



RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE

*Liberté
Égalité
Fraternité*



DÉCEMBRE 2020

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

RECTUM

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

Anne-Marie Bouvier
Valérie Jooste
Guy Launoy
Michel Robaszkievicz
Véronique Bouvier
Camille Lecoffre
Camille de Brauer
Morgane Mounier
Brigitte Trétarre
Gaëlle Coureau

Réalisation de l'étude

Collecte des données : registres des cancers du réseau Francim.

Interprétation et commentaires pour le cancer du rectum : Anne-Marie Bouvier (Registre bourguignon des cancers digestifs), Valérie Jooste (Registre bourguignon des cancers digestifs), Guy Launoy (Registre des tumeurs digestives du Calvados), Michel Robaszkiwicz (Registre finistérien des tumeurs digestives), Véronique Bouvier (Registre des tumeurs digestives du Calvados)

Développements méthodologiques et analyse statistique : Emmanuelle Dantony (service de Biostatistique-Bioinformatique des HCL), Zoé Uhry (Santé publique France et service de Biostatistique-Bioinformatique des HCL), Laurent Roche (service de Biostatistique-Bioinformatique des HCL), Mathieu Fauvernier (service de Biostatistique-Bioinformatique des HCL), Nadine Bossard (service de Biostatistique-Bioinformatique des HCL), Laurent Remontet (service de Biostatistique-Bioinformatique des HCL)

Coordination de la rédaction

Gaëlle Coureau (Registre général des cancers de la Gironde), Morgane Mounier (Registre des hémopathies malignes de Côte-d'Or), Brigitte Trétarre (Registre des tumeurs de l'Hérault)

Coordination de la publication

Santé publique France : Camille Lecoffre, Florence de Maria
Institut national du cancer : Camille de Brauer, Lionel Lafay

Remerciements

Toutes les sources de données qui contribuent à l'enregistrement des cancers par les registres, en particulier les laboratoires et services d'anatomie et de cytologie pathologiques, les Départements de l'information médicale (DIM) des établissements de soins publics et privés, les échelons locaux des services médicaux de l'Assurance maladie, les cliniciens généralistes et spécialistes, l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee).

Conception et réalisation graphique

La maquette, la mise en page et la couverture ont été réalisées par l'Institut national du cancer.

Financement

Institut national du cancer, Santé publique France

Liste des registres des cancers du réseau Francim inclus dans cette étude

Registres généraux	Registres spécialisés
Registre des cancers du Bas-Rhin	Registre bourguignon des cancers digestifs
Registre général des tumeurs du Calvados	Registre des tumeurs digestives du Calvados
Registre des tumeurs du Doubs et du Territoire de Belfort	Registre finistérien des tumeurs digestives
Registre général des cancers de la Gironde	Registre des cancers du sein et des cancers gynécologiques de Côte-d'Or
Registre des cancers du Haut-Rhin	Registre des tumeurs primitives du système nerveux central de la Gironde
Registre des tumeurs de l'Hérault	Registre des cancers thyroïdiens Marne-Ardennes
Registre du cancer de l'Isère	Registre des hémopathies malignes de Basse-Normandie
Registre général des cancers de Lille et de sa Région	Registre des hémopathies malignes de Côte-d'Or
Registre général des cancers en Région Limousin	Registre des hémopathies malignes de la Gironde
Registre des tumeurs de Loire-Atlantique et de Vendée	Registre national des hémopathies malignes de l'enfant
Registre des cancers de la Manche	Registre national des tumeurs solides de l'enfant
Registre général des cancers de Poitou-Charentes	
Registre du cancer de la Somme	
Registre des cancers du Tarn	



DESCRIPTION DE LA LOCALISATION ÉTUDIÉE

RECTUM		CIM-O-3	Correspondance en CIM-O-2	Correspondance en CIM-10
	Topographie	C19.9, C20.9, C21.0 à C21.8	C19.9, C20.9, C21.0 à C21.8	C19.9, C20.9, C21.0 à C21.8
Morphologie	Toutes, sauf tumeurs hématologiques ; comportement tumoral /3			

À RETENIR

- Survie nette standardisée à 5 ans de 61 % chez l'homme et de 63 % chez la femme pour les cas diagnostiqués entre 2010 et 2015
- Amélioration de 14 points de pourcentage de la survie nette standardisée à 5 ans entre 1990 et 2015
- Amélioration de la survie nette à 5 et 10 ans, plus marquée chez les personnes les plus jeunes
- Chez les personnes de 80 ans diagnostiquées entre 2005 et 2015, augmentation de 3 points de pourcentage de la survie nette à 1 an et à 5 ans
- Stabilisation du taux de mortalité en excès au-delà de 10 ans quel que soit l'âge au diagnostic

INCIDENCE

En France, pour l'année 2018, le nombre estimé de nouveaux cas de cancer du rectum était de 13 744 dont 8 249 chez l'homme et 5 495 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 personnes diagnostiquées d'un cancer du rectum ont une **survie nette standardisée à 1 an de 86 % et à 5 ans de 62 %**, toujours légèrement plus élevée chez la femme que chez l'homme (Table 2).

Cinq ans après le diagnostic, il existe une **différence de près de 10 points pour les deux sexes entre la survie observée et la survie nette** témoignant de l'importance des autres causes de mortalité dans les tranches d'âge concernées par le cancer rectal (âge médian au diagnostic de 75 ans) (Table 1).

Quel que soit le sexe, la survie nette diminue avec l'âge au diagnostic, passant par exemple de 71 % à 53 % à 5 ans entre 50 et 80 ans, reflétant la moins bonne curabilité des cancers survenant chez les personnes les plus âgées (Table 2 ; Figure 1b). Cette surmortalité liée au cancer survient principalement dans la première année suivant le diagnostic et apparaît de manière marquée surtout après 70 ans (Figure 1a). A titre d'exemple, 6 mois après le diagnostic, **le taux de mortalité en excès** dû au cancer est trois fois plus important à 80 ans qu'à 50 ans laissant penser que les difficultés de prise en charge liées à l'âge se concentrent dans la période suivant immédiatement le diagnostic (Table C2-Complément).

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

	Hommes	Femmes	Ensemble
Nombre de cas	12 065	7 915	19 980
Nombre de décès à 5 ans	5 521	3 549	9 070
Age médian au diagnostic (percentiles 5 et 95), en années	70 (50-87)	73 (47-91)	71 (49-89)

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

	1 an			5 ans		
	Hommes	Femmes	Ensemble	Hommes	Femmes	Ensemble
Survie observée	82 [81 ; 82]	81 [80 ; 82]	81 [81 ; 82]	51 [50 ; 52]	52 [51 ; 53]	51 [51 ; 52]
Survie nette	84 [84 ; 85]	83 [82 ; 84]	84 [83 ; 84]	60 [59 ; 61]	59 [58 ; 61]	60 [59 ; 61]
Survie nette standardisée	85 [85 ; 86]	86 [85 ; 87]	86 [85 ; 86]	61 [60 ; 62]	63 [62 ; 64]	62 [61 ; 63]
Survie nette par âge						
50 ans	92 [91 ; 93]	95 [94 ; 96]	93 [93 ; 94]	69 [67 ; 71]	73 [71 ; 75]	71 [69 ; 72]
60 ans	90 [89 ; 91]	93 [92 ; 94]	91 [91 ; 92]	68 [67 ; 70]	72 [70 ; 73]	70 [68 ; 71]
70 ans	87 [86 ; 88]	88 [87 ; 89]	88 [87 ; 88]	64 [62 ; 65]	66 [64 ; 67]	65 [63 ; 66]
80 ans	79 [78 ; 80]	79 [77 ; 80]	79 [78 ; 80]	52 [50 ; 54]	53 [51 ; 55]	53 [51 ; 54]

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 – Rectum

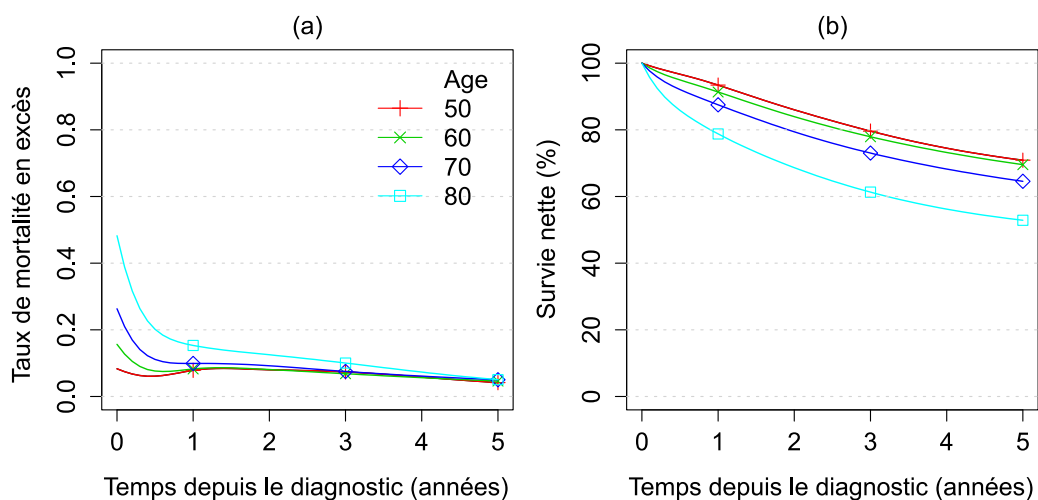
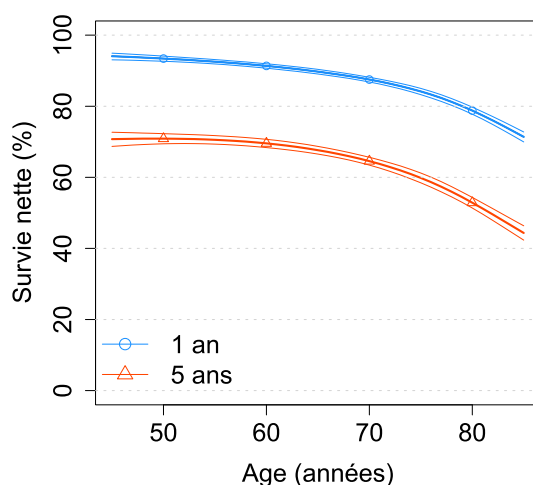


FIGURE 2. Survie nette à 1 et 5 ans selon l'âge au diagnostic avec intervalle de confiance à 95 %, hommes et femmes ensemble – Rectum



Partie 2. Tendances de la survie nette à 1, 5 et 10 ans des personnes diagnostiquées entre 1990 et 2015

Restriction aux registres couvrant l'ensemble de la période 1990-2015, hommes et femmes ensemble

La survie nette standardisée des personnes atteintes d'un cancer du rectum s'est améliorée de manière progressive et régulière durant les dernières décennies. Pour les personnes ayant eu un cancer en 2015, la survie à 5 ans a augmenté de 14 points de pourcentage par rapport à celles ayant eu un cancer en 1990 (65 % vs 51 %) (Table 4). Ce gain, principalement dû à la réduction du taux de mortalité en excès dans l'année qui suit le diagnostic, a profité à l'ensemble des personnes quel que soit leur âge au moment du diagnostic. Toutefois l'effet est maximal pour les plus jeunes et minimal pour les personnes de 80 ans (Table 5a). L'amélioration de la survie a été importante entre 1990 et 2005 (Figure 4) puis plus modérée ensuite.

Une diminution du taux de mortalité en excès chez les personnes quel que soit leur âge est observée juste après le diagnostic, surtout pendant les 12 premiers mois, passant par exemple pour le taux à 1 an de 0,16 à 0,09 décès par personne-année entre 1990 et 2015 pour les personnes âgées de 70 ans (soit une probabilité de décéder dans l'année suivante passant de 15 % à 9 %) (Figure 6 ; Table C4-Complément). Cela se traduit par une amélioration de la survie à 1 an avec un gain de 8 points de pourcentage au cours de la période correspondante.

Il est difficile d'identifier avec certitude la part des différents déterminants de l'amélioration de la survie des personnes atteintes de cancer du rectum durant ces dernières décennies.

Ces décennies ont vu une amélioration de l'efficacité des traitements carcinologiques et de la qualité des gestes chirurgicaux associées à une baisse de la morbi-mortalité péri-opératoire. De même, de très nombreux protocoles ont permis de potentialiser l'intérêt des traitements néoadjuvants et adjuvants par chimiothérapie et radiothérapie [2]. Un recul supplémentaire permettra d'apprécier l'impact des améliorations thérapeutiques récentes, en particulier de l'immunothérapie et des traitements personnalisés.

Enfin, le niveau insatisfaisant des taux de participation au dépistage organisé du cancer colorectal (32,1 % en 2017-2018) ne permet pas de mettre en évidence un impact net de ce dépistage sur l'amélioration de la survie [3]. Toutefois, nous pouvons espérer que le remplacement, en 2015, du test au gâïac par le test immunologique de recherche de sang occulte dans les selles contribuera dans les années à venir à améliorer encore davantage le pronostic des patients, grâce à un

diagnostic plus précoce et donc plus souvent à un traitement à visée curative. Les bénéfices d'un tel changement de pratique auront d'une part, un effet direct dû à l'augmentation de la sensibilité de la stratégie de dépistage et d'autre part, un effet sur la confiance retrouvée des praticiens dans l'intérêt de ce dépistage qui pourrait contribuer à une augmentation de la participation du public concerné.

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

	Hommes et femmes ensemble
Nombre de cas	39 694
Nombre de décès à 10 ans	24 475
Age médian au diagnostic (percentiles 5 et 95), en années	71 (48-88)

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

Année	1 an	5 ans	10 ans
1990	79 [79 ; 80]	51 [50 ; 53]	45 [43 ; 46]
1995	81 [81 ; 82]	55 [54 ; 55]	47 [46 ; 48]
2000	83 [83 ; 83]	57 [57 ; 58]	50 [49 ; 50]
2005	84 [84 ; 85]	60 [59 ; 61]	52 [51 ; 53]
2010	86 [85 ; 86]	63 [62 ; 63]	54 [53 ; 55]
2015	87 [87 ; 88]	65 [64 ; 66]	ND
Diff. 2015-1990	8 [7 ; 9]	14 [12 ; 15]	ND
Diff. 2015-2005	3 [2 ; 3]	5 [4 ; 5]	ND

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

FIGURE 3. Tendances de la survie nette standardisée à 1, 5 et 10 ans selon l'année de diagnostic et intervalle de confiance à 95 % – Rectum

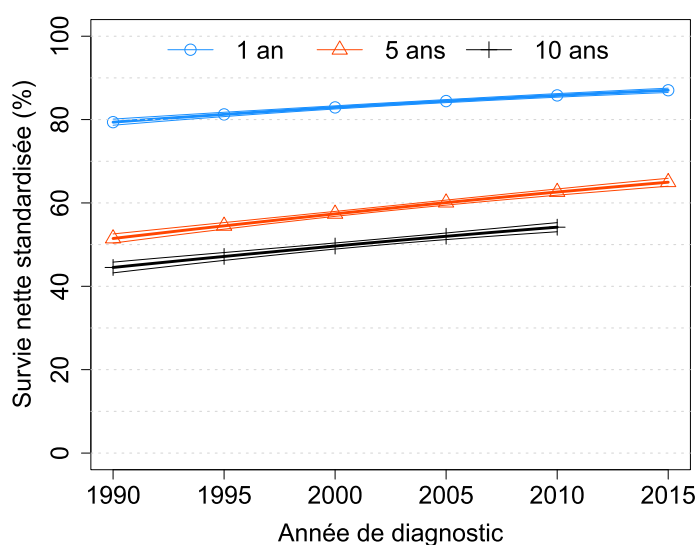


TABLE 5a. Survie nette (%) à 1 et 5 ans selon l'année de diagnostic (1990, 2005 et 2015) et par âge au diagnostic (en années) et intervalle de confiance à 95 %* - Rectum

Age	1990	2005	2015	Diff. 2015-1990	Diff. 2015-2005
Survie nette à 1 an					
50	88 [87 ; 89]	92 [92 ; 93]	94 [94 ; 95]	6 [5 ; 8]	2 [2 ; 2]
60	85 [84 ; 86]	91 [90 ; 91]	93 [92 ; 94]	8 [7 ; 9]	2 [2 ; 3]
70	81 [79 ; 82]	87 [86 ; 87]	90 [89 ; 90]	9 [8 ; 10]	3 [3 ; 3]
80	71 [70 ; 73]	76 [75 ; 77]	78 [77 ; 80]	7 [5 ; 9]	3 [2 ; 3]
Survie nette à 5 ans					
50	58 [56 ; 60]	69 [68 ; 70]	75 [73 ; 76]	17 [13 ; 20]	6 [5 ; 7]
60	56 [54 ; 58]	67 [66 ; 68]	73 [72 ; 75]	17 [15 ; 20]	6 [5 ; 7]
70	52 [51 ; 54]	62 [61 ; 63]	68 [66 ; 69]	16 [13 ; 18]	6 [5 ; 7]
80	46 [44 ; 48]	50 [49 ; 51]	53 [51 ; 55]	7 [3 ; 10]	3 [1 ; 4]

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

TABLE 5b. Survie nette (%) à 10 ans selon l'année de diagnostic (1990 et 2010) et par âge au diagnostic et intervalle de confiance à 95 %* - Rectum

Age	1990	2010	Diff. 1990-2010
50	51 [48 ; 53]	64 [62 ; 65]	13 [10 ; 16]
60	48 [46 ; 50]	61 [60 ; 63]	14 [11 ; 16]
70	45 [43 ; 46]	56 [54 ; 57]	11 [8 ; 14]
80	40 [38 ; 43]	43 [41 ; 45]	3 [0 ; 6]

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

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

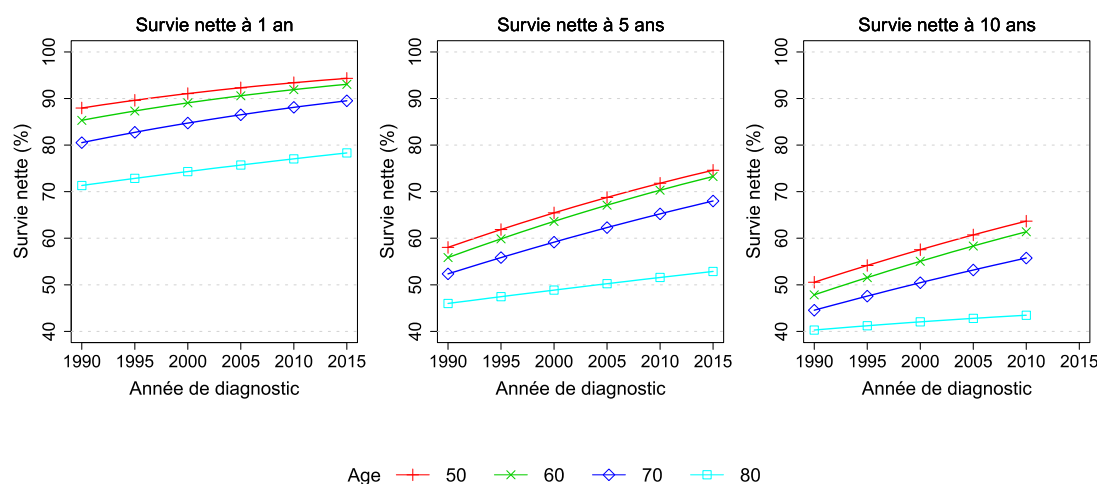


FIGURE 5. Différence de survie nette (%) à 1 et 5 ans entre 2015 et 1990 selon l'âge et intervalle de confiance à 95 % - Rectum

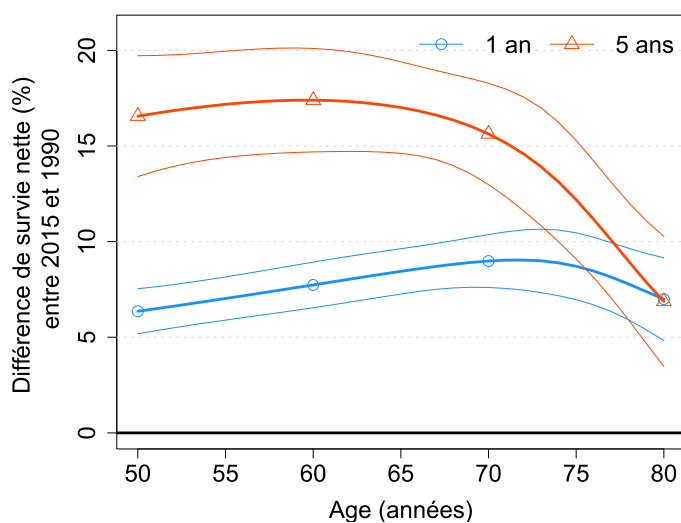
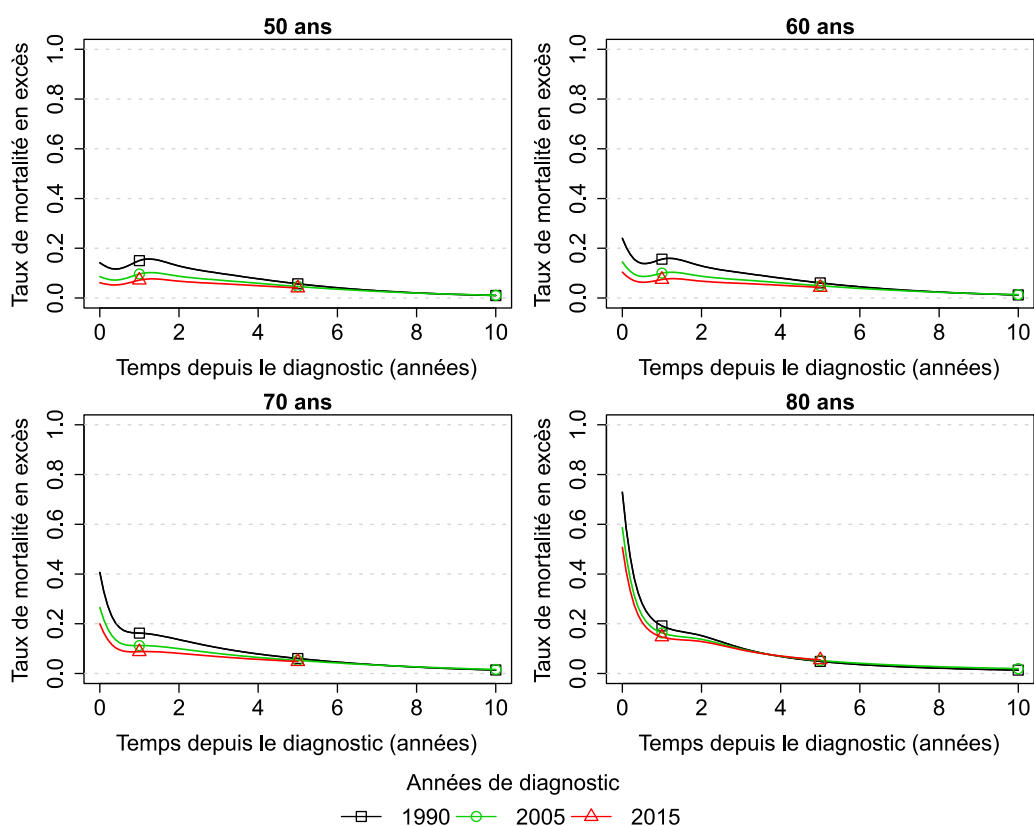


FIGURE 6. Taux de mortalité en excès (en nombre de décès par personne-année) selon le temps depuis le diagnostic pour les années 1990, 2005 et 2015 et pour différents âges - Rectum



Partie 3. Survie nette à long terme des personnes diagnostiquées entre 1989 et 2000 et ayant moins de 75 ans au diagnostic

Restriction aux registres couvrant l'ensemble de la période 1989-2000

La survie à long terme est relativement bonne (Table 7). **La survie nette à 10 ans** varie de 47 % pour les personnes âgées de 70 ans au diagnostic à 54 % pour celles âgées de 50 ans au diagnostic (Table 6). Elle varie peu au-delà de 10 ans. Le suivi à 20 ans concerne encore environ un tiers des personnes ayant été diagnostiquées et **la survie nette à 20 ans** varie de 42 % chez les personnes âgées de 70 ans au diagnostic à 50 % chez celles âgées de 50 ans au diagnostic. Le taux de mortalité en excès diminue jusqu'à 10 ans après le diagnostic et reste stable au-delà (Table 8).

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

	Hommes et femmes ensemble
Nombre de cas	10 717
Nombre de décès à 20 ans	7 995
Age médian au diagnostic (percentiles 5 et 95), en années	65 (45-74)

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

Age	1 an	5 ans	10 ans	15 ans	20 ans
50 ans	89 [88 ; 90]	62 [60 ; 63]	54 [52 ; 55]	52 [50 ; 53]	50 [48 ; 52]
60 ans	86 [86 ; 87]	59 [58 ; 60]	51 [49 ; 52]	48 [47 ; 49]	46 [45 ; 48]
70 ans	83 [82 ; 84]	56 [54 ; 57]	47 [46 ; 49]	44 [42 ; 46]	42 [39 ; 44]

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 % – Rectum

Age	1 an	5 ans	10 ans	15 ans	20 ans
50 ans	0,12 [0,11 ; 0,14]	0,06 [0,05 ; 0,07]	0,01 [0,01 ; 0,01]	0,01 [0,00 ; 0,01]	0,01 [0,00 ; 0,01]
60 ans	0,13 [0,13 ; 0,14]	0,06 [0,05 ; 0,06]	0,01 [0,01 ; 0,02]	0,01 [0,01 ; 0,01]	0,01 [0,01 ; 0,02]
70 ans	0,14 [0,13 ; 0,15]	0,06 [0,05 ; 0,06]	0,02 [0,01 ; 0,02]	0,01 [0,01 ; 0,02]	0,01 [0,00 ; 0,04]

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] Gérard JP, André T, Bibeau F, Conroy T, Legoux JL, Portier G, et al. Rectal cancer: French Intergroup clinical practice guidelines for diagnosis, treatments and follow-up (SNFGE, FFCD, GERCOR, UNICANCER, SFCD, SFED, SFRO). Dig Liver Dis. 2017 Apr;49(4):359-367.

[3] Taux de participation au programme de dépistage organisé du cancer colorectal 2018-2019. Santé publique France. <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/cancers/cancer-du-colon-rectum/donnees/>



Édité par l'Institut national du cancer
Siren 185 512 777 Conception : INCa
ISBN : 978-2-37219-626-0
ISBN net : 978-2-37219-627-7
DEPÔT LÉGAL DECEMBRE 2020

Ce document doit être cité comme suit : Bouvier A-M, Jooste V, Launoy G, Robaszekiewicz M, Bouvier V, Lecoffre C et al. *Survie des personnes atteintes de cancer en France métropolitaine 1989-2018 – Rectum*. Boulogne-Billancourt : Institut national du cancer, décembre 2020, 12 p. Disponible à partir des URL : <https://www.e-cancer.fr/> et <https://www.santepubliquefrance.fr>

Ce document est publié par l'Institut national du cancer qui en détient les droits. Les informations figurant dans ce document peuvent être réutilisées dès lors que : (1) leur réutilisation entre dans le champ d'application de la loi N°78-753 du 17 juillet 1978 ; (2) ces informations ne sont pas altérées et leur sens dénaturé ; (3) leur source et la date de leur dernière mise à jour sont mentionnées.