

**DASS-NC**

**SERVICE DES ACTIONS SANITAIRES**

**REGISTRE DU CANCER  
DE NOUVELLE-CALEDONIE**

**RAPPORT 2011 :  
DESCRIPTION DES NOUVEAU CAS DE  
CANCERS DIAGNOSTIQUES EN 2008**

*Sylvie Laumond, médecin épidémiologiste*

*Elodie Magnat, épidémiologiste*

*Erika Hartmann, biostatisticienne*

1) GENERALITES.....	2
1-1 Introduction.....	2
1-2 Rappel historique.....	2
1-3 Fonctionnement actuel du registre.....	3
1-4 Critères d'enregistrement.....	4
1-5 Sources d'informations.....	4
1-6 Evaluation de l'exhaustivité et de la qualité des données.....	5
2) RESULTATS GENERAUX 2008.....	11
2-1 Caractéristiques sociodémographiques.....	11
2-1-1 Etude selon l'âge et le sexe.....	11
2-1-2 Etude selon la province de résidence :.....	13
2-1-3 Etude selon la communauté :.....	15
2-2 Etude selon la topographie.....	16
2-2-1 Répartition selon la topographie.....	17
2-2-2 Incidence selon la topographie et le sexe.....	19
2-2-3-Répartition selon la topographie, la communauté et le sexe.....	20
2-2-4 Incidence selon la topographie, le sexe et la province.....	22
2-3 Stade d'extension au moment du diagnostic.....	26
2-4 Comparaisons internationales (Globocan 2008-IARC).....	27
3) ETUDE DES PRINCIPAUX SITES.....	33
3-1 Sein et appareil génital féminin.....	33
3-1-1 Sein.....	33
3-1-2 Cancers du corps de l'utérus (endomètre).....	38
3-1-3 Cancers du col de l'utérus.....	41
3-1-4 Autres tumeurs des organes génitaux.....	44
3-2 Prostate.....	48
3-3 Rein, vessie et voies urinaires.....	51
3-3-1 Rein.....	51
3-3-2 Vessie et voies urinaires.....	55
3-4 Appareil respiratoire.....	58
3-4-1 Bronches et poumon.....	58
3-5 Thyroïde.....	67
3-6 Appareil digestif.....	71
3-6-1 Colon Rectum Anus.....	71
3-6-2 Oesophage.....	75
3-6-5 Foie et voies biliaires.....	82
3-6-6 Pancréas.....	85
3-7 Hémopathies malignes.....	89
3-8 Cancers de la peau : mélanomes malins.....	93
3-9 Tumeurs du système nerveux central.....	95
3-10 Autres sites.....	100
3-10-1 Plèvre.....	100
3-10-2 Cœur et médiastin.....	100
3-10-3 Os, cartilage.....	101
4) PLACE DES CANCERS DANS LA MORTALITE.....	103
5) TABLEAUX DETAILLES PAR SITE (CIM10).....	106
5-1 Hommes : nombre de cas par site et groupe d'âge.....	107
5-2 Femmes : nombre de cas par site et groupe d'âge.....	107
5-4 Femmes : taux d'incidence par site et groupe d'âge.....	111
6) ANNEXES.....	113

## 1) GENERALITES

### 1-1 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 de cancers 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 et notamment, 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** : l'objectif ici est d'estimer le pronostic des sujets atteints, et de rechercher les facteurs qui sont associés à un pronostic favorable ou défavorable
- l'**épidémiologie étiologique** : l'objectif est alors de 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, il est primordial que les définitions (incidence, tumeurs multiples, récurrences, ..), le mode de recueil et d'enregistrement des données soient standardisés et suivre les règles internationales de base (IARC, ENCR). Il est également impératif que la classification et le codage des cancers selon leurs 3 axes (topographie, morphologie, comportement) reposent sur le système commun (CIMO3).

### 1-2 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. Cette décision était justifiée par le fait que le seul laboratoire d'anatomo-cytopathologie se trouvait à l'IPNC. En 1994, le cancer est inclus par délibération dans la liste des maladies obligatoires. En 1996, a été créé le 1<sup>er</sup> laboratoire privé par le Dr Baron-Dubourdieu, portant ainsi à 2 le nombre de laboratoires en NC. En 1998, la gestion du registre par l'IPNC a fait l'objet d'une convention de délégation de gestion entre la Nouvelle-Calédonie et l'IPNC. Les modalités de mise en place de cette gestion ont compris la création du comité du registre 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. Entre 1998 et 1999, le registre a été tenu par un médecin épidémiologiste, puis par une épidémiologiste sous la responsabilité scientifique du médecin pathologiste de l'IPNC. Suite à l'observation de dysfonctionnements, un audit a été demandé par la DASS, réalisé en 2006 par le Dr Guizard, du réseau Francim. Cet audit a confirmé la nécessité d'améliorer la qualité du recueil des données et a émis des recommandations en ce sens. Certaines d'entre elles ont été mises en place, mais de manière incomplète, ne permettant pas de garantir la qualité et l'exhaustivité des données. Le registre n'a pas été requalifié en 2008. C'est également en 2008, suite au départ à la retraite du médecin pathologiste de l'IPNC qu'un poste a été créé au CHT, ne justifiant plus la gestion du registre par l'IPNC. La convention de délégation de gestion du registre par la Nouvelle-Calédonie à l'IPNC a été dénoncée en août 2010, avec une supervision du registre par le médecin épidémiologiste de la DASS et le transfert du registre le 1<sup>er</sup> janvier 2011 au service des actions sanitaires de la DASS. L'équipe du registre a été constituée en mai 2011.

### **1-3 Fonctionnement actuel du registre**

La gestion du registre est assurée par le service des actions sanitaires de la DASS. L'équipe est composée depuis le mois de mai 2011, d'un médecin épidémiologiste à mi-temps assurant la gestion scientifique, une épidémiologiste et une biostatisticienne à temps-plein.

Un comité scientifique du registre comprenant les principaux partenaires, présidé par le médecin inspecteur, a pour missions de proposer les objectifs pour l'année et les priorités en matière de recherche.

## **1-4 Critères d'enregistrement**

Les nouveaux cas de cancers sont enregistrés selon des règles internationales établies par l'IARC et l'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 ailleurs (France, Australie...) déclarant être résidents calédoniens ou habitant plus de 6 mois par an en Nouvelle-Calédonie sont également incluses.

Comme recommandé par le réseau Francim et l'INVS, le registre des cancers de Nouvelle-Calédonie, enregistre outre les tumeurs malignes primaires, toutes les hémopathies malignes y compris les maladies myéloprolifératives et les syndromes myélodysplasiques, mais également tous les carcinomes superficiels/in situ/intra épithéliaux/non infiltrants/non invasifs du col utérin, de la vessie ; toutes les tumeurs primaires dite borderline de l'ovaire, toutes les tumeurs primaires bénignes des méninges, du cerveau, de la moelle épinière, des nerfs crâniens et d'autres parties du système nerveux central. A noter que toutes les tumeurs in situ sont traitées à part. Les tumeurs cutanées autres que mélanomes, carcinomes épidermoïdes et spinocellulaires, ne sont plus traitées en raison de leur intérêt limité du fait de l'absence d'exhaustivité certaine.

Le registre inclut des données écrites les plus exhaustives possibles (âge, sexe, lieu de vie et d'habitat, siège de la tumeur diagnostiquée, date du diagnostic et degré d'extension au moment de ce diagnostic, type histologique, traitement, survie du patient...). La topographie et la morphologie sont codées selon la 3ème 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 de ce document, les sites sont donc présentés selon la CIM-10.

## **1-5 Sources d'informations**

Afin de garantir l'exhaustivité de l'enregistrement de tous les cancers de la population cible, la stratégie habituelle est de multiplier le nombre de sources. On distingue deux types de sources :

- les sources de signalement ou de notification représentées le plus souvent par les laboratoires d'anatomo-cytopathologie, d'hématologie, les médecins ayant effectué le diagnostic, la CAFAT (longues maladies), les fiches de MDO, ...

- les sources consultées, qui permettent de vérifier l'exhaustivité et de compléter les données (dossiers médicaux, certificats de décès, fichiers administratifs de la CAFAT, du CHT, PMSI des centres hospitaliers de NC et de métropole, EVASANS, autres registres, les RCP, ..).

Au total, plus de 10 sources indépendantes ont pu être recensées, en pratique les plus rentables sont représentées à ce jour par les CRAP, le PMSI, les médecins spécialistes. Les données des LM de la CAFAT n'étant toujours pas disponibles.

Sont présentées dans les chapitres suivants, les résultats de l'analyse des données concernant les 754 nouveaux cas de tumeurs comprenant également les 8 tumeurs bénignes du SNC, diagnostiquées en 2008. La présentation par topographie reprend le regroupement recommandé par l'INVS.

### **1-6 Evaluation de l'exhaustivité et de la qualité des données**

L'amélioration de l'exhaustivité a été obtenue en 2010 pour les données de 2008, grâce à la fois au signalement régulier et de qualité des médecins, comme prévu dans la délibération de 2008, (essentiellement des médecins pathologistes), mais également grâce au croisement des données du registre avec celles du PMSI, des causes médicales de décès, des RCP, et suite aux visites chez les médecins spécialistes.

*Tableau 1 : Nombre de cas incidents par année*

Année	Tumeurs solides invasives	Hémopathies malignes	Tumeurs non malignes du SNC	Tumeurs in situ	Tumeurs cutanées autres que mélanomes (avec baso-cellulaires)
2007	599	47	4	57	66
2008	698	48	8	68	39

On constate, sur ce premier tableau que le nombre de tumeurs solides invasives a augmenté de 16.5% entre 2007 et 2008. Le nombre d'hémopathies malignes n'a pas évolué.

On enregistre en moyenne un peu plus de 4 sources d'informations différentes pour l'ensemble des tumeurs. Cette valeur varie selon les topographies, entre la valeur minimum de 2 pour les tissus mous et 5.7 pour le thymus-cœur-médiastin, comme présentée ci-dessous :

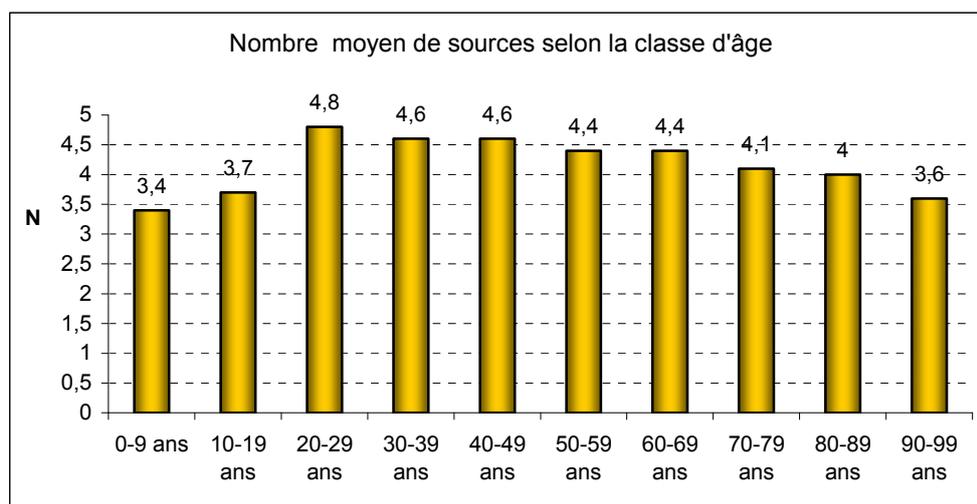
*Tableau 2 : Nombre moyen de sources (signalement ou consultées) par topographie*

<b>Nombre moyen de sources</b>	<b>Nb total de cas</b>	<b>Nb moyen de sources</b>	<b>% d'histologie</b>
Lèvre-Bouche-Pharynx	27	5.5	100%
Œsophage	11	4.4	90.9 %
Estomac	15	4.5	86.7 %
Intestin grêle	3	3	100 %
Colon-Rectum	59	4	98.3 %
Foie	16	3.2	25.0 %
Voies biliaires	1	4	100 %
Pancréas	8	3.5	37.5 %
Nez, sinus, oreil.moyen., aut. resp	5	4.8	80 %
Larynx	3	5	100 %
Bronches, poumon	80	5.1	81.3 %
Thymus, cœur, médiastin	6	5.7	66.7 %
Mésothéliome	5	4.4	100 %
Os, cartilage articul.	2	2.5	100 %
Mélanome cutané	13	3.2	100 %
Autres tumeurs cutanées	15	3.3	100 %
Tissus mous, péritoine,	2	2	100 %
Sein	89	5.2	100 %
Col utérin	23	4.5	100 %
Corps utérin	28	4.5	100 %
Ovaire	11	4.4	100 %
Autres organes génitaux F	5	6	80 %
Prostate	160	3.9	99.4 %
Testicule	0	NC	NC
Autres organes génitaux H	0	NC	NC

<b>Rein, bassinets</b>	15	3.7	93.3 %
<b>Urètre, autres organes urinaires</b>	1	3	100 %
<b>Vessie</b>	19	4.5	94.7 %
<b>Oeil</b>	2	3.5	100 %
<b>Cerveau, système nerveux</b>	17	2.7	82.4 %
<b>Thyroïde</b>	47	4.4	97.9 %
<b>Surrénale, autre glande endocrine</b>	1	4	100 %
<b>Maladie de Hodgkin</b>	4	4.2	100 %
<b>Lymphomes non hodgkinien</b>	7	3	14.3 %
<b>Sd myélodysplasiques</b>	5	4.2	0 %
<b>Leucémie lymphoïde chronique</b>	4	4.7	50 %
<b>Leucémie Aigue</b>	11	4	9.1 %
<b>Site primitif incertain</b>	17	3.7	11.8 %
<b>TOTAL</b>	<b>754</b>	<b>4.3</b>	<b>88.2 %</b>

Le nombre moyen de sources varie également selon la classe d'âge, il est un peu plus bas aux âges extrêmes de la vie (<4), et supérieur à 4 entre 20 et 79 ans.

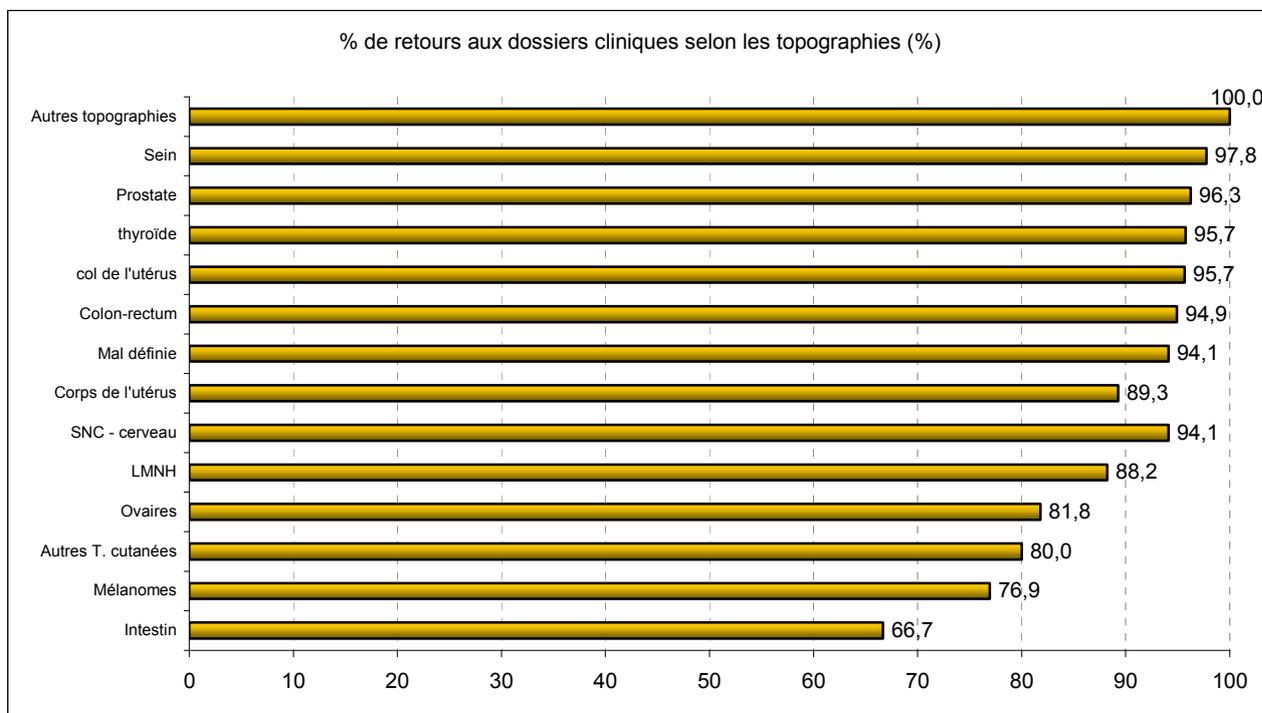
Figure 1 : nombre moyen de sources par nouveau cas selon l'âge



96 % des nouveaux cas diagnostiqués en 2008 ont fait l'objet d'un retour au dossier clinique (724 cas). Pour les 30 patients dont le dossier clinique n'a pu être consulté, il s'agissait le plus souvent d'un dossier non retrouvé.

Le taux de retours au dossier clinique varie également selon la topographie, entre 66.7 % (tumeurs de l'intestin) et 100%, comme le montre la figure suivante :

Figure 2 : taux de retour aux dossiers cliniques selon la topographie



La base du diagnostic est également un élément important pour apprécier la qualité des données. Ainsi, comme observé dans le tableau ci-dessous, plus de 90 % des tumeurs ont été diagnostiquées suite à un examen anatomo-cytopathologique ou cytologique.

4.7 % des cas enregistrés ont été diagnostiqués suite à un examen ou des investigations cliniques. Il s'agit essentiellement des tumeurs du foie, du pancréas, mais aussi des tumeurs dont le site primaire est incertain, et qui en raison du contexte clinique et évolutif sont considérées par les médecins comme des cancers.

A noter que 3.1 % des nouveaux cas inclus ont fait l'objet d'un diagnostic à partir de l'histologie de la métastase.

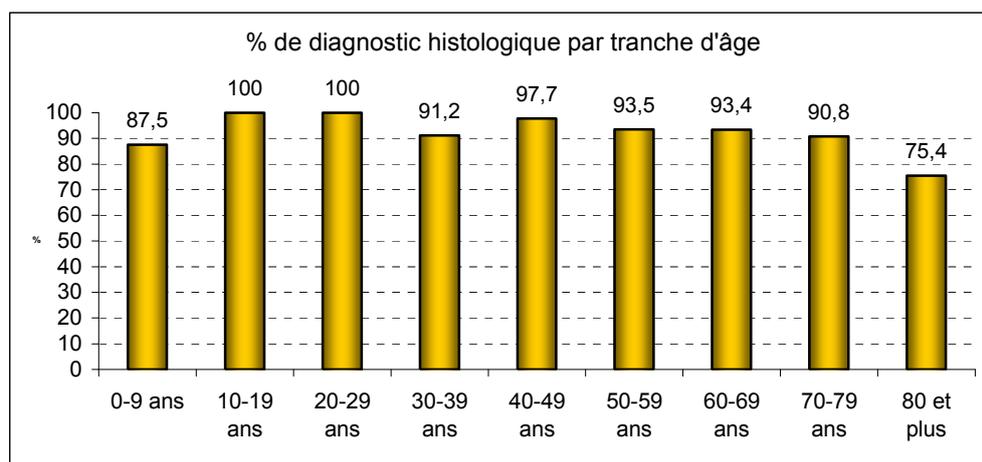
Ces éléments montrent que les résultats du travail de croisement des fichiers et de recherche active de cas a permis également d'enregistrer des nouveaux patients qui n'étaient pas uniquement issus du signalement des médecins pathologistes. Toutefois, la distinction entre signalement primaire et source consultée n'a pas été possible sur la base de 2008, mais sera effectuée à partir du nouveau modèle de recueil de données à partir de 2008.

Tableau 3 : répartition de la base de diagnostic pour les données 2008

Base de diagnostic	Nombre	%
Clinique	1	0.1
Investigations cliniques	35	4.6
Chirurgie exploratoire	0	0
Marqueurs tumoraux	2	0.3
Cytologie/hématologie	28	3.7
Histologie métastase	23	3.1
Histologie primitif	665	88.2
<b>Total</b>	<b>754</b>	<b>100.0</b>

Comme le montre la figure suivante, la fréquence de diagnostic histologique est plus basse parmi les personnes de plus de 80 ans, tranche d'âge où l'on retrouve également le plus souvent des tumeurs dont le site primitif est incertain.

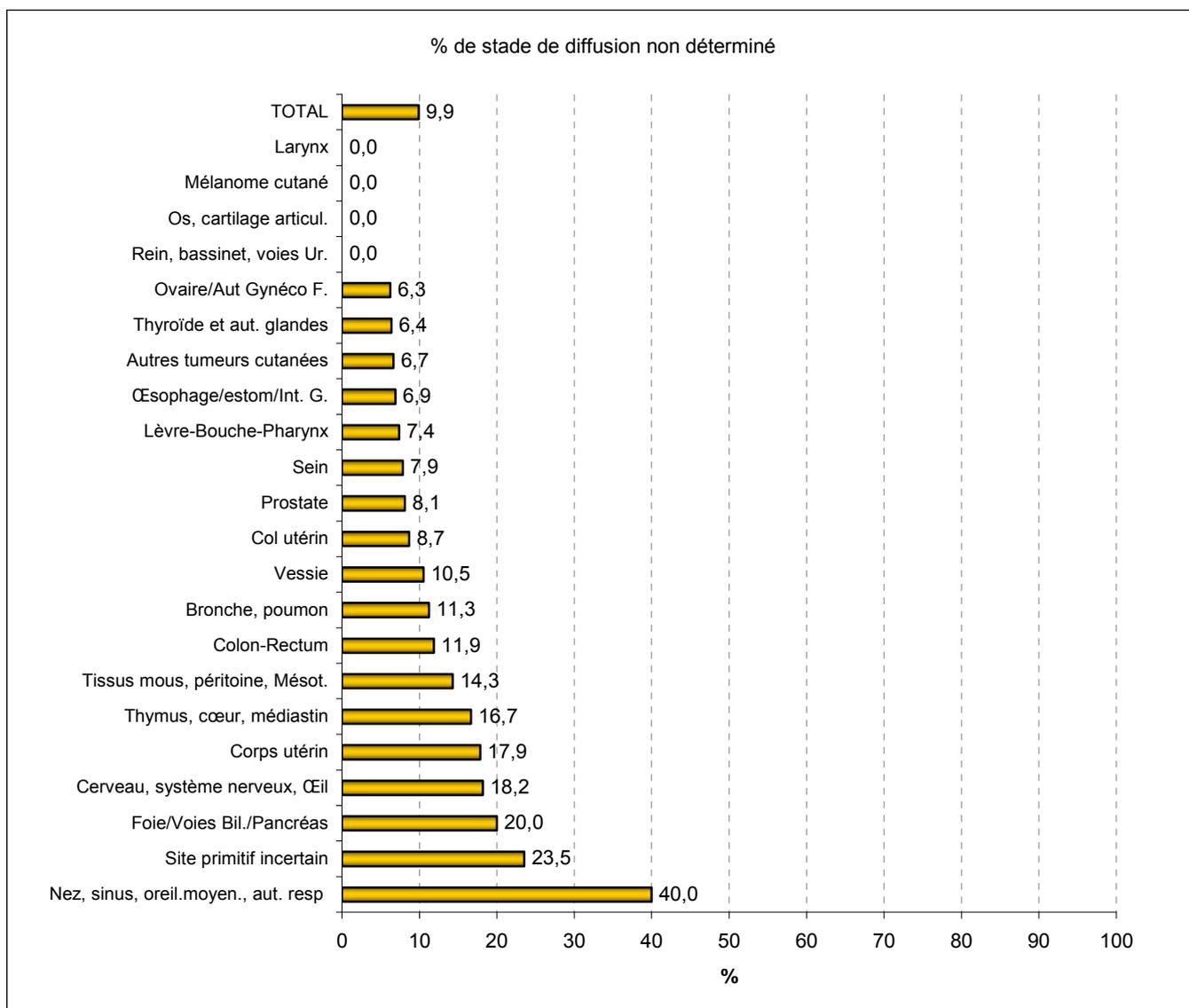
Figure 3 : répartition de la fréquence de diagnostic histologique ou cytologique/hématologique selon l'âge



Après consultation des dossiers, le stade d'extension du cancer (localisé, envahissement régional ou ganglionnaire, métastatique, n'a pu être déterminé précisément

pour 9.9 % des cas parmi les 698 cas concernés (tumeurs solides invasives, lymphomes). Cette proportion, plus élevée, dépasse les 20 % pour les tumeurs ORL (40 %), les primitifs incertains (23.5 %), le groupe foie/voies biliaires-pancréas (20 %).

Figure 4 : répartition du % de stade de diffusion non déterminé selon la topographie



Concernant les données administratives des patients, seule la commune de naissance est la variable la moins renseignée (51.3 %).

Le type de prise en charge (y compris l'abstention thérapeutique) ou les traitements ont pu être renseignés dans 97.1 % des cas.

Par ailleurs, la totalité des fiches pré-codées par la secrétaire et l'épidémiologiste a été relue et recodée « à l'aveugle » par le médecin épidémiologiste. Cette procédure a permis en

cas de divergence de codage et après discussion à partir des protocoles de référence, de modifier un peu plus de la moitié des fiches, tous items confondus.

Au total, ces premiers éléments montrent que le croisement des principales bases de données (en dehors des données des LM de la Cafat) a déjà permis d'améliorer nettement l'exhaustivité des données, avec un nombre de tumeurs invasives qui a augmenté de 16.5% entre 2007 et 2008 et qui ne peut être rattaché à un phénomène « médecin ».

La fréquence non négligeable des tumeurs sans diagnostic histologique témoigne également de diversité des modes de diagnostic des tumeurs et du fait que l'enregistrement n'a pas été exclusivement du fait du signalement par les médecins pathologistes.

Le nombre moyen de sources, le taux de retour aux dossiers cliniques, le taux de traitements renseignés caractérisent également l'amélioration de la qualité des données.

## **2) RESULTATS GENERAUX 2008**

754 tumeurs répondaient aux critères d'enregistrement et ont été incluses pour l'analyse 2008, soit :

- Tumeurs solides invasives : 698 (92%)
- Tumeurs bénignes du SNC : 8 (1%)
- Hémopathies malignes : 48 (7%)

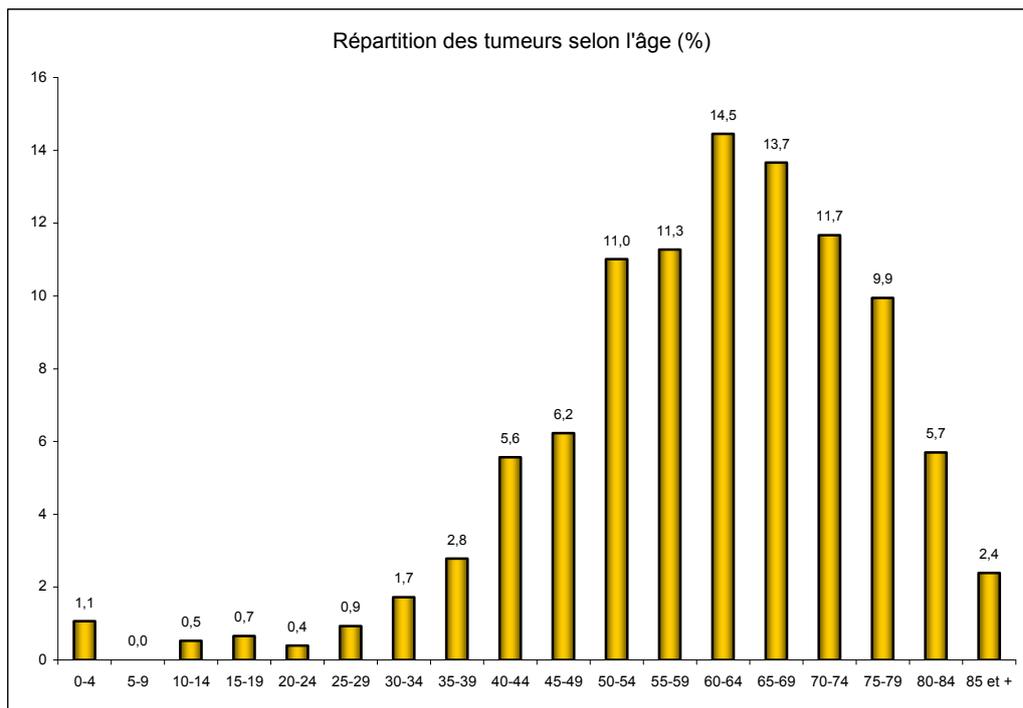
68 autres tumeurs bénignes ont également été enregistrées (2 estomacs, 1 colon, 1 poumon, 1 thymus, 4 seins, 1 vulve, 44 cols de l'utérus, 2 ovaires, 1 trompe de Fallope, 3 vessies, 5 peaux et 3 glandes endocrines) et n'ont pas été prises en compte.

### **2-1Caractéristiques sociodémographiques**

#### ***2-1-1 Etude selon l'âge et le sexe***

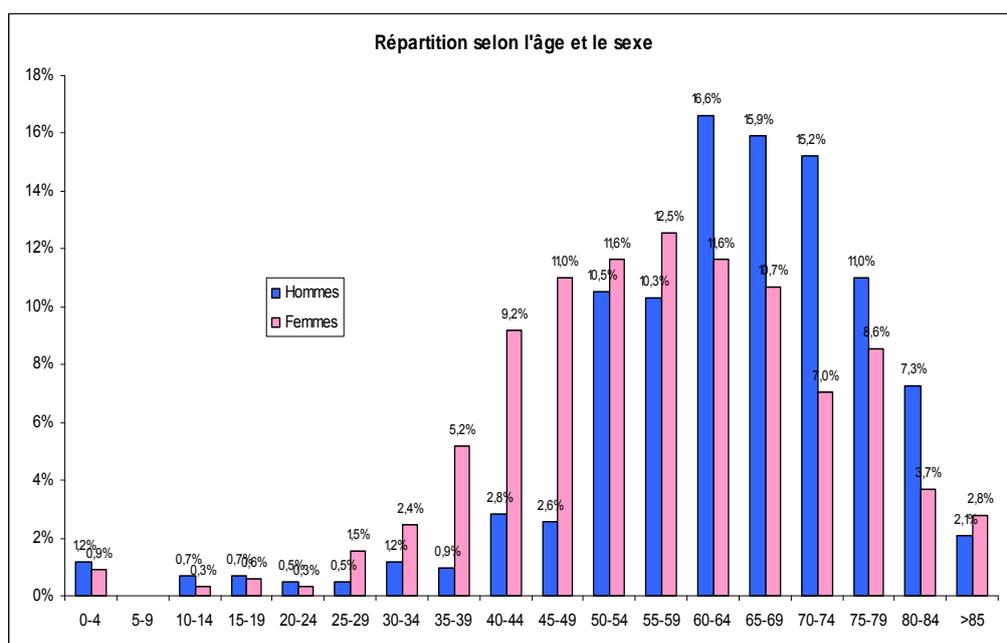
Le diagnostic de cancer est influencé par le sexe, avec une représentation plus importante des hommes (n = 427 contre 327 cas chez les femmes) par rapport à la population générale (sex-ratio égal à 1.3 hommes pour une femme, contre 1.01 dans la population générale) et l'âge avec un âge moyen égal à 60.5 ans et 72 % des patients qui sont âgé de 50 à 79 ans.

Figure 5 : répartition des tumeurs par tranche d'âge



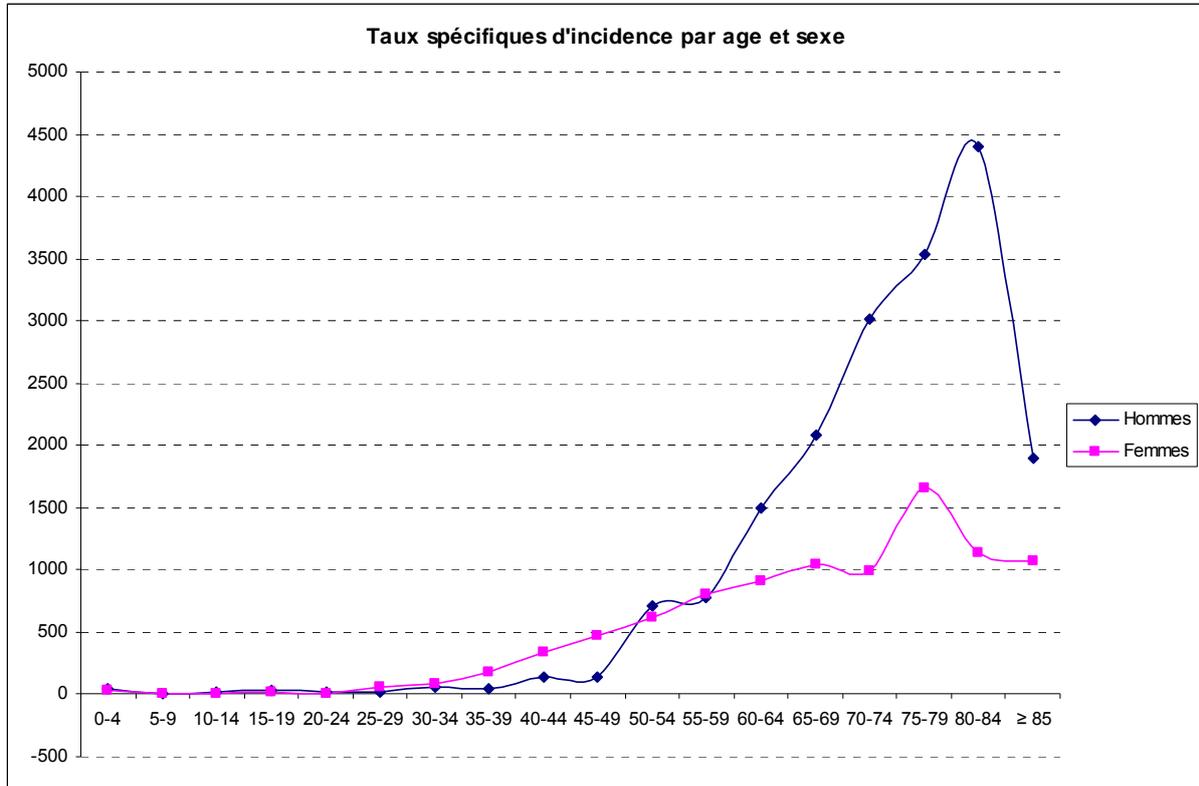
Cette répartition varie selon le sexe, avec un diagnostic plus précoce chez les femmes (57 ans contre 63 ans). On observe un pic entre 60-64 ans chez les hommes, et plus tôt, entre 55-59 ans chez les femmes comme l'illustre la figure suivante :

Figure 6 : répartition des tumeurs par tranche d'âge et selon le sexe



Le nombre de tumeurs par tranche d'âge, rapporté à la population concernée, qui donne le taux d'incidence spécifique met en évidence une surincidence des cancers chez les hommes à partir de 60 ans.

Figure 7 : taux d'incidence spécifique par tranche d'âge et selon le sexe



### 2-1-2 Etude selon la province de résidence :

Lorsque l'on compare la répartition par province de résidence des cas enregistrés en 2008 avec la population de référence, on n'observe pas de différence significative entre ces deux répartitions.

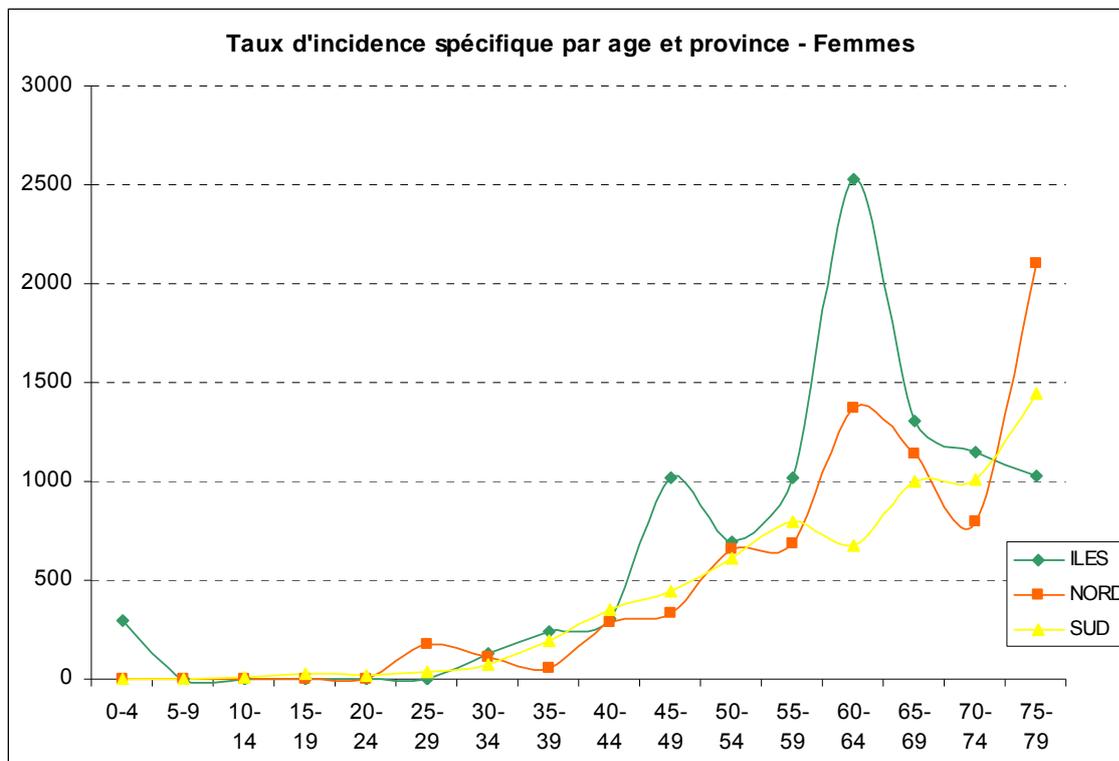
Tableau 4 : répartition de la population et des nouveaux cas par province de résidence

Province	Nombre de nouveaux cas (registre 2008)	%	Population ISEE 2008	%
Sud	564	<b>74,8%</b>	176140	72,1%
Nord	121	<b>16,0%</b>	45700	18,7%
Iles Loyauté	69	<b>9,2%</b>	22570	9,2%

On observe également un ratio hommes/femmes plus élevé en provinces Sud (1.43) et Nord (1.20) par rapport à la province des Iles Loyautés (0.73).

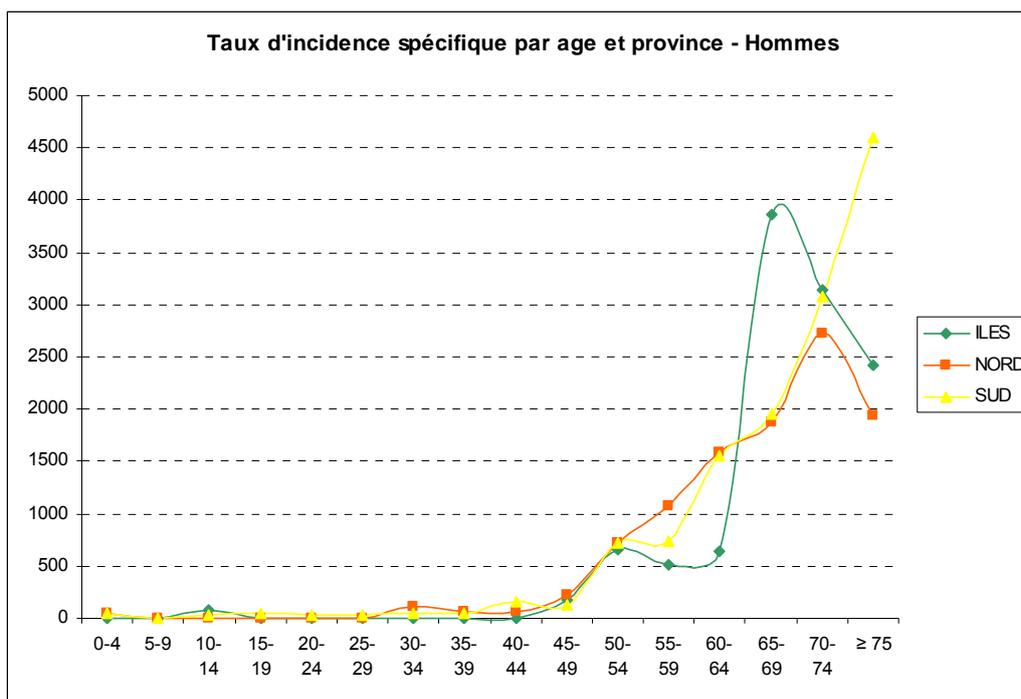
Il est toujours délicat d'interpréter des données avec des effectifs faibles. Toutefois, le nombre de nouveaux cas rapportés à la population concernée, donne, chez les femmes, des taux spécifiques par tranche d'âge nettement plus élevés entre 44 et 49 ans et 60 et 69 ans dans les Iles Loyauté par rapport aux autres provinces. On observe également comme dans les Iles Loyauté, un pic en province Nord dans la tranche d'âge 60-64 ans.

Figure 8 : taux spécifique d'incidence par tranche d'âge chez les femmes



Chez les hommes, on observe que les taux spécifiques par tranche d'âge sont comparables jusqu'à 70 ans pour les provinces Nord et Sud, par contre ils sont plus bas entre 54 et 64 ans dans la province des Iles, avec un pic à 65 ans.

Figure 9 : taux spécifique d'incidence par tranche d'âge chez les hommes

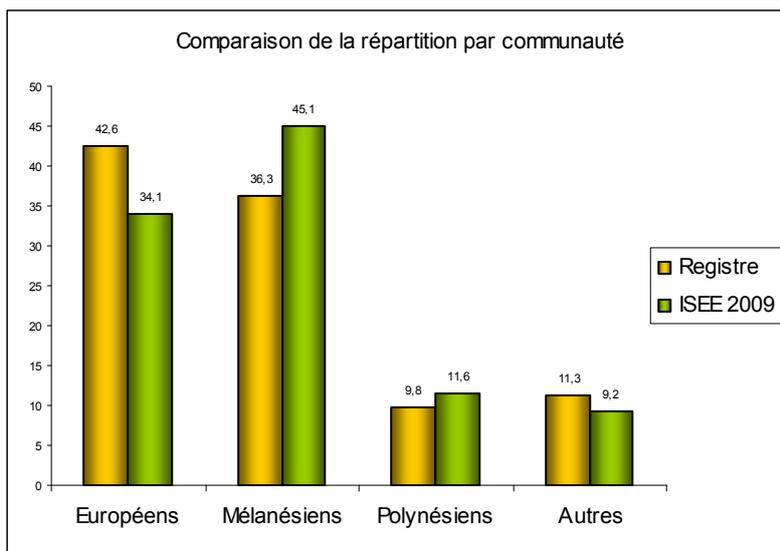


### 2-1-3 Etude selon la communauté :

La communauté est déterminée à partir des informations contenues dans le dossier médical, ou remplies par le médecin. Il ne s'agit donc pas de données déclaratives renseignées par le patient lui-même, qu'il sera donc difficile de comparer aux données disponibles et qui sont celles du recensement 2009.

On observe toutefois, comme le montre la figure suivante que la communauté européenne semble surreprésentée par rapport aux autres communautés, pouvant témoigner tout en sachant que la répartition par âge varie, soit d'un accès aux soins différents, soit d'une susceptibilité à cette maladie différente, que seules des études complémentaires peuvent mettre en évidence.

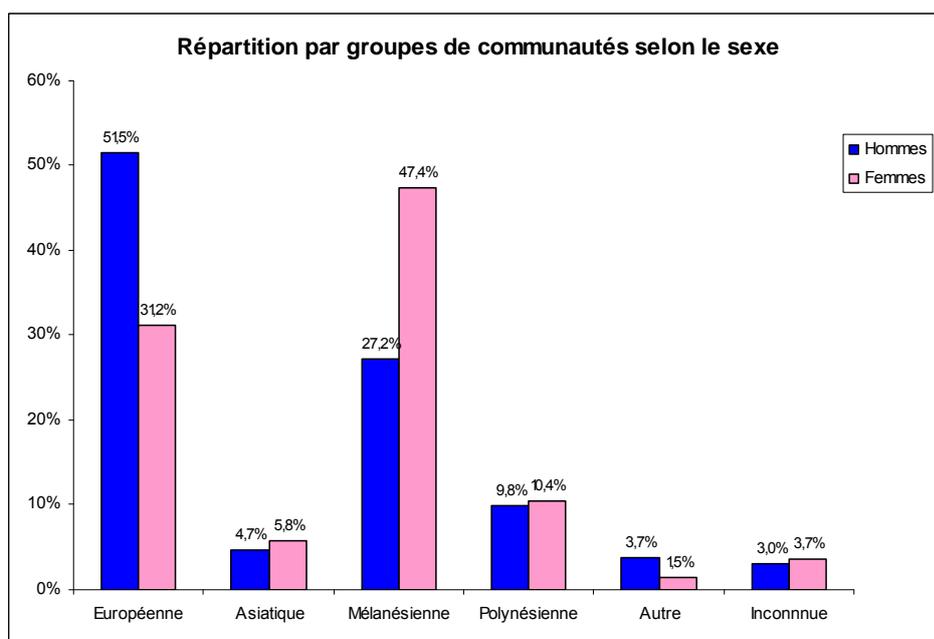
Figure 10 : répartition des nouveaux cas par communauté



Le sex-ratio varie également selon les communautés, avec plus de nouveaux cas chez les hommes parmi les européens (SR 2.16), les wallisiens (1.3) et les indonésiens (1.43) par rapport aux autres communautés où les femmes sont plus touchées que les hommes (mélanésiens SR 0.74, asiatiques : SR 0.83).

Après regroupement selon les principales communautés présentes en Nouvelle-Calédonie, on observe une représentation plus importante de la communauté européenne chez les hommes, et de la communauté mélanésienne chez les femmes.

Figure 10 bis : répartition des nouveaux cas par groupe de communautés selon le sexe



## 2-2 Etude selon la topographie

Sont prises en compte, l'ensemble des tumeurs invasives (solides et hémopathies malignes) ainsi que les 8 tumeurs à comportement non malin du SNC, comme conseillé dans les rapports de l'INVS.

### 2-2-1 Répartition selon la topographie

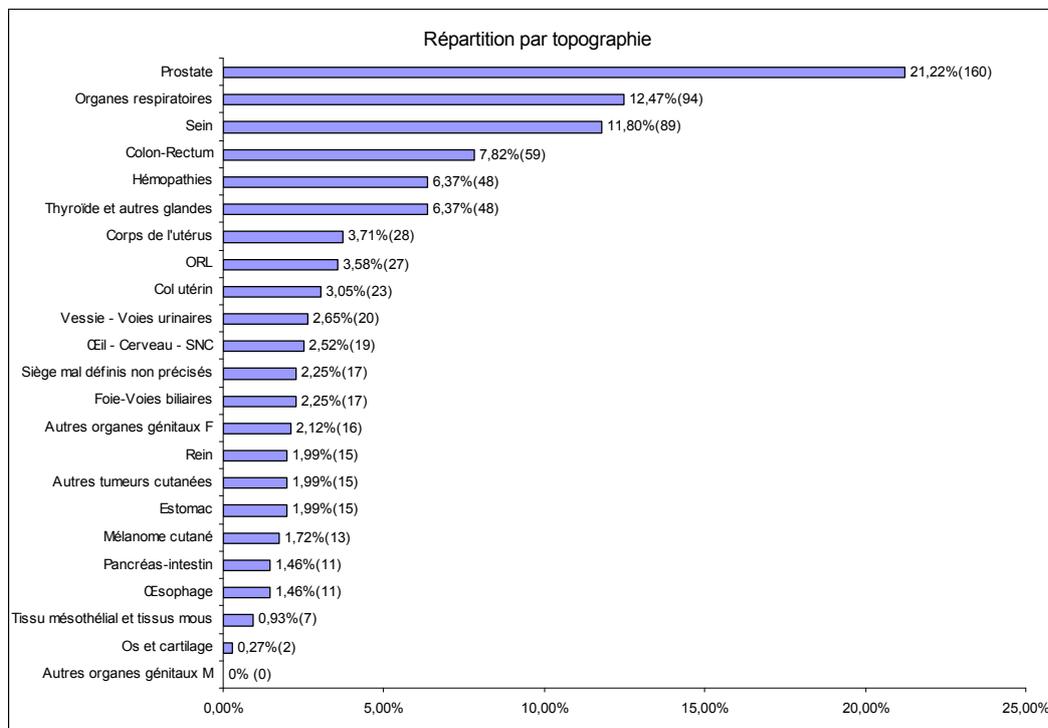
A noter que le groupe organes respiratoires, représenté sur les figures suivantes, comprend les cancers des bronches-poumons, ainsi que les cancers des lèvres-bouche-pharynx. Ces sites seront ensuite dissociés pour les analyses suivantes.

Tous sexes confondus, les 5 sites les plus fréquentes sont :

- La prostate : 160 cas (21,2%)
- Le sein : 89 cas (11,8%)
- Les bronches-poumons : 80 cas (10,6%)
- Le colon-rectum-anus : 59 cas (7,82 %)
- La thyroïde (sans les autres glandes : 1 cas) : 47 cas (6,23 %)

Elles représentent à elles seules plus de la moitié des topographies enregistrées (57 %).

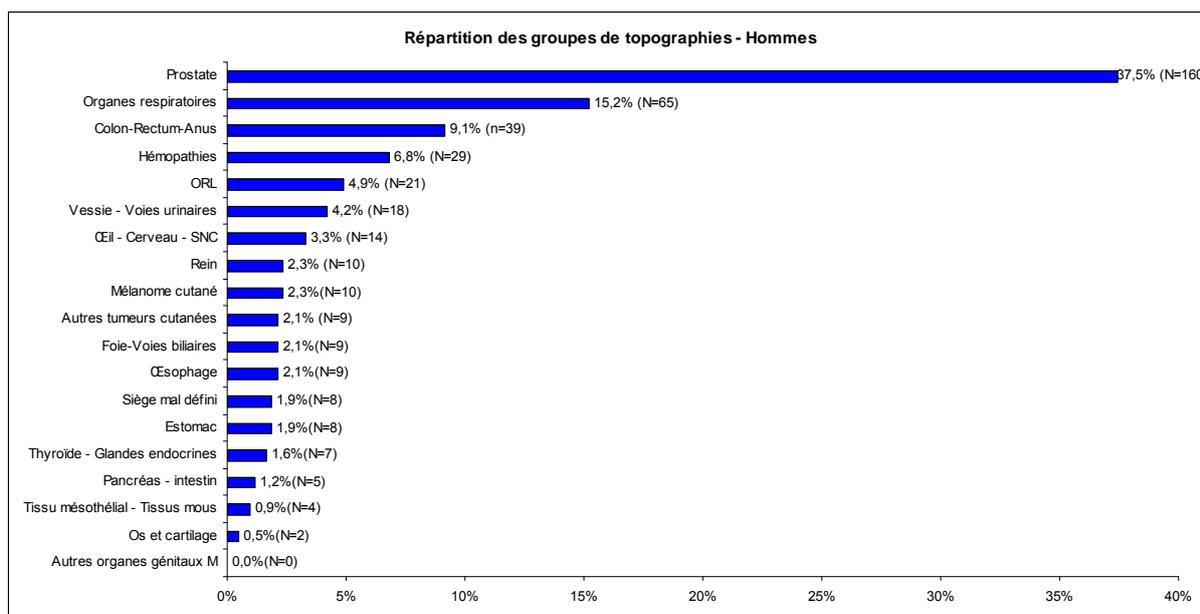
Figure 11 : répartition des nouveaux cas selon les groupes de topographie



Cette répartition par topographie varie selon le sexe avec

Les 5 sites les plus fréquents chez les hommes sont :

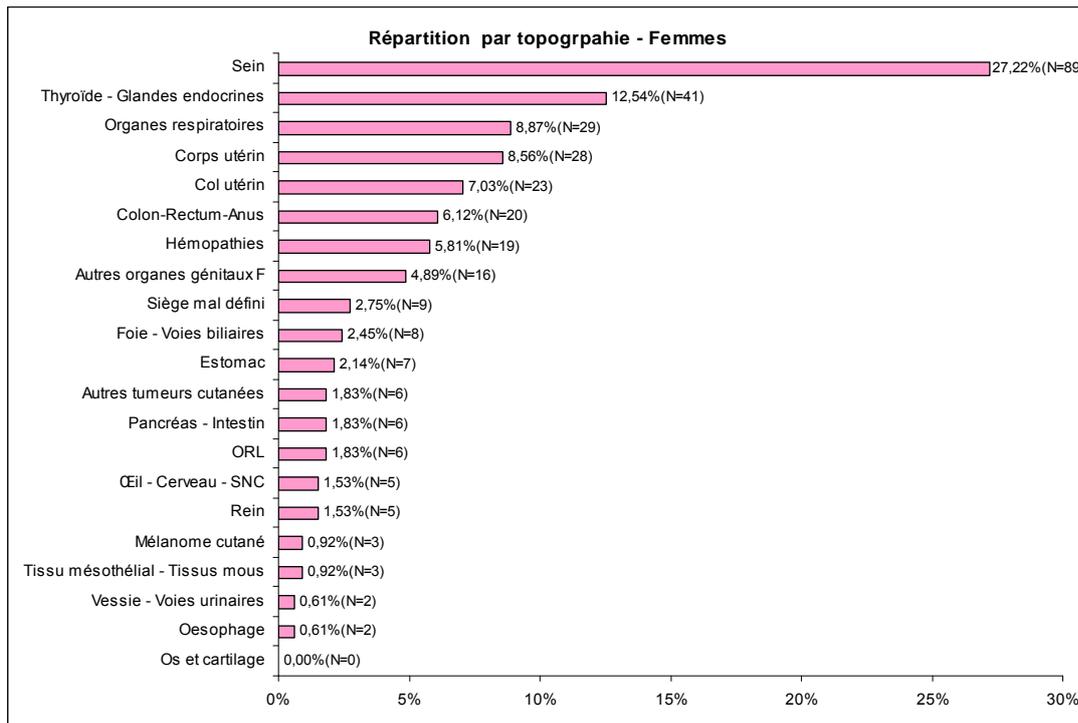
- La prostate : 160 cas (37,5%)
- Les bronches-poumons : 54 cas (12,7%)
- Le colon-rectum-anus : 39 cas (9,1%)
- Lèvre-bouche-pharynx : 21 cas (4.9 %)
- La vessie : 18 cas (4.2 %)



Celles qui sont plus fréquentes chez les femmes sont :

- Le sein : 89 cas (27,2%)
- La thyroïde : 41 cas (12,5%)
- L'utérus (endomètre) : 28 cas (8,6%)
- Les bronches-poumons : 26 cas (8 %)
- Le col de l'utérus : 23 cas (7 %)
- Le colon-rectum-anus : 20 cas (6.1 %)

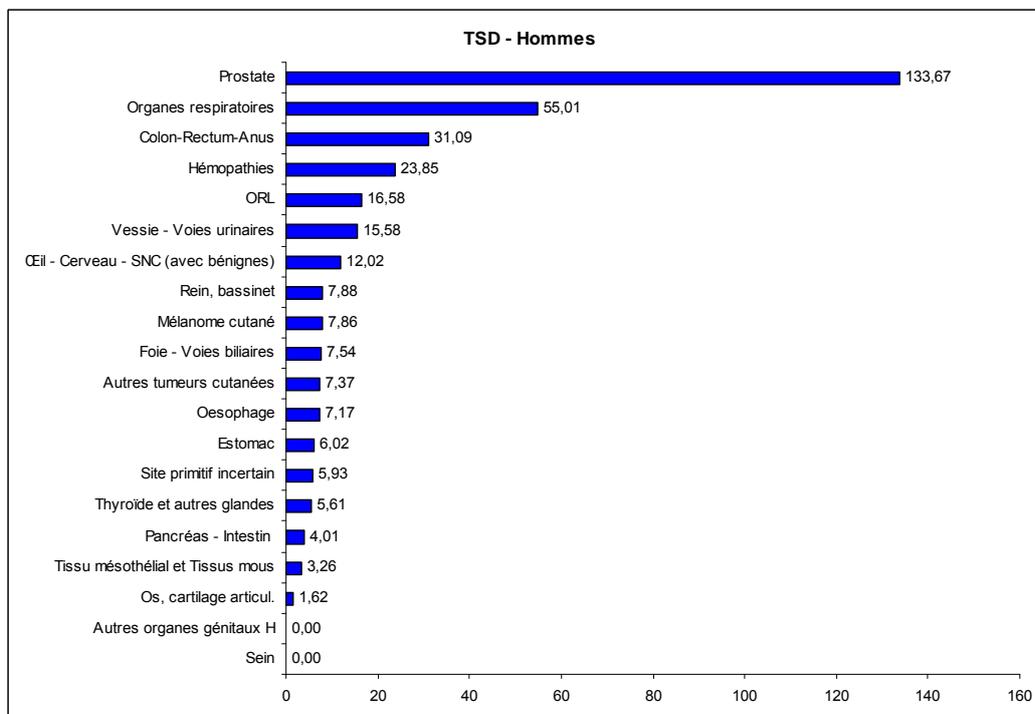
On observe que les cancers de l'utérus (col et endomètre) représentent 15.6 % des cas.



### 2-2-2 Incidence selon la topographie et le sexe

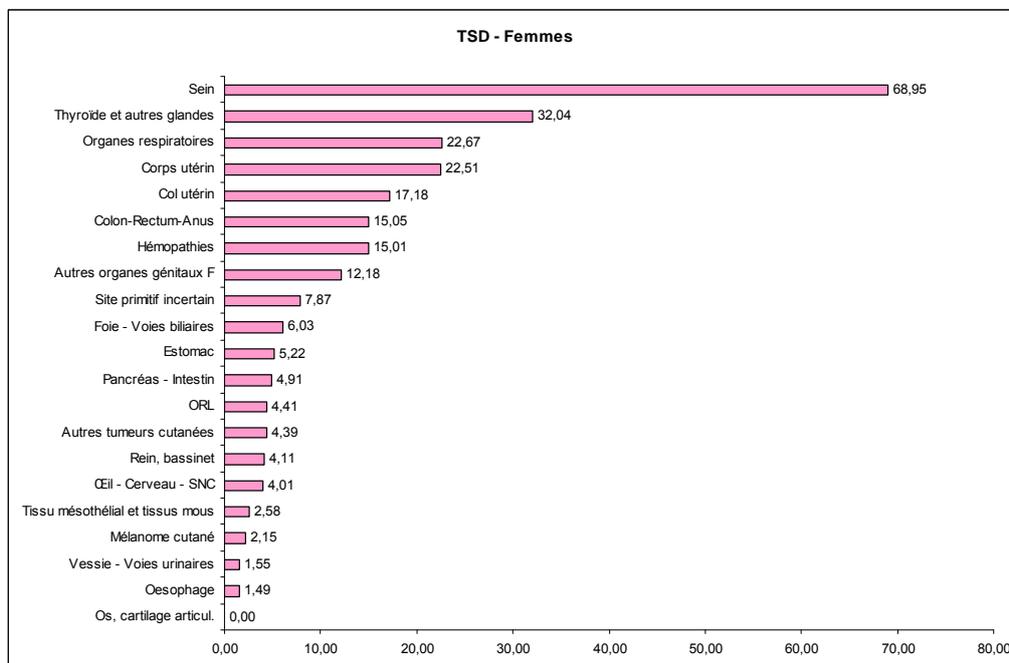
L'analyse des différents taux d'incidence standardisée selon la topographie montre que chez les hommes, l'incidence de la prostate est 3 fois plus élevée que celles des bronches-poumons et 4 fois plus élevée que le colon-rectum-anus.

Figure 12 : taux d'incidence standardisée selon la topographie chez les hommes



Chez les femmes, les cancers du sein sont deux fois plus incidents que les cancers de la thyroïde et 3 fois plus que les cancers de l'endomètre.

Figure 13 : taux d'incidence standardisée selon la topographie chez les femmes

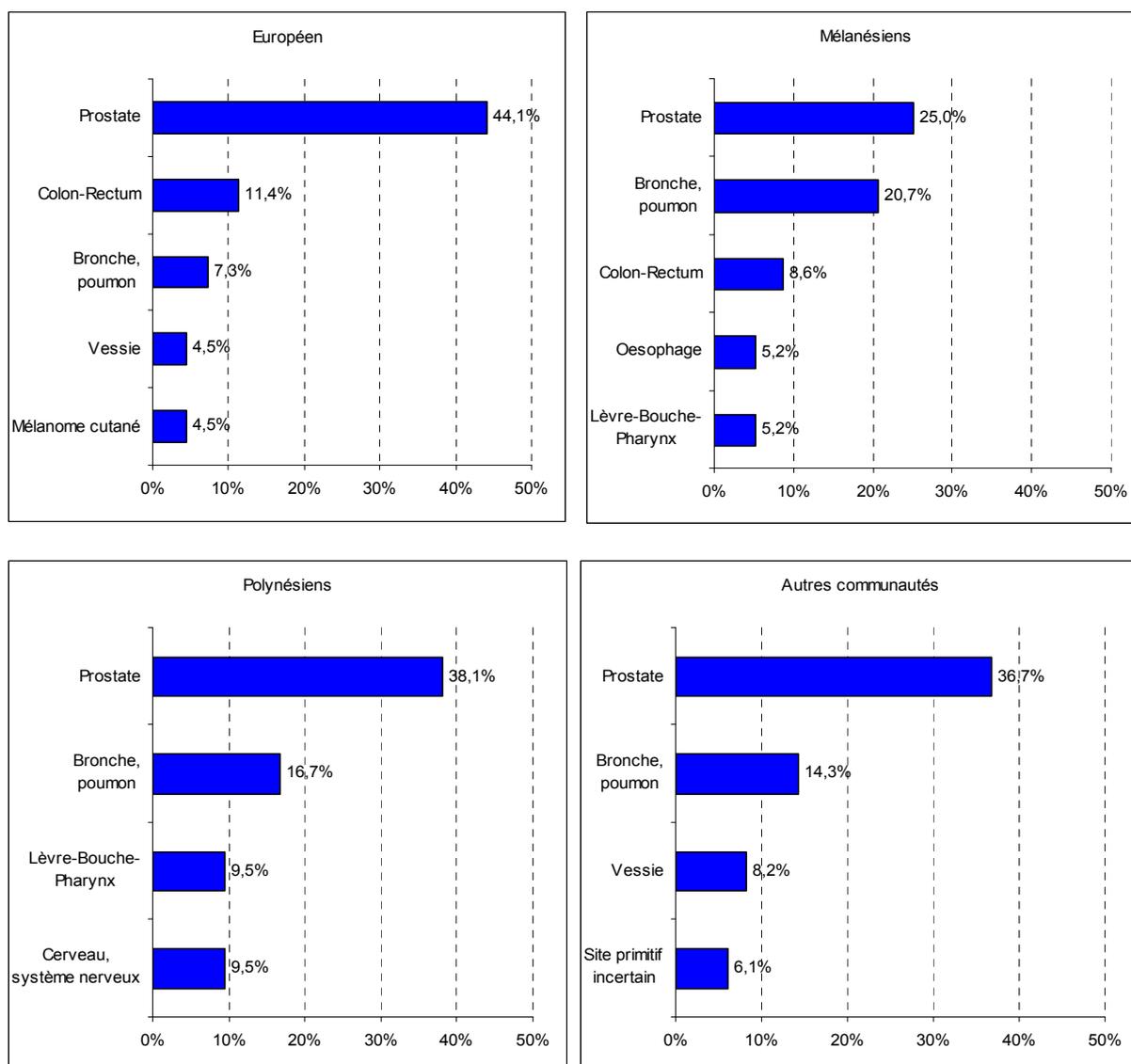


### 2-2-3-Répartition selon la topographie, la communauté et le sexe

Chez les hommes, les topographies les plus fréquentes parmi les groupes de communautés les plus représentés sont :

- chez les européens : la prostate (97 cas, 44.1 %), puis le colon-rectum (20 cas, 11.4 %) et les bronches-poumons (16 cas, 7.2 %),
- chez les mélanésiens : la prostate (29 cas, 25 %), les bronches-poumons (24 cas, 20.7 %) et le colon-rectum-anus (10 cas, 8.6 %)
- chez les polynésiens : la prostate (16 cas, 38.1 %), les bronches-poumons (7 cas, 16.7 %)

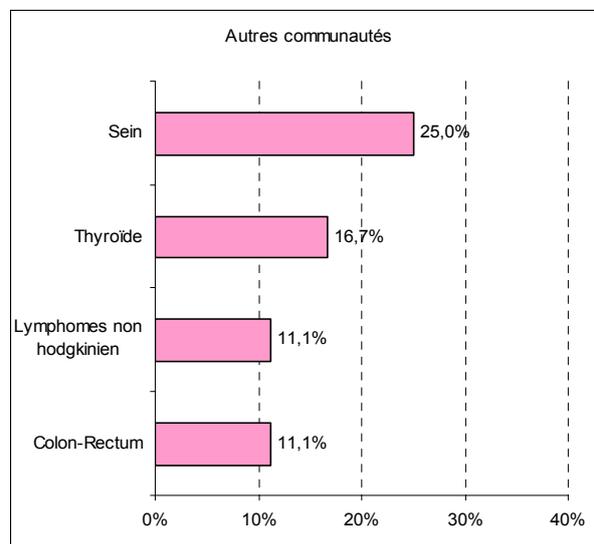
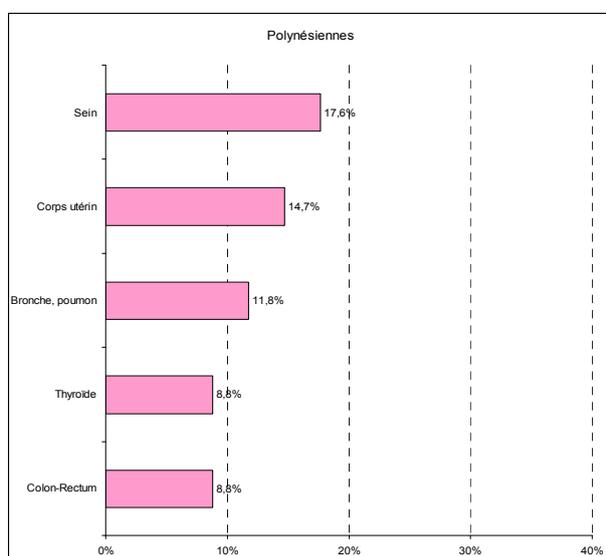
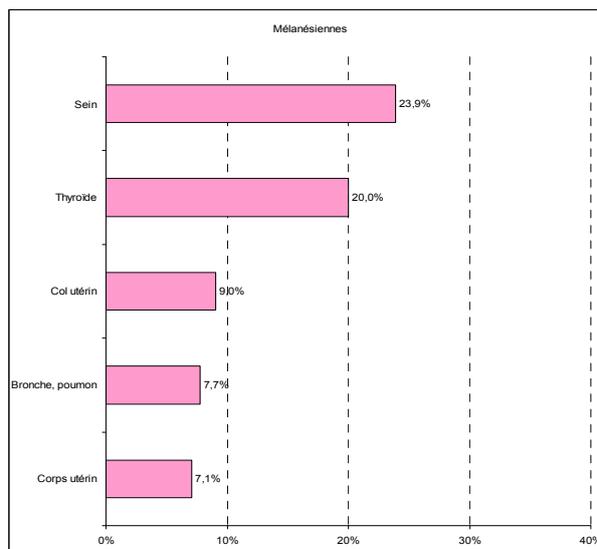
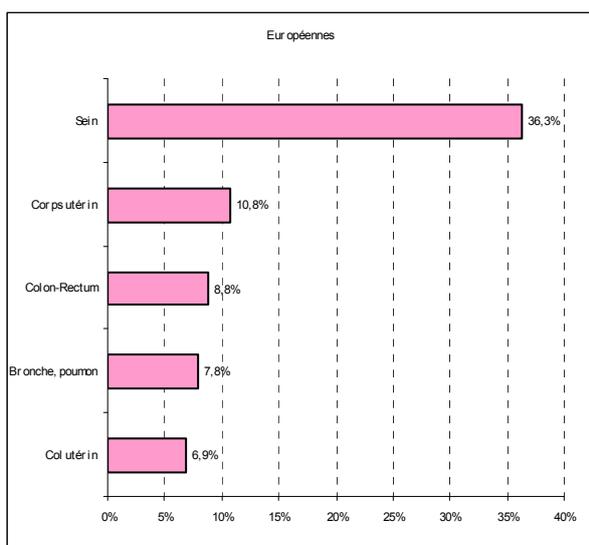
Figure 14 : répartition des principales topographies selon la communauté chez les hommes



Chez les femmes, les topographies les plus fréquentes parmi les communautés les plus représentées sont :

- chez les européennes : le sein (37 cas, 36.3 %), l'utérus (col et endomètre) avec 18 cas (17.7 %), le colon-rectum-anus (9 cas, 8.8 %), les bronches-poumons (8 cas, 7.8 %)
- chez les mélanésiennes : le sein (37 cas, 24.5 %), la thyroïde (29 cas, 19.2 %), l'utérus (endomètre et col) avec 25 cas (16.6 %), les bronches-poumons (12 cas, 7.9 %)
- chez les polynésiennes : l'utérus (7 cas, 20.6 %), le sein (6 cas, 17.8 %), les bronches-poumons (4 cas, 11.8 %).

Figure 15 : répartition des principales topographies selon la communauté chez les femmes



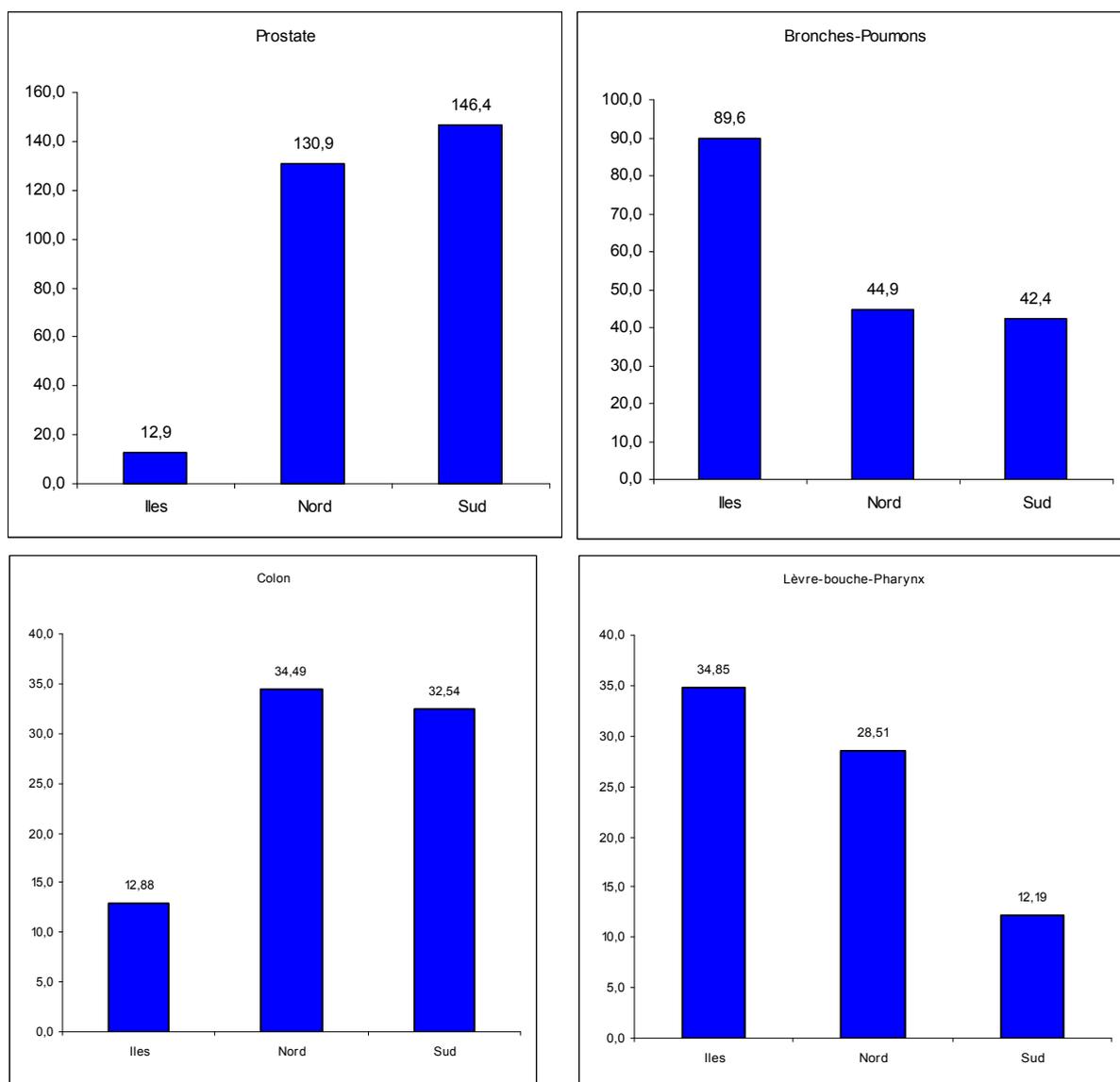
### 2-2-4 Incidence selon la topographie, le sexe et la province

Chez les hommes, comme le montrent les figures suivantes, le cancer le plus incident dans la province Sud est la prostate avec 146.4 cas pour 100 000, suivi par les bronches-poumons puis le colon-rectum-anus.

En province Nord, il s'agit également de la prostate, des bronches-poumons et du colon-rectum-anus comme en province Sud.

Dans la province des Iles, ce classement diffère avec en 1<sup>er</sup> les bronches-poumons, puis l'ORL, suivi par l'estomac.

Figure 18 : comparaison des taux d'incidence standardisée par province pour les principales topographies chez les hommes



Chez les femmes, en province Sud on retrouve, les cancers du sein, suivis par les cancers de l'utérus (endomètre et col), puis la thyroïde, le colon-rectum et les bronches-poumons.

En province nord, on retrouve les mêmes 2 principales topographies les plus incidentes que sont le sein et l'utérus, suivies ensuite par les bronches-poumons et la thyroïde.

En province Iles, la thyroïde est la localisation la plus incidente, suivie par le sein puis l'utérus.

Figure 19 : comparaison des taux d'incidence standardisée par province selon les principales topographies chez les femmes

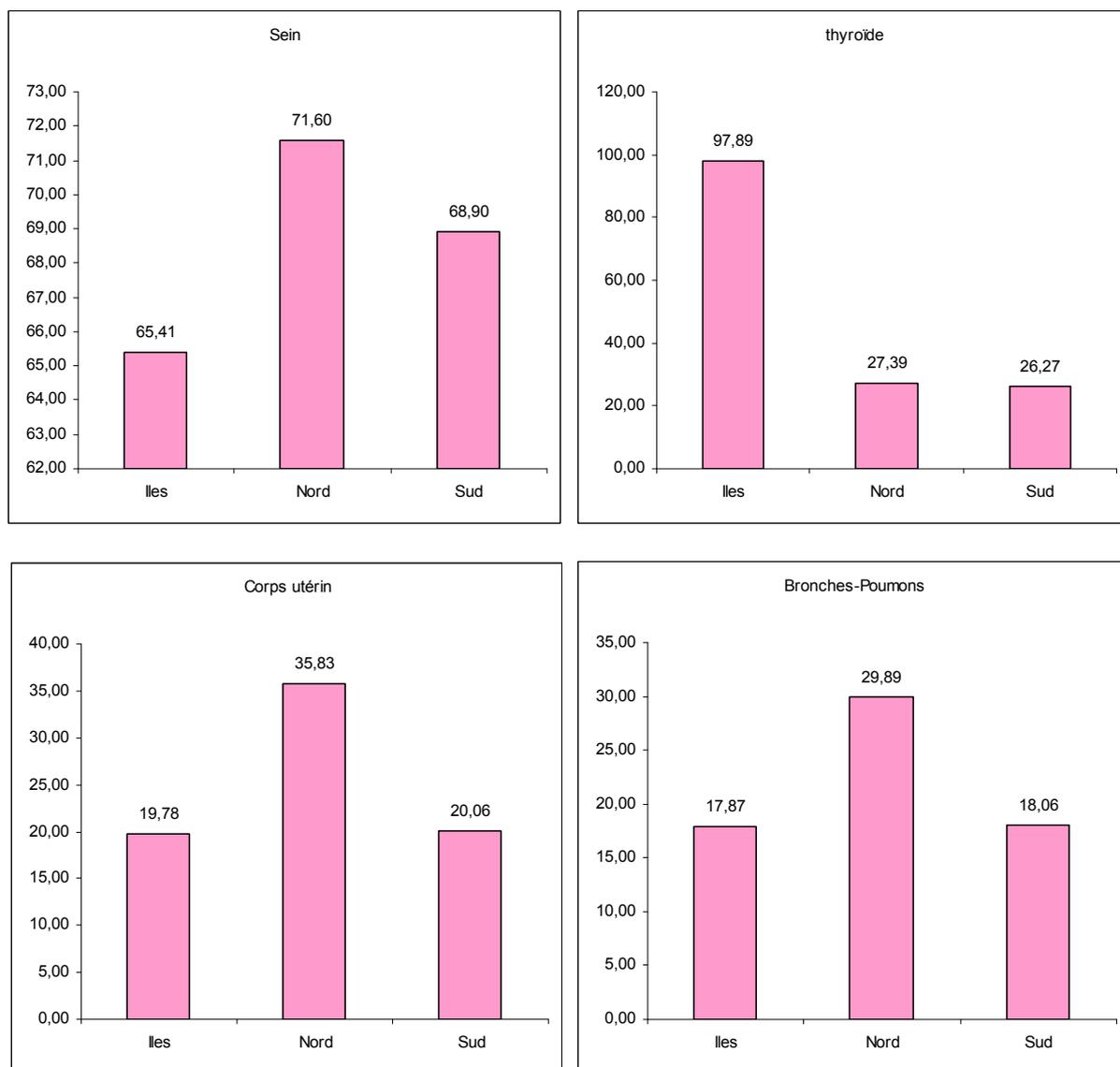


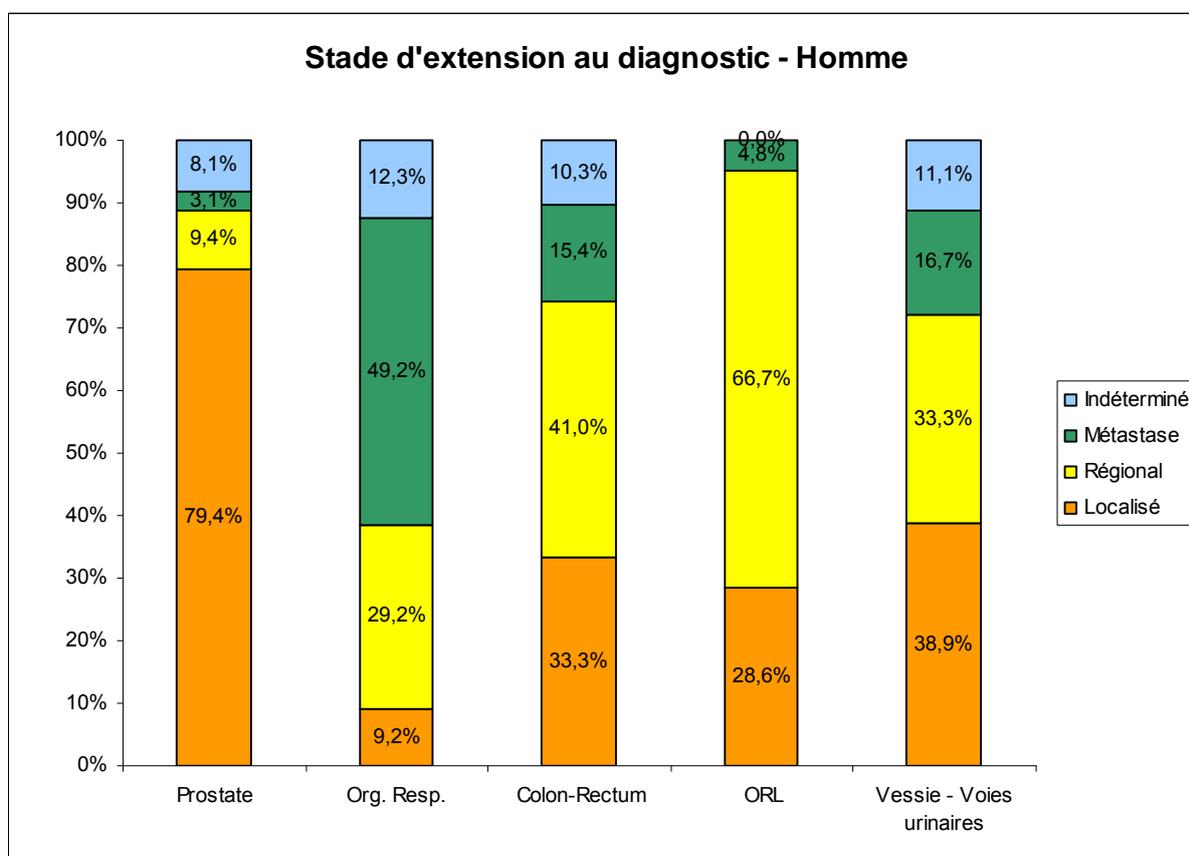
Tableau 5 : taux d'incidence standardisée par topographie selon le sexe et la province de résidence

HOMMES						Groupes topographiques	FEMMES					
Iles		Nord		Sud			Iles		Nord		Sud	
Nb	TSA	Nb	TSA	Nb	TSA		Nb	TSA	Nb	TSA	Nb	TSA
0	0	0	0	0	0	Autres org. Génitaux	0	0,00	2	10,03	3	3,28
0	0,0	0	0,0	9	9,8	Autres T. cutanées	0	0,00	2	9,46	4	4,03
8	89,6	9	44,9	37	42,4	Bronche, poumon	2	17,87	6	29,89	18	18,06
2	20,7	2	8,0	10	12,2	Cerveau, système nerveux (toutes)	0	0,00	0	0,00	3	3,00
-	-	-	-	-	-	Col utérin	2	21,81	5	21,77	16	15,61
1	12,9	7	34,5	31	32,5	Colon-rectum	1	11,60	1	2,94	18	18,29
-	-	-	-	-	-	Corps utérin	2	19,78	7	35,83	19	20,06
2	19,0	1	5,8	5	5,0	Estomac	1	7,66	1	3,16	5	4,98
2	23,3	0	0,0	7	7,5	Foie	2	22,86	2	6,92	3	2,85
0	0,0	0	0,0	1	0,9	Intestin	0	0,00	0	0,00	2	2,03
0	0,0	1	5,8	2	2,3	Larynx	0	0,00	0	0,00	0	0,00
0	0,0	4	18,3	5	6,6	Leucémie aiguë	0	0,00	1	3,16	1	1,22
0	0,0	1	4,5	1	1,2	Leucémie lymphoïde chronique	0	0,00	0	0,00	2	2,18
3	34,9	6	28,5	12	12,2	Lèvre-bouche-Pharynx	1	10,20	1	2,94	4	4,20
1	11,0	0	0,0	8	8,6	Lymphomes non hodgkinien	0	0,00	1	4,62	7	7,52
1	6,9	0	0,0	2	2,1	Maladie de Hodgkin	0	0,00	0	0,00	1	0,66
0	0,0	0	0,0	10	10,3	Mélanomes	0	0,00	0	0,00	3	2,84
0	0,0	1	4,5	2	2,1	Mésothéliome de la plèvre	0	0,00	1	5,70	1	1,05
0	0,0	0	0,0	3	3,4	Nez, sinus, oreil.moyen., aut. resp	0	0,00	1	5,70	1	1,05
0	0,0	0	0,0	0	0,0	Œil	1	11,90	0	0,00	1	0,66
2	23,2	1	4,2	6	6,2	Œsophage	2	15,01	0	0,00	0	0,00
0	0,0	0	0,0	2	2,5	Os	0	0,00	0	0,00	0	0,00
-	-	-	-	-	-	Ovaires	3	29,46	1	4,62	7	6,62
1	12,9	1	5,0	2	2,0	Pancréas	0	0,00	0	0,00	4	4,28
1	12,9	26	130,9	133	146,4	Prostate	-	-	-	-	-	-
0	0,0	1	4,5	9	9,5	Rein	1	11,90	0	0,00	4	4,06
0	0,0	0	0,0	2	2,2	Sd myélodysplasiques	1	9,77	1	3,16	1	1,20
0	0,0	0	0,0	0	0,0	Sein	7	65,41	14	71,60	68	68,90
2	15,8	1	3,9	5	5,0	Site primitif incertain	3	28,50	2	12,31	4	4,58
0	0,0	1	6,3	0	0,0	Surrénale	0	0,00	0	0,00	0	0,00
0	0,0	1	4,5	3	3,1	Syndrome myéloprolifératif chronique	0	0,00	0	0,00	3	3,28
1	10,5	1	5,8	3	2,8	thymus- cœur - plèvre	0	0,00	0	0,00	1	1,30
0	0,0	1	3,2	5	5,5	Thyroïde	10	97,89	5	27,39	26	26,27
0	0,0	0	0,0	1	1,3	Tissus mous, péritoine	0	0,00	0	0,00	1	1,18
0	0,0	0	0,0	0	0,0	Uretere, autres organes urinaires	0	0,00	0	0,00	1	0,78
2	23,3	0	0,0	16	18,0	Vessie	0	0,00	1	6,86	0	0,00
0	0	0	0	0	0	Voies biliaires	1	12,66	0	0,00	0	0,00
<b>29</b>	<b>316,87</b>	<b>66</b>	<b>322,89</b>	<b>332</b>	<b>363,50</b>	<b>754</b>	<b>40</b>	<b>394,29</b>	<b>55</b>	<b>268,07</b>	<b>232</b>	<b>236,06</b>

## 2-3 Stade d'extension au moment du diagnostic

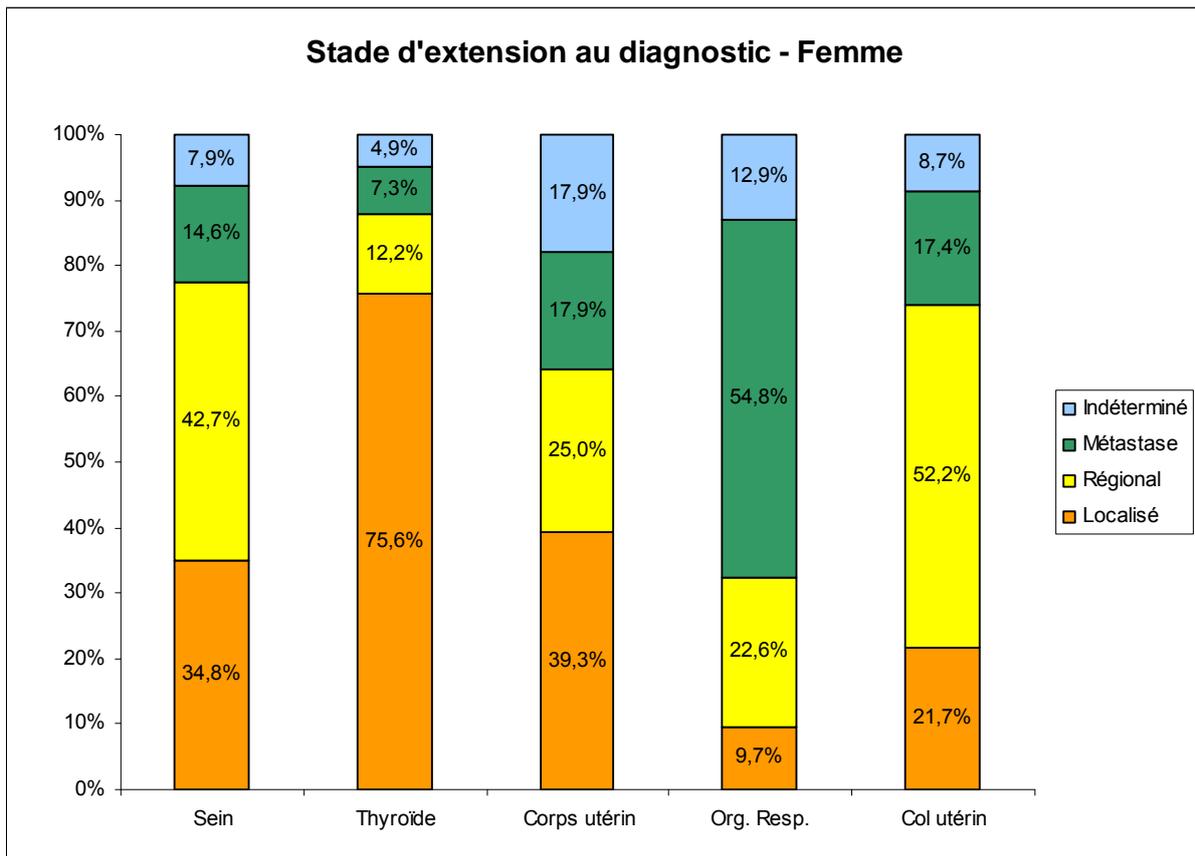
Lorsque l'on étudie les principales topographies pour lesquelles ce stade a un sens, on constate que chez les hommes dans presque 8 cas sur 10, le cancer de la prostate est diagnostiqué à un stade localisé, alors que ce diagnostic est moins favorable pour les cancers ORL, de la vessie et du colon-rectum-anus. Le diagnostic porté à un stade plus avancé concerne les organes respiratoires (dont les bronches-poumons).

Figure 16 : répartition du stade d'extension des principales topographies chez les hommes



Chez les femmes, les cancers de la thyroïde sont diagnostiqués le plus souvent à un stade localisé. Les cancers du sein, de l'endomètre le sont dans un peu plus d'un tiers des cas. On observe que les cancers du col qui bénéficient d'un programme de dépistage ne sont diagnostiqués à un stade localisé que dans 21 % des cas.

Figure 17 : répartition du stade d'extension des principales topographies chez les femmes

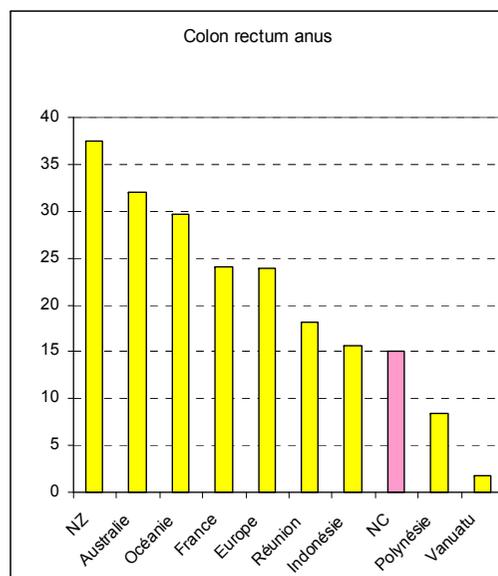


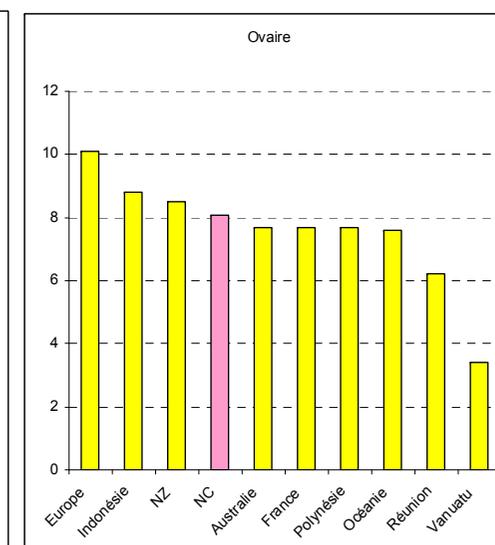
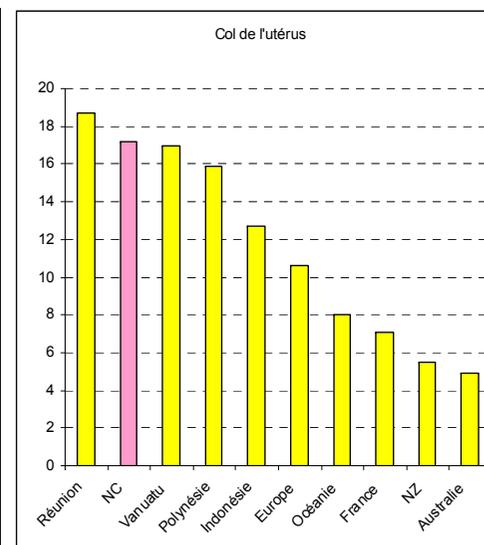
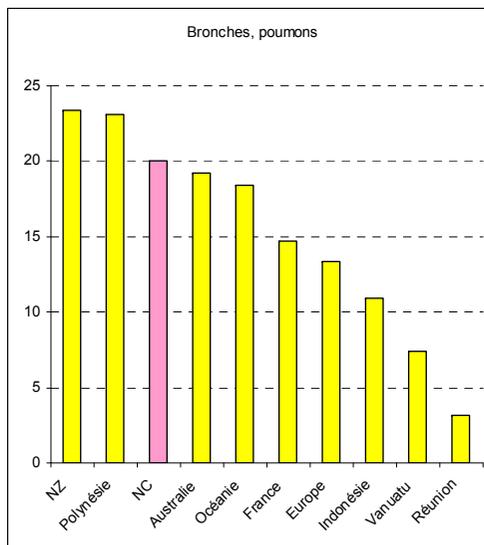
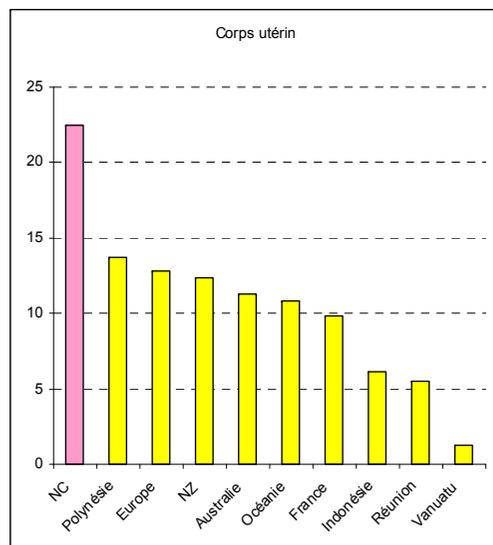
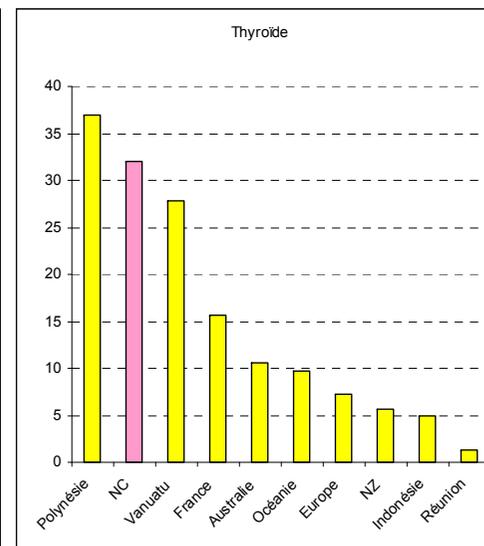
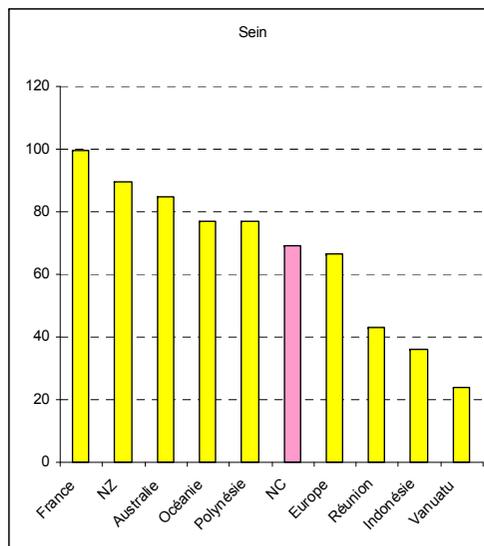
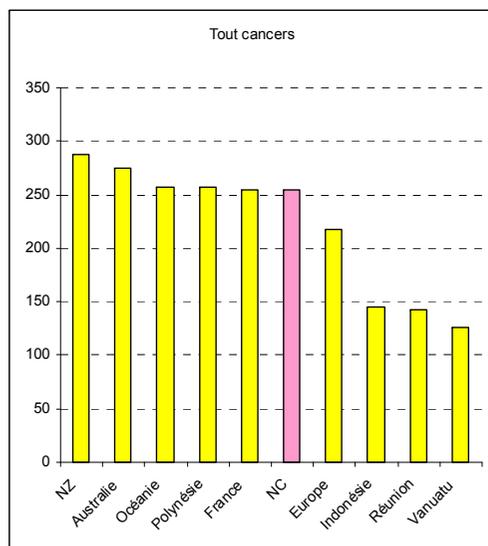
#### 2-4 Comparaisons internationales (Globocan 2008-IARC)

Comme le montre la figure suivante, lorsque l'on compare les principales topographies retrouvées en Nouvelle-Calédonie, on observe que chez les femmes, les taux d'incidence standardisés tous cancers sont comparables avec ceux de la métropole, la Polynésie Française mais inférieurs à ceux de la Nouvelle-Zélande.

On observe également des incidences plus élevées des cancers du corps et du col l'utérus en Nouvelle-Calédonie par rapport à la métropole et à l'Australie(Aus)-Nouvelle-Zélande (NZ). Les cancers de la thyroïde sont également nettement plus élevés que dans ces deux pays, et inférieur à celui de la Polynésie française. Les cancers du sein chez la femme ont une incidence plus basse qu'en métropole et en Aus/NZ. A noter que l'incidence des mélanomes, même si elle n'apparaît pas sur les figures suivantes, est non négligeable (7.9 chez les hommes, 2.8 chez les femmes), sans pour autant atteindre les valeurs de nos voisins : Aus/NZ (32.1).

*Figure 20 : comparaisons internationales des taux d'incidence chez les femmes*

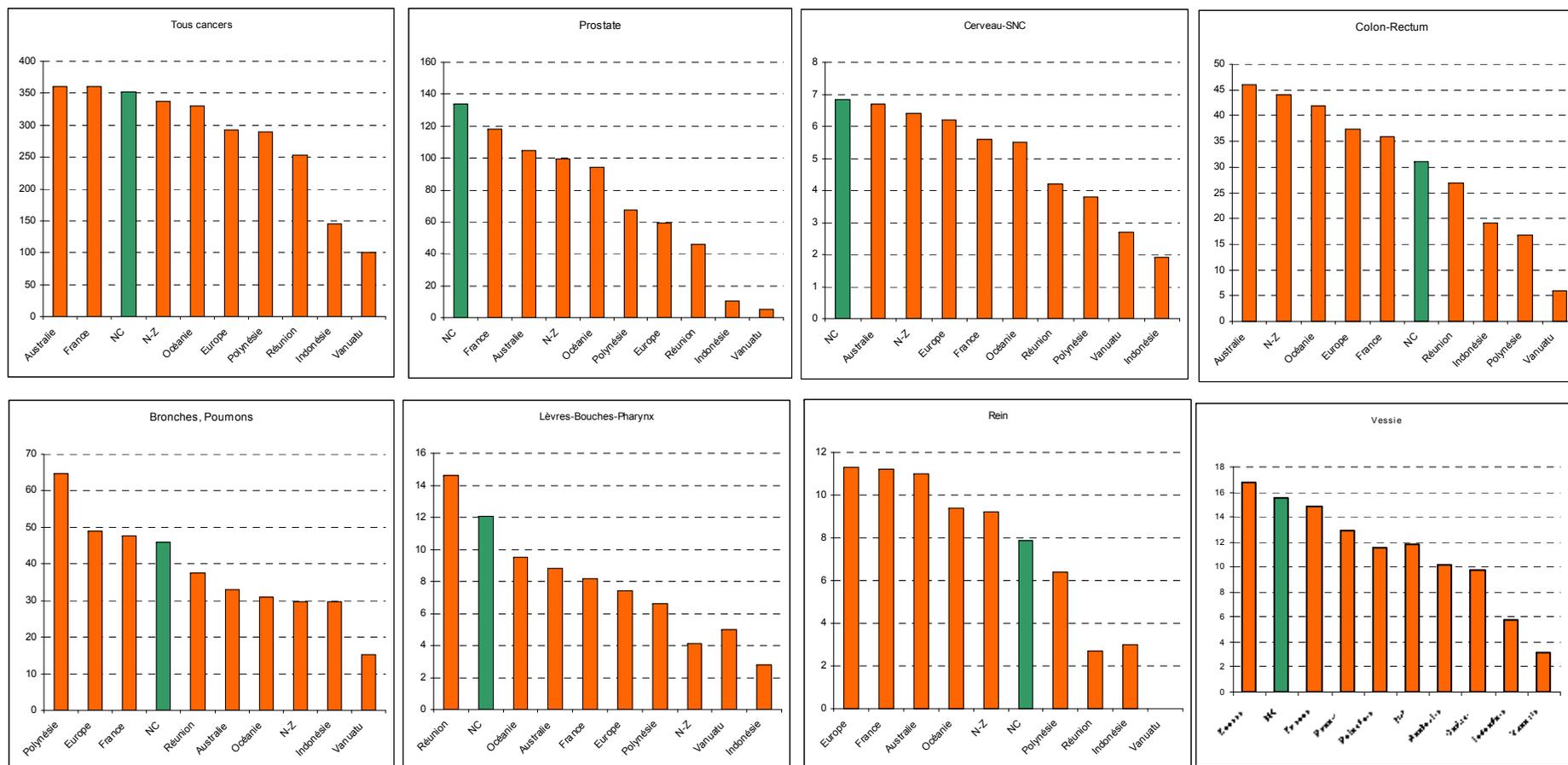




Chez les hommes, le taux d'incidence standardisée global est cette-fois-ci comparable à celui de la métropole et de l'Aus/NZ.

Lorsque l'on compare ce taux selon les principales localisations, on observe une incidence nettement plus élevée du cancer de la prostate en NC. L'incidence des cancers des bronches-poumons est comparable à la métropole, tout en restant plus élevée que celle de l'Aus/NZ.

Figure 21 : comparaisons internationales des taux d'incidence chez les hommes



En conclusion, l'incidence des cancers en Nouvelle-Calédonie, avec sa diversité de population, reste relativement comparable à celle de la métropole dans les deux sexes. Elle est chez les hommes toutefois plus élevée qu'en Polynésie française et chez les femmes moins élevée qu'en Aus/NZ.

Chez les femmes, les topographies les plus incidentes sont le sein, la thyroïde et l'utérus, qui sont plus élevées que dans la plupart des pays voisins.

Chez les hommes, le cancer de la prostate est le plus fréquent.

### 3) ETUDE DES PRINCIPAUX SITES

Sont présentées dans le chapitre suivant, les résultats plus détaillés selon les principales topographies, par groupe selon les spécialités médicales qui font l'objet des RCP (réunions de concertation pluri-disciplinaires).

#### 3-1 Sein et appareil génital féminin

Dans ce groupe, on retrouve 156 tumeurs invasives, soit 47.7 % des tumeurs prises en compte dans le registre (48 % des tumeurs invasives).

Tableau 6 : répartition par site des cancers du sein et génitaux féminins

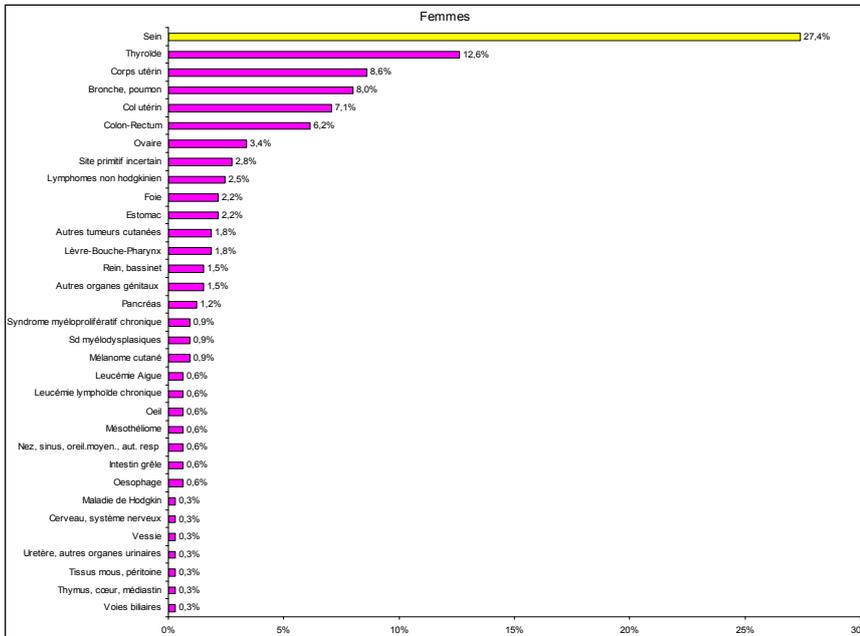
SITES	Nombre de cas	%
Sein	89	57.0 %
Corps de l'utérus	28	18.0 %
Col de l'utérus	23	14.7 %
Ovaire	11	7.1 %
Vulve	2	1.3 %
Vagin	0	0.0 %
Placenta	0	0.0 %
Utérus SAI	2	1.3 %
Autres organes génitaux	1	0.6 %
<b>Total</b>	<b>156</b>	<b>100.0 %</b>

##### 3-1-1 Sein

###### Généralités

En 2008, avec 89 tumeurs invasives diagnostiquées en 2008, dont 52 cas diagnostiqués dans le secteur privé et 37 cas dans le secteur public, ce cancer représente le 1<sup>er</sup> cancer diagnostiqué chez la femme, et arrive au 2<sup>ème</sup> rang des cancers diagnostiqués sur l'ensemble de la population. Comme le montre la figure suivante, il représente ainsi 27,4% des cancers féminins (*France 2005 : 36%*). 7% des patientes diagnostiquées en 2008 avaient également déjà eu un autre cancer auparavant (6 cas : 5 seins et 1 thyroïde).

*Figure 22 : classement des topographies chez les femmes*



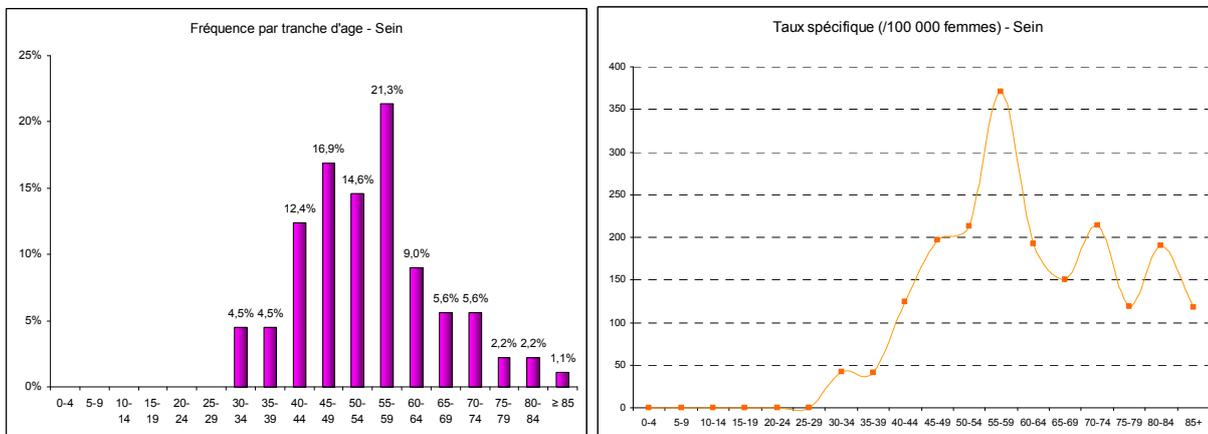
Parmi ces 89 patientes diagnostiquées en 2008, 11% étaient décédées au 31/05/2011 (10 cas).

En moyenne, 5,2 sources d'information (de signalement ou consultées) ont permis de compléter la fiche du registre.

### Age au diagnostic

L'âge moyen au moment du diagnostic était égal à 54 ans et avec un âge médian à 53 ans. A noter qu'en métropole en 2005, l'âge moyen au diagnostic était nettement plus élevé (61 ans). Rapporté à la population concernée, le nombre de cas par tranche d'âge met en évidence une incidence croissante entre 30 et 54 ans, avec un pic entre 55 et 59 ans. Cette incidence a ensuite tendance à décroître de manière avec des fluctuations en rapport avec la taille de l'échantillon pour les tranches d'âge les plus élevées.

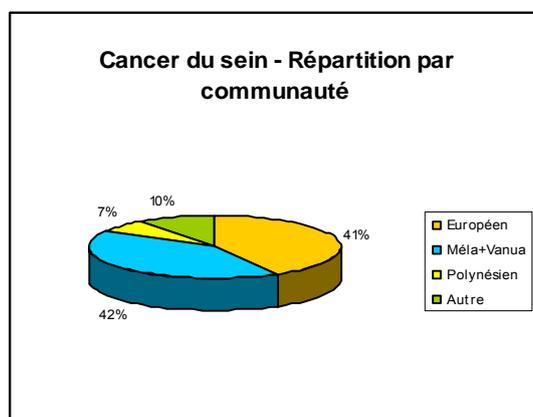
Figures 22 et 23 : cancer du sein chez les femmes, répartition par tranche d'âge et taux spécifiques d'incidence



### Répartitions par communauté

Comme le montre la figure suivante, ce cancer concerne en proportion égale les femmes mélanésiennes et les femmes européennes.

Figures 24 : cancer du sein chez les femmes et répartition par communauté



### Histologie et grade

Le diagnostic a été établi à partir de l’histologie pour tous les cas. La répartition selon le type histologique est relativement voisine de celle retrouvée en métropole, et est la suivante:

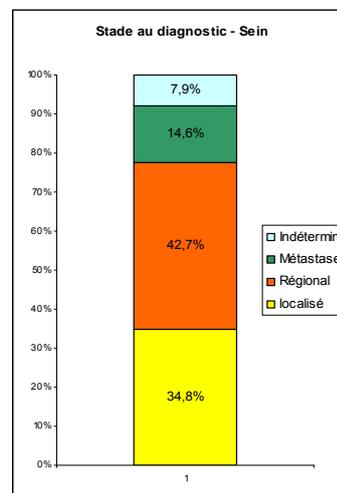
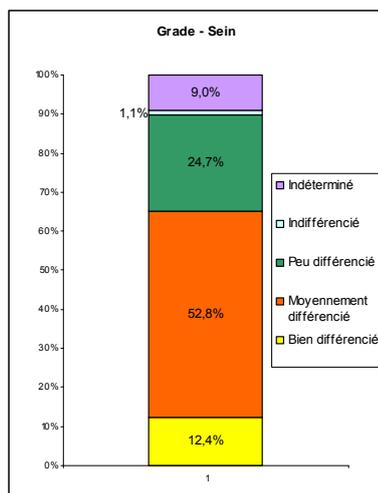
- 87 adénocarcinomes (dont 79 canaux, 2 lobulaires, 1 médullaire, 2 mucineux, 2 mixtes, 1 maladie de Paget)
- 1 Sarcome
- 1 tumeur Phyllode

Tableau 7 : cancers du sein chez les femmes et répartition des groupes histologiques

	NC (2008)	France (2005)
C. Canalaire	89%	85%
C. Lobulaire	2%	4%
C. médullaire	1%	1%
C. mucineux	2%	0,60%
Autres	6%	9,40%

Comme le montre la figure suivante, ces tumeurs étaient le plus souvent moyennement différenciées et ce, dans plus de la moitié des cas, seulement 25.8 % étaient peu différenciées ou indifférenciées.

Figures 25 et 26 : cancers du sein chez les femmes, grade histologique et stade au diagnostic



### Stade au diagnostic

Le stade au diagnostic a pu être retrouvé à partir des dossiers consultés dans plus de 92 % des cas, et comme présenté dans la figure suivante, à peine un peu plus de d'un tiers des cas ont été diagnostiqués à un stade localisé et près de 15 % à un stade très avancé avec métastases.

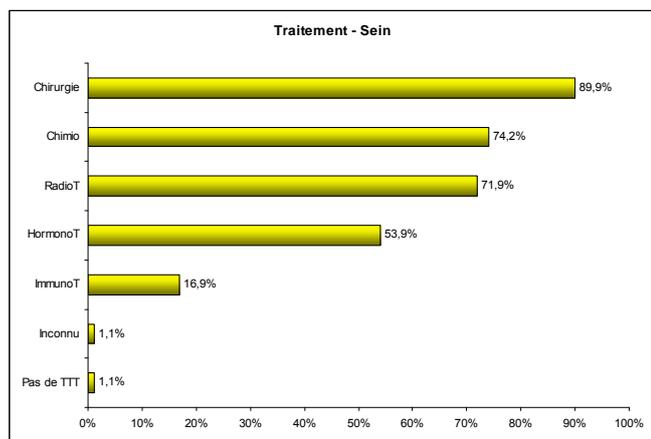
### Traitement

Comme présenté dans le tableau ci-dessous, plusieurs schémas thérapeutiques sont proposés, avec le schéma le plus fréquent qui comporte au moins : chirurgie + chimiothérapie + radiothérapie (+/- immunothérapie, hormonothérapie) et concerne 52 femmes (58.4 %).

Tableau 8 : cancers du sein chez les femmes et différents schémas thérapeutique

Schémas thérapeutiques	Nb cas	Fréquence	Schémas thérapeutiques		
			Nb cas	Fréquence	
			Chimio+Chir	5	5,6%
			Chir+Horm+Radio	8	9,0%
Chimio	1	1,1%	Chimio+Chir+Immu+Radio	9	10,1%
Chimio+Chir+Immu+Horm+Radio	1	1,1%	Radio+Chimio+Chir	15	16,9%
Chimio+Immu	1	1,1%	Chimio+Chir+Horm+Radio	28	31,5%
Chir+Chimio+Horm	1	1,1%	<b>Total</b>	<b>89</b>	<b>100,0%</b>
Chir+Chimio+Immu+Horm	1	1,1%			
Inconnu	1	1,1%			
Pas de traitement	1	1,1%			
Radio+Chimio+Horm	1	1,1%			
Chir+Radio	2	2,2%			
Chimio+Chir+Immu	3	3,4%			
Chirurgie	3	3,4%			
Chir+Horm	4	4,5%			
Hormono	4	4,5%			

Figure 28 : cancers du sein et répartition des traitements



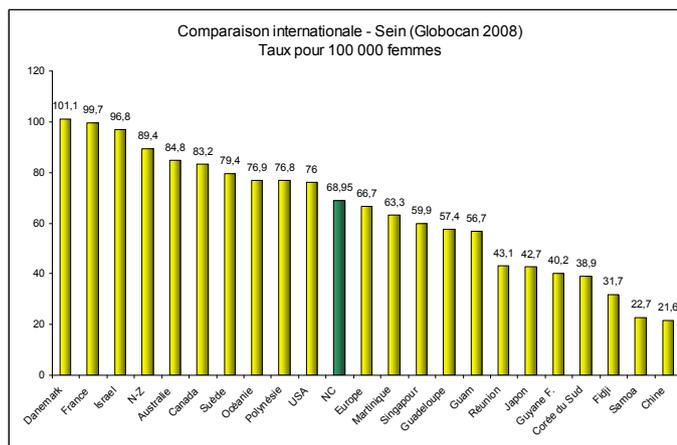
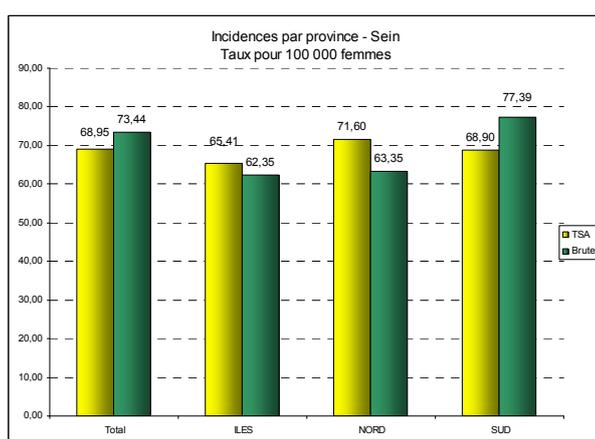
Chirurgie	95%
RadioT	80%
ChimioT	48%
HormonoT	60%
ImmunoT	25%

Au total, près de 9 femmes sur 10 bénéficient d'un traitement chirurgical, plus de 8 sur 10 d'une radiothérapie et moins de la moitié d'une chimiothérapie. L'hormonothérapie concernant un peu plus de 5 femmes sur 10.

### Incidences et comparaisons internationales

Le taux standardisé d'incidence est ainsi estimé à 69 nouveaux cas pour 100 000 femmes pour l'ensemble du territoire, avec un taux plus élevé en province Nord par rapport à ceux des deux autres provinces.

Figure 29 et 30 : cancer du sein, comparaisons des incidences



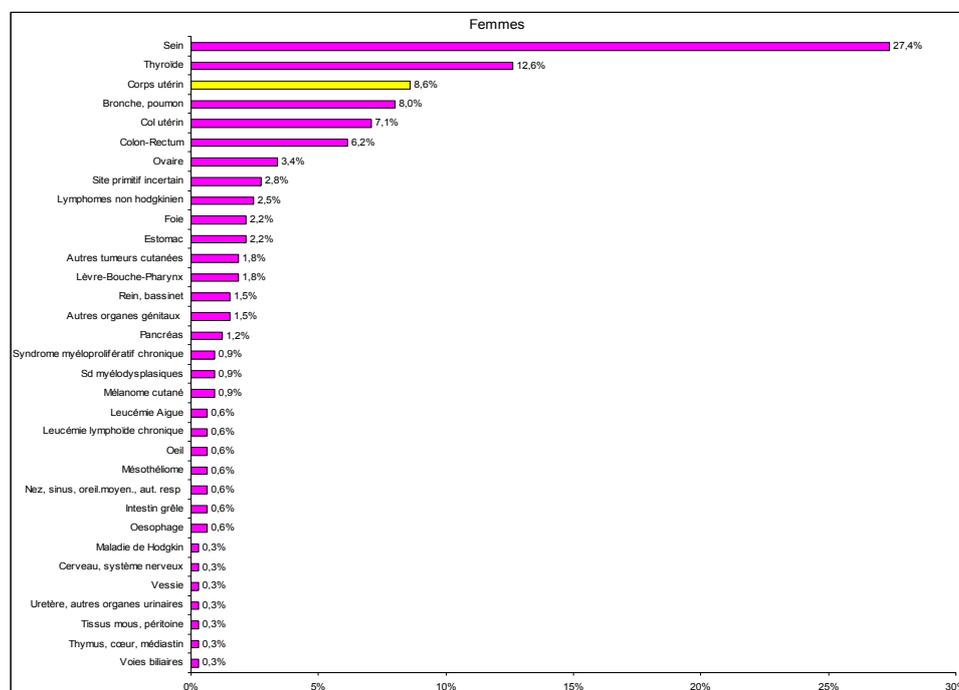
Lorsque l'on compare ces taux à ceux d'autres pays, on observe que les valeurs observées en Nouvelle-Calédonie sont nettement inférieures à celles de la métropole, de l'Australie et de la Nouvelle-Zélande et comprises entre celles de la Polynésie et de Guam, pour la région du Pacifique Sud.

### 3-1-2 Cancres du corps de l'utérus (endomètre)

#### Généralités

Avec **28 nouveaux** cas diagnostiqués en 2008 (14 cas diagnostiqués dans le secteur privé et 14 cas dans le secteur public), cette localisation arrive au 3<sup>ème</sup> rang chez les femmes, après le sein et la thyroïde. Par ailleurs 25 % des patientes avaient déjà eu un autre cancer primitif diagnostiqué auparavant (7 patientes). 35% des femmes étaient décédées au 31/05/2011 (10 cas). On a comptabilisé en moyenne 4.5 sources d'information par dossier.

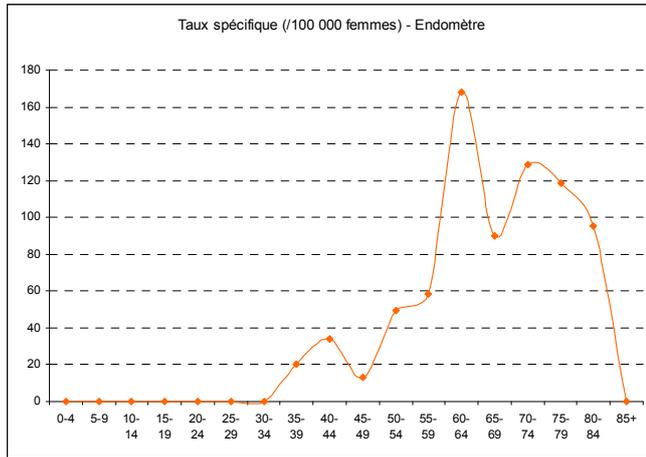
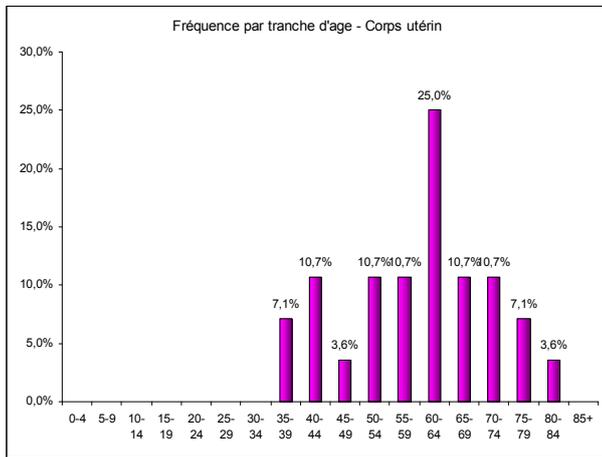
Figure 31 : classement des topographies chez les femmes



#### Age au diagnostic

L'âge moyen au diagnostic du cancer de l'endomètre est plus élevé que celui du cancer du sein et est égal à 60 ans. On observe en effet un pic entre 60 et 64 ans. Ces tumeurs sont diagnostiquées à partir de 35 ans, avec une incidence qui augmente selon l'âge pour atteindre un premier pic entre 60 et 64 ans, puis entre 75 et 79 ans.

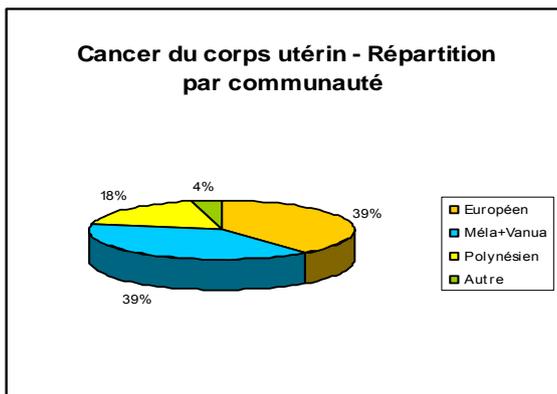
Figures 32 et 33 : cancers du corps de l'utérus, répartition par tranche d'âge et taux d'incidence spécifiques



### Communauté

En 2008, ont été diagnostiqués autant de cancers utérins dans les communautés européennes et mélanésiennes.

Figure 34 : cancers du corps de l'utérus, répartition par communautés



### Histologie

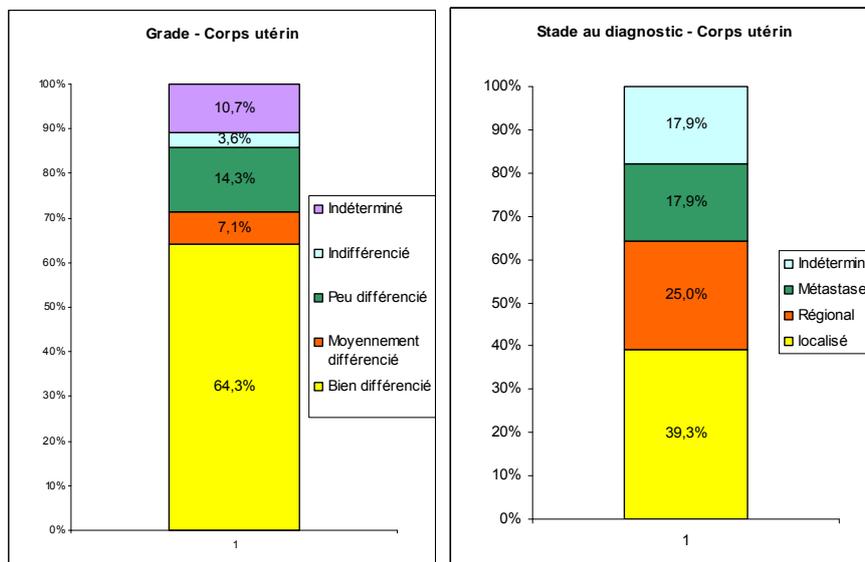
Tous les cas ont bénéficié d'un diagnostic histologique. Il s'agissait en majorité d'un adénocarcinome (24 cas, soit 85.7 %), puis dans 3 cas d'un Sarcome, et un cas de carcinome sans autre précision.

Comme le montre l'une des figures suivantes, il s'agissait dans plus de 60 % des cas d'une tumeur bien différenciée.

### Stade au diagnostic

Le stade au moment du diagnostic était localisé pour presque 4 femmes sur 10.

Figures 35 et 36 : cancers du corps de l'utérus, grade et stade au diagnostic

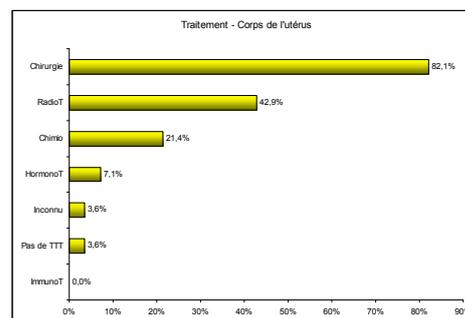


### Traitement

Comme le montre le tableau suivant, un traitement chirurgical a été pratiqué chez plus de 9 femmes sur 10. La radiothérapie arrive en seconde position et concerne 4 femmes sur 10.

Tableau 9 et figure 37 : cancers du corps de l'utérus et schémas thérapeutiques

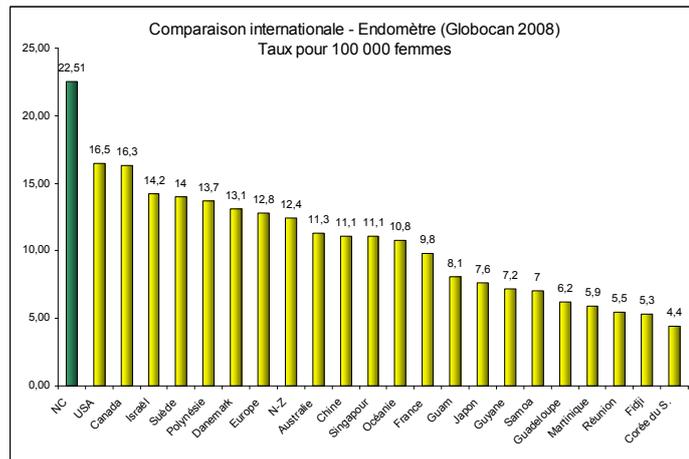
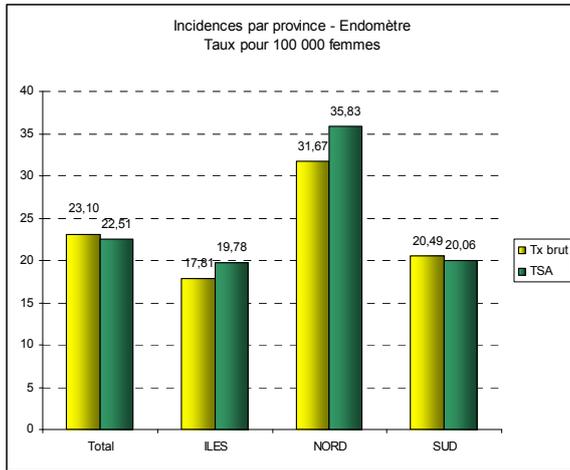
	Nb de cas	Fréquence
Chirurgie	11	39,3%
Radio+Chir	7	25,0%
Radio+Chimio+Chir	5	17,9%
Hormonothérapie	2	7,1%
Chimio	1	3,6%
Pas de traitement	1	3,6%
Inconnu	1	3,6%
<b>TOTAL</b>	<b>28</b>	<b>100,0%</b>



### Incidences et comparaisons internationales

On observe des disparités selon la province de résidence, avec une incidence, nettement plus élevée en province Nord par rapport aux autres provinces.

Figures 38 et 39 : cancers du corps de l'utérus, incidences par province et comparaisons internationales



Avec 23.1 nouveaux cas pour 100 000 femmes, le taux d'incidence de la Nouvelle-Calédonie est relativement élevé par rapport à celui de la métropole et d'autres pays d'Europe, de la Nouvelle-Zélande et l'Australie.

### 3-1-3 Cancers du col de l'utérus

#### Généralités

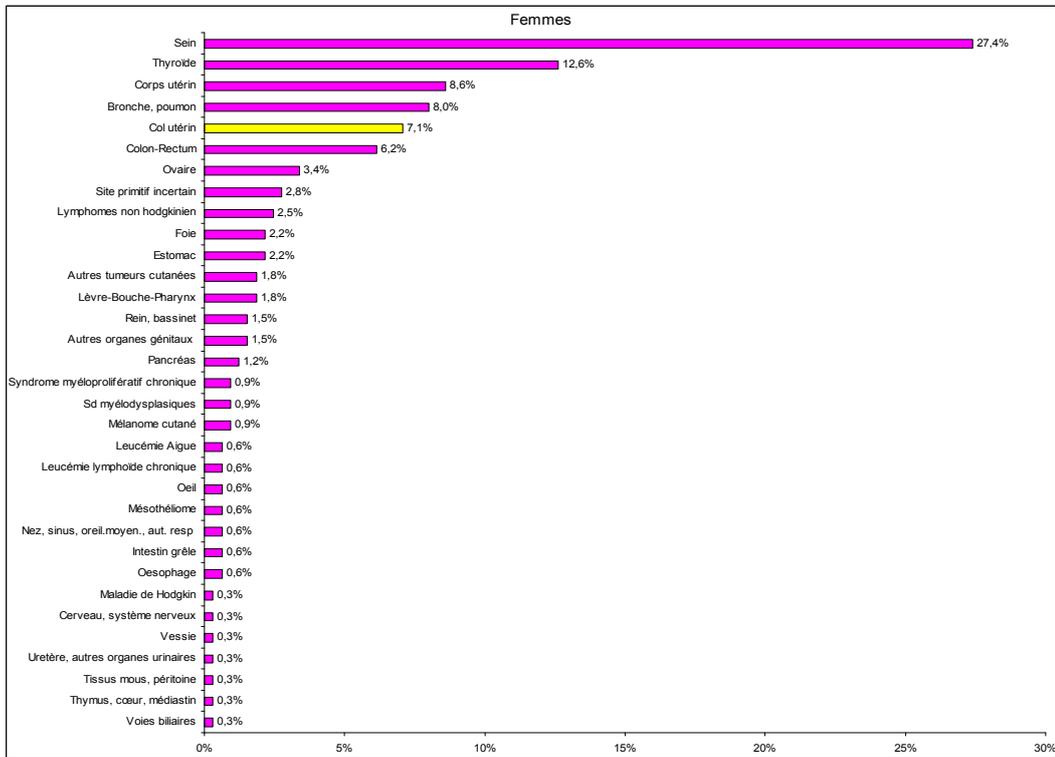
Les cancers invasifs du col de l'utérus surviennent après plusieurs étapes de modification de la muqueuse (épithélium). Celles-ci appelées dysplasies sont classées en légères, moyennes et sévères : elles précèdent le cancer d'abord intra-épithélial (in situ) puis invasif.

Ce cancer qui fait l'objet, d'un programme de dépistage depuis plusieurs années est au 5<sup>ème</sup> rang des cancers chez les femmes, avec 7.1 % des cancers et 23 tumeurs invasives. 6 nouveaux cas ont diagnostiqués dans le privé et 17 cas dans le public.

Pour 9 % des patientes, il s'agissait d'une 2<sup>ème</sup> tumeur primitive (2 cas). Par ailleurs, 22 % des patientes diagnostiquées en 2008 étaient décédées au 31/05/11 (5 cas).

On note 4.5 sources d'information en moyenne par tumeur.

Figure 40 : cancers chez les femmes et classement par topographie

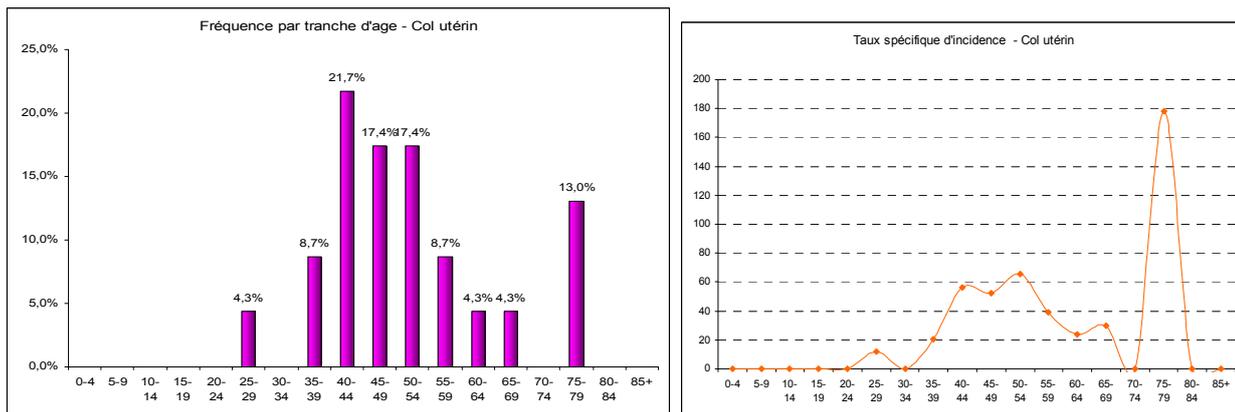


### Age au moment du diagnostic

En moyenne, ce cancer est diagnostiqué vers 51 ans, toutefois comme le montre la figure suivante, ces tumeurs sont diagnostiquées relativement plus précocement que les autres cancers féminins, à partir de 29 ans.

En raison des faibles effectifs par tranche d'âge il est difficile de commenter la figure suivante, on observe toutefois un premier pic autour de 50 ans et un autre plus important autour de 75 ans.

Figure 41 et 42 : cancers du col de l'utérus, répartition par classe d'âge et taux spécifiques d'incidence

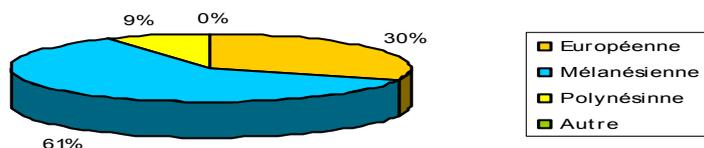


### Communauté

Comme présenté ci-dessous, en 2008, la majeure partie des cancers invasifs du col de l'utérus ont été diagnostiqués chez des femmes mélanésiennes.

Figure 43 : cancers du col de l'utérus, répartition par communautés

### Cancer du col de l'utérus - Répartition par communauté



### Histologie

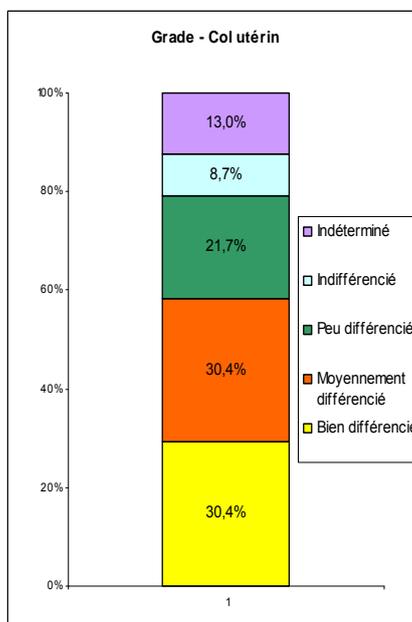
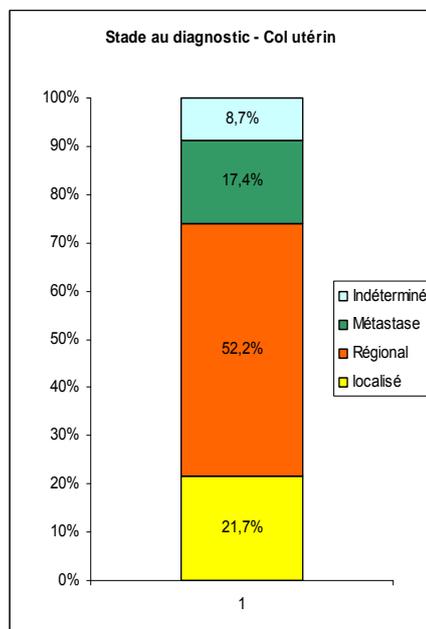
Ces tumeurs ont toutes fait l'objet d'un diagnostic histologique. Il s'agissait dans 17 cas d'un carcinome épidermoïde et dans 6 cas d'un adénocarcinome.

Ces tumeurs étaient bien différenciées dans 30 % des cas.

### Stade au diagnostic

Seulement 1 femme sur 5 a eu un diagnostic au stade localisé, plus de la moitié à un stade avec envahissement régional et/ou ganglionnaire et 17 % avaient des métastases au moment du diagnostic.

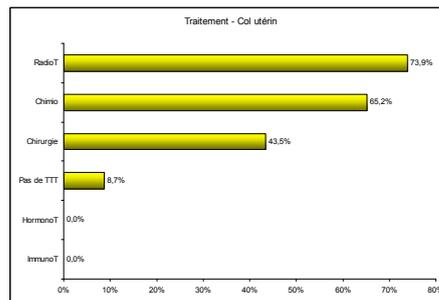
Figures 44 et 45 : cancers du col de l'utérus, répartition selon le grade et le stade au diagnostic



### Traitement

Figure 46 et tableau 10 : cancers du col de l'utérus, répartitions des schémas thérapeutiques

	Nb de cas	Fréquence
Radio+Chimio	10	43,5%
Radio+Chimio+Chir	5	21,7%
Chirurgie	4	17,4%
Pas de traitement	2	8,7%
Radio+Chir	1	4,3%
Radiothérapie	1	4,3%
<b>TOTAL</b>	<b>23</b>	<b>100,0%</b>

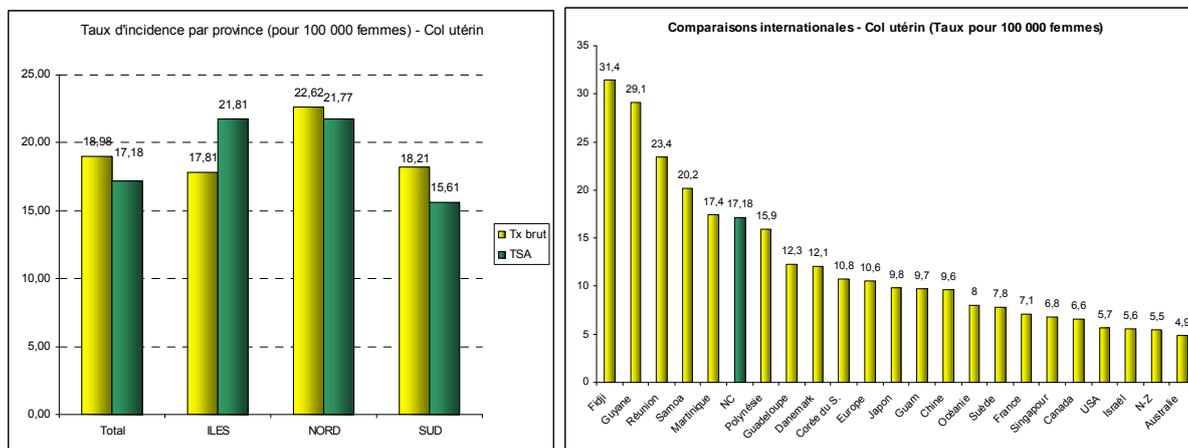


Le traitement chirurgical et la chimiothérapie restent les 2 principaux traitements appliqués à ces patientes. Parmi les patientes atteintes d'un cancer du col invasif, plus de 73 % ont bénéficié d'un traitement chirurgical, associé ou non à une autre thérapeutique.

### Incidences et comparaisons internationales

On observe des incidences plus élevées dans les Iles et le Nord, et un taux pour la Nouvelle-Calédonie relativement élevé par rapport à la métropole, et aux pays voisins comme l'Australie et la Nouvelle-Zélande.

Figures 47 et 48 : cancers du col de l'utérus, incidence par province et comparaisons internationales



### 3-1-4 Autres tumeurs des organes génitaux

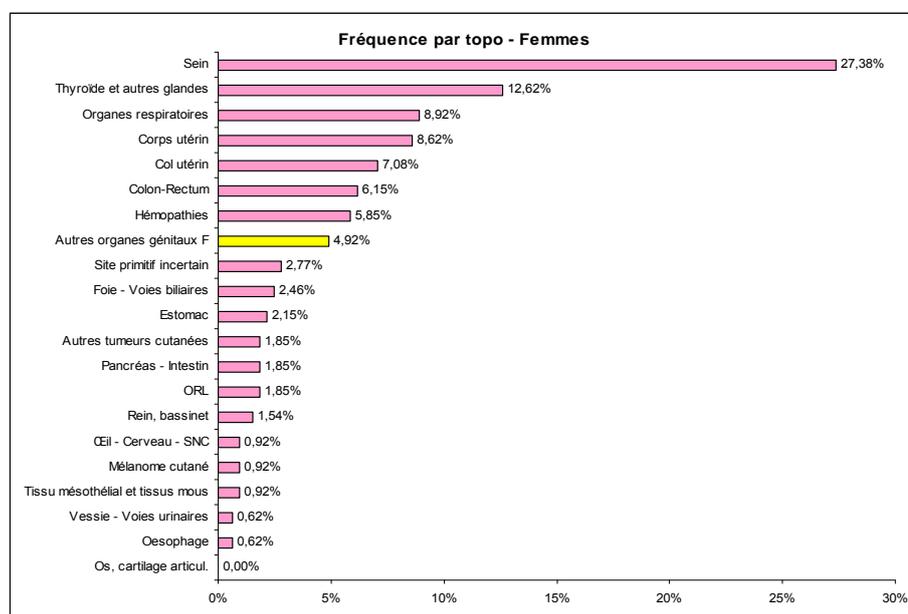
#### Généralités

Ce groupe comprend 16 tumeurs invasives, dont 4 cas diagnostiqués dans le privé et 12 cas dans le public. Il s'agit d'une seconde localisation primitive par rapport à la tumeur incidente dans 25 % des cas (4 cas). Ce groupe se situe au 8<sup>ème</sup> rang des cancers chez la femme. Par ailleurs, au 31/05/11, 25 % des patientes étaient décédées (4 cas).

On observe ainsi :

- 11 tumeurs de l'ovaire
- 2 tumeurs de la vulve,
- 2 tumeurs de l'utérus, partie non précisée,
- 1 tumeur des voies génito-urinaires

*Figure 49 : répartition par topographie des cancers chez les femmes*

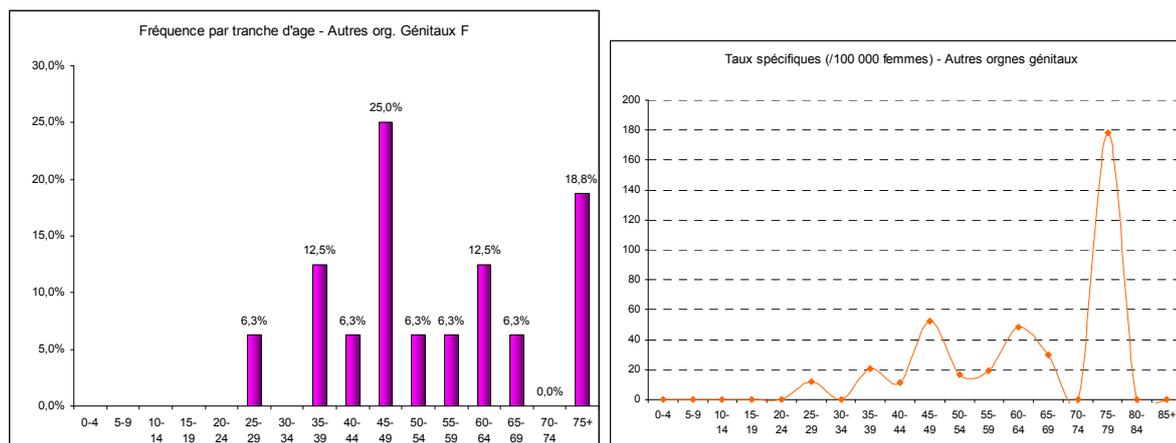


Le nombre moyen de source est de 4.9 par dossier.

### ***Age au diagnostic***

L'âge moyen est égal à 54 ans, mais l'âge au diagnostic est relativement dispersé entre 25 et plus de 75 ans. On observe uniquement un pic à 45 ans. Comme on l'observe sur la figure suivante, l'incidence est plus élevée pour la tranche d'âge des 75-79 ans.

Figures 50 et 51 : cancers des autres organes génitaux, répartition par tranche d'âge et taux spécifiques



### Histologie

Le diagnostic histologique a été effectué pour 15 patientes et l'on retrouve les diagnostics suivants :

- 10 Adénocarcinomes
- 2 Carcinomes épidermoïdes
- 2 Tumeurs complexes
- 1 Carcinome SAI

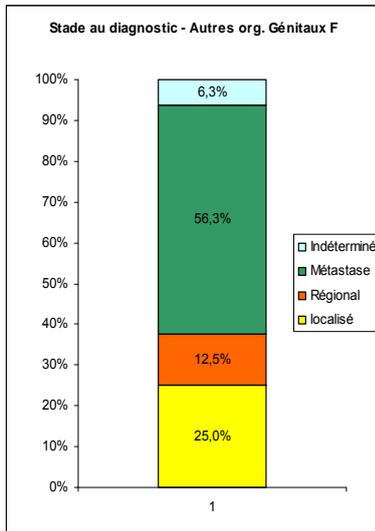
1 cas a été diagnostiqué par imagerie

A noter que le grade n'était pas indiqué pour 7 tumeurs parmi les 15 ayant bénéficié d'un diagnostic histologique.

### Stade au diagnostic

Dans plus de la moitié des cas le diagnostic a été établi alors que ces patientes présentaient des métastases. Pour les cancers de l'ovaire, seulement 2 d'entre elles ont été diagnostiquées au stade localisé et 6 patientes ont été diagnostiquées à un stade métastatique.

Figure 52 : cancers des autres organes génitaux et stade au diagnostic

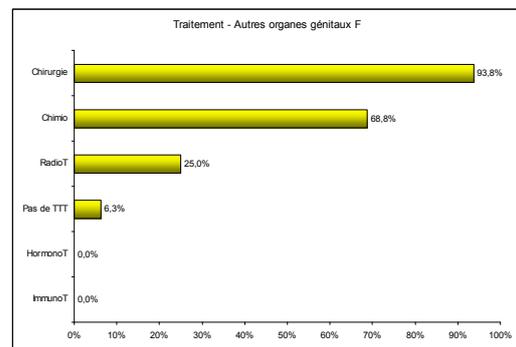


### Traitement

Les traitements comportent plus souvent une association chirurgie-chimiothérapie.

Tableau 11 et figure 53 : autres cancers gynécologiques, répartition par schéma thérapeutique

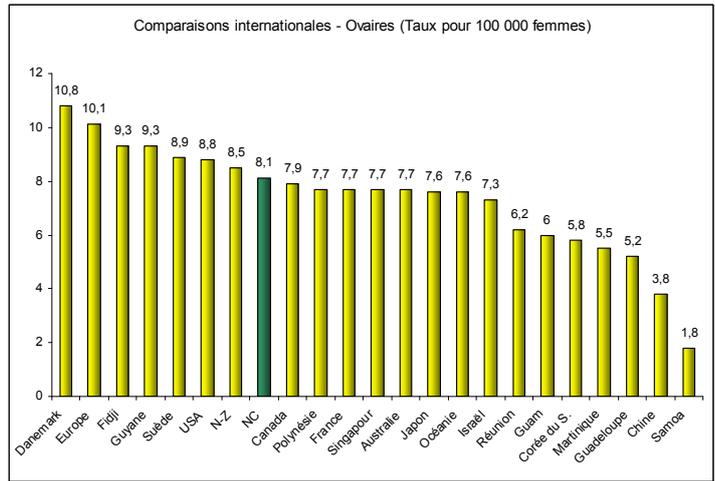
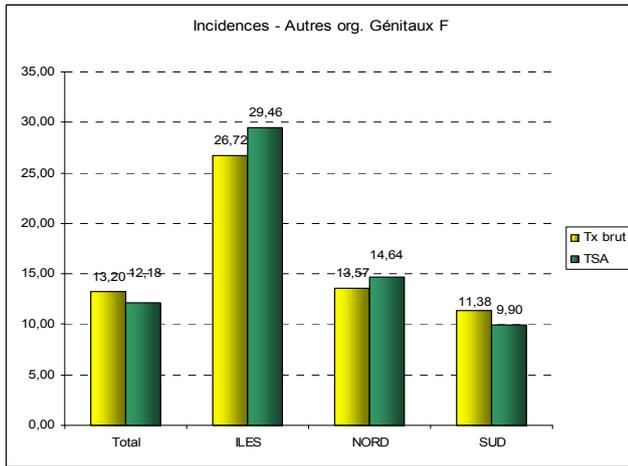
	Nb de cas	Fréquence
Chimio+Chir	9	56,3%
Chirurgie	2	12,5%
Radio+Chimio+Chir	2	12,5%
Radio+Chir	2	12,5%
Pas de traitement	1	6,3%
<b>TOTAL</b>	<b>16</b>	<b>100,0%</b>



### Incidences et comparaisons internationales

On observe pour l'ensemble de ces tumeurs, une incidence nettement plus élevée dans la province des îles Loyauté par rapport aux autres provinces.

Figures 54 et 55 autres cancers gynécologiques, incidence par province et comparaisons internationales



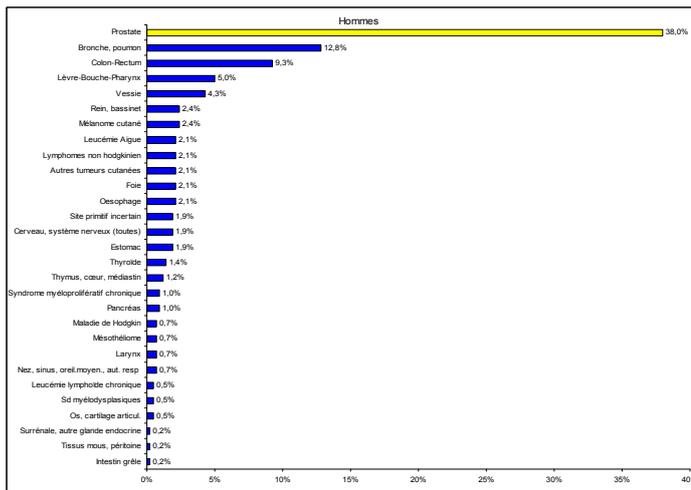
Pour le cancer de l’ovaire, qui est le plus fréquent dans ce groupe, on constate en 2008, que son incidence se situe entre celle de la Nouvelle-Zélande et de la métropole.

### 3-2Prostate

#### Généralités

Avec 160 nouvelles tumeurs invasives diagnostiquées en 2008, dont 159 cas diagnostiqués dans le secteur privé et 1 cas dans le secteur public, cette localisation représente de loin le 1er cancer chez les hommes. On observe par ailleurs que dans 5% des patients ont déjà eu un autre cancer (8 cas). On observe également au 31/05/2011 que 6 % (10 cas) des patients étaient décédés.

Figure 56 : répartition des cancers chez l’homme

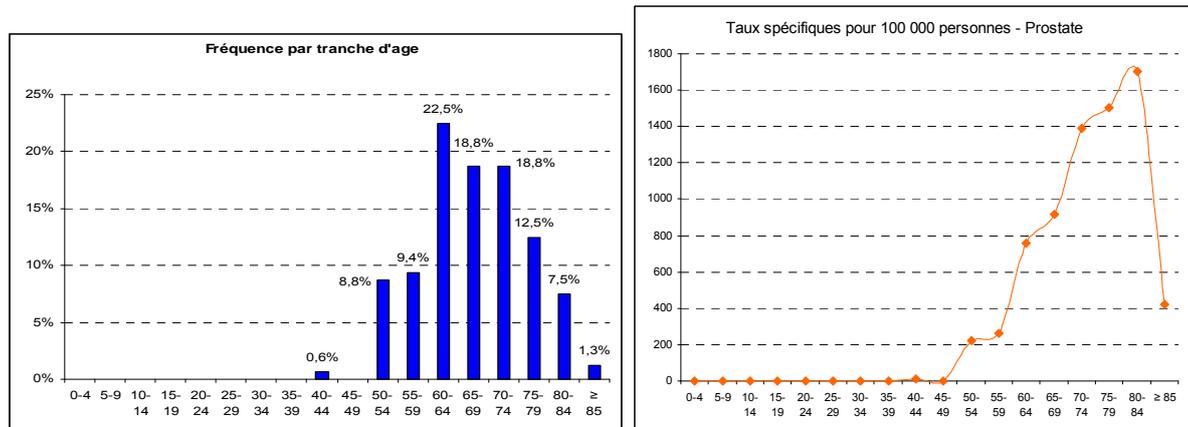


#### Age au diagnostic et communauté

Il s’agit d’une tumeur du sujet âgé, avec une moyenne d’âge observée au moment du diagnostic égale à 67 ans, avec un pic entre 60 et 64 ans. On a toutefois observé un cas diagnostiqué à 43 ans.

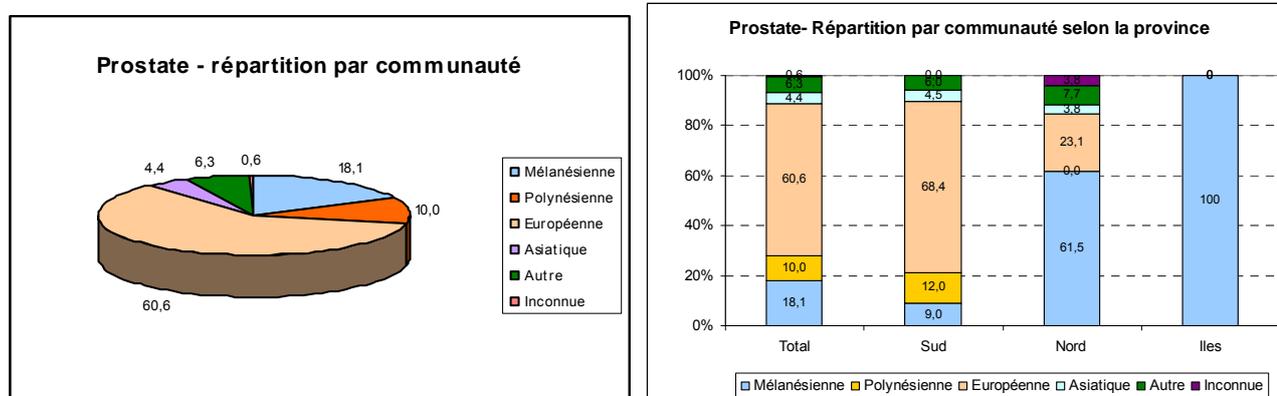
Comme observé ci-dessous l'incidence augmente avec l'âge, avec un pic entre 80 et 84 ans. L'incidence totale est relativement élevée avec 133 nouveaux cas pour 100 000 hommes.

Figures 57 et 58 : cancers de la prostate, répartition par classe d'âge et taux d'incidence spécifique



Comme on l'observe sur la figure suivante, plus de 6 cas sur 10 concernent la communauté européenne. Toutefois cette répartition varie suivant la province, avec plus de 6 cas sur 10 qui sont issus de la communauté européenne en province Sud, et plus de 6+ cas sur 10 issus de la communauté mélanésienne dans le Nord. Pour la province des Iles, l'unique cas diagnostiqué est d'origine mélanésienne.

Figures 59 et 60 : cancers de la prostate, répartition par communauté et province

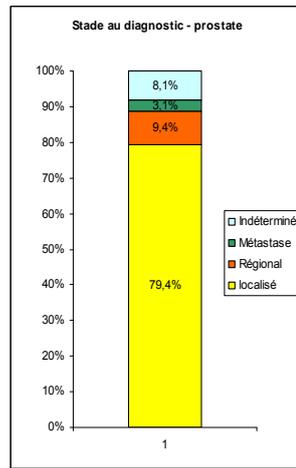
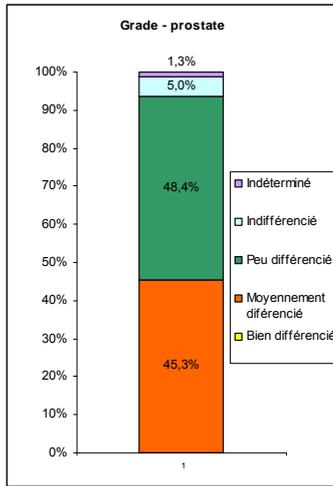


### Histologie

Le nombre moyen de sources par dossier est égal à 3.9. 159 cas ont bénéficié d'un diagnostic histologique d'adénocarcinomes, à partir le plus souvent de biopsies. Pour un patient le diagnostic a été établi à partir des données cliniques et du résultat des tests biochimiques. Il s'agissait d'un patient âgé de plus de 80 ans.

Le grade de la tumeur est établi à partir du score de Gleason, et comme le montre la figure suivante, 93.7 % des patients ont une tumeur moyennement différenciée ou peu différenciée.

Figures 61 et 62 : cancers de la prostate, répartition selon le grade et le stade au diagnostic



### Stade au diagnostic

Pour l'ensemble des patients, près de 8 cas sur 10 ont été diagnostiqué au stade localisé.

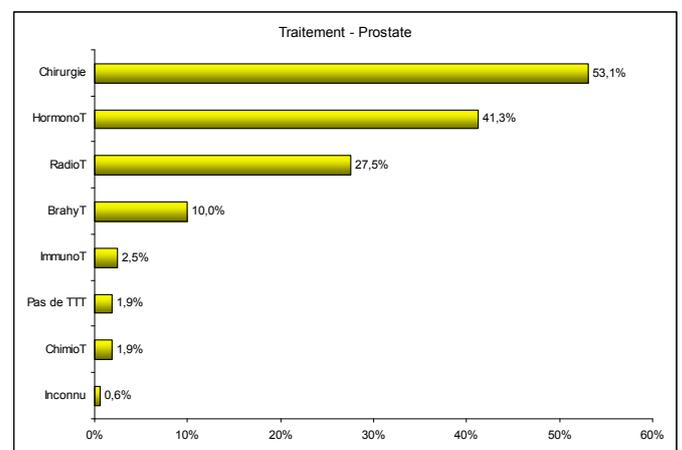
### Traitement

Le principal traitement dont ces patients ont bénéficié est la chirurgie, avec plus d'un patient sur deux qui a bénéficié de ce traitement. 4 patients sur 10 ont bénéficié d'une hormonothérapie.

Tableau 12 et figure 63 : cancer de la prostate, répartition par schéma thérapeutique

	Nb de cas
Brachy + Radio + Hormono	1
Inconnu	1
Brachy + Chirurgie	1
Chimio + Hormono	1
Brachy + Hormono	1
Chir + Chimio + Hormono	2
Chir + Radio + Chimio + Hormono	2
Pas de traitement	3
Radio + Chirurgie	3
Immunothérapie	4
Radiothérapie	4
Chir + Horm	4
Chir + Radio + Hormono	8

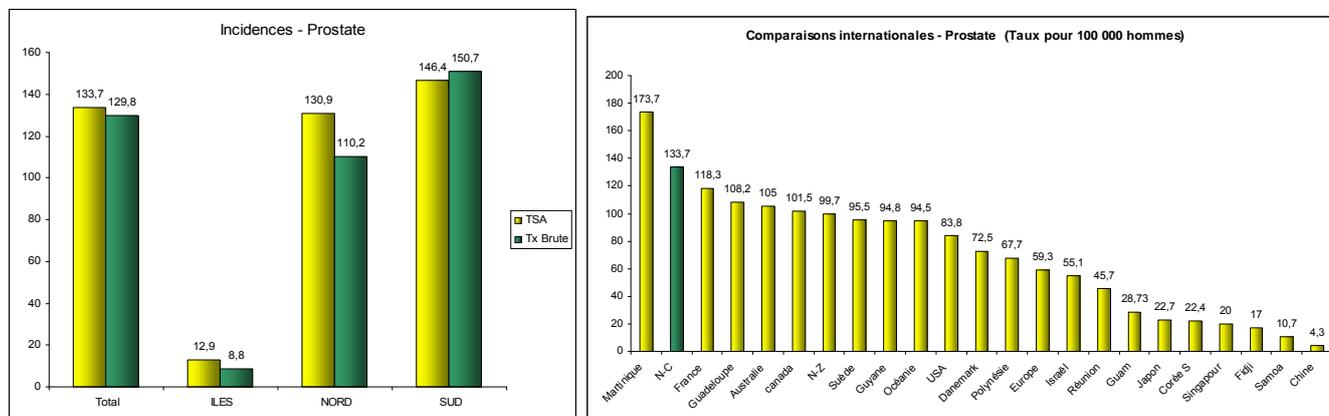
Brachythérapie	13
Hormonothérapie	21
Radio + Hormono	26
Chir	65
<b>Total</b>	<b>160</b>



## Incidences et comparaisons internationale

On observe qu'elle est nettement plus élevée en province Sud et Nord, ce qui pourrait être expliqué en province Sud par la plus grande facilité d'accès aux médecins spécialistes. On peut s'interroger sur le dépistage de cette tumeur en province Iles, où l'incidence est particulièrement basse.

Figures 64 et 65 : cancers de la prostate, incidence par province et comparaisons internationales



Tout en étant inférieure à celle de la Martinique, l'incidence standardisée est plus élevée que dans la plupart des pays européens, ainsi que par rapport à l'Australie et à la Nouvelle-Zélande

## 3-3 Rein, vessie et voies urinaires

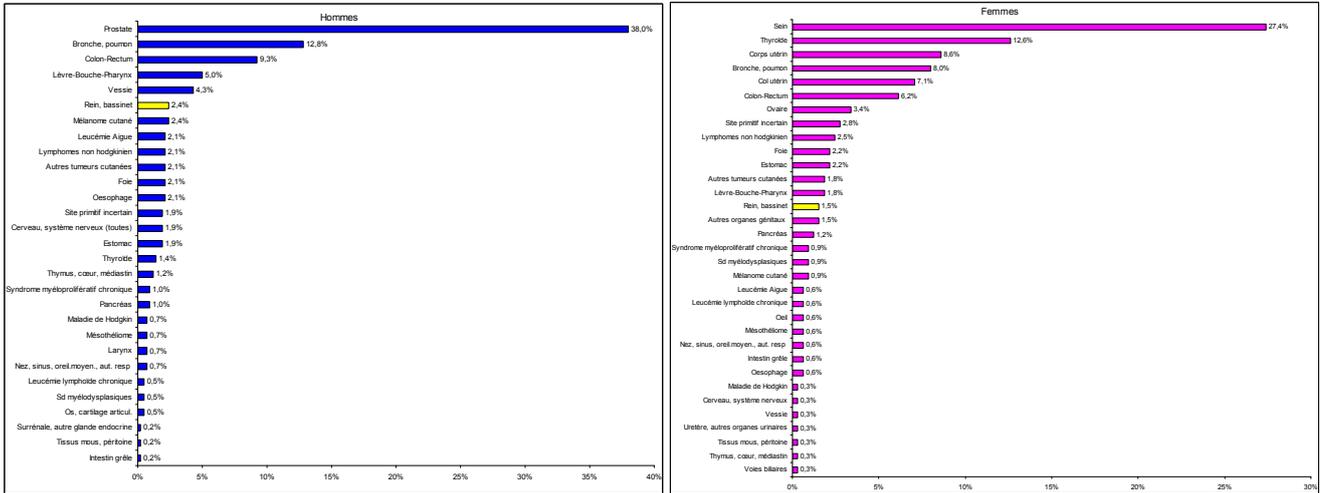
### 3-3-1 Rein

#### Généralités

Avec 15 cas diagnostiqués en 2008 (10 chez les hommes et 5 chez les femmes) ce cancer est situé en 13<sup>ème</sup> place pour les deux sexes, au 7<sup>ème</sup> rang chez les hommes et 14<sup>ème</sup> chez les femmes. On observe un sex-ratio de 2 hommes pour 1 femme. 10 cas ont été diagnostiqués dans le secteur privé et 5 cas dans le secteur public. Dans 13% des cas, ces patients ont eu une autre tumeur (2 cas). 33 % des patients étaient décédés au 31/05/2011 (5 cas : 2 ♂ et 3 ♀).

Le nombre moyen de sources par dossier était égal à 3,7.

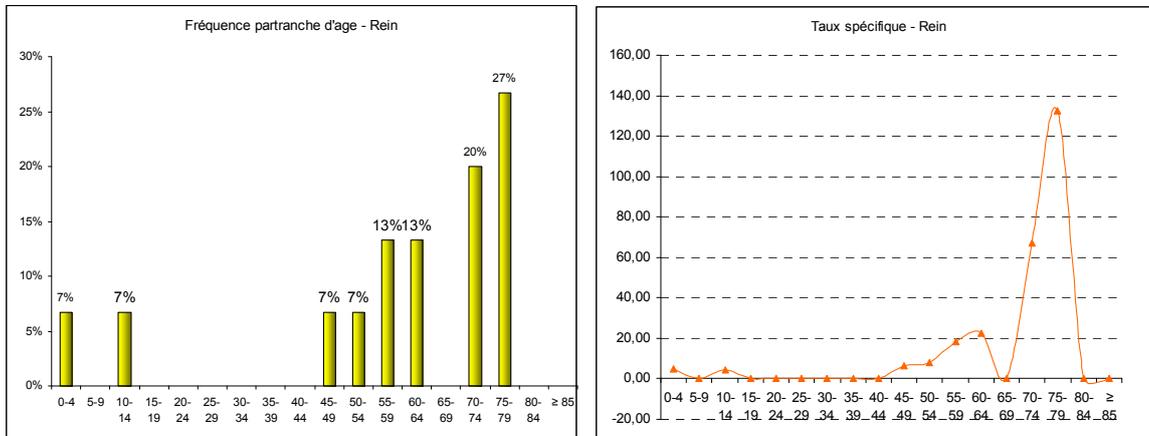
Figures 66 et 67 : répartition des topographies selon le sexe



### Age au diagnostic

L'âge moyen est égal à 58 ans, il est un peu plus bas chez les hommes (57 ans), par rapport aux femmes (60 ans). On observe une dispersion de ces cas, avec toutefois une fréquence plus élevée à 75 ans. Lorsque l'on rapporte le nombre de cas à la population concernée, on observe que l'incidence est particulièrement plus élevée chez les 75-79 ans.

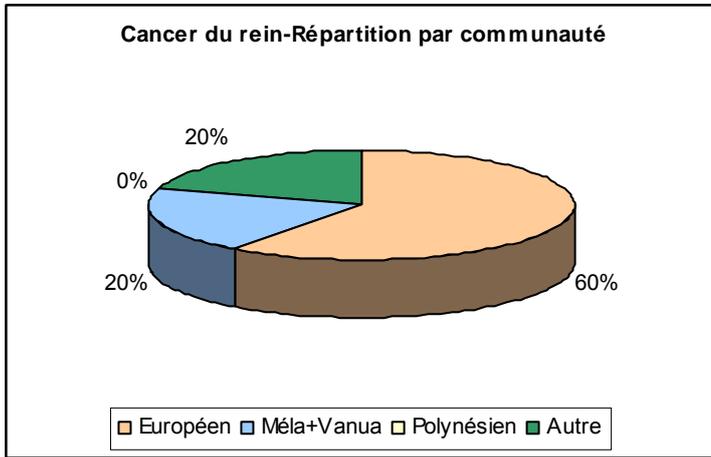
Figures 68 et 69 : cancers du rein, répartition par classe d'âge et taux d'incidence spécifique



### Communauté

Bien que le nombre de cas soit relativement faible, plus de la moitié des cas concernent la communauté européenne.

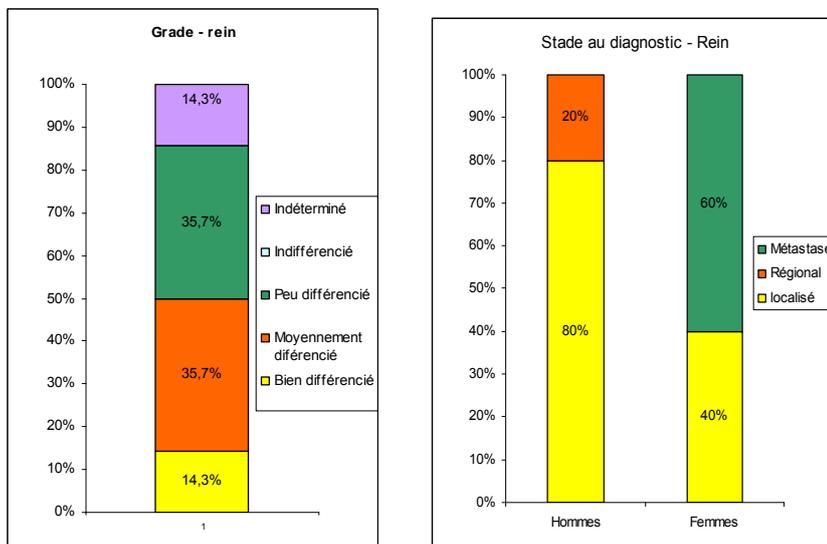
Figure 70 : cancers du rein, répartition par communautés



### **Histologie**

Le diagnostic a été fait au moyen de l’histologie de la tumeur dans 14 cas, il s’agissait en majorité d’un adénocarcinome (13 cas), et pour un patient d’un néphroblastome. Le diagnostic a été porté pour un patient à partir de l’imagerie sans histologie (Radio). Il s’agissait d’une personne de plus de 75 ans, décédée peu de temps après le diagnostic. La répartition selon les grades montre que moins de la moitié des tumeurs sont bien ou moyennement différenciées.

*Figures 71 et 72 : cancers du rein, répartition par grade et selon le stade au diagnostic*



### **Stade au diagnostic**

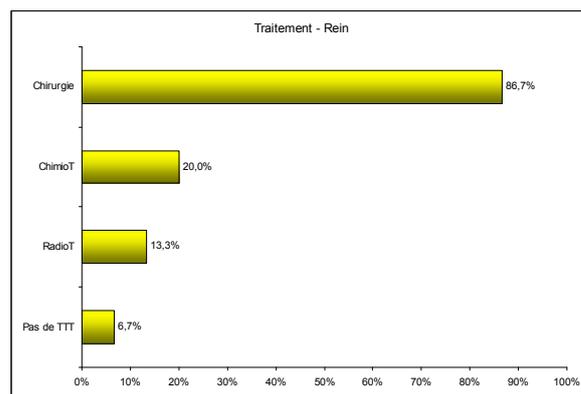
Chez les hommes cette tumeur a plus souvent été diagnostiquée à un stade localisé par rapport aux femmes.

### **Traitement**

Le traitement chirurgical reste le principal traitement qui a été mis en place chez ces patients.

Tableau 12 et figure 73 : cancers du rein, répartition par schéma thérapeutique

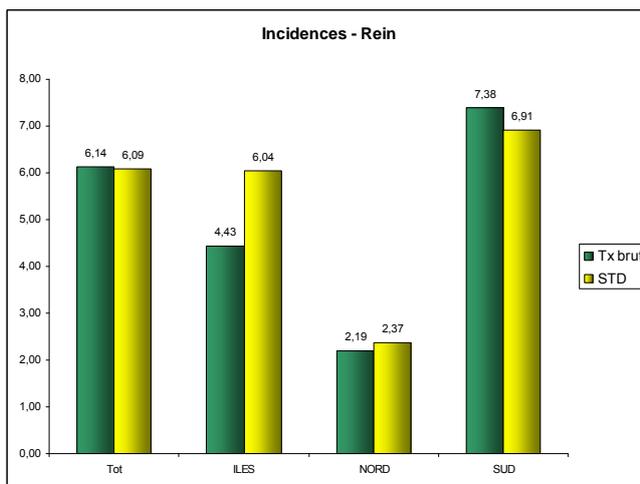
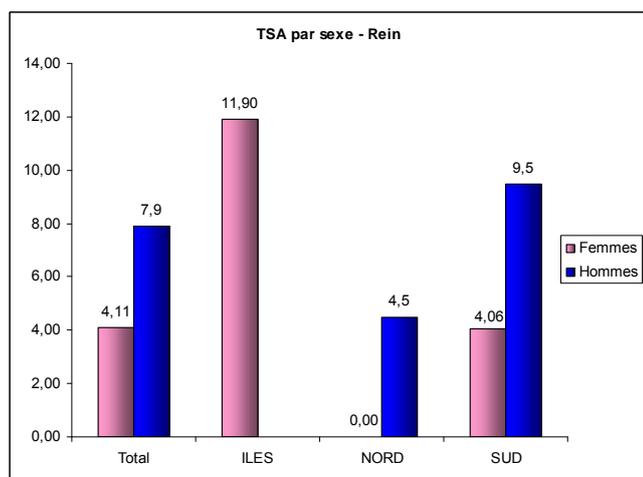
Chirurgie + Radio + Chimio + Immuno	1
Pas de traitement	1
Radiothérapie	1
Chimio + Chirurgie	2
Chirurgie	10
<b>Total</b>	<b>15</b>



### Incidences et comparaisons internationales

Elle est plus élevée chez les hommes en province Sud, et chez les femmes dans les Iles Loyauté comme le montrent les figures suivantes.

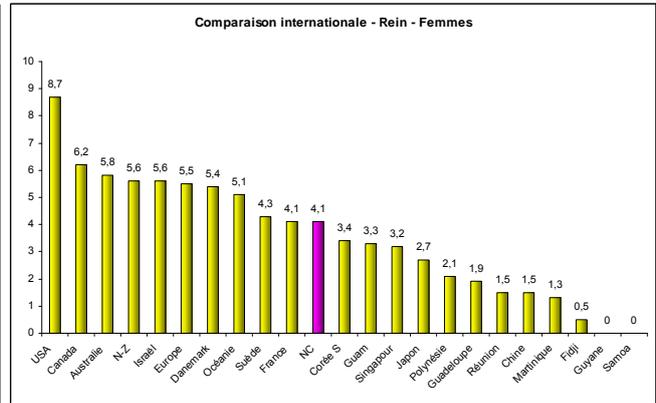
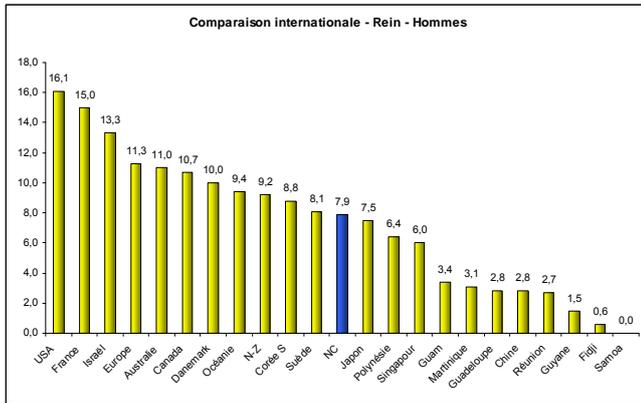
Figures 74 et 75 : cancers du rein, incidences selon le sexe et la province



En général, l'incidence est toujours plus élevée chez les hommes que chez les femmes, comme le montrent les figures suivantes. Il est en de même de Nouvelle-Calédonie.

Lorsque l'on compare l'incidence de la Nouvelle-Calédonie avec les autres pays, chez les hommes, celle-ci est située entre celles du Japon et de la Suède, elle est presque deux fois moins élevée que celle de la métropole et des USA.

Figures 76 et 77 : cancers du rein, comparaisons internationales selon le sexe



Chez les femmes, elle est située entre celle de la France et de la Corée du Sud.

### 3-3-2 Vessie et voies urinaires

#### Généralités

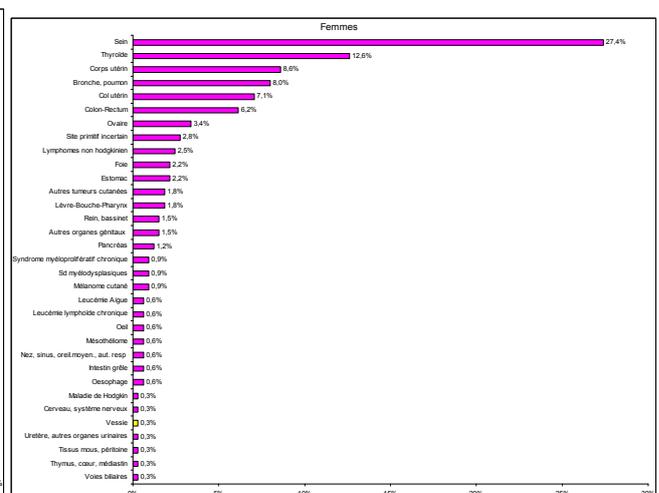
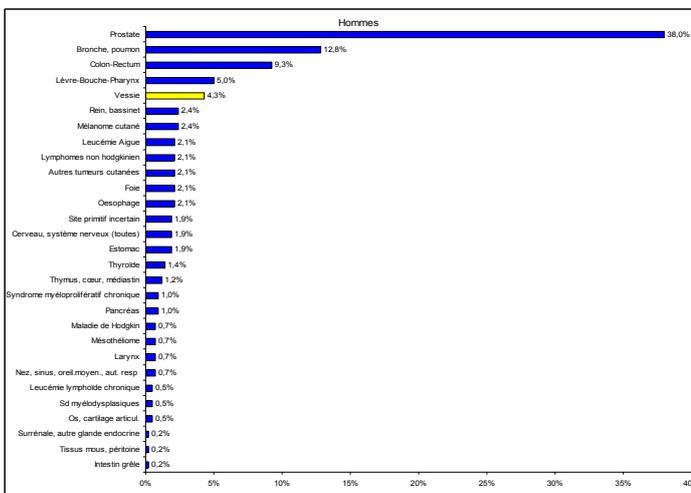
Avec 20 tumeurs invasives, cette topographie est située en 9<sup>ème</sup> position tous sexes confondus et comprend 19 tumeurs invasives de la vessie et une des voies urinaires.

On enregistre 18 tumeurs chez les hommes contre 2 chez les femmes, représentant ainsi le 5<sup>ème</sup> rang chez les hommes et 28<sup>ème</sup> rang chez les femmes et un sex-ratio de 9 hommes pour 1 femme.

Tous les cas ont été diagnostiqués par les médecins du secteur privé. 20 % des patients étaient porteurs d'autres tumeurs (4 cas) et l'on note que pour ces 20 patients, aucun décès n'a été enregistré au 31/05/2011.

Les fiches du registre ont été complétées au moyen de 4.4 sources en moyenne par dossier.

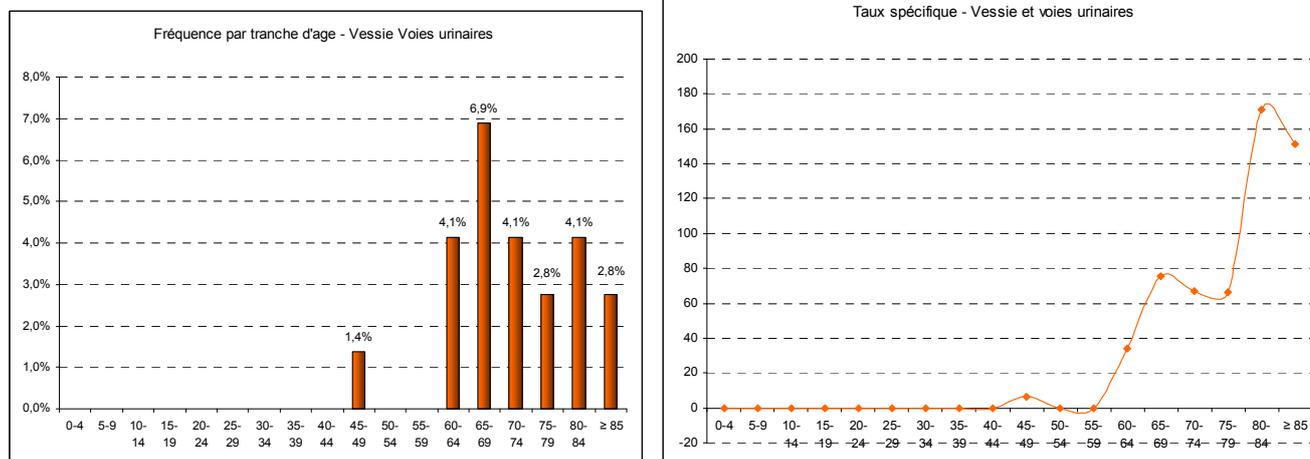
Figures 78 et 79 : répartition des topographies selon le sexe



#### Age et communauté

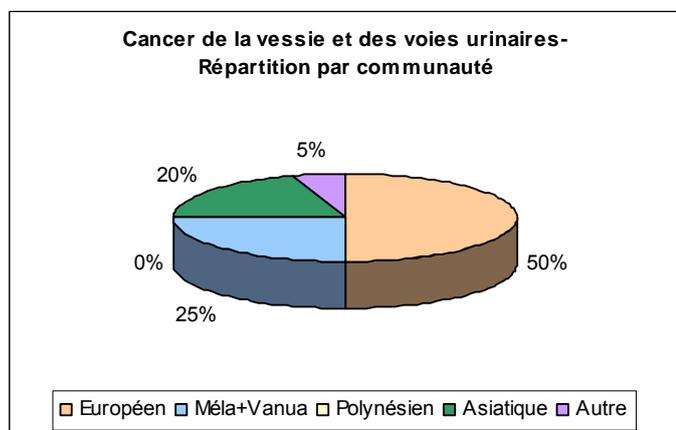
Le diagnostic de ces tumeurs invasives est porté à un âge moyen égal à 73 ans, avec un pic à 65 ans. En dehors d'un patient pour lequel ce diagnostic a été porté à 45 ans, tous les cas sont diagnostiqués après 60 ans. Lorsque l'on rapporte le nombre de cas à la tranche d'âge concernée, on constate que l'incidence a tendance à augmenter avec l'âge.

Figures 80 et 81 : cancers de la vessie et des VU : répartition par tranche d'âge et taux spécifiques d'incidence



Comme le montre la figure suivante, cette localisation touche plus souvent la communauté européenne.

Figure 82 : cancers de la vessie et VU, répartition par communauté



### Histologie

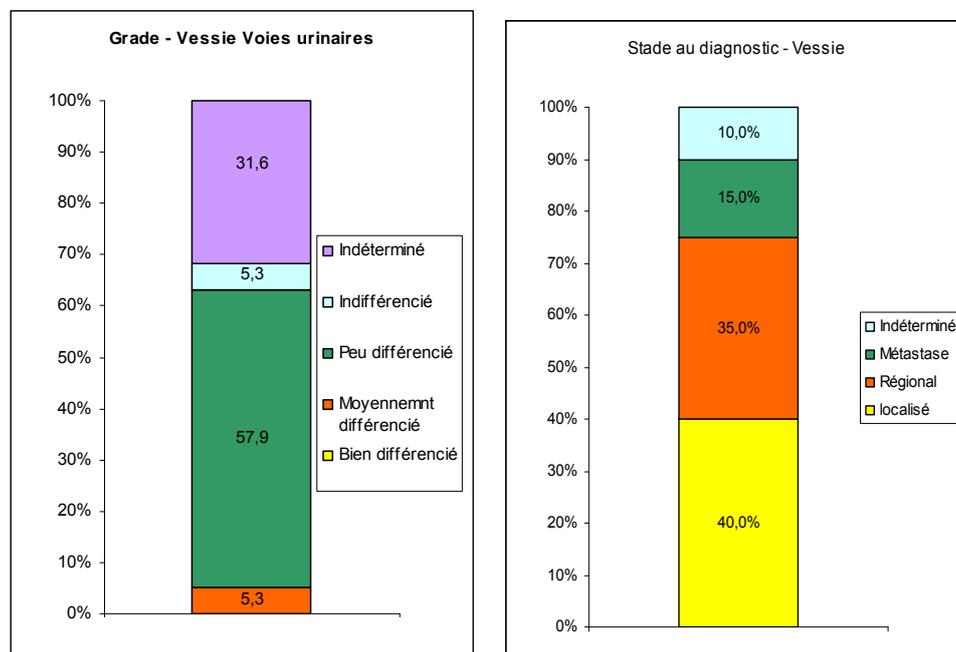
Parmi les 20 cas enregistrés, 19 cas ont bénéficié d'un diagnostic histologique (18 localisations concernant la vessie et 1 pour les voies urinaires). Il s'agissait de :

- 17 Carcinomes épidermoïdes
- 1 Adénocarcinome
- 1 Sarcome

La personne diagnostiquée à partir des données cliniques est une personne âgée de 92 ans, décédée peu de temps après le diagnostic.

Parmi 19 tumeurs avec histologie, comme observé dans la figure suivante, 6 n'ont pas de grade précisé sur le compte-rendu (soit 31.6 %). Lorsque cette information a été retrouvée sur le CRAP, on observe essentiellement des tumeurs peu différenciées (11 cas parmi les 13 renseignées).

Figures 83 et 84 : cancers de la vessie et VU, répartition selon le grade et le stade au diagnostic



### Stade au diagnostic

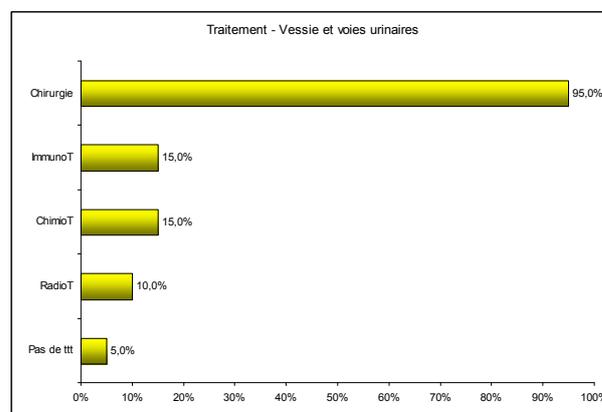
Le diagnostic est porté le plus souvent à un stade localisé ou régional.

### Traitement :

En dehors du patient qui n'a pas pu bénéficier de traitement, pratiquement tous les patients ont bénéficié d'un traitement chirurgical, et 3 patients ont eu une chimiothérapie associée.

Tableau 13 et figure 85 : cancers de la vessie et VU, répartition selon les schémas thérapeutiques

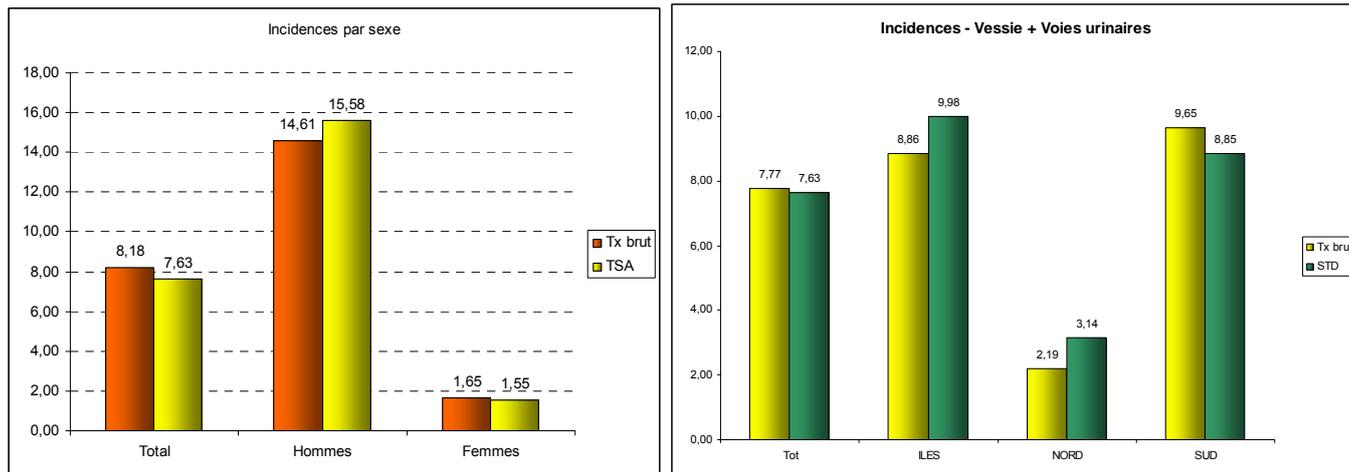
Chirurgie	12
Chimio + Chirurgie	2
Chirurgie + Immu	2
Immuno + Chir	1
Pas de traitement	1
Radio + Chirurgie	1
Radio + Chimio + Chirurgie	1
<b>Total</b>	<b>20</b>



### Incidences et comparaisons internationales :

Par ailleurs, l'incidence, du fait de la répartition des cas est, nettement plus élevée chez les hommes.

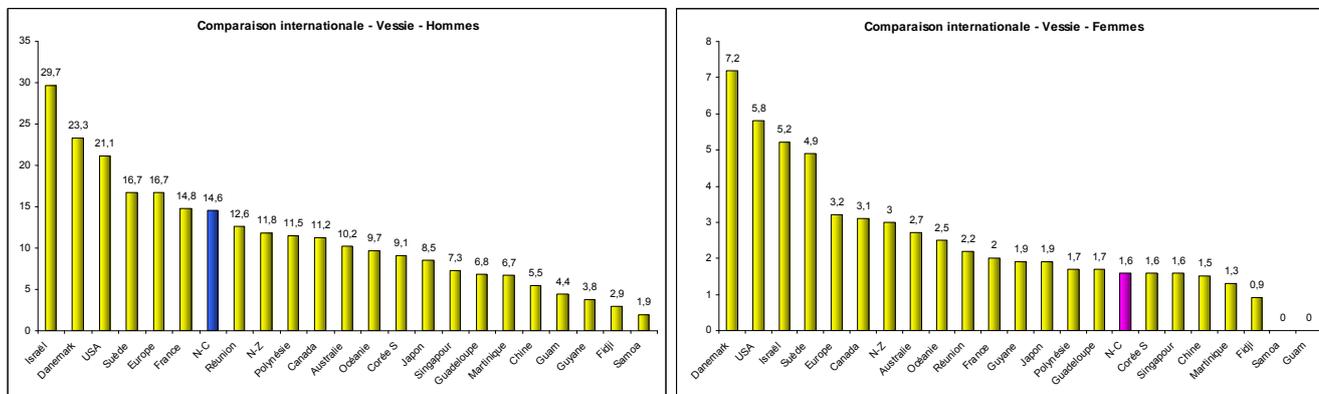
Figures 86 et 87 : cancers de la vessie et VU, incidences selon le sexe et la province



Bien que le nombre de cas soit peu élevé, on observe également, comme pour la prostate, des taux d'incidence plus élevés en province Sud et Nord par rapport aux Iles Loyauté.

Pour le cancer de la vessie, qui est le plus fréquent, l'incidence chez les hommes est comparable à celle de la métropole alors qu'elle est un peu plus basse que celle de la métropole chez les femmes, où elle est proche de celle de la Guadeloupe.

Figures 88 et 89 : cancers de la vessie et des VU, comparaisons des incidences selon le sexe



### 3-4Appareil respiratoire

#### 3-4-1 Bronches et poumon

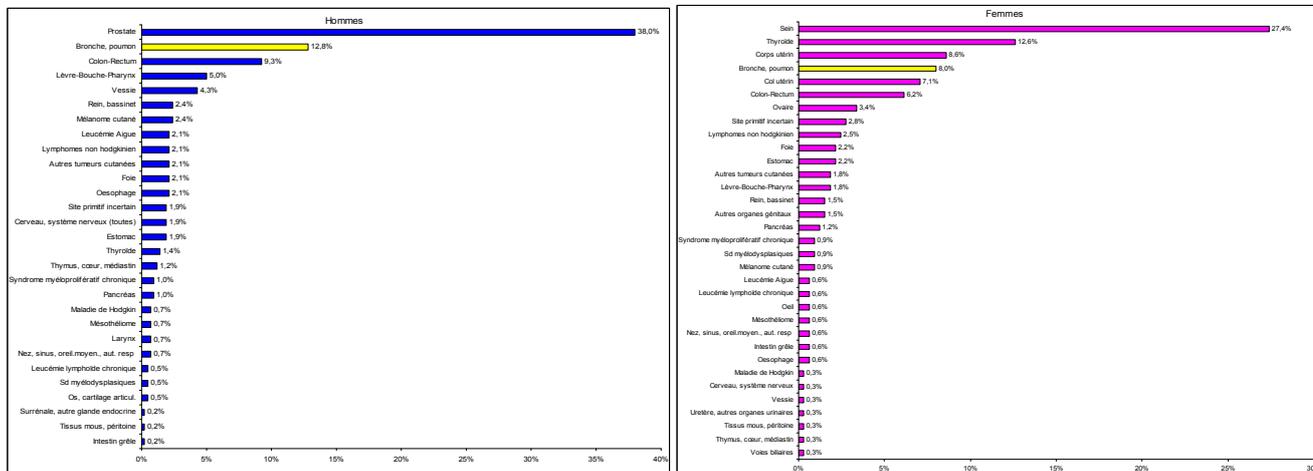
##### Généralités

Avec 80 nouveaux cas en 2008, cette localisation se situe au 3<sup>ème</sup> rang des tumeurs tous sexes confondus, ce classement varie cependant selon le sexe. Avec 54 tumeurs, il se place au 2<sup>ème</sup> rang chez les hommes et 4<sup>ème</sup> chez les femmes avec 26 tumeurs.

On observe ainsi un sex-ratio égal à 2,08 hommes pour 1 femme. 27 cas ont été diagnostiqués dans le secteur privé et 53 cas dans le secteur public. 4% des patients avaient déjà un antécédent tumoral (3 cas). 78 % des patients étaient décédés au 31/05/2011 (62 cas).

La fiche du registre a été complétée par 5,1 sources en moyenne par dossier.

Figures 90 et 91 : répartition des topographies selon le sexe



### Age

L'âge moyen au moment du diagnostic est de 64 ans, un peu plus bas chez les hommes que chez les femmes (respectivement 63 ans pour les ♂ et 67,5 ans pour les ♀). On observe une dispersion de l'âge au diagnostic qui s'étend de 36 à 88 ans chez les femmes et de 55 à 93 ans chez les hommes.

Lorsque l'on rapporte le nombre de cas à la tranche d'âge concernée, on observe que l'incidence croît avec l'âge, avec un pic vers 70-74 ans.

Figures 92 et 93 : cancers des bronches-poumon : répartition par tranche d'âge et taux spécifiques d'incidence

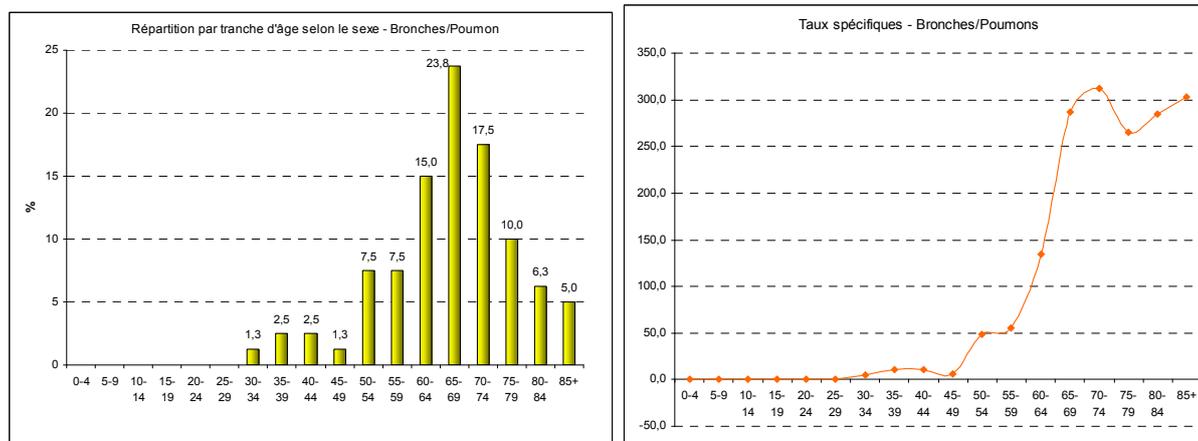
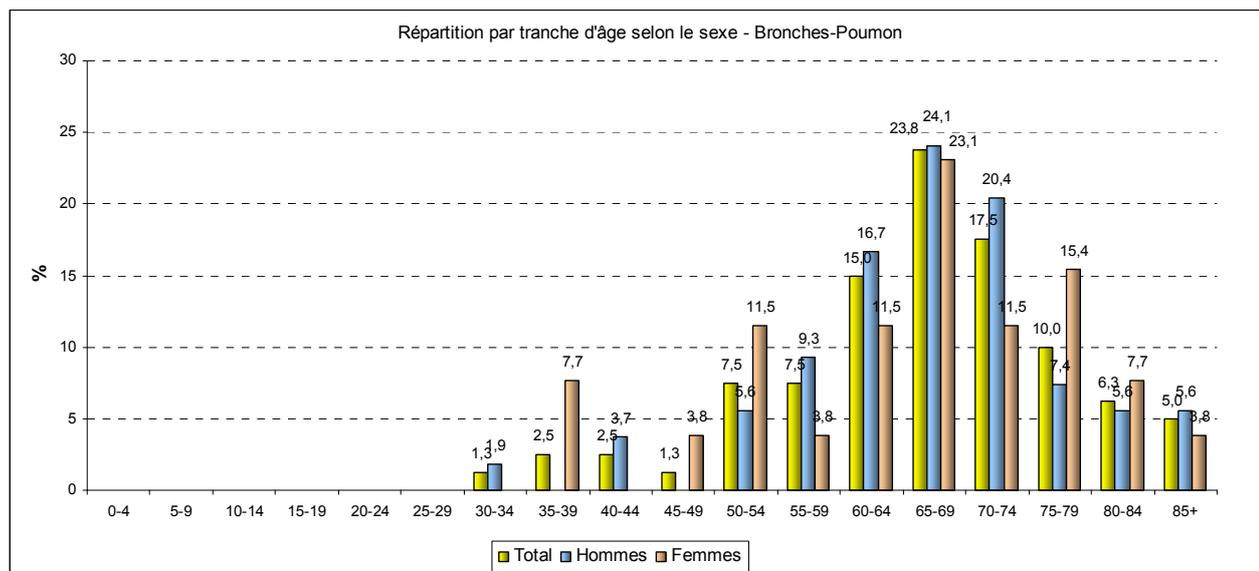


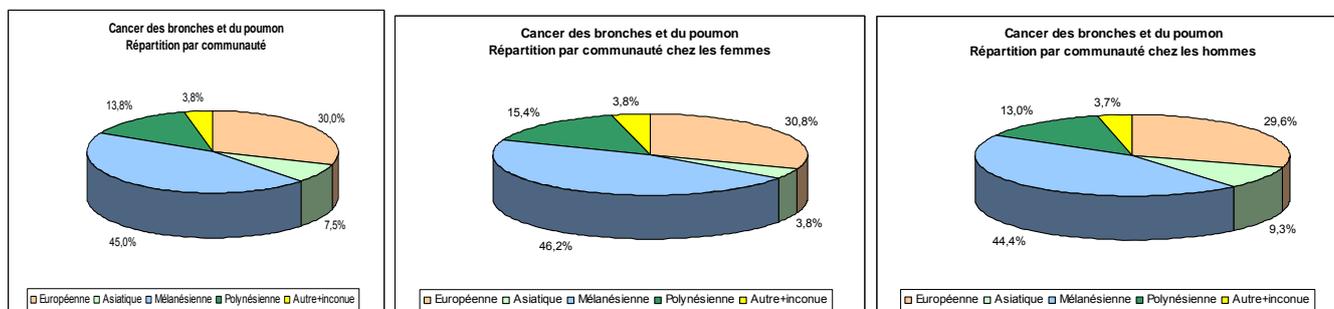
Figure 94 : cancers des bronches-poumons : répartition par tranche d'âge selon le sexe



### Communauté

Indépendamment du sexe et de la province de résidence, on observe, avec 45 % de patients d'origine mélanésienne, une représentation de cette communauté comparable à celle de la population générale. Cette répartition ne varie pas selon le sexe, avec une plus forte représentation de la communauté mélanésienne dans les deux cas.

Figures 95, 96 et 97 : cancers des bronches-poumons, répartition par communauté et selon le sexe



### Histologie

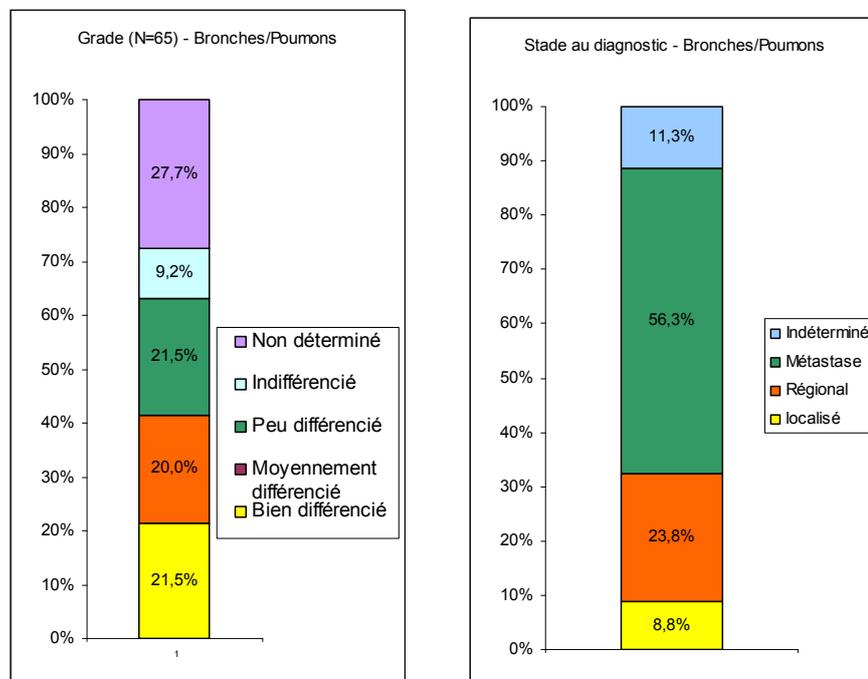
- 74 diagnostics ont été établis à partir d'un examen anatomo-cytopathologique (65 à partir de la tumeur primitive et 9 à partir d'une métastase), ce qui représente 92.5 % des patients. Les différents types histologiques diagnostiqués sont :

- 27 Adénocarcinomes
- 29 Carcinomes épidermoïdes
- 11 Carcinomes SAI
- 1 Autre Carcinome spécifique
- 1 cancer avec une histologie n'ayant pas permis de conclure à un type déterminé de cancer

- 6 nouveaux cas ont été diagnostiqués au seul moyen de l'imagerie médicale.

Parmi les 65 patients qui ont eu un diagnostic histologique à partir de l'analyse de la tumeur primitive, le grade était précisé dans 72.3 % des cas. On retrouve la même proportion pour les grades bien différenciés à peu différenciés.

Figures 998 et 99 : cancers des bronches-poumon, répartition selon le grade et le stade au diagnostic



### Stade au diagnostic

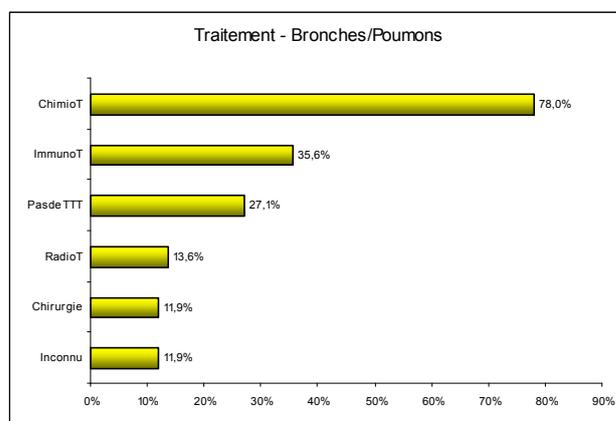
Ces tumeurs invasives ont été le plus souvent diagnostiquées à un stade avec envahissement régional ou métastatique.

### Traitement

Indépendamment des profils histologiques, ces patients ont bénéficié le plus souvent d'une chimiothérapie (78 % des cas), ensuite d'une immunothérapie, le traitement chirurgical a concerné 1.9 % des patients. A noter qu'une part importante des patients a bénéficié d'une abstention thérapeutique en raison de l'état général du patient, du stade d'envahissement de la tumeur ou du décès peu de temps après le diagnostic, chez des patients le plus souvent âgés.

Tableau 14 et figure 100 : cancers des bronches-poumons, répartition selon les schémas thérapeutiques

Chimiothérapie	23
Pas de traitement	16
Chimio + Immuno	15
Inconnu	7
Immunothérapie	3
Autre	3
Chirurgie	3
Radio + Chimio	3
Radiothérapie	2
Radio + Chimio + Immuno	1
Chirurgie + Chimio + Immuno	1
Chirurgie + Radio + Chimio + Immuno	1
Chimio + Chirurgie	1
Radio + Chimio + Chirurgie	1
<b>TOTAL</b>	<b>80</b>

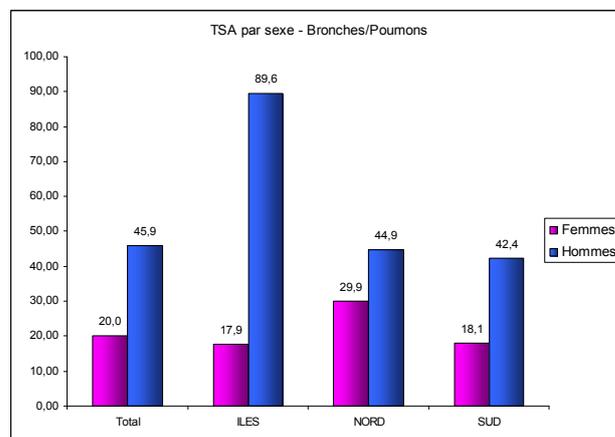
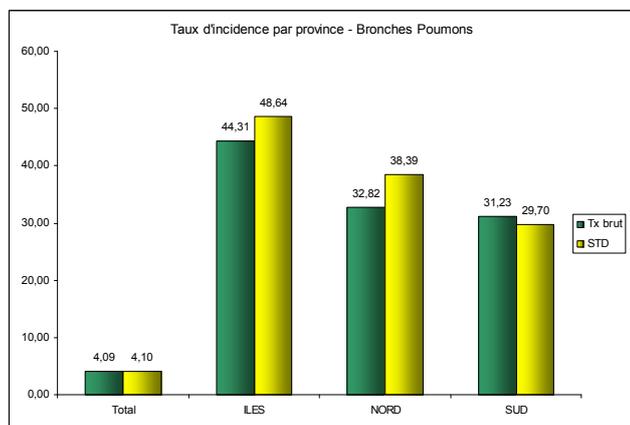


### Incidences et comparaisons internationales

On observe que les taux d'incidence sont plus élevés pour les résidents des îles Loyauté

Les taux standardisés d'incidence sont toujours plus élevés chez les hommes, quelle que soit la province de domicile avec un écart homme/femme plus important dans la province des Îles.

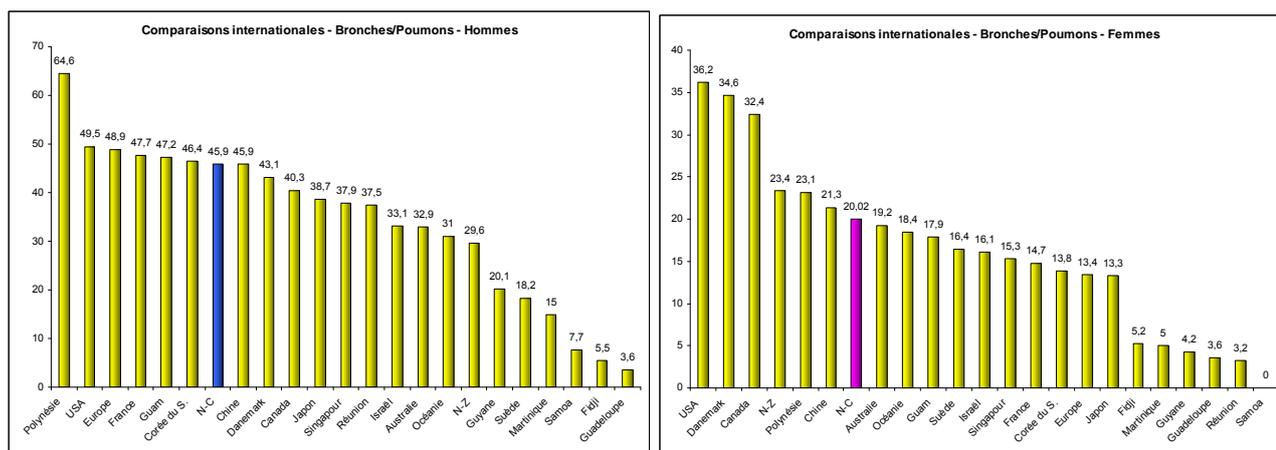
Figures 101 et 102 : cancers des bronches-poumons, incidences selon le sexe et la province



Les comparaisons internationales établies à partir des données de la base de données de l'IARC (Globocan 2008) montrent que l'incidence de ce cancer est comparable à celle de l'Europe, notamment de la métropole chez les hommes.

Chez les femmes, où les incidences sont plus basses par rapport aux hommes, la Nouvelle-Calédonie a une incidence plus élevée que chez les femmes européennes, métropolitaines, mais comparable à celle de l'Australie.

Figures 103 et 104 : cancers des bronches-poumon, comparaisons internationales des incidences selon le sexe



### 3-4-2 Lèvres, bouche et pharynx (LBP)

#### Généralités

Avec 27 tumeurs invasives diagnostiquées (tous sexes confondus) en 2008, cette localisation est placée au 7<sup>ème</sup> rang, après les cancers de l'endomètre. Il se situe au 4<sup>ème</sup> rang chez les hommes et 12<sup>ème</sup> chez les femmes (21 ♂ et 6 ♀). On observe un sex-ratio égal à 3.5 hommes pour 1 femme.

Par ailleurs les sites sont répartis plus précisément de la manière suivante :

- 8 tumeurs de la langue
- 1 tumeur du plancher de la bouche
- 4 tumeurs du palais
- 1 tumeur de la bouche SAI
- 1 tumeur des glandes salivaires principales
- 5 tumeurs de l'amygdale
- 3 tumeurs du rhinopharynx

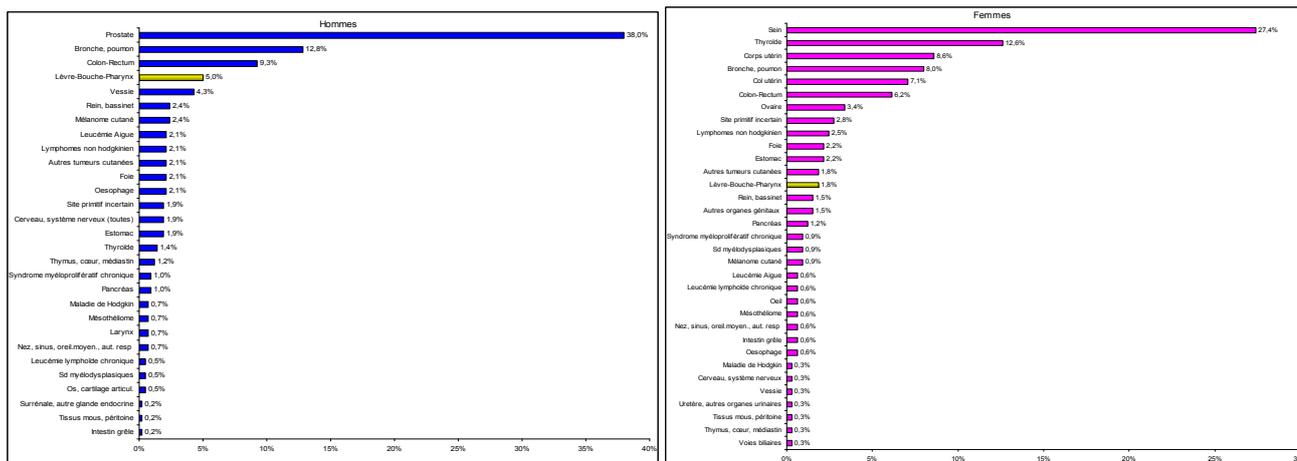
- 2 tumeurs de l'hypopharynx
- 2 tumeurs de la cavité buccale mal définies

17 cas ont été diagnostiqués dans le privé et 10 cas dans le public. 29% des patients avaient déjà eu au moins une tumeur diagnostiquée (6 cas).

67 % des patients étaient décédés au 31/05/2011 (14 cas)

Les données du registre ont été complétées au moyen de 5.5 sources en moyenne par dossier.

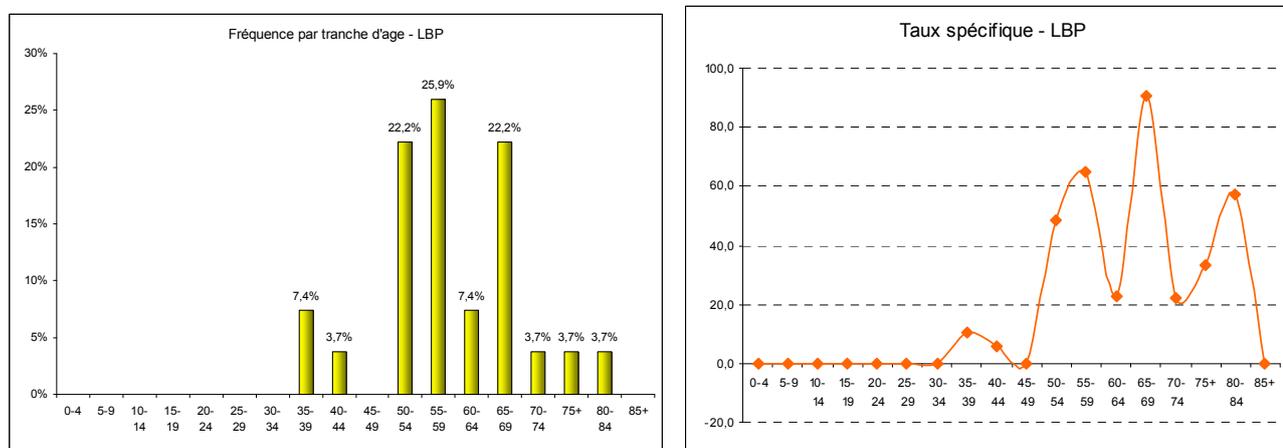
Figures 105-106 : répartition des topographies selon le sexe



### Age au moment du diagnostic

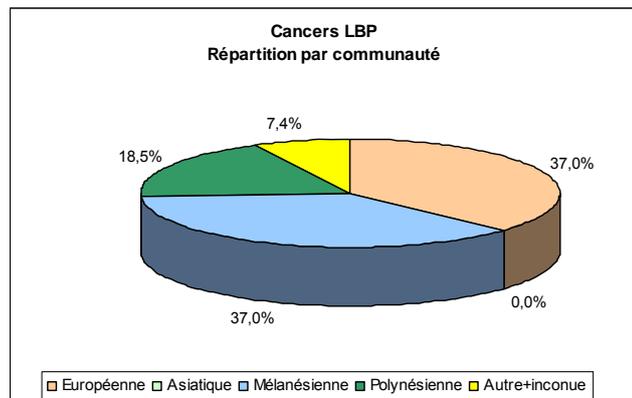
L'âge moyen est égal à 59 ans : 58 ans pour les ♂ et 62 ans pour ♀. Ces tumeurs sont inégalement réparties entre 38 et 82 ans. Comme vu précédemment, on observe une dispersion des taux d'incidence avec cependant des pics à partir de 50 ans.

Figures 107-106 : cancers des LBP : répartition par tranche d'âge et taux spécifiques d'incidence



La répartition par communauté montre des valeurs équivalentes pour les mélanésiens et européens, qui sont les 2 communautés les plus touchées par ces localisations.

Figure 107 : cancers des LBP, répartition par communauté



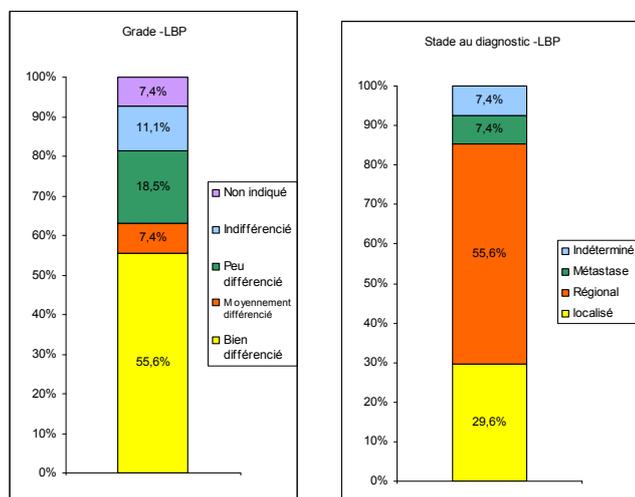
### Histologie

Tous les patients ont fait l'objet d'un diagnostic histologique de la tumeur, il s'agissait de :

- 2 Adénocarcinomes
- 23 Carcinomes épidermoïdes
- 2 Carcinomes SAI

Lorsque le grade a été indiqué, il s'agit le plus souvent d'une tumeur bien différenciée.

Figures 108-109 : cancers LBP, répartition selon le grade et le stade au diagnostic



### Stade au diagnostic

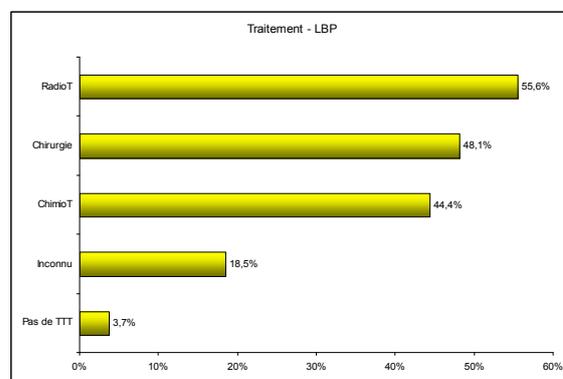
Ces tumeurs sont le plus souvent diagnostiquées au stade avec envahissement ganglionnaire ou régional.

### Traitement

La radiothérapie est le traitement principal, et concerne plus de la moitié des patients. Un peu moins de la moitié ont bénéficié d'un traitement chirurgical.

Tableau 15 et figure 110 : cancers LBP, répartition selon les schémas thérapeutiques

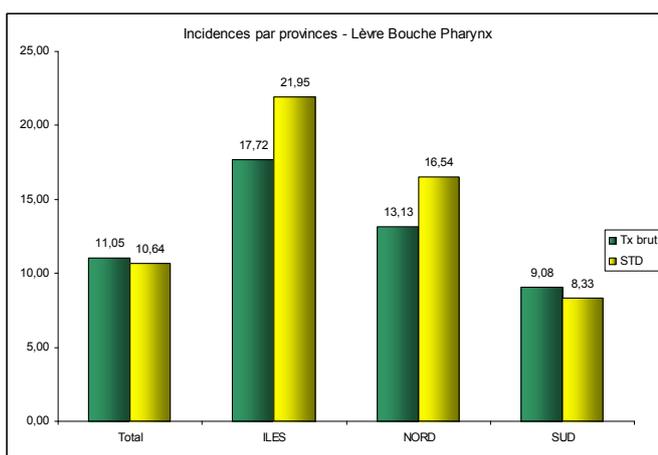
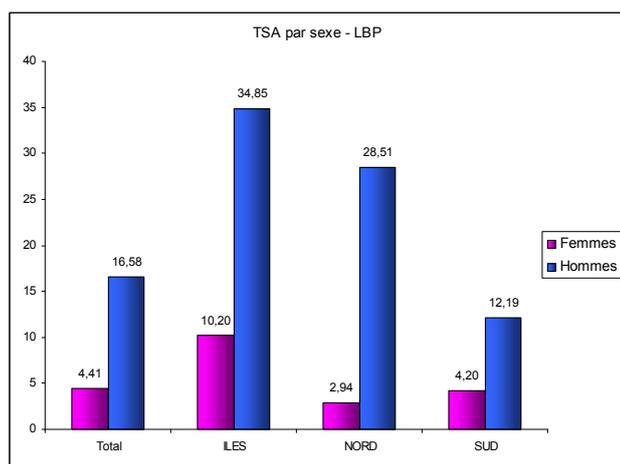
Chimiothérapie	1
Pas de traitement	1
Chimio + Chirurgie	1
Chirurgie	4
Radio + Chimio + Chirurgie	4
Inconnu	5
Radio + Chirurgie	5
Radio + Chimio	6
<b>Total</b>	<b>27</b>



### Incidences et comparaisons internationales

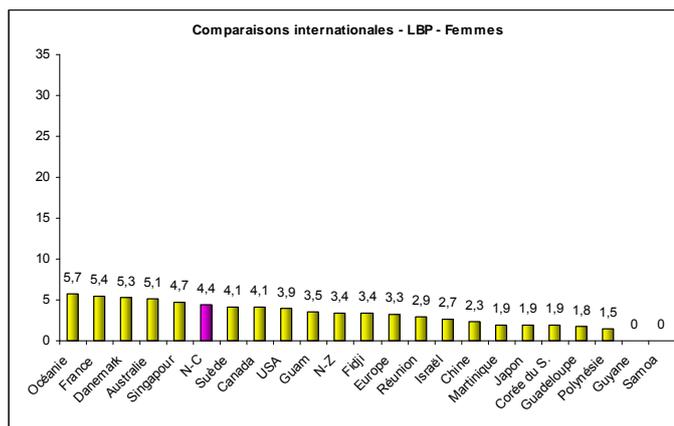
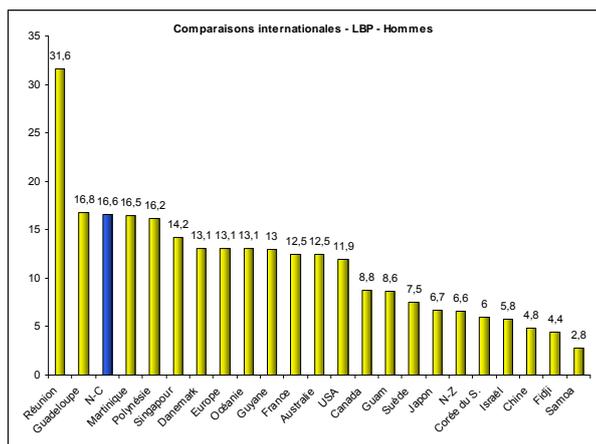
Les taux sont toujours plus élevés chez les hommes, quelle soit la province de résidence. On observe également un gradient provincial pour l'incidence, avec des taux plus bas en province Sud et plus élevés dans les Iles Loyauté.

Figures 111 et 112 : cancers LBP, incidences selon le sexe et la province



La comparaison des taux standardisés avec d'autres pays montre chez les hommes de valeurs plus élevées qu'en métropole, mais comparable à celles des DOM. Chez les femmes, où les taux sont nettement plus bas, cette valeur est inférieure à la métropole tout en restant plus élevée que dans les DOM.

Figures 113 et 114 : cancers LBP, comparaisons internationales des incidences selon le sexe

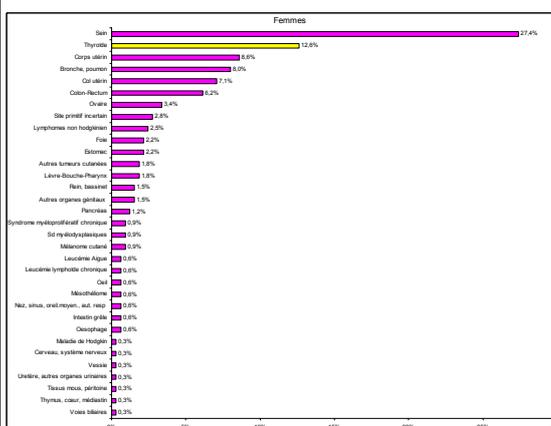
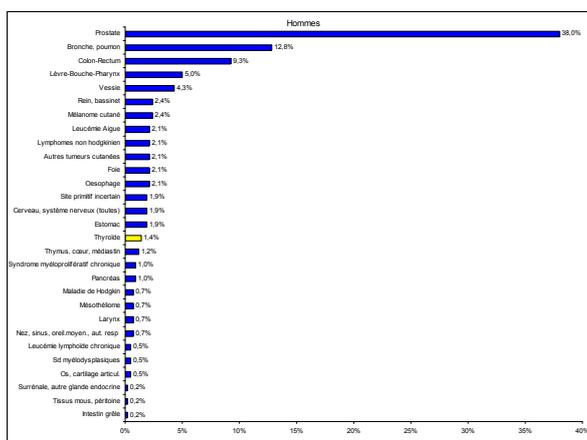


### 3-5Thyroïde

#### Généralités

- Tous sexes confondus avec 47 tumeurs invasives diagnostiquées en 2008 (6 ♂ et 41 ♀), cette tumeur se situe au 5<sup>ème</sup> rang (15<sup>ème</sup> rang chez les hommes et 2<sup>ème</sup> chez les femmes) avec un sex ratio : 15 hommes pour 100 femmes. Il s'agit principalement d'un cancer de la femme en Nouvelle-Calédonie.
- 28 cas ont été diagnostiqués dans le privé et 19 cas dans le public.
- 19% des patients ont eu d'autres tumeurs (9 cas) et 4 % des patients étaient décédés au 31/05/2011 (2 cas)
- Les données ont été complétées par en moyenne 4,4 sources par dossier.

Figures 115 et 116 : répartition des topographies selon le sexe

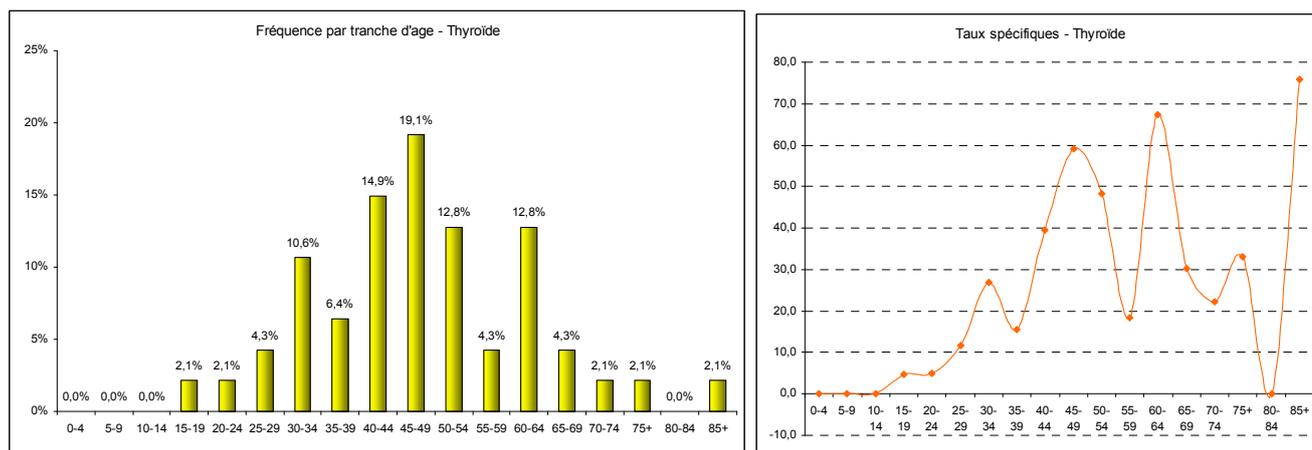


#### Age

L'âge moyen où sont diagnostiqués ces cancers est égal à 48 ans : 49,5 ans pour les ♂ et 48 ans pour ♀, avec un pic net entre 45 et 49 ans. Cette tumeur est diagnostiquée à un âge relativement bas par rapport à la plupart des autres tumeurs de l'adulte, dès 19 ans. On observe un premier pic vers 30 ans, un second vers 45 ans et un 3<sup>ème</sup> vers 60 ans.

Comme constaté précédemment, il s'agit d'une tumeur plus fréquente chez les femmes.

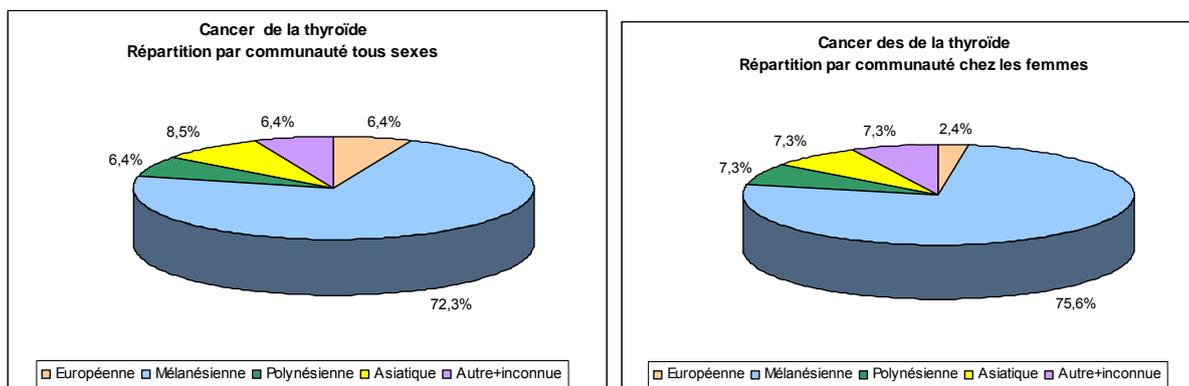
Figures 117 et 118 : cancers de la thyroïde : répartition par tranche d'âge et taux spécifiques d'incidence



### Communautés

Tous sexes confondus, 72.% des patients sont issus de la communauté mélanésienne, contre 8.5 % d'asiatiques et un peu plus de 6 % d'européens ou de polynésiens. En raison du faible nombre de cancers de la thyroïde chez les hommes (N=6), la répartition par communauté chez les femmes est plus représentative et confirme la proportion importante de mélanésienne pour cette localisation.

Figures 119 et 120 : cancers de la thyroïde, répartition par communauté



### Histologie

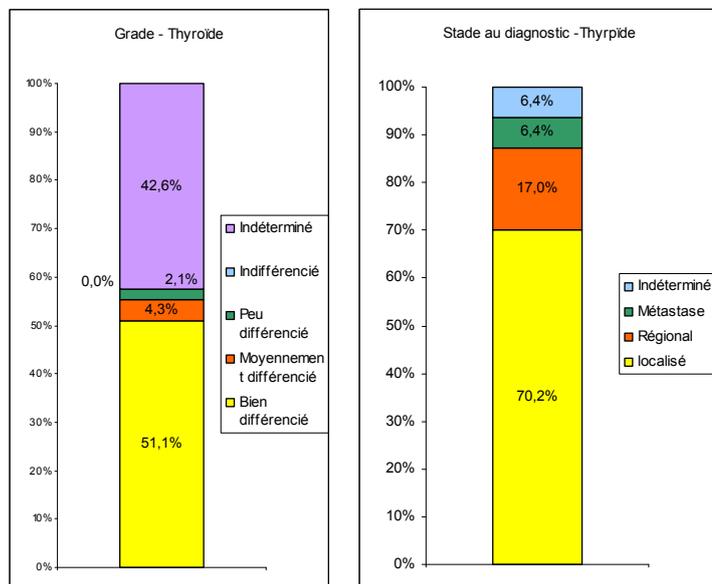
Tous les patients ont bénéficié d'un diagnostic histologique, il s'agissait de

- 9 Adénocarcinomes

- 37 Autres Carcinomes spécifiques
- 1 Indéterminé

A noter que le grade n'a pu être établi à partir des données indiquées dans les comptes-rendus que dans 57.4 %. Dans les autres cas, il s'agissait le plus souvent de tumeurs bien différenciées.

Figures 121 et 122 : cancers de la thyroïde, répartition selon le grade et le stade au diagnostic



### Stade au diagnostic

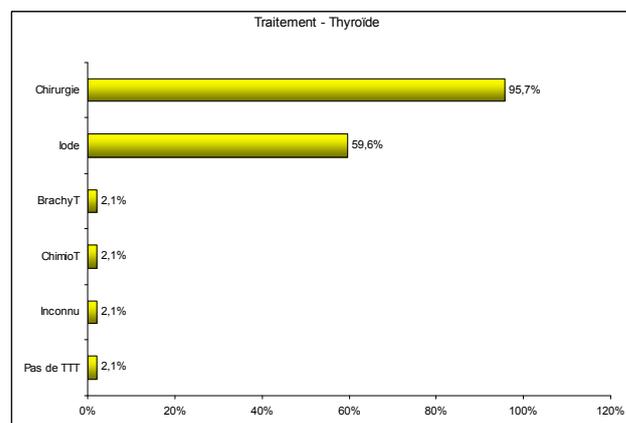
Ces tumeurs sont le plus souvent diagnostiquées à un stade local.

### Traitement

Le principal mode thérapeutique a été la chirurgie dans plus de 95 % des cas, puis le traitement par l'iode dans 60 % des cas. L'association iode+chirurgie concerne plus de la moitié des patients.

Tableau 16 et figure 123 : cancers de la thyroïde, répartition selon les schémas thérapeutiques

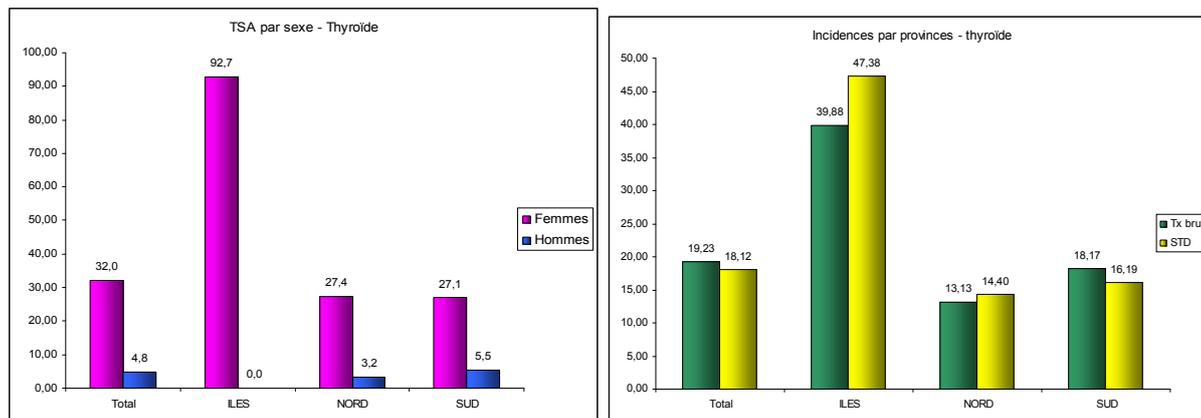
Inconnu	1	2,1%
Brachy + Chirurgie	1	2,1%
Pas de traitement	1	2,1%
Chimio + Chirurgie	1	2,1%
Chir	15	31,9%
Chir + Iode	28	59,6%
<b>Total</b>	<b>47</b>	<b>100,0%</b>



## Incidences et Comparaisons internationales

On observe des taux particulièrement élevés dans la province des Iles, par rapport aux deux autres provinces, et en particulier chez les femmes qui sont les seules touchées dans cette province.

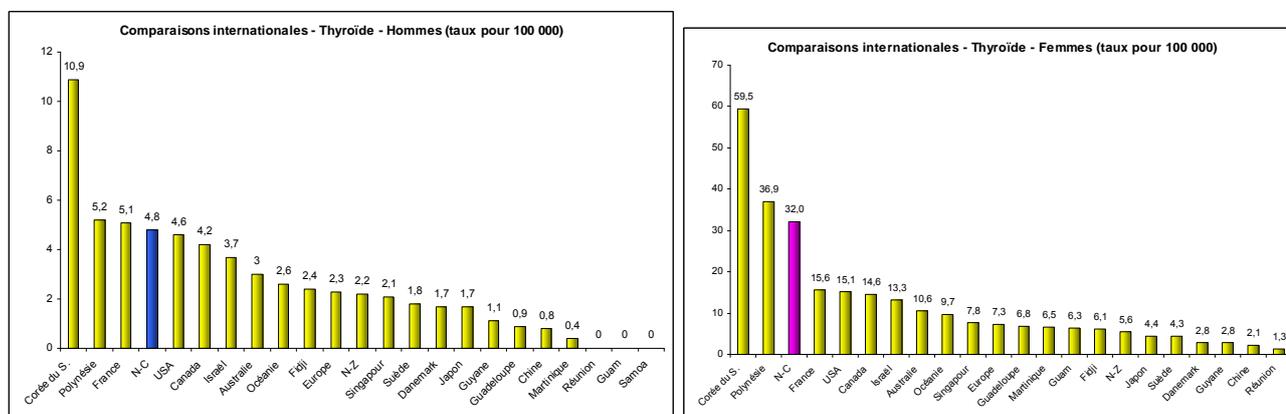
Figures 124 et 125 : cancers de la thyroïde, incidences selon le sexe et la province



Chez l'homme, le taux d'incidence est relativement bas et comparable à celui de la métropole ou des USA. Chez les femmes, la Nouvelle-Calédonie fait partie des pays où l'incidence est la plus élevée, juste derrière la Corée du Sud et la Polynésie française.

Par ailleurs, lorsque l'on compare ces taux à l'incidence des femmes de la province des Iles loyauté, on constate alors que celle-ci dépasse nettement celle des pays à incidence élevée.

Figures 126 et 127 : cancers de la thyroïde, comparaisons internationales des incidences selon le sexe



### 3-6Appareil digestif

#### 3-6-1Colon Rectum Anus

##### Généralités

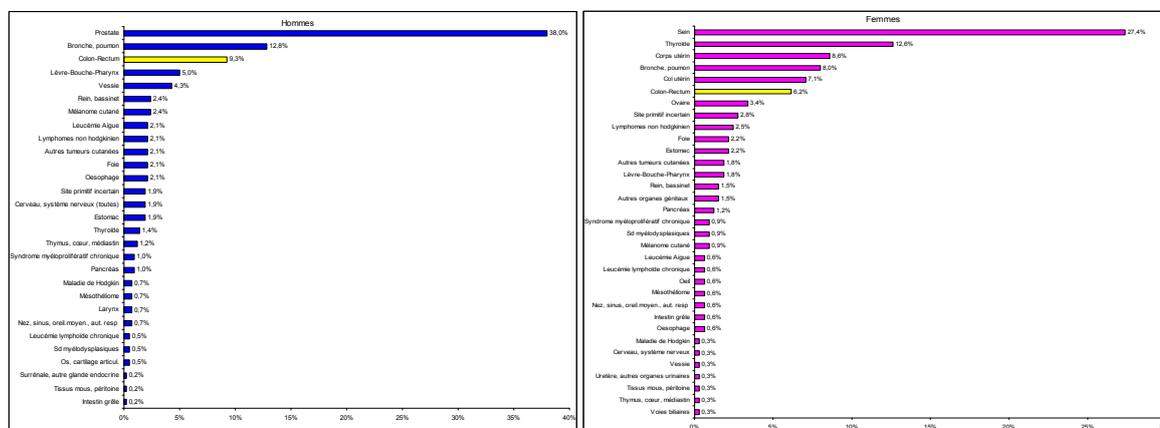
Parmi les tumeurs de l'appareil digestif, cette localisation est la plus fréquente dans ce groupe avec 59 nouveaux cas diagnostiqués en 2008 et se situe au 4<sup>ème</sup> rang tous sexes confondus. Chez l'homme, avec 39 nouvelles tumeurs, ce site arrive en 3<sup>ème</sup> position, et chez la femme avec 20 tumeurs invasives, il est classé en 6<sup>ème</sup> position. On observe également une majorité d'hommes avec un sex ratio égal 1,95 hommes pour 1 femme.

15 % des patients avaient déjà eu une autre tumeur primitive (9 cas) et 20 % des patients étaient décédés au 31/05/2011 (12 cas).

36 patients ont été diagnostiqués dans le secteur privé et 23 dans le secteur public.

Les données ont été complétées avec en moyenne 4 sources différentes par dossier.

Figures 128 et 129 : répartition des topographies selon le sexe

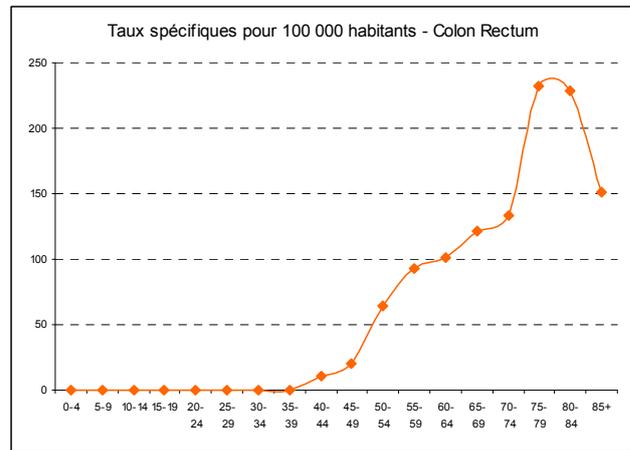
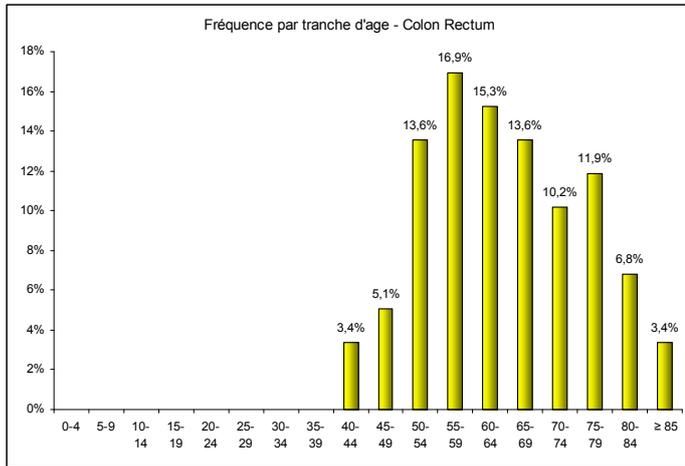


##### Age

L'âge au diagnostic est compris entre 41 et 90 ans, avec un âge moyen égal à 64 ans : 63 ans pour les hommes et 67,5 ans pour les femmes. Le nombre de nouveaux cas rapportés à la tranche d'âge concernée permet de déterminer l'incidence spécifique par tranche d'âge.

Comme, le montre la figure suivante ce taux est nul jusqu'à 39 ans et augmente progressivement avec l'âge pour atteindre un pic à 75 ans.

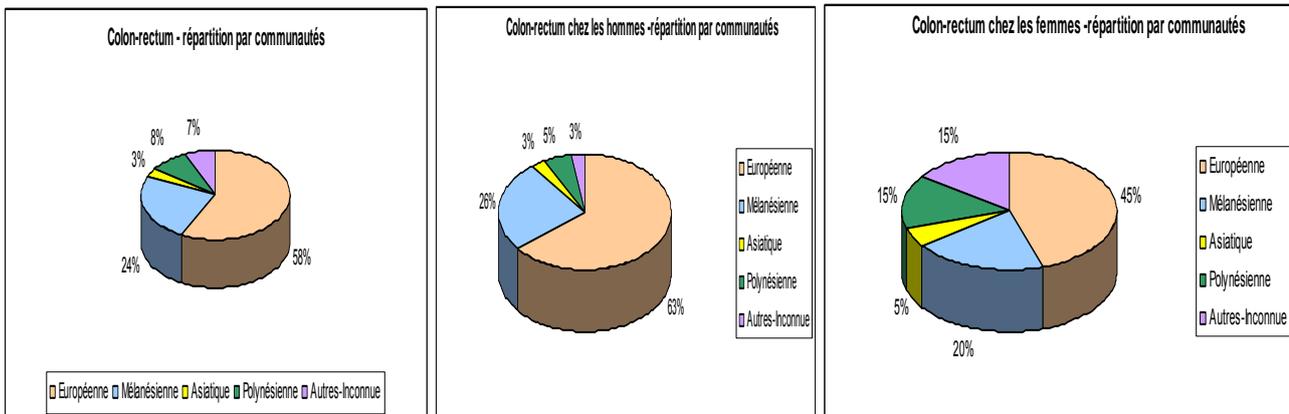
Figures 130 et 131 : cancers du colon-rectum-anus : répartition par tranche d'âge et taux spécifiques d'incidence



## Communautés

Comme présenté sur les figures suivantes, cette localisation touche plus souvent la communauté européenne, tant chez les hommes que chez les femmes.

Figure 132 à 134 : cancers du colon-rectum-anus, répartition par communauté selon le sexe

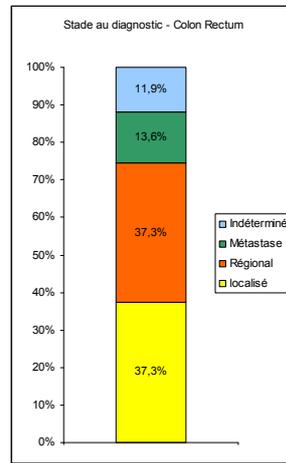
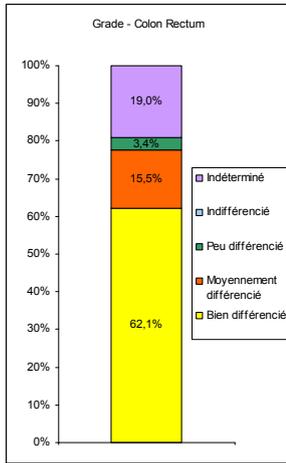


## Histologie

- 98.3 % des patients, soient 58 patients ont eu un diagnostic histologique :
  - 56 Adénocarcinomes
  - 1 Carcinome épidermoïde (pour l'unique tumeur de l'anus)
  - 1 Tumeur carcinoïde
- 1 cas diagnostiqué par imagerie

Dans plus de 62 % des cas, il s'agissait d'une tumeur bien différenciée.

Figures 135 et 136 : cancers du colon-rectum-anus, répartition selon le grade et le stade au diagnostic



### Stade au diagnostic

Le diagnostic a été effectué en proportions comparables (37 % des cas) à un stade localisé ou un stade régional.

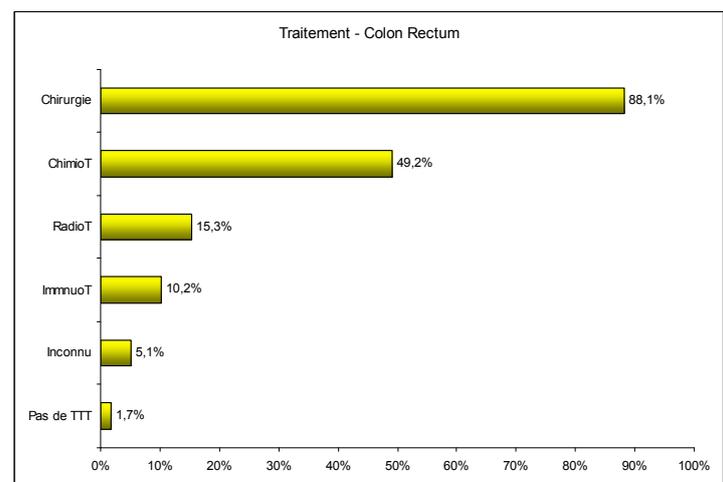
### Traitement

Plus de 8 patients sur 10 ont bénéficié d'un traitement chirurgical, et une chimiothérapie dans moins d'un cas sur 2. Un traitement par radiothérapie n'a été effectué que dans 15 % des cas.

Tableau 17 et figure 137 : cancers du colon-rectum-anus, répartition selon les schémas thérapeutiques

<b>Total</b>	<b>59</b>
--------------	-----------

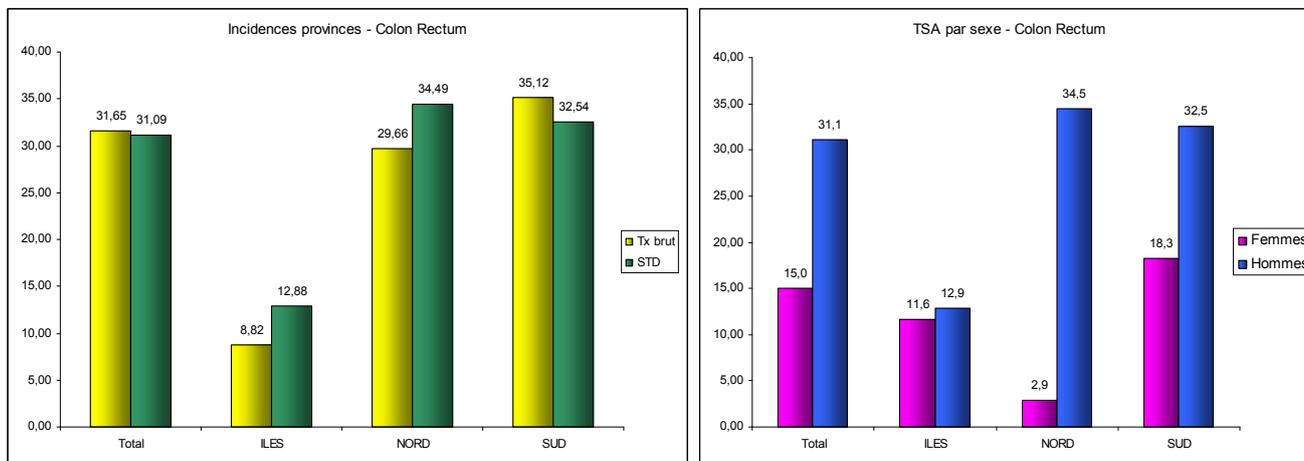
Chirurgie	25
Chimio + Chirurgie	14
Radio + Chimio + Chirurgie	7
Chirurgie + Chimio + Immuno	5
Inconnu	3
Chimiothérapie	1
Chimio + Immuno	1
Pas de traitement	1
Radio + Chimio	1
Radio + Chirurgie	1



### Incidences et comparaisons internationales

On observe les taux plus bas dans les Iles Loyauté et une incidence toujours plus élevée chez les hommes, quelle que soit la province de domicile, avec un taux particulièrement bas pour les femmes de la province Nord.

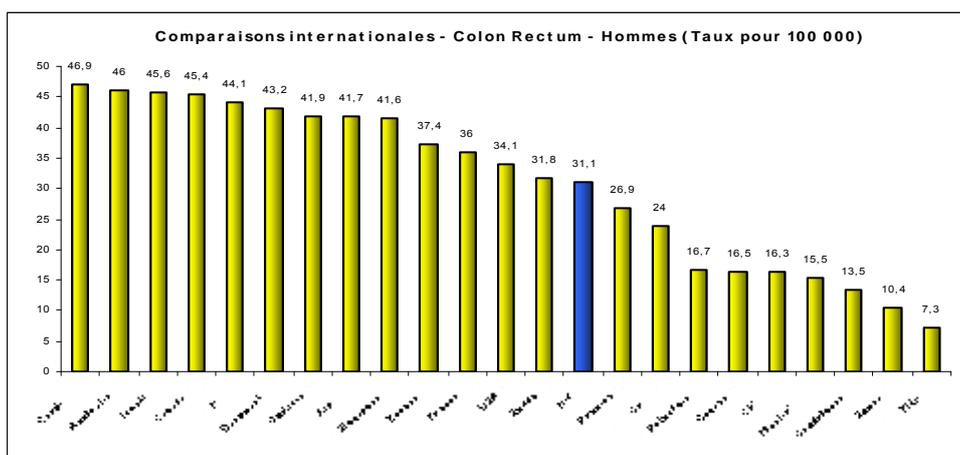
Figures 138 et 139 : cancers du colon-rectum-anus, incidences selon le sexe et la province

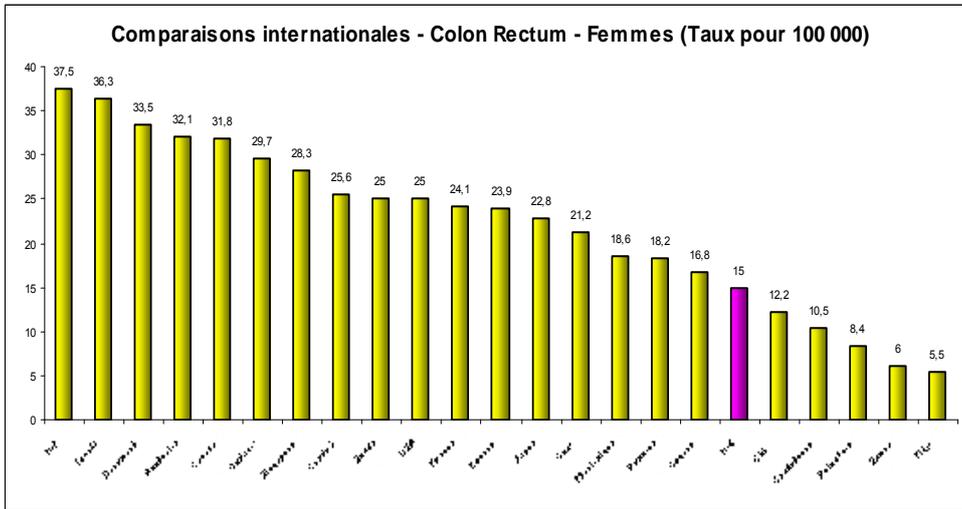


Lorsque l'on compare ces incidences aux données internationales (Globocan 2008), on constate chez les hommes, que cette incidence est située entre celle de la Suède et de la Réunion, plus élevée que dans la plupart des Dom, mais plus basse qu'en métropole, Australie et Nouvelle-Zélande.

Chez les femmes, où l'incidence est plus faible, la Nouvelle-Calédonie est située dans le groupe des incidences les plus basses, entre la Guyane et la Chine.

Figures 140 et 141 : cancers du colon-rectum, comparaisons internationales des incidences selon le sexe



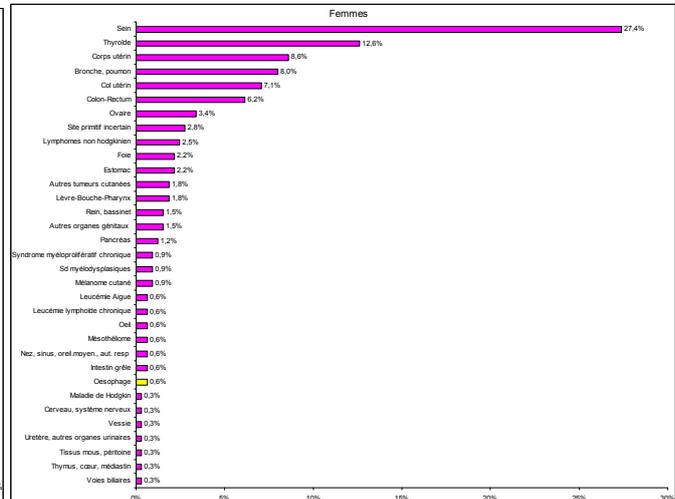
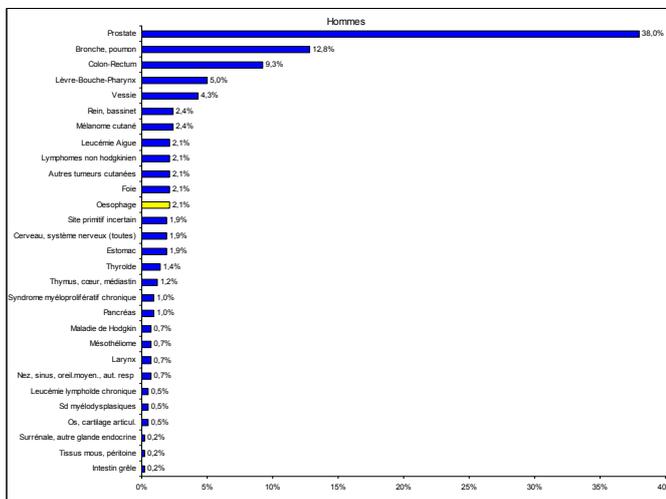


### 3-6-2Oesophage

#### Généralités

Avec 11 tumeurs invasives diagnostiquées en 2008, ce cancer se situe en 20<sup>ème</sup> position (9<sup>ème</sup> rang chez les hommes avec 9 cas et 21<sup>ème</sup> chez les femmes avec 2 cas).

Figures 142 et 143 : répartition des topographies selon le sexe



Ce cancer touche plus souvent les hommes avec un sex ratio égal à 4,5 hommes pour 1 femme. Un seul patient était déjà connu du registre et avaient un antécédent de cancer primitif au moment du diagnostic et 80 % des patients étaient décédés au 31/05/2011 (9 cas). 6 patients ont été diagnostiqués dans le secteur privé et 5 dans le secteur public.

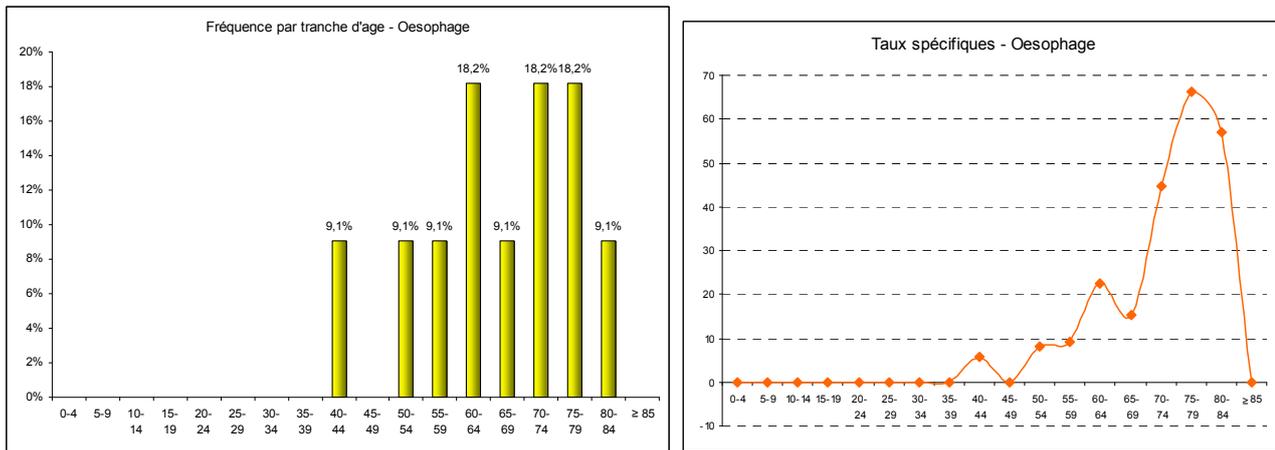
Le nombre moyen de sources consultées pour compléter les données du registre a été en moyenne de 4,4 sources par dossier.

## Age

L'âge au diagnostic est dispersé entre 44 et 80 ans, avec un âge moyen égal à 65 ans (63.7 ans chez les hommes et 72.5 ans chez les femmes).

Indépendamment du faible nombre de cas, l'incidence croît avec l'âge avec un pic vers 75 ans

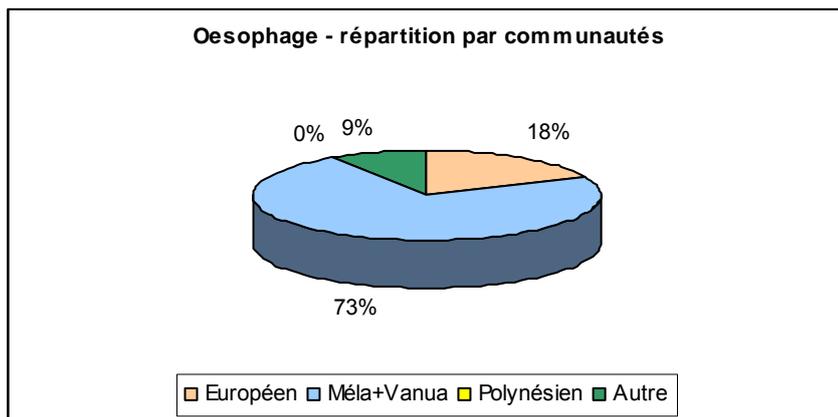
*Figures 144 et 145 : cancers de l'œsophage : répartition par tranche d'âge et taux spécifiques d'incidence*



## Communauté

Même si ce cancer est peu fréquent, il semble toucher plus souvent la communauté mélanésienne, avec plus de 7 cas sur 10.

*Figure 146 : cancers de l'œsophage, répartition par communauté*



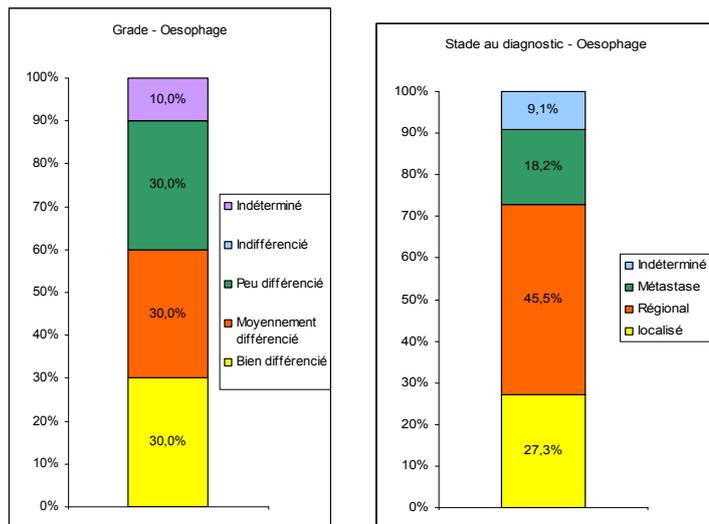
## Histologie:

Seul 1 patient a eu un diagnostic par imagerie, les 10 autres patients ont eu un diagnostic histologique et l'on retrouvait :

- 9 Carcinomes épidermoïdes
- 1 Adénocarcinome

Moins d'1/3 des tumeurs étaient bien différenciées.

Figures 147 et 148 : cancers de l'œsophage, répartition selon le grade et le stade au diagnostic



**Stade au diagnostic**

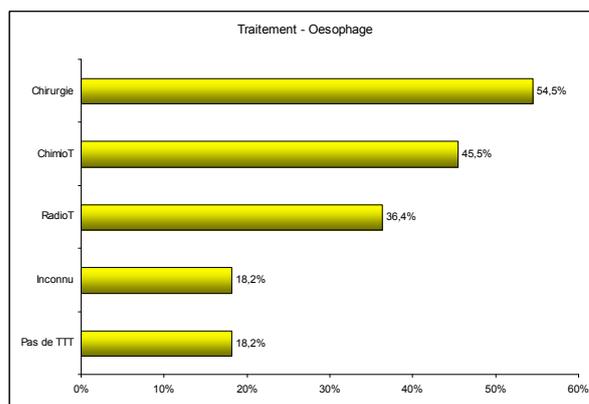
Ces tumeurs ont été le plus souvent diagnostiquées à un stade avancé (régional ou métastatique).

**Traitement :**

La combinaison thérapeutique la plus souvent entreprise a été l'association : chirurgie/radiothérapie/chimiothérapie.

Tableau 18 et figure 149 : cancers de l'œsophage, répartition selon les schémas thérapeutiques

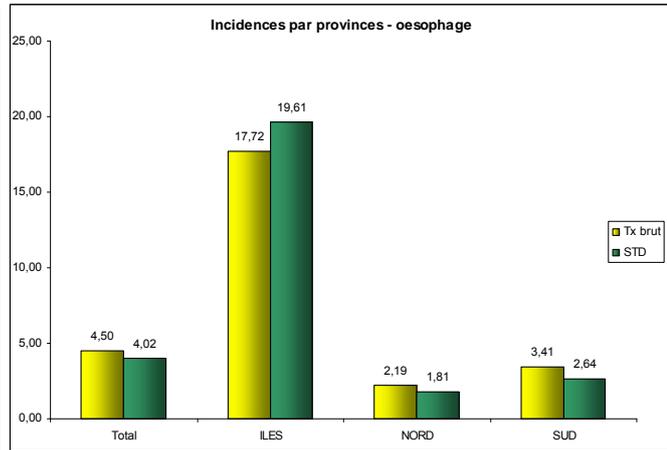
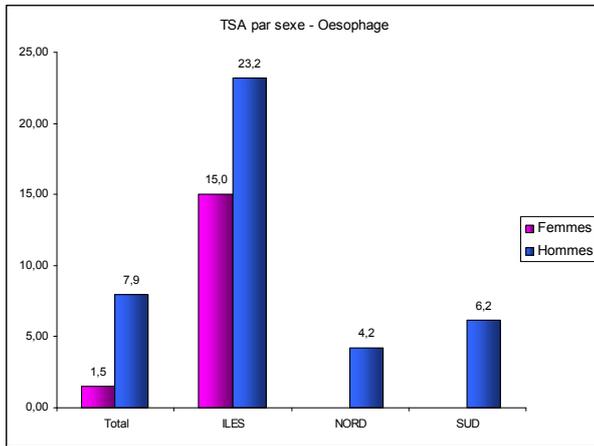
Chimiothérapie	1
Inconnu	2
Pas de traitement	2
Chirurgie	2
Radio + Chimio + Chirurgie	4
<b>Total</b>	<b>11</b>



**Incidences et comparaisons internationales :**

Les incidences sont plus élevées chez les hommes, et également pour les deux sexes dans la province des Iles loyauté.

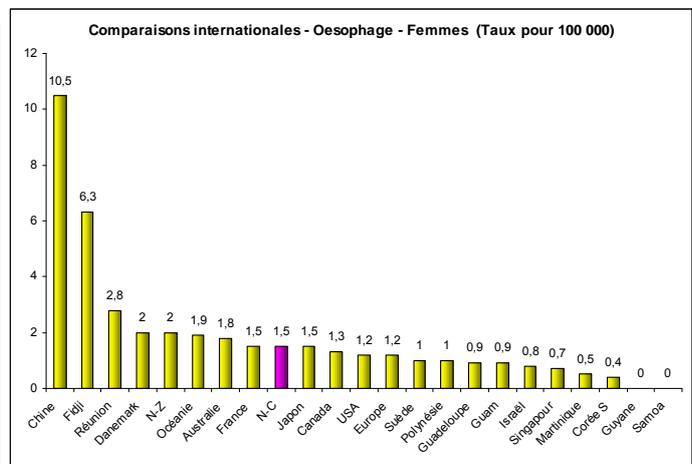
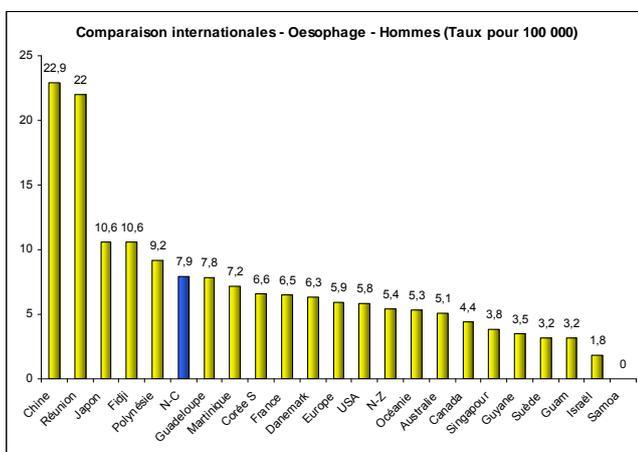
Figures 150 et 151 : cancers de l'œsophage, incidences selon le sexe et la province



Lorsque l'on compare les incidences calédoniennes avec celles des pays voisins ou des pays d'Europe et les DOM, on constate que l'incidence chez les hommes se situe à une valeur moyenne, située entre la Polynésie et la Guadeloupe, mais plus élevée que celle de la France métropolitaine, l'Australie et la Nouvelle-Zélande.

Chez les femmes, on retrouve une valeur comparable à celles de la métropole, l'Australie, le Japon.

Figures 152 et 153: cancers de l'œsophage, comparaisons internationales des incidences selon le sexe



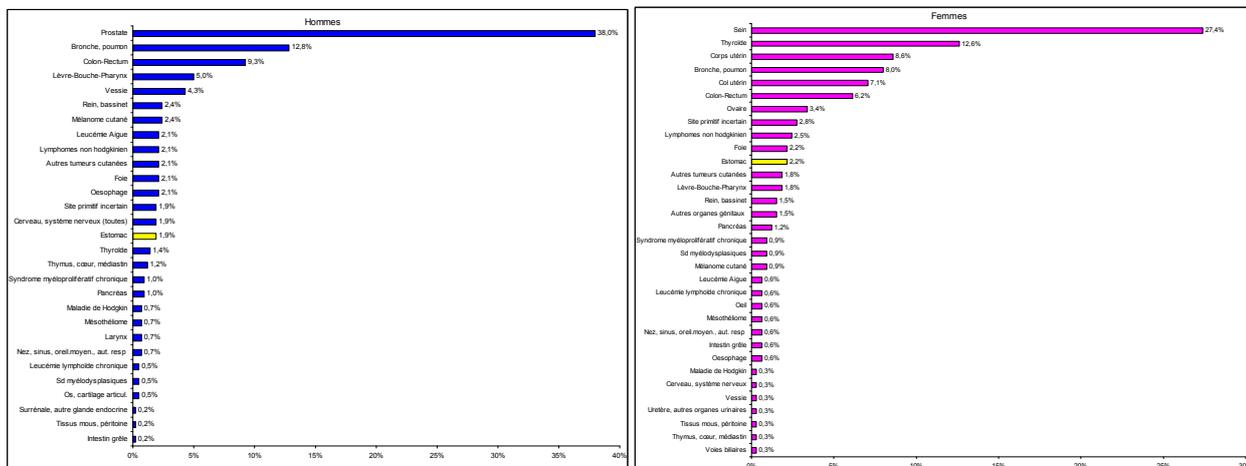
### 3-6-4Estomac

#### Généralités

Avec 15 tumeurs invasives, ce site arrive en 17<sup>ème</sup> position pour les deux sexes (14<sup>ème</sup> rang chez les hommes avec 8 cas et 10<sup>ème</sup> chez les femmes avec 7 cas) et un sex ratio égal à 1,14.

Ces patients n'étaient pas connus au registre, et n'avaient pas d'antécédent de tumeur invasive. 60 % des patients étaient décédés au 31/05/2011 (9 cas).

Figures 154 et 155 : répartition des topographies selon le sexe



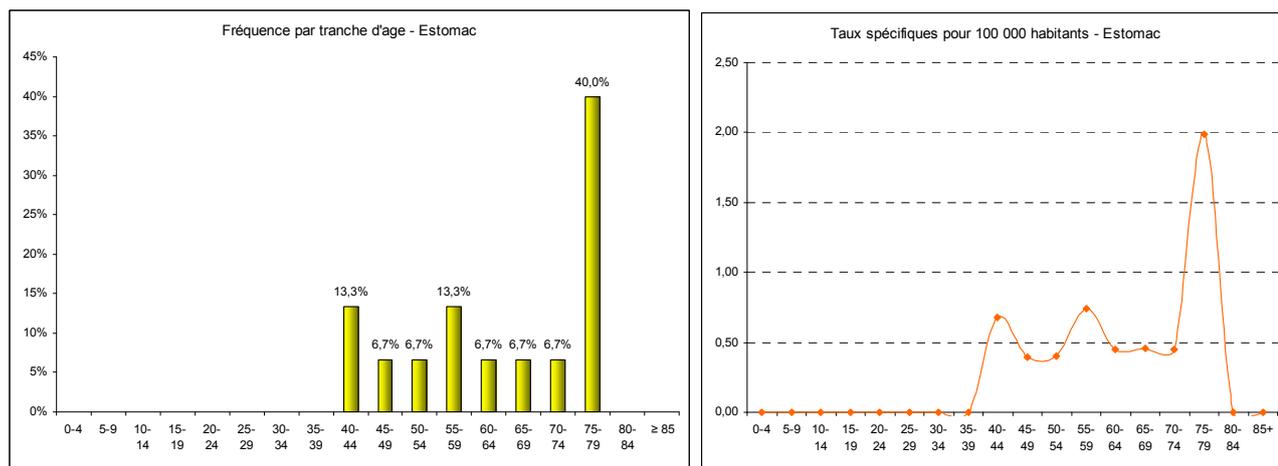
6 cas ont été diagnostiqués dans le privé et 9 cas dans le public. Le nombre moyen de sources d'information par dossier est égal à 4,5.

### Age

Ces patients ont été diagnostiqués entre 43 et 79 ans, avec un âge moyen à 64 ans (65 ans pour les ♂ et 63 ans pour ♀).

L'incidence par tranche d'âge est relativement faible entre 40 et 74 ans, et l'on observe un pic à 75 ans.

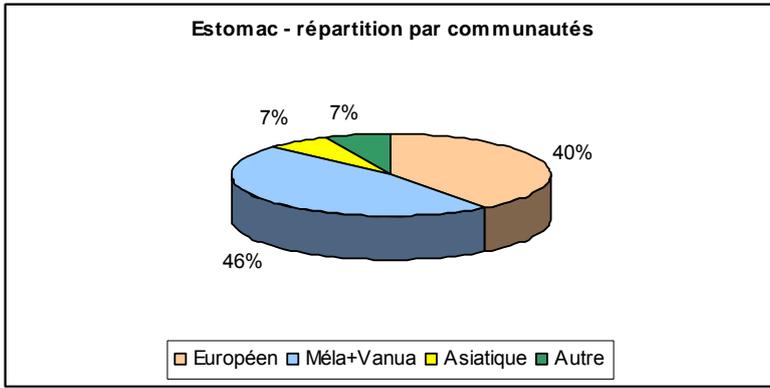
Figures 155 et 156 : cancers de l'estomac : répartition par tranche d'âge et taux spécifiques d'incidence



### Communauté

On observe un pourcentage de cancers de l'estomac dans la communauté mélanésienne comparable à celui de la population générale.

Figure 157: cancers de l'estomac, répartition par communauté

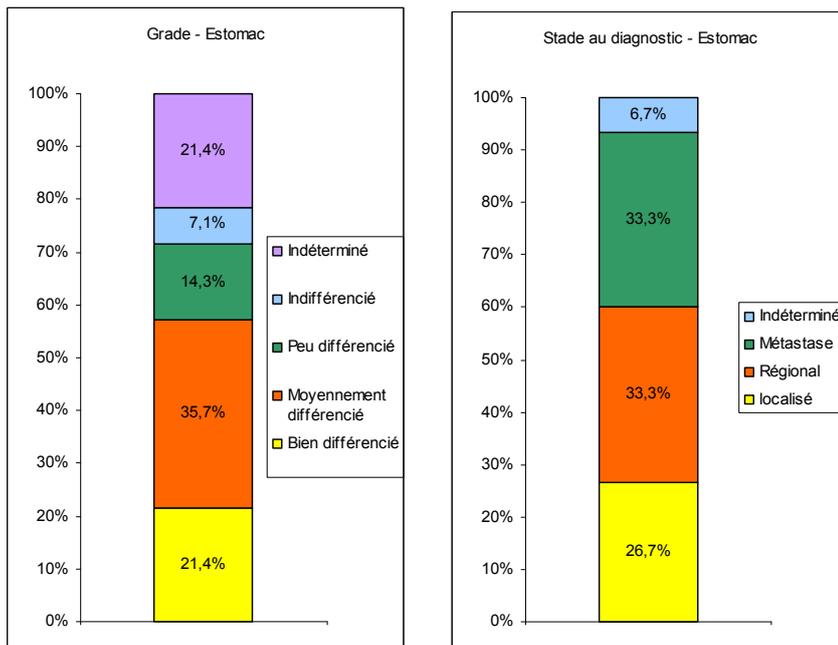


### **Histologie**

- 13 cas ont eu un diagnostic histologique, il s'agissait de :
  - 12 Adénocarcinomes
  - 1 GIST
- 1 cas a été diagnostiqué par imagerie

Ces tumeurs sont plus souvent bien ou moyennement différenciées.

*Figures 158 et 159 : cancers de l'estomac, répartition selon le grade et le stade au diagnostic*



### **Stade au diagnostic**

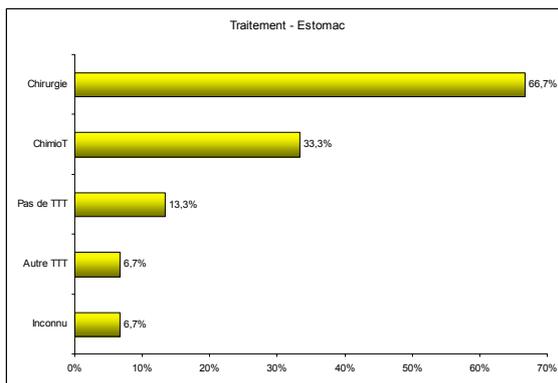
Au moment du diagnostic, le bilan d'extension mettait en évidence dans plus de 65 % des cas, un stade régional ou métastatique.

### **Traitement :**

La chirurgie a été le principal traitement proposé à ces patients

Tableau 19 et figures 160 : cancers de l'estomac, répartition selon les schémas thérapeutiques

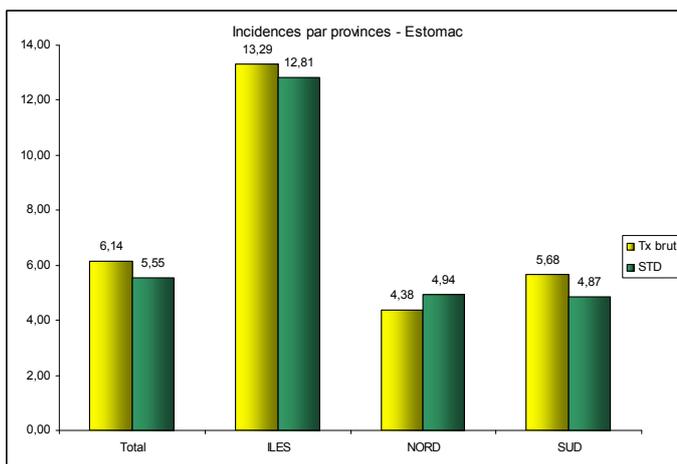
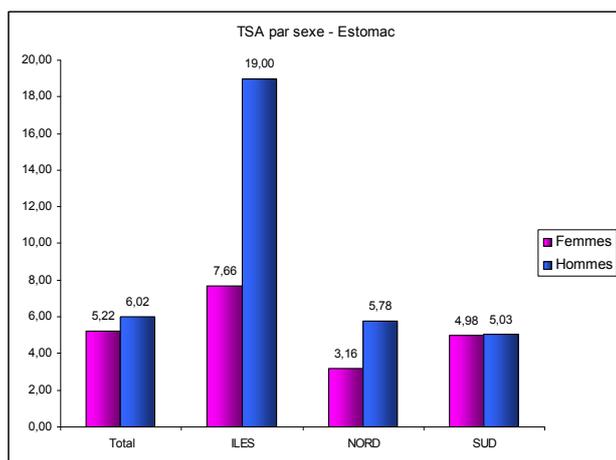
Chimiothérapie	1
Autre	1
Pas de traitement	2
Chirurgie	6
Chimio + Chirurgie	4
Inconnu	1
<b>Total</b>	<b>15</b>



### Incidences et comparaisons internationales

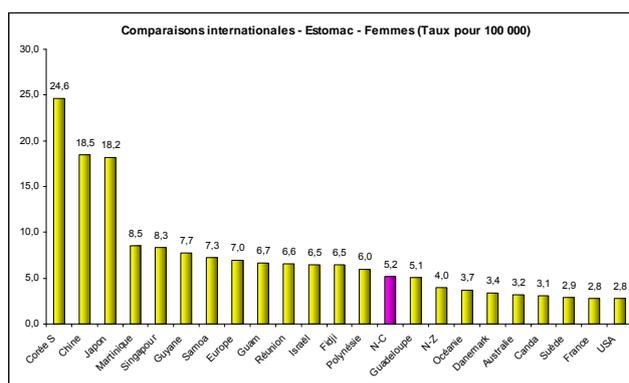
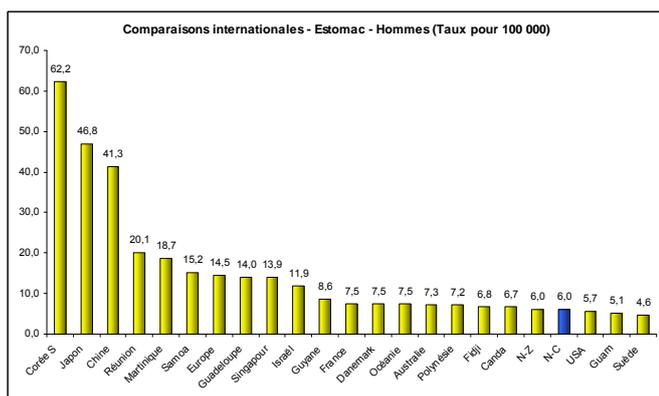
On observe une incidence nettement plus élevée dans les Iles Loyauté, par rapport aux autres provinces, en particulier chez les hommes.

Figures 161 et 162 : cancers de l'estomac, incidences selon le sexe et la province



Lorsque l'on compare les incidences calédoniennes à celles des pays océaniques voisins ou à celles des pays d'Europe, on constate que chez les hommes comme chez les femmes, elle se situe dans le groupe des valeurs les plus basses.

Figures 163 et 164 : cancers de l'estomac, comparaisons internationales des incidences selon le sexe



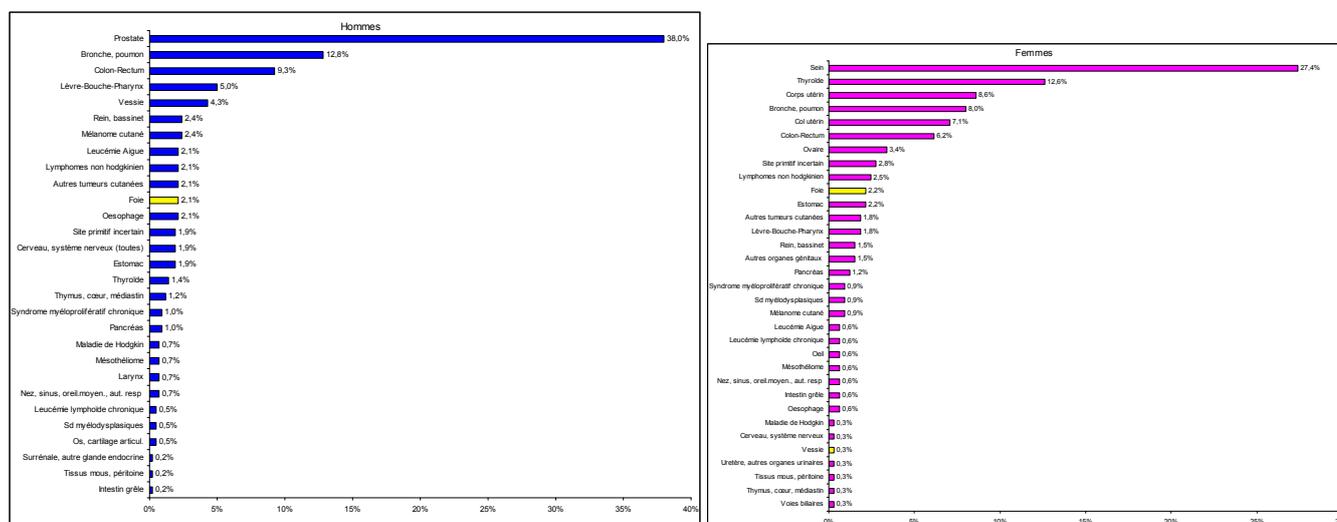
### 3-6-5 Foie et voies biliaires

#### Généralités

Avec 17 nouveaux cas (Foie : 14, canaux biliaires intra-hépatiques : 2, voies biliaires : 1), ce site se situe au 13<sup>ème</sup> rang, tous sexes confondus (8<sup>ème</sup> rang chez les hommes avec 9 patients et 10<sup>ème</sup> chez les femmes avec 8 patients, soit un sex ratio égal à 1,13). 12% des patients avaient un antécédent tumoral connu au registre (2 cas) et 65 % des patients étaient décédés au 31/05/11 (11 cas).

1 patient a été diagnostiqué dans le secteur privé et 16 cas dans le public. Le nombre moyen de sources d'informations par dossier était égal à 3,3.

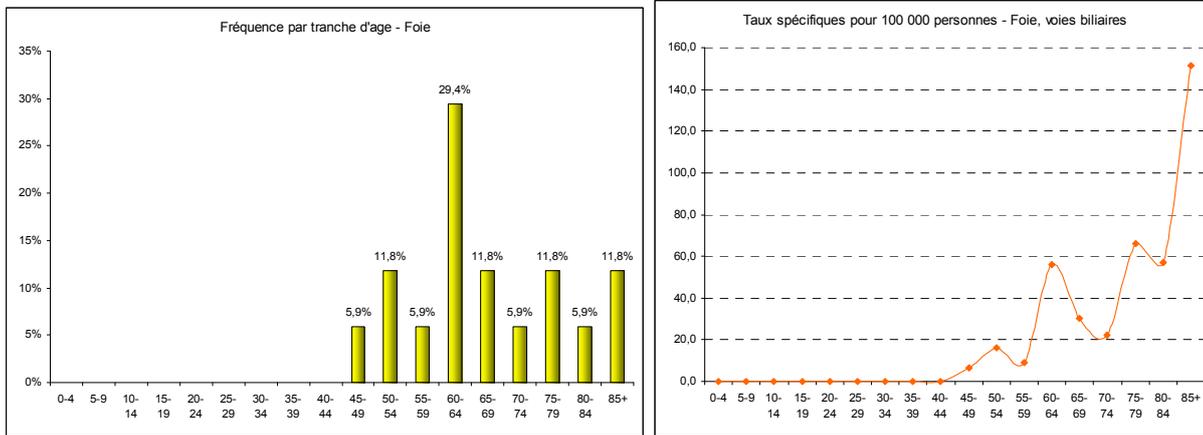
Figures 165 et 166 : répartition des topographies selon le sexe



#### Age :

L'âge au diagnostic est compris entre 47 et 86 ans, soit un âge moyen égal à 66 ans : 62 ans pour les hommes et 70 ans pour les femmes. On observe un pic entre 60 et 64 ans. Bien qu'accidentée, l'incidence a tendance à croître avec l'âge, pour atteindre un pic à 85 ans.

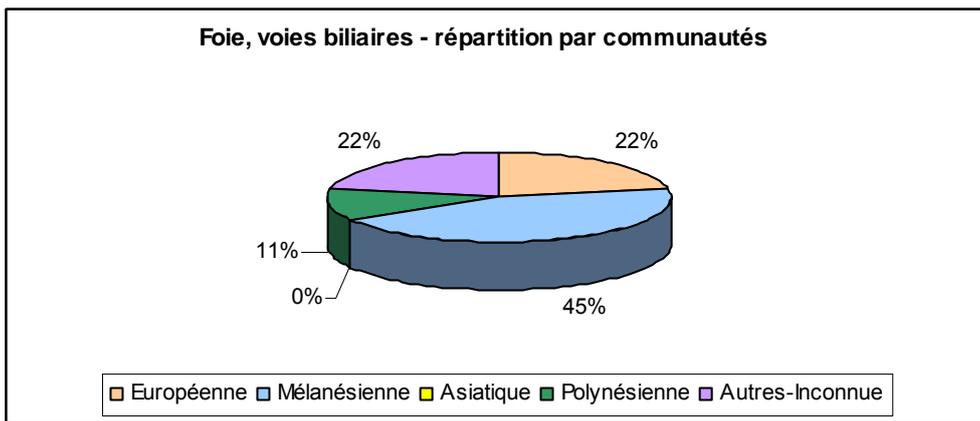
Figures 167 et 168 : foie et vois biliaires, répartition par tranche d'âge et taux spécifiques d'incidence



**Communauté :**

Cette localisation est retrouvée plus souvent dans la communauté mélanésienne, par rapport aux autres communautés, mais ce pourcentage est comparable à celui de la population mélanésienne dans la population générale.

*Figure 169 : foie et vois biliaires, répartition par communauté*

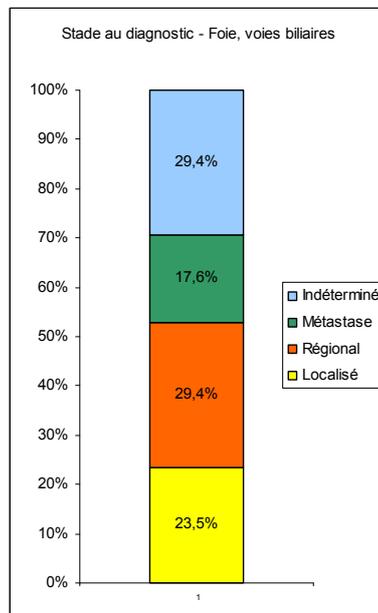
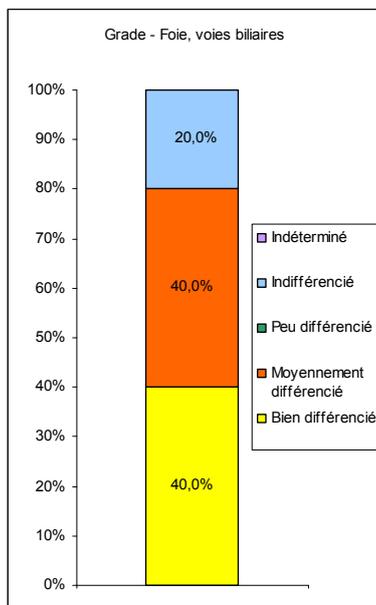


**Histologie**

Seuls 5 patients ont bénéficié d'un diagnostic histologique, il s'agissait :

- 1 carcinome indifférencié
- 1 cholangiocarcinome
- 2 carcinomes hépatocellulaires
- 1 adénocarcinome papillaire
- 11 cas ont été diagnostiqués par imagerie :
  - 10 tumeurs invasives du foie
  - 1 cancer des canaux biliaires intra-hépatiques
- 1 cas a été diagnostiqué au moyen de marqueurs biologiques
  - 1 cholangiocarcinome

*Figures 170 et 171 : foie et vois biliaires, répartition selon le grade et le stade au diagnostic*



### Stade au diagnostic

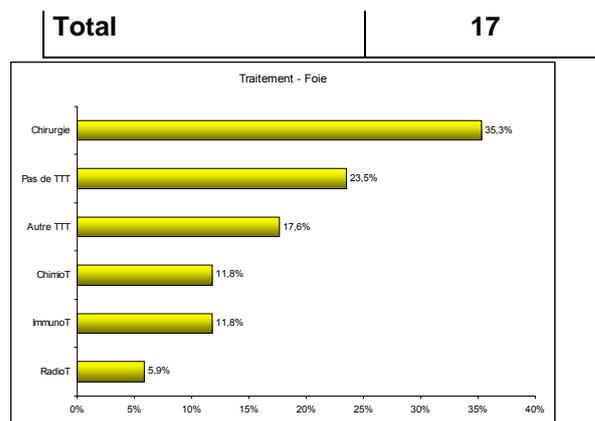
Lorsque l'information a été retrouvée, ces tumeurs sont le plus souvent diagnostiquées à un stade avancé, régional ou métastatique.

### Traitement :

Seuls 6 patients ont bénéficié d'un traitement chirurgical.

Tableau 20 et figure 172 : foie et vois biliaires, répartition selon les schémas thérapeutiques

Chimiothérapie	1
Chimio + ImmunoT	1
Immunothérapie	1
Radiothérapie	1
Chirurgie + ImmunoT	2
Autre	3
Pas de traitement	4
Chirurgie	4

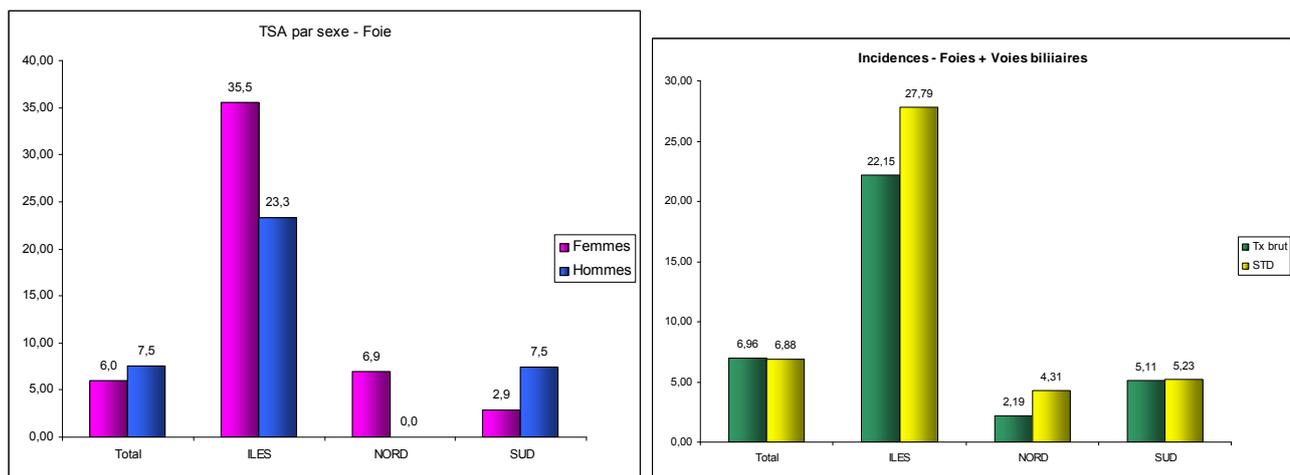


### Incidences et comparaisons internationales :

On observe des valeurs nettement plus élevées dans les Iles Loyauté, avec en particulier une incidence plus élevée chez les femmes.

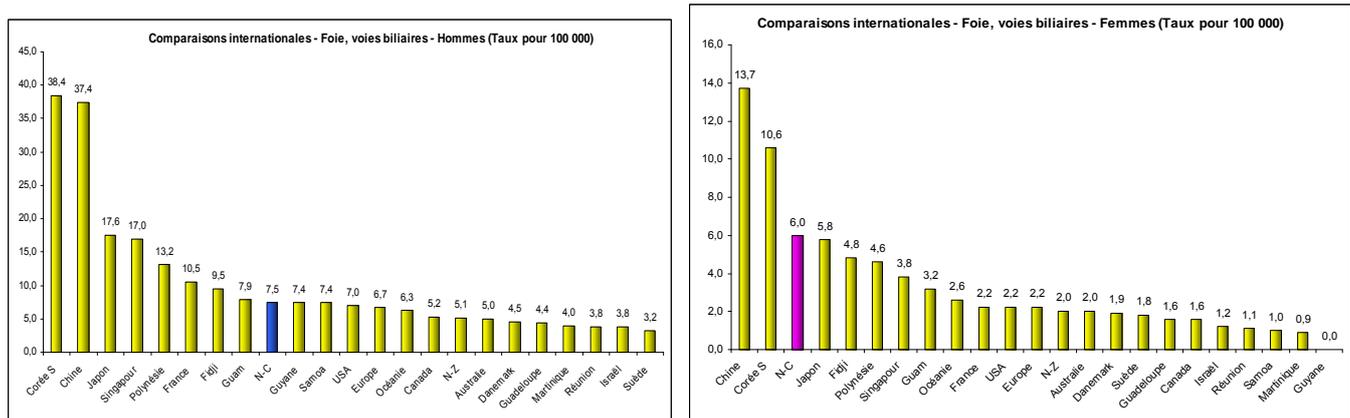
En raison de l'âge au diagnostic, de la forte prévalence de l'hépatite B pour ces générations non vaccinées, il est probable que ces incidences puissent être en rapport avec cette infection virale, comme le témoigne l'analyse des certificats médicaux de décès.

Figures 173 et 174 : foie et vois biliaires, incidences selon le sexe et la province



On retrouve chez les hommes, une incidence moyenne, comparable aux valeurs européennes, un peu moins élevée qu'en France métropolitaine.

Figures 175 et 176 : foie et vois biliaires, comparaisons internationales des incidences selon le sexe



Pour les femmes, la Nouvelle-Calédonie fait partie des pays à plus forte incidence.

### 3-6-6 Pancréas

#### Généralités

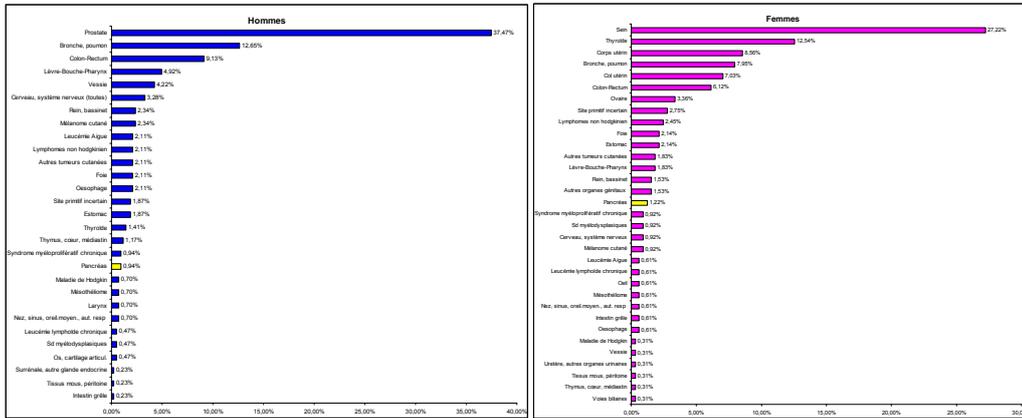
Avec 8 nouvelles tumeurs invasives diagnostiquées en 2008 (4 chez les femmes et 4 chez les hommes) cette topographie peu fréquente arrive au 21<sup>ème</sup> rang (18<sup>ème</sup> rang chez les hommes et 16<sup>ème</sup> chez les femmes).

Un patient avait été déjà connu du registre pour une autre localisation primitive

Par ailleurs, tous ces patients diagnostiqués en 2008 étaient décédés au 31/05/11

2 patients ont été diagnostiqués dans le secteur privé et 6 dans le secteur public. Le nombre moyen de sources d'information était égal 3,5 par dossier.

Figures 177 et 178 : répartition des topographies selon le sexe

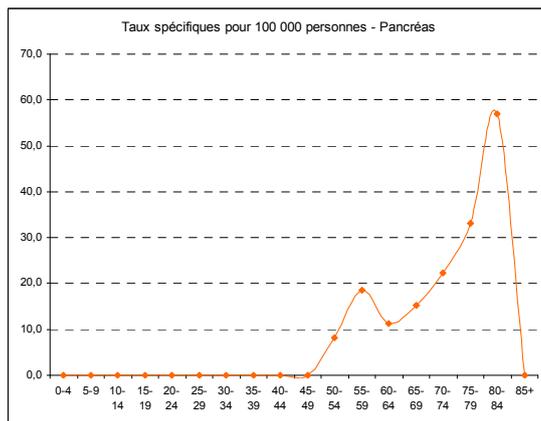


**Age**

L'âge moyen au moment du diagnostic était égal à 63 ans (compris entre 54 et 80 ans) : 73,5 ans pour les ♂ et 58 ans pour ♀.

Par ailleurs, l'incidence de ces cancers a tendance à croître avec l'âge comme le représente la figure suivante.

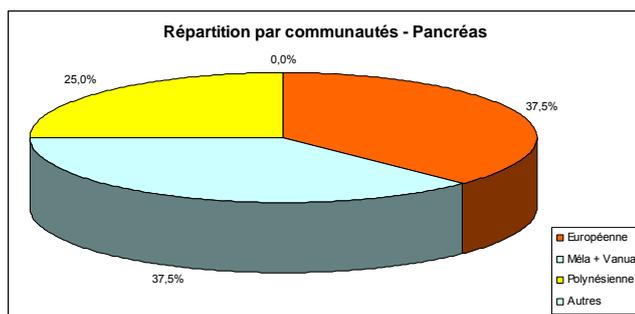
Figure 179 : cancers du pancréas, taux spécifiques d'incidence par tranche d'âge



**Communautés :**

Ont été concernées par cette localisation, les 3 principaux groupes de communauté de Nouvelle-Calédonie, de manière égale entre européens et mélanésiens, avec une surreprésentation de la communauté polynésienne.

Figure 180 : cancers du pancréas, répartition par communauté



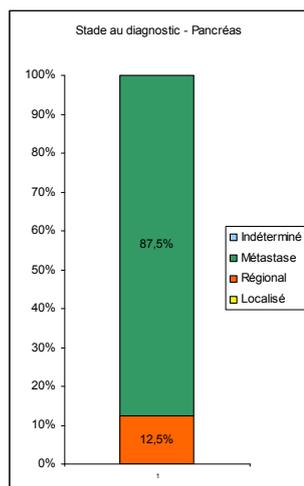
## Histologie

5 patients ont eu un diagnostic histologique, qui retrouvait dans tous les cas un adénocarcinome. Pour les 3 autres patients, le diagnostic a été porté au moyen de l'imagerie médicale.

## Stade

Presque tous les patients ont été diagnostiqués à un stade métastatique.

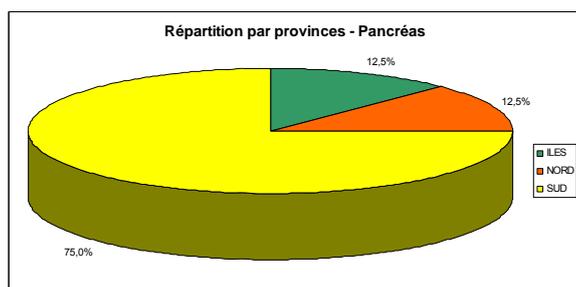
Figure 181 : cancers du pancréas, répartition selon le stade au diagnostic



## Provinces :

75% des patients résidaient en province Sud, cette répartition n'est pas différente de celle de la population générale.

Figure 182 : cancers du pancréas, répartition par province



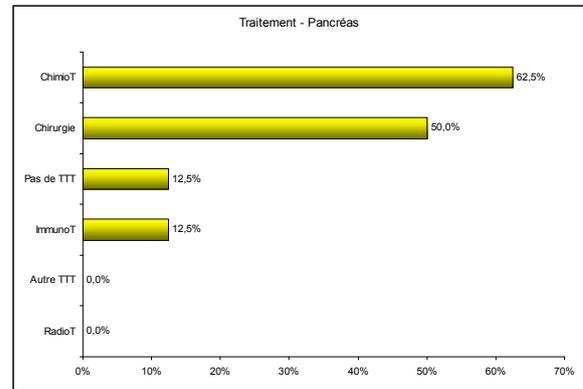
## Traitement

Ces patients ont le plus souvent bénéficié d'un traitement par chimiothérapie, seuls 2 patients ont eu également un traitement chirurgical.

Tableau 21 et figure 183 : cancers du pancréas, répartition selon les schémas thérapeutiques

Chimiothérapie	2
----------------	---

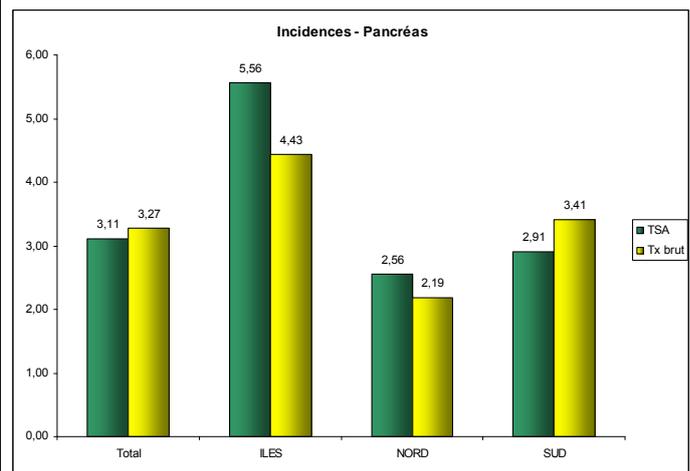
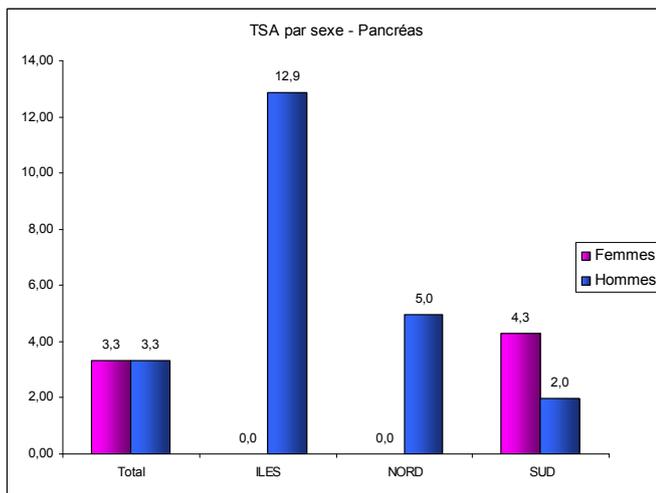
ChimioT + Chir	2
Chirurgie	2
Chimio + Immuno	1
Pas de traitement	1
<b>Total</b>	<b>8</b>



### Incidences

Bien que le nombre de cas incidents soit faible, rapportés à la population, on observe en 2008 des taux d'incidence comparables dans les deux sexes, avec des disparités selon les provinces dues aux faibles effectifs. L'analyse des données provinciales selon le sexe sera plus pertinente sur plusieurs années. En ce qui concerne les incidences par province, on observe des taux un peu plus élevés dans les îles Loyauté en 2008.

Figures 184 et 185 : cancers du pancréas, incidences selon le sexe et la province

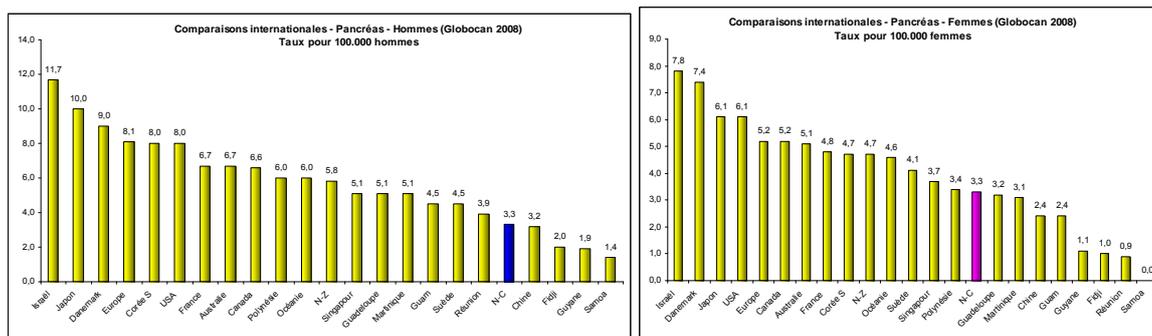


### Comparaisons internationales

Avec des taux d'incidence standardisés autour de 3.3 pour 100 000 personnes, cette localisation semble moins incidente que dans la plupart des pays et pose la question de l'exhaustivité du diagnostic dans la population calédonienne.

L'analyse sur plusieurs années permettra ou non de confirmer cette situation.

Figures 186 et 187 : cancers du pancréas, comparaisons internationales des incidences selon le sexe



### 3-7Hémopathies malignes

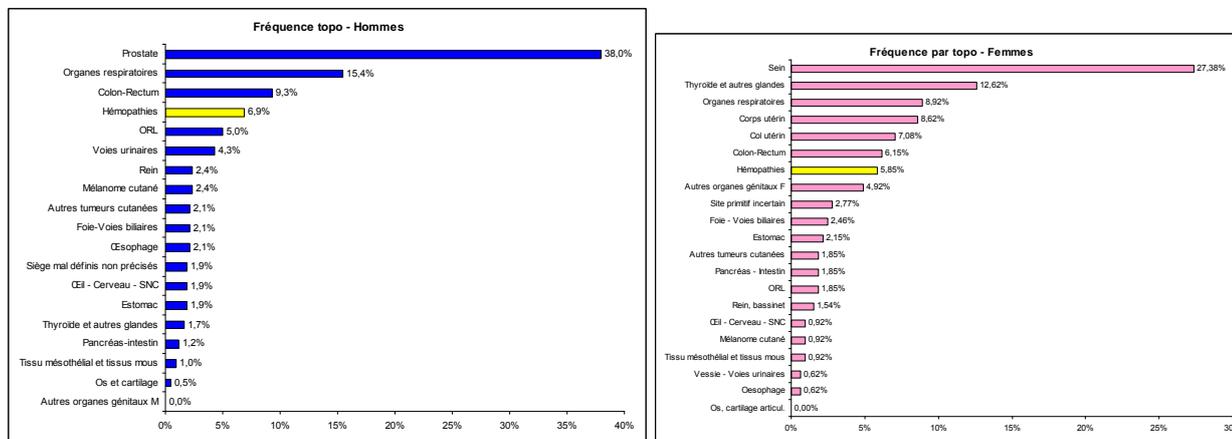
#### Généralités

Les tumeurs hématologiques ont une grande diversité et les classifications de ces tumeurs évoluent rapidement ce qui peut créer des difficultés.

En 2008, le document de référence qui a permis d'inclure ou non ces hémopathies dans le registre a été le guide des hémopathies malignes élaboré par l'INVS. Ont donc été incluses, outre les hémopathies habituelles, certaines maladies avec un potentiel de transformation important comme les myélodysplasies et autres syndromes myéloprolifératifs.

Ce groupe avec 48 nouveaux cas est placé en 5<sup>ème</sup> position tous sexes confondus, il arrive au 4<sup>ème</sup> rang chez les hommes (29 patients) et au 7<sup>ème</sup> chez les femmes (19 patientes). On observe ainsi un sex-ratio de 1,53 hommes pour 1 femme. 4% des patients étaient connus du registre pour d'autres tumeurs (2 cas) et 33 % étaient décédés au 31/05/2011 (16 cas).

Figures 188 et 189 : répartition des topographies selon le sexe



La plupart de ces patients ont été diagnostiqués dans le secteur public (14 cas diagnostiqués dans le privé et 34 cas dans le public).

Le nombre moyen de sources par dossier est légèrement au dessus de 4 (4,1).

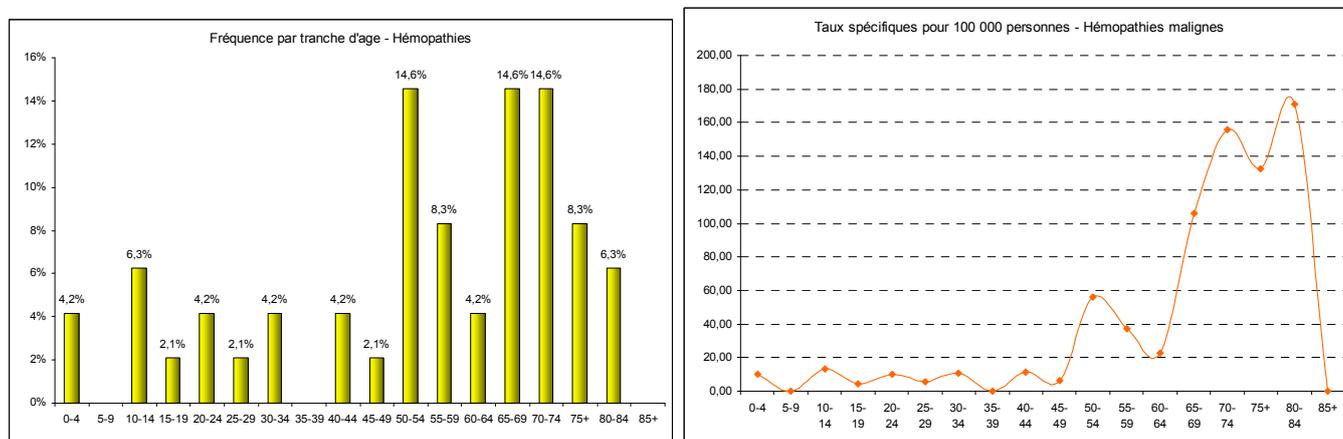
### Age

Comme le montre la figure suivante, l'âge au diagnostic est très dispersé puisque le plus jeune patient avait moins d'un an et le plus âgé 84 ans.

Il s'agit en général de pathologies qui touchent des populations plus jeunes par rapport à la plupart des autres tumeurs.

L'âge moyen observé est égal à 53 ans : 48 ans pour les ♂ et 62 ans pour ♀. On observe une incidence relativement basse entre 0 et 44 ans, avec un pic à 50 ans, 70 ans et 80 ans.

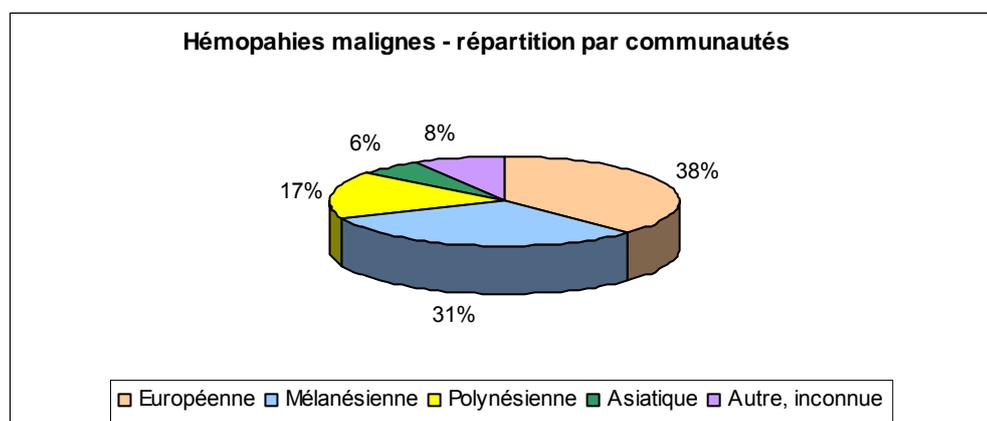
Figures 190 et 191 : hémopathies malignes, répartition par tranche d'âge et taux spécifiques d'incidence



### Communauté

Indépendamment du type d'hémopathie, on observe une proportion un peu plus élevée dans la population européenne, par rapport aux autres communautés.

Figure 192 : hémopathies malignes, répartition par communauté



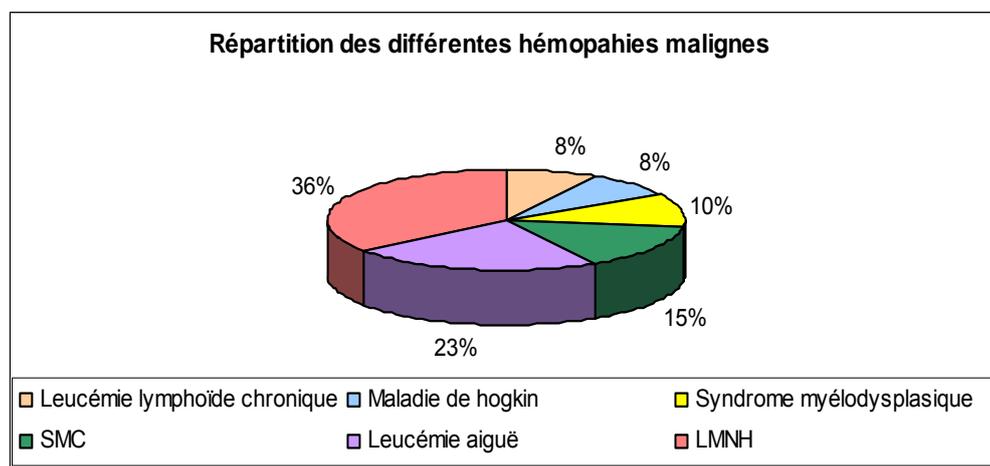
### Histologie ou cytologie

Un diagnostic d'hémopathie maligne ne peut être posé qu'à partir d'un diagnostic histologique (analyse de ganglions, biopsie de moelle osseuse, ...) ou cytologique (hémogramme, myélogramme).

- Parmi les 21 patients pour lesquels le diagnostic a été histologique, ont été retrouvées :
  - 1 Leucémies aiguë
  - 1 SMC
  - 5 Maladies de Hodgkin
  - 12 Lymphomes non Hodgkinien
  - 2 Leucémies lymphoïdes chroniques
  
- Parmi les 27 patients pour lesquels le diagnostic a été établi à partir d'un examen cytologique, on retrouve :
  - 10 Leucémies aiguës
  - 6 SMC
  - 5 Syndromes myélodysplasiques
  - 4 Lymphome non Hodgkinien
  - 2 Leucémies lymphoïdes chroniques

Indépendamment du mode de diagnostic, on retrouve plus souvent les lymphomes malins non hodgkiniens et les leucémies aiguës.

Figure 193 : répartition des différentes hémopathies malignes

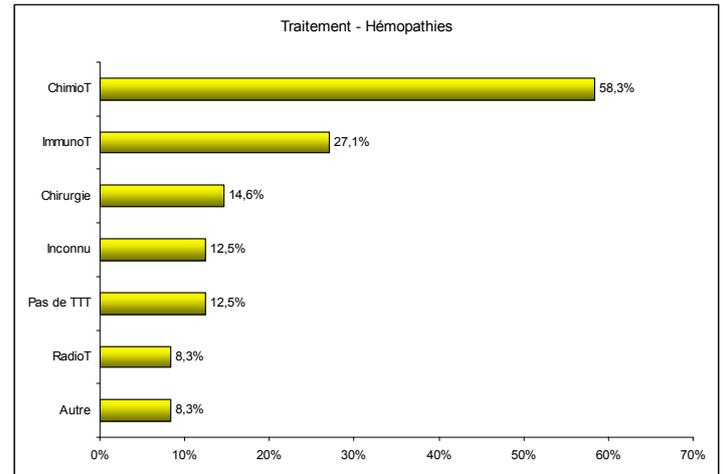


**Traitement :**

Plus de la moitié des patients ont bénéficié d'une chimiothérapie, et 27 % d'une immunothérapie.

Tableau 22 et figure 194 : hémopathies malignes, répartition selon les schémas thérapeutiques

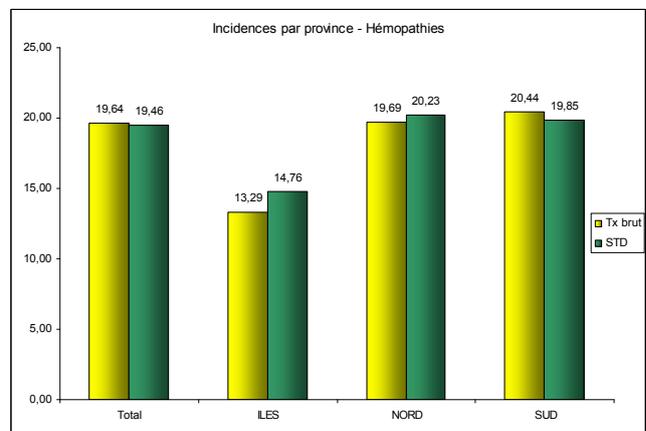
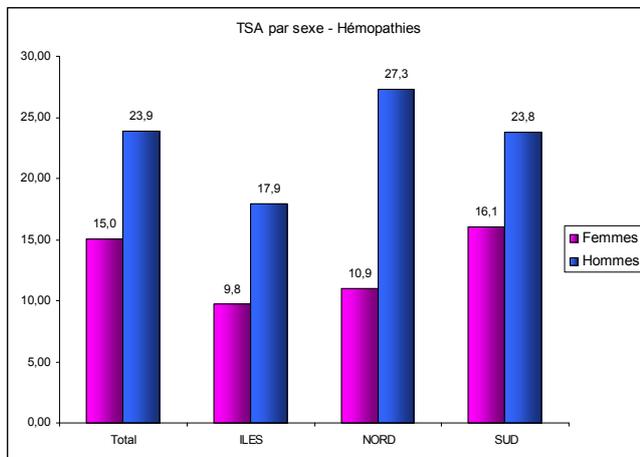
Chimiothérapie	15
Inconnu	6
Pas de traitement	6
ChimioT + ImmunoT	5
Immunothérapie	4
Autre	4
Chirurgie + ChimioT + ImmunoT	3
RadioT + ChimioT + Chirurgie	2
Chirurgie + RadioT + ChimioT + ImmunoT	1
RadioT + ChimioT	1
ChimioT + Chirurgie	1
<b>Total</b>	<b>48</b>



### Incidences et comparaisons internationales

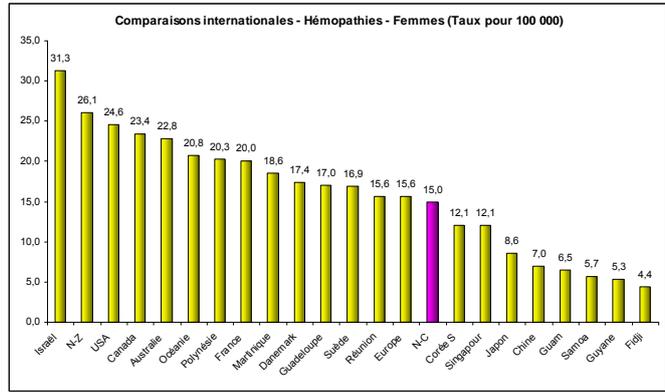
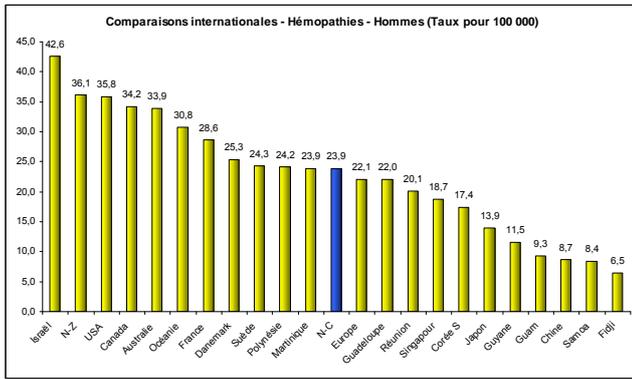
Cette incidence est également plus élevée chez les hommes, quelque soit la province de résidence. Ces valeurs sont comparables entre les provinces Nord et Sud, avec des valeurs plus élevées que dans les Iles Loyauté.

Figures 194 et 195 : hémopathies malignes, incidences selon le sexe et la province



Chez les femmes comme chez les hommes, les incidences standardisées de la Nouvelle-Calédonie sont comparables aux valeurs observées pour l'ensemble de l'Europe, elles sont toutefois plus basses qu'en métropole.

Figures 196 et 197 : hémopathies malignes, comparaisons internationales des incidences selon le sexe



### 3-8 Cancers de la peau : mélanomes malins



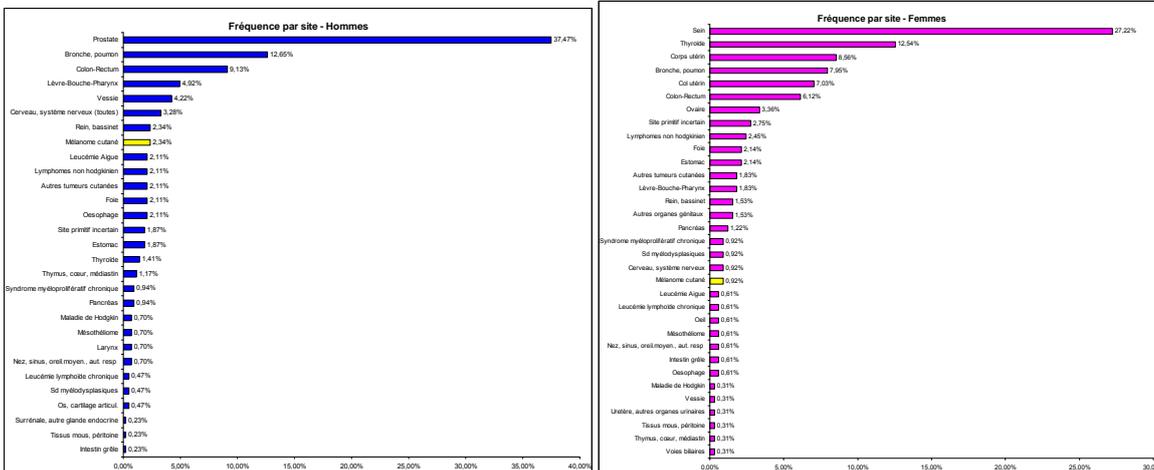
#### Généralités

Avec 13 nouveaux cas (10 chez les hommes et 3 chez les femmes), cette tumeur se situe au 7<sup>ème</sup> rang chez les hommes et 17<sup>ème</sup> chez les femmes. Le Sex ratio est de 3,3 hommes pour 1 femme. Tous ces patients ont été diagnostiqués dans le secteur privé.

2 patients étaient déjà enregistrés pour une autre tumeur primitive (18 %), et 1 patient était décédé au 31/05/2011.

Le nombre moyen de sources d'information par dossier était de 3.2.

Figures 198 et 199 : répartition des topographies selon le sexe

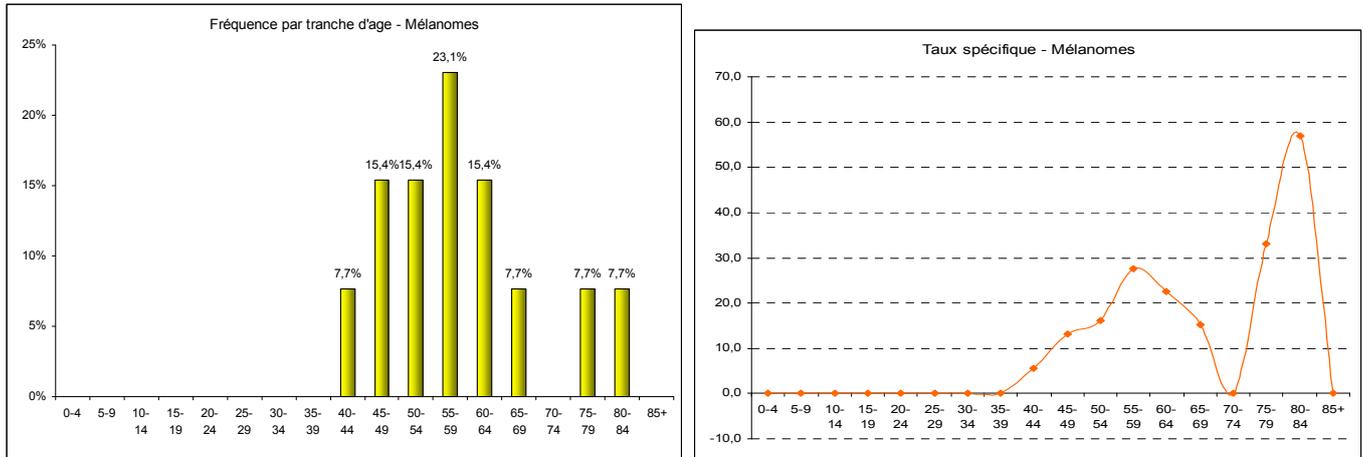


Tous ces nouveaux cas ont fait l'objet d'un diagnostic histologique

## Age

L'âge moyen au diagnostic est de 58 ans (57 ans pour les ♂ et 63 ans pour ♀) et est compris entre 41 et 80 ans.

Figures 200 et 201, mélanomes malins, répartition par tranche d'âge et taux spécifiques d'incidence



## Traitement :

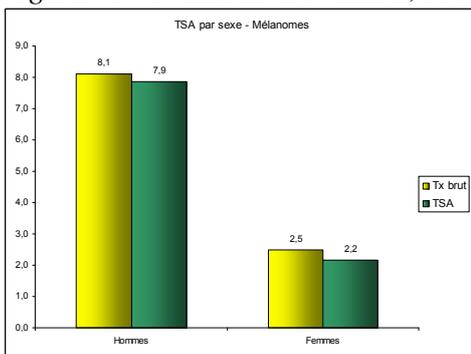
8 cas ont été traités par chirurgie (61,5%) et pour 5 autres cas il n'est pas renseigné, mais très probablement chirurgical (38,5%).

## Incidences et comparaisons internationales

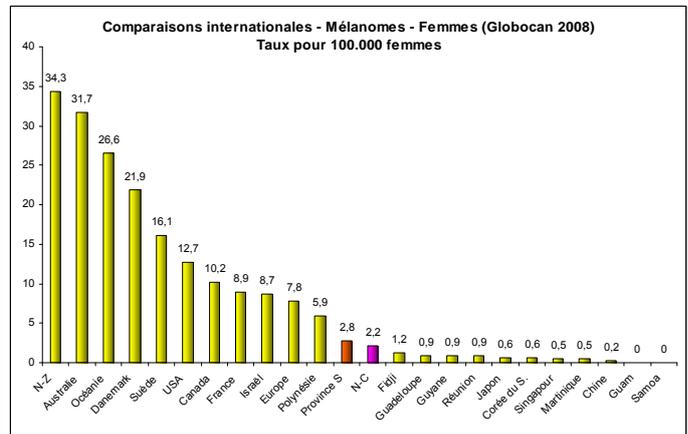
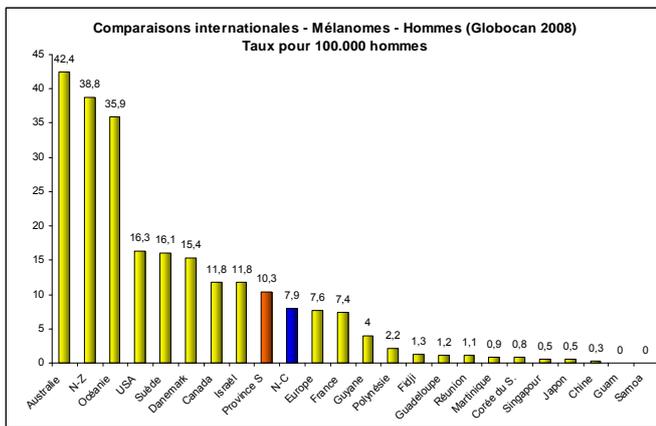
Tous les cas ont été diagnostiqués en Province Sud chez des patients européens.

Cette répartition diffère significativement de celle la population calédonienne, et de la répartition par communauté.

Figure 202 : mélanomes malins, incidences selon le sexe et la province



Figures 203 et 204 : mélanomes malins, comparaisons internationales des incidences selon le sexe



Les incidences calédoniennes, sont nettement plus basses que celles des pays voisins comme l’Australie et la Nouvelle-Zélande.

### 3-9 Tumeurs du système nerveux central



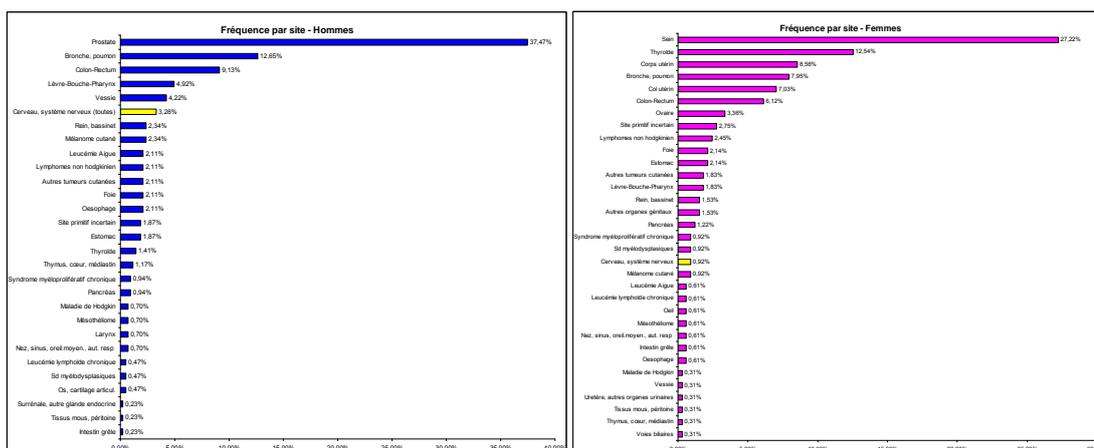
#### Généralités

17 tumeurs ont été diagnostiquées en 2008 (14 ♂ et 3 ♀), il s’agissait de 9 tumeurs invasives et de 8 tumeurs non invasives (5 à comportement bénin et 3 à comportement incertain).

Ce groupe de tumeurs est placé au 6<sup>ème</sup> rang chez les hommes et au 17<sup>ème</sup> chez les femmes. On observe un sex ratio égal 4,67 hommes pour 1 femme. Dans un cas, le patient était déjà connu au registre pour une autre tumeur primitive (6%). 18 % des patients étaient décédés au 31/05/2011 (3 cas)

Tous les nouveaux cas ont été diagnostiqués dans le secteur public.

Figures 205 et 206 : répartition des topographies selon le sexe

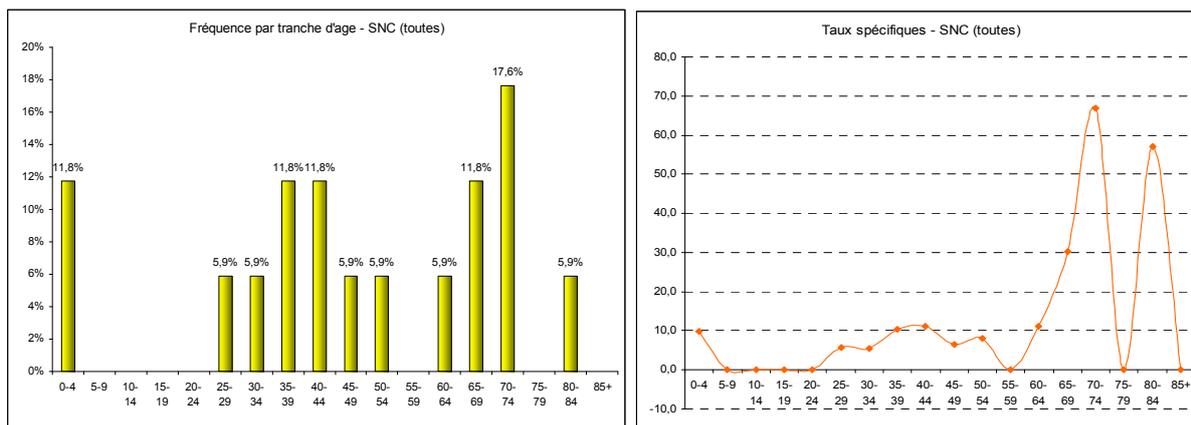


Le nombre moyen de sources d’information par dossier était égal à 2,7.

#### Age

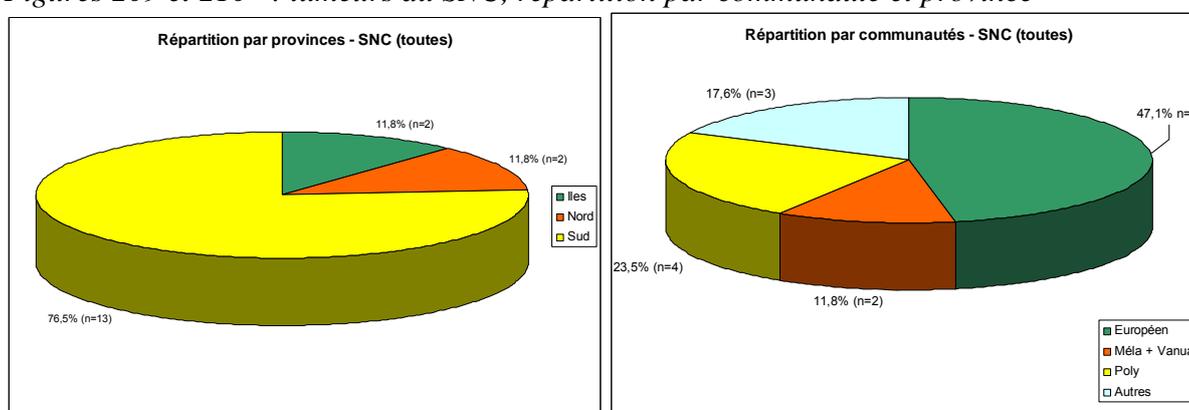
L’âge au diagnostic est très étalé et est compris entre 0 et 80 ans, ce qui représente un âge moyen égal à 47 ans (47 ans pour les ♂ et 48 ans pour ♀).

Figures 207 et 208: tumeurs du SNC: répartition par tranche d'âge et taux spécifiques d'incidence



Provinces et communautés

Figures 209 et 210 : tumeurs du SNC, répartition par communauté et province



La répartition de la population observée par province n'est pas différente de la répartition de la population calédonienne.

Il y a par contre une répartition significativement différente en ce qui concerne la communauté, avec une surreprésentation de la communauté polynésienne par rapport aux autres communautés, ainsi qu'une sous-représentation de la communauté mélanésienne.

## Histologie:

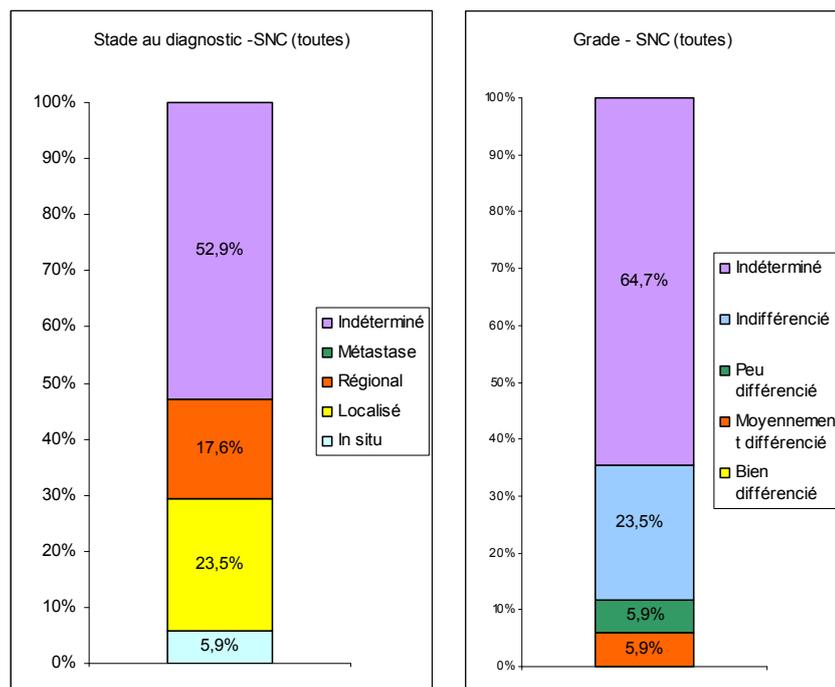
15 nouveaux cas ont eu un diagnostic histologique, dont le détail est le suivant:

- 1 tératome
- 6 Gliomes et tumeurs apparentées
- 1 tumeur neuro-épithéliale
- 7 méningiomes malins

2 patients ont eu un diagnostic basé sur l'imagerie médicale.

## Stade au diagnostic et grade

Figures 211 et 212 : tumeurs du SNC, répartition selon le grade et le stade au diagnostic



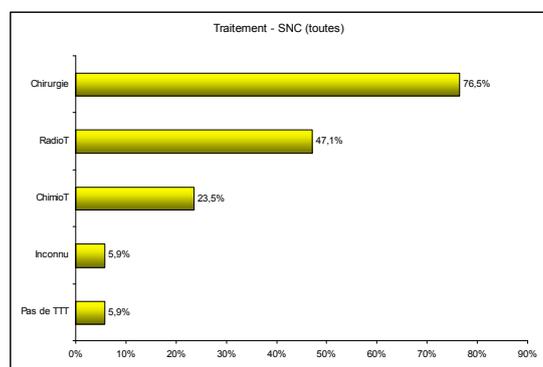
*Ces données sont toutefois difficilement interprétables en raison de l'absence d'information pour les tumeurs non invasive..*

### Traitement

Un traitement chirurgical a été réalisé pour plus de 7 patients sur 10 et une radiothérapie pour presque la moitié des patients.

Tableau 23 et figure 213 : tumeurs du SNC, répartition selon les schémas thérapeutiques

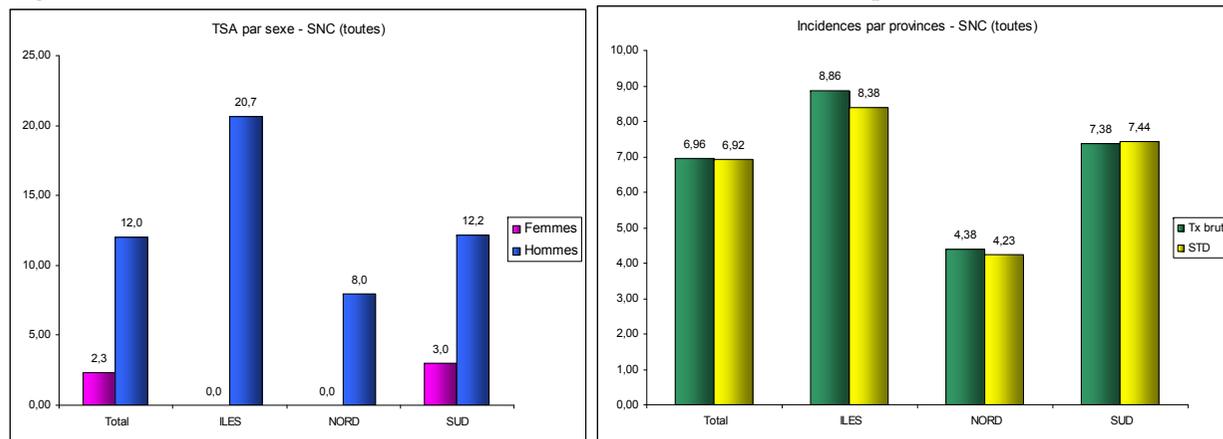
Inconnu	1
Autre traitement	1
Pas de traitement	1
Chirurgie	6
RadioT + ChimioT	1
RadioT + Chirurgie	4
RadioT + ChimioT + Chirurgie	3
<b>Total</b>	<b>17</b>



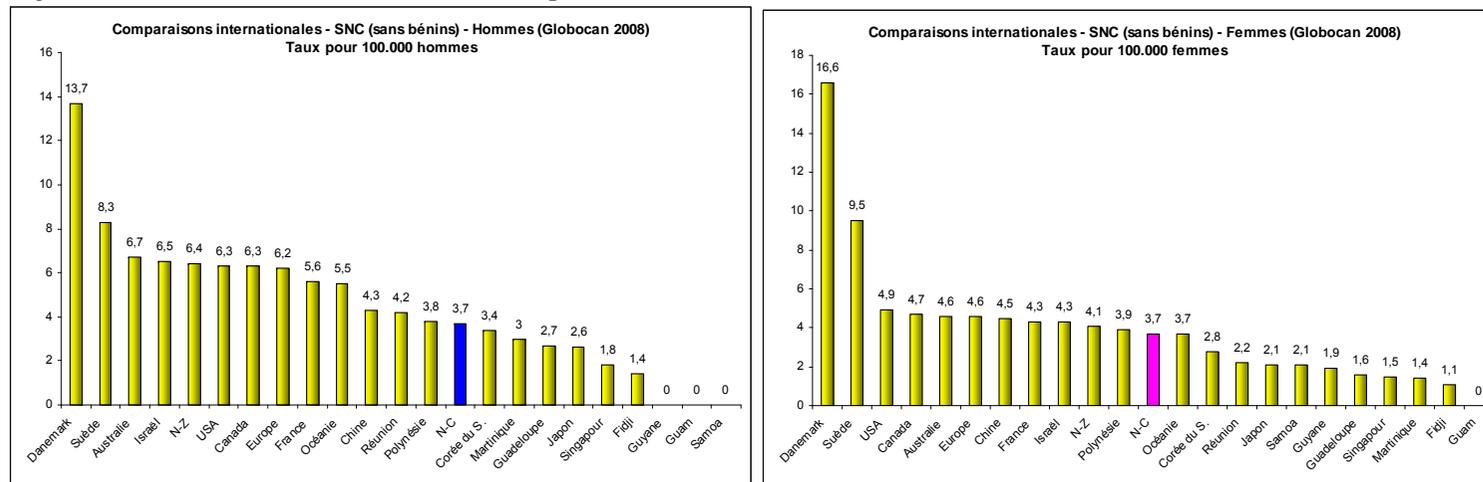
## Incidence et comparaisons internationales:

On observe une incidence plus élevée chez les hommes, quelle que soit la province et une incidence également plus élevée en province Ile.

Figures 214 et 215 : tumeurs du SNC, incidences selon le sexe et la province



Figures 216 et 217 : tumeurs du SNC, comparaisons internationales des incidences selon le sexe



En ce qui concerne les tumeurs invasives pour lesquelles on dispose de données comparatives, on observe que les incidences calédoniennes, se situent à des valeurs moyennes.

### **3-10 Autres sites**

Il s'agit des tumeurs peu fréquentes, qui font l'objet d'une description succincte dans les chapitres suivants.

#### ***3-10-1 Plèvre***

8 tumeurs invasives ont été diagnostiquées dont 5 mésothéliomes.

##### **Mésothéliomes :**

5 nouveaux cas diagnostiqués en 2008, 3 chez les hommes et 2 chez les femmes, soit un Sex ratio égal 1,5 homme pour 1 femme. Aucun de ces patients n'avait un antécédent de tumeur primitive connue au registre. **1 seul patient était décédé au 31/05/2011**

40% (2 cas) des cas ont été diagnostiqués dans le secteur privé et 60% (3 cas) dans le secteur public

*Age moyen au diagnostic* : 59 ans (de 49 à 75 ans)

*Communautés* : 3 mélanésiens et 2 européens

*Provinces* : 3 résidant en province Sud et 2 en province Nord

*Base de diagnostic* : histologique pour tous les patients

*Stade* : 2 localisés et 3 métastatiques

*Traitements* : 3 patients avec radiothérapie, 3 avec chimiothérapie et 1 cas non renseigné

**Incidence standardisée totale : 2 nouveaux cas pour 100.000 personnes-années**

##### **Autres tumeurs :**

- 1 Néoplasme
- 1 tumeur des vaisseaux sanguins
- 1 ADK

#### ***3-10-2 Cœur et médiastin***

3 nouvelles tumeurs invasives diagnostiquées en 2008, uniquement chez des hommes, sans aucun autre antécédent de cancer. Tous ces patients étaient décédés au 31/05/2011. Tous les cas ont été diagnostiqués dans le secteur public

*Age moyen* : 53 ans (compris entre 38 à 62 ans)

*Communautés* : 2 mélanésien et 1 européen

*Provinces* : 2 résidant en province Sud et un en province Nord

*Base de diagnostic* : 2 à partir de l'histologie de la tumeur primitive et 1 à partir de la métastase

*Histologie* : 2 tumeurs épithéliales

1 adénocarcinome

*Stade* : 1 patient au stade localisé, les 2 autres avec métastases

*Grade* : 1 peu différencié + 1 indifférencié + 1 inconnu

*Traitement* : 1 Radiothérapie

1 Immunothérapie

2 Chimiothérapies

1 cas inconnu

**Incidence standardisée totale : 1,2 cas pour 100.000 personnes-année**

### **3-10-3 Os, cartilage**

2 tumeurs invasives ont été diagnostiquées en 2008, uniquement chez des hommes, sans antécédent d'autre tumeur primitive et aucun patient était décédé au 31/05/2011. Tous les cas ont été diagnostiqués dans le public

*Age moyen* : 18 ans (19 et 17 ans)

*Communautés* : 1 polynésien et 1 patient issu d'une autre communauté non précisée

*Provinces* : 2 résidant en province Sud

*Base de diagnostic* : histologie de la tumeur primaire pour les 2 patients

*Histologie* : 1 Sarcome d'Ewing

1 ostéome

*Stade* : stade métastatique pour les 2 patients

*Traitement* : 1 RadioT + ChimioT + Chirurgie

1 ChimioT + Chirurgie

**Incidence standardisée totale : 0,8 cas pour 100.000 personnes-année**

#### 4) PLACE DES CANCERS DANS LA MORTALITE

Avec 327 décès en 2008, les cancers représentent la première cause de mortalité tous sexes confondus (27.9 %). Ce rang est identique dans les deux sexes, avec 28.9 % des décès par cancer chez les femmes et 27.2 % chez les hommes. En 2<sup>ème</sup> positions arrivent les maladies de l'appareil circulatoire.

Il est utile et habituel de comparer le nombre de cas incidents avec le nombre de décès survenus la même année pour un même site.

Si l'on considère que les certificats de décès étaient exacts et l'incidence et la survie constantes, le quotient D/I serait égal à (1-probabilité de survie). Ce rapport est donc une approche pour estimer la létalité.

Un rapport « mortalité/morbidité » supérieur à 1 témoigne d'un manque de cas incidents associé au mauvais pronostic de la maladie, ou d'une certification inexacte.

On retrouve ainsi des valeurs supérieures à 1 pour le cancer du poumon, le pancréas. Cette valeur pour la cancer du poumon peut s'expliquer en partie par le fait qu'en 2008, un des 4 pneumologues du secteur public a été absent et non remplacé pendant 6mois, annulant d'une part les consultations en province Nord, et entraînant une baisse de l'activité de consultation, et de diagnostic de ce cancer. Ceci semble confirmé par le fait qu'en 2009, on enregistre plus d'une centaine de nouveaux cas ( ? à confirmer).

En ce qui concerne le cancer du pancréas, le nombre observé de décès est plus élevé que le nombre de cas incidents. Ceci pourrait être du à un mauvais remplissage du certificat, une sous-déclaration, malgré le croisement des fichiers, si l'on considère que ces patients ne font pas l'objet d'examen anapat, et qu'ils sont pris en charge à proximité de chez eux ?????

Incidence et mortalité pour les principales localisations des tumeurs invasives (après modification des codes de décès suite au croisement avec le RK pour précision du diagnostic)

ANNEE 2008	Nombre de cas incidents	Nombre de décès	Rapport mortalité/incidence
------------	-------------------------	-----------------	-----------------------------

	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total
Lèvres-Bouche-Pharynx	21	6	27	12	3	15	0,57	0,50	0,56
Oesophage	9	2	11	3	1	4	0,33	0,50	0,36
Estomac	8	7	15	5	5	10	0,63	0,71	0,67
Intestin grêle	1	2	3	0	0	0	0,00	0,00	0,00
Colon-rectum-anus	39	20	59	12	7	19	0,31	0,35	0,32
Foie-voies biliaires intra-hépatiques	9	7	16	6	6	12	0,67	0,86	0,75
Vésicule biliaire et VB extra-hépatiques	0	1	1	1	1	2		1,00	2,00
Pancréas	4	4	8	7	7	14	1,75	1,75	1,75
Péritoine	0	0	0	0	0	0			
Fosses nasales, oreille moyenne, larynx	6	2	8	4	0	4	0,67	0,00	0,50
Bronches, poumon	54	26	80	65	29	94	1,20	1,12	1,18
Plèvre	3	2	5	4	2	6	1,33	1,00	1,20
Thymus, cœur, médiastin	5	1	6	1	0	1	0,20	0,00	0,17
Os cartilage	2	0	2	0	0	0	0,00		0,00
Tissu conjonctif et tissus mous	1	1	2	2	0	2	2,00	0,00	1,00
Mélanomes	10	3	13	4	1	5	0,40	0,33	0,38
Autres tumeurs cutanées	9	6	15	0	1	1	0,00	0,17	0,07
Sein		89	89		20	20		0,22	0,22
Col de l'utérus		23	23		13	13		0,57	0,57
Corps de l'utérus		28	28		1	1		0,04	0,04
Ovaires et annexes		11	11		5	5		0,45	0,45
Placenta, autres organes génitaux fem.		5	5		4	4		0,80	0,80
Prostate	160		160	25		25	0,16		0,16
Testicule	0		0	0		0			
Verge et autres organes génitaux masc.	0		0	0		0			
Vessie	18	1	19	6	3	9	0,33	3,00	0,47
Rein et org. Urinaires	10	6	16	0	2	2	0,00	0,33	0,13
Œil		2	2		0	0		0,00	0,00
Encéphale	8	1	9	8	1	9	1,00	1,00	1,00
Autre SNC	0	0	0	0	0	0			
Thyroïde	6	41	47	2	4	6	0,33	0,10	0,13
Autres glandes endocrines	1		1	2		2	2,00		2,00

Autres et mal définis	8	9	17	9	13	22	1,13	1,44	1,29
Maladie de Hodgkin	3	1	4	0	1	1	0,00	1,00	0,25
LNH	9	8	17	2	3	5	0,22	0,38	0,29
Leucémie Lymphoïde	2	2	4	1	1	2	0,50	0,50	0,50
Leucémie Myéloïde	0		0	4		4	>1		>1
Autres leucémies	9	2	11	1	0	1	0,11	0,00	0,09
Autres hémopathies	6	6	12	4	4	8	0,67	0,67	0,67
<b>Total</b>	<b>421</b>	<b>325</b>	<b>746</b>	<b>186</b>	<b>138</b>	<b>328</b>	<b>0,44</b>	<b>0,42</b>	<b>0,44</b>

## 5) TABLEAUX DETAILLES PAR SITE (CIM10)

### NOMBRE DE NOUVEAU CAS TOUS SEXES CONFONDUS

NOMBRE DE NOUVEAU CAS	Total	0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	≥ 85
Lèvre-Bouche-Pharynx	27	-	-	-	-	-	-	-	2	1	-	6	7	2	6	1	1	1	-
Oesophage	11	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1	1	2	1	2	2	1	-
Estomac	15	-	-	-	-	-	-	-	-	2	1	1	2	1	1	1	6	-	-
Intestin grêle	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	2	-	-	-	-	-	-
Colon-Rectum-Anus	59	-	-	-	-	-	-	-	-	2	3	8	10	9	8	6	7	4	2
Foie	16	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	2	1	4	2	1	2	1	2
Voies biliaires	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-
Pancréas	8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	2	1	1	1	1	1	-
Nez, sinus, oreil.moyen., aut. resp	5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	1	1	1	-	-	-
Larynx	3	-	-	-	-	-	-	-	1	3	1	12	13	10	7	6	5	2	-
Bronche, poumon	80	-	-	-	-	-	-	1	2	2	1	6	6	12	19	14	8	5	4
Thymus, cœur, médiastin	6	-	-	-	-	-	1	-	1	-	-	-	1	2	-	1	-	-	-
Mésothéliome	5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	2	-	-	1	-	1	-	-
Os, cartilage articul.	2	-	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mélanome cutané	13	-	-	-	-	-	-	-	-	1	2	2	3	2	1	-	1	1	-
Autres tumeurs cutanées	15	-	-	-	1	-	-	-	1	-	-	1	-	-	2	2	3	2	3
Tissus mous, péritoine	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	-	-
Sein	89	-	-	-	-	-	-	4	4	11	15	13	19	8	5	5	2	2	1
Col utérin	23	-	-	-	-	-	1	-	2	5	4	4	2	1	1	-	3	-	-
Corps utérin	28	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	3	1	4	2	3	1	2	-
Ovaire	11	-	-	-	-	-	1	-	2	1	2	1	1	-	1	-	2	-	-
Autres organes génitaux	5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	-	2	-	-	1	-	-
Prostate	160	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	14	15	36	30	30	20	12	2
Testicule	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Rein, bassinnet	15	1	-	1	-	-	-	-	-	-	1	1	2	2	-	3	4	-	-
Uretère, autres organes urinaires	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
Vessie	19	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	3	5	3	2	3	2
Oeil	2	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-
Cerveau, système nerveux *	17	2	-	-	-	-	1	1	2	2	1	1	-	1	2	3	-	1	-
Thyroïde	47	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	-	1	1	-	-	4	-	-
Surrénale, autre glande endocrine	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Maladie de Hodgkin	4	-	-	1	-	1	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	1	-
Lymphomes non hodgkinien	17	-	-	1	-	-	1	-	-	2	1	2	1	1	2	4	1	1	-
Sd myélodysplasiques	5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	1	1	1	-
Leucémie lymphoïde chronique	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	-	1	1	-	-	-
Syndrome myéloprolifératif chronique	7	-	-	-	-	1	-	1	-	-	-	3	1	1	-	-	-	-	-
Leucémie Aigue	11	2	-	1	1	-	-	1	-	-	-	1	-	-	2	1	2	-	-
Site primitif incertain	17	1	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1	2	2	3	1	2	4	-
<b>TOTAL</b>	<b>754</b>	<b>8</b>	<b>0</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>2</b>	<b>5</b>	<b>8</b>	<b>17</b>	<b>37</b>	<b>40</b>	<b>89</b>	<b>95</b>	<b>109</b>	<b>106</b>	<b>93</b>	<b>82</b>	<b>46</b>	<b>17</b>

\* y compris les tumeurs non invasives du SNC

## 5-1 Hommes : nombre de cas par site et groupe d'âge

	Total	0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	≥ 85	Taux bruts	TSD
Lèvre-Bouche-Pharynx	21	-	-	-	-	-	-	-	1	1	-	6	5	2	5	-	1	-	-	17,04	16,58
Oesophage	9	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1	1	2	-	2	1	1	-	7,30	7,17
Estomac	8	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	-	1	1	-	-	4	-	-	6,49	6,02
Intestin grêle	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	0,81	0,70
Colon-Rectum-Anus	39	-	-	-	-	-	-	-	-	2	1	6	8	8	2	6	4	2	-	31,65	31,09
Foie	9	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	2	-	2	2	1	-	1	-	7,30	7,54
Voies biliaires	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,00	0,00
Pancréas	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	1	1	-	3,25	3,31
Nez, sinus, oreil.moyen., aut. resp	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1	-	1	-	-	-	2,43	2,56
Larynx	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	1	-	-	-	-	2,43	2,60
Bronche, poumon	54	-	-	-	-	-	-	1	-	2	-	3	5	9	13	11	4	3	3	43,82	45,90
Thymus, cœur, médiastin	5	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1	2	-	1	-	-	-	4,06	3,94
Mésothéliome	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	-	-	-	-	1	-	-	2,43	2,34
Os, cartilage articul.	2	-	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1,62	1,62
Mélanome cutané	10	-	-	-	-	-	-	-	-	1	2	2	1	2	1	-	-	1	-	8,12	7,86
Autres tumeurs cutanées	9	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	1	1	3	2	1	7,30	7,37
Tissus mous, péritoine	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	0,81	0,93
Sein	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,00	0,00
Prostate	160	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	14	15	36	30	30	20	12	2	129,85	133,67
Testicule	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,00	0,00
Autres organes génitaux	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,00	0,00
Rein, bassinnet	10	-	-	1	-	-	-	-	-	-	1	1	2	2	-	1	2	-	-	8,12	7,88
Uretere, autres organes urinaires	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,00	0,00
Vessie	18	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	2	5	3	2	3	2	14,61	15,58
Oeil	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,00	0,00
Cerveau, système nerveux (toutes)	14	2	-	-	-	-	1	1	2	-	1	1	-	-	2	3	-	1	-	11,36	12,02
Thyroïde	6	-	-	-	-	-	1	1	-	1	1	-	1	-	-	-	-	-	1	4,87	4,81
Surrénale, autre glande endocrine	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,81	1,14
Maladie de Hodgkin	3	-	-	1	-	1	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	2,43	2,28
Lymphomes non hodgkinien	9	-	-	1	-	-	-	-	-	1	1	2	1	-	1	1	1	-	-	7,30	7,12
Sd myélodysplasiques	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1	-	1,62	1,64
Leucémie lymphoïde chronique	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	1	-	-	-	-	1,62	1,71
Syndrome myéloprolifératif chronique	4	-	-	-	-	1	-	1	-	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	3,25	3,04
Leucémie Aigue	9	2	-	-	1	-	-	1	-	-	-	1	-	-	2	1	1	-	-	7,30	8,06
Site primitif incertain	8	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	1	-	1	-	2	3	-	6,49	5,93
<b>TOTAL</b>	<b>427</b>	<b>5</b>	<b>0</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>12</b>	<b>11</b>	<b>45</b>	<b>44</b>	<b>71</b>	<b>68</b>	<b>65</b>	<b>47</b>	<b>31</b>	<b>9</b>	<b>346,53</b>	<b>352,41</b>

## 5-2 Femmes : nombre de cas par site et groupe d'âge

	Total	0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	≥ 85	Taux brute	TSD
Lèvre-Bouche-Pharynx	6	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	2	-	1	1	-	1	-	4,95	4,41
Oesophage	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1	-	-	1,65	1,49
Estomac	7	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1	1	-	1	1	2	-	-	5,78	5,22
Intestin grêle	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1	-	-	-	-	-	-	1,65	1,57
Colon-Rectum	20	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	2	2	1	6	-	3	2	2	16,50	15,05
Foie	7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	2	-	-	2	-	2	5,78	5,07
Voies biliaires	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	0,83	0,96
Pancréas	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	2	1	-	-	-	-	-	3,30	3,34
Nez, sinus, oreil.moyen., aut. resp	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	1	-	-	-	-	1,65	1,72
Larynx	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,00	0,00
Bronche, poumon	26	-	-	-	-	-	-	-	2	-	1	3	1	3	6	3	4	2	1	21,45	20,02
Thymus, cœur, médiastin	1	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,83	0,93
Mésothéliome	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	1	-	-	-	-	1,65	1,72
Os, cartilage articul.	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,00	0,00
Mélanome cutané	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	-	-	1	-	-	2,48	2,15
Autres tumeurs cutanées	6	-	-	-	1	-	-	-	1	-	-	-	-	-	1	1	-	-	2	4,95	4,39
Tissus mous, péritoine	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	0,83	0,86
Sein	89	-	-	-	-	-	-	4	4	11	15	13	19	8	5	5	2	2	1	73,44	68,95
Col utérin	23	-	-	-	-	-	1	-	2	5	4	4	2	1	1	-	3	-	-	18,98	17,18
Corps utérin	28	-	-	-	-	-	-	-	2	3	1	3	3	7	3	3	2	1	-	23,10	22,51
Ovaire	11	-	-	-	-	-	1	-	2	1	2	1	1	-	1	-	2	-	-	9,08	8,09
Autres organes génitaux	5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	-	2	-	-	1	-	-	4,13	4,09
Rein, bassinet	5	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	2	-	-	4,13	4,11
Urètre, autres organes urinaires	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0,83	0,59
Vessie	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	0,83	0,96
Oeil	2	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1,65	1,69
Cerveau, système nerveux	3	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	-	-	1	-	-	-	-	-	2,48	2,32
Thyroïde	41	-	-	-	1	1	1	4	3	6	8	6	1	6	2	1	1	-	-	33,83	32,04
Surrénale, autre glande endocrine	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,00	0,00
Maladie de Hodgkin	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	0,83	0,48
Lymphomes non hodgkinien	8	-	-	-	-	-	1	-	-	1	-	-	-	1	1	3	-	1	-	6,60	6,52
Sd myélodysplasiques	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	1	-	-	2,48	2,39
Leucémie lymphoïde chronique	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	1	-	-	-	1,65	1,64
Syndrome myéloprolifératif chronique	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	1	-	-	-	-	-	2,48	2,56
Leucémie Aigue	2	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	1,65	1,42
Site primitif incertain	9	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	2	2	1	-	1	-	7,43	7,87
<b>TOTAL</b>	<b>327</b>	<b>3</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>5</b>	<b>8</b>	<b>17</b>	<b>30</b>	<b>36</b>	<b>38</b>	<b>41</b>	<b>38</b>	<b>35</b>	<b>23</b>	<b>28</b>	<b>12</b>	<b>9</b>	<b>269,83</b>	<b>254,31</b>



**5-3 Hommes : taux d'incidence par site groupe d'âge**

SITE	Nombre	0- -4	5- -9	10- -14	15- -19	20- -24	25- -29	30- -34	35- -39	40- -44	45- -49	50- -54	55- -59	60- -64	65- -69	70- -74	75- -79	80- -84	85+
Lèvre-Bouche-Pharynx	21	0	0	0	0	0	0	0	10,34	11,22	0	95,18	87,72	42,17	152,7	0	75,24	0	0
Oesophage	9	0	0	0	0	0	0	0	0	11,22	0	15,86	17,54	42,17	0	92,81	75,24	142	0
Estomac	8	0	0	0	0	0	0	0	0	11,22	13,19	0	17,54	21,08	0	0	301	0	0
Intestin grêle	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	17,54	0	0	0	0	0	0
Colon-Rectum-Anus	39	0	0	0	0	0	0	0	0	22,43	13,19	95,18	140,4	168,7	61,09	278,4	301	284,1	0
Foie	9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	13,19	31,73	0	42,17	61,09	46,4	0	142	0
Voies biliaires	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Pancréas	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	30,54	46,4	75,24	142	0
Nez, sinus, oreil.moyen., aut. resp	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	15,86	0	21,08	0	46,4	0	0	0
Larynx	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	42,17	30,54	0	0	0	0
Bronches, poumon	54	0	0	0	0	0	0	10,98	0	22,43	0	47,59	87,72	189,8	397,1	510,4	301	426,1	631,6
Thymus, cœur, médiastin	5	0	0	0	0	0	0	0	10,34	0	0	0	17,54	42,17	0	46,4	0	0	0
Mésothéliome	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	13,19	15,86	0	0	0	0	75,24	0	0
Os, cartilage articul.	2	0	0	0	18,01	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Mélanome cutané	10	0	0	0	0	0	0	0	0	11,22	26,37	31,73	17,54	42,17	30,54	0	0	142	0
Autres tumeurs cutanées	9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	15,86	0	0	30,54	46,4	225,7	284,1	210,5
Tissus mous, péritoine	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	46,4	0	0	0
Sein	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Prostate	160	0	0	0	0	0	0	0	0	11,22	0	222,1	263,2	759	916,3	1392	1505	1705	421,1
Testicule	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Autres organes génitaux H	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rein, bassinet	10	0	0	8,612	0	0	0	0	0	0	13,19	15,86	35,09	42,17	0	46,4	150,5	0	0
Uretère, autres organes urinaires	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Vessie	18	0	0	0	0	0	0	0	0	0	13,19	0	0	42,17	152,7	139,2	150,5	426,1	421,1
Oeil	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Cerveau, système nerveux (toutes)	14	19,02	0	0	0	0	11,62	10,98	20,69	0	13,19	15,86	0	0	61,09	139,2	0	142	0
Thyroïde	6	0	0	0	0	0	11,62	10,98	0	11,22	13,19	0	17,54	0	0	0	0	0	210,5
Surrénale, autre glande endocrine	1	9,509	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Maladie de Hodgkin	3	0	0	8,612	0	9,993	0	0	0	0	0	0	17,54	0	0	0	0	0	0
Lymphomes non hodgkinien	9	0	0	8,612	0	0	0	0	0	11,22	13,19	31,73	17,54	0	30,54	46,4	75,24	0	0
Sd myélodysplasiques	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	46,4	0	142	0
Leucémie lymphoïde chronique	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	15,86	0	0	30,54	0	0	0	0
Syndrome myéloprolifératif chronique	4	0	0	0	0	9,993	0	10,98	0	0	0	31,73	0	0	0	0	0	0	0
Leucémie Aigue	9	19,02	0	0	9,006	0	0	10,98	0	0	0	15,86	0	0	61,09	46,4	75,24	0	0
Site primitif incertain	8	0	0	0	0	0	0	0	0	11,22	0	0	17,54	0	30,54	0	150,5	426,1	0
<b>TOTAL</b>	<b>427</b>	<b>47,55</b>	<b>0</b>	<b>25,84</b>	<b>27,02</b>	<b>19,99</b>	<b>23,24</b>	<b>54,91</b>	<b>41,38</b>	<b>134,6</b>	<b>145,1</b>	<b>713,8</b>	<b>771,9</b>	<b>1497</b>	<b>2077</b>	<b>3016</b>	<b>3536</b>	<b>4403</b>	<b>1895</b>

## 5-4 Femmes : taux d'incidence par site et groupe d'âge

SITE	Tous ages	0- -4	5- -9	10- -14	15- -19	20- -24	25- -29	30- -34	35- -39	40- -44	45- -49	50- -54	55- -59	60- -64	65- -69	70- -74	75- -79	80- -84	85- -89	90- -94	95- -99	100+
Lèvre-Bouche-Pharynx	6	0	0	0	0	0	0	0	10,19	0	0	0	38,99	0	29,98	42,92	0	95,33				
Oesophage	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	29,98	0	59,28	0				
Estomac	7	0	0	0	0	0	0	0	0	11,32	0	16,4	19,49	0	29,98	42,92	118,55	0				
Intestin grêle	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	13,13	0	19,49	0	0	0	0	0				
Colon-Rectum-Anus	20	0	0	0	0	0	0	0	0	0	26,27	32,8	38,99	24,02	179,86	0	177,83	190,66	230,11			
Foie	7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	19,49	48,04	0	0	118,55	0	230,11			
Voies biliaires	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	24,02	0	0	0	0				
Pancréas	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	16,4	38,99	24,02	0	0	0	0				
Nez, sinus, oreil.moyen., aut. resp	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	16,4	0	0	29,98	0	0	0				
Larynx	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0				
Bronche, poumon	26	0	0	0	0	0	0	0	20,39	0	13,13	49,2	19,49	72,06	179,86	128,76	237,11	190,66	118,55			
Thymus, cœur, médiastin	1	0	0	0	0	0	11,62	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0				
Mésothéliome	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	16,4	0	0	29,98	0	0	0				
Os, cartilage articul.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0				
Mélanome cutané	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	38,99	0	0	0	59,28	0				
Autres tumeurs cutanées	6	0	0	0	9,34	0	0	0	10,19	0	0	0	0	0	29,98	42,92	0	0	230,11			
Tissus mous, péritoine,	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	42,92	0	0				
Sein	89	0	0	0	0	0	0	42,17	40,77	124,53	197,01	213,2	370,4	192,2	149,88	214,59	118,55	190,66	118,55			
Col utérin	23	0	0	0	0	0	11,62	0	20,39	56,61	52,53	65,61	38,99	24,02	29,98	0	177,83	0				
Corps utérin	28	0	0	0	0	0	0	0	20,39	33,96	13,13	49,2	58,48	168,1	89,93	128,76	118,55	95,329				
Ovaire	11	0	0	0	0	0	11,62	0	20,39	11,32	26,27	16,4	19,49	0	29,98	0	118,55	0				
Autres organes génitaux F	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	26,27	0	0	48,04	0	0	59,28	0				
Rein, bassinet	5	10,09	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	85,837	118,55	0				
Uretère, autres organes urinaires	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0				118,55
Vessie	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	24,02	0	0	0	0				
Oeil	2	10,09	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	95,33				
Cerveau, système nerveux	3	0	0	0	0	0	0	0	0	22,64	0	0	0	24,02	0	0	0	0				
Thyroïde	41	0	0	0	9,34	10,12	11,62	42,17	30,58	67,93	105,07	98,41	19,49	144,1	59,95	42,918	59,28	0				
Surrénale, autre glande endocrine	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0				
Maladie de Hodgkin	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	95,33				
Lymphomes non hodgkinien	8	0	0	0	0	0	11,62	0	0	11,32	0	0	0	24,02	29,98	128,76	0	95,33				
Sd myélodysplasiques	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	59,95	0	59,28	0				
Leucémie lymphoïde chronique	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	19,49	0	0	42,92	0	0				
Syndrome myéloprolifératif chronique	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	16,4	19,49	24,02	0	0	0	0				
Leucémie Aigue	2	0	0	9,25	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	59,28	0				
Site primitif incertain	9	10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	16,4	19,49	48,04	59,95	42,918	0	95,33				
	<b>327</b>	<b>30,28</b>	<b>0</b>	<b>9,25</b>	<b>18,68</b>	<b>10,12</b>	<b>58,08</b>	<b>84,33</b>	<b>173,3</b>	<b>339,64</b>	<b>472,81</b>	<b>623,3</b>	<b>799,2</b>	<b>912,8</b>	<b>1049,16</b>	<b>987,12</b>	<b>1659,75</b>	<b>1143,95</b>	<b>106,11</b>			



## **6) ANNEXES**

### **Abréviations employées :**

Francim

IARC

ENCR

CIM

GLOBOCAN

### **Populations de référence**

Nouvelle-Calédonie : ISEE 2008

Population mondiale : Waterhouse (IARC)

### **Documents de références**

Cours TSEEC

Guides ENCR-INVS

CIM-O-3

### **Données comparatives**

Base de données de l'IARC Globocan 2008