

DASS-NC

SERVICE DE SANTE PUBLIQUE

RAPPORT D'ACTIVITE 2017

REGISTRE DU CANCER

DE NOUVELLE-CALEDONIE

**DESCRIPTION DES NOUVEAUX CAS
DE CANCER DIAGNOSTIQUES EN 2015**

Situation au 17 octobre 2017

SOMMAIRE

I GENERALITES	4
I-1 Introduction.....	4
I-2 Rappel historique	4
I-3 Fonctionnement actuel du registre	5
I-4 Critères d'enregistrement.....	5
II EXHAUSTIVITE ET QUALITE DES DONNEES	6
II-1 Sources d'information :	6
II-2 Evaluation de l'exhaustivité et de la qualité des données.....	6
II-2.a Sources de signalement.....	7
II-2.b Base de diagnostic	7
II-2.c Retour aux dossiers cliniques.....	8
III DESCRIPTION DES CAS INCIDENTS 2015	9
III-1 Caractéristiques sociodémographiques	9
III-1.a Répartition selon l'âge et le sexe (figure 3).....	9
III-1.b Répartition et incidences selon la province de résidence	10
III-1.c Répartition selon la communauté	10
III-2 Etude selon la topographie	10
III-2.a Répartition par topographie selon le sexe.....	10
III-2.b Répartition par topographie selon la province de résidence et le sexe.....	12
III-3 Comparaisons internationales (Globocan 2012-IARC)	14
III-4 Evolution	15
IV ETUDE PAR TOPOGRAPHIE	16
.....	16
VI-1 Cancers ORL.....	16
VI-1.a Cancers ORL	16
VI-1.b Cancer de la thyroïde	20
VI-3 Appareil digestif.....	24
VI-3.a Cancer du Colon-Rectum (CR)	24
VI-3.b Cancer de l'estomac	28
VI-3.c Hépatocarcinome (CHC).....	32
IV-3.d Cancer des voies biliaires intra-hépatiques, extra-hépatiques et de la vésicule biliaire (VB)	35
IV-3.e Cancer du pancréas.....	38
IV-3.f Cancer de l'œsophage.....	42
IV-4 Appareil respiratoire : bronches-poumon (KBP)	45
IV-5. Sein et appareil génital féminin.....	49

IV-5.a Cancer du sein :	49
IV-5.b Cancer du col de l'utérus.....	53
IV-5.c Cancer de l'endomètre (utérus) :	57
IV-5.d Cancer de l'ovaire	61
VI-6 Prostate :.....	65
IV-7 Appareil urinaire	69
VI-7.a Cancer du rein	69
IV-7.b Vessie et voies urinaires.....	73
IV-8 Hémopathies malignes	77
IV-8.a Lymphomes Malin Non Hodgkiniens (LMNH) :.....	77
IV-8.b Leucémies	80
IV-8.c Myélomes	83
IV-8.d Maladie de Hodgkin.....	86
IV-8.e Autres hémopathies	88
VI-9 Mélanomes cutanés	89

I GENERALITES

I-1 Introduction

La surveillance épidémiologique des cancers entre dans le cadre plus général de la surveillance de l'état sanitaire de la population. Cette surveillance constitue une aide pour les décideurs et doit permettre le pilotage, le suivi et l'évaluation des mesures de prévention et de prise en charge des cancers. Un registre est défini au sens du comité national des registres (CNR) comme étant : « un recueil continu et exhaustif de données nominatives intéressant un ou plusieurs événements de santé dans une population géographiquement définie, à des fins de recherche et de santé publique, par une équipe ayant les compétences appropriées ».

L'objectif principal des registres du cancer relève donc de l'**épidémiologie descriptive** : il s'agit d'estimer de façon régulière l'incidence et la prévalence des cancers, leur évolution au cours du temps selon des caractéristiques géographiques et démographiques.

Les données recueillies permettent de mettre en place des études répondant à des objectifs relevant de :

- l'**étude de la survie** : estimer le pronostic des sujets atteints, et rechercher les facteurs qui sont associés à un pronostic favorable ou défavorable ;
- l'**épidémiologie étiologique** : rechercher les facteurs de risque ou les facteurs protecteurs d'un type de cancer donné ;
- l'**évaluation des programmes de dépistage ou des pratiques** de soins par rapport aux référentiels existants.

A des fins de comparaisons nationales ou internationales, les définitions (incidence, tumeurs multiples, récidives, ..), le mode de recueil et d'enregistrement des données sont standardisés et suivent les règles internationales du Centre International de Recherche sur le Cancer (CIRC) et de l'European Network of Cancer Registries (ENCR). De plus, la classification et le codage des cancers selon leurs 3 axes (topographie, morphologie, comportement) reposent sur le système commun de la Classification Internationale de la Maladie pour l'Oncologie (CIMO3).

I-2 Rappel historique

Le registre du cancer de Nouvelle-Calédonie a démarré son activité en 1977 avec la création du bureau des statistiques oncologiques à la Direction du Service de Santé et d'Hygiène Publique de la Nouvelle-Calédonie. Suite à l'interruption de la gestion du fichier de 1981 à 1984 faute de moyens humains, le directeur de l'IPNC a proposé en 1985 de reprendre la gestion de ce fichier qui est devenu le registre du cancer. En 1994, le cancer est inclus par délibération dans la liste des maladies à déclaration obligatoire et en 1998, la gestion du registre a été confiée à l'IPNC au travers de la convention de délégation de gestion entre la Nouvelle-Calédonie et l'IPNC qui prévoyait également la constitution du comité du registre. Comité présidé par le médecin inspecteur de la DASS et dont les missions sont de valider le rapport d'activité annuel, de définir les objectifs pour l'année, de relire et de valider tout document publié par le registre, de soutenir le registre dans son fonctionnement et de déterminer les priorités en matière de recherche.

La convention de délégation de gestion du registre à l'IPNC a été dénoncée par la Nouvelle-Calédonie en 2010 et le transfert du registre au service des actions sanitaires de la DASS a été finalisé le 1er janvier 2011 avec constitution de l'équipe du registre en mai 2011.

Après avoir fait l'objet d'une première qualification en 1988 par Comité National des Registres (CNR), qualification renouvelée jusqu'en 2008 où le registre n'a plus été qualifié pour manque

d'exhaustivité. Suite au transfert du registre à la DASS-NC et après mise en place de nouvelles procédures d'enregistrement qui ont permis de garantir l'exhaustivité et la qualité des données, le registre a été de nouveau qualifié depuis le 1^{er} Janvier 2013 pour une durée de 3 ans, puis requalifié en novembre 2015 pour 3 ans.

I-3 Fonctionnement actuel du registre

La gestion du registre est assurée par le service de santé publique de la DASS. L'équipe est composée d'un médecin épidémiologiste à mi-temps assurant la gestion scientifique, une épidémiologiste et une biostatisticienne à temps-plein.

Le comité scientifique du registre comprenant les principaux partenaires, présidé par le médecin inspecteur de Santé Publique de la DASS, a pour mission de valider les travaux et rapports, de proposer les objectifs pour l'année suivante et les priorités en matière de recherche.

I-4 Critères d'enregistrement

L'enregistrement de tous les nouveaux cas de cancer repose sur les règles internationales en matière d'enregistrement des cancers (IARC, ENCR). La population cible est représentée par les personnes dont le lieu de résidence habituel (plus de 6 mois par an) est en Nouvelle-Calédonie. Les personnes diagnostiquées ou traitées en dehors du territoire (France, Australie...) déclarant être résidents calédoniens (ou habitant plus de 6 mois par an en Nouvelle-Calédonie) sont également incluses.

Le registre des cancers de Nouvelle-Calédonie, comme recommandé par le réseau Francim et l'INVS, enregistre les tumeurs solides malignes primitives, les hémopathies malignes y compris les maladies myéloprolifératives et les syndromes myélodysplasiques, ainsi que les carcinomes superficiels/in situ/intra épithéliaux/non infiltrants/non invasifs du col utérin, de la vessie; les tumeurs primaires dite « borderline » de l'ovaire, les tumeurs primaires bénignes du système nerveux central. Selon les recommandations Francim, les tumeurs cutanées autres que les mélanomes ne sont pas enregistrées. Les tumeurs in situ sont traités à part et ne rentrent pas dans le calcul de l'incidence. **Ne figurent donc dans l'incidence que les tumeurs invasives hors tumeurs cutanées sauf mélanomes.**

La topographie et la morphologie sont codées selon la 3^{ème} révision de la classification internationale des maladies oncologiques (CIM-O3), classification à partir de laquelle les données sont ensuite recodées par le logiciel CANREG-5 selon la classification de la CIM-10. Dans la suite du rapport, les sites sont présentés par topographie selon la CIM-10.

- Dans les chapitres suivants, sont présentés les résultats de **l'année d'incidence 2015** avec un fichier arrêté au **17 octobre 2017**.
- L'incidence comprend les tumeurs solides invasives, hors peau sauf mélanomes, et les hémopathies malignes.

II EXHAUSTIVITE ET QUALITE DES DONNEES

II-1 Sources d'information :

On distingue deux sources d'information :

- les sources de signalement ou de notification au nombre de 10 :
 - o les 2 laboratoires d'anatomo-cytopathologie
 - o les fiches de maladies à déclaration obligatoire (MDO)
 - o les longues maladies de la CAFAT
 - o le PMSI du Centre Hospitalier Territorial (CHT)
 - o le réseau onco-NC
 - o les certificats de décès
 - o le laboratoire d'hématologie du CHT
 - o les résultats du dépistage de l'Agence Sanitaire et Sociale (ASS-NC)
 - o les Evasans
 - o le centre de radiothérapie de Nouvelle-Calédonie
- les sources consultées, qui permettent de vérifier et de compléter les données (dossiers médicaux, e-service de la CAFAT, ...).

II-2 Evaluation de l'exhaustivité et de la qualité des données

L'augmentation du nombre de sources de signalement initiée en 2010 lors de la reprise du registre par la DASS-NC ainsi que la mise en place d'un retour au dossier systématique a permis d'améliorer significativement l'exhaustivité de la base de données (figure 1).

Par exemple, pour l'année d'incidence 2008, 254 nouveaux cas (30%) ont été retrouvés et enregistrés entre le 22/03/2010 et le 17/10/2017, dont 174 (21%) entre 2010 et 2011.

La diminution du nombre de cas retrouvés antérieurs à la dernière année validée montre bien l'optimisation des procédures mises en place.

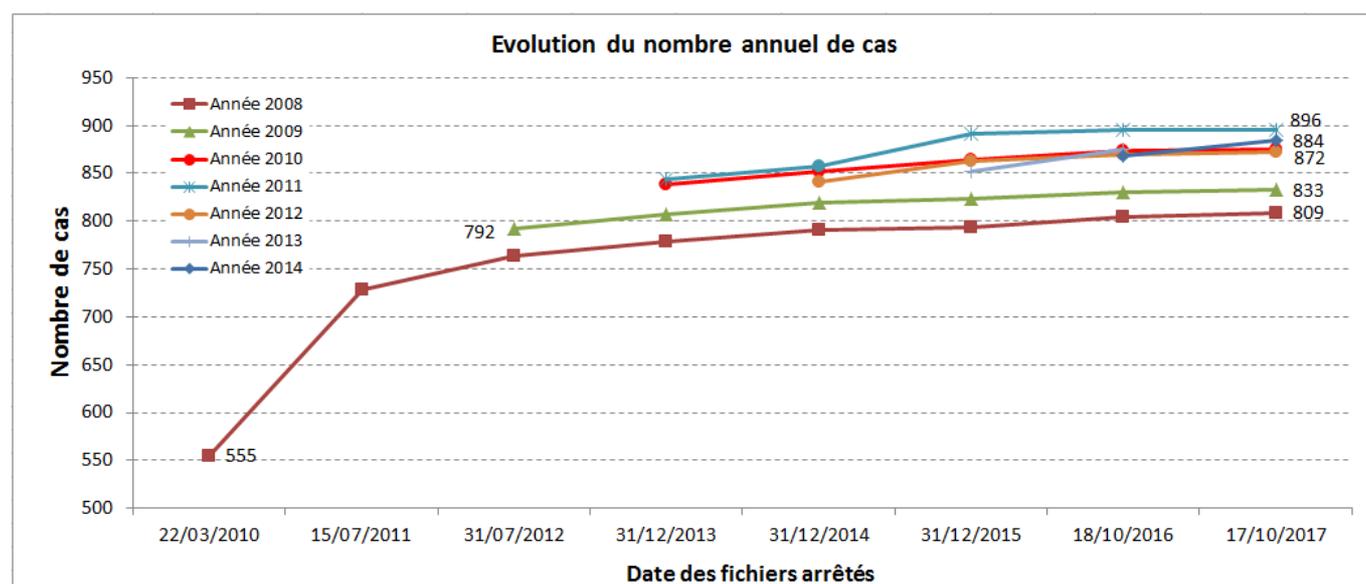


Figure 1 - Evolution annuelle du nombre de tumeurs invasives enregistrées selon l'année de diagnostic et la date du fichier

II-2.a Sources de signalement

Pour l'année d'incidence 2015, 12 % (n=113) des cas ont été signalés par une seule et unique source (figure 2). Les données de la longue maladie ont permis d'enregistrer 51 tumeurs qui n'étaient signalées par aucune autre source, et pour les autres sources : respectivement 19 dossiers signalés par les certificats de décès uniquement, 14 par les comptes rendus d'anatomopathologie et 14 par les fiches RCP du réseau onco-nc (tableau1). 5 tumeurs ont été retrouvées en consultant le dossier médical du patient et n'étaient signalées par aucune autre source.

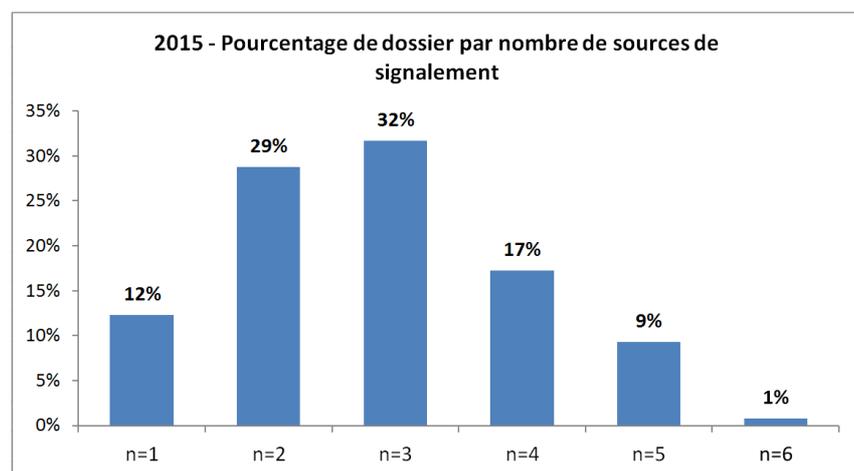


Figure 2 - Répartition du nombre de sources de signalement

Tableau 1 – Répartition des sources uniques de signalement

	Nb	% des cas total
MDO	3	0,3%
CRAP	14	1,5%
PMSI	4	0,4%
RCP	14	1,5%
LM	51	5,6%
DC	19	2,1%
Hémato	3	0,3%
Registre	5	0,5%
Total	113	12,3%

II-2.b Base de diagnostic

La base de diagnostic est également un élément important pour apprécier l'exhaustivité des données. Il est en effet primordial de prendre en compte tous les patients pour lesquels un diagnostic de cancer a été posé par les médecins sans diagnostic histologique. La proportion de cas inclus à partir des informations cliniques comprend ainsi les cas considérés comme des cancers par les médecins cliniciens (dossier clinique, imagerie complémentaire, endoscopie...) (tableau 2).

En 2015, 95% des cancers ont été diagnostiqués suite à un examen histologique ou cytologique. Les 5% restant ont été diagnostiqués soit par imagerie, soit par des tests biologiques. Le diagnostic par test biologique concerne uniquement les cancers de la prostate avec l'antigène spécifique prostatique (PSA) et les hépatocarcinomes après un dosage de l'alpha-foeto protéine (AFP).

Tableau 2 - Répartition par base de diagnostic pour l'année d'incidence 2015

	Nombre	Pourcentage
Clinique	0	0%
Radio	33	4%
Test biologique	13	1%
Cyto	74	8%
Histologie de la métastase	82	9%
Histologie de la tumeur	715	78%
Inconnu	0	0%
Total	917	100%

II-2.c Retour aux dossiers cliniques

Le retour au dossier clinique permet de vérifier si les cancers signalés entrent bien dans les critères d'enregistrement et le cas échéant, de récupérer les informations sociodémographiques et médicales nécessaires. Il est réalisé pour toutes les tumeurs primitives invasives, les hémopathies, les in situ du sein, et les tumeurs non invasives de la vessie et du système nerveux central. Il n'est pas systématique pour les mélanomes cutanés.

Pour l'année d'incidence 2015, exception faite mélanomes cutanés, 99 % des tumeurs enregistrées ont fait l'objet d'un retour au dossier à la date du 17/10/2017 (879/890).

Malgré un retour au dossier clinique, certaines données ne sont pas toujours suffisamment renseignées, notamment en ce qui concerne les variables socio-démographiques (tableau 3).

En effet, la consommation tabagique, la communauté d'appartenance ou la profession du patient sont des données qui sont rarement consignées dans le dossier clinique du patient.

Tableau 3 – Pourcentage de données manquantes pour les principales variables

Type de données	Liste des données	% de données manquantes
Données fiche "patient"		
Identification	Nom, Nom d'épouse, Prénom	0%
	Sexe	0%
	Date de naissance	0%
Socio-démographiques	Lieu de naissance	24%
	Communauté d'appartenance	43%
	ATCD de tabagisme	54%
Suivi	Décès par cancer (pour les patients décédés uniquement)	5%
	Statut Vital	5%
Données fiche "tumeur"		
Données patient à la date de diagnostic	Adresse	2%
	Age au diagnostic	0%
	Profession	72%
Tumeur	Circonstances de découverte	12%
	Date de diagnostic	0%
	Topographie	0%
	Base de diagnostic	0%
	Histologie	0%
	Comportement	0%

III DESCRIPTION DES CAS INCIDENTS 2015

Au total, **917** tumeurs invasives et hémopathies malignes, hors peau sauf mélanomes, ont été enregistrées pour l'année d'incidence 2015 (472 chez les hommes et 445 chez les femmes, sex-ratio : 1.06 homme pour une femme) dont :

- **820** tumeurs solides invasives (89 %)
- **97** hémopathies malignes (11%)

Ont été également enregistrées mais non prises en compte dans l'incidence :

- 14 tumeurs non malignes du système nerveux central (SNC),
- 108 tumeurs in situ (Côlon-rectum : 4 ; Mélanome : 7 ; Sein : 12 ; Col de l'utérus : 73 ; Vessie : 12).

III-1 Caractéristiques sociodémographiques

III-1.a Répartition selon l'âge et le sexe (figure 3)

Chez les hommes, l'âge moyen au diagnostic est de 62 ans (médiane 65 ans), avec :

- 15% des patients qui ont moins de 50 ans
- 67% des patients qui ont entre 50 et 75 ans
- 18% qui ont 75 ans ou plus

Chez les femmes, l'âge moyen au diagnostic est de 59 ans (médiane 60 ans), avec :

- 26% des patientes qui ont moins de 50 ans (1 femme sur 4)
- 57% des patients qui ont entre 50 et 75 ans
- 17% qui ont 75 ans ou plus

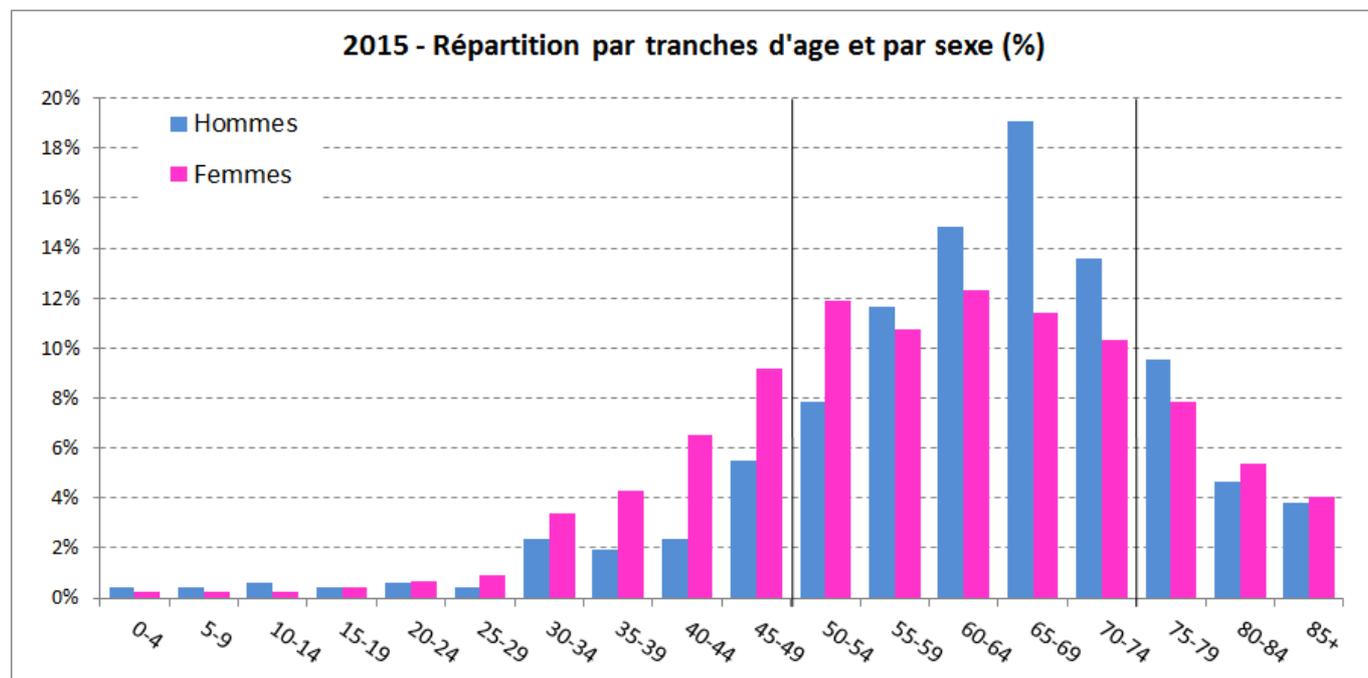


Figure 3 - Répartition des tumeurs par tranche d'âge et sexe

III-1.b Répartition et incidences selon la province de résidence

La répartition du nombre de cas entre les provinces est comparable à celle observée dans la population générale ($p=0.22$) (figure 4).

Les taux d'incidence, tous cancers confondus, par province de résidence et par sexe sont comparables (figure 5).

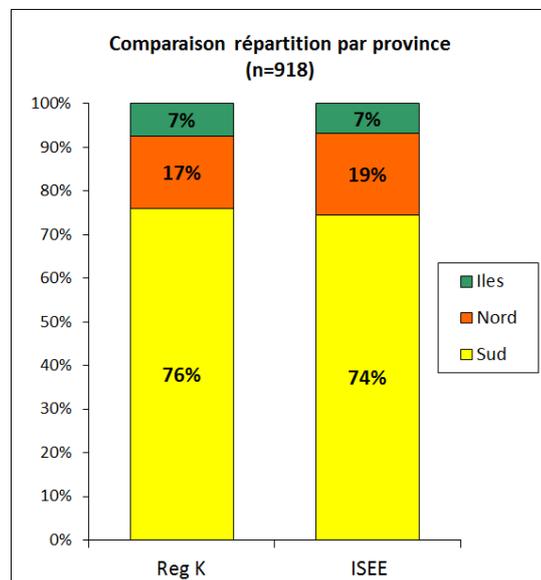


Figure 4 - Répartition selon la province et le sexe

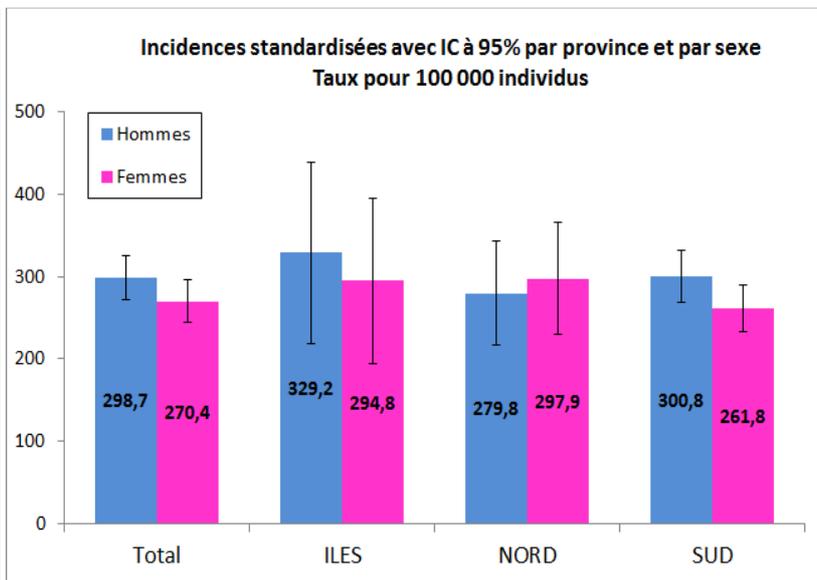


Figure 5 - Taux d'incidence standardisée par province de résidence et par sexe

III-1.c Répartition selon la communauté

Vu le pourcentage important de données manquantes pour la variable communauté (43%, voir tableau 3), il n'est pas justifié de réaliser des analyses prenant en compte cette variable.

III-2 Etude selon la topographie

III-2.a Répartition par topographie selon le sexe

Les différentes topographies ont été classées et regroupées selon leur code CIM10 (tableau 4) :

C37-C38-C40-C41-C47-C48-C49-C69-C74-C75	Autres cancers	C51 à C52 - C55 - C57 à C59	Organes génitaux F
C17-C21-C26	Autres digestifs	C60 - C63	Organes génitaux M
D45 à D47	Autres hémopathies	C00 à C14 - C30 à C32 - C39 - C760	ORL
C33-C34	Bronches-Poumon	C56	Ovaire
C53	Col de l'utérus	C25	Pancréas
C18 à C20	Côlon-Rectum	C61	Prostate
C16	Estomac	C64	Rein
C220	Foie - CHC	C50	Sein
C91 à C95	Leucémies	C39 - C76 (hors C760) - C80	Site primitif incertain
C82 à C85 - C96	LMNH	C70 à C72	Système nerveux central
C81	Maladie de Hodgkin	C73	Thyroïde
C43	Mélanome cutané	C54	Utérus
C45	Mésotéliome	C65 à C68	Vessie - Voies urinaires
C88 à C90	Myélomes	C22 (hors C220) - C23 à C24	Voies biliaires + Vésicule
C15	Oesophage		

Tableau 4 – Répartition des topographies selon leur CIM10

Tous sexes confondus, les topographies les plus fréquentes en 2015 sont (figure 6) :

- bronches-poumon : 151 cas (16,4%),
- sein : 117 cas (12,7%),
- prostate : 116 cas (12,6 %).

Comparé à 2014, on observe une augmentation du nombre de cancer des bronches-poumon (n=114 en 2014, +32%) et une diminution du nombre de cancers du sein (n=143 en 2014, -17%). Le nombre de cancer de la prostate reste stable (n=113 en 2014).

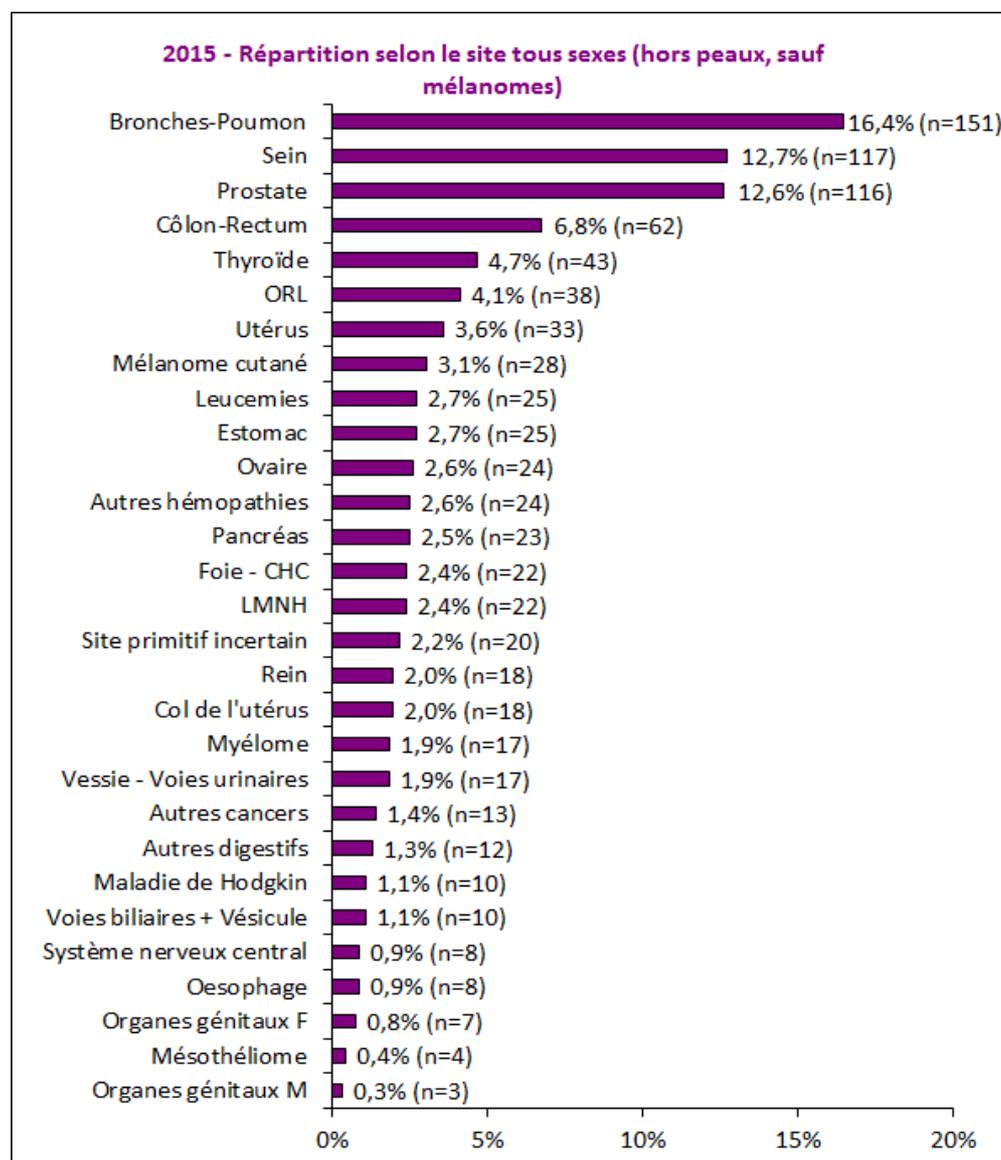


Figure 6 - Répartition des nouveaux cas par topographie

Chez les **hommes (n=472)**, les topographies les plus fréquentes sont :

- prostate : 116 cas (24,6%), soit près de 1 cancer sur 4
- bronches-poumon : 99 cas (21%), soit plus de 1 cancer sur 5
- côlon-rectum : 28 cas (5,9%)

Chez les **femmes (n=445)**, les topographies les plus fréquentes sont :

- sein : 113 cas (25,3%), soit plus de 1 cancer sur 4
- bronches-poumon : 52 cas (11,7%)
- côlon-rectum : 34 cas (7,6%)

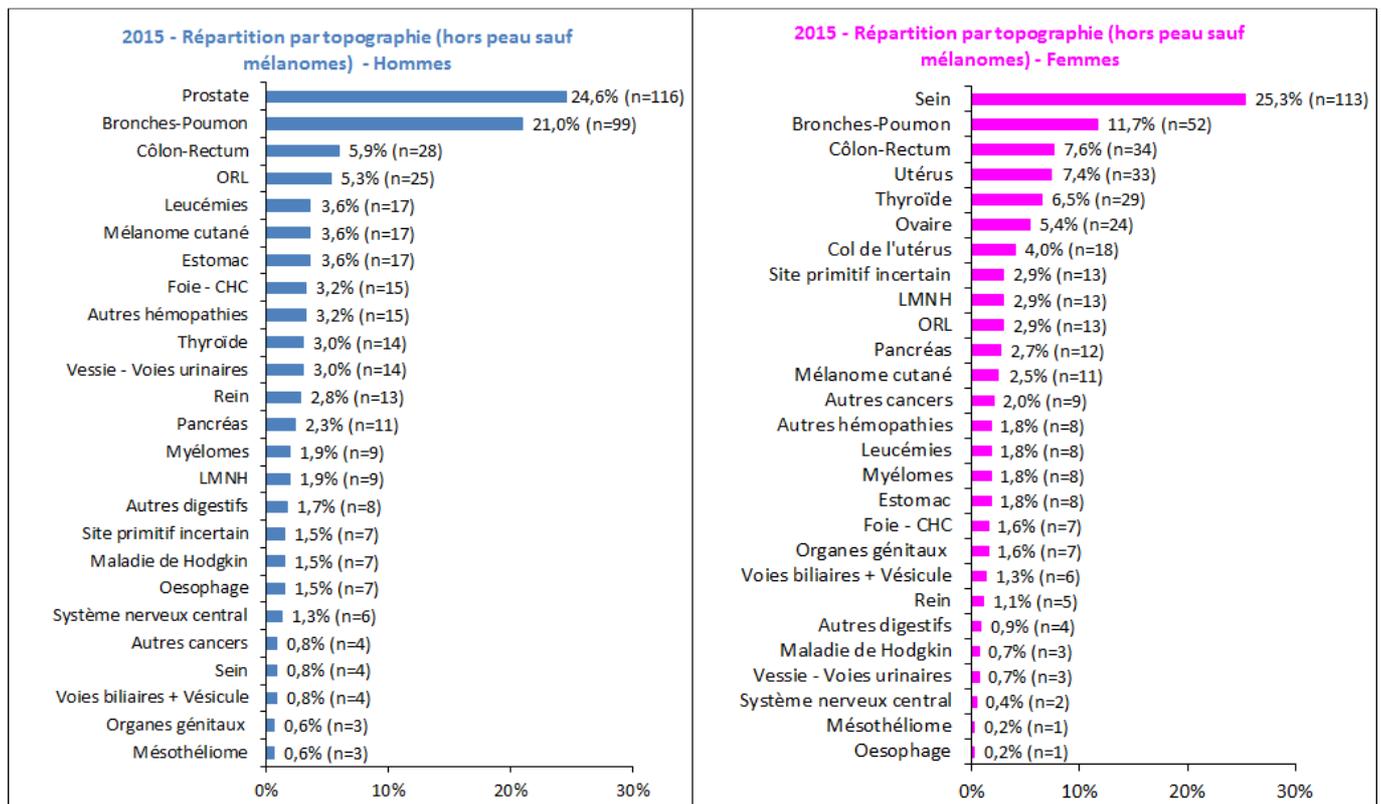


Figure 7 – Répartition des nouveaux cas par topographie selon le sexe

III-2.b Répartition par topographie selon la province de résidence et le sexe

Chez les hommes (figure 8) :

En province des Iles, les topographies les plus fréquentes sont les bronches-poumons (32%), la prostate (15%) et l'estomac (12%)

En province Nord, les sites les plus fréquents sont les bronches-poumons (29%), la prostate (24%) et l'ORL (7%)

En province Sud, il s'agit de la prostate (26%), des bronches-poumons (18%), et du colon-rectum (7%).

Chez les femmes (figure 9) :

En province des Iles, les topographies les plus fréquentes sont à égalité le col de l'utérus (15%), le sein (15%) et les bronches-poumon (15%)

En province Nord, il s'agit du sein (22%), des bronches-poumon (12%) et à égalité du corps utérin et du colon-rectum (9%)

En province Sud, il s'agit du sein (28%), des bronches-poumon (11%) et du colon-rectum (8%).

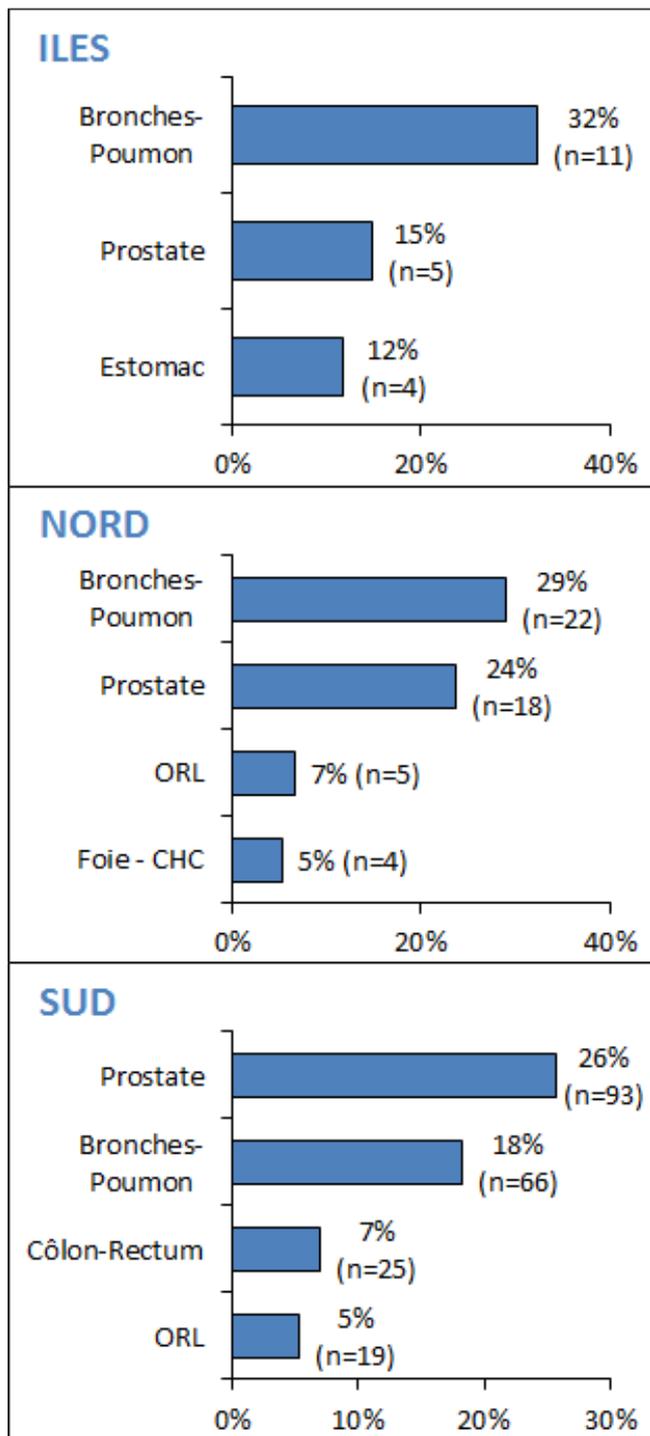


Figure 8 – Répartition des principales topographies par province chez les hommes

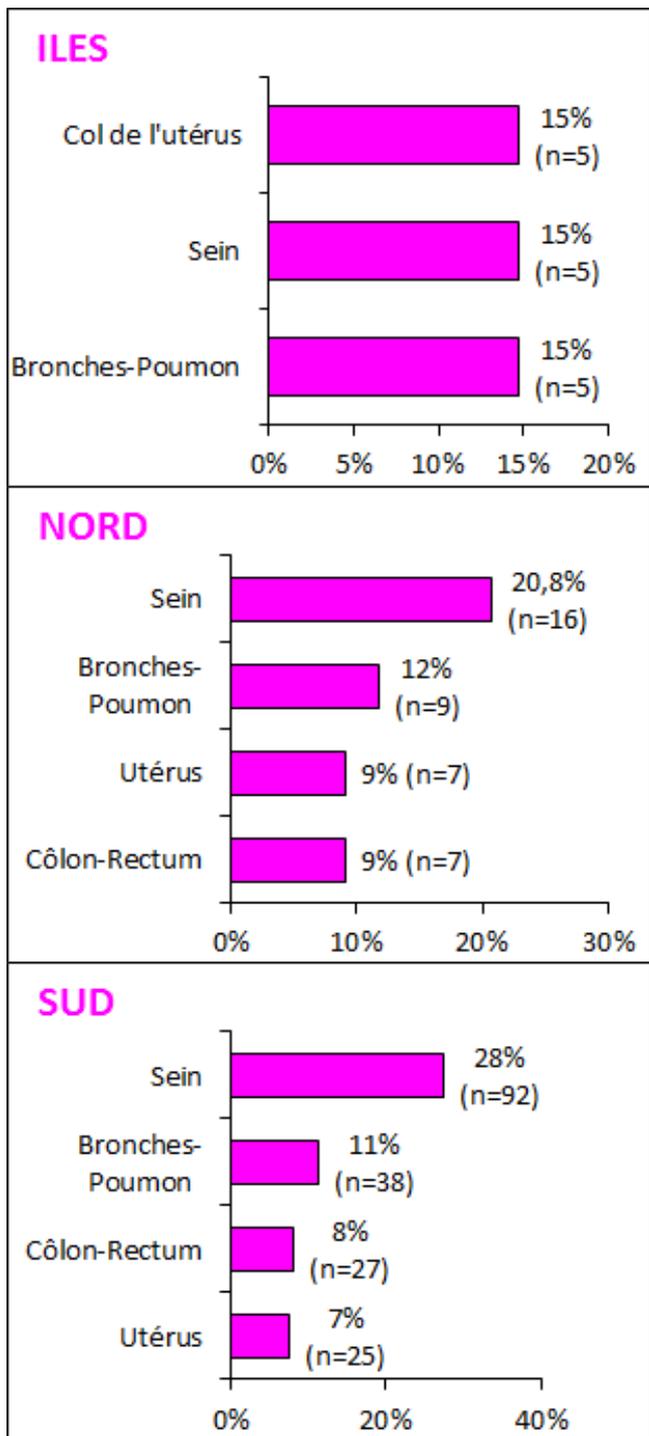


Figure 9 – Répartition des principales topographies par province chez les femmes

III-3 Comparaisons internationales (Globocan 2012-IARC)

Chez les hommes, le taux d'incidence standardisé tous cancers est égal à **298,7 (325,7 – 271,6)** pour 100.000 personnes années en 2015. Il est inférieur à ceux de l'Australie, de la Martinique et France métropolitaine. Il est comparable à ceux de la Nouvelle-Zélande et de Polynésie (figure 10).

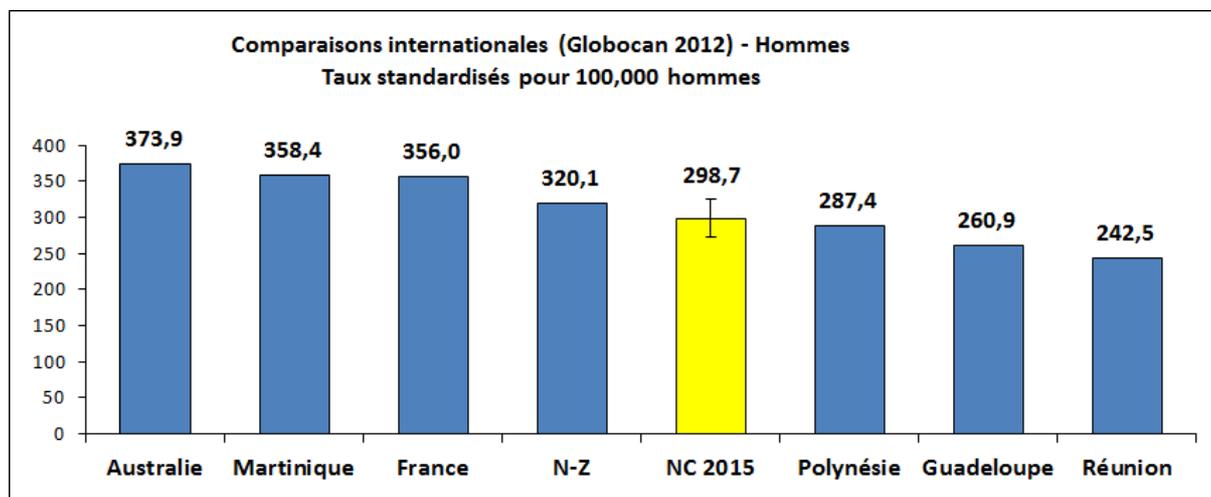


Figure 10 – Comparaison des taux d'incidence standardisé tous cancers chez les hommes

Chez les femmes, le taux d'incidence standardisé tous cancers est égal à **270,4 (296,5 – 245,4)** pour 100.000 personnes années en 2015. Il est comparable à ceux de l'Australie, de la Nouvelle-Zélande et de la France métropolitaine (figure 11). Il est supérieur à ceux de la Guadeloupe, de la Martinique et de la Réunion.

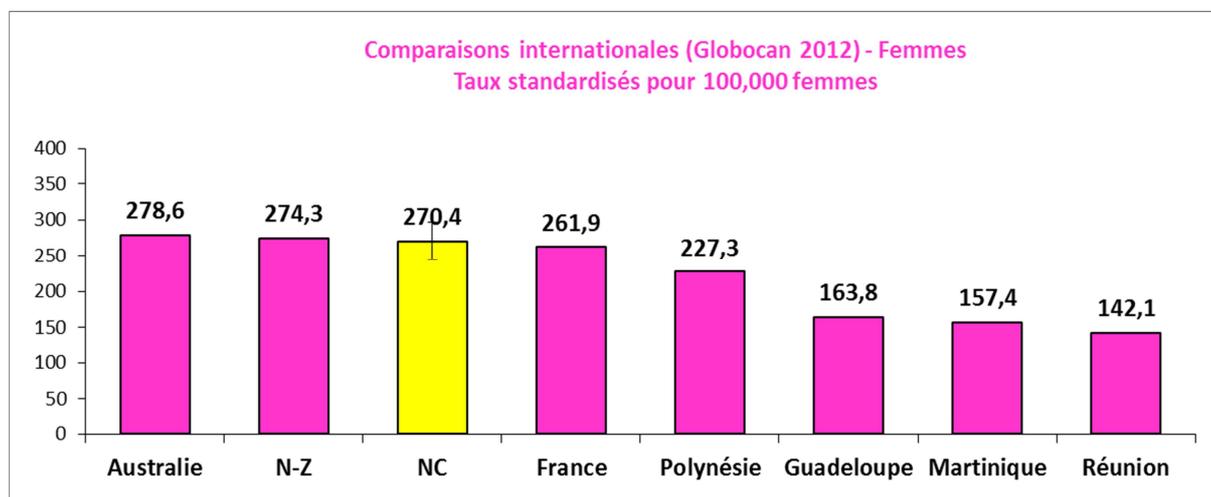


Figure 11 – Comparaison des taux d'incidence standardisé tous cancers chez les femmes

III-4 Evolution

En 30 ans, en Nouvelle-Calédonie, le nombre de cancers diagnostiqués par an est passé de 230 cas à 893, soit plus du triple. Cette croissance a été plus marquée à partir de 2002. L'évolution des plateaux techniques, l'installation de médecins spécialistes et l'amélioration de l'accès aux soins, peuvent en partie expliquer cette croissance, outre le vieillissement de la population et pour certains cancers, les modes de vie.

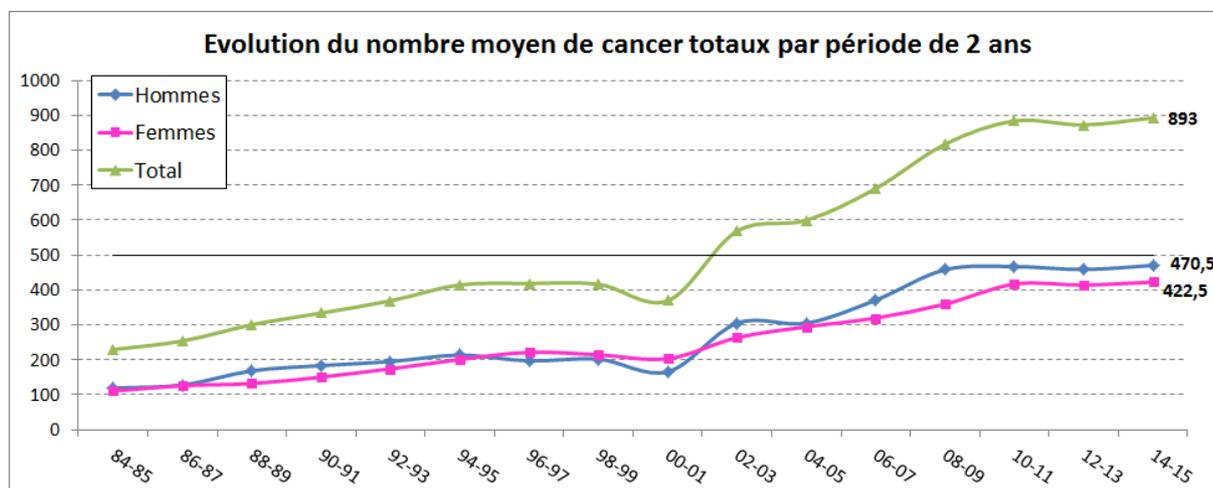


Figure 12 – Evolution du nombre moyen de cas annuel par période de 2 ans

IV ETUDE PAR TOPOGRAPHIE

Pour chaque topographie sont présentées :

- La place de ce type de cancer dans la répartition générale
- La répartition par classe d'âge
- La répartition par province
- La stade au diagnostic
- L'évolution du nombre de cas depuis 1984
- La comparaison internationale

Pour les cancers digestifs et le cancer du sein, un travail de mise à jour des données a permis de réaliser en plus une étude de survie.

VI-1 Cancers ORL

VI-1.a Cancers ORL

Sont regroupées dans ce chapitre les tumeurs du groupe « Lèvres-bouche-pharynx » (LBP), les tumeurs du larynx, et les tumeurs du groupe « Nez, sinus, oreille moyenne, et autres respiratoires ».

Généralités

En 2015, le cancer ORL est le 6^{ème} cancer le plus fréquent, tous sexes confondus, avec **38** tumeurs invasives. Il se situe au 4^{ème} rang chez les hommes avec 25 tumeurs, et au 10^{ème} rang chez les femmes avec 13 tumeurs. Le sex-ratio est de 1,9 hommes pour une femme.

Un patient a développé également une tumeur de la thyroïde et un autre avait un antécédent de cancer du poumon.

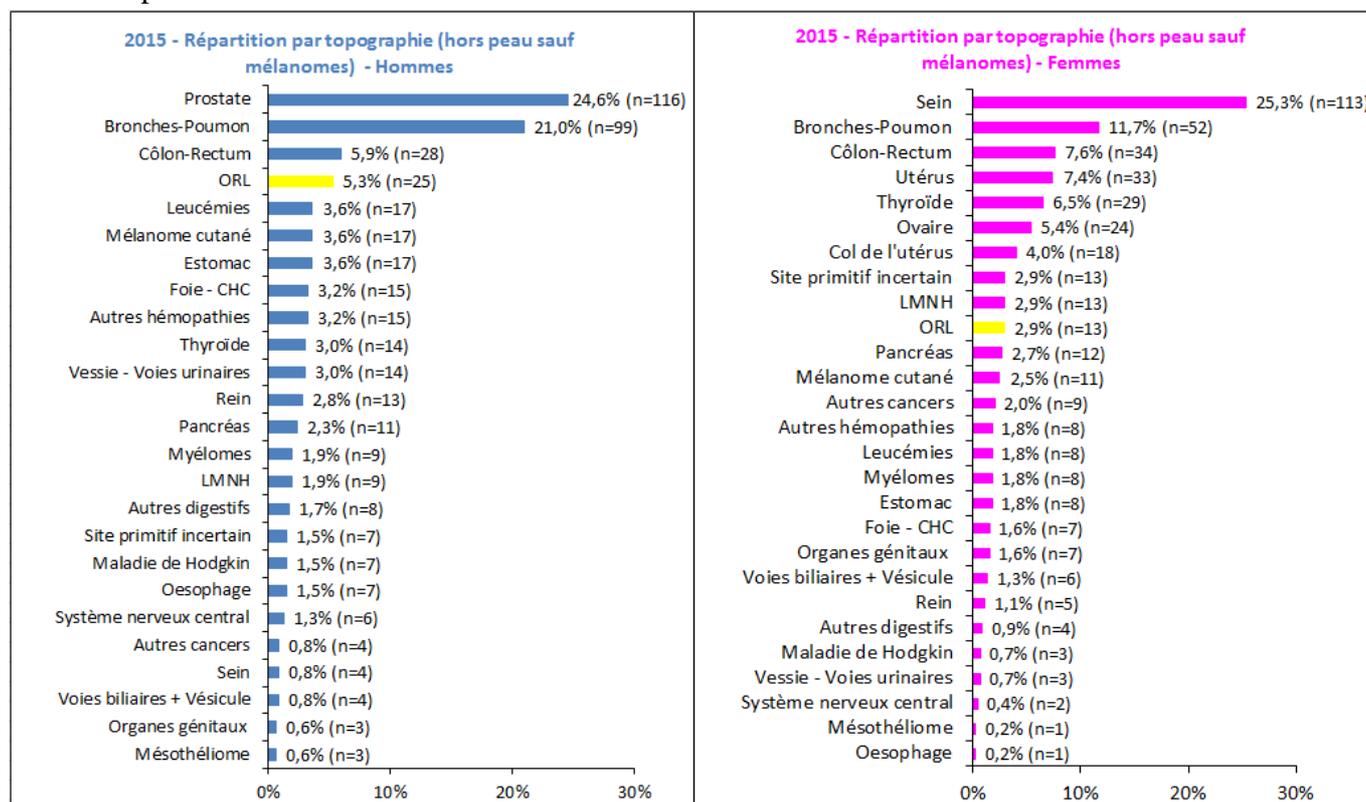


Figure 13 - Répartition par topographies selon le sexe

Les sites sont répartis de la manière suivante :

1 tumeur de la lèvre	4 tumeurs du nasopharynx
5 tumeurs de la langue (dont 3 base de la langue)	5 tumeurs du sinus piriforme
1 tumeur du plancher de la bouche	1 tumeur de l'hypo pharynx
3 tumeurs de la glande parotide	7 tumeurs du larynx
2 tumeurs de la glande salivaire	2 tumeurs sinus annexe de la face
6 tumeurs de l'amygdale	1 tumeur tête, face ou cou SAI

Les principaux facteurs de risque connus sont : le tabac et l'alcool, un antécédent d'infection à papilloma virus (HPV) ou à l'Epstein-Barr virus (EBV), et certaines expositions professionnelles (amiante, métaux, poussière de bois, ...).

Age

En 2015, l'âge moyen au diagnostic est de 58,5 ans (médiane 58,5 ans), variant de 23 à 83 ans avec :

- 18% des patients qui ont moins de 50 ans
- 68% des patients qui ont entre 50 et 75 ans
- 13% qui ont 75 ans et plus

En métropole, l'âge moyen au diagnostic se situe entre 60 et 70 ans.

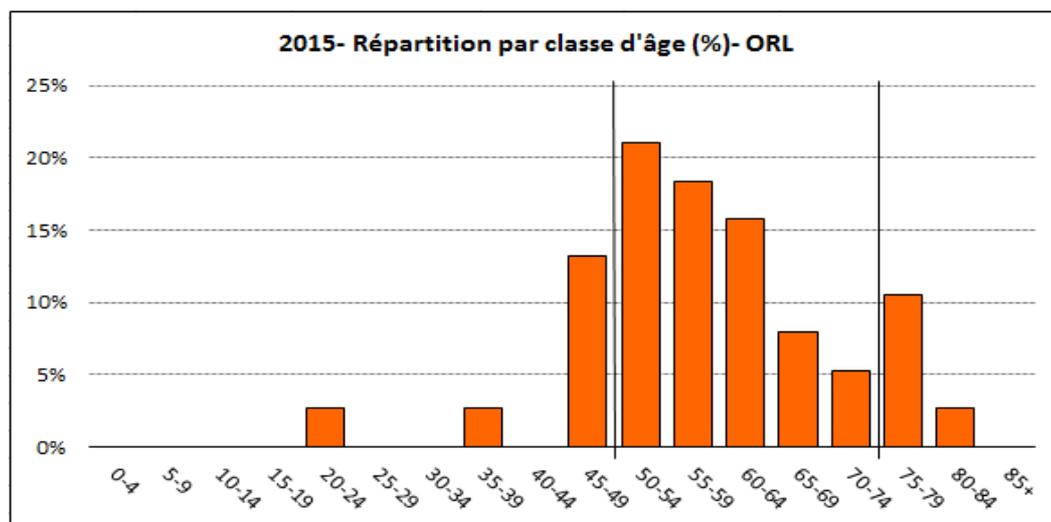


Figure 14 – Cancer ORL, répartition par classe d'âge

Provinces

En 2015, il n'y a pas de différence significative ($p= 0,8$) entre la répartition des cancers ORL par province et celle de la population générale.

En province Nord et en province Iles, le nombre de cancers diagnostiqués étant faible (respectivement 5 et 1 chez les hommes ; 1 et 2 chez les femmes), les intervalles de confiance des taux d'incidence standardisés (TIS) sont très étendus.

Il n'y a cependant, pas de différence significative entre les TIS par sexe et par provinces.

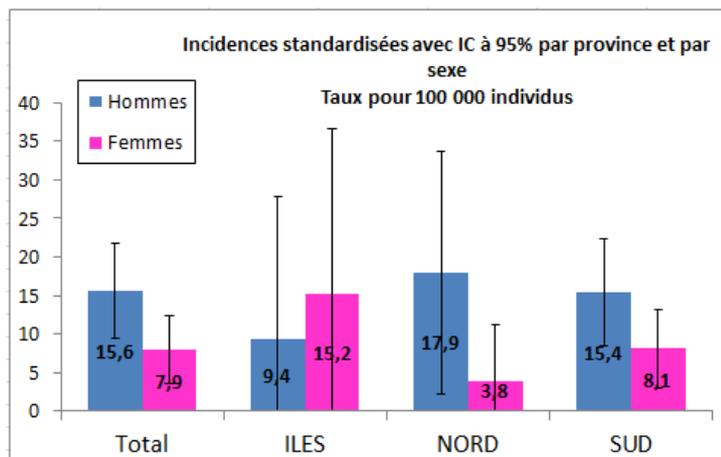
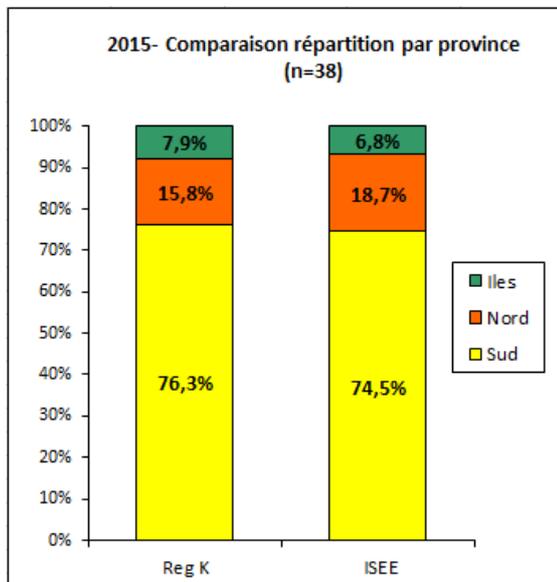
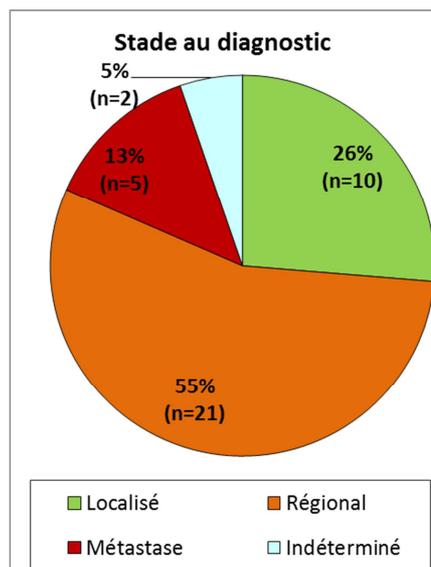


Figure 15 et 16 – Cancer ORL, répartition et incidences standardisées selon le sexe et la province

Stade au diagnostic et létalité

La majorité des cancers ORL ont été diagnostiqués suite à l'apparition de symptômes (66%, n=25) Cependant pour 32% (n=12) des cancers ORL les circonstances de découvertes ne sont pas indiquées.



La majorité des cancers ORL ont été diagnostiqués au stade régional (55%, n=21). Dix (26%) ont été diagnostiqués au stade local, et cinq (13%) au stade métastatique. Les métastases les plus fréquentes sont localisées dans le poumon (40%, n=4) et le foie (20%, n=2).

Entre 2008 et 2015, 309 cancers ORL ont été diagnostiqués. Sur ces 309 patients, 129 (42%) sont décédés suite à ce cancer, au 17/10/2017.

Figure 17 - Cancer ORL, stade au diagnostic

Evolution

En 30 ans, le nombre de cancers ORL diagnostiqués a doublé. On observe une petite tendance à la baisse depuis 2011.

Chez l'homme le nombre de cas de cancer ORL est en constante augmentation de 1984 à 2011, une tendance à la baisse est observée depuis 2011.

Chez la femme, on observe une augmentation du nombre de cas, notamment depuis 2008.

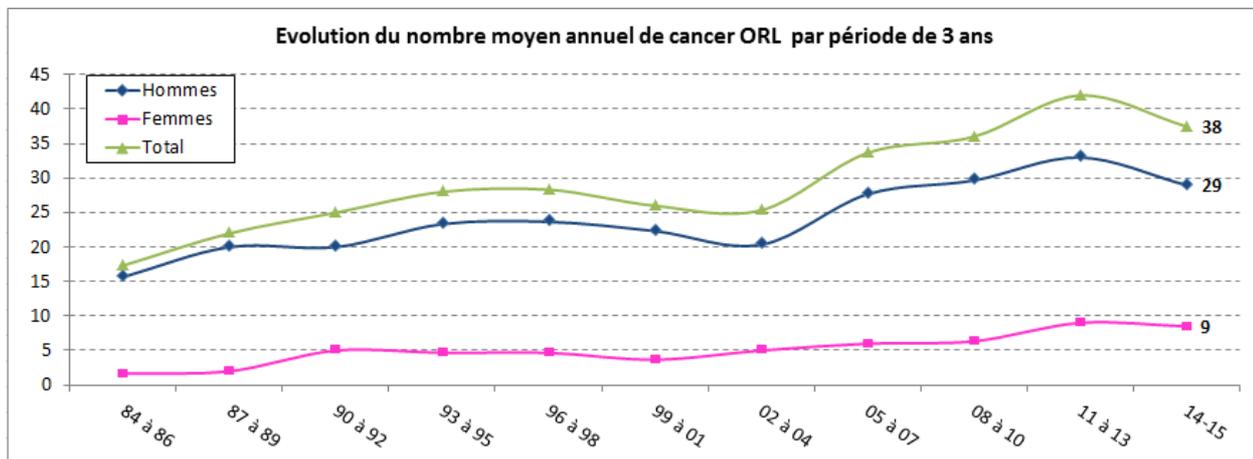


Figure 18 – Cancer ORL, évolution du nombre moyen de cas annuel

Incidences et comparaisons internationales

Chez les hommes en 2015, le TIS des cancers ORL est de **15,6 (9,4 – 21,8)** pour 100.000 personnes-année. Ce taux est inférieur à celui de la France métropolitaine, de la Guadeloupe et de la Réunion. Il est comparable à celui de la Polynésie, de l’Australie, de la Martinique et de la Nouvelle-Zélande.

Chez les femmes en 2015, le TIS des cancers ORL est de **7,9 (3,6 – 12,3)** pour 100.000 personnes-année. Ce taux est comparable à ceux de la France métropolitaine, des DOM et des pays voisins.

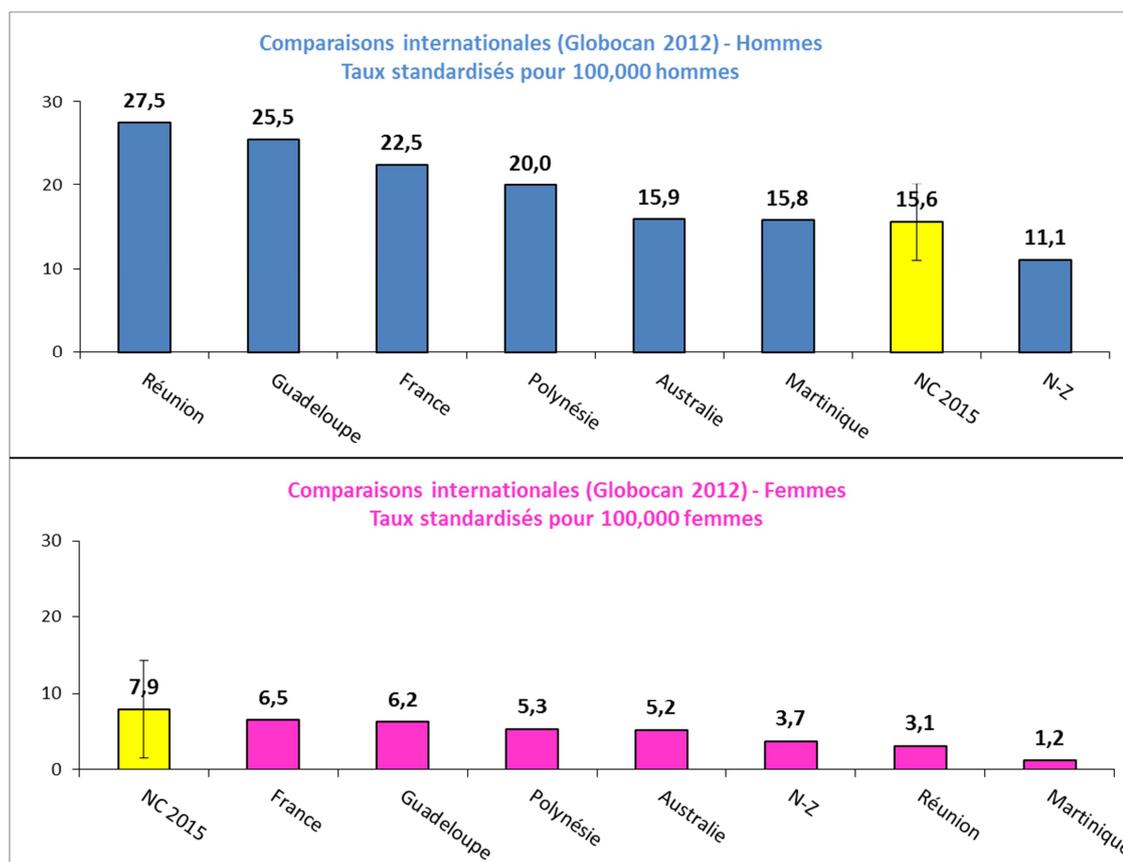


Figure 19 - Cancers ORL, comparaisons internationales des incidences par sexe

VI-1.b Cancer de la thyroïde

Généralités

En 2015, le cancer de la thyroïde se situe au 4^{ème} rang de la répartition des sites, tous sexes confondus, avec 43 tumeurs invasives (contre 20 tumeurs invasives de la thyroïde en 2014), 14 chez les hommes et 29 chez les femmes. Le sex ratio est de 0,5 homme pour 1 femme.

Il demeure principalement un cancer de la femme en Nouvelle-Calédonie.

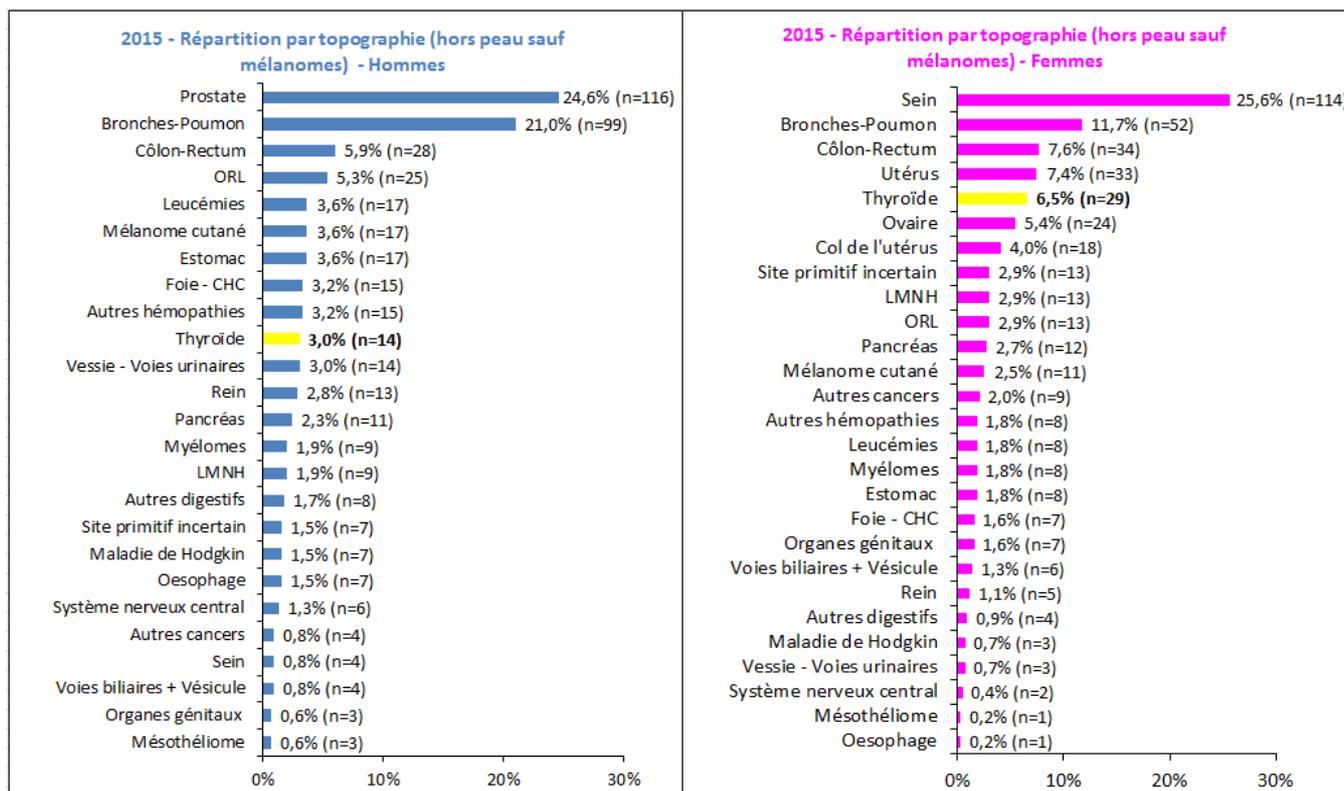


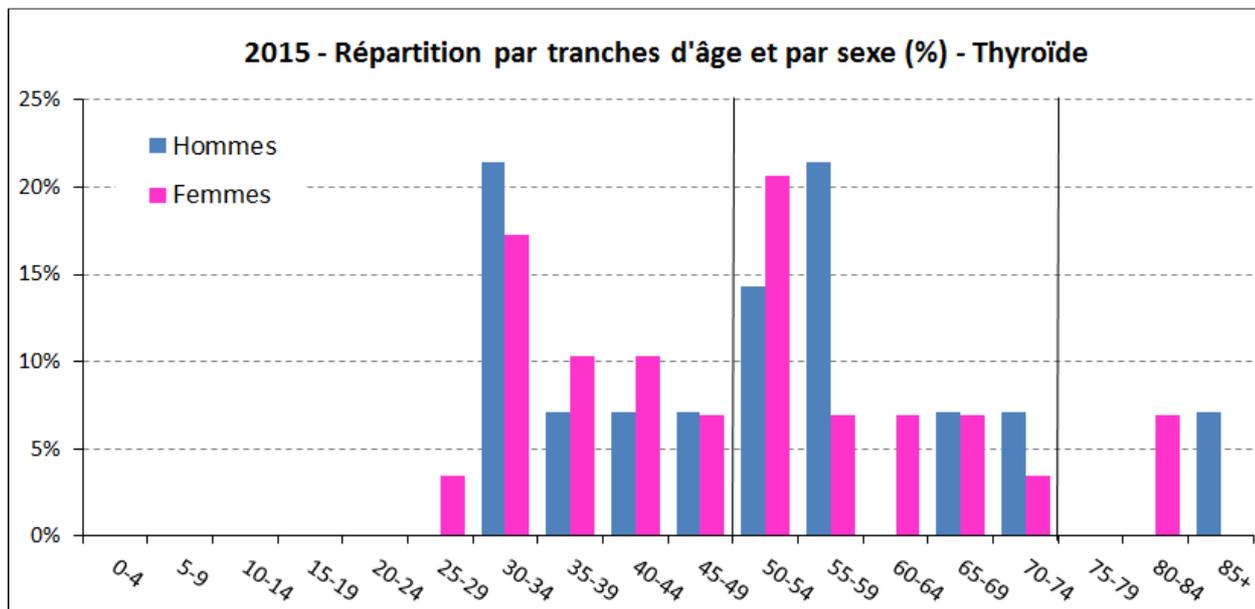
Figure 20 - Répartition par topographies selon le sexe

Les principaux facteurs de risque sont l'exposition aux radiations, les antécédents familiaux de cancer thyroïdien, certaines affections bénignes de la thyroïde, certains troubles génétiques, l'alimentation et l'apport en iode, certains facteurs hormonaux.

Age au diagnostic

L'âge moyen au diagnostic est de 50 ans (médiane 50 ans), variant entre 29 et 86 ans, avec :

- 46,5% des patients qui ont moins de 50 ans
- 46,5% des patients qui ont entre 50 et 75 ans
- 7% % qui ont 75 ans et plus



Figures 21 – Cancer de la thyroïde, répartition par tranche d'âge et par sexe

Provinces

En 2015, il n'y a pas de différence significative entre la répartition par province des cancers de la thyroïde et celle de la population générale ($p=0,9$).

En province Nord et en province Iles, le nombre de cancers diagnostiqués est faible (respectivement 3 et 1 chez les hommes ; 7 et 3 chez les femmes), les intervalles de confiance des taux d'incidence standardisés (TIS) sont très étendus.

Il n'y a pas de différence significative entre les TIS des provinces.

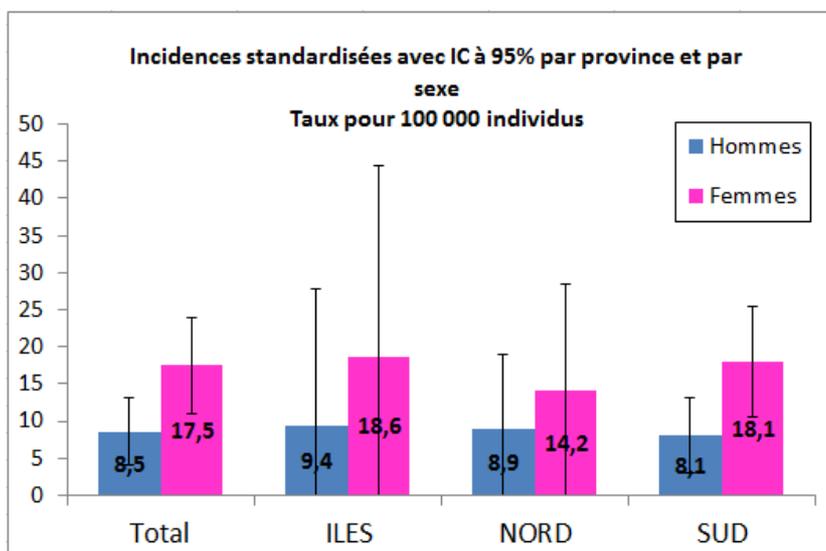
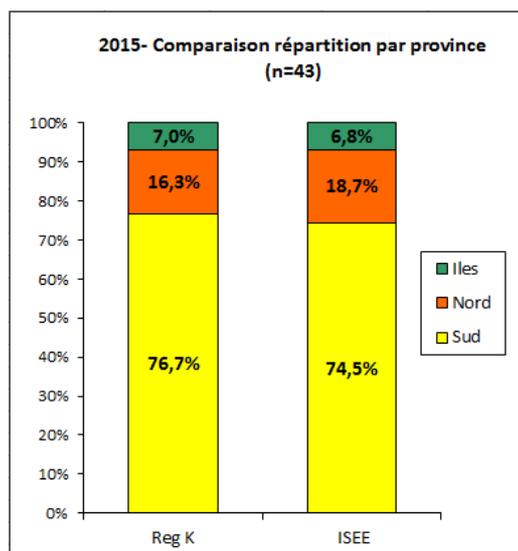
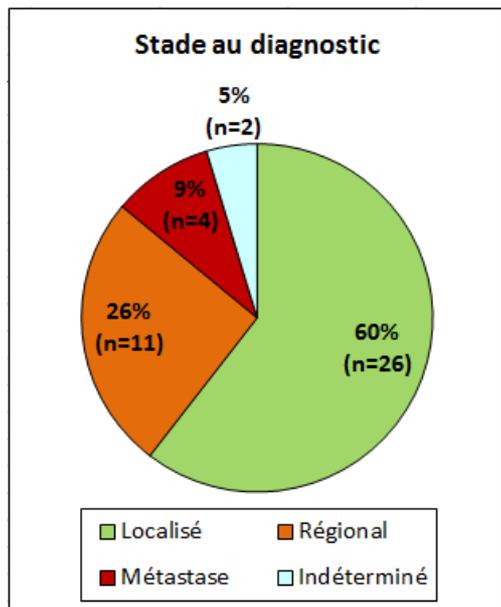


Figure 22 et 23 – Cancer de la thyroïde, répartition et incidences standardisées selon le sexe et la province

Stade au diagnostic et létalité

Les cancers de la thyroïde sont le plus souvent diagnostiqués suite à l'apparition de symptômes (67%, n=29) contre 9% de façon fortuite et 14% dans le cadre d'un dépistage.

Tous ont été confirmés par diagnostic histologique.



Ces tumeurs sont le plus souvent diagnostiquées au stade localisé (60%, n=26), au stade régional (26%, n=11), seulement 9% (n=4) sont diagnostiqués au stade métastatique.

7 patients présentaient des métastases (4 pulmonaires, 2 os, 1 médiastin et plèvre) lors du bilan d'envahissement.

Figure 24 - Cancer de la thyroïde, circonstances de découverte et stade au diagnostic

Entre 2008 et 2015, 360 cancers de la thyroïde ont été diagnostiqués. Parmi ces 360 patients, 23 (6%) sont décédés suite à ce cancer de la thyroïde, au 17/10/2017.

Evolution

Chez l'homme le nombre de cas de cancer de la thyroïde est stable depuis 1984.

Chez la femme, après une augmentation entre 1990 et 2000 puis une stabilisation les 10 années suivantes, le nombre de nouveaux cas tend à diminuer depuis 2011.

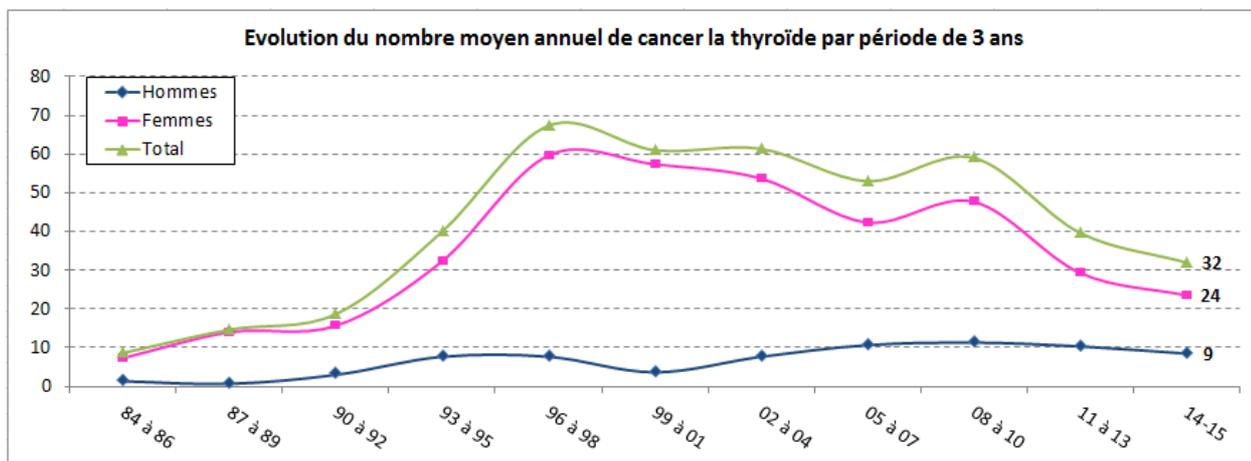


Figure 25 – Cancer de la thyroïde, évolution du nombre moyen de cas annuel

Incidences et comparaisons internationales

En 2015, le TIS du cancer de la thyroïde est de **8,5** (**13 – 4,1**) pour 100.000 personnes-année chez les hommes et de **17,5** (**23,9- 11**) pour 100.000 personnes-année chez les femmes.

Ces taux sont plus faibles qu'en Nouvelle-Zélande, en Martinique et à La Réunion, ils sont comparables à ceux de la Polynésie, de l'Australie et de la France métropolitaine. (Figure 100).

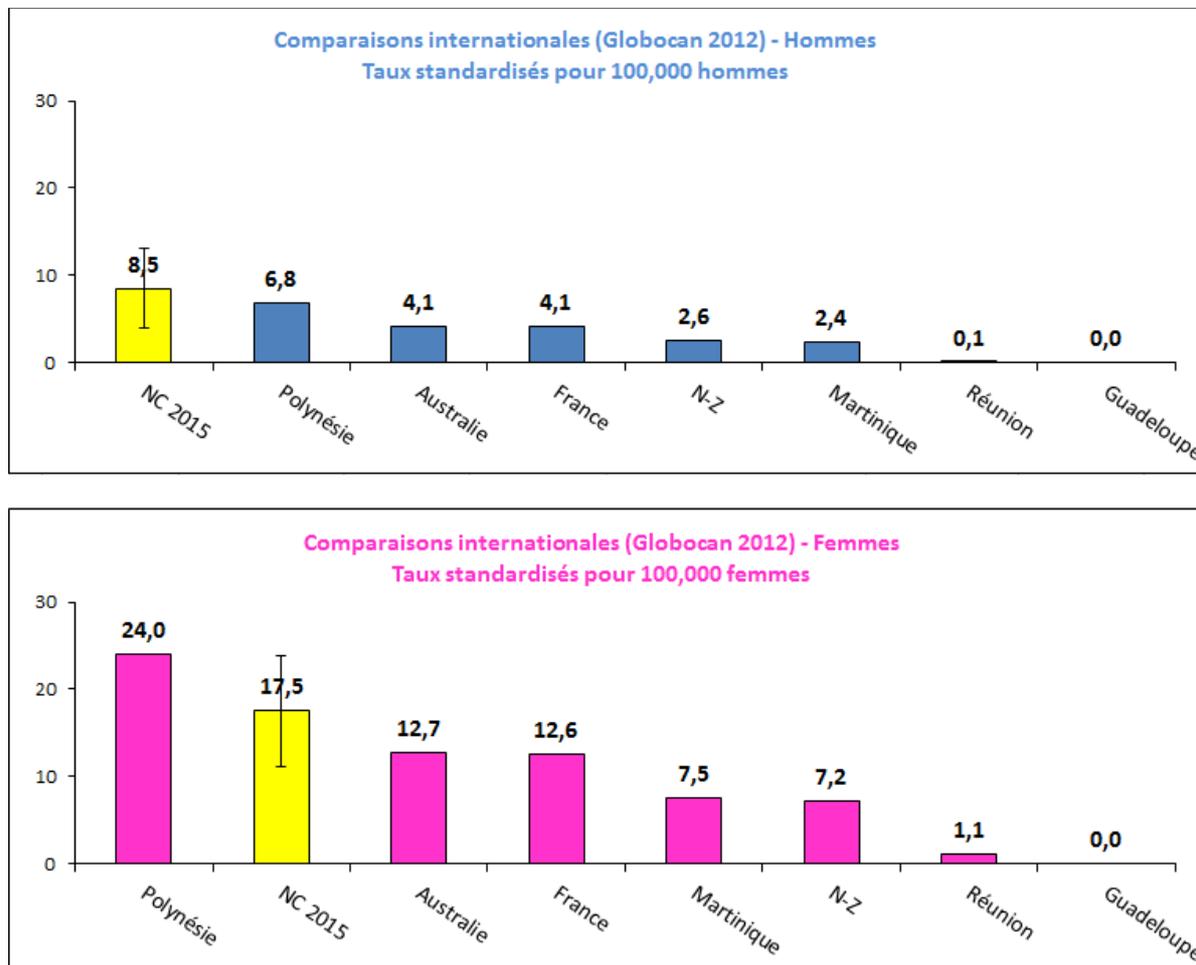


Figure 26 - Cancers de la thyroïde, comparaisons internationales des incidences selon le sexe

VI-3 Appareil digestif

En 2015, **162** tumeurs invasives de l'appareil digestif ont été diagnostiquées, 90 chez les hommes et 72 chez les femmes, représentant 18% de l'ensemble des cancers.

VI-3.a Cancer du Colon-Rectum (CR)

Généralités

En 2015, le cancer du CR est le 4^{ème} cancer tous sexes confondus, avec **62** tumeurs invasives. Il se situe au 3^{ème} rang chez les hommes avec 28 tumeurs, et au 3^{ème} rang chez les femmes avec 34 tumeurs. Le sex-ratio est de 0,8 homme pour une femme. 16% des patients avaient un antécédent d'un autre cancer (n=10).

A noter qu'en 2015, 4 cancers de l'anus ont également été diagnostiqués : 2 femmes et 2 hommes. L'âge au diagnostic varie entre 34 et 93 ans, avec une moyenne de 63 ans. Les cancers de l'anus faisant parti d'un groupe histologique différent de ceux du colon-rectum, ils ne sont pas compris dans les analyses suivantes.

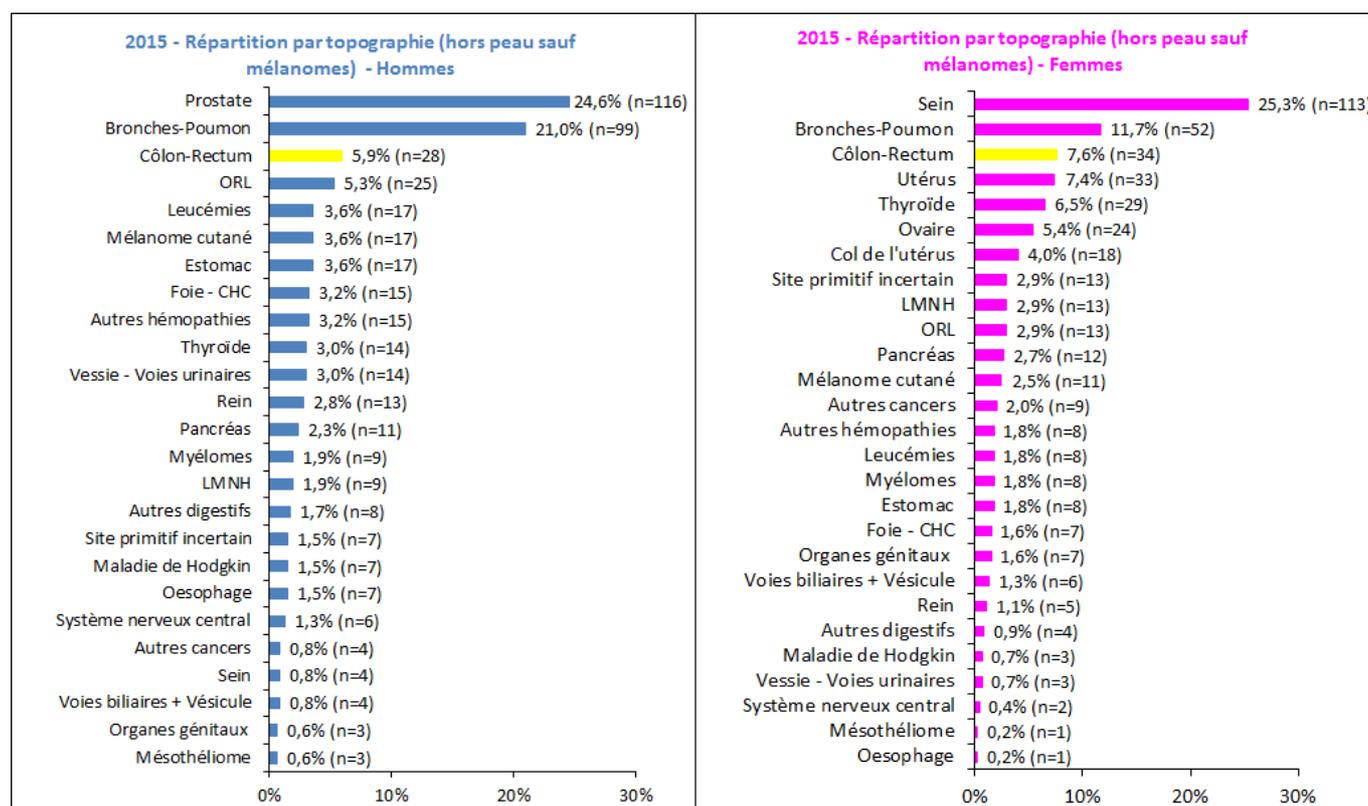


Figure 27 - Répartition par topographies selon le sexe

Age

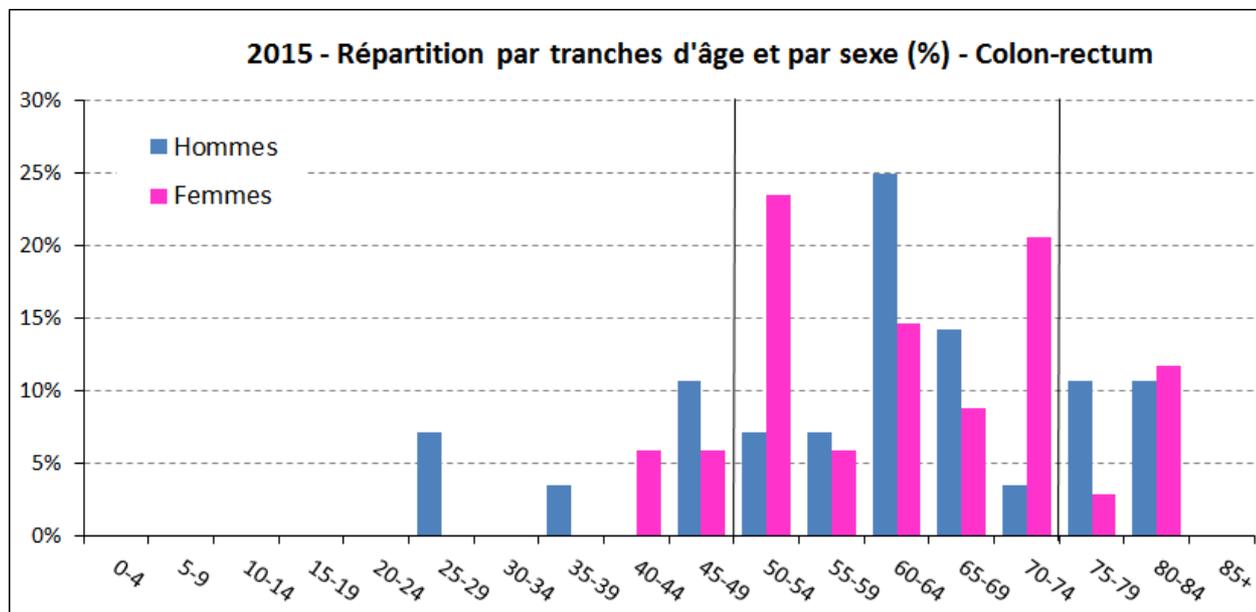
En 2015, l'âge moyen au diagnostic est de 62 ans (médiane 62 ans), variant de 25 à 84 ans. Chez les hommes, l'âge moyen au diagnostic est de 61 ans (médiane 62,5 ans), avec :

- 21% des patients qui ont moins de 50 ans
- 57% des patients qui ont entre 50 et 75 ans
- 22% qui ont 75 ans et plus

Chez les femmes, l'âge moyen au diagnostic est de 62 ans (médiane 62 ans), avec :

- 12% des patientes qui ont moins de 50 ans
- 73% des patients qui ont entre 50 et 75 ans
- 15% qui ont 75 ans et plus

En métropole, l'âge moyen au diagnostic est 70 ans chez les hommes et 73 ans chez les femmes.



Figures 28 - Cancer CR, répartition par tranche d'âge

Provinces

En 2015, aucun cancer du côlon-rectum n'a été diagnostiqué en province des Iles. Cependant, cela sans effet significatif pour la comparaison de la répartition des cancers du CR par province et celle de la population générale ($p=0,08$).

En province Nord, le nombre de cancers diagnostiqués étant faible (3 chez les hommes et 7 chez les femmes), les intervalles de confiance des taux d'incidence standardisés (TIS) sont très larges. On n'observe pas de différence significative entre les TIS des provinces.

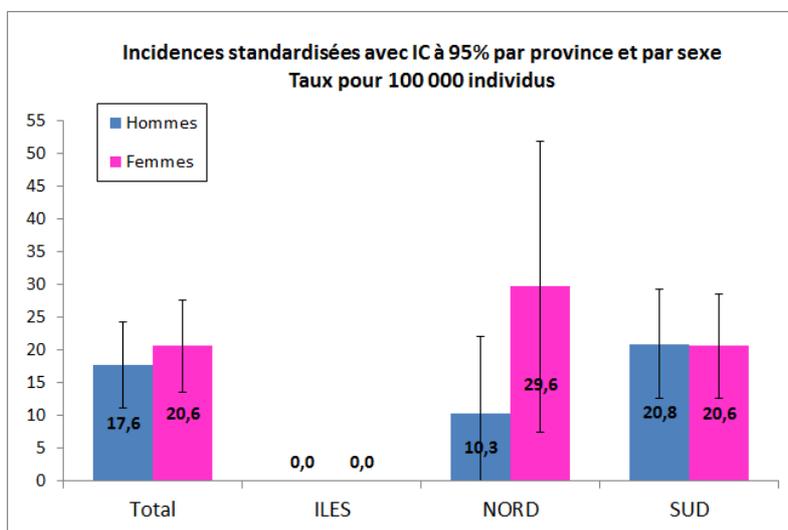
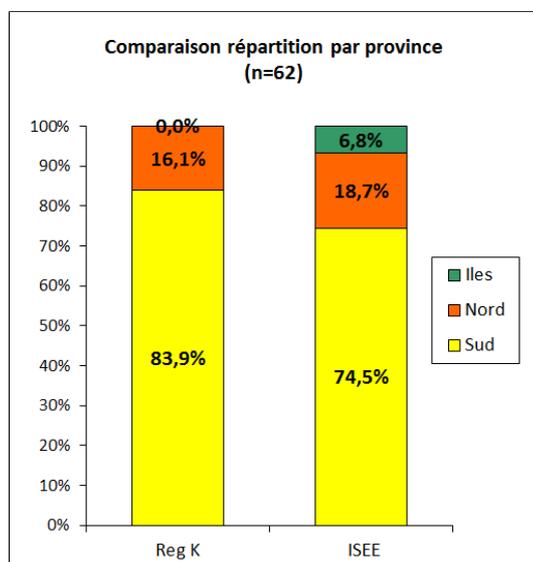


Figure 29 et 30 - Cancer CR, répartition et incidences standardisée selon le sexe et la province

Survie et stade au diagnostic

Les cancers du CR sont le plus souvent diagnostiqués suite à l'apparition de symptômes (90%, n=56) ; 2 ont été diagnostiqués par un dépistage. Un seul cancer a été diagnostiqué uniquement par l'imagerie médicale, tous les autres ont été confirmés par une analyse histologique (98,4%, n=61).

Le diagnostic a été effectué dans plus de la moitié des cas (51%) au stade avec envahissement régional ou métastatique. Les métastases les plus fréquentes sont localisées dans : le foie (54%, n=14), le poumon (19%, n=5) et le péritoine (15%, n=4).

Le taux de survie dépend du stade au diagnostic. Au stade localisé, le taux de survie 5 ans après le diagnostic est de 67%. Il n'est que de 7% en cas de diagnostic à un stade métastatique.

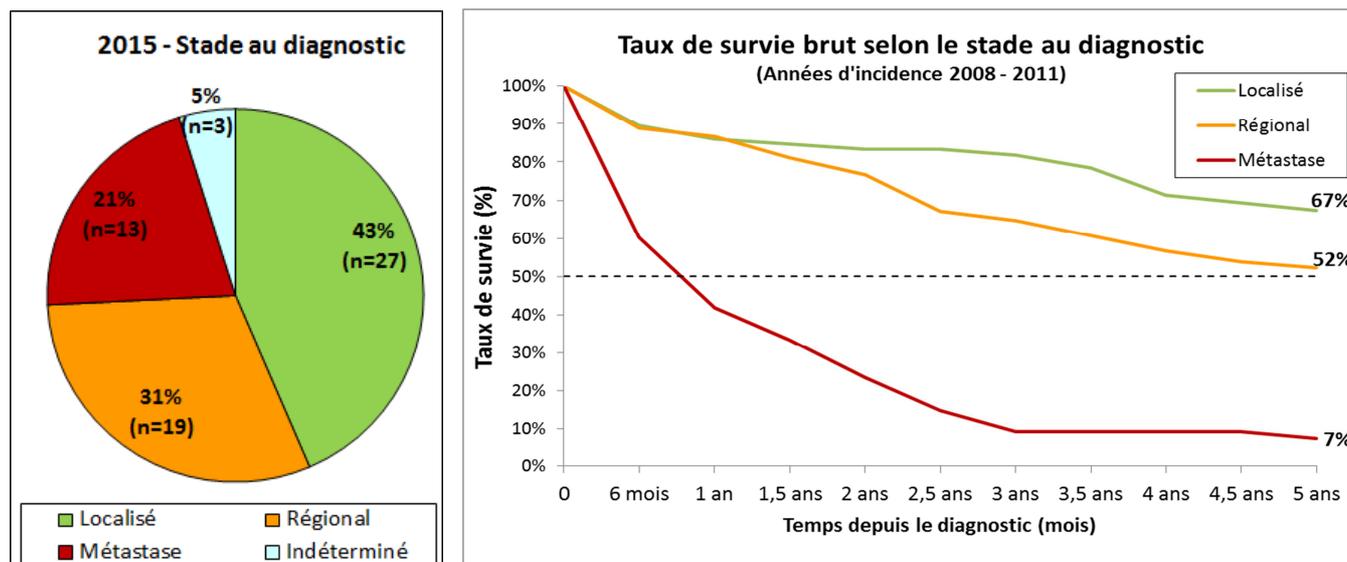


Figure 31 et 32 – Cancer CR, Répartition et taux de survie selon le stade au diagnostic

Evolution

Le nombre de cancer du côlon a plus que triplé en 30 ans, passant de 20 cas par an en 1984-1985 à plus de 60 cas à partir de 2008.

Après une augmentation annuelle régulière entre 2003 et 2008, le nombre de cancer du côlon-rectum diagnostiqués chaque année tend à se stabiliser aux alentours de 70 cas par an.

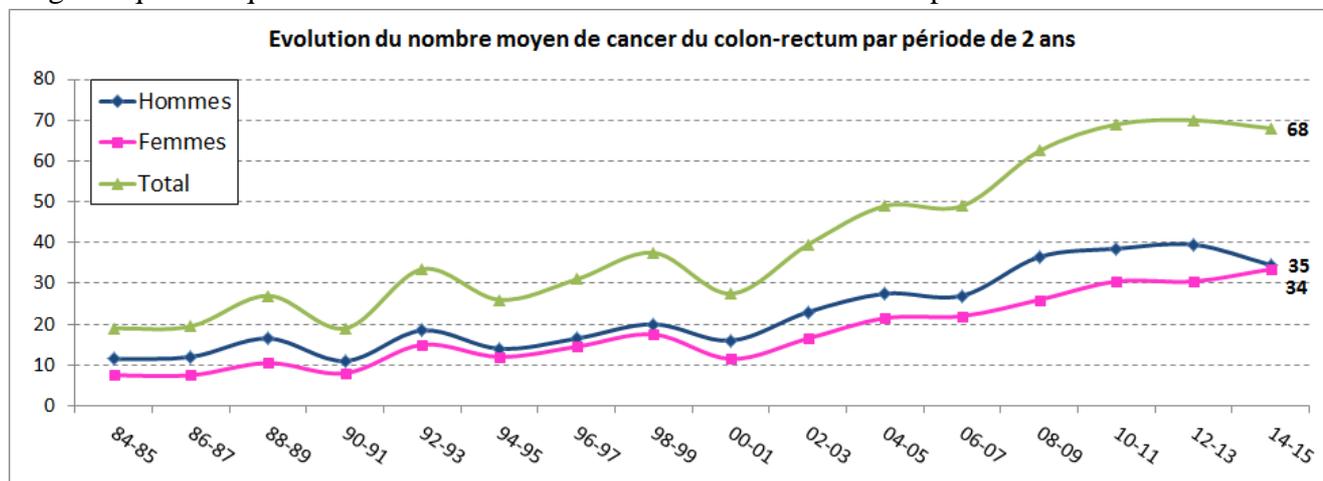


Figure 33 - Cancer CR, évolution du nombre moyen de cas annuel

Incidences et comparaisons internationales

Chez les hommes en 2015, le TIS du cancer du côlon-rectum est de 17,6 (24,2 – 11) pour 100.000 personnes-année. Ce taux est nettement plus bas que ceux de l’Australie, la Nouvelle-Zélande et la France métropolitaine. Il est équivalent à ceux de la Guadeloupe et de la Polynésie Française.

Chez les femmes en 2015, le TIS du cancer du côlon-rectum est de 20,6 (27,6 – 13,5) pour 100.000 personnes-année. Ce taux est plus faible que ceux de l’Australie et de la Nouvelle-Zélande. Il est équivalent à ceux de la Métropole et de la Réunion.

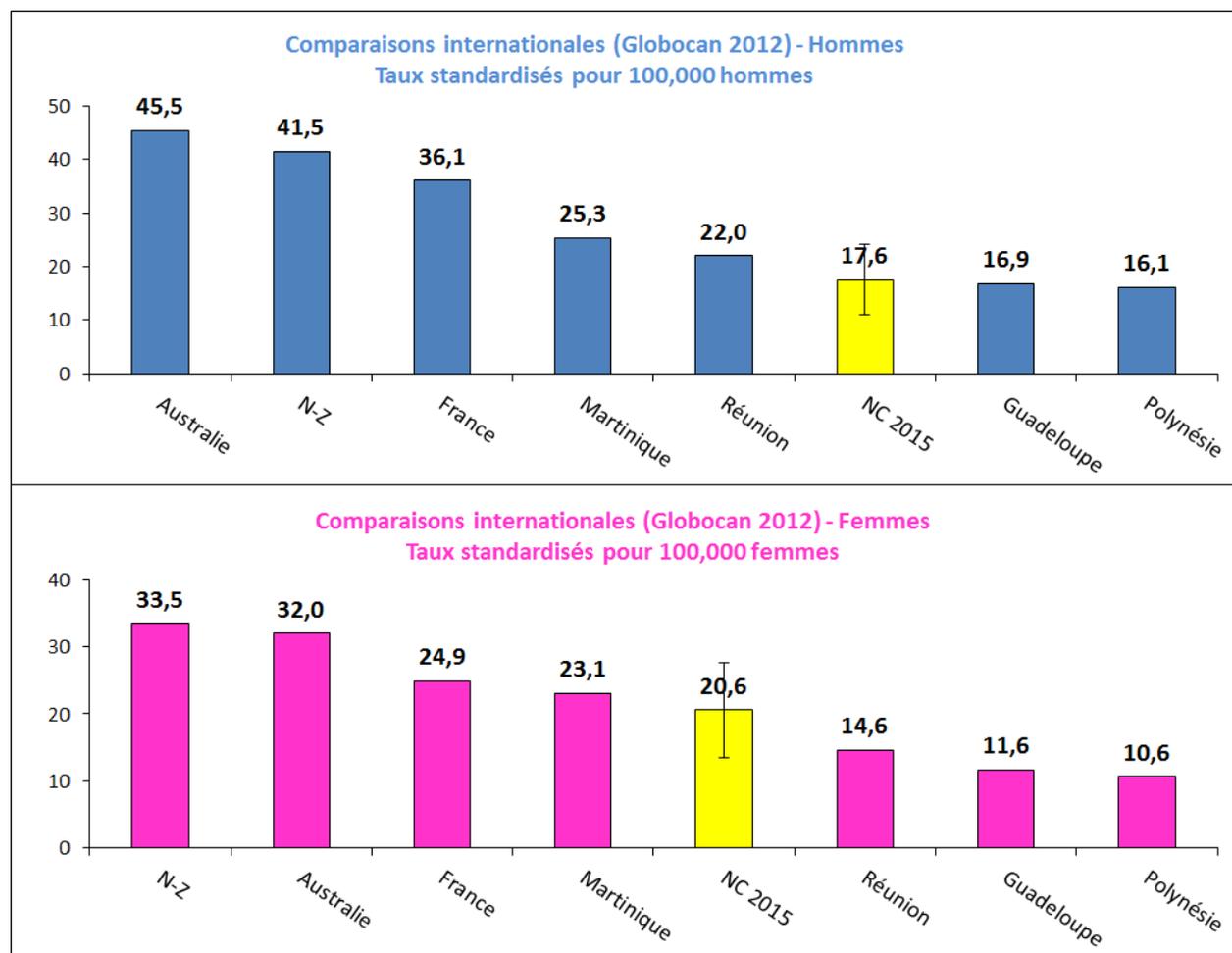


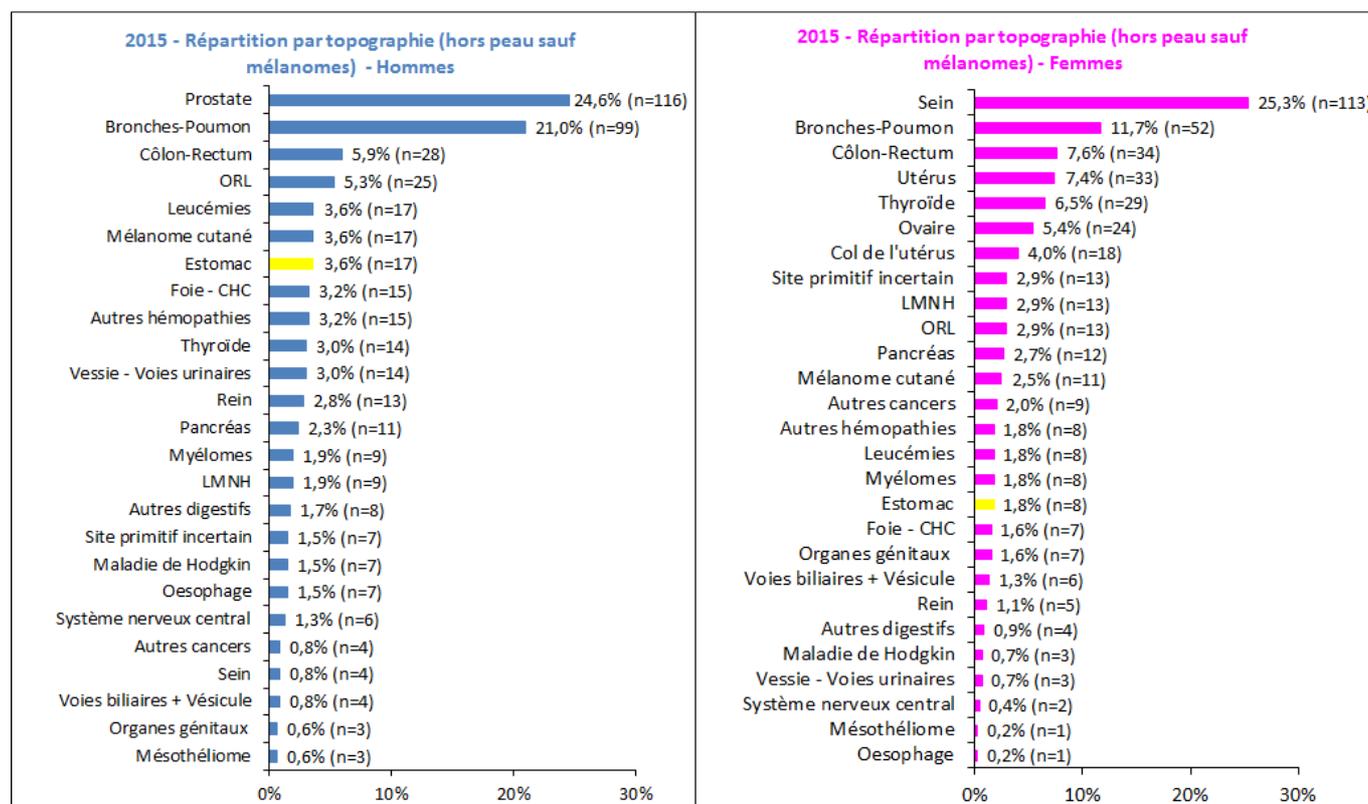
Figure 34 - Cancer CR, comparaisons internationales des incidences selon le sexe

VI-3.b Cancer de l'estomac

Généralités

En 2015, le cancer de l'estomac est le 9^{ème} cancer, tous sexes confondus, avec **25** tumeurs invasives. Il se situe au 5^{ème} rang chez les hommes avec 17 tumeurs, et au 14^{ème} rang chez les femmes avec 8 tumeurs. Le sex-ratio est de 2,1 hommes pour une femme. Un patient avait un antécédent de cancer du côlon.

Les facteurs de risque connus sont des pathologies prédisposantes (infections à *Helicobacter pylori*, chirurgie gastrique antérieure, obésité...), des facteurs génétiques, des habitudes alimentaires (sel, aliments salés, fumés ou frits, nitrites, hydrocarbures), le statut socio-économique, le tabac.



Figures 35 – Répartition par topographies selon le sexe

Age

En 2015, l'âge moyen au diagnostic est de 63 ans (médiane 67 ans), variant de 11 à 83 ans avec :

- 12% des patients qui ont moins de 50 ans
- 68% des patients qui ont entre 50 et 75 ans
- 20% qui ont 75 ans et plus

En métropole, l'âge moyen au diagnostic est 71 ans chez les hommes et 74 ans chez les femmes.

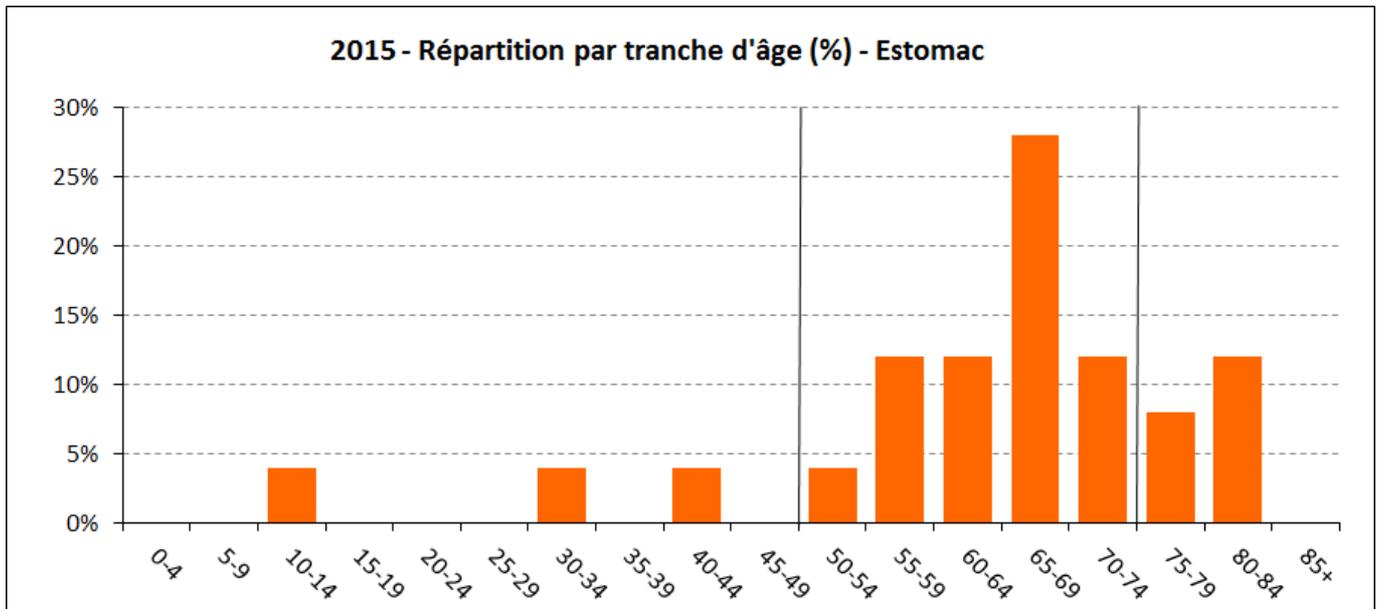


Figure 36 - Cancer de l'estomac, répartition par classe d'âge

Provinces

En 2015, on observe une différence significative ($p=0.002$) entre la répartition des cancers de l'estomac par province et celle de la population générale, avec un nombre de cas en province des Iles plus important qu'attendu. Cependant, il n'y a pas de différence significative entre les taux d'incidence standardisée par sexe et par province.

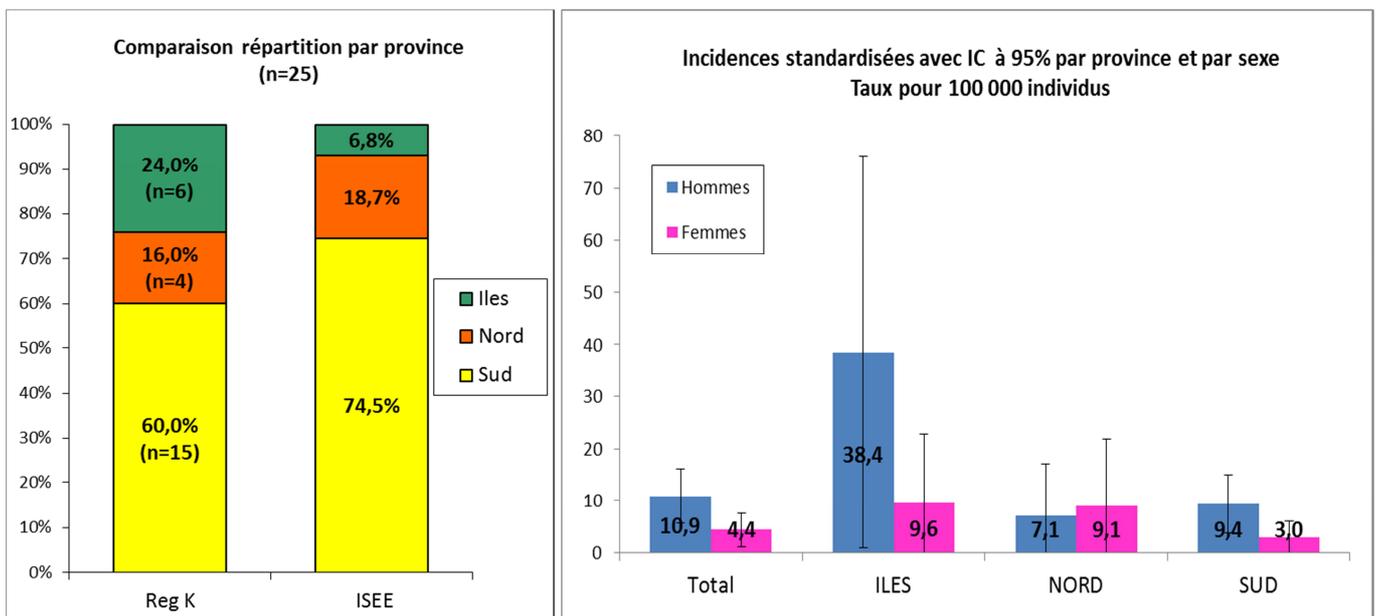


Figure 37 et 38 - Cancer de l'estomac, répartition et incidences standardisées selon le sexe et la province

Survie et stade au diagnostic

La majorité des cancers de l'estomac sont diagnostiqués suite à l'apparition de symptômes (92%, n=23), un cancer a été découvert de manière fortuite et 1 de manière indéterminée. Tous les cancers ont été confirmés par une analyse histologique.

Près de un cancer de l'estomac sur 2 (48%) est diagnostiqué au stade métastatique. Les métastases les plus fréquentes sont localisées dans le foie (43%, n=6) ou le péritoine (43%, n=6).

Le taux de survie dépend du stade au diagnostic. Au stade localisé, le taux de survie 2 ans après le diagnostic est de 72%. Il est de 5% si le diagnostic est réalisé à un stade métastatique.

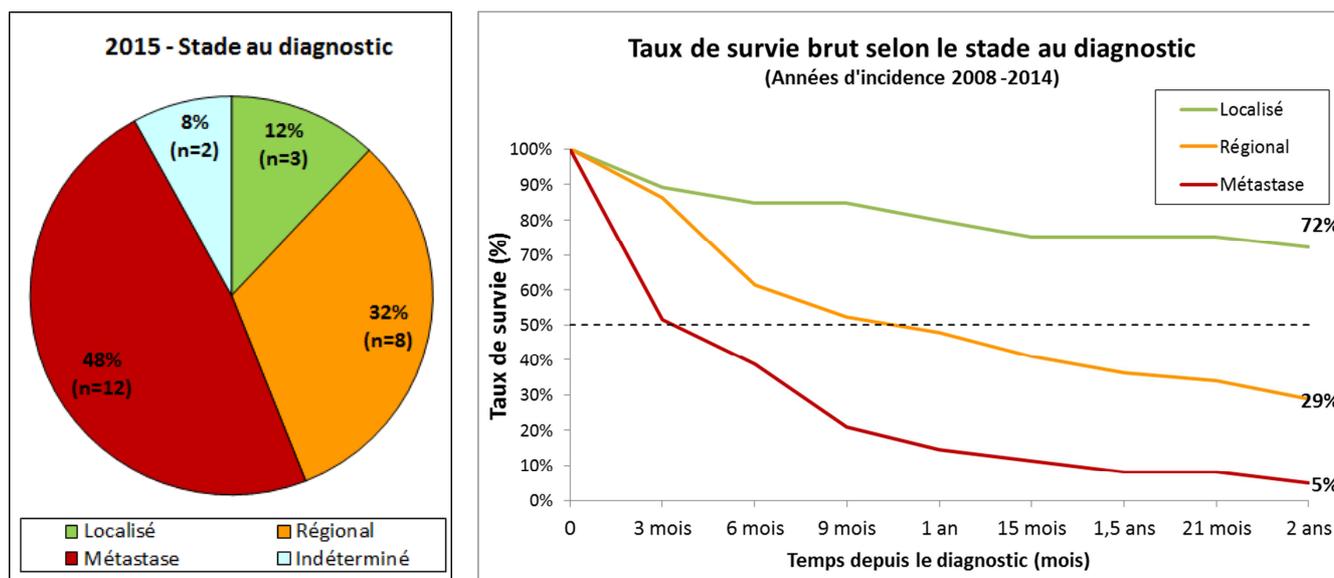


Figure 39 et 40 - Cancer de l'estomac, Répartition et taux de survie selon le stade au diagnostic

Evolution

Après une chute à la fin des années 90, le nombre de cancers de l'estomac augmente régulièrement pour atteindre une moyenne annuelle de 30 cas par an entre 2014 et 2015.

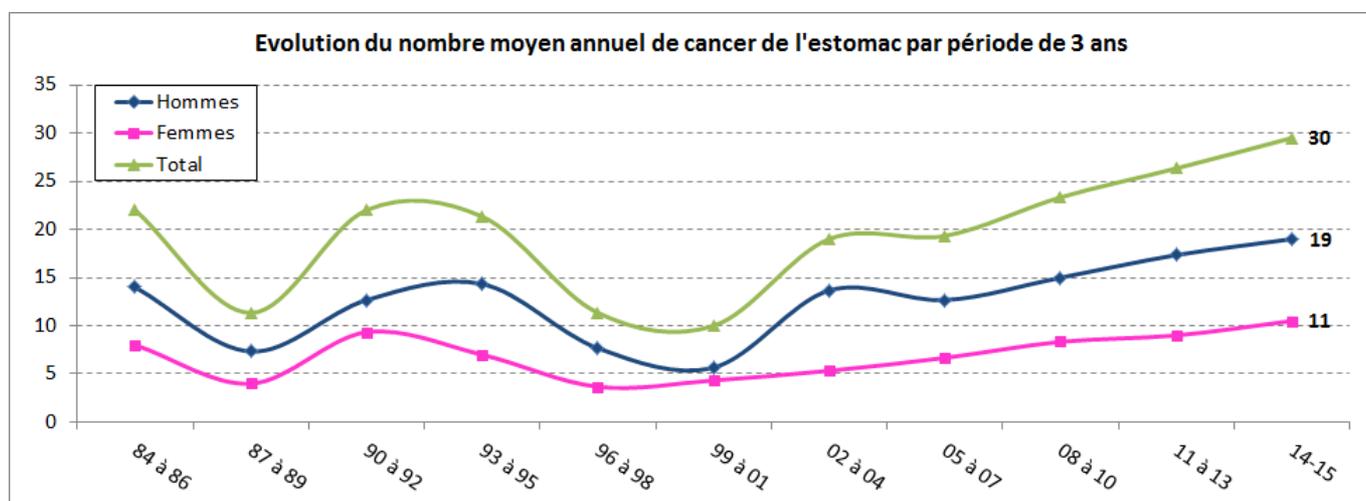


Figure 41 - Cancer de l'estomac, évolution du nombre moyen de cas annuel

Incidences et comparaisons internationales

Chez les hommes en 2015, le TIS du cancer de l'estomac est de 10,9 (5,7 – 16,1) pour 100.000 personnes année. Ce taux est plus élevé que ceux de la France métropolitaine et des pays voisins, moins élevé que celui de certains DOM.

Chez les femmes en 2015, le TIS du cancer de l'estomac est de 4,4 (1,2 – 7,6) pour 100.000 personnes année. Ce taux est comparable à ceux de la France métropolitaine, des autres DOM-TOM et des pays voisins.

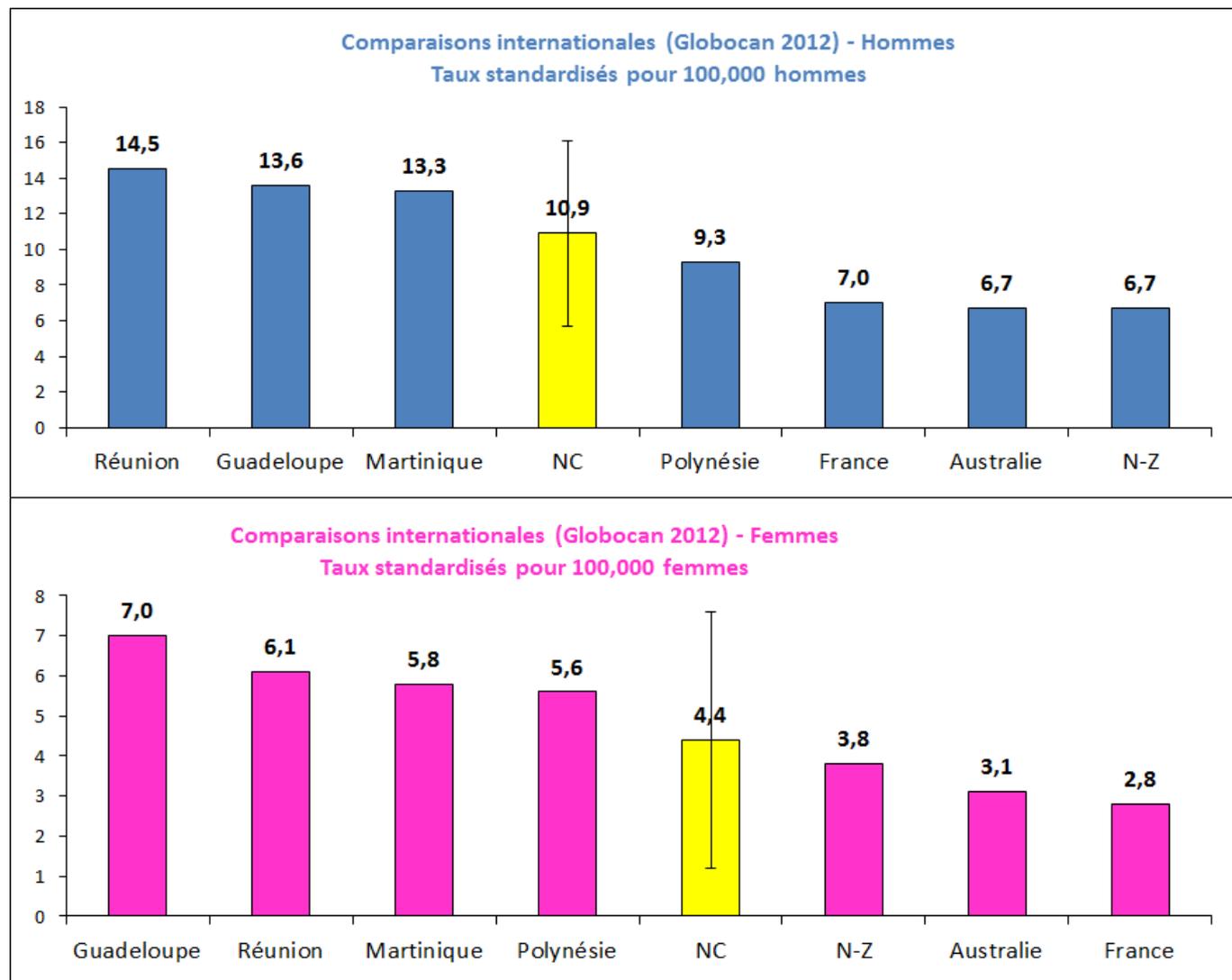


Figure 42 - Cancer de l'estomac, comparaisons internationales des incidences selon le sexe

VI-3.c Hépatocarcinome (CHC)

Généralités

En 2015, le CHC est le 14^{ème} cancer, tous sexes confondus, avec **22** tumeurs invasives. Il se situe au 8^{ème} rang chez les hommes avec 15 tumeurs, et au 18^{ème} rang chez les femmes avec 7 tumeurs. Le sex-ratio est de 2,1 hommes pour une femme. Un patient avait un antécédent de plasmocytome.

Les principaux facteurs de risque du CHC sont la cirrhose, les infections dues aux virus de l'hépatite (B ou C), l'alcool et l'obésité. La moitié des patients (50%, n=11) ayant développé un CHC étaient porteurs du virus de l'hépatite B, et 27% (n=6) consommaient régulièrement de l'alcool.

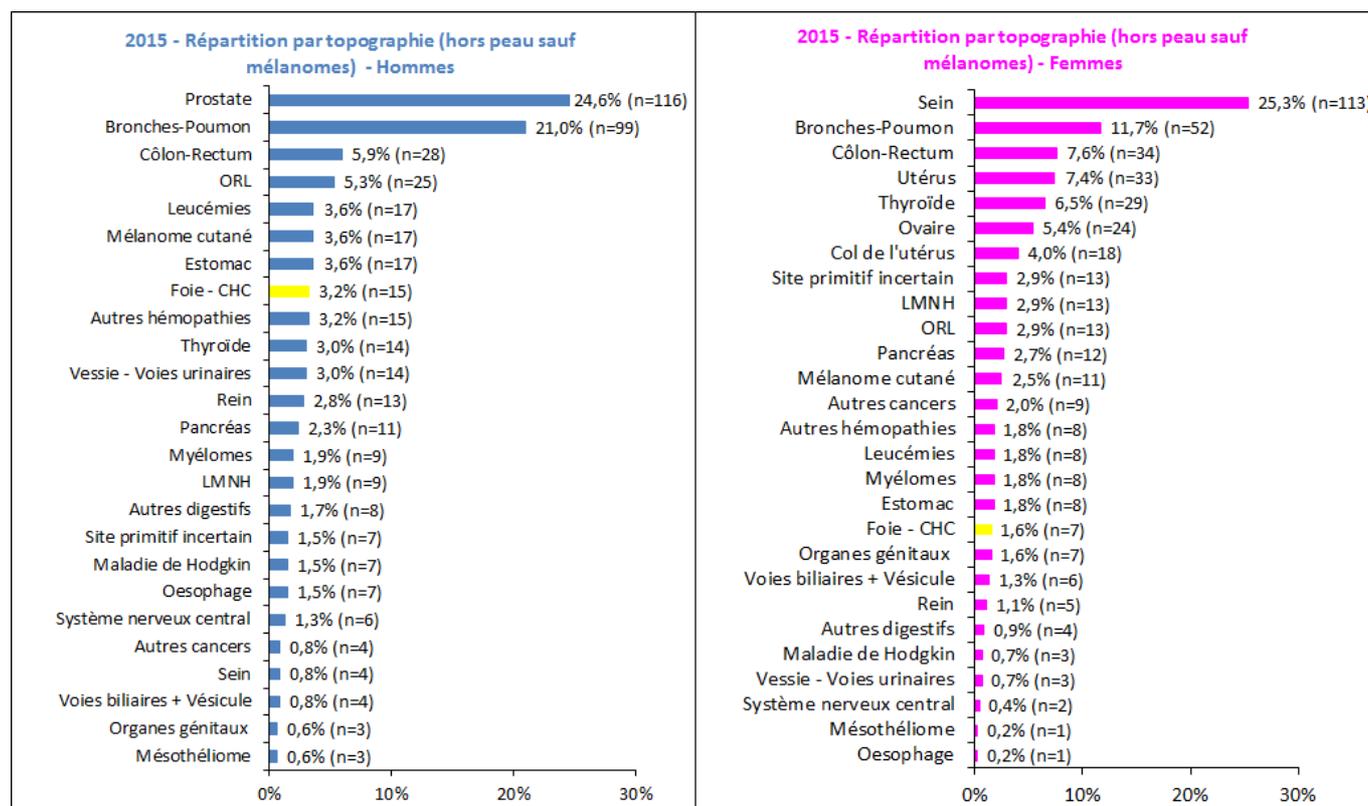


Figure 43 - Répartition par topographies selon le sexe

Age

En 2015, l'âge moyen au diagnostic est de 61 ans (médiane 63 ans), variant de 38 à 78 ans avec :

- 18% des patients qui ont moins de 50 ans
- 73% des patients qui ont entre 50 et 75 ans
- 9% qui ont 75 ans et plus

En métropole, l'âge moyen au diagnostic est 63 ans.

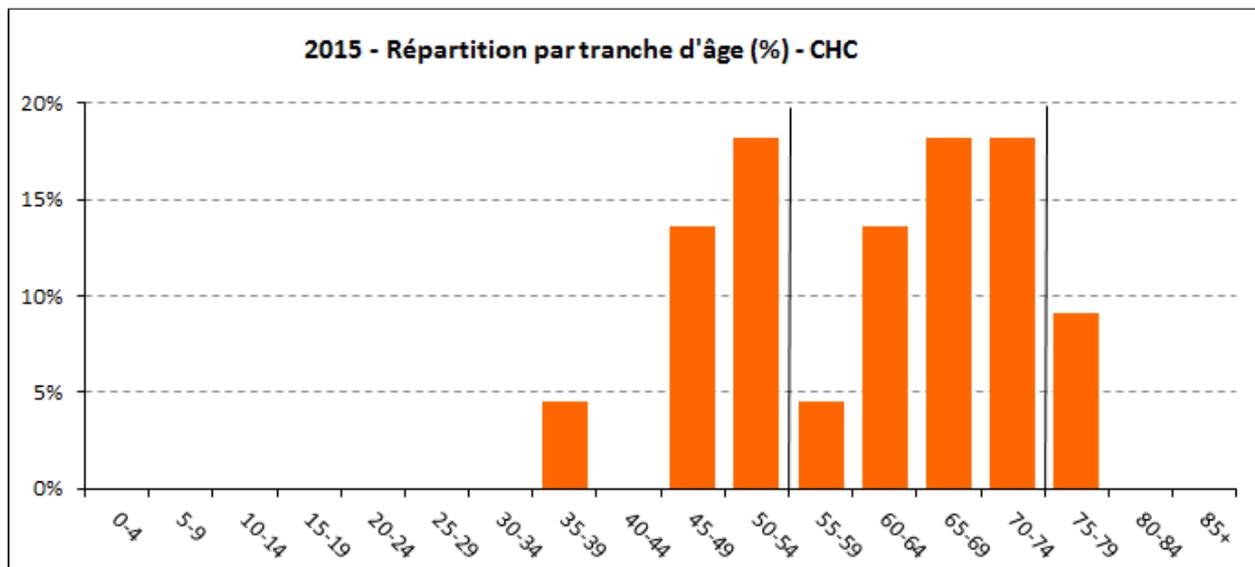


Figure 44 – CHC, répartition par classe d'âge

Provinces

En 2015, il n'y a pas de différence significative ($p=0,21$) entre la répartition des CHC par province et celle de la population générale. Il n'y a pas non plus de différence significative entre les taux d'incidence standardisée par sexe et par province.

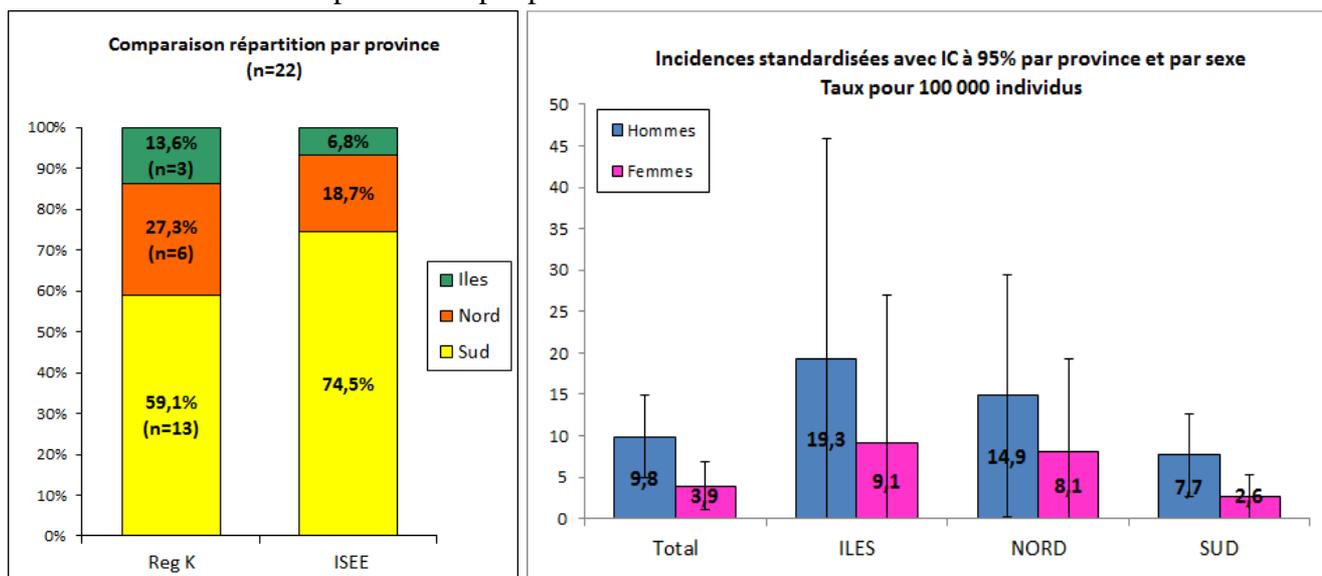


Figure 45 et 46 - CHC, répartition et incidences standardisées selon le sexe et la province

Survie et stade au diagnostic

La majorité des CHC sont diagnostiqués suite à l'apparition de symptômes (64%, n=14). Cinq CHC ont été diagnostiqués lors du suivi de leur cirrhose (23%, n=5), un cancer a été découvert de manière fortuite et 2 de manière non précisée.

La moitié des CHC (50%, n=11) a été diagnostiquée suite à un dosage élevé des AFP et 4 ont été diagnostiqués grâce à l'imagerie médicale (18%). Seulement 7 patients ont eu un diagnostic histologique (32%).

Près de la moitié des CHC (45%, n=10) a été diagnostiquée au stade régional. Les métastases les plus fréquentes sont localisées dans les os (50%).

Le taux de survie dépend du stade au diagnostic. Au stade localisé, le taux de survie 1 an après le diagnostic est de 51%. Il est de 9% si le diagnostic est réalisé à un stade métastatique.

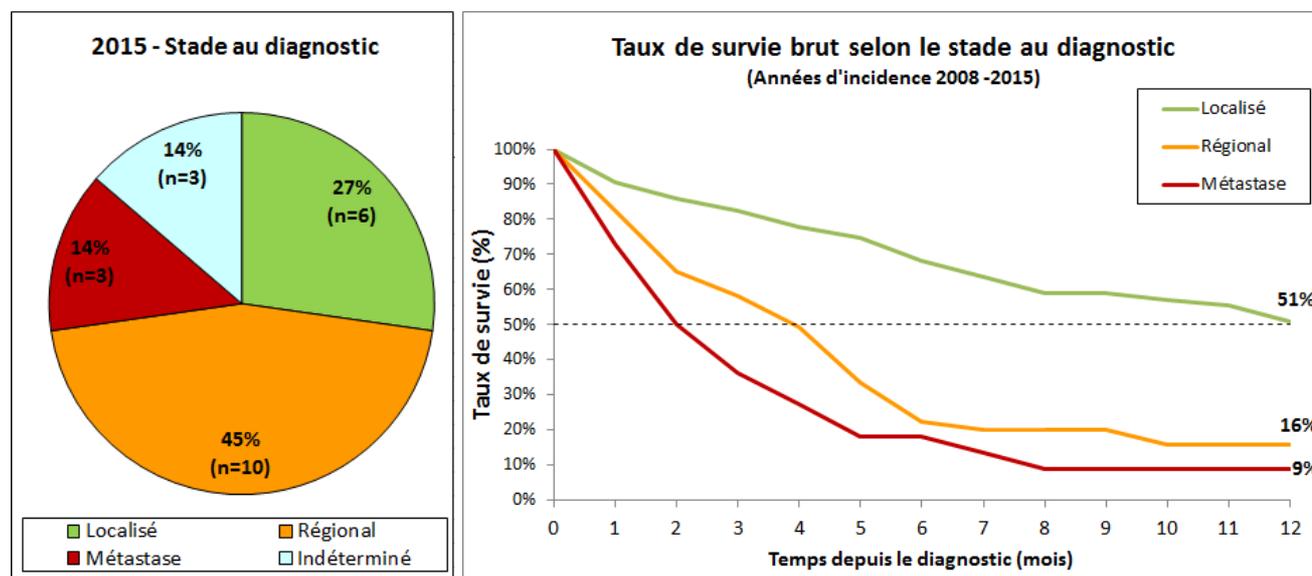


Figure 47 et 48 - CHC, Répartition et taux de survie selon le stade au diagnostic

Evolution

Chez les femmes, le nombre de CHC diagnostiqués chaque année se situe entre 0 et 5 cas. Chez les hommes, on observe une augmentation du nombre de CHC à partir de 2008, passant de 5 cas par an à près de 15. Ceci s'explique essentiellement par l'amélioration de l'exhaustivité de ces cancers, faisant rarement l'objet d'un diagnostic histologique, à partir de cette année d'incidence.

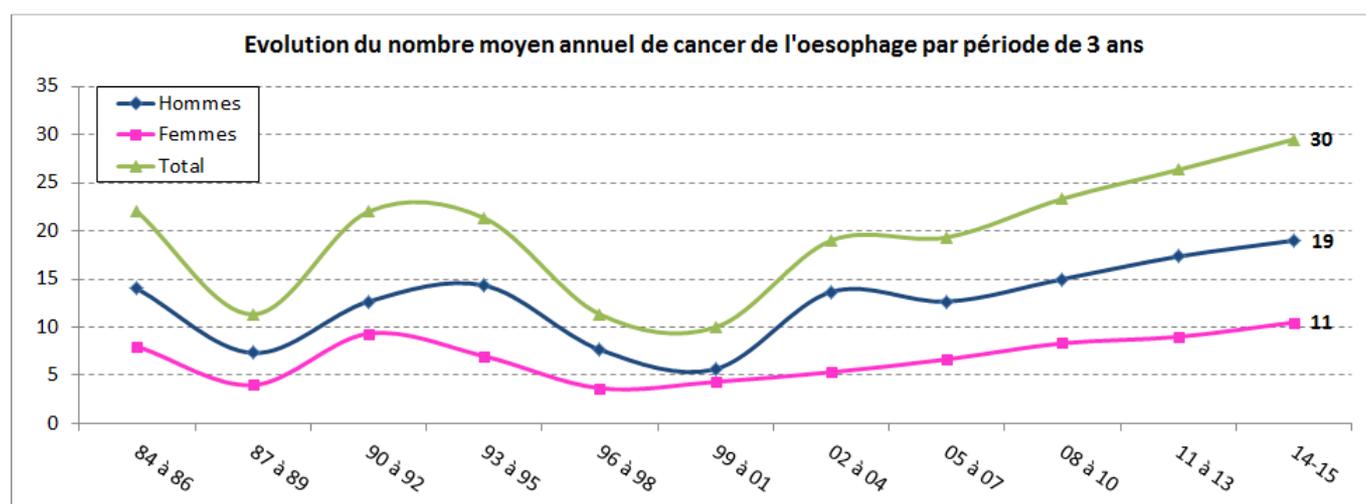


Figure 49 - CHC évolution du nombre moyen de cas annuel

Incidences et comparaisons internationales

Chez les hommes en 2015, le TIS du CHC est de 9,8 (4,8 – 14,8) pour 100.000 personnes-année. Chez les femmes en 2015, ce taux est de 3,9 (1 – 6,9) pour 100.000 personnes-année. Il n'a pas été retrouvé sur les principaux sites internationaux fournissant des données sur les cancers, les TIS du CHC des autres pays. En effet, sur Globocan, les TIS comprennent à la fois les CHC et les tumeurs des voies biliaires intra-hépatiques, ce qui augmente les incidences, par rapport à celles attendues pour cette localisation.

IV-3.d Cancer des voies biliaires intra-hépatiques, extra-hépatiques et de la vésicule biliaire (VB)

Généralités

En 2015, le cancer des VB est le 23^{ème} cancer, tous sexes confondus, avec **10** tumeurs invasives. Il se situe au 21^{ème} rang chez les hommes avec 4 tumeurs, et au 20^{ème} rang chez les femmes avec 6 tumeurs. Le sex-ratio est de 0,7 homme pour une femme. Une patiente avait un antécédent de cancer du sein et un patient un antécédent de cancer de la prostate.

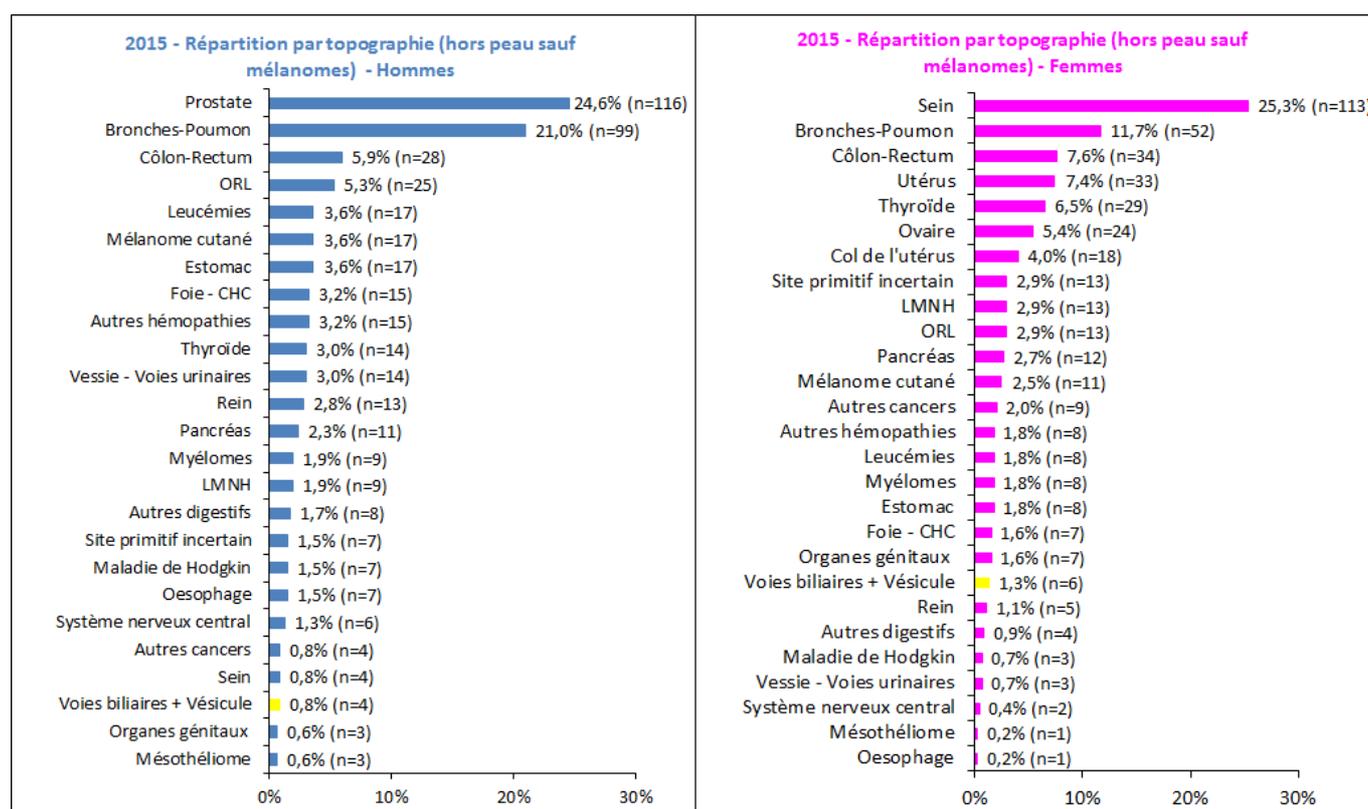


Figure 50 - Répartition par topographies selon le sexe

Age

En 2015, l'âge moyen au diagnostic est de 71 ans (médiane 68 ans), variant de 57 à 88 ans.

Provinces

Un cas de cancer a été diagnostiqué en province Nord, 9 en province Sud et aucun en province des Iles.

Survie et stade au diagnostic

La majorité des cancers des VB sont diagnostiqués suite à l'apparition de symptômes (n=9). Les circonstances de découverte pour un patient n'ont pas été retrouvées. La majorité des cas ont été confirmés par un diagnostic histologique ou cytologique (70%, n=7), et 3 cancers ont été diagnostiqués par imagerie médicale.

Quatre cancers ont été diagnostiqués au stade métastatique (40%), 4 au stade régional (40%) et 2 cas avait un stade qui n'a pas pu être déterminé. Les métastases les plus fréquentes sont localisées dans le péritoine.

Le taux de survie à 3 ans, tous stades confondus est de 2% ; 50% des patients décèdent dans les 6 mois suivant le diagnostic.

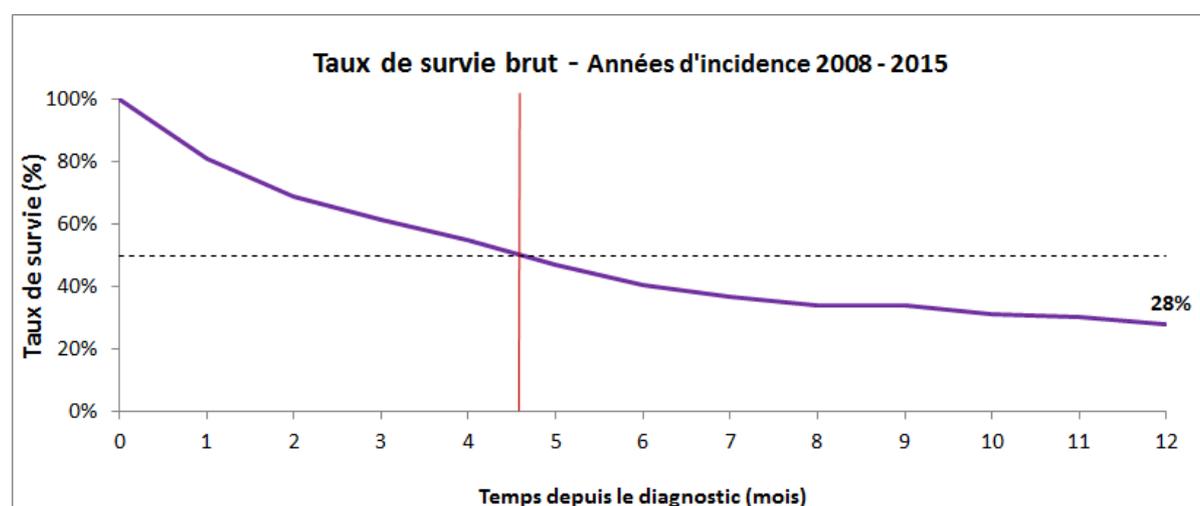


Figure 51 - Cancer des VB, Taux de survie à 2 ans

Evolution

Au vu du faible nombre annuel de cancers des VB, les cas ont été regroupés par période de 5 ans. Depuis le début des années 2000, le nombre de cas de cancers des VB augmente, passant de 3 cas par an entre 1999 et 2003 à une moyenne de 13 cas par an entre 2014 et 2015.

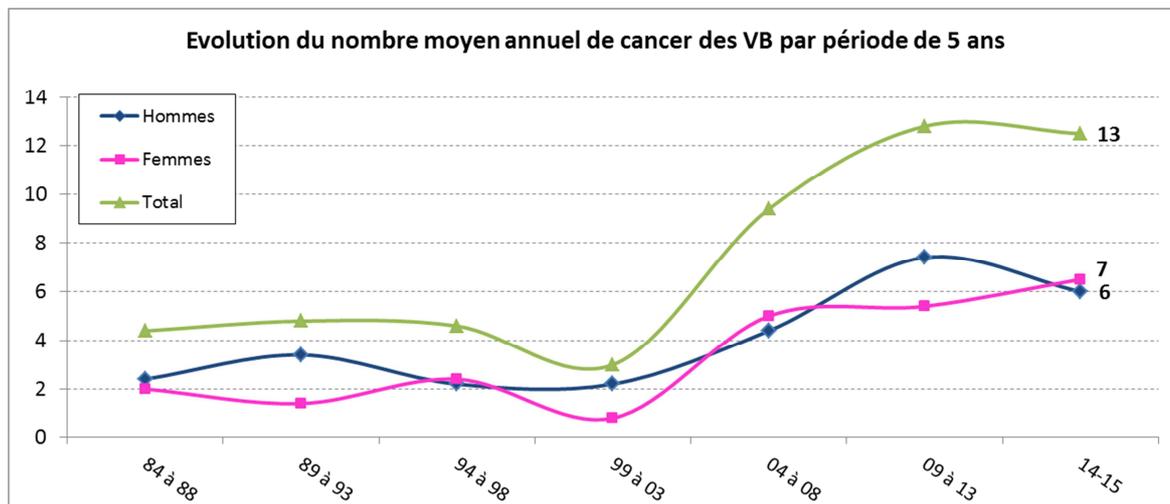


Figure 52 - Cancer des VB, évolution du nombre moyen de cas annuel

Incidences et comparaisons internationales

Chez les hommes en 2015, le TIS des cancers des VB est de 2,6 (0 – 5,2) pour 100.000 personnes année. Chez les femmes en 2015, ce taux est de 3,1 (0,5 – 5,7) pour 100.000 personnes année.

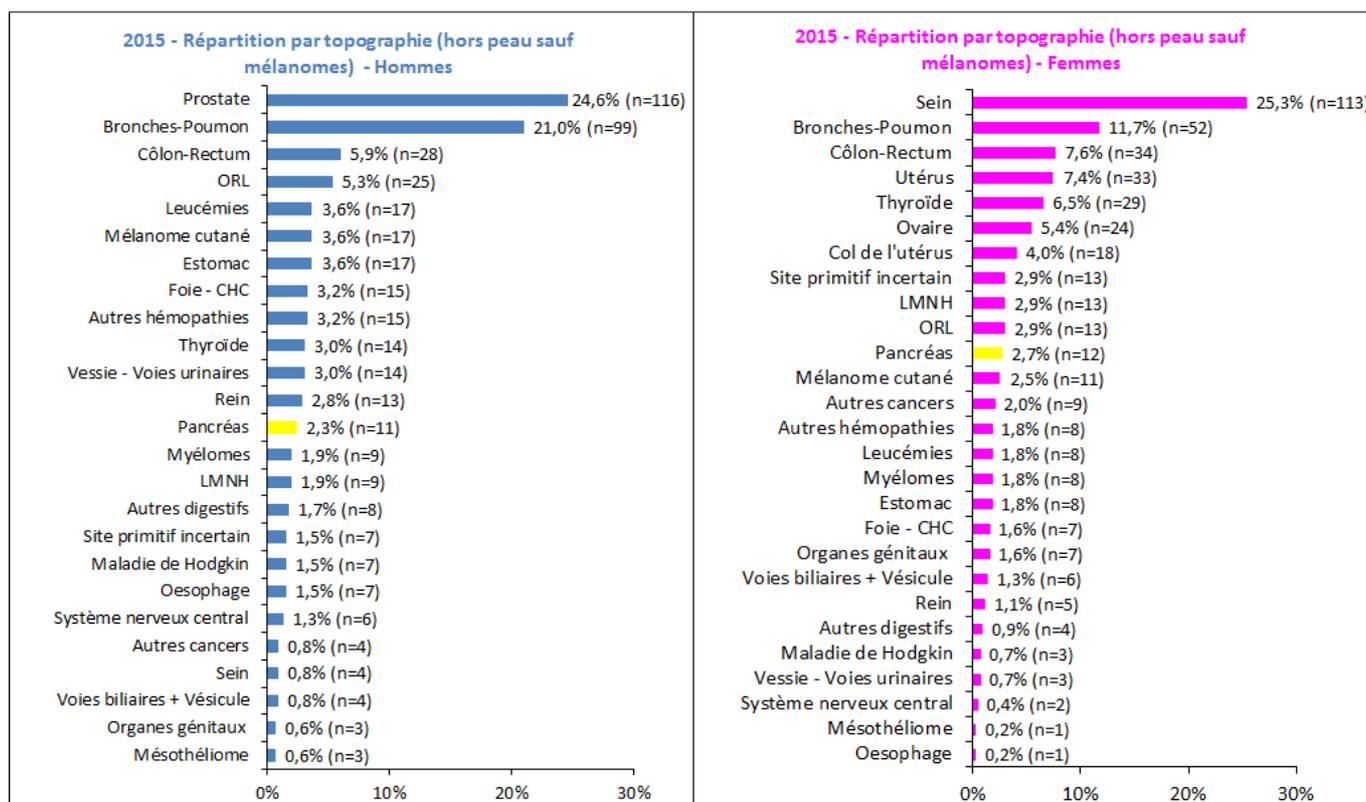
Il n'a pas été possible de trouver les TIS des cancers des VB des autres pays. En effet, sur Globocan, les TIS comprennent uniquement les tumeurs des voies biliaires extra-hépatiques et de la vésicule, donnant des incidences inférieures à celles qui seraient attendues.

IV-3.e Cancer du pancréas

Généralités

En 2015, le cancer du pancréas est le 12^{ème} cancer, tous sexes confondus, avec **23** tumeurs invasives. Il se situe au 13^{ème} rang chez les hommes avec 11 tumeurs, et au 11^{ème} rang chez les femmes avec 12 tumeurs. Le sex-ratio est de 0,9 homme pour une femme. Trois patients avaient un autre cancer (thyroïde et col de l'utérus).

Ce cancer est un cancer en croissance dans le monde, avec comme principaux facteurs de risque : le tabac, l'alimentation riche en graisse et glucides, pauvre en fibres, la pancréatite chronique, l'alcool au travers de la pancréatite chronique, l'obésité.



Figures 53 – Répartition par topographies selon le sexe

Age

En 2015, l'âge moyen au diagnostic est de 64 ans (médiane 64 ans), variant de 45 à 90 ans avec :

- 13% des patients qui ont moins de 50 ans
- 70% des patients qui ont entre 50 et 75 ans
- 17% qui ont 75 ans et plus

L'âge moyen chez les hommes est de 57 ans et de 70 ans chez les femmes. En métropole, l'âge moyen au diagnostic est 69 ans chez les hommes et 74 ans chez les femmes.

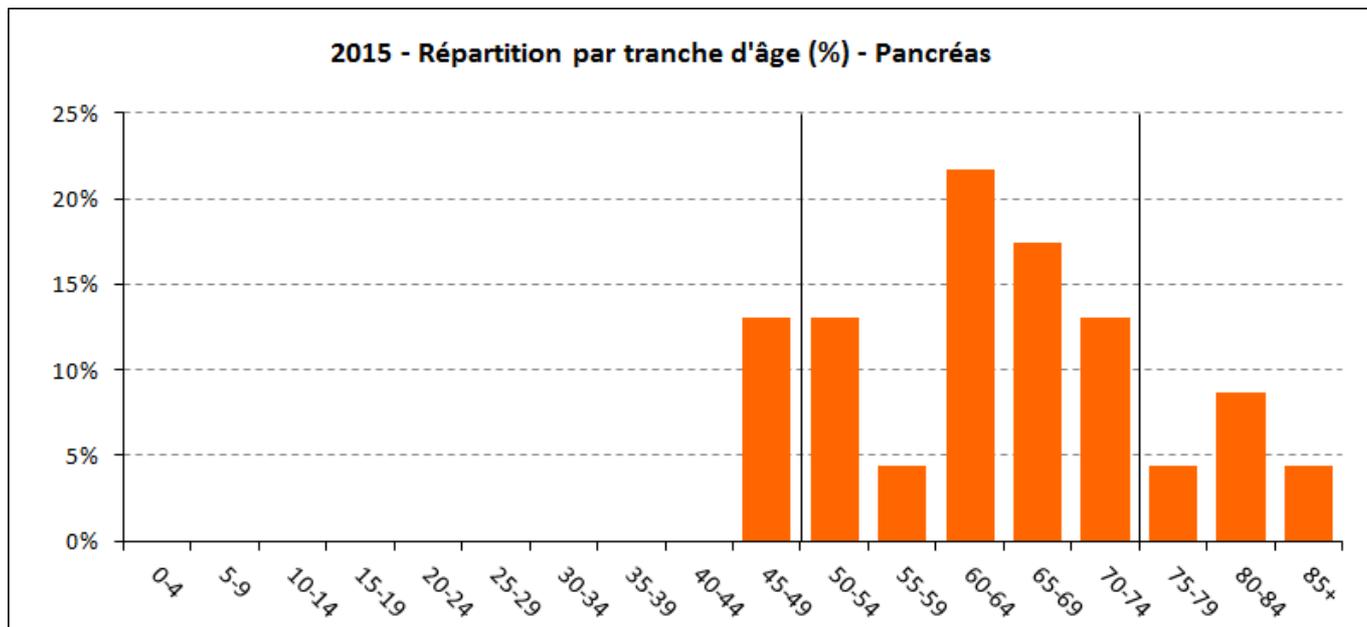


Figure 54 - Cancer du pancréas, répartition par classe d'âge

Provinces

En 2015, il n'y a pas de différence significative ($p=0,62$) entre la répartition des cancers du pancréas par province et celle de la population générale. Il n'y a pas de différence significative entre les taux d'incidence standardisée par sexe et par province.

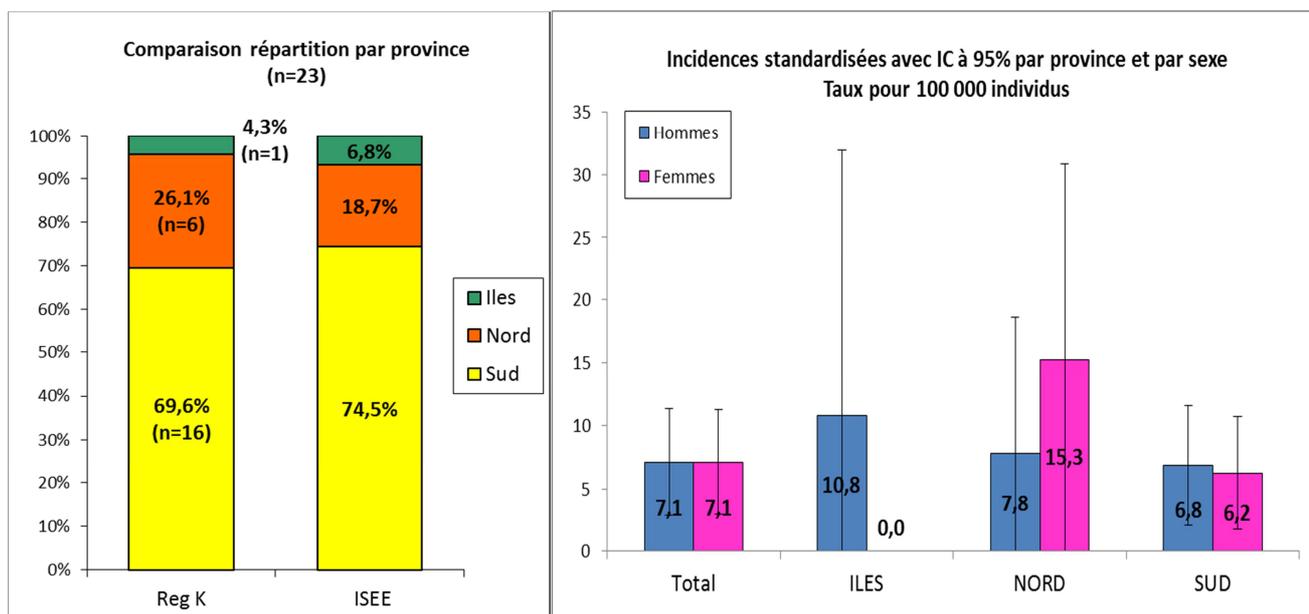


Figure 55 et 56 - Cancer du pancréas, répartition et incidences standardisées selon le sexe et la province

Survie et stade au diagnostic

La majorité des cancers du pancréas sont diagnostiqués suite à l'apparition de symptômes (83%, n=12), 2 cancers ont été découverts de manière fortuite et 2 de manière non déterminée. 74% des cancers ont été confirmés par une analyse histologique ou cytologique et 6 (26%) ont été diagnostiqués par imagerie médicale.

La majorité des cancers du pancréas sont diagnostiqués au stade métastatique (65%) ou régional (22%). Les métastases les plus fréquentes sont localisées dans le foie (60%, n=12) ou les poumons (20%, n=4).

Le taux de survie après un diagnostic de cancer du pancréas est faible quel que soit le stade. Le taux de survie à 2 ans est de 11%. La moitié des patients décèdent entre 3 et 6 mois après le diagnostic.

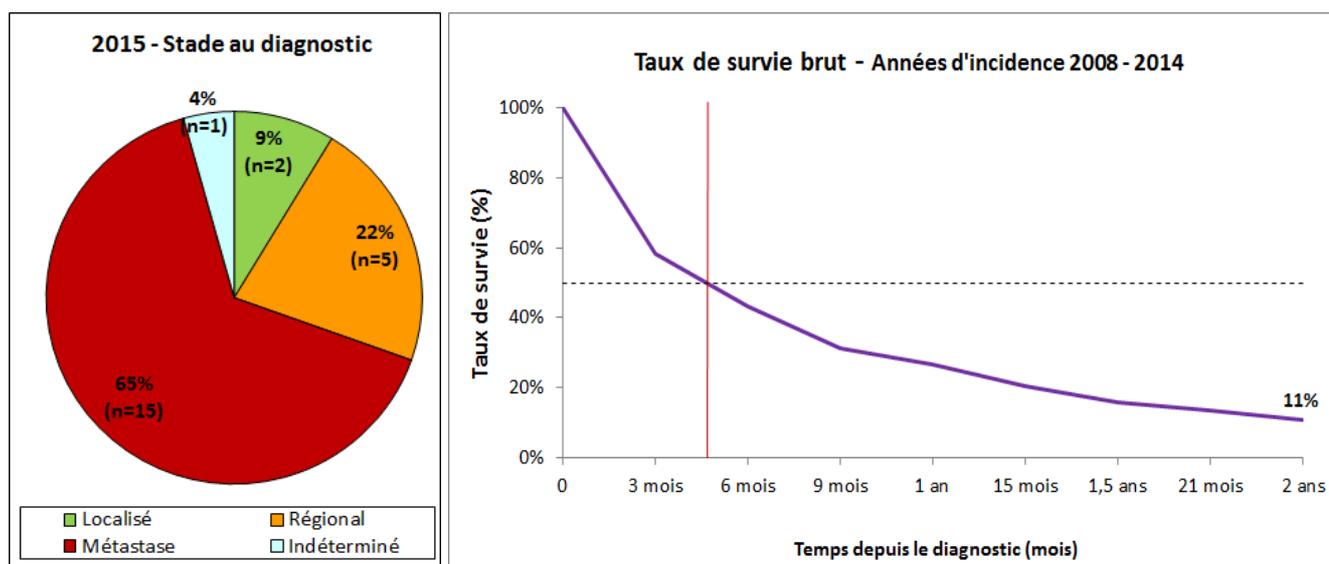


Figure 57 et 58 - Cancer du pancréas, Répartition et taux de survie selon le stade au diagnostic

Evolution

Depuis 2004-2005, on observe une augmentation continue du nombre de cancers du pancréas diagnostiqués chaque année quel que soit le sexe.

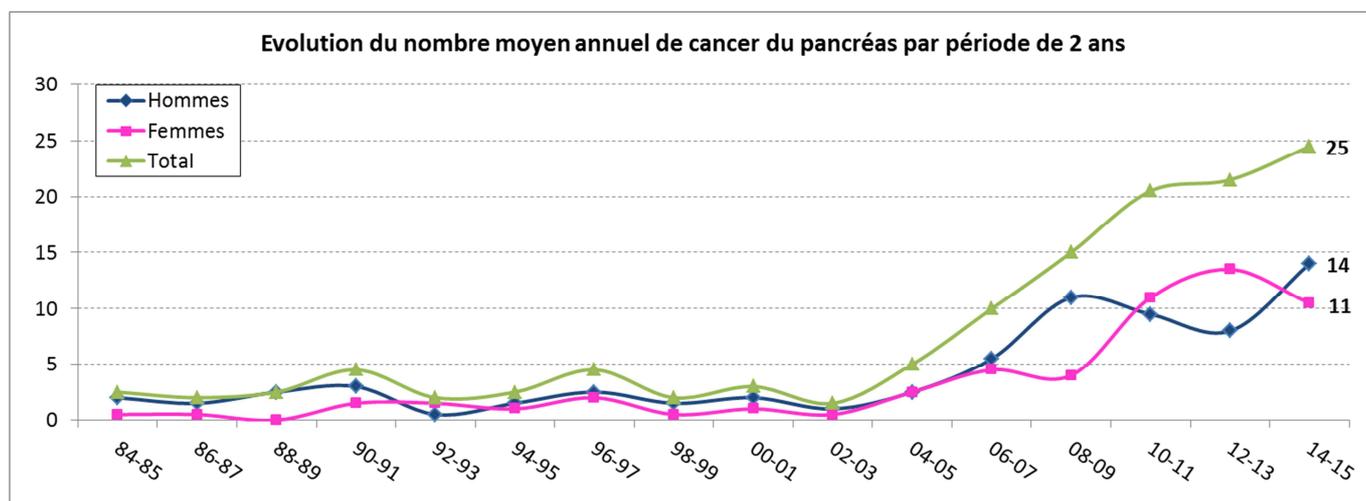


Figure 59 - Cancer du pancréas, évolution du nombre moyen de cas annuel

Incidences et comparaisons internationales

Chez les hommes en 2015, le TIS du cancer du pancréas est de 7,1 (2,9 – 11,3) pour 100.000 personnes année. Ce taux est comparable à ceux de la France métropolitaine, des DOM et des pays voisins.

Chez les femmes en 2015, le TIS du cancer du pancréas est de 7,1 (11,3 – 2,9) pour 100.000 personnes-année. Ce taux est comparable à ceux de la France métropolitaine, des DOM, de l’Australie et de la Nouvelle-Zélande, et supérieur à celui de la Polynésie Française.

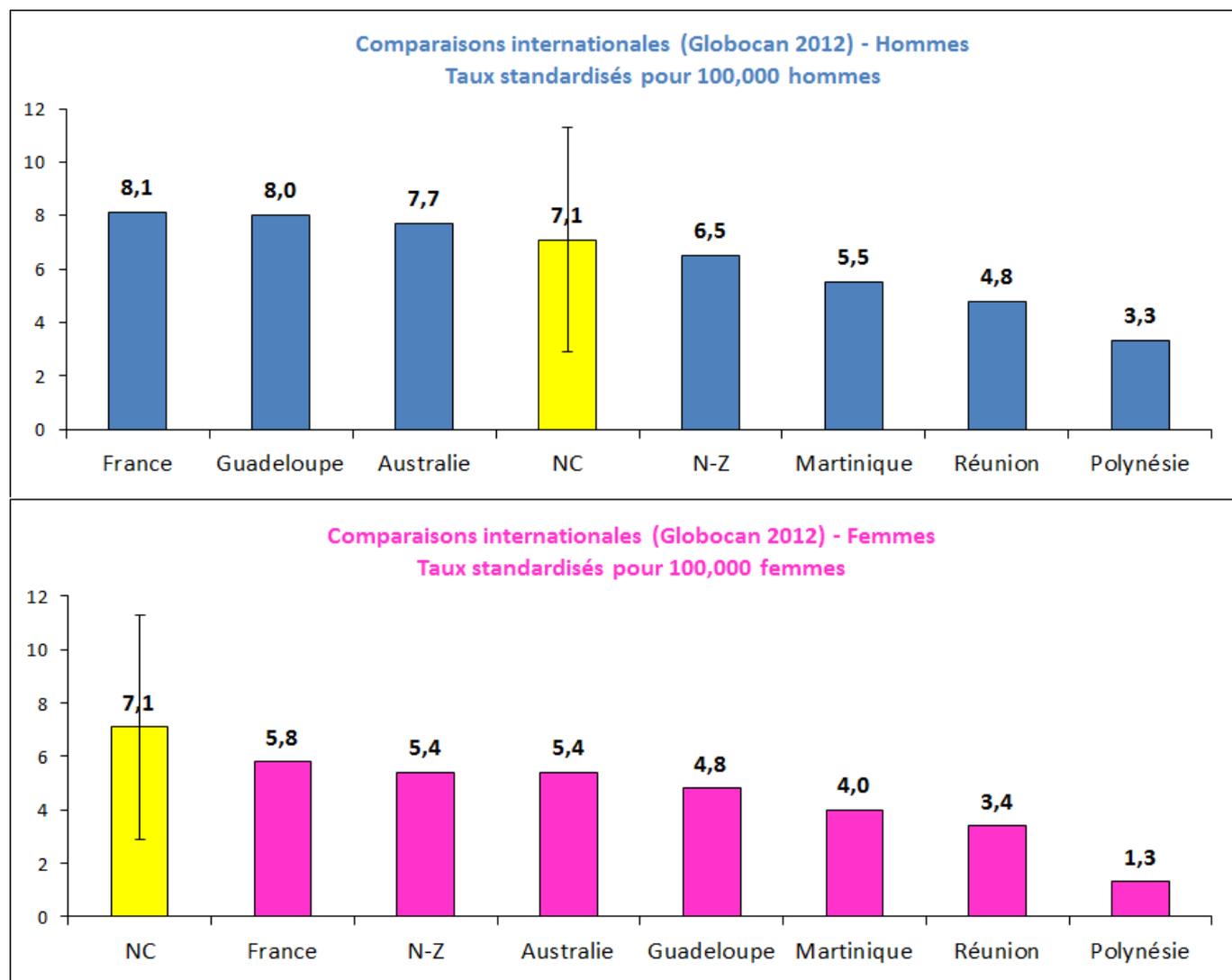


Figure 60 - Cancer du pancréas, comparaisons internationales des incidences selon le sexe

IV-3.f Cancer de l'œsophage

Généralités

En 2015, le cancer de l'œsophage est le 24^{ème} cancer, tous sexes confondus, avec 8 tumeurs invasives. Il se situe au 17^{ème} rang chez les hommes avec 7 tumeurs, et au 26^{ème} rang chez les femmes avec 1 tumeur. Le sex-ratio est de 7 hommes pour une femme. Un patient avait un antécédent de cancer du poumon.

Les principaux facteurs de risque connus de ce cancer sont le tabac, l'alcool, un antécédent de cancer ORL, une brûlure caustique, une achalasie de l'œsophage pour les cancers épidermoïdes, et le reflux gastro-œsophagien, un endobrachy-oesophage pour l'adénocarcinome.

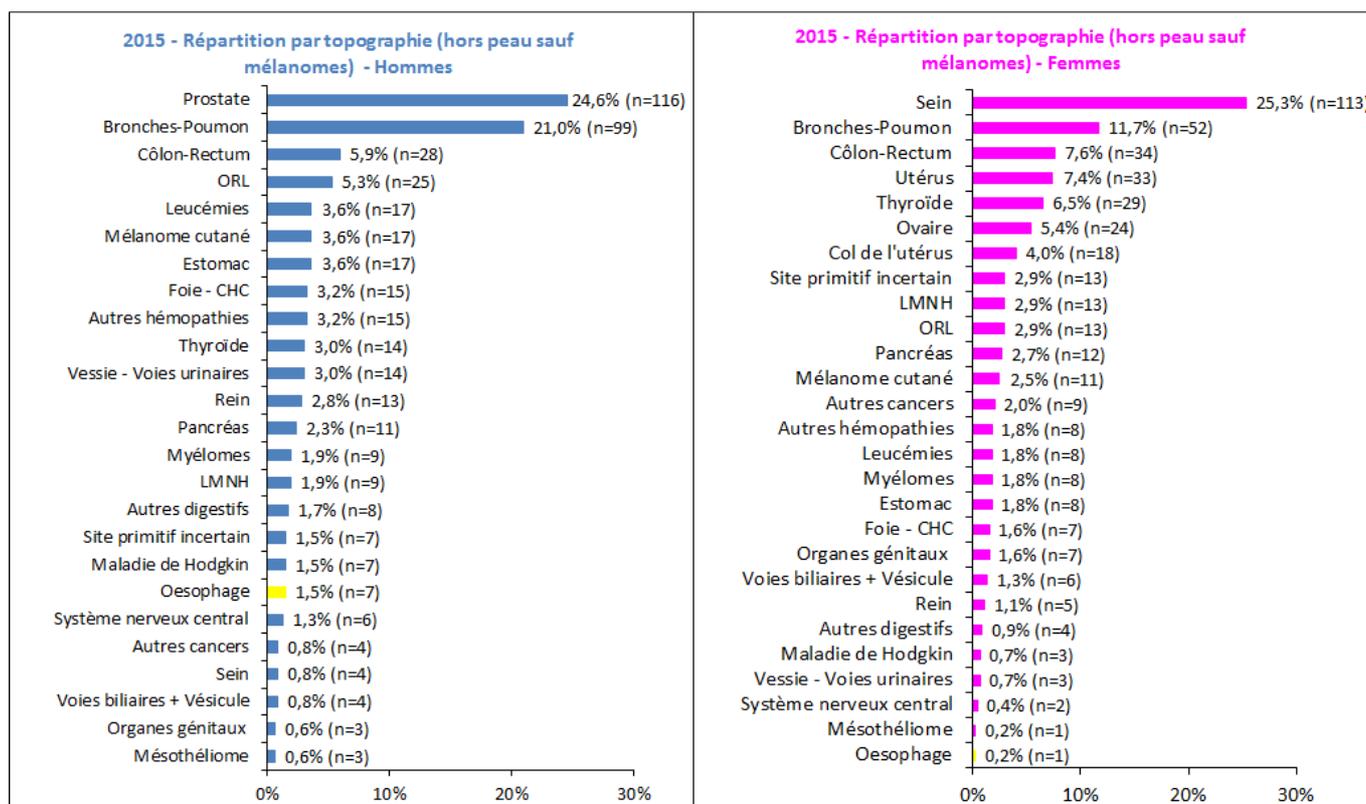


Figure 61 - Répartition par topographies selon le sexe

Age

En 2015, l'âge moyen au diagnostic est de 67 ans (médiane 64,5 ans), variant de 55 à 87 ans. En métropole, l'âge moyen au diagnostic est 67 ans chez les hommes et 73 ans chez les femmes.

Provinces

Un patient résidant en province des Iles, 2 en province Nord et 5 en province Sud ont eu un diagnostic de cancer de l'œsophage en 2015.

Survie et stade au diagnostic

La majorité des cancers de l'œsophage sont diagnostiqués suite à l'apparition de symptômes (n=6). La circonstance de découverte de 2 cancers est inconnue. Tous les cas ont été confirmés par une analyse histologique.

Trois cancers ont été diagnostiqués au stade métastatique, 2 au stade régional, 2 au stade localisé et 1 cas à un stade non déterminé. Les métastases se localisaient dans les poumons, le foie, le système nerveux central et les os.

Le taux de survie à 3ans, tous stades confondus est de 2%; 50% des patients décèdent dans les 6 mois suivant le diagnostic.

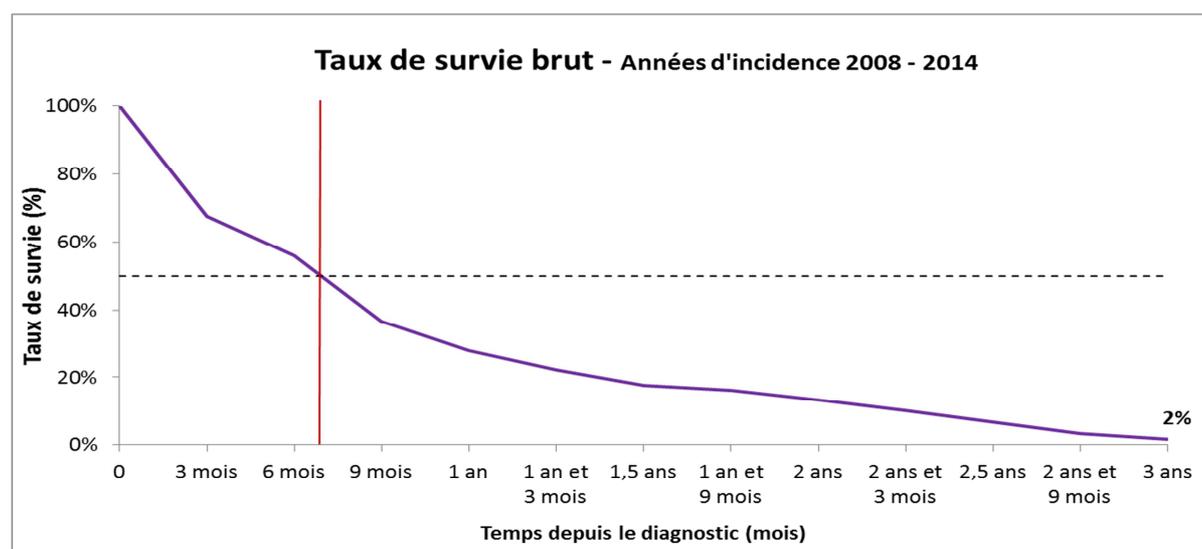


Figure 62 - Cancer de l'œsophage, Taux de survie à 3 ans

Evolution

Au vu du faible nombre annuel de cancers de l'œsophage, les cas ont été regroupés par période de 5 ans. Depuis le début des années 2000, le nombre de cas de cancers de l'œsophage a augmenté, passant de 7 cas par période entre 1999 et 2003 à une moyenne de 11 cas entre 2014 et 2015.

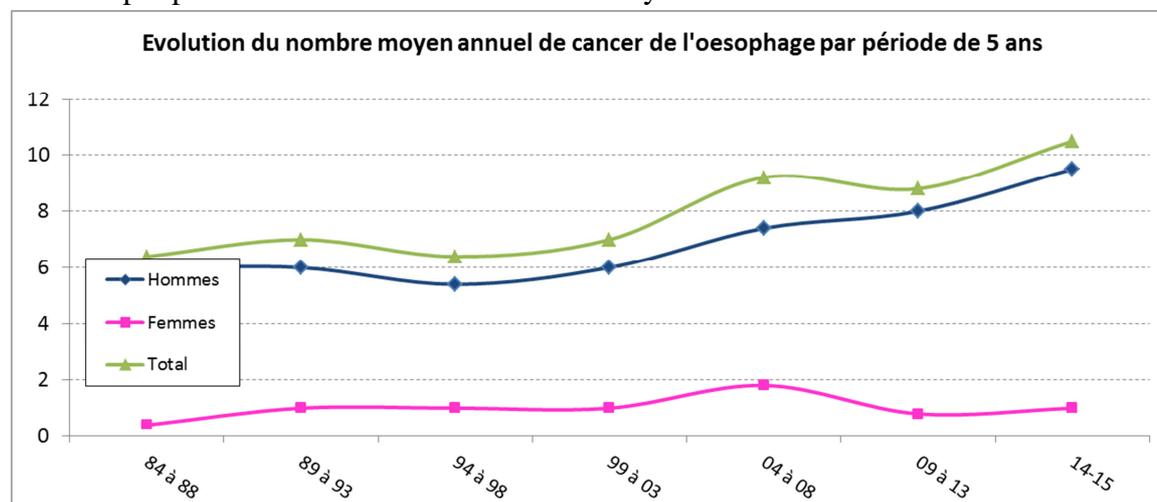


Figure 63 - Cancer de l'œsophage, évolution du nombre moyen de cas annuel

Incidences et comparaisons internationales

Chez les hommes en 2015, le TIS du cancer de l'œsophage est de 4,6 (1,2 – 8) pour 100.000 personnes-année. Ce taux est comparable à ceux de la France métropolitaine, des DOM et des pays voisins.

Chez les femmes en 2015, le TIS du cancer de l'œsophage est relativement bas et égal à 0,8 (0 – 2,3) pour 100.000 personnes-année. Ce taux est comparable à ceux de la France métropolitaine, des DOM et des pays voisins.

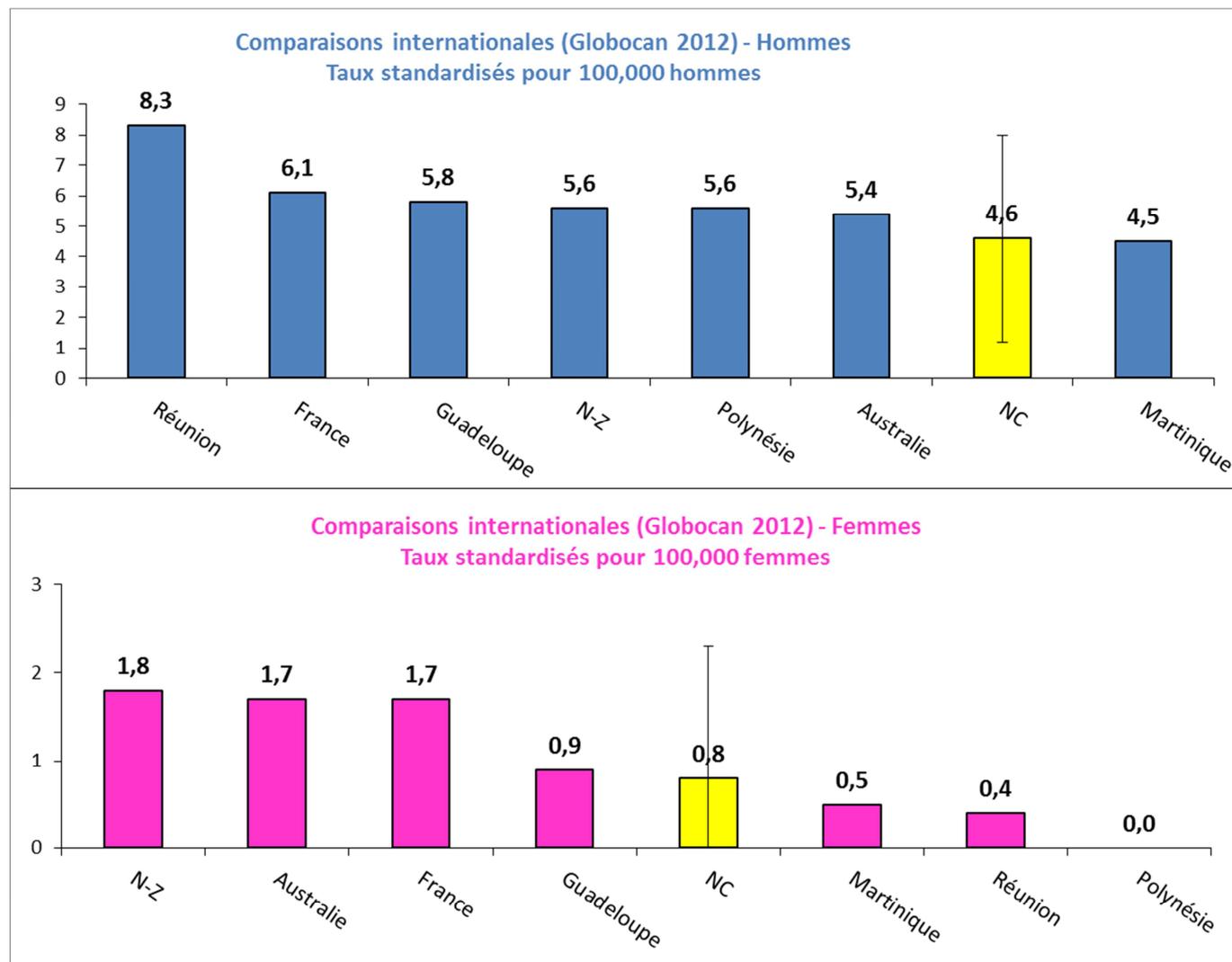


Figure 64- Cancer de l'œsophage, comparaisons internationales des incidences selon le sexe

IV-4 Appareil respiratoire : bronches-poumon (KBP)

Généralités

En 2015, le KBP est le cancer le plus fréquent, tous sexes confondus, avec **151** tumeurs invasives. Il se situe au 2^{ème} rang chez les hommes avec 99 tumeurs, et au 2^{ème} rang chez les femmes avec 52 tumeurs. Le sex-ratio est de 1,9 hommes pour une femme. Seize patients (11%) avaient un autre antécédent de cancer (5 prostatas, 5 ORL, 2 seins, 2 colon, 1 rein et 1 SMD).

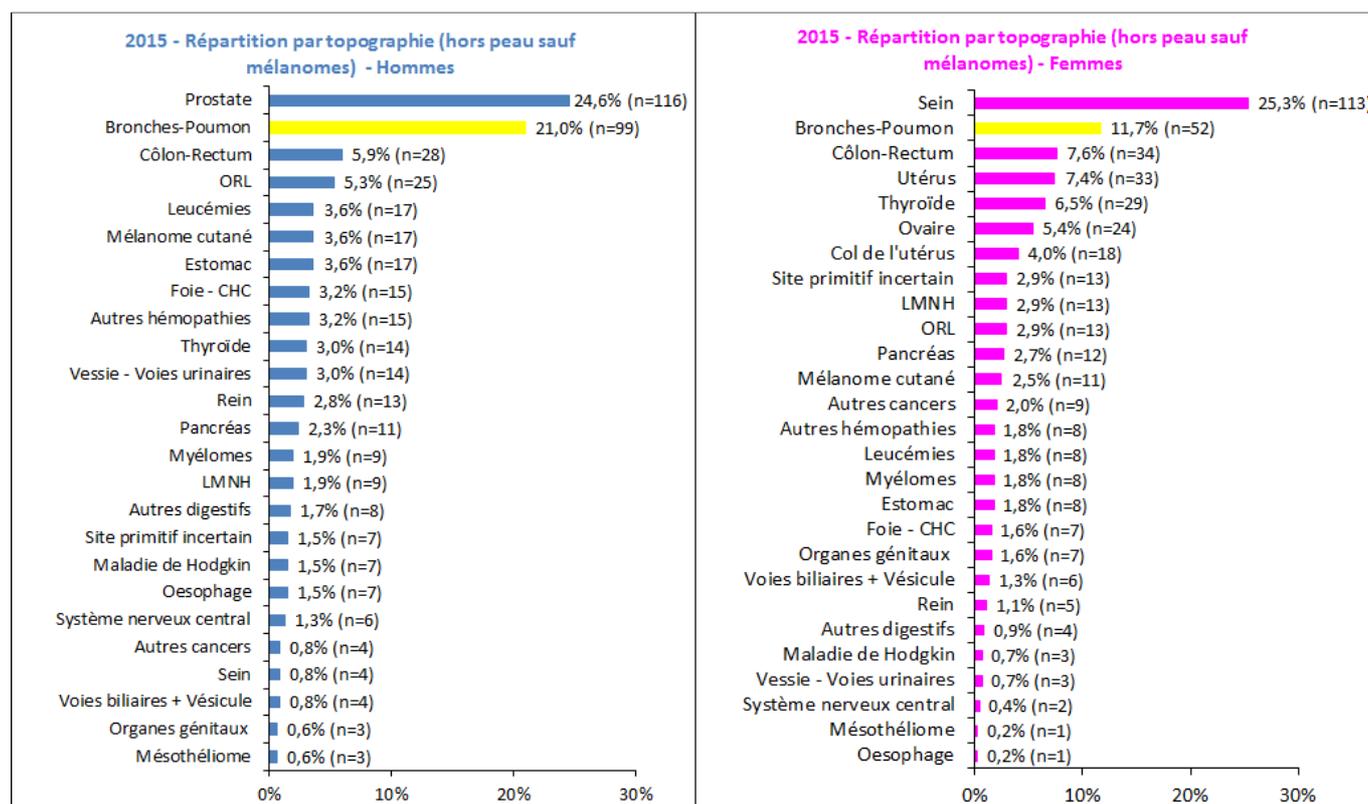


Figure 65 - Répartition par topographies selon le sexe

Les principaux facteurs de risque sont le tabagisme actif ou passif (90 % des cancers du poumon), l'exposition professionnelle (chrome, arsenic, goudrons, oxydes de fer, ..) et l'exposition environnementale (radon, fibres d'amiante, radioactivité).

En 2015, 82% (n=123) des patients qui ont développé un KBP avait un antécédent tabagique, 10% (n=15) étaient non-fumeurs, dont 2 exposés au tabagisme passif et pour 13 patients (9%) cette donnée n'était pas indiquée dans le dossier médical.

Age

En 2015, l'âge moyen au diagnostic est de 65 ans (médiane 66 ans), variant de 23 à 93 ans.

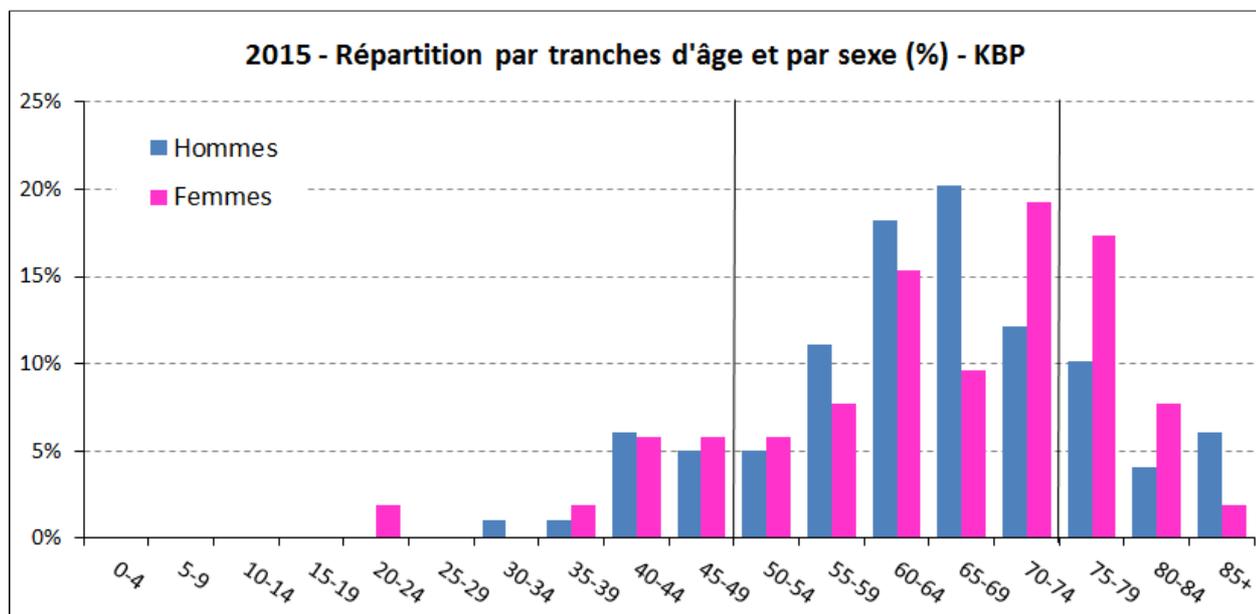
Chez les hommes, l'âge moyen au diagnostic est de 64 ans (médiane 66 ans), avec :

- 13% des patients qui ont moins de 50 ans
- 67% des patients qui ont entre 50 et 75 ans
- 20% qui ont 75 ans et plus

Chez les femmes, l'âge moyen au diagnostic est de 65 ans (médiane 67,5 ans), avec :

- 15% des patientes qui ont moins de 50 ans
- 58% des patients qui ont entre 50 et 75 ans
- 27% qui ont 75 ans et plus

En métropole, l'âge moyen au diagnostic est 65 ans chez les hommes et 66 ans chez les femmes.



Figures 66 - KBP, répartition par tranche d'âge

Provinces

En 2015, il n'y a pas de différence significative entre la répartition par province des cancers des KBP et celle de la population générale ($p=0,12$).

On n'observe pas de différence significative entre les TIS des provinces selon le sexe. Par contre, l'incidence standardisée est significativement plus élevée chez les hommes que chez femmes.

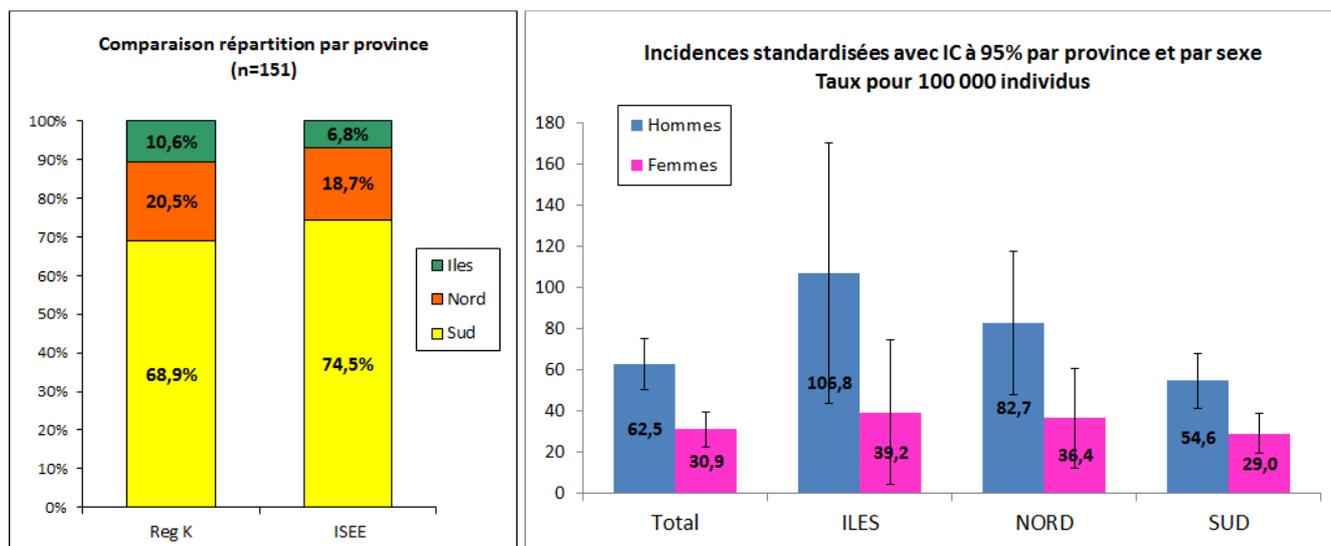


Figure 67 et 68 - KBP, répartition et incidences standardisée selon le sexe et la province

Survie et stade au diagnostic

Les KBP sont le plus souvent diagnostiqués suite à l'apparition de symptômes (73%, n=111), 19 (13%) ont été découverts de manière fortuite, 11 (7%) ont été diagnostiqués suite à un dépistage, et pour 10 patients (7%), la circonstance de découverte était inconnue.

Dix KBP (7%) ont été diagnostiqués uniquement par imagerie médicale, tous les autres cas ont été confirmés par une analyse histologique ou cytologique (93%, n=141).

Le diagnostic a été effectué dans plus de la moitié des cas (57%) au stade métastatique. Les métastases les plus fréquentes se situent au niveau : des os (21%, n=31), du système nerveux central (21%, n=30), du foie (18%, n=26), de la plèvre (16%, n=23) ou du poumon controlatéral (13%, n=19).

Le taux de survie dépend du stade au diagnostic. Au stade localisé, le taux de survie 2 ans après le diagnostic est de 65%. Il est de 8% lorsque le diagnostic est réalisé à un stade métastatique.

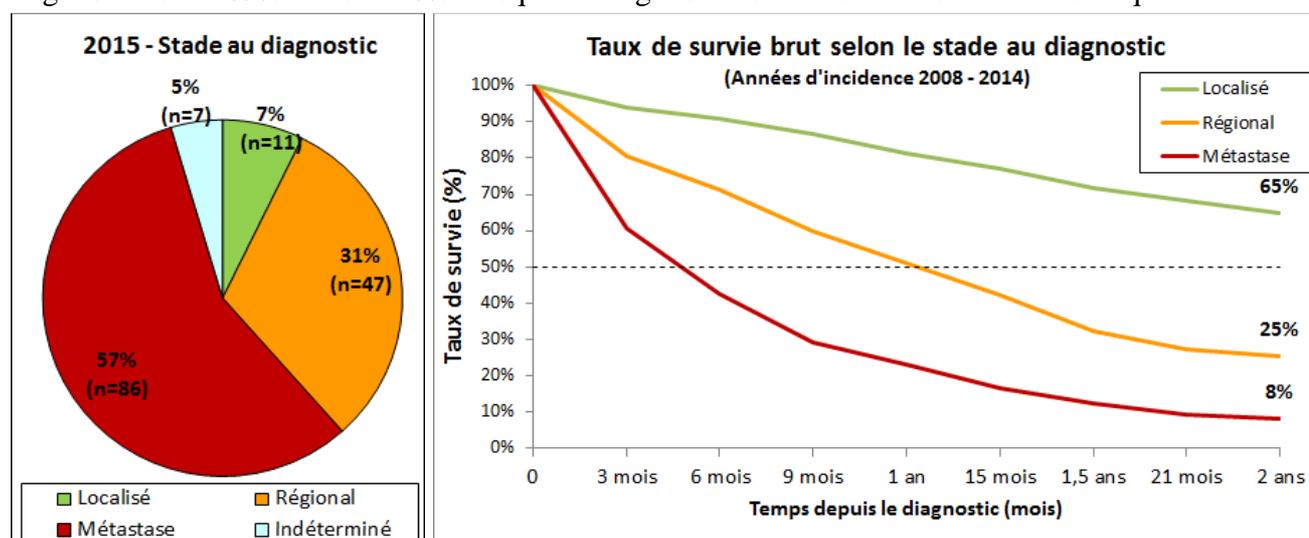


Figure 69 et 70 - KBP, Répartition et taux de survie selon le stade au diagnostic

Evolution

Le nombre de cancer du côlon a plus que triplé en 30 ans, passant de 40 cas par an en 1984-1985 à plus de 130 cas en 2014-2015. Depuis le début des années 2000, on observe une accentuation de l'augmentation du nombre de KBP diagnostiqué chaque année.

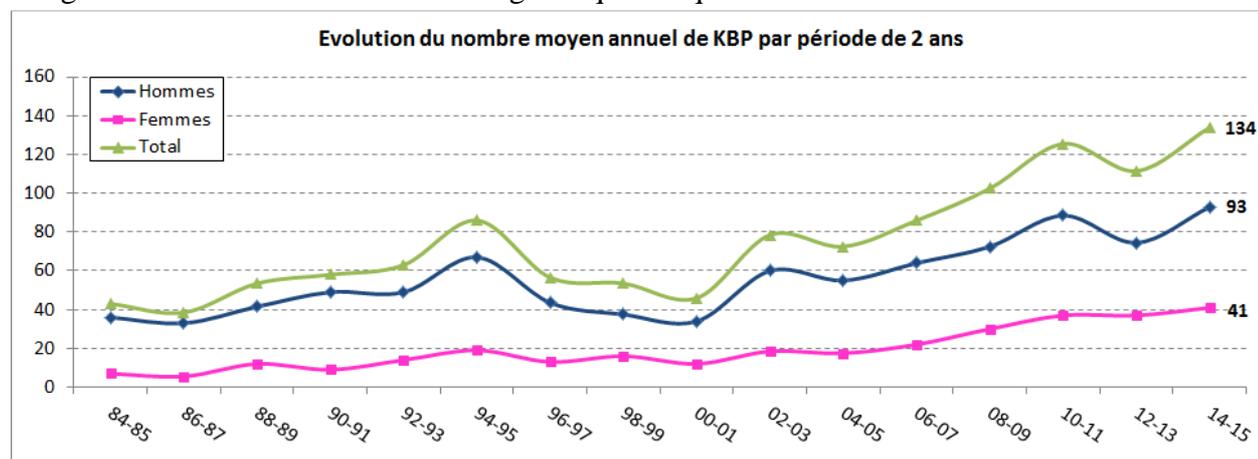


Figure 71 - KBP, évolution du nombre moyen de cas annuel

Incidences et comparaisons internationales

Chez les hommes en 2015, le TIS du KBP est de **62,5 (50,1 – 74,9)** pour 100.000 personnes-année. Ce taux est comparable à ceux estimés France métropolitaine et en Polynésie. Il est plus élevé que ceux de l'Australie, de la Nouvelle-Zélande et des DOM.

Chez les femmes en 2015, le TIS du KBP est de **30,9 (22,3 – 39,5)** pour 100.000 personnes-année. Ce taux est comparable à celui de la Nouvelle-Zélande. Il est plus élevé que ceux estimés en France métropolitaine, en Australie et dans les DOM.

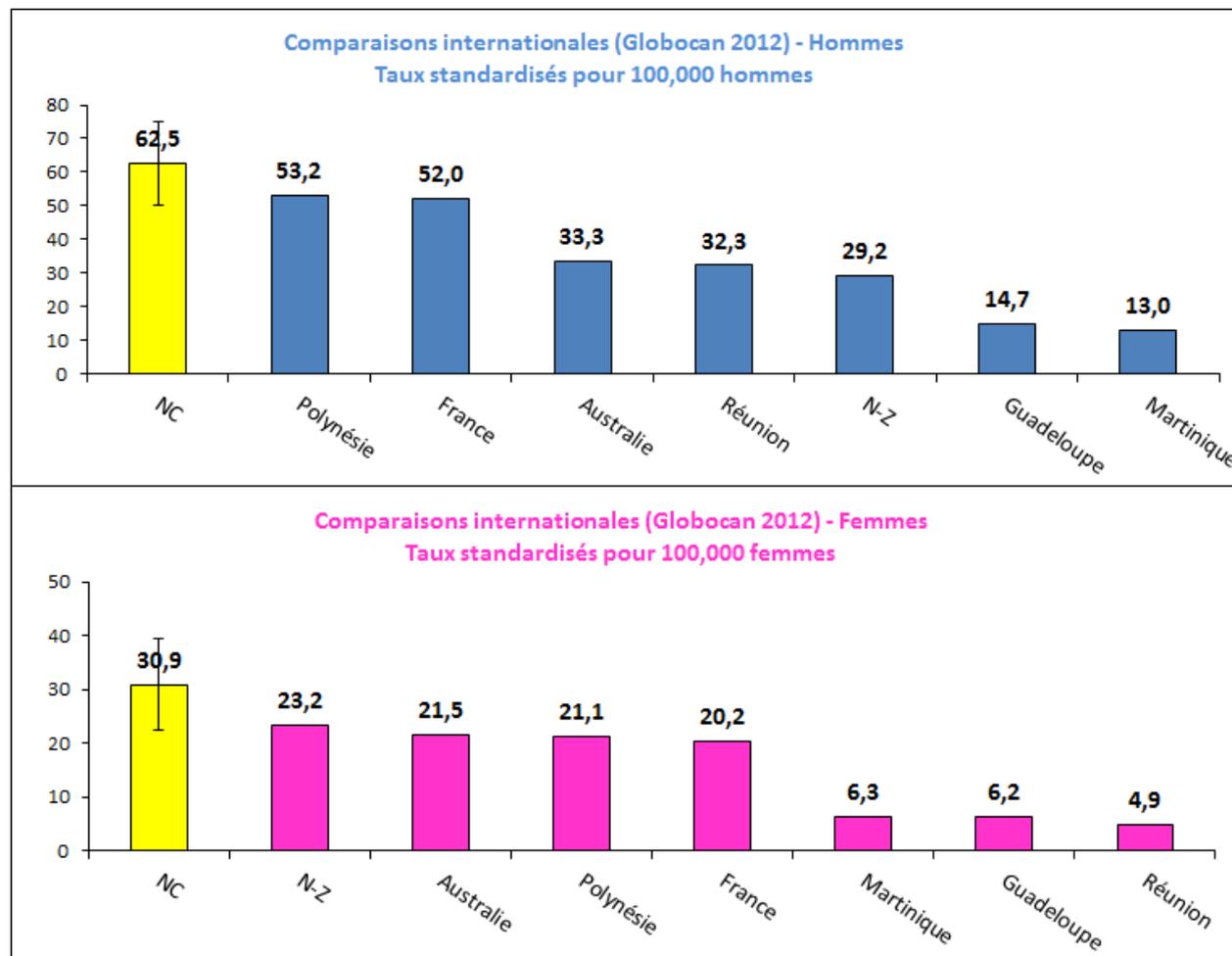


Figure 72 - KBP, comparaisons internationales des incidences selon le sexe

IV-5. Sein et appareil génital féminin

IV-5.a Cancer du sein :

Généralités

En 2015, le cancer du sein est le 2^{ème} cancer tous sexes confondus, avec **117** tumeurs invasives. Il se situe au 21^{ème} rang chez les hommes avec 4 tumeurs, et au 1^{er} rang chez les femmes avec 113 tumeurs. Le sex-ratio est de 0,04 homme pour une femme. 8% (n=10) des patients avaient ou ont développé un autre cancer : 4 seins synchrones, 1 rein, 1 thyroïde, 1 sarcome, 1 prostate, 1 colon, et une patiente qui avait un antécédent de lymphome et de leucémie.

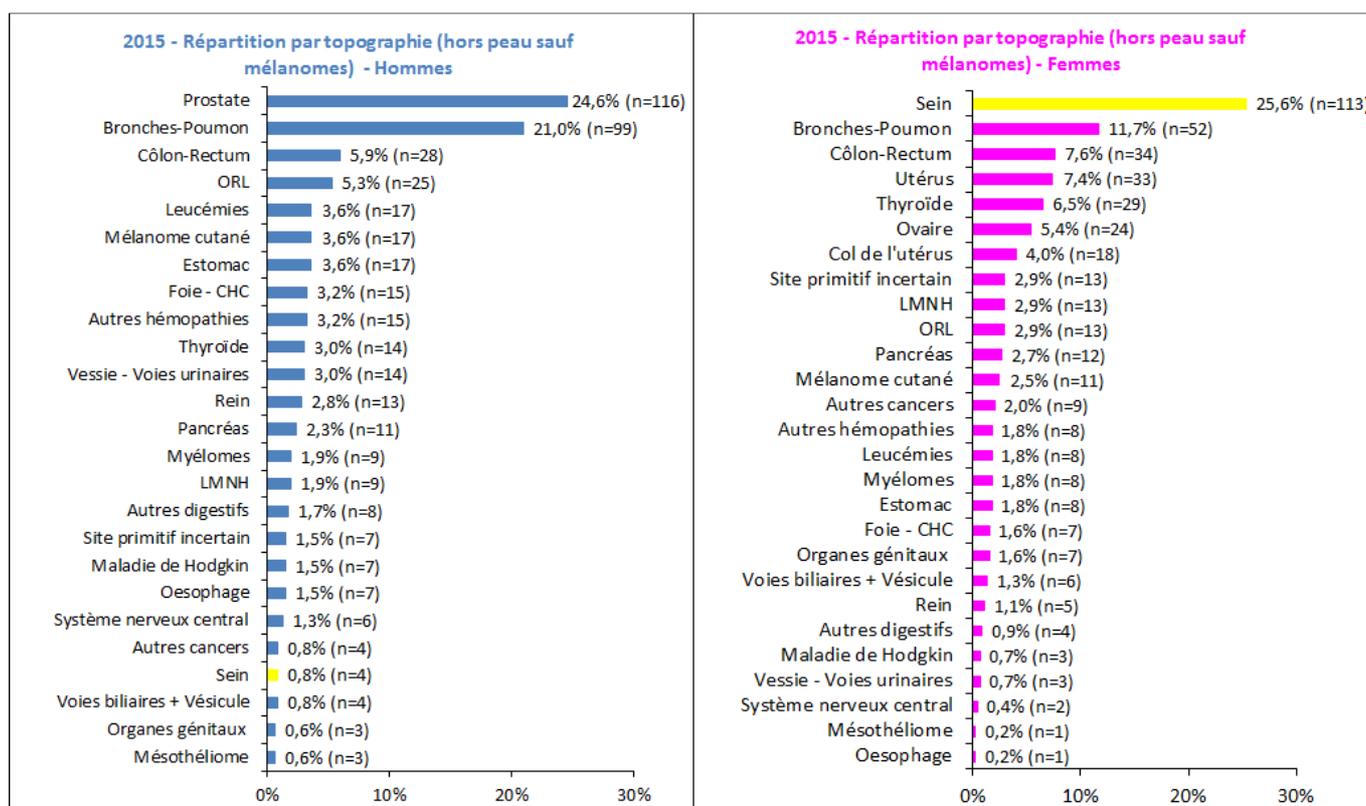


Figure 73 - Répartition par topographies selon le sexe

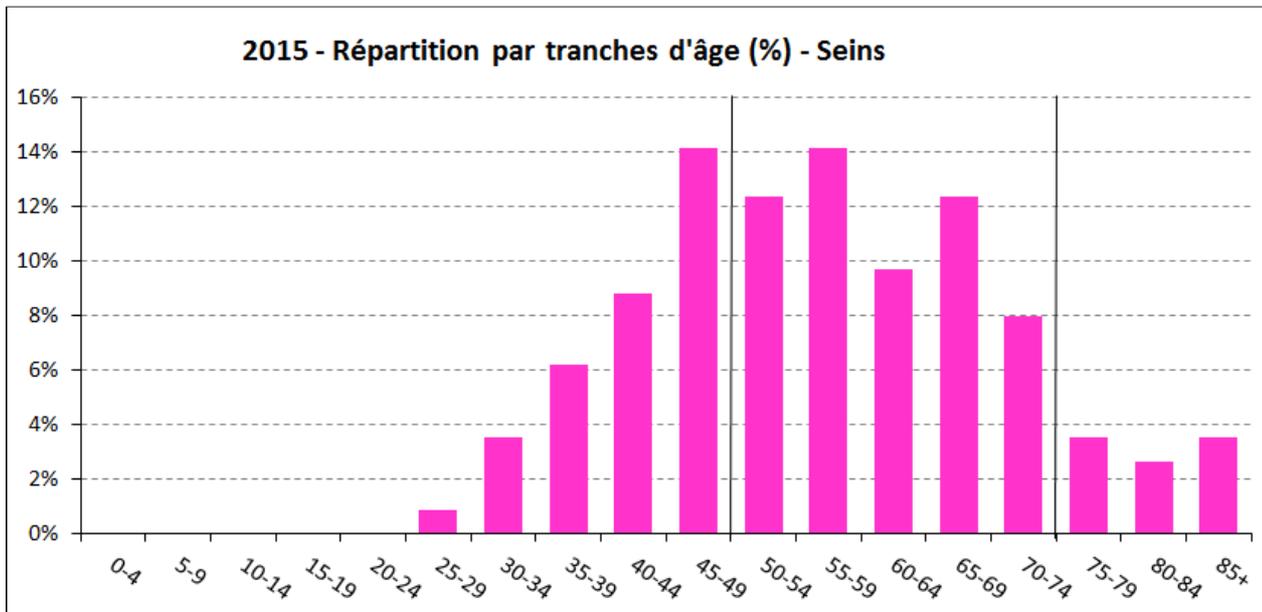
Pour la suite des analyses, seuls seront considérés les cancers du sein chez la femme

Age

En 2015, l'âge moyen au diagnostic est de 57 ans (médiane 57 ans), variant de 28 à 99 ans, avec :

- 34% des patientes qui ont moins de 50 ans
- 57% des patients qui ont entre 50 et 75 ans
- 10% qui ont 75 ans et plus

En métropole, l'âge moyen au diagnostic est 63 ans chez les femmes.



Figures 74 - Cancer du sein, répartition par tranche d'âge

Provinces

En 2015, il n'y a pas de différence significative entre la répartition par province des cancers du sein et celle de la population générale (p=0,30).

On n'observe pas de différence significative entre les TIS par province.

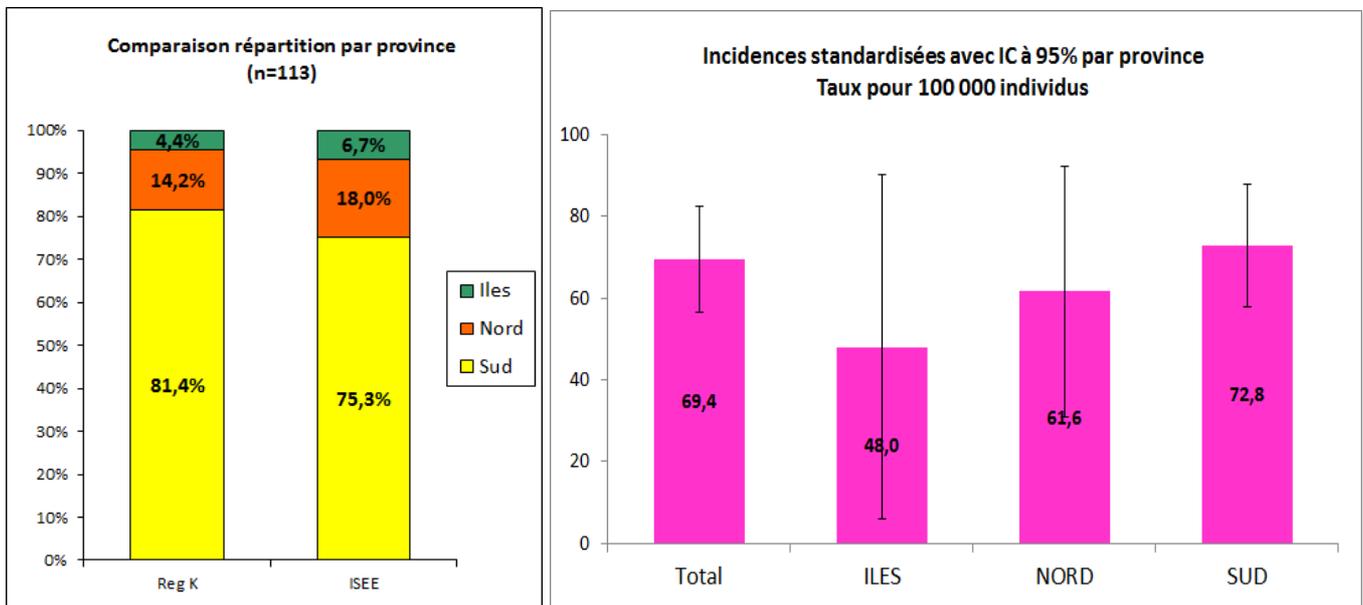


Figure 75 et 76 - Cancer du sein, répartition et incidences standardisées selon la province

Survie et stade au diagnostic

Les cancers du sein sont le plus souvent diagnostiqués suite à l'apparition de symptômes (48%, n=54) et 35% des patientes (n=39) ont été diagnostiquées par dépistage. Quatre cancers (4%) ont été découverts de manière fortuite et 16 (14%) dans des circonstances non retrouvées.

Tous les cancers ont été confirmés par une analyse histologique.

Le diagnostic a été effectué dans plus de la moitié des cas (51%, n=58) au stade localisé, et 42% (n=48) ont été diagnostiqués au stade régional ou métastatique. Les métastases les plus fréquentes se situent dans les os (41%, n=12), le foie (21%, n=6) et le poumon (14%, n=4).

Le taux de survie dépend du stade au diagnostic. Au stade localisé, le taux de survie 5 ans après le diagnostic est de 92%. Il est de 14% si le diagnostic est réalisé au stade métastatique.

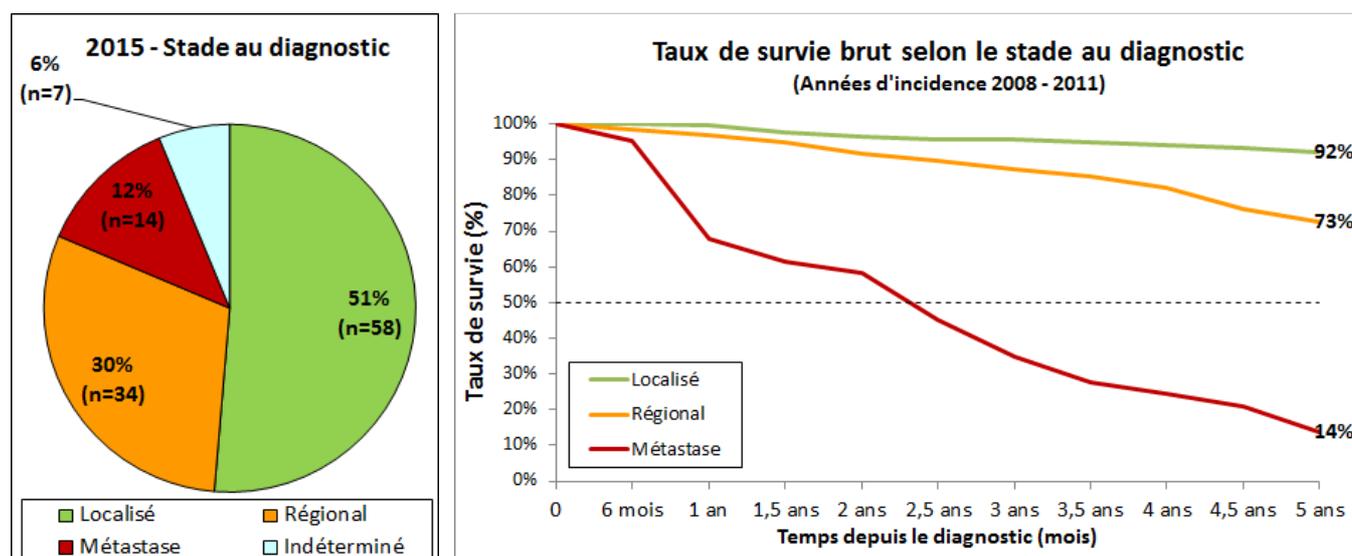


Figure 77 et 78 – Cancer du sein, Répartition et taux de survie selon le stade au diagnostic

Evolution

Le nombre de cancer du sein a quadruplé en 30 ans, passant d'une trentaine de cas par an en 1984-1985 à plus de 120 cas depuis 2009.

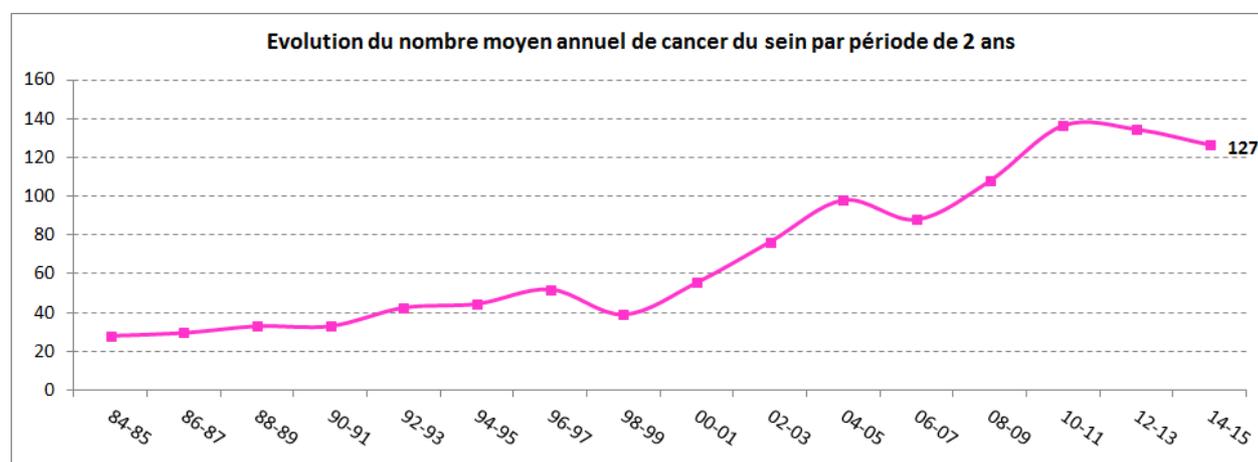


Figure 79 - Cancer du sein, évolution du nombre moyen de cas annuel

Incidences et comparaisons internationales

Chez les femmes en 2015, le TIS du cancer du sein est de **69,4 (56,5 – 82,4)** pour 100.000 personnes année. Ce taux est plus faible qu'en Polynésie, France métropolitaine, Australie et Nouvelle-Zélande. Il est comparable à celui de la Martinique et nettement plus élevé qu'en Guadeloupe et à la Réunion.

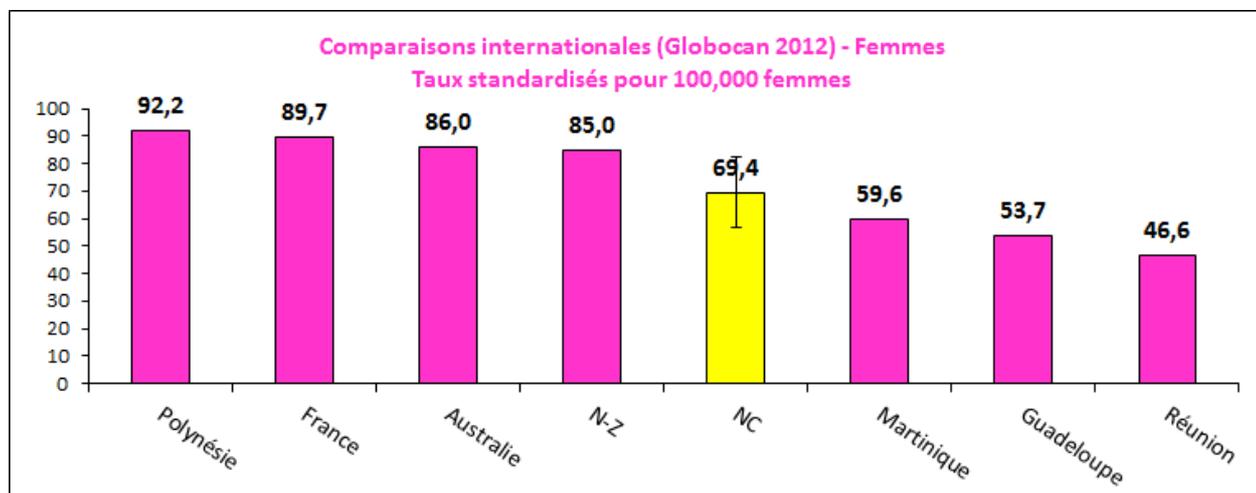


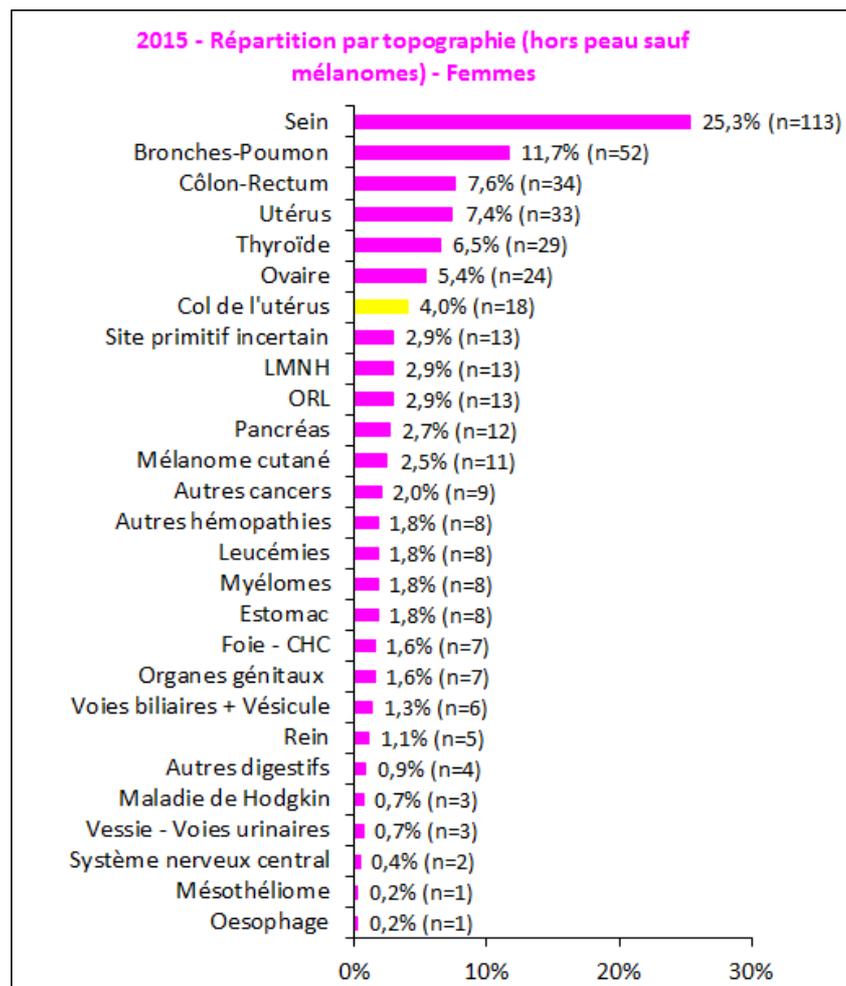
Figure 80 - Cancer du sein, comparaisons internationales des incidences selon le sexe

IV-5.b Cancer du col de l'utérus

Généralités

En 2015, le cancer du col de l'utérus est le 7^{ème} cancer chez la femme avec **18** tumeurs invasives. Aucune patiente n'avait eu un autre cancer.

Les principaux facteurs de risque sont : infection à Papilloma virus humain (HPV 16 et 18), rapports sexuels précoces, partenaires multiples, avortements, accouchement, tabagisme, immunodéficiences (médicaments ou infections), prise de Distilbène (Diéthylstilberstrol).



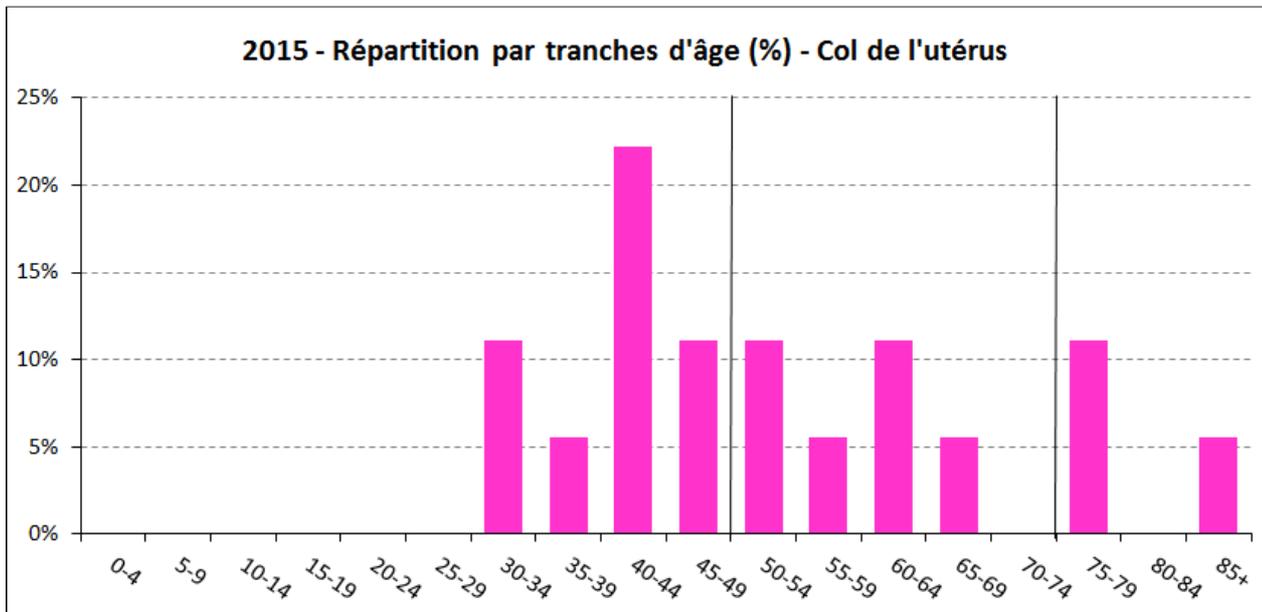
Figures 81 – Répartition par topographies selon le sexe

Age

En 2015, l'âge moyen au diagnostic est relativement jeune : 54 ans (médiane 50,5 ans), et varie entre 30 et 86 ans, avec :

- 50% des patientes qui ont moins de 50 ans
- 33% des patients qui ont entre 50 et 75 ans
- 17% qui ont 75 ans et plus

En métropole, l'âge moyen au diagnostic est 65 ans.



Figures 82 - Cancer du col de l'utérus, répartition par tranche d'âge

Provinces

En 2015, il y a une différence significative entre la répartition par province des cancers du col de l'utérus et celle de la population générale ($p=0,66$). On observe une surreprésentation de ce site en province des Iles par rapport aux 2 autres provinces.

Cependant, en raison du faible nombre de cas observés, cette différence n'apparaît pas comme significative entre les taux standardisés par province.

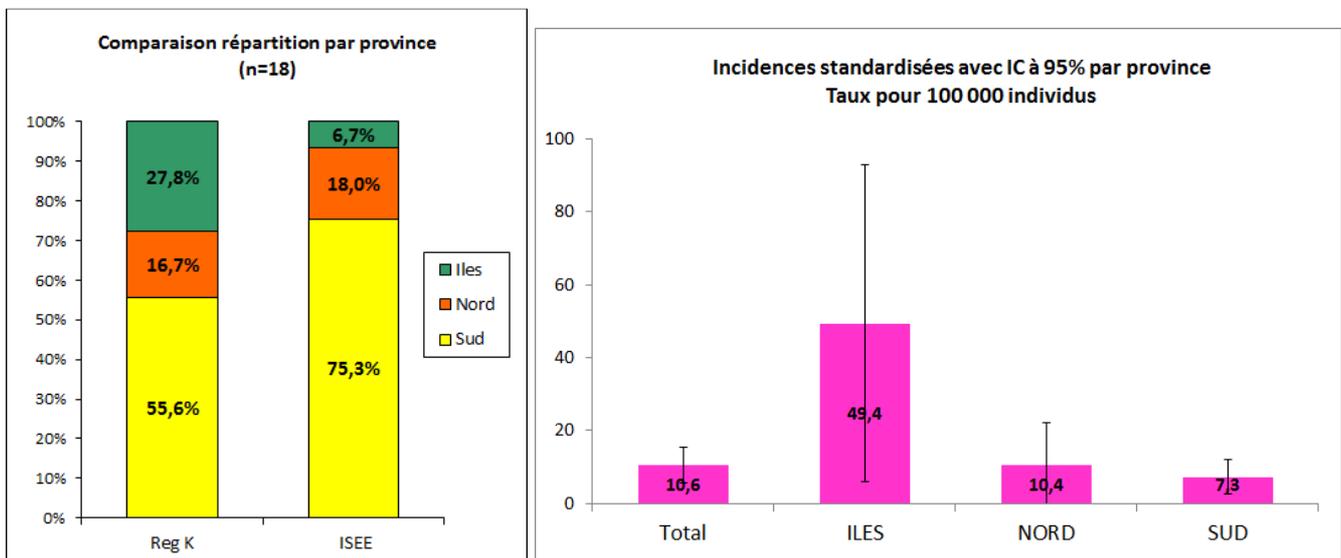
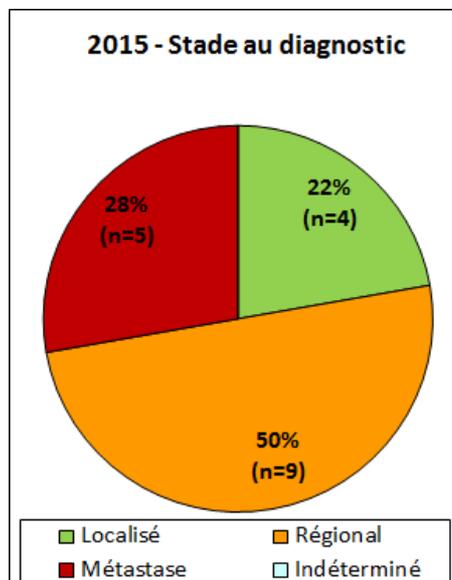


Figure 83 et 84 - Cancer du col de l'utérus, répartition et incidences standardisée selon la province

Stade au diagnostic et létalité

La majorité des cancers du col de l'utérus a été diagnostiquée suite à l'apparition de symptômes (72%, n=13), 2 cancers ont été diagnostiqués grâce au dépistage (11%), 2 ont été découverts fortuitement et la circonstance de découverte reste inconnue pour une patiente.

Un seul cancer du col de l'utérus a été diagnostiqué uniquement par imagerie médicale. Tous les autres, ont eu un diagnostic histologique.



Plus de 3 cancers du col de l'utérus sur 4 ont été diagnostiqués au stade avancé, 50% au stade régional et 28% au stade métastatique. Les métastases les plus fréquentes se situent au niveau du poumon.

Figure 85 - Cancer du col de l'utérus, répartition selon le stade au diagnostic

Entre 2008 et 2015, 163 cancers du col de l'utérus ont été diagnostiqués. Parmi ces 163 femmes, 71 (44%) étaient décédées suite à ce cancer du col au 17/10/2017.

Evolution

Depuis 1984, le nombre moyen de cancers du col de l'utérus diagnostiqués chaque année est resté stable, entre 15 et 20 cas par an.

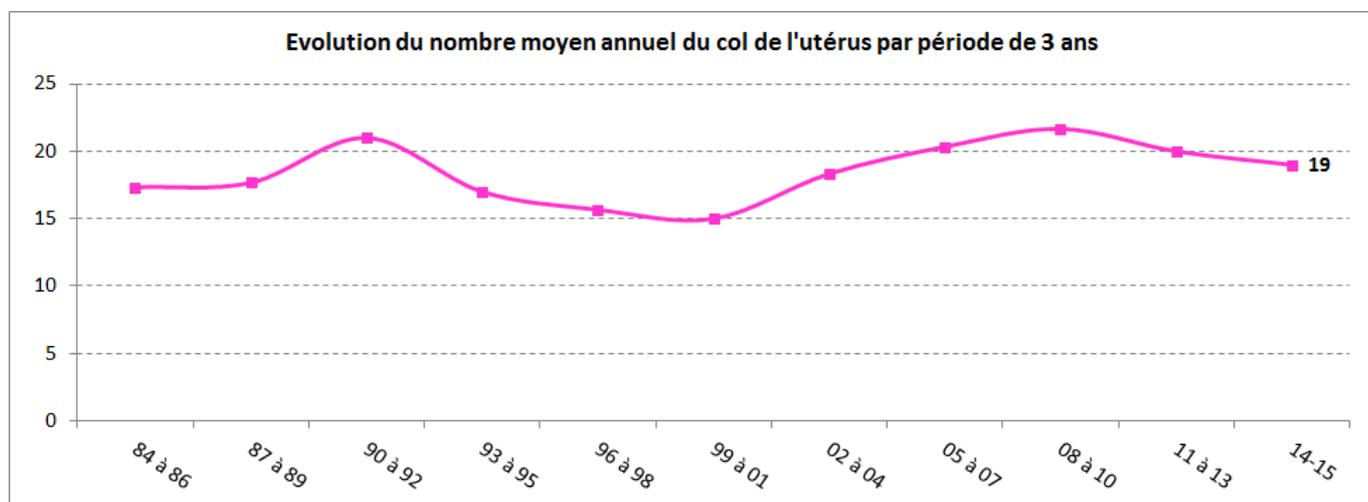


Figure 86 - Cancer du col de l'utérus, évolution du nombre moyen de cas annuel

Incidences et comparaisons internationales

Le TIS du cancer du col de l'utérus est de **10,6 (5,6 – 15,5)** pour 100.000 personnes-année. Ce taux est comparable à ceux d'Australie, de Nouvelle-Zélande, de France métropolitaine, et des DOM.

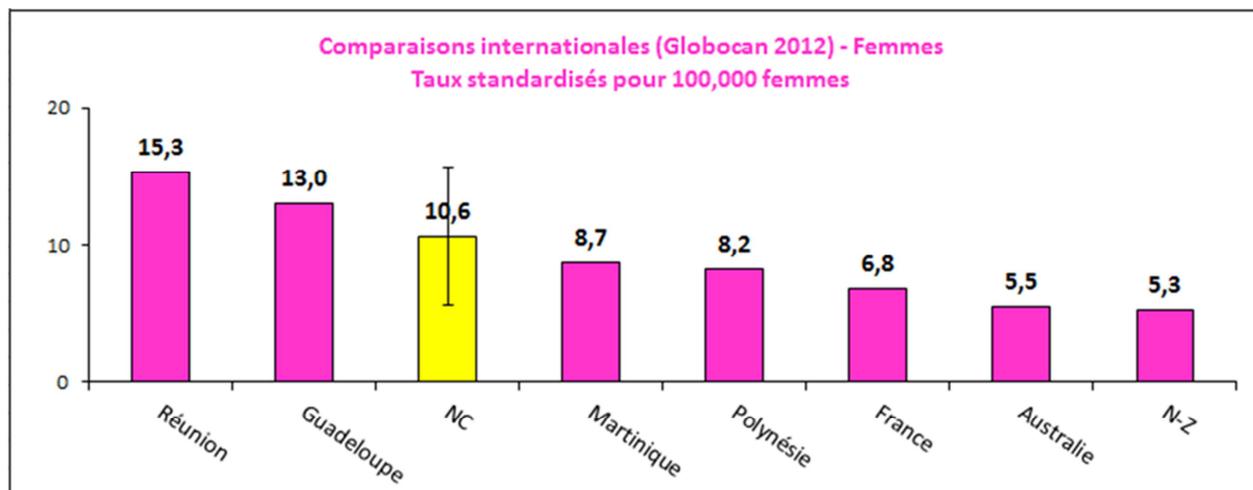


Figure 87 – Cancer du col de l'utérus, comparaisons internationales des incidences

IV-5.c Cancer de l'endomètre (utérus) :

Généralités

En 2015, le cancer de l'endomètre est le 4^{ème} cancer chez les femmes avec **33** tumeurs invasives. Une patiente avait un antécédent de cancer du sein.

Les principaux facteurs de risque connus sont l'hyperoestrogénie, qu'elle soit endogène (obésité, nulliparité, ménopause tardive/puberté précoce), exogène (prise d'estrogènes seuls, tamoxifène) ou liée à l'histoire familiale.

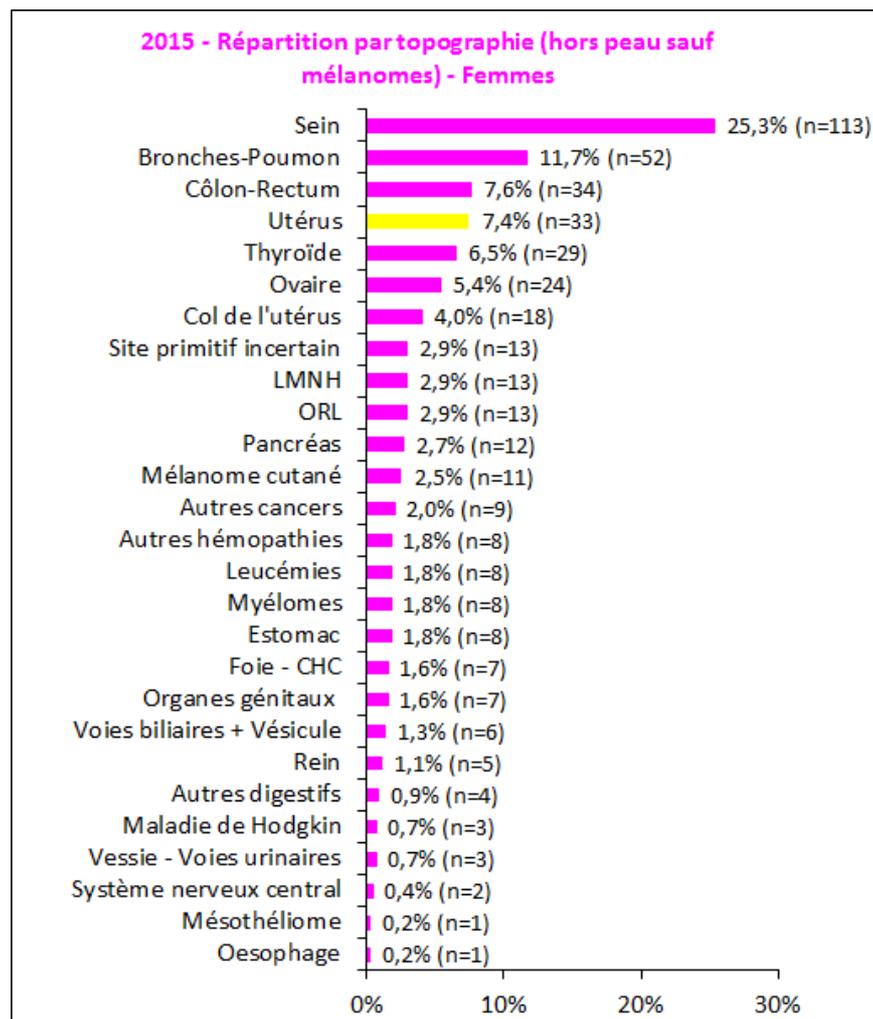


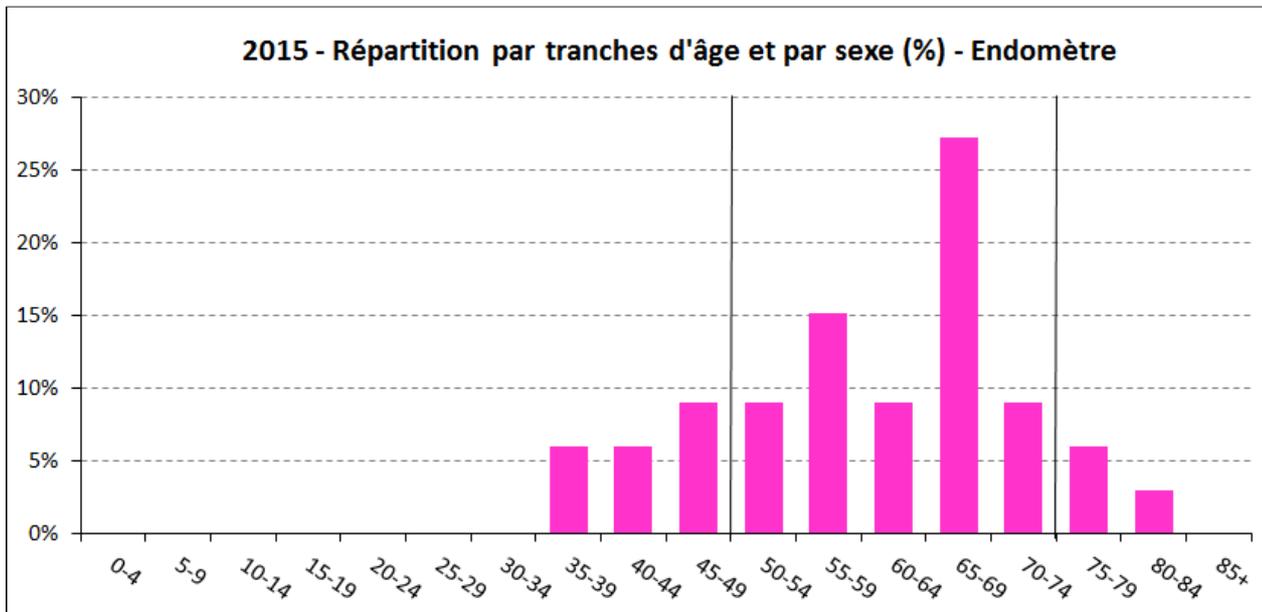
Figure 88 - Répartition par topographies chez les femmes

Age

En 2015, l'âge moyen au diagnostic est de 60 ans (médiane 63 ans), plus bas qu'en métropole et varie entre 25 et 84 ans, avec :

- 21% des patientes qui ont moins de 50 ans
- 70% des patients qui ont entre 50 et 75 ans
- 9% qui ont 75 ans et plus

En métropole, l'âge moyen au diagnostic est 68 ans.



Figures 89 - Cancers de l'endomètre, répartition par tranche d'âge

Provinces

En 2015, il n'y a pas de différence significative entre la répartition par province des cancers de l'endomètre et celle de la population générale (p=0,66).

On n'observe pas de différence significative entre les TIS des provinces.

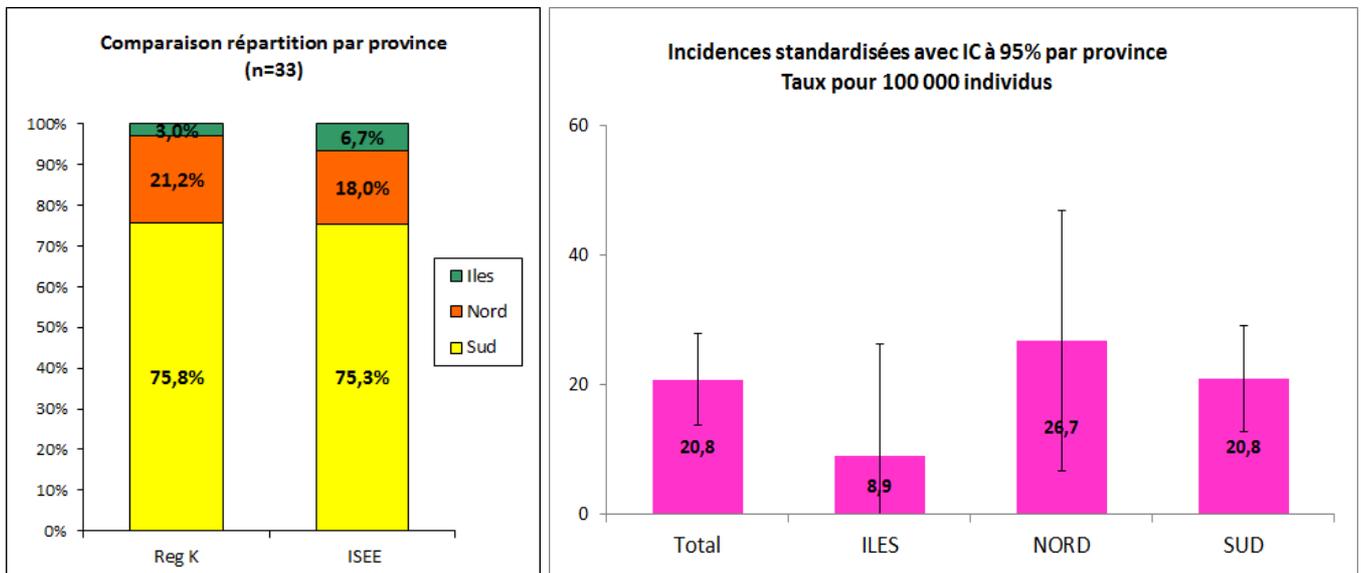
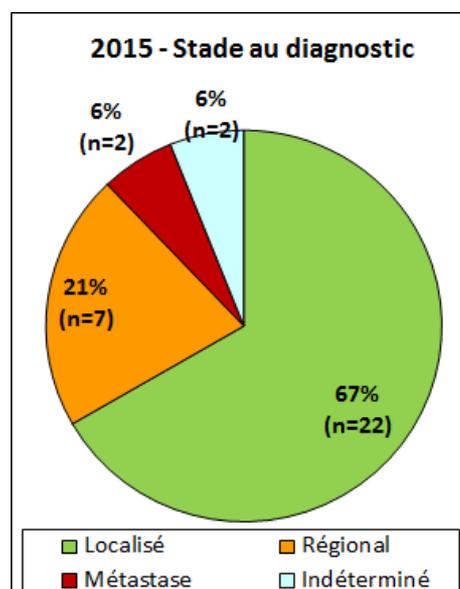


Figure 90 et 91 - Cancer de l'endomètre, répartition et incidences standardisée selon la province

Stade au diagnostic et létalité

La majorité des cancers de l'endomètre a été diagnostiquée suite à l'apparition de symptômes (91%, n=30) ; pour 3 patientes (9%) la circonstance de découverte n'a pas été retrouvée.

Tous les cancers de l'endomètre ont eu un diagnostic histologique.



La majorité des cancers de l'endomètre a été diagnostiquée au stade localisé (67%, n=22). Sept ont été diagnostiqués au stade régional, et seulement 2 au stade métastatique.

Les métastases sont plus souvent localisées dans les poumons ou le péritoine.

Figure 92 - Cancer de l'endomètre, répartition selon le stade au diagnostic

Entre 2008 et 2015, 217 cancers de l'endomètre ont été diagnostiqués. Parmi ces 217 patientes, 49 (23%) étaient décédées suite à ce cancer de l'endomètre au 17/10/2017.

Evolution

Entre 1984 et 2001, le nombre moyen annuel de cancer de l'endomètre varie entre 5 et 10 nouveaux cas. Depuis le début des années 2000, le nombre de cas de cancers de l'endomètre augmente progressivement pour atteindre une moyenne de 34 cas par an entre 2014 et 2015.

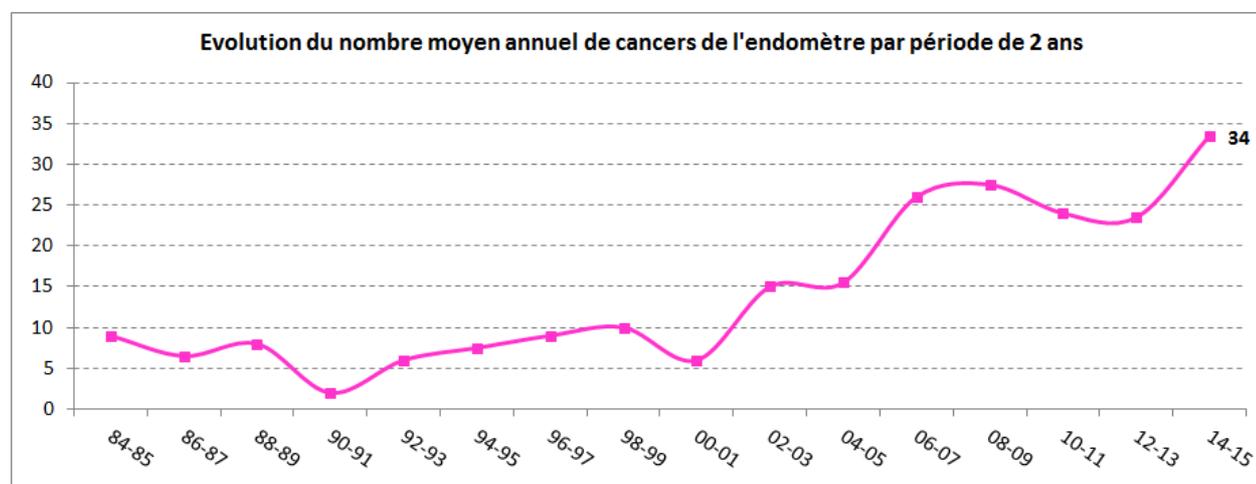


Figure 93 - Cancer de l'endomètre, évolution du nombre moyen de cas annuel

Incidences et comparaisons internationales

Le TIS du cancer de l'endomètre est de **20,8 (13,6 – 27,9)** pour 100.000 personnes année. Ce taux est comparable à ceux de Guadeloupe, de Polynésie française et de Nouvelle-Zélande. Il est supérieur à ceux de l'Australie, de la France métropolitaine, de la Martinique et de la Réunion.

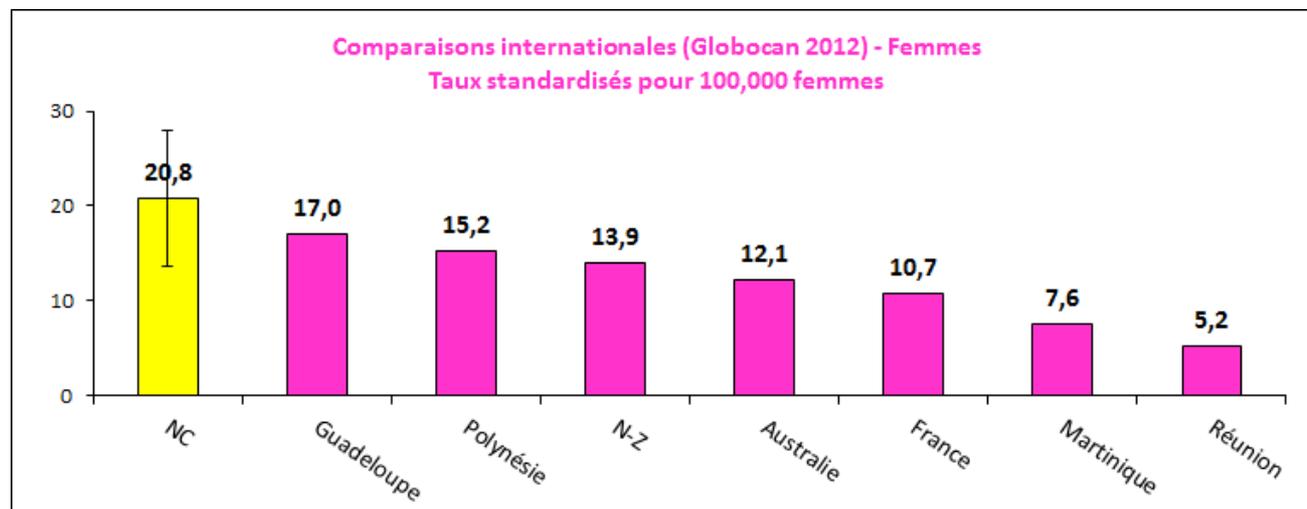


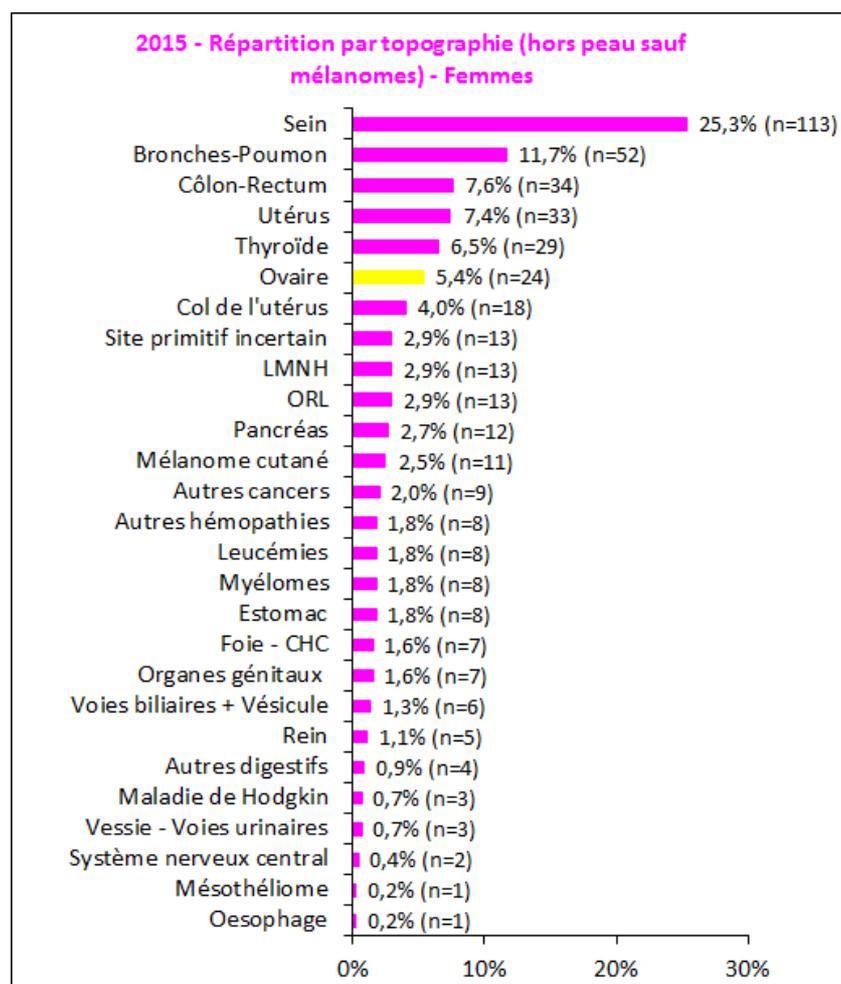
Figure 94 – Cancer de l'endomètre, comparaisons internationales des incidences

IV-5.d Cancer de l’ovaire

Généralités

En 2015, le cancer de l’ovaire représente le 6^{ème} site chez les femmes avec **24** tumeurs invasives. Aucune patiente n’avait eu d’autre cancer.

Les principaux facteurs de risque connus sont : l’hérédité dans 5 à 10 % des cas, une mutation du gène BRCA, un syndrome de Lynch, un facteur nutritionnel : consommation élevée de graisses ou de protéine animale, obésité, et comme facteur protecteur toute situation qui arrête l’ovulation (parité, allaitement, contraception orale).



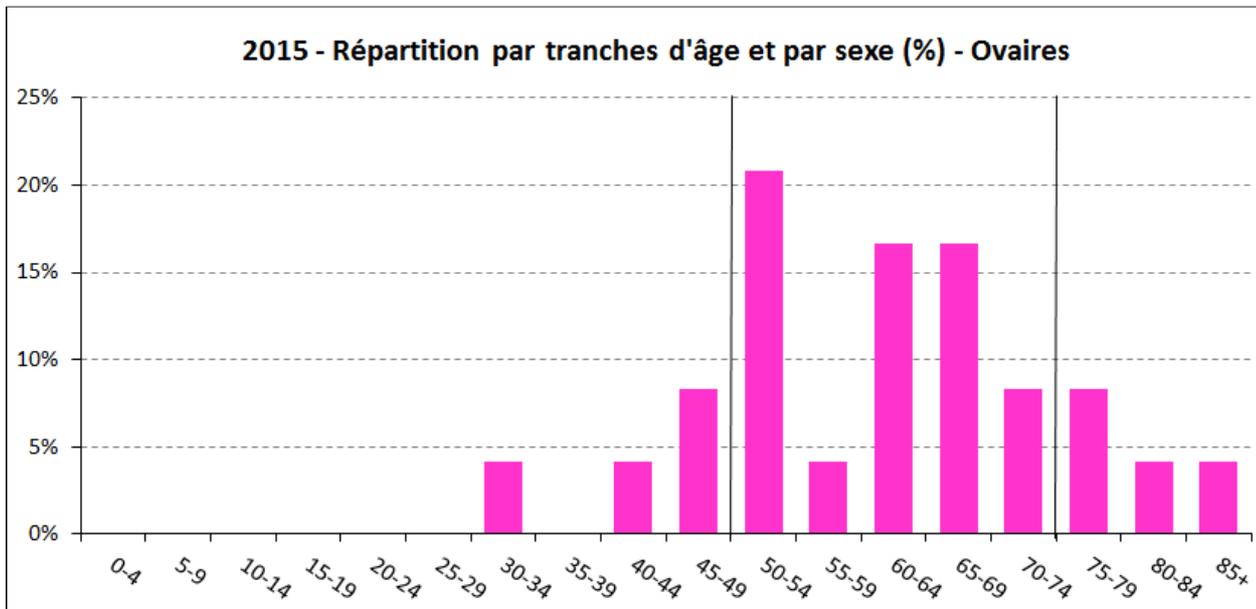
Figures 95 – Répartition par topographies selon le sexe

Age

En 2015, l’âge moyen au diagnostic est de 62 ans (médiane 61,5 ans), variant de 34 à 88 ans, avec :

- 17% des patientes qui ont moins de 50 ans
- 67% des patients qui ont entre 50 et 75 ans
- 16% qui ont 75 ans et plus

En métropole, l’âge moyen au diagnostic est 65 ans.



Figures 96 - Cancer de l'ovaire, répartition par tranche d'âge

Provinces

En 2015, il n'y a pas de différence significative entre la répartition par province des cancers de l'ovaire et celle de la population générale (p=0,66).

On n'observe pas de différence significative entre les TIS provinciaux.

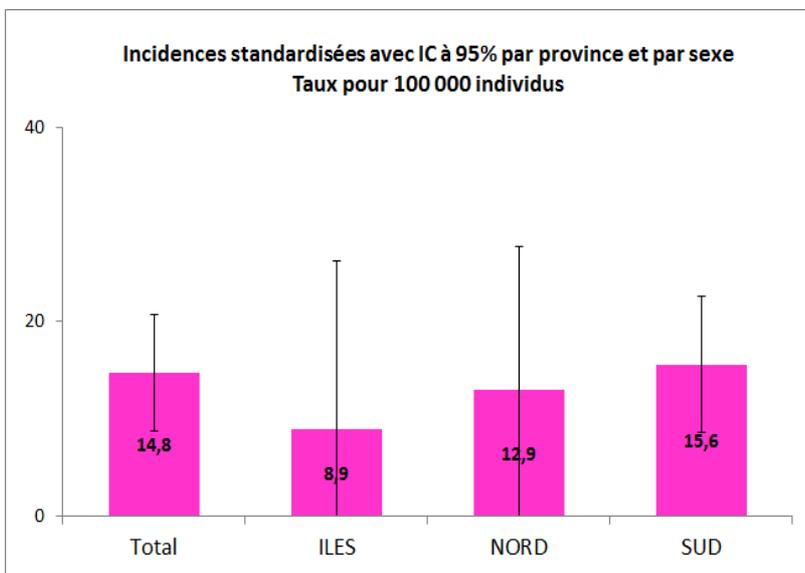
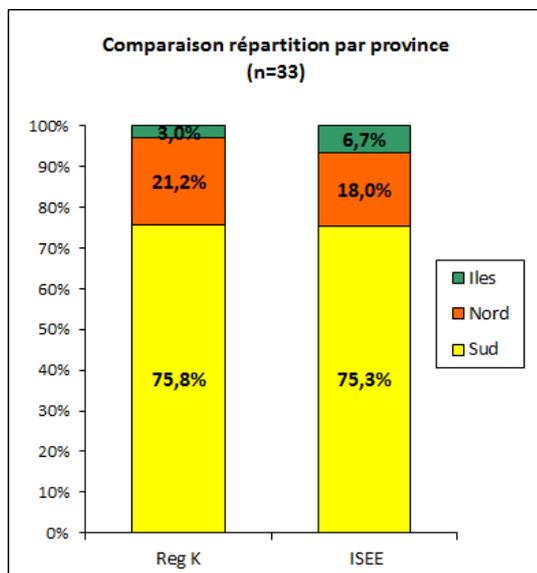
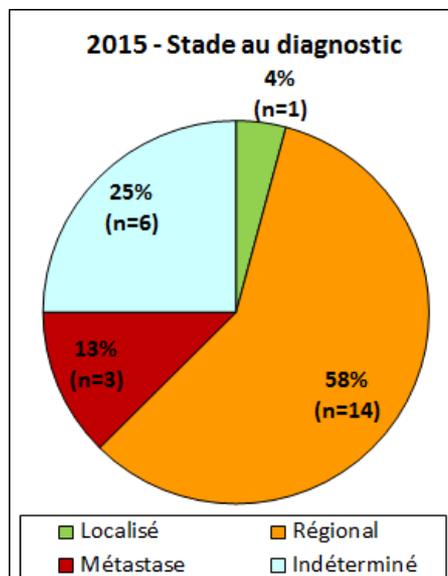


Figure 97 et 98 - Cancer de l'ovaire, répartition et incidences standardisée selon la province

Stade au diagnostic et létalité

La majorité des cancers de l’ovaire a été diagnostiquée suite à l’apparition de symptômes (75%, n=18) ; pour 4 patientes (4%) la circonstance de découverte n’a pas été retrouvée.

Un seul cancer de l’ovaire a été diagnostiqué par imagerie médicale. Tous les autres, ont eu un diagnostic histologique.



La majorité des cancers de l’ovaire a été diagnostiquée au stade avancé : stade régional (58%, n=14) ou métastatique (13%, n=3). Seulement un cancer a été diagnostiqué au stade localisé. Les métastases les plus fréquentes se situent au niveau du péritoine ou du foie.

Figure 99 - Cancer de l’ovaire, répartition selon le stade au diagnostic

Entre 2008 et 2015, 115 cancers de l’ovaire ont été diagnostiqués. Parmi ces 115 patientes, 52 (45%) étaient décédés de ce cancer de l’ovaire au 17/10/2017.

Evolution

Jusqu’en 2010, le nombre moyen annuel de cancers de l’ovaire variait entre 5 et 10 par an. Depuis 2010, on observe une augmentation de ce site avec une moyenne entre 15 et 20 cas par an de 2011 à 2015.

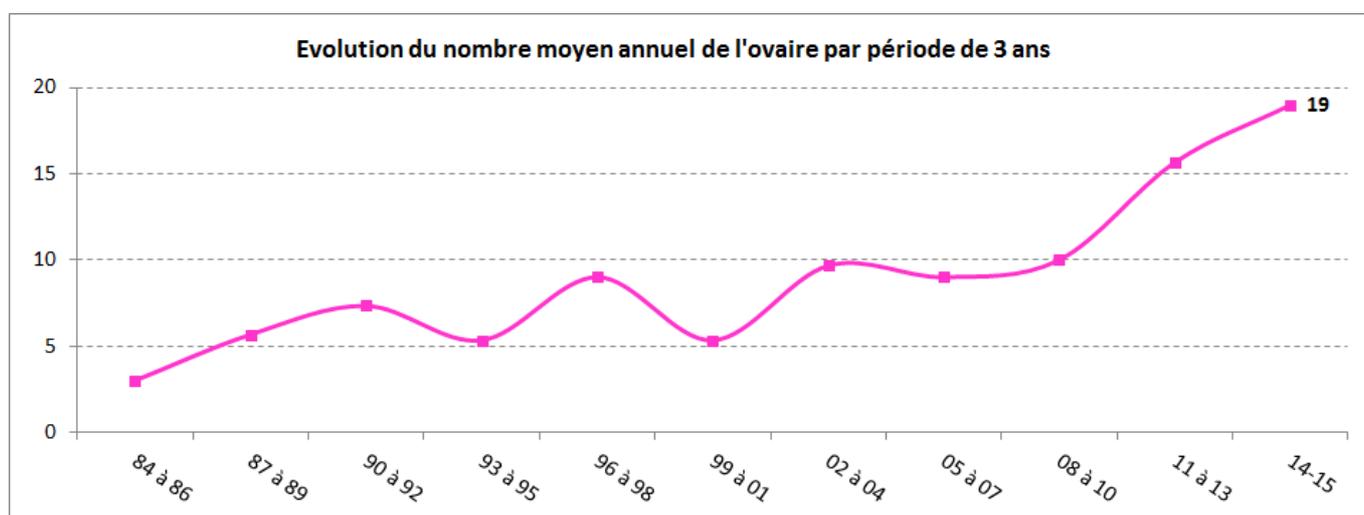


Figure 100 - Cancer de l’ovaire, évolution du nombre moyen de cas annuel

Incidences et comparaisons internationales

Le TIS du cancer de l’ovaire est de **14,8 (8,7 – 20,8)** pour 100.000 personnes-année. Ce taux est élevé et supérieurs à ceux de Nouvelle-Zélande, d’Australie, de France métropolitaine, et des DOM.

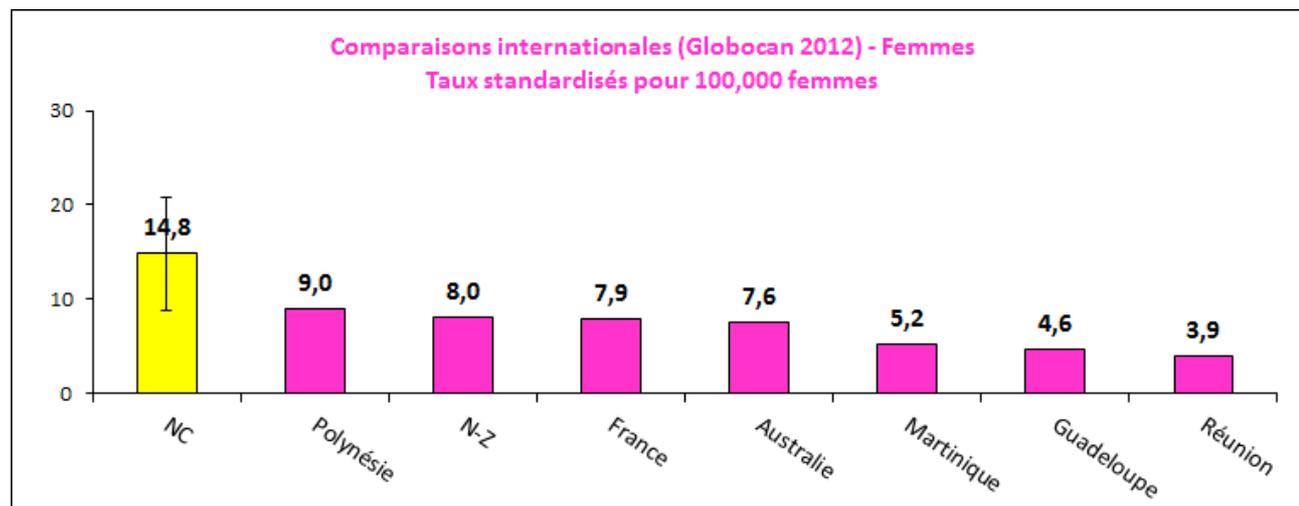


Figure 101 – Cancer de l’ovaire, comparaisons internationales des incidences

VI-6 Prostate :

Généralités

En 2015, la prostate est le site le plus fréquent chez les hommes avec **116** tumeurs invasives. Il se situe au 3^{ème} rang de la répartition tous cancers.

Six patients (5%) avaient un antécédent de cancer (2 poumons, 1 colon, 1 mélanome, 1 myélome et 1 vessie)

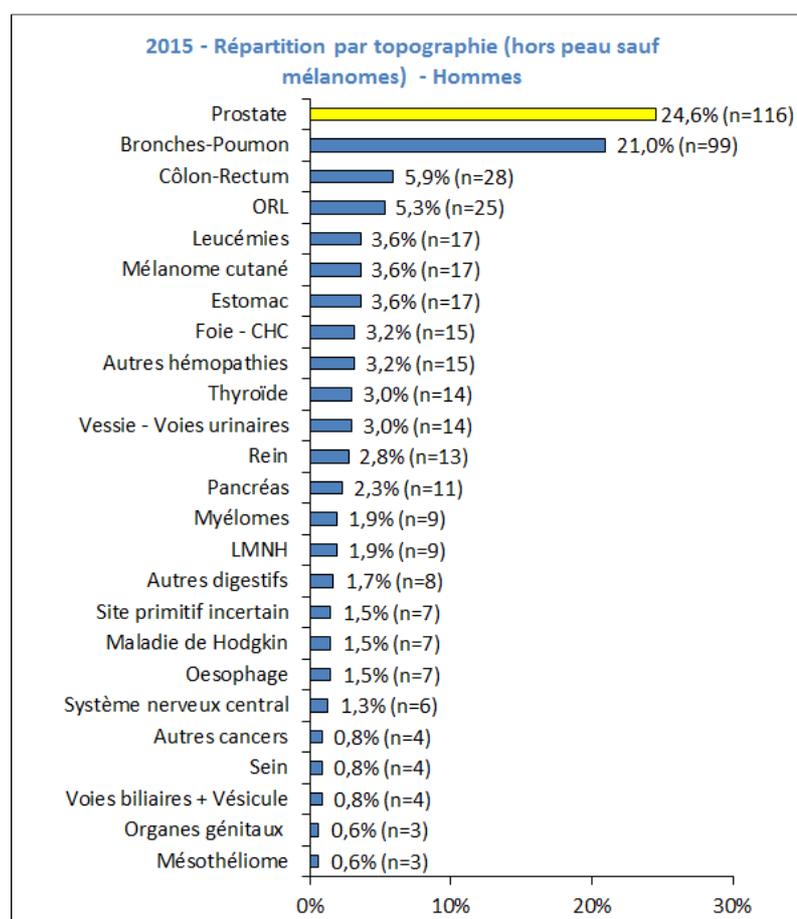


Figure 102 - Répartition par topographies chez les hommes

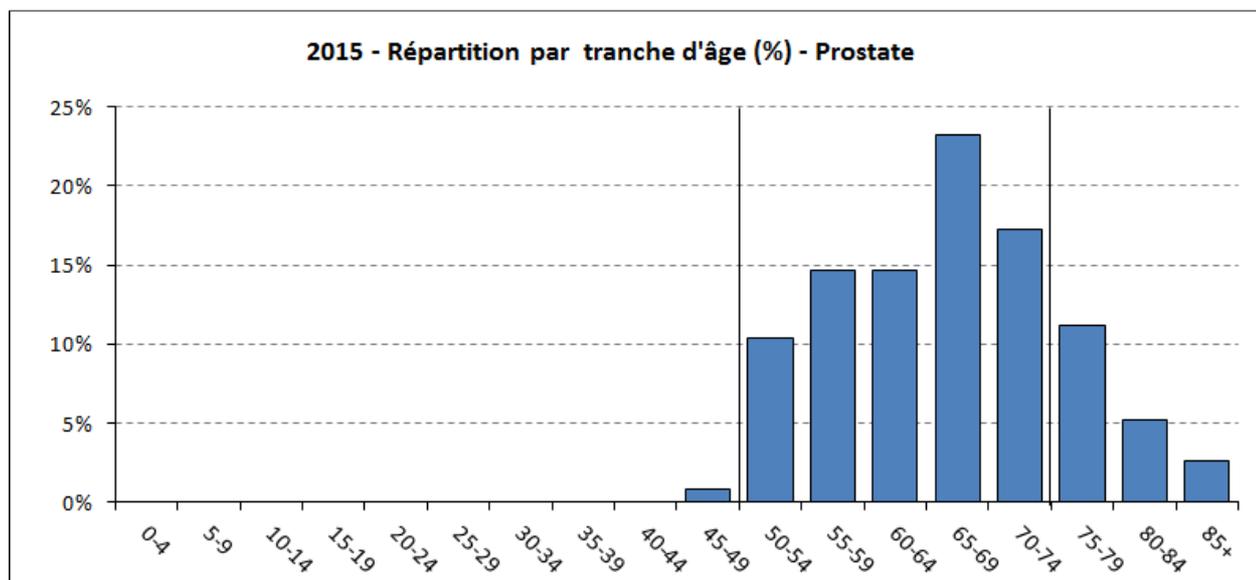
Les principaux facteurs de risque connus sont : les antécédents familiaux, des prédispositions génétiques sur le chromosome 1, des facteurs ethniques, alimentaires (alimentation hypercalorique, riche en graisse animales), une exposition à certains toxiques (pesticides), au Cadmium, Zinc.

Age

L'âge moyen au diagnostic est de 66 ans (médiane 67 ans), variant entre 48 et 86 ans, avec :

- 1% des patients qui ont moins de 50 ans
- 80% des patients qui ont entre 50 et 75 ans
- 19% qui ont 75 ans et plus

En métropole, l'âge moyen au diagnostic est égale à 73 ans.



Figures 103 - Cancer de la prostate, répartition par tranche d'âge

Provinces

En 2015, il n'y a pas de différence significative entre la répartition par province des cancers de la prostate chez les hommes par rapport à celle de la population générale ($p=0,26$).

Il n'y a pas non plus de différence significative des TIS entre les provinces.

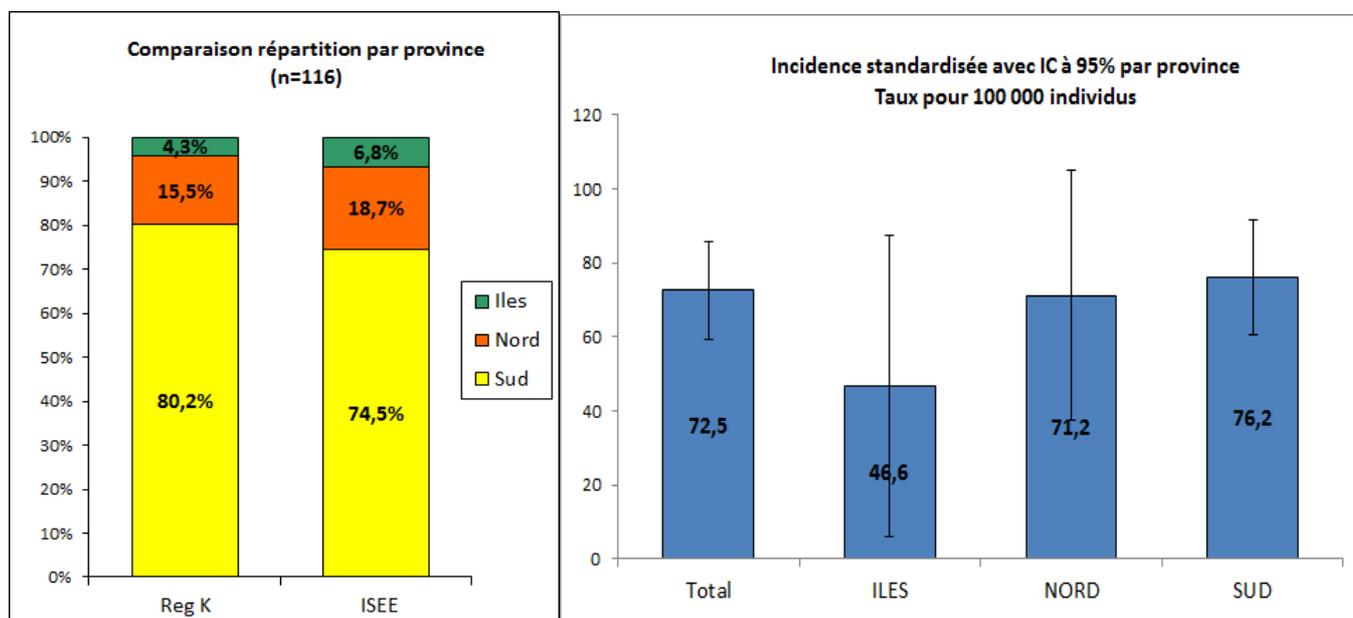
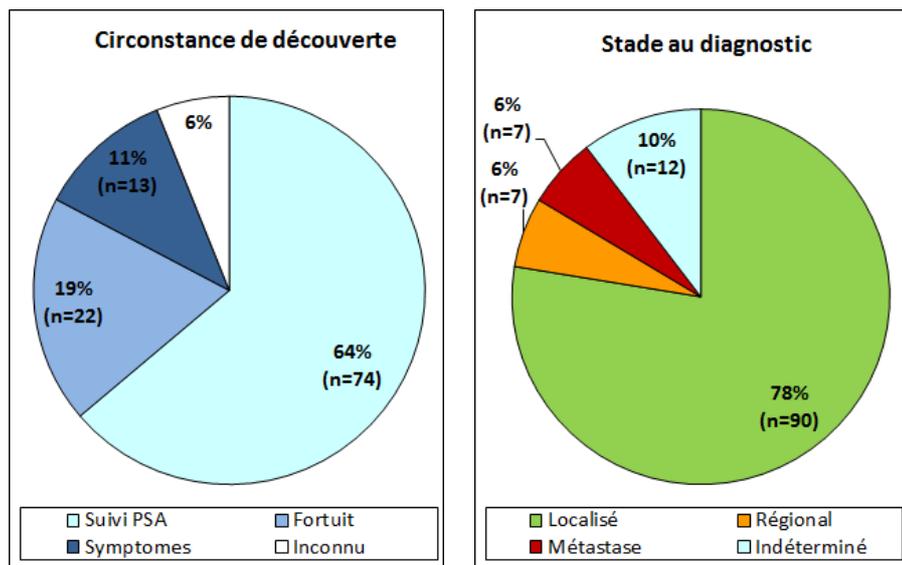


Figure 104 et 105 - Cancers de la prostate, répartition et incidences standardisée selon la province

Circonstance de découverte, stade au diagnostic et létalité

Les cancers de la prostate sont le plus souvent diagnostiqués par suivi régulier des PSA (64%, $n=74$). Seulement 13 (11%) ont été diagnostiqués suite à l'apparition de symptômes et 22 (19%) ont été découverts de manière fortuite. Seulement 2 cancers ont été diagnostiqués uniquement par un dosage du PSA, tous les autres ont été confirmés par histologie (98%, $n=114$).

Près de 8 cancers sur 10 (78%, n=90) sont diagnostiqués au stade localisé. Seulement 6% (n=7) sont diagnostiqués au stade métastatique. Les métastases les plus fréquentes sont localisées dans les os.



Figures 106 et 107 – Cancer de la prostate, Circonstance de découverte et stade au diagnostic

Entre 2008 et 2015, 1017 cancers de la prostate ont été diagnostiqués. Parmi ces 1017 patients, 77 (8%) sont décédés suite à ce cancer au 17/10/2017, ce qui représente un taux de létalité très faible.

Evolution

Le premier pic d'incidence observé depuis le début des années 2000 est très certainement en rapport avec l'installation d'urologues en NC. Après une forte augmentation du nombre diagnostiqués chaque année jusqu'en 2008-2009, on observe à une stabilisation entre 110 et 120 nouveaux cas par an depuis 2011.

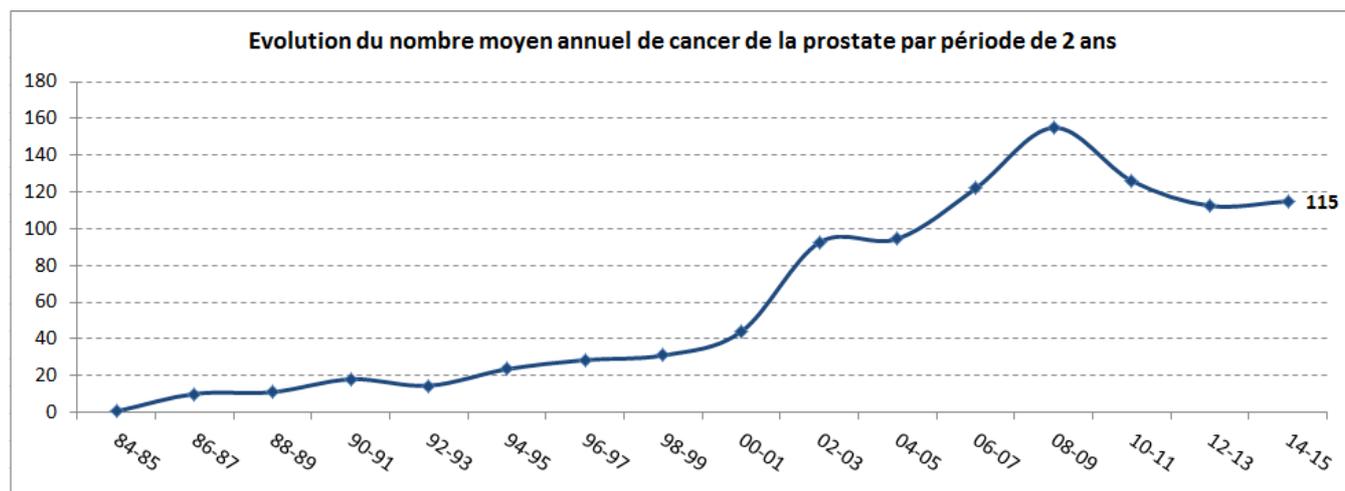


Figure 108 - Cancer de la prostate, évolution du nombre moyen de cas annuel

Incidences et comparaisons internationales

Chez les hommes en 2015, le TIS du cancer de la prostate est égale à **72,5 (59,3 – 85,8)** pour 100.000 personnes-année. Ce taux est plus faible qu'en France métropolitaine, dans les pays voisins ou les DOM, en dehors de la Réunion.

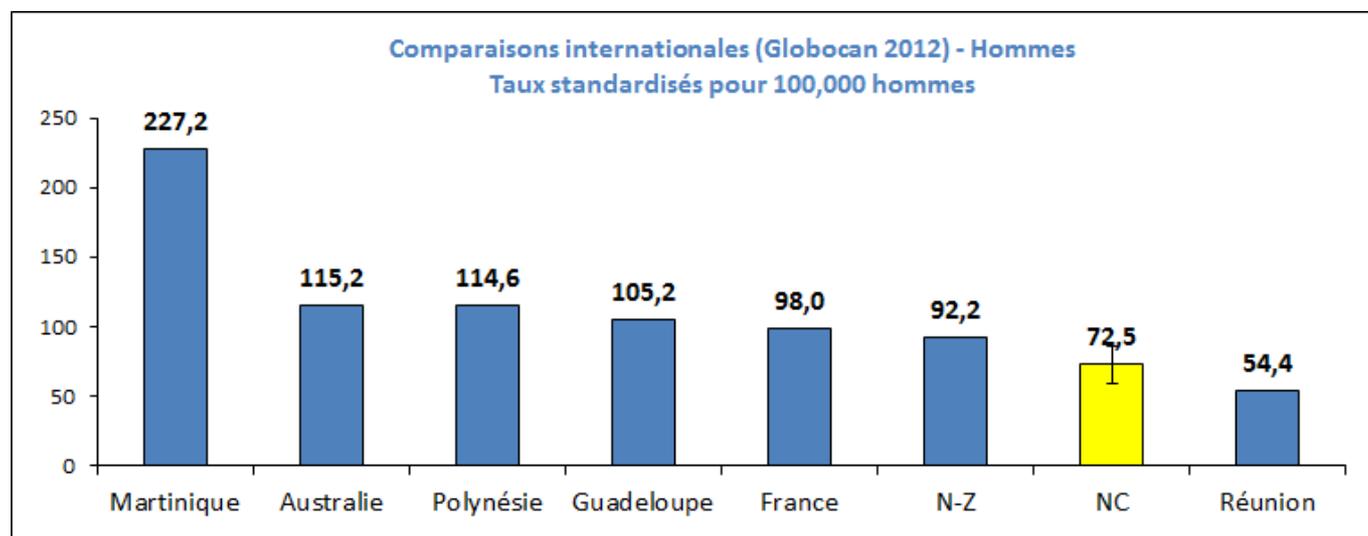


Figure 109 - Cancers de la prostate, comparaisons internationales des incidences

IV-7 Appareil urinaire

VI-7.a Cancer du rein

Généralités

En 2015, le cancer du rein est le 17^{ème} cancer, tous sexes confondus, avec **18** tumeurs invasives. Il se situe au 12^{ème} rang chez les hommes avec 13 tumeurs, et au 21^{ème} rang chez les femmes avec 5 tumeurs. Le sex-ratio est de 2,6 hommes pour une femme. Un patient avait développé une seconde tumeur rénale controlatérale et un autre avait un antécédent de cancer du poumon.

Les principaux facteurs de risque connus sont : le tabagisme, l'alimentation hypercalorique et pauvre en fibres, l'obésité, l'insuffisance rénale terminale et la dialyse chronique, certaines maladies (polykystose rénale, maladie de von Hippel-Lindau), les intoxications professionnelles (amiante, cadmium, trichloroéthylène, ..).

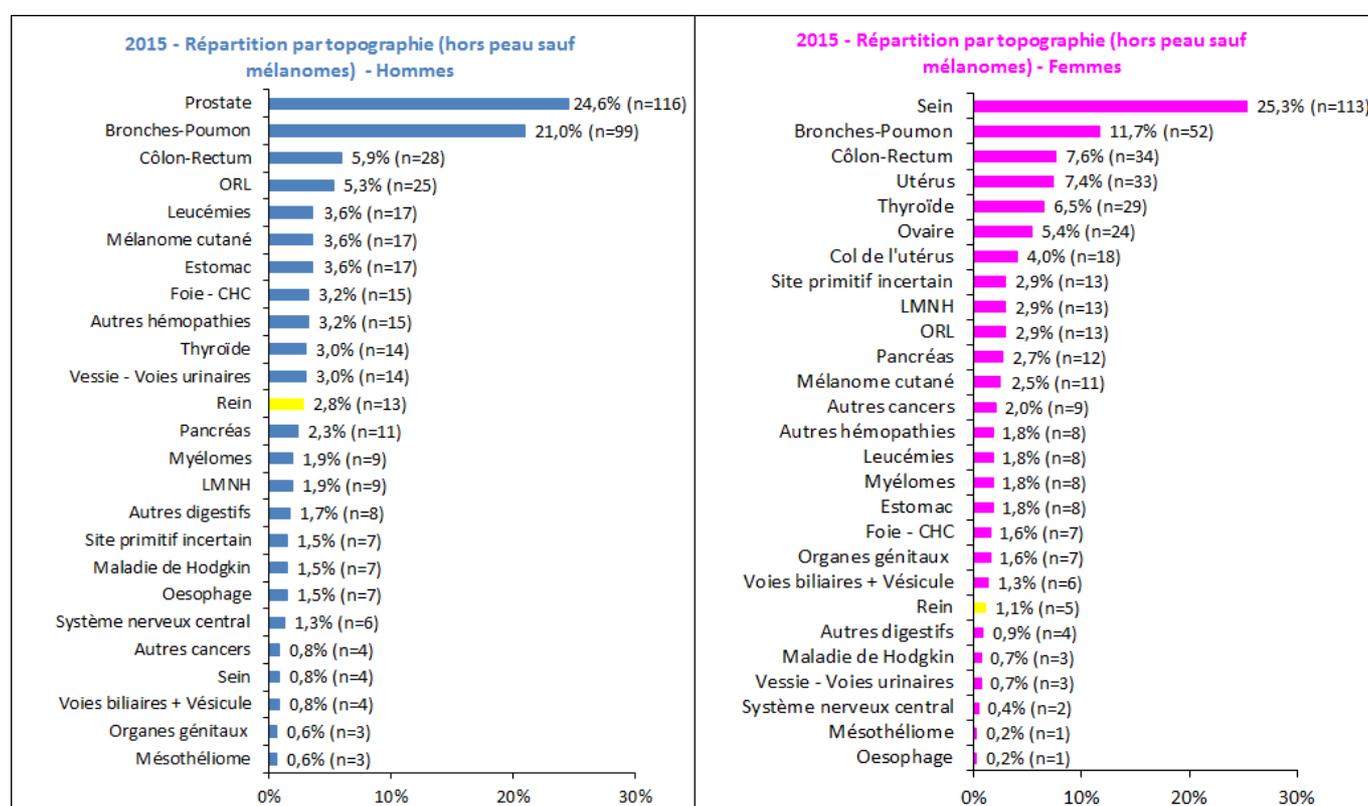


Figure 110 - Répartition par topographies selon le sexe

Age

En 2015, l'âge moyen au diagnostic est de 59 ans (médiane 62,5 ans), variant de 15 à 75 ans avec :

- 11% des patients qui ont moins de 50 ans
- 83% des patients qui ont entre 50 et 75 ans
- 6% qui ont 75 ans et plus

En métropole, l'âge moyen au diagnostic est de 65 ans.

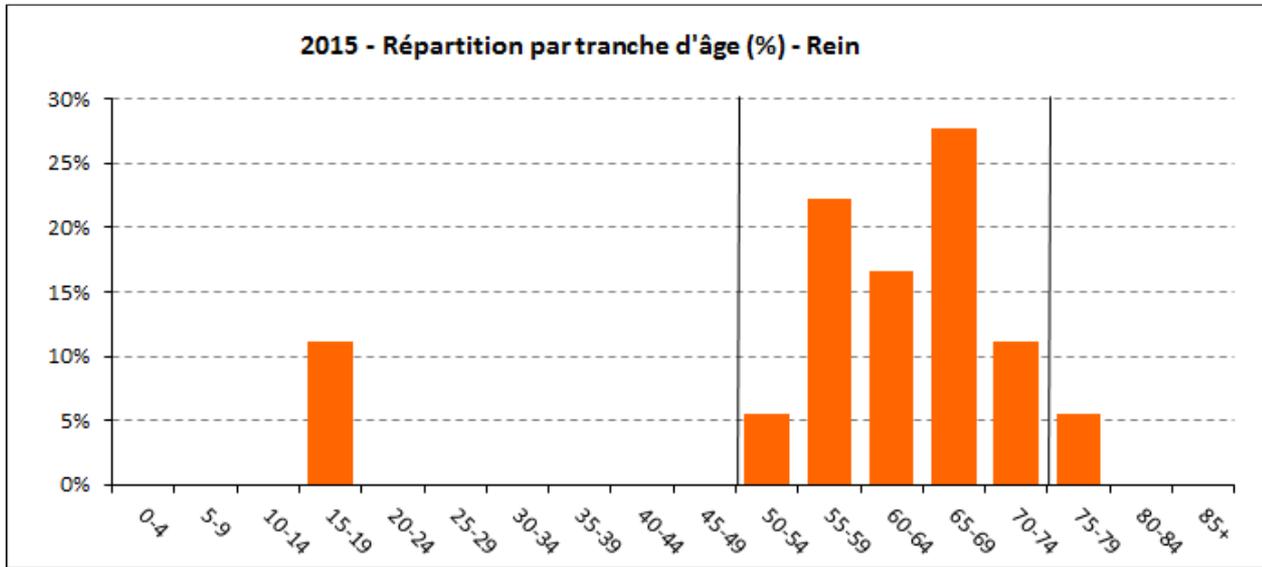


Figure 111 – Cancer du rein, répartition par classe d'âge

Provinces

En 2015, il n'y a pas de différence significative ($p=0,33$) entre la répartition des cancers du rein par province et celle de la population générale. Il n'y a pas non plus de différence significative entre les taux d'incidence standardisée par sexe et par province.

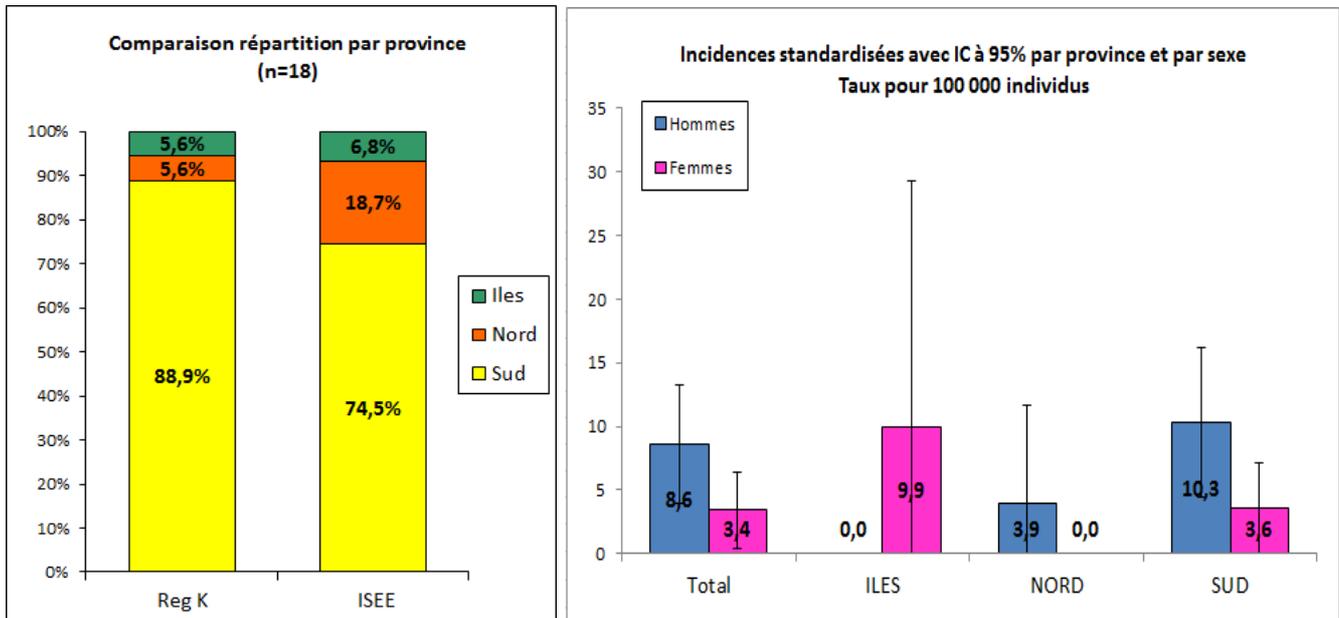
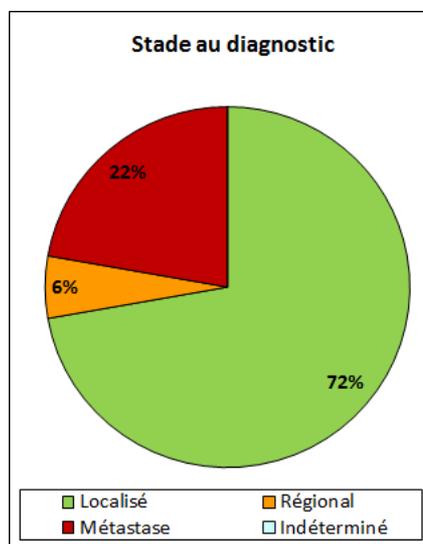


Figure 112 et 113 – Cancer du rein, répartition et incidences standardisées selon le sexe et la province

Stade au diagnostic et létalité

La majorité des cancers du rein ont été diagnostiqués de manière fortuite (67%, n=12). Six (33%) ont été diagnostiqués suite à l'apparition de symptômes.

Un seul cancer du rein a été diagnostiqué par imagerie médicale (18%). Tous les autres ont eu un diagnostic histologique (94%, n=17).



La majorité des cancers du rein ont été diagnostiqués au stade localisé (72%, n=13). Quatre ont été diagnostiqués au stade métastatique, et un au stade régional.

Les métastases sont localisées plus fréquemment dans les poumons ou le système nerveux central.

Figure 114 - Cancer du rein, répartition selon le stade au diagnostic

Entre 2008 et 2015, 134 cancers du rein ont été diagnostiqués. Sur ces 134 patients, 22 (16%) sont décédés suite à ce cancer au 17/10/2017.

Evolution

En 30 ans, le nombre annuel de cancers du rein est passé de 2 à près d'une vingtaine de nouveaux cas. Depuis le début des années 2000, ce nombre annuel est en augmentation constante.

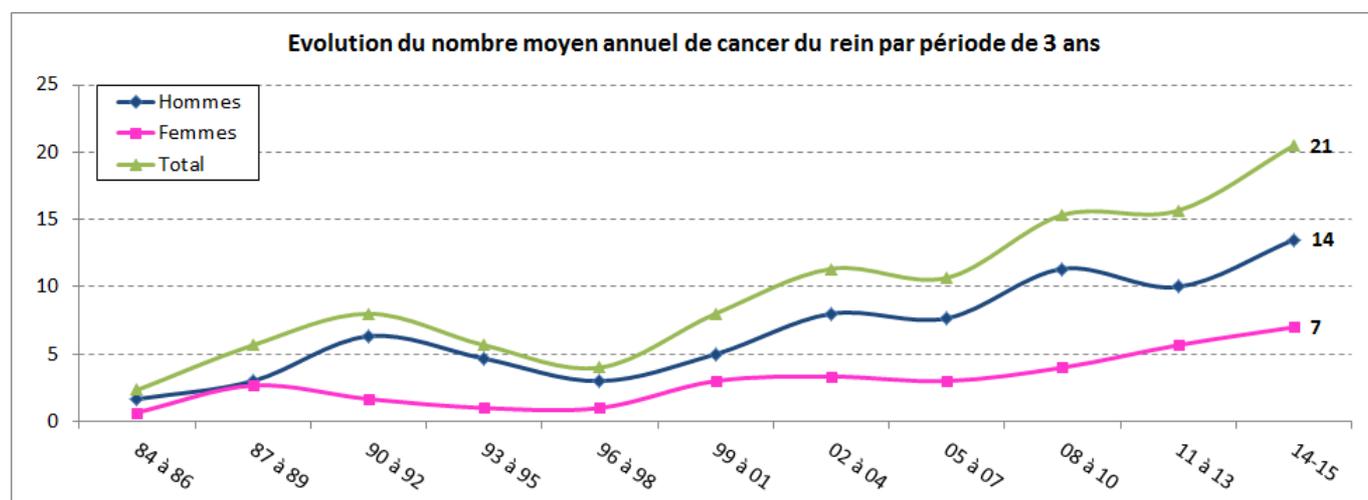


Figure 115 – Cancer du rein, évolution du nombre moyen de cas annuel

Incidences et comparaisons internationales

Chez les hommes en 2015, le TIS du cancer du rein est de **8,6 (3,9 – 13,2)** pour 100.000 personnes-année. Ce taux est légèrement inférieur à celui de la France métropolitaine, et est comparable à ceux d'Australie, Nouvelle-Zélande et Polynésie.

Chez les femmes en 2015, le TIS du cancer du rein est de **3,4 (0,4 – 6,4)** pour 100.000 personnes-année. Ce taux est comparable à ceux de la France métropolitaine, des DOM et des pays voisins.

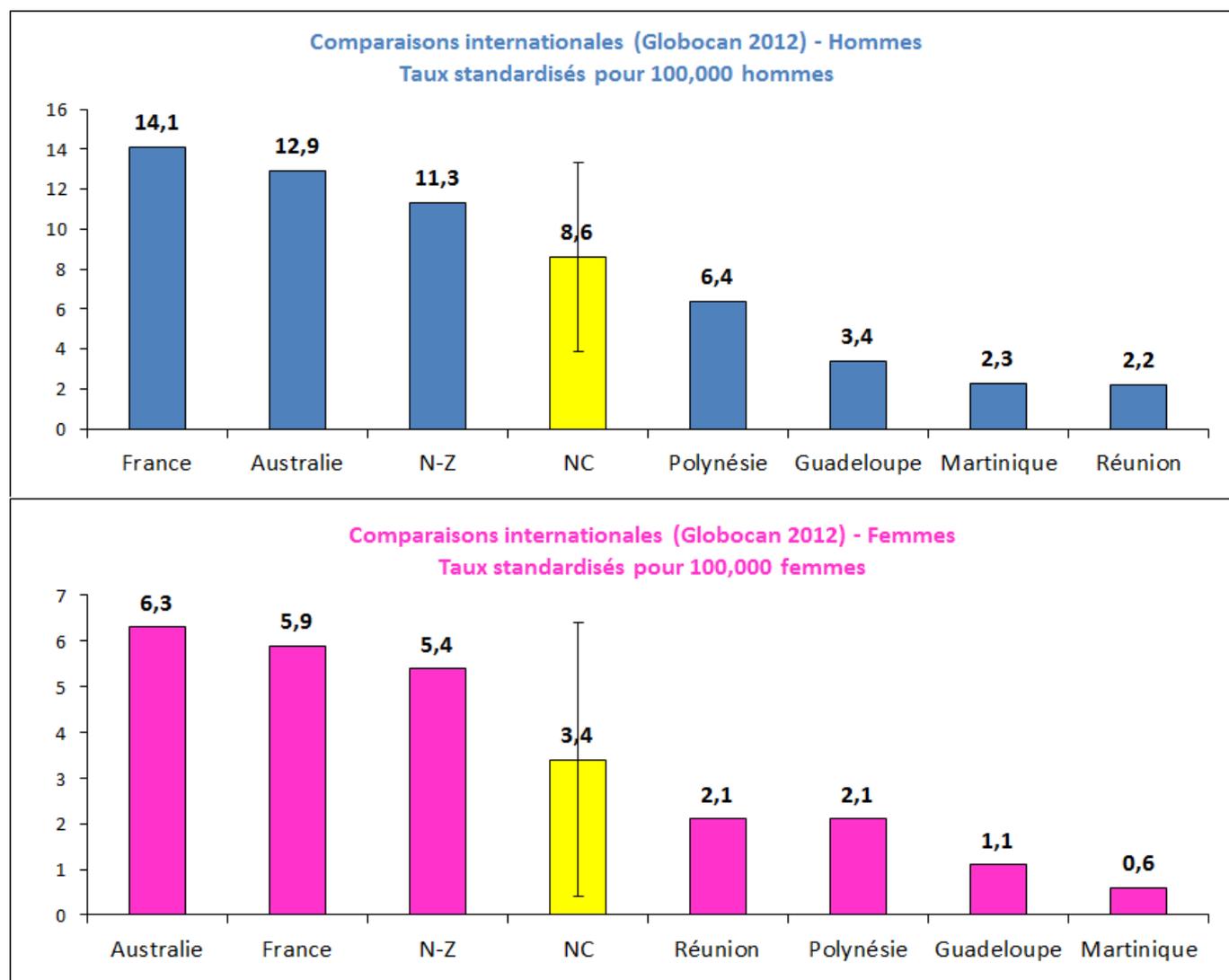


Figure 116 – Cancer du rein, comparaisons internationales des incidences par sexe

IV-7.b Vessie et voies urinaires

Généralités

En 2015, le cancer de la vessie et des voies urinaires est le 19^{ème} cancer, tous sexes confondus, avec **17** tumeurs invasives (16 de la vessie et 1 des voies urinaires). Il se situe au 10^{ème} rang chez les hommes avec 14 tumeurs, et au 23^{ème} rang chez les femmes avec 3 tumeurs. Le sex-ratio est de 4,7 hommes pour une femme. Trois patients avaient un antécédent de cancer de la prostate et un patient un antécédent de cancer ORL.

Un patient était suivi pour une tumeur bénigne de la vessie.

Les principaux facteurs de risque connus de ce cancer sont : le tabac, l'exposition à certains produits industriels (aniline, hydrocarbures, composés de l'industrie du caoutchouc, de la métallurgie, de l'imprimerie, ...), la bilharziose urinaire, certains médicaments (phénacétine, chimiothérapie : cyclophosphamides).

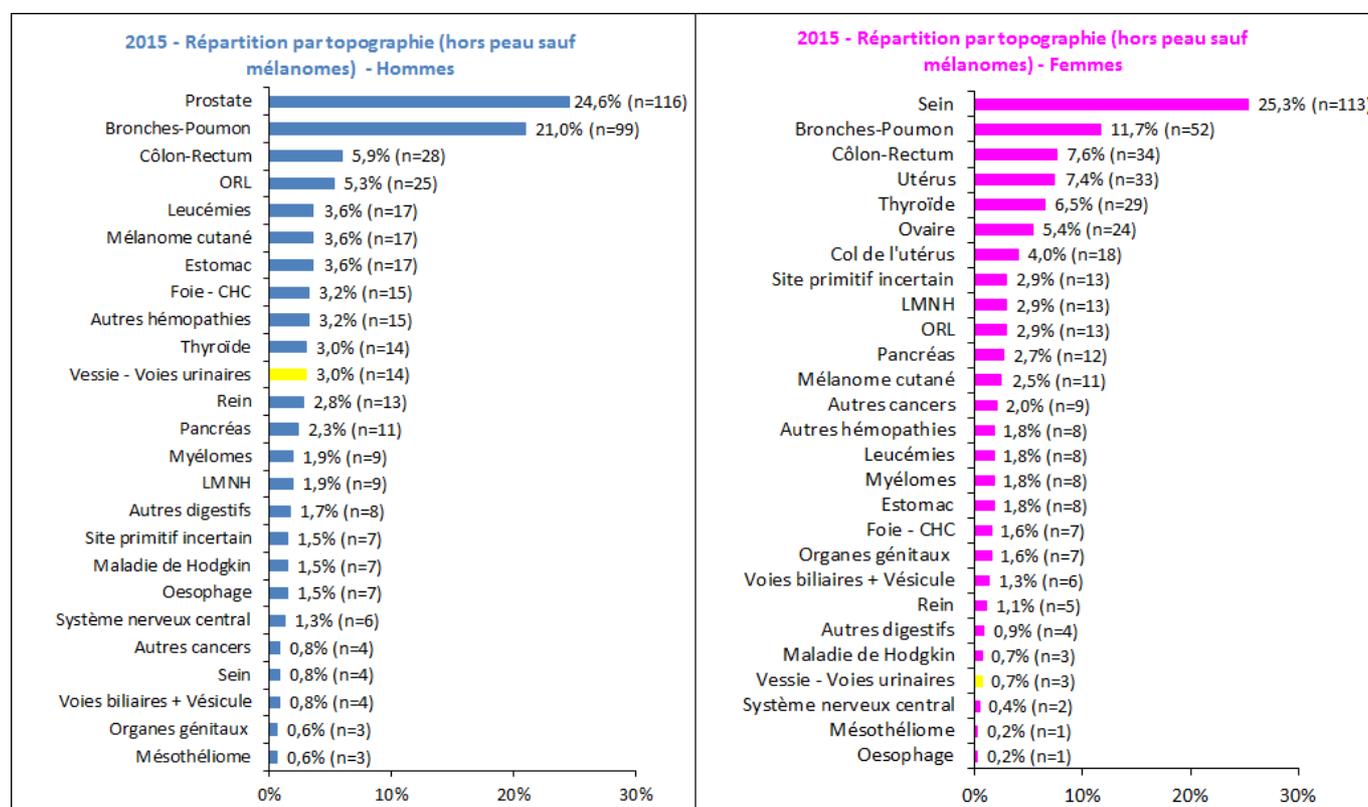


Figure 117 - Répartition par topographies selon le sexe

Age

En 2015, l'âge moyen au diagnostic est de 71 ans (médiane 73 ans), variant entre 46 et 94 ans avec :

- 12% des patients qui ont moins de 50 ans
- 53% des patients qui ont entre 50 et 75 ans
- 35% qui ont 75 ans et plus

En métropole, l'âge moyen au diagnostic est à 70 ans.

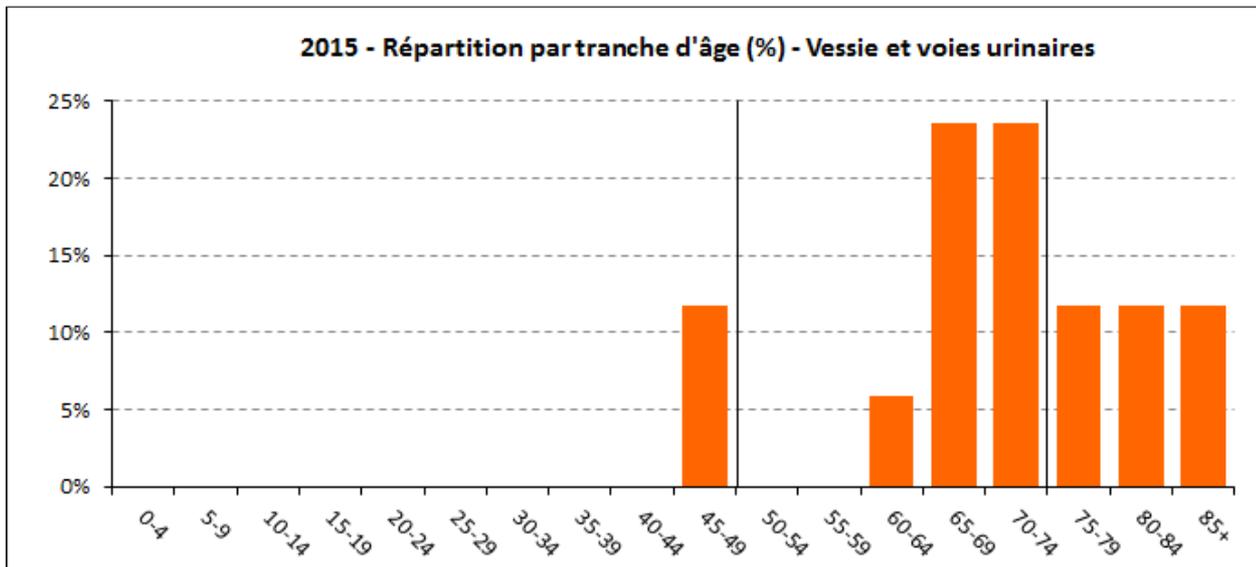


Figure 118 – Cancer de la vessie et des voies urinaires, répartition par classe d'âge

Provinces

En 2015, il n'y a pas de différence significative ($p=0,38$) entre la répartition des cancers de la vessie et des voies urinaires par province et celle de la population générale. Il n'y a pas non plus de différence significative entre les taux d'incidence standardisée par sexe et par province.

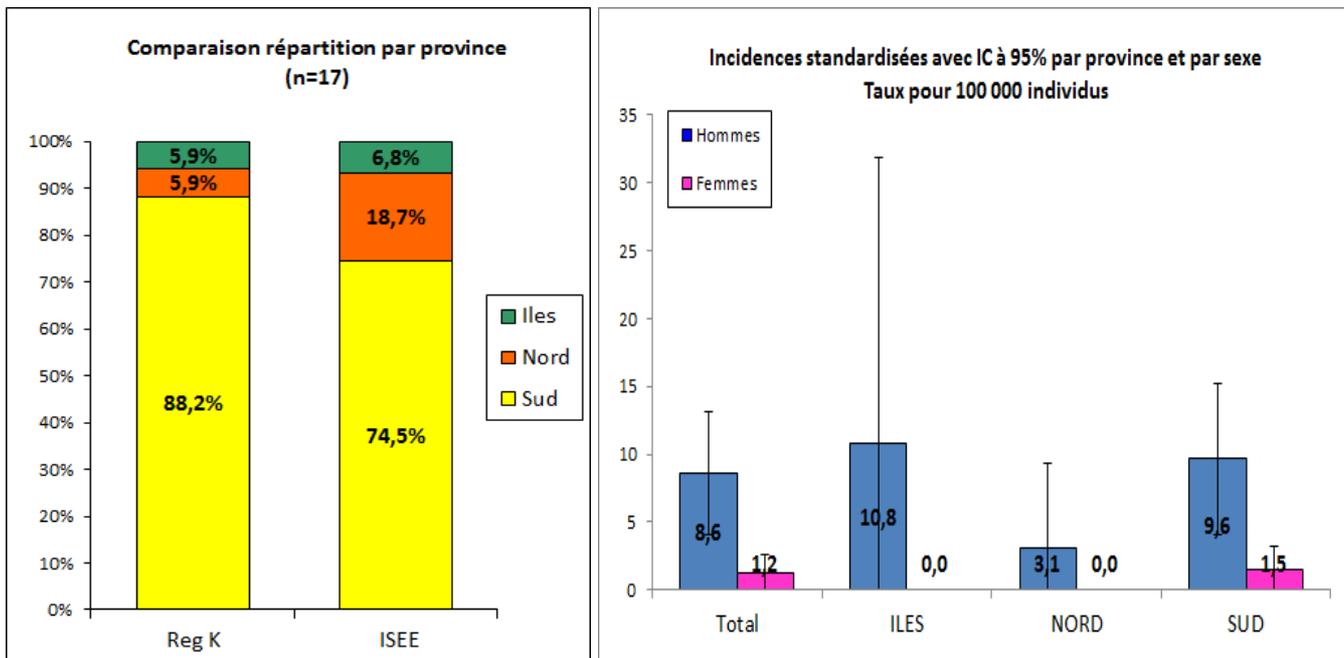
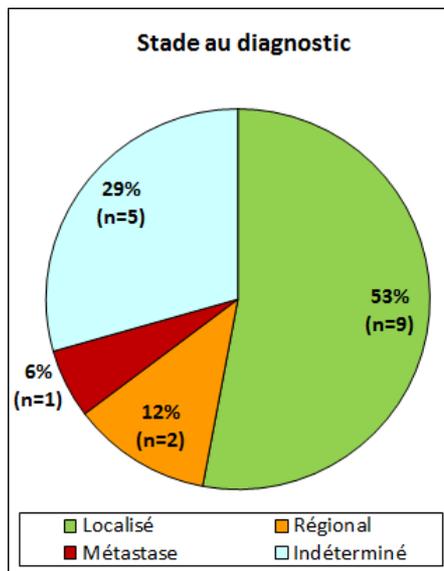


Figure 119 et 120 – Cancer de la vessie et des voies urinaires, répartition et incidences standardisées selon le sexe et la province

Stade au diagnostic et létalité

La majorité des cancers de la vessie et des voies urinaires ont été diagnostiqués suite à l'apparition de symptômes (82%, n=14). Un cancer a été diagnostiqué de manière fortuite et un autre dans le cadre d'une surveillance urologique.



Tous les cancers de la vessie et des voies urinaires ont eu un diagnostic histologique.

Plus de la moitié des cancers de la vessie et des voies urinaires ont été diagnostiqués au stade localisé (53%, n=9). Deux ont été diagnostiqués au stade régional et 1 au stade métastatique (foie). Cinq avaient un stade indéterminé.

Figure 121 - Cancer de la vessie et des voies urinaires, répartition selon le stade au diagnostic

Entre 2008 et 2015, 135 cancers de la vessie et des voies urinaires ont été diagnostiqués. Sur ces 135 patients, 50 (37%) sont décédés suite au de la vessie et des voies urinaires au 17/10/2017.

Evolution

Entre 1984 et 2001, le nombre annuel de nouveaux cancers de la vessie et des voies urinaires diagnostiqués se situait entre 5 et 10 cas. Après une augmentation régulière jusqu'en 2008, ce nombre tend à se stabiliser autour de 15 cas par an.

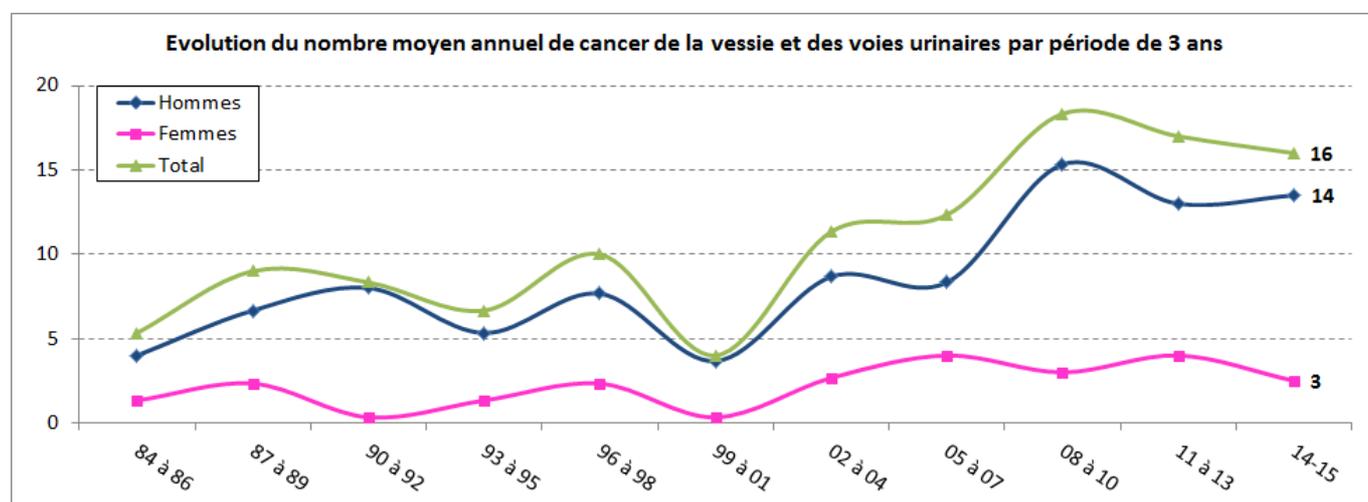


Figure 122 – Cancer de la vessie et des voies urinaires, évolution du nombre moyen de cas annuel

Incidences et comparaisons internationales : Cancer de la vessie uniquement

Chez les hommes en 2015, le TIS du cancer de la vessie est de **7,9 (3,6 – 12,3)** pour 100.000 personnes-année. Ce taux est inférieur à celui de la France métropolitain et de l’Australie et est comparable à ceux de Nouvelle-Zélande et des DOM.

Chez les femmes en 2015, le TIS du cancer de la vessie est de **1,2 (0 – 2,6)** pour 100.000 personnes-année. Ce taux est inférieur à celui de l’Australie, de la Guadeloupe et de la Polynésie. Il est comparable à ceux de la France métropolitaine, de la Martinique et de la Nouvelle-Zélande.

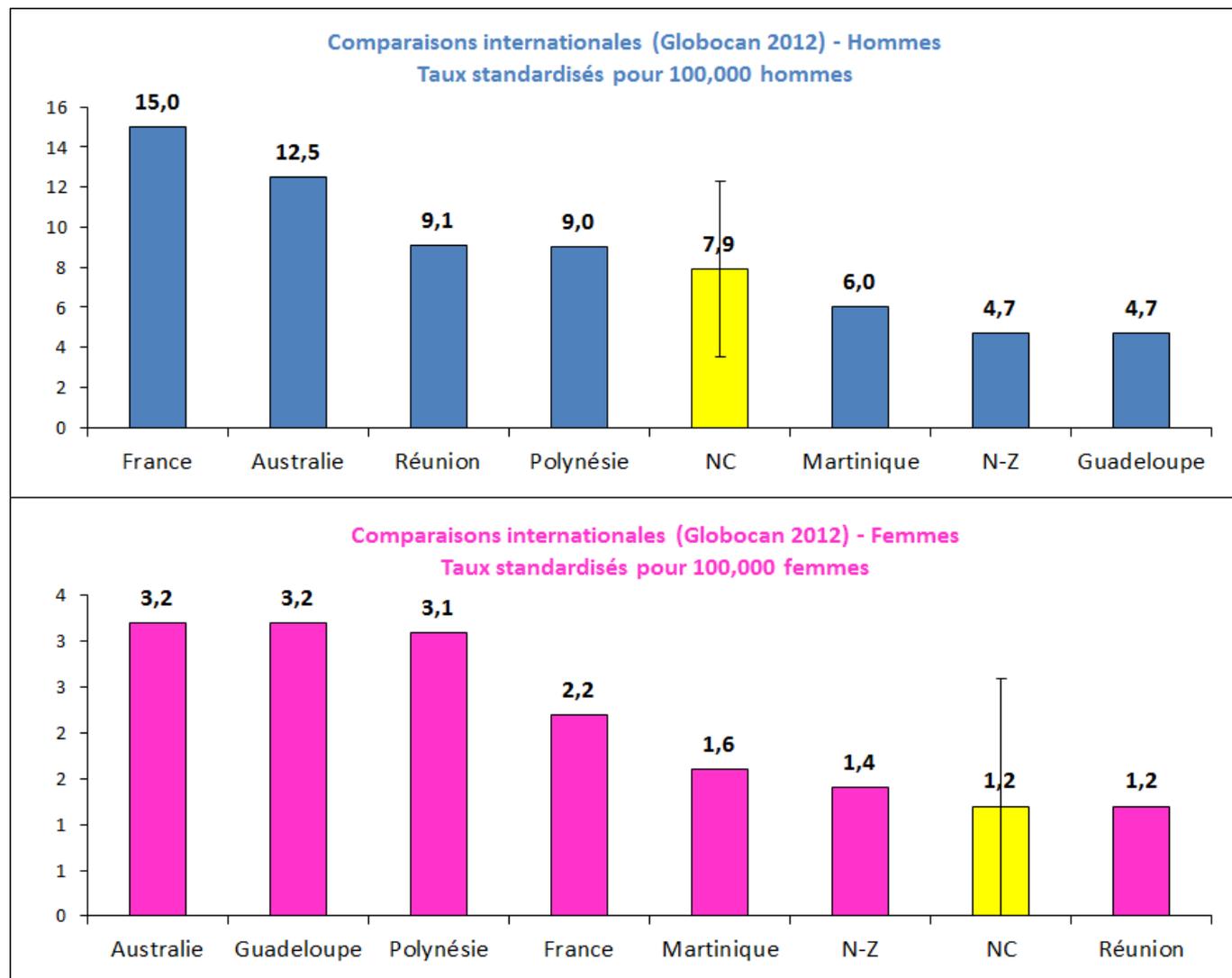


Figure 123 - Cancer de la vessie, comparaisons internationales des incidences par sexe

IV-8 Hémopathies malignes

IV-8.a Lymphomes Malin Non Hodgkiniens (LMNH) :

Généralités

En 2015, les LMNH représentent arrivent en 14^{ème} place, tous sexes confondus, avec **22** nouveaux cas. Ils se situent au 14^{ème} rang chez les hommes avec 9 cas, et au 8^{ème} rang chez les femmes avec 13 cas. Le sex-ratio est de 0,7 homme pour une femme. Trois patients ont développé une autre tumeur primitive : bronche-poumon, rectum et sein.

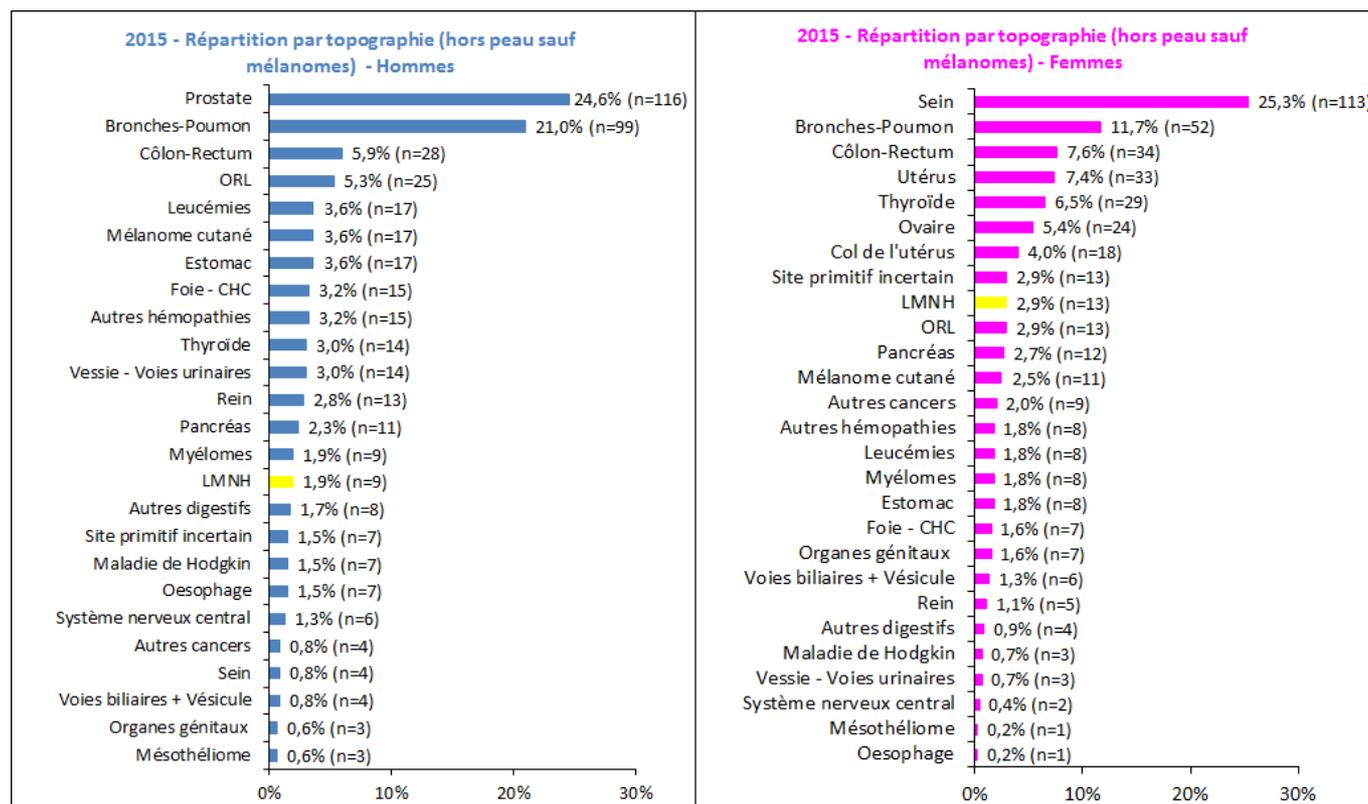


Figure 124 - Répartition par topographies selon le sexe

Age

En 2015, l'âge moyen au diagnostic est de 57 ans (médiane 62 ans), variant entre 20 et 82 ans avec :

- 32% des patients qui ont moins de 50 ans
- 54% des patients qui ont entre 50 et 75 ans
- 14% qui ont 75 ans et plus

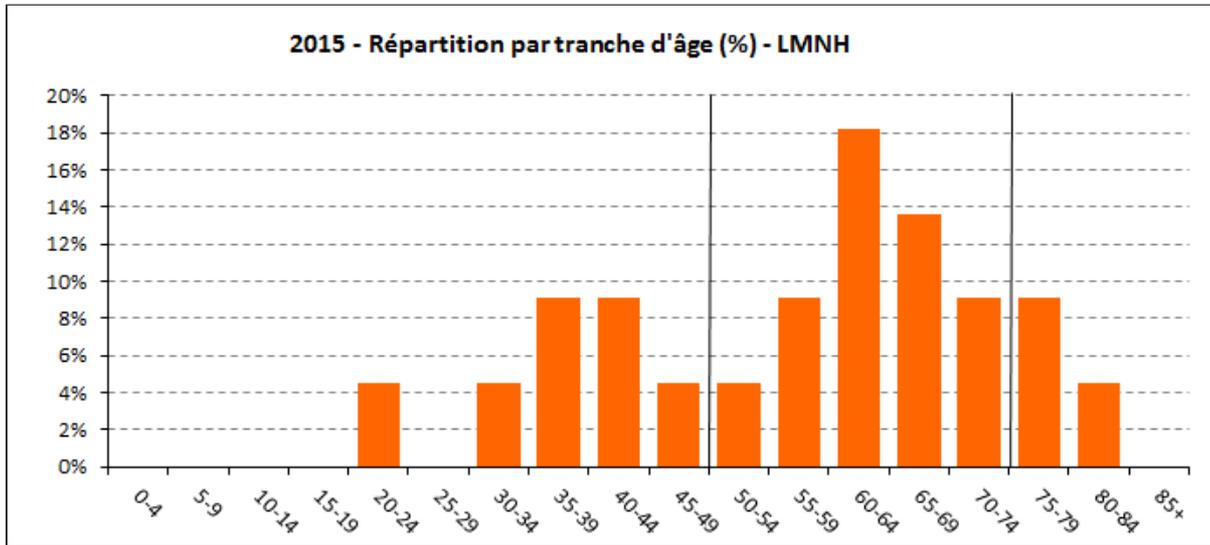


Figure 125 – LMNH, répartition par classe d'âge

Provinces

En 2015, il n'y a pas de différence ($p=0,91$) entre la répartition des LMNH par province et celle de la population générale. Il n'y a pas non plus de différence significative entre les taux d'incidence standardisés par sexe et par province.

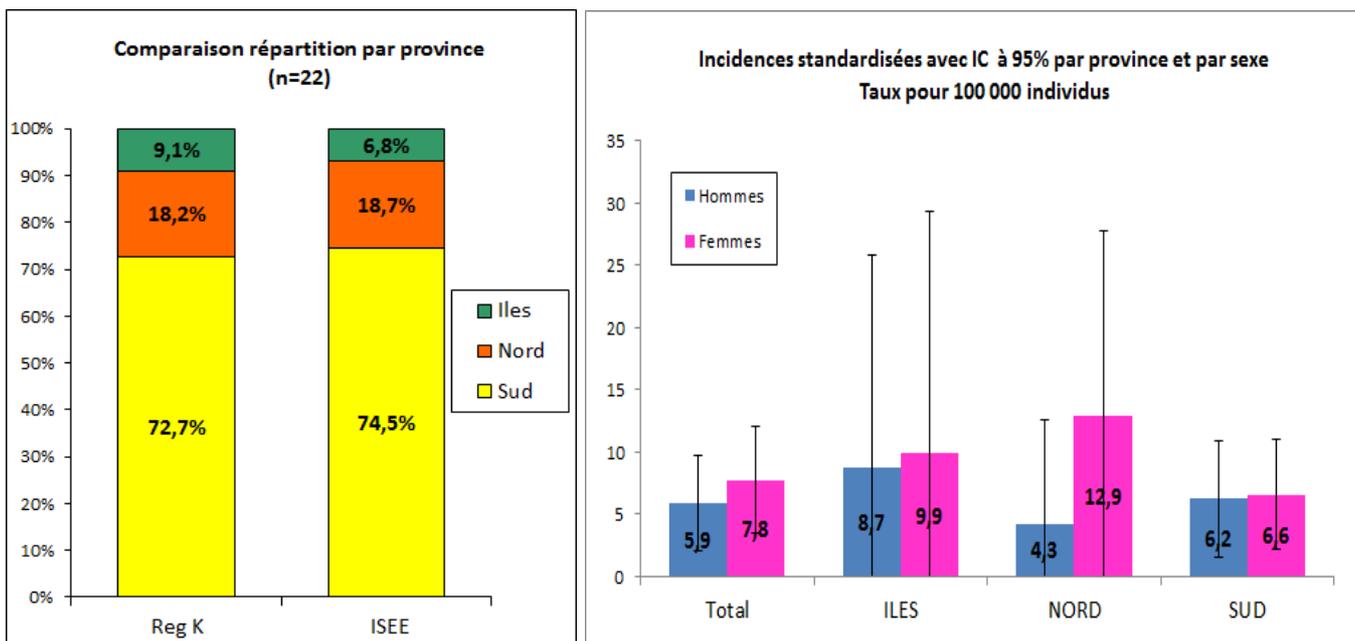


Figure 126 et 127 – LMNH, répartition et incidences standardisées selon le sexe et la province

Létalité

Entre 2008 et 2015, 181 LMNH ont été diagnostiqués. Parmi ces 181 patients, 59 (33%) sont décédés suite au LMNH au 17/10/2017.

Evolution

Le nombre de LMNH diagnostiqués chaque année est en augmentation constante et atteint les 25 cas par an en moyenne depuis 2011.

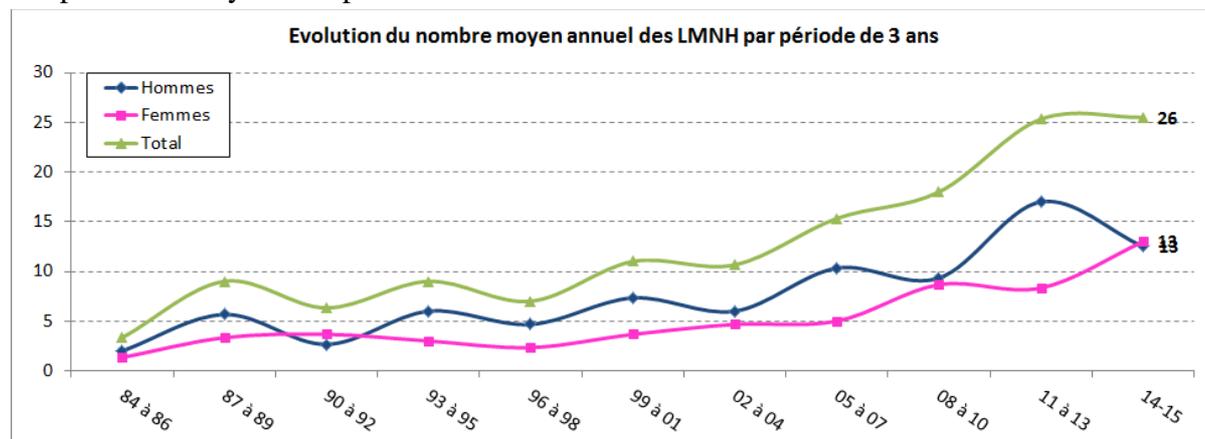


Figure 128 – LMNH, évolution du nombre moyen de cas annuel

Incidences et comparaisons internationales

Chez les hommes en 2015, le TIS des LMNH est de **5,9** (2 – 9,8) pour 100.000 personnes-année. Ce taux est inférieur à ceux de l’Australie, la Nouvelle-Zélande et la France métropolitaine. Il est équivalent à ceux de certains DOM.

Chez les femmes en 2015, le TIS des LMNH est de **7,8** (3,4 – 12,1) pour 100.000 personnes-année. Ce taux est comparable à ceux de France métropolitaine, d’Australie, de Nouvelle-Zélande et de Polynésie.

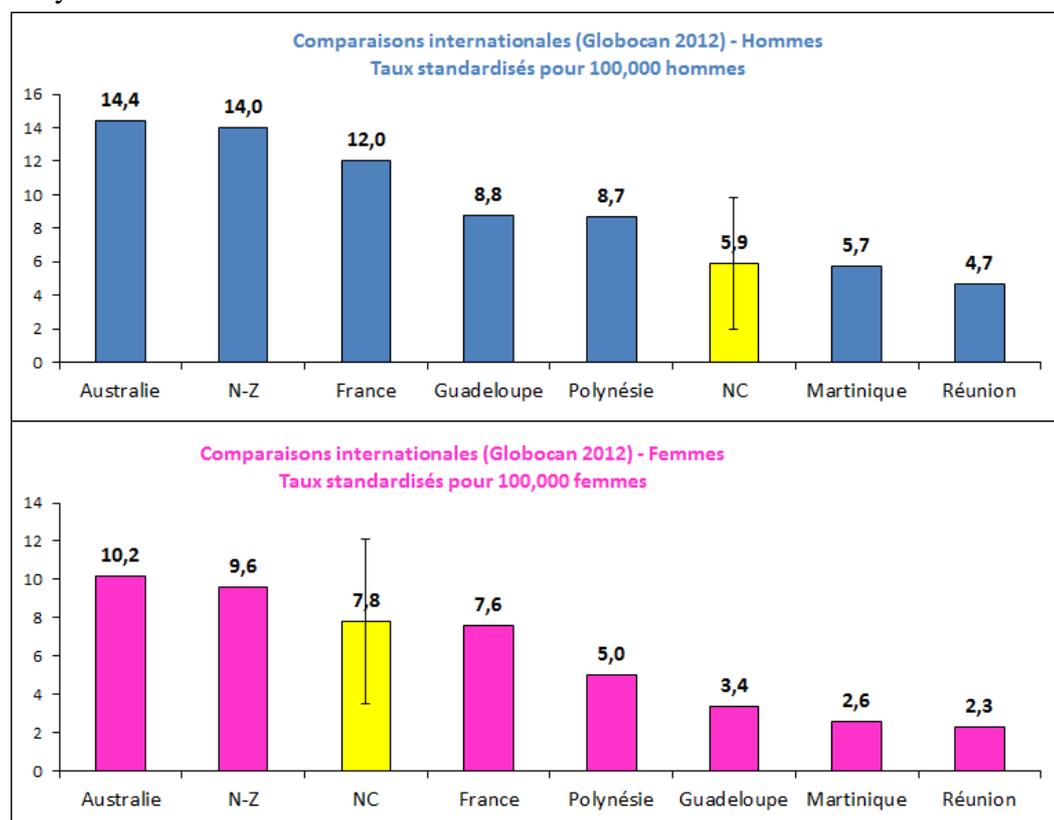


Figure 129 - LMNH, comparaisons internationales des incidences par sexe

IV-8.b Leucémies

Généralités

En 2015, les leucémies représentent le 9^{ème} cancer, tous sexes confondus, avec **25** cas. Il se situe au 5^{ème} rang chez les hommes avec 17 cas, et au 14^{ème} rang chez les femmes avec 8 cas. Le sex-ratio est de 2,1 hommes pour une femme. Deux patients ont développé une autre tumeur : bronches-poumon et syndrome myélodysplasique.

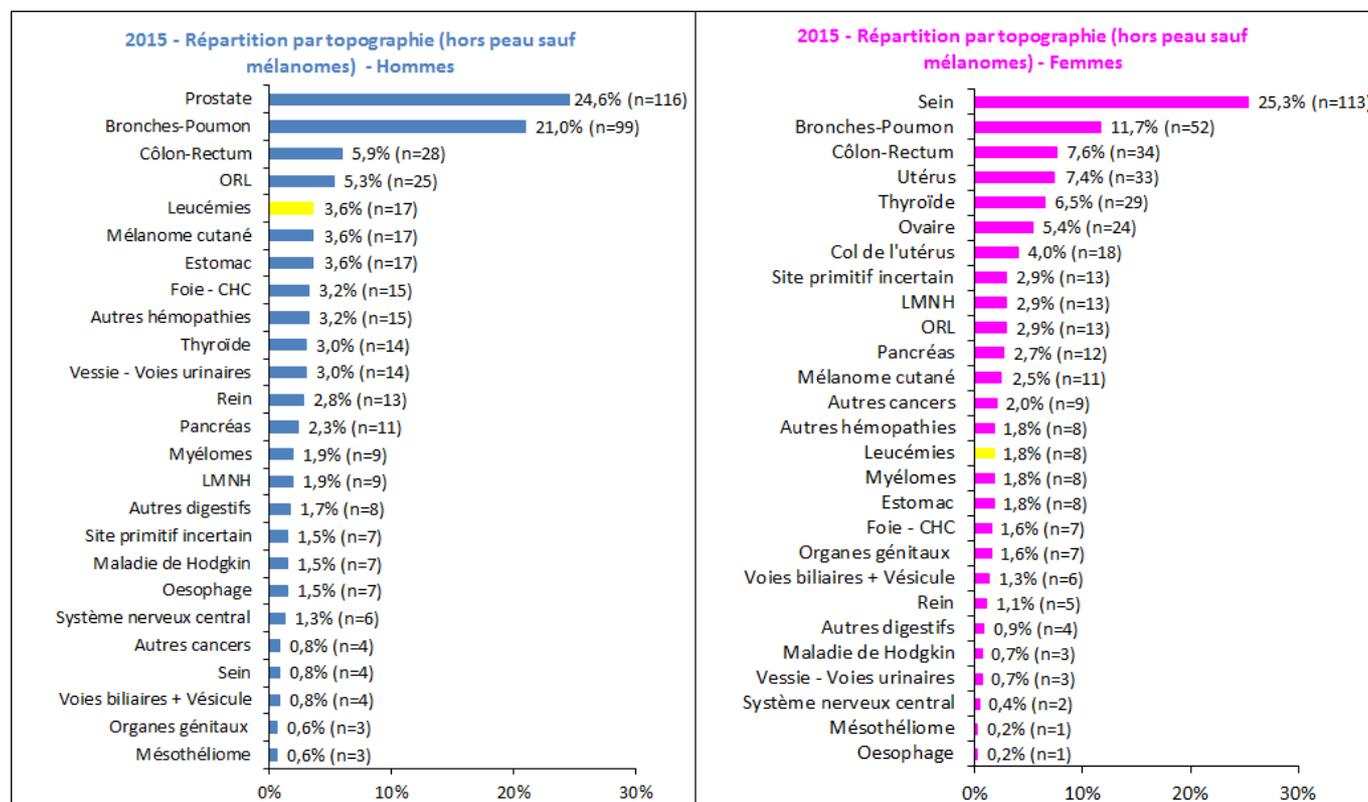


Figure 130 - Répartition par topographies selon le sexe

Age

En 2015, l'âge moyen au diagnostic est de 50 ans (médiane 59 ans), variant de 1 à 85 ans avec :

- 32% des patients qui ont moins de 50 ans
- 48% des patients qui ont entre 50 et 75 ans
- 20% qui ont 75 ans et plus

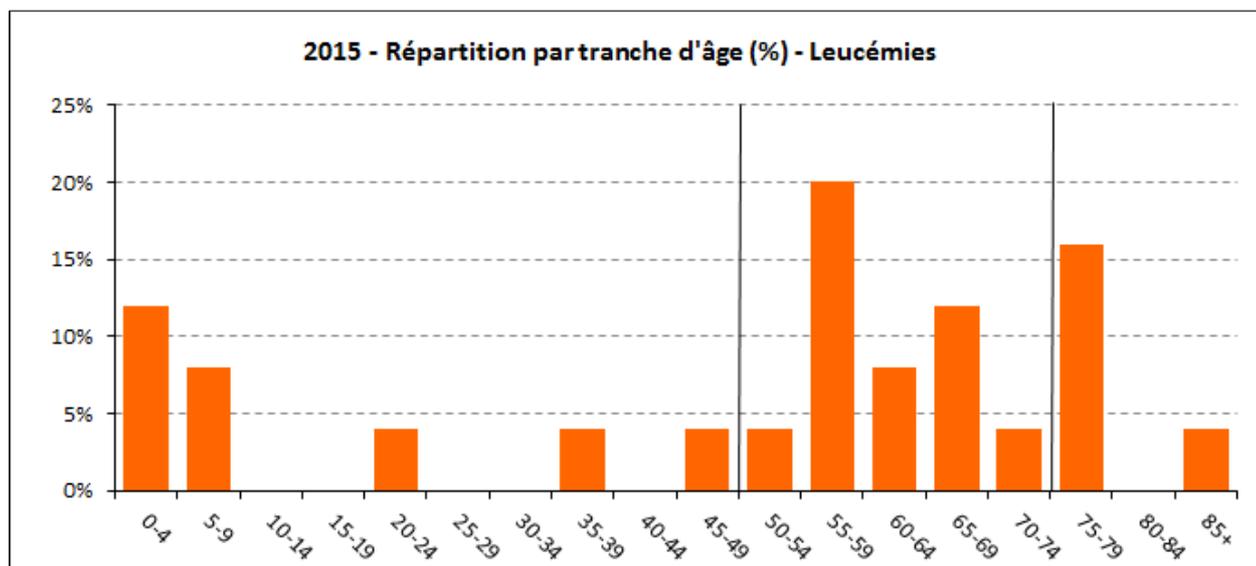


Figure 131 – Leucémies, répartition par classe d'âge

Provinces

En 2015, il n'y a pas de différence ($p=0,55$) entre la répartition des leucémies par province et celle de la population générale. Il n'y a pas non plus de différence significative entre les taux d'incidence standardisés par sexe et par province.

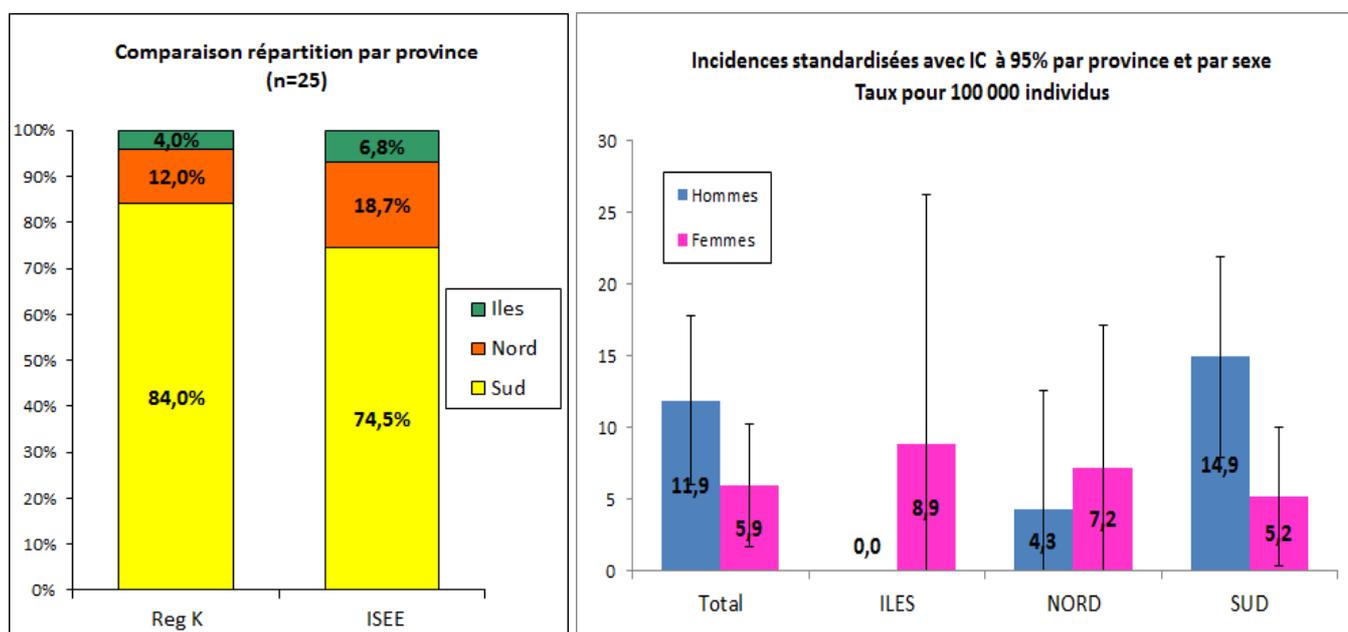


Figure 132 et 133 – Leucémies, répartition et incidences standardisées selon le sexe et la province

Létalité

Entre 2008 et 2015, 192 leucémies ont été diagnostiquées. Sur ces 192 patients, 43 (22%) sont décédés des suites de leur leucémie au 17/10/2017.

Evolution

Entre 1984 et 2002, il était diagnostiqué en moyenne entre 5 et 10 cas de leucémies par an. Après une augmentation entre 2000 et 2005, on observe une stabilisation entre 20 et 25 cas par an.

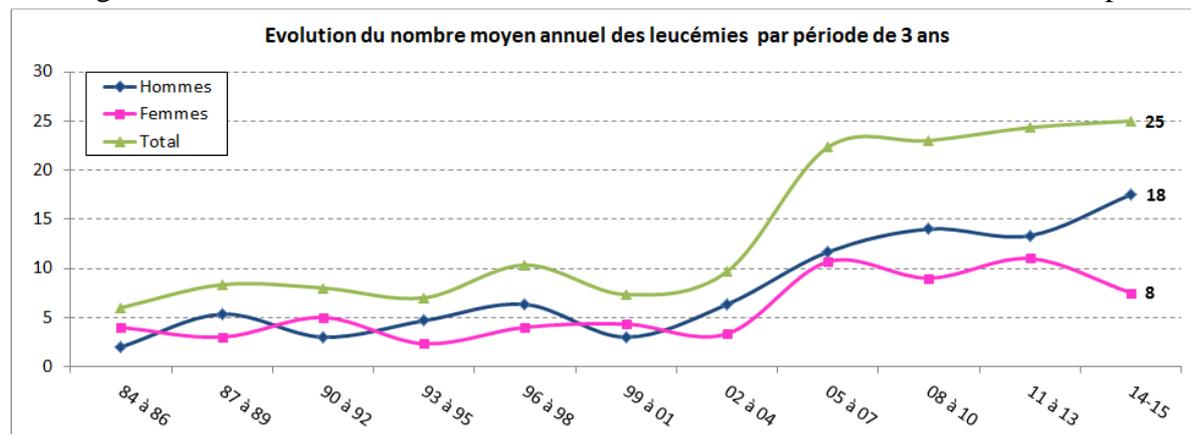


Figure 134 – Leucémies, évolution du nombre moyen de cas annuel

Incidences et comparaisons internationales

Chez les hommes en 2015, le TIS des leucémies est de **11,9 (6 – 17,8)** pour 100.000 personnes-année. Ce taux est comparable à l’Australie, la Nouvelle-Zélande, la France métropolitaine et certains DOM.

Chez les femmes en 2015, le TIS des LMNH est de **5,9 (1,6 – 10,3)** pour 100.000 personnes-année. Ce taux est comparable à l’Australie, la Nouvelle-Zélande, la France métropolitaine et certains DOM.

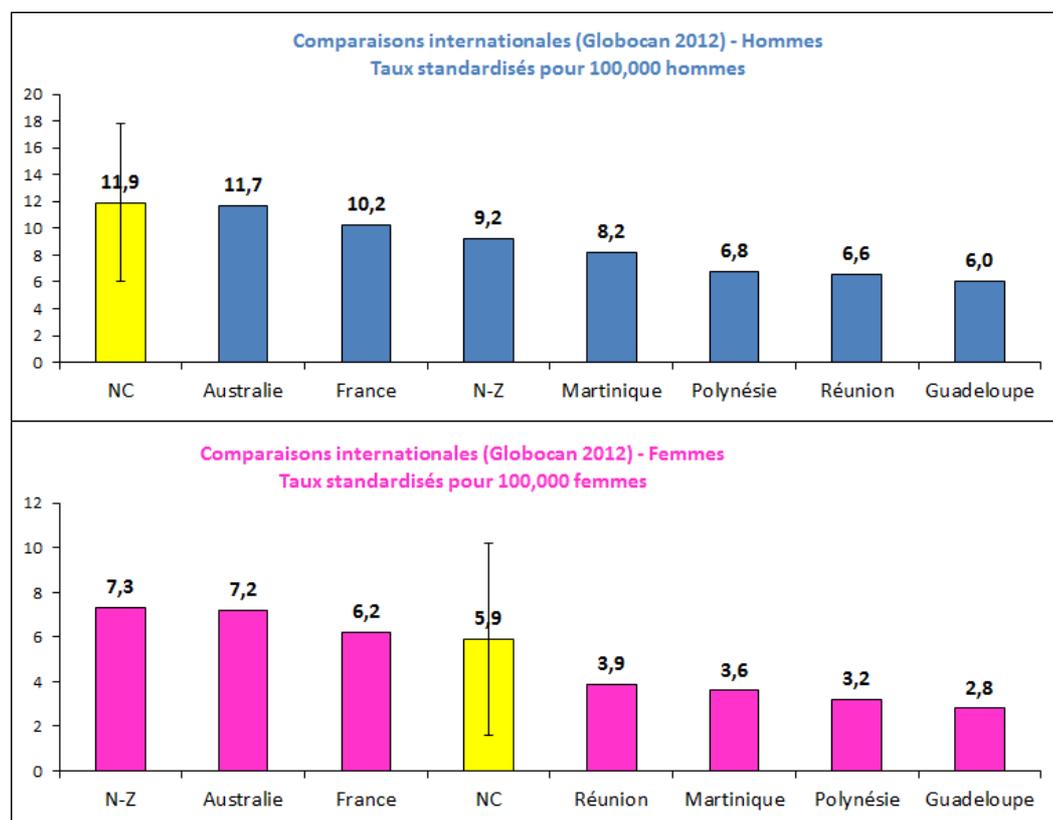


Figure 135 - Leucémies, comparaisons internationales des incidences par sexe

IV-8.c Myélomes

Généralités

En 2015, les myélomes arrivent en 19^{ème} position, tous sexes confondus, avec **17** cas. Ils se situent au 14^{ème} rang chez les hommes avec 9 cas, et au 14^{ème} rang chez les femmes avec 8 cas. Le sex-ratio est de 1,1 hommes pour une femme. Deux patients avaient développé d'autres tumeurs primitives : prostate et poumon, prostate et lymphome de Hodgkin.

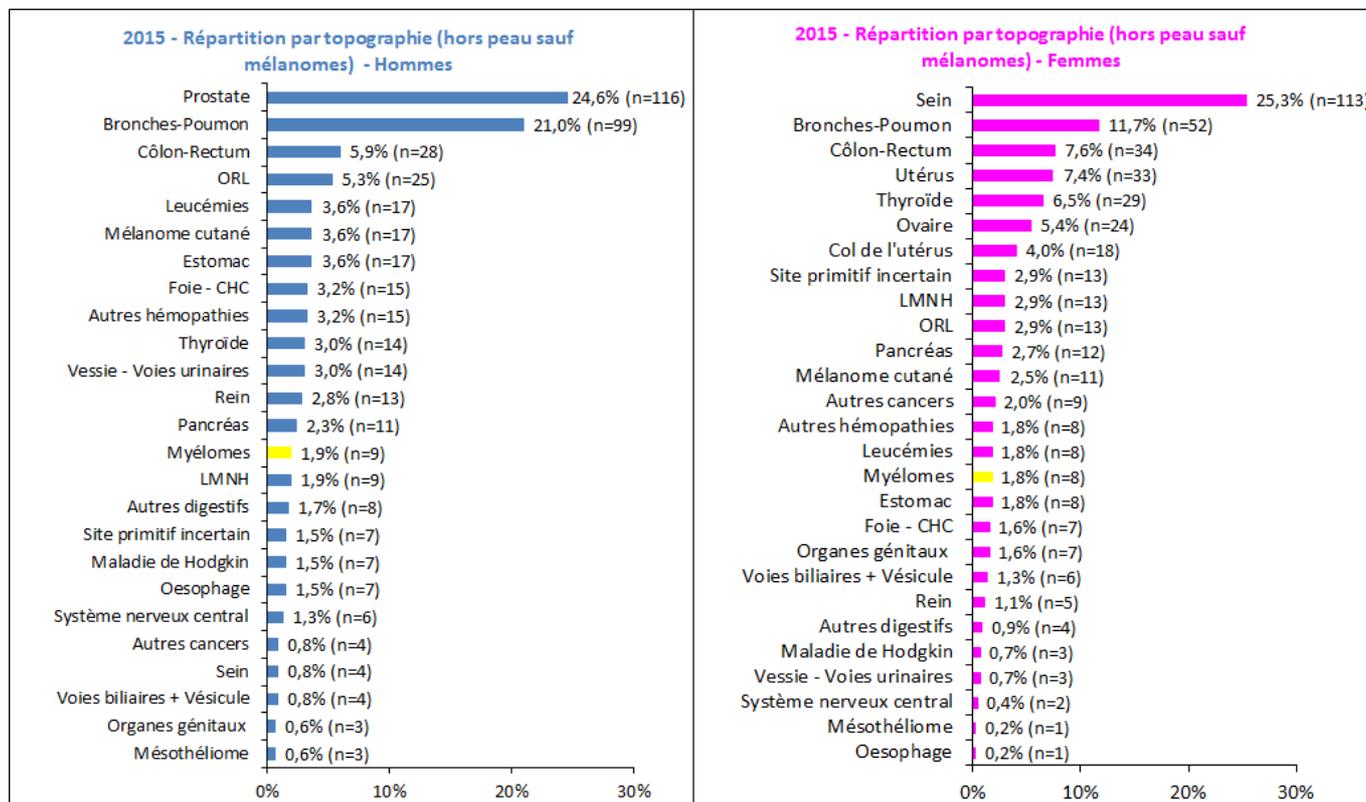


Figure 136 - Répartition par topographies selon le sexe

Age

En 2015, l'âge moyen au diagnostic est de 65 ans (médiane 66 ans), variant entre 46 et 83 ans avec :

- 12% des patients qui ont moins de 50 ans
- 71% des patients qui ont entre 50 et 75 ans
- 17% qui ont 75 ans et plus

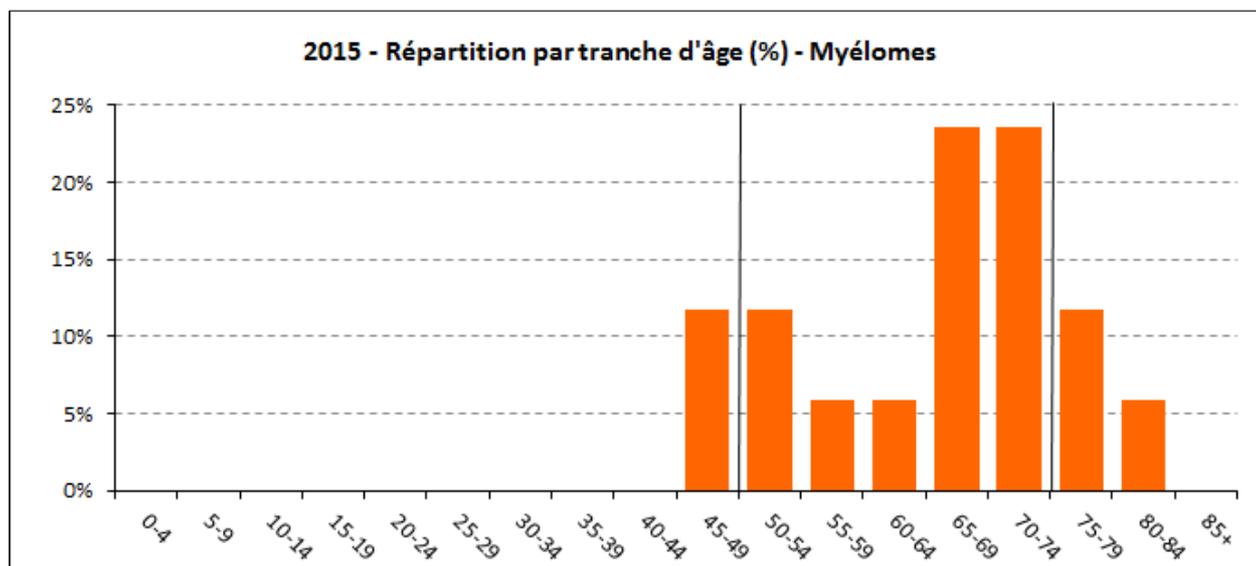


Figure 137 – Myélomes, répartition par classe d'âge

Provinces

En 2015, il n'y a pas de différence ($p=0,18$) entre la répartition des myélomes par province et celle de la population générale. Il n'y a pas non plus de différence significative entre les taux d'incidence standardisée par sexe et par province.

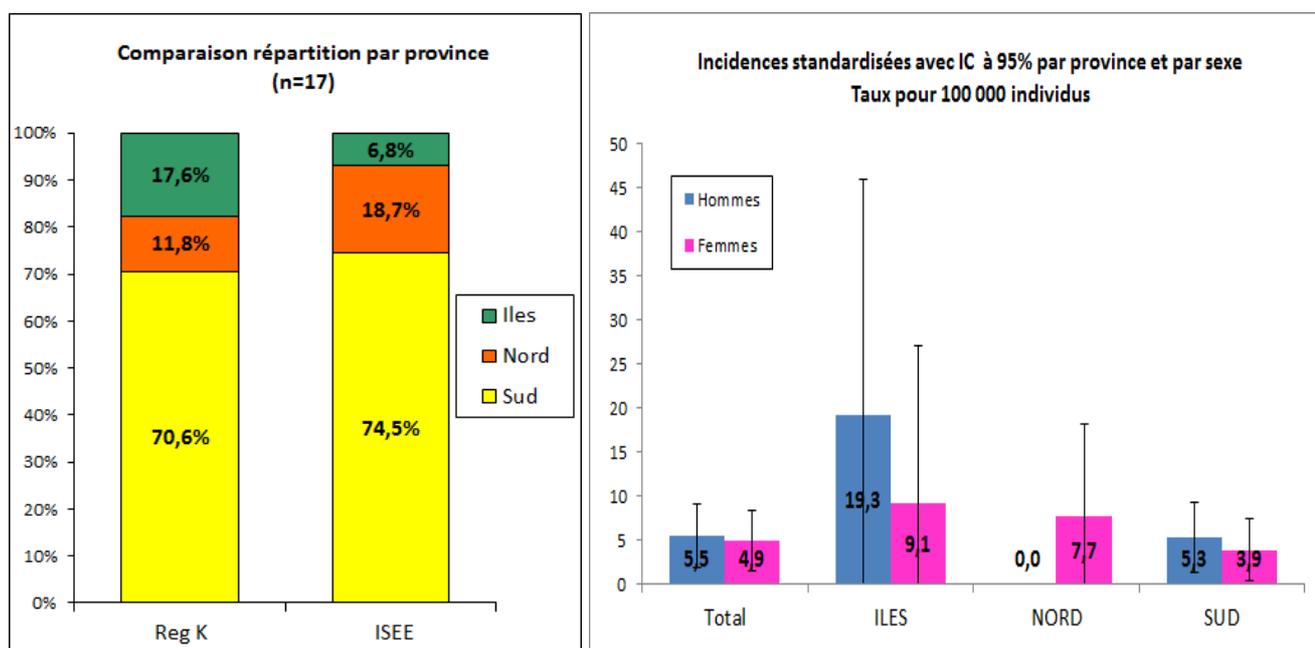


Figure 138 et 139 – Myélomes, répartition et incidences standardisées selon le sexe et la province

Létalité

Entre 2008 et 2015, 89 myélomes ont été diagnostiqués. Parmi ces 89 patients, 30 (34%) sont décédés des suites de ce myélome, au 17/10/2017.

Evolution

Depuis le début des années 2000, on observe une augmentation régulière du nombre moyen de myélomes diagnostiqués chaque année.

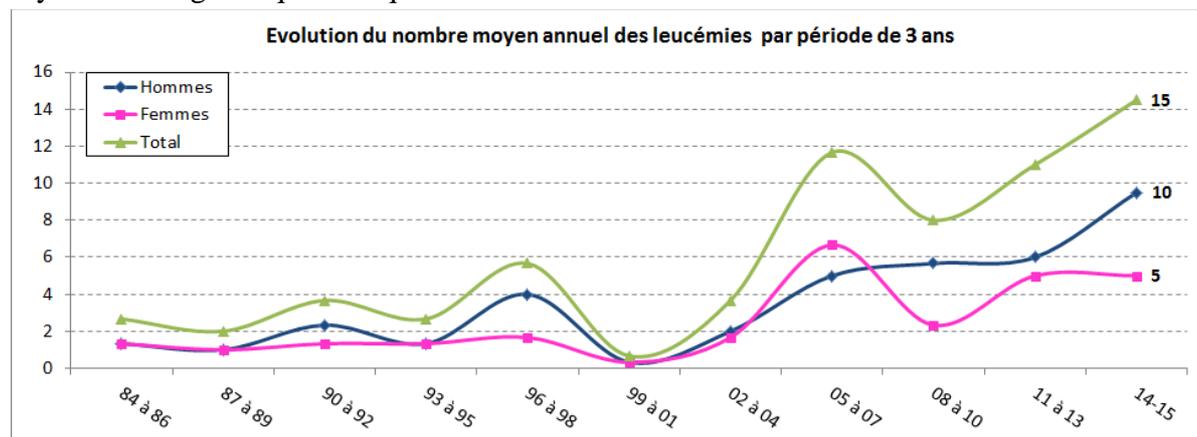


Figure 140 – Myélomes, évolution du nombre moyen de cas annuel

Incidences et comparaisons internationales

Chez les hommes en 2015, le TIS des myélomes est de **5,5 (1,9 – 9,1)** pour 100.000 personnes-année. Ce taux est comparable à ceux d’Australie, de Nouvelle-Zélande, de France métropolitaine et des autres DOM-TOM.

Chez les femmes en 2015, le TIS des LMNH est de **4,9 (1,5 – 8,3)** pour **100.000 personnes année**. Ce taux est équivalent à ceux de l’Australie, la Nouvelle-Zélande, de la France métropolitaine et des DOM.

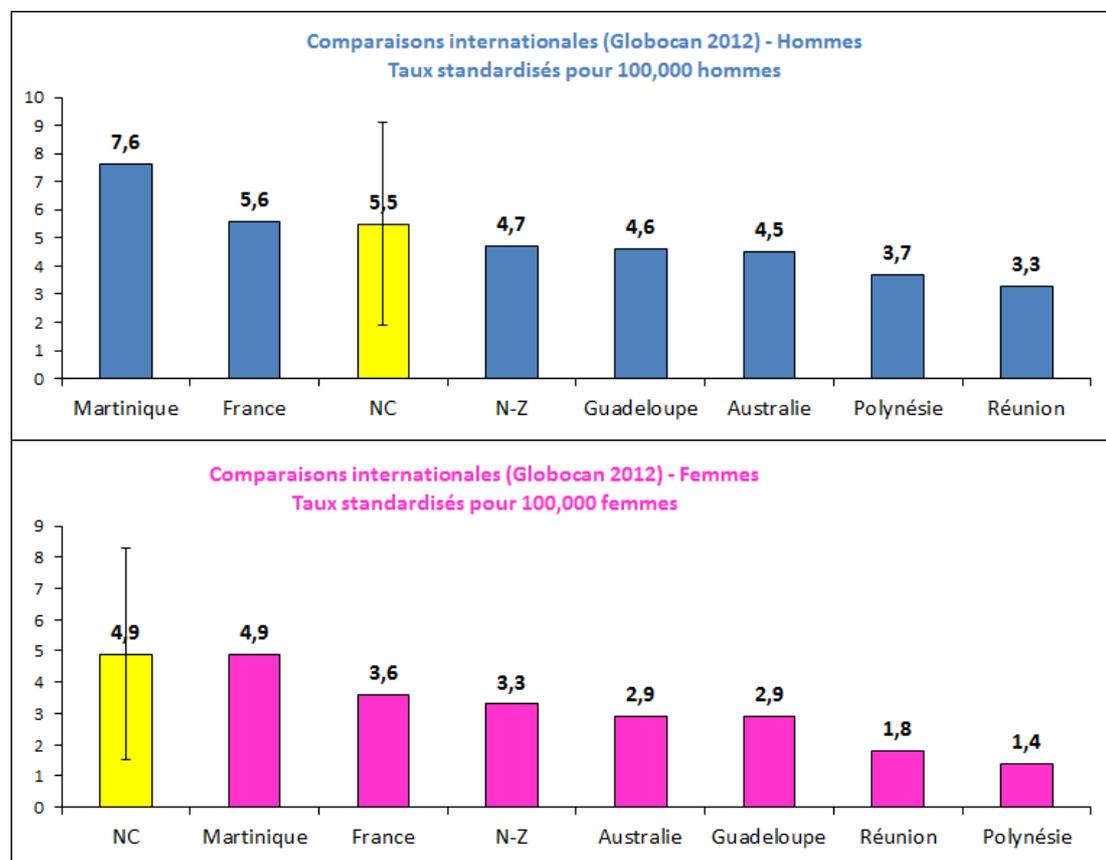


Figure 141 - Myélomes, comparaisons internationales des incidences par sexe

IV-8.d Maladie de Hodgkin

Généralités

En 2015, la maladie de Hodgkin est le 23^{ème} cancer, tous sexes confondus, avec **10** nouveaux cas. Il se situe au 16^{ème} rang chez les hommes avec 7 cas, et au 23^{ème} rang chez les femmes avec 3 cas. Le sex-ratio est de 2,3 hommes pour une femme.

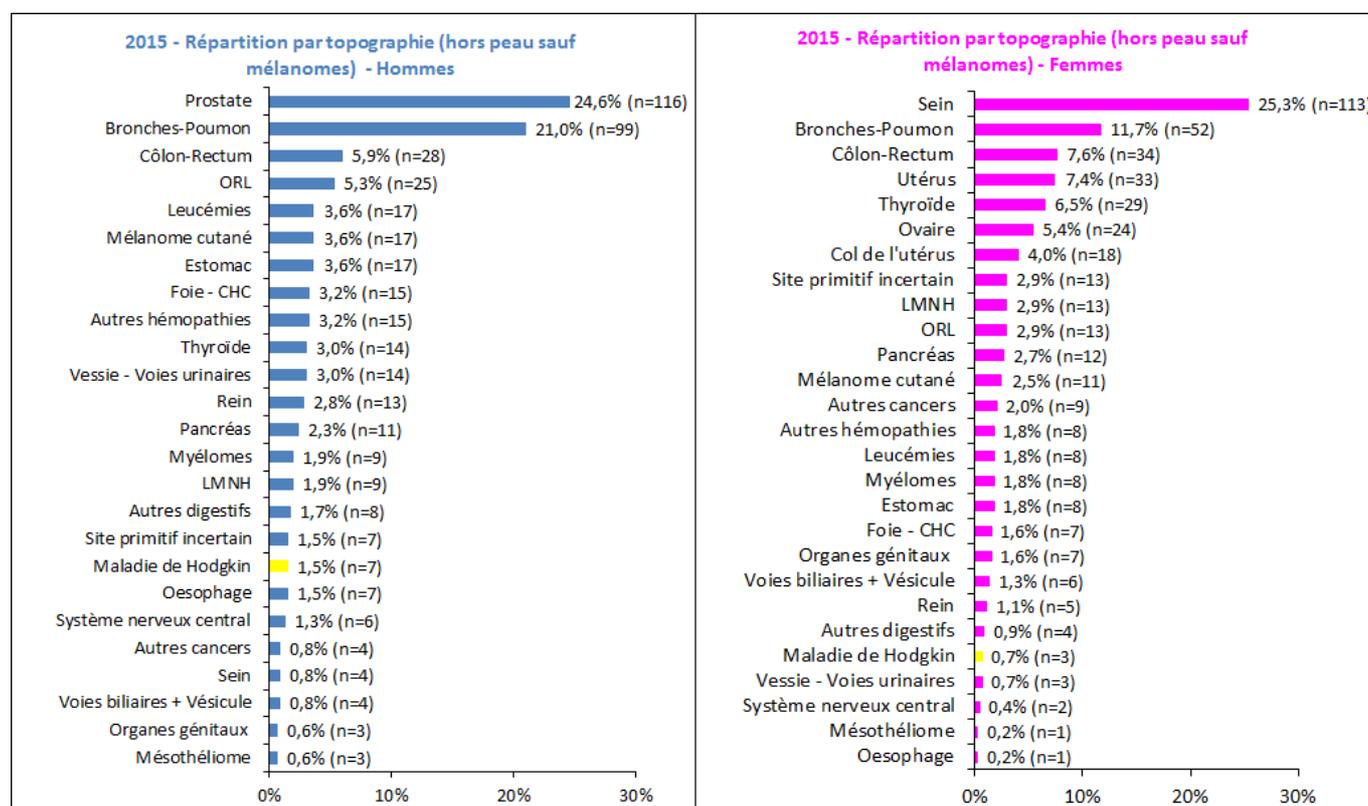


Figure 142 - Répartition par topographies selon le sexe

Age

En 2015, l'âge moyen au diagnostic est de 37 ans, variant de 5 à 70 ans.

Provinces

Ce cancer a été diagnostiqué chez un résident de la province des Iles, ainsi que chez 2 patients de la province Nord et 7 de la province Sud.

Létalité

Entre 2008 et 2015, 28 maladies de Hodgkin ont été diagnostiquées. Parmi ces 28 patients, 3 (10%) sont décédés suite à cette maladie, au 17/10/2017.

Evolution

En raison du faible nombre annuel de lymphome de Hodgkin diagnostiqués, les cas ont été regroupés par période de 5 ans. Depuis 2007, on observe une augmentation du nombre de maladies de Hodgkin diagnostiquées chaque année, passant d'une moyenne de 2 cas par an à 6 entre 2014 et 2015.

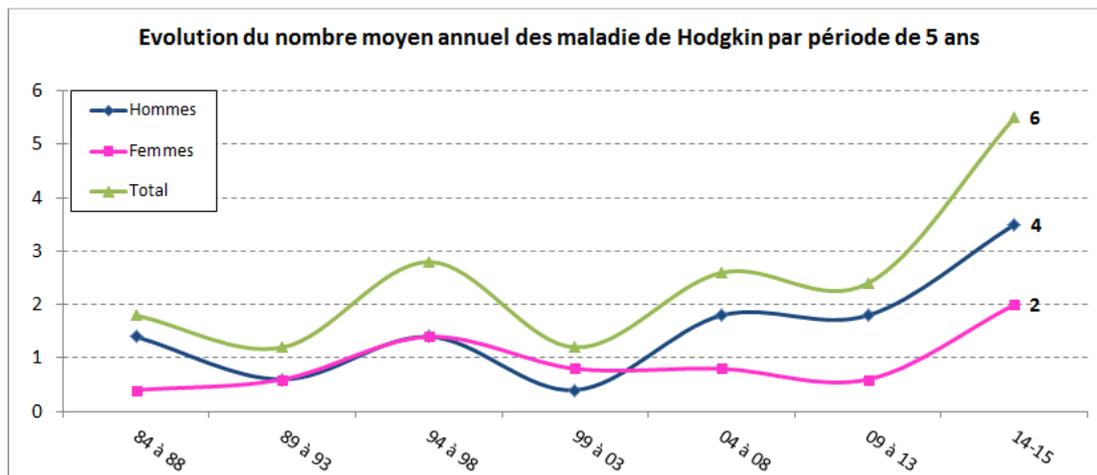


Figure 143 – Maladie de Hodgkin, évolution du nombre moyen de cas annuel

Incidences et comparaisons internationales

Chez les hommes en 2015, le TIS des maladies de Hodgkin est de **4,8 (1,2 – 8,4)** pour 100.000 personnes-année. Ce taux est comparable à ceux d’Australie, de Nouvelle-Zélande, de France métropolitaine. Il est plus élevé que celui des DOM.

Chez les femmes en 2015, le TIS des maladies de Hodgkin est de **2,2 (0 – 4,8)** pour 100.000 personnes-année. Ce taux est comparable à ceux d’Australie, de Nouvelle-Zélande, de France métropolitaine et de certains DOM.

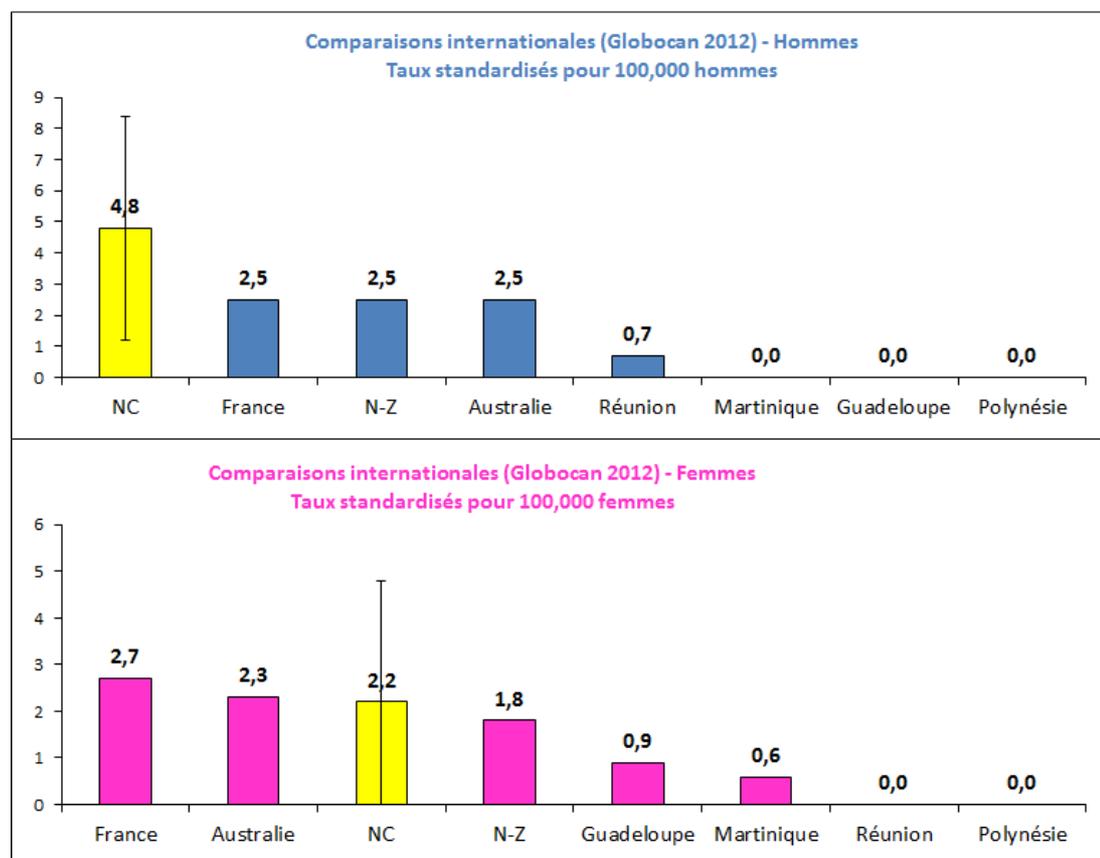


Figure 144 – Maladie de Hodgkin, comparaisons internationales des incidences par sexe

IV-8.e Autres hémopathies

En 2015, 23 autres hémopathies, 14 syndromes myéloprolifératifs (SMP) et 9 syndromes myélodysplasiques (SMD), ont été diagnostiqués.

Pour les SMD, 11 cas ont été diagnostiqués chez des hommes et 3 chez des femmes. L'âge moyen au diagnostic est de 65 ans, variant entre 30 et 87 ans.

Pour les SMP, 4 cas ont été diagnostiqués chez des hommes et 5 chez des femmes. L'âge moyen au diagnostic est de 68 ans, variant entre 37 et 85 ans.

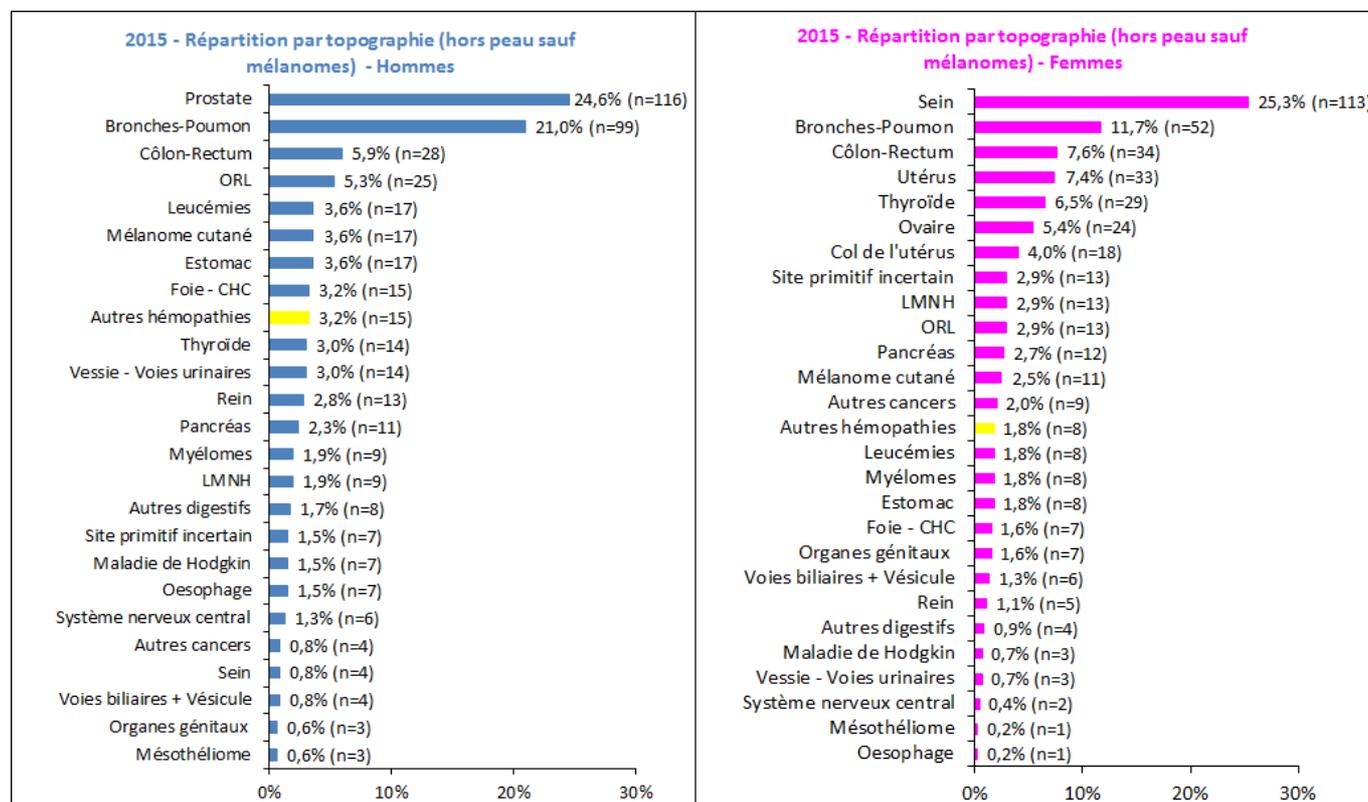


Figure 145 - Répartition par topographies selon le sexe

VI-9 Mélanomes cutanés

Généralités

En 2015, le mélanome cutané arrive en 8^{ème} position, tous sexes confondus, avec **28** tumeurs invasives. Il se situe au 5^{ème} rang chez les hommes avec 17 tumeurs, et au 12^{ème} rang chez les femmes avec 11 tumeurs. Le sex-ratio est de 1,5 hommes pour une femme. Trois patients avaient des antécédents d'autres tumeurs primitives : ORL : 1 personne, sein : 1 personne et lymphome : 1 personne.

Les facteurs de risque connus sont : génétiques (mélanome héréditaire, maladie génétique, phénotype clair, phénotype naevique, ...), et environnementaux (exposition aux rayons ultraviolets, système immunitaire affaibli).

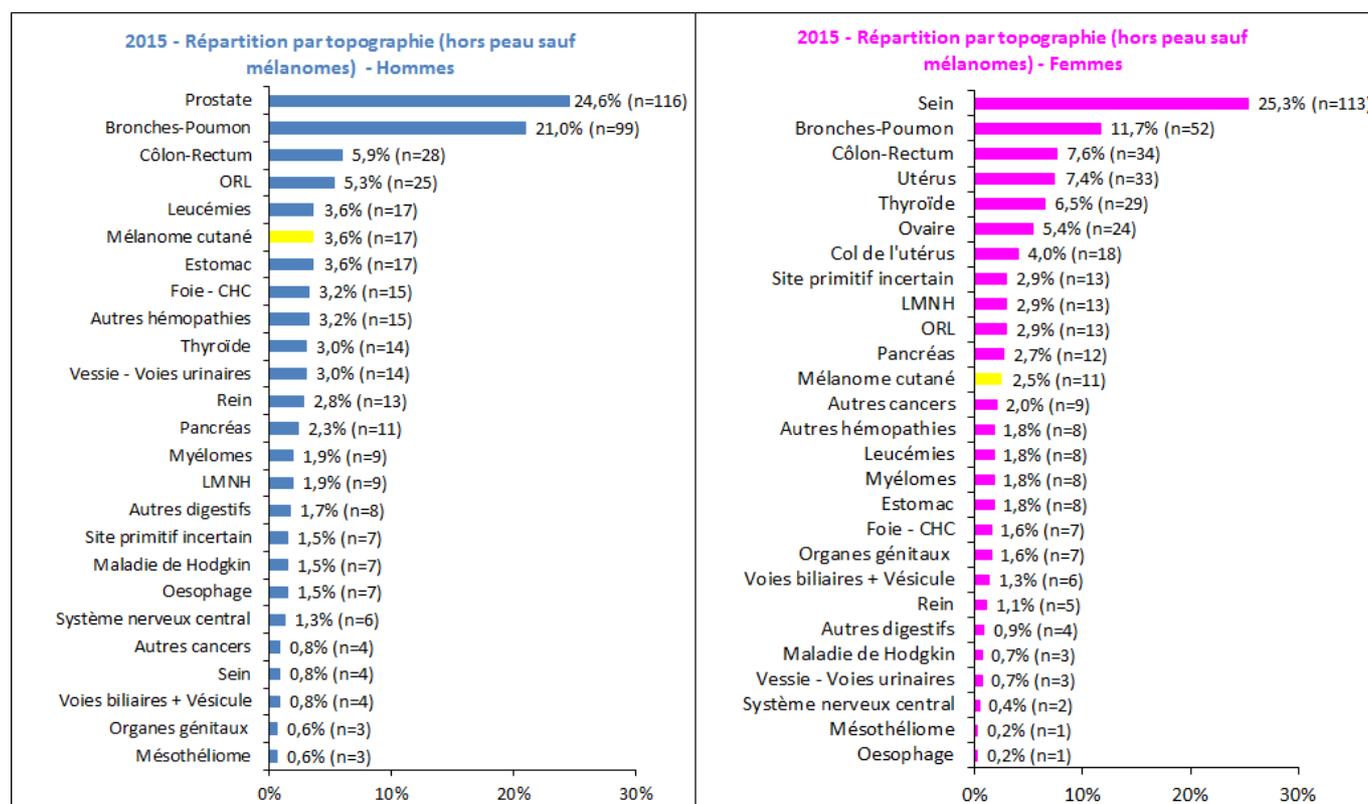


Figure 146 – Répartition par topographies selon le sexe

Age

En 2015, l'âge moyen au diagnostic est de 60 ans (médiane 60,5 ans), variant entre 36 et 85 ans avec :

- 25% des patients qui ont moins de 50 ans
- 57% des patients qui ont entre 50 et 75 ans
- 18% qui ont 75 ans et plus

En métropole, l'âge moyen au diagnostic est 56 ans.

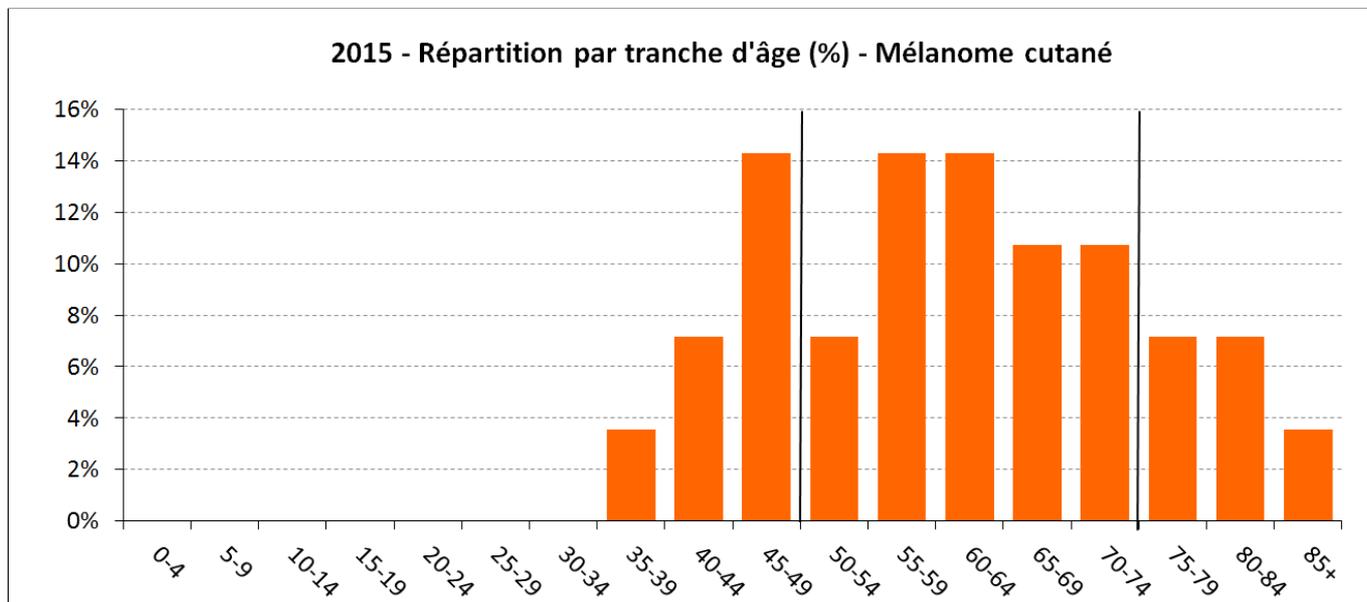


Figure 147 – Mélanome cutané, répartition par classe d'âge

Provinces

En 2015, aucun mélanome cutané n'a été diagnostiqué en province des Iles. Cependant, aucune différence significative entre la répartition des mélanomes cutanés par province et celle de la population générale ($p=0,16$) n'est observée. Il n'y a pas non plus de différence significative entre les taux d'incidence standardisée par sexe et par province.

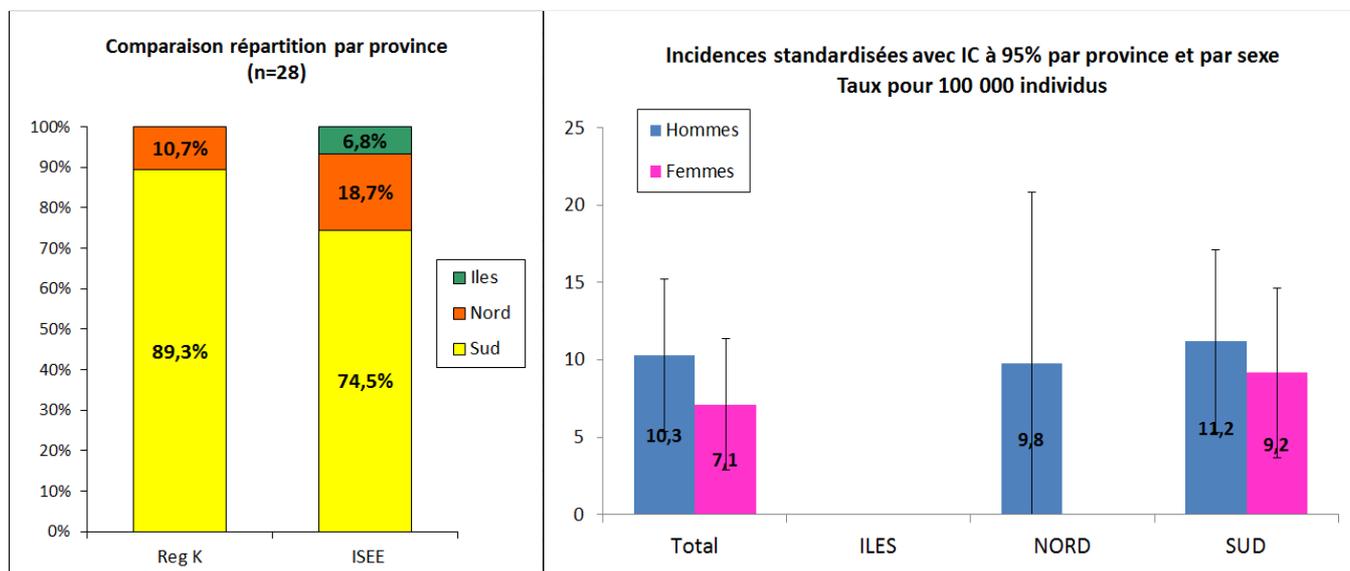
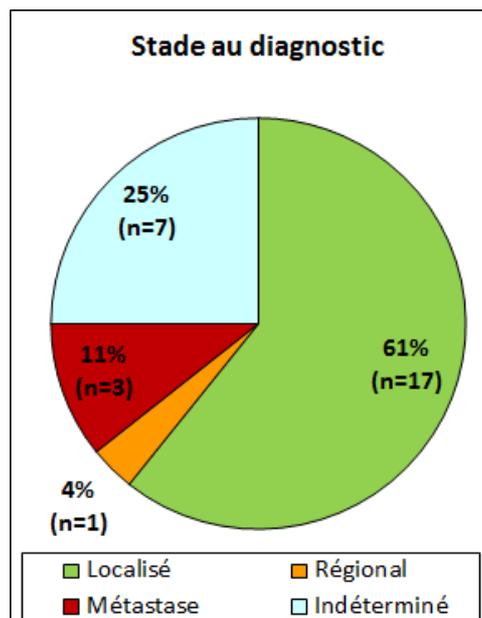


Figure 148 et 149 – Mélanome cutané, répartition et incidences standardisées selon le sexe et la province

Stade au diagnostic et létalité



La majorité des mélanomes cutanés a été diagnostiquée au stade localisé (61%, n=17). Le stade au diagnostic demeure non connu pour 25% des cas. Trois mélanomes ont été diagnostiqués au stade métastatique. Les métastases étaient localisées dans les poumons ou dans les os.

Figure 150 – Mélanome cutané, répartition selon le stade au diagnostic

Entre 2008 et 2015, 190 mélanomes cutanés ont été diagnostiqués. Sur ces 190 patients, 24 (13%) sont décédés suite à ce mélanome, au 17/10/2017.

Evolution

Entre 1993 et 2007, le nombre de mélanomes cutanés diagnostiqués chaque année se situait autour de 15 cas par an. Il a ensuite augmenté entre 2008 et 2012, pour se stabiliser de nouveau autour de 25 cas par an.

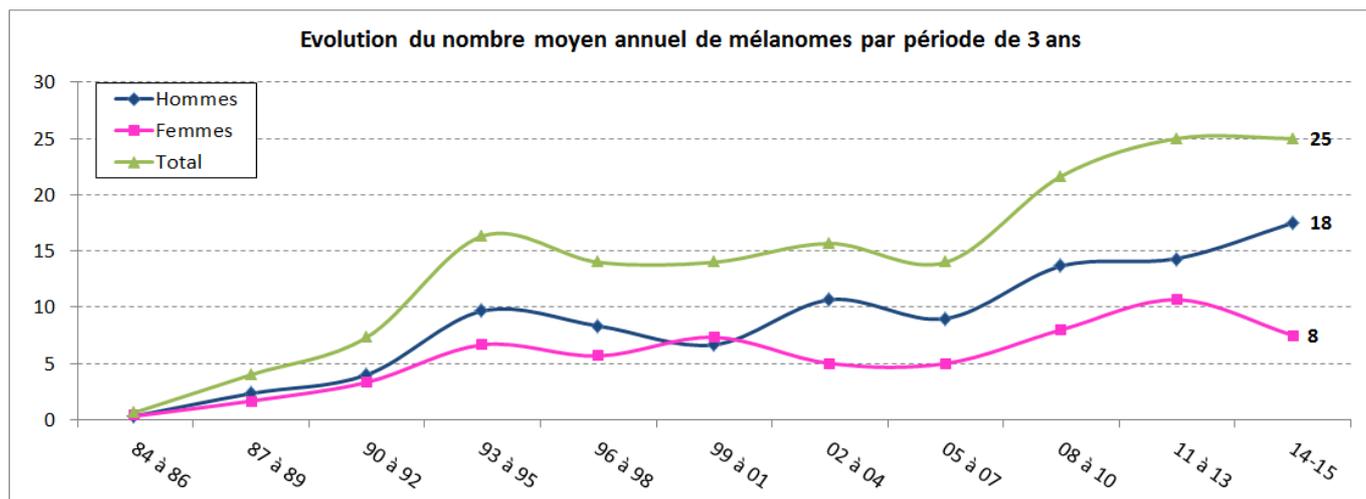


Figure 151 – Mélanome cutané, évolution du nombre moyen de cas annuel

Incidences et comparaisons internationales

Chez les hommes en 2015, le TIS du mélanome cutané est de **10,3 (5,5 – 15,2)** pour 100.000 personnes-année. Ce taux bien inférieur à ceux d’Australie et de Nouvelle-Zélande. Il est comparable à ceux de la France métropolitaine et de la Polynésie.

Chez les femmes en 2015, le TIS du mélanome cutané est de **7,1 (2,9 – 11,4)** pour 100.000 personnes-année. Ce taux, comme chez les hommes, reste nettement plus bas qu’en Australie et qu’en Nouvelle-Zélande. Il est comparable à ceux de la France métropolitaine et de la Polynésie.

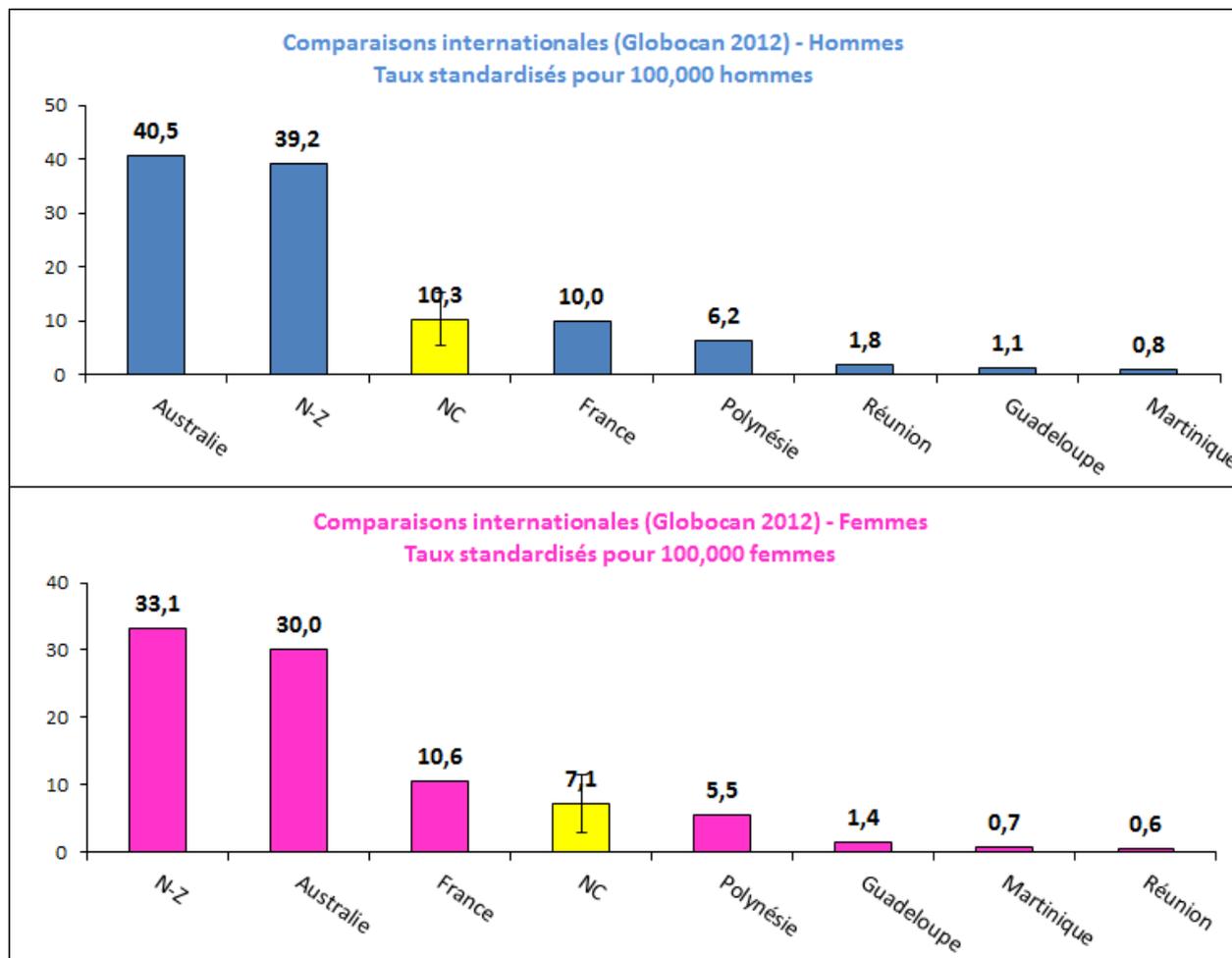


Figure 152 – Mélanome cutané, comparaisons internationales des incidences selon le sexe