Étude à partir des registres des cancers du réseau Francim : évolution de la survie des personnes atteintes de cancer en France métropolitaine 1989-2018 (Tumeurs solides)

Brigitte Trétarre[1,8,9], Emmanuelle Dantony[2,3], Morgane Mounier[4,9], Camille De Brauer[5], Florence De Maria[6], Florence Molinié[7,8,9], Laurent Remontet[2,3], Coureau Gaelle[9,10,11], Réseau FRANCIM[9]

[1]Registre des Tumeurs de l'Hérault, ICM, Montpellier; [2]Hospices Civils de Lyon, Pole Santé Publique, Service Biostatistiques - Bioinformatiques, Lyon; [3]Université de Lyon 1; CNRS; UMR 5558, Laboratoire de Biométrie et Biologie Évolutive, Équipe Biostatistiques-Santé, Villeurbanne; [4]Registre des Hémopathies de Côte-d´Or, CHU Dijon-Bourgogne; UMR INSERM 1231 SA-PHIHR, Dijon ; [5]Institut National du Cancer, Boulogne-Billancourt; [6]Departement des maladies non transmissibles et Traumatismes, Santé Publique France, Saint-Maurice; [7]Registre des Cancers de Loire-Atlantique/Vendée, INCA-DGOS-Inserm_12558, CHU Nantes, Nantes; [8]CERPOP, Université deToulouse, Inserm, UPS, Toulouse; [9]FRANCIM , Toulouse; [10]Registre Général de Gironde, Pole de Santé Publique, Hopital Universitaire, Bordeaux; [11]EPICENE, Inserm U1219, Bordeaux Population Health, Université de Bordeaux, Bordeaux

Objectif

Les données de survie des cancers doivent être portées à la connaissance de tous les décideurs et soignants qui prennent en charge les patients atteints de cancer, afin **d'optimiser l'impact de toutes les décisions à prendre en matière de prévention, de dépistage, et de soins.**

L'objectif de cette étude réalisée à partir des données en population générale du **réseau des registres de cancers métropolitains** (réseau Francim) est d'analyser la **survie** des personnes ayant eu un cancer solide diagnostiqué entre 1989 et 2015.

Matériel & Méthode

Inclusion des cas: → tous **les cancers solides** diagnostiqués **entre 1989 et 2015**
→ chez les personnes **âgées de 15 ans ou plus**
→ habitant dans un département couvert par un registre.

Statut vital: mis à jour au 30/06/2018.

Modèles utilisés pour estimer la survie nette: reposent sur une nouvelle approche basée sur des **splines multidimensionnelles pénalisées** pour modéliser les taux de mortalité en excès.

Les résultats sont rapportés par sexe, âge et année de diagnostic pour **50 tumeurs solides** (28 localisations principales et 22 sous-localisations anatomiques ou histologiques).

Résultats

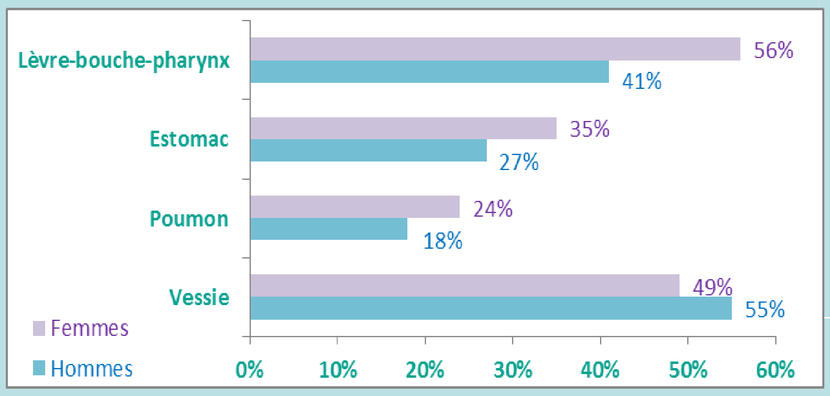
Survie nette à 5 ans sur la période récente 2010-2015

Forte hétérogénéité de la survie selon la localisation

% de cas	SNS 5 ans		SNS 5 ans	% de cas
Pronostic favorable: Survie nette standardisée à 5 ans > 65%				
40%	93	Thyroïde	97	55%
	93	Testicule	*	
	93	Prostate	*	
	91	Mélanome de la peau	94	
	*	Sein	88	
	*	Corps de l'utérus	93	
	69	Rein	71	
Pronostic intermédiaire: Survie nette standardisée à 5 ans entre 33 et 65%				
28%	62	Côlon et rectum	65	26%
	*	Col de l'utérus	63	
	62	Sarcome	60	
	55	Vessie	49	
	41	Lèvre-bouche-pharynx	56	
	*	Ovaire	43	
Pronostic défavorable: Survie nette standardisée à 5 ans < 33%				
32%	27	Estomac	35*	19%
	23	Système nerveux central	28	
	18	Poumon	24	
	18	Foie	19	
	16	Œsophage	20	
	10	Pancréas	13	
	10	Mésothéliome de la plèvre	10	

La survie nette des patients atteints d'un cancer solide varie considérablement selon le siège du cancer. Sur la période 2010-2015, la survie nette à 5 ans variait de 10 % (mésothéliome pleural) à 97 % (thyroïde chez la femme). **Les cancers solides les plus fréquents** avaient les survies nettes les plus élevées : 88 % et 93 % à 5 ans respectivement pour le cancer du sein et de la prostate. **Les cancers de mauvais pronostic** étaient plus fréquents chez les hommes (32 % de tous les cancers solides contre 19 % chez les femmes) tandis **que les cancers de bon pronostic** étaient plus fréquents chez les femmes (55 % de tous les cancers solides vs 40 % chez les hommes).

Forte hétérogénéité de la survie selon le sexe pour 4 localisations



Différence en points de survie

Femmes: +15 pts de %

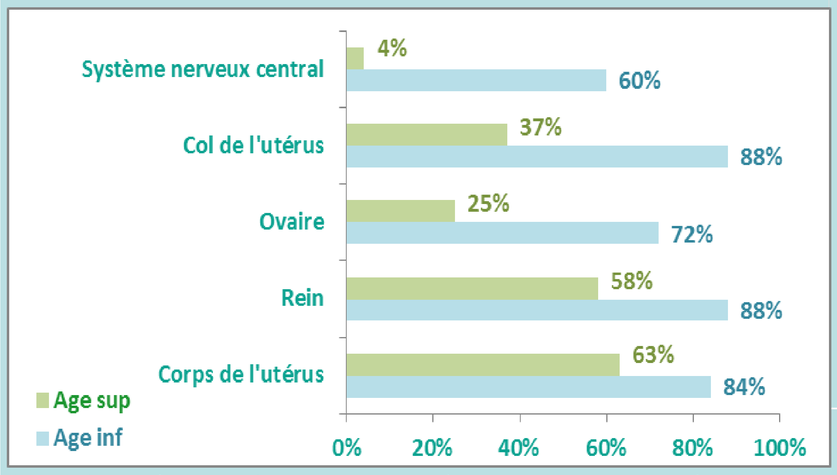
Femmes: +8 pts de %

Femmes: +6 pts de %

Femmes: -6 pts de %

Les femmes ont globalement une meilleure survie que les hommes, car plus sensibilisées au dépistage et à la prévention, et ont une différence probable d'exposition aux facteurs de risque.

Forte hétérogénéité de la survie selon l'âge au diagnostic pour 5 localisations



Différence en points de survie

Age inf: +56 pts de %

Age inf: +51 pts de %

Age inf: +47 pts de %

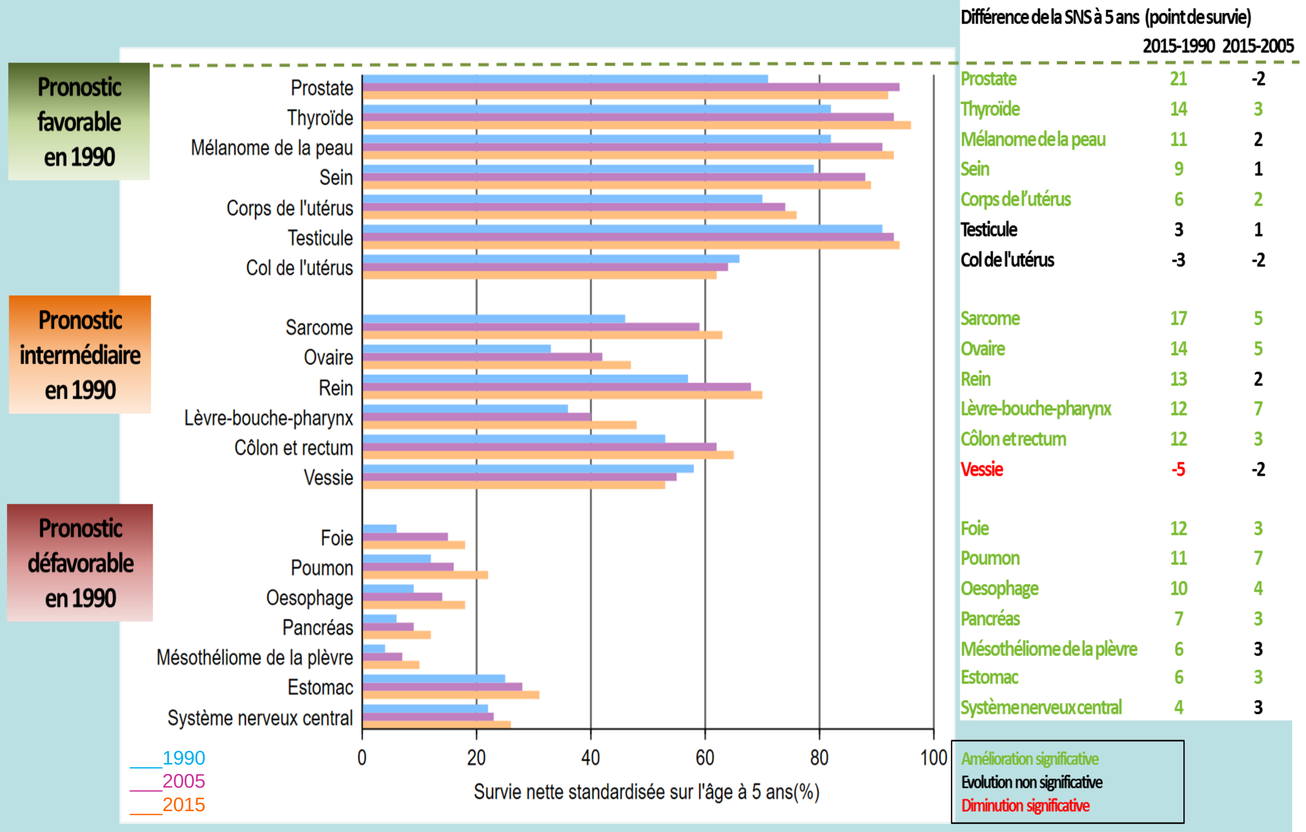
Age inf: +30 pts de %

Age inf: +21 pts de %

* Age inférieur= 5ème percentile- * Age supérieur= 95ème percentile (ou 80 ans si 95ème percentile >80 ans)

Les personnes âgées ont une survie inférieure aux sujets jeunes car le cancer est diagnostiqué à un stade souvent plus tardif et le traitement n'est pas toujours optimum du fait des comorbidités.

Tendances d'évolution de la survie nette standardisée à 5 ans entre 1990 et 2015

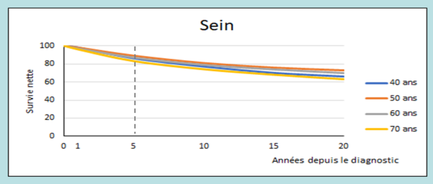


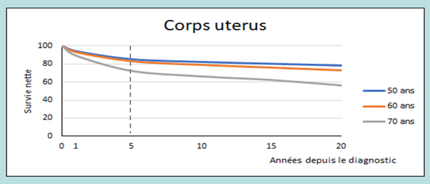
La survie nette standardisée à cinq ans a augmenté pour la plupart des cancers solides entre 1990 et 2015. **Le cancer de la prostate a connu la plus forte augmentation de la survie** : de 71 % [69-73] en 1990 à 92 % [90-93] en 2015. La survie nette à cinq ans est passée de 79 % [78-80] en 1990 à 89 % [88-90] en 2015 **pour le sein** et de 53 % [52-54] en 1990 à 65 % [64 -66] en 2015 **pour le cancer colorectal**. La survie nette à 5 ans **pour le cancer du poumon s'est améliorée** de 11 points de % en passant de 12 % [11-13] en 1990 à 22 % [21-23] en 2015. Au contraire, **la survie a diminué pour deux cancers** (col de l'utérus, vessie). **Tous les cancers de pronostic défavorable** (survie nette à 5 ans < 33 %) en 1990 restent de pronostic défavorable en 2015.

Survie à long terme*

Les cancers de pronostic favorable à 5 ans gardent un « bon » pronostic à 20 ans

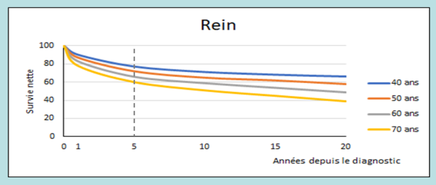
Survie nette à 20 ans >50%





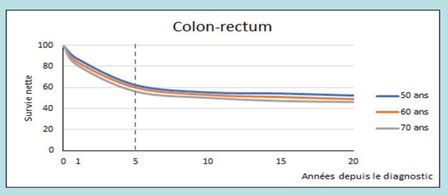
Quelques exceptions : Diminution importante / évolution très ≠ selon l'âge

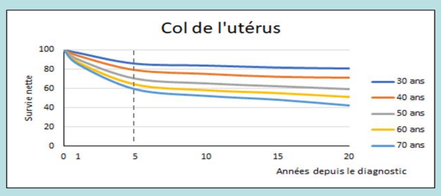
Survie nette à 20 ans 30% - 50% pour au moins 1 âge



Cancers de pronostic intermédiaires à 5 ans

Survie nette à 20 ans 30% - 50% pour au moins 1 âge

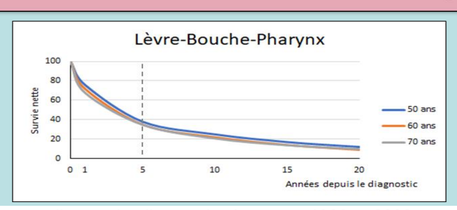


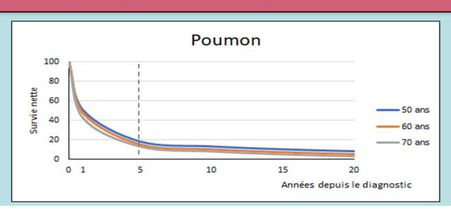


Pronostic interm. à 5 ans → Diminution 25-30 pts

Cancers de pronostic défavorable à 5 ans

Survie nette à 20 ans <30%





*Personnes de moins de 75 ans au diagnostic, diagnostiquées entre 1989 et 2000

Discussion

Cette nouvelle étude montre une **amélioration de la survie pour la grande majorité des localisations cancéreuses** étudiées. Cette amélioration est notable pour tous les cancers qui ont bénéficié de **progrès diagnostiques ou thérapeutiques** ces dernières années. Malgré une amélioration de la survie sur la période d'étude pour **les localisations de pronostic défavorable** (c'est le cas notamment de cancers de l'œsophage, du foie et du poumon souvent associés à l'alcool et au tabac), leur pronostic reste défavorable jusqu'en 2015. Les efforts entrepris dans leur prévention et leur détection précoce doivent être poursuivis, c'est un des axes de la stratégie décennale de lutte contre les cancers 2021-2030. Même si la survie nette reste globalement bien **inférieure chez les personnes âgées** au moment du diagnostic par rapport aux personnes diagnostiquées plus jeunes, ce qui s'explique en partie par des diagnostics à un stade plus avancé ou par la présence de comorbidités (qui peuvent empêcher des traitements curatifs ou induire des complications post-thérapeutiques), des améliorations notables de survie pour de nombreuses localisations sont observées chez ces personnes âgées. Ces améliorations montrent qu'il existe désormais une **meilleure prise en charge en oncogériatrie**. Ceci peut être une conséquence à moyen et long terme d'un des objectifs du troisième Plan cancer 2014-2019 qui visait à améliorer leur prise en charge par des recours plus systématiques à l'évaluation gériatrique et avec la mise en place de réunions pluridisciplinaires d'oncogériatrie.