 à 12) ;

iii) la troisième partie présente la survie à 1, 5, 10 et 15 ans des cas de moins de 75 ans diagnostiqués entre 1989 et 1998 (tableaux 13 et 14).

Définition du statut vital à n ans

La date de point a été fixée au 30 juin 2013. Le statut vital à n ans ($n = 5, 10$ ou 15 ans) présenté dans les tableaux descriptifs de ce chapitre est défini comme suit :

- décédé, lorsque la personne est décédée dans les n années suivant son diagnostic ;

- censuré, lorsque la personne est encore vivante n années suivant son diagnostic ou qu'elle est vivante au 30 juin 2013 ;

- perdu de vue, lorsque la date de dernières nouvelles est antérieure au 30 juin 2013, que le suivi est inférieur à n années et que la personne est vivante à la date de dernière nouvelle.

Bilan du recodage des dates

Pour 98,6 % des enregistrements, les dates de naissance, de diagnostic et de dernières nouvelles étaient complètes. Le jour de diagnostic a fait l'objet d'un recodage dans 1 % des cas. L'ensemble des autres procédures de recodage des dates concerne moins de 1% des cas.

DESCRIPTION DES DONNÉES ANALYSÉES POUR LA PREMIÈRE PARTIE DES RÉSULTATS : SURVIE À 1, 3 ET 5 ANS DES PERSONNES DIAGNOSTIQUÉES ENTRE 2005 ET 2010 (TOUS REGISTRES)

TABLEAU 1 I

NOMBRE DE CAS PAR SITE ET SOUS-SITE, ET PAR DÉPARTEMENT (PÉRIODE DE DIAGNOSTIC 2005-2010, TOUS REGISTRES)

Sites et sous-sites	Ardennes ¹	Calvados	Côte-d'Or ¹	Doubs	Finistère ¹	Gironde ²	Hérault	Isère	Loire-Atlantique	Manche	Mame ¹	Nord ³	Bas-Rhin	Haut-Rhin	Saône-et-Loire ¹	Somme	Tam	Vendée	Haute-Vienne	Total	
Sites																					
Lèvre	34	14	16	32	15	71	42	29	58	29	42	6	15	24	24	47	33	61	2	412	
Glandes salivaires	42	36	63	76	58	158	29	58	158	29	42	24	70	52	52	43	20	35	6	612	
Tête et cou	881	547	1 008	1 060	843	3 789	3 789	3 789	3 789	3 789	3 789	824	1 117	683	683	836	359	779	80	11 458	
Esophage	415	263	353	398	386	1 026	732	386	1 026	732	415	259	393	311	311	393	170	362	27	6 274	
Estomac	429	322	335	335	884	653	753	753	653	753	429	243	684	538	538	520	409	445	49	8 391	
Intestin grêle	77	38	97	101	132	151	60	121	151	60	77	47	121	91	91	70	51	78	10	1 370	
Colon-rectum	2 393	1 980	3 952	4 049	3 896	10 248	4 049	3 896	10 248	4 049	2 393	1 740	3 956	2 833	2 833	2 369	2 025	1 793	274	46 371	
Foie	637	416	892	619	850	910	354	850	910	354	637	379	860	466	466	416	388	222	595	35 926	
Voies biliaires	195	168	129	240	210	227	243	243	227	243	195	154	229	126	126	198	141	133	15	2 890	
Pancréas	624	514	714	788	1 062	1 055	964	1 055	1 062	964	624	357	952	536	536	580	471	444	61	10 528	
Fosses nasales, sinus annexes de la face, oreilles moyenne et interne	37	33	53	59	57	83	45	57	83	45	37	32	77	33	33	38	36	56	12	651	
Larynx	227	173	327	363	318	1 026	363	318	1 026	363	227	193	290	196	196	241	114	215	16	3 316	
Poumon	2 437	1 759	3 485	3 789	3 789	10 248	3 789	3 789	10 248	3 789	2 437	1 764	3 510	2 329	2 329	2 095	1 389	1 913	165	33 850	
Mésenchymateux de la plèvre	69	16	106	87	133	203	71	87	203	71	69	33	52	24	24	56	24	60	2	946	
Os, articulations et cartilages articulaires	36	21	61	56	67	61	22	67	61	22	36	41	52	31	31	41	29	43	4	557	
Mélanome de la peau	589	527	913	759	1 282	1 678	446	1 282	1 678	446	589	403	1 344	1 028	1 028	429	321	636	61	10 416	
Sarcomes des tissus mous	132	8	113	183	197	216	264	197	216	264	132	85	205	126	126	5	107	78	11	1 970	
Sein	3 346	2 413	4 638	5 026	5 401	6 053	2 436	5 401	6 053	2 436	3 346	2 488	5 080	3 382	3 382	2 755	1 860	3 117	319	50 542	
Voive et vagin	54	60	86	77	85	96	37	85	96	37	54	52	103	87	87	55	40	44	6	882	
Col de l'utérus	183	173	284	394	306	286	153	306	286	153	183	181	286	196	196	209	146	119	22	2 938	
Corps de l'utérus	458	343	559	637	666	636	317	666	636	317	458	316	872	577	577	442	315	398	46	6 582	
Ovaire	341	251	388	457	529	556	327	529	556	327	341	262	499	328	328	278	184	272	30	4 702	
Pénis	22	19	33	44	34	36	25	34	36	25	22	16	46	25	25	20	29	21	2	372	
Prostate	3 693	3 601	4 459	5 884	6 633	7 117	3 001	6 633	7 117	3 001	3 693	2 389	5 900	4 348	4 348	2 937	2 508	4 168	504	57 142	
Testicule	140	134	161	186	257	252	96	257	252	96	140	118	297	172	172	89	50	120	7	2 079	
Rein	664	412	957	893	936	1 085	469	936	1 085	469	664	343	1 171	671	671	449	416	548	64	9 078	
Vessie	772	563	988	1 307	1 108	1 057	505	1 108	1 057	505	772	526	998	744	744	563	520	590	91	10 332	
Mélanome de l'œil	35	34	27	56	50	24	10	50	24	10	35	24	64	23	23	33	23	15	418		
Système nerveux central	301	212	639	466	535	579	236	535	579	236	301	192	448	253	253	208	215	301	33	4 618	
Thyroïde	175	341	1 147	468	1 531	906	211	1 531	906	211	175	418	453	272	272	357	251	645	45	7 826	
Total (sites)	175	19 604	6 122	14 878	7 633	26 855	29 733	32 407	35 933	15 218	418	13 862	30 260	20 505	4 417	16 226	12 038	19 166	1 999	307 449	
Sous-sites																					
Langue	174	92	189	249	249	331	132	249	331	132	174	179	215	143	143	166	82	160	15	2 376	
Cavité orale	237	132	258	224	245	404	161	245	404	161	237	207	292	157	157	203	89	208	30	2 847	
Oropharynx	241	180	271	329	288	431	166	288	431	166	241	218	262	179	179	223	100	216	13	3 117	
Nasopharynx	18	21	24	38	39	26	11	39	26	11	18	12	30	29	29	15	13	7	283		
Hypopharynx	201	108	191	199	163	347	177	163	347	177	201	191	249	140	140	180	63	165	18	2 392	
Colonne	1 438	1 256	2 428	2 622	2 507	2 974	1 248	2 507	2 974	1 248	1 438	1 085	2 527	1 852	1 852	1 533	1 256	1 773	167	29 459	
Rectum	955	724	657	1 233	1 395	1 777	892	1 395	1 777	892	955	655	1 429	981	981	836	769	701	985	107 16 912	

¹ Les départements des Ardennes, de la Côte-d'Or, du Finistère, de la Mame et de la Saône-et-Loire sont couverts par des registres spécialisés : le registre des cancers thyroïdiens Marne-Ardenne, le registre bourguignon des cancers digestifs qui couvre la Côte-d'Or et la Saône-et-Loire, le registre finistérien des tumeurs digestives et le registre des cancers du sein et des cancers gynécologiques de Côte-d'Or.

² Le département de Gironde est couvert par plusieurs registres dont un registre général et un registre spécialisé : le registre des tumeurs primitives du système nerveux central.

³ Pour le département du Nord, il s'agit de la métropole lilloise.

I TABLEAU 2 I

DISTRIBUTION DU STATUT VITAL À 5 ANS PAR DÉPARTEMENT
(PÉRIODE DE DIAGNOSTIC 2005-2010, TOUS REGISTRES)

Départements	Nombre de cas	Répartition parmi les cas (%)		
		Décédés	Censurés	Perdus de vue
Ardennes	175	5,1	93,1	1,7
Calvados	19 604	45,3	54,0	0,6
Côte-d'Or	6 122	44,9	53,5	1,5
Doubs	14 878	40,3	57,5	2,1
Finistère	7 633	64,0	32,2	3,8
Gironde	26 855	41,3	53,3	5,4
Hérault	29 733	41,5	56,0	2,5
Isère	32 407	38,9	59,1	2,1
Loire-Atlantique	35 933	41,4	56,6	2,0
Manche	15 218	46,7	51,2	2,1
Marne	418	4,8	94,3	1,0
Nord ¹	13 862	44,5	54,1	1,4
Bas-Rhin	30 260	40,3	58,0	1,7
Haut-Rhin	20 505	38,8	55,4	5,8
Sône-et-Loire	4 417	66,7	32,1	1,3
Somme	16 226	47,3	49,0	3,8
Tarn	12 038	43,1	55,0	1,8
Vendée	19 166	40,0	57,0	3,0
Haute-Vienne	1 999	37,3	60,1	2,7
Total	307 449	42,6	54,7	2,6

¹ Correspond à la métropole lilloise.

I TABLEAU 3 I

DISTRIBUTION DU STATUT VITAL À 5 ANS PAR SITE ET SOUS-SITE
(PÉRIODE DE DIAGNOSTIC 2005-2010, TOUS REGISTRES)

Sites et sous-sites	Nombre de cas	Répartition parmi les cas (%)		
		Décédés	Censurés	Perdus de vue
Sites				
Lèvre	412	26,9	68,4	4,6
Glandes salivaires	612	39,4	57,0	3,6
Tête et cou	11 458	60,5	38,1	1,4
Œsophage	6 274	85,0	14,1	0,9
Estomac	8 391	75,4	22,1	2,5
Intestin grêle	1 370	50,1	47,8	2,1
Côlon-rectum	46 371	45,5	51,5	2,9
Foie	9 926	83,5	15,2	1,3
Voies biliaires	2 890	83,6	14,9	1,5
Pancréas	10 528	91,4	7,6	0,9
Fosses nasales, sinus annexes de la face, oreilles moyenne et interne	651	53,0	45,6	1,4
Larynx	3 316	44,9	53,3	1,7
Poumon	33 850	82,5	16,4	1,0
Mésothéliome de la plèvre	946	93,4	6,1	0,4
Os, articulations et cartilages articulaires	557	37,0	60,5	2,5
Mélanome de la peau	10 416	16,0	78,2	5,8
Sarcomes des tissus mous	1 970	44,7	52,5	2,7
Sein	50 542	14,9	81,3	3,8
Vulve et vagin	882	53,2	44,3	2,5
Col de l'utérus	2 938	35,9	60,1	4,0
Corps de l'utérus	6 582	29,5	66,4	4,1
Ovaire	4 702	55,6	42,0	2,5
Pénis	372	46,8	50,8	2,4
Prostate	57 142	17,1	80,1	2,8
Testicule	2 079	5,1	92,0	2,8
Rein	9 078	33,4	64,2	2,4
Vessie	10 332	55,7	42,4	2,0
Mélanome de l'œil	418	30,9	67,7	1,4
Système nerveux central	4 618	78,1	20,0	1,9
Thyroïde	7 826	5,6	90,1	4,3
Sous-sites				
Langue	2 376	58,0	40,6	1,4
Cavité orale	2 847	54,6	43,9	1,5
Oropharynx	3 117	59,0	39,6	1,4
Nasopharynx	283	43,5	52,7	3,9
Hypopharynx	2 392	71,2	27,9	0,9
Côlon	29 459	46,0	50,9	3,1
Rectum	16 912	44,6	52,7	2,6

I TABLEAU 4 I

NOMBRE DE CAS ET DE DÉCÈS DANS LES 5 ANS PAR SITE ET SOUS-SITE, ET CLASSE D'ÂGE POUR LES HOMMES (PÉRIODE DE DIAGNOSTIC 2005-2010, TOUS REGISTRES)

Sites et sous-sites	[15;45]		[45;55]		[55;65]		[65;75]		[75;85]		[85;99]		Total			
	Cas	Décès	Cas	Décès	Cas	Décès	Cas	Décès	Cas	Décès	Cas	Décès	Cas	Décès		
Sites																
Lèvre	14	1	32	2	54	4	85	18	117	47			302	72		
Glandes salivaires	40	7	52	22	64	23	79	35	114	69			349	156		
Tête et cou	382	176	2 342	1 356	3 497	2 104	1 889	1 279	1 139	897			9 249	5 812		
Œsophage	82	62	751	621	1 528	1 242	1 307	1 118	1 467	1 350			5 135	4 393		
Estomac	158	96	467	309	984	684	1 478	1 106	2 342	2 008			5 429	4 203		
Intestin grêle	45	12	82	32	177	69	199	94	244	172			747	379		
Côlon-rectum	562	150	1 942	583	5 426	1 793	7 375	2 868	10 114	6 308			25 419	11 702		
Foie	120	83	664	501	1 989	1 562	2 701	2 240	2 578	2 341			8 052	6 727		
Voies biliaires	18	10	62	50	239	177	363	289	600	529			1 282	1 055		
Pancréas	120	86	500	426	1 308	1 174	1 616	1 471	1 894	1 797			5 438	4 954		
Fosses nasales, sinus annexes de la face, oreilles moyenne et interne	27	16	57	20	107	56	135	71	140	83			466	246		
Larynx	80	25	544	216	1 039	426	740	331	555	343			2 958	1 341		
Poumon	552	431	3 461	2 768	7 478	6 022	7 451	6 171	6 857	6 244			25 799	21 636		
Mésothéliome de la plèvre	4	4	27	25	120	108	240	229	333	324			724	690		
Os, articulations et cartilages articulaires	154	42	37	6	47	22	38	18	34	26			310	114		
Mélanome de la peau	872	67	738	83	1 142	137	994	202	1 145	495			4 891	984		
Sarcomes des tissus mous	212	68	154	51	232	83	237	117	270	178			1 105	497		
Pénis	17	1	27	9	67	24	93	34	168	106			372	174		
Prostate			2 689	161	15 888	1 032	22 134	2 581			13 562	4 090	2 869	1 904	57 142	9 768
Testicule	1 624	63	295	13	90	11	44	9	26	11			2 079	107		
Rein	360	52	799	173	1 598	413	1 586	503	1 556	878			5 899	2 019		
Vessie	63	22	446	152	1 615	624	2 495	1 166	3 736	2 575			8 355	4 539		
Mélanome de l'œil	21	3	28	5	49	13	65	23	44	22			207	66		
Système nerveux central	465	194	386	276	642	554	569	524	528	508			2 590	2 056		
Thyroïde	487	7	353	23	538	55	317	62	147	68			1 842	215		
Sous-sites																
Langue	95	35	435	247	678	410	359	238	246	174			1 813	1 104		
Cavité orale	103	40	577	286	803	445	378	223	265	204			2 126	1 198		
Oropharynx	96	49	651	367	1 011	596	536	352	249	193			2 543	1 557		
Nasopharynx	33	11	45	16	73	31	30	22	25	16			206	96		
Hypopharynx	44	33	528	366	799	527	510	380	307	267			2 188	1 573		
Côlon	331	84	1 016	298	3 093	1 015	4 525	1 709	6 697	4 149			15 662	7 255		
Rectum	231	66	926	285	2 333	778	2 850	1 159	3 417	2 159			9 757	4 447		

I TABLEAU 5 I

NOMBRE DE CAS ET DE DÉCÈS DANS LES 5 ANS PAR SITE ET SOUS-SITE, ET CLASSE D'ÂGE POUR LES FEMMES (PÉRIODE DE DIAGNOSTIC 2005-2010, TOUS REGISTRES)

Sites et sous-sites	[15;45[		[45;55[		[55;65[		[65;75[		[75;+][		Total	
	Cas	Décès	Cas	Décès	Cas	Décès	Cas	Décès	Cas	Décès	Cas	Décès
Sites												
Lèvre	4		6	1	9	1	15	1	76	36	110	39
Glandes salivaires	36	3	32	4	58	9	48	15	89	54	263	85
Tête et cou	121	40	552	253	656	297	368	187	512	343	2 209	1 120
Œsophage	21	9	125	96	260	202	218	174	515	458	1 139	939
Estomac	113	61	217	126	354	212	551	355	1 727	1 369	2 962	2 123
Intestin grêle	31	3	59	14	131	42	134	56	268	192	623	307
Côlon-rectum	600	159	1 588	425	3 434	1 006	4 592	1 573	10 738	6 242	20 952	9 405
Foie	59	33	127	86	295	221	436	360	957	862	1 874	1 562
Voies biliaires	18	11	96	64	170	123	333	264	991	898	1 608	1 360
Pancréas	107	63	303	246	780	678	1 162	1 065	2 738	2 618	5 090	4 670
Fosses nasales, sinus annexes de la face, oreilles moyenne et interne	19	7	24	10	30	8	30	15	82	59	185	99
Larynx	12	3	77	27	110	41	70	29	89	48	358	148
Poumon	383	253	1 474	1 058	2 027	1 509	1 772	1 365	2 395	2 119	8 051	6 304
Mésothéliome de la plèvre	3	2	14	10	27	20	68	62	110	100	222	194
Os, articulations et cartilages articulaires	93	21	32	5	33	7	35	19	54	40	247	92
Mélanome de la peau	1 346	40	942	41	1 110	76	836	81	1 291	445	5 525	683
Sarcomes des tissus mous	141	34	106	18	168	63	157	78	293	191	865	384
Sein	5 820	512	11 165	794	12 516	1 120	10 641	1 204	10 400	3 894	50 542	7 524
Vulve et vagin	43	7	85	25	116	41	147	60	491	336	882	469
Col de l'utérus	895	128	709	201	413	149	361	176	560	400	2 938	1 054
Corps de l'utérus	114	14	555	87	1 823	335	2 016	542	2 074	966	6 582	1 944
Ovaire	365	85	651	222	1 123	495	1 107	674	1 456	1 137	4 702	2 613
Rein	221	27	391	58	633	114	757	217	1 177	594	3 179	1 010
Vessie	24	10	110	46	201	91	381	179	1 261	886	1 977	1 212
Mélanome de l'œil	20	1	38	5	50	14	47	14	56	29	211	63
Système nerveux central	342	128	221	136	436	350	468	411	561	527	2 028	1 552
Thyroïde	1 996	13	1 370	11	1 450	35	761	45	407	119	5 984	223
Sous-sites												
Langue	46	13	129	58	154	69	106	52	128	82	563	274
Cavité orale	29	6	155	61	174	70	112	53	251	167	721	357
Oropharynx	17	11	179	87	197	91	95	40	86	54	574	283
Nasopharynx	20	3	16	5	21	4	11	7	9	8	77	27
Hypopharynx	5	4	55	32	77	41	38	29	29	25	204	131
Côlon	376	98	866	234	1 989	609	3 016	1 026	7 550	4 334	13 797	6 301
Rectum	224	61	722	191	1 445	397	1 576	547	3 188	1 908	7 155	3 104

DESCRIPTION DES DONNÉES ANALYSÉES POUR LA DEUXIÈME PARTIE DES RÉSULTATS : TENDANCES DE LA SURVIE À 1, 5 ET 10 ANS POUR LES PERSONNES DIAGNOSTIQUÉES ENTRE 1989 ET 2010 (RESTRICTION AUX REGISTRES COUVRANT L'ENSEMBLE DE LA PÉRIODE 1989-2010)

I TABLEAU 6 I

NOMBRE DE CAS PAR SITE ET SOUS-SITE ET PAR DÉPARTEMENT (PÉRIODE DE DIAGNOSTIC 1989-2010, REGISTRES COUVRANT 1989-2010)

Sites et sous-sites	Ardennes ¹	Calvados	Côte-d'Or ¹	Doubs	Isère	Loire-Atlantique ²	Mayenne ¹	Bas-Rhin	Haut-Rhin	Saône-et-Loire ¹	Somme	Tarn	Total
Sites													
Lèvre		150		25	114			69	49		169	150	726
Glandes salivaires		106		95	174			225	168		103	69	940
Tête et cou		3 445		2 083	3 726			5 090	3 214		3 253	1 167	21 978
Œsophage		1 720		971	1 422			1 949	1 299		1 109	1 479	11 208
Estomac		1 824		1 261	2 833			2 610	2 157		2 065	1 445	16 366
Intestin grêle		225		147	340			332	270		197	178	1 961
Côlon-rectum		7 490		6 291	5 836	13 103	12 793	13 371	9 788		8 421	6 585	89 566
Foie		1 786		1 233	926	2 562		2 573	1 574		1 227	1 086	13 519
Voies biliaires		568		582	360	757		842	548		684	393	5 084
Pancréas		1 630		1 386	1 090	2 577		2 501	1 565		1 721	1 128	14 618
Fosses nasales, sinus annexes de la face, oreilles moyenne et interne		138		103	217			248	143		137	95	1 081
Larynx		958		733	1 295			1 182	822		968	446	6 404
Poumon		6 801		5 272	10 830			11 247	7 197		6 269	4 028	51 644
Mésothéliome de la plèvre		198		84	380			158	82		163	78	1 143
Os, articulations et cartilages articulaires		117		105	230			164	127		106	91	940
Mélanome de la peau		1 425		1 335	2 876			3 421	2 420		1 060	907	13 444
Sarcomes des tissus mous		390		19	293	611		605	352		21	255	2 796
Sein		9 822		7 310	6 718	16 253	16 572	15 544	10 735		8 254	5 518	96 726
Vulve et vagin		180		197	273			366	289		180	106	1 591
Col de l'utérus		802		620	1 144			1 227	931		794	459	5 977
Corps de l'utérus		1 290		1 005	2 009			2 690	1 878		1 308	948	11 128
Ovaire		1 121		848	1 710			1 822	1 303		994	620	8 418
Pénis		73		50	108			127	96		69	72	595
Prostate		9 197		7 747	15 784			14 673	10 414		7 469	7 274	72 558
Testicule		361		367	689			979	637		301	175	3 509
Rein		1 661		1 147	2 462			3 522	2 089		1 375	1 066	13 322
Vessie		2 335		1 683	3 520			3 583	2 571		1 803	1 749	17 244
Mélanome de l'œil		84		86	211			198	115		113	57	864
Système nerveux central		787		653	1 574			1 370	895		656	584	6 519
Thyroïde		510		826	2 969			1 177	697		842	878	10 194
Total (sites)	510	57 789	19 200	42 392	92 753	29 365	1 190	93 865	64 425	15 445	48 935	36 194	502 063
Sous-sites													
Langue		665		357	723			913	652		607	267	4 184
Cavité orale		801		513	936			1 287	766		792	294	5 389
Oropharynx		956		597	1 010			1 194	827		837	287	5 708
Nasopharynx		60		69	141			105	115		43	40	573
Hypopharynx		893		511	783			1 310	649		746	249	5 141
Côlon		4 407		3 927	3 567	8 132	8 098	8 407	6 274		5 303	3 349	55 444
Rectum		3 083		2 364	2 269	4 971	4 695	4 964	3 514		2 605	2 539	34 122

¹ Les départements des Ardennes, de la Côte-d'Or, de la Mayenne et de la Saône-et-Loire sont couverts par des registres spécialisés : le registre des cancers thyroïdiens Marne-Ardenne, le registre bourguignon des cancers digestifs qui couvre la Côte-d'Or et la Saône-et-Loire, et le registre des cancers du sein et des cancers gynécologiques de Côte-d'Or.

² Le registre de Loire-Atlantique était spécialisé pour les cancers du sein et du côlon-rectum jusqu'en 1997, avant de devenir un registre général en 1998 et de fusionner avec le registre général de Vendée. Le registre est inclus pour les analyses de tendances pour le sein et le côlon-rectum bien que ne débutant qu'en 1991.

I TABLEAU 7 I

DISTRIBUTION DU STATUT VITAL À 10 ANS PAR DÉPARTEMENT
(PÉRIODE DE DIAGNOSTIC 1989-2010, REGISTRES COUVRANT 1989-2010)

Départements	Nombre de cas	Répartition parmi les cas (%)		
		Décédés	Censurés	Perdus de vue
Ardennes	510	10,6	88,0	1,4
Calvados	57 789	58,9	40,4	0,7
Côte-d'Or	19 200	58,3	39,7	2,0
Doubs	42 392	56,1	42,6	1,3
Isère	92 753	53,3	44,8	1,9
Loire-Atlantique	29 365	40,3	57,1	2,6
Marne	1 190	10,2	88,7	1,2
Bas-Rhin	93 865	56,1	42,9	1,0
Haut-Rhin	64 425	55,4	39,0	5,6
Sône-et-Loire	15 445	77,7	21,4	1,0
Somme	48 935	61,4	35,9	2,7
Tarn	36 194	56,3	42,4	1,3
Total	502 063	56,0	41,9	2,1

I TABLEAU 8 I

DISTRIBUTION DU STATUT VITAL À 10 ANS PAR SITE ET SOUS-SITE
(PÉRIODE DE DIAGNOSTIC 1989-2010, REGISTRES COUVRANT 1989-2010)

Sites et sous-sites	Nombre de cas	Répartition parmi les cas (%)		
		Décédés	Censurés	Perdus de vue
Sites				
Lèvre	726	44,5	51,0	4,5
Glandes salivaires	940	52,0	45,2	2,8
Tête et cou	21 978	77,1	21,8	1,1
Œsophage	11 208	92,3	7,1	0,6
Estomac	16 366	83,5	14,7	1,8
Intestin grêle	1 961	65,2	32,8	2,0
Côlon-rectum	89 566	61,2	36,8	2,0
Foie	13 519	92,0	7,1	0,9
Voies biliaires	5 084	89,3	9,4	1,3
Pancréas	14 618	94,6	4,7	0,7
Fosses nasales, sinus annexes de la face, oreilles moyenne et interne	1 081	67,1	31,2	1,8
Larynx	6 404	62,6	35,7	1,7
Poumon	51 644	89,4	9,7	0,9
Mésothéliome de la plèvre	1 143	96,3	3,2	0,4
Os, articulations et cartilages articulaires	940	51,9	45,9	2,2
Mélanome de la peau	13 444	25,4	70,2	4,3
Sarcomes des tissus mous	2 796	55,8	41,5	2,6
Sein	96 726	28,1	69,0	2,9
Vulve et vagin	1 591	65,7	31,9	2,4
Col de l'utérus	5 977	42,2	54,0	3,8
Corps de l'utérus	11 128	40,0	57,2	2,9
Ovaire	8 418	67,0	31,2	1,9
Pénis	595	56,1	42,9	1,0
Prostate	72 558	39,4	58,3	2,3
Testicule	3 509	7,8	88,5	3,7
Rein	13 322	48,4	49,4	2,2
Vessie	17 244	66,5	31,8	1,7
Mélanome de l'œil	864	43,9	54,9	1,3
Système nerveux central	6 519	84,7	14,0	1,3
Thyroïde	10 194	12,4	84,1	3,5
Sous-sites				
Langue	4 184	75,0	23,8	1,2
Cavité orale	5 389	72,4	26,3	1,2
Oropharynx	5 708	76,6	22,6	0,8
Nasopharynx	573	59,2	36,8	4,0
Hypopharynx	5 141	84,8	14,6	0,7
Côlon	55 444	61,2	36,7	2,1
Rectum	34 122	61,1	37,0	1,9

I TABLEAU 9 I

**NOMBRE DE CAS PAR SITE ET SOUS-SITE, CLASSE D'ÂGE ET PÉRIODE DE DIAGNOSTIC
 POUR LES HOMMES (PÉRIODE DE DIAGNOSTIC 1989-2010, REGISTRES COUVRANT 1989-2010)**

Sites et sous-sites	1989-1993					1994-1998					1999-2004					2005-2010				
	[15;45]	[45;55]	[55;65]	[65;75]	[75;++]	[15;45]	[45;55]	[55;65]	[65;75]	[75;++]	[15;45]	[45;55]	[55;65]	[65;75]	[75;++]	[15;45]	[45;55]	[55;65]	[65;75]	[75;++]
	Sites	3	15	41	45	65	4	9	17	57	49	8	6	28	42	47	8	11	25	31	41
Lèvre	16	11	18	22	20	22	16	19	39	27	13	19	26	30	44	26	27	36	38	53
Glandes salivaires	472	1 185	1 893	1 059	354	413	1 274	1 469	1 101	348	296	1 492	1 460	1 145	514	167	1 069	1 681	940	522
Tête et cou	122	428	846	687	428	89	409	649	716	365	57	469	669	773	571	30	324	706	630	654
Géophagie	115	181	471	727	901	88	207	445	845	859	106	241	460	842	1 126	77	242	507	758	1 166
Estomac	9	20	43	45	37	15	32	54	69	57	15	40	66	100	85	19	40	86	97	129
Intestin grêle	291	644	2 080	3 050	3 000	288	882	2 039	3 991	3 435	386	1 232	2 653	4 779	4 998	340	1 199	3 257	4 456	6 022
Colón-rectum	50	136	553	729	366	34	151	580	949	514	59	256	677	1 344	886	58	321	866	1 233	1 247
Foie	10	22	74	103	116	11	29	89	165	132	8	43	76	215	257	9	32	125	197	333
Voies biliaires	44	126	311	381	310	41	158	330	513	385	50	232	488	716	703	56	259	682	889	962
Pancréas																				
Fosses nasales, sinus annexes de la face, oreilles moyenne et interne	14	23	74	52	30	12	24	49	63	26	11	35	51	86	44	18	24	54	63	67
Larynx	84	298	594	387	171	70	319	435	411	197	53	304	419	481	238	43	242	478	375	249
Poumon	353	1 081	2 572	2 747	1 544	345	1 282	2 405	3 251	1 694	329	1 847	2 914	3 905	2 789	255	1 694	3 719	3 908	3 712
Mésothéliome de la plèvre	9	20	41	44	33	3	14	54	85	62	2	21	46	92	74	1	17	56	90	126
Os, articulations et cartilages articulaires	62	10	12	12	8	61	20	13	19	12	66	12	19	21	14	75	18	26	21	18
Mélanome de la peau	215	134	155	135	106	279	196	190	223	169	374	293	318	366	283	514	403	586	530	598
Sarcomes des tissus mous	73	30	46	58	45	86	36	56	74	73	82	66	68	94	66	113	65	122	116	139
Pénis	4	12	19	34	40	12	10	18	47	36	11	19	29	39	70	9	10	34	53	89
Prostate	131 ¹	1 313	3 288	4 214 ²	2 05 ¹	2 971	5 894	11 962	19 460	14 029	3 335	7 831	16 756	27 600	22 921	3 385	7 211	23 485	28 547	27 777
Testicule	542	59	41	15	3	587	85	29	10	5	782	144	37	19	12	875	168	53	26	17
Rein	86	198	433	424	225	107	243	421	558	318	133	383	581	786	550	185	405	790	856	791
Vessie	72	215	712	907	916	79	253	616	1 155	1 061	41	291	682	1 289	1 497	31	259	787	1 268	1 903
Mélanome de l'œil	14	15	18	19	8	17	17	19	25	12	13	18	24	32	28	15	18	27	39	26
Système nerveux central	183	111	155	142	54	181	139	184	194	75	205	179	220	259	144	215	174	319	265	262
Thyroïde	106	49	46	45	17	127	89	60	59	24	235	189	182	106	58	246	190	302	158	85
Total (sites)	2 949	5 023	12 561	15 157	13 011	2 971	5 894	11 962	19 460	14 029	3 335	7 831	16 756	27 600	22 921	3 385	7 211	23 485	28 547	27 777
Sous-sites																				
Langue	79	193	306	187	70	65	253	270	207	59	76	235	255	201	93	33	206	309	173	114
Cavité orale	119	276	436	238	89	115	300	295	247	70	65	379	338	250	119	46	250	395	196	127
Oropharynx	129	323	482	270	78	115	330	386	276	94	75	408	370	289	127	40	303	479	264	105
Nasopharynx	21	20	26	19	7	9	20	27	17	12	27	31	30	29	12	21	28	33	19	16
Hypopharynx	105	315	551	299	100	96	317	404	292	94	49	369	391	316	142	20	235	385	244	141
Colón	166	358	1 154	1 792	1 801	158	463	1 095	2 354	2 132	216	652	1 483	2 794	3 153	199	632	1 868	2 700	3 984
Rectum	125	286	926	1 258	1 199	130	419	944	1 637	1 303	170	580	1 170	1 985	1 845	141	567	1 389	1 756	2 038

¹ Pour le cancer de la prostate, données uniquement pour la classe d'âge fusionnée [15;55]

² Période [1989-1993], nombre de cas de cancer de la prostate respectivement de 3 304 et 1 910 pour les classes d'âge [75;85] et [85;++]

³ Période [1994-1998], nombre de cas de cancer de la prostate respectivement de 3 090 et 1 004 pour les classes d'âge [75;85] et [85;++]

⁴ Période [1999-2004], nombre de cas de cancer de la prostate respectivement de 6 491 et 1 332 pour les classes d'âge [75;85] et [85;++]

⁵ Période [2005-2010], nombre de cas de cancer de la prostate respectivement de 7 089 et 1 477 pour les classes d'âge [75;85] et [85;++]

Sites et sous-sites	1989-1993					1994-1998					1999-2004					2005-2010				
	[15;45[	[45;55[	[55;65[	[65;75[	[75;+]	[15;45[	[45;55[	[55;65[	[65;75[	[75;+]	[15;45[	[45;55[	[55;65[	[65;75[	[75;+]	[15;45[	[45;55[	[55;65[	[65;75[	[75;+]
	1	2	1	6	26	1	2	1	5	19	1	2	3	17	21	3	4	6	11	42
Lèvre	14	2	10	16	27	11	22	16	18	32	20	16	16	25	32	21	17	29	25	49
Glandes salivaires	52	107	134	118	121	69	139	133	135	132	91	235	231	168	189	65	256	306	200	243
Tête et cou	8	32	65	60	120	10	30	71	105	124	13	47	63	120	184	8	64	117	104	241
Œsophage	65	73	138	332	890	49	91	128	380	766	83	106	144	354	898	55	118	196	276	860
Estomac	9	15	32	39	48	10	19	31	59	62	10	37	28	98	15	36	78	74	131	
Intestin grêle	282	528	1 285	2 066	3 638	279	656	1 340	2 497	4 049	334	922	1 646	2 921	5 578	374	981	2 046	2 780	6 342
Colo-n-rectum	24	27	58	90	132	18	25	77	167	179	33	55	103	217	361	27	66	140	230	481
Foie	12	22	101	200	345	11	32	88	204	357	8	29	81	201	481	9	61	99	173	524
Voies biliaires	26	55	152	269	442	35	71	169	372	608	39	116	251	582	1 001	56	150	427	653	1 508
Pancréas																				
Fosses nasales, sinus annexes de la face, oreilles moyenne et interne	7	5	5	14	21	1	5	9	12	23	6	11	14	17	26	7	11	13	14	40
Larynx	8	24	22	39	25	3	23	32	36	19	9	32	38	42	32	3	41	50	31	47
Poumon	80	123	282	340	309	134	209	318	483	386	202	471	514	661	766	183	679	990	911	1 257
Mésothéliome de la plèvre	1	2	14	12	6	1	8	8	16	16	1	5	19	33	24	1	6	8	34	38
Os, articulations et cartilages articulaires	43	9	14	9	23	49	8	9	11	14	48	13	15	17	20	46	18	13	19	23
Mélanome de la peau	368	192	181	181	199	454	245	240	236	258	568	377	310	305	374	751	491	554	431	662
Sarcomes des tissus mous	64	22	32	62	55	46	38	42	58	77	77	52	58	69	101	76	58	88	69	144
Sein	2 341	3 208	3 757	3 332	2 940	2 576	4 579	4 307	4 417	3 514	3 437	6 972	6 921	6 628	5 279	3 759	7 189	8 039	6 807	6 724
Vulve et vagin	13	14	40	72	173	24	22	36	102	178	26	36	43	100	228	24	52	68	84	256
Col de l'utérus	478	234	303	281	213	474	242	249	236	251	547	338	187	210	235	487	342	203	190	277
Corps de l'utérus	70	241	663	670	500	67	252	647	786	554	60	326	808	982	829	65	330	1 011	1 144	1 123
Ovaire	208	297	448	437	367	219	319	427	514	432	189	421	527	602	601	210	341	571	582	706
Rein	62	90	235	257	226	63	106	172	333	278	85	160	243	399	448	106	223	344	395	624
Vessie	15	27	89	161	394	22	32	75	189	366	14	33	90	203	480	12	52	112	204	640
Mélanome de l'œil	12	11	24	19	10	6	12	22	36	24	14	23	35	41	34	14	29	31	29	34
Système nerveux central	136	76	114	119	66	119	67	116	187	108	160	121	147	209	177	156	117	198	199	267
Thyroïde	359	179	172	128	93	505	339	232	159	103	834	653	497	284	172	970	753	763	401	225
Total (sites)	4 758	5 617	8 371	9 329	11 409	5 256	7 593	8 995	11 753	12 929	6 909	11 609	13 032	15 479	18 669	7 503	12 485	16 500	16 070	23 508
Sous-sites																				
Langue	12	21	37	26	36	19	25	34	40	34	23	53	48	52	54	22	54	83	60	67
Cavité orale	16	33	36	43	44	16	41	47	44	58	27	72	80	56	85	17	76	80	61	107
Oropharynx	12	28	33	24	32	21	42	30	28	25	21	69	58	34	26	10	84	91	51	46
Nasopharynx	4	6	7	7	3	4	5	3	6	6	13	11	10	7	9	13	9	11	9	6
Hypopharynx	4	13	14	14	6	8	19	17	13	7	6	22	26	17	11	1	24	25	16	13
Colo-n	170	326	803	1 295	2 485	172	365	796	1 597	2 747	194	513	977	1 853	3 801	235	538	1 186	1 794	4 443
Rectum	112	202	482	771	1 153	107	291	544	900	1 302	140	409	669	1 068	1 777	139	443	860	986	1 899

Sites et sous-sites	[15;45[		[45;55[		[55;65[		[65;75[		[75;85[		[85;99[		Total	
	Cas	Décès	Cas	Décès	Cas	Décès	Cas	Décès	Cas	Décès	Cas	Décès	Cas	Décès
Sites														
Lèvre	23	1	41	5	111	18	175	75	202	138			552	237
Glandes salivaires	77	12	73	35	99	51	129	87	144	113			522	298
Tête et cou	1 348	947	5 020	3 699	6 503	5 095	4 245	3 611	1 738	1 574			18 854	14 926
Œsophage	298	269	1 630	1 491	2 870	2 603	2 806	2 611	2 018	1 948			9 622	8 922
Estomac	386	267	871	618	1 883	1 459	3 172	2 641	4 052	3 788			10 364	8 773
Intestin grêle	58	27	132	65	249	138	311	211	308	254			1 058	695
Côlon-rectum	1 305	501	3 957	1 727	10 029	4 920	16 276	9 768	17 455	13 854			49 022	30 770
Foie	201	160	864	729	2 676	2 400	4 255	3 998	3 013	2 900			11 009	10 187
Voies biliaires	38	27	126	102	364	297	680	595	838	783			2 046	1 804
Pancréas	191	150	775	700	1 811	1 698	2 499	2 376	2 360	2 293			7 636	7 217
Fosses nasales, sinus annexes de la face, oreilles moyenne et interne	55	33	106	60	228	140	264	179	167	124			820	536
Larynx	250	110	1 163	648	1 926	1 158	1 654	1 109	855	686			5 848	3 711
Poumon	1 282	1 081	5 904	5 099	11 610	10 201	13 811	12 628	9 739	9 296			42 346	38 305
Mésothéliome de la plèvre	15	14	72	69	197	190	311	304	295	290			890	867
Os, articulations et cartilages articulaires	264	124	60	22	70	45	73	47	52	45			519	283
Mélanome de la peau	1 382	206	1 026	179	1 249	280	1 254	432	1 156	711			6 067	1 808
Sarcomes des tissus mous	354	143	197	87	292	153	342	210	323	250			1 508	843
Pénis	36	11	51	17	100	43	173	84	235	179			595	334
Prostate			2 424	372	15 759	2 710	29 678	9 470			19 974	11 911	4 723	4 141
Testicule	2 786	157	456	42	160	31	70	17	37	27			3 509	274
Rein	511	119	1 229	427	2 225	915	2 624	1 389	1 884	1 364			8 473	4 214
Vessie	223	59	1 018	427	2 797	1 383	4 619	2 939	5 377	4 425			14 034	9 233
Mélanome de l'œil	59	14	68	20	88	36	115	62	74	54			404	186
Système nerveux central	784	479	603	499	878	799	860	830	535	527			3 660	3 134
Thyroïde	714	24	517	62	590	128	368	155	184	129			2 373	498
Sous-sites														
Langue	253	153	887	647	1 140	903	768	633	336	294			3 384	2 630
Cavité orale	345	230	1 205	817	1 464	1 083	931	772	405	350			4 350	3 252
Oropharynx	359	269	1 364	996	1 717	1 314	1 099	929	404	370			4 943	3 878
Nasopharynx	78	29	99	52	116	75	84	70	47	37			424	263
Hypopharynx	270	226	1 236	1 005	1 731	1 443	1 151	1 012	477	457			4 865	4 143
Côlon	739	281	2 105	879	5 600	2 689	9 640	5 685	11 070	8 723			29 154	18 257
Rectum	566	220	1 852	848	4 429	2 231	6 636	4 083	6 385	5 131			19 868	12 513

Sites et sous-sites	[15;45[		[45;55[		[55;65[		[65;75[		[75;++]		Total	
	Cas	Décès	Cas	Décès	Cas	Décès	Cas	Décès	Cas	Décès	Cas	Décès
Sites												
Lèvre	6		10	4	11	1	39	8	108	73	174	86
Glandes salivaires	66	10	57	15	71	18	84	41	140	107	418	191
Tête et cou	277	142	737	440	804	480	621	399	685	555	3 124	2 016
(Esophage	39	27	173	149	316	262	389	346	669	641	1 586	1 425
Estomac	252	165	388	249	606	410	1 342	1 004	3 414	3 067	6 002	4 895
Intestin grêle	44	18	107	44	169	72	244	165	339	285	903	584
Côlon-rectum	1 269	467	3 087	1 205	6 317	2 566	10 264	5 114	19 607	14 667	40 544	24 019
Foie	102	66	173	136	378	310	704	646	1 153	1 099	2 510	2 257
Voies biliaires	40	29	144	107	369	297	778	688	1 707	1 616	3 038	2 737
Pancréas	156	111	392	339	999	908	1 876	1 775	3 559	3 479	6 982	6 612
Fosses nasales, sinus annexes de la face, oreilles moyenne et interne	21	11	32	18	41	26	57	38	110	96	261	189
Larynx	23	5	120	48	142	73	148	88	123	85	556	299
Poumon	599	426	1 482	1 155	2 104	1 720	2 395	2 042	2 718	2 535	9 298	7 878
Mésothéliome de la plèvre	4	3	21	17	49	44	95	89	84	81	253	234
Os, articulations et cartilages articulaires	186	58	48	17	51	22	56	39	80	69	421	205
Mélanome de la peau	2 141	150	1 305	130	1 285	178	1 153	290	1 493	862	7 377	1 610
Sarcomes des tissus mous	263	78	170	56	220	110	258	163	377	311	1 288	718
Sein	12 113	2 449	21 948	3 379	23 024	4 419	21 184	5 854	18 457	11 093	96 726	27 194
Vulve et vagin	87	18	124	42	187	91	358	200	835	695	1 591	1 046
Col de l'utérus	1 986	413	1 156	374	942	421	917	505	976	811	5 977	2 524
Corps de l'utérus	262	48	1 149	238	3 129	751	3 582	1 423	3 006	1 986	11 128	4 446
Ovaire	826	255	1 378	722	1 973	1 230	2 135	1 592	2 106	1 839	8 418	5 638
Rein	316	61	579	133	994	308	1 384	632	1 576	1 096	4 849	2 230
Vessie	63	27	144	67	366	171	757	435	1 880	1 535	3 210	2 235
Mélanome de l'œil	46	6	75	22	112	40	125	55	102	70	460	193
Système nerveux central	571	313	381	282	575	516	714	679	618	598	2 859	2 388
Thyroïde	2 668	34	1 924	63	1 664	118	972	198	593	356	7 821	769
Sous-sites												
Langue	76	33	153	91	202	114	178	111	191	157	800	506
Cavité orale	76	29	222	115	243	144	204	128	294	236	1 039	652
Oropharynx	64	46	223	142	212	124	137	79	129	101	765	492
Nasopharynx	34	9	31	17	31	12	29	17	24	21	149	76
Hypopharynx	19	17	78	52	82	59	60	53	37	33	276	214
Côlon	771	282	1 742	667	3 762	1 544	6 539	3 216	13 476	9 984	26 290	15 693
Rectum	498	185	1 345	538	2 555	1 022	3 725	1 898	6 131	4 683	14 254	8 326

DESCRIPTION DES DONNÉES ANALYSÉES POUR LA TROISIÈME PARTIE DES RÉSULTATS : SURVIE À 1, 5, 10 ET 15 ANS DES PERSONNES DE MOINS DE 75 ANS DIAGNOSTIQUÉES ENTRE 1989 ET 1998 (RESTRICTION AUX REGISTRES COUVRANT L'ENSEMBLE DE LA PÉRIODE 1989-2010)

Sites et sous-sites	Nombre de cas	Répartition parmi les cas (%)		
		Décédés	Censurés	Perdus de vue
Sites				
Tête et cou	9 753	89,0	10,2	0,8
Œsophage	4 327	96,2	3,2	0,6
Estomac	4 335	84,0	13,7	2,2
Côlon-rectum	22 198	65,7	32,2	2,0
Foie	3 668	96,5	2,5	1,0
Voies biliaires	1 173	90,6	8,3	1,1
Pancréas	3 053	96,5	2,9	0,6
Larynx	2 785	77,0	21,4	1,6
Poumon	16 005	94,4	4,7	0,9
Mélanome de la peau	3 624	30,6	64,5	4,9
Sarcomes des tissus mous	823	59,7	37,3	3,0
Sein	28 517	38,6	58,4	3,0
Col de l'utérus	2 497	41,7	53,1	5,2
Corps de l'utérus	3 396	43,0	54,0	3,1
Ovaire	2 869	69,2	29,1	1,8
Prostate	11 500	64,3	34,3	1,5
Testicule	1 368	11,8	83,3	4,9
Rein	3 788	61,4	36,0	2,6
Vessie	4 619	68,5	29,6	2,0
Système nerveux central	2 223	87,5	10,9	1,6
Thyroïde	2 654	17,7	78,6	3,7
Sous-sites				
Langue	1 774	87,8	11,3	0,9
Cavité orale	2 302	86,4	12,7	0,8
Oropharynx	2 529	89,4	10,1	0,5
Hypopharynx	2 481	92,4	6,9	0,6
Côlon	13 064	64,9	33,0	2,0
Rectum	9 134	66,9	31,0	2,1

I TABLEAU 14 I

NOMBRE DE CAS ET DE DÉCÈS DANS LES 15 ANS PAR SITE ET SOUS-SITE, ET CLASSE D'ÂGE
(SUJETS <75 ANS DIAGNOSTIQUÉS ENTRE 1989-1998, REGISTRES COUVRANT 1989-2010)

Sites et sous-sites	[15;45[		[45;55[		[55;65[		[65;75[		Total			
	Cas	Décès	Cas	Décès	Cas	Décès	Cas	Décès	Cas	Décès		
Sites												
Tête et cou	1 006	811			2 705	2 294	3 629	3 295	2 413	2 280	9 753	8 680
Œsophage	229	211			899	863	1 631	1 557	1 568	1 531	4 327	4 162
Estomac	317	222			552	413	1 182	994	2 284	2 014	4 335	3 643
Colon-rectum	1 140	544			2 710	1 426	6 744	4 065	11 604	8 559	22 198	14 594
Foie	126	103			339	312	1 268	1 219	1 935	1 906	3 668	3 540
Voies biliaires	44	39			105	81	352	303	672	640	1 173	1 063
Pancréas	146	125			410	383	962	930	1 535	1 508	3 053	2 946
Larynx	165	98			664	459	1 083	846	873	742	2 785	2 145
Poumon	912	783			2 695	2 452	5 577	5 266	6 821	6 603	16 005	15 104
Mélanome de la peau	1 316	226			767	167	766	267	775	448	3 624	1 108
Sarcomes tissus mous	269	117			126	65	176	110	252	199	823	491
Sein	4 917	1 725			7 787	2 178	8 064	2 898	7 749	4 204	28 517	11 005
Col de l'utérus	952	235			476	177	552	291	517	339	2 497	1 042
Corps de l'utérus	137	32			493	127	1 310	440	1 456	860	3 396	1 459
Ovaire	427	157			616	369	875	641	951	817	2 869	1 984
Prostate			336	164			3 035	1 545	8 129	5 680	11 500	7 389
Testicule	1 129	103			144	21	70	23	25	15	1 368	162
Rein	318	98			637	303	1 261	762	1 572	1 163	3 788	2 326
Vessie	188	60			527	265	1 492	918	2 412	1 919	4 619	3 162
Système nerveux central	619	433			393	336	569	545	642	632	2 223	1 946
Thyroïde	1 097	45			656	88	510	121	391	216	2 654	470
Total (sites)	15 454	6 167	336	164	23 701	12 779	41 108	27 036	54 576	42 275	135 175	88 421
Sous-sites												
Langue	175	107			492	316	647	448	460	331	1 774	1 202
Cavité orale	266	140			650	363	814	502	572	387	2 302	1 392
Oropharynx	277	171			723	455	931	664	598	449	2 529	1 739
Hypopharynx	213	157			664	468	986	732	618	493	2 481	1 850
Côlon	666	254			1 512	604	3 848	1 704	7 038	3 547	13 064	6 109
Rectum	474	175			1 198	493	2 896	1 282	4 566	2 306	9 134	4 256

RAPPELS SUR LES CONCEPTS DE « SURVIE OBSERVÉE » ET DE « SURVIE NETTE »

L'objectif de cette étude est de fournir des estimations de la probabilité de survie à 1, 3, 5, 10 et 15 ans suivant un diagnostic de cancer. Il existe deux probabilités théoriques de survie : la survie observée et la survie nette.

La survie observée est le chiffre le plus simple à interpréter : il correspond à la proportion de personnes survivantes à 1, 3, 5, 10 et 15 ans de la date de diagnostic, toutes causes de décès confondues (du au cancer ou autre cause de décès).

La survie nette est la survie que l'on observerait dans la situation hypothétique où la seule cause de décès possible serait le cancer que l'on étudie.

Le cancer atteint en général plus fréquemment les sujets âgés que les sujets jeunes ; il s'agit donc de personnes qui peuvent décéder de leur cancer mais aussi très fréquemment, du fait de leur âge, de toutes les autres causes de mortalité (cardiovasculaire, par exemple). Si le cancer lui-même est de bon pronostic et entraîne peu de décès, la survie nette sera alors élevée (proche de 100 %). La survie observée, quant à elle, pourra être faible si la mortalité due aux autres causes de décès est importante (e.g., pour une population d'étude très âgée). Si l'on veut comparer deux pays dans leur aptitude à soigner efficacement les personnes atteintes de cancer, la survie nette est l'indicateur approprié car elle s'affranchit des éventuelles disparités de mortalité liées aux autres causes entre ces deux pays, ce qui n'est pas le cas avec la survie observée. Dans la même logique, pour comparer l'efficacité des soins oncologiques entre deux périodes dans un même pays, la survie nette doit être utilisée car l'intensité de la mortalité liée aux autres causes peut varier entre les deux périodes. En résumé, la survie nette est le seul indicateur permettant des comparaisons internationales et temporelles, et est pour cette raison un indicateur essentiel en épidémiologie et santé publique.

ESTIMATION DE LA SURVIE OBSERVÉE

La survie observée a été estimée à l'aide de la méthode de Kaplan-Meier sur données individuelles. Les intervalles de confiance (IC) à 95 % fournis avec chaque estimation ont été calculés en faisant l'hypothèse que le logarithme du taux cumulé suivait une loi normale.

ESTIMATION DE LA SURVIE NETTE ET DU TAUX DE MORTALITÉ EN EXCÈS

Les estimations de survie nette de cet ouvrage ont été obtenues à partir de la méthode proposée par Pohar-Perme en 2012 [1].

Comme l'ensemble des méthodes classiquement utilisées pour estimer la survie nette à partir de données de registres de cancers (méthodes historiquement appelées de « survie relative »), elle ne requiert pas la connaissance de la cause de décès. La survie nette résulte du taux de mortalité en excès, qui représente la surmortalité due au cancer qui vient s'ajouter à la mortalité liée aux autres causes. La survie nette est estimée à partir de la mortalité observée dans l'étude (toutes causes confondues) et de la mortalité attendue (due aux autres causes de décès). Cette dernière est supposée être correctement reflétée par la mortalité de la population générale en France ; celle-ci a été obtenue à partir de tables de mortalité fournies par l'Institut national de la statistique (Insee) pour la période 1975-2012, tables qui sont déclinées par sexe, âge, année et département. Ces taux de mortalité en excès de la population générale ont été au préalable lissés à l'aide d'un modèle de Poisson incluant un spline de lissage bidimensionnel de l'âge et de l'année de décès, à partir de l'âge de 15 ans, séparément pour chaque département français et pour chaque sexe. Les taux de mortalité de 2013 ont été obtenus par projections à l'aide du même modèle.

Les survies nettes présentées dans les tableaux de résultats par localisation tumorale proviennent directement de la méthode de Pohar-Perme. Pour la représentation graphique, ces survies ont été lissées à partir d'un spline d'interpolation afin de rendre les courbes plus lisibles. Les taux de mortalité instantanés en excès ont été obtenus en trois étapes : i) lissage très souple du taux cumulé, ii) dérivation du taux cumulé lissé et enfin iii) lissage du taux obtenu à l'étape ii). Il faut noter que ces deux lissages (pour la survie et le taux) ont été faits indépendamment et peuvent, dans de rares cas, présenter quelques incohérences mathématiques mineures, sans toutefois compromettre l'information diffusée.

Remarque

La méthode utilisée pour estimer la survie nette suppose que la mortalité « autres causes » des personnes atteintes de cancer peut être approchée par la mortalité « toutes causes » de la population générale : cette hypothèse est en général acceptable (voir l'article de Sarfati pour une discussion sur ce point [2]).

STANDARDISATION

Pour pouvoir effectuer des comparaisons internationales et temporelles, la survie nette doit être standardisée sur l'âge. Les poids associés à chaque tranche d'âge, et utilisés pour la standardisation sont issus de la publication de Corazziari [3] : ce standard se nomme « standard ICSS » (International Cancer Survival Standards) (tableaux 1 et 2).

Références

- [1] Perme MP, Stare J, Estève J. On estimation in relative survival. *Biometrics* 2012;68(1):113-20.
- [2] Sarfati D, Blakely T, Pearce N. Measuring cancer survival in populations: relative survival vs cancer-specific survival. *Int J Epidemiol* 2010;39:598-610.
- [3] Corazziari I, Quinn M, Capocaccia R. Standard cancer patient population for age standardising survival ratios. *Eur J Cancer* 2004;40(15):2307-16.

I TABLEAU 1 | TYPE DE POIDS UTILISÉ SELON LE CANCER (STANDARD ICSS)	
Sites et sous-sites	Type de poids
Lèvre, Langue, Cavité orale, Glandes salivaires, Oropharynx, Hypopharynx, Tête et cou, Œsophage, Estomac, Intestin grêle, Côlon, Rectum, Côlon-rectum, Foie, Voies biliaires, Pancréas, Fosses nasales, sinus annexes de la face, oreilles moyenne et interne, Larynx, Poumon, Mésothéliome de la plèvre, Sein, Vulve et vagin, Corps utérin, Ovaire, Pénis, Rein, Vessie, Mélanome de l'œil	1
Nasopharynx, Os, articulations et cartilages articulaires, Mélanome de la peau, Sarcomes des tissus mous, Col utérin, Système nerveux central, Thyroïde	2
Testicule	3
Prostate	Prostate

I TABLEAU 2 | DISTRIBUTION DES POIDS SELON L'ÂGE (STANDARD ICSS)		
Type de poids	Âge	Poids %
1	[15;45[	7
	[45;55[	12
	[55;65[	23
	[65;75[	29
	[75;++[	29
2	[15;45[	28
	[45;55[	17
	[55;65[	21
	[65;75[	20
	[75;++[	14
3	[15;45[	60
	[45;55[	10
	[55;65[	10
	[65;75[	10
	[75;++[	10
Prostate	[15;55[	19
	[55;65[	23
	[65;75[	29
	[75;85[	23
	[85;++[	6

PROCÉDURES PARTICULIÈRES

Regroupement de classes d'âge et restriction des tableaux présentés

Les données présentées dans les tableaux de résultats ont été adaptées selon le site, du fait d'effectifs parfois insuffisants. Ces choix ont été faits *a priori*, en considérant qu'un effectif minimum de 40 personnes était nécessaire pour chacune des strates des tableaux présentés et, pour les tableaux présentant la survie nette standardisée, pour chacune des classes d'âge impliquées dans la standardisation. En cas d'effectifs insuffisants, les tableaux ne sont pas présentés. Toutefois, pour certains tableaux, des regroupements d'âge ont été effectués pour atteindre des effectifs suffisants : ils sont dans ce cas appliqués pour l'ensemble des tableaux de la fiche-type de résultats par site ou sous-site (tableau 3). Lorsque les effectifs étaient trop faibles pour présenter les tendances de la survie par période de diagnostic, seule une ligne « toutes périodes » est présentée (partie 2 dite « réduite » du tableau 3). Le taux de mortalité en excès à 10 ans par période de diagnostic est présenté seulement pour les 10 sites les plus fréquents (tableau 3). La survie à 15 ans pour les cas de moins de 75 ans au diagnostic (partie 3) est présentée pour les sites avec au moins 40 survivants à 10 ans dans chaque classe d'âges (tableau 3).

Suivi maximum disponible

Dans un cas (mésothéliome pleural), le suivi maximum disponible était inférieur à 10 ans pour la dernière classe d'âge. Plus précisément, pour les 379 personnes de 75 ans et plus, atteintes d'un mésothéliome de la plèvre incluses pour l'analyse des tendances de la survie, le suivi maximum était de 3 539 jours, soit environ 9,7 ans. La survie donnée « à 10 ans » correspond à la survie estimée au dernier temps disponible, soit la survie à 9,7 ans.

I TABLEAU 3 I

REGROUPEMENT D'ÂGE ET RESTRICTION DES TABLEAUX DE RÉSULTATS PRÉSENTÉS POUR CHAQUE SITE OU SOUS-SITE

Sites et sous-sites	Regroupement d'âge	Tendances de la survie (partie 2)	Tendances du taux de mortalité en excès jusqu'à 10 ans (partie 2)	Survie à 15 ans (partie 3)
Sites				
Lèvre		Réduite ¹		
Glandes salivaires	15-55 ans	Réduite ¹		
Tête et cou		Oui	Oui	Oui
Œsophage	15-55 ans	Oui		Oui
Estomac		Oui		Oui
Intestin grêle	15-55 ans	Oui		
Côlon-rectum		Oui	Oui	Oui
Foie	15-55 ans	Oui	Oui	Oui
Voies biliaires	15-55 ans	Oui		Oui
Pancréas	15-55 ans	Oui	Oui	Oui
Cavités nasales ²	15-55 ans	Réduite ¹		
Larynx	15-55 ans	Oui		Oui
Poumon		Oui	Oui	Oui
Mésothéliome de la plèvre	15-55 ans	Réduite ¹		
Os ³		Réduite ¹		
Mélanome de la peau		Oui	Oui	Oui
Sarcomes des tissus mous		Oui		Oui
Sein		Oui	Oui	Oui
Vulve et vagin		Réduite ¹		
Col utérin		Oui		Oui
Corps utérin		Oui		Oui
Ovaire		Oui		Oui
Pénis	15-55 ans	Réduite ¹		
Prostate		Oui	Oui	Oui
Testicule	≥65 ans	Réduite ¹		Oui
Rein		Oui	Oui	Oui
Vessie	15-55 ans	Oui	Oui	Oui
Mélanome de l'œil		Réduite ¹		
Système nerveux central		Oui		Oui
Thyroïde		Oui		Oui
Sous-sites				
Langue		Oui		Oui
Cavité orale		Oui		Oui
Oropharynx	15-55 ans	Oui		Oui
Nasopharynx		Réduite ¹		
Hypopharynx	15-55 ans	Réduite ¹		Oui
Côlon		Oui	Oui	Oui
Rectum		Oui	Oui	Oui

¹ Du fait d'effectifs trop faibles, les résultats sur la survie nette par période de diagnostic selon le sexe et l'âge peuvent être absents.² Inclus les fosses nasales, les sinus annexes de la face et les oreilles moyenne et interne.³ Os, articulations et cartilages articulaires.

Présentation des résultats et guide de lecture

Auteurs : L. Remontet, Z. Uhry, N. Voirin, N. Bossard

L'ensemble des résultats de l'analyse de survie est fourni pour chaque site ou sous-site de la façon suivante :

SURVIE À 1, 3 ET 5 ANS DES PERSONNES DIAGNOSTIQUÉES ENTRE 2005 ET 2010

Cette section présente les résultats de survie des cas diagnostiqués entre le 1^{er} janvier 2005 et le 31 décembre 2010 et provenant de l'ensemble des registres participant à l'étude (cf. tableau 1 du chapitre « Matériel » p. 6).

Les estimations de la survie observée et de la survie nette à 1, 3 et 5 ans, accompagnées de leurs IC à 95 %, sont présentées :

- en fonction du sexe, tous âges confondus (tableau 1) ;
- en fonction de l'âge, tous sexes confondus (tableau 3 et figure 1).

Pour les sites concernant les deux sexes, les estimations de la survie nette à 1, 3 et 5 ans, accompagnées de leurs IC à 95 %, pour chaque classe d'âge, chez l'homme et chez la femme séparément, font l'objet du tableau 4.

Les estimations de la survie nette standardisée pour l'âge (standard ICSS) à 1, 3 et 5 ans, accompagnées de leurs IC à 95 %, sont présentées en fonction du sexe dans le tableau 2.

La figure 2 montre la dynamique (c'est-à-dire l'évolution) du taux de mortalité en excès en fonction du temps de suivi pour l'ensemble des patients et par tranche d'âge.

TENDANCES DE LA SURVIE À 1, 5 ET 10 ANS POUR LES PERSONNES DIAGNOSTIQUÉES ENTRE 1989 ET 2010

Cette section présente les résultats de survie des cas diagnostiqués entre le 1^{er} janvier 1989 et le 31 décembre 2010, et provenant des registres couvrant l'ensemble de la période 1989-2010 (cf. tableau 1 du chapitre « Matériel », colonne « Inclusion pour les analyses de tendances » p. 6).

Les estimations de survies observées et nettes à 1, et 10 ans, accompagnées de leurs IC à 95 %, sont présentées tableau 5 par période de diagnostic. Les estimations de survies nettes à 1, 5 et 10 ans, standardisées pour l'âge et accompagnées de leurs IC à 95 %, sont présentées tableau 6 par période de diagnostic et par sexe. Le tableau 7 présente les estimations de survie nette par période de diagnostic et par classe d'âge, accompagnées de leurs IC à 95 %. Dans les tableaux 5 à 7, du fait d'un recul insuffisant, les survies à 10 ans ne sont pas disponibles (ND = Non disponible) pour la période 2005-2010 (la date de point étant en juin 2013).

La figure 3 montre la dynamique du taux de mortalité en excès en fonction du temps de suivi et selon la période de diagnostic, pour l'ensemble des patients et par tranche d'âge. Pour les cas diagnostiqués en 2005-2010, la courbe s'interrompt à 5 ans, le recul étant inférieur à 10 ans pour ces cas (date

de point en juin 2013). Cette figure 3 est particulièrement intéressante pour une analyse fine des tendances de la survie (cf. section « Point particulier : les figures des taux de mortalité en excès »). Elle n'est présentée que lorsque les effectifs des cas du cancer étudié ont été jugés suffisants (cf. tableau 3 du chapitre « Aspects méthodologiques » p. 27).

Avertissement

Comme indiqué dans le chapitre « Description de la base de données », les populations analysées pour produire les première et deuxième parties des résultats sont différentes, ce qui explique la différence (relative) entre les résultats de survie observée et nette à 1 et 5 ans de la période 2005-2010 et ceux de la période 1989-2010.

SURVIE À 1, 5, 10 ET 15 ANS DES PERSONNES DE MOINS DE 75 ANS DIAGNOSTIQUÉES ENTRE 1989 ET 1998

Cette section présente les résultats de survie des cas de moins de 75 ans diagnostiqués entre le 1^{er} janvier 1989 et le 31 décembre 1998, et provenant des registres couvrant l'ensemble de la période 1989-2010 (cf. tableau 1 du chapitre « Matériel », colonne « Inclusion pour les analyses de tendances » p. 6). Cette section ne présente que les cas 1989-1998 afin d'avoir le recul suffisant de 15 ans.

Les estimations de la survie nette selon l'âge et la période de diagnostic à 1, 5, 10 et 15 ans, accompagnées de leurs IC à 95 %, sont présentées dans le tableau 8.

Cette section n'est présentée que lorsque les effectifs des cas ont été jugés suffisants.

POINT PARTICULIER : LES FIGURES DES TAUX DE MORTALITÉ EN EXCÈS

Les figures 2 et 3 sont peu habituelles dans les études de survie et nécessitent quelques explications. Elles représentent la dynamique (c'est-à-dire l'évolution) du taux de mortalité instantané λ_c , taux de mortalité due au cancer, (noté λ dans la suite pour alléger l'écriture) en fonction du temps t , délai depuis le diagnostic. Ce taux et la survie nette sont directement liés l'un à l'autre ; en effet, $S(t) = \exp[-A(t)]$ où $A(t)$ est le taux cumulé de mortalité due au cancer, qui est l'intégrale du taux instantané λ entre 0 et t .

Ce taux de mortalité en excès est exprimé en décès par personne-années. La valeur maximale en ordonnée de ces figures 2 et 3 est très différente en fonction des sites. Elle est égale à « 2 décès par personne-année » pour les cancers de très mauvais pronostic ; elle atteint « 1 décès par personne-année » pour les cancers de pronostic « moyen ». Elle atteint « 0,25 décès par personne-année » pour certains cancers de bon pronostic. Les échelles peuvent donc être très différentes

d'un cancer à l'autre : ceci doit être pris en compte afin d'éviter des interprétations hâtives, basées sur la seule impression graphique.

Le taux de mortalité en excès de ces figures 2 et 3 traduit la force de mortalité due au cancer subie par les personnes survivantes. Pour mesurer de façon intuitive l'intensité de cette force, on peut la rapprocher de la probabilité annuelle de décès. En effet :

- quand ce taux est « mathématiquement » faible (disons inférieur ou égal à 0,1), il correspond approximativement à la probabilité de décéder dans l'année. Ceci résulte de la propriété mathématique qui permet d'approcher $\exp(-x)$ par $1-x$ quand x est petit. Par exemple, supposons un taux constant durant un an et égal à 0,05 : la probabilité de survie à un an correspondante est $\exp(-0,05)=0,951$, soit une probabilité de décéder dans l'année de $1-0,951=0,049$. On peut donc dire que 4,9 % des individus décéderont au cours de l'année, ce qui correspond approximativement au taux annuel de départ (0,05). Cet exemple montre que ce chiffre de 5 % est suffisamment petit pour autoriser l'approximation mathématique (il traduit toutefois une force de mortalité due au cancer non négligeable d'un point de vue clinique) ;
- quand ce taux est plus élevé, disons égal à 2 décès par personne-année, la probabilité de survie à un an correspondante est $\exp(-2)=0,13$, soit une probabilité de décéder dans l'année de $1-0,13=0,87$. Un taux égal à 2 peut provenir d'une situation où 25 personnes sont suivies en moyenne 0,2 année et où on observe 10 décès et 15 censures (taux=10/(25x0,2)). Toutefois, de telles valeurs élevées du taux (observées la plupart du temps en début de suivi) ne se maintiennent que rarement à un tel niveau durant une année. Il est alors plus approprié d'exprimer le taux en décès par personne-mois ; par exemple, un taux de 1 décès par personne-années correspond à un taux de 0,08 décès par personne-mois (1/12), soit une probabilité de décéder durant le mois d'environ 8 %.

Les courbes présentées sur les différentes figures 2 et 3 des chapitres suivants partent souvent de valeurs élevées pour rejoindre la plupart du temps des valeurs faibles ; toutefois, dans le cas de cancers graves, si le taux de mortalité en excès paraît proche de zéro en fin de suivi, il ne s'applique qu'à un très faible nombre de survivants. Nous encourageons le lecteur à garder à l'esprit cette remarque et à considérer le niveau du taux et sa dynamique au cours du suivi : le taux de mortalité en excès est-il principalement élevé dans la première année suivant le diagnostic, ou est-il au contraire élevé de façon durable ?

Intérêts de la figure 3

La figure 3 présente sur un même graphe pour « Tous âges » et pour chaque classe d'âge, la dynamique du taux pour les cas diagnostiqués en 1989-1993, en 1994-1998, en 1999-2004 et en 2005-2010. Elle n'a été produite que pour les sites pour lesquels les effectifs étudiés étaient jugés suffisants (10 sites) (cf. tableau 3 du chapitre « Aspects méthodologiques » p. 27). Cette représentation des dynamiques selon la période de diagnostic est particulièrement intéressante car elle permet de mieux comprendre l'évolution des survies nettes à 1, 5 et 10 ans fournies dans le tableau 7.

En effet, le tableau 7 du côlon-rectum par exemple nous montre que la survie nette à 10 ans des 45-54 ans s'est améliorée (les cas 45-54 ans diagnostiqués en 1989-1993 ayant une survie nette à 10 ans de 51 % alors que celle des cas 45-54 ans diagnostiqués en 1999-2004 est de 60 %). Toutefois, il est assez difficile à partir de ce seul tableau 7 de savoir à quel moment la mortalité a baissé : est-ce la mortalité précoce (c'est-à-dire dans les toutes premières années suivant le diagnostic) qui a baissé ou est-ce plutôt (par exemple) la mortalité entre 5 et 10 ans qui explique ce gain de survie à 10 ans entre les cas 1989-1993 et ceux de 1999-2004.

La figure 3 nous fournit la réponse à cette question : les cas 1999-2004 ont un taux de mortalité entre 0 et environ 4 ans après le diagnostic inférieur à celui des cas 1989-1993. En revanche, les taux entre 4 et 10 ans sont identiques entre les deux populations. Le gain de survie à 10 ans s'explique donc par une baisse de la mortalité « précoce ».

Cette figure 3, en permettant une analyse plus fine des tendances, contribuera ainsi au débat sur l'origine des améliorations de la survie, en étayant ou non les différentes hypothèses qui peuvent expliquer cette amélioration (effet dépistage, amélioration de la prise en charge initiale, amélioration de la prise en charge des récidives...).



Données par localisation tumorale

Description de la localisation étudiée

Lèvre	CIM-O-3	Correspondance en CIM-O-2	Correspondance en CIM-O-1	Correspondance en CIM-10
	Topographie	C00.0 à C00.9	C00.0 à C00.9	140.0 à 140.9	C00.0 à C00.9
Morphologie	Toutes, sauf tumeurs hématologiques ; comportement tumoral /3			

Les cancers étudiés ici correspondent aux tumeurs situées sur les lèvres supérieure et inférieure. Sur les faces externes, seules sont prises en compte les tumeurs siégeant sur le vermillon. Les tumeurs des zones cutanées de la lèvre sont classées avec les tumeurs de la peau (C44.0). Les tumeurs siègent principalement sur la lèvre inférieure. La majorité des cancers de la lèvre sont des carcinomes épidermoïdes.

Incidence

D'après les données des registres français, pour la période 2003-2007, les taux d'incidence standardisés sur la population mondiale de ces cancers variaient, selon les registres, de 0,2 à 1,7 pour 100 000 chez les hommes et de 0,1 à 0,6 chez les femmes [1].

Population d'étude

Cette étude a porté sur 412 cas pour l'analyse sur la période 2005-2010 et sur 726 cas pour l'analyse des tendances 1989-2010.

Remarque

En raison d'un nombre de cas et/ou de décès insuffisants (ou de leur répartition dans le temps), certains indicateurs n'ont pu être produits (survie nette selon l'âge par exemple) et certains tableaux/figures sont incomplets ou absents.

Survie sur la période la plus récente (2005-2010)

Survie observée et survie nette

La survie observée et la survie nette 5 ans après le diagnostic étaient respectivement de 70 % et 83 % (tableau 1).

Variation selon le sexe

La survie nette à 5 ans était de 86 % chez les hommes et de 76 % chez les femmes. L'écart de survie entre hommes et femmes apparaissait au-delà de la troisième année après le diagnostic (tableau 1).

Tendances de la survie nette sur l'ensemble de la période (1989-2010)

Sur l'ensemble de la période, la survie observée et la survie nette à 10 ans étaient respectivement de 49 % et 84 % (tableau 5). Après standardisation, la survie nette à 10 ans était de 84 % (tableau 6). La survie nette à 10 ans sur l'ensemble de la période est également présentée pour les différentes classes d'âge. Elle diminuait avec l'âge, passant de 99 % pour les sujets de moins de 45 ans à 77 % pour les 75 ans et plus (tableau 7).

Références

- [1] Forman D, Bray F, Brewster DH, Gombe Mbalawa C, Kohler B, Piñeros M, *et al.* Cancer Incidence in Five Continents, Vol. X [Internet]. Lyon : International Agency for Research on Cancer; 2013. [consulté le 23/01/2015]. Disponible à partir de l'URL : <http://ci5.iarc.fr>.
- [2] Daly-Schveitzer N, Cabarrot E, Guimbaud R, Moyal E. Lèvres. In: Cancérologie clinique. Paris : Masson; 2003. p. 26-8.
- [3] Survival of Cancer Patients in Europe The EURO CARE-5 Study [Internet]. Roma : Istituto Superiore di Sanità [consulté le 06/03/2015]. Disponible à partir de l'URL : <https://w3.iss.it/site/EU5Results/>.

Tendances globales

La survie nette à 1 an restait stable passant de 99 % pour les cas diagnostiqués en 1989-1993 à 96 % pour les cas diagnostiqués en 2005-2010 (tableau 5).

La survie nette à 5 ans tendait à diminuer passant de 90 % pour les cas diagnostiqués en 1989-1993 à 76 % pour les cas diagnostiqués en 2005-2010 (tableau 5).

La survie nette à 10 ans variait peu sur les périodes disponibles. Elle passait de 78 % pour les cas diagnostiqués en 1989-1993 à 80 % pour les cas diagnostiqués en 1999-2004 (tableau 5).

Commentaires

Ces cancers sont liés à la consommation de tabac et/ou à l'exposition solaire [2].

Dans la dernière étude EURO CARE, la France a une survie supérieure à la moyenne européenne et proche de celle des pays du nord [3].

La survie à moyen et long terme des personnes atteintes de cancer de la lèvre est élevée car leur symptomatologie clinique permet un diagnostic souvent précoce donc une moindre extension ganglionnaire et un bon pronostic. Par conséquent, la chirurgie et/ou la curiethérapie interstitielle, qui sont les traitements habituels de ces cancers [2], permettent la plupart du temps la guérison.

SURVIE À 1, 3 ET 5 ANS DES PERSONNES DIAGNOSTIQUÉES ENTRE 2005 ET 2010 (TOUS REGISTRES)

I TABLEAU 1 I SURVIE OBSERVÉE ET NETTE (%) À 1, 3 ET 5 ANS SELON LE SEXE [IC À 95 %]

	1 an		3 ans		5 ans	
	observée	nette	observée	nette	observée	nette
Homme	94 [91-97]	97 [94-100]	83 [79-87]	93 [88-98]	73 [68-79]	86 [79-95]
Femme	90 [84-96]	95 [89-100]	71 [62-80]	81 [71-92]	60 [51-71]	76 [63-91]
Tous	93 [90-95]	96 [94-99]	80 [76-84]	90 [85-94]	70 [65-75]	83 [77-91]

I TABLEAU 2 I SURVIE NETTE STANDARDISÉE (%) À 1, 3 ET 5 ANS SELON LE SEXE [IC À 95 %]

Non présenté du fait d'effectifs par sexe et classe d'âge trop faibles.

I TABLEAU 3 I SURVIE OBSERVÉE ET NETTE (%) À 1, 3 ET 5 ANS SELON L'ÂGE [IC À 95 %]

Non présenté du fait d'effectifs par classe d'âge trop faibles.

I TABLEAU 4 I SURVIE NETTE (%) À 1, 3 ET 5 ANS SELON L'ÂGE, CHEZ L'HOMME ET CHEZ LA FEMME [IC À 95 %]

Non présenté du fait d'effectifs par sexe et classe d'âge trop faibles.

I FIGURE 1 I SURVIE NETTE SELON L'ÂGE EN FONCTION DU TEMPS DEPUIS LE DIAGNOSTIC

Non présentée du fait d'effectifs par classe d'âge trop faibles.

I FIGURE 2 I TAUX DE MORTALITÉ EN EXCÈS EN FONCTION DU TEMPS DEPUIS LE DIAGNOSTIC, TOUS ÂGES ET PAR CLASSE D'ÂGE

Non présentée du fait d'effectifs par classe d'âge trop faibles.

TENDANCES DE LA SURVIE À 1, 5 ET 10 ANS POUR LES PERSONNES DIAGNOSTIQUÉES ENTRE 1989 ET 2010 (RESTRICTION AUX REGISTRES COUVRANT L'ENSEMBLE DE LA PÉRIODE 1989-2010)

I TABLEAU 5 I	SURVIE OBSERVÉE ET NETTE (%) À 1, 5 ET 10 ANS PAR PÉRIODE DE DIAGNOSTIC [IC à 95 %]					
	1 an		5 ans		10 ans	
	observée	nette	observée	nette	observée	nette
1989-1993	94 [91-98]	99 [95-100]	71 [65-77]	90 [81-100]	50 [43-57]	78 [63-97]
1994-1998	91 [86-95]	95 [90-100]	65 [58-73]	85 [75-96]	51 [44-59]	100 [81-100]
1999-2004	95 [92-98]	98 [95-100]	73 [67-80]	91 [81-100]	50 [43-58]	80 [63-100]
2005-2010	93 [89-97]	96 [92-100]	66 [58-74]	76 [66-87]	ND	ND
Toutes périodes	93 [91-95]	97 [95-99]	69 [65-72]	86 [81-91]	49 [45-54]	84 [74-94]

ND : Non disponible.

I TABLEAU 6 I	SURVIE NETTE STANDARDISÉE (%) À 1, 5 ET 10 ANS SELON LE SEXE PAR PÉRIODE DE DIAGNOSTIC [IC à 95 %]		
	Tous sexes		
	1 an	5 ans	10 ans
Toutes périodes	98 [96-99]	88 [84-92]	84 [77-92]

Le détail par sexe et période de diagnostic n'est pas présenté du fait d'effectifs trop faibles pour la standardisation.

I TABLEAU 7 I	SURVIE NETTE (%) À 1, 5 ET 10 ANS SELON L'ÂGE PAR PÉRIODE DE DIAGNOSTIC [IC à 95 %]		
	1 an	5 ans	10 ans
Âge [15;45[
Toutes périodes	97 [90-100]	97 [91-100]	99 [92-100]
Âge [45;55[
Toutes périodes	98 [95-100]	86 [75-97]	85 [74-99]
Âge [55;65[
Toutes périodes	100 [98-100]	96 [91-100]	96 [87-100]
Âge [65;75[
Toutes périodes	98 [96-100]	86 [80-93]	78 [69-89]
Âge [75;++[
Toutes périodes	96 [92-100]	81 [72-92]	77 [59-100]

Le détail par période de diagnostic n'est pas présenté du fait d'effectifs par classe d'âge trop faibles.

Description de la localisation étudiée

Langue	CIM-O-3	Correspondance en CIM-O-2	Correspondance en CIM-O-1	Correspondance en CIM-10
	Topographie	C01.9 et C02.0 à C02.9	C01.9 et C02.0 à C02.9	141.0 à 141.9	C01 et C02.0 à C02.9
Morphologie	Toutes, sauf tumeurs hématologiques ; comportement tumoral /3			

Les cancers de la langue sont répartis en cancers de la base de langue (40 %) et en cancers de la langue mobile (60 %). La forme histologique la plus fréquente est le carcinome épidermoïde.

Incidence

D'après les données des registres français, pour la période 2003-2007, les taux d'incidence standardisés sur la population mondiale de ces cancers variaient, selon les registres, de 2,9 à 4,9 pour 100 000 chez les hommes et de 0,5 à 1,6 chez les femmes [1].

Population d'étude

Cette étude a porté sur 2 376 cas pour l'analyse sur la période 2005-2010 et sur 4 184 cas pour l'analyse des tendances 1989-2010.

Remarque

En raison d'un nombre de cas et/ou de décès insuffisants (ou de leur répartition dans le temps), certains indicateurs n'ont pu être produits (survie nette selon l'âge par exemple) et certains tableaux/figures sont incomplets ou absents.

Survie sur la période la plus récente (2005-2010)

Survie observée et survie nette

La survie observée et la survie nette 5 ans après le diagnostic étaient respectivement de 38 % et 42 % (tableau 1).

La survie nette diminuait avec l'âge passant de 65 % à 5 ans chez les sujets les plus jeunes à 40 % pour les plus âgés (tableaux 3 et 4, figure 1).

Variation selon le sexe et l'âge

La survie nette à 5 ans était de 39 % chez les hommes et de 52 % chez les femmes (tableau 1). Après standardisation, la survie nette à 5 ans était de 38 % chez les hommes et 52 % chez les femmes (tableau 2). La survie était donc meilleure chez les femmes. Ce meilleur pronostic était observé pour toutes les tranches d'âge 3 et 5 ans après le diagnostic, mais était plus marqué à partir de 55 ans (tableau 4).

Globalement, l'excès de mortalité était maximal au cours de la première année suivant le diagnostic puis diminuait progressivement. Cet excès de mortalité était beaucoup plus faible chez les sujets jeunes (moins de 45 ans). Il était plus précoce et plus important chez les sujets de 65 ans et plus (figure 2).

Références

- [1] Forman D, Bray F, Brewster DH, Gombe Mbalawa C, Kohler B, Piñeros M, *et al.* Cancer Incidence in Five Continents, Vol. X [Internet]. Lyon: International Agency for Research on Cancer; 2013. [consulté le 23/01/2015]. Disponible à partir de l'URL : <http://ci5.iarc.fr>.
- [2] Survival of Cancer Patients in Europe The EUROCARE-5 Study [Internet]. Roma : Istituto Superiore di Sanità [consulté le 06/03/2015]. Disponible à partir de l'URL : <https://w3.iss.it/site/EU5Results>.
- [3] Howlader N, Noone AM, Krapcho M, Garshell J, Miller D, Altekruse SF, *et al.* SEER Cancer Statistics Review, 1975-2011 [Internet]. Bethesda: National Cancer Institute; 2014. [consulté le 02/03/2015]. Disponible à partir de l'URL : http://seer.cancer.gov/csr/1975_2011.
- [4] Jégu J, Colonna M, Daubisse-Marliac L, Trétarre B, Ganry O, Guizard AV, *et al.* The effect of patient characteristics on second primary cancer risk in France. BMC Cancer [Internet] 2014. [consulté le 02/03/2015];14:94. Disponible à partir de l'URL : <http://www.biomedcentral.com/1471-2407/14/94>.

Tendances de la survie nette sur l'ensemble de la période (1989-2010)

Sur l'ensemble de la période, la survie observée et la survie nette à 10 ans étaient respectivement de 20 % et 24 % (tableau 5). Après standardisation, la survie nette à 10 ans était de 24 % (tableau 6).

Tendances globales

La survie nette à 1 an tendait à s'améliorer passant de 69 % pour les cas diagnostiqués en 1989-1993 à 72 % pour les cas diagnostiqués en 2005-2010 (tableau 5). Après standardisation, les chiffres correspondants étaient de 65 % et 70 % (tableau 6).

La survie nette à 5 ans s'améliorait nettement passant de 34 % pour les cas diagnostiqués en 1989-1993 à 42 % pour les cas diagnostiqués en 2005-2010 (tableau 5). Après standardisation, les chiffres correspondants étaient de 33 % et 44 % (tableau 6).

La survie nette à 10 ans variait peu sur les périodes disponibles. Elle passait de 21 % pour les cas diagnostiqués en 1989-1993 à 26 % pour les cas diagnostiqués en 1999-2004 (tableau 5). Après standardisation, les chiffres correspondants étaient de 23 % et 24 % (tableau 6).

Tendances selon le sexe

Aucune étude de tendance selon le sexe n'a été réalisée du fait d'effectifs trop faibles pour la standardisation chez les femmes (tableau 6).

Tendances selon l'âge

L'amélioration de la survie était très importante pour les sujets de moins de 45 ans dès la première année suivant le diagnostic et se prolongeait à 10 ans. Pour les autres tranches d'âge, le gain de survie était moindre et concernait essentiellement la survie à 5 ans (tableau 7).

Survie à 15 ans chez les personnes âgées de moins de 75 ans

La survie nette à 15 ans variait entre 28 % et 10 % en fonction de l'âge pour les cas diagnostiqués en 1989-1998 (tableau 8).

Commentaires

Dans la dernière étude EUROCORE, la France a une survie inférieure à la moyenne européenne et à celle des pays du nord. Elle occupe une mauvaise position au sein des pays du sud et du centre de l'Europe [2].

Aux États-Unis, les données du SEER program montrent un taux de survie relative à 5 ans supérieur : pour la période 2004-2010, ce taux est de 62,7 % [3]. Cependant ces comparaisons sont difficiles car les méthodes de calcul diffèrent.

La survie de ces cancers est péjorative de par leur diagnostic à un stade avancé et la complexité du traitement. Cette survie continue de se dégrader à 15 ans de suivi, peut-être du fait des comorbidités ou du risque important de deuxième cancer chez ces personnes [4].

Cependant, pour la première fois, une amélioration de la survie est observée et elle est plus marquée chez les personnes jeunes.

Cette amélioration pourrait être rapportée à une fréquence accrue des cancers liés au Human papillomavirus (HPV). Le HPV est reconnu comme facteur de risque des cancers de l'oropharynx (dont la base de la langue) et les personnes atteintes d'un cancer des voies aérodigestives supérieures lié au HPV ont un meilleur pronostic lié à une sensibilité accrue à la chimiothérapie et à la radiothérapie [5]. La prévalence du HPV dans les cancers de l'oropharynx a augmenté dans les dernières décennies en Europe et aux États-Unis [5]. En France, il existe peu d'études de prévalence : deux études récentes ont montré que la prévalence du HPV dans les cancers de l'oropharynx était de 46,5 % pour des cas diagnostiqués en 2000-2009 [6] et de 50-65 % pour les cas diagnostiqués en 2007-2009 [7].

L'amélioration de la survie pourrait également être rapportée à des stades au diagnostic plus localisés. Notamment, l'Institut national du cancer (INCa) a mis en place une sensibilisation à la détection précoce de ces cancers par les chirurgiens-dentistes et les médecins généralistes [8], cependant cette sensibilisation a eu lieu à la fin de la période d'étude. Les effets potentiels de cette action devraient être observés d'ici quelques années.

[5] Marur S, D'Souza G, Westra WH, Forastiere AA. HPV-associated head and neck cancer: a virus-related cancer epidemic. *Lancet Oncol* 2010;11(8):781-9.

[6] St Guily JL, Jacquard AC, Prétet JL, Haesebaert J, Beby-Defaux A, Clavel C, *et al.* Human papillomavirus genotype distribution in oropharynx and oral cavity cancer in France-The EDITH VI study. *J Clin Virol* 2011;51(2):100-4.

[7] Melkane AE, Auperin A, Saulnier P, Lacroix L, Vielh P, Casiraghi O, *et al.* Human papillomavirus prevalence and prognostic implication in oropharyngeal squamous cell carcinomas. *Head Neck* 2014;36(2):257-65.

[8] Institut national du cancer. Détection précoce des cancers de la cavité buccale [Internet]. Boulogne Billancourt : Institut national du cancer; 2010. [consulté le 02/03/2015]. Disponible à partir de l'URL : <http://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Detection-precoce-des-cancers-de-la-cavite-buccale>.

SURVIE À 1, 3 ET 5 ANS DES PERSONNES DIAGNOSTIQUÉES ENTRE 2005 ET 2010 (TOUS REGISTRÉS)

I TABLEAU 1 I	SURVIE OBSERVÉE ET NETTE (%) À 1, 3 ET 5 ANS SELON LE SEXE [IC À 95 %]					
	1 an		3 ans		5 ans	
	observée	nette	observée	nette	observée	nette
Homme	69 [66-71]	70 [68-72]	45 [43-48]	48 [45-50]	36 [33-38]	39 [36-42]
Femme	74 [71-78]	76 [72-79]	56 [52-60]	59 [55-64]	48 [43-52]	52 [47-58]
Tous	70 [68-72]	71 [69-73]	48 [46-50]	51 [48-53]	38 [36-41]	42 [40-44]

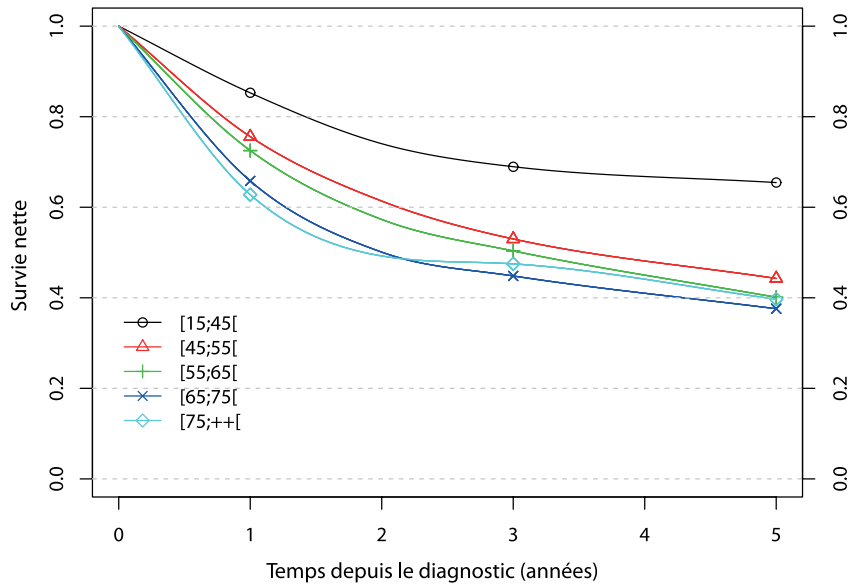
I TABLEAU 2 I	SURVIE NETTE STANDARDISÉE (%) À 1, 3 ET 5 ANS SELON LE SEXE [IC À 95 %]		
	1 an	3 ans	5 ans
	Homme	68 [65-70]	47 [44-50]	38 [35-42]
Femme	74 [70-78]	58 [54-63]	52 [47-58]
Tous	69 [67-71]	50 [47-52]	42 [39-45]

I TABLEAU 3 I	SURVIE OBSERVÉE ET NETTE (%) À 1, 3 ET 5 ANS SELON L'ÂGE [IC À 95 %]						
		1 an		3 ans		5 ans	
		observée	nette	observée	nette	observée	nette
[15;45[	85 [79-91]	85 [80-91]	69 [61-77]	69 [62-77]	65 [57-73]	65 [58-74]
[45;55[	75 [72-79]	76 [72-79]	52 [48-56]	53 [49-57]	43 [39-48]	44 [40-49]
[55;65[	72 [69-75]	73 [69-76]	49 [46-52]	50 [47-54]	38 [35-42]	40 [36-44]
[65;75[	65 [60-69]	66 [62-70]	43 [38-47]	45 [40-50]	34 [30-39]	38 [33-43]
[75;+ +[	59 [54-64]	63 [58-68]	38 [34-44]	47 [42-54]	28 [23-33]	40 [33-48]
Tous	70 [68-72]	71 [69-73]	48 [46-50]	51 [48-53]	38 [36-41]	42 [40-44]	

I TABLEAU 4 I	SURVIE NETTE (%) À 1, 3 ET 5 ANS SELON L'ÂGE, CHEZ L'HOMME ET CHEZ LA FEMME [IC À 95 %]						
		1 an		3 ans		5 ans	
		Homme	Femme	Homme	Femme	Homme	Femme
[15 ;45[	79 [71-88]	98 [94-100]	67 [58-77]	74 [63-88]	63 [54-74]	72 [59-86]
[45 ;55[	75 [71-80]	77 [70-84]	51 [46-56]	60 [52-69]	42 [38-48]	51 [42-62]
[55 ;65[	71 [67-74]	81 [74-87]	48 [44-52]	62 [54-70]	37 [33-42]	53 [45-63]
[65 ;75[	63 [58-68]	77 [69-85]	41 [36-47]	58 [49-68]	34 [29-40]	50 [40-62]
[75 ;+ +[	65 [58-71]	59 [51-69]	45 [38-54]	52 [42-64]	35 [27-46]	49 [37-65]
Tous	70 [68-72]	76 [72-79]	48 [45-50]	59 [55-64]	39 [36-42]	52 [47-58]	

I FIGURE 1 I

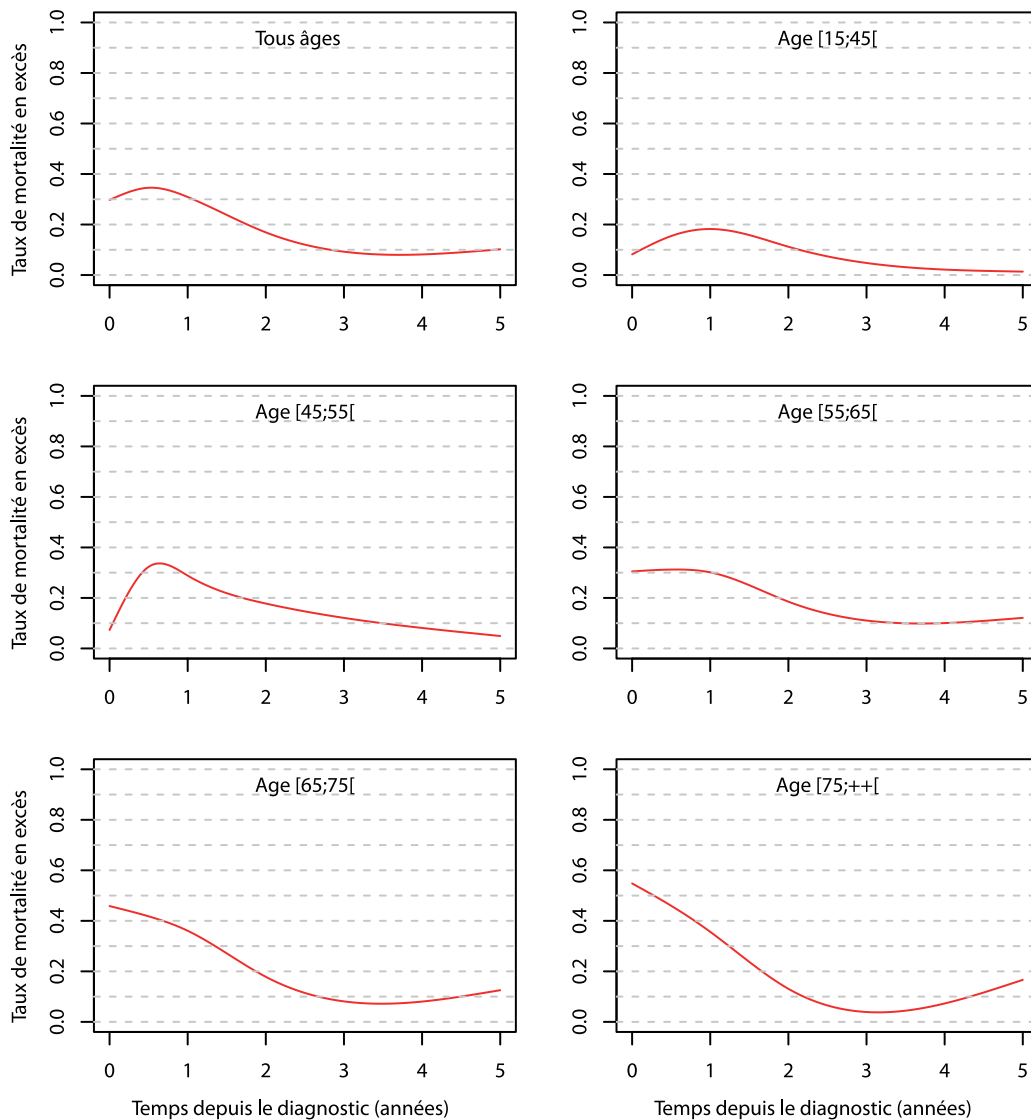
SURVIE NETTE SELON L'ÂGE EN FONCTION DU TEMPS DEPUIS LE DIAGNOSTIC



I FIGURE 2 I

TAUX DE MORTALITÉ EN EXCÈS EN FONCTION DU TEMPS DEPUIS LE DIAGNOSTIC, TOUS ÂGES ET PAR CLASSE D'ÂGE

Le taux est exprimé en nombre de décès pour une personne-année.



Pour une interprétation correcte de ces figures, il est impératif de se référer au paragraphe « Point particulier : les figures des taux de mortalité en excès » du chapitre « Présentation des résultats et guide de lecture » (p. 28-29).

TENDANCES DE LA SURVIE À 1, 5 ET 10 ANS POUR LES PERSONNES DIAGNOSTIQUÉES ENTRE 1989 ET 2010 (RESTRICTION AUX REGISTRES COUVRANT L'ENSEMBLE DE LA PÉRIODE 1989-2010)

I TABLEAU 5 I	SURVIE OBSERVÉE ET NETTE (%) À 1, 5 ET 10 ANS PAR PÉRIODE DE DIAGNOSTIC [IC À 95 %]					
	1 an		5 ans		10 ans	
	observée	nette	observée	nette	observée	nette
1989-1993	68 [65-71]	69 [66-72]	31 [28-34]	34 [31-37]	16 [14-19]	21 [18-24]
1994-1998	69 [67-72]	71 [68-74]	31 [28-34]	34 [31-38]	19 [17-22]	22 [18-27]
1999-2004	70 [67-73]	71 [69-74]	36 [33-39]	39 [36-42]	22 [20-25]	26 [23-29]
2005-2010	71 [68-74]	72 [69-75]	38 [35-42]	42 [39-46]	ND	ND
Toutes périodes	70 [68-71]	71 [69-72]	34 [33-36]	37 [36-39]	20 [19-21]	24 [22-27]

ND : Non disponible.

I TABLEAU 6 I	SURVIE NETTE STANDARDISÉE (%) À 1, 5 ET 10 ANS SELON LE SEXE PAR PÉRIODE DE DIAGNOSTIC [IC À 95 %]					
	Homme			Tous sexes		
	1 an	5 ans	10 ans	1 an	5 ans	10 ans
1989-1993	63 [59-68]	30 [26-35]	19 [14-27]	65 [62-69]	33 [29-38]	23 [18-29]
1994-1998	71 [66-75]	32 [26-39]	19 [12-30]	70 [66-74]	34 [29-39]	20 [15-26]
1999-2004	67 [63-71]	36 [31-40]	21 [17-25]	69 [66-73]	37 [34-41]	24 [20-28]
2005-2010	70 [67-74]	39 [34-44]	ND	70 [67-73]	44 [40-48]	ND
Toutes périodes	68 [66-70]	34 [31-36]	20 [16-25]	68 [67-70]	37 [35-39]	24 [20-28]

ND : Non disponible.

Non présenté pour les femmes du fait d'effectifs trop faibles pour la standardisation.

I TABLEAU 7 I	SURVIE NETTE (%) À 1, 5 ET 10 ANS SELON L'ÂGE PAR PÉRIODE DE DIAGNOSTIC [IC À 95 %]		
	1 an	5 ans	10 ans
Âge [15;45[
1989-1993	67 [58-78]	34 [25-45]	28 [20-39]
1994-1998	76 [68-86]	45 [36-57]	38 [29-51]
1999-2004	84 [77-92]	59 [50-70]	52 [42-63]
2005-2010	93 [86-100]	68 [56-81]	ND
Toutes périodes	79 [75-83]	50 [44-55]	42 [37-48]
Âge [45;55[
1989-1993	75 [69-81]	35 [29-42]	24 [18-31]
1994-1998	76 [71-81]	37 [32-44]	27 [22-33]
1999-2004	74 [70-80]	39 [34-45]	26 [21-32]
2005-2010	78 [73-84]	43 [37-50]	ND
Toutes périodes	76 [73-79]	39 [36-42]	26 [24-30]

I TABLEAU 7 I SUITE		SURVIE NETTE (%) À 1, 5 ET 10 ANS SELON L'ÂGE PAR PÉRIODE DE DIAGNOSTIC [IC À 95 %]		
	1 an	5 ans	10 ans	
Âge [55;65[
1989-1993	72 [67-77]	35 [30-41]	16 [12-21]	
1994-1998	68 [63-73]	31 [26-36]	20 [15-25]	
1999-2004	70 [65-75]	39 [33-45]	24 [19-30]	
2005-2010	72 [68-77]	40 [35-46]	ND	
Toutes périodes	71 [68-73]	36 [33-39]	21 [18-24]	
Âge [65;75[
1989-1993	69 [63-76]	34 [27-41]	19 [14-27]	
1994-1998	68 [62-74]	32 [26-39]	22 [16-29]	
1999-2004	69 [64-76]	38 [32-46]	24 [18-31]	
2005-2010	67 [62-74]	40 [33-47]	ND	
Toutes périodes	68 [65-72]	36 [32-39]	22 [19-26]	
Âge [75;+][
1989-1993	51 [42-63]	31 [21-45]	29 [16-52]	
1994-1998	69 [59-81]	34 [22-54]	10 [2-62]	
1999-2004	63 [55-72]	29 [21-40]	16 [8-30]	
2005-2010	62 [55-70]	45 [35-58]	ND	
Toutes périodes	61 [57-66]	35 [29-41]	22 [13-39]	

ND : Non disponible.

SURVIE À 1, 5, 10 ET 15 ANS DES PERSONNES DE MOINS DE 75 ANS DIAGNOSTIQUÉES ENTRE 1989 ET 1998 (RESTRICTION AUX REGISTRES COUVRANT L'ENSEMBLE DE LA PÉRIODE 1989-2010)

I TABLEAU 8 I		SURVIE NETTE (%) À LONG TERME SELON L'ÂGE (ÂGE < 75 ANS) [IC À 95 %]			
	1 an	5 ans	10 ans	15 ans	
Âge [15;45[
1989-1998	72 [65-79]	39 [32-47]	32 [26-40]	28 [22-36]	
Âge [45;55[
1989-1998	75 [72-79]	36 [32-41]	25 [22-30]	17 [14-22]	
Âge [55;65[
1989-1998	70 [66-74]	33 [29-37]	18 [15-21]	10 [8-13]	
Âge [65;75[
1989-1998	68 [64-73]	33 [28-38]	21 [16-26]	15 [11-21]	

Description de la localisation étudiée

Cavité orale	CIM-O-3	Correspondance en CIM-O-2	Correspondance en CIM-O-1	Correspondance en CIM-10
	Topographie	C03.0 à C06.9	C03.0 à C06.9	143.0 à 145.9	C03.0 à C06.9
Morphologie	Toutes, sauf tumeurs hématologiques ; comportement tumoral /3			

L'ensemble cavité orale regroupe les gencives, le plancher buccal, le palais, la muqueuse jugale, le vestibule, la zone rétro molaire et la commissure intermaxillaire. La majorité des tumeurs sont des carcinomes épidermoïdes.

Incidence

D'après les données des registres français, pour la période 2003-2007, les taux d'incidence standardisés sur la population mondiale de ces cancers variaient, selon les registres, de 3,7 à 7,5 pour 100 000 chez les hommes et de 0,7 à 1,7 chez les femmes [1].

Population d'étude

Cette étude a porté sur 2 847 cas pour l'analyse sur la période 2005-2010 et sur 5 389 cas pour l'analyse des tendances 1989-2010.

Remarque

En raison d'un nombre de cas et/ou de décès insuffisants (ou de leur répartition dans le temps), certains indicateurs n'ont pu être produits (survie nette selon l'âge par exemple) et certains tableaux/figures sont incomplets ou absents.

Survie sur la période la plus récente (2005-2010)

Survie observée et survie nette

La survie observée et la survie nette 5 ans après le diagnostic étaient respectivement de 42 % et 46 % (tableau 1).

Variation selon le sexe et l'âge

La survie nette à 5 ans était de 43 % chez les hommes et de 54 % chez les femmes (tableau 1). Après standardisation, la survie nette à 5 ans était de 39 % chez les hommes et 53 % chez les femmes (tableau 2). La survie était donc meilleure chez les femmes. Ce meilleur pronostic était observé à 5 ans. Il était plus marqué chez les sujets de 75 ans et plus (tableau 4).

La survie nette diminuait avec l'âge passant de 53 % à 5 ans chez les sujets les plus jeunes à 34 % pour les plus âgés

(tableau 3, figure1). Cette diminution était plus marquée chez les hommes (tableau 4).

Globalement, l'excès de mortalité était maximal au cours de la première année suivant le diagnostic puis diminuait progressivement. Cet excès de mortalité initial augmentait avec l'âge. Il était plus précoce et très accentué chez les sujets les plus âgés (75 ans et plus), avec une forte diminution jusqu'à 3 ans, avec pour corollaire une survie très inférieure à celle des autres classes d'âge (figure 2).

Tendances de la survie nette sur l'ensemble de la période (1989-2010)

Sur l'ensemble de la période, la survie observée et la survie nette à 10 ans étaient respectivement de 23 % et 28 %

Références

- [1] Forman D, Bray F, Brewster DH, Gombe Mbalawa C, Kohler B, Piñeros M, *et al.* Cancer Incidence in Five Continents, Vol. X [Internet]. Lyon : International Agency for Research on Cancer; 2013. [consulté le 23/01/2015]. Disponible à partir de l'URL : <http://ci5.iarc.fr>.
- [2] Survival of Cancer Patients in Europe The EUROCARE-5 Study [Internet]. Roma : Istituto Superiore di Sanità [consulté le 06/03/2015]. Disponible à partir de l'URL : <https://w3.iss.it/site/EU5Results>.
- [3] Howlader N, Noone AM, Krapcho M, Garshell J, Miller D, Altekruse SF, *et al.* SEER Cancer Statistics Review, 1975-2011 [Internet]. Bethesda : National Cancer Institute; 2014. [consulté le 02/03/2015]. Disponible à partir de l'URL : http://seer.cancer.gov/csr/1975_2011.
- [4] Mackillop WJ. Killing time: the consequences of delays in radiotherapy. *Radiother Oncol* 2007;84(1):1-4.

(tableau 5). Après standardisation, la survie nette à 10 ans était de 27 % (tableau 6).

Tendances globales

La survie nette à 1 an tendait à s'améliorer légèrement au cours du temps passant de 76 % pour les cas diagnostiqués en 1989-1993 à 78 % pour les cas diagnostiqués en 2005-2010 (tableau 5). Après standardisation, les chiffres correspondants étaient de 70 % et 76 % (tableau 6).

La survie nette à 5 ans tendait à s'améliorer passant de 40 % pour les cas diagnostiqués en 1989-1993 à 45 % pour les cas diagnostiqués en 2005-2010 (tableau 5). Après standardisation, les chiffres correspondants étaient de 36 % et 43 % (tableau 6).

La survie nette à 10 ans passait de 26 % pour les cas diagnostiqués en 1989-1993 à 28 % pour les cas diagnostiqués en 1999-2004 (tableau 5). Après standardisation, les chiffres correspondants étaient de 22 % et 28 % (tableau 6).

Tendances selon le sexe

Aucune étude de tendance selon le sexe n'a été réalisée du fait d'effectifs trop faibles pour la standardisation chez les femmes (tableau 6).

Tendances selon l'âge

Une tendance à l'amélioration de la survie était observée chez les sujets de 75 ans et plus, principalement la première année de suivi (tableau 7).

Survie à 15 ans chez les personnes âgées de moins de 75 ans

La survie nette à 15 ans variait entre 21 % et 9 % en fonction de l'âge pour les cas diagnostiqués en 1989-1998 (tableau 8).

Commentaires

Dans la dernière étude EURO CARE, la France occupe une mauvaise position au sein des pays du centre de l'Europe. Sa survie est également moins bonne que celle des pays du Nord et du Sud, mais meilleure que celle des pays de l'Europe de l'Est [2].

Aux États-Unis les données du SEER Program [3] pour la période 2004-2010 montrent des taux de survie relative à 5 ans plus élevés (51,4 % pour le plancher de la bouche, 59,7 % pour le reste de la cavité buccale). Cependant les comparaisons sont difficiles car les méthodes de calculs diffèrent.

La survie de ces cancers est mauvaise. Leur pronostic est lié à l'extension de la tumeur au diagnostic, aux facteurs de risque et à la complexité de la prise en charge. Ces tumeurs dont les principaux facteurs de risques sont l'intoxication alcoolique et tabagique, sont le plus souvent découvertes à des stades élevés chez des sujets fragiles présentant des comorbidités. Leur prise en charge est complexe, peut nécessiter une chirurgie mutilante, être impactée par des délais de radiothérapie [4] et doit tenir compte du risque nutritionnel. Cette survie continue à se dégrader à 15 ans de suivi, peut-être du fait des comorbidités ou du risque important de deuxième cancer chez ces personnes [5].

L'amélioration de la survie au cours du temps est modeste. Elle pourrait être due à des diagnostics plus précoces, mais également à des progrès de prise en charge, avec l'introduction des traitements combinés durant les années 1990 [6] et la généralisation des soins de support. L'amélioration du pronostic la plus importante est observée la première année chez les personnes au-delà de 75 ans et pourrait s'expliquer par une prise en charge à visée curative devenue plus fréquente aux âges avancés.

Le pronostic de ces patients passe par une détection précoce de ces lésions, visibles à l'examen clinique, et la mise en route rapide d'un traitement. L'INCa a mis en place en 2008-2009 une sensibilisation à la détection précoce de ces cancers par les chirurgiens-dentistes et les médecins généralistes [7]. Les effets potentiels de cette action devraient être observés d'ici quelques années.

[5] Jégu J, Colonna M, Daubisse-Marliac L, Trétarre B, Ganry O, Guizard AV, *et al.* The effect of patient characteristics on second primary cancer risk in France. *BMC Cancer* [Internet] 2014 [consulté le 02/03/2015];14:94. Disponible à partir de l'URL : <http://www.biomedcentral.com/1471-2407/14/94>.

[6] Pignon JP, le Maître A, Maillard E, Bourhis J, MACH-NC Collaborative Group. Meta-analysis of chemotherapy in head and neck cancer (MACH-NC): an update on 93 randomised trials and 17,346 patients. *Radiother Oncol* 2009;92(1):4-14.

[7] Institut national du cancer. Détection précoce des cancers de la cavité buccale [Internet]. Boulogne Billancourt : Institut national du cancer; 2010. [consulté le 02/03/2015]. Disponible à partir de l'URL : <http://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Detection-precoce-des-cancers-de-la-cavite-buccale>.

SURVIE À 1, 3 ET 5 ANS DES PERSONNES DIAGNOSTIQUÉES ENTRE 2005 ET 2010 (TOUS REGISTRÉS)

I TABLEAU 1 |	SURVIE OBSERVÉE ET NETTE (%) À 1, 3 ET 5 ANS SELON LE SEXE [IC À 95 %]					
	1 an		3 ans		5 ans	
	observée	nette	observée	nette	observée	nette
Homme	77 [76-79]	79 [77-81]	52 [50-54]	54 [52-57]	40 [38-43]	43 [41-46]
Femme	74 [71-78]	76 [73-79]	54 [51-58]	57 [53-61]	48 [44-52]	54 [49-58]
Tous	77 [75-78]	78 [76-80]	53 [51-54]	55 [53-57]	42 [40-44]	46 [44-48]

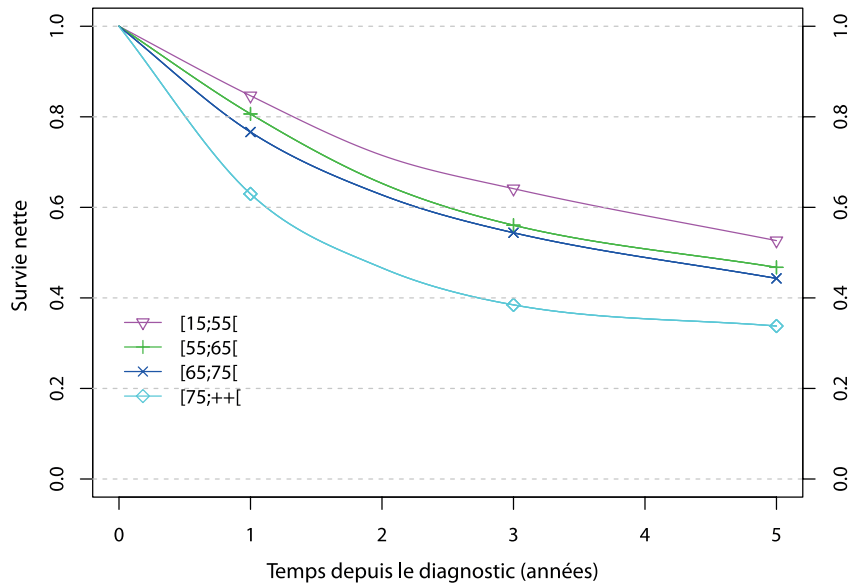
I TABLEAU 2 |	SURVIE NETTE STANDARDISÉE (%) À 1, 3 ET 5 ANS SELON LE SEXE [IC À 95 %]		
	1 an	3 ans	5 ans
Homme	75 [73-77]	50 [47-53]	39 [36-42]
Femme	77 [73-80]	57 [54-62]	53 [49-58]
Tous	75 [73-77]	52 [50-54]	43 [41-46]

I TABLEAU 3 |	SURVIE OBSERVÉE ET NETTE (%) À 1, 3 ET 5 ANS SELON L'ÂGE [IC À 95 %]						
		1 an		3 ans		5 ans	
		observée	nette	observée	nette	observée	nette
[15;55[	84 [82-87]	85 [82-87]	63 [60-67]	64 [61-67]	51 [48-55]	53 [49-56]
[55;65[	80 [77-82]	81 [78-83]	54 [51-58]	56 [53-59]	44 [41-48]	47 [43-50]
[65;75[	75 [72-79]	77 [73-81]	51 [47-56]	54 [50-59]	40 [36-45]	44 [39-50]
[75;++[	59 [55-64]	63 [59-68]	32 [28-36]	38 [34-44]	24 [20-28]	34 [28-40]
Tous	77 [75-78]	78 [76-80]	53 [51-54]	55 [53-57]	42 [40-44]	46 [44-48]	

I TABLEAU 4 |	SURVIE NETTE (%) À 1, 3 ET 5 ANS SELON L'ÂGE, CHEZ L'HOMME ET CHEZ LA FEMME [IC À 95 %]						
		1 an		3 ans		5 ans	
		Homme	Femme	Homme	Femme	Homme	Femme
[15;55[	84 [81-87]	87 [82-92]	63 [59-67]	69 [63-76]	50 [46-55]	62 [55-70]
[55;65[	80 [78-83]	81 [76-87]	54 [50-58]	66 [60-74]	44 [40-48]	59 [52-67]
[65;75[	75 [71-80]	82 [75-90]	53 [48-59]	59 [50-69]	42 [36-48]	53 [44-65]
[75;++[	65 [59-71]	61 [55-68]	35 [29-43]	42 [35-50]	24 [18-34]	44 [36-53]
Tous	79 [77-81]	76 [73-79]	54 [52-57]	57 [53-61]	43 [41-46]	54 [49-58]	

I FIGURE 1 I

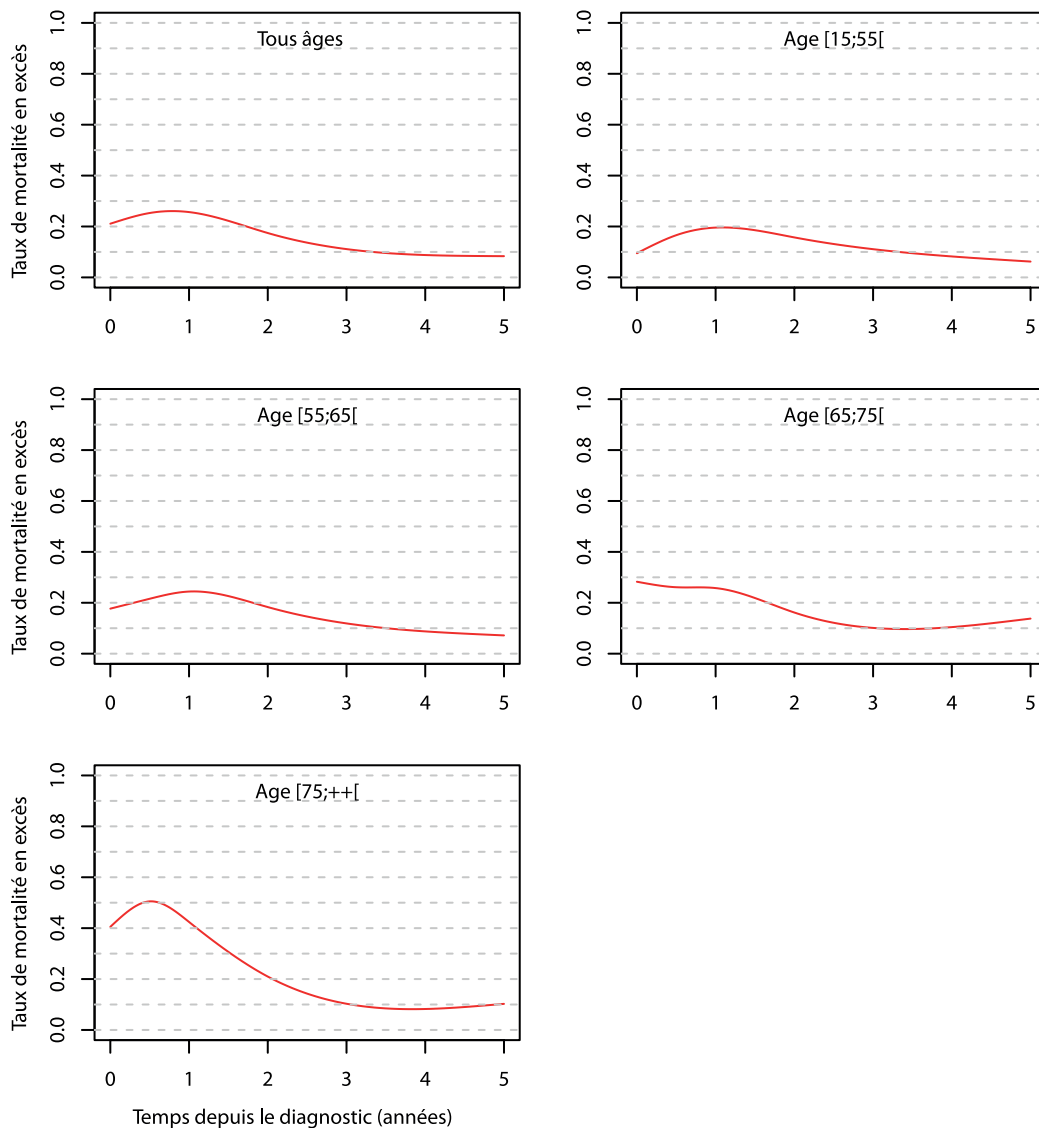
SURVIE NETTE SELON L'ÂGE EN FONCTION DU TEMPS DEPUIS LE DIAGNOSTIC



I FIGURE 2 I

TAUX DE MORTALITÉ EN EXCÈS EN FONCTION DU TEMPS DEPUIS LE DIAGNOSTIC, TOUS ÂGES ET PAR CLASSE D'ÂGE

Le taux est exprimé en nombre de décès pour une personne-année.



Pour une interprétation correcte de ces figures, il est impératif de se référer au paragraphe « Point particulier : les figures des taux de mortalité en excès » du chapitre « Présentation des résultats et guide de lecture » (p. 28-29).

TENDANCES DE LA SURVIE À 1, 5 ET 10 ANS POUR LES PERSONNES DIAGNOSTIQUÉES ENTRE 1989 ET 2010 (RESTRICTION AUX REGISTRES COUVRANT L'ENSEMBLE DE LA PÉRIODE 1989-2010)

I TABLEAU 5 I	SURVIE OBSERVÉE ET NETTE (%) À 1, 5 ET 10 ANS PAR PÉRIODE DE DIAGNOSTIC [IC À 95 %]					
	1 an		5 ans		10 ans	
	observée	nette	observée	nette	observée	nette
1989-1993	75 [73-77]	76 [74-79]	37 [34-40]	40 [38-43]	21 [19-23]	26 [23-29]
1994-1998	74 [71-76]	75 [73-78]	37 [35-40]	41 [38-44]	22 [20-24]	27 [24-31]
1999-2004	75 [73-78]	77 [74-79]	40 [38-43]	44 [41-47]	24 [21-26]	28 [25-32]
2005-2010	77 [75-79]	78 [76-81]	42 [39-45]	45 [42-48]	ND	ND
Toutes périodes	75 [74-76]	77 [75-78]	39 [38-40]	43 [41-44]	23 [21-24]	28 [26-29]

ND : Non disponible.

I TABLEAU 6 I	SURVIE NETTE STANDARDISÉE (%) À 1, 5 ET 10 ANS SELON LE SEXE PAR PÉRIODE DE DIAGNOSTIC [IC À 95 %]					
	Homme			Tous sexes		
	1 an	5 ans	10 ans	1 an	5 ans	10 ans
1989-1993	72 [68-75]	34 [30-39]	21 [17-26]	70 [67-73]	36 [32-39]	22 [19-27]
1994-1998	72 [67-76]	37 [32-43]	23 [18-29]	70 [67-74]	39 [35-43]	28 [22-35]
1999-2004	71 [68-75]	38 [34-43]	22 [17-28]	73 [70-76]	42 [39-46]	28 [23-33]
2005-2010	75 [72-79]	39 [34-43]	ND	76 [73-79]	43 [39-46]	ND
Toutes périodes	73 [71-74]	37 [35-39]	23 [20-26]	73 [71-74]	40 [38-42]	27 [24-30]

ND : Non disponible.

Non présenté pour les femmes du fait d'effectifs trop faibles pour la standardisation.

I TABLEAU 7 I	SURVIE NETTE (%) À 1, 5 ET 10 ANS SELON L'ÂGE PAR PÉRIODE DE DIAGNOSTIC [IC À 95 %]		
	1 an	5 ans	10 ans
Âge [15;55[
1989-1993	82 [78-86]	47 [43-52]	34 [30-39]
1994-1998	80 [77-84]	45 [41-50]	31 [27-36]
1999-2004	83 [80-86]	49 [45-54]	32 [28-37]
2005-2010	85 [82-89]	54 [49-59]	ND
Toutes périodes	82 [81-84]	49 [46-51]	33 [31-36]
Âge [55;65[
1989-1993	81 [77-85]	41 [37-46]	23 [19-28]
1994-1998	76 [72-81]	41 [35-46]	26 [21-31]
1999-2004	78 [74-83]	45 [40-50]	28 [24-33]
2005-2010	81 [78-85]	46 [41-52]	ND
Toutes périodes	79 [77-81]	43 [41-46]	26 [24-29]

I TABLEAU 7 I SUITE	SURVIE NETTE (%) À 1, 5 ET 10 ANS SELON L'ÂGE PAR PÉRIODE DE DIAGNOSTIC [IC À 95 %]		
	1 an	5 ans	10 ans
Âge [65;75[
1989-1993	71 [65-76]	35 [30-42]	21 [15-28]
1994-1998	75 [69-80]	38 [32-45]	19 [14-25]
1999-2004	71 [65-76]	34 [29-41]	22 [17-28]
2005-2010	72 [66-78]	38 [32-45]	ND
Toutes périodes	72 [69-75]	36 [33-40]	21 [18-24]
Âge [75;++[
1989-1993	53 [44-63]	23 [15-35]	15 [7-33]
1994-1998	55 [47-66]	34 [24-47]	34 ¹ [21-62]
1999-2004	65 [58-72]	44 [34-56]	30 [18-52]
2005-2010	69 [63-76]	37 [30-47]	ND
Toutes périodes	62 [58-66]	35 [30-41]	28 [20-39]

ND : Non disponible.

¹Lorsque le taux de mortalité en excès est proche de zéro ou que les effectifs sont faibles en fin de suivi, la variabilité de l'estimateur peut occasionner une courbe estimée de la survie nette non monotone. Dans ce cas, la survie nette à 10 ans présentée reprend la valeur observée à 5 ans.

SURVIE À 1, 5, 10 ET 15 ANS DES PERSONNES DE MOINS DE 75 ANS DIAGNOSTIQUÉES ENTRE 1989 ET 1998 (RESTRICTION AUX REGISTRES COUVRANT L'ENSEMBLE DE LA PÉRIODE 1989-2010)

I TABLEAU 8 I	SURVIE NETTE (%) À LONG TERME SELON L'ÂGE (ÂGE <75 ANS) [IC À 95 %]			
	1 an	5 ans	10 ans	15 ans
Âge [15;55[
1989-1998	81 [78-84]	46 [43-50]	33 [30-36]	21 [19-24]
Âge [55;65[
1989-1998	79 [76-82]	41 [38-45]	24 [21-28]	16 [13-19]
Âge [65;75[
1989-1998	73 [69-77]	37 [32-41]	19 [16-24]	9 [6-13]

Description de la localisation étudiée

Glandes salivaires	CIM-O-3	Correspondance en CIM-O-2	Correspondance en CIM-O-1	Correspondance en CIM-10
	Topographie	C07.9 et C08.0 à C08.9	C07.9 et C08.0 à C08.9	142.0 à 142.9	C07.9 et C08.0 à C08.9
Morphologie	Toutes, sauf tumeurs hématologiques ; comportement tumoral /3			

Les tumeurs des glandes salivaires se caractérisent par une hétérogénéité morphologique liée à la complexité architecturale histologique des glandes. La glande parotide est la topographie la plus fréquente.

Incidence

D'après les données des registres français, pour la période 2003-2007, les taux d'incidence standardisés sur la population mondiale de ces cancers variaient, selon les registres, de 0,4 à 1,2 pour 100 000 chez les hommes et de 0,1 à 0,7 chez les femmes [1].

Population d'étude

Cette étude a porté sur 612 cas pour l'analyse sur la période 2005-2010 et sur 940 cas pour l'analyse des tendances 1989-2010.

Remarque

En raison d'un nombre de cas et/ou de décès insuffisants (ou de leur répartition dans le temps), certains indicateurs n'ont pu être produits (survie nette selon l'âge par exemple) et certains tableaux/figures sont incomplets ou absents.

Survie sur la période la plus récente (2005-2010)

Survie observée et survie nette

La survie observée et la survie nette 5 ans après le diagnostic étaient respectivement de 57 % et 64 % (tableau 1).

Variation selon le sexe et l'âge

La survie nette à 5 ans était de 60 % chez les hommes et de 68 % chez les femmes (tableau 1). Après standardisation, les chiffres correspondants étaient identiques (tableau 2). La survie était meilleure chez les femmes, à l'exception des sujets âgés de 75 ans et plus (tableau 4).

La survie nette diminuait avec l'âge passant de 77 % à 5 ans chez les sujets les plus jeunes à 50 % pour les plus âgés (tableau 3, figure 1). Cette diminution était particulièrement

marquée chez la femme passant de 90 % à 5 ans chez les plus jeunes à 46 % pour les plus âgées (tableau 4).

Globalement, l'excès de mortalité était maximal immédiatement après le diagnostic puis diminuait rapidement pendant la première année. Au-delà, il continuait à décroître faiblement pour approcher zéro à 5 ans. Cet excès de mortalité initial était très accentué chez les sujets âgés, et beaucoup moins visible (voire absent) chez les sujets jeunes (figure 2).

Tendances de la survie nette sur l'ensemble de la période (1989-2010)

Sur l'ensemble de la période, la survie observée et la survie nette à 10 ans étaient respectivement de 43 % et 56 % (tableau 5). Après standardisation, la survie nette à 10 ans était

Références

- [1] Forman D, Bray F, Brewster DH, Gombe Mbalawa C, Kohler B, Piñeros M, *et al.* Cancer Incidence in Five Continents, Vol. X [Internet]. Lyon: International Agency for Research on Cancer; 2013. [consulté le 23/01/2015]. Disponible à partir de l'URL : <http://ci5.iarc.fr>.
- [2] De Angelis R, Sant M, Coleman MP, Francisci S, Baili P, Pierannunzio D, *et al.* Cancer survival in Europe 1999-2007 by country and age: results of EURO CARE-5-a population-based study. *Lancet Oncology* 2014;15:23-34.
- [3] Survival of Cancer Patients in Europe The EURO CARE-5 Study [Internet]. Roma : Istituto Superiore di Sanità [consulté le 25/02/2015]. Disponible à partir de l'URL : <https://w3.iss.it/site/EU5Results/>.

de 54 % (tableau 6). La survie nette à 10 ans sur l'ensemble de la période est également présentée pour les différentes classes d'âge (tableau 7).

Tendances globales

La survie nette à 1 an s'améliorait au cours du temps passant de 79 % pour les cas diagnostiqués en 1989-1993 à 88 % pour les cas diagnostiqués en 2005-2010 (tableau 5).

La survie nette à 5 ans s'améliorait elle aussi passant de 55 % pour les cas diagnostiqués en 1989-1993 à 65 % pour les cas diagnostiqués en 2005-2010 (tableau 5).

La survie nette à 10 ans passait de 43 % pour les cas diagnostiqués en 1989-1993 à 58 % pour les cas diagnostiqués en 1999-2004 (tableau 5).

Commentaires

Dans l'étude EURO-CARE-5, pour ces cancers, les taux de survie relative observés en France sont supérieurs à la moyenne européenne. Ils se situent parmi les meilleurs taux de survie des pays du centre de l'Europe mais derrière les pays nordiques [2;3]. En France avec 54 % de survie nette standardisée à 10 ans, ces cancers se situent en position intermédiaire parmi l'ensemble des localisations cancéreuses.

Une étude en population générale menée par le registre des cancers de Suède a montré que la survie variait en fonction du type histologique de la tumeur [4]. Pour les cancers de la parotide, les cancers à cellules acineuses avaient un pronostic très favorable (88 % de survie relative – non standardisée – à 10 ans), tandis que les adénocarcinomes sans autre indication et les carcinomes indifférenciés avaient le plus mauvais pronostic (55 % et 44 % respectivement à 10 ans). Cette étude a également montré que la survie était en général la même pour les cancers de la glande sous-maxillaire que pour ceux de la glande parotide. Cependant, les cancers muco-épidermoïdes et les adénocarcinomes sans autre indication de la glande sous-maxillaire présentaient un pronostic plus défavorable que les cancers de même type histologique de la glande parotide [4]. La survie des femmes atteintes d'un cancer muco-épidermoïde ou d'un cancer indifférencié de la parotide était significativement meilleure que celle des hommes [4].

L'interprétation des résultats doit ainsi tenir compte de la présence de types histologiques distincts, qui correspondent à des cancers de pronostics différents [4-6] dans un contexte où l'étiologie et les facteurs de risque de ces tumeurs sont encore mal connus [7].

-
- [4] Wahlberg P, Anderson H, Björklund A, Möller T, Perfekt R. Carcinoma of the parotid and submandibular glands-a study of survival in 2465 patients. *Oral Oncol* 2002;38(7):706-13.
- [5] Just PA, Miranda L, Elouaret Y, Meatchi T, Hans S, Badoual C. Classification of salivary gland tumors. *Ann Otolaryngol Chir Cervicofac* 2008;125(6):331-40.
- [6] Uro-Coste E. 2009 update in salivary gland tumoral pathology. *Ann Pathol* 2009;29(4):274-85.
- [7] Guzzo M, Locati LD, Prott FJ, Gatta G, McGurk M, Licitra L. Major and minor salivary gland tumors. *Crit Rev Oncol Hematol* 2010;74(2):134-48.

SURVIE À 1, 3 ET 5 ANS DES PERSONNES DIAGNOSTIQUÉES ENTRE 2005 ET 2010 (TOUS REGISTRÉS)

I TABLEAU 1 |	SURVIE OBSERVÉE ET NETTE (%) À 1, 3 ET 5 ANS SELON LE SEXE [IC À 95 %]					
	1 an		3 ans		5 ans	
	observée	nette	observée	nette	observée	nette
Homme	84 [80-88]	87 [83-91]	63 [58-68]	68 [63-74]	52 [47-58]	60 [54-67]
Femme	87 [83-91]	89 [84-93]	73 [68-79]	77 [71-83]	64 [58-71]	68 [61-77]
Tous	85 [82-88]	88 [85-91]	67 [64-71]	72 [68-76]	57 [53-61]	64 [59-69]

I TABLEAU 2 |	SURVIE NETTE STANDARDISÉE (%) À 1, 3 ET 5 ANS SELON LE SEXE [IC À 95 %]		
	1 an	3 ans	5 ans
	Homme	87 [83-91]	69 [63-75]	60 [54-67]
Femme	89 [85-93]	77 [72-83]	68 [61-76]
Tous	88 [85-91]	72 [68-76]	64 [59-69]

I TABLEAU 3 |	SURVIE OBSERVÉE ET NETTE (%) À 1, 3 ET 5 ANS SELON L'ÂGE [IC À 95 %]						
		1 an		3 ans		5 ans	
		observée	nette	observée	nette	observée	nette
[15;55[	94 [91-98]	95 [92-99]	82 [76-88]	83 [77-89]	75 [68-83]	77 [70-84]
[55;65[	91 [86-96]	91 [86-97]	81 [74-89]	83 [76-90]	71 [63-80]	74 [65-83]
[65;75[	88 [82-94]	89 [84-95]	68 [60-77]	72 [63-81]	56 [47-66]	61 [51-72]
[75;++[	73 [67-79]	78 [72-85]	47 [41-55]	57 [49-67]	36 [29-44]	50 [40-62]
Tous	85 [82-88]	88 [85-91]	67 [64-71]	72 [68-76]	57 [53-61]	64 [59-69]	

I TABLEAU 4 I	SURVIE NETTE (%) À 1, 3 ET 5 ANS SELON L'ÂGE, CHEZ L'HOMME ET CHEZ LA FEMME [IC À 95 %]					
	1 an		3 ans		5 ans	
	Homme	Femme	Homme	Femme	Homme	Femme
[15;55[	94 [89-99]	97 [93-100]	77 [69-87]	91 [84-98]	67 [57-79]	90 [82-98]
[55;65[	88 [80-97]	95 [90-100]	78 [67-90]	89 [80-98]	64 [52-79]	85 [75-96]
[65;75[	88 [80-96]	92 [84-100]	67 [57-80]	80 [68-93]	60 [48-74]	64 [49-84]
[75;++[	80 [71-89]	77 [67-87]	57 [46-70]	57 [45-71]	53 [41-69]	46 [32-66]
Tous	87 [83-91]	89 [84-93]	68 [63-74]	77 [71-83]	60 [54-67]	68 [61-77]

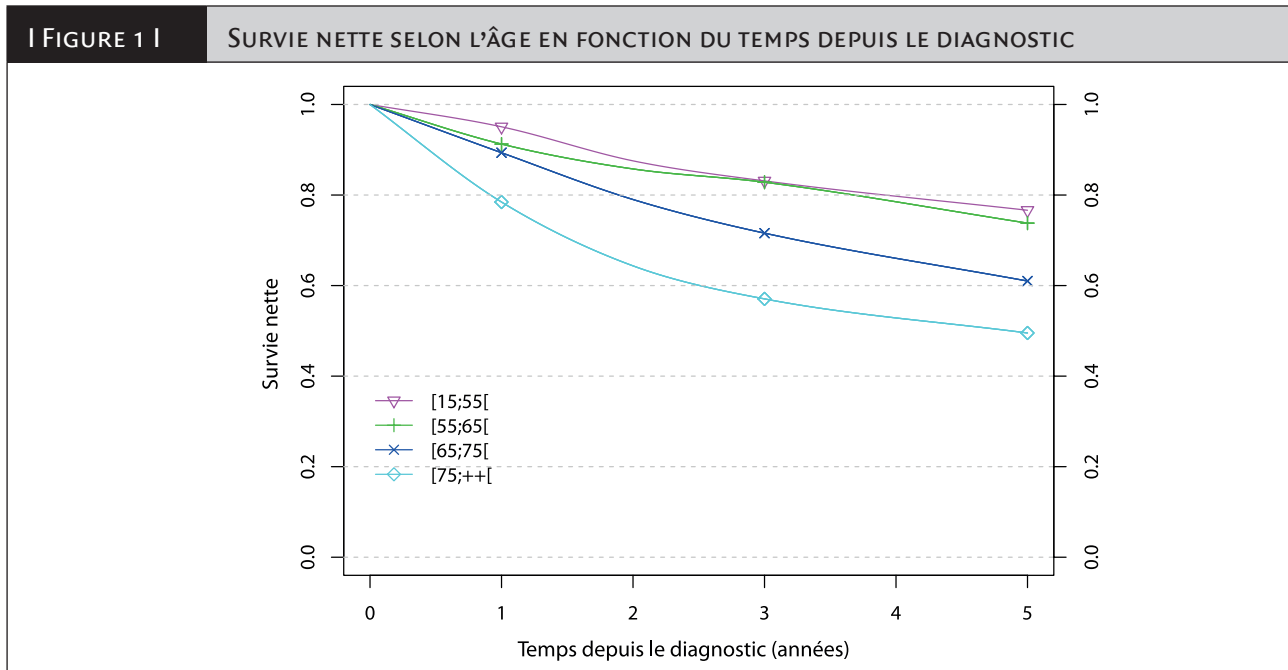
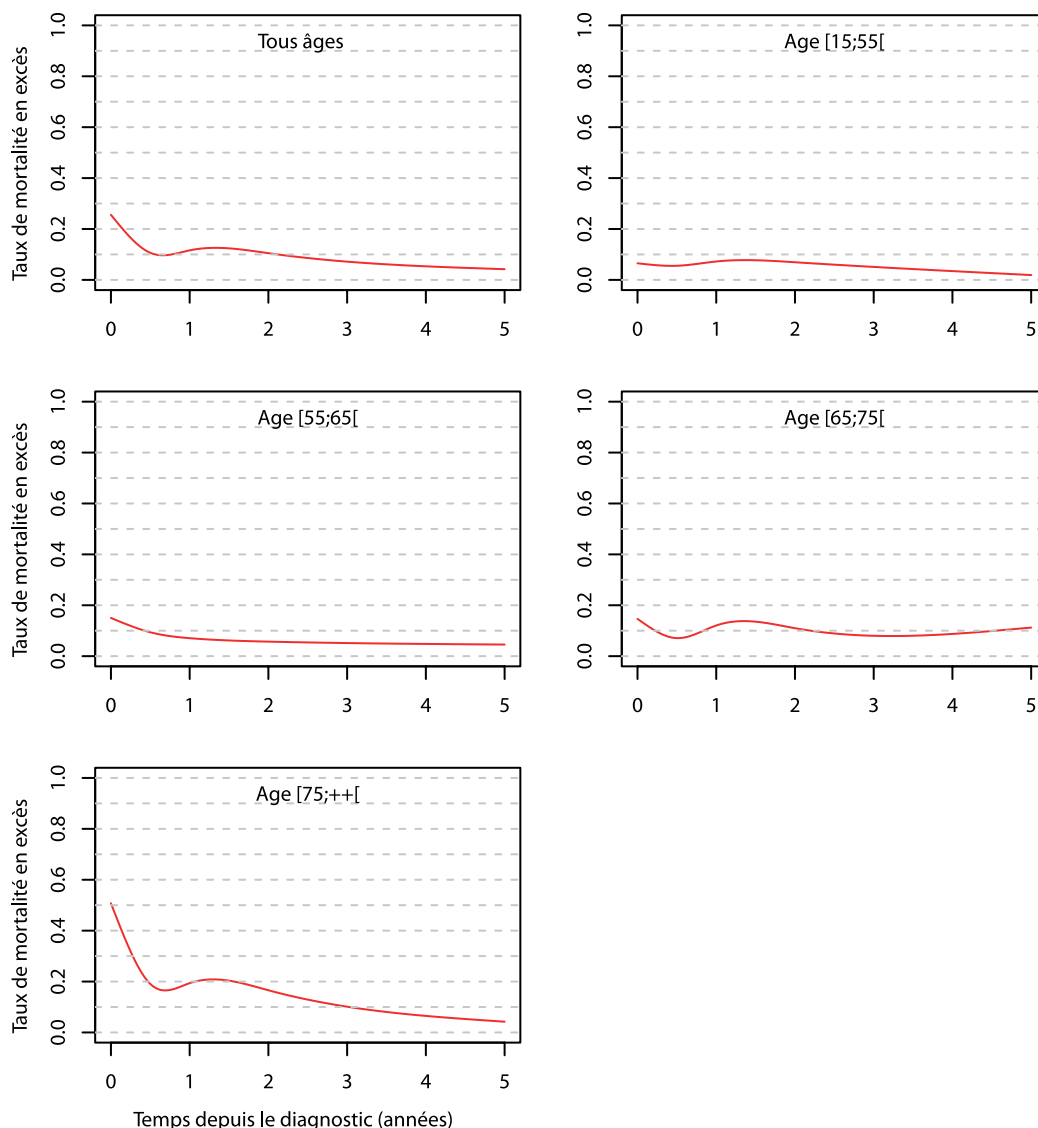


FIGURE 2 I

TAUX DE MORTALITÉ EN EXCÈS EN FONCTION DU TEMPS DEPUIS LE DIAGNOSTIC, TOUS ÂGES ET PAR CLASSE D'ÂGE

Le taux est exprimé en nombre de décès pour une personne-année.



Pour une interprétation correcte de ces figures, il est impératif de se référer au paragraphe « Point particulier : les figures des taux de mortalité en excès » du chapitre « Présentation des résultats et guide de lecture » (p. 28-29).

TENDANCES DE LA SURVIE À 1, 5 ET 10 ANS POUR LES PERSONNES DIAGNOSTIQUÉES ENTRE 1989 ET 2010 (RESTRICTION AUX REGISTRES COUVRANT L'ENSEMBLE DE LA PÉRIODE 1989-2010)

I TABLEAU 5 I	SURVIE OBSERVÉE ET NETTE (%) À 1, 5 ET 10 ANS PAR PÉRIODE DE DIAGNOSTIC [IC À 95 %]					
	1 an		5 ans		10 ans	
	observée	nette	observée	nette	observée	nette
1989-1993	76 [69-83]	79 [72-87]	47 [40-56]	55 [46-65]	35 [28-44]	43 [32-59]
1994-1998	81 [75-86]	83 [77-88]	54 [47-61]	60 [53-69]	43 [37-50]	58 [48-69]
1999-2004	80 [76-86]	83 [78-89]	55 [49-62]	63 [56-71]	46 [40-52]	58 [49-69]
2005-2010	86 [83-90]	88 [84-92]	58 [53-64]	65 [58-72]	ND	ND
Toutes périodes	82 [79-84]	84 [82-87]	54 [51-58]	62 [58-66]	43 [40-47]	56 [50-62]

ND : Non disponible.

I TABLEAU 6 I	SURVIE NETTE STANDARDISÉE (%) À 1, 5 ET 10 ANS SELON LE SEXE PAR PÉRIODE DE DIAGNOSTIC [IC À 95 %]		
	Tous sexes		
	1 an	5 ans	10 ans
Toutes périodes	83 [81-86]	60 [57-64]	54 [48-61]

Le détail par sexe et période de diagnostic n'est pas présenté du fait d'effectifs trop faibles pour la standardisation.

I TABLEAU 7 I	SURVIE NETTE (%) À 1, 5 ET 10 ANS SELON L'ÂGE PAR PÉRIODE DE DIAGNOSTIC [IC À 95 %]		
	1 an	5 ans	10 ans
Âge [15;55[
Toutes périodes	95 [92-97]	77 [72-83]	74 [68-80]
Âge [55;65[
Toutes périodes	89 [84-94]	69 [62-77]	60 [52-70]
Âge [65;75[
Toutes périodes	82 [77-88]	55 [48-64]	46 [37-56]
Âge [75;++[
Toutes périodes	73 [67-79]	47 [39-57]	45 [31-66]

Le détail par période de diagnostic n'est pas présenté du fait d'effectifs par classe d'âge trop faibles.

Description de la localisation étudiée

Oropharynx	CIM-O-3	Correspondance en CIM-O-2	Correspondance en CIM-O-1	Correspondance en CIM-10
	Topographie	C09.0 à C10.9	C09.0 à C10.9	146.0 à 146.9	C09.0 à C10.9
Morphologie	Toutes, sauf tumeurs hématologiques ; comportement tumoral /3			

Les cancers sont répartis en cancers de l'amygdale (58 %) et en cancers de l'oropharynx : vallécule, face antérieure de l'épiglotte et parois de l'oropharynx (42 %). La forme histologique la plus fréquente est le carcinome épidermoïde.

Incidence

D'après les données des registres français, pour la période 2003-2007, les taux d'incidence standardisés sur la population mondiale de ces cancers variaient, selon les registres, de 3,7 à 8,0 pour 100 000 chez les hommes et de 0,6 à 1,7 chez les femmes [1].

Population d'étude

Cette étude a porté sur 3 117 cas pour l'analyse sur la période 2005-2010 et sur 5 708 cas pour l'analyse des tendances 1989-2010.

Remarque

En raison d'un nombre de cas et/ou de décès insuffisants (ou de leur répartition dans le temps), certains indicateurs n'ont pu être produits (survie nette selon l'âge par exemple) et certains tableaux/figures sont incomplets ou absents.

Survie sur la période la plus récente (2005-2010)

Survie observée et survie nette

La survie observée et la survie nette 5 ans après le diagnostic étaient respectivement de 37 % et 40 % (tableau 1).

Variation selon le sexe et l'âge

La survie nette à 5 ans était de 38 % chez les hommes et de 49 % chez les femmes (tableau 1). Après standardisation, la survie nette à 5 ans était de 35 % chez les hommes et 50 % chez les femmes (tableau 2). La meilleure survie chez les femmes était plus marquée avec la durée de suivi et au-delà de 65 ans (tableau 4).

La survie nette diminuait avec l'âge, passant de 42 % à 5 ans chez les sujets les plus jeunes à 30 % pour les plus âgés

(tableau 3, figure 1). Cette diminution était plus marquée chez les hommes (tableau 4).

Globalement, l'excès de mortalité était maximal immédiatement après le diagnostic puis diminuait rapidement pendant les trois premières années. Cet excès de mortalité initial était beaucoup moins important chez les sujets jeunes, et très accentué chez les sujets les plus âgés (figure 2).

Tendances de la survie nette sur l'ensemble de la période (1989-2010)

Sur l'ensemble de la période, la survie observée et la survie nette à 10 ans étaient respectivement de 19 % et 22 % (tableau 5). Après standardisation, la survie nette à 10 ans était de 19 % (tableau 6).

Références

- [1] Forman D, Bray F, Brewster DH, Gombé Mbalawa C, Kohler B, Piñeros M, *et al.* Cancer Incidence in Five Continents, Vol. X [Internet]. Lyon: International Agency for Research on Cancer; 2013. [consulté le 23/01/2015]. Disponible à partir de l'URL : <http://ci5.iarc.fr>.
- [2] Survival of Cancer Patients in Europe The EUROCARE-5 Study [Internet]. Roma : Istituto Superiore di Sanità [consulté le 06/03/2015]. Disponible à partir de l'URL : <https://w3.iss.it/site/EU5Results/>.
- [3] Howlader N, Noone AM, Krapcho M, Garshell J, Miller D, Altekruse SF, *et al.* SEER Cancer Statistics Review, 1975-2011 [Internet]. Bethesda: National Cancer Institute; 2014. [consulté le 02/03/2015]. Disponible à partir de l'URL : http://seer.cancer.gov/csr/1975_2011/.
- [4] Mackillop WJ. Killing time: the consequences of delays in radiotherapy. *Radiother Oncol* 2007;84(1):1-4.
- [5] Jégu J, Colonna M, Daubisse-Marliac L, Trétarre B, Ganry O, Guizard AV, *et al.* The effect of patient characteristics on second primary cancer risk in France. *BMC Cancer* [Internet] 2014 [consulté le 02/03/2015];14:94. Disponible à partir de l'URL : <http://www.biomedcentral.com/1471-2407/14/94>.

Tendances globales

La survie nette à 1 an tendait à s'améliorer au cours du temps passant de 71 % pour les cas diagnostiqués en 1989-1993 à 74 % pour les cas diagnostiqués en 2005-2010 (tableau 5). Après standardisation, les chiffres correspondants étaient de 65 % et 69 % (tableau 6).

La survie nette à 5 ans s'améliorait passant de 31 % pour les cas diagnostiqués en 1989-1993 à 41 % pour les cas diagnostiqués en 2005-2010 (tableau 5). Après standardisation, les chiffres correspondants étaient de 31 % et 38 % (tableau 6).

La survie nette à 10 ans passait de 19 % pour les cas diagnostiqués en 1989-1993 à 22 % pour les cas diagnostiqués en 1999-2004 (tableau 5). Après standardisation, la survie nette se stabilisait autour de 19 % entre ces deux périodes (tableau 6).

Tendances selon le sexe

Aucune étude de tendance selon le sexe n'a été réalisée du fait d'effectifs trop faibles pour la standardisation chez les femmes (tableau 6).

Tendances selon l'âge

L'amélioration de la survie était différente selon les tranches d'âge (tableau 7). Elle était observée à 5 ans chez les sujets jusqu'à 64 ans. Aucune amélioration n'était retrouvée au-delà de 65 ans (tableau 7).

Survie à 15 ans chez les personnes âgées de moins de 75 ans

La survie nette à 15 ans variait entre 16 % et 11 % en fonction de l'âge pour les cas diagnostiqués en 1989-1998 (tableau 8).

Commentaires

Dans la dernière étude EURO CARE, la France a une survie inférieure à la moyenne européenne et à celle des pays nordiques. Elle occupe une mauvaise position au sein des pays du centre de l'Europe, sa survie est plus proche de celle de l'Europe du Sud [2].

Aux États-Unis, les données du SEER Program pour la période 2004-2010 montrent un taux de survie relative à 5 ans plus élevé (66,1 %) [3]. Cependant les comparaisons sont difficiles car les méthodes de calculs diffèrent.

La survie de ces cancers est mauvaise, le pronostic est moins péjoratif chez les femmes et les sujets les plus jeunes quelle que soit la durée de suivi. Le pronostic est lié au stade de détection, aux facteurs de risque et à la complexité de la prise en charge. En l'absence de symptomatologie spécifique, ces tumeurs, difficilement accessibles à l'examen clinique, sont le plus souvent diagnostiquées tardivement. Situées au carrefour aéro-digestif, leur prise en charge est complexe, peut nécessiter une chirurgie mutilante, être impactée par des délais de radiothérapie [4] et doit tenir compte du risque nutritionnel.

Les principaux facteurs de risque étant l'intoxication alcoolique et tabagique, ces tumeurs surviennent chez des sujets fragiles présentant des comorbidités. Leur survie continue de se dégrader à 15 ans de suivi, peut-être du fait de pathologies associées ou du risque important de deuxième cancer chez ces personnes [5]. Par ailleurs, les personnes atteintes d'un cancer des voies aéro-digestives supérieures lié au Human papillomavirus (HPV) seul, virus reconnu comme facteur de risque des cancers de l'oropharynx dont l'amygdale, ont un meilleur pronostic lié à une sensibilité accrue à la chimiothérapie et à la radiothérapie [6]. Les différences de survie observées entre les pays pourraient être, en partie, expliquées par des différences de prévalence de ce virus.

On observe toutefois une amélioration de la survie principalement à 5 ans et chez les sujets de moins de 65 ans. Globalement elle pourrait être due à une amélioration dans la précocité du diagnostic, mais également à l'amélioration de la prise en charge avec l'introduction des traitements combinés durant les années 1990 [7], ainsi que la généralisation des soins de support. Cette amélioration pourrait également être rapportée à une fréquence accrue des cancers liés au HPV [8]. La prévalence du HPV dans les cancers de l'oropharynx a augmenté dans les dernières décennies en Europe et aux États-Unis [6]. En France, deux études récentes ont montré que la prévalence du HPV dans les cancers de l'oropharynx était de 46,5 % pour des cas diagnostiqués en 2000-2009 [9] et de 50-65 % pour les cas diagnostiqués en 2007-2009 [10].

- [6] Marur S, D'Souza G, Westra WH, Forastiere AA. HPV-associated head and neck cancer: a virus-related cancer epidemic. *Lancet Oncol* 2010;11(8):781-9.
- [7] Pignon JP, Le Maître A, Maillard E, Bourhis J, MACH-NC Collaborative Group. Meta-analysis of chemotherapy in head and neck cancer (MACH-NC): an update on 93 randomised trials and 17,346 patients. *Radiother Oncol* 2009;92(1):4-14.
- [8] Pulte D, Brenner H. Changes in survival in head and neck cancers in the late 20th and early 21st century: a period analysis. *Oncologist* 2010;15(9):994-1001.
- [9] St Guily JL, Jacquard AC, Prétet JL, Haesebaert J, Beby-Defaux A, Clavel C, et al. Human papillomavirus genotype distribution in oropharynx and oral cavity cancer in France-The EDiTH VI study. *J Clin Virol* 2011;51(2):100-4.
- [10] Melkane AE, Auperin A, Saulnier P, Lacroix L, Vielh P, Casiraghi O, et al. Human papillomavirus prevalence and prognostic implication in oropharyngeal squamous cell carcinomas. *Head Neck* 2014;36(2):257-65.

SURVIE À 1, 3 ET 5 ANS DES PERSONNES DIAGNOSTIQUÉES ENTRE 2005 ET 2010 (TOUS REGISTRÉS)

I TABLEAU 1 |	SURVIE OBSERVÉE ET NETTE (%) À 1, 3 ET 5 ANS SELON LE SEXE [IC À 95 %]					
	1 an		3 ans		5 ans	
	observée	nette	observée	nette	observée	nette
Homme	71 [69-72]	72 [70-73]	46 [44-48]	48 [46-50]	35 [33-37]	38 [36-40]
Femme	77 [74-81]	78 [75-82]	57 [53-61]	58 [54-63]	46 [42-51]	49 [44-54]
Tous	72 [70-73]	73 [71-74]	48 [46-50]	50 [48-52]	37 [36-39]	40 [38-42]

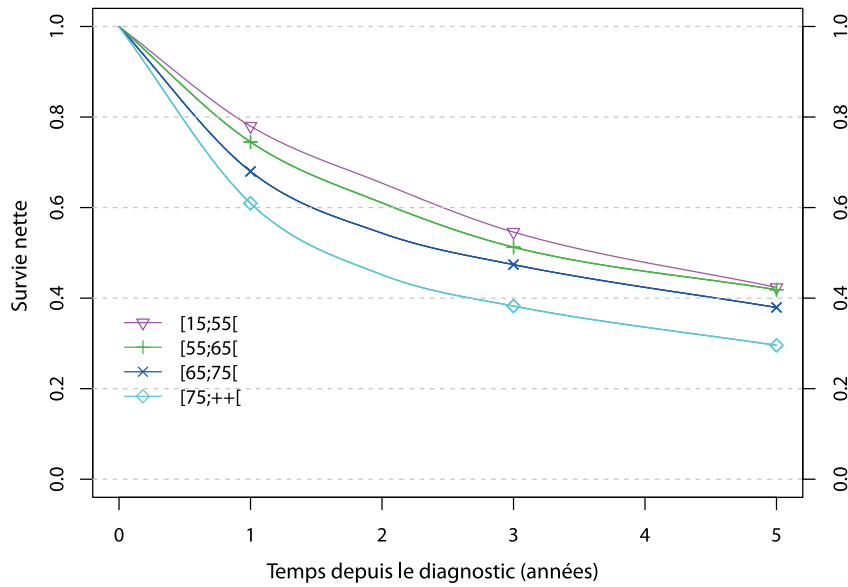
I TABLEAU 2 |	SURVIE NETTE STANDARDISÉE (%) À 1, 3 ET 5 ANS SELON LE SEXE [IC À 95 %]		
	1 an	3 ans	5 ans
	Homme	68 [65-70]	45 [42-47]	35 [32-37]
Femme	76 [72-81]	57 [52-62]	50 [44-56]
Tous	69 [67-71]	47 [45-49]	37 [35-40]

I TABLEAU 3 |	SURVIE OBSERVÉE ET NETTE (%) À 1, 3 ET 5 ANS SELON L'ÂGE [IC À 95 %]						
		1 an		3 ans		5 ans	
		observée	nette	observée	nette	observée	nette
[15;55[	78 [75-80]	78 [75-81]	54 [51-57]	55 [51-58]	41 [38-45]	42 [39-46]
[55;65[	74 [71-76]	74 [72-77]	50 [47-53]	51 [48-54]	40 [37-43]	42 [39-45]
[65;75[	67 [63-71]	68 [64-72]	45 [41-49]	47 [43-52]	34 [31-39]	38 [34-43]
[75;++[	58 [53-63]	61 [56-67]	33 [28-38]	38 [33-45]	22 [18-28]	30 [24-37]
Tous	72 [70-73]	73 [71-74]	48 [46-50]	50 [48-52]	37 [36-39]	40 [38-42]	

I TABLEAU 4 |	SURVIE NETTE (%) À 1, 3 ET 5 ANS SELON L'ÂGE, CHEZ L'HOMME ET CHEZ LA FEMME [IC À 95 %]						
		1 an		3 ans		5 ans	
		Homme	Femme	Homme	Femme	Homme	Femme
[15;55[	77 [74-80]	83 [78-89]	54 [50-57]	59 [52-66]	42 [38-46]	44 [37-53]
[55;65[	74 [71-77]	77 [71-83]	49 [46-53]	61 [54-68]	40 [37-44]	51 [44-60]
[65;75[	66 [62-70]	81 [73-89]	44 [40-49]	65 [55-75]	35 [30-40]	58 [48-70]
[75;++[	59 [53-66]	67 [57-79]	36 [30-43]	46 [35-60]	25 [19-34]	43 [31-60]
Tous	72 [70-73]	78 [75-82]	48 [46-50]	58 [54-63]	38 [36-40]	49 [44-54]	

I FIGURE 1 I

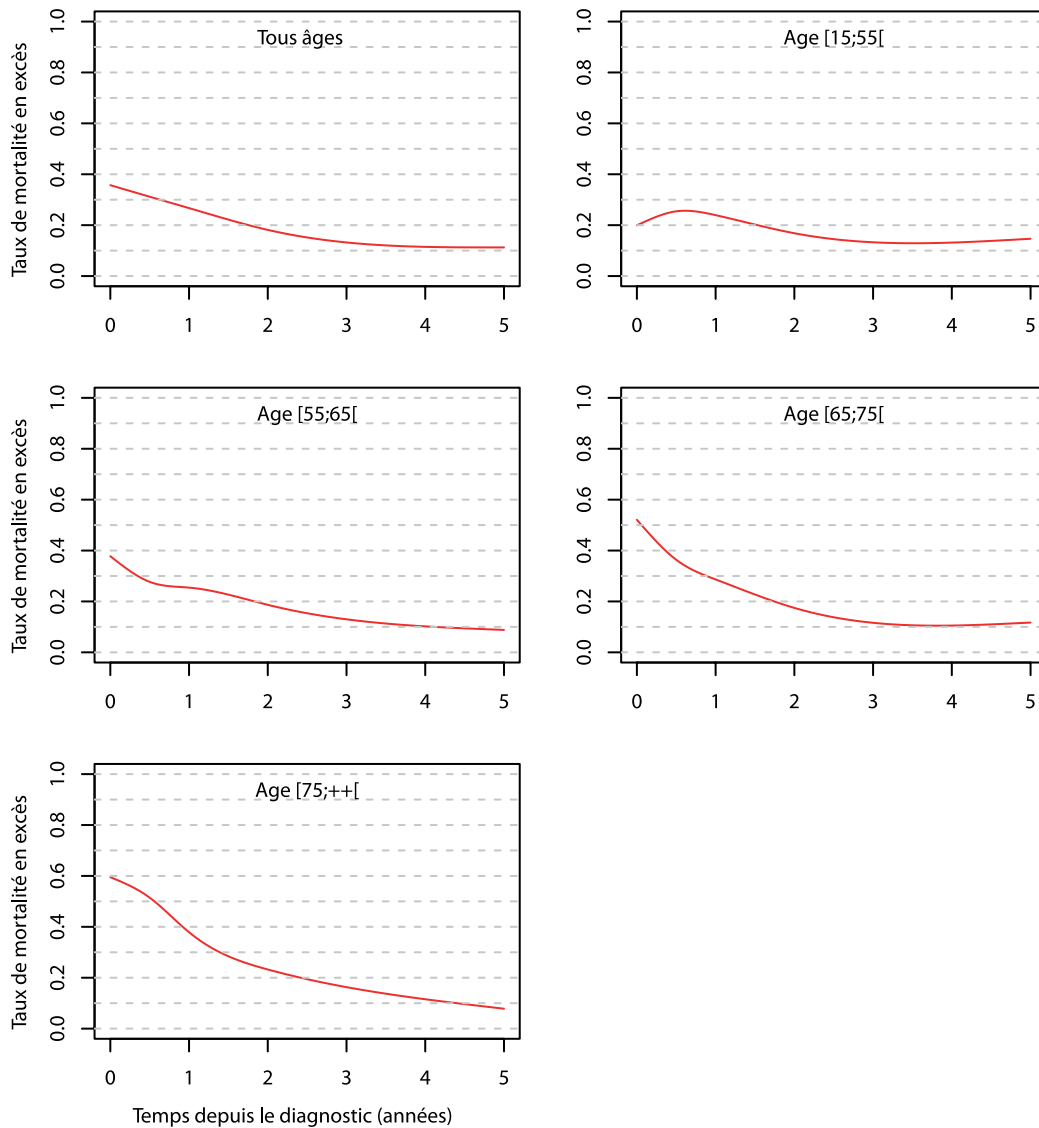
SURVIE NETTE SELON L'ÂGE EN FONCTION DU TEMPS DEPUIS LE DIAGNOSTIC



I FIGURE 2 I

TAUX DE MORTALITÉ EN EXCÈS EN FONCTION DU TEMPS DEPUIS LE DIAGNOSTIC, TOUS ÂGES ET PAR CLASSE D'ÂGE

Le taux est exprimé en nombre de décès pour une personne-année.



Pour une interprétation correcte de ces figures, il est impératif de se référer au paragraphe « Point particulier : les figures des taux de mortalité en excès » du chapitre « Présentation des résultats et guide de lecture » (p. 28-29).

TENDANCES DE LA SURVIE À 1, 5 ET 10 ANS POUR LES PERSONNES DIAGNOSTIQUÉES ENTRE 1989 ET 2010 (RESTRICTION AUX REGISTRES COUVRANT L'ENSEMBLE DE LA PÉRIODE 1989-2010)

I TABLEAU 5 I	SURVIE OBSERVÉE ET NETTE (%) À 1, 5 ET 10 ANS PAR PÉRIODE DE DIAGNOSTIC [IC À 95 %]					
	1 an		5 ans		10 ans	
	observée	nette	observée	nette	observée	nette
1989-1993	70 [68-72]	71 [69-74]	28 [26-31]	31 [29-34]	16 [14-18]	19 [17-22]
1994-1998	69 [66-71]	70 [67-73]	32 [29-34]	34 [32-37]	18 [17-21]	22 [19-24]
1999-2004	71 [68-73]	72 [69-74]	34 [32-37]	37 [34-40]	19 [17-21]	22 [19-24]
2005-2010	73 [70-75]	74 [71-76]	39 [36-42]	41 [39-44]	ND	ND
Toutes	71 [69-72]	72 [70-73]	33 [32-34]	36 [35-37]	19 [18-20]	22 [21-23]

ND : Non disponible.

I TABLEAU 6 I	SURVIE NETTE STANDARDISÉE (%) À 1, 5 ET 10 ANS SELON LE SEXE PAR PÉRIODE DE DIAGNOSTIC [IC À 95 %]					
	Homme			Tous sexes		
	1 an	5 ans	10 ans	1 an	5 ans	10 ans
1989-1993	62 [58-66]	29 [25-33]	15 [12-20]	65 [62-69]	31 [27-35]	19 [15-24]
1994-1998	63 [60-67]	29 [26-33]	17 [14-20]	64 [61-68]	30 [27-34]	18 [15-21]
1999-2004	67 [64-71]	32 [29-36]	17 [14-20]	68 [65-71]	34 [31-37]	19 [16-23]
2005-2010	66 [63-70]	35 [32-40]	ND	69 [66-72]	38 [35-42]	ND
Toutes périodes	65 [63-67]	31 [29-33]	17 [15-19]	67 [65-68]	33 [31-35]	19 [17-22]

ND : Non disponible.

Non présenté pour les femmes du fait d'effectifs trop faibles pour la standardisation.

I TABLEAU 7 I	SURVIE NETTE (%) À 1, 5 ET 10 ANS SELON L'ÂGE PAR PÉRIODE DE DIAGNOSTIC [IC À 95 %]		
	1 an	5 ans	10 ans
Âge [15;55[
1989-1993	79 [75-82]	35 [31-40]	22 [19-27]
1994-1998	78 [74-82]	41 [37-46]	27 [23-31]
1999-2004	75 [72-79]	38 [34-42]	23 [20-27]
2005-2010	80 [77-84]	45 [40-50]	ND
Toutes périodes	78 [76-80]	40 [37-42]	25 [23-27]
Âge [55;65[
1989-1993	69 [66-74]	28 [24-32]	16 [13-20]
1994-1998	71 [67-76]	34 [30-40]	22 [18-26]
1999-2004	75 [71-79]	42 [37-47]	26 [22-31]
2005-2010	76 [73-80]	45 [41-50]	ND
Toutes périodes	73 [71-75]	37 [35-39]	23 [21-25]

I TABLEAU 7 I SUITE	SURVIE NETTE (%) À 1, 5 ET 10 ANS SELON L'ÂGE PAR PÉRIODE DE DIAGNOSTIC [IC À 95 %]		
	1 an	5 ans	10 ans
Âge [65;75[
1989-1993	71 [66-77]	31 [26-38]	20 [15-27]
1994-1998	63 [58-69]	27 [22-33]	18 [14-25]
1999-2004	68 [63-74]	35 [30-41]	17 [12-23]
2005-2010	67 [62-73]	36 [30-42]	ND
Toutes périodes	67 [65-70]	32 [29-35]	19 [16-22]
Âge [75;++[
1989-1993	47 [38-59]	31 [21-45]	17 [8-39]
1994-1998	51 [42-61]	23 [15-35]	9 [3-23]
1999-2004	57 [49-66]	23 [16-34]	13 [6-26]
2005-2010	57 [49-66]	32 [23-44]	ND
Toutes périodes	53 [49-58]	27 [22-32]	14 [9-22]

ND : Non disponible.

SURVIE À 1, 5, 10 ET 15 ANS DES PERSONNES DE MOINS DE 75 ANS DIAGNOSTIQUÉES ENTRE 1989 ET 1998 (RESTRICTION AUX REGISTRES COUVRANT L'ENSEMBLE DE LA PÉRIODE 1989-2010)

I TABLEAU 8 I	SURVIE NETTE (%) À LONG TERME SELON L'ÂGE (ÂGE <75 ANS) [IC À 95 %]			
	1 an	5 ans	10 ans	15 ans
Âge [15;55[
1989-1998	78 [76-81]	38 [35-41]	25 [22-28]	16 [14-19]
Âge [55;65[
1989-1998	70 [67-73]	31 [28-34]	19 [16-22]	12 [10-14]
Âge [65;75[
1989-1998	67 [63-71]	29 [25-33]	19 [16-23]	11 [8-15]

Description de la localisation étudiée

Nasopharynx	CIM-O-3	Correspondance en CIM-O-2	Correspondance en CIM-O-1	Correspondance en CIM-10
	Topographie	C11.0 à C11.9	C11.0 à C11.9	147.0 à 147.9	C11.0 à C11.9
Morphologie	Toutes, sauf tumeurs hématologiques ; comportement tumoral /3			

Les cancers du nasopharynx (rhinopharynx ou cavum) regroupent deux grands types histologiques : les carcinomes épidermoïdes, kératinisants ou non, qui réalisent les types I et II de l'OMS, et les carcinomes indifférenciés dits UCNT (Undifferentiated Carcinoma of Nasopharyngeal Type), qui constituent le type III. En France, les cancers du nasopharynx ne représentent que 2 % des cancers Lèvre-Bouche-Pharynx.

Incidence

D'après les données des registres français, pour la période 2003-2007, les taux d'incidence standardisés sur la population mondiale de ces cancers variaient, selon les registres, de 0,3 à 0,9 pour 100 000 chez les hommes et de 0,0 à 0,3 chez les femmes [1].

Population d'étude

Cette étude a porté sur 283 cas pour l'analyse sur la période 2005-2010 et sur 573 cas pour l'analyse des tendances 1989-2010.

Remarque

En raison d'un nombre de cas et/ou de décès insuffisants (ou de leur répartition dans le temps), certains indicateurs n'ont pu être produits (survie nette selon l'âge par exemple) et certains tableaux/figures sont incomplets ou absents.

Survie sur la période la plus récente (2005-2010)

Survie observée et survie nette

La survie observée et la survie nette 5 ans après le diagnostic étaient respectivement de 54 % et 56 % (tableau 1).

Variation selon le sexe

La survie nette à 5 ans était de 54 % chez les hommes et de 64 % chez les femmes (tableau 1).

Tendances de la survie nette sur l'ensemble de la période (1989-2010)

Sur l'ensemble de la période, la survie observée et la survie nette à 10 ans étaient respectivement de 36 % et 40 % (tableau 5). Après standardisation, la survie nette à 10 ans était de 42 % (tableau 6). La survie nette à 10 ans sur l'ensemble de la période est également présentée pour les différentes classes d'âge. Elle diminuait avec l'âge (tableau 7).

Tendances globales

On n'observait pas d'amélioration de la survie au cours du temps (tableau 5).

Références

- [1] Forman D, Bray F, Brewster DH, Gombe Mbalawa C, Kohler B, Piñeros M, *et al.* Cancer Incidence in Five Continents, Vol. X [Internet]. Lyon : International Agency for Research on Cancer; 2013. [consulté le 13/02/2015]. Disponible à partir de l'URL : <http://ci5.iarc.fr>.
- [2] Survival of Cancer Patients in Europe The EUROCARE-5 Study [Internet]. Roma : Istituto Superiore di Sanità [consulté le 02/03/2015]. Disponible à partir de l'URL : <https://w3.iss.it/site/EU5Results/>.
- [3] Pulte D, Brenner H. Changes in survival in head and neck cancers in the late 20th and early 21st century: a period analysis. *Oncologist* 2010;15:994-1001.
- [4] Fleury B, Biston MC, Montbarbon X, Pommier P. Cancer du cavum de l'adulte. *Cancer Radiother* 2010;14 Suppl 1:S23-33.

Commentaires

Les cancers du nasopharynx font partie des localisations cancéreuses de pronostic moyen. Dans la dernière étude de survie EUROCORE, la France présente une survie à 5 ans, proche de la moyenne européenne, comparable à celle des pays du nord de l'Europe, mais meilleure que celle des pays de l'est de l'Europe [2].

Contrairement à ce qui est observé aux États-Unis [3], on ne constate pas en France d'amélioration de la survie, peut-être du fait de la faiblesse des effectifs.

Le diagnostic de ces cancers est souvent tardif, en raison de leur développement dans une cavité profonde, difficile d'accès, ce qui explique en partie les résultats thérapeutiques peu satisfaisants. Lors du diagnostic, les formes localement étendues ne sont pas rares et l'évolution métastatique est fréquente.

Le traitement de référence est la radiothérapie externe, associée à une chimiothérapie concomitante dans les formes évoluées [4].

Ces tumeurs correspondent à deux variétés histologiques principales : les carcinomes épidermoïdes liés à exposition à l'alcool et au tabac et les carcinomes indifférenciés liés à l'infection par le virus d'Epstein-Barr [5]. Ces derniers semblent être associés à un meilleur pronostic [6;7].

Les formes indifférenciées représentent la forme la plus fréquente en Asie du Sud-Est et font actuellement l'objet de développements thérapeutiques basés sur la thérapie ciblée [8].

[5] Hasbini A, Raymond E, Cvitkovic E, Eschwège F, Armand JP. Les carcinomes du nasopharynx. *Bull Cancer* 2000;87:21-6.

[6] Lee JT, Ko CY. Has survival improved for nasopharyngeal carcinoma in the United States? *Otolaryngol Head Neck Surg* 2005;132(2):303-8.

[7] Shi W, Pataki I, MacMillan C, Pintilie M, Payne D, O'Sullivan B, et al. Molecular pathology parameters in human nasopharyngeal carcinoma. *Cancer* 2002;94(7):1997-2006.

[8] Chiang AK, Mak NK, Ng WT. Translational research in nasopharyngeal carcinoma. *Oral Oncol* 2014;50(5):345-52.

SURVIE À 1, 3 ET 5 ANS DES PERSONNES DIAGNOSTIQUÉES ENTRE 2005 ET 2010 (TOUS REGISTRES)

I TABLEAU 1 I SURVIE OBSERVÉE ET NETTE (%) À 1, 3 ET 5 ANS SELON LE SEXE [IC À 95 %]

	1 an		3 ans		5 ans	
	observée	nette	observée	nette	observée	nette
Homme	76 [70-82]	77 [71-83]	59 [52-66]	61 [54-68]	51 [44-58]	54 [47-62]
Femme	86 [78-94]	86 [79-95]	68 [58-79]	69 [59-81]	62 [51-75]	64 [52-77]
Tous	78 [74-83]	79 [74-84]	61 [56-67]	63 [57-69]	54 [48-60]	56 [50-63]

I TABLEAU 2 I SURVIE NETTE STANDARDISÉE (%) À 1, 3 ET 5 ANS SELON LE SEXE [IC À 95 %]

Non présenté du fait d'effectifs par sexe et classe d'âge trop faibles.

I TABLEAU 3 I SURVIE OBSERVÉE ET NETTE (%) À 1, 3 ET 5 ANS SELON L'ÂGE [IC À 95 %]

Non présenté du fait d'effectifs par classe d'âge trop faibles.

I TABLEAU 4 I SURVIE NETTE (%) À 1, 3 ET 5 ANS SELON L'ÂGE, CHEZ L'HOMME ET CHEZ LA FEMME [IC À 95 %]

Non présenté du fait d'effectifs par sexe et classe d'âge trop faibles.

I FIGURE 1 I SURVIE NETTE SELON L'ÂGE EN FONCTION DU TEMPS DEPUIS LE DIAGNOSTIC

Non présentée du fait d'effectifs par classe d'âge trop faibles.

I FIGURE 2 I TAUX DE MORTALITÉ EN EXCÈS EN FONCTION DU TEMPS DEPUIS LE DIAGNOSTIC, TOUS ÂGES ET PAR CLASSE D'ÂGE

Non présentée du fait d'effectifs par classe d'âge trop faibles.

TENDANCES DE LA SURVIE À 1, 5 ET 10 ANS POUR LES PERSONNES DIAGNOSTIQUÉES ENTRE 1989 ET 2010 (RESTRICTION AUX REGISTRES COUVRANT L'ENSEMBLE DE LA PÉRIODE 1989-2010)

I TABLEAU 5 I	SURVIE OBSERVÉE ET NETTE (%) À 1, 5 ET 10 ANS PAR PÉRIODE DE DIAGNOSTIC [IC à 95 %]					
	1 an		5 ans		10 ans	
	observée	nette	observée	nette	observée	nette
1989-1993	75 [68-83]	76 [69-85]	43 [35-53]	46 [37-57]	30 [23-40]	35 [26-46]
1994-1998	76 [68-84]	77 [70-86]	40 [32-51]	43 [34-55]	29 [22-39]	34 [25-47]
1999-2004	79 [73-85]	80 [74-87]	49 [43-57]	52 [44-60]	41 [34-49]	46 [38-55]
2005-2010	80 [74-86]	81 [75-87]	50 [43-59]	53 [45-62]	ND	ND
Toutes périodes	78 [75-81]	79 [76-83]	47 [43-51]	49 [45-54]	36 [32-40]	40 [35-46]

ND : Non disponible.

I TABLEAU 6 I	SURVIE NETTE STANDARDISÉE (%) À 1, 5 ET 10 ANS SELON LE SEXE PAR PÉRIODE DE DIAGNOSTIC [IC à 95 %]		
	Tous sexes		
	1 an	5 ans	10 ans
Toutes périodes	79 [76-83]	50 [46-55]	42 [38-48]

Le détail par sexe et période de diagnostic n'est pas présenté du fait d'effectifs trop faibles pour la standardisation.

I TABLEAU 7 I	SURVIE NETTE (%) À 1, 5 ET 10 ANS SELON L'ÂGE PAR PÉRIODE DE DIAGNOSTIC [IC à 95 %]		
	1 an	5 ans	10 ans
Âge [15;45[
Toutes périodes	89 [84-95]	69 [60-78]	65 [56-75]
Âge [45;55[
Toutes périodes	85 [79-91]	53 [44-63]	43 [35-55]
Âge [55;65[
Toutes périodes	79 [73-86]	52 [44-61]	38 [29-49]
Âge [65;75[
Toutes périodes	75 [67-84]	38 [29-49]	25 [17-38]
Âge [75;++[
Toutes périodes	58 [47-72]	26 [16-42]	28 [14-54]

Le détail par période de diagnostic n'est pas présenté du fait d'effectifs par classe d'âge trop faibles.

Description de la localisation étudiée

Hypopharynx	CIM-O-3	Correspondance en CIM-O-2	Correspondance en CIM-O-1	Correspondance en CIM-10
	Topographie	C12.9 et C13.0 à C13.9	C12.9 et C13.0 à C13.9	148.0 à 148.9	C12.9 et C13.0 à C13.9
Morphologie	Toutes, sauf tumeurs hématologiques ; comportement tumoral /3			

Le cancer de l'hypopharynx concerne le sinus piriforme (atteinte anatomique la plus fréquente), la paroi postérieure de l'hypopharynx et/ou la région rétrocricoïdienne. Le carcinome épidermoïde est la forme histologique nettement majoritaire. Sur le plan anatomique l'hypopharynx présente des rapports étroits avec le larynx et avec l'oropharynx, cela explique certains classements topographiques discutables pour les cancers qui surviennent dans des régions frontières, particulièrement lorsque la présentation initiale est volumineuse.

Incidence

D'après les données des registres français, pour la période 2003-2007, les taux d'incidence standardisés sur la population mondiale de ce cancer variaient, selon les registres, de 3,0 à 7,8 pour 100 000 chez les hommes et de 0,2 à 0,7 chez les femmes [1].

Population d'étude

Cette étude a porté sur 2 392 cas pour l'analyse sur la période 2005-2010 et sur 5 141 cas pour l'analyse des tendances 1989-2010.

Remarque

En raison d'un nombre de cas et/ou de décès insuffisants (ou de leur répartition dans le temps), certains indicateurs n'ont pu être produits (survie nette selon l'âge par exemple) et certains tableaux/figures sont incomplets ou absents.

Survie sur la période la plus récente (2005-2010)

Survie observée et survie nette

La survie observée et la survie nette 5 ans après le diagnostic étaient respectivement de 26 % et 28 % (tableau 1).

Variation selon le sexe et l'âge

La survie nette à 5 ans était de 28 % chez les hommes et de 34 % chez les femmes (tableau 1).

La survie nette diminuait avec l'âge, passant de 30 % à 5 ans chez les sujets les plus jeunes à 15 % pour les plus âgés avec

néanmoins une valeur légèrement plus favorable pour les sujets âgés de 55 à 64 ans que pour les sujets de moins de 55 ans (tableau 3, figure 1).

Tendances de la survie nette sur l'ensemble de la période (1989-2010)

Sur l'ensemble de la période, la survie observée et la survie nette à 10 ans étaient respectivement de 12 % et 14 % (tableau 5). Après standardisation, la survie nette à 10 ans était de 12 % (tableau 6). La survie nette à 10 ans sur l'ensemble de la période est également présentée pour les différentes classes d'âge (tableau 7).

Références

- [1] Forman D, Bray F, Brewster DH, Gombé Mbalawa C, Kohler B, Piñeros M, *et al.* Cancer Incidence in Five Continents, Vol. X [Internet]. Lyon: International Agency for Research on Cancer; 2013. [consulté le 23/01/2015]. Disponible à partir de l'URL : <http://ci5.iarc.fr>.
- [2] Takes RP, Strojjan P, Silver CE, Bradley PJ, Haigentz M, Wolf GT, *et al.* Current trends in initial management of hypopharyngeal cancer: the declining use of open surgery. *Head Neck* 2012;34(2):270-81.
- [3] Smith RB. Surgery in the management of laryngeal and hypopharyngeal carcinoma. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 2007;69(2):S28-30.
- [4] De Angelis R, Sant M, Coleman MP, Francisci S, Baili P, Pierannunzio D, *et al.* Cancer survival in Europe 1999-2007 by country and age: results of EURO-CARE-5- a population-based study. *Lancet Oncology* 2014;15:23-34.
- [5] Survival of Cancer Patients in Europe The EURO-CARE-5 Study. [Internet]. Roma : Istituto Superiore di Sanità. [consulté le 25/02/2015]. Disponible à partir de l'URL : <https://w3.iss.it/site/EU5Results/>.

Tendances globales

La survie nette à 1 an et à 5 ans s'améliorait très légèrement au cours du temps. Elle était égale à 69 % à 1 an et 30 % à 5 ans pour les cas diagnostiqués en 2005-2010, alors qu'elle était respectivement de l'ordre de 65 % à 67 % et de 25 à 27 %, au cours des trois périodes précédentes (tableau 5).

La survie nette à 10 ans variait peu sur les périodes disponibles, passant de 15 % pour les cas diagnostiqués en 1989-1993 à 13 % pour les cas diagnostiqués en 1999-2004 (tableau 5).

Survie à 15 ans chez les personnes âgées de moins de 75 ans

La survie nette à 15 ans variait entre 11 % et 6 % en fonction de l'âge pour les cas diagnostiqués en 1989-1998 (tableau 8).

Commentaires

En France, avec 28 % de survie nette à 5 ans sur la période 2005-2010 et 12 % de survie nette standardisée à 10 ans sur la période 1989-2010, le pronostic du cancer de l'hypopharynx est sombre et place ce cancer en dernière position parmi les cancers de la tête et du cou. Ce mauvais pronostic est lié au stade souvent avancé au moment du diagnostic, au caractère multifocal des lésions et aux anastomoses nombreuses des vaisseaux lymphatiques régionaux (cette abondante vascularisation lymphatique favorise la dissémination précoce). En outre, dans un bon nombre de cas, ces cancers surviennent chez des personnes au lourd passé alcool-tabagique à l'origine de comorbidités compromettant la mise en route de traitements lourds [2;3]. Enfin, la survenue d'un cancer ultérieur est fréquente chez ces personnes (dans 10 à 20 % des cas, selon les séries), expliquant aussi le pronostic défavorable.

Dans l'étude EURO-CARE-5, pour ce cancer, les taux de survie relative observés en France sont inférieurs à ceux des pays du centre de l'Europe et inférieurs à la moyenne européenne [4;5]. Toutefois, en France, au cours de la période la plus récente, une amélioration discrète de la survie nette à 1 an et à 5 ans pourrait préfigurer l'amorce d'une tendance positive.

Aux États-Unis depuis le début des années 1990, la survie des personnes atteintes par ce cancer s'améliore [6;7]. Une étude de cohorte rétrospective en population générale s'est intéressée aux évolutions des traitements (sauf chimiothérapie) et de la survie des personnes atteintes d'un carcinome épidermoïde de l'hypopharynx, entre 1973 et 2003 [6]. La cohorte était sélectionnée à partir de la base de données du SEER Program et les résultats de la période 1990 à 2003 étaient comparés avec ceux de la période 1973 à 1989. L'analyse a confirmé un changement dans la prise en charge du cancer de l'hypopharynx, avec un recours plus fréquent à la radiothérapie et l'absence de chirurgie qui concernait la majorité des patients. L'amélioration de la survie était due au groupe traité par radiothérapie sans chirurgie [6]. De même une amélioration de la survie devrait être observée en France suite aux évolutions de l'arsenal thérapeutique depuis la fin des années 1990 et au recours à des traitements combinés associant radiothérapie et chimiothérapie [8;9]. Dans les formes limitées le traitement fait habituellement appel à la chirurgie, souvent associée à la radiothérapie. Pour les formes avancées ou en cas de contre-indication générale à la chirurgie (ce qui est assez fréquent), chimiothérapie et radiothérapie sont associées, simultanément ou de façon alternée.

- [6] Newman JR, Connolly TM, Illing EA, Kilgore ML, Locher JL, Carroll WR. Survival trends in Hypopharyngeal cancer: A population-based review. *Laryngoscope* 2015;125(3):624-9.
- [7] Pulte D, Brenner H. Changes in survival in head and neck cancers in the late 20th and early 21st century: a period analysis. *Oncologist* 2010;15(9):994-1001.
- [8] Lefebvre JL, Andry G, Chevalier D, Luboinski B, Collette L, Traissac L, *et al.* Laryngeal preservation with induction chemotherapy for hypopharyngeal squamous cell carcinoma: 10-year results of EORTC trial 24891. *Ann Oncol* 2012;23:2708-14.
- [9] Lefebvre JL, Chevalier D, Luboinski B, Kirkpatrick A, Collette L, Sahnoud T. Larynx preservation in pyriform sinus cancer: preliminary results of a European Organization for Research and Treatment of Cancer phase III trial. EORTC Head and Neck Cancer Cooperative Group. *J Natl Cancer Inst* 1996;88:890-9.

SURVIE À 1, 3 ET 5 ANS DES PERSONNES DIAGNOSTIQUÉES ENTRE 2005 ET 2010 (TOUS REGISTRÉS)

I TABLEAU 1 |	SURVIE OBSERVÉE ET NETTE (%) À 1, 3 ET 5 ANS SELON LE SEXE [IC À 95 %]					
	1 an		3 ans		5 ans	
	observée	nette	observée	nette	observée	nette
Homme	65 [63-67]	66 [64-68]	35 [33-37]	37 [35-39]	25 [24-27]	28 [26-30]
Femme	69 [63-76]	69 [63-76]	40 [34-48]	41 [35-49]	32 [26-40]	34 [27-41]
Tous	65 [63-67]	66 [64-68]	36 [34-38]	38 [36-40]	26 [24-28]	28 [26-30]

I TABLEAU 2 |	SURVIE NETTE STANDARDISÉE (%) À 1, 3 ET 5 ANS SELON LE SEXE [IC À 95 %]
-------------	---

Non présenté du fait d'effectifs par sexe et classe d'âge trop faibles.

I TABLEAU 3 |	SURVIE OBSERVÉE ET NETTE (%) À 1, 3 ET 5 ANS SELON L'ÂGE [IC À 95 %]					
	1 an		3 ans		5 ans	
	observée	nette	observée	nette	observée	nette
[15;55[	70 [67-74]	71 [67-74]	39 [35-43]	40 [36-44]	29 [25-33]	30 [26-34]
[55;65[	71 [68-74]	72 [69-75]	42 [38-45]	43 [40-46]	32 [29-36]	34 [31-38]
[65;75[	62 [58-66]	63 [59-68]	34 [30-38]	36 [32-41]	22 [18-26]	25 [21-29]
[75;+ +[	46 [40-51]	49 [43-55]	18 [14-22]	22 [17-28]	11 [8-15]	15 [11-22]
Tous	65 [63-67]	66 [64-68]	36 [34-38]	38 [36-40]	26 [24-28]	28 [26-30]

I TABLEAU 4 |	SURVIE NETTE (%) À 1, 3 ET 5 ANS SELON L'ÂGE, CHEZ L'HOMME ET CHEZ LA FEMME [IC À 95 %]
-------------	---

Non présenté du fait d'effectifs par sexe et classe d'âge trop faibles.

FIGURE 1

SURVIE NETTE SELON L'ÂGE EN FONCTION DU TEMPS DEPUIS LE DIAGNOSTIC

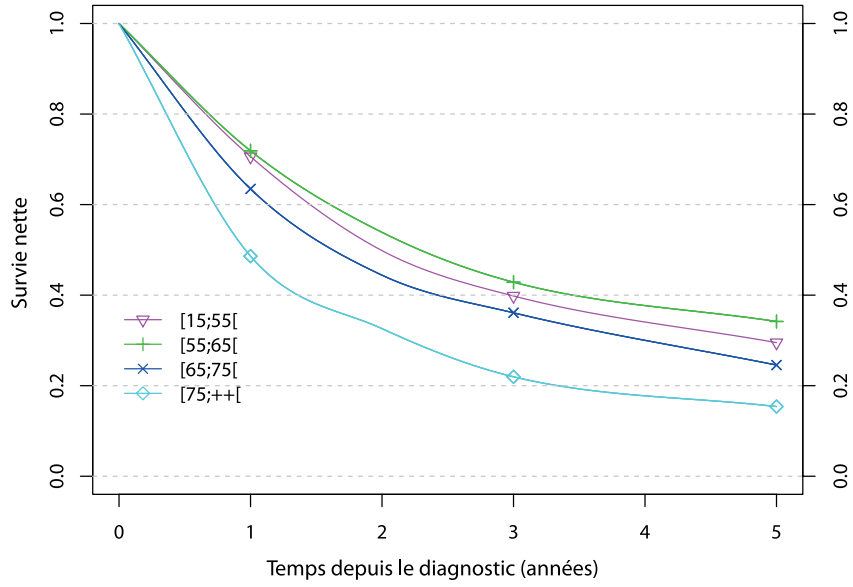


FIGURE 2

TAUX DE MORTALITÉ EN EXCÈS EN FONCTION DU TEMPS DEPUIS LE DIAGNOSTIC, TOUS ÂGES ET PAR CLASSE D'ÂGE

Non présentée du fait d'effectifs par classe d'âge trop faibles.

TENDANCES DE LA SURVIE À 1, 5 ET 10 ANS POUR LES PERSONNES DIAGNOSTIQUÉES ENTRE 1989 ET 2010 (RESTRICTION AUX REGISTRES COUVRANT L'ENSEMBLE DE LA PÉRIODE 1989-2010)

I TABLEAU 5 I	SURVIE OBSERVÉE ET NETTE (%) À 1, 5 ET 10 ANS PAR PÉRIODE DE DIAGNOSTIC [IC À 95 %]					
	1 an		5 ans		10 ans	
	observée	nette	observée	nette	observée	nette
1989-1993	65 [63-67]	66 [64-69]	24 [22-27]	27 [25-30]	12 [11-14]	15 [13-17]
1994-1998	66 [63-68]	67 [64-69]	23 [21-26]	25 [23-28]	12 [11-14]	14 [12-17]
1999-2004	64 [61-66]	65 [62-67]	25 [23-28]	27 [25-30]	11 [10-13]	13 [11-15]
2005-2010	67 [65-70]	69 [66-71]	27 [25-30]	30 [27-33]	ND	ND
Toutes périodes	65 [64-67]	66 [65-68]	25 [24-26]	27 [26-28]	12 [11-13]	14 [13-16]

ND : Non disponible.

I TABLEAU 6 I	SURVIE NETTE STANDARDISÉE (%) À 1, 5 ET 10 ANS SELON LE SEXE PAR PÉRIODE DE DIAGNOSTIC [IC À 95 %]		
	Tous sexes		
	1 an	5 ans	10 ans
Toutes périodes	61 [60-63]	24 [22-25]	12 [10-13]

Le détail par sexe et période de diagnostic n'est pas présenté du fait d'effectifs trop faibles pour la standardisation.

I TABLEAU 7 I	SURVIE NETTE (%) À 1, 5 ET 10 ANS SELON L'ÂGE PAR PÉRIODE DE DIAGNOSTIC [IC À 95 %]		
	1 an	5 ans	10 ans
Âge [15;55[
Toutes périodes	72 [70-74]	30 [28-33]	18 [16-20]
Âge [55;65[
Toutes périodes	69 [67-71]	30 [27-32]	15 [13-17]
Âge [65;75[
Toutes périodes	64 [61-67]	24 [22-27]	13 [10-15]
Âge [75;++[
Toutes périodes	46 [41-51]	14 [11-19]	4 [2-11]

Le détail par période de diagnostic n'est pas présenté du fait d'effectifs par classe d'âge trop faibles.

SURVIE À 1, 5, 10 ET 15 ANS DES PERSONNES DE MOINS DE 75 ANS DIAGNOSTIQUÉES ENTRE 1989 ET 1998 (RESTRICTION AUX REGISTRES COUVRANT L'ENSEMBLE DE LA PÉRIODE 1989-2010)

I TABLEAU 8 I	SURVIE NETTE (%) À LONG TERME SELON L'ÂGE (ÂGE <75 ANS) [IC À 95 %]			
	1 an	5 ans	10 ans	15 ans
Âge [15;55[
1989-1998	71 [68-74]	29 [26-33]	19 [16-21]	11 [9-14]
Âge [55;65[
1989-1998	68 [65-71]	27 [25-30]	14 [12-17]	9 [8-12]
Âge [65;75[
1989-1998	63 [59-67]	23 [20-27]	14 [11-17]	6 [4-9]

Description de la localisation étudiée

Tête et cou	CIM-O-3	Correspondance en CIM-O-2	Correspondance en CIM-O-1	Correspondance en CIM-10
	Topographie	C01.9 à C06.9 et C09.0 à C14.9	C01.9 à C06.9 et C09.0 à C14.9	141.0 à 141.9 et 143.0 à 149.9	C01 à C06.9 et C09.0 à C14.9
Morphologie	Toutes, sauf tumeurs hématologiques ; comportement tumoral /3			

Sous la dénomination « Tête et cou » ont été regroupées ici les localisations correspondant aux voies aérodigestives supérieures suivantes : cavité orale, langue, oropharynx, nasopharynx et hypopharynx. Ce regroupement permet de s'affranchir des difficultés parfois rencontrées pour localiser avec précision le point de départ de certains cancers, compte tenu de la proximité des différents organes de cette région, même si cela amène à placer sur le même plan des cancers dont l'évolution peut être assez différente. La grande majorité des cancers de la tête et du cou sont des carcinomes épidermoïdes.

Incidence

En France, pour l'année 2012, le nombre de nouveaux cas de cancer de la tête et du cou, correspondant aux localisations mentionnées ci-dessus auxquelles avaient été ajoutées les lèvres et les glandes salivaires, était estimé à 11 316 dont 71 % chez les hommes [1]. Les cancers des lèvres et des glandes salivaires représentaient environ 6 % de l'ensemble.

Population d'étude

Cette étude a porté sur 11 458 cas pour l'analyse sur la période 2005-2010 et sur 21 978 cas pour l'analyse des tendances 1989-2010.

Survie sur la période la plus récente (2005-2010)

Survie observée et survie nette

La survie observée et la survie nette 5 ans après le diagnostic étaient respectivement de 36 % et de 39 % (tableau 1).

Variation selon le sexe et l'âge

La survie nette à 5 ans était de 37 % chez les hommes et de 50 % chez les femmes (tableau 1). Après standardisation, la survie nette restait nettement meilleure chez les femmes, avec une survie de 49 % contre 34 % chez les hommes, soit un écart de 15 points entre les deux sexes (tableau 2). La meilleure situation des femmes était constatée pour l'ensemble des classes d'âge, l'amplitude de l'écart restant du même ordre d'une classe d'âge à l'autre (tableau 4).

La survie nette après le diagnostic diminuait avec l'âge passant de 54 % à 5 ans chez les sujets les plus jeunes à 30 % pour les plus âgés (tableaux 3 et 4, figure 1).

Globalement, l'excès de mortalité était maximal immédiatement après le diagnostic, puis diminuait progressivement durant les premières années. Au-delà de 3 ans, il semblait se stabiliser, quel que soit l'âge. L'excès de mortalité initial était nettement plus important chez les sujets âgés (figure 2).

Tendances de la survie nette sur l'ensemble de la période (1989-2010)

Sur l'ensemble de la période, la survie observée et la survie nette à 10 ans étaient respectivement de 18 % et de 22 % (tableau 5). Après standardisation, la survie nette à 10 ans était de 21 % (17 % chez l'homme et 36 % chez la femme) (tableau 6).

Tendances globales

La survie nette à 1 an s'améliorait au cours du temps passant de 70 % pour les cas diagnostiqués en 1989-1993 à 73 % pour les cas diagnostiqués en 2005-2010 (tableau 5). Après standardisation, les chiffres correspondants étaient de 65 % et de 69 % (tableau 6).

Références

- [1] Binder-Foucard F, Bossard N, Delafosse P, Belot A, Woronoff A-S, Remontet L, *et al.* Cancer incidence and mortality in France over the 1980-2012 period: solid tumors. *Rev Epidemiol Sante Publique* 2014;62:95-108.
- [2] Thariat J, Jegoux F, Pointreau Y, Fayette J, Boisselier P, Blanchard P, *et al.* Évolution des concepts dans les cancers des voies aérodigestives supérieures, sous l'égide de l'Intergroupe ORL (GORTEC, GETTEC, GERCOR). *Bull Cancer* 2013;100:983-97.
- [3] Ang KK, Harris J, Wheeler R, Weber R, Rosenthal DI, Nguyen-Tân PF, *et al.* Human papillomavirus and survival of patients with oropharyngeal cancer. *N Engl J Med* 2010;363:24-35.
- [4] Mehanna H, Beech T, Nicholson T, El-Hariry I, McConkey C, Paleri V, *et al.* Prevalence of human papillomavirus in oropharyngeal and nonoropharyngeal head and neck cancer-systematic review and meta-analysis of trends by time and region. *Head Neck* 2013;35:747-55.
- [5] Hill C, Laplanche A. Tabagisme et mortalité : aspects épidémiologiques. *Bull Epidemiol Hebd [Internet]* 2003 [consulté le 25/03/2015];(22-23):98-100. Disponible à partir de l'URL : http://www.invs.sante.fr/beh/2003/22_23/beh_22_23_2003.pdf.
- [6] Beck F, Guignard R, Richard J-B, Wilquin J-L, Peretti-Watel P. Augmentation récente du tabagisme en France : principaux résultats du Baromètre santé, France, 2010. *Bull Epidemiol Hebd [Internet]* 2011 [consulté le 25/03/2015];(20-21):230-3. Disponible à partir de l'URL : <http://www.invs.sante.fr/Publications-et-outils/BEH-Bulletin-epidemiologique-hebdomadaire/Archives/2011/BEH-20-21-2011>.
- [7] Beck F, Richard JB. Épidémiologie de l'alcoolisation. *EMC – Endocrinologie - Nutrition* 2012;0(0):1-9 [Article 10-384-B-10].
- [8] St Guily JL, Jacquard A-C, Prétet J-L, Haesebaert J, Beby-Defaux A, Clavel C, *et al.* Human papillomavirus genotype distribution in oropharynx and oral cavity cancer in France-The EDITH VI study. *J Clin Virol* 2011;51:100-4.

La survie nette à 5 ans s'améliorait elle aussi, passant de 33 % pour les cas diagnostiqués en 1989-1993 à 40 % pour les cas diagnostiqués en 2005-2010 (tableau 5). Après standardisation, les chiffres correspondants étaient de 31 % et de 38 % (tableau 6).

La survie nette à 10 ans passait de 20 % pour les cas diagnostiqués en 1989-1993 à 23 % pour les cas diagnostiqués en 1999-2004 (tableau 5). Après standardisation, les chiffres correspondants étaient de 19 % et de 21 % (tableau 6).

Tendances selon le sexe

L'amélioration de la survie nette standardisée à 5 ans au cours du temps était un peu plus marquée chez les femmes que chez les hommes (tableau 6).

Tendances selon l'âge

L'amélioration de la survie était observée pour toutes les tranches d'âge, bien qu'un peu moins perceptible pour la tranche 65-74 ans. Cette amélioration était plus marquée à 1 an chez les moins de 45 ans et les 75 ans et plus, et à 5 ans chez les plus jeunes (tableau 7).

Globalement, la mortalité en excès diminuait à partir de la fin de la première année suivant le diagnostic. Toutefois, chez les 65 ans et plus, la mortalité en excès commençait à décroître immédiatement après le diagnostic, la mortalité initiale étant plus importante que chez les sujets plus jeunes. Au cours des deux périodes les plus récentes, la mortalité en excès diminuait dès le diagnostic jusqu'en fin de première année où elle se stabilisait temporairement, avant de décroître rapidement jusqu'à la 4^e année suivant le diagnostic. Le gain de survie se maintenait à 5 ans sur l'ensemble de la période et à 10 ans sur les trois premières périodes (tableau 7 et figure 3).

Survie à 15 ans chez les personnes âgées de moins de 75 ans

La survie nette à 15 ans passait de 20 % à 10 % entre la classe d'âge la plus jeune et la plus âgée pour les cas diagnostiqués en 1989-1998 (tableau 8).

Commentaires

Les cancers de la tête et du cou font partie des localisations cancéreuses de mauvais pronostic. Au cours de la période étudiée, la survie s'est améliorée, en particulier entre les

périodes 1999-2004 et 2005-2010 à 1 et à 5 ans, mais cette amélioration reste très modeste. L'évolution des traitements, associant la radiothérapie à la chirurgie, ou la chimiothérapie à la radiothérapie, pourrait expliquer en partie cette évolution [2]. D'autres hypothèses, non exclusives, peuvent être évoquées, notamment une modification de la répartition des stades au diagnostic avec une détection des cancers à un stade plus précoce, une modification de la répartition des différents sites anatomiques ou encore une augmentation de la prévalence du HPV parmi ces cancers. En effet, le statut HPV positif est associé à un meilleur pronostic pour les cancers de l'oropharynx. De plus, la prévalence du HPV parmi ces cancers a augmenté en Europe, et ce plus rapidement qu'aux États-Unis, au cours de la dernière décennie, alors qu'elle n'a pas évolué dans les autres cancers de la tête et du cou [3;4].

Au cours de la période étudiée, l'incidence des cancers de la tête et du cou a fortement diminué chez l'homme et a augmenté chez la femme. Cette évolution contrastée est à mettre en relation avec l'évolution de l'exposition aux principaux facteurs de risque que sont la consommation de tabac et d'alcool. En effet, la prévalence des consommateurs réguliers de tabac a diminué de plus de 50 % chez les hommes depuis les années 1950, tandis qu'elle a augmenté régulièrement chez les femmes [5;6]. La consommation de boissons alcoolisées a quant à elle fortement diminué au cours des 50 dernières années en France et reste plus fréquente chez les hommes [7].

La bien meilleure survie constatée chez les femmes est en partie due à une répartition différente des sous-localisations anatomiques par rapport aux hommes. Les tumeurs du pharynx (en particulier de l'hypopharynx) sont en effet beaucoup moins fréquentes chez les femmes que chez les hommes : elles représentent respectivement 38 % et 55 % des cas. Or, ce sont des tumeurs à évolution moins favorable, ce qui explique une partie de la meilleure survie observée chez les femmes. La moins grande fréquence de l'exposition à l'alcool et au tabac des femmes explique également une partie de cet effet, les proportions des différentes formes histologiques étant modifiées. De même, les tumeurs multiples sont moins fréquentes chez les femmes que chez les hommes. De plus, le statut HPV positif dans les cancers de l'oropharynx, associé à un meilleur pronostic, est plus fréquent chez les femmes [3;8;9]. Enfin, il est vraisemblable que le diagnostic soit plus précoce chez les femmes que chez les hommes [10].

D'après les données de l'étude EURO-CARE-5 correspondant à la période 2000-2007, la France continue à se situer parmi

- [9] Melkane AE, Auperin A, Saulnier P, Lacroix L, Vielh P, Casiraghi O, *et al.* Human papillomavirus prevalence and prognostic implication in oropharyngeal squamous cell carcinomas. *Head Neck* 2014;36:257-65.
- [10] Coleman MP, Gatta G, Verdecchia A, Estève J, Sant M, Storm H, *et al.* EURO-CARE-3 summary: cancer survival in Europe at the end of the 20th century. *Ann Oncol* 2003;14 Suppl 5:v128-49.
- [11] Survival of Cancer Patients in Europe The EURO-CARE-5 Study [Internet]. Roma : Istituto Superiore di Sanità [consulté le 24/03/2015]. Disponible à partir de l'URL : <https://w3.iss.it/site/EU5Results/>.
- [12] De Angelis R, Sant M, Coleman MP, Francisci S, Baili P, Pierannunzio D, *et al.* Cancer survival in Europe 1999-2007 by country and age: results of EURO-CARE-5 - a population-based study. *Lancet Oncol* 2014;15:23-34.
- [13] Zigon G, Berrino F, Gatta G, Sánchez MJ, van Dijk B, Van Eycken E, *et al.* Prognoses for head and neck cancers in Europe diagnosed in 1995-1999: a population-based study. *Ann Oncol* 2011;22:165-74.
- [14] Howlader N, Noone AM, Krapcho M, Garshell J, Miller D, Altekruse SF, *et al.* SEER Cancer Statistics Review, 1975-2011 [Internet]. Bethesda : National Cancer Institute; 2014. [consulté le 25/03/2015]. Disponible à partir de l'URL : http://seer.cancer.gov/csr/1975_2011/.
- [15] Pulte D, Brenner H. Changes in survival in head and neck cancers in the late 20th and early 21st century: a period analysis. *Oncologist* 2010;15:994-1001.

les pays de l'Europe de l'Ouest ayant la plus faible survie relative, certains pays de l'Est ayant des survies encore plus faibles [11]. La moyenne européenne de survie relative à 5 ans, de l'ordre de 40 %, est assez proche des estimations de la présente étude, mais n'est toutefois pas directement comparable du fait des méthodes d'estimations qui diffèrent [12]. Il a été montré que les différences de survie entre les pays européens pour la période 1995-1999 étaient en grande partie dues à des différences de répartition des sous-localisations anatomiques. Après prise en compte de la répartition de ces différentes sous-localisations, les écarts de

survie se réduisaient très nettement entre les différents pays européens [13].

Aux États-Unis, les données du SEER Program montrent que sur la période étudiée, la survie s'est améliorée. Une des hypothèses proposées pour expliquer cette amélioration sur la période 1992-2006 est l'augmentation de l'incidence des cancers liés au HPV, en général davantage sensibles aux traitements par chimiothérapie et radiothérapie que les autres. Toutefois, ces données ne sont pas strictement comparables en raison de la différence des méthodes utilisées [14;15].

SURVIE À 1, 3 ET 5 ANS DES PERSONNES DIAGNOSTIQUÉES ENTRE 2005 ET 2010 (TOUS REGISTRES)

I TABLEAU 1 |	SURVIE OBSERVÉE ET NETTE (%) À 1, 3 ET 5 ANS SELON LE SEXE [IC À 95 %]					
	1 an		3 ans		5 ans	
	observée	nette	observée	nette	observée	nette
Homme	70 [69-71]	71 [70-72]	44 [43-45]	46 [45-48]	34 [33-35]	37 [35-38]
Femme	74 [73-76]	75 [74-77]	54 [52-56]	56 [54-59]	46 [44-48]	50 [47-52]
Tous	71 [70-72]	72 [71-73]	46 [45-47]	48 [47-49]	36 [35-37]	39 [38-40]

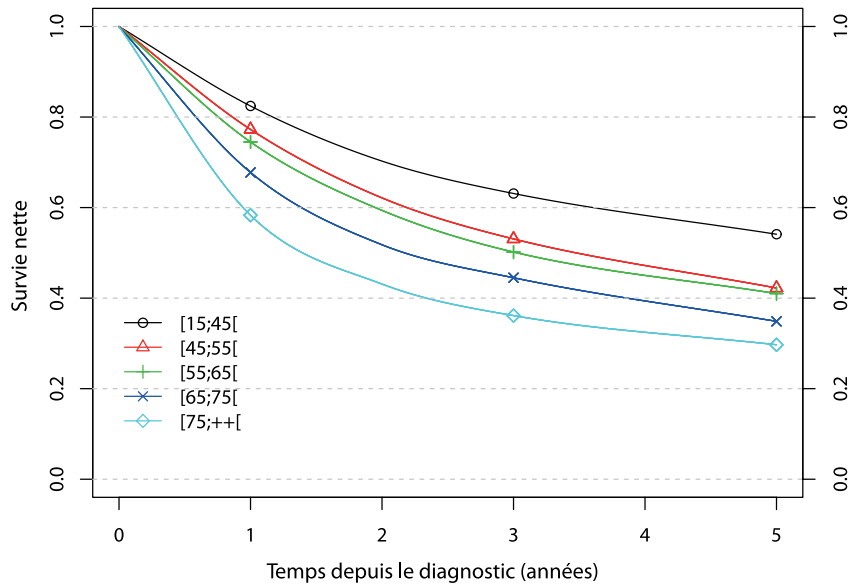
I TABLEAU 2 |	SURVIE NETTE STANDARDISÉE (%) À 1, 3 ET 5 ANS SELON LE SEXE [IC À 95 %]		
	1 an	3 ans	5 ans
	Homme	67 [66-69]	43 [42-45]	34 [32-35]
Femme	74 [72-76]	55 [52-57]	49 [46-52]
Tous	69 [68-70]	46 [45-47]	37 [36-38]

I TABLEAU 3 |	SURVIE OBSERVÉE ET NETTE (%) À 1, 3 ET 5 ANS SELON L'ÂGE [IC À 95 %]						
		1 an		3 ans		5 ans	
		observée	nette	observée	nette	observée	nette
[15;45[	82 [79-86]	82 [79-86]	63 [59-67]	63 [59-68]	54 [49-59]	54 [50-59]
[45;55[	77 [75-78]	77 [76-79]	52 [50-54]	53 [51-55]	41 [39-43]	42 [40-44]
[55;65[	74 [72-75]	74 [73-76]	49 [47-50]	50 [49-52]	39 [37-41]	41 [39-43]
[65;75[	67 [65-68]	68 [66-70]	42 [40-44]	44 [42-47]	32 [30-34]	35 [33-37]
[75;++[	55 [52-57]	58 [56-61]	30 [28-32]	36 [33-39]	21 [19-24]	30 [27-33]
Tous	71 [70-72]	72 [71-73]	46 [45-47]	48 [47-49]	36 [35-37]	39 [38-40]	

I TABLEAU 4 |	SURVIE NETTE (%) À 1, 3 ET 5 ANS SELON L'ÂGE, CHEZ L'HOMME ET CHEZ LA FEMME [IC À 95 %]						
		1 an		3 ans		5 ans	
		Homme	Femme	Homme	Femme	Homme	Femme
[15;45[	80 [76-84]	90 [85-96]	61 [57-67]	69 [61-78]	51 [46-57]	65 [56-75]
[45;55[	76 [75-78]	81 [78-85]	51 [49-53]	61 [57-65]	40 [38-43]	51 [46-55]
[55;65[	74 [72-75]	79 [75-82]	48 [46-50]	61 [58-65]	39 [37-41]	53 [49-57]
[65;75[	66 [64-68]	77 [73-81]	42 [40-45]	55 [50-61]	32 [30-35]	49 [44-55]
[75;++[	57 [54-61]	60 [56-65]	33 [30-37]	43 [38-48]	24 [21-28]	42 [36-49]
Tous	71 [70-72]	75 [74-77]	46 [45-48]	56 [54-59]	37 [35-38]	50 [47-52]	

I FIGURE 1 I

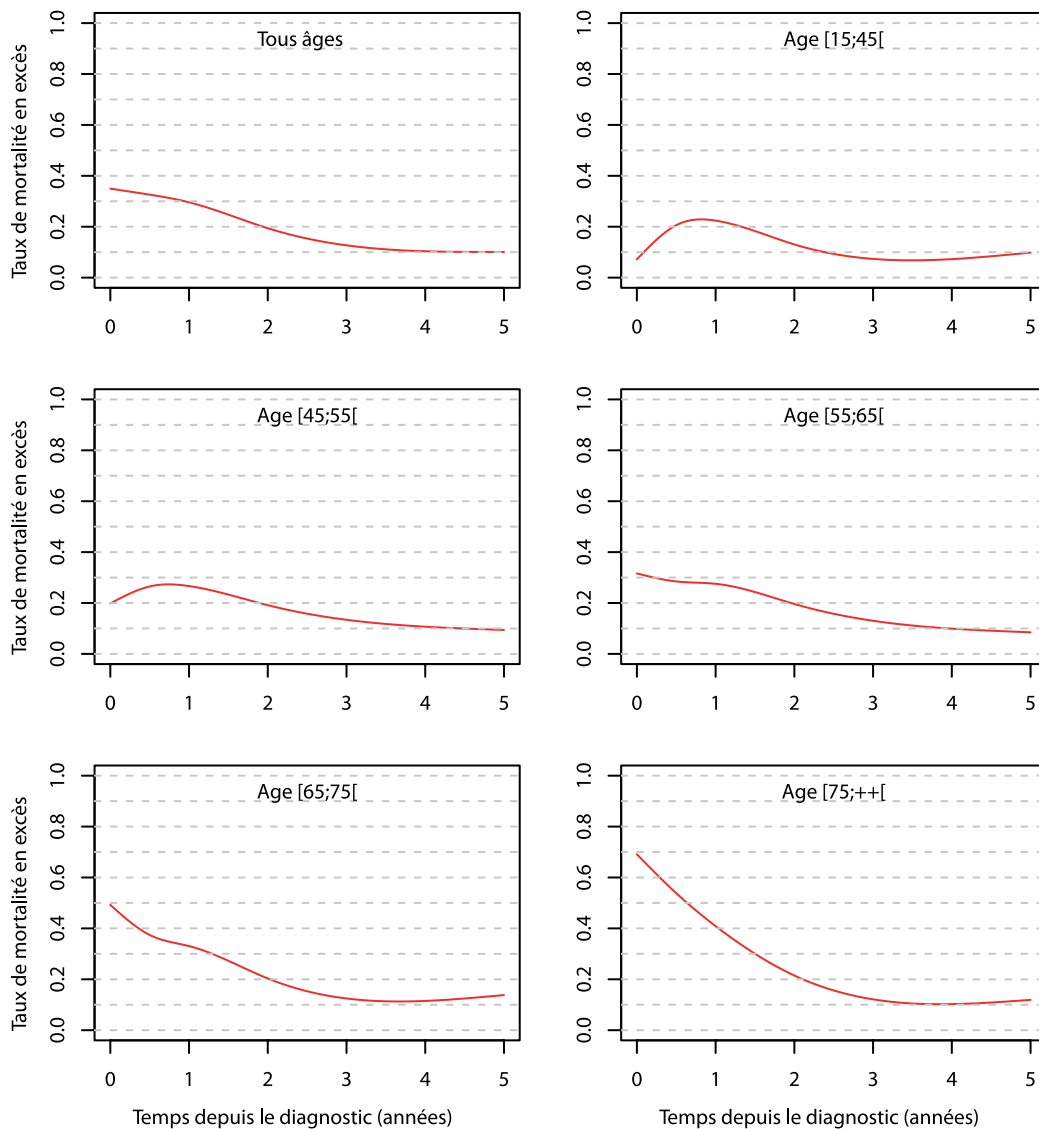
SURVIE NETTE SELON L'ÂGE EN FONCTION DU TEMPS DEPUIS LE DIAGNOSTIC



I FIGURE 2 I

TAUX DE MORTALITÉ EN EXCÈS EN FONCTION DU TEMPS DEPUIS LE DIAGNOSTIC, TOUS ÂGES ET PAR CLASSE D'ÂGE

Le taux est exprimé en nombre de décès pour une personne-année.



Pour une interprétation correcte de ces figures, il est impératif de se référer au paragraphe « Point particulier : les figures des taux de mortalité en excès » du chapitre « Présentation des résultats et guide de lecture » (p. 28-29).

TENDANCES DE LA SURVIE À 1, 5 ET 10 ANS POUR LES PERSONNES DIAGNOSTIQUÉES ENTRE 1989 ET 2010 (RESTRICTION AUX REGISTRES COUVRANT L'ENSEMBLE DE LA PÉRIODE 1989-2010)

I TABLEAU 5 I	SURVIE OBSERVÉE ET NETTE (%) À 1, 5 ET 10 ANS PAR PÉRIODE DE DIAGNOSTIC [IC À 95 %]					
	1 an		5 ans		10 ans	
	observée	nette	observée	nette	observée	nette
1989-1993	69 [68-70]	70 [69-72]	30 [29-31]	33 [32-34]	16 [15-17]	20 [19-21]
1994-1998	69 [68-70]	70 [69-71]	30 [29-32]	33 [32-35]	18 [17-19]	21 [20-23]
1999-2004	70 [69-71]	71 [70-72]	34 [33-35]	37 [36-38]	19 [18-20]	23 [21-24]
2005-2010	72 [71-73]	73 [72-74]	37 [35-38]	40 [38-41]	ND	ND
Toutes périodes	70 [69-70]	71 [70-72]	33 [32-33]	36 [35-36]	18 [18-19]	22 [21-23]

ND : Non disponible.

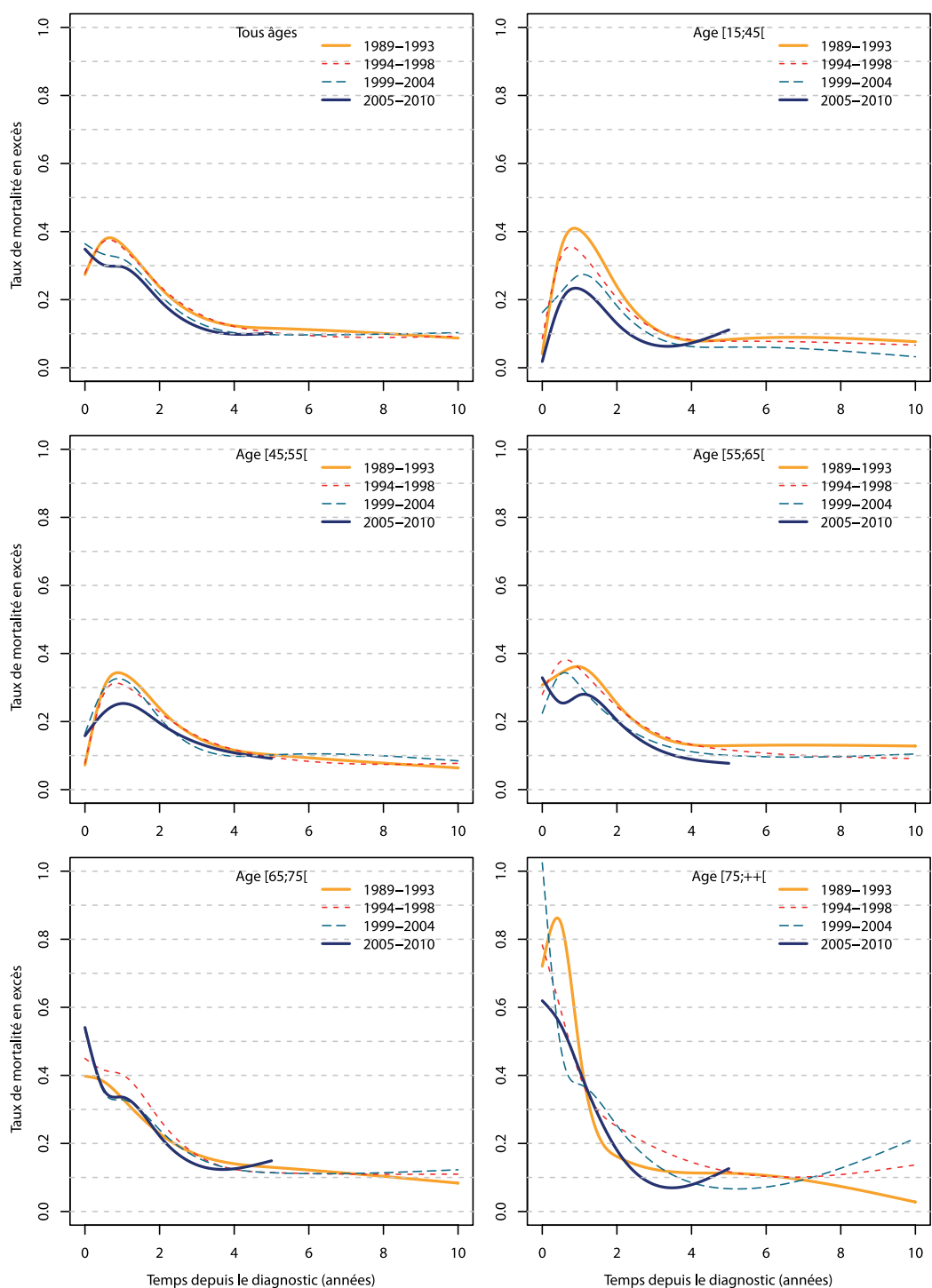
I TABLEAU 6 I	SURVIE NETTE STANDARDISÉE (%) À 1, 5 ET 10 ANS SELON LE SEXE PAR PÉRIODE DE DIAGNOSTIC [IC À 95 %]								
	Homme			Femme			Tous sexes		
	1 an	5 ans	10 ans	1 an	5 ans	10 ans	1 an	5 ans	10 ans
1989-1993	64 [62-66]	29 [27-31]	17 [14-19]	72 [68-76]	43 [39-49]	33 [28-40]	65 [63-66]	31 [29-33]	19 [17-21]
1994-1998	66 [64-68]	29 [27-31]	17 [14-20]	71 [67-75]	43 [39-48]	32 [26-38]	66 [64-68]	31 [29-33]	19 [17-21]
1999-2004	66 [64-68]	32 [30-34]	18 [16-20]	75 [72-78]	47 [43-51]	35 [30-41]	68 [66-69]	35 [33-36]	21 [19-23]
2005-2010	68 [66-70]	34 [32-37]	ND	75 [72-78]	51 [47-55]	ND	69 [68-71]	38 [36-40]	ND
Toutes périodes	66 [65-67]	31 [30-32]	17 [16-19]	73 [72-75]	46 [44-49]	36 [32-39]	67 [66-68]	33 [32-34]	21 [19-22]

ND : Non disponible.

I TABLEAU 7 I		SURVIE NETTE (%) À 1, 5 ET 10 ANS SELON L'ÂGE PAR PÉRIODE DE DIAGNOSTIC [IC À 95 %]		
	1 an	5 ans	10 ans	
Âge [15;45[
1989-1993	73 [69-77]	37 [33-42]	25 [21-29]	
1994-1998	74 [70-78]	41 [36-45]	29 [25-33]	
1999-2004	80 [76-84]	49 [44-54]	38 [33-43]	
2005-2010	83 [78-88]	55 [48-62]	ND	
Toutes périodes	76 [74-78]	43 [41-46]	31 [29-34]	
Âge [45;55[
1989-1993	77 [75-79]	37 [34-40]	25 [22-27]	
1994-1998	77 [75-80]	38 [36-41]	26 [24-29]	
1999-2004	75 [73-78]	39 [37-42]	24 [22-27]	
2005-2010	80 [78-82]	43 [41-46]	ND	
Toutes périodes	77 [76-78]	39 [38-41]	26 [24-27]	
Âge [55;65[
1989-1993	72 [70-74]	32 [30-34]	17 [15-19]	
1994-1998	70 [68-72]	33 [30-35]	20 [18-22]	
1999-2004	73 [71-75]	39 [36-41]	24 [22-26]	
2005-2010	76 [74-78]	42 [40-44]	ND	
Toutes périodes	73 [72-74]	36 [35-37]	21 [20-22]	
Âge [65;75[
1989-1993	69 [66-71]	31 [28-34]	19 [16-22]	
1994-1998	66 [63-69]	29 [26-32]	17 [14-19]	
1999-2004	68 [65-70]	33 [30-36]	18 [16-21]	
2005-2010	68 [65-70]	33 [30-36]	ND	
Toutes périodes	67 [66-69]	31 [30-33]	18 [17-20]	
Âge [75;+][
1989-1993	48 [44-54]	25 [20-31]	17 [11-25]	
1994-1998	56 [51-61]	25 [20-31]	15 [9-25]	
1999-2004	57 [53-61]	28 [24-33]	16 [11-24]	
2005-2010	59 [55-63]	33 [29-39]	ND	
Toutes périodes	56 [54-58]	28 [26-31]	18 [14-22]	

ND : Non disponible.

Le taux est exprimé en nombre de décès pour une personne-année.



Pour une interprétation correcte de ces figures, il est impératif de se référer au paragraphe « Point particulier : les figures des taux de mortalité en excès » du chapitre « Présentation des résultats et guide de lecture » (p. 28-29).

SURVIE À 1, 5, 10 ET 15 ANS DES PERSONNES DE MOINS DE 75 ANS DIAGNOSTIQUÉES ENTRE 1989 ET 1998 (RESTRICTION AUX REGISTRES COUVRANT L'ENSEMBLE DE LA PÉRIODE 1989-2010)

I TABLEAU 8 I	SURVIE NETTE (%) À LONG TERME SELON L'ÂGE (ÂGE <75 ANS) [IC À 95 %]			
	1 an	5 ans	10 ans	15 ans
Âge [15;45[
1989-1998	73 [71-76]	39 [36-42]	27 [24-30]	20 [17-23]
Âge [45;55[
1989-1998	77 [76-79]	38 [36-39]	25 [24-27]	16 [15-18]
Âge [55;65[
1989-1998	71 [69-72]	32 [31-34]	18 [17-20]	12 [10-13]
Âge [65;75[
1989-1998	67 [65-69]	30 [28-32]	18 [16-20]	10 [8-11]

Description de la localisation étudiée

Œsophage	CIM-O-3	Correspondance en CIM-O-2	Correspondance en CIM-O-1	Correspondance en CIM-10
	Topographie	C15.0 à C15.9	C15.0 à C15.9	150.0 à 150.9	C15.0 à C15.9
Morphologie	Toutes, sauf tumeurs hématologiques ; comportement tumoral /3			

Les deux types histologiques prédominants de cancer de l'œsophage sont le carcinome épidermoïde et l'adénocarcinome. Il existe de grandes variations géographiques de l'incidence du cancer de l'œsophage dans le monde. Dans de nombreux pays occidentaux, l'incidence du carcinome épidermoïde a fortement diminué au cours des trois dernières décennies alors que celle de l'adénocarcinome a augmenté [1].

Incidence

En France, pour l'année 2012, le cancer de l'œsophage représentait 1,5 % de l'ensemble des cancers avec un nombre de nouveaux cas estimé à 4 632, dont 76 % étaient diagnostiqués chez les hommes [2].

Population d'étude

Cette étude a porté sur 6 274 cas pour l'analyse sur la période 2005-2010 et sur 11 208 cas pour l'analyse des tendances 1989-2010.

Survie sur la période la plus récente (2005-2010)

Survie observée et survie nette

La survie observée et la survie nette 5 ans après le diagnostic étaient respectivement de 13 % et 14 % (tableau 1).

Variation selon le sexe et l'âge

La survie nette à 5 ans était de 14 % chez les hommes et de 16 % chez les femmes (tableau 1). Après standardisation, la survie nette à 5 ans était de 14 % chez les hommes et 18 % chez les femmes (tableau 2). L'écart de survie entre hommes et femmes était plus important chez les sujets de moins de 55 ans (tableau 4).

La survie nette diminuait avec l'âge passant de 18 % à 5 ans chez les sujets de moins de 55 ans à 9 % pour les sujets âgés de 75 ans et plus (tableaux 3 et 4, figure 1).

Globalement, l'excès de mortalité était maximal la première année après le diagnostic puis diminuait progressivement pour approcher 0,16 à 5 ans. Cet excès de mortalité initial était plus important chez les sujets âgés de 75 ans et plus (figure 2).

Tendances de la survie nette sur l'ensemble de la période (1989-2010)

Sur l'ensemble de la période, la survie observée et la survie nette à 10 ans étaient respectivement de 6 % et 7 % (tableau 5). Après standardisation, la survie nette à 10 ans était de 7 % (6 % chez l'homme et 10 % chez la femme) (tableau 6).

Tendances globales

La survie nette à 1 an s'améliorait au cours du temps passant de 40 % pour les cas diagnostiqués en 1989-1993 à 48 % pour les cas diagnostiqués en 2005-2010 (tableau 5). Après standardisation, les chiffres correspondants étaient de 39 % et 48 % (tableau 6).

La survie nette à 5 ans passait de 10 % pour les cas diagnostiqués en 1989-1993 à 14 % pour les cas diagnostiqués en 2005-2010 (tableau 5). Après standardisation, les chiffres correspondants étaient de 10 % et 15 % (tableau 6).

La survie nette à 10 ans ne variait pas avec le temps : elle était de 6 % pour les cas diagnostiqués en 1989-1993 et de 7 %

Références

- [1] Rustgi AK, El-Serag HB. Esophageal carcinoma. *N Engl J Med* 2014;371(26):2499-509.
- [2] Binder-Foucard F, Bossard N, Delafosse P, Belot A, Woronoff AS, Remontet L, et al. Cancer incidence and mortality in France over the 1980-2012 period: solid tumors. *Rev Epidemiol Sante Publique* 2014;62(2):95-108.
- [3] Gavin AT, Francisci S, Foschi R, Donnelly DW, Lemmens V, Brenner H, et al. Oesophageal cancer survival in Europe: a EURO CARE-4 study. *Cancer Epidemiol* 2012;36:505-12.

pour les cas diagnostiqués en 1999-2004 (tableau 5). Après standardisation, les chiffres correspondants étaient identiques (tableau 6).

Tendances selon le sexe

L'amélioration de la survie nette standardisée à 1 an et 5 ans au cours du temps était plus marquée chez les hommes que chez les femmes (tableau 6).

Tendances selon l'âge

L'amélioration de la survie était observée pour toutes les tranches d'âge (tableau 7). L'amélioration de la survie à 1 an était plus importante chez les sujets âgés de moins de 55 ans que chez les sujets âgés de 75 ans et plus. Toutefois, le gain de survie à 5 ans n'était pas influencé par l'âge (tableau 7).

Survie à 15 ans chez les personnes âgées de moins de 75 ans

La survie nette à 15 ans variait entre 5 % et 3 % selon l'âge pour les cas diagnostiqués en 1989-1998 (tableau 8).

Commentaires

Le pronostic du cancer de l'œsophage est parmi les plus mauvais de tous les cancers. Il fait partie des cinq cancers qui ont les taux de survie à 5 ans les plus faibles. Dans l'étude EURO-CARE-4 portant sur 51 499 cas de cancers de l'œsophage diagnostiqués entre 1995 et 1999, les taux de survie relative à 1 et 5 ans étaient respectivement de 33,4 % et 9,8 % [3]. La survie était moins bonne chez les sujets atteints de carcinome épidermoïde [3]. Les taux de survie observés en France étaient au-dessus de la moyenne européenne à la fois chez les hommes et chez les femmes [3].

Le mauvais pronostic du cancer de l'œsophage est lié au caractère tardif de sa découverte et au contexte de survenue plus fréquente dans des populations défavorisées. Dans la grande majorité des cas, l'extension du cancer au moment du diagnostic ne permet pas de résection chirurgicale à visée curative. Toutefois, une amélioration de la survie a été observée au cours du temps. Elle peut s'expliquer par l'amélioration de la prise en charge péri-opératoire, en particulier des adénocarcinomes de l'œsophage, ainsi que par l'amélioration des techniques de radiothérapie et chimiothérapie.

Une amélioration de la survie a également été constatée aux États-Unis pour les carcinomes épidermoïdes et les adénocarcinomes [4]. Le stade au diagnostic, l'âge et le traitement chirurgical sont des facteurs prédictifs de la survie à 10 ans [5]. L'incidence de l'adénocarcinome de l'œsophage a fortement augmenté aux États-Unis où il est devenu le type histologique prédominant depuis 1998. Dans ce pays, la diminution de la mortalité a été plus importante pour les stades précoces que pour les stades localement avancés ou métastatiques [6]. La détection à un stade plus précoce des adénocarcinomes par la surveillance endoscopique des patients ayant un endobrachyœsophage pourrait en partie expliquer l'amélioration du pronostic de ce cancer. Cela doit inciter à focaliser les efforts de prévention sur les populations à risque de cancer de l'œsophage.

[4] Polednak AP. Trends in survival for both histologic types of esophageal cancer in US surveillance, epidemiology and end results areas. *Int J Cancer* 2003;105:98-100.

[5] Dubecz A, Gall I, Solymosi N, Schweigert M, Peters JH, Feith M, et al. Temporal trends in long-term survival and cure rates in esophageal cancer: a SEER database analysis. *J Thorac Oncol* 2012;7:443-7.

[6] Hur C, Miller M, Kong CY, Dowling EC, Nattinger KJ, Dunn M, et al. Trends in esophageal adenocarcinoma incidence and mortality. *Cancer* 2013;119:1149-58.

SURVIE À 1, 3 ET 5 ANS DES PERSONNES DIAGNOSTIQUÉES ENTRE 2005 ET 2010 (TOUS REGISTRÉS)

I TABLEAU 1 |	SURVIE OBSERVÉE ET NETTE (%) À 1, 3 ET 5 ANS SELON LE SEXE [IC À 95 %]					
	1 an		3 ans		5 ans	
	observée	nette	observée	nette	observée	nette
Homme	46 [45-48]	47 [46-49]	19 [18-20]	20 [19-22]	12 [11-13]	14 [13-15]
Femme	43 [41-46]	44 [42-47]	20 [17-22]	21 [18-23]	14 [12-17]	16 [13-18]
Tous	46 [44-47]	47 [46-48]	19 [18-20]	20 [19-22]	13 [12-14]	14 [13-15]

I TABLEAU 2 |	SURVIE NETTE STANDARDISÉE (%) À 1, 3 ET 5 ANS SELON LE SEXE [IC À 95 %]		
	1 an	3 ans	5 ans
Homme	47 [46-49]	20 [19-21]	14 [13-15]
Femme	48 [45-51]	23 [20-26]	18 [15-21]
Tous	47 [46-48]	21 [20-22]	14 [13-15]

I TABLEAU 3 |	SURVIE OBSERVÉE ET NETTE (%) À 1, 3 ET 5 ANS SELON L'ÂGE [IC À 95 %]						
		1 an		3 ans		5 ans	
		observée	nette	observée	nette	observée	nette
[15;55[	54 [51-57]	55 [52-58]	24 [21-27]	24 [22-27]	17 [15-20]	18 [16-21]
[55;65[	52 [50-54]	53 [50-55]	23 [21-25]	24 [22-26]	17 [15-19]	18 [16-20]
[65;75[	47 [45-50]	49 [46-51]	21 [19-23]	22 [20-24]	13 [11-15]	14 [13-17]
[75;+][	34 [32-37]	37 [34-39]	12 [11-14]	14 [13-16]	6 [5-8]	9 [8-11]
Tous	46 [44-47]	47 [46-48]	19 [18-20]	20 [19-22]	13 [12-14]	14 [13-15]	

I TABLEAU 4 |	SURVIE NETTE (%) À 1, 3 ET 5 ANS SELON L'ÂGE, CHEZ L'HOMME ET CHEZ LA FEMME [IC À 95 %]						
		1 an		3 ans		5 ans	
		Homme	Femme	Homme	Femme	Homme	Femme
[15;55[	54 [51-58]	58 [50-66]	23 [21-26]	31 [24-39]	17 [14-20]	27 [20-36]
[55;65[	52 [50-55]	55 [49-61]	23 [21-26]	26 [21-32]	17 [15-20]	20 [16-26]
[65;75[	48 [45-51]	51 [45-58]	22 [20-24]	24 [19-31]	14 [12-16]	17 [13-24]
[75;+][	38 [35-41]	33 [29-37]	15 [13-17]	14 [11-18]	9 [7-11]	10 [7-14]
Tous	47 [46-49]	44 [42-47]	20 [19-22]	21 [18-23]	14 [13-15]	16 [13-18]	

FIGURE 1 |

SURVIE NETTE SELON L'ÂGE EN FONCTION DU TEMPS DEPUIS LE DIAGNOSTIC

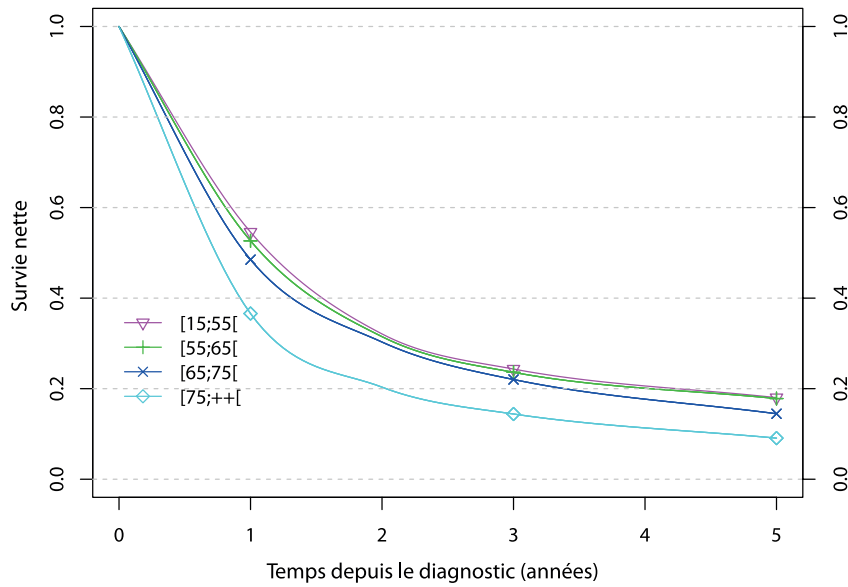
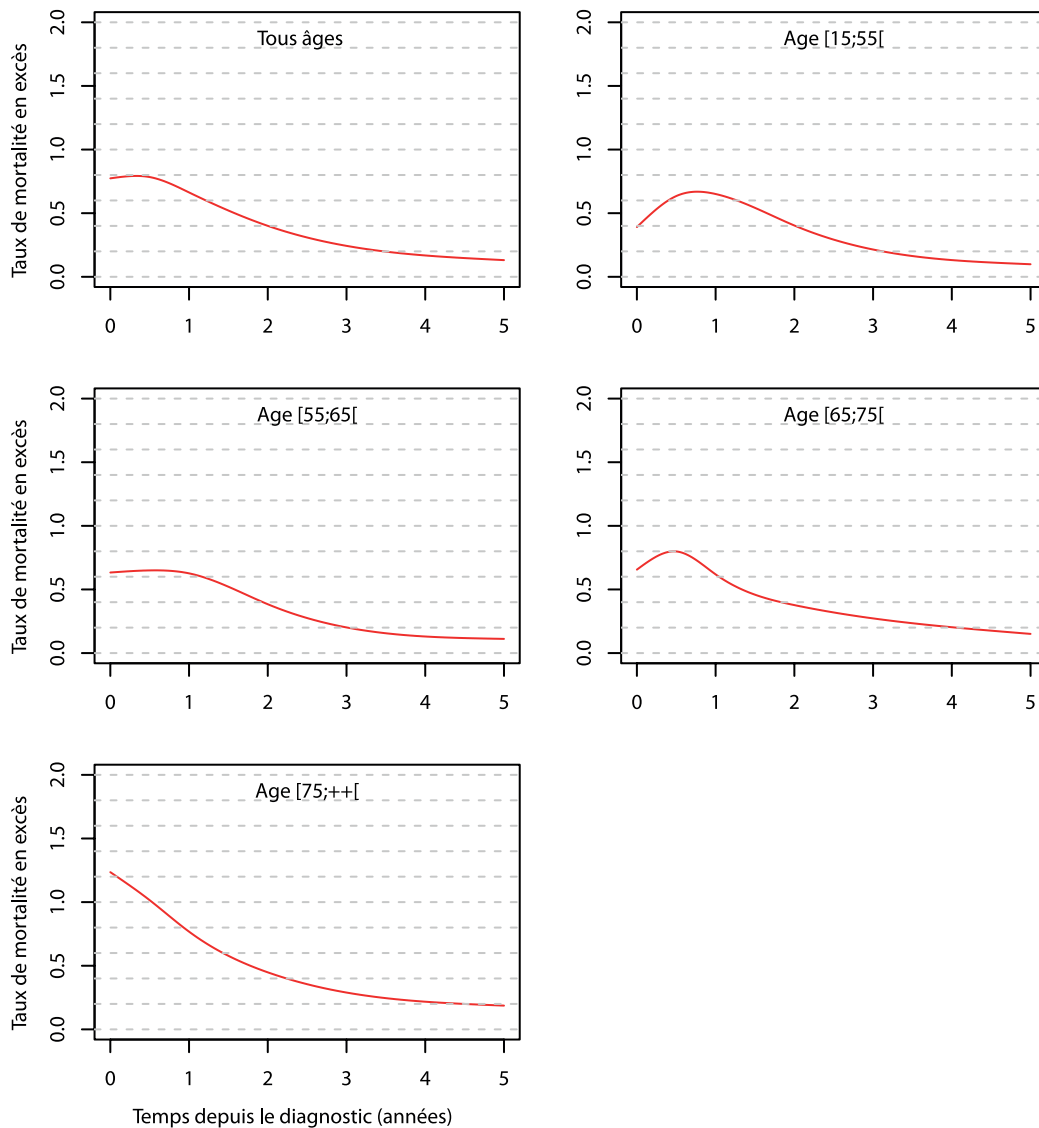


FIGURE 2 |

TAUX DE MORTALITÉ EN EXCÈS EN FONCTION DU TEMPS DEPUIS LE DIAGNOSTIC, TOUS ÂGES ET PAR CLASSE D'ÂGE

Le taux est exprimé en nombre de décès pour une personne-année.



Pour une interprétation correcte de ces figures, il est impératif de se référer au paragraphe « Point particulier : les figures des taux de mortalité en excès » du chapitre « Présentation des résultats et guide de lecture » (p. 28-29).

TENDANCES DE LA SURVIE À 1, 5 ET 10 ANS POUR LES PERSONNES DIAGNOSTIQUÉES ENTRE 1989 ET 2010 (RESTRICTION AUX REGISTRES COUVRANT L'ENSEMBLE DE LA PÉRIODE 1989-2010)

I TABLEAU 5 I	SURVIE OBSERVÉE ET NETTE (%) À 1, 5 ET 10 ANS PAR PÉRIODE DE DIAGNOSTIC [IC À 95 %]					
	1 an		5 ans		10 ans	
	observée	nette	observée	nette	observée	nette
1989-1993	39 [37-41]	40 [39-42]	9 [8-10]	10 [9-12]	5 [4-6]	6 [5-7]
1994-1998	43 [41-45]	44 [42-46]	10 [9-11]	11 [10-13]	5 [4-6]	6 [5-7]
1999-2004	43 [41-45]	44 [42-46]	11 [10-13]	13 [11-14]	6 [5-7]	7 [6-8]
2005-2010	47 [45-49]	48 [46-50]	13 [12-14]	14 [13-16]	ND	ND
Toutes périodes	43 [42-44]	44 [43-45]	11 [10-11]	12 [11-13]	6 [5-6]	7 [6-8]

ND : Non disponible.

I TABLEAU 6 I	SURVIE NETTE STANDARDISÉE (%) À 1, 5 ET 10 ANS SELON LE SEXE PAR PÉRIODE DE DIAGNOSTIC [IC À 95 %]								
	Homme			Femme			Tous sexes		
	1 an	5 ans	10 ans	1 an	5 ans	10 ans	1 an	5 ans	10 ans
1989-1993	38 [36-41]	9 [8-11]	5 [4-7]	40 [35-47]	14 [10-19]	7 [4-12]	39 [37-41]	10 [8-11]	6 [5-7]
1994-1998	42 [40-44]	10 [9-11]	5 [4-7]	43 [38-48]	13 [10-18]	8 [6-13]	42 [40-44]	10 [9-12]	6 [5-7]
1999-2004	44 [42-46]	11 [10-13]	6 [5-7]	41 [36-46]	19 [15-24]	13 [10-18]	44 [42-45]	12 [11-14]	7 [6-8]
2005-2010	49 [47-51]	14 [13-16]	ND	48 [43-52]	17 [14-21]	ND	48 [47-50]	15 [13-16]	ND
Toutes périodes	43 [42-44]	11 [10-12]	6 [5-7]	43 [40-46]	16 [14-18]	10 [8-12]	43 [42-44]	12 [11-12]	7 [6-7]

ND : Non disponible.

I TABLEAU 7 I	SURVIE NETTE (%) À 1, 5 ET 10 ANS SELON L'ÂGE PAR PÉRIODE DE DIAGNOSTIC [IC À 95 %]		
	1 an	5 ans	10 ans
Âge [15;55[
1989-1993	44 [40-48]	12 [10-15]	7 [6-10]
1994-1998	49 [45-53]	12 [9-15]	7 [5-10]
1999-2004	52 [48-56]	16 [13-20]	9 [7-12]
2005-2010	57 [52-62]	18 [14-22]	ND
Toutes périodes	50 [48-52]	14 [13-16]	8 [7-10]
Âge [55;65[
1989-1993	45 [42-49]	12 [10-14]	8 [6-10]
1994-1998	53 [49-56]	16 [14-19]	9 [7-11]
1999-2004	53 [49-57]	16 [13-19]	10 [8-12]
2005-2010	54 [50-57]	18 [15-21]	ND
Toutes périodes	51 [49-53]	15 [14-17]	9 [8-10]

I TABLEAU 7 | SUITE	SURVIE NETTE (%) À 1, 5 ET 10 ANS SELON L'ÂGE PAR PÉRIODE DE DIAGNOSTIC [IC À 95 %]		
	1 an	5 ans	10 ans
Âge [65;75[
1989-1993	40 [36-44]	10 [8-13]	6 [4-9]
1994-1998	45 [41-48]	12 [9-14]	6 [4-8]
1999-2004	44 [41-48]	14 [11-16]	8 [7-11]
2005-2010	51 [48-55]	15 [12-18]	ND
Toutes périodes	45 [43-47]	13 [11-14]	7 [6-9]
Âge [75;++[
1989-1993	29 [25-33]	5 [4-9]	2 [1-5]
1994-1998	27 [23-32]	4 [2-7]	2 [1-6]
1999-2004	30 [27-34]	5 [4-8]	2 [1-4]
2005-2010	36 [33-40]	10 [7-12]	ND
Toutes périodes	31 [29-33]	6 [5-7]	3 [2-5]

ND : Non disponible.

SURVIE À 1, 5, 10 ET 15 ANS DES PERSONNES DE MOINS DE 75 ANS DIAGNOSTIQUÉES ENTRE 1989 ET 1998 (RESTRICTION AUX REGISTRES COUVRANT L'ENSEMBLE DE LA PÉRIODE 1989-2010)

I TABLEAU 8 |	SURVIE NETTE (%) À LONG TERME SELON L'ÂGE (ÂGE <75 ANS) [IC À 95 %]			
	1 an	5 ans	10 ans	15 ans
Âge [15;55[
1989-1998	46 [44-49]	12 [10-14]	7 [6-9]	5 [4-6]
Âge [55;65[
1989-1998	48 [46-51]	14 [12-16]	8 [7-10]	6 [4-7]
Âge [65;75[
1989-1998	42 [40-45]	11 [9-13]	6 [5-8]	3 [2-5]

Description de la localisation étudiée

Estomac	CIM-O-3	Correspondance en CIM-O-2	Correspondance en CIM-O-1	Correspondance en CIM-10
	Topographie	C16.0 à C16.9	C16.0 à C16.9	151.0 à 151.9	C16.0 à C16.9
Morphologie	Toutes, sauf tumeurs hématologiques ; comportement tumoral /3			

Les adénocarcinomes représentent la forme histopathologique la plus fréquente du cancer de l'estomac. Il existe deux grands types d'adénocarcinome gastrique : de type intestinal (qui représente 80 % des adénocarcinomes gastriques) ou de type diffus.

Incidence

En France, pour l'année 2012, le nombre de nouveaux cas de cancer de l'estomac était estimé à 6 556, dont 66 % étaient diagnostiqués chez les hommes [1].

Population d'étude

Cette étude a porté sur 8 391 cas pour l'analyse sur la période 2005-2010 et sur 16 366 cas pour l'analyse des tendances 1989-2010.

Survie sur la période la plus récente (2005-2010)

Survie observée et survie nette

La survie observée et la survie nette 5 ans après le diagnostic étaient respectivement de 22 % et 25 % (tableau 1).

Variation selon le sexe et l'âge

La survie nette à 5 ans était de 23 % chez les hommes et de 28 % chez les femmes (tableau 1). Après standardisation, la survie nette à 5 ans était de 26 % chez les hommes et 33 % chez les femmes (tableau 2). L'écart de survie entre hommes et femmes était plus important chez les sujets de 55 ans et plus (tableau 4).

La survie nette diminuait avec l'âge passant de 40 % à 5 ans chez les sujets les plus jeunes à 19 % pour les plus âgés (tableaux 3 et 4, figure 1).

Globalement, l'excès de mortalité était maximal immédiatement après le diagnostic, puis diminuait rapidement pendant les trois premières années. Au-delà, il continuait à décroître plus

faiblement pour approcher 0,05 à 5 ans. Cet excès de mortalité initial était très important chez les sujets âgés de 75 ans et plus. Chez les sujets de moins de 45 ans, l'excès de mortalité était maximal 1 an après le diagnostic (figure 2).

Tendances de la survie nette sur l'ensemble de la période (1989-2010)

Sur l'ensemble de la période, la survie observée et la survie nette à 10 ans étaient respectivement de 13 % et 20 % (tableau 5). Après standardisation, la survie nette à 10 ans était de 22 % (20 % chez l'homme et 26 % chez la femme) (tableau 6).

Tendances globales

La survie nette à 1 an s'améliorait au cours du temps passant de 47 % pour les cas diagnostiqués en 1989-1993 à 53 % pour les cas diagnostiqués en 2005-2010 (tableau 5). Après standardisation, les chiffres correspondants étaient de 50 % et 57 % (tableau 6).

Références

- [1] Binder-Foucard F, Bossard N, Delafosse P, Belot A, Woronoff AS, Remontet L, *et al.* Cancer incidence and mortality in France over the 1980-2012 period: solid tumors. *Rev Epidemiol Sante Publique* 2014;62(2):95-108.
- [2] Lozano R, Naghavi M, Foreman K, Lim S, Shibuya K, Aboyans V, *et al.* Global and regional mortality from 235 causes of death for 20 age groups in 1990 and 2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet* 2012;380(9859):2095-128.
- [3] González CA, Sala N, Rokkas T. Gastric cancer: epidemiologic aspects. *Helicobacter* 2013;18 Suppl 1: 34-8.
- [4] Ren JS, Kamangar F, Forman D, Islami F. Pickled food and risk of gastric cancer—a systematic review and meta-analysis of English and Chinese literature. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2012;21:905-15.

La survie nette à 5 ans variait peu au cours du temps, passant de 24 % pour les cas diagnostiqués en 1989-1993 à 25 % pour les cas diagnostiqués en 2005-2010 (tableau 5). Après standardisation, les chiffres correspondants étaient de 26 % et 28 % (tableau 6).

La survie nette à 10 ans passait de 18 % pour les cas diagnostiqués en 1989-1993 à 21 % pour les cas diagnostiqués en 1999-2004 (tableau 5). Après standardisation, les chiffres correspondants étaient de 21 % et 23 % (tableau 6).

Tendances selon le sexe

L'amélioration de la survie nette standardisée au cours du temps était observée de manière comparable chez les hommes et les femmes (tableau 6).

Tendances selon l'âge

L'amélioration de la survie à 1 an était observée pour toutes les tranches d'âge, à l'exception des personnes âgées de 75 ans et plus chez qui cette amélioration initiale était moindre (tableau 7).

Survie à 15 ans chez les personnes âgées de moins de 75 ans

La survie nette à 15 ans variait entre 30 % et 19 % selon l'âge pour les cas diagnostiqués en 1989-1998 (tableau 8).

Commentaires

Bien que son incidence ait diminué dans le monde entier, le cancer de l'estomac est souvent détecté à un stade avancé et demeure la troisième cause de décès par cancer [2]. Les principaux facteurs de risque sont les infections à *Helicobacter pylori* [3], le tabagisme et l'alimentation [4].

Dans la dernière étude EUROCORE, la survie relative à 5 ans des cancers gastriques variait de 30 % en Europe du Sud à 17 % au Royaume-Uni, Irlande et en Europe de l'est [5]. Les taux de survie relative observés en France se situaient dans des valeurs moyennes par rapport aux autres pays d'Europe.

L'étude CONCORD-2 portant sur les données de 59 pays montrait de grandes disparités de survie. Entre 2005 et 2009, dans la majorité des pays, la survie nette à 5 ans était de 25-30 %, mais dépassait 50 % au Japon (54 %) ou en Corée du Sud (57,9 %). Ces résultats étaient attribuables à une activité intense de dépistage, à un stade précoce au moment du diagnostic et à une chirurgie radicale [6].

Aux États-Unis, la survie relative à 5 ans était de 28 % et passait à 64 % si le cancer était localisé [7].

Globalement, dans la plupart des pays, la survie du cancer de l'estomac s'est peu améliorée au cours du temps [6].

Le pronostic du cancer de l'estomac reste sombre, du fait que la tumeur est souvent métastasée au moment du diagnostic et que la plupart des personnes atteintes de la maladie sont des personnes âgées. Mais les différences frappantes à travers le monde concernant la survie de ce cancer, suggèrent que d'importantes leçons pourraient être tirées sur le diagnostic et le traitement pratiqués dans les pays avec une meilleure survie [6].

[5] De Angelis R, Sant M, Coleman MP, Francisci S, Baili P, Pierannunzio D, *et al.* Cancer survival in Europe 1999-2007 by country and age: results of EUROCORE-5-a population-based study. *Lancet Oncol* 2014;15(1):23-34.

[6] Allemani C, Weir HK, Carreira H, Harewood R, Spika D, Wang XS, *et al.* Global surveillance of cancer survival 1995-2009: analysis of individual data for 25 676 887 patients from 279 population-based registries in 67 countries (CONCORD-2). *Lancet* 2015;385(9972):977-1010.

[7] Howlader N, Noone AM, Krapcho M, Garshell J, Miller D, Altekruse SF, *et al.* SEER Cancer Statistics Review, 1975-2011 [Internet]. Bethesda: National Cancer Institute; 2014. [consulté le 05/03/2015]. Disponible à partir de l'URL : http://seer.cancer.gov/csr/1975_2011/.

SURVIE À 1, 3 ET 5 ANS DES PERSONNES DIAGNOSTIQUÉES ENTRE 2005 ET 2010 (TOUS REGISTRÉS)

I TABLEAU 1 I	SURVIE OBSERVÉE ET NETTE (%) À 1, 3 ET 5 ANS SELON LE SEXE [IC À 95 %]					
	1 an		3 ans		5 ans	
	observée	nette	observée	nette	observée	nette
Homme	51 [49-52]	53 [51-54]	25 [24-27]	28 [27-29]	20 [19-21]	23 [22-25]
Femme	51 [49-53]	53 [51-55]	30 [29-32]	33 [31-35]	25 [23-26]	28 [26-30]
Tous	51 [50-52]	53 [52-54]	27 [26-28]	30 [29-31]	22 [21-23]	25 [24-26]

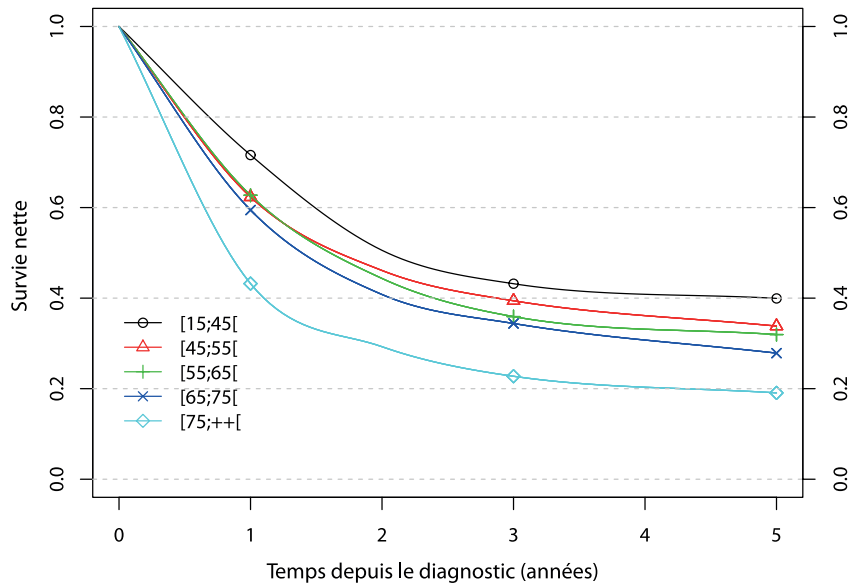
I TABLEAU 2 I	SURVIE NETTE STANDARDISÉE (%) À 1, 3 ET 5 ANS SELON LE SEXE [IC À 95 %]		
	1 an	3 ans	5 ans
	Homme	56 [54-57]	30 [29-32]	26 [24-27]
Femme	59 [57-61]	38 [36-40]	33 [31-35]
Tous	57 [56-58]	33 [31-34]	28 [27-29]

I TABLEAU 3 I	SURVIE OBSERVÉE ET NETTE (%) À 1, 3 ET 5 ANS SELON L'ÂGE [IC À 95 %]						
		1 an		3 ans		5 ans	
		observée	nette	observée	nette	observée	nette
[15;45[	71 [66-77]	72 [66-77]	43 [37-49]	43 [38-50]	39 [34-46]	40 [34-47]
[45 ;55[	62 [58-66]	62 [59-66]	39 [35-43]	39 [36-43]	33 [29-37]	34 [30-38]
[55;65[	62 [60-65]	63 [60-65]	35 [32-38]	36 [33-39]	30 [28-33]	32 [29-35]
[65;75[	58 [56-61]	59 [57-62]	33 [31-35]	34 [32-37]	25 [23-27]	28 [26-30]
[75;++[	40 [39-42]	43 [42-45]	19 [18-20]	23 [21-24]	14 [13-15]	19 [17-21]
Tous	51 [50-52]	53 [52-54]	27 [26-28]	30 [29-31]	22 [21-23]	25 [24-26]	

I TABLEAU 4 I	SURVIE NETTE (%) À 1, 3 ET 5 ANS SELON L'ÂGE, CHEZ L'HOMME ET CHEZ LA FEMME [IC À 95 %]						
		1 an		3 ans		5 ans	
		Homme	Femme	Homme	Femme	Homme	Femme
[15;45[	75 [68-82]	68 [60-77]	41 [33-49]	47 [38-57]	37 [30-46]	44 [36-55]
[45 ;55[	62 [58-67]	63 [57-70]	38 [33-43]	43 [37-51]	32 [27-37]	39 [32-46]
[55;65[	61 [58-64]	68 [63-73]	33 [30-36]	44 [39-49]	30 [27-33]	39 [34-45]
[65;75[	58 [55-61]	63 [59-68]	32 [29-34]	42 [38-46]	26 [23-28]	34 [30-39]
[75;++[	43 [40-45]	44 [42-47]	21 [19-23]	25 [23-28]	17 [15-19]	22 [20-25]
Tous	53 [51-54]	53 [51-55]	28 [27-29]	33 [31-35]	23 [22-25]	28 [26-30]	

I FIGURE 1 I

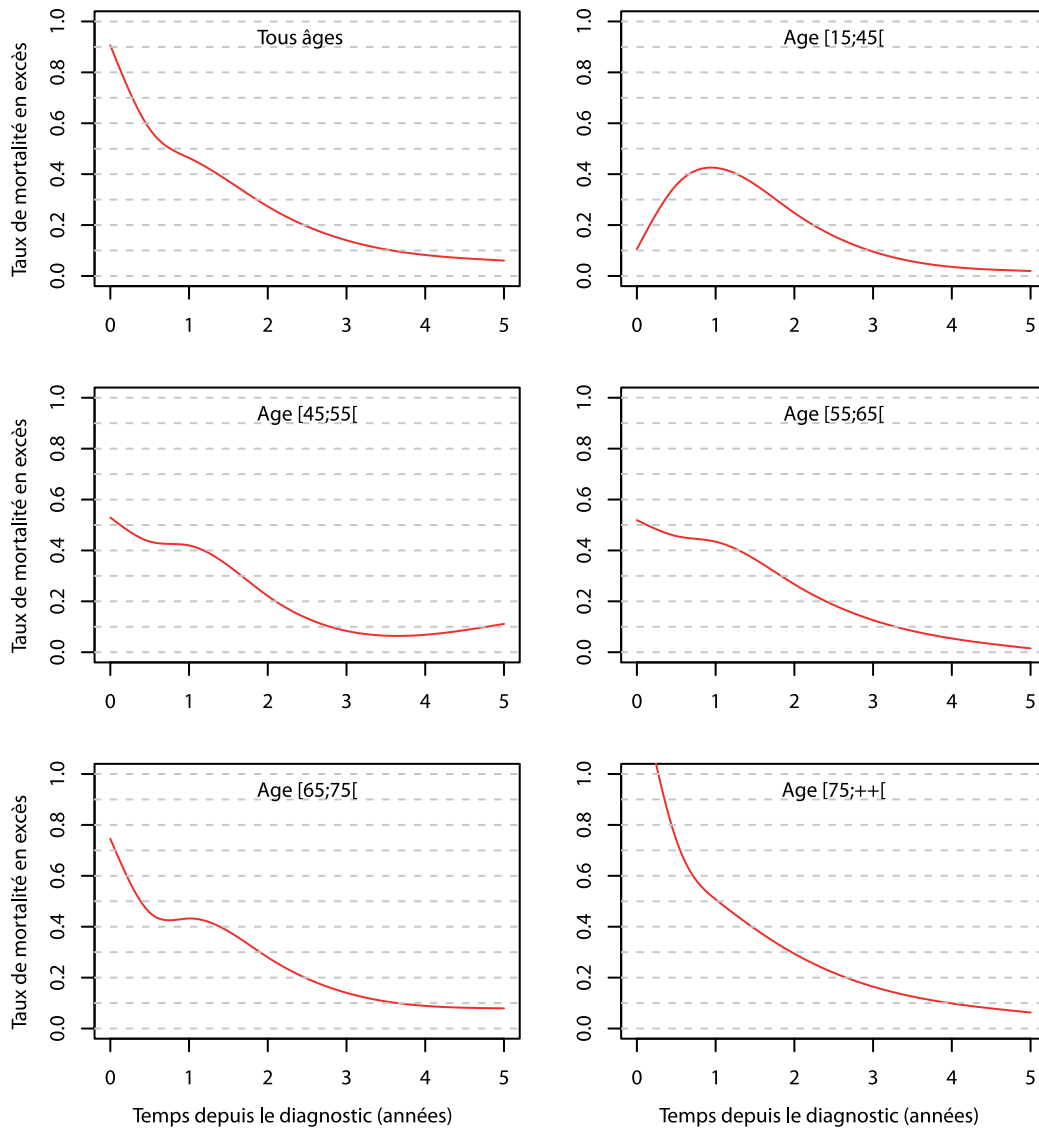
SURVIE NETTE SELON L'ÂGE EN FONCTION DU TEMPS DEPUIS LE DIAGNOSTIC



I FIGURE 2 I

TAUX DE MORTALITÉ EN EXCÈS EN FONCTION DU TEMPS DEPUIS LE DIAGNOSTIC, TOUS ÂGES ET PAR CLASSE D'ÂGE

Le taux est exprimé en nombre de décès pour une personne-année.



Pour une interprétation correcte de ces figures, il est impératif de se référer au paragraphe « Point particulier : les figures des taux de mortalité en excès » du chapitre « Présentation des résultats et guide de lecture » (p. 28-29).

TENDANCES DE LA SURVIE À 1, 5 ET 10 ANS POUR LES PERSONNES DIAGNOSTIQUÉES ENTRE 1989 ET 2010 (RESTRICTION AUX REGISTRES COUVRANT L'ENSEMBLE DE LA PÉRIODE 1989-2010)

I TABLEAU 5 I	SURVIE OBSERVÉE ET NETTE (%) À 1, 5 ET 10 ANS PAR PÉRIODE DE DIAGNOSTIC [IC À 95 %]					
	1 an		5 ans		10 ans	
	observée	nette	observée	nette	observée	nette
1989-1993	44 [43-46]	47 [45-48]	19 [18-20]	24 [22-25]	12 [11-13]	18 [16-20]
1994-1998	45 [44-47]	48 [46-49]	19 [18-20]	23 [22-25]	13 [12-14]	19 [17-21]
1999-2004	47 [46-49]	49 [48-51]	20 [19-21]	24 [22-25]	14 [13-15]	21 [19-23]
2005-2010	51 [50-53]	53 [51-54]	22 [20-23]	25 [23-27]	ND	ND
Toutes périodes	47 [46-48]	49 [48-50]	20 [19-21]	24 [23-25]	13 [13-14]	20 [19-21]

ND : Non disponible.

I TABLEAU 6 I	SURVIE NETTE STANDARDISÉE (%) À 1, 5 ET 10 ANS SELON LE SEXE PAR PÉRIODE DE DIAGNOSTIC [IC À 95 %]								
	Homme			Femme			Tous sexes		
	1 an	5 ans	10 ans	1 an	5 ans	10 ans	1 an	5 ans	10 ans
1989-1993	48 [46-50]	24 [22-26]	19 [17-21]	52 [49-55]	31 [28-34]	25 [22-28]	50 [48-51]	26 [24-28]	21 [19-22]
1994-1998	50 [48-53]	24 [22-26]	19 [17-21]	52 [49-55]	29 [26-32]	25 [21-28]	51 [49-52]	25 [24-27]	21 [19-23]
1999-2004	52 [50-54]	25 [23-27]	21 [19-24]	53 [51-56]	29 [26-32]	26 [23-29]	53 [51-54]	26 [24-28]	23 [21-24]
2005-2010	57 [55-59]	26 [24-28]	ND	58 [55-61]	33 [30-36]	ND	57 [56-59]	28 [27-30]	ND
Toutes périodes	52 [51-53]	24 [24-25]	20 [19-21]	54 [52-55]	30 [29-32]	26 [24-27]	53 [52-53]	26 [26-27]	22 [21-23]

ND : Non disponible.

I TABLEAU 7 I	SURVIE NETTE (%) À 1, 5 ET 10 ANS SELON L'ÂGE PAR PÉRIODE DE DIAGNOSTIC [IC À 95 %]		
	1 an	5 ans	10 ans
Âge [15;45[
1989-1993	61 [54-68]	39 [32-47]	32 [25-40]
1994-1998	64 [57-73]	38 [30-47]	29 [22-38]
1999-2004	60 [53-67]	33 [27-41]	28 [22-35]
2005-2010	72 [64-80]	39 [31-49]	ND
Toutes périodes	63 [60-67]	37 [33-41]	30 [26-34]
Âge [45;55[
1989-1993	56 [51-63]	34 [29-41]	31 [25-37]
1994-1998	62 [57-68]	29 [24-34]	28 [23-34]
1999-2004	62 [57-67]	34 [29-39]	30 [25-35]
2005-2010	66 [61-71]	37 [32-43]	ND
Toutes périodes	62 [59-65]	34 [31-36]	30 [28-33]

I TABLEAU 7 | SUITE	SURVIE NETTE (%) À 1, 5 ET 10 ANS SELON L'ÂGE PAR PÉRIODE DE DIAGNOSTIC [IC À 95 %]		
	1 an	5 ans	10 ans
Âge [55;65[
1989-1993	54 [50-58]	26 [23-30]	21 [18-25]
1994-1998	55 [51-60]	29 [25-33]	25 [21-29]
1999-2004	59 [55-63]	30 [26-34]	25 [22-29]
2005-2010	63 [60-67]	35 [31-39]	ND
Toutes périodes	58 [56-60]	30 [28-32]	25 [23-27]
Âge [65;75[
1989-1993	51 [48-54]	26 [24-30]	22 [19-26]
1994-1998	53 [50-56]	27 [25-30]	22 [19-25]
1999-2004	56 [53-59]	26 [23-29]	21 [18-24]
2005-2010	61 [58-64]	28 [25-31]	ND
Toutes périodes	55 [54-57]	27 [26-28]	22 [21-24]
Âge [75;+][
1989-1993	39 [36-41]	18 [16-21]	12 [9-16]
1994-1998	37 [35-40]	16 [14-19]	12 [8-16]
1999-2004	39 [37-42]	18 [16-20]	18 [14-22]
2005-2010	42 [39-44]	17 [15-19]	ND
Toutes périodes	39 [38-41]	17 [16-19]	14 [12-16]

ND : Non disponible.

SURVIE À 1, 5, 10 ET 15 ANS DES PERSONNES DE MOINS DE 75 ANS DIAGNOSTIQUÉES ENTRE 1989 ET 1998 (RESTRICTION AUX REGISTRES COUVRANT L'ENSEMBLE DE LA PÉRIODE 1989-2010)

I TABLEAU 8 |	SURVIE NETTE (%) À LONG TERME SELON L'ÂGE (ÂGE <75 ANS) [IC À 95 %]			
	1 an	5 ans	10 ans	15 ans
Âge [15;45[
1989-1998	62 [57-68]	38 [33-44]	31 [26-36]	30 [25-36]
Âge [45;55[
1989-1998	59 [55-64]	31 [27-35]	29 [25-33]	27 [23-31]
Âge [55;65[
1989-1998	55 [52-58]	27 [25-30]	23 [21-26]	19 [17-22]
Âge [65;75[
1989-1998	52 [50-54]	27 [25-29]	22 [20-24]	19 [17-22]

Intestin grêle

Auteurs : M. Robaszekiewicz, A.-M. Bouvier, V. Bouvier

Description de la localisation étudiée

Intestin grêle	CIM-O-3	Correspondance en CIM-O-2	Correspondance en CIM-O-1	Correspondance en CIM-10
	Topographie	C17.0 à C17.9	C17.0 à C17.9	152.0 à 152.9	C17.0 à C17.9
Morphologie	Toutes, sauf tumeurs hématologiques ; comportement tumoral /3			

Les cancers de l'intestin grêle se caractérisent habituellement par une grande diversité des types histologiques. Il s'agit le plus souvent d'adénocarcinomes, de tumeurs endocrines ou de sarcomes.

Incidence

Le cancer de l'intestin grêle est un cancer rare. C'est le moins fréquent des cancers digestifs. Cette rareté explique que l'épidémiologie des cancers de l'intestin grêle soit mal connue. La France apparaît comme une zone à risque moyen de cancer de l'intestin grêle : les taux d'incidence standardisés sur la population mondiale, observés dans les départements français couverts par un registre des cancers pour la période 2008-2011, variaient entre 0,7 et 2,0 pour 100 000 chez l'homme et entre 0,3 et 1,2 pour 100 000 chez la femme [1].

Population d'étude

Cette étude a porté sur 1 370 cas pour l'analyse sur la période 2005-2010 et sur 1 961 cas pour l'analyse des tendances 1989-2010.

Remarque

En raison d'un nombre de cas et/ou de décès insuffisants (ou de leur répartition dans le temps), certains indicateurs n'ont pu être produits (survie nette selon l'âge par exemple) et certains tableaux/figures sont incomplets ou absents.

Survie sur la période la plus récente (2005-2010)

Survie observée et survie nette

La survie observée et la survie nette 5 ans après le diagnostic étaient respectivement de 47 % et 52 % (tableau 1).

Variation selon le sexe et l'âge

La survie nette à 5 ans était de 53 % chez les hommes et de 51 % chez les femmes (tableau 1). Après standardisation, la survie nette à 5 ans était de 53 % chez les hommes et 56 % chez les femmes (tableau 2). En observant les résultats par tranches d'âge, la survie était meilleure chez les femmes par rapport aux hommes pour les moins de 65 ans (tableau 4),

La survie nette diminuait avec l'âge passant de 70 % à 5 ans chez les sujets de moins de 55 ans à 33 % pour les sujets de 75 ans et plus (tableau 3, figure 1). Cette diminution était plus importante chez les femmes que chez les hommes (tableau 4).

Globalement, l'excès de mortalité était maximal immédiatement après le diagnostic puis diminuait rapidement pendant la première année. Au-delà, il continuait à décroître faiblement pour approcher 0,05 à 5 ans. Cet excès de mortalité initial était important chez les sujets âgés, et faible voire absent chez les sujets jeunes (figure 2).

Références

- [1] Francim, Hospices civils de Lyon, Institut de veille sanitaire, Institut national du cancer. Incidence observée dans les départements couverts par les registres Francim entre 1978-1982 et 2008-2011 [Internet]. Saint-Maurice : Institut de veille sanitaire [consulté le 07/08/15]. Disponible à partir de l'URL : <http://www.invs.sante.fr/applications/cancers/francim2015/default.htm>.

Tendances de la survie nette sur l'ensemble de la période (1989-2010)

Sur l'ensemble de la période, la survie observée et la survie nette à 10 ans étaient respectivement de 29 % et 36 % (tableau 5). Après standardisation, la survie nette à 10 ans était de 37 % (tableau 6).

Tendances globales

La survie nette à 1 an s'améliorait au cours du temps passant de 70 % pour les cas diagnostiqués en 1989-1993 à 76 % pour les cas diagnostiqués en 2005-2010 (tableau 5). Après standardisation, les chiffres correspondants étaient de 70 % et 78 % (tableau 6).

La survie nette à 5 ans s'améliorait elle aussi passant de 44 % pour les cas diagnostiqués en 1989-1993 à 53 % pour les cas diagnostiqués en 2005-2010 (tableau 5). Après standardisation, les chiffres correspondants étaient de 44 % et 55 % (tableau 6).

La survie nette à 10 ans restait stable : elle était de 34 % pour les cas diagnostiqués en 1989-1993 et de 33 % pour les cas diagnostiqués en 1999-2004 (tableau 5). Après standardisation, les chiffres correspondants étaient de 34 % et 35 % (tableau 6).

Tendances selon l'âge

On n'observait pas de tendances significativement différentes selon les classes d'âge (tableau 7).

Survie à 15 ans chez les personnes âgées de moins de 75 ans

La survie nette à 15 ans, pour les cas diagnostiqués en 1989-1998, variait entre 45 % et 33 % selon l'âge (tableau 8).

Commentaires

Les cancers de l'intestin grêle représentent un groupe hétérogène de tumeurs. Ils sont souvent découverts à un stade avancé car ils sont révélés par des signes peu spécifiques entraînant ainsi un retard diagnostique. Leur pronostic varie de manière importante avec le type histologique.

L'incidence des tumeurs d'origine épithéliale, dont l'adénocarcinome est le type principal, est croissante. Selon l'étude RARECARE menée entre 1995 et 2002, le nombre de nouveaux cas diagnostiqués chaque année en Europe était estimé à 3 595. La survie relative à 5 ans des cancers d'origine épithéliale varie entre 33 % en Europe continentale et en Europe du sud, et 20 % en Europe de l'est [2]. Après résection chirurgicale, le facteur pronostique principal est l'envahissement ganglionnaire. La chimiothérapie adjuvante semble apporter un bénéfice en termes de survie bien que cela ne soit pas formellement démontré par des études randomisées.

L'incidence des tumeurs neuroendocrines digestives a régulièrement augmenté au cours des quatre dernières décennies à la fois en Europe et aux États-Unis. L'augmentation d'incidence est toutefois plus faible pour les tumeurs neuroendocrines de l'intestin grêle que pour celles de l'estomac ou du rectum. Dans l'étude EURO CARE menée sur les cas diagnostiqués en 1985-1995, la survie relative à 5 ans variait entre 55 % (Europe de l'Est) et 65 % (Europe continentale) [3].

Les autres types histologiques sont plus rares et correspondent aux lymphomes et aux sarcomes, bien que dans cette catégorie, l'incidence des tumeurs stromales d'individualisation plus récente ait été sous estimée.

Il est difficile d'interpréter les variations temporelles du pronostic des cancers de l'intestin grêle du fait de leur hétérogénéité. Il est possible que les variations de survie puissent s'expliquer par des différences de proportion de stades avancés au moment du diagnostic ou par des différences de proportions de chacun des types histologiques.

[2] Faivre J, Trama A, De Angelis R, Elferink M, Siesling S, Audisio R, *et al.* Incidence, prevalence and survival of patients with rare epithelial digestive cancers diagnosed in Europe in 1995-2002. *Eur J Cancer* 2012;48:1417-24.

[3] Lepage C, Ciccolallo L, De Angelis R, Bouvier AM, Faivre J, Gatta G. European disparities in malignant digestive endocrine tumours survival. *Int J Cancer* 2010;126:2928-34.

SURVIE À 1, 3 ET 5 ANS DES PERSONNES DIAGNOSTIQUÉES ENTRE 2005 ET 2010 (TOUS REGISTRÉS)

I TABLEAU 1 |	SURVIE OBSERVÉE ET NETTE (%) À 1, 3 ET 5 ANS SELON LE SEXE [IC À 95 %]					
	1 an		3 ans		5 ans	
	observée	nette	observée	nette	observée	nette
Homme	73 [70-76]	75 [72-79]	55 [51-59]	59 [56-64]	46 [43-50]	53 [48-57]
Femme	73 [70-77]	75 [71-78]	56 [52-60]	60 [56-64]	47 [43-51]	51 [46-56]
Tous	73 [71-75]	75 [73-77]	55 [53-58]	60 [57-63]	47 [44-50]	52 [49-55]

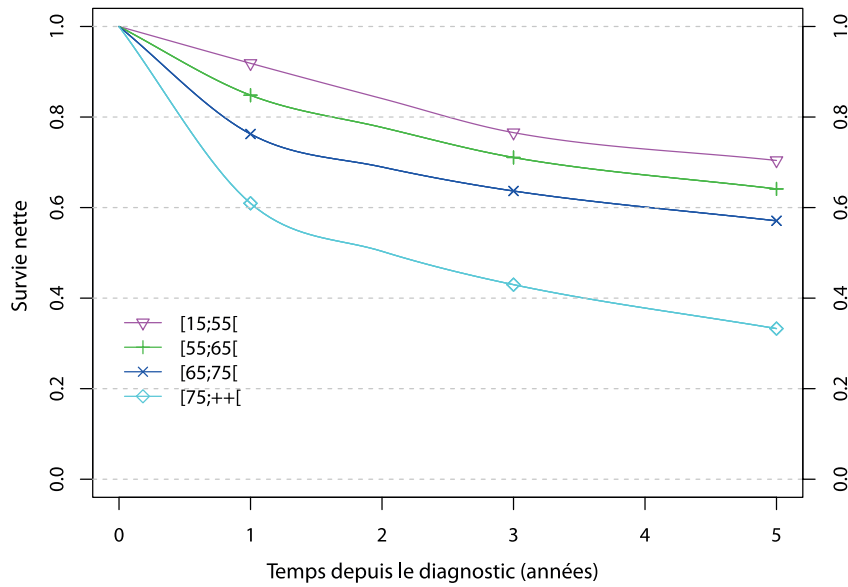
I TABLEAU 2 |	SURVIE NETTE STANDARDISÉE (%) À 1, 3 ET 5 ANS SELON LE SEXE [IC À 95 %]		
	1 an	3 ans	5 ans
	Homme	76 [73-79]	60 [57-64]	53 [49-58]
Femme	78 [75-81]	64 [60-68]	56 [52-61]
Tous	77 [75-79]	62 [59-65]	54 [51-58]

I TABLEAU 3 |	SURVIE OBSERVÉE ET NETTE (%) À 1, 3 ET 5 ANS SELON L'ÂGE [IC À 95 %]						
		1 an		3 ans		5 ans	
		observée	nette	observée	nette	observée	nette
[15;55[	92 [88-95]	92 [88-96]	76 [70-82]	77 [71-83]	69 [63-76]	70 [64-77]
[55;65[	84 [80-88]	85 [81-89]	69 [64-74]	71 [66-77]	61 [55-67]	64 [58-71]
[65;75[	75 [71-80]	76 [72-81]	61 [55-66]	64 [58-69]	52 [47-58]	57 [51-64]
[75;+ +[	58 [53-62]	61 [57-66]	35 [32-40]	43 [38-48]	25 [21-29]	33 [28-40]
Tous	73 [71-75]	75 [73-77]	55 [53-58]	60 [57-63]	47 [44-50]	52 [49-55]	

I TABLEAU 4 |	SURVIE NETTE (%) À 1, 3 ET 5 ANS SELON L'ÂGE, CHEZ L'HOMME ET CHEZ LA FEMME [IC À 95 %]						
		1 an		3 ans		5 ans	
		Homme	Femme	Homme	Femme	Homme	Femme
[15;55[	91 [86-96]	93 [88-99]	71 [63-80]	84 [77-92]	64 [56-74]	79 [70-89]
[55;65[	83 [78-89]	87 [81-93]	69 [62-77]	74 [67-82]	62 [54-71]	68 [59-77]
[65;75[	75 [69-81]	78 [72-86]	62 [55-69]	66 [58-75]	56 [48-65]	58 [50-68]
[75;+ +[	62 [55-69]	60 [54-67]	45 [38-53]	41 [35-49]	37 [29-47]	30 [23-39]
Tous	75 [72-79]	75 [71-78]	59 [56-64]	60 [56-64]	53 [48-57]	51 [46-56]	

I FIGURE 1 I

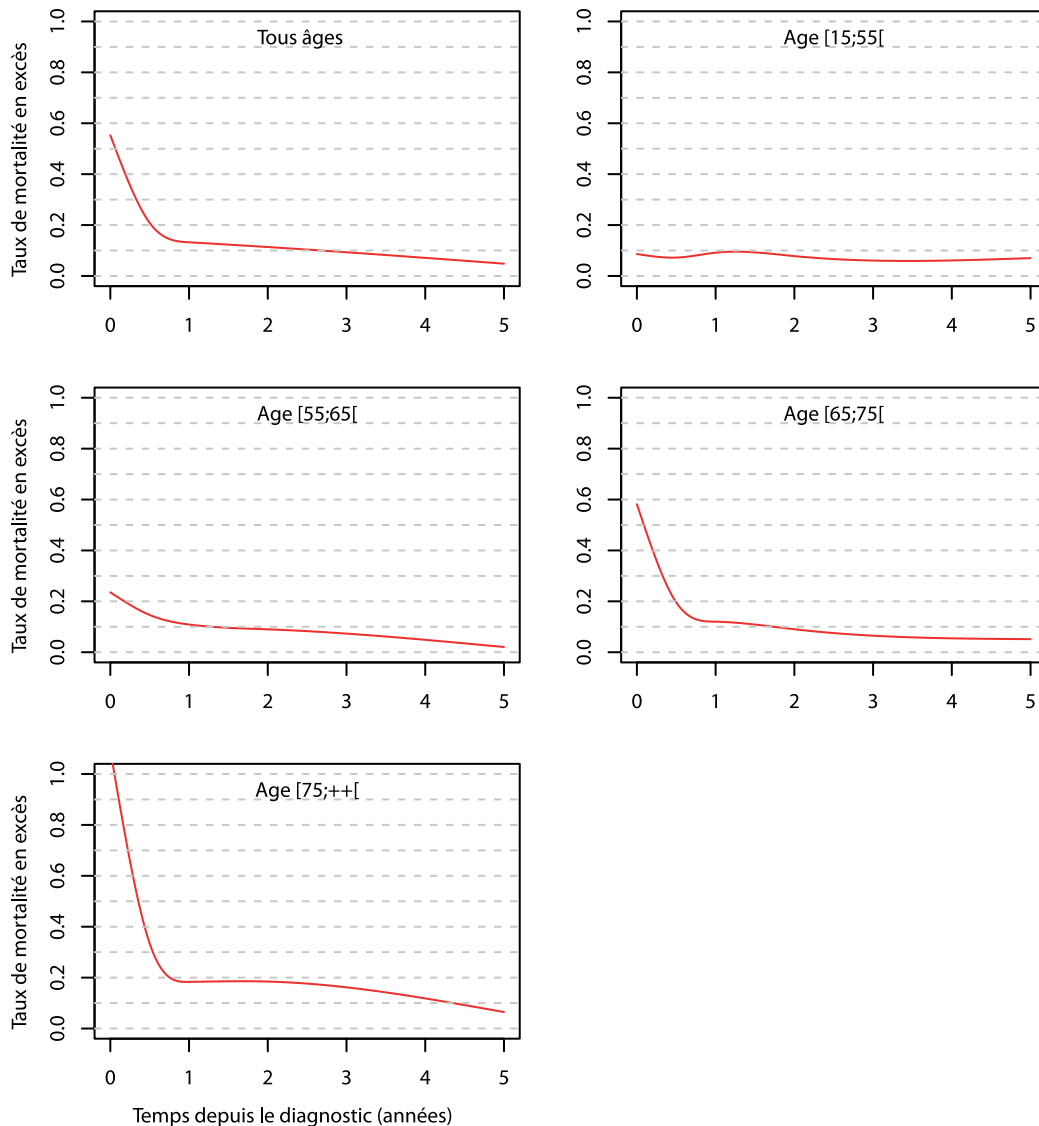
SURVIE NETTE SELON L'ÂGE EN FONCTION DU TEMPS DEPUIS LE DIAGNOSTIC



I FIGURE 2 I

TAUX DE MORTALITÉ EN EXCÈS EN FONCTION DU TEMPS DEPUIS LE DIAGNOSTIC, TOUS ÂGES ET PAR CLASSE D'ÂGE

Le taux est exprimé en nombre de décès pour une personne-année.



Pour une interprétation correcte de ces figures, il est impératif de se référer au paragraphe « Point particulier : les figures des taux de mortalité en excès » du chapitre « Présentation des résultats et guide de lecture » (p. 28-29).

TENDANCES DE LA SURVIE À 1, 5 ET 10 ANS POUR LES PERSONNES DIAGNOSTIQUÉES ENTRE 1989 ET 2010 (RESTRICTION AUX REGISTRES COUVRANT L'ENSEMBLE DE LA PÉRIODE 1989-2010)

I TABLEAU 5 I	SURVIE OBSERVÉE ET NETTE (%) À 1, 5 ET 10 ANS PAR PÉRIODE DE DIAGNOSTIC [IC À 95 %]					
	1 an		5 ans		10 ans	
	observée	nette	observée	nette	observée	nette
1989-1993	68 [63-74]	70 [65-76]	38 [33-44]	44 [38-52]	27 [22-33]	34 [27-43]
1994-1998	61 [57-66]	64 [59-69]	36 [31-41]	40 [35-46]	26 [22-31]	32 [27-38]
1999-2004	70 [66-74]	72 [68-76]	41 [38-46]	47 [43-52]	26 [23-30]	33 [28-40]
2005-2010	75 [71-78]	76 [73-80]	48 [44-52]	53 [48-58]	ND	ND
Toutes périodes	70 [68-72]	72 [70-74]	42 [40-44]	47 [45-50]	29 [26-31]	36 [32-39]

ND : Non disponible.

I TABLEAU 6 I	SURVIE NETTE STANDARDISÉE (%) À 1, 5 ET 10 ANS SELON LE SEXE PAR PÉRIODE DE DIAGNOSTIC [IC À 95 %]		
	Tous sexes		
	1 an	5 ans	10 ans
1989-1993	70 [65-76]	44 [38-51]	34 [27-41]
1994-1998	64 [59-69]	40 [36-46]	33 [28-39]
1999-2004	74 [70-77]	48 [44-53]	35 [30-41]
2005-2010	78 [75-81]	55 [51-59]	ND
Toutes périodes	73 [71-75]	48 [46-51]	37 [34-40]

ND : Non disponible.

Non présenté par sexe du fait d'effectifs trop faibles pour la standardisation.

I TABLEAU 7 I	SURVIE NETTE (%) À 1, 5 ET 10 ANS SELON L'ÂGE PAR PÉRIODE DE DIAGNOSTIC [IC À 95 %]		
	1 an	5 ans	10 ans
Âge [15;55[
1989-1993	83 [74-94]	63 [51-78]	50 [38-66]
1994-1998	76 [67-86]	58 [48-71]	54 [43-67]
1999-2004	82 [74-90]	52 [43-63]	46 [36-57]
2005-2010	91 [86-97]	70 [61-80]	ND
Toutes périodes	84 [80-88]	61 [56-66]	53 [47-60]
Âge [55;65[
1989-1993	73 [63-84]	53 [42-66]	48 [37-63]
1994-1998	70 [61-81]	42 [33-55]	39 [29-52]
1999-2004	84 [76-92]	58 [48-69]	43 [33-56]
2005-2010	87 [82-93]	70 [62-78]	ND
Toutes périodes	80 [76-84]	59 [54-64]	50 [44-56]

I TABLEAU 7 I SUITE	SURVIE NETTE (%) À 1, 5 ET 10 ANS SELON L'ÂGE PAR PÉRIODE DE DIAGNOSTIC [IC À 95 %]		
	1 an	5 ans	10 ans
Âge [65;75[
1989-1993	81 [72-90]	37 [27-50]	30 [20-45]
1994-1998	67 [59-76]	45 [36-56]	32 [24-45]
1999-2004	78 [72-85]	50 [43-59]	34 [26-44]
2005-2010	77 [70-83]	53 [45-63]	ND
Toutes périodes	76 [72-79]	48 [44-53]	34 [29-40]
Âge [75;+][
1989-1993	49 [38-62]	32 [21-51]	15 [6-41]
1994-1998	48 [39-58]	22 [15-35]	14 [7-28]
1999-2004	56 [48-64]	36 [28-46]	23 [13-39]
2005-2010	63 [57-70]	35 [27-44]	ND
Toutes périodes	56 [52-61]	33 [28-38]	19 [13-27]

ND : Non disponible.

SURVIE À 1, 5, 10 ET 15 ANS DES PERSONNES DE MOINS DE 75 ANS DIAGNOSTIQUÉES ENTRE 1989 ET 1998 (RESTRICTION AUX REGISTRES COUVRANT L'ENSEMBLE DE LA PÉRIODE 1989-2010)

I TABLEAU 8 I	SURVIE NETTE (%) À LONG TERME SELON L'ÂGE (ÂGE < 75 ANS) [IC À 95 %]			
	1 an	5 ans	10 ans	15 ans
Âge [15;55[
1989-1998	79 [72-86]	60 [52-69]	52 [44-62]	45 [36-55]
Âge [55;65[
1989-1998	71 [65-79]	47 [40-56]	43 [35-53]	38 [30-49]
Âge [65;75[
1989-1998	73 [67-79]	42 [35-50]	31 [24-40]	33 [24-45]

Description de la localisation étudiée

Côlon	CIM-O-3	Correspondance en CIM-O-2	Correspondance en CIM-O-1	Correspondance en CIM-10
	Topographie	C18.0 à C18.9	C18.0 à C18.9	153.0 à 153.9	C18.0 à C18.9
Morphologie	Toutes, sauf tumeurs hématologiques ; comportement tumoral /3			

Les cancers du côlon sont le plus souvent des adénocarcinomes.

Incidence

En France, pour l'année 2012, le cancer du côlon représentait environ deux tiers des 42 152 cas des cancers colorectaux, dont 55 % sont survenus chez les hommes. Le nombre de nouveaux cas de cancer du côlon était estimé à environ 28 000 cas par an [1].

Population d'étude

Cette étude a porté sur 29 459 cas pour l'analyse sur la période 2005-2010 et sur 55 444 cas pour l'analyse des tendances 1989-2010.

Survie sur la période la plus récente (2005-2010)

Survie observée et survie nette

La survie observée et la survie nette 5 ans après le diagnostic étaient respectivement de 50 % et 60 % (tableau 1).

Variation selon le sexe et l'âge

La survie nette à 5 ans était de 61 % chez les hommes et de 59 % chez les femmes (tableau 1). Après standardisation, la survie nette à 5 ans était de 63 % chez les hommes et 64 % chez les femmes (tableau 2). L'écart de survie entre hommes et femmes était donc négligeable, et cela était confirmé en observant les résultats par tranches d'âge et par sexe (tableau 4).

La survie nette diminuait avec l'âge passant de 73 % à 5 ans chez les sujets les plus jeunes à 52 % pour les plus âgés (tableaux 3 et 4, figure 1).

Globalement, l'excès de mortalité était maximal immédiatement après le diagnostic puis diminuait rapidement pendant la première année. Au-delà, il continuait à décroître faiblement pour approcher zéro à 5 ans. Cet excès de mortalité initial était très accentué chez les sujets âgés, et beaucoup moins visible (voire absent) chez les sujets jeunes (figure 2).

Tendances de la survie nette sur l'ensemble de la période (1989-2010)

Sur l'ensemble de la période, la survie observée et la survie nette à 10 ans étaient respectivement de 33 % et 51 % (tableau 5). Après standardisation, la survie nette à 10 ans était de 53 % (52 % chez l'homme et 55 % chez la femme) (tableau 6).

Tendances globales

La survie nette à 1 an s'améliorait au cours du temps passant de 74 % pour les cas diagnostiqués en 1989-1993 à 80 % pour les cas diagnostiqués en 2005-2010 (tableau 5). Après standardisation, les chiffres correspondants étaient de 76 % et 84 % (tableau 6).

La survie nette à 5 ans s'améliorait elle aussi passant de 53 % pour les cas diagnostiqués en 1989-1993 à 60 % pour les cas diagnostiqués en 2005-2010 (tableau 5). Après standardisation, les chiffres correspondants étaient de 54 % et 63 % (tableau 6).

La survie nette à 10 ans passait de 47 % pour les cas diagnostiqués en 1989-1993 à 52 % pour les cas diagnostiqués en 1999-2004 (tableau 5). Après standardisation, les chiffres correspondants étaient 49 % et 54 % (tableau 6).

Références

- [1] Binder-Foucard F, Bossard N, Delafosse P, Belot A, Woronoff AS, Remontet L, *et al.* Cancer incidence and mortality in France over the 1980-2012 period: solid tumors. *Rev Epidemiol Sante Publique* 2014;62(2):95-108.

Tendances selon le sexe

La survie nette standardisée à 5 ans s'améliorait de façon identique au cours du temps chez les hommes et les femmes (tableau 6).

Tendances selon l'âge

L'amélioration de la survie était observée pour toutes les tranches d'âge (tableau 7). Globalement, la survie s'améliorait nettement dès la première année suivant le diagnostic à l'exception des personnes âgées de 75 ans et plus chez qui cette amélioration initiale était moindre. Le gain de survie se maintenait à 5 ans sur l'ensemble de la période et à 10 ans sur les trois premières périodes (tableau 7 et figure 3).

Survie à 15 ans chez les personnes âgées de moins de 75 ans

La survie nette à 15 ans variait entre 54 % et 47 % en fonction de l'âge pour les cas diagnostiqués en 1989-1998 (tableau 8).

Commentaires

La survie du cancer du côlon en France est globalement meilleure que la moyenne européenne. Le taux européen de survie relative à 5 ans, pour la période 2000-2007, était globalement de 57 % dans l'étude EURO-CARE-5 [2]. La survie du cancer colique est hétérogène en Europe, les taux variant de moins de 49 % à 5 ans pour les pays de l'Europe de l'Est, à 59 % pour ceux d'Europe de l'Ouest et du Nord. La différence entre les taux de survie par sexe est peu marquée. L'amélioration de la survie au cours du temps a été observée dans tous les pays d'Europe, passant globalement de 54 % au cours de la période 1999-2001 à 58 % au cours de la période 2005-2007 [2].

Les résultats du programme CONCORD, qui rassemble les données de population de 67 pays du monde, mettent également en évidence une hétérogénéité de la survie du cancer du côlon à travers le monde. Elle était la plus haute en Europe, Amérique du Nord et Océanie, et la plus basse en Inde et Indonésie [3]. Au cours des 10 dernières années d'enregistrement, la survie du cancer colique s'est améliorée partout sauf en Argentine [3].

L'amélioration de la survie au cours du temps est essentiellement liée à une diminution de la mortalité opératoire et à des progrès dans la prise en charge du cancer du côlon. L'évolution du stade de diagnostic n'explique que très peu cette amélioration. Les effets du dépistage de masse du cancer colorectal devraient être observés dans le futur.

[2] De Angelis R, Sant M, Coleman MP, Francisci S, Baili P, Pierannunzio D, *et al.* Cancer survival in Europe 1999-2007 by country and age: results of EURO-CARE-5-a population-based study. *Lancet Oncol* 2014;15(1):23-34.

[3] Allemani C, Weir HK, Carreira H, Harewood R, Spika D, Wang XS, *et al.* Global surveillance of cancer survival 1995-2009: analysis of individual data for 25 676 887 patients from 279 population-based registries in 67 countries (CONCORD-2). *Lancet* 2015;385(9972):977-1010.

SURVIE À 1, 3 ET 5 ANS DES PERSONNES DIAGNOSTIQUÉES ENTRE 2005 ET 2010 (TOUS REGISTRÉS)

I TABLEAU 1 | SURVIE OBSERVÉE ET NETTE (%) À 1, 3 ET 5 ANS SELON LE SEXE [IC À 95 %]						
	1 an		3 ans		5 ans	
	observée	nette	observée	nette	observée	nette
Homme	78 [77-79]	81 [80-82]	61 [60-61]	68 [67-68]	50 [49-51]	61 [60-62]
Femme	76 [76-77]	79 [78-79]	59 [58-60]	65 [64-66]	51 [50-52]	59 [58-61]
Tous	77 [77-78]	80 [79-80]	60 [59-60]	66 [66-67]	50 [50-51]	60 [59-61]

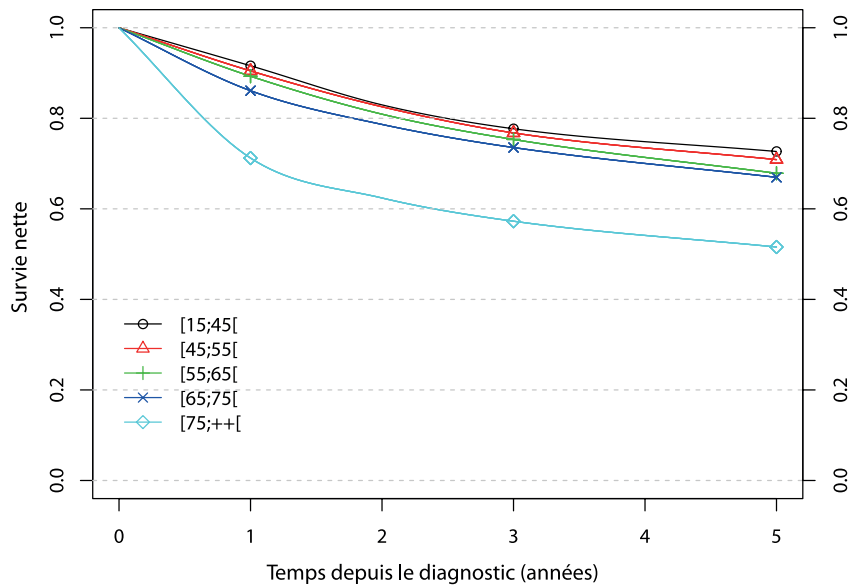
I TABLEAU 2 | SURVIE NETTE STANDARDISÉE (%) À 1, 3 ET 5 ANS SELON LE SEXE [IC À 95 %]			
	1 an	3 ans	5 ans
Homme	83 [83-84]	70 [69-71]	63 [62-64]
Femme	83 [83-84]	70 [69-71]	64 [63-65]
Tous	83 [83-84]	70 [69-71]	64 [63-64]

I TABLEAU 3 | SURVIE OBSERVÉE ET NETTE (%) À 1, 3 ET 5 ANS SELON L'ÂGE [IC À 95 %]						
	1 an		3 ans		5 ans	
	observée	nette	observée	nette	observée	nette
[15;45[	91 [89-94]	92 [90-94]	77 [74-81]	78 [75-81]	72 [69-76]	73 [69-76]
[45;55[	90 [89-91]	90 [89-92]	76 [74-78]	77 [75-79]	69 [67-72]	71 [69-73]
[55;65[	88 [88-89]	89 [88-90]	73 [72-75]	75 [74-77]	65 [63-66]	68 [66-69]
[65;75[	85 [84-85]	86 [85-87]	70 [69-71]	74 [72-75]	61 [60-62]	67 [66-68]
[75;++[	67 [66-68]	71 [70-72]	47 [46-48]	57 [56-58]	36 [35-37]	52 [50-53]
Tous	77 [77-78]	80 [79-80]	60 [59-60]	66 [66-67]	50 [50-51]	60 [59-61]

I TABLEAU 4 | SURVIE NETTE (%) À 1, 3 ET 5 ANS SELON L'ÂGE, CHEZ L'HOMME ET CHEZ LA FEMME [IC À 95 %]						
	1 an		3 ans		5 ans	
	Homme	Femme	Homme	Femme	Homme	Femme
[15;45[	91 [88-95]	92 [89-95]	78 [73-82]	78 [74-82]	73 [69-79]	72 [67-77]
[45;55[	90 [88-92]	91 [90-93]	77 [74-80]	77 [74-80]	70 [67-73]	72 [69-75]
[55;65[	89 [88-90]	90 [89-91]	76 [74-77]	75 [73-77]	68 [66-70]	68 [65-70]
[65;75[	86 [85-87]	86 [85-87]	74 [72-75]	73 [72-75]	67 [65-69]	67 [65-69]
[75;++[	72 [71-73]	71 [70-72]	58 [56-59]	57 [55-58]	51 [49-53]	52 [51-54]
Tous	81 [80-82]	79 [78-79]	68 [67-68]	65 [64-66]	61 [60-62]	59 [58-61]

I FIGURE 1 I

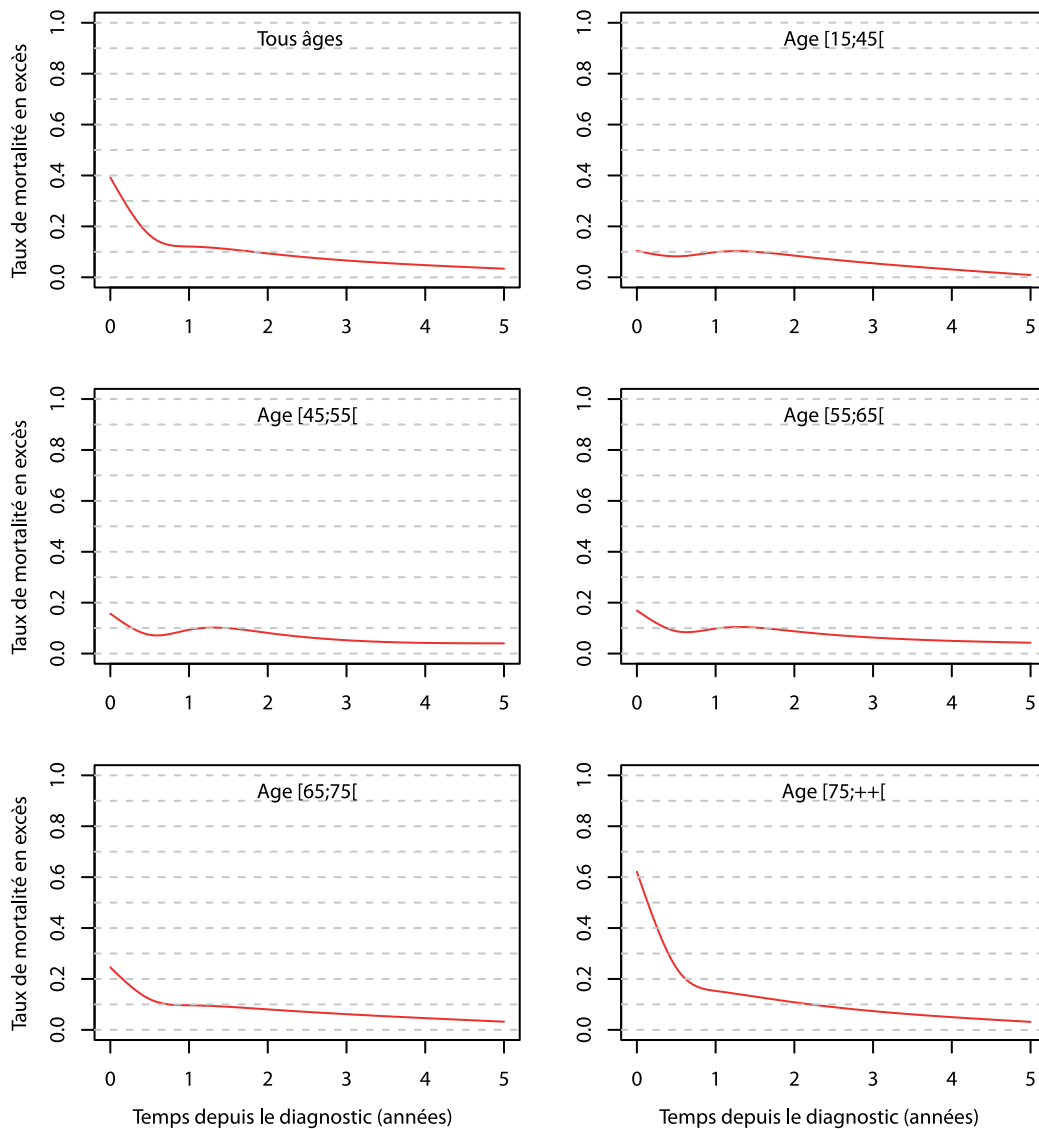
SURVIE NETTE SELON L'ÂGE EN FONCTION DU TEMPS DEPUIS LE DIAGNOSTIC



I FIGURE 2 I

TAUX DE MORTALITÉ EN EXCÈS EN FONCTION DU TEMPS DEPUIS LE DIAGNOSTIC, TOUS ÂGES ET PAR CLASSE D'ÂGE

Le taux est exprimé en nombre de décès pour une personne-année.



Pour une interprétation correcte de ces figures, il est impératif de se référer au paragraphe « Point particulier : les figures des taux de mortalité en excès » du chapitre « Présentation des résultats et guide de lecture » (p. 28-29).

TENDANCES DE LA SURVIE À 1, 5 ET 10 ANS POUR LES PERSONNES DIAGNOSTIQUÉES ENTRE 1989 ET 2010 (RESTRICTION AUX REGISTRES COUVRANT L'ENSEMBLE DE LA PÉRIODE 1989-2010)

I TABLEAU 5 I	SURVIE OBSERVÉE ET NETTE (%) À 1, 5 ET 10 ANS PAR PÉRIODE DE DIAGNOSTIC [IC à 95 %]					
	1 an		5 ans		10 ans	
	observée	nette	observée	nette	observée	nette
1989-1993	71 [70-72]	74 [73-75]	42 [42-43]	53 [52-54]	30 [29-31]	47 [45-49]
1994-1998	73 [73-74]	77 [76-77]	45 [44-46]	56 [54-57]	32 [31-32]	49 [47-51]
1999-2004	75 [74-76]	78 [77-79]	48 [47-49]	58 [57-59]	34 [34-35]	52 [50-54]
2005-2010	77 [77-78]	80 [79-81]	50 [50-51]	60 [59-61]	ND	ND
Toutes périodes	75 [74-75]	78 [77-78]	47 [47-47]	57 [57-58]	33 [33-34]	51 [50-52]

ND : Non disponible.

I TABLEAU 6 I	SURVIE NETTE STANDARDISÉE (%) À 1, 5 ET 10 ANS SELON LE SEXE PAR PÉRIODE DE DIAGNOSTIC [IC à 95 %]								
	Homme			Femme			Tous sexes		
	1 an	5 ans	10 ans	1 an	5 ans	10 ans	1 an	5 ans	10 ans
1989-1993	75 [74-77]	54 [52-56]	48 [45-50]	78 [76-79]	56 [54-57]	51 [49-53]	76 [75-77]	54 [53-56]	49 [47-51]
1994-1998	78 [77-80]	56 [55-58]	49 [47-52]	79 [78-80]	58 [56-60]	53 [51-55]	79 [78-80]	57 [56-58]	51 [49-53]
1999-2004	80 [79-81]	59 [58-60]	52 [50-54]	82 [81-83]	62 [61-64]	57 [55-60]	81 [80-81]	60 [59-61]	54 [53-56]
2005-2010	83 [82-84]	63 [62-65]	ND	84 [83-85]	63 [62-65]	ND	84 [83-84]	63 [62-64]	ND
Toutes périodes	80 [79-80]	59 [58-59]	52 [51-53]	81 [81-82]	60 [60-61]	55 [54-56]	80 [80-81]	59 [59-60]	53 [52-54]

ND : Non disponible.

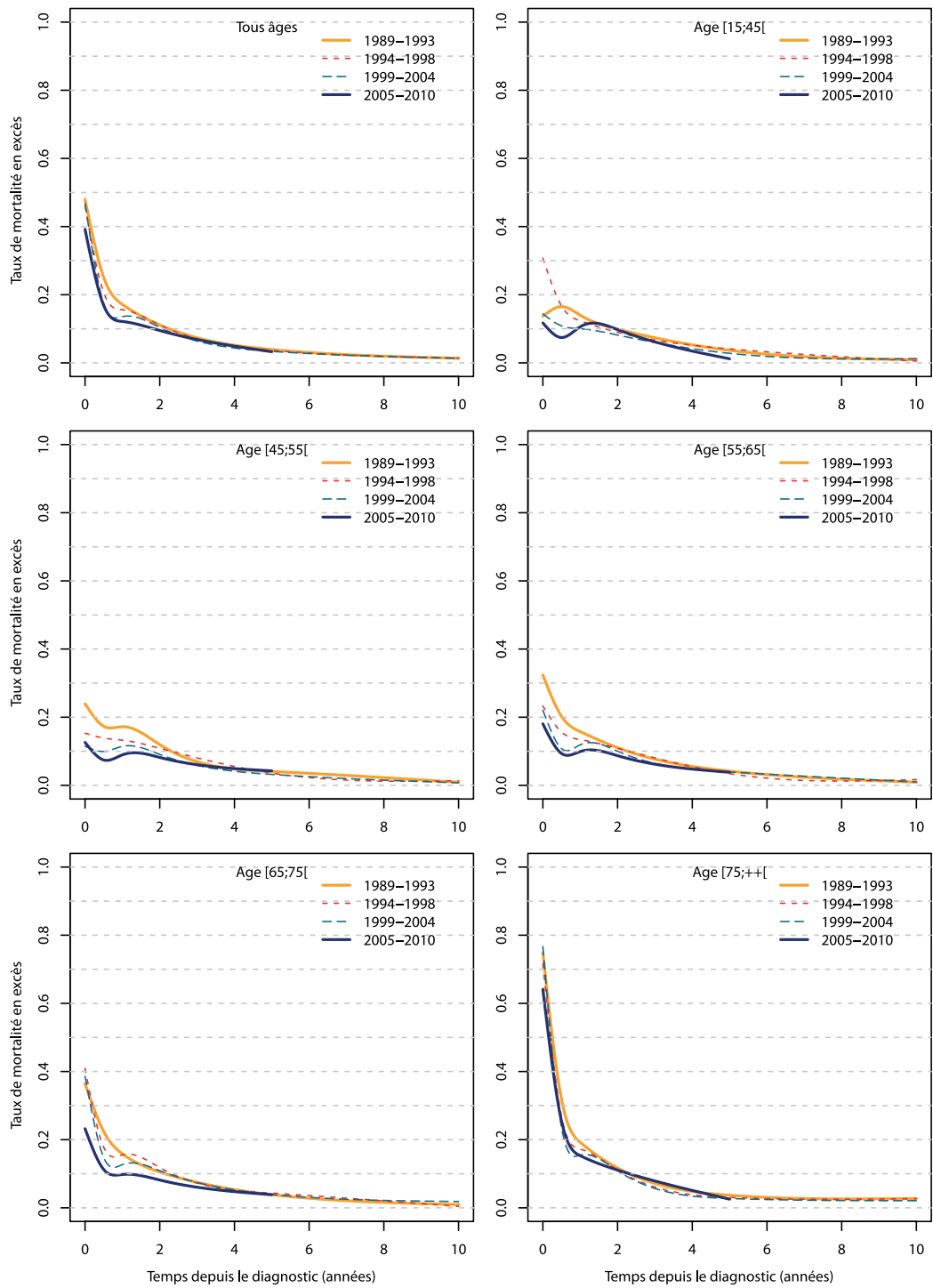
I TABLEAU 7 I		SURVIE NETTE (%) À 1, 5 ET 10 ANS SELON L'ÂGE PAR PÉRIODE DE DIAGNOSTIC [IC À 95 %]		
	1 an	5 ans	10 ans	
Âge [15;45[
1989-1993	86 [83-90]	62 [57-68]	58 [52-63]	
1994-1998	83 [79-87]	62 [57-67]	56 [51-62]	
1999-2004	89 [86-92]	71 [66-75]	65 [60-70]	
2005-2010	92 [89-94]	70 [66-75]	ND	
Toutes périodes	88 [86-90]	67 [64-69]	61 [59-64]	
Âge [45;55[
1989-1993	83 [80-86]	59 [56-63]	52 [48-56]	
1994-1998	86 [84-89]	63 [59-66]	57 [54-61]	
1999-2004	89 [88-91]	69 [66-72]	63 [60-66]	
2005-2010	91 [90-93]	71 [68-74]	ND	
Toutes périodes	88 [87-89]	66 [65-68]	60 [58-62]	
Âge [55;65[
1989-1993	80 [78-82]	57 [55-59]	51 [49-54]	
1994-1998	84 [83-86]	61 [59-63]	56 [53-58]	
1999-2004	87 [86-88]	65 [63-67]	57 [55-60]	
2005-2010	89 [88-90]	68 [66-70]	ND	
Toutes périodes	86 [85-86]	63 [62-64]	57 [56-58]	
Âge [65;75[
1989-1993	78 [76-79]	56 [54-58]	51 [49-54]	
1994-1998	80 [79-81]	57 [55-58]	50 [48-52]	
1999-2004	82 [81-83]	59 [58-61]	53 [51-55]	
2005-2010	87 [86-88]	67 [65-69]	ND	
Toutes périodes	82 [81-83]	60 [59-61]	54 [53-55]	
Âge [75;+][
1989-1993	66 [65-68]	47 [45-49]	41 [37-46]	
1994-1998	69 [67-70]	51 [49-53]	44 [40-49]	
1999-2004	69 [68-71]	52 [50-54]	47 [43-51]	
2005-2010	71 [70-72]	51 [50-53]	ND	
Toutes périodes	69 [69-70]	51 [50-52]	45 [43-47]	

ND : Non disponible.

I FIGURE 3 I

TAUX DE MORTALITÉ EN EXCÈS SELON LA PÉRIODE DE DIAGNOSTIC, TOUS ÂGES ET PAR CLASSE D'ÂGE

Le taux est exprimé en nombre de décès pour une personne-année.



Pour une interprétation correcte de ces figures, il est impératif de se référer au paragraphe « Point particulier : les figures des taux de mortalité en excès » du chapitre « Présentation des résultats et guide de lecture » (p. 28-29).

SURVIE À 1, 5, 10 ET 15 ANS DES PERSONNES DE MOINS DE 75 ANS DIAGNOSTIQUÉES ENTRE 1989 ET 1998 (RESTRICTION AUX REGISTRES COUVRANT L'ENSEMBLE DE LA PÉRIODE 1989-2010)

I TABLEAU 8 I	SURVIE NETTE (%) À LONG TERME SELON L'ÂGE (ÂGE < 75 ANS) [IC À 95 %]			
	1 an	5 ans	10 ans	15 ans
Âge [15;45[
1989-1998	85 [82-87]	62 [58-66]	57 [53-61]	54 [50-58]
Âge [45;55[
1989-1998	85 [83-87]	61 [59-64]	55 [52-58]	53 [50-56]
Âge [55;65[
1989-1998	82 [81-83]	59 [57-61]	53 [52-55]	52 [50-54]
Âge [65;75[
1989-1998	79 [78-80]	56 [55-58]	51 [49-52]	47 [46-49]

Description de la localisation étudiée

Rectum	CIM-O-3	Correspondance en CIM-O-2	Correspondance en CIM-O-1	Correspondance en CIM-10
	Topographie	C19.0 à C19.9, C20.0 à C20.9 et C21.0 à C21.8	C19.0 à C19.9, C20.0 à C20.9 et C21.0 à C21.8	154.0 à 154.9	C19.0 à C19.9, C20.0 à C20.9 et C21.0 à C21.8
Morphologie	Toutes, sauf tumeurs hématologiques ; comportement tumoral /3			

Il s'agit des cancers situés au niveau de la jonction recto-sigmoïdienne, dans l'ampoule rectale ou le canal anal. Les cancers du rectum sont le plus souvent des adénocarcinomes (en dehors des rares cas de cancers du canal anal qui sont le plus souvent des cancers malpighiens).

Incidence

En France, pour l'année 2012, le cancer du rectum représentait environ un tiers des 42 152 cas des cancers colorectaux, dont 55 % sont survenus chez les hommes. Le nombre de nouveaux cas de cancer du rectum était estimé à environ 14 000 cas par an [1].

Population d'étude

Cette étude a porté sur 16 912 cas pour l'analyse sur la période 2005-2010 et sur 34 122 cas pour l'analyse des tendances 1989-2010.

Survie sur la période la plus récente (2005-2010)

Survie observée et survie nette

La survie observée et la survie nette 5 ans après le diagnostic étaient respectivement de 52 % et 59 % (tableau 1).

Variation selon le sexe et l'âge

La survie nette à 5 ans était de 59 % chez les hommes et de 60 % chez les femmes (tableau 1). Après standardisation, la survie nette à 5 ans était de 61 % chez les hommes et 63 % chez les femmes (tableau 2). En observant les résultats par tranches d'âge, la survie était un peu meilleure chez les femmes par rapport aux hommes pour les moins de 75 ans (tableau 4).

La survie nette diminuait avec l'âge passant de 70 % à 5 ans chez les plus jeunes à 48 % pour les plus âgés (tableaux 3 et 4, figure 1).

Globalement, l'excès de mortalité était maximal immédiatement après le diagnostic puis diminuait rapidement pendant la première année. Au-delà, il continuait à décroître faiblement pour approcher zéro à 5 ans. Cet excès de mortalité initial était très accentué chez les sujets âgés, et beaucoup moins visible (voire absent) chez les sujets jeunes (figure 2).

Tendances de la survie nette sur l'ensemble de la période (1989-2010)

Sur l'ensemble de la période, la survie observée et la survie nette à 10 ans étaient respectivement de 34 % et 48 % (tableau 5). Après standardisation, la survie nette à 10 ans était de 49 % (48 % chez l'homme et 52 % chez la femme) (tableau 6).

Références

- [1] Binder-Foucard F, Bossard N, Delafosse P, Belot A, Woronoff AS, Remontet L, *et al.* Cancer incidence and mortality in France over the 1980-2012 period: solid tumors. *Rev Epidemiol Sante Publique* 2014;62(2):95-108.
- [2] De Angelis R, Sant M, Coleman MP, Francisci S, Baili P, Pierannunzio D, *et al.* Cancer survival in Europe 1999-2007 by country and age: results of EURO-CARE-5-a population-based study. *Lancet Oncol* 2014;15:23-34.
- [3] Allemani C, Weir HK, Carreira H, Harewood R, Spika D, Wang XS, *et al.* Global surveillance of cancer survival 1995-2009: analysis of individual data for 25 676 887 patients from 279 population-based registries in 67 countries (CONCORD-2). *Lancet* 2015;385(9972):977-1010.
- [4] Dahlberg M, Glimelius B, Pahlman L. Changing strategy for rectal cancer is associated with improved outcome. *Br J Surg* 1999;86:379-84.

Tendances globales

La survie nette à 1 an s'améliorait au cours du temps passant de 79 % pour les cas diagnostiqués en 1989-1993 à 83 % pour les cas diagnostiqués en 2005-2010 (tableau 5). Après standardisation, les chiffres correspondants étaient de 80 % et 85 % (tableau 6).

La survie nette à 5 ans s'améliorait elle aussi passant de 51 % pour les cas diagnostiqués en 1989-1993 à 60 % pour les cas diagnostiqués en 2005-2010 (tableau 5). Après standardisation, les chiffres correspondants étaient de 52 % et 62 % (tableau 6).

La survie nette à 10 ans passait de 44 % pour les cas diagnostiqués en 1989-1993 à 47 % pour les cas diagnostiqués en 1999-2004 (tableau 5). Après standardisation, les chiffres correspondants étaient 45 % et 49 % (tableau 6).

Tendances selon le sexe

La survie nette standardisée à 5 ans s'améliorait de façon identique au cours du temps chez les hommes et les femmes (tableau 6).

Tendances selon l'âge

L'amélioration de la survie était observée pour toutes les tranches d'âge (tableau 7). Globalement, la survie s'améliorait nettement dès la première année suivant le diagnostic, à l'exception des personnes âgées de 75 ans et plus chez qui cette amélioration initiale n'était pas observée. Le gain de survie se maintenait à 5 ans sur l'ensemble de la période et à 10 ans sur les trois premières périodes (tableau 7 et figure 3).

Survie à 15 ans chez les personnes âgées de moins de 75 ans

La survie nette à 15 ans variait entre 53 % et 44 % en fonction de l'âge pour les cas diagnostiqués en 1989-1998 (tableau 8).

Commentaires

La survie du cancer du rectum en France est meilleure que la moyenne européenne. Le taux européen de survie relative à 5 ans dans l'étude EUROCARE-5, pour la période 2000-2007, était globalement de 56 %. Il était moins élevé pour les hommes (55 %) que pour les femmes (57 %, $p < 0,0001$) [2]. La survie du cancer rectal était hétérogène en Europe, les taux variant de moins de 45 % à 5 ans pour les pays de l'Europe de l'Est, à 60 % pour ceux d'Europe de l'Ouest. Elle s'est globalement améliorée au cours de la période d'enregistrement dans toute l'Europe, passant de 52 % au cours de la période 1999-2001 à 58 % (+5,5 %) au cours de la période 2005-2007, et plus particulièrement en Europe du Sud (+7,1 %) [2].

Les résultats du programme CONCORD, qui rassemble les données de population des cas de 67 pays du monde entre 1995 et 2009, mettent également en évidence une hétérogénéité de la survie du cancer du rectum à travers le monde. Elle variait entre 50 et 59 % dans la plupart des pays et était la plus haute en Europe, Amérique du Nord et Islande, et la plus basse en Inde [3].

L'amélioration de la survie du cancer du rectum au cours du temps est essentiellement liée à une diminution de la mortalité opératoire et probablement à des progrès dans sa prise en charge. En particulier, la formation progressive des chirurgiens, au cours des dernières décennies d'enregistrement, à la pratique de l'excision du mésorectum explique sans doute une partie de l'amélioration de la survie. Les traitements adjuvants de la chirurgie ont pu contribuer à cette tendance, surtout en diminuant le taux de récurrence [4]. L'évolution du stade au diagnostic n'explique que très peu cette amélioration. Les effets de la mise en place du dépistage de masse du cancer colorectal devraient être observés dans le futur.

SURVIE À 1, 3 ET 5 ANS DES PERSONNES DIAGNOSTIQUÉES ENTRE 2005 ET 2010 (TOUS REGISTRÉS)

I TABLEAU 1 I	SURVIE OBSERVÉE ET NETTE (%) À 1, 3 ET 5 ANS SELON LE SEXE [IC À 95 %]					
	1 an		3 ans		5 ans	
	observée	nette	observée	nette	observée	nette
Homme	82 [81-82]	84 [83-85]	62 [61-63]	68 [67-69]	51 [50-52]	59 [58-61]
Femme	81 [80-81]	82 [82-83]	63 [62-64]	67 [66-68]	53 [52-54]	60 [58-61]
Tous	81 [81-82]	83 [83-84]	62 [62-63]	67 [67-68]	52 [51-53]	59 [58-60]

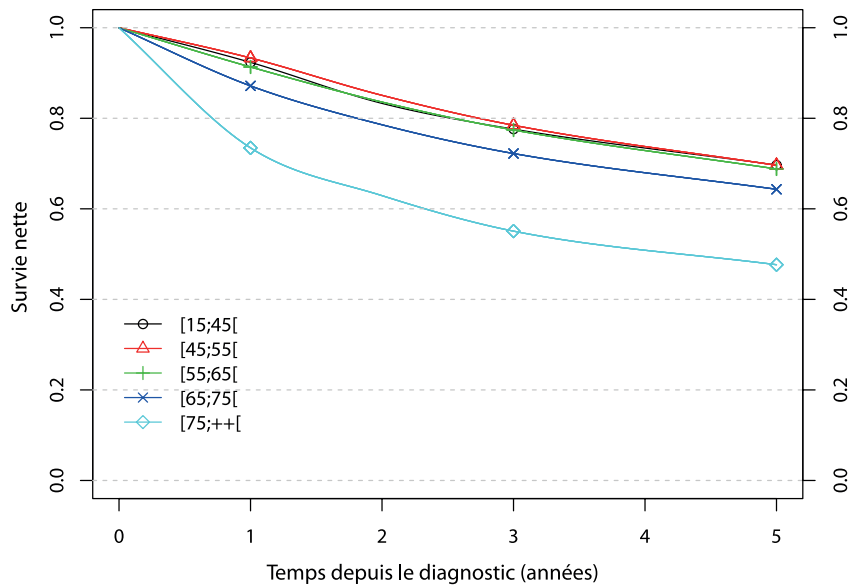
I TABLEAU 2 I	SURVIE NETTE STANDARDISÉE (%) À 1, 3 ET 5 ANS SELON LE SEXE [IC À 95 %]		
	1 an	3 ans	5 ans
Homme	85 [84-86]	69 [68-70]	61 [59-62]
Femme	85 [85-86]	71 [69-72]	63 [62-64]
Tous	85 [85-86]	70 [69-70]	62 [61-62]

I TABLEAU 3 I	SURVIE OBSERVÉE ET NETTE (%) À 1, 3 ET 5 ANS SELON L'ÂGE [IC À 95 %]					
	1 an		3 ans		5 ans	
	observée	nette	observée	nette	observée	nette
[15;45[	92 [90-95]	92 [90-95]	77 [73-81]	78 [74-82]	69 [65-74]	70 [65-74]
[45;55[	93 [92-94]	93 [92-95]	77 [75-79]	78 [76-81]	68 [66-70]	70 [67-72]
[55;65[	91 [90-92]	91 [90-92]	75 [74-77]	77 [76-79]	66 [64-67]	69 [67-71]
[65;75[	86 [85-87]	87 [86-88]	68 [67-70]	72 [71-74]	58 [57-60]	64 [63-66]
[75;+ +[	69 [68-70]	73 [72-75]	46 [45-47]	55 [54-57]	34 [33-36]	48 [46-50]
Tous	81 [81-82]	83 [83-84]	62 [62-63]	67 [67-68]	52 [51-53]	59 [58-60]

I TABLEAU 4 I	SURVIE NETTE (%) À 1, 3 ET 5 ANS SELON L'ÂGE, CHEZ L'HOMME ET CHEZ LA FEMME [IC À 95 %]					
	1 an		3 ans		5 ans	
	Homme	Femme	Homme	Femme	Homme	Femme
[15;45[	91 [87-94]	94 [91-97]	78 [73-84]	77 [72-83]	68 [62-75]	71 [65-78]
[45;55[	93 [91-95]	94 [92-96]	77 [75-80]	80 [77-83]	68 [65-71]	72 [68-76]
[55;65[	91 [90-92]	92 [91-93]	76 [74-78]	79 [77-82]	67 [65-70]	71 [69-74]
[65;75[	87 [85-88]	88 [86-90]	71 [69-73]	74 [72-76]	64 [61-66]	66 [63-68]
[75;+ +[	75 [73-76]	72 [70-74]	56 [54-58]	55 [52-57]	47 [45-50]	48 [46-51]
Tous	84 [83-85]	82 [82-83]	68 [67-69]	67 [66-68]	59 [58-61]	60 [58-61]

I FIGURE 1 I

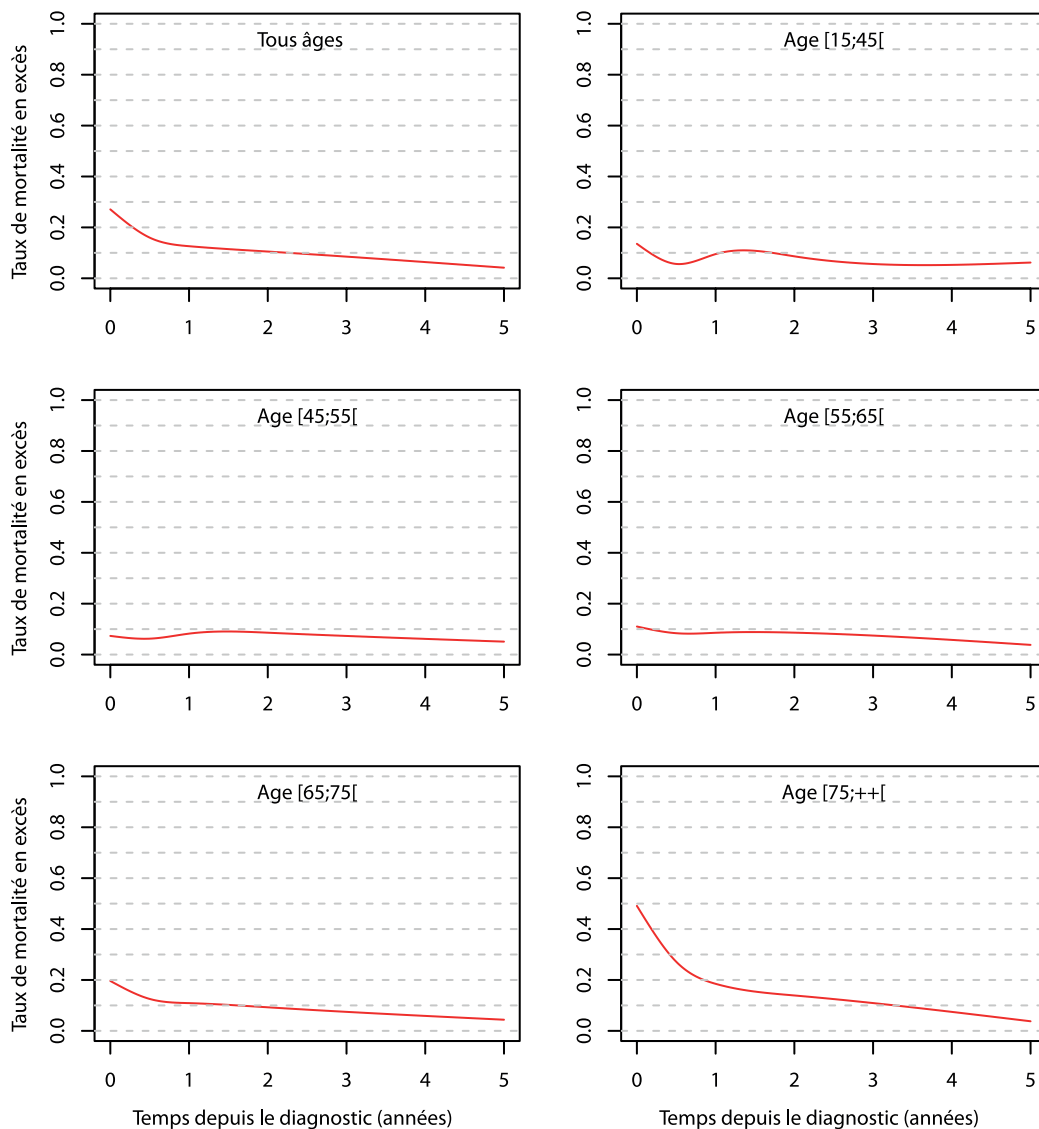
SURVIE NETTE SELON L'ÂGE EN FONCTION DU TEMPS DEPUIS LE DIAGNOSTIC



I FIGURE 2 I

TAUX DE MORTALITÉ EN EXCÈS EN FONCTION DU TEMPS DEPUIS LE DIAGNOSTIC, TOUS ÂGES ET PAR CLASSE D'ÂGE

Le taux est exprimé en nombre de décès pour une personne-année.



Pour une interprétation correcte de ces figures, il est impératif de se référer au paragraphe « Point particulier : les figures des taux de mortalité en excès » du chapitre « Présentation des résultats et guide de lecture » (p. 28-29).

TENDANCES DE LA SURVIE À 1, 5 ET 10 ANS POUR LES PERSONNES DIAGNOSTIQUÉES ENTRE 1989 ET 2010 (RESTRICTION AUX REGISTRES COUVRANT L'ENSEMBLE DE LA PÉRIODE 1989-2010)

I TABLEAU 5 I	SURVIE OBSERVÉE ET NETTE (%) À 1, 5 ET 10 ANS PAR PÉRIODE DE DIAGNOSTIC [IC À 95 %]					
	1 an		5 ans		10 ans	
	observée	nette	observée	nette	observée	nette
1989-1993	76 [75-77]	79 [78-80]	42 [41-44]	51 [50-53]	29 [28-30]	44 [42-46]
1994-1998	78 [78-79]	81 [81-82]	45 [44-47]	54 [52-55]	32 [31-33]	47 [45-49]
1999-2004	79 [79-80]	82 [81-83]	48 [47-49]	56 [55-57]	34 [33-35]	47 [46-49]
2005-2010	81 [80-82]	83 [83-84]	53 [52-54]	60 [59-61]	ND	ND
Toutes périodes	79 [79-79]	82 [81-82]	48 [47-48]	56 [55-56]	34 [33-34]	48 [47-49]

ND : Non disponible.

I TABLEAU 6 I	SURVIE NETTE STANDARDISÉE (%) À 1, 5 ET 10 ANS SELON LE SEXE PAR PÉRIODE DE DIAGNOSTIC [IC À 95 %]								
	Homme			Femme			Tous sexes		
	1 an	5 ans	10 ans	1 an	5 ans	10 ans	1 an	5 ans	10 ans
1989-1993	79 [78-81]	51 [49-53]	42 [39-45]	82 [80-83]	55 [53-57]	50 [47-52]	80 [79-81]	52 [51-54]	45 [43-47]
1994-1998	82 [81-84]	54 [52-56]	47 [45-50]	84 [82-85]	57 [55-59]	50 [48-53]	83 [82-84]	55 [54-57]	48 [47-50]
1999-2004	83 [82-84]	57 [55-58]	48 [46-50]	84 [83-85]	60 [58-61]	51 [49-54]	84 [83-84]	58 [57-59]	49 [48-51]
2005-2010	85 [84-86]	61 [60-63]	ND	85 [84-86]	63 [61-65]	ND	85 [84-86]	62 [61-63]	ND
Toutes périodes	83 [82-84]	56 [56-57]	48 [47-49]	84 [83-84]	59 [58-60]	52 [51-53]	83 [83-84]	57 [57-58]	49 [48-50]

ND : Non disponible.

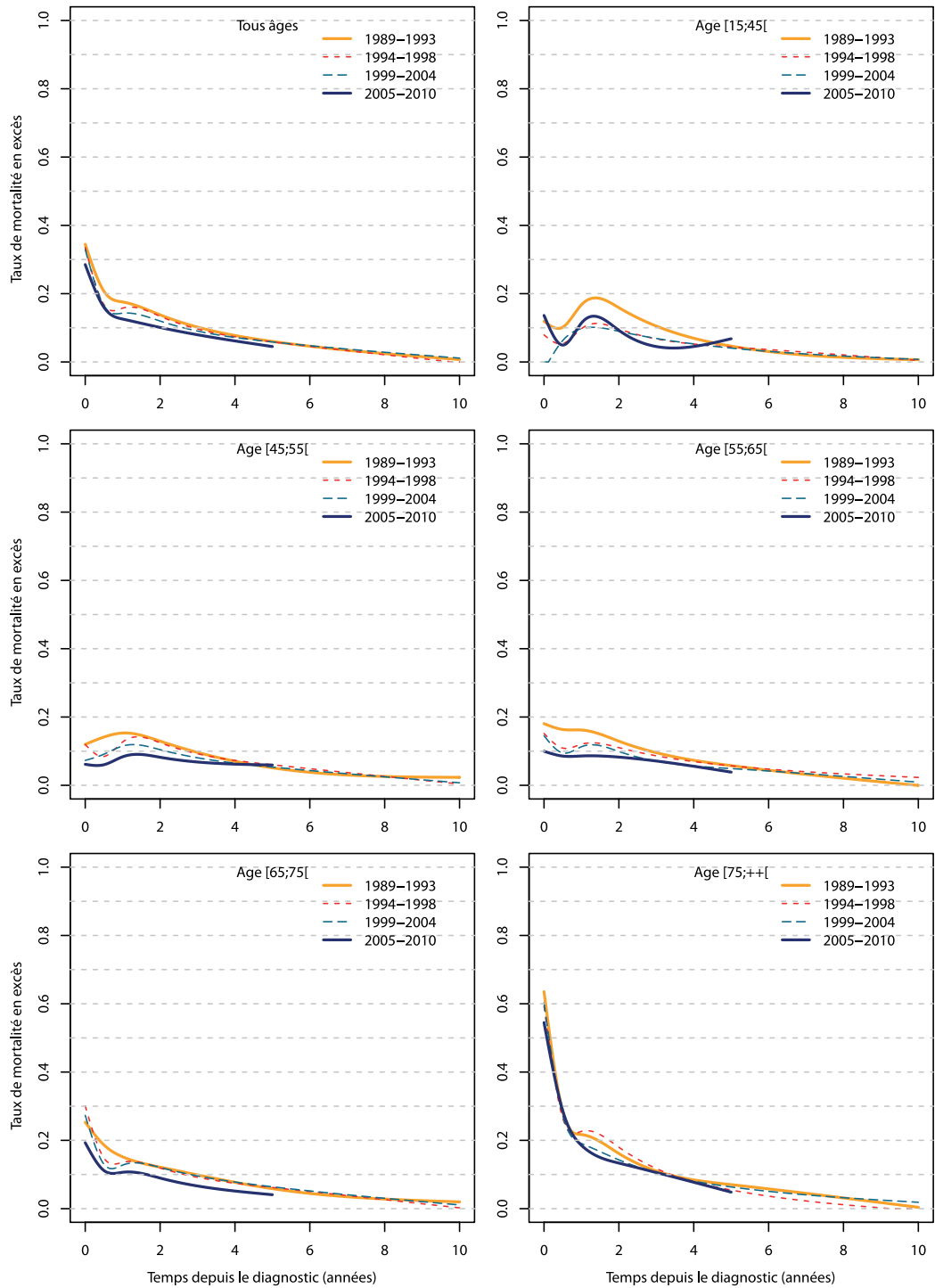
I TABLEAU 7 I		SURVIE NETTE (%) À 1, 5 ET 10 ANS SELON L'ÂGE PAR PÉRIODE DE DIAGNOSTIC [IC À 95 %]		
	1 an	5 ans	10 ans	
Âge [15;45[
1989-1993	89 [86-94]	56 [50-63]	51 [45-58]	
1994-1998	93 [90-96]	70 [65-76]	62 [56-69]	
1999-2004	94 [91-97]	70 [65-76]	64 [58-70]	
2005-2010	92 [89-95]	69 [64-75]	ND	
Toutes périodes	92 [91-94]	67 [64-70]	60 [57-64]	
Âge [45;55[
1989-1993	87 [84-90]	59 [55-64]	50 [45-55]	
1994-1998	90 [88-93]	61 [57-65]	52 [48-56]	
1999-2004	91 [89-93]	65 [62-68]	56 [53-59]	
2005-2010	94 [92-95]	70 [67-73]	ND	
Toutes périodes	91 [90-92]	65 [63-66]	55 [53-57]	
Âge [55;65[
1989-1993	84 [82-86]	57 [54-59]	49 [46-52]	
1994-1998	88 [87-90]	61 [59-64]	51 [48-54]	
1999-2004	90 [88-91]	66 [63-68]	57 [54-59]	
2005-2010	91 [90-93]	70 [67-72]	ND	
Toutes périodes	89 [88-90]	64 [63-65]	55 [53-56]	
Âge [65;75[
1989-1993	82 [81-84]	55 [53-58]	47 [44-50]	
1994-1998	84 [82-85]	57 [55-59]	48 [46-51]	
1999-2004	85 [84-86]	58 [56-60]	48 [46-50]	
2005-2010	88 [87-89]	66 [64-68]	ND	
Toutes périodes	85 [84-86]	59 [58-60]	50 [48-51]	
Âge [75;+][
1989-1993	71 [69-73]	43 [40-46]	37 [32-43]	
1994-1998	72 [70-74]	43 [40-46]	42 [37-47]	
1999-2004	72 [70-74]	46 [44-48]	38 [34-42]	
2005-2010	72 [71-74]	47 [45-49]	ND	
Toutes périodes	72 [71-73]	45 [44-46]	40 [37-42]	

ND : Non disponible.

I FIGURE 3 I

TAUX DE MORTALITÉ EN EXCÈS SELON LA PÉRIODE DE DIAGNOSTIC, TOUS ÂGES ET PAR CLASSE D'ÂGE

Le taux est exprimé en nombre de décès pour une personne-année.



Pour une interprétation correcte de ces figures, il est impératif de se référer au paragraphe « Point particulier : les figures des taux de mortalité en excès » du chapitre « Présentation des résultats et guide de lecture » (p. 28-29).

SURVIE À 1, 5, 10 ET 15 ANS DES PERSONNES DE MOINS DE 75 ANS DIAGNOSTIQUÉES ENTRE 1989 ET 1998 (RESTRICTION AUX REGISTRES COUVRANT L'ENSEMBLE DE LA PÉRIODE 1989-2010)

I TABLEAU 8 I	SURVIE NETTE (%) À LONG TERME SELON L'ÂGE (ÂGE < 75 ANS) [IC À 95 %]			
	1 an	5 ans	10 ans	15 ans
Âge [15;45[
1989-1998	91 [89-94]	63 [59-68]	57 [52-62]	53 [48-58]
Âge [45;55[
1989-1998	89 [87-91]	60 [57-63]	51 [48-54]	50 [47-53]
Âge [55;65[
1989-1998	86 [85-88]	59 [57-61]	50 [48-52]	47 [45-49]
Âge [65;75[
1989-1998	83 [82-84]	56 [55-58]	48 [46-50]	44 [41-46]

Description de la localisation étudiée

CIM-O-3	CIM-O-3	Correspondance en CIM-O-2	Correspondance en CIM-O-1	Correspondance en CIM-10
Topographie	C18.0 à C18.9, C19.0 à C19.9, C20.0 à C20.9 et C21.0 à C21.8	C18.0 à C18.9, C19.0 à C19.9, C20.0 à C20.9 et C21.0 à C21.8	153.0 à 153.9 et 154.0 à 154.9	C18.0 à C18.9, C19.0 à C19.9, C20.0 à C20.9 et C21.0 à C21.8
Morphologie	Toutes, sauf tumeurs hématologiques ; comportement tumoral /3			

Il s'agit des cancers situés entre le caecum et le sigmoïde, au niveau de la jonction recto-sigmoïdienne, dans l'ampoule rectale ou le canal anal.

Les cancers colorectaux sont le plus souvent des adénocarcinomes (en dehors des rares cas de cancers du canal anal qui sont le plus souvent des cancers malpighiens).

Incidence

En France, pour l'année 2012, le nombre de cancers colorectaux était estimé à 42 152 cas, dont 55 % sont survenus chez les hommes [1].

Population d'étude

Cette étude a porté sur 46 371 cas pour l'analyse sur la période 2005-2010 et sur 89 566 cas pour l'analyse des tendances 1989-2010.

Survie sur la période la plus récente (2005-2010)

Survie observée et survie nette

La survie observée et la survie nette 5 ans après le diagnostic étaient respectivement de 51 % et 60 % (tableau 1).

Variation selon le sexe et l'âge

La survie nette à 5 ans était de 60 % chez les hommes et chez les femmes (tableau 1). Après standardisation, la survie nette à 5 ans était de 62 % chez les hommes et 64 % chez les femmes (tableau 2). L'écart de survie entre hommes et femmes était donc négligeable, et cela était confirmé en observant les résultats par tranches d'âge et par sexe (tableau 4).

La survie nette diminuait avec l'âge passant de 71 % à 5 ans chez les sujets les plus jeunes à 50 % pour les plus âgés (tableaux 3 et 4, figure 1).

Globalement, l'excès de mortalité était maximal immédiatement après le diagnostic puis diminuait rapidement pendant la

première année. Au-delà, il continuait à décroître faiblement pour approcher zéro à 5 ans. Cet excès de mortalité initial était très accentué chez les sujets âgés, et beaucoup moins visible (voire absent) chez les sujets jeunes (figure 2).

Tendances de la survie nette sur l'ensemble de la période (1989-2010)

Sur l'ensemble de la période, la survie observée et la survie nette à 10 ans étaient respectivement de 34 % et 50 % (tableau 5). Après standardisation, la survie nette à 10 ans était de 52 % (50 % chez l'homme et 54 % chez la femme) (tableau 6).

Tendances globales

La survie nette à 1 an s'améliorait au cours du temps passant de 76 % pour les cas diagnostiqués en 1989-1993 à 81 % pour les cas diagnostiqués en 2005-2010 (tableau 5). Après standardisation, les chiffres correspondants étaient de 78 % et 84 % (tableau 6).

Références

- [1] Binder-Foucard F, Bossard N, Delafosse P, Belot A, Woronoff AS, Remontet L, et al. Cancer incidence and mortality in France over the 1980-2012 period: solid tumors. *Rev Epidemiol Sante Publique* 2014;62(2):95-108.

La survie nette à 5 ans s'améliorait elle aussi passant de 52 % pour les cas diagnostiqués en 1989-1993 à 60 % pour les cas diagnostiqués en 2005-2010 (tableau 5). Après standardisation, les chiffres correspondants étaient de 54 % et 63 % (tableau 6).

La survie nette à 10 ans passait de 46 % pour les cas diagnostiqués en 1989-1993 à 50 % pour les cas diagnostiqués en 1999-2004 (tableau 5). Après standardisation, les chiffres correspondants étaient 47 % et 52 % (tableau 6).

Tendances selon le sexe

La survie nette standardisée à 5 ans s'améliorait de façon identique au cours du temps chez les hommes et les femmes (tableau 6).

Tendances selon l'âge

L'amélioration de la survie était observée pour toutes les tranches d'âge (tableau 7). Globalement, la survie s'améliorait nettement dès la première année suivant le diagnostic à l'exception des personnes âgées de 75 ans et plus chez qui cette amélioration initiale était moindre. Le gain de survie se maintenait à 5 ans sur l'ensemble de la période et à 10 ans sur les trois premières périodes (tableau 7 et figure 3).

Survie à 15 ans chez les personnes âgées de moins de 75 ans

La survie nette à 15 ans variait entre 54 % et 46 % en fonction de l'âge pour les cas diagnostiqués en 1989-1998 (tableau 8).

Commentaires

Voir les chapitres spécifiques au cancer du côlon et au cancer du rectum.

SURVIE À 1, 3 ET 5 ANS DES PERSONNES DIAGNOSTIQUÉES ENTRE 2005 ET 2010 (TOUS REGISTRÉS)

I TABLEAU 1 I

SURVIE OBSERVÉE ET NETTE (%) À 1, 3 ET 5 ANS SELON LE SEXE [IC À 95 %]

	1 an		3 ans		5 ans	
	observée	nette	observée	nette	observée	nette
Homme	79 [79-80]	82 [82-83]	61 [60-62]	68 [67-68]	51 [50-51]	60 [59-61]
Femme	78 [77-78]	80 [79-81]	60 [60-61]	66 [65-66]	52 [51-52]	60 [59-60]
Tous	79 [78-79]	81 [81-82]	61 [60-61]	67 [66-67]	51 [50-51]	60 [59-60]

I TABLEAU 2 I

SURVIE NETTE STANDARDISÉE (%) À 1, 3 ET 5 ANS SELON LE SEXE [IC À 95 %]

	1 an	3 ans	5 ans
Homme	84 [84-85]	70 [69-70]	62 [61-63]
Femme	84 [84-85]	70 [69-71]	64 [63-64]
Tous	84 [84-84]	70 [69-70]	63 [62-63]

I TABLEAU 3 I

SURVIE OBSERVÉE ET NETTE (%) À 1, 3 ET 5 ANS SELON L'ÂGE [IC À 95 %]

	1 an		3 ans		5 ans	
	observée	nette	observée	nette	observée	nette
[15;45[	92 [90-93]	92 [90-94]	77 [75-80]	78 [75-80]	71 [68-74]	71 [69-74]
[45;55[	91 [90-92]	92 [91-93]	77 [75-78]	78 [76-79]	69 [67-70]	70 [69-72]
[55;65[	89 [89-90]	90 [90-91]	74 [73-75]	76 [75-77]	65 [64-66]	68 [67-69]
[65;75[	85 [84-86]	86 [86-87]	69 [68-70]	73 [72-74]	60 [59-61]	66 [65-67]
[75;+][	68 [67-68]	72 [71-73]	47 [46-47]	57 [56-57]	36 [35-36]	50 [49-51]
Tous	79 [78-79]	81 [81-82]	61 [60-61]	67 [66-67]	51 [50-51]	60 [59-60]

I TABLEAU 4 I

SURVIE NETTE (%) À 1, 3 ET 5 ANS SELON L'ÂGE, CHEZ L'HOMME ET CHEZ LA FEMME [IC À 95 %]

	1 an		3 ans		5 ans	
	Homme	Femme	Homme	Femme	Homme	Femme
[15;45[	91 [89-94]	93 [91-95]	78 [74-81]	78 [74-81]	71 [67-76]	72 [68-76]
[45;55[	91 [90-92]	93 [91-94]	77 [75-79]	78 [76-80]	69 [67-71]	72 [69-74]
[55;65[	90 [89-91]	91 [90-92]	76 [75-77]	77 [75-78]	68 [66-69]	69 [67-71]
[65;75[	86 [86-87]	87 [86-88]	73 [72-74]	74 [72-75]	66 [64-67]	66 [65-68]
[75;+][	73 [72-74]	71 [70-72]	57 [56-58]	56 [55-57]	50 [48-51]	51 [50-53]
Tous	82 [82-83]	80 [79-81]	68 [67-68]	66 [65-66]	60 [59-61]	60 [59-60]

FIGURE 1 |

SURVIE NETTE SELON L'ÂGE EN FONCTION DU TEMPS DEPUIS LE DIAGNOSTIC

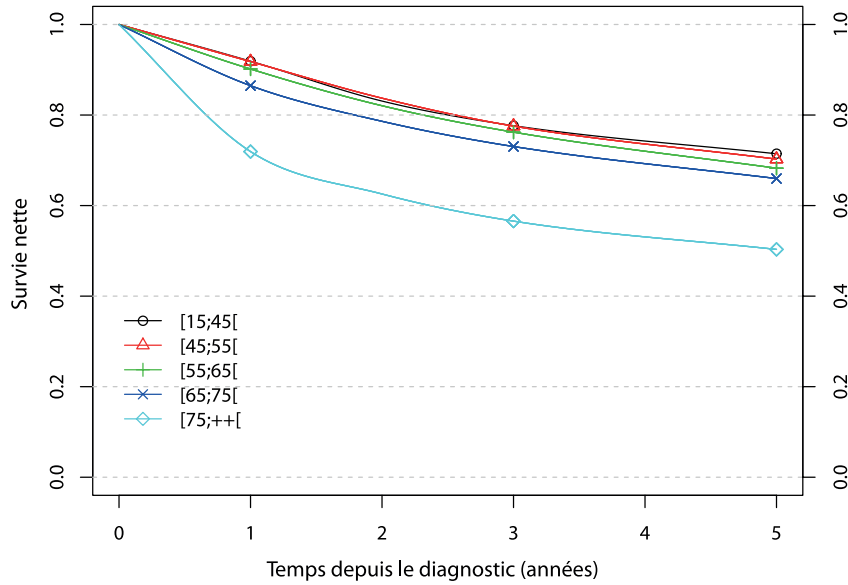
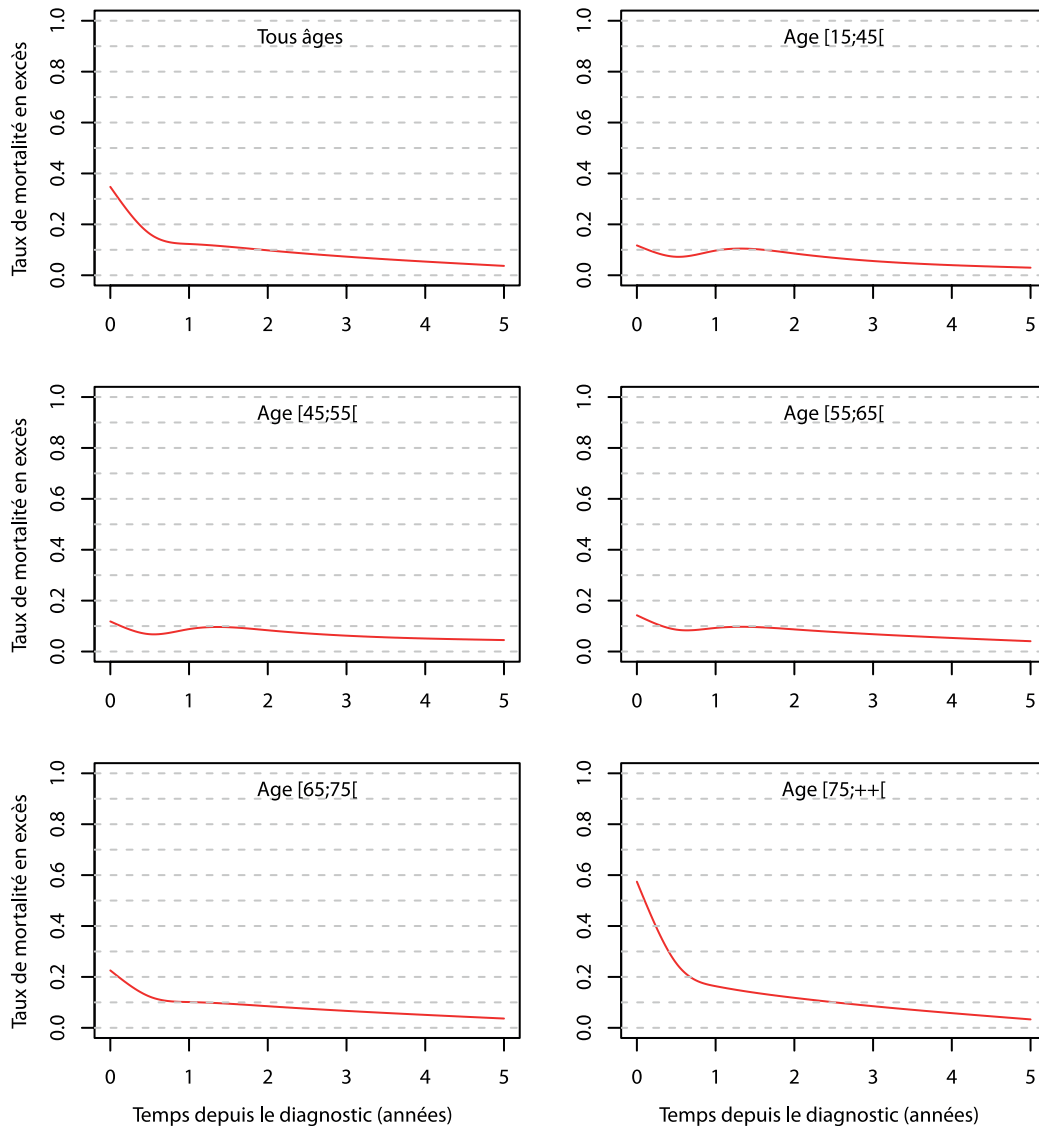


FIGURE 2 |

TAUX DE MORTALITÉ EN EXCÈS EN FONCTION DU TEMPS DEPUIS LE DIAGNOSTIC, TOUS ÂGES ET PAR CLASSE D'ÂGE

Le taux est exprimé en nombre de décès pour une personne-année.



Pour une interprétation correcte de ces figures, il est impératif de se référer au paragraphe « Point particulier : les figures des taux de mortalité en excès » du chapitre « Présentation des résultats et guide de lecture » (p. 28-29).

TENDANCES DE LA SURVIE À 1, 5 ET 10 ANS POUR LES PERSONNES DIAGNOSTIQUÉES ENTRE 1989 ET 2010 (RESTRICTION AUX REGISTRES COUVRANT L'ENSEMBLE DE LA PÉRIODE 1989-2010)

I TABLEAU 5 I	SURVIE OBSERVÉE ET NETTE (%) À 1, 5 ET 10 ANS PAR PÉRIODE DE DIAGNOSTIC [IC À 95 %]					
	1 an		5 ans		10 ans	
	observée	nette	observée	nette	observée	nette
1989-1993	73 [72-73]	76 [75-77]	42 [42-43]	52 [51-53]	30 [29-30]	46 [45-48]
1994-1998	75 [75-76]	79 [78-79]	45 [44-46]	55 [54-56]	32 [31-32]	49 [47-50]
1999-2004	77 [76-77]	79 [79-80]	48 [47-49]	57 [56-58]	34 [34-35]	50 [49-52]
2005-2010	79 [78-79]	81 [81-82]	51 [51-52]	60 [59-61]	ND	ND
Toutes périodes	76 [76-77]	79 [79-79]	47 [47-48]	57 [56-57]	34 [33-34]	50 [49-51]

ND : Non disponible.

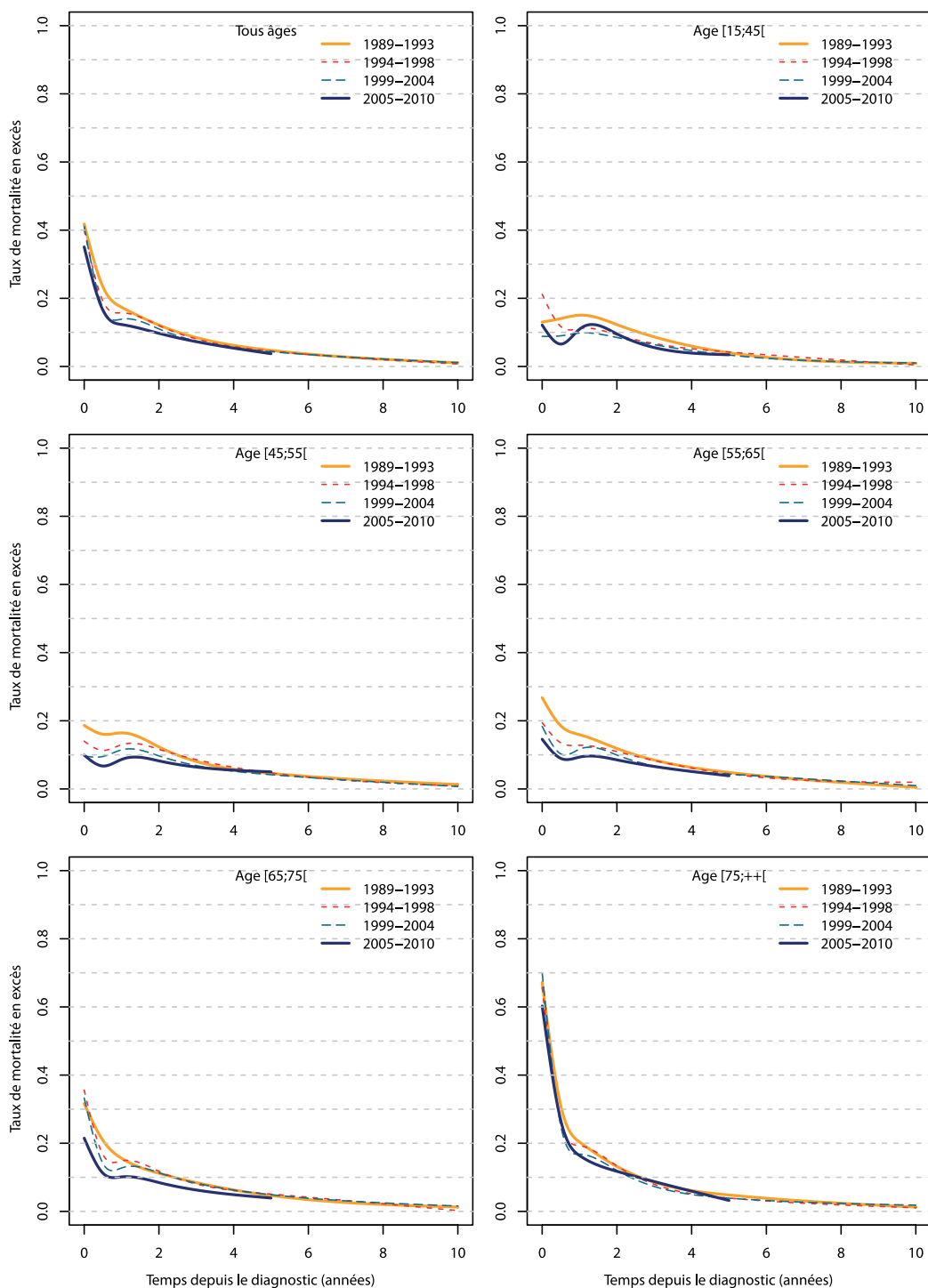
I TABLEAU 6 I	SURVIE NETTE STANDARDISÉE (%) À 1, 5 ET 10 ANS SELON LE SEXE PAR PÉRIODE DE DIAGNOSTIC [IC À 95 %]								
	Homme			Femme			Tous sexes		
	1 an	5 ans	10 ans	1 an	5 ans	10 ans	1 an	5 ans	10 ans
1989-1993	77 [76-78]	53 [51-54]	45 [44-47]	79 [78-80]	55 [54-57]	50 [49-52]	78 [77-79]	54 [53-55]	47 [46-49]
1994-1998	80 [79-81]	55 [54-57]	48 [47-50]	81 [80-82]	58 [57-59]	52 [50-54]	80 [80-81]	56 [56-57]	50 [49-51]
1999-2004	81 [81-82]	58 [57-59]	50 [49-52]	83 [82-84]	61 [60-62]	55 [54-57]	82 [81-82]	59 [59-60]	52 [51-53]
2005-2010	84 [83-85]	63 [62-64]	ND	84 [84-85]	63 [62-64]	ND	84 [84-85]	63 [62-64]	ND
Toutes périodes	81 [81-81]	58 [57-58]	50 [49-51]	82 [82-83]	60 [59-61]	54 [53-55]	81 [81-82]	59 [58-59]	52 [51-52]

ND : Non disponible.

I TABLEAU 7 I		SURVIE NETTE (%) À 1, 5 ET 10 ANS SELON L'ÂGE PAR PÉRIODE DE DIAGNOSTIC [IC À 95 %]		
	1 an	5 ans	10 ans	
Âge [15;45[
1989-1993	88 [85-90]	60 [56-64]	55 [51-59]	
1994-1998	87 [84-90]	65 [61-69]	59 [55-63]	
1999-2004	91 [89-93]	71 [67-74]	64 [61-68]	
2005-2010	92 [90-94]	70 [66-74]	ND	
Toutes périodes	90 [89-91]	67 [65-69]	61 [59-63]	
Âge [45;55[
1989-1993	85 [83-87]	59 [56-62]	51 [48-54]	
1994-1998	88 [87-90]	62 [59-64]	55 [52-58]	
1999-2004	90 [89-92]	67 [65-69]	60 [57-62]	
2005-2010	92 [91-93]	70 [68-73]	ND	
Toutes périodes	90 [89-90]	66 [64-67]	58 [57-59]	
Âge [55;65[
1989-1993	82 [81-83]	57 [55-59]	50 [48-52]	
1994-1998	86 [85-87]	61 [59-63]	54 [52-56]	
1999-2004	88 [87-89]	65 [64-67]	57 [55-59]	
2005-2010	90 [89-91]	69 [67-70]	ND	
Toutes périodes	87 [86-88]	64 [63-64]	56 [55-57]	
Âge [65;75[
1989-1993	80 [78-81]	56 [54-57]	49 [47-51]	
1994-1998	81 [80-82]	57 [55-58]	50 [48-51]	
1999-2004	83 [82-84]	59 [58-60]	51 [49-52]	
2005-2010	87 [87-88]	67 [65-68]	ND	
Toutes périodes	83 [83-84]	60 [59-60]	52 [51-53]	
Âge [75;++[
1989-1993	68 [67-69]	45 [44-47]	40 [37-43]	
1994-1998	70 [69-71]	48 [47-50]	43 [40-47]	
1999-2004	70 [69-71]	50 [48-51]	44 [41-47]	
2005-2010	71 [70-72]	50 [48-51]	ND	
Toutes périodes	70 [70-71]	49 [48-50]	43 [41-45]	

ND : Non disponible

Le taux est exprimé en nombre de décès pour une personne-année.



Pour une interprétation correcte de ces figures, il est impératif de se référer au paragraphe « Point particulier : les figures des taux de mortalité en excès » du chapitre « Présentation des résultats et guide de lecture » (p. 28-29).

SURVIE À 1, 5, 10 ET 15 ANS DES PERSONNES DE MOINS DE 75 ANS DIAGNOSTIQUÉES ENTRE 1989 ET 1998 (RESTRICTION AUX REGISTRES COUVRANT L'ENSEMBLE DE LA PÉRIODE 1989-2010)

I TABLEAU 8 I	SURVIE NETTE (%) À LONG TERME SELON L'ÂGE (ÂGE < 75 ANS) [IC À 95 %]			
	1 an	5 ans	10 ans	15 ans
Âge [15;45[
1989-1998	87 [85-89]	62 [60-65]	57 [54-60]	54 [51-57]
Âge [45;55[
1989-1998	87 [85-88]	61 [59-63]	53 [51-55]	52 [50-54]
Âge [55;65[
1989-1998	84 [83-85]	59 [58-60]	52 [51-53]	50 [48-51]
Âge [65;75[
1989-1998	81 [80-81]	56 [55-57]	49 [48-51]	46 [44-47]

Description de la localisation étudiée

Foie	CIM-O-3	Correspondance en CIM-O-2	Correspondance en CIM-O-1	Correspondance en CIM-10
	Topographie	C22.0 à C22.1	C22.0 à C22.1	155.0 à 155.2	C22.0 à C22.1
Morphologie	Toutes, sauf tumeurs hématologiques ; comportement tumoral /3			

Les cancers du foie sont essentiellement constitués par les carcinomes hépato-cellulaires (90 % des tumeurs) et les cholangiocarcinomes. Il existe des formes mixtes associant les 2 types cellulaires, correspondant à des hépato-cholangiocarcinomes. Les autres types de cancers primitifs sont très rares.

Incidence

En France, pour l'année 2012, le nombre de cancers du foie était estimé à 8 723 cas, dont 79 % sont survenus chez les hommes [1].

Population d'étude

Cette étude a porté sur 9 926 cas pour l'analyse sur la période 2005-2010 et sur 13 519 cas pour l'analyse des tendances 1989-2010.

Remarque

En raison d'un nombre de cas et/ou de décès insuffisants (ou de leur répartition dans le temps), certains indicateurs n'ont pu être produits (survie nette selon l'âge par exemple) et certains tableaux/figures sont incomplets ou absents.

Survie sur la période la plus récente (2005-2010)

Survie observée et survie nette

La survie observée et la survie nette 5 ans après le diagnostic étaient respectivement de 13 % et 15 % (tableau 1).

Variation selon le sexe et l'âge

La survie nette à 5 ans était de 15 % chez les hommes et de 14 % chez les femmes (tableau 1). Après standardisation, la survie nette à 5 ans était de 16 % chez les hommes et 18 % chez les femmes (tableau 2). Il n'y avait pas d'écart significatif de survie entre les hommes et les femmes. En observant les résultats par tranches d'âge, la survie était meilleure chez les femmes par rapport aux hommes pour les moins de 55 ans (tableau 4).

La survie nette diminuait avec l'âge passant de 24 % à 5 ans chez les sujets de moins de 55 ans à 9 % pour les sujets de 75 ans et plus (tableaux 3 et 4, figure 1).

L'excès de mortalité était maximal dans la première année suivant le diagnostic puis décroissait faiblement au-delà. L'excès de mortalité dans l'année suivant le diagnostic était très élevé chez les sujets âgés (figure 2).

Tendances de la survie nette sur l'ensemble de la période (1989-2010)

Sur l'ensemble de la période, la survie observée et la survie nette à 10 ans étaient respectivement de 5 % et 6 % (tableau 5). Après standardisation, la survie nette à 10 ans était de 7 % (tableau 6).

Références

- [1] Binder-Foucard F, Bossard N, Delafosse P, Belot A, Woronoff AS, Remontet L, *et al.* Cancer incidence and mortality in France over the 1980-2012 period: solid tumors. *Rev Epidemiol Sante Publique* 2014;62:95-108.
- [2] De Angelis R, Sant M, Coleman MP, Francisci S, Baili P, Pierannunzio D, *et al.* Cancer survival in Europe 1999-2007 by country and age: results of EUROCARE-5-a population-based study. *Lancet Oncol* 2014;15:23-34.
- [3] Survival of Cancer Patients in Europe The EUROCARE-5 Study [Internet]. Roma : Istituto Superiore di Sanità [consulté le 05/03/2015]. Disponible à partir de l'URL : <https://w3.iss.it/site/EU5Results/>.
- [4] Howlander N, Noone AM, Krapcho M, Garshell J, Miller D, Altekruse SF, *et al.* SEER Cancer Statistics Review, 1975-2011 [Internet]. Bethesda: National Cancer Institute; 2014. [consulté le 05/03/2015]. Disponible à partir de l'URL : http://seer.cancer.gov/csr/1975_2011/.
- [5] Borie F, Trétarre B, Bouvier AM, Faivre J, Binder F, Launoy G, *et al.* Primitive liver cancers: epidemiology and geographical study in France. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2009;21:984-9.

Tendances globales

La survie nette à 1 an s'améliorait au cours du temps passant de 30 % pour les cas diagnostiqués en 1989-1993 à 46 % pour les cas diagnostiqués en 2005-2010 (tableau 5). Après standardisation, les chiffres correspondants étaient de 30 % et 47 % (tableau 6).

La survie nette à 5 ans s'améliorait sur l'ensemble de la période, passant de 7 % pour les cas diagnostiqués en 1989-1993 à 15 % pour les cas diagnostiqués en 2005-2010 (tableau 5). Après standardisation, les chiffres correspondants étaient de 8 % et 16 % (tableau 6).

La survie nette à 10 ans passait de 4 % pour les cas diagnostiqués en 1989-1993 à 7 % pour les cas diagnostiqués en 1999-2004 (tableau 5). Après standardisation, les chiffres correspondants étaient 4 % et 8 % (tableau 6).

Tendances selon le sexe

Aucune étude de tendance selon le sexe n'a été réalisée en raison d'effectifs trop faibles pour la standardisation chez les femmes (tableau 6).

Tendances selon l'âge

L'amélioration de la survie était observée pour toutes les tranches d'âge. Cette amélioration était cependant moins importante chez les plus âgés pour lesquels la survie s'améliorait significativement uniquement la première année suivant le diagnostic (tableau 7 et figure 3).

Survie à 15 ans chez les personnes âgées de moins de 75 ans

La survie nette à 15 ans variait entre 10 % et 2 % en fonction de l'âge pour les cas diagnostiqués entre 1989 et 1998 (tableau 8).

Commentaires

Le pronostic du cancer primitif du foie reste l'un des plus mauvais de tous les cancers. En Europe, la survie relative à 5 ans était de 12 % avec d'importantes variations entre les pays [2]. La France occupe une position proche de la moyenne européenne avec une survie relative à 5 ans de 13 % assez semblable à celle des pays du sud de l'Europe (15 %), meilleure que celle des pays du nord (8 %) et de l'est (6 %) de l'Europe [3]. La France occupe également une position proche de celle observée aux États-Unis où, d'après les données du SEER Program, la survie relative à 5 ans était de 17 % [4].

Plus de 90 % des cancers primitifs du foie correspondent à des carcinomes hépato-cellulaires, essentiellement développés chez des patients atteints de cirrhose. La principale cause de cirrhose est l'alcool [5], cependant on note une augmentation d'incidence des stéato-hépatites métaboliques [6]. De plus, le diabète semble jouer un rôle majeur dans la carcinogenèse [7].

L'amélioration de la survie au cours de la période 1989-2010 peut s'expliquer par un meilleur dépistage de petits carcinomes hépato-cellulaires [8], accessibles à des traitements à visée curative (transplantation, résection, radiofréquence). Des progrès ont aussi été obtenus dans le contrôle tumoral des tumeurs de gros volume ou localement avancées (chimioembolisation) [9].

-
- [6] Charlton MR, Burns JM, Pedersen RA, Watt KD, Heimbach JK, Dierkhising RA. Frequency and outcomes of liver transplantation for nonalcoholic steatohepatitis in the United States. *Gastroenterology* 2011;141:1249-53.
- [7] El-Serag HB, Hampel H, Javadi F. The association between diabetes and hepato-cellular carcinoma: a systematic review of epidemiologic evidence. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2006;4:369-80.
- [8] Trinchet JC, Chaffaut S, Bourcier V, Degos F, Henrion J, Fontaine H, *et al.* Ultrasonographic surveillance of hepatocellular carcinoma in cirrhosis: a randomized trial comparing 3- and 6-month periodicities. *Hepatology* 2011;54:1987-97.
- [9] Llovet JM, Bruix J. Systematic review of randomized trials for unresectable hepatocellular carcinoma: chemoembolization improves survival. *Hepatology* 2003;37:429-42.

SURVIE À 1, 3 ET 5 ANS DES PERSONNES DIAGNOSTIQUÉES ENTRE 2005 ET 2010 (TOUS REGISTRÉS)

I TABLEAU 1 I		SURVIE OBSERVÉE ET NETTE (%) À 1, 3 ET 5 ANS SELON LE SEXE [IC À 95 %]					
	1 an		3 ans		5 ans		
	observée	nette	observée	nette	observée	nette	
Homme	45 [44-46]	47 [45-48]	22 [21-23]	23 [22-24]	13 [13-14]	15 [14-16]	
Femme	41 [39-44]	43 [40-45]	20 [18-22]	21 [19-23]	13 [11-15]	14 [13-16]	
Tous	44 [43-45]	46 [45-47]	21 [20-22]	23 [22-24]	13 [13-14]	15 [14-16]	

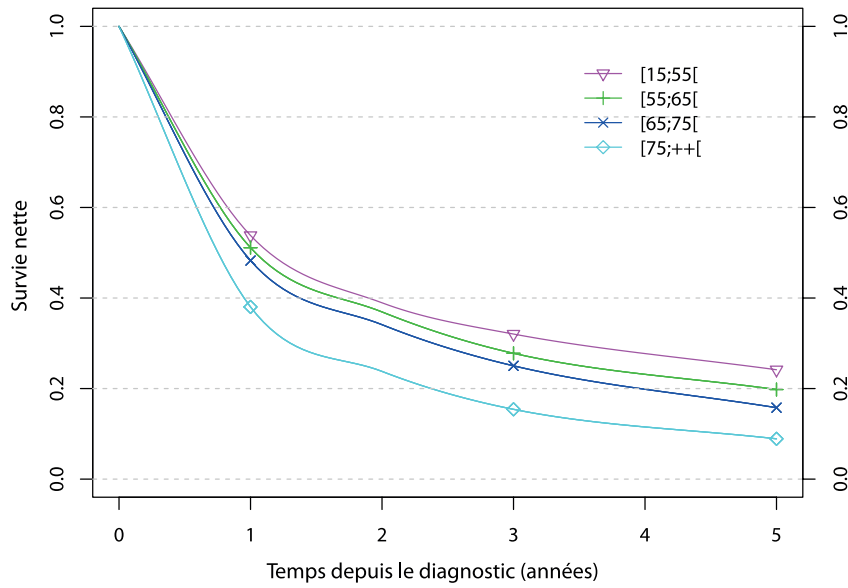
I TABLEAU 2 I		SURVIE NETTE STANDARDISÉE (%) À 1, 3 ET 5 ANS SELON LE SEXE [IC À 95 %]		
	1 an	3 ans	5 ans	
	Homme	47 [46-48]	24 [23-25]	16 [15-17]
Femme	48 [45-50]	25 [23-27]	18 [16-20]	
Tous	47 [46-48]	24 [23-25]	16 [15-17]	

I TABLEAU 3 I		SURVIE OBSERVÉE ET NETTE (%) À 1, 3 ET 5 ANS SELON L'ÂGE [IC À 95 %]					
	1 an		3 ans		5 ans		
	observée	nette	observée	nette	observée	nette	
[15;55[	53 [50-57]	54 [51-57]	31 [29-35]	32 [29-35]	23 [21-27]	24 [21-27]
[55;65[	50 [48-52]	51 [49-53]	27 [25-29]	28 [26-30]	19 [17-20]	20 [18-22]
[65;75[	47 [45-49]	48 [47-50]	23 [22-25]	25 [23-27]	14 [13-15]	16 [14-17]
[75;+ +[	36 [34-37]	38 [36-40]	13 [12-14]	15 [14-17]	7 [6-8]	9 [8-10]
Tous	44 [43-45]	46 [45-47]	21 [20-22]	23 [22-24]	13 [13-14]	15 [14-16]	

I TABLEAU 4 I		SURVIE NETTE (%) À 1, 3 ET 5 ANS SELON L'ÂGE, CHEZ L'HOMME ET CHEZ LA FEMME [IC À 95 %]					
	1 an		3 ans		5 ans		
	Homme	Femme	Homme	Femme	Homme	Femme	
[15;55[	51 [48-55]	65 [59-73]	30 [27-34]	40 [34-48]	22 [19-26]	34 [27-42]
[55;65[	51 [48-53]	54 [49-61]	28 [26-30]	29 [24-35]	19 [18-22]	22 [17-28]
[65;75[	49 [47-51]	45 [41-50]	25 [24-27]	23 [19-27]	16 [14-18]	15 [11-19]
[75;+ +[	40 [38-42]	33 [30-37]	16 [15-18]	14 [11-16]	9 [8-11]	8 [6-11]
Tous	47 [45-48]	43 [40-45]	23 [22-24]	21 [19-23]	15 [14-16]	14 [13-16]	

I FIGURE 1 I

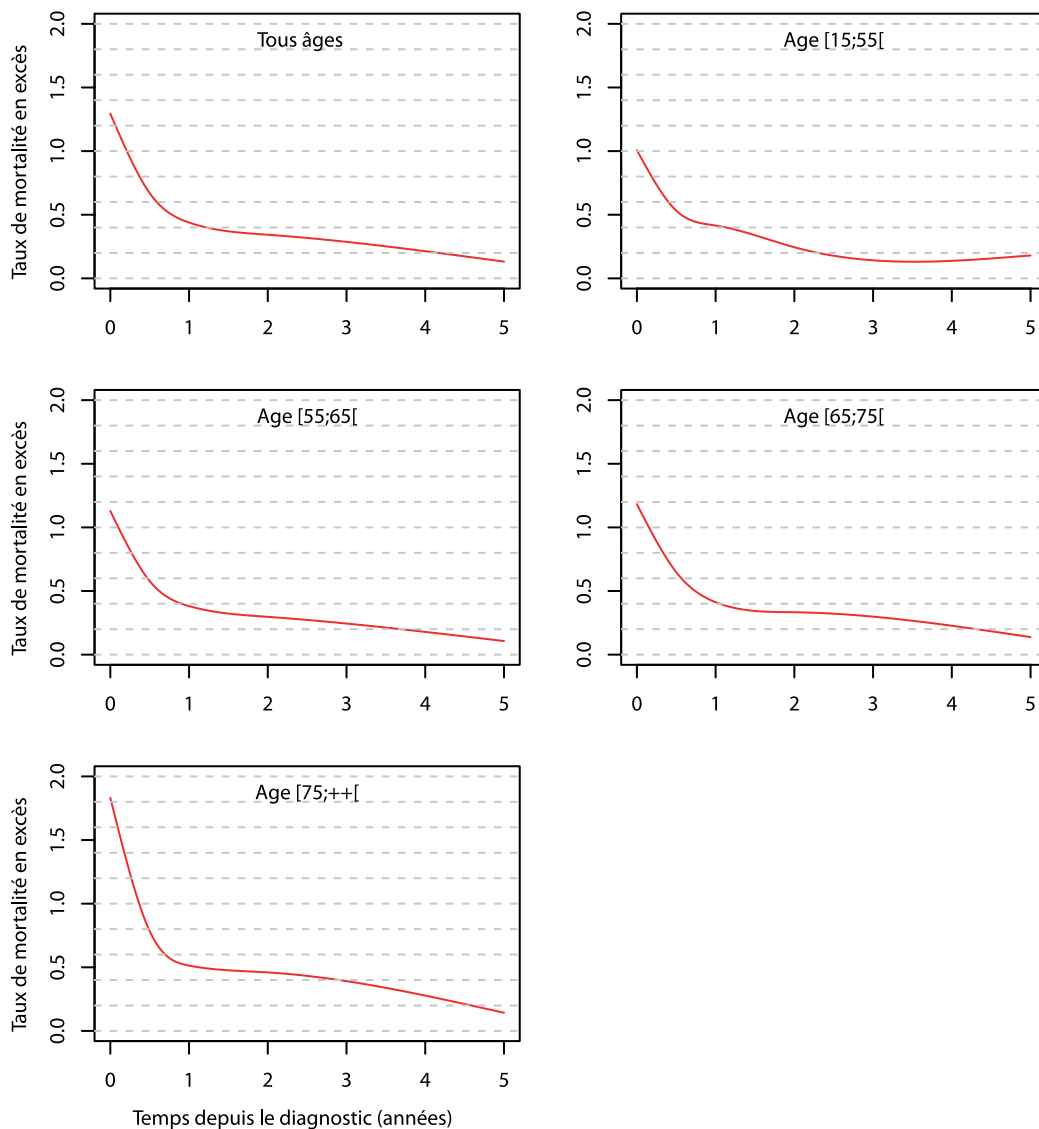
SURVIE NETTE SELON L'ÂGE EN FONCTION DU TEMPS DEPUIS LE DIAGNOSTIC



I FIGURE 2 I

TAUX DE MORTALITÉ EN EXCÈS EN FONCTION DU TEMPS DEPUIS LE DIAGNOSTIC, TOUS ÂGES ET PAR CLASSE D'ÂGE

Le taux est exprimé en nombre de décès pour une personne-année.



Pour une interprétation correcte de ces figures, il est impératif de se référer au paragraphe « Point particulier : les figures des taux de mortalité en excès » du chapitre « Présentation des résultats et guide de lecture » (p. 28-29).

TENDANCES DE LA SURVIE À 1, 5 ET 10 ANS POUR LES PERSONNES DIAGNOSTIQUÉES ENTRE 1989 ET 2010 (RESTRICTION AUX REGISTRES COUVRANT L'ENSEMBLE DE LA PÉRIODE 1989-2010)

I TABLEAU 5 I	SURVIE OBSERVÉE ET NETTE (%) À 1, 5 ET 10 ANS PAR PÉRIODE DE DIAGNOSTIC [IC À 95 %]					
	1 an		5 ans		10 ans	
	observée	nette	observée	nette	observée	nette
1989-1993	28 [26-30]	30 [28-33]	6 [5-7]	7 [6-9]	3 [2-3]	4 [3-5]
1994-1998	33 [31-34]	35 [33-36]	7 [6-8]	8 [7-10]	3 [2-4]	4 [3-5]
1999-2004	37 [36-39]	39 [37-40]	11 [10-12]	12 [11-13]	6 [5-6]	7 [6-8]
2005-2010	44 [43-46]	46 [44-47]	13 [12-14]	15 [14-16]	ND	ND
Toutes périodes	37 [36-38]	39 [38-40]	10 [9-11]	11 [11-12]	5 [4-5]	6 [5-7]

ND : Non disponible.

I TABLEAU 6 I	SURVIE NETTE STANDARDISÉE (%) À 1, 5 ET 10 ANS SELON LE SEXE PAR PÉRIODE DE DIAGNOSTIC [IC À 95 %]					
	Homme			Tous sexes		
	1 an	5 ans	10 ans	1 an	5 ans	10 ans
1989-1993	30 [28-33]	7 [6-9]	4 [3-5]	30 [28-32]	8 [6-9]	4 [3-6]
1994-1998	35 [33-37]	9 [8-11]	5 [4-6]	35 [33-37]	9 [8-11]	5 [4-6]
1999-2004	40 [38-41]	13 [11-14]	7 [6-9]	40 [38-42]	13 [12-15]	8 [7-10]
2005-2010	47 [46-49]	16 [15-18]	ND	47 [46-49]	16 [15-18]	ND
Toutes périodes	40 [39-41]	12 [11-13]	7 [6-7]	40 [39-41]	12 [12-13]	7 [7-8]

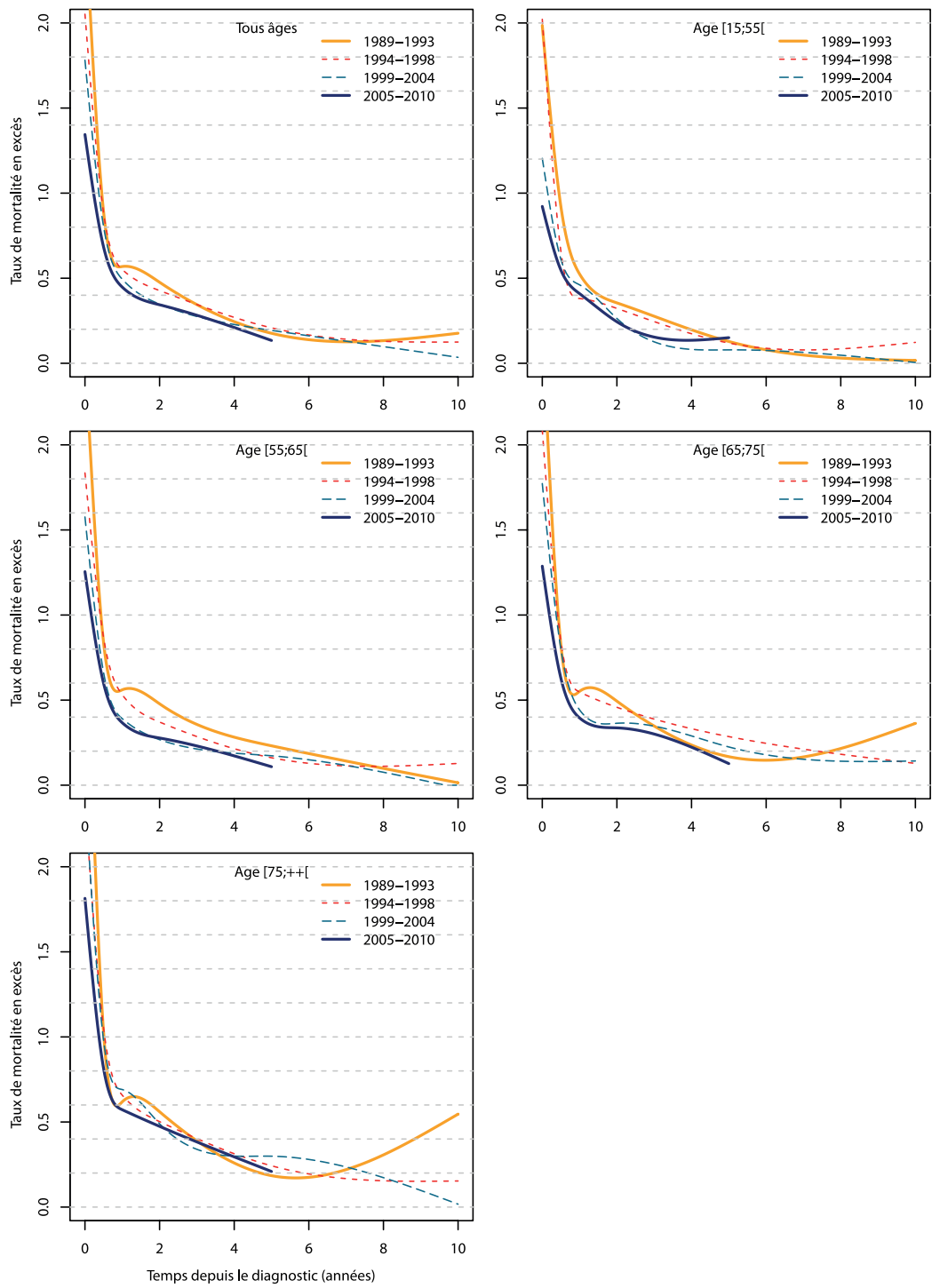
ND : Non disponible.

Non présenté pour les femmes du fait d'effectifs trop faibles pour la standardisation.

I TABLEAU 7 I		SURVIE NETTE (%) À 1, 5 ET 10 ANS SELON L'ÂGE PAR PÉRIODE DE DIAGNOSTIC [IC À 95 %]		
	1 an	5 ans	10 ans	
Âge [15;55[
1989-1993	35 [29-42]	12 [8-17]	10 [7-15]	
1994-1998	43 [37-50]	15 [11-21]	11 [7-16]	
1999-2004	50 [45-55]	23 [19-28]	18 [15-23]	
2005-2010	55 [51-60]	25 [21-29]	ND	
Toutes périodes	48 [45-51]	20 [18-23]	16 [14-18]	
Âge [55;65[
1989-1993	32 [29-37]	7 [5-10]	4 [3-6]	
1994-1998	37 [33-41]	11 [9-14]	6 [4-9]	
1999-2004	45 [42-49]	18 [16-21]	11 [9-14]	
2005-2010	50 [47-53]	20 [18-23]	ND	
Toutes périodes	43 [41-44]	15 [14-17]	9 [8-10]	
Âge [65;75[
1989-1993	32 [29-35]	8 [6-10]	3 [2-5]	
1994-1998	35 [33-38]	7 [6-9]	3 [2-4]	
1999-2004	40 [37-42]	10 [9-12]	5 [4-6]	
2005-2010	49 [46-52]	16 [14-18]	ND	
Toutes périodes	40 [39-42]	11 [10-12]	4 [4-5]	
Âge [75;++[
1989-1993	24 [20-28]	5 [3-9]	2 [1-7]	
1994-1998	28 [25-32]	5 [4-8]	3 [1-5]	
1999-2004	29 [27-32]	6 [5-8]	3 [2-5]	
2005-2010	38 [35-40]	8 [7-10]	ND	
Toutes périodes	32 [31-34]	7 [6-8]	3 [2-5]	

ND : Non disponible.

Le taux est exprimé en nombre de décès pour une personne-année.



Pour une interprétation correcte de ces figures, il est impératif de se référer au paragraphe « Point particulier : les figures des taux de mortalité en excès » du chapitre « Présentation des résultats et guide de lecture » (p. 28-29).

SURVIE À 1, 5, 10 ET 15 ANS DES PERSONNES DE MOINS DE 75 ANS DIAGNOSTIQUÉES ENTRE 1989 ET 1998 (RESTRICTION AUX REGISTRES COUVRANT L'ENSEMBLE DE LA PÉRIODE 1989-2010)

I TABLEAU 8 I	SURVIE NETTE (%) À LONG TERME SELON L'ÂGE (ÂGE <75 ANS) [IC À 95 %]			
	1 an	5 ans	10 ans	15 ans
Âge [15;55[
1989-1998	39 [35-44]	13 [10-17]	10 [8-14]	10 [8-14]
Âge [55;65[
1989-1998	35 [32-38]	9 [8-11]	5 [4-7]	4 [3-6]
Âge [65;75[
1989-1998	34 [32-36]	7 [6-9]	3 [2-4]	2 [1-3]

Description de la localisation étudiée

Voies biliaires	CIM-O-3	Correspondance en CIM-O-2	Correspondance en CIM-O-1	Correspondance en CIM-10
	Topographie	C23.9 et C24.0 à C24.9	C23.0 à C23.9 et C24.0 à C24.9	156.0 à 156.9	C23 et C24.0 à C24.9
Morphologie	Toutes, sauf tumeurs hématologiques ; comportement tumoral /3			

Les cancers des voies biliaires regroupent les cancers de la vésicule biliaire, les cancers du hile hépatique, les cancers de la voie biliaire principale et les cancers de l'ampoule de Vater.

Incidence

D'après les données des registres français, pour la période 2003-2007, les taux d'incidence standardisés sur la population mondiale de ces cancers variaient, selon les registres, de 0,9 à 2,6 pour 100 000 chez les hommes et de 1,0 à 2,3 chez les femmes [1].

Population d'étude

Cette étude a porté sur 2 890 cas pour l'analyse sur la période 2005-2010 et sur 5 084 cas pour l'analyse des tendances 1989-2010.

Remarque

En raison d'un nombre de cas et/ou de décès insuffisants (ou de leur répartition dans le temps), certains indicateurs n'ont pu être produits (survie nette selon l'âge par exemple) et certains tableaux/figures sont incomplets ou absents.

Survie sur la période la plus récente (2005-2010)

Survie observée et survie nette

La survie observée et la survie nette 5 ans après le diagnostic étaient respectivement de 14 % et 17 % (tableau 1).

Variation selon le sexe et l'âge

La survie nette à 5 ans était de 19 % chez les hommes et de 15 % chez les femmes (tableau 1). Après standardisation, la survie nette à 5 ans était de 21 % chez les hommes et 20 % chez les femmes (tableau 2). L'écart de survie entre hommes et femmes

était donc négligeable, et cela était confirmé en observant les résultats par tranches d'âge (tableau 4).

La survie nette diminuait avec l'âge passant de 28 % à 5 ans chez les sujets les plus jeunes à 12 % pour les plus âgés (tableaux 3 et 4, figure 1).

Globalement, l'excès de mortalité était maximal immédiatement après le diagnostic puis diminuait rapidement pendant la première année. Au-delà, il continuait à décroître faiblement pour approcher zéro à 5 ans. Cet excès de mortalité initial était très accentué chez les sujets âgés, et beaucoup moins visible chez les sujets jeunes (figure 2).

Références

- [1] Forman D, Bray F, Brewster DH, Gombe Mbalawa C, Kohler B, Piñeros M, *et al.* Cancer Incidence in Five Continents, Vol. X [Internet]. Lyon: International Agency for Research on Cancer; 2013. [consulté le 23/01/2015]. Disponible à partir de l'URL : <http://ci5.iarc.fr>.
- [2] Cleary SP, Dawson LA, Knox JJ, Gallinger S. Cancer of the gallbladder and extrahepatic bile ducts. *Curr Probl Surg* 2007;44(7):396-482.
- [3] Survival of Cancer Patients in Europe The EURO CARE-5 Study [Internet]. Roma : Istituto Superiore di Sanità [consulté le 06/03/2015]. Disponible à partir de l'URL : <https://w3.iss.it/site/EU5Results/>.
- [4] Cariati A, Piroalli E, Cetta F. Gallbladder cancers: associated conditions, histological types, prognosis, and prevention. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2014;26(5):562-9.
- [5] Hundal R, Shaffer EA. Gallbladder cancer: epidemiology and outcome. *Clin Epidemiol* 2014;6:99-109.
- [6] Witjes CDM, van den Akker SAW, Visser O, Karim-Kos HE, de Vries E, Ijzermans JNM, *et al.* Gallbladder cancer in the Netherlands: incidence, treatment and survival patterns since 1989. *Dig Surg* 2012;29(2):92-8.

Tendances de la survie nette sur l'ensemble de la période (1989-2010)

Sur l'ensemble de la période, la survie observée et la survie nette à 10 ans étaient respectivement de 8 % et 12 % (tableau 5). Après standardisation, la survie nette à 10 ans était de 15 % (tableau 6).

Tendances globales

La survie nette à 1 an s'améliorait au cours du temps passant de 36 % pour les cas diagnostiqués en 1989-1993 à 43 % pour les cas diagnostiqués en 2005-2010 (tableau 5). Après standardisation, les chiffres correspondants étaient de 39 % et 49 % (tableau 6).

La survie nette à 5 ans se stabilisait autour de 15 % de 1989 à 2010 (tableau 5). Après standardisation, la survie nette progressait de 16 % pour les cas diagnostiqués en 1989-1993 à 19 % pour les cas diagnostiqués en 2005-2010 (tableau 6).

La survie nette à 10 ans passait de 11 % pour les cas diagnostiqués en 1989-1993 à 12 % pour les cas diagnostiqués en 1999-2004 (tableau 5). Après standardisation, les chiffres correspondants étaient 12 % et 15 % (tableau 6).

Tendances selon le sexe

Aucune étude de tendance selon le sexe n'a été réalisée du fait d'effectifs trop faibles pour la standardisation chez les femmes (tableau 6).

Tendances selon l'âge

Une amélioration de la survie n'était pas observée pour toutes les tranches d'âge. Pour les personnes âgées de moins de 65 ans, la survie s'améliorait nettement la première année suivant le diagnostic alors que chez les personnes âgées de 65 ans et plus, il n'y avait pas de gain. À 5 ans, l'amélioration de la survie était observée seulement chez les personnes âgées de moins de 55 ans entre la période 1989-1993 et la période 1994-1998, sans amélioration significative depuis. À 10 ans, il n'y avait pas d'amélioration significative (tableau 7).

Survie à 15 ans chez les personnes âgées de moins de 75 ans

La survie nette à 15 ans variait entre 21 % et 7 % en fonction de l'âge pour les cas diagnostiqués en 1989-1998 (tableau 8).

Commentaires

Les cancers des voies biliaires sont peu fréquents et partagent un pronostic sombre du fait de leur diagnostic tardif.

Les cancers de la vésicule biliaire sont les cancers biliaires les plus fréquents. En Occident, les facteurs de risque identifiés sont l'âge, le sexe féminin, les facteurs hormonaux, l'obésité, la maladie lithiasique, la vésicule porcelaine et les anomalies de la jonction pancréatico-biliaire [2]. En Europe, la survie relative à 5 ans varie de 8,7 % à 23,3 % selon les données EURO-CARE-5, ce taux étant de 15,2 % en France [3]. Le pronostic dépend de l'histologie, de l'extension locale et la possibilité d'une résection complète R0 [4]. Selon les études [2;5], la survie à 5 ans des personnes opérées avec un cancer précoce était de 80-97 % et chutait à 2 % pour les personnes non-opérées avec métastase. Ces dernières années, une faible amélioration attribuée aux progrès de l'imagerie et à une prise en charge chirurgicale plus agressive et plus spécialisée a été observée. Ainsi, aux Pays-Bas, la survie à 5 ans des personnes opérées progressait de 19 % à 26 % entre les périodes 1989-1992 et 2003-2008, alors que la survie globale ne variait pas [6].

Les cancers des voies biliaires extra-hépatiques (VBEH) sont moins fréquents [7]. De nombreux facteurs de risques ont été identifiés, dont la cholangite sclérosante primitive, les kystes du cholédoque et les infections parasitaires ; la consommation excessive d'alcool et l'existence d'une cirrhose sont également évoquées [8]. La résection complète R0 est le seul traitement potentiellement curatif. Cependant la majorité des patients se présentent avec une maladie avancée et ne peuvent bénéficier d'une chirurgie. Pour les VBEH, la survie relative à 5 ans était de 7 % (entre 1996 et 2005) dans une étude de population française alors qu'aux États-Unis, la survie rapportée par le SEER Program était de 20 % [9]. Pour l'ampoule de Vater elle variait entre les pays d'Europe, de 20 % à 47 % [10].

- [7] Faivre J, Trama A, De Angelis R, Elferink M, Siesling S, Audisio R, *et al.* Incidence, prevalence and survival of patients with rare epithelial digestive cancers diagnosed in Europe in 1995–2002. *Eur J Cancer* 2012;48(10):1417-24.
- [8] Tyson GL, El-Serag HB. Risk factors for cholangiocarcinoma. *Hepatology* 2011;54(1):173-84.
- [9] Lepage C, Cottet V, Chauvenet M, Phelip JM, Bedenne L, Faivre J, *et al.* Trends in the incidence and management of biliary tract cancer: a French population-based study. *J Hepatol* 2011;54(2):306-10.
- [10] Rostain F, Hamza S, Drouillard A, Faivre J, Bouvier AM, Lepage C. Trends in incidence and management of cancer of the ampulla of Vater. *World J Gastroenterol* 2014;20(29):10144-50.

SURVIE À 1, 3 ET 5 ANS DES PERSONNES DIAGNOSTIQUÉES ENTRE 2005 ET 2010 (TOUS REGISTRÉS)

I TABLEAU 1 I	SURVIE OBSERVÉE ET NETTE (%) À 1, 3 ET 5 ANS SELON LE SEXE [IC À 95 %]					
	1 an		3 ans		5 ans	
	observée	nette	observée	nette	observée	nette
Homme	46 [44-49]	48 [45-51]	21 [19-23]	23 [21-26]	16 [14-18]	19 [16-22]
Femme	40 [37-42]	41 [39-44]	18 [16-20]	19 [17-22]	13 [11-15]	15 [13-18]
Tous	43 [41-44]	44 [42-46]	19 [18-21]	21 [20-23]	14 [13-16]	17 [15-19]

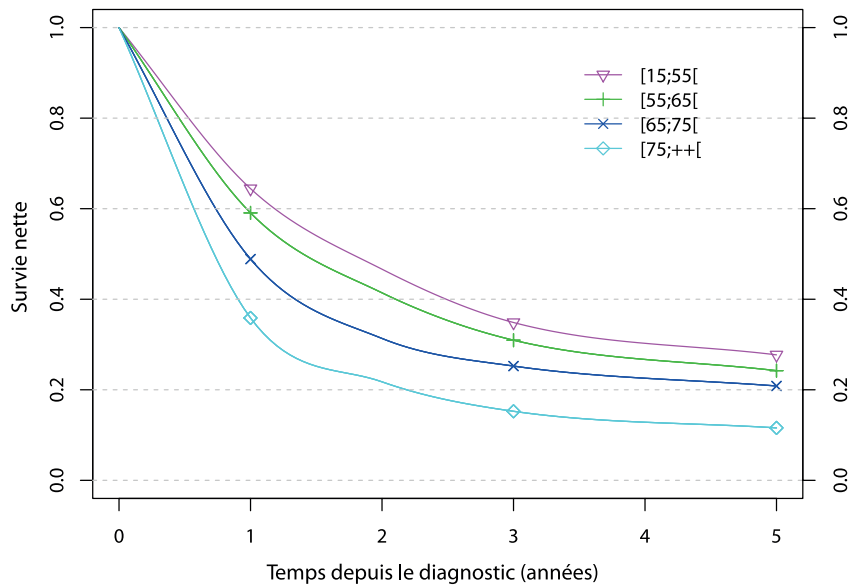
I TABLEAU 2 I	SURVIE NETTE STANDARDISÉE (%) À 1, 3 ET 5 ANS SELON LE SEXE [IC À 95 %]		
	1 an	3 ans	5 ans
	Homme	52 [49-55]	25 [23-29]	21 [18-24]
Femme	49 [47-53]	26 [23-29]	20 [18-23]
Tous	50 [48-53]	25 [24-28]	20 [18-22]

I TABLEAU 3 I	SURVIE OBSERVÉE ET NETTE (%) À 1, 3 ET 5 ANS SELON L'ÂGE [IC À 95 %]						
		1 an		3 ans		5 ans	
		observée	nette	observée	nette	observée	nette
[15;55[	64 [58-71]	64 [58-72]	34 [28-42]	35 [29-42]	27 [21-35]	28 [22-35]
[55;65[	59 [54-64]	59 [54-64]	30 [26-35]	31 [27-36]	23 [19-28]	24 [20-29]
[65;75[	48 [44-52]	49 [45-53]	24 [21-27]	25 [22-29]	19 [16-22]	21 [18-24]
[75;+ +[	33 [31-36]	36 [33-38]	12 [11-14]	15 [13-17]	8 [7-10]	12 [9-14]
Tous	43 [41-44]	44 [42-46]	19 [18-21]	21 [20-23]	14 [13-16]	17 [15-19]	

I TABLEAU 4 I	SURVIE NETTE (%) À 1, 3 ET 5 ANS SELON L'ÂGE, CHEZ L'HOMME ET CHEZ LA FEMME [IC À 95 %]						
		1 an		3 ans		5 ans	
		Homme	Femme	Homme	Femme	Homme	Femme
[15;55[	63 [53-75]	66 [57-75]	30 [21-42]	39 [31-49]	25 [16-37]	30 [22-41]
[55;65[	59 [53-65]	60 [53-68]	30 [24-36]	33 [27-41]	24 [19-32]	24 [18-33]
[65;75[	50 [45-56]	47 [42-53]	27 [23-32]	23 [19-28]	21 [17-27]	20 [16-26]
[75;+ +[	41 [37-45]	33 [30-36]	18 [15-22]	14 [11-16]	14 [11-18]	10 [8-13]
Tous	48 [45-51]	41 [39-44]	23 [21-26]	19 [17-22]	19 [16-22]	15 [13-18]	

I FIGURE 1 I

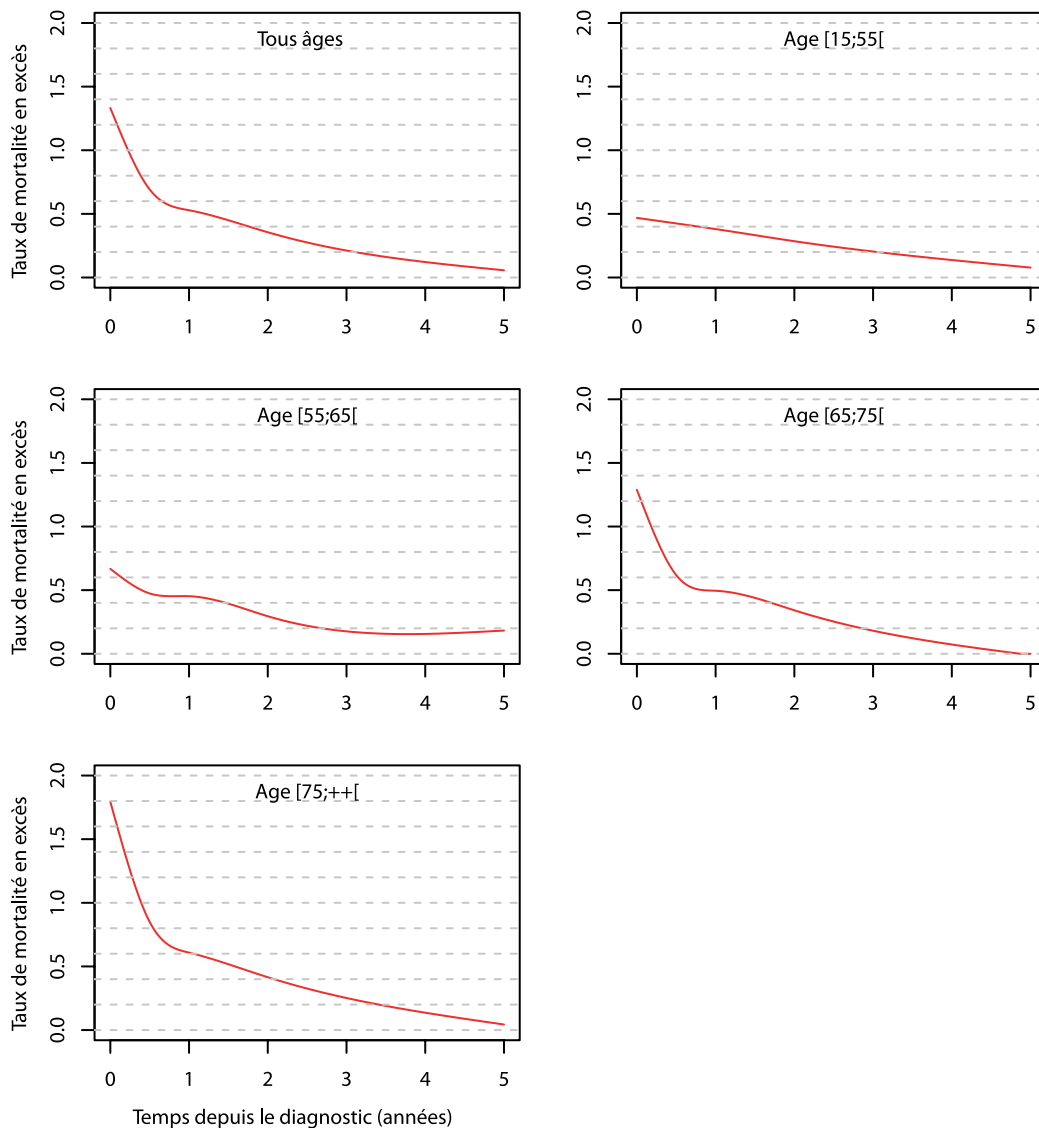
SURVIE NETTE SELON L'ÂGE EN FONCTION DU TEMPS DEPUIS LE DIAGNOSTIC



I FIGURE 2 I

TAUX DE MORTALITÉ EN EXCÈS EN FONCTION DU TEMPS DEPUIS LE DIAGNOSTIC, TOUS ÂGES ET PAR CLASSE D'ÂGE

Le taux est exprimé en nombre de décès pour une personne-année.



Pour une interprétation correcte de ces figures, il est impératif de se référer au paragraphe « Point particulier : les figures des taux de mortalité en excès » du chapitre « Présentation des résultats et guide de lecture » (p. 28-29).

TENDANCES DE LA SURVIE À 1, 5 ET 10 ANS POUR LES PERSONNES DIAGNOSTIQUÉES ENTRE 1989 ET 2010 (RESTRICTION AUX REGISTRES COUVRANT L'ENSEMBLE DE LA PÉRIODE 1989-2010)

I TABLEAU 5 I	SURVIE OBSERVÉE ET NETTE (%) À 1, 5 ET 10 ANS PAR PÉRIODE DE DIAGNOSTIC [IC À 95 %]					
	1 an		5 ans		10 ans	
	observée	nette	observée	nette	observée	nette
1989-1993	34 [31-37]	36 [33-39]	12 [10-14]	15 [13-18]	8 [6-9]	11 [8-15]
1994-1998	37 [34-40]	39 [36-42]	13 [11-15]	15 [13-18]	8 [7-10]	13 [10-16]
1999-2004	42 [40-45]	44 [41-47]	13 [12-15]	16 [14-18]	9 [7-10]	12 [9-14]
2005-2010	41 [39-44]	43 [40-45]	13 [11-15]	15 [13-17]	ND	ND
Toutes périodes	39 [38-40]	41 [39-42]	13 [12-14]	15 [14-17]	8 [8-9]	12 [10-13]

ND : Non disponible.

I TABLEAU 6 I	SURVIE NETTE STANDARDISÉE (%) À 1, 5 ET 10 ANS SELON LE SEXE PAR PÉRIODE DE DIAGNOSTIC [IC À 95 %]		
	Tous sexes		
	1 an	5 ans	10 ans
1989-1993	39 [35-42]	16 [14-19]	12 [10-16]
1994-1998	44 [41-47]	18 [15-21]	16 [13-19]
1999-2004	50 [47-53]	19 [17-22]	15 [13-18]
2005-2010	49 [46-52]	19 [16-22]	ND
Toutes périodes	46 [44-48]	18 [17-20]	15 [13-16]

ND : Non disponible.

Non présenté par sexe du fait d'effectifs trop faibles pour la standardisation.

I TABLEAU 7 I	SURVIE NETTE (%) À 1, 5 ET 10 ANS SELON L'ÂGE PAR PÉRIODE DE DIAGNOSTIC [IC À 95 %]		
	1 an	5 ans	10 ans
Âge [15;55[
1989-1993	46 [35-60]	14 [8-26]	12 [6-24]
1994-1998	69 [60-80]	34 [25-46]	31 [22-44]
1999-2004	60 [51-71]	29 [20-40]	24 [17-36]
2005-2010	66 [58-76]	27 [20-38]	ND
Toutes périodes	61 [56-67]	26 [22-32]	23 [19-28]
Âge [55;65[
1989-1993	42 [35-50]	23 [17-30]	21 [16-29]
1994-1998	45 [38-53]	19 [14-26]	15 [10-22]
1999-2004	60 [52-68]	20 [14-27]	16 [11-24]
2005-2010	60 [53-66]	27 [22-34]	ND
Toutes périodes	52 [48-56]	23 [20-26]	18 [15-22]

I TABLEAU 7 I SUITE	SURVIE NETTE (%) À 1, 5 ET 10 ANS SELON L'ÂGE PAR PÉRIODE DE DIAGNOSTIC [IC À 95 %]		
	1 an	5 ans	10 ans
Âge [65;75[
1989-1993	40 [35-46]	15 [11-20]	10 [7-15]
1994-1998	41 [36-46]	14 [11-19]	11 [8-16]
1999-2004	49 [45-54]	21 [18-26]	17 [13-22]
2005-2010	44 [40-50]	16 [13-21]	ND
Toutes périodes	44 [41-47]	17 [15-19]	13 [11-16]
Âge [75;++[
1989-1993	30 [26-35]	13 [10-18]	7 [3-16]
1994-1998	29 [25-34]	10 [7-15]	10 ¹ [6-19]
1999-2004	36 [32-40]	10 [8-13]	6 [4-10]
2005-2010	35 [32-38]	10 [7-13]	ND
Toutes périodes	33 [31-35]	11 [9-12]	8 [6-11]

ND : Non disponible.

¹Lorsque le taux de mortalité en excès est proche de zéro ou que les effectifs sont faibles en fin de suivi, la variabilité de l'estimateur peut occasionner une courbe estimée de la survie nette non monotone. Dans ce cas, la survie nette à 10 ans présentée reprend la valeur observée à 5 ans.

■ SURVIE À 1, 5, 10 ET 15 ANS DES PERSONNES DE MOINS DE 75 ANS DIAGNOSTIQUÉES ENTRE 1989 ET 1998 (RESTRICTION AUX REGISTRES COUVRANT L'ENSEMBLE DE LA PÉRIODE 1989-2010)

I TABLEAU 8 I	SURVIE NETTE (%) À LONG TERME SELON L'ÂGE (ÂGE <75 ANS) [IC À 95 %]			
	1 an	5 ans	10 ans	15 ans
Âge [15;55[
1989-1998	59 [51-67]	25 [19-33]	23 [17-31]	21 [15-29]
Âge [55;65[
1989-1998	44 [39-49]	21 [17-26]	18 [14-23]	17 [13-22]
Âge [65;75[
1989-1998	40 [37-44]	15 [12-18]	11 [8-14]	7 [5-10]

Description de la localisation étudiée

Pancréas	CIM-O-3	Correspondance en CIM-O-2	Correspondance en CIM-O-1	Correspondance en CIM-10
	Topographie	C25.0 à C25.9	C25.0 à C25.9	157.0 à 157.9	C25.0 à C25.9
Morphologie	Toutes, sauf tumeurs hématologiques ; comportement tumoral /3			

Les cancers du pancréas exocrine représentent près de 90 % des tumeurs malignes pancréatiques et sont constitués par les adénocarcinomes à cellules de type canalaire (90 % des tumeurs) et les adénocarcinomes à cellules acineuses. Les tumeurs malignes du pancréas endocrine peuvent concerner tous les types des cellules des îlots de Langerhans (insulinomes, glucagonomes...).

Incidence

En France, pour l'année 2012, le nombre de cancers du pancréas était estimé à 11 662 cas, dont 51 % sont survenus chez les hommes [1].

Population d'étude

Cette étude a porté sur 10 528 cas pour l'analyse sur la période 2005-2010 et sur 14 618 cas pour l'analyse des tendances 1989-2010.

Survie sur la période la plus récente (2005-2010)

Survie observée et survie nette

La survie observée et la survie nette 5 ans après le diagnostic étaient respectivement de 7 % et 8 % (tableau 1).

Variation selon le sexe et l'âge

La survie nette à 5 ans était de 8 % chez les hommes et de 7 % chez les femmes (tableau 1). Après standardisation, la survie nette à 5 ans était de 9 % chez les hommes et 10 % chez les femmes (tableau 2). L'écart de survie entre hommes et femmes était important avant 65 ans et était négligeable après 75 ans (tableau 4).

La survie nette diminuait avec l'âge passant de 19 % à 5 ans chez les sujets les plus jeunes à 4 % pour les plus âgés (tableaux 3 et 4, figure 1).

Globalement, l'excès de mortalité était maximal dans les deux années après le diagnostic puis diminuait après. Au-delà, il continuait à décroître faiblement pour approcher zéro à 5 ans. L'excès de mortalité dans l'année suivant le diagnostic était très élevé chez les sujets âgés (figure 2).

Tendances de la survie nette sur l'ensemble de la période (1989-2010)

Sur l'ensemble de la période, la survie observée et la survie nette à 10 ans étaient respectivement de 4 % et 5 % (tableau 5). Après standardisation, la survie nette à 10 ans était de 6 % (6 % chez l'homme et 7 % chez la femme) (tableau 6).

Tendances globales

La survie nette à 1 an s'améliorait au cours du temps passant de 23 % pour les cas diagnostiqués en 1989-1993 à 32 %

Références

- [1] Binder-Foucard F, Bossard N, Delafosse P, Belot A, Woronoff AS, Remontet L, *et al.* Cancer incidence and mortality in France over the 1980-2012 period: solid tumors. *Rev Epidemiol Sante Publique* 2014;62(2):95-108.
- [2] Cancer Research UK. Cancer Stats report – Pancreatic Cancer [Internet]. London: Cancer Research UK; 2014. 2 p. [consulté le 02/03/2015]. Disponible à partir de l'URL : http://publications.cancerresearchuk.org/downloads/Product/CS_KF_PANCREAS.pdf.
- [3] National Cancer Registry Ireland. Survival statistics [Internet]. Cork: National Cancer Registry Ireland [consulté le 02/03/2015]. Disponible à partir de l'URL : <http://www.ncri.ie/data/survival-statistics>.

pour les cas diagnostiqués en 2005-2010 (tableau 5). Après standardisation, les chiffres correspondants étaient de 24 % et 36 % (tableau 6).

La survie nette à 5 ans s'améliorait elle aussi passant de 6 % pour les cas diagnostiqués en 1989-1993 à 8 % pour les cas diagnostiqués en 2005-2010 (tableau 5). Après standardisation, les chiffres correspondants étaient de 7 % et 9 % (tableau 6).

La survie nette à 10 ans passait de 4 % pour les cas diagnostiqués en 1989-1993 à 5 % pour les cas diagnostiqués en 1999-2004 (tableau 5). Après standardisation, les chiffres correspondants étaient 5 % et 6 % (tableau 6).

Tendances selon le sexe

La survie nette standardisée à 5 ans s'améliorait de façon identique au cours du temps chez les hommes et les femmes (tableau 6).

Tendances selon l'âge

L'amélioration de la survie était observée pour toutes les tranches d'âge avant 75 ans et de façon beaucoup plus faible chez les plus âgés. La survie s'améliorait uniquement la première année suivant le diagnostic chez les personnes de moins de 75 ans (tableau 7 et figure 3).

Survie à 15 ans chez les personnes âgées de moins de 75 ans

La survie nette à 15 ans variait entre 8 % et 2 % en fonction de l'âge pour les cas diagnostiqués en 1989-1998 (tableau 8).

Commentaires

Le pronostic du cancer du pancréas est parmi les plus mauvais de tous les cancers. Il n'existait pas de différences de survie importante entre les pays d'Europe et entre les autres régions du monde. Malgré une méthodologie parfois un peu différente, les taux de survie rapportés dans les séries de population internationales étaient similaires aux taux français [2-5]. Les hommes présentaient une survie un peu moins bonne que celle des femmes. Ce résultat a déjà été rapporté dans la littérature et pourrait correspondre à une fréquence plus élevée des comorbidités, à âge égal, chez les hommes par rapport aux femmes [6]. Le cancer du pancréas reste longtemps asymptomatique et son diagnostic est souvent fait à un stade avancé. Seule la résection chirurgicale offre la possibilité d'une guérison. Elle est rarement proposable, et réalisée le plus souvent chez les sujets jeunes, ce qui peut expliquer leur meilleure survie. L'amélioration au cours du temps de la prise en charge péri opératoire peut expliquer, en partie, l'amélioration du pronostic. Les progrès des techniques diagnostiques ne sont pas accompagnés de grands bénéfices pour les patients. L'identification des facteurs favorisants (génétiques, environnementaux, moléculaires...) et des mécanismes impliqués dans l'évolution de la maladie est nécessaire pour espérer proposer une stratégie de prévention primaire ou détecter les patients asymptomatiques chez des patients susceptibles de présenter un risque élevé de cancer du pancréas.

- [4] Key C. Cancer of the Pancreas. In: Ries LAG, Young JL, Keel GE, Eisner MP, Lin YD, Horner MJ, (dir.). SEER Survival Monograph: Cancer Survival Among Adults: U.S. SEER Program, 1988-2001, Patient and Tumor Characteristics. Bethesda: National Cancer Institute; 2007. p. 59-66.
- [5] Sant M, Allemani C, Santaquilani M, Knijn A, Marchesi F, Capocaccia R, *et al.* EURO-CARE-4. Survival of cancer patients diagnosed in 1995-1999. Results and commentary. *Eur J Cancer* 2009;45(6):931-91.
- [6] Eloubeidi MA, Desmond RA, Wilcox CM, Wilson RJ, Manchikalapati P, Fouad MM, *et al.* Prognostic factors for survival in pancreatic cancer: a population-based study. *Am J Surg* 2006;192(3):322-9.

SURVIE À 1, 3 ET 5 ANS DES PERSONNES DIAGNOSTIQUÉES ENTRE 2005 ET 2010 (TOUS REGISTRÉS)

I TABLEAU 1 I	SURVIE OBSERVÉE ET NETTE (%) À 1, 3 ET 5 ANS SELON LE SEXE [IC À 95 %]					
	1 an		3 ans		5 ans	
	observée	nette	observée	nette	observée	nette
Homme	30 [29-32]	31 [30-32]	11 [10-12]	12 [11-13]	7 [6-8]	8 [7-9]
Femme	30 [29-32]	31 [30-32]	10 [9-11]	11 [10-11]	6 [6-7]	7 [6-8]
Tous	30 [29-31]	31 [30-32]	10 [10-11]	11 [11-12]	7 [6-7]	8 [7-8]

I TABLEAU 2 I	SURVIE NETTE STANDARDISÉE (%) À 1, 3 ET 5 ANS SELON LE SEXE [IC À 95 %]		
	1 an	3 ans	5 ans
Homme	33 [31-34]	13 [12-14]	9 [8-10]
Femme	38 [36-39]	14 [13-16]	10 [9-11]
Tous	35 [34-36]	13 [13-14]	9 [9-10]

I TABLEAU 3 I	SURVIE OBSERVÉE ET NETTE (%) À 1, 3 ET 5 ANS SELON L'ÂGE [IC À 95 %]						
		1 an		3 ans		5 ans	
		observée	nette	observée	nette	observée	nette
[15;55[	47 [44-50]	47 [45-51]	24 [21-27]	24 [22-27]	18 [16-21]	19 [16-22]
[55;65[	40 [38-42]	41 [38-43]	14 [13-16]	14 [13-16]	10 [8-11]	10 [9-12]
[65;75[	35 [33-37]	36 [34-38]	11 [10-13]	12 [11-13]	6 [6-8]	7 [6-8]
[75;+][	19 [18-20]	20 [19-22]	5 [5-6]	6 [6-7]	3 [3-4]	4 [4-5]
Tous	30 [29-31]	31 [30-32]	10 [10-11]	11 [11-12]	7 [6-7]	8 [7-8]	

I TABLEAU 4 I	SURVIE NETTE (%) À 1, 3 ET 5 ANS SELON L'ÂGE, CHEZ L'HOMME ET CHEZ LA FEMME [IC À 95 %]						
		1 an		3 ans		5 ans	
		Homme	Femme	Homme	Femme	Homme	Femme
[15;55[	43 [39-47]	55 [50-60]	21 [18-25]	29 [25-34]	16 [13-20]	23 [19-27]
[55;65[	38 [36-41]	44 [41-48]	13 [12-15]	16 [14-19]	9 [7-11]	12 [10-15]
[65;75[	34 [31-36]	38 [36-41]	12 [11-14]	12 [10-14]	8 [6-10]	6 [5-8]
[75;+][	20 [19-22]	20 [19-22]	8 [7-9]	5 [5-7]	6 [4-7]	4 [3-5]
Tous	31 [30-32]	31 [30-32]	12 [11-13]	11 [10-11]	8 [7-9]	7 [6-8]	

FIGURE 1 |

SURVIE NETTE SELON L'ÂGE EN FONCTION DU TEMPS DEPUIS LE DIAGNOSTIC

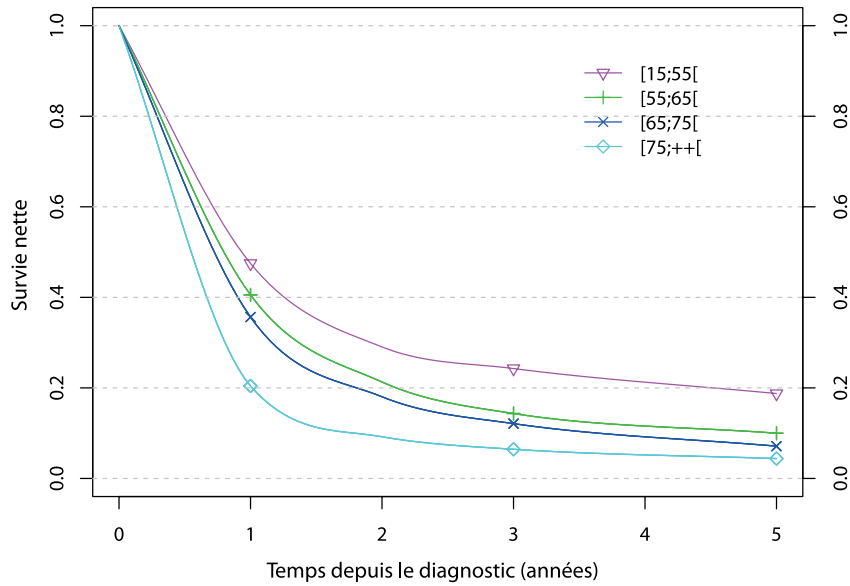
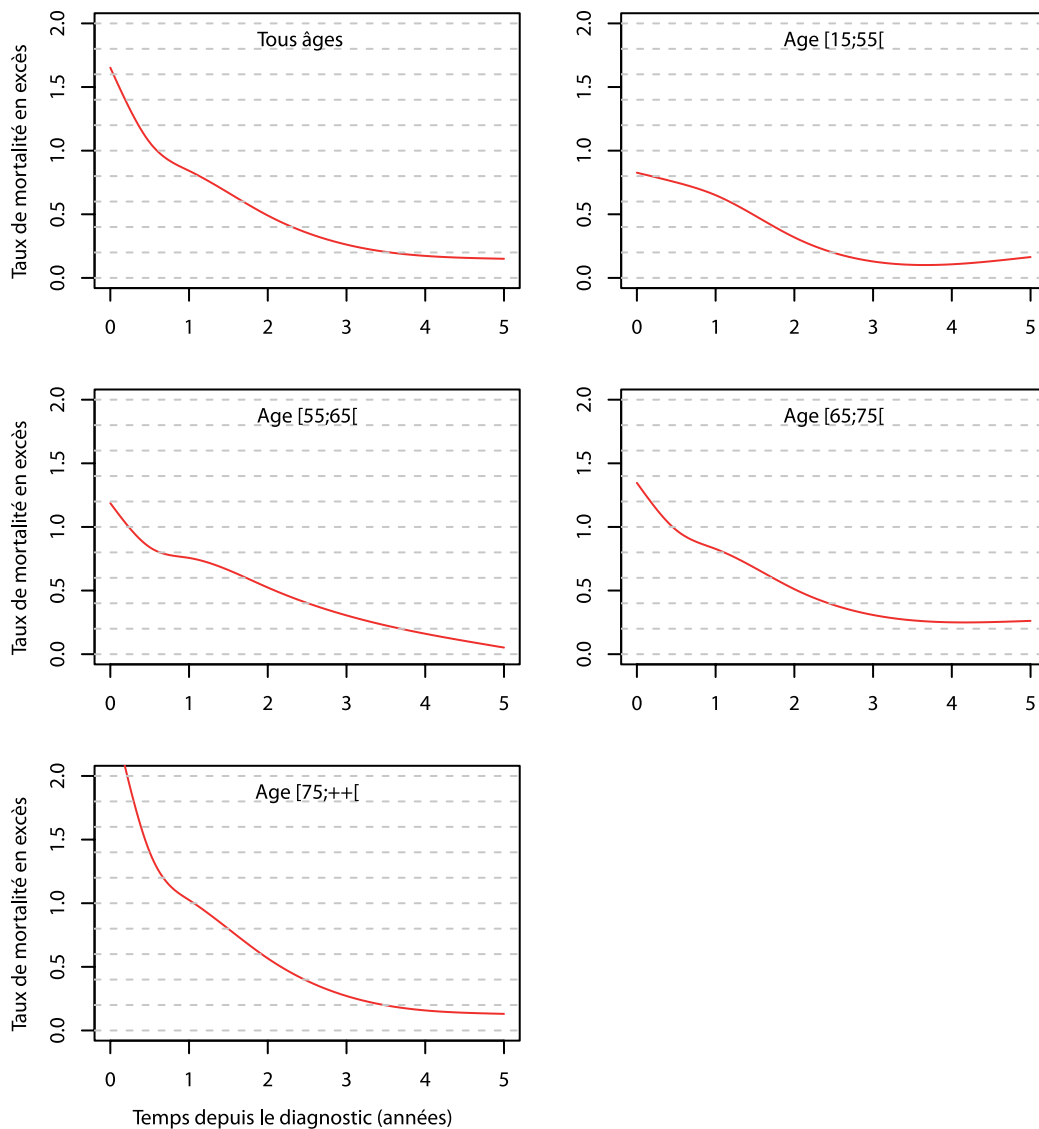


FIGURE 2 |

TAUX DE MORTALITÉ EN EXCÈS EN FONCTION DU TEMPS DEPUIS LE DIAGNOSTIC, TOUS ÂGES ET PAR CLASSE D'ÂGE

Le taux est exprimé en nombre de décès pour une personne-année.



Pour une interprétation correcte de ces figures, il est impératif de se référer au paragraphe « Point particulier : les figures des taux de mortalité en excès » du chapitre « Présentation des résultats et guide de lecture » (p. 28-29).

TENDANCES DE LA SURVIE À 1, 5 ET 10 ANS POUR LES PERSONNES DIAGNOSTIQUÉES ENTRE 1989 ET 2010 (RESTRICTION AUX REGISTRES COUVRANT L'ENSEMBLE DE LA PÉRIODE 1989-2010)

I TABLEAU 5 I	SURVIE OBSERVÉE ET NETTE (%) À 1, 5 ET 10 ANS PAR PÉRIODE DE DIAGNOSTIC [IC À 95 %]					
	1 an		5 ans		10 ans	
	observée	nette	observée	nette	observée	nette
1989-1993	21 [20-23]	23 [21-25]	5 [4-6]	6 [5-7]	3 [2-4]	4 [3-6]
1994-1998	22 [20-23]	23 [21-25]	5 [4-6]	6 [5-7]	3 [2-4]	4 [3-5]
1999-2004	27 [26-28]	28 [27-29]	6 [5-6]	6 [5-7]	4 [3-4]	5 [5-6]
2005-2010	31 [30-32]	32 [31-33]	7 [6-8]	8 [7-9]	ND	ND
Toutes périodes	27 [26-28]	28 [27-29]	6 [5-6]	7 [6-7]	4 [3-4]	5 [5-6]

ND : Non disponible.

I TABLEAU 6 I	SURVIE NETTE STANDARDISÉE (%) À 1, 5 ET 10 ANS SELON LE SEXE PAR PÉRIODE DE DIAGNOSTIC [IC À 95 %]								
	Homme			Femme			Tous sexes		
	1 an	5 ans	10 ans	1 an	5 ans	10 ans	1 an	5 ans	10 ans
1989-1993	21 [19-24]	5 [4-7]	3 [2-5]	29 [25-32]	10 [8-13]	7 [5-10]	24 [22-26]	7 [6-8]	5 [4-7]
1994-1998	23 [20-25]	5 [4-7]	4 [3-6]	28 [25-31]	8 [7-11]	5 [4-7]	25 [23-26]	6 [5-8]	4 [3-5]
1999-2004	30 [28-32]	6 [5-8]	5 [4-6]	34 [31-36]	10 [8-12]	8 [7-10]	31 [29-33]	8 [7-9]	6 [5-7]
2005-2010	33 [31-35]	10 [8-11]	ND	39 [37-42]	10 [8-11]	ND	36 [34-37]	9 [8-10]	ND
Toutes périodes	28 [27-29]	7 [6-8]	6 [5-6]	34 [33-35]	9 [9-10]	7 [6-8]	30 [30-31]	8 [7-8]	6 [5-7]

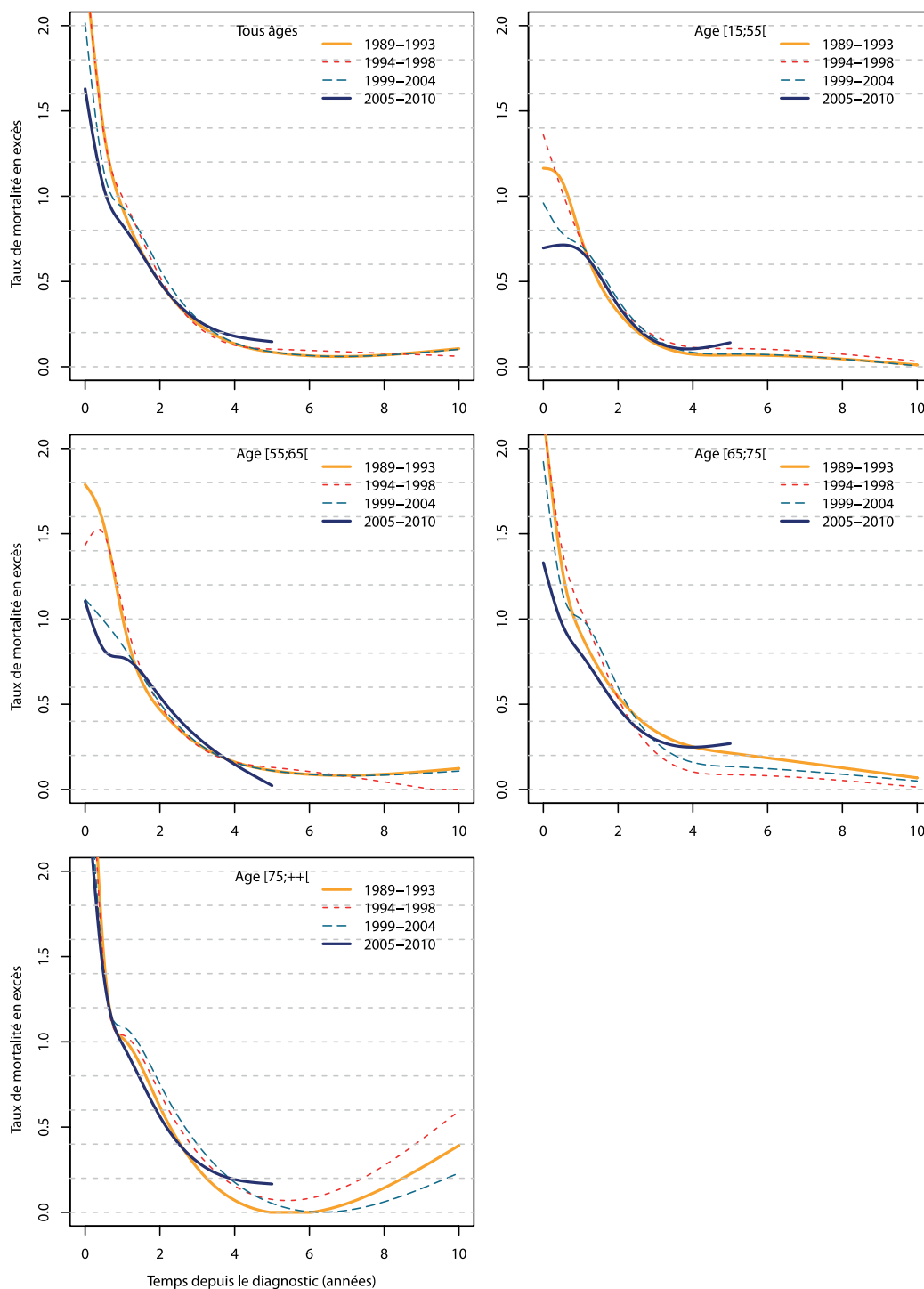
ND : Non disponible.

I TABLEAU 7 I		SURVIE NETTE (%) À 1, 5 ET 10 ANS SELON L'ÂGE PAR PÉRIODE DE DIAGNOSTIC [IC À 95 %]		
	1 an	5 ans	10 ans	
Âge [15;55[
1989-1993	36 [30-42]	14 [10-19]	12 [8-17]	
1994-1998	36 [31-42]	13 [10-18]	9 [6-13]	
1999-2004	44 [40-49]	15 [12-19]	13 [10-17]	
2005-2010	49 [45-54]	18 [15-22]	ND	
Toutes périodes	43 [41-46]	16 [14-18]	12 [11-14]	
Âge [55;65[
1989-1993	23 [19-27]	6 [4-9]	4 [2-6]	
1994-1998	25 [22-29]	6 [4-9]	4 [3-7]	
1999-2004	38 [35-42]	10 [8-12]	6 [4-8]	
2005-2010	42 [39-45]	10 [9-12]	ND	
Toutes périodes	35 [33-37]	9 [8-10]	6 [5-7]	
Âge [65;75[
1989-1993	25 [21-28]	5 [3-7]	2 [1-4]	
1994-1998	23 [20-26]	5 [4-7]	4 [3-6]	
1999-2004	28 [26-31]	6 [5-7]	4 [3-5]	
2005-2010	36 [34-39]	8 [6-9]	ND	
Toutes périodes	29 [28-31]	6 [6-7]	4 [3-5]	
Âge [75;++[
1989-1993	17 [14-20]	4 [3-6]	4 [2-10]	
1994-1998	17 [15-20]	3 [2-5]	1 [0-4]	
1999-2004	19 [17-21]	3 [2-4]	3 ¹ [3-7]	
2005-2010	21 [19-23]	4 [3-5]	ND	
Toutes périodes	19 [18-21]	4 [3-4]	4 [3-5]	

ND : Non disponible.

¹Lorsque le taux de mortalité en excès est proche de zéro ou que les effectifs sont faibles en fin de suivi, la variabilité de l'estimateur peut occasionner une courbe estimée de la survie nette non monotone. Dans ce cas, la survie nette à 10 ans présentée reprend la valeur observée à 5 ans.

Le taux est exprimé en nombre de décès pour une personne-année.



La remontée des taux de mortalité en excès au-delà de 6 ans chez les personnes de plus de 75 ans ne doit pas être considérée comme un résultat significatif étant donné le très faible nombre de personnes survivantes à partir duquel sont estimés ces taux au-delà de 6 ans.

Pour une interprétation correcte de ces figures, il est impératif de se référer au paragraphe « Point particulier : les figures des taux de mortalité en excès » du chapitre « Présentation des résultats et guide de lecture » (p. 28-29).

SURVIE À 1, 5, 10 ET 15 ANS DES PERSONNES DE MOINS DE 75 ANS DIAGNOSTIQUÉES ENTRE 1989 ET 1998 (RESTRICTION AUX REGISTRES COUVRANT L'ENSEMBLE DE LA PÉRIODE 1989-2010)

I TABLEAU 8 I	SURVIE NETTE (%) À LONG TERME SELON L'ÂGE (ÂGE <75 ANS) [IC À 95 %]			
	1 an	5 ans	10 ans	15 ans
Âge [15;55[
1989-1998	36 [32-40]	14 [11-17]	10 [8-13]	8 [6-11]
Âge [55;65[
1989-1998	24 [21-27]	6 [5-8]	4 [3-6]	3 [2-5]
Âge [65;75[
1989-1998	24 [22-26]	5 [4-7]	4 [3-5]	2 [1-4]

Description de la localisation étudiée

Fosses nasales...	CIM-O-3	Correspondance en CIM-O-2	Correspondance en CIM-O-1	Correspondance en CIM-10
	Topographie	C30.0 à C31.9	C30.0 à C31.9	160.0 à 160.9	C30.0 à C31.9
Morphologie	Toutes, sauf tumeurs hématologiques ; comportement tumoral /3			

Ces cancers forment un groupe hétérogène d'un point de vue topographique et morphologique. Les cancers des fosses nasales sont les plus fréquents devant ceux du sinus maxillaire puis du sinus ethmoïdal. Ces cancers se développent soit, le plus souvent, aux dépens de la muqueuse de recouvrement des cavités, soit aux dépens des tissus de soutien osseux ou cartilagineux. Ainsi dans plus de 50 % des cas, il s'agit de carcinomes épidermoïdes ou d'adénocarcinomes, morphologie plus fréquente pour le sinus ethmoïdal.

Incidence

D'après les données des registres français, pour la période 2003-2007, les taux d'incidence standardisés sur la population mondiale de ces cancers variaient, selon les registres, de 0,8 à 1,5 pour 100 000 chez les hommes et de 0,2 à 0,6 chez les femmes [1].

Population d'étude

Cette étude a porté sur 651 cas pour l'analyse sur la période 2005-2010 et sur 1 081 cas pour l'analyse des tendances 1989-2010.

Remarque

En raison d'un nombre de cas et/ou de décès insuffisants (ou de leur répartition dans le temps), certains indicateurs n'ont pu être produits (survie nette selon l'âge par exemple) et certains tableaux/figures sont incomplets ou absents.

Survie sur la période la plus récente (2005-2010)

Survie observée et survie nette

La survie observée et la survie nette 5 ans après le diagnostic étaient respectivement de 44 % et 51 % (tableau 1).

La survie nette diminuait avec l'âge passant de 57 % à 5 ans chez les sujets les plus jeunes à 47 % pour les plus âgés (tableau 3, figure 1).

Variation selon le sexe et l'âge

La survie nette à 5 ans était de 53 % chez les hommes et de 46 % chez les femmes (tableau 1). La survie était meilleure chez les hommes (tableau 1).

Globalement, l'excès de mortalité était maximal immédiatement après le diagnostic puis diminuait rapidement pendant la première année. Au-delà, il continuait à décroître faiblement pour approcher zéro à 5 ans (figure 2).

Références

- [1] Forman D, Bray F, Brewster DH, Gombe Mbalawa C, Kohler B, Piñeros M, *et al.* Cancer Incidence in Five Continents, Vol. X [Internet]. Lyon: International Agency for Research on Cancer; 2013. [consulté le 23/01/2015]. Disponible à partir de l'URL : <http://ci5.iarc.fr>.
- [2] De Angelis R, Sant M, Coleman MP, Francisci S, Baili P, Pierannunzio D, *et al.* Cancer survival in Europe 1999-2007 by country and age: results of EURO-CARE-5 - a population-based study. *Lancet Oncol* 2014;15(1):23-34.
- [3] Survival of Cancer Patients in Europe The EURO-CARE-5 Study [Internet]. Roma : Istituto Superiore di Sanità [consulté le 25/02/2015]. Disponible à partir de l'URL : <https://w3.iss.it/site/EU5Results/>.
- [4] Maingon P. Tumors of the facial sinuses. *Cancer Radiother* 2001;5:597-605.
- [5] Jegoux F, Métreau A, Louvel G, Bedfert C. Paranasal sinus cancer. *Eur Ann Otorhinolaryngol Head Neck Dis* 2013;130(6):327-35.

Tendances de la survie nette sur l'ensemble de la période (1989-2010)

Sur l'ensemble de la période, la survie observée et la survie nette à 10 ans étaient respectivement de 28 % et 36 % (tableau 5). Après standardisation, la survie nette à 10 ans était de 36 % (tableau 6). La survie nette à 10 ans sur l'ensemble de la période est également présentée pour les différentes classes d'âge (tableau 7).

Tendances globales

La survie nette à 1 an était stable au cours du temps : elle était de 77 % pour les cas diagnostiqués en 1989-1993 et de 78 % pour les cas diagnostiqués en 2005-2010 (tableau 5).

La survie nette à 5 ans s'améliorait passant de 42 % pour les cas diagnostiqués en 1989-1993 à 52 % pour les cas diagnostiqués en 2005-2010 (tableau 5).

La survie nette à 10 ans passait de 31 % pour les cas diagnostiqués en 1989-1993 à 37 % pour les cas diagnostiqués en 1999-2004 (tableau 5).

Commentaires

Dans l'étude EURO-CARE-5, pour ces cancers, les taux de survie relative observés en France se situent dans la moyenne européenne [2;3]. En France avec 36 % de survie nette standardisée à 10 ans, ces cancers se situent parmi les cancers de mauvais pronostic parmi l'ensemble des localisations cancéreuses. L'interprétation des résultats doit toutefois tenir compte de la présence de types histologiques distincts, qui correspondent à des cancers d'étiologies très différentes et de pronostics différents. Le mauvais pronostic des tumeurs des sinus de la face est lié à la rareté des petites lésions au moment du diagnostic, au retard dans l'apparition de signes fonctionnels, en outre peu spécifiques. Ainsi la tumeur se développe longtemps sans obstacle dans les cavités sinusiennes [4;5]. Pour les cancers des fosses nasales et des sinus annexes, les facteurs de risque identifiés sont le tabagisme ainsi que les expositions professionnelles aux poussières de bois, aux poussières textiles, aux solvants et aux produits chimiques utilisés dans l'industrie du nickel et du cuir [6-10]. Le rôle exact de chacun de ces facteurs de risque n'est pas connu et n'est pas facile à établir compte tenu du caractère relativement rare de ces tumeurs. Au cours des périodes étudiées des améliorations de la survie étaient observées. Cette tendance pourrait se poursuivre grâce à des modifications récentes du gold standard thérapeutique, consistant à combiner de nouvelles techniques chirurgicales et de radiothérapie, et, grâce à l'amélioration des moyens de prévention primaire et de dépistage précoce [5].

-
- [6] Klein RG, Schmezer P, Amelung F, Schroeder HG, Woeste W, Wolf J. Carcinogenicity assays of wood dust and wood additives in rats exposed by long-term inhalation. *Int Arch Occup Environ Health* 2001;74(2):109-18.
- [7] Caplan LS, Hall HI, Levine RS, Zhu K. Preventable risk factors for nasal cancer. *Ann Epidemiol* 2000;10(3):186-91.
- [8] Luce D, Leclerc A, Morcet JF, Casal-Lareo A, Gérin M, Brugère J, et al. Occupational risk factors for sinonasal cancer: a case-control study in France. *Am J Ind Med* 1992;21(2):163-75.
- [9] Demers PA, Kogevinas M, Boffetta P, Leclerc A, Luce D, Gérin M, et al. Wood dust and sino-nasal cancer: pooled reanalysis of twelve case-control studies. *Am J Ind Med* 1995;28(2):151-66.
- [10] Luce D, Gérin M, Morcet JF, Leclerc A. Sinonasal cancer and occupational exposure to textile dust. *Am J Ind Med* 1997;32(3):205-10.

SURVIE À 1, 3 ET 5 ANS DES PERSONNES DIAGNOSTIQUÉES ENTRE 2005 ET 2010 (TOUS REGISTRÉS)

I TABLEAU 1 I	SURVIE OBSERVÉE ET NETTE (%) À 1, 3 ET 5 ANS SELON LE SEXE [IC À 95 %]					
	1 an		3 ans		5 ans	
	observée	nette	observée	nette	observée	nette
Homme	76 [72-80]	78 [74-82]	53 [49-58]	58 [53-63]	45 [40-50]	53 [47-59]
Femme	70 [63-77]	71 [65-79]	50 [44-58]	54 [46-62]	42 [35-51]	46 [38-56]
Tous	74 [71-77]	76 [72-79]	53 [49-57]	57 [53-61]	44 [40-48]	51 [46-56]

I TABLEAU 2 I	SURVIE NETTE STANDARDISÉE (%) À 1, 3 ET 5 ANS SELON LE SEXE [IC À 95 %]
---------------	---

Non présenté du fait d'effectifs par sexe et classe d'âge trop faibles.

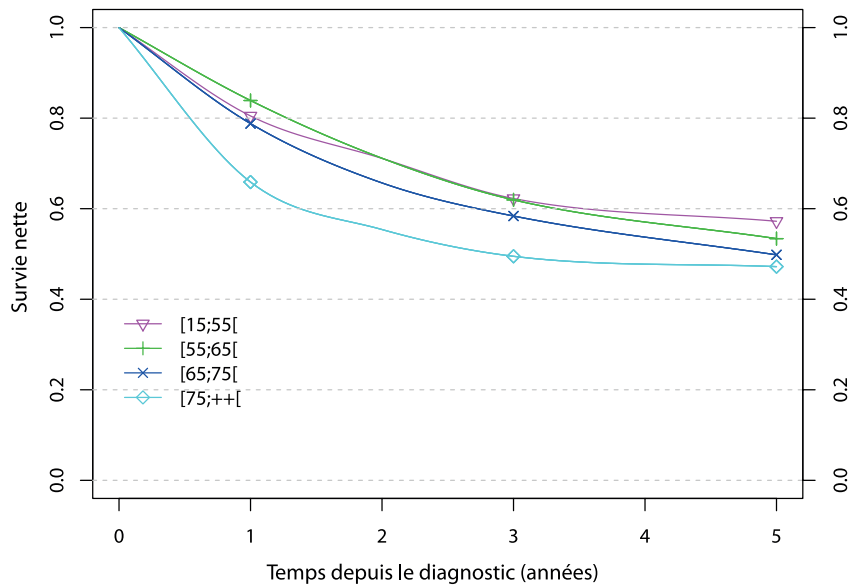
I TABLEAU 3 I	SURVIE OBSERVÉE ET NETTE (%) À 1, 3 ET 5 ANS SELON L'ÂGE [IC À 95 %]					
	1 an		3 ans		5 ans	
	observée	nette	observée	nette	observée	nette
[15;55[	80 [73-87]	80 [74-88]	61 [53-71]	62 [54-72]	56 [47-66]	57 [49-67]
[55;65[	83 [77-90]	84 [78-90]	60 [52-69]	62 [54-71]	51 [43-60]	53 [45-63]
[65;75[	77 [71-84]	79 [73-86]	55 [48-63]	58 [51-67]	45 [38-54]	50 [42-60]
[75;++[	62 [56-69]	66 [59-73]	41 [35-48]	49 [42-58]	33 [27-40]	47 [38-58]
Tous	74 [71-77]	76 [72-79]	53 [49-57]	57 [53-61]	44 [40-48]	51 [46-56]

I TABLEAU 4 I	SURVIE NETTE (%) À 1, 3 ET 5 ANS SELON L'ÂGE, CHEZ L'HOMME ET CHEZ LA FEMME [IC À 95 %]
---------------	---

Non présenté du fait d'effectifs par sexe et classe d'âge trop faibles.

I FIGURE 1 I

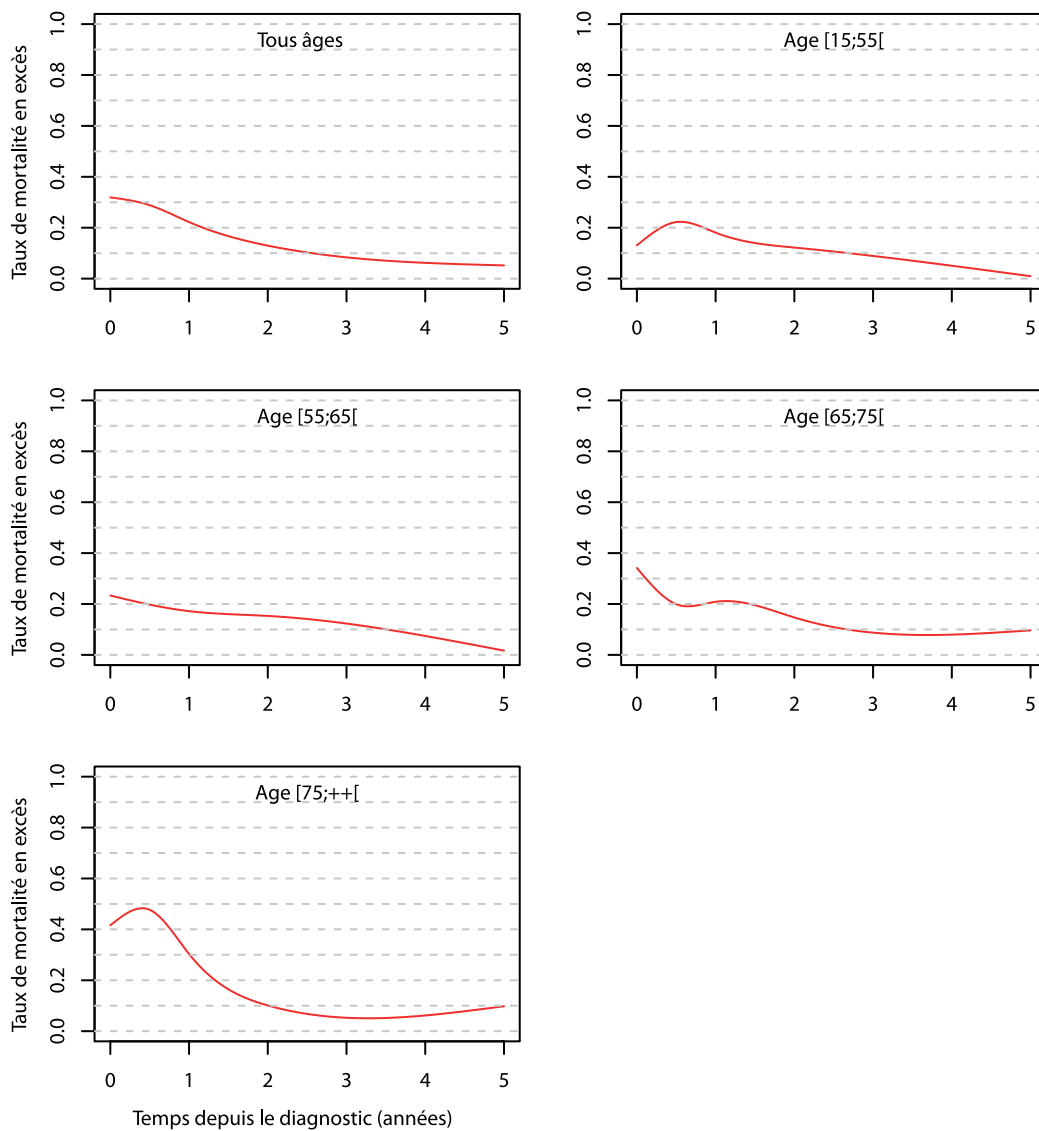
SURVIE NETTE SELON L'ÂGE EN FONCTION DU TEMPS DEPUIS LE DIAGNOSTIC



I FIGURE 2 I

TAUX DE MORTALITÉ EN EXCÈS EN FONCTION DU TEMPS DEPUIS LE DIAGNOSTIC, TOUS ÂGES ET PAR CLASSE D'ÂGE

Le taux est exprimé en nombre de décès pour une personne-année.



Pour une interprétation correcte de ces figures, il est impératif de se référer au paragraphe « Point particulier : les figures des taux de mortalité en excès » du chapitre « Présentation des résultats et guide de lecture » (p. 28-29).

TENDANCES DE LA SURVIE À 1, 5 ET 10 ANS POUR LES PERSONNES DIAGNOSTIQUÉES ENTRE 1989 ET 2010 (RESTRICTION AUX REGISTRES COUVRANT L'ENSEMBLE DE LA PÉRIODE 1989-2010)

I TABLEAU 5 I	SURVIE OBSERVÉE ET NETTE (%) À 1, 5 ET 10 ANS PAR PÉRIODE DE DIAGNOSTIC [IC À 95 %]					
	1 an		5 ans		10 ans	
	observée	nette	observée	nette	observée	nette
1989-1993	75 [69-80]	77 [71-83]	37 [31-43]	42 [35-50]	24 [19-30]	31 [24-40]
1994-1998	72 [66-78]	74 [68-80]	42 [36-49]	47 [40-55]	27 [22-34]	37 [29-46]
1999-2004	75 [70-80]	77 [72-82]	43 [38-49]	49 [42-56]	28 [23-34]	37 [29-46]
2005-2010	76 [72-81]	78 [74-83]	45 [40-51]	52 [45-59]	ND	ND
Toutes périodes	75 [72-77]	77 [74-79]	42 [39-45]	47 [44-51]	28 [25-31]	36 [32-41]

ND : Non disponible.

I TABLEAU 6 I	SURVIE NETTE STANDARDISÉE (%) À 1, 5 ET 10 ANS SELON LE SEXE PAR PÉRIODE DE DIAGNOSTIC [IC À 95 %]		
	Tous sexes		
	1 an	5 ans	10 ans
Toutes périodes	76 [74-79]	47 [43-51]	36 [31-41]

ND : Non disponible.

Le détail par sexe et période de diagnostic n'est pas présenté du fait d'effectifs trop faibles pour la standardisation.

I TABLEAU 7 I	SURVIE NETTE (%) À 1, 5 ET 10 ANS SELON L'ÂGE PAR PÉRIODE DE DIAGNOSTIC [IC À 95 %]		
	1 an	5 ans	10 ans
Âge [15;55[
Toutes périodes	80 [75-86]	50 [43-57]	42 [35-50]
Âge [55;65[
Toutes périodes	78 [74-84]	54 [48-61]	39 [33-47]
Âge [65;75[
Toutes périodes	81 [76-85]	48 [42-55]	37 [31-45]
Âge [75;++[
Toutes périodes	67 [62-74]	38 [31-48]	28 [18-45]

Le détail par période de diagnostic n'est pas présenté du fait d'effectifs par classe d'âge trop faibles.

Description de la localisation étudiée

Larynx	CIM-O-3	Correspondance en CIM-O-2	Correspondance en CIM-O-1	Correspondance en CIM-10
	Topographie	C32.0 à C32.9	C32.0 à C32.9	161.0 à 161.9	C32.0 à C32.9
Morphologie	Toutes, sauf tumeurs hématologiques ; comportement tumoral /3			

La majorité des cancers du larynx sont des carcinomes épidermoïdes. Les lymphomes du larynx, relativement fréquents, sont analysés avec les autres localisations des lymphomes et ne sont pas inclus dans les résultats présentés ci-dessous.

Incidence

En France, pour l'année 2012, le nombre de nouveaux cas de cancer du larynx était estimé à environ 3 300, dont 85 % sont survenus chez les hommes [1].

Population d'étude

Cette étude a porté sur 3 316 cas pour l'analyse sur la période 2005-2010 et sur 6 404 cas pour l'analyse des tendances 1989-2010.

Remarque

En raison d'un nombre de cas et/ou de décès insuffisants (ou de leur répartition dans le temps), certains indicateurs n'ont pu être produits (survie nette selon l'âge par exemple) et certains tableaux/figures sont incomplets ou absents.

Survie sur la période la plus récente (2005-2010)

Survie observée et survie nette

La survie observée et la survie nette 5 ans après le diagnostic étaient respectivement de 52 % et de 57 % (tableau 1).

Variation selon le sexe et l'âge

La survie nette à 5 ans était de 57 % chez les hommes et de 60 % chez les femmes (tableau 1). Après standardisation, la survie nette à 5 ans était de 56 % chez les hommes et de 59 % chez les femmes (tableau 2). L'écart de survie entre hommes et femmes était donc faible et ne variait pas notablement d'une classe d'âge à l'autre (tableau 4).

La survie nette diminuait avec l'âge passant de 61 % à 5 ans chez les sujets les plus jeunes à 48 % chez les plus âgés (tableaux 3 et 4, figure 1).

Globalement, l'excès de mortalité était maximal immédiatement après le diagnostic, puis diminuait progressivement jusqu'à 3 ans, délai au bout duquel les variations ne semblaient plus significatives. Cet excès de mortalité initial était surtout marqué chez les sujets de 75 ans et plus (figure 2).

Références

- [1] Binder-Foucard F, Bossard N, Delafosse P, Belot A, Woronoff AS, Remontet L, *et al.* Cancer incidence and mortality in France over the 1980-2012 period: solid tumors. *Rev Epidemiol Sante Publique* 2014;62:95-108.
- [2] Survival of Cancer Patients in Europe The EUROCARE-5 Study [Internet]. Roma : Istituto Superiore di Sanità. [consulté le 14/04/2015]. Disponible à partir de l'URL : <https://w3.iss.it/site/EU5Results/>.
- [3] Zigon G, Berrino F, Gatta G, Sánchez MJ, van Dijk B, Van Eycken E, *et al.* Prognoses for head and neck cancers in Europe diagnosed in 1995-1999: a population-based study. *Ann Oncol* 2011;22:165-74.
- [4] Ellis L, Rachet B, Birchall M, Coleman MP. Trends and inequalities in laryngeal cancer survival in men and women: England and Wales 1991-2006. *Oral Oncol* 2012;48:284-9.
- [5] Howlader N, Noone AM, Krapcho M, Garshell J, Miller D, Altekruse SF, *et al.* SEER Cancer Statistics Review, 1975-2011 [Internet]. Bethesda: National Cancer Institute; 2014. [consulté le 17/04/2015]. Disponible à partir de l'URL : http://seer.cancer.gov/csr/1975_2011/.

Tendances de la survie nette sur l'ensemble de la période (1989-2010)

Sur l'ensemble de la période, la survie observée et la survie nette à 10 ans étaient respectivement de 32 % et de 42 % (tableau 5). Après standardisation, la survie nette à 10 ans était de 41 % (tableau 6).

Tendances globales

La survie nette à 1 an ne variait pas au cours du temps et était de 83 % quelle que soit la période (tableau 5). Après standardisation, on observait une légère augmentation, quoique non significative, la survie nette standardisée passant de 80 % en 1989-1993 à 82 % en 2005-2010 (tableau 6).

La survie nette à 5 ans augmentait légèrement, passant de 53 % pour les cas diagnostiqués en 1989-1993 à 59 % pour les cas diagnostiqués en 2005-2010 (tableau 5). Après standardisation, les chiffres correspondants étaient de 52 % et de 59 % (tableau 6).

La survie nette à 10 ans ne présentait pas d'évolution significative, variant de 40 % pour les cas diagnostiqués en 1989-1993 à 41 % pour les cas diagnostiqués en 1999-2004 (tableau 5). Après standardisation, les chiffres correspondants étaient de 42 % et de 40 % (tableau 6).

Tendances selon le sexe

Aucune étude de tendance selon le sexe n'a été réalisée du fait d'effectifs trop faibles pour la standardisation chez les femmes (tableau 6).

Tendances selon l'âge

L'analyse par classe d'âge ne révélait pas d'évolution significativement différente pour une classe d'âge en particulier (tableau 7).

Survie à 15 ans chez les personnes âgées de moins de 75 ans

La survie nette à 15 ans diminuait avec l'âge, passant de 36 % pour les sujets de moins de 55 ans à 27 % pour les sujets les plus âgés, pour les cas diagnostiqués en 1989-1998 (tableau 8).

Commentaires

Les cancers du larynx font partie des localisations cancéreuses de pronostic intermédiaire. La survie de ces cancers a peu évolué au cours de la période de diagnostic étudiée (1989-2010), même si une légère amélioration de la survie nette à 5 ans semble se dessiner pour les années récentes, traduisant l'absence de progrès notable dans la détection précoce et le traitement de ces cancers.

Ce sont cependant les cancers au pronostic le plus favorable parmi les cancers des voies aéro-digestives supérieures. Ils se caractérisent également par une différence relativement faible entre les hommes et les femmes.

Dans l'étude EUROCARE-5, correspondant à la période 2000-2007, la France continuait à se situer parmi les pays européens ayant la plus faible survie relative pour cette localisation (53 % à 5 ans). Seuls les pays de l'Est avaient une survie relative à 5 ans encore plus faible, de l'ordre de 45 %. À l'inverse, les valeurs les plus élevées étaient observées en Islande, en Irlande du Nord et en Italie où la survie relative atteignait 70 %. Ces valeurs ne peuvent pas être comparées directement aux estimations de la présente étude en raison de l'utilisation de méthodes différentes [2].

La situation défavorable de la France ne s'explique pas par une répartition différente des sous-localisations anatomiques d'un pays à l'autre. En effet, pour les cas de la période 1995-1999, après ajustement sur la sous-localisation, la France présentait toujours une survie significativement moins élevée que la plupart des autres pays [3]. Il n'est toutefois pas exclu qu'une partie des différences entre pays soit liée à des difficultés de classement de ces cancers par sous-localisation, comme en témoigne la proportion élevée de cas classés en « larynx sans autre indication » ou dans la catégorie « lésions à localisations contiguës du larynx ».

Notre analyse rejoint les conclusions d'une étude menée en Angleterre et au Pays de Galles sur les cas diagnostiqués entre 1991 et 2006 qui montre que la survie relative à 1 et 5 ans a très peu varié au cours de cette période [4].

De même, aux États-Unis, les données de 9 registres du SEER Program montrent que la survie relative à 5 ans n'a pratiquement pas varié pour les cas diagnostiqués entre 1975 et 2006, et qu'elle s'établit aux alentours de 63 % [5].

Les sujets qui sont atteints de ce cancer sont exposés à un risque élevé de survenue de cancers ultérieurs, en raison de la forte association de ce cancer avec la consommation de tabac et d'alcool.

SURVIE À 1, 3 ET 5 ANS DES PERSONNES DIAGNOSTIQUÉES ENTRE 2005 ET 2010 (TOUS REGISTRÉS)

I TABLEAU 1 I	SURVIE OBSERVÉE ET NETTE (%) À 1, 3 ET 5 ANS SELON LE SEXE [IC À 95 %]					
	1 an		3 ans		5 ans	
	observée	nette	observée	nette	observée	nette
Homme	81 [80-83]	83 [82-84]	62 [60-64]	66 [64-68]	51 [50-53]	57 [55-59]
Femme	80 [76-84]	81 [77-85]	62 [57-68]	65 [60-70]	56 [50-61]	60 [54-66]
Tous	81 [80-82]	83 [81-84]	62 [60-64]	66 [64-67]	52 [50-54]	57 [55-59]

I TABLEAU 2 I	SURVIE NETTE STANDARDISÉE (%) À 1, 3 ET 5 ANS SELON LE SEXE [IC À 95 %]		
	1 an	3 ans	5 ans
	Homme	82 [80-83]	64 [62-67]	56 [53-59]
Femme	80 [76-84]	64 [58-69]	59 [53-66]
Tous	81 [80-83]	64 [62-66]	56 [54-59]

I TABLEAU 3 I	SURVIE OBSERVÉE ET NETTE (%) À 1, 3 ET 5 ANS SELON L'ÂGE [IC À 95 %]					
	1 an		3 ans		5 ans	
	observée	nette	observée	nette	observée	nette
[15;55[	86 [84-89]	87 [84-89]	68 [65-72]	69 [66-73]	60 [56-64]	61 [58-65]
[55;65[	85 [83-87]	86 [84-88]	66 [64-69]	68 [65-71]	56 [53-59]	59 [56-62]
[65;75[	80 [77-83]	81 [79-84]	63 [60-66]	67 [63-70]	52 [49-56]	58 [54-62]
[75;++[	70 [66-73]	74 [70-78]	46 [43-50]	56 [51-61]	35 [32-40]	48 [42-55]
Tous	81 [80-82]	83 [81-84]	62 [60-64]	66 [64-67]	52 [50-54]	57 [55-59]

I TABLEAU 4 I	SURVIE NETTE (%) À 1, 3 ET 5 ANS SELON L'ÂGE, CHEZ L'HOMME ET CHEZ LA FEMME [IC À 95 %]					
	1 an		3 ans		5 ans	
	Homme	Femme	Homme	Femme	Homme	Femme
[15;55[	87 [84-89]	89 [82-96]	69 [65-73]	72 [63-82]	61 [57-65]	64 [54-76]
[55;65[	86 [84-88]	84 [77-91]	68 [65-71]	69 [61-78]	59 [55-62]	62 [52-72]
[65;75[	81 [78-84]	84 [75-93]	67 [63-71]	64 [54-77]	58 [54-63]	60 [48-74]
[75;++[	75 [71-80]	67 [57-78]	56 [51-62]	53 [42-66]	48 [41-56]	54 [41-70]
Tous	83 [82-84]	81 [77-85]	66 [64-68]	65 [60-70]	57 [55-59]	60 [54-66]

FIGURE 1 |

SURVIE NETTE SELON L'ÂGE EN FONCTION DU TEMPS DEPUIS LE DIAGNOSTIC

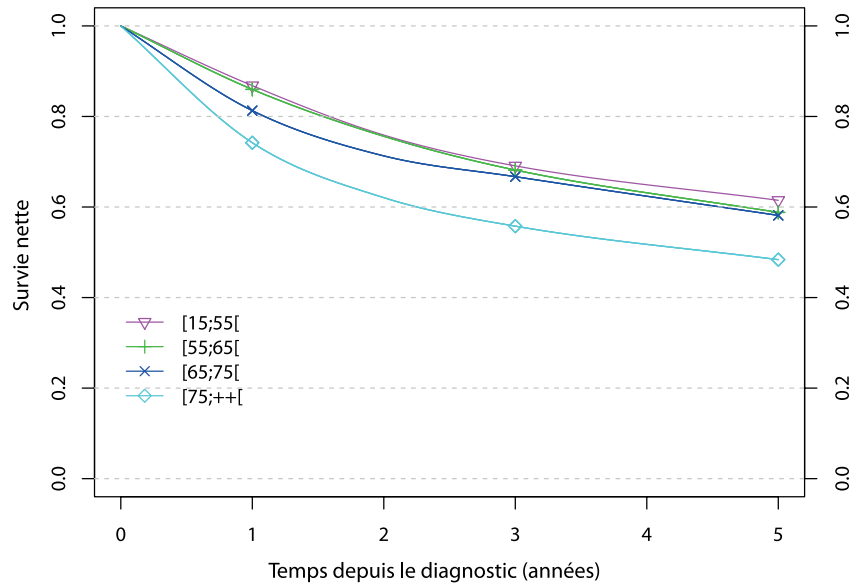
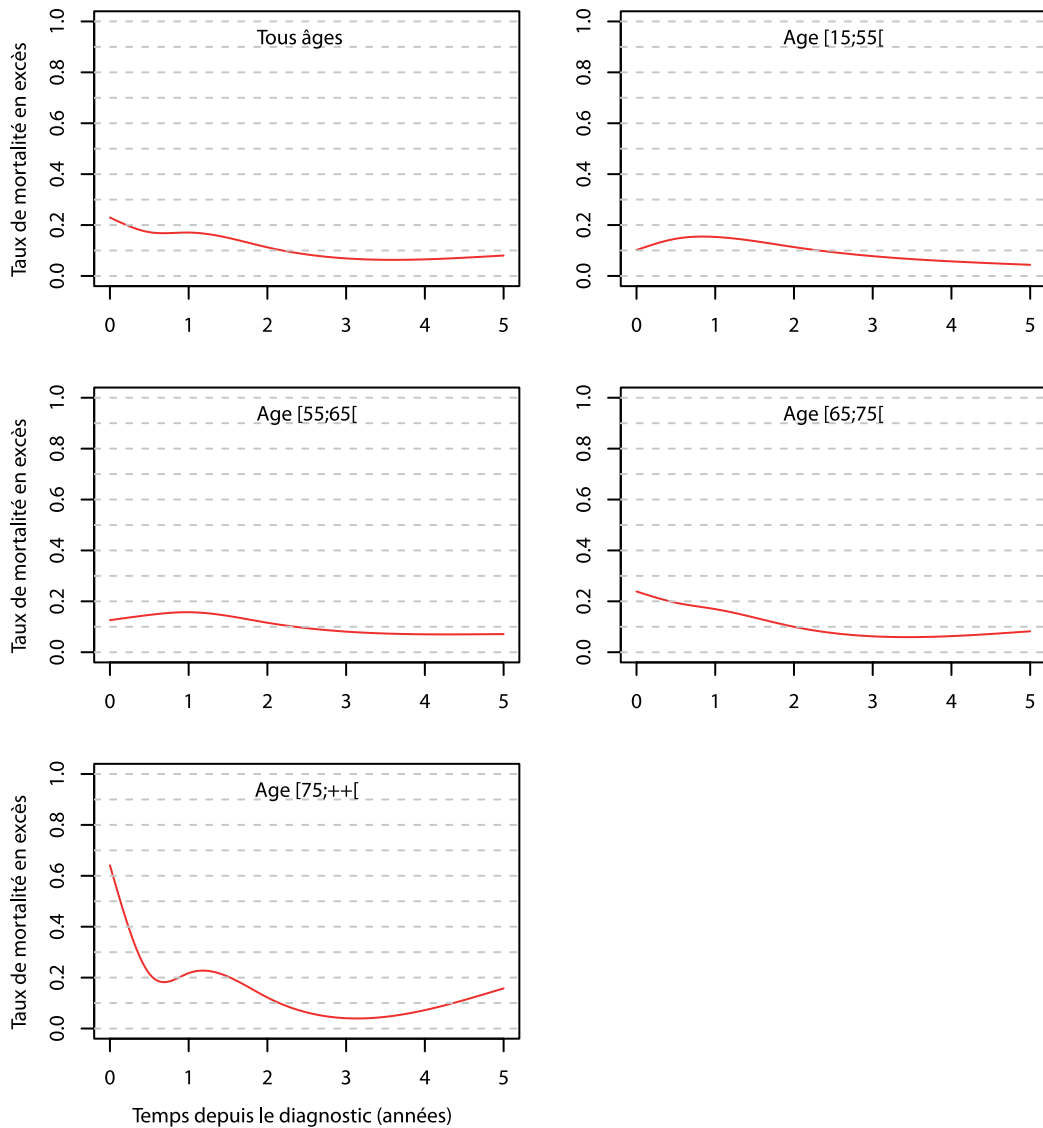


FIGURE 2 |

TAUX DE MORTALITÉ EN EXCÈS EN FONCTION DU TEMPS DEPUIS LE DIAGNOSTIC, TOUS ÂGES ET PAR CLASSE D'ÂGE

Le taux est exprimé en nombre de décès pour une personne-année.



Pour une interprétation correcte de ces figures, il est impératif de se référer au paragraphe « Point particulier : les figures des taux de mortalité en excès » du chapitre « Présentation des résultats et guide de lecture » (p. 28-29).

TENDANCES DE LA SURVIE À 1, 5 ET 10 ANS POUR LES PERSONNES DIAGNOSTIQUÉES ENTRE 1989 ET 2010 (RESTRICTION AUX REGISTRES COUVRANT L'ENSEMBLE DE LA PÉRIODE 1989-2010)

I TABLEAU 5 I	SURVIE OBSERVÉE ET NETTE (%) À 1, 5 ET 10 ANS PAR PÉRIODE DE DIAGNOSTIC [IC À 95 %]					
	1 an		5 ans		10 ans	
	observée	nette	observée	nette	observée	nette
1989-1993	81 [79-83]	83 [81-85]	47 [44-49]	53 [50-56]	30 [28-32]	40 [37-44]
1994-1998	81 [79-83]	83 [81-85]	48 [46-51]	54 [51-57]	32 [30-35]	42 [38-46]
1999-2004	81 [79-83]	83 [81-85]	49 [46-51]	55 [52-57]	33 [30-35]	41 [38-44]
2005-2010	82 [80-84]	83 [81-85]	54 [51-57]	59 [56-63]	ND	ND
Toutes périodes	81 [80-82]	83 [82-84]	49 [48-51]	55 [54-57]	32 [31-34]	42 [40-44]

ND : Non disponible.

I TABLEAU 6 I	SURVIE NETTE STANDARDISÉE (%) À 1, 5 ET 10 ANS SELON LE SEXE PAR PÉRIODE DE DIAGNOSTIC [IC À 95 %]					
	Homme			Tous sexes		
	1 an	5 ans	10 ans	1 an	5 ans	10 ans
1989-1993	80 [77-83]	50 [47-55]	42 [35-49]	80 [78-83]	52 [48-56]	42 [37-49]
1994-1998	81 [79-84]	51 [48-55]	40 [36-45]	81 [78-83]	52 [48-55]	40 [35-46]
1999-2004	82 [79-84]	53 [50-57]	38 [34-43]	82 [79-84]	53 [50-57]	40 [36-44]
2005-2010	83 [81-85]	59 [55-63]	ND	82 [80-84]	59 [55-63]	ND
Toutes périodes	82 [80-83]	53 [52-55]	41 [38-43]	81 [80-83]	54 [52-56]	41 [39-44]

ND : Non disponible.

Non présenté pour les femmes du fait d'effectifs trop faibles pour la standardisation.

I TABLEAU 7 I		SURVIE NETTE (%) À 1, 5 ET 10 ANS SELON L'ÂGE PAR PÉRIODE DE DIAGNOSTIC [IC À 95 %]		
	1 an	5 ans	10 ans	
Âge [15;55[
1989-1993	90 [87-93]	59 [54-64]	44 [39-49]	
1994-1998	88 [85-91]	60 [55-65]	45 [40-50]	
1999-2004	87 [84-91]	59 [54-64]	49 [44-54]	
2005-2010	87 [84-91]	66 [61-72]	ND	
Toutes périodes	88 [86-90]	60 [58-63]	47 [44-50]	
Âge [55;65[
1989-1993	85 [82-88]	52 [48-57]	36 [31-40]	
1994-1998	86 [83-89]	56 [51-61]	44 [39-49]	
1999-2004	85 [81-88]	58 [54-64]	43 [39-49]	
2005-2010	86 [83-89]	59 [55-64]	ND	
Toutes périodes	85 [84-87]	56 [54-59]	41 [38-44]	
Âge [65;75[
1989-1993	80 [76-84]	50 [45-56]	40 [34-46]	
1994-1998	81 [77-85]	53 [47-58]	41 [35-47]	
1999-2004	83 [80-87]	52 [47-57]	38 [33-44]	
2005-2010	82 [78-86]	58 [53-65]	ND	
Toutes périodes	82 [80-84]	53 [50-56]	40 [37-44]	
Âge [75;++[
1989-1993	71 [64-79]	49 [39-61]	49 ¹ [33-74]	
1994-1998	72 [66-79]	42 [33-52]	35 [22-56]	
1999-2004	74 [68-80]	47 [39-57]	32 [22-47]	
2005-2010	76 [70-81]	53 [44-65]	ND	
Toutes périodes	74 [71-77]	48 [44-54]	39 [31-49]	

ND : Non disponible.

¹ Lorsque le taux de mortalité en excès est proche de zéro ou que les effectifs sont faibles en fin de suivi, la variabilité de l'estimateur peut occasionner une courbe estimée de la survie nette non monotone. Dans ce cas, la survie nette à 10 ans présentée reprend la valeur observée à 5 ans.

SURVIE À 1, 5, 10 ET 15 ANS DES PERSONNES DE MOINS DE 75 ANS DIAGNOSTIQUÉES ENTRE 1989 ET 1998 (RESTRICTION AUX REGISTRES COUVRANT L'ENSEMBLE DE LA PÉRIODE 1989-2010)

I TABLEAU 8 I	SURVIE NETTE (%) À LONG TERME SELON L'ÂGE (ÂGE <75 ANS) [IC À 95 %]			
	1 an	5 ans	10 ans	15 ans
Âge [15;55[
1989-1998	89 [86-91]	59 [56-63]	44 [41-48]	36 [32-40]
Âge [55;65[
1989-1998	85 [83-88]	54 [51-57]	39 [36-43]	28 [25-32]
Âge [65;75[
1989-1998	80 [78-83]	51 [48-55]	40 [36-45]	27 [23-32]

Description de la localisation étudiée

CIM-O-3	CIM-O-3	Correspondance en CIM-O-2	Correspondance en CIM-O-1	Correspondance en CIM-10	
Poumon	Topographie	C33.9 et C34.0 à C34.9	C33.9 et C34.0 à C34.9	162.0 à 162.9	C33.9 et C34.0 à C34.9
	Morphologie	Toutes, sauf tumeurs hématologiques ; comportement tumoral /3			

Incidence

En France, pour l'année 2012, le nombre de nouveaux cas de cancer du poumon était estimé à 39 495, dont 71 % chez l'homme [1].

Population d'étude

Cette étude a porté sur 33 850 cas pour l'analyse sur la période 2005-2010 et sur 51 644 cas pour l'analyse des tendances 1989-2010.

Survie sur la période la plus récente (2005-2010)

Survie observée et survie nette

La survie observée et la survie nette 5 ans après le diagnostic étaient respectivement de 15 % et 17 % (tableau 1).

Variation selon le sexe et l'âge

La survie nette à 5 ans était de 16 % chez les hommes et de 20 % chez les femmes (tableau 1). Après standardisation, les résultats sont identiques (tableau 2). La survie était moins défavorable pour les femmes, globalement et pour chaque tranche d'âge hormis pour la catégorie des 75 ans et plus (tableau 4).

La survie nette diminuait avec l'âge passant de 25 % à 5 ans chez les sujets les plus jeunes à 10 % pour les plus âgés (tableaux 3 et 4, figure 1).

Globalement, l'excès de mortalité était maximal immédiatement après le diagnostic puis diminuait régulièrement. La mortalité la plus élevée était observée la première année suivant le diagnostic

puis diminuait rapidement jusqu'à la troisième année. Au-delà, elle continuait à décroître faiblement. Cet excès de mortalité initial était nettement plus important chez les sujets âgés de 75 ans et plus (figure 2).

Tendances de la survie nette sur l'ensemble de la période (1989-2010)

Sur l'ensemble de la période, la survie observée et la survie nette à 10 ans étaient respectivement de 8 % et 10 % (tableau 5). Après standardisation, la survie nette à 10 ans était de 10 % (9 % chez l'homme et 13 % chez la femme) (tableau 6).

Tendances globales

La survie nette à 1 an s'améliorait au cours du temps passant de 42 % pour les cas diagnostiqués en 1989-1993 à 47 % pour les cas diagnostiqués en 2005-2010 (tableau 5). Après standardisation, les chiffres correspondants étaient de 40 % et 47 % (tableau 6).

Références

- [1] Binder-Foucard F, Bossard N, Delafosse P, Belot A, Woronoff AS, Remontet L, *et al.* Cancer incidence and mortality in France over the 1980-2012 period: solid tumors. *Rev Epidemiol Sante Publique* 2014;62(2):95-108.
- [2] DeAngelis R, Sant M, Coleman MP, Francisci S, Baili P, Pierannunzio D, *et al.* Cancer survival in Europe 1999-2007 by country and age: results of EURO-CARE-5- a population-based study. *Lancet Oncol* 2014;15:23-34.
- [3] Howlader N, Noone AM, Krapcho M, Garshell J, Miller D, Altekruse SF, *et al.* SEER Cancer Statistics Review, 1975-2011 [Internet]. Bethesda: National Cancer Institute; 2014. [consulté le 12/03/2015]. Disponible à partir de l'URL : http://seer.cancer.gov/csr/1975_2011/.
- [4] Walters S, Maringe C, Coleman MP, Peake MD, Butler J, Young N, *et al.* Lung cancer survival and stage at diagnosis in Australia, Canada, Denmark, Norway, Sweden and the UK: a population-based study, 2004-2007. *Thorax* 2013;68(6):551-64.
- [5] Infante M, Cavuto S, Lutman FR, Passera E, Chiarenza M, Chiesa G, *et al.* Long-term Follow-up Results of the DANTE Trial, a Randomized Study of Lung Cancer Screening with Spiral Computed Tomography. *Am J Respir Crit Care Med*. À paraître.

La survie nette à 5 ans s'améliorait également passant de 13 % pour les cas diagnostiqués en 1989-1993 à 17 % pour les cas diagnostiqués en 2005-2010 (tableau 5). Après standardisation, les chiffres étaient identiques (tableau 6).

La survie nette à 10 ans était similaire pour les différentes périodes, 9 % pour 1989-1993 et 1994-1998 et 10 % pour la période 1999-2004 (tableau 5). Après standardisation, les chiffres correspondants étaient de 8 % et de 10 % (tableau 6).

Tendances selon le sexe

Une légère amélioration de la survie nette standardisée à 1 an et à 5 ans était observée chez les hommes. Pour les femmes, la survie nette standardisée à 1 an s'améliorait au cours du temps passant de 42 % pour les cas diagnostiqués en 1989-1993 à 52 % pour les cas diagnostiqués en 2005-2010. On ne constatait en revanche pas d'amélioration de la survie nette standardisée à 5 ans chez les femmes (tableau 6).

Tendances selon l'âge

Une légère amélioration de la survie était observée pour toutes les tranches d'âge, essentiellement à 1 an et à 5 ans (tableau 7). Le taux de mortalité en excès, maximal jusqu'à la fin de la première année, a diminué entre 1989-1993 et 2005-2010, particulièrement pour les sujets de moins de 75 ans (figure 3).

Survie à 15 ans chez les personnes âgées de moins de 75 ans

La survie nette à 15 ans variait entre 14 % et 5 % en fonction de l'âge pour les cas diagnostiqués en 1989-1998 (tableau 8).

Commentaires

Le pronostic des cancers du poumon est parmi les plus péjoratifs. Dans la dernière étude EUROCARE, la survie à 5 ans en France est située dans la moyenne de celle des autres pays d'Europe [2]. Elle est également proche de la survie estimée aux États-Unis pour la période 2004-2010 (16,8 %) [3], cependant les méthodes de calcul différent. Pour cette pathologie, la survie observée et la survie nette sont très « proches », les décès étant le plus souvent liés au cancer, contrairement aux localisations de pronostic favorable. Seul un diagnostic précoce permet une chirurgie curatrice, or, les cancers du poumon sont le plus souvent diagnostiqués à un stade avancé. Les différences de survie selon le stade [4] montrent l'intérêt d'un diagnostic plus précoce, voire d'un dépistage dans une population ciblée [5]. Des changements majeurs dans la prise en charge des cancers non à petites cellules avec la prescription de nouvelles thérapeutiques guidées par le type histologique de la tumeur et ses altérations moléculaires permettront probablement de conforter une amélioration de la survie qui est restée modeste durant les 20 dernières années.

Le cancer du poumon est toujours au premier rang de la mortalité par cancer. La prévention du tabagisme reste essentielle pour lutter contre la mortalité liée à ce cancer, notamment chez la femme, chez laquelle l'incidence est toujours en forte augmentation en France [1].

SURVIE À 1, 3 ET 5 ANS DES PERSONNES DIAGNOSTIQUÉES ENTRE 2005 ET 2010 (TOUS REGISTRÉS)

I TABLEAU 1 |	SURVIE OBSERVÉE ET NETTE (%) À 1, 3 ET 5 ANS SELON LE SEXE [IC À 95 %]					
	1 an		3 ans		5 ans	
	observée	nette	observée	nette	observée	nette
Homme	44 [43-44]	45 [44-45]	19 [19-20]	21 [20-21]	14 [14-15]	16 [15-16]
Femme	50 [49-51]	51 [49-52]	25 [24-26]	26 [25-27]	19 [18-20]	20 [19-21]
Tous	45 [45-46]	46 [46-47]	21 [20-21]	22 [22-23]	15 [15-16]	17 [16-17]

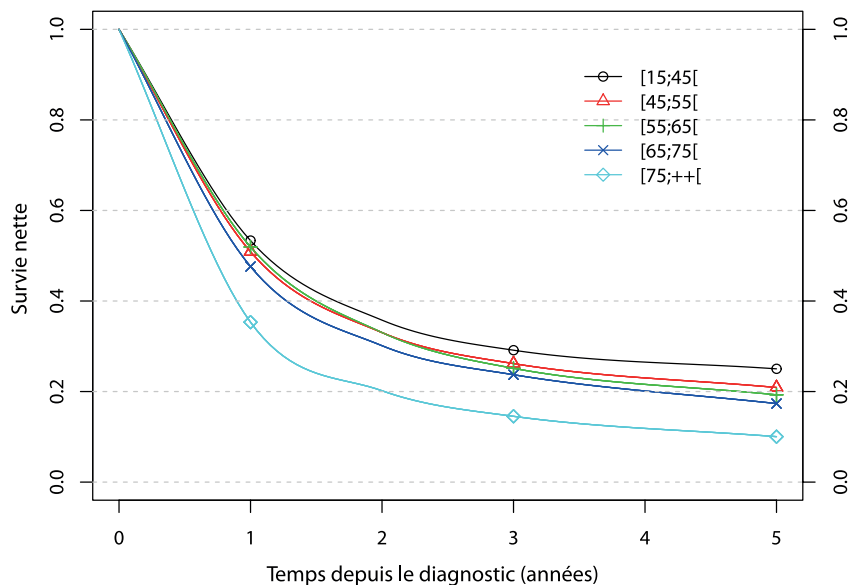
I TABLEAU 2 |	SURVIE NETTE STANDARDISÉE (%) À 1, 3 ET 5 ANS SELON LE SEXE [IC À 95 %]		
	1 an	3 ans	5 ans
	Homme	44 [44-45]	21 [20-21]	16 [15-16]
Femme	50 [49-52]	26 [25-27]	20 [19-21]
Tous	46 [45-46]	22 [22-23]	17 [16-17]

I TABLEAU 3 |	SURVIE OBSERVÉE ET NETTE (%) À 1, 3 ET 5 ANS SELON L'ÂGE [IC À 95 %]					
	1 an		3 ans		5 ans	
	observée	nette	observée	nette	observée	nette
[15;45[	53 [50-56]	53 [50-57]	29 [26-32]	29 [26-32]	25 [22-28]	25 [22-28]
[45;55[	51 [49-52]	51 [49-52]	26 [25-27]	26 [25-27]	20 [19-22]	21 [20-22]
[55;65[	51 [50-52]	52 [51-53]	24 [24-25]	25 [24-26]	18 [17-19]	19 [18-20]
[65;75[	47 [46-48]	48 [47-49]	22 [22-23]	24 [23-25]	16 [15-16]	17 [16-18]
[75;+ +[	33 [32-34]	35 [34-36]	12 [12-13]	15 [14-15]	8 [7-8]	10 [9-11]
Tous	45 [45-46]	46 [46-47]	21 [20-21]	22 [22-23]	15 [15-16]	17 [16-17]

I TABLEAU 4 |	SURVIE NETTE (%) À 1, 3 ET 5 ANS SELON L'ÂGE, CHEZ L'HOMME ET CHEZ LA FEMME [IC À 95 %]					
	1 an		3 ans		5 ans	
	Homme	Femme	Homme	Femme	Homme	Femme
[15;45[	50 [46-54]	58 [53-63]	24 [21-28]	37 [32-42]	20 [17-24]	32 [28-38]
[45;55[	48 [47-50]	57 [55-60]	24 [22-25]	32 [30-35]	19 [18-20]	25 [23-28]
[55;65[	50 [49-51]	58 [56-61]	24 [23-25]	29 [27-31]	18 [17-19]	23 [21-25]
[65;75[	46 [45-48]	53 [50-55]	22 [21-23]	29 [27-31]	17 [16-18]	20 [18-23]
[75;+ +[	35 [33-36]	37 [35-39]	14 [13-15]	16 [15-18]	10 [9-11]	11 [10-13]
Tous	45 [44-45]	51 [49-52]	21 [20-21]	26 [25-27]	16 [15-16]	20 [19-21]

I FIGURE 1 I

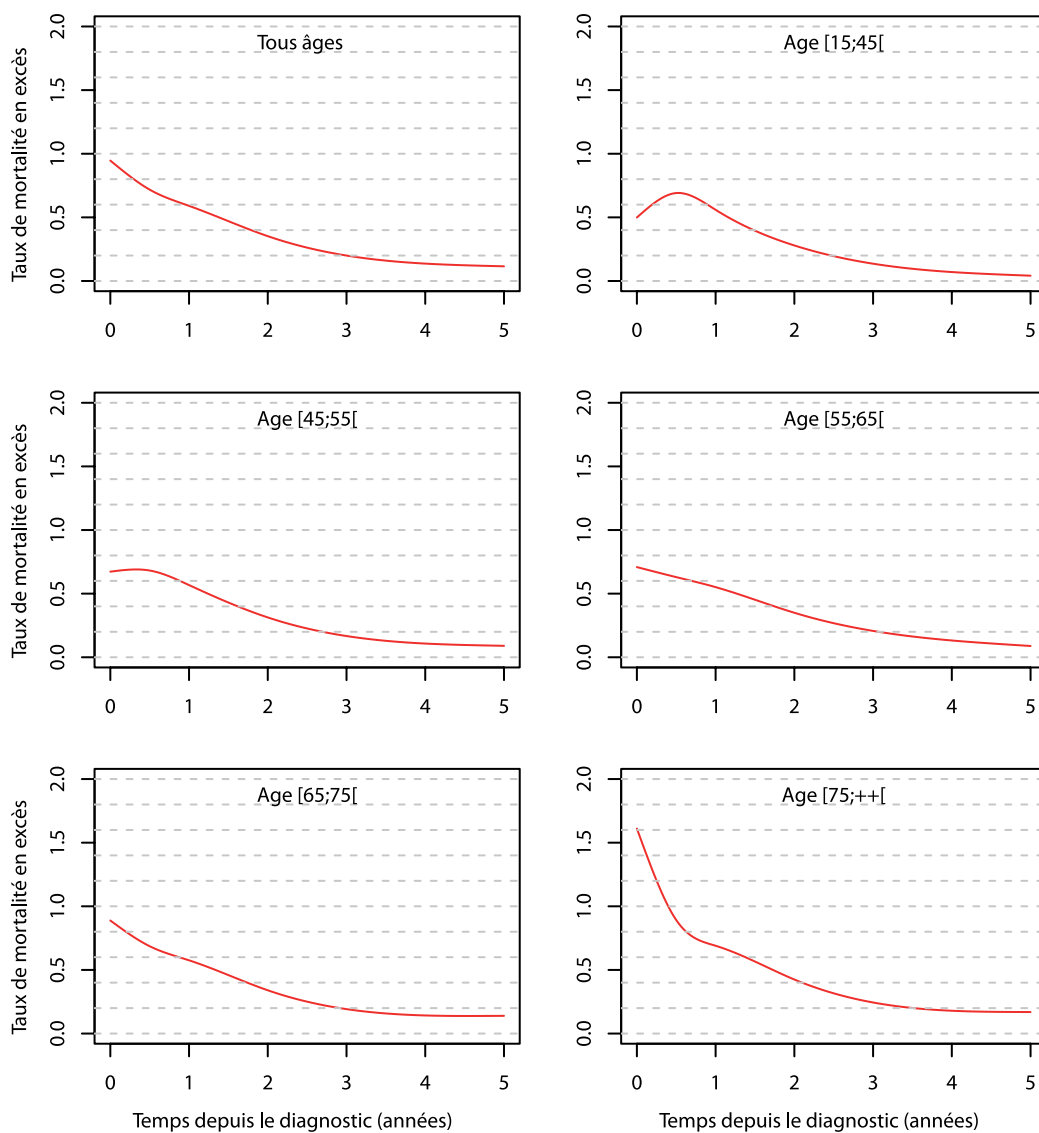
SURVIE NETTE SELON L'ÂGE EN FONCTION DU TEMPS DEPUIS LE DIAGNOSTIC



I FIGURE 2 I

TAUX DE MORTALITÉ EN EXCÈS EN FONCTION DU TEMPS DEPUIS LE DIAGNOSTIC, TOUS ÂGES ET PAR CLASSE D'ÂGE

Le taux est exprimé en nombre de décès pour une personne-année.



Pour une interprétation correcte de ces figures, il est impératif de se référer au paragraphe « Point particulier : les figures des taux de mortalité en excès » du chapitre « Présentation des résultats et guide de lecture » (p. 28-29).

TENDANCES DE LA SURVIE À 1, 5 ET 10 ANS POUR LES PERSONNES DIAGNOSTIQUÉES ENTRE 1989 ET 2010 (RESTRICTION AUX REGISTRES COUVRANT L'ENSEMBLE DE LA PÉRIODE 1989-2010)

I TABLEAU 5 I	SURVIE OBSERVÉE ET NETTE (%) À 1, 5 ET 10 ANS PAR PÉRIODE DE DIAGNOSTIC [IC À 95 %]					
	1 an		5 ans		10 ans	
	observée	nette	observée	nette	observée	nette
1989-1993	40 [39-41]	42 [41-43]	12 [11-12]	13 [13-14]	7 [6-7]	9 [8-9]
1994-1998	42 [41-43]	43 [42-44]	12 [11-13]	13 [13-14]	7 [6-7]	9 [8-9]
1999-2004	43 [42-43]	44 [43-45]	13 [13-14]	14 [14-15]	8 [7-8]	10 [9-10]
2005-2010	46 [45-47]	47 [46-48]	15 [15-16]	17 [16-17]	ND	ND
Toutes périodes	43 [43-43]	44 [44-45]	13 [13-14]	15 [14-15]	8 [7-8]	10 [9-10]

ND : Non disponible.

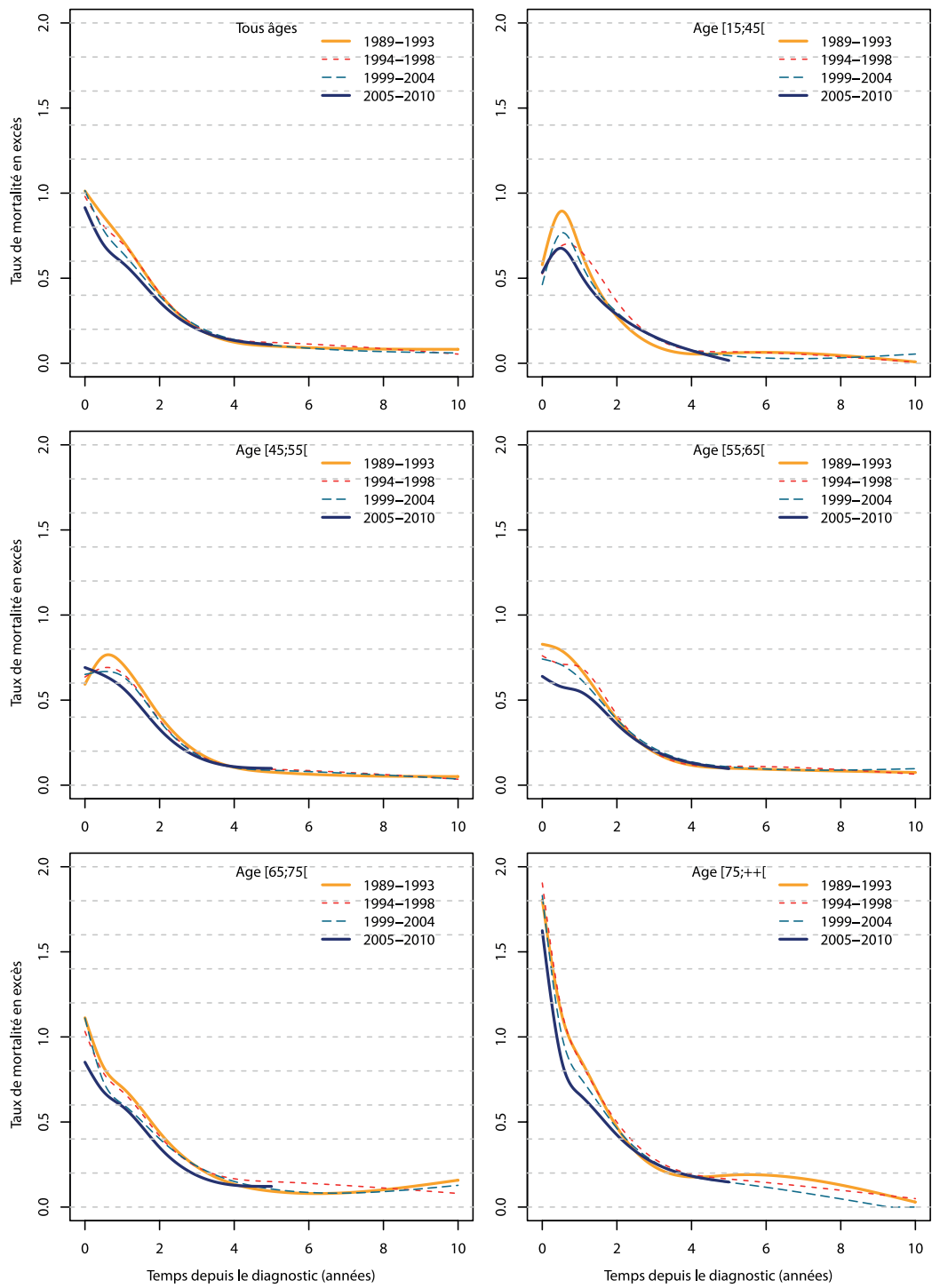
I TABLEAU 6 I	SURVIE NETTE STANDARDISÉE (%) À 1, 5 ET 10 ANS SELON LE SEXE PAR PÉRIODE DE DIAGNOSTIC [IC À 95 %]								
	Homme			Femme			Tous sexes		
	1 an	5 ans	10 ans	1 an	5 ans	10 ans	1 an	5 ans	10 ans
1989-1993	40 [39-41]	12 [11-13]	8 [7-9]	42 [39-45]	18 [15-20]	12 [10-14]	40 [39-41]	13 [12-14]	8 [8-9]
1994-1998	41 [40-42]	12 [11-13]	8 [7-9]	45 [43-48]	16 [14-18]	10 [9-12]	42 [41-43]	13 [12-13]	8 [8-9]
1999-2004	42 [41-43]	13 [13-14]	9 [8-10]	48 [46-50]	18 [17-20]	14 [12-15]	43 [42-44]	14 [14-15]	10 [9-11]
2005-2010	45 [45-46]	16 [15-17]	ND	52 [50-53]	19 [18-21]	ND	47 [46-48]	17 [16-18]	ND
Toutes périodes	42 [42-43]	14 [13-14]	9 [9-9]	48 [47-50]	18 [17-19]	13 [12-14]	44 [43-44]	15 [14-15]	10 [9-10]

ND : Non disponible.

I TABLEAU 7 I		SURVIE NETTE (%) À 1, 5 ET 10 ANS SELON L'ÂGE PAR PÉRIODE DE DIAGNOSTIC [IC À 95 %]		
	1 an	5 ans	10 ans	
Âge [15;45[
1989-1993	46 [41-51]	21 [18-25]	17 [14-21]	
1994-1998	53 [48-57]	20 [17-24]	17 [14-20]	
1999-2004	52 [48-56]	23 [20-27]	19 [16-23]	
2005-2010	54 [50-59]	25 [21-30]	ND	
Toutes périodes	51 [49-53]	22 [20-24]	18 [17-20]	
Âge [45;55[
1989-1993	49 [46-52]	16 [14-18]	12 [10-14]	
1994-1998	51 [48-53]	18 [16-20]	13 [11-15]	
1999-2004	51 [49-53]	19 [17-20]	14 [12-15]	
2005-2010	51 [50-54]	21 [19-22]	ND	
Toutes périodes	51 [50-52]	19 [18-20]	14 [13-15]	
Âge [55;65[
1989-1993	46 [44-48]	15 [14-17]	10 [9-11]	
1994-1998	48 [46-50]	15 [14-17]	10 [9-11]	
1999-2004	48 [47-50]	17 [15-18]	10 [9-12]	
2005-2010	54 [53-56]	20 [19-21]	ND	
Toutes périodes	50 [49-51]	17 [17-18]	11 [10-12]	
Âge [65;75[
1989-1993	42 [40-44]	12 [11-14]	8 [7-9]	
1994-1998	43 [42-45]	13 [12-14]	7 [6-8]	
1999-2004	45 [43-46]	15 [14-16]	9 [8-10]	
2005-2010	48 [47-50]	18 [17-19]	ND	
Toutes périodes	45 [44-46]	15 [14-15]	9 [8-9]	
Âge [75;+ +[
1989-1993	29 [27-31]	8 [6-10]	4 [2-6]	
1994-1998	29 [27-31]	7 [5-8]	4 [3-6]	
1999-2004	32 [30-33]	9 [7-10]	7 [6-8]	
2005-2010	36 [35-37]	10 [9-11]	ND	
Toutes périodes	32 [32-33]	9 [8-9]	6 [5-7]	

ND : Non disponible.

Le taux est exprimé en nombre de décès pour une personne-année.



Pour une interprétation correcte de ces figures, il est impératif de se référer au paragraphe « Point particulier : les figures des taux de mortalité en excès » du chapitre « Présentation des résultats et guide de lecture » (p. 28-29).

SURVIE À 1, 5, 10 ET 15 ANS DES PERSONNES DE MOINS DE 75 ANS DIAGNOSTIQUÉES ENTRE 1989 ET 1998 (RESTRICTION AUX REGISTRES COUVRANT L'ENSEMBLE DE LA PÉRIODE 1989-2010)

I TABLEAU 8 I	SURVIE NETTE (%) À LONG TERME SELON L'ÂGE (ÂGE <75 ANS) [IC À 95 %]			
	1 an	5 ans	10 ans	15 ans
Âge [15;45[
1989-1998	49 [46-53]	21 [18-24]	17 [14-19]	14 [12-16]
Âge [45;55[
1989-1998	50 [48-52]	17 [16-19]	13 [11-14]	9 [8-11]
Âge [55;65[
1989-1998	47 [45-48]	15 [14-16]	10 [9-11]	7 [6-7]
Âge [65;75[
1989-1998	43 [41-44]	13 [12-14]	7 [7-8]	5 [4-6]

Mésothéliome de la plèvre

Auteurs : N. Le Stang, F. Galateau-Sallé

Description de la localisation étudiée

Mésothéliome de la plèvre	CIM-O-3	Correspondance en CIM-O-2	Correspondance en CIM-O-1	Correspondance en CIM-10
	Topographie	C38.4	C38.4	163.0 à 163.9	C45.0
Morphologie	M9050 et M9053 ; comportement tumoral /3			

Ce chapitre est limité aux seuls mésothéliomes malins localisés ou diffus de la plèvre selon la classification de l'OMS 2004, les autres formes histologiques localisées à la plèvre (y compris le mésothéliome papillaire superficiel bien différencié) sont exclues de ce chapitre. Cette distinction anatomopathologique est très importante car le mésothéliome papillaire superficiel bien différencié est considéré comme une tumeur d'origine mésothéliale de grade de malignité intermédiaire ou aussi dit « borderline ». Cette forme histologique peut présenter des images d'invasion très superficielle responsable de récurrence de la tumeur non associée au même potentiel d'agressivité et de décès de la maladie [1].

Incidence

D'après les données des registres français, pour la période 2003-2007, les taux d'incidence standardisés sur la population mondiale de ces cancers variaient, selon les registres, de 0,6 à 2,5 pour 100 000 chez les hommes et de 0,1 à 0,5 chez les femmes [2;3].

Population d'étude

Cette étude a porté sur 946 cas pour l'analyse sur la période 2005-2010 et sur 1 143 cas pour l'analyse des tendances 1989-2010.

Remarque

En raison d'un nombre de cas et/ou de décès insuffisants (ou de leur répartition dans le temps), certains indicateurs n'ont pu être produits (survie nette selon l'âge par exemple) et certains tableaux/figures sont incomplets ou absents.

Survie sur la période la plus récente (2005-2010)

Survie observée et survie nette

La survie observée et la survie nette 5 ans après le diagnostic étaient de 5 % (tableau 1).

Variation selon le sexe et l'âge

La survie nette à 5 ans était de 4 % chez les hommes et de 11 % chez les femmes (tableau 1).

La survie nette diminuait avec l'âge passant de 16 % à 5 ans chez les sujets les plus jeunes à 4 % pour les plus âgés (tableau 3, figure 1).

Références

- [1] Galateau-Sallé F, (dir.). Pathology of malignant mesothelioma. 1st ed. London: Springer-Verlag; 2006. 198 p.
- [2] Forman D, Bray F, Brewster DH, Gombé Mbalawa C, Kohler B, Piñeros M, *et al.* Cancer Incidence in Five Continents, Vol. X [Internet]. Lyon: International Agency for Research on Cancer; 2013. [consulté le 23/01/2015]. Disponible à partir de l'URL : <http://ci5.iarc.fr>.
- [3] Le Stang N, Belot A, Gilg Soit Ilg A, Rolland P, Astoul P, Bara S, *et al.* Evolution of pleural cancers and malignant pleural mesothelioma incidence in France between 1980 and 2005. *Int J Cancer* 2010;126:232-8.
- [4] Siesling S, van der Zwan JM, Izarzugaza I, Jaal J, Treasure T, Foschi R, *et al.* Rare thoracic cancers, including peritoneum mesothelioma. *Eur J Cancer* 2012;48:949-60.
- [5] De Angelis R, Sant M, Coleman MP, Francisci S, Baili P, Pierannunzio D, *et al.* Cancer survival in Europe 1999-2007 by country and age: results of EURO-CARE-5-a population-based study. *Lancet Oncol* 2014;15:23-34.
- [6] Scherpereel A, Astoul P, Baas P, Berghmans T, Clayson H, de Vuyst P, *et al.* Guidelines of the European Respiratory Society and the European Society of Thoracic Surgeons for the management of malignant pleural mesothelioma. *Eur Respir J* 2010;35:479-95.

Tendances de la survie nette sur l'ensemble de la période (1989-2010)

Sur l'ensemble de la période, la survie observée et la survie nette à 10 ans étaient respectivement de 2 % et 3 % (tableau 5). Après standardisation, la survie nette à 10 ans était de 4 % (tableau 6). La survie nette à 10 ans sur l'ensemble de la période est également présentée pour les différentes classes d'âge (tableau 7).

Tendances globales

La survie nette à 1 an s'améliorait au cours du temps passant de 41 % pour les cas diagnostiqués en 1989-1993 à 51 % pour les cas diagnostiqués en 2005-2010 (tableau 5).

Cette amélioration n'était pas visible sur la survie à 5 ans et à 10 ans (tableau 5). La survie nette à 5 ans était de 6 % sur les périodes disponibles. La survie nette à 10 ans variait de 3 % pour les cas diagnostiqués en 1989-1993 à 2 % pour les cas diagnostiqués en 1999-2004 (tableau 5).

Commentaires

Le pronostic du mésothéliome malin de la plèvre reste des plus sombres. Les études européennes RARECARE et EUROCORE-5 montrent que la survie à 5 ans varie peu entre les pays, celle observée en France se situant dans les valeurs moyennes européennes [4;5]. Néanmoins en ce qui concerne la survie à court terme, la France présente une meilleure survie à 1 an (48 % sur la période 1999-2004) que les pays européens (37 % sur la période 2000-2002 [4]). L'hétérogénéité observée entre les pays s'explique vraisemblablement, par l'absence de prise en charge thérapeutique standardisée de ce cancer, par la différence de système de soins, et enfin, par la difficulté anatomopathologique du diagnostic, en dépit des efforts de standardisation réalisés en France par le Centre national référent mésopath. Les recommandations européennes et internationales réalisées depuis 2009, devraient permettre de réduire en partie cette hétérogénéité [6;7].

Comme pour la grande majorité des cancers, la précocité de son diagnostic reste le facteur de meilleur pronostic [8]. L'amélioration de la survie nette constatée un an après le diagnostic est liée d'une part, à la détection plus précoce de ces patients majoritairement exposés à l'amiante, suivis dans un cadre post-professionnel, et d'autre part, au développement de nouvelles chimiothérapies au cours des dernières décennies [9].

La prochaine classification histologique de ce cancer et l'identification de nouveaux marqueurs pronostiques pertinents devraient permettre d'améliorer sa détection plus précoce [9] et de développer des stratégies thérapeutiques plus ciblées. Actuellement, seuls le traitement multimodal, l'immunothérapie et la thérapie génique semblent apporter une amélioration de sa prise en charge thérapeutique [10-14].

- [7] Husain AN, Colby T, Ordóñez N, Krausz T, Attanoos R, Beasley MB, *et al.* Guidelines for pathologic diagnosis of malignant mesothelioma: 2012 update of the consensus statement from the International Mesothelioma Interest Group. *Arch Pathol Lab Med* 2013;137:647-67.
- [8] Milano MT, Zhang H. Malignant pleural mesothelioma: a population-based study of survival. *J Thorac Oncol* 2010;5:1841-8.
- [9] Ai J, Stevenson JP. Current issues in malignant pleural mesothelioma evaluation and management. *Oncologist* 2014;19:975-84.
- [10] Tsujimura T, Torii I, Sato A, Song M, Fukuoka K, Hasegawa S, *et al.* Pathological and molecular biological approaches to early mesothelioma. *Int J Clin Oncol* 2012;17:40-7.
- [11] Zauderer MG, Krug LM. The evolution of multimodality therapy for malignant pleural mesothelioma. *Curr Treat Options Oncol* 2011;12:163-72.
- [12] Ray M, Kindler HL. Malignant pleural mesothelioma: an update on biomarkers and treatment. *Chest* 2009;136(3):888-96.
- [13] Vachani A, Moon E, Albelda SM. Gene therapy for mesothelioma. *Curr Treat Options Oncol* 2011;12:173-80.
- [14] Bagia M, Nowak AK. Novel targeted therapies and vaccination strategies for mesothelioma. *Curr Treat Options Oncol* 2011;12:149-62.

SURVIE À 1, 3 ET 5 ANS DES PERSONNES DIAGNOSTIQUÉES ENTRE 2005 ET 2010 (TOUS REGISTRES)

TABLEAU 1 | SURVIE OBSERVÉE ET NETTE (%) À 1, 3 ET 5 ANS SELON LE SEXE [IC À 95 %]

	1 an		3 ans		5 ans	
	observée	nette	observée	nette	observée	nette
Homme	47 [43-50]	49 [45-53]	9 [7-12]	10 [8-13]	3 [2-5]	4 [2-6]
Femme	51 [45-58]	52 [46-59]	19 [14-25]	20 [15-26]	10 [7-15]	11 [7-17]
Tous	48 [45-51]	50 [46-53]	12 [10-14]	13 [11-15]	5 [3-6]	5 [4-8]

TABLEAU 2 | SURVIE NETTE STANDARDISÉE (%) À 1, 3 ET 5 ANS SELON LE SEXE [IC À 95 %]

Non présenté du fait d'effectifs par sexe et classe d'âge trop faibles.

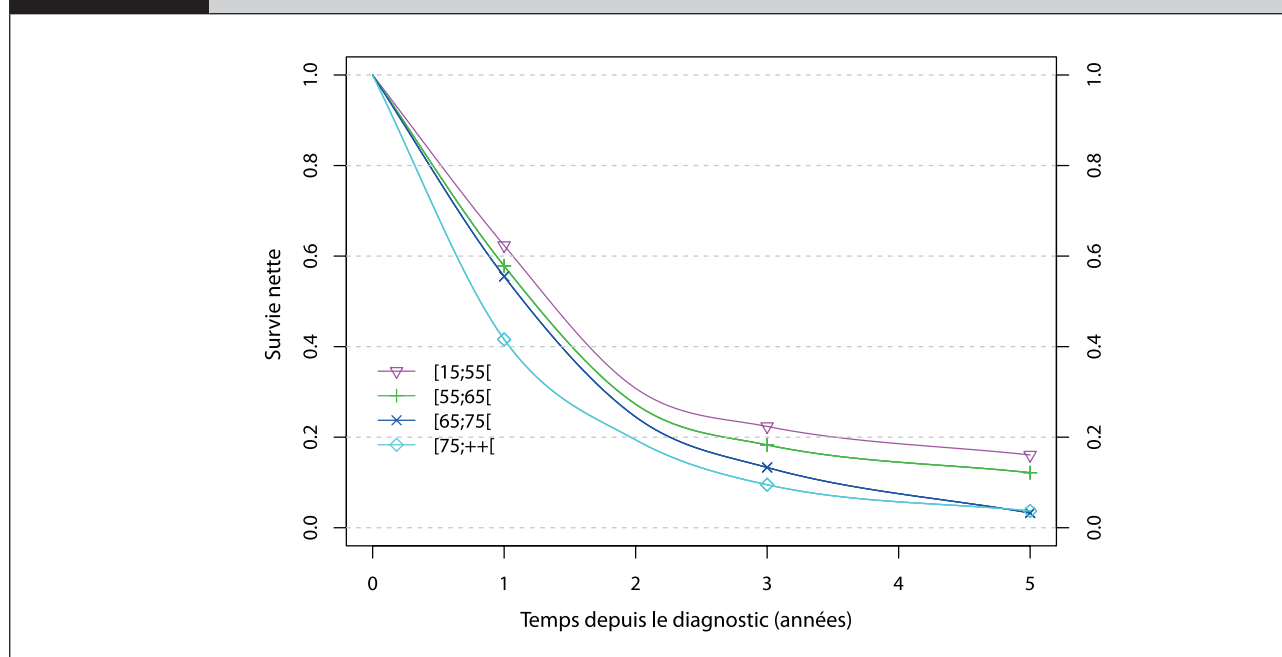
TABLEAU 3 | SURVIE OBSERVÉE ET NETTE (%) À 1, 3 ET 5 ANS SELON L'ÂGE [IC À 95 %]

	1 an		3 ans		5 ans	
	observée	nette	observée	nette	observée	nette
[15;55[	60 [48-76]	62 [50-78]	21 [12-36]	22 [13-38]	15 [7-29]	16 [8-31]
[55;65[	57 [50-66]	58 [50-66]	18 [12-25]	18 [13-26]	11 [7-19]	12 [7-20]
[65;75[	54 [49-60]	56 [50-61]	12 [9-17]	13 [10-18]	3 [1-6]	3 [2-7]
[75;+][	39 [34-43]	42 [37-47]	8 [6-11]	9 [7-13]	2 [1-5]	4 [2-7]
Tous	48 [45-51]	50 [46-53]	12 [10-14]	13 [11-15]	5 [3-6]	5 [4-8]

TABLEAU 4 | SURVIE NETTE (%) À 1, 3 ET 5 ANS SELON L'ÂGE, CHEZ L'HOMME ET CHEZ LA FEMME [IC À 95 %]

Non présenté du fait d'effectifs par sexe et classe d'âge trop faibles.

FIGURE 1 | SURVIE NETTE SELON L'ÂGE EN FONCTION DU TEMPS DEPUIS LE DIAGNOSTIC



I FIGURE 2 I

TAUX DE MORTALITÉ EN EXCÈS EN FONCTION DU TEMPS DEPUIS LE DIAGNOSTIC, TOUS ÂGES ET PAR CLASSE D'ÂGE

Non présentée du fait d'effectifs par classe d'âge trop faibles.

TENDANCES DE LA SURVIE À 1, 5 ET 10 ANS POUR LES PERSONNES DIAGNOSTIQUÉES ENTRE 1989 ET 2010 (RESTRICTION AUX REGISTRES COUVRANT L'ENSEMBLE DE LA PÉRIODE 1989-2010)

I TABLEAU 5 I

SURVIE OBSERVÉE ET NETTE (%) À 1, 5 ET 10 ANS PAR PÉRIODE DE DIAGNOSTIC [IC À 95 %]

	1 an		5 ans		10 ans	
	observée	nette	observée	nette	observée	nette
1989-1993	39 [33-47]	41 [34-49]	6 [3-10]	6 [3-11]	3 [1-7]	3 [1-8]
1994-1998	37 [32-44]	39 [33-45]	4 [2-7]	6 [3-11]	2 [1-5]	3 [1-8]
1999-2004	47 [42-53]	48 [43-54]	5 [3-8]	6 [3-9]	1 [0-3]	2 [1-5]
2005-2010	49 [44-54]	51 [46-56]	5 [3-8]	6 [4-10]	ND	ND
Toutes périodes	44 [41-47]	46 [43-49]	5 [4-6]	6 [4-8]	2 [1-3]	3 [2-5]

ND : Non disponible.

I TABLEAU 6 I

SURVIE NETTE STANDARDISÉE (%) À 1, 5 ET 10 ANS SELON LE SEXE PAR PÉRIODE DE DIAGNOSTIC [IC À 95 %]

	Tous sexes		
	1 an	5 ans	10 ans
Toutes périodes	47 [44-50]	7 [5-9]	4 ¹ [2-6]

Le détail par sexe et période de diagnostic n'est pas présenté du fait d'effectifs trop faibles pour la standardisation.

¹ Le suivi maximal étant de 9,7 ans dans la dernière classe d'âge, la survie nette à 10 ans pour cette classe d'âge reprend la valeur estimée à 9,7 ans.

I TABLEAU 7 I

SURVIE NETTE (%) À 1, 5 ET 10 ANS SELON L'ÂGE PAR PÉRIODE DE DIAGNOSTIC [IC À 95 %]

	1 an	5 ans	10 ans
	Âge [15;55[
Toutes périodes	60 [52-70]	11 [7-19]	8 [4-15]
Âge [55;65[
Toutes périodes	51 [45-57]	8 [5-12]	4 [2-7]
Âge [65;75[
Toutes périodes	51 [46-56]	5 [3-8]	3 [1-5]
Âge [75;++[
Toutes périodes	32 [28-38]	4 [2-8]	2 ¹ [0-10]

Le détail par période de diagnostic n'est pas présenté du fait d'effectifs par classe d'âge trop faibles.

¹ Le suivi maximal étant de 9,7 ans dans la dernière classe d'âge, la survie nette à 10 ans pour cette classe d'âge reprend la valeur estimée à 9,7 ans.

Os, articulations et cartilages articulaires

Auteurs : K. Jéhannin-Ligier, P. Delafosse, E. Desandes

Description de la localisation étudiée

Os, articulations et cartilages articulaires		CIM-O-3	Correspondance en CIM-O-2	Correspondance en CIM-O-1	Correspondance en CIM-10
	Topographie		C40.0 à C41.9	C40.0 à C41.9	170.0 à 170.9	C40.0 à C41.9
Morphologie		Toutes, sauf tumeurs hématologiques ; comportement tumoral /3			

Ces cancers rares représentent 0,2 % des cancers enregistrés au niveau européen et constituent un groupe hétérogène de tumeurs. L'ostéosarcome et les sarcomes d'Ewing sont plus fréquents chez les adolescents et les adultes jeunes. Les chondrosarcomes se rencontrent préférentiellement chez les personnes âgées [1].

Dans le présent travail, 25 % des cas présentaient un ostéosarcome, 36 % un chondrosarcome et 39 % une autre tumeur maligne osseuse.

Incidence

D'après les données des registres français, pour la période 2003-2007, les taux d'incidence standardisés sur la population mondiale de ces cancers variaient, selon les registres, de 0,6 à 1,5 pour 100 000 chez les hommes et de 0,5 à 1,3 chez les femmes [2].

Population d'étude

Cette étude a porté sur 557 cas pour l'analyse sur la période 2005-2010 et sur 940 cas pour l'analyse des tendances 1989-2010.

Remarque

En raison d'un nombre de cas et/ou de décès insuffisants (ou de leur répartition dans le temps), certains indicateurs n'ont pu être produits (survie nette selon l'âge par exemple) et certains tableaux/figures sont incomplets ou absents.

Survie sur la période la plus récente (2005-2010)

Survie observée et survie nette

La survie observée et la survie nette 5 ans après le diagnostic étaient respectivement de 60 % et 62 % (tableau 1).

Variation selon le sexe et l'âge

La survie nette à 5 ans était de 63 % chez les hommes et de 61 % chez les femmes (tableau 1). L'écart de survie entre hommes et femmes était négligeable (tableau 1).

La survie nette diminuait avec l'âge passant de 72 % à 5 ans chez les sujets de moins de 45 ans à 27 % pour les sujets de 75 ans et plus (tableau 3, figure 1).

Tendances de la survie nette sur l'ensemble de la période (1989-2010)

Sur l'ensemble de la période, la survie observée et la survie nette à 10 ans étaient respectivement de 44 % et 49 % (tableau 5). Après standardisation, la survie nette à 10 ans était de 47 % (tableau 6). La survie nette à 10 ans sur l'ensemble de la période est également présentée pour les différentes classes d'âge (tableau 7).

Tendances globales

La survie nette à 1 an tendait à s'améliorer au cours du temps passant de 76 % pour les cas diagnostiqués en 1989-1993 à 84 % pour les cas diagnostiqués en 2005-2010 (tableau 5).

Références

- [1] ESMO/European Sarcoma Network Working Group. Bone sarcomas: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Ann Oncol* 2012;23 Suppl 7:vii100-9.
- [2] Forman D, Bray F, Brewster DH, Gombé Mbalawa C, Kohler B, Piñeros M, *et al.* Cancer Incidence in Five Continents, Vol. X [Internet]. Lyon: International Agency for Research on Cancer; 2013. [consulté le 23/01/2015]. Disponible à partir de l'URL : <http://ci5.iarc.fr>.
- [3] Survival of Cancer Patients in Europe The EUROCARE-5 Study [Internet]. Roma : Istituto Superiore di Sanità [consulté le 06/03/2015]. Disponible à partir de l'URL : <https://w3.iss.it/site/EU5Results/>.

Cette amélioration n'était pas aussi visible sur la survie à 5 ans et 10 ans (tableau 5). La survie nette à 5 ans était de 55 % pour les cas diagnostiqués en 1989-1993 et de 56 % pour les cas diagnostiqués en 2005-2010. La survie nette à 10 ans était de 44 % pour les cas diagnostiqués en 1989-1993 et de 49 % pour les cas diagnostiqués en 1999-2004 (tableau 5).

Commentaires

Dans la dernière étude EUROCORE, la France a une survie inférieure à la moyenne européenne et à celle des pays du nord. Elle occupe une mauvaise position au sein des pays du sud et du centre de l'Europe [3].

Au sein de ce groupe de cancers, il existe des disparités de survie. Ainsi, suite à l'introduction de la chimiothérapie néoadjuvante dans le traitement des ostéosarcomes à la fin des années 1970 [4], la survie à 5 ans de ces personnes est de 70 % pour les maladies localisées et inférieure à 20 % pour les ostéosarcomes métastatiques [5]. Cependant, on observe une stagnation de la survie depuis le milieu des années 1980 qui semble être due à une chimiorésistance des différentes

drogues utilisées anti-ostéosarcomes [4;5]. Dans une étude anglaise, la survie à 5 ans est de 70 % pour les personnes atteintes de chondrosarcome et de 55 % pour les personnes atteintes de sarcome d'Ewing [6].

Les facteurs de mauvais pronostic de ces tumeurs sont le plus souvent la présence de métastase, la topographie axiale ou proximale de la tumeur (accès à la chirurgie), une tumeur de grande taille, un taux de LDH sérique élevé et un âge avancé [1]. La prise en charge des patients est définie par un guide européen [1]. Le traitement de ces tumeurs est pluridisciplinaire et repose sur la chirurgie qui peut être associée à la chimiothérapie ou radiothérapie selon l'histologie de la tumeur.

Le diagnostic histologique de ces cancers est complexe. Une seconde lecture anatomocytologique est réalisée dans un centre de référence. Les nouvelles techniques d'étude des tissus (immunohistochimie, cytogénétique et génétique moléculaire) permettent de mieux caractériser ces tumeurs et de mieux cibler les traitements.

[4] Sakamoto A, Iwamoto Y. Current status and perspectives regarding the treatment of osteo-sarcoma: chemotherapy. *Rev Recent Clin Trials* 2008;3(3):228-31.
[5] He H, Ni J, Huang J. Molecular mechanisms of chemoresistance in osteosarcoma (Review). *Oncol Lett* 2014;7(5):1352-62.
[6] Whelan J, McTiernan A, Cooper N, Wong YK, Francis M, Vernon S, *et al.* Incidence and survival of malignant bone sarcomas in England 1979-2007. *Int J Cancer* 2012;131(4):E508-17.

SURVIE À 1, 3 ET 5 ANS DES PERSONNES DIAGNOSTIQUÉES ENTRE 2005 ET 2010 (TOUS REGISTRÉS)

TABLEAU 1 | SURVIE OBSERVÉE ET NETTE (%) À 1, 3 ET 5 ANS SELON LE SEXE [IC À 95 %]

	1 an		3 ans		5 ans	
	observée	nette	observée	nette	observée	nette
Homme	85 [81-89]	86 [82-90]	69 [64-74]	71 [66-77]	60 [54-66]	63 [57-69]
Femme	84 [80-89]	85 [80-90]	69 [63-75]	70 [65-77]	60 [53-66]	61 [55-69]
Tous	85 [82-88]	85 [82-89]	69 [65-73]	71 [67-75]	60 [55-64]	62 [58-67]

TABLEAU 2 | SURVIE NETTE STANDARDISÉE (%) À 1, 3 ET 5 ANS SELON LE SEXE [IC À 95 %]

Non présenté du fait d'effectifs par sexe et classe d'âge trop faibles.

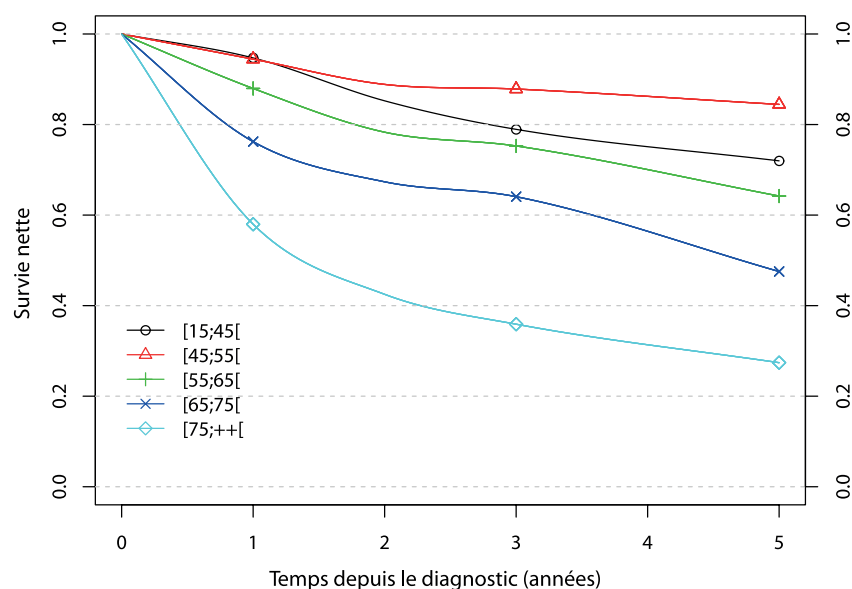
TABLEAU 3 | SURVIE OBSERVÉE ET NETTE (%) À 1, 3 ET 5 ANS SELON L'ÂGE [IC À 95 %]

	1 an		3 ans		5 ans	
	observée	nette	observée	nette	observée	nette
[15;45[	95 [92-98]	95 [92-98]	79 [74-84]	79 [74-84]	72 [66-78]	72 [66-78]
[45;55[	94 [89-100]	94 [89-100]	87 [79-95]	88 [80-96]	83 [74-93]	84 [75-95]
[55;65[	87 [80-95]	88 [81-96]	73 [64-84]	75 [66-86]	62 [51-74]	64 [54-77]
[65;75[	74 [65-85]	76 [67-87]	60 [50-72]	64 [53-77]	42 [31-58]	48 [35-64]
[75;+ +[	55 [45-66]	58 [48-70]	31 [22-42]	36 [26-50]	21 [13-32]	27 [18-43]
Tous	85 [82-88]	85 [82-89]	69 [65-73]	71 [67-75]	60 [55-64]	62 [58-67]

TABLEAU 4 | SURVIE NETTE (%) À 1, 3 ET 5 ANS SELON L'ÂGE, CHEZ L'HOMME ET CHEZ LA FEMME [IC À 95 %]

Non présenté du fait d'effectifs par sexe et classe d'âge trop faibles.

FIGURE 1 | SURVIE NETTE SELON L'ÂGE EN FONCTION DU TEMPS DEPUIS LE DIAGNOSTIC



I FIGURE 2 I

TAUX DE MORTALITÉ EN EXCÈS EN FONCTION DU TEMPS DEPUIS LE DIAGNOSTIC, TOUS ÂGES ET PAR CLASSE D'ÂGE

Non présentée du fait d'effectifs par classe d'âge trop faibles.

TENDANCES DE LA SURVIE À 1, 5 ET 10 ANS POUR LES PERSONNES DIAGNOSTIQUÉES ENTRE 1989 ET 2010 (RESTRICTION AUX REGISTRES COUVRANT L'ENSEMBLE DE LA PÉRIODE 1989-2010)

I TABLEAU 5 I

SURVIE OBSERVÉE ET NETTE (%) À 1, 5 ET 10 ANS PAR PÉRIODE DE DIAGNOSTIC [IC À 95 %]

	1 an		5 ans		10 ans	
	observée	nette	observée	nette	observée	nette
1989-1993	75 [69-81]	76 [70-82]	53 [47-61]	55 [48-63]	42 [36-49]	44 [37-53]
1994-1998	85 [80-90]	86 [81-91]	61 [55-68]	65 [58-73]	47 [41-54]	54 [46-64]
1999-2004	84 [79-89]	85 [80-90]	51 [46-58]	54 [48-62]	43 [37-50]	49 [41-58]
2005-2010	83 [79-87]	84 [80-89]	54 [48-61]	56 [50-64]	ND	ND
Toutes périodes	82 [79-84]	83 [80-85]	55 [52-58]	58 [54-61]	44 [41-47]	49 [45-53]

ND : Non disponible.

I TABLEAU 6 I

SURVIE NETTE STANDARDISÉE (%) À 1, 5 ET 10 ANS SELON LE SEXE PAR PÉRIODE DE DIAGNOSTIC [IC À 95 %]

	Tous sexes		
	1 an	5 ans	10 ans
Toutes périodes	81 [78-84]	57 [53-60]	47 [42-52]

Le détail par sexe et période de diagnostic n'est pas présenté du fait d'effectifs trop faibles pour la standardisation.

I TABLEAU 7 I

SURVIE NETTE (%) À 1, 5 ET 10 ANS SELON L'ÂGE PAR PÉRIODE DE DIAGNOSTIC [IC À 95 %]

	1 an	5 ans	10 ans
Âge [15;45[
Toutes périodes	92 [89-95]	65 [61-70]	57 [52-62]
Âge [45;55[
Toutes périodes	87 [81-94]	73 [65-82]	62 [52-74]
Âge [55;65[
Toutes périodes	82 [75-89]	53 [45-64]	45 [36-57]
Âge [65;75[
Toutes périodes	75 [68-84]	54 [45-65]	34 [24-48]
Âge [75;++[
Toutes périodes	57 [49-67]	29 [20-41]	29 [16-51]

Le détail par période de diagnostic n'est pas présenté du fait d'effectifs par classe d'âge trop faibles.

Mélanome de la peau

Auteurs : A.-V. Guizard, F. Binder-Foucard

Description de la localisation étudiée

Mélanome de la peau	CIM-O-3	Correspondance en CIM-O-2	Correspondance en CIM-O-1	Correspondance en CIM-10
	Topographie	C44.0 à C44.9	C44.0 à C44.9	173.0 à 173.9	C43.0 à C43.9
Morphologie	8720 à 8780 ; comportement tumoral /3			

Seuls les mélanomes de la peau sont étudiés dans ce chapitre. Les mélanomes de l'uvée sont analysés dans un chapitre spécifique et ceux situés sur les parties génitales (féminines et masculines) sont étudiés avec les tumeurs de ces localisations conformément aux règles internationales.

Incidence

En France, pour l'année 2012, le nombre de nouveaux cas de mélanome de la peau était estimé à 11 176, dont 49 % sont survenus chez les hommes [1].

Population d'étude

Cette étude a porté sur 10 416 cas pour l'analyse sur la période 2005-2010 et sur 13 444 cas pour l'analyse des tendances 1989-2010.

Survie sur la période la plus récente (2005-2010)

Survie observée et survie nette

La survie observée et la survie nette 5 ans après le diagnostic étaient respectivement de 81 % et 89 % (tableau 1).

Variation selon le sexe et l'âge

La survie nette à 5 ans était de 86 % chez les hommes et de 92 % chez les femmes (tableau 1). Après standardisation, la survie nette à 5 ans était de 88 % chez les hommes et 93 % chez les femmes (tableau 2). Le meilleur pronostic chez les femmes était observé à 3 et 5 ans de suivi chez les sujets de moins de 55 ans et ceux âgés de 65 à 74 ans (tableau 4).

La survie nette diminuait avec l'âge passant de 95 % à 5 ans chez les sujets les plus jeunes à 79 % pour les plus âgés.

Cette différence entre les classes d'âge augmentait avec la durée du suivi (tableaux 3 et 4, figure 1).

Globalement, l'excès de mortalité était faible, il apparaissait au cours de la deuxième année de suivi après le diagnostic, puis diminuait ensuite. Cet excès de mortalité était minime (voire absent) chez les moins de 65 ans. Il était accentué chez les sujets âgés, notamment après 75 ans (figure 2).

Tendances de la survie nette sur l'ensemble de la période (1989-2010)

Sur l'ensemble de la période, la survie observée et la survie nette à 10 ans étaient respectivement de 69 % et 83 % (tableau 5). Après standardisation, la survie nette à 10 ans était de 84 % (81 % chez l'homme et 85 % chez la femme) (tableau 6).

Références

- [1] Binder-Foucard F, Bossard N, Delafosse P, Belot A, Woronoff AS, Remontet L, *et al.* Cancer incidence and mortality in France over the 1980-2012 period: solid tumors. *Rev Epidemiol Sante Publique* 2014;62(2):95-108.
- [2] De Angelis R, Sant M, Coleman MP, Francisci S, Baili P, Pierannunzio D, *et al.* Cancer survival in Europe 1999-2007 by country and age: results of EURO-CARE-5 - a population-based study. *Lancet Oncol* 2014;15(1):23-34.
- [3] Survival of Cancer Patients in Europe The EURO-CARE-5 Study [Internet]. Roma : Istituto Superiore di Sanità [consulté le 06/03/2015]. Disponible à partir de l'URL : <https://w3.iss.it/site/EU5Results/>.
- [4] Balch CM, Soong SJ, Gershenwald JE, Thompson JF, Reintgen DS, Cascinelli N, *et al.* Prognostic factors analysis of 17,600 melanoma patients: validation of the American Joint Committee on Cancer melanoma staging system. *J Clin Oncol* 2001;19:3622-34.
- [5] Howlader N, Noone AM, Krapcho M, Garshell J, Miller D, Altekruse SF, *et al.* SEER Cancer Statistics Review, 1975-2011 [Internet]. Bethesda: National Cancer Institute; 2014. [consulté le 02/03/2015]. Disponible à partir de l'URL : http://seer.cancer.gov/csr/1975_2011/.
- [6] Négrier S, Saiag P, Guillot B, Verola O, Avril MF, Bailly C, *et al.* Recommandations pour la pratique clinique : standards, options et recommandations 2005 pour la prise en charge des patients adultes atteints d'un mélanome cutané M0. *Ann Dermatol Venereol* 2005;132(12 Pt 2):10579-85.
- [7] Hodi FS, O'Day SJ, McDermott DF, Weber RW, Sosman JA, Haanen JB, *et al.* Improved survival with ipilimumab in patients with metastatic melanoma. *N Engl J Med* 2010;363(8):711-23.

Tendances globales

La survie nette à 1 an s'améliorait au cours du temps passant de 96 % pour les cas diagnostiqués en 1989-1993 à 99 % pour les cas diagnostiqués en 2005-2010 (tableau 5). Après standardisation, ces chiffres n'étaient pas modifiés (tableau 6).

La survie nette à 5 ans s'améliorait elle aussi passant de 84 % pour les cas diagnostiqués en 1989-1993 à 91 % pour les cas diagnostiqués en 2005-2010 (tableau 5). Après standardisation, les chiffres correspondants étaient de 83 % et 92 % (tableau 6).

La survie nette à 10 ans passait de 78 % pour les cas diagnostiqués en 1989-1993 à 82 % pour les cas diagnostiqués en 1999-2004 (tableau 5). Après standardisation, les chiffres correspondants étaient 78 % et 83 % (tableau 6).

Tendances selon le sexe

L'amélioration de la survie nette standardisée à 5 ans au cours du temps était observée de manière comparable chez les hommes et les femmes (tableau 6).

Tendances selon l'âge

Selon les classes d'âge, l'amélioration de la survie à 5 ans était observée chez les sujets de moins de 75 ans (tableau 7 et figure 3).

Survie à 15 ans chez les personnes âgées de moins de 75 ans

La survie nette à 15 ans variait entre 84 % et 71 % en fonction de l'âge pour les cas diagnostiqués en 1989-1998 (tableau 8).

Commentaires

Dans la dernière étude de survie EURO CARE, la France présente un taux supérieur à la moyenne européenne, avec une survie comparable à celle des pays de l'Europe du Nord et meilleure que celle des pays de l'Europe du Sud et de l'Est [2;3].

Le mélanome de la peau est une tumeur de bon pronostic, surtout lorsqu'il est diagnostiqué précocement. À ce jour, les facteurs pronostiques les plus déterminants sont l'épaisseur de

la tumeur (indice de Breslow), l'index mitotique et l'ulcération [4]. D'après les données du SEER Program aux États-Unis, la survie relative à 5 ans était de 98 % au stade localisé, 63 % au stade loco-régional et 16 % au stade métastatique [5]. Dans notre étude, les différences de survie observées chez les sujets de plus de 75 ans et entre les hommes et les femmes, sont probablement attribuables à des mélanomes épais, diagnostiqués tardivement.

Le traitement du mélanome cutané est chirurgical, il doit bénéficier d'une exérèse large, dont les marges sont fonction de l'épaisseur du mélanome [6]. Au stade métastatique les chimiothérapies restent palliatives. Les développements thérapeutiques actuels sont basés sur l'immunothérapie, dont le but est de rompre la tolérance de l'organisme vis à vis de la tumeur, et sur les thérapies ciblées élaborées à partir des caractéristiques génomiques des mélanomes [7-9].

L'amélioration observée, notamment dans la survie à 5 ans des plus jeunes, est probablement le fait de l'amélioration de la détection et de l'augmentation de la part des formes histologiques à extension superficielle les plus aptes à être diagnostiquées précocement [10].

Cette amélioration de la survie reste donc liée à la poursuite des efforts menés pour un diagnostic précoce et des progrès devraient pouvoir encore être obtenus (examen clinique complet et régulier lors des consultations chez les médecins généralistes, campagnes de détection précoce mises en place par les dermatologues). Par ailleurs, le développement des thérapies ciblées permettra probablement d'améliorer la survie des patients métastatiques [11;12].

Plus récemment, le développement du séquençage génomique des tumeurs devrait aboutir à la mise en évidence de sous-types de mélanomes, et à une nouvelle classification pronostique qui entraînera de nouvelles approches de la prise en charge [13].

- [8] Chapman PB, Hauschild A, Robert C, Haanen JB, Ascierto P, Larkin J, *et al.* Improved survival with vemurafenib in melanoma with BRAF V600E mutation. *N Engl J Med* 2011;364(26):2507-16.
- [9] Robert C, Thomas L, Bondarenko I, O'Day S, Weber J, Garbe C, *et al.* Ipilimumab plus dacarbazine for previously untreated metastatic melanoma. *N Engl J Med* 2011;364(26):2517-26.
- [10] Thuret A, Binder-Foucard F, Coutard L, Belot A, Danzon A, Guizard A-V. Mélanome cutané infiltrant en France : évolution de l'incidence en fonction des facteurs histopronostiques sur la période 1998-2005 [Internet]. Saint-Maurice : Institut de veille sanitaire; 2012. 17 p. [consulté le 08/03/2015]. Disponible à partir de l'URL : <http://www.invs.sante.fr>.
- [11] Barbour AP, Tang YH, Armour N, Dutton-Regester K, Krause L, Loffler KA, *et al.* BRAF mutation status is an independent prognostic factor for resected stage IIIB and IIIC melanoma: implications for melanoma staging and adjuvant therapy. *Eur J Cancer* 2014;50(15):2668-76.
- [12] Dean E, Lorigan P. Advances in the management of melanoma: targeted therapy, immunotherapy and future directions. *Expert Rev Anticancer Ther* 2012;12(11):1437-48.
- [13] Abbas O, Miller DD, Bhawan J. Cutaneous malignant melanoma: update on diagnostic and prognostic biomarkers. *Am J Dermatopathol* 2014;36(5):363-79.

SURVIE À 1, 3 ET 5 ANS DES PERSONNES DIAGNOSTIQUÉES ENTRE 2005 ET 2010 (TOUS REGISTRÉS)

I TABLEAU 1 I	SURVIE OBSERVÉE ET NETTE (%) À 1, 3 ET 5 ANS SELON LE SEXE [IC À 95 %]					
	1 an		3 ans		5 ans	
	observée	nette	observée	nette	observée	nette
Homme	95 [94-96]	97 [97-98]	84 [83-85]	91 [90-92]	77 [75-78]	86 [85-88]
Femme	97 [97-98]	99 [98-99]	91 [90-91]	94 [93-95]	85 [84-86]	92 [90-93]
Tous	96 [96-97]	98 [98-98]	88 [87-88]	93 [92-93]	81 [80-82]	89 [88-90]

I TABLEAU 2 I	SURVIE NETTE STANDARDISÉE (%) À 1, 3 ET 5 ANS SELON LE SEXE [IC À 95 %]		
	1 an	3 ans	5 ans
Homme	98 [97-98]	92 [91-93]	88 [87-89]
Femme	99 [99-99]	96 [95-96]	93 [92-94]
Tous	98 [98-99]	94 [93-94]	91 [90-91]

I TABLEAU 3 I	SURVIE OBSERVÉE ET NETTE (%) À 1, 3 ET 5 ANS SELON L'ÂGE [IC À 95 %]						
		1 an		3 ans		5 ans	
		observée	nette	observée	nette	observée	nette
[15;45[	99 [99-99]	99 [99-100]	96 [95-97]	97 [96-97]	94 [93-95]	95 [94-96]
[45;55[	97 [97-98]	98 [97-99]	94 [93-95]	95 [94-96]	91 [90-93]	93 [92-95]
[55;65[	98 [98-99]	99 [98-99]	93 [92-94]	95 [94-96]	89 [87-90]	92 [91-94]
[65;75[	97 [96-98]	99 [98-99]	88 [87-90]	93 [91-94]	82 [80-84]	90 [88-92]
[75;++[	90 [89-92]	96 [95-98]	70 [68-72]	85 [83-88]	56 [53-58]	79 [75-82]
Tous	96 [96-97]	98 [98-98]	88 [87-88]	93 [92-93]	81 [80-82]	89 [88-90]	

I TABLEAU 4 I	SURVIE NETTE (%) À 1, 3 ET 5 ANS SELON L'ÂGE, CHEZ L'HOMME ET CHEZ LA FEMME [IC À 95 %]						
		1 an		3 ans		5 ans	
		Homme	Femme	Homme	Femme	Homme	Femme
[15;45[	98 [98-99]	100 [99-100]	94 [92-96]	98 [98-99]	92 [90-94]	97 [95-98]
[45;55[	96 [94-97]	99 [99-100]	91 [89-94]	97 [96-99]	89 [87-92]	96 [94-98]
[55;65[	98 [98-99]	99 [99-100]	94 [92-96]	97 [95-98]	91 [88-93]	94 [92-96]
[65;75[	98 [97-99]	99 [98-100]	90 [88-93]	96 [94-98]	87 [83-90]	93 [91-96]
[75;++[	96 [94-98]	97 [95-99]	86 [82-89]	85 [82-88]	77 [71-83]	80 [76-85]
Tous	97 [97-98]	99 [98-99]	91 [90-92]	94 [93-95]	86 [85-88]	92 [90-93]	

FIGURE 1 I

SURVIE NETTE SELON L'ÂGE EN FONCTION DU TEMPS DEPUIS LE DIAGNOSTIC

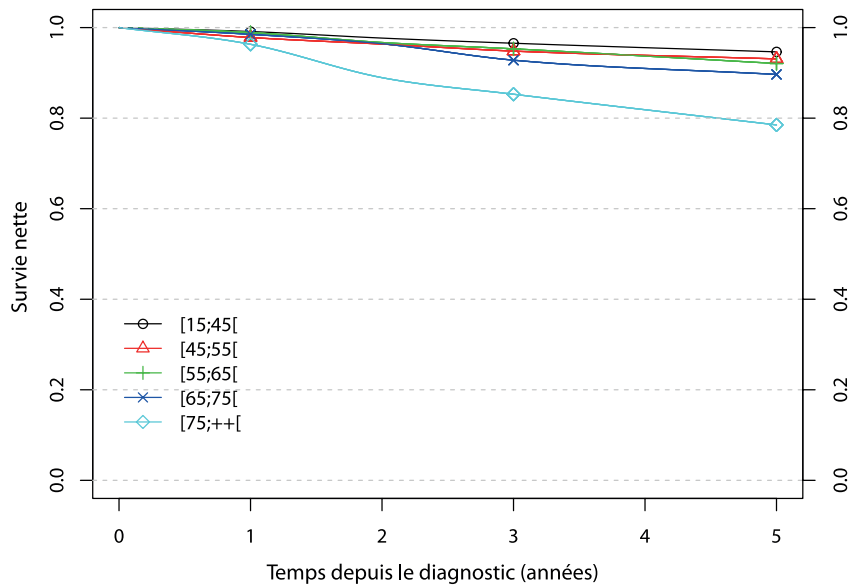
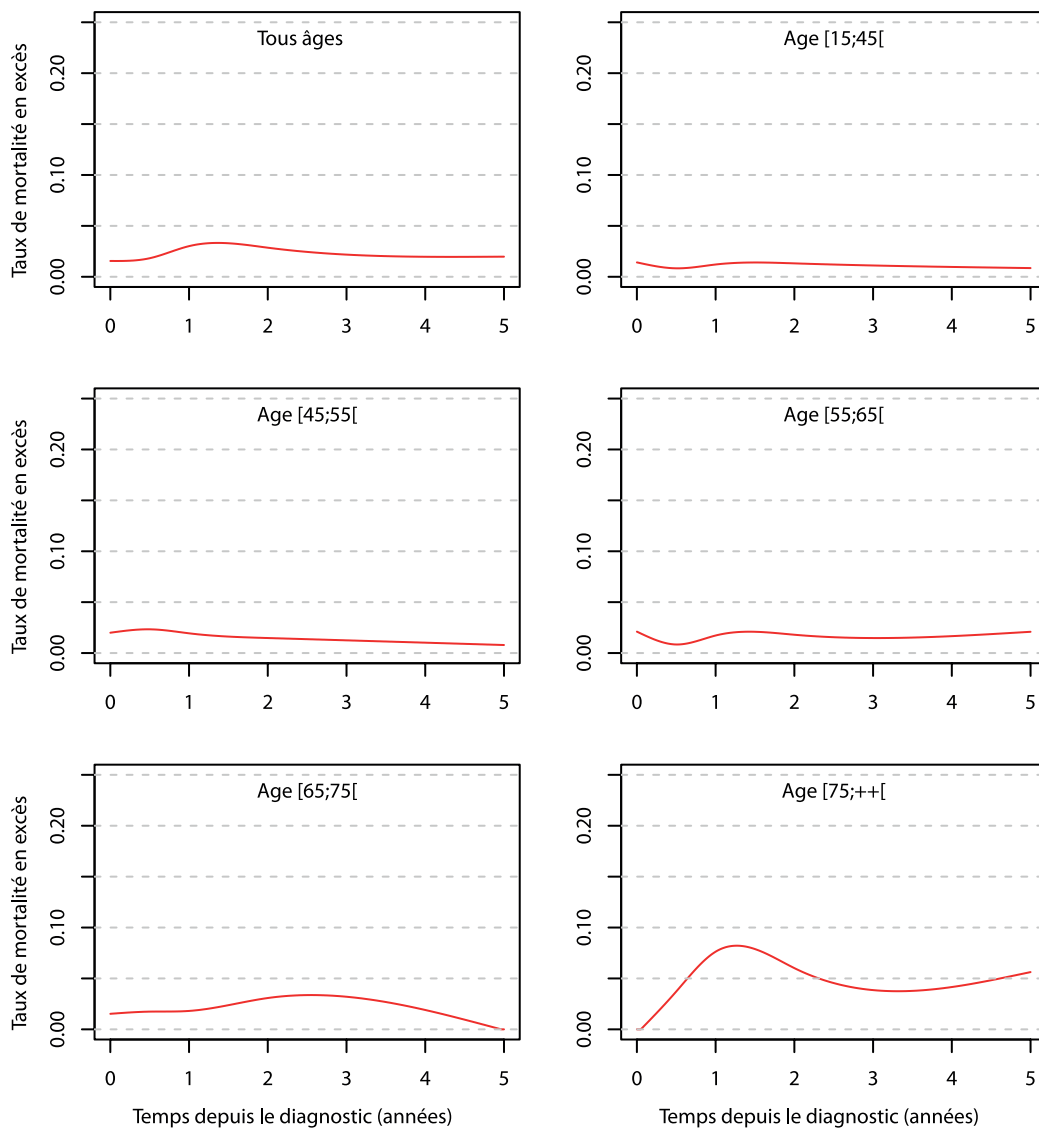


FIGURE 2 I

TAUX DE MORTALITÉ EN EXCÈS EN FONCTION DU TEMPS DEPUIS LE DIAGNOSTIC, TOUS ÂGES ET PAR CLASSE D'ÂGE

Le taux est exprimé en nombre de décès pour une personne-année.



Pour une interprétation correcte de ces figures, il est impératif de se référer au paragraphe « Point particulier : les figures des taux de mortalité en excès » du chapitre « Présentation des résultats et guide de lecture » (p. 28-29).

TENDANCES DE LA SURVIE À 1, 5 ET 10 ANS POUR LES PERSONNES DIAGNOSTIQUÉES ENTRE 1989 ET 2010 (RESTRICTION AUX REGISTRES COUVRANT L'ENSEMBLE DE LA PÉRIODE 1989-2010)

I TABLEAU 5 I	SURVIE OBSERVÉE ET NETTE (%) À 1, 5 ET 10 ANS PAR PÉRIODE DE DIAGNOSTIC [IC À 95 %]					
	1 an		5 ans		10 ans	
	observée	nette	observée	nette	observée	nette
1989-1993	94 [93-95]	96 [95-97]	76 [74-78]	84 [81-86]	64 [62-67]	78 [73-82]
1994-1998	95 [94-96]	97 [96-98]	79 [77-80]	86 [84-88]	68 [66-69]	80 [77-84]
1999-2004	95 [95-96]	97 [96-98]	79 [78-81]	86 [85-88]	69 [68-71]	82 [80-85]
2005-2010	97 [96-97]	99 [98-99]	83 [82-84]	91 [90-93]	ND	ND
Toutes périodes	96 [95-96]	98 [97-98]	80 [79-81]	88 [87-89]	69 [68-70]	83 [81-85]

ND : Non disponible.

I TABLEAU 6 I	SURVIE NETTE STANDARDISÉE (%) À 1, 5 ET 10 ANS SELON LE SEXE PAR PÉRIODE DE DIAGNOSTIC [IC À 95 %]								
	Homme			Femme			Tous sexes		
	1 an	5 ans	10 ans	1 an	5 ans	10 ans	1 an	5 ans	10 ans
1989-1993	95 [93-97]	81 [78-85]	74 [69-79]	97 [95-98]	85 [82-88]	78 [74-83]	96 [95-97]	83 [81-86]	78 [74-82]
1994-1998	96 [94-97]	82 [79-85]	77 [72-83]	98 [97-99]	89 [87-91]	84 [81-87]	97 [96-98]	86 [84-88]	81 [78-84]
1999-2004	97 [96-98]	85 [83-87]	81 [77-84]	98 [97-99]	89 [87-91]	85 [83-88]	97 [97-98]	87 [86-89]	83 [81-85]
2005-2010	98 [97-99]	90 [88-92]	ND	99 [99-100]	94 [93-95]	ND	99 [98-99]	92 [91-93]	ND
Toutes périodes	97 [96-98]	86 [85-87]	81 [78-84]	98 [98-99]	90 [89-91]	85 [83-87]	98 [97-98]	88 [88-89]	84 [82-85]

ND : Non disponible.

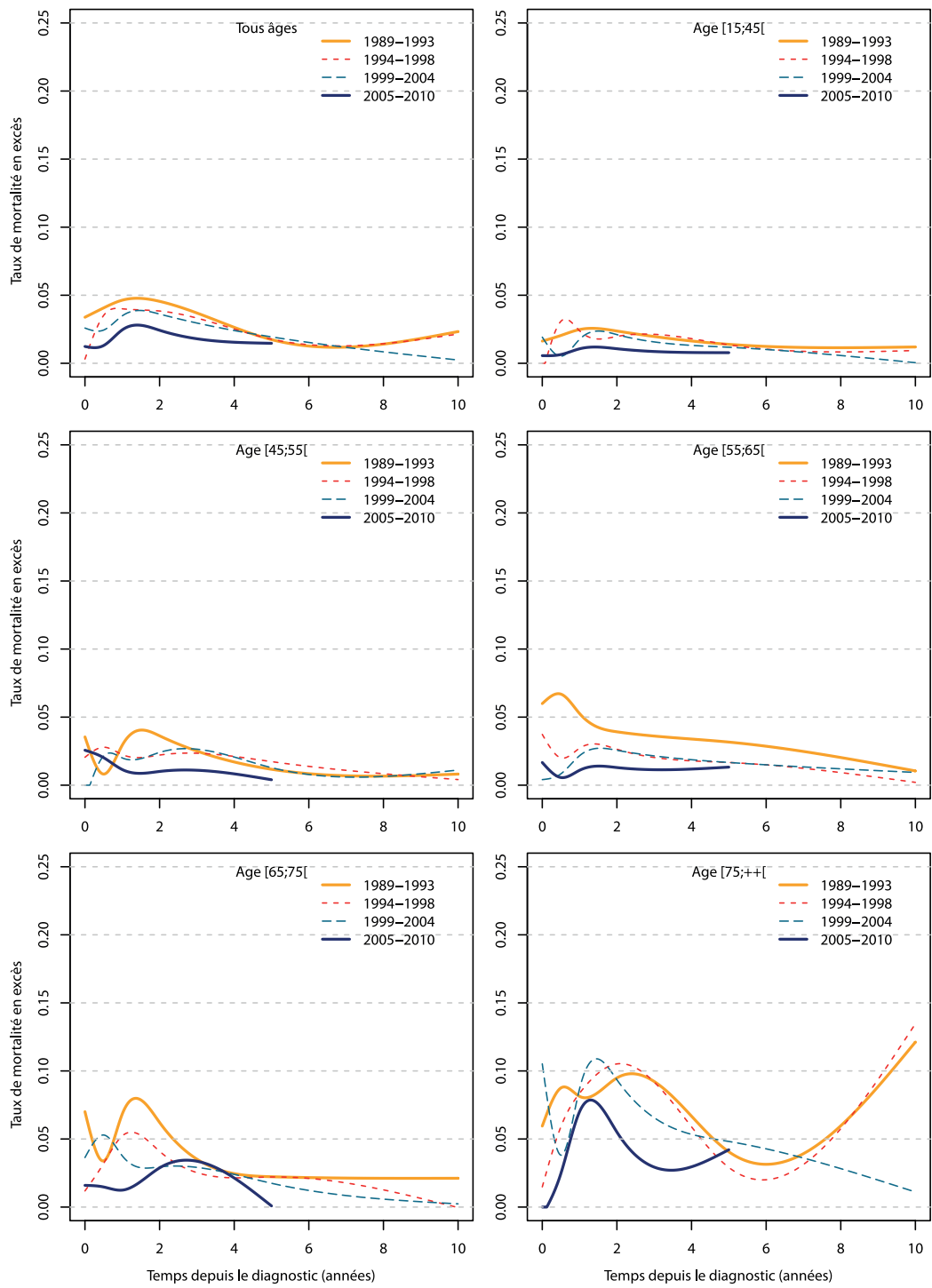
I TABLEAU 7 I		SURVIE NETTE (%) À 1, 5 ET 10 ANS SELON L'ÂGE PAR PÉRIODE DE DIAGNOSTIC [IC À 95 %]		
	1 an	5 ans	10 ans	
Âge [15;45[
1989-1993	98 [97-99]	90 [88-93]	85 [82-88]	
1994-1998	98 [97-99]	91 [88-93]	86 [84-89]	
1999-2004	99 [98-100]	93 [91-95]	90 [88-92]	
2005-2010	99 [99-100]	96 [94-97]	ND	
Toutes périodes	99 [98-99]	93 [92-94]	89 [88-90]	
Âge [45;55[
1989-1993	98 [97-100]	89 [85-92]	86 [81-90]	
1994-1998	98 [96-99]	90 [87-93]	85 [81-89]	
1999-2004	98 [97-100]	90 [88-93]	87 [84-90]	
2005-2010	98 [97-99]	95 [93-96]	ND	
Toutes périodes	98 [98-99]	91 [90-93]	88 [86-90]	
Âge [55;65[
1989-1993	95 [92-97]	81 [77-86]	73 [68-79]	
1994-1998	97 [96-99]	90 [86-93]	85 [81-90]	
1999-2004	99 [98-100]	90 [88-93]	85 [82-89]	
2005-2010	99 [99-100]	94 [92-96]	ND	
Toutes périodes	98 [98-99]	91 [89-92]	85 [83-87]	
Âge [65;75[
1989-1993	97 [94-99]	81 [76-87]	74 [67-82]	
1994-1998	97 [95-99]	85 [81-90]	82 [76-88]	
1999-2004	95 [93-97]	85 [81-88]	84 [79-89]	
2005-2010	99 [98-100]	90 [87-93]	ND	
Toutes périodes	97 [96-98]	86 [84-88]	83 [80-86]	
Âge [75;+][
1989-1993	92 [87-97]	71 [62-82]	64 [45-91]	
1994-1998	94 [90-98]	70 [62-78]	59 [44-80]	
1999-2004	93 [90-96]	72 [66-78]	62 [51-75]	
2005-2010	97 [95-99]	82 [77-87]	ND	
Toutes périodes	95 [94-96]	76 [73-80]	66 [57-77]	

ND : Non disponible.

I FIGURE 3 I

TAUX DE MORTALITÉ EN EXCÈS SELON LA PÉRIODE DE DIAGNOSTIC, TOUS ÂGES ET PAR CLASSE D'ÂGE

Le taux est exprimé en nombre de décès pour une personne-année.



Pour une interprétation correcte de ces figures, il est impératif de se référer au paragraphe « Point particulier : les figures des taux de mortalité en excès » du chapitre « Présentation des résultats et guide de lecture » (p. 28-29).

SURVIE À 1, 5, 10 ET 15 ANS DES PERSONNES DE MOINS DE 75 ANS DIAGNOSTIQUÉES ENTRE 1989 ET 1998 (RESTRICTION AUX REGISTRES COUVRANT L'ENSEMBLE DE LA PÉRIODE 1989-2010)

I TABLEAU 8 I	SURVIE NETTE (%) À LONG TERME SELON L'ÂGE (ÂGE <75 ANS) [IC À 95 %]			
	1 an	5 ans	10 ans	15 ans
Âge [15;45[
1989-1998	98 [97-99]	90 [89-92]	86 [84-88]	84 [82-87]
Âge [45;55[
1989-1998	98 [97-99]	89 [87-92]	85 [82-88]	85 [81-88]
Âge [55;65[
1989-1998	96 [95-98]	86 [83-89]	80 [76-84]	79 [75-84]
Âge [65;75[
1989-1998	97 [95-98]	84 [80-87]	78 [74-83]	71 [65-78]

Sarcomes des tissus mous

Auteurs : B. Amadeo, P. Delafosse, K. Jéhannin-Ligier

Description de la localisation étudiée

Sarcomes des tissus mous	CIM-O-3 (pas de correspondance CIM-O-2, CIM-10)	
	Topographie	C38.1, C38.2, C38.3, C47, C48.0, C49, C69.6, C76 et C80.9
Morphologie	8900-8905, 8910, 8912, 8920, 8991, 8810, 8811, 8813-8815, 8821, 8823, 8834-8835, 8820, 8822, 8824-8827, 9150, 9160, 9491, 9540-9571, 9580, 9140, 8587, 8710-8713, 8806, 8831-8833, 8836, 8840-8842, 8850-8858, 8860-8862, 8870, 8880, 8881, 8890-8898, 8921, 8982, 8990, 9040-9044, 9120-9125, 9130-9133, 9135, 9136, 9141, 9142, 9161, 9170-9175, 9231, 9251, 9252, 9373, 9581, 8830, 8963, 9180, 9210, 9220, 9240, 9260, 9364, 9365, 8800-8805	
	Comportement tumoral : /3	

Les sarcomes des tissus mous (STM) sont un groupe hétérogène de tumeurs rares, issu du tissu mésenchymateux et représentant environ 1 % de l'ensemble des tumeurs solides chez l'adulte [1] et environ 4 à 8 % chez l'enfant [2]. Ces tumeurs sont divisées en de nombreux types histologiques et sous-types moléculaires, et sont donc très difficiles à diagnostiquer [3]. De plus, les STM peuvent concerner tous les organes.

Incidence

Peu d'études ont estimé l'incidence des STM en France. Le taux d'incidence standardisé est compris entre 2,8 et 3,3 pour 100 000 personnes-années avec un sexe ratio légèrement en faveur des hommes [4;5].

Population d'étude

Cette étude a porté sur 1 970 cas pour l'analyse sur la période 2005-2010 et sur 2 796 cas pour l'analyse des tendances 1989-2010.

Remarque

En raison d'un nombre de cas et/ou de décès insuffisants (ou de leur répartition dans le temps), certains indicateurs n'ont pu être produits (survie nette selon l'âge par exemple) et certains tableaux/figures sont incomplets ou absents.

Survie sur la période la plus récente (2005-2010)

Survie observée et survie nette

La survie observée et la survie nette 5 ans après le diagnostic étaient respectivement de 52 % et 57 % (tableau 1).

Variation selon le sexe et l'âge

La survie nette à 5 ans était de 58 % chez les hommes et de 56 % chez les femmes (tableau 1). Après standardisation, la survie nette à 5 ans était de 60 % chez les hommes et 63 % chez les femmes (tableau 2). L'écart de survie entre hommes et femmes était relativement faible, et cela était confirmé en observant les résultats par tranches d'âge. En revanche, la survie

nette était meilleure à 5 ans chez les femmes pour les sujets âgés de 45 à 54 ans (tableau 4).

La survie nette diminuait avec l'âge passant de 69 % à 5 ans chez les sujets les plus jeunes à 41 % pour les plus âgés (tableaux 3 et 4, figure 1).

Globalement, l'excès de mortalité était maximal immédiatement après le diagnostic puis diminuait rapidement pendant la première année. Au-delà, il continuait à décroître pour se rapprocher de la valeur zéro à 5 ans (figure 2). Cet excès de mortalité était très accentué chez les sujets les plus âgés et moins visible chez les sujets jeunes. Il était plus tardif (maximal à la fin de la première année suivant le diagnostic) chez les sujets de moins de 45 ans. Chez les sujets âgés de 55 à 74 ans, une réascension de l'excès de mortalité entre la première et la deuxième année était observée (figure 2).

Références

- [1] Clark MA, Fisher C, Judson I, Thomas JM. Soft-tissue sarcomas in adults. *N Engl J Med* 2005;353:701-11.
- [2] Stiller CA, Parkin DM. International variations in the incidence of childhood soft-tissue sarcomas. *Paediatr Perinat Epidemiol* 1994;8:107-19.
- [3] Dufresne A, Cassier P, Heudel P, Pissaloux D, Wang Q, Blay JY, et al. Biologie moléculaire des sarcomes et choix thérapeutiques. *Bull Cancer* 2015;102:6-16.
- [4] Mathoulin-Pélissier S, Chevreau C, Bellera C, Bauvin E, Savès M, Grosclaude P, et al. Adherence to consensus-based diagnosis and treatment guidelines in adult soft-tissue sarcoma patients: a French prospective population-based study. *Ann Oncol* 2014;25:225-31.
- [5] Ducimetière F, Lurkin A, Ranchère-Vince D, Decouvelaere AV, Péoc'h M, Istier L, et al. Incidence of sarcoma histotypes and molecular subtypes in a prospective epidemiological study with central pathology review and molecular testing. *PLoS One* [Internet] 2011 [consulté le 02/03/2015];6:e20294. Disponible à partir de l'URL : <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0020294>.
- [6] Karanian M, Coindre JM. Quatrième édition de la classification OMS des tumeurs des tissus mous. *Ann Pathol* 2015;35:71-85.

Tendances de la survie nette sur l'ensemble de la période (1989-2010)

Sur l'ensemble de la période, la survie observée et la survie nette à 10 ans étaient respectivement de 39 % et 49 % (tableau 5). Après standardisation, la survie nette à 10 ans était de 51 % (tableau 6).

Tendances globales

La survie nette à 1 an n'évoluait pas au cours du temps : elle était de 82 % pour les cas diagnostiqués en 1989-1993 et de 81 % pour les cas diagnostiqués en 2005-2010 (tableau 5). Après standardisation, la survie était de 84 % pour ces deux périodes (tableau 6).

La survie nette à 5 ans tendait à s'améliorer passant de 53 % pour les cas diagnostiqués en 1989-1993 à 56 % pour les cas diagnostiqués en 2005-2010 (tableau 5). Après standardisation, les chiffres correspondants étaient de 55 % et 61 % (tableau 6).

La survie nette à 10 ans passait de 43 % pour les cas diagnostiqués en 1989-1993 à 49 % pour les cas diagnostiqués en 1999-2004 (tableau 5). Après standardisation, les chiffres correspondants étaient 45 % et 52 % (tableau 6).

Tendances selon l'âge

Globalement, la survie à 1 an dans les différentes classes d'âge était relativement stable. Pour la survie à 5 ans et 10 ans, aucune tendance claire ne pouvait être notée en raison d'IC souvent trop larges (tableau 7).

Survie à 15 ans chez les personnes âgées de moins de 75 ans

La survie nette à 15 ans variait entre 57 % et 36 % en fonction de l'âge pour les cas diagnostiqués en 1989-1998. La survie nette restait stable après 10 ans de suivi pour les sujets âgés de 15 à 64 ans (tableau 8).

Commentaires

Les STM sont des tumeurs d'assez bon pronostic avec une survie nette à 5 ans proche de 60 %. Une meilleure survie est observée chez les sujets les plus jeunes. En revanche, la survie diffère peu selon le sexe et la période de diagnostic.

Les résultats des études sur les STM sont souvent difficilement comparables d'un pays à un autre puisque la sélection des STM peut varier selon la classification utilisée [6]. De plus, le diagnostic est souvent difficile à établir. D'ailleurs, une étude européenne a montré une faible concordance histologique entre le diagnostic initial de STM et la relecture faite par un centre expert [7].

Dans la dernière étude EUROCORE, la survie standardisée à 5 ans en France était supérieure à la moyenne européenne (65 % *versus* 60 %) [8].

Concernant la diminution de la survie avec l'âge, celle-ci est également mise en évidence dans l'étude EUROCORE-5 [8] et dans le SEER Program aux États-Unis [9]. Cette diminution peut s'expliquer par une répartition différente selon l'âge des sous-types histologiques ayant des pronostics différents, mais également par des différences de prise en charge avec par exemple un traitement local ou systémique moins agressif chez les patients les plus âgés [3;10].

Comme aux États-Unis, l'amélioration de la survie relative à 5 ans dans le temps est très modérée [9].

La prise en charge des STM nécessite une approche multidisciplinaire [11]. Le traitement de référence en première intention est la résection chirurgicale (lorsque la tumeur est opérable), qui peut être précédée d'une chimiothérapie. La radiothérapie peut être réalisée avant ou après la chirurgie. Une chimiothérapie adjuvante est ensuite discutée en fonction des paramètres pronostiques. Elle n'est pas utilisée dans les sous-types connus pour être insensibles [11].

Ces dernières années, la prise en charge des STM s'est fortement complexifiée avec l'identification de différents sous-types moléculaires de pronostic et de traitement spécifique au sein d'un même type histologique. Une meilleure connaissance de ces différents profils génétiques permettra le développement de nouveaux traitements adjuvants ciblés plus efficaces et moins toxiques pour le patient dans le but d'améliorer leur survie [3].

- [7] Ray-Coquard I, Montesco MC, Coindre JM, Dei Tos AP, Lurkin A, Ranchère-Vince D, *et al.* Sarcoma: concordance between initial diagnosis and centralized expert review in a population-based study within three European regions. *Ann Oncol* 2012;23:2442-9.
- [8] De Angelis R, Sant M, Coleman MP, Francisci S, Baili P, Pierannunzio D, *et al.* Cancer survival in Europe 1999-2007 by country and age: results of EUROCORE-5-a population-based study. *Lancet Oncol* 2014;15:23-34.
- [9] Surveillance, Epidemiology and End Results Program (SEER). Cancer Statistics - Interactive Tools - Fast Stats [Internet]. Bethesda: National Cancer Institute [consulté le 05/03/2015]. Disponible à partir de l'URL : <http://seer.cancer.gov/faststats/>.
- [10] Ferrari A, Sultan I, Huang TT, Rodriguez-Galindo C, Shehadeh A, Meazza C, *et al.* Soft tissue sarcoma across the age spectrum: a population-based study from the Surveillance Epidemiology and End Results database. *Pediatr Blood Cancer* 2011;57:943-9.
- [11] ESMO/European Sarcoma Network Working Group. Soft tissue and visceral sarcomas: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Ann Oncol* 2014;25 Suppl 3:iii102-12.

SURVIE À 1, 3 ET 5 ANS DES PERSONNES DIAGNOSTIQUÉES ENTRE 2005 ET 2010 (TOUS REGISTRÉS)

I TABLEAU 1 I

SURVIE OBSERVÉE ET NETTE (%) À 1, 3 ET 5 ANS SELON LE SEXE [IC À 95 %]

	1 an		3 ans		5 ans	
	observée	nette	observée	nette	observée	nette
Homme	80 [78-83]	82 [80-84]	61 [58-64]	65 [62-68]	52 [49-55]	58 [54-61]
Femme	79 [76-81]	80 [77-83]	61 [58-64]	64 [60-67]	52 [49-56]	56 [52-60]
Tous	79 [78-81]	81 [79-83]	61 [59-63]	64 [62-67]	52 [50-54]	57 [54-60]

I TABLEAU 2 I

SURVIE NETTE STANDARDISÉE (%) À 1, 3 ET 5 ANS SELON LE SEXE [IC À 95 %]

	1 an	3 ans	5 ans
Homme	84 [82-86]	67 [64-70]	60 [57-64]
Femme	84 [82-87]	70 [67-73]	63 [59-67]
Tous	84 [83-86]	68 [66-71]	61 [59-64]

I TABLEAU 3 I

SURVIE OBSERVÉE ET NETTE (%) À 1, 3 ET 5 ANS SELON L'ÂGE [IC À 95 %]

	1 an		3 ans		5 ans	
	observée	nette	observée	nette	observée	nette
[15;45[	90 [86-93]	90 [87-93]	76 [71-80]	76 [72-81]	69 [64-74]	69 [64-75]
[45;55[	90 [87-94]	91 [87-94]	78 [74-84]	79 [74-85]	72 [66-78]	73 [68-79]
[55;65[	88 [85-91]	89 [86-92]	69 [64-74]	71 [66-75]	61 [56-66]	64 [59-69]
[65;75[	76 [72-80]	77 [73-82]	56 [52-61]	59 [54-65]	47 [42-52]	51 [46-57]
[75;+ +[	65 [61-69]	68 [64-73]	41 [37-45]	49 [44-54]	30 [26-34]	41 [35-47]
Tous	79 [78-81]	81 [79-83]	61 [59-63]	64 [62-67]	52 [50-54]	57 [54-60]

I TABLEAU 4 I

SURVIE NETTE (%) À 1, 3 ET 5 ANS SELON L'ÂGE, CHEZ L'HOMME ET CHEZ LA FEMME [IC À 95 %]

	1 an		3 ans		5 ans	
	Homme	Femme	Homme	Femme	Homme	Femme
[15;45[	89 [85-93]	91 [87-96]	73 [68-80]	80 [74-87]	67 [60-74]	73 [66-82]
[45;55[	91 [86-96]	90 [85-96]	76 [69-83]	85 [78-92]	67 [59-75]	83 [75-91]
[55;65[	87 [83-92]	91 [86-95]	71 [65-77]	70 [64-78]	66 [59-73]	61 [54-70]
[65;75[	79 [74-85]	74 [67-82]	61 [54-68]	57 [50-66]	53 [46-61]	49 [40-58]
[75;+ +[	69 [63-75]	68 [62-74]	49 [42-57]	48 [42-55]	42 [34-53]	40 [33-48]
Tous	82 [80-84]	80 [77-83]	65 [62-68]	64 [60-67]	58 [54-61]	56 [52-60]

FIGURE 1 |

SURVIE NETTE SELON L'ÂGE EN FONCTION DU TEMPS DEPUIS LE DIAGNOSTIC

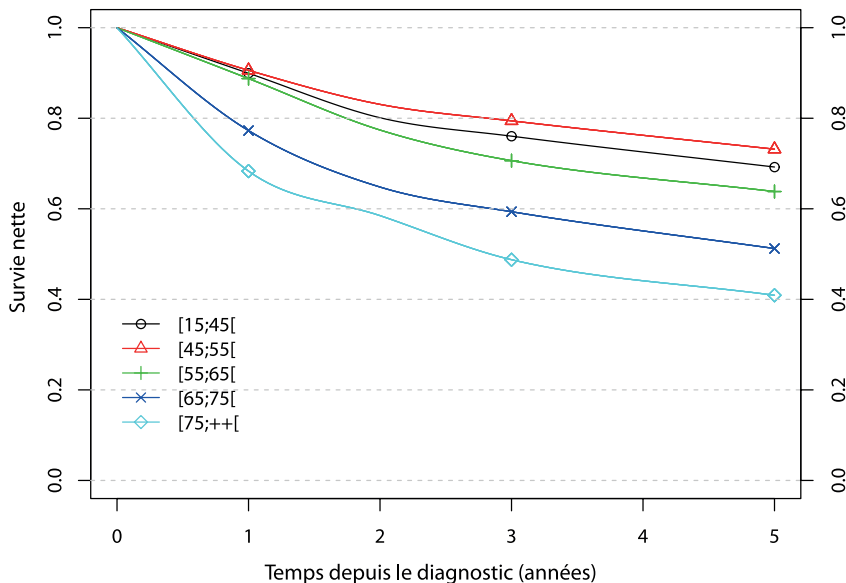
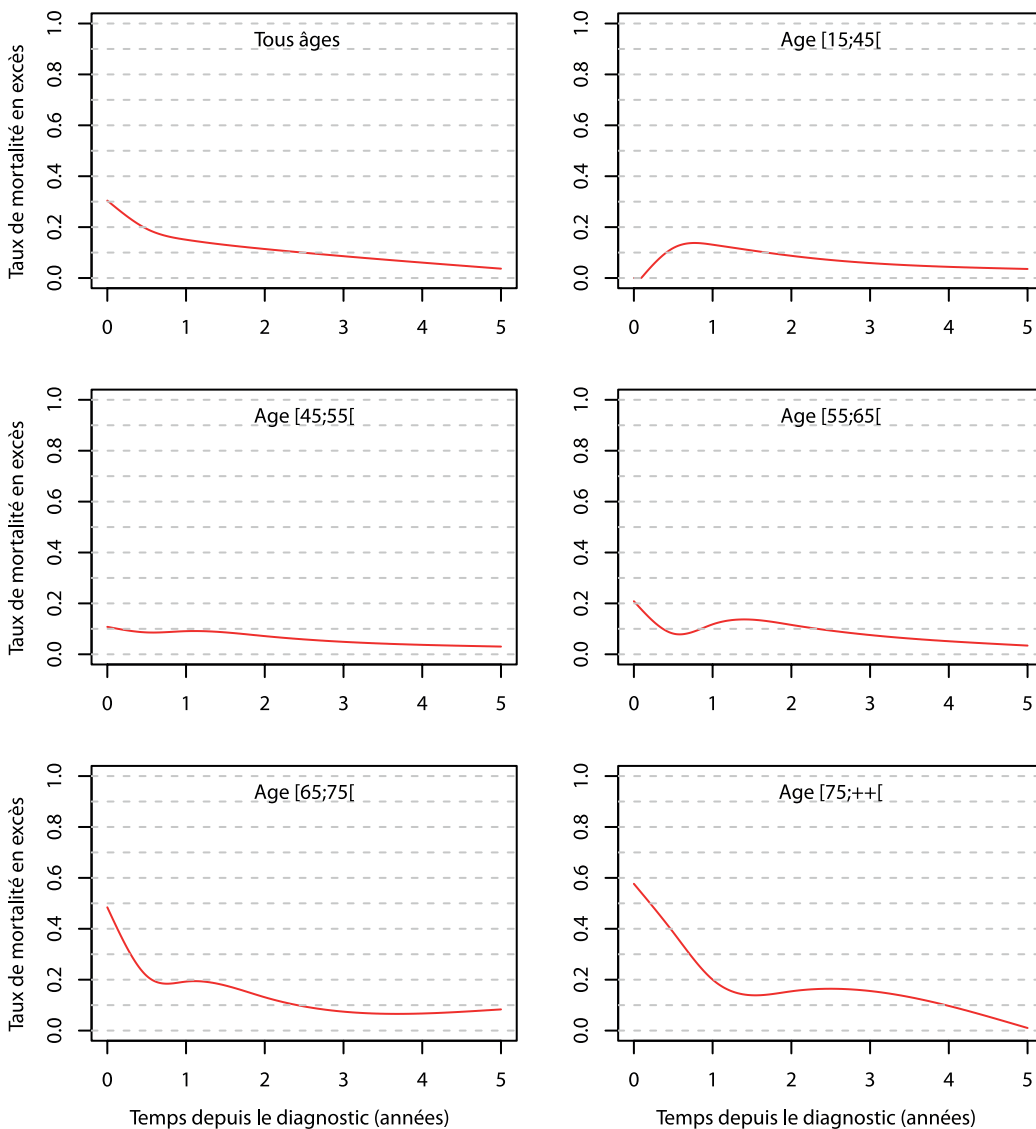


FIGURE 2 |

TAUX DE MORTALITÉ EN EXCÈS EN FONCTION DU TEMPS DEPUIS LE DIAGNOSTIC, TOUS ÂGES ET PAR CLASSE D'ÂGE

Le taux est exprimé en nombre de décès pour une personne-année.



Pour une interprétation correcte de ces figures, il est impératif de se référer au paragraphe « Point particulier : les figures des taux de mortalité en excès » du chapitre « Présentation des résultats et guide de lecture » (p. 28-29).

TENDANCES DE LA SURVIE À 1, 5 ET 10 ANS POUR LES PERSONNES DIAGNOSTIQUÉES ENTRE 1989 ET 2010 (RESTRICTION AUX REGISTRES COUVRANT L'ENSEMBLE DE LA PÉRIODE 1989-2010)

I TABLEAU 5 I	SURVIE OBSERVÉE ET NETTE (%) À 1, 5 ET 10 ANS PAR PÉRIODE DE DIAGNOSTIC [IC À 95 %]					
	1 an		5 ans		10 ans	
	observée	nette	observée	nette	observée	nette
1989-1993	79 [76-83]	82 [78-86]	48 [43-52]	53 [48-59]	35 [31-40]	43 [36-50]
1994-1998	79 [75-82]	81 [77-84]	48 [44-53]	54 [49-60]	39 [35-43]	52 [46-59]
1999-2004	79 [76-82]	80 [77-83]	52 [48-56]	56 [52-61]	41 [38-45]	49 [45-54]
2005-2010	79 [77-82]	81 [78-84]	52 [48-55]	56 [53-60]	ND	ND
Toutes périodes	79 [77-81]	81 [79-83]	50 [48-52]	55 [53-58]	39 [37-41]	49 [46-52]

ND : Non disponible.

I TABLEAU 6 I	SURVIE NETTE STANDARDISÉE (%) À 1, 5 ET 10 ANS SELON LE SEXE PAR PÉRIODE DE DIAGNOSTIC [IC À 95 %]		
	Tous sexes		
	1 an	5 ans	10 ans
1989-1993	84 [80-87]	55 [50-60]	45 [39-51]
1994-1998	82 [79-86]	57 [53-62]	52 [47-58]
1999-2004	83 [80-85]	59 [55-63]	52 [48-56]
2005-2010	84 [82-87]	61 [58-65]	ND
Toutes périodes	83 [82-85]	59 [57-61]	51 [49-54]

ND : Non disponible.

Non présenté par sexe du fait d'effectifs trop faibles pour la standardisation.

I TABLEAU 7 I	SURVIE NETTE (%) À 1, 5 ET 10 ANS SELON L'ÂGE PAR PÉRIODE DE DIAGNOSTIC [IC À 95 %]		
	1 an	5 ans	10 ans
	Âge [15;45[
1989-1993	90 [85-96]	64 [56-72]	59 [51-68]
1994-1998	91 [86-96]	66 [59-75]	59 [51-68]
1999-2004	92 [87-96]	73 [66-81]	66 [59-74]
2005-2010	91 [87-95]	71 [64-78]	ND
Toutes périodes	91 [89-93]	69 [65-73]	62 [58-66]
Âge [45;55[
1989-1993	88 [79-98]	58 [45-74]	42 [30-59]
1994-1998	81 [73-91]	67 [56-79]	56 [46-70]
1999-2004	87 [81-94]	69 [61-79]	62 [53-72]
2005-2010	91 [86-96]	79 [72-87]	ND
Toutes périodes	87 [84-91]	70 [66-76]	58 [53-65]

I TABLEAU 7 | SUITE	SURVIE NETTE (%) À 1, 5 ET 10 ANS SELON L'ÂGE PAR PÉRIODE DE DIAGNOSTIC [IC À 95 %]		
	1 an	5 ans	10 ans
Âge [55;65[
1989-1993	88 [81-96]	62 [52-75]	50 [39-64]
1994-1998	82 [75-90]	50 [40-61]	45 [35-57]
1999-2004	82 [76-89]	51 [42-61]	45 [36-55]
2005-2010	88 [84-93]	62 [55-70]	ND
Toutes périodes	86 [82-89]	56 [52-61]	48 [43-54]
Âge [65;75[
1989-1993	75 [67-83]	48 [39-59]	36 [26-48]
1994-1998	78 [71-86]	54 [45-64]	54 [44-67]
1999-2004	80 [73-86]	52 [44-61]	44 [35-54]
2005-2010	78 [72-84]	50 [42-59]	ND
Toutes périodes	78 [74-81]	51 [46-56]	44 [39-50]
Âge [75;+][
1989-1993	71 [61-82]	35 [23-52]	27 [11-66]
1994-1998	74 [66-82]	42 [30-58]	41 [26-64]
1999-2004	64 [57-73]	41 [32-53]	32 [22-48]
2005-2010	67 [61-73]	37 [30-47]	ND
Toutes périodes	68 [65-72]	39 [34-45]	36 [27-47]

ND : Non disponible.

SURVIE À 1, 5, 10 ET 15 ANS DES PERSONNES DE MOINS DE 75 ANS DIAGNOSTIQUÉES ENTRE 1989 ET 1998 (RESTRICTION AUX REGISTRES COUVRANT L'ENSEMBLE DE LA PÉRIODE 1989-2010)

I TABLEAU 8 |	SURVIE NETTE (%) À LONG TERME SELON L'ÂGE (ÂGE < 75 ANS) [IC À 95 %]			
	1 an	5 ans	10 ans	15 ans
Âge [15;45[
1989-1998	91 [87-94]	65 [59-71]	59 [53-65]	57 [51-63]
Âge [45;55[
1989-1998	84 [77-91]	63 [55-72]	51 [42-61]	50 [41-61]
Âge [55;65[
1989-1998	85 [79-90]	55 [48-64]	48 [40-57]	46 [38-56]
Âge [65;75[
1989-1998	76 [71-82]	51 [45-59]	45 [38-54]	36 [28-47]

Description de la localisation étudiée

Sein	CIM-O-3	Correspondance en CIM-O-2	Correspondance en CIM-O-1	Correspondance en CIM-10
	Topographie	C50.0 à C50.9	C50.0 à C50.9	174.0 à 175.9	C50.0 à C50.9
Morphologie	Toutes, sauf tumeurs hématologiques ; comportement tumoral /3			

Les cancers du sein sont majoritairement des carcinomes canaux. Seuls les primo cancers infiltrants du sein chez la femme sont étudiés dans ce travail.

Incidence

En France, pour l'année 2012, le nombre de nouveaux cas de cancer du sein était estimé à environ 49 000 cas et représentait 31 % des cancers survenus chez les femmes [1].

Population d'étude

Cette étude a porté sur 50 542 cas pour l'analyse sur la période 2005-2010 et sur 96 726 cas pour l'analyse des tendances 1989-2010.

Survie sur la période la plus récente (2005-2010)

Survie observée et survie nette

La survie observée et la survie nette 5 ans après le diagnostic étaient respectivement de 83 % et 88 % (tableau 1).

Variation selon l'âge

Après standardisation, la survie nette à 5 ans était de 87 % (tableau 2).

La survie nette variait avec l'âge. La survie nette à 5 ans était maximale (92-93 %) chez les femmes âgées de 45 à 74 ans. Elle était légèrement inférieure (90 %) chez les femmes plus jeunes (entre 15 et 44 ans) et beaucoup plus faible (76 %) chez les femmes plus âgées (75 ans et plus) (tableau 3, figure 1).

Globalement, l'excès de mortalité était maximal immédiatement après le diagnostic, il décroissait rapidement pendant la première année après le diagnostic puis plus lentement ensuite. Un profil particulier était observé pour les femmes les plus jeunes avant 45 ans avec une augmentation progressive du taux de mortalité

en excès, marquée durant la première année puis plus lente voire stable au-delà. Pour les femmes les plus âgées, l'excès de mortalité était particulièrement élevé immédiatement après le diagnostic. Pour les autres catégories d'âge, les variations étaient moins marquées avec un taux de mortalité en excès un peu plus faible durant la première année de suivi, puis un taux relativement stable au-delà d'un an après le diagnostic (figure 2).

Tendances de la survie nette sur l'ensemble de la période (1989-2010)

Sur l'ensemble de la période, la survie observée et la survie nette à 10 ans étaient respectivement de 67 % et 78 % (tableau 5). Après standardisation, la survie nette à 10 ans était de 76 % (tableau 6).

Tendances globales

La survie nette à 1 an, déjà très élevée en 1989-1993, s'améliorait très faiblement au cours du temps passant de 96 % pour les cas diagnostiqués en 1989-1993 à 97 %

Références

- [1] Binder-Foucard F, Bossard N, Delafosse P, Belot A, Woronoff AS, Remontet L, *et al.* Cancer incidence and mortality in France over the 1980-2012 period: solid tumors. *Rev Epidemiol Sante Publique* 2014;62(2):95-108.
- [2] De Angelis R, Sant M, Coleman MP, Francisci S, Baili P, Pierannunzio D, *et al.* Cancer survival in Europe 1999-2007 by country and age: results of EURO-CARE-5-a population-based study. *Lancet Oncol* 2014;15:23-34.
- [3] Lastier D, Salines E, Rogel A. Programme de dépistage du cancer du sein en France : résultats 2010, évolutions depuis 2006. Saint-Maurice : Institut de veille sanitaire; 2013. 26 p.
- [4] Seigneurin A, François O, Labarère J, Oudeville P, Monlong J, Colonna M. Overdiagnosis from non-progressive cancer detected by screening mammography: stochastic simulation study with calibration to population based registry data. *BMJ* 2011;343:d7017.
- [5] Independent UK Panel on Breast Cancer Screening. The benefits and harms of breast cancer screening: an independent review. *Lancet* 2012;380(9855):1778-86.
- [6] Anders CK, Johnson R, Litton J, Phillips M, Bleyer A. Breast cancer before age 40 years. *Semin Oncol* 2009;36(3):237-49.
- [7] Leclère B, Molinié F, Trétarre B, Stracci F, Daubisse-Marliac L, Colonna M, *et al.* Trends in incidence of breast cancer among women under 40 in seven European countries: a GRELL cooperative study. *Cancer Epidemiol* 2013;37(5):544-9.

pour les cas diagnostiqués en 2005-2010 (tableau 5). Après standardisation, les chiffres correspondants étaient de 95 % et 97 % (tableau 6).

La survie nette à 5 ans s'améliorait elle aussi passant de 81 % pour les cas diagnostiqués en 1989-1993 à 88 % pour les cas diagnostiqués en 2005-2010 (tableau 5). Après standardisation, les chiffres correspondants différaient peu : 80 % et 87 % (tableau 6).

La survie nette à 10 ans passait de 72 % pour les cas diagnostiqués en 1989-1993 à 80 % pour les cas diagnostiqués en 1999-2004 (tableau 5). Après standardisation, les chiffres correspondants étaient 70 % et 78 % (tableau 6).

Tendances selon l'âge

Globalement, la survie s'est nettement améliorée (de presque 10 points) 5 ans et 10 ans après le diagnostic chez les femmes de moins de 75 ans. L'amélioration était moins visible pour la survie à un an en raison d'un taux de survie très élevé dès le début de la période (1989-1993). Cette amélioration reflétait principalement une baisse du pic de mortalité en excès 1 an après le diagnostic. Au-delà de 5 ans après le diagnostic, le taux de mortalité en excès a peu évolué et restait stable (tableau 7 et figure 3).

On notait une très faible amélioration de la survie chez les femmes de 75 ans et plus, pour lesquelles le taux de survie était inférieur aux autres catégories d'âge, notamment durant la première année de suivi avec une survie à 92 % (tableau 7 et figure 3).

Survie à 15 ans chez les personnes âgées de moins de 75 ans

La survie nette à 15 ans variait entre 65 % et 76 % en fonction de l'âge pour les cas diagnostiqués en 1989-1998 (tableau 8).

Commentaires

Les cancers du sein font partie des cancers de bon pronostic avec une survie nette à 5 ans de 88 % pour la période 2005-2010. La France se situe parmi les pays avec les taux de survie les plus élevés en Europe [2].

La survie après un cancer du sein dépend d'une part des facteurs pronostiques liés au cancer, notamment du stade au diagnostic, et d'autre part de la qualité de la prise en charge thérapeutique.

Une meilleure caractérisation des cancers permet de mieux cibler les thérapeutiques. Désormais, grâce au dosage des récepteurs hormonaux et HER2, le tamoxifène depuis les années 1970 et le trastuzumab depuis le début du XXI^e siècle ont contribué à révolutionner la prise en charge adjuvante des cancers du sein.

Par ailleurs au cours des 20 dernières années, le développement des pratiques de dépistage, individuelles ou organisées, ainsi qu'une meilleure sensibilisation du corps médical et du grand public à cette maladie, ont permis le diagnostic à un stade plus précoce des cancers du sein, principalement chez les femmes de 45 à 74 ans, qui présentent le meilleur taux de survie dans notre étude [3]. On ne peut cependant pas exclure qu'une partie de ces cancers soit surdiagnostiquée [4], introduisant artificiellement une amélioration de la survie par le biais d'une avance au diagnostic notamment [5].

Un pronostic plus péjoratif chez les femmes jeunes de moins de 40 ans a déjà été mis en évidence [6]. Malgré des thérapies souvent intensives, cette moins bonne survie est attribuée principalement à la survenue plus fréquente de cancers agressifs, diagnostiqués à un stade plus tardif dans cette classe d'âge, qui n'est pas ciblée par le dépistage. Toutefois, nos résultats montrent que la survie s'est améliorée pour les femmes jeunes chez lesquelles l'incidence du cancer du sein est toujours en augmentation en France [7].

Pour les personnes âgées de 75 ans et plus, les taux de survie sont inférieurs à ceux des autres classes d'âge, comme dans de nombreux pays [8]. Chez ces femmes le diagnostic est souvent posé à un stade plus avancé et des thérapeutiques suboptimales sont parfois proposées, notamment en raison des comorbidités [9]. Toutefois, certaines femmes âgées en bonne santé pourraient bénéficier, comme les femmes plus jeunes, de traitements adjuvants plus « agressifs ». C'est la seule catégorie d'âge pour laquelle l'amélioration n'est pas nette sur la période d'étude, comme dans d'autres pays [10]. Un des objectifs du troisième Plan cancer en France vise justement à améliorer la prise en charge des personnes âgées avec le développement plus systématique d'évaluation gériatrique et de réunion de concertation pluridisciplinaire d'oncogériatrie [11].

- [8] Bastiaannet E, Liefers GJ, de Craen AJ, Kuppen PJ, van de Water W, Portielje JE, *et al.* Breast cancer in elderly compared to younger patients in the Netherlands: stage at diagnosis, treatment and survival in 127,805 unselected patients. *Breast Cancer Res Treat* 2010;124(3):801-7.
- [9] Weiss A, Noorbakhsh A, Tokin C, Chang D, Blair SL. Hormone receptor-negative breast cancer: undertreatment of patients over 80. *Ann Surg Oncol* 2013;20(10):3274-8.
- [10] de Glas NA, Bastiaannet E, de Craen AJ, van de Velde CJ, Siesling S, Liefers GJ, *et al.* Survival of older patients with metastasised breast cancer lags behind despite evolving treatment strategies-a population-based study. *Eur J Cancer* 2015;51(3):310-6.
- [11] Ministère des Affaires sociales et de la Santé. Plan cancer 2014-2019 [Internet]. Paris : Ministère des Affaires sociales et de la Santé; 2014. 152 p. [consulté le 02/05/2015]. Disponible à partir de l'URL : <http://www.e-cancer.fr/publications/93-plan-cancer/762-plan-cancer-2014-2019>.
- [12] Haute autorité de santé. Dépistage du cancer du sein en France : identification des femmes à haut risque et modalités de dépistage – Synthèse [Internet]. Saint-Denis La Plaine : Haute autorité de santé; 2014. 32 p. [consulté le 02/05/2015]. Disponible à partir de l'URL : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-05/dépistage_du_cancer_du_sein_chez_les_femmes_a_haut_risque_synthese_vf.pdf.

Après les 2 premières années suivant le diagnostic, le taux de mortalité en excès se stabilise et ne tend pas à diminuer comme pour d'autres cancers sur la période 2005-2010. Ainsi le risque de décès par cancer du sein reste non négligeable même de longues années après le diagnostic ce qui peut traduire la difficulté à prévenir et traiter les récurrences et évolutions de la maladie.

Malgré des taux de survie élevés, le cancer du sein atteint un nombre considérable de femmes causant de nombreux décès chaque année. Le cancer du sein reste ainsi la première cause de mortalité par cancer chez la femme en France [1].

Peu de facteurs de risque du cancer du sein sont accessibles à la prévention primaire. Les leviers d'action essentiels résident donc dans un diagnostic précoce, avec une identification efficace des femmes à risque nécessitant une surveillance particulière [12] ou relevant du dépistage organisé, ainsi que dans la poursuite du développement de stratégies thérapeutiques adaptées, notamment pour les formes avancées de cancer du sein et, particulièrement, pour les femmes âgées. Par ailleurs, dans ce contexte de survie élevée, un défi important consistera à améliorer la qualité de vie des femmes après traitement, sans perte de chance.

SURVIE À 1, 3 ET 5 ANS DES PERSONNES DIAGNOSTIQUÉES ENTRE 2005 ET 2010 (TOUS REGISTRES)

I TABLEAU 1 |	SURVIE OBSERVÉE ET NETTE (%) À 1, 3 ET 5 ANS [IC À 95 %]					
	1 an		3 ans		5 ans	
	observée	nette	observée	nette	observée	nette
Femme	96 [96-96]	97 [97-98]	89 [89-89]	93 [92-93]	83 [83-83]	88 [88-89]

I TABLEAU 2 |	SURVIE NETTE STANDARDISÉE (%) À 1, 3 ET 5 ANS [IC À 95 %]		
	1 an	3 ans	5 ans
	Femme	97 [97-97]	91 [91-92]	87 [87-88]

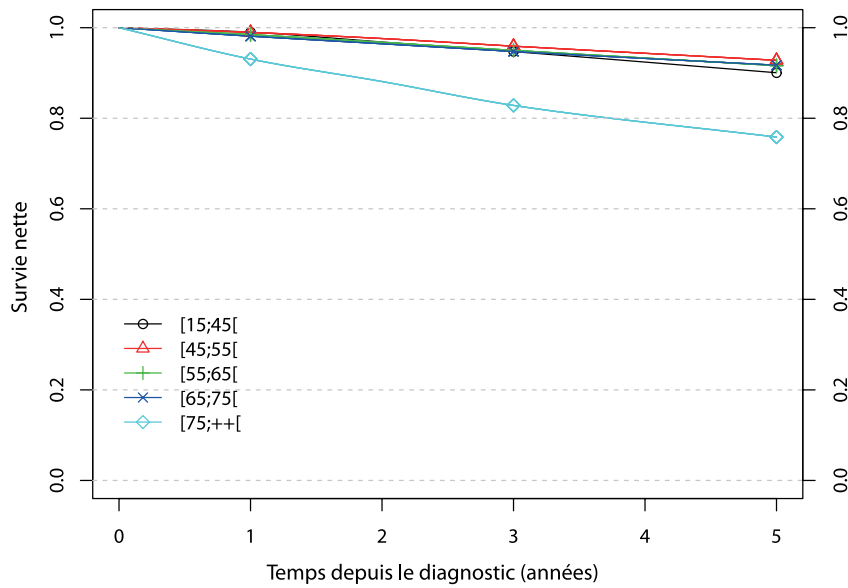
I TABLEAU 3 |	SURVIE OBSERVÉE ET NETTE (%) À 1, 3 ET 5 ANS SELON L'ÂGE [IC À 95 %]						
		1 an		3 ans		5 ans	
		observée	nette	observée	nette	observée	nette
[15;45[	99 [99-99]	99 [99-99]	94 [94-95]	95 [94-95]	90 [89-90]	90 [89-91]
[45;55[	99 [99-99]	99 [99-99]	95 [95-96]	96 [96-96]	92 [91-92]	93 [92-93]
[55;65[	98 [98-98]	98 [98-99]	94 [93-94]	95 [95-95]	89 [89-90]	92 [91-92]
[65;75[	97 [97-98]	98 [98-98]	92 [92-93]	95 [94-95]	87 [86-88]	92 [91-92]
[75;++[	88 [88-89]	93 [92-94]	71 [70-72]	83 [82-84]	58 [57-59]	76 [74-77]
Tous	96 [96-96]	97 [97-98]	89 [89-89]	93 [92-93]	83 [83-83]	88 [88-89]	

I TABLEAU 4 |	SURVIE NETTE (%) À 1, 3 ET 5 ANS SELON L'ÂGE, CHEZ L'HOMME ET CHEZ LA FEMME [IC À 95 %]
-------------	---

Non applicable (site unisexe).

I FIGURE 1 I

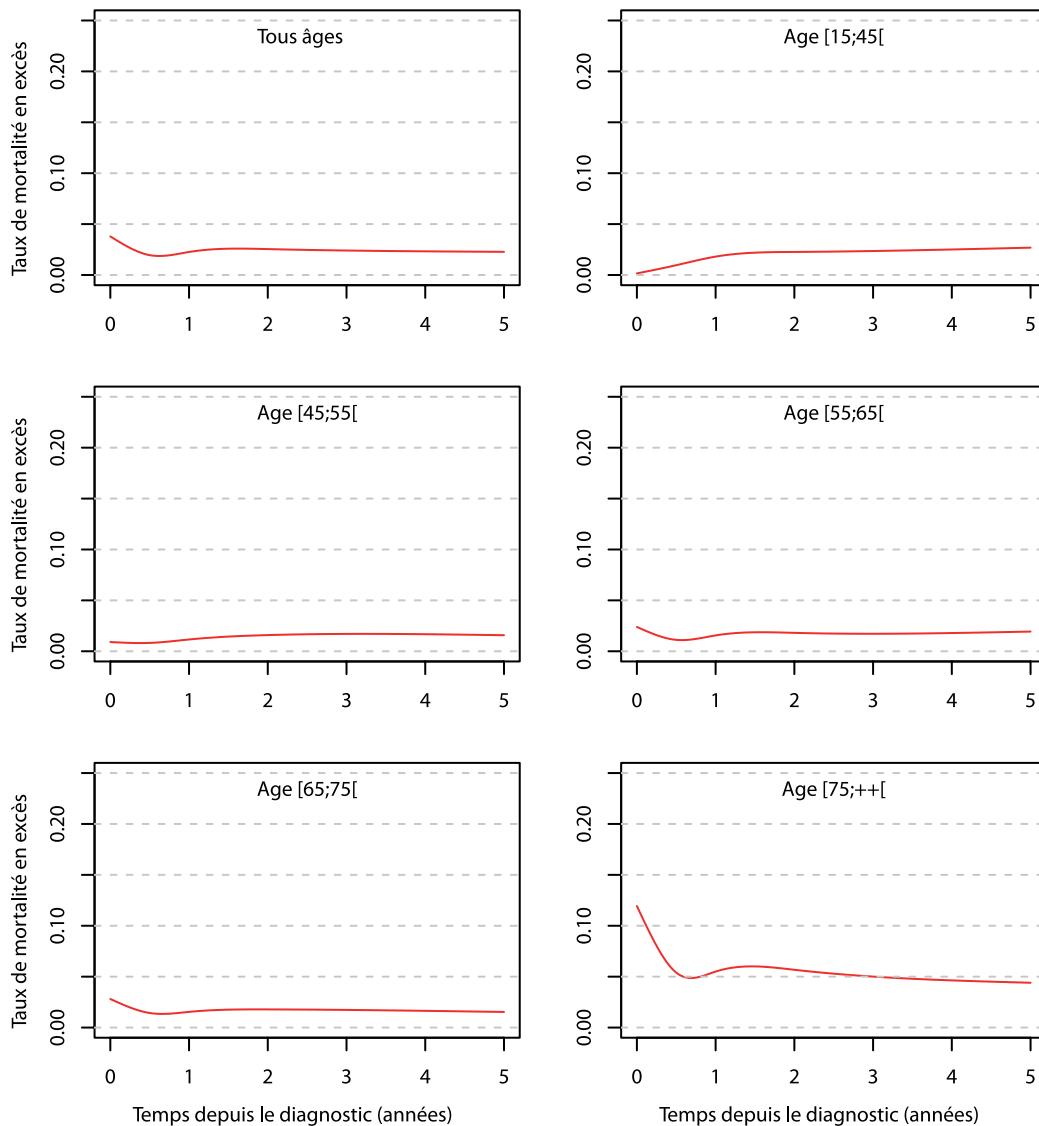
SURVIE NETTE SELON L'ÂGE EN FONCTION DU TEMPS DEPUIS LE DIAGNOSTIC



I FIGURE 2 I

TAUX DE MORTALITÉ EN EXCÈS EN FONCTION DU TEMPS DEPUIS LE DIAGNOSTIC, TOUS ÂGES ET PAR CLASSE D'ÂGE

Le taux est exprimé en nombre de décès pour une personne-année.



Pour une interprétation correcte de ces figures, il est impératif de se référer au paragraphe « Point particulier : les figures des taux de mortalité en excès » du chapitre « Présentation des résultats et guide de lecture » (p. 28-29).

TENDANCES DE LA SURVIE À 1, 5 ET 10 ANS POUR LES PERSONNES DIAGNOSTIQUÉES ENTRE 1989 ET 2010 (RESTRICTION AUX REGISTRES COUVRANT L'ENSEMBLE DE LA PÉRIODE 1989-2010)

I TABLEAU 5 I	SURVIE OBSERVÉE ET NETTE (%) À 1, 5 ET 10 ANS PAR PÉRIODE DE DIAGNOSTIC [IC À 95 %]					
	1 an		5 ans		10 ans	
	observée	nette	observée	nette	observée	nette
1989-1993	94 [94-95]	96 [96-96]	75 [74-75]	81 [80-82]	60 [59-61]	72 [71-73]
1994-1998	95 [95-95]	97 [96-97]	78 [77-79]	84 [83-85]	64 [63-65]	75 [74-76]
1999-2004	96 [96-96]	97 [97-98]	82 [82-83]	88 [88-89]	70 [69-70]	80 [79-81]
2005-2010	96 [96-96]	97 [97-98]	83 [83-83]	88 [88-89]	ND	ND
Toutes périodes	96 [95-96]	97 [97-97]	80 [80-81]	86 [86-87]	67 [67-67]	78 [77-78]

ND : Non disponible.

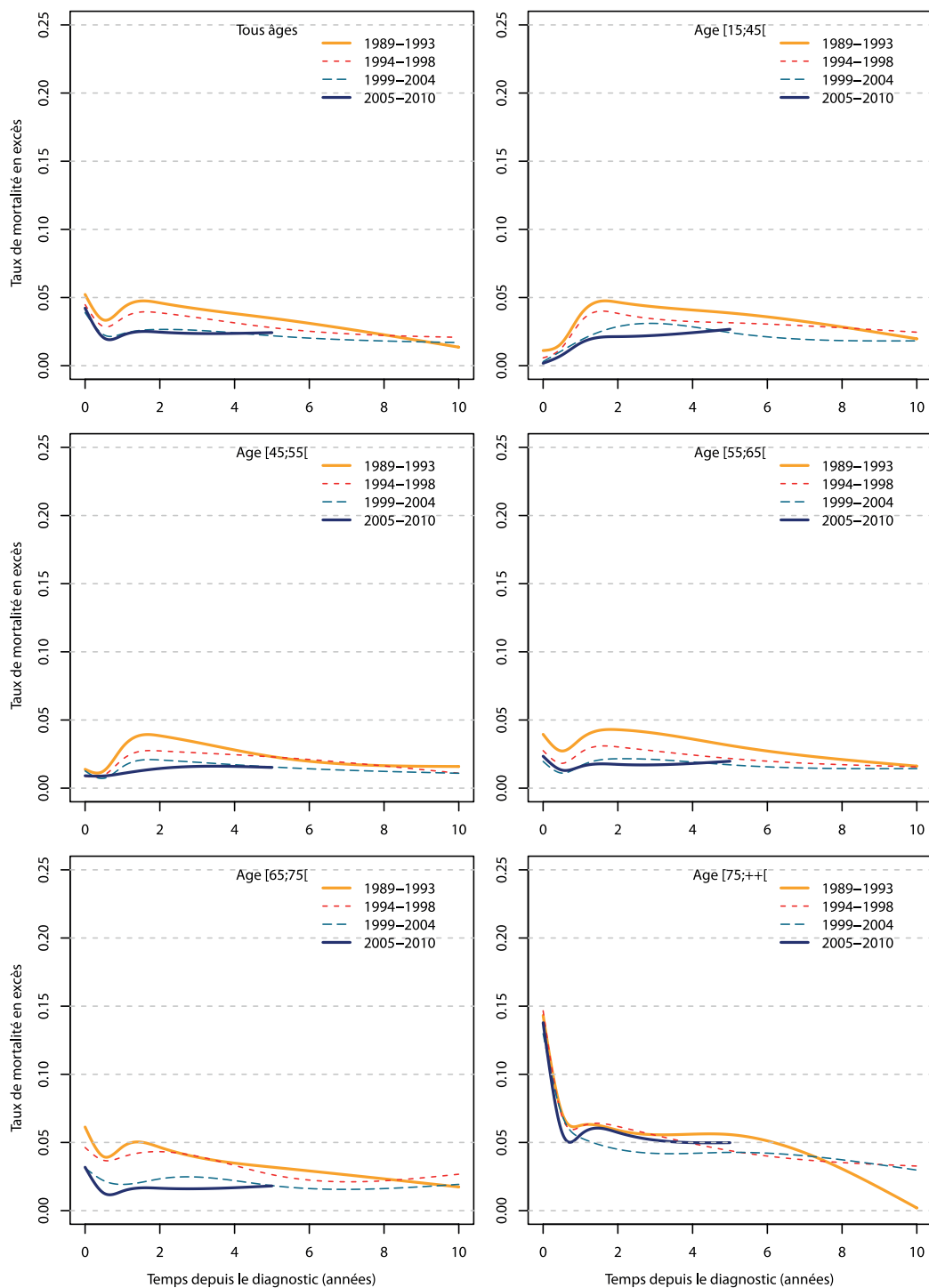
I TABLEAU 6 I	SURVIE NETTE STANDARDISÉE (%) À 1, 5 ET 10 ANS PAR PÉRIODE DE DIAGNOSTIC [IC À 95 %]		
	Femme		
	1 an	5 ans	10 ans
1989-1993	95 [95-96]	80 [79-81]	70 [69-72]
1994-1998	96 [95-96]	82 [81-83]	73 [71-74]
1999-2004	96 [96-97]	87 [86-87]	78 [77-79]
2005-2010	97 [96-97]	87 [86-88]	ND
Toutes périodes	96 [96-96]	85 [84-85]	76 [75-76]

ND : Non disponible.

I TABLEAU 7 I		SURVIE NETTE (%) À 1, 5 ET 10 ANS SELON L'ÂGE PAR PÉRIODE DE DIAGNOSTIC [IC À 95 %]		
	1 an	5 ans	10 ans	
Âge [15;45[
1989-1993	98 [97-99]	82 [81-84]	71 [69-73]	
1994-1998	98 [98-99]	86 [84-87]	74 [73-76]	
1999-2004	99 [99-99]	89 [87-90]	80 [79-82]	
2005-2010	99 [99-100]	91 [90-92]	ND	
Toutes périodes	99 [99-99]	87 [87-88]	77 [76-78]	
Âge [45;55[
1989-1993	98 [98-99]	86 [85-88]	79 [77-81]	
1994-1998	99 [98-99]	89 [88-90]	82 [81-83]	
1999-2004	99 [99-99]	92 [91-93]	86 [85-87]	
2005-2010	99 [99-99]	93 [93-94]	ND	
Toutes périodes	99 [99-99]	91 [90-91]	84 [84-85]	
Âge [55;65[
1989-1993	97 [96-97]	83 [81-84]	74 [72-76]	
1994-1998	98 [98-98]	88 [87-89]	80 [79-82]	
1999-2004	99 [98-99]	91 [90-92]	84 [83-85]	
2005-2010	98 [98-99]	92 [91-92]	ND	
Toutes périodes	98 [98-98]	89 [89-90]	82 [81-83]	
Âge [65;75[
1989-1993	96 [95-96]	82 [80-83]	72 [70-74]	
1994-1998	96 [95-97]	83 [81-84]	74 [72-75]	
1999-2004	98 [97-98]	89 [89-90]	82 [81-83]	
2005-2010	98 [98-99]	92 [91-93]	ND	
Toutes périodes	97 [97-97]	87 [87-88]	79 [78-80]	
Âge [75;++[
1989-1993	92 [90-93]	73 [70-76]	62 [57-68]	
1994-1998	92 [90-93]	74 [71-76]	62 [57-67]	
1999-2004	92 [91-93]	78 [76-80]	64 [60-68]	
2005-2010	93 [92-93]	75 [73-77]	ND	
Toutes périodes	92 [92-93]	75 [74-76]	63 [61-66]	

ND : Non disponible.

Le taux est exprimé en nombre de décès pour une personne-année.



Pour une interprétation correcte de ces figures, il est impératif de se référer au paragraphe « Point particulier : les figures des taux de mortalité en excès » du chapitre « Présentation des résultats et guide de lecture » (p. 28-29).

Sein

SURVIE À 1, 5, 10 ET 15 ANS DES PERSONNES DE MOINS DE 75 ANS DIAGNOSTIQUÉES ENTRE 1989 ET 1998 (RESTRICTION AUX REGISTRES COUVRANT L'ENSEMBLE DE LA PÉRIODE 1989-2010)

I TABLEAU 8 I	SURVIE NETTE (%) À LONG TERME SELON L'ÂGE (ÂGE < 75 ANS) [IC À 95 %]			
	1 an	5 ans	10 ans	15 ans
Âge [15;45[
1989-1998	98 [98-99]	84 [83-85]	73 [72-74]	66 [65-67]
Âge [45;55[
1989-1998	99 [98-99]	88 [87-89]	81 [80-82]	76 [75-77]
Âge [55;65[
1989-1998	97 [97-98]	85 [85-86]	77 [76-78]	72 [71-73]
Âge [65;75[
1989-1998	96 [95-96]	82 [81-83]	73 [72-74]	65 [64-67]

Vulve et vagin

Auteurs : B. Trétarre, A.-S. Woronoff

Description de la localisation étudiée

CIM-O-3	CIM-O-2	CIM-O-1	CIM-10
C51.0 à C51.9 et C52.9	C51.0 à C51.9 et C52.9	184.0 à 184.4	C51.0 à C51.9 et C52
Toutes, sauf tumeurs hématologiques ; comportement tumoral /3			

Les cancers de la vulve et du vagin sont le plus souvent des carcinomes épidermoïdes développés aux dépens des muqueuses. On rencontre aussi des mélanomes malins, des sarcomes et quelques adénocarcinomes, notamment des adénocarcinomes à cellules claires du vagin chez des jeunes filles dont la mère a pris du diéthylstilbestrol durant les premiers mois de grossesse.

Incidence

Les cancers de la vulve et du vagin sont des cancers rares. Ils représentent moins de 1 % de la totalité des cancers féminins et environ 5 % des cancers gynécologiques. D'après les données des registres français, pour la période 2003-2007, les taux d'incidence standardisés sur la population mondiale variaient, selon les registres, de 0,5 à 1,5 pour 100 000 pour les cancers de la vulve et de 0,1 à 0,4 pour les cancers du vagin [1].

Population d'étude

Cette étude a porté sur 882 cas pour l'analyse sur la période 2005-2010 et sur 1 591 cas pour l'analyse des tendances 1989-2010.

Remarque

En raison d'un nombre de cas et/ou de décès insuffisants (ou de leur répartition dans le temps), certains indicateurs n'ont pu être produits (survie nette selon l'âge par exemple) et certains tableaux/figures sont incomplets ou absents.

Survie sur la période la plus récente (2005-2010)

Survie observée et survie nette

La survie observée et la survie nette 5 ans après le diagnostic étaient respectivement de 43 % et 49 % (tableau 1).

Variation selon l'âge

Après standardisation, la survie nette à 5 ans était de 57 % (tableau 2).

La survie nette diminuait avec l'âge passant de 79 % à 5 ans chez les sujets les plus jeunes à 36 % pour les plus âgés (tableau 3, figure 1).

Globalement, l'excès de mortalité était maximal immédiatement après le diagnostic puis diminuait après la première année. Au-delà, il continuait à décroître faiblement pour approcher zéro à 5 ans. Cet excès de mortalité initial était essentiellement visible chez les sujets âgés, et beaucoup moins (voire absent) chez les sujets jeunes (figure 2).

Références

- [1] Forman D, Bray F, Brewster DH, Gombe Mbalawa C, Kohler B, Piñeros M, *et al.* Cancer Incidence in Five Continents, Vol. X [Internet]. Lyon: International Agency for Research on Cancer; 2013. [consulté le 05/03/2015]. Disponible à partir de l'URL : <http://ci5.iarc.fr>.
- [2] Insinga RP, Liaw K, Johnson LG, Madeleine MM. A Systematic Review of the Prevalence and Attribution of Human Papillomavirus Types Among Cervical, Vaginal and Vulvar Pre-cancers and Cancers in the United States. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2008;17(7):1611-22.
- [3] Canavan TP, Cohen D. Vulvar cancer. *Am Fam Physician* 2002;66:1269-74.
- [4] Survival of Cancer Patients in Europe The EURO CARE-5 Study [Internet]. Roma : Istituto Superiore di Sanità [consulté le 04/03/2015]. Disponible à partir de l'URL : <http://www.eurocare.it/Database/tabid/77/Default.aspx>.
- [5] Aragona AM, Cuneo NA, Soderini AH, Alcoba EB. An analysis of reported independent prognostic factors for survival in squamous cell carcinoma of the vulva: is tumor size significance being underrated? *Gynecol Oncol* 2014;132(3):643-8.
- [6] Gadducci A, Tana R, Barsotti C, Guerrieri ME, Genazzani AR. Clinico-pathological and biological prognostic variables in squamous cell carcinoma of the vulva. *Crit Rev Oncol Hematol* 2012;83(1):71-83.

Tendances de la survie nette sur l'ensemble de la période (1989-2010)

Sur l'ensemble de la période, la survie observée et la survie nette à 10 ans étaient respectivement de 29 % et 40 % (tableau 5). Après standardisation, la survie nette à 10 ans était de 47 % (tableau 6). La survie nette à 10 ans sur l'ensemble de la période est également présentée pour les différentes classes d'âge (tableau 7).

Tendances globales

La survie nette à 1 an s'améliorait au cours du temps passant de 73 % pour les cas diagnostiqués en 1989-1993 à 79 % pour les cas diagnostiqués en 2005-2010 (tableau 5).

La survie nette à 5 ans s'améliorait elle aussi passant de 47 % pour les cas diagnostiqués en 1989-1993 à 51 % pour les cas diagnostiqués en 2005-2010 (tableau 5).

La survie nette à 10 ans passait de 37 % pour les cas diagnostiqués en 1989-1993 à 45 % pour les cas diagnostiqués en 1999-2004 (tableau 5).

Commentaires

Les cancers de la vulve et du vagin surviennent essentiellement chez des femmes ménopausées. Plus de 60 % des carcinomes de la vulve et 70 % des carcinomes du vagin sont induits par des infections à papilloma virus humains (HPV 16 essentiellement) [2]. Les cancers vulvaires peuvent aussi se développer sur des sites d'inflammation chronique, essentiellement chez les personnes âgées [3]. Quelques adénocarcinomes vaginaux,

notamment des adénocarcinomes à cellules claires, sont encore observés chez des jeunes femmes dont la mère a pris du diéthylstilbestrol durant les premiers mois de grossesse [2].

La survie nette à 5 ans standardisée sur l'âge pour les femmes diagnostiquées entre 2005 et 2010 est de 57 %. C'est un taux très proche des données d'EUROCARE-5 pour les cas diagnostiqués entre 2000 et 2007 en Europe, puisque la survie relative à 5 ans standardisée sur l'âge est globalement de 56,6 % [55,6-57,7] [4]. Pratiquement tous les pays d'Europe dépassent ce taux, sauf ceux de l'Europe de l'Est. Les données européennes montrent une meilleure survie relative à 5 ans des cancers de la vulve par rapport aux cancers du vagin (respectivement de 62,4 % et de 40,2 %) [4].

Nos données montrent une légère amélioration de la survie nette à 5 ans pour les femmes diagnostiquées en 2005-2010 par rapport à celles diagnostiquées en 1989-1993 (51 % vs 47 %). Cette amélioration de la survie est beaucoup plus visible à 10 ans entre la première période d'étude et les cas diagnostiqués en 1999-2004 (37 % vs 45 %). Ces cancers étant fortement liés aux virus HPV 16 et 18, tout comme les cancers du col utérin, la vaccination des jeunes adolescentes contre ces virus laisse entrevoir un espoir de voir diminuer la fréquence de ces cancers dans le futur.

La chirurgie et la radiothérapie sont les traitements de référence de ces cancers. De nombreuses études ont montré que le pronostic dépendait essentiellement de l'âge et du stade au moment du diagnostic, de la taille et de la profondeur de l'invasion tumorale, de l'histologie, du grade et du statut ganglionnaire [5-7]. Le statut HPV serait un facteur pronostique indépendant pour les cancers du vagin, mais pas pour ceux de la vulve [8-11].

-
- [7] Hellman K, Lundell M, Silfverswärd C, Nilsson B, Hellström AC, Frankendal B. Clinical and histopathologic factors related to prognosis in primary squamous cell carcinoma of the vagina. *Int J Gynecol Cancer* 2006;16(3):1201-11.
- [8] Alonso I, Fusté V, del Pino M, Castillo P, Torné A, Fusté P, et al. Does human papillomavirus infection imply a different prognosis in vulvar squamous cell carcinoma? *Gynecol Oncol* 2011;122(3):509-14.
- [9] Brunner AH, Grimm C, Polterauer S, Hefler L, Stani J, Heinze G, et al. The prognostic role of human papillomavirus in patients with vaginal cancer. *Int J Gynecol Cancer* 2011;21(5):923-9.
- [10] Alonso I, Felix A, Torné A, Fusté V, del Pino M, Castillo P, et al. Human papillomavirus as a favorable prognostic biomarker in squamous cell carcinomas of the vagina. *Gynecol Oncol* 2012;125(1):194-9.
- [11] Larsson GL, Helenius G, Andersson S, Sorbe B, Karlsson MG. Prognostic impact of human papilloma virus (HPV) genotyping and HPV-16 subtyping in vaginal carcinoma. *Gynecol Oncol* 2013;129(2):406-11.

SURVIE À 1, 3 ET 5 ANS DES PERSONNES DIAGNOSTIQUÉES ENTRE 2005 ET 2010 (TOUS REGISTRÉS)

I TABLEAU 1 I SURVIE OBSERVÉE ET NETTE (%) À 1, 3 ET 5 ANS [IC À 95 %]						
	1 an		3 ans		5 ans	
	observée	nette	observée	nette	observée	nette
Femme	75 [72-78]	78 [75-81]	53 [50-56]	57 [54-61]	43 [40-47]	49 [45-54]

I TABLEAU 2 I SURVIE NETTE STANDARDISÉE (%) À 1, 3 ET 5 ANS [IC À 95 %]			
	1 an	3 ans	5 ans
Femme	82 [79-85]	64 [60-68]	57 [53-61]

I TABLEAU 3 I SURVIE OBSERVÉE ET NETTE (%) À 1, 3 ET 5 ANS SELON L'ÂGE [IC À 95 %]						
	1 an		3 ans		5 ans	
	observée	nette	observée	nette	observée	nette
[15;45[	95 [89-100]	95 [89-100]	93 [86-100]	93 [86-100]	79 [65-95]	79 [66-95]
[45;55[	91 [86-98]	92 [86-98]	78 [69-87]	79 [70-88]	65 [55-78]	66 [56-79]
[55;65[	84 [77-91]	84 [78-91]	68 [60-77]	69 [61-78]	63 [55-73]	65 [56-75]
[65;75[	82 [76-89]	83 [77-90]	62 [55-71]	64 [57-73]	58 [50-67]	61 [53-71]
[75;+ +[	67 [62-71]	71 [66-76]	39 [35-43]	46 [41-52]	27 [23-32]	36 [30-43]
Tous	75 [72-78]	78 [75-81]	53 [50-56]	57 [54-61]	43 [40-47]	49 [45-54]

I TABLEAU 4 I SURVIE NETTE (%) À 1, 3 ET 5 ANS SELON L'ÂGE, CHEZ L'HOMME ET CHEZ LA FEMME [IC À 95 %]	
---	--

Non applicable (site unisexe).

FIGURE 1 |

SURVIE NETTE SELON L'ÂGE EN FONCTION DU TEMPS DEPUIS LE DIAGNOSTIC

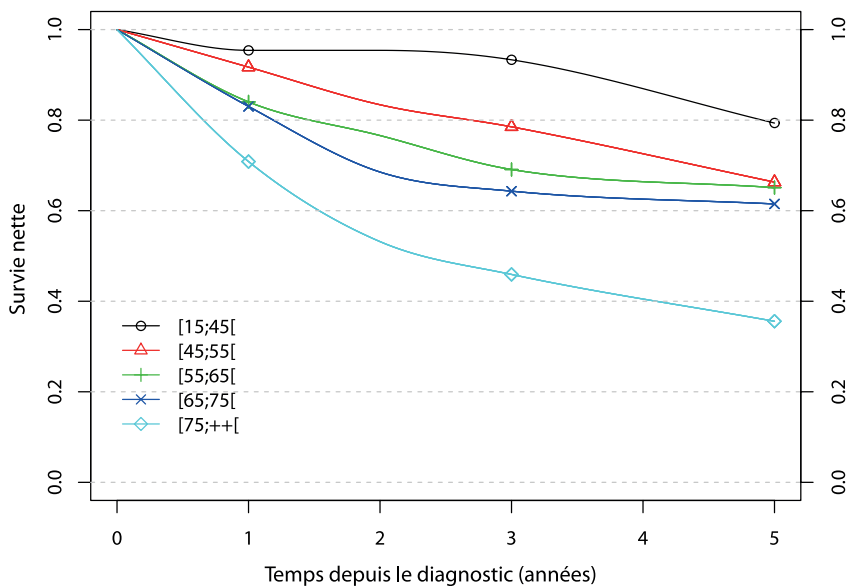
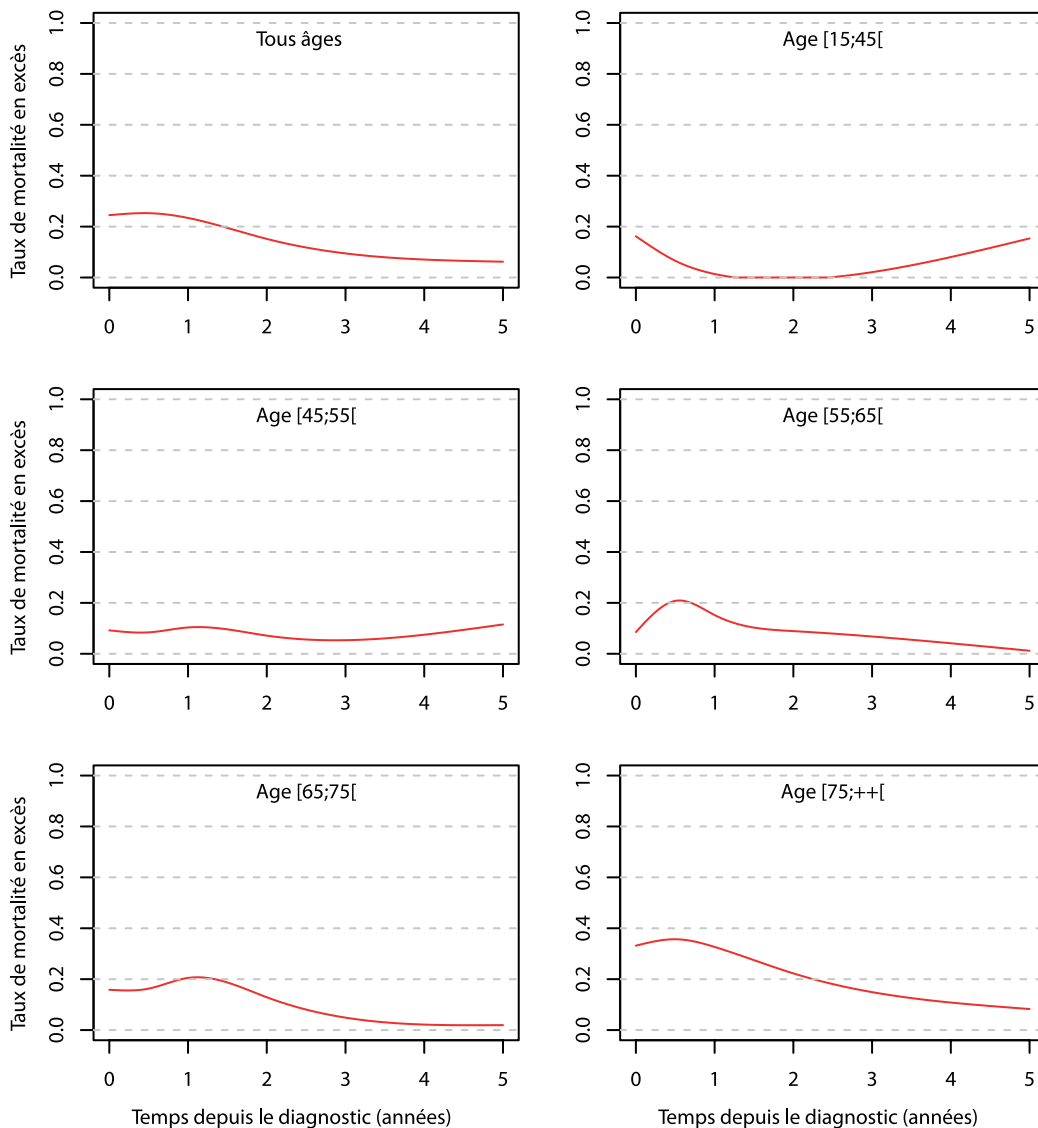


FIGURE 2 |

TAUX DE MORTALITÉ EN EXCÈS EN FONCTION DU TEMPS DEPUIS LE DIAGNOSTIC, TOUS ÂGES ET PAR CLASSE D'ÂGE

Le taux est exprimé en nombre de décès pour une personne-année.



Pour une interprétation correcte de ces figures, il est impératif de se référer au paragraphe « Point particulier : les figures des taux de mortalité en excès » du chapitre « Présentation des résultats et guide de lecture » (p. 28-29).

TENDANCES DE LA SURVIE À 1, 5 ET 10 ANS POUR LES PERSONNES DIAGNOSTIQUÉES ENTRE 1989 ET 2010 (RESTRICTION AUX REGISTRES COUVRANT L'ENSEMBLE DE LA PÉRIODE 1989-2010)

I TABLEAU 5 I	SURVIE OBSERVÉE ET NETTE (%) À 1, 5 ET 10 ANS PAR PÉRIODE DE DIAGNOSTIC [IC À 95 %]					
	1 an		5 ans		10 ans	
	observée	nette	observée	nette	observée	nette
1989-1993	69 [64-75]	73 [68-79]	38 [33-44]	47 [40-56]	27 [23-33]	37 [27-51]
1994-1998	71 [66-76]	73 [69-79]	39 [34-44]	44 [38-52]	26 [22-31]	33 [26-41]
1999-2004	74 [70-78]	77 [72-81]	43 [39-48]	50 [44-57]	30 [26-35]	45 [37-55]
2005-2010	76 [72-80]	79 [75-83]	45 [41-50]	51 [46-58]	ND	ND
Toutes périodes	73 [71-75]	76 [74-78]	42 [39-44]	48 [45-52]	29 [26-31]	40 [35-45]

ND : Non disponible.

I TABLEAU 6 I	SURVIE NETTE STANDARDISÉE (%) À 1, 5 ET 10 ANS PAR PÉRIODE DE DIAGNOSTIC [IC À 95 %]		
	Femme		
	1 an	5 ans	10 ans
Toutes périodes	80 [78-82]	55 [52-58]	47 [43-51]

Le détail par période de diagnostic n'est pas présenté du fait d'effectifs trop faibles pour la standardisation.

I TABLEAU 7 I	SURVIE NETTE (%) À 1, 5 ET 10 ANS SELON L'ÂGE PAR PÉRIODE DE DIAGNOSTIC [IC À 95 %]		
	1 an	5 ans	10 ans
Âge [15;45[
Toutes périodes	95 [91-100]	80 [72-89]	79 [71-89]
Âge [45;55[
Toutes périodes	92 [87-97]	69 [61-78]	63 [54-74]
Âge [55;65[
Toutes périodes	83 [78-89]	58 [51-66]	50 [42-60]
Âge [65;75[
Toutes périodes	82 [78-86]	59 [54-65]	48 [42-55]
Âge [75;++[
Toutes périodes	67 [64-71]	35 [31-41]	27 [20-36]

Le détail par période de diagnostic n'est pas présenté du fait d'effectifs par classe d'âge trop faibles.

Col de l'utérus

Auteurs : A.-S. Woronoff, A.-V. Guizard, B. Trétarre

Description de la localisation étudiée

Col de l'utérus	CIM-O-3	Correspondance en CIM-O-2	Correspondance en CIM-O-1	Correspondance en CIM-10
	Topographie	C53.0 à C53.9	C53.0 à C53.9	180.0 à 180.9	C53.0 à C53.9
Morphologie	Toutes, sauf tumeurs hématologiques ; comportement tumoral /3			

Seules les tumeurs infiltrantes sont présentées dans cette analyse.

Sur le plan anatomopathologique, le cancer du col utérin correspond dans 85 à 90 % des cas à des carcinomes malpighiens, développés à partir de l'épithélium exocervical et de la jonction cylindro-malpighienne. Dans 10 à 15 % des cas, il s'agit d'adénocarcinomes développés aux dépens de la muqueuse cylindrique de l'endocol.

Incidence

En France, pour l'année 2012, le nombre de nouveaux cas de cancers du col de l'utérus était estimé à 3 028 cas par an [1].

Population d'étude

Cette étude a porté sur 2 938 cas pour l'analyse sur la période 2005-2010 et sur 5 977 cas pour l'analyse des tendances 1989-2010.

Survie sur la période la plus récente (2005-2010)

Survie observée et survie nette

La survie observée et la survie nette 5 ans après le diagnostic étaient respectivement de 62 % et 64 % (tableau 1).

Variation selon l'âge

Après standardisation, la survie nette à 5 ans était de 63 % (tableau 2).

La survie nette diminuait fortement avec l'âge passant de 85 % à 5 ans chez les femmes les plus jeunes à 31 % pour les plus âgées. Les écarts de survie entre les classes d'âge augmentaient avec la durée de suivi (tableau 3, figure 1).

Globalement, l'excès de mortalité était maximal immédiatement après le diagnostic et se prolongeait au-delà d'un an. Ensuite il diminuait progressivement pour approcher zéro à 5 ans. Cette évolution, l'année suivant le diagnostic, était particulièrement

marquée chez les femmes âgées (à partir de 65 ans). À l'inverse, pour les femmes les plus jeunes, l'excès de mortalité était moins élevé et était observé plus tardivement (figure 2).

Tendances de la survie nette sur l'ensemble de la période (1989-2010)

Sur l'ensemble de la période, la survie observée et la survie nette à 10 ans étaient respectivement de 55 % et 59 % (tableau 5). Après standardisation, la survie nette à 10 ans était de 58 % (tableau 6).

Tendances globales

La survie nette à 1 an n'évoluait pas au cours du temps : elle était de 88 % pour les cas diagnostiqués en 1989-1993 et de 87 % pour les cas diagnostiqués en 2005-2010 (tableau 5). Après standardisation, les chiffres correspondants étaient identiques (tableau 6).

Références

- [1] Binder-Foucard F, Bossard N, Delafosse P, Belot A, Woronoff AS, Remontet L, *et al.* Cancer incidence and mortality in France over the 1980-2012 period: solid tumors. *Rev Epidemiol Sante Publique* 2014;62(2):95-108.
- [2] Schiffman M, Castle PE, Jeronimo J, Rodriguez AC, Wacholder S. Human papillomavirus and cervical cancer. *Lancet* 2007;370(9590):890-907.
- [3] Woronoff AS, Trétarre B, Champenois V, Duport N, Bara S, Lapôtre-Ledoux B. Surveillance des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus par les registres des cancers du réseau Francim. *Bull Epidémiol Hebd* 2014;(13-14-15):234-40.
- [4] De Angelis R, Sant M, Coleman MP, Francisci S, Baili P, Pierannunzio D, *et al.* Cancer survival in Europe 1999-2007 by country and age: results of EURO-CARE-5- a population-based study. *Lancet Oncol* 2014;15(1):23-34.
- [5] Allemani C, Weir HK, Carreira H, Harewood R, Spika D, Wang XS, *et al.* Global surveillance of cancer survival 1995-2009: analysis of individual data for 25 676 887 patients from 279 population-based registries in 67 countries (CONCORD-2). *Lancet* 2015;385(9972):977-1010.

La survie nette à 5 ans tendait à se dégrader passant de 68 % pour les cas diagnostiqués en 1989-1993 à 63 % pour les cas diagnostiqués en 2005-2010 (tableau 5). Après standardisation, les chiffres correspondants étaient de 68 % et 62 % (tableau 6).

La survie nette à 10 ans n'évoluait pas au cours du temps : elle était de 60 % pour les cas diagnostiqués en 1989-1993 et de 61 % pour les cas diagnostiqués en 1999-2004 (tableau 5). Après standardisation, les chiffres correspondants étaient 60 % et 59 % (tableau 6).

Tendances selon l'âge

La survie nette à 5 ans diminuait fortement avec le temps au-delà de 65 ans, notamment chez les femmes âgées de 65 à 74 ans pour lesquelles elle passait de 67 % à 48 % entre 1989-1993 et 2005-2010 (tableau 7).

Survie à 15 ans chez les personnes âgées de moins de 75 ans

Pour les cas diagnostiqués en 1989-1998, la survie nette à 15 ans diminuait avec l'âge, variant de 76 % pour les plus jeunes à 49 % pour les plus âgées (tableau 8).

Commentaires

Le cancer du col de l'utérus est lié à la persistance d'une infection à papillomavirus humain à haut risque (HPV-HR) [2]. La prévention repose sur la vaccination (prévention primaire), qui vise à éviter l'infection, et sur le dépistage (prévention secondaire), qui permet de repérer et de traiter des lésions précancéreuses ou des cancers à des stades précoces.

On observe depuis les années quatre-vingt, une baisse de l'incidence et de la mortalité de ce cancer liée à la pratique, depuis les années soixante, du dépistage par frottis cervico-utérin [1]. D'autre part, les données des registres de cancers français sur la période 2000-2009, montrent une augmentation de l'incidence des lésions précancéreuses (CIN3, cancers *in situ*). Le ratio du nombre de lésions précancéreuses sur le nombre de cancers invasifs est élevé et augmente au cours du temps, passant de 2,8 en 2000 à 3,4 en 2009 [3].

Le pronostic du cancer du col de l'utérus reste relativement bon, avec une survie nette standardisée à 5 ans de 63 % (IC [61-65]) pour les cas diagnostiqués en 2005-2010. Selon les données d'EUROCORE-5, la survie relative standardisée sur l'âge à 5 ans de la France sur la période 2000-2007 se situait au niveau de la moyenne européenne qui était de 62,4 % (IC [61,8-62,9]). Les taux observés dans les pays européens variaient de 56,9 % à 67,1 %. C'est dans les pays nordiques,

en Europe centrale et dans le sud de l'Europe que cette survie était maximale (supérieure à 64 %) et en Europe de l'Est et en Irlande-Royaume-Uni qu'elle était la plus basse (inférieure à 60 %) [4]. Les écarts sont beaucoup plus importants à l'échelle mondiale, la survie à 5 ans sur la période 2005-2009 variant de moins de 40 % à plus de 80 % [5]. Les différences sont principalement attribuables au niveau de développement du système de soins et aux différences d'accès au dépistage.

La survie nette standardisée à 5 ans du cancer du col de l'utérus diminue avec le temps, elle est passée en France de 68 % en 1989-1993 à 62 % pour les cas diagnostiqués en 2005-2010. Cette tendance est également observée en Irlande et en Ecosse, aux États-Unis, en Australie et en Nouvelle-Zélande [4;5]. La diminution de la survie, observée dans des pays où l'offre de soins est satisfaisante, est paradoxalement attribuée à un recours plus important au dépistage par un mécanisme de sélection des cancers les moins agressifs. Le dépistage permet non seulement d'identifier et de réséquer les lésions précancéreuses, mais également de détecter des cancers à un stade précoce. Les cancers invasifs du col diagnostiqués bien que moins nombreux, comportent une proportion plus importante de cancers agressifs au développement rapide, de cancers ayant échappé au dépistage et de cancers avancés chez des femmes non dépistées. Ces types de cancers diagnostiqués sont de mauvais pronostic, ce qui explique la baisse de la survie.

Les principaux facteurs pronostiques du cancer du col sont l'âge et le stade au diagnostic, en lien avec les facteurs socio-économiques et la réalisation de dépistage par frottis [6-8].

On estime que la couverture du dépistage en France est encore insuffisante. Elle était de 53,3 % en 2009-2011 selon les données de l'échantillon généraliste des bénéficiaires (EGB) et de 62,1 % en 2010-2012 dans les 13 départements ayant un dépistage organisé [9]. La participation au dépistage décroît à partir de l'âge de 50 ans, le taux de participation des femmes de plus de 55 ans est inférieur à 50 %, il est de 65 % entre 25 et 45 ans [9].

La généralisation du dépistage organisé à l'ensemble du territoire, prévue dans le troisième plan cancer [10], en ciblant des populations qui ne participent pas au dépistage, aura peut-être un impact sur les cancers diagnostiqués à un stade avancé. L'amélioration de la couverture vaccinale devrait également encore réduire à termes l'incidence des cancers du col de l'utérus.

Ce cancer pourrait alors devenir exceptionnel lorsque les moyens de prévention primaire et secondaire disponibles seront utilisés de façon optimale.

- [6] Ibfelt EH, Kjær SK, Høgdaal C, Steding-Jessen M, Kjær TK, Osler M, *et al.* Socioeconomic position and survival after cervical cancer: influence of cancer stage, comorbidity and smoking among Danish women diagnosed between 2005 and 2010. *Br J Cancer* 2013;109(9):2489-95.
- [7] Brookfield KF, Cheung MC, Lucci J, Fleming LE, Koniari LG. Disparities in survival among women with invasive cervical cancer: a problem of access to care. *Cancer* 2009;115(1):166-78.
- [8] Akers AY, Newmann SJ, Smith JS. Factors underlying disparities in cervical cancer incidence, screening, and treatment in the United States. *Curr Probl Cancer* 2007;31(3):157-81.
- [9] Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. État de santé de la population en France. Édition 2015 [Internet]. Paris : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques; 2015. 502 p. [consulté le 02/03/2015]. Disponible à partir de l'URL : <http://www.drees.sante.gouv.fr/l-etat-de-sante-de-la-population-en-france-edition-2015,11406.html>.
- [10] Ministère des Affaires sociales et de la Santé. Plan Cancer 2014-2019 [Internet]. Paris : Ministère des Affaires sociales et de la Santé; 2014. 152 p. [consulté le 02/03/2015] Disponible à partir de l'URL : <http://www.e-cancer.fr/publications/93-plan-cancer/762-plan-cancer-2014-2019>.

SURVIE À 1, 3 ET 5 ANS DES PERSONNES DIAGNOSTIQUÉES ENTRE 2005 ET 2010 (TOUS REGISTRÉS)

I TABLEAU 1 I	SURVIE OBSERVÉE ET NETTE (%) À 1, 3 ET 5 ANS [IC À 95 %]					
	1 an		3 ans		5 ans	
	observée	nette	observée	nette	observée	nette
Femme	86 [85-87]	87 [86-88]	68 [66-70]	69 [68-71]	62 [60-63]	64 [62-66]

I TABLEAU 2 I	SURVIE NETTE STANDARDISÉE (%) À 1, 3 ET 5 ANS [IC À 95 %]		
	1 an	3 ans	5 ans
	Femme	87 [86-88]	69 [68-71]	63 [61-65]

I TABLEAU 3 I	SURVIE OBSERVÉE ET NETTE (%) À 1, 3 ET 5 ANS SELON L'ÂGE [IC À 95 %]					
	1 an		3 ans		5 ans	
	observée	nette	observée	nette	observée	nette
[15;45[	97 [95-98]	97 [95-98]	88 [86-90]	88 [86-90]	84 [82-87]	85 [82-87]
[45;55[	91 [89-94]	92 [90-94]	75 [72-79]	76 [73-79]	69 [66-73]	70 [67-74]
[55;65[	88 [85-91]	88 [85-91]	71 [66-75]	72 [67-76]	59 [53-64]	60 [55-66]
[65;75[	80 [76-84]	81 [76-85]	55 [50-60]	57 [52-62]	49 [44-55]	52 [46-58]
[75;++[	66 [62-70]	69 [65-74]	34 [30-38]	38 [34-43]	25 [21-29]	31 [27-37]
Tous	86 [85-87]	87 [86-88]	68 [66-70]	69 [68-71]	62 [60-63]	64 [62-66]

I TABLEAU 4 I	SURVIE NETTE (%) À 1, 3 ET 5 ANS SELON L'ÂGE, CHEZ L'HOMME ET CHEZ LA FEMME [IC À 95 %]		
---------------	---	--	--

Non applicable (site unisexe).

FIGURE 1 |

SURVIE NETTE SELON L'ÂGE EN FONCTION DU TEMPS DEPUIS LE DIAGNOSTIC

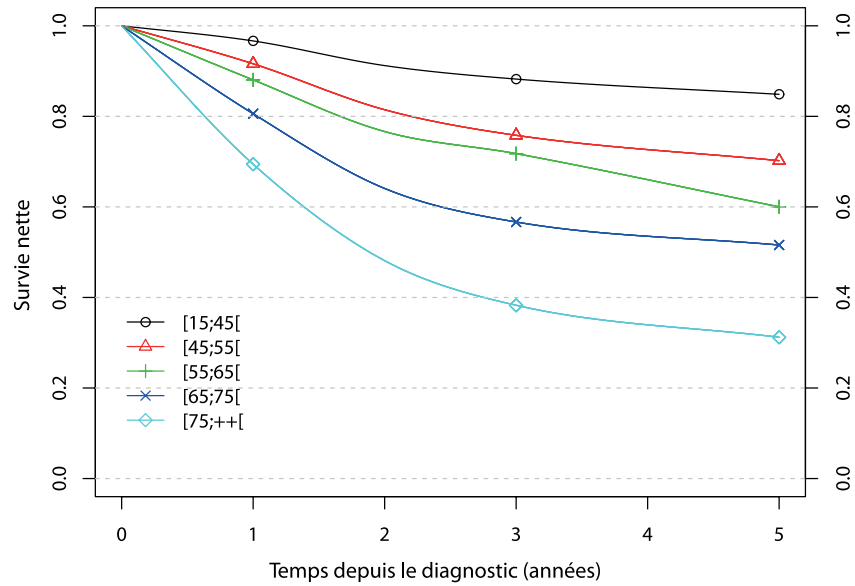
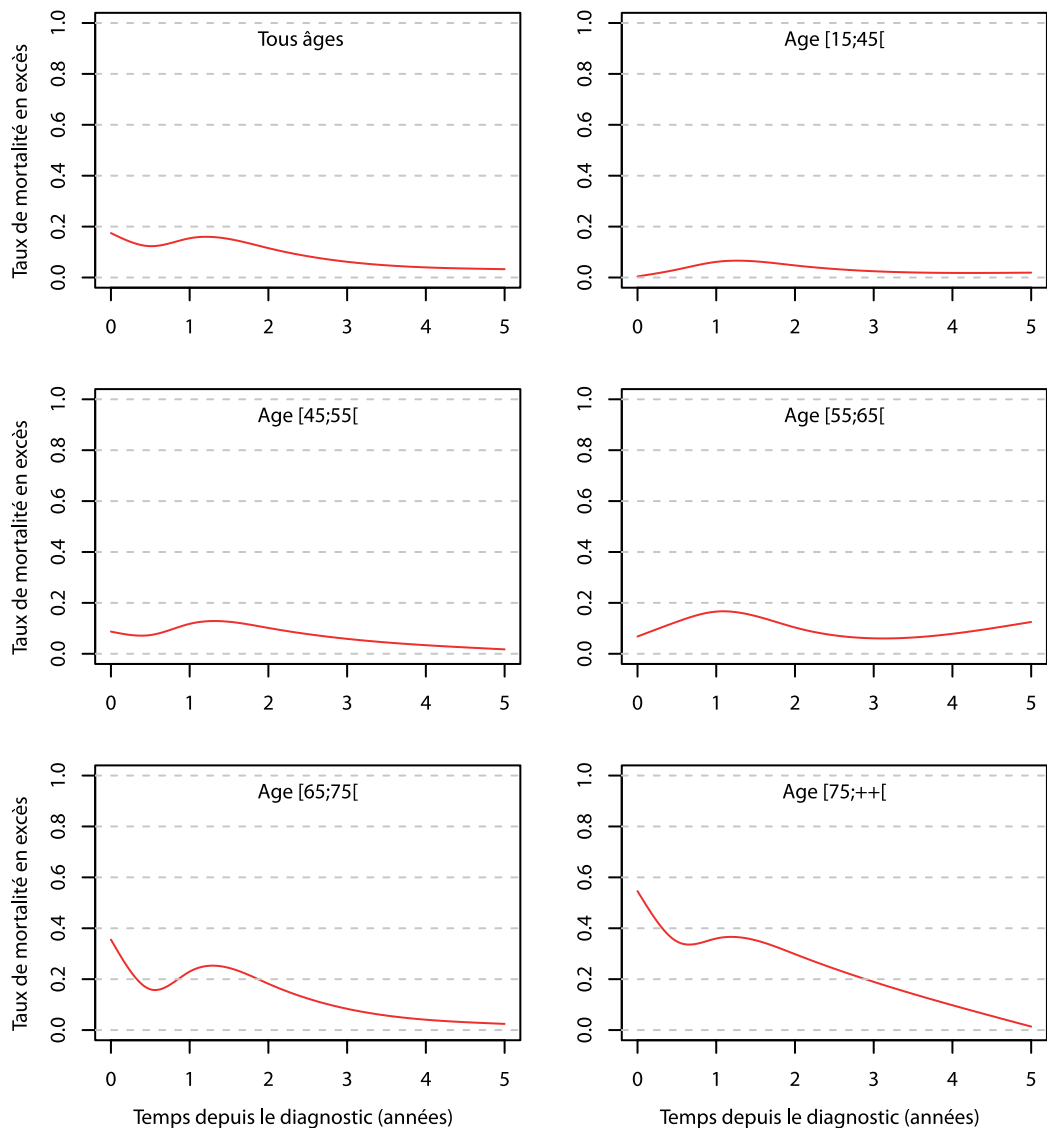


FIGURE 2 |

TAUX DE MORTALITÉ EN EXCÈS EN FONCTION DU TEMPS DEPUIS LE DIAGNOSTIC, TOUS ÂGES ET PAR CLASSE D'ÂGE

Le taux est exprimé en nombre de décès pour une personne-année.



Pour une interprétation correcte de ces figures, il est impératif de se référer au paragraphe « Point particulier : les figures des taux de mortalité en excès » du chapitre « Présentation des résultats et guide de lecture » (p. 28-29).

TENDANCES DE LA SURVIE À 1, 5 ET 10 ANS POUR LES PERSONNES DIAGNOSTIQUÉES ENTRE 1989 ET 2010 (RESTRICTION AUX REGISTRES COUVRANT L'ENSEMBLE DE LA PÉRIODE 1989-2010)

I TABLEAU 5 I	SURVIE OBSERVÉE ET NETTE (%) À 1, 5 ET 10 ANS PAR PÉRIODE DE DIAGNOSTIC [IC À 95 %]					
	1 an		5 ans		10 ans	
	observée	nette	observée	nette	observée	nette
1989-1993	87 [86-89]	88 [87-90]	65 [63-67]	68 [65-71]	55 [53-58]	60 [57-64]
1994-1998	85 [84-87]	86 [85-88]	62 [59-64]	65 [62-68]	54 [52-57]	58 [55-62]
1999-2004	86 [84-88]	87 [85-89]	64 [62-67]	67 [64-69]	57 [54-59]	61 [58-64]
2005-2010	86 [85-88]	87 [85-89]	61 [59-64]	63 [61-66]	ND	ND
Toutes périodes	86 [85-87]	87 [86-88]	63 [62-64]	66 [64-67]	55 [54-56]	59 [57-61]

ND : Non disponible.

I TABLEAU 6 I	SURVIE NETTE STANDARDISÉE (%) À 1, 5 ET 10 ANS PAR PÉRIODE DE DIAGNOSTIC [IC À 95 %]		
	Femme		
	1 an	5 ans	10 ans
1989-1993	88 [86-90]	68 [65-70]	60 [57-63]
1994-1998	86 [85-88]	65 [62-67]	58 [56-61]
1999-2004	86 [84-88]	65 [62-67]	59 [56-62]
2005-2010	87 [85-89]	62 [59-65]	ND
Toutes périodes	87 [86-88]	65 [64-66]	58 [57-60]

ND : Non disponible.

I TABLEAU 7 I	SURVIE NETTE (%) À 1, 5 ET 10 ANS SELON L'ÂGE PAR PÉRIODE DE DIAGNOSTIC [IC À 95 %]		
	1 an	5 ans	10 ans
Âge [15;45[
1989-1993	94 [91-96]	81 [78-85]	78 [74-82]
1994-1998	98 [97-99]	83 [79-86]	79 [75-83]
1999-2004	96 [94-98]	80 [77-84]	76 [72-80]
2005-2010	97 [96-99]	85 [82-89]	ND
Toutes périodes	96 [95-97]	82 [81-84]	78 [76-80]
Âge [45;55[
1989-1993	92 [89-96]	74 [69-80]	67 [61-73]
1994-1998	89 [86-93]	74 [68-79]	69 [63-76]
1999-2004	89 [86-92]	73 [68-78]	67 [62-73]
2005-2010	91 [88-94]	70 [65-76]	ND
Toutes périodes	90 [89-92]	73 [70-75]	67 [64-70]
Âge [55;65[
1989-1993	87 [83-91]	64 [58-70]	56 [50-62]
1994-1998	82 [77-87]	60 [54-67]	54 [48-61]
1999-2004	88 [83-93]	64 [57-71]	59 [52-67]
2005-2010	89 [85-94]	60 [53-68]	ND
Toutes périodes	86 [84-89]	62 [59-66]	56 [53-60]
Âge [65;75[
1989-1993	91 [87-94]	67 [61-74]	58 [51-65]
1994-1998	84 [80-89]	59 [52-66]	53 [46-61]
1999-2004	79 [73-85]	52 [46-60]	46 [39-54]
2005-2010	81 [75-87]	48 [40-56]	ND
Toutes périodes	84 [82-87]	58 [54-61]	50 [46-54]
Âge [75;++[
1989-1993	70 [64-78]	38 [30-48]	24 [15-37]
1994-1998	69 [62-75]	33 [26-42]	19 [12-31]
1999-2004	71 [64-77]	42 [34-52]	31 [21-47]
2005-2010	68 [62-74]	29 [23-37]	ND
Toutes périodes	69 [66-72]	35 [31-39]	22 [18-29]

ND : Non disponible.

SURVIE À 1, 5, 10 ET 15 ANS DES PERSONNES DE MOINS DE 75 ANS DIAGNOSTIQUÉES ENTRE 1989 ET 1998 (RESTRICTION AUX REGISTRES COUVRANT L'ENSEMBLE DE LA PÉRIODE 1989-2010)

I TABLEAU 8 I	SURVIE NETTE (%) À LONG TERME SELON L'ÂGE (ÂGE <75 ANS) [IC À 95 %]			
	1 an	5 ans	10 ans	15 ans
Âge [15;45[
1989-1998	96 [95-97]	82 [80-85]	78 [76-81]	76 [74-79]
Âge [45;55[
1989-1998	91 [88-94]	74 [70-78]	68 [64-72]	66 [61-70]
Âge [55;65[
1989-1998	85 [82-88]	62 [58-66]	55 [51-60]	53 [48-58]
Âge [65;75[
1989-1998	88 [85-91]	63 [59-68]	55 [50-61]	49 [43-56]

Corps de l'utérus

Auteurs : A.-V. Guizard, B. Trétarre, A.-S. Woronoff

Description de la localisation étudiée

Corps de l'utérus	CIM-O-3	Correspondance en CIM-O-2	Correspondance en CIM-O-1	Correspondance en CIM-10
	Topographie	C54.0 à C54.9	C54.0 à C54.9	182.0 à 182.9	C54.0 à C54.9
Morphologie	Toutes, sauf tumeurs hématologiques ; comportement tumoral /3			

Les cancers du corps utérin correspondent principalement à des adénocarcinomes de l'endomètre.

Les autres tumeurs sont représentées par des tumeurs non adénocarcinomeuses (carcinosarcome ou tumeur mixte mullérienne) et des tumeurs conjonctives (tumeur du stroma endométrial et leiomyosarcome du myomètre).

Incidence

En France, pour l'année 2012, le nombre de nouveaux cas de cancer du corps utérin était estimé à 7 275 cas par an [1].

Population d'étude

Cette étude a porté sur 6 582 cas pour l'analyse sur la période 2005-2010 et sur 11 128 cas pour l'analyse des tendances 1989-2010.

Survie sur la période la plus récente (2005-2010)

Survie observée et survie nette

La survie observée et la survie nette 5 ans après le diagnostic étaient respectivement de 68 % et 74 % (tableau 1).

Variation selon l'âge

Après standardisation, la survie nette à 5 ans était de 75 % (tableau 2).

La survie nette diminuait avec l'âge passant de 88 % à 5 ans chez les femmes les plus jeunes à 62 % pour les plus âgées. Cette différence entre les classes d'âges augmentait avec la durée du suivi (tableau 3, figure 1).

Globalement, l'excès de mortalité était maximal immédiatement après le diagnostic puis diminuait progressivement pour approcher zéro à 5 ans. Cet excès de mortalité initial était très accentué chez les femmes les plus âgées, il était beaucoup moins visible et plus tardif chez les jeunes (moins de 55 ans) (figure 2).

Tendances de la survie nette sur l'ensemble de la période (1989-2010)

Sur l'ensemble de la période, la survie observée et la survie nette à 10 ans étaient respectivement de 56 % et 67 % (tableau 5). Après standardisation, la survie nette à 10 ans était de 66 % (tableau 6).

Tendances globales

La survie nette à 1 an tendait à s'améliorer au cours du temps passant de 88 % pour les cas diagnostiqués en 1989-1993 à 90 % pour les cas diagnostiqués en 2005-2010 (tableau 5). Après standardisation, les chiffres correspondants étaient de 87 % et 91 % (tableau 6).

La survie nette à 5 ans s'améliorait passant de 70 % pour les cas diagnostiqués en 1989-1993 à 75 % pour les cas diagnostiqués en 2005-2010 (tableau 5). Après standardisation, les chiffres correspondants étaient de 68 % et 75 % (tableau 6).

Références

- [1] Binder-Foucard F, Bossard N, Delafosse P, Belot A, Woronoff AS, Remontet L, *et al.* Cancer incidence and mortality in France over the 1980-2012 period: solid tumors. *Rev Epidemiol Sante Publique* 2014;62(2):95-108.
- [2] Survival of Cancer Patients in Europe The EUROCARE-5 Study [Internet]. Roma : Istituto Superiore di Sanità [consulté le 06/03/2015]. Disponible à partir de l'URL : <https://w3.iss.it/site/EU5Results/>.
- [3] De Angelis R, Sant M, Coleman MP, Francisci S, Baili P, Pierannunzio D, *et al.* Cancer survival in Europe 1999-2007 by country and age: results of EUROCARE-5-a population-based study. *Lancet Oncol* 2014;15(1):23-34.
- [4] Albertini AF, Devouassoux-Shisheboran M, Genestie C. Anatomopathologie des cancers de l'endomètre. *Bull Cancer* 2012;99:7-12.
- [5] D'Angelo E, Prat J. Uterine sarcomas: a review. *Gynecol Oncol* 2010;116(1):131-9.
- [6] Labastida R, Dexeus S, Fábregas R, Tresserra F, Fernández A. Endometrial cancer: factors affecting survival. *Eur J Gynaecol Oncol* 2003;24(5):381-3.
- [7] Deleon MC, Ammakkanavar NR, Matei D. Adjuvant therapy for endometrial cancer. *J Gynecol Oncol* 2014;25(2):136-47.

La survie nette à 10 ans passait de 63 % pour les cas diagnostiqués en 1989-1993 à 65 % pour les cas diagnostiqués en 1999-2004 (tableau 5). Après standardisation, les chiffres correspondants étaient de 62 % et 65 % (tableau 6).

Tendances selon l'âge

L'amélioration de la survie était différente selon les classes d'âge. Elle était observée à 5 ans de suivi pour les femmes à partir de 65 ans. Elle était plus importante chez les femmes âgées de 75 ans et plus. Aucune amélioration n'était observée chez les plus jeunes (tableau 7).

Survie à 15 ans chez les personnes âgées de moins de 75 ans

La survie nette à 15 ans variait entre 78 % et 60 % en fonction de l'âge pour les femmes diagnostiquées entre 1989 et 1998 (tableau 8).

Commentaires

Dans la dernière étude EURO CARE, la France a une survie inférieure à la moyenne européenne. Elle occupe une mauvaise position au sein des pays du centre de l'Europe, sa survie est plus proche de celle des pays d'Europe du Sud et de l'Est [2].

Avec une survie nette standardisée de 75 % à 5 ans pour la période 2005-2010, les cancers du corps utérin se situent parmi les localisations cancéreuses ayant un bon pronostic. Ils ont le meilleur pronostic des cancers gynécologiques, après celui du sein [3]. Cela résulte de leur extension d'abord locale dans la cavité utérine, et de leur survenue principalement chez la femme ménopausée, chez qui la métrorragie post-ménopausique permet un diagnostic précoce. Ce pronostic est meilleur chez les femmes les plus jeunes et l'écart observé selon l'âge augmente avec la durée de suivi. Cependant la survie à 5 ans a augmenté au cours du temps chez les femmes les plus âgées (65 ans et plus).

Le principal facteur pronostique est le type histologique. On distingue deux types d'adénocarcinomes de l'endomètre selon leurs formes anatomo-cliniques, elles-mêmes liées à des altérations moléculaires différentes et qui reflètent deux voies de carcinogénèse. Une voie hormono-dépendante caractérise les carcinomes de type I. Ce sont des adénocarcinomes de type endométrioïde de bas grade, parfois mucineux, exprimant les récepteurs hormonaux et survenant sur des lésions d'hyperplasie

glandulaire dans un contexte d'hyperœstrogénie. Ce sont les tumeurs les plus fréquentes (environ 80 %), et elles ont le meilleur pronostic. Les carcinomes de type II sont caractérisés par une voie de carcinogénèse hormono-indépendante. Ils se développent à un âge plus avancé, sur des lésions de carcinomes intra-muqueux. Il s'agit de types histologiques plus agressifs, toujours de haut grade : adénocarcinomes séreux ou à cellules claires ou carcinosarcomes. Leur pronostic est beaucoup moins favorable [4]. Concernant les autres groupes histologiques, ils ne représentent qu'environ 3 % des cancers du corps utérin. Leur pronostic est moins favorable, toutefois les carcinosarcomes et les sarcomes du stroma ont une meilleure survie que les leiomyosarcomes [5].

Les autres facteurs pronostiques des adénocarcinomes sont essentiellement représentés par le stade (infiltration du myomètre et envahissement ganglionnaire), la différenciation, l'âge et l'opérabilité [6].

Leur traitement de référence est la chirurgie, les traitements adjuvants dépendant du groupe pronostique et du risque de rechute [7].

L'augmentation modérée de la survie au cours de la période étudiée est probablement due à l'augmentation des diagnostics précoces et à une meilleure prise en charge chirurgicale notamment des patientes les plus âgées [8].

L'actualisation, en 2009, de la stadification de la Fédération internationale de gynécologie obstétrique (Figo) permet, depuis, de mieux classer les patientes selon leur pronostic [9;10]. La mise à jour en 2010 des recommandations professionnelles devrait aboutir à des prises en charges plus adaptées en fonction du groupe pronostique, avec des traitements plus agressifs pour certaines patientes ciblées à pronostic défavorable. Ces progrès pourraient améliorer encore les résultats thérapeutiques [11].

Récemment le réseau international de génomique a constaté que certaines tumeurs ont un profil d'altérations génétiques qui n'est pas corrélé aux types histologiques et aux grades classiques : 25 % des tumeurs endométrioïdes de haut grade ont un profil similaire aux tumeurs séreuses et auraient donc un pronostic moins favorable. L'analyse de l'ensemble du génome d'un grand nombre de cancers de l'endomètre a montré que ce cancer pouvait être divisé, non en deux, mais en quatre types. Cela pourrait avoir des conséquences en termes de choix de traitement et des essais cliniques devront être conduits sur les sous types identifiés [7;12].

- [8] Ahmed A, Zamba G, DeGeest K, Lynch CF. The impact of surgery on survival of elderly women with endometrial cancer in the SEER program from 1992-2002. *Gynecol Oncol* 2008;111(1):35-40.
- [9] Pecorelli S. Revised FIGO staging for carcinoma of the vulva, cervix, and endometrium. *Int J Gynaecol Obstet* 2009;105(2):103-4.
- [10] Cooke EW, Pappas L, Gaffney DK. Does the revised International Federation of Gynecology and Obstetrics staging system for endometrial cancer lead to increased discrimination in patient outcomes? *Cancer* 2011;117(18):4231-7.
- [11] Uzan C, Gouy S, Pautier P, Lhomme C, Duvillard P, Haie-Meder C, et al. Recommandations professionnelles pour le cancer de l'endomètre 2010 : utilisation pratique et questions encore émergentes. *Bull Cancer* 2012;99(1):107-11.
- [12] Cancer Genome Atlas Research Network, Kandoth C, Schultz N, Cherniack AD, Akbani R, Liu Y, et al. Integrated genomic characterization of endometrial carcinoma. *Nature* 2013;497(7447):67-73.

SURVIE À 1, 3 ET 5 ANS DES PERSONNES DIAGNOSTIQUÉES ENTRE 2005 ET 2010 (TOUS REGISTRES)

I TABLEAU 1 I	SURVIE OBSERVÉE ET NETTE (%) À 1, 3 ET 5 ANS [IC À 95 %]					
	1 an		3 ans		5 ans	
	observée	nette	observée	nette	observée	nette
Femme	88 [87-89]	89 [89-90]	74 [73-76]	78 [77-79]	68 [66-69]	74 [72-75]

I TABLEAU 2 I	SURVIE NETTE STANDARDISÉE (%) À 1, 3 ET 5 ANS [IC À 95 %]		
	1 an	3 ans	5 ans
	Femme	90 [89-91]	79 [78-80]	75 [73-76]

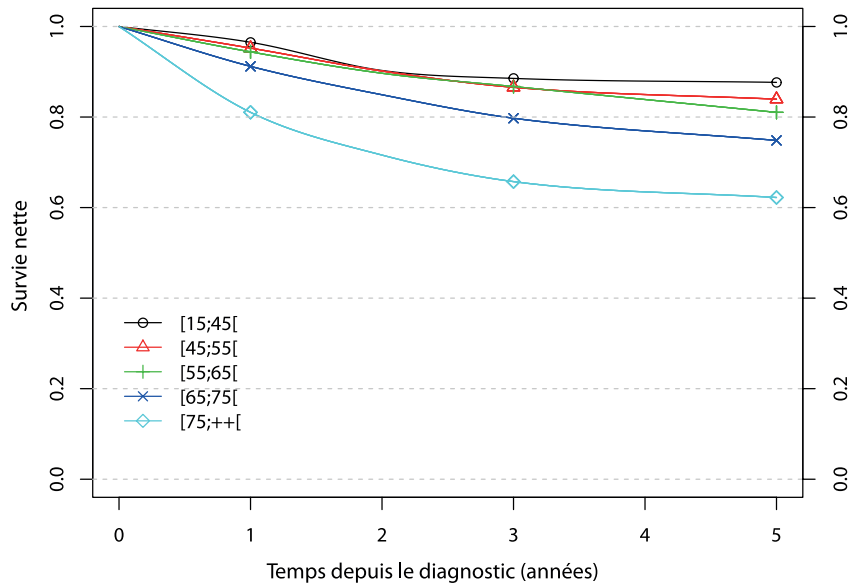
I TABLEAU 3 I	SURVIE OBSERVÉE ET NETTE (%) À 1, 3 ET 5 ANS SELON L'ÂGE [IC À 95 %]					
	1 an		3 ans		5 ans	
	observée	nette	observée	nette	observée	nette
[15;45[	96 [93-100]	97 [93-100]	88 [82-94]	89 [83-95]	87 [81-94]	88 [82-94]
[45;55[	95 [93-97]	95 [93-97]	86 [83-89]	87 [84-90]	83 [80-86]	84 [81-87]
[55;65[	94 [93-95]	94 [93-96]	86 [84-87]	87 [85-88]	79 [77-81]	81 [79-83]
[65;75[	90 [89-92]	91 [90-93]	77 [75-79]	80 [78-82]	71 [69-73]	75 [73-77]
[75;+ +[	78 [76-80]	81 [79-83]	58 [56-60]	66 [63-68]	49 [47-52]	62 [59-65]
Tous	88 [87-89]	89 [89-90]	74 [73-76]	78 [77-79]	68 [66-69]	74 [72-75]

I TABLEAU 4 I	SURVIE NETTE (%) À 1, 3 ET 5 ANS SELON L'ÂGE, CHEZ L'HOMME ET CHEZ LA FEMME [IC À 95 %]
---------------	---

Non applicable (site unisexe).

I FIGURE 1 I

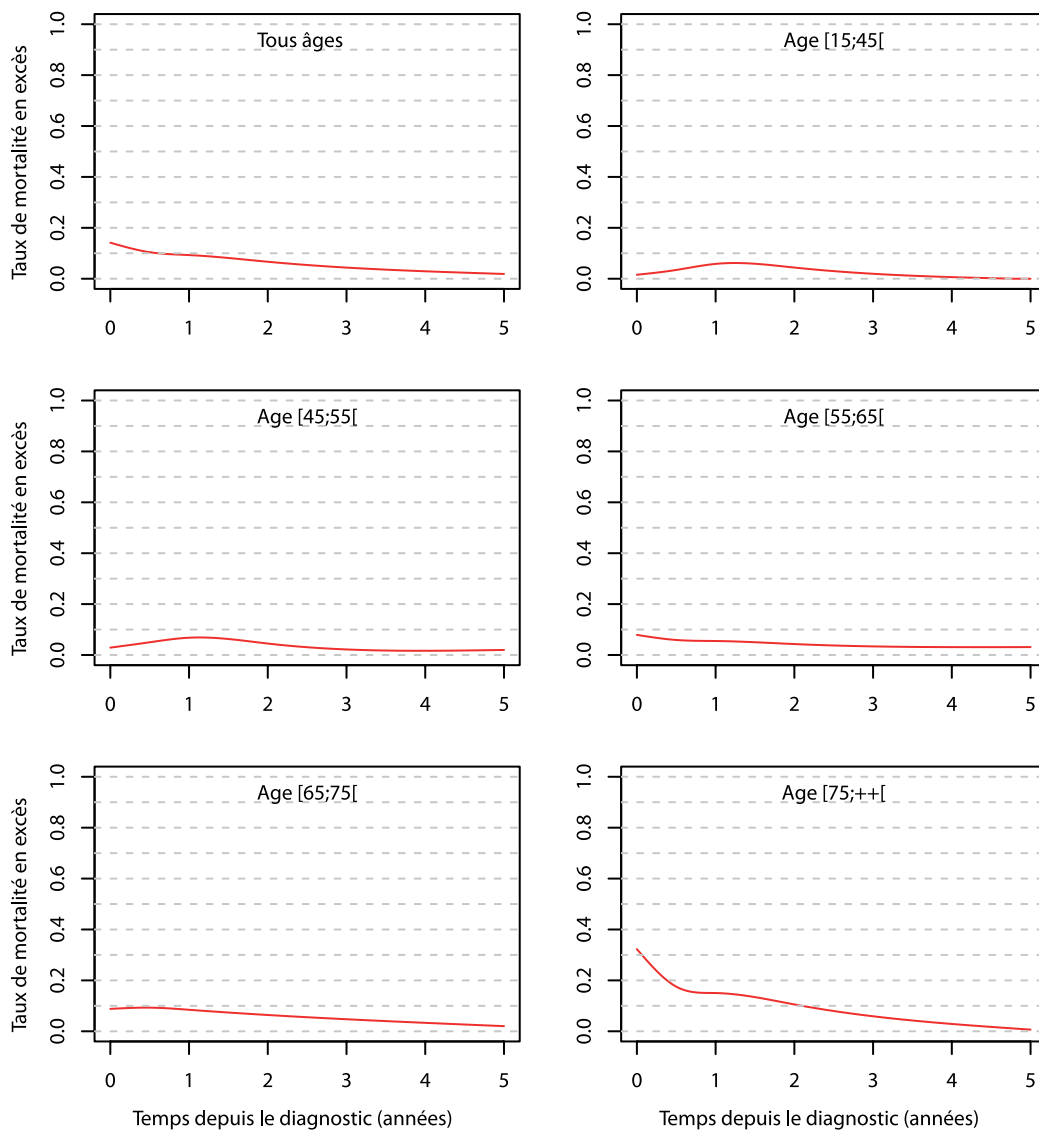
SURVIE NETTE SELON L'ÂGE EN FONCTION DU TEMPS DEPUIS LE DIAGNOSTIC



I FIGURE 2 I

TAUX DE MORTALITÉ EN EXCÈS EN FONCTION DU TEMPS DEPUIS LE DIAGNOSTIC, TOUS ÂGES ET PAR CLASSE D'ÂGE

Le taux est exprimé en nombre de décès pour une personne-année.



Pour une interprétation correcte de ces figures, il est impératif de se référer au paragraphe « Point particulier : les figures des taux de mortalité en excès » du chapitre « Présentation des résultats et guide de lecture » (p. 28-29).

TENDANCES DE LA SURVIE À 1, 5 ET 10 ANS POUR LES PERSONNES DIAGNOSTIQUÉES ENTRE 1989 ET 2010 (RESTRICTION AUX REGISTRES COUVRANT L'ENSEMBLE DE LA PÉRIODE 1989-2010)

I TABLEAU 5 I	SURVIE OBSERVÉE ET NETTE (%) À 1, 5 ET 10 ANS PAR PÉRIODE DE DIAGNOSTIC [IC À 95 %]					
	1 an		5 ans		10 ans	
	observée	nette	observée	nette	observée	nette
1989-1993	86 [85-88]	88 [87-90]	64 [62-66]	70 [67-72]	52 [50-55]	63 [60-66]
1994-1998	88 [86-89]	89 [88-91]	68 [66-70]	74 [72-76]	58 [56-60]	70 [67-73]
1999-2004	88 [87-89]	89 [88-91]	67 [65-68]	72 [70-74]	55 [53-57]	65 [62-68]
2005-2010	89 [88-90]	90 [89-91]	69 [67-70]	75 [73-76]	ND	ND
Toutes périodes	88 [87-89]	89 [89-90]	67 [66-68]	73 [72-74]	56 [55-57]	67 [65-68]

ND : Non disponible.

I TABLEAU 6 I	SURVIE NETTE STANDARDISÉE (%) À 1, 5 ET 10 ANS PAR PÉRIODE DE DIAGNOSTIC [IC À 95 %]		
	Femme		
	1 an	5 ans	10 ans
1989-1993	87 [86-89]	68 [65-70]	62 [59-65]
1994-1998	89 [88-91]	73 [71-75]	69 [66-73]
1999-2004	89 [88-91]	72 [71-74]	65 [63-68]
2005-2010	91 [89-92]	75 [73-77]	ND
Toutes périodes	89 [89-90]	73 [72-74]	66 [65-68]

ND : Non disponible.

I TABLEAU 7 I	SURVIE NETTE (%) À 1, 5 ET 10 ANS SELON L'ÂGE PAR PÉRIODE DE DIAGNOSTIC [IC À 95 %]		
	1 an	5 ans	10 ans
Âge [15;45[
1989-1993	93 [87-99]	79 [70-89]	75 [65-86]
1994-1998	97 [93-100]	86 [78-95]	82 [73-93]
1999-2004	95 [90-100]	92 [85-99]	87 [79-97]
2005-2010	95 [90-100]	86 [78-95]	ND
Toutes périodes	95 [92-98]	85 [81-90]	81 [76-87]
Âge [45;55[
1989-1993	95 [93-98]	85 [80-90]	81 [75-86]
1994-1998	97 [95-99]	87 [83-92]	85 [81-90]
1999-2004	93 [90-96]	82 [78-87]	78 [73-83]
2005-2010	95 [92-97]	82 [78-87]	ND
Toutes périodes	95 [93-96]	84 [82-86]	80 [77-83]

I TABLEAU 7 | SUITE	SURVIE NETTE (%) À 1, 5 ET 10 ANS SELON L'ÂGE PAR PÉRIODE DE DIAGNOSTIC [IC À 95 %]		
	1 an	5 ans	10 ans
Âge [55;65[
1989-1993	93 [91-95]	81 [78-84]	75 [71-78]
1994-1998	93 [90-95]	85 [82-88]	82 [78-85]
1999-2004	95 [93-96]	83 [81-86]	79 [76-82]
2005-2010	95 [94-97]	82 [79-85]	ND
Toutes périodes	94 [93-95]	83 [81-84]	78 [76-80]
Âge [65;75[
1989-1993	88 [85-90]	67 [64-72]	63 [58-67]
1994-1998	90 [88-92]	73 [70-77]	68 [64-73]
1999-2004	91 [89-93]	72 [69-75]	65 [62-69]
2005-2010	92 [90-94]	76 [73-79]	ND
Toutes périodes	90 [89-91]	73 [71-74]	67 [65-69]
Âge [75;++[
1989-1993	79 [75-83]	48 [42-55]	39 [31-48]
1994-1998	80 [77-84]	54 [48-60]	50 [41-61]
1999-2004	81 [78-84]	55 [51-60]	44 [37-52]
2005-2010	82 [80-85]	64 [60-68]	ND
Toutes périodes	81 [79-83]	56 [54-59]	47 [43-52]

ND : Non disponible.

SURVIE À 1, 5, 10 ET 15 ANS DES PERSONNES DE MOINS DE 75 ANS DIAGNOSTIQUÉES ENTRE 1989 ET 1998 (RESTRICTION AUX REGISTRES COUVRANT L'ENSEMBLE DE LA PÉRIODE 1989-2010)

I TABLEAU 8 |	SURVIE NETTE (%) À LONG TERME SELON L'ÂGE (ÂGE < 75 ANS) [IC À 95 %]			
	1 an	5 ans	10 ans	15 ans
Âge [15;45[
1989-1998	95 [91-99]	82 [76-89]	79 [72-86]	78 [71-86]
Âge [45;55[
1989-1998	96 [94-98]	86 [83-89]	83 [79-87]	79 [75-83]
Âge [55;65[
1989-1998	93 [91-94]	83 [81-85]	78 [76-81]	75 [72-78]
Âge [65;75[
1989-1998	89 [87-91]	71 [68-73]	66 [63-69]	60 [56-64]

Description de la localisation étudiée

Ovaire	CIM-O-3	Correspondance en CIM-O-2	Correspondance en CIM-O-1	Correspondance en CIM-10
	Topographie	C56.9 et C57.0 à C57.4	C56.9 et C57.0 à C57.4	183.0 à 183.9	C56.9 et C57.0 à C57.4
Morphologie	Toutes, sauf tumeurs hématologiques ; comportement tumoral /3			

Les ovaires sont des organes pairs, un seul cas incident est comptabilisé par femme en cas d'atteinte bilatérale par une tumeur de groupe histologique identique. Les cancers des annexes utérines (trompes, ligament large et ligament rond) sont généralement classés avec les cancers de l'ovaire et ont été inclus dans le présent chapitre. La classification OMS distingue trois grands types histologiques de cancers ovariens : les tumeurs épithéliales communes (90 % des cancers de l'ovaire), les tumeurs du mésenchyme et des cordons sexuels (3 à 6 %) et les tumeurs germinales (0,5 à 5 %). Les chiffres présentés dans ce chapitre ne prennent pas en compte les tumeurs borderlines (de comportement tumoral /1 dans la CIM-O-3).

Incidence

En France, pour l'année 2012, le cancer de l'ovaire représentait 3 % des cancers féminins avec un nombre de nouveaux cas estimé à 4 615 cas [1].

Population d'étude

Cette étude a porté sur 4 702 cas pour l'analyse sur la période 2005-2010 et sur 8 418 cas pour l'analyse des tendances 1989-2010.

Survie sur la période la plus récente (2005-2010)

Survie observée et survie nette

La survie observée et la survie nette 5 ans après le diagnostic étaient respectivement de 40 % et 43 % (tableau 1).

Variation selon l'âge

Après standardisation, la survie nette à 5 ans était de 43 % (tableau 2).

La survie nette diminuait avec l'âge passant de 74 % à 5 ans chez les sujets les plus jeunes à 25 % pour les plus âgés (tableau 3, figure 1).

Globalement, l'excès de mortalité était maximal immédiatement après le diagnostic puis diminuait faiblement après la première année. Cet excès de mortalité initial était très accentué chez les personnes de 75 ans et plus, beaucoup moins chez les 65-74 ans et non visible chez les plus jeunes (figure 2).

Tendances de la survie nette sur l'ensemble de la période (1989-2010)

Sur l'ensemble de la période, la survie observée et la survie nette à 10 ans étaient respectivement de 29 % et 33 % (tableau 5). Après standardisation, la survie nette à 10 ans était de 31 % (tableau 6).

Références

- [1] Binder-Foucard F, Bossard N, Delafosse P, Belot A, Woronoff AS, Remontet L, *et al.* Cancer incidence and mortality in France over the 1980-2012 period: solid tumors. *Rev Epidemiol Sante Publique* 2014;62(2):95-108.
- [2] De Angelis R, Sant M, Coleman MP, Francisci S, Baili P, Pierannunzio D, *et al.* Cancer survival in Europe 1999-2007 by country and age: results of EURO CARE-5-a population-based study. *Lancet Oncol* 2014;15(1):23-34.
- [3] Allemani C, Weir HK, Carreira H, Harewood R, Spika D, Wang XS, *et al.* Global surveillance of cancer survival 1995-2009: analysis of individual data for 25 676 887 patients from 279 population-based registries in 67 countries (CONCORD-2). *Lancet* 2015;385(9972):977-1010.
- [4] Solheim O, Gershenson DM, Tropé CG, Rokkones E, Sun CC, Weedon-Fekjaer H, *et al.* Prognostic factors in malignant ovarian germ cell tumours (The Surveillance, Epidemiology and End Results experience 1978-2010). *Eur J Cancer* 2014;50(11):1942-50.
- [5] Siegel R, Ma J, Zou Z, Jemal A. *Cancer Statistics, 2014.* *CA Cancer J Clin* 2014;64:9-29.
- [6] Kosary CL. FIGO stage, histology, histologic grade, age and race as prognostic factors in determining survival for cancers of the female gynecological system: an analysis of 1973-87 SEER cases of cancers of the endometrium, cervix, ovary, vulva, and vagina. *Semin Surg Oncol* 1994;10(1):31-46.
- [7] Mahdi H, Kumar S, Munkarah AR, Abdalamin M, Doherty M, Swensen R. Prognostic impact of marital status on survival of women with epithelial ovarian cancer. *Psychooncology* 2013;22(1):83-8.

Tendances globales

La survie nette à 1 an s'améliorait au cours du temps passant de 72 % pour les cas diagnostiqués en 1989-1993 à 79 % pour les cas diagnostiqués en 2005-2010 (tableau 5). Après standardisation, les chiffres correspondants étaient de 68 % et 78 % (tableau 6).

La survie nette à 5 ans s'améliorait elle aussi, passant de 40 % pour les cas diagnostiqués en 1989-1993 à 45 % pour les cas diagnostiqués en 2005-2010 (tableau 5). Après standardisation, les chiffres correspondants étaient de 36 % et 44 % (tableau 6).

La survie nette à 10 ans restait stable. Elle variait de 34 % pour les cas diagnostiqués en 1989-1993 à 33 % pour les cas diagnostiqués en 1999-2004 (tableau 5). Après standardisation, les chiffres correspondants étaient 30 % et 31 % (tableau 6).

Tendances selon l'âge

La survie nette à un an s'améliorait au cours du temps pour toutes les classes d'âge, mais d'une façon plus importante chez les personnes de 55 ans et plus (tableau 7).

À 5 ans, la survie nette augmentait pour toutes les tranches d'âge au fil des périodes étudiées, essentiellement chez les 45-74 ans, peu chez les plus jeunes et les plus âgées.

La survie nette à 10 ans restait relativement stable pour toutes les tranches d'âge (tableau 7).

Survie à 15 ans chez les personnes âgées de moins de 75 ans

La survie nette à 15 ans variait entre 64 % et 21 % en fonction de l'âge pour les cas diagnostiqués en 1989-1998. Pour toutes les classes d'âge, la survie évoluait peu entre la dixième et la quinzième année après le diagnostic (tableau 8).

Commentaires

Avec 4 615 nouveaux cas diagnostiqués en France en 2012, le cancer de l'ovaire représente 3 % des cancers féminins. C'est le deuxième cancer génital chez la femme après celui du corps utérin, mais c'est celui qui a la mortalité la plus élevée avec 3 140 décès annuels [1].

Son pronostic reste mauvais avec une survie nette à 5 ans de 43 % qui s'est très peu améliorée entre les périodes extrêmes étudiées (40 % pour les cas diagnostiqués en 1989-1993 et 45 % pour ceux diagnostiqués en 2005-2010), malgré l'amélioration de l'approche biologique et de la prise en charge chirurgicale et systémique de ces cancers durant les deux dernières décades. Toutefois, selon les données d'EUROCARE-5, la survie relative à 5 ans standardisée sur l'âge de la France se situe au-dessus de la moyenne européenne (40,1 % vs 37,6 %) [2]. C'est dans les pays nordiques et en Europe centrale que cette survie est maximale (au-dessus de 40 %) et en Europe de l'Est et en Irlande-Royaume-Uni qu'elle est minimale (en dessous de 35 %). Tout comme nous l'avons observé en France, la survie s'est très peu améliorée dans les différents pays européens entre 1999 et 2007 [2].

Aux États-Unis, la survie nette à 5 ans des cas diagnostiqués durant la période 2005-2009 était de 40,9 % et celle du Canada de 37,5 %, avec un gain très faible de 1 à 2 % depuis les cas diagnostiqués en 1995-1999 [3].

La survie nette à 5 ou 10 ans décline fortement avec l'âge. Les femmes jeunes présentent en effet plus souvent des tumeurs germinales qui ont un meilleur pronostic que les carcinomes [4], et la pratique fréquente de l'échographie pelvienne dans cette jeune population permet parfois le diagnostic fortuit de cancers ovariens à un stade débutant. La surmortalité précoce des femmes âgées est sans doute liée à un diagnostic tardif et à des comorbidités associées empêchant une prise en charge optimale de leurs cancers.

En dehors de l'âge, le facteur pronostique majeur des cancers ovariens reste le stade au diagnostic. La situation anatomique des ovaires, leur absence de symptomatologie propre et le fait que la majorité de ces cancers surviennent le plus souvent en post-ménopause sur des ovaires qui ne sont plus fonctionnels, expliquent que plus de 60 % d'entre eux sont diagnostiqués à un stade avancé [5], empêchant une réduction tumorale complète.

En dehors des facteurs pronostiques indépendants connus tels que l'âge, le stade, l'histologie, le grade de différenciation [6], plusieurs études ont recherché un lien entre la survie et les caractéristiques anthropométriques, le statut socio-économique, l'histoire reproductive et familiale, les facteurs de vie (comme le fait de ne pas être mariée), la ligature des trompes, mais leurs résultats sont discordants [7-13]. Le non-respect des consensus est un facteur péjoratif indépendant de la survie [14].

- [8] Bae HS, Kim HJ, Hong JH, Lee JK, Lee NW, Song JY. Obesity and epithelial ovarian cancer survival: a systematic review and meta-analysis. *J Ovarian Res* [Internet] 2014 [consulté le 02/03/2015];7:41. Disponible à partir de l'URL : <http://www.ovarianresearch.com/content/7/1/41>.
- [9] Protani MM, Nagle CM, Webb PM. Obesity and ovarian cancer survival: a systematic review and meta-analysis. *Cancer Prev Res (Phila)* 2012;5(7):901-10.
- [10] Nagle CM, Bain CJ, Green AC, Webb PM. The influence of reproductive and hormonal factors on ovarian cancer survival. *Int J Gynecol Cancer* 2008;18(3):407-13.
- [11] Zhang M, Holman CD. Tubal ligation and survival of ovarian cancer patients. *J Obstet Gynaecol Res* 2012;38(1):40-7.
- [12] Weiderpass E, Oh JK, Algeri S, Bellocchio R. Socioeconomic status and epithelial ovarian cancer survival in Sweden. *Cancer Causes Control* 2014;25(8):1063-73.
- [13] Abdel-Rahman ME, Butler J, Sydes MR, Parmar MK, Gordon E, Harper P, et al. No socioeconomic inequalities in ovarian cancer survival within two randomised clinical trials. *Br J Cancer* 2014;111(3):589-97.
- [14] Bristow RE, Powell MA, Al-Hammadi N, Chen L, Miller JP, Roland PY, et al. Disparities in ovarian cancer care quality and survival according to race and socioeconomic status. *J Natl Cancer Inst* 2013;105(11):823-32.

SURVIE À 1, 3 ET 5 ANS DES PERSONNES DIAGNOSTIQUÉES ENTRE 2005 ET 2010 (TOUS REGISTRÉS)

I TABLEAU 1 I	SURVIE OBSERVÉE ET NETTE (%) À 1, 3 ET 5 ANS [IC À 95 %]					
	1 an		3 ans		5 ans	
	observée	nette	observée	nette	observée	nette
Femme	76 [74-77]	77 [75-78]	53 [51-54]	55 [53-56]	40 [39-42]	43 [42-45]

I TABLEAU 2 I	SURVIE NETTE STANDARDISÉE (%) À 1, 3 ET 5 ANS [IC À 95 %]		
	1 an	3 ans	5 ans
	Femme	77 [75-78]	54 [53-56]	43 [41-44]

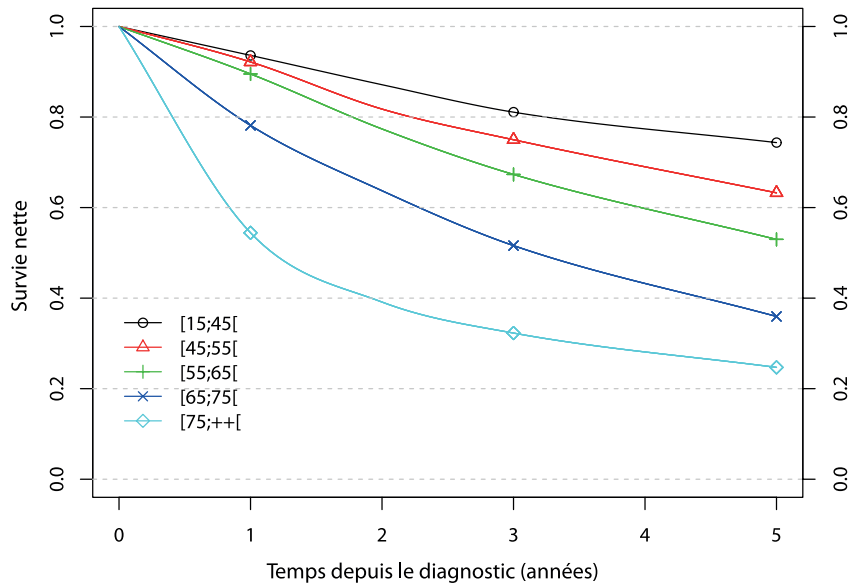
I TABLEAU 3 I	SURVIE OBSERVÉE ET NETTE (%) À 1, 3 ET 5 ANS SELON L'ÂGE [IC À 95 %]					
	1 an		3 ans		5 ans	
	observée	nette	observée	nette	observée	nette
[15;45[	94 [91-96]	94 [91-96]	81 [77-85]	81 [77-85]	74 [69-79]	74 [70-79]
[45;55[	92 [90-94]	92 [90-94]	74 [71-78]	75 [72-78]	62 [59-67]	63 [59-67]
[55;65[	89 [87-91]	90 [88-91]	66 [64-69]	67 [65-70]	52 [49-55]	53 [50-56]
[65;75[	77 [75-80]	78 [76-81]	50 [47-53]	52 [49-55]	34 [31-37]	36 [33-39]
[75;+ +[	52 [49-55]	54 [52-57]	28 [26-31]	32 [30-35]	18 [16-21]	25 [22-28]
Tous	76 [74-77]	77 [75-78]	53 [51-54]	55 [53-56]	40 [39-42]	43 [42-45]

I TABLEAU 4 I	SURVIE NETTE (%) À 1, 3 ET 5 ANS SELON L'ÂGE, CHEZ L'HOMME ET CHEZ LA FEMME [IC À 95 %]
---------------	---

Non applicable (site unisexe).

I FIGURE 1 I

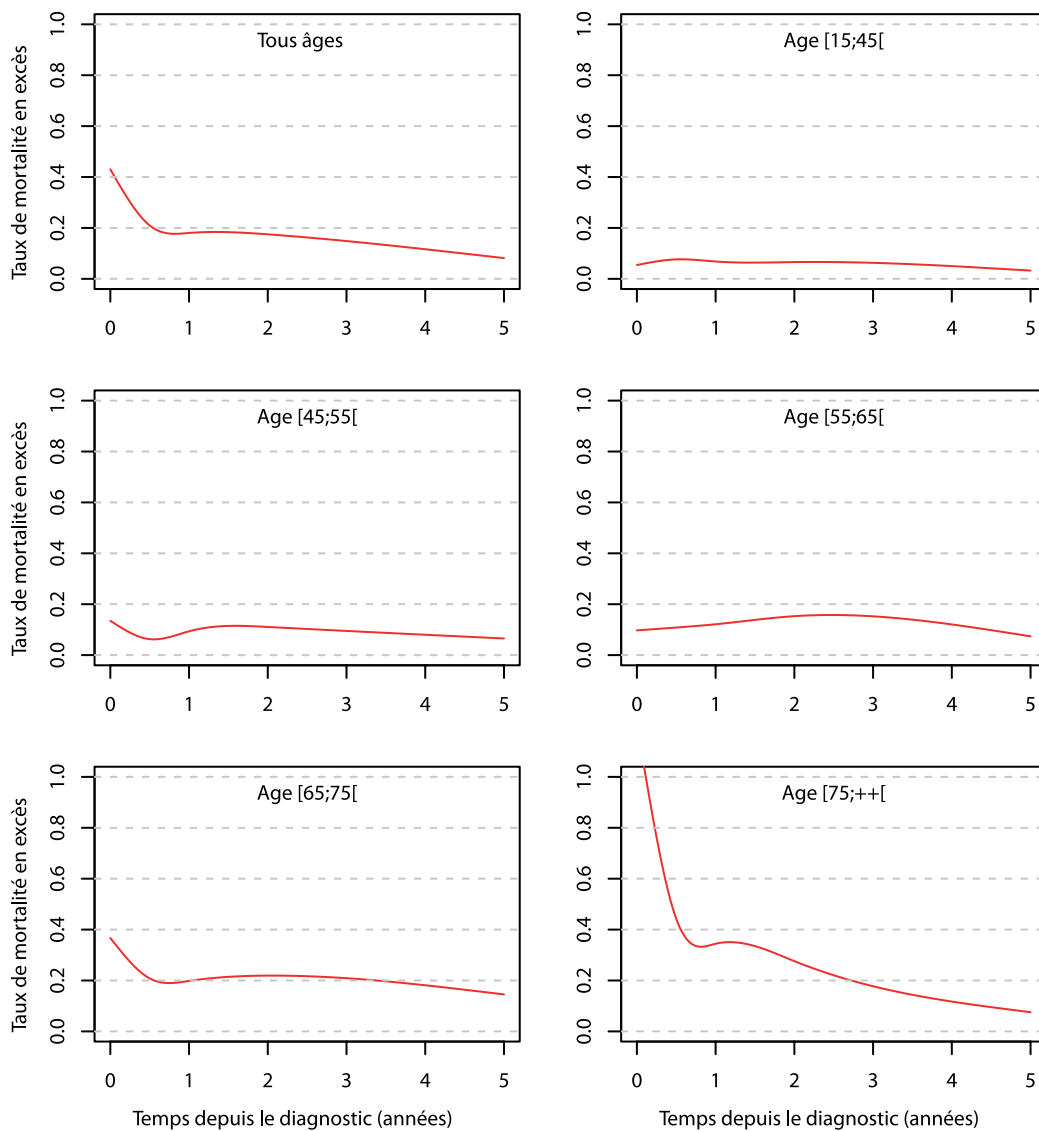
SURVIE NETTE SELON L'ÂGE EN FONCTION DU TEMPS DEPUIS LE DIAGNOSTIC



I FIGURE 2 I

TAUX DE MORTALITÉ EN EXCÈS EN FONCTION DU TEMPS DEPUIS LE DIAGNOSTIC, TOUS ÂGES ET PAR CLASSE D'ÂGE

Le taux est exprimé en nombre de décès pour une personne-année.



Pour une interprétation correcte de ces figures, il est impératif de se référer au paragraphe « Point particulier : les figures des taux de mortalité en excès » du chapitre « Présentation des résultats et guide de lecture » (p. 28-29).

TENDANCES DE LA SURVIE À 1, 5 ET 10 ANS POUR LES PERSONNES DIAGNOSTIQUÉES ENTRE 1989 ET 2010 (RESTRICTION AUX REGISTRES COUVRANT L'ENSEMBLE DE LA PÉRIODE 1989-2010)

I TABLEAU 5 I	SURVIE OBSERVÉE ET NETTE (%) À 1, 5 ET 10 ANS PAR PÉRIODE DE DIAGNOSTIC [IC À 95 %]					
	1 an		5 ans		10 ans	
	observée	nette	observée	nette	observée	nette
1989-1993	71 [69-73]	72 [70-74]	37 [35-39]	40 [37-42]	29 [27-31]	34 [31-37]
1994-1998	72 [70-74]	74 [72-76]	37 [35-39]	39 [37-42]	28 [26-30]	31 [29-34]
1999-2004	76 [74-78]	77 [75-79]	41 [39-43]	44 [42-46]	29 [27-31]	33 [31-35]
2005-2010	78 [76-79]	79 [77-80]	42 [40-44]	45 [43-47]	ND	ND
Toutes périodes	74 [73-75]	76 [75-77]	40 [39-41]	42 [41-43]	29 [28-30]	33 [32-35]

ND : Non disponible.

I TABLEAU 6 I	SURVIE NETTE STANDARDISÉE (%) À 1, 5 ET 10 ANS PAR PÉRIODE DE DIAGNOSTIC [IC À 95 %]		
	Femme		
	1 an	5 ans	10 ans
1989-1993	68 [65-70]	36 [33-38]	30 [27-34]
1994-1998	70 [68-72]	35 [33-38]	28 [26-30]
1999-2004	75 [74-77]	42 [40-44]	31 [29-34]
2005-2010	78 [76-80]	44 [41-46]	ND
Toutes périodes	74 [73-74]	40 [38-41]	31 [29-32]

ND : Non disponible.

I TABLEAU 7 I	SURVIE NETTE (%) À 1, 5 ET 10 ANS SELON L'ÂGE PAR PÉRIODE DE DIAGNOSTIC [IC À 95 %]		
	1 an	5 ans	10 ans
Âge [15;45[
1989-1993	89 [85-93]	74 [68-80]	69 [63-76]
1994-1998	90 [86-94]	69 [63-75]	63 [57-70]
1999-2004	93 [89-96]	76 [70-83]	68 [62-76]
2005-2010	94 [91-97]	78 [72-84]	ND
Toutes périodes	91 [89-93]	74 [71-77]	67 [64-71]
Âge [45;55[
1989-1993	88 [85-92]	52 [46-58]	41 [36-47]
1994-1998	88 [84-91]	57 [52-63]	48 [43-54]
1999-2004	91 [88-94]	58 [53-63]	43 [38-48]
2005-2010	91 [88-94]	63 [57-69]	ND
Toutes périodes	90 [88-91]	57 [55-60]	45 [42-48]

I TABLEAU 7 | SUITE		SURVIE NETTE (%) À 1, 5 ET 10 ANS SELON L'ÂGE PAR PÉRIODE DE DIAGNOSTIC [IC À 95 %]		
	1 an	5 ans	10 ans	
Âge [55;65[
1989-1993	79 [75-83]	38 [34-43]	33 [28-38]	
1994-1998	85 [82-88]	42 [38-47]	32 [27-37]	
1999-2004	85 [82-88]	48 [43-52]	35 [31-40]	
2005-2010	91 [88-93]	54 [50-59]	ND	
Toutes périodes	85 [84-87]	46 [44-48]	35 [33-38]	
Âge [65;75[
1989-1993	68 [63-72]	29 [25-34]	24 [20-29]	
1994-1998	74 [71-78]	32 [28-37]	22 [18-26]	
1999-2004	79 [75-82]	40 [36-45]	29 [25-33]	
2005-2010	79 [76-83]	37 [32-41]	ND	
Toutes périodes	75 [74-77]	35 [33-37]	25 [23-28]	
Âge [75;++[
1989-1993	45 [40-51]	24 [18-31]	20 [12-32]	
1994-1998	42 [38-47]	16 [12-21]	14 [10-20]	
1999-2004	54 [50-58]	24 [20-29]	18 [13-24]	
2005-2010	58 [54-62]	26 [22-30]	ND	
Toutes périodes	51 [49-54]	23 [21-26]	18 [15-22]	

ND : Non disponible.

SURVIE À 1, 5, 10 ET 15 ANS DES PERSONNES DE MOINS DE 75 ANS DIAGNOSTIQUÉES ENTRE 1989 ET 1998 (RESTRICTION AUX REGISTRES COUVRANT L'ENSEMBLE DE LA PÉRIODE 1989-2010)

I TABLEAU 8 |		SURVIE NETTE (%) À LONG TERME SELON L'ÂGE (ÂGE <75 ANS) [IC À 95 %]			
	1 an	5 ans	10 ans	15 ans	
Âge [15;45[
1989-1998	90 [87-92]	71 [67-76]	66 [62-71]	64 [60-69]	
Âge [45;55[
1989-1998	88 [85-91]	54 [51-59]	45 [41-49]	42 [38-46]	
Âge [55;65[
1989-1998	82 [79-84]	40 [37-44]	32 [29-36]	30 [27-34]	
Âge [65;75[
1989-1998	71 [68-74]	31 [28-34]	23 [20-26]	21 [17-24]	

Description de la localisation étudiée

Pénis	CIM-O-3	Correspondance en CIM-O-2	Correspondance en CIM-O-1	Correspondance en CIM-10
	Topographie	C60.0 à C60.9	C60.0 à C60.9	187.1 à 187.4	C60.0 à C60.9
Morphologie	Toutes, sauf tumeurs hématologiques ; comportement tumoral /3			

Les résultats présentés ici correspondent aux cancers infiltrants de la verge, quel qu'en soit le type morphologique, à l'exclusion des lymphomes, mais 95 % de ces cancers sont des cancers épidermoïdes.

Incidence

L'incidence de ce cancer est faible. D'après les données des registres français, pour la période 2003-2007, les taux d'incidence standardisés sur la population mondiale variaient, selon les registres, de 0,4 à 1,0 pour 100 000 [1].

Population d'étude

Cette étude a porté sur 372 cas pour l'analyse sur la période 2005-2010 et sur 595 cas pour l'analyse des tendances 1989-2010.

Remarque

En raison d'un nombre de cas et/ou de décès insuffisants (ou de leur répartition dans le temps), certains indicateurs n'ont pu être produits (survie nette selon l'âge par exemple) et certains tableaux/figures sont incomplets ou absents.

Survie sur la période la plus récente (2005-2010)

Survie observée et survie nette

La survie observée et la survie nette 5 ans après le diagnostic étaient respectivement de 50 % et 62 % (tableau 1).

Variation selon l'âge

Après standardisation, la survie nette à 5 ans était de 65 % (tableau 2).

La survie nette diminuait de façon importante avec l'âge passant de 77 % à 5 ans chez les sujets les plus jeunes à 50 % chez les plus âgés (tableau 3).

Tendances de la survie nette sur l'ensemble de la période (1989-2010)

Sur l'ensemble de la période, la survie observée et la survie nette à 10 ans étaient respectivement de 39 % et 59 % (tableau 5). Après standardisation, la survie nette à 10 ans était de 61 % (tableau 6). La survie nette à 10 ans sur l'ensemble de la période est également présentée pour les différentes classes d'âge (tableau 7).

Tendances globales

La survie nette n'évoluait pas au cours du temps, oscillant selon la période de diagnostic autour de 85 %, 65 % et 59 % à 1 an, 5 ans et 10 ans respectivement (tableau 5).

Références

- [1] Forman D, Bray F, Brewster DH, Gombé Mbalawa C, Kohler B, Piñeros M, *et al.* Cancer Incidence in Five Continents, Vol. X [Internet]. Lyon: International Agency for Research on Cancer; 2013. [consulté le 03/03/2015]. Disponible à partir de l'URL : <http://ci5.iarc.fr>.
- [2] Cubilla AL. The role of pathologic prognostic factors in squamous cell carcinoma of the penis. *World J Urol* 2009;27(2):169-77.
- [3] Barski D, Georgas E, Gerullis H, Ecke T. Metastatic penile carcinoma-an update on the current diagnosis and treatment options. *Cent Eur J Urol* 2014;67(2):126-32.

Commentaires

Du fait de la rareté de ce cancer [1], les possibilités d'analyse concernant cette localisation tumorale sont limitées. Cette étude montre néanmoins que le pronostic des cancers du pénis est relativement mauvais. Les facteurs plus systématiquement associés à une issue défavorable du fait d'un risque accru d'évolution métastatique ganglionnaire sont l'existence d'emboles lymphatiques, sanguins ou péri-nerveux et un grade histologique élevé [2].

Le relativement mauvais pronostic de ce cancer peut être attribué à des diagnostics tardifs, probablement lié au fait que les patients hésitent longtemps avant de consulter, bien que cette tumeur soit rapidement symptomatique. L'existence de métastases ganglionnaires au moment du diagnostic concernerait ainsi 25 à 50 % des patients [3]. Par ailleurs, les possibilités thérapeutiques ont peu évolué au cours du temps, comme en témoigne l'absence d'amélioration de la survie.

Aucun effet curatif de la radiothérapie n'a été démontré en cas d'atteinte ganglionnaire clinique. Par ailleurs, le cancer du pénis est peu chimio-sensible, et aucune molécule n'a l'autorisation de mise sur le marché dans cette indication. La faible fréquence de ce cancer limite en effet la possibilité de réalisation d'essais cliniques qui permettraient l'élaboration de recommandations consensuelles [4].

La survie nette diminue de façon importante lorsque l'âge des patients augmente. Cette différence peut être expliquée par la plus grande difficulté de réaliser chez les sujets âgés une lymphadénectomie inguinale radicale à visée curative en raison de l'importante morbidité de ce geste.

La dernière étude RARECARE concernant les cancers urogénitaux indique une variabilité importante de la survie relative à 5 ans selon la région pour ce cancer (de 53 % en Europe de l'Est à 72 % en Europe du Nord) [5].

[4] Rigaud J, Avances C, Camparo P, Durand X, Flechon A, Murez T, *et al.* Recommandations en onco-urologie 2013 du CCAFU : Tumeurs malignes du pénis. *Prog Urol* 2013;23 Suppl 2:S135-44.

[5] Visser O, Adolfsson J, Rossi S, Verne J, Gatta G, Maffezzini M, *et al.* Incidence and survival of rare urogenital cancers in Europe. *Eur J Cancer* 2012;48(4):456-64.

SURVIE À 1, 3 ET 5 ANS DES PERSONNES DIAGNOSTIQUÉES ENTRE 2005 ET 2010 (TOUS REGISTRES)

I TABLEAU 1 I	SURVIE OBSERVÉE ET NETTE (%) À 1, 3 ET 5 ANS [IC À 95 %]					
	1 an		3 ans		5 ans	
	observée	nette	observée	nette	observée	nette
Homme	82 [78-86]	87 [83-91]	60 [55-65]	70 [64-76]	50 [45-56]	62 [55-71]

I TABLEAU 2 I	SURVIE NETTE STANDARDISÉE (%) À 1, 3 ET 5 ANS [IC À 95 %]		
	1 an	3 ans	5 ans
	Homme	89 [86-93]	72 [66-78]	65 [58-72]

I TABLEAU 3 I	SURVIE OBSERVÉE ET NETTE (%) À 1, 3 ET 5 ANS SELON L'ÂGE [IC À 95 %]						
		1 an		3 ans		5 ans	
		observée	nette	observée	nette	observée	nette
[15;55[	93 [86-100]	93 [86-100]	84 [73-96]	85 [74-97]	75 [63-90]	77 [64-92]
[55;65[	93 [86-99]	93 [87-100]	67 [57-79]	69 [59-82]	63 [53-76]	67 [56-81]
[65;75[	92 [87-98]	94 [89-100]	67 [58-78]	72 [62-83]	62 [53-73]	69 [59-82]
[75;++[	70 [63-77]	78 [71-86]	47 [40-55]	65 [55-77]	30 [23-39]	50 [37-68]
Tous	82 [78-86]	87 [83-91]	60 [55-65]	70 [64-76]	50 [45-56]	62 [55-71]	

I TABLEAU 4 I	SURVIE NETTE (%) À 1, 3 ET 5 ANS SELON L'ÂGE, CHEZ L'HOMME ET CHEZ LA FEMME [IC À 95 %]
---------------	---

Non applicable (site unisexe).

I FIGURE 1 I	SURVIE NETTE SELON L'ÂGE EN FONCTION DU TEMPS DEPUIS LE DIAGNOSTIC
--------------	--

Non présentée du fait d'effectifs par classe d'âge trop faibles.

I FIGURE 2 I	TAUX DE MORTALITÉ EN EXCÈS EN FONCTION DU TEMPS DEPUIS LE DIAGNOSTIC, TOUS ÂGES ET PAR CLASSE D'ÂGE
--------------	---

Non présentée du fait d'effectifs par classe d'âge trop faibles.

TENDANCES DE LA SURVIE À 1, 5 ET 10 ANS POUR LES PERSONNES DIAGNOSTIQUÉES ENTRE 1989 ET 2010 (RESTRICTION AUX REGISTRES COUVRANT L'ENSEMBLE DE LA PÉRIODE 1989-2010)

I TABLEAU 5 I	SURVIE OBSERVÉE ET NETTE (%) À 1, 5 ET 10 ANS PAR PÉRIODE DE DIAGNOSTIC [IC À 95 %]					
	1 an		5 ans		10 ans	
	observée	nette	observée	nette	observée	nette
1989-1993	78 [71-86]	82 [75-91]	50 [41-60]	60 [49-74]	31 [24-41]	50 [36-69]
1994-1998	82 [76-89]	86 [79-93]	58 [50-67]	70 [59-84]	42 [34-52]	68 [54-87]
1999-2004	81 [75-87]	85 [79-91]	54 [47-62]	65 [56-77]	41 [34-49]	56 [43-73]
2005-2010	82 [77-88]	87 [81-93]	51 [45-59]	64 [53-77]	ND	ND
Toutes périodes	81 [78-84]	85 [82-89]	53 [49-58]	65 [60-72]	39 [35-44]	59 [52-69]

ND : Non disponible.

I TABLEAU 6 I	SURVIE NETTE STANDARDISÉE (%) À 1, 5 ET 10 ANS PAR PÉRIODE DE DIAGNOSTIC [IC À 95 %]		
	Homme		
	1 an	5 ans	10 ans
Toutes périodes	86 [83-89]	66 [61-72]	61 [54-69]

Le détail par période de diagnostic n'est pas présenté du fait d'effectifs trop faibles pour la standardisation.

I TABLEAU 7 I	SURVIE NETTE (%) À 1, 5 ET 10 ANS SELON L'ÂGE PAR PÉRIODE DE DIAGNOSTIC [IC À 95 %]		
	1 an	5 ans	10 ans
Âge [15;55[
Toutes périodes	89 [82-96]	73 [64-83]	71 [61-82]
Âge [55;65[
Toutes périodes	87 [80-94]	65 [56-76]	62 [51-76]
Âge [65;75[
Toutes périodes	88 [82-93]	72 [64-81]	66 [56-79]
Âge [75;++[
Toutes périodes	81 [75-87]	57 [47-71]	49 [34-71]

Le détail par période de diagnostic n'est pas présenté du fait d'effectifs par classe d'âge trop faibles.

Description de la localisation étudiée

Prostate	CIM-O-3	Correspondance en CIM-O-2	Correspondance en CIM-O-1	Correspondance en CIM-10
	Topographie	C61.9	C61.9	185.9	C61.9
Morphologie	Toutes, sauf tumeurs hématologiques ; comportement tumoral /3			

La très grande majorité des cancers de la prostate sont des adénocarcinomes.

Incidence

Le cancer de la prostate est un cancer fréquent. Son incidence a beaucoup augmenté jusqu'en 2005, il représentait alors plus du quart des cancers diagnostiqués chez les hommes. Depuis 2006 l'incidence baisse, mais il reste le plus fréquent des cancers de l'homme [1].

Population d'étude

Cette étude a porté sur 57 142 cas pour l'analyse sur la période 2005-2010 et sur 72 558 cas pour l'analyse des tendances 1989-2010.

Survie sur la période la plus récente (2005-2010)

Survie observée et survie nette

La survie observée et la survie nette 5 ans après le diagnostic étaient respectivement de 81 % et 94 % (tableau 1).

Variation selon l'âge

Après standardisation sur l'âge, la survie nette à 5 ans était de 93 % (tableau 2).

La survie nette diminuait avec l'âge au diagnostic essentiellement au-delà de 75 ans, passant de 97 % à 5 ans avant 75 ans à 89 % pour les sujets de 75-84 ans, puis 65 % pour les sujets de 85 ans et plus (tableau 3 et figure 1).

Ces différences de survie en fonction de l'âge résultent des différences observées dans la dynamique de la mortalité. En effet la mortalité en excès était très faible durant les 5 premières années qui suivaient le diagnostic, sauf pour les 75 ans et plus qui présentaient une mortalité en excès plus élevée, notamment dans la phase initiale. Ce phénomène s'accroissait chez les 85 ans et plus (figure 2).

Tendances de la survie nette sur l'ensemble de la période (1989-2010)

Sur l'ensemble de la période, la survie observée et la survie nette à 10 ans étaient respectivement de 51 % et 78 % (tableau 5). Après standardisation, la survie nette à 10 ans était de 80 % ce qui reflète l'âge généralement élevé des sujets (tableau 6).

Tendances globales

La survie nette à 1 an s'améliorait au cours du temps passant de 91 % pour les cas diagnostiqués en 1989-1993 à 98 % pour les cas diagnostiqués en 2005-2010 (tableau 5). Après standardisation, les chiffres correspondants étaient de 92 % et 98 % (tableau 6).

L'amélioration était encore plus marquée pour la survie nette à 5 ans qui passait de 72 % pour les cas diagnostiqués en 1989-1993 à 94 % pour les cas diagnostiqués en 2005-2010 (tableau 5). Après standardisation, les chiffres correspondants étaient identiques (tableau 6). L'amélioration la plus forte s'observait à la charnière des années 1990 et 2000.

Références

- [1] Binder-Foucard F, Bossard N, Delafosse P, Belot A, Woronoff AS, Remontet L, *et al.* Cancer incidence and mortality in France over the 1980-2012 period: solid tumors. *Rev Epidemiol Sante Publique* 2014;62(2):95-108.
- [2] Ferlay J, Bray F, Steliarova-Foucher E, Forman D. Cancer Incidence in Five Continents, CI5plus. IARC CancerBase No. 9 [Internet]. Lyon: International Agency for Research on Cancer; 2014. [consulté le 24/02/2015]. Disponible à partir de l'URL : <http://ci5.iarc.fr>.
- [3] Kumar S, Shelley M, Harrison C, Coles B, Wilt TJ, Mason MD. Neo-adjuvant and adjuvant hormone therapy for localised and locally advanced prostate cancer. *Cochrane Database Syst Rev* 2006;(4):CD006019.
- [4] Allemani C, Weir HK, Carreira H, Harewood R, Spika D, Wang XS, *et al.* Global surveillance of cancer survival 1995-2009: analysis of individual data for 25 676 887 patients from 279 population-based registries in 67 countries (CONCORD-2). *Lancet* 2015;385(9972):977-1010.

La survie nette à 10 ans passait de 56 % pour les cas diagnostiqués en 1989-1993 à 84 % pour les cas diagnostiqués en 1999-2004 (tableau 5). Après standardisation, les chiffres correspondants étaient de 58 % et 84 % (tableau 6).

Tendances selon l'âge

L'amélioration majeure de la survie était observée pour toutes les tranches d'âge (tableau 7), mais cette amélioration était d'autant plus forte que les malades étaient jeunes lors du diagnostic. Entre 1989-1993 et 2005-2010, l'augmentation de la survie nette à 5 ans était respectivement de 26 points (de 70 à 96 %) pour les moins de 55 ans, 22 points pour les 55-64 ans, 21 points pour les 65-74 ans, 22 points pour les 75-84 ans et seulement 5 points pour les 85 ans et plus (tableau 7). Globalement, l'amélioration est due à une baisse de la mortalité en excès initiale (qui était élevée pour les âges extrêmes : moins de 55 ans et 75 ans et plus), mais aussi à une diminution de cette surmortalité au-delà de la première année pour tous les délais de 1 à 10 ans après le diagnostic. Dans la période la plus récente (2005-2010), la surmortalité initiale a pratiquement disparu et on ne l'observait plus, et de façon très atténuée, que chez les 75 ans et plus (figure 3).

Survie à 15 ans chez les personnes âgées de moins de 75 ans

La survie nette à 15 ans variait entre 58 % chez les sujets de moins de 55 ans à 62 % chez les 65-74 ans parmi les cas diagnostiqués en 1989-1998. Les meilleurs résultats (68 %) s'observaient pour les sujets âgés de 55 à 64 ans lors de leur diagnostic (tableau 8).

Commentaires

Le résultat le plus marquant de cette étude est évidemment l'amélioration majeure des taux de survie (nette ou observée) entre le début des années 1990 et la période 2005-2010. Cette amélioration est d'autant plus marquée que les sujets sont jeunes et elle est d'une telle ampleur que le cancer de la prostate fait maintenant partie des cancers de très bon pronostic. Mais cette amélioration s'explique presque totalement par une avance au diagnostic liée à l'évolution des techniques diagnostiques. Le développement de la résection endoscopique des adénomes associé à une analyse des copeaux par les anatomopathologistes dans les années 1980 puis l'utilisation du dosage de l'antigène spécifique de la prostate (PSA) avec les biopsies transrectales à partir des années 1990 sont à l'origine d'une augmentation spectaculaire de l'incidence.

Du fait de ces deux mécanismes différents, l'augmentation n'a pas eu la même dynamique pour tous les âges. L'augmentation, qui débute autour de 1980 avec les résections endoscopiques, concerne surtout les plus de 75 ans, alors que l'impact du PSA, qui commence à se faire sentir dans les années 1990 et s'amplifie avec les années 2000, a provoqué une augmentation de l'incidence très nette chez les moins de 85 ans [2]. Il existe un parallélisme entre l'évolution de l'incidence et celle de la survie. L'augmentation de la survie la plus importante s'observe pour la période où la croissance de l'incidence est la plus forte. On observe toutefois que ce parallélisme n'existe pas pour les sujets très âgés chez qui l'amélioration de la survie survient à une période où l'incidence n'augmente plus. On peut donc en conclure que l'évolution des traitements a aussi eu un impact sur la survie. On évoque notamment l'impact de l'hormonothérapie chez les sujets âgés, et pour les plus jeunes l'effet des traitements adjuvant ou néo-adjuvant [3]. On peut comparer les résultats de la France à ceux d'autres pays grâce à l'étude CONCORD-2 [4]. Les résultats de la France se situent au même niveau (environ 90 % à 5 ans) que ceux des pays de l'Europe de l'Ouest et du Nord. Aux États-Unis où l'utilisation du PSA s'est répandue largement dans les années 1990, la survie nette à 5 ans est supérieure à 90 % depuis 1995-99. Ils sont meilleurs que ceux des anciens « pays de l'Est » et que ceux du Danemark et du Royaume-Uni. Dans ces deux pays, on attribue la plus faible survie à une moindre utilisation du PSA comme test de dépistage.

Cette étude fournit une approche originale de la survie. En effet l'observation de la dynamique d'évolution des taux de mortalité en excès permet d'une part de mieux voir les moments critiques dans la prise en charge d'une pathologie, d'autre part de mieux comprendre quels mécanismes entrent en jeu dans l'évolution de la survie au cours du temps. Toutefois, pour les cancers de la prostate l'anticipation du diagnostic rend difficile l'interprétation des tendances évolutives.

Une part de l'évolution est probablement liée aux innovations thérapeutiques, mais le débat sur le sur-diagnostic et le sur-traitement ne peut être ignoré lorsque l'on parle de l'amélioration de la survie. En effet la détection précoce grâce au PSA entraîne des traitements dont le ratio bénéfice/risque doit être pris en compte. Le traitement des cancers peu évolutifs n'apporte pas de bénéfice manifeste dans les 10 années qui suivent le diagnostic [5], en revanche il provoque des effets indésirables et détériore la qualité de vie [6]. Il est évident que le nouveau paysage dévoilé par l'utilisation massive du PSA plaide pour une évolution des prises en charge du cancer prostatique.

[5] Bill-Axelsson A, Holmberg L, Ruutu M, Garmo H, Stark J, Busch C, *et al.* Radical prostatectomy versus watchful waiting in early prostate cancer. *N Engl J Med* 2011;364(18):1708-17.

[6] Bill-Axelsson A, Garmo H, Holmberg L, Johansson JE, Adami HO, Steineck G, *et al.* Long-term distress after radical prostatectomy versus watchful waiting in prostate cancer: a longitudinal study from the Scandinavian Prostate Cancer Group-4 randomized clinical trial. *Eur Urol* 2013;64(6):920-8.

SURVIE À 1, 3 ET 5 ANS DES PERSONNES DIAGNOSTIQUÉES ENTRE 2005 ET 2010 (TOUS REGISTRES)

I TABLEAU 1 I	SURVIE OBSERVÉE ET NETTE (%) À 1, 3 ET 5 ANS [IC À 95 %]					
	1 an		3 ans		5 ans	
	observée	nette	observée	nette	observée	nette
Homme	96 [95-96]	98 [98-99]	88 [87-88]	96 [95-96]	81 [80-81]	94 [93-94]

I TABLEAU 2 I	SURVIE NETTE STANDARDISÉE (%) À 1, 3 ET 5 ANS [IC À 95 %]		
	1 an	3 ans	5 ans
	Homme	98 [98-98]	95 [95-96]	93 [93-94]

I TABLEAU 3 I	SURVIE OBSERVÉE ET NETTE (%) À 1, 3 ET 5 ANS SELON L'ÂGE [IC À 95 %]						
		1 an		3 ans		5 ans	
		observée	nette	observée	nette	observée	nette
[15;55[	99 [98-99]	99 [99-100]	96 [95-97]	98 [97-99]	93 [92-94]	96 [95-97]
[55;65[	99 [99-99]	100 [100-100]	96 [95-96]	99 [98-99]	93 [92-93]	98 [97-98]
[65;75[	98 [97-98]	100 [99-100]	92 [92-93]	98 [98-99]	87 [86-87]	97 [97-98]
[75;85[	92 [92-92]	97 [96-97]	78 [78-79]	92 [91-93]	67 [66-67]	89 [88-90]
[85;+ +[	76 [75-78]	88 [86-90]	47 [45-49]	74 [71-77]	28 [27-30]	65 [61-70]
Tous	96 [95-96]	98 [98-99]	88 [87-88]	96 [95-96]	81 [80-81]	94 [93-94]	

I TABLEAU 4 I	SURVIE NETTE (%) À 1, 3 ET 5 ANS SELON L'ÂGE, CHEZ L'HOMME ET CHEZ LA FEMME [IC À 95 %]
---------------	---

Non applicable (site unisexe).

FIGURE 1 |

SURVIE NETTE SELON L'ÂGE EN FONCTION DU TEMPS DEPUIS LE DIAGNOSTIC

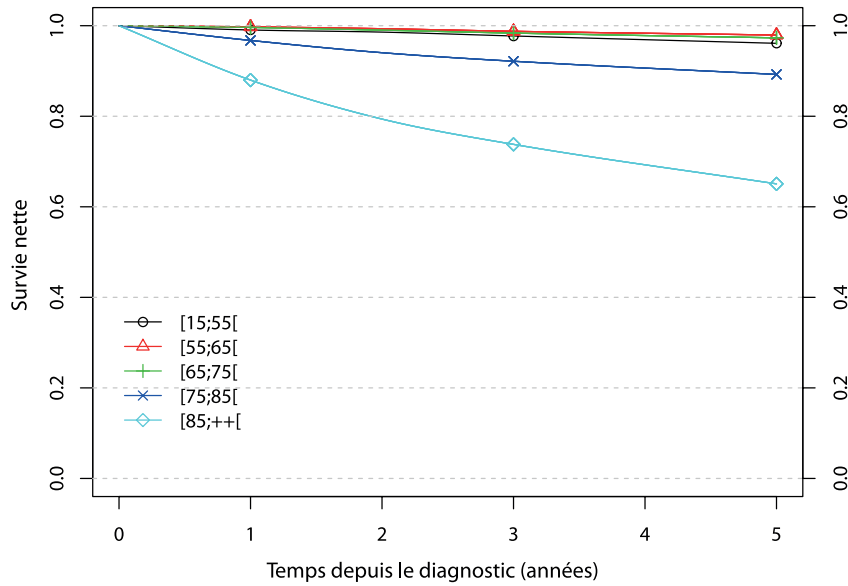
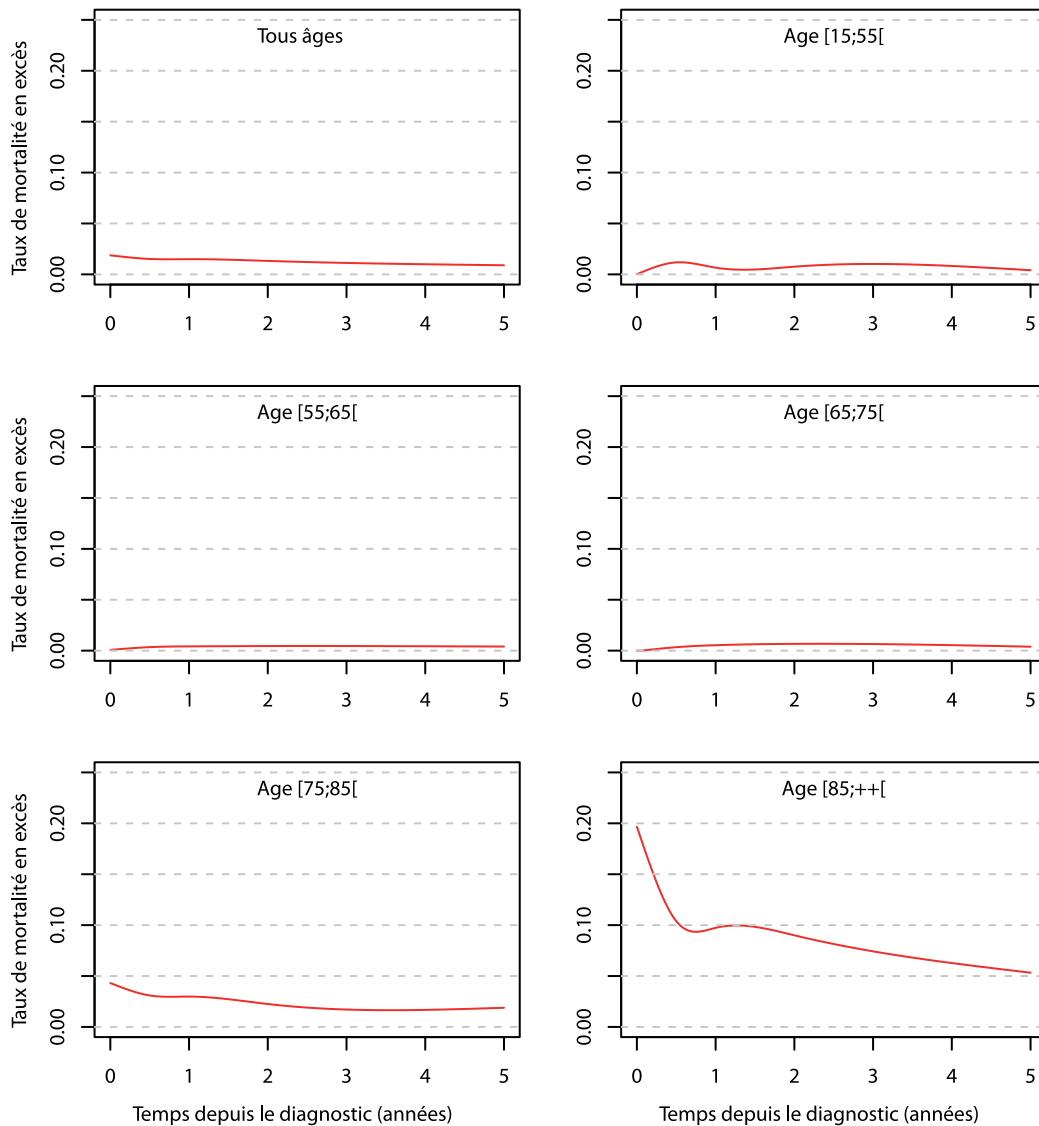


FIGURE 2 |

TAUX DE MORTALITÉ EN EXCÈS EN FONCTION DU TEMPS DEPUIS LE DIAGNOSTIC, TOUS ÂGES ET PAR CLASSE D'ÂGE

Le taux est exprimé en nombre de décès pour une personne-année.



Pour une interprétation correcte de ces figures, il est impératif de se référer au paragraphe « Point particulier : les figures des taux de mortalité en excès » du chapitre « Présentation des résultats et guide de lecture » (p. 28-29).

TENDANCES DE LA SURVIE À 1, 5 ET 10 ANS POUR LES PERSONNES DIAGNOSTIQUÉES ENTRE 1989 ET 2010 (RESTRICTION AUX REGISTRES COUVRANT L'ENSEMBLE DE LA PÉRIODE 1989-2010)

I TABLEAU 5 I	SURVIE OBSERVÉE ET NETTE (%) À 1, 5 ET 10 ANS PAR PÉRIODE DE DIAGNOSTIC [IC À 95 %]					
	1 an		5 ans		10 ans	
	observée	nette	observée	nette	observée	nette
1989-1993	86 [85-87]	91 [91-92]	53 [52-54]	72 [70-73]	30 [29-31]	56 [53-59]
1994-1998	90 [89-90]	94 [94-95]	62 [61-63]	79 [78-81]	41 [40-42]	67 [65-69]
1999-2004	94 [93-94]	97 [97-98]	74 [73-75]	90 [89-91]	55 [54-56]	84 [83-85]
2005-2010	96 [95-96]	98 [98-99]	81 [81-82]	94 [94-95]	ND	ND
Toutes périodes	93 [93-93]	97 [96-97]	72 [72-72]	88 [87-88]	51 [51-52]	78 [77-79]

ND : Non disponible.

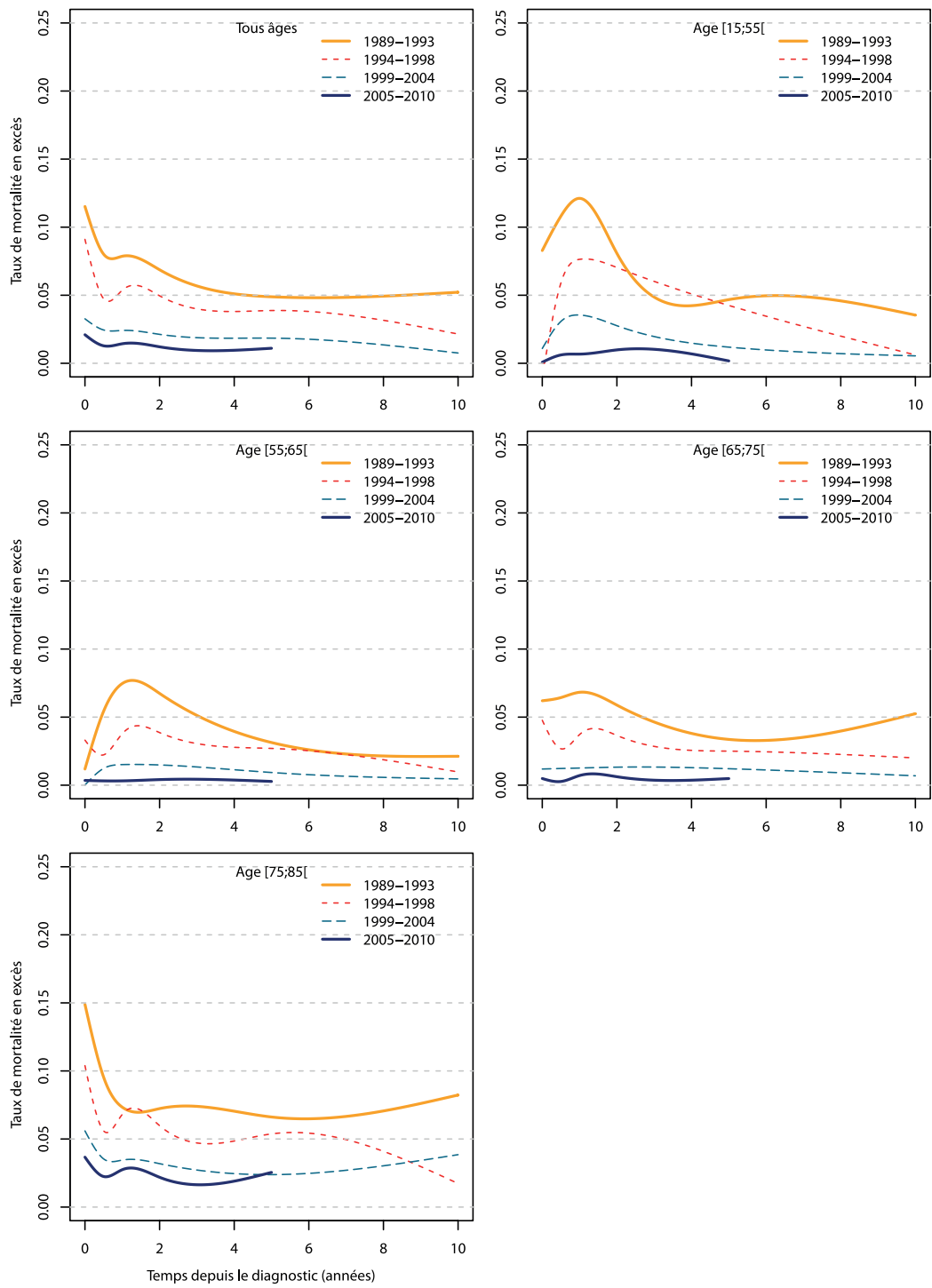
I TABLEAU 6 I	SURVIE NETTE STANDARDISÉE (%) À 1, 5 ET 10 ANS PAR PÉRIODE DE DIAGNOSTIC [IC À 95 %]		
	Homme		
	1 an	5 ans	10 ans
1989-1993	92 [91-93]	72 [70-74]	58 [56-61]
1994-1998	95 [94-96]	79 [77-80]	68 [66-70]
1999-2004	97 [97-98]	89 [89-90]	84 [83-85]
2005-2010	98 [98-99]	94 [93-94]	ND
Toutes périodes	97 [97-97]	88 [88-88]	80 [79-81]

ND : Non disponible.

I TABLEAU 7 I		SURVIE NETTE (%) À 1, 5 ET 10 ANS SELON L'ÂGE PAR PÉRIODE DE DIAGNOSTIC [IC À 95 %]		
	1 an	5 ans	10 ans	
Âge [15;55[
1989-1993	90 [85-95]	70 [62-79]	57 [48-67]	
1994-1998	95 [91-98]	74 [68-80]	66 [59-74]	
1999-2004	98 [97-99]	89 [86-92]	86 [83-90]	
2005-2010	99 [99-100]	96 [95-98]	ND	
Toutes périodes	98 [97-99]	91 [89-92]	86 [84-88]	
Âge [55;65[
1989-1993	95 [94-97]	76 [73-79]	68 [65-71]	
1994-1998	97 [97-98]	86 [83-88]	77 [75-80]	
1999-2004	99 [99-99]	94 [93-95]	91 [90-93]	
2005-2010	100 [100-100]	98 [97-99]	ND	
Toutes périodes	99 [99-99]	93 [93-94]	89 [88-90]	
Âge [65;75[
1989-1993	94 [93-95]	77 [75-79]	64 [61-66]	
1994-1998	97 [96-97]	86 [84-87]	76 [74-78]	
1999-2004	99 [98-99]	94 [93-95]	89 [88-91]	
2005-2010	100 [99-100]	98 [97-98]	ND	
Toutes périodes	98 [98-98]	92 [91-92]	85 [84-86]	
Âge [75;85[
1989-1993	90 [89-91]	68 [65-70]	47 [43-52]	
1994-1998	94 [92-95]	75 [73-78]	61 [57-66]	
1999-2004	96 [95-97]	86 [84-88]	74 [71-77]	
2005-2010	97 [97-98]	90 [88-91]	ND	
Toutes périodes	95 [95-96]	82 [81-83]	68 [66-70]	
Âge [85;+][
1989-1993	84 [80-88]	61 [53-69]	42 [29-61]	
1994-1998	80 [76-83]	52 [45-59]	25 [16-41]	
1999-2004	86 [83-89]	66 [60-73]	62 [48-81]	
2005-2010	88 [85-90]	66 [60-73]	ND	
Toutes périodes	85 [83-86]	62 [59-66]	49 [41-59]	

ND : Non disponible.

Le taux est exprimé en nombre de décès pour une personne-année.



Pour une interprétation correcte de ces figures, il est impératif de se référer au paragraphe « Point particulier : les figures des taux de mortalité en excès » du chapitre « Présentation des résultats et guide de lecture » (p. 28-29).

SURVIE À 1, 5, 10 ET 15 ANS DES PERSONNES DE MOINS DE 75 ANS DIAGNOSTIQUÉES ENTRE 1989 ET 1998 (RESTRICTION AUX REGISTRES COUVRANT L'ENSEMBLE DE LA PÉRIODE 1989-2010)

I TABLEAU 8 I	SURVIE NETTE (%) À LONG TERME SELON L'ÂGE (ÂGE <75 ANS) [IC À 95 %]			
	1 an	5 ans	10 ans	15 ans
Âge [15;55[
1989-1998	93 [90-96]	72 [67-78]	62 [57-68]	58 [52-64]
Âge [55;65[
1989-1998	97 [96-97]	81 [80-83]	73 [71-75]	68 [65-70]
Âge [65;75[
1989-1998	96 [95-96]	82 [81-83]	71 [69-73]	62 [60-65]

Description de la localisation étudiée

Testicule	CIM-O-3	Correspondance en CIM-O-2	Correspondance en CIM-O-1	Correspondance en CIM-10
	Topographie	C62.0 à C62.9	C62.0 à C62.9	186.0 à 186.9	C62.0 à C62.9
Morphologie	Toutes, sauf tumeurs hématologiques ; comportement tumoral /3			

Environ 95 % des tumeurs testiculaires sont des tumeurs germinales, dérivant des cellules germinales du tube séminifère du testicule [1]. Elles sont classées en tumeurs séminomateuses (environ 50 %), non séminomateuses (environ 50 %) et mixtes (associant des lésions séminomateuses et non séminomateuses) [1]. La distinction entre ces deux types tumoraux repose sur l'histologie, réalisée à partir de la pièce d'orchidectomie, et sur le dosage sanguin de marqueurs tumoraux. Les tumeurs non séminomateuses sont plus agressives cliniquement que les séminomateuses [1].

Peu de facteurs de risque ont été identifiés pour les tumeurs testiculaires. Ce sont essentiellement les antécédents de cryptorchidie [2-4] et les antécédents familiaux de cancers du testicule [5]. Plus récemment, des études ont suggéré l'influence de facteurs précoces dans la vie de l'individu, pendant la grossesse ou autour de la naissance. De récentes méta-analyses ont montré des associations avec des facteurs maternels comme l'hémorragie maternelle pendant la grossesse, l'ordre de naissance et la taille de la fratrie [6], et des facteurs liés à l'enfant comme la prématurité, le faible poids de naissance, la jumeauté et la hernie inguinale [4].

Incidence

Les tumeurs malignes testiculaires sont des maladies rares, représentant moins de 1 % des tumeurs malignes invasives de l'homme [7]. La distribution géographique de cette tumeur est variable, les incidences les plus élevées étant observées en Europe, Amérique du nord et Australie [7;8]. En Europe, son incidence annuelle est estimée en 2012 à 5,6 pour 100 000 [7].

En France, avec 2 317 nouveaux cas estimés en 2012, soit une incidence standardisée de 7,2 pour 100 000 habitants, le cancer du testicule se situe au dernier rang des cancers enregistrés chez l'homme [9]. Ces tumeurs sont rares, mais elles sont la première cause de cancer chez l'homme entre 15 et 35 ans [10]. En France, l'incidence des cancers du testicule est en hausse comme dans de nombreux pays [11;12] : les taux d'incidence ont ainsi doublé entre 1980 et 2012, passant de 3,3 à 7,2 cas pour 100 000 personnes années [9].

Population d'étude

Cette étude a porté sur 2 079 cas pour l'analyse sur la période 2005-2010 et sur 3 509 cas pour l'analyse des tendances 1989-2010.

Remarque

En raison d'un nombre de cas et/ou de décès insuffisants (ou de leur répartition dans le temps), certains indicateurs n'ont pu être produits (survie nette selon l'âge par exemple) et certains tableaux/figures sont incomplets ou absents.

Survie sur la période la plus récente (2005-2010)

Survie observée et survie nette

La survie observée et la survie nette 5 ans après le diagnostic étaient respectivement de 95 % et 96 % (tableau 1).

Variation selon l'âge

Après standardisation, la survie nette à 5 ans était de 92 % (tableau 2).

La survie nette diminuait avec l'âge, principalement chez les 65 ans et plus, passant de 96 % à 5 ans chez les sujets les plus jeunes à 77 % pour les plus âgés (tableau 3).

Tendances de la survie nette sur l'ensemble de la période (1989-2010)

Sur l'ensemble de la période, la survie observée et la survie nette à 10 ans étaient respectivement de 91 % et 95 % (tableau 5). Après standardisation, la survie nette à 10 ans était

Références

- [1] Bosl GJ, Motzer RJ. Testicular germ-cell cancer. *N Engl J Med* 1997;337(4):242-53.
- [2] Weir HK, Marrett LD, Kreiger N, Darlington GA, Sugar L. Pre-natal and peri-natal exposures and risk of testicular germ-cell cancer. *Int J Cancer* 2000;87(3):438-43.

de 92 % (tableau 6). La survie nette à 10 ans sur l'ensemble de la période est également présentée pour les différentes classes d'âge (tableau 7).

Tendances globales

Quel que soit le délai après le diagnostic, la survie nette était relativement stable au cours du temps. Ainsi, la survie nette à 1 an variait entre 97 % et 99 % selon les périodes de diagnostic, la survie nette à 5 ans entre 94 % et 97 % et la survie nette à 10 ans entre 93 % et 96 % (tableau 5).

Survie à 15 ans chez les personnes âgées de moins de 75 ans

La survie nette à 15 ans n'est présentée ici que pour les moins de 55 ans pour des raisons d'effectifs. Elle était stable par rapport à la survie à 10 ans, avec un taux de 94 % (tableau 8).

Commentaires

Le cancer du testicule est actuellement considéré comme un modèle de tumeur curable. Malgré l'augmentation de l'incidence, la mortalité de ce cancer continue de diminuer. Cette évolution s'observe depuis au moins quatre décennies, depuis l'introduction des traitements par sels de platine, dans les années 1970 [13;14]. En Europe, la mortalité est passée de 0,75 à 0,32 pour 100 000 entre 1980 et 2006, avec une baisse plus importante entre 1980 et 1999 (-4 %) qu'entre 1999 et 2006 (-0,5 %) [15].

Ces résultats encourageants sont attribués à la fois aux traitements qui permettent de guérir la grande majorité des cancers du testicule et à l'augmentation possible de la part des formes séminomateuses de meilleur pronostic [13;16].

Dans la dernière étude EUROCARE-5 [17], les taux de survie relative observés en France à 1 an (94,9 % [91,9-98,0]) et à 5 ans (88,7 % [84,2-93,5]) se situent dans des valeurs moyennes, assez semblables à celles observées dans les autres pays d'Europe (survie relative à 1 an : 93,2 % [92,3-94,0] en moyenne en Europe ; à 5 ans : 88,6 % [87,4-89,8]). Il y avait peu de variation des taux de survie entre les différents pays. La survie des personnes atteintes de cancers du testicule en Europe était meilleure que celle de tous les autres types de cancers.

Même si le diagnostic est réalisé à un stade avancé, la survie de ce cancer est bonne car depuis de nombreuses années des traitements efficaces sont disponibles pour traiter des tumeurs germinales testiculaires. Actuellement, la prise en charge repose sur trois traitements en fonction du type histologique et du stade de la maladie : la chirurgie (orchidectomie), systématiquement recommandée, la radiothérapie et la chimiothérapie à base de Cisplatine.

Ces traitements permettant un taux de guérison très important, mais pouvant avoir des conséquences sur la morbidité et la mortalité des patients jeunes, les recherches se sont orientées vers l'allègement des protocoles thérapeutiques, afin d'en limiter les toxicités et les séquelles, tout en conservant la même efficacité thérapeutique.

-
- [3] Walschaerts M, Muller A, Auger J, Bujan L, Guerin JF, Le Lannou D, *et al.* Environmental, occupational and familial risks for testicular cancer: a hospital-based case-control study. *Int J Androl* 2007;30(4):222-9.
 - [4] Cook MB, Akre O, Forman D, Madigan MP, Richiardi L, McGlynn KA. A systematic review and meta-analysis of perinatal variables in relation to the risk of testicular cancer-experiences of the son. *Int J Epidemiol* 2010;39(6):1605-18.
 - [5] Hemmink K, Chen B. Familial risks in testicular cancer as aetiological clues. *Int J Androl* 2006;829(1):205-10.
 - [6] Cook MB, Akre O, Forman D, Madigan MP, Richiardi L, McGlynn KA. A systematic review and meta-analysis of perinatal variables in relation to the risk of testicular cancer-experiences of the mother. *Int J Epidemiol* 2009;38(6):1532-42.
 - [7] Ferlay J, Soerjomataram I, Dikshit R, Eser S, Mathers C, Rebelo M, *et al.* Cancer incidence and mortality worldwide: sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. *Int J Cancer* 2015;136(5):E359-86.
 - [8] Rosen A, Jayram G, Drazer M, Eggen SE. Global trends in testicular cancer incidence and mortality. *Eur Urol* 2011;60(2):374-9.
 - [9] Binder-Foucard F, Bossard N, Delafosse P, Belot A, Woronoff AS, Remontet L, *et al.* Cancer incidence and mortality in France over the 1980-2012 period: solid tumors. *Rev Epidemiol Sante Publique* 2014;62(2):95-108.
 - [10] Binder-Foucard F, Belot A, Delafosse P, Remontet L, Woronoff AS, Bossard N. Estimation nationale de l'incidence et de la mortalité par cancer en France entre 1980 et 2012. Partie 1-Tumeurs solides [Internet]. Saint-Maurice : Institut de veille sanitaire; 2013. 122 p. [consulté le 15/03/2015]. Disponible à partir de l'URL : <http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-chroniques-et-traumatismes/Cancers/Surveillance-epidemiologique-des-cancers/Estimations-de-l-incidence-et-de-la-mortalite>.
 - [11] Huyghe E, Plante P, Thonneau PF. Testicular cancer variations in time and space in Europe. *Eur Urol* 2007;51(3):621-8.
 - [12] Trama A, Mallone S, Nicolai N, Necchi A, Schaapveld M, Gietema J, *et al.* Burden of testicular, paratesticular and extragonadal germ cell tumours in Europe. *Eur J Cancer* 2012;48(2):159-69.
 - [13] Chia VM, Quraishi SM, Devesa SS, Purdue MP, Cook MB, McGlynn KA. International trends in the incidence of testicular cancer, 1973-2002. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2010;19(5):1151-9.
 - [14] Verhoeven RH, Gondos A, Janssen-Heijnen ML, Saum KU, Brewster DH, Hollecsek B, *et al.* Testicular cancer in Europe and the USA: survival still rising among older patients. *Ann Oncol* 2013;24(2):508-13.
 - [15] Bosetti C, Bertuccio P, Chatenoud L, Negri E, La Vecchia C, Levi F. Trends in mortality from urologic cancers in Europe, 1970-2008. *Eur Urol* 2011;60(1):1-15.
 - [16] Karim-Kos HE, de Vries E, Soerjomataram I, Lemmens V, Siesling S, Coebergh JW. Recent trends of cancer in Europe: a combined approach of incidence, survival and mortality for 17 cancer sites since the 1990s. *Eur J Cancer* 2008;44(10):1345-89.
 - [17] De Angelis R, Sant M, Coleman MP, Francisci S, Baili P, Pierannunzio D, *et al.* Cancer survival in Europe 1999-2007 by country and age: results of EUROCARE-5-a population-based study. *Lancet Oncol* 2014;15(1):23-34.
 - [18] Durand X, Rigaud J, Avancès C, Camparo P, Fléchon A, Murez T, *et al.* Recommandations en onco-urologie 2013 du CCAFU : Tumeurs germinales du testicule. *Prog Urol* 2013;23 Suppl 2:S145-60.

Devant les progrès thérapeutiques réalisés et la meilleure connaissance des effets secondaires des traitements, la prise en charge de ces tumeurs fait l'objet de recommandations nationales et internationales depuis plus d'une vingtaine d'années, afin d'harmoniser les pratiques et garantir une

prise en charge optimale à toutes les personnes atteintes de tumeurs germinales testiculaires. En France, les premières recommandations ont été publiées en 1993 par l'Association française d'urologie (AFU) et ont fait l'objet de plusieurs mises à jour, dont les dernières ont été publiées en 2013 [18].

SURVIE À 1, 3 ET 5 ANS DES PERSONNES DIAGNOSTIQUÉES ENTRE 2005 ET 2010 (TOUS REGISTRES)

I TABLEAU 1 I	SURVIE OBSERVÉE ET NETTE (%) À 1, 3 ET 5 ANS [IC À 95 %]					
	1 an		3 ans		5 ans	
	observée	nette	observée	nette	observée	nette
Homme	97 [97-98]	98 [97-98]	95 [94-96]	96 [95-97]	95 [94-96]	96 [95-97]

I TABLEAU 2 I	SURVIE NETTE STANDARDISÉE (%) À 1, 3 ET 5 ANS [IC À 95 %]		
	1 an	3 ans	5 ans
	Homme	95 [93-97]	92 [90-95]	92^{1} [91-96]

¹ Lorsque le taux de mortalité en excès est proche de zéro ou que les effectifs sont faibles en fin de suivi, la variabilité de l'estimateur peut occasionner une courbe estimée de la survie nette non monotone. Dans ce cas, la survie nette à 5 ans présentée reprend la valeur observée à 3 ans.

I TABLEAU 3 I	SURVIE OBSERVÉE ET NETTE (%) À 1, 3 ET 5 ANS SELON L'ÂGE [IC À 95 %]					
	1 an		3 ans		5 ans	
	observée	nette	observée	nette	observée	nette
[15;45[	98 [98-99]	99 [98-99]	97 [96-98]	97 [96-98]	96 [95-97]	96 [95-97]
[45;55[	98 [96-99]	98 [96-100]	95 [93-98]	97 [94-99]	95 [93-98]	97 ¹ [95-100]
[55;65[	90 [84-96]	91 [85-97]	89 [82-96]	91 [85-98]	87 [81-95]	91 ¹ [85-100]
[65;+ +[	81 [73-91]	84 [75-94]	71 [61-83]	77 [66-91]	71 [61-83]	77 ¹ [71-97]
Tous	97 [97-98]	98 [97-98]	95 [94-96]	96 [95-97]	95 [94-96]	96 [95-97]

¹ Lorsque le taux de mortalité en excès est proche de zéro ou que les effectifs sont faibles en fin de suivi, la variabilité de l'estimateur peut occasionner une courbe estimée de la survie nette non monotone. Dans ce cas, la survie nette à 5 ans présentée reprend la valeur observée à 3 ans.

I TABLEAU 4 I	SURVIE NETTE (%) À 1, 3 ET 5 ANS SELON L'ÂGE, CHEZ L'HOMME ET CHEZ LA FEMME [IC À 95 %]
---------------	---

Non applicable (site unisexe).

I FIGURE 1 I	SURVIE NETTE SELON L'ÂGE EN FONCTION DU TEMPS DEPUIS LE DIAGNOSTIC
--------------	--

Non présentée du fait d'effectifs par classe d'âge trop faibles.

I FIGURE 2 I	TAUX DE MORTALITÉ EN EXCÈS EN FONCTION DU TEMPS DEPUIS LE DIAGNOSTIC, TOUS ÂGES ET PAR CLASSE D'ÂGE
--------------	---

Non présentée du fait d'effectifs par classe d'âge trop faibles.

TENDANCES DE LA SURVIE À 1, 5 ET 10 ANS POUR LES PERSONNES DIAGNOSTIQUÉES ENTRE 1989 ET 2010 (RESTRICTION AUX REGISTRES COUVRANT L'ENSEMBLE DE LA PÉRIODE 1989-2010)

I TABLEAU 5 I	SURVIE OBSERVÉE ET NETTE (%) À 1, 5 ET 10 ANS PAR PÉRIODE DE DIAGNOSTIC [IC À 95 %]					
	1 an		5 ans		10 ans	
	observée	nette	observée	nette	observée	nette
1989-1993	96 [95-98]	97 [95-98]	92 [90-94]	94 [91-96]	88 [86-91]	93 [90-95]
1994-1998	98 [98-99]	99 [98-100]	95 [94-97]	97 [95-98]	93 [91-95]	96 [94-98]
1999-2004	97 [96-98]	97 [96-98]	93 [92-95]	95 [93-96]	92 [90-94]	95 [93-97]
2005-2010	97 [96-98]	97 [96-98]	95 [93-96]	96 [95-97]	ND	ND
Toutes périodes	97 [97-98]	98 [97-98]	94 [93-95]	95 [94-96]	91 [90-92]	95 [94-96]

ND : Non disponible.

I TABLEAU 6 I	SURVIE NETTE STANDARDISÉE (%) À 1, 5 ET 10 ANS PAR PÉRIODE DE DIAGNOSTIC [IC À 95 %]		
	Homme		
	1 an	5 ans	10 ans
Toutes périodes	95 [93-96]	92 [90-95]	92 ¹ [89-97]

Le détail par période de diagnostic n'est pas présenté du fait d'effectifs trop faibles pour la standardisation.

¹ Lorsque le taux de mortalité en excès est proche de zéro ou que les effectifs sont faibles en fin de suivi, la variabilité de l'estimateur peut occasionner une courbe estimée de la survie nette non monotone. Dans ce cas, la survie nette à 10 ans présentée reprend la valeur observée à 5 ans.

I TABLEAU 7 I	SURVIE NETTE (%) À 1, 5 ET 10 ANS SELON L'ÂGE PAR PÉRIODE DE DIAGNOSTIC [IC À 95 %]		
	1 an	5 ans	10 ans
	Âge [15;45[
Toutes périodes	98 [98-99]	96 [95-97]	95 [94-96]
Âge [45;55[
Toutes périodes	98 [97-100]	96 [94-99]	94 [90-98]
Âge [55;65[
Toutes périodes	92 [88-97]	89 [83-95]	89 ¹ [83-99]
Âge [65;+][
Toutes périodes	84 [77-92]	80 [70-92]	80 ¹ [71-100]

Le détail par période de diagnostic n'est pas présenté du fait d'effectifs par classe d'âge trop faibles.

¹ Lorsque le taux de mortalité en excès est proche de zéro ou que les effectifs sont faibles en fin de suivi, la variabilité de l'estimateur peut occasionner une courbe estimée de la survie nette non monotone. Dans ce cas, la survie nette à 10 ans présentée reprend la valeur observée à 5 ans.

SURVIE À 1, 5, 10 ET 15 ANS DES PERSONNES DE MOINS DE 75 ANS DIAGNOSTIQUÉES ENTRE 1989 ET 1998 (RESTRICTION AUX REGISTRES COUVRANT L'ENSEMBLE DE LA PÉRIODE 1989-2010)

I TABLEAU 8 I	SURVIE NETTE (%) À LONG TERME SELON L'ÂGE (ÂGE < 75 ANS) [IC À 95 %]			
	1 an	5 ans	10 ans	15 ans
	Âge [15;45[
1989-1998	98 [97-99]	95 [94-97]	94 [93-96]	94 [92-95]
Âge [45;55[
1989-1998	100 [98-100]	97 [93-100]	94 [89-100]	94 ¹ [89-100]

Seules ces deux classes d'âges sont présentées du fait d'effectifs trop faibles en fin de suivi aux âges plus élevés.

¹ Lorsque le taux de mortalité en excès est proche de zéro ou que les effectifs sont faibles en fin de suivi, la variabilité de l'estimateur peut occasionner une courbe estimée de la survie nette non monotone. Dans ce cas, la survie nette à 15 ans présentée reprend la valeur observée à 10 ans.

Description de la localisation étudiée

Rein		CIM-O-3	Correspondance en CIM-O-2	Correspondance en CIM-O-1	Correspondance en CIM-10
	Topographie		C64.9	C64.9	189.0	C64
Morphologie		Toutes, sauf tumeurs hématologiques ; comportement tumoral /3			

Les résultats présentés ici correspondent aux cancers du parenchyme rénal quel qu'en soit le type morphologique, à l'exclusion des lymphomes. Il s'agit, dans la grande majorité des cas, de carcinomes à cellules rénales ou d'adénocarcinomes à cellules claires (80 % de l'ensemble). Les cancers du bassinet et des uretères ne sont donc pas pris en compte dans cette analyse. Conformément aux règles habituellement utilisées par les registres, n'ont été analysées que les tumeurs considérées comme infiltrantes.

Incidence

En France, pour l'année 2012, le nombre de nouveaux cas de cancer du rein était estimé à 11 573 dont 67 % survenant chez l'homme [1]. Le cancer du rein se situait au 7^e rang des localisations tumorales solides.

Population d'étude

Cette étude a porté sur 9 078 cas pour l'analyse sur la période 2005-2010 et sur 13 322 cas pour l'analyse des tendances 1989-2010.

Survie sur la période la plus récente (2005-2010)

Survie observée et survie nette

La survie observée et la survie nette 5 ans après le diagnostic étaient respectivement de 64 % et de 71 % (tableau 1).

Variation selon le sexe et l'âge

La survie nette à 5 ans était de 71 %, tant chez l'homme que chez la femme (tableau 1). Après standardisation, la survie nette à 5 ans était de 70 % chez l'homme et de 73 % chez la femme (tableau 2). Le faible écart de survie en faveur des femmes s'observait principalement pour les cas survenus avant l'âge de 65 ans (tableau 4).

La survie nette diminuait avec l'âge passant de 86 % à 5 ans chez les sujets les plus jeunes à 56 % pour les plus âgés (tableaux 3 et 4, figure 1).

L'excès de mortalité était maximal immédiatement après le diagnostic puis diminuait rapidement jusqu'à la première année. Au-delà, il continuait à décroître, mais plus faiblement

pour s'approcher de zéro à 5 ans. Cet excès de mortalité initial caractérisait principalement les sujets âgés, alors qu'il était beaucoup moins important (voire absent) chez les sujets jeunes (figure 2).

Tendances de la survie nette sur l'ensemble de la période (1989-2010)

Sur l'ensemble de la période, la survie observée et la survie nette à 10 ans étaient respectivement de 46 % et de 58 % (tableau 5). Après standardisation, la survie nette à 10 ans était de 58 % (57 % chez l'homme et 60 % chez la femme) (tableau 6).

Tendances globales

La survie nette à 1 an s'améliorait au cours du temps, passant de 79 % pour les cas diagnostiqués en 1989-1993 à 86 % pour les cas diagnostiqués en 2005-2010 (tableau 5). Après standardisation, les chiffres correspondants étaient de 78 % et de 86 % (tableau 6).

Références

- [1] Binder-Foucard F, Bossard N, Delafosse P, Belot A, Woronoff A-S, Remontet L, *et al.* Cancer incidence and mortality in France over the 1980-2012 period: solid tumors. *Rev Epidemiol Sante Publique* 2014;62:95-108.
- [2] Jonasch E, Gao J, Rathmell WK. Renal cell carcinoma. *BMJ* 2014;349:g4797.
- [3] Chow W-H, Dong LM, Devesa SS. Epidemiology and risk factors for kidney cancer. *Nat Rev Urol* 2010;7:245-57.
- [4] Howlader N, Noone AM, Krapcho M, Garshell J, Miller D, Altekruse SF, *et al.* SEER Cancer Statistics Review, 1975-2011 [Internet]. Bethesda: National Cancer Institute; 2014. [consulté le 25/03/2015]. Disponible à partir de l'URL : http://seer.cancer.gov/csr/1975_2011/.
- [5] Allemani C, Weir HK, Carreira H, Harewood R, Spika D, Wang X-S, *et al.* Global surveillance of cancer survival 1995-2009: analysis of individual data for 25,676,887 patients from 279 population-based registries in 67 countries (CONCORD-2). *Lancet* 2015;385:977-1010.

La survie nette à 5 ans s'améliorait aussi, passant de 61 % pour les cas diagnostiqués en 1989-1993 à 72 % pour les cas diagnostiqués en 2005-2010 (tableau 5). Après standardisation, les chiffres correspondants étaient de 59 % et de 72 % (tableau 6).

La survie nette à 10 ans passait de 50 % pour les cas diagnostiqués en 1989-1993 à 59 % pour les cas diagnostiqués en 1999-2004 (tableau 5). Après standardisation, les chiffres correspondants étaient de 49 % et de 59 % (tableau 6).

Tendances selon le sexe

L'amélioration de la survie nette standardisée à 5 ans au cours du temps était comparable chez l'homme et la femme (tableau 6).

Tendances selon l'âge

L'amélioration de la survie au cours du temps était observée pour toutes les tranches d'âges (tableau 7). Globalement, la survie s'améliorait nettement dès la première année suivant le diagnostic. Le gain de survie était également constaté à 5 ans, en passant des périodes les plus anciennes aux plus récentes, ainsi qu'à 10 ans pour les trois premières périodes, quoique dans une moindre mesure chez les personnes âgées de 75 ans et plus (tableau 7 et figure 3).

Survie à 15 ans chez les personnes âgées de moins de 75 ans

La survie nette à 15 ans diminuait de 72 % à 46 % en passant des classes d'âge les plus jeunes aux plus âgés pour les cas diagnostiqués en 1989-1998 (tableau 8).

Commentaires

Le cancer du rein de l'adulte est majoritairement représenté par le carcinome à cellules claires (70 % des cas) [2]. Les facteurs principaux associés au cancer du rein sont le tabagisme, l'obésité et l'hypertension [3].

Avec une survie nette à 5 ans de 71 % pour la dernière période, le cancer du rein occupe une position plutôt favorable parmi l'ensemble des localisations cancéreuses. Entre 1989 et 2010, la survie s'est progressivement améliorée, principalement chez les sujets les plus jeunes, avec un pronostic un peu plus favorable chez la femme.

Les données de l'étude EURO CARE-5 sur la période 1999-2007 montrent des résultats similaires, avec une augmentation de la survie relative dans toutes les régions d'Europe ainsi qu'un avantage chez les femmes. Ces résultats sont également concordants avec ceux observés aux États-Unis dans le cadre du SEER Program entre 1975 et 2010 [4]. En Europe, la France est l'un des pays ayant la meilleure survie, aux côtés de l'Autriche, de la Belgique, de l'Allemagne, de l'Italie et du Portugal [5].

L'amélioration de la survie pourrait en partie être liée à l'augmentation de la proportion de cancers du rein détectés de façon fortuite à un stade précoce compte tenu du recours croissant aux techniques d'imagerie abdominale (échographie et tomographie) [6]. Cette évolution positive de la survie, en partie liée à la détection de cancers à un stade peu avancé, s'accorde avec la stabilité, voire la diminution de la mortalité observée, malgré l'augmentation de l'incidence [1].

Pendant, la contribution respective du diagnostic des cancers à un stade précoce et de l'amélioration des traitements à l'évolution positive de la survie reste difficile à déterminer.

Au cours de la dernière décennie, la prise en charge du cancer du rein métastatique a été bouleversée par le développement des thérapies ciblées agissant sur les mécanismes de l'angiogénèse (anti-VEGF, anti-tyrosine kinase, anti-mTOR...) utilisées de façon générale dans cette indication à partir de 2006 [7]. Aux États-Unis, une étude du SEER Program comparant la survie du cancer du rein métastatique avant et après la disponibilité des thérapies ciblées a montré une amélioration significative de la survie globale entre les périodes 2000-2003 et 2005-2008, suggérant un effet favorable de ces traitements sur le pronostic du cancer du rein [8]. Toutefois, dans la présente étude, l'amélioration de la survie n'est pas constatée de façon plus marquée pour la période la plus récente (2005-2010), ce qui pourrait s'expliquer par un recul encore insuffisant pour observer l'effet de ces traitements récents.

Les techniques de prise en charge chirurgicale ont également évolué au cours de la période étudiée, avec une utilisation croissante des techniques de préservation néphronique pour les tumeurs localisées [7], techniques qui seraient associées à une meilleure survie globale [9]. Les techniques d'ablation micro-invasives (radiofréquence, cryothérapie...) se sont également développées, mais leur impact sur la survie reste difficile à préciser [7].

- [6] Palsdottir HB, Hardarson S, Petursdottir V, Jonsson A, Jonsson E, Sigurdsson MI, *et al.* Incidental detection of renal cell carcinoma is an independent prognostic marker: results of a long-term, whole population study. *J Urol* 2012;187:48-53.
- [7] Arnoux V, Long JA, Jund J, Fiard G, Terrier N, Thuillier C, *et al.* Étude rétrospective d'une population de carcinomes à cellules rénales sur 12 ans : épidémiologie, prise en charge thérapeutique et impact sur la survie. *Prog Urol* 2013;23(1):15-21.
- [8] Vaishampayan U, Vankayala H, Vigneau FD, Quarshie W, Dickow B, Chalasani S, *et al.* The effect of targeted therapy on overall survival in advanced renal cancer: a study of the national surveillance epidemiology and end results registry database. *Clin Genitourin Cancer* 2014;12:124-9.
- [9] Roos FC, Steffens S, Junker K, Janssen M, Becker F, Wegener G, *et al.* Survival advantage of partial over radical nephrectomy in patients presenting with localized renal cell carcinoma. *BMC Cancer* 2014;14:372.

SURVIE À 1, 3 ET 5 ANS DES PERSONNES DIAGNOSTIQUÉES ENTRE 2005 ET 2010 (TOUS REGISTRÉS)

I TABLEAU 1 | SURVIE OBSERVÉE ET NETTE (%) À 1, 3 ET 5 ANS SELON LE SEXE [IC À 95 %]						
	1 an		3 ans		5 ans	
	observée	nette	observée	nette	observée	nette
Homme	83 [82-84]	85 [84-86]	71 [70-72]	76 [75-78]	63 [62-64]	71 [69-73]
Femme	82 [81-84]	84 [83-85]	72 [71-74]	76 [74-78]	65 [63-67]	71 [69-73]
Tous	83 [82-83]	84 [84-85]	71 [70-72]	76 [75-77]	64 [63-65]	71 [70-72]

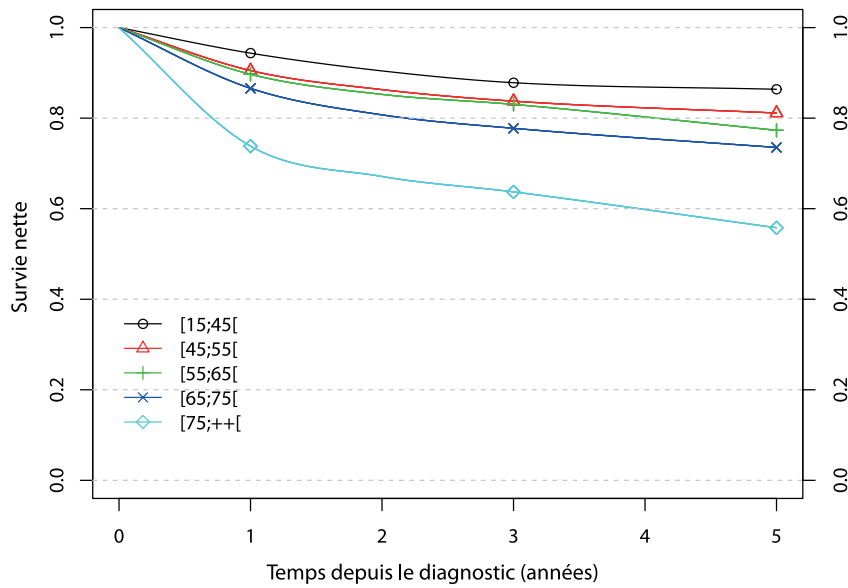
I TABLEAU 2 | SURVIE NETTE STANDARDISÉE (%) À 1, 3 ET 5 ANS SELON LE SEXE [IC À 95 %]			
	1 an	3 ans	5 ans
Homme	84 [83-85]	76 [75-77]	70 [69-72]
Femme	85 [84-87]	77 [76-79]	73 [71-74]
Tous	85 [84-85]	76 [75-77]	71 [70-72]

I TABLEAU 3 | SURVIE OBSERVÉE ET NETTE (%) À 1, 3 ET 5 ANS SELON L'ÂGE [IC À 95 %]						
	1 an		3 ans		5 ans	
	observée	nette	observée	nette	observée	nette
[15;45[	94 [92-96]	94 [92-96]	87 [85-90]	88 [85-91]	86 [83-89]	86 [83-89]
[45;55[	90 [88-92]	91 [89-92]	83 [80-85]	84 [82-86]	79 [77-82]	81 [79-84]
[55;65[	89 [87-90]	90 [88-91]	81 [79-82]	83 [81-85]	74 [72-76]	77 [75-79]
[65;75[	85 [83-86]	87 [85-88]	74 [72-75]	78 [76-80]	67 [65-69]	74 [71-76]
[75;++[	70 [68-71]	74 [72-76]	54 [52-56]	64 [61-66]	42 [40-44]	56 [53-59]
Tous	83 [82-83]	84 [84-85]	71 [70-72]	76 [75-77]	64 [63-65]	71 [70-72]

I TABLEAU 4 | SURVIE NETTE (%) À 1, 3 ET 5 ANS SELON L'ÂGE, CHEZ L'HOMME ET CHEZ LA FEMME [IC À 95 %]						
	1 an		3 ans		5 ans	
	Homme	Femme	Homme	Femme	Homme	Femme
[15;45[	94 [91-96]	96 [93-98]	87 [84-91]	89 [85-93]	86 [82-90]	88 [83-92]
[45;55[	90 [87-92]	93 [90-95]	82 [79-85]	87 [84-91]	79 [76-82]	85 [81-89]
[55;65[	89 [87-91]	91 [89-94]	82 [80-84]	86 [83-89]	76 [73-78]	81 [78-85]
[65;75[	86 [85-88]	87 [84-89]	78 [76-81]	77 [73-80]	74 [71-77]	73 [69-77]
[75;++[	74 [72-77]	73 [71-76]	63 [60-67]	64 [61-68]	56 [52-60]	56 [52-61]
Tous	85 [84-86]	84 [83-85]	76 [75-78]	76 [74-78]	71 [69-73]	71 [69-73]

I FIGURE 1 I

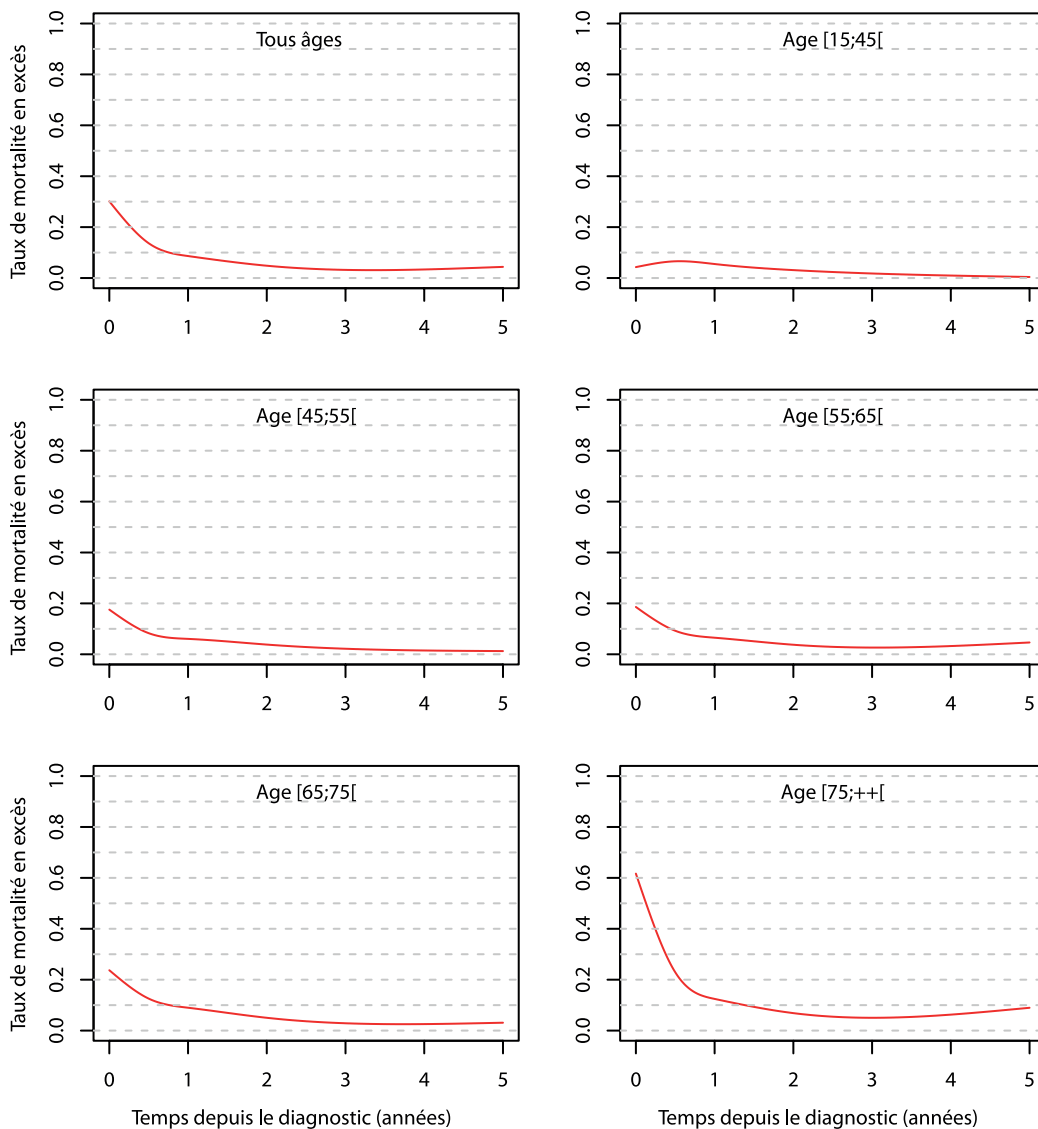
SURVIE NETTE SELON L'ÂGE EN FONCTION DU TEMPS DEPUIS LE DIAGNOSTIC [IC à 95 %]



I FIGURE 2 I

TAUX DE MORTALITÉ EN EXCÈS EN FONCTION DU TEMPS DEPUIS LE DIAGNOSTIC, TOUS ÂGES ET PAR CLASSE D'ÂGE

Le taux est exprimé en nombre de décès pour une personne-année.



Pour une interprétation correcte de ces figures, il est impératif de se référer au paragraphe « Point particulier : les figures des taux de mortalité en excès » du chapitre « Présentation des résultats et guide de lecture » (p. 28-29).

TENDANCES DE LA SURVIE À 1, 5 ET 10 ANS POUR LES PERSONNES DIAGNOSTIQUÉES ENTRE 1989 ET 2010 (RESTRICTION AUX REGISTRES COUVRANT L'ENSEMBLE DE LA PÉRIODE 1989-2010)

I TABLEAU 5 I	SURVIE OBSERVÉE ET NETTE (%) À 1, 5 ET 10 ANS PAR PÉRIODE DE DIAGNOSTIC [IC À 95 %]					
	1 an		5 ans		10 ans	
	observée	nette	observée	nette	observée	nette
1989-1993	76 [75-78]	79 [77-81]	53 [51-55]	61 [58-63]	39 [37-41]	50 [47-54]
1994-1998	78 [77-80]	81 [79-83]	56 [54-58]	64 [62-66]	42 [40-44]	55 [52-58]
1999-2004	81 [80-82]	83 [82-84]	60 [59-62]	68 [66-70]	46 [45-48]	59 [57-62]
2005-2010	84 [83-85]	86 [84-87]	65 [64-66]	72 [70-74]	ND	ND
Toutes périodes	81 [80-81]	83 [82-84]	60 [59-61]	67 [66-68]	46 [45-46]	58 [57-60]

ND : Non disponible.

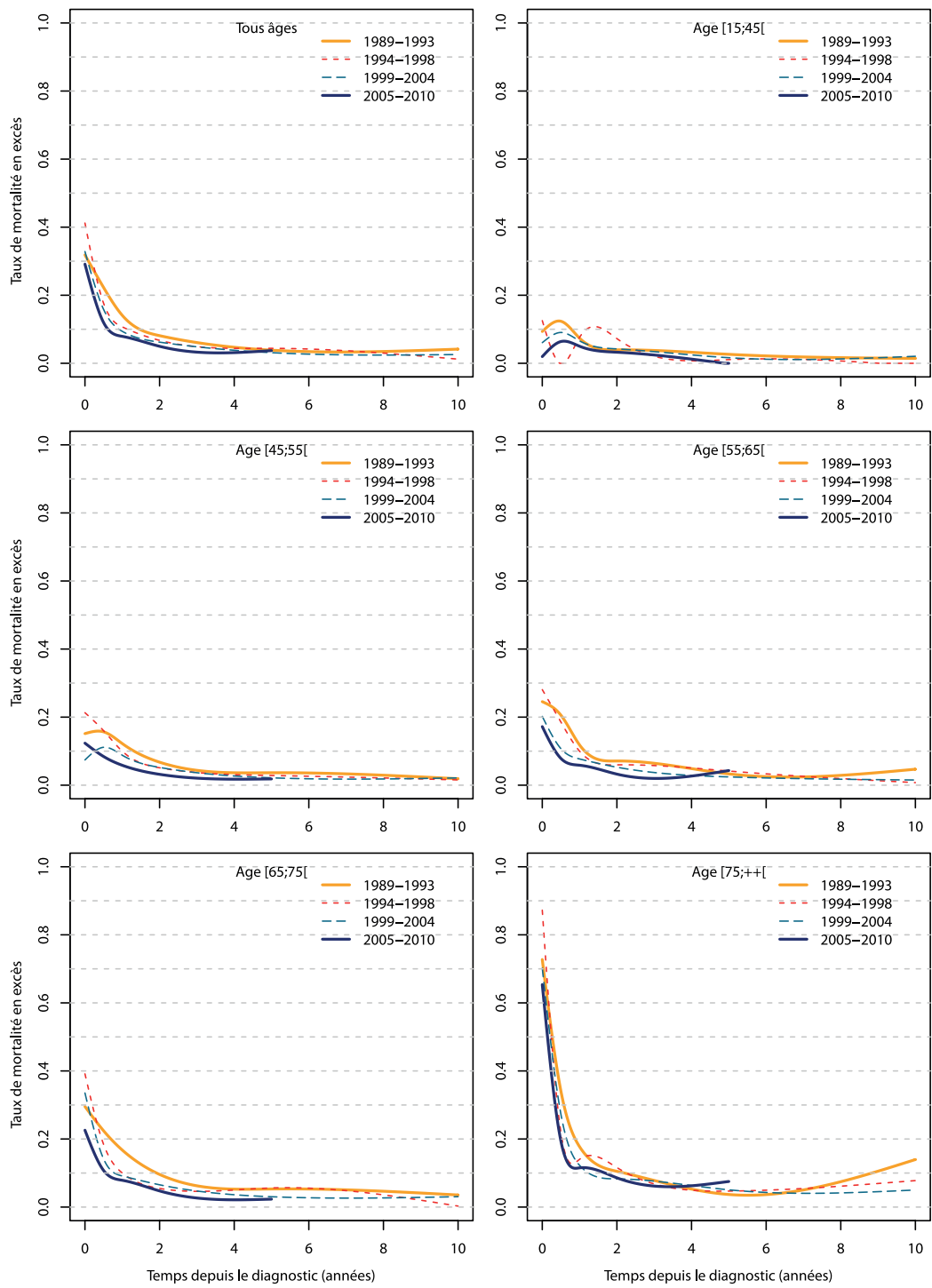
I TABLEAU 6 I	SURVIE NETTE STANDARDISÉE (%) À 1, 5 ET 10 ANS SELON LE SEXE PAR PÉRIODE DE DIAGNOSTIC [IC À 95 %]								
	Homme			Femme			Tous sexes		
	1 an	5 ans	10 ans	1 an	5 ans	10 ans	1 an	5 ans	10 ans
1989-1993	79 [76-81]	58 [55-62]	48 [43-53]	77 [74-80]	61 [57-65]	52 [47-57]	78 [76-80]	59 [57-62]	49 [46-53]
1994-1998	80 [77-82]	63 [59-66]	52 [48-57]	82 [79-84]	65 [61-68]	57 [53-62]	80 [79-82]	63 [61-65]	54 [51-57]
1999-2004	83 [81-85]	67 [65-70]	59 [56-62]	83 [81-85]	69 [66-72]	61 [57-64]	83 [81-84]	67 [66-69]	59 [57-62]
2005-2010	86 [84-87]	72 [70-74]	ND	86 [84-88]	74 [71-76]	ND	86 [85-87]	72 [71-74]	ND
Toutes périodes	83 [82-84]	66 [65-68]	57 [55-59]	83 [81-84]	68 [67-70]	60 [58-62]	82 [82-83]	67 [66-68]	58 [56-59]

ND : Non disponible.

I TABLEAU 7 I		SURVIE NETTE (%) À 1, 5 ET 10 ANS SELON L'ÂGE PAR PÉRIODE DE DIAGNOSTIC [IC À 95 %]		
	1 an	5 ans	10 ans	
Âge [15;45[
1989-1993	91 [86-95]	77 [70-84]	71 [63-79]	
1994-1998	96 [93-99]	82 [76-88]	79 [73-86]	
1999-2004	93 [89-96]	81 [76-87]	75 [70-82]	
2005-2010	95 [92-97]	86 [82-91]	ND	
Toutes périodes	94 [92-95]	82 [80-85]	77 [74-81]	
Âge [45;55[
1989-1993	87 [83-91]	69 [64-75]	60 [54-66]	
1994-1998	86 [82-89]	71 [66-76]	64 [59-70]	
1999-2004	91 [89-94]	77 [73-81]	69 [65-74]	
2005-2010	92 [89-94]	82 [79-86]	ND	
Toutes périodes	90 [88-91]	76 [74-78]	69 [66-71]	
Âge [55;65[
1989-1993	82 [79-85]	64 [60-68]	55 [50-59]	
1994-1998	83 [80-86]	66 [62-70]	59 [54-64]	
1999-2004	89 [86-91]	75 [72-79]	68 [64-72]	
2005-2010	91 [89-92]	80 [77-83]	ND	
Toutes périodes	87 [86-88]	73 [71-74]	65 [62-67]	
Âge [65;75[
1989-1993	79 [75-82]	58 [54-62]	46 [41-51]	
1994-1998	81 [79-84]	65 [61-69]	54 [50-59]	
1999-2004	84 [81-86]	69 [65-72]	60 [56-64]	
2005-2010	88 [86-90]	76 [73-79]	ND	
Toutes périodes	84 [82-85]	68 [66-70]	58 [56-60]	
Âge [75;+][
1989-1993	67 [63-72]	48 [42-55]	38 [29-50]	
1994-1998	71 [67-75]	51 [46-57]	39 [31-49]	
1999-2004	71 [68-75]	53 [49-57]	43 [37-50]	
2005-2010	75 [73-78]	55 [51-60]	ND	
Toutes périodes	72 [71-74]	53 [51-56]	43 [38-47]	

ND : Non disponible.

Le taux est exprimé en nombre de décès pour une personne-année.



Pour une interprétation correcte de ces figures, il est impératif de se référer au paragraphe « Point particulier : les figures des taux de mortalité en excès » du chapitre « Présentation des résultats et guide de lecture » (p. 28-29).

SURVIE À 1, 5, 10 ET 15 ANS DES PERSONNES DE MOINS DE 75 ANS DIAGNOSTIQUÉES ENTRE 1989 ET 1998 (RESTRICTION AUX REGISTRES COUVRANT L'ENSEMBLE DE LA PÉRIODE 1989-2010)

I TABLEAU 8 I	SURVIE NETTE (%) À LONG TERME SELON L'ÂGE (ÂGE <75 ANS) [IC À 95 %]			
	1 an	5 ans	10 ans	15 ans
Âge [15;45[
1989-1998	94 [91-96]	79 [75-84]	75 [70-80]	72 [66-77]
Âge [45;55[
1989-1998	86 [83-89]	70 [67-74]	62 [58-67]	57 [53-62]
Âge [55;65[
1989-1998	82 [80-85]	65 [62-68]	57 [53-60]	50 [46-54]
Âge [65;75[
1989-1998	80 [78-82]	62 [59-65]	51 [47-54]	46 [42-50]

Description de la localisation étudiée

Vessie	CIM-O-3	Correspondance en CIM-O-2	Correspondance en CIM-O-1	Correspondance en CIM-10
	Topographie	C67.0 à C67.9	C67.0 à C67.9	188.0 à 188.9	C67.0 à C67.9
Morphologie	Toutes, sauf tumeurs hématologiques ; comportement tumoral /3			

Les résultats présentés ici correspondent aux cancers de la vessie quel qu'en soit le type morphologique, à l'exclusion des lymphomes. Plus de 90 % des cancers de la vessie sont des tumeurs urothéliales. Seules les tumeurs infiltrantes ont été prises en compte. Les tumeurs in situ et les tumeurs superficielles classées pTa ne figurent donc pas dans cette analyse.

Incidence

En France, pour l'année 2012, le nombre de nouveaux cas de cancers infiltrants de vessie était estimé à 11 965, dont 80 % sont survenus chez les hommes [1].

Population d'étude

Cette étude a porté sur 10 332 cas pour l'analyse sur la période 2005-2010 et sur 17 244 cas pour l'analyse des tendances 1989-2010.

Survie sur la période la plus récente (2005-2010)

Survie observée et survie nette

La survie observée et la survie nette 5 ans après le diagnostic étaient respectivement de 41 % et 49 % (tableau 1).

Variation selon le sexe et l'âge

La survie nette à 5 ans était de 50 % chez les hommes et de 43 % chez les femmes (tableau 1). Après standardisation, la survie nette à 5 ans était de 55 % chez les hommes et 49 % chez les femmes (tableau 2). Tout âge confondu, l'écart de survie nette en faveur des hommes était maximal les premières années suivant le diagnostic et tendait à diminuer à 5 ans. Cet écart existait dans toutes les tranches d'âge, mais il était plus marqué chez les sujets les plus jeunes à 3 et 5 ans du diagnostic (tableau 4).

La survie nette diminuait avec l'âge passant de 64 % à 5 ans chez les sujets les plus jeunes à 39 % chez les plus âgés (tableaux 3 et 4, figure 1).

Globalement, l'excès de mortalité était maximal immédiatement après le diagnostic puis diminuait régulièrement pendant les trois premières années. Au-delà, il continuait à décroître faiblement. Cet excès de mortalité initial était plus marqué chez les sujets les plus âgés, alors que chez les moins de 65 ans, la mortalité la plus élevée n'était observée qu'au cours de la première année suivant le diagnostic, puis diminuait ensuite (figure 2).

Tendances de la survie nette sur l'ensemble de la période (1989-2010)

Sur l'ensemble de la période, la survie observée et la survie nette à 10 ans étaient respectivement de 29 % et 43 % (tableau 5). Après standardisation, la survie nette à 10 ans était de 47 %, à peine plus élevée chez l'homme (47 %) que chez la femme (45 %) (tableau 6).

Tendances globales

La survie nette à 1 an évoluait peu au cours du temps, passant de 78 % pour les cas diagnostiqués en 1989-1993 à 75 %

Références

- [1] Binder-Foucard F, Bossard N, Delafosse P, Belot A, Woronoff A-S, Remontet L. Cancer incidence and mortality in France over the 1980-2012 period: solid tumors. *Rev Epidemiol Sante Publique* 2014;62(2):95-108.
- [2] Sant M, Allemani C, Santaquilani M, Knijn A, Marchesi F, Capocaccia R. EURO-CARE-4. Survival of cancer patients diagnosed in 1995-1999. Results and commentary. *Eur J Cancer* 2009;45(6):931-91.
- [3] Henning A, Wehrberger M, Madersbacher S, Pycha A, Martini T, Comploj E, *et al.* Do differences in clinical symptoms and referral patterns contribute to the gender gap in bladder cancer? *BJU Int* 2013;112(1):68-73.
- [4] Lyratzopoulos G, Abel GA, McPhail S, Neal RD, Rubin GP. Gender inequalities in the promptness of diagnosis of bladder and renal cancer after symptomatic presentation: evidence from secondary analysis of an English primary care audit survey. *BMJ Open* 2013;3(6):1-7.
- [5] Scosyrev E, Noyes K, Feng C, Messing E. Sex and racial differences in bladder cancer presentation and mortality in the US. *Cancer* 2009;115(1):68-74.
- [6] Mungan NA, Aben KK, Schoenberg MP, Visser O, Coebergh JW, Witjes JA, *et al.* Gender differences in stage-adjusted bladder cancer survival. *Urology* 2000;55(6):876-80.

pour les cas diagnostiqués depuis 1999 (tableau 5). Après standardisation, les chiffres correspondants étaient de 80 % et 78 % (tableau 6).

La survie nette à 5 ans tendait à diminuer, passant de 55 % pour les cas diagnostiqués en 1989-1993 à 49 % pour les cas diagnostiqués en 2005-2010 (tableau 5). Après standardisation, les chiffres correspondants étaient de 58 % et 54 % (tableau 6).

La survie nette à 10 ans diminuait également, passant de 48 % pour les cas diagnostiqués en 1989-1993 à 40 % pour les cas diagnostiqués en 1999-2004 (tableau 5). Après standardisation, les chiffres correspondants étaient 50 % et 44 % (tableau 6).

Tendances selon le sexe

Quelle que soit la période de diagnostic, les survies nettes standardisées à 1 et 5 ans étaient meilleures chez l'homme que chez la femme. Pour chaque période considérée, l'écart de survie nette en faveur des hommes était moindre à 10 ans (tableau 6).

Tendances selon l'âge

La diminution de la survie selon la période de diagnostic concernait surtout les sujets de moins de 55 ans et ceux de 75 ans et plus (tableau 7).

Le profil de la mortalité en excès évoluait peu au cours des périodes observées. L'excès de mortalité était généralement très élevé initialement chez les sujets de 75 ans et plus et diminuait ensuite. Cet excès initial était moins important chez les sujets plus jeunes et en deçà de 65 ans on observe un décalage du pic de mortalité en excès du post-diagnostic vers la fin de la première année (tableau 7 et figure 3).

Survie à 15 ans chez les personnes âgées de moins de 75 ans

La survie nette à 15 ans des cas diagnostiqués en 1989-1998 diminuait de façon importante avec l'âge, variant de 60 % pour les sujets de moins de 55 ans à 39 % pour les 65-74 ans (tableau 8).

Commentaires

Cette étude montre que le pronostic des tumeurs infiltrantes de la vessie est relativement mauvais. Les facteurs pronostiques de la survie à long terme des personnes atteintes d'une tumeur urothéliale de la vessie ont été largement étudiés. Les éléments pronostiques majeurs sont la profondeur de l'invasion tumorale, l'atteinte des ganglions et l'existence de métastases à distance. Le grade de différenciation cellulaire joue aussi un rôle.

Bien que le taux d'incidence soit près de 6 fois plus élevé chez l'homme que chez la femme [1], du fait d'une exposition plus importante aux principaux facteurs de risque (tabac, exposition professionnelle...), la survie des hommes est meilleure que celle des femmes. Cette différence de survie entre les deux sexes, retrouvée dans d'autres études en particulier dans les études EURO CARE [2], existe ici dans toutes les tranches d'âge et quelle que soit la période étudiée. Cette différence pourrait être due à une différence de stade au diagnostic. Des études ont en effet montré que le délai de recours à un urologue était plus long chez les femmes, du fait de symptômes souvent attribués initialement à une pathologie infectieuse [3;4]. Cependant, ces hypothèses sont insuffisantes, car d'autres résultats montrent que le pronostic des femmes reste plus mauvais que celui des hommes à stade égal [5;6]. L'hypothèse de l'effet de différences anatomiques a été émise. La présence de la prostate et la longueur de l'urètre chez l'homme entraînent une pression intra-vésicale plus importante et donc un muscle vésical plus épais. Ceci affecterait la perfusion sanguine et la diffusion métastatique. De même, la moindre épaisseur du sphincter au niveau du col vésical chez les femmes pourrait influencer le drainage lymphatique de cette zone de la vessie [6]. Des facteurs hormonaux interviennent peut-être aussi, puisque la présence de récepteurs androgéniques a été mise en évidence dans certains cas de cancer de vessie. Celle-ci est inversement corrélée au grade cellulaire et au stade mais semble constituer un facteur de résistance aux cytotoxiques [7].

La survie nette diminue de façon importante lorsque l'âge des patients augmente. Cette différence peut être expliquée par la plus grande difficulté de réaliser une cystectomie, traitement lourd mais souvent curatif, chez les sujets âgés. La surmortalité très importante des sujets les plus âgés, observée essentiellement dans la phase initiale de la prise en charge, est aussi probablement liée à une plus forte mortalité post-opératoire.

- [7] Shiota M, Takeuchi A, Yokomizo A, Kashiwagi E, Tatsugami K, Kuroiwa K, *et al.* Androgen receptor signaling regulates cell growth and vulnerability to doxorubicin in bladder cancer. *J Urol* 2012;188(1):276-86.
- [8] De Angelis R, Sant M, Coleman MP, Francisci S, Baili P, Pierannunzio D, *et al.* Cancer survival in Europe 1999-2007 by country and age: results of EURO CARE-5- a population-based study. *Lancet Oncol* 2014;15(1):23-34.
- [9] Matsuda T, Remontet L, Grosclaude P. Incidence des cancers de la vessie en France : évolution entre 1980 et 2000. *Prog Urol* 2003;13(4):602-7.
- [10] Patriarca S, Gafa L, Ferretti S, Vitarelli S, Cesaraccio R, Crocetti E, *et al.* Coding criteria of bladder cancer: effects on estimating survival. *Epidemiol Prev* 2001;25(3 Suppl):42-7.
- [11] Li R, Abela L, Moore J, Woods LM, Nur U, Rachet B, *et al.* Control of data quality for population-based cancer survival analysis. *Cancer Epidemiol* 2014;38(3):314-20.

Les survies présentées ici sont très inférieures à celles présentées dans la dernière étude EUROCARE [8], ce qui est logique puisque cette dernière prend aussi en compte les tumeurs non infiltrantes. Dans les cas de cancers de la vessie, il est très difficile de comparer les données entre région et entre période, en raison de différences et de modifications de pratiques d'enregistrement et de codage. La classification histopathologique des tumeurs urothéliales a en effet évolué au cours du temps, du fait de difficultés récurrentes pour définir la nature maligne et le caractère infiltrant de ces tumeurs. L'application des nouvelles règles par les registres dans les années 1990 provoqua une diminution des tumeurs

infiltrantes et une augmentation des tumeurs non infiltrantes. Des données de 1992-1996 ont cependant mis en évidence que la proportion de tumeurs classées infiltrantes était variable selon les registres [9] probablement en rapport avec une diffusion progressive des nouvelles pratiques. Plusieurs études ont montré que ces variations avaient un retentissement notable sur les résultats des études de survie [10;11]. Il est donc fort probable que la diminution de la survie observée ici jusqu'au début des années 2000 reflète davantage les changements de pratiques des registres plutôt qu'une modification des modalités de prise en charge des patients.

SURVIE À 1, 3 ET 5 ANS DES PERSONNES DIAGNOSTIQUÉES ENTRE 2005 ET 2010 (TOUS REGISTRES)

I TABLEAU 1 I	SURVIE OBSERVÉE ET NETTE (%) À 1, 3 ET 5 ANS SELON LE SEXE [IC À 95 %]					
	1 an		3 ans		5 ans	
	observée	nette	observée	nette	observée	nette
Homme	74 [73-75]	77 [76-78]	52 [51-53]	58 [57-59]	42 [41-43]	50 [49-52]
Femme	63 [61-65]	65 [63-67]	42 [40-45]	47 [45-50]	36 [34-38]	43 [40-46]
Tous	72 [71-73]	75 [74-75]	50 [49-51]	56 [55-57]	41 [40-42]	49 [48-50]

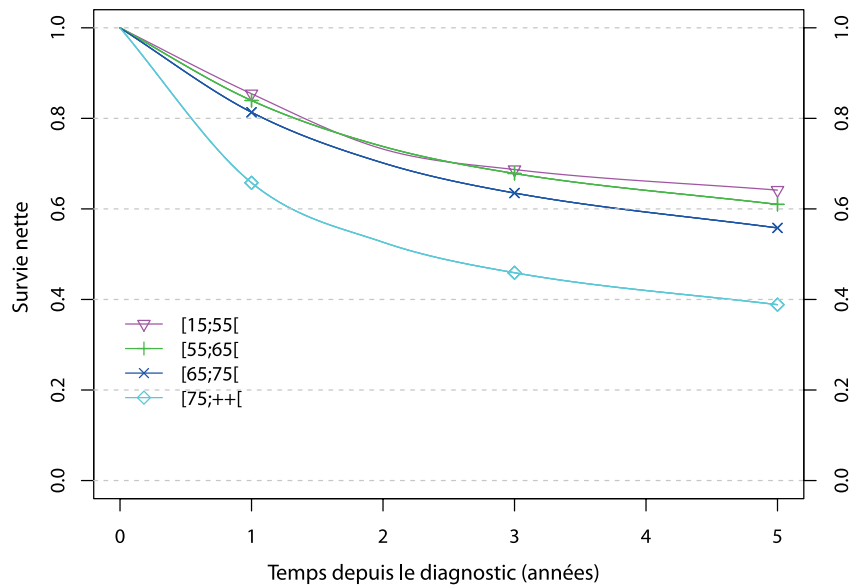
I TABLEAU 2 I	SURVIE NETTE STANDARDISÉE (%) À 1, 3 ET 5 ANS SELON LE SEXE [IC À 95 %]		
	1 an	3 ans	5 ans
Homme	80 [79-81]	62 [61-63]	55 [53-56]
Femme	72 [70-74]	54 [51-57]	49 [46-52]
Tous	78 [77-79]	60 [59-62]	54 [52-55]

I TABLEAU 3 I	SURVIE OBSERVÉE ET NETTE (%) À 1, 3 ET 5 ANS SELON L'ÂGE [IC À 95 %]					
	1 an		3 ans		5 ans	
	observée	nette	observée	nette	observée	nette
[15;55[	85 [82-88]	85 [83-88]	68 [64-71]	69 [65-72]	63 [59-67]	64 [60-68]
[55;65[	83 [81-85]	84 [82-86]	66 [64-68]	68 [66-70]	58 [55-60]	61 [58-64]
[65;75[	80 [78-81]	81 [80-83]	60 [58-62]	64 [62-65]	50 [48-52]	56 [54-58]
[75;++[	61 [60-63]	66 [64-67]	37 [36-38]	46 [44-48]	27 [26-28]	39 [37-41]
Tous	72 [71-73]	75 [74-75]	50 [49-51]	56 [55-57]	41 [40-42]	49 [48-50]

I TABLEAU 4 I	SURVIE NETTE (%) À 1, 3 ET 5 ANS SELON L'ÂGE, CHEZ L'HOMME ET CHEZ LA FEMME [IC À 95 %]					
	1 an		3 ans		5 ans	
	Homme	Femme	Homme	Femme	Homme	Femme
[15;55[	87 [84-90]	81 [75-88]	71 [67-75]	61 [53-70]	66 [62-71]	56 [48-66]
[55;65[	85 [83-87]	75 [69-81]	69 [67-72]	58 [51-65]	62 [59-65]	54 [47-62]
[65;75[	82 [80-84]	77 [73-82]	64 [62-66]	60 [55-65]	56 [54-59]	53 [48-59]
[75;++[	68 [67-70]	58 [55-61]	48 [46-50]	40 [37-43]	40 [37-42]	37 [33-41]
Tous	77 [76-78]	65 [63-67]	58 [57-59]	47 [45-50]	50 [49-52]	43 [40-46]

I FIGURE 1 I

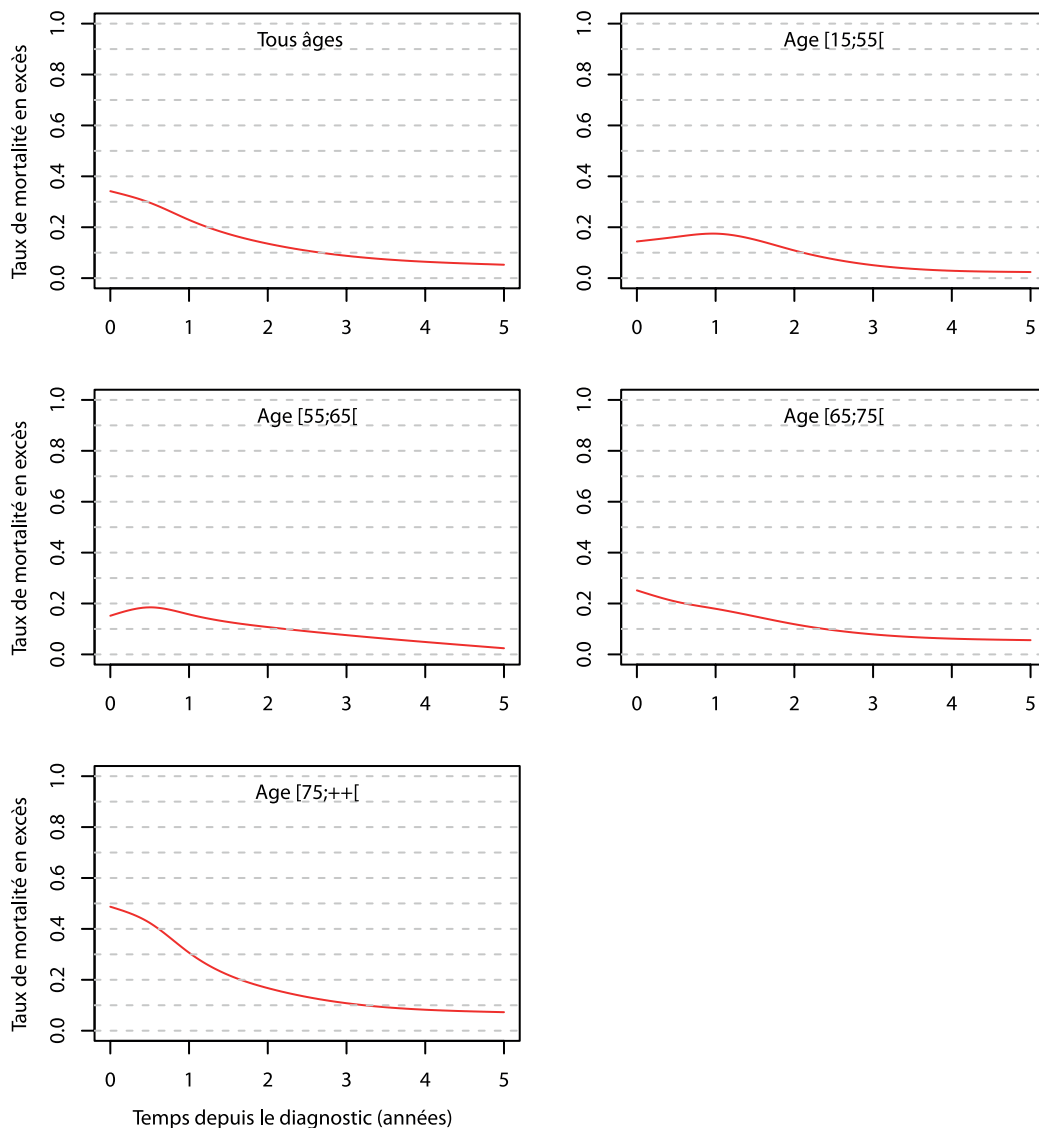
SURVIE NETTE SELON L'ÂGE EN FONCTION DU TEMPS DEPUIS LE DIAGNOSTIC



I FIGURE 2 I

TAUX DE MORTALITÉ EN EXCÈS EN FONCTION DU TEMPS DEPUIS LE DIAGNOSTIC, TOUS ÂGES ET PAR CLASSE D'ÂGE

Le taux est exprimé en nombre de décès pour une personne-année.



Pour une interprétation correcte de ces figures, il est impératif de se référer au paragraphe « Point particulier : les figures des taux de mortalité en excès » du chapitre « Présentation des résultats et guide de lecture » (p. 28-29).

TENDANCES DE LA SURVIE À 1, 5 ET 10 ANS POUR LES PERSONNES DIAGNOSTIQUÉES ENTRE 1989 ET 2010 (RESTRICTION AUX REGISTRES COUVRANT L'ENSEMBLE DE LA PÉRIODE 1989-2010)

I TABLEAU 5 I	SURVIE OBSERVÉE ET NETTE (%) À 1, 5 ET 10 ANS PAR PÉRIODE DE DIAGNOSTIC [IC À 95 %]					
	1 an		5 ans		10 ans	
	observée	nette	observée	nette	observée	nette
1989-1993	74 [73-76]	78 [76-79]	45 [43-46]	55 [53-57]	30 [28-31]	48 [44-51]
1994-1998	75 [74-77]	79 [77-80]	45 [43-46]	55 [53-57]	30 [29-32]	46 [43-49]
1999-2004	72 [71-74]	75 [74-77]	42 [40-43]	50 [48-52]	28 [26-29]	40 [37-43]
2005-2010	72 [71-73]	75 [73-76]	41 [40-43]	49 [48-51]	ND	ND
Toutes périodes	73 [73-74]	76 [76-77]	43 [42-44]	52 [51-53]	29 [28-29]	43 [42-45]

ND : Non disponible.

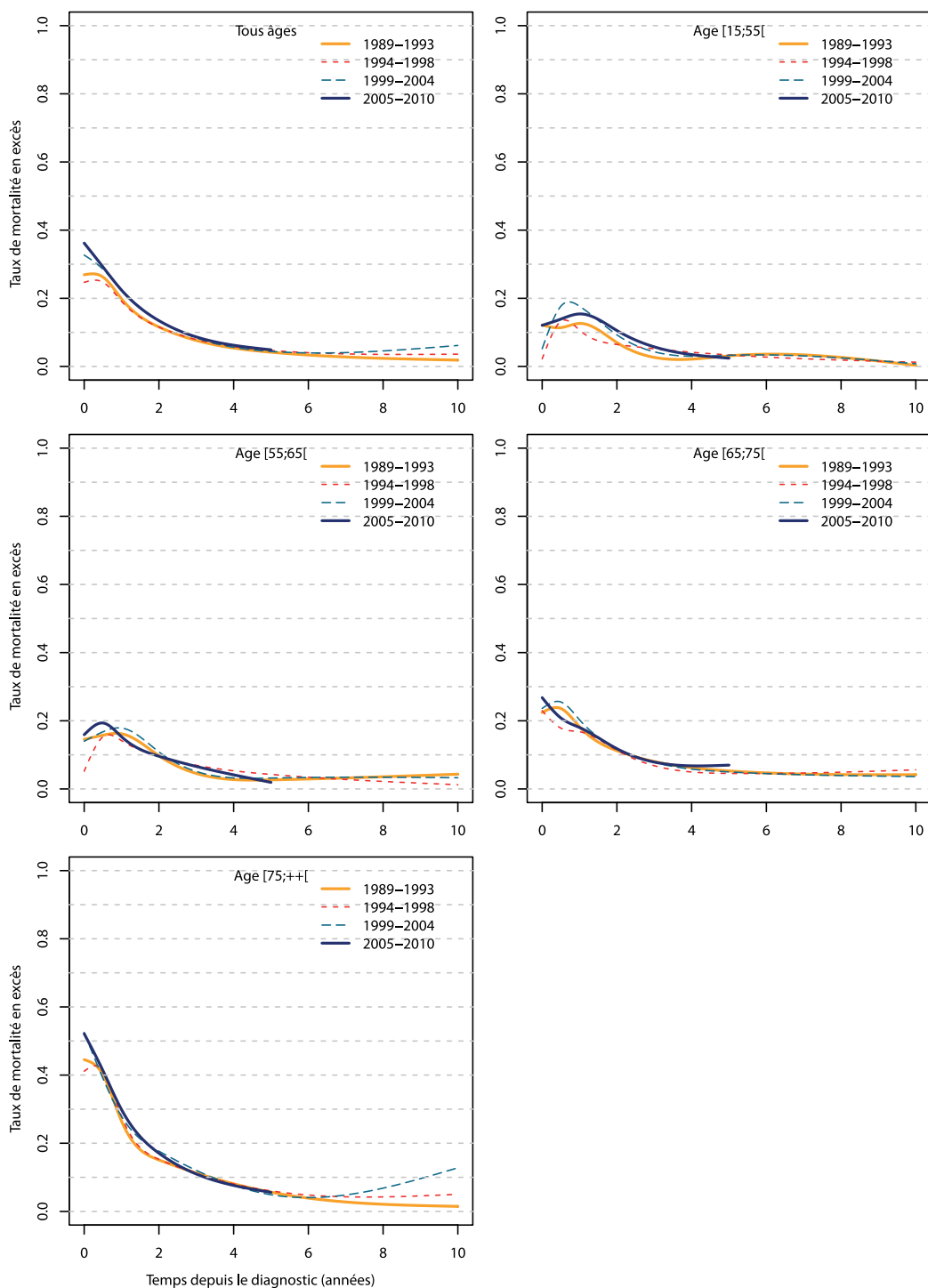
I TABLEAU 6 I	SURVIE NETTE STANDARDISÉE (%) À 1, 5 ET 10 ANS SELON LE SEXE PAR PÉRIODE DE DIAGNOSTIC [IC À 95 %]								
	Homme			Femme			Tous sexes		
	1 an	5 ans	10 ans	1 an	5 ans	10 ans	1 an	5 ans	10 ans
1989-1993	81 [79-82]	59 [57-61]	50 [47-53]	75 [71-78]	51 [47-57]	48 [43-55]	80 [78-81]	58 [56-60]	50 [47-53]
1994-1998	82 [80-83]	58 [56-60]	49 [46-53]	78 [74-81]	56 [52-61]	48 [44-54]	81 [80-82]	57 [56-59]	49 [46-52]
1999-2004	79 [77-80]	55 [53-57]	45 [42-47]	74 [71-78]	49 [44-53]	42 [37-48]	78 [77-79]	54 [52-56]	44 [42-47]
2005-2010	80 [79-81]	55 [53-57]	ND	72 [69-75]	49 [45-53]	ND	78 [77-80]	54 [52-56]	ND
Toutes périodes	80 [80-81]	57 [56-58]	47 [46-49]	74 [73-76]	51 [49-53]	45 [42-48]	79 [78-80]	56 [55-57]	47 [45-48]

ND : Non disponible.

I TABLEAU 7 I		SURVIE NETTE (%) À 1, 5 ET 10 ANS SELON L'ÂGE PAR PÉRIODE DE DIAGNOSTIC [IC À 95 %]		
	1 an	5 ans	10 ans	
Âge [15;55[
1989-1993	89 [86-93]	74 [69-79]	64 [59-70]	
1994-1998	90 [87-93]	71 [67-76]	65 [60-70]	
1999-2004	85 [81-88]	65 [60-70]	58 [53-64]	
2005-2010	87 [83-91]	65 [60-70]	ND	
Toutes périodes	88 [86-89]	69 [66-71]	61 [58-64]	
Âge [55;65[
1989-1993	86 [83-89]	66 [62-70]	55 [51-60]	
1994-1998	87 [85-90]	64 [60-68]	57 [53-61]	
1999-2004	85 [82-87]	62 [59-66]	53 [49-58]	
2005-2010	83 [81-86]	63 [59-67]	ND	
Toutes périodes	85 [84-86]	64 [62-66]	55 [52-57]	
Âge [65;75[
1989-1993	80 [77-82]	56 [53-60]	44 [40-49]	
1994-1998	83 [81-85]	59 [56-62]	47 [43-51]	
1999-2004	79 [76-81]	54 [51-57]	44 [41-48]	
2005-2010	81 [79-83]	55 [52-58]	ND	
Toutes périodes	81 [79-82]	56 [54-58]	45 [43-47]	
Âge [75;++[
1989-1993	68 [65-71]	42 [38-47]	41 [34-49]	
1994-1998	68 [65-71]	42 [38-46]	34 [28-42]	
1999-2004	67 [65-70]	40 [37-43]	28 [23-34]	
2005-2010	66 [64-68]	39 [37-42]	ND	
Toutes périodes	67 [66-68]	41 [39-42]	33 [30-37]	

ND : Non disponible.

Le taux est exprimé en nombre de décès pour une personne-année.



Pour une interprétation correcte de ces figures, il est impératif de se référer au paragraphe « Point particulier : les figures des taux de mortalité en excès » du chapitre « Présentation des résultats et guide de lecture » (p. 28-29).

SURVIE À 1, 5, 10 ET 15 ANS DES PERSONNES DE MOINS DE 75 ANS DIAGNOSTIQUÉES ENTRE 1989 ET 1998 (RESTRICTION AUX REGISTRES COUVRANT L'ENSEMBLE DE LA PÉRIODE 1989-2010)

I TABLEAU 8 I	SURVIE NETTE (%) À LONG TERME SELON L'ÂGE (ÂGE <75 ANS) [IC À 95 %]			
	1 an	5 ans	10 ans	15 ans
Âge [15;55[
1989-1998	90 [87-92]	73 [69-76]	65 [61-68]	60 [56-64]
Âge [55;65[
1989-1998	87 [85-88]	65 [62-68]	56 [53-59]	51 [48-55]
Âge [65;75[
1989-1998	82 [80-83]	58 [55-60]	46 [43-49]	39 [36-43]

Mélanome de l'uvée

Auteurs : F. Binder-Foucard, A.-V. Guizard

Description de la localisation étudiée

CIM-O-3	CIM-O-3	Correspondance	Correspondance	Correspondance
		en CIM-O-2	en CIM-O-1	en CIM-10
Topographie	C69.2, C69.3,	C69.2, C69.3,	190.0, 190.1,	Pas de correspondance exacte en CIM 10
	C69.4, C69.6,	C69.4, C69.6,	190.5, 190.6,	
	C69.8, C69.9	C69.8, C69.9	190.8, 190.9	
Morphologie	8720 à 8780 ; comportement tumoral /3 et 8000/3 si localisation C69.3			

Les résultats présentés ici correspondent aux mélanomes oculaires à l'exclusion de ceux situés sur la conjonctive, la cornée et les glandes lacrymales. Les tumeurs localisées à la choroïde sans confirmation histologique ont été incluses.

Incidence

D'après les données des registres français, pour la période 2003-2007, les taux d'incidence standardisés sur la population mondiale de l'ensemble des cancers oculaires variaient, selon les registres, de 0,4 à 1,0 pour 100 000 chez les hommes et de 0,3 à 1,0 chez les femmes [1].

Population d'étude

Cette étude a porté sur 418 cas pour l'analyse sur la période 2005-2010 et sur 864 cas pour l'analyse des tendances 1989-2010.

Remarque

En raison d'un nombre de cas et/ou de décès insuffisants (ou de leur répartition dans le temps), certains indicateurs n'ont pu être produits (survie nette selon l'âge par exemple) et certains tableaux/figures sont incomplets ou absents.

Survie sur la période la plus récente (2005-2010)

Survie observée et survie nette

La survie observée et la survie nette 5 ans après le diagnostic étaient respectivement de 66 % et 73 % (tableau 1).

Variation selon le sexe et l'âge

La survie nette à 5 ans était de 73 % chez les hommes et chez les femmes (tableau 1).

La survie nette tendait à diminuer avec l'âge passant de 89 % à 5 ans chez les sujets les plus jeunes à 64 % chez les plus âgés (tableau 3).

Tendances de la survie nette sur l'ensemble de la période (1989-2010)

Sur l'ensemble de la période, la survie observée et la survie nette à 10 ans étaient respectivement de 51 % et 62 % (tableau 5). Après standardisation, la survie nette à 10 ans était de 58 % (tableau 6). La survie nette à 10 ans sur l'ensemble de la période est également présentée pour les différentes classes d'âge. Elle diminuait avec l'âge, la survie la plus basse étant observée chez les sujets de 75 ans et plus (tableau 7).

Tendances globales

On n'observait pas d'amélioration de la survie au cours du temps (tableau 5).

Références

- [1] Forman D, Bray F, Brewster DH, Gombe Mbalawa C, Kohler B, Piñeros M, *et al.* Cancer Incidence in Five Continents, Vol. X [Internet]. Lyon: International Agency for Research on Cancer; 2013. [consulté le 23/01/2015]. Disponible à partir de l'URL : <http://ci5.iarc.fr>.
- [2] Mallone S, De Vries E, Guzzo M, Midena E, Verne J, Coebergh JW, *et al.* Descriptive epidemiology of malignant mucosal and uveal melanomas and adnexal skin carcinomas in Europe. *Eur J Cancer* 2012;48(8):1167-75.
- [3] Virgili G, Gatta G, Ciccolallo L, Capocaccia R, Biggeri A, Crocetti E, *et al.* Incidence of uveal melanoma in Europe. *Ophthalmology* 2007;114:2309-15.
- [4] Singh AD, Turell ME, Topham AK. Uveal melanoma: trends in incidence, treatment, and survival. *Ophthalmology* 2011;118(9):1881-5.

Commentaires

Le mélanome de la choroïde, bien que rare, représente le cancer oculaire primitif le plus fréquent de l'adulte. En Europe où son incidence est estimée à 4,4 cas pour un million de personnes-années [2], on observe un gradient nord-sud avec une incidence d'environ 8 cas pour un million en Norvège et au Danemark, et une incidence d'environ 2 cas pour un million en Espagne et en Italie [3]. Aux États-Unis l'incidence est estimée à 5,1 cas pour un million, la majorité des cas concernant la population blanche [4].

Dans la dernière étude de survie EURO CARE, le taux moyen de survie relative à 5 ans en Europe est de 69 % [5]. Aux États-Unis, la survie relative à 5 ans des mélanomes de l'uvée est de 81,6 %, elle est stable sur la période 1973-2008 [4].

L'une des préoccupations majeures de la prise en charge de ces cancers est la préservation de la vue. Les traitements conservateurs, qui permettent de détruire ou d'enlever la tumeur en conservant

le globe oculaire, sont essentiellement basés sur la chirurgie, la protonthérapie et la curiethérapie. Malgré les avancées thérapeutiques sur la tumeur primitive et le développement des traitements conservateurs, la survie des patients n'a pas progressé. En fait, le traitement des cas métastatiques est limité par le manque d'efficacité des chimiothérapies systémiques conventionnelles. La biologie moléculaire avec une meilleure connaissance des cellules cancéreuses permet actuellement le développement de thérapies ciblées [6]. Par ailleurs, des techniques de biologie moléculaire, visant à repérer de l'ADN tumoral circulant permettraient de détecter les métastases à un stade précoce et non encore décelables par l'imagerie médicale. Ces avancées thérapeutiques pourraient permettre d'observer une amélioration de la survie du mélanome de l'uvée dans les années à venir.

Enfin, le séquençage génomique de ces tumeurs a déjà permis de les classer en 2 groupes clinicopathologiques distincts, et d'affiner le pronostic des patients. Ces avancées devraient aboutir à une amélioration de la prise en charge [7].

[5] De Angelis R, Sant M, Coleman MP, Francisci S, Baili P, Pierannunzio D, et al. Cancer survival in Europe 1999-2007 by country and age: results of EURO CARE-5-a population-based study. *Lancet Oncol* 2014;15(1):23-34.

[6] Spagnolo F, Caltabiano G, Queirolo P. Uveal melanoma. *Cancer Treat Rev* 2012;38(5):549-53.

[7] Couturier J, Saule S. Genetic determinants of uveal melanoma. *Dev Ophthalmol* 2012;49:150-65.

SURVIE À 1, 3 ET 5 ANS DES PERSONNES DIAGNOSTIQUÉES ENTRE 2005 ET 2010 (TOUS REGISTRÉS)

I TABLEAU 1 I SURVIE OBSERVÉE ET NETTE (%) À 1, 3 ET 5 ANS SELON LE SEXE [IC À 95 %]

	1 an		3 ans		5 ans	
	observée	nette	observée	nette	observée	nette
Homme	96 [93-99]	99 [96-100]	77 [72-83]	84 [77-90]	64 [57-72]	73 [65-82]
Femme	97 [94-99]	98 [96-100]	82 [77-88]	86 [81-92]	67 [60-74]	73 [66-81]
Tous	96 [95-98]	99 [97-100]	80 [76-84]	85 [81-89]	66 [61-71]	73 [67-79]

I TABLEAU 2 I SURVIE NETTE STANDARDISÉE (%) À 1, 3 ET 5 ANS SELON LE SEXE [IC À 95 %]

Non présenté du fait d'effectifs par sexe et classe d'âge trop faibles.

I TABLEAU 3 I SURVIE OBSERVÉE ET NETTE (%) À 1, 3 ET 5 ANS SELON L'ÂGE [IC À 95 %]

	1 an		3 ans		5 ans	
	observée	nette	observée	nette	observée	nette
[15;45[	100 [100-100]	100 [100-100]	95 [88-100]	95 [89-100]	88 [77-100]	89 [78-100]
[45;55[	98 [96-100]	99 [96-100]	86 [78-95]	87 [79-96]	84 [75-94]	85 [76-95]
[55;65[	99 [97-100]	100 [98-100]	82 [75-90]	84 [77-92]	70 [61-80]	73 [63-83]
[65;75[	96 [93-100]	98 [94-100]	80 [73-88]	84 [76-92]	63 [54-73]	69 [59-80]
[75;+ +[	91 [86-97]	97 [91-100]	67 [58-77]	81 [70-94]	45 [35-56]	64 [51-82]
Tous	96 [95-98]	99 [97-100]	80 [76-84]	85 [81-89]	66 [61-71]	73 [67-79]

I TABLEAU 4 I SURVIE NETTE (%) À 1, 3 ET 5 ANS SELON L'ÂGE, CHEZ L'HOMME ET CHEZ LA FEMME [IC À 95 %]

Non présenté du fait d'effectifs par sexe et classe d'âge trop faibles.

I FIGURE 1 I SURVIE NETTE SELON L'ÂGE EN FONCTION DU TEMPS DEPUIS LE DIAGNOSTIC

Non présentée du fait d'effectifs par classe d'âge trop faibles.

I FIGURE 2 I TAUX DE MORTALITÉ EN EXCÈS EN FONCTION DU TEMPS DEPUIS LE DIAGNOSTIC, TOUS ÂGES ET PAR CLASSE D'ÂGE

Non présentée du fait d'effectifs par classe d'âge trop faibles.

TENDANCES DE LA SURVIE À 1, 5 ET 10 ANS POUR LES PERSONNES DIAGNOSTIQUÉES ENTRE 1989 ET 2010 (RESTRICTION AUX REGISTRES COUVRANT L'ENSEMBLE DE LA PÉRIODE 1989-2010)

I TABLEAU 5 I	SURVIE OBSERVÉE ET NETTE (%) À 1, 5 ET 10 ANS PAR PÉRIODE DE DIAGNOSTIC [IC À 95 %]					
	1 an		5 ans		10 ans	
	observée	nette	observée	nette	observée	nette
1989-1993	95 [91-98]	96 [93-100]	70 [63-78]	76 [68-86]	55 [48-64]	66 [55-79]
1994-1998	96 [94-99]	98 [95-100]	74 [68-80]	82 [75-90]	55 [49-63]	67 [57-78]
1999-2004	92 [89-95]	94 [90-97]	61 [55-67]	66 [60-74]	46 [40-52]	54 [46-63]
2005-2010	97 [95-99]	99 [97-100]	69 [63-75]	77 [70-84]	ND	ND
Toutes périodes	95 [93-96]	97 [95-98]	68 [65-71]	75 [71-78]	51 [48-55]	62 [57-68]

ND : Non disponible.

I TABLEAU 6 I	SURVIE NETTE STANDARDISÉE (%) À 1, 5 ET 10 ANS SELON LE SEXE PAR PÉRIODE DE DIAGNOSTIC [IC À 95 %]		
	Tous sexes		
	1 an	5 ans	10 ans
Toutes périodes	96 [95-98]	73 [69-77]	58 [52-65]

Le détail par sexe et période de diagnostic n'est pas présenté du fait d'effectifs trop faibles pour la standardisation.

I TABLEAU 7 I	SURVIE NETTE (%) À 1, 5 ET 10 ANS SELON L'ÂGE PAR PÉRIODE DE DIAGNOSTIC [IC À 95 %]		
	1 an	5 ans	10 ans
Âge [15;45[
Toutes périodes	100 [100-100]	88 [81-95]	79 [71-89]
Âge [45;55[
Toutes périodes	98 [96-100]	78 [71-85]	71 [62-80]
Âge [55;65[
Toutes périodes	97 [95-100]	75 [69-82]	65 [58-74]
Âge [65;75[
Toutes périodes	96 [93-99]	74 [67-81]	60 [52-70]
Âge [75;++]			
Toutes périodes	94 [89-99]	64 [53-76]	41 [26-64]

Le détail par période de diagnostic n'est pas présenté du fait d'effectifs par classe d'âge trop faibles.

Description de la localisation étudiée

Système nerveux central	CIM-O-3	Correspondance en CIM-O-2	Correspondance en CIM-O-1	Correspondance en CIM-10
	Topographie	C70.0 à C72.9	C70.0 à C72.9	191.0 à 192.9	C70.0 à C72.9
Morphologie	Toutes, sauf tumeurs hématologiques ; comportement tumoral /3			

Seules les tumeurs primitives malignes (code comportement = 3) du système nerveux central (SNC) sont traitées dans ce chapitre. Les tumeurs bénignes (code comportement = 0) ou à comportement incertain (code comportement = 1) ne sont pas incluses. Les tumeurs primitives du SNC présentent une grande variété histologique avec une répartition différente selon la localisation et l'âge du patient. Chez l'adulte, les principaux types histologiques rencontrés sont les tumeurs neuroépithéliales. Parmi cette catégorie, les tumeurs astrocytaires sont les plus fréquentes. Au sein de cette entité, la classification OMS distingue les astrocytomes infiltrants « diffus » et les tumeurs oligodendrogiales ou mixtes (oligoastrocytomes) [1].

Incidence

En France, pour l'année 2012, le nombre de nouveaux cas de cancer du système nerveux central était estimé à 4 999, dont 56 % sont survenus chez les hommes [2].

Population d'étude

Cette étude a porté sur 4 618 cas pour l'analyse sur la période 2005-2010 et sur 6 519 cas pour l'analyse des tendances 1989-2010.

Remarque

En raison d'un nombre de cas et/ou de décès insuffisants (ou de leur répartition dans le temps), certains indicateurs n'ont pu être produits (survie nette selon l'âge par exemple) et certains tableaux/figures sont incomplets ou absents.

Survie sur la période la plus récente (2005-2010)

Survie observée et survie nette

La survie observée et la survie nette 5 ans après le diagnostic étaient respectivement de 19 % et 20 % (tableau 1).

Variation selon le sexe et l'âge

La survie nette à 5 ans était de 19 % chez les hommes et de 21 % chez les femmes (tableau 1). Après standardisation, la survie nette à 5 ans était de 25 % chez les hommes et 29 % chez les femmes (tableau 2). Ce léger écart de survie entre hommes

et femmes était confirmé en observant les résultats par tranches d'âge (tableau 4).

La survie nette diminuait avec l'âge passant de 57 % à 5 ans chez les sujets les plus jeunes à 4 % pour les plus âgés (tableaux 3 et 4, figure 1).

Globalement, l'excès de mortalité était maximal immédiatement après le diagnostic puis diminuait rapidement pendant la première année. Au-delà, il continuait à décroître faiblement pour approcher zéro à 5 ans. Cet excès de mortalité initial était très accentué chez les sujets âgés de 75 ans et plus, et n'était pas retrouvé pour les sujets de moins de 45 ans (figure 2).

Références

- [1] Kleihues P, Cavenee WK, (dir.). Pathology and genetics of tumours of the nervous system. Lyon: IARC Press; 2000. 314 p.
- [2] Binder-Foucard F, Bossard N, Delafosse P, Belot A, Woronoff AS, Remontet L, et al. Cancer incidence and mortality in France over the 1980-2012 period: solid tumors. Rev Epidemiol Sante Publique 2014;62(2):95-108.
- [3] Sant M, Minicozzi P, Lagorio S, Børge Johannesen T, Marcos-Gragera R, Francisci S, et al. Survival of European patients with central nervous system tumors. Int J Cancer 2012;131(1):173-85.

Tendances de la survie nette sur l'ensemble de la période (1989-2010)

Sur l'ensemble de la période, la survie observée et la survie nette à 10 ans étaient de 13 % (tableau 5). Après standardisation, la survie nette à 10 ans était de 16 % (tableau 6).

Tendances globales

La survie nette à 1 an semblait augmenter sensiblement au cours du temps passant de 48 % pour les cas diagnostiqués en 1989-1993 à 51 % pour les cas diagnostiqués en 2005-2010 (tableau 5). Après standardisation, les chiffres correspondants étaient de 48 % et 58 % (tableau 6).

La survie nette à 5 ans semblait diminuer passant de 25 % pour les cas diagnostiqués en 1989-1993 à 18 % pour les cas diagnostiqués en 2005-2010 (tableau 5). Après standardisation, la survie nette était identique pour les deux périodes (25 %) (tableau 6).

La survie nette à 10 ans semblait également diminuer passant de 18 % pour les cas diagnostiqués en 1989-1993 à 12 % pour les cas diagnostiqués en 1999-2004 (tableau 5). Après standardisation, la survie variait peu entre les deux périodes (respectivement 18 % et 15 %) (tableau 6).

Tendances selon l'âge

La survie s'améliorait dès la première année suivant le diagnostic, sauf pour les personnes âgées de 75 ans et plus chez qui cette amélioration initiale était peu importante. Pour les personnes les plus jeunes (15-44 ans), cette amélioration initiale n'était pas constatée.

Il n'était pas observé d'amélioration de la survie nette à 5 ans sur l'ensemble de la période ni à 10 ans sur les trois premières périodes (tableau 7).

Survie à 15 ans chez les personnes âgées de moins de 75 ans

La survie nette à 15 ans était de 30 % pour les sujets de moins de 45 ans et de 14 % pour les sujets de 45-54 ans diagnostiqués en 1989-1998 (tableau 8). La survie nette n'a pu être estimée pour les sujets plus âgés en raison d'effectifs insuffisants.

Commentaires

La survie nette des tumeurs cérébrales malignes est globalement faible : 20 % à 5 ans et 13 % à 10 ans. Ces faibles chiffres de survie sont également retrouvés en Europe dans une étude réalisée à partir des données de l'étude EURO CARE-4 [3] et aux États-Unis [4].

Dans notre étude, la survie nette est sensiblement meilleure pour les femmes, ce qui est également observé dans l'étude européenne [3] et aux États-Unis [4].

La survie varie selon l'âge : elle est nettement meilleure chez les sujets jeunes comparativement aux sujets les plus âgés. Ces résultats sont confirmés dans l'étude européenne [3] et aux États-Unis [4].

Malgré l'amélioration de la prise en charge diagnostique et thérapeutique des tumeurs cérébrales, la survie à long terme ne s'améliore pas au cours du temps. Ce constat était également fait dans l'étude européenne [3].

Plusieurs facteurs liés entre eux – le type histologique, le site anatomique, l'âge et l'état général au moment du diagnostic – ont un impact sur la survie, ce qui pourrait expliquer en partie ces résultats. Le type histologique des tumeurs gliales a une importance pronostique. Il existe les formes de bas grade et celles de haut grade comme les glioblastomes. En effet, les tumeurs de bas grade sont observées chez des patients jeunes (30-50 ans), les astrocytomes anaplasiques surviennent préférentiellement dans la tranche d'âge de 40-60 ans et enfin les glioblastomes apparaissent plus fréquemment à partir de 60 ans. Dans l'étude européenne, la survie relative à 5 ans était de 3 % pour les glioblastomes, de 16 % pour les astrocytomes anaplasiques et de 31 % à 83 % pour les autres tumeurs gliales [3]. Par ailleurs, les solutions thérapeutiques, en particulier la chirurgie, sont d'autant plus facilement mises en œuvre que le patient est jeune, en bon état général et que la tumeur est accessible sans retentissement, ni risque fonctionnel [5].

[4] Barnholtz-Sloan JS, Sloan AE, Schwartz AG. Cancer of the Brain And Other Central Nervous System. In: Ries LAG, Young JL, Keel GE, Eisner MP, Lin YD, Horner MJ, (Dir). SEER Survival Monograph: Cancer Survival Among Adults: U.S. SEER Program, 1988-2001, Patient and Tumor Characteristics. Bethesda: National Cancer Institute; 2007. 276 p.

[5] Baldi I, Loiseau H, Kantor G. Cancer du système nerveux central. In: Pairon JC, Brochard P, Le Bourgeois JP, Ruffié P, (dir.). Les cancers professionnels. Paris : Édition Margaux Orange; 2000. 688 p.

SURVIE À 1, 3 ET 5 ANS DES PERSONNES DIAGNOSTIQUÉES ENTRE 2005 ET 2010 (TOUS REGISTRÉS)

I TABLEAU 1 | SURVIE OBSERVÉE ET NETTE (%) À 1, 3 ET 5 ANS SELON LE SEXE [IC À 95 %]						
	1 an		3 ans		5 ans	
	observée	nette	observée	nette	observée	nette
Homme	52 [50-54]	53 [51-55]	24 [22-26]	25 [23-26]	18 [17-20]	19 [17-21]
Femme	50 [48-52]	51 [48-53]	26 [25-28]	27 [25-29]	21 [19-23]	21 [19-23]
Tous	51 [50-53]	52 [51-53]	25 [24-26]	26 [24-27]	19 [18-21]	20 [19-21]

I TABLEAU 2 | SURVIE NETTE STANDARDISÉE (%) À 1, 3 ET 5 ANS SELON LE SEXE [IC À 95 %]			
	1 an	3 ans	5 ans
Homme	59 [57-61]	30 [29-32]	25 [23-26]
Femme	60 [58-62]	36 [34-38]	29 [27-31]
Tous	59 [58-61]	33 [31-34]	26 [25-28]

I TABLEAU 3 | SURVIE OBSERVÉE ET NETTE (%) À 1, 3 ET 5 ANS SELON L'ÂGE [IC À 95 %]						
	1 an		3 ans		5 ans	
	observée	nette	observée	nette	observée	nette
[15;45[	85 [83-88]	85 [83-88]	65 [61-68]	65 [62-68]	57 [54-61]	57 [54-61]
[45;55[	71 [68-75]	71 [68-75]	38 [34-42]	38 [35-43]	30 [26-34]	30 [27-34]
[55;65[	58 [55-61]	58 [55-61]	21 [18-23]	21 [19-24]	13 [11-16]	14 [12-16]
[65;75[	42 [39-45]	43 [40-46]	12 [10-14]	13 [11-15]	8 [6-10]	8 [7-11]
[75;++[	18 [16-21]	19 [17-22]	5 [4-7]	6 [5-8]	3 [2-4]	4 [3-6]
Tous	51 [50-53]	52 [51-53]	25 [24-26]	26 [24-27]	19 [18-21]	20 [19-21]

I TABLEAU 4 | SURVIE NETTE (%) À 1, 3 ET 5 ANS SELON L'ÂGE, CHEZ L'HOMME ET CHEZ LA FEMME [IC À 95 %]						
	1 an		3 ans		5 ans	
	Homme	Femme	Homme	Femme	Homme	Femme
[15;45[	85 [82-88]	86 [83-90]	62 [58-67]	69 [64-74]	56 [52-61]	59 [54-65]
[45;55[	70 [66-75]	73 [67-79]	35 [31-40]	44 [38-51]	27 [23-32]	36 [30-44]
[55;65[	58 [54-62]	59 [54-64]	19 [16-22]	25 [21-29]	12 [9-15]	17 [13-21]
[65;75[	42 [38-46]	43 [39-48]	11 [8-14]	15 [12-19]	7 [5-10]	10 [8-14]
[75;++[	19 [15-22]	20 [17-23]	6 [4-9]	6 [4-9]	2 [1-5]	5 [3-8]
Tous	53 [51-55]	51 [48-53]	25 [23-26]	27 [25-29]	19 [17-21]	21 [19-23]

FIGURE 1 |

SURVIE NETTE SELON L'ÂGE EN FONCTION DU TEMPS DEPUIS LE DIAGNOSTIC

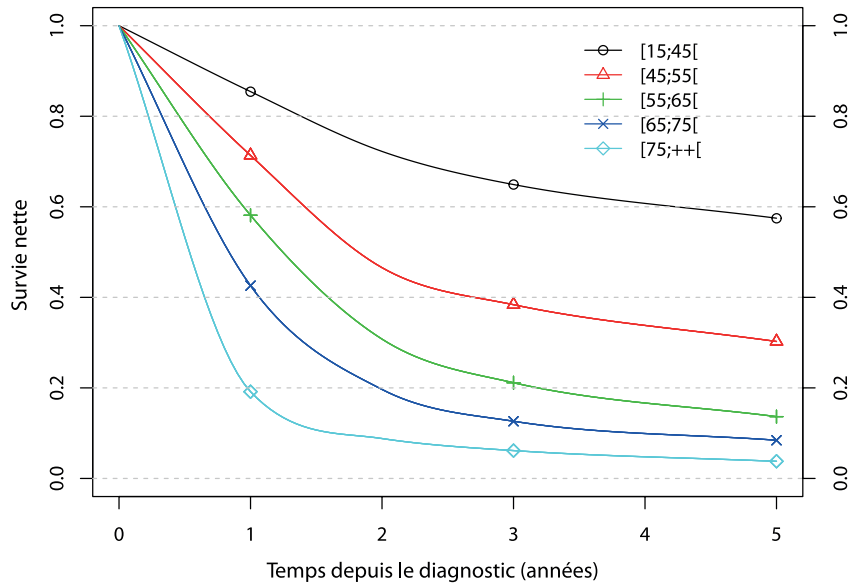
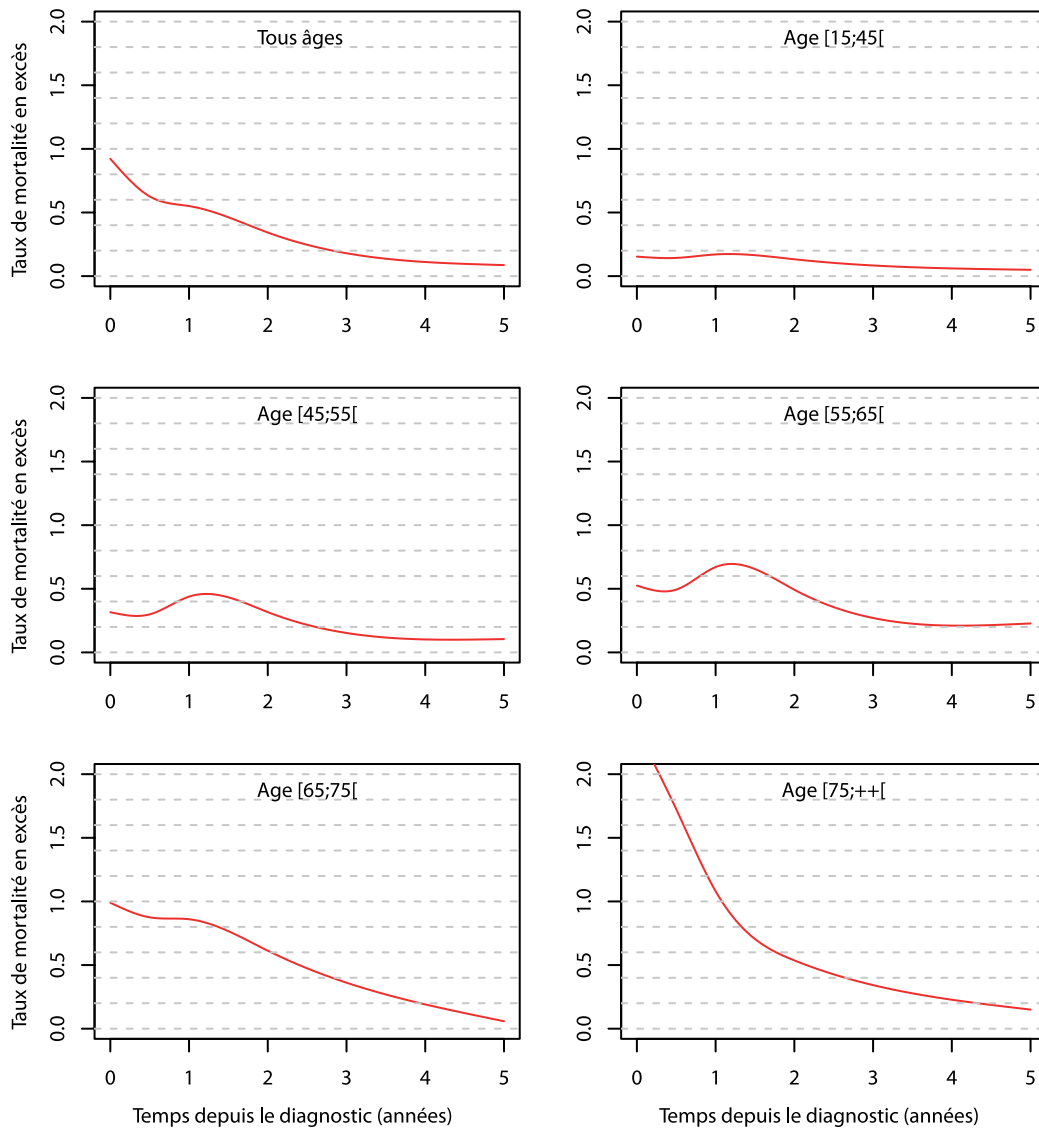


FIGURE 2 |

TAUX DE MORTALITÉ EN EXCÈS EN FONCTION DU TEMPS DEPUIS LE DIAGNOSTIC, TOUS ÂGES ET PAR CLASSE D'ÂGE

Le taux est exprimé en nombre de décès pour une personne-année.



Pour une interprétation correcte de ces figures, il est impératif de se référer au paragraphe « Point particulier : les figures des taux de mortalité en excès » du chapitre « Présentation des résultats et guide de lecture » (p. 28-29).

TENDANCES DE LA SURVIE À 1, 5 ET 10 ANS POUR LES PERSONNES DIAGNOSTIQUÉES ENTRE 1989 ET 2010 (RESTRICTION AUX REGISTRES COUVRANT L'ENSEMBLE DE LA PÉRIODE 1989-2010)

I TABLEAU 5 I	SURVIE OBSERVÉE ET NETTE (%) À 1, 5 ET 10 ANS PAR PÉRIODE DE DIAGNOSTIC [IC À 95 %]					
	1 an		5 ans		10 ans	
	observée	nette	observée	nette	observée	nette
1989-1993	47 [45-50]	48 [45-51]	24 [21-26]	25 [22-27]	17 [15-19]	18 [16-20]
1994-1998	41 [38-44]	42 [39-44]	16 [14-18]	17 [15-19]	11 [9-13]	11 [10-13]
1999-2004	43 [41-46]	44 [42-46]	17 [15-19]	17 [16-19]	11 [10-13]	12 [10-14]
2005-2010	50 [48-52]	51 [49-53]	18 [16-20]	18 [17-20]	ND	ND
Toutes périodes	46 [45-47]	46 [45-48]	18 [17-19]	19 [18-20]	13 [12-14]	13 [13-14]

ND : Non disponible.

I TABLEAU 6 I	SURVIE NETTE STANDARDISÉE (%) À 1, 5 ET 10 ANS SELON LE SEXE PAR PÉRIODE DE DIAGNOSTIC [IC À 95 %]		
	Tous sexes		
	1 an	5 ans	10 ans
1989-1993	48 [46-51]	25 [23-27]	18 [16-21]
1994-1998	45 [43-48]	19 [17-22]	14 [12-16]
1999-2004	49 [47-51]	21 [19-23]	15 [13-17]
2005-2010	58 [56-60]	25 [23-27]	ND
Toutes périodes	51 [50-52]	22 [21-24]	16 [15-17]

ND : Non disponible.

Non présenté par sexe du fait d'effectifs trop faibles pour la standardisation.

I TABLEAU 7 I	SURVIE NETTE (%) À 1, 5 ET 10 ANS SELON L'ÂGE PAR PÉRIODE DE DIAGNOSTIC [IC À 95 %]		
	1 an	5 ans	10 ans
Âge [15;45[
1989-1993	83 [79-87]	56 [51-62]	42 [37-48]
1994-1998	74 [69-79]	43 [37-49]	33 [28-39]
1999-2004	79 [75-83]	49 [44-54]	33 [28-38]
2005-2010	83 [79-87]	54 [49-60]	ND
Toutes périodes	80 [78-82]	50 [48-53]	38 [35-40]
Âge [45;55[
1989-1993	63 [56-70]	24 [18-31]	20 [15-27]
1994-1998	60 [54-67]	24 [19-31]	16 [11-22]
1999-2004	59 [54-65]	20 [16-25]	16 [12-21]
2005-2010	71 [66-76]	30 [25-36]	ND
Toutes périodes	64 [61-67]	24 [22-27]	18 [16-21]

I TABLEAU 7 | SUITE	SURVIE NETTE (%) À 1, 5 ET 10 ANS SELON L'ÂGE PAR PÉRIODE DE DIAGNOSTIC [IC À 95 %]		
	1 an	5 ans	10 ans
Âge [55;65[
1989-1993	39 [34-45]	13 [9-18]	7 [4-11]
1994-1998	39 [34-45]	8 [5-11]	4 [3-8]
1999-2004	47 [42-52]	13 [10-17]	8 [5-12]
2005-2010	58 [54-62]	13 [11-17]	ND
Toutes périodes	48 [45-50]	12 [11-14]	7 [6-9]
Âge [65;75[
1989-1993	20 [15-25]	7 [4-11]	4 [2-8]
1994-1998	21 [17-26]	5 [3-8]	3 [2-6]
1999-2004	26 [22-30]	6 [4-9]	4 [2-7]
2005-2010	42 [38-47]	6 [4-9]	ND
Toutes périodes	29 [26-31]	6 [5-7]	4 [3-5]
Âge [75;+][
1989-1993	14 [8-22]	8 [4-17]	6 [1-22]
1994-1998	14 [10-20]	4 [2-10]	1 [0-9]
1999-2004	13 [10-17]	2 [1-5]	1 [0-5]
2005-2010	17 [14-21]	3 [2-6]	ND
Toutes périodes	15 [13-17]	4 [2-5]	2 [1-4]

ND : Non disponible.

SURVIE À 1, 5, 10 ET 15 ANS DES PERSONNES DE MOINS DE 75 ANS DIAGNOSTIQUÉES ENTRE 1989 ET 1998 (RESTRICTION AUX REGISTRES COUVRANT L'ENSEMBLE DE LA PÉRIODE 1989-2010)

I TABLEAU 8 |	SURVIE NETTE (%) À LONG TERME SELON L'ÂGE (ÂGE <75 ANS) [IC À 95 %]			
	1 an	5 ans	10 ans	15 ans
Âge [15;45[
1989-1998	79 [76-82]	49 [46-54]	38 [34-42]	30 [26-34]
Âge [45;55[
1989-1998	61 [57-67]	24 [20-29]	18 [14-22]	14 [11-18]

Seules ces deux classes d'âges sont présentées pour le SNC du fait d'effectifs trop faibles en fin de suivi aux âges plus élevés.

Description de la localisation étudiée

Thyroïde	CIM-O-3	Correspondance en CIM-O-2	Correspondance en CIM-O-1	Correspondance en CIM-10
	Topographie	C73.9	C73.9	193.9	C73
Morphologie	Toutes, sauf tumeurs hématologiques ; comportement tumoral /3			

La majorité des cancers de la thyroïde sont des cancers de type papillaire.

Incidence

En France, pour l'année 2012, le nombre de nouveaux cas de cancer de la thyroïde était estimé à environ 8 200 cas par an, dont 72 % survenant chez la femme [1].

Population d'étude

Cette étude a porté sur 7 826 cas pour l'analyse sur la période 2005-2010 et sur 10 194 cas pour l'analyse des tendances 1989-2010.

Remarque

En raison d'un nombre de cas et/ou de décès insuffisants (ou de leur répartition dans le temps), certains indicateurs n'ont pu être produits (survie nette selon l'âge par exemple) et certains tableaux/figures sont incomplets ou absents.

Survie sur la période la plus récente (2005-2010)

Survie observée et survie nette

La survie observée et la survie nette 5 ans après le diagnostic étaient respectivement de 94 % et 97 % (tableau 1).

Variation selon le sexe et l'âge

La survie nette à 5 ans était de 92 % chez les hommes et de 98 % chez les femmes (tableau 1). Après standardisation, la survie nette à 5 ans était de 91 % chez les hommes et 97 % chez les femmes (tableau 2). La survie était élevée pour les deux sexes avec un écart en faveur des femmes. Cet écart de survie entre hommes et femmes était faible entre 45 et 64 ans. Il s'accroissait nettement à partir de 65 ans (tableau 4).

La survie nette diminuait avec l'âge passant de 100 % à 5 ans chez les sujets les plus jeunes (99 % chez les hommes et 100 %

chez les femmes) à 78 % pour les plus âgés (respectivement 68 % et 81 %) (tableaux 3 et 4, figure 1).

Étant donné le niveau de survie nette, on ne peut pas parler d'excès de mortalité avant 55 ans, voire 65 ans. Cet excès était minime entre 65 et 74 ans. À partir de 75 ans, l'excès de mortalité s'élevait fortement et était maximal immédiatement après le diagnostic, puis diminuait au cours de la première année. Au-delà de la première année, l'excès approchait zéro (figure 2).

Tendances de la survie nette sur l'ensemble de la période (1989-2010)

Sur l'ensemble de la période, la survie observée et la survie nette à 10 ans étaient respectivement de 85 % et 92 % (tableau 5). Après standardisation, la survie nette à 10 ans était de 87 % (tableau 6).

Références

- [1] Binder-Foucard F, Bossard N, Delafosse P, Belot A, Woronoff AS, Remontet L, *et al.* Cancer incidence and mortality in France over the 1980-2012 period: solid tumors. *Rev Epidemiol Sante Publique* 2014;62(2):95-108.
- [2] De Angelis R, Sant M, Coleman MP, Francisci S, Baili P, Pierannunzio D, *et al.* Cancer survival in Europe 1999-2007 by country and age: results of EURO-CARE-5- a population-based study. *Lancet Oncol* 2014;15(1):23-34.
- [3] Colonna M, Bossard N, Guizard AV, Remontet L, Grosclaude P et le réseau Francim. Descriptive epidemiology of thyroid cancer in France: incidence, mortality and survival. *Ann Endocrinol* 2010;71(2):95-101.
- [4] Colonna M, Guizard AV, Schvartz C, Velten M, Raverdy N, Molinier F, *et al.* A time trend analysis of papillary and follicular cancers as a function of tumour size: A study of data from six cancer registries in France (1983-2000). *Eur J Cancer* 2007;43(5):891-900.

Tendances globales

La survie nette à 1 an s'améliorait au cours du temps passant de 91 % pour les cas diagnostiqués en 1989-1993 à 98 % pour les cas diagnostiqués en 2005-2010 (tableau 5). Après standardisation, les chiffres correspondants étaient de 87 % et 96 % (tableau 6).

La survie nette à 5 ans s'améliorait elle aussi passant de 87 % pour les cas diagnostiqués en 1989-1993 à 96 % pour les cas diagnostiqués en 2005-2010 (tableau 5). Après standardisation, les chiffres correspondants étaient de 83 % et 95 % (tableau 6).

La survie nette à 10 ans passait de 85 % pour les cas diagnostiqués en 1989-1993 à 92 % pour les cas diagnostiqués en 1999-2004 (tableau 5). Après standardisation, les chiffres correspondants étaient 80 % et 88 % (tableau 6).

Tendances selon le sexe

Aucune étude de tendance selon le sexe n'a été réalisée du fait d'effectifs trop faibles pour la standardisation chez les hommes (tableau 6).

Tendances selon l'âge

Avant 45 ans, la survie nette était égale ou très proche de 100 % quels que soit la période et le délai depuis le diagnostic. L'amélioration de la survie était observée pour toutes les tranches d'âge à partir de 45 ans. Cette amélioration s'accroissait nettement avec l'âge avec un gain de survie à 1, 5 et 10 ans élevé à partir de 65 ans (tableau 7).

Survie à 15 ans chez les personnes âgées de moins de 75 ans

La survie nette à 15 ans variait entre 98 % et 68 % en fonction de l'âge pour les cas diagnostiqués en 1989-1998 (tableau 8).

Commentaires

Le cancer de la thyroïde appartient à la catégorie des cancers présentant une très bonne survie en France et plus largement en Europe [2]. Ce constat doit cependant être nuancé puisqu'il correspond à des situations extrêmement différentes selon le type histologique. Il faut distinguer les cancers de type anaplasique qui ont un pronostic extrêmement péjoratif et les cancers de type papillaire qui ont un très bon pronostic [3]. Les cancers médullaires et vésiculaires présentent une survie intermédiaire [3]. La différence de survie entre les cancers papillaires et anaplasiques permet probablement d'expliquer une partie des différences de survie mises en évidence dans ce rapport. En effet, en prenant en considération les données des registres couvrant l'ensemble de la période 1989-2010 en France (Marne-Ardenne, Calvados, Doubs, Hérault, Isère, Bas-Rhin, Haut-Rhin, Somme et Tarn), on observe une plus grande proportion de cancers anaplasiques chez les hommes (3,5 % vs 1,9 % chez les femmes), une part plus élevée de cancers papillaires chez les femmes (83,0 % vs 73,4 % chez les hommes), une plus grande proportion de cancers anaplasiques chez les patients de plus de 75 ans (15,5 % vs 1,2 % chez les moins de 75 ans), une baisse de la proportion de cancers anaplasiques et une augmentation de celle des cancers papillaires au cours de la période.

L'amélioration de la survie au cours du temps peut aussi s'expliquer par la part croissante des cancers papillaires de très petites tailles, catégorie qui a le plus augmenté [4] sachant que la taille de la tumeur constitue un facteur pronostique [5]. La modification de la répartition des cas de cancer de la thyroïde selon le type histologique et la taille de la tumeur s'explique par une détection à un stade plus précoce en raison de l'utilisation de nouvelles méthodes diagnostiques associée à une recherche plus systématique [4;6;7]. Ces pratiques diagnostiques ne sont probablement pas homogènes, ce qui explique tout ou partie des différences de survie relevées par exemple au niveau européen [2].

[5] Londero SC, Krogdahl A, Bastholt L, Overgaard J, Pedersen HB, Hahn CH, *et al.* Papillary thyroid carcinoma in Denmark, 1996-2008: outcome and evaluation of established prognostic scoring systems in a prospective national cohort. *Thyroid* 2015;25(1):78-84.

[6] Cramer JD, Fu P, Harth KC, Margevicius S, Wilhelm SM. Analysis of the rising incidence of thyroid cancer using the Surveillance, Epidemiology and End Results national cancer data registry. *Surgery* 2010;148(6):1147-52; discussion 1152-3.

[7] Leenhardt L, Bernier MO, Boin-Pineau MH, Conte Devolx B, Maréchaud R, Niccoli-Sire P, *et al.* Advances in diagnosis practices affect thyroid cancer incidence in France. *Eur J Endocrinol* 2004;150(2):133-9.

SURVIE À 1, 3 ET 5 ANS DES PERSONNES DIAGNOSTIQUÉES ENTRE 2005 ET 2010 (TOUS REGISTRÉS)

I TABLEAU 1 I	SURVIE OBSERVÉE ET NETTE (%) À 1, 3 ET 5 ANS SELON LE SEXE [IC À 95 %]					
	1 an		3 ans		5 ans	
	observée	nette	observée	nette	observée	nette
Homme	95 [94-96]	96 [95-97]	90 [89-91]	93 [92-94]	87 [86-89]	92 [90-94]
Femme	98 [98-99]	99 [98-99]	97 [97-97]	98 [98-99]	96 [95-96]	98 [98-99]
Tous	97 [97-98]	98 [98-98]	95 [95-96]	97 [97-98]	94 [93-94]	97 [96-97]

I TABLEAU 2 I	SURVIE NETTE STANDARDISÉE (%) À 1, 3 ET 5 ANS SELON LE SEXE [IC À 95 %]		
	1 an	3 ans	5 ans
Homme	94 [93-95]	91 [90-93]	91 [88-93]
Femme	97 [97-98]	97 [96-98]	97 [96-98]
Tous	97 [96-97]	96 [95-96]	95 [94-96]

I TABLEAU 3 I	SURVIE OBSERVÉE ET NETTE (%) À 1, 3 ET 5 ANS SELON L'ÂGE [IC À 95 %]					
	1 an		3 ans		5 ans	
	observée	nette	observée	nette	observée	nette
[15;45[	100 [99-100]	100 [100-100]	99 [99-100]	100 [99-100]	99 [99-99]	100 [99-100]
[45;55[	99 [99-100]	100 [99-100]	98 [98-99]	99 [99-100]	98 [97-99]	99 [99-100]
[55;65[	98 [98-99]	99 [98-99]	96 [96-97]	98 [97-99]	95 [94-96]	98 [97-99]
[65;75[	96 [95-97]	97 [96-98]	92 [91-94]	96 [94-98]	89 [87-91]	95 [93-97]
[75;+ +[	79 [76-83]	82 [79-86]	70 [67-74]	79 [74-83]	63 [59-68]	78 [72-83]
Tous	97 [97-98]	98 [98-98]	95 [95-96]	97 [97-98]	94 [93-94]	97 [96-97]

I TABLEAU 4 I	SURVIE NETTE (%) À 1, 3 ET 5 ANS SELON L'ÂGE, CHEZ L'HOMME ET CHEZ LA FEMME [IC À 95 %]					
	1 an		3 ans		5 ans	
	Homme	Femme	Homme	Femme	Homme	Femme
[15;45[	99 [99-100]	100 [100-100]	99 [98-100]	100 [99-100]	99 [98-100]	100 [99-100]
[45;55[	99 [98-100]	100 [100-100]	96 [93-98]	100 [100-100]	96 [93-98]	100 [99-100]
[55;65[	97 [95-98]	100 [99-100]	94 [92-97]	100 [99-100]	93 [90-96]	99 [98-100]
[65;75[	94 [91-97]	98 [97-99]	90 [86-94]	98 ¹ [97-100]	87 [81-93]	98 [96-100]
[75;+ +[	74 [67-82]	85 [82-89]	68 [59-78]	83 [78-88]	68 ¹ [58-81]	81 [75-87]
Tous	96 [95-97]	99 [98-99]	93 [92-94]	98 [98-99]	92 [90-94]	98 [98-99]

¹ Lorsque le taux de mortalité en excès est proche de zéro, la variabilité de l'estimateur peut occasionner une courbe estimée de la survie nette non monotone. Dans ce cas, la survie nette présentée reprend la valeur observée au temps précédent.

FIGURE 1 I

SURVIE NETTE SELON L'ÂGE EN FONCTION DU TEMPS DEPUIS LE DIAGNOSTIC

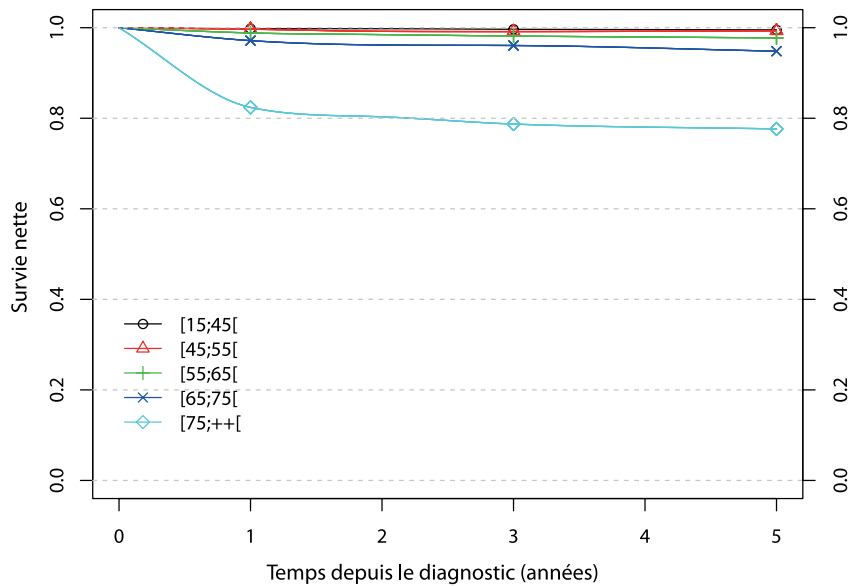
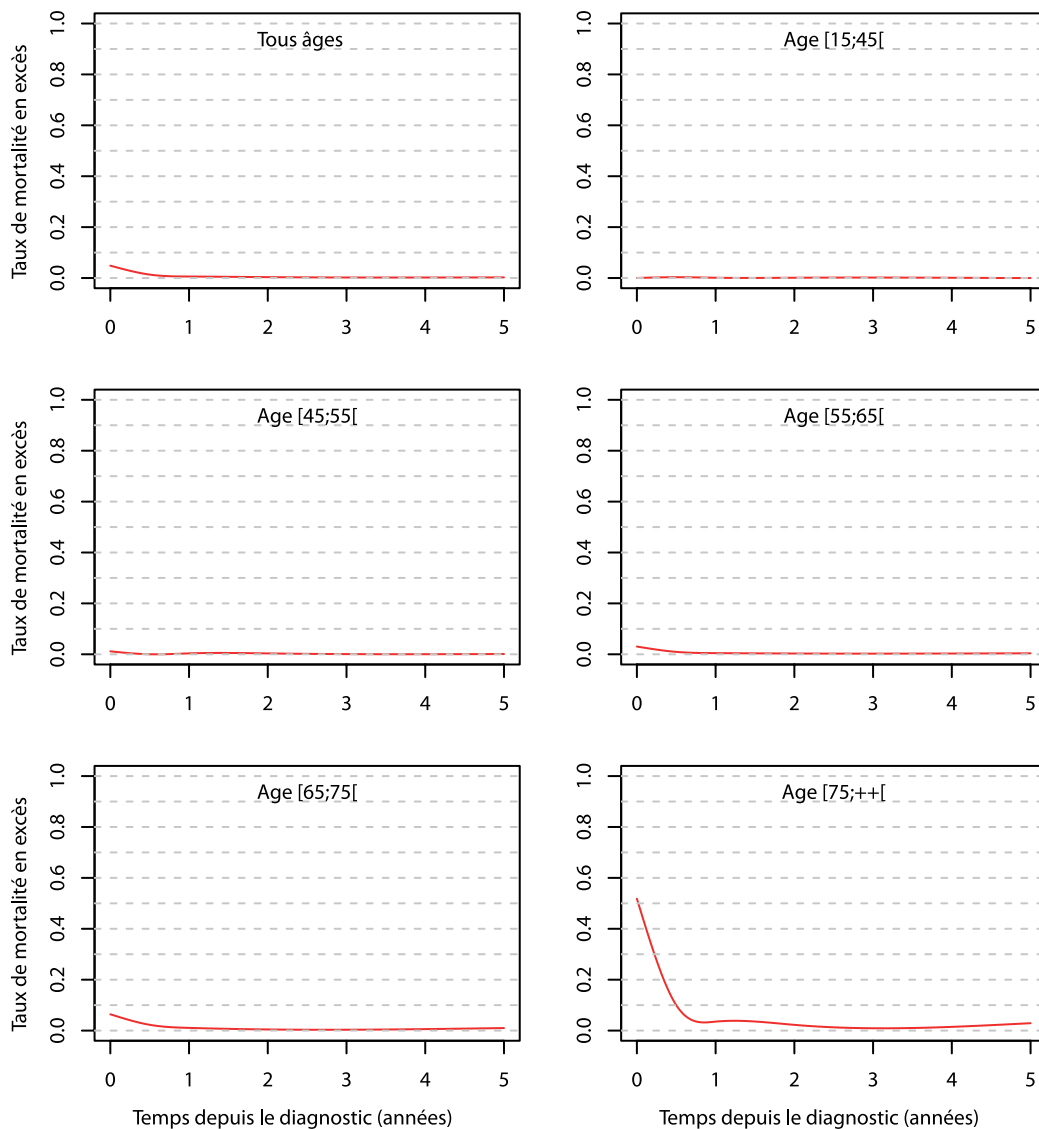


FIGURE 2 I

TAUX DE MORTALITÉ EN EXCÈS EN FONCTION DU TEMPS DEPUIS LE DIAGNOSTIC, TOUS ÂGES ET PAR CLASSE D'ÂGE

Le taux est exprimé en nombre de décès pour une personne-année.



Pour une interprétation correcte de ces figures, il est impératif de se référer au paragraphe « Point particulier : les figures des taux de mortalité en excès » du chapitre « Présentation des résultats et guide de lecture » (p. 28-29).

TENDANCES DE LA SURVIE À 1, 5 ET 10 ANS POUR LES PERSONNES DIAGNOSTIQUÉES ENTRE 1989 ET 2010 (RESTRICTION AUX REGISTRES COUVRANT L'ENSEMBLE DE LA PÉRIODE 1989-2010)

I TABLEAU 5 I	SURVIE OBSERVÉE ET NETTE (%) À 1, 5 ET 10 ANS PAR PÉRIODE DE DIAGNOSTIC [IC À 95 %]					
	1 an		5 ans		10 ans	
	observée	nette	observée	nette	observée	nette
1989-1993	90 [88-92]	91 [89-93]	84 [82-86]	87 [85-90]	78 [75-80]	85 [82-88]
1994-1998	94 [92-95]	94 [93-96]	89 [88-91]	93 [91-94]	83 [81-85]	89 [86-92]
1999-2004	95 [94-96]	96 [95-97]	91 [90-92]	94 [93-95]	86 [85-87]	92 [91-94]
2005-2010	97 [97-98]	98 [97-98]	93 [92-94]	96 [95-97]	ND	ND
Toutes périodes	95 [95-95]	96 [95-96]	91 [90-91]	94 [93-95]	85 [84-86]	92 [90-93]

ND : Non disponible.

I TABLEAU 6 I	SURVIE NETTE STANDARDISÉE (%) À 1, 5 ET 10 ANS SELON LE SEXE PAR PÉRIODE DE DIAGNOSTIC [IC À 95 %]					
	Femme			Tous sexes		
	1 an	5 ans	10 ans	1 an	5 ans	10 ans
1989-1993	89 [87-91]	85 [82-88]	83 [79-87]	87 [85-90]	83 [80-86]	80 [76-83]
1994-1998	92 [90-93]	90 [87-92]	87 [83-91]	91 [89-93]	88 [86-90]	83 [79-87]
1999-2004	94 [93-96]	92 [90-94]	91 [88-94]	93 [92-94]	90 [89-92]	88 [86-91]
2005-2010	98 [97-98]	97 [95-98]	ND	96 [96-97]	95 [94-96]	ND
Toutes périodes	94 [94-95]	93 [92-94]	90 [88-93]	93 [93-94]	91 [90-92]	87 [86-89]

ND : Non disponible.

Non présenté pour les hommes du fait d'effectifs trop faibles pour la standardisation.

I TABLEAU 7 I	SURVIE NETTE (%) À 1, 5 ET 10 ANS SELON L'ÂGE PAR PÉRIODE DE DIAGNOSTIC [IC À 95 %]		
	1 an	5 ans	10 ans
	Âge [15;45[
1989-1993	100 [100-100]	99 [98-100]	99 ¹ [98-100]
1994-1998	100 [99-100]	99 [98-100]	98 [97-100]
1999-2004	100 [100-100]	100 [99-100]	100 [99-100]
2005-2010	100 [99-100]	100 [99-100]	ND
Toutes périodes	100 [100-100]	99 [99-100]	99 [99-100]
Âge [45;55[
1989-1993	97 [95-99]	94 [91-98]	93 [88-97]
1994-1998	98 [97-100]	98 [96-100]	96 [93-99]
1999-2004	99 [98-100]	98 [97-99]	98 [96-100]
2005-2010	100 [99-100]	99 [98-100]	ND
Toutes périodes	99 [99-100]	98 [97-99]	97 [96-98]

I TABLEAU 7 | SUITE	SURVIE NETTE (%) À 1, 5 ET 10 ANS SELON L'ÂGE PAR PÉRIODE DE DIAGNOSTIC [IC À 95 %]		
	1 an	5 ans	10 ans
Âge [55;65[
1989-1993	90 [86-94]	88 [83-93]	85 [79-91]
1994-1998	98 [96-100]	97 [94-100]	94 [90-98]
1999-2004	97 [96-99]	96 [94-98]	93 [90-96]
2005-2010	98 [98-99]	96 [94-98]	ND
Toutes périodes	97 [96-98]	96 [94-97]	93 [91-95]
Âge [65;75[
1989-1993	82 [77-89]	73 [65-81]	64 [54-74]
1994-1998	88 [84-93]	81 [75-88]	73 [65-82]
1999-2004	90 [87-93]	83 [79-88]	81 [76-87]
2005-2010	98 [96-99]	96 [93-99]	ND
Toutes périodes	92 [90-94]	87 [85-89]	82 [78-85]
Âge [75;++[
1989-1993	54 [45-65]	43 [32-59]	40 [25-65]
1994-1998	58 [49-68]	51 [40-65]	35 [18-67]
1999-2004	70 [64-77]	63 [55-72]	57 [45-73]
2005-2010	80 [76-85]	77 [70-84]	ND
Toutes périodes	70 [66-73]	63 [59-69]	52 [42-65]

ND : Non disponible.

¹ Lorsque le taux de mortalité en excès est proche de zéro, la variabilité de l'estimateur peut occasionner une courbe estimée de la survie nette non monotone. Dans ce cas, la survie nette à 10 ans présentée reprend la valeur observée à 5 ans.

SURVIE À 1, 5, 10 ET 15 ANS DES PERSONNES DE MOINS DE 75 ANS DIAGNOSTIQUÉES ENTRE 1989 ET 1998 (RESTRICTION AUX REGISTRES COUVRANT L'ENSEMBLE DE LA PÉRIODE 1989-2010)

I TABLEAU 8 |	SURVIE NETTE (%) À LONG TERME SELON L'ÂGE (ÂGE < 75 ANS) [IC À 95 %]			
	1 an	5 ans	10 ans	15 ans
Âge [15;45[
1989-1998	100 [100-100]	99 [98-100]	99 [98-100]	98 [97-99]
Âge [45;55[
1989-1998	98 [97-99]	97 [95-98]	95 [93-97]	92 [89-95]
Âge [55;65[
1989-1998	94 [92-97]	93 [91-96]	90 [87-94]	88 [83-92]
Âge [65;75[
1989-1998	86 [82-89]	78 [73-83]	69 [63-75]	68 [60-76]

Synthèse et conclusion

Synthèse et conclusion

Auteurs : A. Cowpli-Bony, P. Grosclaude, N. Bossard, A. Monnereau, A.-S. Woronoff

Cette troisième étude de survie, réalisée à partir des données des registres métropolitains du réseau Francim, s'inscrit dans les objectifs des plans cancer 2009-2013 et 2014-2019, en particulier dans la mesure visant à la publication régulière de données sur les cancers [1;2].

Les résultats de cette étude reposent sur le suivi des personnes âgées de 15 ans ou plus, et présentant un cancer diagnostiqué entre 1989 et 2010. Cette monographie présente les résultats relatifs aux tumeurs solides. Les résultats concernant les hémopathies malignes font l'objet d'une monographie spécifique.

DISCUSSION SUR LA MÉTHODOLOGIE DE L'ÉTUDE : APPORTS ET LIMITES

Avec l'incidence, la mortalité et la prévalence, la survie est un des principaux indicateurs en santé publique et plus particulièrement en cancérologie. La mesure de la survie est, en effet, essentielle pour évaluer l'efficacité d'un système de santé et des actions (préventives ou curatives) mises en œuvre dans la lutte contre le cancer.

La présente étude fournit, d'une part, des estimations de survie observée (quelle que soit la cause de décès) et, d'autre part, des estimations de survie nette, survie que l'on observerait dans la situation théorique où la seule cause de décès possible serait le cancer étudié.

Ces deux indicateurs sont complémentaires. La survie nette est un indicateur épidémiologique important car, en s'affranchissant des éventuelles variations de mortalité liées aux autres causes de décès, elle permet de comparer l'efficacité du système de soins entre différentes périodes dans un même pays ou entre pays, ce qui n'est pas le cas avec la survie observée. Pour pouvoir effectuer ces comparaisons, la survie nette est, en outre, standardisée sur l'âge. En revanche, la survie nette ne doit pas être utilisée pour mesurer le pronostic individuel, car le cancer n'est pas la seule cause de décès des personnes atteintes de cancer.

L'interprétation des tendances temporelles de la survie nette est complexe. Une tendance favorable peut être le résultat de meilleurs traitements ou d'une prise en charge plus efficace, liée ou non à une détection à un stade précoce des cancers. Elle peut aussi dans un contexte précis refléter, au moins en partie, une simple avance au diagnostic par le fait que les tumeurs sont diagnostiquées à un stade de plus en plus précoce. Dans cette situation, une partie du gain de survie correspond à la seule avance au diagnostic qui est une conséquence de cette anticipation. L'évolution de la

distribution des facteurs pronostiques influençant la survie nette – comme ceux liés à la maladie elle-même (type histologique, sous-localisation anatomique) ou au patient (statut socio-économique, facteurs de risque et comorbidités) – peuvent aussi expliquer une partie des tendances observées. Il est également intéressant d'interpréter les résultats de la survie avec les autres indicateurs que sont l'incidence et la mortalité par cancer mesurées au niveau de la population. En effet, l'évolution de la mortalité pour un cancer donné est la résultante de l'incidence du cancer et de la survie des personnes atteintes de ce cancer. Si la survie est stable et que l'incidence diminue, la mortalité diminue. Si la survie s'améliore et que l'incidence est stable, la mortalité diminue également. Toutes les situations se rencontrent compte tenu de la diversité des maladies cancéreuses. Les résultats de cette étude doivent donc être interprétés en tenant compte de tous ces aspects. Dans cette étude, les estimations de survie sont fournies « tous stades confondus ». L'absence d'information sur le stade au diagnostic constitue parfois une limite dans l'interprétation, mais n'enlève rien à l'intérêt de ces résultats. De plus, l'utilisation de l'information sur le stade doit s'accompagner de précisions sur le bilan d'extension et d'une connaissance de l'évolution des pratiques cliniques pour éviter toute erreur d'interprétation. C'est pour cela que les registres ont fait le choix de ne pas fournir en routine le stade au diagnostic, mais qu'ils le font dans le cadre d'études ciblées ou sur des échantillons de cas, pour lesquels ils collectent beaucoup plus d'informations en retournant au dossier médical de chaque patient.

Cette étude porte sur une longue période (personnes atteintes d'un cancer diagnostiqué entre 1989 et 2010 et suivies jusqu'au 30 juin 2013), ce qui permet d'estimer la survie à 15 ans pour une grande majorité de cancers et d'apprécier l'évolution de la survie nette à 10 ans dans le temps en comparant les estimations pour différentes périodes de diagnostic, globalement et selon l'âge et le sexe. Le choix de présenter pour différentes périodes de diagnostic la dynamique des taux de mortalité en excès en fonction du temps écoulé depuis le diagnostic aide à formuler des hypothèses pour expliquer les tendances de la survie au cours du temps. On observe que pour de nombreux cancers le risque de décéder du cancer décroît régulièrement et devient faible lorsque le patient est vivant trois ou cinq ans après le diagnostic. Pour certains cancers, il tend vers zéro après quelques années ce qui montre qu'une partie des patients est guérie. Toutefois on ne peut pas sur ces chiffres estimer directement un délai moyen de guérison ni la proportion de patients guéris, car ces calculs relèvent d'une méthode statistique spécifique, différente de celle utilisée dans ce travail.

Références

- [1] Ministère des Affaires sociales et de la Santé. Plan cancer 2009-2013 [Internet]. Paris : Ministère des Affaires sociales et de la Santé; 2009. 140 p. [consulté le 02/05/2015]. Disponible à partir de l'URL : https://www.e-cancer.fr/component/docman/doc_download/3855-plan-cancer-2009-2013.
- [2] Ministère des Affaires sociales et de la Santé. Plan Cancer 2014-2019 [Internet]. Paris : Ministère des Affaires sociales et de la Santé; 2014. 152 p. [consulté le 02/05/2015]. Disponible à partir de l'URL : <http://www.e-cancer.fr/publications/93-plan-cancer/762-plan-cancer-2014-2019>.

PRINCIPAUX RÉSULTATS DE L'ÉTUDE

Survie nette sur la période la plus récente (2005-2010)

Cette étude confirme une disparité considérable de la survie nette entre les différentes localisations cancéreuses. Sur la période 2005-2010, la survie nette à 5 ans varie, chez les hommes, de 4 % pour le mésothéliome pleural à 96 % pour le cancer du testicule, et chez les femmes, de 7 % pour le cancer du pancréas à 98 % pour le cancer de la thyroïde (tableau 1).

Un quart des cancers diagnostiqués ont une survie nette inférieure à 33 % à 5 ans. Ces cancers de mauvais pronostic représentent 31 % des cancers chez les hommes et seulement 17 % chez les femmes. À l'inverse, les cancers de bon pronostic (ceux dont la survie nette est au moins égale à 66 % à 5 ans) représentent 52 % des cancers diagnostiqués : 57 % chez les femmes et seulement 44 % chez les hommes (tableau 1).

Ces différences entre hommes et femmes s'expliquent en grande partie par le fait que plusieurs cancers de très mauvais pronostic (cancer du poumon, de l'œsophage, du foie, de l'estomac et dans une moindre mesure de l'hypopharynx) sont plus fréquents chez les hommes. En revanche, les femmes présentent une incidence plus élevée de certains cancers de très bon pronostic (cancer du sein et de la thyroïde). Cependant, la différence de distribution des localisations cancéreuses entre hommes et femmes n'explique pas tout. Pour un même cancer, après prise en compte de l'effet de l'âge par standardisation, les femmes ont généralement un meilleur pronostic que les hommes, à l'exception du cancer de la vessie. Ce constat est souvent expliqué par une plus grande précocité de diagnostic chez les femmes, liée à une sensibilisation accrue à la prévention et au dépistage. Il n'est cependant pas possible de confirmer cette hypothèse en l'absence de données sur le stade au diagnostic.

Une autre interprétation avancée est une répartition différente des sous-localisations anatomiques et des types histologiques de cancers selon le sexe, liée à des différences d'expositions aux facteurs de risque. Ainsi, pour les cancers de la tête et du cou, l'écart de survie entre hommes et femmes est particulièrement important (notamment pour l'oropharynx, la langue et la cavité orale). Cet écart de survie en faveur des femmes peut s'expliquer en partie par une plus grande proportion de cancers liés à l'exposition alcool-tabagique chez les hommes, cancers ayant un plus mauvais pronostic. Toutefois, dans cette situation, la différence de survie peut être surestimée, du fait de l'existence d'un biais lié au calcul de la survie nette. En effet, la survie nette est calculée en faisant l'hypothèse qu'en l'absence de cancer, la survie (survie attendue) des sujets cancéreux serait la même que celle de la population générale. Cette hypothèse est fautive lorsque l'un des facteurs de risque du cancer étudié cause aussi d'autres maladies qui diminuent fortement l'espérance de vie, comme c'est le cas du tabac et de l'alcool. La survie attendue chez les sujets exposés à ces

facteurs est alors surestimée, et la survie nette sous-estimée. Une fréquence plus élevée de cancers de la tête et du cou liés au HPV chez la femme, cancers de meilleur pronostic, pourrait également expliquer cet écart de survie.

Pour l'ensemble des cancers, la survie diminue avec l'âge. Une particularité pour le cancer du sein, les femmes les plus jeunes (moins de 45 ans) ont un moins bon pronostic que les femmes de 45-74 ans. Cette observation serait liée à l'existence à cet âge de tumeurs plus agressives, découvertes à un stade plus tardif.

Le moins bon pronostic des personnes âgées est lié à une mortalité initiale élevée, ce qui est décrit par la dynamique des taux de mortalité en excès. Globalement, le risque de décéder du cancer est généralement élevé dans la phase initiale puis tend à décroître après la première année. Chez les sujets âgés, ce risque est plus accentué et maximal immédiatement après le diagnostic pour la grande majorité des localisations. Pour les sujets les plus jeunes, le risque de décéder est généralement plus faible et devient maximal environ 6 mois à 1 an après le diagnostic pour plusieurs cancers (tête et cou, œsophage, estomac, poumon, utérus, sarcomes des tissus mous et dans une moindre mesure pour la vessie et le rein). L'existence de comorbidités, une espérance de vie raccourcie et des cancers à un stade plus avancé au diagnostic sont à l'origine d'une prise en charge thérapeutique souvent suboptimale et peuvent expliquer cette surmortalité chez les sujets âgés.

Tendances de la survie nette entre 1989 et 2010

Une amélioration de la survie nette standardisée à 5 ans des sujets est observée pour la plupart des cancers sur la période 1989-2010 (figure 1)

Cette amélioration est due, d'une part, à la précocité des diagnostics (liée au dépistage organisé ou individuel, mais également à une amélioration des pratiques et techniques diagnostiques), et d'autre part, aux progrès thérapeutiques de ces dernières années. Toutefois, l'impact respectif de ces deux facteurs reste difficile à quantifier en l'absence de prise en compte du stade dans l'analyse.

L'intrication de ces deux facteurs explique ainsi l'amélioration de la survie pour les cancers de la prostate, du sein, du rein, du côlon, du rectum, du foie et de certains cancers de la tête et du cou. Pour d'autres localisations (thyroïde, mélanome cutané), l'amélioration de la survie résulte essentiellement de la précocité des diagnostics, mais aussi de la part croissante des formes histologiques de très bon pronostic (e.g. : papillaire pour la thyroïde).

Le gain de survie lié à la détection précoce peut être la conséquence d'une meilleure prise en charge, mais aussi d'un allongement artificiel de la durée d'observation de la maladie du fait de l'anticipation du diagnostic (biais d'avance au diagnostic). Par exemple, pour le cancer de la prostate,

l'amélioration majeure de la survie est principalement due à l'avance au diagnostic du fait du dépistage individuel par le dosage du PSA. Ce phénomène peut aussi expliquer en partie les améliorations de la survie pour les autres localisations.

Pour les cancers de la tête et du cou, une modification de la répartition des différents sites anatomiques et une augmentation de la fréquence des cancers liés au HPV, cancers de meilleur pronostic en raison d'une sensibilité accrue à la radio-chimiothérapie, contribueraient également à expliquer l'augmentation de la survie au cours du temps.

L'amélioration de la survie semble moins marquée chez les sujets les plus âgés, notamment pour les localisations les plus fréquentes (côlon, rectum, sein, prostate). En raison des facteurs cités plus haut (comorbidités, cancer plus évolué, traitements moins agressifs), on peut penser que cette population a moins bénéficié des progrès diagnostiques et thérapeutiques. Elle est également peu ou non concernée par les pratiques de dépistage (après 74 ans) et n'a pas toujours le même suivi médical que celui des sujets plus jeunes.

À l'inverse, la survie diminue entre 1989 et 2010 pour les cancers du col utérin et de la vessie (figure 1)

Pour les cancers du col utérin, cette diminution de la survie avec le temps est paradoxalement attribuée à un recours plus important au dépistage par un mécanisme de sélection des cancers. En effet, le dépistage permet non seulement d'identifier et de réséquer les lésions précancéreuses, mais également de détecter des cancers à un stade précoce de leur croissance invasive. Les cancers invasifs du col diagnostiqués, bien que moins nombreux aujourd'hui, comportent une proportion plus importante de cancers de mauvais pronostic : des cancers agressifs au développement rapide, des cancers ayant échappé au dépistage (non diagnostiqués par le frottis) et des cancers avancés chez des femmes non dépistées. Ceci induit une baisse de la survie.

Pour la vessie, les modifications des critères de malignité des tumeurs ont entraîné, sur les périodes récentes, un recensement plus sélectif orienté vers des cancers de plus mauvais pronostic, ce qui explique la diminution de la survie.

COMPARAISONS AUX ÉTUDES EUROCORE-5 ET CONCORD-2

Les résultats de cette étude sont concordants avec ceux présentés dans la dernière étude européenne EUROCORE-5, estimant la survie relative à 5 ans des personnes atteintes de cancers diagnostiqués entre 2000 et 2007 [3;4]. Ainsi à l'échelle européenne, les cancers avec le meilleur pronostic sont par ordre décroissant les cancers du testicule (88,6 %), de la lèvre (88,1 %), de la thyroïde (86,5 %), de la prostate (83,4 %) et du sein (81,8 %). Les cancers avec le moins bon pronostic sont les cancers du pancréas (6,9 %), de la plèvre (7,2 %), du foie (11,7 %) et du poumon (13,0 %). Les femmes ont une meilleure survie que les hommes pour toutes les localisations cancéreuses à l'exception de la vessie et des voies biliaires. La survie diminue également avec l'âge [3;4]. La survie relative à 5 ans de la majorité des cancers en France est comparable ou supérieure à la moyenne européenne. Cependant, la survie des cancers de la tête et du cou, du corps utérin et de la vessie est inférieure à la moyenne européenne (respectivement 33,7 % vs 39,9 %, 73,0 % vs 76,2 %, 57,0 % vs 68,6 %). Pour ces trois localisations, la moins bonne survie en France pourrait s'expliquer par des différences d'enregistrements des cancers et de répartition des caractéristiques tumorales au diagnostic (notamment le stade, le type histologique) et des facteurs individuels (statut socio-économique, facteurs de risque et comorbidités) [3;4]. L'évolution de la survie entre 1999 et 2007 est également étudiée dans cette étude pour neuf cancers fréquents (estomac, colon, rectum, poumon, mélanome cutané, sein, ovaire, prostate, rein) : une amélioration de la survie était observée sur la période pour l'ensemble de l'Europe, à l'exception du cancer de l'ovaire [4].

Utilisant les données de cancers diagnostiqués entre 1995 et 2009 dans 67 pays à travers le monde, l'étude CONCORD-2 montre des variations importantes de la survie nette à 5 ans selon les pays et les localisations cancéreuses (estomac, côlon, rectum, poumon, foie, sein, ovaire, col utérin, prostate) [5]. Ces écarts de survie sont attribués à des différences d'accès à un système de soins performant (en termes de détection précoce et de traitements). Comparativement aux autres pays, la France occupe globalement une bonne position, en particulier pour les cancers du sein [5].

[3] Survival of Cancer Patients in Europe The EUROCORE-5 Study [Internet]. Roma : Istituto Superiore di Sanità [consulté le 02/05/2015]. Disponible à partir de l'URL : <https://w3.iss.it/site/EU5Results/>.

[4] De Angelis R, Sant M, Coleman MP, Francisci S, Baili P, Pierannunzio D, et al. Cancer survival in Europe 1999-2007 by country and age: results of EUROCORE-5-a population-based study. *Lancet Oncol* 2014;15:23-34.

[5] Allemani C, Weir HK, Carreira H, Harewood R, Spika D, Wang XS, et al. Global surveillance of cancer survival 1995-2009: analysis of individual data for 25 676 887 patients from 279 population-based registries in 67 countries (CONCORD-2). *Lancet* 2015;385(9972):977-1010.

CONCLUSION

Outre la grande disparité de survie entre les localisations cancéreuses, cette étude montre une amélioration de la survie pour la plupart d'entre elles. Au-delà des améliorations de la survie liées aux progrès thérapeutiques, une partie de cette amélioration se rapporte à une plus grande précocité des diagnostics, liée principalement au dépistage organisé ou individuel. Si l'anticipation du diagnostic qu'induit le dépistage permet souvent une amélioration de la prise en charge, on ne peut cependant pas ignorer le débat sur le surdiagnostic et le surtraitement. En effet, le dépistage est à l'origine du diagnostic d'une plus grande proportion de cancers peu évolutifs qui, en l'absence de dépistage, n'auraient pas eu d'impact sur l'espérance ou la qualité de vie des patients. Pour pallier ces inconvénients, il est donc nécessaire d'optimiser la prise en charge de ces cancers peu évolutifs afin de maintenir la qualité de vie des patients sans perte de chance. On peut aussi espérer que l'identification de sous-types moléculaires et génétiques permettra de mieux évaluer le potentiel évolutif de ces cancers et d'améliorer leur prise en charge, notamment par le recours à de nouvelles approches thérapeutiques comme la surveillance active (surveillance médicale régulière dans l'attente d'une fenêtre thérapeutique) ou à de nouvelles thérapies. Enfin, il semble important de poursuivre l'évaluation des dépistages, notamment l'évaluation de la balance bénéfices/risques (surdiagnostic), afin de mieux comprendre l'impact de ces pratiques sur la survie et la qualité de vie, et d'apporter des améliorations à l'organisation du dépistage et à la prise en charge des patients.

Certains cancers restent aujourd'hui de mauvais pronostic. C'est en particulier le cas des cancers associés au tabac et à l'alcool (cancers du poumon, de l'œsophage, de la tête et du cou). Même si l'on observe une amélioration de la survie sur la période étudiée la plus récente (2005-2010), les efforts de prévention primaire et de détection précoce dans les populations à risques doivent être poursuivis.

En comparaison aux autres classes d'âge, l'impact du cancer sur la survie est plus fort chez les sujets les plus âgés. L'âge a souvent été un facteur justifiant l'abstention thérapeutique ou un traitement moins agressif. Or les personnes âgées avec un bon état général et sans comorbidité sévère pourraient bénéficier des mêmes traitements que ceux proposés aux plus jeunes. Chez les sujets âgés, le choix du traitement optimal doit être réalisé en tenant compte de l'état général, des comorbidités, du contexte sociofamilial et des préférences personnelles. Un des objectifs du troisième Plan cancer vise justement à améliorer la prise en charge des personnes âgées avec le recours plus systématique à l'évaluation gériatrique et avec le développement d'une approche multidisciplinaire et multiprofessionnelle, à travers les réunions de concertation pluridisciplinaire d'oncogériatrie et une collaboration étroite entre oncologues et gériatres [2].

Survie nette à 5 ans selon le sexe et la localisation cancéreuse sur la période 2005-2010

Homme			Femme		
Localisation cancéreuse	Survie nette à 5 ans (%) ¹	% de cas	Localisation cancéreuse	Survie nette à 5 ans (%) ¹	% de cas
Survie nette à 5 ans <33 %					
Mésothéliome pleural	4		Pancréas	7	
Pancréas	8		Mésothéliome pleural	11	
Œsophage	14		Foie	14	
Foie	15		Voies biliaires	15	
Poumon	16	31	Œsophage	16	17
Système nerveux central	19		Poumon	20	
Voies biliaires	19		Système nerveux central	21	
Estomac	23		Estomac	28	
Hypopharynx	28				
Survie nette à 5 ans entre 33 % et 65 %					
Oropharynx	38		Hypopharynx	34	
Langue	39		Ovaire	43	
Cavité orale	43		Vessie	43	
Vessie	50		Cavités nasales ²	46	
Cavités nasales ²	53		Oropharynx	49	
Intestin grêle	53		Vulve et vagin	49	
Nasopharynx	54		Intestin grêle	51	
Larynx	57	25	Langue	52	26
Sarcomes des tissus mous	58		Cavité orale	54	
Rectum	59		Sarcomes des tissus mous	56	
Glandes salivaires	60		Côlon	59	
Côlon	61		Larynx	60	
Pénis	62		Rectum	60	
Os ³	63		Os ³	61	
			Nasopharynx	64	
			Col utérin	64	
Survie nette à 5 ans ≥66 %					
Rein	71		Glandes salivaires	68	
Mélanome de l'uvée	73		Rein	71	
Mélanome cutané	86		Mélanome de l'uvée	73	
Lèvre	86	44	Corps utérin	74	57
Thyroïde	92		Lèvre	76	
Prostate	94		Sein	88	
Testicule	96		Mélanome cutané	92	
			Thyroïde	98	

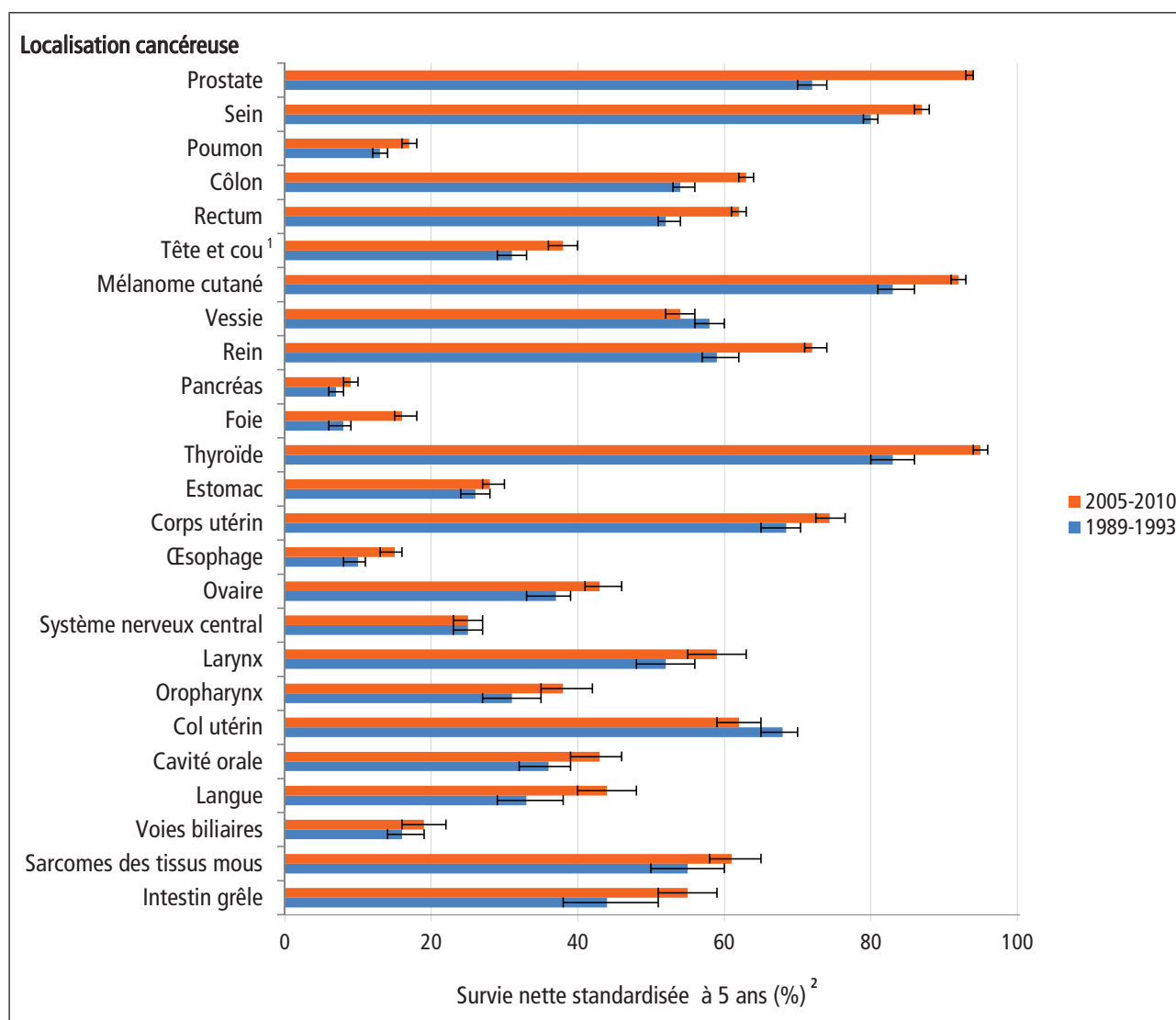
¹ La survie nette standardisée n'étant pas disponible pour toutes les localisations étudiées, les estimations de survie nette non standardisée sont présentées et sont issues de la première partie des résultats « Survie à 1, 3 et 5 ans des personnes diagnostiquées entre 2005 et 2010 » par localisation.

² Inclus les fosses nasales, les sinus annexes de la face et les oreilles moyenne et interne.

³ Os, articulations et cartilages articulaires.

I FIGURE 1 I

Tendances de la survie nette standardisée à 5 ans par localisation cancéreuse : comparaison des périodes de diagnostic 1989-1993 et 2005-2010 (tous âges et tous sexes confondus)



Du fait d'effectifs trop faibles, les résultats sur la survie nette standardisée par période de diagnostic sont absents pour les localisations suivantes : lèvre, glandes salivaires, nasopharynx, hypopharynx, fosses nasales-sinus annexes de la face-oreilles moyenne et interne, mésothéliome pleural, os-articulations et cartilages articulaires, vulve et vagin, pénis, testicule, mélanome de l'œil.

¹ Inclus les cancers de la cavité orale, de la langue, de l'oropharynx, de l'hypopharynx et du nasopharynx.

² Les estimations de survie nette standardisée sont issues de la deuxième partie des résultats « Tendances de la survie à 1, 5 et 10 ans pour les personnes diagnostiquées entre 1989 et 2010 » par localisation.

Annexe – Registres du réseau Francim

Registre	Responsable scientifique
Registres généraux de cancers	
Registre des cancers du Bas-Rhin	Pr Michel Velten
Registre général des tumeurs du Calvados	Dr Anne-Valérie Guizard
Registre des tumeurs du Doubs et du Territoire de Belfort	Dr Anne-Sophie Woronoff
Registre général des cancers de la Gironde	Dr Gaëlle Coureau
Registre des cancers de la Guadeloupe	Dr Jacqueline Deloumeaux
Registre des cancers de Guyane	Dr Sylvain Labbe
Registre des cancers du Haut-Rhin	Dr Emilie Marrer
Registre des tumeurs de l'Hérault	Dr Brigitte Trétarre
Registre du cancer de l'Isère	M. Marc Colonna
Registre général des cancers de Lille et de sa région	Dr Karine Jehannin-Ligier
Registre général des cancers en région Limousin	Dr Nathalie Leone
Registre des tumeurs de Loire-Atlantique et Vendée	Dr Florence Molinié
Registre des cancers de la Manche	Dr Simona Bara
Registre général des cancers de la Martinique	Dr Clarisse Joachim
Registre du cancer de la Nouvelle Calédonie	Dr Sylvie Laumond
Registre général des cancers de la région Poitou-Charentes	Dr Gautier Defosse
Registre du cancer de la Somme	Pr Olivier Ganry
Registre des cancers du Tarn	Dr Pascale Grosclaude
Registres spécialisés de cancers	
Registre bourguignon des cancers digestifs	Dr Anne-Marie Bouvier
Registre des tumeurs digestives du Calvados	Pr Guy Launoy
Registre finistérien des tumeurs digestives	Pr Jean-Baptiste Nousbaum
Registre régional des hémopathies malignes de Basse-Normandie	Pr Xavier Troussard
Registre des hémopathies malignes de Côte-d'Or	Pr Marc Maynadié
Registre des hémopathies malignes de la Gironde	Dr Alain Monnereau
Registre national des hémopathies malignes de l'enfant (RNHE)	Dr Jacqueline Clavel
Registre national des tumeurs solides de l'enfant (RNTSE)	Dr Brigitte Lacour
Registre multicentrique du mésothéliome à vocation nationale	Dr Françoise Galateau-Sallé
Registre des cancers du sein et des cancers gynécologiques de Côte-d'Or	Dr Patrick Arveux
Registre des tumeurs primitives du système nerveux de la Gironde	Dr Isabelle Baldi
Registre des cancers thyroïdiens Marne-Ardenne	Dr Claire Schwartz
Registre Rhône alpin des cancers thyroïdiens	Dr Geneviève Sassolas

Abréviations

AFU	Association française d'urologie
CER	Comité d'évaluation des registres
CIM-10	Classification internationale des maladies, 10 ^e révision
CIM-O-1	Classification internationale des maladies pour l'oncologie, 1 ^{re} édition
CIM-O-2	Classification internationale des maladies pour l'oncologie, 2 ^e édition
CIM-O-3	Classification internationale des maladies pour l'oncologie, 3 ^e édition
CIN	Néoplasie intra-épithéliale cervicale
Circ	Centre international de recherche sur le cancer
CNR	Comité national des registres
DCO	Death Certificate Only
DIM	Départements de l'information médicale
EGB	Échantillon généraliste des bénéficiaires
Figo	Fédération internationale de gynécologie obstétrique
Francim	Réseau français des registres des cancers
HCL	Hospices civils de Lyon
HER2	Human epidermal growth factor receptor 2
HPV	Human papillomavirus ou papillomavirus humain
HPV-HR	Infection à papillomavirus humain à haut risque
IC	Intervalle de confiance
ICSS	International Cancer Survival Standards
INCa	Institut national du cancer
Insee	Institut national de la statistique et des études économiques
InVS	Institut de veille sanitaire
LDH	Lactate déshydrogénase
ND	Non disponible
OMS	Organisation mondiale de la santé
PSA	Prostate Specific Antigen ou antigène spécifique de la prostate
RNIPP	Répertoire national d'identification des personnes physiques
SEER	Surveillance, Epidemiology and End Results
SNC	Système nerveux central
STM	Sarcomes des tissus mous
UCNT	Undifferentiated Carcinoma of Nasopharyngeal Type
VBEH	Voies biliaires extrahépatiques

Anne Cowppli-Bony, Zoé Uhry, Laurent Remontet, Anne-Valérie Guizard, Nicolas Voirin, Alain Monnereau,
Anne-Marie Bouvier, Marc Colonna, Nadine Bossard, Anne-Sophie Woronoff, Pascale Grosclaude
Survie des personnes atteintes de cancer en France métropolitaine, 1989-2013. Partie 1 – Tumeurs solides

Saint-Maurice (Fra) : Institut de veille sanitaire ; 2016. 274 p.

ISBN : 979-10-289-0207-0
ISBN Net : 979-10-289-0180-6
ISSN : 1956-6964

Tous droits réservés
Imprimé à 125 exemplaires par Techniplan – Jouy-en-Josas

DÉPÔT LÉGAL FÉVRIER 2016



Survie des personnes atteintes de cancer en France métropolitaine 1989-2013

Étude à partir des registres des cancers du réseau Francim
Partie 1 – Tumeurs solides

L'objectif de cette étude est de fournir, à partir des données de population des registres du réseau Francim, des estimations actualisées de survie observée et nette à 1, 3, 5 et 10 ans après un diagnostic de cancer et de présenter les tendances temporelles de la survie. Des estimations de la survie à 15 ans sont également produites pour la première fois en France.

L'étude a inclus tous les nouveaux cas de cancers solides, diagnostiqués entre 1989 et 2010 chez les personnes âgées de 15 ans ou plus dans 19 départements métropolitains, soit 502 063 cas incidents. Les résultats sont présentés pour 37 localisations de cancers, tous stades confondus.

La survie nette des personnes atteintes de cancer solide varie considérablement selon la localisation cancéreuse sur la période 2005-2010. Les cancers de mauvais pronostic (survie nette à 5 ans inférieure à 33 %) représentent 31 % des cancers solides chez l'homme et 17 % chez la femme. À l'inverse, les cancers de bon pronostic (survie nette à 5 ans supérieure ou égale à 66 %) représentent 57 % des cancers solides chez la femme et 44 % chez l'homme. Pour un même cancer, les femmes ont le plus souvent une survie supérieure à celle des hommes. La survie diminue avec l'âge pour l'ensemble des cancers solides.

Une amélioration de la survie nette est observée pour la plupart des cancers solides sur la période 1989-2010, moins marquée chez les sujets âgés. Cette amélioration peut, en partie, se rapporter aux progrès thérapeutiques ainsi qu'à une plus grande précocité des diagnostics, à l'origine d'une meilleure prise en charge mais également d'un mécanisme d'avance au diagnostic du fait d'un dépistage. Selon les cancers étudiés, ces deux facteurs explicatifs peuvent se combiner. D'autres facteurs peuvent également contribuer à expliquer les tendances de la survie et sont discutés pour chaque localisation cancéreuse étudiée.

Survival of cancer patients in metropolitan France 1989-2013

A study based on Francim network of cancer registries
Part 1 – Solid tumors

The objective of this study was to provide updated estimates of crude and net survival at 1, 3, 5, and 10 years after cancer diagnosis and survival trends, on population data from Francim registries. Survival at 15 years was also estimated for the first time in France.

The study included all new cases of solid cancers diagnosed between 1989 and 2010 in people aged 15 or over in 19 metropolitan departments, a total of 502 063 cases. The results are reported for 37 cancer sites (all stages combined).

The net survival of cancer patients varied considerably with cancer site over the period 2005-2010. Poor-prognosis cancers (5-year net survival of less than 33%) accounted for 31% of all solid cancers in men and 17% in women. Good-prognosis cancers (5-year net survival of 66% or more) accounted for 57% of all solid cancers in women and 44% in men. When diagnosed with identical cancers, women had often better survival than men. For all cancer sites, survival decreased with age.

Improvements of net survival were observed for most cancers between 1989 and 2010, less pronounced in elderly patients. These improvements are mainly related to treatment advances and earlier diagnosis which can result in improved care but also in overdiagnosis and lead-time bias due to screening. These two explanatory factors can combine according to the cancer site. Other reasons may also exist to explain survival trends and are discussed for each cancer studied.

Mots-clés : survie, cancer, France, registres de population