



RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE

*Liberté
Égalité
Fraternité*



MARS 2021

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

VESSIE

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

Laëtitia Daubisse-Marliac
Pascale Grosclaude
Sandrine Plouvier
Gaëlle Coureau
Simona Bara
Camille Lecoffre
Lionel Lafay
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 vessie : Laëtitia Daubisse-Marliac (Registre des cancers du Tarn), Pascale Grosclaude (Registre des cancers du Tarn), Sandrine Plouvier (Registre général des cancers de Lille et de sa région), Gaëlle Coureau (Registre général des cancers de la Gironde), Simona Bara (Registre des cancers de la Manche)

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

VESIE		CIM-O-3	Correspondance en CIM-O-2	Correspondance en CIM-10
	Topographie	C67.0 à C67.9	C67.0 à C67.9	C67.0 à C67.9
Morphologie	Toutes, sauf tumeurs hématologiques ; comportement tumoral /3			

À RETENIR

- Survie nette standardisée à 5 ans de 55 % chez l'homme et 49 % chez la femme entre 2010 et 2015,
- Survie moins bonne pour les femmes comparé à celle des hommes, observée pour tous les âges, et liée à une mortalité en excès juste après le diagnostic plus élevée,
- Diminution de la survie entre 1990 et 2015, plus importante chez les personnes jeunes, probablement artéfactuelle, en raison de l'évolution du codage et de l'enregistrement des cas.

INCIDENCE

En France, le nombre de nouveaux cas de cancers infiltrants de la vessie estimé en 2018 était de 13 074, dont 81 % sont survenus chez les hommes. Le nombre estimé de décès par cancer de la vessie en 2018 était de 5 335, dont 77 % chez les hommes [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

La **survie nette standardisée 5 ans après le diagnostic** des tumeurs infiltrantes de la vessie est de 55 % chez l'homme et 49 % chez la femme (Table 2). Un stade évolué au diagnostic (profondeur, atteinte ganglionnaire et/ou métastase à distance), un grade élevé, la présence de carcinome in situ associé (tumeur de haut grade qui évolue sur un mode invasif dans environ 25 % des cas) et l'existence d'embolies lymphatiques et vasculaires constituent des facteurs de moins bon pronostic. Les tumeurs non urothéliales et certains variants de cancer urothélial (sarcomatoïde notamment), bien que rares, sont plus agressifs. Des facteurs génétiques et moléculaires ont également une valeur pronostique [2]. La différence de survie en faveur des hommes, retrouvée dans la plupart des études, est également mise en évidence ici pour tous les âges (Table 2). La surmortalité chez les femmes est maximale dans l'année suivant le diagnostic, notamment pour les femmes âgées, puis rejoint celle des hommes (Figure C1-Complément). Des études suggèrent que des différences anatomiques et de pratiques diagnostiques peuvent expliquer un stade au diagnostic plus avancé chez la femme, mais d'autres facteurs semblent intervenir puisqu'à stade équivalent, le pronostic demeure moins bon chez les femmes. Le rôle de facteurs hormonaux mais aussi des différences moléculaires tumorales sont évoqués pour expliquer cette différence de pronostic [3].

A cinq ans du diagnostic, la **survie nette** est supérieure à la **survie observée** de 9 points de pourcentage chez l'homme et de 7 points chez la femme, indiquant que le cancer est la principale cause des décès à 5 ans mais qu'il existe également d'autres causes de décès (Table 2). La **mortalité en excès** dû au cancer est maximale durant l'année qui suit le

diagnostic puis diminue (Figure 1a).

La survie nette diminue avec l'âge au diagnostic, surtout après 70 ans (Table 2 ; Figures 1b et 2) et aussi bien chez l'homme que chez la femme (Figure C2-Complément). L'augmentation de la fréquence des comorbidités avec l'âge peut compromettre la réalisation d'un traitement optimal (administration d'une chimiothérapie néoadjuvante notamment) [4] et ainsi contribuer à expliquer cette différence de survie liée à l'âge. **La surmortalité due au cancer juste après le diagnostic est plus importante chez les plus de 80 ans** (Figure 1a). En effet, le taux de mortalité en excès au moment du diagnostic est de l'ordre de 0,20 décès par personne-année avant 80 ans, soit une probabilité de décéder dans le mois de 1,7 %, et il est de 0,46 à 80 ans (soit une probabilité de décéder dans le mois de 3,8 % (Figure 1a ; Table C2-Complément). Un an après le diagnostic, la mortalité en excès des personnes de 80 ans se rapproche de celle des plus jeunes. Cette surmortalité initiale chez les plus âgés peut être mise en rapport avec une mortalité post-opératoire plus importante ou un stade au diagnostic plus évolué. Après 5 années de suivi, la mortalité en excès liée au cancer est faible quels que soient l'âge et le sexe (Figure C1-Complément).

TABLE 1. Descriptif des données analysées (tous registres) – Vessie

	Homme	Femme	Ensemble
Nombre de cas	12273	2830	15103
Nombre de décès à 5 ans	6817	1795	8612
Age médian au diagnostic (percentiles 5 et 95), en années	74 (55-89)	80 (54-92)	75 (55-90)

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

	1 an			5 ans		
	Homme	Femme	Ensemble	Homme	Femme	Ensemble
Survie observée	73 [73;74]	60 [59;62]	71 [70;72]	42 [41;43]	34 [33;36]	40 [40;41]
Survie nette	76 [76;77]	63 [61;65]	74 [73;74]	51 [50;52]	41 [39;44]	49 [48;50]
Survie nette standardisée	79 [78;80]	71 [69;73]	77 [77;78]	55 [53;56]	49 [47;52]	54 [52;55]
Survie nette par âge						
50 ans	85 [82;86]	81 [76;85]	84 [82;86]	63 [59;66]	57 [51;63]	61 [58;64]
60 ans	85 [84;86]	79 [76;81]	84 [83;85]	61 [60;63]	57 [54;61]	61 [59;62]
70 ans	82 [81;83]	74 [72;77]	81 [80;82]	57 [56;58]	53 [50;56]	57 [55;58]
80 ans	73 [71;74]	63 [61;66]	71 [69;72]	46 [44;48]	42 [39;45]	45 [44;47]

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 - Vessie

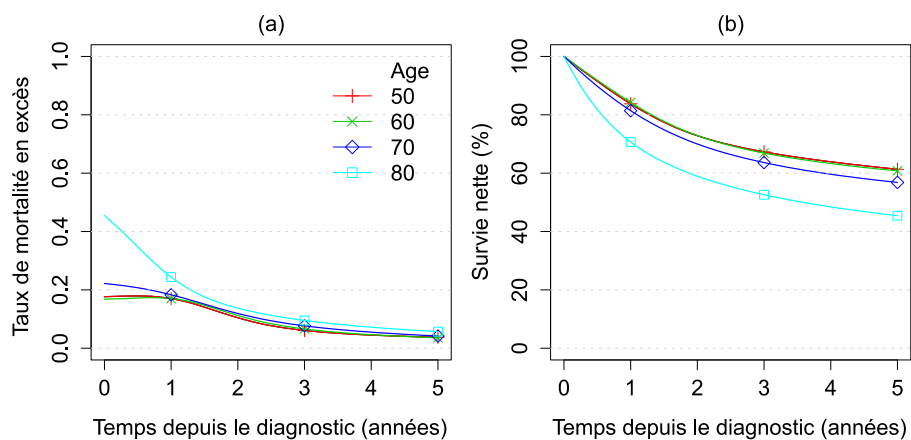
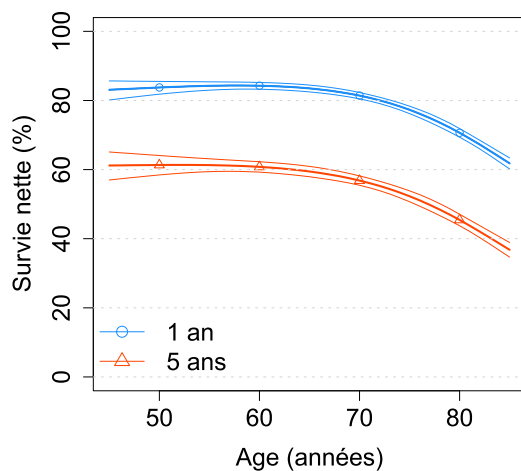


FIGURE 2. Survie nette à 1 et 5 ans selon l'âge au diagnostic avec intervalle de confiance à 95 %, hommes et femmes ensemble - Vessie



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

Sur la période 1990-2015, **la survie nette standardisée à 1 et 5 ans a diminué**, passant de 80 % à 77 % à 1 an et de 58 % à 53 % à 5 ans. **La survie nette standardisée à 10 ans a elle aussi légèrement diminué**, passant de 49 % en 1990 à 46 % en 2010 (Table 4 ; Figure 3). On constate que ces diminutions concernent principalement les personnes les plus jeunes (âgées de 50 ans) (Tables 5a et 5b ; Figures 4 et 5). La diminution de la survie est liée à l'augmentation du taux de mortalité en excès dans les suites proches du diagnostic, essentiellement dans les deux premières années. Chez les personnes de 50 ans, le taux de mortalité en excès à 1 an est passé de 0,11 décès par personne-année en 1990 (soit une probabilité de décéder dans le mois de 0,9 %) à 0,20 en 2015 (soit une probabilité de décéder dans le mois de 1,7 %) (Figure 6 ; Table C4-Complément). Ceci se traduit par une diminution de la survie nette à 1 an de 7 points de pourcentage et à 5 ans de 14 points pour les personnes de 50 ans (Table 5a ; Figure 5). Pour les personnes plus âgées (60 ans et plus), les variations sont bien moins importantes. Si l'augmentation de l'âge au diagnostic, avec plus de personnes âgées ayant un plus mauvais pronostic, ne peut expliquer cette diminution de survie (la standardisation permet de s'affranchir des évolutions structurelles liées à l'âge), la proportion de femmes en légère augmentation parmi les cas depuis 2000 a pu contribuer à cette diminution (les femmes ayant un plus mauvais pronostic). Mais l'explication la plus probable de cette diminution de survie au cours de la période de diagnostic, est une **modification de la définition des cas de cancer de la vessie**. En effet, il existe un continuum entre les tumeurs non infiltrantes et infiltrantes de vessie, et le manque de consensus pour définir leur malignité a toujours compliqué le travail d'enregistrement de ces tumeurs par les registres, qui avaient tendance initialement à considérer comme infiltrantes toutes les tumeurs de vessie, alors qu'elles ne représentent que la moitié de la totalité des cas. Des règles plus strictes de définition des tumeurs infiltrantes ont été établies au milieu des années 90 ; elles ont diffusé progressivement et le changement des pratiques d'enregistrement a contribué, d'une part, à la baisse de l'incidence [1], et d'autre part, à une augmentation de la proportion de tumeurs de moins bon pronostic parmi les cas incidents recensés. Les tumeurs de la vessie enregistrées sont donc actuellement moins nombreuses mais comportent proportionnellement plus de cas graves. Il est établi que les modifications de pratiques d'enregistrement retentissent sur les chiffres de survie [5]. Il est très probable que ce phénomène ait été plus important chez les personnes les plus jeunes. C'est dans cette tranche d'âge que l'on observe à la fois la baisse d'incidence [1] et la diminution de la survie la plus importante. Le fait de ne plus prendre en compte les tumeurs non infiltrantes et d'attendre qu'elles deviennent infiltrantes pour les comptabiliser, n'a pu que décaler le diagnostic vers des âges plus avancés, ne laissant chez les jeunes que des tumeurs d'emblée infiltrantes, plus agressives.

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

	Hommes et femmes ensemble
Nombre de cas	22 060
Nombre de décès à 10 ans	14 958
Age médian au diagnostic (percentiles 5 et 95), en années	73 (52-89)

TABLE 4. Survie nette standardisée (en %) à 1, 5, 10 ans selon l'année de diagnostic et intervalle de confiance à 95 %* - Vessie

Année	1 an	5 ans	10 ans
1990	80 [79;81]	58 [56;59]	49 [47;51]
1995	80 [79;80]	57 [56;58]	48 [47;50]
2000	79 [78;80]	56 [55;57]	47 [46;49]
2005	78 [78;79]	55 [54;56]	47 [45;48]
2010	78 [77;79]	54 [53;55]	46 [44;47]
2015	77 [76;78]	53 [51;55]	ND
Diff. 2015-1990	-3 [-5;-1]	-5 [-7;-2]	ND
Diff. 2015-2005	-1 [-2;0]	-2 [-3;0]	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 % - Vessie

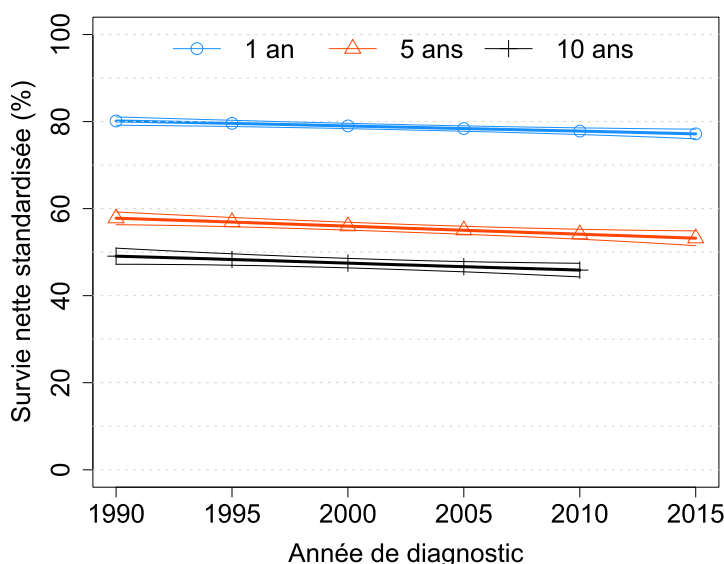


TABLE 5a. Survie nette (%) à 1 et 5 ans selon l'année de diagnostic (1990, 2005 et 2015) et par âge au diagnostic (en années) et intervalle de confiance à 95 %* - Vessie

Age	1990	2005	2015	Diff. 2015-1990	Diff. 2015-2005
Survie nette à 1 an					
50	90 [88;91]	86 [84;87]	83 [80;85]	-7 [-10;-4]	-3 [-5;-2]
60	86 [85;87]	85 [84;86]	84 [83;86]	-2 [-4;0]	-1 [-2;0]
70	81 [80;83]	81 [80;82]	81 [80;83]	0 [-2;2]	0 [-1;1]
80	72 [70;74]	70 [69;71]	70 [68;71]	-2 [-5;0]	-1 [-2;1]
Survie nette à 5 ans					
50	73 [70;75]	64 [62;66]	58 [54;62]	-14 [-20;-9]	-6 [-9;-3]
60	65 [63;67]	63 [61;64]	62 [59;64]	-3 [-7;0]	-1 [-3;1]
70	57 [55;59]	57 [56;59]	58 [56;60]	1 [-2;4]	1 [-1;2]
80	46 [44;49]	45 [43;46]	44 [42;47]	-2 [-6;2]	-1 [-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 %* - Vessie

Age	1990	2010	Diff. 1990-2010
50	66 [63;69]	54 [50;57]	-12 [-17;-7]
60	56 [54;58]	54 [52;56]	-2 [-5;1]
70	46 [44;49]	48 [46;50]	2 [-1;5]
80	37 [34;40]	36 [34;39]	-1 [-5;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 - Vessie

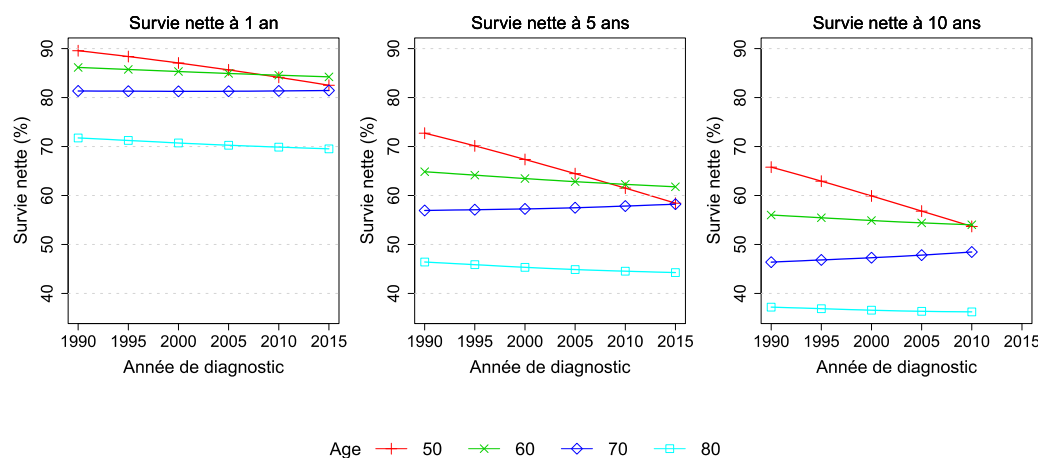


FIGURE 5. Différence de survie nette (%) à 1 et 5 ans entre 2015 et 1990 selon l'âge et intervalle de confiance à 95 % - Vessie

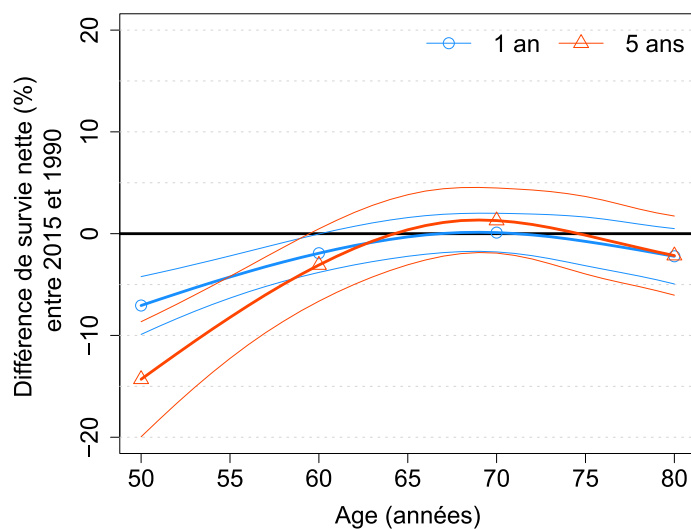
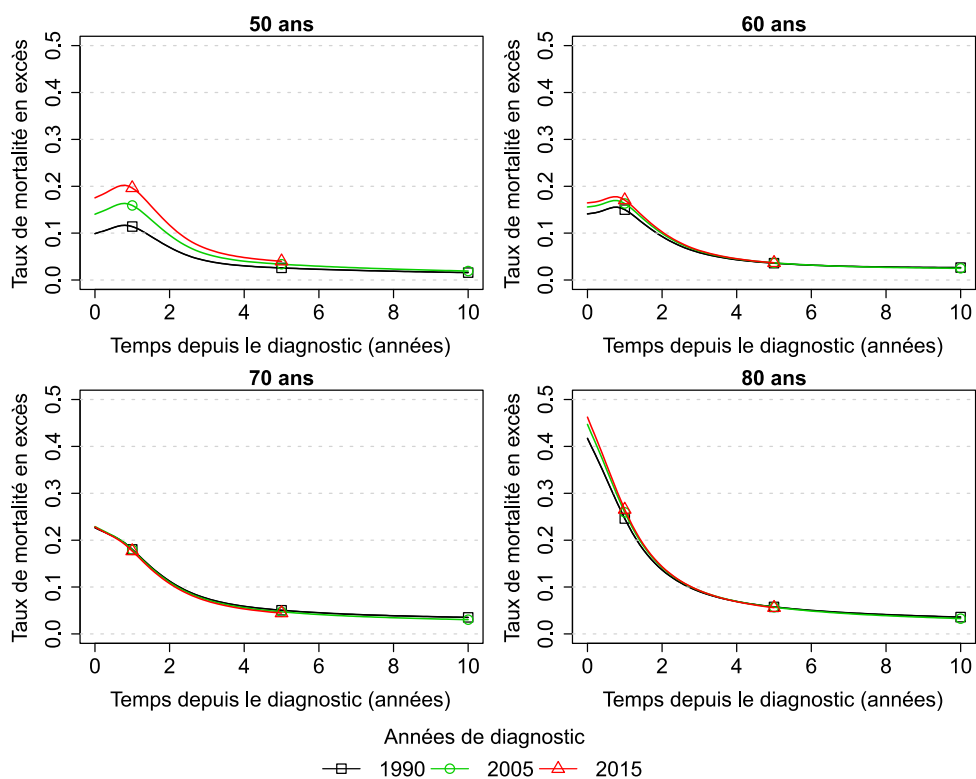


FIGURE 6. Taux de mortalité en excès (en nombre de décès par personne-année) selon le temps depuis le diagnostic pour les années 1990, 2005 et 2015 et pour différents âges - Vessie



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 15 ans pour les cas de moins de 75 ans diagnostiqués entre 1989 et 2000 diminue avec l'âge, passant de 59 % chez les personnes de 50 ans à 41 % chez celles de 70 ans (Table 7). La survie nette continue de diminuer 20 ans après le diagnostic quel que soit l'âge (avec une perte de 5 à 6 points de pourcentage) témoignant du caractère récidivant ou évolutif de ces tumeurs malgré le traitement.

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

	Hommes et femmes ensemble
Nombre de cas	5 663
Nombre de décès à 20 ans	4 427
Age médian au diagnostic (percentiles 5 et 95), en années	65 (47-74)

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

Age	1 an	5 ans	10 ans	15 ans	20 ans
50 ans	89 [87;90]	71 [69;73]	63 [60;66]	59 [56;62]	54 [51;57]
60 ans	86 [84;87]	64 [63;66]	55 [53;57]	50 [48;52]	44 [42;47]
70 ans	81 [80;83]	58 [56;59]	47 [45;49]	41 [38;43]	35 [31;38]

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 % – Vessie

Age	1 an	5 ans	10 ans	15 ans	20 ans
50 ans	0,12 [0,10;0,13]	0,03 [0,03;0,04]	0,02 [0,01;0,02]	0,01 [0,01;0,02]	0,02 [0,02;0,04]
60 ans	0,15 [0,13;0,16]	0,04 [0,03;0,05]	0,02 [0,02;0,03]	0,02 [0,01;0,02]	0,03 [0,02;0,05]
70 ans	0,17 [0,16;0,19]	0,05 [0,04;0,06]	0,03 [0,03;0,04]	0,03 [0,02;0,04]	0,04 [0,02;0,07]

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] Moch H, Humphrey PA, Ulbright TM, Reuter VE. WHO Classification of Tumours of the Urinary System and Male Genital Organs (4th edition). IARC: Lyon 2016.

[3] Mun DH, Kimura S, Shariat SF, Abufaraj M. The impact of gender on oncologic outcomes of bladder cancer. *Curr Opin Urol*. 2019 May ; 29 (3) : 279-285.

[4] Rouprêt M, Neuzillet Y, Pignot G, Compérat E, Audenet F, Houédé N, et al. Recommandations françaises du Comité de Cancérologie de l'AFU — Actualisation 2018-2020 : tumeurs de la vessie. *Progrès En Urol J Assoc Française Urol Soc Française Urol*. 2019 Sep 20;28(S1):R48–80.

[5] 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.



Édité par l'Institut national du cancer
Siren 185 512 777 Conception : INCa
ISBN : 978-2-37219-698-7
ISBN net : 978-2-37219-699-4
DÉPÔT LÉGAL MARS 2021

Ce document doit être cité comme suit : Daubisse-Marliac L, Grosclaude P, Plouvier S, Coureau G, Bara S, Lecoffre C et al. *Survie des personnes atteintes de cancer en France métropolitaine 1989-2018 – Vessie*. Boulogne-Billancourt ; Institut national du cancer janvier 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.