



RÉPUBLIQUE  
FRANÇAISE

*Liberté  
Égalité  
Fraternité*



MARS 2021

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

## INTESTIN GRÊLE

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 l'intestin grêle : 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

INTESTIN GRÊLE		CIM-O-3	Correspondance en CIM-O-2	Correspondance en CIM-10
	Topographie	C17.0 à C17.9	C17.0 à C17.9	C17.0 à C17.9
Morphologie	Toutes, sauf tumeurs hématologiques ; comportement tumoral /3			

## À RETENIR

- Survie nette standardisée de 57 % à 5 ans pour les cas diagnostiqués entre 2010 et 2015
- Amélioration de la survie nette standardisée de 13 points de pourcentage à 1 an et de 14 points de pourcentage à 5 ans entre 1990 et 2015
- Progression de 18 points de pourcentage de la survie nette standardisée à 1 an chez les personnes âgées de 80 ans contre 8 points chez les 50 ans, de 1990 à 2015.

## INCIDENCE

En France, pour l'année 2018, le nombre estimé de nouveaux cas de cancer de l'intestin grêle était de 1 746 dont 56 % chez l'homme [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 de l'intestin grêle sont des cancers rares représentant environ 2 % des tumeurs digestives [1] et dont le type histologique et la localisation tumorale influencent le pronostic [2]. En France, les cancers de type adénocarcinome sont les plus fréquents (38 %) suivis des cancers neuroendocrines (38 %), des lymphomes (15 %, non inclus dans ces résultats) et des sarcomes (12 %). Comme dans de nombreux pays, leur incidence augmente mais de façon différente en fonction du type histologique [3]. La symptomatologie des cancers de l'intestin grêle étant peu spécifique, beaucoup de patients ont déjà une maladie avancée lors du diagnostic [4].

Les hommes et les femmes diagnostiqués d'un cancer de l'intestin grêle ont une **survie nette standardisée à un an identique et estimée à 79 %** (Table 2). A 5 ans, elle est de 59 % chez la femme et de 55 % chez l'homme.

Les estimations de la **survie observée sont très proches de celles de la survie nette à 1 an**, reflétant la forte létalité de ces cancers lors de la phase initiale de leur prise en charge, les patients décédant essentiellement de leur cancer.

Pour les deux sexes, **la survie nette diminue avec l'âge au diagnostic**, passant de 90 % à 67 % entre 50 et 80 ans à 1 an et de 73 % à 42 % à 5 ans pour les mêmes âges (Table 2). L'excès de mortalité est observé dès le diagnostic (Figure 1a) et est plus important pour les personnes les plus âgées : le taux de mortalité en excès est de 0,15 décès par personne-année à 50 ans alors qu'à 80 ans il est égal à 1,11 décès par personne-année (ce qui correspond à une probabilité de décéder dans le mois du diagnostic de 1,2 % à 50 ans vs 8,8 % à 80 ans) (Table C2-Complément). Au-delà de 1 an après le diagnostic, les différences liées à l'âge, même si elles persistent, se réduisent.

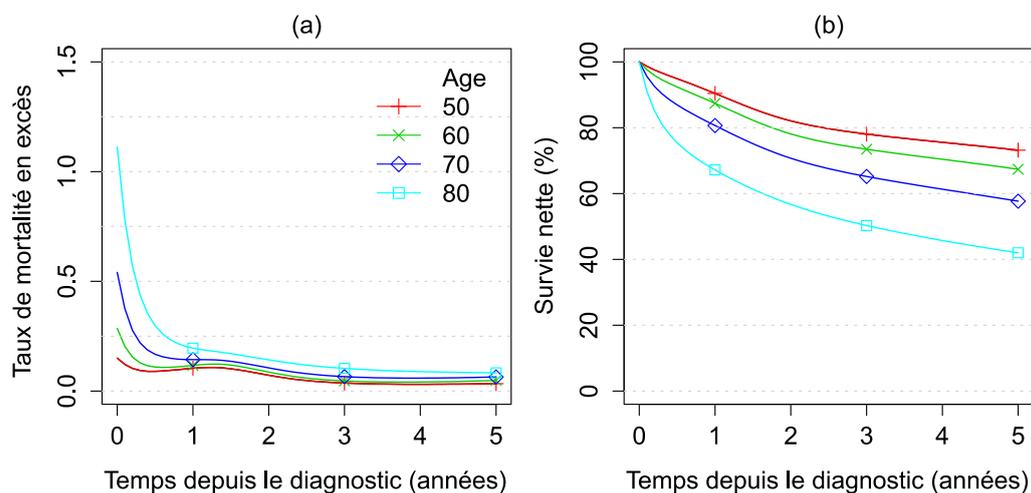
**TABLE 1. Descriptif des données analysées (tous registres) – Intestin grêle**

	Homme	Femme	Ensemble
Nombre de cas	1 156	958	2 114
Nombre de décès à 5 ans	579	448	1 027
Age médian au diagnostic (percentiles 5 et 95), en années	69 (46-87)	72 (44-91)	70 (45-88)

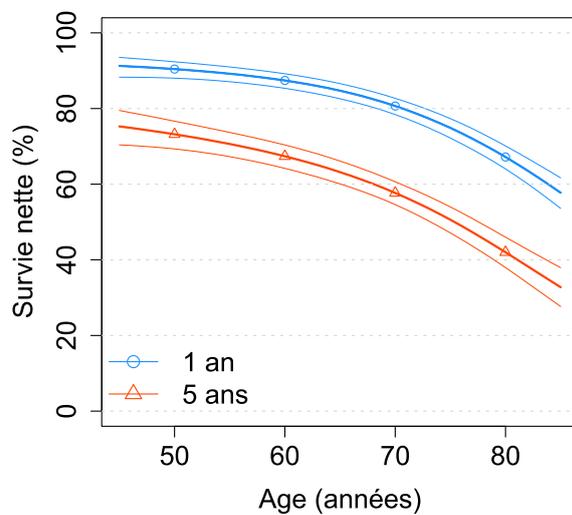
**TABLE 2. Survies observée, nette, nette standardisée et nette par âge à 1 et 5 ans (en %) et intervalle de confiance à 95 % – Intestin grêle**

	1 an			5 ans		
	Hommes	Femmes	Ensemble	Hommes	Femmes	Ensemble
Survie observée	75 [72 ; 77]	74 [72 ; 76]	75 [73 ; 76]	47 [44 ; 49]	50 [47 ; 53]	48 [46 ; 50]
Survie nette	77 [74 ; 79]	76 [73 ; 78]	77 [75 ; 78]	53 [50 ; 56]	56 [52 ; 59]	55 [52 ; 57]
Survie nette standardisée	78 [75 ; 80]	79 [77 ; 81]	79 [77 ; 80]	55 [51 ; 58]	59 [56 ; 63]	57 [55 ; 59]
Survie nette par âge						
50 ans	88 [85 ; 91]	94 [92 ; 96]	90 [88 ; 92]	70 [65 ; 75]	78 [73 ; 82]	73 [69 ; 77]
60 ans	85 [83 ; 88]	89 [87 ; 92]	87 [85 ; 89]	65 [61 ; 69]	70 [66 ; 74]	67 [64 ; 70]
70 ans	79 [76 ; 81]	81 [78 ; 84]	81 [78 ; 83]	55 [51 ; 59]	59 [55 ; 63]	58 [55 ; 61]
80 ans	67 [63 ; 71]	67 [63 ; 70]	67 [64 ; 70]	39 [33 ; 44]	45 [39 ; 50]	42 [38 ; 46]

**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 – Intestin grêle**



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



## 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 à 5 ans après le diagnostic s'est améliorée entre 1990 et 2015 (Table 4 ; Figure 3) avec une augmentation de 13 et 14 points de pourcentage respectivement. Pour les personnes ayant eu un cancer de l'intestin grêle en 1990, la probabilité de survie était de 66 % à 1 an et de 43 % à 5 ans. En 2015, ces probabilités sont passées respectivement à 79 % et 57 %. Cette amélioration est d'autant plus importante que les personnes sont âgées (Table 5a; Figure 5).

Les gains de survie au cours de cette période d'étude sont principalement dus à la réduction du taux de mortalité en excès observée jusqu'à 2 ans après le diagnostic (Figure 6). Cet effet est maximal au cours des 6 premiers mois qui suivent le diagnostic et pour les personnes les plus âgées (Table C4-Complément).

La survie nette standardisée à 10 ans s'est également améliorée entre 1990 et 2010 de façon significative chez les sujets de 60 ans et moins (+9 points de pourcentage) (Tables 4 et 5b).

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

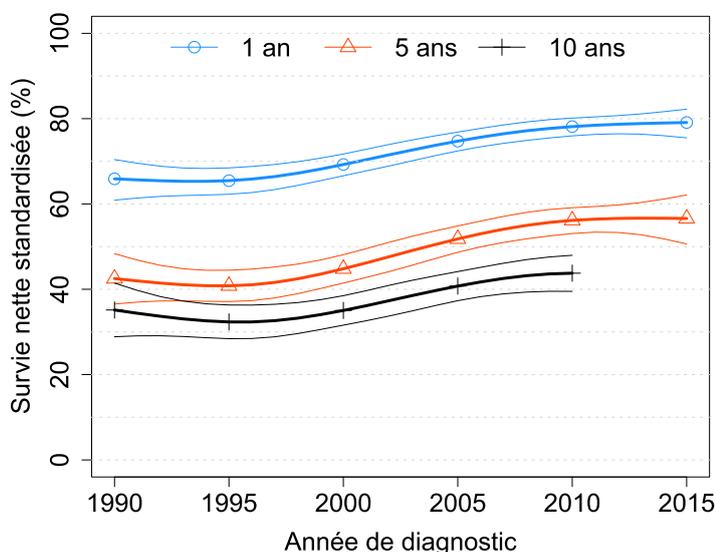
	Hommes et femmes ensemble
Nombre de cas	2 661
Nombre de décès à 10 ans	1 731
Age médian au diagnostic (percentiles 5 et 95), en années	69 (44-88)

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

Année	1 an	5 ans	10 ans
1990	66 [61 ; 70]	43 [37 ; 48]	35 [29 ; 41]
1995	65 [62 ; 68]	41 [37 ; 44]	32 [28 ; 36]
2000	69 [67 ; 72]	45 [41 ; 48]	35 [32 ; 39]
2005	75 [72 ; 77]	52 [49 ; 55]	41 [37 ; 44]
2010	78 [76 ; 80]	56 [53 ; 59]	44 [40 ; 48]
2015	79 [75 ; 82]	57 [51 ; 62]	ND
Diff. 2015-1990	13 [7 ; 19]	14 [6 ; 22]	ND
Diff. 2015-2005	4 [0 ; 8]	5 [-2 ; 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 % - Intestin grêle**



**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 %\* - Intestin grêle**

Age	1990	2005	2015	Diff. 2015-1990	Diff. 2015-2005
<b>Survie nette à 1 an</b>					
50	80 [75 ; 84]	86 [83 ; 88]	88 [86 ; 91]	8 [4 ; 12]	3 [0 ; 5]
60	77 [72 ; 81]	83 [81 ; 85]	86 [83 ; 89]	10 [5 ; 14]	3 [0 ; 6]
70	68 [63 ; 73]	77 [74 ; 80]	81 [78 ; 85]	13 [7 ; 19]	4 [0 ; 8]
80	51 [44 ; 58]	63 [59 ; 67]	70 [64 ; 74]	18 [10 ; 27]	6 [0 ; 12]
<b>Survie nette à 5 ans</b>					
50	56 [50 ; 62]	64 [60 ; 68]	68 [62 ; 73]	12 [5 ; 20]	4 [-2 ; 10]
60	52 [45 ; 58]	61 [57 ; 64]	65 [59 ; 70]	13 [5 ; 21]	4 [-2 ; 11]
70	44 [37 ; 50]	53 [49 ; 57]	58 [52 ; 64]	14 [6 ; 23]	5 [-2 ; 12]
80	29 [22 ; 36]	39 [35 ; 44]	45 [38 ; 52]	16 [7 ; 25]	6 [-2 ; 14]

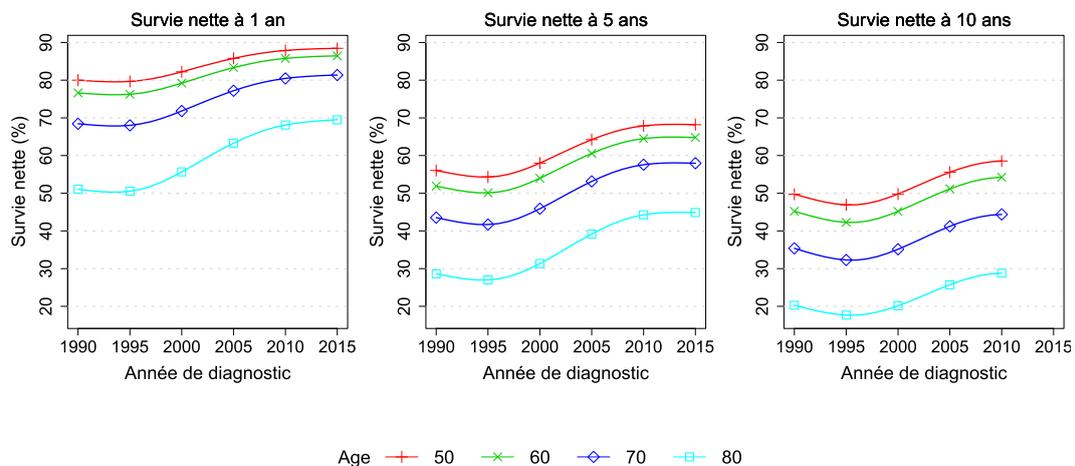
\*Les survies (en %) sont arrondies à l'unité dans ces tables mais les différences de survie ont été calculées à partir des valeurs exactes et arrondies ensuite ; Diff. : Différence absolue en points de %

**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 %\* - Intestin grêle**

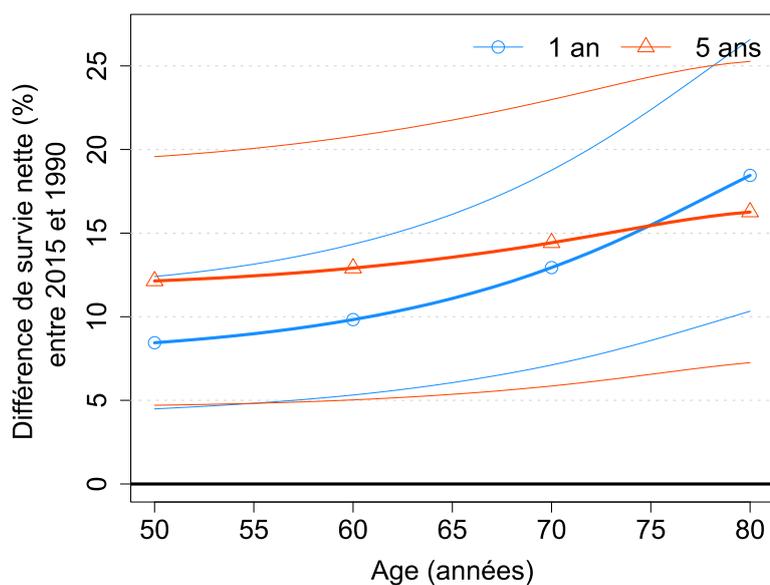
Age	1990	2010	Diff. 1990-2010
50	50 [43 ; 56]	59 [54 ; 63]	9 [1 ; 17]
60	45 [38 ; 52]	54 [50 ; 59]	9 [1 ; 17]
70	35 [28 ; 43]	44 [39 ; 49]	9 [0 ; 18]
80	20 [14 ; 28]	29 [23 ; 35]	8 [0 ; 17]

\*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 %

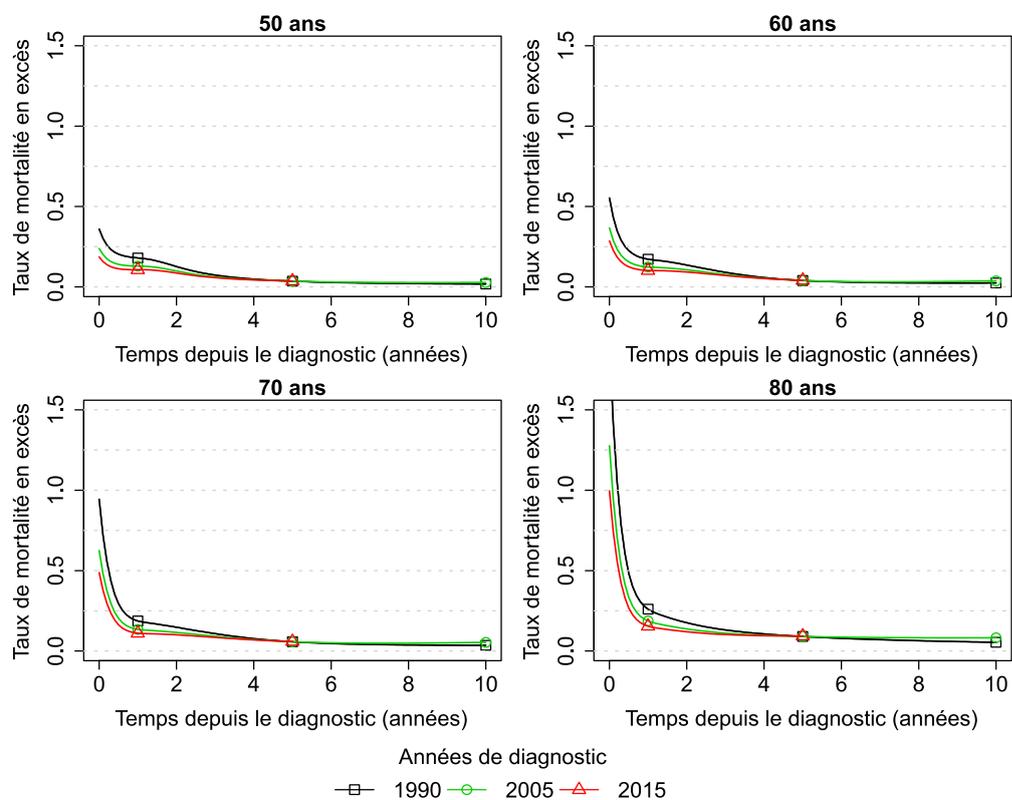
**FIGURE 4. Tendances de la survie nette à 1, 5 et 10 ans selon l'année de diagnostic pour différents âges - Intestin grêle**



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



**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 - Intestin grêle**



## 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 à long terme des personnes diagnostiquées avant l'âge de 75 ans décroît progressivement au fur et à mesure du suivi pour tous les âges étudiés (Table 7).

Au-delà de 10 ans après le diagnostic, même s'il est faible, un taux de mortalité en excès de 0,02 à 0,03 décès par personne-année perdure (Table 8).

Pour les tumeurs solides, la chirurgie avec résection complète et obtention de marges saines (résection « R0 ») reste le seul traitement curatif. Ces dernières années, peu de progrès ont été obtenus dans le développement de thérapies innovantes en dehors du traitement des tumeurs stromales (GIST). Pour de nombreux auteurs, l'amélioration de la survie peut être alors imputable, en particulier pour les personnes les plus âgées, aux progrès de l'imagerie médicale, permettant une meilleure indication de la chirurgie, mais aussi à la diminution de la morbi-mortalité opératoire.

Néanmoins, l'interprétation de ces résultats reste délicate en raison de l'hétérogénéité des tumeurs, de l'évolution de leur incidence et des améliorations thérapeutiques spécifiques à chaque type tumoral.

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

	Hommes et femmes ensemble
Nombre de cas	633
Nombre de décès à 20 ans	499
Age médian au diagnostic (percentiles 5 et 95), en années	63 (41-74)

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

Age	1 an	5 ans	10 ans	15 ans	20 ans
50 ans	76 [71 ; 80]	54 [48 ; 59]	48 [42 ; 53]	43 [37 ; 49]	38 [32 ; 44]
60 ans	72 [69 ; 75]	47 [43 ; 51]	40 [36 ; 44]	35 [31 ; 40]	32 [26 ; 37]
70 ans	68 [63 ; 72]	41 [35 ; 46]	32 [27 ; 38]	28 [22 ; 34]	25 [18 ; 32]

**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 % – Intestin grêle**

Age	1 an	5 ans	10 ans	15 ans	20 ans
50 ans	0,20 [0,16 ; 0,24]	0,04 [0,03 ; 0,05]	0,02 [0,01 ; 0,03]	0,02 [0,01 ; 0,04]	0,03 [0,01 ; 0,07]
60 ans	0,23 [0,20 ; 0,26]	0,05 [0,04 ; 0,06]	0,03 [0,02 ; 0,04]	0,02 [0,01 ; 0,04]	0,02 [0,01 ; 0,07]
70 ans	0,27 [0,23 ; 0,32]	0,07 [0,05 ; 0,09]	0,03 [0,02 ; 0,06]	0,03 [0,01 ; 0,06]	0,02 [0,00 ; 0,12]

## 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] Qubaiah O, Devesa SS, Platz CE, Huycke MM, Dores GM. Small intestinal cancer: a population-based study of incidence and survival patterns in the United States, 1992-2006. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2010;19(8):1908–18.

[3] Bouvier A-M, Robaszekiewicz M, Jooste V, et al. Trends in incidence of small bowel cancer according to histology: a population-based study. *J Gastroenterol* 2020;55(2):181–8.

[4] Bilimoria KY, Bentrem DJ, Wayne JD, Ko CY, Bennett CL, Talamonti MS. Small Bowel Cancer in the United States: Changes in Epidemiology, Treatment, and Survival Over the Last 20 Years. *Annals of Surgery* 2009;249(1):63–71.



Édité par l'Institut national du cancer  
Siren 185 512 777 Conception : INCa  
ISBN : 978-2-37219-672-7  
ISBN net : 978-2-37219-673-4  
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 – Intestin grêle*. 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.