



RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE

*Liberté
Égalité
Fraternité*



MARS 2021

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

SARCOMES DES TISSUS MOUS

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

Brice Amadéo
Emmanuel Désandes
Patricia Delafosse
Camille Lecoffre
Lionel Lafay
Morgane Mounier
Gaëlle Coureau
Brigitte Trétarre

Réalisation de l'étude

Collecte des données : registres des cancers du réseau Francim.

Interprétation et commentaires pour les sarcomes des tissus mous : Brice Amadéo (Registre général des cancers de la Gironde), Emmanuel Désandes (Registre national des tumeurs solides de l'enfant), Patricia Delafosse (Registre du cancer de l'Isère)

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

SARCOMES DES TISSUS MOUS		CIM-O-3	Correspondance en CIM-O-2	Correspondance en CIM-10
	Topographie		C00-06, C09-14, C30-32, C381-3, C47-49, C698	C00606, C09-14, C30-32, C381-3, C47-49, C698
Morphologie		8710-11, 8714, 8800-06, 8810-15, 8825, 8830, 8832-33, 8840, 8842, 8850-55, 8857-58, 8890-91, 8894-96, 8900-02, 8910, 8912, 8920-21, 8930-33, 8935-36, 8940, 8963-64, 8973, 8982, 8990-91, 9040-45, 9120, 9130, 9133, 9137, 9140, 9150, 9170, 9180-87, 9192-95, 9220-21, 9230-31, 9240, 9242-43, 9250-52, 9260-61, 9364-65, 9370-72, 9473, 9508, 9540, 9542, 9560-61, 9571, 9580-81		

À RETENIR

- Cancer de pronostic intermédiaire avec une survie nette à 5 ans de 59 % pour les cas diagnostiqués entre 2010 et 2015 (chez l'homme et chez la femme),
- Diminution de la survie nette à 5 ans avec l'âge au diagnostic : 74 % à 30 ans et 47 % à 80 ans,
- Chez les personnes jeunes, survie supérieure chez la femme comparativement à l'homme (à 30 ans : 80 % versus 71 % respectivement) mais aux âges plus avancés survie inférieure chez la femme (50 % pour les hommes de 80 ans versus 44 % pour les femmes),
- Amélioration de la survie nette standardisée à 1 et 5 ans de suivi entre 1990 et 2015 (+11 et +19 points de pourcentage respectivement) avec une accélération depuis 2010 et une amélioration plus marquée chez les personnes âgées,
- Diminution de la mortalité en excès entre 1990 et 2015 principalement dans les cinq premières années de suivi.

INCIDENCE

En France métropolitaine, le nombre de nouveaux cas de sarcomes des tissus mous était estimé à 2 701 en 2018 dont 1 500 chez l'homme et 1 201 chez la femme [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 sarcomes des tissus mous (STM) pris dans leur ensemble, sont des cancers de pronostic **intermédiaire avec une survie nette standardisée à 5 ans après le diagnostic de 59 %, identique chez l'homme et chez la femme** (Table 2). Les STM représentent un groupe de tumeurs très hétérogènes au niveau histologique et moléculaire dont les fréquences des entités diffèrent de manière importante selon le sexe et l'âge [2]. De plus, ils regroupent des affections très diverses pouvant être de bon pronostic (ex : dermatofibrosarcome) ou de très mauvais pronostic (ex : rhabdomyosarcome).

La survie observée et la survie nette à 5 ans après le diagnostic sont légèrement décalées (respectivement de 54 % et 60 %) ce qui signifie que les personnes atteintes d'un sarcome des tissus mous ne décèdent pas uniquement de leur cancer. Ce constat est d'autant plus marqué dans les âges avancés. A 80 ans par exemple, la différence entre la survie nette et la survie observée à 5 ans chez les hommes est de 14 points de pourcentage (Table 2 ; Table C1-Complément).

La survie nette diminue avec l'âge avec un moins bon pronostic au-delà de 60 ans de manière plus prononcée à 5 ans de suivi (Figure 1b et 2). Chez les personnes de 30 ans, la survie passe de 91 % 1 an après le diagnostic à 74 % 5 ans après alors que chez celles de 80 ans, elle passe de 74 % à 47 % (Table 2). L'analyse du taux de mortalité en excès montre que cette différence de survie selon l'âge provient d'un excès de mortalité dans la première année plus marqué chez les personnes les plus âgées (Figure 1a ; Table C2 -Complément).

Cette différence se réduit ensuite sur l'ensemble du suivi pour atteindre une mortalité à 5 ans proche pour tout âge. La probabilité de décéder dans le mois juste après le diagnostic est de 3,5 % à 80 ans contre 0,8 % à 30 ans. Cinq ans après leur diagnostic, les personnes continuent de décéder de leur cancer de manière non négligeable surtout pour celles âgées de 70 et 80 ans (probabilité de décéder dans l'année à 5 ans de 5 et 6 % respectivement contre 2 % à 30 ans). Ces écarts sont probablement liés à une prise en charge thérapeutique différente dans cette population âgée qui présente souvent des comorbidités plus importantes. La toxicité de certains traitements en présence de certaines comorbidités s'avère donc être un frein pour les patients âgés qui ne peuvent ainsi bénéficier, dans la majorité des cas, du traitement optimal [3]. De plus, le profil moléculaire des sarcomes chez les personnes âgées est très différent de celui retrouvé chez des personnes plus jeunes. En effet, les sarcomes à génomique complexe, de pronostic moins favorable, sont moins fréquents chez les plus jeunes [4].

La survie nette à 5 ans est supérieure chez la femme comparativement à l'homme chez les personnes jeunes mais cet écart diminue et s'inverse à partir de 70 ans. Chez les femmes de 30 et 80 ans, elle passe respectivement de 80 % à 44 % contre 71 % à 50 % chez l'homme (Table 2). Cet écart entre l'homme et la femme est certainement lié à la variation de la fréquence des différents profils de sarcomes entre les deux sexes à âge égal [2].

TABLE 1. Descriptif des données analysées (tous registres) – Sarcomes des tissus mous

	Hommes	Femmes	Ensemble
Nombre de cas	1 575	1 288	2 863
Nombre de décès à 5 ans	714	528	1 242
Age médian au diagnostic (percentiles 5 et 95), en années	66 (31-87)	66 (31-88)	66 (31-88)

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

	1 an			5 ans		
	Hommes	Femmes	Ensemble	Hommes	Femmes	Ensemble
Survie observée	80 [78 ; 81]	80 [78 ; 82]	80 [78 ; 81]	52 [50 ; 55]	56 [53 ; 59]	54 [52 ; 56]
Survie nette	82 [80 ; 84]	81 [79 ; 83]	81 [80 ; 83]	60 [57 ; 63]	60 [57 ; 63]	60 [58 ; 62]
Survie nette standardisée	82 [79 ; 83]	81 [79 ; 83]	81 [80 ; 82]	59 [56 ; 62]	59 [56 ; 62]	59 [57 ; 61]
Survie nette par âge						
30 ans	90 [87 ; 93]	93 [90 ; 96]	91 [88 ; 93]	71 [64 ; 76]	80 [73 ; 85]	74 [70 ; 78]
40 ans	90 [87 ; 92]	92 [90 ; 94]	90 [88 ; 92]	71 [66 ; 75]	79 [74 ; 82]	74 [71 ; 77]
50 ans	88 [86 ; 90]	90 [88 ; 92]	89 [87 ; 91]	69 [65 ; 73]	76 [72 ; 79]	73 [70 ; 75]
60 ans	86 [84 ; 88]	87 [85 ; 89]	87 [85 ; 88]	66 [62 ; 69]	70 [66 ; 73]	68 [66 ; 71]
70 ans	82 [80 ; 85]	81 [79 ; 84]	82 [80 ; 84]	60 [56 ; 63]	59 [55 ; 63]	60 [57 ; 63]
80 ans	75 [72 ; 78]	72 [68 ; 75]	74 [71 ; 76]	50 [45 ; 55]	44 [39 ; 49]	47 [43 ; 51]

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 – Sarcomes des tissus mous

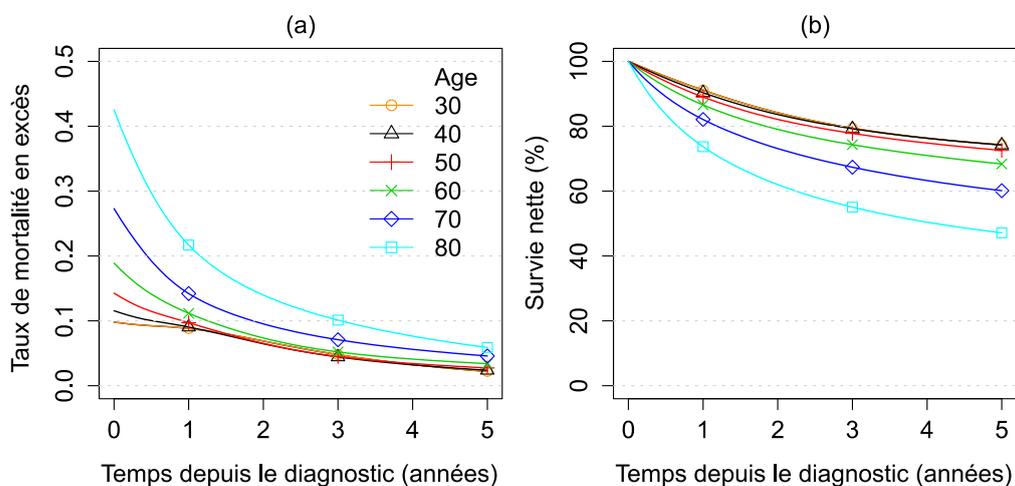
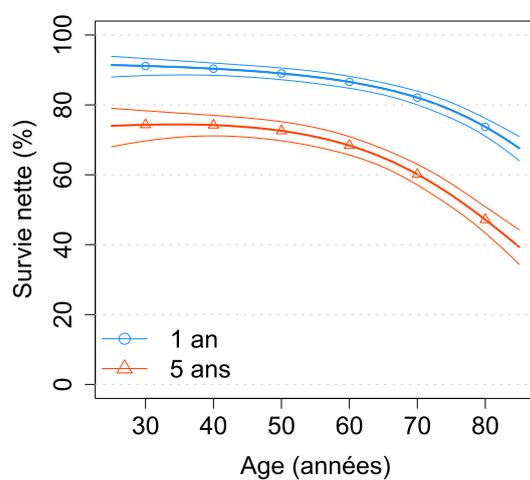


FIGURE 2. Survie nette à 1 et 5 ans selon l'âge au diagnostic avec intervalle de confiance à 95 %, hommes et femmes ensemble – Sarcomes des tissus mous



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

L'étude des tendances de la survie montre **une amélioration de la survie nette standardisée à 1 et 5 ans de suivi entre 1990 et 2015 avec une accélération depuis 2010** (Figure 3 ; Table 4). Cette accélération est également visible pour tous les âges (Figure 4). Ces résultats positifs reflètent les progrès réalisés dans la prise en charge des sarcomes avec la mise en place dès 2002 d'une classification adaptée aux STM permettant d'établir le bilan diagnostique, topographique et pronostique servant de base à l'initiation d'une prise en charge thérapeutique plus spécifique qu'auparavant. Le diagnostic des STM est aussi très complexe et a nécessité de systématiser la double lecture par des centres experts pour éviter des erreurs de diagnostic pouvant avoir des conséquences sur le traitement. L'amélioration marquée de la survie depuis 2010 est très certainement liée au déploiement massif de la seconde lecture anatomopathologique proposée et rendue obligatoire par le Réseau de Référence en Pathologie des Sarcomes des tissus mous et des viscères (RRePS). Cette seconde lecture a permis d'améliorer le diagnostic de ces tumeurs par la recherche d'altérations moléculaires et de proposer ainsi le traitement curatif le plus adapté aux patients [5].

La survie s'améliore davantage avec l'âge et de manière plus marquée pour la survie nette à 1 an. Ainsi, le gain de survie nette pour les âges de 30 et 80 ans est respectivement de 4 et 15 points de pourcentage à 1 an de suivi et de 14 et 21 points à 5 ans de suivi (Table 5a). L'amélioration de la survie nette à 10 ans entre 1990 et 2010 est constante avec l'âge avec un différentiel de 10-12 points pour les personnes de 30 à 80 ans (Table 5b).

Le pronostic des personnes s'est donc nettement amélioré sur la période 1990 à 2015 et de manière plus marquée chez les personnes âgées. Les progrès réalisés dans le traitement de ces personnes ont contribué à réduire la mortalité dès la première année de suivi entre 1990 et 2015 et à prolonger l'espérance de vie au cours des cinq premières années (Figure 6). La diminution du taux de mortalité en excès entre 1990 et 2015 concerne essentiellement les cinq premières années de suivi. Pour les personnes plus âgées, ce gain de survie s'explique principalement par une baisse de la mortalité précoce (Figure 6 ; Table C4-Complément).

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

	Hommes et femmes ensemble
Nombre de cas	3 757
Nombre de décès à 10 ans	2 066
Age médian au diagnostic (percentiles 5 et 95), en années	63 (26-86)

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

Année	1 an	5 ans	10 ans
1990	74 [70 ; 77]	47 [42 ; 52]	38 [33 ; 44]
1995	77 [74 ; 79]	52 [48 ; 55]	43 [40 ; 47]
2000	78 [76 ; 80]	54 [51 ; 57]	46 [42 ; 49]
2005	78 [76 ; 80]	55 [52 ; 57]	46 [43 ; 50]
2010	80 [79 ; 82]	58 [55 ; 61]	50 [47 ; 53]
2015	85 [82 ; 87]	66 [61 ; 70]	ND
Diff. 2015-1990	11 [7 ; 15]	19 [12 ; 26]	ND
Diff. 2015-2005	6 [3 ; 9]	11 [5 ; 17]	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 % - Sarcomes des tissus mous

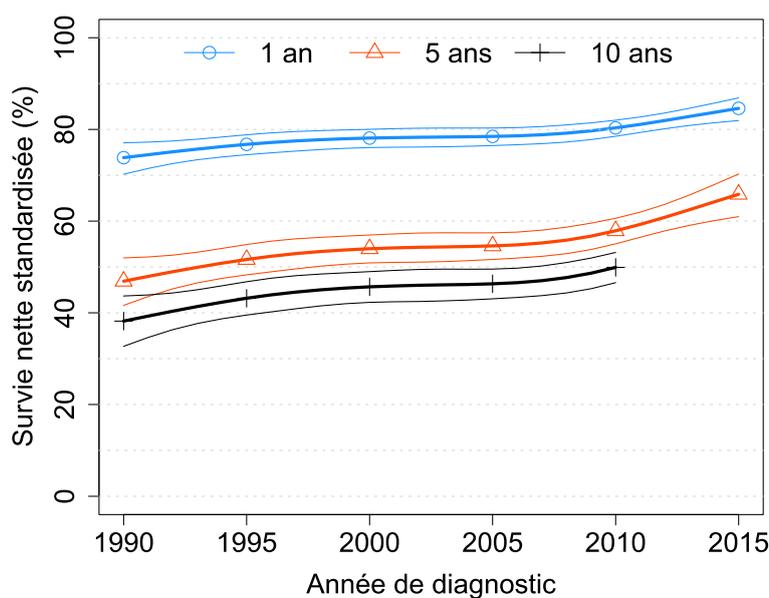


TABLE 5a. Survie nette (%) à 1 et 5 ans selon l'année de diagnostic (1990, 2005 et 2015) et par âge au diagnostic (en années) et intervalle de confiance à 95 %* - Sarcomes des tissus mous

Age	1990	2005	2015	Diff. 2015-1990	Diff. 2015-2005
Survie nette à 1 an					
30	90 [88 ; 92]	92 [90 ; 94]	95 [93 ; 96]	4 [3 ; 6]	2 [1 ; 4]
40	88 [86 ; 90]	91 [89 ; 92]	94 [92 ; 95]	5 [3 ; 7]	3 [1 ; 4]
50	86 [83 ; 88]	88 [87 ; 90]	92 [90 ; 93]	6 [4 ; 9]	4 [2 ; 5]
60	81 [78 ; 84]	85 [83 ; 86]	89 [87 ; 91]	8 [5 ; 11]	5 [2 ; 7]
70	74 [70 ; 77]	78 [76 ; 81]	85 [82 ; 87]	11 [7 ; 15]	6 [3 ; 9]
80	63 [57 ; 68]	69 [66 ; 72]	78 [74 ; 81]	15 [9 ; 21]	9 [4 ; 13]
Survie nette à 5 ans					
30	65 [60 ; 70]	71 [67 ; 74]	79 [75 ; 83]	14 [9 ; 19]	8 [4 ; 12]
40	63 [58 ; 67]	69 [66 ; 72]	78 [74 ; 81]	15 [9 ; 20]	9 [4 ; 13]
50	59 [54 ; 64]	66 [63 ; 69]	75 [71 ; 79]	16 [10 ; 22]	9 [5 ; 14]
60	54 [48 ; 59]	61 [58 ; 64]	71 [67 ; 75]	18 [11 ; 24]	10 [5 ; 16]
70	46 [40 ; 51]	54 [50 ; 57]	65 [60 ; 70]	20 [13 ; 27]	12 [6 ; 18]
80	36 [30 ; 42]	44 [40 ; 48]	57 [51 ; 63]	21 [14 ; 29]	13 [6 ; 20]

*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 %* - Sarcomes des tissus mous

Age	1990	2010	Diff. 2010-1990
30	58 [52 ; 63]	67 [63 ; 71]	10 [5 ; 15]
40	54 [49 ; 60]	65 [61 ; 68]	10 [5 ; 16]
50	50 [45 ; 56]	61 [58 ; 64]	11 [5 ; 17]
60	44 [39 ; 50]	56 [53 ; 59]	12 [6 ; 18]
70	37 [31 ; 43]	49 [45 ; 52]	12 [6 ; 18]
80	28 [21 ; 34]	40 [35 ; 45]	12 [6 ; 18]

*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 - Sarcomes des tissus mous

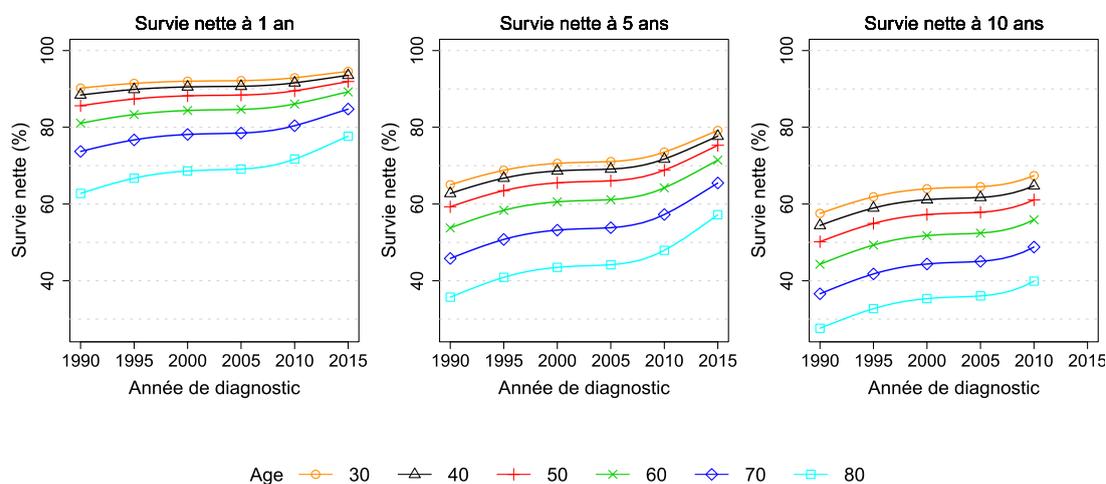


FIGURE 5. Différence de survie nette (%) à 1 et 5 ans entre 2015 et 1990 selon l'âge et intervalle de confiance à 95 % - Sarcomes des tissus mous

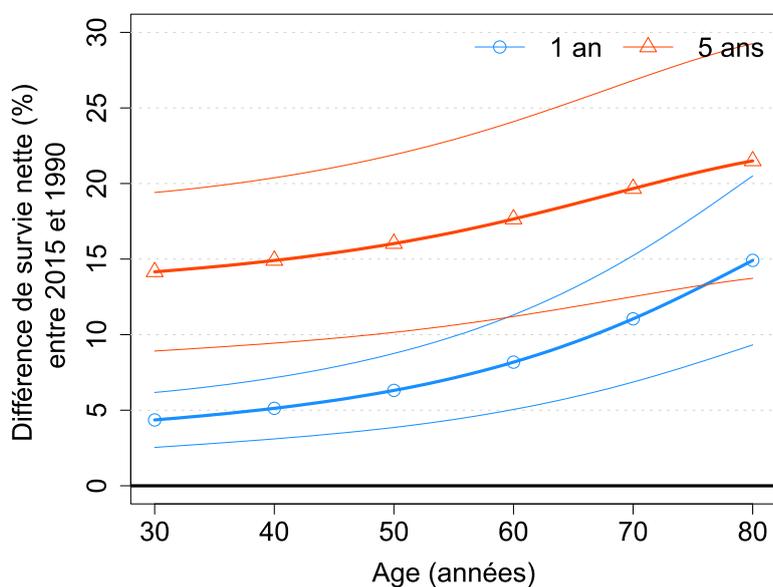
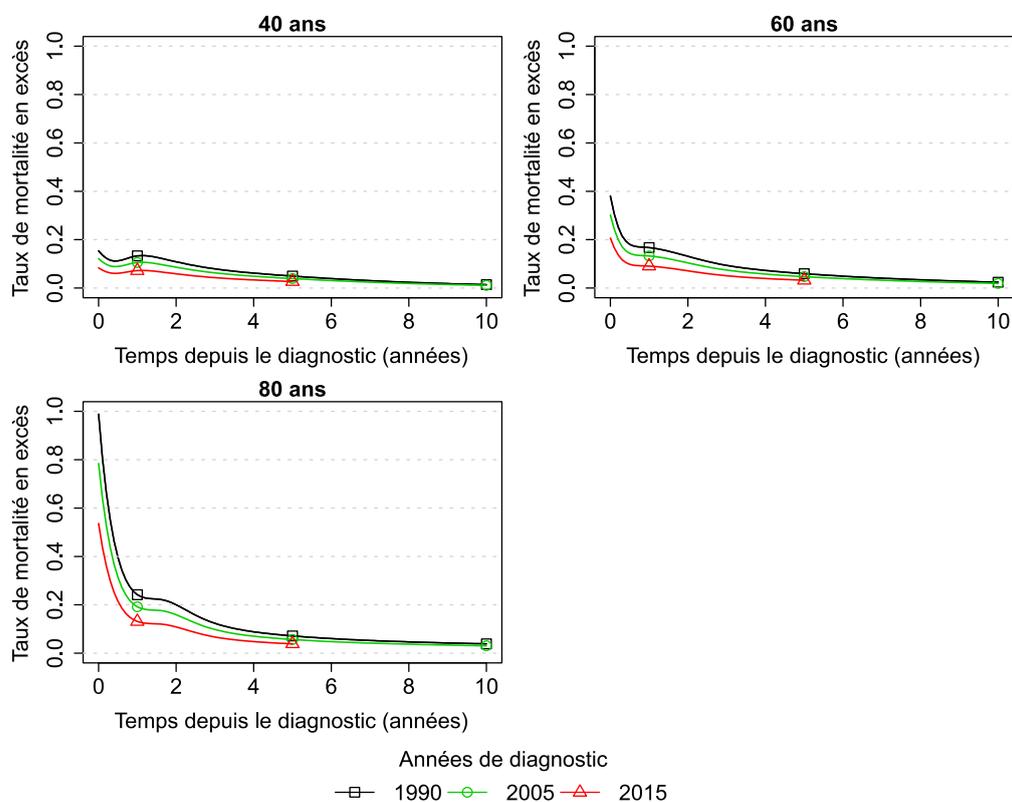


FIGURE 6. Taux de mortalité en excès (en nombre de décès par personne-année) selon le temps depuis le diagnostic pour les années 1990, 2005 et 2015 et pour différents âges - Sarcomes des tissus mous



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

L'étude de la survie nette à long terme des personnes diagnostiquées entre 1989 et 2000 ayant moins de 75 ans au diagnostic indique une très faible baisse après 10 ans de suivi pour tous les âges (4 à 7 points de pourcentage entre 10 et 20 ans de suivi) (Table 7). En effet, la probabilité annuelle de décès après 10 ans de suivi est inférieure ou égale à 2 % quel que soit l'âge ce qui laisse entrevoir une guérison à long terme des patients (Table 8).

En résumé, ces résultats montrent une amélioration de la survie des patients qui s'est accélérée à partir de 2010 avec la montée en charge des relectures par les centres de référence combinée à l'accès à de nouvelles thérapies plus ciblées qui, associées à la chimiothérapie, ont permis d'observer des résultats encourageants. A l'avenir, il serait intéressant de décrire les tendances pronostiques des patients selon le profil moléculaire de leur tumeur.

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

	Hommes et femmes ensemble
Nombre de cas	1 052
Nombre de décès à 20 ans	687
Age médian au diagnostic (percentiles 5 et 95), en années	56 (23-73)

TABLE 7. Survie nette (en %) à 1, 5, 10, 15 et 20 ans pour différents âges, intervalle de confiance à 95 % - Sarcomes des tissus mous

Age	1 an	5 ans	10 ans	15 ans	20 ans
30 ans	89 [85 ; 91]	66 [61 ; 71]	59 [54 ; 64]	57 [51 ; 62]	55 [50 ; 61]
40 ans	87 [85 ; 89]	64 [60 ; 67]	56 [52 ; 60]	54 [49 ; 58]	52 [48 ; 56]
50 ans	85 [83 ; 87]	61 [57 ; 64]	53 [49 ; 57]	50 [46 ; 54]	48 [44 ; 52]
60 ans	83 [80 ; 85]	57 [53 ; 60]	49 [45 ; 53]	45 [41 ; 50]	43 [37 ; 48]
70 ans	79 [75 ; 82]	52 [47 ; 57]	44 [38 ; 49]	40 [33 ; 46]	37 [29 ; 45]

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 % - Sarcomes des tissus mous

Age	1 an	5 ans	10 ans	15 ans	20 ans
30 ans	0,11 [0,09 ; 0,14]	0,04 [0,03 ; 0,05]	0,01 [0,01 ; 0,02]	0,01 [0,00 ; 0,01]	0,00 [0,00 ; 0,02]
40 ans	0,12 [0,10 ; 0,15]	0,04 [0,03 ; 0,05]	0,01 [0,01 ; 0,02]	0,01 [0,00 ; 0,01]	0,01 [0,00 ; 0,02]
50 ans	0,14 [0,12 ; 0,16]	0,05 [0,04 ; 0,06]	0,02 [0,01 ; 0,02]	0,01 [0,01 ; 0,02]	0,01 [0,00 ; 0,02]
60 ans	0,16 [0,14 ; 0,19]	0,05 [0,04 ; 0,06]	0,02 [0,01 ; 0,03]	0,01 [0,01 ; 0,02]	0,01 [0,00 ; 0,05]
70 ans	0,19 [0,16 ; 0,23]	0,05 [0,04 ; 0,07]	0,02 [0,01 ; 0,04]	0,02 [0,01 ; 0,04]	0,01 [0,00 ; 0,11]

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] Amadeo B, Penel N, Coindre JM, Ray-Coquard I, Ligier K, Delafosse P, *et al.* Incidence and time trends of sarcoma (2000-2013): results from the French network of cancer registries (FRANCIM). *BMC Cancer* 2020; 20(1): 190.
- [3] Raedkjaer M, Maretty-Kongstad K, Baad-Hansen T, Jørgensen PH, Safwat A, Vedsted P, *et al.* The impact of comorbidity on mortality in Danish sarcoma patients from 2000-2013: A nationwide population-based multicentre study. *PLoS One* 2018; 13(6): e0198933.
- [4] Basse C, Italiano A, Penel N, Mir O, Chemin C, Toulmonde M, *et al.* Sarcomas in patients over 90: Natural history and treatment-A nationwide study over 6 years. *Int J Cancer* 2019; 145(8): 2135-2143.
- [5] Honoré, C., Mééus, P., Stoeckle, E., and Bonvalot, S. (2015). Soft tissue sarcoma in France in 2015: Epidemiology, classification and organization of clinical care. *Journal of Visceral Surgery* 152, 223–230.



Édité par l'Institut national du cancer
Siren 185 512 777 Conception : INCa
ISBN : 978-2-37219-694-9
ISBN net : 978-2-37219-695-6
DEPÔT LÉGAL MARS 2021

Ce document doit être cité comme suit : Amadéo B, Désandes E, Delafosse P, Lecoffre C, Lafay L, Mounier M et al. *Survie des personnes atteintes de cancer en France métropolitaine 1989-2018 – Sarcomes des tissus mous*. 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.