

DASS-NC

SERVICE DES ACTIONS SANITAIRES

**REGISTRE DU CANCER
DE NOUVELLE-CALEDONIE**

**RAPPORT 2012
DESCRIPTION DES NOUVEAUX CAS DE
CANCERS DIAGNOSTIQUES EN 2009**

Sylvie Laumond, médecin épidémiologiste

Elodie Magnat, épidémiologiste

Erika Hartmann, biostatisticienne

Delphine Tranap, stagiaire

1) GENERALITES.....	4
1-1 Introduction.....	4
1-2- Rappel historique.....	4
1-3 Fonctionnement actuel du registre.....	5
1-4 Critères d'enregistrement.....	5
1-5 Sources d'informations.....	5
1-6 Evaluation de l'exhaustivité et de la qualité des données.....	6
2) DESCRIPTION GENERALE DES CAS INCIDENTS DE 2009.....	11
2-1Caractéristiques 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 :.....	14
2-2 Etude selon la topographie.....	16
2-2-1 Répartition selon la topographie.....	16
2-2-2 Incidence selon la topographie et le sexe.....	18
2-2-3-Etude de la topographie selon la communauté et le sexe.....	20
2-2-4 Incidence par topographie selon le sexe et la province.....	22
2-3 Stade d'extension au moment du diagnostic.....	24
2-4 Comparaisons internationales (Globocan 2008-IARC).....	26
3) ETUDE DES PRINCIPALES TOPOGRAPHIES.....	30
3-1 Sein et appareil génital féminin.....	30
3-1-1 Seins.....	30
3-1-2 Corps de l'utérus (endomètre).....	34
3-1-3 Col de l'utérus.....	37
3-1-4 Autres organes génitaux et ovaires.....	40
3-2 Cancers de la prostate.....	43
3-3 Rein, vessie et voies urinaires.....	46
3-3-1 Rein.....	46
3-3-2Vessie et voies urinaires.....	50
3-4 Appareil respiratoire.....	53
3-4-1 Bronches et poumon.....	53
3-4-2 Lèvres, bouche et pharynx (LBP).....	57
3-5 Thyroïde.....	62
3-6 Appareil digestif.....	66
3-6-1 Colon Rectum Anus.....	66
3-6-2 Oesophage.....	69
3-6-4 Estomac.....	73
3-6-5 Foie et voies biliaires.....	76
3-6-6 Pancréas.....	81
3-7 Hémopathies malignes.....	84
3-8 Cancers de la peau : mélanomes malins.....	89
3-9 Tumeurs du système nerveux central.....	91
3-10 Autres sites.....	91
3-10-1 Plèvre.....	91
3-10-2 Cœur et médiastin.....	92
3-10-3 Os, cartilage.....	92
4) PLACE DES CANCERS DANS LA MORTALITE.....	93
5) TABLEAUX DETAILLES PAR SITE (CIM10).....	96
5-1 Hommes : nombre de cas par site et groupe d'âge.....	97
5-2 Femmes : nombre de cas par site et groupe d'âge.....	98
5-3 Hommes : taux d'incidence par site groupe d'âge (2009).....	99
5-4 Femmes : taux d'incidence par site et groupe d'âge (2009).....	100
6 EVOLUTION.....	101

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, récives, ..), 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. En 1994, le cancer est inclus par délibération dans la liste des maladies à déclaration obligatoire et en 1998, la gestion du registre a été confiée à l'IPNC au travers de la convention de délégation de gestion entre la Nouvelle-Calédonie et l'IPNC qui prévoyait également la constitution du comité du registre. Comité présidé par le médecin inspecteur de la DASS et dont les missions sont de valider le rapport d'activité annuel, de définir les objectifs pour l'année, de relire et de valider tout document publié par le registre, de soutenir le registre dans son fonctionnement et de déterminer les priorités en matière de recherche.

La convention de délégation de gestion du registre à l'IPNC a été dénoncée par la Nouvelle-Calédonie en 2010 et le transfert du registre au service des actions sanitaires de la DASS a été finalisé le 1^{er} janvier 2011 avec constitution de l'équipe du registre 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 d'un médecin épidémiologiste à mi-temps assurant la gestion scientifique, une épidémiologiste et une biostatisticienne à temps-plein.

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

1-4 Critères d'enregistrement

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

Plus précisément, le registre des cancers de Nouvelle-Calédonie, comme recommandé par le réseau Francim et l'INVS, 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. Les tumeurs cutanées autres que les mélanomes et les carcinomes épidermoïdes ne sont plus traitées en raison de leur intérêt limité du fait de l'absence d'exhaustivité certaine. A noter que sont traitées à part toutes les tumeurs in situ et non invasives du système nerveux. Ne figurent dans l'incidence que les tumeurs invasives.

Le registre inclut des données écrites les plus exhaustives possibles (âge, sexe, lieu de vie, siège de la tumeur diagnostiquée, date du diagnostic et stade 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 EVASANS, les fiches de MDO, PMSI des

centres hospitaliers de NC et de métropole, causes médicales de décès, RCP (réunions de concertation pluridisciplinaires du réseau ONCO-NC ... ;

- les sources consultées, qui permettent de vérifier l'exhaustivité et de compléter les données (dossiers médicaux, e-service de la CAFAT, ..).

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.

Sont présentées dans les chapitres suivants, les résultats de l'analyse des données du fichier arrêté au 31 juillet 2012, concernant les 836 nouveaux cas de tumeurs invasives diagnostiquées en 2009. Les 8 tumeurs non invasives du SNC sont traitées séparément. 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 à partir de 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 (15/07/2011)	599	47 (avec SMD)	4	57	66
2007 (31/07/2012)	673	58 (avec SMD)	4	63	28 baso-cellulaires + 22 épidermoïdes après élimination des doublons
2008 (15/07/2011)	698	48 (avec SMD)	8	68	24 baso-cellulaires et 15 épidermoïdes
2008 (31/07/2012)	747	52 (avec SMD)	9	64	18 baso-cellulaires et 15 épidermoïdes
2009 (31/07/2012)	767	69 (avec SMD)	8	101	44 épidermoïdes

Suite à la mise en place des premiers croisements avec les données des différents partenaires (CAFAT, CHT, réseau ONCO-NC, laboratoires, ..), le nombre de tumeurs solides invasives avait déjà augmenté de 16.5% entre 2007 et 2008 (fichiers au 15/07/11). La poursuite de ces croisements a permis au fur et à mesure d'enrichir la base de données, ce qui explique l'augmentation du nombre de nouvelles tumeurs enregistrées pour les années antérieures à 2009 entre juillet 2011 et juillet 2012.

Résultats sur l'exhaustivité et nombre annuel moyen de sources par cas pour les 2 dernières années validées.

Le nombre total de sources a été recueilli à partir de 2008 et le détail du type de sources à partir de l'année d'incidence 2009.

Pour l'année 2008 (31/07/12), on enregistre en moyenne un peu plus de 4 sources d'informations (N=4.2) (signalement et consultées) différentes par tumeur.

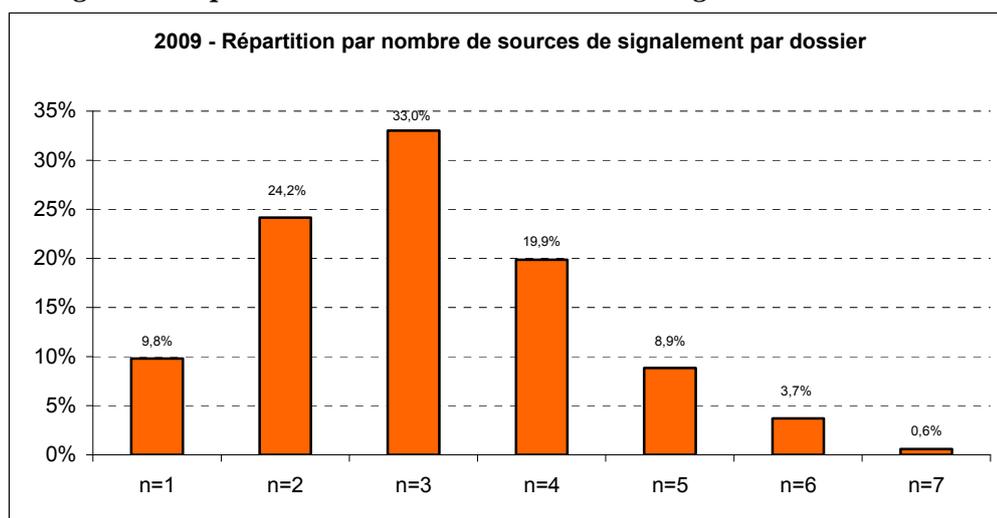
En 2009, on obtient en moyenne 5.1 sources par dossier (valeur plus élevée qu'en 2008) avec, la distinction entre types de sources ayant pu être effectuée, en moyenne 3.1 sources de signalement indépendantes par tumeur. Ces valeurs varient selon les topographies, comme le montre le tableau suivant :

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

2009	Nb de cas	Nb moyen de sources consultées	Nb moyen de sources de signalement	% d'historie
Lèvre – Bouche – Pharynx	19	3,4	2,2	100%
Œsophage	5	4,4	2,2	100%
Estomac	21	4,4	2	95%
Intestin	3	3,7	2,3	100%
Colon-Rectum	63	4	2	95%
Foie – Voies biliaires	34	3,9	2	24%
Pancréas	20	3,9	2	60%
Nez – Sinus – Oreille moyenne	6	3,5	2	100%
Bronche – Poumon	107	3,5	2,2	98%
Mediastin – Cœur – Thymus	2	4	2,5	100%
Mésothéliome	4	3	2	100%
Os – Cartilage	0	-	-	-
Mélanomes cutanés	25	2,6	1,1	100%
Autres tumeurs cutanés	44	1,4	1,5	100%
Tissus mous	1	2	2	100%
Sein	116	3,4	2,2	100%
Col utérin	18	3,7	2	100%
Endomètre	26	3,8	2,1	96%
Ovaire	8	5,1	2	100%
Autres Org.Gén Féminins	5	3,8	2	100%
Prostate	135	2,5	2	99%
Testicule	2	4	2	100%
Autres Org.Gen.Masculins	0	-	-	-
Rein	17	2,6	2,2	94%
Vessie	15	2,7	2	100%
Autres Org.Urinaires	0	-	-	-
Œil	3	2,7	2,7	100%
Cerveau, SNC	6	2,3	2	100%
Thyroïde	51	2,6	2	100%
Surrénale, glandes endocrines	0	-	-	-
Hémopathies malignes	53	2,1	2,3	-
Syndromes myélodysplasiques et myéloprolifératifs	16	1,8	2,1	-
Primitif Inconnu	11	3,2	2,3	55%
Total	836	3,1	2,1	89%

En 2009, 9.8 % des nouveaux cas ont été signalés par une seule et unique source.

Figure 1 : répartition du nombre de sources de signalement



Le nombre de sources de signalement varie légèrement selon la classe d'âge, avec une valeur moyenne plus basse chez les moins de 15 ans.

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

Ainsi, comme observé dans le tableau ci-dessous, un peu plus de 5 % des tumeurs ont été diagnostiquées sans examen anatomo-cytopathologique ou cytologique, en 2008 comme en 2009.

Tableau 3 : répartition par base de diagnostic

Année de diagnostic	2008	2009
Base de diagnostic		
Clinique seule	1 (0.1%)	0
Radio, endoscopie...	39 (4.9%)	25 (3%)
Test biochimique spécifiques	4 (0.5%)	19 (2,3%)
Cytologie ou hématologie	31 (3.9%)	45 (5,4%)
Histologie de la tumeur primitive	696 (87.1%)	721 (86,2%)
Histologie de la métastase	28 (3.5%)	26 (3,1%)
Inconnu	0	0
Total	799	836

En 2009, 5.3 % des cas enregistrés ont été diagnostiqués suite à un examen ou des investigations cliniques. Il s'agit essentiellement des tumeurs du foie et des voies biliaires, du pancréas, mais aussi des tumeurs dont le site primaire est incertain, et qui en raison du contexte clinique et évolutif ont été considérées et traitées 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 confirment bien que le croisement des fichiers et la recherche active des cas ont permis également d'enregistrer des nouveaux patients qui n'étaient pas uniquement issus du signalement des médecins pathologistes.

Au total, ces premiers éléments montrent que le croisement des principales bases de données initié à partir de l'année d'incidence 2008 permet d'améliorer nettement l'exhaustivité des données, avec un rattrapage progressif de l'enregistrement des tumeurs antérieures à 2008. Le croisement avec les données des longues maladies de la Cafat, initié fin 2011 a permis ainsi de rattraper entre le 15/07/2011 et le 31/07/2012, pour l'année d'incidence 2007 : 74 tumeurs solides invasives, 11 hémopathies malignes et pour 2008 : 49 tumeurs solides invasives, 4 hémopathies et 1 tumeur non maligne du SNC.

Ainsi, l'augmentation du nombre de cas incidents pour les années 2007 et 2008, ne peut être rattachée à un facteur médecin mais essentiellement à la recherche active des cas au moyen des croisements de fichiers. L'évolution entre 2008 et 2009 (4.6 %, soit 37 tumeurs pour les fichiers au 31/07/12) du nombre de cancers est peu importante et témoigne de l'efficacité des procédures de croisement, notamment celle avec les longues maladies mise en place en fin d'année 2011.

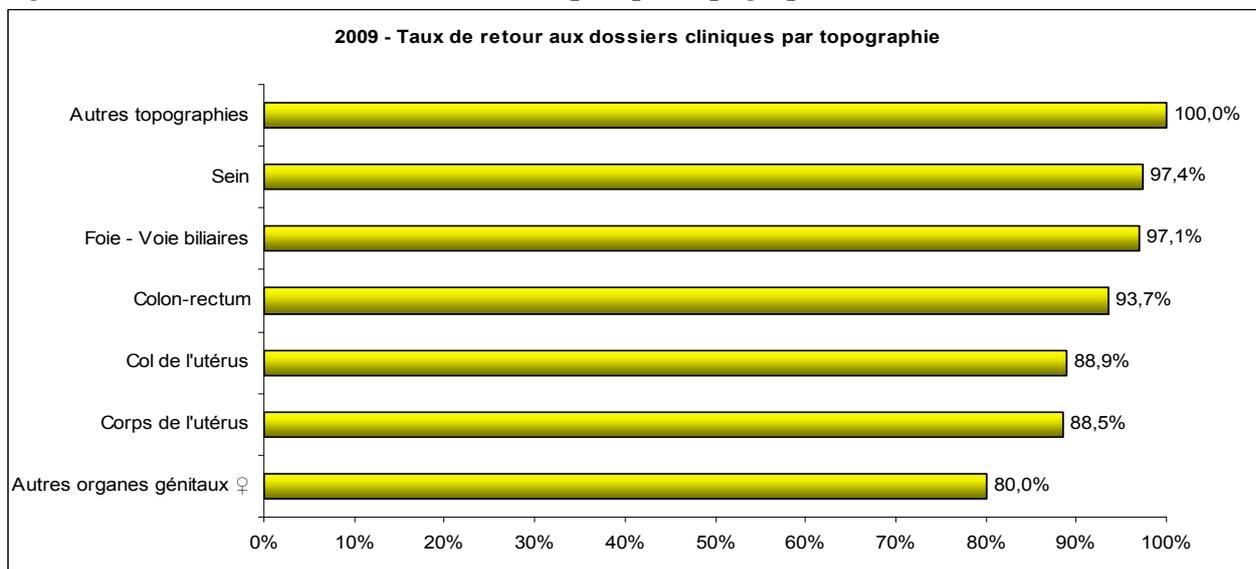
Qualité des données

Pour les nouveaux cas de 2009, 91 % ont déjà fait l'objet d'un retour au dossier clinique toutes topographies confondues en date du 31/07/2012. Lorsque l'on écarte les 69 cancers de la peau (mélanomes et cancers épidermoïdes) pour lesquels les dossiers ne sont pas tous consultés, cette proportion passe à 98.2 % (753/767).

Pour les 14 patients, hors tumeurs cutanées, dont le dossier clinique n'a pu être consulté, il s'agissait le plus souvent d'un dossier non retrouvé (4 colon-rectum, 3 Corps de l'utérus, 3 Seins, 2 Col de l'utérus, 1 organe génital féminin, 1 Foie-Voies biliaires).

Le taux de retour au dossier clinique varie également selon la topographie, entre 80 % (tumeurs des organes génitaux féminins) et 100% pour les autres topographies comme le montre la figure suivante :

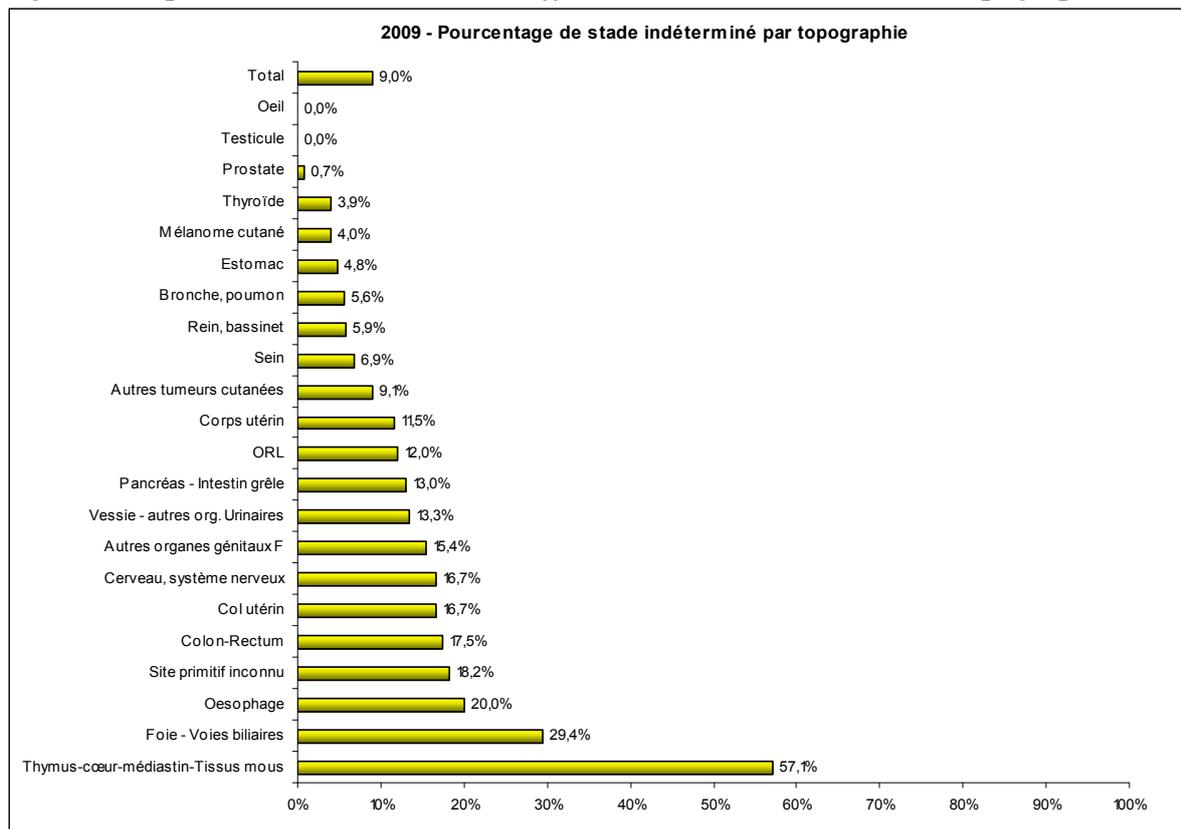
Figure 2 : taux de retour aux dossiers cliniques par topographie(2009)



Le retour au dossier clinique a permis également à partir des résultats du bilan d'extension consignés dans les dossiers de définir de manière standardisée le stade d'extension du cancer (localisé, envahissement régional ou ganglionnaire, métastatique).

Après consultation des dossiers, celui-ci n'a toutefois pas pu être déterminé dans 8.9 % des cas parmi les 767 cas concernés (tumeurs solides invasives). Cette proportion est plus élevée, pour les tumeurs du médiastin et des tissus mous (57 %, N=4), du foie/voies biliaires (29.4%, N=10)

Figure 3 : 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 bien renseignée (45.9 %) car cette information figure moins souvent dans le dossier du patient.

Le type de prise en charge (y compris l'abstention thérapeutique) ou les traitements ont pu être renseignés dans 88.4 % des cas.

La qualité des données a aussi été améliorée par :

- l'utilisation des guides et outils recommandés par FRANCIM, l'ENCR et l'OMS (ICDO3) ;
- les procédures, mises en place en 2010, de contrôle systématique de la saisie, du codage de toutes les fiches par le médecin responsable scientifique du registre pour les cas incidents à partir de 2008. Le médecin se charge de recoder à l'aveugle les principales variables et de vérifier que les critères d'inclusion et les dates d'enregistrement sont conformes aux recommandations.

Les cas pour lesquels une discordance a été observée sont revus en équipe, avec pour appui les guides et les cours du TSECC, et en cas de difficulté de codage, il est fait appel soit au forum de discussion Francim, soit à des spécialistes pour trancher ;

- la prise en compte de toutes les nouvelles variables qui permettent de mieux décrire la tumeur, son stade au diagnostic, les traitements.

2) DESCRIPTION GENERALE DES CAS INCIDENTS DE 2009

836 tumeurs invasives répondaient aux critères d'enregistrement et ont été incluses pour l'analyse 2009 (462 chez les hommes et 374 chez les femmes), soit :

- Tumeurs solides invasives : 767 (91.8%)
- Hémopathies malignes : 69 (8.2%)

Ont été également enregistrées, mais non prises en compte dans l'analyse qui suit :

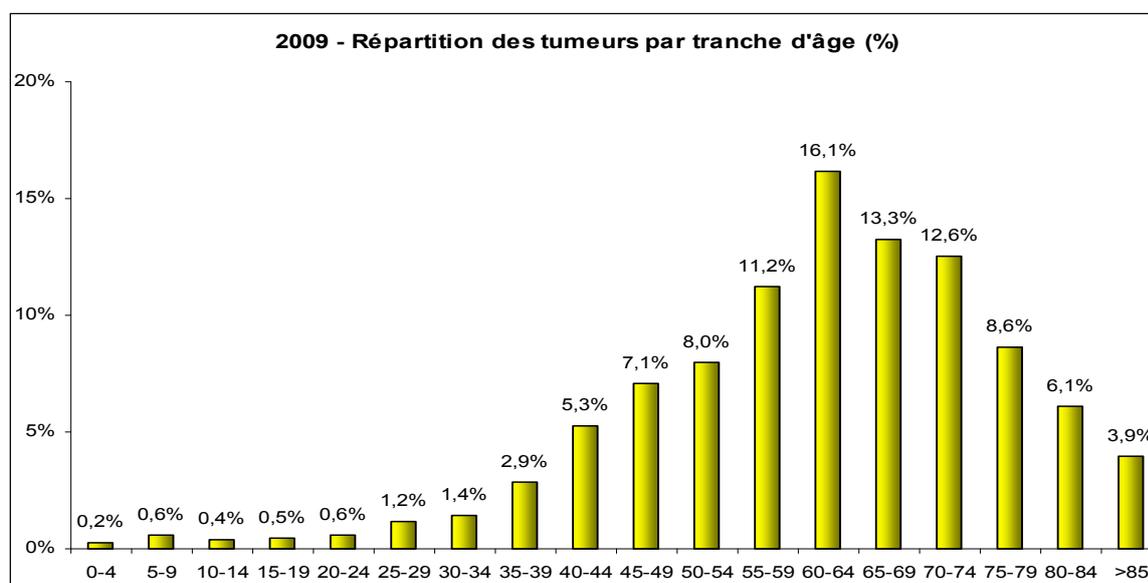
- 8 tumeurs bénignes du SNC
- 100 : tumeurs in situ également été enregistrées (Colon-rectum : 3 ; Voies biliaires : 2 ; Peau : 1 ; Mélanomes : 12 ; Sein : 8 ; Col de l'utérus : 68 ; Vessie : 6)

2-1 Caractéristiques sociodémographiques

2-1-1 Etude selon l'âge et le sexe

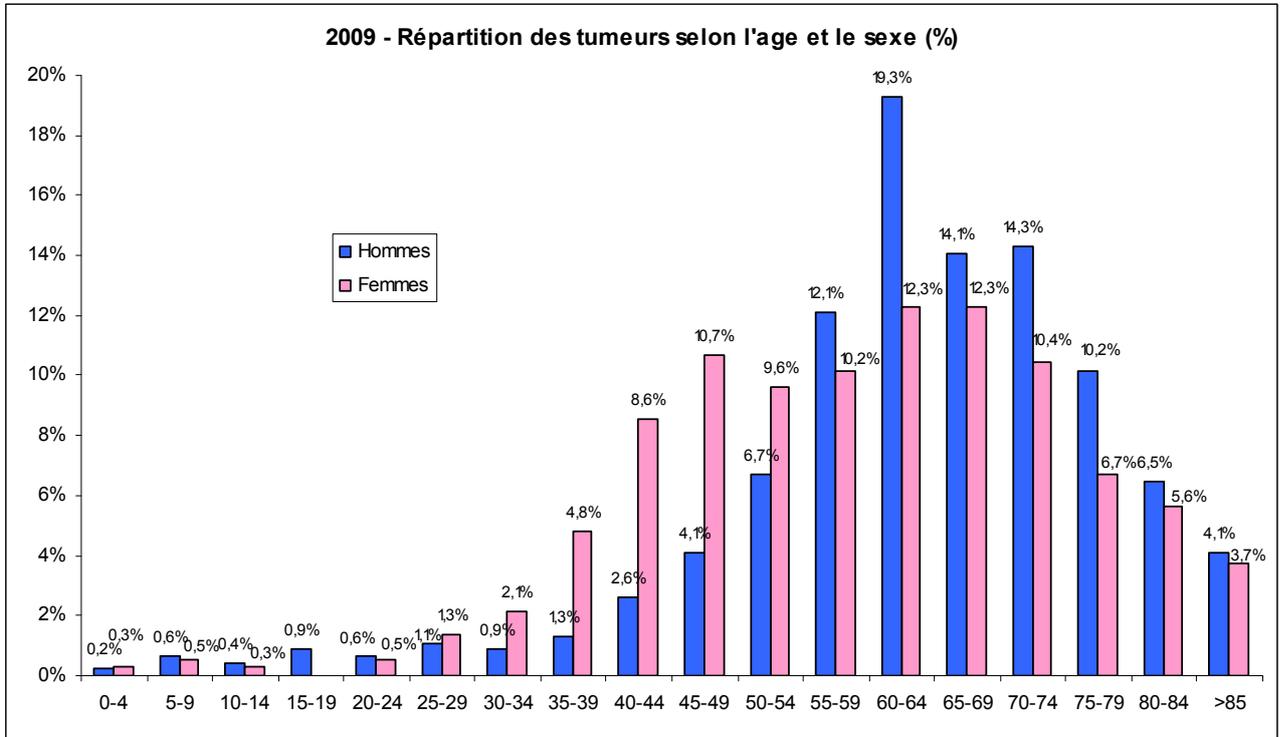
Le diagnostic de cancer est influencé par le sexe, avec une représentation plus importante des hommes par rapport à la population générale (sex-ratio égal à 1.2 hommes pour une femme, contre 1.03 dans la population générale, recensement 2009), un âge moyen égal à 61 ans avec 69.9 % des patients qui sont âgés de 50 à 79 ans contre 19.5 % dans la population générale.

Figure 4 : répartition des tumeurs par tranche d'âge



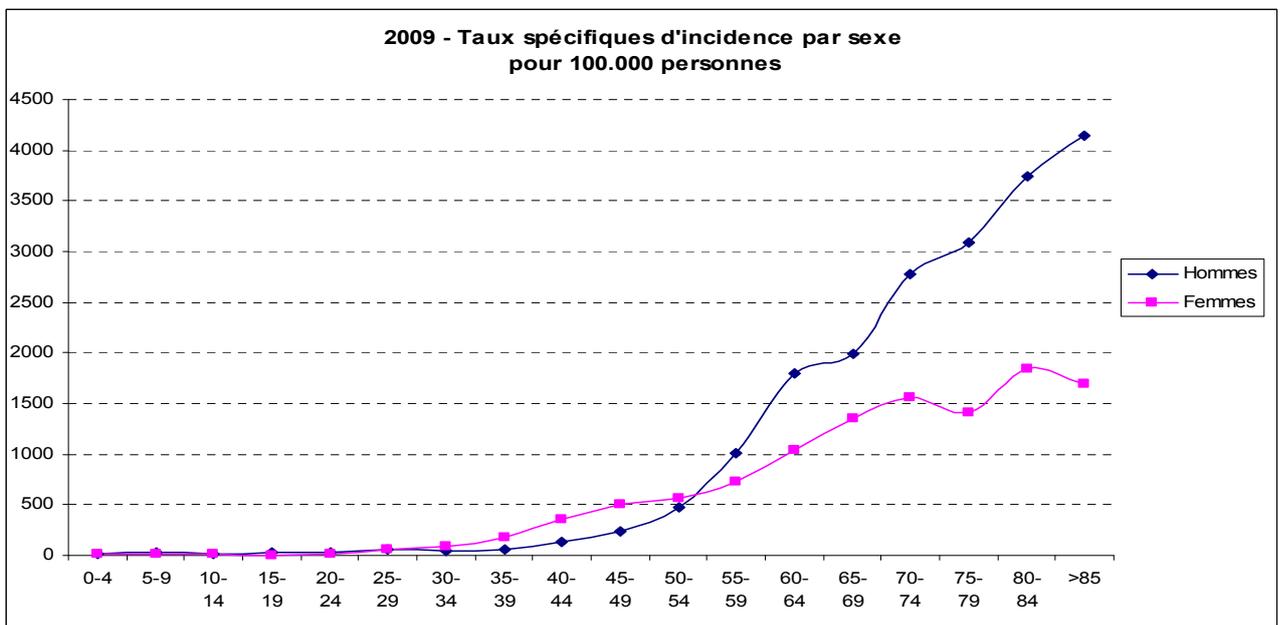
Cette répartition varie selon le sexe, avec un diagnostic plus précoce chez les femmes (59 ans contre 63 ans). On observe un premier pic entre 45-49 ans chez les femmes et 60-64 ans chez les hommes, comme l'illustre la figure suivante :

Figure 5 : répartition des tumeurs par tranche d'âge et 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 sur-incidence des cancers chez les hommes à partir de 55 ans.

Figure 6 : taux d'incidence spécifique par tranche d'âge et sexe



2-1-2 Etude selon la province de résidence

Lorsque l'on compare la répartition par province de résidence des cas enregistrés en 2009 avec la population de référence, on observe une différence significative entre ces deux populations ($p < 0.01$), avec une surreprésentation des nouveaux cas résidant dans les Iles Loyauté, au dépend de ceux résidant en province Nord.

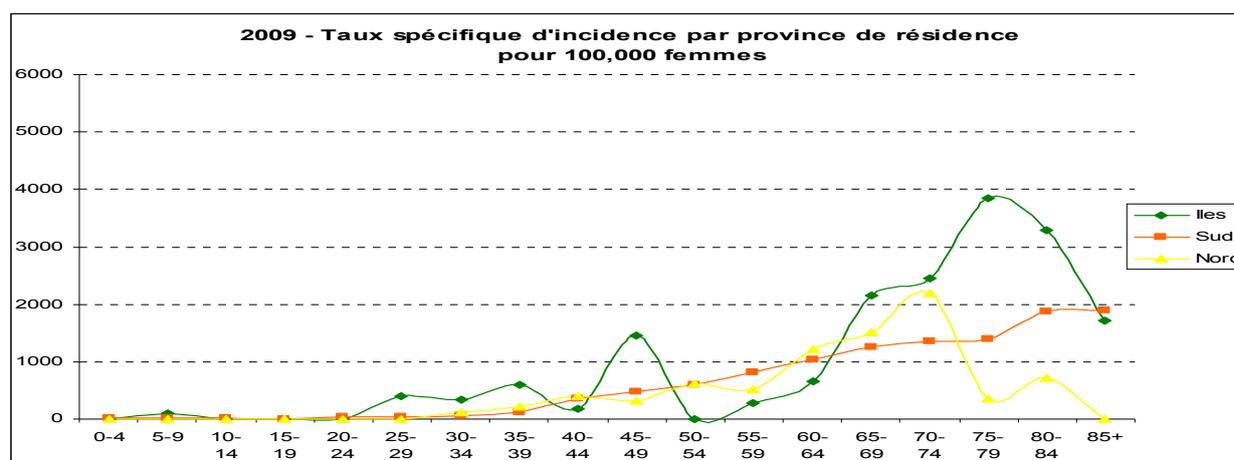
Tableau 4 : répartition de la population et des nouveaux cas par province de résidence

Province	Registre du cancer Nb de cas 2009	Fréquence	ISEE 2009
Iles	83	9,9%	7,1%
Nord	132	15,8%	18,4%
Sud	621	74,3%	74,5%
Total	836	100,0%	100,0%

On observe également un ratio hommes/femmes plus élevé en province Nord (1,49) et rapport à la province Sud (1,19) et la province des Iles Loyautés (1,18).

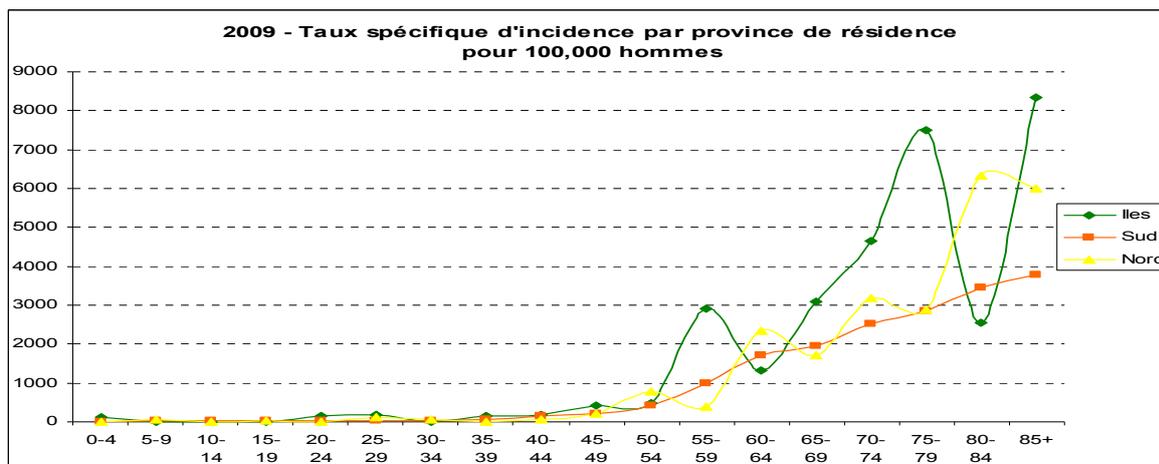
Il est toujours délicat d'interpréter des données avec des effectifs faibles. Toutefois, le nombre de nouveaux cas rapportés à la population concernée, donne, chez les femmes, des taux spécifiques par tranche d'âge nettement plus élevés entre 45 et 49 ans et à partir de 65 ans dans les Iles Loyauté par rapport aux autres provinces. On observe également un pic en province Nord dans la tranche d'âge 60-74 ans.

Figure 7 : taux spécifique d'incidence par tranche d'âge chez les femmes



Chez les hommes, on observe également un premier pic entre 55 et 59 ans, et un deuxième 75 et 79 ans dans les Iles Loyauté avec une distribution de l'incidence relativement accidentée par rapport à celle de la province Sud, en raison de la taille des effectifs par tranche d'âge.

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

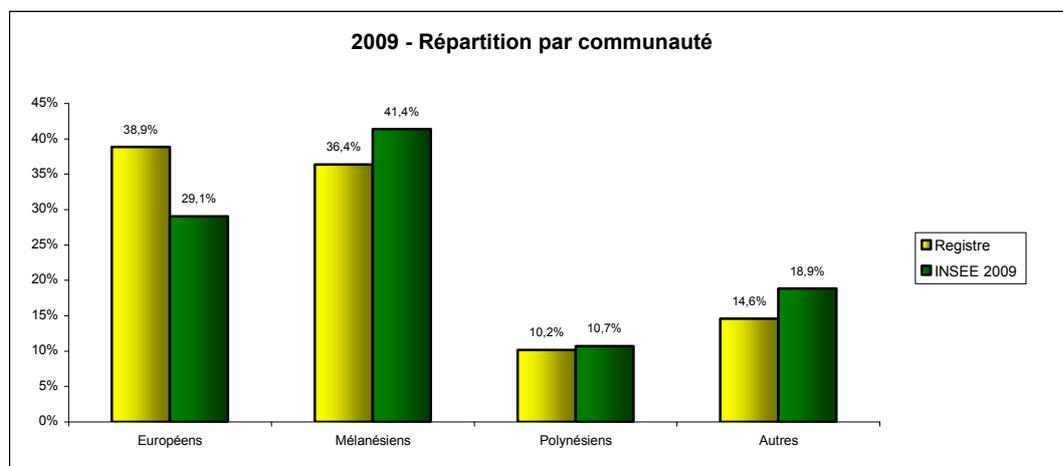


2-1-3 Etude selon la communauté :

La communauté est déterminée à partir des informations mentionnées dans le dossier médical, ou complétées sur la fiche du registre par le médecin. Il ne s'agit donc pas de données déclaratives renseignées par le patient lui-même ; il sera donc toujours délicat de les comparer aux données disponibles et qui sont celles du recensement 2009.

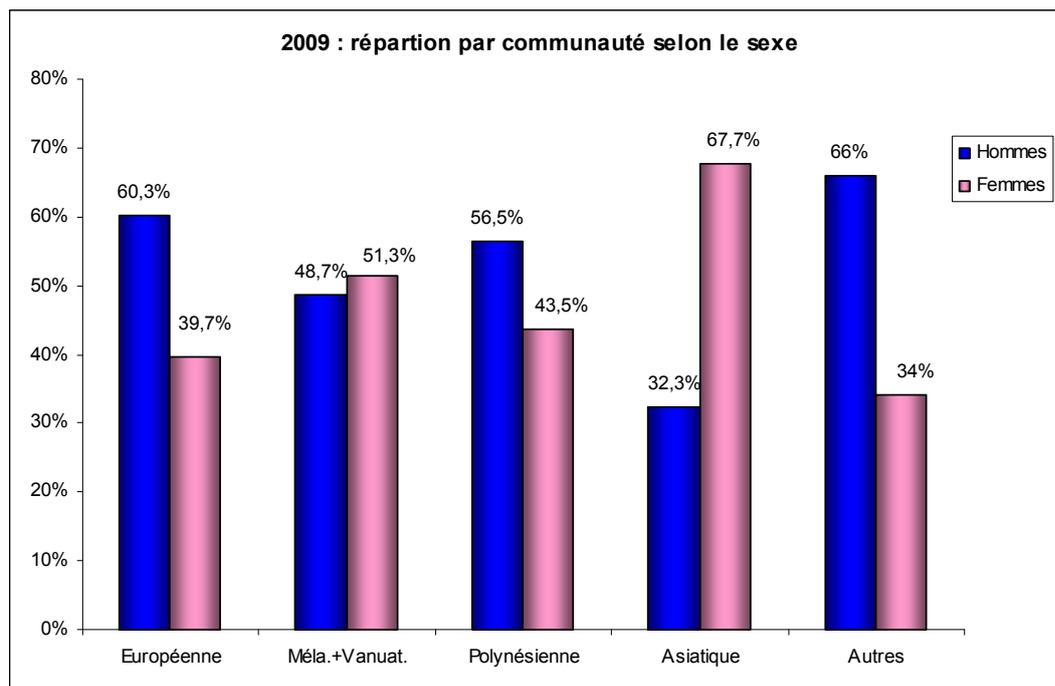
En tenant compte de ces éléments, sur la figure ci-dessous, on observe une représentation significativement plus élevée des européens parmi les nouveaux cas de cancer par rapport à la population générale.

Figure 9 : répartition des nouveaux cas par communauté



Le sex-ratio varie également selon la communauté avec plus d'hommes chez les européens (SR 1.5), les polynésiens (SR 1.3), et plus de femmes dans la communauté mélanésienne-nivanuataise (SR 0.9) et asiatiques (SR 0.5).

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



2-2 Etude selon la topographie

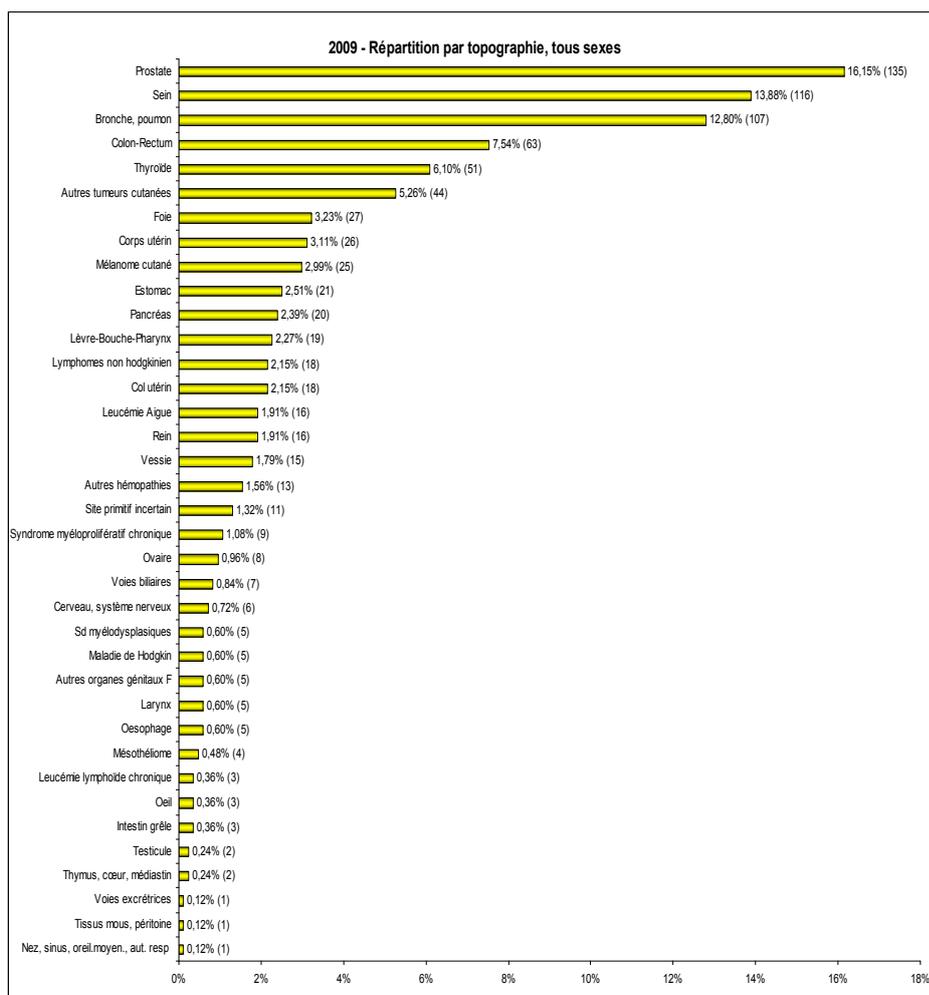
Sont prises en compte dans la suite de ce travail, l'ensemble des tumeurs invasives (solides et hémopathies malignes) et ne sont pas comprises dans l'analyse suivante les tumeurs à comportement non malin du SNC, ni les tumeurs in situ, bien qu'enregistrées.

2-2-1 Répartition selon la topographie

Tous sexes confondus, les 5 topographies suivantes représentent à elles seules plus de la moitié des sites primitifs (56,5 %) :

- la prostate : 135 cas (16,1%),
- les seins : 116 cas (13,9%),
- les bronches-poumon : 107 cas (12,8%),
- le colon-rectum : 63 cas (7,5 %),
- la thyroïde : 51 cas (6,1 %)
-

Figure 11 : répartition des nouveaux cas par topographie

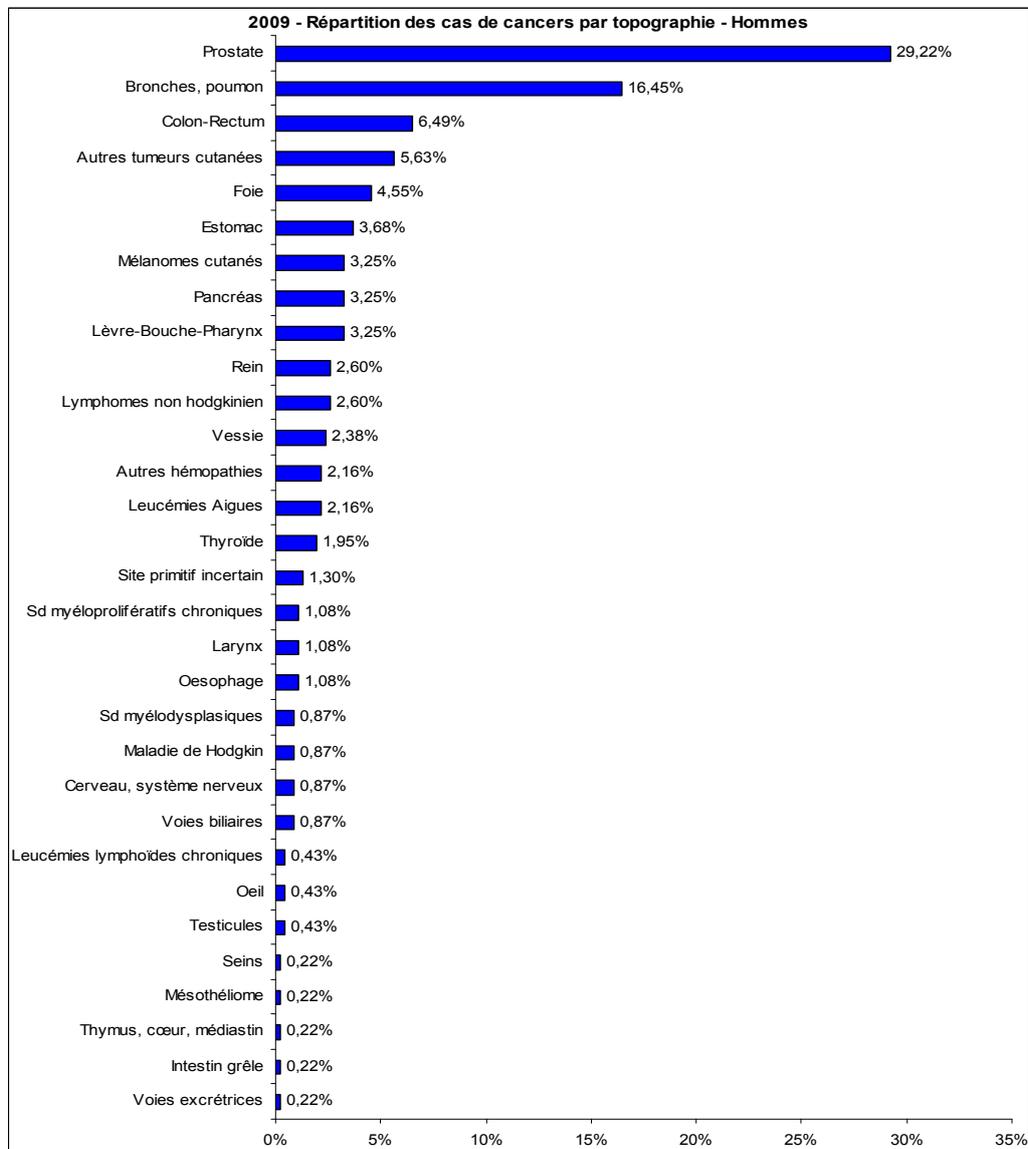


Cette répartition varie selon le sexe avec les sites les plus fréquents chez les hommes (N =462) qui sont :

- la prostate : 135 cas (29,2%),

- les bronches-poumon : 76 cas (16,5%),
- le colon-rectum : 30 cas (6,5%),
- les tumeurs cutanées en dehors des mélanomes : 26 cas (5,6 %),
- le foie : 21 cas (4.5 %).

Figure 12 : répartition des nouveaux cas par topographie chez les hommes

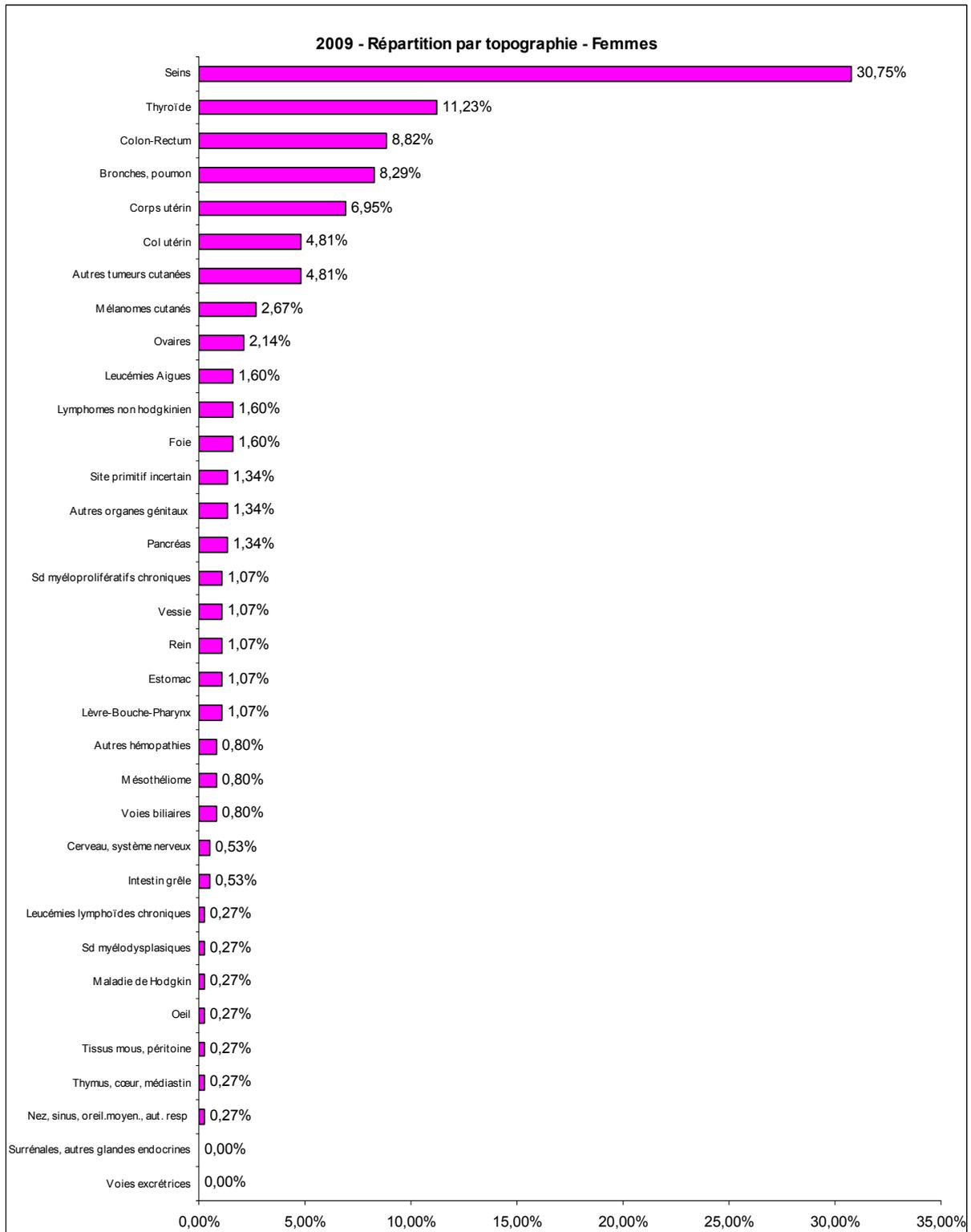


Chez les femmes (N = 374), les sites les plus fréquents sont :

- les seins : 115 cas (30,7%)
- la thyroïde : 42 cas (11,2%)
- le colon-rectum : 33 cas (8,8%)
- les bronches-poumon : 31 cas (8,3 %)
- l'utérus (endomètre) : 26 cas (6,9%)
- l'utérus (col) : 18 cas (4.8 %)

A noter que les cancers de l'utérus (col et endomètre) représentent 11,8% des tumeurs invasives des femmes.

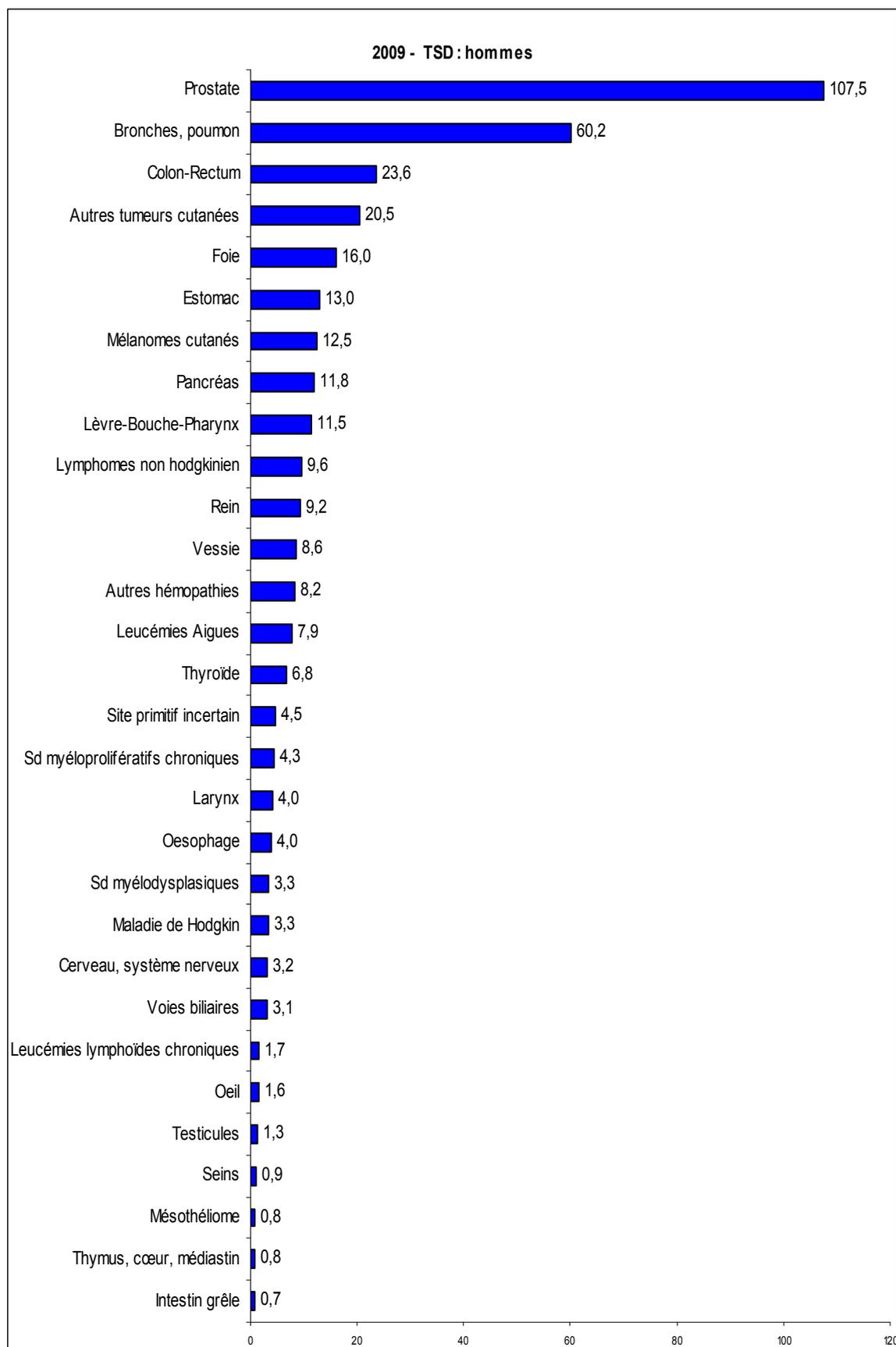
Figure 13 : répartition des nouveaux cas par topographie chez les femmes



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

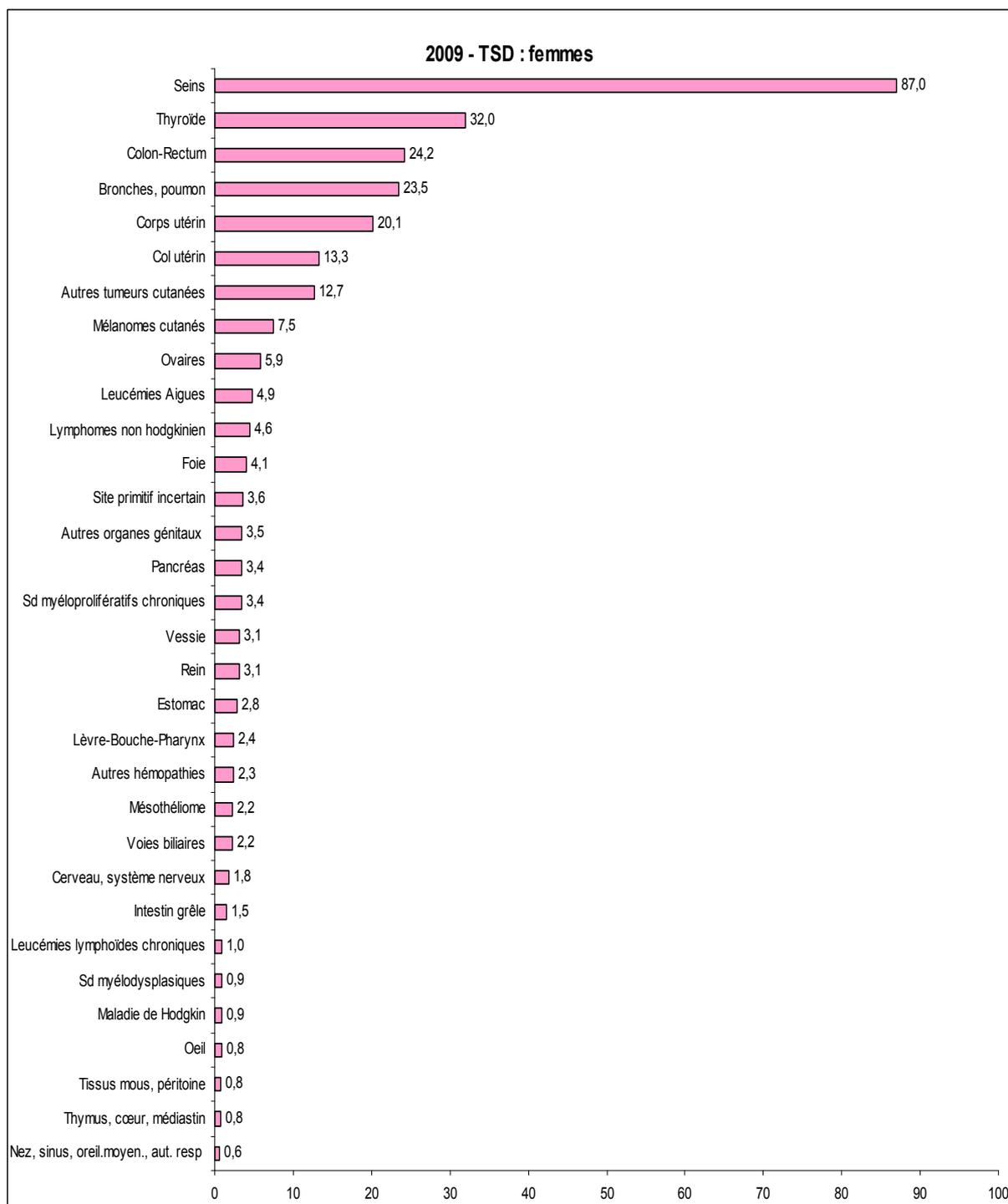
L'analyse des différents taux d'incidence standardisée selon les sites montre que chez les hommes, l'incidence de la prostate est 1.8 fois plus élevée que celles des bronches-poumons et 4.5 fois plus élevée que celle du colon-rectum qui est le 3^{ème} cancer chez l'homme.

Figure 14 : taux d'incidence standardisée par topographie chez les hommes



Chez les femmes, l'incidence des cancers du sein est 2.7 fois plus élevée que celle des cancers de la thyroïde et 3.6 fois plus que celle des cancers du colon-rectum, qui est le 3^{ème} site.

Figure 15 : taux d'incidence standardisée par topographie chez les femmes

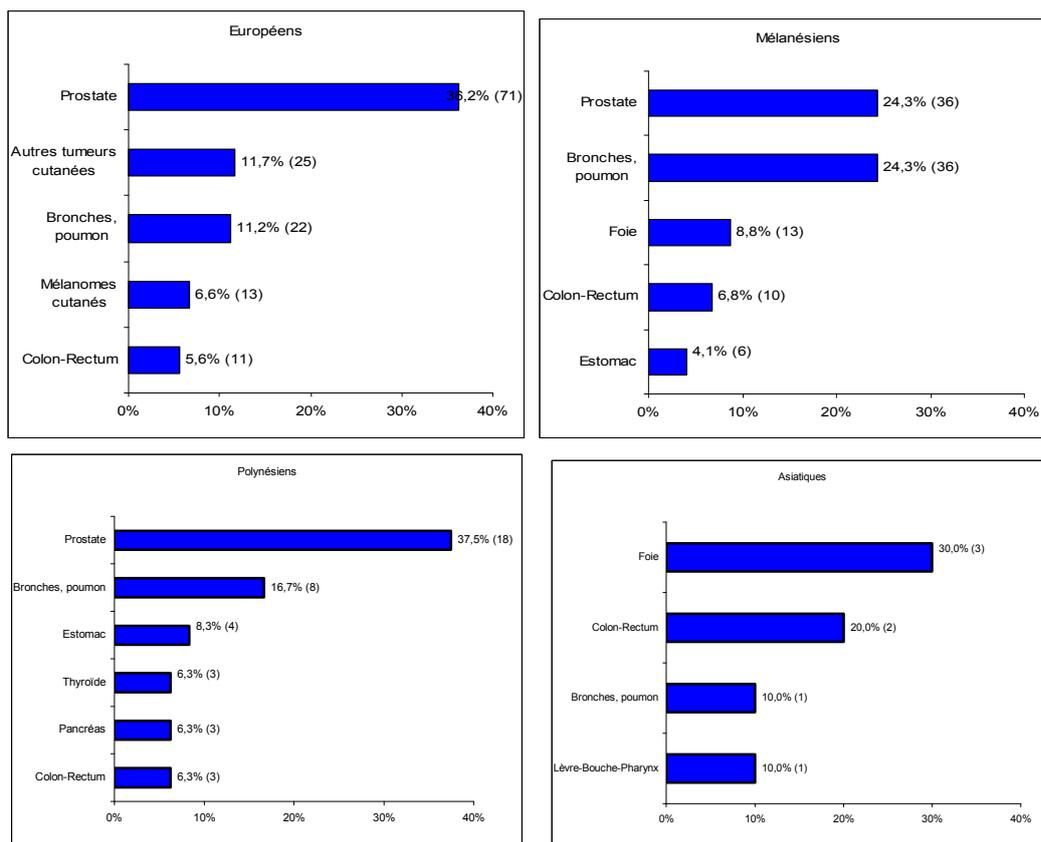


2-2-3-Etude de la topographie selon la communauté et le sexe

Chez les hommes, les sites les plus fréquents selon les groupes de communautés sont :

- européens : prostate (71 cas, 36.2 %), puis tumeurs cutanées autres que mélanomes (25 cas, 12.2 %) et bronches-poumon (22 cas, 11.2 %),
- mélanésiens : prostate (36 cas, 24.3 %), bronches-poumon (36 cas, 24.3 %), foie (13 cas, 8.8 %),
- polynésiens : prostate (18 cas, 37.5 %), bronches-poumons (8, 16.7 %)

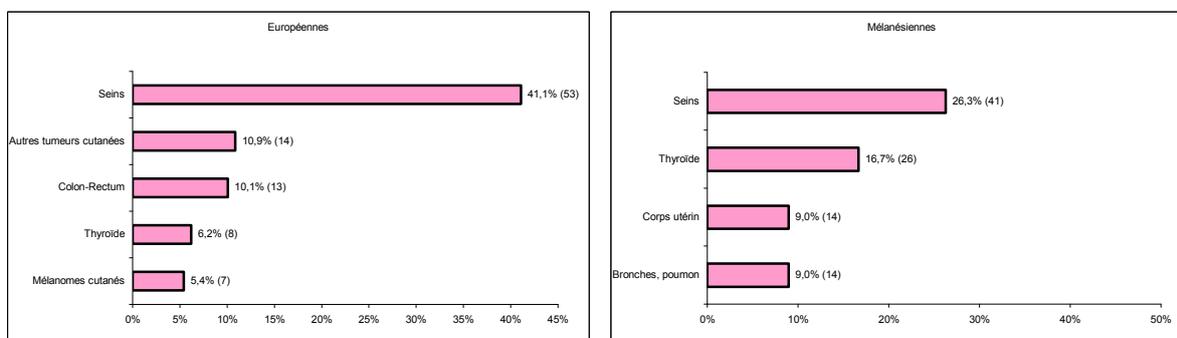
Figure 16 : répartition des principales topographies par communauté chez les hommes

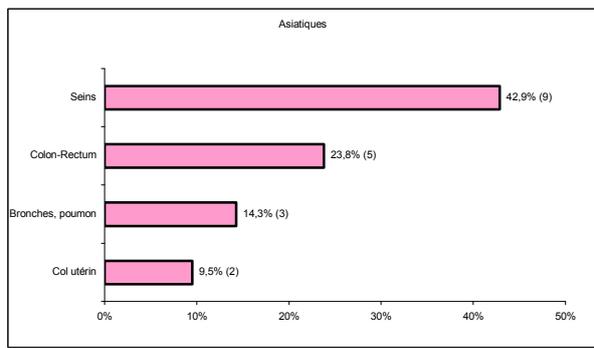
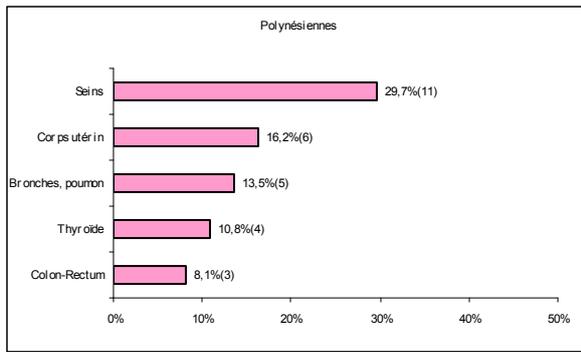


Chez les femmes, les topographies les plus fréquentes parmi les communautés les plus représentées sont :

- européennes : seins (53 cas, 41.1 %), tumeurs cutanées autres que mélanomes (14 cas, 10.8 %), colon-rectum (13 cas, 10.1 %), thyroïde (8 cas, 6.2 %),
- mélanésiennes : seins (41 cas, 26.3 %), thyroïde (26 cas, 16.7 %), utérus (endomètre) (14 cas, 9 %), bronches-poumon (14 cas, 9%)
- polynésiennes : seins (11 cas, 29,7 %), utérus (endomètre) (6 cas, 16,2 %), bronches-poumon (5 cas, 13,5 %).

Figure 17 : répartition des principales topographies par communauté chez les femmes





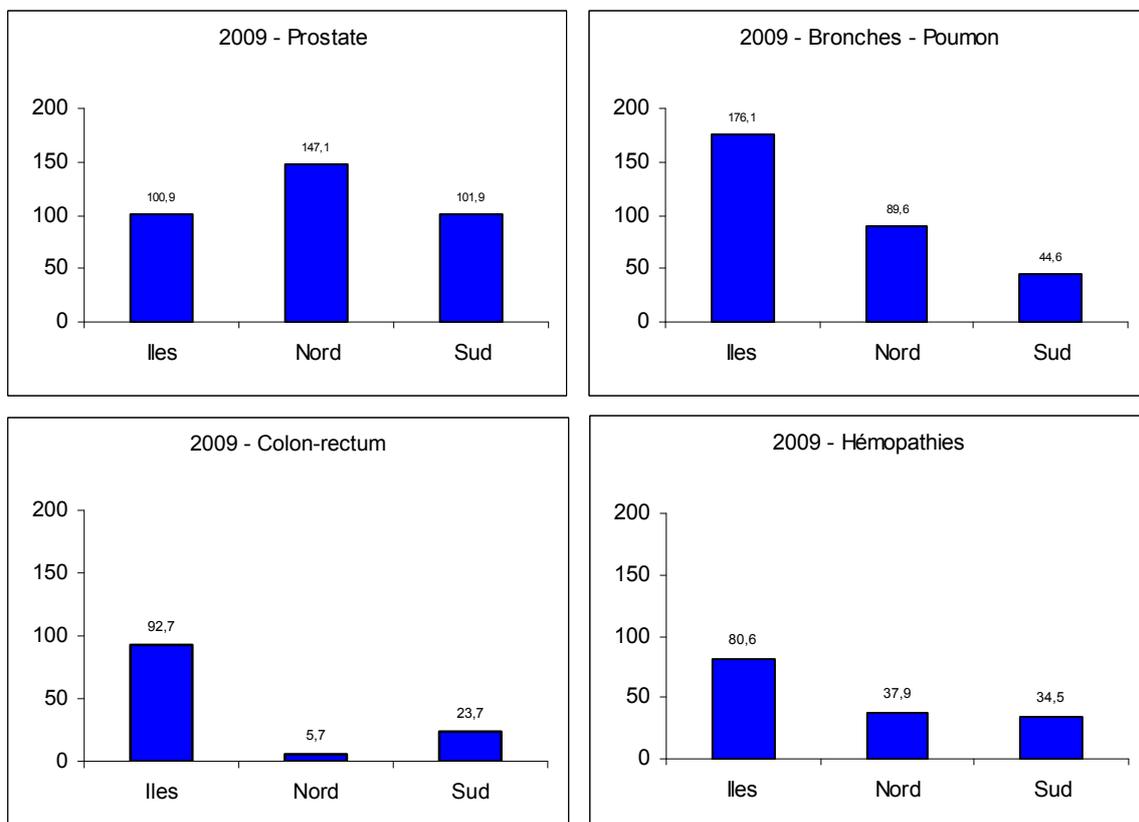
2-2-4 Incidence par topographie selon le sexe et la province

Chez les hommes, comme le montrent le tableau et les figures suivantes, le cancer le plus incident dans la province Sud est celui de la prostate avec 101.9 cas pour 100 000, suivi par les bronches-poumon puis les hémopathies.

En province Nord, il s'agit également de la prostate, des bronches-poumon et des hémopathies comme en province Sud.

Dans la province des Iles, ce classement diffère avec en 1^{er} les bronches-poumon, puis la prostate, le colon-rectum et les hémopathies.

Figure 18 : comparaison des taux d'incidence standardisée par province pour les principales topographies chez les hommes (Taux pour 100 000)



Chez les femmes, en province Sud les incidences les plus élevées concernent les seins, puis la thyroïde et le colon-rectum.

En province Nord, les cancers les plus incidents concernent les seins en première position, puis les bronches-poumon et l'endomètre.

En province Iles, il s'agit de la thyroïde est la localisation la plus incidente, suivie par les bronches-poumon, les seins et les hémopathies.

Figure 19 : comparaison des taux d'incidence standardisée par province pour les principales topographies chez les femmes (Taux pour 100 000)

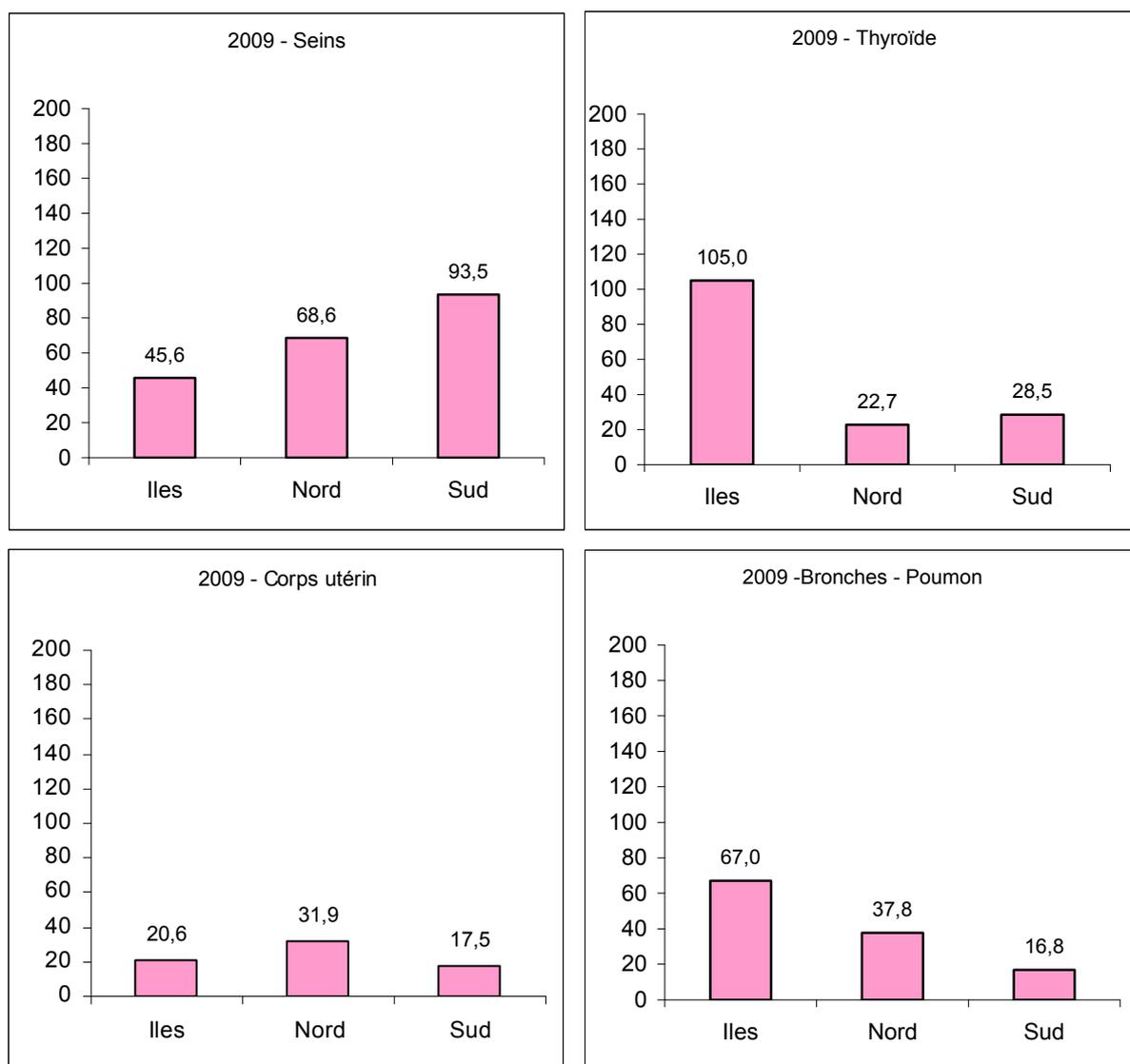


Tableau 5 : taux d'incidence standardisée par topographie selon le sexe et la province de résidence

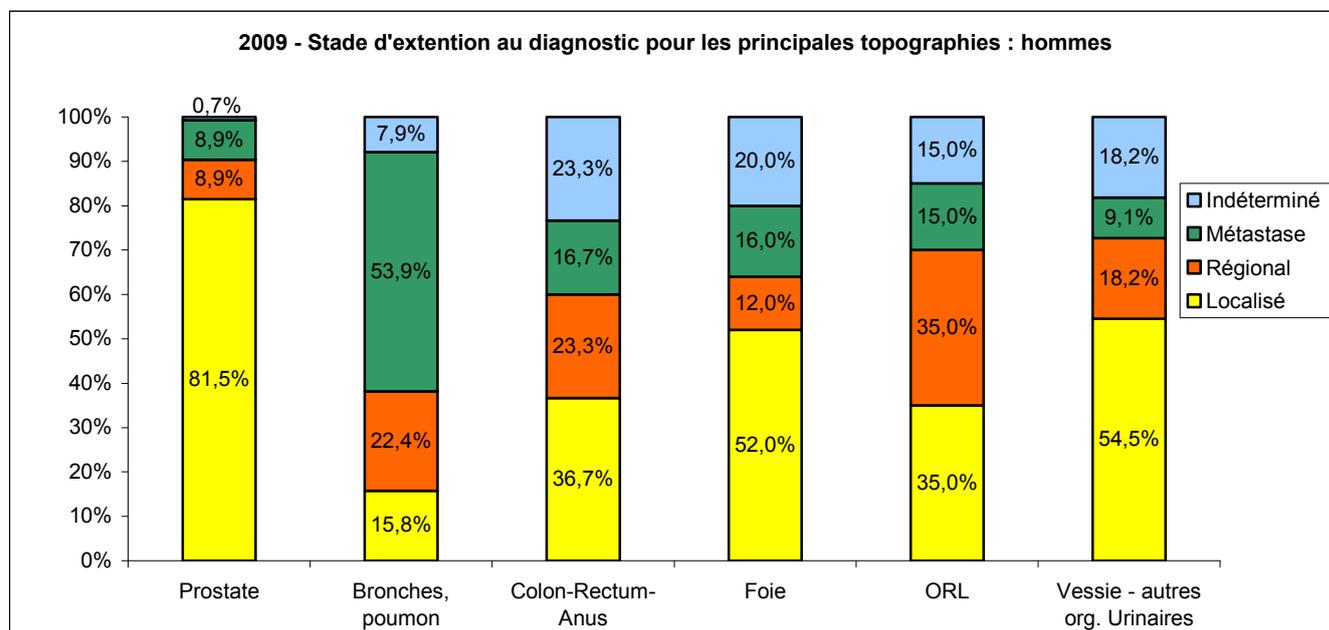
2009 - HOMMES						Sites	2009 - FEMMES					
Iles		Nord		Sud			Iles		Nord		Sud	
Nb	TSD	Nb	TSD	Nb	TSD		Nb	TSD	Nb	TSD	Nb	TSD
1	11,7	0	0,0	14	14,4	Lèvre-bouche-Pharynx	0	0,0	1	5,7	3	2,9
0	0,0	0	0,0	5	5,2	Œsophage	0	0,0	0	0,0	0	0,0
2	23,1	1	4,9	14	13,8	Estomac	1	5,5	0	0,0	3	2,3
0	0,0	1	4,1	0	0,0	Intestin	0	0,0	0	0,0	2	1,9
5	92,7	1	5,7	24	23,7	Colon-Rectum-Anus	3	28,8	4	21,8	26	24,1
3	39,8	1	4,0	17	16,9	Foie	0	0,0	0	0,0	6	6,4
0	0,0	1	4,3	3	3,1	Voies biliaires	0	0,0	0	0,0	3	2,9
0	0,0	3	12,5	12	13,0	Pancréas	2	17,8	1	4,9	2	1,7
0	0,0	0	0,0	0	0,0	Nez, sinus, oreil.moyen., aut. resp	0	0,0	0	0,0	1	1,2
1	13,1	1	4,9	3	3,3	Larynx	0	0,0	0	0,0	0	0,0
14	176,1	19	89,6	43	44,6	Bronches, poumon	6	67,0	7	37,8	18	16,8
0	0,0	0	0,0	1	1,0	Thymus- cœur - plèvre	0	0,0	0	0,0	1	1,0
0	0,0	0	0,0	1	1,2	Mésothéliome	0	0,0	2	10,3	1	1,0
0	0,0	0	0,0	0	0,0	Os	0	0,0	0	0,0	0	0,0
1	9,6	3	12,6	11	11,1	Mélanomes cutanés	0	0,0	1	4,8	9	8,7
0	0,0	3	14,8	23	23,3	Autres T. cutanées	0	0,0	1	3,6	17	15,6
0	0,0	0	0,0	0	0,0	Tissus mous, péritoine	0	0,0	1	3,4	0	0,0
0	0,0	0	0,0	1	1,1	Seins	4	45,6	15	68,6	96	93,5
-	-	-	-	-	-	Col utérin	3	34,0	1	5,7	14	13,2
-	-	-	-	-	-	Corps utérin	2	20,6	7	31,9	17	17,5
-	-	-	-	-	-	Ovaires	0	0,0	2	10,1	6	5,5
8	100,9	27	147,1	100	101,9	Prostate	-	-	-	-	-	-
0	0,0	1	4,5	1	1,1	Testicules	-	-	-	-	-	-
0	0,0	0	0,0	0	0,0	Autres org. Génitaux	0	0,0	1	5,7	4	3,6
0	0,0	1	4,9	12	11,5	Reins	1	13,1	0	0,0	3	3,3
0	0,0	0	0,0	0	0,0	Uretère, autres organes urinaires	0	0,0	0	0,0	0	0,0
0	0,0	2	10,2	9	8,7	Vessie	1	9,1	0	0,0	3	2,7
1	10,6	0	0,0	1	0,8	Œil	1	10,6	0	0,0	0	0,0
0	0,0	2	9,5	2	2,0	Cerveau, système nerveux	1	12,3	0	0,0	1	1,4
3	34,4	2	8,2	4	4,0	Thyroïde	9	105,0	4	22,7	29	28,5
0	0,0	0	0,0	0	0,0	Surrénales - autres glandes	0	0,0	0	0,0	0	0,0
0	0,0	1	3,9	3	3,3	Maladie de Hodgkin	0	0,0	0	0,0	1	1,2
1	10,6	3	14,8	8	8,3	Lymphomes non hodgkinien	2	20,6	1	5,2	3	2,9
1	13,2	0	0,0	3	3,3	Sd myélodysplasiques	0	0,0	0	0,0	1	1,0
0	0,0	0	0,0	2	2,1	Leucémie lymphoïde chronique	0	0,0	0	0,0	1	1,1
1	14,0	1	4,5	3	3,0	Sd myéloprolifératifs chroniques	0	0,0	1	4,9	3	3,0
2	15,5	1	5,7	7	7,4	Leucémies aiguës	2	21,5	1	4,9	3	2,5
1	0,0	2	10,6	7	7,1	Autres hémopathies	0	0,0	1	4,9	2	2,0
0	0,0	2	10,6	4	3,6	Site primitif incertain	0	0,0	1	3,5	4	3,7
45	565,1	79	391,8	338	343,8	836	38	411,3	53	260,2	283	273,2

2-3 Stade d'extension au moment du diagnostic

Lorsque l'on étudie les sites pour lesquels le stade de diffusion (CRAB) peut être déterminé (767 tumeurs sont concernées, toutefois, ce stade n'a pas pu être déterminé de manière précise pour 68 tumeurs (8.9 %) comme vu précédemment.

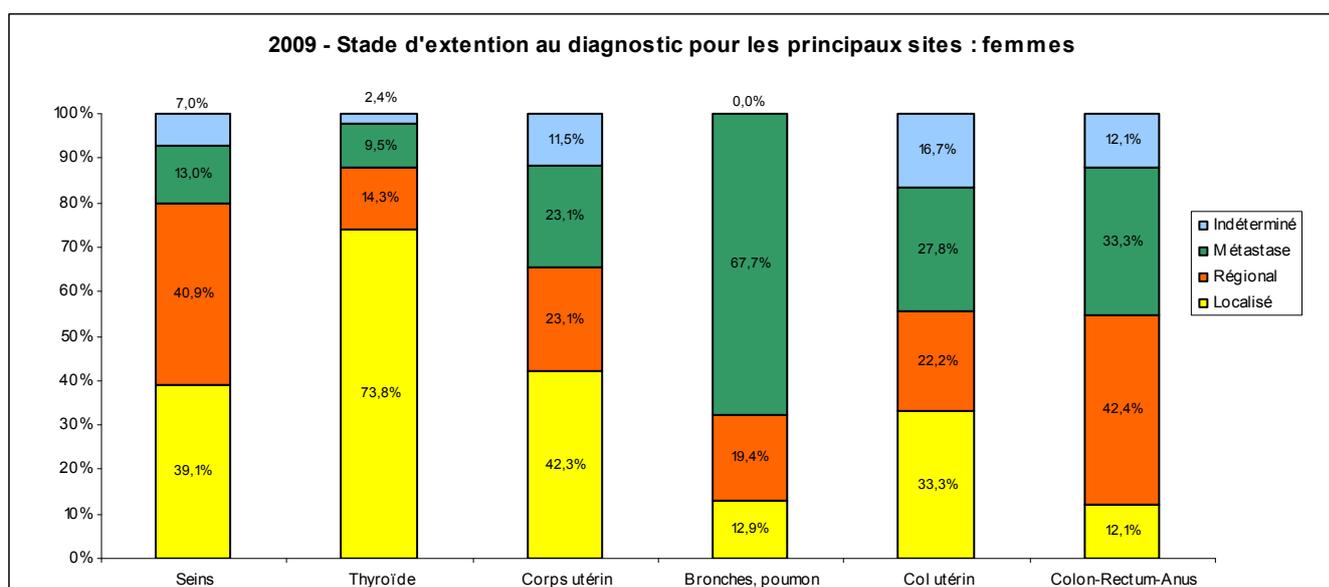
On constate chez les hommes que dans plus de 8 cas sur 10, le cancer de la prostate est diagnostiqué à un stade localisé, alors que ce diagnostic est moins favorable pour les cancers ORL, du colon-rectum. Le diagnostic porté à un stade plus avancé concerne le site bronches-poumon.

Figure 20 : 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, et du col utérin qui bénéficient d'un dépistage organisé ne sont diagnostiqués à un stade localisé que dans un peu plus d'un tiers des cas. Les cancers des bronches-poumon et du colon-rectum restent les sites pour lesquels le diagnostic à un stade local est le plus rare (moins de 15 %).

Figure 21 : répartition du stade d'extension des principales topographies chez les femmes



2-4 Comparaisons internationales (Globocan 2008-IARC)

La comparaison des incidences calédoniennes avec celles de la métropole, des DOM et d'autres pays, notamment ceux de la région, montre que chez les femmes, le taux d'incidence standardisé tous cancers hors tumeurs cutanées autre que mélanomes, est nettement plus élevé que ceux des pays de la zone en dehors de Nouvelle-Zélande et de l'Australie qui restent plus élevés qu'en Nouvelle-Calédonie. Les taux de la métropole et de la Polynésie Française sont légèrement inférieurs.

On note par ailleurs que les incidences des cancers de l'endomètre, des bronches-poumon sont particulièrement plus élevées en Nouvelle-Calédonie par rapport à la métropole et aux pays de la zone.

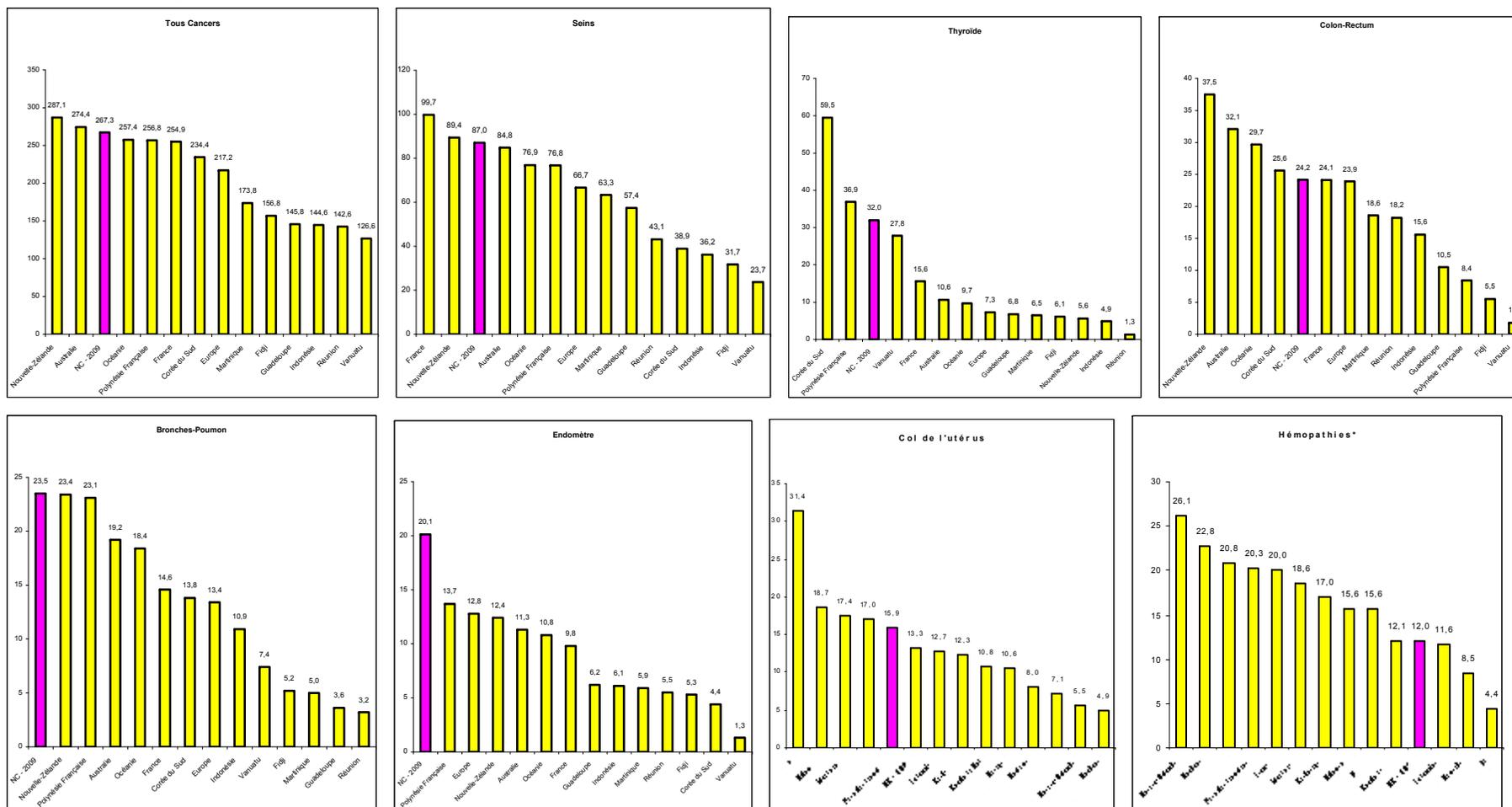
Les cancers de la thyroïde sont également très fréquents sans pour autant présenter les incidences les plus élevées.

Les cancers du sein chez la femme ont une incidence plus basse qu'en métropole et en Nouvelle-Zélande.

Chez les hommes, le taux global d'incidence standardisé est un peu plus bas qu'en métropole et en Australie, légèrement plus élevé qu'en Nouvelle-Zélande. Il est également plus élevé que dans les DOM.

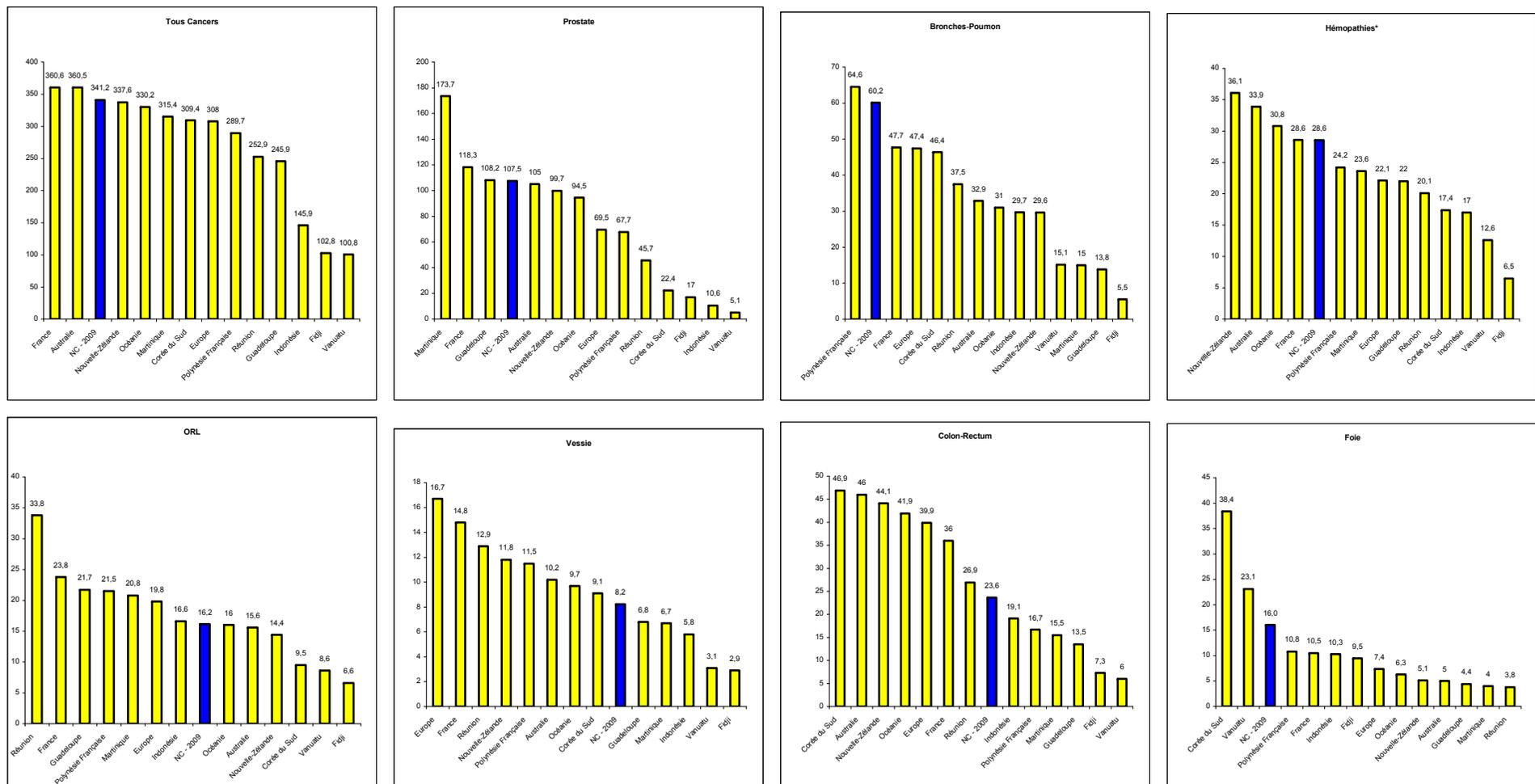
Lorsque l'on compare ces taux pour les sites les plus incidents de Nouvelle-Calédonie, on observe une incidence particulièrement plus élevée des cancers des bronches-poumons et de la prostate en NC.

Figure 22 : comparaisons internationales des taux d'incidence standardisés pour 100 000 individus selon le site chez les femmes – Globocan 2008



(*Hémopathies : Leucémies, Lymphome de Hodgkin, Lymphomes non Hodgkiniens, Myélomes multiples)

Figure 23 : comparaison internationale des taux d'incidence standardisés pour 100.000 individus selon le site chez les hommes – Globocan 2008



(*Hémopathies : Leucémies, Lymphome de Hodgkin, Lymphomes non Hodgkiniens, Myélomes multiples)

En conclusion, l'incidence globale des cancers en Nouvelle-Calédonie, compte tenu de la diversité de sa population, reste relativement comparable à celle de la métropole dans les deux sexes.

Chez les femmes, les sites les plus incidentes sont les seins, la thyroïde et l'utérus, avec un classement qui diffère selon les provinces de résidence, notamment pour les cancers de la thyroïde qui représentent le premier site dans les Iles Loyauté et les cancers du sein en provinces Nord et Sud.

Chez les hommes, les cancers des bronches-poumon représentent la 1^{ère} localisation dans les Iles Loyauté, devant la prostate, alors que dans les provinces Sud et Nord, la prostate est en première position, devant les bronches-poumon.

On observe également des différences selon les communautés, avec une fréquence plus élevée des cancers du sein chez les femmes européennes et mélanésiennes, des cancers de la thyroïde chez les femmes mélanésiennes et des cancers du sein et de l'endomètre chez les polynésiennes.

Chez les hommes, les mélanésien sont plus touchés par les cancers de la prostate et des bronches-poumon, les européens ainsi que les polynésien par les cancers de la prostate.

3) ETUDE DES PRINCIPALES TOPOGRAPHIES

Sont présentées dans le chapitre suivant, les résultats plus détaillés selon les principales topographies, groupées 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 172 tumeurs invasives, soit 46% des tumeurs invasives chez les femmes. A noter 1 cancer du sein chez l'homme diagnostiqué en 2009.

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

SITE	Nombre de cas	%
Sein	115	66.9 %
Corps de l'utérus	26	15.1 %
Col de l'utérus	18	10.5 %
Ovaire	8	4.7 %
Vulve	1	0.6 %
Vagin	2	1.2 %
Placenta	1	0.6 %
Utérus SAI	0	0%
Autres organes génitaux	1	0.6 %
Total	172	100.0 %

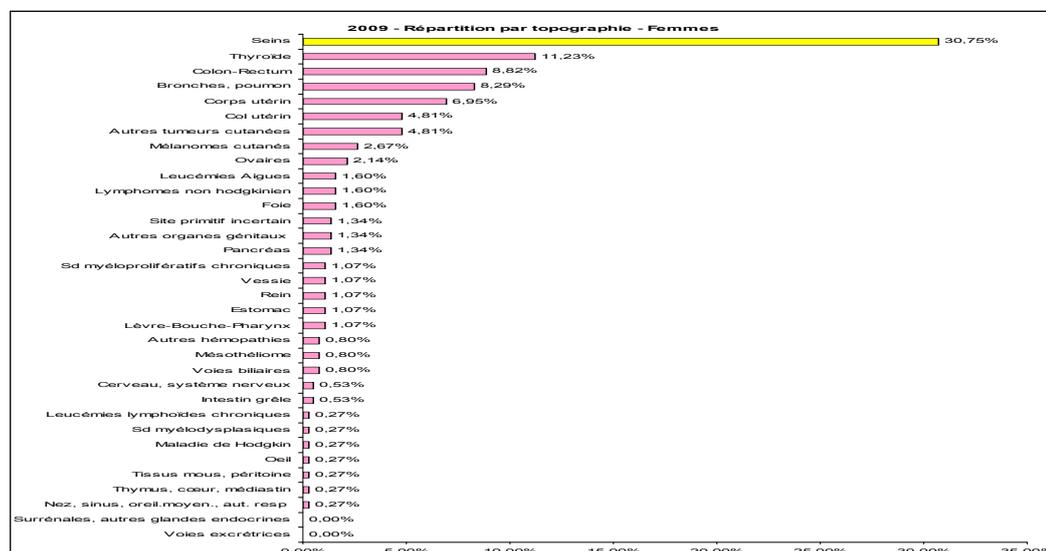
3-1-1 Seins

Généralités

En 2009, avec 115 tumeurs invasives diagnostiquées, ce cancer représente le 1^{er} cancer diagnostiqué chez la femme, et arrive au 2^{ème} rang des cancers diagnostiqués sur l'ensemble de la population. Comme le montre la figure suivante, il représente ainsi 30,7 % des cancers féminins (*France 2005* : 36%).

Parmi les 115 patientes diagnostiquées en 2009, 15.6% étaient décédées au 31/07/2012 (18 cas).

Figure 24 : classement des topographies chez les femmes

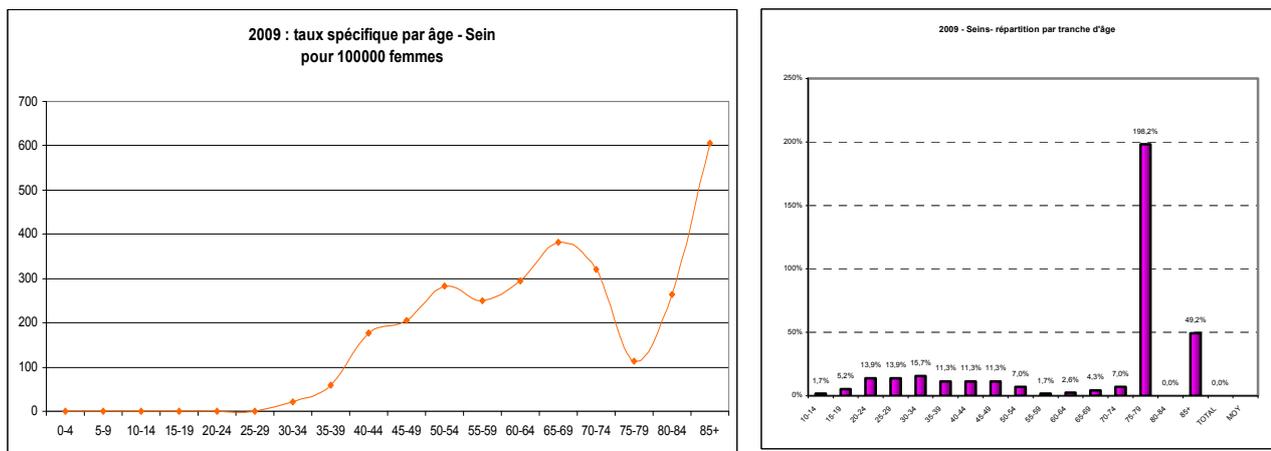


Age au diagnostic

L'âge moyen au moment du diagnostic était égal à 56.5 ans et avec un âge médian à 54.5 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 65 et 69 ans. Pour ensuite décroître jusqu'à 80 ans, avant d'augmenter de nouveau.

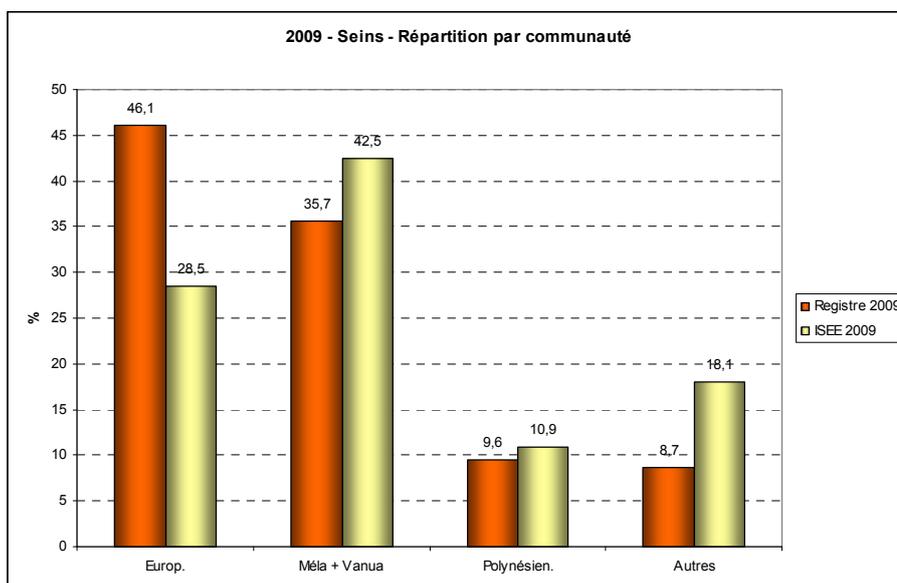
Figure 25 : cancer du sein chez les femmes, répartition par tranche d'âge et taux spécifiques d'incidence



Répartition par communauté

Comme le montre la figure suivante, on observe, chez les femmes, une surreprésentation de la communauté européenne par rapport aux femmes mélanésiennes, par rapport à la répartition par communauté du recensement 2009 ($p < 0.001$).

Figures 26 : 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:

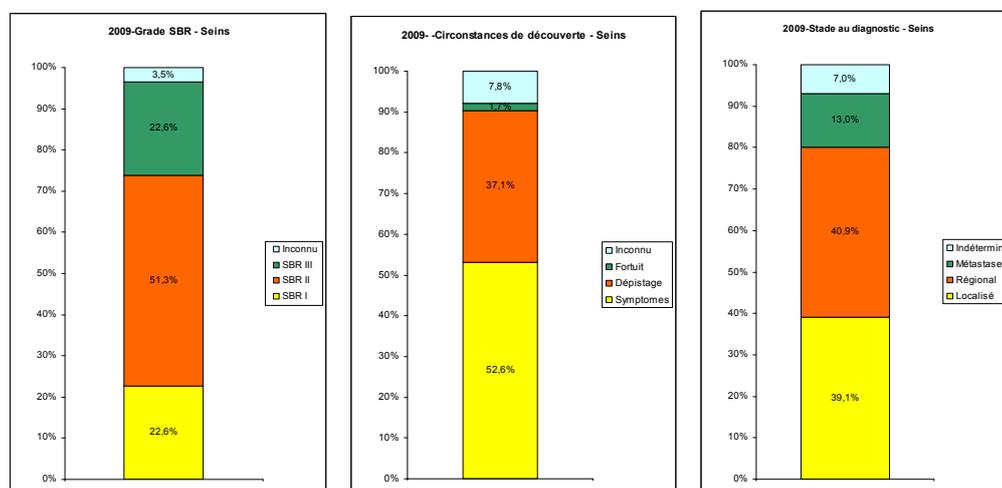
- 108 carcinomes canaux infiltrants (CCI) dont 100 CCI, 3 CCI + lobulaires, 5 CCI+autre morphologie ;
- 3 carcinomes lobulaires, 1 carcinome colloïde, 1 comédocarcinome
- 2 tumeurs de Paget

Tableau 7 : cancer du sein chez les femmes par groupe histologique

	NC (2009)	France (2005)
C. Canalaire	93.9 %	85%
C. Lobulaire	2.6 %	4%
C. médullaire	0.0 %	1%
C. mucineux	0.9%	0,6%
Autres	2.6%	9,4%

Comme le montre la figure suivante, plus de la moitié de ces tumeurs étaient de grade intermédiaire SBR II et ce, 22.6 % étaient à bas risque métastatique (SBR I) et 22.6 % étaient haut risque métastatique (SBR III).

Figure 27 : cancers du sein chez les femmes, grade histologique et stade au diagnostic



Stade au diagnostic et circonstances de découverte

En 2009, plus de la moitié des cancers du sein ont été découverts suite à l'apparition de signes cliniques, seuls 37.1 % ont fait l'objet d'un dépistage mammographique.

Le stade au diagnostic a pu être retrouvé à partir des dossiers consultés dans 93 % des cas, et comme présenté dans la figure suivante, presque 4 cas sur 10 ont été diagnostiqués à un stade localisé et près de 13 % à un stade très avancé avec métastases.

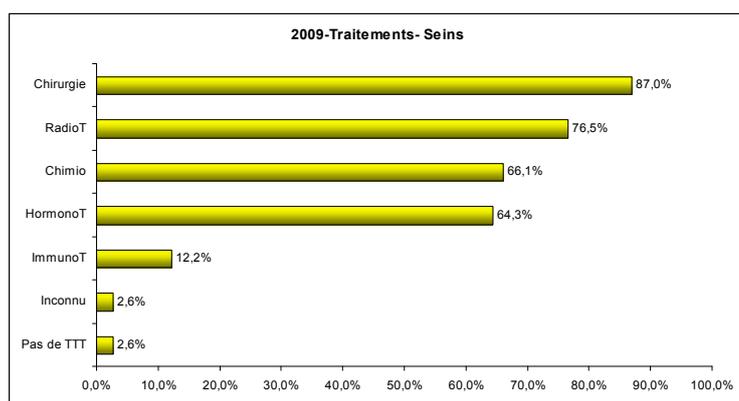
Traitement

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 63 femmes (54.8 %).

Tableau 8 : cancer du sein chez les femmes et schémas thérapeutiques

	Nb de cas	Fréquence
Chimio+Chir	1	0,9%
Chir+Radio	1	0,9%
Radio+Chimio	1	0,9%
Radio+Chimio+Immuno	1	0,9%
Chimio+Chir+Immu+Horm+Radio	2	1,7%
Hormono	3	2,6%
Inconnu	3	2,6%
Pas de traitement	3	2,6%
Chimio+Hormono	4	3,5%
Chir+Chimio+Horm	4	3,5%
Chirurgie	4	3,5%
Chir+Horm	5	4,3%
Chimio+Chir+Immu+Radio	11	9,6%
Radio+Chimio+Chir	16	13,9%
Chir+Horm+Radio	20	17,4%
Chimio+Chir+Horm+Radio	36	31,3%
Total	115	100,0%

Figure 28 : cancer du sein et répartition des traitements



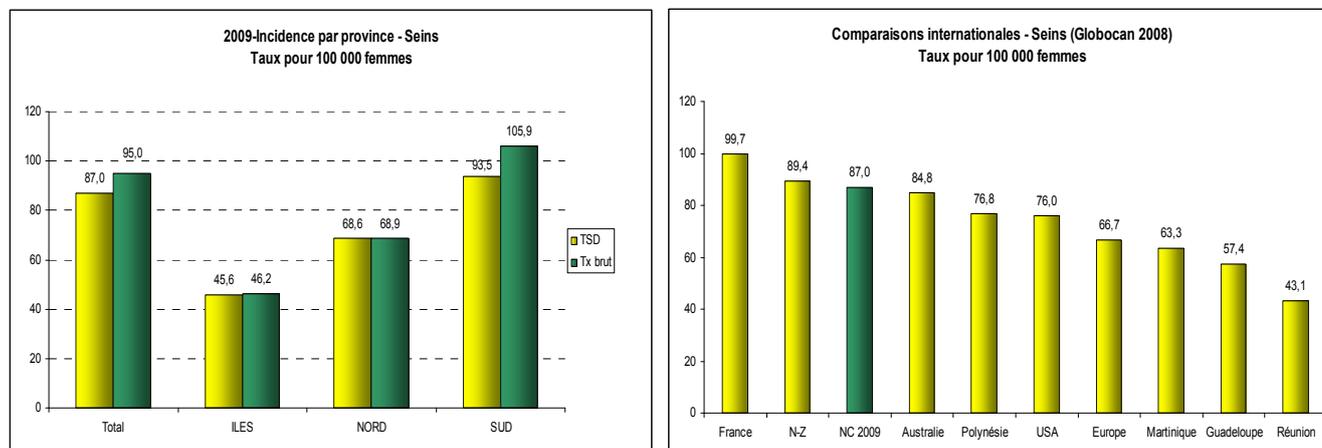
Traitement France (2005)	
Chirurgie	95%
RadioT	80%
ChimioT	48%
HormonoT	60%
ImmunoT	25%

Au total, près de 9 femmes sur 10 bénéficient d'un traitement chirurgical, près de 8 sur 10 d'une radiothérapie et près de 7 sur 10 d'une chimiothérapie. L'hormonothérapie concernant un peu plus de 6 femmes sur 10.

Incidence et comparaisons internationales

Le taux standardisé d'incidence est ainsi estimé à 87 nouveaux cas pour 100 000 femmes pour l'ensemble du territoire, avec un taux plus élevé en province Sud par rapport à ceux des deux autres provinces.

Figure 29: cancer du sein, comparaisons des incidences



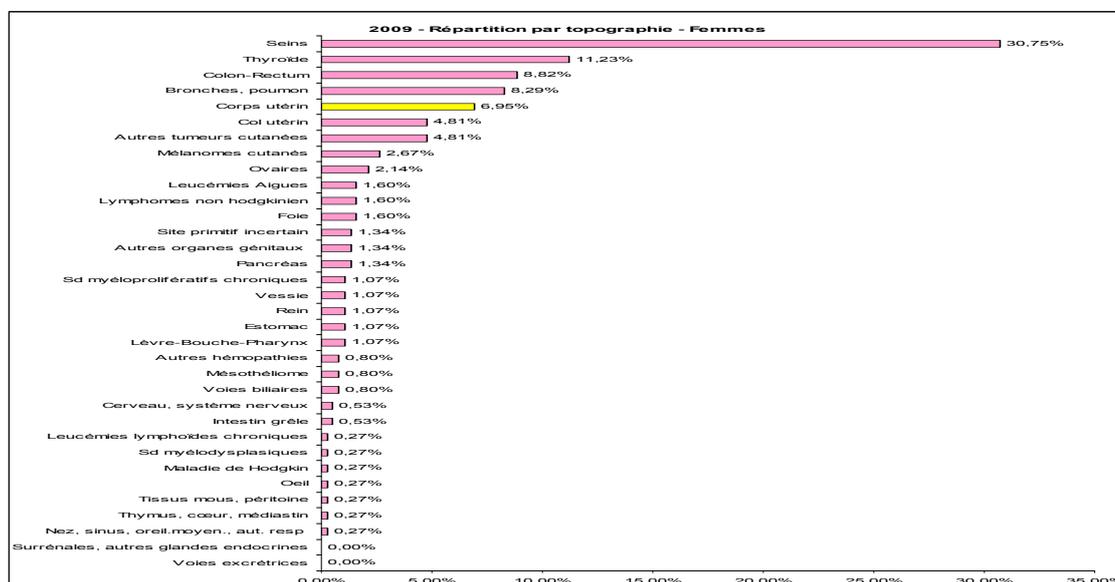
Lorsque l'on compare cette incidence à celle d'autres pays, on observe que la valeur observée en Nouvelle-Calédonie est nettement inférieure à celle de la métropole, de la Nouvelle-Zélande et plus élevée qu'en Australie, et que dans les DOM.

3-1-2 Corps de l'utérus (endomètre)

Généralités

Avec **26 nouveaux** cas diagnostiqués en 2009, cette localisation arrive au 5^{ème} rang chez les femmes, après le sein et la thyroïde, le colon et le poumon. 30.8% des femmes étaient décédées au 31/07/2012 (8 cas).

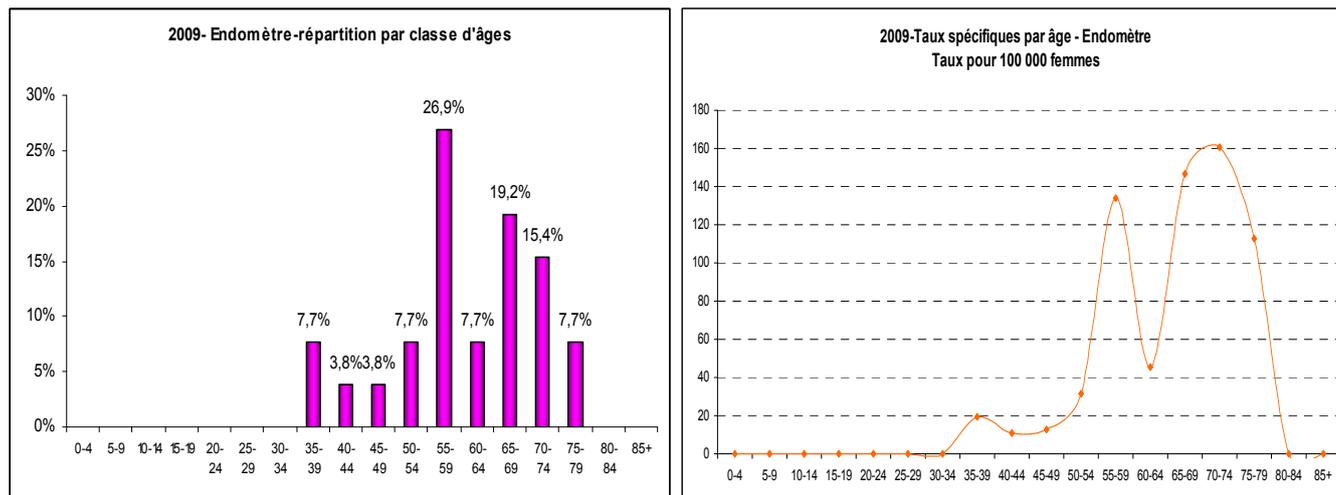
Figure 30 : classement des topographies chez les femmes



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 59.6 ans, avec un âge médian comparable à 59.5 ans. On observe en effet un premier pic entre 55 et 59 ans. Ces tumeurs sont diagnostiquées à partir de 35 ans, avec une incidence qui augmente selon l'âge pour atteindre un premier pic entre 55 et 59 ans, puis entre 70 et 75 ans.

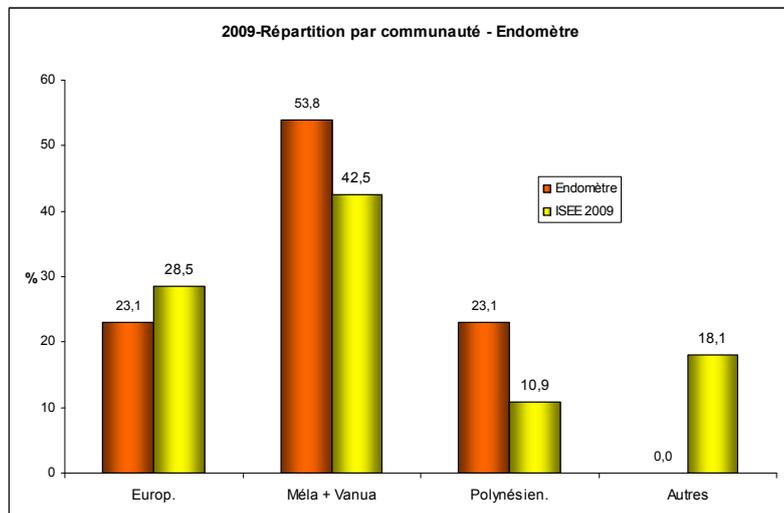
Figure 31 : cancer du corps de l'utérus, répartition par tranche d'âge et taux spécifiques d'incidence



Communauté

En 2009, plus de la moitié des cancers de l'endomètre ont été diagnostiqués chez les femmes mélanésiennes et l'on observe une surreprésentation de cette communauté et de la communauté polynésienne par rapport à la répartition de la population féminine de NC ($p < 0.05$).

Figure 32 : cancer du corps de l'utérus, répartition par communautés



Histologie

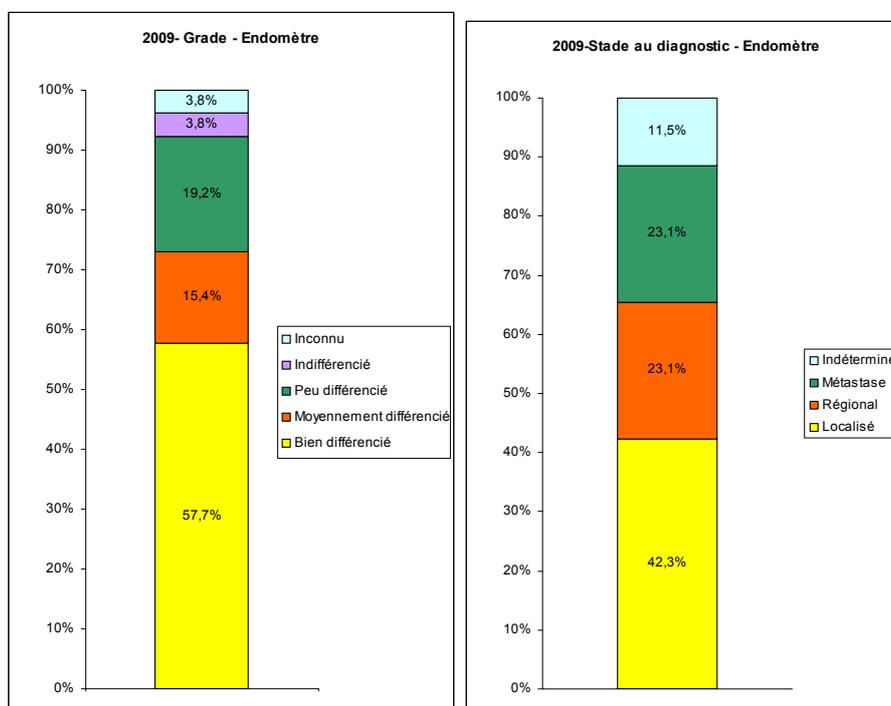
25 cas ont bénéficié d'un diagnostic histologique. Il s'agissait en majorité d'un adénocarcinome (23 cas, soit 88.7 %), puis dans 2 cas d'un Sarcome, et un cas non précisé.

Comme le montre l'une des figures suivantes, il s'agissait dans plus de 70 % des cas d'une tumeur bien ou moyennement différenciée.

Stade au diagnostic

Le stade au moment du diagnostic était localisé pour un peu plus de 4 femmes sur 10.

Figure 33 : cancers du corps de l'utérus, grade et stade au diagnostic

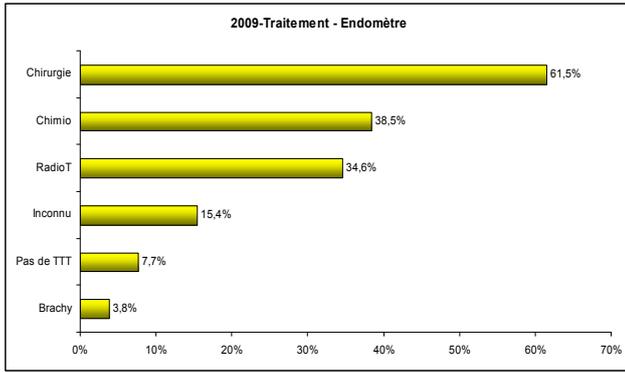


Traitement

Comme le montre le tableau suivant, un traitement chirurgical a été pratiqué chez plus de 6 femmes sur 10. La chirurgie arrive en seconde position et concerne presque 4 femmes sur 10.

Tableau 9 et figure 34 : cancer du corps de l'utérus et schémas thérapeutiques

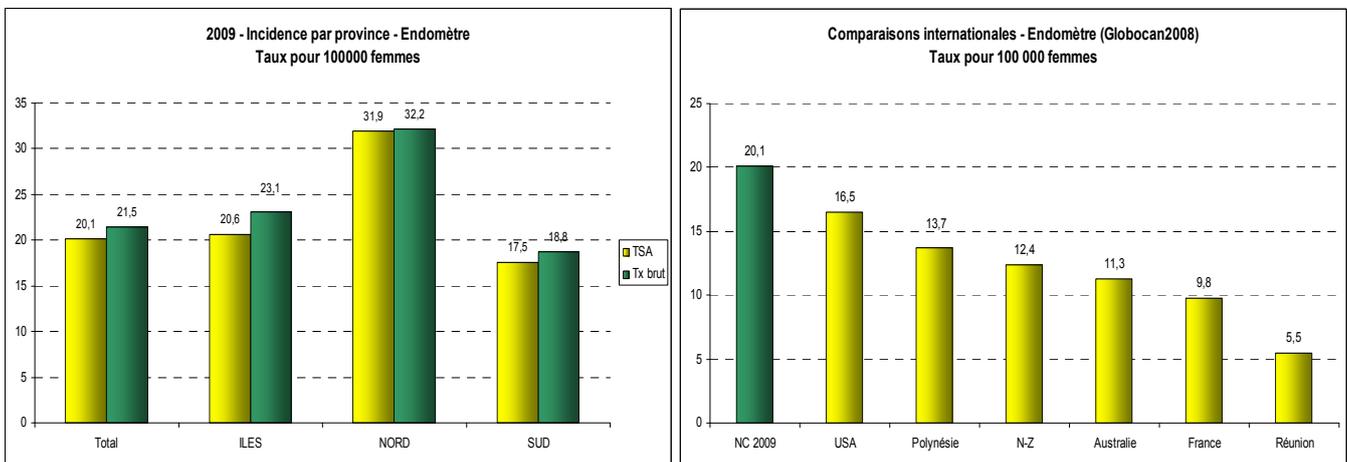
	Nb de cas	Fréquence
Chimio	2	7,7%
Chir+Brachy	1	3,8%
Radio+Chimio	2	7,7%
Radio+Chir	1	3,8%
Inconnu	4	15,4%
Pas de traitement	2	7,7%
Chirurgie	8	30,8%
Radio+Chimio+Chir	6	23,1%
Total	26	100,0%



Incidence 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.

Figure 35 : cancer du corps de l'utérus, incidences par province et comparaisons internationales



Avec 20.1 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.

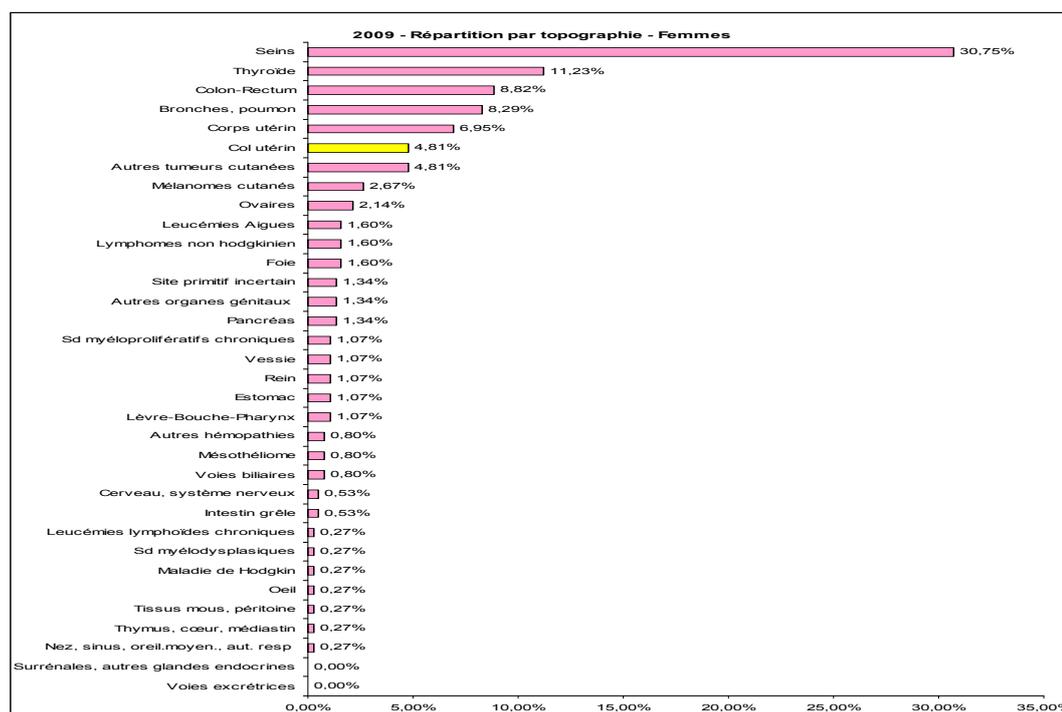
3-1-3 Col de l'utérus

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 6^{ème} rang des cancers chez les femmes, avec 4.8 % des cancers et 18 tumeurs invasives en 2009. Pour 9 % des patientes, il s'agissait d'une 2^{ème} tumeur primitive (2 cas). Par ailleurs, 28 % des patientes diagnostiquées en 2009 étaient décédées au 31/07/12 (5 cas).

Figure 36 : classement des topographies chez les femmes

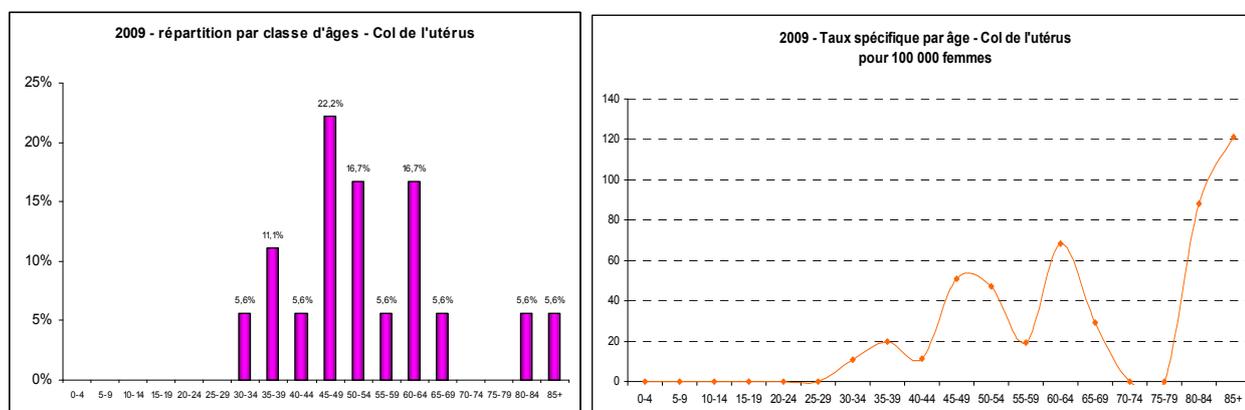


Age au moment du diagnostic

En moyenne, ce cancer est diagnostiqué vers 54 ans, avec une médiane à 53.5 ans. Comme le montre la figure suivante, ces tumeurs sont diagnostiquées relativement plus précocement que les autres cancers féminins, à partir de 30 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 45 ans et un autre plus important autour de 60 ans.

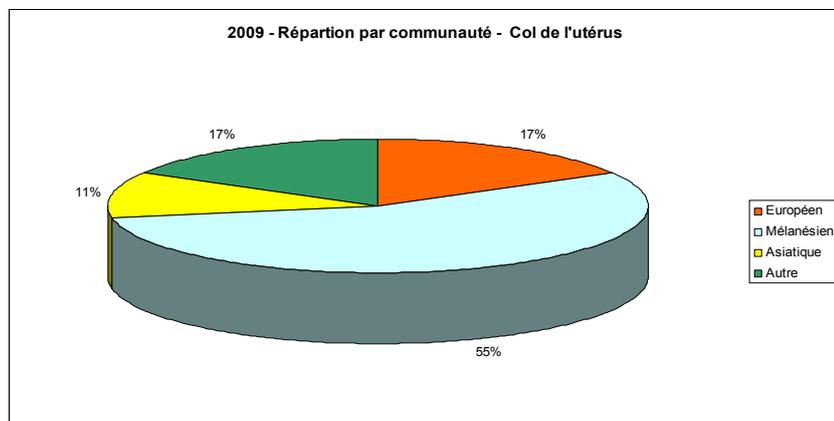
Figure 37 : cancer du col de l'utérus, répartition par classe d'âge et taux spécifiques d'incidence



Communauté

Comme présenté ci-dessous, en 2009, la majeure partie des cancers invasifs du col de l'utérus ont été diagnostiqués chez des femmes mélanésiennes.

Figure 38 : cancer du col de l'utérus, répartition par communauté



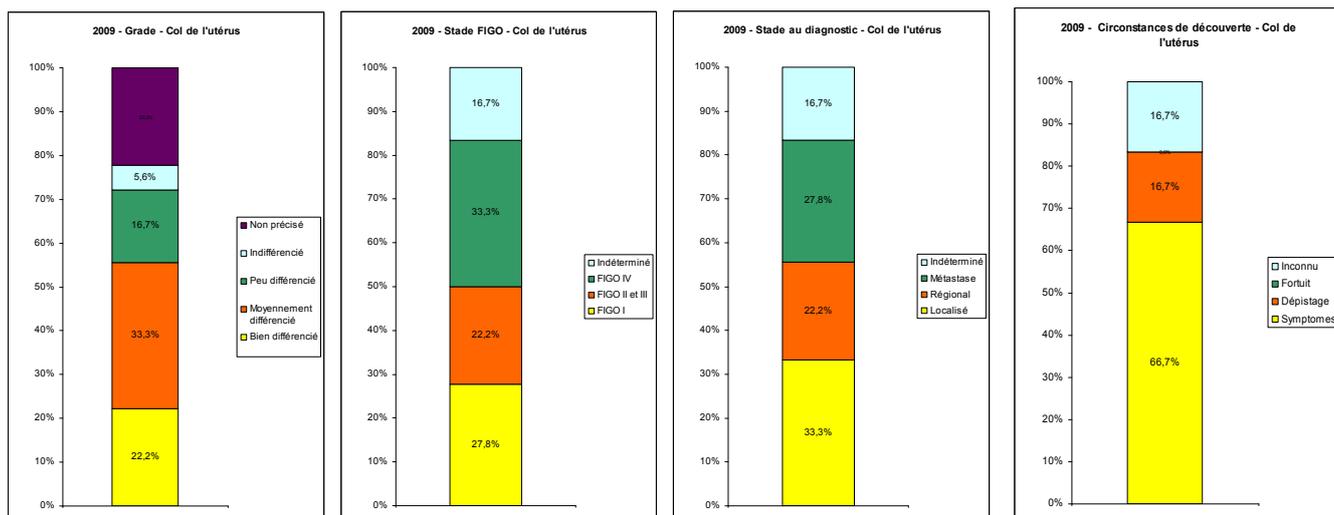
Histologie

Ces tumeurs ont toutes fait l'objet d'un diagnostic histologique. Il s'agissait dans 14 cas d'un carcinome épidermoïde et dans 4 cas d'un adénocarcinome. Ces tumeurs étaient bien différenciées dans 22.2 % des cas.

Stade au diagnostic

Seulement 1 femme sur 3 a eu un diagnostic au stade localisé, près de la moitié à un stade avec envahissement régional métastatique au moment du diagnostic.

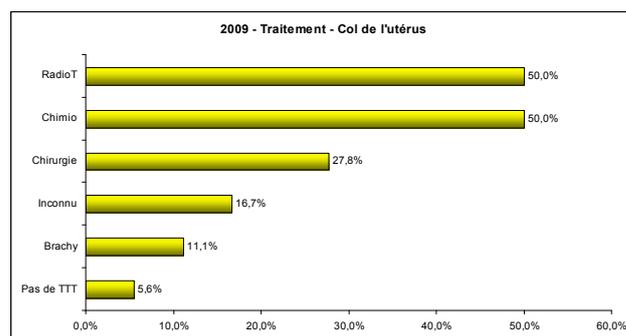
Figure 39 : cancer du col de l'utérus, répartition selon le grade et le stade au diagnostic



Traitement

Figure 40 et tableau 10 : cancer du col de l'utérus, répartition des schémas thérapeutiques

	Nb de cas	Fréquence
Brachy+Chir	1	5,6%
Chimio	1	5,6%
Pas de traitement	1	5,6%
Radio+Chimio+Brachy	1	5,6%
Radio+Chimio+Chir	1	5,6%
RadioT	1	5,6%
Chirurgie	3	16,7%
Inconnu	3	16,7%
Radio+Chimio	6	33,3%
Total	18	100,0%

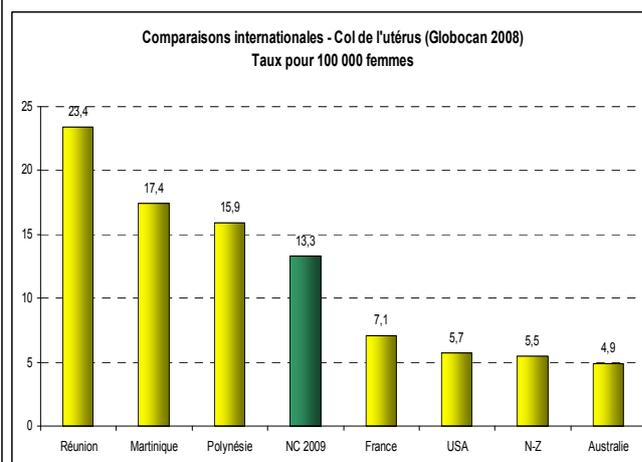
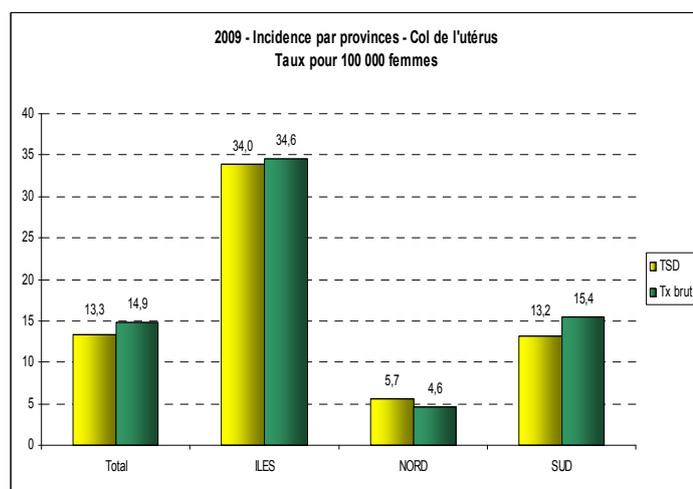


La radiothérapie et la chimiothérapie ont été les 2 principaux traitements appliqués à ces patientes. Parmi les patientes atteintes d'un cancer du col invasif, moins d'un 1/3 ont bénéficié d'un traitement chirurgical, associé ou non à une autre thérapeutique.

Incidences et comparaisons internationales

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

Figure 41 : cancer du col de l'utérus, incidence par province et comparaisons internationales



3-1-4 Tumeurs des autres organes génitaux et des ovaires

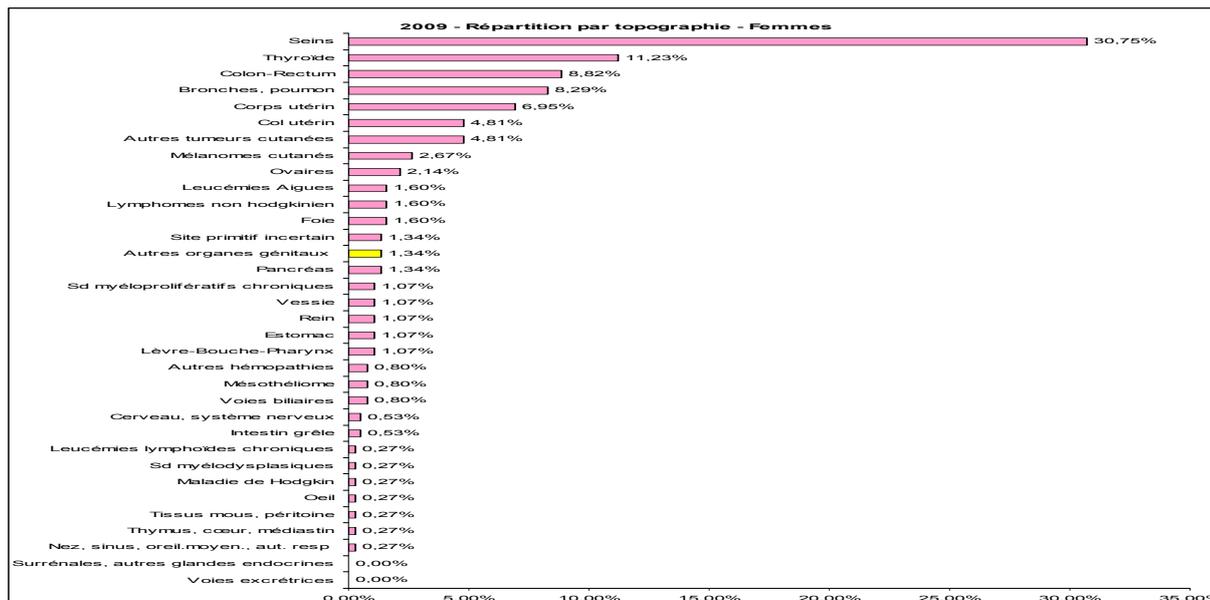
Généralités

Ce groupe comprend 13 tumeurs invasives dont :

- 8 tumeurs de l'ovaire
- 1 tumeur de la vulve,
- 2 tumeurs du vagin,
- 1 tumeur de la trompe de Fallope,
- 1 tumeur du placenta.

Au 31/07/12, 30,7 % des patientes étaient décédées (4 cas).

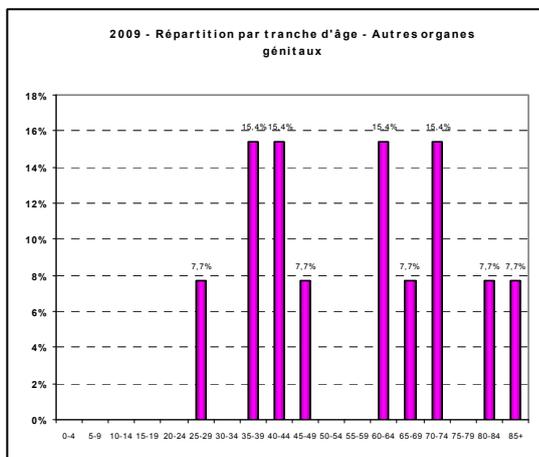
Figure 42 : répartition par topographie des cancers chez les femmes



Age au diagnostic

L'âge moyen est égal à 56.8 ans, et l'âge médian est égal à 62 ans avec au diagnostic est relativement dispersé entre 25 et plus de 75 ans.

Figure 43 : cancers des autres organes génitaux, répartition par tranche d'âge et taux spécifiques



Histologie

Le diagnostic histologique a été effectué pour 13 patientes et l'on retrouve les diagnostics suivants :

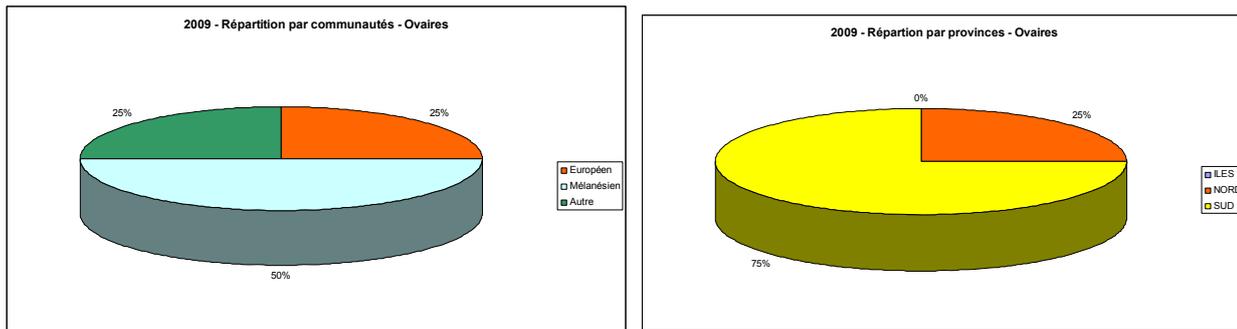
- 3 Adénocarcinomes
- 7 Carcinomes SAI
- 3 Tumeurs complexes

Concernant spécifiquement les 8 tumeurs ovariennes, on retrouvait 3 adénocarcinomes, 2 tumeurs complexes et 3 carcinomes SAI.

Sont présentées ci-dessous les données concernant uniquement les tumeurs ovariennes.

Ainsi, la moitié des tumeurs ovariennes touchaient des femmes mélanésiennes et 75 % des femmes résidant en province Sud.

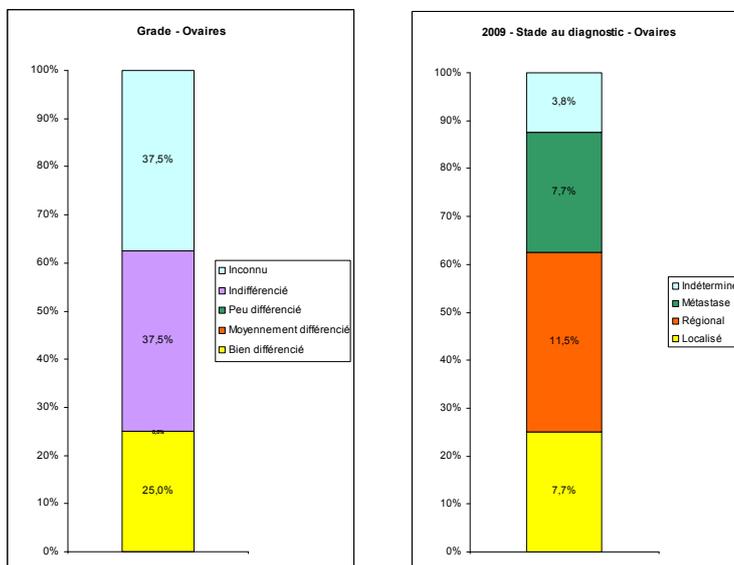
Figure 44 : cancers des ovaires, répartition par communauté et province



Stade au diagnostic

Moins de 10 % des femmes ont été diagnostiquées à un stade localisé.

Figure 45 : cancers ovariens et stade au diagnostic

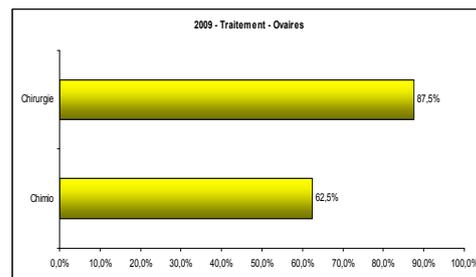


Traitement

Les traitements comportent plus souvent une association chirurgie-chimiothérapie.

Tableau 11 et figure 46 : cancers ovariens, répartition par schéma thérapeutique

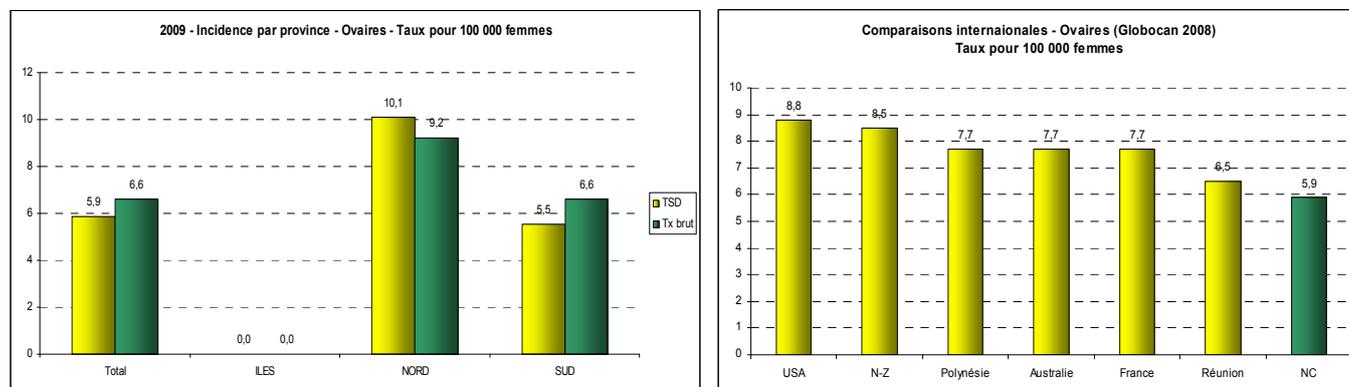
	Nb de cas	Fréquence
Chimio	1	12,5%
Chirurgie	3	37,5%
Chimio+Chir	4	50,0%
Total	8	100,0%



Incidences et comparaisons internationales

On observe en 2009, une incidence nettement plus élevée dans la province Nord des tumeurs ovariennes par rapport aux autres provinces.

Figure 47 : cancers ovariens, incidence par province et comparaisons internationales



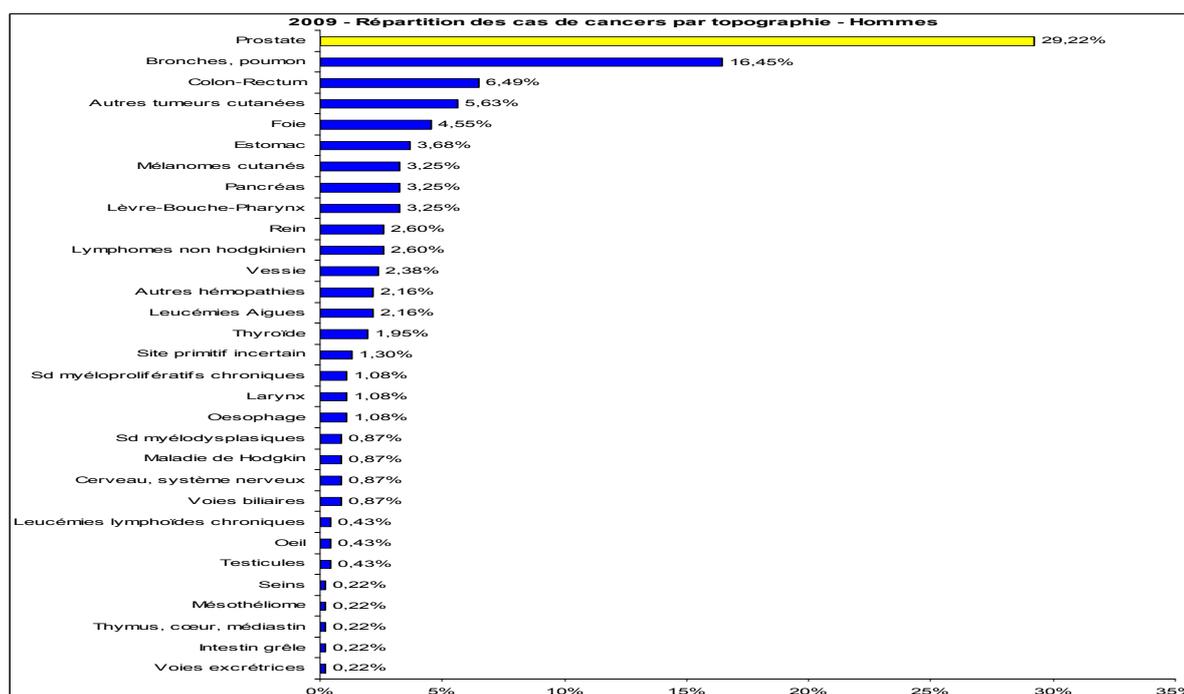
On constate également que l'incidence des cancers ovariens est en 2009, plus faible que celles de la métropole, et des pays voisins.

3-2 Cancers de la prostate

Généralités

Avec 135 nouvelles tumeurs invasives diagnostiquées en 2009, cette localisation représente de loin le 1er cancer chez les hommes. Au 31/07/2012, 9,6 % (13 cas) des patients étaient décédés.

Figure 48 : répartition des cancers chez l'homme

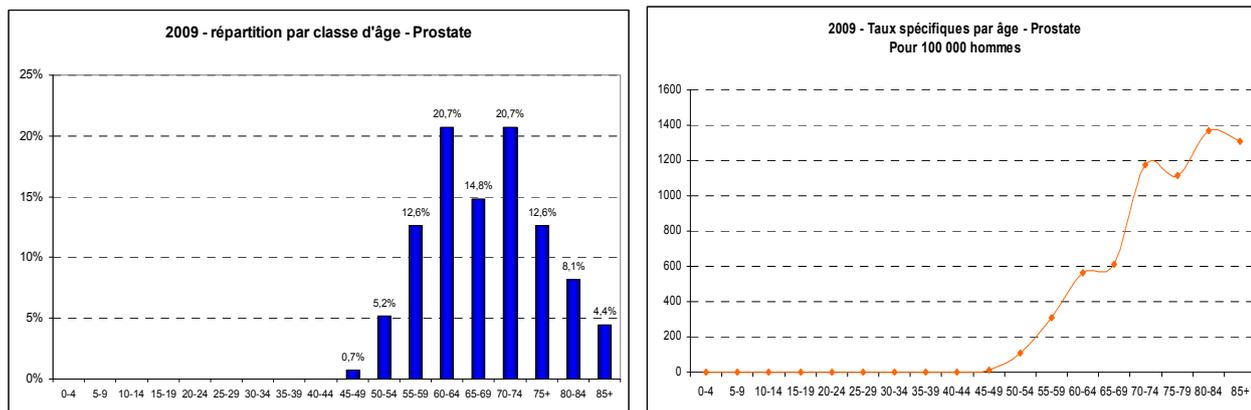


Age au diagnostic et communauté

Il s'agit d'une tumeur du sujet âgé, avec une moyenne d'âge observée au moment du diagnostic égale à 68.1 ans (médiane 68 ans) et avec 2 pics, l'un entre 60 et 64 ans et l'autre entre 70 et 74 ans. Le plus jeune âge où le diagnostic a été porté est 49 ans.

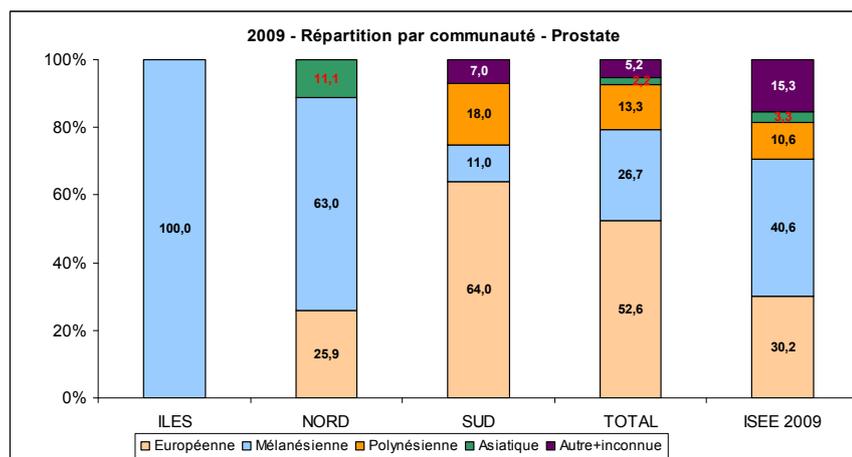
Comme observé ci-dessous l'incidence augmente avec l'âge, avec un premier pic à 70 ans et un second à 80 ans. L'incidence brute totale est relativement élevée avec 108 nouveaux cas pour 100 000 hommes.

Figure 49: cancer de la prostate, répartition par classe d'âge et taux d'incidence spécifique



Comme on l'observe sur la figure suivante, plus la moitié des cas concernent la communauté européenne, avec une surreprésentation significative de cette communauté par rapport à la population masculine générale ($p < 0.001$). Toutefois cette répartition diffère 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, tous les cas diagnostiqués sont d'origine mélanésienne.

Figure 50 : cancer de la prostate, répartition par communauté et province

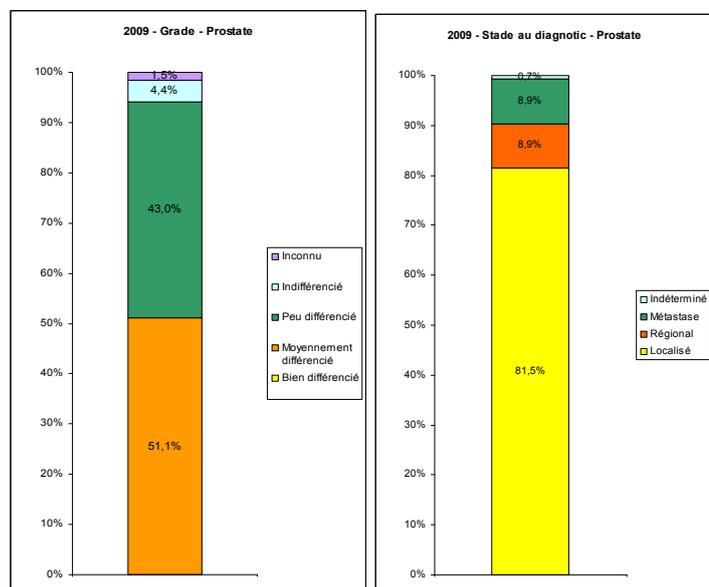


Histologie

134 cas ont bénéficié d'un diagnostic histologique d'adénocarcinome, le plus souvent à partir 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 88 ans.

Le grade de la tumeur est établi à partir du score de Gleason, et comme le montre la figure suivante, 94.1 % des patients ont une tumeur moyennement différenciée ou peu différenciée.

Figure 51 : cancer de la prostate, répartition selon le grade et le stade au diagnostic



Stade au diagnostic

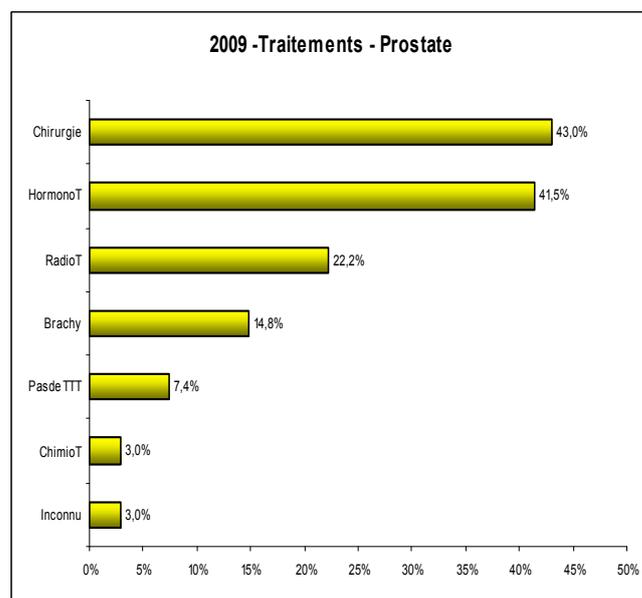
Pour l'ensemble des patients, un peu plus de 8 cas sur 10 ont été diagnostiqué au stade localisé.

Traitement

Les traitements diffèrent selon le stade au diagnostic, l'âge du patient mais on remarque que le principal traitement dont ces patients bénéficient est la chirurgie, avec plus de 4 patients sur 10, puis l'hormonothérapie avec également un peu plus de 4 patients sur 10.

Tableau 12 et figure 52 : cancer de la prostate, répartition par schéma thérapeutique

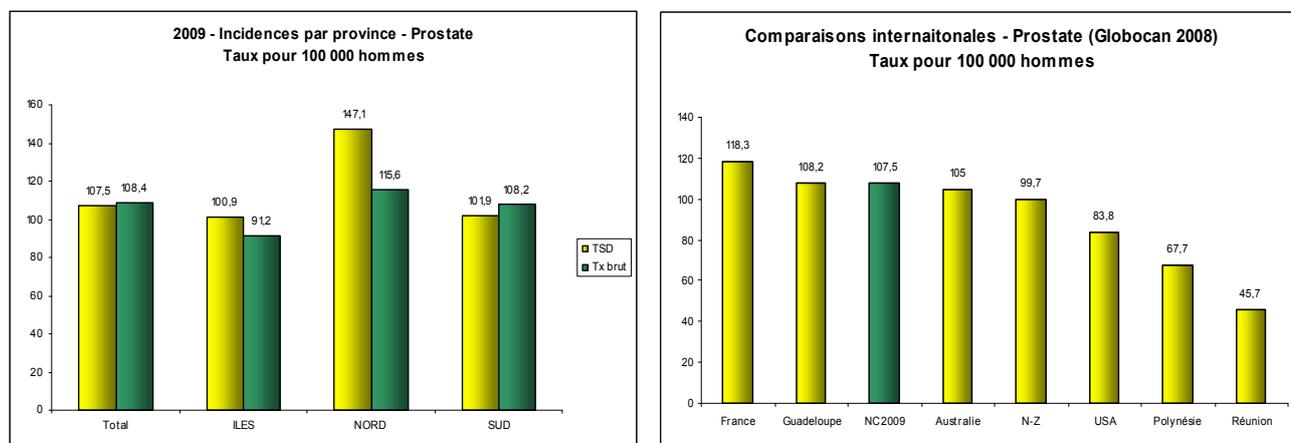
	Nb de cas
Chir+Chimio+Hormono	1
Radio+Chimio+Hormono	1
Brachy+Radio+Hormono	1
Chimio+Hormono	1
Chir+Radio+Chim+Hormono	1
Chir+Radio+Hormono	2
RadioT	2
Inconnu	4
Radio+Chir	4
Chir+Hormono	4
Brachy+Hormono	6
Pas de traitement	10
BrachyT	13
Radio+Hormono	19
HormonoT	20
Chirurgie	46
TOTAL	135



Incidence et comparaisons internationale

En 2009, l'incidence standardisée est nettement plus élevée en province Nord.. On note également des taux comparables entre les provinces Sud et Iles

Figure 53 : cancer de la prostate, incidence par province et comparaisons internationales



Tout en étant inférieure à celle de la métropole, l'incidence standardisée est plus élevée que dans la plupart des pays voisins, notamment l'Australie et la Nouvelle-Zélande.

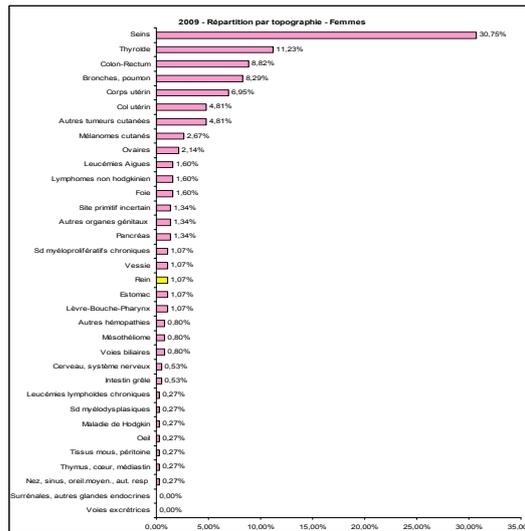
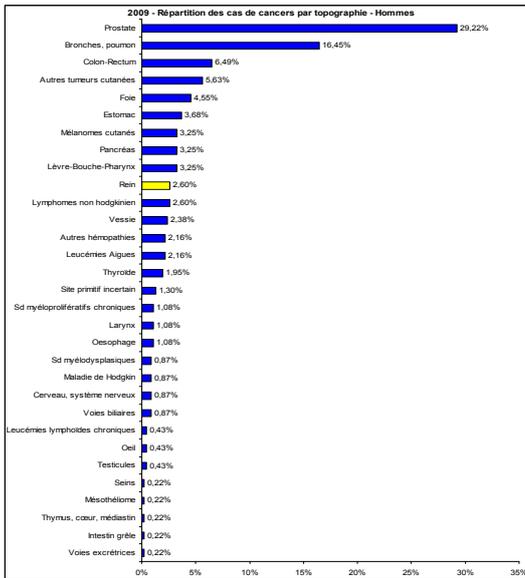
3-3 Rein, vessie et voies urinaires

3-3-1 Rein

Généralités

Avec 16 cas diagnostiqués en 2009 (12 chez les hommes et 4 chez les femmes) ce cancer est situé en 15^{ème} place pour les deux sexes, au 11^{ème} rang chez les hommes et 17^{ème} chez les femmes. On observe un sex-ratio de 3 hommes pour 1 femme. 25 % des patients étaient décédés au 31/07/2012 (4 cas).

Figures 54 : répartition des topographies selon le sexe

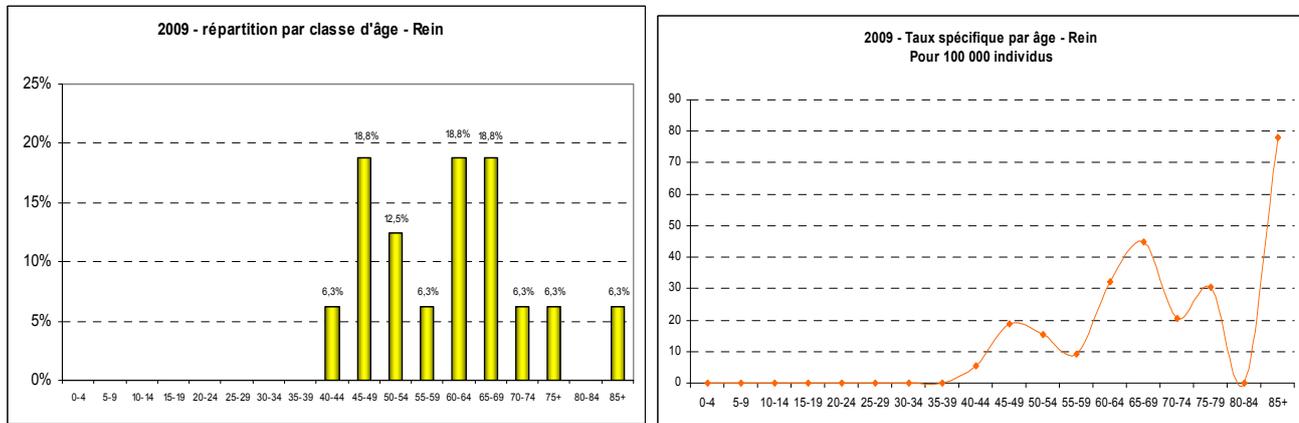


Age au diagnostic

L'âge moyen est égal à 61.7 ans (âge médian : 62.5 ans), il est un peu plus élevé chez les hommes (61.9 ans), par rapport aux femmes (61.2 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 en 2009, que l'incidence est particulièrement plus élevée chez les 65-69 ans et après 85 ans.

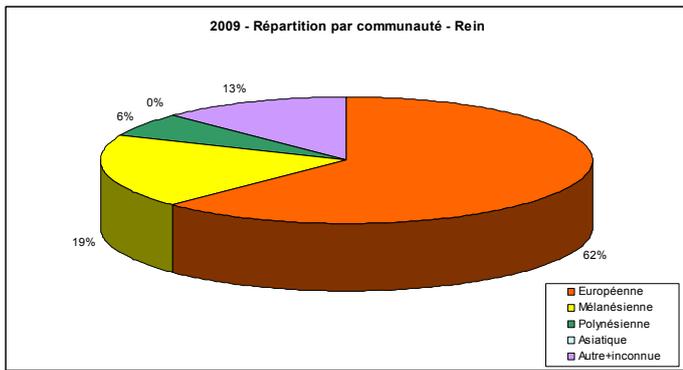
Figure 55 : cancer du rein, répartition par classe d'âge et taux d'incidence spécifique



Communauté

Bien que le nombre de cas soit relativement faible, plus 60 % des cas concernent la communauté européenne.

Figure 56 : cancer du rein, répartition par communauté

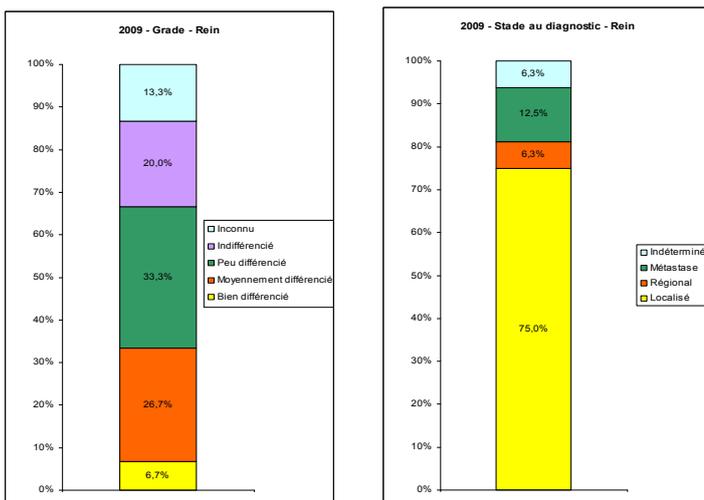


Histologie

Le diagnostic a été fait au moyen de l'histologie de la tumeur chez 15 patients, il s'agissait de carcinomes (néphrocarcinome 9 cas, autres carcinomes 6 cas). Le diagnostic a été porté pour un patient à partir de l'imagerie sans histologie (Radio). Il s'agissait d'une personne de 91 ans.

La répartition selon les grades montre qu'un tiers des tumeurs sont bien ou moyennement différenciées.

Figure 57: cancer du rein, répartition par grade et selon le stade au diagnostic



Stade au diagnostic

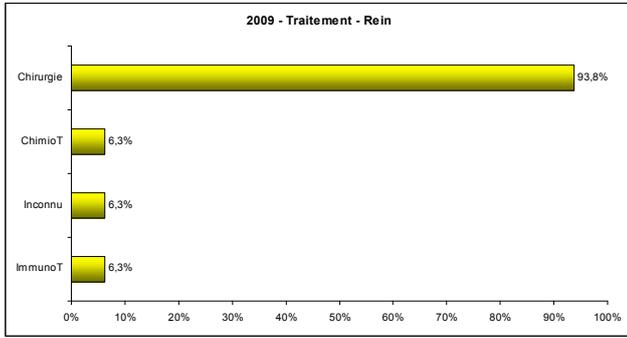
Cette tumeur a été diagnostiquée dans 75 % des cas à un stade localisé.

Traitement

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

Tableau 12 et figure 58 : cancer du rein, répartition par schéma thérapeutique

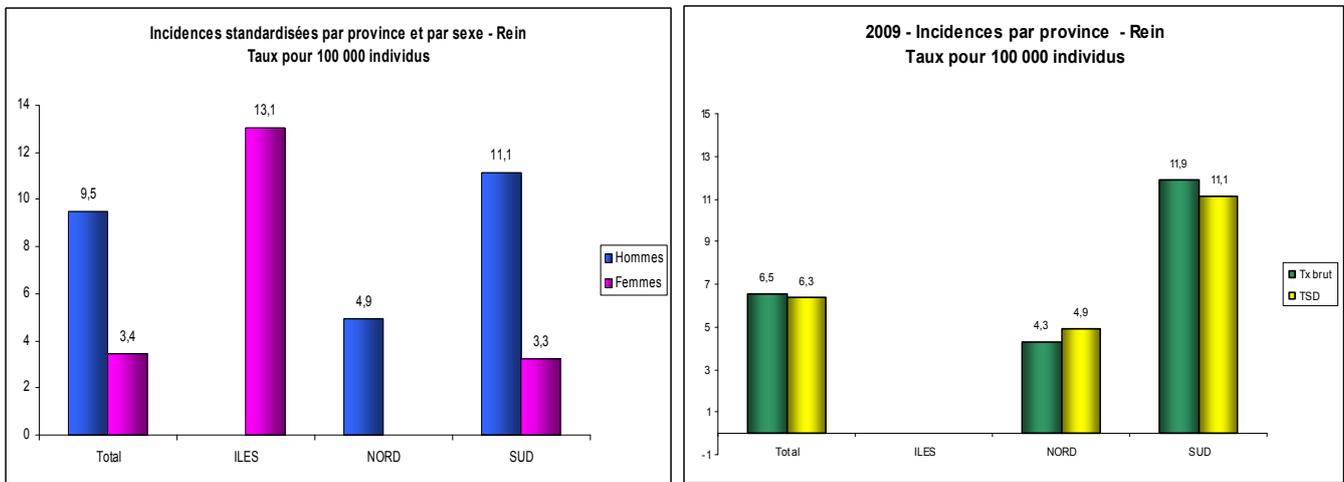
Inconnu	1
Chir+Chimio	1
Chir+Immuno	1
Chirurgie	13
TOTAL	16



Incidence et comparaisons internationales

L'incidence est plus élevée en province Sud, et chez les hommes, comme le montrent les figures suivantes.

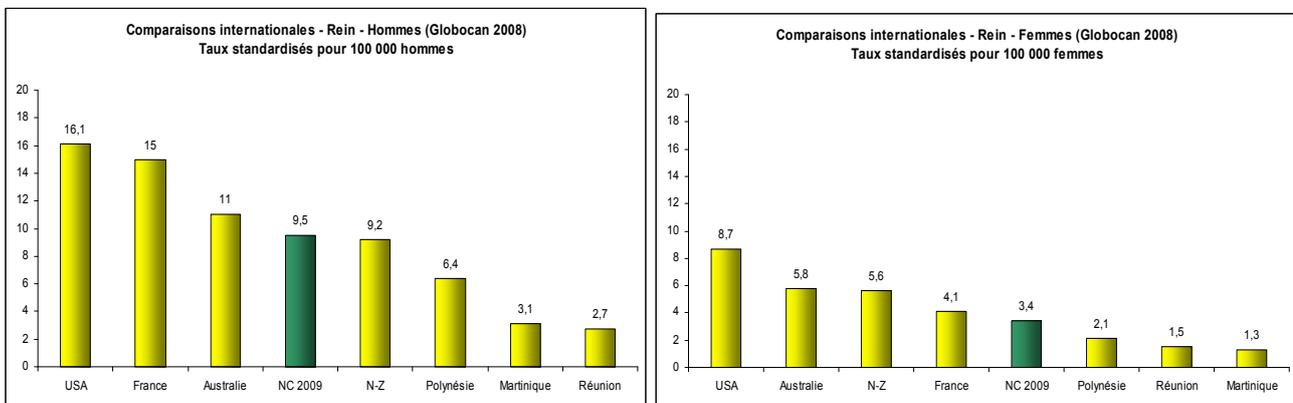
Figure59: cancer du rein, incidences selon le sexe et la province



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 de l'Australie et de la Nouvelle-Zélande, elle est presque deux fois moins élevée que celle de la métropole et des USA.

Figure 60: cancers du rein, comparaisons internationales selon le sexe



Chez les femmes, elle est située entre celle de la France et de la Polynésie.

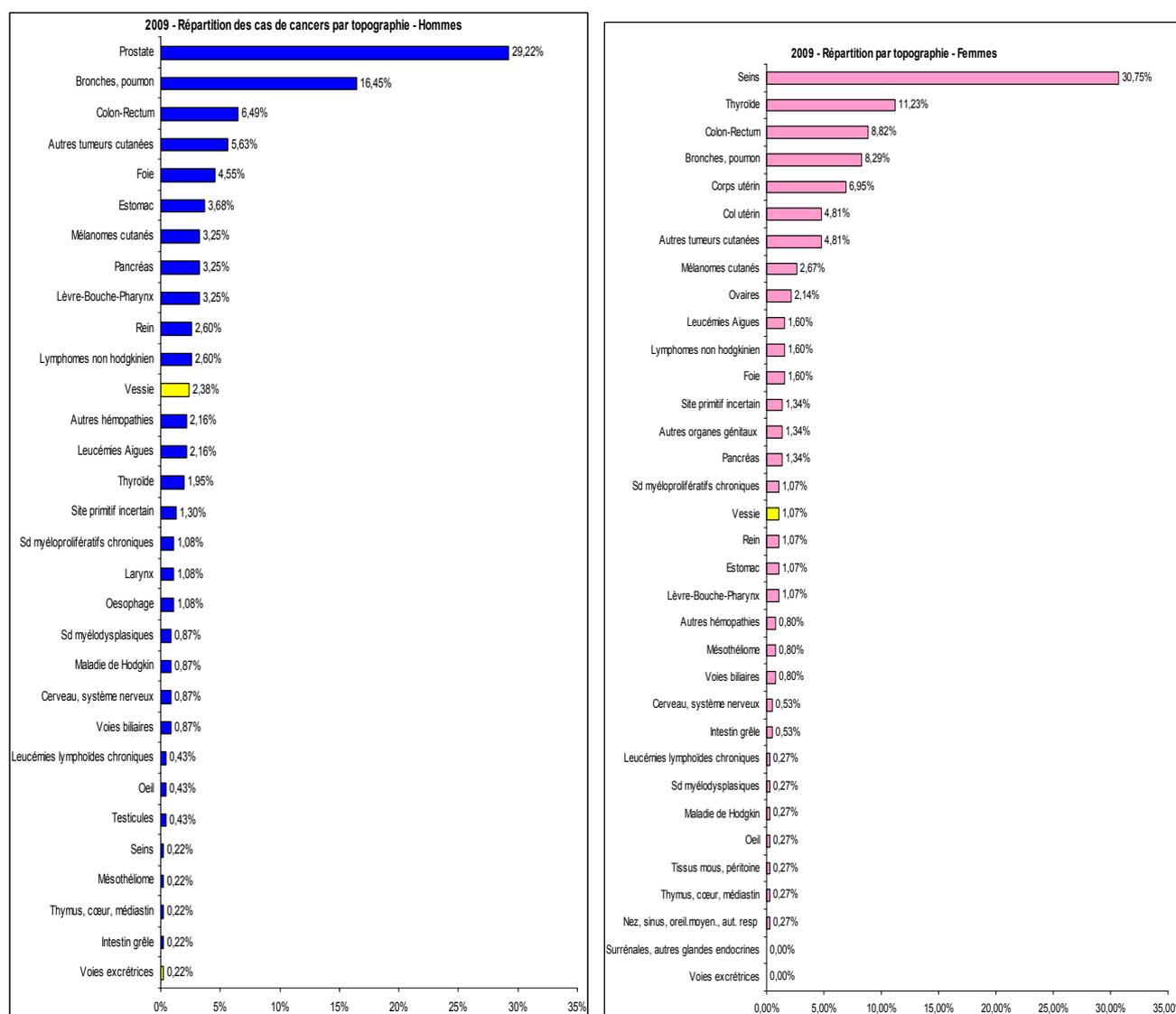
3-3-2 Vessie et voies urinaires

Généralités

Avec 16 tumeurs invasives, cette topographie est située en 16^{ème} position tous sexes confondus et comprend 15 tumeurs invasives de la vessie et une des voies urinaires (bassinnet).

On enregistre 12 tumeurs chez les hommes contre 4 chez les femmes, représentant ainsi le 12^{ème} rang chez les hommes et 17^{ème} rang chez les femmes et un sex-ratio de 3 hommes pour 1 femme. 8 patients étaient décédés au 31/07/2012.

Figure 61 : répartition des topographies selon le sexe

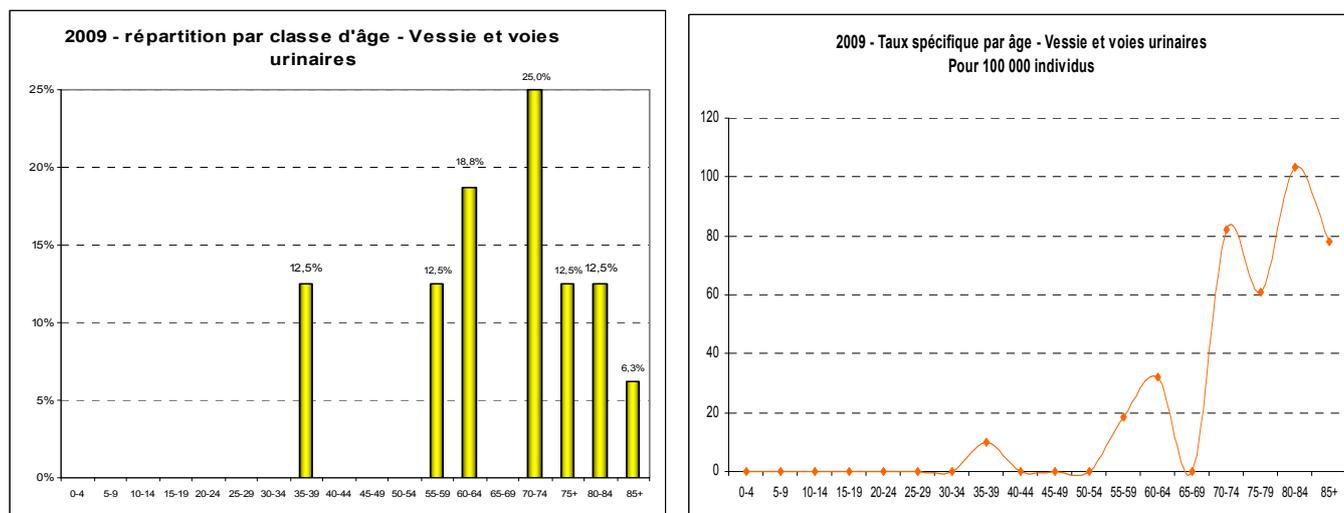


Age et communauté

Le diagnostic de ces tumeurs invasives est porté à un âge moyen égal à 66.4 ans (médiane : 71 ans), avec un pic à 70-74 ans. A noter, 4 patients diagnostiqués avant 60 ans, dont 2 de moins de 40 ans.

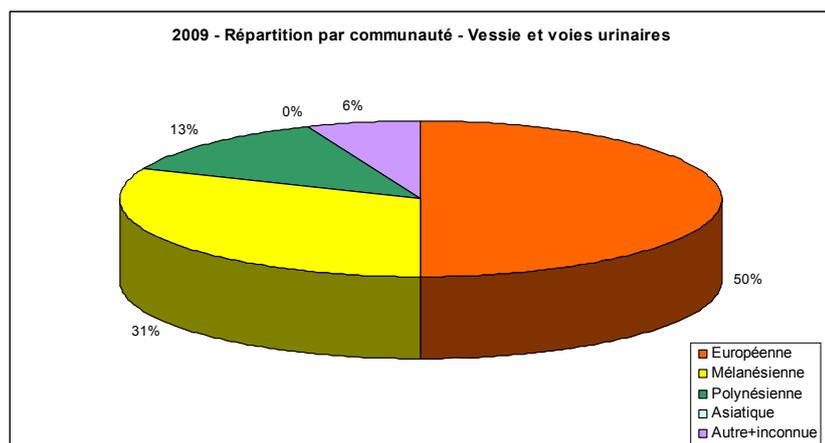
Lorsque l'on rapporte le nombre de cas à la tranche d'âge concernée, on constate que l'incidence a tendance à augmenter avec l'âge.

Figure 62 : cancer 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 63 : cancer de la vessie et VU, répartition par communauté



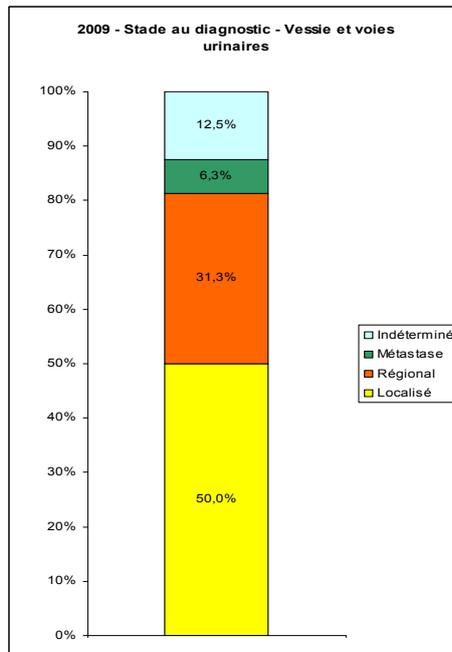
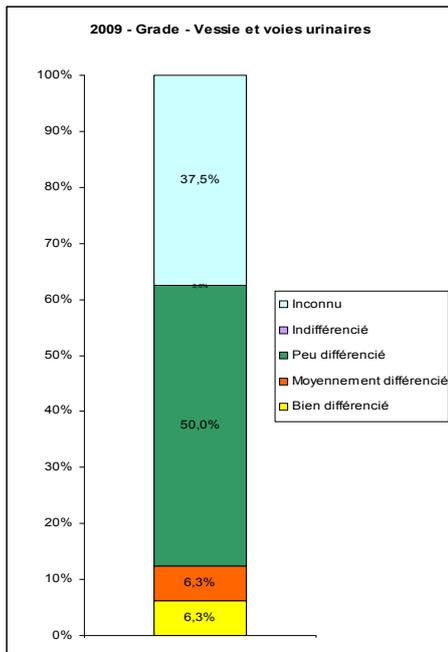
Histologie

Parmi les 16 cas enregistrés, tous ont bénéficié d'un diagnostic histologique (15 localisations concernant la vessie et 1 pour les voies urinaires). Il s'agissait de :

- 13 Carcinomes urothéliaux
- 1 Adénocarcinome
- 1 carcinome épidermoïde
- 1 SAI

Parmi 16 tumeurs avec histologie, comme observé dans la figure suivante, 6 n'ont pas de grade précisé sur le compte-rendu (soit 37.5 %). Lorsque cette information a été retrouvée sur le CRAP, on observe essentiellement des tumeurs peu différenciées (8 cas parmi les 10 renseignées).

Figures 64 : cancer de la vessie et VU, répartition selon le grade et le stade au diagnostic



Stade au diagnostic

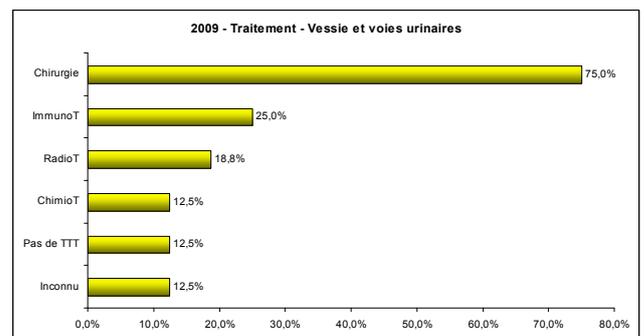
Le diagnostic est porté le plus souvent à un stade localisé ou régional.

Traitement :

En dehors des patients qui n'ont pas reçu de traitement spécifique et du patient pour lequel cette information n'a pas été retrouvée, pratiquement tous les patients ont bénéficié d'un traitement chirurgical, et 1 patient a reçu uniquement un traitement par radiothérapie.

Tableau 13 et figure 65 : cancer de la vessie et VU, répartition selon les schémas thérapeutiques

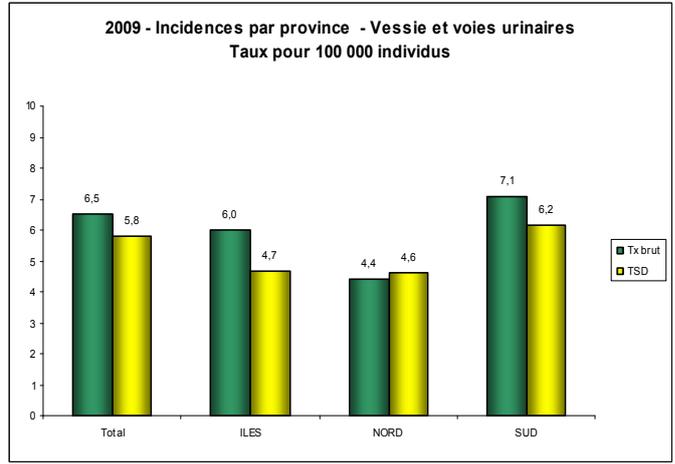
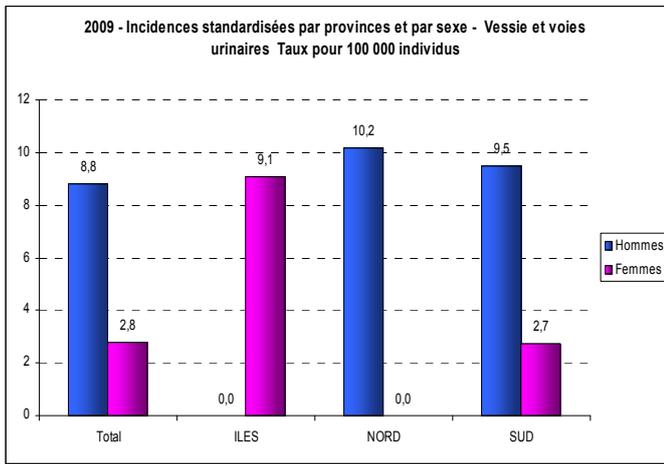
Chir+Radio+Immu	1
Inconnu	1
Radiothérapie	1
Pas de TTT	2
Chir+Chimio	2
Chir+Immuno	3
Chirurgie	6
TOTAL	16



Incidence et comparaisons internationales :

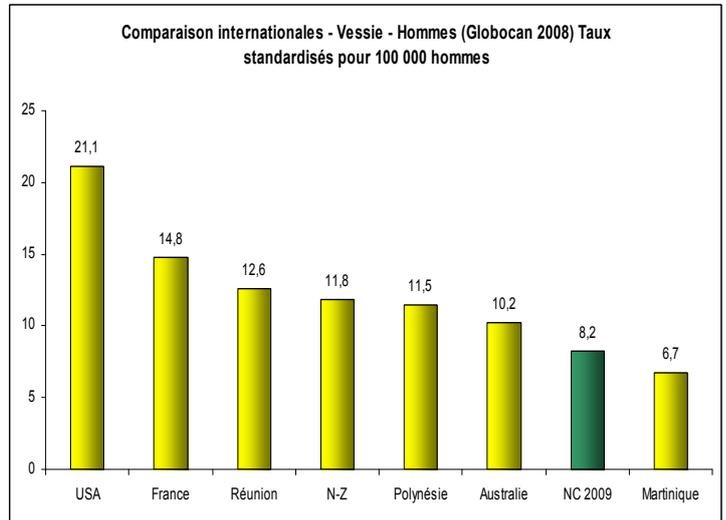
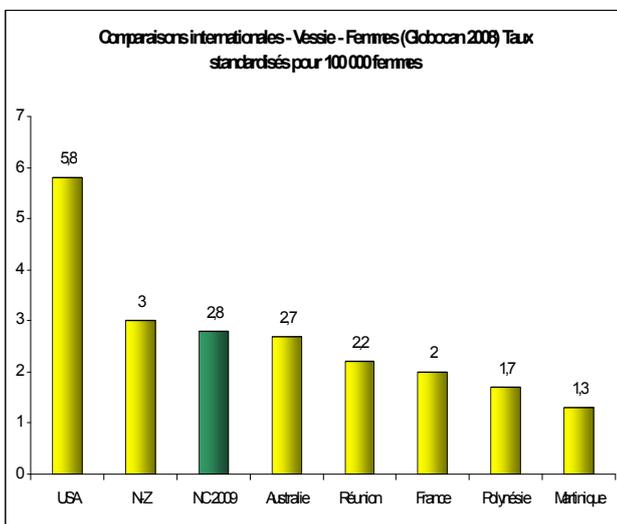
L'incidence est nettement plus élevée chez les hommes et plus élevée en province Sud.

Figure 66 : cancer de la vessie et VU, incidences selon le sexe et la province



Pour le cancer de la vessie, qui est le plus fréquent, l'incidence chez les hommes en 2009 est plus basse que celle de la métropole en 2008, alors qu'elle est un peu plus élevée que celle de la métropole chez les femmes.

Figures 67 : cancer de la vessie et des VU, comparaison des incidences selon le sexe



3-4 Appareil respiratoire

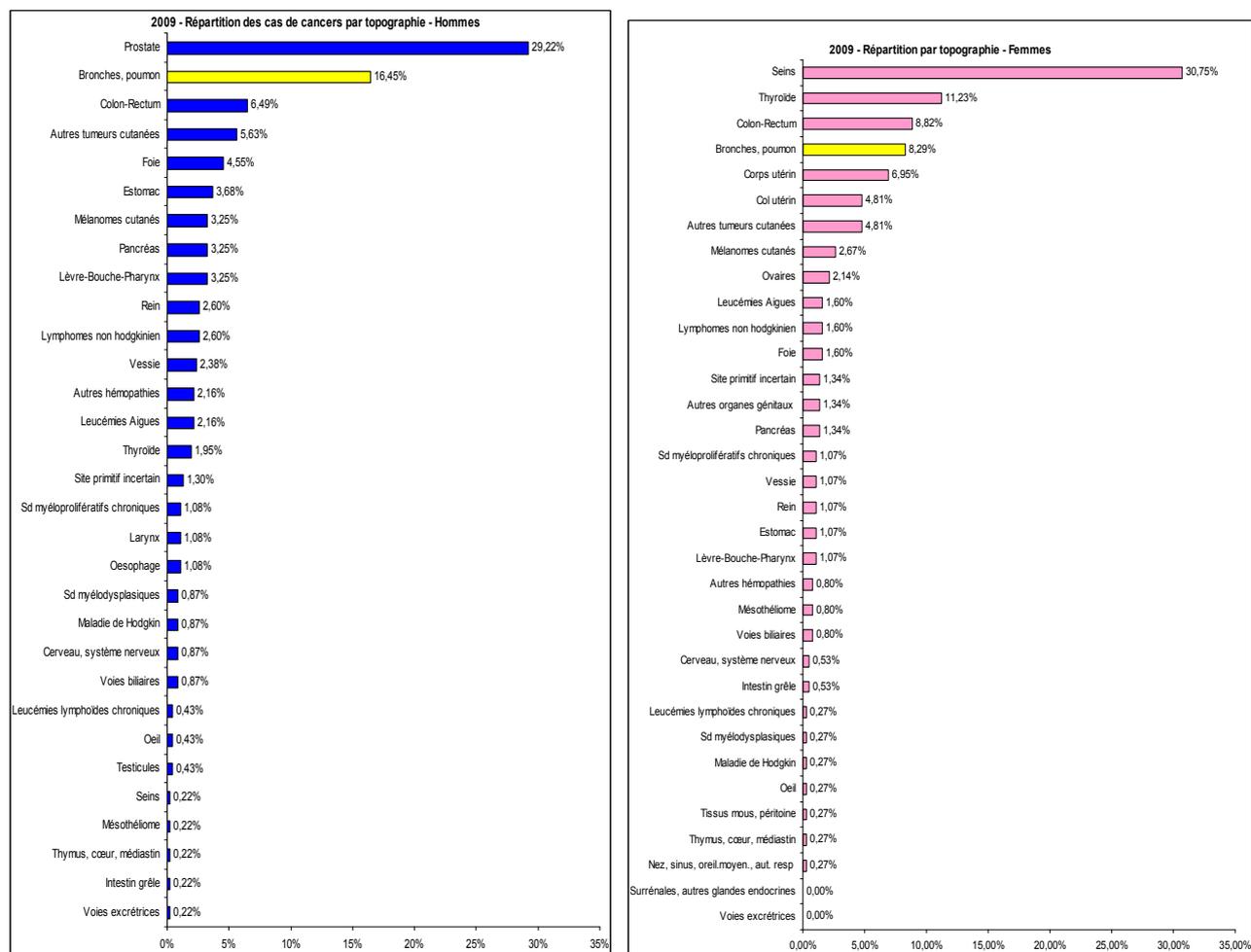
3-4-1 Bronches et poumon

Généralités

Avec 107 nouveaux cas en 2009, cette localisation se situe au 3^{ème} rang des tumeurs tous sexes confondus, ce classement varie selon le sexe. Avec 76 tumeurs, il se place au 2^{ème} rang chez les hommes et 4^{ème} chez les femmes avec 31 tumeurs.

On observe ainsi un sex-ratio égal à 2,45 hommes pour 1 femme. 83.1 % des patients étaient décédés au 31/07/2012 (89 cas).

Figure 68 : répartition des topographies selon le sexe

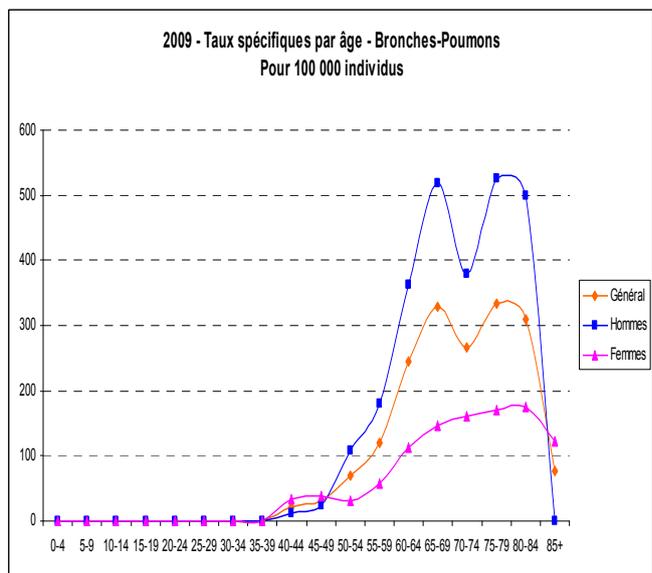
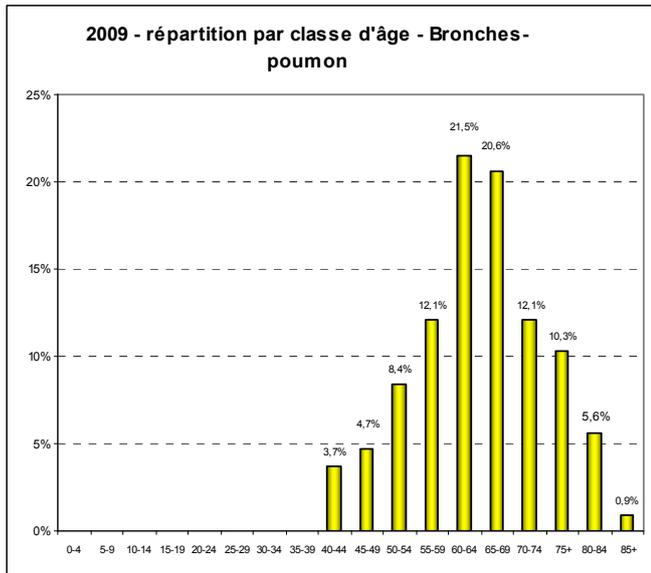


Age

L'âge moyen au moment du diagnostic est de 64.3 ans (médiane : 64 ans), un peu plus élevé chez les hommes que chez les femmes (respectivement 64.6 ans pour les ♂ et 63.4 ans pour les ♀).

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 creux vers 70-74 ans tous sexes confondus, qui est principalement du fait de celui observé chez les hommes comme montré ci dessous

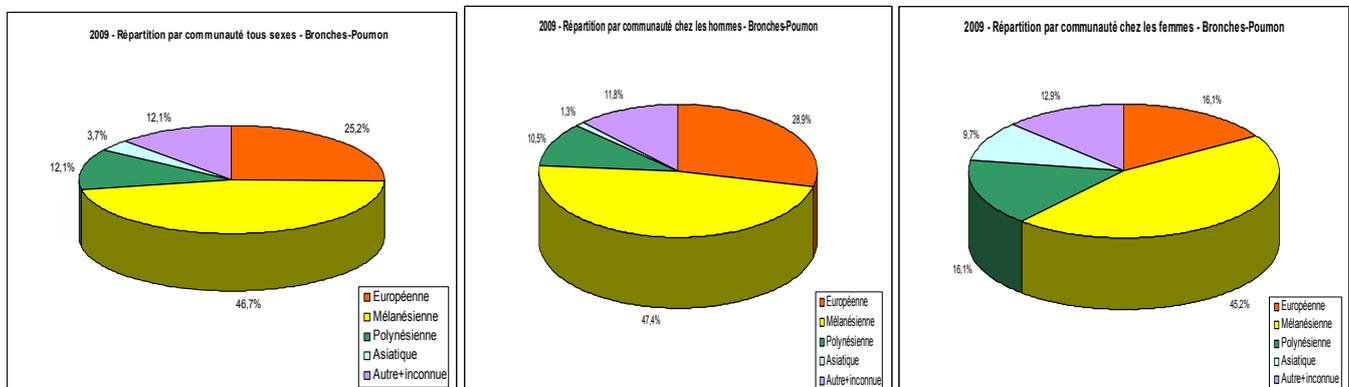
Figure 69: cancers des bronches-poumon : répartition par tranche d'âge et taux spécifiques d'incidence



Communauté

On observe, avec 46.7 % de patients d'origine mélanésienne, une proportion plus élevée de patients d'origine mélanésienne, tant chez les hommes que chez les femmes, toutefois la répartition par communauté et sexe des cancers de ces cancers est comparable à celle de la population générale (NS). représentation de cette communauté un peu plus élevée que celle de la population générale.

Figure 70: cancer des bronches-poumon, répartition par communauté et par sexe



Histologie

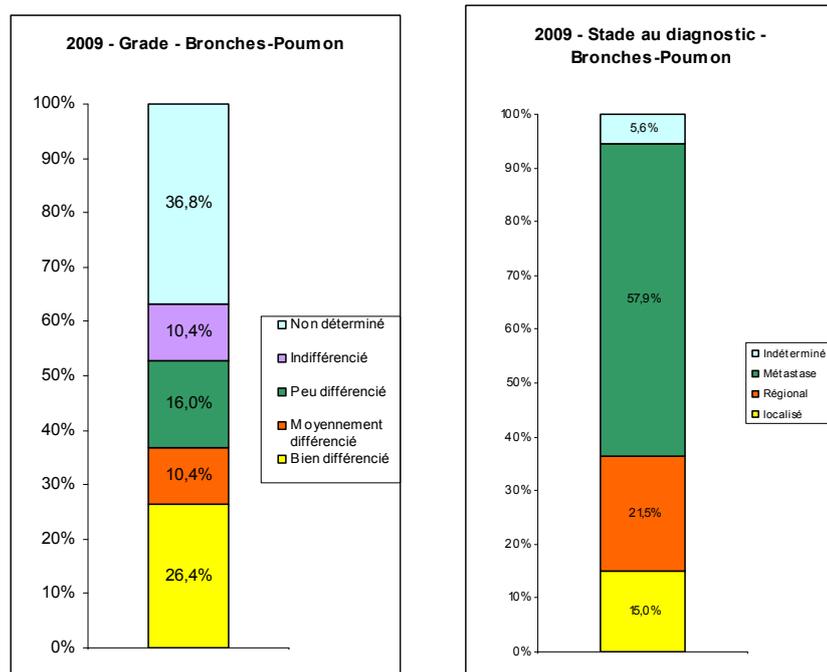
- 106 diagnostics ont été confirmés à partir des résultats d'un examen anatomo-cyto-pathologique (96 à partir de la tumeur primitive et 9 à partir d'une métastase et 1 à partir d'une cytologie), soit pour 99 % des patients. Les différents groupes histologiques sont répartis de la manière suivante:

- 48 Adénocarcinomes
- 27 Carcinomes épidermoïdes
- 2 Carcinomes SAI
- 29 carcinomes spécifiques (dont 4 à grandes cellules, 10 à petites cellules, 12 non à petites cellules)

- 1 patient a été diagnostiqué au seul moyen de l'imagerie médicale.

Parmi les 106 patients qui ont eu un diagnostic histologique, le grade était précisé dans 63.2 % des cas. On retrouve une proportion plus élevée de tumeurs bien différenciées.

Figure 71 : cancer des bronches-poumon, répartition selon le grade et le stade au diagnostic



Stade au diagnostic

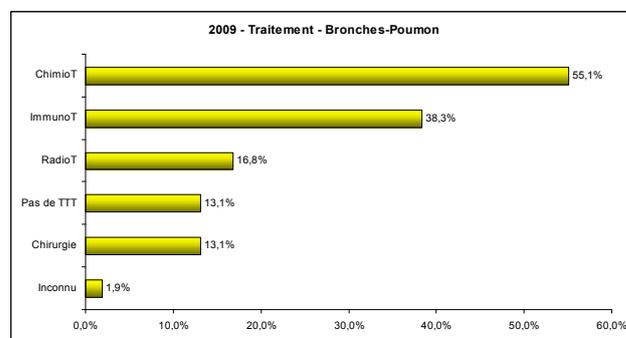
Seules 15 % des tumeurs ont été diagnostiquées à un stade localisé et plus de la moitié sont diagnostiquées à un stade métastatique.

Traitement

Indépendamment des profils histologiques, ces patients ont bénéficié le plus souvent d'une chimiothérapie (55.1 % des cas), ensuite d'une immunothérapie, le traitement chirurgical a concerné 13.1 % des patients. A noter qu'une part importante des patients n'ont pas bénéficié de thérapeutique spécifique en raison de leur général, 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 figure72 : cancer des bronches-poumon, répartition selon les schémas thérapeutique

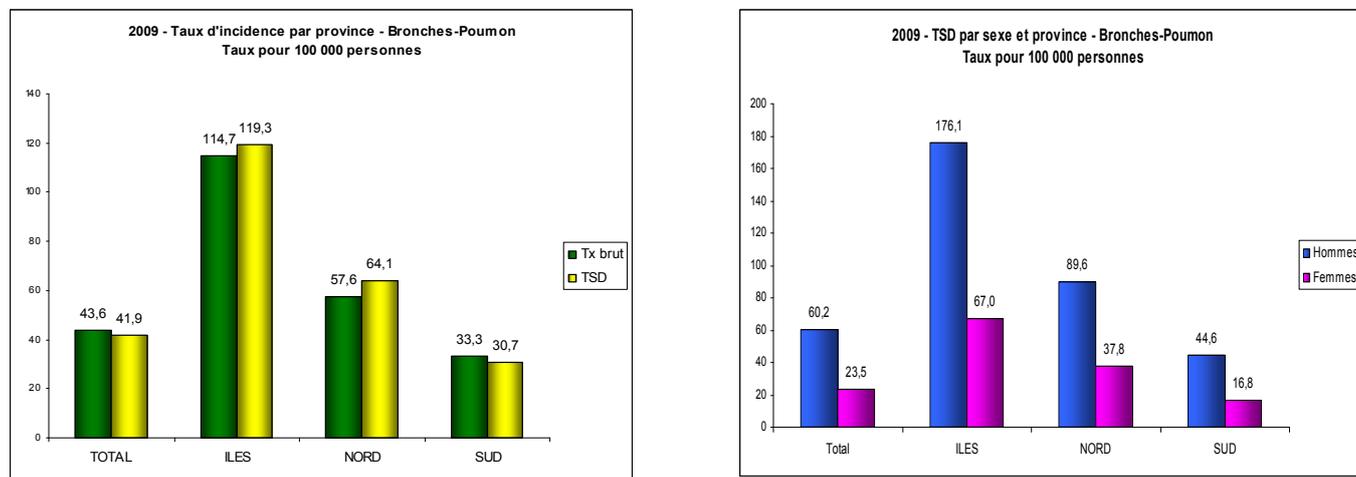
Chimio	23
Chimio + Immuno	19
Immunothérapie	17
Pas de traitement spécifique	14
Chir	10
Radio + Chimio	9
Radiothérapie	4
Radio + Chimio + Immuno	4
Inconnu	2
Chimio + Chirurgie	2
Autre	1
Chir + Chimio + Immuno	1
Radio + Chimio + Chir	1
TOTAL	107



Incidences et comparaisons internationales

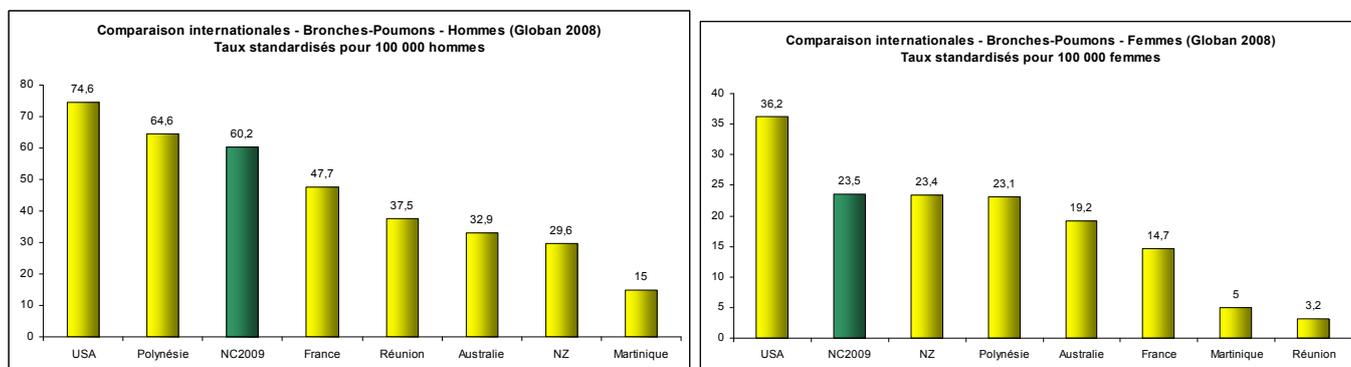
On observe que les taux d'incidence sont plus élevés pour les résidents des Iles Loyauté. Par ailleurs, les taux standardisés d'incidence sont toujours plus élevés chez les hommes, quelle que soit la province de domicile avec un écart homme/femme plus important dans la province des Iles.

Figure 73 : cancer des bronches-poumon, 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 en 2008 est plus élevée que celles de la métropole, de l'Australie et de la Nouvelle-Zélande chez les hommes, comme chez les femmes mais restent plus faibles qu'aux Etats-Unis.

Figure 74 : cancer des bronches-poumon, comparaisons internationales des incidences selon le sexe



3-4-2 Lèvres, bouche et pharynx (LBP)

Généralités

Avec 19 tumeurs invasives diagnostiquées (tous sexes confondus) en 2009, cette localisation est placée au 12^{ème} rang, après les cancers du pancréas. Il se situe au 9^{ème} rang chez les hommes et 16^{ème} chez les femmes (15 ♂ et 4 ♀, soit un sex-ratio égal à 3.75 hommes pour 1 femme).

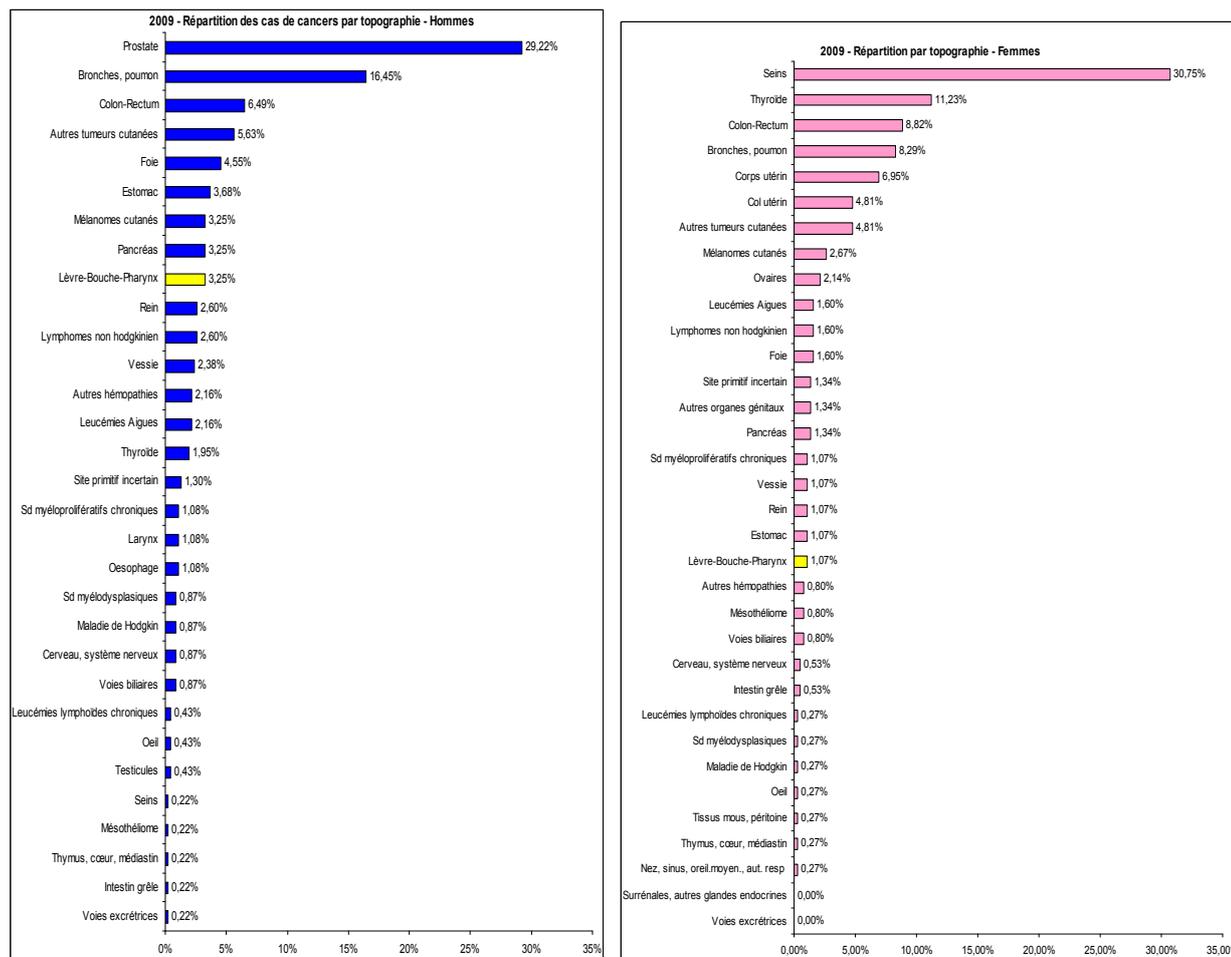
Par ailleurs les sites sont répartis plus précisément de la manière suivante :

- 4 tumeurs de la langue
- 4 tumeurs du plancher de la bouche

- 1 tumeur du palais
- 4 tumeurs de la glande parotide
- 1 tumeur de l'amygdale
- 2 tumeurs de l'oropharynx
- 3 tumeurs du rhinopharynx

26.3 % (N=5) des patients avaient également une autre tumeur primitive et 52.6 % des patients étaient décédés au 31/07/2012 (10 cas). Les données du registre ont été renseignées au moyen de 5.6 sources en moyenne par dossier.

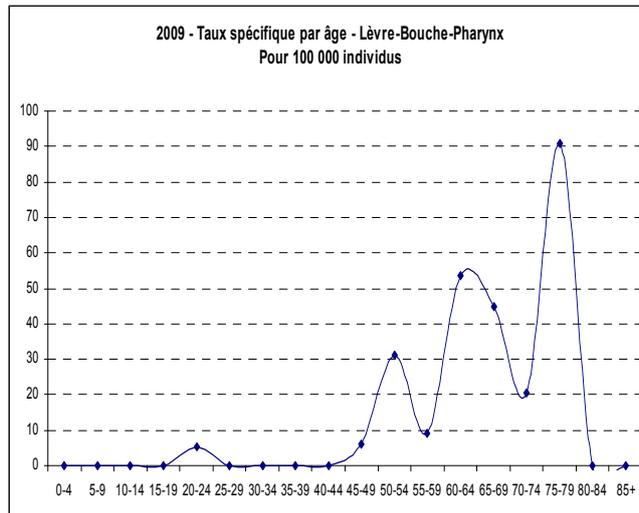
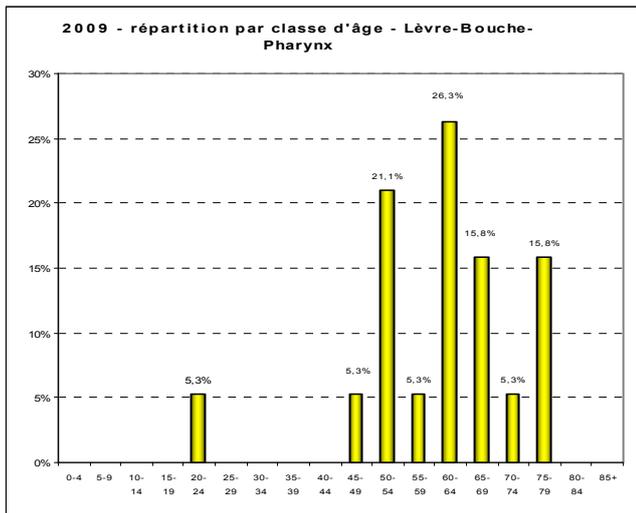
Figure 75 : répartition des topographies selon le sexe



Age au moment du diagnostic

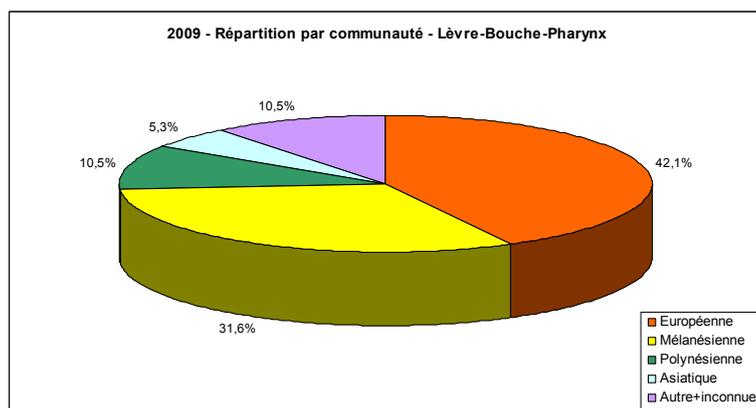
L'âge moyen est égal à 60,1 ans (médiane à 61 ans) : Ces tumeurs sont inégalement réparties entre 20 et 77 ans. La plupart des diagnostics ont été effectués entre .50 et 69 ans.

Figure 76: cancers LBP : répartition par tranche d'âge et taux spécifiques d'incidence



La répartition par communauté montre que les mélanésien et européens sont les 2 communautés les plus touchées par ces localisations avec une surreprésentation de la communauté mélanésienne par rapport à la répartition de la population générale.

Figure 77 : cancers LBP, répartition par communauté



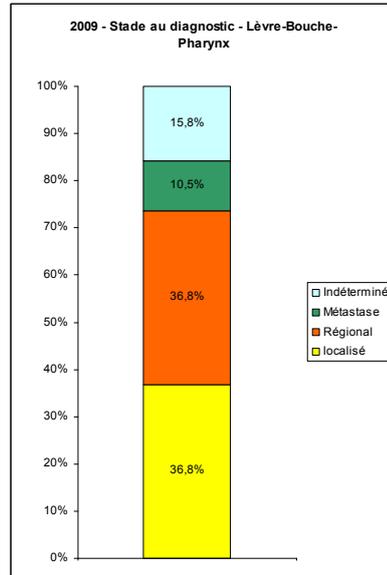
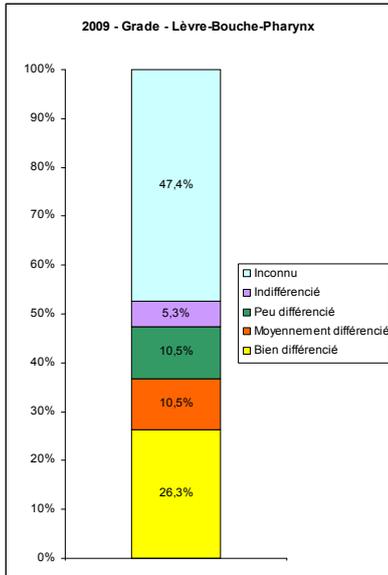
Histologie

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

- 2 Adénocarcinomes
- 16 Carcinomes épidermoïdes et 1 Carcinome SAI
- 1 mélanome desmoplasique

Parmi les 10 tumeurs dont le grade a été indiqué, il s'agit le plus souvent d'une tumeur bien différenciée.

Figure 78 : cancers LBP, répartition selon le grade et le stade au diagnostic



Stade au diagnostic

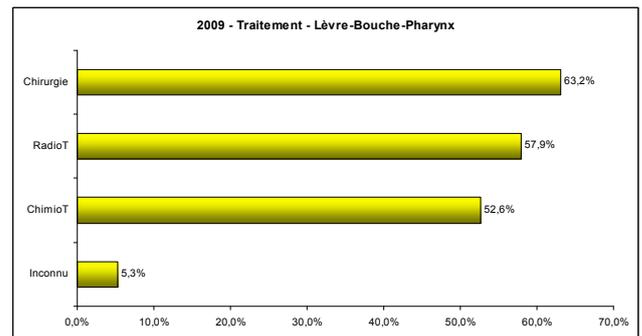
En 2009, ces tumeurs ont le plus souvent diagnostiquées au stade localisé ou avec envahissement ganglionnaire ou régional.

Traitement

La chirurgie est le traitement principal, et concerne plus de 6 patients sur 10, plus de la moitié des patients ont bénéficié d'un traitement par radiothérapie, un peu plus de la moitié d'une chimiothérapie.

Tableau 15 et figure 79 : cancers LBP, répartition selon les schémas thérapeutiques

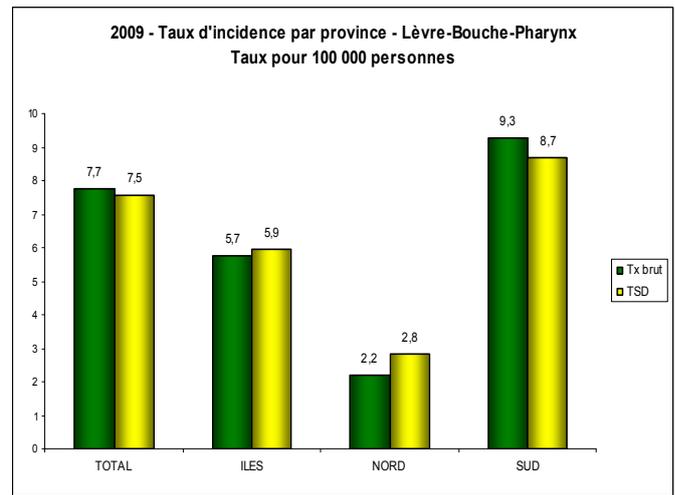
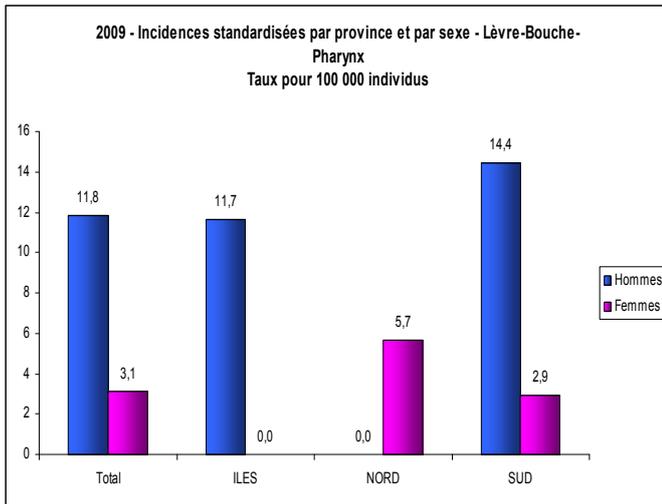
Chirurgie	6
Radio + Chim	6
Radio + Chim + Chir	3
Radio + Chir	1
Chim + Chir	1
Radiothérapie	1
Inconnu	1
TOTAL	19



Incidences et comparaisons internationales

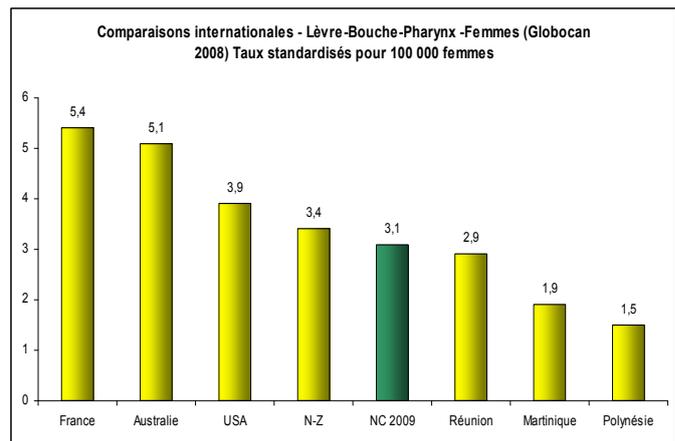
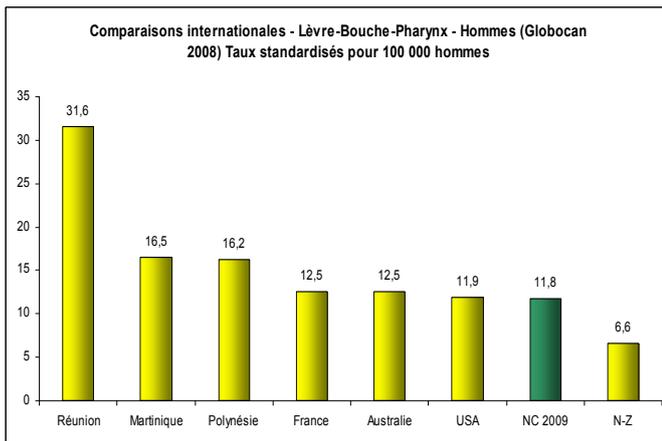
En 2009, les taux sont plus élevés chez les hommes en provinces Nord et Sud et l'on observe également un gradient provincial pour l'incidence, avec des taux plus bas en province Nord, intermédiaires dans les Iles et plus élevés dans le Sud.

Figure 80 : cancers LBP, incidences selon le sexe et la province



La comparaison des taux standardisés avec d'autres pays montre chez les hommes un taux moins élevé qu'à la Réunion, mais comparable à ceux des autre DOM, de la métropole. 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.

Figure 81 : cancers LBP, comparaisons internationales des incidences selon le sexe



3-5 Thyroïde

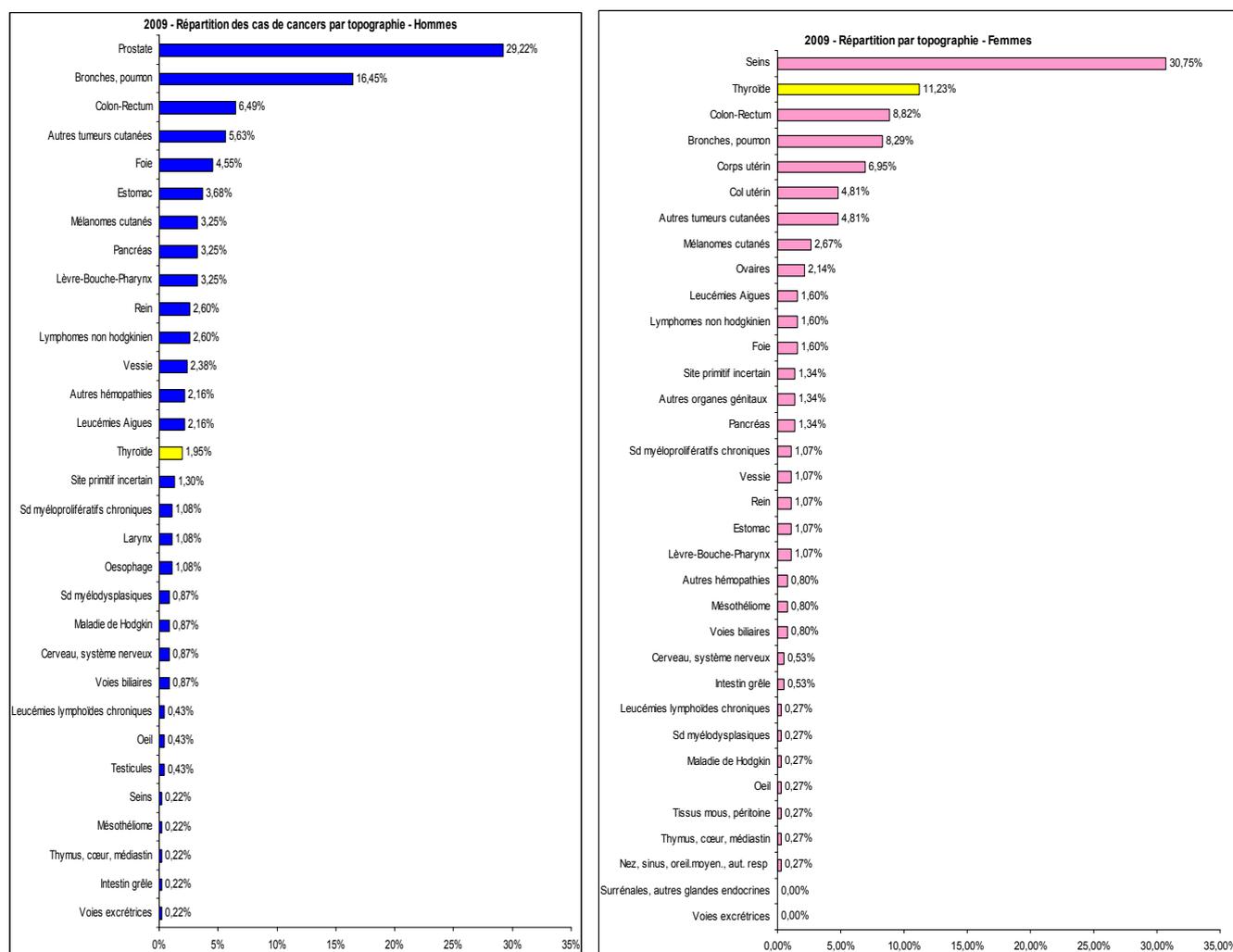
Généralités

Tous sexes confondus avec 51 tumeurs invasives diagnostiquées en 2009 (9 ♂ et 42 ♀), cette tumeur se situe comme en 2008 au 5^{ème} rang (15^{ème} rang chez les hommes et 2^{ème} chez les femmes) avec un sex ratio de : 21 hommes pour 100 femmes (0.21). Il s'agit principalement d'un cancer de la femme en Nouvelle-Calédonie.

31 % des patients ont eu d'autres tumeurs primitives (16 cas) ; 5.8 % des patients étaient décédés au 31/07/2012 (3 cas).

Les données ont été renseignées par 4,7 sources en moyenne par dossier.

Figure 82 : répartition des topographies selon le sexe

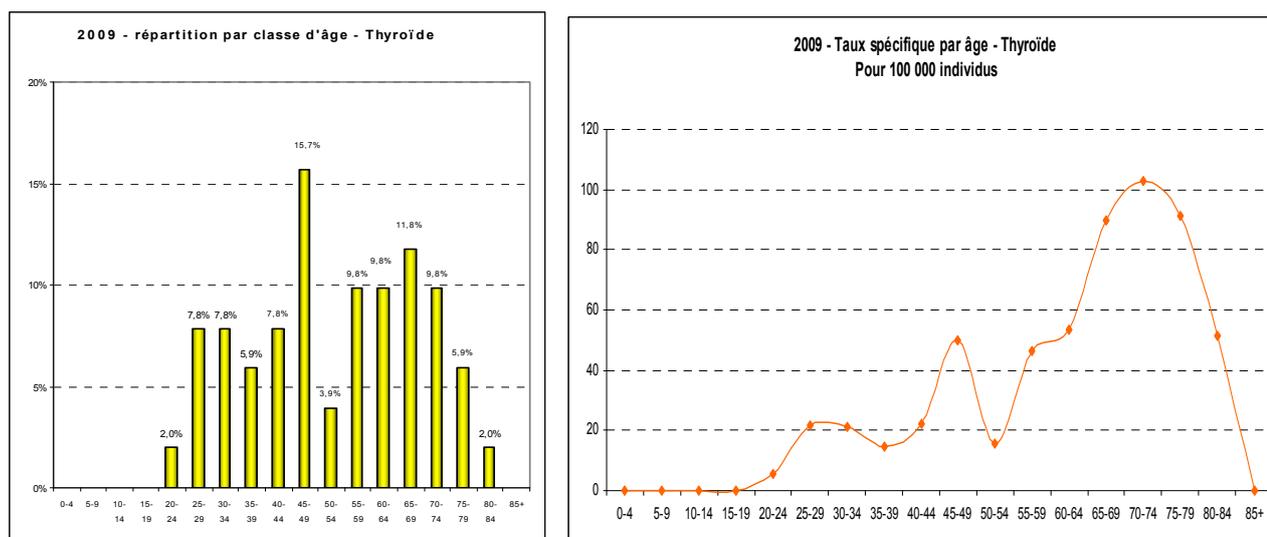


Age

L'âge moyen où sont diagnostiqués ces cancers est égal à 53 ans (médiane à 54 ans) soit 56 ans pour les ♂ et 52.4 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 24 ans. On observe un premier pic vers 45 ans, un second vers 65 ans.

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

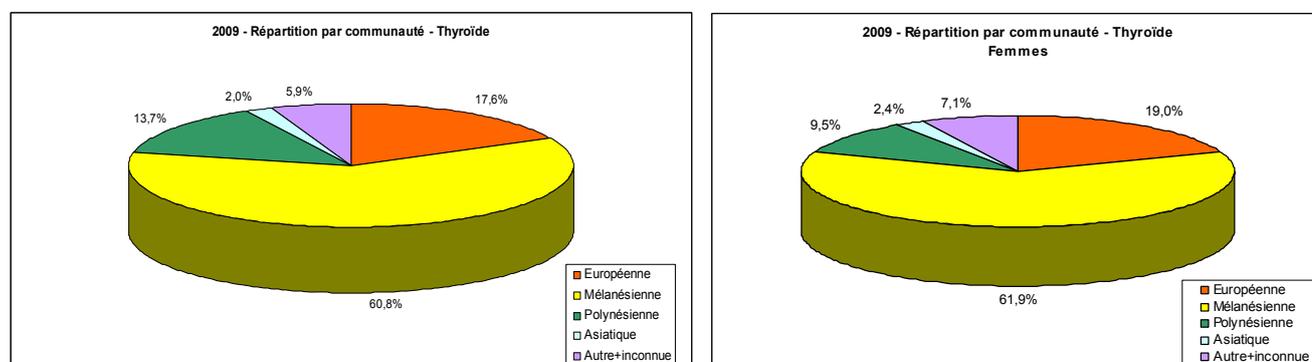
Figure 83: cancer de la thyroïde : répartition par tranche d'âge et taux spécifiques d'incidence



Communautés

Tous sexes confondus, 60.8.% des patients sont issus de la communauté mélanésienne, contre 17.6 % d'européens et 13.7 % de polynésiens. En raison du faible nombre de cancers de la thyroïde chez les hommes (N=9), la répartition par communauté est étudiée uniquement chez les femmes et montre la proportion importante de mélanésienne pour cette localisation par rapport à la répartition par communauté de la population calédonienne.

Figure 84: cancers de la thyroïde, répartition par communauté



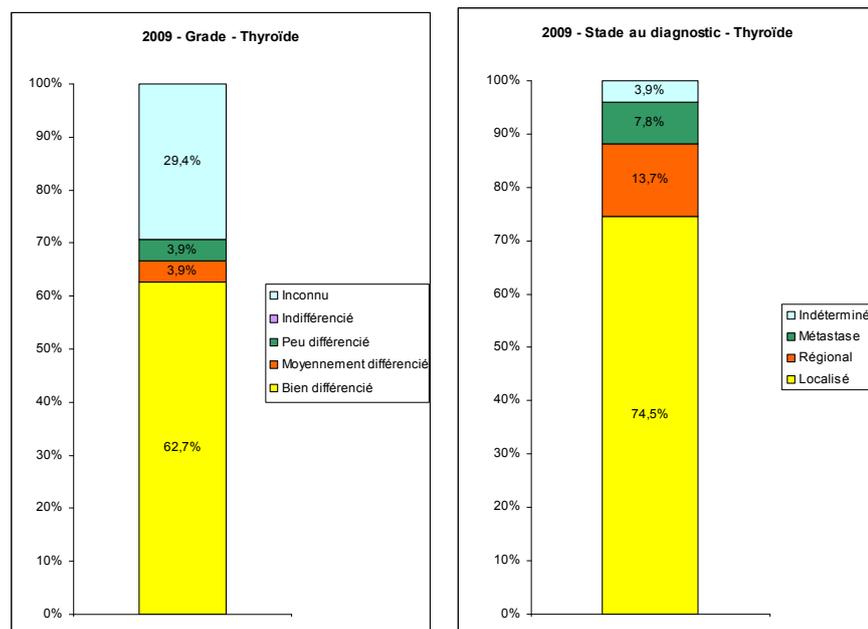
Histologie

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

- 16 carcinomes papillaires à présentation vésiculaire
- 10 microcarcinomes papillaires
- 7 carcinomes papillaires encapsulés
- 5 carcinomes papillaires SAI
- 1 carcinome vésiculaire à cellules oxyphile
- 6 carcinomes vésiculaires
- 2 carcinomes insulaires
- 1 fibrosarcome

A noter que le grade n'a pu être établi à partir des données indiquées dans les comptes-rendus que dans 70.6 % des cas. Il s'agissait en majorité de tumeurs bien différenciées.

Figure 85 : cancer de la thyroïde, répartition selon le grade et le stade au diagnostic



Stade au diagnostic

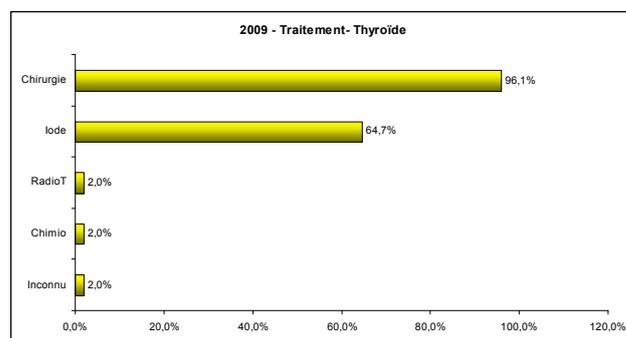
Ces tumeurs sont le plus souvent diagnostiquées à un stade localisé.

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 86 : cancer de la thyroïde, répartition selon les schémas thérapeutiques

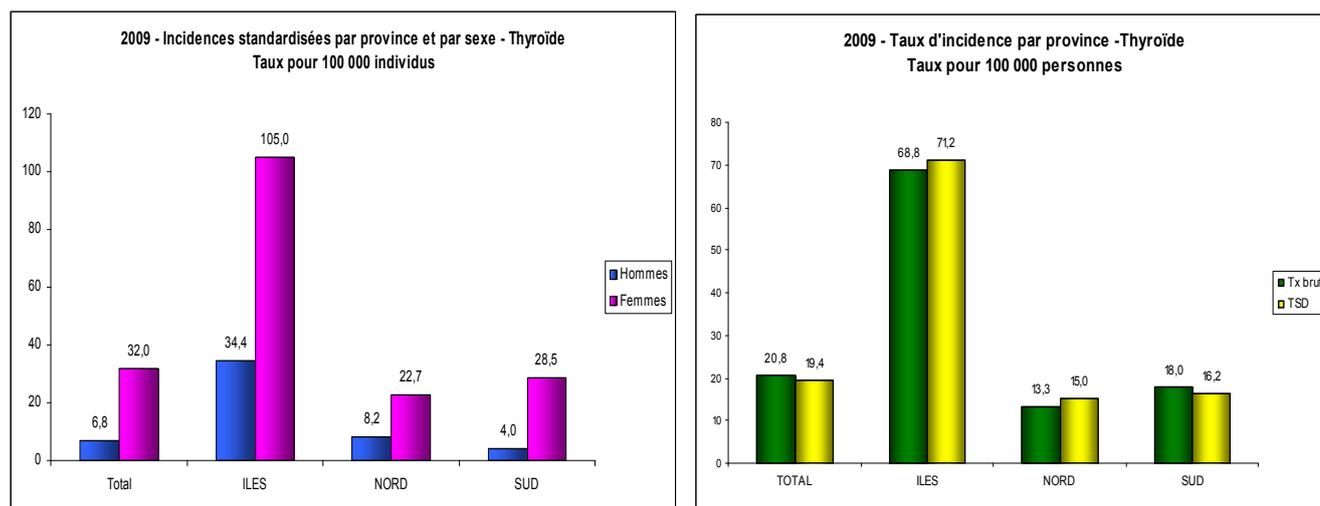
Inconnu	1	2,0%
Chimio	1	2,0%
Radio + Chirurgie	1	2,0%
Chirurgie	15	29,4%
Chir + Iode	33	64,7%
Total	51	100,0%



Incidences et comparaisons internationales

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

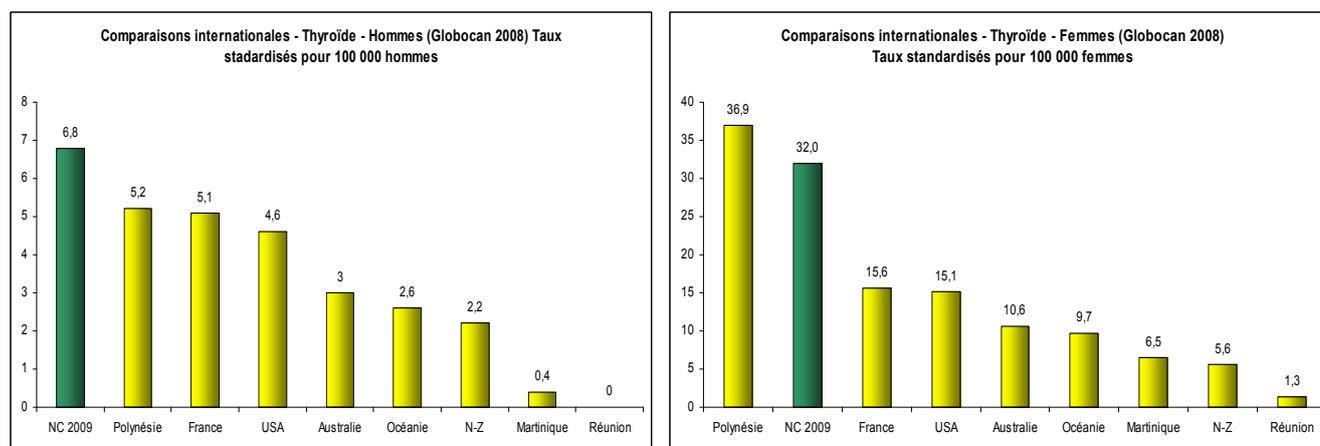
Figure 87 : cancer de la thyroïde, incidences selon le sexe et la province



Chez l'homme, le taux d'incidence est relativement bas et avec une valeur un peu plus élevée que celle 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 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.

Figure 88 : cancers de la thyroïde, comparaisons internationales des incidences selon le sexe



3-6 Appareil digestif

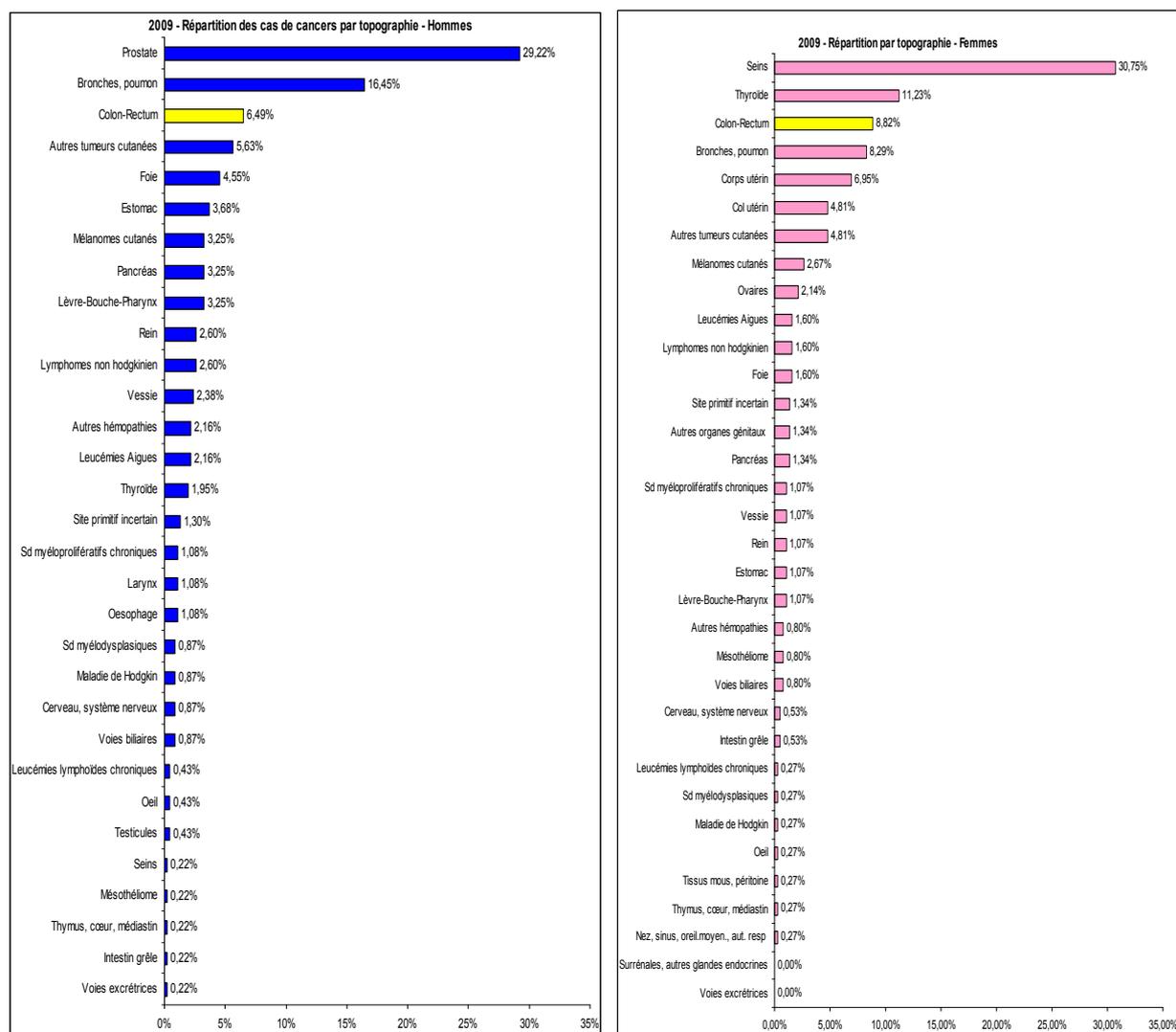
3-6-1 Colon Rectum Anus

Généralités

Parmi les tumeurs de l'appareil digestif, cette localisation est la plus fréquente dans ce groupe avec 63 nouveaux cas diagnostiqués en 2009 et se situe au 4^{ème} rang tous sexes confondus. Chez l'homme, avec 30 nouvelles tumeurs, ce site arrive en 3^{ème} position, et chez la femme avec 30 tumeurs invasives, il est classé en 3^{ème} position également. On observe une majorité de femmes avec un sex ratio égal 0.91 homme pour 1 femme.

23.8 % des patients avaient déjà eu une autre tumeur primitive (15 cas) et 44.4 % des patients étaient décédés au 31/07/2012 (28 cas). Les données ont été renseignées au moyen de 6 sources différentes en moyenne par dossier.

Figure 89: répartition des topographies selon le sexe

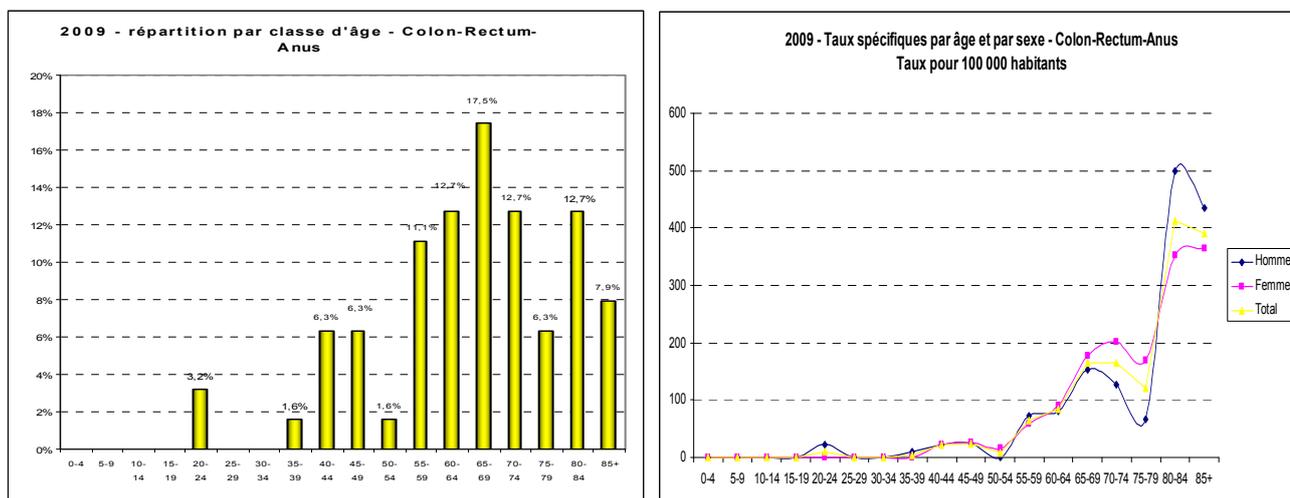


Age

L'âge au diagnostic est compris entre 21 et 91 ans, avec un âge moyen égal à 65.3 ans (médiane à 67 ans) : 62.4 ans pour les hommes et 68 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 20 ans et augmente progressivement avec l'âge pour atteindre un premier pic à 65 ans et un second à 80 ans.

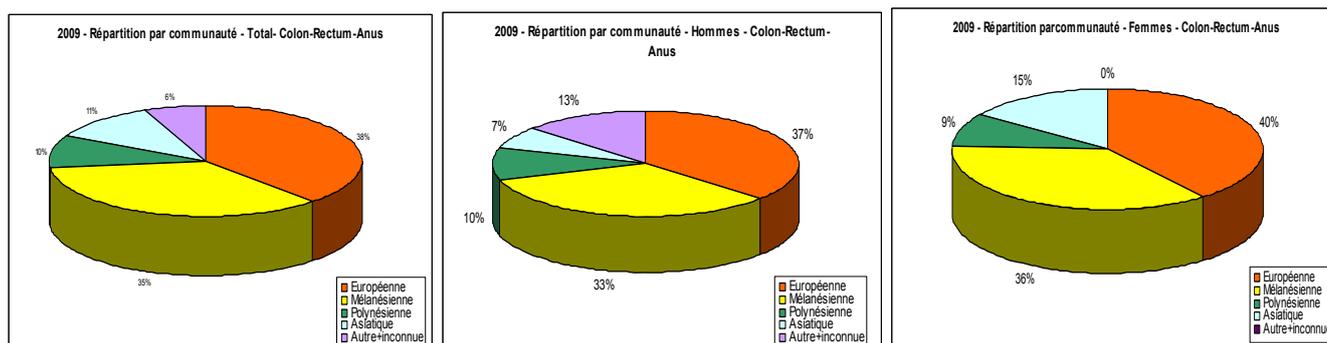
Figures 90: cancers colon-rectum-anus : répartition par tranche d'âge et taux spécifiques d'incidence



Communautés

Comme présenté sur les figures suivantes, bien que cette localisation touche en proportion autant la communauté européenne que mélanésienne, tant chez les hommes que chez les femmes, cette répartition est significativement différente de celle de la population générale, avec une surreprésentation de la communauté européenne.

Figure 91 : cancers colon-rectum-anus, répartition par communauté selon le sexe



Histologie

Ces 63 tumeurs comprenaient 42 tumeurs du colon, 7 de la jonction recto-sigmoïdienne, 12 du rectum et 2 de l'an

- 95.2 % des patients, soient 60 patients ont eu un diagnostic histologique dont :

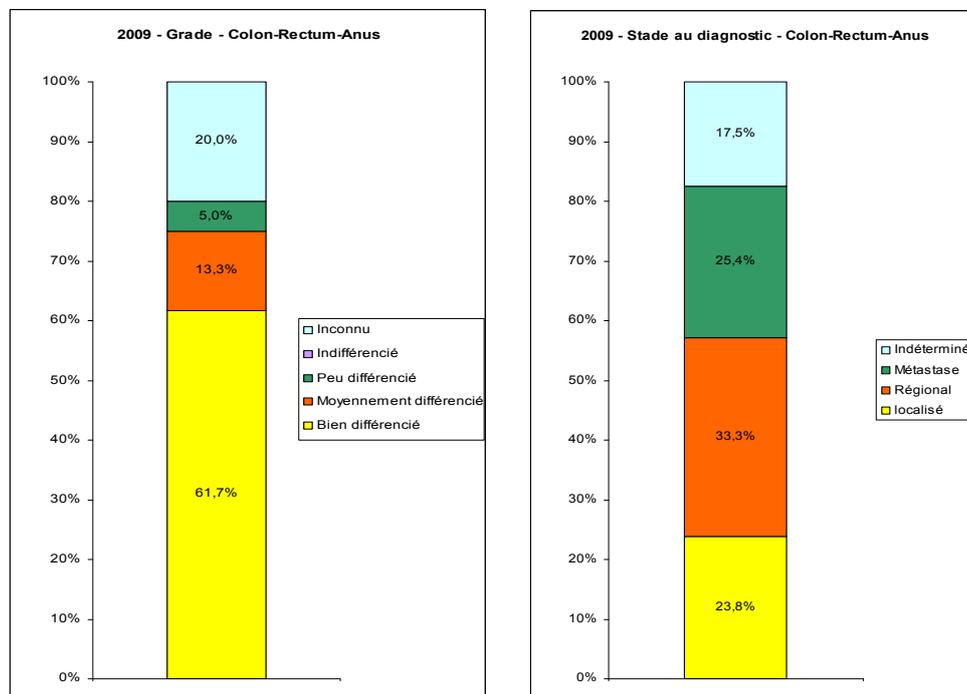
- 56 Adénocarcinomes
- 2 Carcinomes épidermoïdes (tumeurs de l'an)

- 1 Carcinome non spécifique

- 3 cas ont été diagnostiqués par imagerie

Dans plus de 60 % des cas, il s'agissait d'une tumeur bien différenciée.

Figure 92 : cancers colon-rectum-anus, répartition selon le grade et le stade au diagnostic



Stade au diagnostic

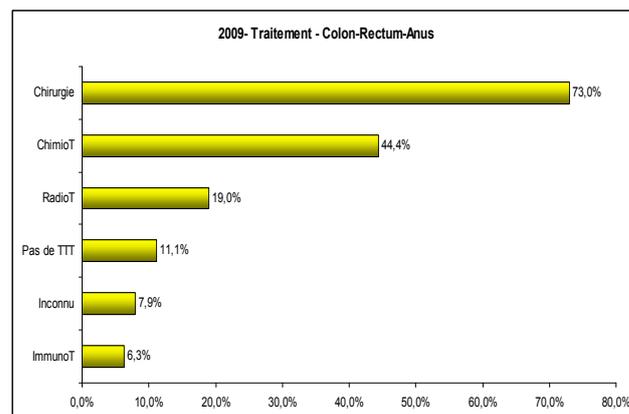
Le diagnostic a été effectué un peu plus souvent à un stade avec envahissement régional (33.3 % des cas).

Traitement

Plus de 7 patients sur 10 ont bénéficié d'un traitement chirurgical, et d'une chimiothérapie dans moins d'un cas sur 2. Un traitement par radiothérapie n'a été effectué que dans 19 % des cas.

Tableau 17 et figure 93 : cancers colon-rectum-anus, répartition selon les schémas thérapeutiques

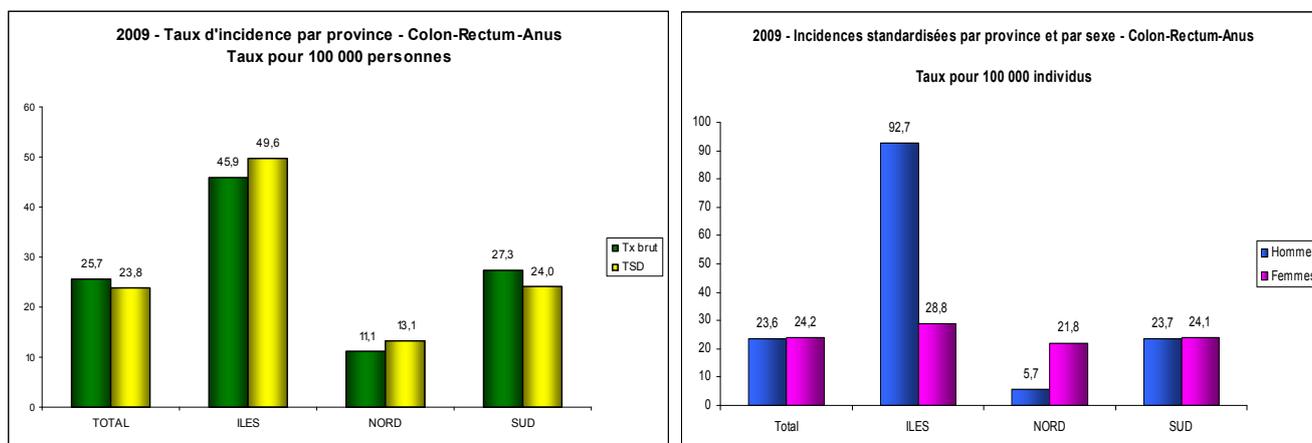
Radio + Chimio + Immuno	1
Chimio + Immuno	1
Chir + Chimio + Immuno	1
Chir + Radio + Chimio + Immuno	1
Radio + Chimio	1
Radiothérapie	2
Inconnu	5
Pas de traitement	7
Radio + Chimio + Chir	7
Chimio + Chir	16
Chirurgie	21
TOTAL	63



Incidences et comparaisons internationales

En 2009, on observe les taux les plus élevés dans les Iles Loyauté avec une incidence toujours élevée chez les hommes.

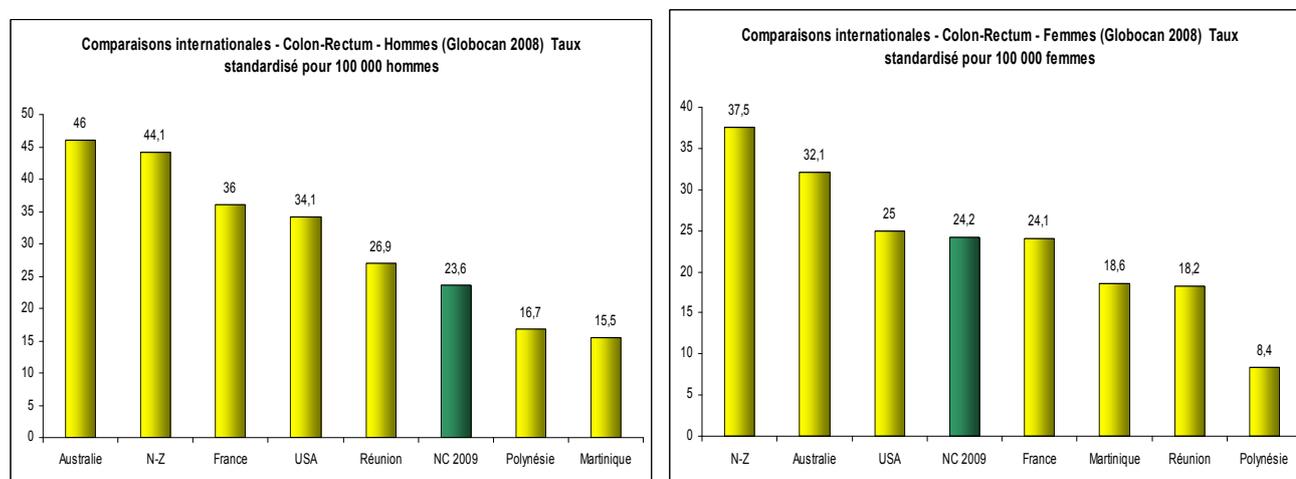
Figure 94 : cancers colon-rectum-anus, incidences selon le sexe et la province



Lorsque l'on compare ces incidences aux données internationales (Globocan 2008), on constate chez les hommes, que l'incidence est plus basse qu'en métropole, Australie et Nouvelle-Zélande.

Chez les femmes, où l'incidence est plus faible, la Nouvelle-Calédonie est entre les USA et la métropole.

Figure 95 : cancers colon-rectum, comparaisons internationales des incidences selon le sexe

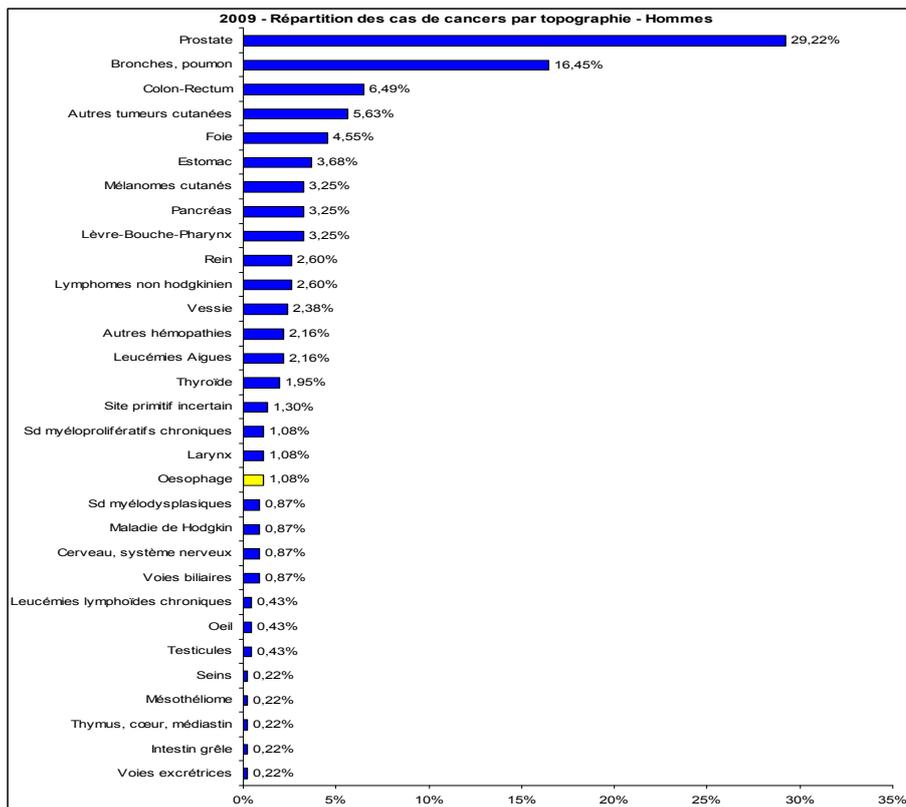


3-6-2 Oesophage

Généralités

Avec 5 tumeurs invasives diagnostiquées en 2009, ce cancer se situe en 24^{ème} position (19^{ème} rang chez les hommes, aucune tumeur diagnostiquée chez les femmes).

Figure 96 : répartition des topographies selon le sexe

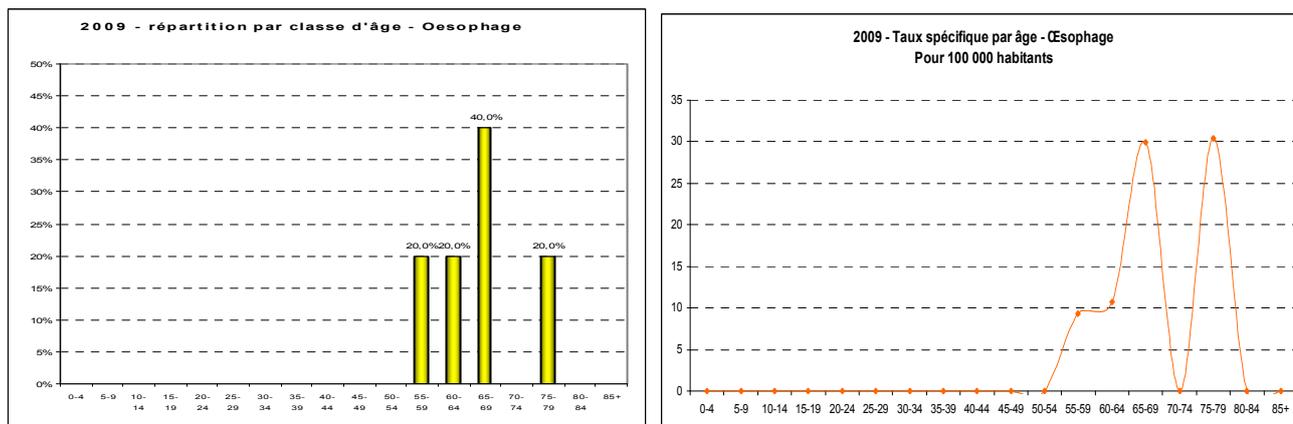


Ce cancer a touché plus uniquement les hommes. Deux patients étaient déjà connus du registre et avaient un antécédent de cancer primitif au moment du diagnostic et 80 % des patients étaient décédés au 31/07/2012 (4 cas). Le nombre moyen de sources consultées pour compléter les données du registre a été en moyenne de 6.6 sources par dossier.

Age

L'âge au diagnostic est compris entre 59 et 77 ans, avec un âge moyen égal à 67.2 ans (médiane à 67 ans). En raison du faible nombre de cas l'incidence par tranche d'âge est difficilement interprétable.

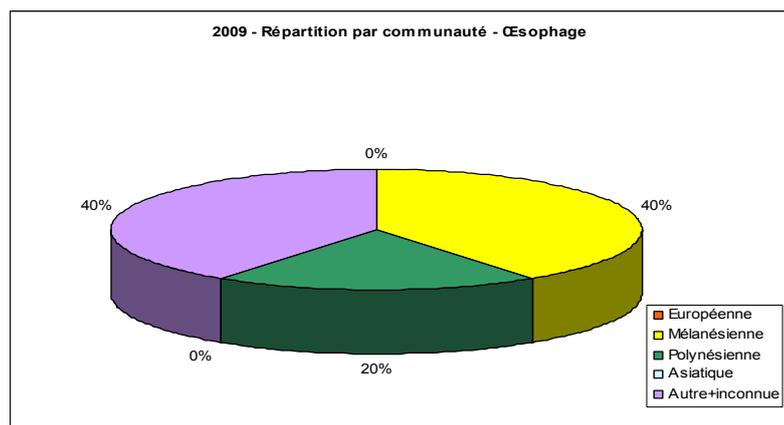
Figure 97 : cancer de l'œsophage : répartition par tranche d'âge et taux spécifiques d'incidence



Communauté

Même si ce cancer est peu fréquent, il semble toucher en 2009 plus souvent la communauté mélanésienne, avec plus de 4 cas sur 10.

Figure 98: cancer de l'œsophage, répartition par communauté



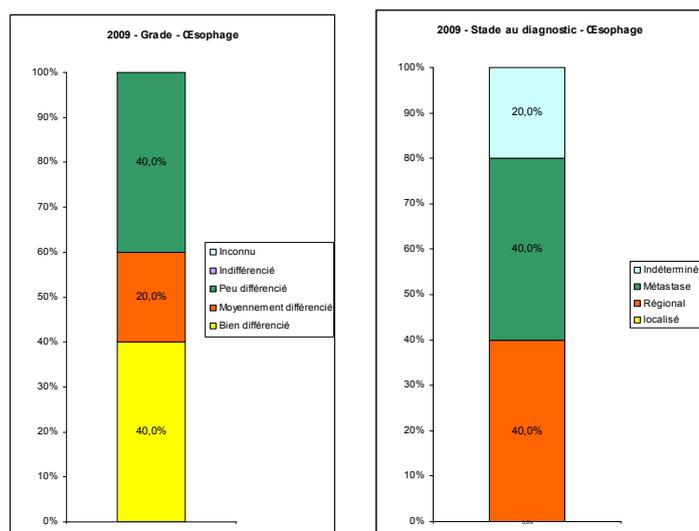
Histologie:

Tous les patients ont eu un diagnostic histologique et l'on retrouvait :

- 5 Carcinomes épidermoïdes

40 % des tumeurs étaient bien différenciées.

Figure 99 : cancer 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).

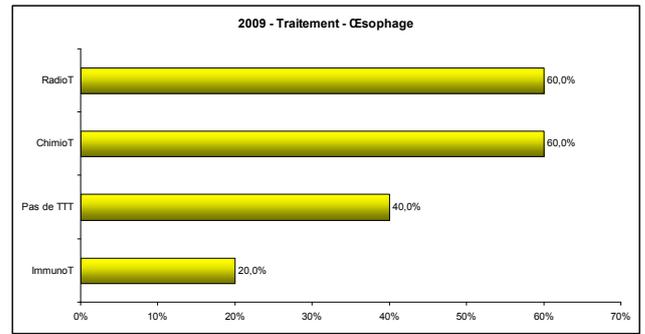
Traitement :

La combinaison thérapeutique la plus souvent entreprise a été l'association : radiothérapie/chimiothérapie. Aucun de ces 5 patients n'a bénéficié d'un traitement chirurgical.

Tableau 18 et figure 100 : cancer de l'œsophage, répartition selon les schémas thérapeutiques

Pas de traitement	2
Radio + Chimio	2

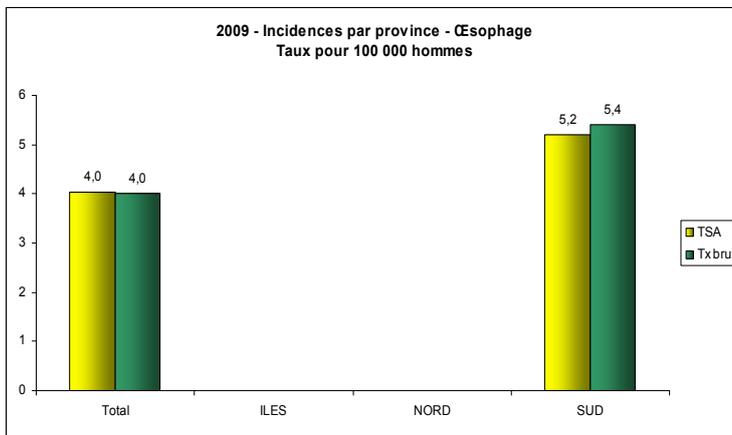
Radio + Chimio + Immuno	1
TOTAL	5



Incidences et comparaisons internationales :

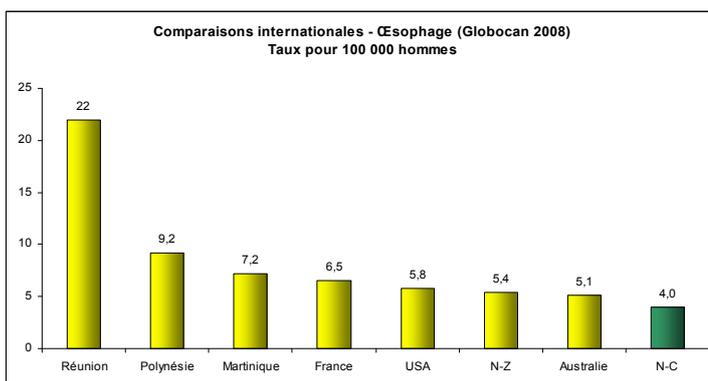
En 2009, les incidences ne concernent que les hommes de la province Sud puisqu'aucun cas n'a été diagnostiqué chez les femmes, ni dans les autres provinces.

Figure 101 : cancer de l'œsophage, incidences selon le sexe et la province



Lorsque l'on compare l'incidence calédonienne en 2009 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 inférieure des pays voisins et de la métropole.

Figure 102: cancer de l'œsophage, comparaisons internationales des incidences selon le sexe



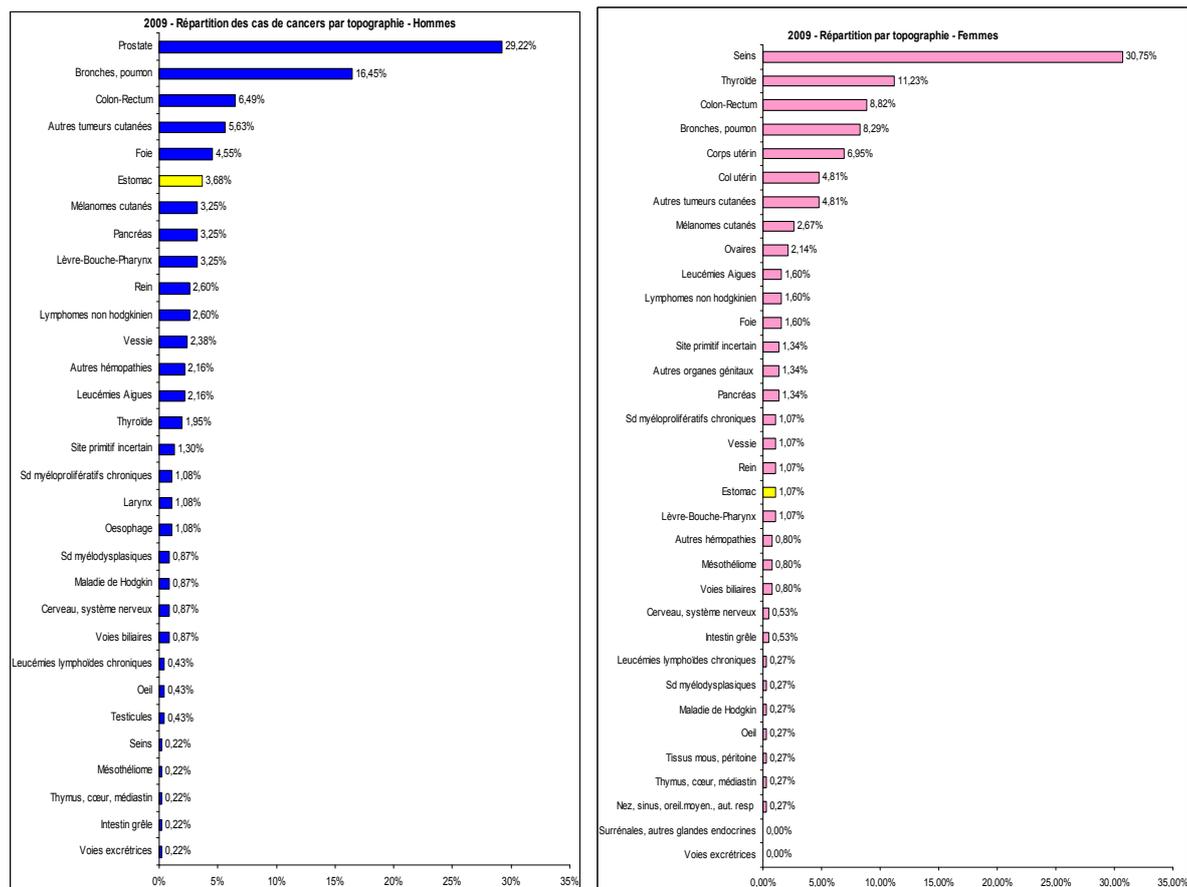
3-6-4 Estomac

Généralités

Avec 21 tumeurs invasives, ce site arrive en 10^{ème} position pour les deux sexes (5^{ème} rang chez les hommes avec 17 cas et 14^{ème} chez les femmes avec 4 cas) et un sex ratio égal à 4.25 hommes pour 1 femme.

Ces patients n'étaient pas connus au registre, et n'avaient pas d'antécédent de tumeur invasive. 76 % des patients étaient décédés au 31/07/2012 (16 cas).

Figures 103 : répartition des topographies selon le sexe



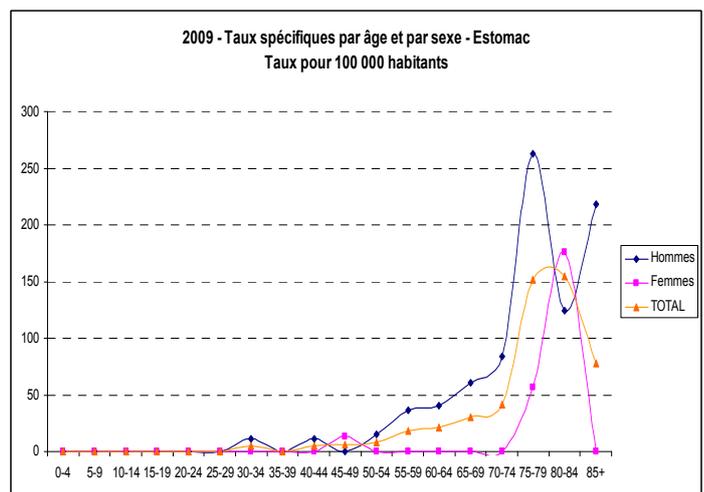
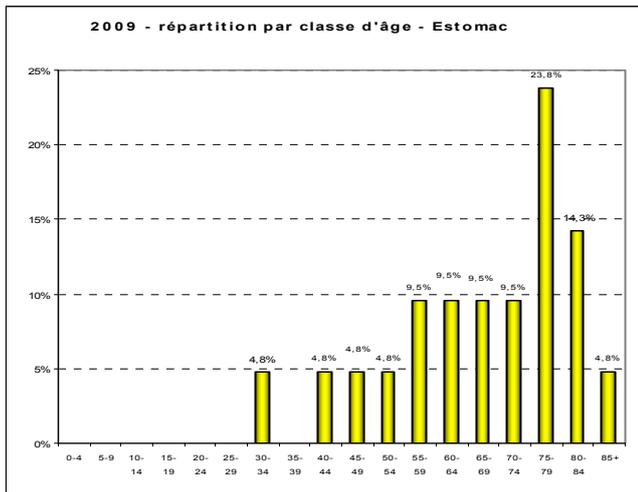
Le nombre moyen de sources d'information par dossier est égal à 6.4.

Age

Ces patients ont été diagnostiqués entre 31 et 89 ans, avec un âge moyen à 66.9 ans (âge médian à 71 ans), 65.9 ans pour les ♂ et 71 ans pour ♀.

L'incidence par tranche d'âge est relativement faible jusqu'à 49 ans pour ensuite croître avec un pic autour de 75 ans.

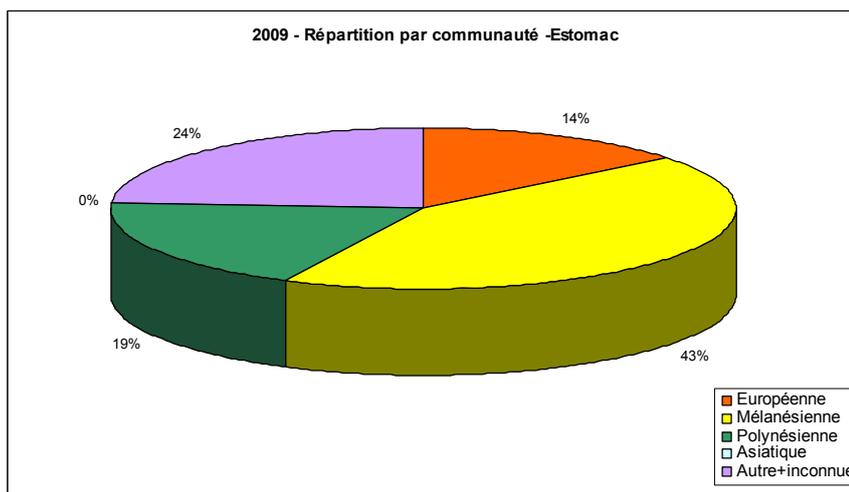
Figure 104 : cancer de l'estomac : répartition par tranche d'âge et taux spécifiques d'incidence



Communauté

On observe une répartition par communauté des cancers de l'estomac comparable à celle de la population générale.

Figure 105: cancer de l'estomac, répartition par communauté



Histologie

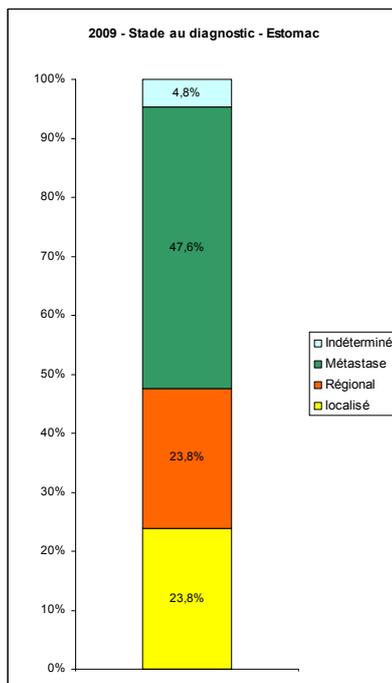
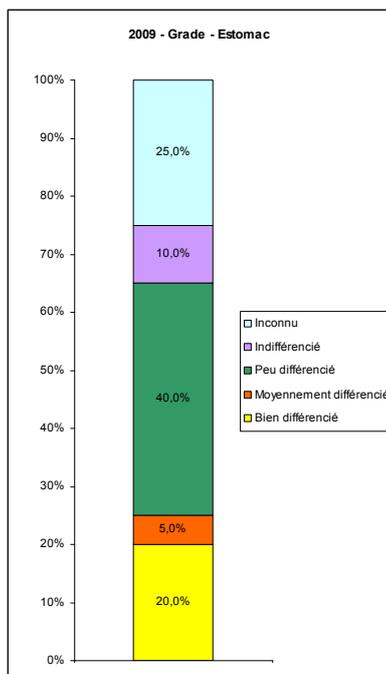
- 20 cas ont eu un diagnostic histologique, il s'agissait de :

- 18 Adénocarcinomes
- 2 GIST

- 1 cas a été diagnostiqué par imagerie

Lorsque cette variable est précisée sur le CRAP, on constate que ces tumeurs sont plus souvent peu différenciées.

Figure 106 : cancer de l'estomac, répartition selon le grade et le stade au diagnostic



Stade au diagnostic

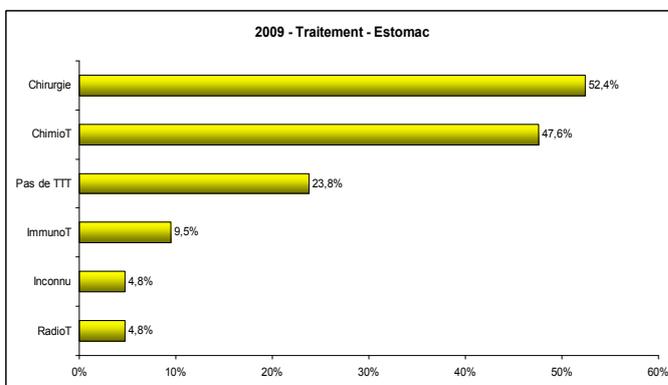
Au moment du diagnostic, le bilan d'extension mettait en évidence dans plus de 71 % des cas, un stade régional ou métastatique.

Traitement :

La chirurgie a été le principal traitement proposé à ces patients

Tableau 19 et figure 107 : cancer de l'estomac, répartition selon les schémas thérapeutiques

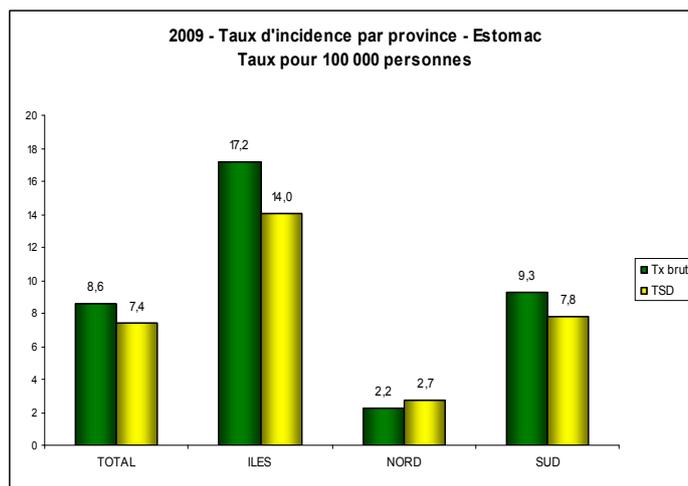
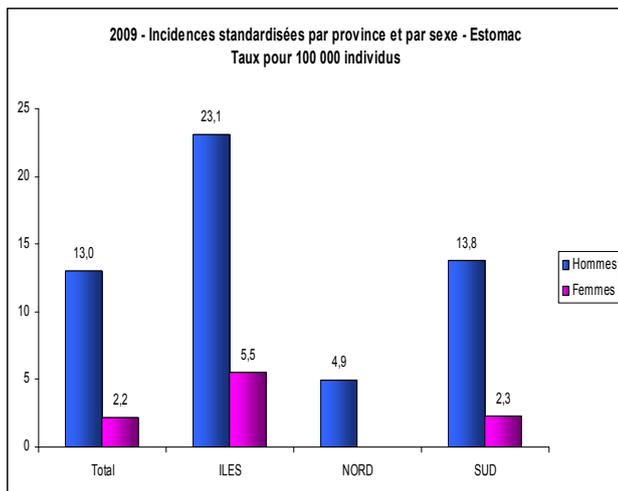
Chir + Immuno	1
Radiothérapie	1
Chimio + Immuno	1
Inconnu	1
ChimioT	2
Chirurgie	3
Pas de traitement	5
Chimio + Chir	7
TOTAL	21



Incidences et comparaisons internationales

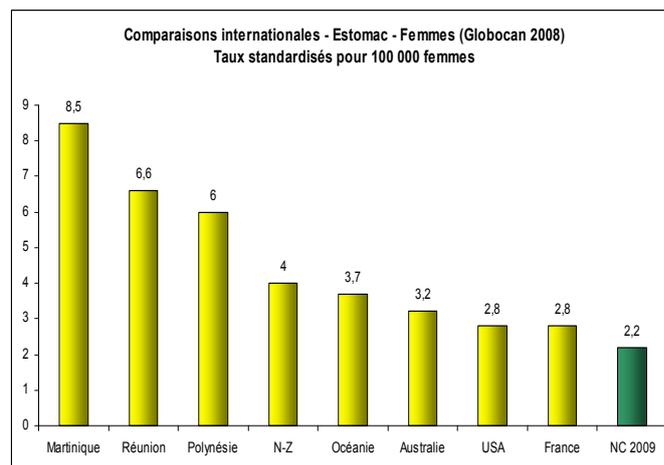
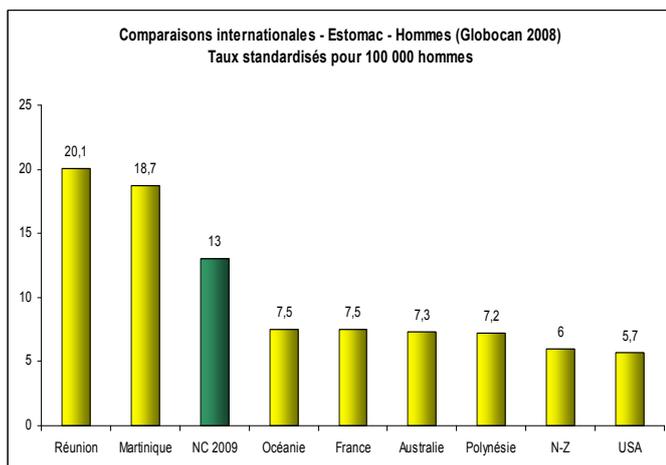
Comme en 2008, on observe en 2009 une incidence nettement plus élevée dans les Iles Loyauté, par rapport aux autres provinces, en particulier chez les hommes.

Figures 108 : cancer de l'estomac, incidences selon le sexe et la province



Lorsque l'on compare les incidences calédoniennes à celles d'autres pays voisins, on constate que chez les hommes que les valeurs de 2009 sont plus élevées qu'en métropole, plus faibles qu'aux Antilles. Chez les femmes, l'incidence se situe dans le groupe des valeurs les plus basses.

Figures 109 : cancer de l'estomac, comparaisons internationales des incidences selon le sexe



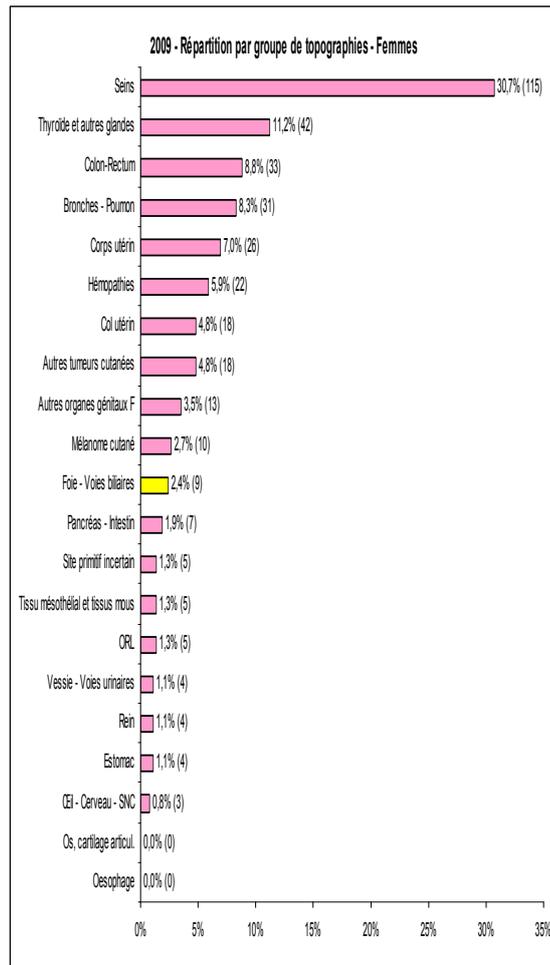
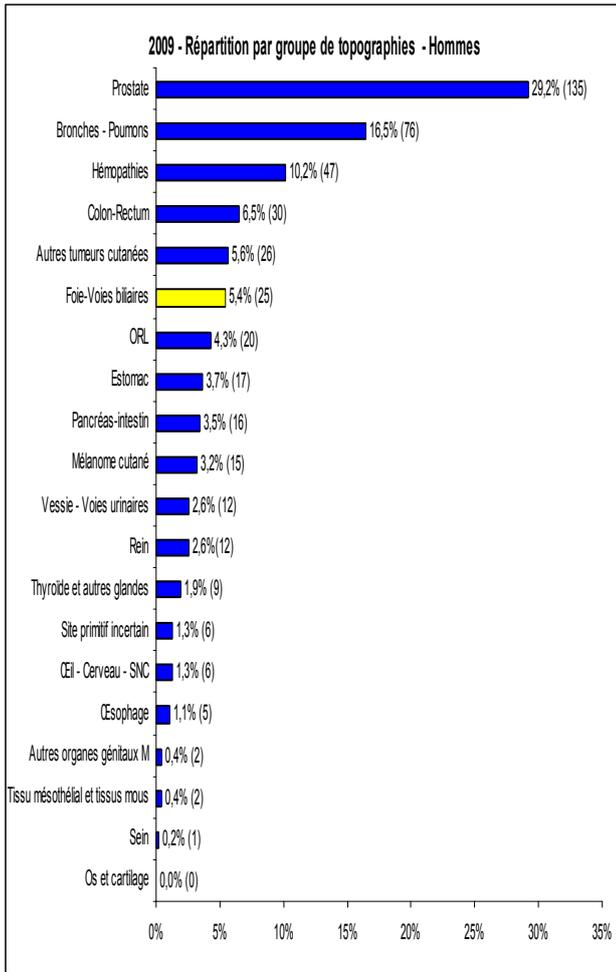
3-6-5 Foie et voies biliaires

Généralités

Avec 34 nouveaux cas en 2009, soit deux fois plus qu'en 2008 (Foie : 27, vésicule biliaire 2, voies biliaires extra-hépatiques: 5), ces sites regroupés se situent au 8^{ème} rang, tous sexes confondus pour les topographies regroupées (6^{ème} rang chez les hommes avec 25 patients et 11^{ème} chez les femmes avec 9 patients, soit un sex ratio égal à 2.78). 9% des patients avaient un antécédent tumoral connu au registre (3 cas) et 89 % des patients étaient décédés au 31/07/12 (30 cas).

Le nombre moyen de sources d'informations par dossier était égal à 6.

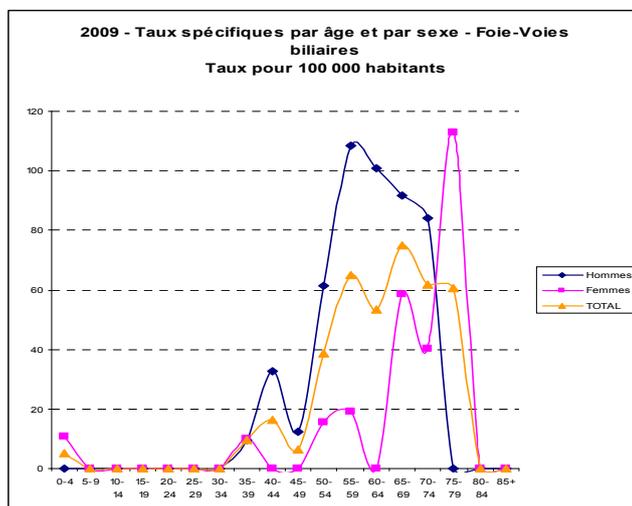
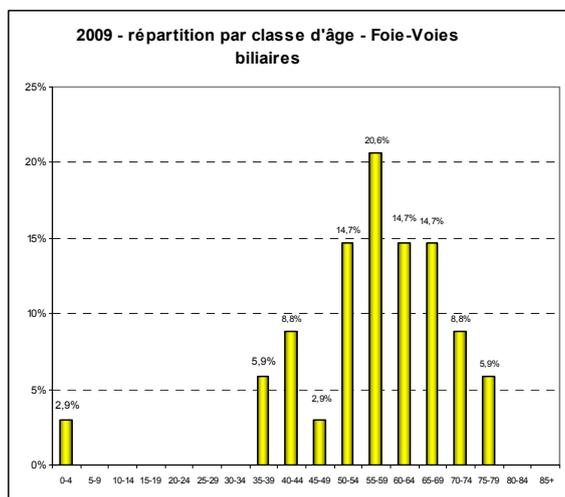
Figure 110 : répartition des groupes de topographies selon le sexe



Age

L'âge au diagnostic est compris entre 2 et 78 ans, soit un âge moyen égal à 56.6 ans (médiane à 58.5 ans) : 56.8 ans pour les hommes et 55.9 ans pour les femmes. On observe un pic entre 55 et 59 ans. Bien qu'accidentée, l'incidence a tendance à croître avec l'âge, pour atteindre un pic à 65 ans.

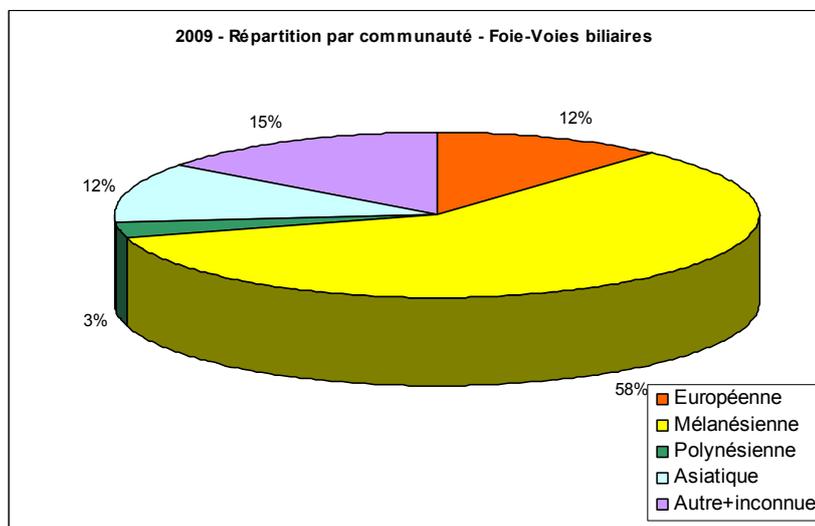
Figure 111 : foie et vois biliaires, répartition par tranche d'âge et taux spécifiques d'incidence



Communauté :

La répartition par communauté montre une proportion significativement plus élevée pour la communauté mélanésienne par rapport à la répartition par communautés de la population générale.

Figure 112 : foie et voies biliaires, répartition par communauté

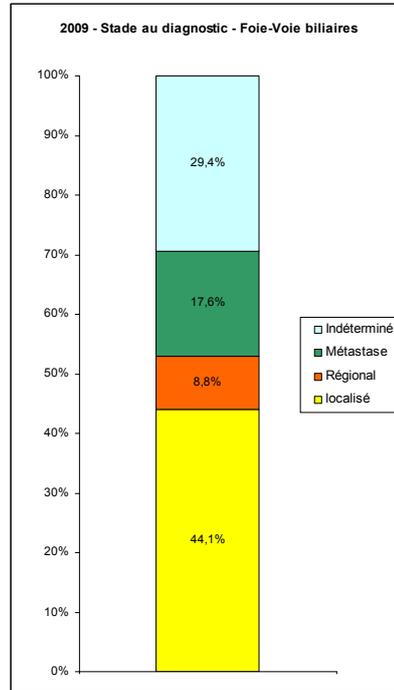
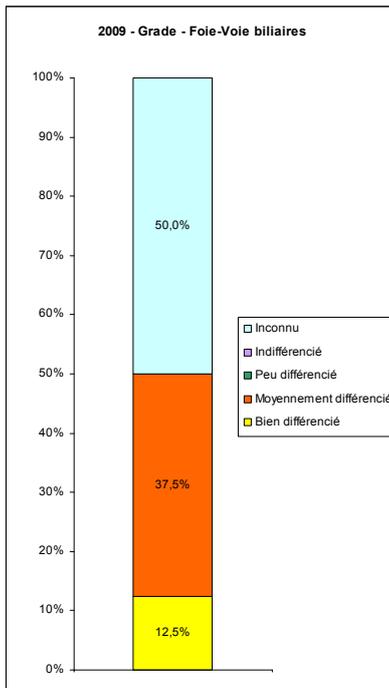


Histologie

8 patients ont bénéficié d'un diagnostic histologique, permettant ainsi de fournir les diagnostics histologiques suivants :

- 1 hépatoblastome
- 4 carcinomes hépatocellulaires
- 3 adénocarcinomes
- 9 cas ont été diagnostiqués par imagerie :
 - 5 tumeurs invasives du foie
 - 4 cancers des voies biliaires extra-hépatiques
- 17 cas ont été diagnostiqués au moyen de marqueurs biologiques
 - 17 carcinomes hépatocellulaires

Figure 113 : foie et voies biliaires, répartition selon le grade et le stade au diagnostic



Stade au diagnostic

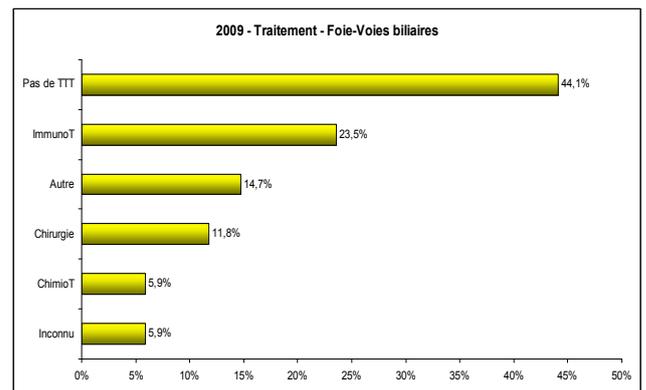
Lorsque l'information est indiquée, ces tumeurs sont le plus souvent diagnostiquées à un stade localisé.

Traitement :

Seuls 4 patients ont bénéficié d'un traitement chirurgical, la plupart des patients n'ayant eu que des traitements non spécifiques.

Tableau 20 et figure 114 : foie et vois biliaires, répartition selon les schémas thérapeutiques

Chir + Chimio	2
Chirurgie	2
Inconnu	2
Autre	5
ImmunoT	8
Pas de traitement	15
TOTAL	34

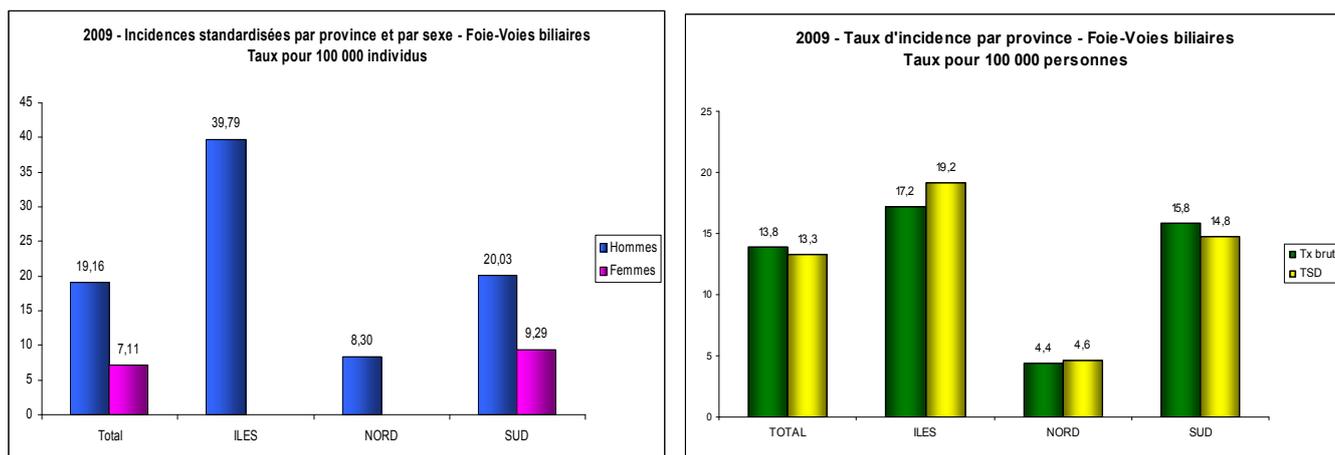


Incidences et comparaisons internationales :

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

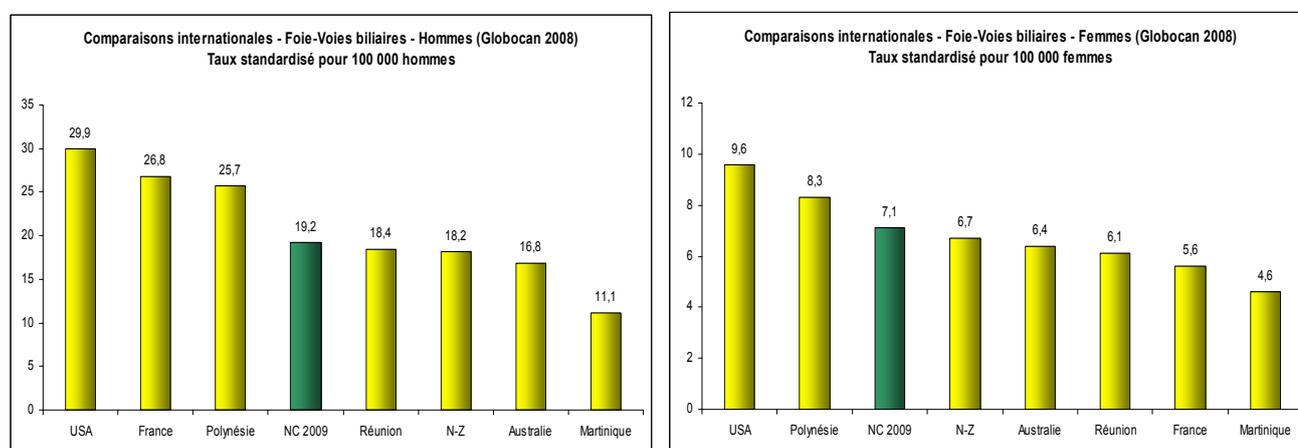
En raison de l'âge au diagnostic, de la forte prévalence de l'hépatite B pour ces générations non vaccinées, il est probable que ces incidences puissent être en rapport avec cette infection virale, comme mentionné sur les certificats médicaux de décès et dans les dossiers médicaux.

Figure 115 : foie et vois biliaires, incidences selon le sexe et la province



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

Figure 116 : 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

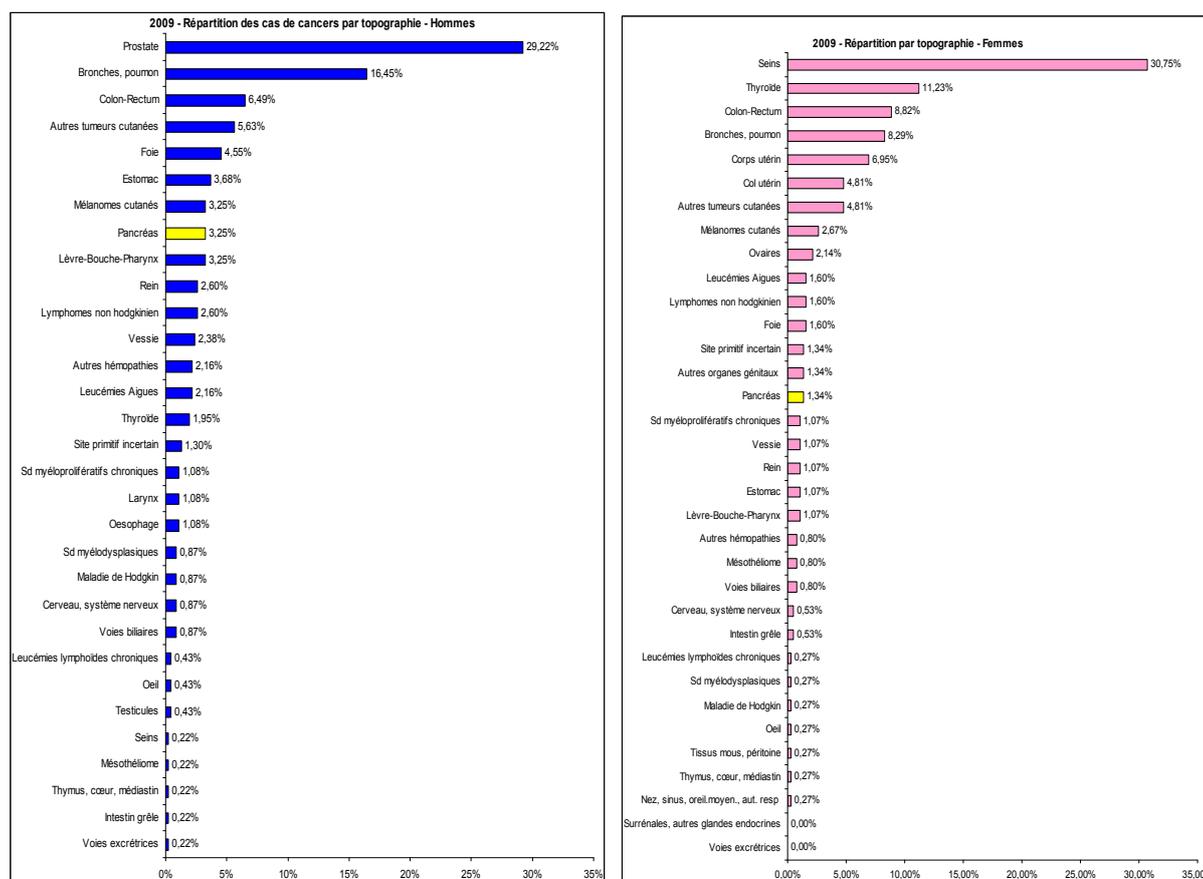
Avec 20 nouvelles tumeurs invasives diagnostiquées en 2009, soit 2.5 fois plus qu'en 2008 (15 chez les femmes et 5 chez les hommes) cette topographie arrive au 11^{ème} rang (8^{ème} rang chez les hommes et 13^{ème} chez les femmes).

3 patients étaient déjà connus du registre pour une autre localisation primitive

Par ailleurs, tous ces patients diagnostiqués en 2009 étaient décédés au 31/07/12

Le nombre moyen de sources d'information était égal 5.95 par dossier.

Figure 117 : répartition des topographies selon le sexe

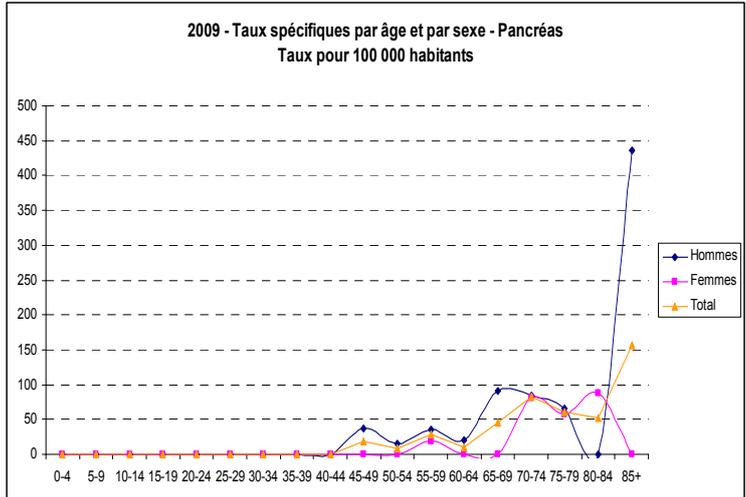
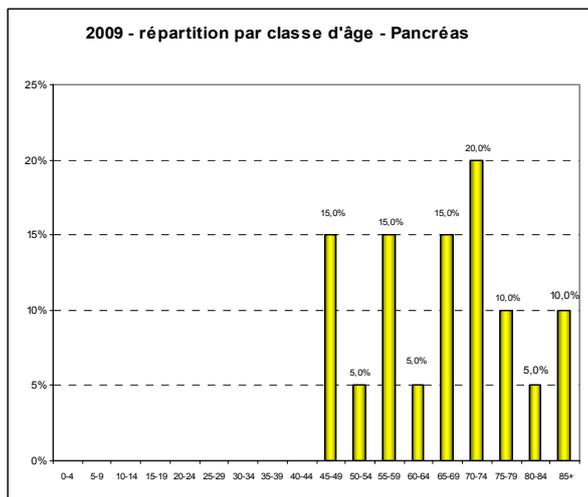


Age

L'âge moyen au moment du diagnostic était égal à 66.2 ans (compris entre 47 et 87 ans, médiane à 65 ans) : 64.6 ans pour les ♂ et 72.4 ans pour ♀.

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

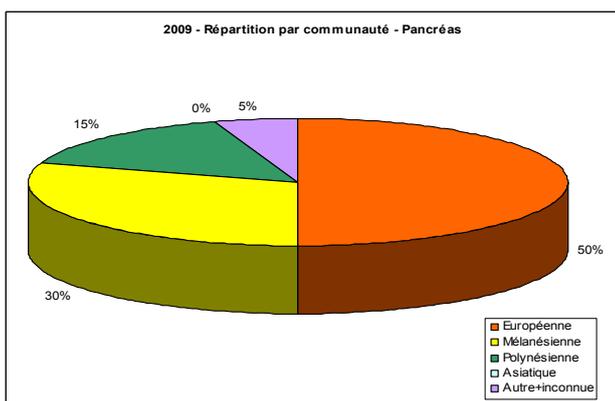
Figure 118: cancer du pancréas, taux spécifiques d'incidence par tranche d'âge



Communautés

La répartition par communauté met en évidence une surreprésentation de la communauté européenne avec 50 % des cas diagnostiqués et une sous-représentation avec 30 % de la communauté mélanésienne, sans pour autant être significativement différente de celle de la population générale.

Figure 119: cancer du pancréas, répartition par communauté



Histologie

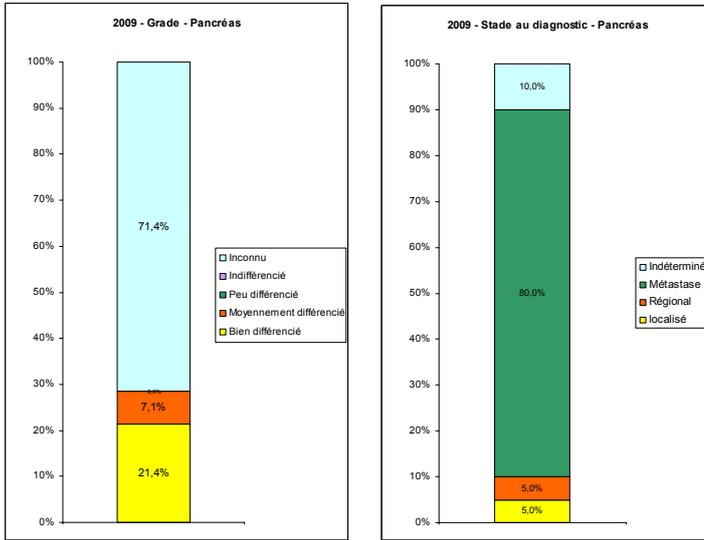
12 patients ont eu un diagnostic histologique (tumeur primitive ou métastase) ou cytologique, qui retrouvait dans 12 cas un adénocarcinome et pour 2 cas des cellules tumorales non spécifiques. Le grade n'a pas été précisé pour 71.4 % des cas.

Pour les 6 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.

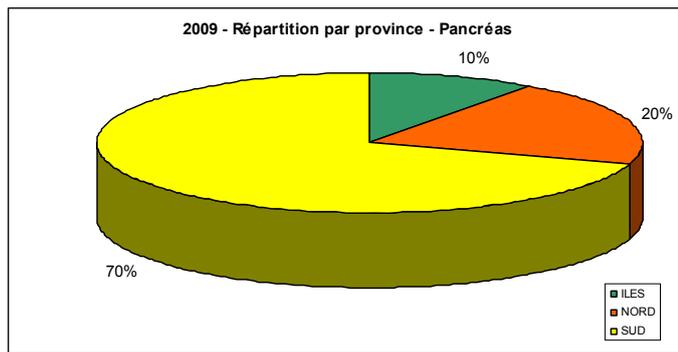
Figure 120: cancer du pancréas, répartition selon le stade au diagnostic



Provinces

70% des patients résidaient en province Sud, cette répartition n'est pas différente de celle de la population générale.

Figure 121 : cancer du pancréas, répartition par province

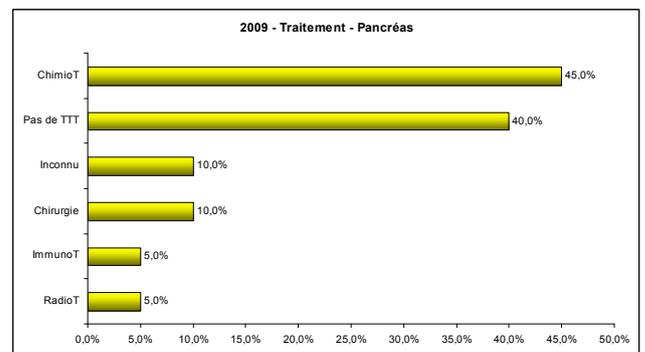


Traitement

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 122 : cancer du pancréas, répartition selon les schémas thérapeutiques

Chir+Chim+Immuno	1
Chirurgie	1
Radio + Chimio	1
Inconnu	2
ChimioT	7
Pas de traitement	8
TOTAL	20

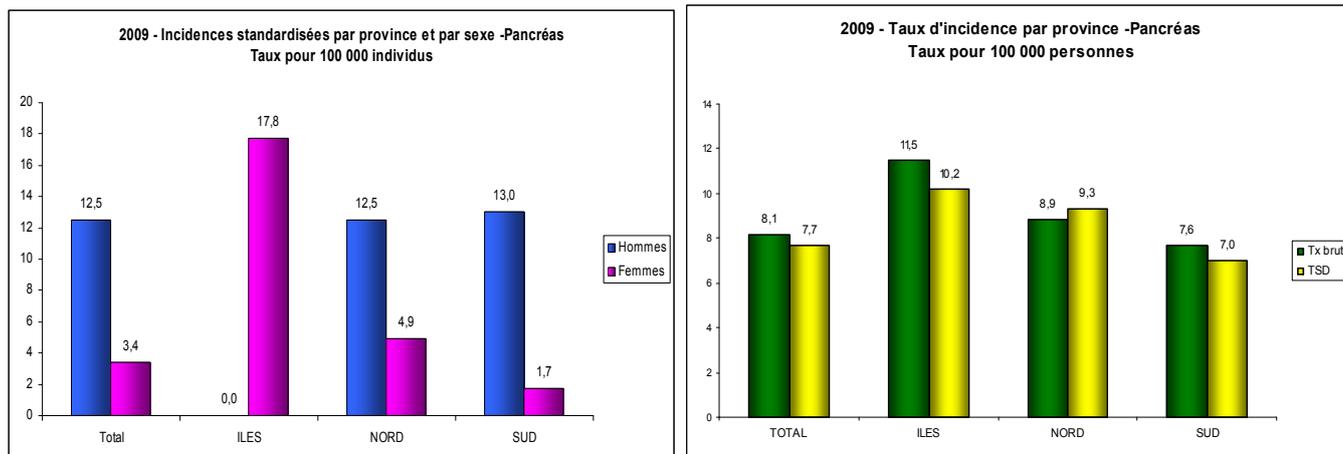


Incidences

On observe en 2009 des taux d'incidence plus élevés chez les hommes dans les provinces Nord et Sud.
Registre du cancer de Nouvelle-Calédonie Résultats 2009

En ce qui concerne les incidences par province, on observe des taux un peu plus élevés dans les îles Loyauté et le Nord.

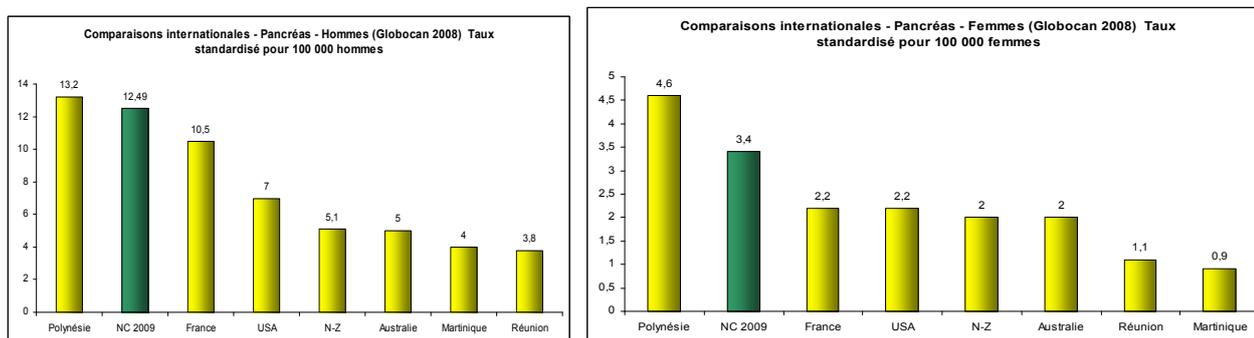
Figures 123 : cancer du pancréas, incidences selon le sexe et la province



Comparaisons internationales

L'incidence chez les hommes est un peu plus élevée qu'en métropole et que dans les pays voisins, tout comme chez les femmes.

Figure 124 : cancer du pancréas, comparaisons internationales des incidences selon le sexe



3-7 Hémopathies malignes

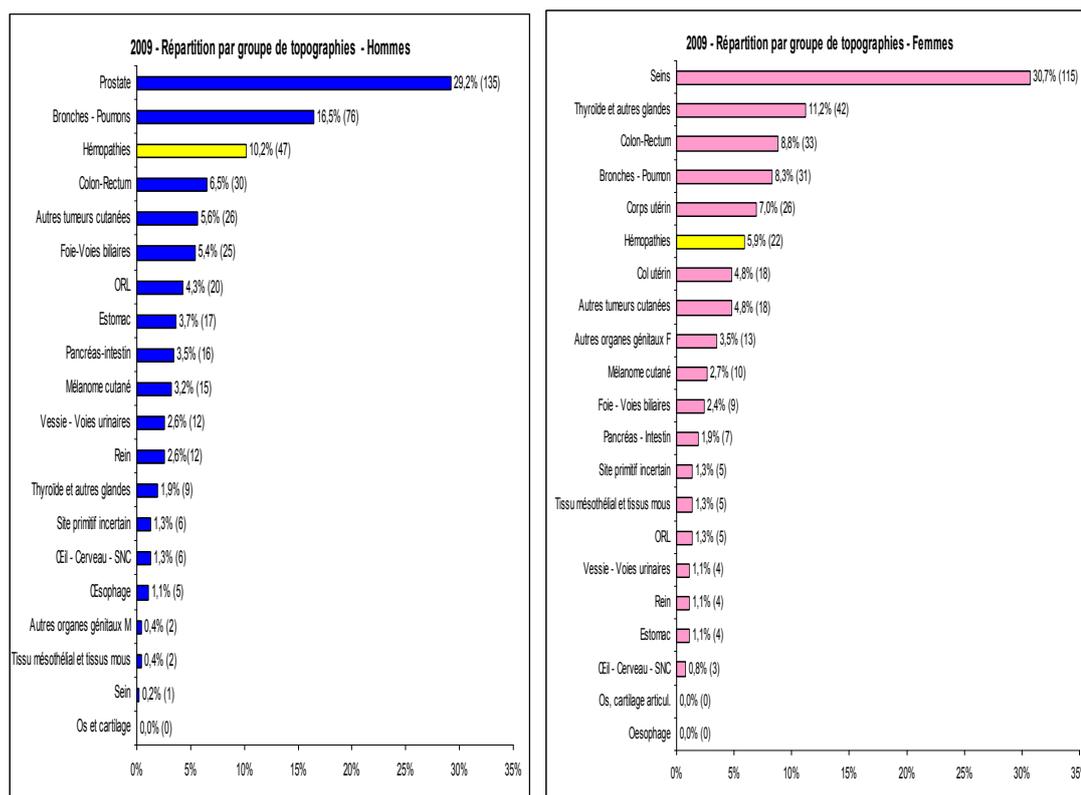
Généralités

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

En 2009, 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 69 nouveaux cas est placé en 4^{ème} position tous sexes confondus des topographies regroupées, il arrive au 3^{ème} rang chez les hommes (47 patients) et au 6^{ème} chez les femmes (22 patientes). On observe ainsi un sex-ratio de 2.14 hommes pour 1 femme. 11.6% des patients étaient connus du registre pour d'autres tumeurs (8 cas) et 39 % étaient décédés au 31/07/2012 (27 cas).

Figure 125 : répartition des groupes de topographies selon le sexe



Le nombre moyen de sources par dossier est légèrement au dessus de 4 (4,3).

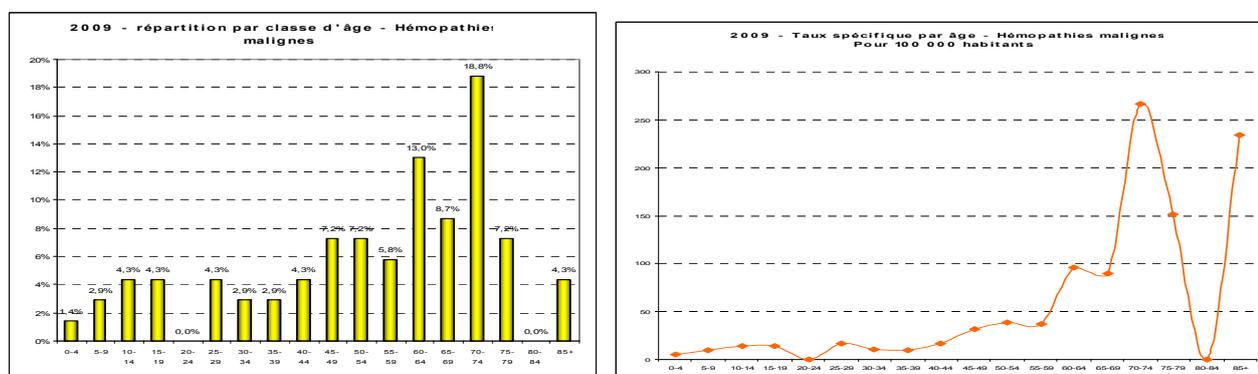
Age

Comme le montre la figure suivante, l'âge au diagnostic est très dispersé puisque le plus jeune patient avait 4 ans et le plus âgé 90 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 54 ans (médiane à 60 ans) : 50.4 ans pour les ♂ et 61.9 ans pour ♀. On observe une incidence relativement basse entre 0 et 44 ans, avec un pic à 60 ans et 70 ans.

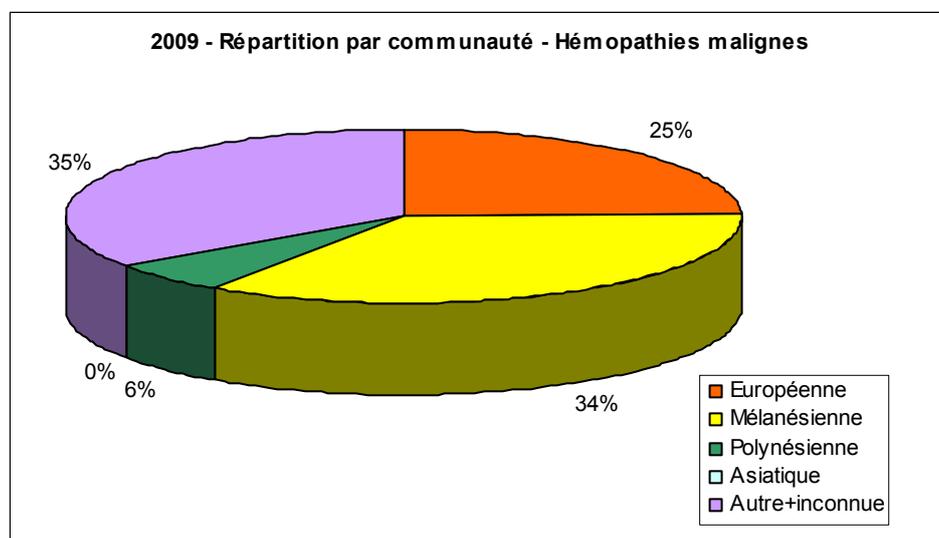
Figure 126 : hémopathies malignes, répartition par tranche d'âge et taux spécifiques d'incidence



Communauté

Indépendamment du type d'hémopathie, on observe en 2009, une répartition par communauté significativement différente de celle de la population générale, avec une sous représentation de la communauté mélanésienne et une surreprésentation du groupe autre et inconnus.

Figure 127 : hémopathies malignes, répartition par communauté



Histologie ou cytologie

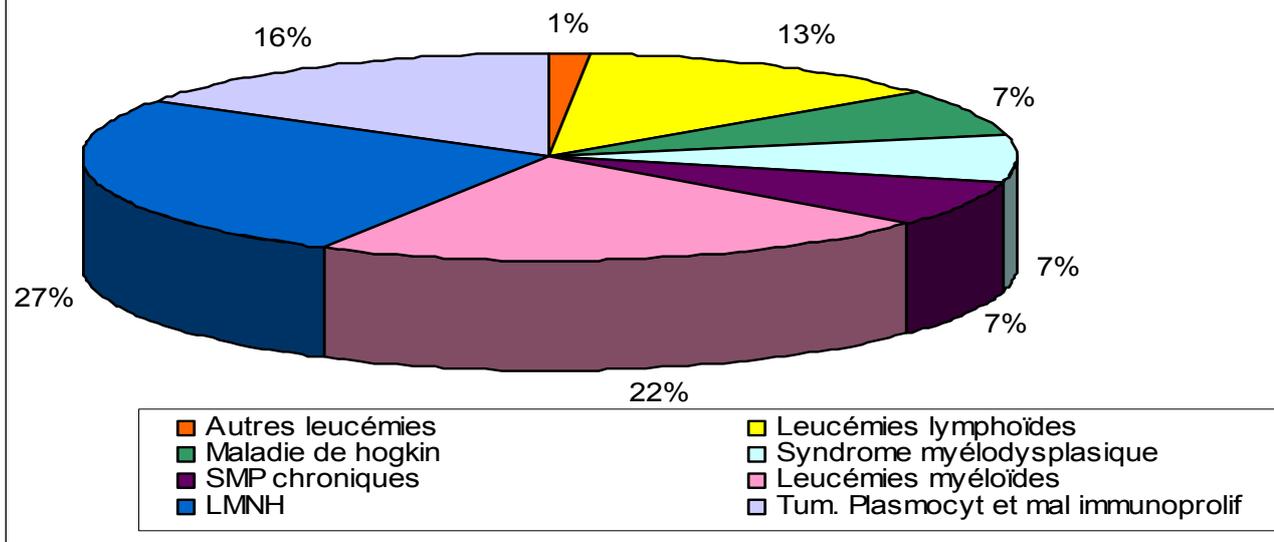
Un diagnostic d'hémopathie maligne peut être posé le plus souvent à partir d'un diagnostic histologique (analyse de ganglions, biopsie de moelle osseuse, ...) ou cytologique (hémogramme, myélogramme).

- Parmi les 69 patients ont été retrouvées :
 - 18 Lymphomes non Hodgkinien
 - 15 Leucémies myéloïdes
 - 11 tumeurs plasmocytaires maladies immunoprolifératives
 - 9 Leucémies lymphoïdes
 - 5 Maladies de Hodgkin
 - 5 Syndromes myélodysplasiques
 - 5 Syndromes myéloprolifératifs chroniques
 - 1 autre Leucémie

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

Figure 128 : répartition des différentes hémopathies malignes

2009 - Répartition des différentes hémopathies malignes

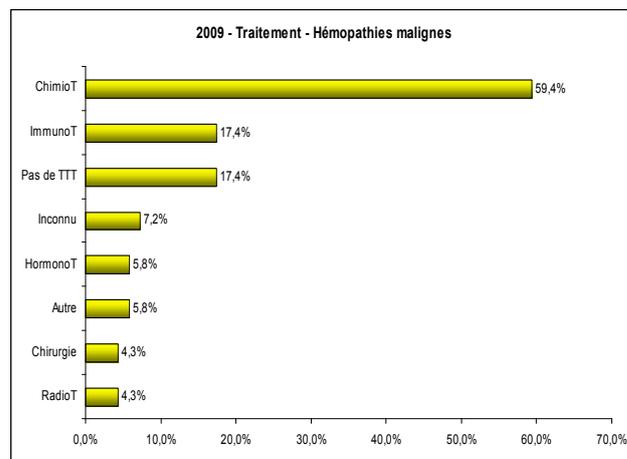


Traitement :

Plus de la moitié des patients ont bénéficié d'une chimiothérapie, et 17 % d'une immunothérapie.

Tableau 22 et figure 129 : hémopathies malignes, répartition selon les schémas thérapeutiques

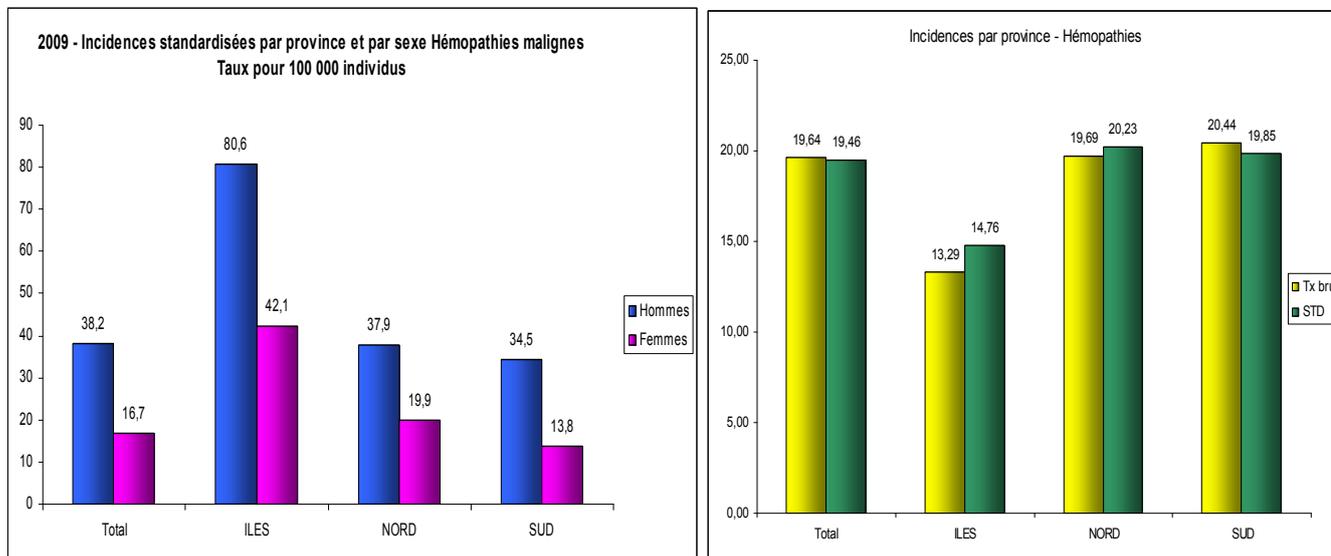
Chimio+Radio+Immu	1
Chimio+Immuno+Hormono	1
Chimio + Hormono	1
RadioT	1
Chir	1
Radio + Chim	1
Chimio + Chir	2
HormonoT	2
ImmunoT	3
Autre	4
Inconnu	5
Chimio+Immuno	7
Pas de TTT	12
ChimioT	28
TOTAL	69



Incidences et comparaisons internationales

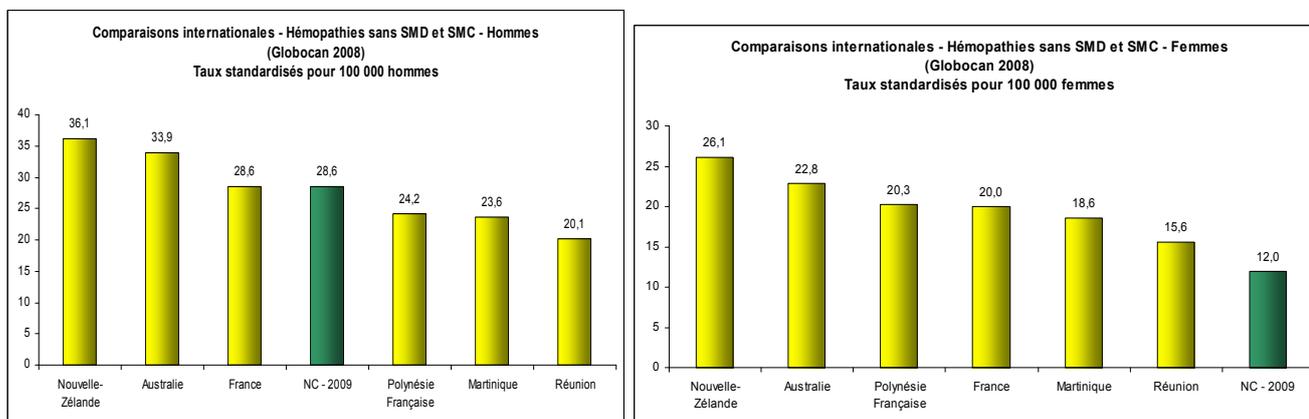
En 2009, l'incidence est nettement plus élevée chez les hommes, quelque soit la province de résidence. Ces valeurs sont comparables entre les provinces Nord et Sud, avec des valeurs plus élevées que dans les Iles Loyauté.

Figure 130 : hémopathies malignes, incidences selon le sexe et la province



Chez les hommes l'incidence des hémopathies hors SMD et SMC de la Nouvelle-Calédonie est comparable à celle de la métropole, elle est nettement plus basse chez les femmes par rapport aux pays voisins et à la métropole.

Figure 131 : hémopathies malignes (hors SMD et SMC), comparaisons internationales des incidences selon le sexe



3-8 Cancers de la peau : mélanomes malins

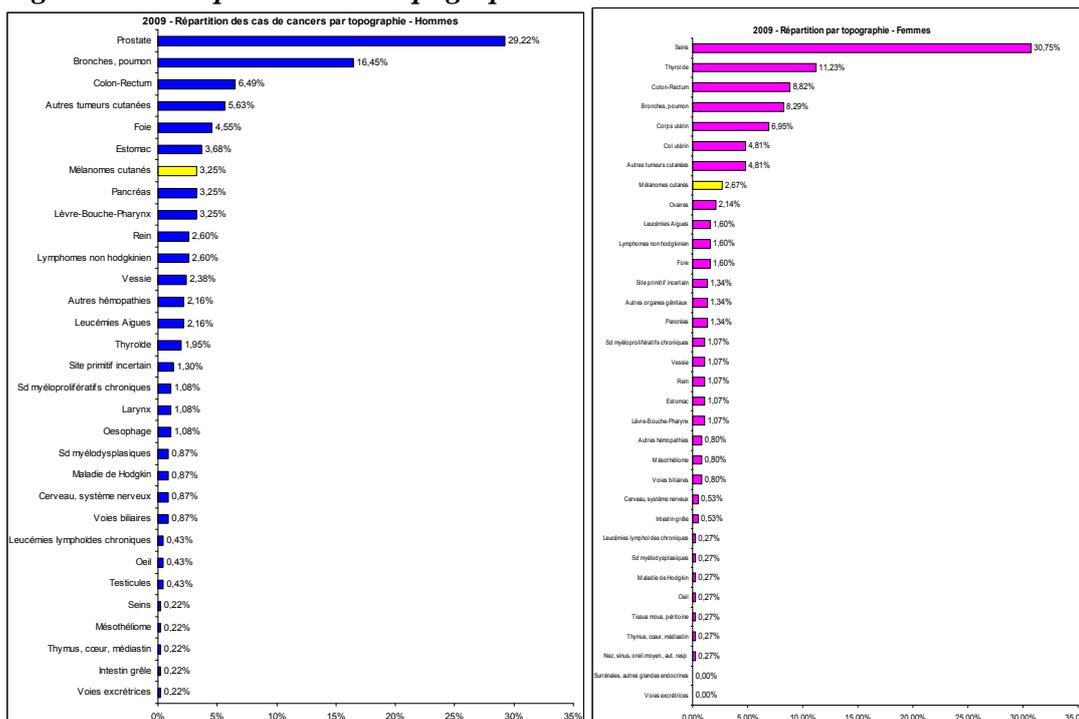
Généralités

Avec 25 nouveaux cas (15 chez les hommes et 10 chez les femmes), cette tumeur se situe au 7^{ème} rang chez les hommes et 8^{ème} chez les femmes.

Le sex ratio est de 1,5 hommes pour 1 femme. 3 patients étaient déjà enregistrés pour une autre tumeur primitive (12 %), et 1 patient était décédé au 31/07/2012.

Le nombre moyen de sources d'information par dossier était de 3.8.

Figures 131 : répartition des topographies selon le sexe



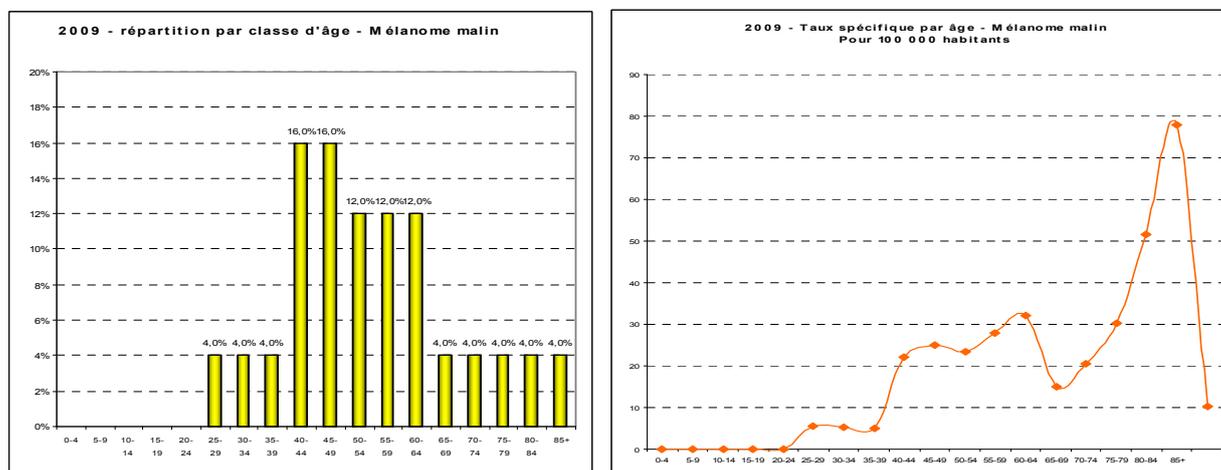
Tous ces nouveaux cas ont fait l'objet d'un diagnostic histologique

Age

L'âge moyen au diagnostic est de 54.2 ans (57.1 ans pour les ♂ et 49.7 ans pour ♀) et est compris entre 27 et 92 ans.

L'âge médian est égal à 54 ans. On observe une incidence qui croît avec l'âge.

Figure 132 mélanomes malins, répartition par tranche d'âge et taux spécifiques d'incidence



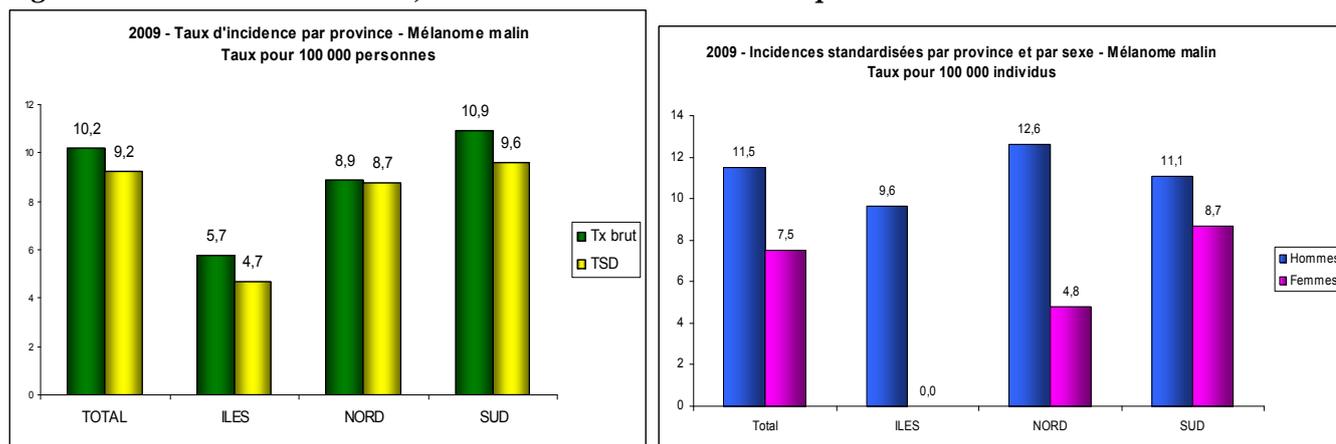
Traitement

24 patients ont été traités par chirurgie (96%), dont un patient qui a reçu une immunothérapie. Un seul cas n'est pas renseigné, mais très probablement au moins chirurgical.

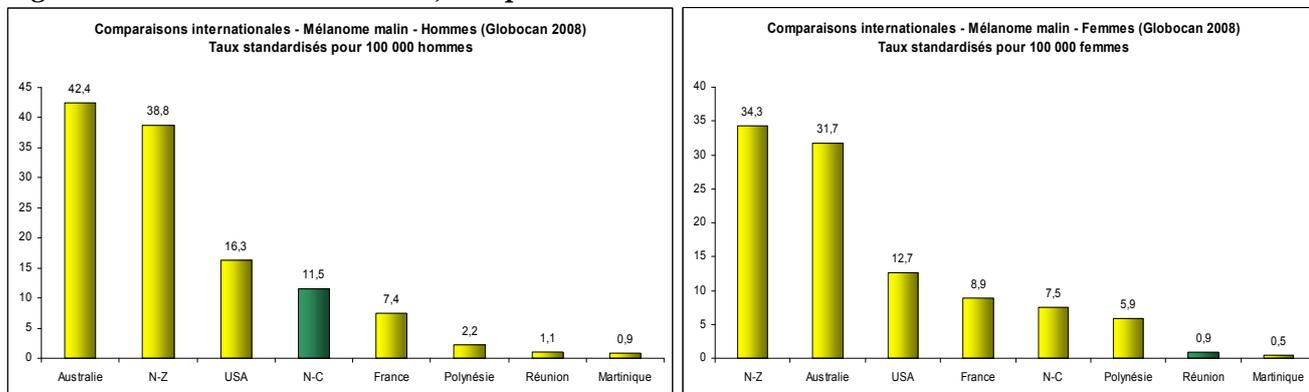
Incidences et comparaisons internationales

80 % des cas ont été diagnostiqués en Province Sud avec une incidence plus élevée que dans les autres provinces. L'incidence est plus élevée chez les hommes quelle que soit la province de résidence.

Figure 133: mélanomes malins, incidences selon le sexe et la province



Figures 134 : 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.

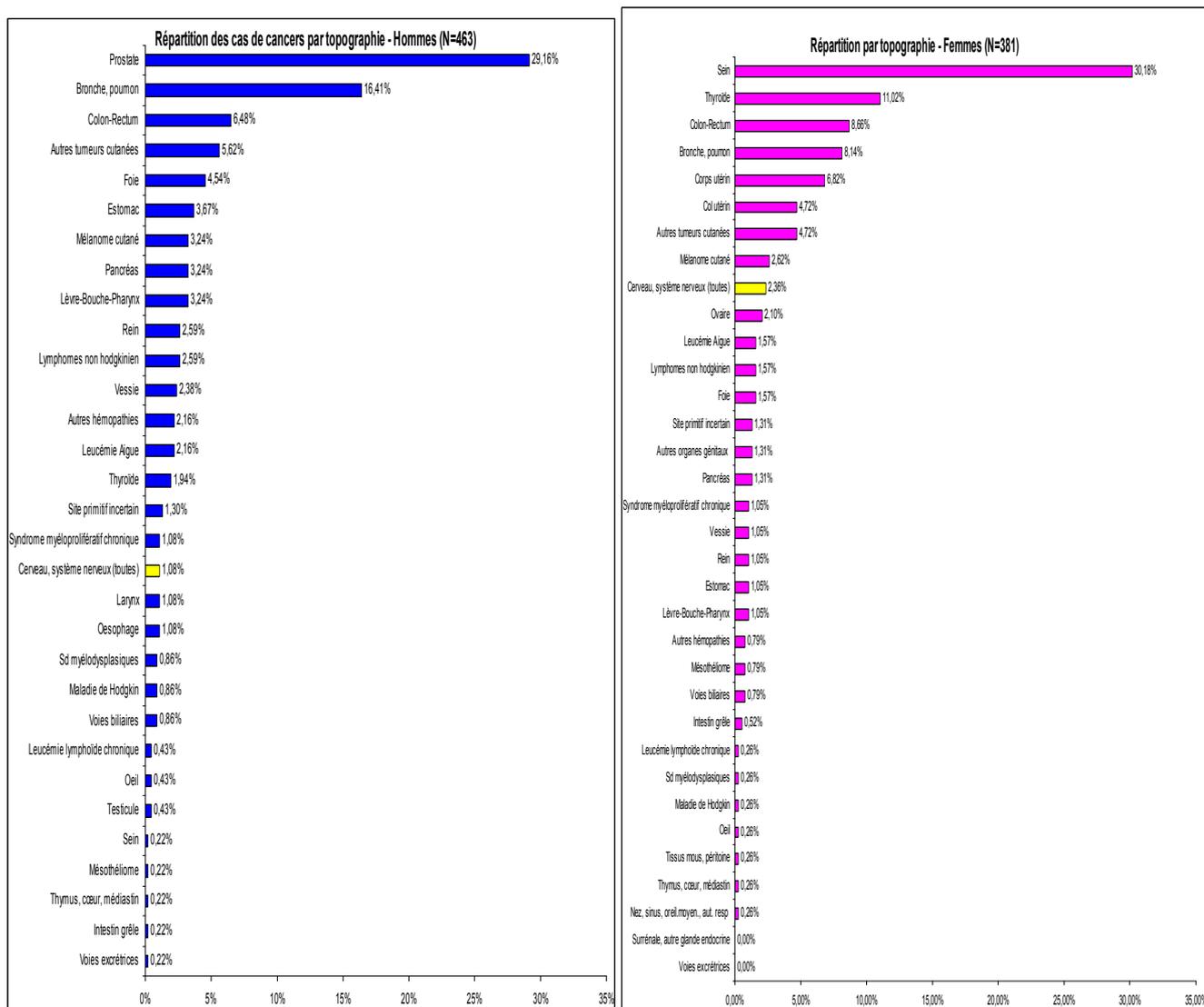
3-9 Tumeurs du système nerveux central

Généralités

14 tumeurs ont été diagnostiquées en 2009 (5 ♂ et 9 ♀), il s'agissait de 6 tumeurs invasives et de 8 tumeurs non invasives.

Ce groupe de tumeurs est placé au 18^{ème} rang chez les hommes et au 9^{ème} chez les femmes, toutes tumeurs confondues. On observe un sex ratio égal 5.5 hommes pour 10 femmes.

Figure 135 : répartition des topographies selon le sexe



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

5 tumeurs invasives ont été diagnostiquées dont 5 mésothéliomes malins.

Mésothéliomes :

4 nouveaux cas diagnostiqués en 2009, 1 chez les hommes et 3 chez les femmes, soit un Sex ratio égal 0.33 homme pour 1 femme. Aucun de ces patients n'avait un antécédent de tumeur primitive connue au registre.

Age moyen au diagnostic : 58.5 ans (de 51 à 66 ans)

Communautés : 3 mélanésiens et 1 autre non précisée

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

Base de diagnostic : histologique pour tous les patients

Stade : 1 localisé et 3 indéterminés

Traitements : 3 patients avec radiothérapie+chimiothérapie et 1 sans traitement spécifique

Incidence standardisée totale : 1.58 nouveaux cas pour 100.000 personnes-années

3-10-2 Cœur et médiastin

2 nouvelles tumeurs invasives diagnostiquées en 2009, 1 homme et une femme

Incidence standardisée totale : 0,81 pour 100.000 personnes-année chez les hommes et 0.77 chez les femmes

3-10-3 Os, cartilage

Aucune tumeur diagnostiquée en 2009

4) PLACE DES CANCERS DANS LA MORTALITE

Avec 328 décès en 2009, les cancers représentent la première cause de mortalité tous sexes confondus (26 %). Ce classement est identique dans les deux sexes et représente 27% des décès chez les femmes et 25.4 % chez les hommes. En 2^{ème} position 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 en 2009, tous sexes confondus, des valeurs supérieures à 1 pour les topographies suivantes :

- œsophage, tissu conjonctif et tissus mous, sites autres et mal définis.

Lorsque l'on étudie ce rapport selon le sexe, on retrouve alors les topographies suivantes chez les hommes : œsophage, sites autres et mal définis ;

Et chez les femmes : pancréas, tissu conjonctif et tissus mous, sites autres et mal définis.

En ce qui concerne le cancer de l'œsophage, le nombre observé de décès est plus élevé que le nombre de cas incidents. Ceci pourrait être dû 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 anatomo-cytopathologique systématique, et qu'ils sont pris en charge à proximité de chez eux (?)

ANNEE 2009	Nombre de cas incidents			Nombre de décès			Rapport mortalité/incidence		
	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total
Lèvres-Bouche-Pharynx	15	4	19	8	1	9	0,53	0,25	0,47
Oesophage	5	0	5	8	1	9	1,60	NV	1,80
Estomac	17	4	21	9	2	11	0,53	0,50	0,52
Intestin grêle	1	2	3	1	2	3	1,00	1,00	1,00
Colon-rectum-anus	30	33	63	12	11	23	0,40	0,33	0,37
Foie-voies biliaires intra-hépatiques	21	6	27	19	6	25	0,90	1,00	0,93
Vésicule biliaire et VB extra-hépatiques	4	3	7	2	1	3	0,50	0,33	0,43
Pancréas	15	5	20	10	7	17	0,67	1,40	0,85
Autre digestif	0	0	0	0	1	1	NV	NV	NV
Fosses nasales, oreille moyenne, larynx	5	1	6	4	0	4	0,80	0,00	0,67
Bronches, poumon	76	31	107	63	23	86	0,83	0,74	0,80
Plèvre	1	3	4	1	1	2	1,00	0,33	0,50
Thymus, cœur, médiastin	1	1	2	1	0	1	1,00	0,00	0,50
Os cartilage	0	0	0	1	0	1	NV	NV	NV
Tissu conjonctif et tissus mous, péritoine	0	1	1	0	3	3	NV	3,00	3,00
Mélanomes	15	10	25	3	1	4	0,20	0,10	0,16
Autres tumeurs cutanées	26	18	44	0	0	0	0,00	0,00	0,00
Sein	1	115	116	0	36	36	0,00	0,31	0,31
Utérus		44	44		14	14		0,32	0,32
Ovaires et annexes		8	8		8	8		1,00	1,00
Placenta, autres organes génitaux fem.		5	5		0	0		0,00	0,00
Prostate	135		135	17		17	0,13		0,13
Testicule	2		2	0		0	0,00		0,00
Verge et autres organes génitaux masc.	0		0	0		0	NV		NV
Vessie	11	4	15	2	1	3	0,18	0,25	0,20
Rein et org. Urinaires	13	4	17	5	1	6	0,38	0,25	0,35

Œil	2	1	3	0	0	0	0,00	0,00	0,00
Encéphale, autre SNC	4	2	6	1	5	6	0,25	2,50	1,00
Thyroïde	9	42	51	1	4	5	0,11	0,10	0,10
Autres glandes endocrines	0	0	0	1	0	1	NV	NV	NV
Autres et mal définis	6	5	11	9	6	15	1,50	1,20	1,36
Maladie de Hodgkin	4	1	5	0	0	0	0,00	0,00	0,00
LNH	12	6	18	5	0	5	0,42	0,00	0,28
Leucémies Lymphoïdes	2	1	3	1	0	1	0,50	0,00	0,33
Autres leucémies	10	6	16	2	2	4	0,20	0,33	0,25
Autres hémopathies (SMD, SMP)	19	8	27	2	3	5	0,11	0,38	0,19
Total	462	374	836	188	140	328	0,41	0,37	0,39

5) TABLEAUX DETAILLES PAR SITE (CIM10)

NOMBRE DE NOUVEAU CAS TOUS SEXES CONFONDUS

	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	Fq (%)
Lèvre-Bouche-Pharynx	19	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	4	1	5	3	1	3	0	0	2,3
Oesophage	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2	0	1	0	0	0,6
Estomac	21	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	1	2	2	2	2	5	3	1	2,5
Intestin grêle	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	2	0	0	0,4
Colon-Rectum	63	0	0	0	0	2	0	0	1	4	4	1	7	8	11	8	4	8	5	7,5
Foie	27	1	0	0	0	0	0	0	2	3	1	4	6	4	4	1	1	0	0	3,2
Voies biliaires	7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	2	1	0	0	0,8
Pancréas	20	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	1	3	1	3	4	2	1	2	2,4
Nez, sinus, oreil.moyen., aut. resp	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,1
Larynx	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	0	0	0	0	1	0,6
Bronche, poumon	107	0	0	0	0	0	0	0	0	4	5	9	13	23	22	13	11	6	1	12,8
Thymus, cœur, médiastin	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0,2
Mésotéliome	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	0	1	0	0	0	0	0,5
Os, cartilage articul.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,0
Mélanome cutané	25	0	0	0	0	0	1	1	1	4	4	3	3	3	1	1	1	1	1	3,0
Autres tumeurs cutanées	44	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	9	5	5	7	10	4	5,3
Tissus mous, péritoine	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,1
Sein	116	0	0	0	0	0	0	2	6	16	16	18	13	13	13	9	2	3	5	13,9
Col utérin	18	0	0	0	0	0	0	1	2	1	4	3	1	3	1	0	0	1	1	2,2
Corps utérin	26	0	0	0	0	0	0	0	2	1	1	2	7	2	5	4	2	0	0	3,1
Ovaire	8	0	0	0	0	0	1	0	0	2	0	0	0	2	0	1	0	1	1	1,0
Autres organes génitaux F	5	0	0	0	0	0	0	0	2	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0,6
Prostate	135	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	7	17	28	20	28	17	11	6	16,1
Testicule	2	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,2
Autres organes génitaux M	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,0
Rein, bassin	17	0	0	0	0	0	0	0	1	1	3	2	1	3	2	1	1	1	1	2,0
Uretère, autres organes urinaires	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,0
Vessie	15	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	2	3	0	4	2	2	1	1,8
Oeil	3	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0,4
Cerveau, système nerveux	6	0	2	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	2	0	1	0	0	0	0,7
Thyroïde	51	0	0	0	0	1	4	4	3	4	8	2	5	5	6	5	3	1	0	6,1
Surrénale, autre glande endocrine	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,0
Maladie de Hodgkin	5	0	1	2	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,6
Lymphomes non hodgkinien	18	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	2	2	4	1	3	2	0	2	2,2
Sd myélodysplasiques	5	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	1	0	0	0,6
Leucémie lymphoïde chronique	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1	0	0	0	0	0,4
Syndrome myéloprolifératif chronique	9	0	0	0	0	0	2	0	0	2	1	1	0	1	0	2	0	0	0	1,1
Leucémie Aigue	16	1	0	1	1	0	1	1	2	0	1	0	0	0	1	4	2	0	1	1,9
Autres hémopathies	13	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	2	1	2	2	3	0	0	0	1,6
Site primitif incertain	11	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2	2	1	2	2	0	1,3
TOTAL	836	2	5	3	4	5	10	12	24	44	59	67	94	135	111	105	72	51	33	100,0

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

HOMMES	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	Fq
Lèvre-Bouche-Pharynx	15	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	3	1	4	2	1	2	0	0	3,25%
Oesophage	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2	0	1	0	0	1,08%
Estomac	17	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	2	2	2	2	4	1	1	3,68%
Intestin grêle	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0,22%
Colon-Rectum	30	0	0	0	0	2	0	0	1	2	2	0	4	4	5	3	1	4	2	6,49%
Foie	21	0	0	0	0	0	0	0	1	3	1	3	5	4	3	1	0	0	0	4,55%
Voies biliaires	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	1	0	0	0	0,87%
Pancréas	15	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	1	2	1	3	2	1	0	2	3,25%
Nez, sinus, oreil.moyen., aut. resp	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00%
Larynx	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	0	0	0	0	1	1,08%
Bronche, poumon	76	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	7	10	18	17	9	8	4	0	16,45%
Thymus, cœur, médiastin	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0,22%
Mésothéliome	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0,22%
Os, cartilage articul.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00%
Mélanome cutané	15	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	2	1	2	1	1	1	1	1	3,25%
Autres tumeurs cutanées	26	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	3	3	5	5	5	3	5,63%
Tissus mous, péritoine	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00%
Sein	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0,22%
Prostate	135	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	7	17	28	20	28	17	11	6	29,22%
Testicule	2	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,43%
Autres organes génitaux	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00%
Rein, bassinet	13	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2	2	1	2	0	1	1	1	1	2,81%
Urètre, autres organes urinaires	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00%
Vessie	11	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3	0	3	2	2	0	2,38%
Oeil	2	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0,43%
Cerveau, système nerveux	4	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	2	0	0	0	0	0	0,87%
Thyroïde	9	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	0	4	0	1	1	0	0	0	1,95%
Surrénale, autre glande endocrine	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00%
Maladie de Hodgkin	4	0	1	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,87%
Lymphomes non hodgkinien	12	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	2	3	0	2	1	0	1	2,60%
Sd myélodysplasiques	4	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0,87%
Leucémie lymphoïde chronique	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0,43%
Syndrome myéloprolifératif chronique	5	0	0	0	0	0	2	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1,08%
Leucémie Aigue	10	1	0	1	1	0	1	1	1	0	0	0	0	0	1	2	0	0	1	2,16%
Autres hémopathies	10	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	1	1	2	2	1	0	0	0	2,16%
Site primitif incertain	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	1	0	1	1	0	1,30%
TOTAL	462	1	3	2	4	3	5	4	6	12	19	31	56	89	65	66	47	30	19	100,00%

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

FEMMES

	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	Fq
Lèvre-Bouche-Pharynx	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	1	0	0	1,07%
Oesophage	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00%
Estomac	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	2	0	1,07%
Intestin grêle	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0,53%
Colon-Rectum	33	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	1	3	4	6	5	3	4	3	8,82%
Foie	6	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	1	0	1	0	0	1,60%
Voies biliaires	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0,80%
Pancréas	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	2	1	1	0	1,34%
Nez, sinus, oreil.moyen., aut. resp	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,27%
Larynx	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00%
Bronche, poumon	31	0	0	0	0	0	0	0	0	3	3	2	3	5	5	4	3	2	1	8,29%
Thymus, cœur, médiastin	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0,27%
Mésothéliome	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	0	0	0	0	0	0	0,80%
Os, cartilage articul.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00%
Mélanome cutané	10	0	0	0	0	0	0	0	0	3	3	1	2	1	0	0	0	0	0	2,67%
Autres tumeurs cutanées	18	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	6	2	0	2	5	1	4,81%
Tissus mous, péritoine	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,27%
Sein	115	0	0	0	0	0	0	2	6	16	16	18	13	13	13	8	2	3	5	30,75%
Col utérin	18	0	0	0	0	0	0	1	2	1	4	3	1	3	1	0	0	1	1	4,81%
Corps utérin	26	0	0	0	0	0	0	0	2	1	1	2	7	2	5	4	2	0	0	6,95%
Ovaire	8	0	0	0	0	0	1	0	0	2	0	0	0	2	0	1	0	1	1	2,14%
Autres organes génitaux	5	0	0	0	0	0	0	0	2	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	1,34%
Rein, bassinnet	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	2	0	0	0	0	1,07%
Uretère, autres organes urinaires	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00%
Vessie	4	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	1,07%
Oeil	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,27%
Cerveau, système nerveux	2	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0,53%
Thyroïde	42	0	0	0	0	1	4	4	3	3	6	2	1	5	5	4	3	1	0	11,23%
Surrénale, autre glande endocrine	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00%
Maladie de Hodgkin	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,27%
Lymphomes non hodgkinien	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	1	1	0	1	1,60%
Sd myélodysplasiques	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0,27%
Leucémie lymphoïde chronique	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0,27%
Syndrome myéloprolifératif chronique	4	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	0	1	0	0	0	1,07%
Leucémie Aigue	6	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	2	2	0	0	1,60%
Autres hémopathies	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	2	0	0	0	0,80%
Site primitif incertain	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	1	1	0	1,34%
TOTAL	374	1	2	1	0	2	5	8	18	32	40	36	38	46	46	39	25	21	14	100%

5-3 Hommes : taux d'incidence par site groupe d'âge (2009)

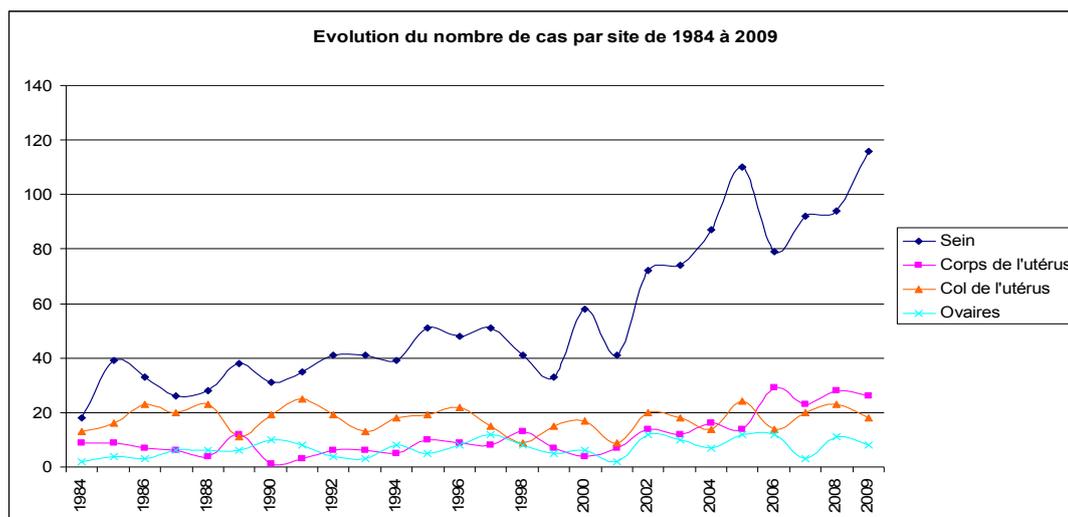
Hommes 2009	Tx brut	0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	≥ 85	TSD
Lèvre-Bouche-Pharynx	12,05	0	0	0	0	10,63	0	0	0	0	12,25	46,09	18,09	80,79	61,07	42,03	131,41	0	0	11,83
Oesophage	4,02	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	18,09	20,20	61,07	0	65,70	0	0	4,02
Estomac	13,65	0	0	0	0	0	0	10,81	0	10,88	0	15,36	36,17	40,40	61,07	84,07	262,81	124,69	217,86	12,99
Intestin grêle	0,80	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	65,70	0	0	0,66
Colon-Rectum	24,09	0	0	0	0	21,26	0	0	9,701	21,76	24,5	0	72,35	80,79	152,67	126,1	65,70	498,75	435,73	23,62
Foie	16,86	0	0	0	0	0	0	0	9,701	32,64	12,25	46,09	90,43	80,79	91,60	42,03	0	0	0	16,02
Voies biliaires	3,21	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	15,36	18,09	20,20	0	42,03	0	0	0	3,14
Pancréas	12,05	0	0	0	0	0	0	0	0	0	36,76	15,36	36,17	20,20	91,60	84,07	65,70	0	435,73	12,49
Nez, sinus, oreil.moyen., aut. resp	0,00	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00
Larynx	4,02	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	80,79	0	0	0	0	217,86	4,32
Bronche, poumon	61,03	0	0	0	0	0	0	0	0	10,88	24,5	107,5	180,9	363,56	519,08	378,31	525,62	498,75	0	60,17
Thymus, cœur, médiastin	0,80	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	20,20	0	0	0	0	0	0,81
Mésotéliome	0,80	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	30,53	0	0	0	0	0,92
Os, cartilage articul.	0,00	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00
Mélanome cutané	12,05	0	0	0	0	0	10,82	10,81	9,701	10,88	12,25	30,73	18,09	40,40	30,53	42,03	65,70	124,69	217,86	11,49
Autres tumeurs cutanées	20,88	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	15,36	18,09	60,59	91,60	210,17	328,52	623,44	653,59	20,54
Tissus mous, péritoine	0,00	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00
Sein	0,80	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	42,03	0	0	0	0,84
Prostate	108,41	0	0	0	0	0	0	0	0	0	12,25	107,5	307,5	565,54	610,69	1177	1116,95	1371,6	1307,19	107,46
Testicule	1,61	0	0	0	8,84	0	10,82	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1,66
Autres organes génitaux	0,00	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00
Rein, bassinnet	10,44	0	0	0	0	0	0	0	9,701	10,88	24,5	30,73	18,09	40,40	0	42,03	65,70	124,69	217,86	9,79
Urètre, autres organes urinaires	0,00	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00
Vessie	8,83	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00	0	18,09	60,59	0	126,1	131,41	249,38	0	0	8,23
Oeil	1,61	0	0	0	0	0	0	0	9,701	0	0	0	18,09	0	0	0	0	0	0	1,31
Cerveau, système nerveux	3,21	0	9,17	0	0	0	0	0	0	0	12,25	0	0	40,40	0	0	0	0	0	3,27
Thyroïde	7,23	0	0	0	0	0	0	0	0	10,88	24,5	0	72,35	0	30,53	42,03	0	0	0	6,77
Surrénale, autre glande endocrine	0,00	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00
Maladie de Hodgkin	3,21	0	9,17	9,01	8,84	0	0	10,81	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3,17
Lymphomes non hodgkinien	9,64	0	0	0	8,84	0	0	0	0	0	12,25	15,36	36,17	60,59	0	84,07	65,70	0	217,86	9,60
Sd myélodysplasiques	3,21	0	9,17	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	30,53	42,03	65,70	0	0	3,33
Leucémie lymphoïde chronique	1,61	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	40,40	0	0	0	0	0	1,62
Syndrome myéloprolifératif chronique	4,02	0	0	0	0	0	21,64	0	0	10,88	0	15,36	0	0	0	42,03	0	0	0	3,99
Leucémie Aigue	8,03	9,78	0	9,01	8,84	0	10,82	10,81	9,701	0	0	0	0	0	30,53	84,07	0	0	217,86	8,56
Autres hémopathies	8,03	0	0	0	0	0	0	0	0	10,88	24,5	15,36	18,09	40,40	61,07	42,03	0	0	0	7,90
Site primitif incertain	4,82	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	18,09	40,40	30,53	0	65,70	124,69	0	4,54
TOTAL	371,01	9,78	27,51	18,02	35,34	31,89	54,09	43,26	58,21	130,6	232,8	476,3	1013	1797,6	1984,73	2774,3	3088,04	3740,6	4139,43	365,04

5-4 Femmes : taux d'incidence par site et groupe d'âge (2009)

Femmes 2009	Tx brut	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	TSD
Lèvre-Bouche-Pharynx	3,30	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	16	0	23	29	0	56	0	0	3,14
Oesophage	0,00	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00
Estomac	3,30	0	0	0	0	0	0	0	0	0	13	0	0	0	0	0	56	176	0	2,21
Intestin grêle	1,65	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	23	0	0	56	0	0	1,47
Colon-Rectum	27,26	0	0	0	0	0	0	0	0	22	25	16	58	91	176	201	169	352	364	24,16
Foie	4,96	11	0	0	0	0	0	0	10	0	0	16	19	0	29	0	56	0	0	4,86
Voies biliaires	2,48	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	29	40	56	0	0	2,25
Pancréas	4,13	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	19	0	0	80	56	88	0	3,38
Nez, sinus, oreil.moyen., aut. resp	0,83	0	0	0	0	11	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,89
Larynx	0,00	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00
Bronche, poumon	25,61	0	0	0	0	0	0	0	0	33	38	31	58	114	147	161	169	176	121	23,51
Thymus, cœur, médiastin	0,83	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	19	0	0	0	0	0	0	0,77
Mésothéliome	2,48	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	16	38	0	0	0	0	0	0	2,32
Os, cartilage articul.	0,00	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00
Mélanome cutané	8,26	0	0	0	0	0	0	0	0	33	38	16	38	23	0	0	0	0	0	7,52
Autres tumeurs cutanées	14,87	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	16	19	136	59	0	113	440	121	12,70
Tissus mous, péritoine	0,83	0	0	0	0	0	0	11	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,64
Sein	95,00	0	0	0	0	0	0	21	59	178	204	283	249	295	382	321	113	264	607	87,02
Col utérin	14,87	0	0	0	0	0	0	11	20	11	51	47	19	68	29	0	0	88	121	13,32
Corps utérin	21,48	0	0	0	0	0	0	0	20	11	13	31	134	45	147	161	113	0	0	20,12
Ovaire	6,61	0	0	0	0	0	11	0	0	22	0	0	0	45	0	40	0	88	121	5,88
Autres organes génitaux	4,13	0	0	0	0	0	0	0	20	0	13	0	0	0	29	40	0	0	0	3,63
Rein, bassin	3,30	0	0	0	0	0	0	0	0	0	13	0	0	23	59	0	0	0	0	3,44
Uretère, autres organes urinaires	0,00	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00
Vessie	3,30	0	0	0	0	0	0	0	10	0	0	0	19	0	0	40	0	0	121	2,77
Oeil	0,83	0	10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,96
Cerveau, système nerveux	1,65	0	10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	40	0	0	0	1,77
Thyroïde	34,69	0	0	0	0	11	44	42	29	33	76	31	19	114	147	161	169	88	0	31,96
Surrénale, autre glande endocrine	0,00	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00
Maladie de Hodgkin	0,83	0	0	9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,84
Lymphomes non hodgkinien	4,96	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	16	0	23	29	40	56	0	121	4,55
Sd myélodysplasiques	0,83	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	19	0	0	0	0	0	0	0,77
Leucémie lymphoïde chronique	0,83	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	29	0	0	0	0	0,88
Syndrome myéloprolifératif chronique	3,30	0	0	0	0	0	0	0	0	11	13	0	0	23	0	40	0	0	0	3,14
Leucémie Aigue	4,96	0	0	0	0	0	0	0	10	0	13	0	0	0	0	80	113	0	0	4,09
Autres hémopathies	2,48	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	16	0	0	0	80	0	0	0	2,39
Site primitif incertain	4,13	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	16	0	0	29	40	56	88	0	3,47
TOTAL	308,95	10,58	19,28	9,33	0,00	22,20	55,11	84,92	176,94	355,60	509,75	566,04	728,39	1045,45	1351,75	1565,64	1410,04	1846,97	1699,03	280,8

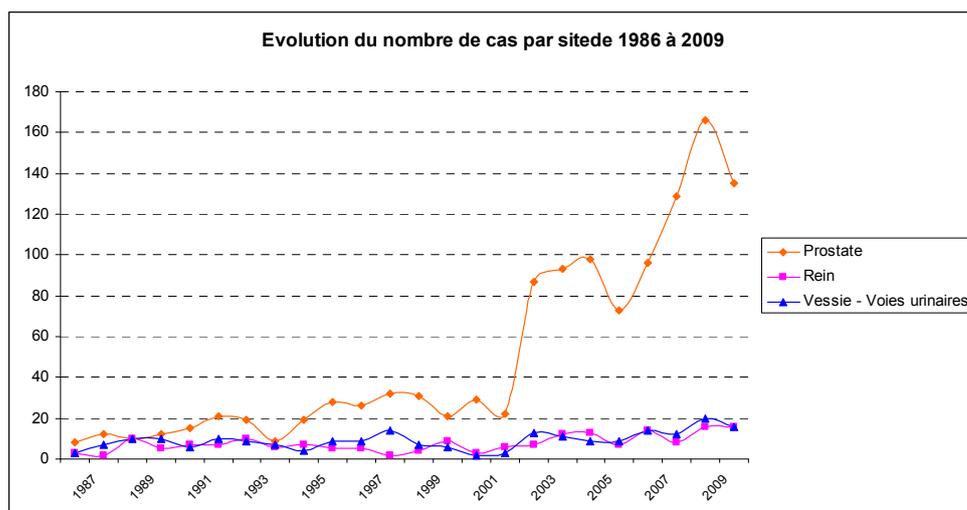
6 EVOLUTION (Mise à jour 2008 au 31/7/2012)

Cancers de l'appareil génital et des seins chez la femme

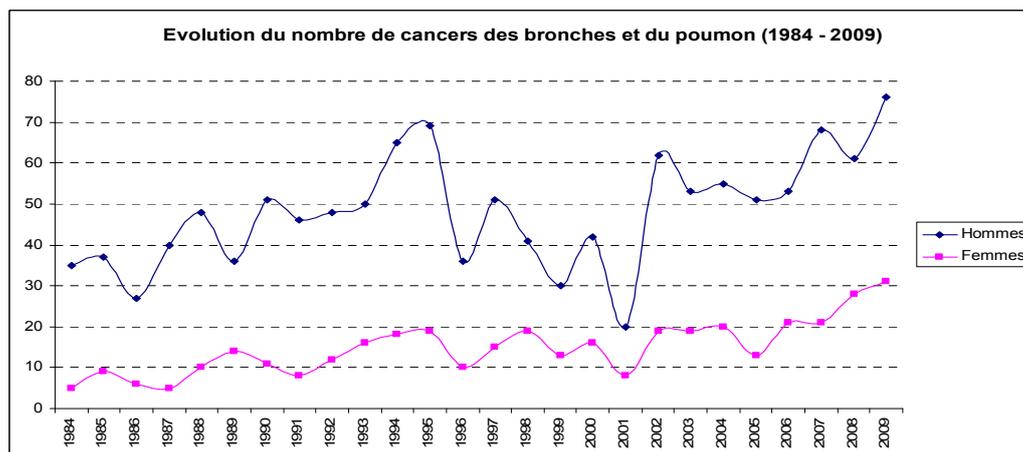


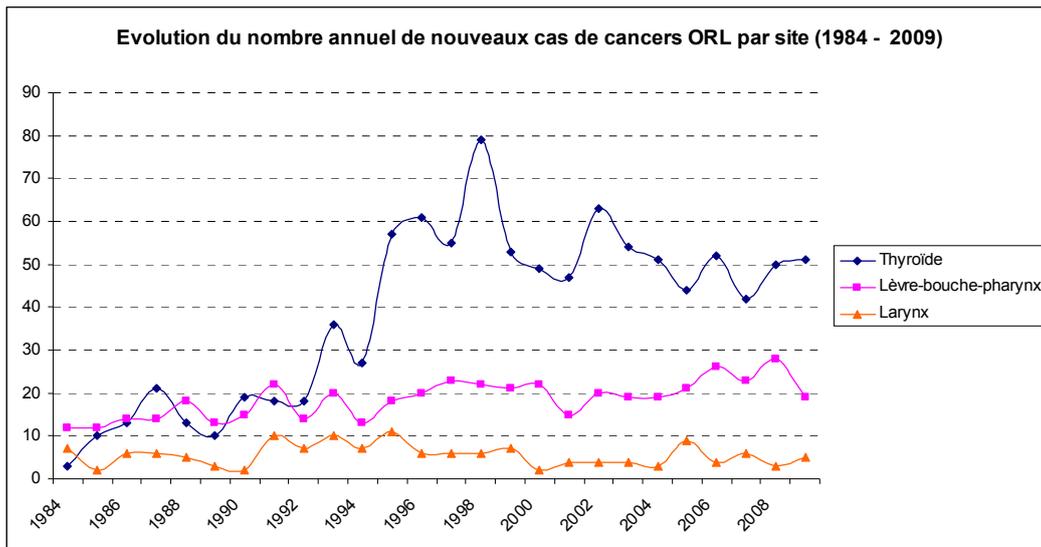
Cancers de l'appareil urinaire

Avec 167 tumeurs, dont 135 de la prostate, 16 du rein et 16 de la vessie, ce groupe de tumeurs représente près d'un cinquième des cas incidents de 2009. On note

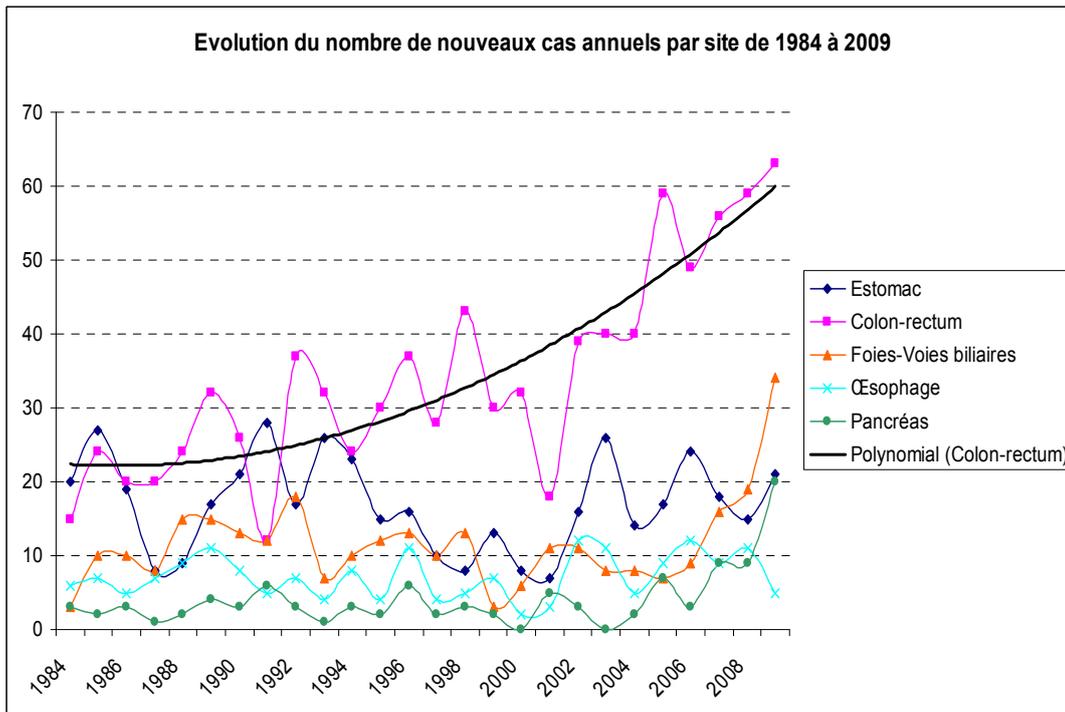


Cancers de l'appareil respiratoire





Cancers de l'appareil digestif



7) ANNEXES

Abréviations employées :

Francim

IARC

ENCR

CIM

GLOBOCAN

Populations de référence

Nouvelle-Calédonie : ISEE 2009

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