

DASS-NC

SERVICE DES ACTIONS SANITAIRES

**REGISTRE DU CANCER
DE NOUVELLE-CALEDONIE**

**DESCRIPTION DES NOUVEAUX CAS
DE CANCER DIAGNOSTIQUES EN 2010**

Situation au 1 juillet 2013

Sylvie Laumond, médecin épidémiologiste

Erika Hartmann, épidémiologiste

Delphine Tranap, biostatisticienne

I.	GENERALITES	3
I.1.	Introduction :.....	3
I.2.	Rappel historique	3
I.3.	Fonctionnement actuel du registre	4
I.4.	Critères d'enregistrement.....	4
I.5.	Sources d'informations	5
I.6.	Evaluation de l'exhaustivité et de la qualité des données.....	5
II.1.	Caractéristiques sociodémographiques.....	13
II.1.a.	Etude selon l'âge et le sexe	14
II.1.b.	Etude selon la province de résidence	15
II.1.c.	Etude selon la communauté :	16
II.2.	Etude selon la topographie	18
II.2.a.	Répartition selon la topographie	18
II.2.b.	Incidence selon la topographie et le sexe	20
II.2.c.	Etude de la topographie selon la communauté et le sexe.....	22
II.2.d.	Incidence par topographie selon le sexe et la province.....	23
II.3.	Stade d'extension au moment du diagnostic	27
II.4.	Comparaisons internationales (Globocan 2008-IARC).....	28
III.	ETUDE DES PRINCIPALES TOPOGRAPHIES.....	37
III.1.	Sein et appareil génital féminin.....	37
III.1.a.	Cancer du sein :	37
III.1.b.	Cancer du corps de l'utérus (endomètre)	48
III.1.c.	Cancer du col de l'utérus.....	53
III.1.d.	Cancers des autres organes génitaux et des ovaires	58
III.2.	Cancer de la prostate	63
III.3.	Rein, vessie et voies urinaires	70
III.3.a.	Cancer du rein	70
III.3.b.	Cancer de la vessie et des voies urinaires	75
III.4.	Appareil respiratoire.....	80
III.4.a.	Cancer des bronches et poumons	80
III.4.b.	Cancer des lèvres, bouche et pharynx (LBP)	86
III.4.c.	Cancer de la thyroïde.....	78
III.5.	Appareil digestif.....	83
III.5.a.	Cancer du colon-rectum-anus.....	83
III.5.b.	Cancer de l'oesophage	88
III.5.c.	Cancer de l'estomac	93
III.5.d.	Cancer du foie et voies biliaires :	96
III.5.e.	Cancer du pancréas :	100
III.6.	Hémopathies malignes	103
III.7.	Cancers de la peau : mélanomes malins.....	108
III.8.	Tumeurs du système nerveux central :	110
III.9.	Autres Sites :	111
III.9.a.	Cancer de la plèvre.....	111
III.9.b.	Cancer du cœur et du médiastin	111
III.9.c.	Cancer des os et du cartilage	111
IV.	PLACE DES CANCERS DANS LA MORTALITE.....	112
V.	TABLEAUX DETAILLES PAR SITE (CIM10).....	114
V.1.	Hommes : nombre de cas par site et groupe d'âge.....	115
V.2.	Femmes : nombre de cas par site et groupe d'âge.....	116
V.3.	Hommes : taux d'incidence par site groupe d'âge (2010)	117
V.4.	Femmes : taux d'incidence par site et groupe d'âge (2010).....	118
VI.	EVOLUTION (Mise à jour au 1/7/2013).....	119
VII.	ANNEXES.....	121

GENERALITES

I.1. Introduction :

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

L'objectif principal des registres 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, récidives, ..), 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).

I.2. Rappel historique

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

tout document publié par le registre, de soutenir le registre dans son fonctionnement et de déterminer les priorités en matière de recherche.

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

I.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, un épidémiologiste et une biostatisticienne à temps-plein.

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

I.4. Critères d'enregistrement

L'enregistrement de tous les nouveaux cas de cancer repose sur les règles internationales en matière d'enregistrement des cancers (IARC, ENCR). La population cible est représentée par les personnes dont le lieu de résidence habituel (plus de 6 mois par an) est en Nouvelle-Calédonie. Les personnes diagnostiquées ou traitées 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 (carcinomes baso-cellulaires et 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 (sein, col de l'utérus, colon, vessie) et non invasives du système nerveux. **Ne figurent donc dans l'incidence que les tumeurs invasives hors tumeurs cutanées sauf mélanomes.**

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.

I.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 de signalement 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 présentés dans les chapitres suivants, les résultats de l'analyse des données du fichier arrêté au 1 juillet 2013, concernant les nouveaux cas de tumeurs invasives diagnostiquées en **2010**. Les tumeurs non invasives du SNC sont traitées séparément. La présentation par topographie reprend le regroupement recommandé par l'INVS.

I.6. Evaluation de l'exhaustivité et de la qualité des données

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

Tableau 1 : Evolution du nombre de cas incidents par année

Année d'incidence (date fichier)	Tumeurs solides invasives*	Hémopathies malignes (avec SMD)	Tumeurs non malignes du SNC	Tumeurs in situ	Tumeurs cutanées autres que mélanomes (avec baso-cellulaires)
2007 (22/03/2010)	599	47	4	57	66
2007 (15/07/2011)	613	49	4	61	61 dont 36 basocellulaires
2007 (31/07/2012)	623	58	4	63	50 (30 basocellulaires) (suite à l'élimination des doublons)
2007 (1/07/2013)	628	60	5	64	50 (28 basocellulaires) (après élimination de doublons)

2008 (22/03/2010)	520	35	0	35	41 (24 basocellulaires)
2008 (15/07/2011)	681	48	8	61	41 (24 basocellulaires)
2008 (31/07/2012)	712	52	8	64	35 (18 basocellulaires) (suite nettoyage de la base)
2008 (1/07/2013)	725	53	11	71	35 (17 basocellulaires)

2009 (31/07/2012)	723	69	8	101	44 (épidermoïdes)
2009 (1/07/2013)	731	75	8	102	45 (épidermoïdes)

2010 (1/07/2013)	786	47	13	114	40 (1 basocellulaire)
----------------------------	-----	----	----	-----	-----------------------

« * » = tumeurs solides invasives (avec mélanomes, hors autres tumeurs cutanées), hors hémopathies malignes

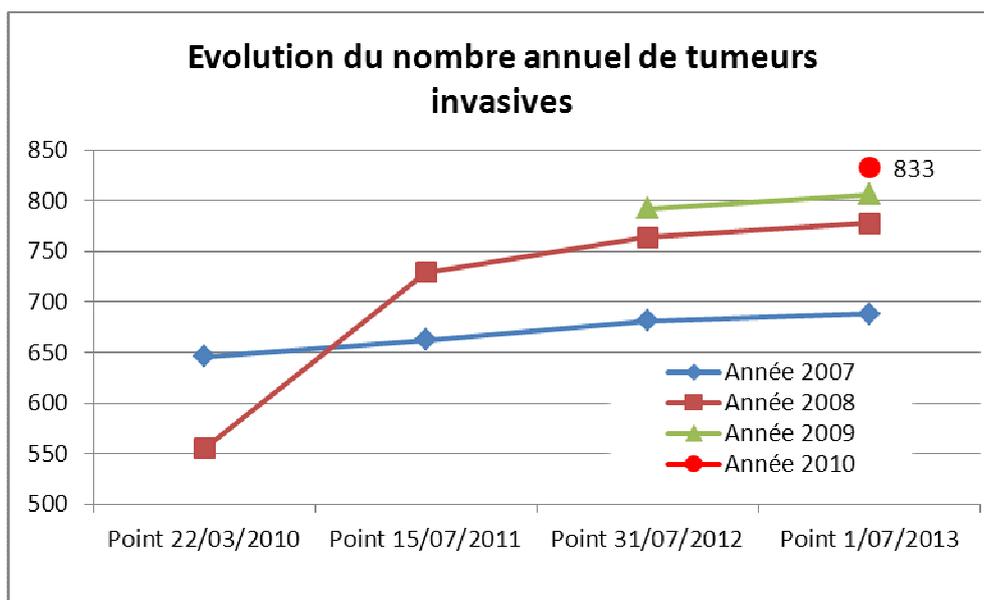


Figure 1 - Evolution annuelle du nombre de tumeurs invasives enregistrées selon l'année de diagnostic et la date du fichier

Suite à la mise en place des premiers croisements avec les données des différents partenaires (CAFAT, CHT, réseau ONCO-NC, laboratoires, ..) et aux retours aux dossiers cliniques, comme le montre le tableau précédent pour les dernières années d'incidence, le nombre de tumeurs invasives (solides et hémopathies) enregistrées a nettement augmenté par rapport au nombre de cas enregistrés lors de la reprise du registre en 2010 par la DASS.

Ainsi pour l'année d'incidence **2007** validée par l'ancienne équipe, on est passé de 646 tumeurs invasives en mars 2010 à 688 en juillet 2013, soit une augmentation de 6,5 % entre 2010 et 2013.

Pour l'année d'incidence **2008**, année également théoriquement validée par l'ancienne équipe, on est passé de 555 tumeurs invasives en 2010, à 729 en juillet 2011, 764 en 2012, et 778 en 2013 (soit une augmentation de 40%).

Ces analyses mettent en évidence l'efficacité des croisements, au cours des années 2010 et 2011, qui a permis de rattraper un nombre non négligeable de cancers, et a permis au fur et à mesure

d'enrichir la base de données, ce qui explique l'augmentation importante du nombre de nouvelles tumeurs enregistrées pour les années antérieures à 2009.

Pour l'année **2009**, cette augmentation est de 1,8 % entre 2012 et 2013, variation faible liée au rattrapage de quelques nouveaux cas.

Ainsi, l'augmentation annuelle du nombre de cancers invasifs (hors peau sauf mélanomes) annuels se stabilise suite à la mise en place de ces procédures et on peut observer, à la date du 1^{er} juillet 2013, une croissance du nombre de cas incidents de 3,6 % entre 2008 et 2009, et de 3,3 % entre 2009 et 2010.

- **Résultats sur l'exhaustivité et nombre moyen de sources par cas pour les 3 dernières années validées**

Le nombre total de sources a été recueilli à partir de 2008 pour l'ensemble des tumeurs et le détail des sources (de signalement ou consultées) a été enregistré uniquement à partir de l'année d'incidence 2009.

Pour le fichier arrêté en juillet 2013, pour l'année d'incidence 2008, on enregistrait en moyenne un peu plus de 4 sources d'informations (signalement et consultées) différentes par tumeur ; pour l'année d'incidence 2009, cette valeur augmentait avec en moyenne 5,4 sources par dossier avec 3,2 sources de signalement indépendantes par tumeur ; pour l'année d'incidence 2010 (pour l'ensemble des 873 tumeurs invasives), cette valeur continue de croître, passant ainsi à 5,5 sources par dossier (dont en moyenne 3,4 sources de signalement).

Ces valeurs varient selon les topographies, comme le montre le tableau suivant :

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

2010	Nb de cas	Nb moyen de sources de signalement	Nb moyen de sources consultées	% d'histologie
Lèvre-Bouche-Pharynx	31	3,5	2,2	100,0%
Oesophage	6	4,3	2,7	100,0%
Estomac	31	4,1	2,2	96,8%
Intestin grêle	5	4,2	2,4	80,0%
Colon-Rectum	73	3,6	2,2	100,0%
Foie	19	3,8	2,3	31,6%
Voies biliaires	5	4,2	2	60,0%
Pancréas	20	4,1	2,7	55,0%
Nez, sinus, oreil.moyen., aut. resp	1	5	2	100,0%
Larynx	7	3,9	2,3	100,0%
Bronche, poumon	113	4,6	2,2	92,9%
Thymus, cœur, médiastin	2	4	2,5	100,0%
Mésothéliome	2	3,5	2	100,0%
Os, cartilage articul.	4	3	1,8	100,0%
Mélanome cutané	21	2,3	1,2	100,0%
Autres tumeurs cutanées	40	1,7	1,2	100,0%
Tissus mous, péritoine	7	2,1	2	100,0%
Sein	126	3,9	2,1	99,2%
Col utérin	22	4,3	2,1	100,0%
Corps utérin	29	3,5	2,2	100,0%
Ovaire	7	5	2,4	100,0%
Autres organes génitaux F	2	4,5	2,5	100,0%
Prostate	128	2,6	2,2	99,2%
Testicule	2	3	2	100,0%
Autres organes génitaux M	0			
Rein	13	2,6	2,6	84,6%
Voies excrétrices	1	3	2	100,0%
Vessie	14	2,9	2,4	100,0%
Oeil	3	3	2	100,0%
Cerveau, système nerveux	10	2,5	2	90,0%
Thyroïde	63	2,4	2,1	98,4%
Surrénale, autre glande endocrine	0			
Maladie de Hodgkin	1	2	3	100,0%
Lymphomes non hodgkinien	11	4	2,1	90,9%
Sd myélodysplasiques	2	2,5	2	0,0%
Leucémies chroniques	5	3,2	2,2	0,0%
Syndromes myéloprolifératifs chroniques	10	2	2,2	0,0%
Leucémies Aigues	9	3,3	2,2	0,0%
Autres hémopathies	9	2,8	2,3	11,1%
Site primitif incertain	19	3,6	2,7	63,1%
TOTAL	873	3,4	2,1	90,8 %

En 2010, seuls 7,9 % des nouveaux cas ont été signalés par une seule et unique source.

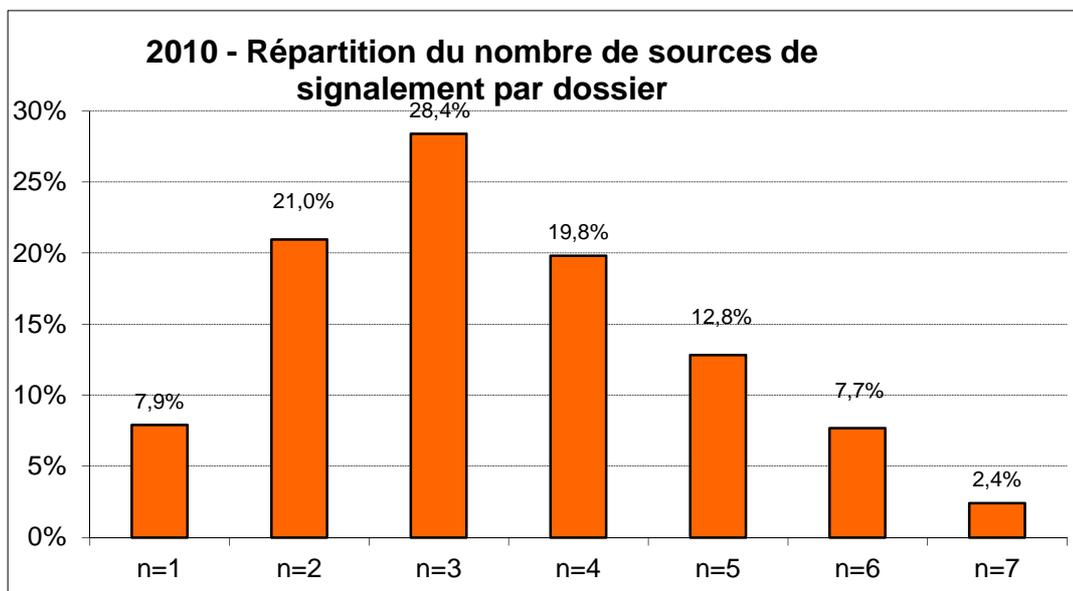


Figure 24 - Répartition du nombre de sources de signalement

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 et 2009 (2008 : 5.6 % ; 2009 : 5.3 %), cette valeur a baissé en 2010.

Tableau 3 - Répartition par base de diagnostic

	2008	2009	2010
Clinique seule	1 (0.1%)	0	0
Radio, endoscopie	39 (4.8%)	25 (2.9%)	24 (2.7%)
Test biochimiques spécifiques	6 (0.7%)	20 (2.4%)	13 (1.5%)
Cytologie ou hématologie	32 (3.9%)	51 (6.0%)	41 (4.7%)
Histologie de la tumeur primitive	705 (86.7%)	729 (85.7%)	739 (84.7%)
Histologie de la métastase	29 (3.6%)	26 (3.1%)	54 (6.2%)
Inconnue	1 (0.1%)	0	2 (0.2%)
Total	813	851	873

En 2010, 4.2 % 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 6.2 % des nouveaux cas inclus ont fait l'objet d'un diagnostic à partir de l'histologie de la métastase, cette valeur a doublé par rapport à celle des années précédentes du fait de la baisse du

nombre de cancers diagnostiqués suite à un bilan radiologique, aux tests biochimiques, et suite à un diagnostic histologique à partir de la tumeur primitive.

Ces éléments confirment également 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 a permis ainsi de rattraper

- pour l'année d'incidence 2007 : 29 tumeurs solides invasives, 13 hémopathies malignes, 1 tumeur non maligne du SNC
- pour 2008 : 205 tumeurs solides invasives, 18 hémopathies et 11 tumeurs non malignes 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.

Au 1^{er} juillet 2013, on peut donc estimer que la croissance du nombre annuel de tumeurs invasives est égale à 13,1 % entre 2007 et 2008 du fait de la poursuite du rattrapage des cas, et de 3,6 % entre 2008 et 2009, et 3,4 % entre 2009 et 2010, valeurs qui représenteraient une croissance annuelle normale.

• Résultats sur la qualité des données

Pour les nouveaux cas de 2010, 81% ont déjà fait l'objet d'un retour au dossier clinique toutes topographies confondues en date du 1/07/2013. Lorsque l'on écarte les mélanomes et les autres tumeurs cutanées non retenues pour les analyses suivantes, cette proportion passe à 98,4 % (799/812).

Pour les 13 patients, hors tumeurs cutanées, dont le dossier clinique n'a pu être consulté, il s'agissait le plus souvent d'un dossier non retrouvé (2 colon-rectum, 1 corps de l'utérus, 2 seins, 2 col de l'utérus, 3 thyroïde, 1 pancréas et 2 prostate).

Le taux de retour au dossier clinique varie également selon la topographie, entre 90,9 % pour le col de l'utérus et 100 % pour les autres topographies hors peau comme le montre la figure suivante :

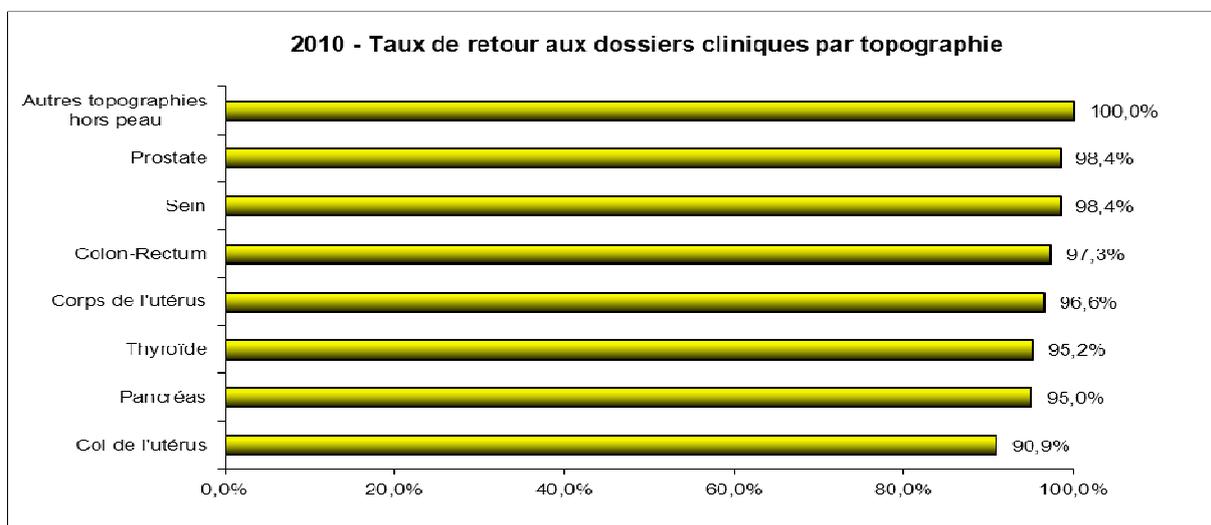


Figure 3 - Taux de retour aux dossiers cliniques par topographie (année de diagnostic : 2010)

Le retour au dossier clinique permet 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, le stade d'extension du cancer n'a pu être déterminé pour 5,4 % des cas parmi les 773 cas concernés (tumeurs solides invasives), valeur plus faible que celle de 2009.

Cette proportion reste toujours plus élevée, pour les tumeurs du médiastin et des tissus mous.

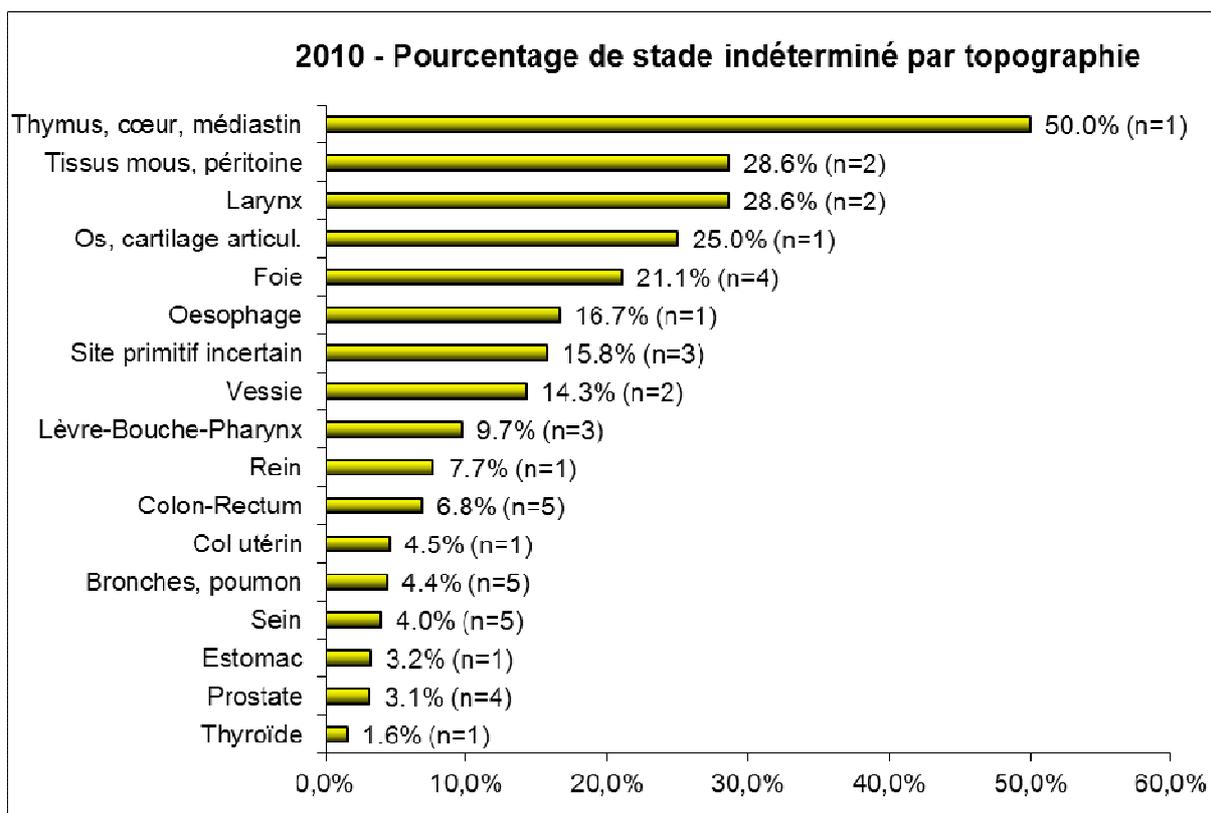


Figure 43 - Répartition du % de stade de diffusion non indéterminé selon la topographie

Concernant les données administratives des patients, la commune de naissance est la variable la moins bien renseignée car cette information est très souvent absente du dossier médical

(31,4 %). La communauté n'a pu être renseignée pour 80,9% des patients. Le type de prise en charge (y compris l'abstention thérapeutique) ou les traitements ont pu être renseignés dans 93,7 % 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) ;
- la procédure, mise 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.

II. DESCRIPTION GENERALE DES CAS INCIDENTS DE 2010

873 tumeurs invasives ont été enregistrées pour l'année d'incidence 2010 (453 chez les hommes et 420 chez les femmes), soit :

- Tumeurs solides invasives hors tumeurs cutanées sauf mélanomes : 786 (90,0 %)
- Hémopathies malignes : 47 (5,4 %)
- Tumeurs cutanées hors mélanomes : 40 (4,6 %)

Ont été également enregistré :

- 13 tumeurs non malignes du SNC
- 114 tumeurs in situ (Colon-rectum : 9 ; Voies biliaires : 1 ; Mélanomes : 8 ; Seins : 23 ; Col de l'utérus : 60 ; Endomètre : 6 ; Vessie : 3 ; Estomac : 2 ; Intestin : 1 ; Ovaires : 1)

Ne sont prises en compte dans les analyses suivantes que les 833 tumeurs invasives (hors tumeurs cutanées sauf mélanomes) et les hémopathies malignes.

II.1. Caractéristiques sociodémographiques

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 1,08 homme pour une femme, contre 1,03 dans la population générale, ISEE 2010), un âge moyen égal à 61,2 ans (médiane 63 ans) avec 69,4 % des patients qui sont âgés de 50 à 79 ans contre 20,2 % dans la population générale.

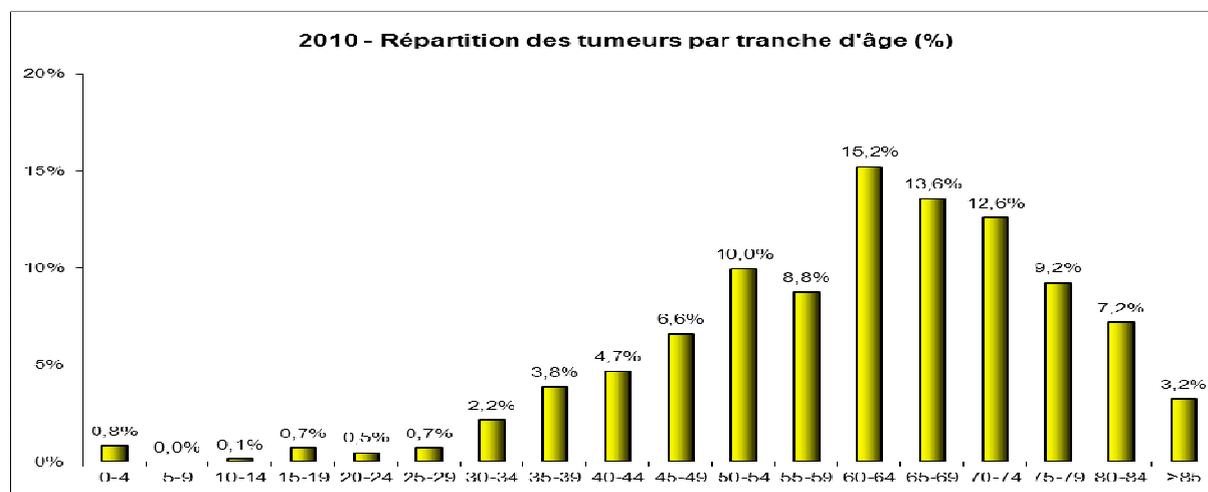


Figure 45 - Répartition des tumeurs par tranche d'âge

Cette répartition varie selon le sexe, avec un diagnostic plus précoce chez les femmes (58,7 ans versus 63,6 ans ; médiane 58 ans versus 66 ans). On observe un premier pic entre 50-54 ans chez les femmes et 60-64 ans chez les hommes, comme l'illustre la figure suivante :

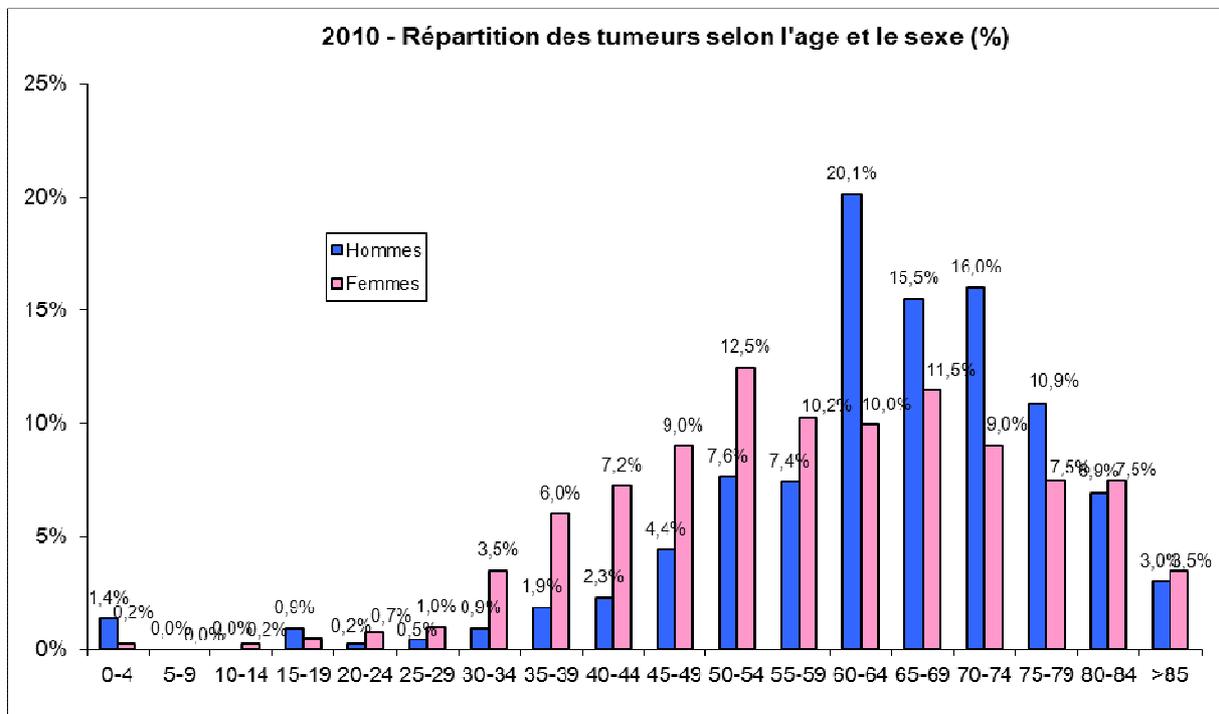


Figure 65 - Répartition des tumeurs par tranche d'âge et sexe

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 60 ans.

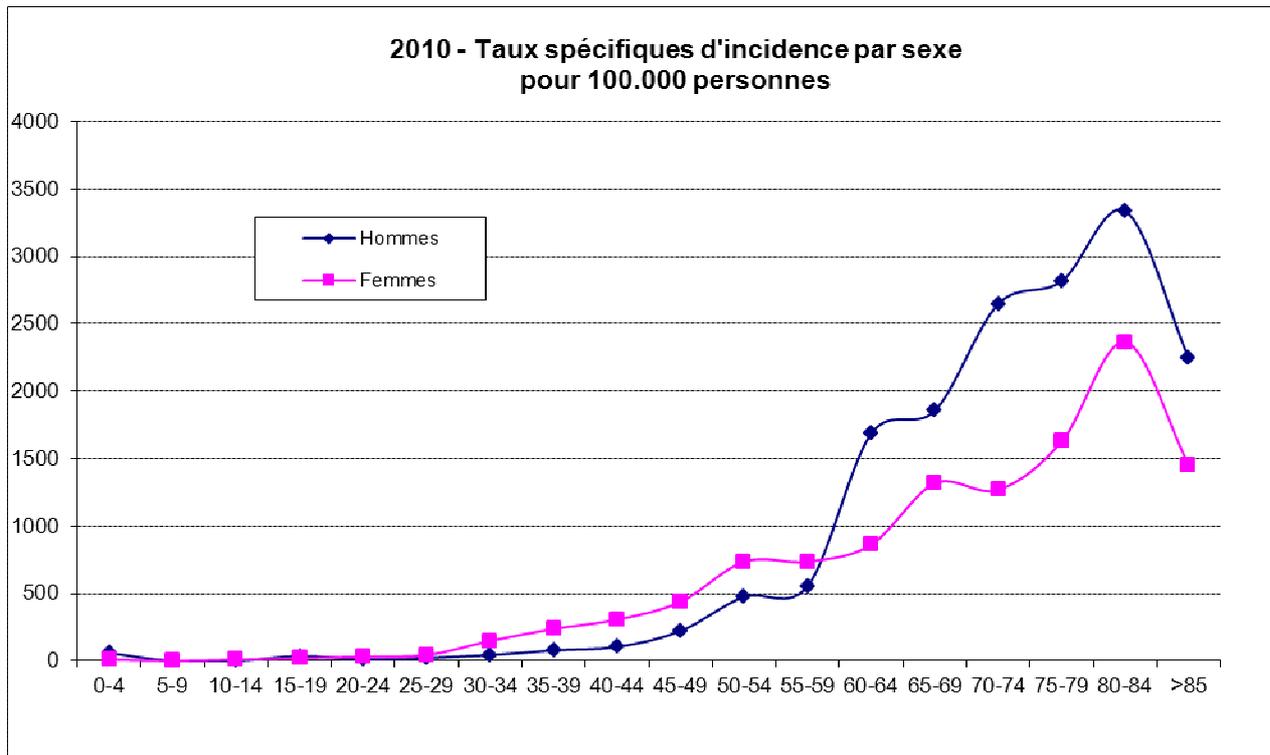


Figure 7 - Taux d'incidence spécifique par tranche d'âge et sexe

II.1.a. Etude selon la province de résidence

Lorsque l'on compare la répartition par province de résidence des cas enregistrés en 2010 avec la population de référence, on observe une différence significative entre ces deux populations ($p < 0,001$), avec une surreprésentation des nouveaux cas résidant dans les Iles Loyauté, au dépend de ceux résidant en province Sud.

-Tableau 4 - Répartition de la population et des nouveaux cas par province de résidence

Province	Nombre de cas 2010 - registre du cancer	Fréquence	ISEE 2010
Iles	91	10,9%	6,9%
Nord	154	18,5%	18,3%
Sud	588	70,6%	74,8%
Total	833	100,0%	100,0%

On observe en 2010 un ratio homme/femme plus élevé en province Sud (1,13) par rapport à la province des Iles Loyautés (1,07) et à la province Nord où il est inversé avec plus de femmes que d'hommes (0,90).

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 40 et 44 ans et à partir de 55 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.

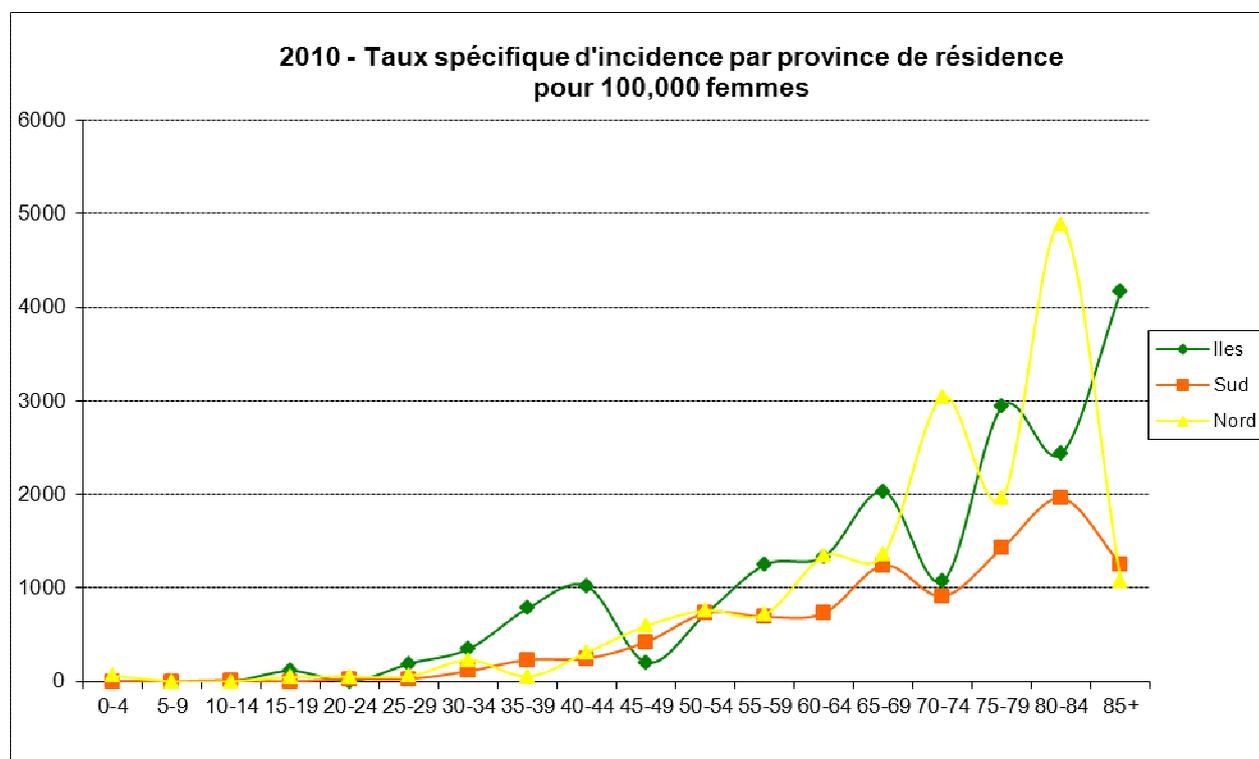


Figure 78 - Taux spécifique d'incidence par tranche d'âge chez les femmes

Chez les hommes, on observe également un premier pic entre 30 et 34 ans, et un deuxième entre 45 et 49 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.

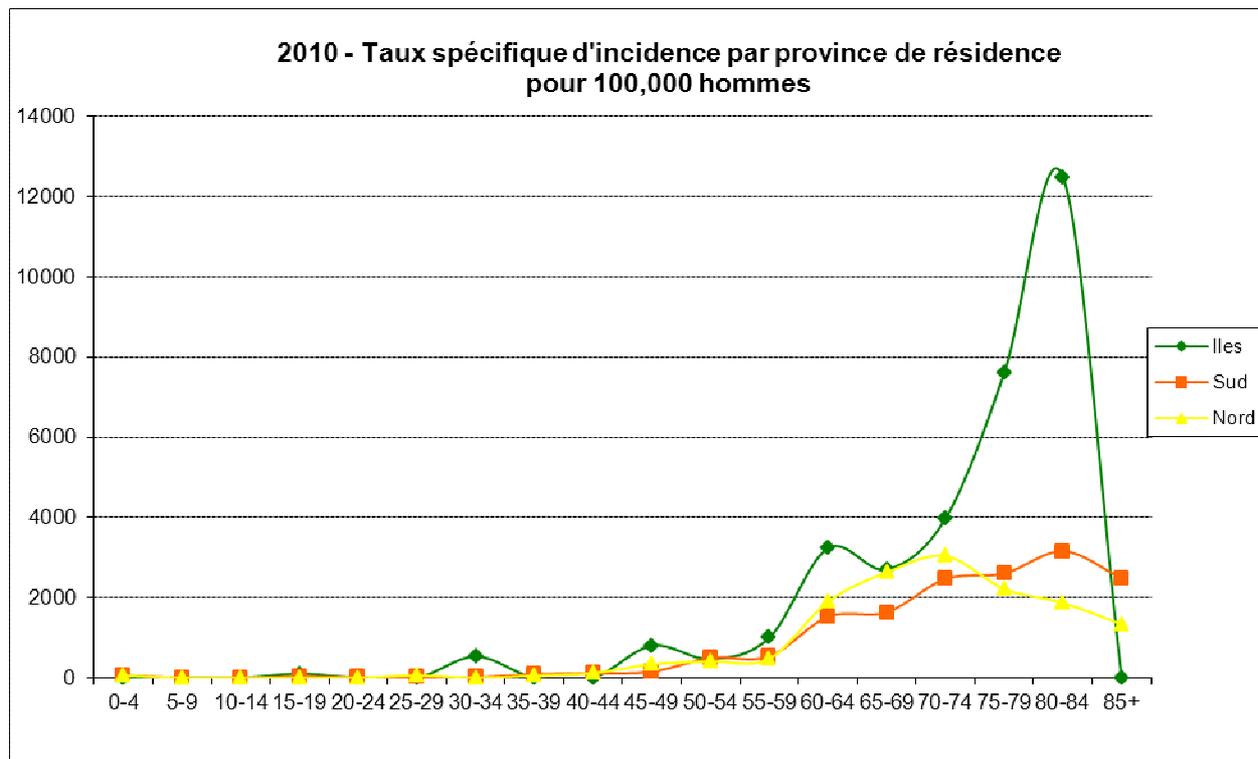


Figure 89 - Taux spécifique d'incidence par tranche d'âge chez les hommes

Les pics observés pour certaines tranches d'âge dans la province des Iles pour les hommes comme pour les femmes sont en rapport avec le faible nombre de cas et la taille de la population selon les effectifs qui font qu'un cas en plus ou en moins, a une influence très nette sur les taux spécifiques, d'où la nécessité d'analyser ces données de manière groupée, sur plusieurs années.

II.1.b. Etude selon la communauté :

La communauté est déterminée à partir des informations contenues dans le dossier médical, et complétées par le médecin. Il ne s'agit donc pas nécessairement de données déclaratives renseignées par le patient lui-même. Ainsi, comme le montre la figure ci-dessous, on observe une représentation significativement plus élevée du groupe « autres communautés » parmi les nouveaux cas de cancer par rapport à la population générale, du fait de l'absence de cette information pour certains dossiers (19 %), qui ont donc été classés dans le groupe « autres communautés ».

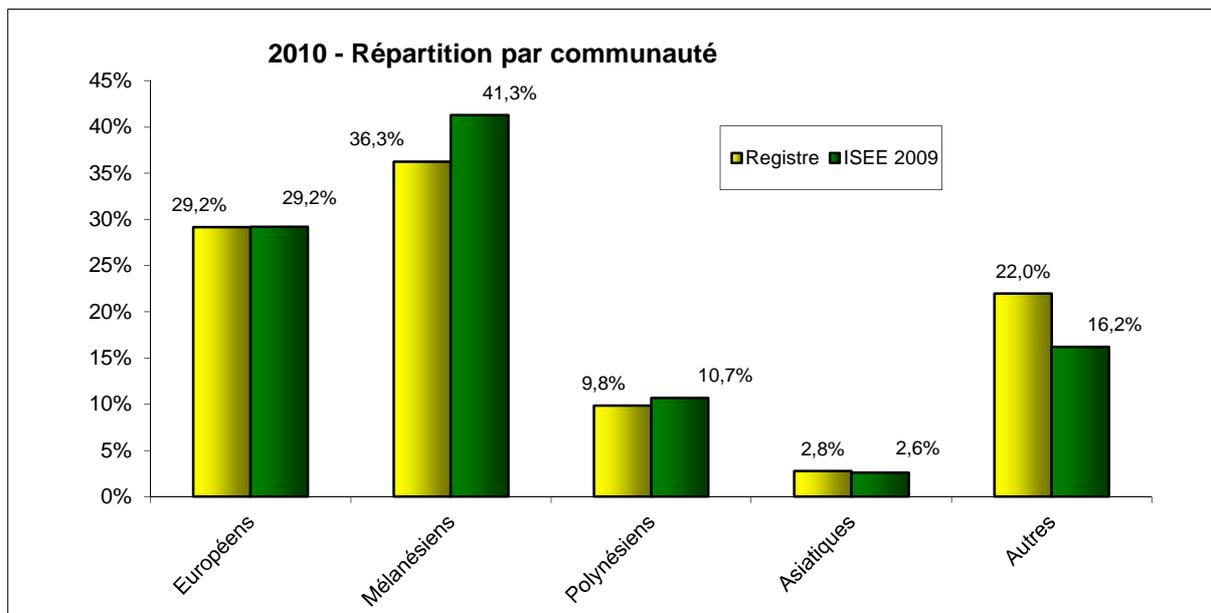


Figure 910 - Répartition des nouveaux cas par communauté

Le sex-ratio varie également selon la communauté avec plus d'hommes chez les européens (SR 1,53), autant d'hommes que de femmes chez les polynésiens (SR 1,0), et plus de femmes dans la communauté mélanésienne (SR 0,73) et asiatique (SR 0,64).

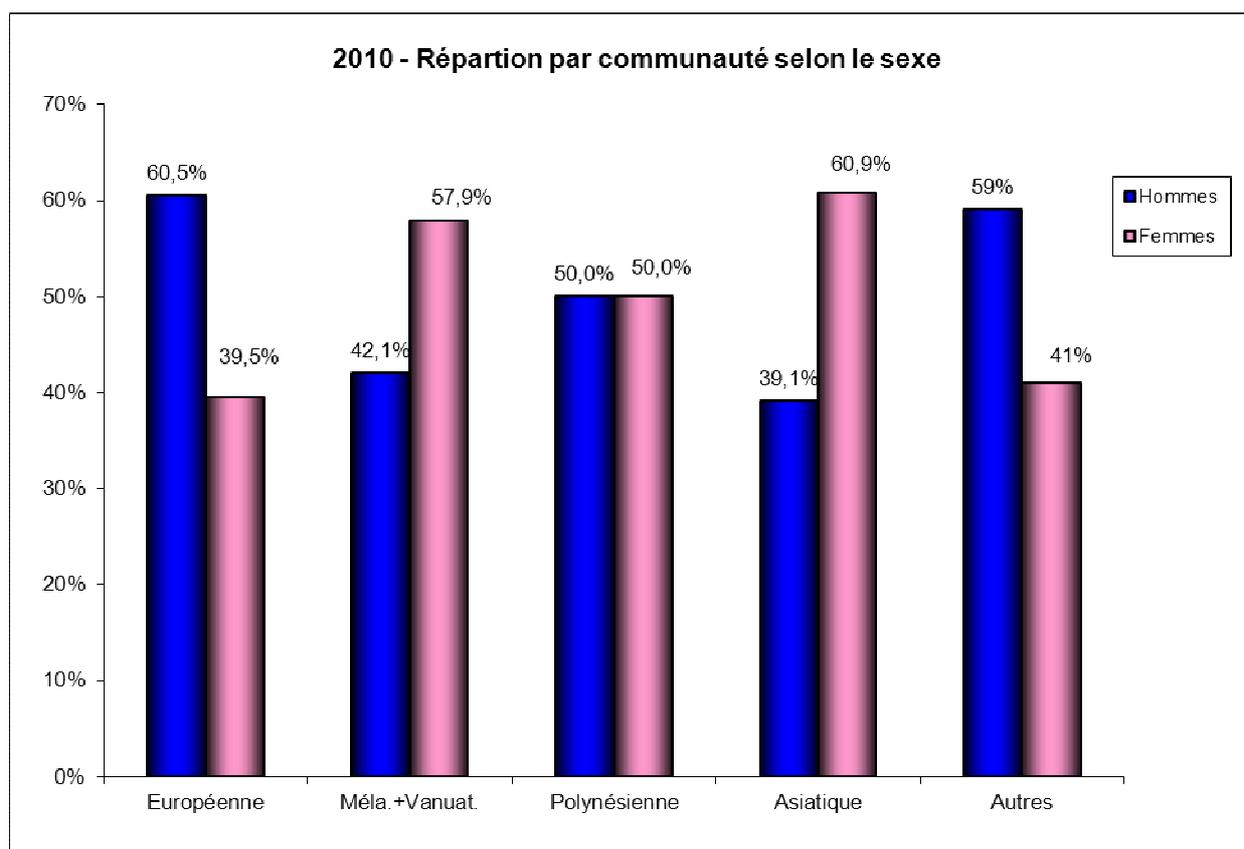


Figure 110 - Répartition des nouveaux cas par groupe de communautés selon le sexe

II.2. Etude selon la topographie

Sont prises en compte dans la suite de ce travail, l'ensemble des **833** tumeurs invasives (solides et hémopathies malignes, mélanomes) et ne sont pas comprises les tumeurs cutanées hors mélanomes, les tumeurs du SNC avec comportement non malin, ni les tumeurs in situ, bien qu'enregistrées.

II.2.a. Répartition selon la topographie

Tous sexes confondus, les 5 topographies suivantes représentent à elles seules plus de la moitié des sites primitifs (60,4 %) :

- la prostate : 128 cas (15,4 %),
- les seins : 126 cas (15,1 %),
- les bronches-poumon : 113 cas (13,6 %),
- le colon-rectum : 73 cas (8,8 %),
- la thyroïde : 63 cas (7,6 %)

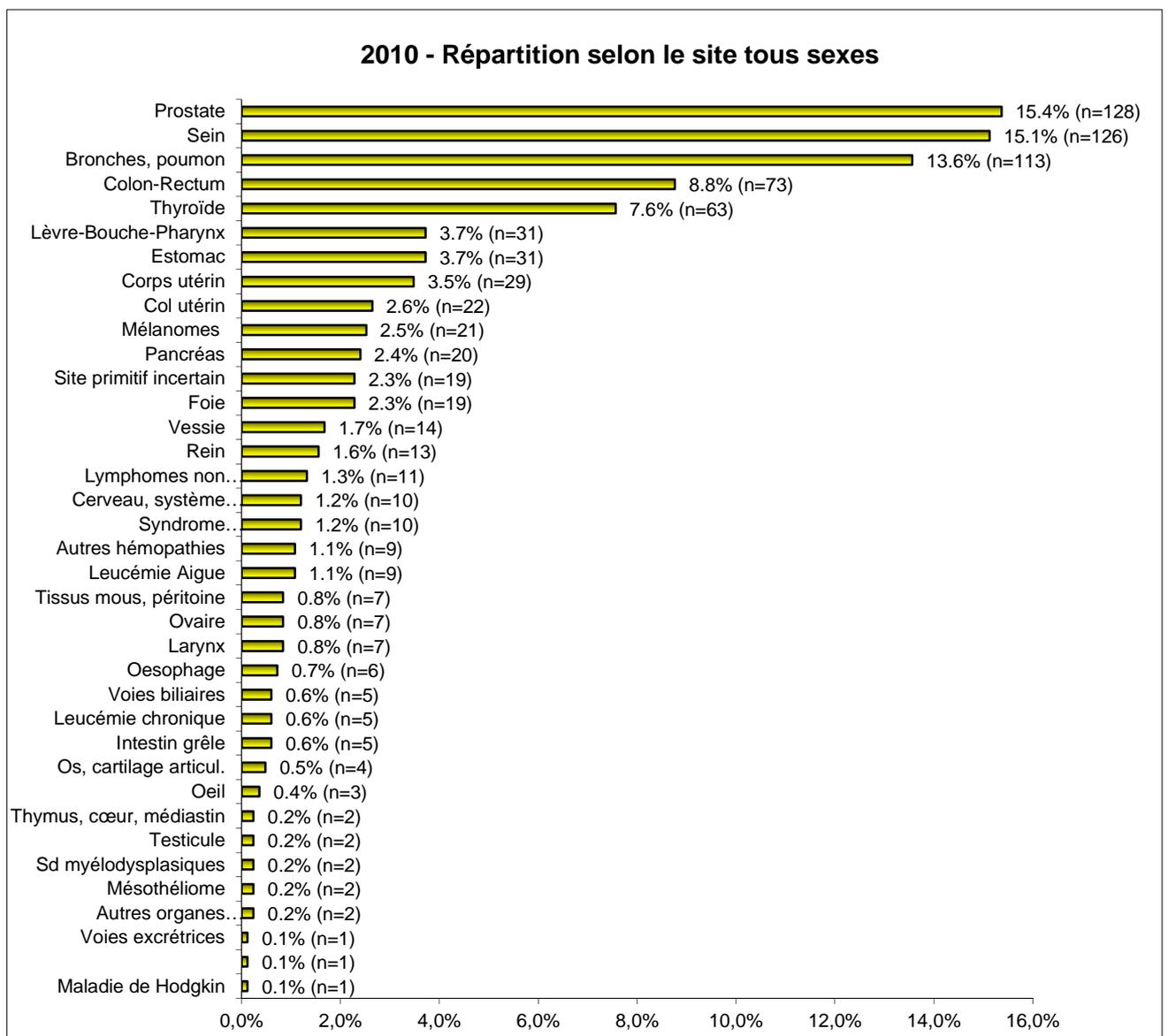


Figure 121 - Répartition des nouveaux cas par topographie

Cette répartition varie selon le sexe avec les sites les plus fréquents chez les **hommes** (N =432) qui sont :

- la prostate : 128 cas (29,6%),
- les bronches-poumon : 80 cas (18,5%),
- le colon-rectum : 42 cas (9,7%),
- lèvre-bouche-pharynx : 25 cas (5,8 %),
- l'estomac : 19 cas (4,4 %)

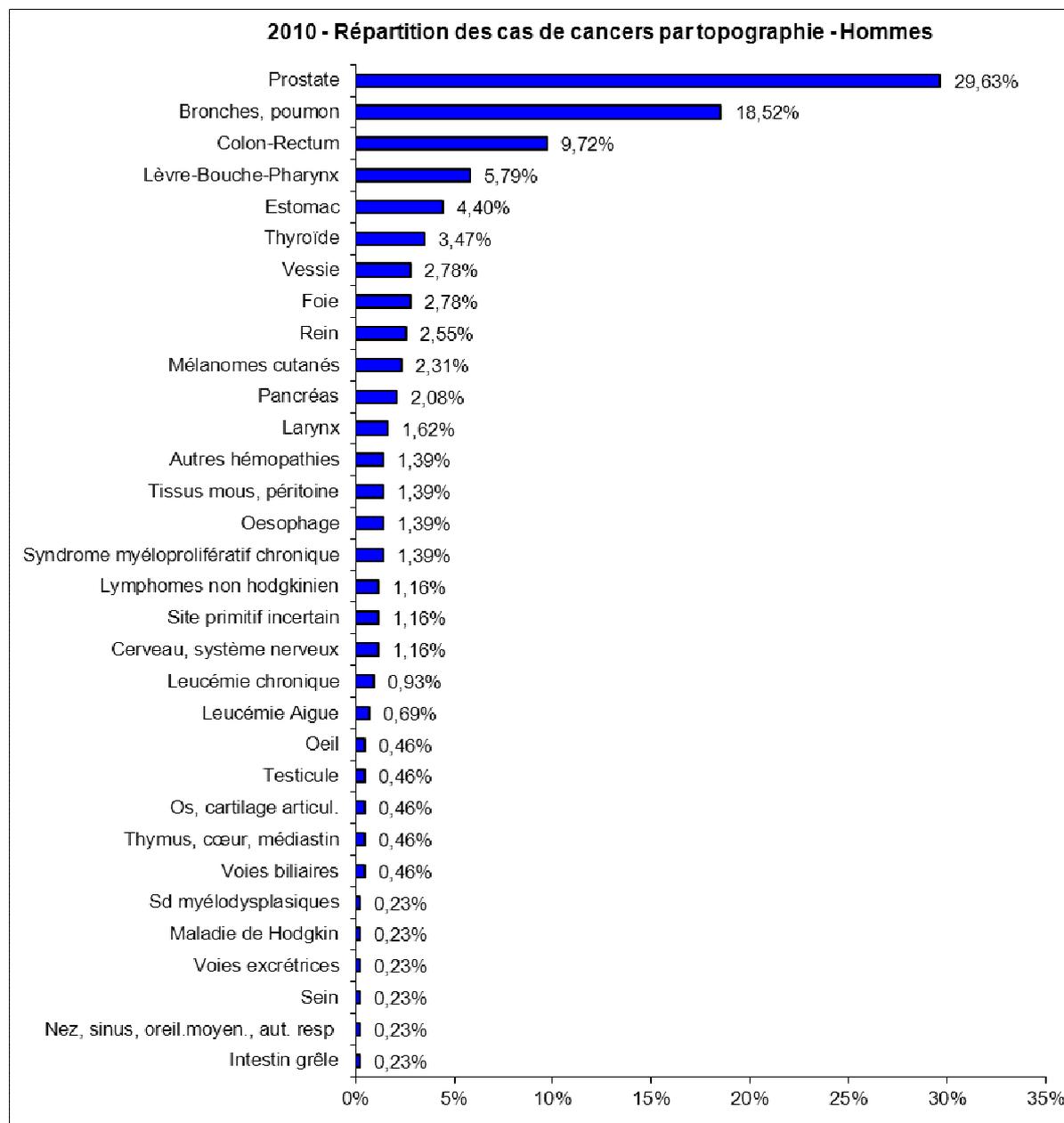


Figure 132 – Répartition des nouveaux cas par topographie chez les hommes

Chez les **femmes** (N = 401), les sites les plus fréquents sont :

- les seins : 125 cas (31,2%)
- la thyroïde : 48 cas (12,0 %)
- les bronches-poumon : 33 cas (8,2 %)
- le colon-rectum : 31 cas (7,7 %)
- l'utérus (endomètre) : 29 cas (7,2 %)
- l'utérus (col) : 22 cas (5,5 %)

A noter que les cancers de l'utérus (col et endomètre) représentent 12,7 % des tumeurs invasives des femmes.

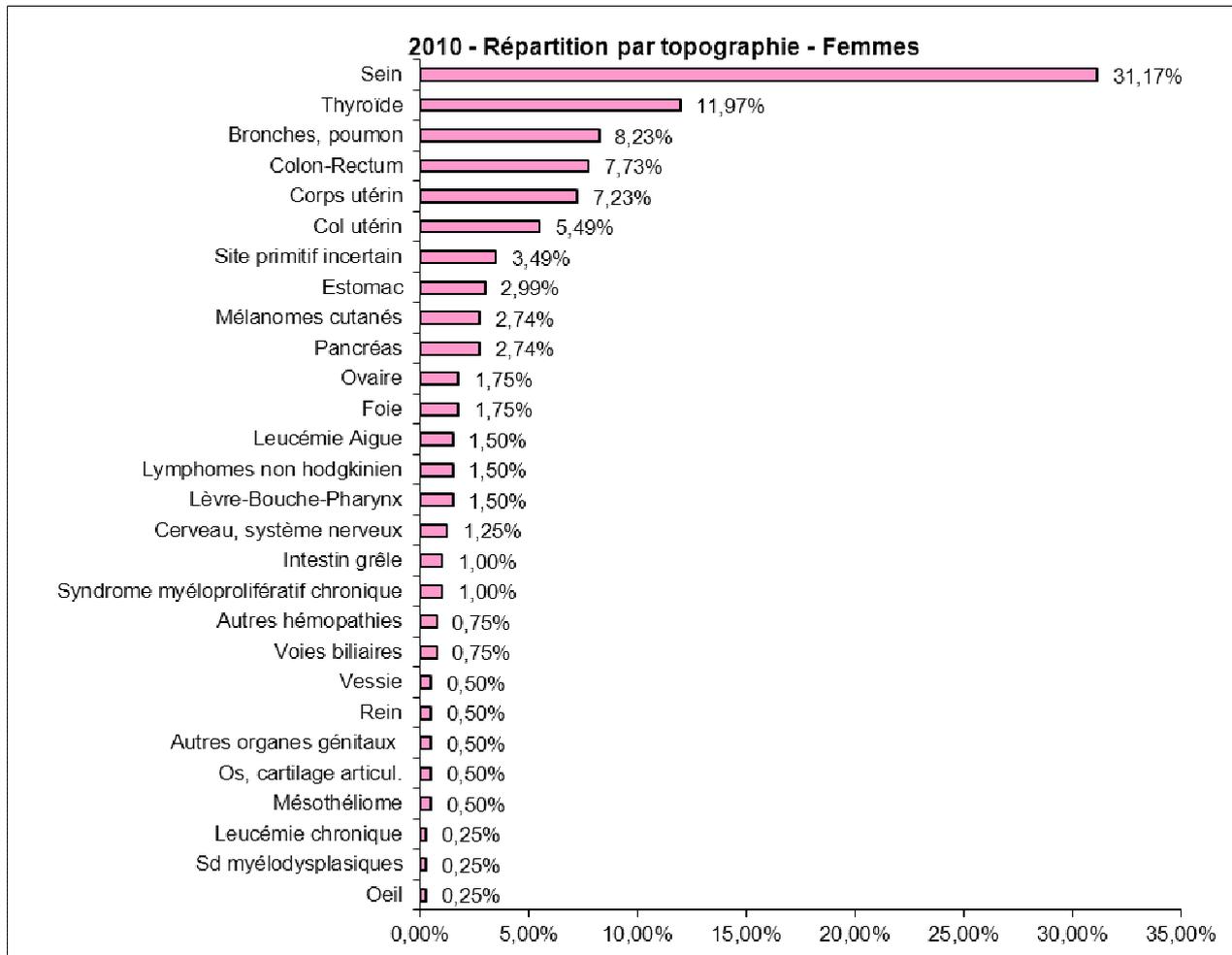


Figure 143 - Répartition des nouveaux cas par topographie chez les femmes

II.2.b. 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 1,6 fois plus élevée que celles des bronches-poumon et 3,1 fois plus élevée que celle du colon-rectum qui est le 3^{ème} cancer chez l'homme.

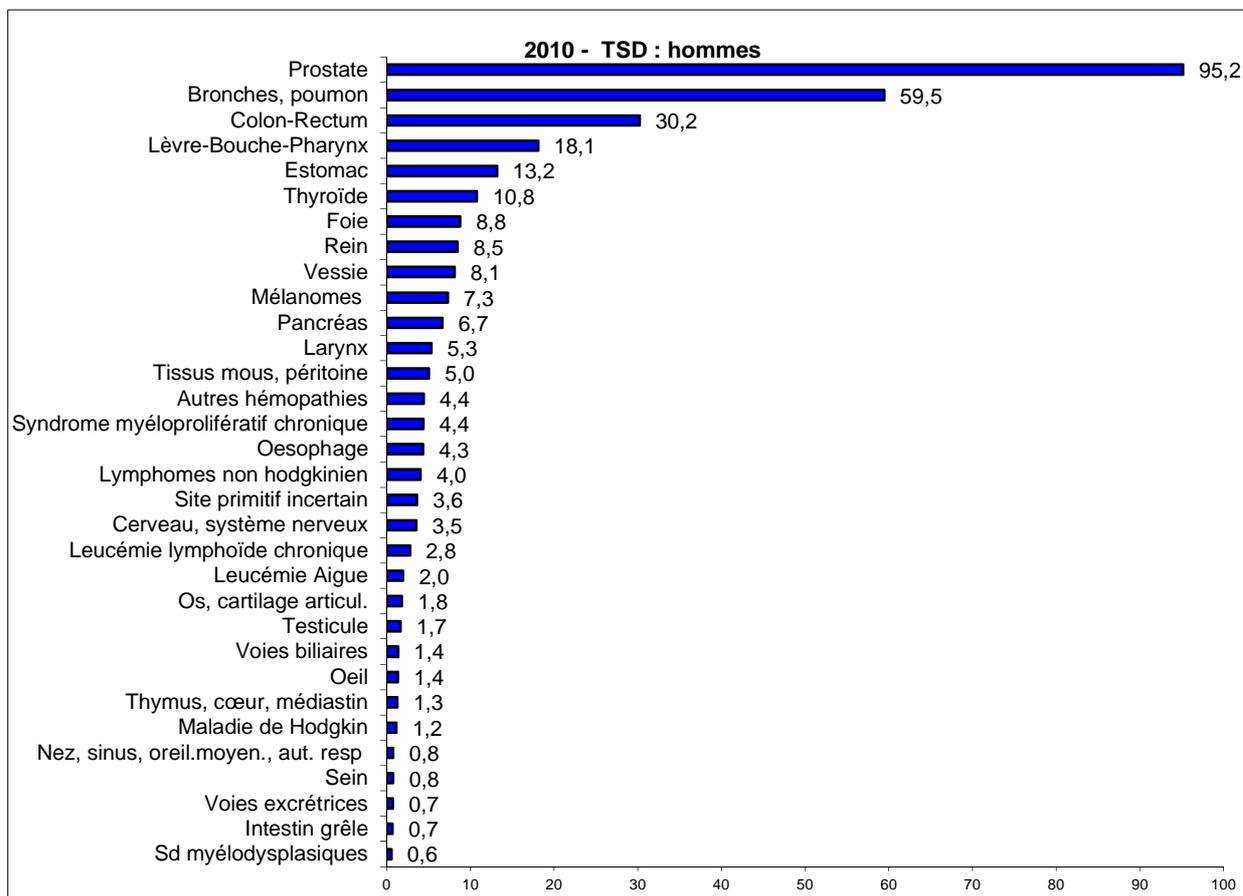


Figure 145 - Taux d'incidence standardisée par topographie chez les hommes

Chez les **femmes**, l'incidence des cancers du sein est 2,6 fois plus élevée que celle des cancers de la thyroïde et 4,2 fois plus que celle des cancers des bronches-poumon, qui est le 3^{ème} site.

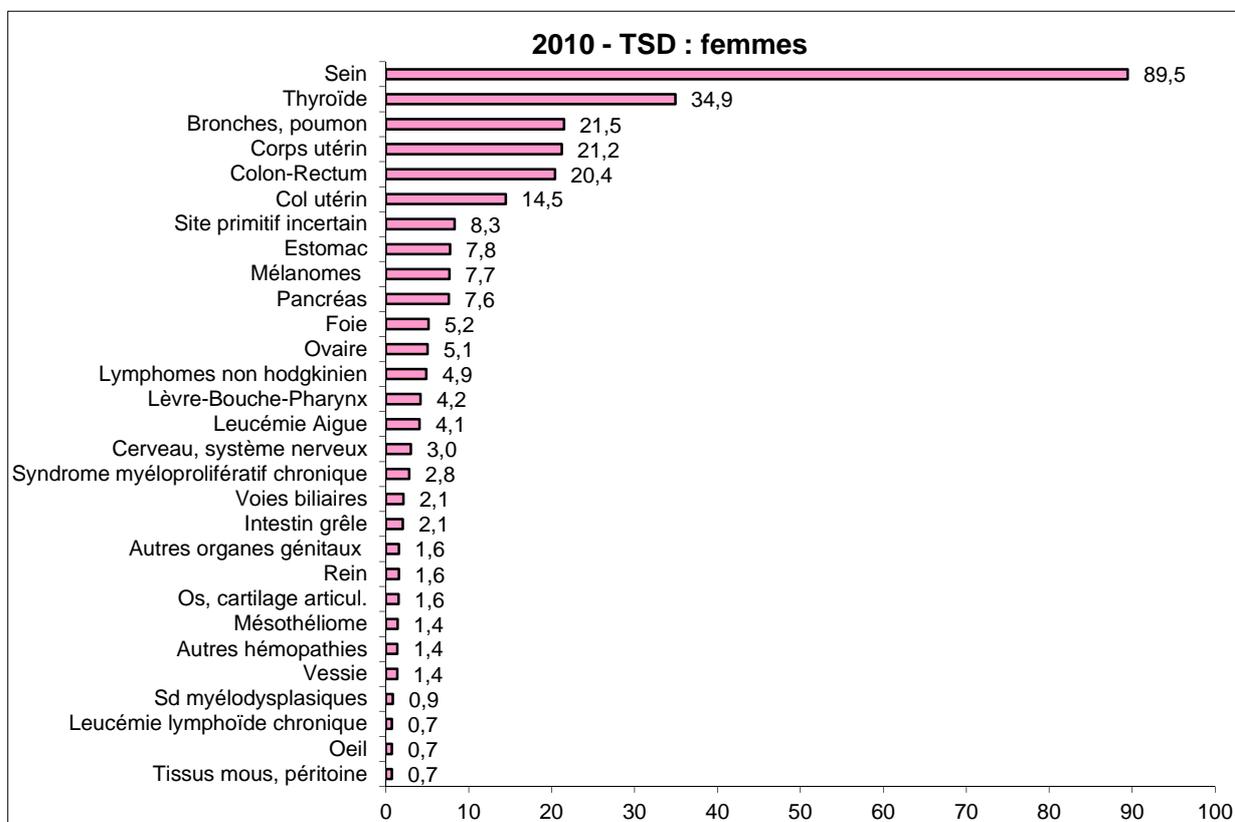


Figure 156 - Taux d'incidence standardisée par topographie chez les femmes

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 (49 cas, 33,3 %), puis les bronches-poumon (24 cas, 16,3 %),
- **Mélanésiens** : bronches-poumon (37 cas, 29,1 %), prostate (17 cas, 13,4 %), colon-rectum (11 cas, 8,7 %),
- **Polynésiens** : bronches-poumons (13 cas, 31,7 %), prostate (9 cas, 22,0 %)

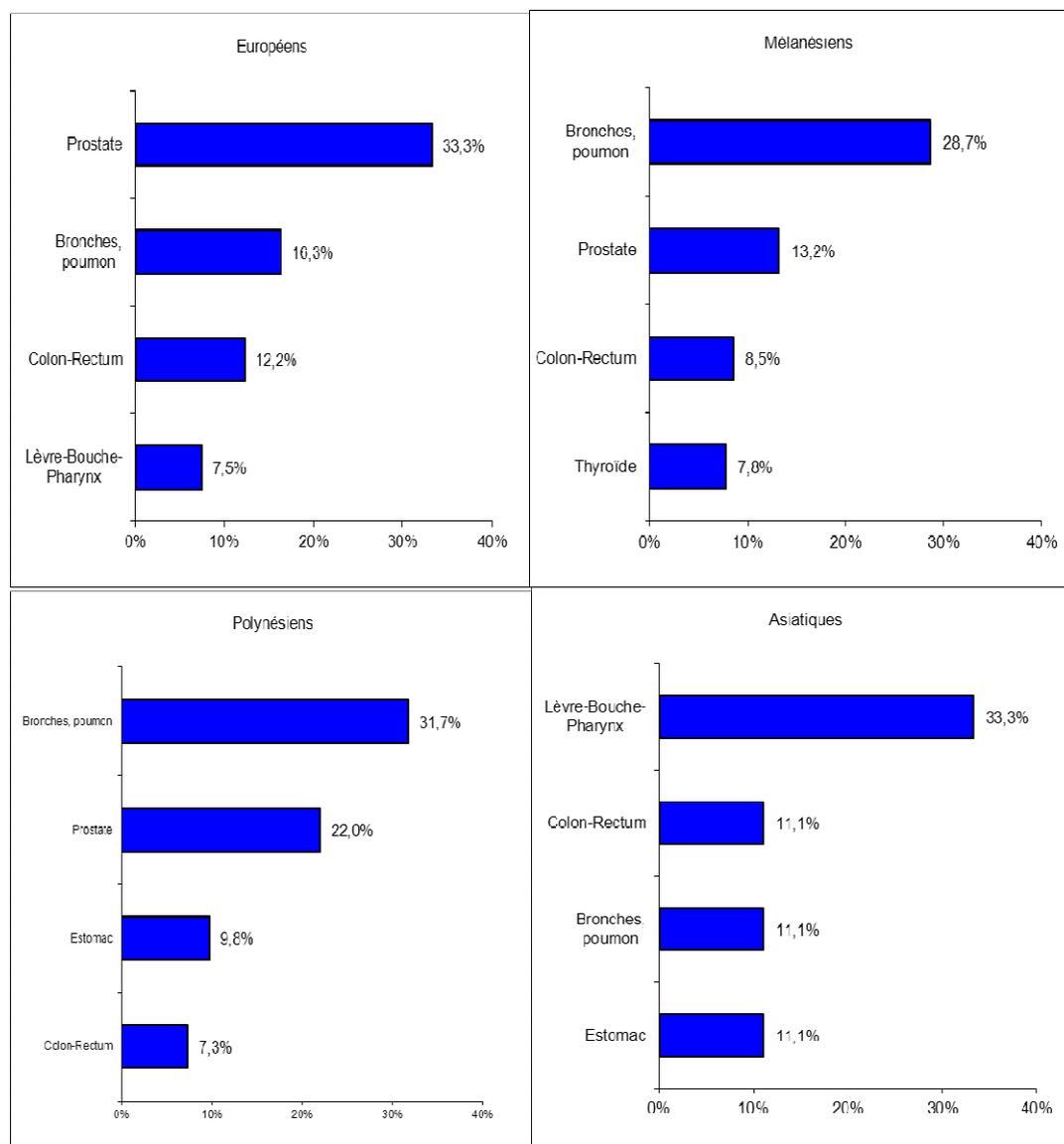


Figure 176 - Répartition des principales topographies par communauté chez les hommes

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

- **Européennes** : seins (45 cas, 46,9 %), bronches-poumon (8 cas, 8,3 %)
- **Mélanésiennes** : seins (44 cas, 25,1 %), thyroïde (30 cas, 17,1 %), bronches-poumon (19 cas, 10,9%)
- **Polynésiennes** : seins (12 cas, 29,3 %), utérus (endomètre) (10 cas, 24,4 %).

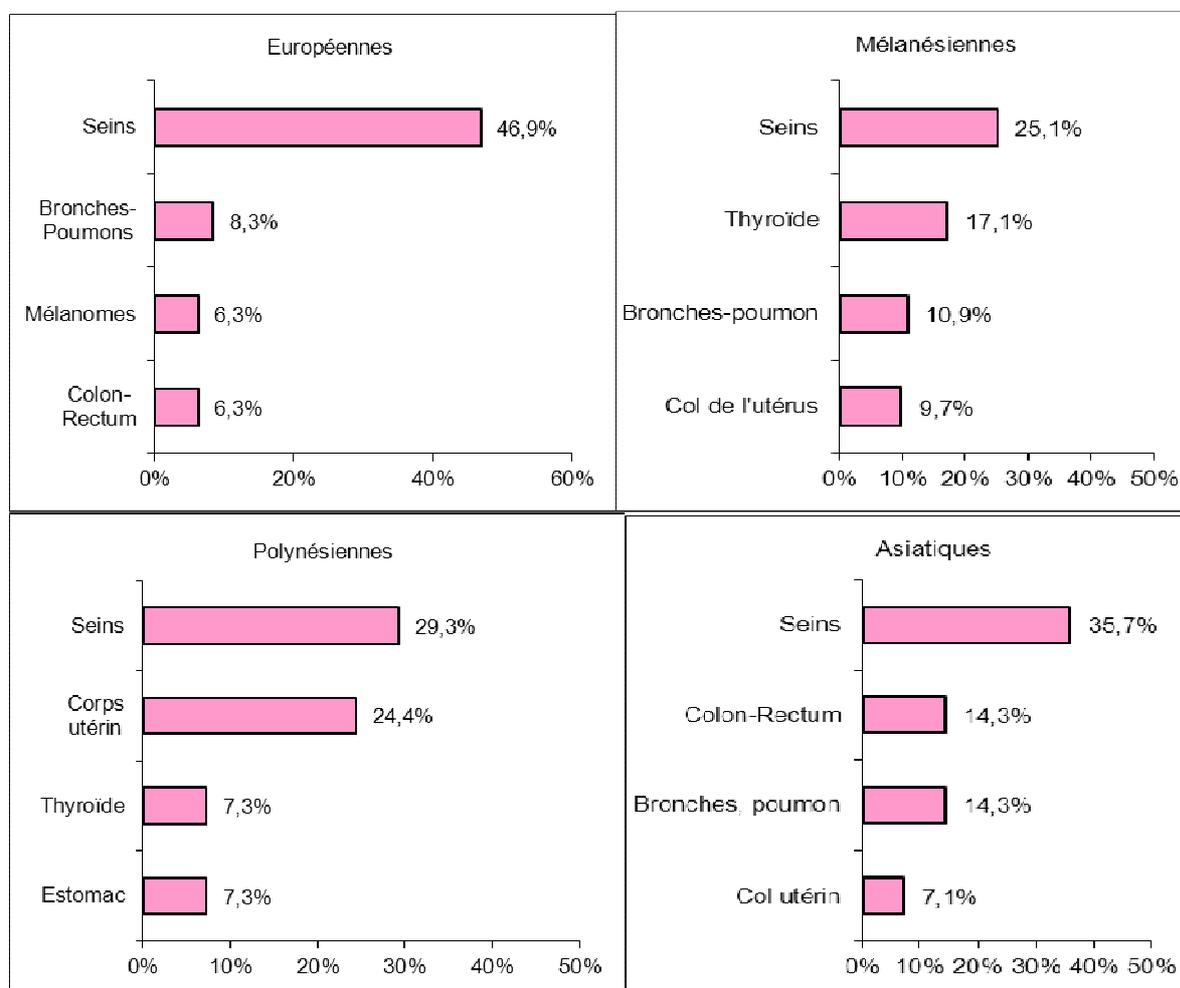


Figure 178 - Répartition des principales topographies par communauté chez les femmes

II.2.c.

II.2.d.

II.2.e-II.2.c. Incidence par topographie selon le sexe et la province

Chez les hommes, comme le montrent le tableau et les figures suivantes, les sites les plus incidents dans la province Sud sont représentés par la prostate, suivi par les bronches-poumon, le colon-rectum et Lèvre-bouche-pharynx (LBP)

En province Nord, il s'agit des bronches-poumon, puis la prostate, le colon-rectum et le larynx..

Dans la province des Iles Loyauté, classement est le suivant : bronches-poumon, puis la prostate, le colon-rectum et la thyroïde.

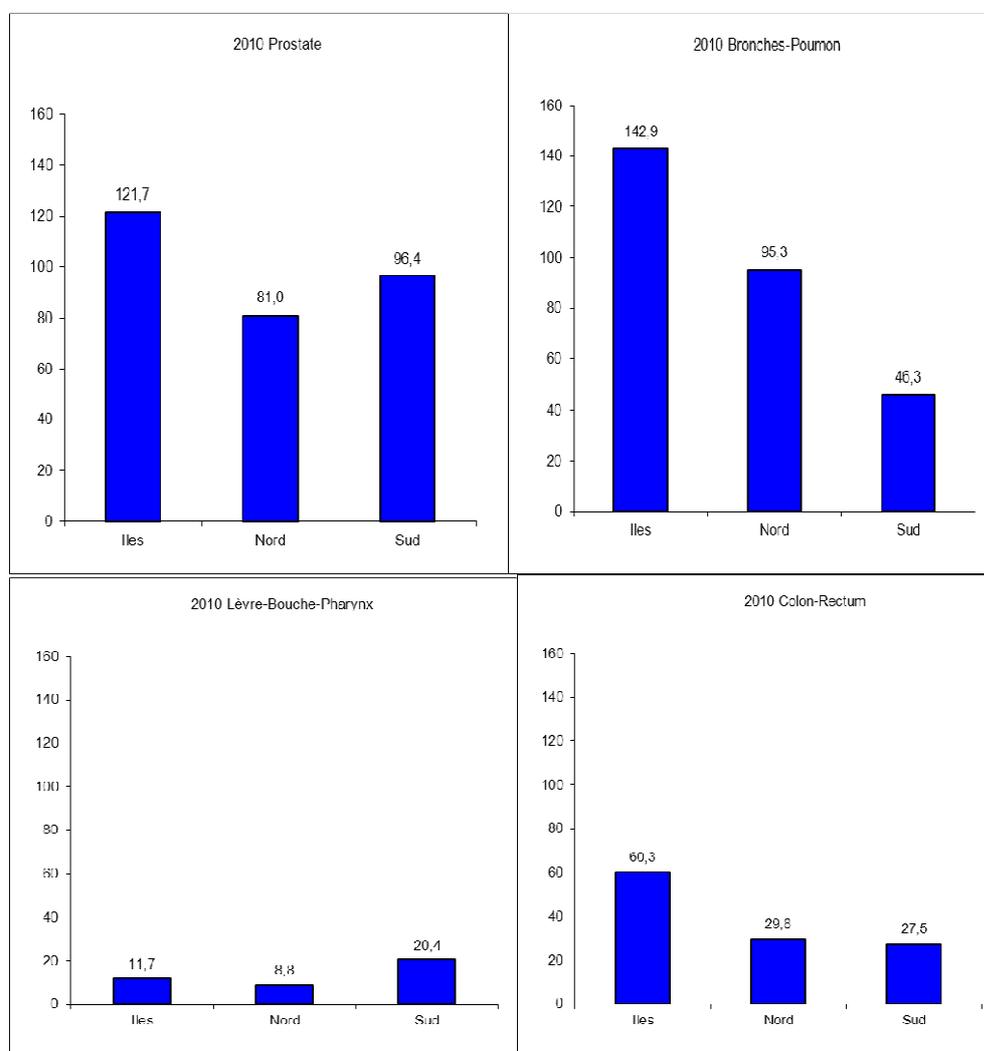


Figure 198 - Comparaison des taux d'incidence standardisée par province pour les principales topographies chez les hommes (Taux pour 100 000)

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

En province Nord, les sites les plus incidents sont les seins en première position, puis les bronches-poumon, la thyroïde et le col de l'utérus.

En province Iles, il s'agit des seins et ceci est en rapport avec à la mise en place de la campagne de dépistage organisé du cancer du sein, puis la thyroïde, suivie par le col de l'utérus et l'endomètre.

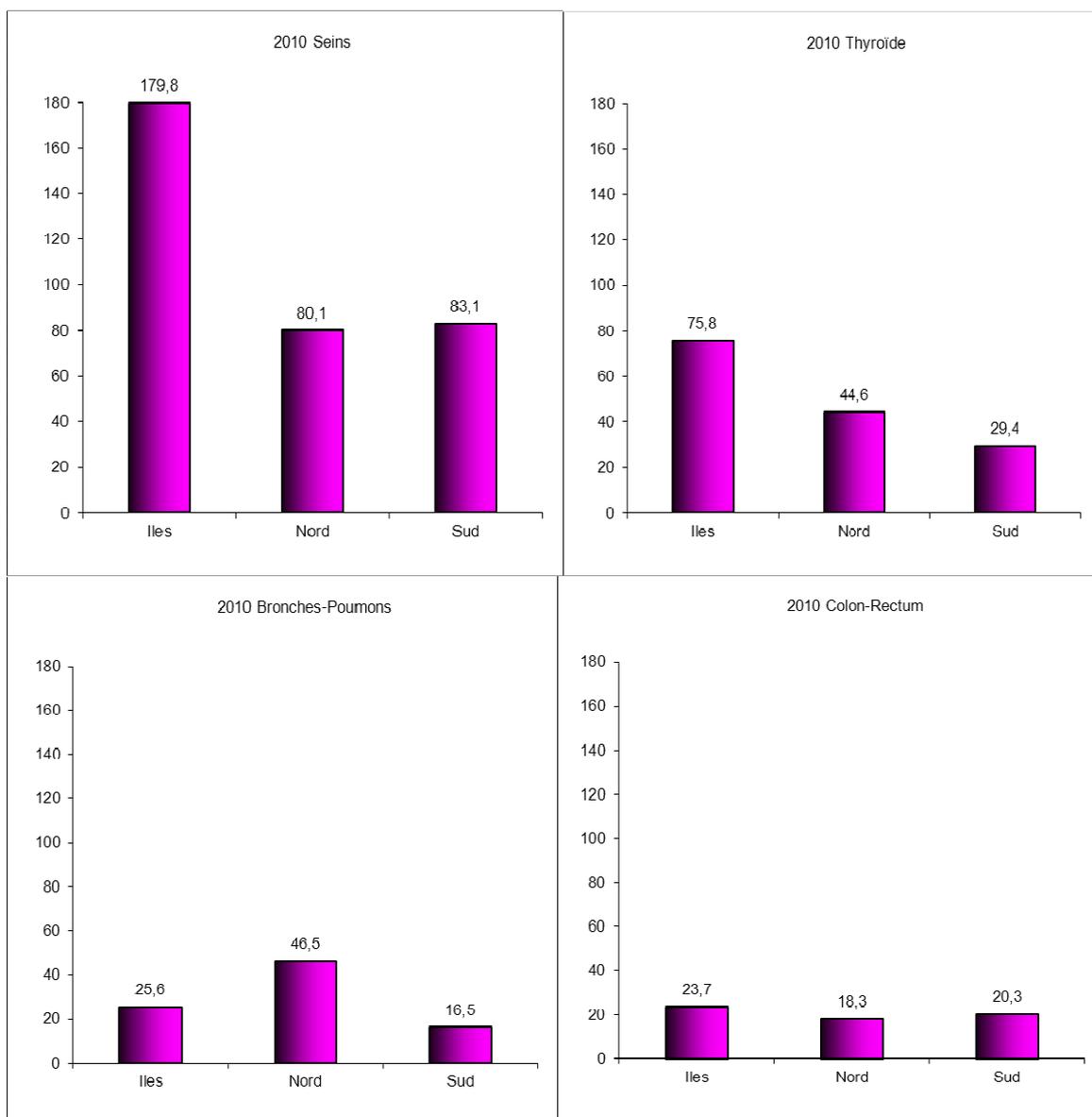


Figure 2019 - Comparaison des taux d'incidence standardisée par province pour les principales topographies chez les femmes. (Taux pour 100 000)

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

2010 - HOMMES						Sites	2010 - FEMMES					
Iles		Nord		Sud			Iles		Nord		Sud	
Nb	TSD	Nb	TSD	Nb	TSD		Nb	TSD	Nb	TSD	Nb	TSD
1	11,7	2	8,8	22	20,4	Lèvre-Bouche-Pharynx	0	0,0	0	0,0	6	5,3
2	22,8	3	13,5	1	1,0	Œsophage	0	0,0	0	0,0	0	0,0
4	51,9	2	9,4	13	11,2	Estomac	1	9,4	0	0,0	11	9,2
0	0,0	0	0,0	1	0,9	Intestin	1	7,4	0	0,0	3	1,9
5	60,3	7	29,8	30	27,5	Colon-Rectum-Anus	2	23,7	4	18,3	25	20,3
3	34,4	1	4,7	8	7,8	Foie	1	10,0	0	0,0	6	5,6
1	10,9	0	0,0	1	1,0	Voies biliaires	0	0,0	0	0,0	3	2,7
0	0,0	1	5,3	8	7,4	Pancréas	1	13,4	2	7,6	8	7,0
1	12,9	0	0,0	0	0,0	Nez, sinus, oreil.moyen., aut. resp	0	0,0	0	0,0	0	0,0
0	0,0	4	17,8	3	3,0	Larynx	0	0,0	0	0,0	0	0,0
11	142,9	20	95,3	49	46,3	Bronches, poumon	3	25,6	11	46,5	19	16,5
1	15,6	1	4,0	0	0,0	Thymus- cœur - plèvre	0	0,0	0	0,0	0	0,0
0	0,0	0	0,0	0	0,0	Mésothéliome	0	0,0	1	4,3	1	0,9
1	10,6	0	0,0	1	1,5	Os	0	0,0	0	0,0	2	2,1
0	0,0	0	0,0	10	9,4	Mélanomes	0	0,0	2	7,7	9	8,3
0	0,0	1	4,0	5	5,8	Tissus mous, péritoine	0	0,0	0	0,0	1	0,9
0	0,0	1	4,7	0	0,0	Seins	17	179,8	17	80,1	91	83,1
-	-	-	-	-	-	Col utérin	4	45,8	8	34,6	10	8,2
-	-	-	-	-	-	Corps utérin	3	29,1	5	24,3	21	19,9
-	-	-	-	-	-	Ovaires	2	18,1	1	5,8	4	3,8
10	121,7	17	81,0	101	96,4	Prostate	-	-	-	-	-	-
0	0,0	1	4,6	1	1,1	Testicules	-	-	-	-	-	-
0	0,0	0	0,0	0	0,0	Autres org. Génitiaux	0	0,0	0	0,0	2	2,0
0	0,0	0	0,0	11	10,9	Rein	0	0,0	1	5,8	1	0,9
0	0,0	0	0,0	1	0,9	Voies excrétrices	0	0,0	0	0,0	0	0,0
1	13,2	0	0,0	11	9,2	Vessie	0	0,0	0	0,0	2	1,7
0	0,0	1	3,1	1	1,0	Œil	0	0,0	1	4,5	0	0,0
0	0,0	1	4,0	4	3,7	Cerveau, système nerveux	0	0,0	4	14,4	1	0,8
4	43,8	4	17,4	7	6,6	Thyroïde	7	75,8	10	44,6	31	29,4
0	0,0	0	0,0	0	0,0	Surrénales - autres glandes	0	0,0	0	0,0	0	0,0
0	0,0	0	0,0	1	1,5	Maladie de Hodgkin	0	0,0	0	0,0	0	0,0
0	0,0	2	10,2	3	2,9	Lymphomes non hodgkinien	0	0,0	3	16,7	3	2,8
0	0,0	0	0,0	1	0,7	Sd myélodysplasiques	0	0,0	0	0,0	1	1,1
0	0,0	0	0,0	4	3,5	Leucémies chroniques	0	0,0	0	0,0	1	0,9
0	0,0	1	3,8	5	4,8	Sd myéloprolifératifs chroniques	0	0,0	3	12,4	1	1,1
0	0,0	2	8,4	1	0,8	Leucémies aiguës	1	6,9	1	6,0	4	3,4
0	27,6	1	0,0	5	4,6	Autres hémopathies	0	0,0	1	3,0	2	1,3
2	27,6	0	0,0	3	3,0	Site primitif incertain	1	6,9	6	27,1	7	5,1
47	608,1	73	330,1	312	295,0		44	451,9	81	363,8	276	246,4

II.3. Stade d'extension au moment du diagnostic

Lorsque l'on étudie les sites pour lesquels le stade de diffusion (CRAB) peut être déterminé, 765 tumeurs sont concernées, et le stade n'a pas pu être déterminé de manière précise dans 5,5 % des cas (42 tumeurs).

On constate, pour les cancers les plus fréquents chez les **hommes**, plus de la moitié des cas, le cancer de la prostate est diagnostiqué à un stade localisé, alors que ce diagnostic est moins favorable pour les autres cancers. Le diagnostic porté aux stades les plus avancés concerne le site bronches-poumon.

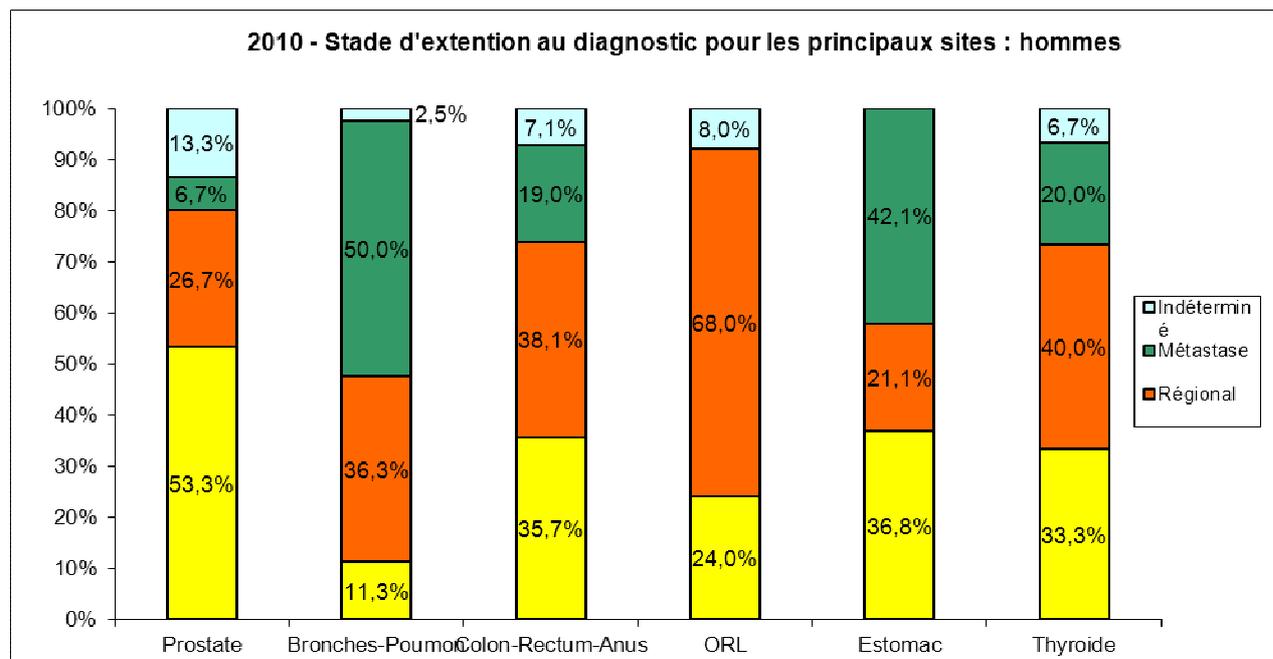


Figure 219 - Répartition du stade d'extension des principales topographies chez les hommes

Chez les **femmes**, les cancers de la thyroïde et de l'endomètre ont été 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 de 40 % des cas. Les cancers des bronches-poumon restent le site pour **lesquels** le diagnostic à un stade local est le plus rare (moins de 5 %).

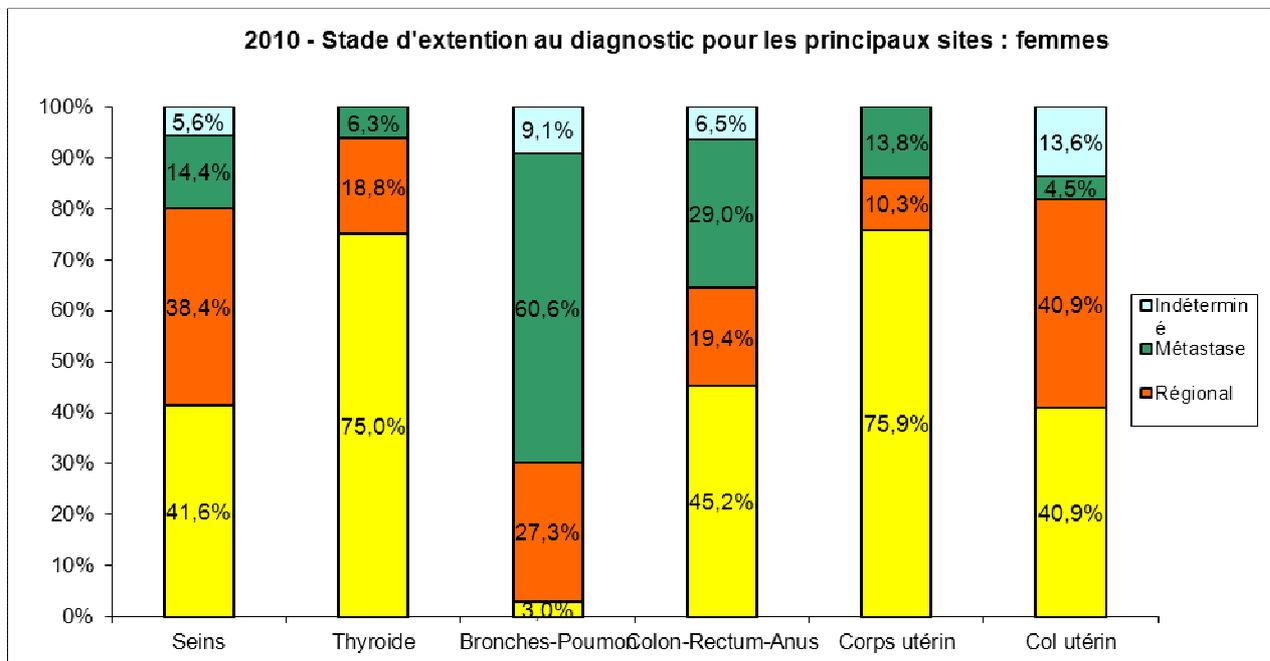


Figure 242 : Répartition du stade d'extension des principales topographies chez les femmes

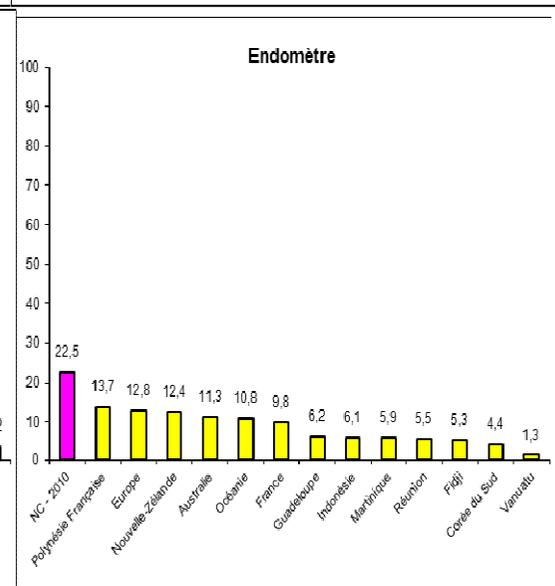
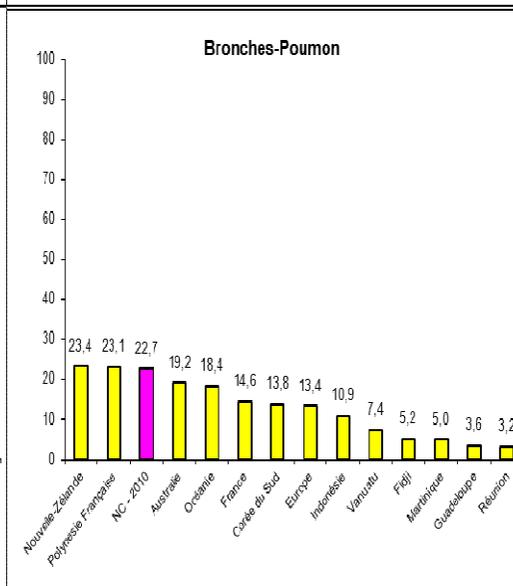
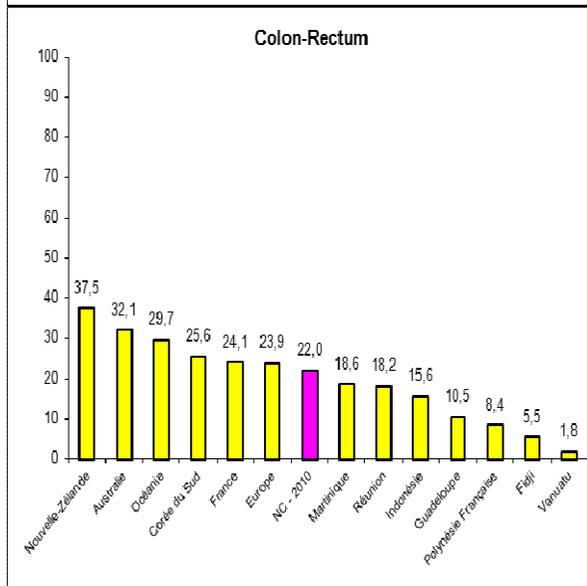
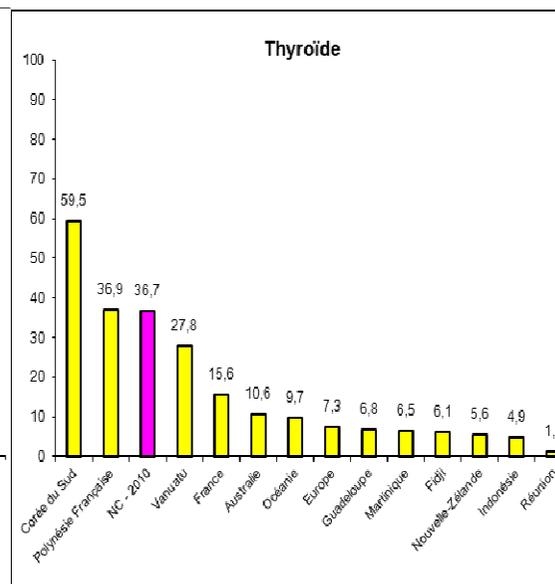
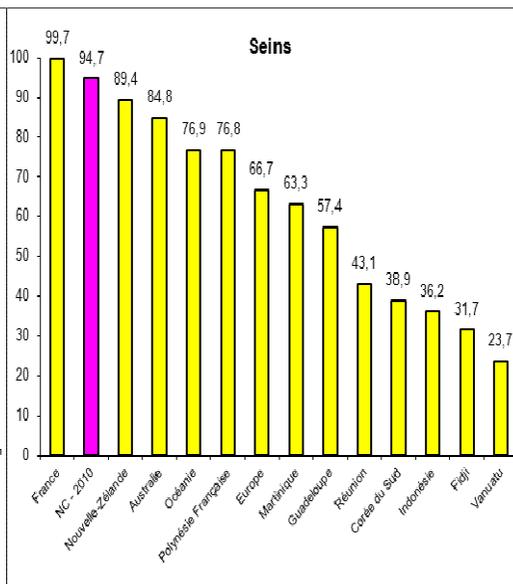
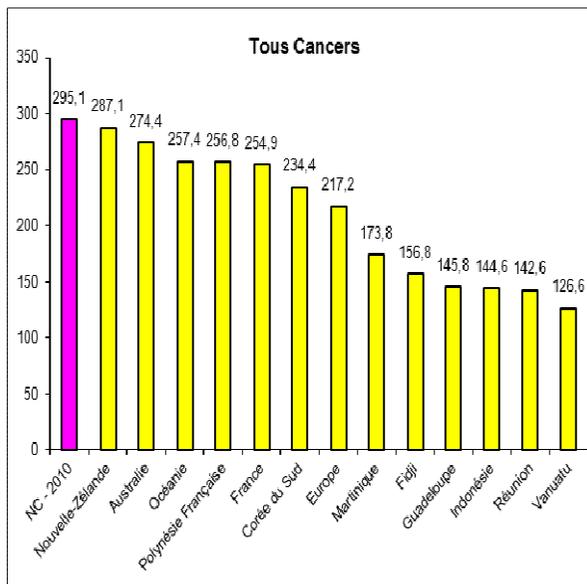
II.4. Comparaisons internationales (Globocan 2008-IARC)

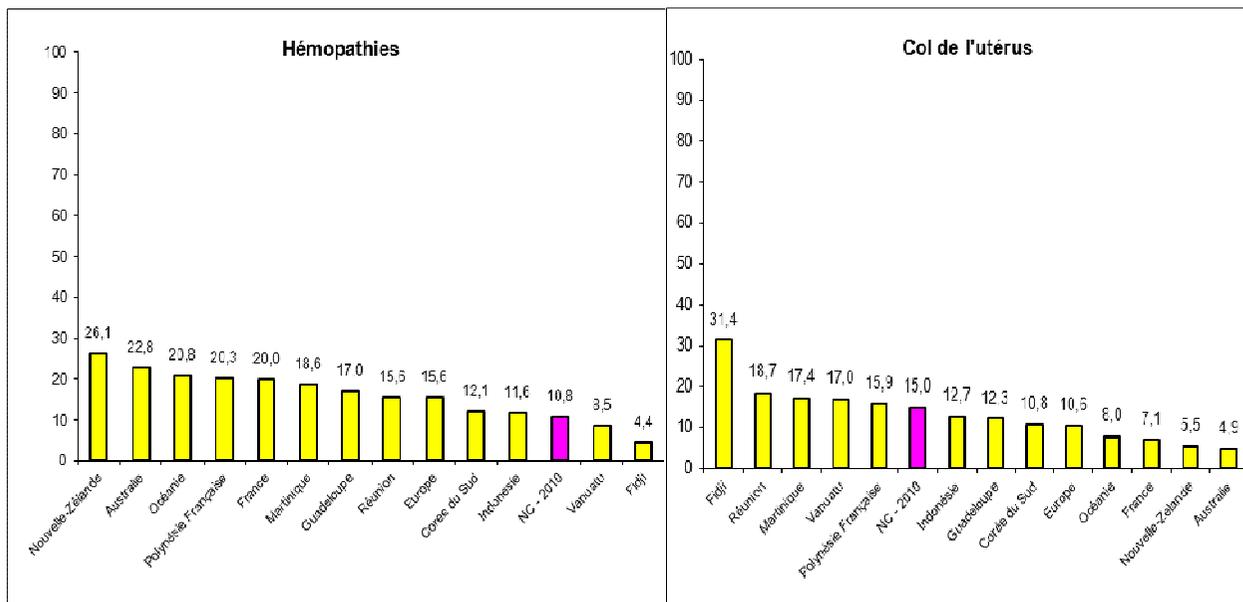
La comparaison des incidences calédoniennes avec celles de la métropole, des DOM et d'autres pays, notamment ceux de la région, montre que chez les femmes, le taux d'incidence standardisé tous cancers hors tumeurs cutanées autre que mélanomes, est en 2010, un peu plus élevé que ceux des pays de la zone comme la Nouvelle-Zélande et de l'Australie. Les taux de la métropole, de l'Europe et de la Polynésie Française sont également nettement plus bas.

On note par ailleurs que la Nouvelle-Calédonie fait partie des pays où les incidences des cancers de l'endomètre, des bronches-poumon et de la thyroïde sont plus élevées.

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.

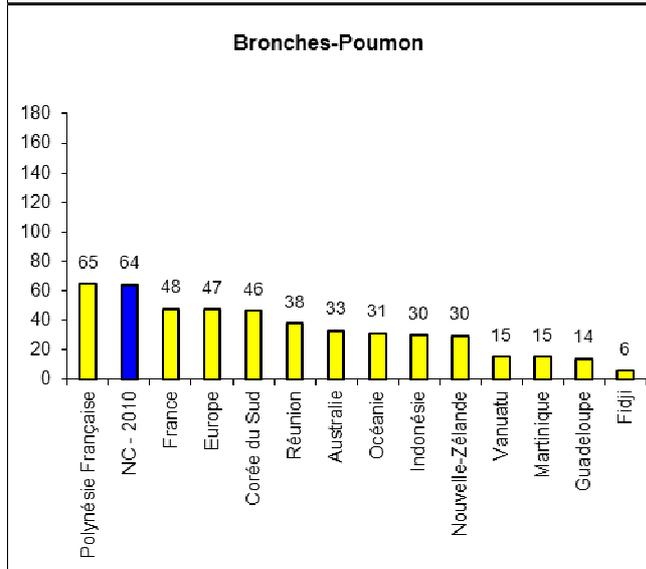
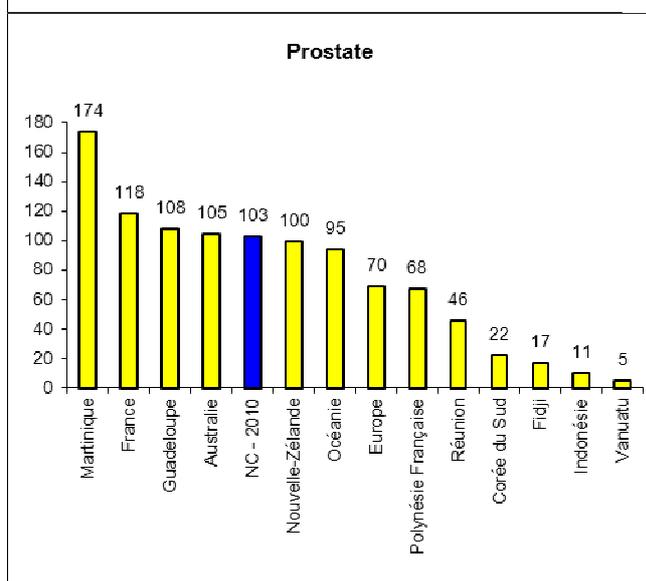
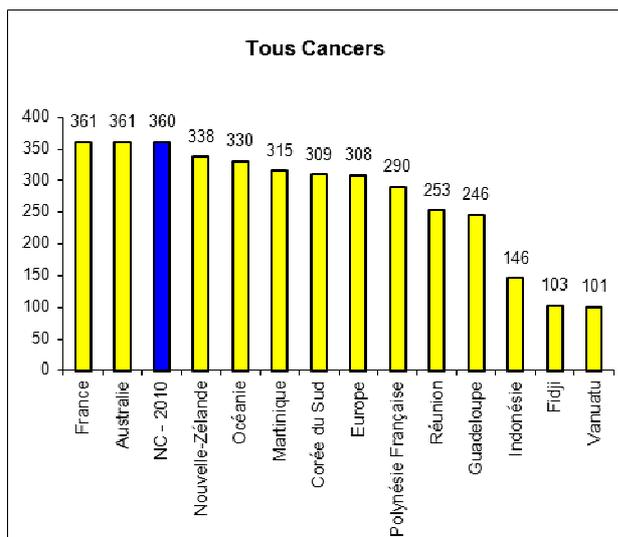
Lorsque l'on compare ces taux pour les sites les plus incidents de Nouvelle-Calédonie, on observe une incidence particulièrement plus élevée des cancers des bronches-poumons et de la prostate en NC.

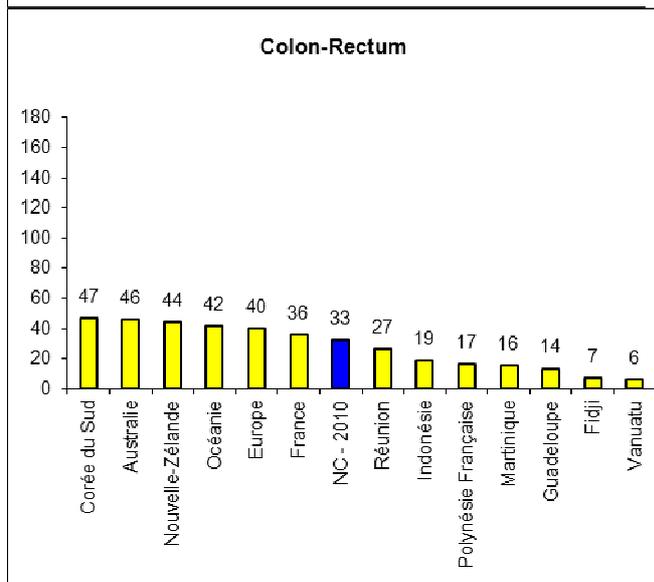
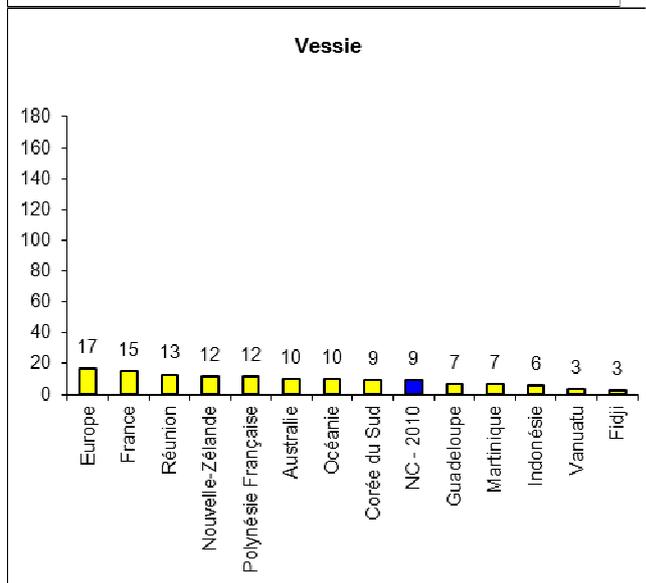
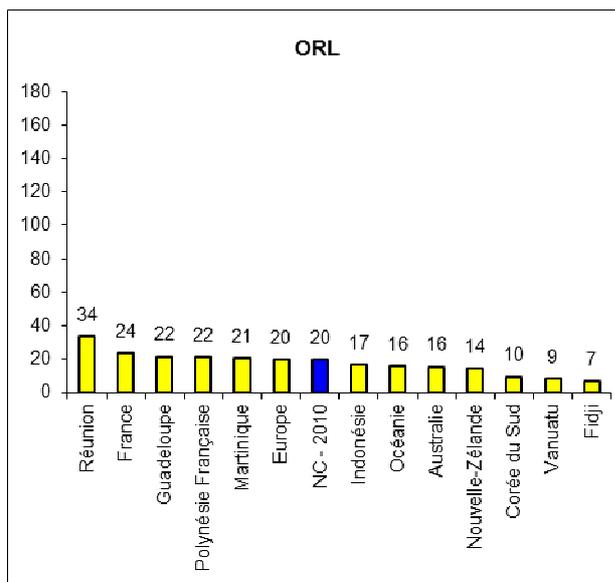


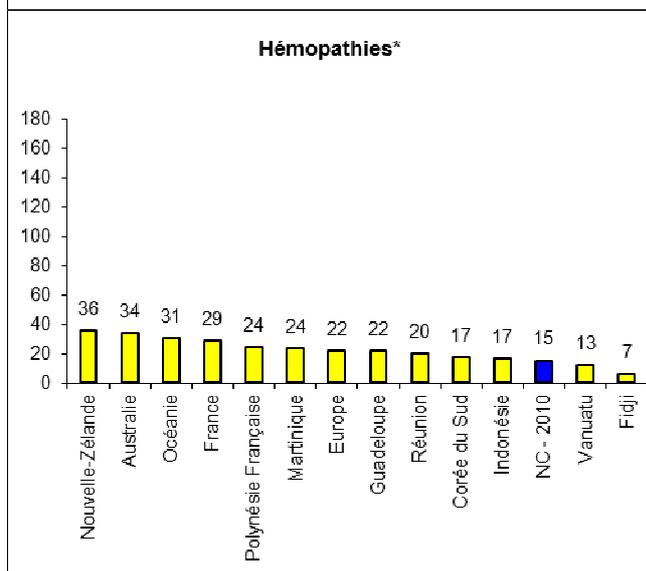
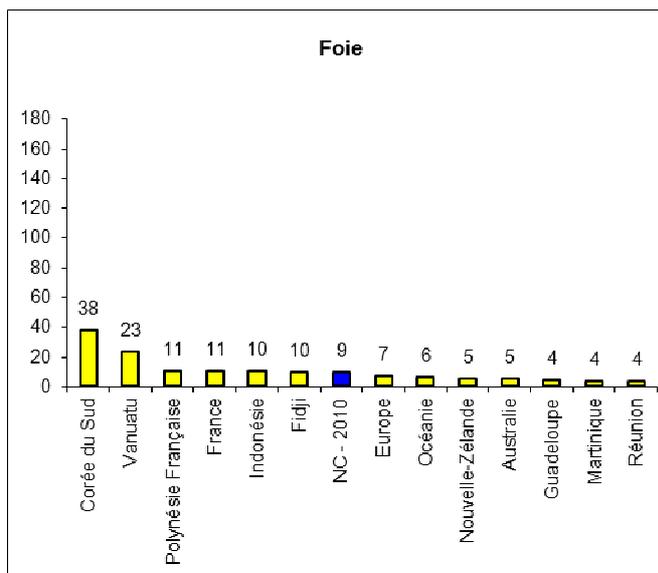


(*Hémopathies : Leucémies, Lymphome de Hodgkin, Lymphomes non Hodgkiniens, Myélomes multiples)

Figure 223 - Comparaisons internationales des taux d'incidence standardisés pour 100 000 individus selon le site chez les femmes – Globocan 2008







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.

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

| **Figure 2234 - Comparaison internationale des taux d'incidence standardisés pour 100.000 individus selon le site chez les hommes – Globocan 2008**

En conclusion, l'incidence globale des cancers en Nouvelle-Calédonie, compte tenu de la diversité de sa population, reste comparable à celle de la métropole, de l'Australie ou de la Nouvelle-Zélande chez les hommes, et un peu plus élevée chez les femmes par rapport à ces pays.

Chez les femmes, les sites les plus incidentes sont les seins, la thyroïde, les bronches-poumon, le colon-rectum. Les cancers du sein représentent le 1^{er} site chez les femmes des 3 provinces. En 2^{ème} position le classement diffère selon les provinces de résidence, avec les cancers de la thyroïde dans les Iles Loyauté, les cancers des bronches-poumon en province Nord et colon-rectum en province Sud.

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

On observe également des variations selon les communautés. En effet, chez les femmes, même si le cancer du sein représente la première topographie quelle que soit la communauté, en 2^{ème} position il s'agit des bronches-poumon chez les femmes européennes, de la thyroïde chez les mélanésiennes, et des cancers de l'endomètre chez les polynésiennes.

Chez les hommes, les mélanésien sont plus touchés par les cancers des bronches-poumon, tout comme les polynésien, alors qu'il s'agit de la prostate chez les européens.

III. 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).

III.1. Sein et appareil génital féminin

Dans ce groupe, on retrouve **185** tumeurs invasives, soit 46,1% des tumeurs invasives chez les femmes. (Ont également été enregistrés 23 cancers in situ du sein, 60 tumeurs in situ du col de l'utérus, 6 de l'endomètre et 1 de l'ovaire).

Tableau 6 - Répartition par site des cancers du sein et génitaux féminins

SITE	Nombre de cas	%
Sein	125	67,6
Corps de l'utérus	29	15,7
Col de l'utérus	22	11,9
Ovaire	7	3,8
Autres organes génitaux	2	1,1
Total	185	100.0 %

III.1.a. Cancer du sein :

Généralités

En 2010, avec **125 tumeurs invasives** diagnostiquées, ce cancer représente le 1er cancer diagnostiqué chez la femme, et reste au 2ème rang des cancers diagnostiqués sur l'ensemble de la population. Comme le montre la figure suivante, il représente ainsi 31,2 % des cancers féminins (France 2005 : 36%). Parmi les 125 patientes diagnostiquées en 2010, 14,4% étaient décédées au 1/07/2013 (18 cas).

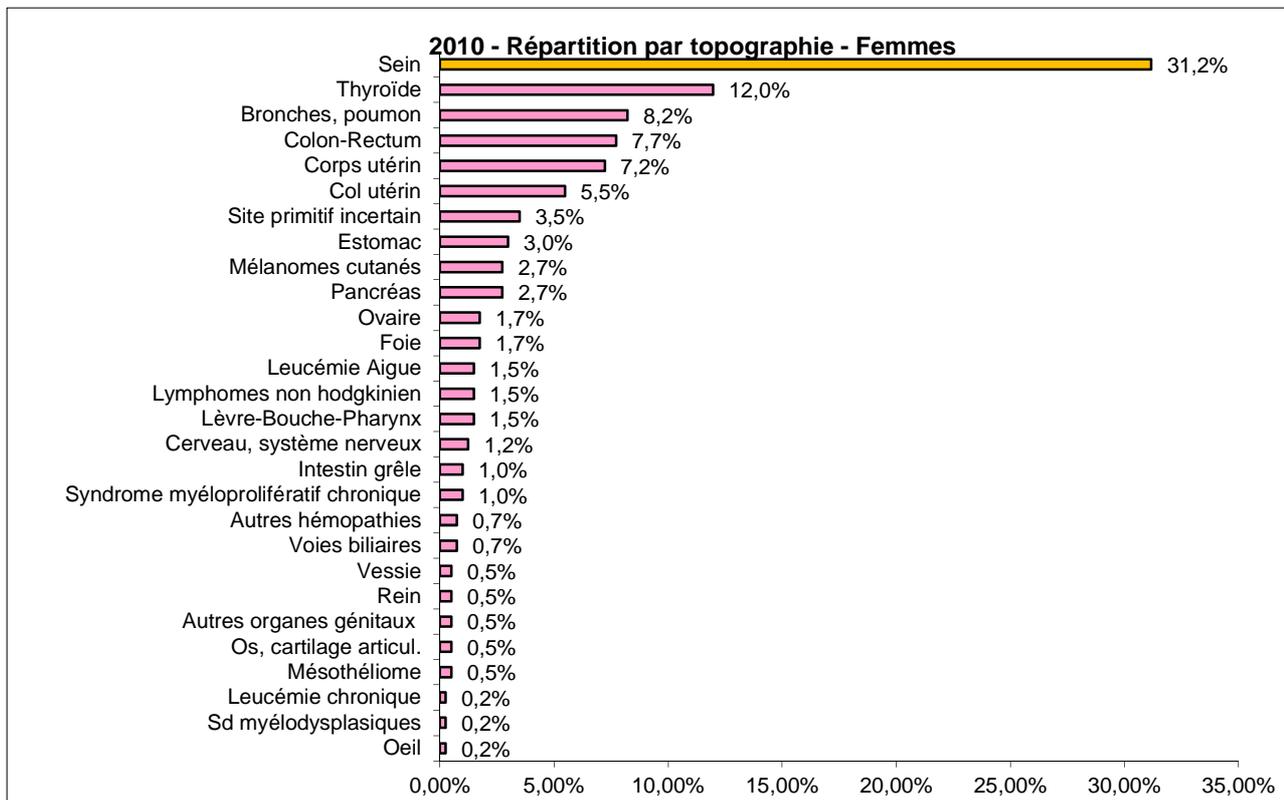


Figure 245 - Classement des topographies chez les femmes

Age au diagnostic

L'âge moyen au moment du diagnostic était égal à 56,8 ans et avec un âge médian à 56 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 50 et 54 ans. Pour ensuite décroître jusqu'à 64 ans, avant d'augmenter de nouveau pour atteindre un 2ème pic entre 70 et 74 ans.

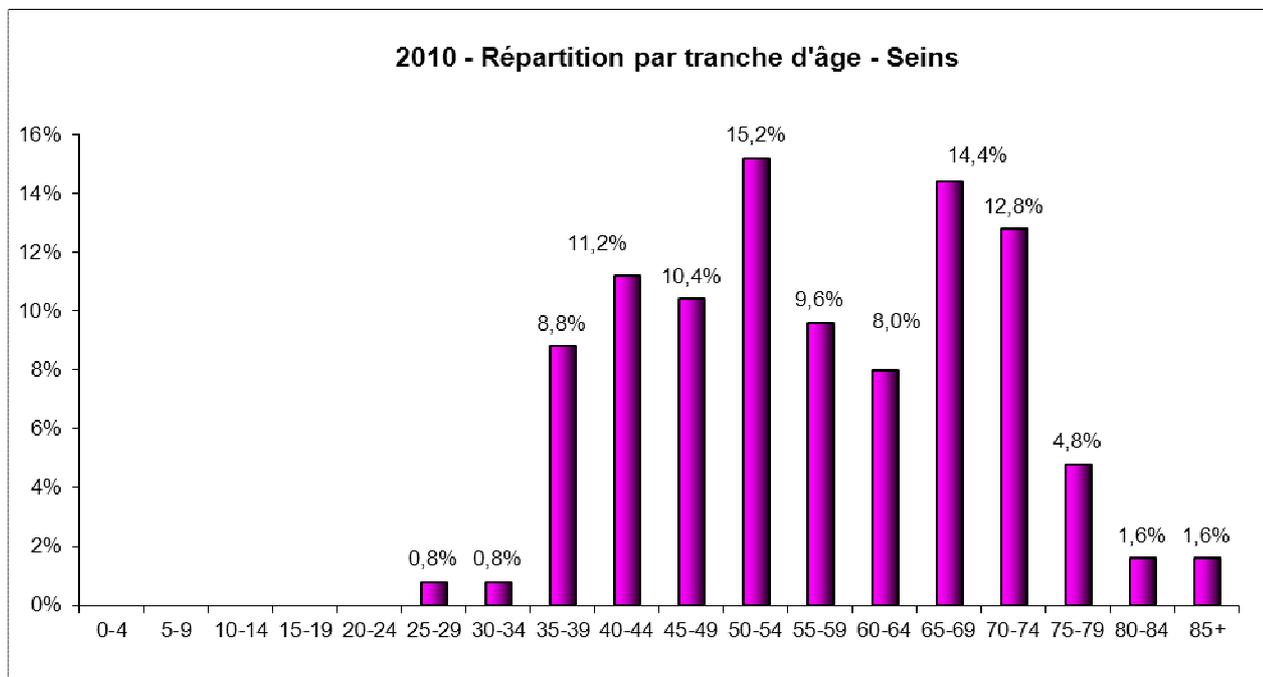
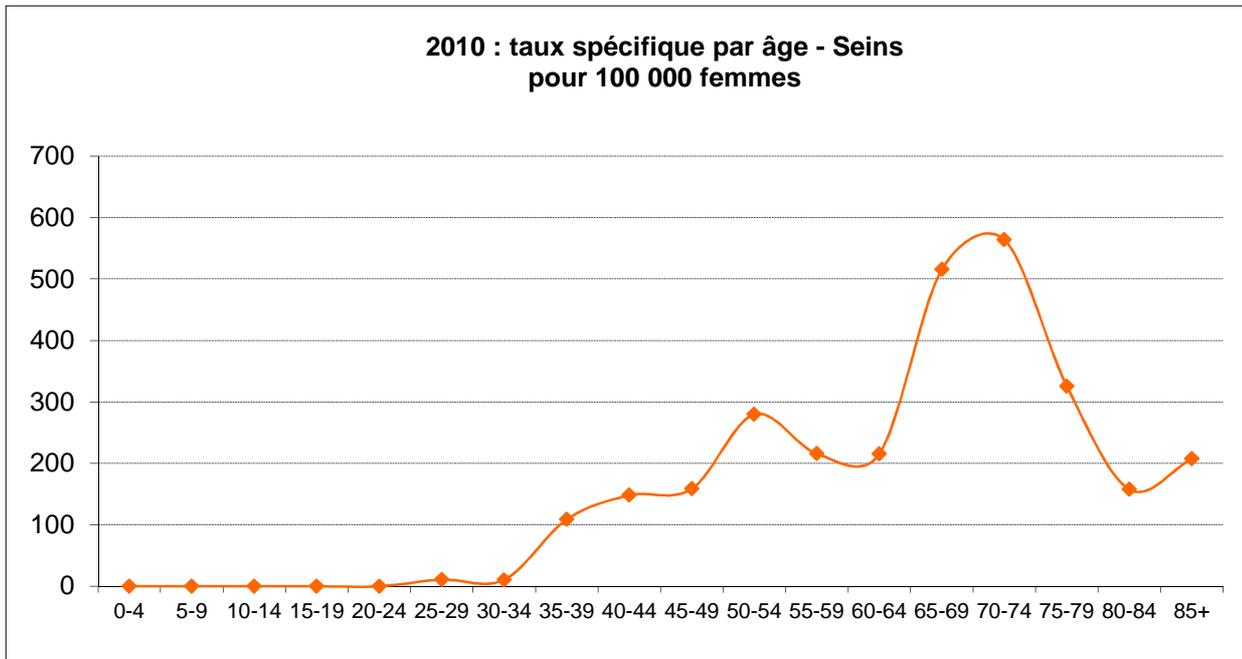
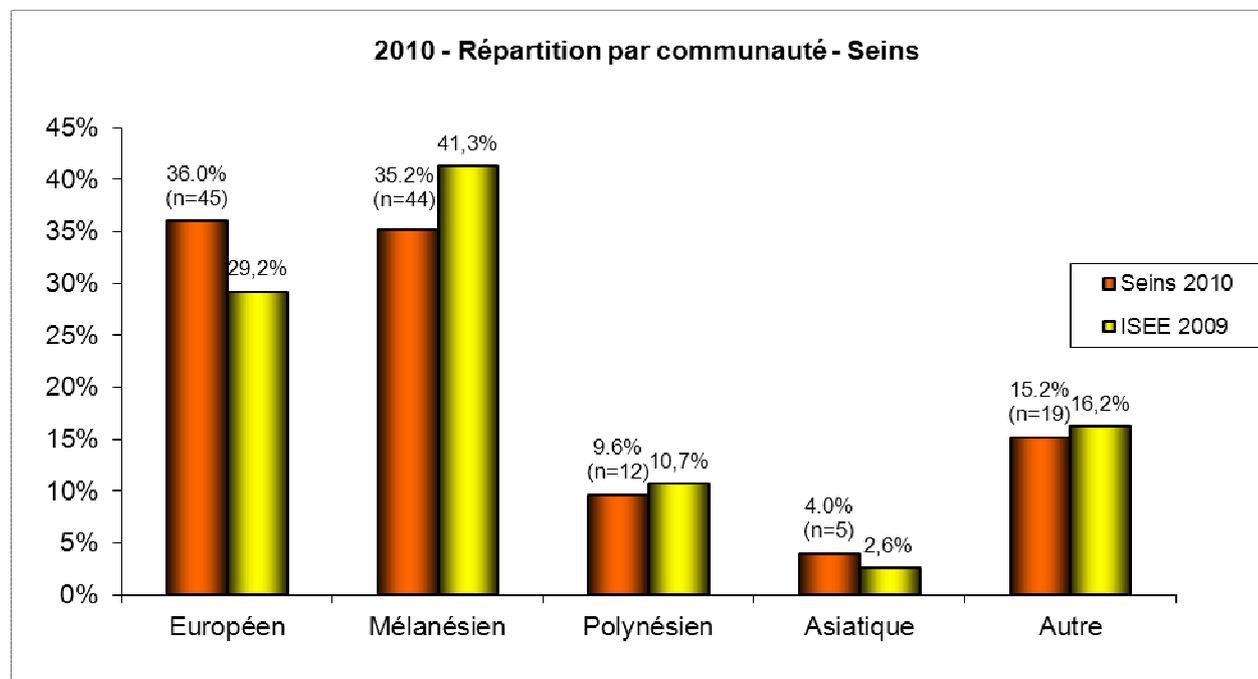


Figure 256 - Cancer du sein chez les femmes, répartition par tranche d'âge et taux spécifiques d'incidence

Communautés

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.



Figures 276 - Cancer du sein chez les femmes et répartition par communauté

Histologie

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

- 111 carcinomes canaux infiltrants (CCI) dont 6 avec autre composante,
- 5 carcinomes lobulaires,
- 2 carcinomes colloïdes,
- 6 autres (3 ADK apocrines, 1 Paget, 1 carcinome, 1 carcinome métaplasique)



Tableau 7 - Cancer du sein chez les femmes par groupe histologique

	NC (2010)	France (2005)
C. Canalaire	88,8 %	85%
C. Lobulaire	4,3 %	4%
C. Colloïdes	1,7 %	1%
Autres	5,2%	9,4%

Grade

Comme le montre la figure suivante, un peu moins de la moitié des femmes avaient une tumeur de grade intermédiaire SBR II, 29 % étaient à bas risque métastatique (SBR I) et 19,4 % étaient haut risque métastatique (SBR III).

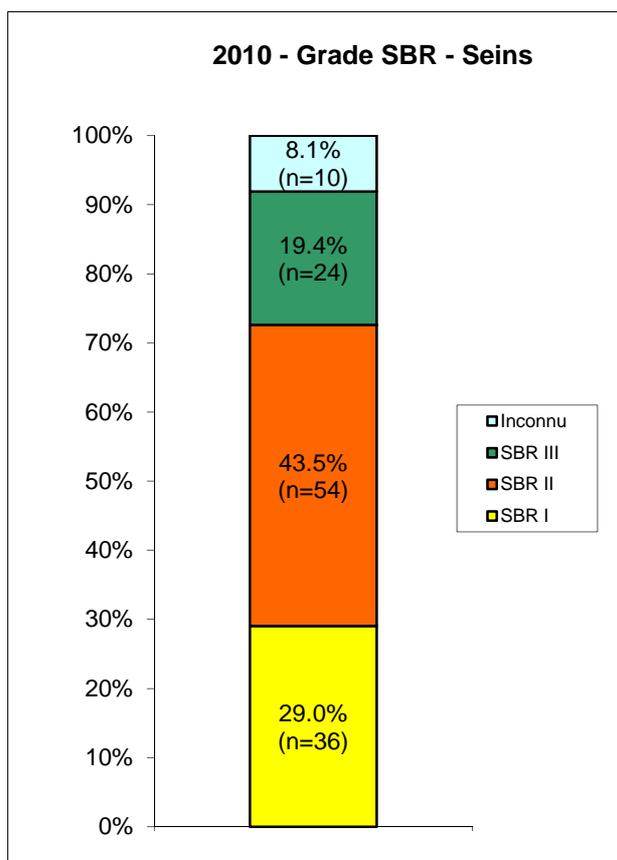


Figure 287- Cancers du sein chez les femmes et grade SBR

Récepteurs hormonaux

La classification des cancers du sein s'est affinée grâce à l'émergence des analyses génomiques. Elles permettent de distinguer plusieurs groupes distincts en fonction de l'expression couplée de certaines protéines, dont essentiellement les récepteurs aux œstrogènes (RO), progestérone (RP) et HER2.

Plus de la moitié des tumeurs possèdent l'expression simultanée des récepteurs aux œstrogènes et à la progestérone.

13,7% des tumeurs sont dites « triples négatifs », c'est-à-dire pour les récepteurs aux œstrogènes, progestérone et HER2 (entre 10 et 25 % selon les études).

Ces classifications permettent d'aider à cibler le traitement.

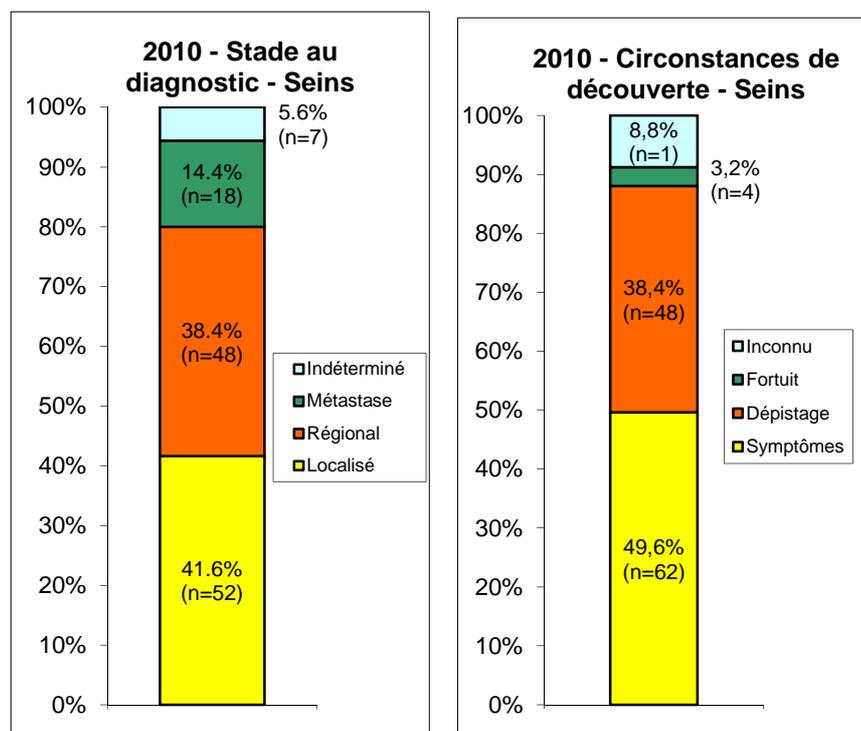
Tableau 8 – Répartition des récepteurs hormonaux

RO	+	+	+	-	-	-	-
RP	+	+	-	+	+	-	-
Her	+	-	-	+	-	+	-
Nb	9	56	12	2	4	10	17
%	7,3%	45,2%	9,7%	1,6%	3,2%	8,1%	13,7%

Stade au diagnostic et circonstances de découverte

En 2010, plus de la moitié des cancers du sein ont été découverts suite à l'apparition de signes cliniques, et 37.1 % ont fait l'objet d'un dépistage mammographique.

Le stade au diagnostic a pu être retrouvé à partir des dossiers consultés dans 94,4 % des cas, et comme présenté dans la figure suivante, 4 cas sur 10 ont été diagnostiqués à un stade localisé et un peu plus de 14% à un stade très avancé avec métastases, avec comme métastases les plus fréquentes : les os (40%, n=10), les bronches-poumon (32%, n=8), le foie (12%, n=3).



En 2010, 125 cancers invasifs et 23 cancers in situ ont été enregistrés. Parmi les cancers invasifs, 79 (63,2 %) concernaient des femmes entre 50 et 74 ans, âge d'éligibilité pour la campagne de dépistage organisé qui a démarré en 2009 et 14 (60,8 %) parmi les cancers in situ.

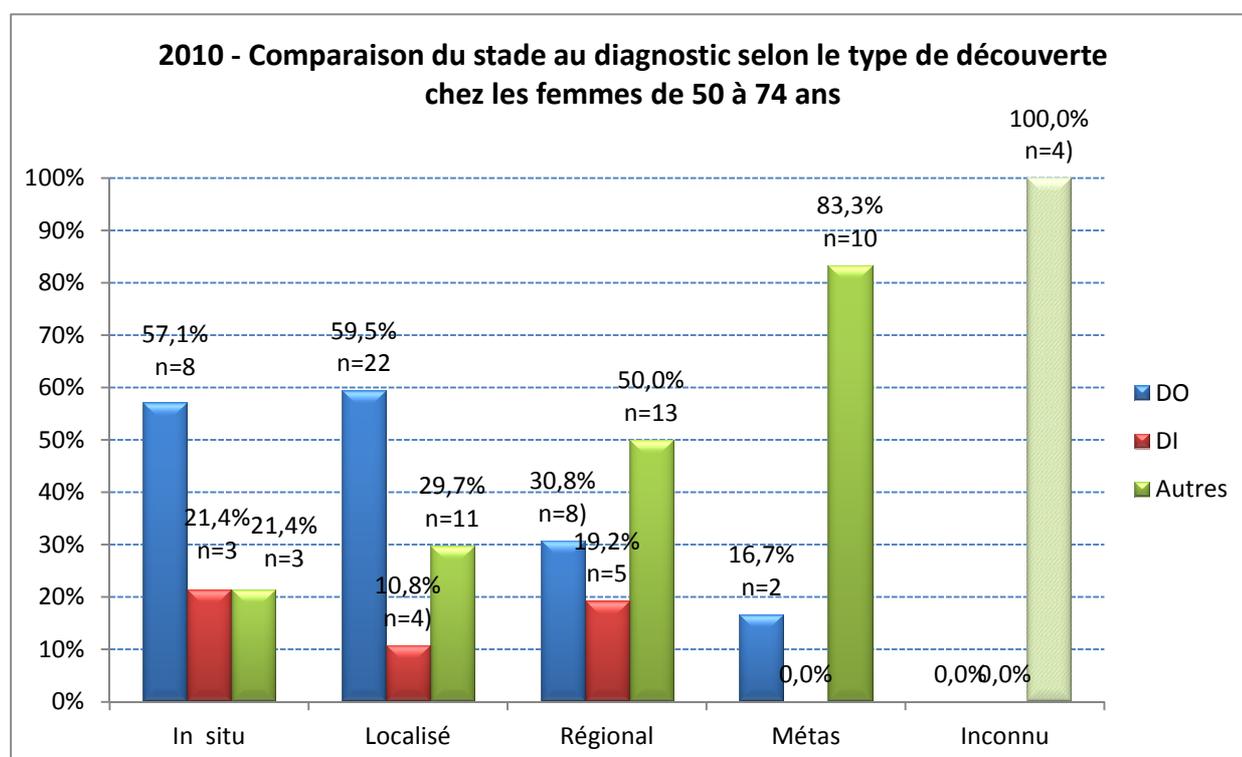
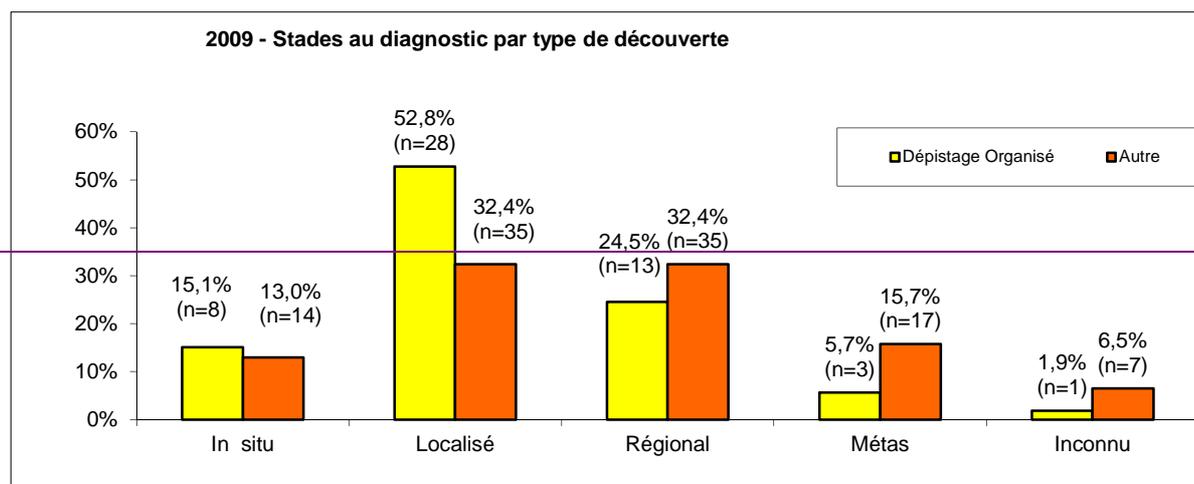


Figure 29 – Stade au diagnostic et circonstance de découverte

Lorsque l'on étudie le groupe des femmes de 50 à 74 ans, on observe qu'ont été diagnostiqués suite à une mammographie dans le cadre du dépistage organisé :

- 57,1 % des cancers in situ ;
- 59,5 % des cancers au stade localisé ;
- 30,8 % des cancers au stade régional.

La plupart des cancers diagnostiqués à un stade métastatique l'ont été suite à une symptomatologie.

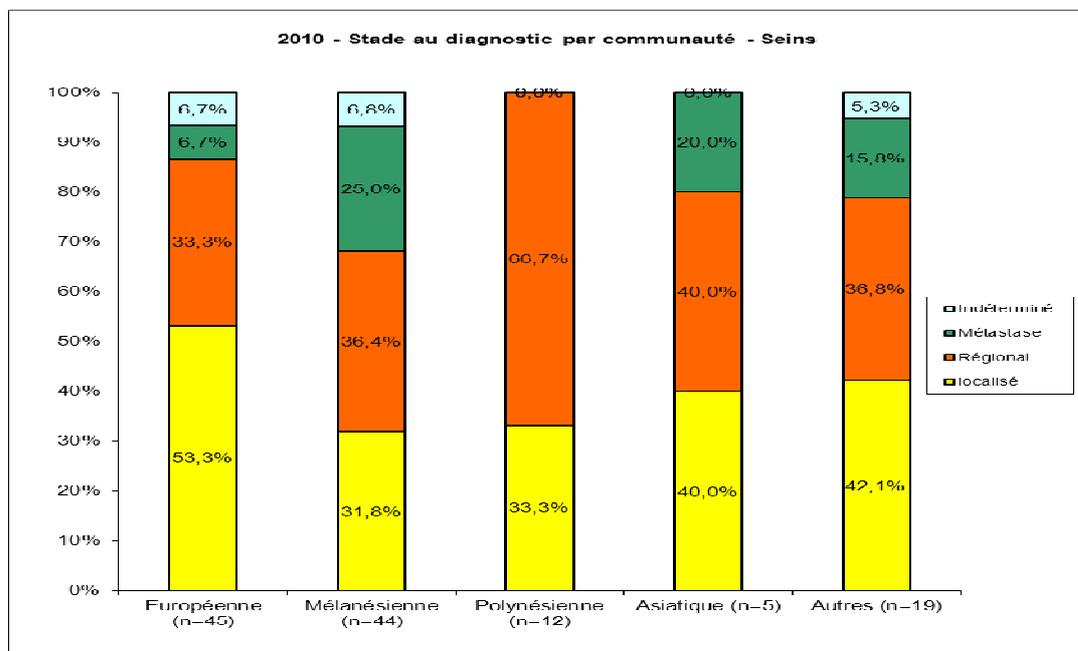


Figure 30 – Stade au diagnostic selon les communautés

En 2010, les femmes mélanésiennes et polynésiennes ont été diagnostiquées en 2010 à un stade plus avancé que celles des autres communautés.

Traitements

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 54 femmes (43,2 %), sachant que chaque schéma dépend essentiellement du stade de la maladie.

Tableau 9 - Cancer du sein chez les femmes et schémas thérapeutiques

	Nb de cas	%	Chir+Horm+Radio	25	20,0%
Chimio	1	0,8%	Chimio+Chir+Horm+Radio	32	25,6%
Chimio+Chir+Immuno	1	0,8%	Total	125	100,0%
Chir+Radio	1	0,8%			
Radio+Chimio+Immuno	1	0,8%			
Chimio+Hormono	1	0,8%			
Chimio+Hormono+Immuno	2	1,6%			
Chir+Chimio+Hormono+Immuno	2	1,6%			
Chimio+Hormo+Radio	2	1,6%			
Chir+Chimio+Horm	2	1,6%			
Chimio+Chir	3	2,4%			
Pas de traitement	4	3,2%			
Chimio+Chir+Immu+Radio	5	4,0%			
Chir+Hormono	6	4,8%			
Hormonothérapie	6	4,8%			
Chirurgie	6	4,8%			
Chimio+Chir+Immu+Horm+Radio	8	6,4%			
Inconnu	8	6,4%			
Radio+Chimio+Chir	9	7,2%			

Traitement	Percentage	n
Chirurgie	80,0%	100
RadioT	66,4%	83
Chimio	55,2%	69
HormonoT	48,8%	61
Herceptine	15,2%	19
Inconnu	6,4%	8
Pas de TTT spécifique	3,2%	4

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

Figure 31 - Cancer du sein et répartition des traitements

Au total, 8 femmes sur 10 bénéficient d'un traitement chirurgical, près de 7 sur 10 d'une radiothérapie et près de 6 sur 10 d'une chimiothérapie. L'hormonothérapie concernant un peu plus de 4 femmes sur 10.

Incidences et comparaisons internationales

Le taux standardisé d'incidence est ainsi estimé à 89,5 nouveaux cas pour 100 000 femmes pour l'ensemble du territoire, avec un taux plus élevé en province Iles, par rapport à ceux des deux autres provinces, notamment en raison de l'effet de la mise en place du dépistage organisé.

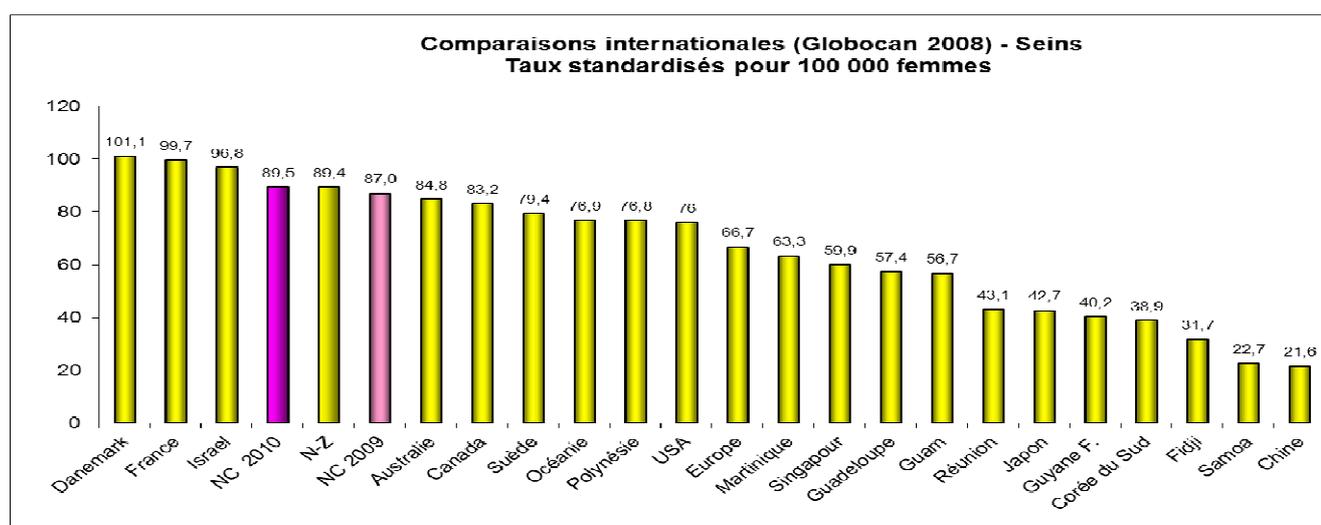
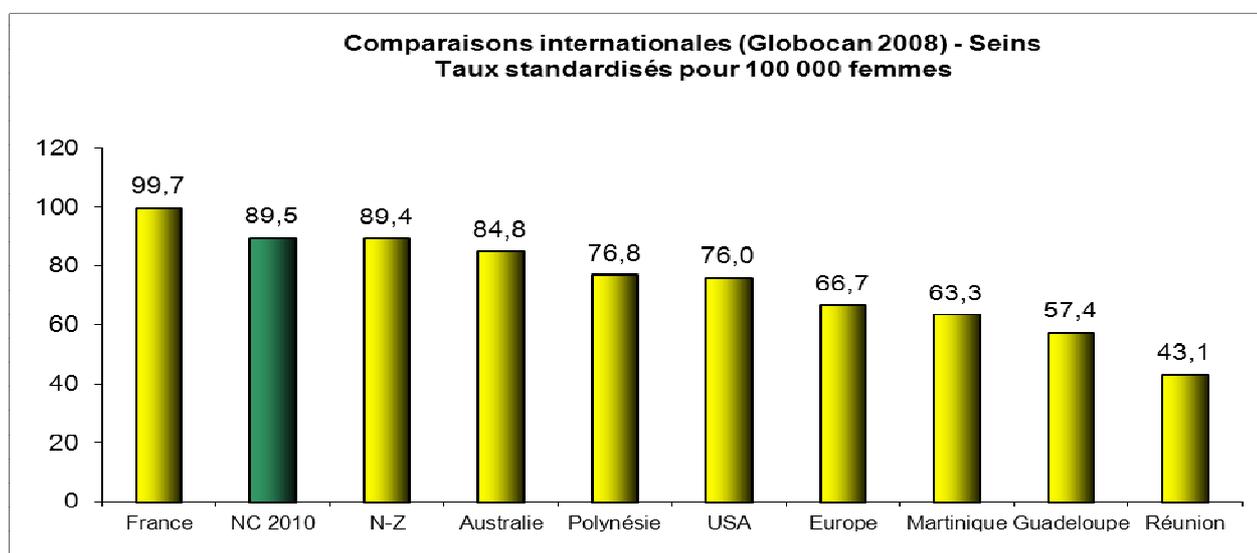
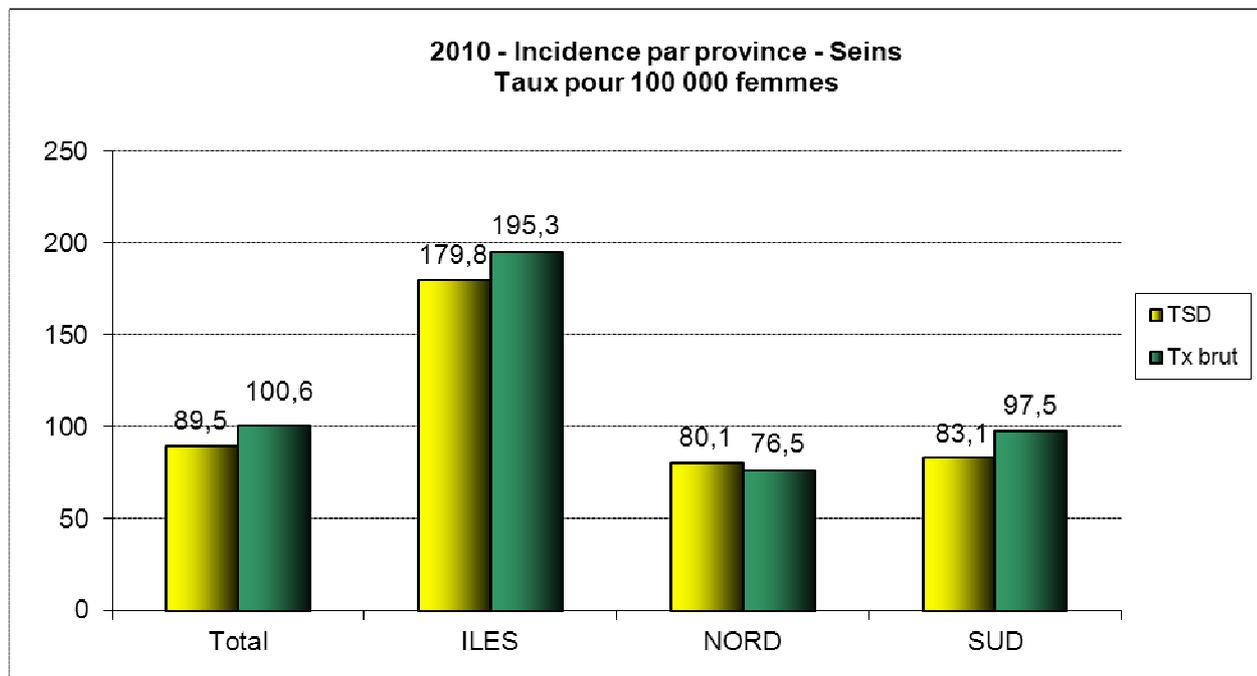


Figure 2932 - Cancer du sein, comparaison des incidences

Lorsque l'on compare cette incidence à celle d'autres pays, on observe que la valeur observée en Nouvelle-Calédonie en 2010 reste nettement inférieure à celle de la métropole, et est un peu plus élevée qu'en Nouvelle-Zélande, qu'en Australie, et que dans les DOM.

III.1.b. Cancer du corps de l'utérus (endomètre)

Généralités

Avec **29 tumeurs invasives** diagnostiquées en 2010, cette localisation reste au 5ème rang chez les femmes, après le sein, la thyroïde, les bronches-poumon et le colon-rectum.

30.8% des femmes étaient décédées au 31/07/2012 (8 cas).

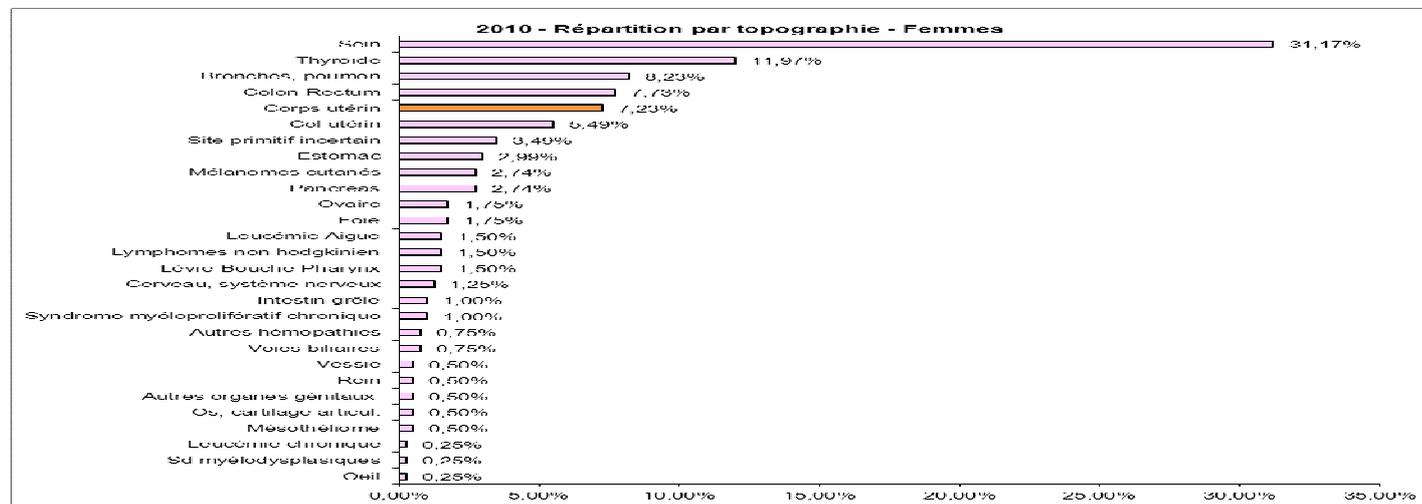
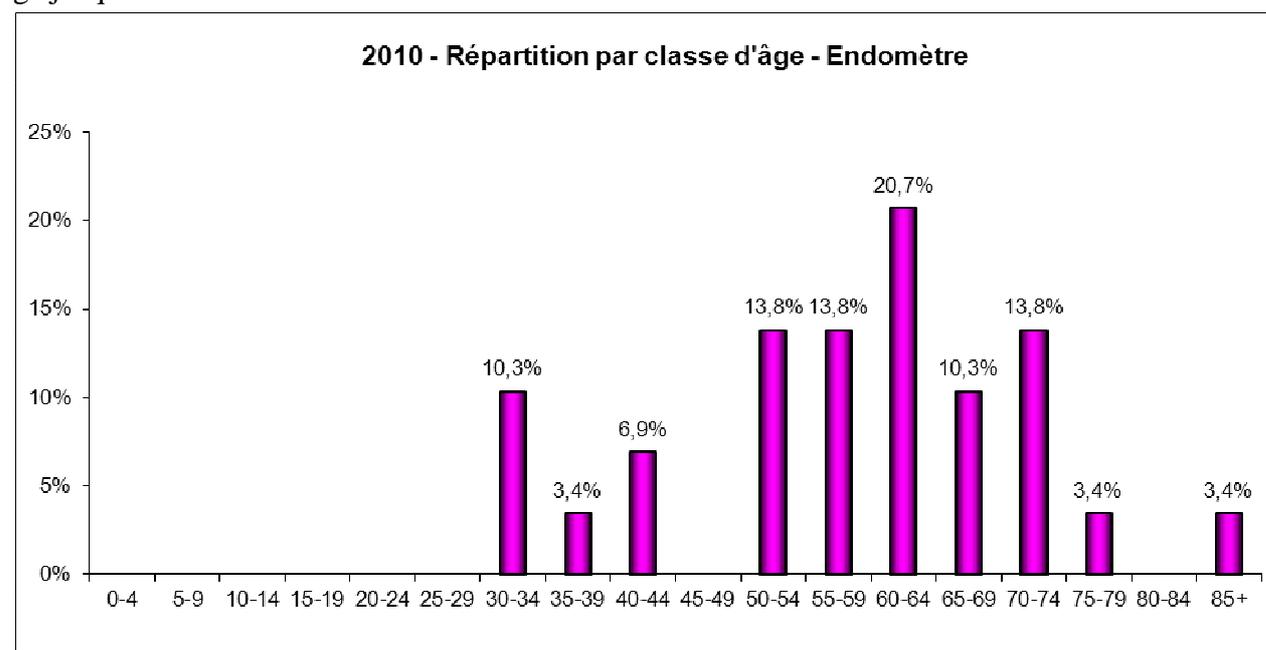


Figure 330 - Classement des topographies chez les femmes

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 57,7 ans, avec un âge médian comparable à 61 ans, plus bas que celui de la métropole qui se situait à 69 ans en 2005. En 2010, on observe un premier pic entre 30 et 34 ans et un second à 60 ans. Ces tumeurs diagnostiquées à partir de l'âge de 30 ans, ont une incidence qui a tendance à augmenter avec l'âge jusqu'à 75 ans.



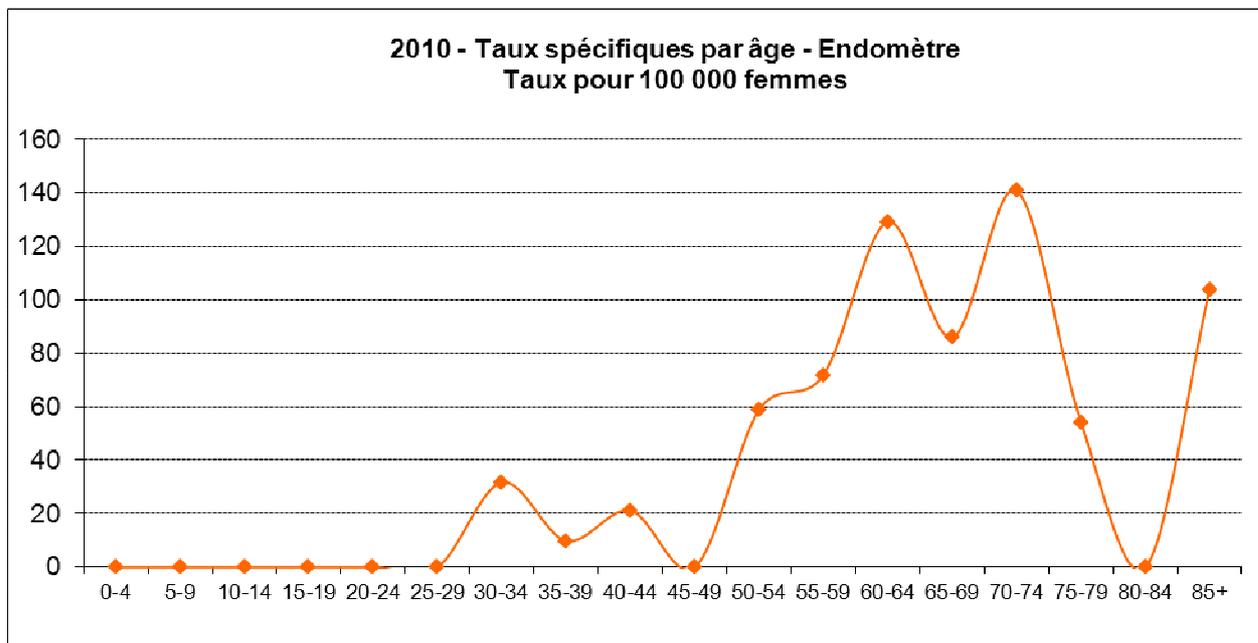


Figure 344 - Cancer du corps de l'utérus, répartition par tranche d'âge et taux spécifiques d'incidence

Communautés

En 2010, plus de 40% des cancers de l'endomètre ont été diagnostiqués chez les femmes mélanésiennes et plus de 34 % chez les femmes polynésiennes avec une surreprésentation de cette communauté par rapport à la répartition de la population féminine de NC.

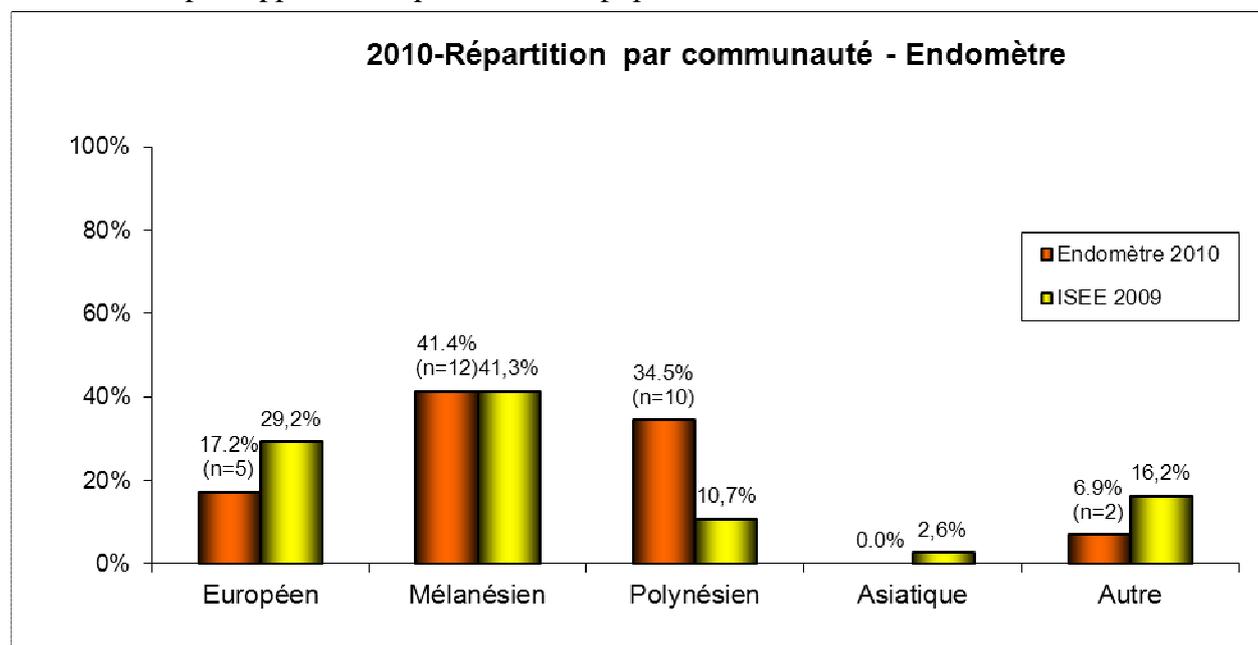


Figure 3532 - Cancer du corps de l'utérus, répartition par communautés

Histologie

29 cas ont bénéficié d'un diagnostic histologique. Il s'agissait en majorité d'un adénocarcinome (27 cas, soit 93,1 %), puis dans 2 cas d'un carcinosarcome.

Comme le montre l'une des figures suivantes, il s'agissait dans plus de 75 % des cas d'une tumeur bien différenciée.

Stade au diagnostic

Le stade au moment du diagnostic était localisé pour un peu plus de 7 femmes sur 10.

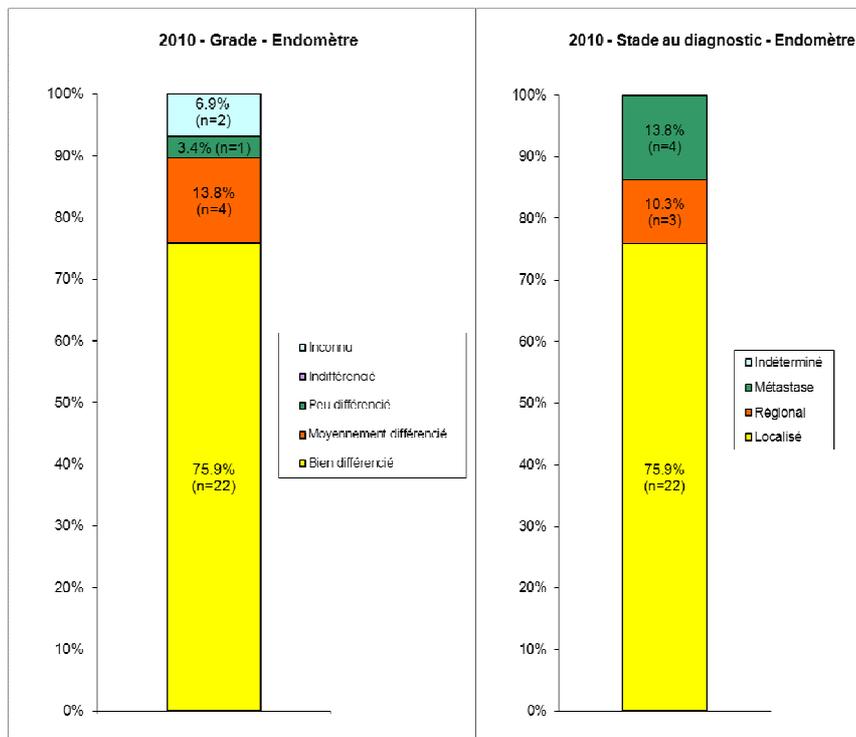


Figure 363 - Cancers du corps de l'utérus, grade et stade au diagnostic

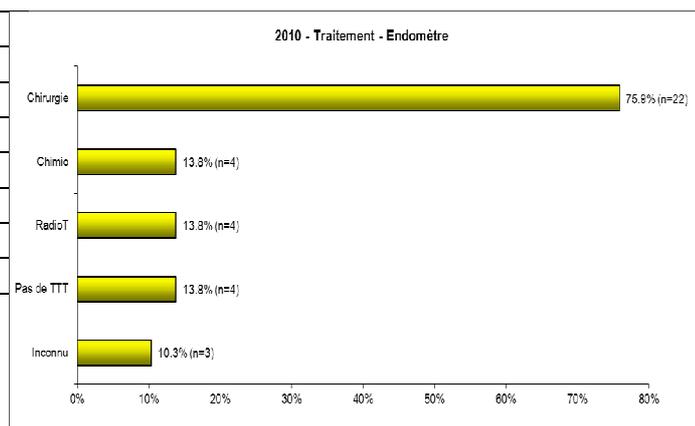
Lorsque le cancer présente des métastases, les localisations sont : le péritoine (40%, n=2), la plèvre (20%, n=1) et les poumons (40%, n=2).

Traitements

Comme le montre le tableau suivant, un traitement chirurgical a été pratiqué chez plus de 7 femmes sur 10.

Tableau 10 et Figure 3734 - Cancer du corps de l'utérus et schémas thérapeutiques

	Nb de cas	Fréquence
Chir+Chimio	1	3,4%
Radio+Chir	1	3,4%
Inconnu	3	10,3%
Radio+Chimio+Chir	3	10,3%
Pas de traitement	4	13,8%
Chirurgie	17	58,6%
Total	29	100,0%



Incidences et comparaisons internationales

On observe des disparités selon la province de résidence, avec en 2010, une incidence, nettement plus élevée en province des Iles Loyauté, par rapport aux autres provinces.

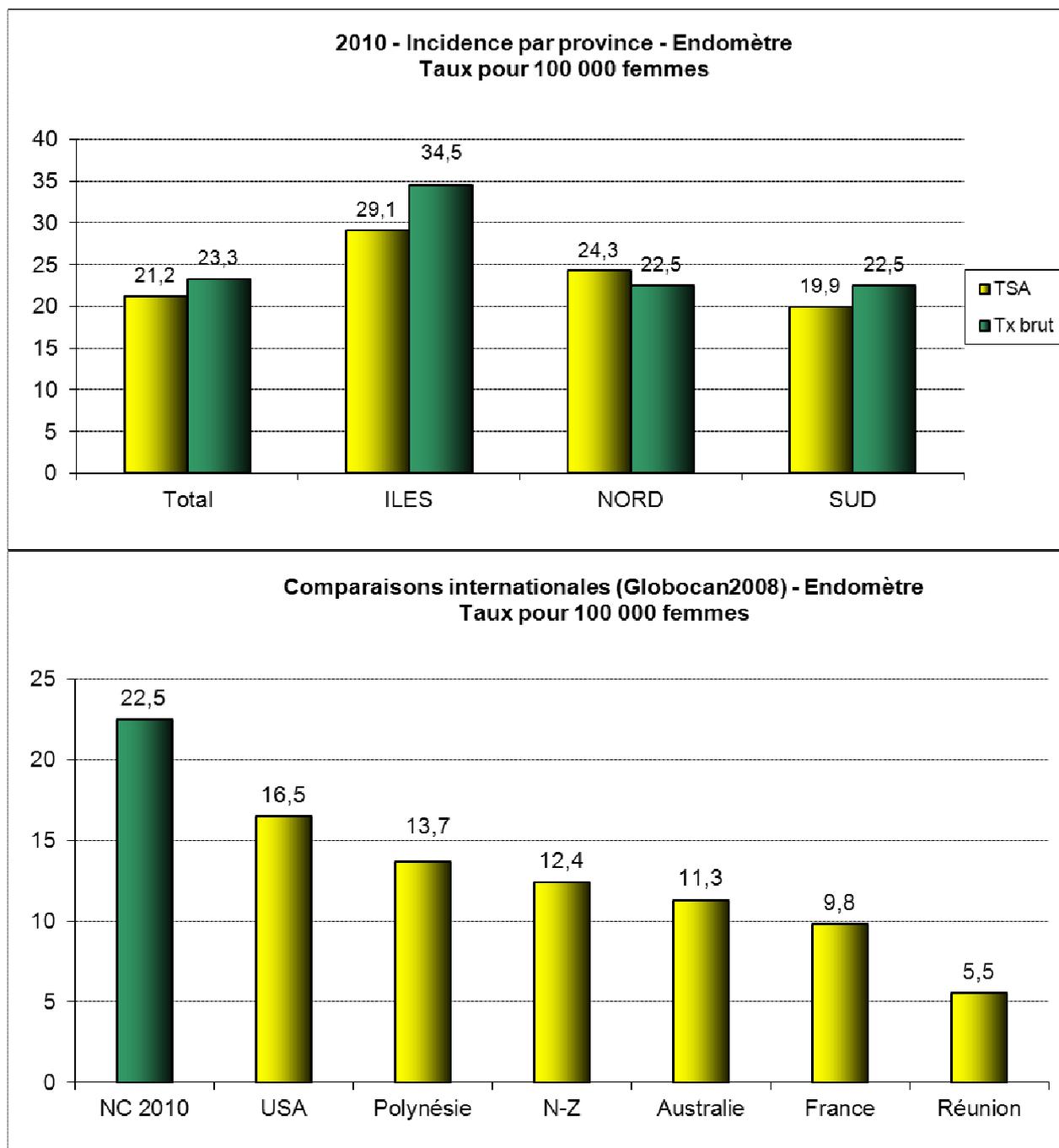


Figure 385 - Cancer du corps de l'utérus, incidences par province et comparaisons internationales

Avec 22,5 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 des pays voisins comme la Nouvelle-Zélande et l'Australie.

III.1.c. Cancer du col de l'utérus

Généralités

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

Ce cancer qui fait l'objet, d'un programme de dépistage depuis plusieurs années reste au 6ème rang des cancers chez les femmes, avec 5,2 % des cancers et **22 tumeurs invasives** en 2010. Pour une patiente, il s'agissait d'une 2ème tumeur primitive. Par ailleurs, 31% des patientes diagnostiquées en 2010 étaient décédées au 1/07/13 (7 cas).

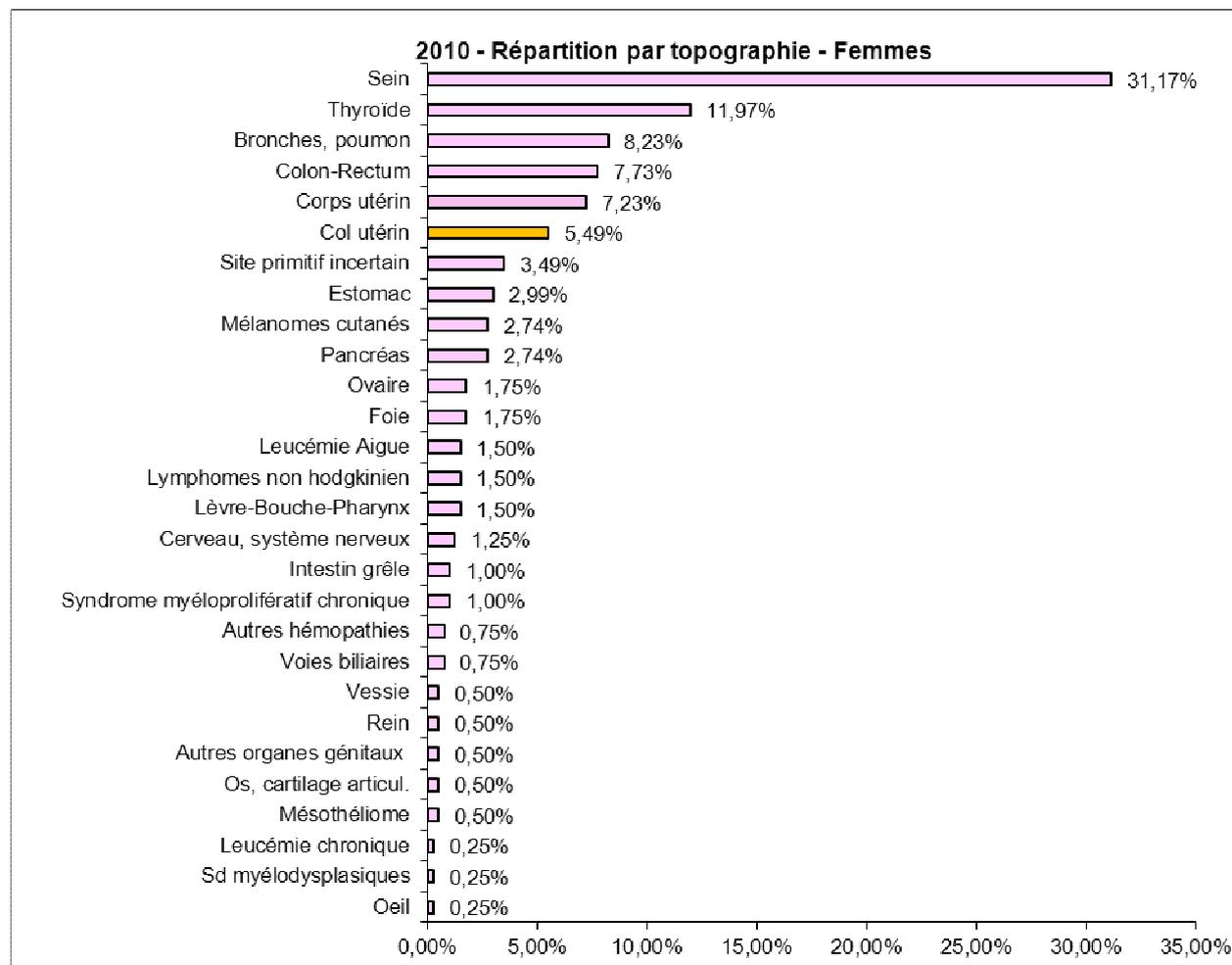


Figure 390 - Classement des topographies chez les femmes

Age au moment du diagnostic

En moyenne, ce cancer a été diagnostiqué vers 46,1 ans, avec une médiane à 43,5 ans (51 ans en métropole en 2005). Comme le montre la figure suivante, ces tumeurs sont diagnostiquées relativement plus précocement que les autres cancers féminins, dès 29 ans.

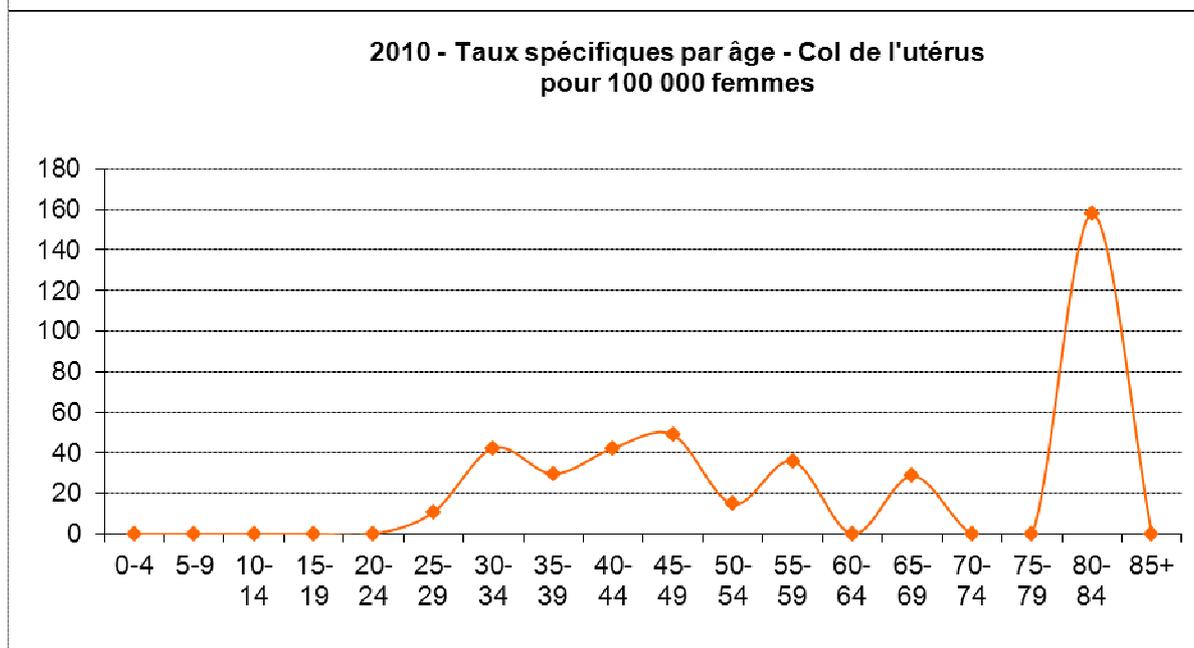
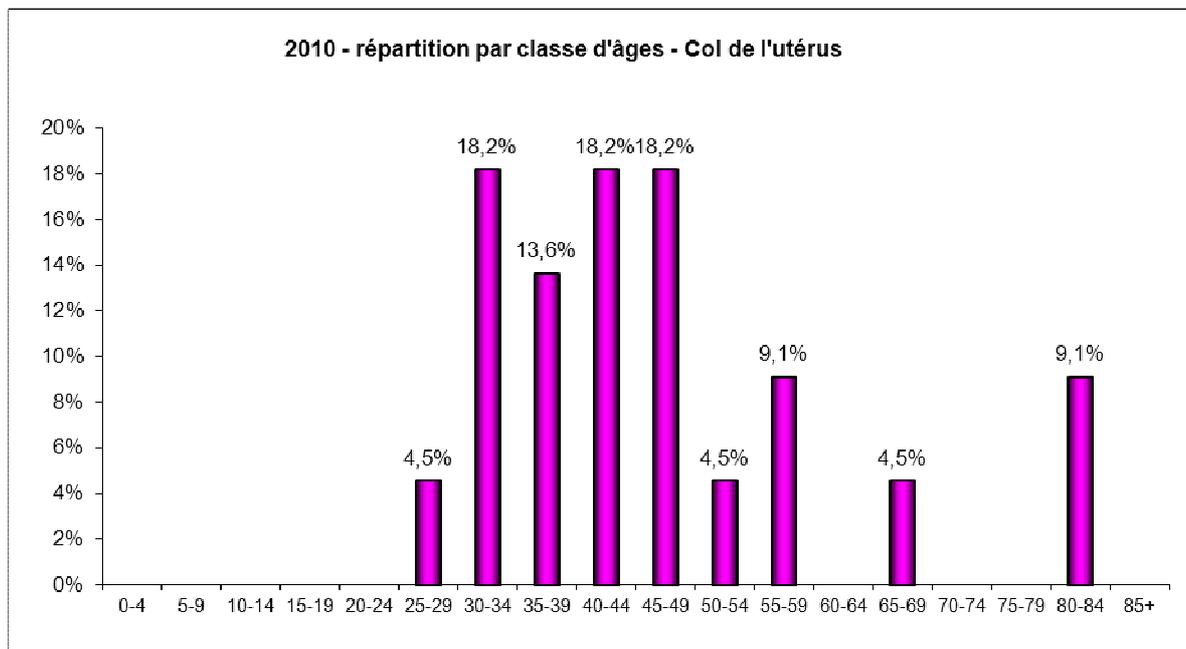


Figure 404 - Cancer du corps de l'utérus, répartition par tranche d'âge et taux spécifiques d'incidence

Communautés

Comme présenté ci-dessous, en 2010, la majeure partie des cancers invasifs du col de l'utérus ont été diagnostiqués principalement chez des femmes mélanésiennes (17/22).

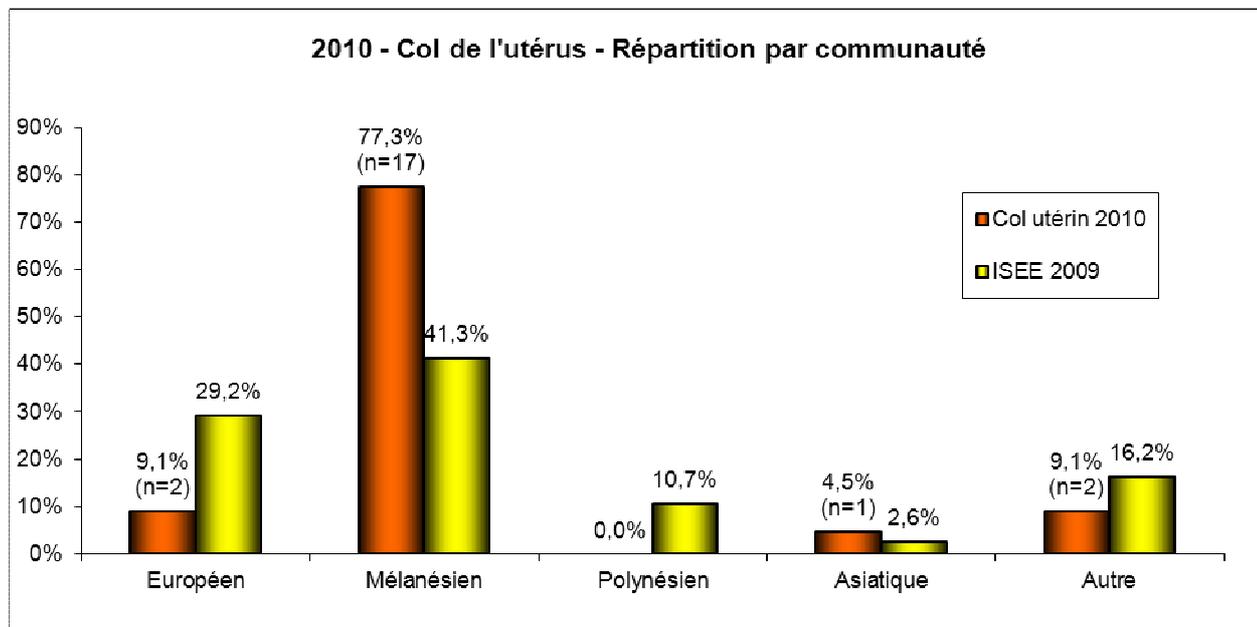


Figure 418 - Cancer du col de l'utérus, répartition par communauté

Histologie

Ces tumeurs ont toutes fait l'objet d'un diagnostic histologique. Il s'agissait dans 16 cas d'un carcinome épidermoïde et dans 4 cas d'un adénocarcinome. Ces tumeurs étaient bien différenciées dans 27,3 % des cas.

Stade au diagnostic

4 femmes sur 10 bénéficient d'un diagnostic au stade localisé, et 4 sur 10 à un stade avec envahissement régional métastatique au moment du diagnostic comme le montre la figure suivante.

Le dépistage permet le diagnostic des lésions précoces ou in situ pouvant évoluer vers un cancer invasif. Ainsi, en 2010, nous avons enregistré selon les recommandations de Francim, 60 cancers du col in situ ou au stade CIN-3 (dysplasie sévère), stades précoces avant le stade invasif.

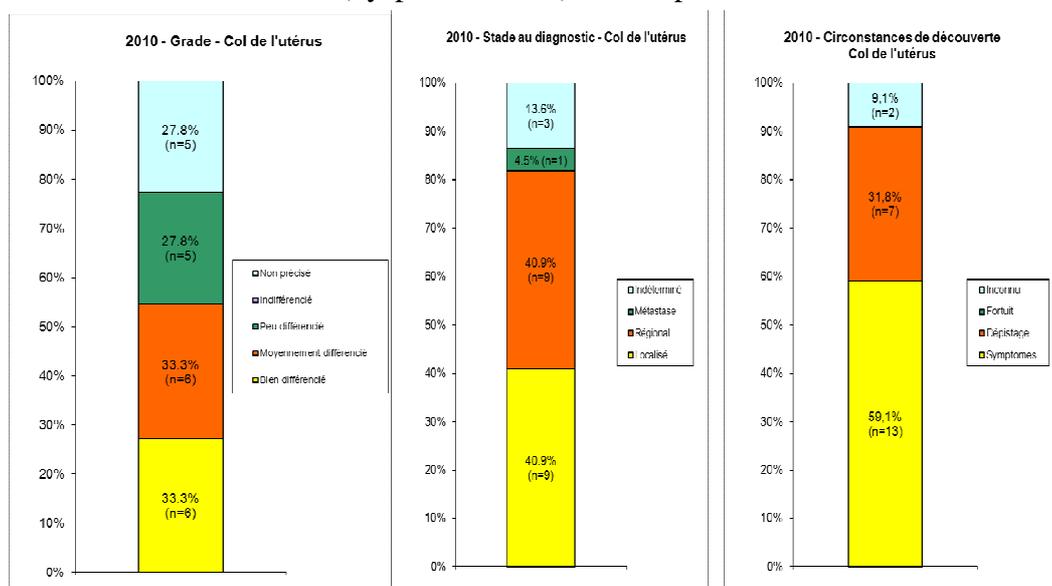


Figure 4239 - Cancer du col de l'utérus, répartition selon le stade au diagnostic

La faible proportion actuelle du nombre de cas diagnostiqués suite à un dépistage par frottis est due au fait que ce dépistage permet le plus souvent de diagnostiquer les anomalies cytologiques à un stade précoce, qui s'il est pris en charge n'évoluera pas vers un cancer invasif, comme le représente la figure suivante.

Ces dysplasies, qui sont au nombre de 60 pour l'année 2010 ne sont, par définition, non prises en compte dans le calcul de l'incidence.

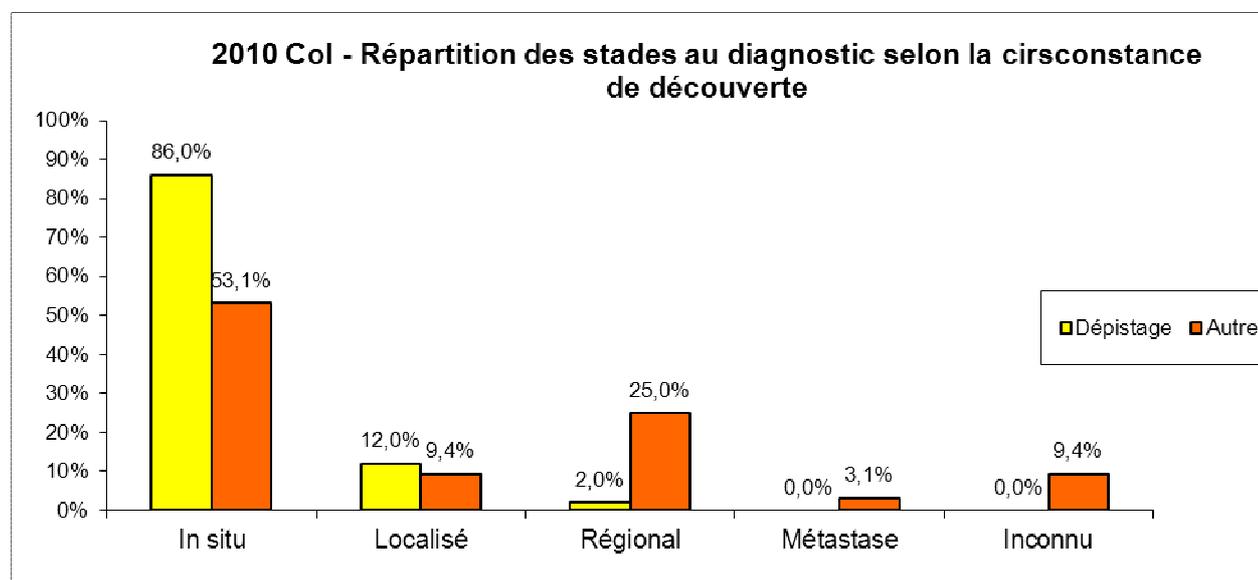
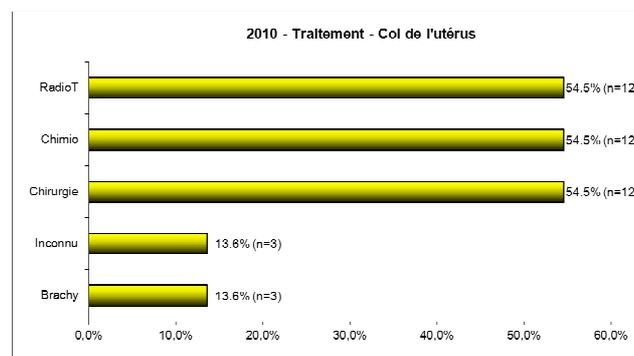


Figure 4339 - Cancer du col de l'utérus, répartition des stades au diagnostic selon la circonstance de diagnostic

Traitements

Tableau 11 et figure 44 - Cancer du col de l'utérus et schémas thérapeutiques

	Nb de cas	Fréquence
Brachy+Chir	3	13,6%
Inconnu	3	13,6%
Chirurgie	4	18,2%
Radio+Chimio+Chir	5	22,7%
Radio+Chimio	7	31,8%
Total	22	100,0%



Plus de la moitié des patientes ont eu un traitement chirurgical, une chimiothérapie et radiothérapie.

Incidences et comparaisons internationales

On observe des incidences plus élevées dans les Iles, et un taux standardisé pour la Nouvelle-Calédonie relativement 2 fois plus élevé que celui de la métropole, et des pays voisins comme l'Australie et la Nouvelle-Zélande.

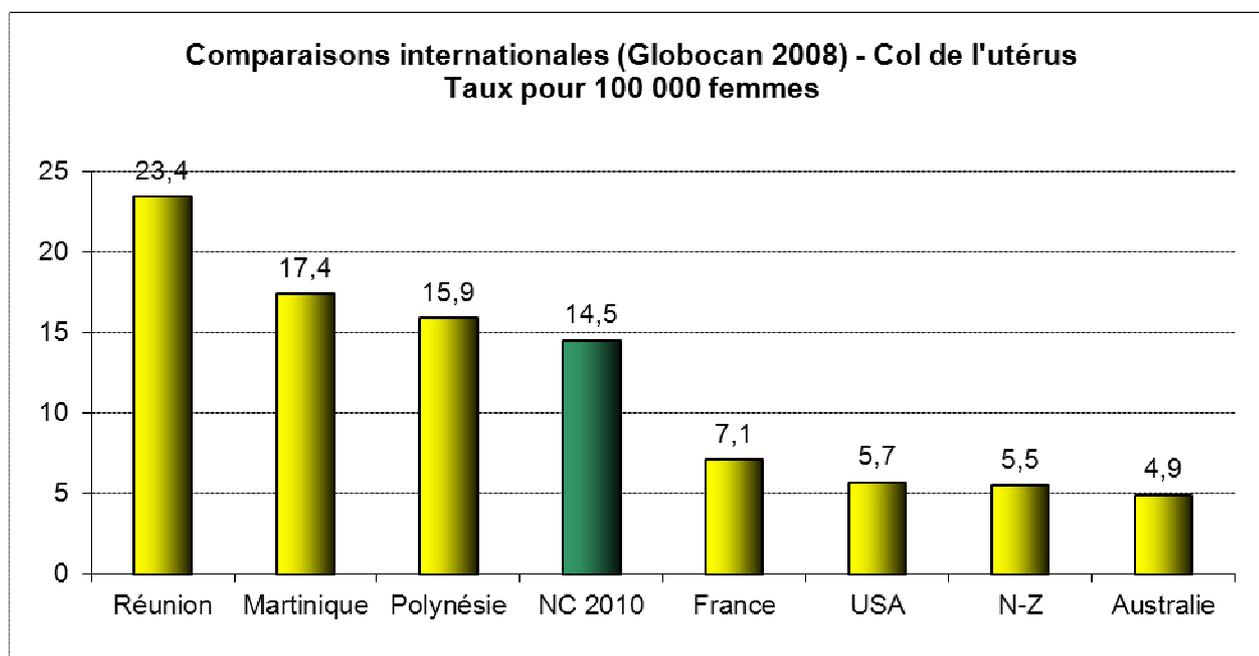
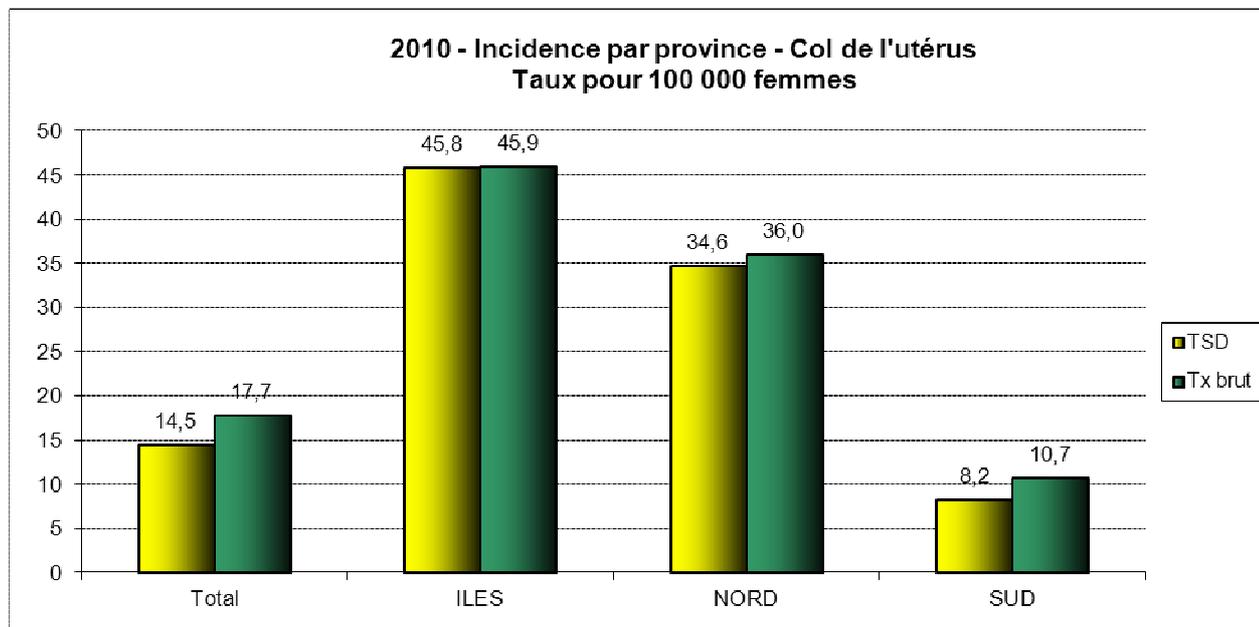


Figure 451 - Cancer du col de l'utérus, incidence par province et comparaisons internationales

Avec 14,5 nouveaux cas pour 100.000 femmes, le taux d'incidence de la Nouvelle-Calédonie est relativement élevé par rapport aux autres pays.

III.1.d. Cancers des autres organes génitaux et des ovaires

Généralités

Ce groupe comprend 9 tumeurs invasives dont :

- 7 tumeurs de l'ovaire
- 1 tumeur de la vulve,
- 1 tumeur du vagin.

Au 1/07/13, 44,4 % des patientes étaient décédées (4 cas).

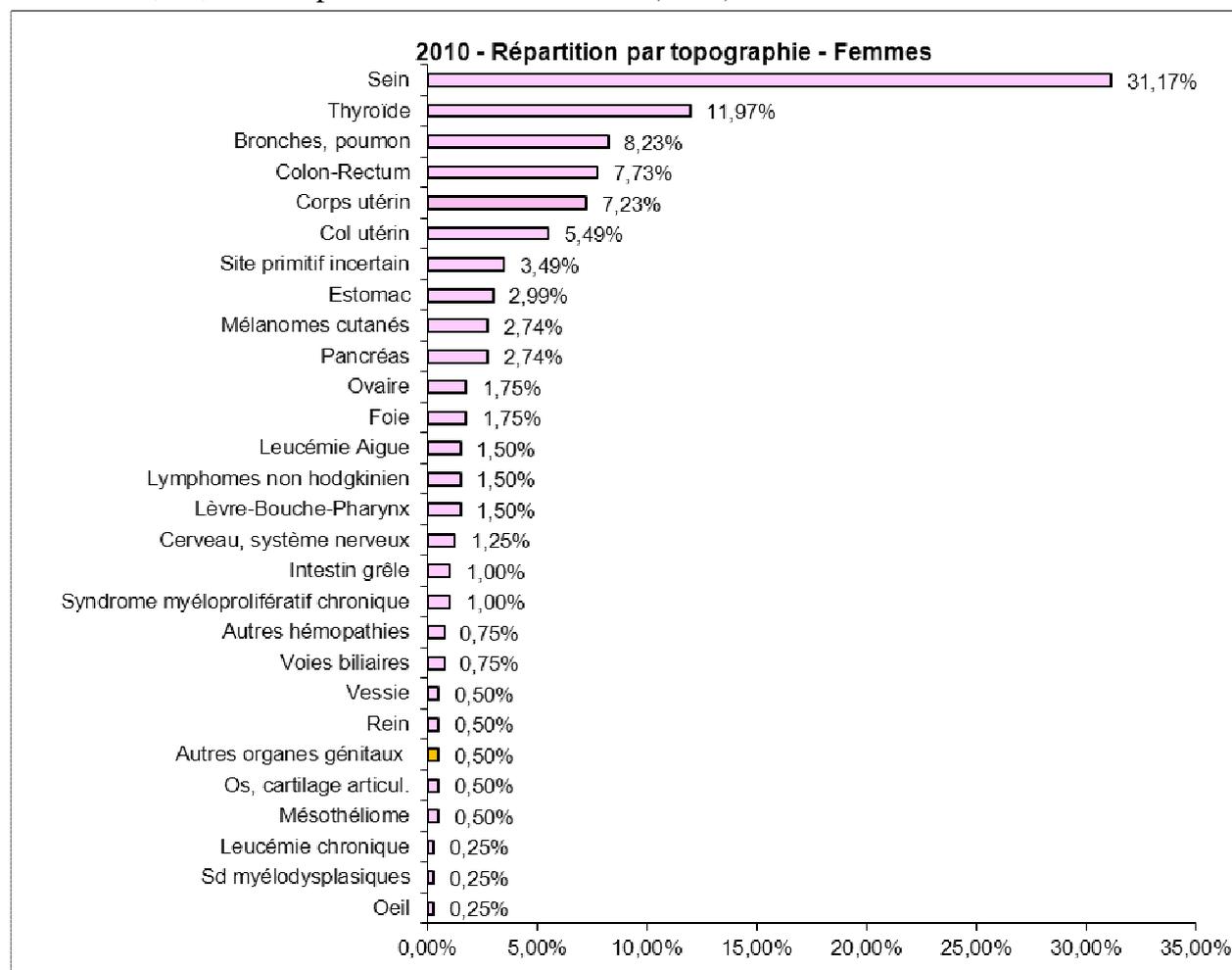


Figure 462 - Répartition par topographie des cancers chez les femmes

Age au diagnostic

L'âge moyen est égal à 60 ans, et l'âge médian est égal à 61 ans avec un âge au diagnostic compris entre 44 et 77 ans.

Plus précisément, pour le cancer de l'ovaire, l'âge moyen au diagnostic est de 61,4 ans et l'âge médian de 61 ans. En métropole en 2011, l'âge médian se situait autour de 65 ans.

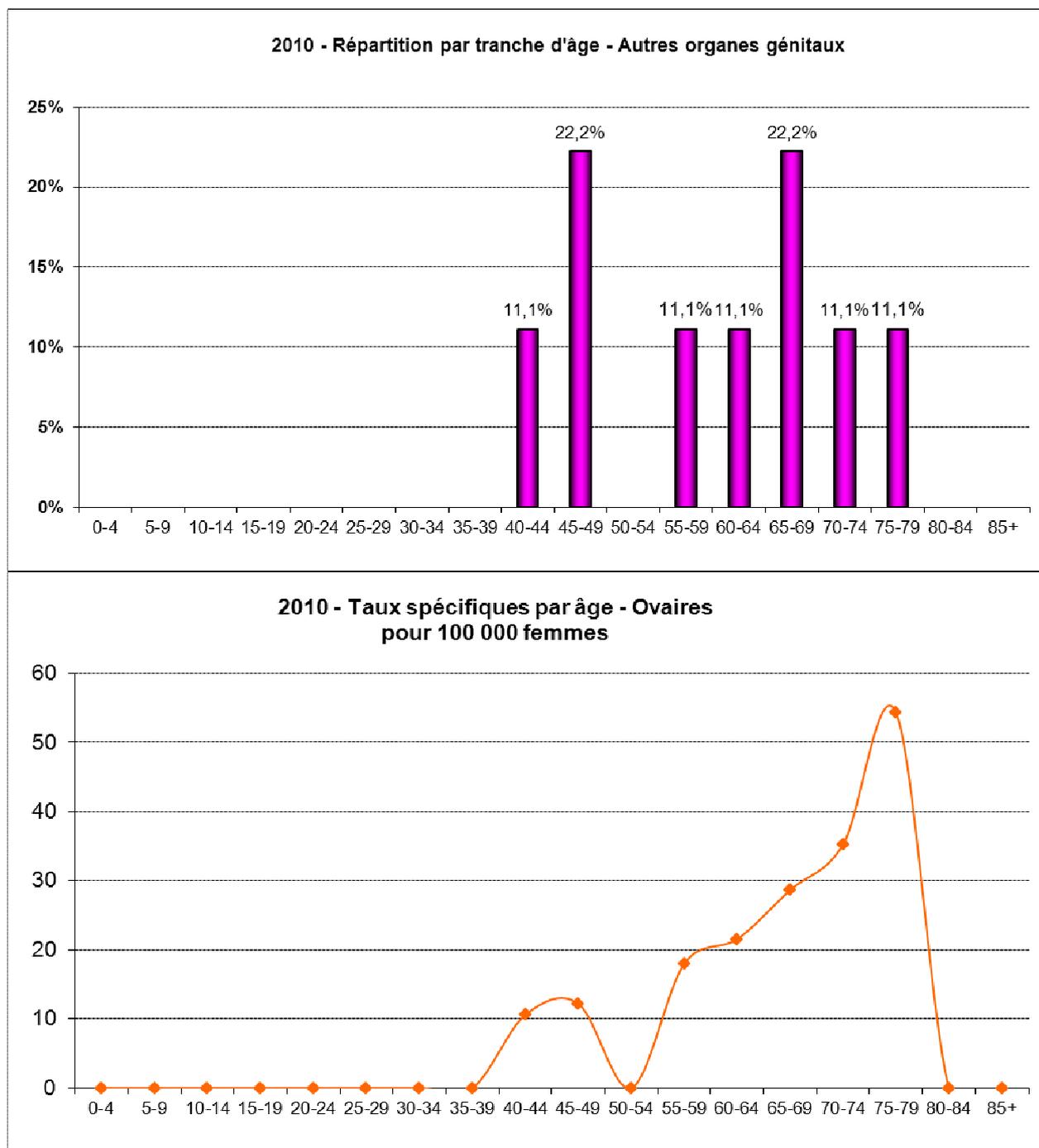


Figure 437 - Cancers des autres organes génitaux, répartition par tranche d'âge et taux spécifiques pour les cancers de l'ovaire

Histologie

Le diagnostic histologique a été effectué pour 9 patientes et l'on retrouve les diagnostics suivants :

- ⊕ 4 Adénocarcinomes
- ⊕ 4 Carcinomes SAI
- ⊕ 1 Tumeur complexe

Concernant spécifiquement les 7 tumeurs ovariennes dont les données sont présentées ci-dessous, on retrouvait 4 adénocarcinomes, 1 tumeur complexe et 2 carcinomes SAI.

Communautés

Les données suivantes concernent uniquement les tumeurs de l'ovaire.

Plus de 70 % des tumeurs ovariennes touchaient des femmes mélanésiennes.

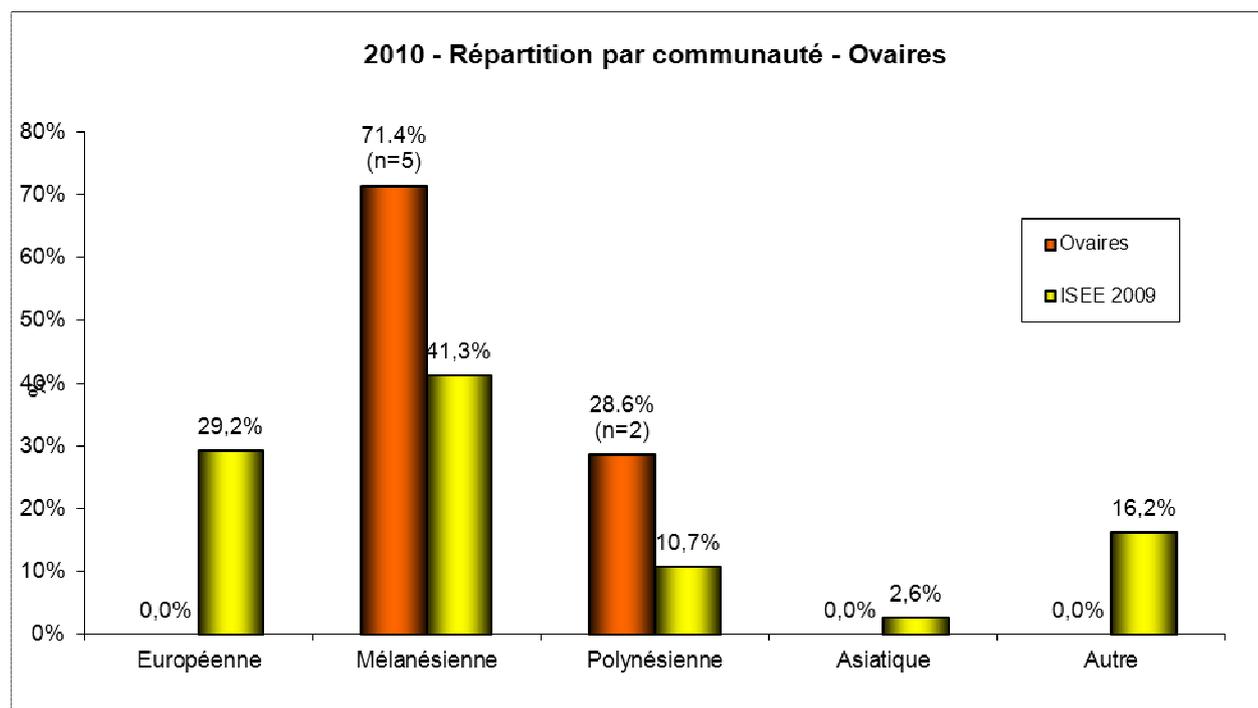


Figure 484 - Cancers des ovaires, répartition par communauté et province

Stade au diagnostic

Moins de 15 % des femmes ont été diagnostiquées à un stade localisé.

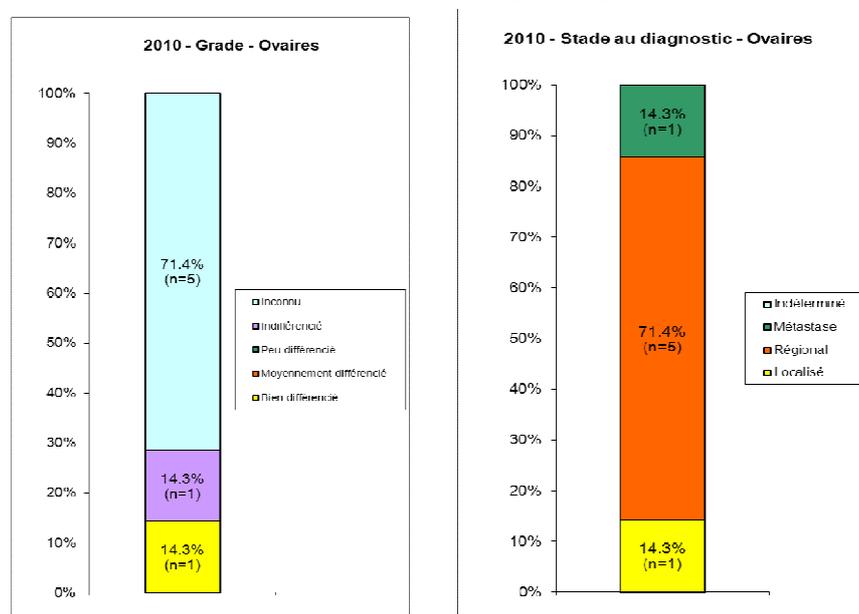


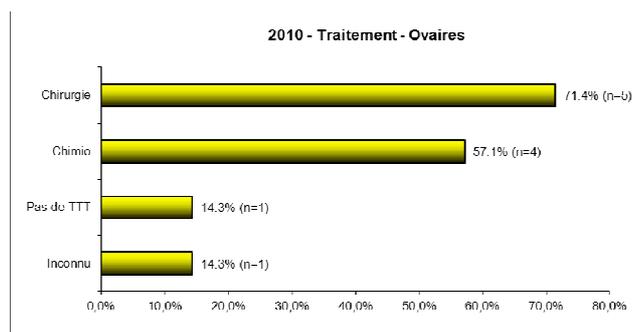
Figure 49 - Cancers ovariens et stade au diagnostic

Traitements

Les traitements comportent plus souvent une association chirurgie-chimiothérapie.

Tableau 12 et Figure 50 6- Cancers ovariens, répartition par schéma thérapeutique

	Nb de cas	Fréquence
Inconnu	1	14,3%
Pas de TTT	1	14,3%
Chirurgie	1	14,3%
Chimio+Chir	4	57,1%
Total	7	100 %



Incidences et comparaisons internationales

On observe en 2010, une incidence nettement plus élevée dans la province des Iles des tumeurs ovariennes par rapport aux autres provinces.

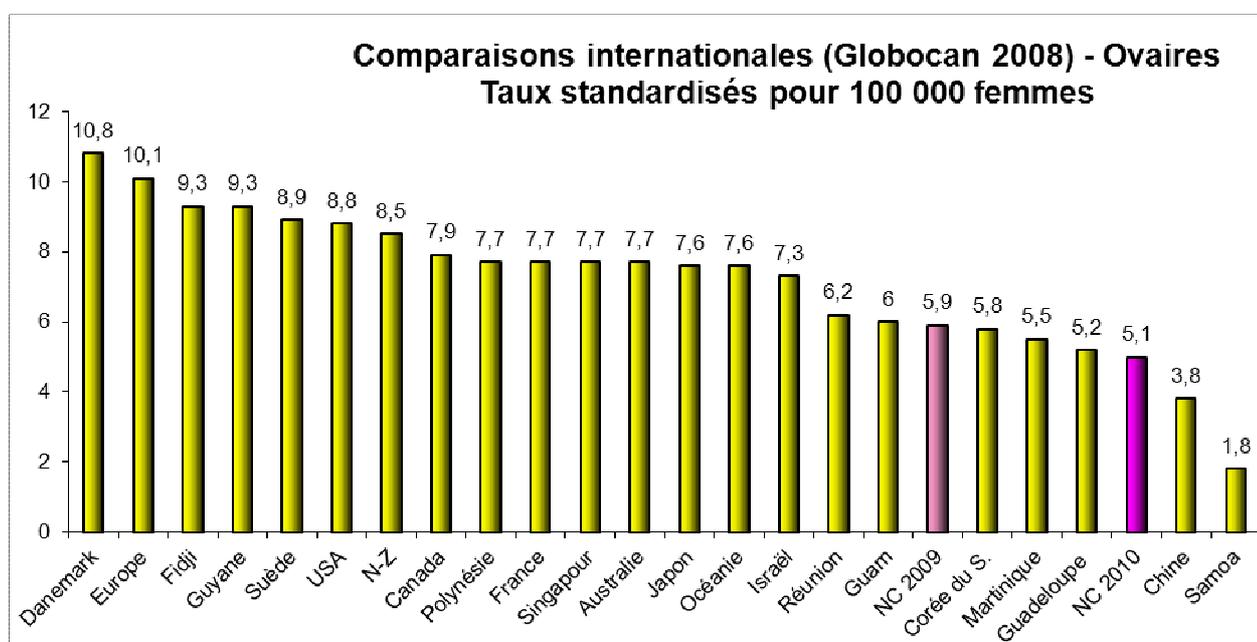
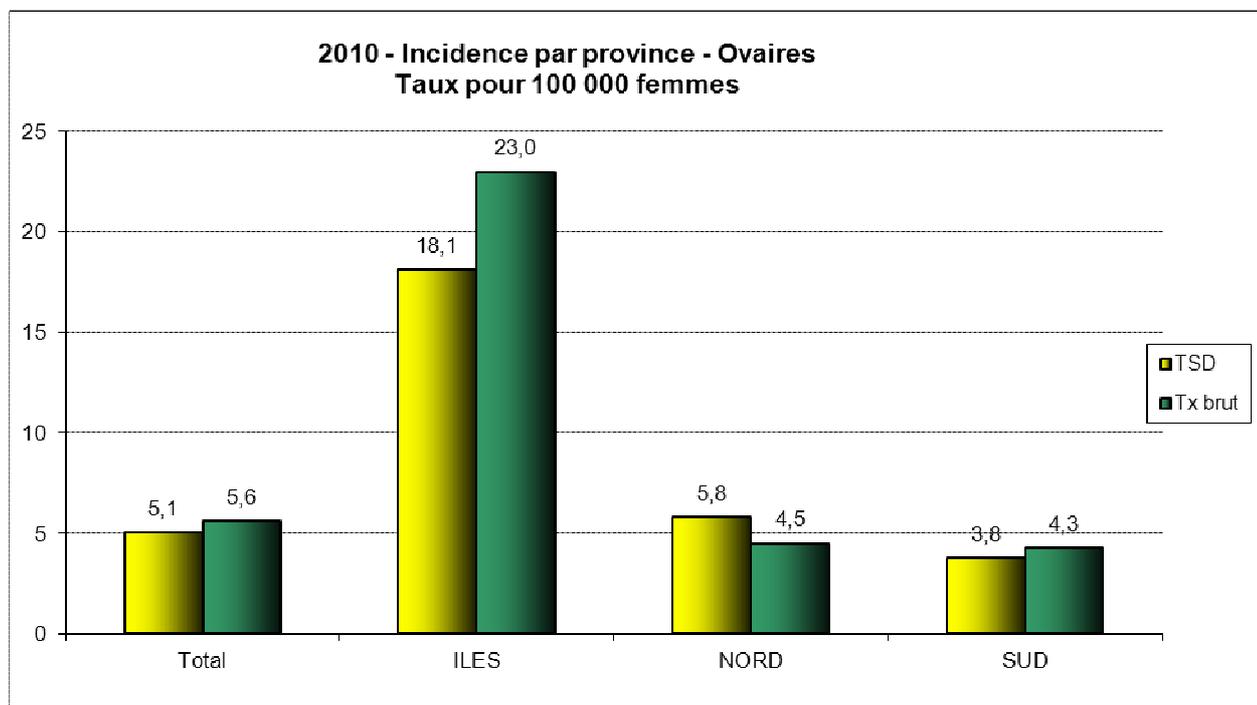


Figure 51 - Cancers ovariens, incidence par province et comparaisons internationales

On constate également que l'incidence des cancers ovariens est en 2010, plus faible que celles de la métropole, et des pays voisins.

III.2. Cancer de la prostate

Généralités

Avec 128 nouvelles tumeurs invasives diagnostiquées en 2010, cette localisation reste de loin le 1er cancer chez les hommes. Au 1/07/2013, 10,9 % (14 cas) des patients étaient décédés.

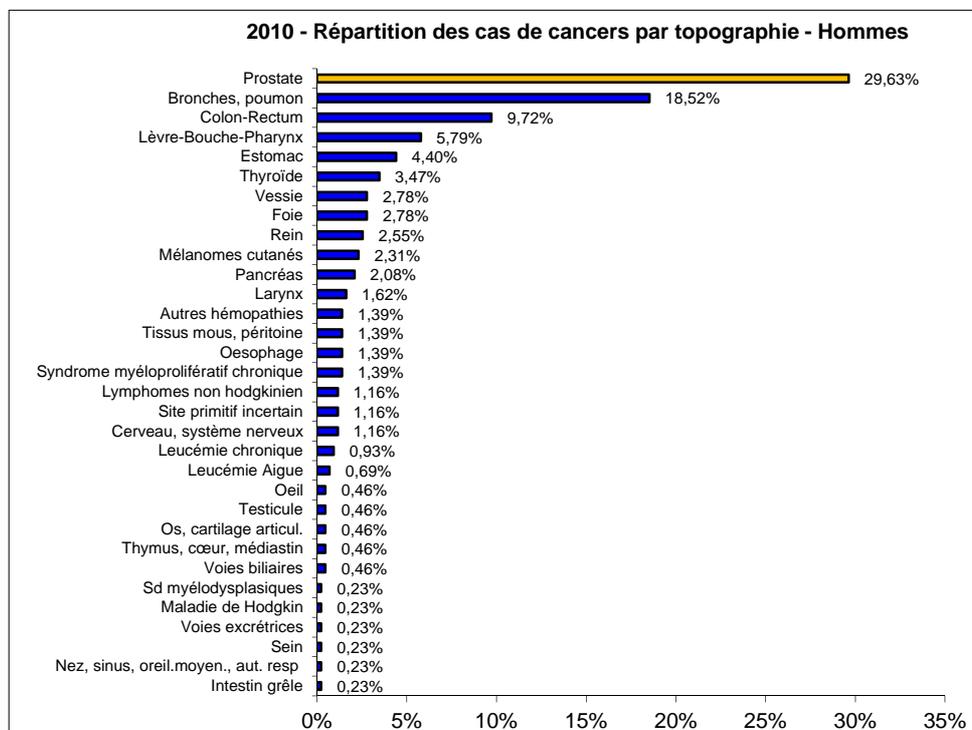


Figure 528 - Répartition des cancers chez l'homme

Age au diagnostic

Il s'agit d'une tumeur du sujet âgé, avec une moyenne d'âge observée au moment du diagnostic égale à 67,4 ans (médiane 67 ans) et avec 1 pic entre 60 et 64 ans. Le plus jeune âge où le diagnostic a été porté est 46 ans. En métropole, l'âge moyen au diagnostic se situe à 93 ans.

Comme observé ci-dessous l'incidence augmente avec l'âge, avec un pic à 75 ans. L'incidence brute totale est relativement élevée avec 100,2 nouveaux cas pour 100 000 hommes.

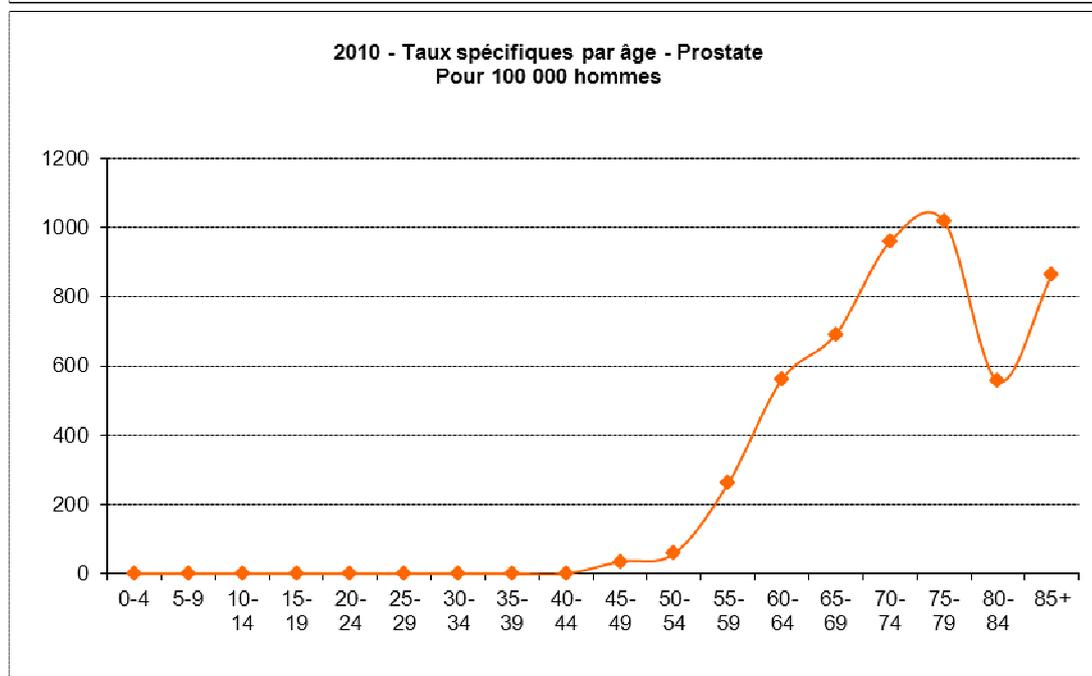
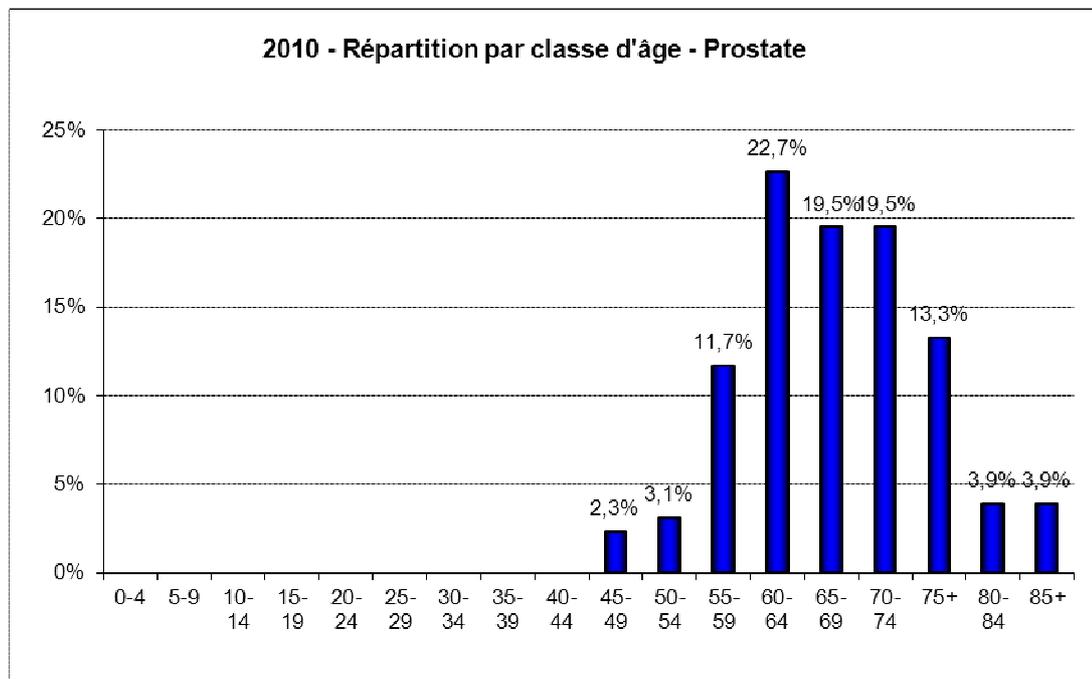


Figure 53 - Cancer de la prostate, répartition par classe d'âge et taux d'incidence spécifique

Communautés

Comme on l'observe sur la figure suivante, près de la moitié des cas concernent la communauté européenne, avec une surreprésentation de cette communauté. A noter, l'absence d'information sur la communauté pour un nombre non négligeable de dossiers, ce qui augmente artificiellement le groupe des « autres communautés » dans lequel sont compris les données manquantes.

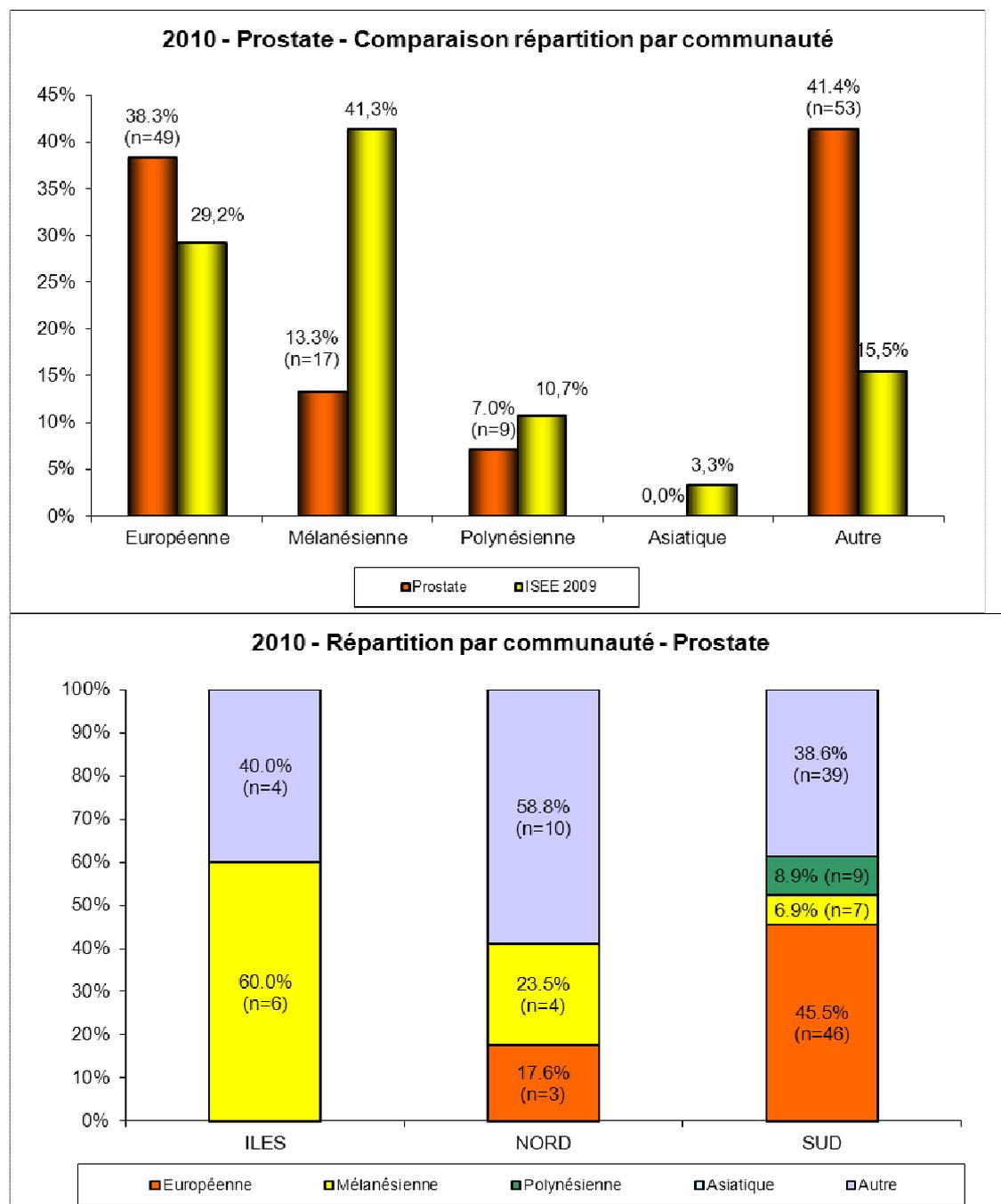


Figure 54 - Cancer de la prostate, répartition par communauté et province

Histologie et grade

127 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, 84,9 % des patients ont une tumeur moyennement différenciée ou peu différenciée.

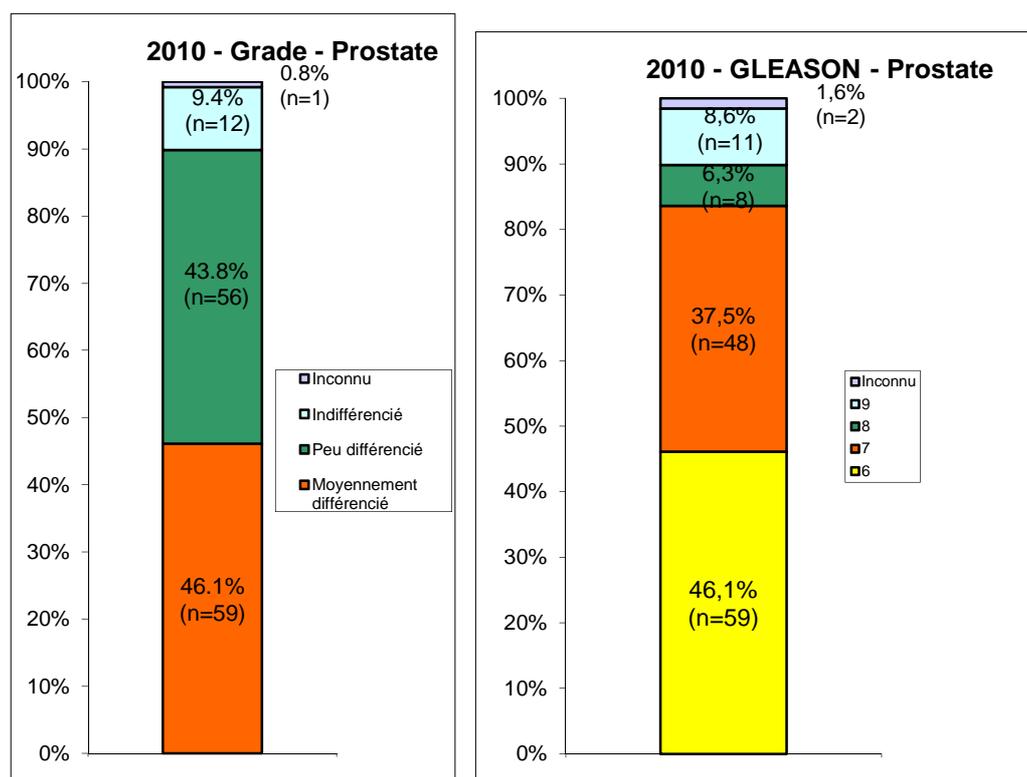


Figure 55 – Cancer de la prostate, grade et Gleason

Stade au diagnostic et PSA

Pour l'ensemble des patients, un peu plus de 8 cas sur 10 ont été diagnostiqués à un stade localisé. Lorsque le cancer est diagnostiqué au stade métastatique, il s'agit en majorité de métastases osseuses (78 %, n=7).

En 2010, 55,5 % des patients pour lesquels cette information était disponible, présentaient un taux de PSA inférieur à 10 ng/ml.

Comme le montre la figure suivante, un taux de PSA < à 10 ng/ml est le plus souvent associé (plus de 90% des cas) à un stade localisé.

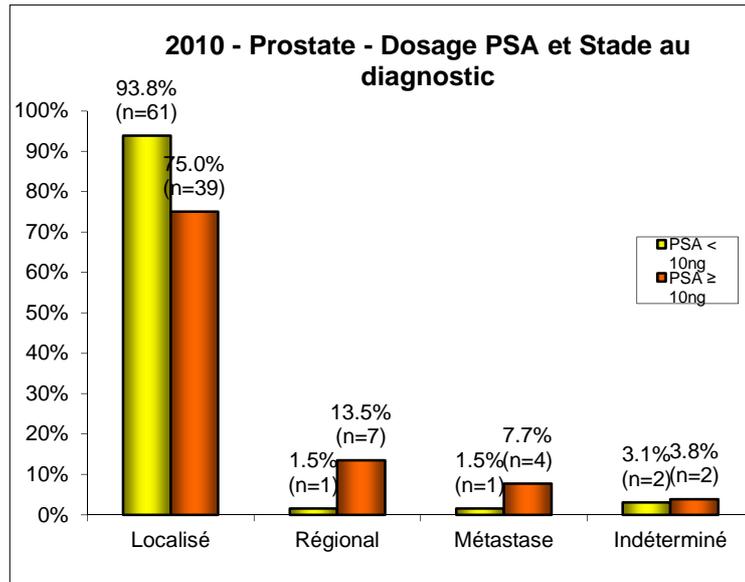
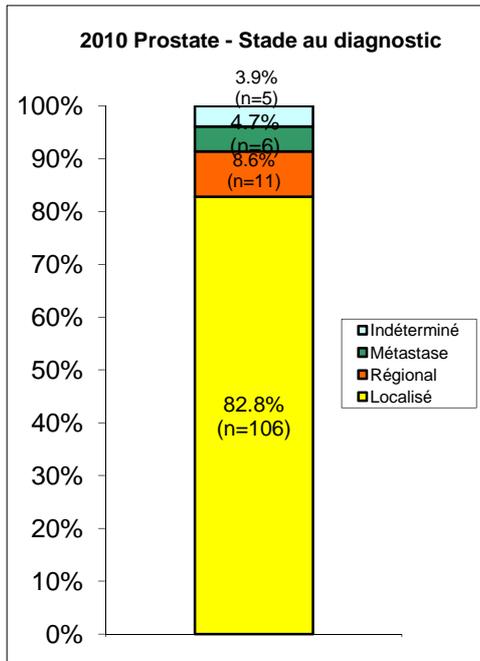


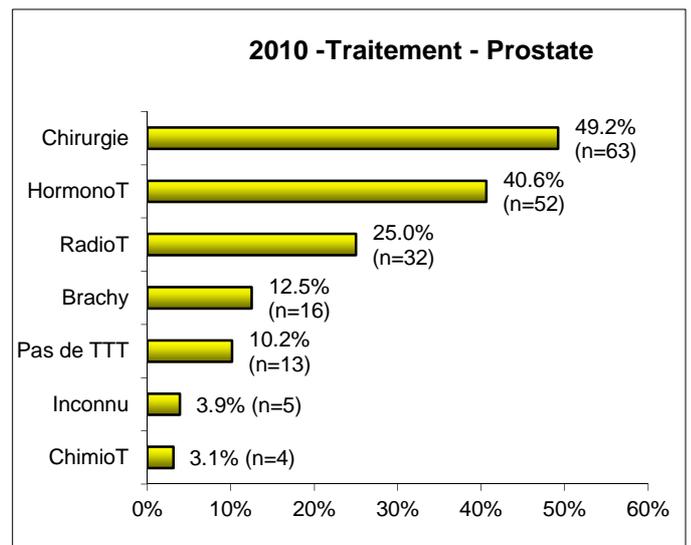
Figure 56 – Cancer de la prostate, Taux de PSA et stade au diagnostic

Traitements

Les traitements diffèrent selon le stade au diagnostic, l'âge du patient mais on remarque que le principal traitement dont ces patients ont bénéficié est la chirurgie, avec près de 5 patients sur 10, puis l'hormonothérapie avec également un peu plus de 4 patients sur 10.

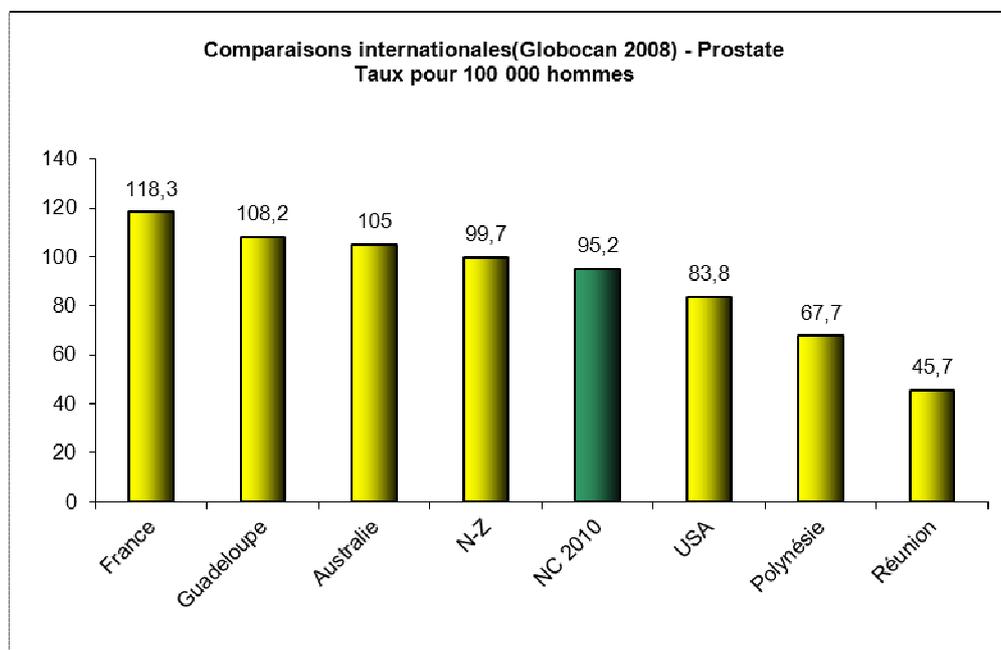
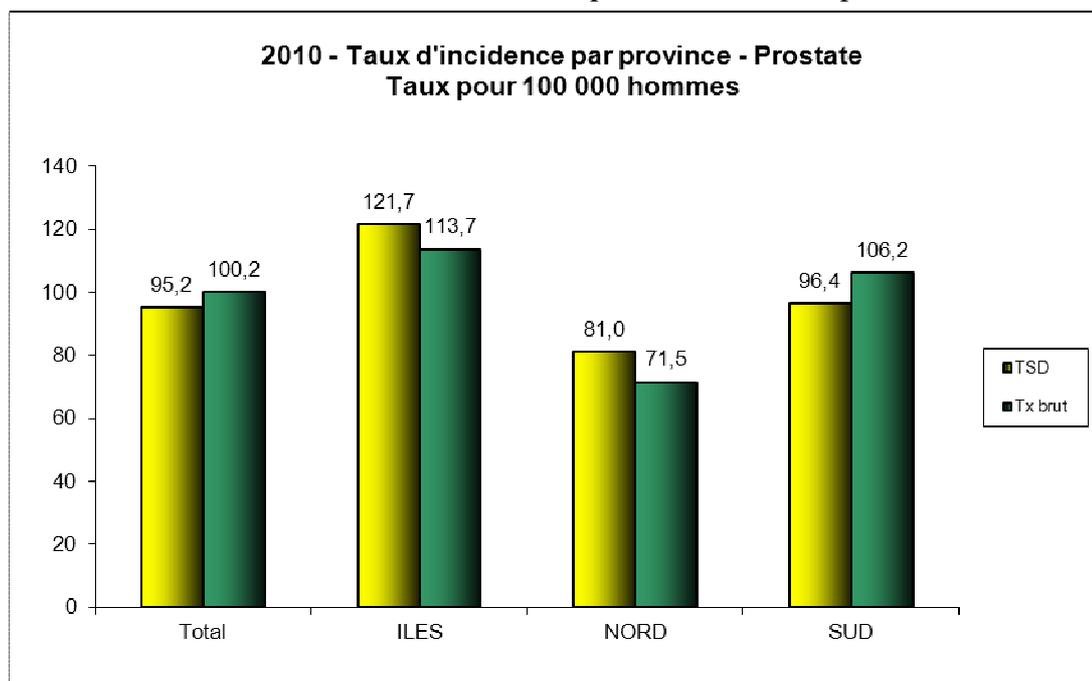
Tableau 13 et Figure 572 - Cancer de la prostate, répartition par schéma thérapeutique

Schéma thérapeutique	Nb de cas
Radio+Brachy	1
Chir+Brachy	1
Chir+Chimio+Hormono	2
Chimio+Hormono	2
RadioT	2
Chir+Radio+Hormono	3
Inconnu	5
Radio+Chir	6
Brachy+Hormono	6
BrachyT	8
HormonoT	8
Chir+Hormono	11
Pas de traitement	13
Radio+Hormono	20
Chirurgie	40
TOTAL	128



Incidences et comparaisons internationales

En 2010, l'incidence standardisée est plus élevée dans la province des Iles Loyauté.



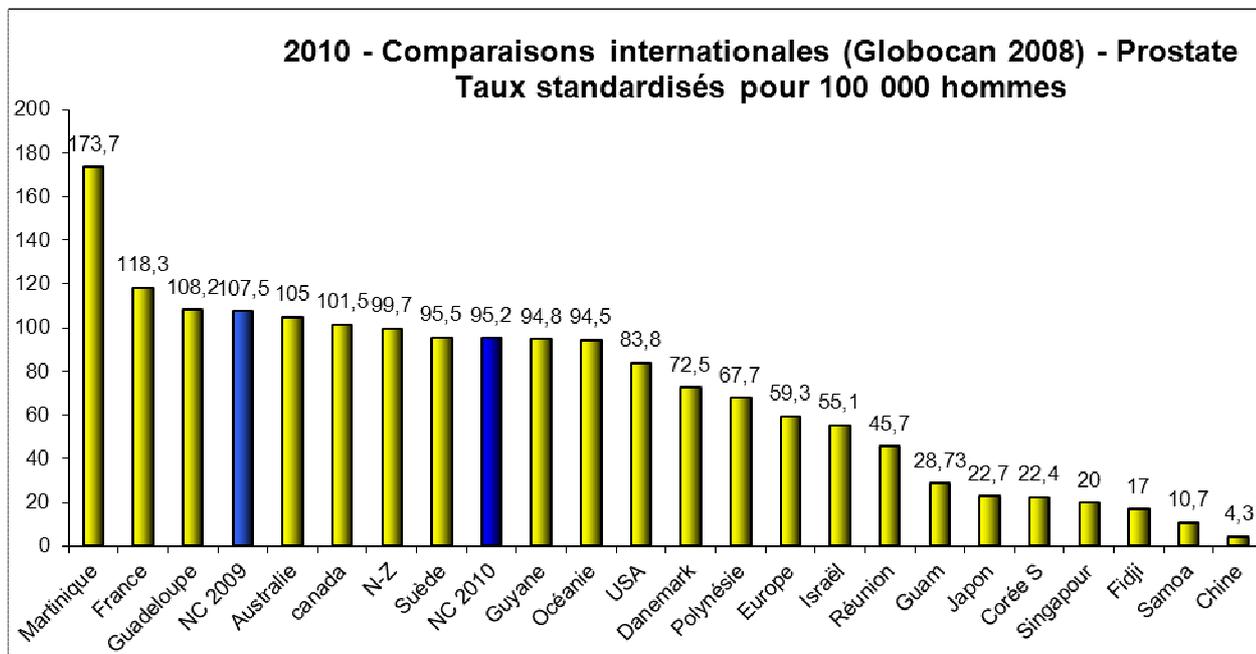


Figure 583 - Cancer de la prostate, incidence par province et comparaisons internationales

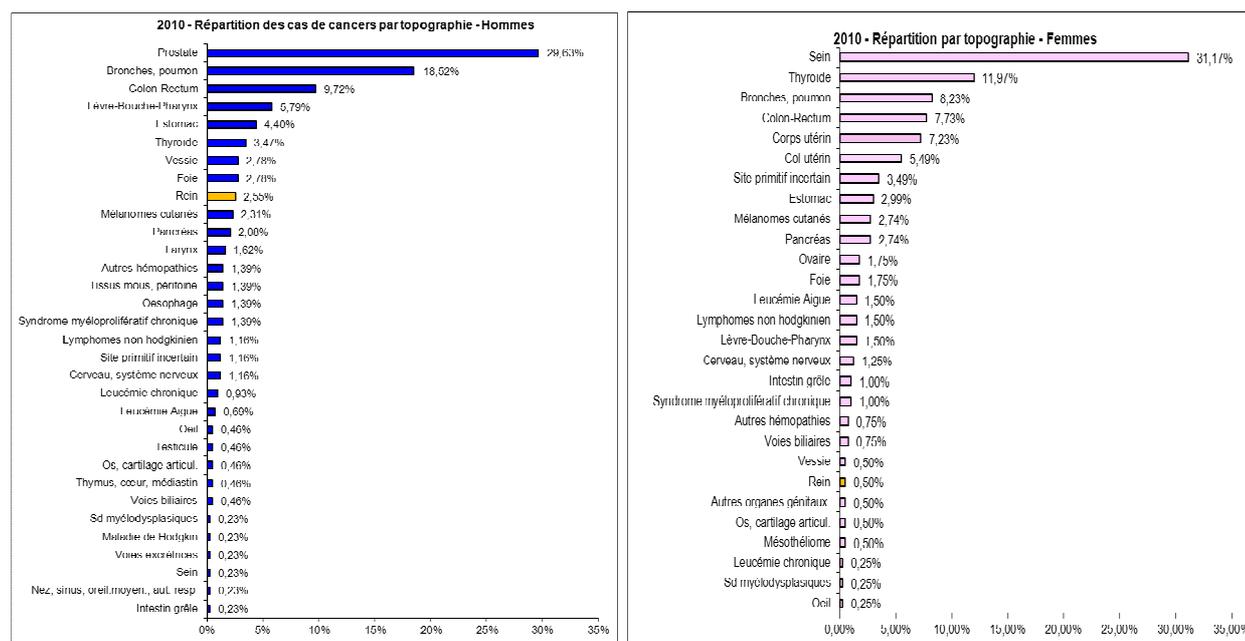
Tout en étant inférieure à celle de la métropole, l'incidence standardisée est plus élevée que dans la plupart des pays voisins, notamment l'Australie et la Nouvelle-Zélande.

III.3. Rein, vessie et voies urinaires

III.3.a. Cancer du rein

Généralités

Avec 13 cas diagnostiqués en 2010 (11 chez les hommes et 2 chez les femmes), soit en 15^{ème} position, tous sexes confondus, ce cancer se situe en 9^{ème} place chez les hommes et en 22^{ème} position chez les femmes. On observe un sex-ratio de 5,5 hommes pour 1 femme. 38,4% des patients étaient décédés au 1/07/2013 (5 cas).



Figures 594 - Répartition des topographies selon le sexe

Age au diagnostic

L'âge moyen est égal à 59,7 ans (âge médian : 65 ans), il est un peu moins élevé chez les hommes (59,4 ans), par rapport aux femmes (61,5 ans), avec un pic entre 65 et 69 ans. En métropole, l'âge moyen de survenue est situé à 62 ans.

Lorsque l'on rapporte le nombre de cas à la population concernée, on observe pour 2010, que une incidence croissante jusqu'à 65-69 ans, où l'on observe un pic, avec une incidence qui diminue ensuite.

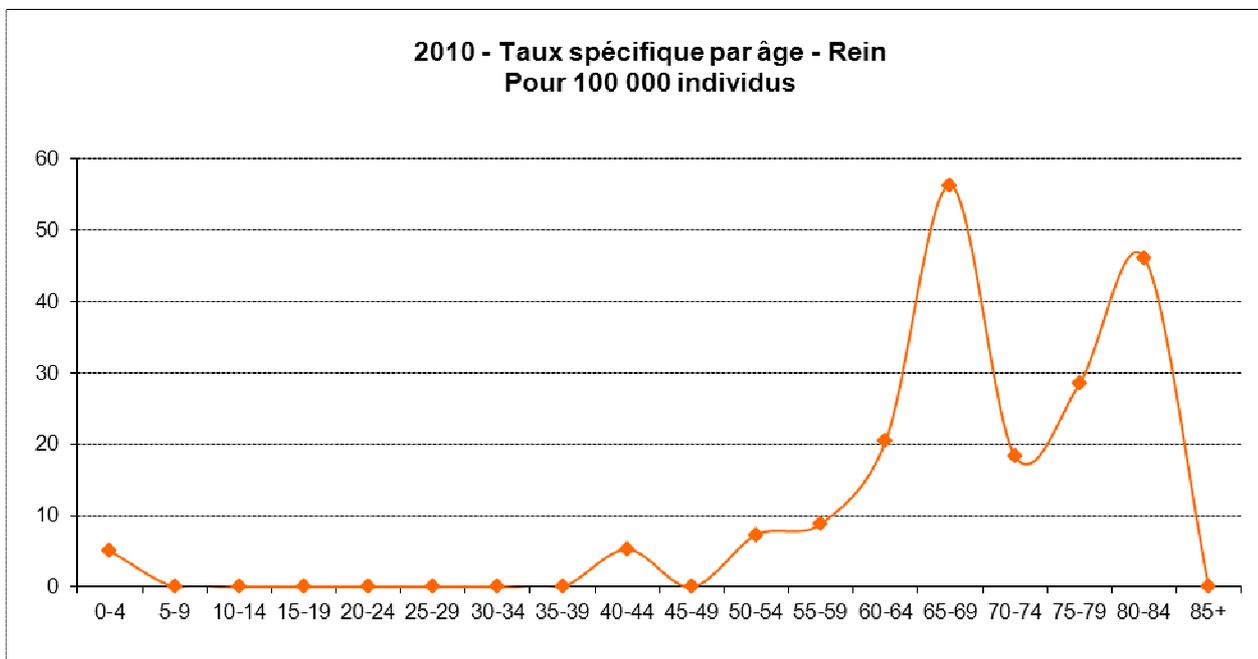
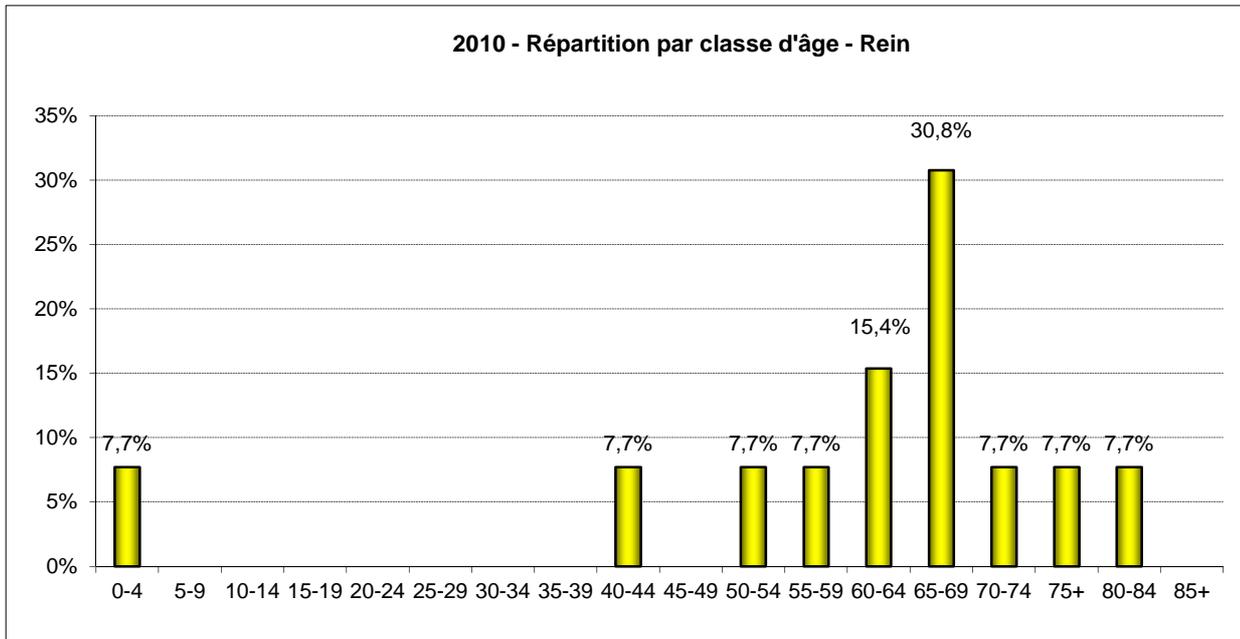


Figure 60 - Cancer du rein, répartition par classe d'âge et taux d'incidence spécifique

Communautés

Bien que le nombre de cas soit relativement faible, plus 69,2 % des cas concernent la communauté européenne.

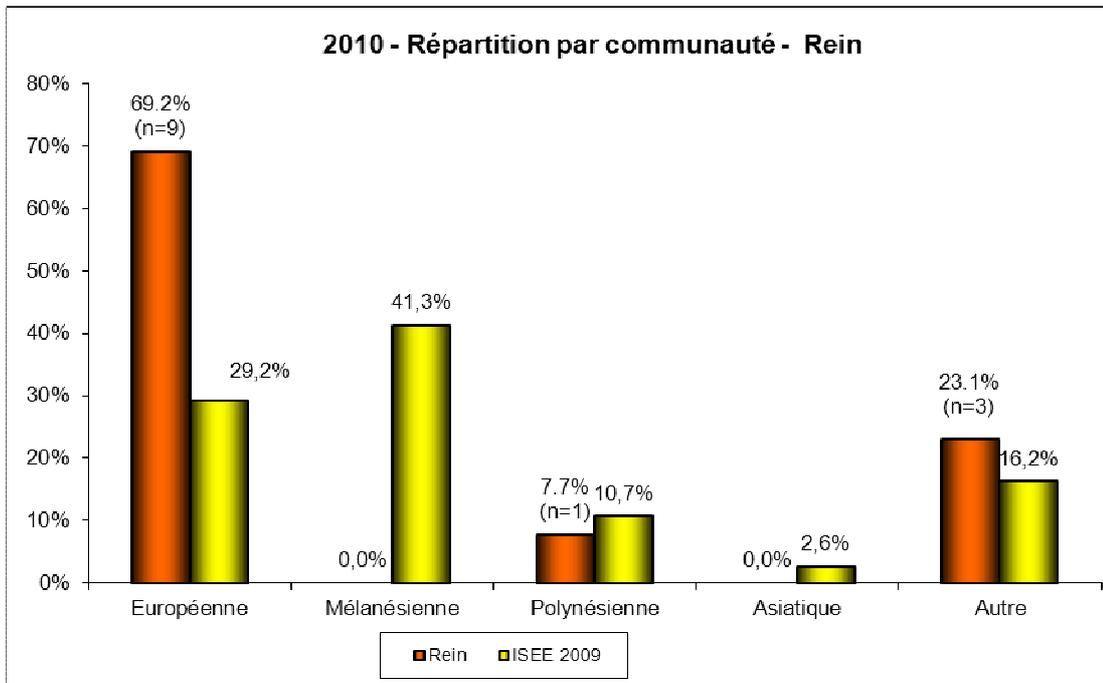


Figure 616 - Cancer du rein, répartition par communauté

Histologie et stade au diagnostic

Le diagnostic a été fait au moyen de l’histologie de la tumeur chez 11 patients, il s’agissait de carcinomes (néphrocarcinome : 10 cas, autres carcinomes : 1 cas). Le diagnostic a été porté pour 2 patients à partir de l’imagerie sans histologie (Radio).

Le grade histologique n’a pas été retrouvé pour 8 patients.

Ces tumeurs ont été diagnostiquées dans 61,5% des cas à un stade localisé. Pour les cancers avec métastase, la localisation la plus fréquemment mentionnée est le foie (3 des 4 patients concernés).

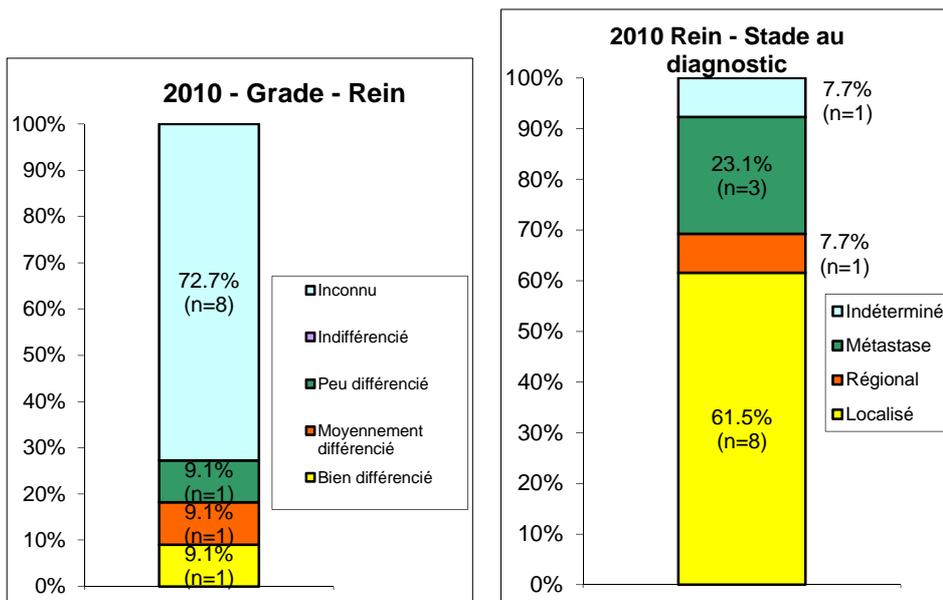


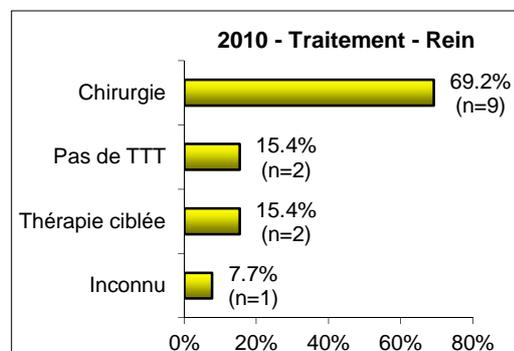
Figure 62 - Cancer du rein, répartition par grade et selon le stade au diagnostic

Traitements

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

Tableau 13 et figure 63 : Cancer du rein, répartition par schéma thérapeutique

Inconnu	1
Immuno	1
Chir+Immuno	1
Pas de TTT	2
Chirurgie	8
TOTAL	13



Incidences et comparaisons internationales

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

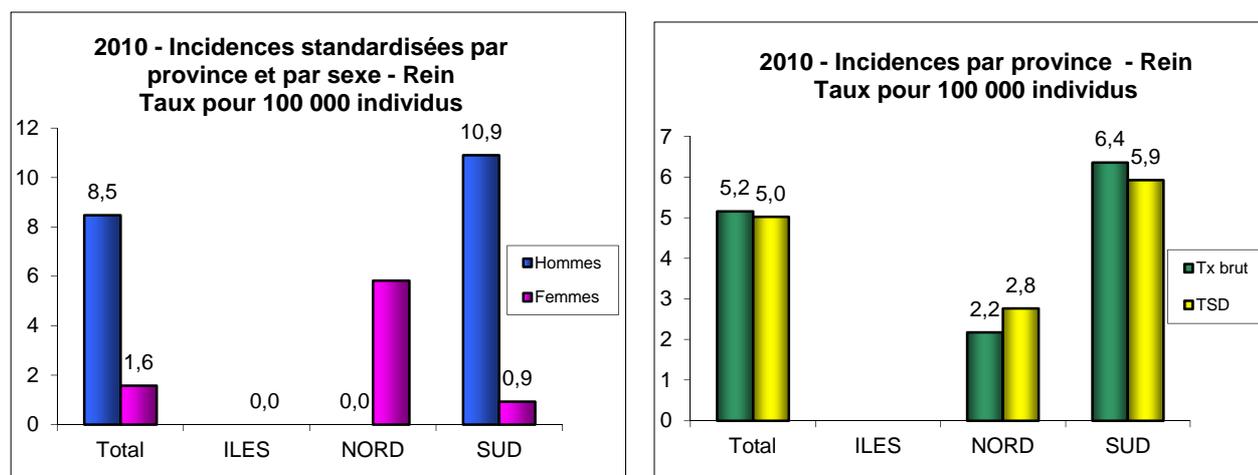


Figure 64 - Cancer du rein, incidences selon le sexe et la province

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 chez les hommes avec les autres pays, chez les hommes, celle-ci est située après la métropole, l'Australie et de la Nouvelle-Zélande, elle est presque deux fois moins élevée que celle de la métropole et des USA.

Chez les femmes, elle est située bien après la métropole, l'Australie et la Nouvelle-Zélande.

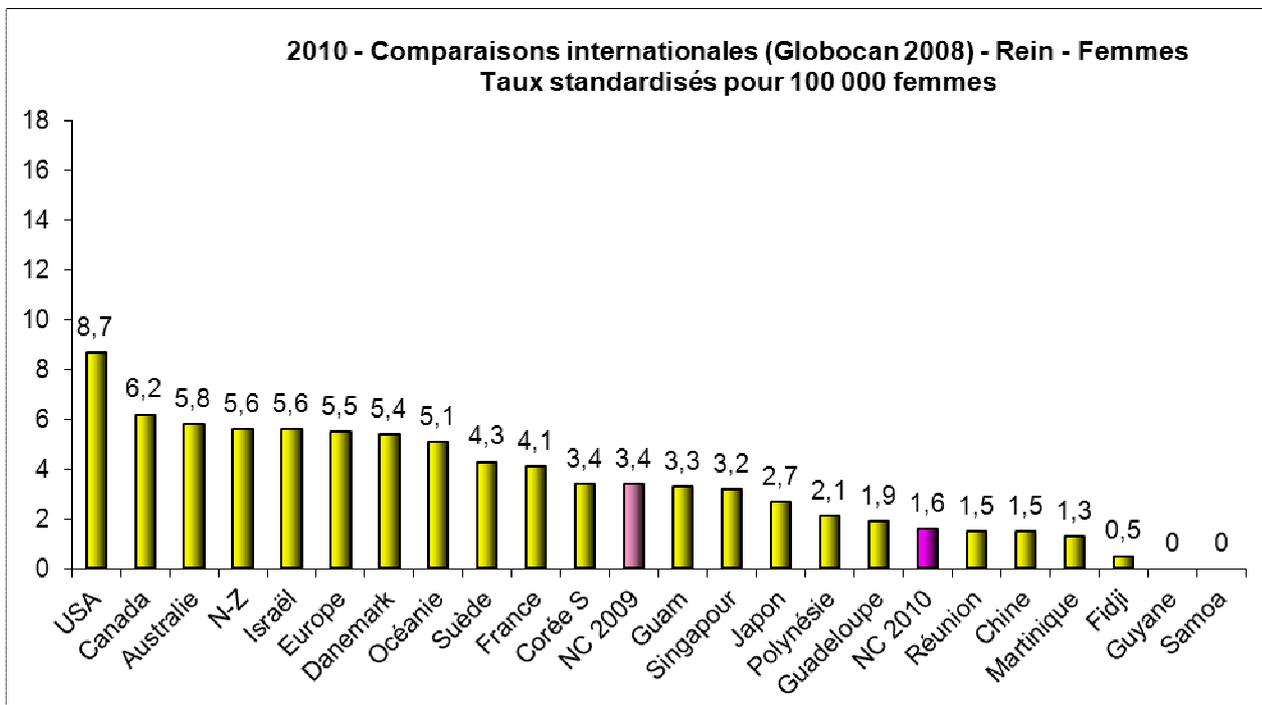
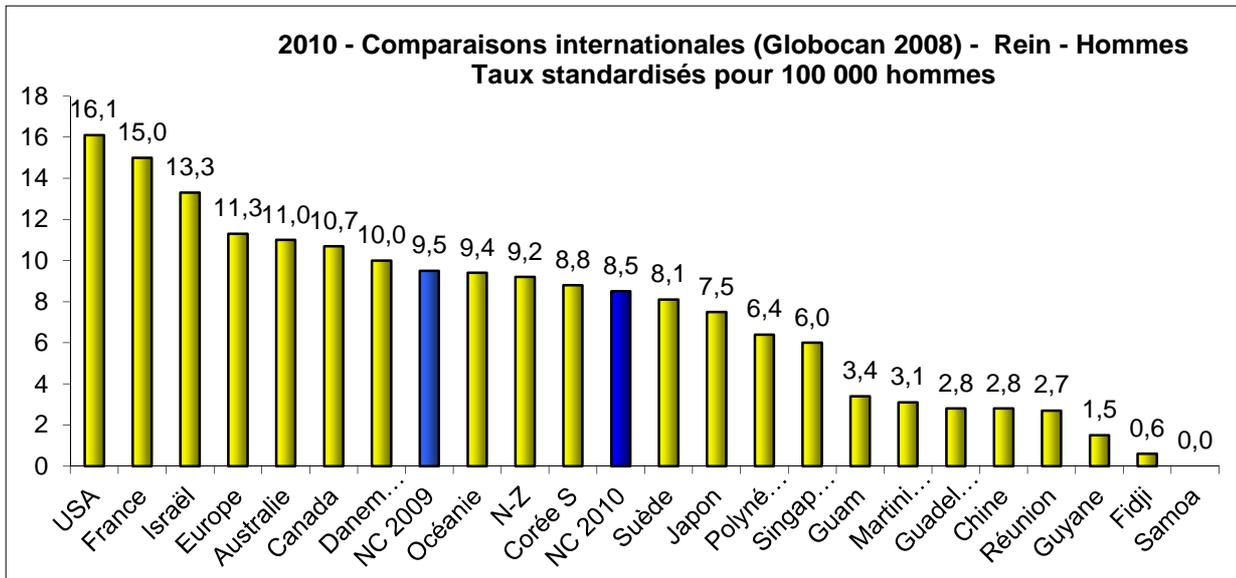
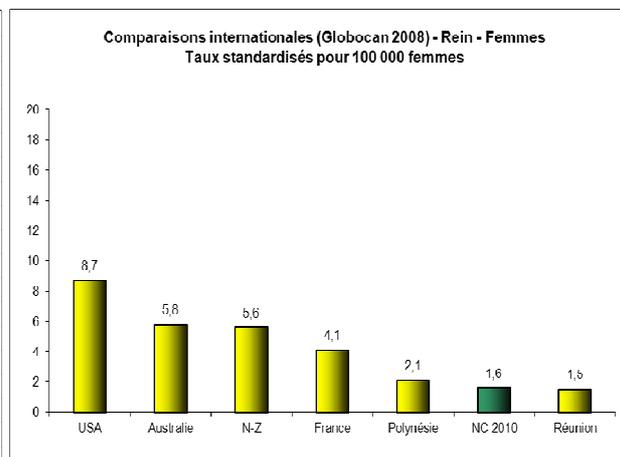
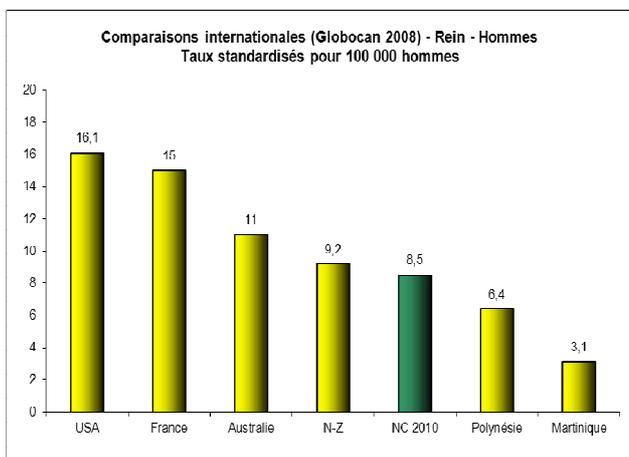


Figure 65 - Cancers du rein, comparaisons internationales selon le sexe



III.3.b. Cancer de la vessie et des voies urinaires

Généralités

Avec **15 tumeurs invasives**, cette topographie est située en 14^{ème} position tous sexes confondus et comprend 14 tumeurs invasives de la vessie et une des voies urinaires (uretère).

On enregistre 13 tumeurs chez les hommes contre 2 chez les femmes, représentant ainsi le 7^{ème} rang chez les hommes et 21^{ème} rang chez les femmes et un sex-ratio de 6,5 hommes pour 1 femme. 7 patients étaient décédés au 1/07/2013.

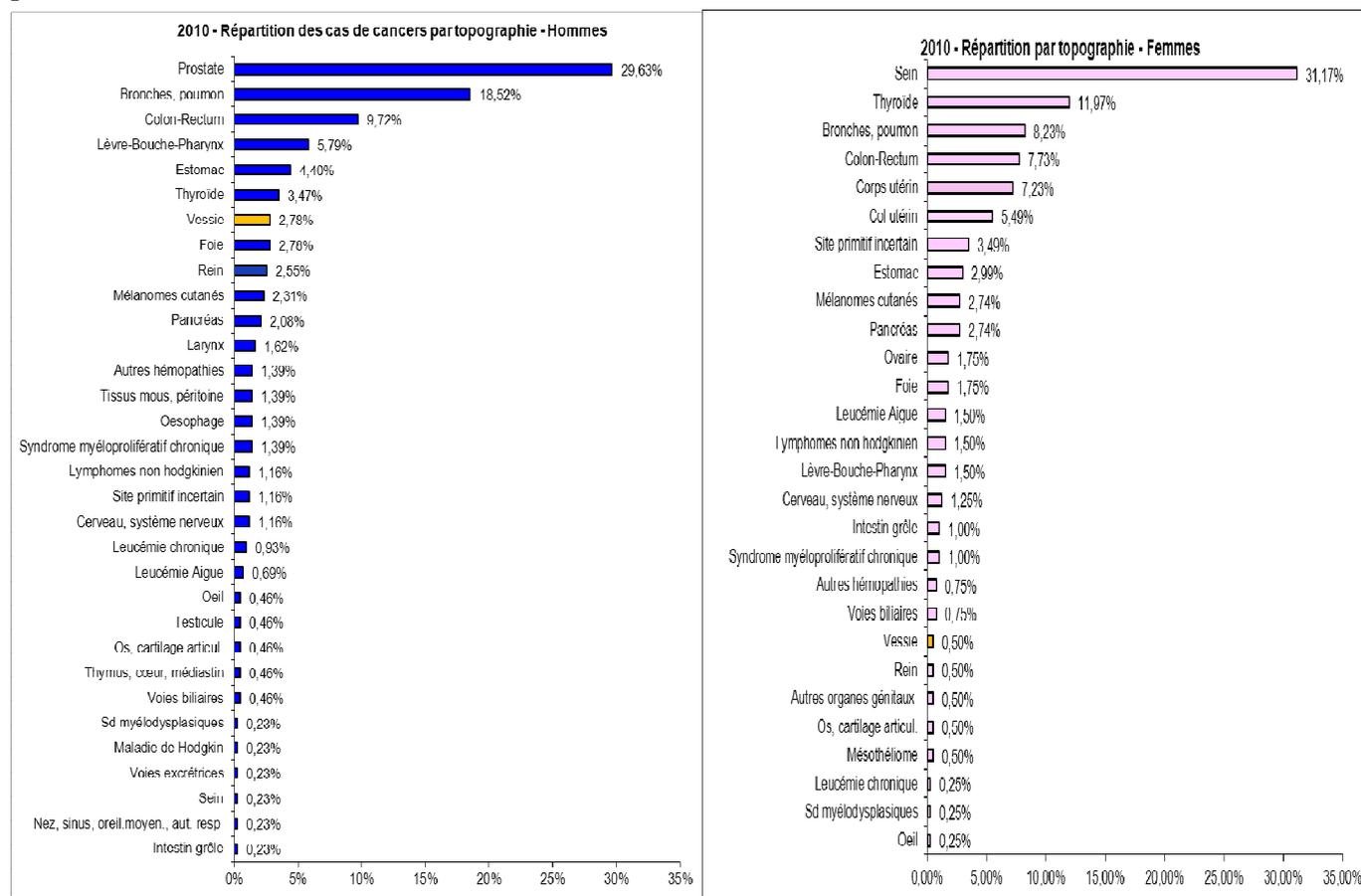


Figure 66 - Répartition des topographies selon le sexe

Age et communauté

Le diagnostic de ces tumeurs invasives est porté à un âge moyen égal à 73,2 ans (médiane : 77 ans), avec un pic à 80-84 ans. A noter, 2 patients diagnostiqués avant 55 ans.

En métropole, l'âge moyen se situe à 65 ans.

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

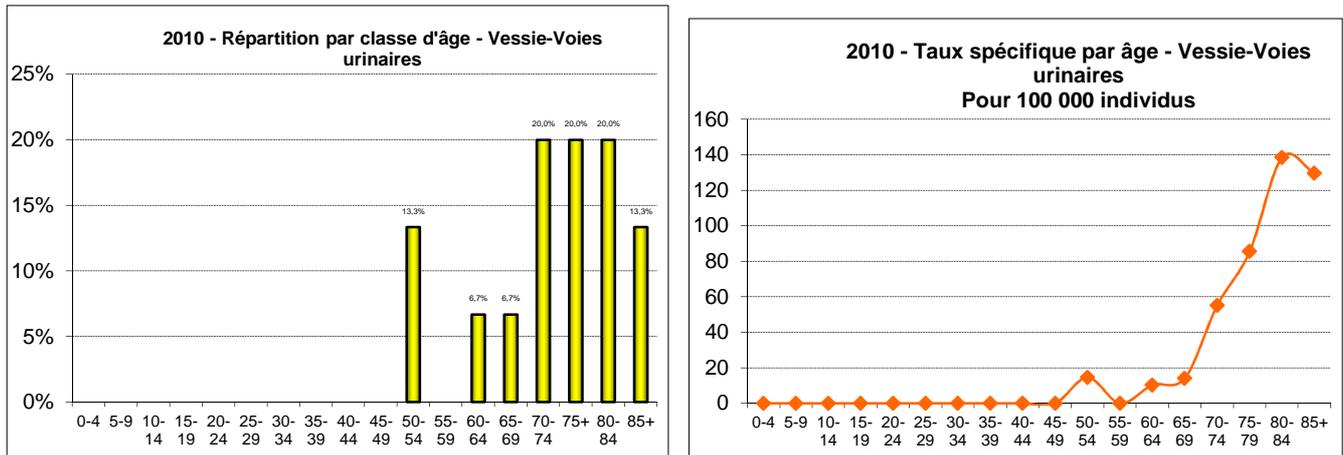


Figure 67 - Cancer de la vessie et des VU : répartition par tranche d'âge et taux spécifiques d'incidence

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

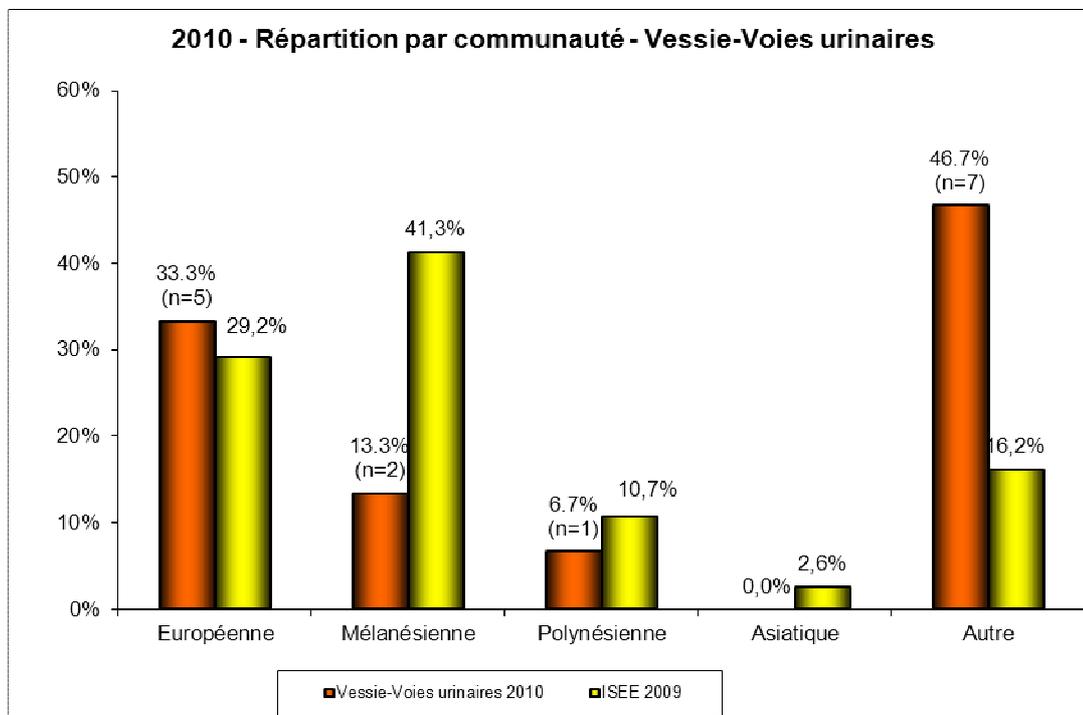


Figure 68 - Cancer de la vessie et VU, répartition par communauté

Histologie et stade au diagnostic

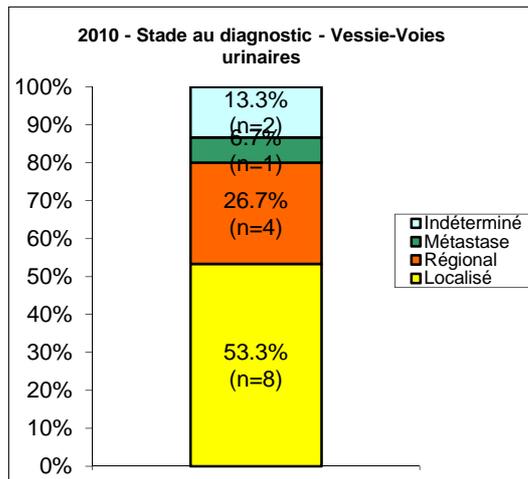
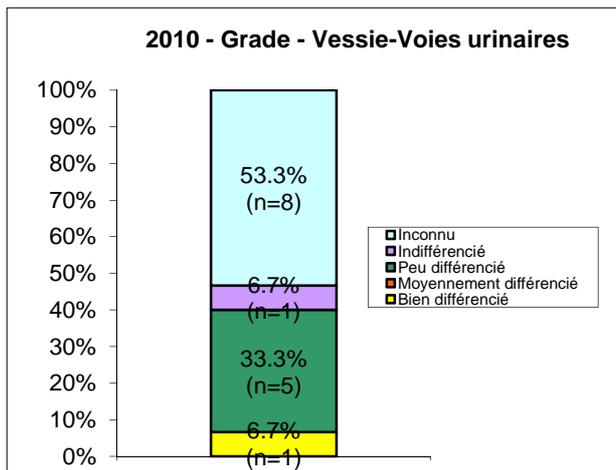
Parmi les 15 cas enregistrés, tous ont bénéficié d'un diagnostic histologique (15 localisations concernant la vessie et 1 pour les voies urinaires). Il s'agissait de :

- ▣ 14 Carcinomes urothéliaux
- ▣ 1 Adénocarcinome

Parmi 15 tumeurs avec histologie, comme observé dans la figure suivante, 8 n'ont pas de grade précisé sur le compte-rendu (soit 53,3%). Lorsque cette information a été retrouvée sur le CRAP, on observe essentiellement des tumeurs peu différenciées à indifférenciées (6 cas parmi les 7 renseignées).

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

Les 2 patients au stade métastatique avaient des métastases ganglionnaires à distance.



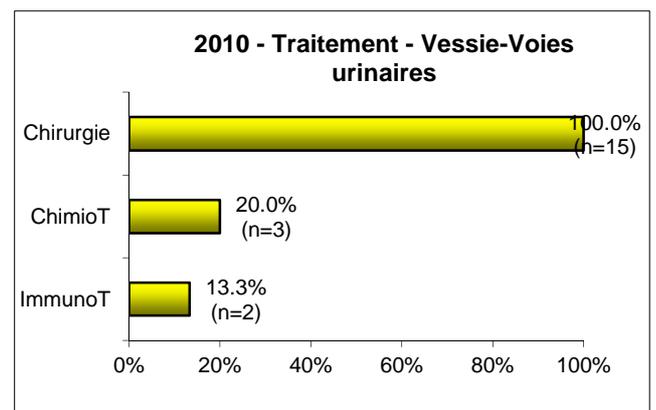
Figures 69 - Cancer de la vessie et VU, répartition selon le grade et le stade au diagnostic

Traitements

Tous les patients ont bénéficié d'un traitement chirurgical, et 3 patients ont reçu un traitement par chimiothérapie.

Tableau 14 et Figure 70 - Cancer de la vessie et VU, répartition selon les schémas thérapeutiques

Chir+Chimio+Immuno	1
Chir+Immuno	1
Chir+Chimio	2
Chirurgie	11
TOTAL	15



Incidences et comparaisons internationales :

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

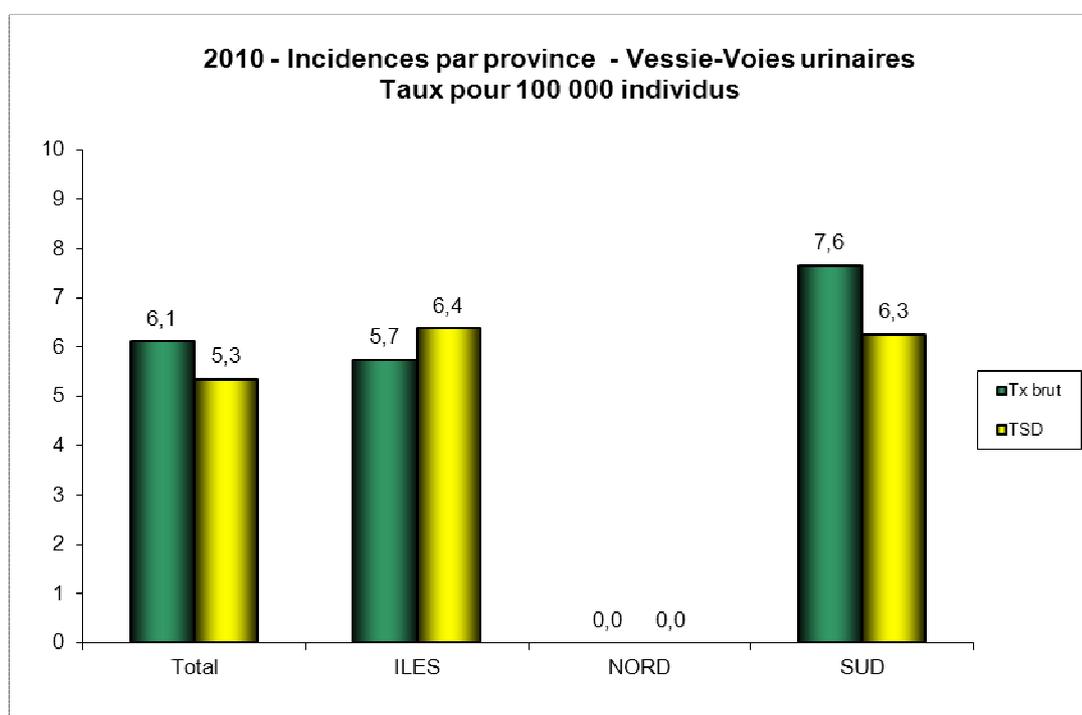
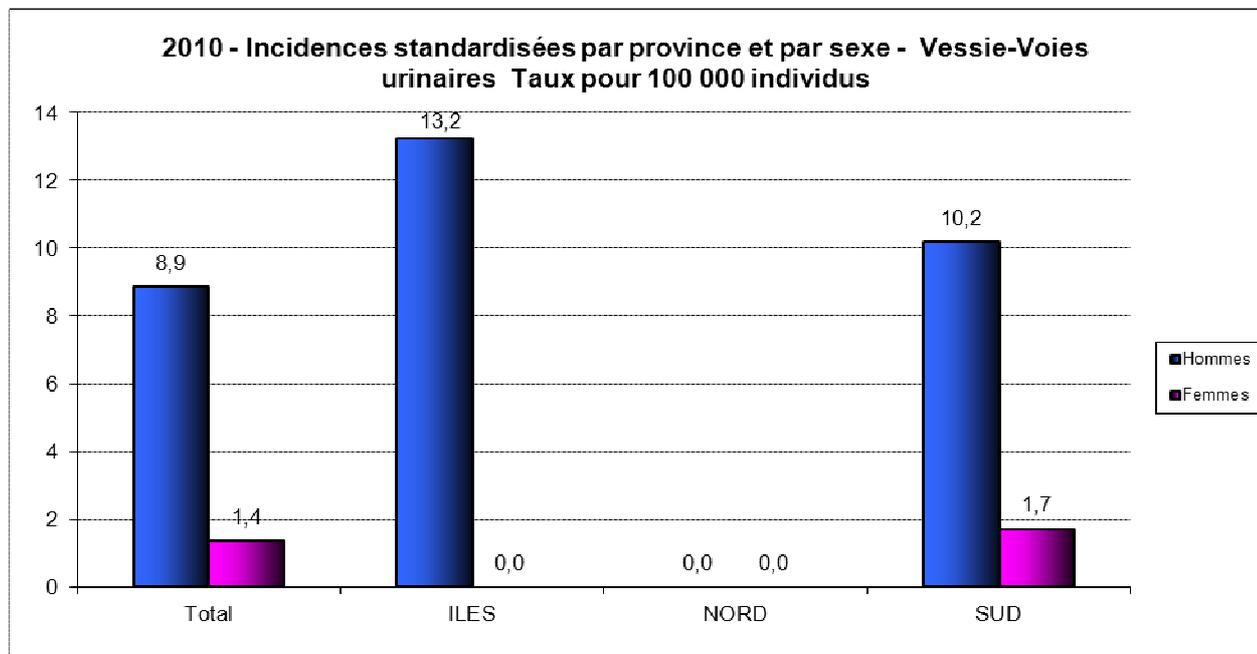
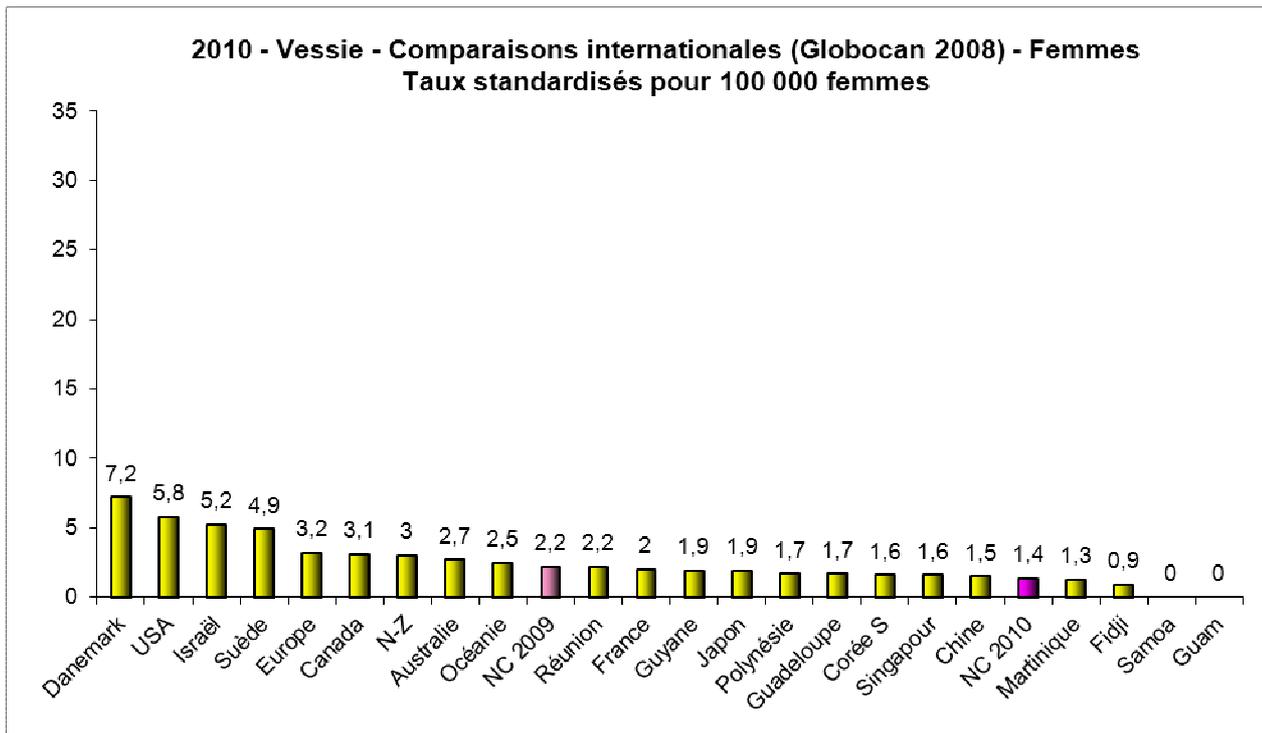
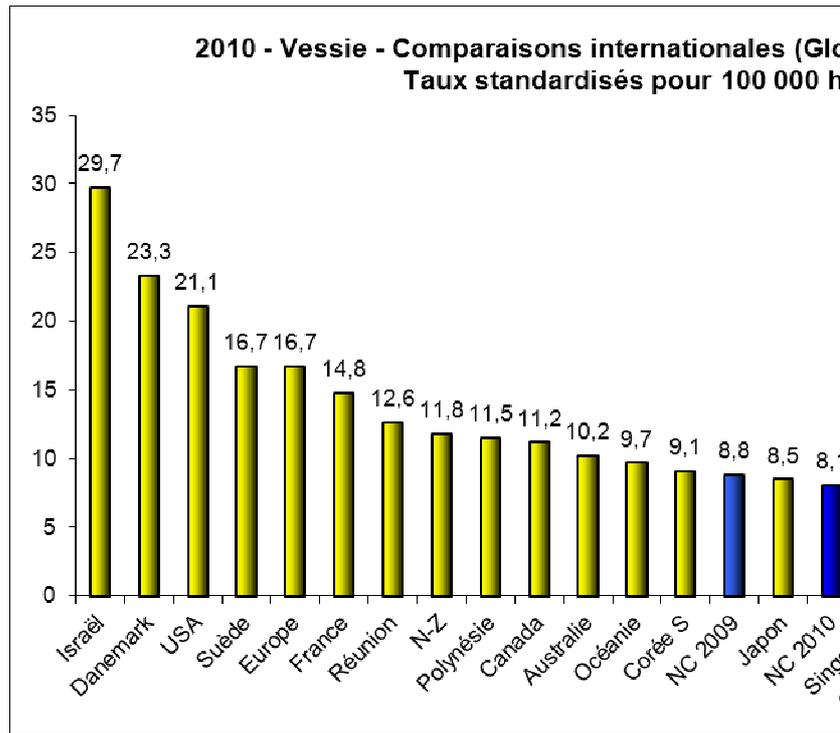
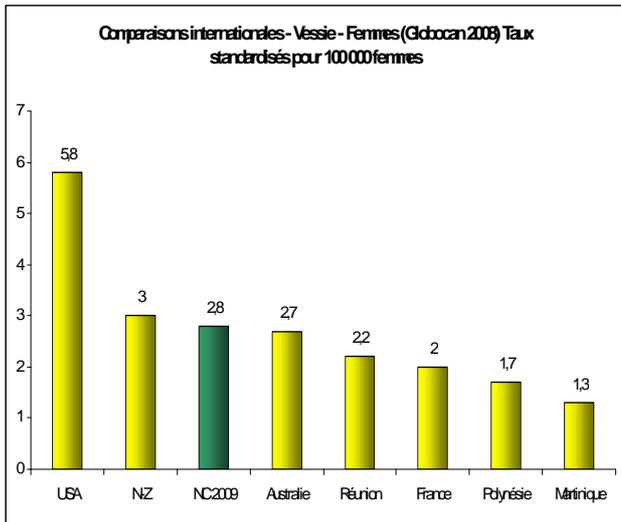


Figure 71 - Cancer de la vessie et VU, incidences selon le sexe et la province

Pour le cancer de la vessie, qui est le plus fréquent, l'incidence chez les hommes en 2010 est plus basse que celle de la métropole en 2008, et fait partie des pays à incidence plus basse chez les femmes.



Figures 72 - Cancer de la vessie et des VU, comparaison des incidences selon le sexe

III.3 Appareil respiratoire

III.3.c. Cancer des bronches et du poumon

Généralités

Avec 113 nouveaux cas en 2010, cette localisation se situe au 3ème rang des tumeurs tous sexes confondus, ce classement varie selon le sexe. Avec 80 tumeurs, il se place au 2ème rang chez les hommes et 3ème chez les femmes avec 33 tumeurs.

On observe ainsi un sex-ratio égal à 2,42 hommes pour 1 femme. 75,2 % des patients étaient décédés au 1/07/2013 (85 cas).

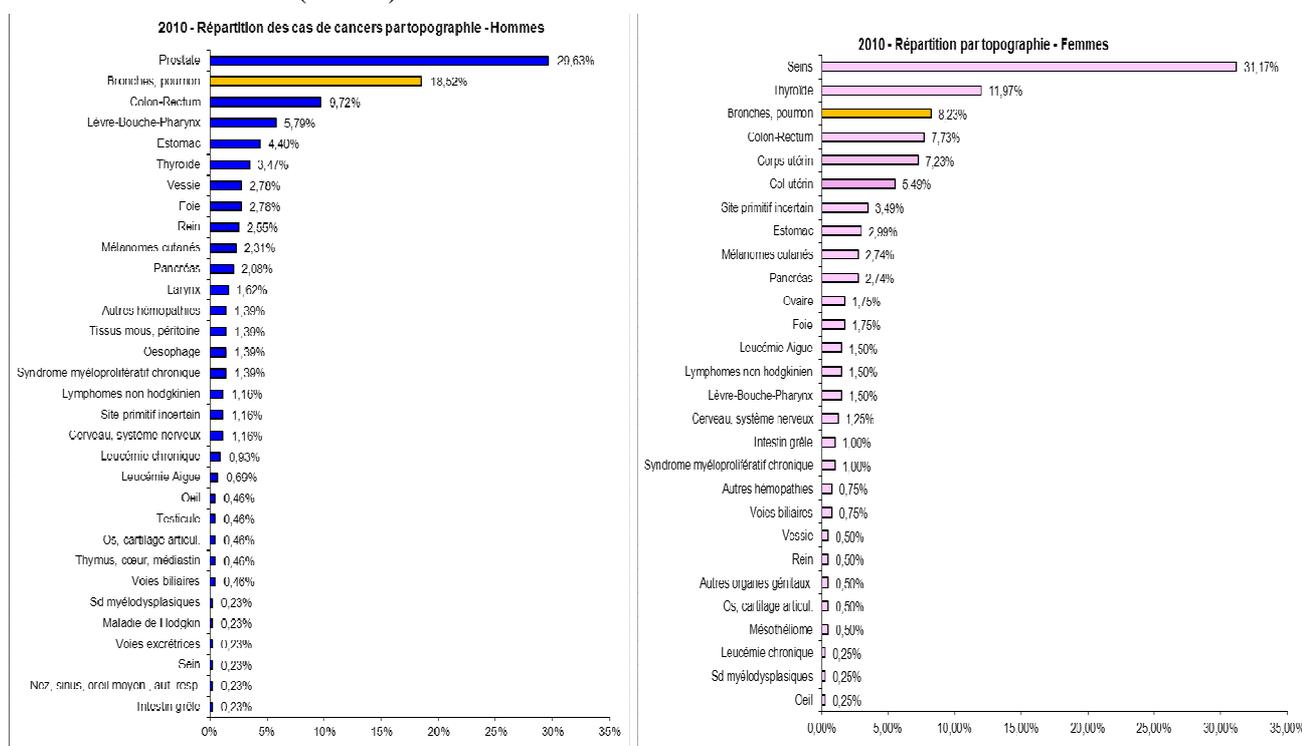


Figure 73 - Répartition des topographies selon le sexe

Age

L'âge moyen au moment du diagnostic est de 66,3 ans (médiane : 67 ans), un peu plus élevé chez les femmes que chez les hommes (respectivement 68,2 ans pour les ♀ et 65,5 ans pour les ♂).

En métropole, l'âge moyen est de 65 ans pour les hommes et 64 pour les femmes.

Lorsque l'on rapporte le nombre de cas à la tranche d'âge concernée, on observe que l'incidence croît avec l'âge, avec un pic 70-74 ans chez les hommes et plus tardif chez les femmes comme montré ci-dessous :

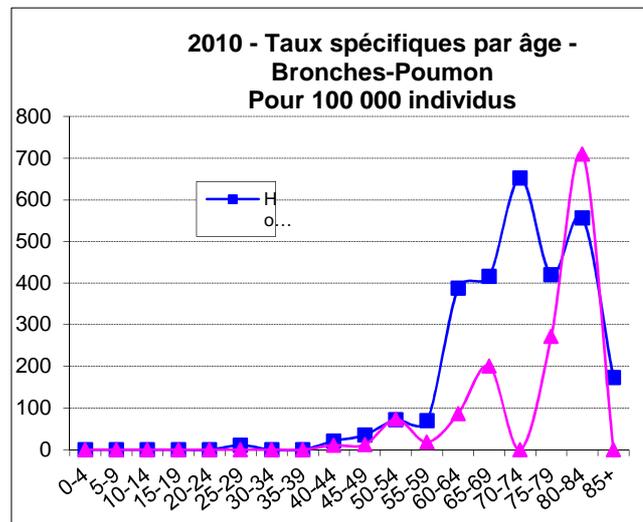
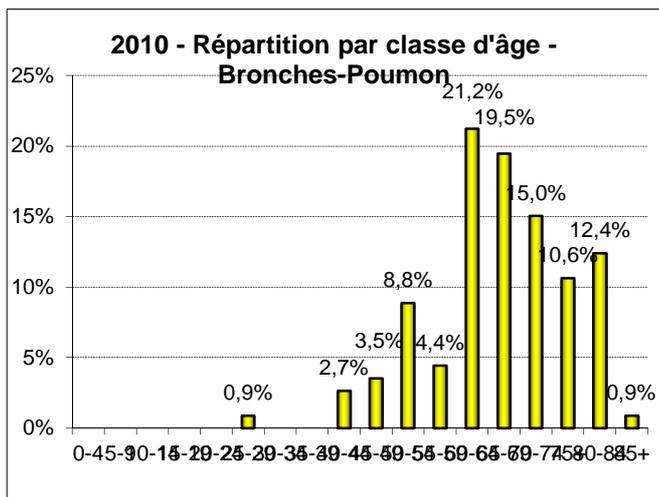


Figure 74 - Cancers des bronches-poumon : répartition par tranche d'âge et taux spécifiques d'incidence

Communautés

On observe, avec 49,6 %, une proportion plus élevée de patients d'origine mélanésienne, tant chez les hommes que chez les femmes, toutefois la répartition par communauté est comparable à celle de la population générale.

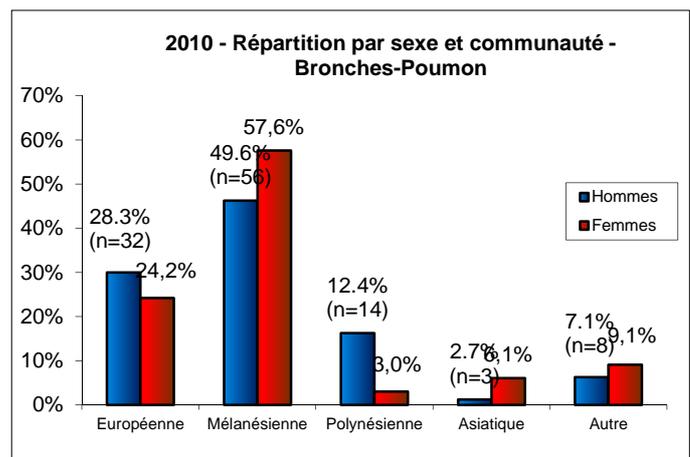
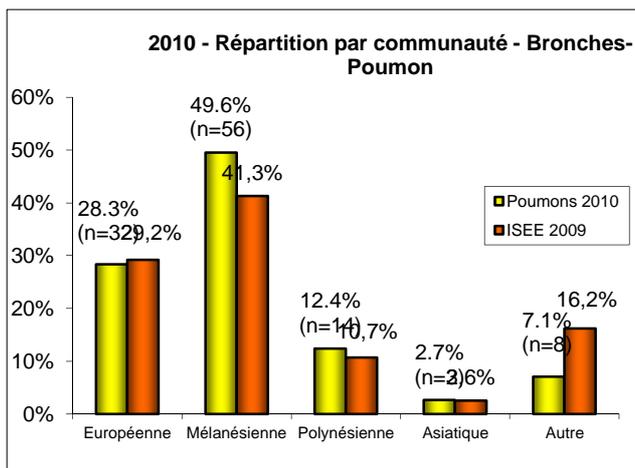


Figure 75 - Cancer des bronches-poumon, répartition par communauté et par sexe

Histologie et stade au diagnostic

109 diagnostics ont été confirmés à partir des résultats d'un examen anatomo-cyto-pathologique (82 à partir de la tumeur primitive et 23 à partir d'une métastase et 4 à partir d'une cytologie), soit pour 96,4% des patients. Les différents groupes histologiques sont répartis de la manière suivante:

- ▣ 49 Adénocarcinomes
- ▣ 26 Carcinomes épidermoïdes
- ▣ 3 Carcinomes SAI
- ▣ 27 carcinomes spécifiques (dont 6 à grandes cellules, 9 à petites cellules, 6 non à petites cellules)

Parmi les 105 patients qui ont eu un diagnostic histologique, le grade était précisé dans 68,6 % des cas. On retrouve une proportion plus élevée de tumeurs bien différenciées.

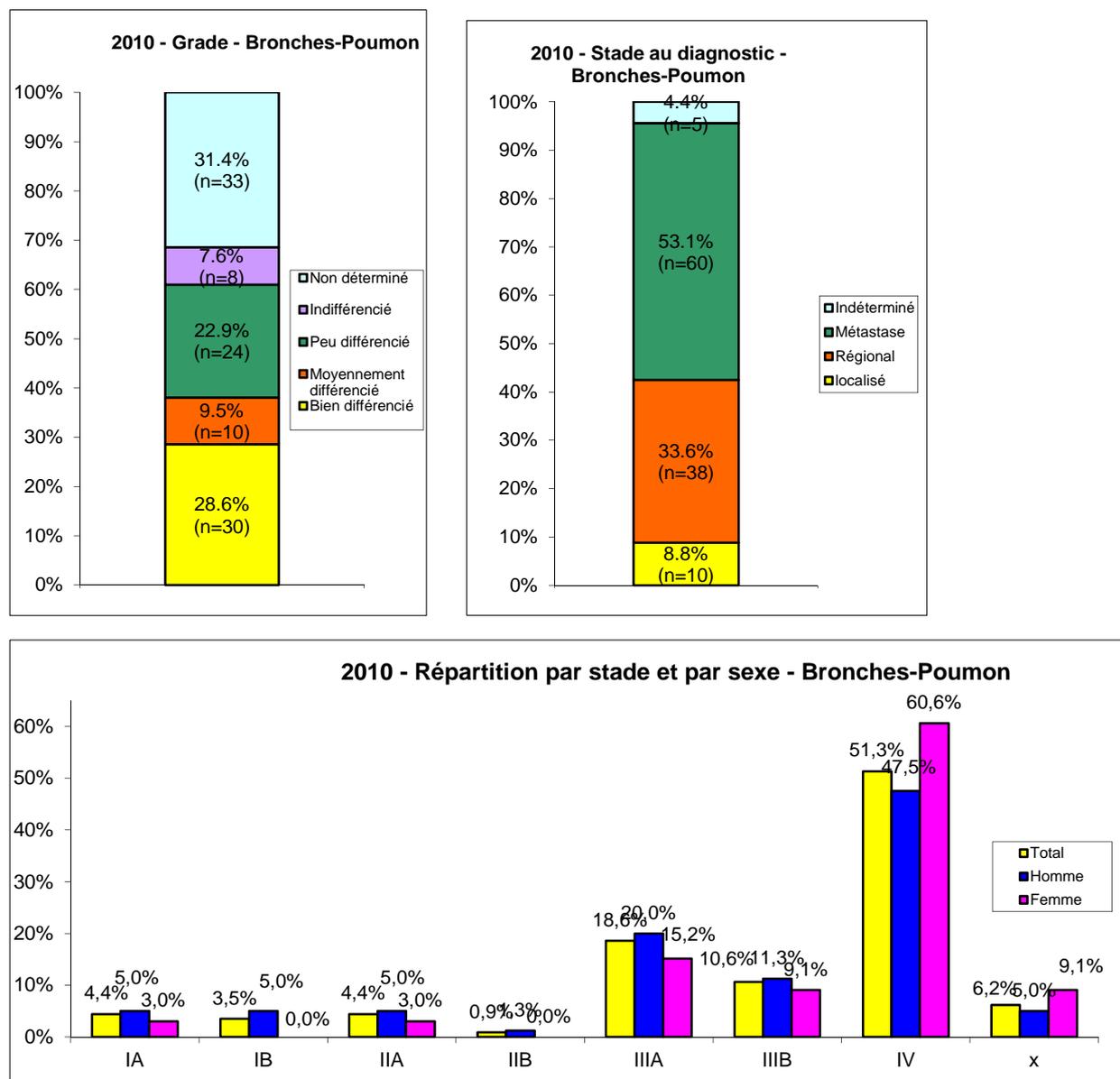


Figure 76 - Cancer des bronches-poumon, répartition selon le grade et le stade au diagnostic

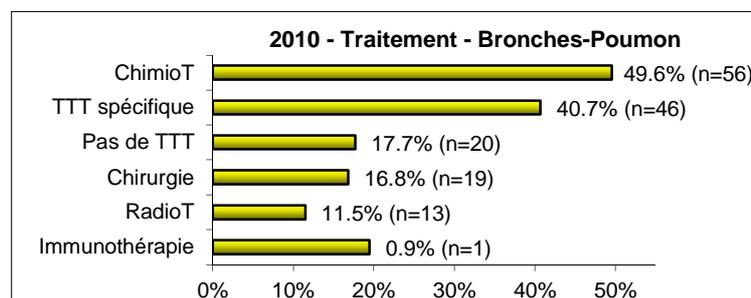
Seules 8,8% des tumeurs ont été diagnostiquées à un stade localisé et plus de la moitié sont diagnostiquées à un stade métastatique. Les localisations métastastiques les plus fréquemment retrouvées sont : le SNC (14,1%, n=11), les os (20,5%, n=16), le foie (11,5%, n=9) et le poumon controlatéral (16,7%, n=13).

Traitements

Indépendamment des profils histologiques, ces patients ont bénéficié le plus souvent d'une chimiothérapie (49,6 % des cas), d'une immunothérapie (19,5 %) le traitement chirurgical a concerné 16,8 % des patients. A noter qu'une part importante des patients n'ont pas bénéficié de thérapeutique spécifique en raison de leur état général, du stade d'invasion de la tumeur ou du décès peu de temps après le diagnostic,.

Tableau 15 et Figure 77 - Cancer des bronches-poumon, répartition selon les schémas thérapeutiques

Chimio + Immuno	23
Pas de traitement	20
Immunothérapie	20
Chimio	16
Chir	8
Radio + Chimio	7
Chimio + Chirurgie	7
Autre	3
Radiothérapie	2
Chir + Radio	2
Radio + Immuno	1
Radio + Chimio + Immuno	1
Radio + Chimio + Chir	1
Inconnu	1
Chir + Chimio + Radio + Immuno	1
TOTAL	113



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.

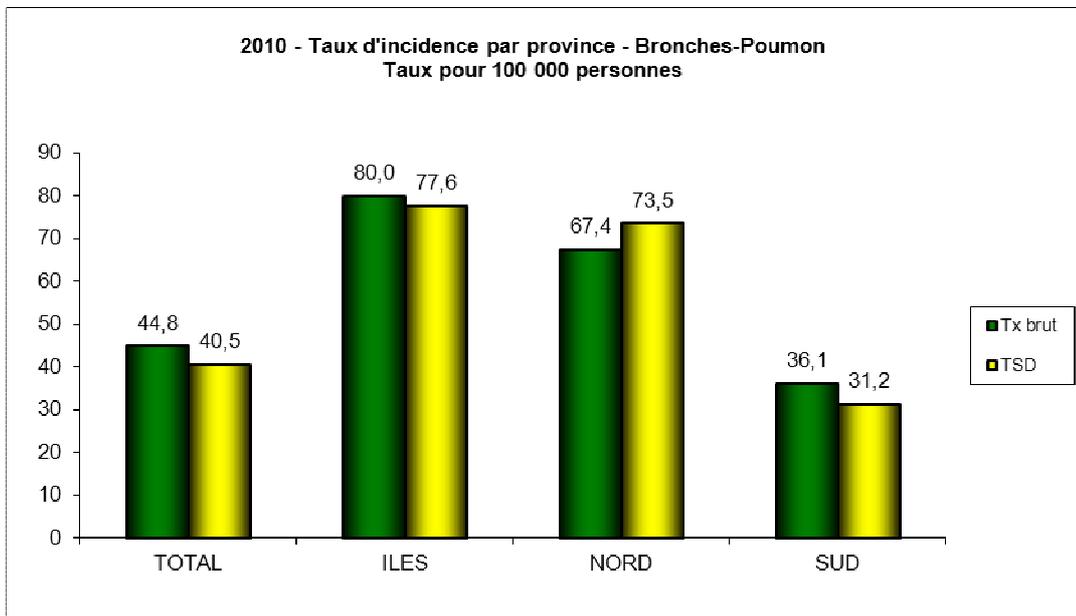
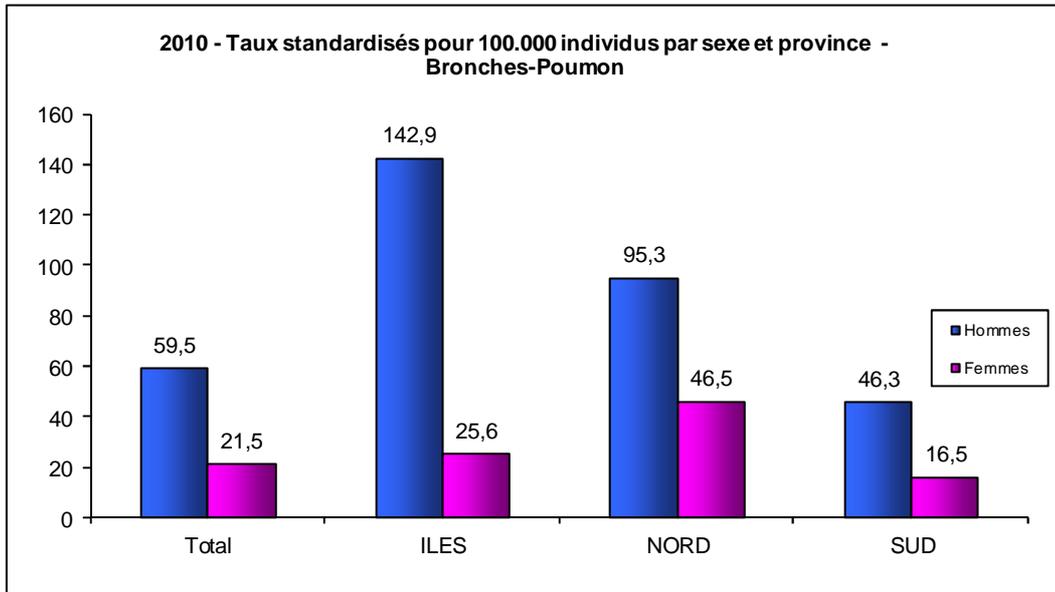
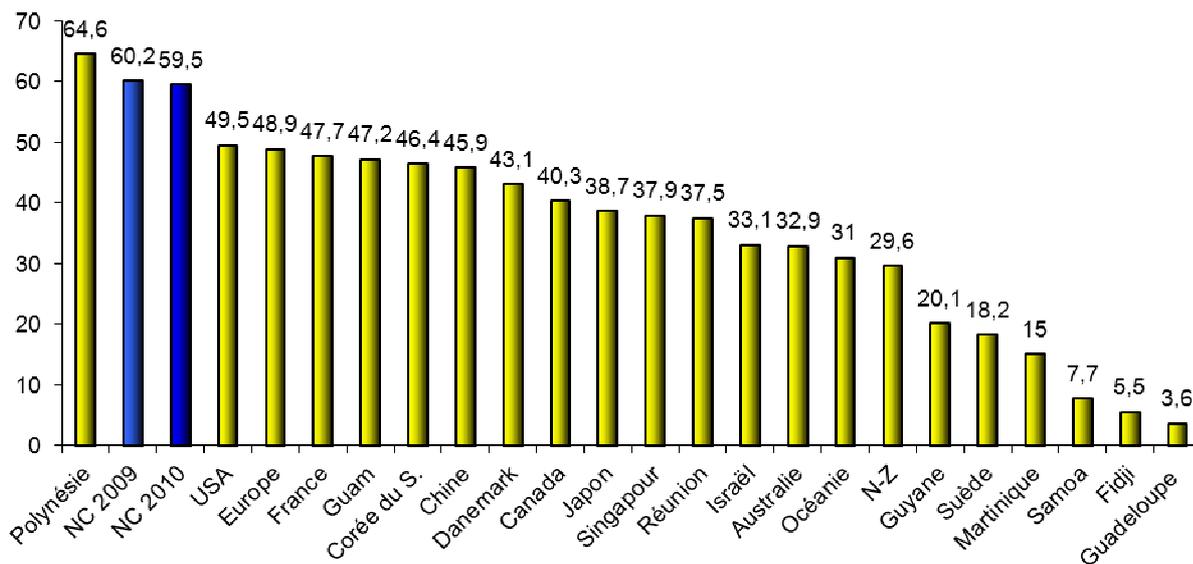


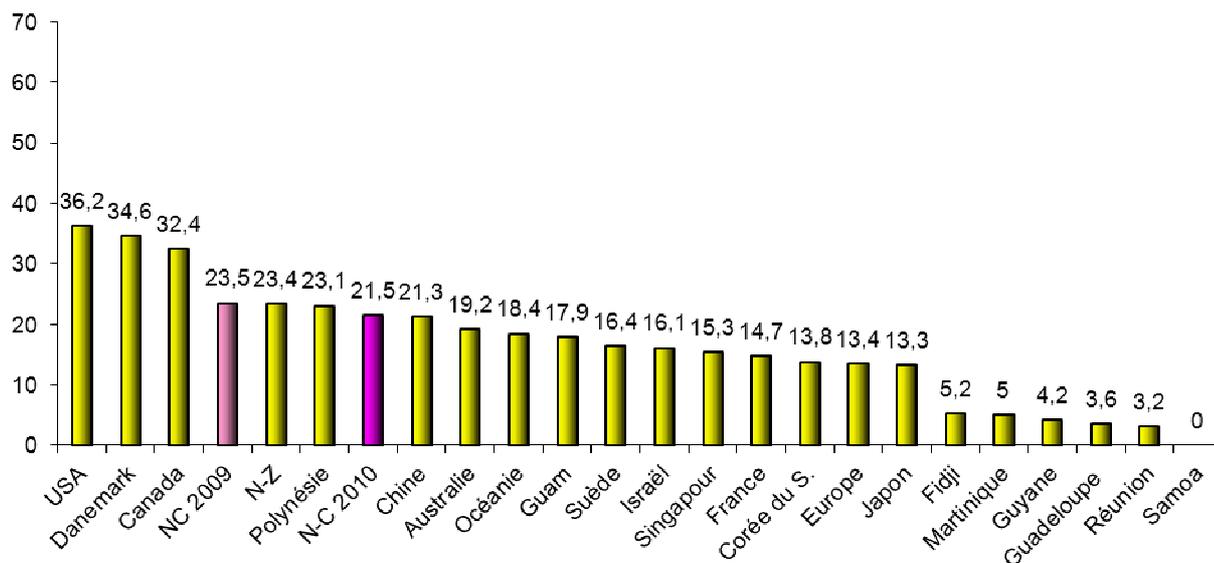
Figure 78 - Cancer des bronches-poumon, incidences selon le sexe et la province

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 2010 est plus élevée que celles de la métropole, de l'Australie et de la Nouvelle-Zélande chez les hommes, et chez les femmes, plus élevée qu'en Australie, en métropole mais restent plus faibles qu'aux Etats-Unis.

2010 - Comparaisons internationales (Globocan 2008) - Bronches-Poumon - Hommes
Taux standardisés pour 100.000 hommes



2010 - Comparaisons internationales (Globocan 2008) - Bronches-Poumon - Femmes
Taux standardisés pour 100.000 femmes



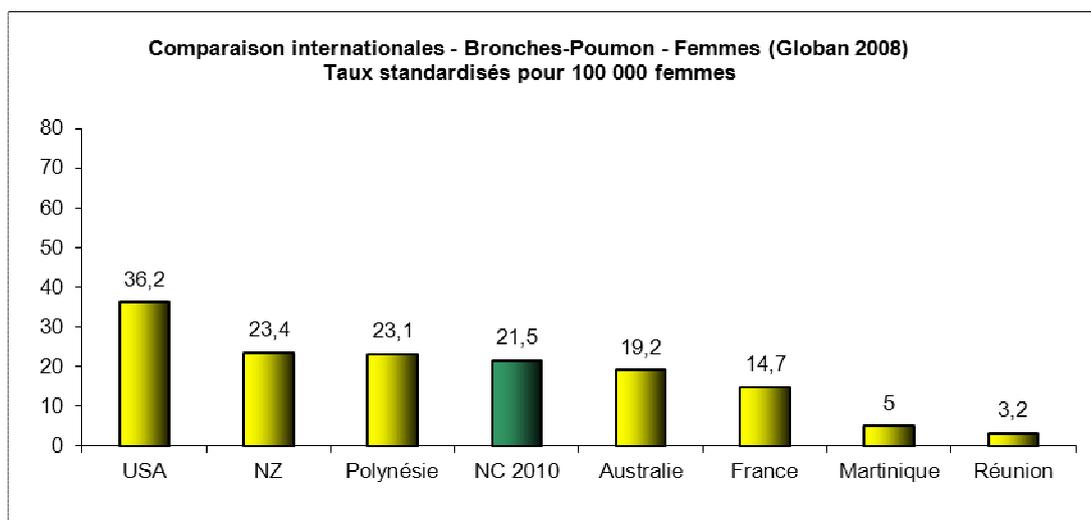
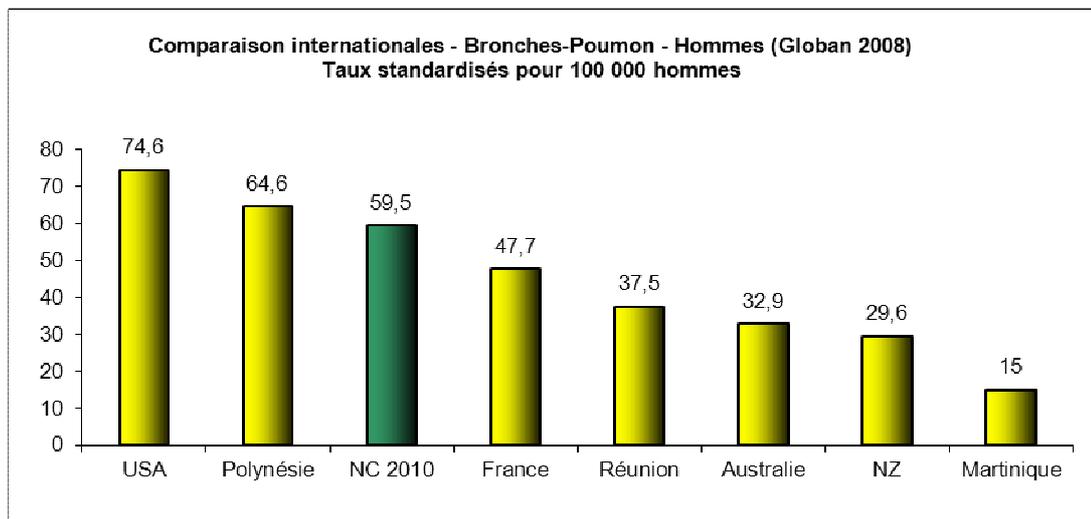


Figure 79 - Cancer des bronches-poumon, comparaisons internationales des incidences selon le sexe

III.3.d. Cancer des lèvres, bouche et pharynx (LBP)

Généralités

Avec **31 tumeurs invasives** diagnostiquées (tous sexes confondus) en 2010, cette localisation est placée au 6ème rang exæquo avec les cancers de l'estomac. Il se situe au 4ème rang chez les hommes et 15ème chez les femmes (25 ♂ et 6 ♀, soit un sex-ratio égal à 4,2 hommes pour 1 femme).

Les sites sont répartis plus précisément de la manière suivante :

- 10 tumeurs de la langue
- 2 tumeurs du plancher de la bouche
- 2 tumeurs du palais
- 2 tumeurs de la bouche (joue et région rétromolaire)
- 3 tumeurs de la glande parotide
- 5 tumeurs de l'amygdale
- 1 tumeur de l'oropharynx
- 1 tumeur du rhinopharynx
- 2 tumeurs du sinus piriforme

- 2 tumeurs de l'hypopharynx

12,9 % (N=4) des patients avaient également une autre tumeur primitive et 41,9 % des patients étaient décédés au 1/07/2013 (13 cas). Les données du registre ont été renseignées avec en moyenne 5,7 sources par dossier.

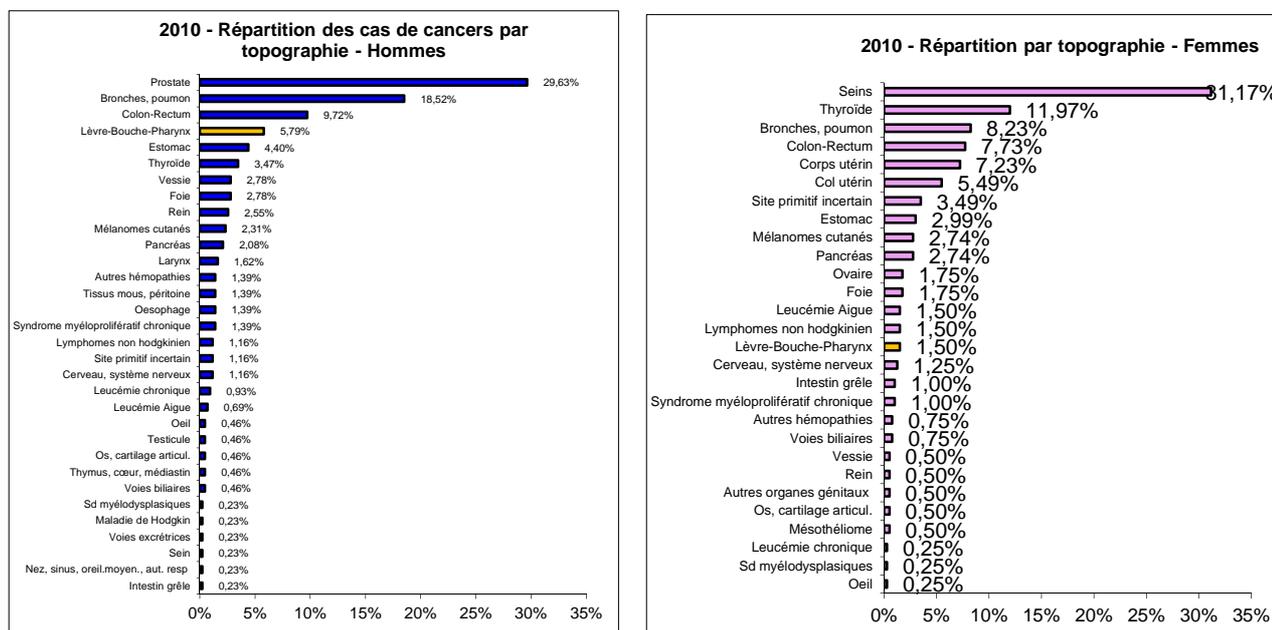


Figure 80 - Répartition des topographies selon le sexe

Age au moment du diagnostic

L'âge moyen est égal à 62,2 ans (médiane à 62 ans) : l'âge des patients est compris entre 39 et 87 ans. La plupart des diagnostics ont été effectués entre 50 et 69 ans. En métropole, l'âge moyen se situe entre 60 et 70 ans.

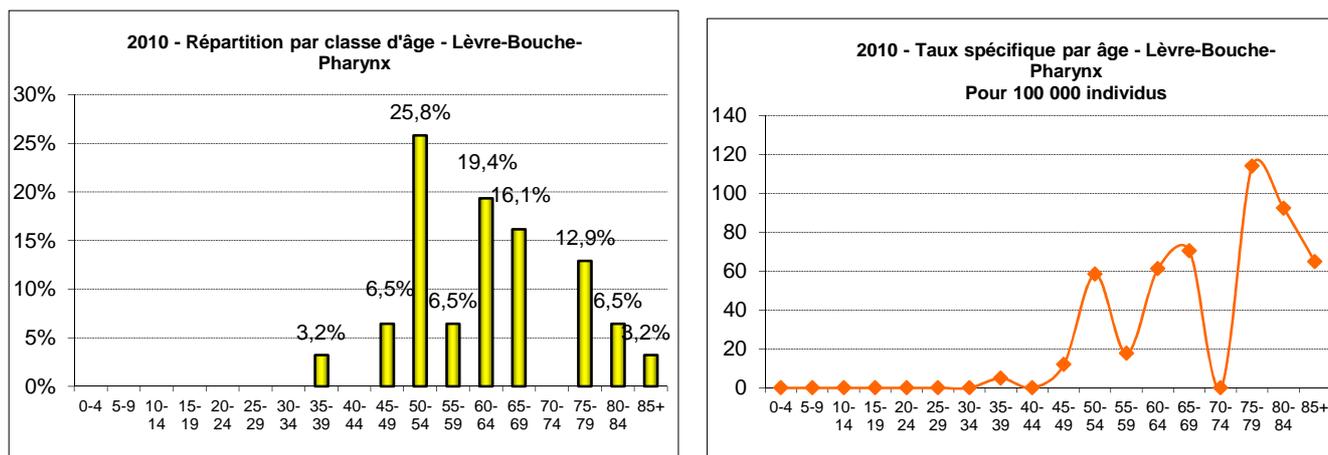


Figure 81 - Cancres LBP : répartition par tranche d'âge et taux spécifiques d'incidence

La répartition par communauté montre que les européens représentent la communauté la plus touchée par ces localisations.

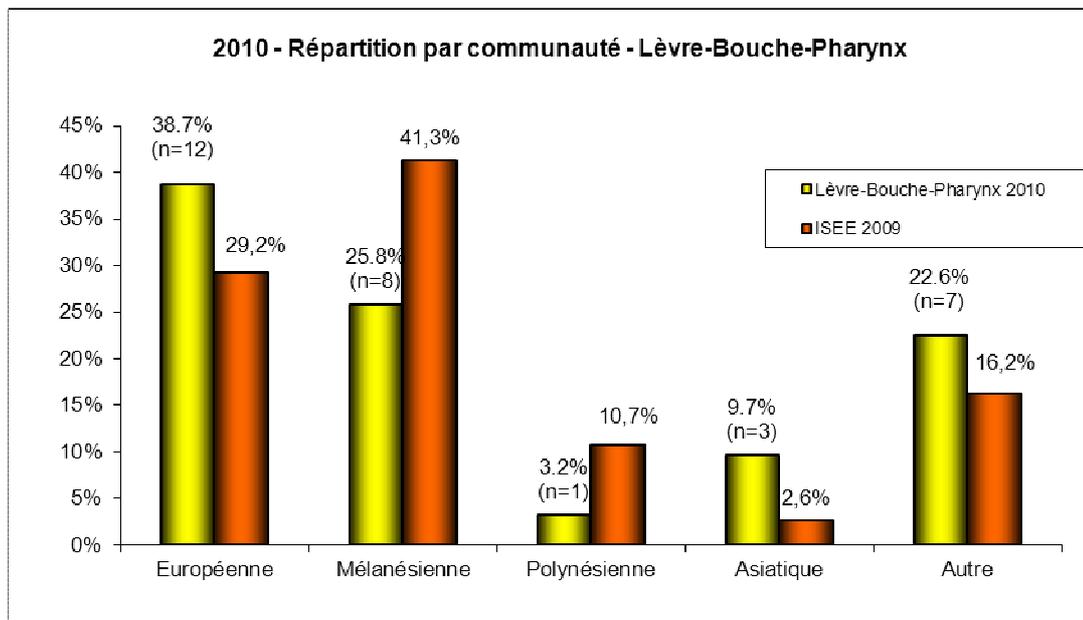


Figure 82 - Cancers LBP, répartition par communauté

Histologie et Stade au diagnostic

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

- 1 Adénocarcinome
- 28 Carcinomes épidermoïdes
- 2 carcinomes SAI

Parmi les 24 tumeurs pour lesquelles le grade a été indiqué, il s'agissait le plus souvent d'une tumeur bien différenciée.

En 2010, ces tumeurs ont le plus souvent été diagnostiquées au stade régional avec envahissement ganglionnaire. Aucun patient n'a eu de diagnostic à un stade métastatique.

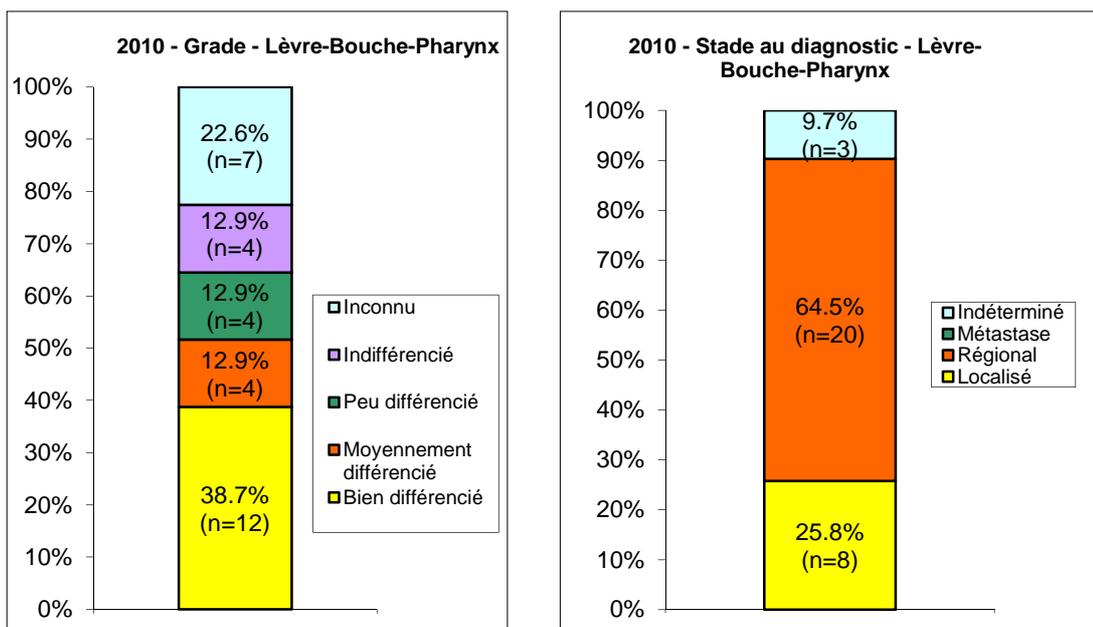


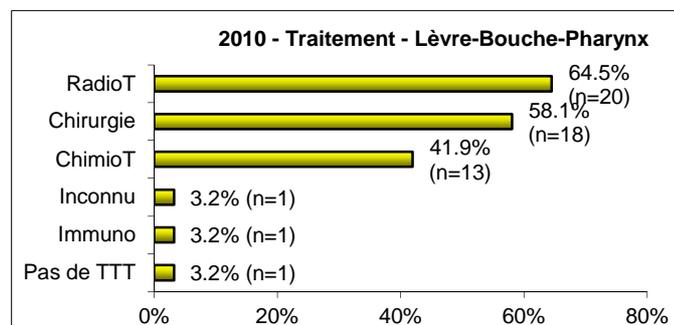
Figure 83 - Cancers LBP, répartition selon le grade et le stade au diagnostic

Traitements

La radiothérapie et la chirurgie restent les 2 principaux modes de traitement, et concernent plus de la moitié des patients.

Tableau 16 et figure 84 - Cancers LBP, répartition selon les schémas thérapeutiques

Chirurgie	6
Radio + Chir	8
Radio + Chim	5
Radio + Chim + Chir	4
ChimioT	3
Radiothérapie	2
Chim + Radio + Immuno	1
Inconnu	1
Pas de TTT	1
TOTAL	31



Incidences et comparaisons internationales

En 2010, les taux restent plus élevés chez les hommes en province Sud, des taux plus faibles en province Nord, et intermédiaires dans les Iles.

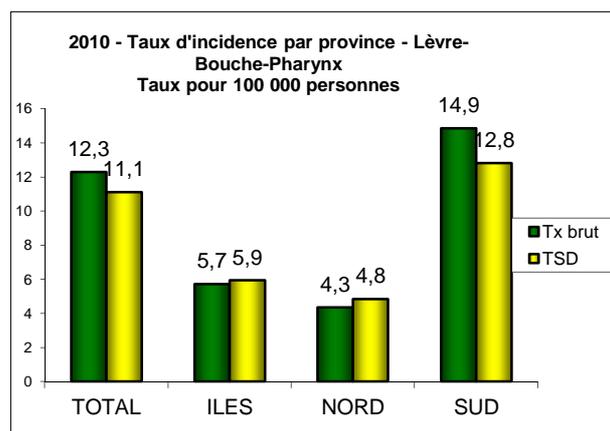
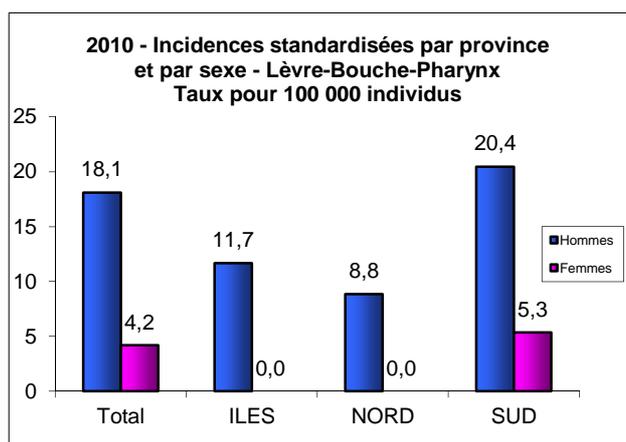


Figure 85 - Cancers LBP, incidences selon le sexe et la province

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 autres DOM, et plus élevé que celui 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.

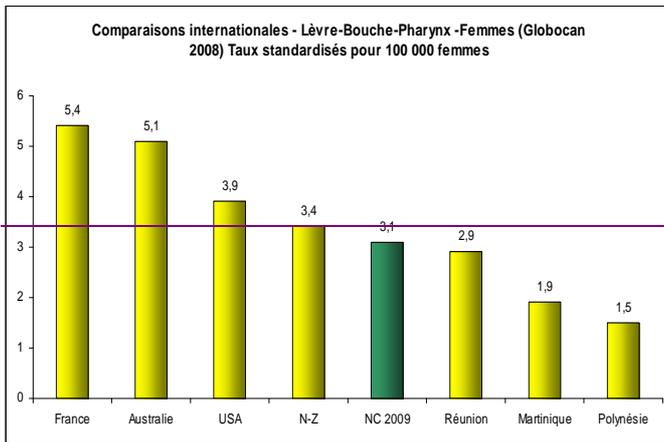
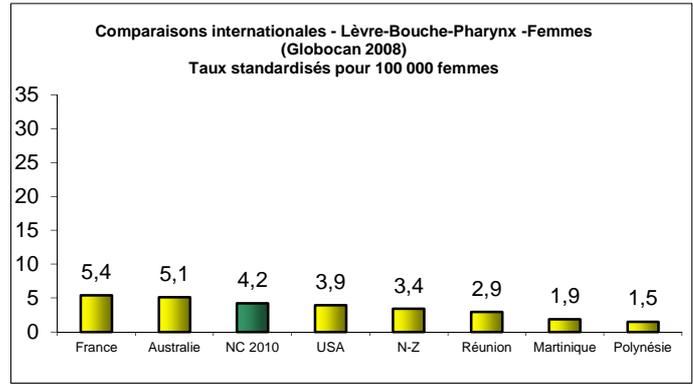
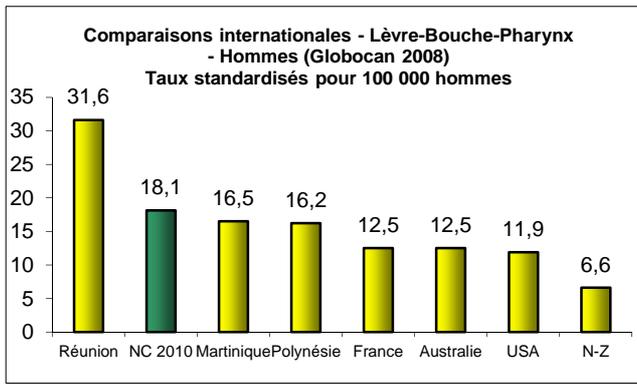


Figure 86 - Cancers LBP, comparaisons internationales des incidences selon le sexe

Cancer de la thyroïde

Généralités

Tous sexes confondus avec **63 tumeurs invasives** diagnostiquées en 2010 (15 hommes et 48 femmes), cette tumeur se situe comme en 2008 et 2009 au 5ème rang (15ème rang chez les hommes et 2ème chez les femmes) avec un sex ratio de : 31 hommes pour 100 femmes (0,31). Il s'agit donc principalement d'un cancer de la femme en Nouvelle-Calédonie.

15,9% des patients ont eu d'autres tumeurs primitives (10 cas) ; 4,8 % des patients étaient décédés au 1/07/2013 (5 cas).

Les données ont été renseignées par 4,5 sources en moyenne par dossier.

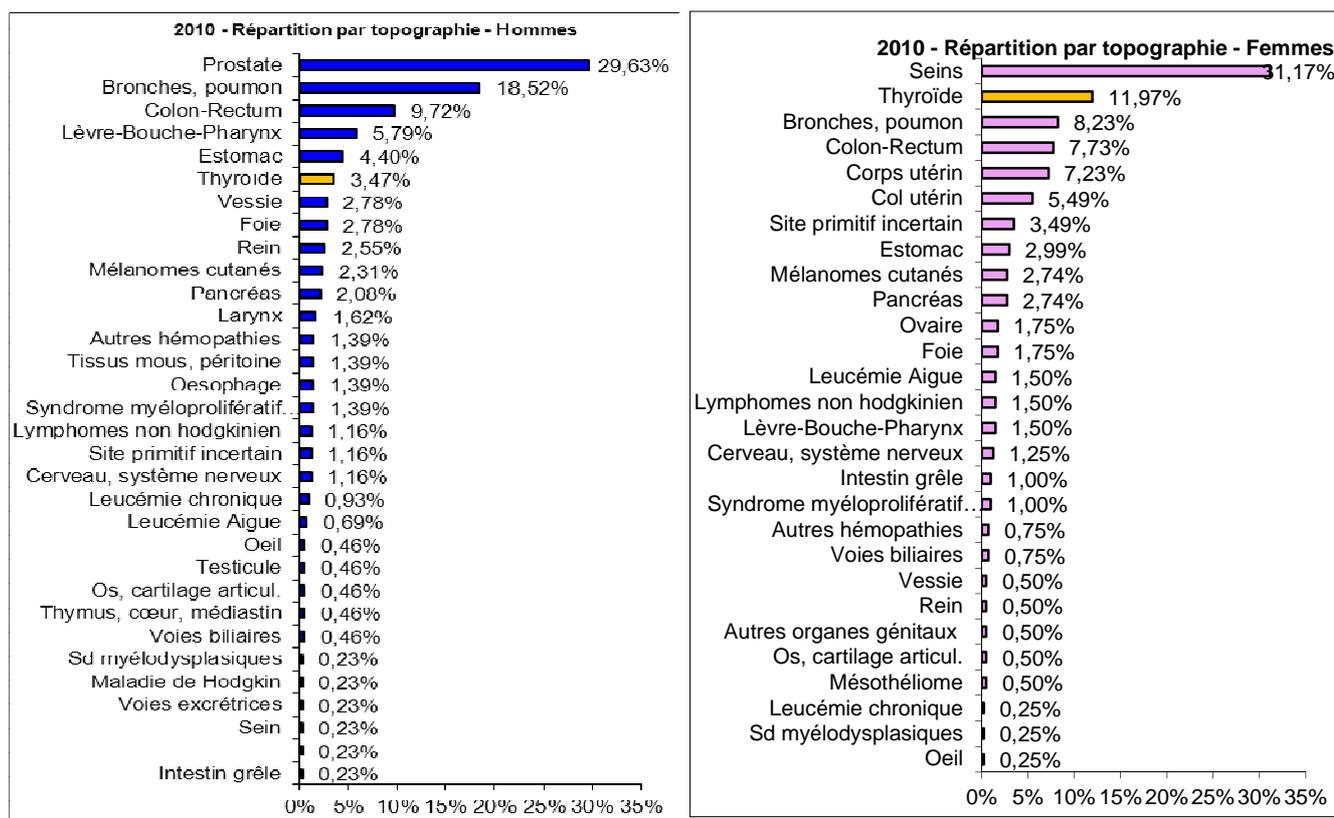


Figure 87 - Répartition des topographies selon le sexe

Age

L'âge moyen où est diagnostiqué ces cancers est de 50,8 ans (médiane à 50 ans, 54,9 ans pour les hommes et 49,5 ans pour les femmes, avec un premier pic net entre 55 et 59 ans. Cette tumeur est diagnostiquée à un âge relativement jeune par rapport à la plupart des autres tumeurs de l'adulte, dès 19 ans. L'âge médian de diagnostic en métropole est de 51 ans chez la femme et 52 ans chez l'homme.

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

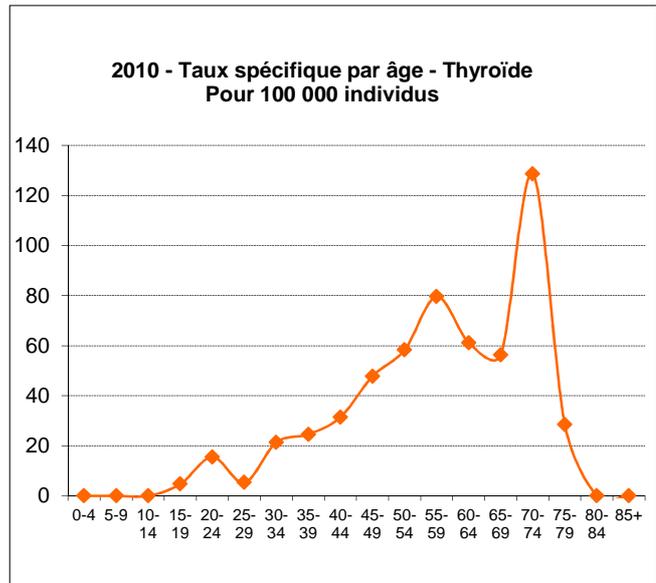
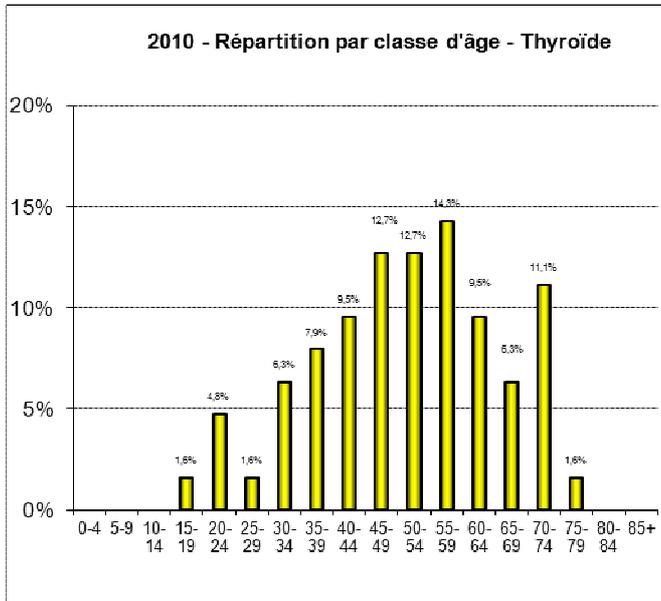


Figure 88 - Cancer de la thyroïde : répartition par tranche d'âge et taux spécifiques d'incidence

Communautés et province

Tous sexes confondus, 63,5 % des patients sont issus de la communauté mélanésienne, contre 14,3 % d'européens et 4,8 % de polynésiens. Chez les femmes, 62,5 % sont issues de la communauté mélanésienne, 12,5 % de la communauté européenne, contre respectivement 66,7 % et 20 % chez les hommes.

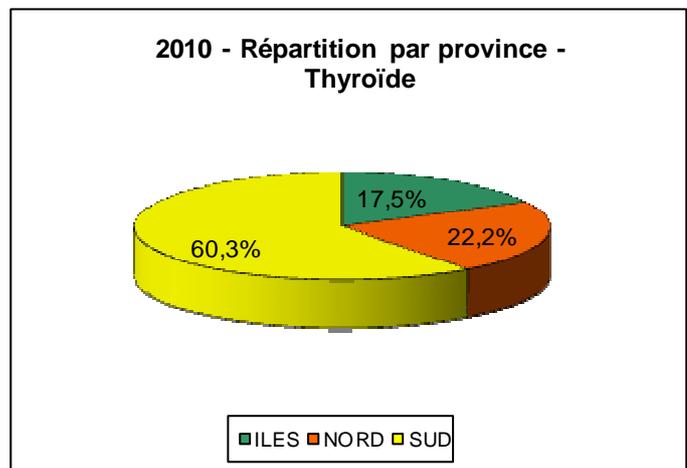
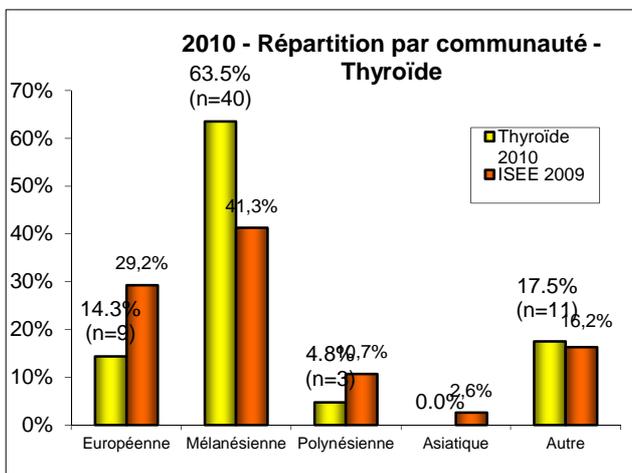


Figure 89 - Cancers de la thyroïde, répartition par communauté et par provinces.

On observe une surreprésentation, déjà observée précédemment, de la communauté mélanésienne pour les cancers de la thyroïde par rapport à la répartition de la population de NC.

Histologie et stade au diagnostic

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

- 48 carcinomes papillaires
- 10 carcinomes vésiculaires
- 4 autres (insulaire, fibrosarcome)

A noter que le grade a pu être renseigné à partir des données indiquées dans les comptes-rendus dans 96,8 % des cas. Il s'agissait en majorité de tumeurs bien différenciées.

Ces tumeurs sont le plus souvent diagnostiquées à un stade localisé. Lorsque la taille de la tumeur a été retrouvée, on a observé 41 % de cancers de moins de 10 mm.

6 patients ont présenté des métastases (3 osseuses et 3 pulmonaires) au moment du bilan.

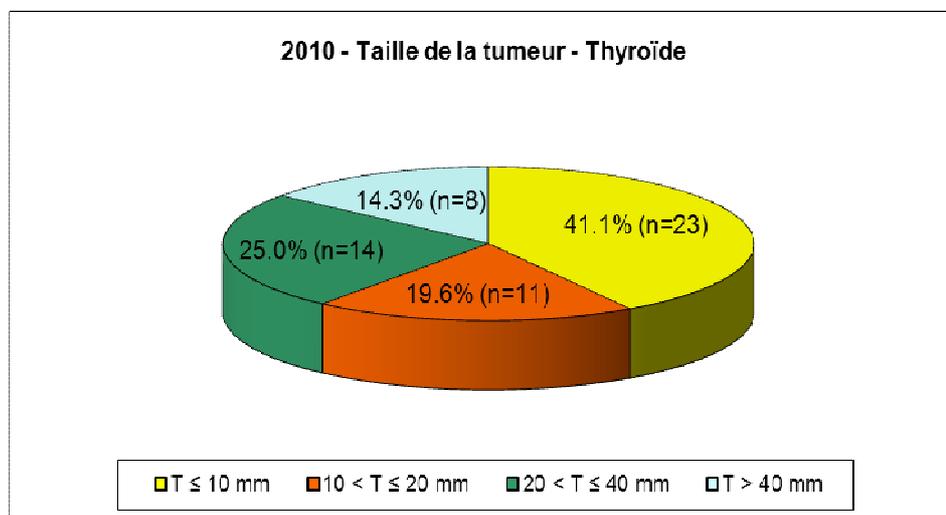
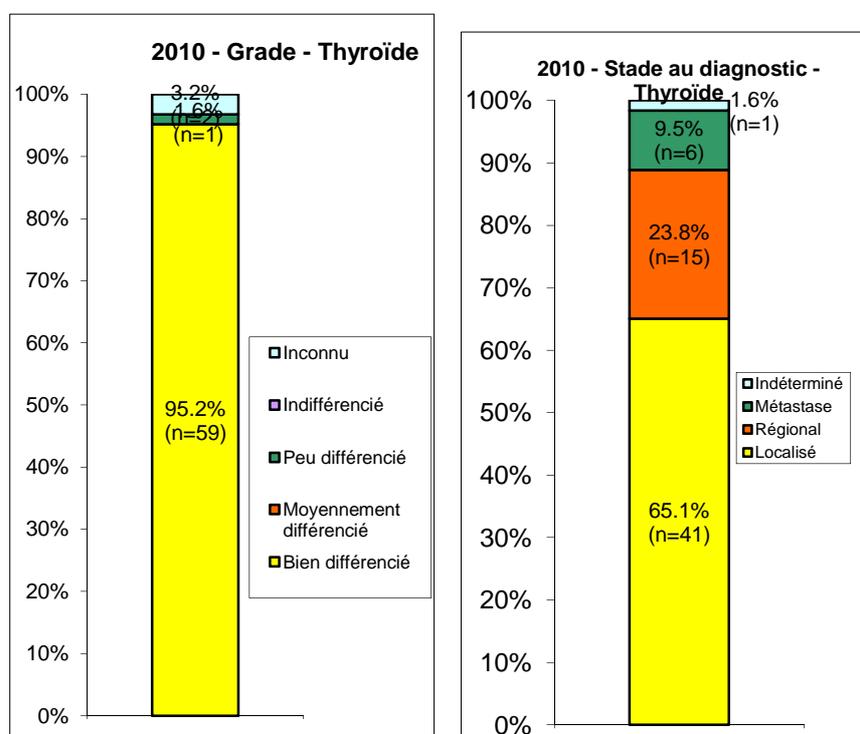


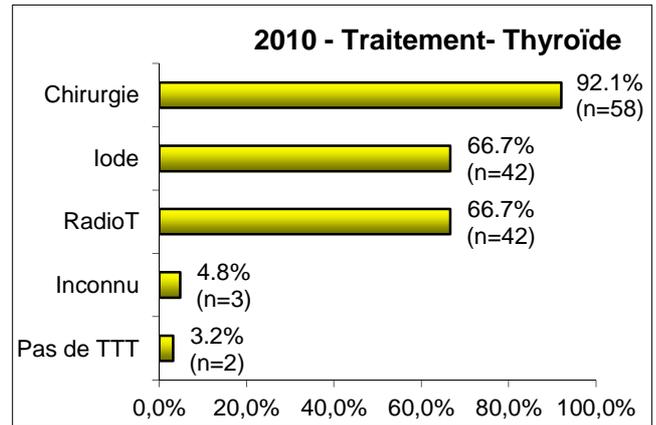
Figure 90 - Cancer de la thyroïde, répartition selon la taille de la tumeur

Traitements

Le principal mode thérapeutique a été la chirurgie dans plus de 92% des cas, puis le traitement par l'iode dans 67 % des cas. L'association iode+chirurgie concerne plus de la moitié des patients.

Tableau 17 et Figure 91 - Cancer de la thyroïde, répartition selon les schémas thérapeutiques

Radio + Chirurgie + Iode	1	1,6%
Pas de TTT	2	3,2%
Inconnu	3	4,8%
Chirurgie	16	25,4%
Chir + Iode	41	65,1%
Total	63	100,0%



Incidences et comparaisons internationales

On observe des taux qui restent toujours particulièrement élevés dans la province des Iles Loyauté, par rapport aux deux autres provinces, en particulier chez les femmes.

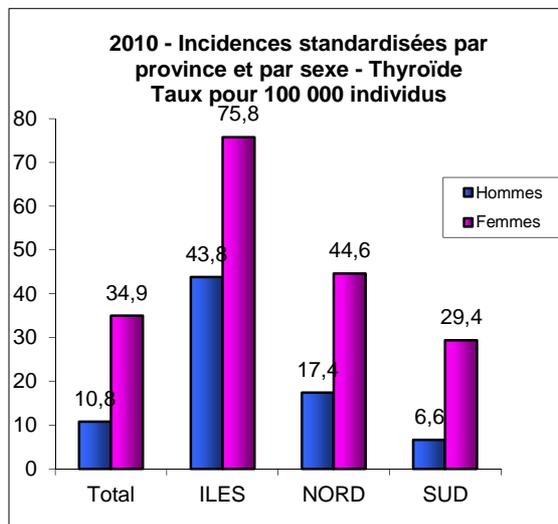
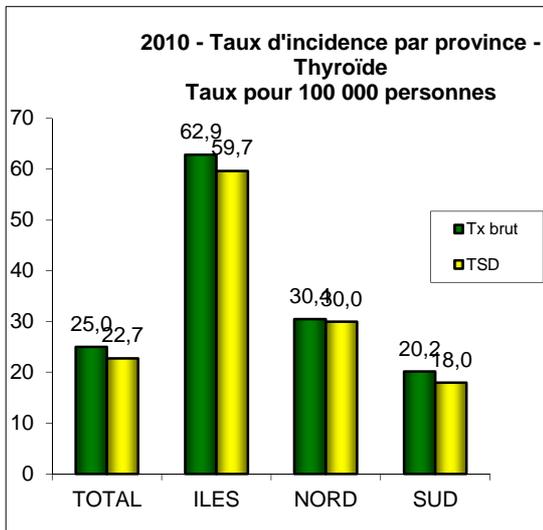


Figure 92 - Cancer de la thyroïde, incidences selon le sexe et la province

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 reste la plus élevée, juste derrière celle de la Polynésie française.

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

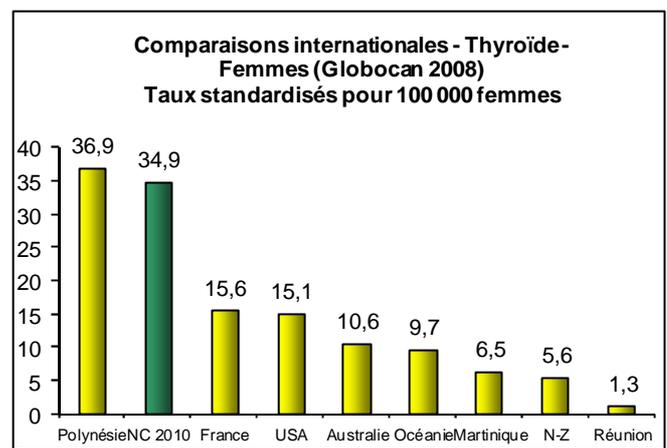
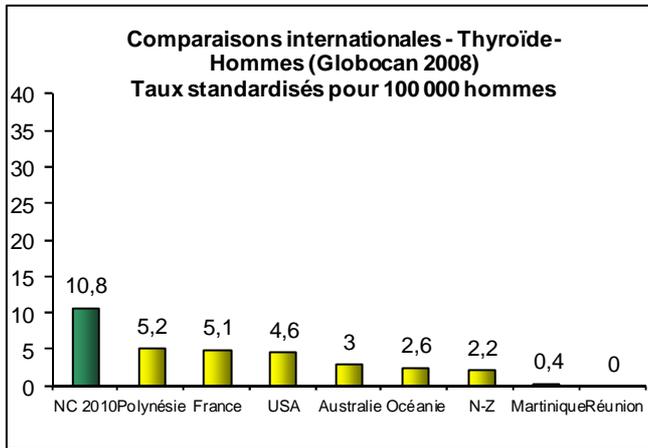
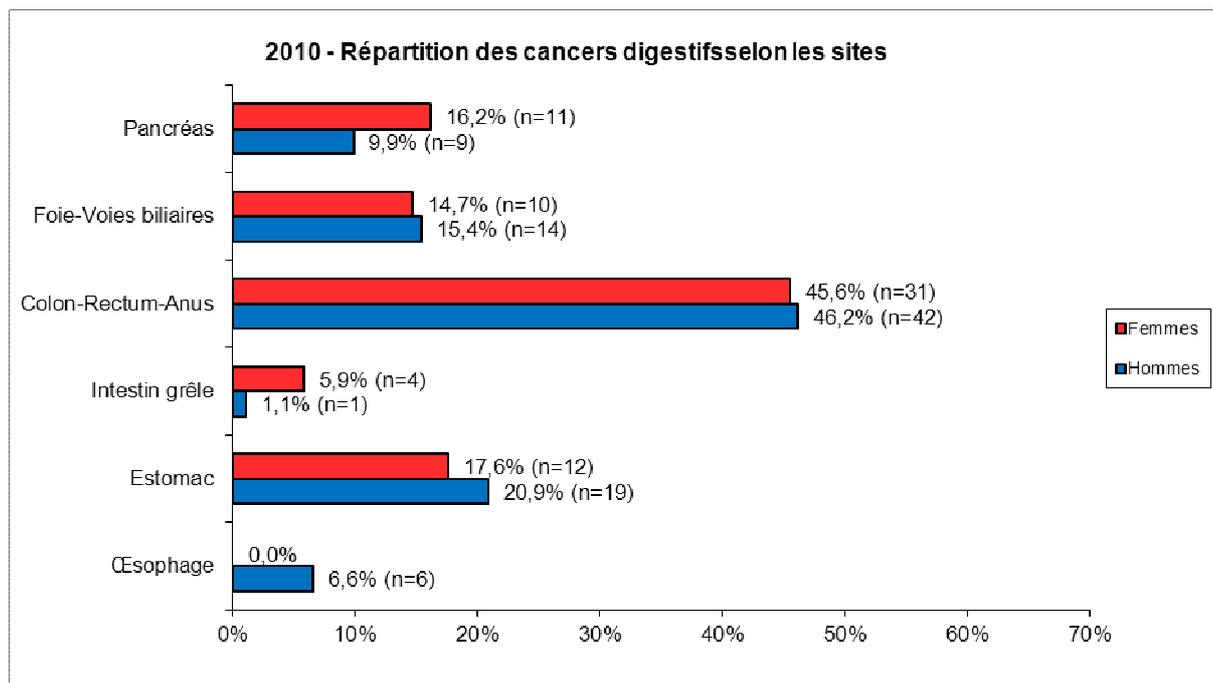


Figure 93 - Cancers de la thyroïde, comparaisons internationales des incidences selon le sexe

I.1. Appareil digestif

On enregistre pour cet appareil 159 tumeurs en 2010, dont 91 chez les hommes et 68 chez les femmes et qui sont réparties de la manière suivante :



Cancer du colon-rectum-anus

Généralités

Parmi les tumeurs de l'appareil digestif, cette localisation est la plus fréquente dans ce groupe avec **73 nouveaux cas** diagnostiqués en 2010 et se situe au 5ème rang tous sexes confondus. Chez l'homme, avec 42 nouvelles tumeurs, ce site arrive en 3ème position, et chez la femme avec 31 tumeurs invasives, il est classé en 4ème position. On observe une majorité d'hommes avec un sex ratio égal à 1,35 homme pour 1 femme.

16,4 % des patients avaient déjà eu une autre tumeur primitive (12 cas) et 46 % des patients étaient décédés au 1/07/2013 (34 cas). Les données ont été renseignées au moyen de 5,8 sources différentes en moyenne par dossier.

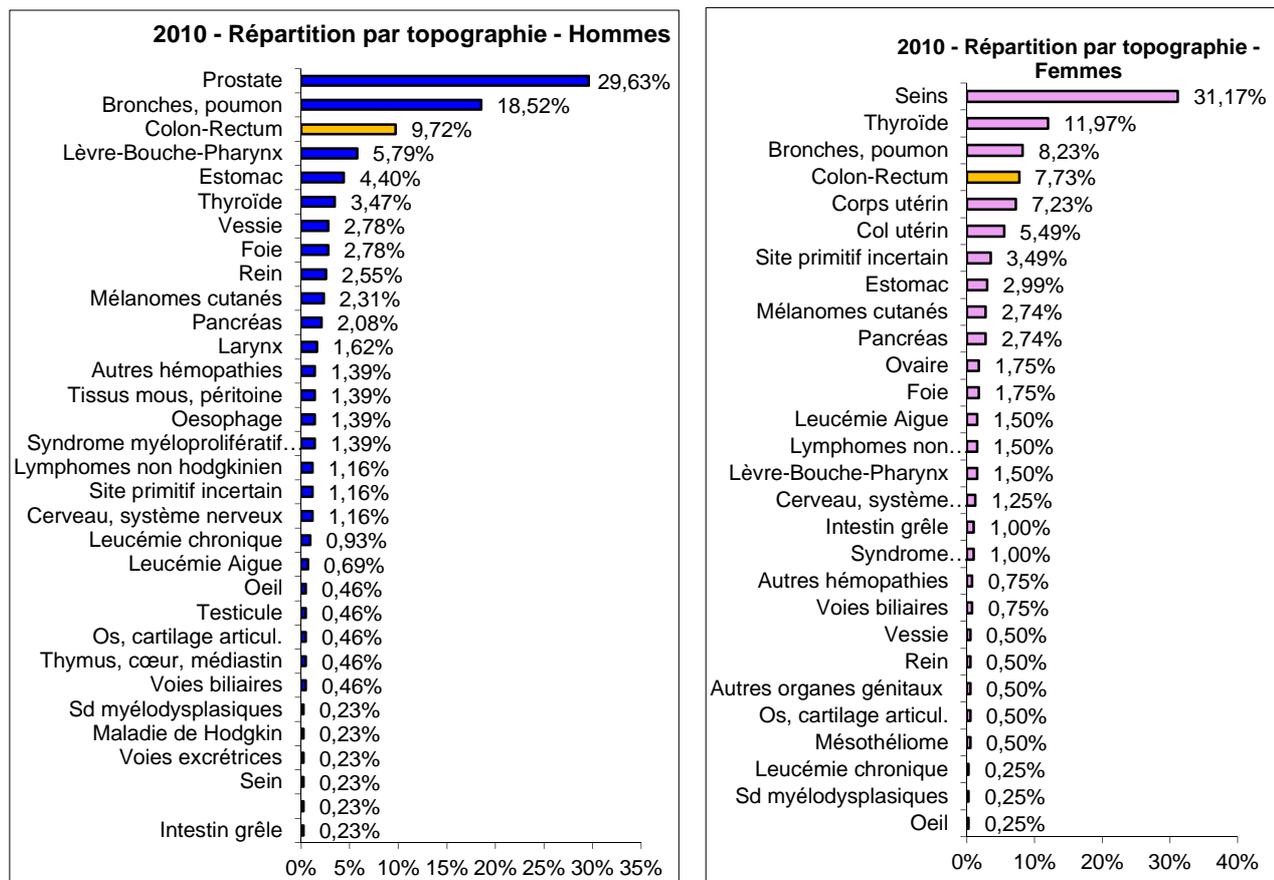
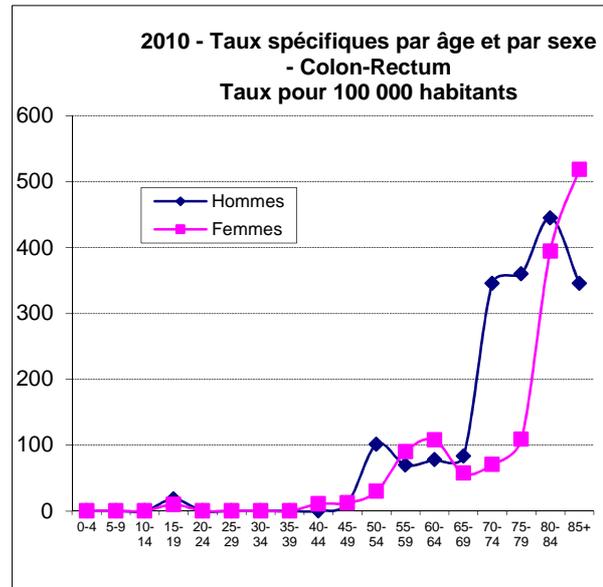
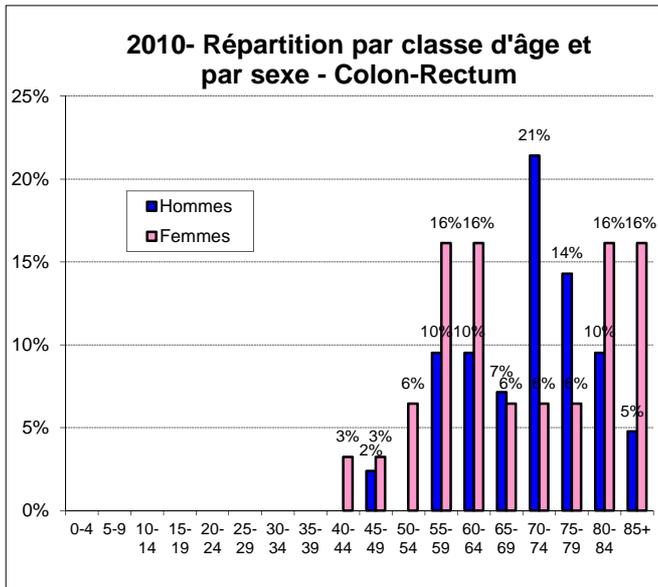


Figure 94 - Répartition des topographies selon le sexe

Age

L'âge au diagnostic est compris entre 16 et 95 ans, avec un âge moyen égal à 66,3 ans (médiane à 68 ans) : 64,9 ans pour les hommes et 68,2 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 augmente progressivement avec l'âge pour atteindre un premier pic d'incidence vers 50 ans chez les hommes et, chez les femmes, un premier à 60 ans puis un second à 85 ans. L'âge moyen au diagnostic en métropole est en moyenne de 70 ans pour les hommes et 73 pour les femmes.



Figures 95 - *Cancers colon-rectum-anus : répartition par tranche d'âge et taux spécifiques d'incidence*

Communautés

La communauté n'a pu être renseignée que pour 70 % des tumeurs, et les 22 patients dont la communauté n'était pas mentionnée sur le dossier ont été associés aux 3 patients de communauté « autre », ce qui entraîne une surreprésentation de ce groupe sur la 1ère figure, tous sexes confondus. On constate que cette information est moins souvent connue chez les femmes

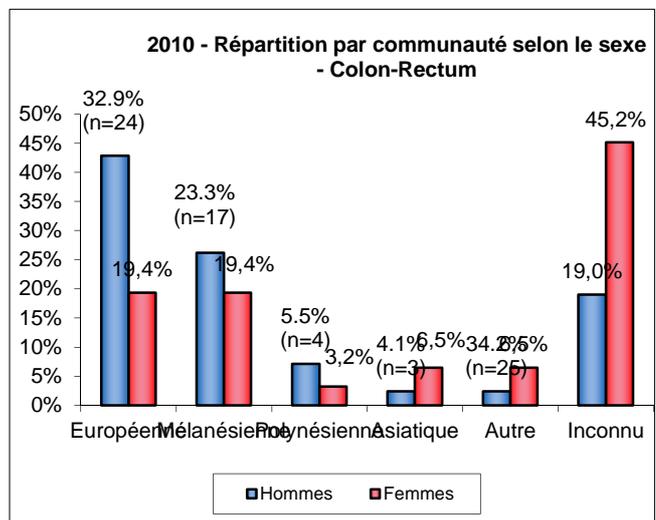
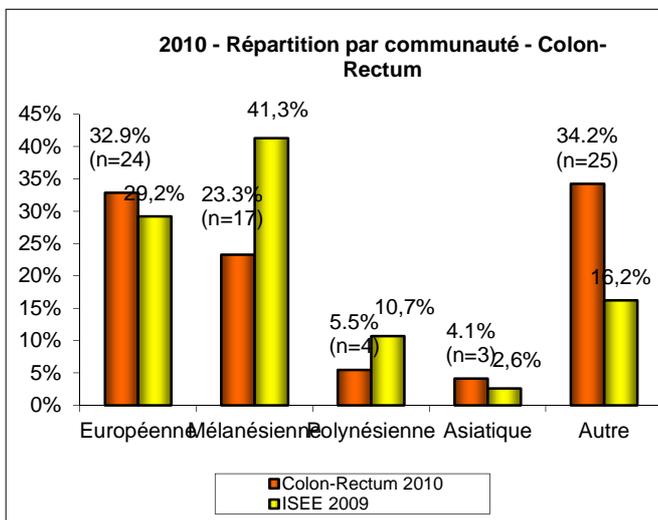


Figure 96 - *Cancers colon-rectum-anus, répartition par communauté selon le sexe*

Histologie et stade au diagnostic

Ces 73 tumeurs comprenaient 49 tumeurs du colon, 9 de la jonction recto-sigmoïdienne, 15 du rectum. Tous les patients ont bénéficié d'un diagnostic histologique (70 sur la tumeur et 3 sur la métastase) qui retrouvait

- 71 Adénocarcinomes

- 2 Carcinomes non spécifiques

Dans plus de 50 % des cas, il s'agissait d'une tumeur bien différenciée.

Le diagnostic a été effectué dans plus de la moitié des cas à un stade avec envahissement régional ou métastatique (53,3 % des cas). Les métastases se situent le plus fréquemment au niveau du foie (56,5 %, n=13) et du poumon (21,7 %, n=5).

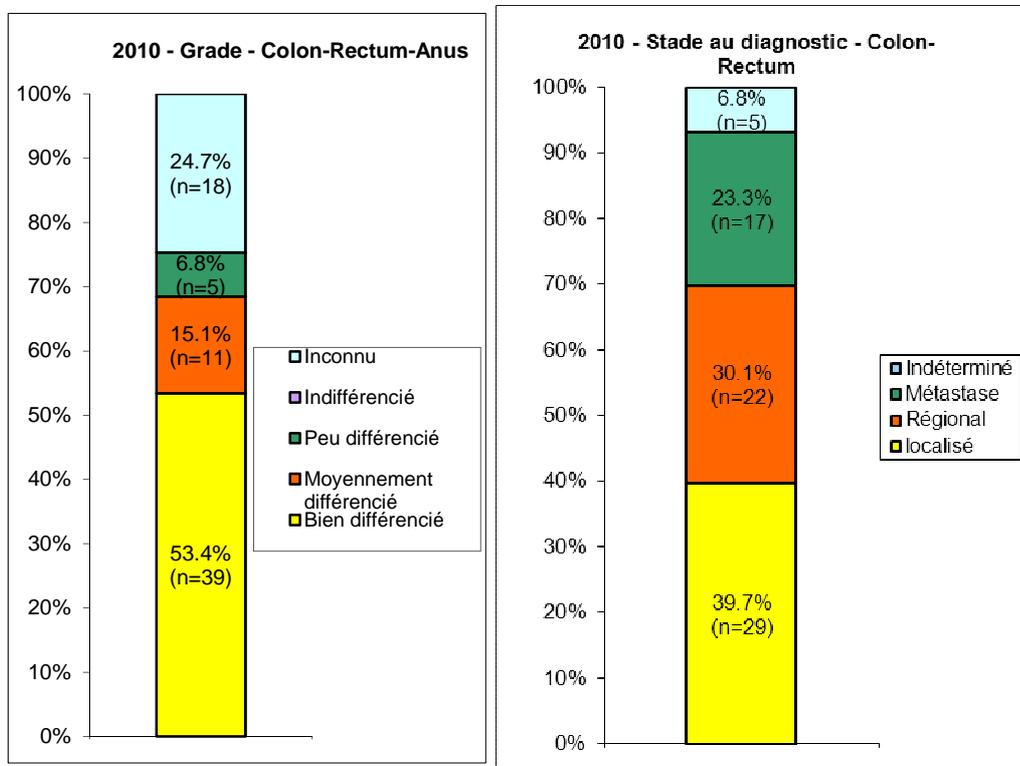


Figure 97 - Cancers colon-rectum-anus, répartition selon le grade et le stade au diagnostic

Ces tumeurs sont le plus souvent découvertes suite à l'apparition de symptômes (91,8%). Deux patients ont été dépistés, et 2 ont été découvert fortuitement.

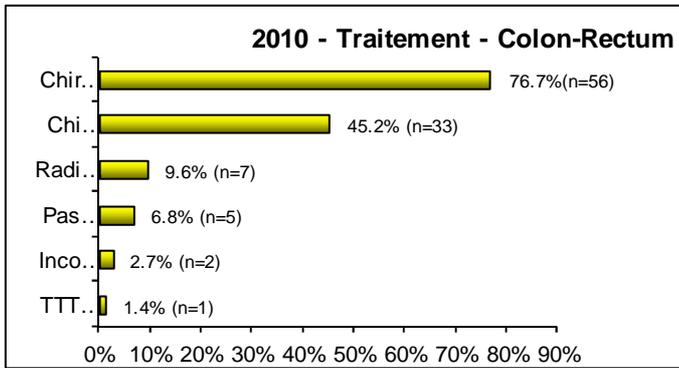
Traitements

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

Tableau 18 et Figure 98 - Cancers colon-rectum-anus, répartition selon les schémas thérapeutiques

Chir + Radio	1
Chir + Chimio + Immuno	1
Radio + Chimio	1
Chimio + Immuno	2
Inconnu	2
Pas de traitement	5
Radio + Chimio + Chir	5

Chimio	7
Chimio + Chir	17
Chirurgie	32
TOTAL	73



Incidences et comparaisons internationales

En 2010, on observe les taux les plus élevés dans les Iles Loyauté avec une incidence toujours élevée chez les hommes.

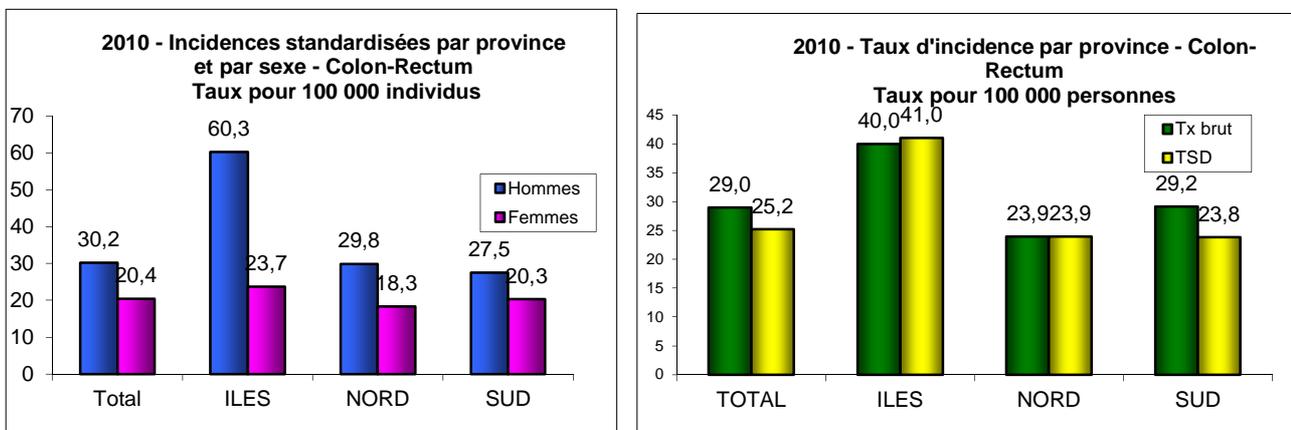


Figure 99 - Cancers colon-rectum-anus, incidences selon le sexe et la province

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, la France et les DOM.

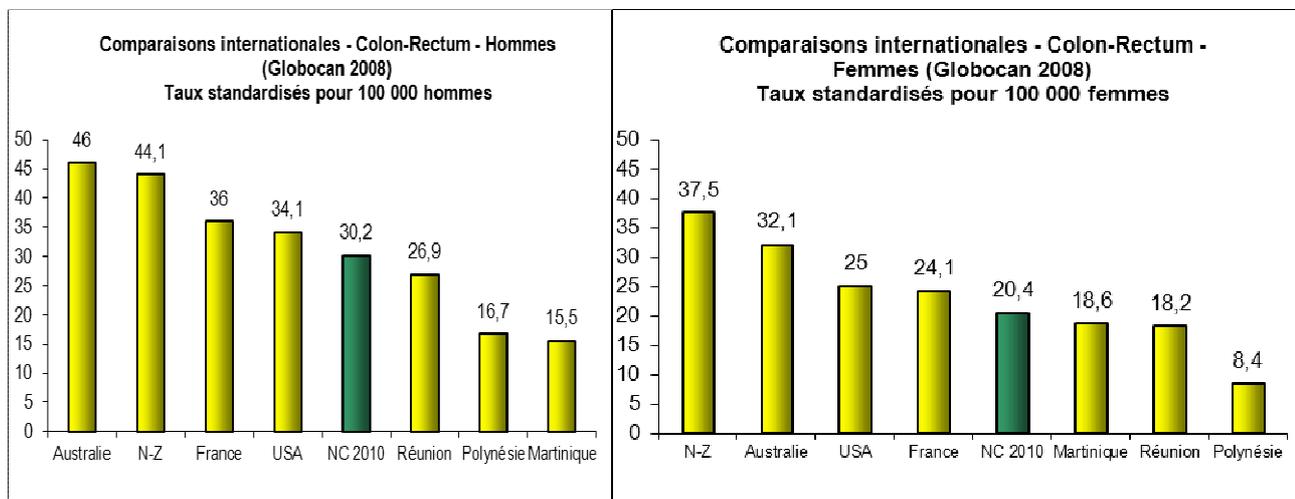


Figure 100 - Cancers colon-rectum, comparaisons internationales des incidences selon le sexe

Cancer de l'œsophage

Généralités

Avec **5 tumeurs invasives** diagnostiquées en 2010, ce cancer se situe en 24ème position (15ème rang chez les hommes, aucune tumeur diagnostiquée chez les femmes).

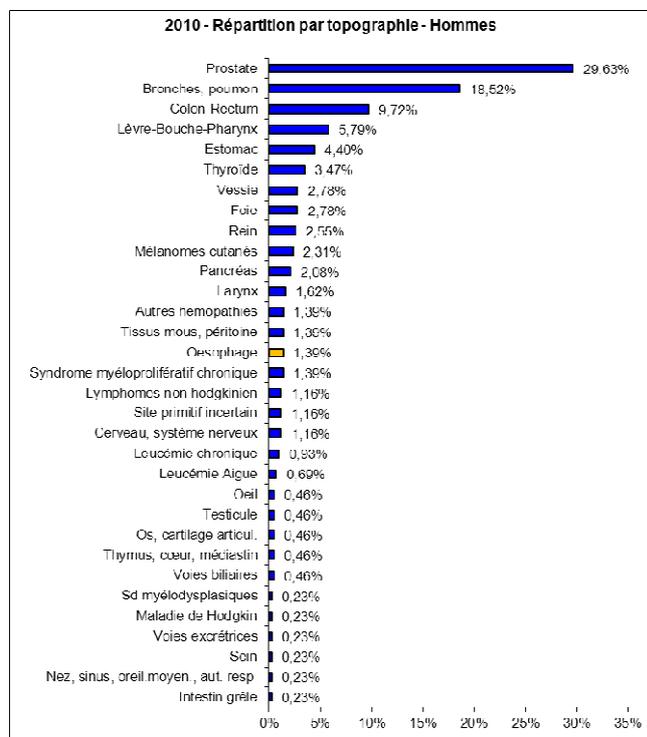


Figure 101 - Répartition des topographies selon le sexe

Ce cancer a touché uniquement les hommes. Un patient était déjà connu du registre et avait un antécédent de cancer primitif au moment du diagnostic et 100 % des patients étaient décédés au 1/07/2013. Le nombre moyen de sources consultées pour compléter les données du registre a été en moyenne de 7 sources par dossier.

Age

L'âge au diagnostic est compris entre 47 et 79 ans, avec un âge moyen égal à 61,8 ans (médiane à 62,5 ans). En raison du faible nombre de cas l'incidence par tranche d'âge est difficilement interprétable. Plus de 80 % des cas sont diagnostiqués après 55 ans en métropole, avec un âge moyen autour de 60 ans.

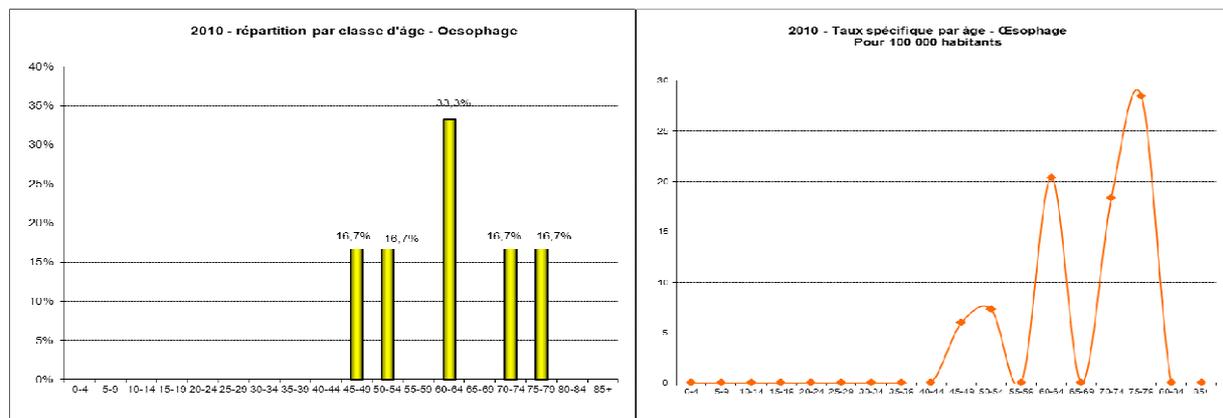


Figure 103 - Cancer de l'œsophage : répartition par tranche d'âge et taux spécifiques d'incidence

Communautés

Même si ce cancer est peu fréquent, il semble toucher en 2010 plus souvent la communauté mélanésienne, avec plus de 8 cas sur 10.

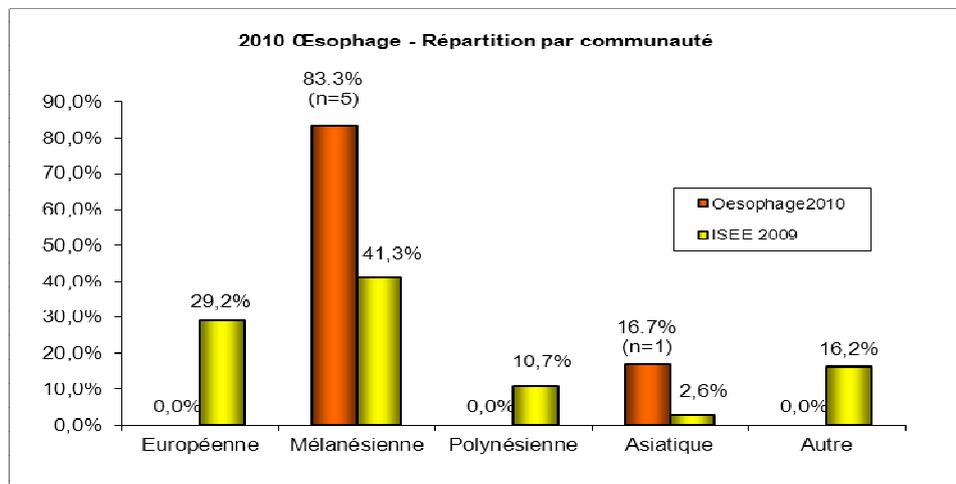


Figure 104 - Cancer de l'œsophage, répartition par communauté

Histologie et stade au diagnostic

Tous les patients ont eu un diagnostic histologique de *carcinome épidermoïde* et 40 % des tumeurs étaient bien différenciées.

Ces tumeurs ont été le plus souvent diagnostiquées à un stade avancé (régional ou métastatique). Un cas avec métastase pulmonaire, un autre au niveau ganglionnaire et un autre au niveau du foie.

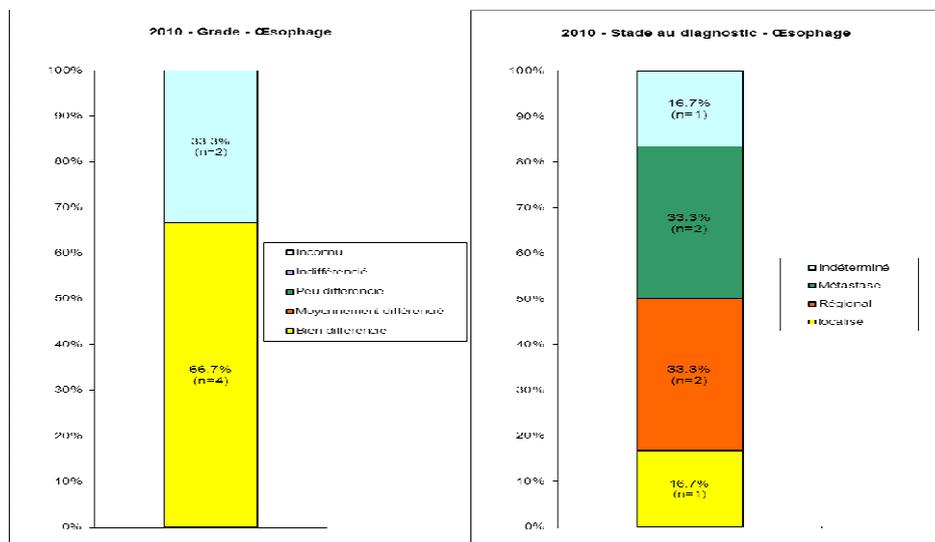


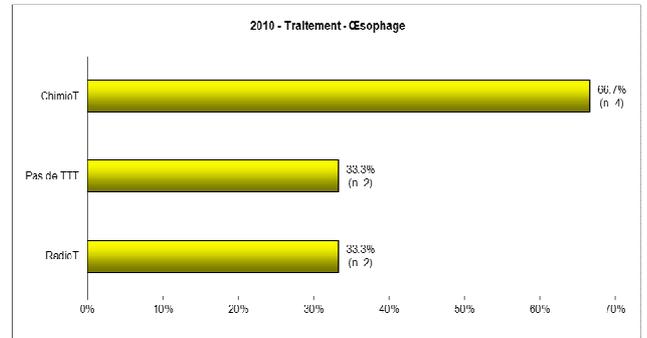
Figure 105 - Cancer de l'œsophage, répartition selon le grade et le stade au diagnostic

Traitements

La combinaison thérapeutique la plus souvent entreprise a été la chimiothérapie avec ou non de la radiothérapie. Aucun de ces 6 patients n’a bénéficié d’un traitement chirurgical.

Tableau 19 et Figure 106 - Cancer de l’œsophage, répartition selon les schémas thérapeutiques

Pas de traitement	2
Radio + Chimio	2
Chimio	2
TOTAL	6



Incidences et comparaisons internationales

En 2010, l’incidence ne concerne que les hommes et est plus élevée dans les Iles Loyauté.

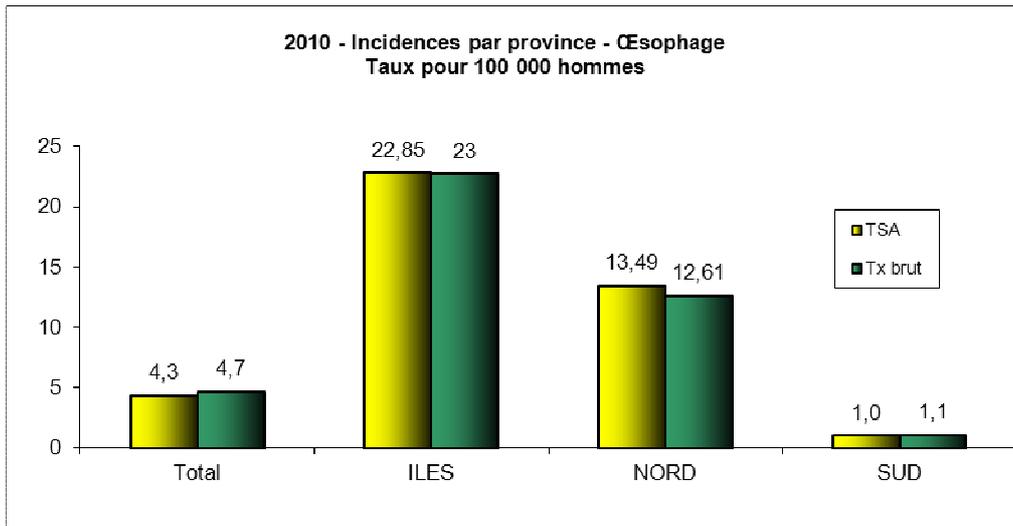
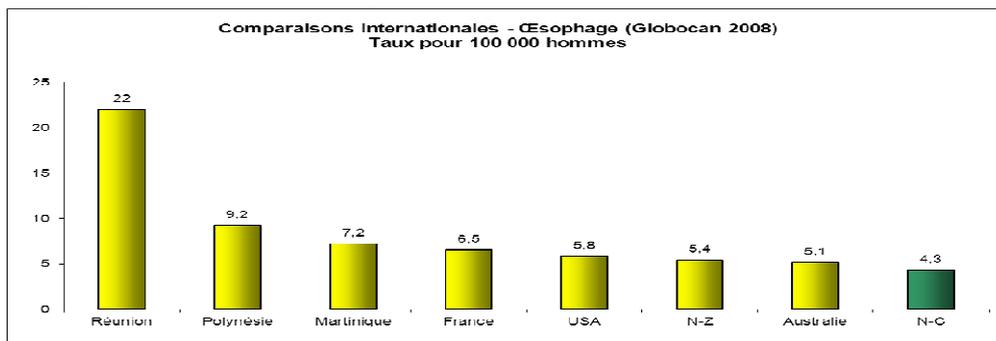


Figure 107 - Cancers de l’œsophage, incidences selon la province

Lorsque l’on compare l’incidence calédonienne en 2010 avec celles des autres pays, de la métropole et des DOM, on constate que l’incidence chez les hommes se situe à une valeur inférieure des pays voisins et de la métropole. Les incidences les plus élevées étant retrouvées à la Réunion et en Chine.



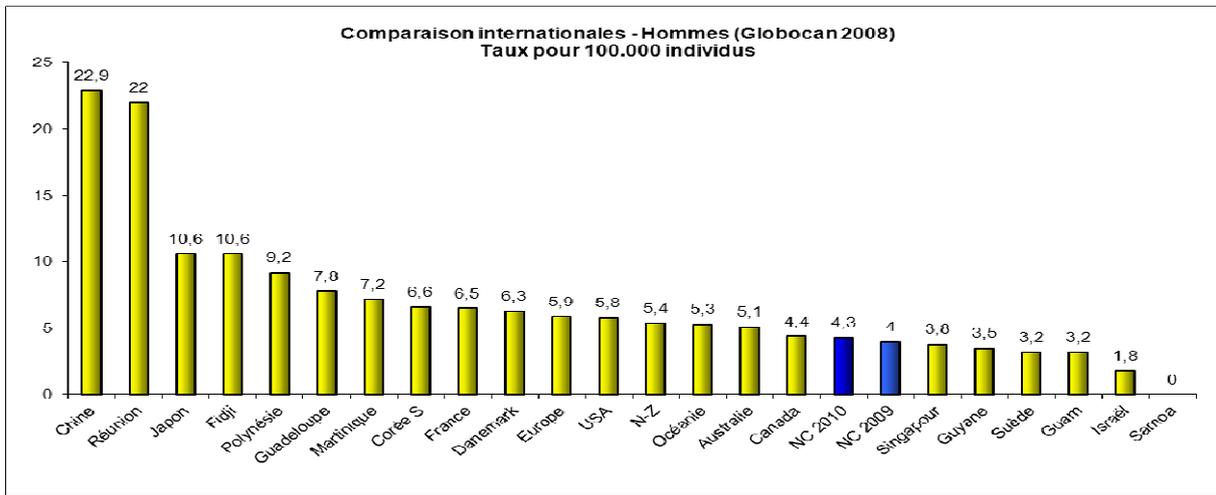


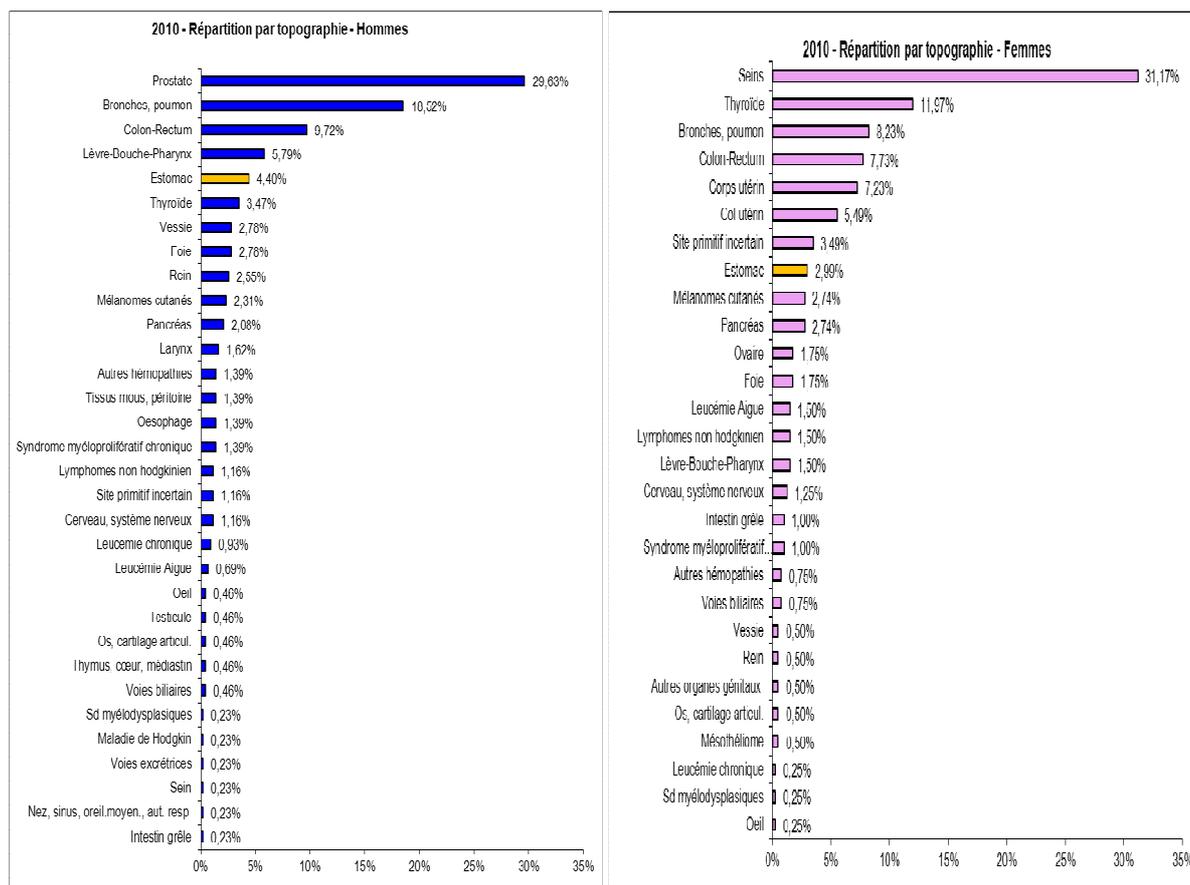
Figure 108 - Cancers de l'œsophage, comparaisons internationales des incidences selon le sexe

Cancer de l'estomac

Généralités

Avec **31 tumeurs invasives**, ce site arrive en 7ème position exæquo avec les LBP pour les deux sexes (5ème rang chez les hommes avec 19 cas et 8ème chez les femmes avec 12 cas) et un sex ratio égal à 1,6 hommes pour 1 femme.

4 patients étaient connus du registre pour une autre tumeur invasive, 67,7 % des patients étaient décédés au 1/07/2013 (21 cas). Le nombre moyen de sources d'information par dossier est égal à 6,3.



Figures 109 – Répartition des topographies selon le sexe

Age

Ces patients ont été diagnostiqués entre 26 et 85 ans, avec un âge moyen à 63,1 ans (âge médian à 65 ans), 63,7 ans pour les hommes (médiane 65 ans) et 62,1 ans pour les femmes (médiane 65 ans).

L'incidence par tranche d'âge est relativement faible jusqu'à 60 ans pour croître ensuite. L'âge moyen de survenue en métropole est de 72 ans.

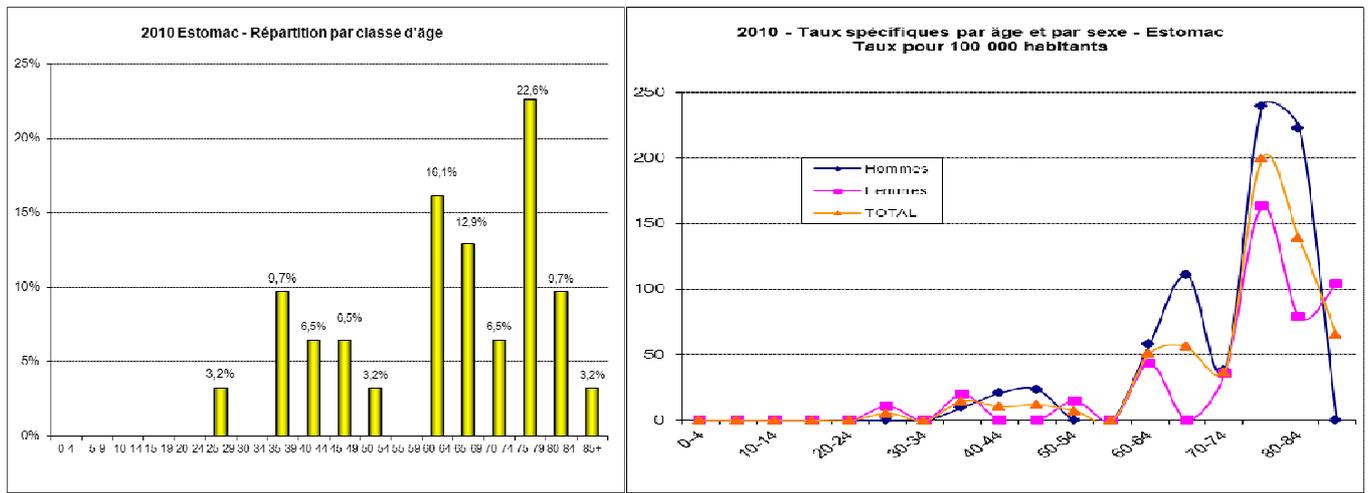


Figure 110 - Cancer de l'estomac : répartition par tranche d'âge et taux spécifiques d'incidence

Communautés

On observe une surreprésentation de la communauté polynésienne pour ce site par rapport à la population générale.

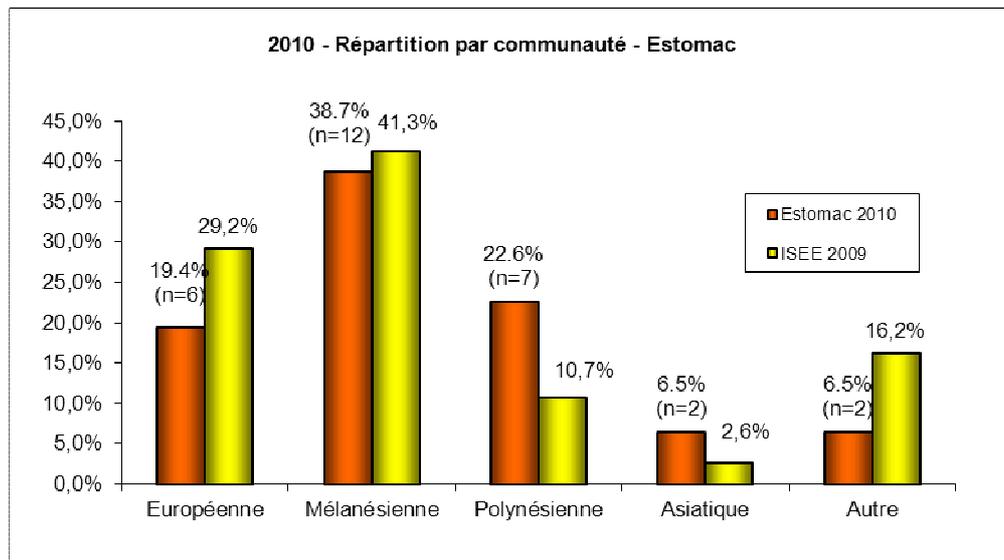


Figure 111 - Cancer de l'estomac, répartition par communauté

Histologie et stade au diagnostic

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

- 26 adénocarcinomes
- 3 GIST
- 1 carcinome SAI

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.

Au moment du diagnostic, le bilan d'extension mettait en évidence dans plus de 63 % des cas, un stade régional ou métastatique.

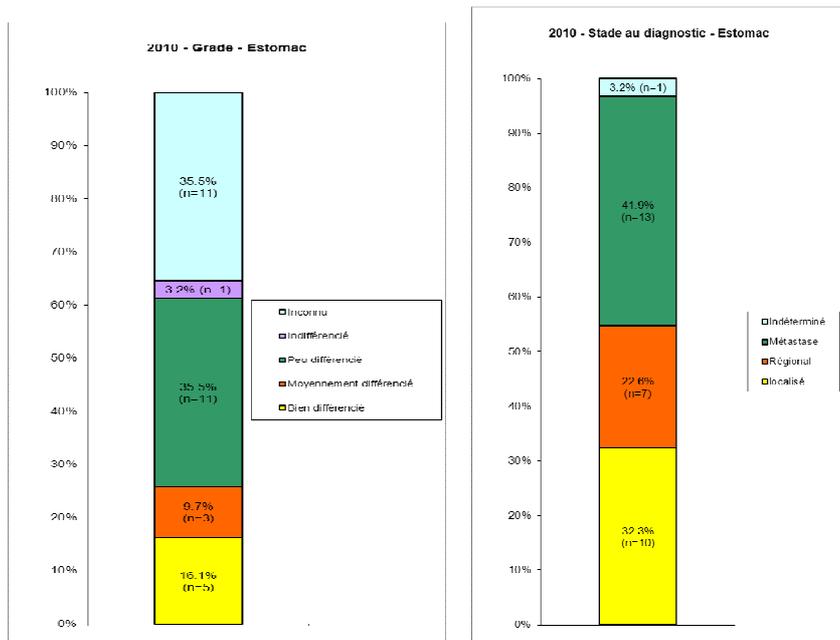


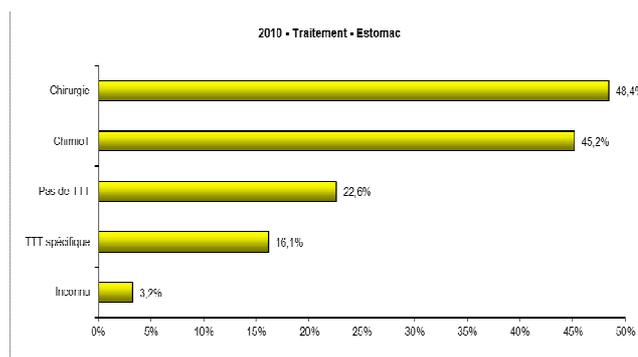
Figure 112 - Cancer de l'estomac, répartition selon le grade et le stade au diagnostic

Traitements

La chirurgie a été le principal traitement proposé à ces patients.

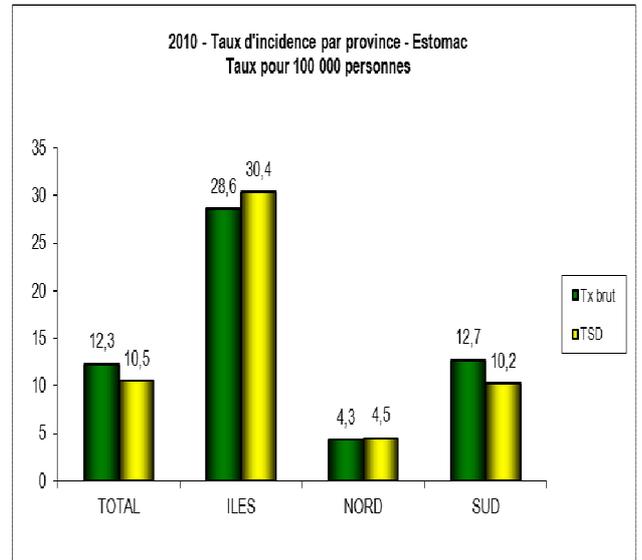
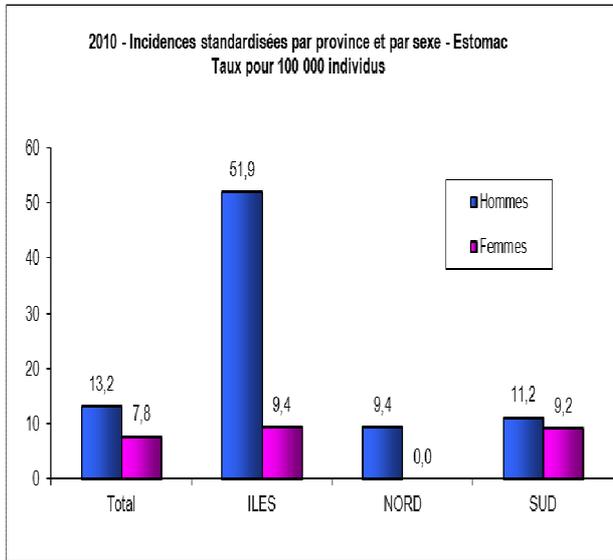
Tableau 20 et Figure 113 - Cancer de l'estomac, répartition selon les schémas thérapeutiques

Chir + Immuno	1
Inconnu	1
Chir + Chimio + Immuno	2
Chimio + Immuno	2
Chimio + Chir	4
ChimioT	6
Pas de traitement	7
Chirurgie	8
TOTAL	31



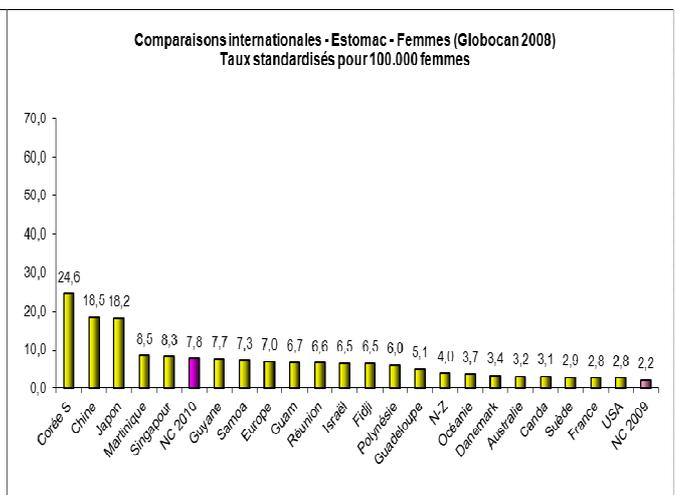
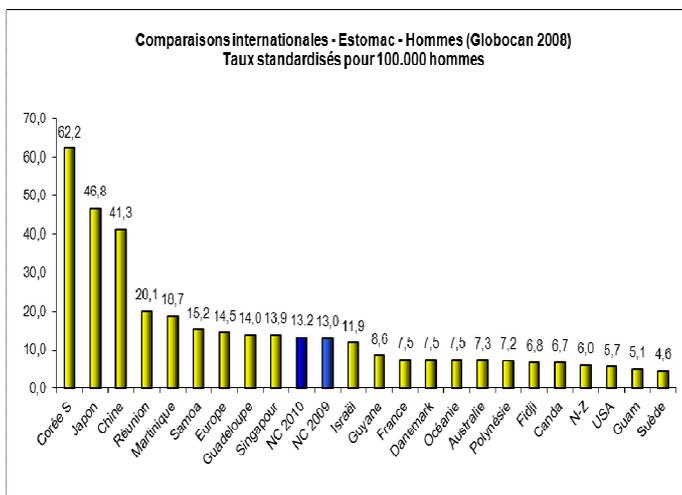
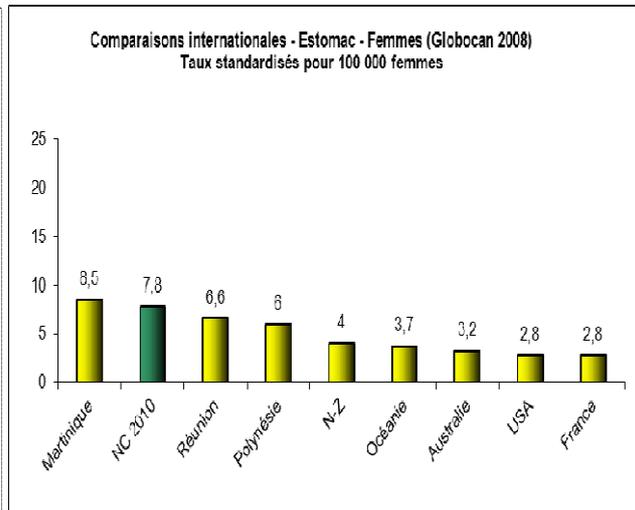
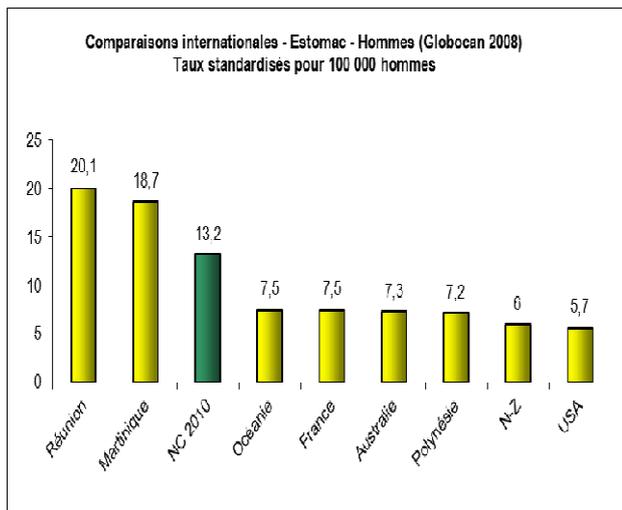
Incidences et comparaisons internationales

Comme en 2008 et 2009, on observe en 2010 une incidence nettement plus élevée dans les Iles Loyauté, par rapport aux autres provinces, en particulier chez les hommes.



Figures 113 - 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 2010 sont plus élevées qu'en métropole, plus faibles qu'aux Antilles.



Figures 114 - Cancer de l'estomac, comparaisons internationales des incidences selon le sexe

Cancer du foie et des voies biliaires :

Généralités

Avec **24 nouveaux cas en 2010**, soit 10 cas de moins par rapport à 2009 (Foie : 19, vésicule biliaire : 2, voies biliaires extra-hépatiques : 3), ce groupe se situe au 9^{ème} rang, tous sexes confondus (7^{ème} rang chez les hommes avec 14 patients et 11^{ème} chez les femmes avec 10 patients, soit un sex ratio égal à 1,4). 8,3% des patients avaient un antécédent tumoral connu au registre (2 cas) et 75 % des patients étaient décédés au 1/07/13 (18 cas).

Le nombre moyen de sources d'informations par dossier était égal à 6,1.

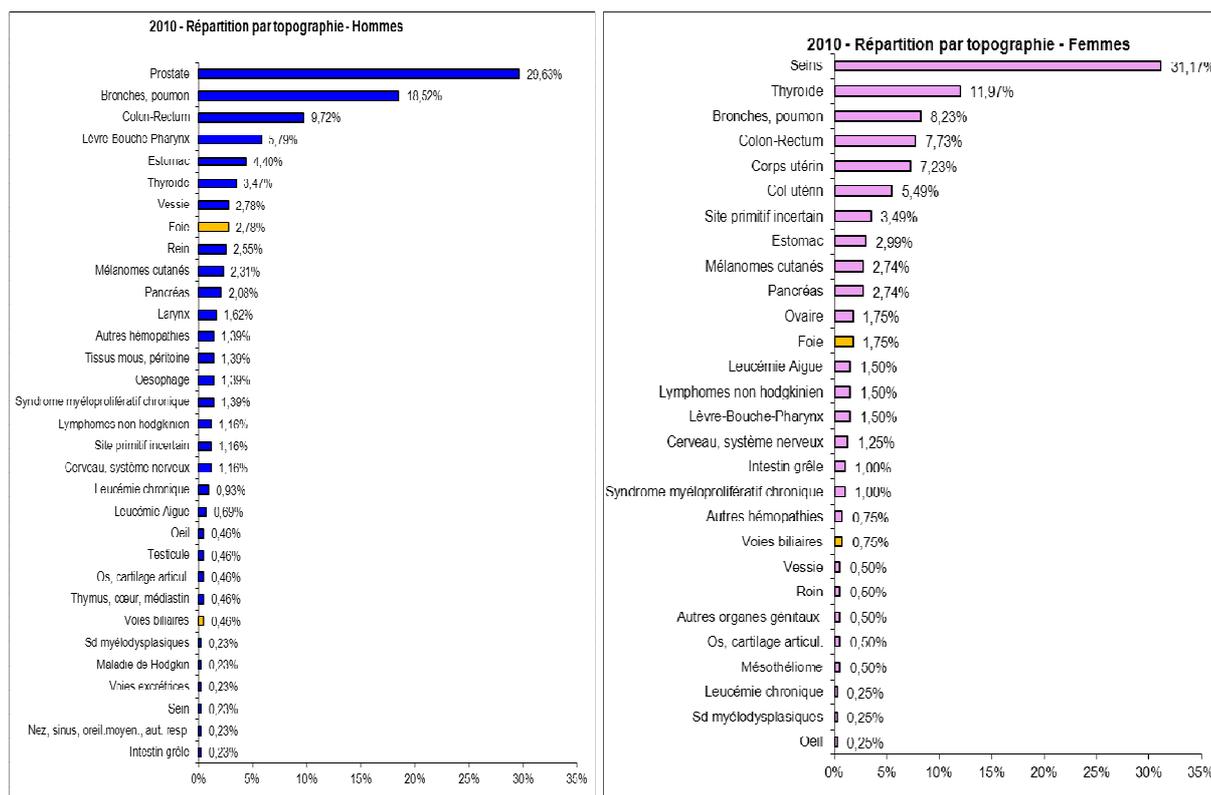


Figure 115 - Répartition des groupes de topographies selon le sexe

Age

L'âge au diagnostic est compris entre 34 et 88 ans, soit un âge moyen égal à 61,7 ans (médiane à 61,5 ans) : 61,6 ans pour les hommes et 61,8 ans pour les femmes. On observe un pic entre 60 et 64 ans pour la répartition par tranche d'âge. Bien qu'accidentée, l'incidence a tendance à croître avec l'âge, pour atteindre un premier pic entre 60 et 64 ans, et un second entre 75 et 79 ans.

En métropole, l'âge médian est de 69 chez les hommes et 73 ans chez les femmes.

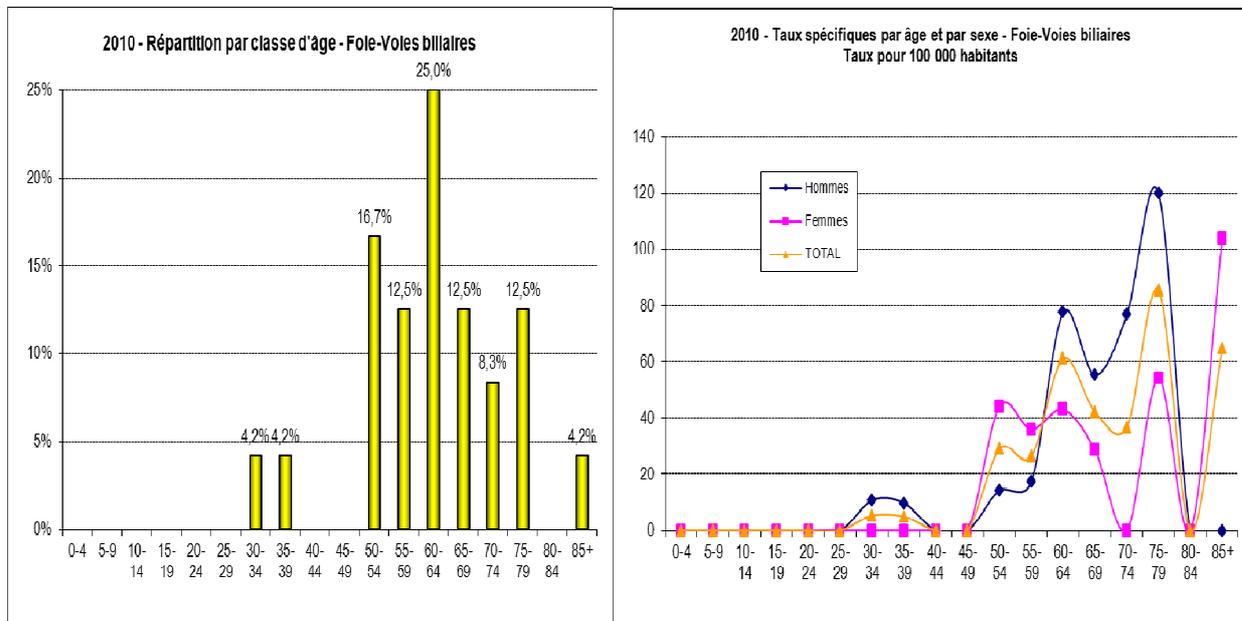


Figure 116 – Cancer du foie et voies biliaires, répartition par tranche d'âge et taux spécifiques d'incidence

Communautés

La répartition par communauté met en évidence une proportion plus élevée pour la communauté mélanésienne par rapport à la répartition par communautés de la population générale.

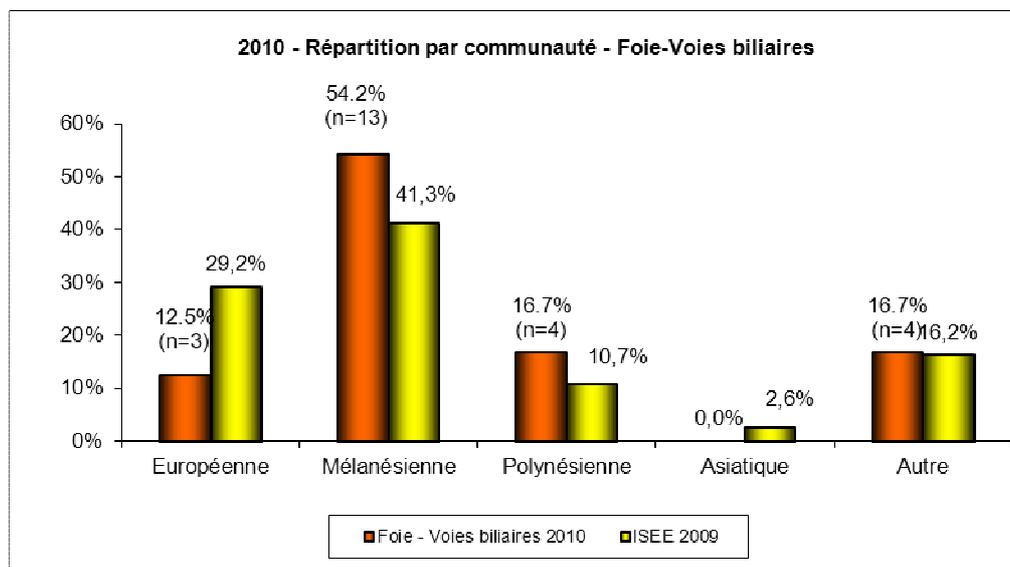


Figure 117 – Cancer du foie et voies biliaires, répartition par communauté

Histologie et stade au diagnostic

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

- 6 carcinomes hépatocellulaires
- 2 adénocarcinomes
- 2 cholangiocarcinomes

11 cas ont été diagnostiqués au moyen de marqueurs biologiques et sont des carcinomes hépatocellulaires. 3 patients ont été diagnostiqués par imagerie.

Lorsque l'information est indiquée sur le dossier, ces tumeurs sont le plus souvent diagnostiquées à un stade localisé (37,5%). Pour les 7 patients avec localisation métastatique, les 9 métastases se situent dans le poumon (55,6 %, n=5), le foie (22,2 %, n=2), les os (11,1%, n=1) et le péritoine (11,1 %, n=1).

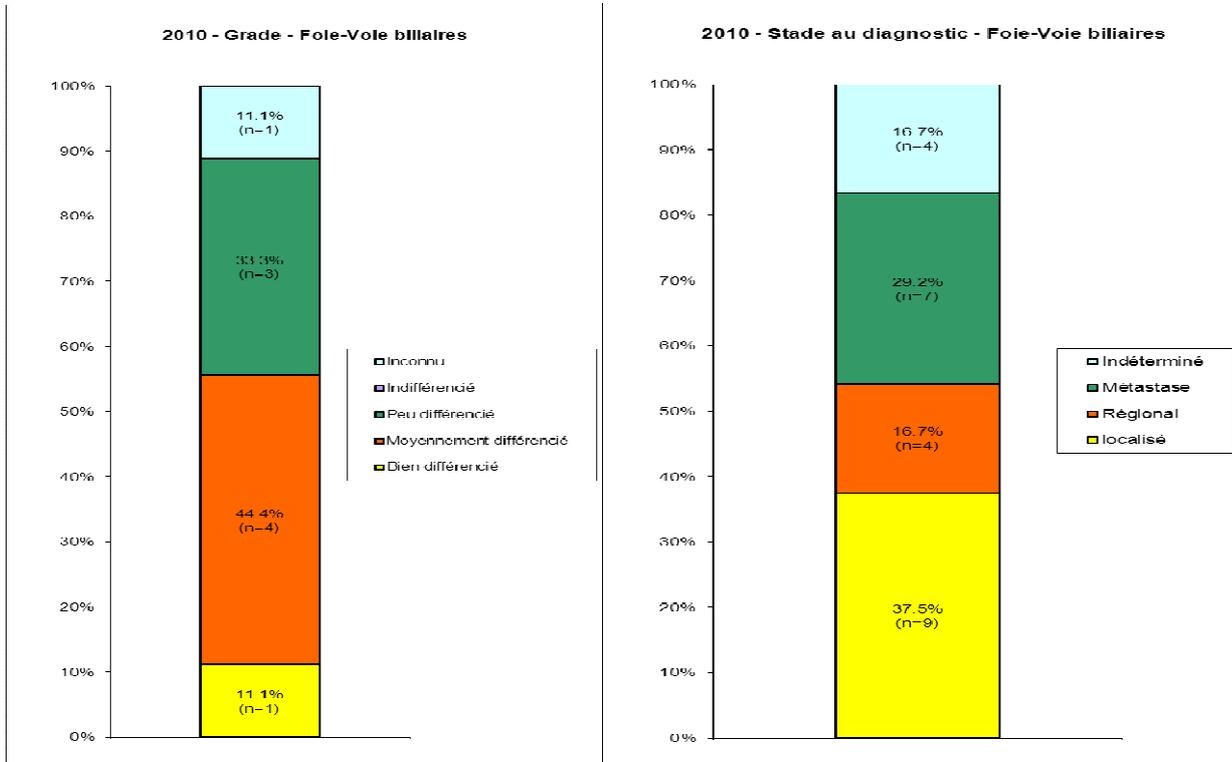


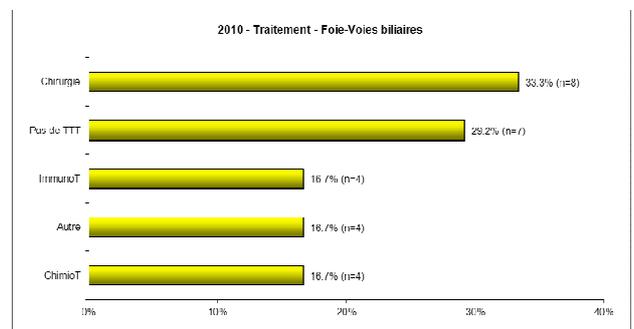
Figure 118 – Cancer du foie et voies biliaires, répartition selon le grade et le stade au diagnostic

Traitements

8 patients ont bénéficié d'un traitement chirurgical, 7 patients ont eu des traitements palliatifs non spécifiques.

Tableau 21 et Figure 119 – Cancer du foie et voies biliaires, répartition selon les schémas thérapeutiques

Pas de traitement	7
Chirurgie	5
Autre	4
ImmunoT	4
Chir + Chimio	3
ChimioT	1
TOTAL	24



Incidences et comparaisons internationales

On observe des incidences nettement plus élevées dans les Iles Loyauté, en particulier 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.

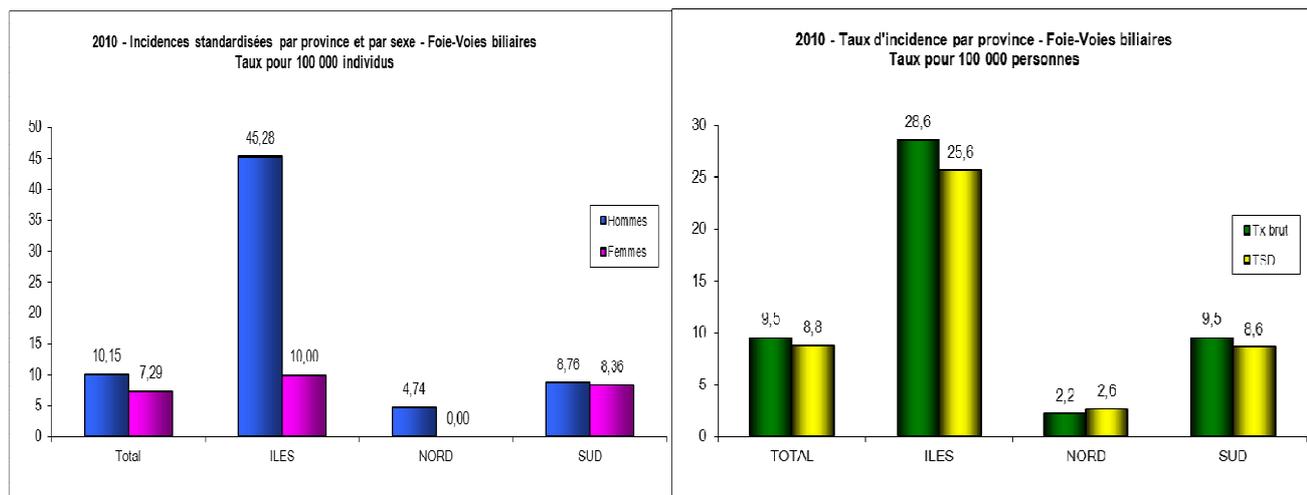


Figure 120 – Cancer du foie et voies biliaires, incidences selon le sexe et la province

On retrouve chez les hommes en 2010, une incidence moins élevée qu'en France métropolitaine. Pour les femmes, la Nouvelle-Calédonie fait partie des pays à plus forte incidence.

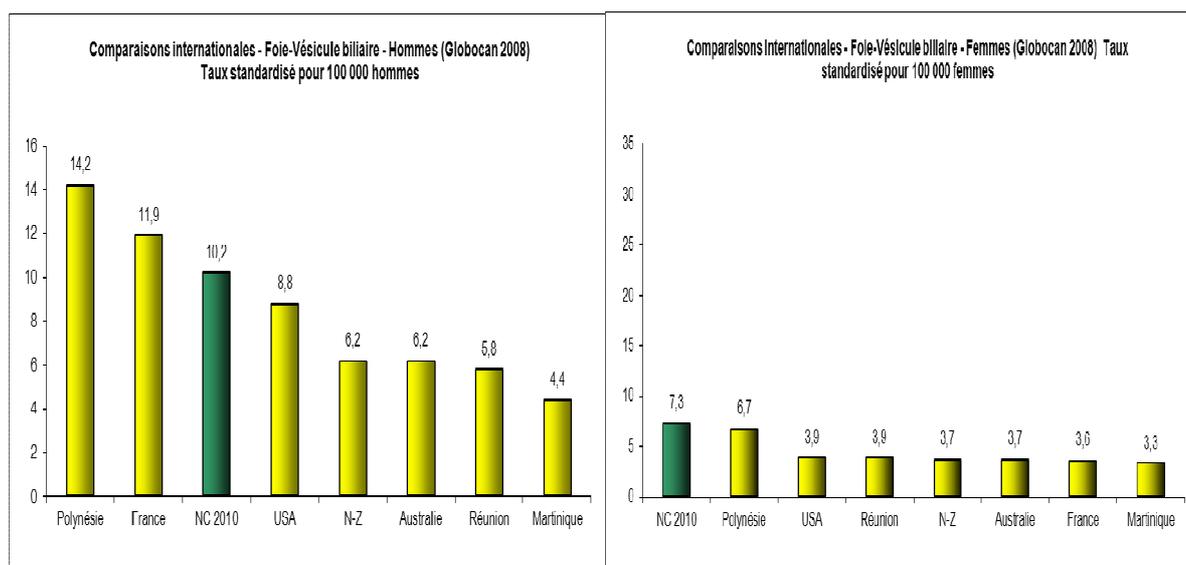
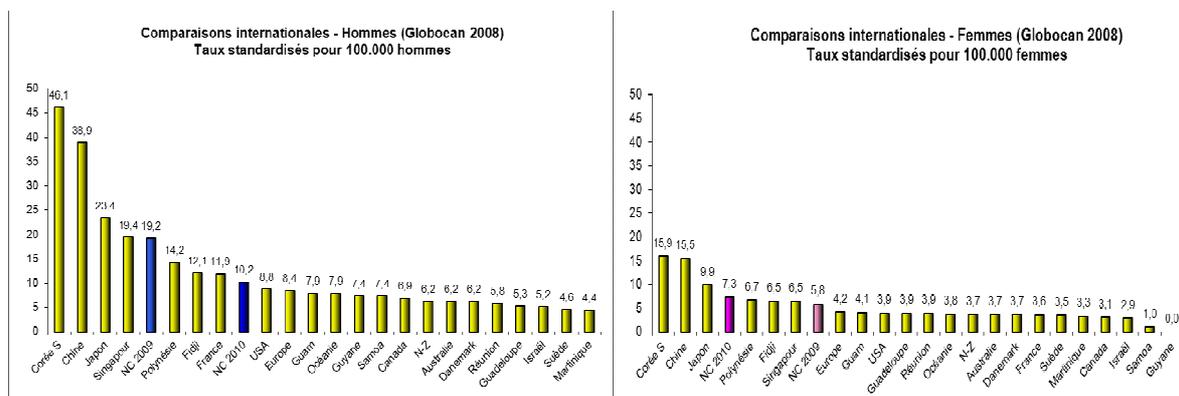


Figure 121 – Cancer du foie et voies biliaires, comparaisons internationales des incidences selon le sexe



Cancer du pancréas :

Généralités

Avec, comme en 2009, **20 nouvelles tumeurs invasives** diagnostiquées en 2010 (11 chez les femmes et 9 chez les hommes, soit un sex ratio égal à 0,82) cette topographie arrive au 11ème rang (11ème rang chez les hommes et 10ème chez les femmes).

2 patients étaient déjà connus du registre pour une autre localisation primitive. Ce cancer est particulièrement létal car tous les patients diagnostiqués en 2010 étaient décédés au 1/07/13.

Le nombre moyen de sources d'information était égal 6,7 par dossier.

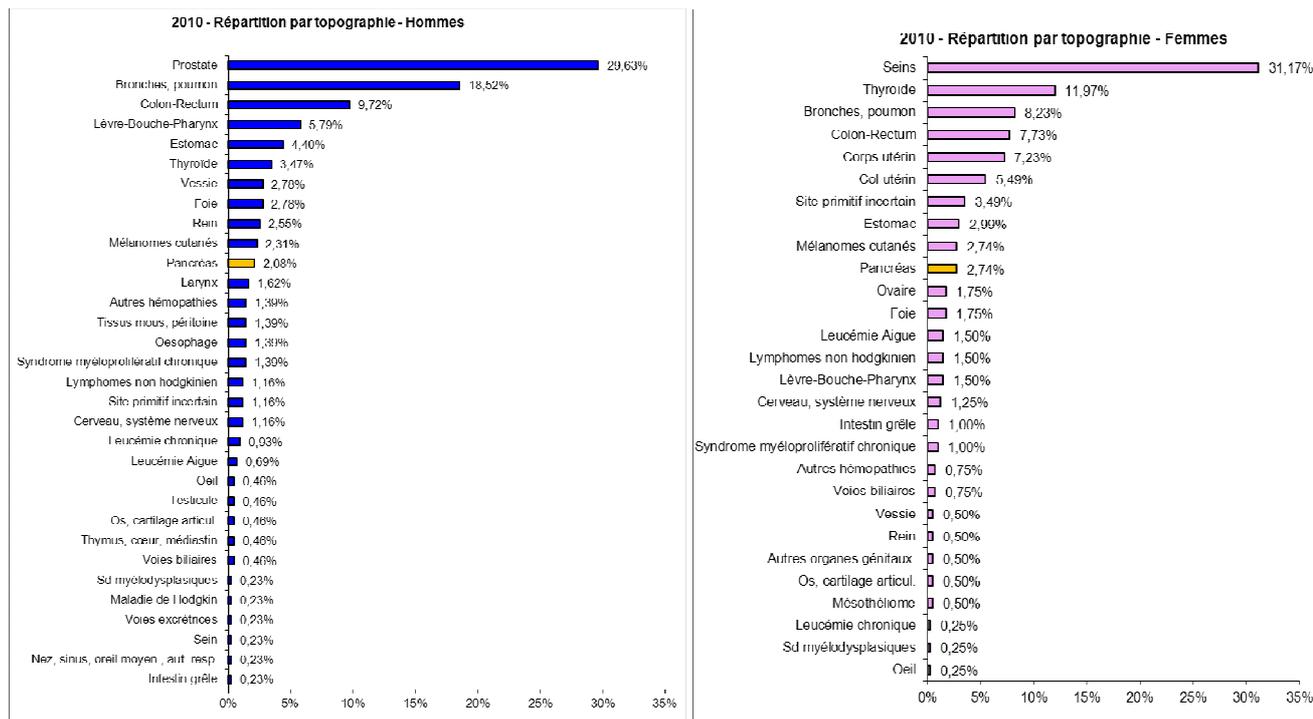


Figure 122 - Répartition des topographies selon le sexe

Age

Ce site concerne plus souvent le sujet âgé. L'âge moyen au moment du diagnostic était égal à 68,1 ans (compris entre 50 et 83 ans, médiane à 68,5 ans) : 67,8 ans pour les hommes et 68,4 ans pour les femmes. En métropole, l'âge moyen est de 75 ans chez les hommes et 80 chez les femmes. L'incidence de ces cancers a tendance à croître avec l'âge comme le représente la figure suivante.

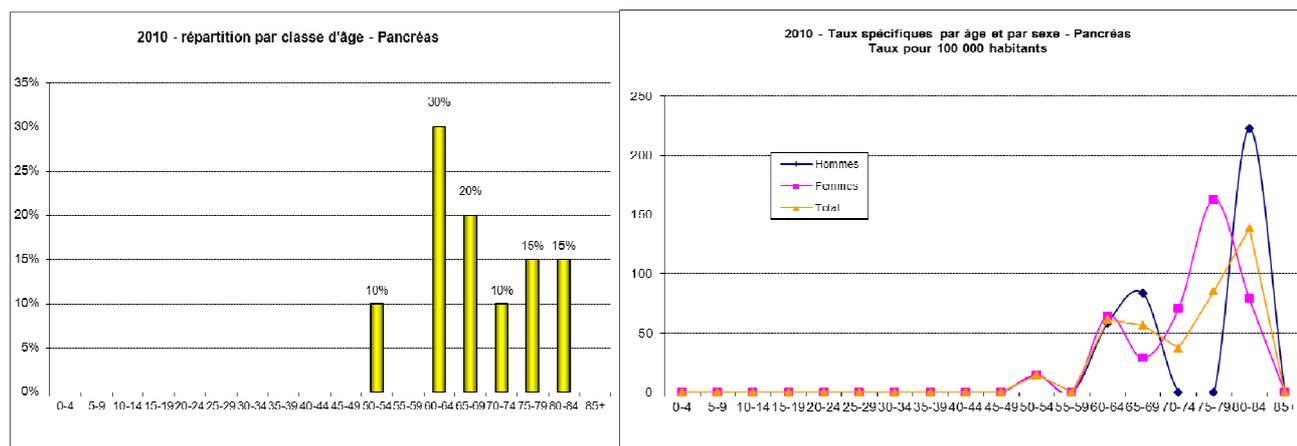


Figure 123 - Cancer du pancréas, taux spécifiques d'incidence par tranche d'âge

Communautés

La répartition par communauté met en évidence une surreprésentation des communautés européenne et polynésienne et une sous-représentation de la communauté mélanésienne.

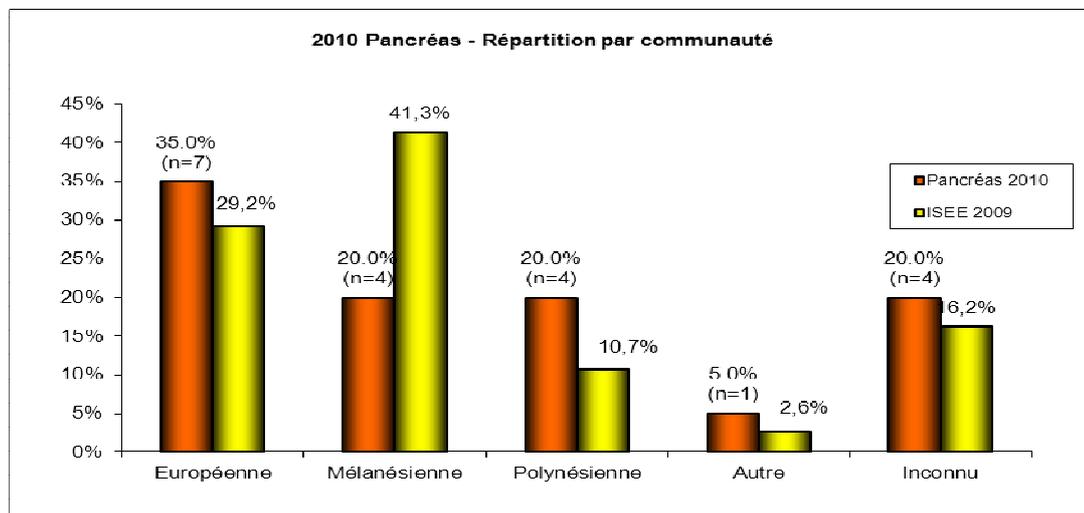


Figure 124 - Cancer du pancréas, répartition par communauté

Histologie et stade au diagnostic

13 patients ont bénéficié d'un diagnostic histologique (tumeur primitive ou métastase) ou cytologique, qui retrouvait dans 11 cas un adénocarcinome et 2 cas un carcinome. Le grade n'a pas été précisé pour 15,4 % des cas. Pour 6 patients, le diagnostic a été porté au moyen de l'imagerie médicale.

70% des patients ont été diagnostiqués à un stade métastatique.

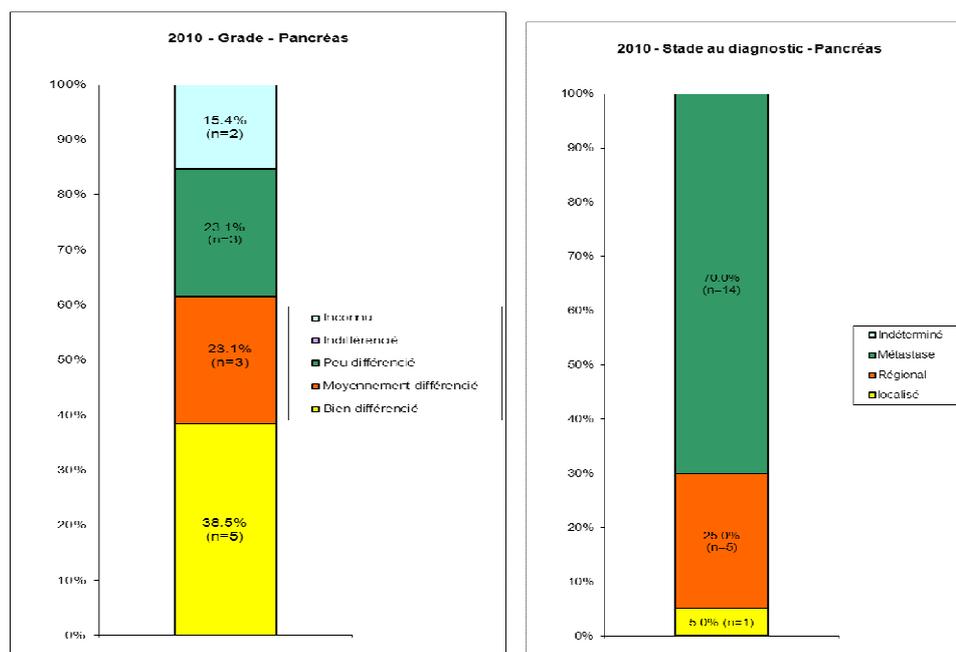


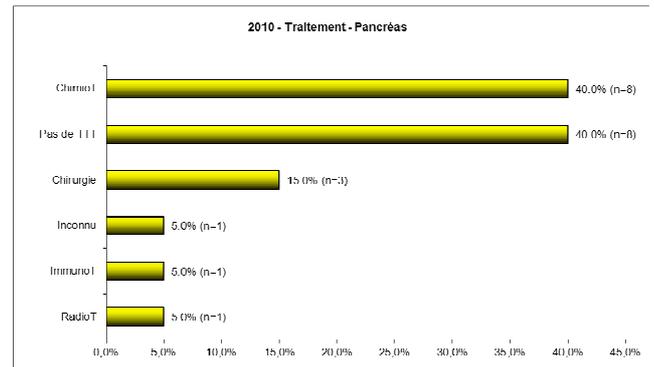
Figure 125 - Cancer du pancréas, répartition selon le stade au diagnostic

Traitements

Ces patients ont le plus souvent bénéficié d'un traitement par chimiothérapie, seuls 3 patients ont eu un traitement chirurgical.

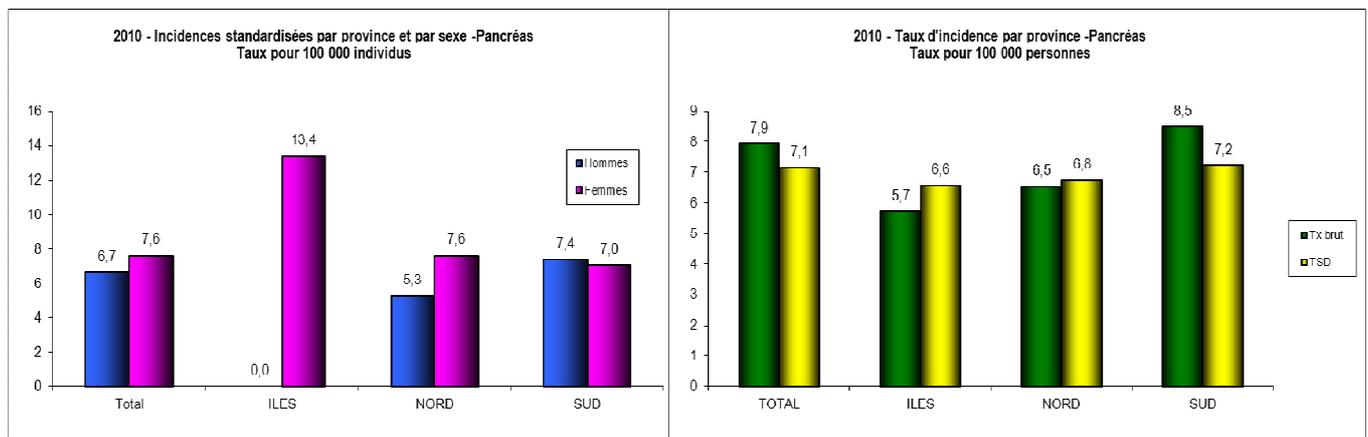
Tableau 22 et Figure 126 – Cancer du pancréas, répartition selon les schémas thérapeutiques

Autre	1
Chimio + Immuno	1
Chirurgie	1
Inconnu	1
RadioT	1
Chir + Chimio	2
ChimioT	5
Pas de traitement	8
TOTAL	20



Incidences et comparaisons internationales

On observe en 2010 des taux d'incidence plus élevés chez les femmes, en particulier dans les provinces Nord et Iles. En ce qui concerne les incidences par province, on observe des taux un peu plus élevés en province Sud.



Figures 127 - Cancer du pancréas, incidences selon le sexe et la province

L'incidence chez les hommes est comparable à celle de la métropole et de l'Australie. Chez les femmes, elle est nettement plus élevée qu'en métropole, et dans les pays voisins.

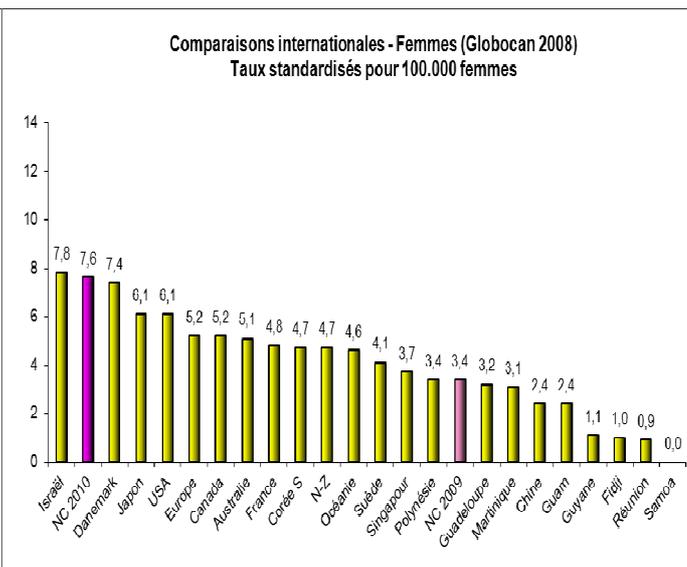
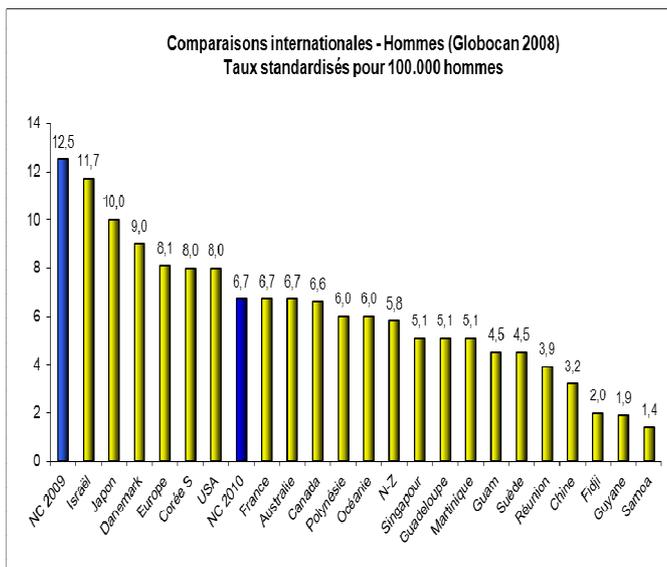
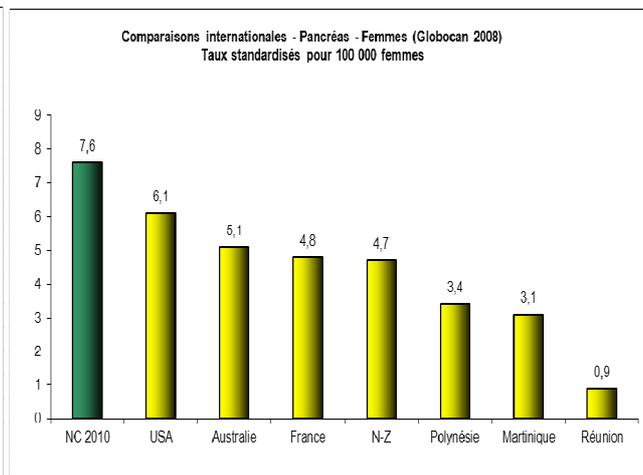
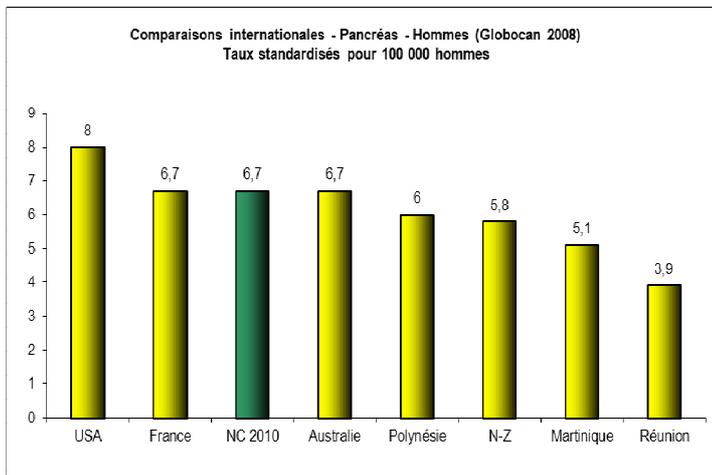


Figure 128 - Cancer du pancréas, comparaisons internationales des incidences selon le sexe

I.2. Hémopathies malignes

Généralités

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

En 2010, 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 47 nouveaux cas est placé en 6ème position tous sexes confondus des topographies regroupées, il arriverait au 4ème rang chez les hommes (26 patients) et au 7ème chez les femmes (21 patientes). On observe ainsi un sex-ratio de 1.24 hommes pour 1 femme. 10,6% des patients étaient connus du registre pour d'autres tumeurs (5 cas) et 48,9 % étaient décédés au 1/07/2013 (23 cas).

Le nombre moyen de sources par dossier est légèrement au dessus de 5 (5,2).

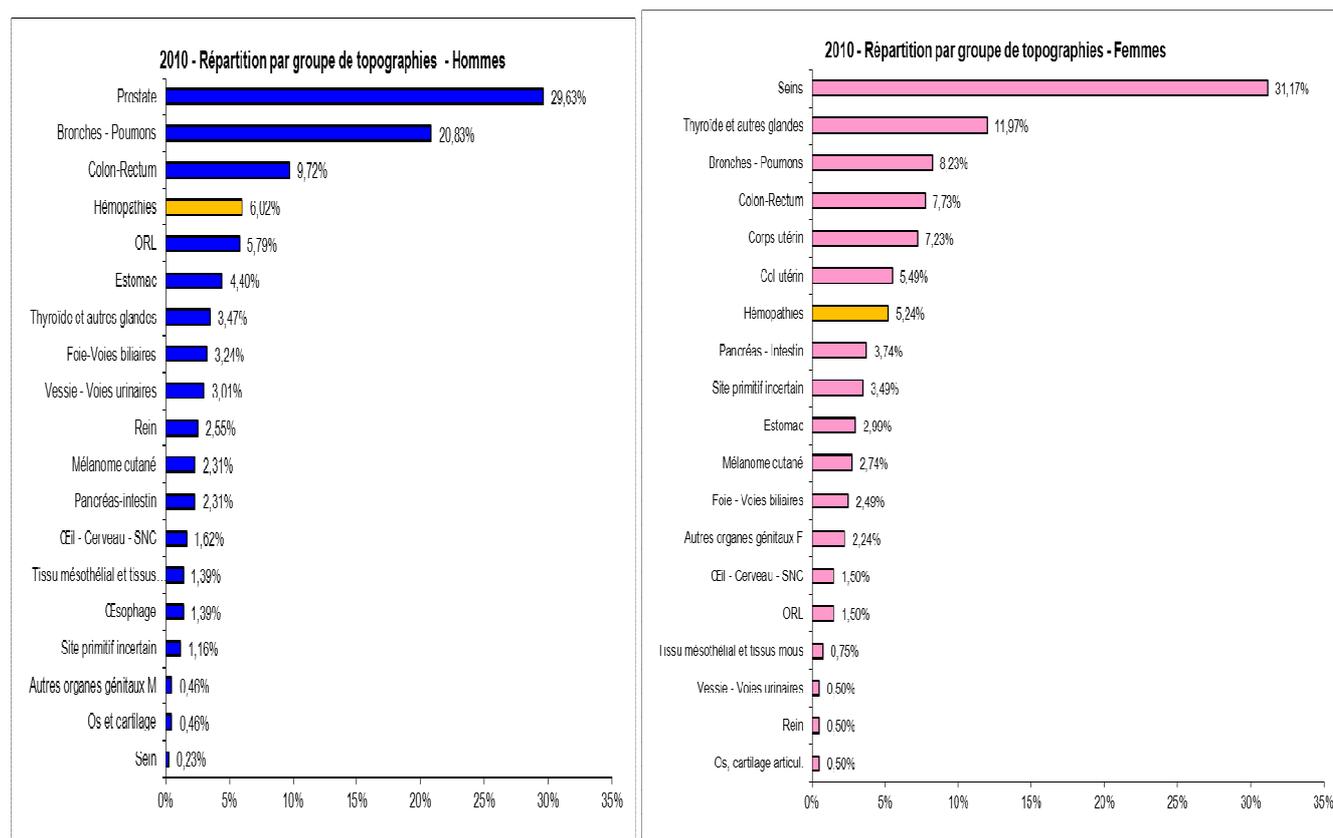


Figure 129 - Répartition des groupes de topographies selon le sexe

Age

Comme le montre la figure suivante, l'âge au diagnostic est très dispersé puisque le plus jeune patient avait 4 ans et pour 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 58,8 ans (médiane à 62 ans avec un âge compris entre 3 et 86 ans) : 56,6 ans pour les hommes et 61,4 ans pour les femmes. On observe une incidence nulle entre 5 et 29 ans, avec un pic vers 70 ans puis vers 80 ans.

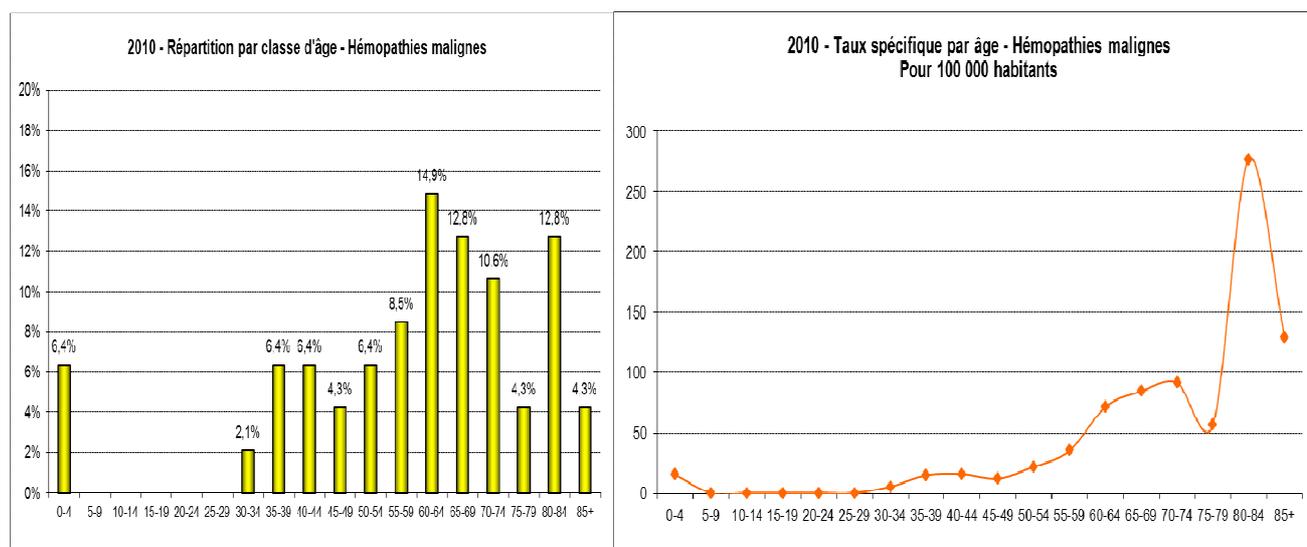


Figure 130 - Hémopathies malignes, répartition par tranche d'âge et taux spécifiques d'incidence

Communautés

Indépendamment du type d'hémopathies, on observe en 2010, une répartition par communauté significativement différente de celle de la population générale, avec une sous représentation de la communauté européenne et une surreprésentation du groupe « communauté inconnue ».

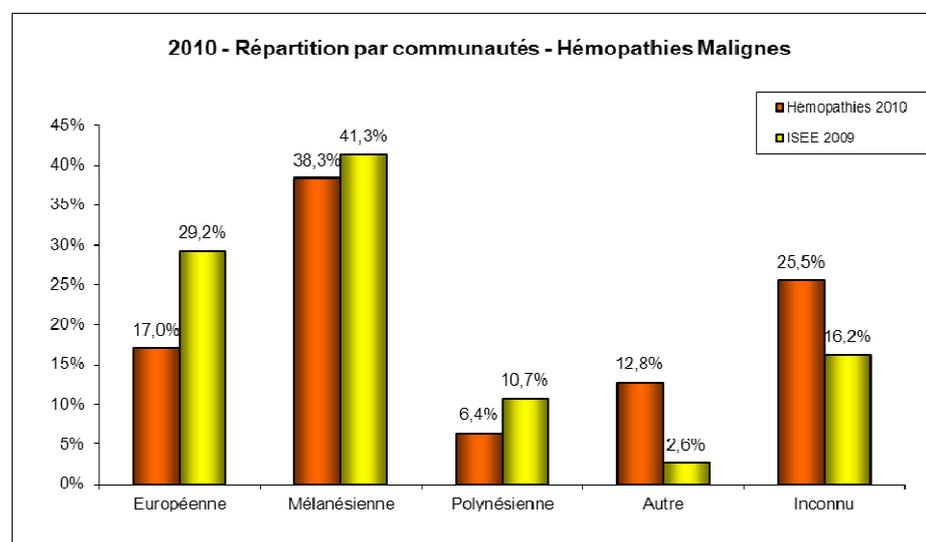


Figure 131 - Hémopathies malignes, répartition par communauté

Histologie ou cytologie

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

Parmi les 47 patients ont été retrouvées :

- 11 Lymphomes non Hodgkinien
- 7 Leucémies myéloïdes
- 8 tumeurs plasmocytaires maladies immunoprolifératives
- 3 Leucémies lymphoïdes
- 1 Maladies de Hodgkin
- 2 Syndromes myélodysplasiques
- 10 Syndromes myéloprolifératifs chroniques (SMP)
- 5 autres Leucémies

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

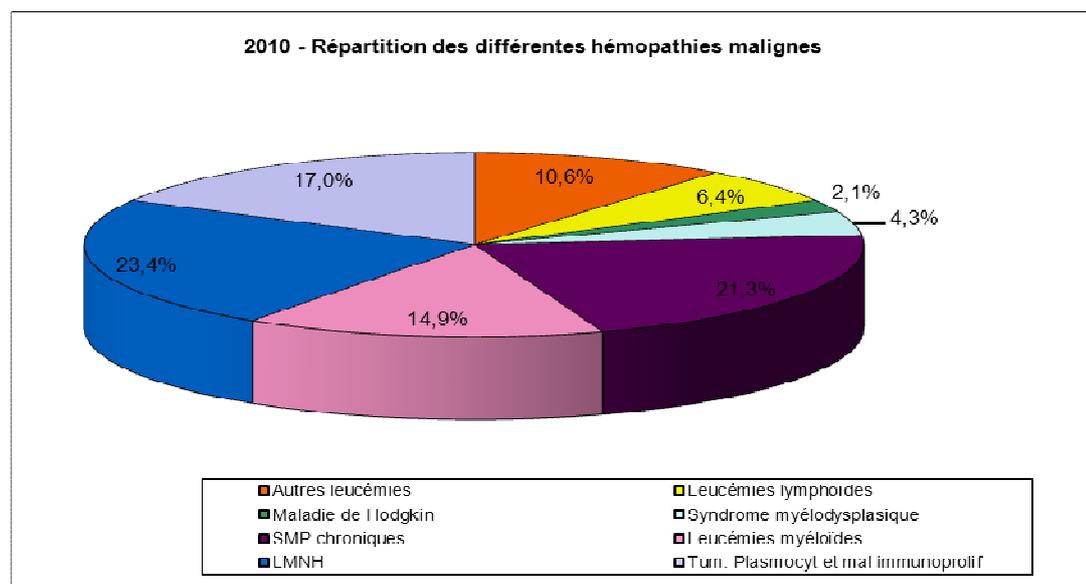


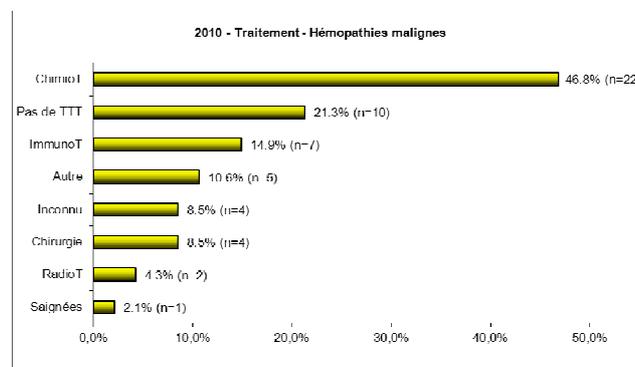
Figure 132 - Répartition des différentes hémopathies malignes

Traitements

Un peu moins de la moitié des patients ont bénéficié d'une chimiothérapie, et 14,9% d'une immunothérapie.

Tableau 23 et figure 133 - Hémopathies malignes, répartition selon les schémas thérapeutiques

Chir+Chimio+Radio	1
Radio + Chim	1
Chimio + Chir	1
Chimio+Saignées	1
Chir	2
Chimio+Immuno	3
ImmunoT	4
Inconnu	4
Autre	5
Pas de TTT	10
ChimioT	15
TOTAL	47



Incidences et comparaisons internationales

En 2010, l'incidence est plus élevée chez les hommes, essentiellement en raison de la place de la province Sud. On constate que les incidences sont plus élevées en province Nord.

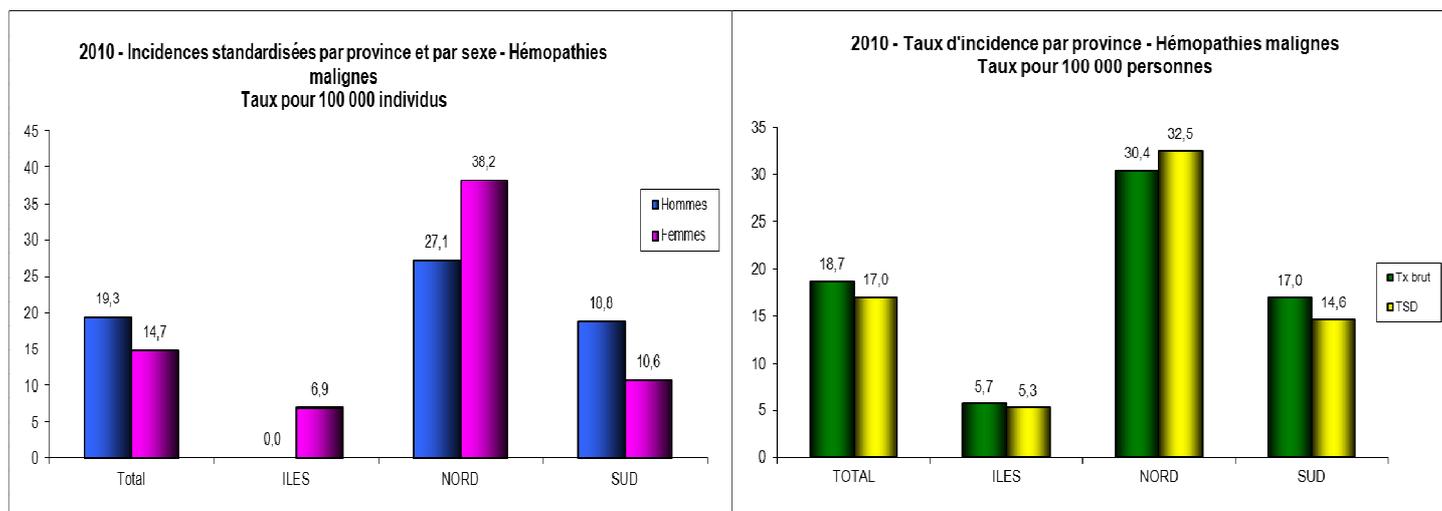


Figure 134 - Hémopathies malignes, incidences selon le sexe et la province

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

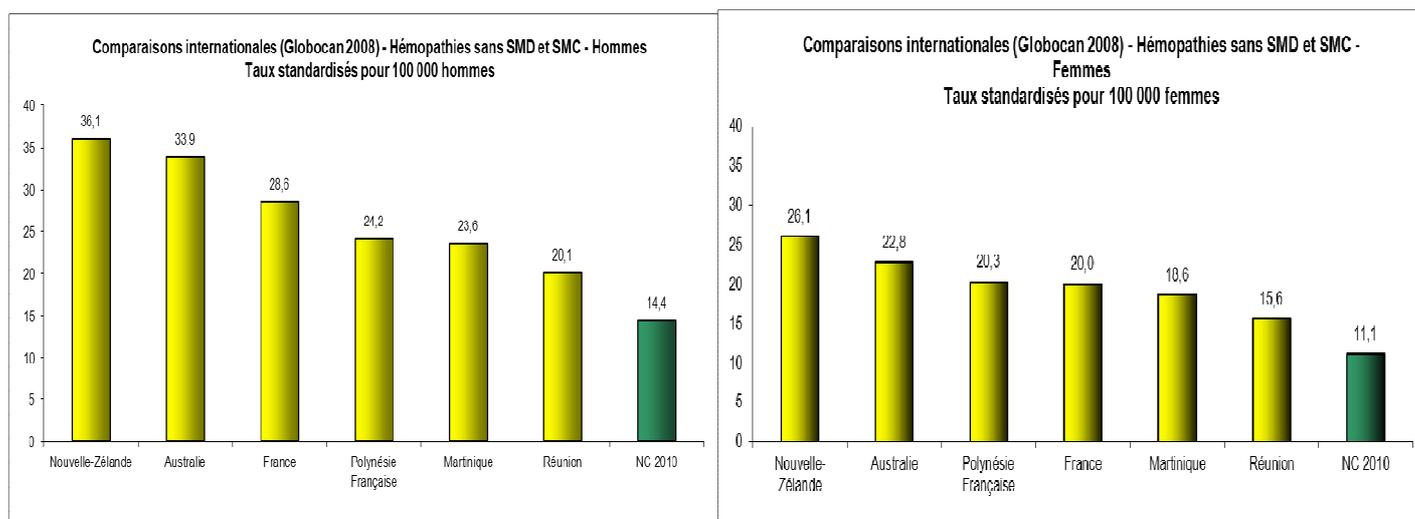


Figure 135 - Hémopathies malignes (hors SMD et SMC), comparaisons internationales des incidences selon le sexe

I.3. Cancers de la peau : mélanomes cutanés

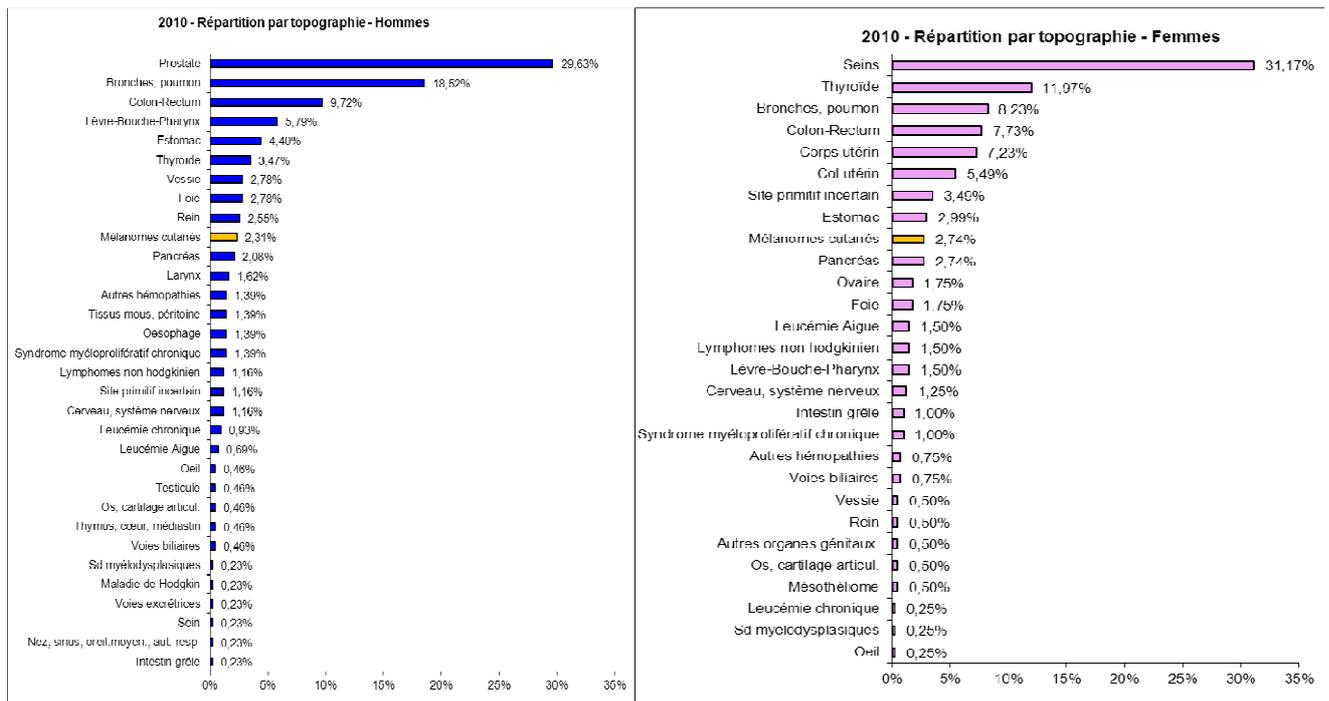
Généralités

Avec **21 nouveaux cas** (10 chez les hommes et 11 chez les femmes), cette tumeur se situe au 10ème rang, tous sexes confondus ; au 10ème rang chez les hommes et 9ème chez les femmes.

Le sex ratio est de 0,9 homme pour 1 femme. 4 patients étaient déjà enregistrés pour une autre tumeur primitive (19%), et 5 patients étaient décédés au 1/07/2013.

Le nombre moyen de sources d'information par dossier était de 3,5.

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



Figures 136 - Répartition des topographies selon le sexe

Age

L'âge moyen au diagnostic est de 58,4 ans (61,2 ans pour les hommes et 55,9 ans pour les femmes) et est compris entre 36 et 57 ans. L'âge médian est égal à 57 ans. On observe une incidence qui a tendance à croître avec l'âge.

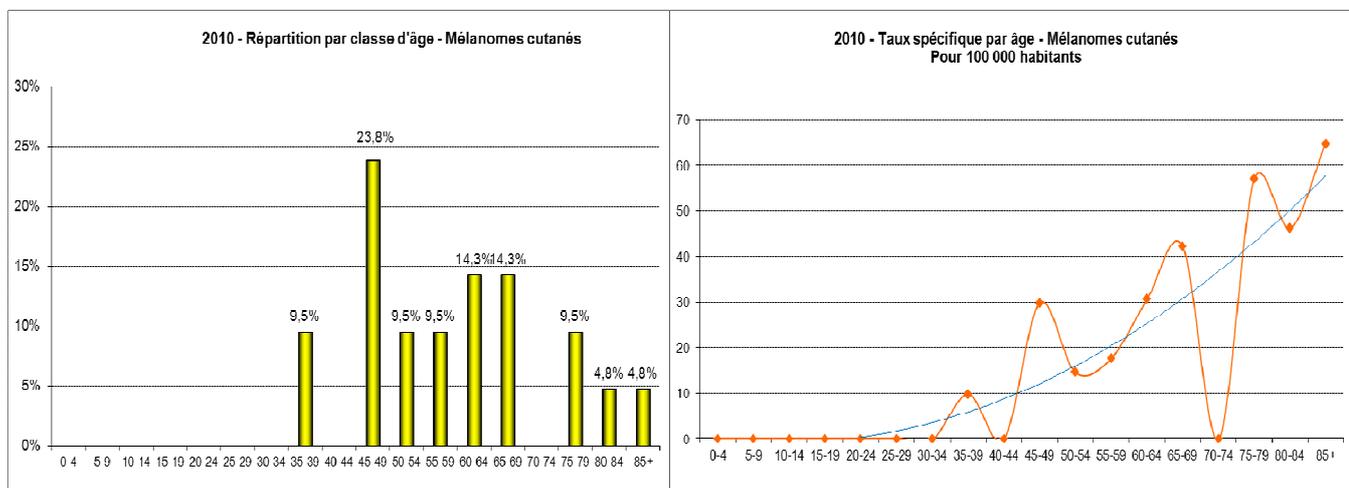


Figure 137 - Mélanomes, répartition par tranche d'âge et taux spécifiques d'incidence

Communautés

Les individus concernés par le mélanome sont en majorité européens (66,7%, n=14). A noter 5 patients pour lesquels la communauté n'était pas renseignée (23,8%).

Traitements

95,2 patients ont eu une exérèse chirurgicale de la tumeur. Un seul cas n'est pas renseigné, et a été diagnostiqué à partir de la métastase.

A noter, 52,4 % de diagnostic au stade localisé (n=11), 14,3 % au stade régional avec envahissement ganglionnaire (n=3) et 4,8 % au stade avec métastases à distance (n=1).

Incidences et comparaisons internationales

90,5 % des cas ont été diagnostiqués en Province Sud avec une incidence plus élevée par rapport à la province Nord. L'incidence est plus élevée chez les hommes en province Sud, aucun cas n'a été diagnostiqué chez les hommes en province Nord.

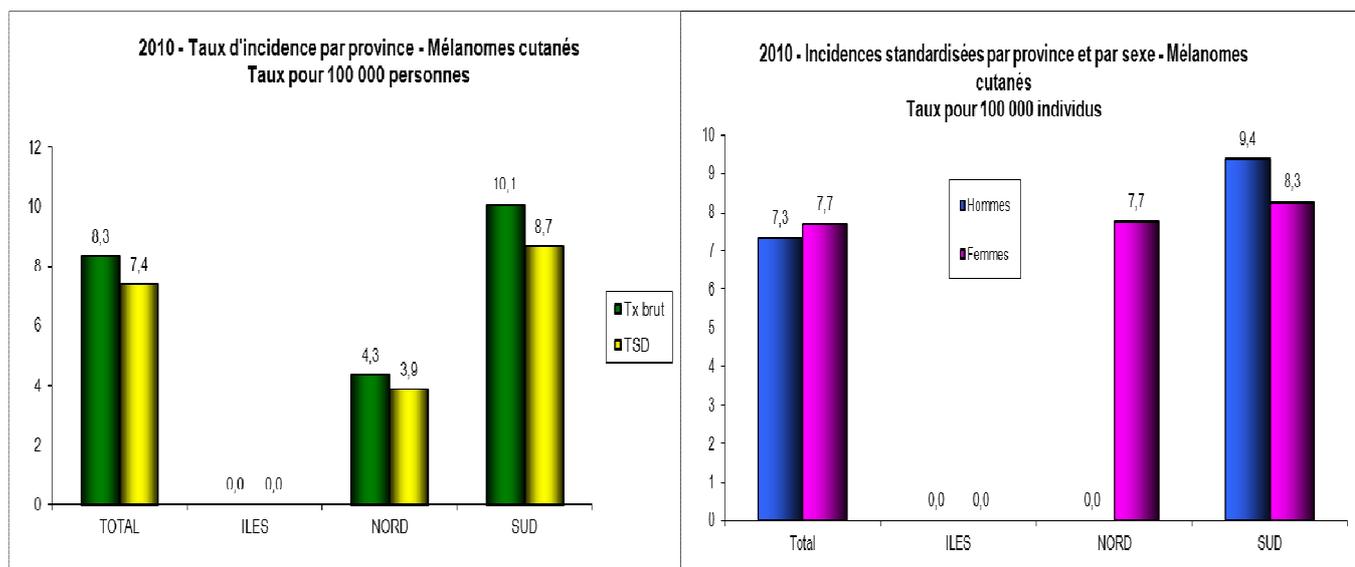
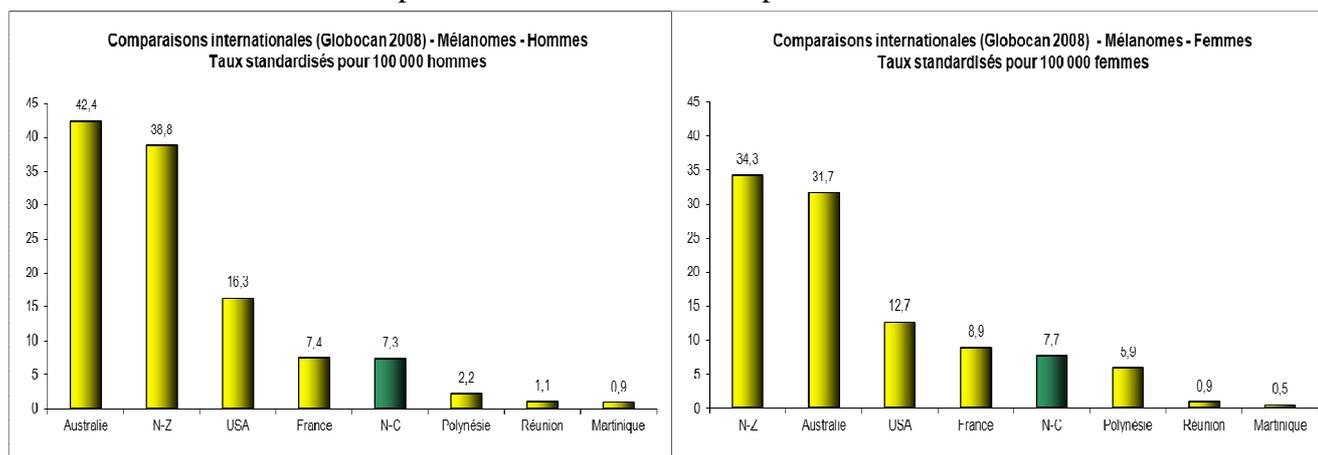


Figure 138 - Mélanomes, incidences selon le sexe et la province

Les incidences calédoniennes, sont nettement plus basses que celles des pays voisins comme l'Australie et la Nouvelle-Zélande et comparables à celles de la métropole.



Figures 139 - Mélanomes malins, comparaisons internationales des incidences selon le sexe

I.4. Tumeurs du système nerveux central

Généralités

23 tumeurs ont été diagnostiquées en 2010 (10 chez les hommes et 13 chez les femmes), il s'agissait de 10 tumeurs invasives et de 13 tumeurs non invasives.

Les tumeurs invasives du SNC sont placées au 17ème rang, tous sexes confondus (17ème rang chez les hommes et au 16ème chez les femmes). On observe un sex ratio égal 1 homme pour 1 femme. L'âge moyen au diagnostic est égal à 48,3 ans (médiane à 46 ans). Toutes ces tumeurs ont été diagnostiquées à un stade localisé, il s'agissait de 5 glioblastomes, 3 oligodendrogliomes, 1 médulloblastome desmoplastique et 1 inconnu.

90 % des patients ont bénéficié d'un traitement chirurgical, 70 % d'une radiothérapie et 50 % d'une chimiothérapie. Le profil thérapeutique le plus fréquent était radiothérapie + chimiothérapie + chirurgie (50%).

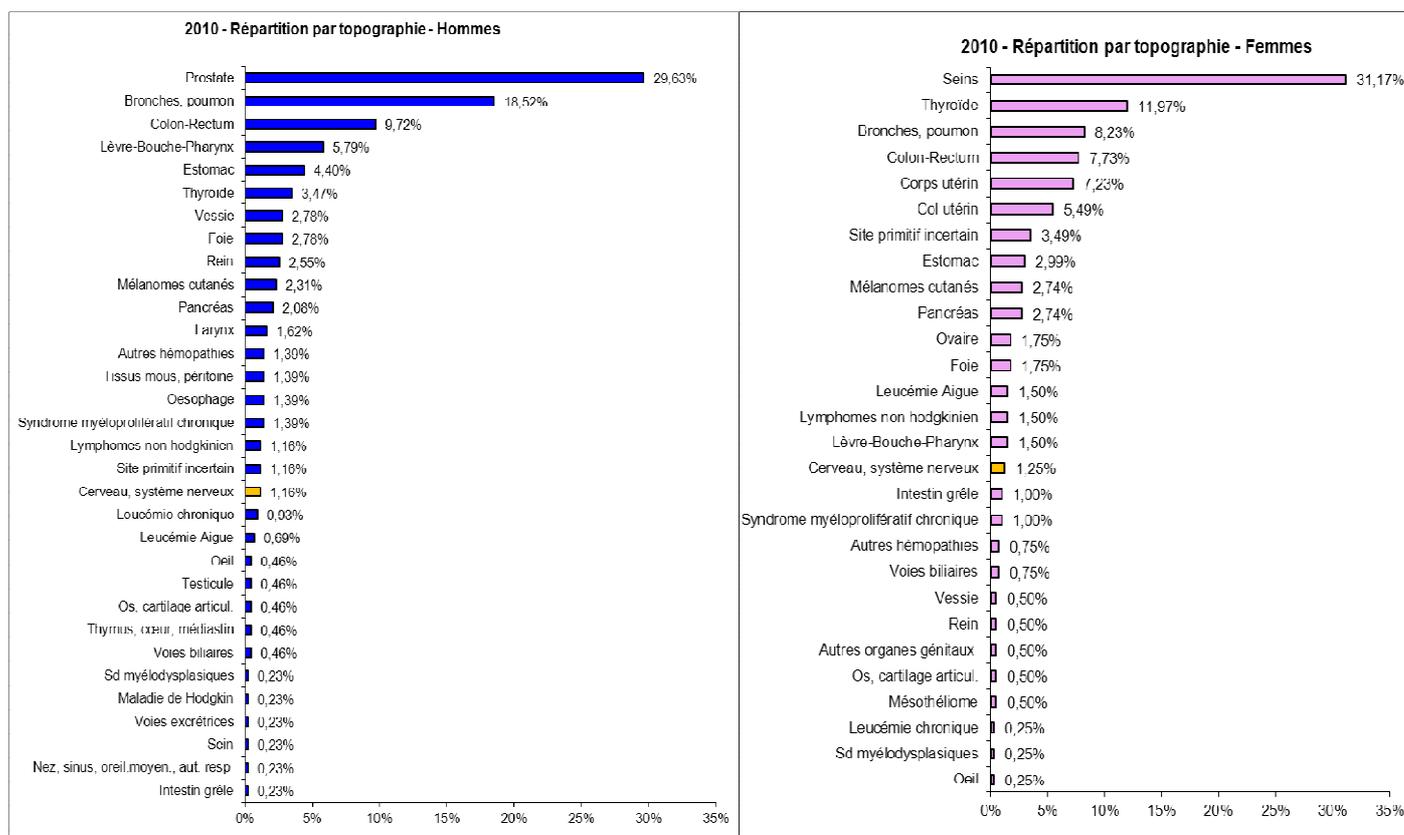


Figure 140 - Répartition des topographies selon le sexe

I.5. Autres sites :

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

Cancer de la plèvre

Les 2 tumeurs invasives de la plèvre diagnostiquées sont 2 mésothéliomes malins.

Mésothéliomes :

2 nouveaux cas diagnostiqués en 2010. Il s'agissait de 2 femmes. Aucun de ces patients n'avait un antécédent de tumeur primitive connue au registre. Ces 2 patientes étaient décédées au 1/07/2013.

Age moyen au diagnostic : 66 ans (58 et 74 ans)

Communautés : 1 mélanésien et 1 inconnue

Provinces : 1 résidant en province Sud et 1 en province Nord

Base de diagnostic : histologique pour toutes les patientes

Stade : 1 localisé et 1 régional

Traitements : 1 patiente avec chimiothérapie et 1 sans traitement spécifique

Incidences :

Taux brut total : 7,9 pour 1 000 000 personnes-années (*taux standardisée total : 7,2 pour 1 000.000*)

Taux brut chez les hommes : 0 pour 1 000 000 (*taux standardisé : 0 pour 1 000 000*)

Taux brut chez les femmes : 16,1 pour 1 000 000 (*taux standardisé : 14,2 pour 1 000 000*).

(Les taux bruts d'incidence en métropole étaient respectivement compris entre 18.5 et 22.3 pour 1 000 000 chez les hommes et 5 à 6.8 pour 1 000 000 chez les femmes en 2006)

Cancer du cœur et du médiastin

2 nouvelles tumeurs invasives diagnostiquées en 2010, 2 hommes

Incidence standardisée : 1,26 pour 100.000 personnes-année chez les hommes et 0 chez les femmes

Cancer des os et du cartilage

4 tumeurs ont été diagnostiquées en 2010, 2 chez les hommes et 2 chez les femmes

Incidence standardisée : 1,81 pour 100.000 personnes-année chez les hommes et 1,38 chez les femmes

I-6 : EVOLUTION 1985-2010 selon les principaux sites

Avertissement, ce chapitre présente l'évolution des principaux groupes de tumeurs enregistrées par année d'incidence sur le fichier mis à jour au 1/07/2013. Suite à la mise en place des nouvelles procédures d'enregistrement, de croisement des fichiers, et aux retours aux dossiers cliniques depuis l'année d'incidence 2008, un rattrapage important a pu avoir lieu.

Le rattrapage des cancers non enregistrés avant 2008 n'étant pas terminé, ces valeurs sont encore susceptibles d'évoluer, en particulier pour l'année 2001 où il y a eu une absence de transmission exhaustive des CRAP. Comme le montre le tableau suivant, l'année 2001 n'est toujours pas encore exhaustive malgré un rattrapage de 21,6 % de cancers.

	2007	2006	2005	2004	2003	2002	2001	2000	<2000	TOTAL
Fichier 2010	658	608	604	563	527	574	222	339	5554	
Dossiers récupérés	43	35	32	27	30	14	61	29	52	323
% récupérés	6,1 %	5,4 %	5,0%	4,6%	5,4 %	2,4 %	21,6%	7,9 %	0,9%	

Pour la suite de ce travail, en raison des faibles effectifs, sont présentés le nombre moyen annuel de nouveaux cas et l'incidence moyenne annuelle par période de 2 ans. L'année 2001 n'a pas été incluse dans cette analyse du fait de l'absence manifeste d'exhaustivité.

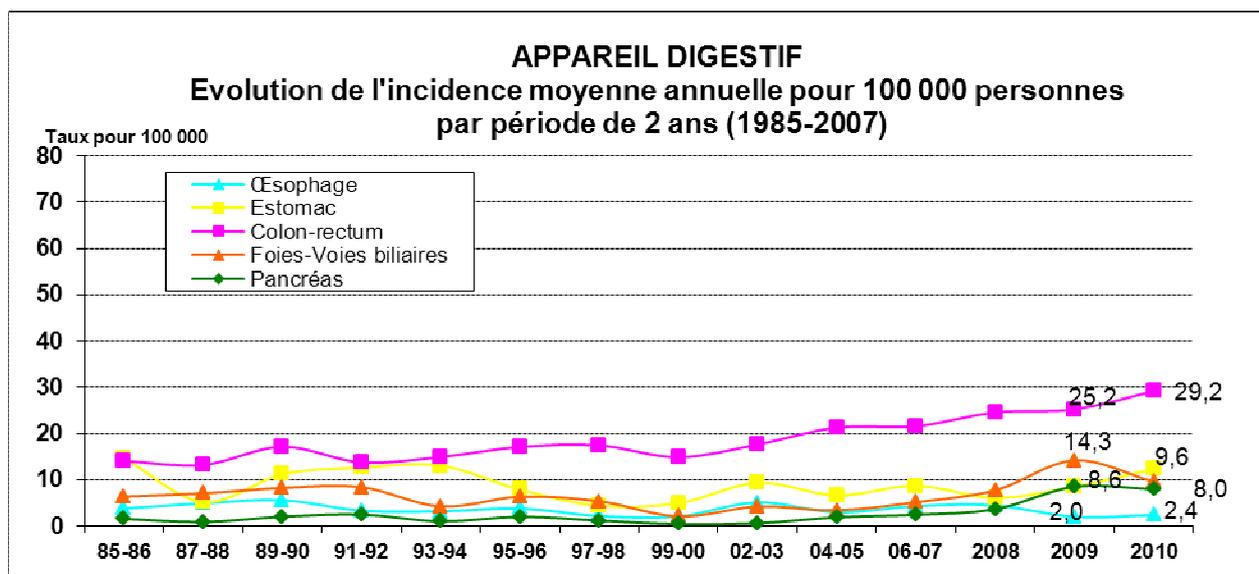
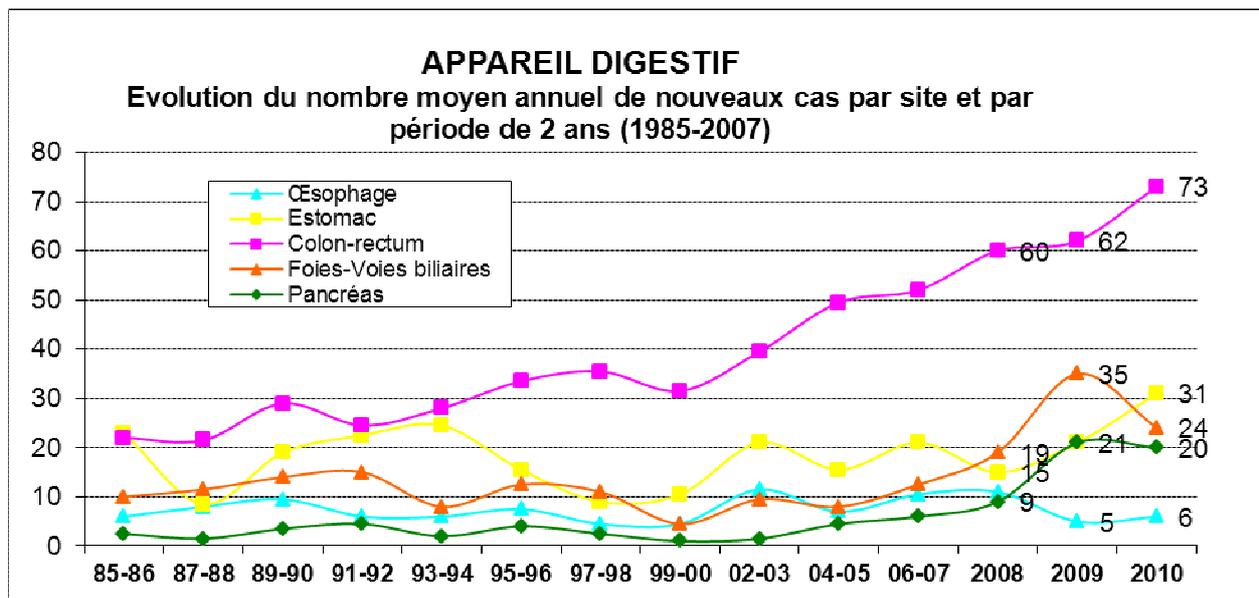
I-6-1 Appareil digestif

On observe une croissance importante du nombre de cancers du colon-rectum, le nombre de nouveaux cas a été multiplié 3,3 entre 1985 et 2010, (par 1,4 entre 1985 et 2000 et 2,3 entre 2000 et 2010). Cette croissance est plus importante que celle de la population qui a été multipliée par 1,6 au cours de la même période, d'où une incidence qui suit la même tendance, multipliée par 2,1 sur cette même période (1,1 entre 1985 et 2000 et 2,0 entre 2000 et 2010).

Le nombre de cancers du foie et des voies biliaires se situe autour de 10 nouveaux cas par an jusqu'en 2007, et l'on observe une augmentation depuis 2006-2007, avec des valeurs supérieures à 10, ce qui se traduit par une incidence moyenne multipliée par 1,5 entre 1985 et 2010 (0,3 entre 1985 et 2000 et 4,5 entre 2000 et 2010).

Les cancers de l'estomac suivent une évolution en dent de scie, avec un nombre moyen annuel de cas se situant autour de 16 jusqu'en 2005 et qui a tendance à augmenter depuis 2009. L'incidence, quant à elle après avoir

amorcé une décroissance jusqu'à la période 1997-2000, augmente de nouveau régulièrement (l'incidence est multipliée par 0,3 au cours de la période 1985-2000 et 2,5 entre 2000 et 2010).



Après une croissance entre 1985 et 2008 (1,8 pour le nombre moyen annuel et 1,2 pour l'incidence moyenne), le nombre et l'incidence des cancers de l'œsophage amorcent une baisse en 2009.

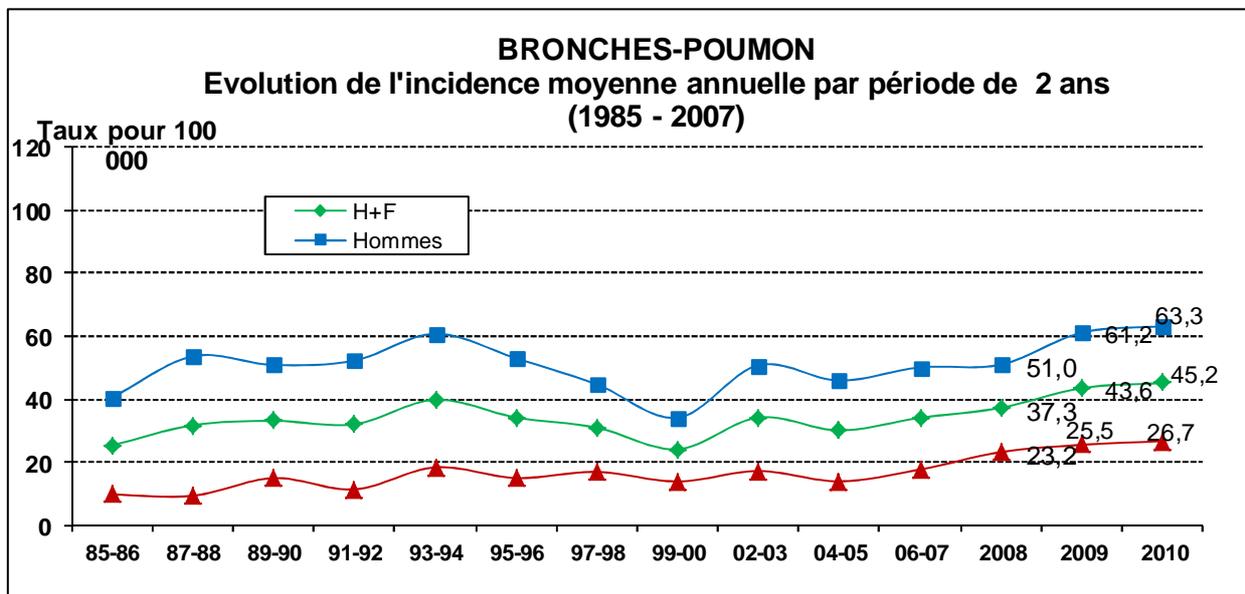
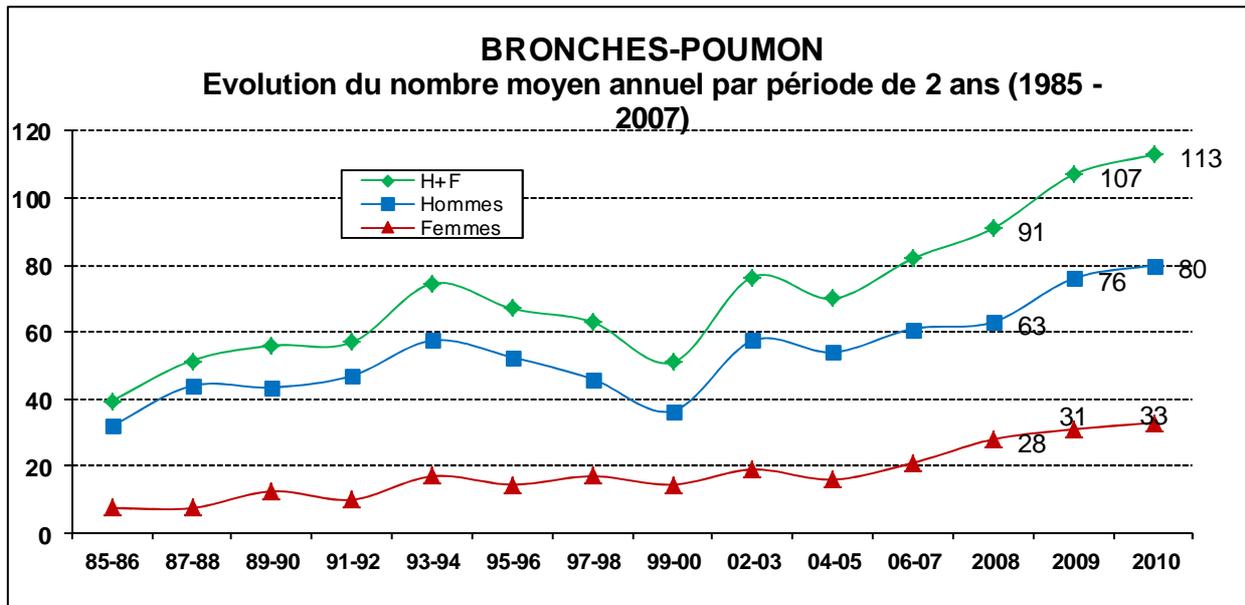
Les cancers du pancréas, plus rares ont vu leur nombre au cours de la période 1985-2000 (nombre annuel multiplié par 0,4 et incidence par 0,3) ont vu leur nombre augmenter de manière importante depuis 2000.

I-6-2 Appareil respiratoire : bronches-poumon

Entre 1985 et 2010, le nombre de cancers des bronches et du poumon a été multiplié par 2,9, et l'incidence multipliée par 1,8. Cette évolution est particulièrement importante chez les femmes par rapport aux hommes avec un nombre annuel multiplié par 4,4 (contre 2,5 chez les hommes et une incidence multipliée par 2,7 (versus 1,6 chez les hommes).

A noter que cette croissance est plus importante au cours de la période 2000-2010, par rapport à 1985-2000 avec un facteur multiplicatif de 1,9 pour les femmes et 1,9 pour les hommes pour l'incidence entre 2000 et 2010, contre respectivement 1,4 et 0,8, au cours de la période 1985-2000.

On a par ailleurs observé un pic, pour les 2 sexes au cours de la période 1993-1994



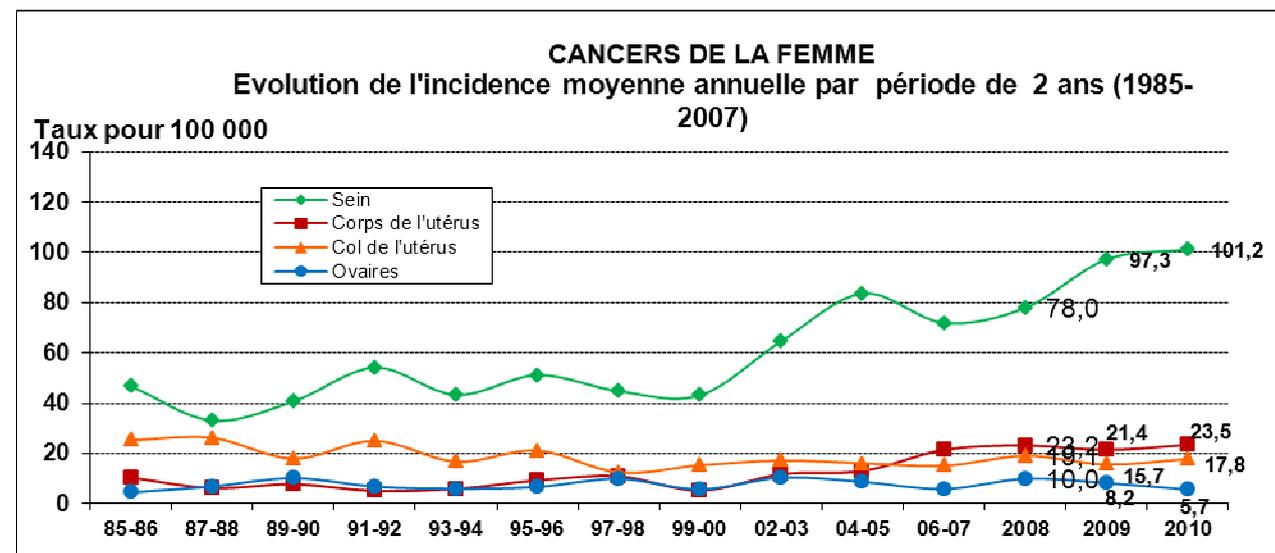
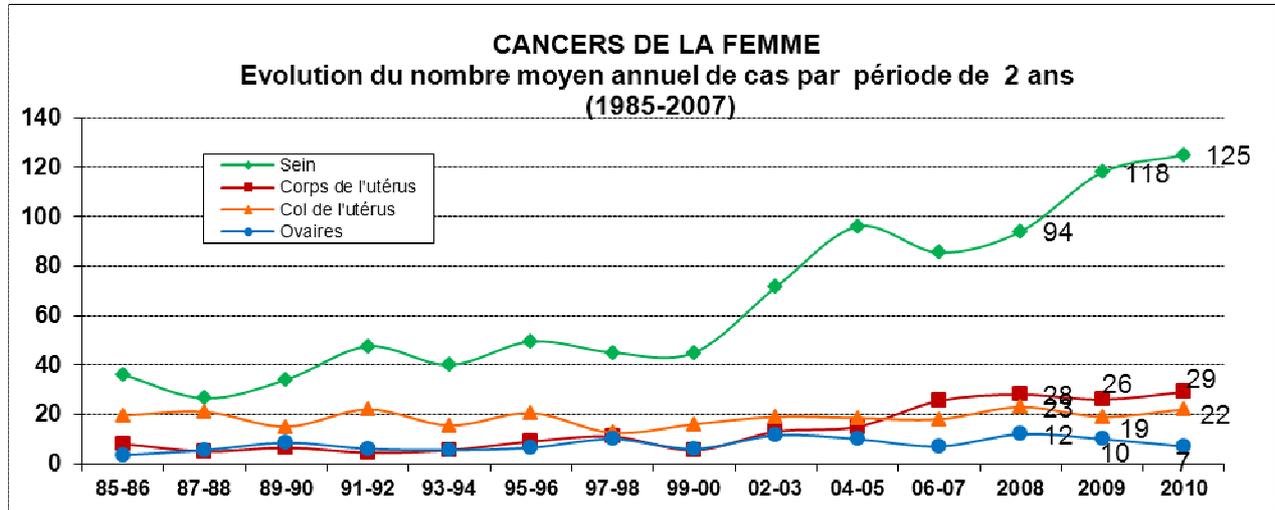
I-6-3 Femmes : appareil génital et seins

Les cancers du sein représentent la localisation la plus fréquente chez la femme. L'amélioration de l'accès aux soins, au dépistage a fait multiplier par 3,5 le nombre de cancers diagnostiqués entre 1985 et 2010, et l'incidence de 2,2, avec une pente plus élevée entre 2008 et 2010 du fait de la mise en place de la première campagne de dépistage organisé.

Le cancer de l'endomètre, bien que nettement moins fréquent que le sein, a tendance à augmenter avec un facteur multiplicatif de 3,6 pour le nombre annuel et 2,3 pour l'incidence.

Le cancer du col de l'utérus, qui a fait également l'objet d'une campagne de dépistage se maintient autour de 20 cas par an, avec une incidence qui a tendance à baisser (facteur multiplicatif égal à 0,7 entre 1985 et 2010).

Le cancer de l'ovaire est relativement rare et fluctue autour de 7 cas par an, avec une incidence qui varie entre 4 et 10 pour 100 000 femmes selon les années.

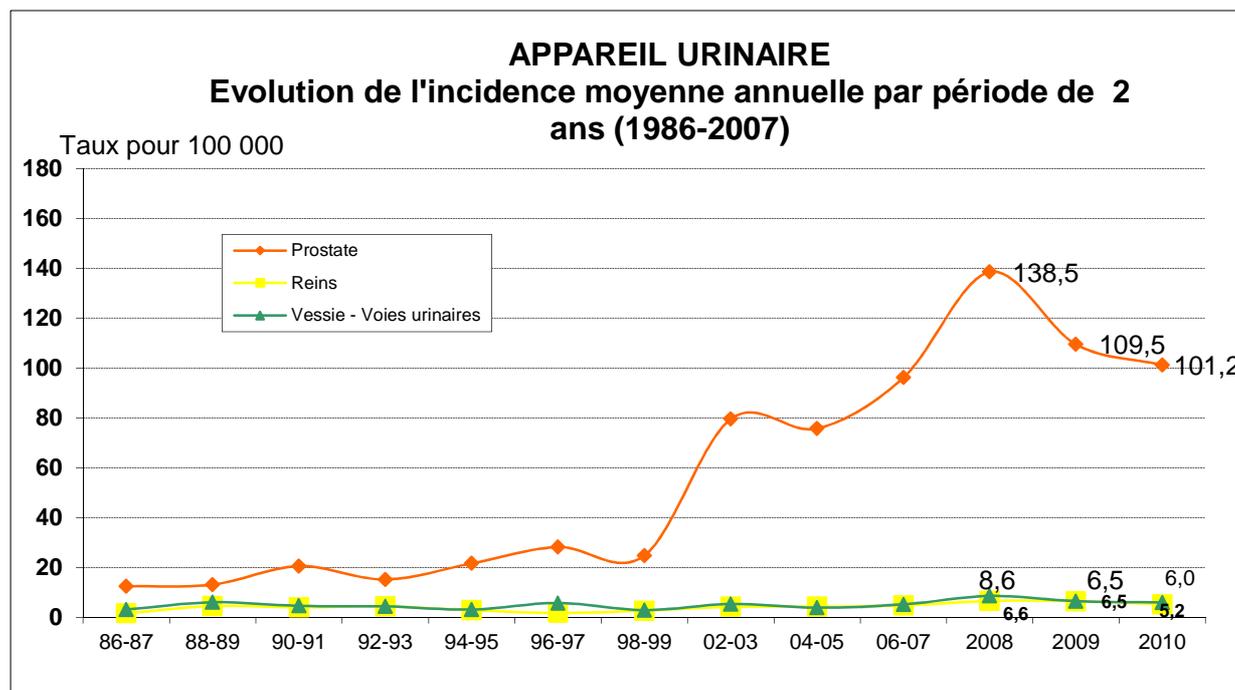
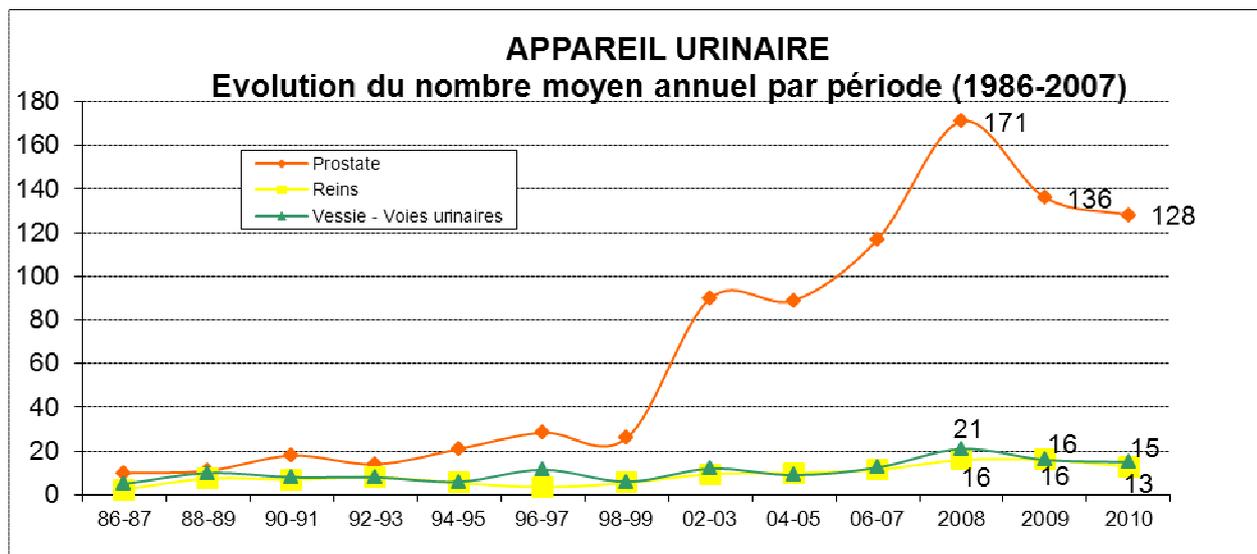


I-6-4 Appareil urinaire

Le cancer de la prostate est le premier cancer de l'homme. Cette localisation a subi une augmentation fulgurante depuis le milieu des années 80 jusqu'en 2010, avec un nombre de tumeurs diagnostiquées multiplié par 12,8, soit une incidence multipliée par 8,1 au cours de la même période. Un premier pic d'incidence avait été observé au cours de la période 2002-2003, suivi par un 2^{ème} en 2008, depuis on observe une décroissance. L'accès aux soins, l'installation de nouveaux spécialistes en urologie notamment dans le secteur libéral, les dosages des PSA en routine sont très probablement en rapport avec cette évolution.

Bien que ce cancer soit moins fréquent, le nombre de cancers du rein a été multiplié par 5,2 et son incidence par 3,3 au cours de cette même période, avec un petit pic en 2008-2009.

Le nombre de cancers invasifs de la vessie, a été multiplié par 3 et l'incidence par 1,9 entre 1986-87 et 2010.

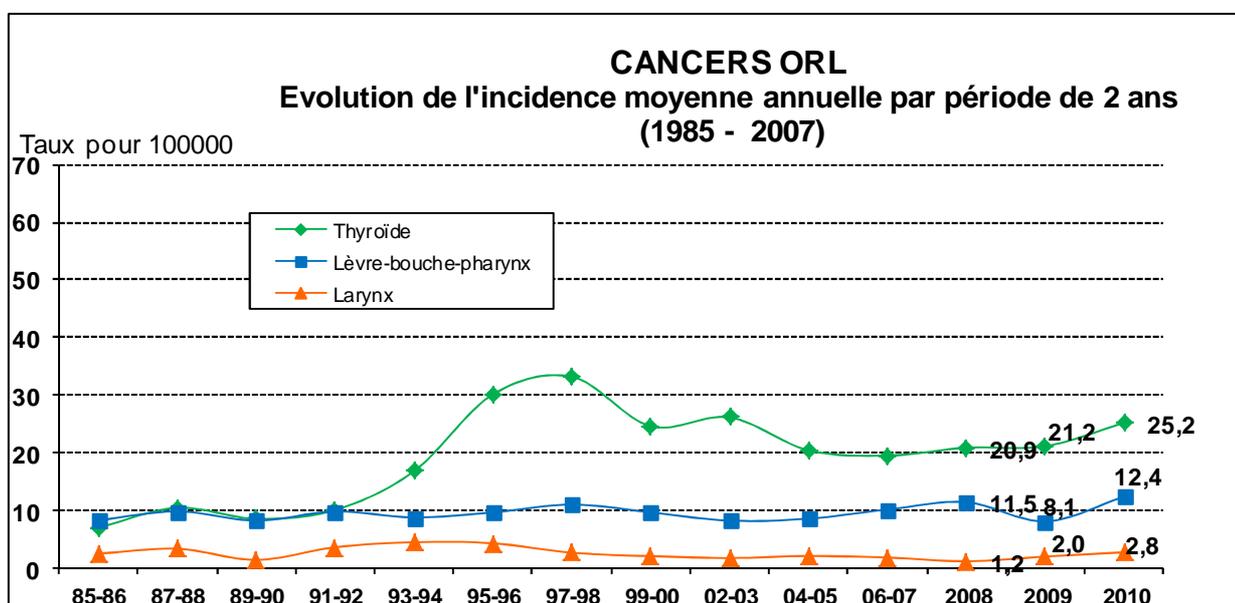
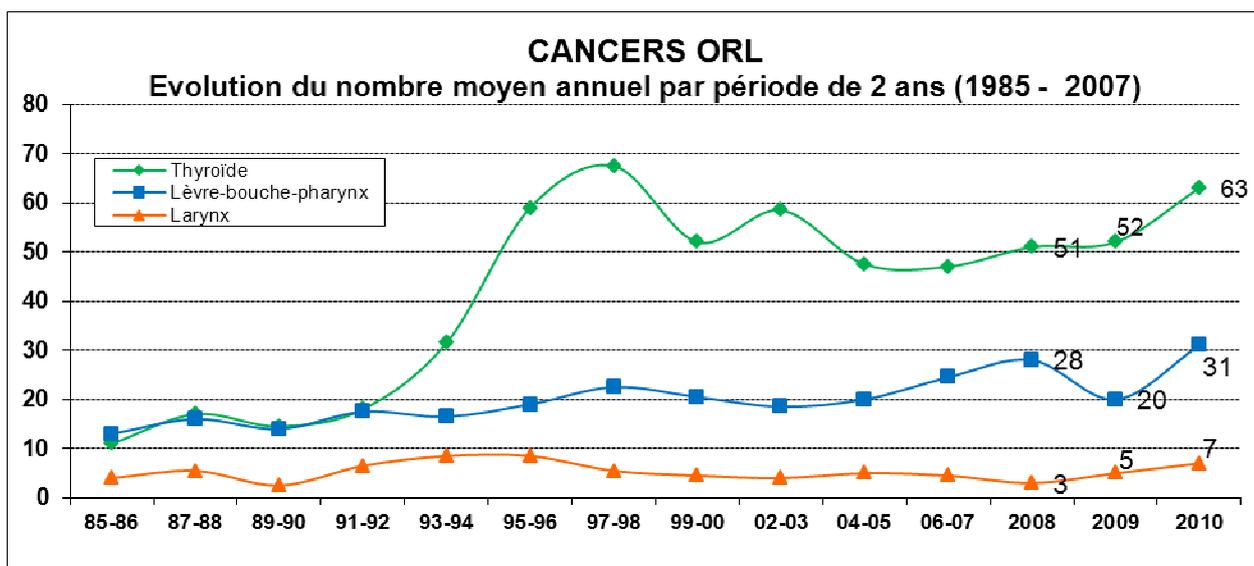


I-6-5 Cancers de la sphère ORL

Le cancer de la thyroïde est le site le plus fréquent de la sphère ORL, son nombre annuel a été multiplié par 3,7 entre 1986 et 2010, et son incidence par 3,6 au cours de la même période. Sa croissance est marquée par un premier pic en 1997-1998, avec une décroissance jusqu'en 2006-2007. Depuis cette période, le nombre annuel a tendance à augmenter sans atteindre le pic des années 97-98. L'incidence annuelle suit la même évolution.

Le nombre de cancers des Lèvres-Bouche-Pharynx (LBP) suit une augmentation relativement régulière, avec un nombre annuel multiplié par 2,4 depuis 1985 et une incidence par 1,5.

Le cancer du larynx évolue peu et se maintient avec moins de 10 nouveaux cas et une incidence qui reste stable.



Au total, l'accroissement de la population, son vieillissement, l'amélioration de l'accès aux soins, ainsi que les progrès en matière de diagnostic et de prise en charge font que cette pathologie ne cesse d'évoluer au cours du temps, comme dans la plupart des pays industrialisés.

Certaines localisations, comme le cancer de la prostate chez l'homme, le cancer du sein chez la femme ont vu leur incidence augmenter du fait de la pratique du dépistage et de l'augmentation du nombre de médecins spécialistes.

Les cancers des bronches et du poumon, ne cessent également de croître, malgré les mesures récentes mises en place de lutte contre le tabagisme qui ne montreront de leur efficacité que dans plusieurs années.

II. PLACE DES CANCERS DANS LA MORTALITE

Avec 356 décès en 2010, les cancers représentent la première cause de mortalité tous sexes confondus (29,9%). Ce classement est identique dans les deux sexes et représente 29,9% des décès chez les femmes et 29,9 % chez les hommes. En 2ème 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 2010, tous sexes confondus, des valeurs supérieures à 1 pour les topographies suivantes :

- œsophage, plèvre.

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

Et chez les femmes : pancréas, plèvre.

Ces valeurs peuvent être corrélées au fait que pour ces topographies :

- les effectifs sont relativement faibles, avec des taux de létalité relativement élevés,
- ce nombre de nouveaux cas, relativement faible, varie également d'une année à l'autre, et selon la date de diagnostic, et du décès, le nombre de décès au cours de l'année civile peut être un peu plus élevé que le nombre incident ;
- Il est également possible, que dans certains cas, le médecin certificateur n'ait pas mentionné le décès en cause initiale, alors que le cancer était connu chez le patient, ce qui peut expliquer également en partie ces valeurs.

ANNEE 2010	Nombre de cas incidents			Nombre de décès			Rapport mortalité/incidence		
	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total
Lèvres-Bouche-Pharynx	25	6	31	7	6	13	0,28	1,00	0,42
Oesophage	6	0	6	7	0	7	1,17	NV	1,17
Estomac	19	12	31	12	6	18	0,63	0,50	0,58
Intestin grêle	1	4	5	0	0	0	0,00	0,00	0,00
Colon-rectum-anus	42	31	73	20	10	30	0,48	0,32	0,41
Foie-voies biliaires intra-hépatiques	12	7	19	19	8	27	1,36	0,80	1,13
Vésicule biliaire et VB extra-hépatiques	2	3	5	0	1	1	0,00	0,07	0,04
Pancréas	9	11	20	7	12	19	0,78	1,09	0,95
Autre digestif				1	3	4	NV	NV	NV
Fosses nasales, oreille moyenne, larynx	8	0	8	5	1	6	0,63	NV	0,75
Bronches, poumon	80	33	113	69	33	102	0,86	1,00	0,90
Plèvre	0	2	2	1	3	4	NV	1,50	2,00
Thymus, cœur, médiastin	2	0	2	0	0	0	0,00	0,00	0,00
Os cartilage	2	2	4	2	1	3	1,00	0,00	0,75
Tissu conjonctif et tissus mous, péritoine	6	1	7	1	1	2	0,17	0,00	0,29
Mélanomes	10	11	21	3	0	3	0,30	0,00	0,14
Autres tumeurs cutanées	21	19	40	1	1	2	0,05	0,05	0,05
Seins	1	125	126	1	24	25	1,00	0,19	0,20
Utérus	0	51	51	0	17	17	NV	0,33	0,33
Ovaires et annexes	0	7	7	0	4	4	NV	0,57	0,57
Placenta, autres organes génitaux fem.	0	2	2	0	1	1	NV	0,50	0,50
Prostate	128	0	128	15	0	15	0,12	NV	0,12
Testicule	2	0	2	0	0	0	0,00	NV	0,00
Verge et autres organes génitaux masc.	0	0	0	0	0	0	NV	NV	NV
Vessie	12	2	14	7	0	7	0,58	0,00	0,50
Rein et org. Urinaires	12	2	14	5	1	6	0,42	0,50	0,43
Œil	2	1	3	0	0	0	0,00	0,00	0,00
Encéphale, autre SNC	5	5	10	3	1	4	0,60	0,20	0,40
Thyroïde	15	48	63	2	1	3	0,13	0,02	0,05
Autres glandes endocrines	0	0	0	0	0	0	NV	NV	NV
Autres et mal définis	5	14	19	9	5	14	1,80	0,36	0,74
Maladie de Hodgkin	1	0	1	1	0	1	1,00	NV	1,00
LNH	5	6	11	1	1	2	0,20	0,17	0,18
Leucémies	7	7	14	5	3	8	0,71	0,43	0,57
Autres hémopathies (SMD, SMP)	13	8	21	5	3	8	0,38	0,38	0,38
Total	453	420	873	209	147	356	0,46	0,35	0,41

III. TABLEAUX DETAILLES PAR SITE (CIM10)

NOMBRE DE NOUVEAU CAS TOUS SEXES CONFONDUS (2010)

	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	31	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2	8	2	6	5	0	4	2	1	3,7
Oesophage	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	2	0	1	1	0	0	0,7
Estomac	31	0	0	0	0	0	1	0	3	2	2	1	0	5	4	2	7	3	1	3,7
Intestin grêle	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	1	2	0	0,6
Colon-Rectum	73	0	0	0	3	0	0	0	0	1	2	9	9	9	5	11	8	9	7	8,8
Foie	19	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	4	2	5	3	1	1	0	1	2,3
Voies biliaires	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	2	0	0	0,6
Pancréas	20	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	6	4	2	3	3	0	2,4
Nez, sinus, oreil.moyen., aut. res	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0,1
Larynx	7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2	1	1	1	0	1	0,8
Bronche, poumon	113	0	0	0	0	0	1	0	0	3	4	10	5	24	22	17	12	14	1	13,6
Thymus, cœur, médiastin	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0,2
Mésothéliome	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0,2
Os, cartilage articul.	4	1	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0,5
Mélanomes cutanés	21	0	0	0	0	0	0	0	2	1	4	2	2	3	3	0	2	1	1	2,5
Tissus mous, péritoine	7	2	0	0	1	0	0	0	1	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0,8
Sein	126	0	0	0	0	0	1	1	11	14	13	19	12	10	18	17	6	2	2	15,1
Col utérin	22	0	0	0	0	0	1	4	3	4	4	1	2	0	1	0	0	2	0	2,6
Corps utérin	29	0	0	0	0	0	0	3	1	2	0	4	4	6	3	4	1	0	1	3,5
Ovaire	7	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1	1	1	1	0	0	0,8
Autres organes génitaux F	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0,2
Prostate	128	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	4	15	29	25	25	17	5	5	15,4
Testicule	2	0	0	0	0	1	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	13	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	2	4	1	1	1	0	1,6
Voies excrétrices	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0,1
Vessie	14	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	3	3	3	2	1,7
Oeil	3	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0,4
Cerveau, système nerveux	10	0	0	0	1	0	0	3	0	0	2	0	1	1	0	0	0	2	0	1,2
Thyroïde	63	0	0	0	1	3	1	4	5	6	8	8	9	6	4	7	1	0	0	7,6
Surrénale, autre glande endocrin	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,0
Maladie de Hodgkin	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,1
Lymphomes non hodgkinien	11	2	0	0	0	0	0	1	0	1	1	1	2	0	1	2	0	0	0	1,3
Sd myélodysplasiques	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0,2
Leucémie chronique	5	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1	0	0	1	0	0,6
Syndrome myéloprolifératif chron	10	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	2	3	1	1	1	0	0	1,2
Leucémie Aigue	9	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	2	1	1	1	1	1	1,1
Autres hémopathies	9	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	1	1	1	0	3	1	1,1
Site primitif incertain	19	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	1	0	2	4	3	4	2	2,3
TOTAL	833	7	0	1	6	4	6	18	32	39	55	83	73	127	113	105	77	60	27	100,0

III.1. Hommes : nombre de cas par site et groupe d'âge (2010)

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	25	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	6	2	6	4	0	4	1	1	5,8%
Oesophage	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	2	0	1	1	0	0	1,4%
Estomac	19	0	0	0	0	0	0	0	1	2	2	0	0	3	4	1	4	2	0	4,4%
Intestin grêle	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0,2%
Colon-Rectum	42	0	0	0	2	0	0	0	0	0	1	7	4	4	3	9	6	4	2	9,7%
Foie	12	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1	4	2	1	1	0	0	2,8%
Voies biliaires	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0,5%
Pancréas	9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	3	3	0	0	2	0	2,1%
Nez, sinus, oreil.moyen., aut. resp	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0,2%
Larynx	7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2	1	1	1	0	1	1,6%
Bronches, poumon	80	0	0	0	0	0	1	0	0	2	3	5	4	20	15	17	7	5	1	18,5%
Thymus, cœur, médiastin	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0,5%
Mésothéliome	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,0%
Os, cartilage articul.	2	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,5%
Mélanome cutané	10	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2	0	1	2	2	0	0	1	1	2,3%
Tissus mous, péritoine	6	2	0	0	1	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1,4%
Sein	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0,2%
Prostate	128	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	4	15	29	25	25	17	5	5	29,6%
Testicule	2	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,5%
Autres organes génitaux	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,0%
Rein	11	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	2	3	1	1	1	0	2,5%
Voies excrétrices	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0,2%
Vessie	12	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	3	3	3	1	2,8%
Oeil	2	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0,5%
Cerveau, système nerveux	5	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	0	0	1	0	1,2%
Thyroïde	15	0	0	0	0	0	0	1	0	1	3	3	2	2	0	3	0	0	0	3,5%
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	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,2%
Lymphomes non hodgkinien	5	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	1,2%
Sd myélodysplasiques	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0,2%
Leucémie chronique	4	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0,9%
Syndrome myéloprolifératif chronique	6	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	2	1	0	0	0	0	1,4%
Leucémie Aigue	3	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0,7%
Autres hémopathies	6	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	1	0	1	1	1,4%
Site primitif incertain	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	2	0	1	0	1,2%
TOTAL	432	6	0	0	4	1	2	4	8	10	19	33	32	87	67	69	47	30	13	100%

III.2. Femmes : nombre de cas par site et groupe d'âge (2010)

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	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	0	0	1	0	0	1	0	1,5%
Oesophage	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,0%
Estomac	12	0	0	0	0	0	1	0	2	0	0	1	0	2	0	1	3	1	1	3,0%
Intestin grêle	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	2	0	1,0%
Colon-Rectum	31	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1	2	5	5	2	2	2	5	5	7,7%
Foie	7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	1	1	1	0	0	0	1	1,7%
Voies biliaires	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0,7%
Pancréas	11	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	3	1	2	3	1	0	2,7%
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	0,0%
Larynx	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,0%
Bronches, poumon	33	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	5	1	4	7	0	5	9	0	8,2%
Thymus, cœur, médiastin	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,0%
Mésothéliome	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0,5%
Os, cartilage articul.	2	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0,5%
Mélanomes cutanés	11	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2	2	1	1	1	0	2	0	0	2,7%
Tissus mous, péritoine	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0,2%
Sein	125	0	0	0	0	0	1	1	11	14	13	19	12	10	18	16	6	2	2	31,2%
Col utérin	22	0	0	0	0	0	1	4	3	4	4	1	2	0	1	0	0	2	0	5,5%
Corps utérin	29	0	0	0	0	0	0	3	1	2	0	4	4	6	3	4	1	0	1	7,2%
Ovaire	7	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1	1	1	1	0	0	1,7%
Autres organes génitaux	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0,5%
Rein	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0,5%
Voies excrétrices	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,0%
Vessie	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0,5%
Oeil	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0,2%
Cerveau, système nerveux	5	0	0	0	0	0	0	3	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1,2%
Thyroïde	48	0	0	0	1	3	1	3	5	5	5	5	7	4	4	4	1	0	0	12,0%
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	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,0%
Lymphomes non hodgkinien	6	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2	0	0	1	0	0	0	1,5%
Sd myélodysplasiques	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0,2%
Leucémie chronique	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0,2%
Syndrome myéloprolifératif chronique	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1	0	0	1,0%
Leucémie Aigue	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	1	0	1	1	1,5%
Autres hémopathies	3	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0,7%
Site primitif incertain	14	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1	0	1	2	3	3	2	3,5%
TOTAL	401	1	0	1	2	3	4	14	24	29	36	50	41	40	46	36	30	30	14	100%

III.3. Hommes : taux d'incidence par site groupe d'âge (2010)

HOMMES	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	19,6	0	0	0	0	0	0	0	9,78	0	0	86,67	34,79	116,30	110,83	0	239,81	111,23	172,71	18,11
Oesophage	4,7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	11,71	14,44	0	38,77	0	38,37	59,95	0	0	4,34
Estomac	14,9	0	0	0	0	0	0	0	9,78	20,82	23,42	0	0	58,15	110,83	38,37	239,81	222,47	0	13,17
Intestin grêle	0,8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	17,39	0	0	0	0	0	0	0,70
Colon-Rectum	32,9	0	0	0	18,04	0	0	0	0	0	11,71	101,11	69,58	77,53	83,13	345,36	359,71	444,94	345,42	30,22
Foie	9,4	0	0	0	0	0	0	10,79	9,78	0	0	14,44	17,39	77,53	55,42	38,37	59,95	0	0	8,78
Voies biliaires	1,6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	38,37	59,95	0	0	1,37
Pancréas	7,0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	14,44	0	58,15	83,13	0	0	222,47	0	6,65
Nez, sinus, oreil.moyen., aut. resp	0,8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	19,38	0	0	0	0	0	0,78
Larynx	5,5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	14,44	0	38,77	27,71	38,37	59,95	0	172,71	5,33
Bronches, poumon	62,6	0	0	0	0	0	10,61	0	0	20,82	35,12	72,22	69,58	387,67	415,63	652,34	419,66	556,17	172,71	59,46
Thymus, cœur, médiastin	1,6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	11,71	0	0	0	0	0	0	111,23	0	1,26
Mésothéliome	0,0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00
Os, cartilage articul.	1,6	9,67	0	0	0	0	0	10,8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1,81
Mélanome cutané	7,8	0	0	0	0	0	0	0	9,8	0	23,4	0	17,4	38,8	55,4	0	0	111,23	172,71	7,32
Tissus mous, péritoine	4,7	19,34	0	0	9,0	0	0	0	9,8	10,41	11,7	0	0	0	0	0	0	0	0	5,05
Sein	0,8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	38,4	0	0	0	0,77
Prostate	100,2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	35,1	57,8	260,9	562,12	692,71	959,3	1019,2	556,2	863,6	95,18
Testicule	1,6	0	0	0	0	10,13	10,61	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1,66
Autres organes génitaux	0,0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00
Rein	8,6	9,67	0	0	0	0	0	0	0	10,41	0	14,44	0	38,77	83,13	38,37	59,95	111,23	0	8,47
Voies excrétrices	0,8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	14,44	0	0	0	0	0	0	0	0,72
Vessie	9,4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	14,44	0	19,38	0	115,12	179,86	333,7	172,71	8,13
Oeil	1,6	0	0	0	0	0	0	0	9,78	0	0	0	0	0	0	38,37	0	0	0	1,35
Cerveau, système nerveux	3,9	0	0	0	9,02	0	0	0	0	0	11,71	0	17,39	19,38	0	0	0	111,23	0	3,54
Thyroïde	11,7	0	0	0	0	0	0	10,79	0	10,41	35,12	43,33	34,79	38,77	0	115,12	0	0	0	10,79
Surrénale, autre glande endocrine	0,0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00
Maladie de Hodgkin	0,8	9,67	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1,16
Lymphomes non hodgkinien	3,9	9,67	0	0	0	0	0	10,79	0	10,41	0	0	0	0	27,71	38,37	0	0	0	4,03
Sd myélodysplasiques	0,8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	111,23	0	0,56
Leucémie lymphoïde chronique	3,1	0	0	0	0	0	0	0	0	10,41	0	0	0	19,38	27,71	0	0	111,23	0	2,79
Syndrome myéloprolifératif chronique	4,7	0	0	0	0	0	0	0	9,78	0	0	14,44	17,39	38,77	27,71	0	0	0	0	4,39
Leucémie Aigue	2,3	0	0	0	0	0	0	0	9,78	0	0	0	0	19,38	0	0	59,952	0	0	1,96
Autres hémopathies	4,7	0	0	0	0	0	0	0	0	10,41	0	0	0	19,38	27,71	38,37	0	111,23	172,71	4,42
Site primitif incertain	3,9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	11,708	0	0	0	27,71	76,75	0	111,23	0	3,62
TOTAL	338,2	58,03	0	0	45,09	10,13	21,22	43,15	78,20	104,1	222,46	505,56	574,01	1744,5	1995	2686,1	2817,7	3782	2936,1	333,76

III.4. Femmes : taux d'incidence par site et groupe d'âge (2010)

FEMMES	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	4,83	0	0	0	0	0	0	0	0	0	24,41	29,45	0	0	28,63	0	0	78,86	0	4,19
Oesophage	0,00	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00
Estomac	9,66	0	0	0	0	0	10,81	0	19,77	0	0	14,72	0	43,08	0	35,24	162,87	78,86	103,73	7,76
Intestin grêle	3,22	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	14,72	0	0	0	0	54,29	157,73	0	2,07
Colon-Rectum	24,94	0	0	0	9,69	0	0	0	0	10,57	12,20	29,45	89,90	107,69	57,26	70,47	108,58	394,32	518,67	20,39
Foie	5,63	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	44,17	17,98	21,54	28,63	0	0	0	103,73	5,17
Voies biliaires	2,41	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	17,98	21,54	0	0	54,29	0	0	2,12
Pancréas	8,85	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	14,72	0	64,61	28,63	70,47	162,87	78,86	0	7,61
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	0,00	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00
Bronches, poumon	26,55	0	0	0	0	0	0	0	0	10,57	12,20	73,62	17,98	86,15	200,40	0	271,44	709,78	0	21,49
Thymus, cœur, médiastin	0,00	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00
Mésotéliome	1,61	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	17,98	0	0	35,24	0	0	0	1,42
Os, cartilage articul.	1,61	0	0	9,15	0	0	0	0	0	0	12,20	0	0	0	0	0	0	0	0	1,56
Mélanomes cutanés	8,85	0	0	0	0	0	0	0	9,89	10,57	24,41	29,45	17,98	21,54	28,63	0	108,58	0	0	7,69
Tissus mous, péritoine	0,80	0	0	0	0	0	0	0	0	0	12,20	0	0	0	0	0	0	0	0	0,73
Sein	100,58	0	0	0	0	0	10,81	10,59	108,76	148,01	158,63	279,74	215,75	215,38	515,32	563,78	325,73	157,73	207,47	89,47
Col utérin	17,70	0	0	0	0	0	10,81	42,36	29,66	42,29	48,81	14,72	35,96	0	28,63	0	0	157,73	0	14,47
Corps utérin	23,34	0	0	0	0	0	0	31,77	9,89	21,14	0	58,89	71,92	129,23	85,89	140,94	54,29	0	103,73	21,22
Ovaire	5,63	0	0	0	0	0	0	0	0	10,57	12,20	0	17,98	21,54	28,63	35,24	54,29	0	0	5,05
Autres organes génitaux	1,61	0	0	0	0	0	0	0	0	0	12,20	0	0	0	28,63	0	0	0	0	1,59
Rein	1,61	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	17,98	0	28,63	0	0	0	0	1,58
Voies excrétrices	0,00	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00
Vessie	1,61	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	28,63	0	0	0	103,73	1,38
Oeil	0,80	0	0	0	0	0	0	0	0	0	12,20	0	0	0	0	0	0	0	0	0,73
Cerveau, système nerveux	4,02	0	0	0	0	0	0	31,77	0	0	12,20	0	0	0	0	0	0	78,86	0	3,03
Thyroïde	38,62	0	0	0	9,69	31,51	10,81	31,77	49,44	52,86	61,01	73,62	125,85	86,15	114,51	140,94	54,29	0	0	34,92
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	0,00	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00
Lymphomes non hodgkinien	4,83	10,51	0	0	0	0	0	0	0	0	12,20	14,72	35,96	0	0	35,24	0	0	0	4,87
Sd myélodysplasiques	0,80	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	28,63	0	0	0	0	0,86
Leucémie lymphoïde chronique	0,80	0	0	0	0	0	0	0	0	0	12,20	0	0	0	0	0	0	0	0	0,73
Syndrome myéloprolifératif chronique	3,22	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	17,98	21,54	0	35,24	54,29	0	0	2,83
Leucémie Aigue	4,83	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	14,72	0	21,54	28,63	35,24	0	78,86	103,73	4,07
Autres hémopathies	2,41	0	0	0	0	0	0	0	9,89	0	0	0	0	0	0	0	0	157,73	0	1,38
Site primitif incertain	11,27	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	29,45	17,98	0	28,63	70,47	162,87	236,59	207,47	8,31
TOTAL	322,67	10,51	0	9,15	19,37	31,51	43,23	148,27	237,29	317,16	439,29	765,61	755,12	947,66	1374,2	1303,7	1683	2523,7	1971	278,70

IV. EVOLUTION (Mise à jour au 1/7/2013)

Cf chapitre particulier

V. ANNEXES

Abréviations employées :

Francim (France-cancer-incidence et mortalité) : le réseau Francim est une association loi 1901 qui regroupe tous les registres qualifiés de cancer français. Ces registres dont les plus anciens ont été créés en 1975, contribuent à la surveillance épidémiologique des cancers et recueillent tous les nouveaux cas survenant au sein de la population dans les zones couvertes par les registres. Afin de mener une politique de santé publique commune dans le cadre de l'épidémiologie descriptive du cancer, l'InVS, l'INCa (Institut National du Cancer), le réseau Francim et le Département de biostatistiques des Hospices civils de Lyon (HCL) ont mis en place, en 2008, un programme de partenariat scientifique à partir de la base de données commune des registres.

IARC (International Agency for Research on Cancer) : l'objectif de l'IARC (CIRC) est de promouvoir la collaboration internationale dans la recherche sur le cancer. Le Centre est interdisciplinaire, et réunit des compétences dans les disciplines de laboratoire, en épidémiologie et en biostatistique pour identifier les causes du cancer, qui permettront d'adopter des mesures préventives afin de réduire le fardeau et les souffrances liés à la maladie. Une caractéristique importante du centre est son expertise dans la coordination de la recherche entre différents pays et différentes organisations : son rôle indépendant, en tant qu'organisation internationale, favorise cette activité. Le Centre porte un intérêt particulier à la conduite de recherches dans des pays à ressources faibles et moyennes par le biais de partenariats et de collaborations avec les chercheurs de ces régions.

ENCR (European Network of Cancer Registries) : a pour objectif d'améliorer la qualité, la comparabilité et la disponibilité de données d'incidence des cancers, de créer une base pour surveiller l'incidence des cancers et la mortalité par cancer dans l'Union européenne, fournir des informations régulières sur le poids de cette maladie en Europe, de promouvoir l'utilisation des registres pour la planification de services de santé et la recherche.

CIMO-3 : Classification Internationale des Maladies pour l'Oncologie, 3^{ème} révision

GLOBOCAN : le but du projet GLOBOCAN de l'IARC est de fournir des estimations contemporaines de l'incidence de, la mortalité, la prévalence et des incapacités selon les principaux sites de cancers, au niveau national et pour 184 pays du monde

InVS : établissement public, placé sous la tutelle du ministère chargé de la Santé, l'Institut de veille sanitaire (InVS) réunit les missions de surveillance, de vigilance et d'alerte dans tous les domaines de la santé publique.

Populations de référence

Nouvelle-Calédonie : ISEE 2009

Population mondiale : Waterhouse 1976 (IARC)

Documents de références

Cours TSECC (*Techniques de Surveillance Épidémiologique, d'Enregistrement et de Codage des Cancers, Ecole de Formation Européenne en Cancérologie*)

Guides ENCR-INVS

CIMO-3

Données comparatives

Base de données de l'IARC Globocan 2008