



RÉPUBLIQUE  
FRANÇAISE

*Liberté  
Égalité  
Fraternité*



MARS 2021

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

## VÉSICULE ET VOIES BILIAIRES

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

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

### Réalisation de l'étude

Collecte des données : registres des cancers du réseau Francim.

Interprétation et commentaires pour le cancer de la vésicule et des voies biliaires : Véronique Bouvier (Registre des tumeurs digestives du Calvados), Mélanie Cariou (Registre finistérien des tumeurs digestives), Anne-Marie Bouvier (Registre bourguignon des cancers digestifs), Jean-Baptiste Nousbaum (Registre finistérien des tumeurs digestives)

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 : Camille de Brauer, Lionel Lafay

### 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

VÉSICULE ET VOIES BILIAIRES	CIM-O-3	Correspondance en CIM-O-2	Correspondance en CIM-10
	Topographie	C23.9 et C24.0 à C24.9	C23.9 et C24.0 à C24.9
Morphologie	Toutes, sauf tumeurs hématologiques ; comportement tumoral /3		

## À RETENIR

- Survie nette standardisée à 5 ans de 22 % chez l'homme et la femme pour les cas diagnostiqués entre 2010 et 2015,
- Amélioration de 18 points de pourcentage de la survie nette standardisée à 1 an entre 1990 et 2015 (38 % en 1990 et 56 % en 2015),
- Amélioration de la survie nette à 5 et 10 ans seulement pour les personnes âgées de moins de 80 ans,
- Stabilisation de la mortalité en excès à un taux très faible après 10 ans de suivi.

## INCIDENCE

En France, pour l'année 2018, le nombre estimé de nouveaux cas de cancer de la vésicule ou des voies biliaires était de 2 965 dont 1 533 chez les hommes et 1 432 chez les femmes [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

Les cancers biliaires (vésicule et voies biliaires) regroupent un ensemble hétérogène de tumeurs avec des facteurs de risques différents mais partageant leur rareté et leur sombre pronostic. **La survie nette standardisée est de 53 % et 22 % respectivement à 1 et 5 ans après le diagnostic**, similaire chez l'homme et chez la femme (Table 2). Les cancers biliaires regroupent en raison de leur proximité anatomique et de leur évolution, les cancers de la vésicule biliaire, des voies biliaires extra-hépatiques et de l'ampoule de Vater. Pour les cancers de la vésicule biliaire il existe une prédominance féminine avec un sex-ratio homme-femme de 0,46 alors que pour les autres localisations le sex-ratio est de 1,33 [2]. Le diagnostic de ces cancers est souvent tardif à un stade avancé (environ 1/3 des patients en fonction des séries), les formes précoces étant souvent diagnostiquées de façon fortuite en particulier pour les cancers de la vésicule biliaire lors d'une cholécystectomie [3].

Le caractère asymptomatique de ces tumeurs à un stade précoce explique que la majorité de celles-ci soit diagnostiquée à un stade avancé sans possibilité de traitement à visée curative.

A 1 ou 5 ans après le diagnostic, il existe peu de différence entre la survie observée et la survie nette témoignant de la létalité de ces cancers. Les personnes atteintes d'un cancer biliaire, et qui décèdent, meurent principalement de leur cancer (Table 2).

**Pour les deux sexes, la survie nette diminue de façon conséquente avec l'âge.** A un an du diagnostic, il existe une différence entre les hommes et les femmes : la survie est plus élevée chez les femmes jusqu'à 60 ans comparativement à celle des hommes puis la tendance

s'inverse au-delà de 60 ans, avec une meilleure survie chez les hommes que chez les femmes. L'écart de survie entre les personnes âgées de 50 ans et celles âgées de 80 ans est de 20 points de pourcentage pour les hommes (65 % vs 45 %) alors que pour les femmes, il est de 31 points (71 % vs 40 %).

Cette différence entre les hommes et les femmes n'est pas retrouvée 5 ans après le diagnostic : à 50 ans la survie est de 35 % (35 % pour les hommes et 36 % pour les femmes) et de 13 % à 80 ans pour les deux sexes (Table 2 ; Figure 1). La surmortalité liée au cancer survient principalement dans la période immédiate qui suit le diagnostic et est d'autant plus marquée que la personne est âgée. A 50 ans, le taux de mortalité en excès est 3,5 fois moins important qu'à 80 ans, il est de 0,48 (soit une probabilité de décéder dans le mois suivant de 3,9 %) alors qu'à 80 ans il est de 1,71 (13,3 % de probabilité de décès dans le mois suivant) (Table C2-Complément).

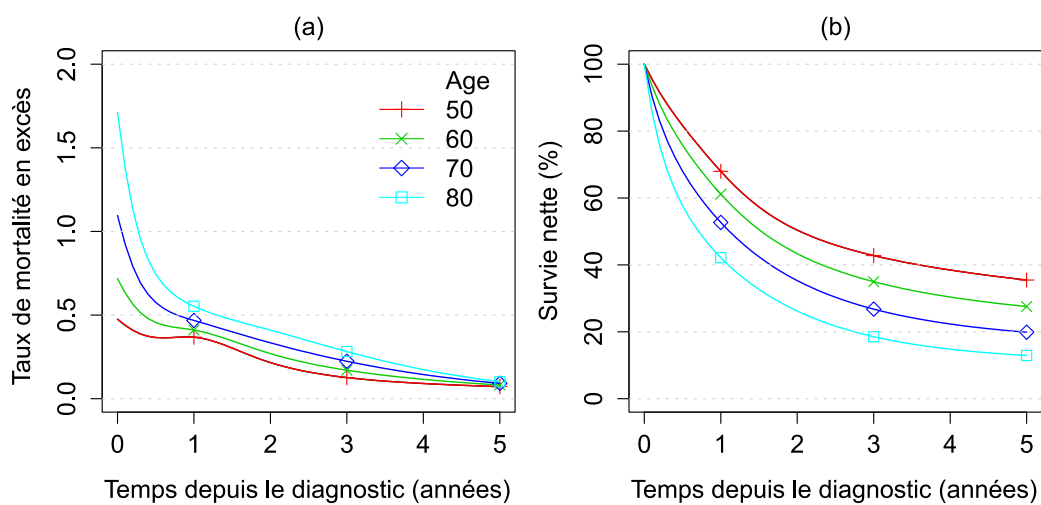
**TABLE 1. Descriptif des données analysées (tous registres) – Vésicule et voies biliaires**

	Hommes	Femmes	Ensemble
Nombre de cas	1 853	2 048	3 901
Nombre de décès à 5 ans	1 523	1 722	3 245
Age médian au diagnostic (percentiles 5 et 95), en années	74 (53-90)	79 (53-92)	76 (53-91)

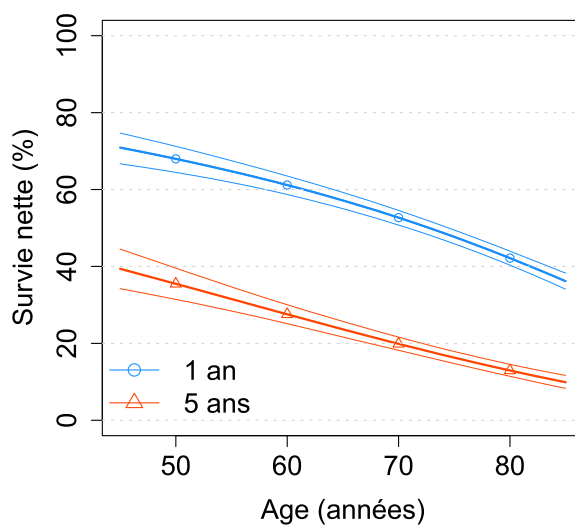
**TABLE 2. Survies observée, nette, nette standardisée et nette par âge à 1 et 5 ans (en %) et intervalle de confiance à 95 % – Vésicule et voies biliaires**

	1 an			5 ans		
	Hommes	Femmes	Ensemble	Hommes	Femmes	Ensemble
Survie observée	48 [46 ; 50]	42 [40 ; 44]	45 [44 ; 46]	15 [14 ; 17]	14 [13 ; 16]	15 [14 ; 16]
Survie nette	50 [48 ; 52]	44 [42 ; 46]	47 [45 ; 48]	18 [16 ; 20]	16 [15 ; 18]	17 [16 ; 18]
Survie nette standardisée	54 [51 ; 56]	53 [51 ; 55]	53 [52 ; 55]	22 [20 ; 25]	22 [20 ; 25]	22 [21 ; 24]
Survie nette par âge						
50 ans	65 [60 ; 69]	71 [67 ; 75]	68 [64 ; 71]	35 [30 ; 41]	36 [30 ; 41]	35 [31 ; 40]
60 ans	59 [56 ; 62]	63 [60 ; 66]	61 [59 ; 64]	27 [24 ; 31]	28 [24 ; 32]	28 [25 ; 30]
70 ans	52 [50 ; 55]	52 [50 ; 55]	53 [51 ; 55]	19 [17 ; 22]	20 [18 ; 22]	20 [18 ; 22]
80 ans	45 [42 ; 48]	40 [38 ; 42]	42 [40 ; 44]	13 [10 ; 15]	13 [11 ; 15]	13 [11 ; 15]

**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 – Vésicule et voies biliaires



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



## 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

Chez les personnes atteintes d'un cancer biliaire, la **survie nette standardisée à 1 an s'est améliorée durant les dernières décennies passant de 38 % à 56 % entre 1990 et 2015**, tandis qu'à 5 et 10 ans, la survie a plus faiblement progressé (Table 4; Figure 3). Ce gain de survie à 1 an est observé quel que soit l'âge au diagnostic mais est plus important pour les personnes les plus jeunes : +23 points de pourcentage à 50 ans vs +13 points à 80 ans. La réduction du taux de mortalité en excès dans l'année qui suit le diagnostic, quels que soient l'âge et la période, explique en grande partie ces résultats (Table C4-Complément; Figure 6). En revanche, 5 et 10 ans après le diagnostic, seules les personnes âgées de moins de 80 ans avaient une amélioration de leur survie (Tables 5a et 5b ; Figure 4).

**TABLE 3. Descriptif des données analysées (registres couvrant l'ensemble de la période 1990-2015) – Vésicule et voies biliaires**

	Hommes et femmes ensemble
Nombre de cas	6 573
Nombre de décès à 10 ans	5 867
Age médian au diagnostic (percentiles 5 et 95), en années	75 (52-91)

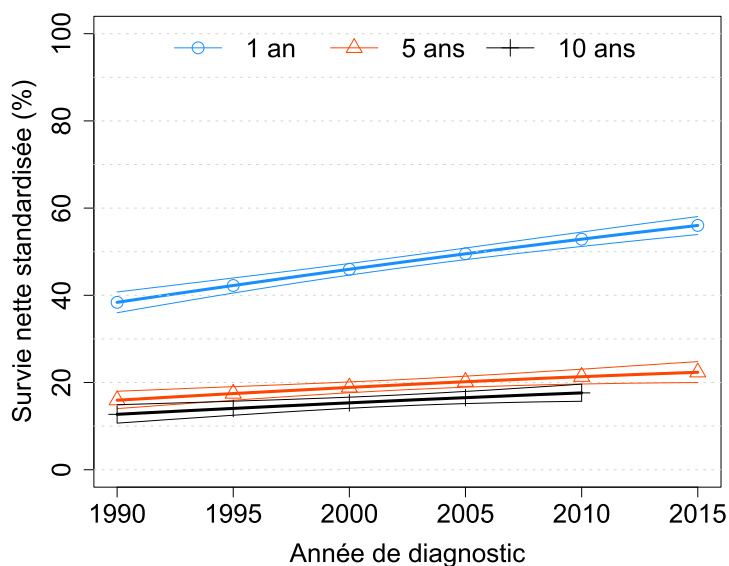
**TABLE 4. Survie nette standardisée (en %) à 1, 5, 10 ans selon l'année de diagnostic et intervalle de confiance à 95 %\* – Vésicule et voies biliaires**

Année	1 an	5 ans	10 ans
1990	38 [36 ; 41]	16 [14 ; 18]	13 [11 ; 15]
1995	42 [41 ; 44]	17 [16 ; 19]	14 [12 ; 16]
2000	46 [45 ; 47]	19 [18 ; 20]	15 [14 ; 17]
2005	50 [48 ; 51]	20 [19 ; 21]	17 [15 ; 18]
2010	53 [51 ; 55]	21 [20 ; 23]	18 [16 ; 20]
2015	56 [54 ; 58]	22 [20 ; 25]	ND
Diff. 2015-1990	18 [14 ; 21]	6 [3 ; 10]	ND
Diff. 2015-2005	7 [5 ; 8]	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 % - Vésicule et voies biliaires**



**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 %\* - Vésicule et voies biliaires**

Age	1990	2005	2015	Diff. 2015-1990	Diff. 2015-2005
<b>Survie nette à 1 an</b>					
50	50 [45 ; 54]	65 [63 ; 68]	73 [70 ; 77]	23 [17 ; 30]	8 [6 ; 10]
60	44 [40 ; 47]	57 [55 ; 59]	65 [62 ; 68]	21 [16 ; 26]	8 [6 ; 9]
70	37 [35 ; 39]	48 [47 ; 49]	55 [52 ; 57]	18 [14 ; 22]	7 [5 ; 8]
80	30 [27 ; 32]	37 [36 ; 39]	42 [40 ; 45]	13 [9 ; 17]	5 [3 ; 7]
<b>Survie nette à 5 ans</b>					
50	22 [18 ; 26]	31 [28 ; 34]	37 [32 ; 42]	15 [8 ; 22]	6 [2 ; 9]
60	18 [16 ; 21]	24 [23 ; 26]	28 [25 ; 31]	9 [4 ; 14]	3 [1 ; 6]
70	15 [13 ; 17]	18 [17 ; 19]	19 [17 ; 22]	4 [1 ; 8]	1 [0 ; 3]
80	12 [10 ; 14]	12 [11 ; 13]	12 [10 ; 14]	0 [-3 ; 3]	0 [-2 ; 1]

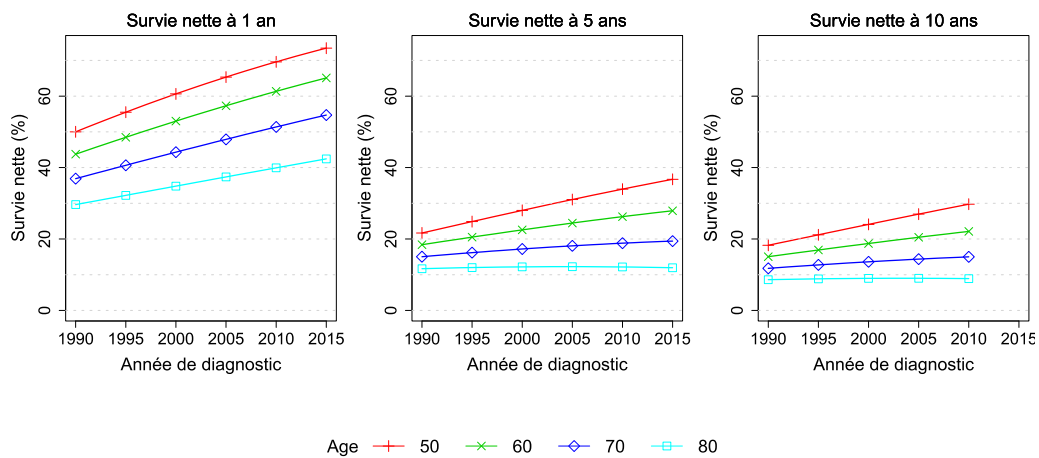
\*Les survies (en %) sont arrondies à l'unité dans ces tables mais les différences de survie ont été calculées à partir des valeurs exactes et arrondies ensuite ; Diff. : différence absolue en points de %

**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 %\* - Vésicule et voies biliaires**

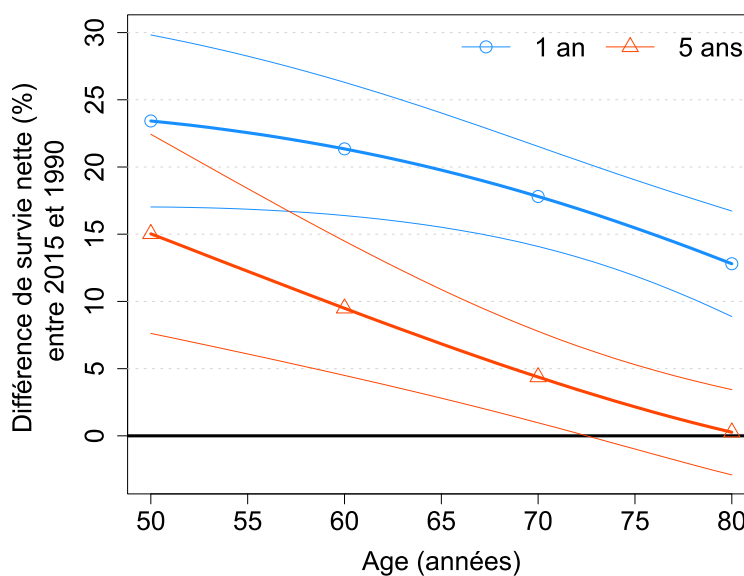
Age	1990	2010	Diff. 1990-2010
50	18 [14 ; 22]	30 [26 ; 34]	11 [6 ; 17]
60	15 [13 ; 18]	22 [20 ; 25]	7 [3 ; 11]
70	12 [10 ; 14]	15 [13 ; 17]	3 [0 ; 6]
80	9 [7 ; 11]	9 [7 ; 11]	0 [-3 ; 3]

\*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 %

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

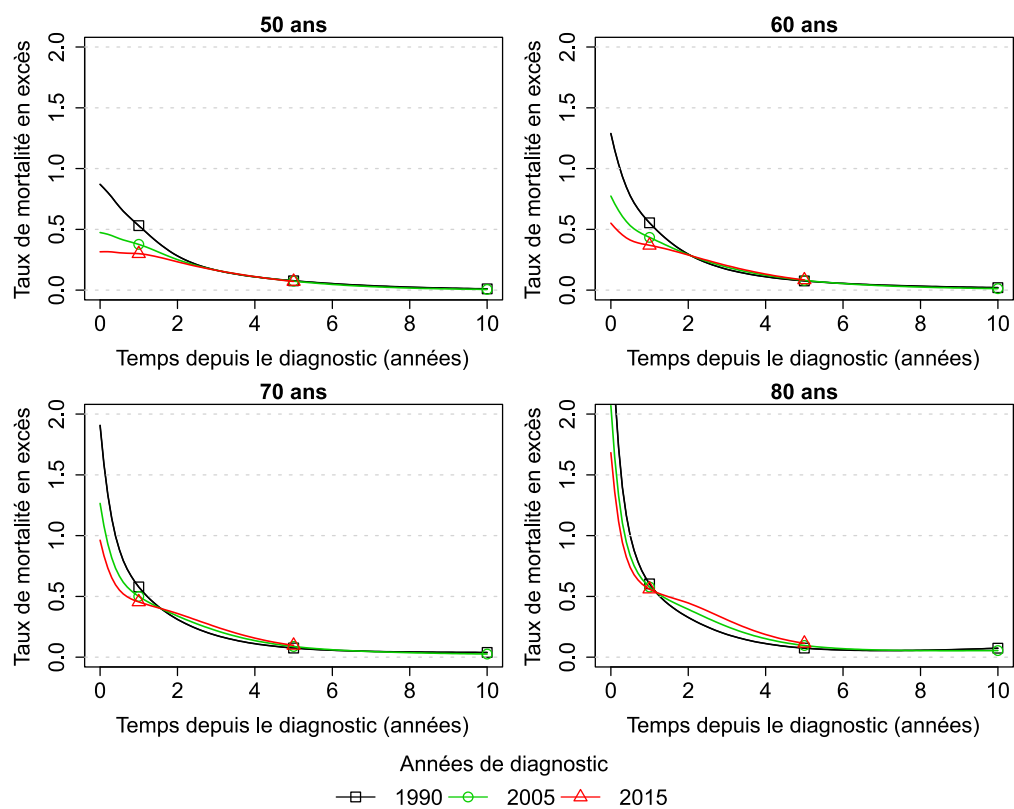


**FIGURE 5. Différence de survie nette (%) à 1 et 5 ans entre 2015 et 1990 selon l'âge et intervalle de confiance à 95 % - Vésicule et voies biliaires**





**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 - Vésicule et voies biliaires**



## 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

Au-delà de dix ans après le diagnostic, la survie des personnes âgées de moins de 75 ans varie peu (Table 7). Chez les personnes âgées de 50 ans, la survie diminue, passant de 21 % à 10 ans, à 17 % à 20 ans, et chez celles de 70 ans de 13 % à 10 % respectivement.

Au-delà de 5 ans de survie, la mortalité en excès persiste mais à des taux très faibles (probabilité de décès dans l'année de 2 à 4 %).

Le seul traitement curatif de ces cancers est une résection complète de la tumeur primitive avec marges saines « R0 ». En dehors des formes très précoces des cancers de la vésicule biliaire pour lesquelles seule une cholécystectomie est nécessaire, les autres chirurgies sont majeures et comprennent, en fonction de la localisation, une hépatectomie ou une pancréatectomie [4]. Ces chirurgies lourdes ne peuvent être proposées qu'à un faible nombre de patients (de 10 % à 25 % selon les études). Cependant malgré une chirurgie R0, beaucoup de patients présentent une récurrence locorégionale ou à distance dans les 2 ans après le diagnostic [4] d'autant plus précoce qu'il s'agit d'un cancer de la vésicule biliaire [3].

L'amélioration de la survie observée ces dernières années proviendrait d'une meilleure sélection des patients pour la chirurgie grâce aux progrès de l'imagerie mais aussi des techniques opératoires [5]. De plus, pour de nombreux auteurs, l'amélioration de la survie des cancers de la vésicule biliaire serait liée à la pratique plus fréquente de la cholécystectomie permettant la prise en charge des formes locales de meilleur pronostic.

La chimiothérapie et/ou la radiothérapie peuvent être proposées après une chirurgie ou en situation palliative avec cependant peu d'études randomisées montrant leur efficacité sur la survie sans récurrence ou sur la survie globale. Les thérapies ciblées n'ont à ce jour pas démontré leur intérêt [4].

**TABLE 6. Descriptif des données analysées (registres couvrant l'ensemble de la période 1989-2000) – Vésicule et voies biliaires**

	Hommes et femmes ensemble
Nombre de cas	1 424
Nombre de décès à 20 ans	1 322
Age médian au diagnostic (percentiles 5 et 95), en années	66 (47-74)

**TABLE 7. Survie nette (en %) à 1, 5, 10, 15 et 20 ans pour différents âges, intervalle de confiance à 95 % – Vésicule et voies biliaires**

Age	1 an	5 ans	10 ans	15 ans	20 ans
50 ans	53 [48 ; 57]	24 [20 ; 29]	21 [17 ; 26]	20 [16 ; 24]	17 [13 ; 22]
60 ans	47 [44 ; 50]	20 [18 ; 23]	17 [15 ; 19]	15 [13 ; 18]	13 [11 ; 16]
70 ans	41 [38 ; 44]	17 [14 ; 19]	13 [10 ; 15]	11 [8 ; 14]	10 [7 ; 13]

**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 % – Vésicule et voies biliaires**

Age	1 an	5 ans	10 ans	15 ans	20 ans
50 ans	0,47 [0,41 ; 0,55]	0,06 [0,04 ; 0,08]	0,02 [0,01 ; 0,03]	0,02 [0,01 ; 0,04]	0,04 [0,01 ; 0,11]
60 ans	0,52 [0,47 ; 0,58]	0,07 [0,05 ; 0,09]	0,02 [0,02 ; 0,04]	0,02 [0,01 ; 0,04]	0,03 [0,01 ; 0,09]
70 ans	0,58 [0,52 ; 0,64]	0,09 [0,07 ; 0,12]	0,04 [0,02 ; 0,07]	0,03 [0,01 ; 0,07]	0,02 [0,00 ; 0,18]

## 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] Faivre J, Trama A, Angelis RD, et al. Incidence, prevalence and survival of patients with rare epithelial digestive cancers diagnosed in Europe in 1995–2002. *European Journal of Cancer* 2012;48(10):1417–24.

[3] Müller BG, Aretxabala XD, Domingo MG. A Review of Recent Data in the Treatment of Gallbladder Cancer: What We Know, What We Do, and What Should Be Done. *American Society of Clinical Oncology Educational Book* [Internet] 2019 [cited 2020 Apr 17]; Available from: [https://ascopubs.org/doi/pdf/10.14694/EdBook\\_AM.2014.34.e165](https://ascopubs.org/doi/pdf/10.14694/EdBook_AM.2014.34.e165).

[4] Malka D, Bernardini D, Boudjema K, Bretagne-Bignon AL, Coriat R, de Baère T, et al. «Cancer des voies biliaires». *Thésaurus National de Cancérologie Digestive*, décembre 2019, en ligne [<http://www.tncd.org>].

[5] Flemming JA, Zhang-Salomons J, Nanji S, Booth CM. Increased incidence but improved median overall survival for biliary tract cancers diagnosed in Ontario from 1994 through 2012: A population-based study. *Cancer* 2016;122(16):2534–43.



Édité par l'Institut national du cancer  
Siren 185 512 777 Conception : INCa  
ISBN : 978-2-37219-696-3  
ISBN net : 978-2-37219-697-0  
DÉPÔT LÉGAL MARS 2021

Ce document doit être cité comme suit : Bouvier V, Cariou M, Bouvier A-M, Nousbaum J-B, Lecoffre C, de Brauer C et al. *Survie des personnes atteintes de cancer en France métropolitaine 1989-2018 – Vésicule et voies biliaires*. Boulogne-Billancourt ; Institut national du cancer mars 2021, 12 p. Disponible à partir des URL : <https://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Les-donnees-sur-les-cancers/Survie-des-personnes-atteintes-de-cancer-en-France-metropolitaine/> 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.