



RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE

*Liberté
Égalité
Fraternité*



SEPTEMBRE 2020

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

FOIE

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



Réalisation de l'étude

Collecte des données : registres des cancers du réseau Francim.
Interprétation et commentaires pour le cancer du foie : Véronique Bouvier (Registre des tumeurs digestives du Calvados), Jean-Baptiste Nousbaum (Registre finistérien des tumeurs digestives), 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

FOIE		CIM-O-3	Correspondance en CIM-O-2	Correspondance en CIM-10
	Topographie	C22.0 et C22.1	C22.0 et C22.1	C22.0 et C22.1
Morphologie	Toutes, sauf tumeurs hématologiques ; comportement tumoral /3			

À RETENIR

- Pronostic très défavorable avec une survie nette standardisée à 5 ans de 18 % chez l'homme et de 19 % chez la femme pour les cas diagnostiqués en 2010-2015
- Amélioration de la survie nette à 5 ans qui triple de 1990 à 2015
- Amélioration principalement entre 1990 et 2005 puis peu d'évolution depuis 2005

INCIDENCE

En France, pour l'année 2018, le nombre estimé de nouveaux cas était de 10 580 dont 77 % chez l'homme. Le nombre estimé de décès par cancer du foie était de 8 697 [1]. Les cancers du foie sont majoritairement constitués de carcinomes hépatocellulaires (80 à 90 %) et de cholangiocarcinomes. Les autres formes de cancers sont très rares.

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 du foie ont un pronostic défavorable avec une survie nette standardisée à 5 ans de 18 % chez l'homme et de 19 % chez la femme (Table 2).

La survie observée et la survie nette à 5 ans sont proches (15 et 16 % respectivement), signifiant que les personnes atteintes d'un cancer du foie et qui décèdent dans les 5 ans après leur diagnostic meurent essentiellement de leur cancer (Table 2). Ces tumeurs sont en effet souvent diagnostiquées chez des patients fragilisés par une hépatopathie chronique, facteur de risque principal de l'hépatocarcinome ou chez des personnes âgées, pour le cholangiocarcinome. De plus, leur diagnostic est souvent tardif et par conséquent un traitement à visée curative (chirurgie) ne peut être proposé.

La survie nette à 1 et 5 ans diminue fortement avec l'âge (Table 2 ; Figures 1b et 2) et de façon plus marquée chez les femmes (Table 2 ; Figure C1).

Le taux de mortalité en excès est très élevé juste après le diagnostic atteignant des valeurs de 1,22 à 1,99 décès par personne-année, respectivement pour les patients âgés de 50 et 80 ans tous sexes confondus puis diminue ensuite (Figure 1a). Cela correspond à une probabilité de décès durant le mois suivant le diagnostic de 10 % pour les personnes de 50 ans et de 15 % pour les personnes de 80 ans. Au cours du temps, la mortalité en excès diminue progressivement jusqu'à 5 ans après le diagnostic, mais reste tout de même élevée (de l'ordre de 2 % par mois) avec les

écarts entre âges extrêmes qui diminuent.

TABLE 1. Descriptif des données analysées (tous registres) - Foie

	Hommes	Femmes	Ensemble
Nombre de cas	11 099	2 937	14 036
Nombre de décès à 5 ans	9 141	2 462	11 603
Age médian au diagnostic (percentiles 5 et 95), en années	69 (52-86)	74 (51-90)	70 (52-87)

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

	1 an			5 ans		
	Hommes	Femmes	Ensemble	Hommes	Femmes	Ensemble
Survie observée	47 [46 ; 47]	41 [40 ; 43]	46 [45 ; 46]	15 [14 ; 16]	14 [12 ; 15]	15 [14 ; 15]
Survie nette	48 [47 ; 49]	42 [40 ; 44]	47 [46 ; 47]	17 [16 ; 18]	15 [13 ; 16]	16 [16 ; 17]
Survie nette standardisée	48 [47 ; 49]	47 [46 ; 49]	48 [47 ; 49]	18 [17 ; 19]	19 [17 ; 21]	18 [17 ; 19]
Survie nette par âge						
50 ans	54 [52 ; 57]	62 [58 ; 66]	56 [54 ; 58]	25 [23 ; 27]	31 [27 ; 36]	27 [25 ; 28]
60 ans	53 [52 ; 55]	55 [52 ; 58]	53 [52 ; 55]	22 [20 ; 23]	24 [21 ; 27]	22 [21 ; 23]
70 ans	51 [50 ; 53]	48 [45 ; 50]	51 [49 ; 52]	17 [16 ; 19]	16 [14 ; 19]	17 [16 ; 18]
80 ans	41 [39 ; 42]	36 [34 ; 39]	40 [39 ; 41]	11 [10 ; 12]	9 [8 ; 11]	11 [10 ; 12]

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 - Foie

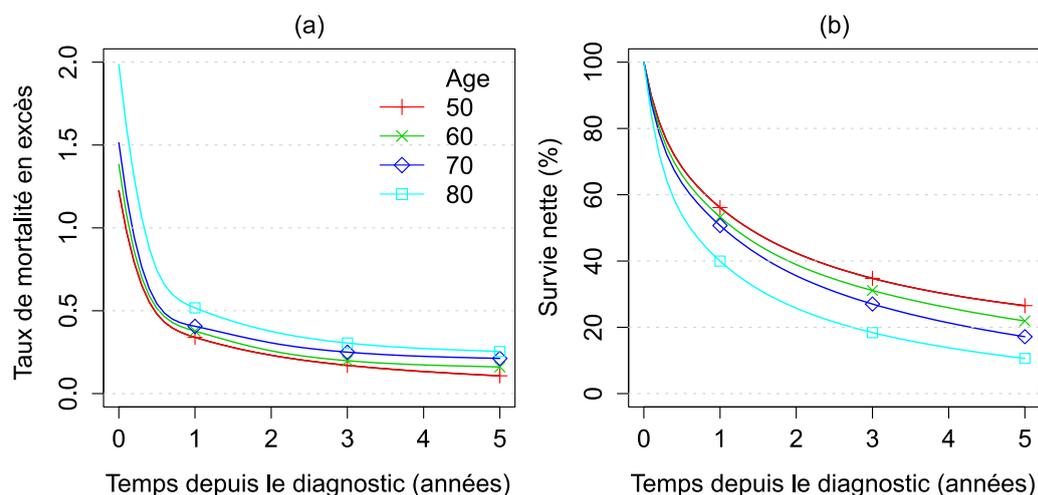
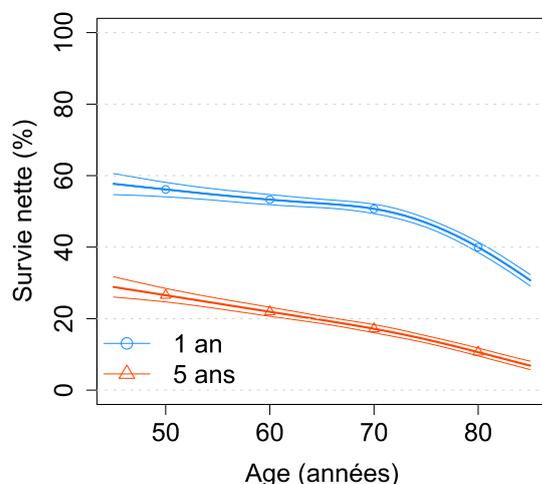


FIGURE 2. Survie nette à 1 et 5 ans selon l'âge au diagnostic avec intervalle de confiance à 95 %, hommes et femmes ensemble - Foie



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

La survie nette standardisée à 1 et 5 ans s'est améliorée de 1990 à 2015, tout en restant faible. À 1 an, elle a progressé de 22 points durant cette période passant de 26 à 48 % et, à 5 ans, elle a triplé passant de 6 à 18 % (Table 4). Ce gain de survie est observé pour tous les âges avec cependant une progression plus forte pour les âges les plus jeunes (Table 5a ; Figures 4 et 5). Il est à noter que cette amélioration de la survie à 1 ou 5 ans a surtout été observée entre 1990 et 2005 et connaît depuis 2005 une stagnation pour tous les âges (Table 5a ; Figure 4). **La survie nette à 10 ans a triplé de 1990 à 2010 tout en restant très faible**, passant de 3 à 10 % (Table 4). Cette progression est observée pour tous les âges, mais de façon moins marquée chez les personnes les plus âgées. (Table 5b et Figure 4).

Une diminution importante du taux de mortalité en excès est observée de 1990 à 2015 pour tous les âges dans l'année suivant le diagnostic. Juste après le diagnostic, cette diminution est d'autant plus marquée que les personnes sont âgées. Pour les personnes âgées de 50 ans, la mortalité en excès passe de 3,41 à 1,18 entre 1990 et 2015 (soit une probabilité de décéder dans le mois de 25 % à 9 %), alors que pour celles âgées de 80 ans, elle diminue de 5,04 à 2,02 durant la même période (soit une probabilité de décéder dans le mois de 34 % à 16 %) (Figure 6 ; Table C4). À 5 ans, ces taux ne diffèrent pas les uns des autres et ce quel que soit l'âge au diagnostic. Les taux de mortalité en excès ne diminuent pas entre 2005 et 2015 ce qui explique que la survie ait peu évolué après 2005.

Cette amélioration du pronostic pourrait être attribuée à plusieurs facteurs [2,3], comme une meilleure prise en charge et surveillance des patients cirrhotiques avec la mise en place depuis les années 90 d'un dépistage reposant sur la réalisation semestrielle d'une échographie couplée au dosage de l'alpha-fœtoprotéine. Cette stratégie permet le diagnostic précoce de tumeurs accessibles à un traitement curatif [4]. Les progrès de l'imagerie ont également permis de mieux caractériser les tumeurs, d'évaluer le foie non tumoral et de sélectionner les patients pouvant bénéficier d'un traitement curatif. Le perfectionnement des techniques chirurgicales, des alternatives à la chirurgie telles que les techniques de destruction focale (principalement la radiofréquence) participent certainement aussi à ces résultats. La transplantation hépatique est réservée à des patients très sélectionnés ayant une faible probabilité de récurrence après greffe ; de plus, la pénurie de greffons augmente la durée d'attente sur liste et limite l'accès à la greffe. La

chimioembolisation pour les tumeurs non résécables sans extension vasculaire améliore le pronostic. Enfin depuis 2007, les personnes atteintes d'un carcinome hépatocellulaire à un stade avancé peuvent être traitées avec des thérapies ciblées qui ont montré leur efficacité sur l'allongement de la survie [3].

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

	Hommes et femmes ensemble
Nombre de cas	18 038
Nombre de décès à 10 ans	16 642
Age médian au diagnostic (percentiles 5 et 95), en années	70 (50-86)

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

Année	1 an	5 ans	10 ans
1990	26 [24 ; 28]	6 [5 ; 7]	3 [2 ; 4]
1995	32 [31 ; 34]	9 [8 ; 10]	5 [4 ; 6]
2000	39 [37 ; 40]	12 [12 ; 13]	7 [7 ; 8]
2005	44 [43 ; 45]	15 [14 ; 16]	9 [8 ; 10]
2010	47 [46 ; 49]	17 [16 ; 18]	10 [9 ; 11]
2015	48 [46 ; 50]	18 [16 ; 20]	ND
Diff. 2015-1990	22 [19 ; 25]	12 [10 ; 14]	ND
Diff. 2015-2005	4 [1 ; 6]	3 [1 ; 5]	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 % - Foie

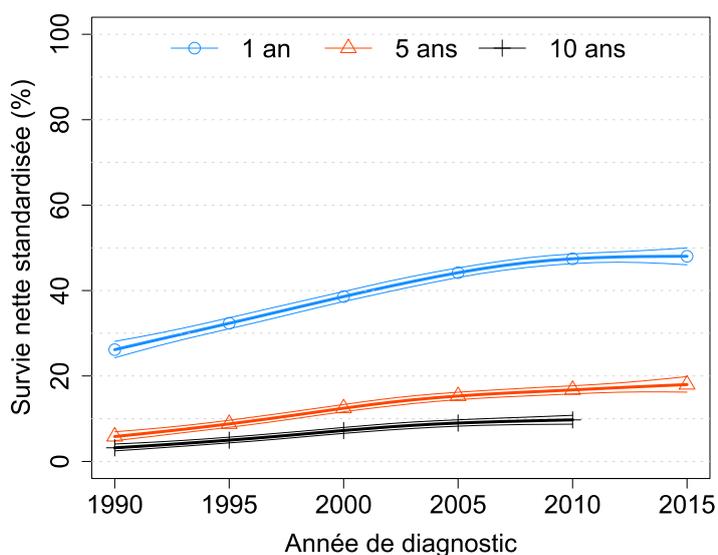


TABLE 5a. Survie nette (%) à 1 et 5 ans selon l'année de diagnostic (1990, 2005 et 2015) et par âge au diagnostic (en années) et intervalle de confiance à 95 %* - Foie

Age	1990	2005	2015	Diff. 2015-1990	Diff. 2015-2005
Survie nette à 1 an					
50	31 [27 ; 35]	52 [50 ; 55]	56 [51 ; 60]	24 [18 ; 30]	3 [-2 ; 8]
60	28 [25 ; 31]	49 [47 ; 51]	53 [49 ; 56]	25 [20 ; 29]	3 [-1 ; 7]
70	28 [25 ; 31]	45 [44 ; 47]	50 [47 ; 53]	22 [18 ; 26]	4 [1 ; 8]
80	20 [17 ; 23]	35 [33 ; 37]	40 [37 ; 43]	20 [15 ; 24]	4 [0 ; 8]
Survie nette à 5 ans					
50	8 [6 ; 11]	24 [22 ; 26]	26 [22 ; 31]	18 [13 ; 23]	2 [-3 ; 7]
60	6 [4 ; 7]	19 [18 ; 21]	21 [18 ; 25]	16 [12 ; 19]	2 [-2 ; 6]
70	5 [4 ; 7]	14 [12 ; 15]	17 [15 ; 20]	12 [9 ; 14]	3 [0 ; 6]
80	4 [2 ; 6]	8 [7 ; 9]	11 [9 ; 13]	7 [4 ; 10]	3 [0 ; 6]

*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 %* - Foie

Age	1990	2010	Diff. 2010-1990
50	6 [4 ; 8]	18 [15 ; 21]	12 [9 ; 16]
60	3 [2 ; 4]	12 [10 ; 13]	9 [7 ; 11]
70	2 [2 ; 3]	7 [6 ; 9]	5 [3 ; 7]
80	1 [1 ; 3]	4 [3 ; 5]	3 [1 ; 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 - Foie

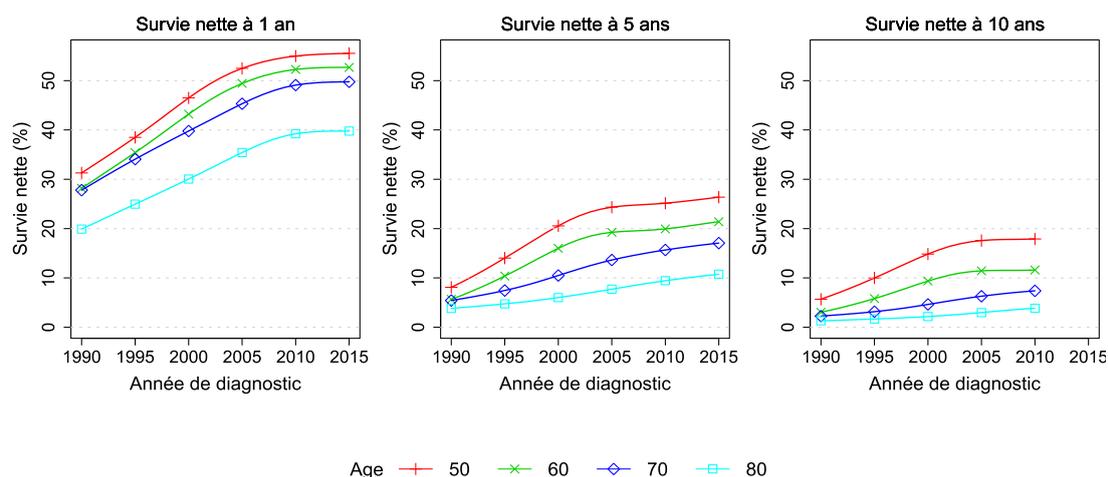


FIGURE 5. Différence de survie nette (%) à 1 et 5 ans entre 2015 et 1990 selon l'âge et intervalle de confiance à 95 % - Foie

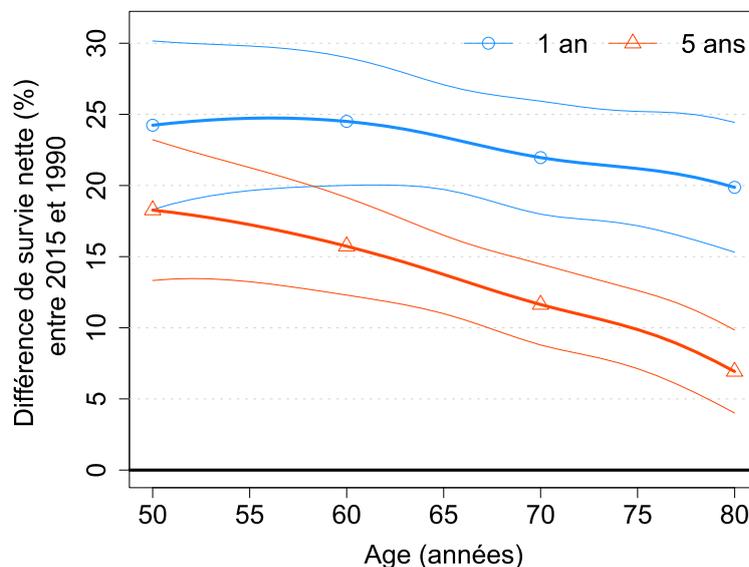
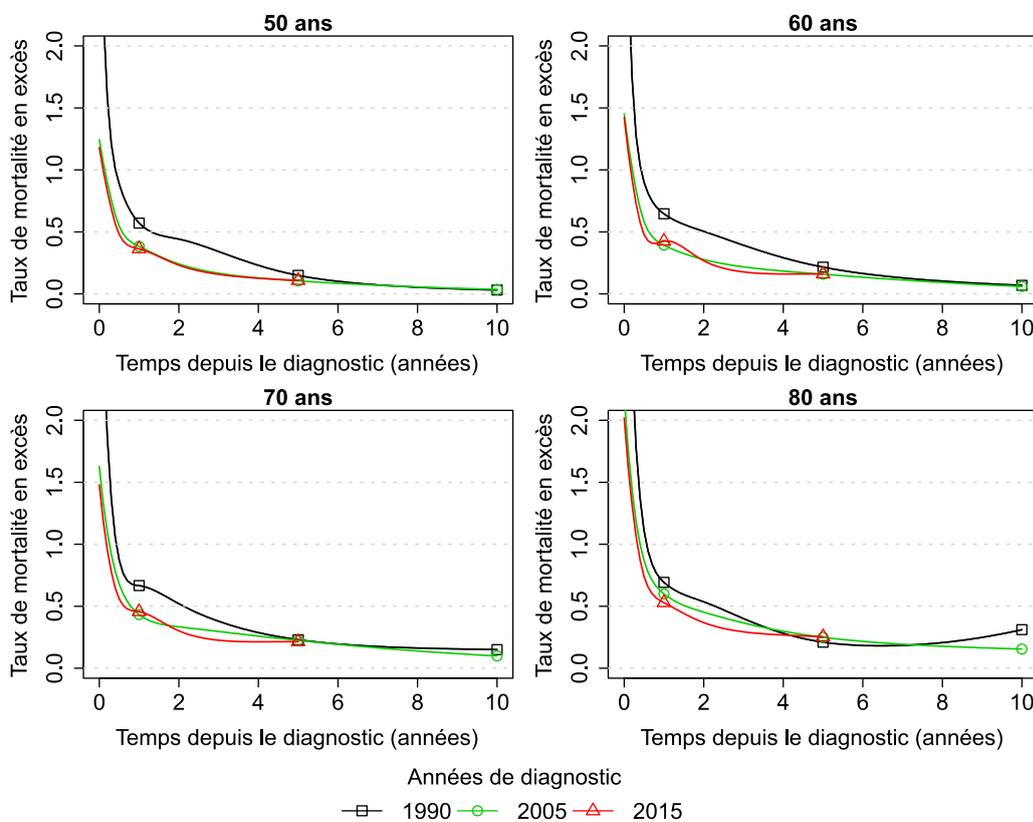


FIGURE 6. Taux de mortalité en excès (en nombre de décès par personne-année) selon le temps depuis le diagnostic pour les années 1990, 2005 et 2015 et pour différents âges - Foie



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 des personnes atteintes d'un cancer du foie évolue peu entre 10 et 20 ans après le diagnostic et reste supérieure pour les âges les plus jeunes. Pour les personnes âgées de 50 ans, elle est de 10 % à 10 ans et de 7 % à 20 ans, alors que pour celles âgées de 70 ans, elle est respectivement de 3 et 1 % (Table 7).

Le taux de mortalité en excès reste stable pour tous les âges au-delà de 10 ans après le diagnostic (Table 8).

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

	Hommes et femmes ensemble
Nombre de cas	4 681
Nombre de décès à 20 ans	4 563
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 % - Foie

Age	1 an	5 ans	10 ans	15 ans	20 ans
50 ans	37 [35 ; 40]	13 [12 ; 15]	10 [8 ; 11]	8 [7 ; 10]	7 [6 ; 9]
60 ans	36 [34 ; 37]	10 [9 ; 11]	6 [5 ; 7]	5 [4 ; 5]	4 [3 ; 4]
70 ans	34 [32 ; 35]	7 [7 ; 8]	3 [2 ; 4]	2 [1 ; 2]	1 [1 ; 2]

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 % - Foie

Age	1 an	5 ans	10 ans	15 ans	20 ans
50 ans	0,50 [0,44 ; 0,56]	0,12 [0,10 ; 0,16]	0,03 [0,02 ; 0,05]	0,02 [0,01 ; 0,04]	0,03 [0,01 ; 0,09]
60 ans	0,52 [0,48 ; 0,56]	0,18 [0,16 ; 0,21]	0,07 [0,05 ; 0,09]	0,05 [0,03 ; 0,07]	0,06 [0,03 ; 0,13]
70 ans	0,55 [0,50 ; 0,60]	0,27 [0,23 ; 0,32]	0,13 [0,09 ; 0,18]	0,10 [0,06 ; 0,15]	0,10 [0,03 ; 0,30]

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] De Toni EN, Schlesinger-Raab A, Fuchs M, Schepp W, Ehmer U, Geisler F, et al. Age independent survival benefit for patients with hepatocellular carcinoma (HCC) without metastases at diagnosis: a population-based study. Gut. 2019.

[3] Forner A, Reig M, Bruix J. Hepatocellular carcinoma. Lancet. 2018;391(10127):1301-14.

[4] Costentin C, Layese R, Bourcier V, Cagnot C, Marcellin P, Guyader D, et al. Compliance with hepatocellular carcinoma surveillance guidelines associated with increased lead-time adjusted survival of patients with compensated viral cirrhosis: a multi-center cohort study. Gastroenterology. 2018; 155: 431-42.



Édité par l'Institut national du cancer
Siren 185 512 777 Conception : INCa
ISBN : 978-2-37219-546-1
ISBN net : 978-2-37219-547-8
DEPÔT LÉGAL octobre 2020

Ce document doit être cité comme suit : Bouvier V, Nousbaum J-B, Bouvier A-M, Lecoffre C, Lafay L, Mounier M et al. *Survie des personnes atteintes de cancer en France métropolitaine 1989-2018 – Foie*. Boulogne-Billancourt : Institut national du cancer, septembre 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.