



RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE

*Liberté
Égalité
Fraternité*



DÉCEMBRE 2020

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

ŒSOPHAGE ADÉNOCARCINOMES

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
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 l'adénocarcinome de l'œsophage : Mélanie Cariou (Registre finistérien des tumeurs digestives), Michel Robaszekiewicz (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 ADENO- CARCINOME		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	8140-41, 8143-44, 8190, 8200-01, 8210-11, 8260-63, 8310, 8320, 8480-81, 8490, 8550, 8570, 8576 ; comportement tumoral /3			

À RETENIR

- Survie nette standardisée à 5 ans de 20 % pour les cas diagnostiqués entre 2010 et 2015
- Amélioration de 10 points de pourcentage de la survie nette standardisée à 5 ans entre 1990 et 2015, plus marquée dans la période la plus récente (7 points entre 2005 et 2015)
- Chez les personnes de 50 ans diagnostiquées entre 1990 et 2015, amélioration de la survie nette de 23 points de pourcentage à 1 an, de 16 points à 5 ans et de 9 points à 10 ans
- Chez les personnes de 80 ans diagnostiquées entre 1990 et 2015, amélioration de la survie nette de 16 points de pourcentage à 1 an, de 5 points à 5 ans et de 1 point à 10 ans

INCIDENCE

En France, pour l'année 2018, le nombre estimé de nouveaux cas d'adénocarcinome de l'œsophage était de 2 074 soit 38 % 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 de l'adénocarcinome de l'œsophage est défavorable avec **une survie nette standardisée estimée à 54 % et 20 % respectivement 1 an et 5 ans après le diagnostic** (Table 2). Les adénocarcinomes de l'œsophage ont pour facteurs de risque principaux le reflux gastro-œsophagien et l'obésité ; la plupart des adénocarcinomes surviennent sur un endobrachyœsophage (EBO) [2-3]. La chirurgie est le traitement de référence des cancers localement avancés et résecables de l'œsophage et l'addition d'une radio-chimiothérapie pré-opératoire ou d'une chimiothérapie péri-opératoire améliore significativement la survie [4]. Cependant, peu de personnes bénéficient du traitement optimal du fait d'une part, de cancers détectés fréquemment à des stades avancés et d'autre part, du fait de la présence de comorbidités. Dans la majorité des cas, l'extension du cancer au moment du diagnostic ne permet pas de résection chirurgicale curative.

Les estimations de la survie observée à 5 ans sont très proches de celle 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 dès les premières semaines après le diagnostic (Figure 1a).

A partir de 60 ans, la survie nette diminue avec l'âge au diagnostic (Figure 2). A 1 an, elle passe de 63 % chez les personnes de 50 ans à 45 % chez celles de 80 ans et à 5 ans de suivi, elle passe de 25 % à 15 % respectivement pour les mêmes âges (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 de 80 ans, le taux de mortalité en excès juste après le diagnostic est de 0,95 décès par personne-année (soit une probabilité de décéder dans le mois de

7,6 %) alors qu'il est de 0,50 décès par personne-année (soit une probabilité de décéder dans le mois de 4,1 %) chez les personnes de 50 ans (Figure 1a ; Table C2-Complément). Ces écarts sont probablement en rapport avec les comorbidités liées à l'âge qui influencent la prise en charge avec notamment un accès plus limité aux thérapies ciblées chez les personnes plus âgées.

Trois ans après le diagnostic, les taux de mortalité en excès sont proches quel que soit l'âge (de 0,20 à 0,24 décès par personne-année soit une probabilité de décéder dans l'année de 18 à 21 %) (Figure 1a ; Table C2 - Complément).

L'étude par âge et par sexe montre que l'âge médian au diagnostic est plus élevé chez la femme (79 ans contre 70 ans chez l'homme) (Table 1). Au-delà de 60 ans, l'excès de mortalité précoce est plus marqué chez la femme que chez l'homme (Figure C1-Complément).

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

	Homme	Femme	Ensemble
Nombre de cas	2 195	348	2 543
Nombre de décès à 5 ans	1 772	291	2 063
Age médian au diagnostic (percentiles 5 et 95), en années	70 (50-88)	79 (55-92)	71 (51-89)

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

	1 an			5 ans		
	Homme	Femme	Ensemble	Homme	Femme	Ensemble
Survie observée	51 [49 ; 53]	43 [38 ; 47]	50 [48 ; 52]	17 [15 ; 18]	14 [10 ; 18]	16 [15 ; 18]
Survie nette	53 [51 ; 55]	44 [39 ; 49]	51 [50 ; 53]	19 [18 ; 21]	16 [12 ; 20]	19 [17 ; 21]
Survie nette standardisée	54 [52 ; 56]	51 [46 ; 57]	54 [52 ; 56]	20 [18 ; 22]	21 [16 ; 27]	20 [18 ; 22]
Survie nette par âge						
50 ans	62 [58 ; 66]	67 [57 ; 75]	63 [58 ; 66]	24 [20 ; 28]	33 [21 ; 46]	25 [21 ; 29]
60 ans	61 [58 ; 64]	59 [51 ; 66]	61 [58 ; 64]	25 [22 ; 28]	26 [19 ; 34]	25 [22 ; 27]
70 ans	56 [53 ; 59]	50 [45 ; 56]	56 [53 ; 58]	22 [19 ; 25]	19 [14 ; 24]	22 [19 ; 25]
80 ans	45 [42 ; 48]	41 [36 ; 46]	45 [42 ; 48]	15 [12 ; 18]	13 [9 ; 18]	15 [12 ; 17]

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 adénocarcinomes

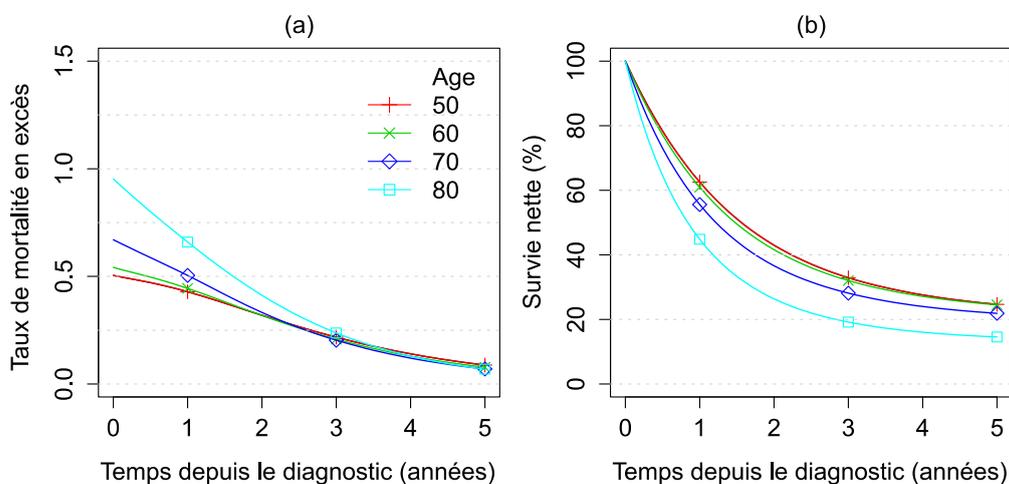
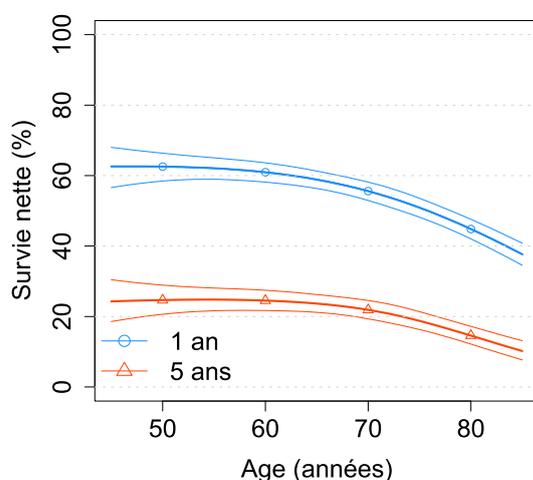


FIGURE 2. Survie nette à 1 et 5 ans selon l'âge au diagnostic avec intervalle de confiance à 95 %, hommes et femmes ensemble – Œsophage adénocarcinomes



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

Malgré une survie nette standardisée à 5 ans faible, l'étude des tendances selon les années de diagnostic montre **une amélioration régulière de la survie nette standardisée à 1 an entre 1990 et 2015**, plus marquée depuis 2000. **La survie nette standardisée à 5 ans varie peu** entre 1990 et 2000 avec respectivement 14 et 15 % ; elle augmente ensuite de 7 points entre 2005 et 2015. Une légère amélioration de la survie nette à 10 ans est également observée à partir de 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). Toutefois, l'effet est maximal pour les plus jeunes et minimal pour les personnes de 80 ans (Table 5a).

L'amélioration de la survie nette à 10 ans entre 1990 et 2015 est très faible et est plus marquée chez les personnes de 50 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 0,80 à 0,43 décès par personne-année entre 1990 et 2015 pour les personnes âgées de 60 ans (soit une probabilité de décéder dans le mois allant de 6,4 % à 3,5 %) (Figure 6 ; Table C4-Complément). Cela se traduit par une amélioration de la survie à 1 an avec un gain de 20 points de pourcentage au cours de la période correspondante (Table 5a).

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. Le gain de survie observé au cours du temps peut s'expliquer également par l'amélioration des techniques de radiothérapie et chimiothérapie. L'arrivée de thérapies ciblées incluant trastuzumab, ramucirumab donnent des résultats encourageants dans les essais pour les patients atteints de cancers avancés ou métastatiques [4]. Des recherches sont en cours afin d'identifier des marqueurs prédictifs permettant d'identifier les patients qui pourraient relever de l'immunothérapie, compte tenu de son coût, de sa toxicité et de l'induction potentielle d'une progression tumorale accélérée.

Un des axes d'amélioration du pronostic repose également sur une prise en charge précoce de l'adénocarcinome de l'œsophage par une surveillance régulière des EBO.

Le gain de survie à 5 ans pour les personnes de 70 ans et plus reste cependant en dessous des 10 points (5 points pour les personnes de 80 ans) sur la période 1990-2015 ce qui montre la difficulté à soigner ces personnes.

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

	Hommes et femmes ensemble
Nombre de cas	2 847
Nombre de décès à 10 ans	2 520
Age médian au diagnostic (percentiles 5 et 95), en années	71 (50-88)

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

Année	1 an	5 ans	10 ans
1990	41 [36 ; 46]	14 [10 ; 18]	10 [7 ; 14]
1995	43 [39 ; 46]	14 [12 ; 17]	10 [8 ; 13]
2000	45 [42 ; 47]	15 [13 ; 17]	11 [9 ; 13]
2005	49 [47 ; 51]	17 [15 ; 19]	12 [10 ; 14]
2010	54 [52 ; 57]	20 [18 ; 22]	15 [12 ; 17]
2015	60 [56 ; 63]	24 [20 ; 28]	ND
Diff. 2015-1990	19 [13 ; 25]	10 [4 ; 16]	ND
Diff. 2015-2005	11 [7 ; 15]	7 [3 ; 12]	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 adénocarcinomes

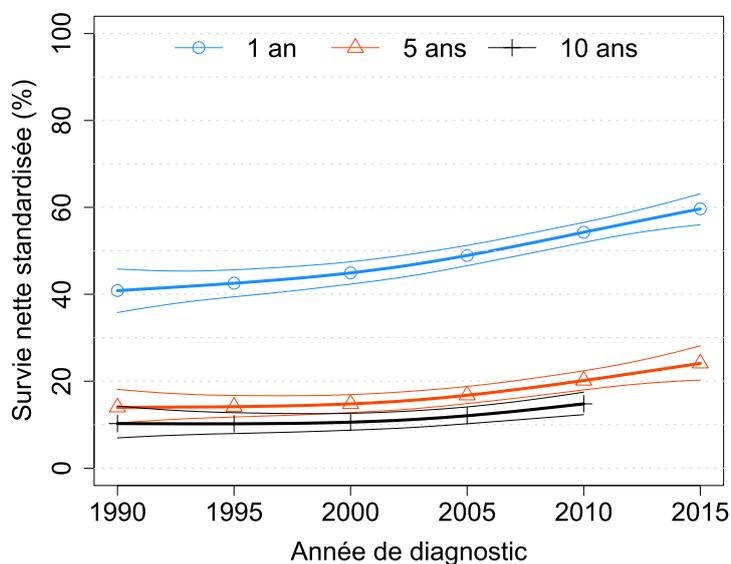


TABLE 5a. Survie nette (%) à 1 et 5 ans selon l'année de diagnostic (1990, 2005 et 2015) et par âge au diagnostic (en années) et intervalle de confiance à 95 %* - Œsophage adénocarcinomes

Age	1990	2005	2015	Diff. 2015-1990	Diff. 2015-2005
Survie nette à 1 an					
50	45 [36 ; 53]	56 [51 ; 60]	68 [62 ; 73]	23 [12 ; 34]	12 [7 ; 17]
60	45 [39 ; 52]	55 [51 ; 58]	66 [61 ; 70]	20 [13 ; 28]	11 [7 ; 15]
70	44 [39 ; 49]	52 [49 ; 55]	62 [58 ; 66]	18 [12 ; 24]	10 [6 ; 14]
80	35 [29 ; 41]	41 [38 ; 44]	51 [47 ; 56]	16 [9 ; 24]	10 [6 ; 15]
Survie nette à 5 ans					
50	16 [10 ; 24]	22 [18 ; 26]	33 [26 ; 39]	16 [6 ; 26]	10 [4 ; 17]
60	17 [12 ; 22]	21 [18 ; 24]	30 [25 ; 35]	13 [5 ; 20]	9 [4 ; 14]
70	16 [12 ; 21]	18 [16 ; 21]	26 [21 ; 30]	9 [3 ; 16]	7 [3 ; 12]
80	10 [6 ; 14]	10 [8 ; 13]	15 [11 ; 19]	5 [-1 ; 11]	5 [1 ; 9]

*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 adénocarcinomes

Age	1990	2010	Diff. 1990-2010
50	13 [7 ; 20]	21 [17 ; 26]	9 [1 ; 16]
60	12 [8 ; 18]	18 [15 ; 22]	6 [0 ; 12]
70	12 [8 ; 16]	15 [12 ; 19]	4 [-2 ; 9]
80	7 [4 ; 11]	8 [5 ; 11]	1 [-3 ; 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 %

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

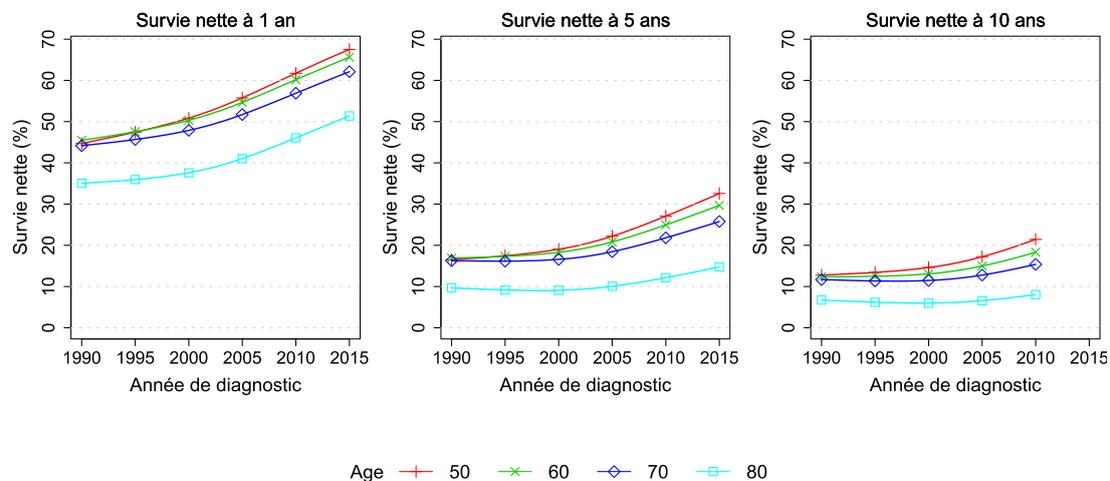


FIGURE 5. Différence de survie nette (%) à 1 et 5 ans entre 2015 et 1990 selon l'âge et intervalle de confiance à 95 % - Œsophage adénocarcinomes

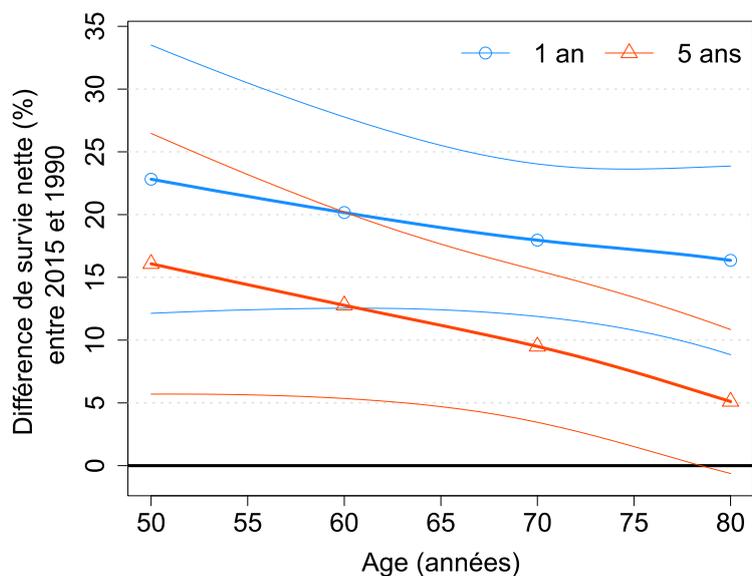
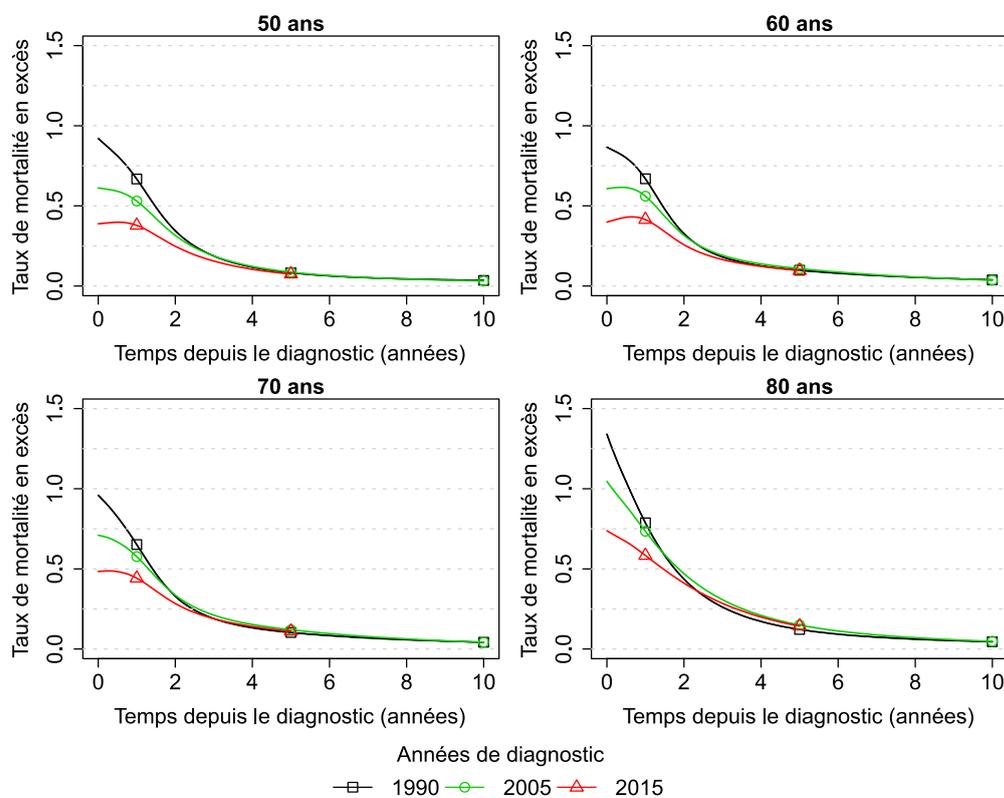


FIGURE 6. Taux de mortalité en excès (en nombre de décès par personne-année) selon le temps depuis le diagnostic pour les années 1990, 2005 et 2015 et pour différents âges – Œsophage adénocarcinomes



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

Données non disponibles.

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] Turati F, Tramacere I, La Vecchia C, et al. A meta-analysis of body mass index and esophageal and gastric cardia adenocarcinoma. *Ann Oncol* 2013;24:609–617.
- [3] Witheman DC, Sadeghi S, Pandeya N, et al. Combined effects of obesity, acid reflux and smoking on the risk of adenocarcinomas of the oesophagus. *Gut* 2008 ;57 :173-180
- [4] Ajani JA, D'Amico TA, Bentrem DJ, Chao J, Corvera C, Das P, Denlinger CS, et al. Esophageal and esophagogastric junction cancers, version 2.2019. *J Natl Compr Canc Netw*. 2019 ; 17(07) :855-883



Édité par l'Institut national du cancer
Siren 185 512 777 Conception : INCa
ISBN : 978-2-37219-620-8
ISBN net : 978-2-37219-621-5
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 adénocarcinomes*. Boulogne-Billancourt : Institut national du cancer, décembre 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.