



RÉPUBLIQUE  
FRANÇAISE

*Liberté  
Égalité  
Fraternité*



DÉCEMBRE 2020

# Survie des personnes atteintes de cancer en France métropolitaine 1989-2018

## ŒSOPHAGE CANCERS EPIDERMOÏDES

Etude collaborative partenariale entre le réseau français des registres des cancers (Francim), le service de Biostatistique-Bioinformatique des Hospices civils de Lyon (HCL), Santé publique France et l'Institut national du cancer (INCa)

### AUTEURS

Mélanie Cariou  
Jean-Baptiste Nousbaum  
Véronique Bouvier  
Anne-Marie Bouvier  
Camille Lecoffre  
Lionel Lafay  
Gaëlle Coureau  
Morgane Mounier  
Brigitte Trétarre

### Réalisation de l'étude

Collecte des données : registres des cancers du réseau Francim.

Interprétation et commentaires pour le cancer épidermoïde de l'œsophage : Mélanie Cariou (Registre finistérien des tumeurs digestives), Jean-Baptiste Nousbaum (Registre finistérien des tumeurs digestives), Véronique Bouvier (Registre des tumeurs digestives du Calvados), Anne-Marie Bouvier (Registre bourguignon des cancers digestifs)

Développements méthodologiques et analyse statistique : Emmanuelle Dantony (service de Biostatistique-Bioinformatique des HCL), Zoé Uhry (Santé publique France et service de Biostatistique-Bioinformatique des HCL), Laurent Roche (service de Biostatistique-Bioinformatique des HCL), Mathieu Fauvernier (service de Biostatistique-Bioinformatique des HCL), Nadine Bossard (service de Biostatistique-Bioinformatique des HCL), Laurent Remontet (service de Biostatistique-Bioinformatique des HCL)

### Coordination de la rédaction

Gaëlle Coureau (Registre général des cancers de la Gironde), Morgane Mounier (Registre des hémopathies malignes de Côte-d'Or), Brigitte Trétarre (Registre des tumeurs de l'Hérault)

### Coordination de la publication

Santé publique France : Camille Lecoffre, Florence de Maria  
Institut national du cancer : Philippe-Jean Bousquet, Lionel Lafay, Camille de Brauer

### 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).

### Conception et réalisation graphique

La maquette, la mise en page et la couverture ont été réalisées par l'Institut national du cancer.

### Financement

Institut national du cancer, Santé publique France

## Liste des registres des cancers du réseau Francim inclus dans cette étude

Registres généraux	Registres spécialisés
Registre des cancers du Bas-Rhin	Registre bourguignon des cancers digestifs
Registre général des tumeurs du Calvados	Registre des tumeurs digestives du Calvados
Registre des tumeurs du Doubs et du Territoire de Belfort	Registre finistérien des tumeurs digestives
Registre général des cancers de la Gironde	Registre des cancers du sein et des cancers gynécologiques de Côte-d'Or
Registre des cancers du Haut-Rhin	Registre des tumeurs primitives du système nerveux central de la Gironde
Registre des tumeurs de l'Hérault	Registre des cancers thyroïdiens Marne-Ardennes
Registre du cancer de l'Isère	Registre des hémopathies malignes de Basse-Normandie
Registre général des cancers de Lille et de sa Région	Registre des hémopathies malignes de Côte-d'Or
Registre général des cancers en Région Limousin	Registre des hémopathies malignes de la Gironde
Registre des tumeurs de Loire-Atlantique et de Vendée	Registre national des hémopathies malignes de l'enfant
Registre des cancers de la Manche	Registre national des tumeurs solides de l'enfant
Registre général des cancers de Poitou-Charentes	
Registre du cancer de la Somme	
Registre des cancers du Tarn	



## DESCRIPTION DE LA LOCALISATION ÉTUDIÉE

ŒSOPHAGE CANCER EPIDERMOÏDE		CIM-O-3	Correspondance en CIM-O-2	Correspondance en CIM-10
	Topographie	C15.0 à C15.9	C15.0 à C15.9	C15.0 à C15.9
Morphologie	8051, 8070-78, 8082-8084, 8123 ; comportement tumoral /3			

## À RETENIR

- Pronostic défavorable avec une survie nette standardisée à 5 ans de 14 % chez l'homme et de 21 % chez la femme pour les cas diagnostiqués entre 2010 et 2015
- A tous les âges, amélioration régulière de la survie nette standardisée à 1 an, 5 ans et 10 ans depuis 1990, moins marquée depuis 2005
- Survie à long terme chez les personnes diagnostiquées avant 75 ans de l'ordre de 3 % et ce quel que soit l'âge.

## INCIDENCE

En France, pour l'année 2018, le nombre estimé de nouveaux cas de cancer épidermoïde de l'œsophage était de 3 224 soit près de 60 % des cancers de l'œsophage. Le nombre estimé de décès par cancer de l'œsophage toutes histologies confondues était de 3 725 [1].

### DÉFINITION ET ÉLÉMENTS DE MÉTHODE

Se reporter à la fiche [Matériel et méthode pour les détails et pour le guide de lecture des résultats](#).

**DÉFINITION :** Deux indicateurs clés permettent d'appréhender la mortalité due au cancer étudié : le taux de mortalité en excès et la survie nette. Le taux de mortalité en excès est estimé par comparaison au taux de mortalité attendu en population générale. La survie nette découle directement du taux de mortalité en excès et correspond à la survie qui serait observée si la seule cause de décès possible était le cancer étudié.

**MATÉRIEL :** Registres métropolitains (19 à 22 départements selon le cancer), personnes diagnostiquées entre 1989 et 2015 et suivies jusqu'au 30 juin 2018. Les données analysées diffèrent selon les parties et sont décrites au début de chaque partie.

**MÉTHODE :** Modélisation flexible du taux de mortalité en excès (voir la fiche [Matériel et méthode](#)). Des résultats complémentaires sont présentés en [Fiche complément](#).

## Partie 1. Survie à 1 et 5 ans des personnes diagnostiquées entre 2010 et 2015

### Tous registres

Le pronostic du cancer épidermoïde de l'œsophage (CEO) est défavorable **avec une survie nette standardisée estimée à 48 % et 16 % respectivement à 1 an et 5 ans après le diagnostic, toujours plus élevée chez la femme que chez l'homme** (Table 2). En Occident, la plupart des CEO sont liés à une consommation excessive d'alcool et de tabac [2-3]. Le facteur pronostique majeur de ces cancers est le stade au diagnostic, les tumeurs étant le plus souvent révélées tardivement par une dysphagie et une altération de l'état général. En effet, plus de cinquante pour cent des personnes diagnostiquées avec un CEO se présentent à un stade localement avancé ou métastatique ne permettant pas de résection chirurgicale curative. La plupart des tumeurs sont très agressives (car lymphophiles) [4], et surviennent plus fréquemment dans des populations socialement défavorisées.

**Les estimations de la survie observée à 5 ans sont très proches de celles de la survie nette**, ce qui reflète le caractère agressif de la maladie, le cancer représentant la principale cause de décès. L'excès de mortalité dû à la maladie et à sa prise en charge est observé dans l'année suivant le diagnostic (Figure 1a).

**La survie nette diminue avec l'âge au diagnostic** (Figure 2). A 1 an, elle passe de 54 % chez les personnes de 50 ans à 39 % chez celles de 80 ans et à 5 ans de suivi, elle passe de 20 % à 11 % respectivement pour les mêmes âges au diagnostic (Table 2 ; Figure 1b). Cette diminution est la conséquence de la différence de mortalité en excès observée durant la première année de suivi entre les différents âges. Chez les personnes diagnostiquées à 80 ans, le

taux de mortalité en excès 6 mois après le diagnostic est de 1,00 décès par personne-année (soit une probabilité de décéder dans le mois de 8 %) alors qu'il est de 0,63 décès par personne-année (soit une probabilité de décéder dans le mois de 5,1 %) chez les personnes diagnostiquées à 50 ans (Figure 1a ; Table C2-Complément).

Ces écarts sont probablement liés aux comorbidités plus fréquentes avec l'avancée en âge et qui influencent la prise en charge avec notamment un accès plus limité aux traitements de référence.

Trois ans après le diagnostic, les taux de mortalité en excès sont proches quel que soit l'âge (0,18 à 0,24 décès par personne-année soit une probabilité de décéder dans l'année entre 16 et 21 %) (Figure 1a ; Table C2-Complément).

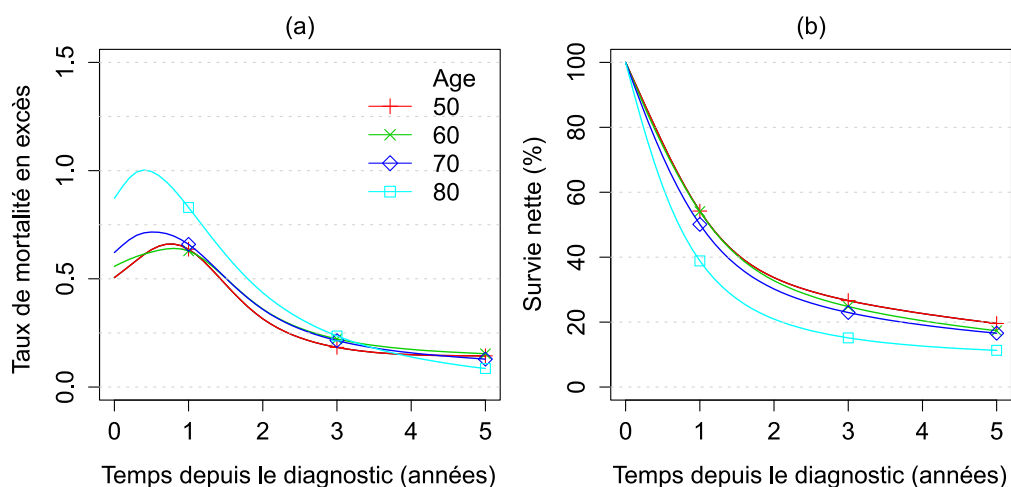
**TABLE 1. Descriptif des données analysées (tous registres) – Œsophage cancers épidermoïdes**

	Hommes	Femmes	Ensemble
Nombre de cas	3 701	1 151	4 852
Nombre de décès à 5 ans	3 162	923	4 085
Age médian au diagnostic (percentiles 5 et 95), en années	65 (50-84)	69 (50-88)	66 (50-86)

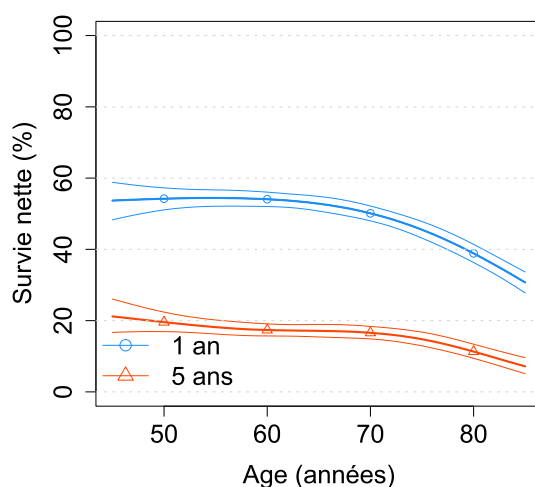
**TABLE 2. Survies observée, nette, nette standardisée et nette par âge à 1 et 5 ans (en %) et intervalle de confiance à 95 % – Œsophage cancers épidermoïdes**

	1 an			5 ans		
	Homme	Femme	Ensemble	Homme	Femme	Ensemble
Survie observée	47 [46 ; 49]	48 [45 ; 51]	47 [46 ; 49]	13 [12 ; 14]	18 [16 ; 20]	14 [13 ; 15]
Survie nette	48 [47 ; 50]	49 [46 ; 51]	48 [47 ; 50]	14 [13 ; 16]	19 [17 ; 22]	16 [14 ; 17]
Survie nette standardisée	47 [45 ; 49]	50 [48 ; 53]	48 [46 ; 49]	14 [13 ; 15]	21 [18 ; 23]	16 [14 ; 17]
Survie nette par âge						
50 ans	53 [50 ; 57]	59 [52 ; 66]	54 [51 ; 57]	17 [15 ; 20]	28 [21 ; 34]	20 [17 ; 22]
60 ans	53 [51 ; 56]	56 [52 ; 60]	54 [52 ; 56]	17 [15 ; 19]	21 [17 ; 25]	17 [16 ; 19]
70 ans	49 [47 ; 51]	54 [49 ; 58]	50 [48 ; 52]	14 [13 ; 16]	22 [18 ; 26]	17 [15 ; 18]
80 ans	38 [35 ; 41]	42 [38 ; 47]	39 [36 ; 41]	9 [7 ; 11]	16 [13 ; 20]	11 [9 ; 13]

**FIGURE 1.** Taux de mortalité en excès (en nombre de décès par personne-année) (a) et survie nette (b) selon le temps depuis le diagnostic pour différents âges, hommes et femmes ensemble – Œsophage cancers épidermoïdes



**FIGURE 2.** Survie nette à 1 et 5 ans selon l'âge au diagnostic avec intervalle de confiance à 95 %, hommes et femmes ensemble – Œsophage cancers épidermoïdes



## Partie 2. Tendances de la survie nette à 1, 5 et 10 ans des personnes diagnostiquées entre 1990 et 2015

### Restriction aux registres couvrant l'ensemble de la période 1990-2015, hommes et femmes ensemble

On constate **une amélioration régulière de la survie nette standardisée à 1 an, 5 ans et 10 ans depuis 1990, moins marquée depuis 2005** (Figure 3 ; Table 4). Ce gain, principalement dû à la réduction du taux de mortalité en excès dans l'année qui suit le diagnostic, a profité à l'ensemble des personnes quel que soit leur âge au diagnostic (Table C4 - Complément). A 1 an de suivi, on note

10 à 11 points de pourcentage de gain de survie entre 1990 et 2015, et ce quel que soit l'âge. A 5 ans, ce gain est légèrement plus faible (+6 points de pourcentage) pour les personnes de 80 ans que pour les âges inférieurs (+8 points de pourcentage) (Table 5a).

L'amélioration de la survie nette à 10 ans entre 1990 et 2010 est comprise entre 3 et 6 points de pourcentage et est plus marquée chez les personnes de 50 à 70 ans (Table 5b ; Figure 4).

Une diminution du taux de mortalité en excès 6 mois après le diagnostic est observée quel que soit l'âge passant par exemple de 0,83 à 0,61 décès par personne-année entre 1990 et 2015 pour les personnes âgées de 60 ans (Figure 6 ; Table C4-Complément). Cela se traduit par une amélioration de la survie à 1 an avec un gain de 10 points de pourcentage au cours de la période correspondante (Table 5a).

Les traitements anticancéreux « historiques » à base de 5FU et de sel de platine, d'une efficacité limitée, se sont accompagnés d'un bénéfice en survie globale et survie sans progression relativement faible [5-6]. La réduction de la morbidité et de la mortalité chirurgicale dans les années récentes ainsi que les traitements adjuvants ont amélioré la survie des personnes ayant un cancer résecable.

Contrairement à l'adénocarcinome, il n'y a pas eu de nouvelles thérapeutiques lors de la décennie 2005-2015, le gain de survie a été moindre (+2 points de pourcentage). Récemment, des thérapies innovantes, telles que l'immunothérapie, en cours d'essai cliniques, ont montré des résultats prometteurs sur la survie. La combinaison immunothérapie et chimiothérapie est également en cours d'étude avec des résultats préliminaires très encourageants.

**TABLE 3. Descriptif des données analysées (registres couvrant l'ensemble de la période 1990-2015) – Œsophage cancers épidermoïdes**

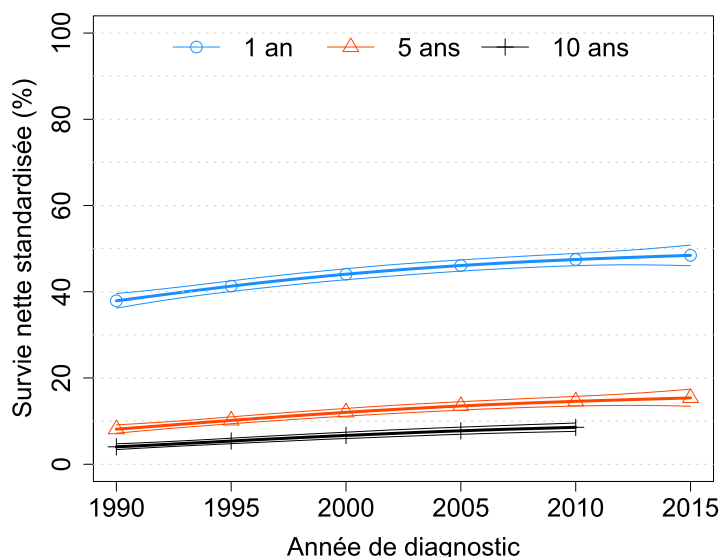
	Hommes et femmes ensemble
Nombre de cas	9 806
Nombre de décès à 10 ans	9 118
Age médian au diagnostic (percentiles 5 et 95), en années	64 (47-84)

**TABLE 4. Survie nette standardisée (en %) à 1, 5, 10 ans selon l'année de diagnostic et intervalle de confiance à 95 %\* – Œsophage cancers épidermoïdes**

Année	1 an	5 ans	10 ans
1990	38 [36 ; 40]	8 [7 ; 9]	4 [3 ; 5]
1995	41 [40 ; 43]	10 [9 ; 11]	5 [5 ; 6]
2000	44 [43 ; 45]	12 [11 ; 13]	7 [6 ; 7]
2005	46 [45 ; 47]	14 [13 ; 15]	8 [7 ; 9]
2010	47 [46 ; 49]	15 [13 ; 16]	9 [8 ; 10]
2015	48 [46 ; 51]	15 [13 ; 17]	ND
Diff. 2015-1990	11 [8 ; 13]	7 [5 ; 9]	ND
Diff. 2015-2005	2 [0 ; 5]	2 [0 ; 4]	ND

\*Les survies (en %) sont arrondies à l'unité dans ces tables mais les différences de survie ont été calculées à partir des valeurs exactes et arrondies ensuite ; ND : Non Disponible; Diff. : différence absolue en points de %

**FIGURE 3. Tendances de la survie nette standardisée à 1, 5 et 10 ans selon l'année de diagnostic et intervalle de confiance à 95 % - Œsophage cancers épidermoïdes**



**TABLE 5a. Survie nette (%) à 1 et 5 ans selon l'année de diagnostic (1990, 2005 et 2015) et par âge au diagnostic (en années) et intervalle de confiance à 95 %\* - Œsophage cancers épidermoïdes**

Age	1990	2005	2015	Diff. 2015-1990	Diff. 2015-2005
<b>Survie nette à 1 an</b>					
50	46 [44 ; 48]	54 [52 ; 56]	56 [54 ; 59]	10 [8 ; 13]	2 [0 ; 5]
60	45 [43 ; 47]	53 [52 ; 55]	56 [53 ; 58]	10 [8 ; 13]	2 [0 ; 5]
70	39 [37 ; 41]	48 [46 ; 49]	50 [47 ; 53]	11 [8 ; 14]	2 [0 ; 5]
80	27 [25 ; 29]	36 [34 ; 38]	38 [35 ; 41]	11 [8 ; 14]	3 [0 ; 5]
<b>Survie nette à 5 ans</b>					
50	11 [9 ; 12]	17 [16 ; 19]	19 [17 ; 22]	8 [6 ; 11]	2 [0 ; 5]
60	11 [9 ; 12]	17 [15 ; 18]	19 [17 ; 21]	8 [6 ; 11]	2 [0 ; 4]
70	8 [7 ; 10]	14 [13 ; 15]	16 [14 ; 18]	8 [5 ; 10]	2 [0 ; 4]
80	4 [3 ; 6]	9 [7 ; 10]	10 [8 ; 12]	6 [4 ; 7]	2 [0 ; 3]

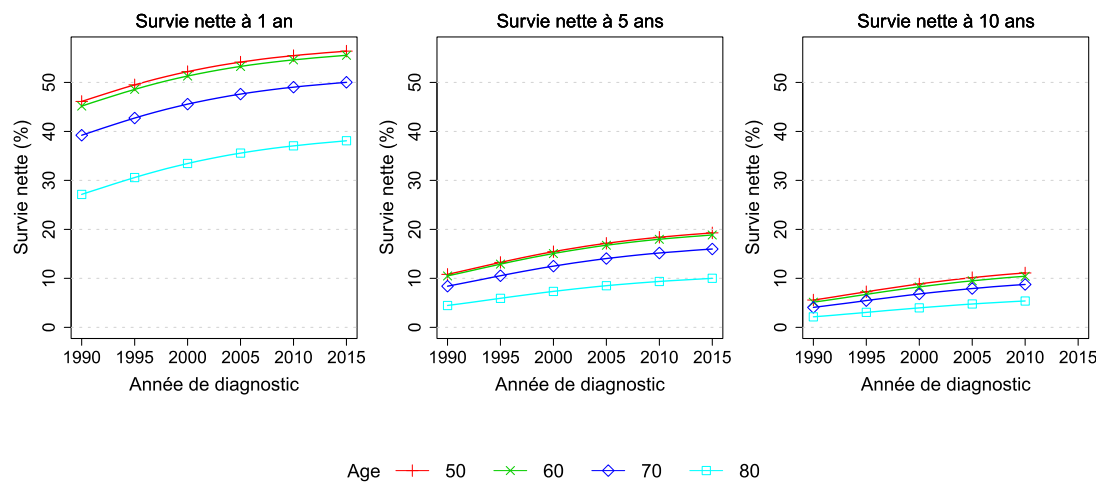
\*Les survies (en %) sont arrondies à l'unité dans ces tables mais les différences de survie ont été calculées à partir des valeurs exactes et arrondies ensuite ; Diff. : différence absolue en points de %

**TABLE 5b. Survie nette (%) à 10 ans selon l'année de diagnostic (1990 et 2010) et par âge au diagnostic et intervalle de confiance à 95 %\* - Œsophage cancers épidermoïdes**

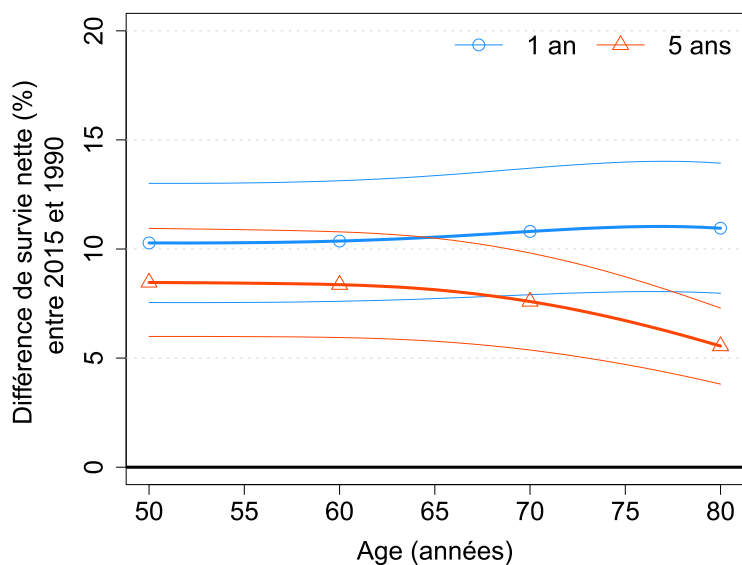
Age	1990	2010	Diff. 1990-2010
50	6 [5 ; 7]	11 [10 ; 13]	6 [4 ; 7]
60	5 [4 ; 6]	10 [9 ; 12]	5 [4 ; 6]
70	4 [3 ; 5]	9 [8 ; 10]	5 [4 ; 6]
80	2 [1 ; 3]	5 [4 ; 7]	3 [2 ; 4]

\*Les survies (en %) sont arrondies à l'unité dans ces tables mais les différences de survie ont été calculées à partir des valeurs exactes et arrondies ensuite ; Diff. : différence absolue en points de %

**FIGURE 4. Tendances de la survie nette à 1, 5 et 10 ans selon l'année de diagnostic pour différents âges - Œsophage cancers épidermoïdes**

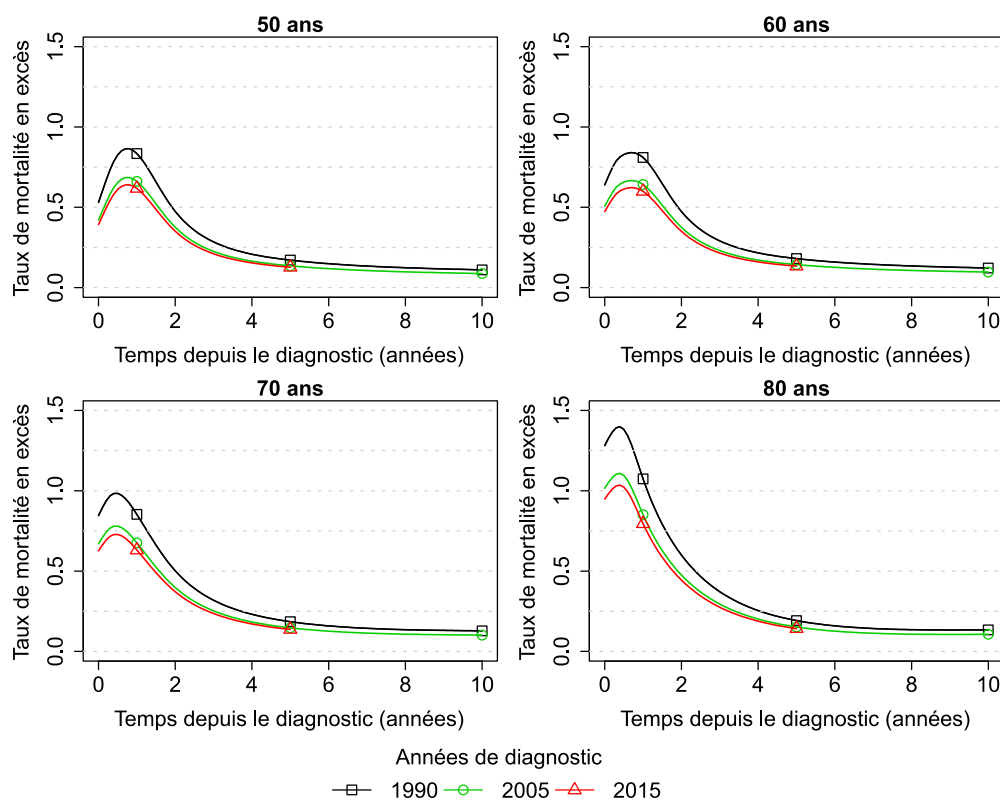


**FIGURE 5. Différence de survie nette (%) à 1 et 5 ans entre 2015 et 1990 selon l'âge et intervalle de confiance à 95 % - Œsophage cancers épidermoïdes**





**FIGURE 6. Taux de mortalité en excès (en nombre de décès par personne-année) selon le temps depuis le diagnostic pour les années 1990, 2005 et 2015 et pour différents âges – Œsophage cancers épidermoïdes**



### Partie 3. Survie nette à long terme des personnes diagnostiquées entre 1989 et 2000 et ayant moins de 75 ans au diagnostic

#### Restriction aux registres couvrant l'ensemble de la période 1989-2000

La survie nette à long terme est défavorable, de l'ordre de 3 % à 20 ans et ce quel que soit l'âge au diagnostic (Table 7). La survie nette à 10 ans varie de 6 % pour les personnes âgées de 70 ans au diagnostic à 7 % pour celles âgées de 50 et 60 ans. Le taux de mortalité en excès diminue jusqu'à 10 ans après le diagnostic et se stabilise à des niveaux élevés autour de 0,09 à 0,10 décès par personne-année, soit une probabilité de décéder de son cancer de 9 à 10 % par an après avoir survécu 10 ans (Table 8).

**TABLE 6. Descriptif des données analysées (registres couvrant l'ensemble de la période 1989-2000) – Œsophage cancers épidermoïdes**

	Hommes et femmes ensemble
Nombre de cas	4 360
Nombre de décès à 20 ans	4 262
Age médian au diagnostic (percentiles 5 et 95), en années	61 (44-73)

**TABLE 7. Survie nette (en %) à 1, 5, 10, 15 et 20 ans pour différents âges, intervalle de confiance à 95 % - Œsophage cancers épidermoïdes**

Age	1 an	5 ans	10 ans	15 ans	20 ans
50 ans	50 [47 ; 52]	13 [12 ; 15]	7 [6 ; 8]	5 [4 ; 6]	3 [2 ; 4]
60 ans	48 [46 ; 49]	12 [11 ; 14]	7 [6 ; 8]	4 [4 ; 5]	3 [2 ; 4]
70 ans	43 [41 ; 46]	11 [9 ; 12]	6 [5 ; 7]	4 [3 ; 5]	2 [1 ; 4]

**TABLE 8. Taux de mortalité en excès (en nombre de décès par personne-année) à 1, 5, 10, 15 et 20 ans selon l'âge et intervalle de confiance à 95 % - Œsophage cancers épidermoïdes**

Age	1 an	5 ans	10 ans	15 ans	20 ans
50 ans	0,73 [0,67 ; 0,79]	0,17 [0,14 ; 0,20]	0,08 [0,07 ; 0,11]	0,07 [0,06 ; 0,10]	0,09 [0,05 ; 0,16]
60 ans	0,75 [0,70 ; 0,80]	0,17 [0,15 ; 0,19]	0,09 [0,07 ; 0,11]	0,08 [0,06 ; 0,10]	0,09 [0,05 ; 0,17]
70 ans	0,78 [0,71 ; 0,86]	0,16 [0,13 ; 0,20]	0,10 [0,07 ; 0,14]	0,09 [0,06 ; 0,14]	0,10 [0,03 ; 0,29]

## BIBLIOGRAPHIE

[1] Defossez G, le Guyader-Peyrou S, Uhry Z, Grosclaude P, Colonna M, Dantony E, et al. Estimations nationales de l'incidence et de la mortalité par cancer en France métropolitaine entre 1990 et 2018. Volume 1 – Tumeurs solides. Saint-Maurice (Fra): Santé publique France, 2019. 372 p.

[2] Dong J, Thrift AP. Alcohol, smoking and risk of oesophagogastric cancer. *Best Pract Res Clin Gastroenterol.* 2017; 31(5):509-17)

[3] 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 Mar 1;136(5):E359-86.

[4] Cowppli-Bony A, Uhry Z, Remontet L, Voirin N, Guizard AV, Trétarre B, et al.; French Network of Cancer Registries (FRANCIM). Survival of solid cancer patients in France, 1989-2013: a population-based study. *Eur J Cancer Prev.* 2017;26):461-468.

[5] Bleiberg H, Conroy T, Paillot B, Lacave AJ, Blijham G, Jacob JH, et al. Randomised phase II study of cisplatin and 5-fluorouracil (5-FU) versus cisplatin alone in advanced squamous cell oesophageal cancer. *Eur J Cancer.* 1997 ;33:1216-20.

[6] D'Journo XB, Thomas PA. Current management of esophageal cancer. *J Thorac Dis.* 2014;6 (Suppl 2) :S253-64.



Édité par l'Institut national du cancer  
Siren 185 512 777 Conception : INCa  
ISBN : 978-2-37219-622-2  
ISBN net : 978-2-37219-623-9  
DEPÔT LÉGAL DECEMBRE 2020

Ce document doit être cité comme suit : Cariou M, Robaszkiwicz M, Bouvier V, Bouvier AM, Lecoffre C, Lafay L et al. *Survie des personnes atteintes de cancer en France métropolitaine 1989-2018 – Œsophage cancers épidermoïdes*. Boulogne-Billancourt : Institut national du cancer, décembre 2020, 12 p. Disponible à partir des URL : <https://www.e-cancer.fr/> et <https://www.santepubliquefrance.fr>

Ce document est publié par l'Institut national du cancer qui en détient les droits. Les informations figurant dans ce document peuvent être réutilisées dès lors que : (1) leur réutilisation entre dans le champ d'application de la loi N°78-753 du 17 juillet 1978 ; (2) ces informations ne sont pas altérées et leur sens dénaturé ; (3) leur source et la date de leur dernière mise à jour sont mentionnées.