



RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE

*Liberté
Égalité
Fraternité*



SEPTEMBRE 2020

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

ŒSOPHAGE

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
Michel Robaszekiewicz
Anne-Marie Bouvier
Véronique 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 de l'œsophage : Mélanie Cariou (Registre finistérien des tumeurs digestives), Michel Robaszekiewicz (Registre finistérien des tumeurs digestives), Anne-Marie Bouvier (Registre bourguignon des cancers digestifs), Véronique Bouvier (Registre des tumeurs digestives du Calvados)

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

OESOPHAGE		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	Toutes, sauf tumeurs hématologiques. comportement tumoral /3			

À RETENIR

- Pronostic défavorable avec une survie nette standardisée à 5 ans de 16 % chez l'homme et de 20 % chez la femme pour les cas diagnostiqués en 2010-2015
- Amélioration de la survie nette standardisée à 1 an et 5 ans qui double en 25 ans
- Amélioration de la survie nette standardisée à 10 ans qui double entre 1990 et 2010 pour tous les âges mais qui reste inférieure à 10 % pour les personnes de 80 ans

INCIDENCE

En France, pour l'année 2018, le nombre estimé de nouveaux cas de cancer de l'œsophage était de 5 445 et le nombre estimé de décès par cancer de l'œsophage de 3 725 [1]. Le carcinome épidermoïde reste prédominant (3 224 cas dont 72 % chez l'homme) malgré une hausse de l'incidence des adénocarcinomes (2 074 cas dont 87 % chez l'homme) dans les deux sexes.

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 de l'œsophage ont un pronostic défavorable avec une **survie nette standardisée à 5 ans de 16 % chez l'homme et de 20 % chez la femme** (Table 2). 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. La plupart des tumeurs sont très agressives (car lymphophiles) [2], notamment le carcinome épidermoïde, survenant plus fréquemment dans des populations défavorisées. Dans la majorité des cas, l'extension de la tumeur au moment du diagnostic ne permet pas de résection chirurgicale curative.

La survie observée et la survie nette à 5 ans après le diagnostic sont très proches (respectivement 14 et 16 %), ce qui signifie que les personnes atteintes d'un cancer de l'œsophage et qui décèdent dans les 5 ans après leur diagnostic meurent essentiellement de leur cancer (Table 2).

La survie nette diminue peu de 50 à 70 ans puis chute de façon importante pour les personnes les plus âgées (Figures 1b et 2 ; Table 2). La mortalité en excès au diagnostic chez les personnes de 80 ans est très importante, avec une valeur de 1,01 décès par personne-année, soit une probabilité de décès durant le mois après le diagnostic de 8 %. Ce taux de mortalité en excès est plus élevé que celui observé chez les personnes plus jeunes et ce durant 3 ans après le diagnostic chez l'homme et 2 ans chez la femme (Figures 1a et C1a). Pour les personnes de moins de 80 ans, l'excès de mortalité est maximal vers 6 mois après le diagnostic avec des taux variant de

0,6 à 0,68 décès par personne-année, ce qui pourrait être expliqué par un diagnostic tardif et par la lourdeur de la prise en charge initiale chez des patients ayant des comorbidités (Figures 1a et C1a). Les valeurs de taux de mortalité en excès à 5 ans vont de 0,07 (à 80 ans) à 0,13 (à 50 ans) décès par

personne-année, ce qui représente un niveau de mortalité due au cancer encore élevé à distance du diagnostic, soit une probabilité de décès de 7 % à 13 % par an.

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

	Hommes	Femmes	Ensemble
Nombre de cas	6 239	1 617	7 856
Nombre de décès à 5 ans	5 251	1 323	6 574
Age médian au diagnostic (percentiles 5 et 95), en années	67 (50-87)	72 (51-90)	67 (50-88)

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

	1 an			5 ans		
	Hommes	Femmes	Ensemble	Hommes	Femmes	Ensemble
Survie observée	48 [47 ; 49]	45 [43 ; 47]	47 [46 ; 48]	14 [13 ; 15]	16 [14 ; 18]	14 [14 ; 15]
Survie nette	49 [48 ; 50]	46 [44 ; 48]	48 [47 ; 49]	16 [15 ; 17]	18 [16 ; 20]	16 [15 ; 17]
Survie nette standardisée	49 [47 ; 50]	50 [47 ; 52]	49 [48 ; 50]	16 [15 ; 17]	20 [18 ; 22]	17 [16 ; 18]
Survie nette par âge						
50 ans	55 [53 ; 58]	59 [53 ; 65]	56 [54 ; 58]	19 [17 ; 21]	27 [22 ; 33]	20 [18 ; 23]
60 ans	55 [53 ; 57]	56 [52 ; 59]	55 [53 ; 57]	18 [17 ; 20]	21 [18 ; 25]	19 [17 ; 20]
70 ans	51 [49 ; 53]	53 [49 ; 56]	51 [49 ; 53]	17 [15 ; 19]	21 [18 ; 25]	18 [16 ; 20]
80 ans	40 [38 ; 43]	42 [38 ; 45]	41 [39 ; 43]	11 [10 ; 13]	15 [12 ; 19]	13 [11 ; 14]

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

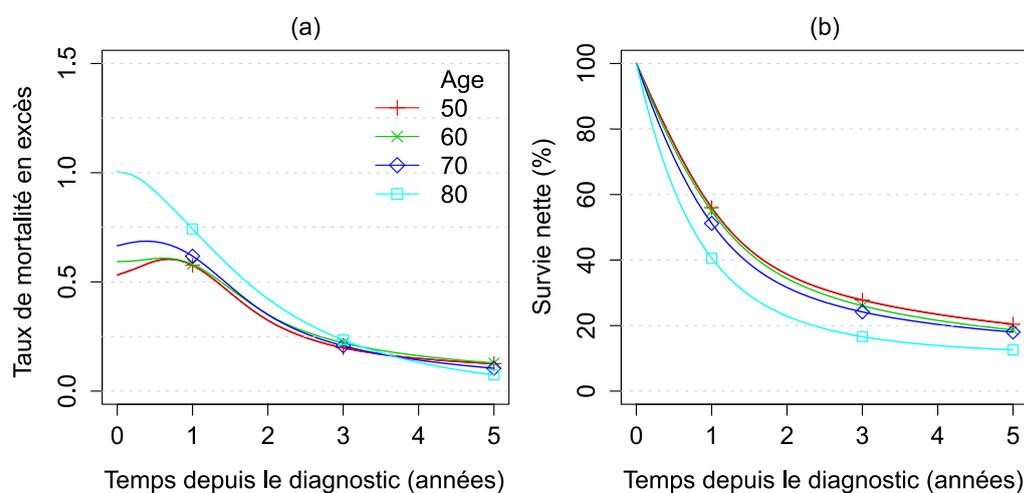
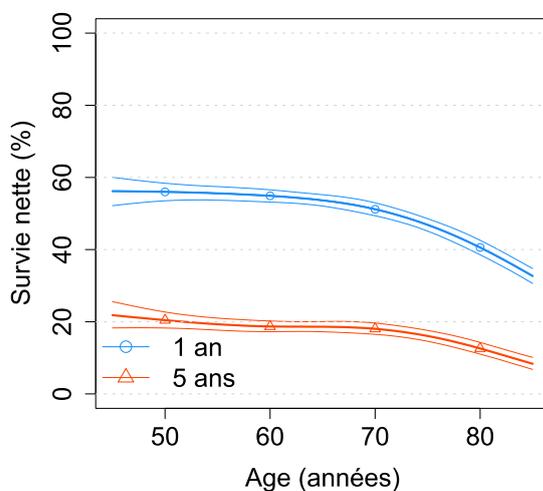


FIGURE 2. Survie nette à 1 et 5 ans selon l'âge au diagnostic avec intervalle de confiance à 95 %, hommes et femmes ensemble – Œsophage



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

Les deux types histologiques prédominants du cancer de l'œsophage sont le carcinome épidermoïde et l'adénocarcinome. L'incidence du carcinome épidermoïde, dont les principaux facteurs de risque sont la consommation d'alcool et de tabac [3], a été divisée par trois en France entre 1990 et 2018 (12,8 pour 100 000 en 1990 à 3,9 en 2018), tandis que l'incidence de l'adénocarcinome, surtout liée au reflux gastro-œsophagien et à l'obésité [4] a augmenté sur la même période (1,2 pour 100 000 en 1990 à 2,8 en 2018) [1].

Même si elle reste basse du fait de la présence des stades évolués au diagnostic, la survie nette standardisée à 1 et 5 ans s'est améliorée. La survie nette standardisée à 5 ans a doublé entre 1990 et 2015, passant de 9 % à 18 % (Table 4 ; Figure 3). Plusieurs facteurs peuvent expliquer cette amélioration : la baisse de la proportion de cancers épidermoïdes (les plus agressifs) liée à la baisse régulière de la consommation alcoolo-tabagique en France, un diagnostic moins tardif et une amélioration de la prise en charge en particulier pour les adénocarcinomes dont la proportion a augmenté dans les deux sexes. L'amélioration de la prise en charge de ce type de tumeurs concerne les traitements péri-opératoires, la radiothérapie et la chimiothérapie, mais également l'arrivée de thérapies innovantes, telles que les thérapies ciblées par herceptine pour les patients Her2 positifs métastatiques à partir de 2010 et plus récemment l'immunothérapie. Ces gains de survie s'observent pour tous les âges, soit une amélioration de la survie à 5 ans qui est passée d'environ 10 % à 20 % chez les personnes âgées de 50, 60 et 70 ans et de 5 à 13 % chez celles de 80 ans entre 1990 et 2015 (Table 5a ; Figures 4 et 5).

Une diminution des taux de mortalité en excès est observée pour les personnes âgées de 50 à 70 ans, dans l'année qui suit le diagnostic. Cette diminution est maximale chez les personnes de 80 ans (Figure 6 ; Table C4). Cela se traduit par une amélioration de la survie à 1 an avec une différence d'au moins 13 points à tout âge. La mortalité en excès au cours de la première année suivant le diagnostic, diminue progressivement entre 1990 et 2015 et concerne tous les âges (Figure 6).

La survie nette à 10 ans a globalement doublé entre 1990 et 2010 (Table 4 ; Figure 3), avoisinant 12 % pour les personnes de 50 à 70 ans diagnostiqués en 2010 contre 6 % chez celles diagnostiquées en 1990. La survie à 10 ans des personnes de 80 ans en 2010 reste très faible (7 %)

(Table 5b ; Figure 4). L'amélioration du pronostic de ces cancers est probablement liée à une meilleure prise en charge ou à un diagnostic plus précoce [5-6].

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

	Hommes et femmes ensemble
Nombre de cas	13 651
Nombre de décès à 10 ans	12 578
Age médian au diagnostic (percentiles 5 et 95), en années	66 (47-86)

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

Année	1 an	5 ans	10 ans
1990	38 [37 ; 39]	9 [8 ; 9]	5 [4 ; 5]
1995	41 [40 ; 42]	10 [10 ; 11]	6 [5 ; 6]
2000	43 [42 ; 44]	12 [12 ; 13]	7 [7 ; 8]
2005	46 [45 ; 47]	14 [13 ; 15]	9 [8 ; 9]
2010	49 [47 ; 50]	16 [15 ; 17]	10 [10 ; 11]
2015	51 [50 ; 52]	18 [17 ; 20]	ND
Diff. 2015-1990	13 [11 ; 15]	10 [8 ; 11]	ND
Diff. 2015-2005	5 [4 ; 6]	4 [4 ; 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 % – Œsophage

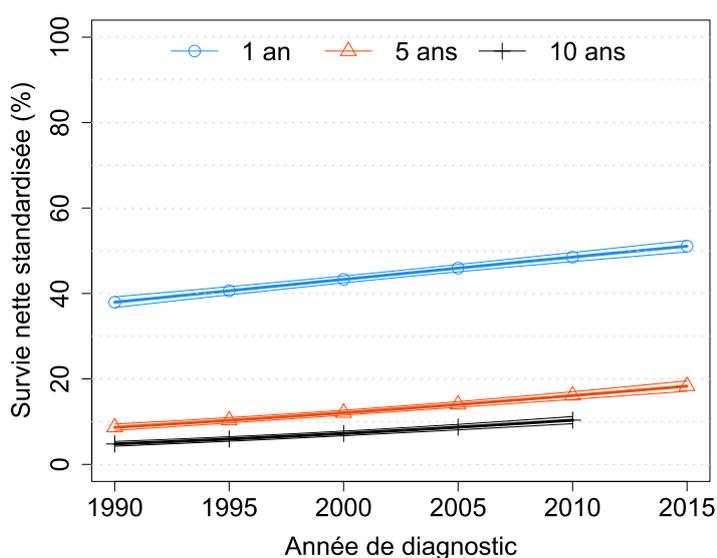


TABLE 5a. Survie nette (%) à 1 et 5 ans selon l'année de diagnostic (1990, 2005 et 2015) et par âge au diagnostic (en années) et intervalle de confiance à 95 %* - Œsophage

Age	1990	2005	2015	Diff. 2015-1990	Diff. 2015-2005
Survie nette à 1 an					
50	46 [44 ; 48]	54 [52 ; 55]	59 [57 ; 60]	13 [11 ; 15]	5 [4 ; 6]
60	45 [43 ; 46]	53 [51 ; 54]	58 [56 ; 59]	13 [11 ; 15]	5 [4 ; 6]
70	40 [38 ; 41]	48 [46 ; 49]	53 [51 ; 54]	13 [11 ; 15]	5 [4 ; 6]
80	28 [26 ; 30]	36 [35 ; 38]	42 [40 ; 44]	14 [12 ; 16]	6 [5 ; 6]
Survie nette à 5 ans					
50	11 [10 ; 13]	18 [16 ; 19]	23 [21 ; 24]	11 [9 ; 13]	5 [4 ; 6]
60	11 [10 ; 12]	17 [16 ; 18]	22 [20 ; 23]	11 [9 ; 13]	5 [4 ; 6]
70	9 [8 ; 10]	15 [14 ; 16]	20 [18 ; 21]	10 [9 ; 12]	5 [4 ; 5]
80	5 [4 ; 6]	9 [8 ; 10]	13 [11 ; 14]	8 [6 ; 9]	4 [3 ; 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 %

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

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

*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

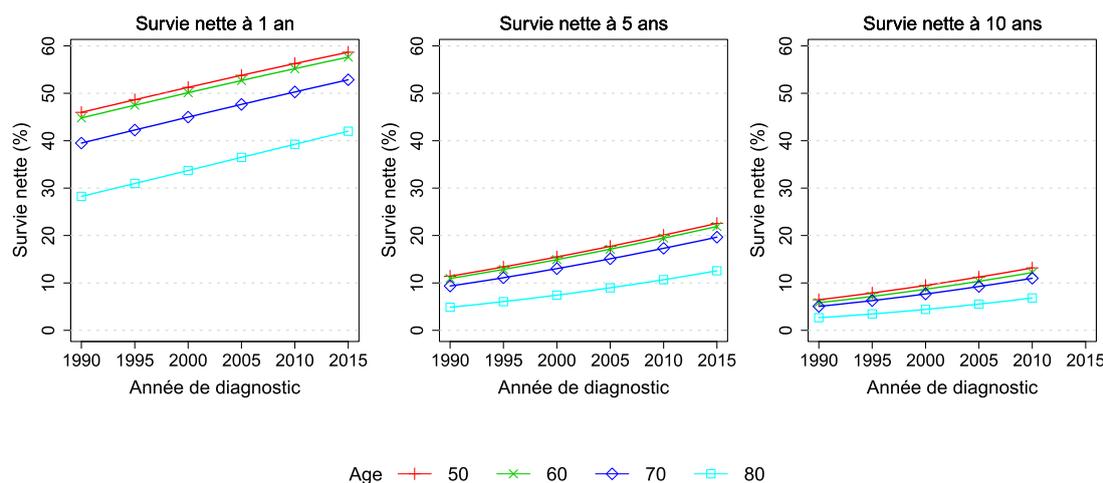


FIGURE 5. Différence de survie nette (%) à 1 et 5 ans entre 2015 et 1990 selon l'âge et intervalle de confiance à 95 % - Œsophage

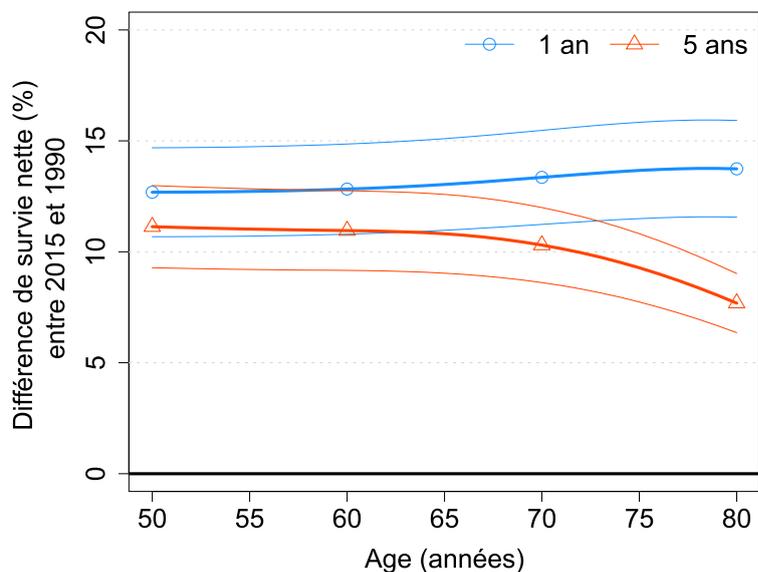
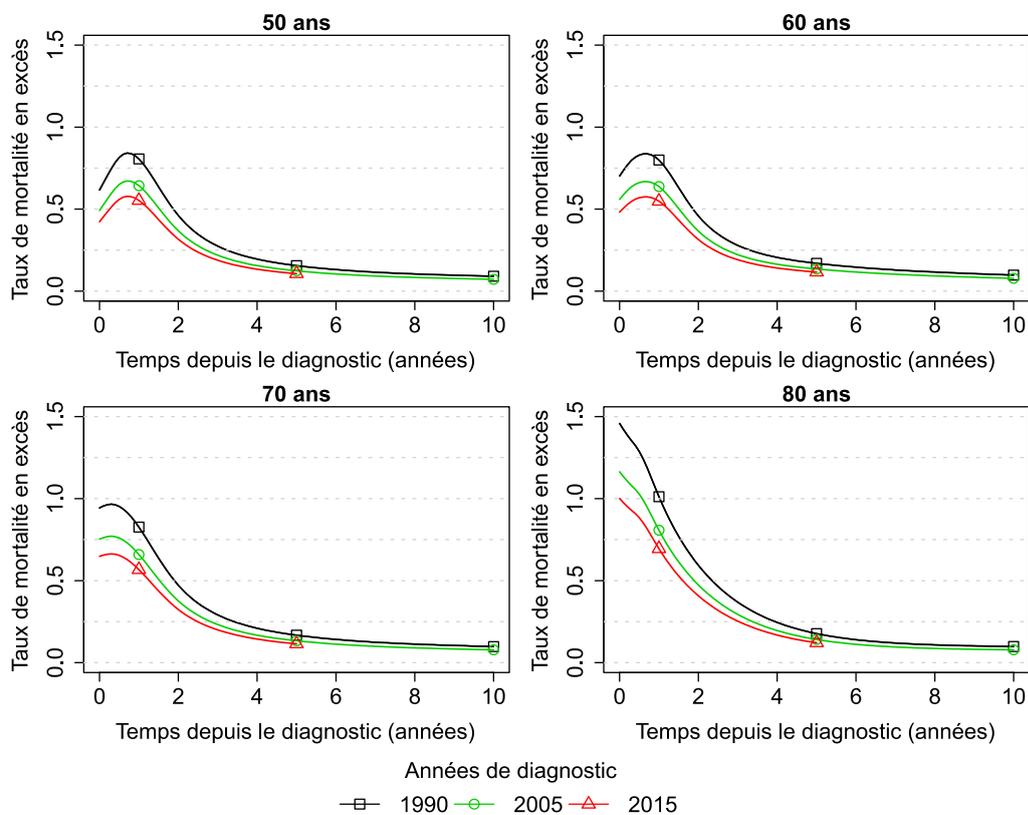


FIGURE 6. Taux de mortalité en excès (en nombre de décès par personne-année) selon le temps depuis le diagnostic pour les années 1990, 2005 et 2015 et pour différents âges - Œsophage



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 varie entre 6 % et 4 % selon l'âge pour les cas diagnostiqués entre 1989 et 2000. À 20 ans, elle varie de 4 % à 3 % selon l'âge (Table 7). Les taux de mortalité en excès, bien que stables à partir de 10 ans, montrent que la probabilité de décès par cancer de l'œsophage est de l'ordre de 7 à 8 % par an 20 ans après le diagnostic (Table 8).

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

	Hommes et femmes ensemble
Nombre de cas	5 208
Nombre de décès à 20 ans	5 073
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

Age	1 an	5 ans	10 ans	15 ans	20 ans
50 ans	48 [46 ; 50]	13 [12 ; 15]	8 [7 ; 9]	6 [5 ; 7]	4 [3 ; 5]
60 ans	47 [45 ; 49]	13 [12 ; 14]	7 [6 ; 8]	5 [4 ; 6]	4 [3 ; 4]
70 ans	43 [41 ; 45]	11 [10 ; 13]	7 [5 ; 8]	4 [3 ; 6]	3 [2 ; 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

Age	1 an	5 ans	10 ans	15 ans	20 ans
50 ans	0,73 [0,67 ; 0,79]	0,16 [0,13 ; 0,18]	0,07 [0,06 ; 0,09]	0,06 [0,05 ; 0,08]	0,08 [0,05 ; 0,13]
60 ans	0,74 [0,69 ; 0,79]	0,16 [0,14 ; 0,18]	0,08 [0,07 ; 0,10]	0,07 [0,05 ; 0,09]	0,08 [0,04 ; 0,14]
70 ans	0,78 [0,72 ; 0,84]	0,14 [0,12 ; 0,18]	0,09 [0,06 ; 0,13]	0,08 [0,05 ; 0,12]	0,07 [0,03 ; 0,20]

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] Cowppli-Bony A, Uhry Z, Remontet L, Voirin N, Guizard AV, Trétarre B, et al. Survival of solid cancer patients in France, 1989-2013 : a population-based study. *Eur J Cancer Prev.* 2017; 26(6): 461-8.
- [3] Freedman ND, Abnet CC, Leitzmann MF, Mouw T, Subar AF, Hollenbeck AR, et al. A prospective study of tobacco, alcohol, and the risk of esophageal and gastric cancer subtypes. *Am J Epidemiol* 2007;165:1424–1433.
- [4] Turati F, Tramacere I, La Vecchia C, Negri E, et al. A meta-analysis of body mass index and esophageal and gastric cardia adenocarcinoma. *Ann Oncol* 2013;24:609–617.
- [5] Gupta B, Kumar N. Worldwide incidence, mortality and time trends for cancer of the oesophagus. *Eur J Cancer Prev.* 2017; 26(2) : 107-18.
- [6] Malhotra GK, Yanala U, Ravipati A, Follet M, Vijayakumar M, Are C. Global trends in esophageal cancer. *J Surg Oncol.* 2017;115(5): 564-79.



Édité par l'Institut national du cancer
Siren 185 512 777 Conception : INCa
ISBN : 978-2-37219-552-2
ISBN net : 978-2-37219-553-9
DEPÔT LÉGAL octobre 2020

Ce document doit être cité comme suit : Cariou M, Robaszekiewicz M, Bouvier A-M, Bouvier V, Lecoffre C, Lafay L et al. *Survie des personnes atteintes de cancer en France métropolitaine 1989-2018 – Œsophage*. Boulogne-Billancourt : Institut national du cancer, septembre 2020, 10 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.