



AVRIL 2010

# Survie attendue des patients atteints de cancers en France : état des lieux

COLLECTION  
Rapports & synthèses

MATÉRIEL ET MÉTHODES

LES SURVIES RELATIVES À 5 ANS

SURVIES À LONG TERME

DISCUSSION

**CE DOCUMENT S'INSCRIT DANS LA MISE EN ŒUVRE  
DU PLAN CANCER 2009-2013**



**Mesure 6 :**  
Produire et communiquer annuellement des informations  
sur le cancer et la cancérologie.



**Mesure 25 :**  
Développer une prise en charge sociale personnalisée  
et accompagner l'après cancer.



---

**Auteurs**

Dr Valérie MAZEAU-WOYNAR - Direction des Soins et de la Vie des Malades

Nicole CERF - Département Observation-Veille-Documentation

---

**Contributeurs**

Dr Gilles DIXSAUT - Responsable du département Observation-Veille-Documentation

Christine CANET - Département Observation-Veille-Documentation

Camille PROT - Direction des Soins et de la Vie des Malades

Charlotte ROUDIER-DAVAL - Département Observation-Veille-Documentation

Natalie VONGMANY - Département Observation-Veille-Documentation

# TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION .....	5
<b>1. MATÉRIEL ET MÉTHODES .....</b>	<b>7</b>
1.1. SOURCES DE DONNÉES .....	7
1.1.1. DONNÉES D'INCIDENCE.....	7
1.1.2. DONNÉES DE SURVIE TOUS STADES CONFONDUS .....	7
1.1.3. DONNÉES DE SURVIE PAR STADE .....	8
1.1.4. DONNÉES SUR LE RISQUE RÉSIDUEL DE DÉCÈS DE 5 À 10 ANS .....	9
1.2. MÉTHODES D'ESTIMATION .....	10
1.2.1. ESTIMATIONS DU NOMBRE ANNUEL DE PATIENTS POTENTIELLEMENT VIVANTS À 5 ANS DU DIAGNOSTIC TOUS STADES CONFONDUS.....	10
1.2.2. ESTIMATIONS DU NOMBRE DE PATIENTS POTENTIELLEMENT VIVANTS À 5 ANS SELON LE STADE AU DIAGNOSTIC POUR LA LOCALISATION ÉTUDIÉE .....	10
1.2.3. ESTIMATIONS DU NOMBRE TOTAL DE PATIENTS POTENTIELLEMENT VIVANTS À 5 ANS ET DONT LA SURVIE À 5 ANS EST SUPÉRIEURE OU ÉGALE À 80 % AU MOMENT DU DIAGNOSTIC .....	10
<b>2. LES SURVIES RELATIVES À 5 ANS.....</b>	<b>11</b>
2.1. ANALYSE DE LA SURVIE SELON LA LOCALISATION DU CANCER.....	11
2.2. ANALYSE DE LA SURVIE SELON LA LOCALISATION DU CANCER.....	12
2.3. ANALYSE DE LA SURVIE EN FONCTION DU STADE DES CANCERS .....	14
2.3.1. ANALYSE PAR STADE DES CANCERS DE BON PRONOSTIC.....	14
2.3.2. ANALYSE PAR STADE DES CANCERS PRONOSTIC INTERMÉDIAIRE.....	15
2.3.3. ANALYSE PAR STADE DES CANCERS DE MAUVAIS PRONOSTIC .....	18
<b>3. SURVIES À LONG TERME .....</b>	<b>19</b>
<b>4. DISCUSSION .....</b>	<b>23</b>

# ANNEXES

<b>ANNEXE 1 :</b>	<b>DONNÉES FRANÇAISES D'INCIDENCE ET DE SURVIE RELATIVE À 5 ANS .....</b>	<b>27</b>
<b>ANNEXE 2 :</b>	<b>DONNÉES EUROPÉENNES ET AMÉRICAINES DE SURVIE RELATIVE À 5 ANS ET À 10 ANS .....</b>	<b>28</b>
<b>ANNEXE 3 :</b>	<b>DONNÉES DE SURVIE PAR STADE .....</b>	<b>29</b>
	Cancer de la prostate .....	30
	Cancer du sein .....	31
	Mélanome .....	32
	Maladie de Hodgkin.....	32
	Cancer de la thyroïde .....	33
	Cancer du testicule.....	33
	Leucémie lymphoïde chronique .....	34
	Cancer de la cavité buccale et du pharynx.....	35
	Cancer du pharynx.....	35
	Cancer du larynx.....	35
	Cancer de l'ovaire .....	36
	Cancer du col de l'utérus.....	36
	Cancer du corps de l'utérus.....	37
	Cancer du côlon rectum .....	37
	Cancer du côlon.....	38
	Cancer du rectum.....	38
	Cancer de l'estomac .....	39
	Cancer de la vessie .....	40
	Cancer du rein .....	40
	Myélome.....	41
	Lymphome malin non hodgkinien .....	41
	Leucémies.....	41
	Cancer du poumon.....	42
	Cancer de l'œsophage .....	42
	Cancer du foie.....	43
	Cancer du pancréas .....	43
	Cancer du système nerveux central .....	44
<b>ANNEXE 4 :</b>	<b>DONNÉES AMÉRICAINES DE SURVIE RELATIVE À 5 ANS ET À 10 ANS SELON LE STADE DE LA MALADIE POUR LA PÉRIODE 1988-2001 .....</b>	<b>45</b>

## INTRODUCTION

La survie des patients atteints de cancers s'améliore grâce en particulier à des diagnostics plus précoces et des traitements plus efficaces. Ce constat est fait en France, en Europe et au niveau international. Le taux de survie est lié à la localisation du cancer et à son stade au moment du diagnostic. Ainsi, il n'y a pas un, mais des cancers ayant des pronostics différents. Certains cancers de plus en plus nombreux guérissent ; certains conservent un pronostic sombre ; d'autres enfin évoluent à long terme, telles des maladies chroniques.

Parallèlement, l'incidence globale des cancers augmente. Les causes reconnues ou évoquées sont notamment l'allongement de la durée de vie, l'amélioration des diagnostics, mais également l'exposition croissante et prolongée à des facteurs de risque comportementaux et environnementaux (souvent spécifiques à différents types de cancers).

L'augmentation de la survie et de l'incidence des cancers aboutit à une croissance rapide du nombre de personnes vivant après un diagnostic de cancer. Il est important d'estimer ce phénomène notamment en termes d'organisation des soins et de dispositif d'accompagnement des personnes dans l'après cancer. Ces éléments sont l'enjeu de l'axe V du Plan cancer 2009-2013 dédié à la vie pendant et après le cancer et auquel ce rapport doit contribuer.

La survie est un indicateur central dans l'observation des cancers, car elle permet de prédire le taux de guérison. L'histoire naturelle de la plupart des cancers montre que les récives surviennent le plus souvent dans les premières années, faisant du taux de survie à 5 ans et *a fortiori* à 10 ans des estimations fiables de la probabilité de guérison des cancers.

Ce rapport présente un état des lieux sur la survie attendue des adultes atteints de cancer pour les 25 localisations cancéreuses les plus fréquentes en France à partir des données publiées de survie en France et au niveau international. Il vise notamment à estimer le nombre annuel de patients pouvant guérir de leur cancer, à partir de l'incidence des cancers estimée en France en 2005, et d'une probabilité minimale de guérison cancer par cancer. Sur cette hypothèse les données analysées montrent qu'au moins 135 000 patients (42 %) ayant un diagnostic de cancer dans l'année ont une survie relative à 5 ans > à 80 % et qu'au moins 123 000 d'entre eux (38 %) pourront guérir de leur cancer.

Il s'agit d'un travail de synthèse de données relatives à la survie de personnes traitées pour un cancer avant l'année 2000 pour les données françaises. Compte tenu des évolutions diagnostiques et thérapeutiques, le nombre de personnes diagnostiquées en 2010 et candidates à une guérison de leur cancer est sans doute supérieur. Ces estimations devront donc être actualisées régulièrement en fonction de la production de nouvelles données de survie.



## 1. MATÉRIEL ET MÉTHODES

### 1.1. Sources de données

Les données utilisées sont des données publiées dans des revues scientifiques à comité de lecture ou dans des rapports institutionnels.

#### 1.1.1. Données d'incidence

Les données d'incidence (nombre de nouveaux cas) utilisées dans ce rapport sont les estimations d'incidence par cancer en France, pour la période 1980-2005, produites conjointement par le réseau Francim des registres français du cancer, le département de biostatistiques des Hospices civils de Lyon et l'Institut de veille sanitaire<sup>1</sup> et présentées en 2008 avec l'Institut National du Cancer, dans le cadre du programme de partenariat scientifique. Elles concernent 25 localisations cancéreuses et sont issues des données métropolitaines de 17 registres (11 registres généraux et 6 registres spécialisés) couvrant 17 % à 21 % de la population française selon les localisations cancéreuses.

#### 1.1.2. Données de survie tous stades confondus

Les données proviennent d'études de survie réalisées à partir de données de population qui fournissent des résultats en termes de survie relative. La survie relative permet d'estimer la survie nette, c'est-à-dire celle que l'on observerait en l'absence des causes de décès non liées au cancer étudié.

Quatre sources de données disponibles au niveau national, européen et international sont analysées (tableau 1) :

- les données françaises de survie produites par le réseau Francim et les Hospices civils de Lyon à partir des données collectées par 15 registres départementaux. Elles proposent des estimations de survie à 5 ans pour des patients diagnostiqués entre 1989 et 1997. Plus de 40 localisations cancéreuses ont été étudiées. Ces données se réfèrent ainsi à des malades traités avant 2000 et ne prennent pas en compte les progrès récents décrits dans plusieurs études. Néanmoins, elles permettent d'avoir un recul de 10 ans sur les malades évalués. Ces données ont été utilisées pour l'analyse de la survie par localisation et la définition d'une typologie des cancers. En effet, ces données sont robustes (taux d'enregistrement élevé et recul important sur les données), parfaitement comparables aux données européennes et internationales et correspondent naturellement au contexte de soins français ;
- les données européennes de l'étude EURO CARE qui disposent de données de survie issues d'un panel de registres de différents pays européens. Ce panel varie en fonction des années. Les publications les plus récentes concernent l'étude EURO CARE 4<sup>2</sup> qui proposent des estimations de survie à 5 ans et de survie projetée à 10 ans pour des patients diagnostiqués entre 1995 et 1999 dans 82 registres issus de 23 pays européens ;

---

<sup>1</sup> Belot A, Grosclaude P, Bossard N, Jouglu E, Benhamou E, Delafosse P, Guizard AV, Molinié F, Danzon A, Bara S, Bouvier AM, Trétarre B, Binder-Foucard F, Colonna M, Daubisse L, Hédelin G, Launoy G, Le Stang N, Maynadié M, Monnereau A, Troussard X, Faivre J, Collignon A, Janoray I, Arveux P, Buemi A, Raverdy N, Schvartz C, Bovet M, Chérié-Challine L, Estève J, Remontet L, Velten M. Cancer incidence and mortality in France over the period 1980-2005. Rev Epidemiol Sante Publique. 2008 Jun;56(3):159-75. Epub 2008 Jun 10.

<sup>2</sup> Sant M, Allemani C, Santaquilani M, Knijn A, Marchesi F, Capocaccia R. EURO CARE-4. Survival of cancer patients diagnosed in 1995-1999. Results and commentary. Eur J Cancer 2009;45(6):931-91.

- les données américaines du programme SEER (Surveillance Epidemiology and End Results program) qui proposent des taux de survie à 5 ans pour des patients diagnostiqués entre 1999 et 2005<sup>3</sup>. Elles proviennent de 17 registres couvrant environ 26 % de la population américaine. Des taux de survie à 10 ans sont également fournis pour les cas enregistrés entre 1988 et 2001<sup>4</sup> ;
- les données mondiales de l'étude CONCORD<sup>5</sup> qui proviennent de 101 registres de 31 pays. Les taux de survie à 5 ans ont été calculés pour des patients diagnostiqués entre 1990 et 1994, pour trois localisations cancéreuses : sein, prostate, colorectal.

Ainsi, les données disponibles reposent sur des cohortes de patients diagnostiqués au plus tard en 2005, pour les données de survie à 5 ans, et au plus de tard en 2001, pour les données de survie à 10 ans.

**TABLEAU 1 - SOURCES DES DONNÉES DE SURVIE TOUS STADES CONFONDUS**

Sources	Cohorte	Registres	Cas	Données
FRANCIM	1989-1997	15	205 562	Survie à 5 ans (46 localisations)
EUROCARE	1995-1999	82	2 718 346	Survie à 5 ans et 10 ans (26 localisations)
CONCORD	1990-1994	101	1 900 000	Survie à 5 ans (sein, prostate, colorectal)
SEER	1988-2001	12	1 629 955	Survie à 5 ans et 10 ans
	1999-2005	17	nd	Disponible par stade

### 1.1.3. Données de survie par stade

Très peu de registres en France, comme au niveau international, fournissent des données par stade de cancers pour les analyses de survie. En effet, le stade est une donnée difficile à collecter en routine, car il nécessite, dans la majorité des cas, d'aller chercher cette information dans le dossier médical des patients. Par ailleurs, les informations disponibles ne sont pas toujours concordantes en fonction de la source d'information (erreur de classification, stade clinique *versus* stade anatomopathologique).

En France, les seules données publiées de survie par stade, disponibles à partir des données des registres Francim, proviennent d'études spécifiques sur échantillon de type études « haute résolution » faisant l'objet d'enquêtes complémentaires pour mieux standardiser les informations collectées. Les données sont assez anciennes (portant sur des cas diagnostiqués en 1990, 1995 ou 1997) et ne concernent qu'un nombre limité de localisations cancéreuses (voir annexe 3). À partir de 2010, l'enregistrement du stade sera mis en place progressivement dans les registres français permettant dans le futur, l'analyse des données de survie par stade.

<sup>3</sup> Horner MJ, Ries LAG, Krapcho M, Neyman N, Aminou R, Howlader N, Altekruse SF, Feuer EJ, Huang L, Mariotto A, Miller BA, Lewis DR, Eisner MP, Stinchcomb DG, Edwards BK (eds). SEER Cancer Statistics Review, 1975-2006, National Cancer Institute. Bethesda, MD, [http://seer.cancer.gov/csr/1975\\_2006/](http://seer.cancer.gov/csr/1975_2006/), based on November 2008 SEER data submission, posted to the SEER web site, 2009.

<sup>4</sup> Ries LAG, Young JL, Keel GE, Eisner MP, Lin YD, Horner M-J, eds. SEER Survival Monograph: Cancer Survival Among Adults: US SEER Program, 1988-2001, Patient and Tumor Characteristics. SEER Program ed. Bethesda, MD: NIH Pub N° 07-6215; 2007.

<sup>5</sup> Coleman MP, Quaresma M, Berrino F, Lutz JM, De AR, Capocaccia R *et al.* Cancer survival in five continents: a worldwide population-based study (CONCORD). *Lancet Oncol* 2008;9(8):730-56.



Deux sources de données de survie par stade sont utilisées dans ce rapport :

- Des données régionales françaises proches de données de population et développées à partir des admissions en affections de longue durée (ALD) par l'Assurance maladie pour tumeur maligne. Ces données sont issues de l'étude de cohorte menée par l'association PETRI (Prévention et épidémiologie des tumeurs en région Île-de-France) de 1994 à 1999, avec un recueil exhaustif des cas de cancers incidents déclarés en ALD en Île-de-France à l'Assurance maladie (27 080 patients). L'analyse de la survie a été effectuée sur un échantillon de 4 166 patients avec une analyse par stade tumoral. Les données ne concernent pas la totalité des cas incidents dans la mesure où tous les cancers ne sont pas individualisés par l'Assurance maladie et, par ailleurs, elles ne concernent que la région Île-de-France. Néanmoins, cette étude présente des résultats en termes de survie par stade pour la majorité des localisations, au niveau d'une région entière, qui couvre 20 % de la population française.
- Les données américaines du programme SEER qui proposent les données de survie par stade à 5 ans et à 10 ans pour des patients diagnostiqués entre 1988 et 2001 et des données de survie par stade à 5 ans pour des patients diagnostiqués entre 1999 et 2005. Il classe le plus souvent les stades des cancers selon trois niveaux d'évolution : localisé, régional (envahissement ganglionnaire) et à distance (métastases à distance de la localisation), et un stade non déterminé (informations insuffisantes dans la base pour déterminer le stade). Cette classification a pour avantage de ne pas être sensible aux actualisations des classifications TNM. Bien que ces données américaines ne soient pas toujours strictement transposables au contexte français (classification, organisation du dépistage, modalités diagnostiques ou thérapeutiques pouvant être différentes), elles constituent néanmoins, pour la plupart des localisations, une estimation fiable de ce qui pourrait être observé en France.

#### **1.1.4. Données sur le risque résiduel de décès de 5 à 10 ans**

Le risque résiduel de décès est la probabilité de décès par cancer par rapport à la population des personnes qui ne sont pas atteintes de cancer. Ce taux est calculé à partir de données de survie moyenne de population de patients atteints de cancer. Un risque résiduel de 1 % entre 9 et 10 ans après le diagnostic de cancer, signifie que parmi 100 personnes chez lesquelles on aura diagnostiqué un cancer 9 ans plus tôt, une seule a une probabilité de décéder dans l'année des suites de ce cancer.

Les données utilisées dans ce rapport proviennent principalement de l'expertise collective menée par l'Inserm<sup>6</sup>. Celle-ci s'est appuyée sur les données de l'étude EURO CARE prenant en compte les patients diagnostiqués entre 1983 et 1994. L'étude EURO CARE ne présentant pas de données selon le stade du cancer, les estimations selon le stade ont été effectuées à partir des données américaines du programme SEER.

Ces estimations ne sont pas disponibles pour les 25 localisations de cancers les plus fréquentes.

---

<sup>6</sup> « Cancers. Pronostics à long terme », Éditions Inserm, 2005.

## 1.2. Méthodes d'estimation

### 1.2.1. Estimations du nombre annuel de patients potentiellement vivants à 5 ans du diagnostic tous stades confondus

Les estimations du nombre de patients potentiellement vivants à 5 ans après le diagnostic de cancer sont obtenues en appliquant les taux de survie relative à 5 ans (%), calculés dans les trois études de survie (Francim, EUROCARE 4, programme SEER), au nombre de nouveaux cas de cancers estimés en France en 2005, toutes localisations cancéreuses confondues.

Nb annuel de patients potentiellement vivants à 5 ans =

Nb de nouveaux cas de cancer en France (2005) x Taux de survie relative à 5 ans (%)

### 1.2.2. Estimations du nombre de patients potentiellement vivants à 5 ans selon le stade au diagnostic pour la localisation étudiée

Les estimations du nombre de patients potentiellement vivants à 5 ans pour un stade et une localisation donnés sont obtenues en appliquant les taux de survie relative à 5 ans (%) par stade issus de l'étude PETRI et du programme SEER, au nombre de nouveaux cas de cancers estimés par stade.

Ce nombre de nouveaux cas estimés par stade est obtenu en appliquant les données de répartition (%) par stade issus de l'étude PETRI et du programme SEER, au nombre de nouveaux cas de cancers estimés en France en 2005 pour la localisation étudiée.

Nb annuel de patients potentiellement vivants à 5 ans en fonction du stade pour une localisation donnée =

Nb de nouveaux cas de cancer en France pour la localisation x Répartition des stades au diagnostic (%) x Taux de survie relative à 5 ans selon le stade (%)

Ces estimations ont été calculées pour les 20 localisations cancéreuses de bon pronostic et de pronostic intermédiaire (survie relative à 5 ans > à 20 %).

### 1.2.3. Estimations du nombre total de patients potentiellement vivants à 5 ans et dont la survie à 5 ans est supérieure ou égale à 80 % au moment du diagnostic

Cette estimation correspond à la somme du nombre de patients potentiellement vivants à 5 ans selon le stade et dont la survie à 5 ans était supérieure ou égale à 80 % au moment du diagnostic.

Elle permet d'identifier les personnes ayant une grande probabilité de guérir de leur cancer.

Nb de patients potentiellement vivants à 5 ans et dont la survie à 5 ans est  $\geq$  à 80 % =  $\sum$  Nb de patients potentiellement vivants à 5 ans selon le stade dont le taux de survie est  $\geq$  à 80 % au diagnostic.

## 2. LES SURVIES RELATIVES À 5 ANS

### 2.1. Analyse de la survie selon la localisation du cancer

Toutes les données aboutissent à un consensus de taux de survie à 5 ans, tous cancers confondus, supérieur à 50 % (de 51,9 % à 66,1 %).

À partir de ces données, on peut estimer le nombre annuel de patients potentiellement vivants à 5 ans à au moins 165 000 en appliquant les taux de survie à l'incidence des cancers en France en 2005, soit 319 380 cas (tableau 2).

- Les données françaises des registres du réseau Francim estiment à 53 %<sup>7</sup> le taux de survie relative à 5 ans, tous cancers confondus, des patients diagnostiqués entre 1989 et 1997.
- Le taux de survie à 5 ans, tous cancers confondus, selon l'étude EUROCORE 4 (patients diagnostiqués de 1995 à 1999<sup>8</sup> est de 51,9 %.
- Selon les données américaines du programme SEER, le taux de survie à 5 ans des patients diagnostiqués entre 1999 et 2005 atteint 66,1 %<sup>9</sup>.
- Enfin, les données mondiales de l'étude CONCORD<sup>10</sup> mettent en évidence de grandes variations des taux de survie à 5 ans des patients diagnostiqués pour les cancers du sein, du côlon (femme et homme) ou de la prostate et positionnent la France dans les pays ayant les meilleures survies (respectivement 8<sup>e</sup>, 2<sup>e</sup>, 5<sup>e</sup> et 6<sup>e</sup>) pour ces localisations.

**TABEAU 2 - SURVIE RELATIVE À 5 ANS TOUS CANCERS CONFONDUS**

Sources	Cohorte	Survie à 5 ans	Estimation du nombre annuel de patients potentiellement vivants à 5 ans
FRANCIM	1989-1997	53 %	169 271
EUROCORE	1995-1999	51,9 %	165 758
SEER	1999-2005	66,1 %	216 539

<sup>7</sup> Survie des patients atteints de cancer en France : étude des registres du réseau FRANCIM, Éd Springer, 2007.

<sup>8</sup> Sant M, Allemani C, Santaquilani M, Knijn A, Marchesi F, Capocaccia R. EUROCORE-4. Survival of cancer patients diagnosed in 1995-1999. Results and commentary. Eur J Cancer 2009;45(6):931-91.

<sup>9</sup> Horner MJ, Ries LAG, Krapcho M, Neyman N, Aminou R, Howlader N, Altekruse SF, Feuer EJ, Huang L, Mariotto A, Miller BA, Lewis DR, Eisner MP, Stinchcomb DG, Edwards BK (eds). SEER Cancer Statistics Review, 1975-2006, National Cancer Institute. Bethesda, MD, [http://seer.cancer.gov/csr/1975\\_2006/](http://seer.cancer.gov/csr/1975_2006/), based on November 2008 SEER data submission, posted to the SEER web site, 2009.

<sup>10</sup> Coleman MP, Quaresma M, Berrino F, Lutz JM, De AR, Capocaccia R *et al.* Cancer survival in five continents: a worldwide population-based study (CONCORD). Lancet Oncol 2008;9(8):730-56.

## 2.2. Analyse de la survie selon la localisation du cancer

Si le taux de survie relative à 5 ans, tous cancers confondus, est estimé à 53 % en France, les taux de survie à 5 ans varient de 6 à 95 % en fonction des localisations (annexe 1). D'après les données françaises d'incidence et de survie relative à 5 ans, une typologie des cancers en trois grandes classes peut être proposée en fonction du pronostic pour 25 cancers représentant 92 % des cas incidents :

- **Des cancers de bon pronostic dont la survie à 5 ans est supérieure ou égale à 80 % (42 % des cas de cancers)**

Huit localisations de cancers ont des taux de survie à 5 ans supérieurs ou égaux à 80 % : prostate, sein, mélanome, thyroïde, leucémie lymphoïde chronique, testicule, maladie de Hodgkin et lèvres.

Ces 8 localisations représentaient, en 2005, 42 % des cas de cancers, soit près de 135 000 personnes diagnostiquées par an. L'âge moyen au diagnostic est inférieur à 60 ans pour 4 d'entre eux, ce qui implique une espérance de vie encore longue après le cancer.

- **Des cancers de mauvais pronostic dont la survie à 5 ans est inférieure ou égale à 20 % (17 % des cas)**

Le taux de survie à 5 ans est inférieur à 20 % pour 5 localisations de cancers : poumon-plèvre, foie, pancréas, œsophage et système nerveux central. Ces 6 localisations couvrent 17 % des cas de cancers incidents, soit près de 55 000 personnes diagnostiquées par an.

Il est rappelé que ces taux de survie ont été calculés sur des cohortes de patients diagnostiqués entre 1989 et 1997 et ne reflètent pas les avancées les plus récentes en termes de traitements. Par ailleurs, les données par stade montreront que la survie peut être supérieure à 20 % pour les stades précoces de ces cancers.

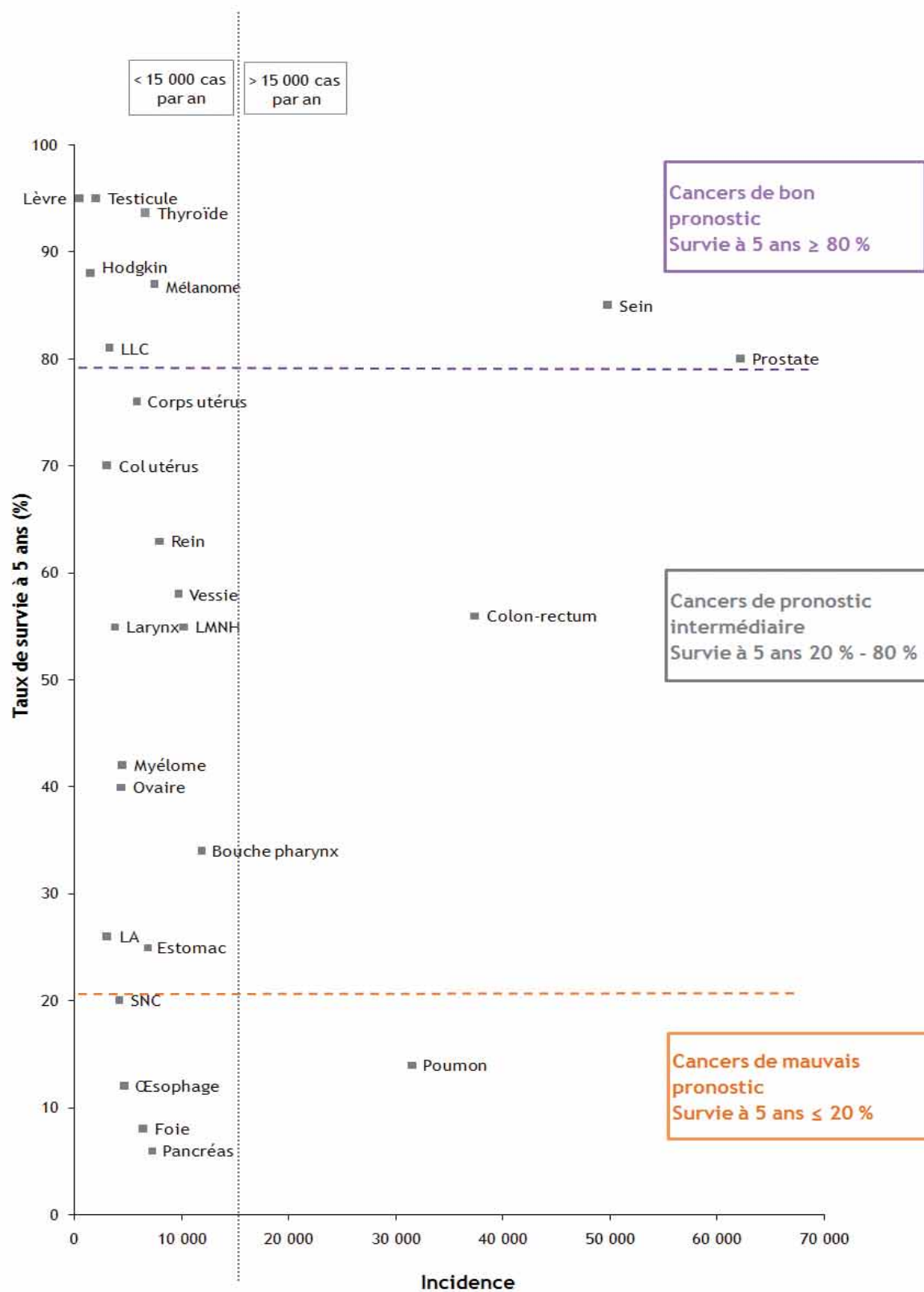
- **Des cancers de pronostic intermédiaire dont la survie à 5 ans est comprise entre 20 et 80 % (33 % des cas)**

Douze localisations de cancers ont des taux de survie à 5 ans entre 20 % et 80 % : côlon-rectum, bouche-pharynx, lymphomes non hodgkiniens, vessie, rein, estomac, corps et col de l'utérus, myélome, ovaire, larynx et leucémies aiguës. Ces 12 localisations représentaient 33 % des cas de cancers incidents estimés en 2005, soit près de 110 000 personnes diagnostiquées par an.

Parmi ces cancers de pronostic intermédiaire, certains ont un pronostic proche de celui des cancers de bon pronostic (cancer du corps de l'utérus par exemple), et d'autres ont un pronostic proche de celui des cancers de mauvais pronostic (cancer de l'estomac par exemple). Mais la majorité de ces localisations a des taux de survie à 5 ans entre 40 et 60 %.

La figure 1 permet une représentation graphique de cette typologie en fonction de l'incidence des 25 localisations de cancer estimée en France en 2005 et des taux de survie relative à 5 ans estimés en France sur ces cohortes de patients diagnostiqués entre 1989 et 1997. Elle met notamment en évidence les 4 cancers les plus fréquents (cancer de la prostate, du sein, colorectal et du poumon) qui représentent plus de 50 % des cancers incidents et qui appartiennent à des groupes de pronostics différents.

FIGURE 1 - SURVIE RELATIVE À 5 ANS DE 25 LOCALISATIONS DE CANCER EN FONCTION DE LEUR INCIDENCE ANNUELLE (DONNÉES FRANÇAISES)



## 2.3. Analyse de la survie en fonction du stade des cancers

Les survies à 5 ans par stade proviennent du programme SEER. Elles sont proposées pour trois niveaux d'évolution : local, régional (envahissement ganglionnaire) et à distance (métastases) et un stade non déterminé (informations insuffisantes dans la base pour déterminer le stade). La typologie en trois groupes pronostiques est confortée si l'on tient compte du stade au diagnostic ; en effet, pour une localisation de cancer donnée, la survie à 5 ans est fortement liée au stade d'évolution.

### 2.3.1. Analyse par stade des cancers de bon pronostic

Parmi les 8 cancers de bon pronostic, l'analyse des survies par stade montre que :

- pour 5 d'entre eux (prostate, sein, thyroïde, testicules et maladie de Hodgkin) les survies à 5 ans dépassent 80 % pour les stades locaux et régionaux ;
- il est important de noter que pour le cancer de la prostate, la répartition des stades au diagnostic est très différente selon les sources de données (80 % de stade localisé dans les données SEER, contre 57 % selon l'étude PETRI). Le dépistage par PSA plus largement répandu aux États-Unis qu'en Europe pourrait entraîner un surdiagnostic et donc un sur-enregistrement des cas de stades localisés<sup>11</sup> ;
- pour les mélanomes, seul le stade local a une survie à 5 ans > à 80 %, mais il représente 84 % des diagnostics mettant en avant l'efficacité et l'importance du diagnostic précoce de ces lésions ;
- pour le cancer des lèvres et les leucémies lymphoïdes chroniques, il n'y a pas de données populationnelles par stade.

Chaque année au moins 99 000 patients atteints d'un cancer de bon pronostic ont une survie relative à 5 ans  $\geq$  à 80 %.

Parmi eux, au moins 91 000 patients devraient guérir de leur cancer (estimation du nombre de patients potentiellement vivants à 5 ans et dont la survie relative à 5 ans est  $\geq$  à 80 % au diagnostic).

---

<sup>11</sup> Quinn M., Babb P. Patterns and trends in prostate cancer incidence, survival, prevalence and mortality. Part I: international comparisons. BJU International (2002). 90, 162-173.

**TABLEAU 3 - ANALYSE PAR STADE DES CANCERS DE BON PRONOSTIC**

Localisation Incidence France 2005	Données françaises (Étude PETRI sauf cancer du sein)				Données américaines (SEER)				Données poolées
	Stades	Survie relative à 5 ans (%)	Répartition des diagnostics (%)	Estimation du nombre de patients potentiellement vivants à 5 ans	Stades	Survie relative à 5 ans (%) 1999- 2005	Répartition des diagnostics (%)	Estimation du nombre de patients potentiellement vivants à 5 ans	Estimation du nombre total de patients potentiellement vivants à 5 ans et dont la survie relative à 5 ans ≥ 80 % au diagnostic
Prostate 62 245	I	100	27,9	17 366	local	100	80	49 796	34 259 - 57 265
	II	92	29,5	16 893	régional	100	12	7 469	
	III	74	17,2	7 923	métastatique nd	30,6 75,5	4 3	762 1 410	
	IV	60	16,4	6 125					
	nd	nd	9						
Sein <sup>12</sup> 49 814	T1N0M0	100	39,4	19 627	local	98,3	60	29 380	39 971 - 43 106
	T2- 3N0M0	93,7	16,4	7 655	régional	83,5	33	13 726	
	T1- 3N+M0	80,1	31,8	12 689	métastatique nd	23,3 57,7	5 2	580 575	
	T4NxM0	60,5	3,4	1 025					
	M1	8,1	5,6	226					
	nd	72,9	3,4	1 235					
Mélanomes 7 401	I et II	88	86,2	5 614	local	98,1	84	6 099	5 614 - 6 099
	III	15	3,4	38	régional	61,9	8	366	
	IV	18	6,4	85	métastatique	15,3	4	45	
	nd	nd	4		nd	75,4	4	223	
	Thyroïde 6 672	I	98	67,9	4 440	local	99,8	68	
II		91	6,4	389	régional	97	24	1 553	
III		80	9,2	491	métastatique nd	59 89,4	6 3	236 179	
IV		86	9,2	528					
nd		nd	7,3						
Testicules 2 002			95	100	1 902	local	99,2	70	1 390
					régional	95,9	17	326	
					métastatique	71	11	156	
					nd	87,4	2	35	
Hodgkin 1 544	I	83	81,7	1 047	local	89,9	19	264	827 - 1165
	II	88	8,7	118	régional	91,1	40	563	
	III	54	3,8	32	métastatique nd	74,5 81,7	35 5	403 63	
	IV	84	3,8	Donnée non prise en compte					
	nd	nd	2						
LLC 3 224		81	100	2 611					2 611
Lèvres 460		95	100	437					437

### 2.3.2. Analyse par stade des cancers pronostic intermédiaire

- Parmi les 12 cancers de pronostic intermédiaire, l'analyse des survies par stade montre que pour 7 d'entre eux (côlon-rectum, bouche-pharynx, LMNH, rein, corps et col de l'utérus, ovaires), les survies à 5 ans dépassent 80 % pour les stades locaux.

<sup>12</sup>SANT M. et coll. Stage at diagnosis is a key explanation of differences in breast cancer survival across Europe. Int. J. Cancer : 2003, 106, 416-422

- Pour les cancers de la vessie, seul le stade *in situ* offre une survie > à 80 %, mais elle est alors supérieure à 97 % et représente 50 % des diagnostics (il convient de noter la différence de classification entre les données françaises et américaines conduisant à des résultats très différents).
- Pour certaines localisations, l'écart de survie entre un stade local et régional est majeur, par exemple pour le côlon 90,8 % vs 69,5 % ou le col de l'utérus 91,5 % vs 57,7 %. Pour ces localisations, le diagnostic précoce modifie considérablement le pronostic. Les programmes de dépistage devraient modifier la répartition des stades au diagnostic dans le futur et augmenter le nombre de patients ayant un bon pronostic à 5 ans.
- Des données françaises ne sont disponibles que pour 4 localisations (tableau 4)

Chaque année au moins 35 000 patients atteints d'un cancer de pronostic intermédiaire ont une survie relative à 5 ans  $\geq$  à 80 %.

Parmi eux, au moins 32 000 patients devraient guérir de leur cancer (estimation du nombre de patients potentiellement vivants à 5 ans et dont la survie relative à 5 ans est  $\geq$  à 80 % au diagnostic).

**TABLEAU 4 - ANALYSE PAR STADE DES CANCERS DE PRONOSTIC INTERMÉDIAIRE (CANCER COLORECTAL, CANCER DE LA VESSIE, CANCER DU REIN, CANCER DE L'ESTOMAC)**

Localisation Incidence France 2005	Données françaises (Étude PETRI)				Données américaines (SEER)				Données poolées
	Stades	Survie relative à 5 ans (%)	Répartition des diagnostics (%)	Estimation du nombre de patients potentiellement vivants à 5 ans	Stades	Survie relative à 5 ans (%) 1999- 2005	Répartition des diagnostics (%)	Estimation du nombre de patients potentiellement vivants à 5 ans	Estimation du nombre total de patients potentiellement vivants à 5 ans et dont la survie relative à 5 ans $\geq$ 80 % au diagnostic
Côlon- rectum 37 413	I	87	25,7	8 365	local	90,8	39	13249	13 249 - 14 899
	II	82	21,3	6 535					
	III	66	20,6	5 087	régional	69,5	37	9 621	
	IV	19	26,5	1 884	métastatique	11,3	19	803	
	nd	nd	5,9		nd	38,4	5	718	
Vessie 9 679	I	68	35,7	2 350	<i>In situ</i>	97,2	50	4704	4 704
	II	66	34,1	2 178	local	74,3	36	2 589	
	III	67	7,8	506	régional	36,2	8	280	
	IV	19	19,4	357	métastatique	5,8	4	22	
	nd	nd	3		nd	56	3	163	
Rein 7 949	I	100	25	1 987	local	90,4	58	4 168	1 987 - 4 168
	II	nd	nd						
	III	71	38,5	2 173	régional	62,3	18	891	
	IV	19	21,6	326	métastatique	10,4	19	157	
	nd	nd	14,9		nd	37,5	4	119	
Estomac 6 794	I	80	15,3	832	local	62,5	23	977	832
	II	62	13,5	569					
	III	13	13,5	119	régional	26,6	32	578	
	IV	10	48,2	327	métastatique	3,4	33	76	
	nd	nd	9,5		nd	16,8	11	126	



**TABLEAU 5 - ANALYSE PAR STADE DES CANCERS DE PRONOSTIC INTERMÉDIAIRE (BOUCHE PHARYNX, LMNH, CORPS DE L'UTÉRUS, MYÉLOME, OVAIRES, LARYNX, LEUCÉMIES AIGÜES, COL DE L'UTÉRUS)**

Localisation Incidence France 2005	Données américaines (SEER)				Estimation du nombre total de patients potentiellement vivants à 5 ans et dont la survie relative à 5 ans ≥ 80 % au diagnostic
	Stades	Survie relative à 5 ans (%) 1999-2005	Répartition des diagnostics (%)	Estimation du nombre de patients potentiellement vivants à 5 ans	
<b>Bouche pharynx</b> 11 810	local	82,7	34	3321	<b>3 321</b>
	régional	54,3	46	2950	
	métastatique	31,8	14	526	
	nd	53,4	7	441	
<b>LMNH</b> 10 224	local	81	30	2 484	<b>2 484</b>
	régional	70,9	15	1087	
	métastatique	57,4	47	2 758	
	nd	65,1	9	599	
<b>Corps utérus</b> 5 774	local	95,7	69	3 813	<b>3 813</b>
	régional	67,4	19	739	
	métastatique	17,4	8	80	
	nd	56,1	4	130	
<b>Myélome</b> 4 516	local	71	5	160	
	métastatique	35,3	95	1 514	
<b>Ovaire</b> 4 374	local	93,8	15	615	<b>615</b>
	régional	72,8	17	541	
	métastatique	28,2	62	765	
	nd	27,3	7	84	
<b>Larynx</b> 3 735	local	77,9	59	1 717	
	régional	42,1	19	299	
	métastatique	32,4	17	206	
	nd	45,6	5	85	
<b>Leucémies aiguës</b> 3 082 (adultes uniquement)	LAL	56	19,6	338	
	LAM	39	40,2	483	
	LLC	63	25,8	501	
	LMC	62	14,4	275	
<b>Col utérus</b> 3 068	local	91,5	50	1 404	<b>1 404</b>
	régional	57,7	35	620	
	métastatique	17,2	11	58	
	nd	56,7	5	87	

### 2.3.3. Analyse par stade des cancers de mauvais pronostic

Pour les cancers de mauvais pronostic (poumon-plèvre, foie, pancréas, œsophage et système nerveux central), la survie à 5 ans varie également en fonction de la localisation et du stade. Les meilleurs taux de survie à 5 ans dans ce groupe sont observés pour les stades précoces des cancers du poumon.

**TABEAU 6 - ANALYSE PAR STADE DES CANCERS DE MAUVAIS PRONOSTIC**

Localisation Incidence France 2005	Données françaises (Étude PETRI sauf pour le cancer du pancréas)			Données américaines (SEER)		
	Stades	Survie relative à 5 ans (%)	Répartition des diagnostics (%)	Stades	Survie relative à 5 ans (%) 1999-2005	Répartition des diagnostics (%)
<b>Poumon</b> 31557	I	47	15,5	local	52,6	39
	II	32	13,6	régional métastatique	23,7	37
	III	22	20,0		3,5	19
	IV	5	39,4		8,5	5
	nd	nd	11,5	nd		
<b>Pancréas<sup>13</sup></b> 7218	I-II	24,7	8,8	local	22,2	7
	III	12,7	5,7	régional	8,7	26
	IV	2,0	85,5	métastatique	1,8	53
				nd	4,9	14
<b>Foie</b> 6433	I	32	6,3	local	25,7	37
	II	15	5,6	régional métastatique	8,5	26
	III	24	11,9		2,4	19
	IV	3	66,7		5,8	18
	nd	nd	9,5	nd		
<b>Œsophage</b> 4721	I	37	6,8	local	37,1	23
	II	17	30,2	régional métastatique	18,5	30
	III	15	18,0		3,1	32
	IV	7	29,8		11,7	15
	nd	nd	15,2	nd		
<b>SNC</b> 4120				local	37,2	73
	--	--	--	régional	23,5	16
				métastatique	38,8	2
				nd	33,7	8

<sup>13</sup> DAVID M et coll. Management and prognosis of pancreatic cancer over a 30-year period. British J of Cancer, 2009, 101, 215-218.

### 3. SURVIES À LONG TERME

La survie relative à 5 ans est-elle prédictive de la survie relative à 10 ans ?

Cette problématique a fait l'objet de plusieurs études issues de données populationnelles, notamment une expertise collective menée par l'Inserm<sup>14</sup>, une publication récente des investigateurs de Francim<sup>15</sup> et des analyses portant sur les données européennes EUROCARE<sup>16</sup> et sur les données américaines SEER<sup>17</sup>.

Toutes ces études sont concordantes sur l'appréciation des risques résiduels après 5 ans. Elles font état d'une différence de survie entre 5 et 10 ans, tous cancers confondus, de 6 %, permettant d'estimer à 1 à 2 % par an la probabilité annuelle de décéder de la maladie au-delà de 5 ans (tableau 7).

**TABLEAU 7 - SURVIES RELATIVES À 5 ANS ET À 10 ANS**

EUROCARE 4		SEER <sup>18</sup>	
Survie relative à 5 ans 2000-02 <sup>19</sup> (%)	Survie relative projetée à 10 ans 2000-02 (%)	Survie relative à 5 ans 1988-2001 (%)	Survie relative à 10 ans 1988-2001 (%)
48,3	42,5	64,4 (hors sein)	58,6 (hors sein)

La figure 2 permet d'apprécier visuellement la chute du risque annuel de décès qui survient pour la plupart des cancers au cours de la 4<sup>e</sup> ou la 5<sup>e</sup> année (figure 2). Les données sont issues de l'expertise collective de l'Inserm qui a analysé le risque résiduel jusqu'à 12 ans après le diagnostic de cancer. D'après ces données le risque résiduel à 10 ans du diagnostic est proche de 2 %, tous cancers confondus. Dix ans après le diagnostic, on peut considérer que le risque résiduel est donc stable et de faible amplitude pour la plupart des localisations. Pour certaines, il est quasiment nul. En pratique, les cancers pour lesquels le risque résiduel est faible entre 5 et 10 ans ont une probabilité de guérison élevée.

Ces résultats ont une explication physiopathologique. En effet, les récurrences surviennent le plus souvent dans les premières années, faisant du taux de survie à 5 ans et *a fortiori* à 10 ans des estimations fiables de la probabilité de guérison des cancers.

<sup>14</sup> « Cancers. Pronostics à long terme » Éditions Inserm, 2005.

<sup>15</sup> Bouvier AM, Remontet L, Hedelin G, Launoy G, Jooste V, Grosclaude P *et al.* Conditional relative survival of cancer patients and conditional probability of death: a French National Database analysis. *Cancer* 2009;115(19):4616-24.

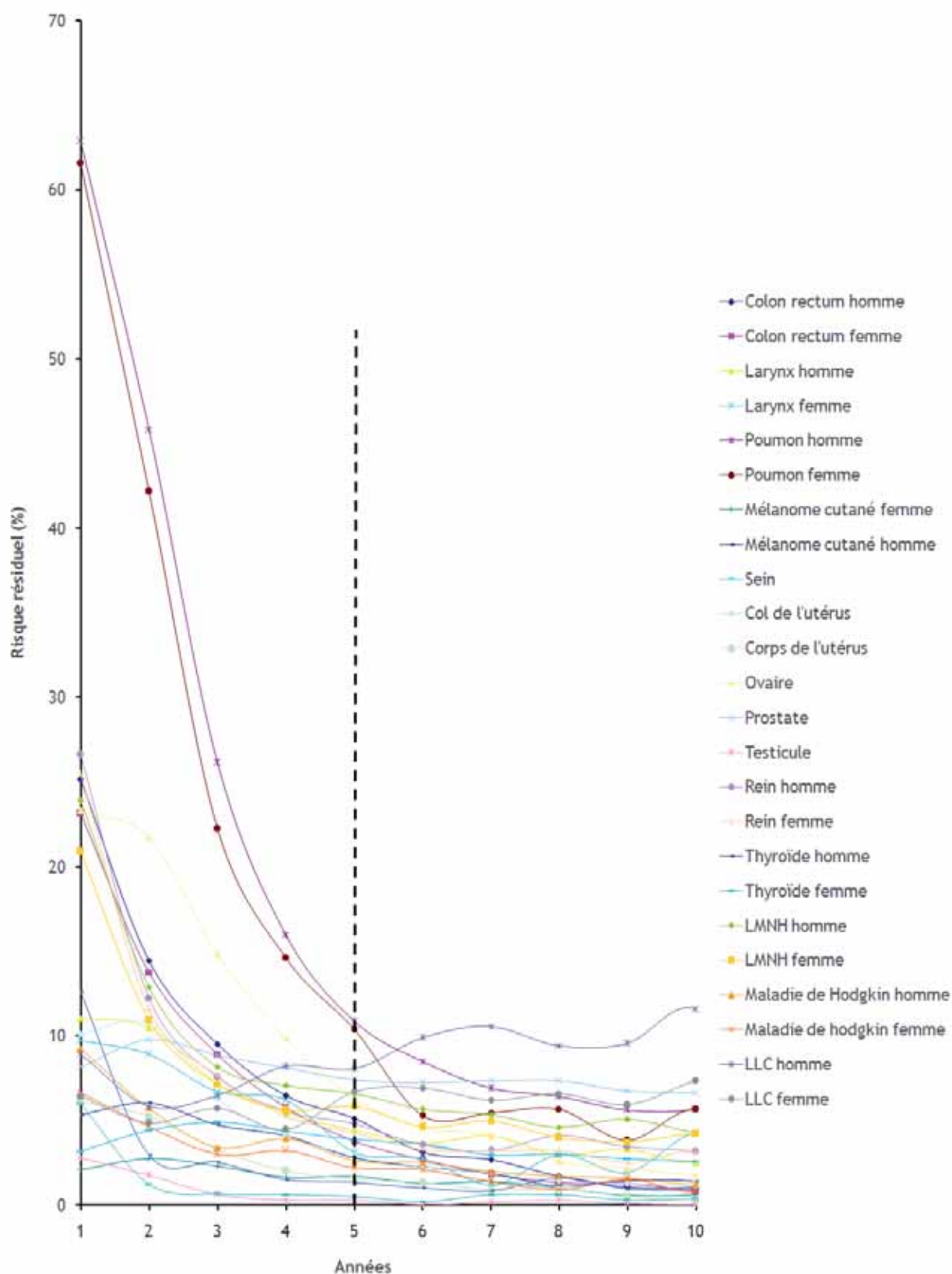
<sup>16</sup> The EUROCARE-4 database on cancer survival in Europe : long-term survival expectations of cancer patients in Europe in 2000-2002 [online]. 2009. Available: URL: <http://www.eurocare.it/Results/tabid/79/Default.aspx>.

<sup>17</sup> Ries LAG, Young JL, Keel GE, Eisner MP, Lin YD, Horner M-J, eds. SEER Survival Monograph: Cancer Survival Among Adults: US SEER Program, 1988-2001, Patient and Tumor Characteristics. SEER Program ed. Bethesda, MD: NIH Pub N° 07-6215; 2007.

<sup>18</sup> SEER : SEER Survival Monograph: Cancer Survival Among Adults : US SEER Program, 1988-2001, Patient and Tumor Characteristics - <http://seer.cancer.gov/publications/survival>.

<sup>19</sup> EUROCARE 4 cohorte 2000-2002 : The EUROCARE-4 database on cancer survival in Europe : long-term survival expectations of cancer patients in Europe in 2000-2002.

**FIGURE 2 - RISQUE RÉSIDUEL DE DÉCÈS DE LA 1<sup>re</sup> À LA 10<sup>e</sup> ANNÉE SUIVANT LE DIAGNOSTIC DE CANCER CHEZ LES FEMMES ET LES HOMMES DIAGNOSTIQUÉS ENTRE 1983 ET 1994**



Une variabilité existe néanmoins entre les localisations, confirmant l'intérêt d'une approche cancer par cancer dans l'évaluation du risque résiduel au-delà de 5 ans.

On peut distinguer trois profils de risque résiduel à 10 ans (tableau 8) : les cancers très rarement évolutifs (risque résiduel < à 2 %), les cancers peu évolutifs (risque résiduel entre 2 et 5 %), et les cancers pour lesquels le risque résiduel est supérieur à 5 %. Ce dernier groupe comprend des cancers ayant des récurrences tardives, mais aussi des cancers évoluant telles des maladies chroniques de bon pronostic global, mais ayant un risque résiduel de décès relativement constant dans le temps.

**TABEAU 8 - PROFILS DE RISQUE RÉSIDUEL DE DÉCÈS À 10 ANS - DONNÉES ISSUES DE L'EXPERTISE COLLECTIVE « CANCERS. PRONOSTICS À LONG TERME » ÉDITIONS INSERM, 2005.**

		Risque résiduel à 10 ans (homme) (%)	Risque résiduel à 10 ans (femme) (%)
Très rarement évolutif (risque résiduel annuel < 2 %)	Côlon-rectum	1,07	0,88
	Thyroïde	0,93	0,42
	Mélanome de la peau	1,41	0,63
	Corps de l'utérus	--	0,28
	Ovaire	--	1,8
	Testicule	0,03	--
Peu évolutif (risque résiduel annuel entre 2 et 5 %)	Maladie de Hodgkin	1,24	0,81
	Sein	--	2,57
	Lymphome Malin Non Hodgkinien	4,28	4,2
	Rein	3,17	3,15
Risque résiduel annuel > 5 %	Larynx	2,54	4,29
	Prostate	6,67	--
	Poumon	5,7	5,66
	Leucémie lymphoïde chronique	11,58	7,35

Ces résultats issus de l'expertise collective de l'Inserm et obtenus à partir de données européennes et américaines ont été complétés récemment par une publication des investigateurs de Francim<sup>20</sup> pour les 4 cancers les plus fréquentes. Cette publication présente des probabilités conditionnelles de décès jusqu'à 10 ans du diagnostic, en fonction de l'âge et du sexe, obtenues à partir des données des registres français pour des patients diagnostiqués entre 1989 et 1997. Le risque résiduel à 10 ans en cas de cancer colorectal y est estimé entre 0,8 et 1,2 % pour les hommes et entre 0,4 et 0,9 % pour les femmes, le risque décroissant avec l'âge. Le risque résiduel à 10 ans en cas de cancer du sein est estimé entre 1,7 et 2,3 %, les valeurs les plus faibles étant observées chez les femmes âgées de 45 à 64 ans. Ces résultats positionneraient les cancers du sein dans le groupe des cancers très rarement évolutifs pour y rejoindre notamment le cancer colorectal. Concernant le cancer du poumon, les risques résiduels à 10 ans sont supérieurs à 5 % quels que soient l'âge et le sexe, les risques résiduels les plus élevés étant observés chez les hommes. Concernant le cancer de la prostate, les risques résiduels estimés sur données françaises sont plus faibles que ceux obtenus à partir des données étrangères. Ils varient entre 3 et 4,4 % ce qui positionnerait le cancer de la prostate dans le groupe des cancers peu évolutifs.

<sup>20</sup> Bouvier AM, Remontet L, Hedelin G, Launoy G, Jooste V, Grosclaude P *et al.* Conditional relative survival of cancer patients and conditional probability of death: a French National Database analysis. *Cancer* 2009;115(19):4616-24.

Comme pour l'analyse des taux de survie à 5 ans, le stade au diagnostic est une donnée essentielle pour prédire le risque résiduel à 10 ans.

Pour certains cancers de stade localisé au moment du diagnostic, il n'y a plus d'excès de risque dès les premières années. Ainsi d'après les données du SEER, pour 8 localisations de cancers - sein, ovaire, col et corps de l'utérus, prostate, testicule, thyroïde, mélanome - diagnostiqués à un stade localisé, la surmortalité annuelle est nulle, inférieure à 1 % ou proche de 1 %, 5 ans après le diagnostic. Ces données renforcent à nouveau la nécessité de diagnostiquer précocement ces cancers.

On rappelle que l'ensemble de ces données se rapportent à des patients diagnostiqués au plus tard en 2001 (pour les données américaines). Compte tenu de l'amélioration des diagnostics et des traitements, les risques résiduels à long terme sont probablement plus faibles aujourd'hui et les chances de guérison plus élevées.

## 4. DISCUSSION

L'objectif de ce travail est de dresser un état des lieux des données de survie populationnelles publiées en France. Il met en évidence qu'il n'y a pas *un* mais *des* cancers. Certains conservent un pronostic péjoratif même si des progrès sont observés. D'autres évolueront à long terme, telles des maladies chroniques. Enfin, des patients guériront et il est important de pouvoir évaluer leur nombre.

Les données analysées dans ce rapport permettent d'estimer que :

- au moins 135 000 patients (42 % cas incidents) ayant un diagnostic de cancer dans l'année ont une survie relative à 5 ans > à 80 % ;
- la survie à 5 ans est prédictive de la survie à 10 ans pour la plupart des localisations et en particulier pour les stades précoces ;
- et ainsi au moins 123 000 patients (38 % des cas incidents) pourront guérir de leur cancer.

Les données françaises utilisées portent sur des cohortes de patients traités avant 2000. Ce sont donc des données robustes qui établissent des taux de survie attendue minimaux. Les données américaines plus récentes ont été présentées aux côtés des données françaises pour bien illustrer que les estimations proposées sont prudentes, minimales et cohérentes avec les autres données existantes. Il n'est pas déraisonnable de penser que la survie à 5 ans des patients diagnostiqués en 2005, voire en 2010, est ou sera meilleure.

Ce travail confirme le besoin d'optimiser et de développer le système de surveillance des cancers en France. Ce besoin a déjà été identifié et la mesure 7 du Plan cancer 2009-2013 y est dédiée. Dans ce cadre, les données de survie françaises seront prochainement actualisées et proposeront les survies attendues pour des patients traités après 2000. Les études « hautes résolutions » feront partie d'un cahier des charges entre l'INCa, l'InVS et les registres, et permettront d'étudier les survies plus finement, par stade notamment. Le recueil de données de biopathologie permettra de pouvoir analyser leur impact sur la survie des patients, afin de les utiliser dans le futur pour mieux définir les profils de pronostic.

Ce rapport contribue à l'axe V du Plan cancer en objectivant le nombre de patients concernés par la vie après le cancer et permettant ainsi la mobilisation des acteurs autour de faits concrets.

De plus en plus de personnes vivront après un diagnostic de cancer. Ceci a des implications en termes d'organisation des soins. Les personnes ayant un cancer nécessitent parfois des soins au long cours dans le cadre d'une maladie qui se chronicise. Pour ceux qui guérissent, un suivi est souvent nécessaire. Il permet notamment de détecter des effets à long terme des traitements ou encore de prévenir l'apparition d'un second cancer par une information personnalisée. Dans les deux cas, maladie chronique ou cancer guéri, le médecin traitant a un rôle central qui est soutenu par les actions de la mesure 18 du Plan cancer. Cet enjeu de santé publique a également des implications en termes de recherche. Les interactions entre les comorbidités, fréquentes chez des sujets âgés, et l'exposition à un cancer et à ses traitements au cours d'une vie devront par exemple être mieux connues. Enfin, c'est un réel enjeu à l'échelle de la société, en termes d'accompagnement dans un projet de vie comprenant, par exemple, une réinsertion professionnelle de personnes de plus en plus nombreuses vivant avec un cancer ou ayant guéri d'un cancer.





# ANNEXES

---

ANNEXE 1 :	DONNÉES FRANÇAISES D'INCIDENCE ET DE SURVIE RELATIVE À 5 ANS .....	27
ANNEXE 2 :	DONNÉES EUROPÉENNES ET AMÉRICAINES DE SURVIE RELATIVE À 5 ANS ET À 10 ANS .....	28
ANNEXE 3 :	DONNÉES DE SURVIE PAR STADE .....	29
	Cancer de la prostate .....	30
	Cancer du sein .....	31
	Mélanome .....	32
	Maladie de Hodgkin.....	32
	Cancer de la thyroïde .....	33
	Cancer du testicule.....	33
	Leucémie lymphoïde chronique .....	34
	Cancer de la cavité buccale et du pharynx.....	35
	Cancer du pharynx.....	35
	Cancer du larynx.....	35
	Cancer de l'ovaire .....	36
	Cancer du col de l'utérus.....	36
	Cancer du corps de l'utérus.....	37
	Cancer du côlon rectum .....	37
	Cancer du côlon.....	38
	Cancer du rectum.....	38
	Cancer de l'estomac .....	39
	Cancer de la vessie .....	40
	Cancer du rein .....	40
	Myélome.....	41
	Lymphome malin non hodgkinien .....	41
	Leucémies.....	41
	Cancer du poumon.....	42
	Cancer de l'œsophage .....	42
	Cancer du foie.....	43
	Cancer du pancréas .....	43
	Cancer du système nerveux central .....	44
ANNEXE 4 :	DONNÉES AMÉRICAINES DE SURVIE RELATIVE À 5 ANS ET À 10 ANS SELON LE STADE DE LA MALADIE POUR LA PÉRIODE 1988-2001 .....	45



## ANNEXE 1 : DONNÉES FRANÇAISES D'INCIDENCE ET DE SURVIE RELATIVE À 5 ANS

	Incidence (2005) <sup>21</sup>	Survie relative à 5 ans <sup>22</sup>	Prévalence partielle à 5 ans <sup>23</sup>	Âge moyen	Âge moyen
	Effectif	Taux (%)	Effectif	Homme	Femme
<b>CANCER DE BON PRONOSTIC / SURVIE À 5 ans ≥ 80 %</b>					
Prostate	62 245	80	153 388	71	NA
Sein	49 814	85	185 166	NA	61
Mélanomes	7 401	87	28 249	60	58
Thyroïde	6 672	94	23 045	52	51
LLC	3 224	81	**	70	72
Testicules	2 002	95	ND	36	NA
Hodgkin	1 544	88	5 885	44	38
Lèvres	460	95	ND		
<b>Total</b>	<b>133 362 (42 %)</b>		<b>395 733</b>		
<b>CANCER DE PRONOSTIC INTERMÉDIAIRE / SURVIE À 5 ans ENTRE 20 ET 80 %</b>					
Côlon-rectum	37 413	56	108 988	70	73
Bouche pharynx	11 810	34	ND	ND	ND
LMNH	10 224	55	23 698	63	66
Vessie	9 679	58	27 755	71	76
Rein	7 949	63	25 036	65	67
Estomac	6 794	25	12 543	71	74
Corps utérus	5 774	76	21 827	NA	68
Myélome	4 516	42	10 916	71	72
Ovaire	4 374	40	12 594	NA	65
Larynx	3 735	55	11 590	63	63
Leucémies aiguës	3 082	26	19 488**	54	55
Col utérus	3 068	70	12 595	NA	53
<b>Total</b>	<b>108 418 (33 %)</b>		<b>287 030</b>		
<b>CANCER DE MAUVAIS PRONOSTIC / SURVIE À 5 ans ≤ 20 %</b>					
Poumon Plèvre	31 557	14	40 732	65	64
Pancréas	7 218	6	4 910	68	73
Foie	6 433	8	6 205	68	71
Oesophage	4 721	12	6 732	65	71
SNC	4 120	20	9 310	57	58
<b>Total</b>	<b>54 049 (17 %)</b>		<b>67 889</b>		
Autres Cancers	23 550	Survies variables			
<b>TOUS CANCERS</b>	<b>319 380</b>		<b>836 951</b>		

\* Nombre de personnes en vie en 2002 et ayant eu un diagnostic de cancer dans les 5 dernières années.

\*\* Leucémies sans précision.

ND : non disponible.

<sup>21</sup> Belot A, Grosclaude P, Bossard N, Jouglu E, Benhamou E, Delafosse P, Guizard AV, Molinié F, Danzon A, Bara S, Bouvier AM, Trétarre B, Binder-Foucard F, Colonna M, Daubisse L, Hédelin G, Launoy G, Le Stang N, Maynadié M, Monnereau A, Troussard X, Faivre J, Collignon A, Janoray I, Arveux P, Buemi A, Raverdy N, Schvartz C, Bovet M, Chérié-Challine L, Estève J, Remontet L, Velten M. Cancer incidence and mortality in France over the period 1980-2005. Rev Epidemiol Sante Publique. 2008 Jun;56(3):159-75. Epub 2008 Jun 10.

<sup>22</sup> Survie des patients atteints de cancer en France : étude des registres du réseau FRANCIM, Éd Springer, 2007.

<sup>23</sup> Colonna M, Danzon A, Delafosse P *et al.* Cancer prevalence in France : Time trend, situation in 2002 and extrapolation to 2012. Eur J Cancer 2008 (44) 115-122.

## ANNEXE 2 : DONNÉES EUROPÉENNES ET AMÉRICAINES DE SURVIE RELATIVE À 5 ANS ET À 10 ANS

	EUROCORE 4			SEER <sup>24</sup>	
	Survie relative à 5 ans	Survie relative à 5 ans	Survie relative projetée à 10 ans	Survie relative à 5 ans	Survie relative à 10 ans
	1995-99 <sup>25</sup> (%)	2000-02 <sup>26</sup> (%)	2000-02 (%)	1988-2001 (%)	1988-2001 (%)
<b>SURVIE ≥ 80 %</b>					
Prostate	76,4	79,7	65,2	97,6	91,7
LLC	68,8	70,2	48,6	74,9	54,2
Sein	79,4	82,2	71,6	--	--
Sein invasif	--	--	--	87,1	79,2
Sein <i>in situ</i>	--	--	--	100,0	100,0
Mélanome	82,6	86,3	82,8	90,0	87,9
Hodgkin	80,1	81,4	76,7	83,0	78,1
Thyroïde	82,9	85,5	81,9	96,0	95,6
Testicule	89,5	95,6	94,3	96,0	95,3
Lèvres	92,6	93,6	86,9	93,5	88,0
<b>SURVIE 20 À 80 %</b>					
Leucémies*	42,4	43,4	30,3	47,2	38,1
Oropharynx	37,0	41,5	32,8	49,8	39,3
Nasopharynx	49,5	48,0	41,2	56,6	44,7
Hypopharynx	24,6	25,5	17,1	29,5	18,2
Cavité orale	46,2	49,8	41,8	--	--
Langue	43,6	51,1	45,2	59,4	42,1
Glandes salivaires	59	63,6	58,0	73,9	70,7
Ovaire	36,5	36,5	27,9	53,8	48,5
Larynx	62,8	67,3	55,5	65,0	52,8
LMNH	51,5	53,6	41,8	56,3	47,0
Côlon-rectum	54,0	56,8	52,6	63,6	57,7
Côlon	54,5	56,7	53,3	64,0	58,9
Rectum	53,2	57,1	51,7	62,6	54,7
Rein	58,0	55,1	48,6	65,5	57,9
Col utérus	62,6	65,2	59,0	71,5	67,2
Corps utérus	76,2	78,1	75,8	84,7	82,6
Vessie	72,4	67,3	59,1	81,9	77,4
Estomac	24,5	23,4	20,3	21,0	16,9
Myélomes	35,1	35,9	18,7	--	--
<b>SURVIE ≤ 20 %</b>					
Poumon	12,0	12,0	8,7	15,5	11,0
Plèvre	7,1	6,8	2,5	--	--
Œsophage	11,1	10,3	8,1	13,6	9,8
Foie	9,1	9,8	6,3	8,0	5,3
Pancréas	5,7	5,2	4,2	4,8	3,6
SNC	19,7	19,6	12,8	26,2	21,6
<b>TOUS CANCERS</b>	<b>51,9</b>	<b>48,3</b>	<b>42,5</b>	<b>64,4 (hors sein)</b>	<b>58,6 (hors sein)</b>

<sup>24</sup> SEER : SEER Survival Monograph: Cancer Survival Among Adults : US SEER Program, 1988-2001, Patient and Tumor Characteristics - <http://seer.cancer.gov/publications/survival>.

<sup>25</sup> EUROCORE 4 cohorte 1995-1999 : Sant M, Allemani C, Santaquilani M, *et al.* EUROCORE-4 Survival of cancer patients diagnosed in 1995-1999. Results and commentary.

<sup>26</sup> EUROCORE 4 cohorte 2000-2002 : The EUROCORE-4 database on cancer survival in Europe : long-term survival expectations of cancer patients in Europe in 2000-2002.

## ANNEXE 3 : DONNÉES DE SURVIE PAR STADE

### SOURCES DE DONNÉES

Très peu de registres en France comme au niveau international fournissent des données par stade de cancers pour les analyses de survie. En effet, le stade est une donnée difficile à collecter en routine, car il nécessite dans la majorité des cas d'aller chercher cette information dans le dossier médical des patients. Par ailleurs, les informations disponibles ne sont pas toujours concordantes en fonction de la source d'information (erreur de classification, stade clinique *versus* stade anatomopathologique).

Les seules données publiées de survie par stade disponibles à partir des données des registres Francim proviennent d'études spécifiques sur échantillon de type études « haute résolution » faisant l'objet d'enquêtes complémentaires pour mieux standardiser les informations collectées. Les données assez anciennes (portant sur des cas diagnostiqués en 1990, 1995 ou 1997) ne concernent que certaines localisations cancéreuses fréquentes (sein, colorectal, prostate, rein).

#### Note :

à partir de 2010, l'enregistrement de variables supplémentaires sur le stade sera mis en place progressivement dans les registres permettant dans le futur l'analyse des données de survie par stade sur l'ensemble de la base de données commune pour les localisations envisagées.

Les données de survie par stade présentées proviennent principalement des sources de données suivantes :

- les données les plus récentes recensées dans la littérature (France, Europe) ;
- les données présentées dans l'expertise collective menée par l'Inserm<sup>27</sup> sur les cancers en 2005 ;
- les données américaines issues du programme SEER : les données de survie par stade sont présentées selon trois niveaux d'évolution : localisé, régional et à distance (métastases à distance de la localisation) et un stade non déterminé (informations insuffisantes dans la base pour déterminer le stade) ;
- les données développées par certaines caisses d'assurance maladie à partir des admissions en ALD pour tumeur maligne : étude PETRI. Cette étude de cohorte menée par l'association PETRI (Prévention et épidémiologie des tumeurs en région Île-de-France) a débuté en 1994 par le recueil exhaustif des cas de cancers incidents déclarés en ALD en Île-de-France à l'Assurance maladie (27 080 patients). L'analyse de la survie a été effectuée sur un échantillon de 4 166 patients avec une analyse par stade tumoral. Les données ne concernent pas la totalité des cas incidents dans la mesure où tous les cancers ne sont pas individualisés par l'Assurance Maladie et, par ailleurs, elles ne concernent que la région Île-de-France. Néanmoins, cette étude présente des résultats en termes de survie par stade pour la majorité des localisations, au niveau d'une région entière, qui couvre 20 % de la population française.

Il convient cependant de noter pour l'interprétation des résultats de ces comparaisons que l'enregistrement des stades est réalisé selon des modalités différentes, ne permettant pas toujours de faire des recoupements.

---

<sup>27</sup> « Cancers. Pronostics à long terme » Éditions Inserm 2005.

## CANCERS DE BON PRONOSTIC

### CANCER DE LA PROSTATE

Étude PETRI<sup>28</sup>

Stade	Survie relative à 5 ans (%) Cohorte 1994-1999	Répartition des diagnostics (%)
Stade I	100	27,9
Stade II	92	29,5
Stade III	74	17,2
Stade IV	60	16,4
Non déterminé	nd	9,0
Tous stades	87	100

Surveillance Epidemiology and End Results (SEER) program<sup>29</sup>

Stade	Survie relative à 5 ans (%) SEER 1999-2005	Répartition des diagnostics (%)
localisé	100,0	80
régional	100,0	12
à distance	30,6	4
non déterminé	75,5	3
Tous stades	99,7	100

<sup>28</sup> ÉTUDE PETRI (PREVENTION ET EPIDEMIOLOGIE DES TUMEURS EN REGION ILE-DE-FRANCE). Survie à 5 ans des cancers incidents en Ile-de-France, cohorte 1994-1999. 2004 : 73 p.

<sup>29</sup> Horner MJ et coll. SEER Cancer Statistics Review, 1975-2006, National Cancer Institute. Bethesda, MD, [http://seer.cancer.gov/csr/1975\\_2006/](http://seer.cancer.gov/csr/1975_2006/), based on November 2008 SEER data submission, posted to the SEER web site, 2009.

## CANCER DU SEIN

Étude réalisée à partir des données issues du registre spécialisé des Cancers du sein et gynécologiques de la Côte d'or et concernant 4 233 cas de cancers du sein diagnostiqués en 1982-1997<sup>30</sup>

Stade	Répartition (%)	Survie relative à 5 ans (%)	Survie relative à 10 ans (%)
<b>Stade T</b>			
T1	54	93	87
T2	32	75	61
T3	7	56	41
T4	7	35	10
inconnu	1	--	--
<b>Stade N</b>			
N0	64	90	83
N1	34	68	53
inconnu	1	--	--
<b>Stade M</b>			
M0	95	85	76
M1	5	13	3
inconnu	1	--	--
Tous stades	--	82	72

Analyse issues des données de 4 registres français (Bas-Rhin, Côte d'Or, Hérault, Isère), dans le cadre d'une étude européenne sur la survie<sup>31</sup>

Stade	Survie relative à 5 ans (%)	Répartition des diagnostics (%)
Stade T1N0M0	100,0	39,4
Stade T2-3N0M0	93,7	16,4
Stade T1-3N+M0	80,1	31,8
Stade T4NxM0	60,5	3,4
M1	8,1	5,6
Inconnu	72,9	3,4
Tous stades	86,0	100

### Étude PETRI

Stade	Survie relative à 5 ans (%) Cohorte 1994-1999	Répartition des diagnostics (%)
Stade I	98	37,8
Stade II	80	36,9
Stade III	70	13,0
Stade IV	20	6,1
Non déterminé	nd	6,2
Tous stades	82	100

<sup>30</sup> DABAKUYO TS et coll. Population-based study of breast cancer survival in Cote d'Or (France) : prognostic factors and relative survival. Ann of Oncol, 2008, 19, 276-283.

<sup>31</sup> SANT M. et coll. Stage at diagnosis is a key explanation of differences in breast cancer survival across Europe. Int. J. Cancer : 2003, 106, 416-422.

Surveillance Epidemiology and End Results (SEER) program

Stade	Survie relative à 5 ans (%) SEER 1999-2005	Répartition des diagnostics (%)
localisé	98,3	60
régional	83,5	33
à distance	23,3	5
non déterminé	57,7	2
Tous stades	89,1	100

## MÉLANOME

Étude PETRI

Stade	Survie relative à 5 ans (%)	Répartition des diagnostics (%)
Stade I et II	88	86,2
Stade III	15	3,4
Stade IV	18	6,4
Non déterminé	nd	4,0
Tous stades	80	100

Surveillance Epidemiology and End Results (SEER) program

Stade	Survie relative à 5 ans (%) SEER 1999-2005	Répartition des diagnostics (%)
localisé	98,1	84
régional	61,9	8
à distance	15,3	4
non déterminé	75,4	4
Tous stades	91,4	100

## MALADIE DE HODGKIN

Étude PETRI

Stade	Survie relative à 5 ans (%) Cohorte 1994-1999	Répartition des diagnostics (%)
Stade I	83	81,7
Stade II	88	8,7
Stade III	54	3,8
Stade IV	84	3,8
Non déterminé	nd	2,0
Tous stades	83	100



Surveillance Epidemiology and End Results (SEER) program

Stade	Survie relative à 5 ans (%) SEER 1999-2005	Répartition des diagnostics (%)
localisé	89,9	19
régional	91,1	40
à distance	74,5	35
non déterminé	81,7	5
Tous stades	84,7	100

## CANCER DE LA THYROÏDE

Étude PETRI

Stade	Survie relative à 5 ans (%) Cohorte 1994-1999	Répartition des diagnostics (%)
Stade I	98	67,9
Stade II	91	6,4
Stade III	80	9,2
Stade IV	86	9,2
Non déterminé	nd	7,3
Tous stades	95	100

Surveillance Epidemiology and End Results (SEER) program

Stade	Survie relative à 5 ans (%) SEER 1999-2005	Répartition des diagnostics (%)
localisé	99,8	68
régional	97,0	24
à distance	59,0	6
non déterminé	89,4	3
Tous stades	97,3	100

## CANCER DU TESTICULE

Étude PETRI

Selon l'anatomopathologie	Survie relative à 5 ans (%) Cohorte 1994-1999	Répartition des diagnostics (%)
séminomes	100	49,1
T non séminomateuses	91	50,9
Tous stades	97	100

## Surveillance Epidemiology and End Results (SEER) program

Stade	Survie relative à 5 ans (%) SEER 1999-2005	Répartition des diagnostics (%)
localisé	99,2	70
régional	95,9	17
à distance	71,0	11
non déterminé	87,4	2
Tous stades	95,3	100

## LEUCÉMIE LYMPHOÏDE CHRONIQUE

Registre de la Côte d'Or : survie relative à 5 et 10 ans sur les cas diagnostiqués entre 1990 et 2000 (Expertise collective. Cancers Pronostics à long terme. Inserm, 2005).

En France, le Registre de la Côte d'Or fournit des données de survie relative à 5 et 10 ans selon les stades pronostiques A, B, C, définis selon la classification de Binet (1981) :

- stade A : pas d'anémie, pas de thrombopénie, moins de trois sites impliqués
- stade B : pas d'anémie, pas de thrombopénie, trois sites ou plus impliqués
- stade C : anémie (Hb < 10g) et/ou thrombopénie (plaquettes < 100 000/mm<sup>3</sup>)

Stade pronostique	Survie relative à 5 ans (%)	Survie relative à 10 ans (%)
Stade A	89	74
Stade B	78	53
Stade C	89	37

## CANCERS DE PRONOSTIC INTERMÉDIAIRE

### CANCER DE LA CAVITÉ BUCCALE ET DU PHARYNX

Surveillance Epidemiology and End Results (SEER) program

Stade	Survie relative à 5 ans (%) SEER 1999-2005	Répartition des diagnostics (%)
localisé	82,7	34
régional	54,3	46
à distance	31,8	14
non déterminé	53,4	7
Tous stades	61,0	100

### CANCER DU PHARYNX

Étude PETRI

Stade	Survie relative à 5 ans (%) Cohorte 1994-1999	Répartition (%)
Stade I	41	3,8
Stade II	51	18,2
Stade III	31	35,6
Stade IV	16	32,6
Non déterminé	nd	9,8
Tous stades	30	100

### CANCER DU LARYNX

Étude PETRI

Stade	Survie relative à 5 ans (%) Cohorte 1994-1999	Répartition des diagnostics (%)
Stade I	82	32,0
Stade II	73	22,4
Stade III	25	16,0
Stade IV	51	19,2
Non déterminé	nd	10,4
Tous stades	62	100

Surveillance Epidemiology and End Results (SEER) program

Stade	Survie relative à 5 ans (%) SEER 1999-2005	Répartition des diagnostics (%)
localisé	77,9	59
régional	42,1	19
à distance	32,4	17
non déterminé	45,6	5
Tous stades	61,6	100

## CANCER DE L'OVAIRE

Étude de cohorte réalisée à partir des données du registre des Cancers des Pays bas concernant des cas de cancers ovariens diagnostiqués en 1996-2003<sup>32</sup>

Stade	Répartition (%)	Survie relative à 5 ans (%)
FIGO I	24	81,2
FIGO II	8	60,0
FIGO III	45	24,5
FIGO IV	15	11,7
Non déterminé	8	nd
Tous stades	100	38,9

Surveillance Epidemiology and End Results (SEER) program

Stade	Survie relative à 5 ans (%) SEER 1999-2005	Répartition des diagnostics (%)
localisé	93,8	15
régional	72,8	17
à distance	28,2	62
non déterminé	27,3	7
Tous stades	45,9	100

Étude PETRI

Stade	Survie relative à 5 ans (%) Cohorte 1994-1999	Répartition des diagnostics (%)
Stade I	61	4,3
Stade II	88	8,7
Stade III	78	22,6
Stade IV	25	60,0
Non déterminé	nd	4,4
Tous stades	44	100

## CANCER DU COL DE L'UTÉRUS

Étude PETRI

Stade	Survie relative à 5 ans (%) Cohorte 1994-1999	Répartition des diagnostics (%)
Stade I	84	34,4
Stade II	73	18,7
Stade III	68	14,4
Stade IV	35	18,6
Non déterminé	nd	13,9
Tous stades	66	100

Surveillance Epidemiology and End Results (SEER) program

<sup>32</sup> VERNOOIJ F et coll. Specialized care and survival of ovarian cancer patients in the Netherlands : nationwide cohort study. JNCI, 2008, 100 (6), 399-406.

Stade	Survie relative à 5 ans (%) SEER 1999-2005	Répartition des diagnostics (%)
localisé	91,5	50
régional	57,7	35
à distance	17,2	11
non déterminé	56,7	5
Tous stades	70,6	100

## CANCER DU CORPS DE L'UTÉRUS

### Étude PETRI

Stade	Survie relative à 5 ans (%) Cohorte 1994-1999	Répartition des diagnostics (%)
Stade I	99	28,3
Stade II	82	20,5
Stade III	67	21,3
Stade IV	42	22,0
Non déterminé	nd	7,9
Tous stades	76	100

### Surveillance Epidemiology and End Results (SEER) program

Stade	Survie relative à 5 ans (%) SEER 1999-2005	Répartition des diagnostics (%)
localisé	95,7	69
régional	67,4	19
à distance	17,4	8
non déterminé	56,1	4
Tous stades	82,9	100

## CANCER DU CÔLON RECTUM

### Étude PETRI

Stade	Survie relative à 5 ans (%) Cohorte 1994-1999	Répartition des diagnostics (%)
Stade I	87	25,7
Stade II	82	21,3
Stade III	66	20,6
Stade IV	19	26,5
Non déterminé	nd	5,9
Tous stades	60	100

Surveillance Epidemiology and End Results (SEER) program

Stade	Survie relative à 5 ans (%) SEER 1999-2005	Répartition des diagnostics (%)
localisé	90,8	39
régional	69,5	37
à distance	11,3	19
non déterminé	38,4	5
Tous stades	65,2	100

## CANCER DU CÔLON

Registre de la Côte d'Or : survie relative à 5 et 10 ans des cas diagnostiqués entre 1990 et 2000 (Expertise collective. Cancers Pronostics à long terme. Inserm 2005)

Stade	Survie relative à 5 ans (%)	Survie relative à 10 ans (%)
Stade I	93,9	83,5
Stade II	73,5	66,1
Stade III	47,5	37,8
Stade IV	4,4	nd

Surveillance Epidemiology and End Results (SEER) program

Stade	Survie relative à 5 ans (%) SEER 1999-2005	Répartition des diagnostics (%)
localisé	91,8	36
régional	70,5	39
à distance	11,1	20
non déterminé	33,2	4
Tous stades	64,6	100

## CANCER DU RECTUM

Analyse issues des données du Registre des cancers digestifs de la Côte d'Or dans le cadre d'une étude européenne sur la survie sur les cas de cancer du rectum diagnostiqués entre 1982 et 1987<sup>33</sup>

Stade	Survie relative à 5 ans (%)	Répartition des diagnostics (%)
I (T1-T2 N0 M0)	80	21
II (T3-T4 N0 M0)	68	29
III (N1-N2 M0)	29	24
IV (M1)	2	16

<sup>33</sup> MONET E, FAIVRE J, RAYMOND L, GARAU I. Influence of stage at diagnosis on survival differences for rectal cancer in three European populations. British J. Cancer : 1999, 81(3), 463-468

Registre de la Côte d'Or : survie relative à 5 et 10 ans sur les cas diagnostiqués entre 1990 et 2000 (Expertise collective. Cancers Pronostics à long terme. Inserm 2005)

Stade	Survie relative à 5 ans (%)	Survie relative à 10 ans (%)
Stade I	86,7	76,3
Stade II	61,1	40,9
Stade III	36,0	nd
Stade IV	5,6	nd

Surveillance Epidemiology and End Results (SEER) program

Stade	Survie relative à 5 ans (%) SEER 1999-2005	Répartition des diagnostics (%)
localisé	88,9	44
régional	67,0	33
à distance	11,9	17
non déterminé	46,9	6
Tous stades	66,6	100

## CANCER DE L'ESTOMAC

Étude PETRI

Stade	Survie relative à 5 ans (%) Cohorte 1994-1999	Répartition des diagnostics (%)
Stade I	80	15,3
Stade II	62	13,5
Stade III	13	13,5
Stade IV	10	48,2
Non déterminé	nd	9,5
Tous stades	31	100

Surveillance Epidemiology and End Results (SEER) program

Stade	Survie relative à 5 ans (%) SEER 1999-2005	Répartition des diagnostics (%)
localisé	62,5	23
régional	26,6	32
à distance	3,4	33
non déterminé	16,8	11
Tous stades	25,7	100

## CANCER DE LA VESSIE

### Étude PETRI

Stade	Survie relative à 5 ans (%) Cohorte 1994-1999	Répartition des diagnostics (%)
Stade I	68	35,7
Stade II	66	34,1
Stade III	67	7,8
Stade IV	19	19,4
Non déterminé	nd	3,0
Tous stades	55	100

### Surveillance Epidemiology and End Results (SEER) program

Stade	Survie relative à 5 ans (%) SEER 1999-2005	Répartition des diagnostics (%)
<i>In situ</i>	97,2	50
localisé	74,3	36
régional	36,2	8
à distance	5,8	4
non déterminé	56,0	3
Tous stades	80,0	100

## CANCER DU REIN

### Étude PETRI

Stade	Survie relative à 5 ans (%) Cohorte 1994-1999	Répartition des diagnostics (%)
Stade I	100	25,0
Stade II	nd	nd
Stade III	71	38,5
Stade IV	19	21,6
Non déterminé	nd	14,9
Tous stades	67	100

### Surveillance Epidemiology and End Results (SEER) program

Stade	Survie relative à 5 ans (%) SEER 1999-2005	Répartition des diagnostics (%)
localisé	90,4	58
régional	62,3	18
à distance	10,4	19
non déterminé	37,5	4
Tous stades	68,4	100



## MYÉLOME

Surveillance Epidemiology and End Results (SEER) program

Stade	Survie relative à 5 ans (%) SEER 1999-2005	Répartition des diagnostics (%)
localisé	71,0	5
régional	--	0
à distance	35,3	95
non déterminé	--	0
Tous stades	37,1	100

## LYMPHOME MALIN NON HODGKINIEN

Surveillance Epidemiology and End Results (SEER) program

Stade	Survie relative à 5 ans (%) SEER 1999-2005	Répartition des diagnostics (%)
localisé	81,0	30
régional	70,9	15
à distance	57,4	47
non déterminé	65,1	9
Tous stades	67,2	100

## LEUCÉMIES

Étude PETRI

Selon l'anatomopathologie	Survie relative à 5 ans (%)	Répartition (%)
LAL	56	19,6
LAM	39	40,2
LLC	63	25,8
LMC	62	14,4
Total leucémies	52	100

## CANCERS DE MAUVAIS PRONOSTIC

### CANCER DU POUMON

#### Étude PETRI

Stade	Survie relative à 5 ans (%) Cohorte 1994-1999	Répartition des diagnostics (%)
Stade I	47	15,5
Stade II	32	13,6
Stade III	22	20,0
Stade IV	5	39,4
Inconnu	nd	11,5
Tous stades	22	100

#### Surveillance Epidemiology and End Results (SEER) program

Stade	Survie relative à 5 ans (%) SEER 1999-2005	Répartition des diagnostics (%)
localisé	52,6	15
régional	23,7	22
à distance	3,5	55
non déterminé	8,5	8
Tous stades	15,6	100

### CANCER DE L'ŒSOPHAGE

#### Étude PETRI

Stade	Survie relative à 5 ans (%) Cohorte 1994-1999	Répartition des diagnostics (%)
Stade I	37	6,8
Stade II	17	30,2
Stade III	15	18,0
Stade IV	7	29,8
Inconnu	nd	15,2
Tous stades	13	100

#### Surveillance Epidemiology and End Results (SEER) program

Stade	Survie relative à 5 ans (%) SEER 1999-2005	Répartition des diagnostics (%)
localisé	37,1	23
régional	18,5	30
à distance	3,1	32
non déterminé	11,7	15
Tous stades	16,8	100

## CANCER DU FOIE

### Étude PETRI

Stade	Survie relative à 5 ans (%) Cohorte 1994-1999	Répartition des diagnostics (%)
Stade I	32	6,3
Stade II	15	5,6
Stade III	24	11,9
Stade IV	3	66,7
Non déterminé	nd	9,5
Tous stades	9	100

### Surveillance Epidemiology and End Results (SEER) program

Stade	Survie relative à 5 ans (%) SEER 1999-2005	Répartition des diagnostics (%)
localisé	25,7	37
régional	8,5	26
à distance	2,4	19
non déterminé	5,8	18
Tous stades	13,1	100

## CANCER DU PANCRÉAS

Analyse des données issues du registre des cancers digestifs (Bourgogne) : 2 986 cas de cancers pancréatiques recensés sur la période 1976-2005<sup>34</sup>

Stade	Survie relative à 5 ans (%) 1976-2005	Répartition des diagnostics (%) 2001-2005
Stade I-II	24,7	8,8
Stade III	12,7	5,7
Stade avancé	2,0	85,5
Tous stades	4,1	100,0

### Étude PETRI

Stade	Survie relative à 5 ans (%) Cohorte 1994-1999	Répartition des diagnostics (%)
Stade I	20	10,3
Stade II	12	8,5
Stade III	25	7,7
Stade IV	1	67,5
Non déterminé	nd	6,0
Tous stades	6	100

<sup>34</sup> DAVID M et coll. Management and prognosis of pancreatic cancer over a 30-year period. British J of Cancer, 2009, 101, 215-218

Surveillance Epidemiology and End Results (SEER) program

Stade	Survie relative à 5 ans (%) SEER 1999-2005	Répartition des diagnostics (%)
localisé	22,2	7
régional	8,7	26
à distance	1,8	53
non déterminé	4,9	14
Tous stades	5,5	100

## CANCER DU SYSTÈME NERVEUX CENTRAL

Surveillance Epidemiology and End Results (SEER) program

Stade	Survie relative à 5 ans (%) SEER 1999-2005	Répartition des diagnostics (%)
localisé	37,2	73
régional	23,5	16
à distance	38,8	2
non déterminé	33,7	8
Tous stades	34,8	100

## ANNEXE 4 : DONNÉES AMÉRICAINES DE SURVIE RELATIVE À 5 ANS ET À 10 ANS SELON LE STADE DE LA MALADIE POUR LA PÉRIODE 1988-2001

Les données proviennent des registres de 12 zones géographiques qui couvrent 14 % de la population américaine. Elles concernent les cas de cancers âgés de 20 ans et plus, diagnostiqués durant la période 1988-2001 (au total 1 629 955 cas). Selon la localisation, trois types de classification ont été utilisés pour établir le stade :

- une classification de l'American Joint Committee on Cancer (AJCC) basée sur la classification TNM (T : tumeur, N : adénopathies régionales, M : métastases à distance), 5<sup>ème</sup> édition<sup>35</sup> ;
- une classification à 4 niveaux selon la propagation de la tumeur : localisée à l'organe, régionale (extension de la tumeur et/ou envahissement ganglionnaire), à distance de la localisation (métastase), non déterminé (informations insuffisantes pour déterminer le stade) ;
- la classification d'Ann ARBOR :
  - ✓ stade I : atteinte d'un seul groupe ganglionnaire ou d'un seul organe ;
  - ✓ stade II : atteinte de plus d'une aire ganglionnaire d'un même côté du diaphragme (partie inférieure ou partie supérieure du corps) ;
  - ✓ stade III : adénopathies multiples des deux côtés du diaphragme (partie inférieure ou partie supérieure du corps) ;
  - ✓ stade IV : atteinte diffuse d'un ou plusieurs viscères et de la moelle osseuse.

Pour certaines localisations (vessie, rein, estomac, larynx), la survie médiane (c'est-à-dire la durée de suivi pour laquelle la moitié des sujets sont décédés) par stade ou type histologique a été calculée.

---

<sup>35</sup> Fleming ID *et al.* AJCC Cancer Staging Manual, Fifth edition. Lippincott-Raven, Philadelphia, 1998.

## CANCERS DE BON PRONOSTIC / SURVIE À 5 ANS > 80 %

Localisation	Stade / type histologique	Répartition des cas %	Survie relative à 5 ans Taux (%)	Survie relative à 10 ans Taux (%)
<b>PROSTATE</b>				
	<b>Total</b>	<b>100,0</b>	<b>97,6</b>	<b>91,7</b>
	Localisé	78,1	100,0	99,5
	Régional	7,8	96,0	92,1
	À distance	6,3	35,4	19,0
	Indéterminé	7,8	90,5	79,7
<b>SEIN</b>				
	<b>Total</b>	<b>100,0</b>	<b>89,3</b>	<b>nd</b>
	Stade 0	14,9	100,0	nd
	Stade I	35,8	100,0	nd
	Stade II	30,4	86,2	nd
	Stade III	5,6	57,2	nd
	Stade IV	3,7	19,9	nd
	Indéterminé	9,7	83,4	nd
<b>MÉLANOME</b>				
	<b>Type histologique</b>			
<b>Homme</b>	<b>Total Homme</b>	<b>100,0</b>	<b>88,4</b>	<b>86,3</b>
	Superficiel extensif	38,6	96,6	95,2
	Nodulaire	9,0	68,4	61,6
	Acral lentigineux	0,8	75,7	61,5
	Autre ou non spécifié	4,0	80,5	78,2
	Mélanome malin	40,1	83,4	80,8
	Lentigo malin	7,2	100,0	100,0
<b>Femme</b>	<b>Total Femme</b>	<b>100,0</b>	<b>92,4</b>	<b>90,0</b>
	Superficiel extensif	44,2	98,0	96,6
	Nodulaire	7,1	74,6	67,4
	Acral lentigineux	1,2	89,1	79,1
	Autre ou non spécifié	3,3	83,3	77,7
	Mélanome malin	39,3	88,9	85,9
	Lentigo malin	4,9	99,4	95,5
<b>THYROÏDE</b>				
<b>Cancers papillaires</b>	<b>Total</b>	<b>100,0</b>	<b>98,7</b>	<b>98,2</b>
	Stade I	67,8	99,8	99,8
	Stade II, 20-44 ans	0,4	86,7	76,4
	Stade III, 45 ans et +	15,9	99,9	99,9
	Stade III	14,6	93,3	87,8
	Stade IV	1,3	46,4	40,7
<b>Cancers folliculaires</b>	<b>Total</b>	<b>100,0</b>	<b>95,6</b>	<b>94,0</b>
	Stade I	44,3	99,6	99,3
	Stade II	38,0	99,9	98,8
	Stade III	11,0	83,7	80,3
	Stade IV	6,7	45,5	24,5
<b>Cancers médullaires</b>	<b>Total</b>	<b>100,0</b>	<b>82,1</b>	<b>77,9</b>
	Stade I	<0,1	--	--
	Stade II	42,5	89,6	77,1
	Stade III	43,8	82,3	82,3
	Stade IV	0,1	--	--
<b>Cancers anaplasiques</b>	<b>Stade IV</b>	<b>100,0</b>	<b>9,1</b>	<b>9,1</b>

>>> suite - CANCERS DE BON PRONOSTIC / SURVIE À 5 ANS > 80 %

Localisation	Stade / type histologique	Répartition des cas %	Survie relative à 5 ans Taux (%)	Survie relative à 10 ans Taux (%)
<b>TESTICULE</b>				
	<b>Total</b>	<b>100,0</b>	<b>96,0</b>	<b>95,3</b>
	Stade I	76,5	99,0	98,5
	Stade II	11,7	96,1	95,2
	Stade III	10,2	74,0	71,1
	Non déterminé	1,6	93,1	93,1
<b>Tumeurs séminomateuses</b>	<b>Total</b>	<b>100,0</b>	<b>98,0</b>	<b>97,7</b>
	Stade I	85,8	99,5	99,4
	Stade II	7,2	95,9	95,1
	Stade III	5,5	78,5	74,1
	Non déterminé	1,5	93,2	93,2
<b>Tumeurs non séminom.</b>	<b>Total</b>	<b>100,0</b>	<b>92,6</b>	<b>91,3</b>
	Stade I	61,5	97,5	96,5
	Stade II	19,0	96,0	94,9
	Stade III	17,8	71,7	68,7
	Non déterminé	1,7	92,2	92,2
<b>HODGKIN</b>				
<b>Classification Ann ARBOR</b>	<b>Total</b>	<b>100,0</b>	<b>83,0</b>	<b>78,1</b>
	Stade I	23,7	89,0	84,7
	Stade II	37,1	89,3	84,4
	Stade III	18,9	80,8	75,7
	Stade IV	16,2	62,6	56,0
	Indéterminé	4,1	78,4	74,0
<b>Selon type histologique</b>	<b>Total</b>	<b>100,0</b>	<b>83,0</b>	<b>78,1</b>
	indéterminé	14,2	74,0	68,3
	À cellularité mixte	17,9	74,7	68,1
	À déplétion lymphocytaire	1,8	48,6	44,0
	Scléro-nodulaire	63,4	87,6	83,2
	À prédomin. Lymphocytaire	2,7	91,2	85,7
<b>LÈVRES</b>				
	<b>Total</b>	<b>100,0</b>	<b>93,5</b>	<b>88,0</b>
	Stade I	83,2	96,3	90,1
	Stade II	5,5	82,7	72,5
	Stade III	1,5	56,7	56,2
	Stade IV	2,2	48,1	40,0
	Indéterminé	7,6	88,3	83,9

# CANCERS DE PRONOSTIC INTERMÉDIAIRE / SURVIE À 5 ANS ENTRE 20 ET 80 %

Localisation	Stade / type histologique	Répartition des cas %	Survie relative à 5 ans Taux (%)	Survie relative à 10 ans Taux (%)
<b>CÔLON RECTUM</b>				
	<b>Total</b>	<b>100,0</b>	<b>63,6</b>	<b>57,7</b>
	Stade 0, I	26,3	92,7	89,0
	Stade II	28,5	79,7	71,8
	Stade III	23,3	58,3	50,5
	Stade IV	17,4	6,9	4,8
	indéterminé	4,4	nd	nd
<b>Côlon</b>	<b>Total</b>	<b>100,0</b>	<b>64,0</b>	<b>58,9</b>
	Stade 0, I	22,8	94,8	92,6
	Stade II	31,1	82,7	75,9
	Stade III	23,9	59,1	52,7
	Stade IV	18,5	7,0	5,0
	Indéterminé	3,6	nd	nd
<b>Rectum</b>	<b>Total</b>	<b>100,0</b>	<b>62,6</b>	<b>54,7</b>
	Stade 0, I	38,7	88,1	81,6
	Stade II	20,0	66,7	55,2
	Stade III	19,9	54,4	43,0
	Stade IV	13,4	6,4	3,7
	Indéterminé	7,9	nd	nd
<b>BOUCHE PHARYNX</b>				
<b>Langue</b>	<b>Total</b>	<b>100,0</b>	<b>53,1</b>	<b>42,1</b>
	Stade I	33,9	70,7	58,8
	Stade II	12,5	58,6	44,9
	Stade III	16,4	47,3	35,7
	Stade IV	30,6	36,7	27,3
	Indéterminé	6,6	41,7	32,2
<b>Plancher buccal</b>	<b>Total</b>	<b>100,0</b>	<b>52,7</b>	<b>37,7</b>
	Stade I	40,3	72,5	53,2
	Stade II	13,2	60,1	44,0
	Stade III	9,9	35,8	26,1
	Stade IV	29,9	29,7	20,0
	Indéterminé	6,7	41,4	23,5
<b>Glandes salivaires</b>	<b>Total</b>	<b>100,0</b>	<b>73,9</b>	<b>68,5</b>
	Stade I	35,9	95,7	91,6
	Stade II	15,5	76,7	67,4
	Stade III	4,6	72,6	57,5
	Stade IV	25,4	37,2	27,5
	indéterminé	18,5	74,1	73,6
<b>Oropharynx (+ amygdales)</b>	<b>Total</b>	<b>100,0</b>	<b>49,8</b>	<b>39,3</b>
	Stade I	18,8	56,0	41,9
	Stade II	9,2	58,3	46,1
	Stade III	22,5	55,4	43,5
	Stade IV	42,7	43,4	36,5
	Indéterminé	6,8	43,8	31,6



>>> suite 1 - CANCERS DE PRONOSTIC INTERMÉDIAIRE / SURVIE À 5 ANS ENTRE 20 ET 80 %

Localisation	Stade / type histologique	Répartition des cas %	Survie relative à 5 ans Taux (%)	Survie relative à 10 ans Taux (%)
Nasopharynx	<b>Total</b>	<b>100,0</b>	<b>56,6</b>	<b>44,7</b>
	Stade I	15,0	78,4	62,6
	Stade II	6,7	63,7	51,6
	Stade III	21,8	59,5	46,2
	Stade IV	45,3	46,7	37,1
	Indéterminé	11,2	57,8	44,6
Hypopharynx	<b>Total</b>	<b>100,0</b>	<b>29,5</b>	<b>18,2</b>
	Stade I	9,6	48,7	26,7
	Stade II	11,9	38,6	24,9
	Stade III	17,4	34,1	18,8
	Stade IV	55,6	23,2	15,0
	Indéterminé	5,6	26,3	16,8
<b>LMNH</b>				
Classification Ann ARBOR	<b>Total</b>	<b>100,0</b>	<b>56,3</b>	<b>nd</b>
	Stade I	30,3	69,4	nd
	Stade II	13,8	61,1	nd
	Stade III	12,0	49,7	nd
	Stade IV	34,2	42,4	nd
	Indéterminé	9,7	65,7	nd
Selon types de lymphomes	<b>Total</b>	<b>100,0</b>	<b>60,0</b>	<b>50,8</b>
	B à petites cellules	7,5	67,9	49,5
	Lymphoplasmocytaire	1,3	64,6	45,5
	À cellules de manteau	2,5	51,1	34,3
	Diffus à petites et grandes cellules	3,6	55,5	47,7
	Diffus à grandes cellules	36,6	50,4	45,9
	Burkitt	< 1	45,4	45,1
	Folliculaires	19,3	75,8	61,6
	À cellules de la zone marginale	4,3	83,7	64,2
	Mycosis fongoïde	3,0	88,4	82,6
	À cellules T matures sans précision	1,2	38,1	32,5
	T cutané	1,2	84,4	77,8
	T anaplasique	1	53,9	43,9
	Autres lymphomes à cellules T	< 1	nd	nd
	À cellules précurseurs	< 1	40,3	38,0
	lymphomes sans autre précision	16,6	51,6	42,5
<b>LEUCÉMIES</b>				
Selon l'histologie	<b>Leucémie aigue lymphoblastique</b>	<b>15,8</b>	<b>62,2</b>	<b>60,1</b>
	Leucémie aigue myeloïde	26,8	16,5	16,1
	Leucémie lymphoïde chronique	30,8	74,9	54,2
	Leucémie myéloïde chronique	14,1	37,7	22,1
	Autres leucémies	4,0	79,5	77,5
<b>COL DE L'UTÉRUS</b>	<b>Tous cancers col de l'utérus</b>		<b>71,5</b>	<b>67,2</b>
Carcinome squameux	<b>Total</b>	<b>100,0</b>	<b>71,5</b>	<b>66,7</b>
	Stade I	54,5	91,3	86,9
	Stade II	15,7	60,7	52,9
	Stade III	16,2	46,8	41,2
	Stade IV	8,7	15,8	12,0
	Indéterminé	4,9	56,5	45,9

>>> suite 2 - CANCERS DE PRONOSTIC INTERMÉDIAIRE / SURVIE À 5 ANS ENTRE 20 ET 80 %

>>> suite 3 - CANCERS DE PRONOSTIC INTERMÉDIAIRE / SURVIE À 5 ANS ENTRE 20 ET 80 %

Localisation	Stade / type histologique	Répartition des cas %	Survie relative à 5 ans Taux (%)	Survie relative à 10 ans Taux (%)
<b>ESTOMAC</b>				
	<b>Total</b>	<b>100,0</b>	<b>21,0</b>	<b>16,9</b>
	Localisé	20,0	58,6	51,8
	Régionale	33,8	21,4	15,9
	À distance	34,2	2,3	1,6
	Indéterminé	11,9	12,2	10,2
<b>LARYNX</b>				
	<b>Total</b>	<b>100,0</b>	<b>65,2</b>	<b>53,1</b>
	Localisé	50,0	82,5	71,9
	Régionale	42,6	49,3	35,3
	À distance	3,6	19,1	11,1
	Indéterminé	3,8	58,2	46,2

**CANCERS DE MAUVAIS PRONOSTIC / SURVIE À 5 ANS < 20 %**

Localisation	Stade / type histologique	Répartition des cas %	Survie relative à 5 ans Taux (%)	Survie relative à 10 ans Taux (%)
<b>POUMON</b>				
	<b>Total</b>	<b>100,0</b>	<b>15,5</b>	<b>11,0</b>
	Stade 0, I	13,4	56,9	nd
	Stade II	2,8	33,7	nd
	Stade III	25,0	9,4	nd
	Stade IV	37,3	1,8	nd
	Indéterminé	21,5	18,0	nd
<b>PANCRÉAS</b>				
	<b>Total</b>	<b>100,0</b>	<b>4,8</b>	<b>3,6</b>
	Cancers du pancréas endocrine	3,3	42,1	27,1
	Cancers du pancréas exocrine	96,7	3,5	2,6
Cancers du pancréas exocrine	<b>Total</b>	<b>100,0</b>	<b>3,5</b>	<b>2,6</b>
	Stade IA	0,7	37,3	30,6
	Stade IB	2,7	21,0	19,2
	Stade IIA	5,6	12,3	8,6
	Stade IIB	8,6	6,3	3,9
	Stade III	14,1	2,3	1,4
	Stade IV	49,5	0,8	0,3
	Indéterminé	18,8	3,7	3,2
<b>SYSTÈME NERVEUX CENTRAL</b>				
	<b>Total</b>	<b>100,0</b>	<b>26,2</b>	<b>21,6</b>
	Tumeurs du cerveau	94,4	23,6	19,2
	Cancers autres SNC	5,6	69,5	60,6
Tumeurs du cerveau <i>Par grade</i>	<b>Total</b>	<b>100,0</b>	<b>23,6</b>	<b>19,2</b>
	<b>Grade I</b>	<b>2,6</b>	<b>77,0</b>	<b>nd</b>
	Grade II	10,1	62,4	nd
	Grade III	8,8	18,3	nd
	Grade IV	39,9	13,1	nd
	Indéterminé	38,7	21,1	nd
Par type histologique	<b>Gliome</b>	<b>5,8</b>	<b>45,2</b>	<b>36,7</b>
	Autres gliomes	0,5	36,3	27,6
	Ependynome	1,5	71,6	62,4
	Astrocytome	26,6	35,8	27,8
	Glioblastome	53,8	2,9	2,1
	Oligodendrogliome	9,6	68,2	50,9
	Médulloblastome	1,2	66,4	52,5
	Autres	1,0	50,3	44,0
Cancer autres SNC <i>Par grade</i>	<b>Total</b>	<b>100,0</b>	<b>69,5</b>	<b>60,6</b>
	<b>Grade I</b>	<b>6,6</b>	<b>85,5</b>	<b>nd</b>
	Grade II	10,2	79,7	nd
	Grade III	3,6	43,3	nd
	Grade IV	8,6	35,4	nd
	Indéterminé	71,0	72,3	nd
<i>Par stade</i>	<b>localisé</b>	<b>61,5</b>	<b>75,1</b>	<b>66,6</b>
	régional	17,4	57,0	45,2
	À distance	7,3	60,2	53,5
	Indéterminé	13,8	65,0	52,4

>>> suite - CANCERS DE MAUVAIS PRONOSTIC / SURVIE À 5 ANS < 20 %

Localisation	Stade / type histologique	Répartition des cas %	Survie relative à 5 ans Taux (%)	Survie relative à 10 ans Taux (%)
FOIE ET VOIES BILIAIRES (carcinoïdes exclus)				
	Total	100,0	8,0	5,3
	Localisé	30,0	18,1	12,5
	Régionale	26,0	6,1	3,3
	À distance	24,6	1,8	1,1
	Indéterminé	19,4	3,2	2,0



## RÉSUMÉ

Ce rapport présente un état des lieux sur la survie attendue des adultes atteints de cancer pour les 25 localisations cancéreuses les plus fréquentes en France à partir de données publiées de survie. Il propose notamment d'estimer le nombre annuel de patients pouvant guérir de leur cancer à partir de l'incidence des cancers estimée en France en 2005 (soit 319 380 cas) et d'une probabilité minimale de guérison cancer par cancer.

Le taux de survie relative à 5 ans, toutes localisations de cancer confondues, est supérieur à 50 % (de 51,9 % à 67,8 % en fonction des sources de données). À partir de ces données, on peut estimer le nombre annuel de patients potentiellement vivants à 5 ans du diagnostic à au moins 165 000.

Le taux de survie est lié à la localisation du cancer et à son stade au moment du diagnostic. Ces éléments permettent de proposer une typologie des cancers en trois grandes classes pour les 25 cancers les plus fréquents représentant 92 % des cancers incidents, comprenant :

- Des cancers de bon pronostic dont la survie relative à 5 ans est supérieure ou égale à 80 % (42 % des cas de cancers soit près de 135 000 personnes par an) : prostate, sein, mélanome, thyroïde, leucémie lymphoïde chronique, testicule, maladie de Hodgkin et lèvres. Pour la majorité d'entre eux, les survies à 5 ans dépassent 80 % pour les stades locaux et régionaux (envahissement ganglionnaire).
- Des cancers de pronostic intermédiaire dont la survie relative à 5 ans est comprise entre 20 et 80 % (33 % des cas de cancers soit près de 110 000 personnes par an) : côlon-rectum, bouche-pharynx, lymphomes non hodgkiniens, vessie, rein, estomac, corps et col de l'utérus, myélome, ovaire, larynx et leucémies aiguës. Pour plus de la moitié d'entre eux, les survies à 5 ans dépassent 80 % pour les stades locaux au moment du diagnostic.
- Des cancers de mauvais pronostic dont la survie relative à 5 ans est inférieure ou égale à 20 % (17 % des cas de cancers soit près de 55 000 personnes par an) : poumon-plèvre, foie, pancréas, œsophage et système nerveux central. Les survies à 5 ans n'atteignent jamais 80 % quel que soit le stade au moment du diagnostic.

La survie à 5 ans permet pour la plupart des localisations de prédire la survie à 10 ans en particulier lorsque le pronostic est bon :

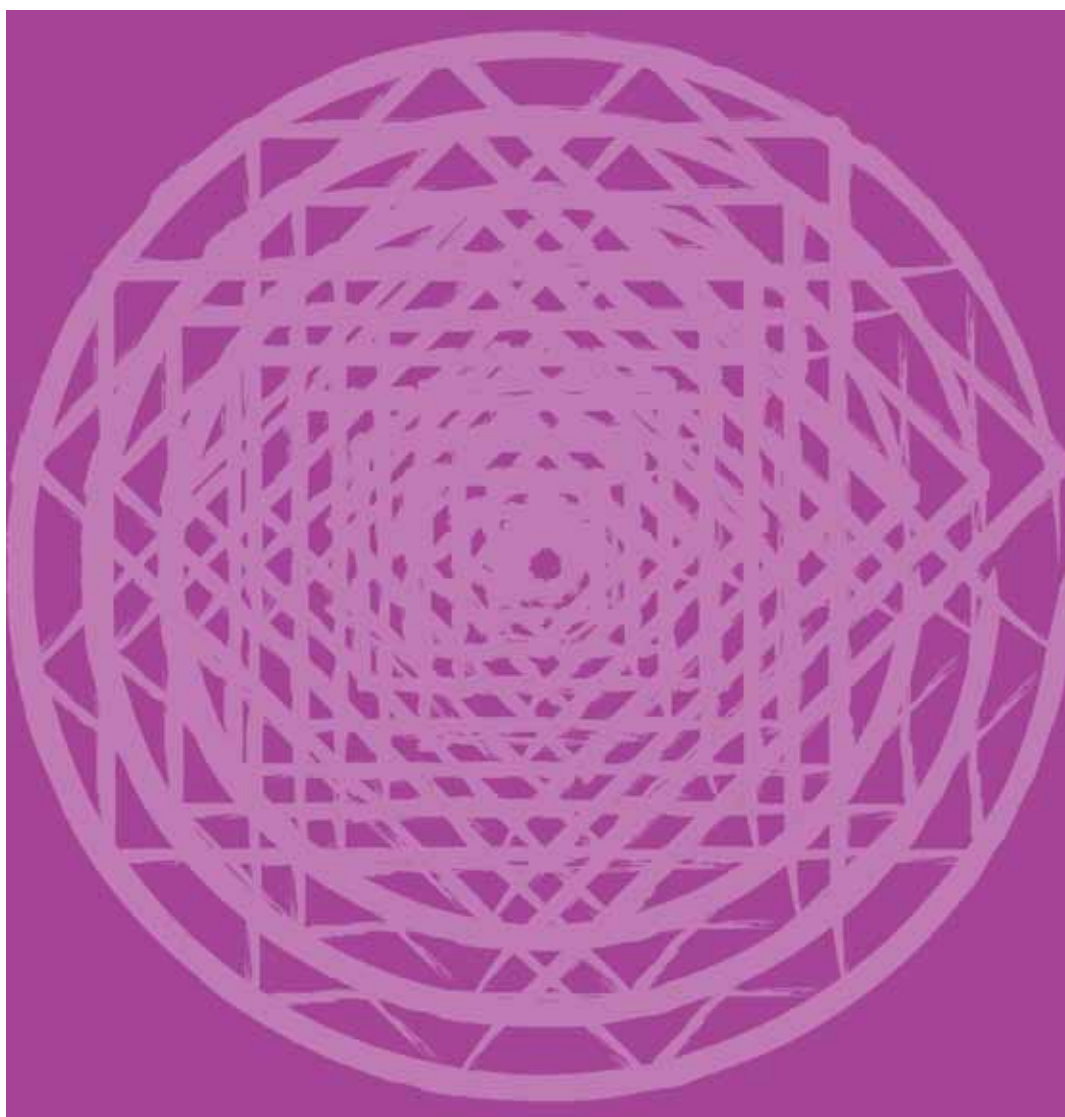
- L'analyse de la mortalité résiduelle pour les patients atteints de cancer objective une chute du risque au-delà de 5 ans pour la grande majorité des cancers.
- D'après les données américaines pour des patients traités entre 1988 et 2001, la plupart des cancers ayant une survie à 5 ans > à 80 % avaient également une survie à 10 ans > ou avoisinant 80 %.

Pour 8 localisations de cancers, d'après ces données américaines (sein, ovaire, col et corps de l'utérus, prostate, testicule, thyroïde, mélanome) diagnostiqués à un stade localisé, la mortalité résiduelle est nulle, inférieure à 1 % ou proche de 1 %, 5 ans après le diagnostic.

Au moins 135 000 patients (42 %) ayant un diagnostic de cancer dans l'année auront une survie relative à 5 ans > à 80 %. La survie à 5 ans étant prédictive de la survie à 10 ans, en particulier pour les cancers de bon pronostic et les stades précoces, au moins 123 000 des patients diagnostiqués chaque année auront une grande probabilité de guérir de leur cancer (au moins 91 000 parmi les cancers de bon pronostic et au moins 32 000 parmi les cancers de pronostic intermédiaire).

## Notes





Pour plus d'informations  
[www.e-cancer.fr](http://www.e-cancer.fr)

Institut National du Cancer  
52, avenue André Morizet  
92513 Boulogne-Billancourt Cedex

Tél. : 01 41 10 50 00  
Fax : 01 41 10 50 20  
[diffusion@institutcancer.fr](mailto:diffusion@institutcancer.fr)