



SERVICE DES ACTIONS SANITAIRES

REGISTRE DU CANCER DE NOUVELLE-CALEDONIE

DESCRIPTION DES NOUVEAUX CAS DE CANCER DIAGNOSTIQUES EN 2011

Situation au 31 décembre 2013

Sylvie Laumond, médecin épidémiologiste

Erika Hartmann, épidémiologiste

Delphine Tranap, biostatisticienne

I. GENERALITES	4
I-1 Introduction	4
I-2 Rappel historique	4
I-3 Fonctionnement actuel du registre	5
I-4 Critères d'enregistrement	5
I-5 Sources d'informations	6
I-6 Evaluation de l'exhaustivité et de la qualité des données	6
<i>I-6.a Résultats sur l'exhaustivité et nombre moyen de sources par cas pour les 3 dernières années validées</i>	8
<i>I-6.b Résultats sur la qualité des données</i>	11
II DESCRIPTION DES CAS INCIDENTS 2011	13
II-1 Caractéristiques sociodémographiques	13
<i>II-1.a Etude selon l'âge et le sexe</i>	13
<i>II-1.b Etude selon la province de résidence</i>	15
<i>II-1.c Etude selon la communauté</i>	16
II-2 Etude selon la topographie	17
<i>II-2.a Répartition selon la topographie</i>	17
<i>II-2.b Incidence selon la topographie et le sexe</i>	20
<i>II-2.c Etude de la topographie selon la communauté et le sexe</i>	22
<i>II-2.d Incidence par topographie selon le sexe et la province</i>	23
II-3 Stade d'extension au moment du diagnostic	27
II-4 Comparaisons internationales (Globocan 2012-IARC)	28
III ETUDE DES PRINCIPALES TOPOGRAPHIES	34
III-1 Sein et appareil génital féminin	34
<i>III-1.a Cancer du sein</i>	34
<i>III-1.b Cancer du corps de l'utérus (endomètre)</i>	44
<i>III-1.c Cancer du col de l'utérus</i>	49
<i>III-1.d Cancers des ovaires</i>	54
III-2 Cancer de la prostate	59
III-3 Rein, vessie et voies urinaires	64
<i>III-3.a Cancer du rein</i>	64
<i>III-3.b Cancer de la vessie</i>	68
III-4 Appareil respiratoire	73
<i>III-4.a Cancer des bronches et du poumon</i>	73
<i>III-4.b Cancer des lèvres, bouche et pharynx (LBP)</i>	78
III-5 Cancer de la thyroïde	83
III-6 Appareil digestif	88
<i>III-6.a Cancer du colon-rectum-anus</i>	88
<i>III-6.b Cancer de l'œsophage</i>	93
<i>III-6.c Cancer de l'estomac</i>	97
<i>III-6.d Cancer du foie et des voies biliaires</i>	101
III.7 Hémopathies malignes	114
III-8 Cancers de la peau : mélanomes cutanés	119
III-9 Tumeurs du système nerveux central	122
III.10 Autres sites :	123
<i>III-10.a Cancer de la plèvre</i>	123
<i>III-10.b Cancer du cœur et du médiastin</i>	123
<i>III-10.c Cancer des os et du cartilage</i>	123
IV EVOLUTION 1985-2011 selon les principaux sites	124
IV-1 Appareil digestif	124
IV-2 Appareil respiratoire : bronches-poumon	126
IV-3 Femmes : appareil génital et seins	127
IV-4 Appareil urinaire	128
IV-5 Cancers de la sphère ORL	129

V PLACE DES CANCERS DANS LA MORTALITE	131
VI TABLEAUX DETAILLES PAR SITE (CIM10)	133
VI-1 nombre de cas par site et groupe d'âge (2011)	134
VI-2 Femmes : nombre de cas par site et groupe d'âge (2011)	135
VI-3 Hommes : taux d'incidence par site groupe d'âge (2011)	136
VI-4 Femmes : taux d'incidence par site et groupe d'âge (2011)	137
VII-ANNEXES	138

I. GENERALITES

I-1 Introduction

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

L'objectif principal des registres 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.

Après avoir fait l'objet d'une première qualification en 1988 par Comité National des Registres (CNR), qualification renouvelée jusqu'en 2008 où le registre n'a plus été qualifié pour manque d'exhaustivité. Suite au transfert du registre à la DASS-NC et après mise en place de nouvelles procédures d'enregistrement qui ont permis de garantir l'exhaustivité et la qualité des données, le registre a été de nouveau qualifié par le 15 novembre 2012, et ce pour une durée de 3 ans à partir du 1^{er} janvier 2013.

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, une épidémiologiste et une biostatisticienne à temps-plein.

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

I-4 Critères d'enregistrement

L'enregistrement de tous les nouveaux cas de cancer repose sur les règles internationales en matière d'enregistrement des cancers (IARC, ENCR). La population cible est représentée par les personnes dont le lieu de résidence habituel (plus de 6 mois par an) est en Nouvelle-Calédonie. Les personnes diagnostiquées ou traitées 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, côlon, 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 31 décembre 2013, concernant les nouveaux cas de tumeurs invasives diagnostiquées en **2011**. 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 cours d'année 2010, suite aux procédures initiées lors de la gestion conjointe du registre avec la DASS-NC pour les données d'incidence de 2008. Ces procédures comprenaient à la fois l'amélioration du signalement régulier et de qualité des médecins, comme prévu dans la délibération de 2008, (essentiellement des médecins pathologistes), mais également le 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 (retours aux dossiers cliniques). Le tableau suivant présente les résultats de la nouvelle équipe du registre en matière de récupération des données suite aux procédures mises en place depuis 2010.

Pour l'année d'incidence 2007, 45 tumeurs invasives ont été ajoutées entre mars 2010 (date du début de la gestion conjointe du registre entre l'IPNC et la DASS-NC) et décembre 2013 (+7%) ; pour l'incidence de 2008, 224 tumeurs ont été ajoutées entre mars 2010 et décembre 2013 (+40.3%) ; pour l'incidence de 2009, 15 dossiers ont été ajoutés entre juillet 2012 et décembre 2013 (+1.9%) et pour l'incidence 2010, 6 dossiers ont été ajoutés entre juillet 2013 et décembre 2013 (+0.7%).

Ces éléments témoignent du rattrapage progressif des cas qui n'avaient pas été enregistrés, et de l'amélioration très nette de l'exhaustivité au fur et à mesure des années, avec une proportion de rattrapage qui baisse.

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 (31/12/2013)	628	61	7	64	50 (28 basocellulaires)
2008 (22/03/2010)	520	35	0	35	41 (24 basocellulaires)
2008 (31/12/2013)	726	53	11	66	36 (18 basocellulaires)
2009 (31/07/2012)	723	69	8	101	44 (épidermoïdes)
2009 (31/12/2013)	731	76	9	103	46 (épidermoïdes)
2010 (1/07/2013)	786	47	13	114	40 (1 basocellulaire)
2010 (31/12/2013)	790	49	14	114	41 (1 basocellulaire)
2011 (31/12/2013)	778	66	6	90	14 (épidermoïdes)

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

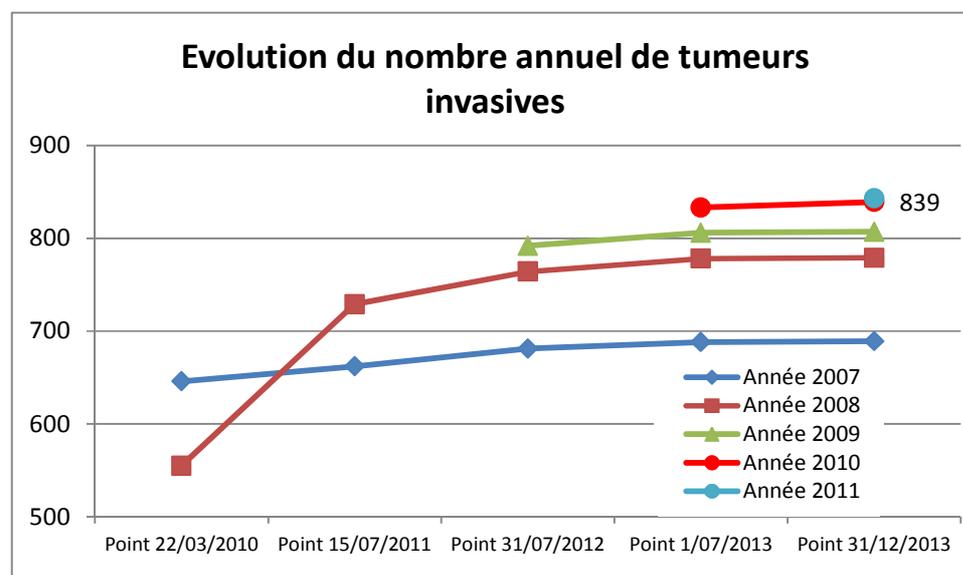


Figure 1 - Evolution annuelle du nombre de tumeurs invasives enregistrées selon l'année de diagnostic et la date du fichier

Le rattrapage annuel 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 une faible croissance des cas incidents de 2007, 2008, 2009 et 2010 entre juillet 2013 (date de dernière mise à jour du fichier jusqu'en 2010) et décembre 2013 (dernière date de mise à jour du fichier, avec l'incidence 2011) avec +0.7 % pour 2010, +0.1% pour 2009, +0.1% pour 2008 et +0.1% pour 2007.

I-6.a 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 l'année d'incidence 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 décembre 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 cette valeur continue de croître, passant ainsi à 5,7 sources par dossier (dont en moyenne 3,5 sources de signalement) ; pour l'année d'incidence 2011 (pour l'ensemble des 844 tumeurs invasives hors peau sauf mélanomes), cette valeur moyenne a un peu baissé mais reste du même ordre de grandeur avec une moyenne de 5,5 sources par dossier (dont 3,5 sources de signalement en moyenne).

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

Tableau 2 - Nombre moyen de sources (signalement ou consultées) par topographie (hors peau sauf mélanomes)

2011	Nb de cas	Nb moyen de sources de signalement	Nb moyen de sources consultées	% d'histologie
Lèvre-Bouche-Pharynx	22	3.5	2.2	100.0%
Œsophage	11	4.3	2.1	100.0%
Estomac	25	4.2	2.2	96.0%
Intestin grêle	4	2.7	2.5	100.0%
Côlon-Rectum	66	3.5	2	95.4%
Foie	25	3.9	2	40.0%
Voies biliaires	12	3.9	2.1	75.0%
Pancréas	18	4.1	2.3	61.0%
Nez, sinus, oreil.moyen., aut. resp	2	3.5	2	100.0%
Larynx	10	2.4	2.6	100.0%
Bronches, poumon	135	3.4	2.1	86.7%
Thymus, cœur, médiastin	4	3.5	2.2	75.0%
Mésothéliome	2	3.5	1.5	100.0%
Os, cartilage articul.	5	2.4	2	100.0%
Mélanome cutané	15	2	1.3	100.0%
Tissus mous, péritoine	5	3.2	2	100.0%
Sein	139	3.9	2.1	100.0%
Col utérin	22	3.9	2.1	100.0%
Corps utérin	19	3.8	2	100.0%
Ovaire	14	4.9	2.1	100.0%
Autres organes génitaux F	0			
Prostate	115	3	2.1	99.1%
Testicule	3	2	2	100.0%
Autres organes génitaux M	1	4	2	100.0%
Rein	17	2.3	2.2	88.2%
Voies excrétrices	2	3	2	100.0%
Vessie	16	3.3	1.9	100.0%
Oeil	5	2.2	1.4	100.0%
Cerveau, système nerveux	11	2.7	2.1	81.8%
Thyroïde	37	2.7	2.2	97.3%
Surrénale, autre glande endocrine	3	3	2.3	100.0%
Maladie de Hodgkin	0			
Lymphomes non hodgkinien	21	2.8	2	95.2%
Sd myélodysplasiques	8	2.5	1.9	0.0%
Leucémies chroniques	8	2.4	1.9	0.0%
Syndromes myéloprolifératifs chroniques	8	2	1.9	0.0%
Leucémies Aigues	14	2.7	1.9	0.0%
Autres hémopathies	7	3.3	2	14.3%
Site primitif incertain	13	3.2	2	69.2%
TOTAL	844	3.4	2.1	87.8%

En 2011, seuls 6,9 % des nouveaux cas ont été signalés par une seule et unique source.

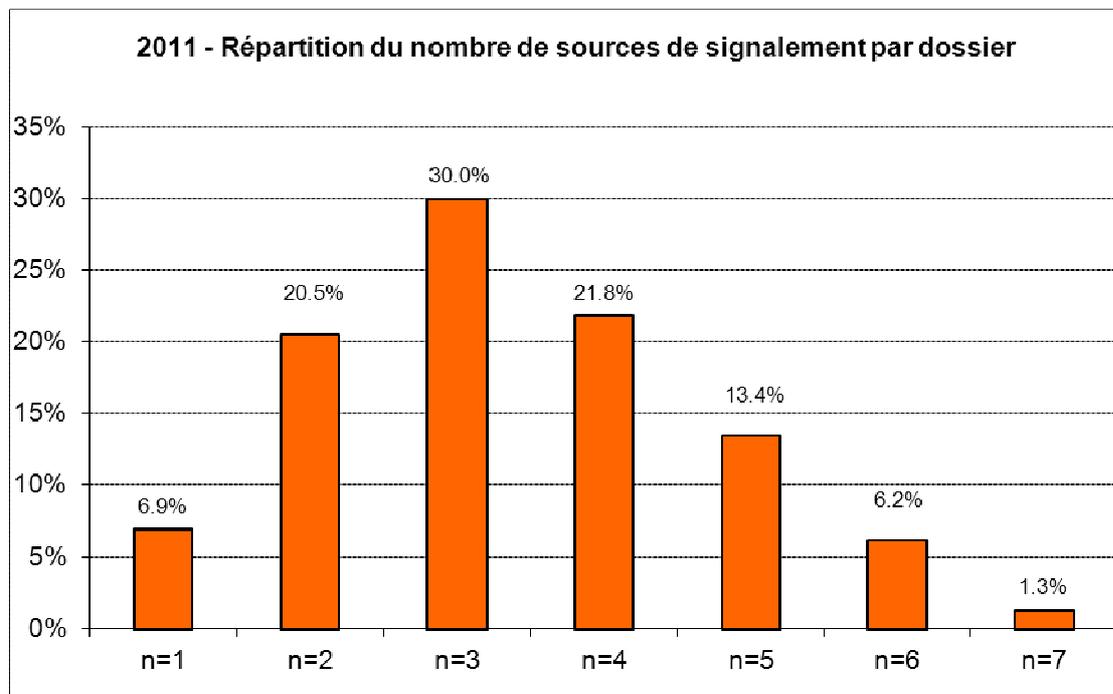


Figure 2 - Répartition du nombre de sources de signalement

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 (hors peau sauf mélanomes) ont été diagnostiquées sans examen anatomo-cytopathologique ou cytologique en 2008 et 2009 (2008 : 5,9 % ; 2009 : 5.3 %), cette proportion a légèrement baissé pour les cas incidents de 2010 (4,4 %) et augmente un peu pour atteindre 4.9 % pour les cas incidents de 2011.

Tableau 3 - Répartition par base de diagnostic

	2008	2009	2010	2011
Clinique seule	1 (0.1%)	0	0	0
Radio, endoscopie	39 (5.0%)	25 (2.9%)	24 (2.9%)	29 (3.4%)
Test biochimiques spécifiques	6 (0.8%)	20 (2.4%)	13 (1.5%)	13 (1.5%)
Cytologie ou hématologie	31 (4.0%)	51 (6.0%)	41 (4.9%)	61 (7.2%)
Histologie de la tumeur primitive	673 (86.4%)	686 (85.7%)	706 (84.1%)	702 (83.2%)
Histologie de la métastase	28 (3.6%)	25 (3.1%)	53 (6.3%)	39 (4.6%)
Inconnue	1 (0.1%)	0	2 (0.2%)	0
Total	779	807	839	844

En 2011, les 4.9 % de cas diagnostiqués suite à un examen ou des investigations cliniques, concernent 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 4,6

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

Ces éléments confirment que le croisement des fichiers et la recherche active des cas permettent également d'enregistrer des nouveaux patients qui n'étaient pas uniquement issus du signalement des médecins pathologistes. 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. 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 31 décembre 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,
- 3,6 % entre 2008 et 2009,
- 4,0% entre 2009 et 2010,
- 0,6% entre 2010 et 2011.

I-6.b Résultats sur la qualité des données

Pour les nouveaux cas de 2011, lorsque l'on écarte les mélanomes et les autres tumeurs cutanées, 98,4 % ont déjà fait l'objet d'un retour au dossier clinique en date du 31/12/2013 (816/829). 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 (3 œil, 2 côlon-rectum, 2 sein, 1 corps de l'utérus, 1 tissu mou, 1 thyroïde, 1 estomac, 1 prostate et 1 rein).

Le taux de retour au dossier clinique varie également selon la topographie, entre 40 % pour l'œil et 100 % pour les autres topographies hors peau comme le montre la figure suivante :

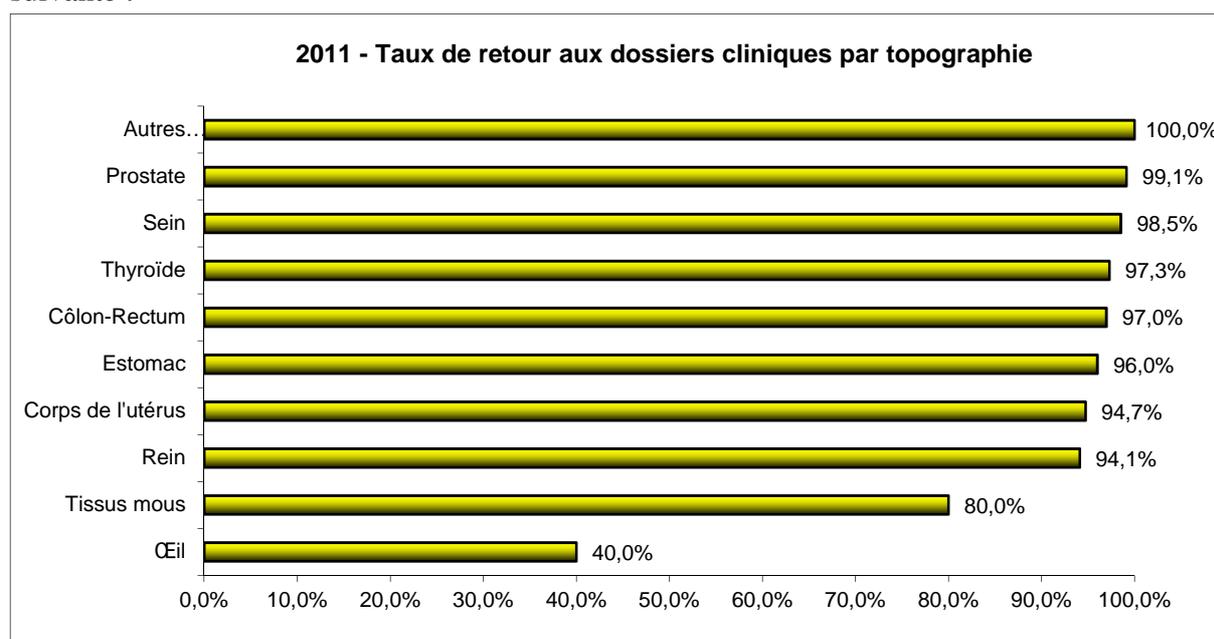


Figure 3 - Taux de retour aux dossiers cliniques par topographie (année de diagnostic : 2011)

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 7,5 % des cas parmi les 763 cas concernés (tumeurs solides invasives). Cette proportion reste toujours plus élevée, pour les tumeurs de l'œil, du médiastin et des tissus mous qui sont cependant moins fréquentes.

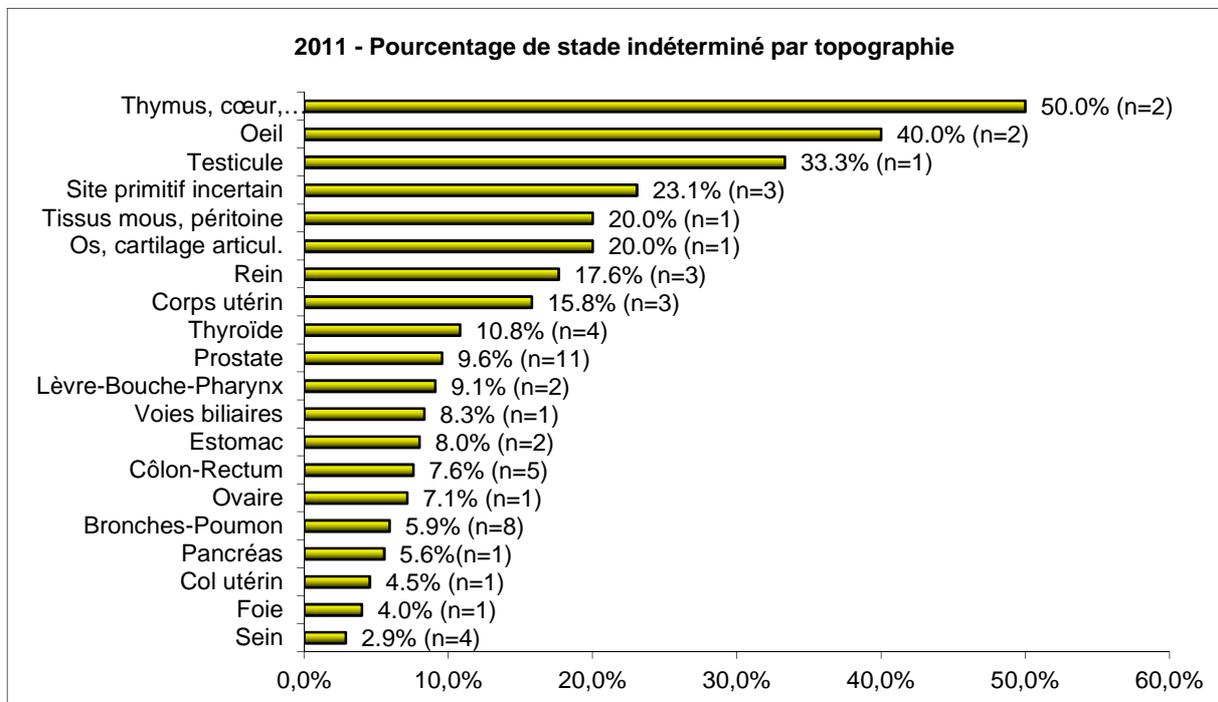


Figure 4 - Répartition du % de stade de diffusion indéterminé selon la topographie

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 (25,2 %). La communauté n'a pu être renseignée que pour 87,4% des patients. Le type de prise en charge (y compris l'abstention thérapeutique) ou les traitements ont pu être renseignés dans 92,9 % 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 DES CAS INCIDENTS 2011

858 tumeurs invasives ont été enregistrées pour l'année d'incidence 2011 (464 chez les hommes et 394 chez les femmes), soit :

- Tumeurs solides invasives hors tumeurs cutanées sauf mélanomes : 778 (90,1 %).
- Hémopathies malignes : 66 (7,7 %).
- Tumeurs cutanées hors mélanomes : 14 (1,6 %).

Ont été également enregistrées :

- 6 tumeurs non malignes du SNC ;
- 90 tumeurs in situ (Côlon-rectum : 10 ; Voies biliaires : 1 ; Poumons : 3 ; Seins : 18 ; Col de l'utérus : 47 ; Endomètre : 2 ; Peau : 5 ; Estomac : 2 ; Intestin : 1 ; Œil : 1).

Ne sont prises en compte dans les analyses suivantes que les 844 tumeurs invasives hors tumeurs cutanées sauf mélanomes et les hémopathies malignes.

II-1 Caractéristiques sociodémographiques

II-1.a Etude selon l'âge et le sexe

Le diagnostic de cancer est influencé par le sexe, avec une représentation plus importante des hommes par rapport à la population générale (sex-ratio égal à 1,16 homme pour une femme, contre 1,02 dans la population générale, ISEE 2011), un âge moyen égal à 60,4 ans (médiane 50 ans) avec 70,1 % des patients qui sont âgés de 50 à 79 ans contre 20,7 % dans la population générale, avec un pic entre 60 et 64 ans.

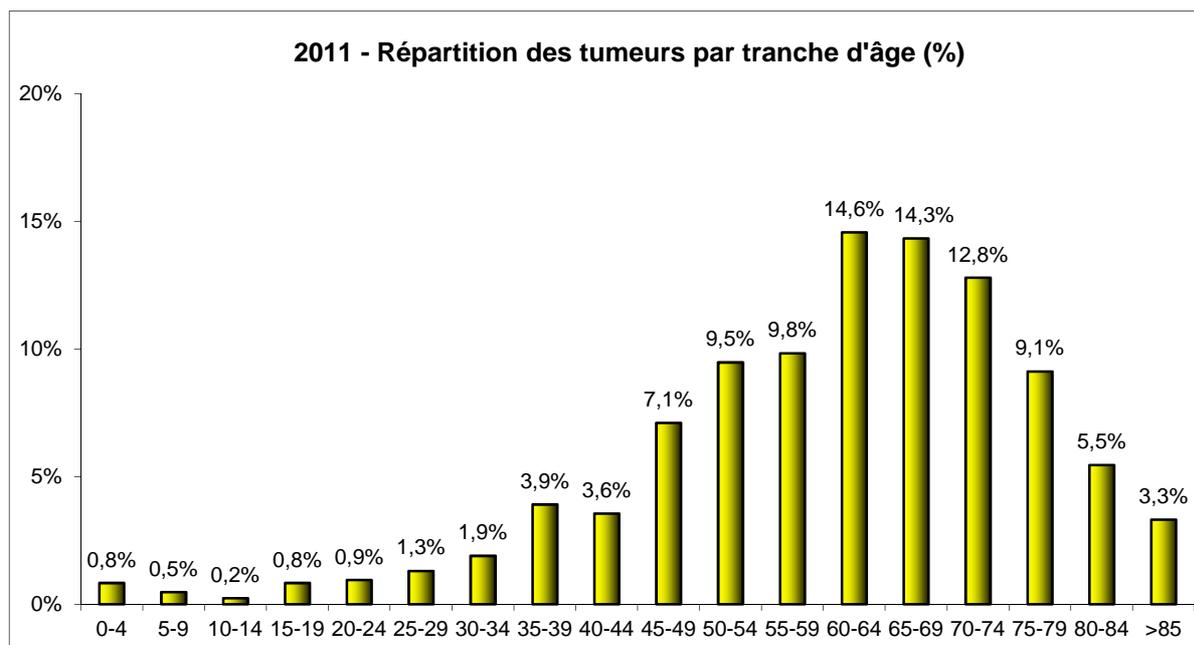


Figure 5 - Répartition des tumeurs par tranche d'âge

Cette répartition varie selon le sexe, avec un diagnostic plus précoce chez les femmes (58,8 ans versus 61,7 ans chez les hommes ; médiane 60 ans versus 64 ans). On observe un premier pic entre 35 et 39 ans chez les femmes et 65-69 ans chez les hommes, comme l'illustre la figure suivante :

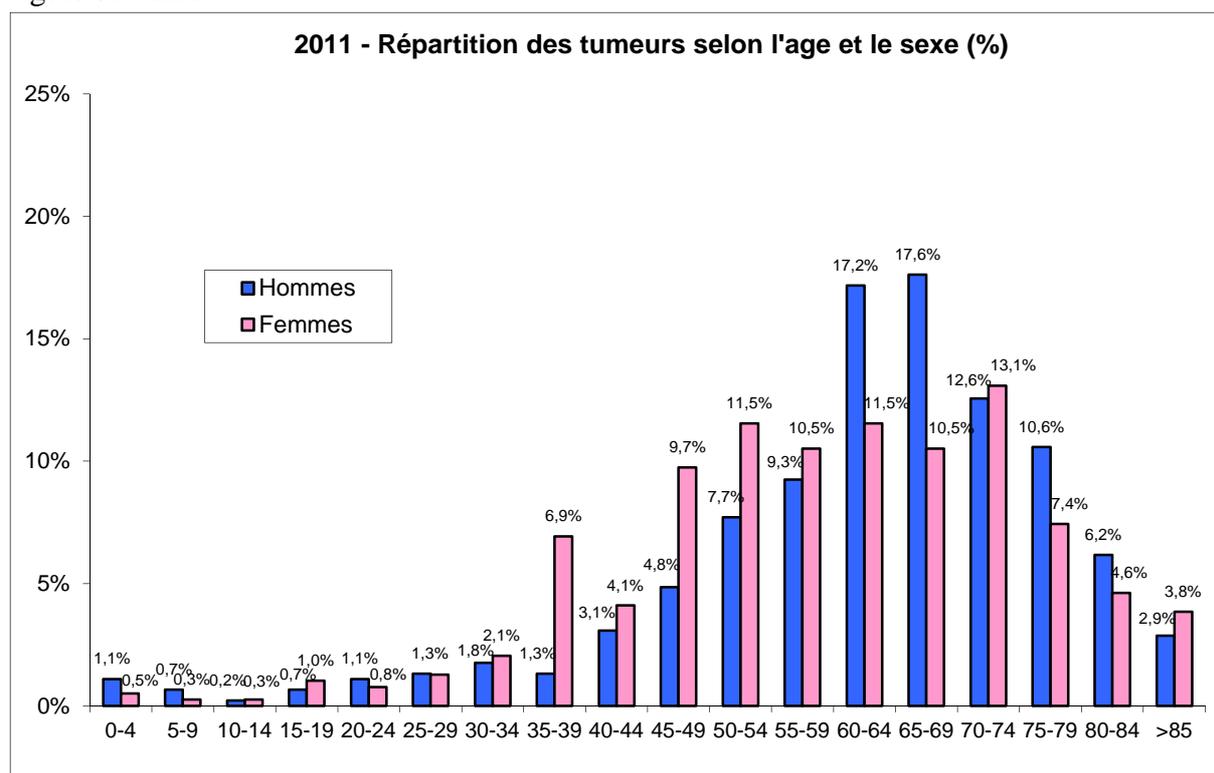


Figure 6 - Répartition des tumeurs par tranche d'âge et sexe

Le nombre de tumeurs par tranche d'âge, rapporté à la population concernée estime le taux d'incidence spécifique par tranche d'âge, met en évidence une sur-incidence des cancers chez les hommes à partir de 60 ans, et une sur-incidence des cancers chez les femmes entre 35-39 ans et 45-54 ans comme le montre la figure suivante :

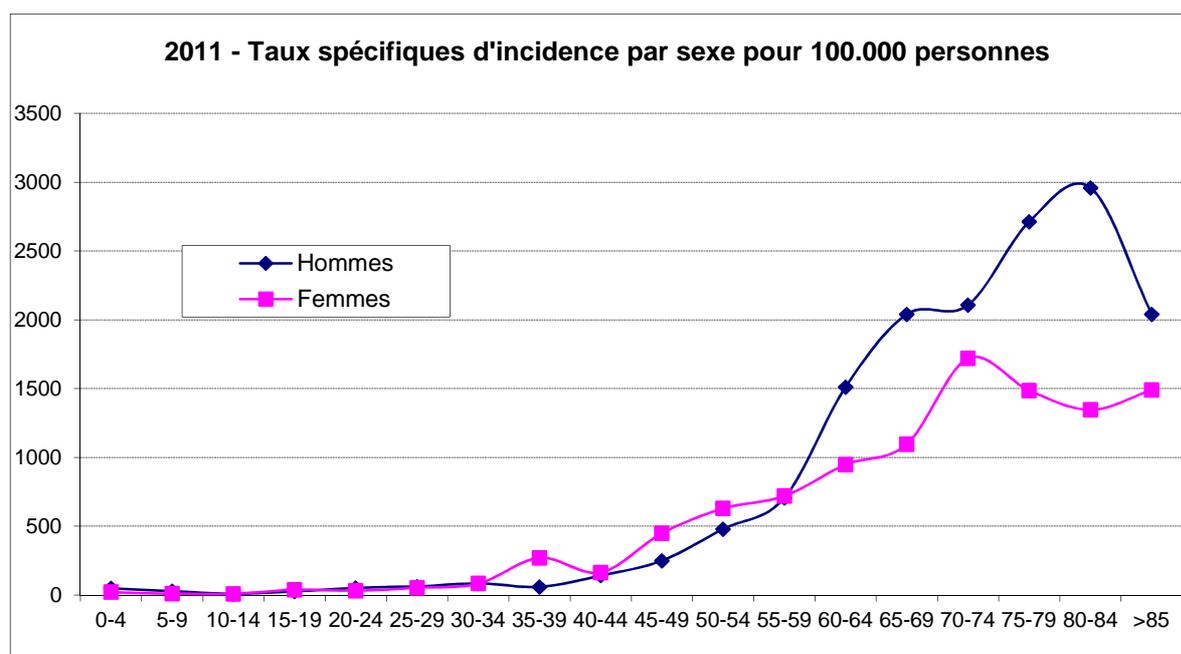


Figure 7 - Taux d'incidence spécifique par tranche d'âge et sexe

II-1.b Etude selon la province de résidence

Lorsque l'on compare la répartition par province de résidence des cas enregistrés en 2011 avec la population de référence (ISEE 2011), on observe une différence significative entre ces deux populations ($p < 0,01$), avec une surreprésentation des nouveaux cas de cancer 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 2011 - registre du cancer	Fréquence	ISEE 2011
Iles	81	9,6%	6,8%
Nord	140	16,6%	18,2%
Sud	623	73,8%	75,0%
Total	844	100,0%	100,0%

On observe également en 2011 un ratio homme/femme plus élevé en province Nord (1,29) par rapport à la province des Iles Loyautés (1,02) et à la province Sud (1,15).

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 35 et 39 ans et à partir de 70 ans dans les Iles Loyauté par rapport aux autres provinces.

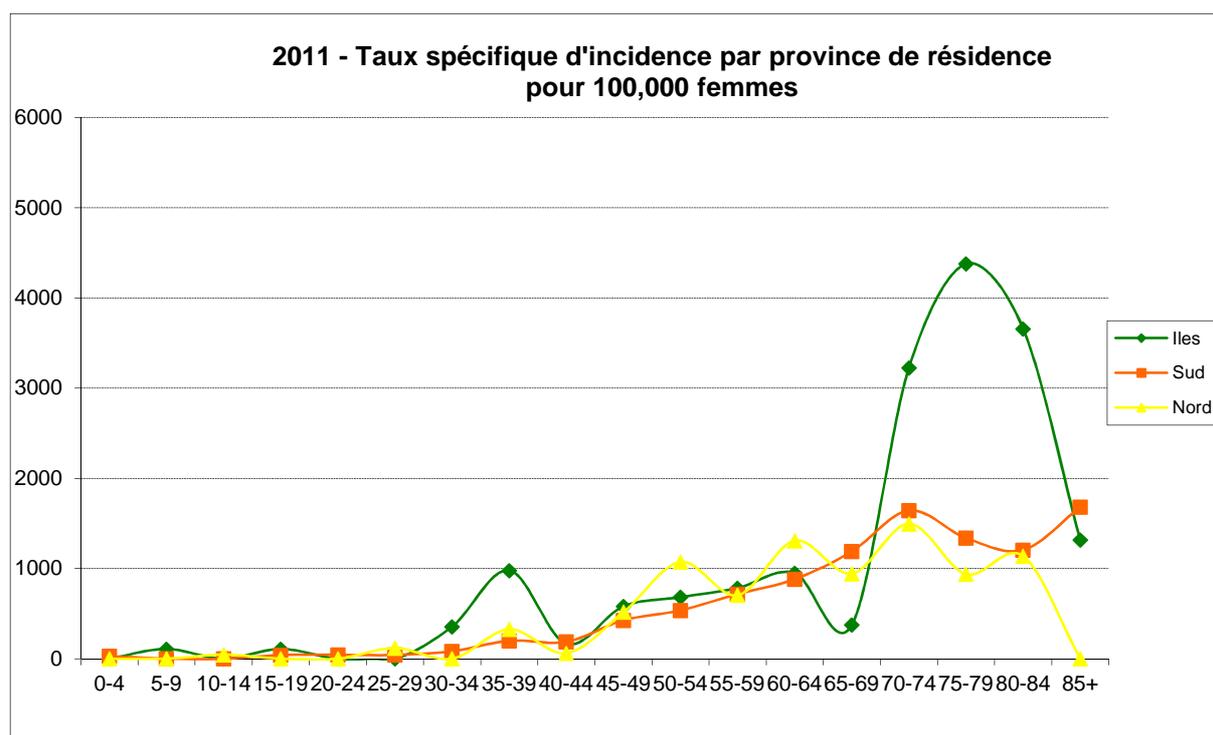


Figure 8 - Taux spécifique d'incidence par tranche d'âge chez les femmes

Chez les hommes, on observe également un premier pic entre 65-69 ans, et un deuxième entre 75-79 ans dans les Iles Loyauté avec une distribution de l'incidence relativement accidentée par rapport à celle de la province Sud, en raison de la faible taille des effectifs par tranche d'âge dans les Iles.

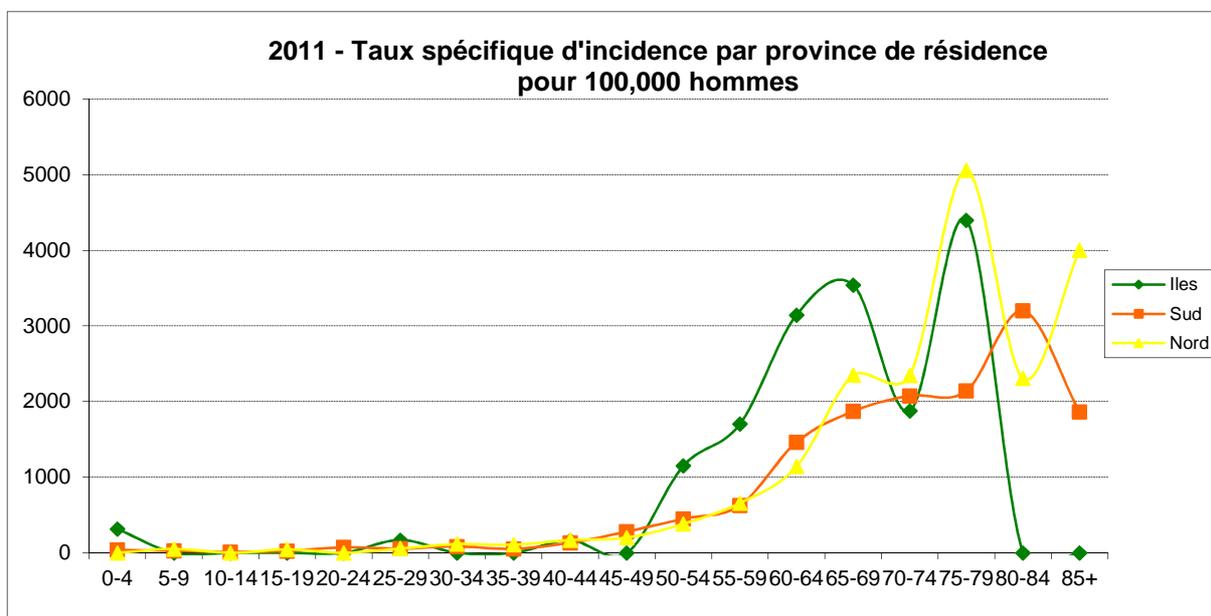


Figure 9 - Taux spécifique d'incidence par tranche d'âge chez les hommes

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.c 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 (12,6 %), qui ont donc été classés dans le groupe « autres communautés ».

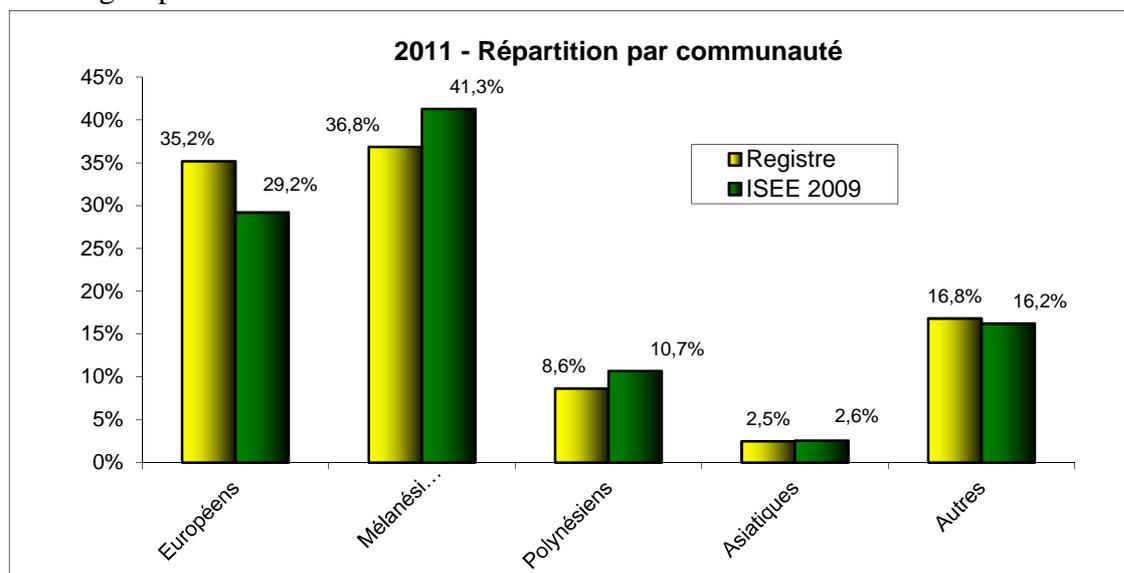


Figure 10 - Répartition des nouveaux cas par communauté

Le sex-ratio varie également selon la communauté avec plus d'hommes chez les européens (SR 1,22), chez les polynésiens (SR 1,35), et chez les asiatiques (SR 1,33) ; et plus de femmes dans la communauté mélanésienne (SR 0,97).

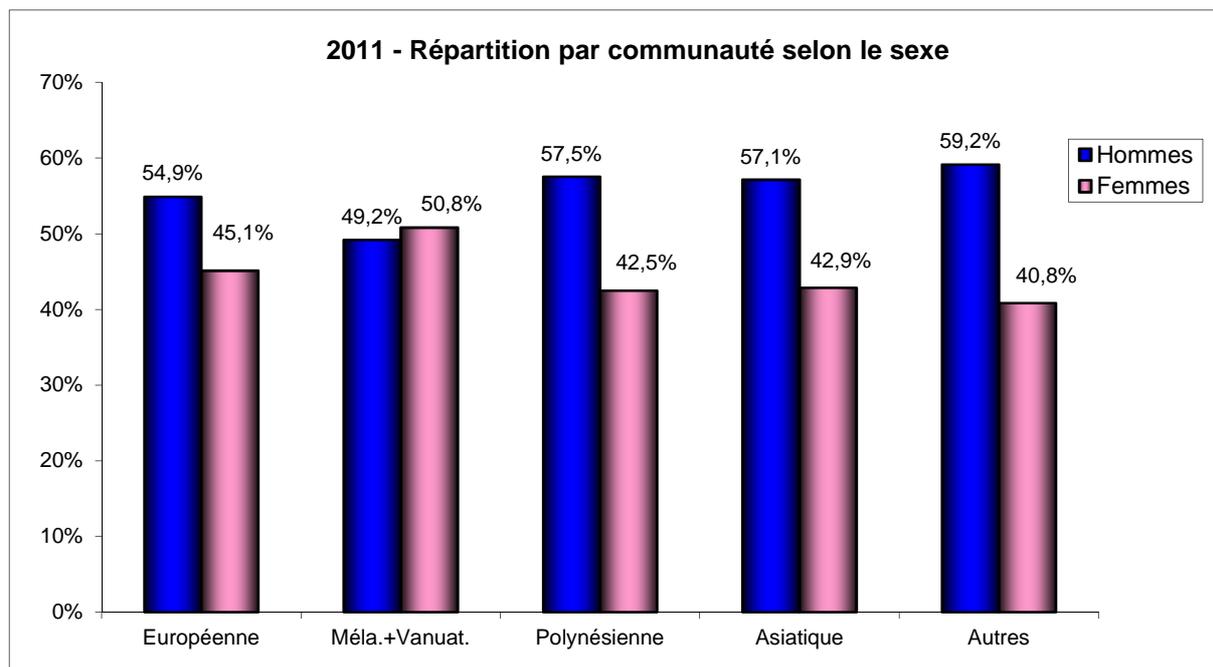


Figure 11 - Répartition des nouveaux cas par groupe de communautés selon le sexe

II-2 Etude selon la topographie

Sont prises en compte dans la suite de ce travail, l'ensemble des **844** 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.

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 (58,3 %) :

- seins : 139 cas (16,5 %),
- bronches-poumon : 135 cas (16,0 %),
- prostate: 115 cas (13,6 %),
- côlon-rectum : 66 cas (7,8 %),
- thyroïde : 37 cas (4,4 %)

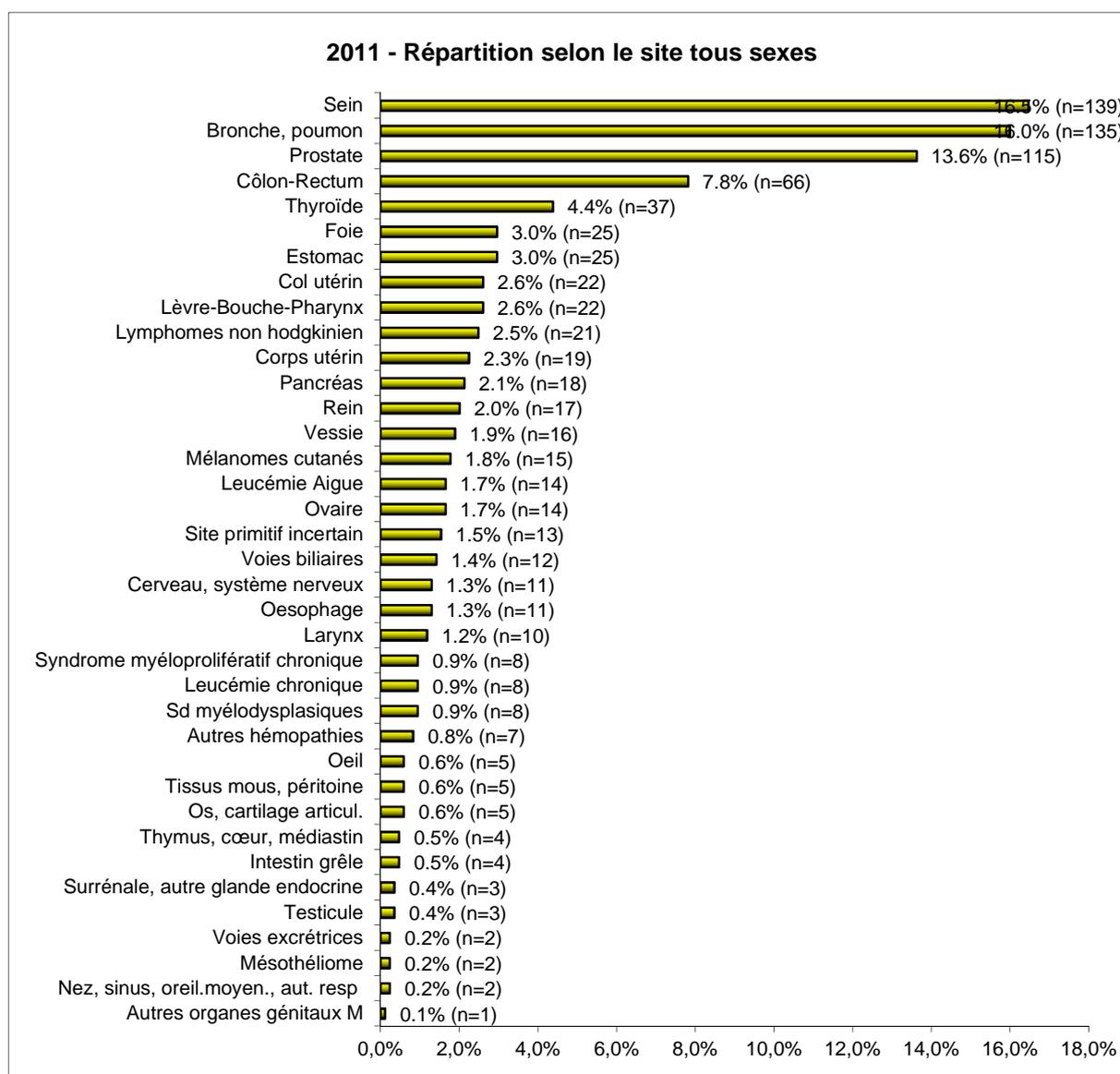


Figure 12 - Répartition des nouveaux cas par topographie

Cette répartition varie selon le sexe avec les 5 sites les plus fréquents, représentant chez les **hommes** 62.6 % des 454 tumeurs, qui sont :

- prostate : 115 cas (25,3%),
- bronches-poumon : 95 cas (20,9%),
- côlon-rectum : 34 cas (7,5%),
- foie : 20 cas (4,4 %),
- lèvre-bouche-pharynx (LBP) : 20 cas (4,4 %)

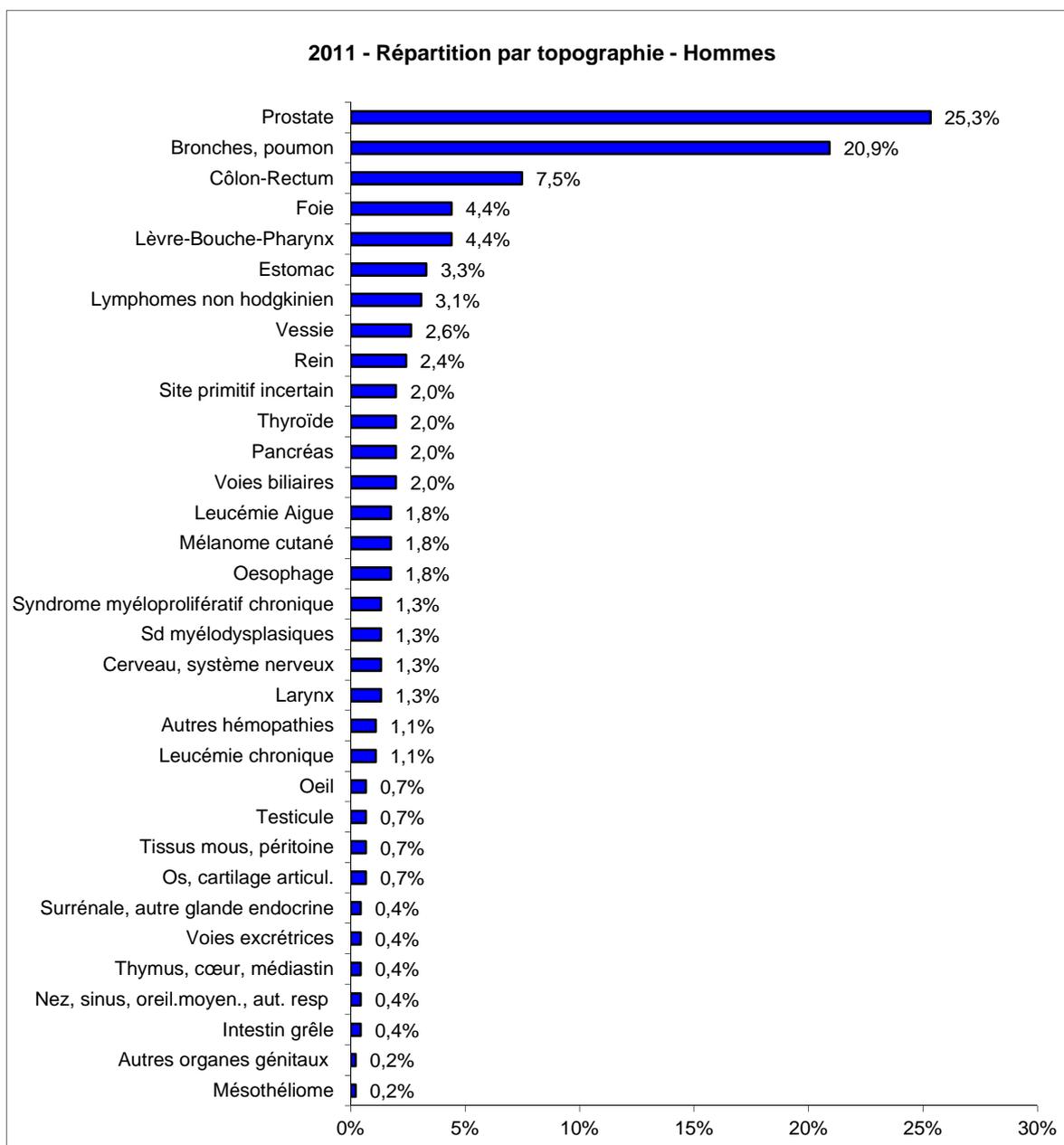


Figure 13 –Répartition des nouveaux cas par topographie chez les hommes

Chez les **femmes**, les 5 principaux sites représentant 66.9 % des 390 tumeurs sont :

- seins : 139 cas (35,6%)
- bronches-poumon : 40 cas (10,3 %)
- côlon-rectum : 32 cas (8,2 %)
- thyroïde : 28 cas (7,2 %)
- utérus (col) : 22 cas (5,6 %) (la 6^{ème} localisation est représentée l'utérus (endomètre) : 19 cas (4,9 %).

A noter que les cancers de l'utérus (col et endomètre) représentent 10,5 % des tumeurs invasives chez les femmes.

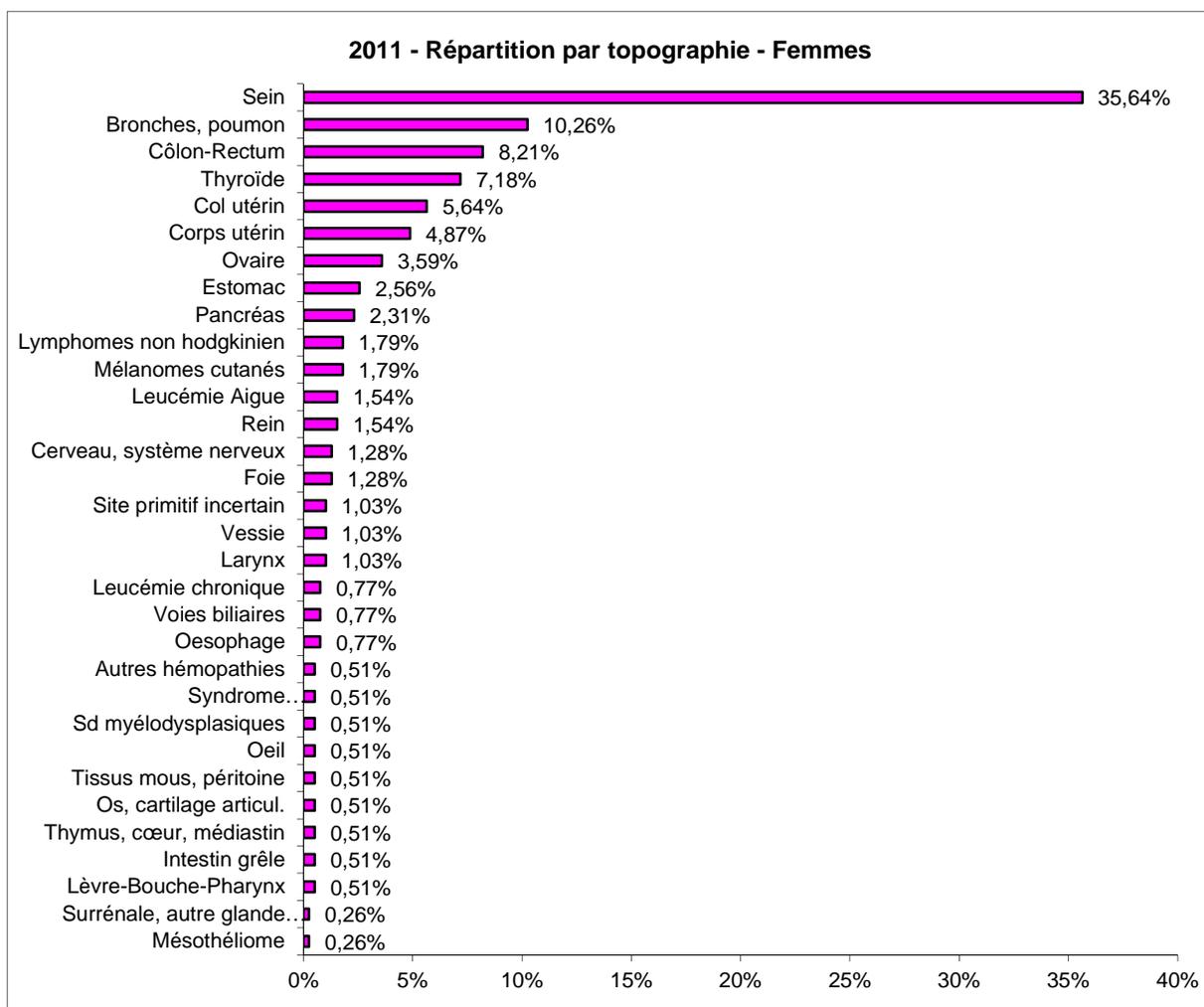


Figure 14 - Répartition des nouveaux cas par topographie chez les femmes

II-2.b Incidence selon la topographie et le sexe

La comparaison des différents taux d'incidence standardisée par sexe et selon les sites montre que chez les **hommes**, l'incidence de la prostate est 1,3 fois plus élevée que celles des bronches-poumon et 3,5 fois plus élevée que celle du côlon-rectum qui est le 3^{ème} cancer chez l'homme.

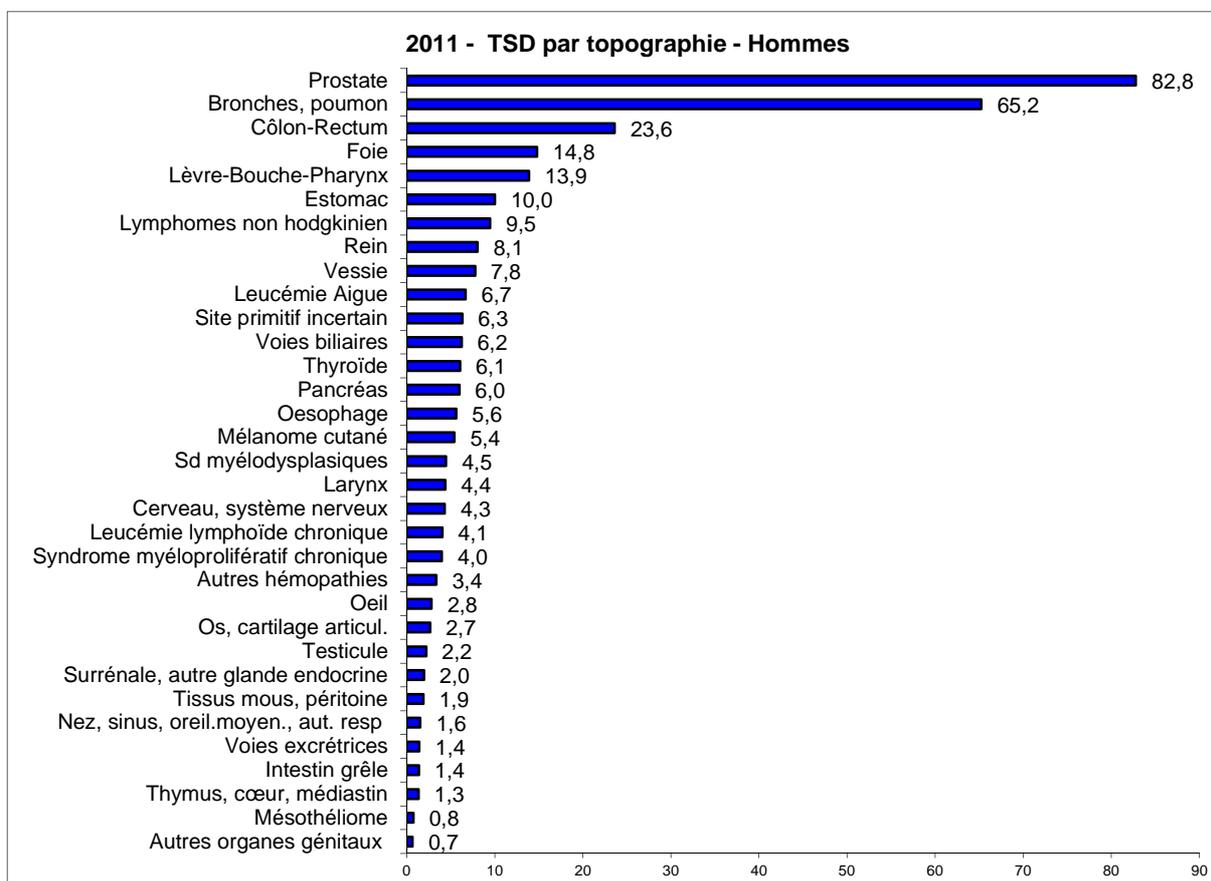


Figure 15 - Taux d'incidence standardisée par topographie chez les hommes

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

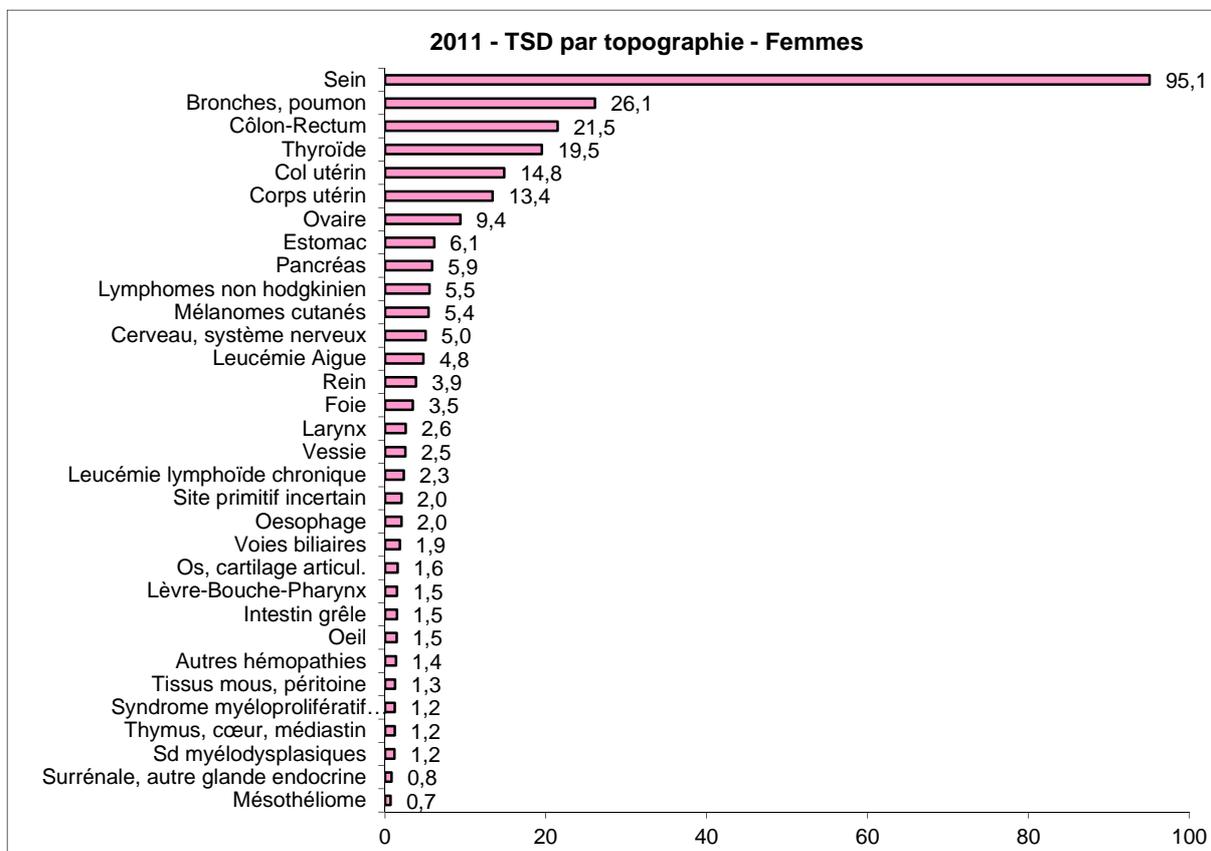


Figure 16 - Taux d'incidence standardisée par topographie chez les femmes

II-2.c Etude de la topographie selon la communauté et le sexe

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

- Européens : prostate (72 cas, 44,2 %), puis les bronches-poumon (19 cas, 11,7 %),
- Mélanésiens : bronches-poumon (39 cas, 25,5 %), prostate (20 cas, 13,1 %),
- Polynésiens : bronches-poumons (15 cas, 35,7 %), prostate (5 cas, 11,9 %).

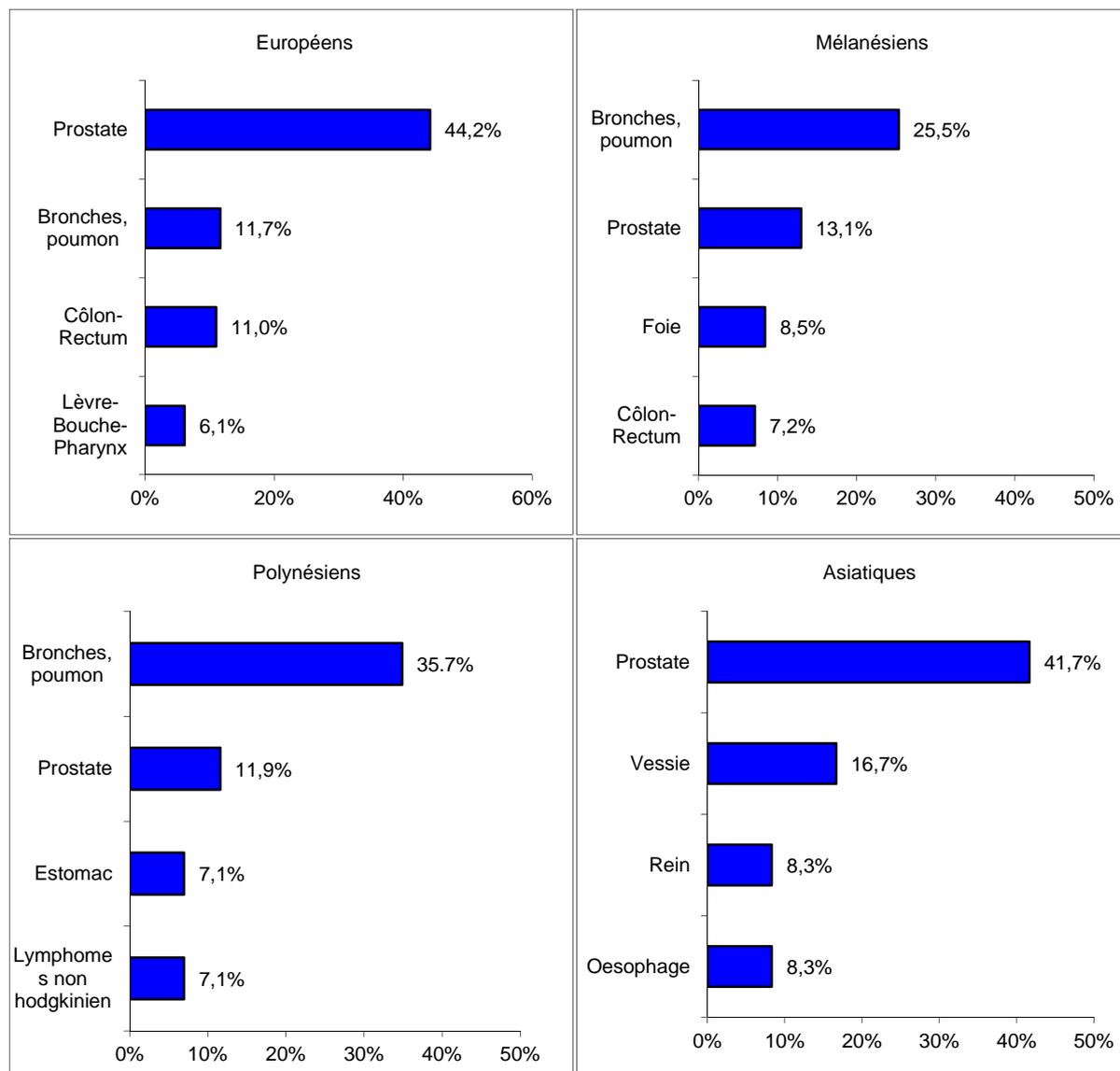


Figure 17 - Répartition des principales topographies par communauté chez les hommes

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

- Européennes : seins (62 cas, 46,3 %), côlon-rectum (17 cas, 12,7 %)
- Mélanésiennes : seins (49 cas, 31,0 %), bronches-poumon (24 cas, 15,2%)
- Polynésiennes : seins (12 cas, 38,7 %), bronches-poumon (3 cas, 9,7 %).



Figure 18 - Répartition des principales topographies par communauté chez les femmes

II-2.d

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 côlon-rectum et Lèvre-bouche-pharynx (LBP)

En province Nord, il s'agit des bronches-poumon, puis la prostate, le côlon-rectum et les voies biliaires.

Dans la province des Iles Loyauté, le classement est le suivant : bronches-poumon, puis le foie, l'estomac, le rein.

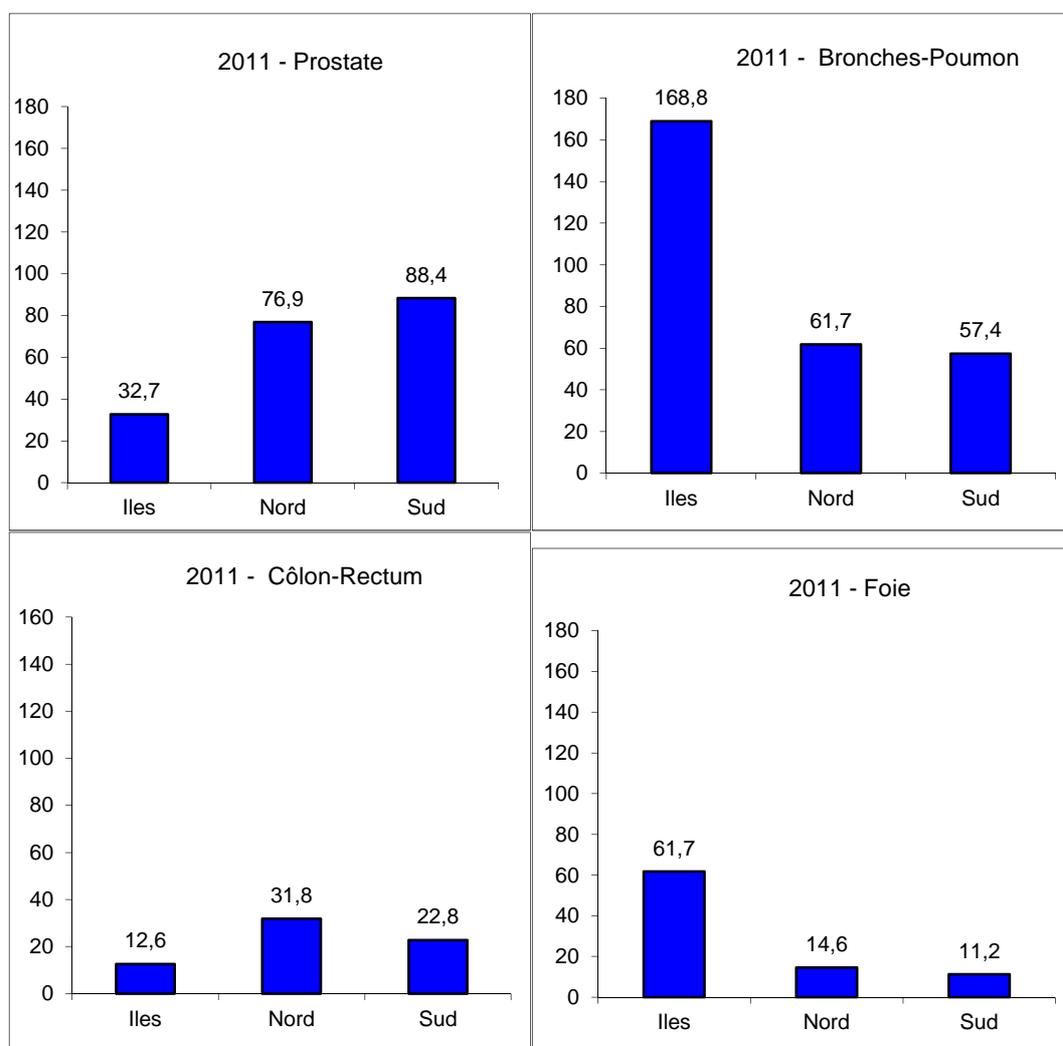


Figure 19 - Comparaison des taux d'incidence standardisée par province pour les principales topographies chez les hommes (Taux pour 100 000)

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

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

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 les bronches-poumon, la thyroïde et le col de l'utérus.



Figure 20 - 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

2011 - HOMMES						Sites	2011 - FEMMES					
Iles		Nord		Sud			Iles		Nord		Sud	
Nb	TSD	Nb	TSD	Nb	TSD		Nb	TSD	Nb	TSD	Nb	TSD
3	34.8	4	16.7	13	11.6	Lèvre-Bouche-Pharynx	0	0.0	0	0.0	2	1.9
1	12.6	0	0.0	7	6.3	Œsophage	0	0.0	0	0.0	3	2.6
4	46.7	1	3.5	10	8.7	Estomac	3	21.2	0	0.0	7	5.9
0	0.0	0	0.0	2	1.7	Intestin	0	0.0	0	0.0	2	1.9
1	12.6	8	31.8	25	22.8	Côlon-Rectum-Anus	2	16.9	5	20.7	25	22.1
5	61.7	3	14.6	12	11.2	Foie	1	9.8	0	0.0	4	3.7
1	12.6	5	21.9	3	2.5	Voies biliaires	0	0.0	0	0.0	3	2.3
1	11.5	1	3.6	7	6.2	Pancréas	0	0.0	0	0.0	9	7.6
0	0.0	0	0.0	2	2.0	Nez, sinus, oreil.moyen., aut. resp	0	0.0	0	0.0	0	0.0
0	0.0	2	9.1	4	3.7	Larynx	1	7.3	0	0.0	3	2.6
14	168.8	15	61.7	66	57.4	Bronches, poumon	8	70.8	9	42.2	23	19.2
0	0.0	0	0.0	2	1.7	Thymus- cœur - plèvre	1	12.7	1	2.8	0	0.0
0	0.0	1	5.0	0	0.0	Mésothéliome	0	0.0	1	4.7	0	0.0
0	0.0	1	5.1	2	2.4	Os	0	0.0	0	0.0	2	2.1
0	0.0	0	0.0	8	7.0	Mélanomes	0	0.0	0	0.0	7	7.1
0	0.0	0	0.0	3	2.4	Tissus mous, péritoine	0	0.0	1	3.3	1	0.9
0	0.0	0	0.0	0	0.0	Seins	8	83.4	20	90.1	111	96.7
-	-	-	-	-	-	Col utérin	3	32.7	6	24.8	13	11.0
-	-	-	-	-	-	Corps utérin	3	29.4	3	11.9	13	12.2
-	-	-	-	-	-	Ovaires	0	0.0	4	16.9	10	8.6
3	32.7	17	76.9	95	88.4	Prostate	-	-	-	-	-	-
0	0.0	0	0.0	3	3.0	Testicules	-	-	-	-	-	-
0	0.0	0	0.0	1	0.9	Autres org. Génitaux	0	0.0	0	0.0	0	0.0
3	42.8	2	8.3	6	5.3	Rein	0	0.0	0	0.0	6	5.0
0	0.0	0	0.0	2	1.9	Voies excrétrices	0	0.0	0	0.0	0	0.0
1	11.5	0	0.0	11	9.0	Vessie	0	0.0	1	4.3	3	2.3
0	0.0	0	0.0	3	3.8	Œil	1	9.7	1	3.3	0	0.0
0	0.0	2	7.1	4	4.0	Cerveau, système nerveux	0	0.0	1	5.8	4	5.5
1	9.7	3	13.2	5	4.4	Thyroïde	6	65.1	4	19.2	18	16.0
0	0.0	1	3.9	1	1.5	Surrénales - autres glandes	0	0.0	1	4.0	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	3	11.7	11	9.7	Lymphomes non hodgkinien	1	10.8	1	5.8	5	5.1
0	0.0	3	14.5	3	2.9	Sd myélodysplasiques	0	0.0	0	0.0	2	1.5
1	18.8	0	0.0	4	3.8	Leucémie chronique	0	0.0	0	0.0	3	3.0
0	0.0	1	4.6	5	4.2	Sd myéloprolifératifs chroniques	0	0.0	1	5.8	1	0.5
1	0.0	3	14.1	4	4.7	Leucémies aiguës	2	23.4	1	5.7	3	2.8
0	9.7	0	12.2	5	4.4	Autres hémopathies	0	0.0	0	0.0	2	1.8
1	9.7	3	12.2	5	4.6	Site primitif incertain	0	0.0	0	0.0	4	2.5
41	496.5	79	351.8	334	304.2		40	393.0	61	271.3	289	254.4

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, 767 tumeurs sont concernées (= tumeurs solides invasives), et le stade n'a pas pu être déterminé de manière précise dans 8,2 % des cas (63 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.

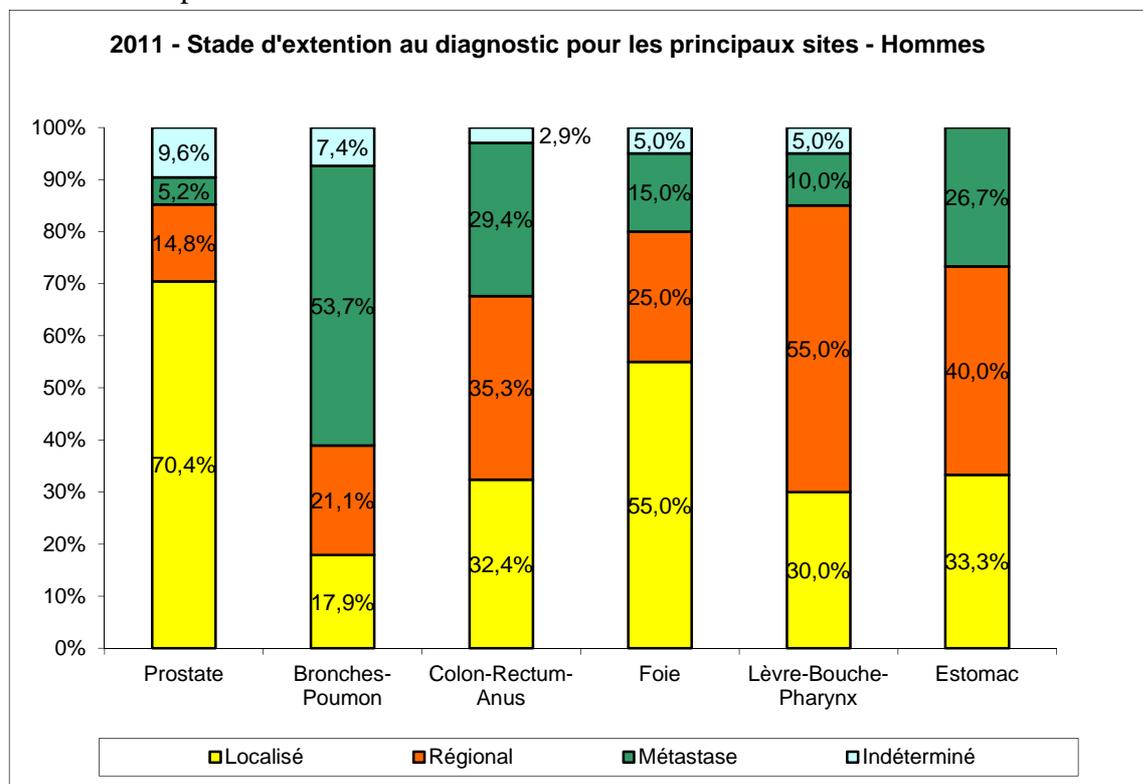


Figure 21 - Répartition du stade d'extension des principales topographies chez les hommes

Chez les **femmes**, les cancers de la thyroïde ainsi que les cancers du sein (ces derniers bénéficiant d'un dépistage organisé) ont été diagnostiqués le plus souvent à un stade localisé. Les cancers du col utérin qui bénéficient également d'un dépistage organisé ne sont diagnostiqués à un stade localisé que dans un peu plus de 30 % des cas. Les cancers des bronches-poumon restent le site pour lequel le diagnostic à un stade localisé restet le plus rare (12,5 %).

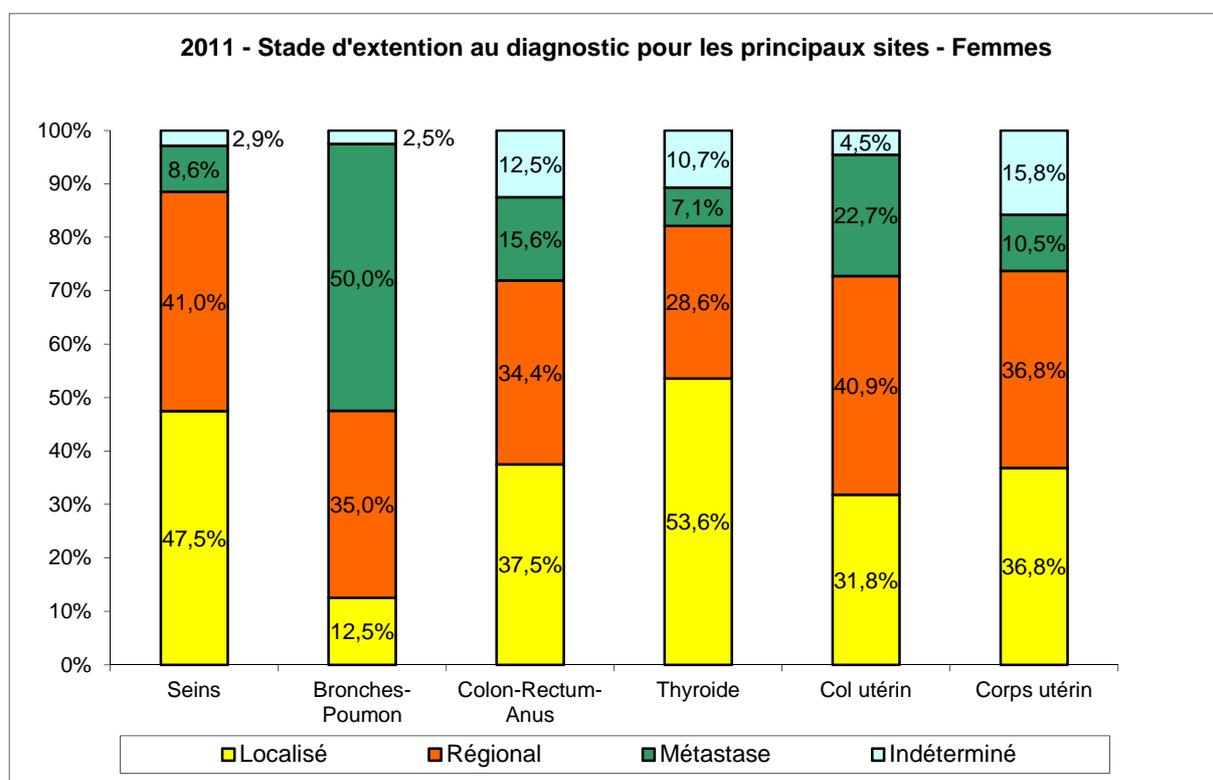


Figure 22 : Répartition du stade d'extention des principales topographies chez les femmes

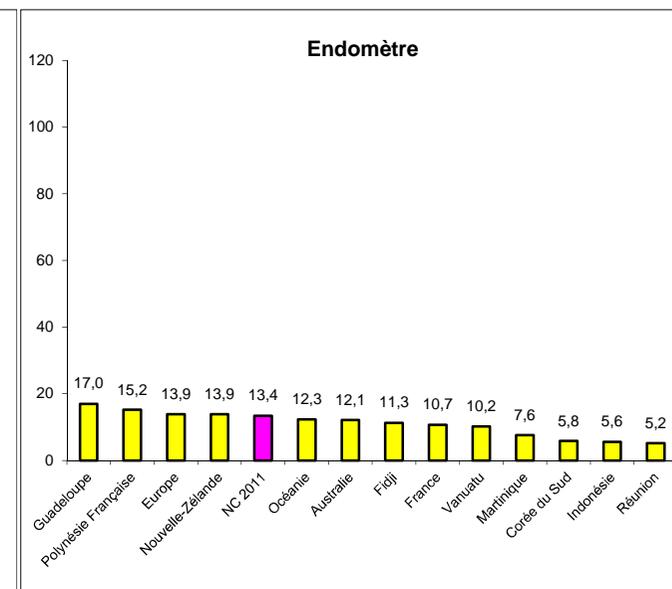
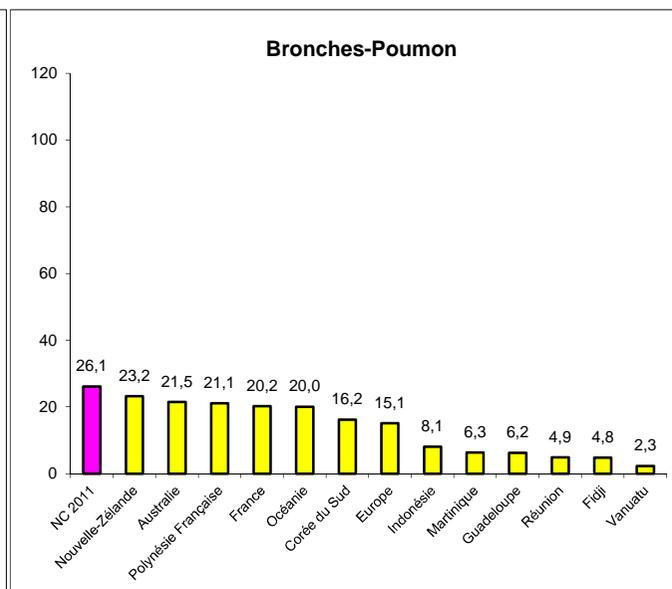
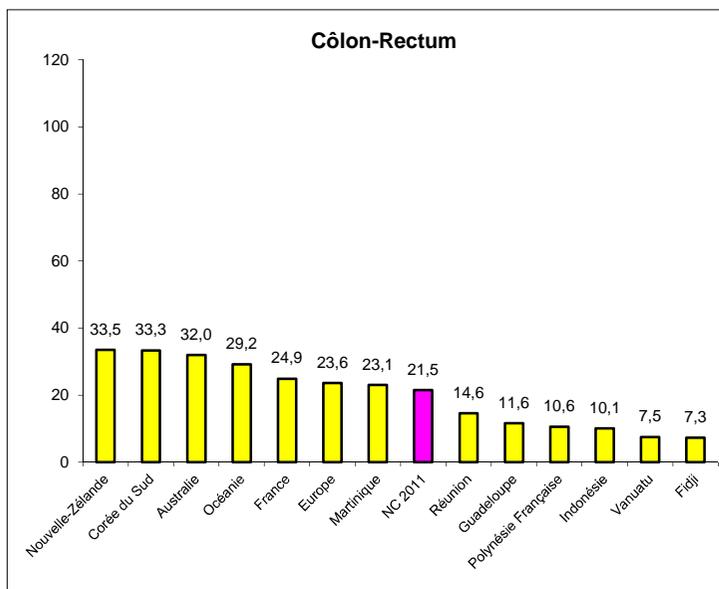
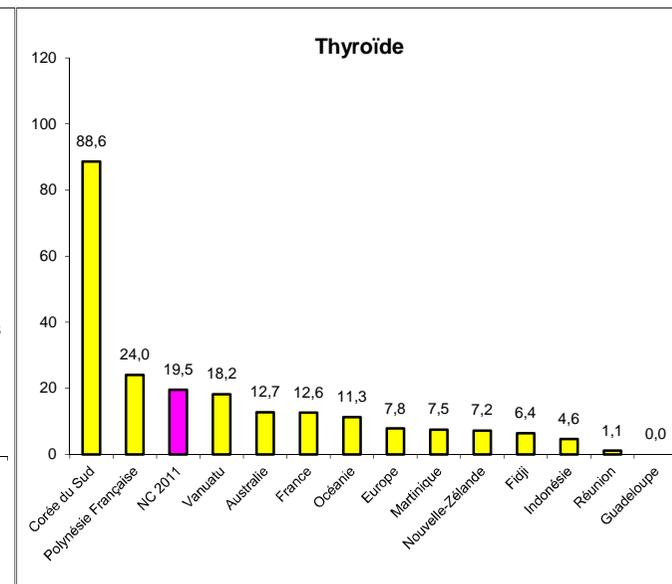
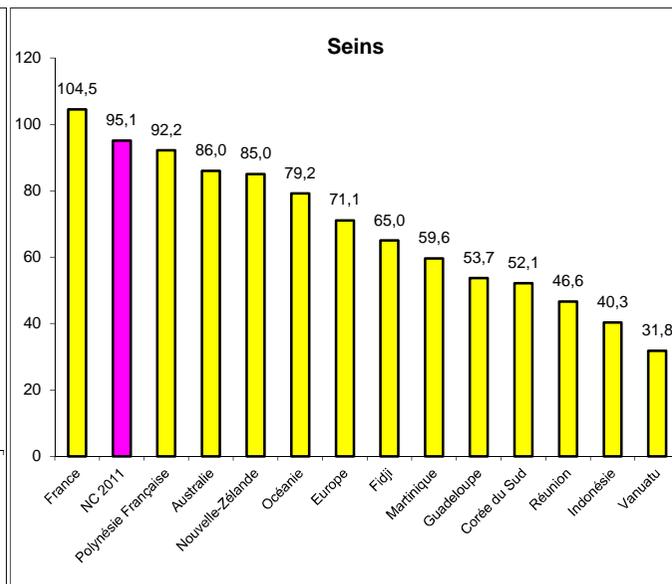
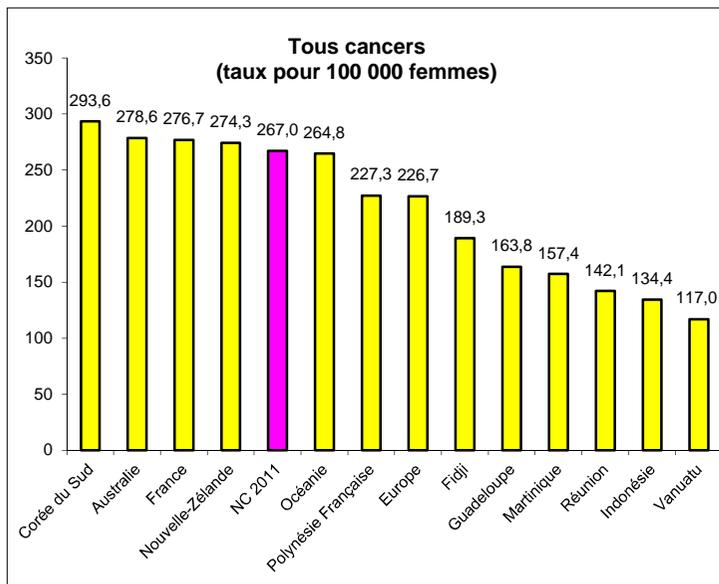
II-4 Comparaisons internationales (Globocan 2012-IARC)

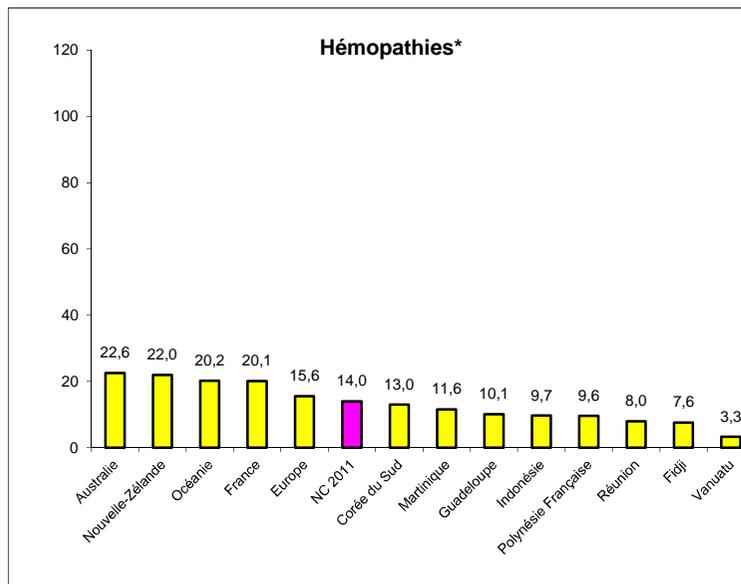
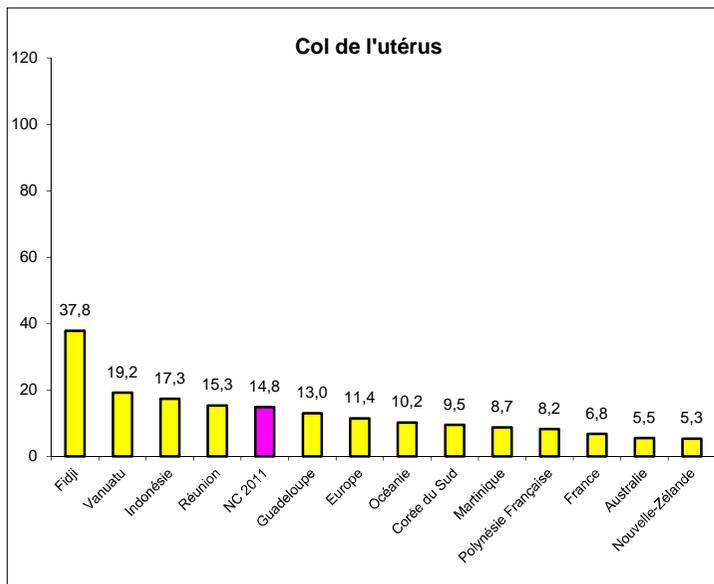
La comparaison des incidences calédoniennes avec celles de la métropole, des DOM et d'autres pays, notamment ceux de la région, montre que chez les femmes, le taux d'incidence standardisé tous cancers hors tumeurs cutanées autre que mélanomes, est en 2011, un peu plus bas que ceux des pays de la zone comme la Nouvelle-Zélande et de l'Australie, ainsi que celui de la métropole. Les taux de l'Europe et de la Polynésie Française sont en revanche nettement plus bas que celui de Nouvelle-Calédonie.

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

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

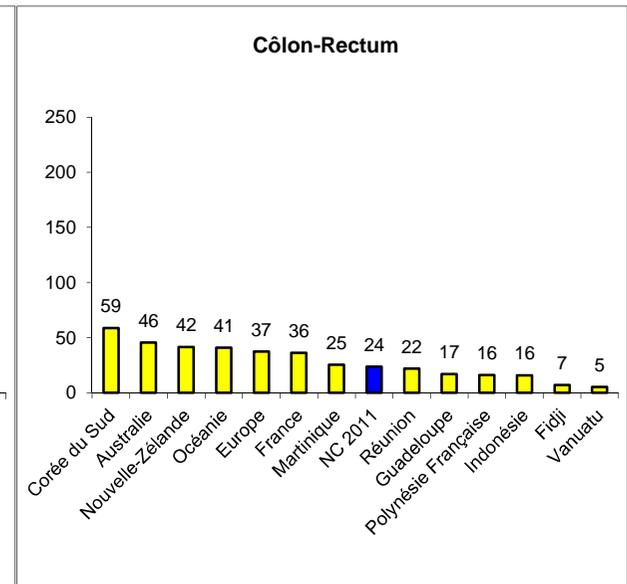
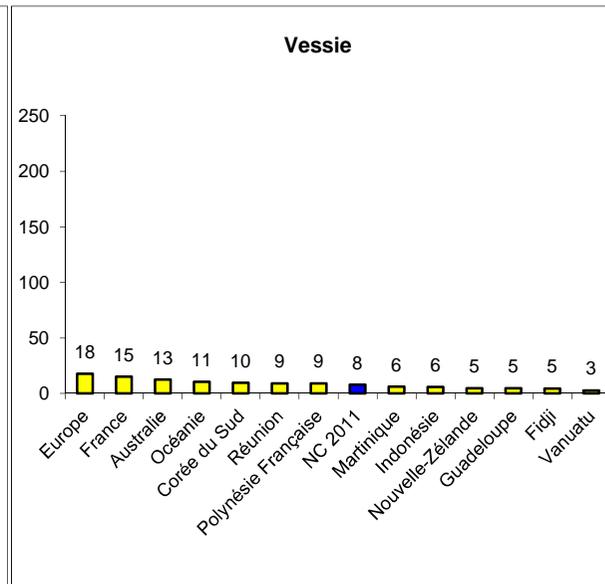
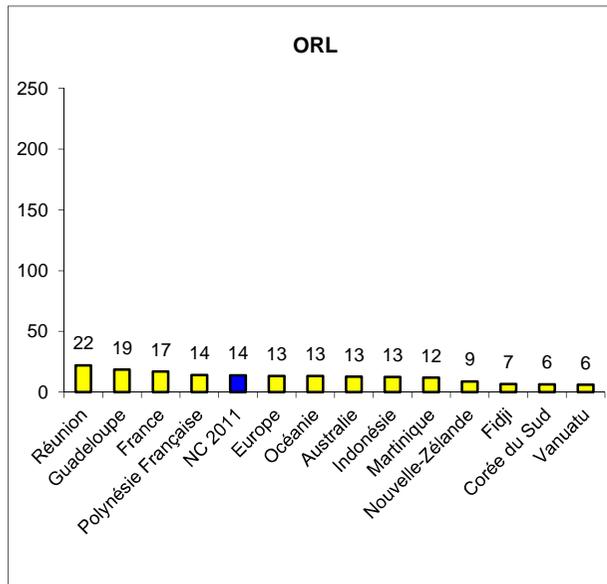
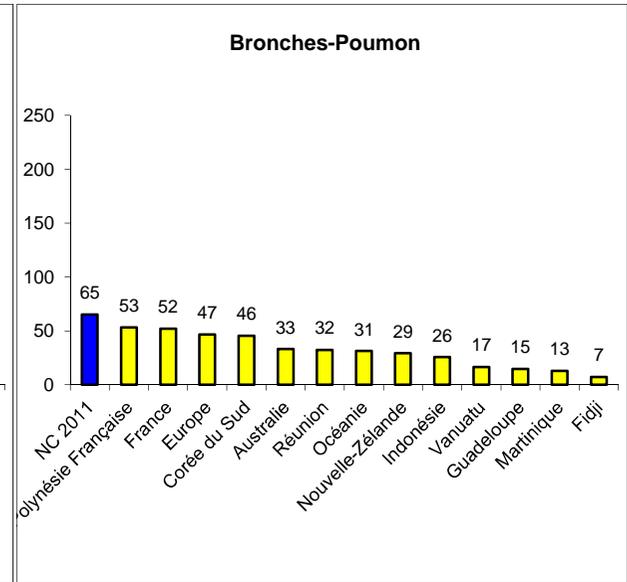
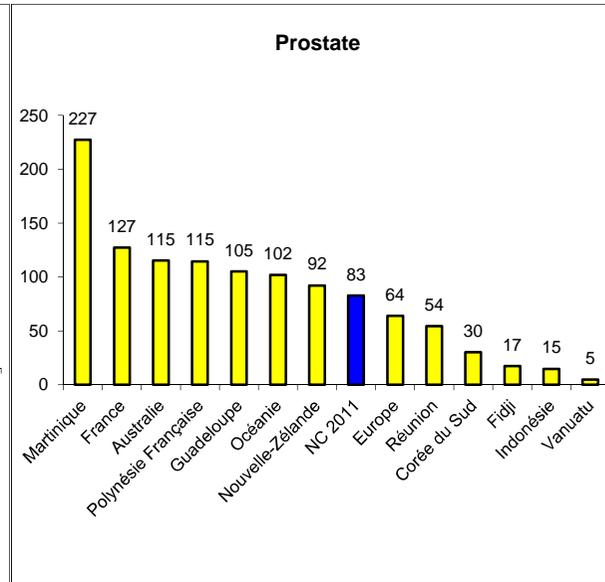
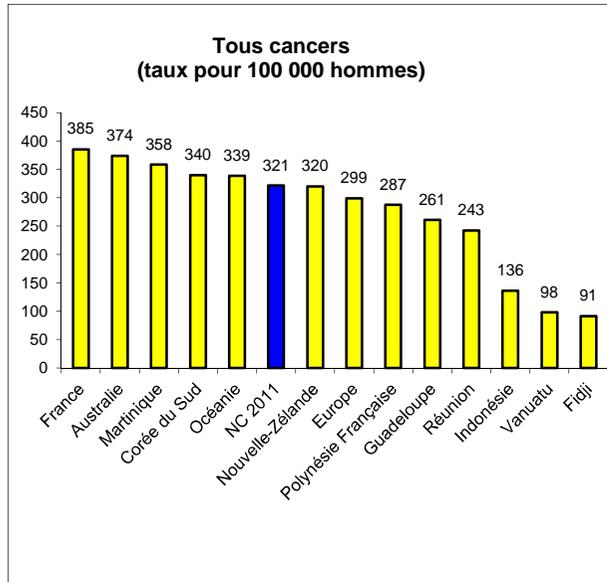
Lorsque l'on compare ces taux pour les sites les plus incidents de Nouvelle-Calédonie, on observe une incidence particulièrement plus élevée des cancers des bronches-poumons en Nouvelle-Calédonie.

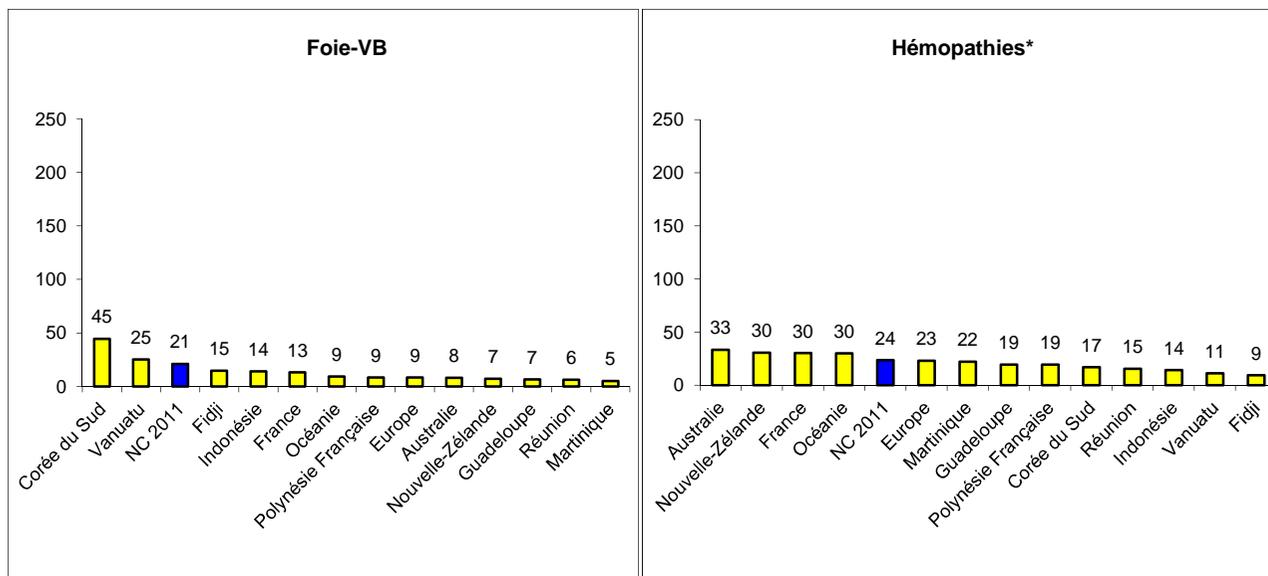




(*Hémopathies : Leucémies, Lymphome de Hodgkin, Lymphomes non Hodgkiniens, Myélomes multiples)

Figure 23 - Comparaisons internationales des taux d'incidence standardisés pour 100 000 individus selon le site chez les femmes – Globocan 2012





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

Figure 24 - Comparaison internationale des taux d'incidence standardisés pour 100.000 individus selon le site chez les hommes – Globocan 2012

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 incidents sont les seins, les bronches-poumon, le côlon-rectum, la thyroïde. 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 des bronches-poumon dans les Iles Loyauté et en province Nord et côlon-rectum en province Sud.

Chez les hommes, les cancers des bronches-poumon représentent la 1^{ère} localisation dans les Iles Loyauté, alors que dans la province Sud et la province Nord, 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 du côlon-rectum chez les femmes européennes et des bronches-poumon chez les mélanésiennes et 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-disciplinaire).

III-1 Sein et appareil génital féminin

Dans ce groupe, on enregistre en 2011, **194** tumeurs invasives, soit 49,7% de l'ensemble des tumeurs invasives des femmes. (Ont également été enregistrés 18 cancers in situ du sein, 47 tumeurs in situ du col de l'utérus et 2 de l'endomètre).

Tableau 6 - Répartition par site des cancers du sein et de l'appareil génital féminin

SITE	Nombre de cas	%
Sein	139	71,7
Col de l'utérus	22	11,3
Corps de l'utérus	19	9,8
Ovaire	14	7,2
Autres organes génitaux	0	0,0
Total	194	100.0 %

II-1.a Cancer du sein

Généralités

En 2011, avec **139 tumeurs invasives** diagnostiquées, soit 14 de plus qu'en 2010, ce cancer représente le 1er cancer de la femme, mais également le 1^{er} cancer diagnostiqué sur l'ensemble de la population.

Comme le montre la figure suivante, il représente à lui seul 35,6 % des cancers féminins (France 2005 : 36%).

Parmi les 139 patientes diagnostiquées en 2011, 12 % avaient un autre cancer et 11,5% étaient décédées au 31/12/2013 (16 cas).

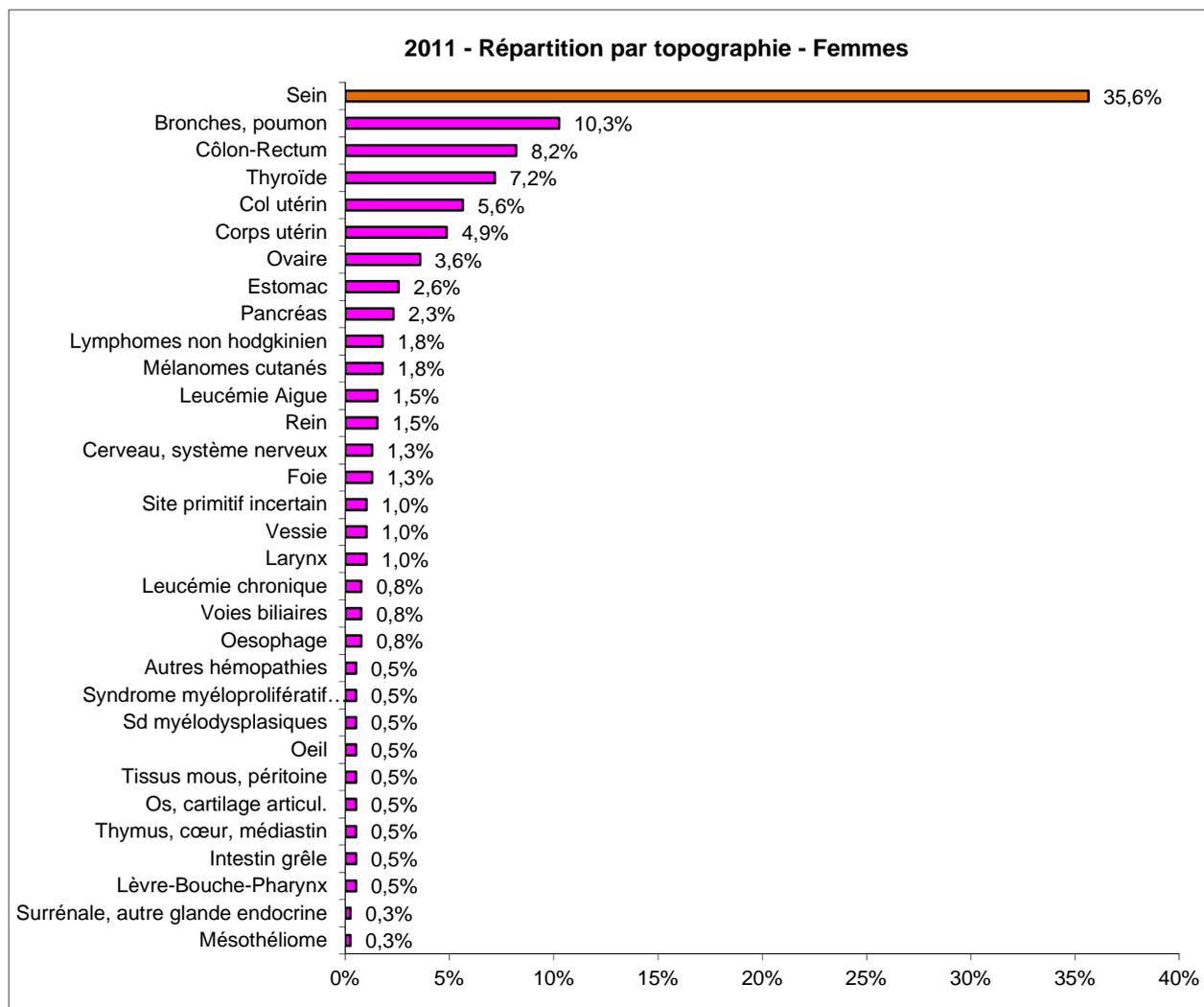


Figure 25 - Classement des topographies chez les femmes

Age au diagnostic

L'âge moyen au moment du diagnostic était égal à 56,5 ans 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).

La répartition du nombre de cas par tranche d'âge montre un pic entre 50 et 54 ans et 70-74 ans. Le nombre de cas rapporté à la population concernée, met en évidence une incidence croissante entre 25 et 59 ans, avec un premier pic entre 55 et 59 ans et un 2ème pic plus élevé entre 70 et 74 ans, qui correspond à la limite d'âge supérieure du dépistage organisé. A noter ensuite, une baisse de l'incidence, particulièrement importante dans la tranche d'âge 75-79 ans.

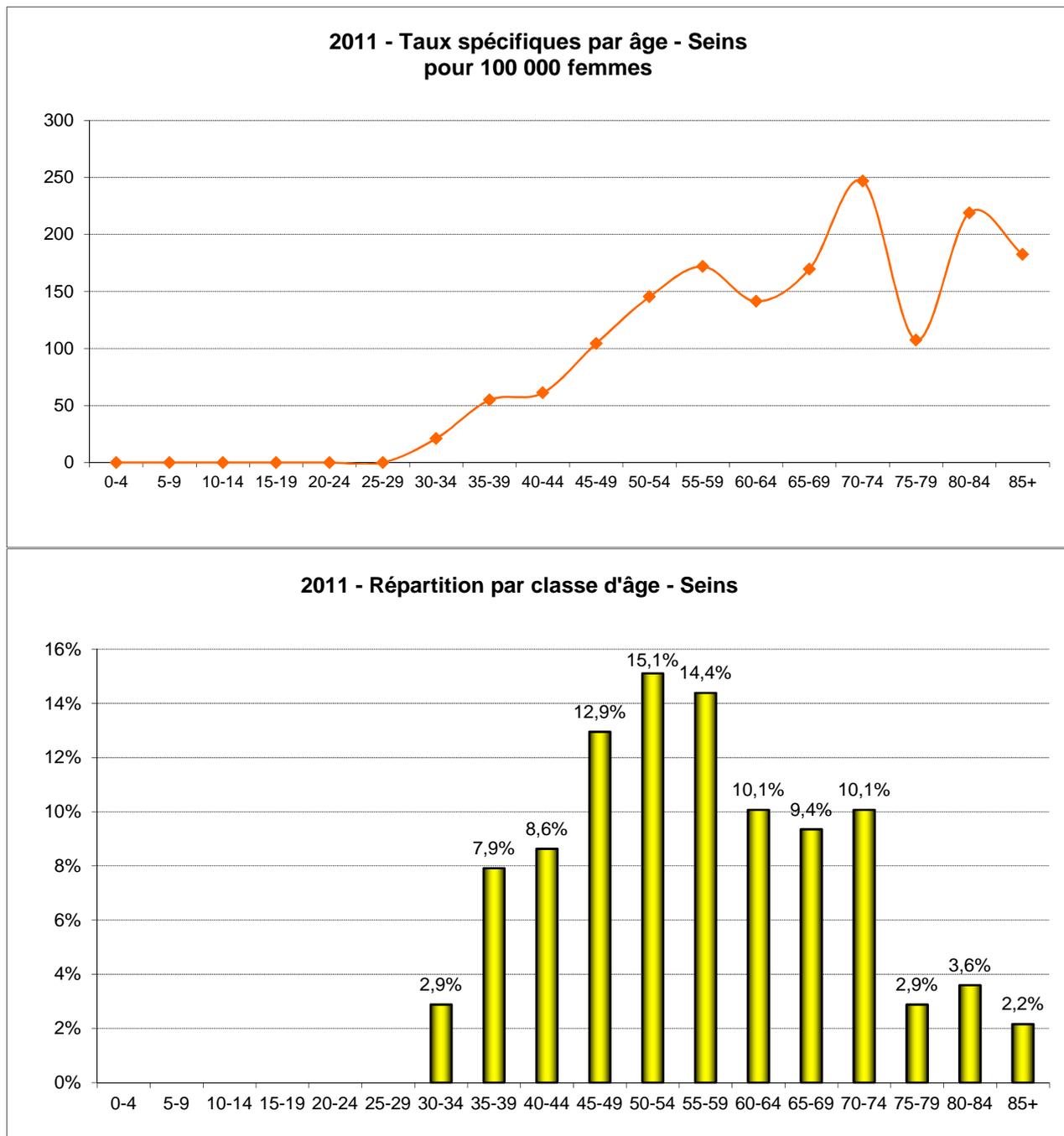
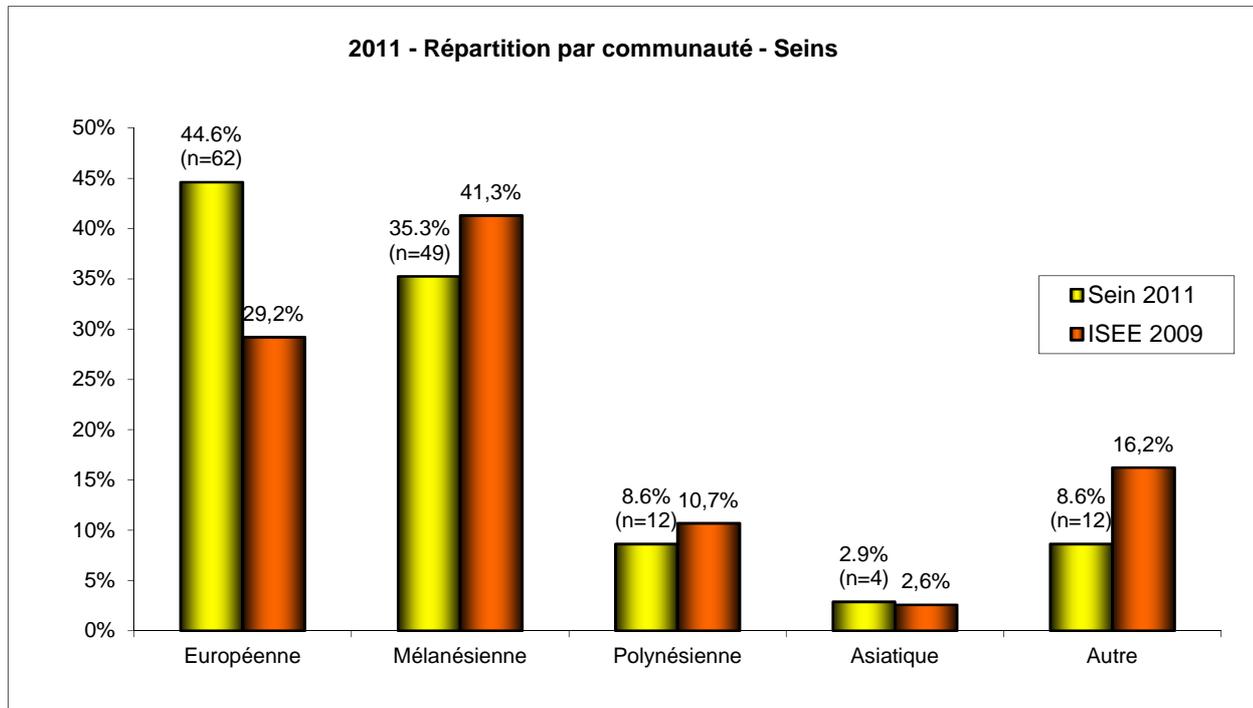


Figure 26 - Cancer du sein chez les femmes, répartition par tranche d'âge et taux spécifiques d'incidence

Communautés

Comme le montre la figure suivante, on observe en 2011 comme en 2010, une surreprésentation de la communauté européenne par rapport aux femmes mélanésiennes, comparée à la répartition par communauté du recensement 2009.



Figures 27 - 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:

- 125 carcinomes canaux infiltrants (CCI) dont 7 avec autre composante,
- 8 carcinomes lobulaires,
- 2 carcinomes colloïdes,
- 4 autres (1 ADK apocrine, 1 Paget, 1 carcinome, 1 médullaire)



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

	NC (2011)	France (2005)
C. Canaux	89,9 %	85%
C. Lobulaires	5,8 %	4%
C. Colloïdes	1,4 %	1%
Autres	2,9%	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, 26 % étaient à bas risque métastatique (SBR I) et 23 % étaient à haut risque métastatique (SBR III).

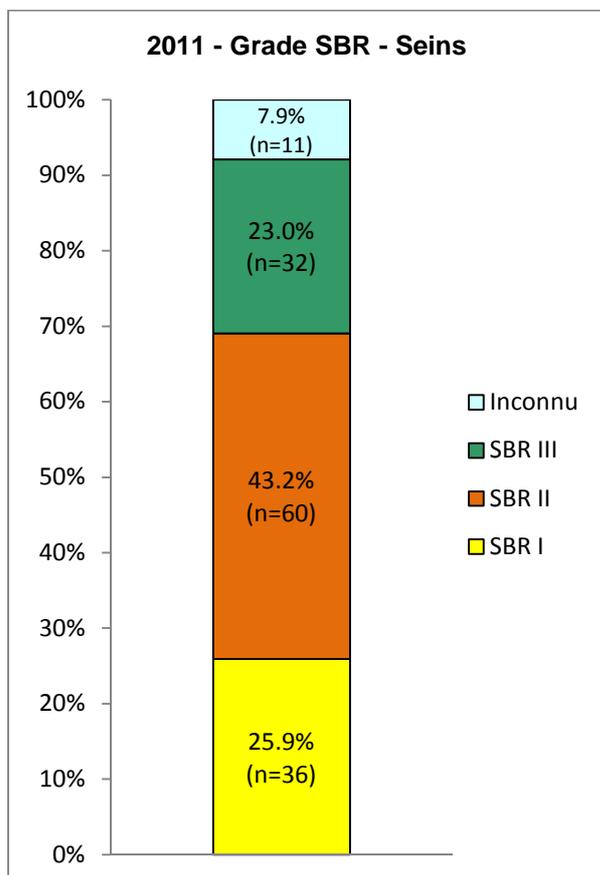


Figure 28- *Cancers du sein chez les femmes et grade SBR*

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.

En 2011, 76.4% des tumeurs possèdent l'expression simultanée des récepteurs aux œstrogènes et à la progestérone.

8% (contre 13.7% en 2010) 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.

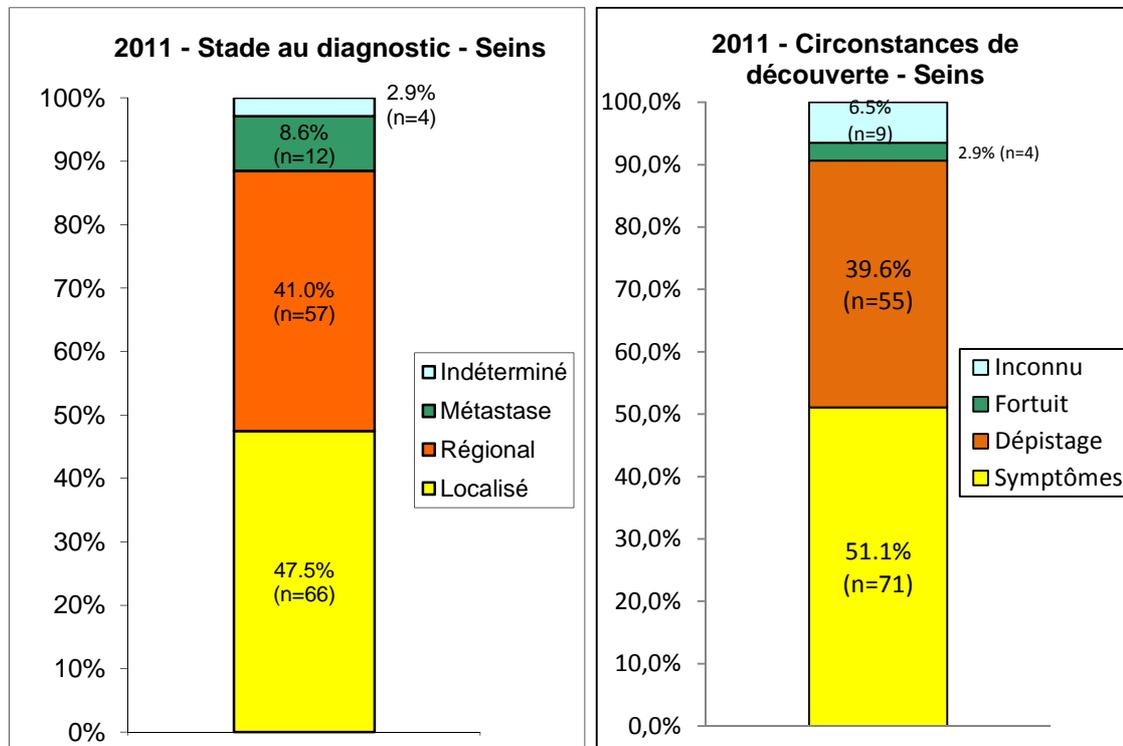
Tableau 8 – *Répartition des récepteurs hormonaux*

RO	+	+	+	-	-	-	-
RP	+	+	-	+	+	-	-
Her	+	-	-	+	-	+	-
Nb	17	66	16	2	3	11	10
%	13,6%	52,8%	12,8%	1,6%	2,4%	8,8%	8,0%

Stade au diagnostic et circonstances de découverte

En 2011, plus de la moitié des cancers du sein ont été découverts suite à l'apparition de signes cliniques, et 39.6 % ont fait l'objet d'un dépistage mammographique.

Le stade au diagnostic a pu être retrouvé à partir des dossiers consultés dans 97,1 % des cas, et comme présenté dans la figure suivante, plus de 4 cas sur 10 ont été diagnostiqués à un stade localisé et un peu plus de 8 % à un stade très avancé avec métastases (contre 14.4% en 2010), dont les topographies les plus fréquentes sont : les os (39,3%, n=11), les bronches-poumon (17,9%, n=5), le foie (17,9%, n=5).



En 2011, pour l'ensemble des tumeurs du sein soit 139 cancers invasifs et 18 cancers in situ été enregistrés, 82 (59,0 %) tumeurs invasives concernaient des femmes entre 50 et 74 ans, âge d'éligibilité pour la campagne de dépistage organisé qui a démarré en 2009 et 15 (83,3 %) étaient des cancers in situ.

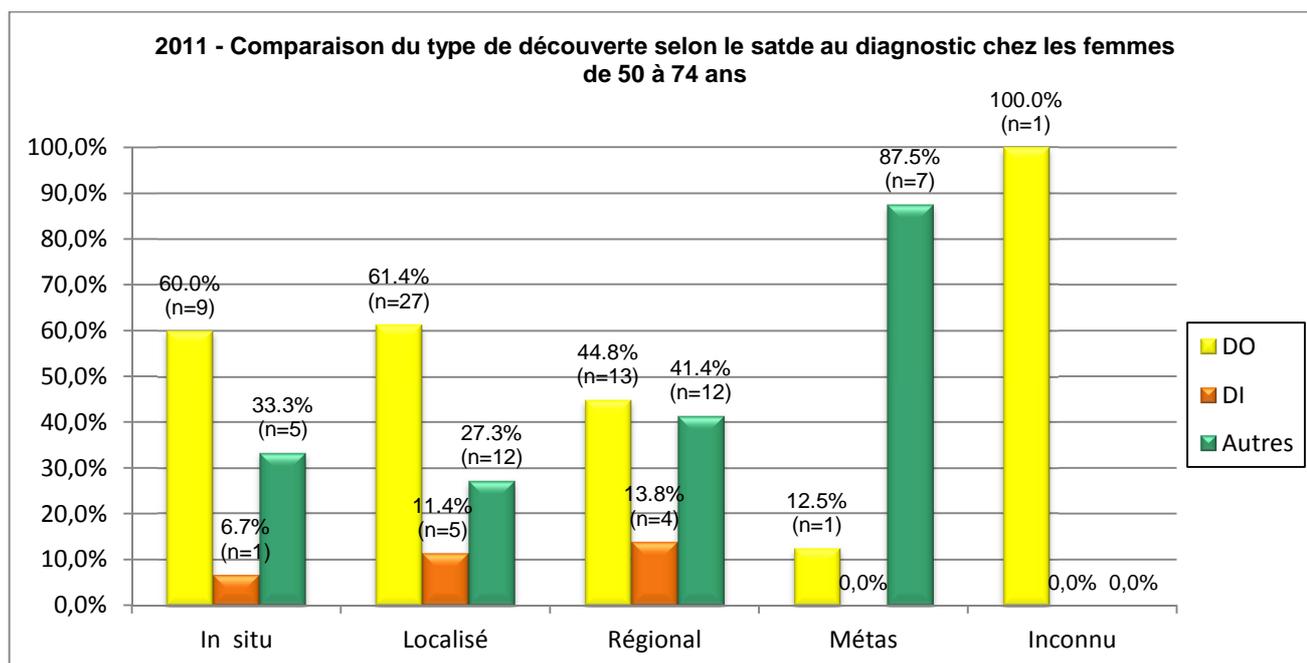


Figure 29 – Stade au diagnostic et circonstance de découverte

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

- 60,0 % des cancers in situ ;
- 61,4 % des cancers au stade localisé ;
- 44,8 % des cancers au stade régional.

La plupart des cancers diagnostiqués à un stade métastatique l'ont été suite à la présence de symptômes cliniques.

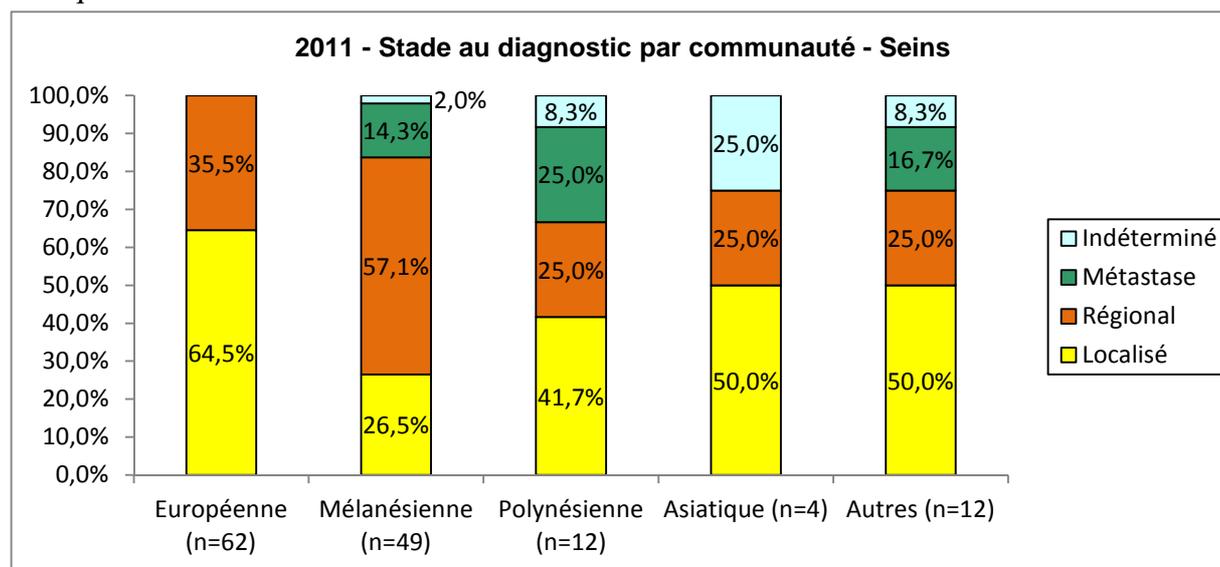


Figure 30 – Stade au diagnostic selon les communautés

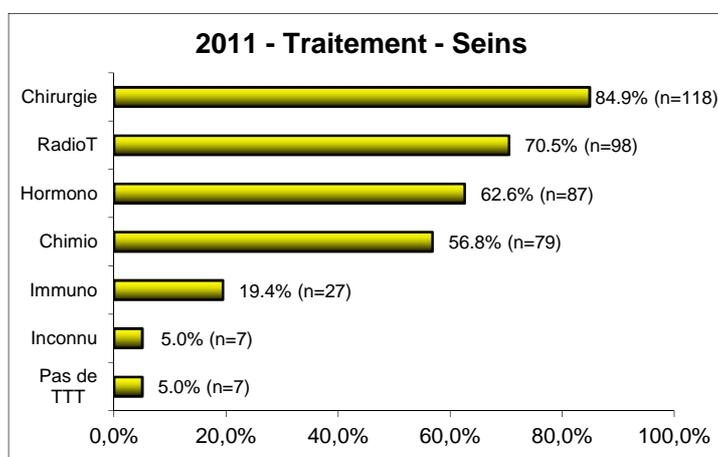
En 2011, les femmes mélanésiennes et polynésiennes ont été diagnostiquées à un stade plus avancé que celles des autres communautés.

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	%
Chimio+Chir+Hormono+Immuno	1	0.7%
Chimio+Hormono+Immuno	1	0.7%
Chimio	1	0.7%
Chimio+Hormono	1	0.7%
Chimio+Radio	1	0.7%
Chimio+Chir+Hormono	2	1.4%
Chimio+Chir+Immuno	2	1.4%
Chimio+Chir	2	1.4%
Hormono	3	2.2%
Chir	4	2.9%
Chir+Radio	6	4.3%
Inconnu	7	5.0%
Pas de TTT	7	5.0%
Chimio+Chir+Radio	9	6.5%
Chimio+Chir+Horm+Immu+Radio	10	7.2%
Chir+Hormono	10	7.2%
Chimio+Chir+Immuno+Radio	13	9.4%
Chir+Hormono+Radio	23	16.5%
Chimio+Chir+Hormono+Radio	36	25.9%
Total	139	100.0%



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

Figure 31 - Cancer du sein et répartition des traitements

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

Incidences et comparaisons internationales

Le taux standardisé d'incidence est ainsi estimé à 95,1 nouveaux cas pour 100 000 femmes pour l'ensemble du territoire, avec un taux plus élevé en province Sud, par rapport à ceux des deux autres provinces.

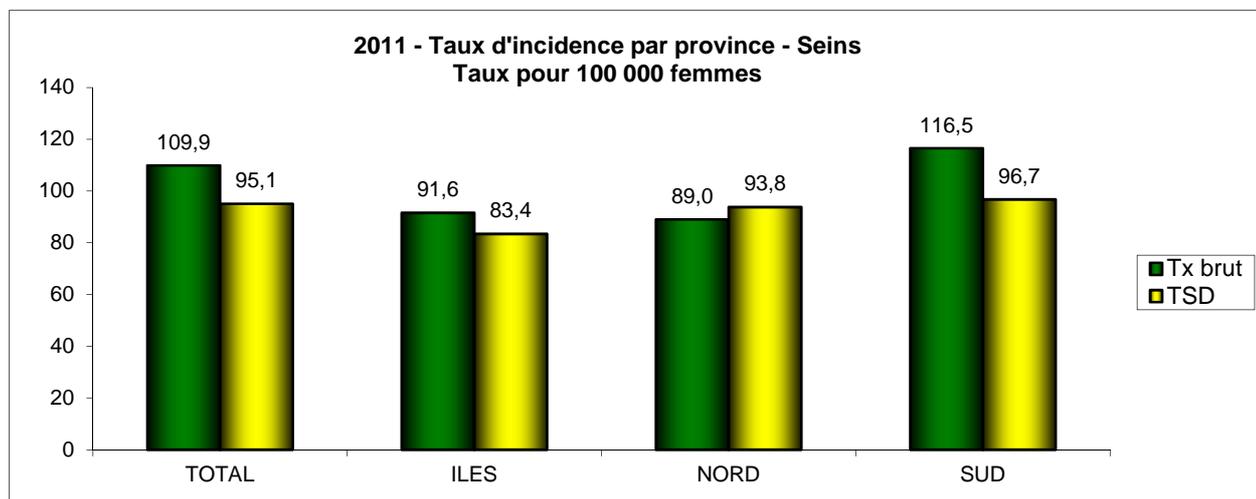


Figure 31 - Cancer du sein, incidences par province

Lorsque l'on compare cette incidence à celle d'autres pays, bien que l'incidence calédonienne fasse partie des pays à plus forte incidence, la valeur observée en Nouvelle-Calédonie en 2011 reste inférieure à celle de la métropole, et est plus élevée qu'en Nouvelle-Zélande, qu'en Australie, et que dans les DOM.

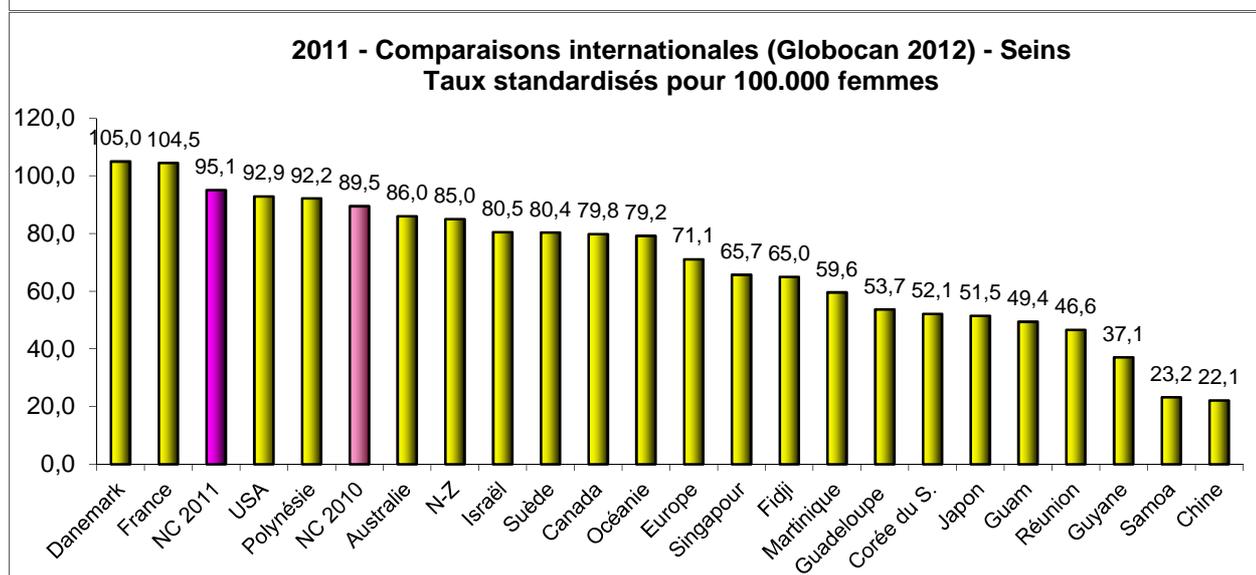
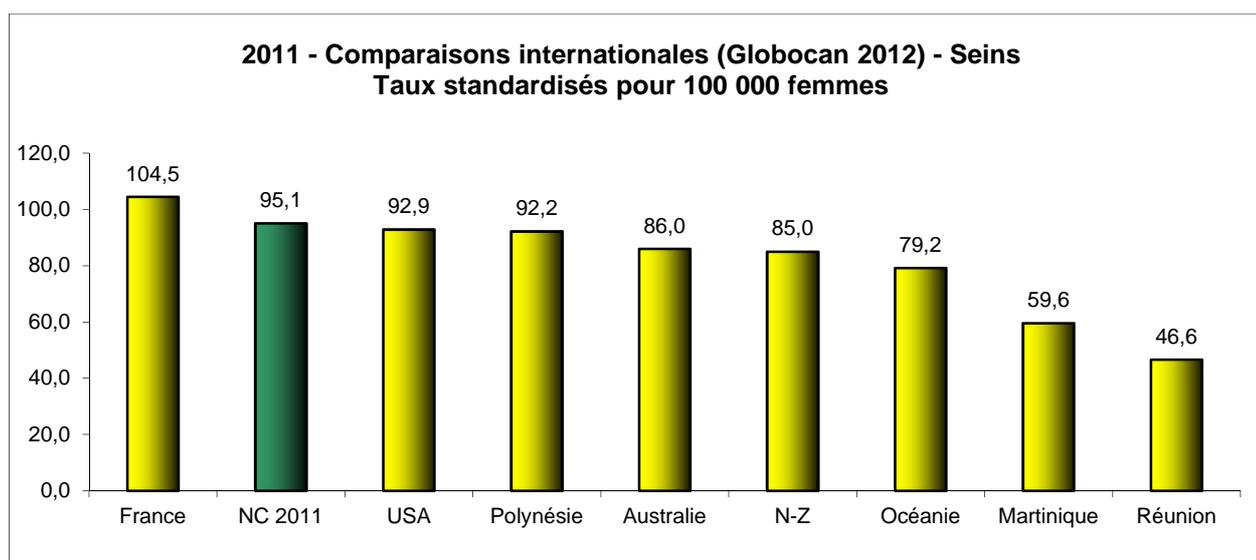


Figure 32 - Cancer du sein, comparaison des incidences

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

Généralités

Avec **19 tumeurs invasives** diagnostiquées en 2011, cette localisation se place au 6ème rang chez les femmes, après le sein, les bronches-poumon, le côlon-rectum, la thyroïde, et le col utérin.

Aucune femme n'avait un autre antécédent de cancer et 15,8% des femmes étaient décédées au 31/07/2012 (3 cas).

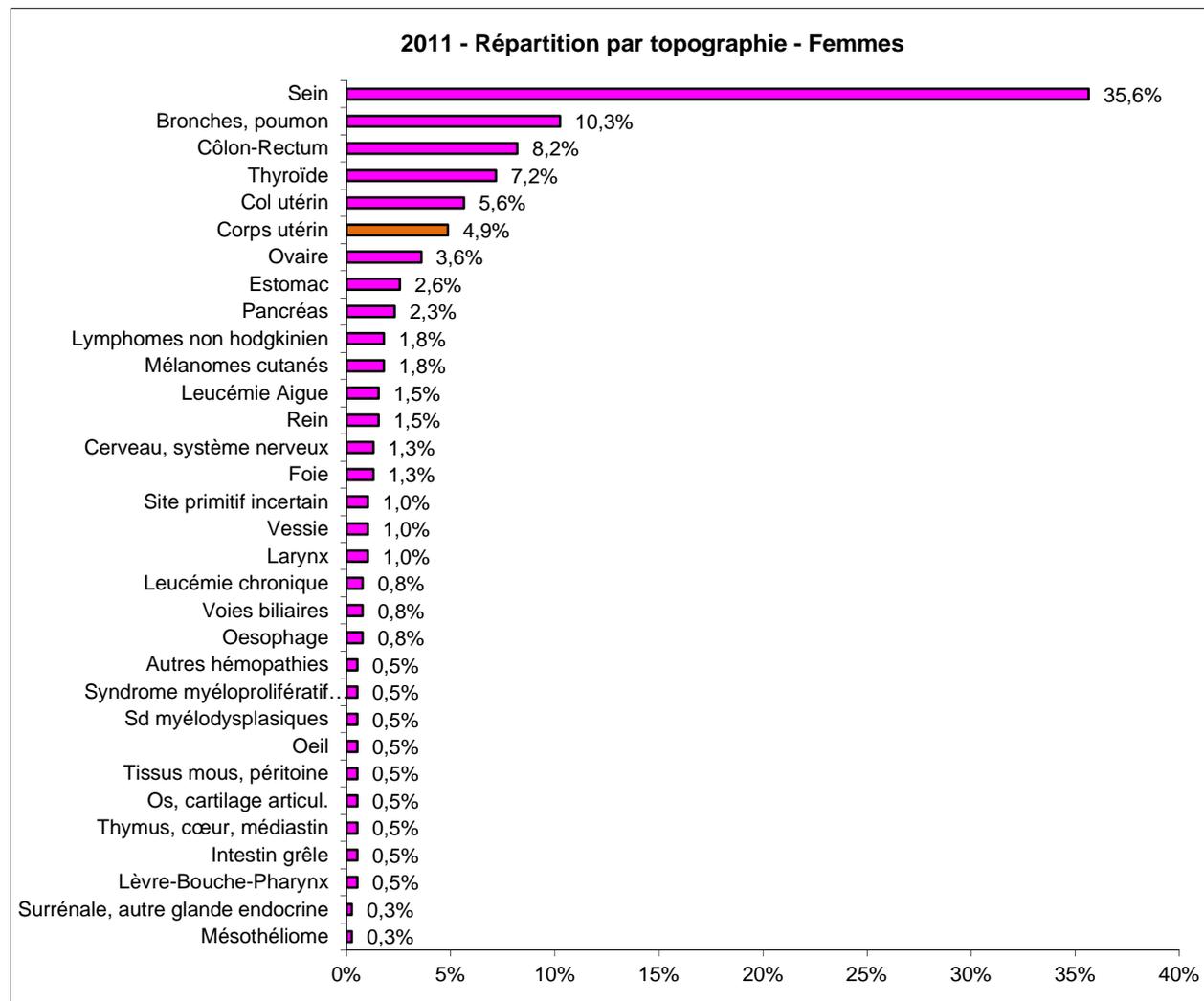


Figure 33 - Classement des topographies chez les femmes

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 64 ans, avec un âge médian identique, plus bas que celui de la métropole qui se situait à 69 ans en 2005. En 2011, la représentation de la répartition par tranche d'âge montre un premier pic entre 50 et 54 ans et un second à 60-64 ans. Ces tumeurs diagnostiquées à partir de l'âge de 50 ans, ont une incidence qui a tendance à augmenter avec l'âge jusqu'à 75-79 ans.

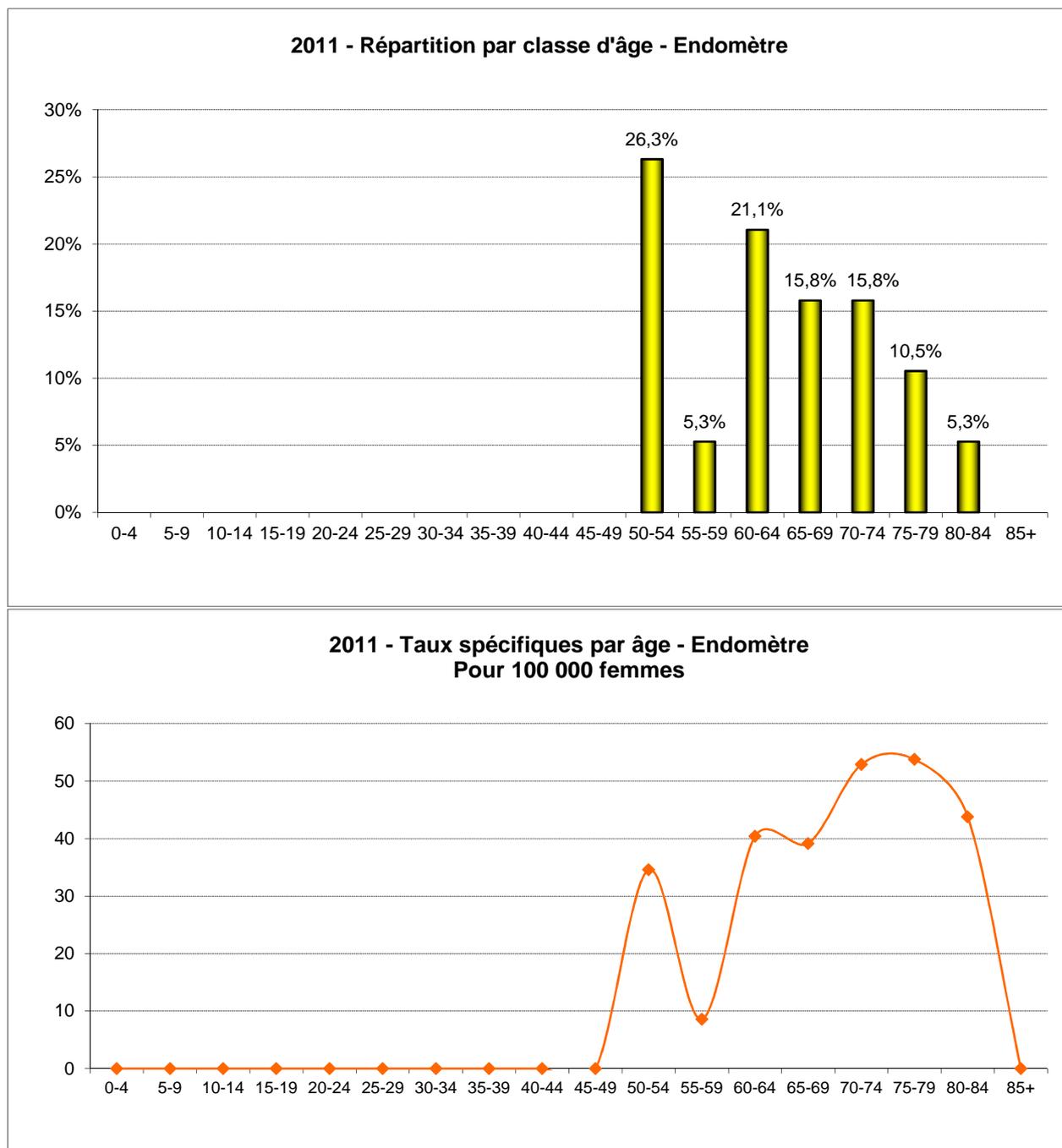


Figure 34 - Cancer du corps de l'utérus, répartition par tranche d'âge et taux spécifiques d'incidence

Communautés

En 2011, plus de 60 % des cancers de l'endomètre ont été diagnostiqués chez les femmes mélanésiennes avec une surreprésentation de cette communauté par rapport à la répartition de la population féminine de Nouvelle-Calédonie. On observe une proportion plus basse en 2011 des femmes de la communauté polynésienne.

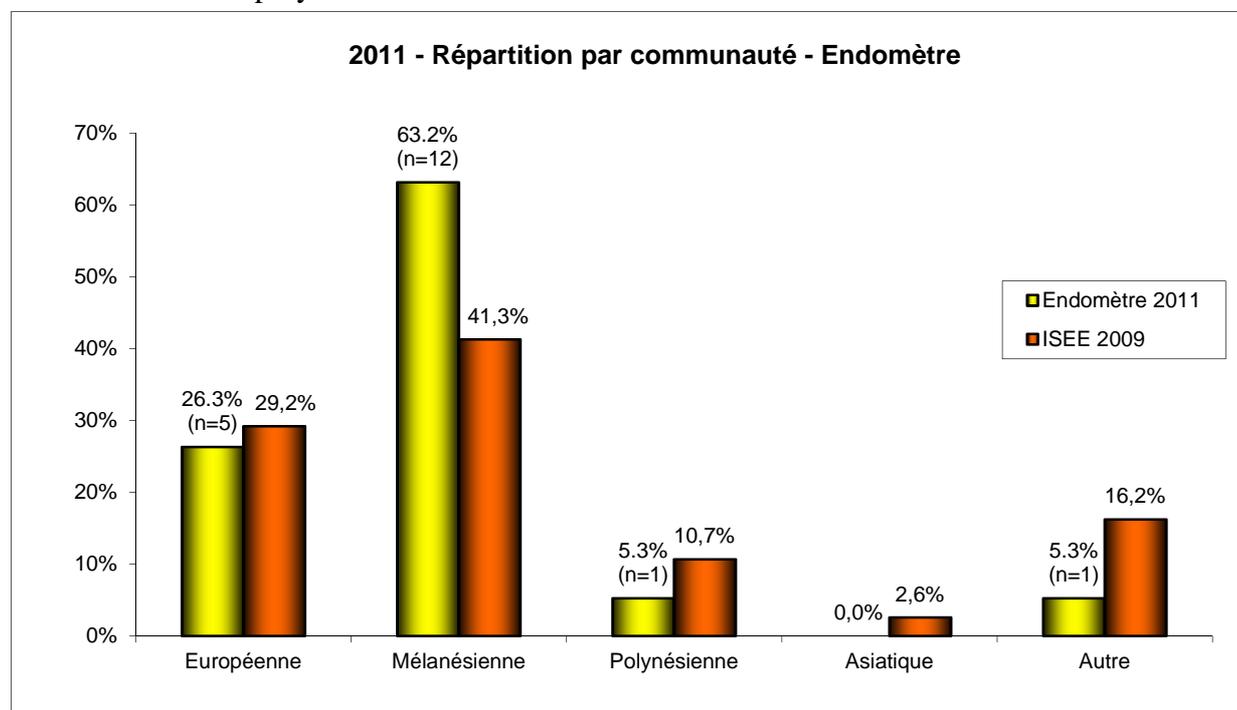


Figure 35 - Cancer du corps de l'utérus, répartition par communauté

Histologie

Les 19 patientes ont bénéficié d'un diagnostic histologique. Il s'agissait en majorité d'un adénocarcinome endométrioïde (17 cas, soit 89,5 %), puis dans 2 cas d'un adénocarcinome séreux.

Comme le montre l'une des figures suivantes, il s'agissait dans plus de 57 % des cas d'une tumeur bien différenciée.

Stade au diagnostic

Lors du bilan d'extension suite au diagnostic, la proportion du stade était local est identique à celle du stade régional, et égale à 36,8 %.

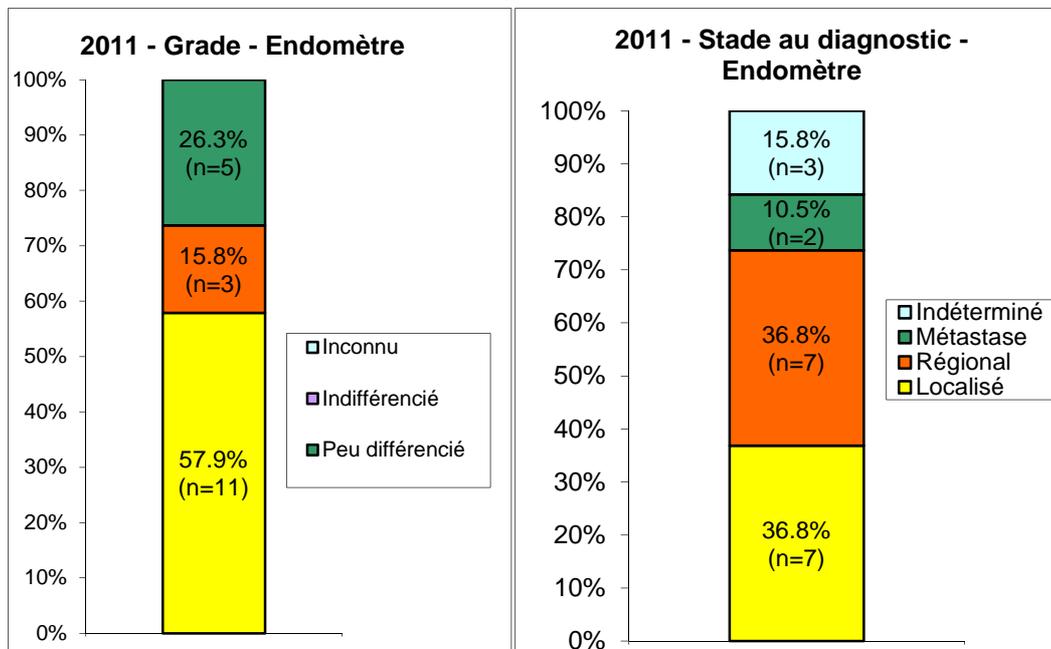


Figure 36 - Cancers du corps de l'utérus, grade et stade au diagnostic

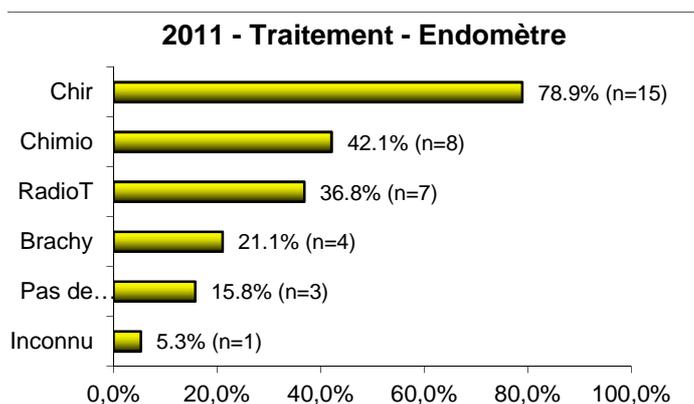
Lorsque le cancer présente des métastases, les localisations sont : les ganglions lymphatiques (50%, n=2), le foie (25 %, n=1) et les poumons (25 %, n=1).

Traitements

Comme le montre le tableau suivant, un traitement chirurgical a été pratiqué chez près de 8 femmes sur 10.

Tableau 10 et Figure 37 - Cancer du corps de l'utérus et schémas thérapeutiques

	Nb de cas	Fréquence
Inconnu	1	5.3%
Brachy+Chir+Chimio+Radio	3	15.8%
Brachy+Chir	1	5.3%
Pas de TTT	3	15.8%
Chir	6	31.6%
Chimio+Chir	1	5.3%
Chimio+Chir+Radio	4	21.1%
Total	19	100.0%



Incidences et comparaisons internationales

On observe des disparités selon la province de résidence, avec en 2011 comme en 2010, une incidence, nettement plus élevée pour les femmes de la province des Iles Loyauté, par rapport aux autres provinces.

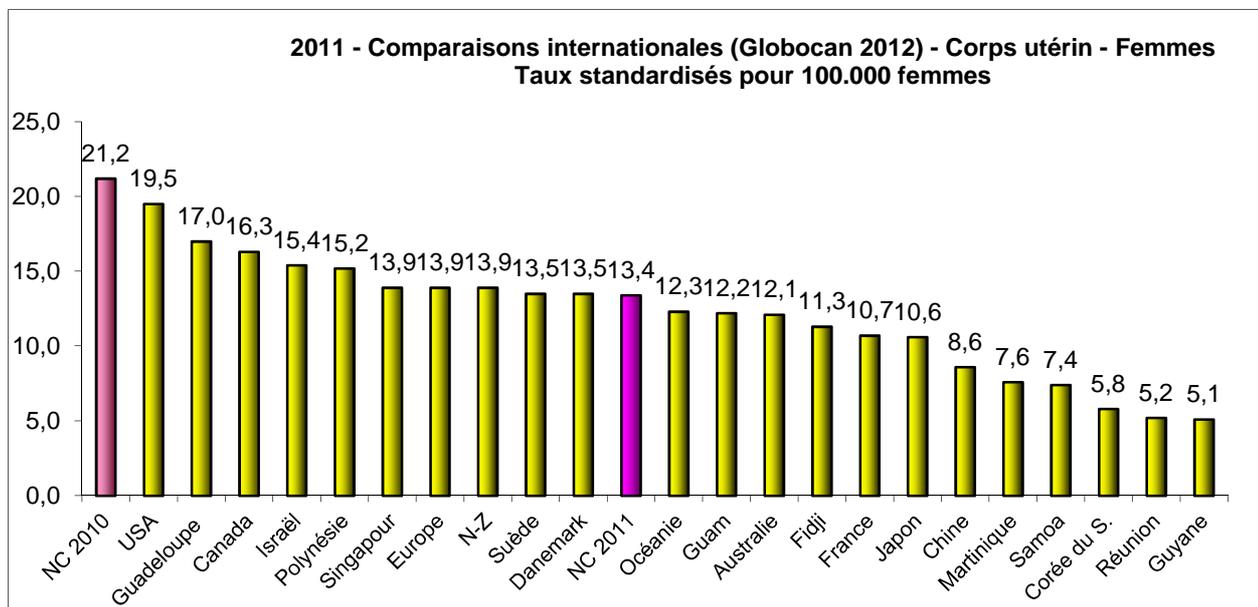
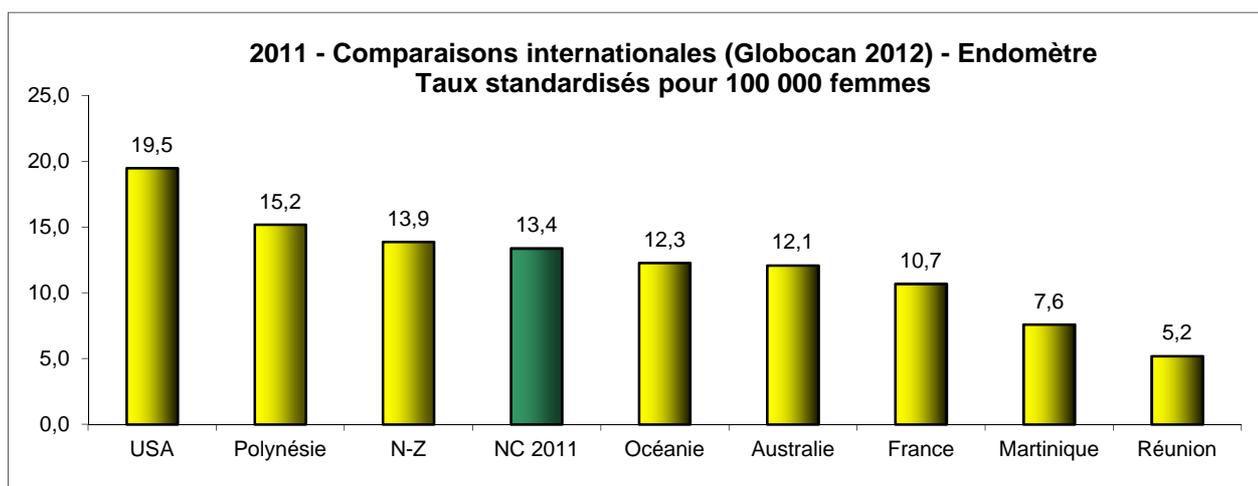
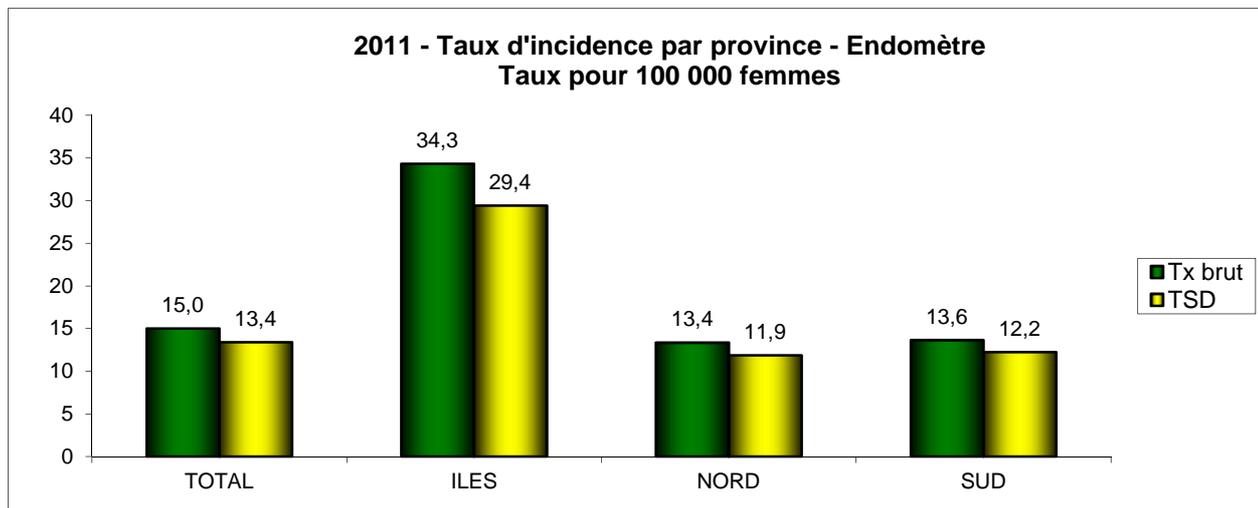


Figure 38 - Cancer du corps de l'utérus, incidences par province et comparaisons internationales

Avec 13,4 nouveaux cas pour 100 000 femmes, taux nettement inférieur à celui de 2010, le taux d'incidence de la Nouvelle-Calédonie est un peu plus élevé que celui de la métropole, et de l'Australie, il est plus bas qu'en Nouvelle-Zélande et en Polynésie.

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 est au 5ème rang des cancers chez les femmes, avec 5,6 % des cancers soit **22 tumeurs invasives** en 2011. Pour deux patientes, il s'agissait d'une 2ème tumeur primitive. Par ailleurs, 45,4% des patientes diagnostiquées en 2011 étaient décédées au 31/12/13 (10 cas).

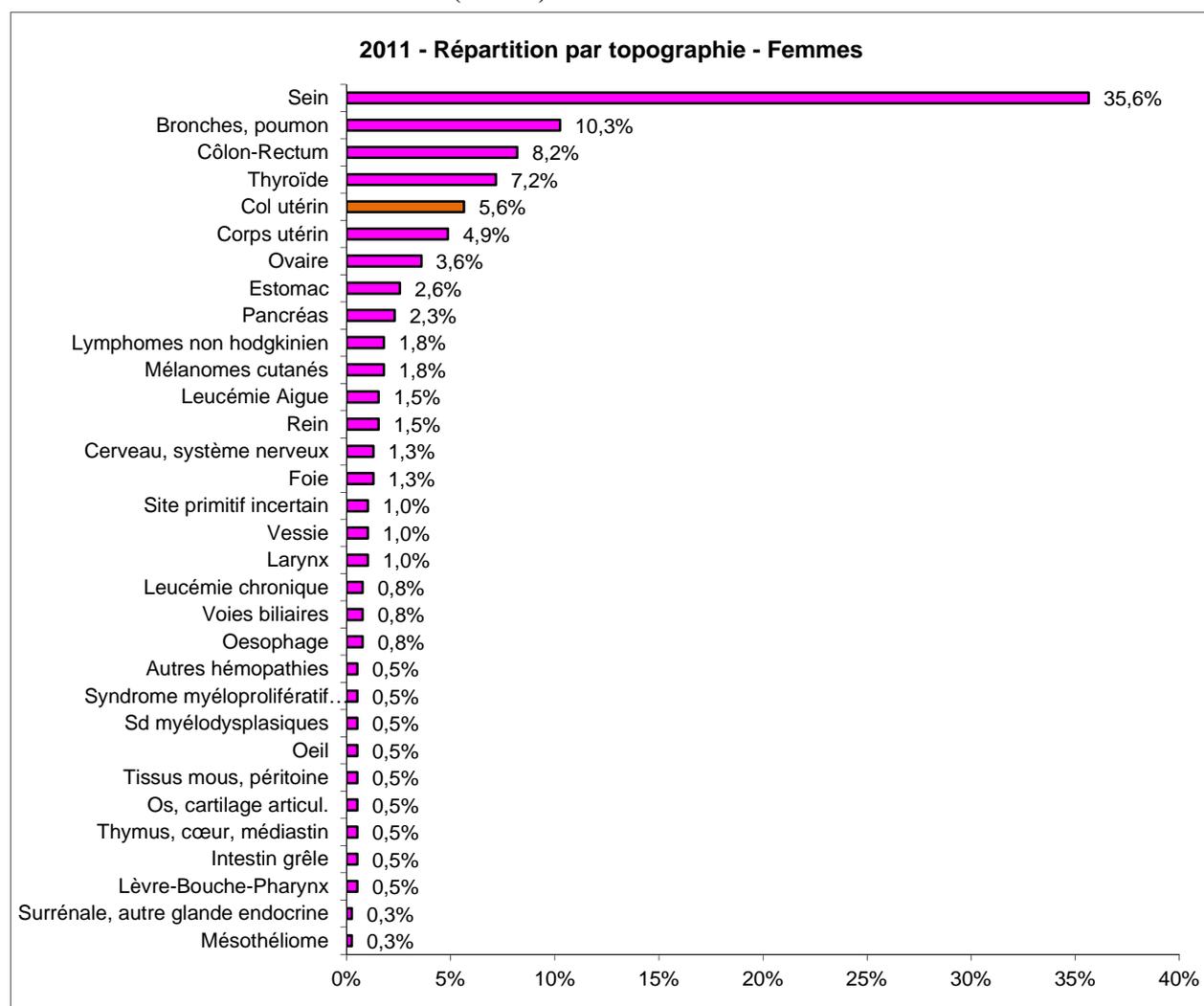


Figure 39 - Classement des topographies chez les femmes

Age au moment du diagnostic

En moyenne, ce cancer a été diagnostiqué vers 48,9 ans, avec une médiane à 48 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 27 ans, avec une distribution variable selon les calasses d'âge.

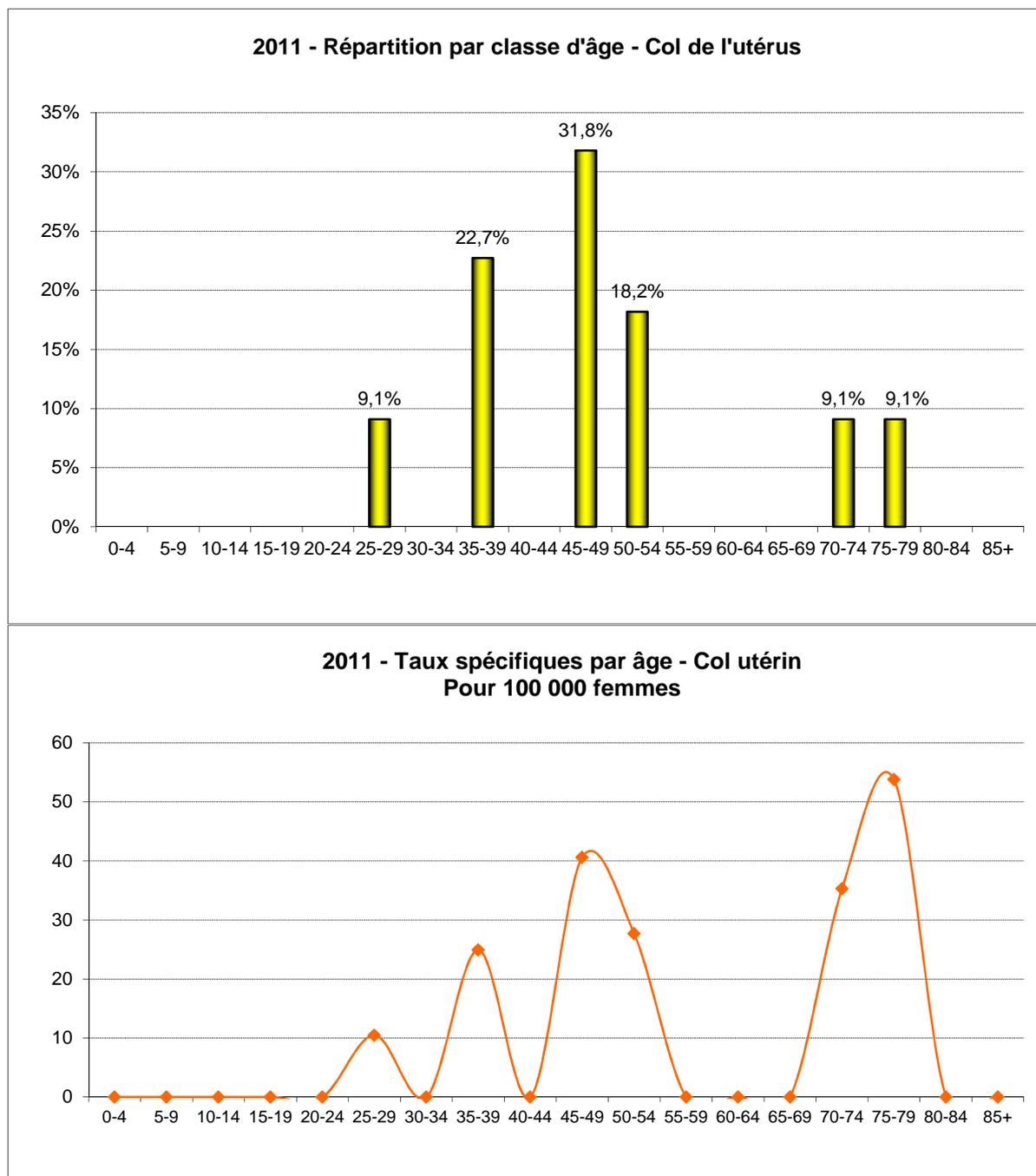


Figure 40 - Cancer du col de l'utérus, répartition par tranche d'âge et taux spécifiques d'incidence

Communautés

Comme présenté ci-dessous, en 2011, la majeure partie des cancers invasifs du col de l'utérus ont été diagnostiqués principalement chez des femmes mélanésiennes (12/22).

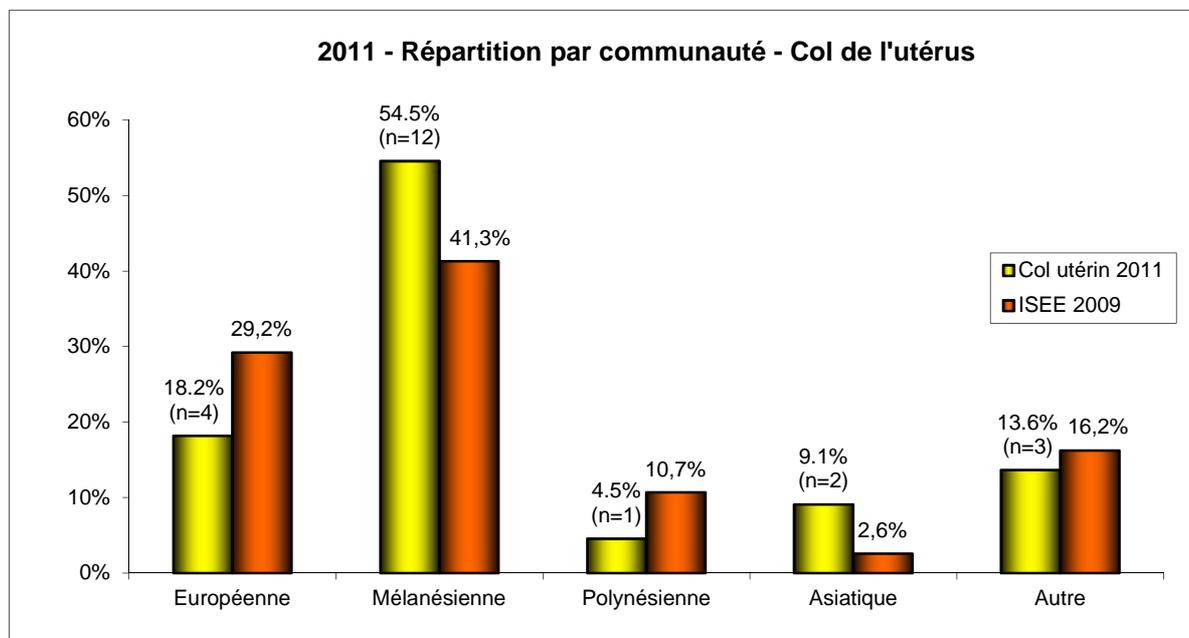


Figure 418 - Cancer du col de l'utérus, répartition par communauté

Histologie

Ces tumeurs ont toutes fait l'objet d'un diagnostic histologique. Il s'agissait dans 19 cas d'un carcinome épidermoïde et dans 3 cas d'un adénocarcinome. Ces tumeurs étaient bien différenciées dans 40,9 % des cas.

Stade au diagnostic

3 femmes sur 10 bénéficient d'un diagnostic au stade localisé, et 4 sur 10 à un stade avec envahissement régional 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 2011, nous avons enregistré selon les recommandations de Francim, **47** cancers du col in situ ou au stade CIN-3 (dysplasie sévère), stades précoces avant le stade invasif.

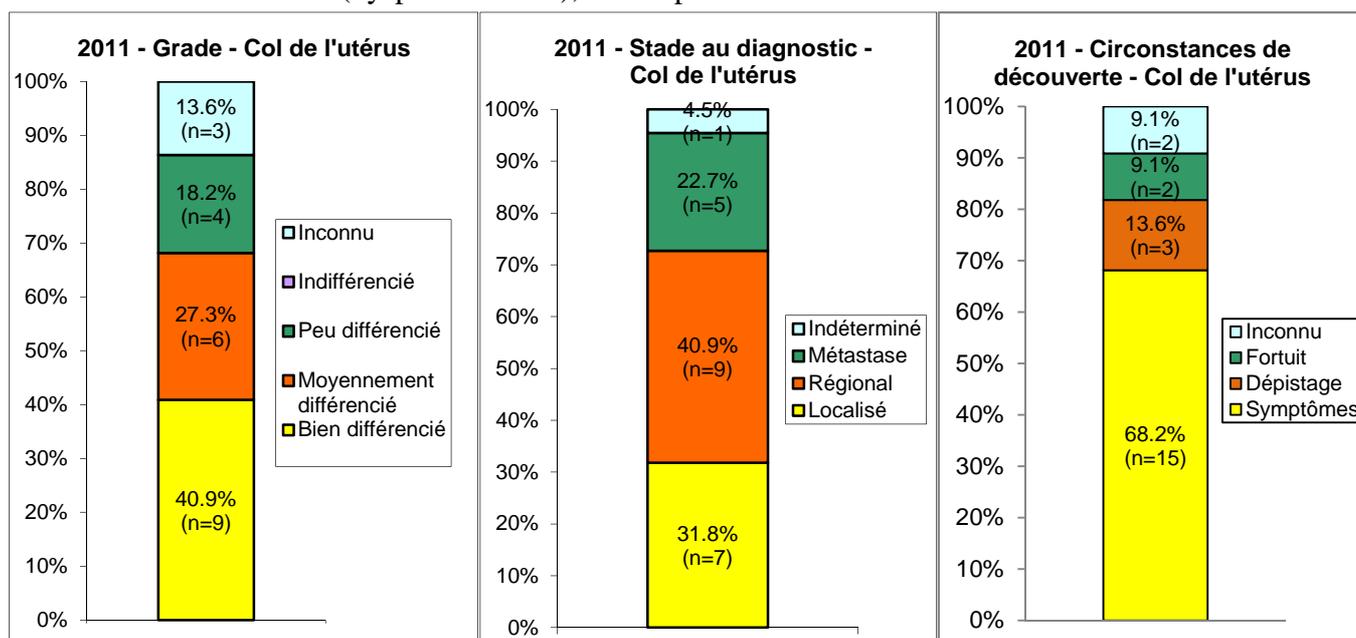


Figure 42 - Cancer du col de l'utérus, répartition selon le stade au diagnostic

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.

Ces dysplasies, qui sont au nombre de 47 pour l'année 2011 ne sont, par définition, non prises en compte dans le calcul de l'incidence.

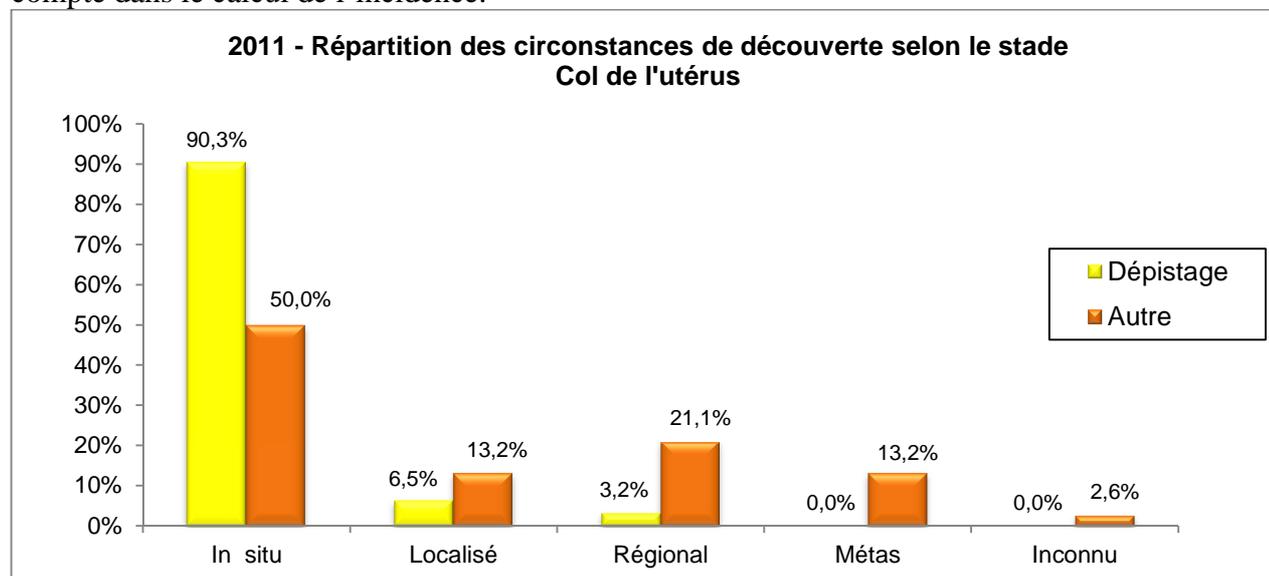
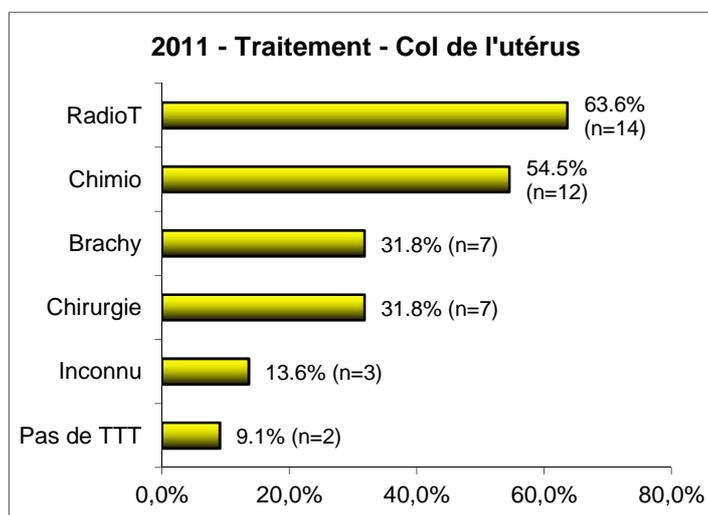


Figure 43 - Cancer du col de l'utérus, répartition des stades au diagnostic selon la circonstance de diagnostic

Traitements

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

	Nb de cas	Fréquence
Brachy+Radio	1	4.5%
Brachy+Chir	1	4.5%
Chir	1	4.5%
Chimio+Chir	1	4.5%
Chimio+Chir+Radio	1	4.5%
Brachy+Chimio+Radio	2	9.1%
Pas de TTT	2	9.1%
Radio	2	9.1%
Inconnu	3	13.6%
Brachy+Chir+Chimio+Radio	3	13.6%
Chimio+Radio	5	22.7%
Total	22	100.0%



Plus de la moitié des patientes ont bénéficié d'un traitement par chimiothérapie, radiothérapie.

Incidences et comparaisons internationales

On observe, comme en 2010, des incidences plus élevées dans les Iles, et un taux standardisé pour la Nouvelle-Calédonie 2 fois plus élevé que celui de la métropole, près de 3 fois plus élevé qu'en Australie et en Nouvelle-Zélande.

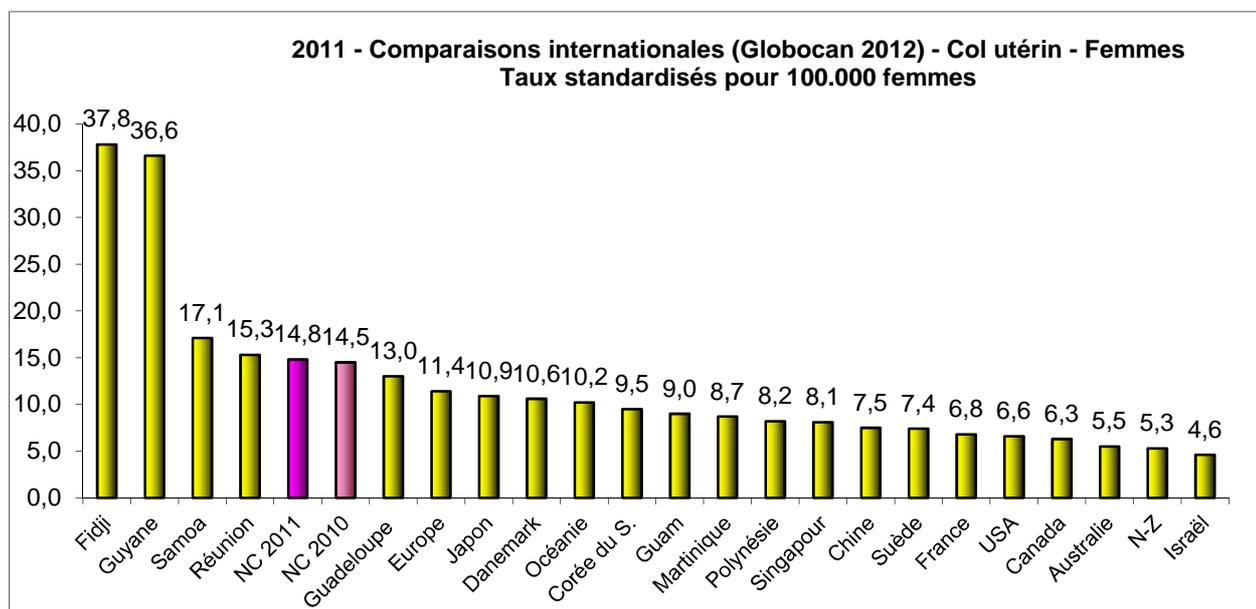
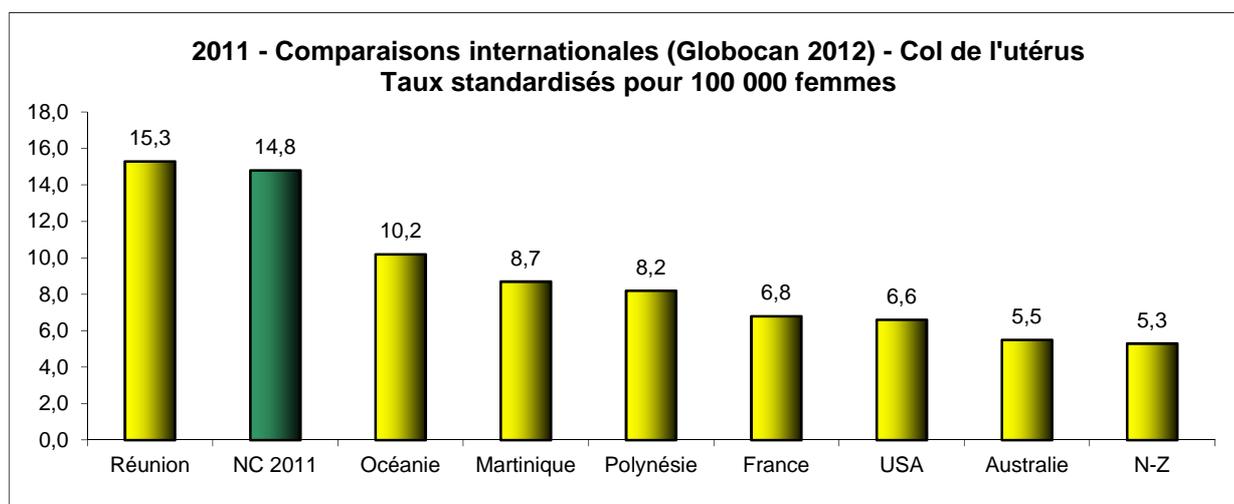
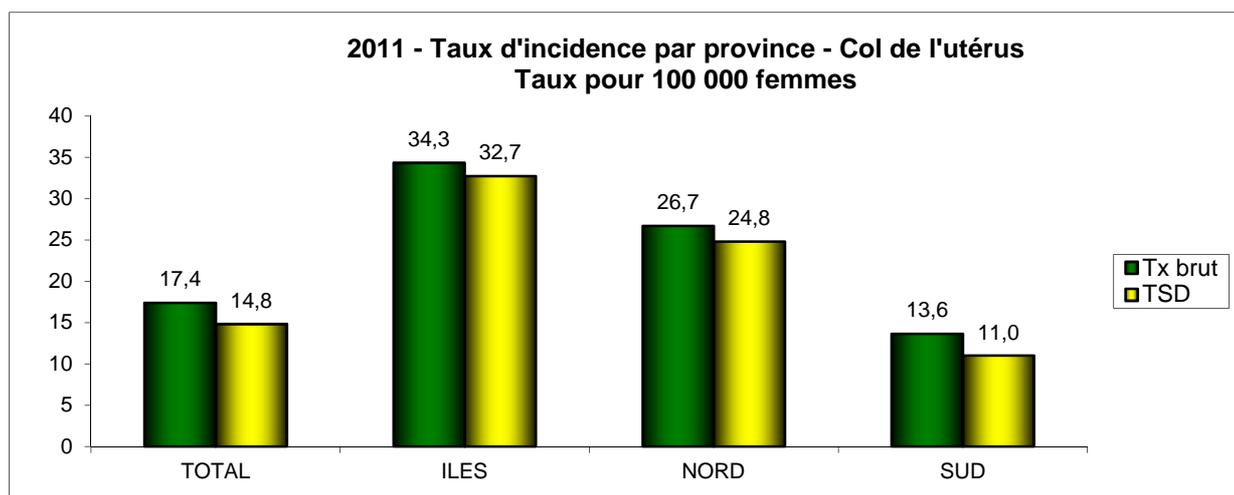


Figure 45 - Cancer du col de l'utérus, incidence par province et comparaisons internationales

Avec 14,8 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 ovaires

Généralités

En 2011, ont été diagnostiquées 14 tumeurs invasives des ovaires plaçant cette localisation au 7ème rang chez la femme.

Au 31/12/13, 21,4 % des patientes étaient décédées (3 cas).

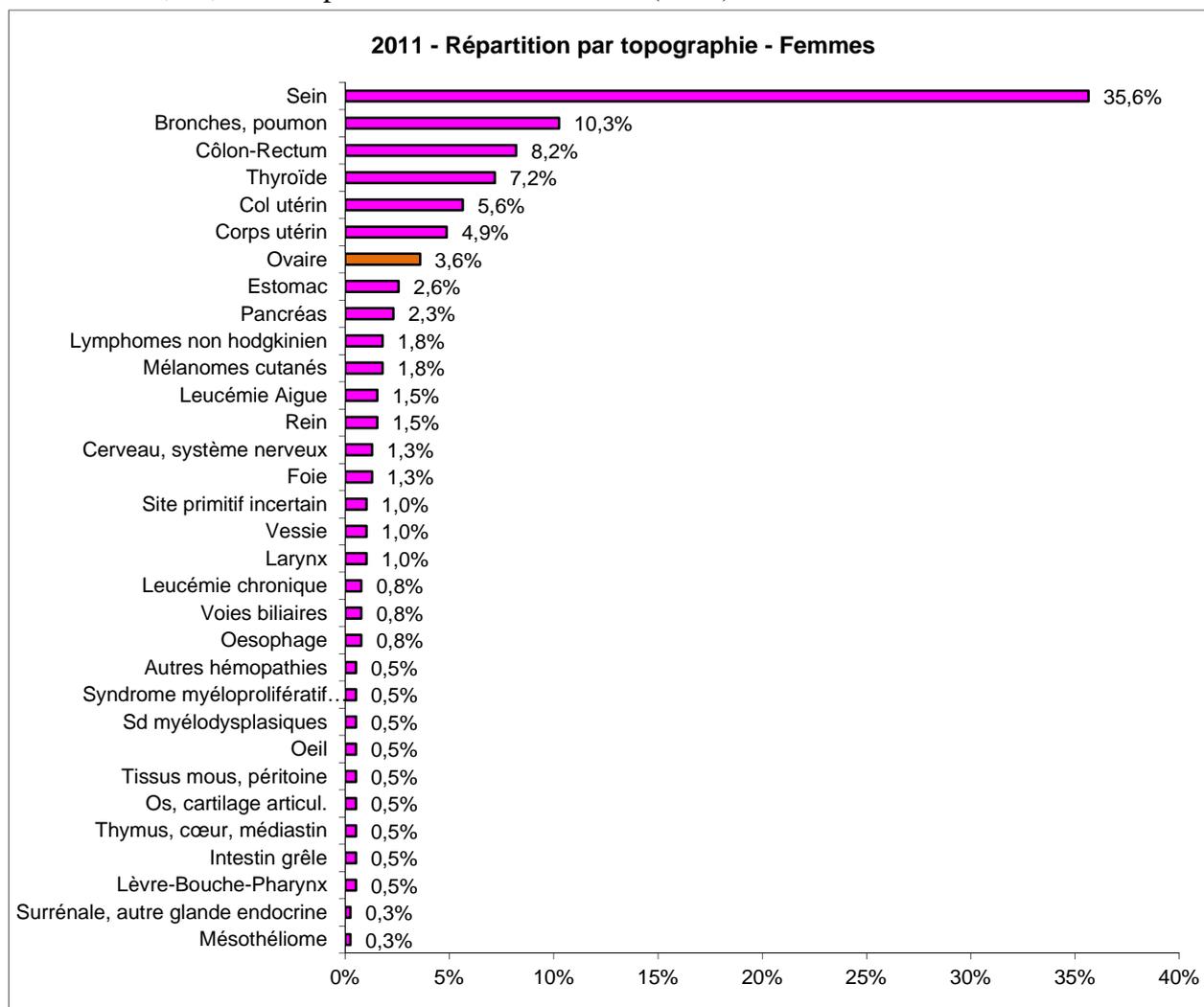


Figure 46 - Répartition par topographie des cancers chez les femmes

Age au diagnostic

L'âge moyen est égal à 52 ans, et l'âge médian est égal à 52,5 ans avec un âge au diagnostic compris entre 31 et 77 ans.

En métropole en 2011, l'âge médian se situait autour de 65 ans.

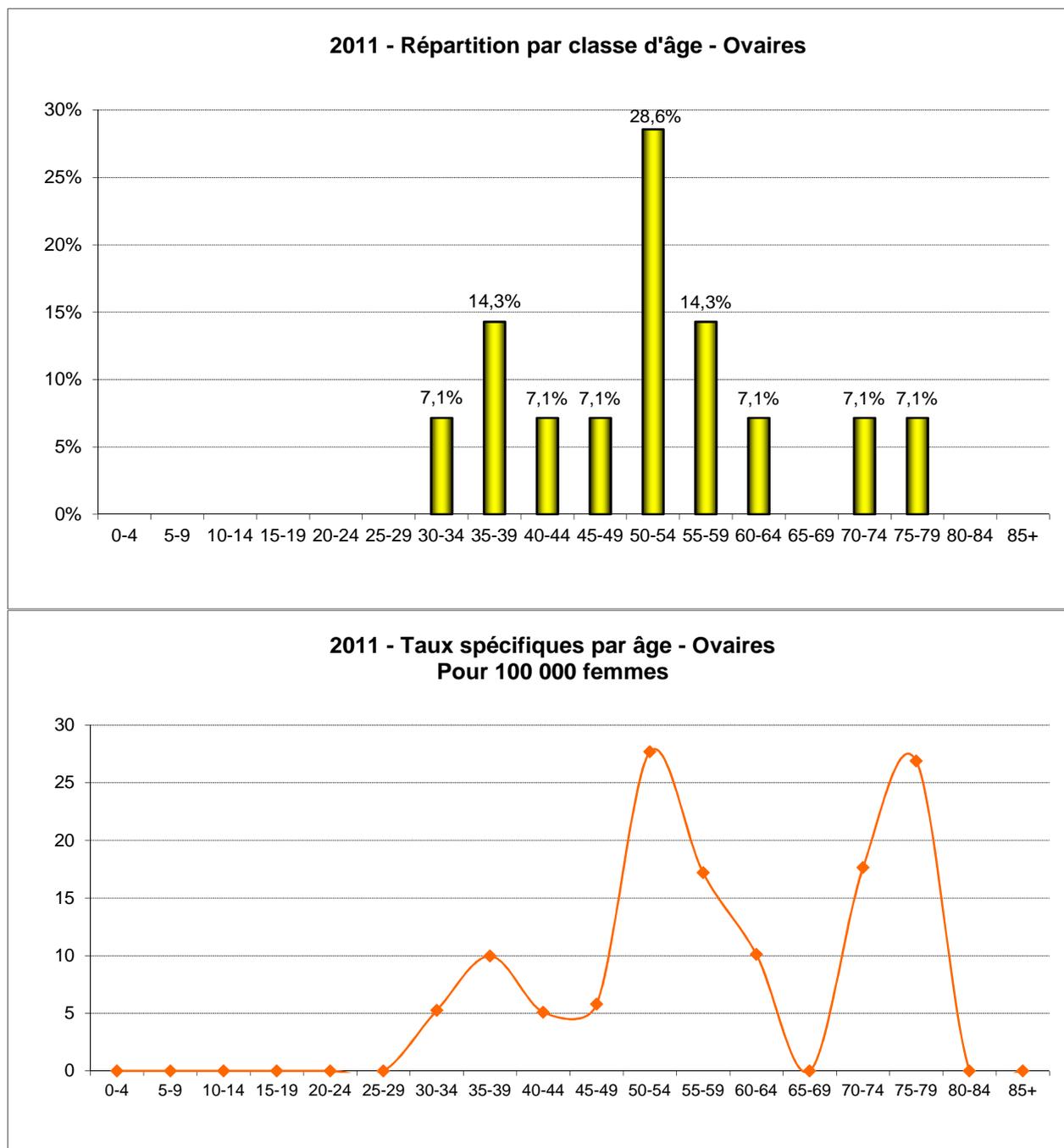


Figure 47 - Cancers des ovaires, répartition par tranche d'âge et taux spécifiques d'incidence

Histologie

Le diagnostic histologique a été effectué pour **les 14** patientes et l'on retrouve :

- 1 Adénocarcinome
- 1 Carcinome SAI
- 10 Cystadénocarcinomes séreux (dont 7 papillaires)
- 2 Cystadénocarcinomes mucineux

Communautés

50 % des tumeurs ovariennes touchaient des femmes mélanésiennes.

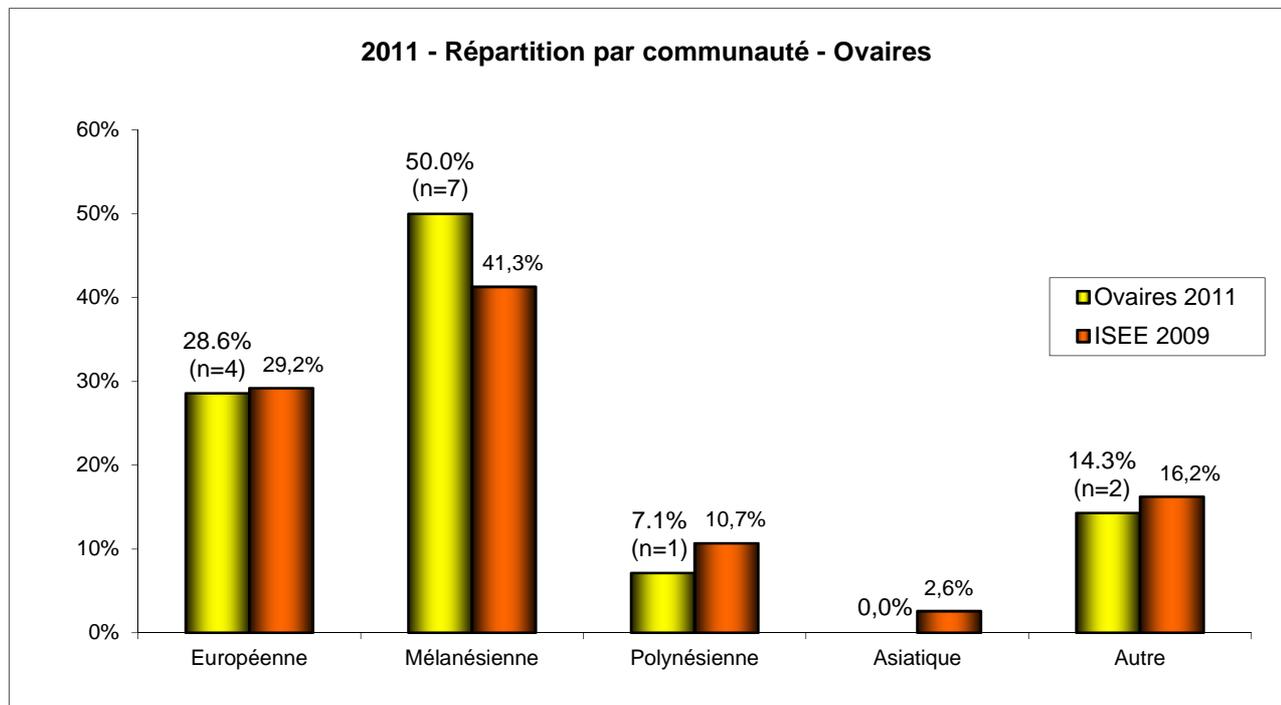


Figure 48 - Cancers des ovaires, répartition par communauté

Stade au diagnostic

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

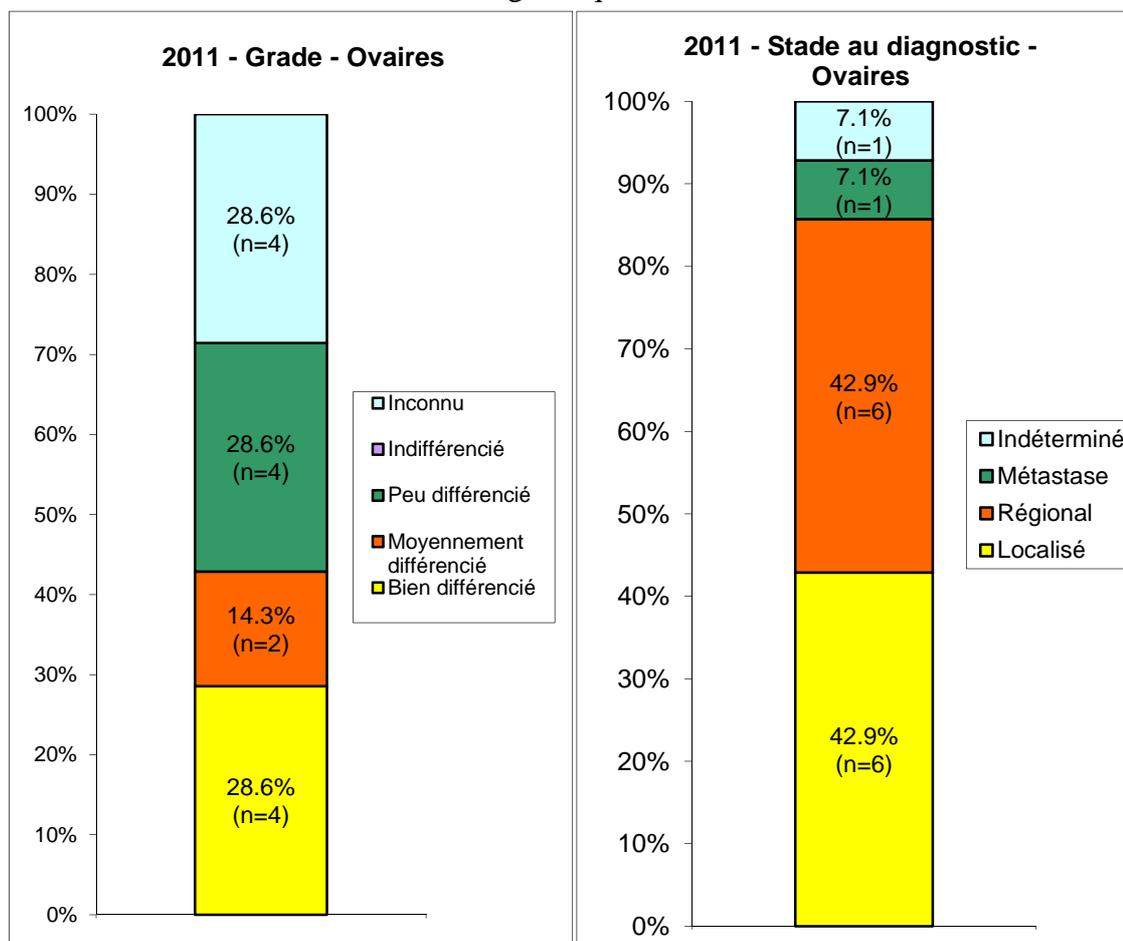


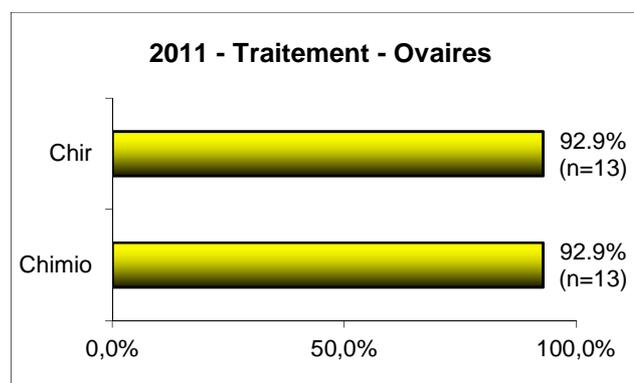
Figure 49 - Cancers ovariens et stade au diagnostic

Traitements

Les traitements comportent plus souvent une association chirurgie-chimiothérapie.

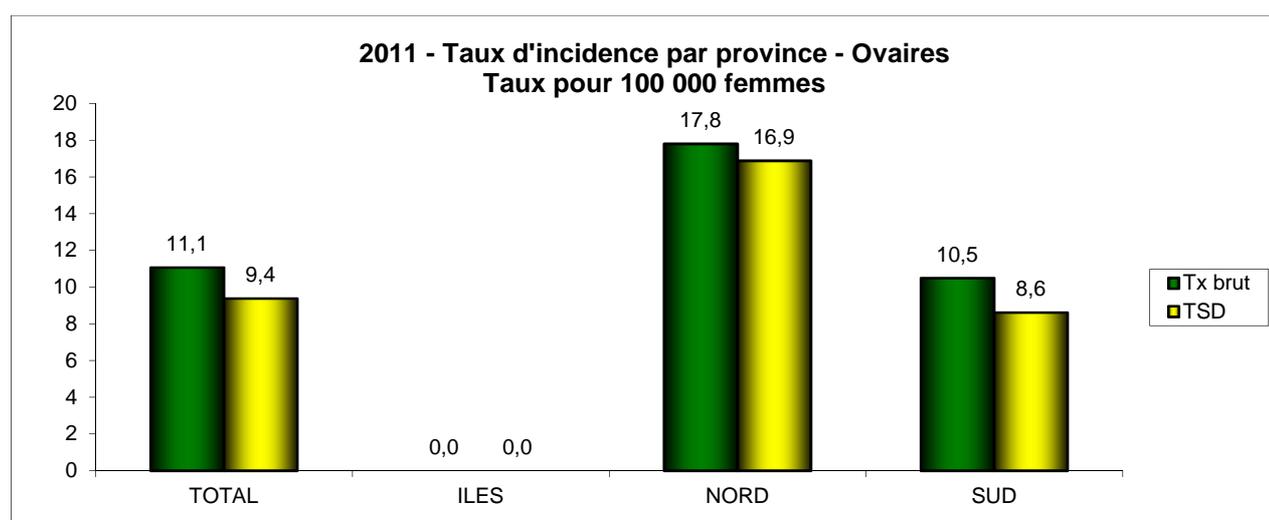
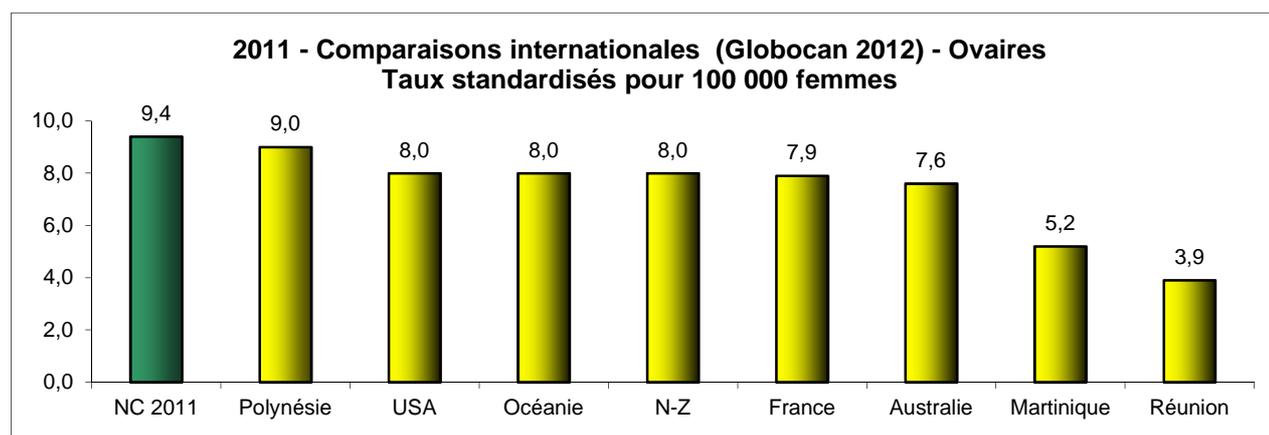
Tableau 12 et Figure 50 - *Cancers ovariens, répartition par schéma thérapeutique*

	Nb de cas	Fréquence
Chimio+Chir	12	85.7%
Chir	1	7.1%
Chimio	1	7.1%
Total	14	100.0%



Incidences et comparaisons internationales

On observe en 2011, une incidence nettement plus élevée dans la province Nord des tumeurs ovariennes par rapport à la province Sud, avec aucun cas dans la province des Iles Loyauté.



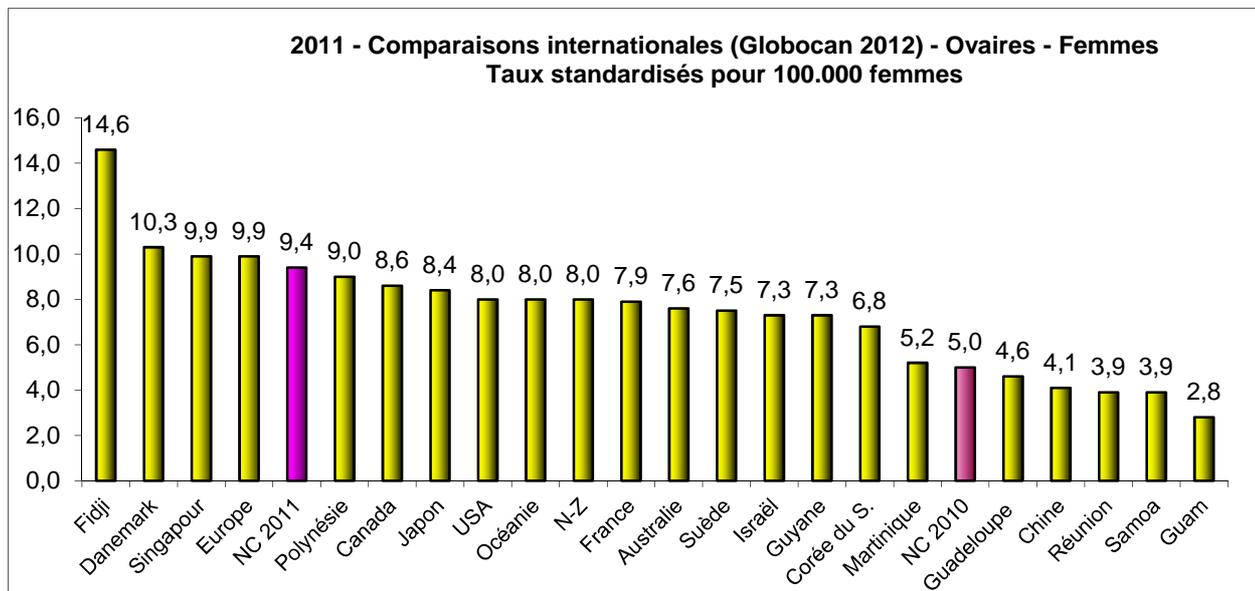


Figure 51 - Cancers ovariens, incidence par province et comparaisons internationales

On constate également que l'incidence des cancers ovariens est, en 2011, plus élevée que celles de la métropole, et des pays voisins.

III-2

Cancer de la prostate

Généralités

Malgré la diminution du nombre de cas diagnostiqués en 2011, par rapport à 2010, cette localisation avec 115 nouveaux cas reste le 1er cancer chez les hommes.

Parmi ces patients, 10,4 % avaient une autre tumeur maligne primitive connue et au 31/12/2013, 9,6 % (11 cas) des patients étaient décédés.

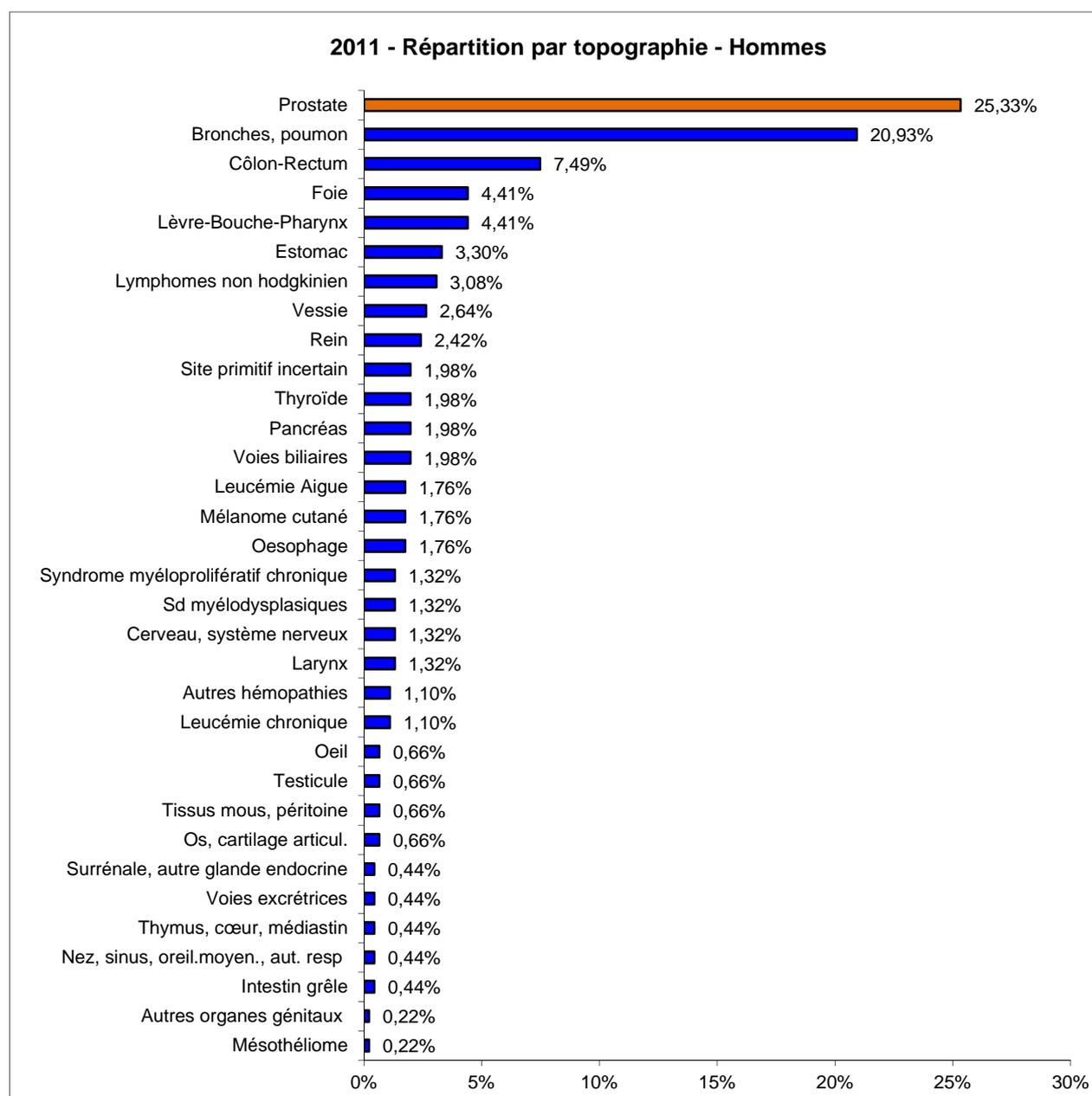


Figure 52 - Répartition des cancers chez l'homme

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 ans (médiane 67 ans) et avec 1 pic pour l'incidence entre 65 et 69 ans. Le plus jeune âge où le diagnostic a été porté est 50 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 65 ans.

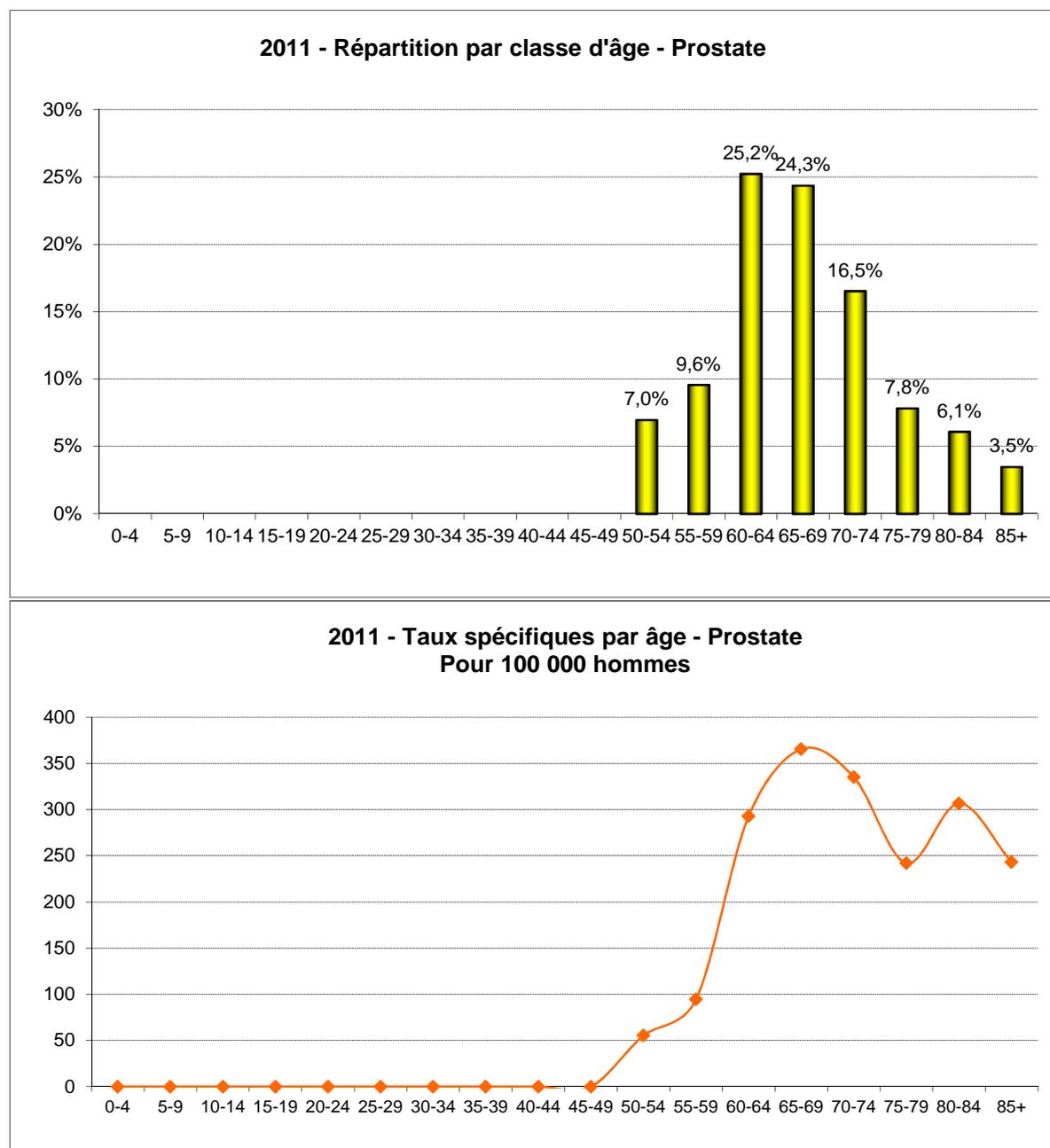


Figure 53 - Cancer de la prostate, répartition par classe d'âge et taux d'incidence spécifique

Communautés

Comme on l'observe sur la figure suivante, plus de 6 patients sur 10 concernent la communauté européenne, avec une surreprésentation de cette communauté.

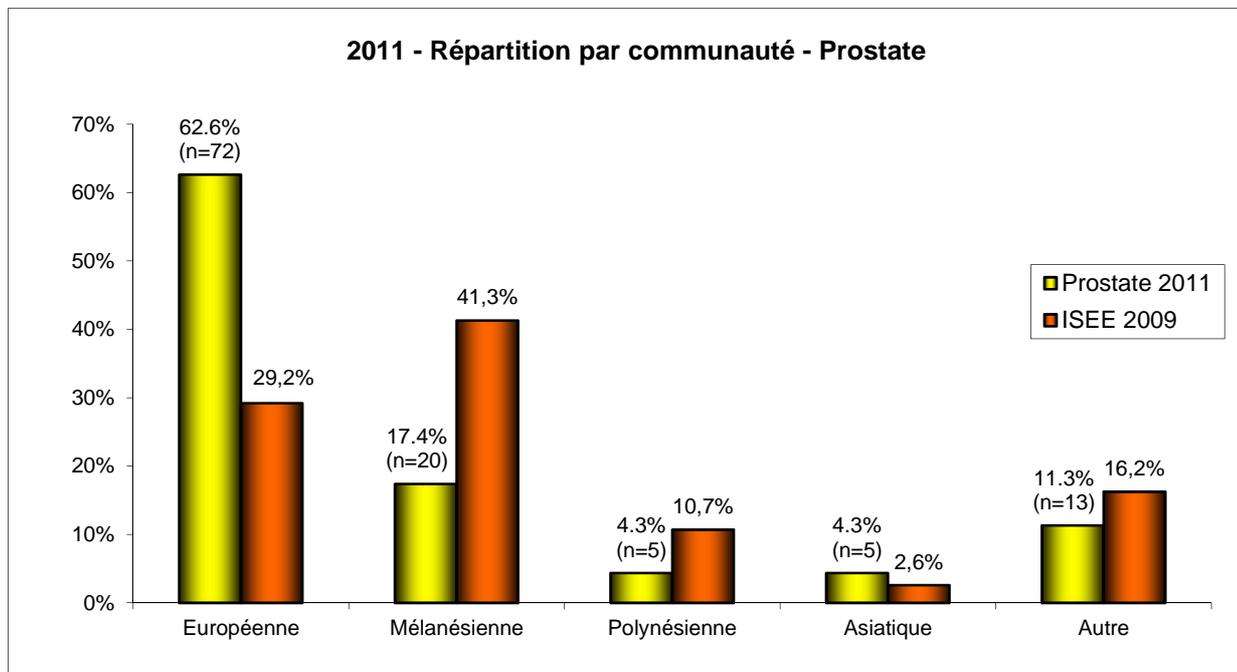


Figure 54 - Cancer de la prostate, répartition par communauté

Histologie et grade

114 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 85 ans.

Le grade de la tumeur est établi à partir du score de Gleason, et comme le montre la figure suivante, 88,7 % des patients ont une tumeur moyennement différenciée ou peu différenciée.

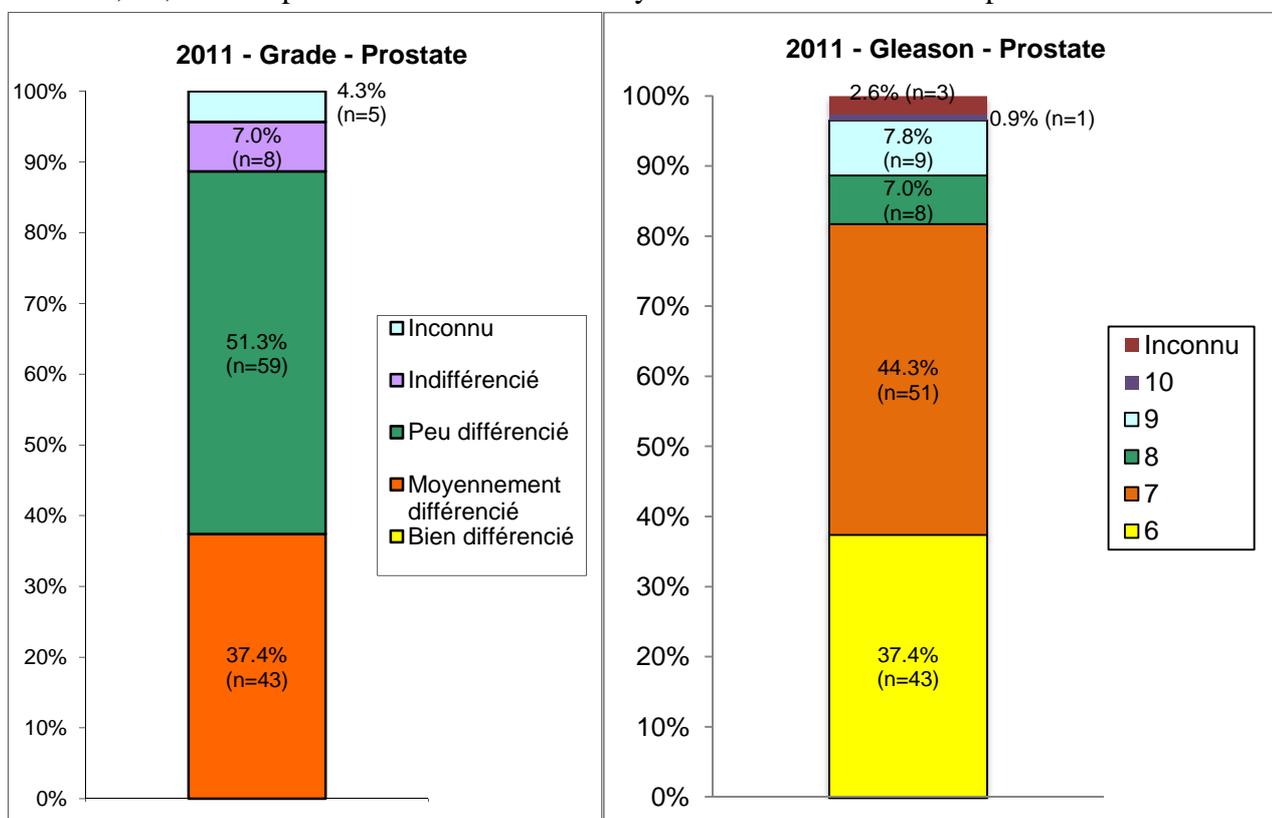


Figure 55 - Cancer de la prostate, grade et Gleason

Stade au diagnostic et PSA

Pour l'ensemble des patients, un peu plus de 7 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 (80 %, n=4). En 2011, 59,2 % 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 fréquent au stade localisé.

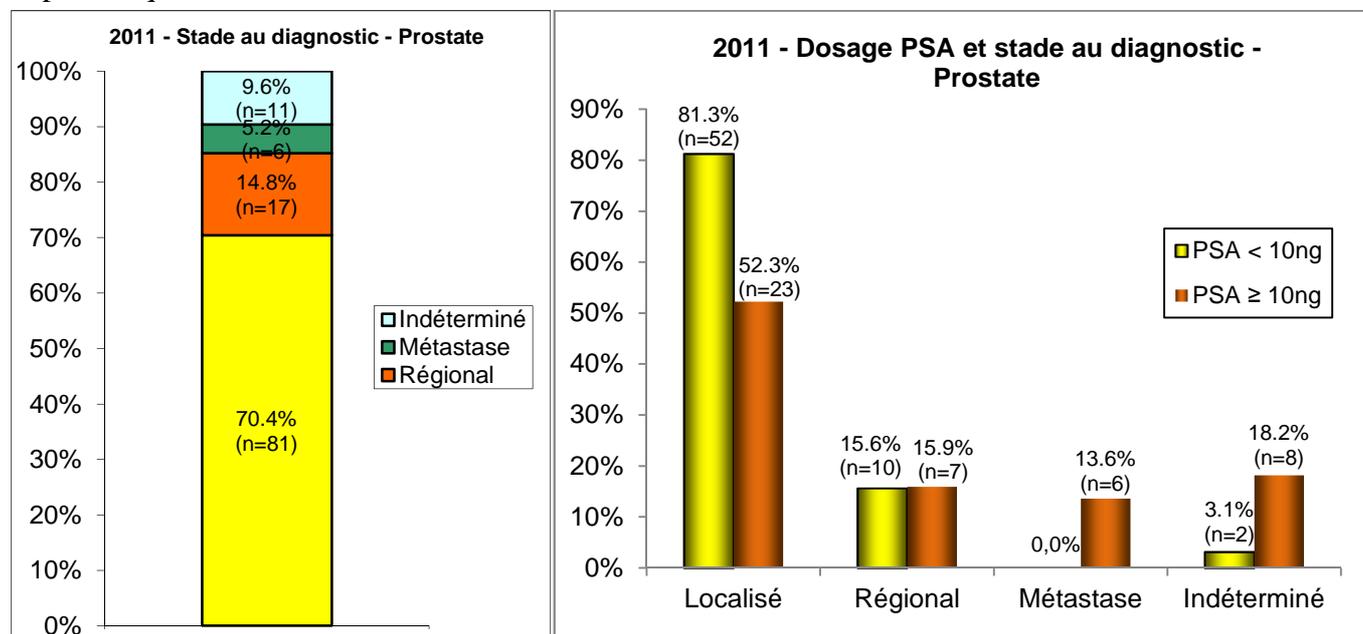


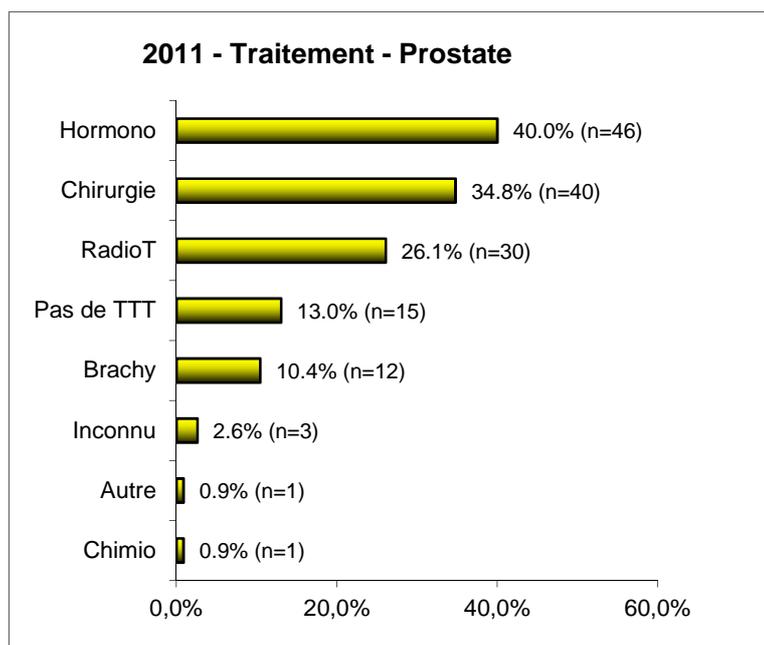
Figure 56 – Cancer de la prostate, Taux de PSA et stade au diagnostic

Traitements

Les traitements diffèrent selon le stade au diagnostic et l'âge du patient mais on remarque que le principal traitement dont ces patients ont bénéficié est l'hormonothérapie, avec près de 4 patients sur 10, puis la chirurgie avec également un peu plus de 3 patients sur 10.

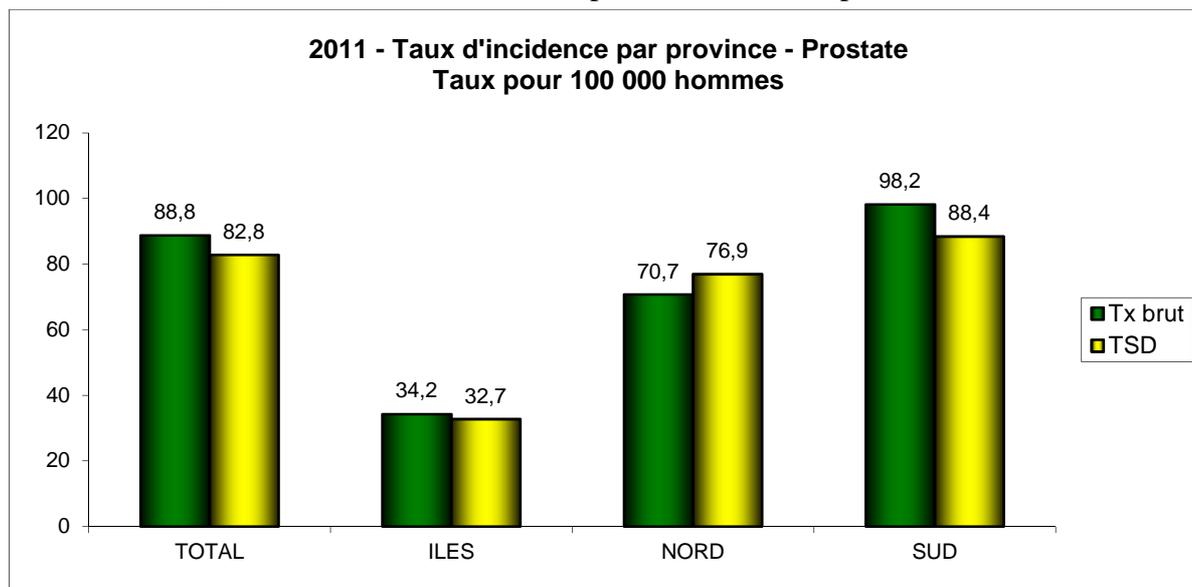
Tableau 13 et Figure 57 - Cancer de la prostate, répartition par schéma thérapeutique

	Nb de cas	Fréquence
himio+Hormono	1	0.9%
Brachy+Hormono	1	0.9%
Autre	1	0.9%
Brachy+Hormono+Radio	2	1.7%
Chir+Hormono+Radio	2	1.7%
Chir+Hormono	2	1.7%
Inconnu	3	2.6%
Radio	5	4.3%
Chir+Radio	5	4.3%
Brachy	9	7.8%
Pas de TTT	15	13.0%
Hormono+Radio	16	13.9%
Hormono	22	19.1%
Chir	31	27.0%
Total	115	100.0%



Incidences et comparaisons internationales

En 2011, l'incidence standardisée est plus élevée dans la province Sud.



En 2011, l'incidence standardisée reste inférieure à celle de la métropole ainsi qu'à celle de la plupart des pays voisins, notamment l'Australie et la Nouvelle-Zélande.

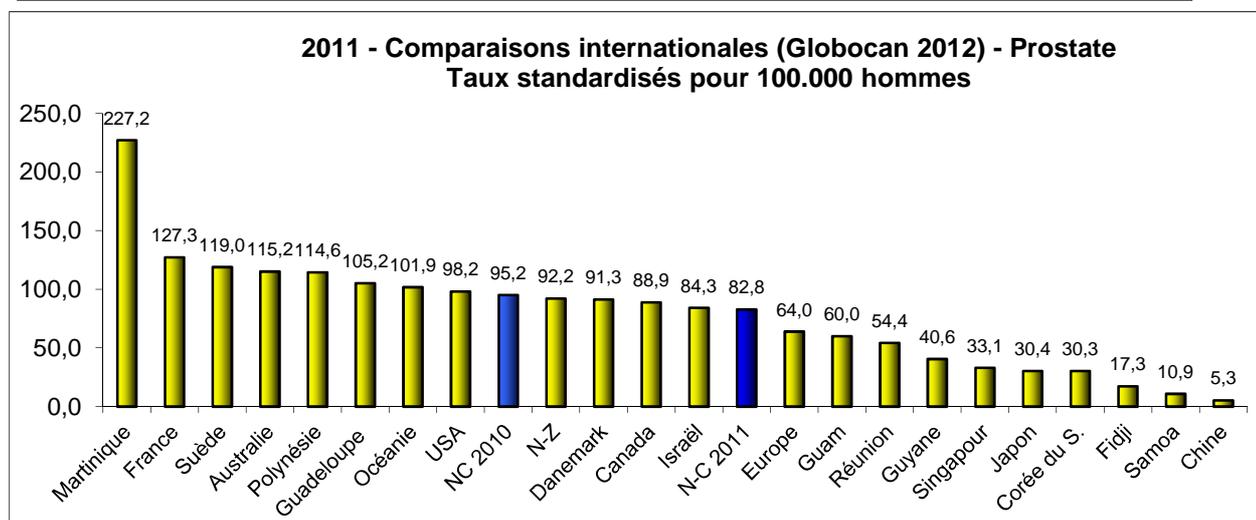
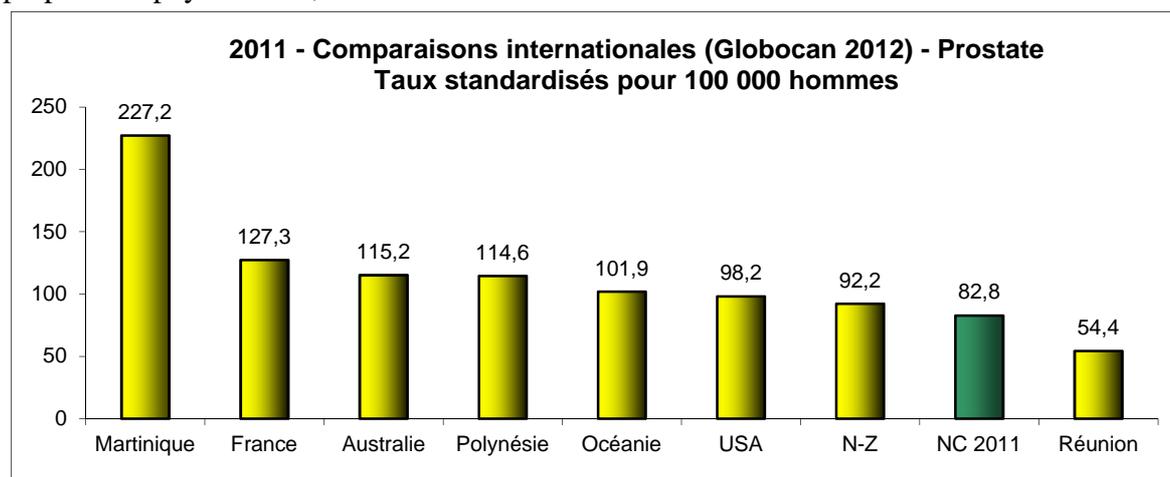


Figure 58 - Cancer de la prostate, incidence par province et comparaisons internationales

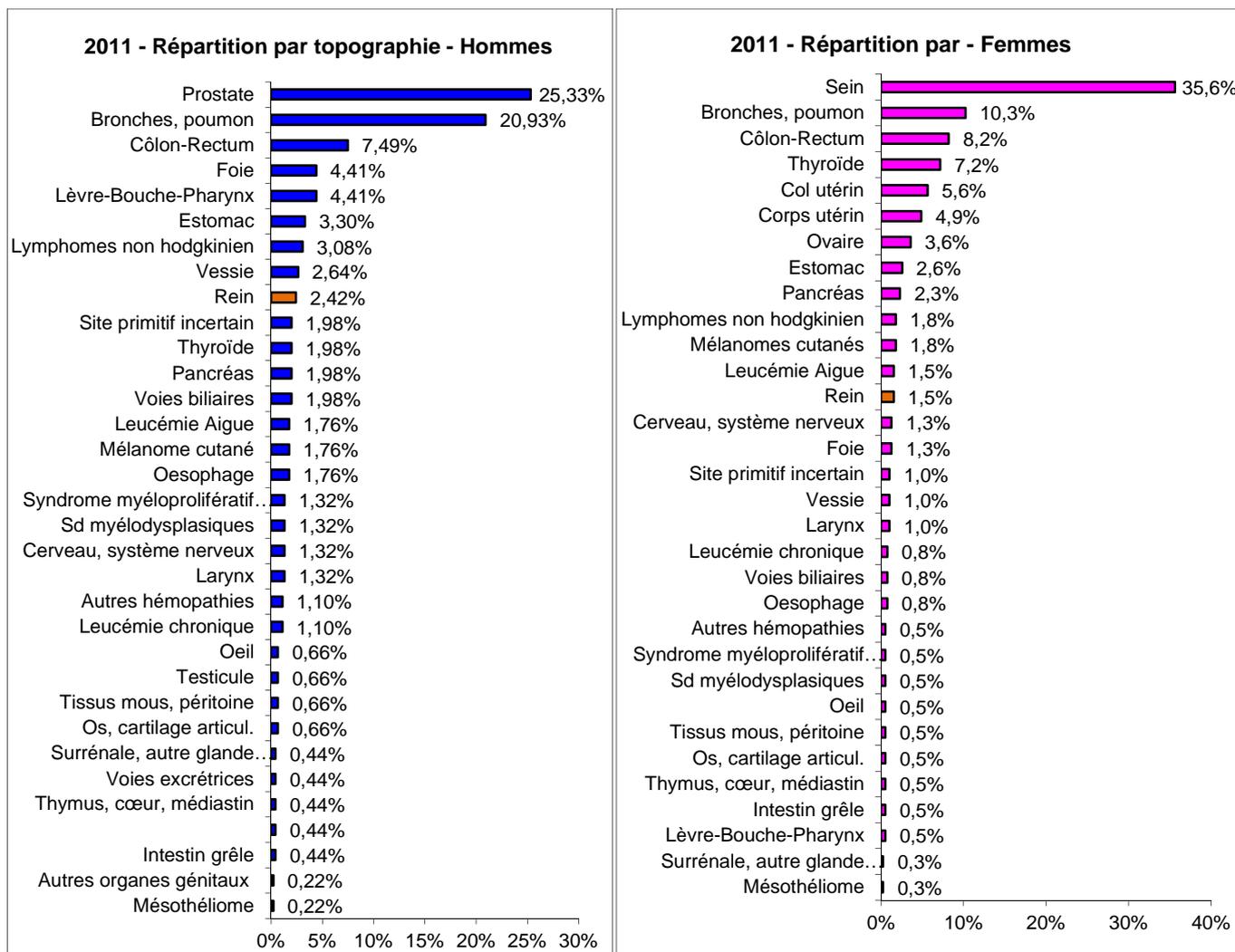
III-3

Rein, vessie et voies urinaires

III-3.a Cancer du rein

Généralités

Avec 17 cas diagnostiqués en 2011 (11 chez les hommes et 6 chez les femmes), soit en 13^{ème} position, tous sexes confondus, ce cancer se situe en 9^{ème} place chez les hommes et en 13^{ème} position chez les femmes. On observe un sex-ratio de 1,8 hommes pour 1 femme. 23.5 % des patients avaient eu une autre tumeur primitive et 4,1% des patients étaient décédés au 31/12/2013 (7 cas).



Figures 594 - Répartition des topographies selon le sexe

Age au diagnostic

L'âge moyen est égal à 63,6 ans (âge médian : 70 ans), il est un peu moins élevé chez les hommes (63,5 ans), par rapport aux femmes (63,7 ans), avec une fréquence plus élevée entre 70-74 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 en 2011, un pic à 70-74 ans.

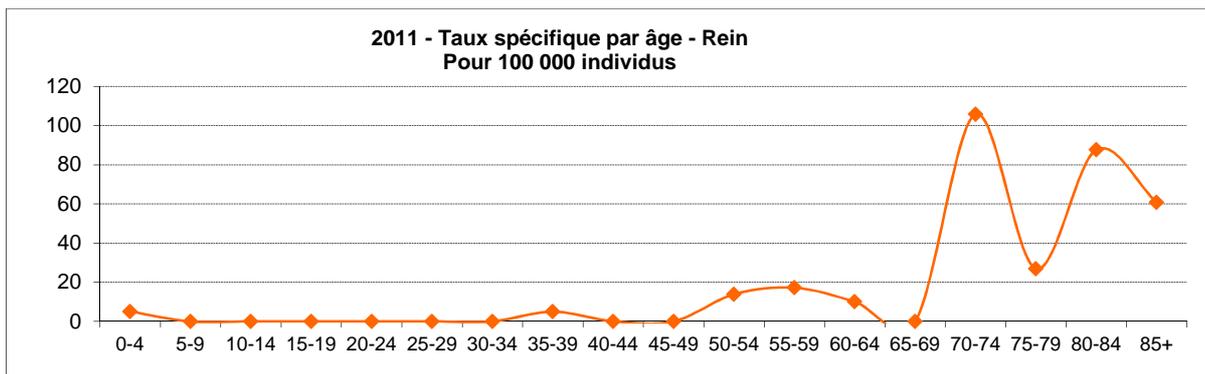
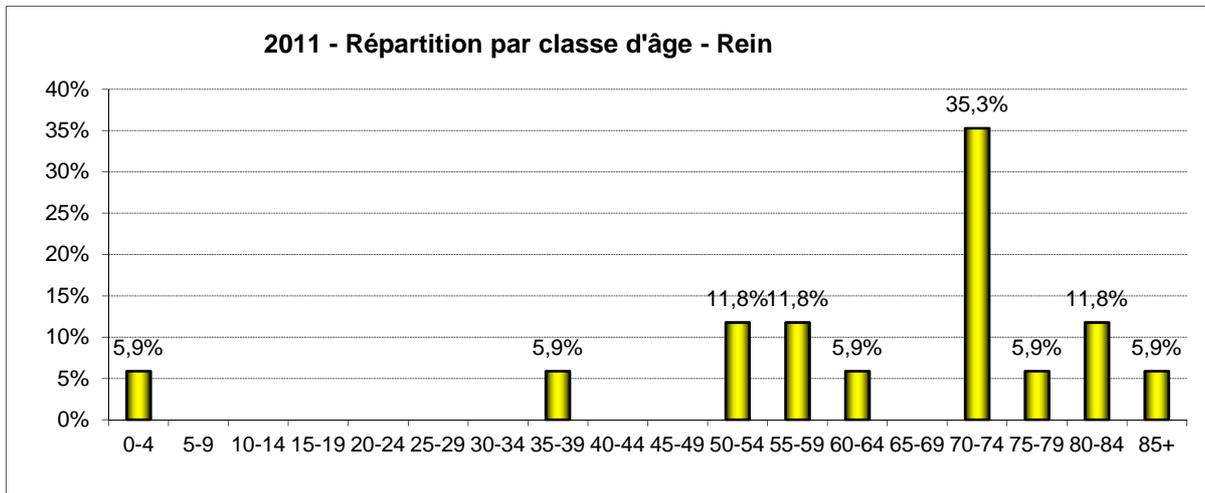


Figure 60 - Cancer du rein, répartition par classe d'âge et taux d'incidence spécifique

Communautés

Bien que le nombre de cas soit relativement faible, plus 52,9 % des cas concernent la communauté européenne.

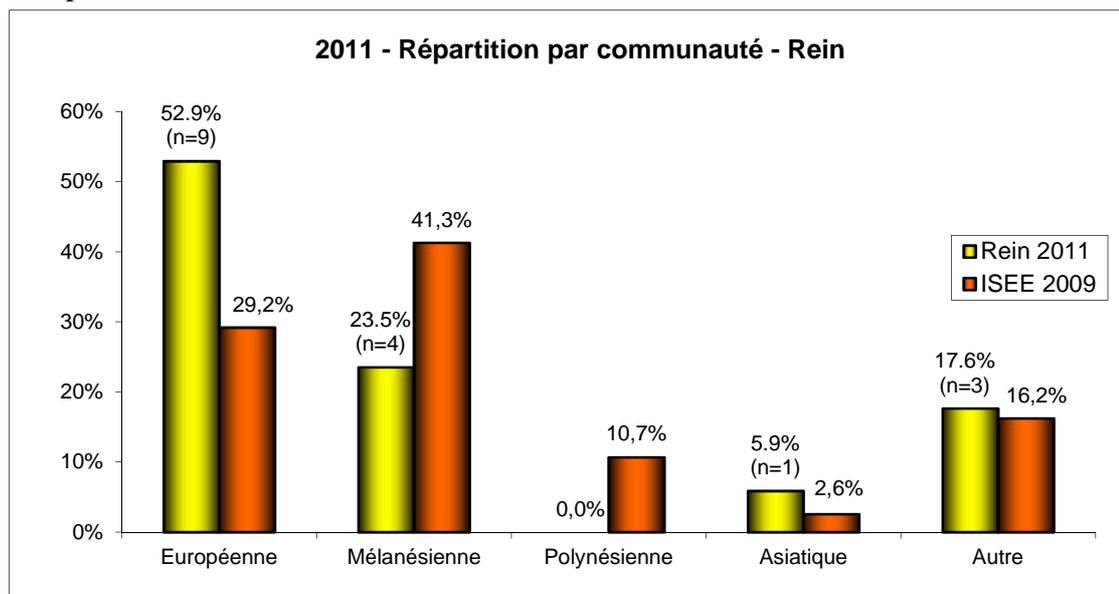


Figure 61 - Cancer du rein, répartition par communauté

Histologie et stade au diagnostic

Le diagnostic a été fait au moyen de l'histologie de la tumeur pour 15 patients, il s'agissait de carcinomes (néphrocarcinomes : 9 cas, autres adénocarcinomes : 4 cas, sarcomes : 2 cas). Le diagnostic a été porté pour 2 patients à partir de l'imagerie sans histologie (radiologie).

Le grade histologique n'a pas été retrouvé pour 14 patients.

Ces tumeurs ont été diagnostiquées dans 47,1% des cas à un stade localisé.

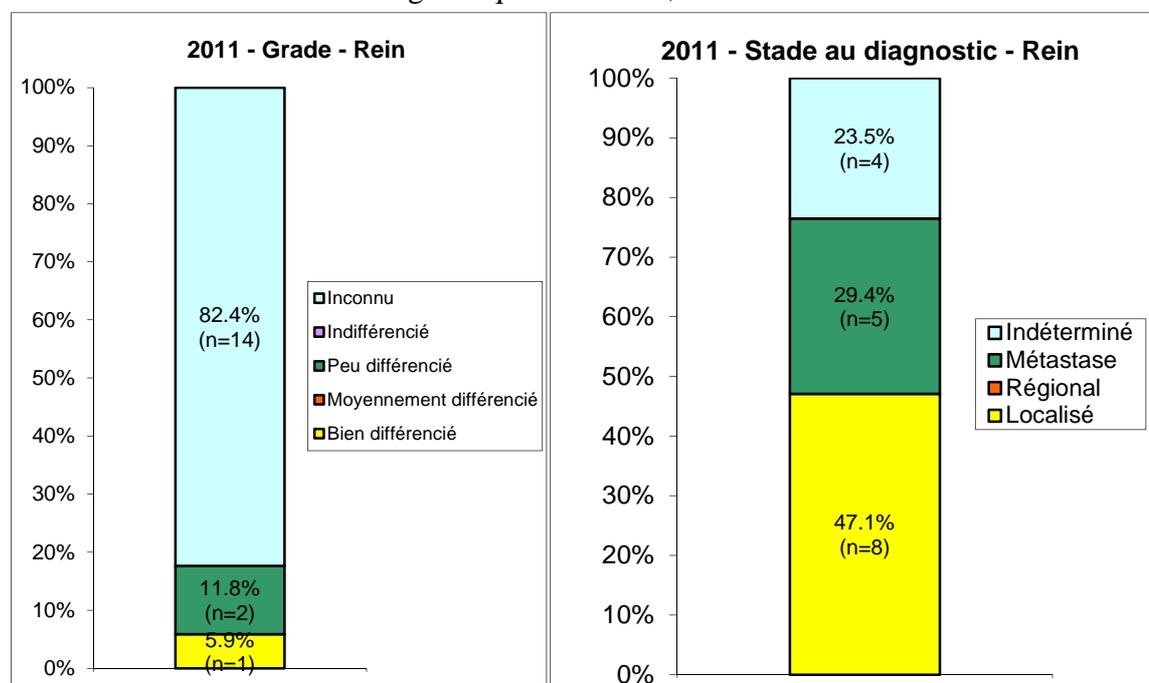


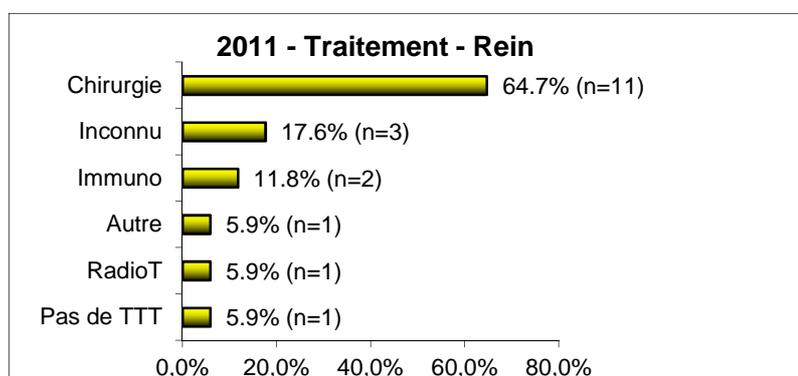
Figure 62 - Cancer du rein, répartition par grade et selon le stade au diagnostic

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

	Nb de cas	Fréquence
Immuno	1	5.9%
Chir+Immuno	1	5.9%
Autre	1	5.9%
Pas de TTT	1	5.9%
Chir+Radio	1	5.9%
Inconnu	3	17.6%
Chir	9	52.9%
Total	17	100.0%



Incidences et comparaisons internationales

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

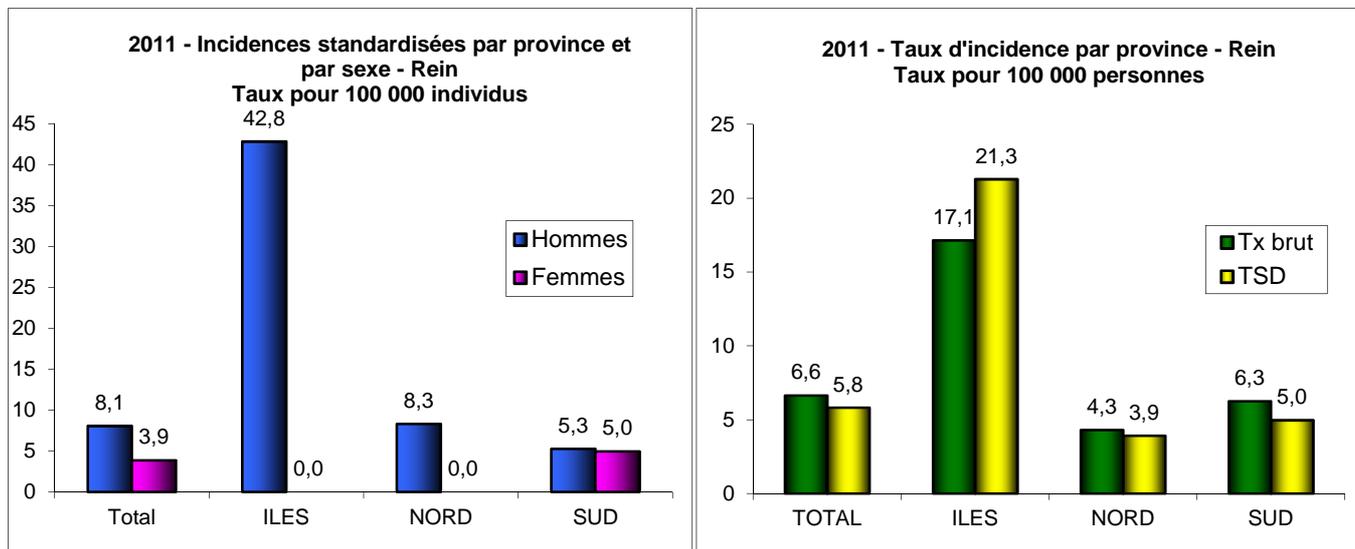
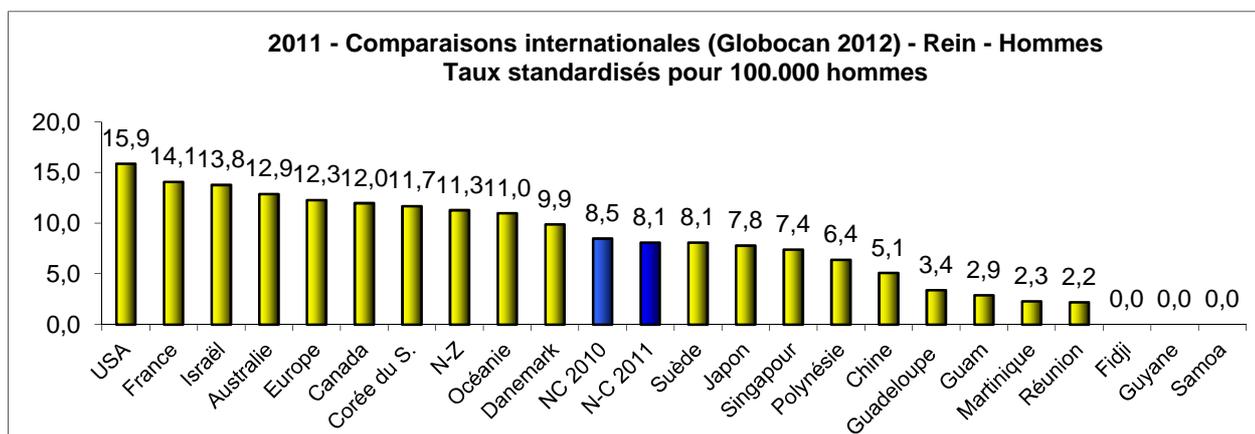
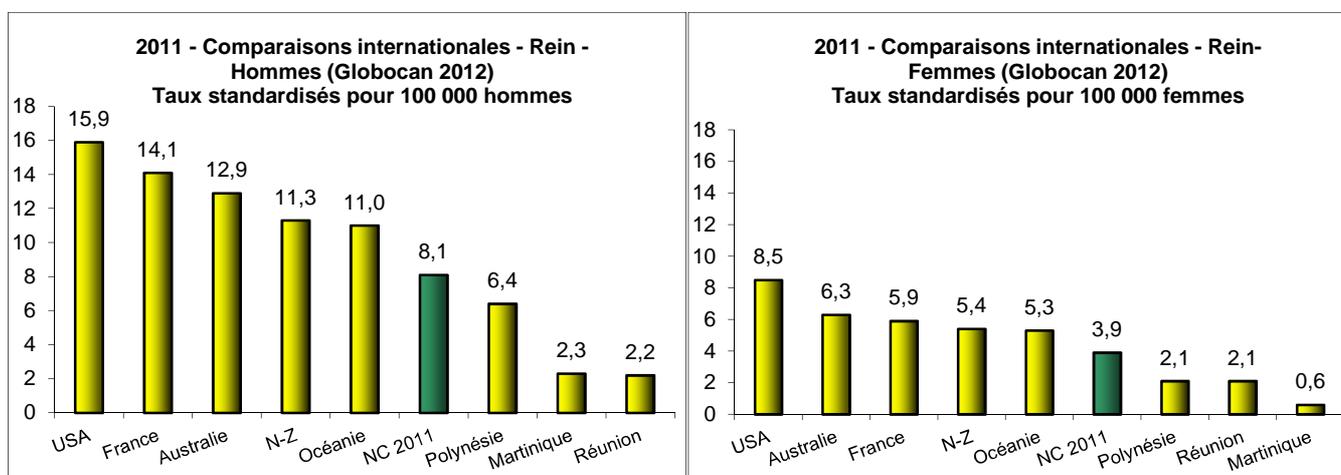


Figure 64 - Cancer du rein, incidences selon le sexe et la province

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 pour la Nouvelle-Calédonie.

Lorsque l'on compare l'incidence chez les hommes avec les autres pays, celle-ci reste plus faible que celles de la métropole, l'Australie et de la Nouvelle-Zélande, elle est presque deux fois moins élevée que celle des USA.

Chez les femmes, l'incidence est légèrement plus faible que celle de la métropole, l'Australie et la Nouvelle-Zélande.



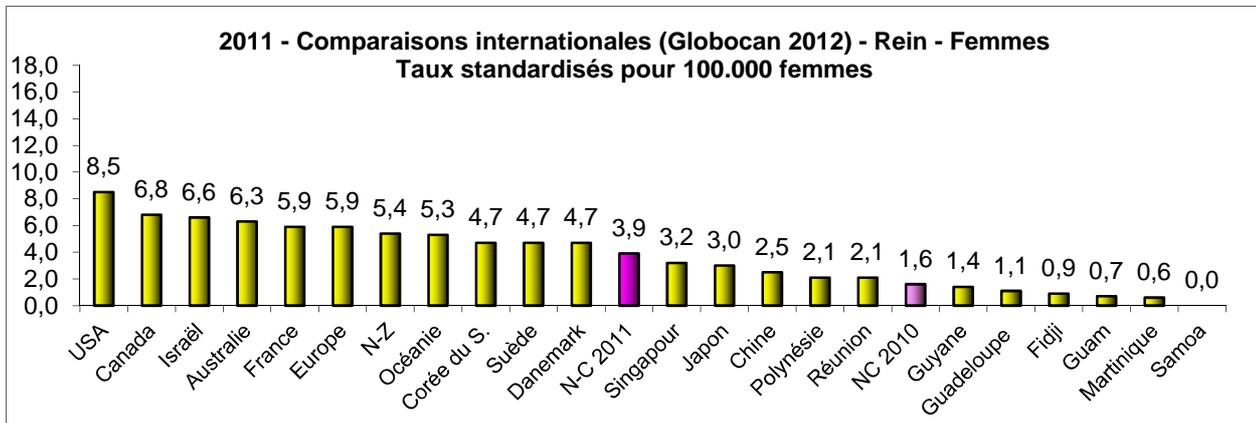


Figure 65 - **Cancers du rein, comparaisons internationales selon le sexe**

III-3.b Cancer de la vessie

Généralités

Avec **16 tumeurs invasives**, cette topographie est située en 14^{ème} position tous sexes confondus.

On enregistre 12 tumeurs chez les hommes contre 4 chez les femmes, représentant ainsi le 8^{ème} rang chez les hommes et 17^{ème} rang chez les femmes et un sex-ratio de 3,0 hommes pour 1 femme. 1 patient avait une autre tumeur primitive et 12 patients étaient décédés au 31/12/2013 (75%).

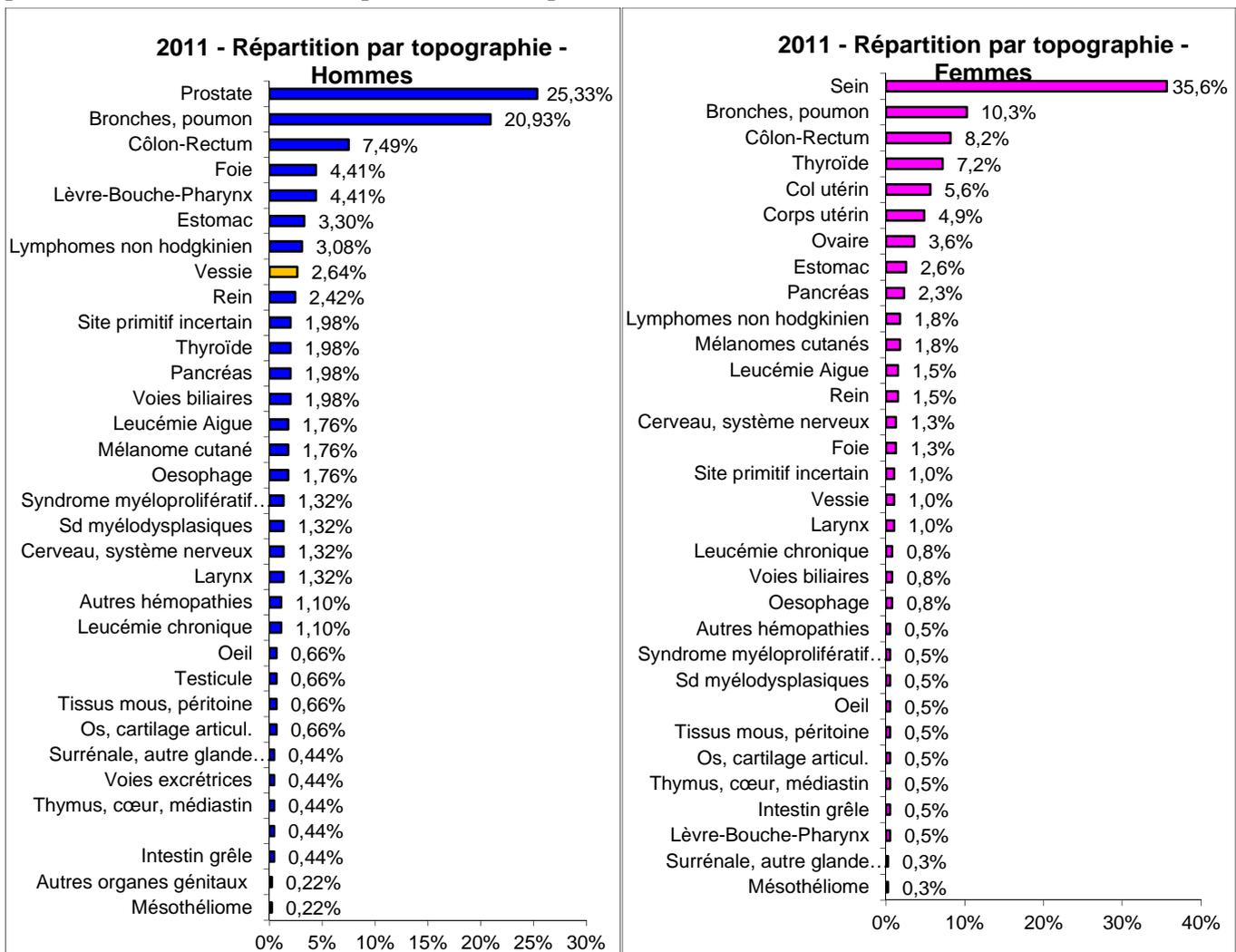


Figure 66 - **Répartition des topographies selon le sexe**

Age et communauté

Le diagnostic de ces tumeurs invasives est porté à un âge moyen égal à 71,4 ans (médiane : 73 ans), avec un pic de fréquence à 70-74 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 également un pic d'incidence à 70-74 ans.

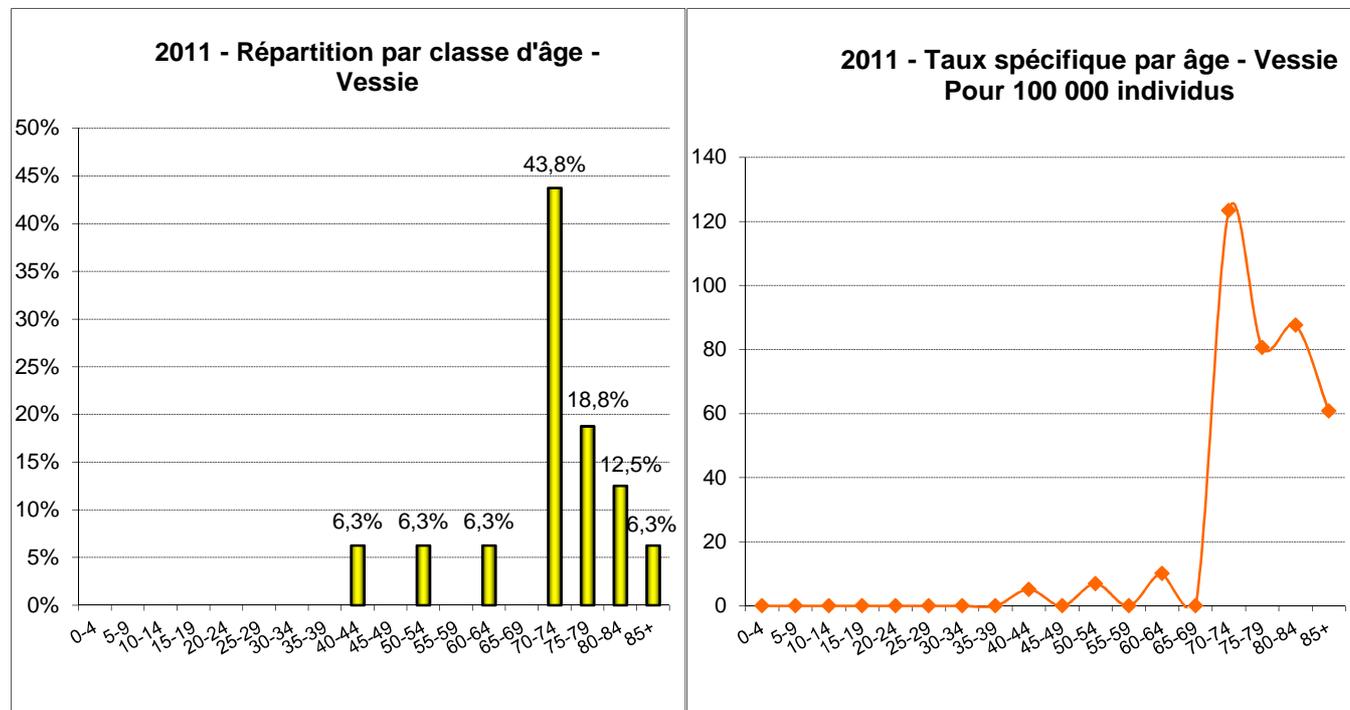


Figure 67 - Cancer de la vessie : répartition par tranche d'âge et taux spécifiques d'incidence

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

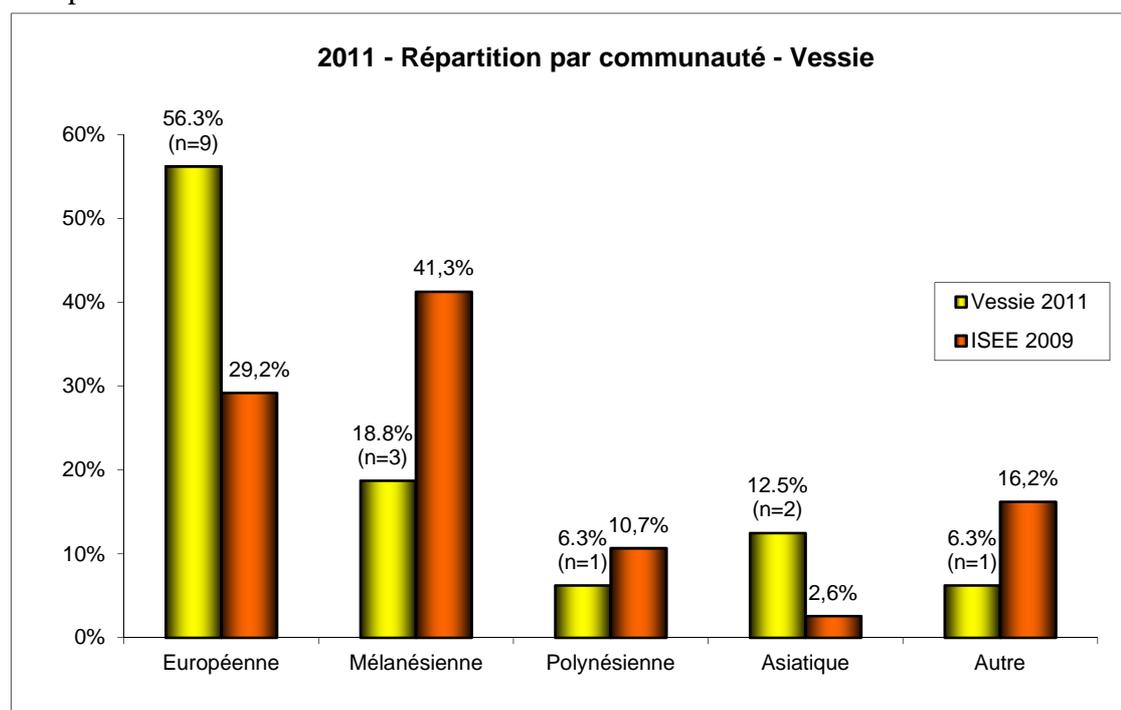


Figure 68 - Cancer de la vessie, répartition par communauté

Histologie et stade au diagnostic

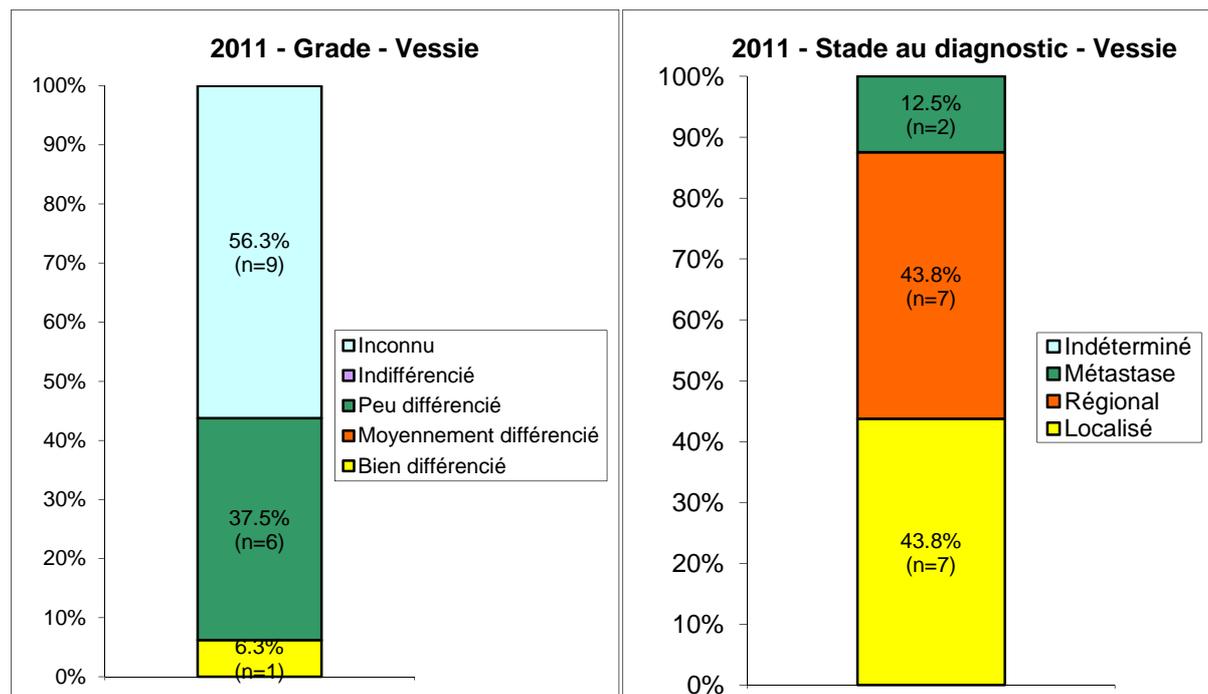
Parmi les 16 cas enregistrés, tous ont bénéficié d'un diagnostic histologique. Il s'agissait de :

- 15 Carcinomes urothéliaux
- 1 Carcinome épidermoïde

Parmi les 16 tumeurs avec histologie, comme observé dans la figure suivante, 9 n'ont pas de grade précisé sur le compte-rendu (soit 56,3%). Lorsque cette information a été retrouvée sur le CRAP, on observe essentiellement des tumeurs peu différenciées (6 cas parmi les 7 renseignées).

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

Les 2 patients diagnostiqués au stade métastatique avaient des métastases aux os, au foie et médiastin.



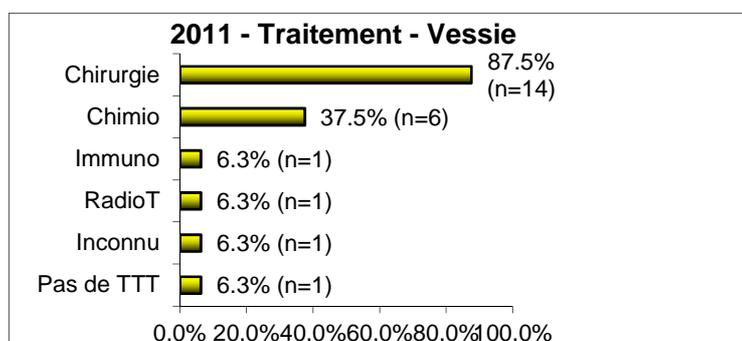
Figures 69 - Cancer de la vessie, répartition selon le grade et le stade au diagnostic

Traitements

Plus de 8 patients sur 10 ont bénéficié d'un traitement chirurgical, et 6 patients ont reçu un traitement par chimiothérapie.

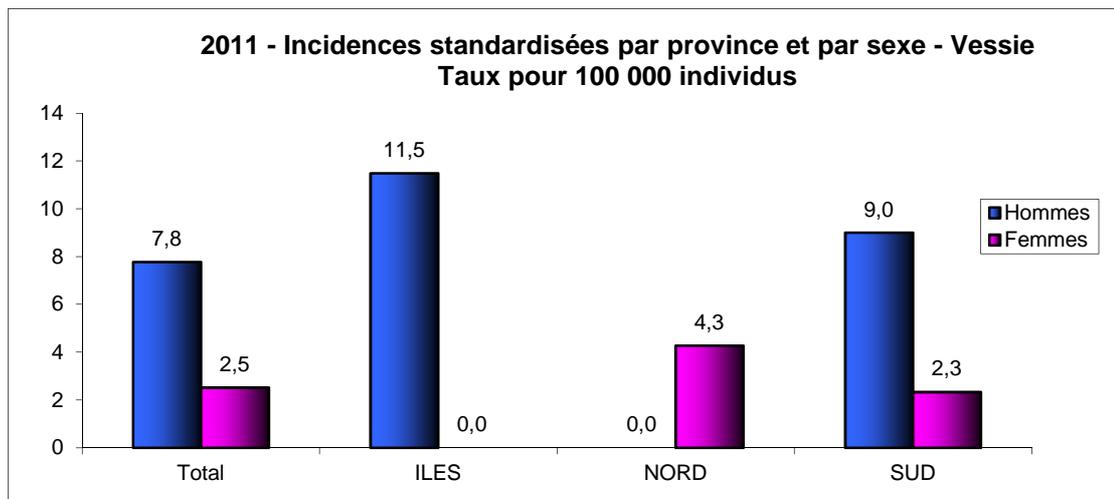
Tableau 14 et Figure 70 - Cancer de la vessie, répartition selon les schémas thérapeutiques

	Nb de cas	Fréquence
Chir+Immuno	1	6.3%
Pas de TTT	1	6.3%
Chir	7	43.8%
Chimio+Chir	5	31.3%
Chimio+Chir+Radio	1	6.3%
Inconnu	1	6.3%
Total	16	100.0%



Incidences et comparaisons internationales :

L'incidence est nettement plus élevée chez les hommes, notamment dans la province des Iles Loyauté.



Tous sexes confondus, le taux d'incidence standardisée de la province Sud est comparable à celui de la province des Iles.

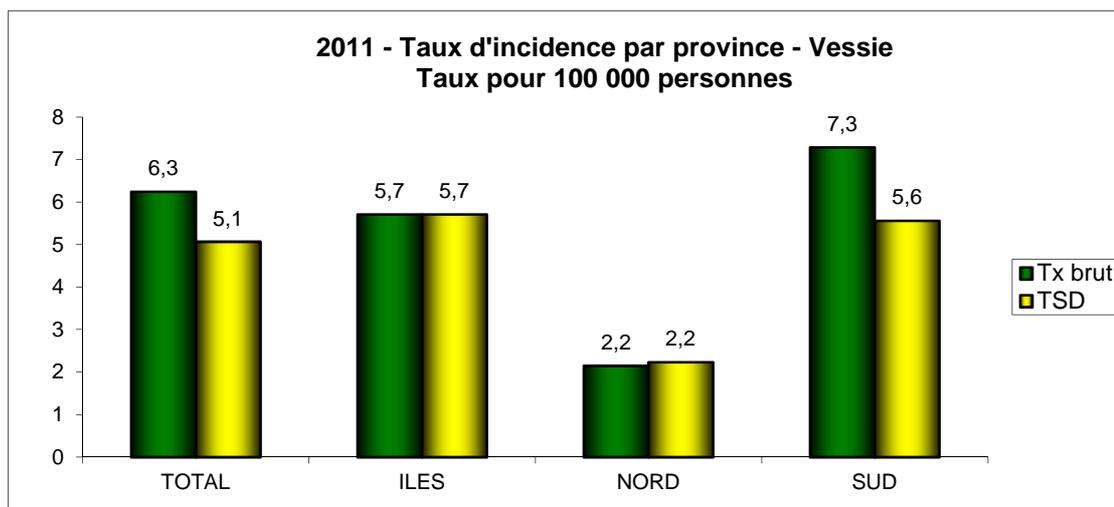
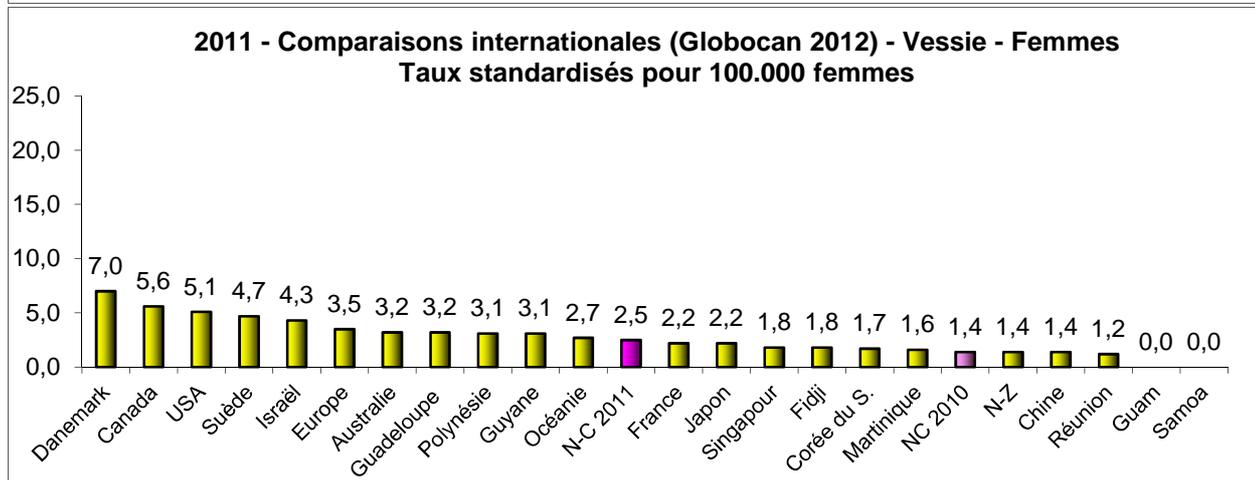
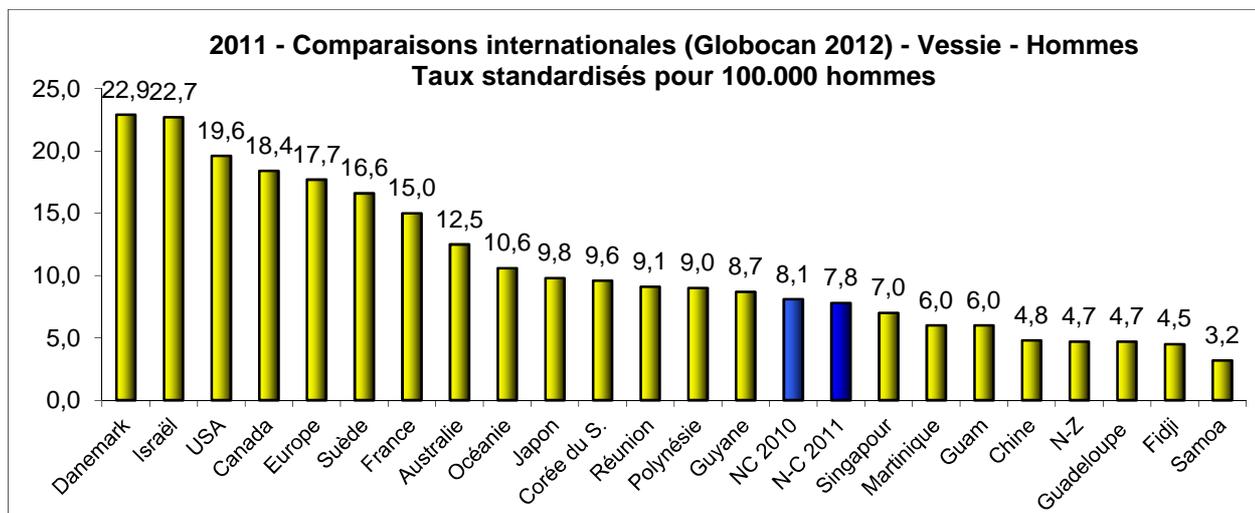
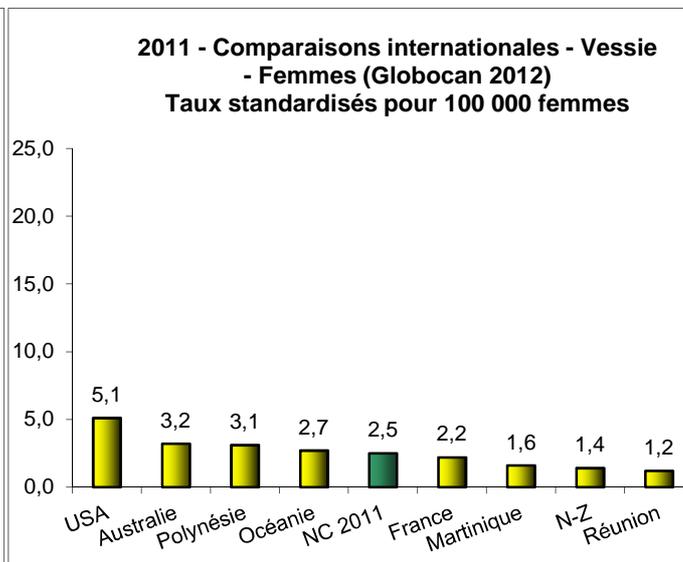
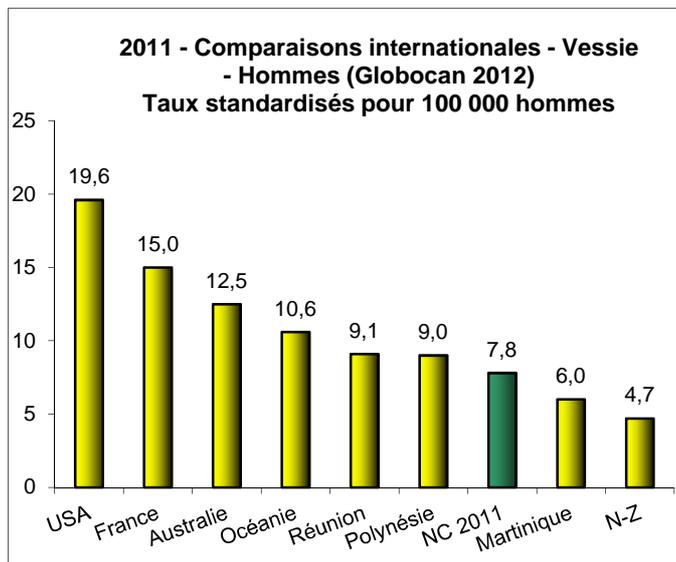


Figure 71 - Cancer de la vessie et VU, incidences selon le sexe et la province

Les comparaisons internationales montrent que l'incidence chez les hommes en 2011 est pratiquement deux fois plus basse que celle de la métropole, et la Nouvelle-Calédonie 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-4 Appareil respiratoire

III-4.a Cancer des bronches et du poumon

Généralités

Avec 135 nouveaux cas en 2011, soit 22 de plus qu'en 2010, cette localisation se situe au 2ème rang des tumeurs tous sexes confondus, ce classement varie selon le sexe. Avec 95 tumeurs, il se place au 2ème rang chez les hommes et 2ème chez les femmes avec 40 tumeurs.

On observe ainsi un sex-ratio égal à 2,4 hommes pour 1 femme. 11,8 % des patients avaient eu une autre tumeur et 81,5 % des patients étaient décédés au 31/12/2013 (110 cas).

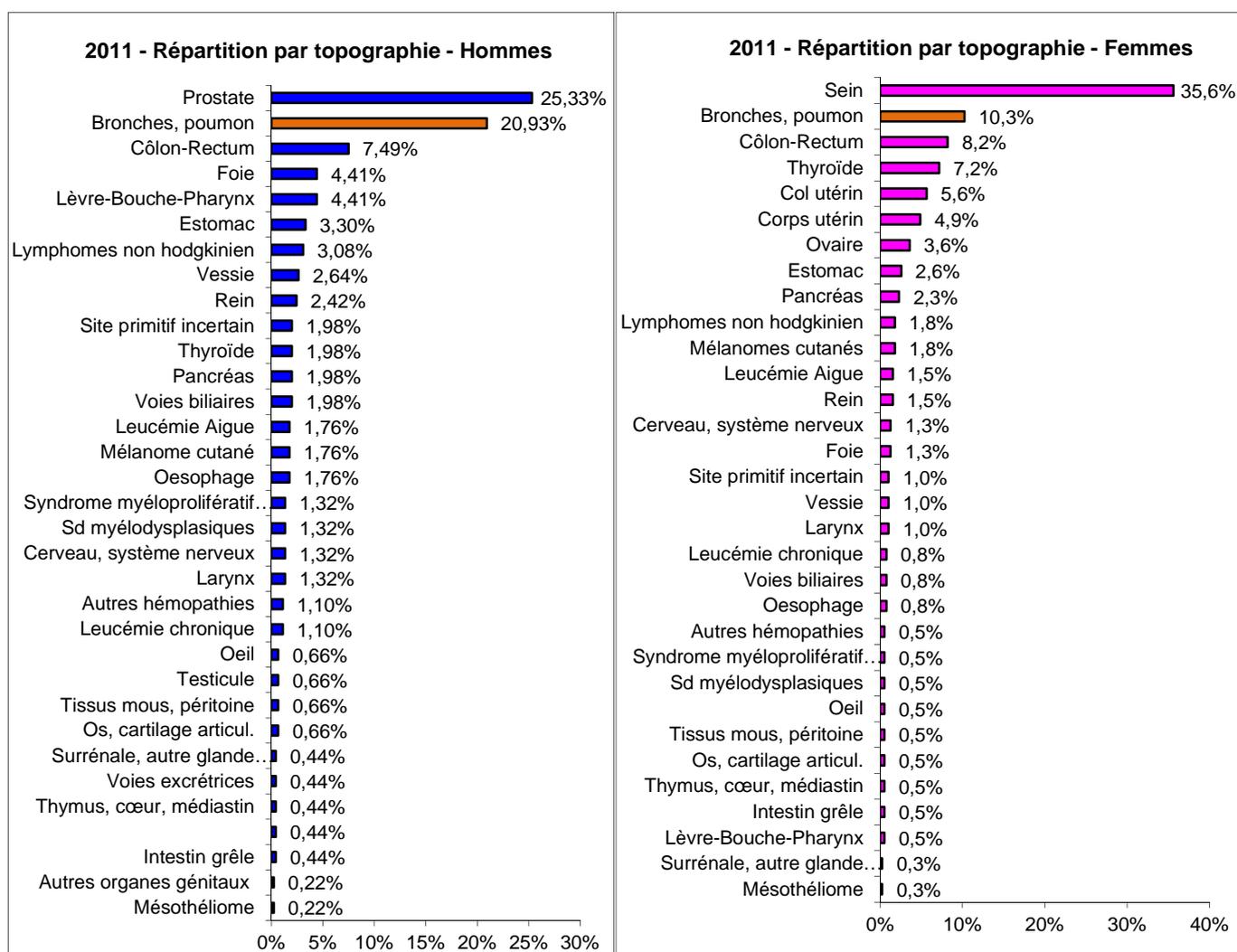


Figure 73 - Répartition des topographies selon le sexe

Age

L'âge moyen au moment du diagnostic est de 66 ans (médiane : 67 ans), valeur un peu plus élevée chez les femmes que chez les hommes (respectivement 66,4 ans pour les ♀ et 65,8 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 1^{er} pic à 65-69 ans et un autre vers 80-84 ans chez les hommes et à 75-79 ans chez les femmes comme montré ci-dessous :

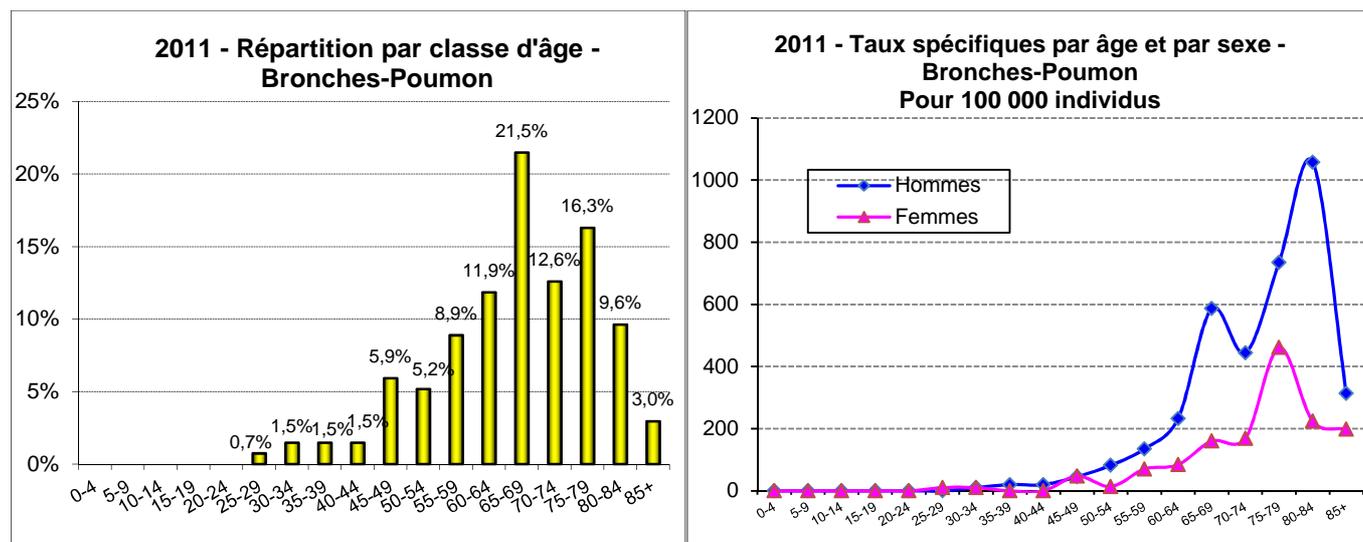


Figure 74 - Cancers des bronches-poumon : répartition par tranche d'âge et taux spécifiques d'incidence

Communautés

On observe, avec 46,7 %, une proportion plus élevée de patients d'origine mélanésienne, cette répartition reste comparable à celle de la population. La fréquence de la communauté mélanésienne est plus élevée chez les hommes comme chez les femmes.

Ces caractéristiques étaient également retrouvées en 2010.

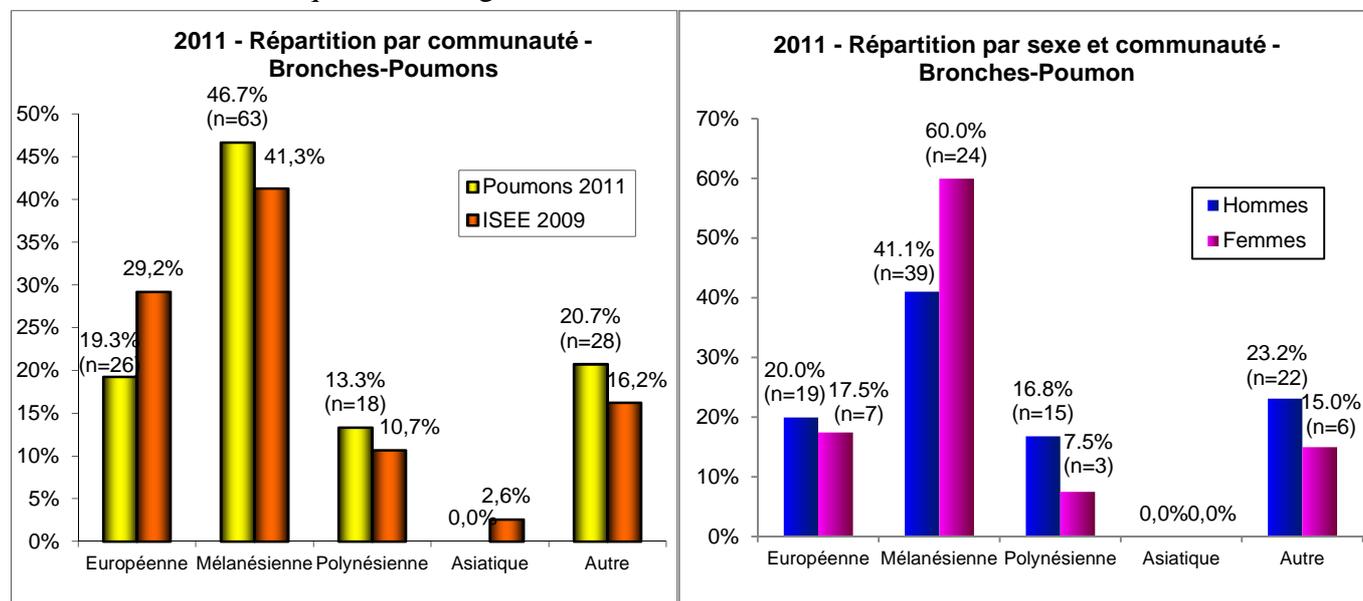


Figure 75 - Cancer des bronches-poumon, répartition par communauté et par sexe

Histologie et stade au diagnostic

123 diagnostics ont été confirmés à partir des résultats d'un examen anatomo-cyto-pathologique (101 à partir de la tumeur primitive, 16 à partir d'une métastase et 6 à partir d'une cytologie), soit chez 91,1% des patients. Les différents groupes histologiques sont répartis de la manière suivante :

- 56 Adénocarcinomes
- 29 Carcinomes épidermoïdes
- 7 Carcinomes SAI
- 31 Carcinomes spécifiques (dont 4 à grandes cellules, 15 à petites cellules, 7 non à petites cellules)

Parmi les 117 patients qui ont eu un diagnostic histologique, le grade était précisé dans 57,3 % des cas. On retrouve une proportion plus élevée de tumeurs bien différenciées.

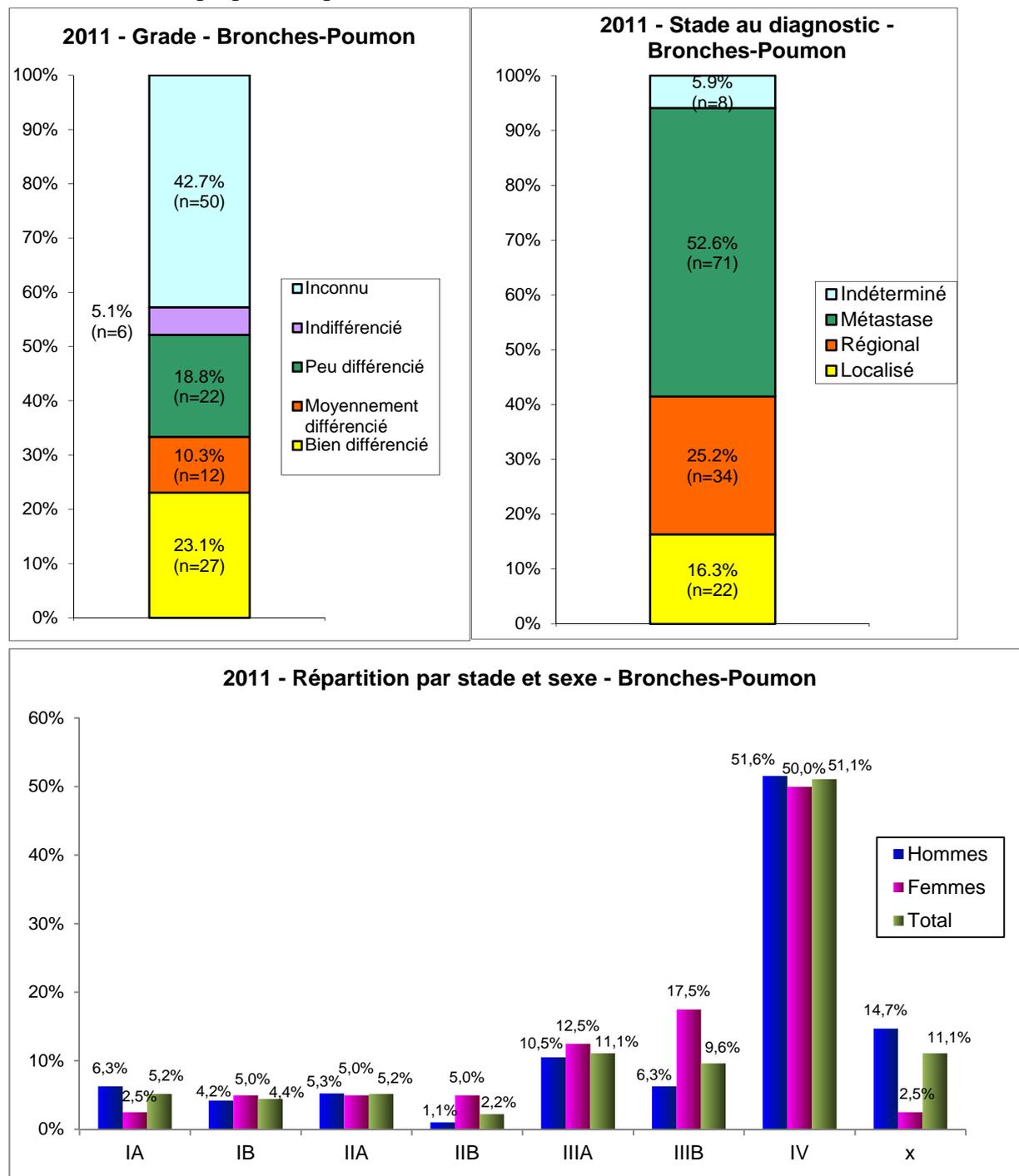


Figure 76 - Cancer des bronches-poumon, répartition selon le grade et le stade au diagnostic

Seules 16,3% 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

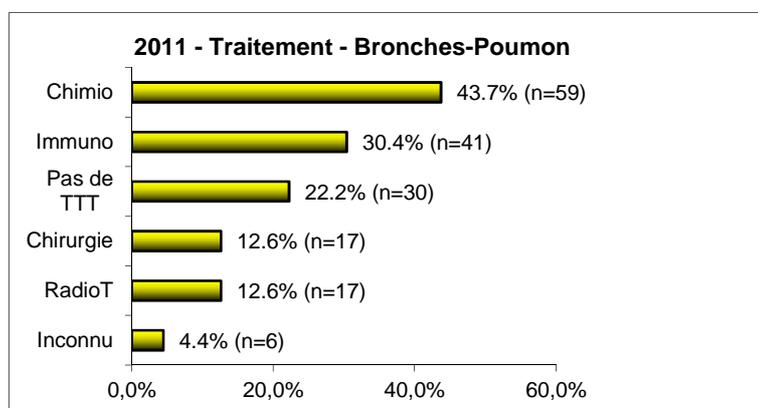
sont : le SNC (22,0%, n=22), les os (22,0%, n=22), le foie (14,0%, n=14) et le poumon controlatéral (11,0%, n=11).

Traitements

Indépendamment des profils histologiques, ces patients ont bénéficié le plus souvent d'une chimiothérapie (43,7 % des cas), d'une immunothérapie (30,4 %), le traitement chirurgical a concerné 16,6 % 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'envahissement 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

	Nb de cas	Fréquence
Chimio	32	23.7%
Pas de TTT	30	22.2%
Immuno	22	16.3%
Chimio+Immuno	13	9.6%
Chirurgie	10	7.4%
Inconnu	6	4.4%
Radio+Chimio	6	4.4%
Immuno+Radio	4	3.0%
Radio	4	3.0%
Chimio+Chir	4	3.0%
Radio+Chimio+Chir	2	1.5%
Radio+Chimio+Immuno	1	0.7%
Chir+Chimio+Immuno	1	0.7%
Total	135	100.0%



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.

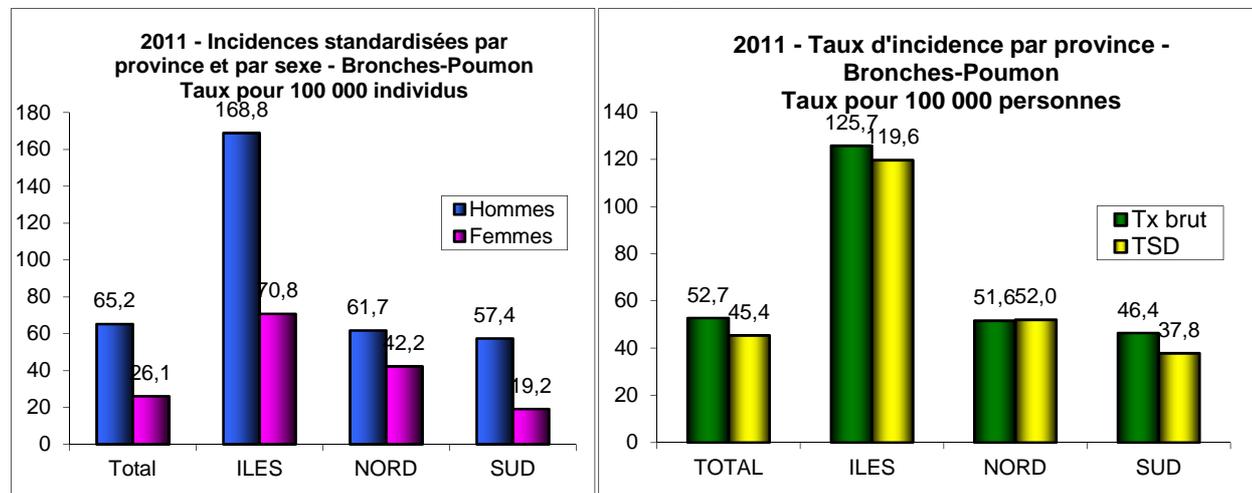


Figure 78 - Cancer des bronches-poumon, incidences selon le sexe et la province

Les comparaisons internationales établies à partir des données de la base de données de l'IARC (Globocan 2012) montrent que l'incidence de ce cancer en 2011 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 plus faible qu'aux Etats-Unis.

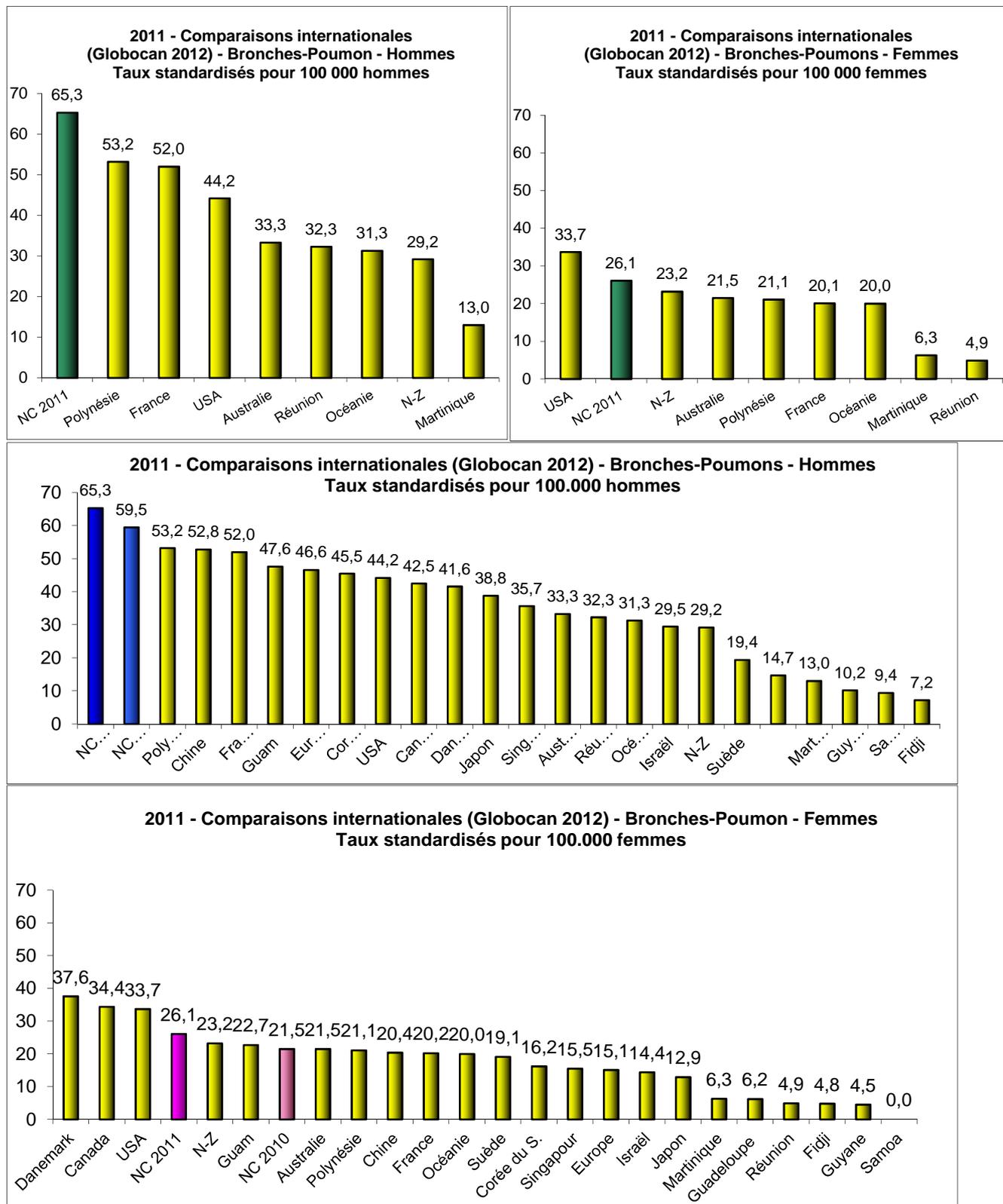


Figure 79 - Cancer des bronches-poumon, comparaisons internationales des incidences selon le sexe

III-4.b Cancer des lèvres, bouche et pharynx (LBP)

Généralités

Avec **22 tumeurs invasives** diagnostiquées (tous sexes confondus) en 2011, cette localisation est placée au 9ème rang exæquo avec les cancers du col de l'utérus. Il se situe au 5ème rang chez les hommes et 30ème chez les femmes (20 ♂ et 2 ♀, soit un sex-ratio égal à 10 hommes pour 1 femme).

Les sites sont répartis plus précisément de la manière suivante :

- 1 tumeur de la lèvre
- 2 tumeurs de la langue
- 1 tumeur du plancher de la bouche
- 3 tumeurs de la bouche (région rétromolaire)
- 2 tumeurs de la glande parotide
- 5 tumeurs de l'amygdale
- 2 tumeurs de l'oropharynx
- 2 tumeurs du rhinopharynx
- 1 tumeur du sinus piriforme
- 2 tumeurs de l'hypopharynx
- 1 tumeur de localisation contiguë LBP

21,7 % (n=5) des patients avaient également une autre tumeur primitive et 50,0 % des patients étaient décédés au 31/12/2013 (11 cas).

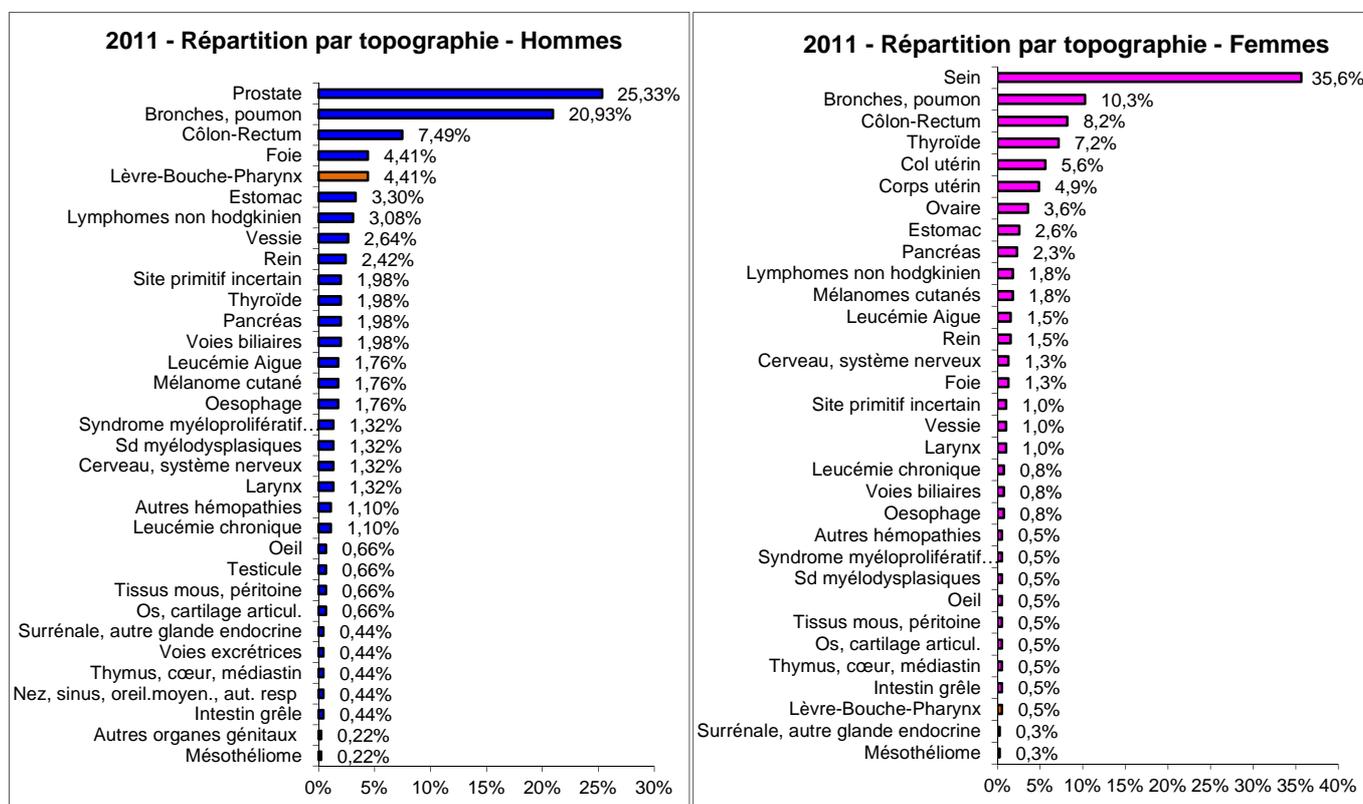


Figure 80 - Répartition des topographies selon le sexe

Age au moment du diagnostic

L'âge moyen est égal à 58,9 ans (médiane à 59,5 ans) : l'âge des patients est compris entre 30 et 84 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.

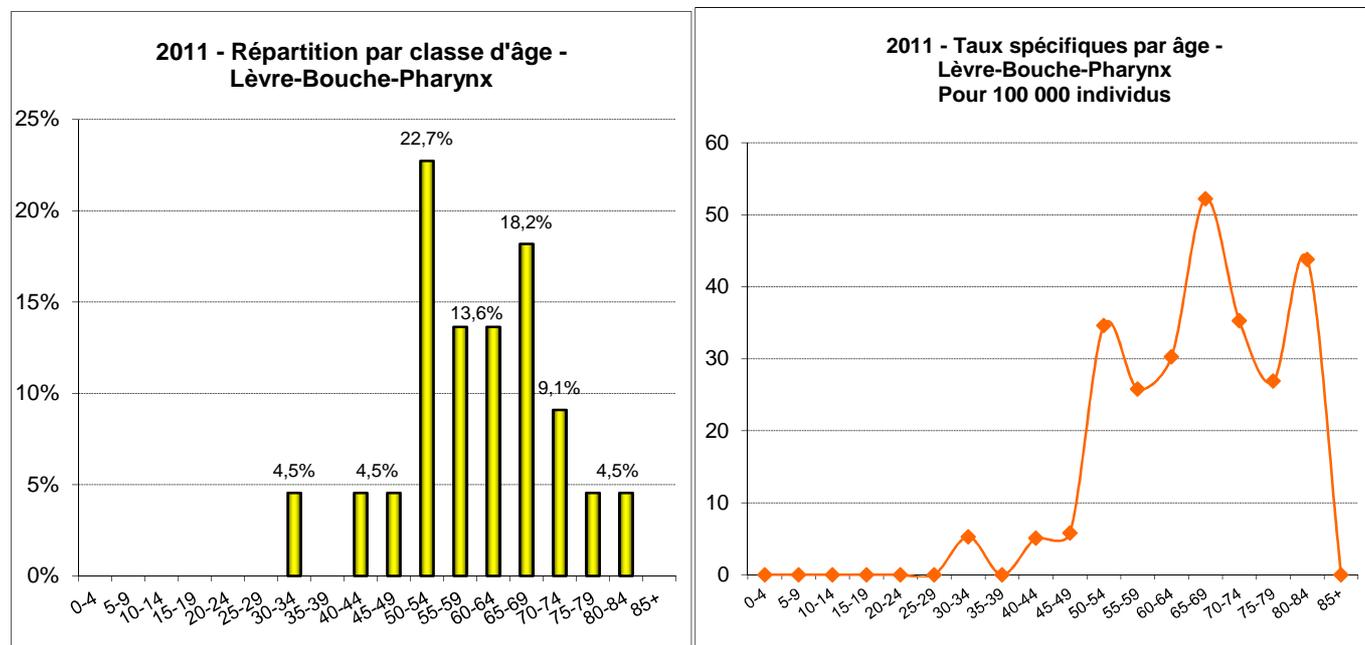


Figure 81 - Cancers LBP : répartition par tranche d'âge et taux spécifiques d'incidence

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

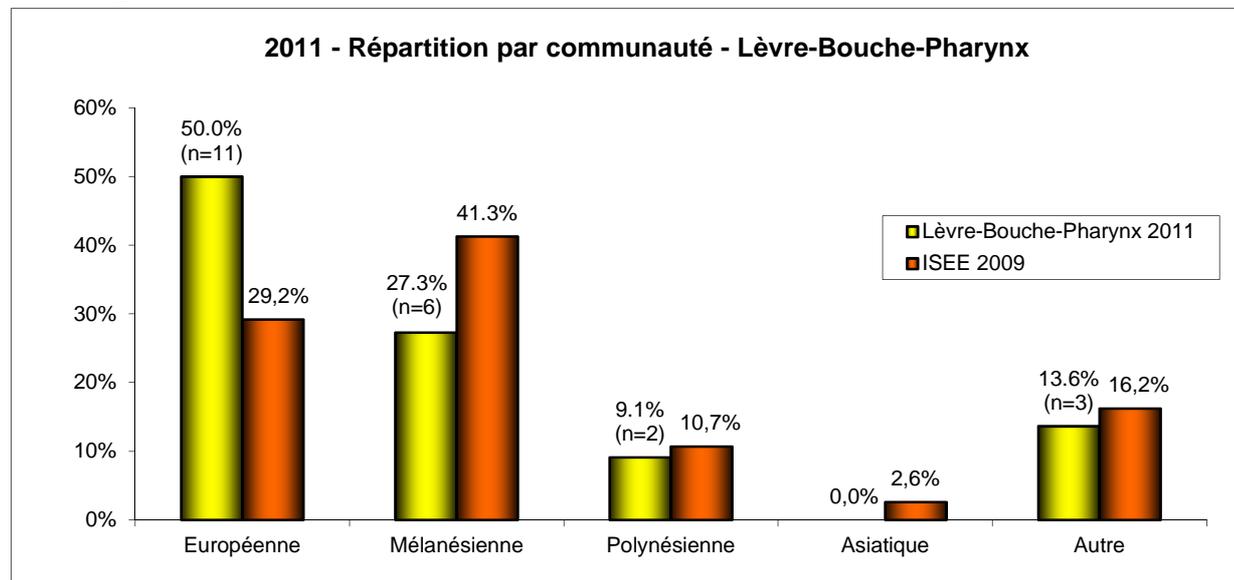


Figure 82 – Cancers LBP, répartition par communauté

Histologie et Stade au diagnostic

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

- 18 Carcinomes épidermoïdes

- 2 Carcinomes SAI
- 2 Carcinomes spécifiques (mucipare, myoépithélial)

Parmi les 21 tumeurs pour lesquelles le grade a été indiqué, il s'agissait le plus souvent d'une tumeur bien différenciée.

En 2011, ces tumeurs ont le plus souvent été diagnostiquées au stade régional avec envahissement ganglionnaire.

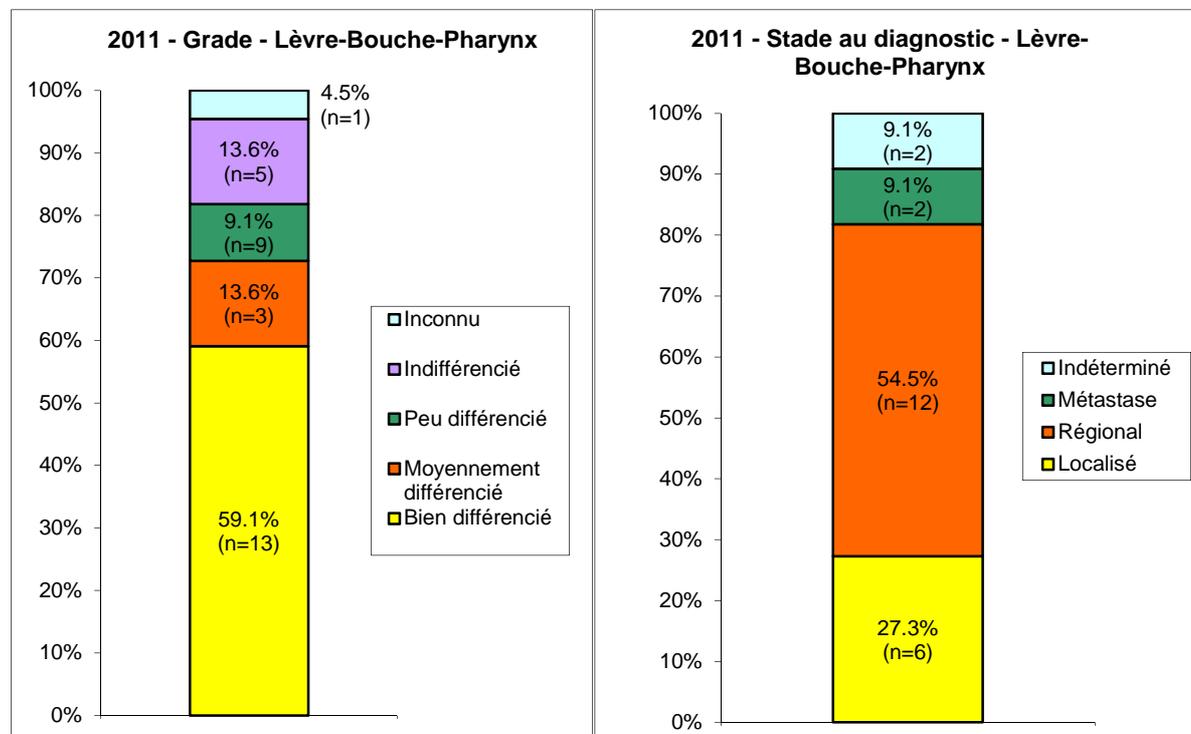


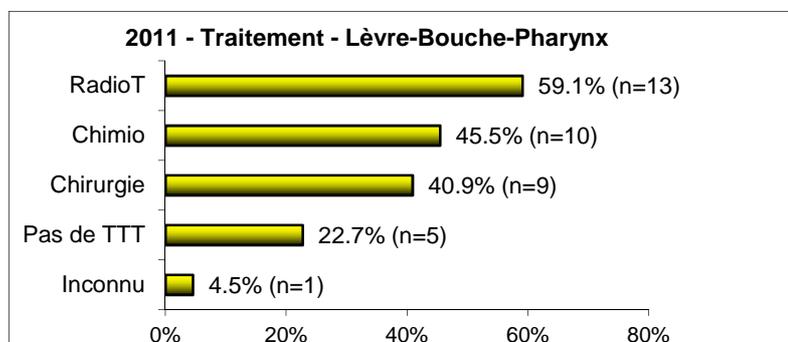
Figure 83 - Cancers LBP, répartition selon le grade et le stade au diagnostic

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

	Nb de cas	Fréquence
Inconnu	1	4.5%
Radio	1	4.5%
Radio+Chir	2	9.1%
Chirurgie	3	13.6%
Radio+Chimio+Chir	4	18.2%
Pas de TTT	5	22.7%
Radio+Chimio	6	27.3%
Total	22	100.0%



Incidences et comparaisons internationales

En 2011, les taux sont plus élevés chez les hommes en province des Iles Loyauté, on trouve des taux plus faibles et comparables pour les provinces Nord et Sud.

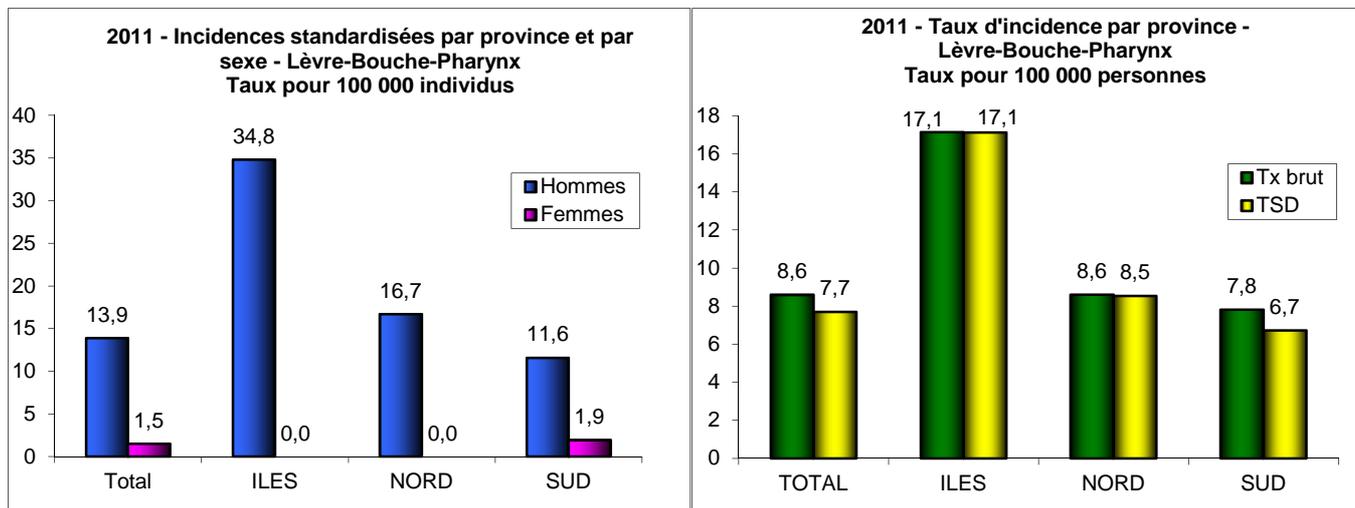
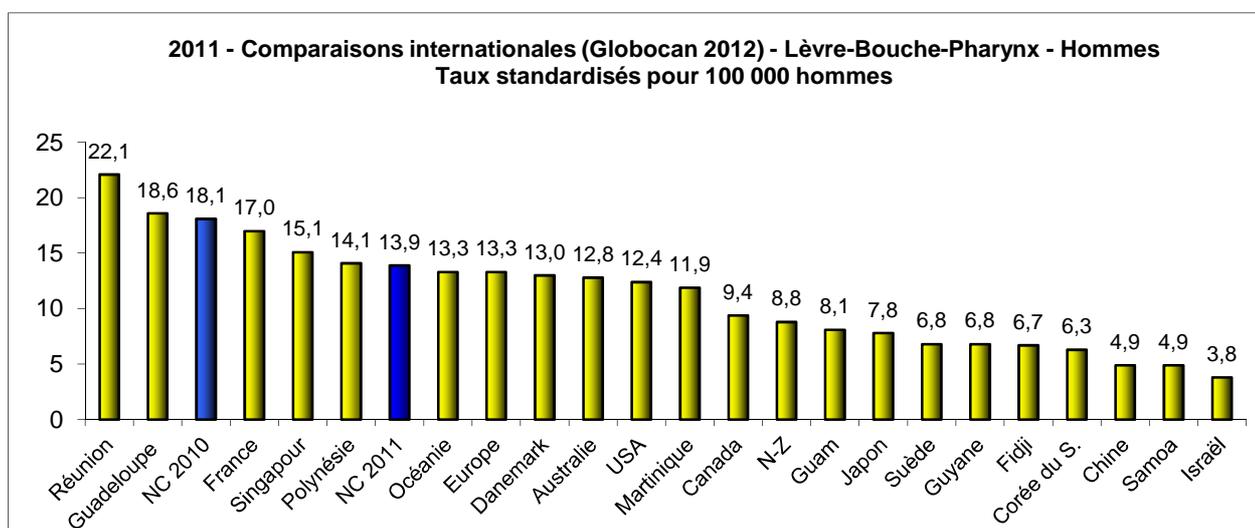
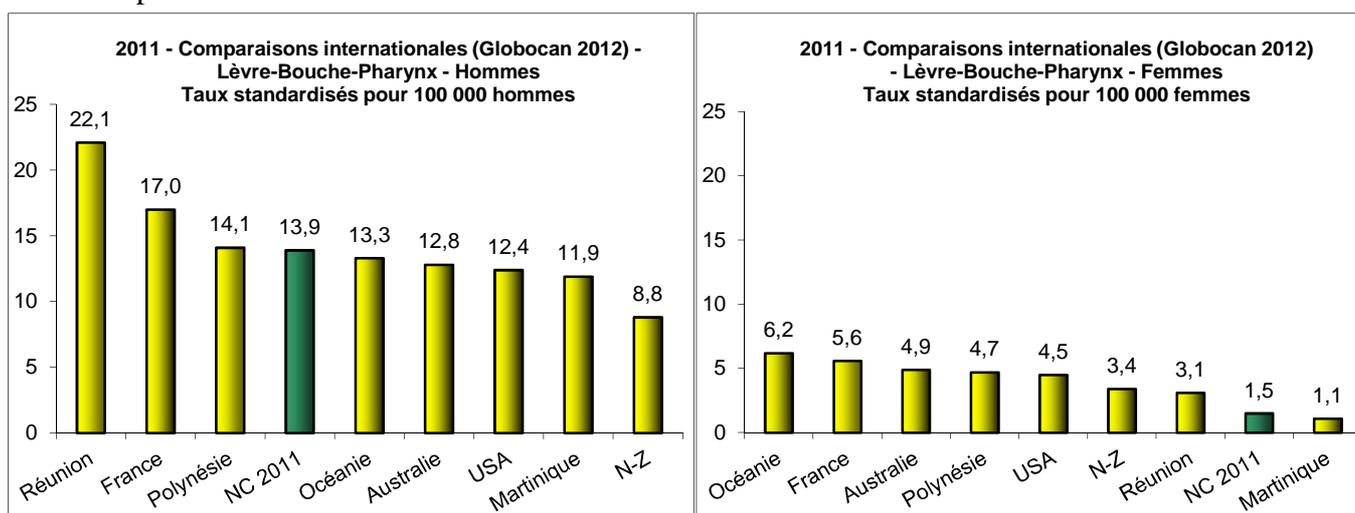


Figure 85 - Cancers LBP, incidences selon le sexe et la province

La comparaison des taux standardisés avec d'autres pays montre chez les hommes un taux nettement plus bas que celui de la Réunion, mais comparable à ceux des autres DOM, et moins élevé que celui de la métropole. Chez les femmes, où les taux sont nettement plus bas, cette valeur est inférieure à la métropole.



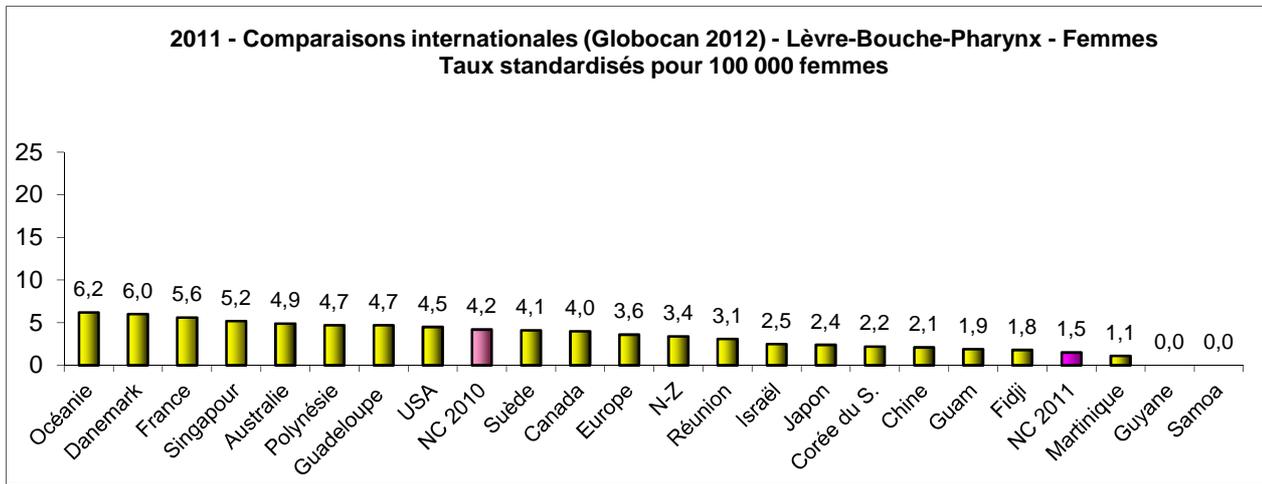


Figure 86 - Cancers LBP, comparaisons internationales des incidences selon le sexe

III-5 Cancer de la thyroïde

Généralités

Tous sexes confondus avec **37 tumeurs invasives** diagnostiquées en 2011 (9 hommes et 28 femmes), soit 26 de moins qu'en 2010 (-6 hommes et -20 femmes), cette tumeur se situe comme de 2008 à 2010 au 5^{ème} rang tous sexes confondus (11^{ème} rang chez les hommes et 4^{ème} chez les femmes au lieu du 2^{ème} rang en 2010) avec un sex-ratio de 32 hommes pour 100 femmes (0,32). Il s'agit donc principalement d'un cancer de la femme en Nouvelle-Calédonie, dont la fréquence est en réelle diminution.

8,1 % des patients étaient décédés au 31/12/2013 (3 cas).

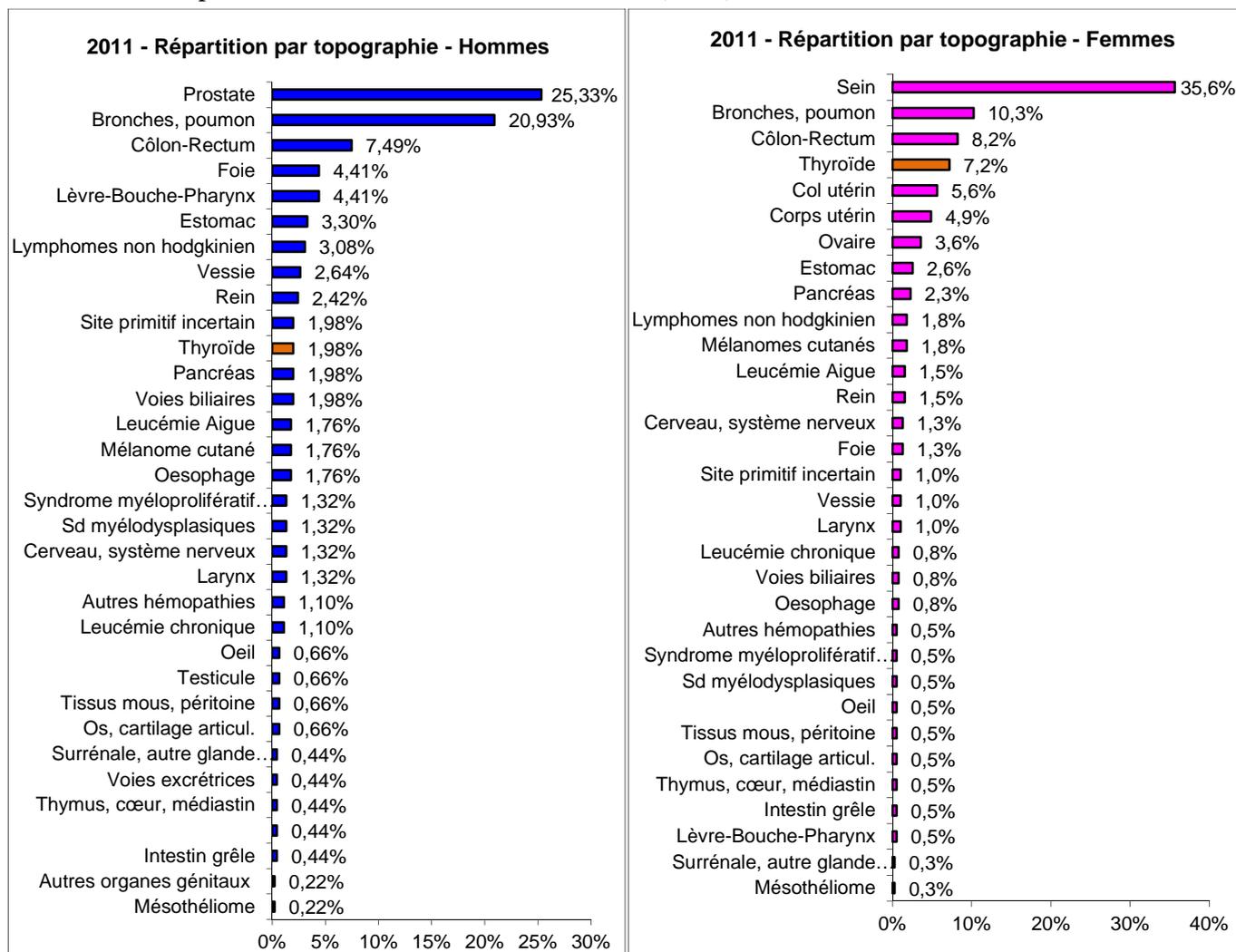


Figure 87 - Répartition des topographies selon le sexe

Age

L'âge moyen du diagnostic est de 53,2 ans (médiane à 52 ans), 54,8 ans pour les hommes et 52,7 ans pour les femmes, avec un pic de fréquence entre 40 et 44 ans. Cette tumeur est diagnostiquée à un âge relativement jeune par rapport à la plupart des autres tumeurs de l'adulte, dès 24 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.

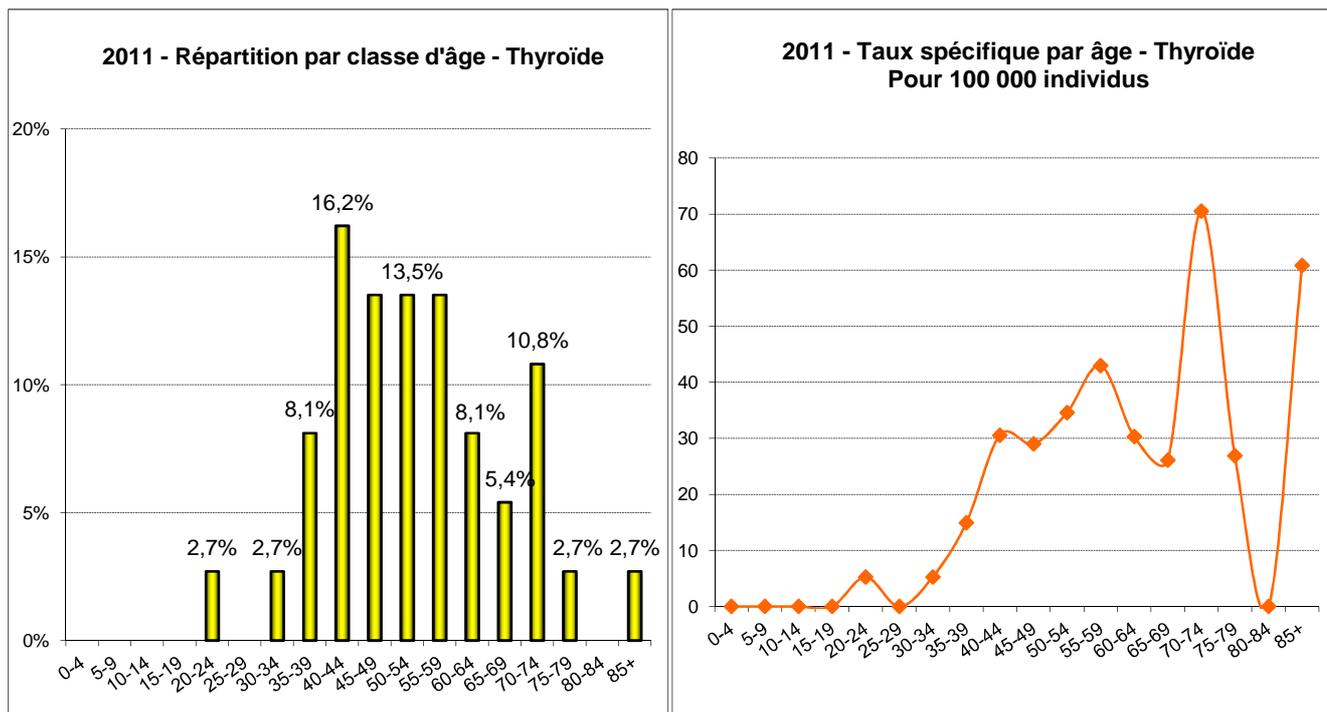


Figure 88 - Cancer de la thyroïde : répartition par tranche d'âge et taux spécifiques d'incidence

Communautés et province

En 2011, l'information concernant la communauté n'a pas été retrouvée pour 43,2% des patients (n = 16 cas), ce qui explique la représentation importante du groupe autres communautés qui comporte à la fois les données manquantes et les autres communautés moins représentées.

Tous sexes confondus, 40,5 % des patients sont issus de la communauté mélanésienne, contre 2,7 % d'européens et 8,1 % de polynésiens. Chez les femmes, 42,9 % sont issues de la communauté mélanésienne, 3,6 % de la communauté européenne, contre respectivement 33,3 % et 0,0 % chez les hommes.

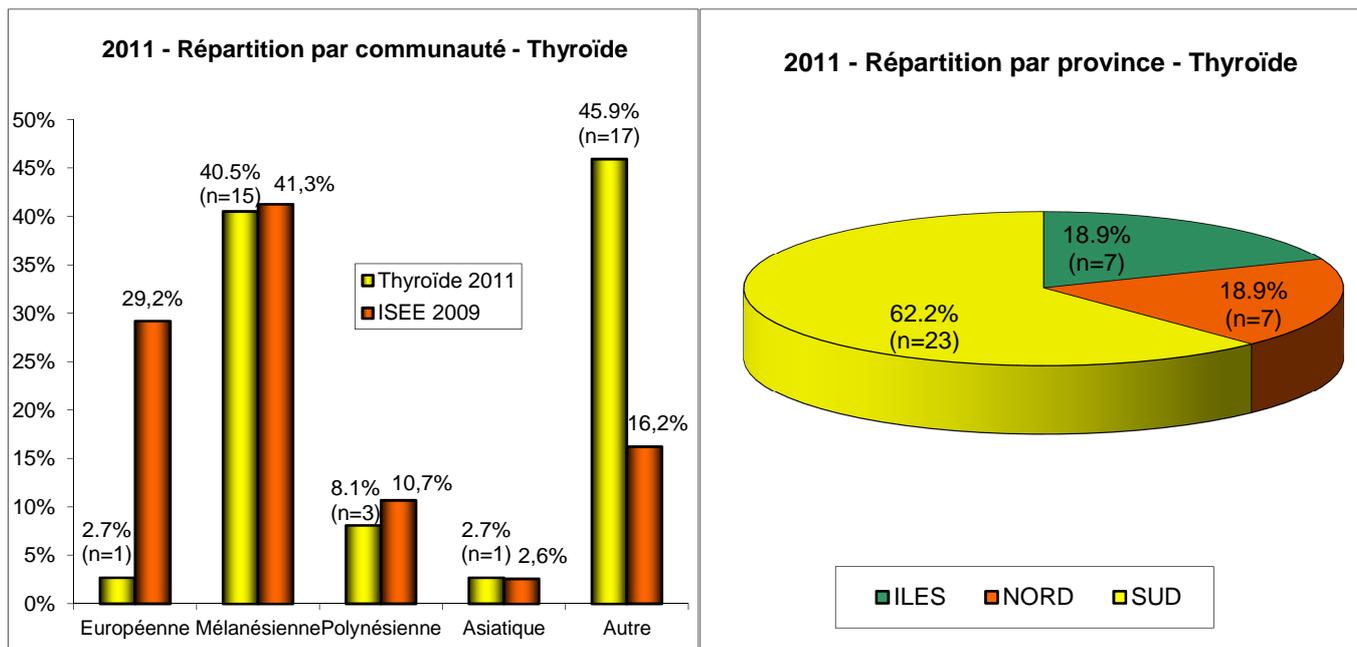


Figure 89 - Cancers de la thyroïde, répartition par communauté et par provinces.

Histologie et stade au diagnostic

36 patients ont bénéficié d'un diagnostic histologique, et 1 d'un diagnostic cytologique, il s'agissait de

- 30 Carcinomes papillaires
- 5 Carcinomes vésiculaires
- 2 Carcinomes SAI

A noter que le grade a pu être renseigné à partir des données indiquées dans les comptes rendus dans 89,2 % 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 41,9 % de cancers de moins de 10 mm. 3 patients ont présenté des métastases (3 pulmonaires, 1 cerveau, 1 envahissement ganglionnaires à distance) au moment du bilan.

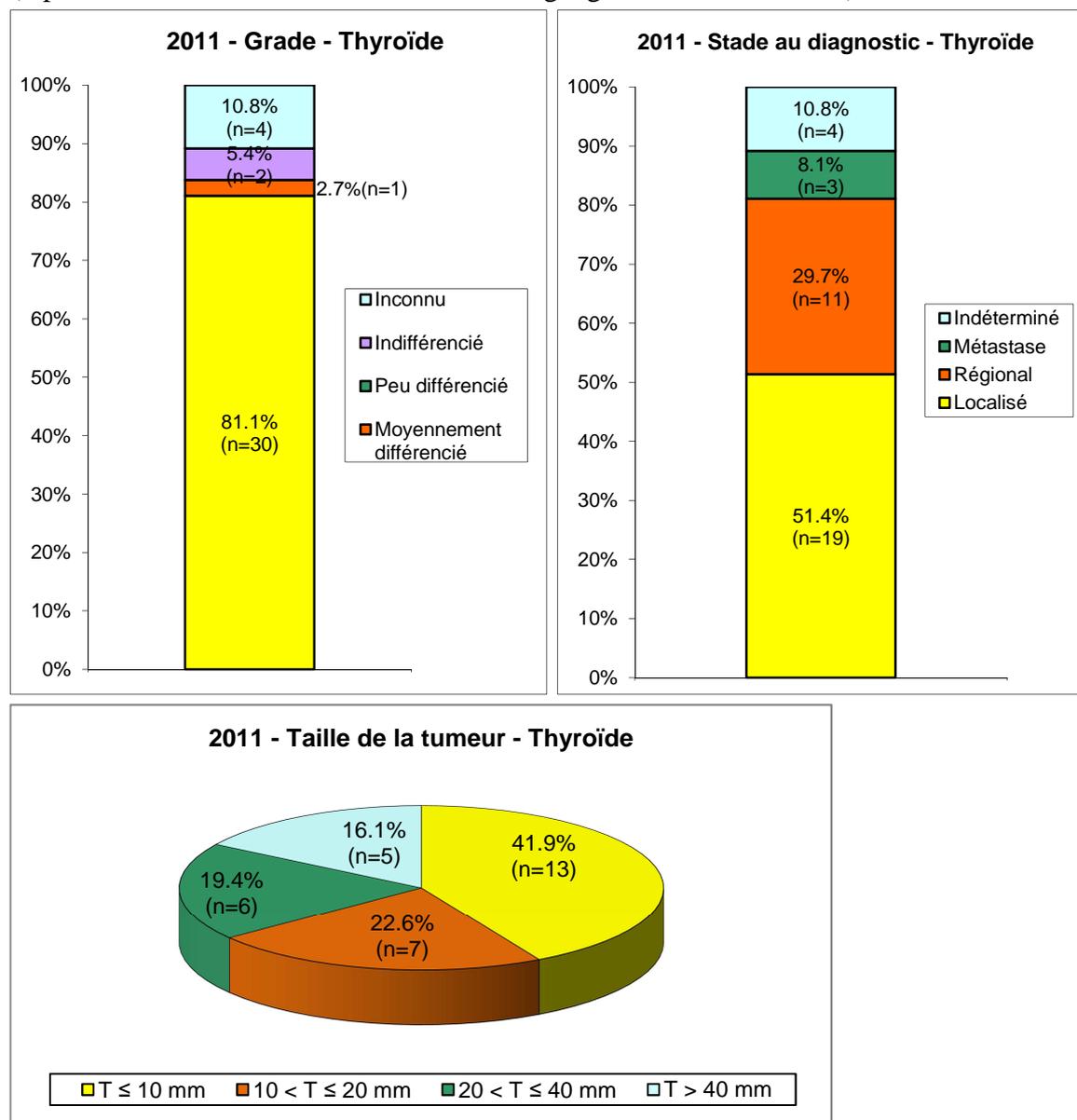


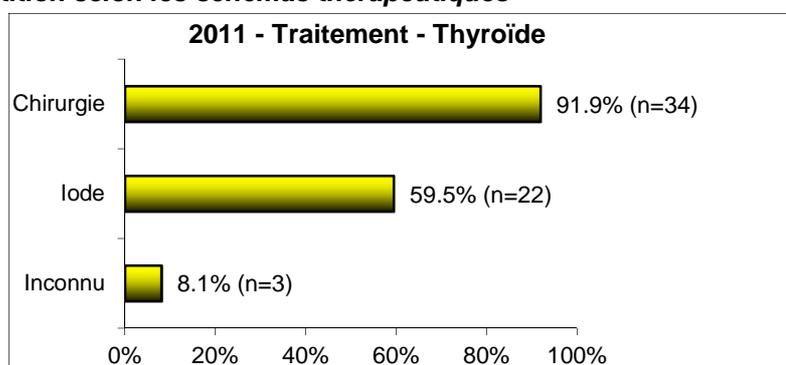
Figure 90 - Cancer de la thyroïde, répartition selon le grade, le stade au diagnostic et la taille de la tumeur

Traitements

Le principal mode thérapeutique a été la chirurgie dans presque 92% des cas, puis le traitement par l'iode dans 59 % 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

	Nb de cas	Fréquence
Inconnu	3	8.1%
Chirurgie	12	32.4%
Chir + Iode	22	59.5%
Total	37	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 raison de cette incidence particulièrement élevée chez les femmes des Iles.

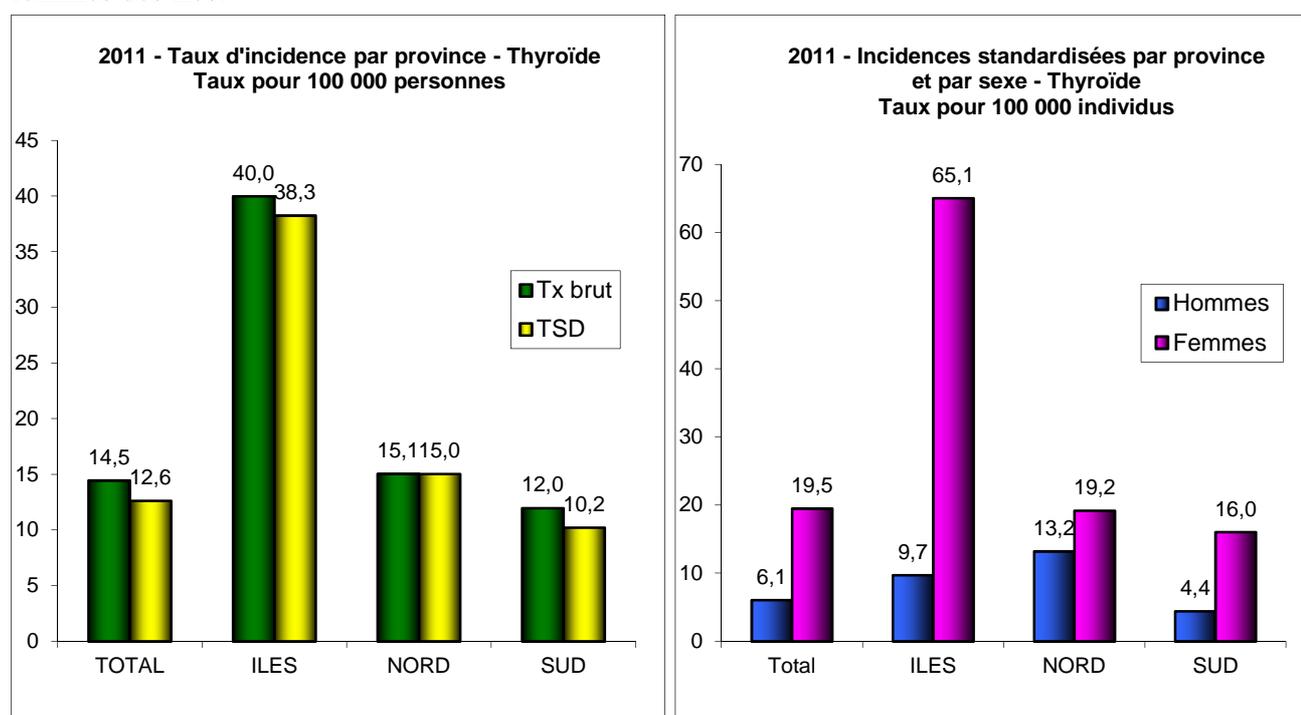


Figure 92 - Cancer de la thyroïde, incidences selon le sexe et la province

Chez l'homme, le taux d'incidence est relativement bas et avec une valeur un peu plus élevée que celle de la métropole. Chez les femmes, la Nouvelle-Calédonie fait partie des pays où l'incidence reste la plus élevée, juste derrière celle de la Polynésie française et des USA.

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.

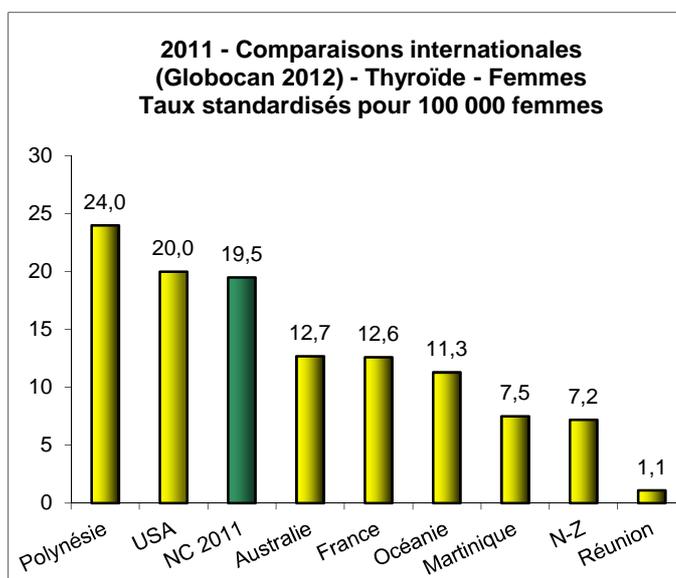
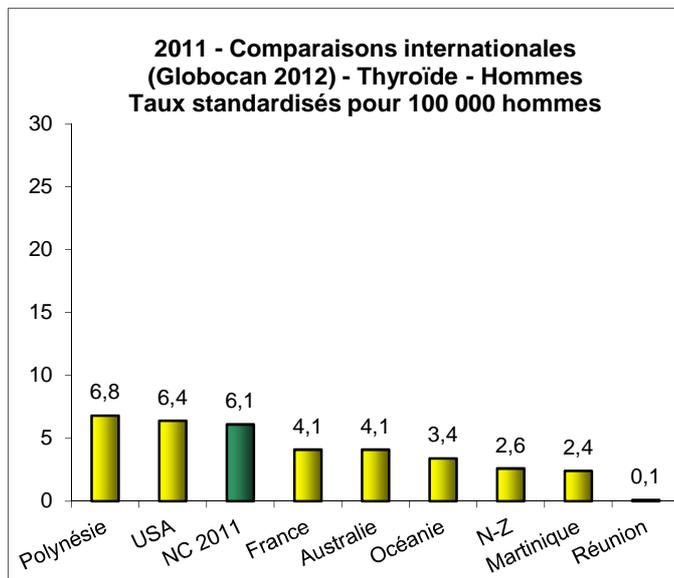
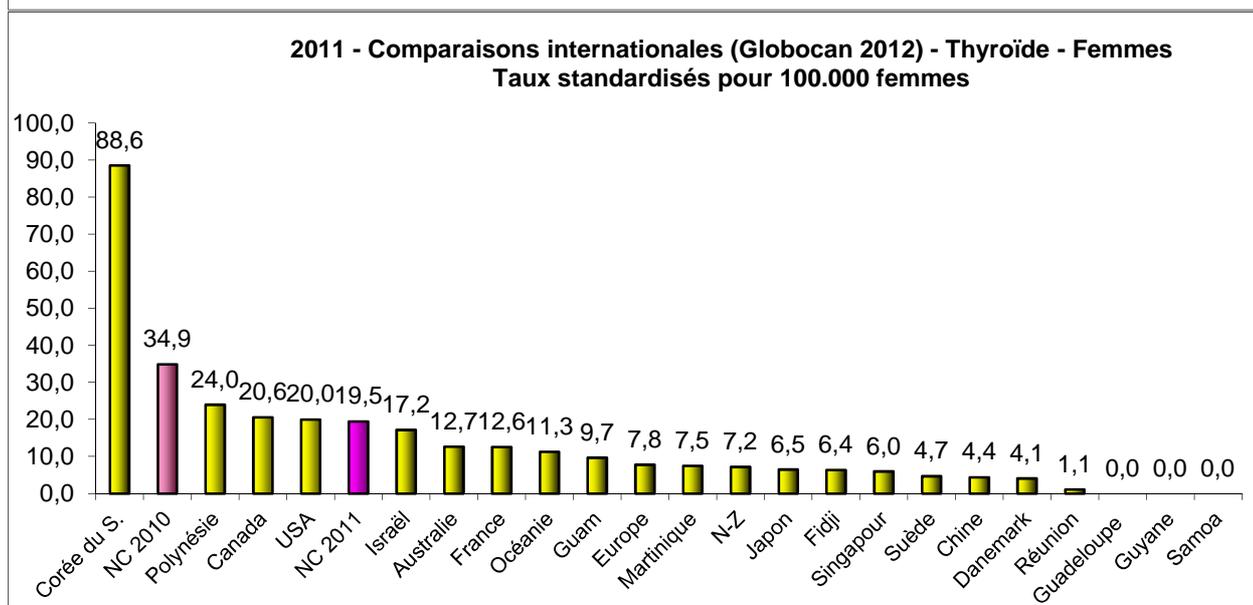
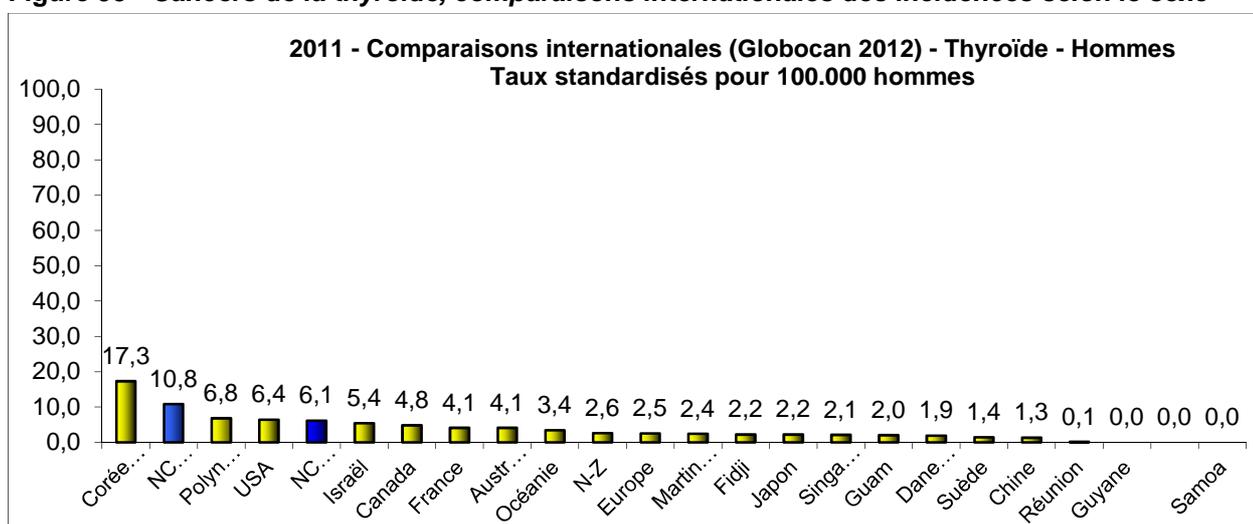
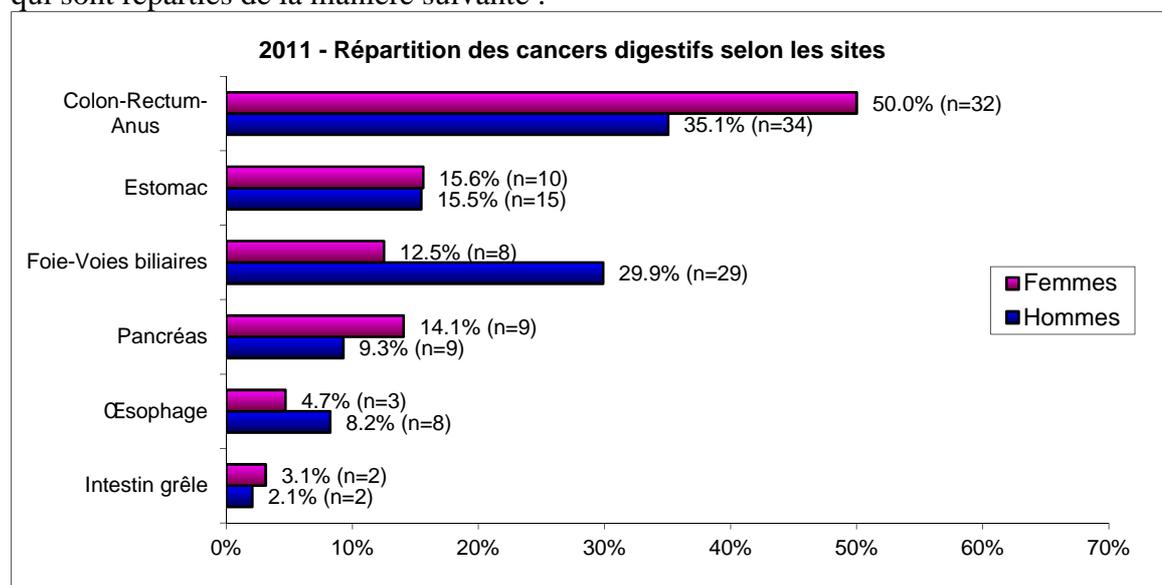


Figure 93 - Cancers de la thyroïde, comparaisons internationales des incidences selon le sexe



III-6 Appareil digestif

On enregistre pour cet appareil 161 tumeurs en 2011, dont 97 chez les hommes et 64 chez les femmes et qui sont réparties de la manière suivante :



Comme observé en 2010, on retrouve une fréquence plus importante des cancers du colon-rectum-anus pour les deux sexes. En 2011, on note également la place importante des cancers du foie et des voies biliaires chez les hommes.

III-6.a Cancer du colon-rectum-anus

Généralités

Parmi les tumeurs de l'appareil digestif, cette localisation est la plus fréquente dans ce groupe avec **66 nouveaux cas** diagnostiqués en 2011 (soit 7 de moins qu'en 2010) et se situe au 4ème rang tous sexes confondus. Chez l'homme, avec 34 nouvelles tumeurs, ce site arrive en 3ème position, et chez la femme avec 32 tumeurs invasives, il est classé également en 3ème position. On observe une majorité d'hommes avec un sex ratio égal à 1,1 homme pour 1 femme.

7,6 % des patients avaient déjà eu une autre tumeur primitive (5 cas) et 34,8 % des patients étaient décédés au 31/12/2013 (23 cas).

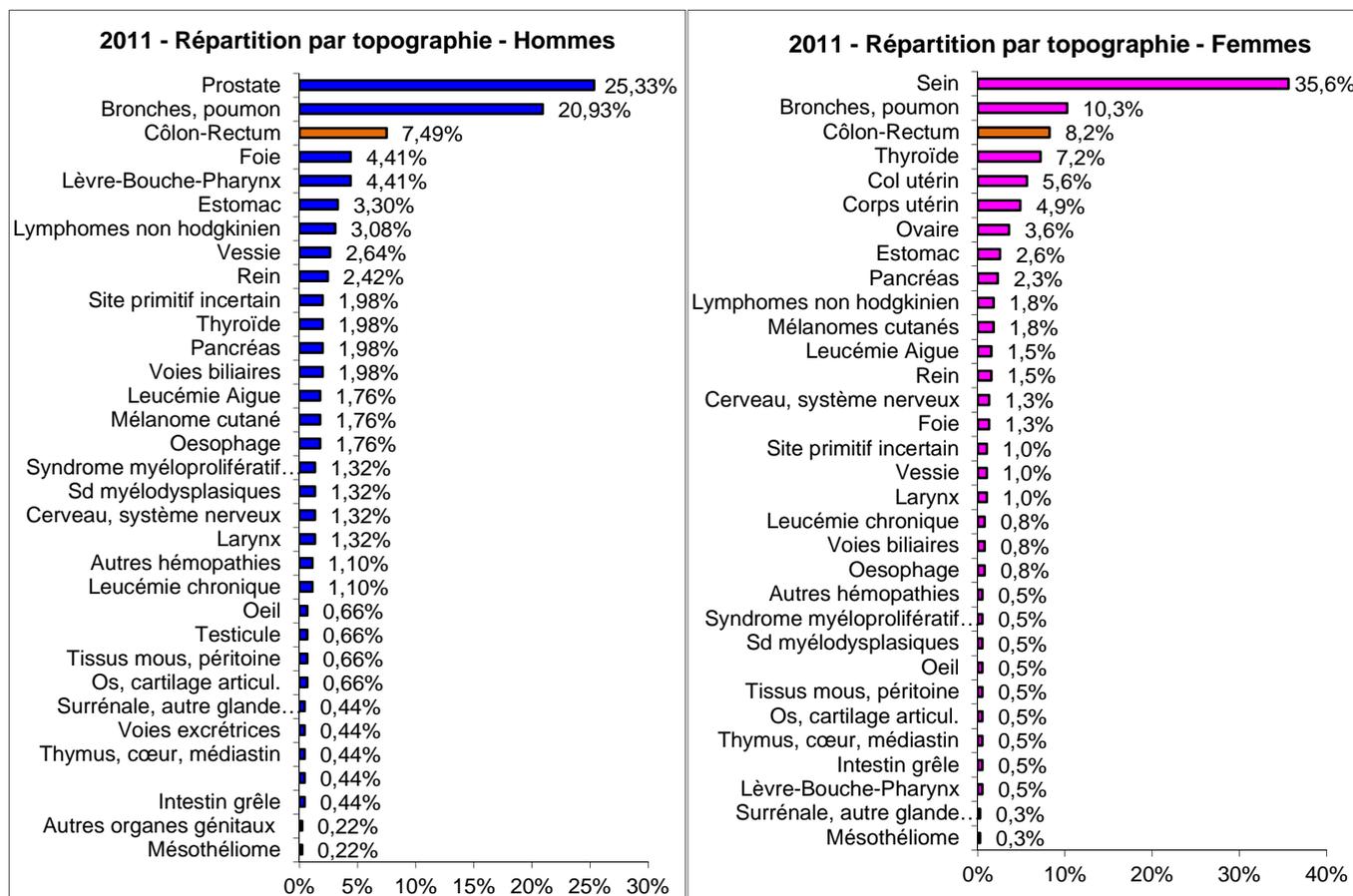
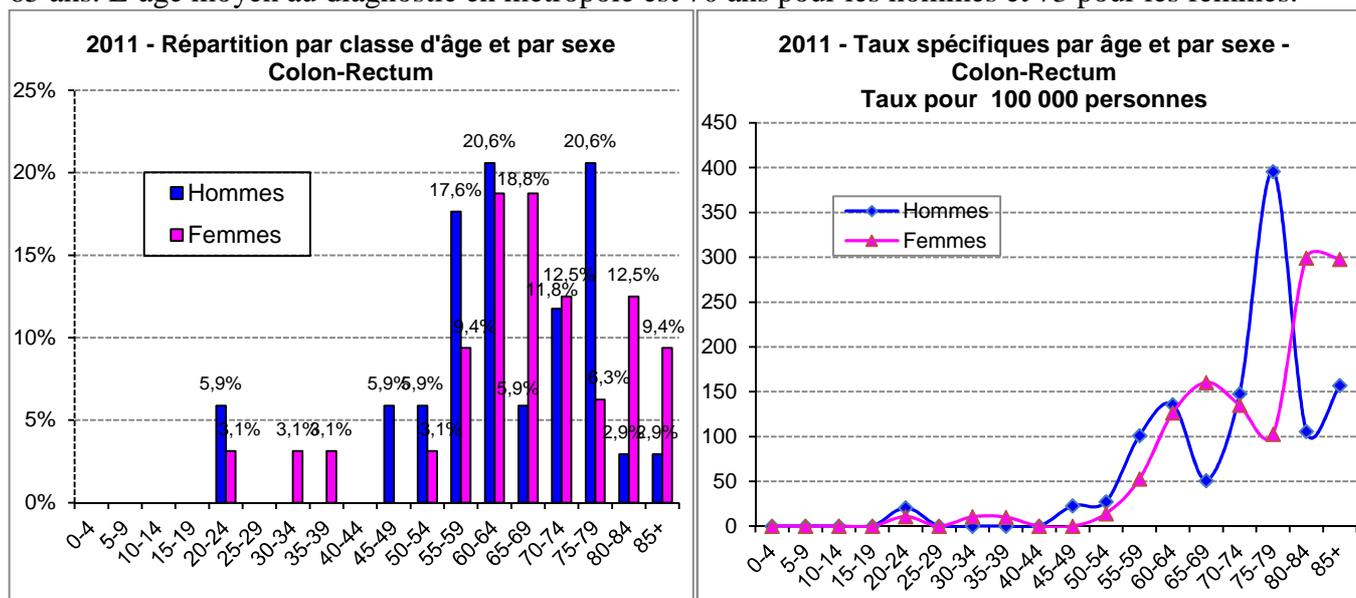


Figure 94 - Répartition des topographies selon le sexe
Age

L'âge au diagnostic est compris entre 21 et 92 ans, avec un âge moyen égal à 64,5 ans (médiane à 65,5 ans) : 62,9 ans pour les hommes et 66,3 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 60 ans chez les hommes et, chez les femmes, un premier pic plus tardif à 65 ans. L'âge moyen au diagnostic en métropole est 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

Cette information, bien renseignée en 2011, montre une surreprésentation de la communauté européenne, aussi bien chez les hommes que chez les femmes.

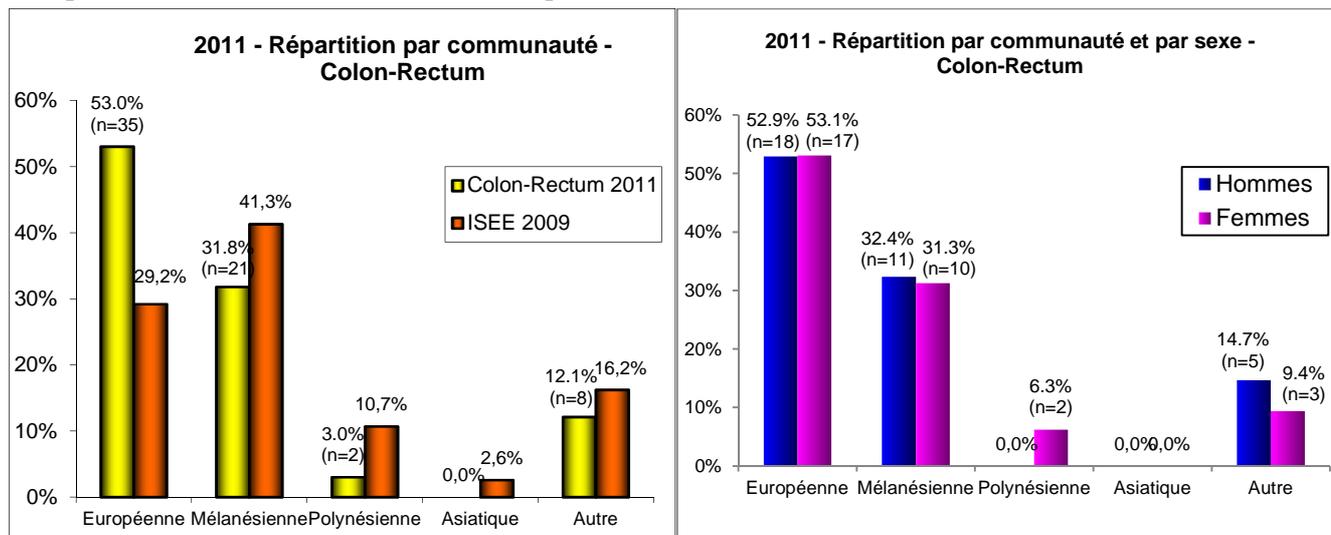


Figure 96 – Cancers colon-rectum-anus, répartition par communauté selon le sexe

Histologie et stade au diagnostic

Ces 66 tumeurs comprenaient 48 tumeurs du colon, 5 de la jonction recto-sigmoïdienne, 10 du rectum et 3 de l'anus.

Le diagnostic a été porté pour 3 patients à partir de l'imagerie sans histologie (radiologie). 63 patients ont bénéficié d'un diagnostic histologique (61 pour la tumeur primitive et 2 pour la métastase) qui retrouvait :

- 59 Adénocarcinomes
- 4 Carcinomes spécifiques (1 à petites cellules, 3 épidermoïdes)

Dans plus de 60% 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 (57,5 % des cas). Les métastases se situent le plus fréquemment au niveau du foie (47,6 %, n=10), du poumon (23,8 %, n=5) et du péritoine (23,8%, n=5).

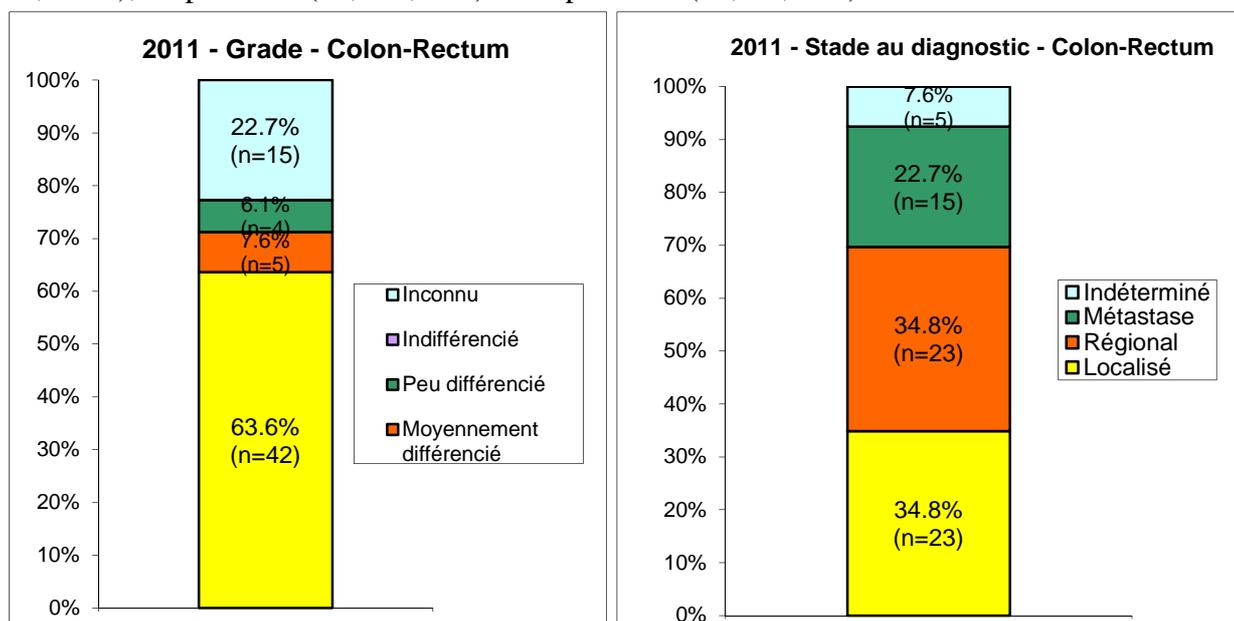


Figure 97 - Cancers colon-rectum-anus, répartition selon le grade et le stade au diagnostic

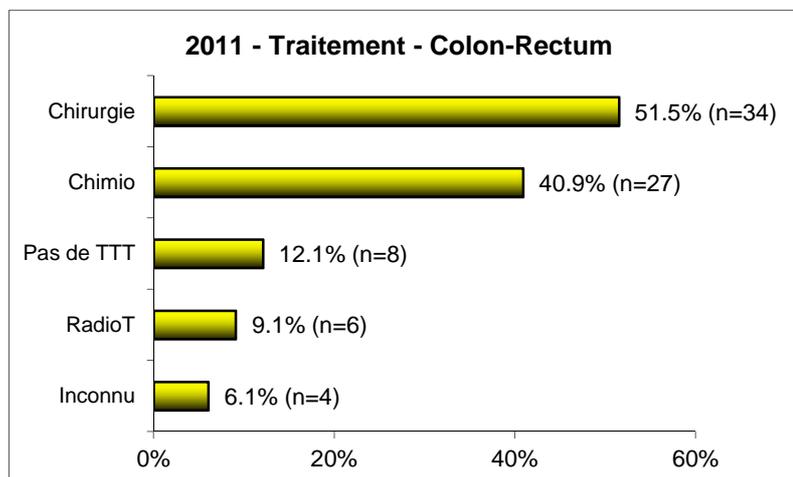
Ces tumeurs sont le plus souvent découvertes suite à l'apparition de symptômes (89,2%). La tumeur a été diagnostiquée suite à un dépistage pour deux patients, pour cinq patients, il s'agissait d'une découverte fortuite.

Traitements

Plus de 5 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 9 % des cas.

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

	Nb de cas	Fréquence
Chirurgie	26	39.4%
Chimio + Chir	13	19.7%
Chimiothérapie	9	13.6%
Pas de TTT	8	12.1%
Inconnu	4	6.1%
Radio + Chimio + Chir	4	6.1%
Radio + Chimio	1	1.5%
Radio + Chir	1	1.5%
Total	66	100.0%



Incidences et comparaisons internationales

En 2011, on observe les taux les plus élevés dans la province Nord avec une incidence plus élevée chez les hommes.

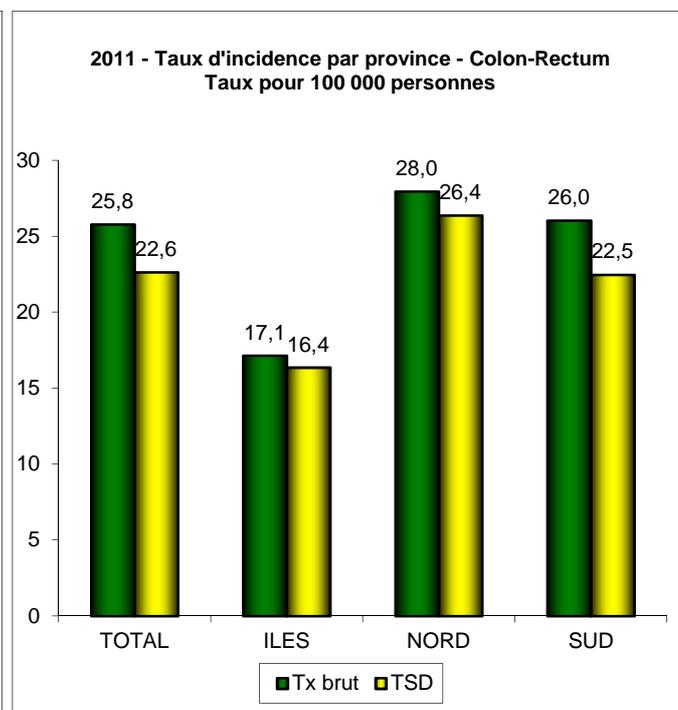
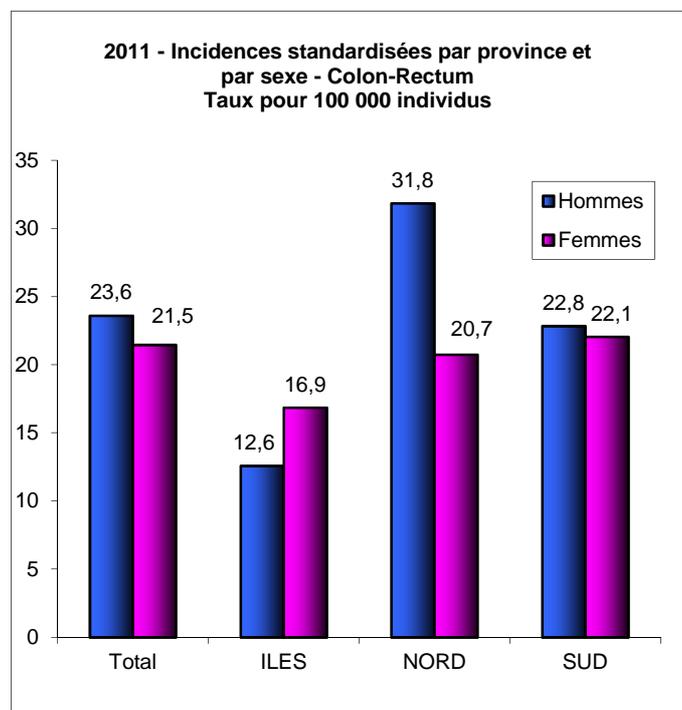


Figure 99 - Cancers colon-rectum-anus, incidences selon le sexe et la province

Lorsque l'on compare ces incidences aux données internationales (Globocan 2012), on constate chez les hommes et chez les femmes, une incidence nettement plus basse qu'en métropole, Australie et Nouvelle-Zélande.

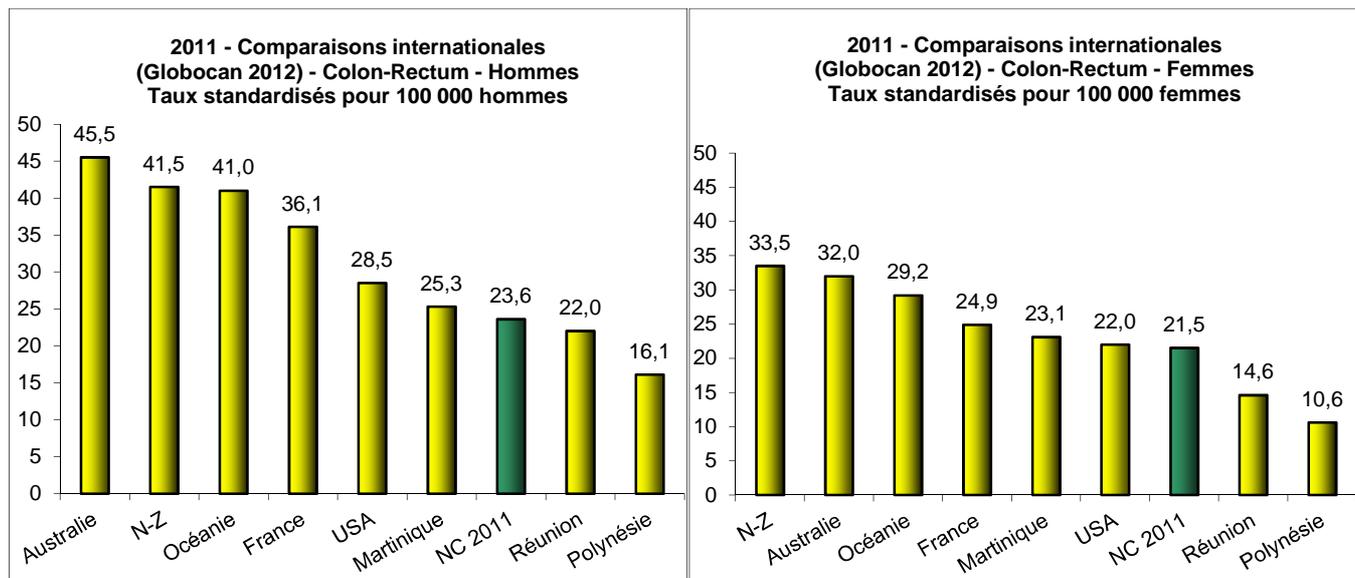
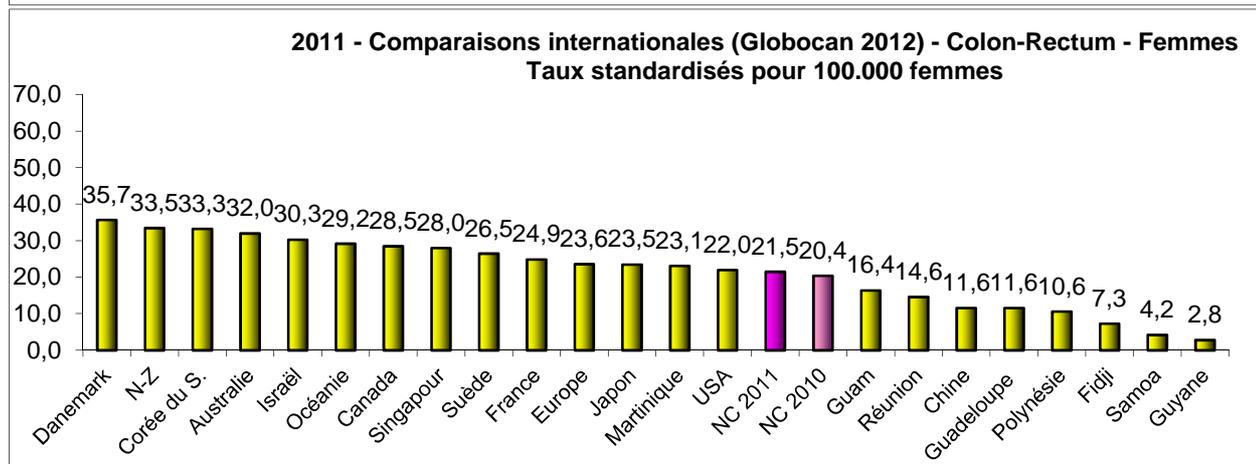
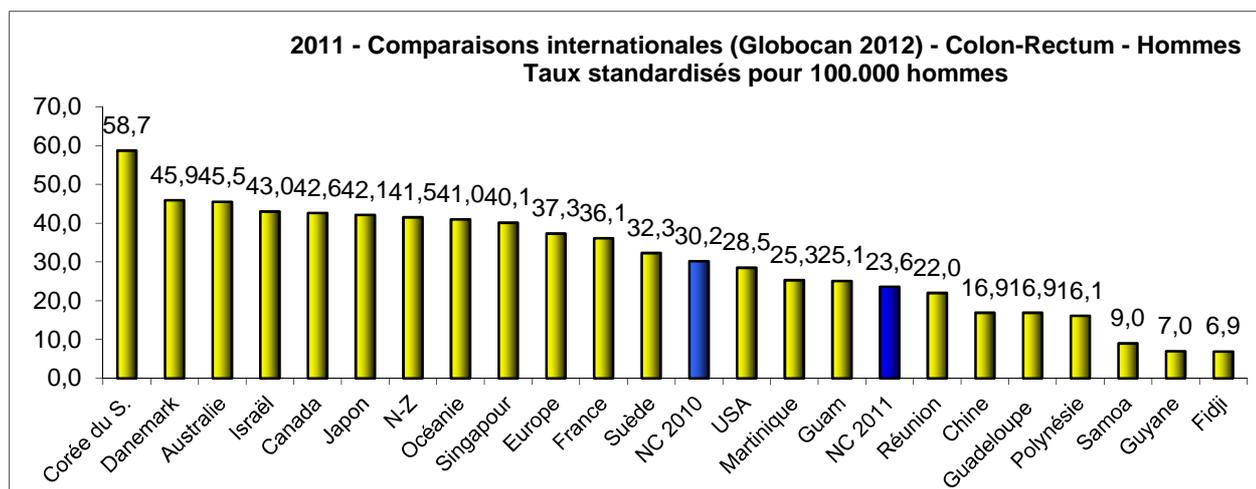


Figure 100 - Cancers colon-rectum, comparaisons internationales des incidences selon le sexe



III-6.b Cancer de l'œsophage

Généralités

Avec **11 tumeurs invasives** diagnostiquées en 2011 (soit 2 fois plus qu'en 2010), ce cancer se situe en 21ème position (16ème rang chez les hommes avec 8 patients, 21ème rang chez les femmes avec 3 patients).

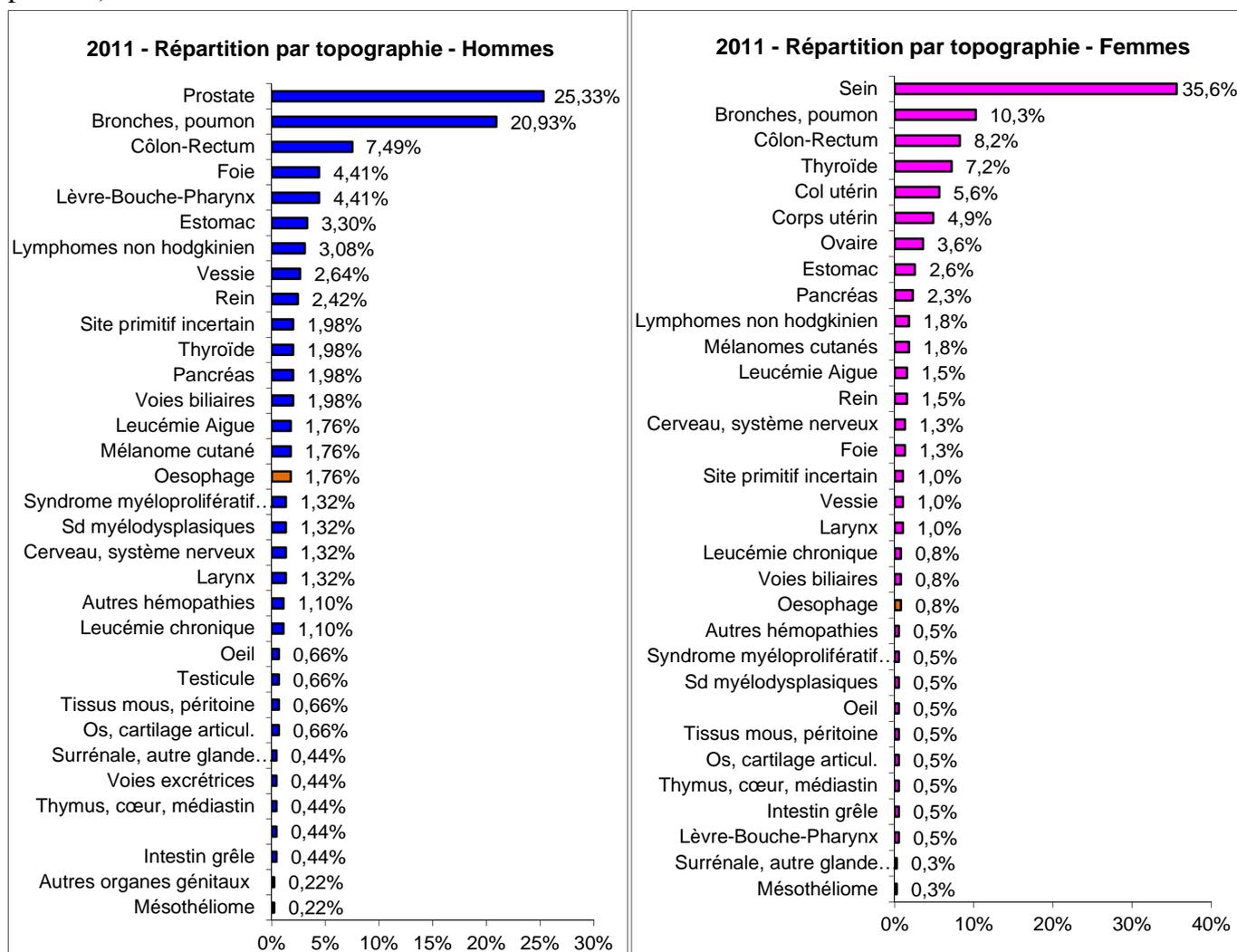


Figure 101 - Répartition des topographies selon le sexe

Trois patients étaient déjà connus du registre (27,2%) et avaient un antécédent de cancer primitif au moment du diagnostic et 100 % des patients étaient décédés au 31/12/2013.

Age

L'âge au diagnostic est compris entre 56 et 87 ans, avec un âge moyen égal à 64,6 ans (médiane à 61 ans), 62,8 ans chez les hommes et 69,7 ans chez les femmes. Tous les cas ont été diagnostiqués après 55 ans. En métropole, l'âge moyen se situe autour de 60 ans.

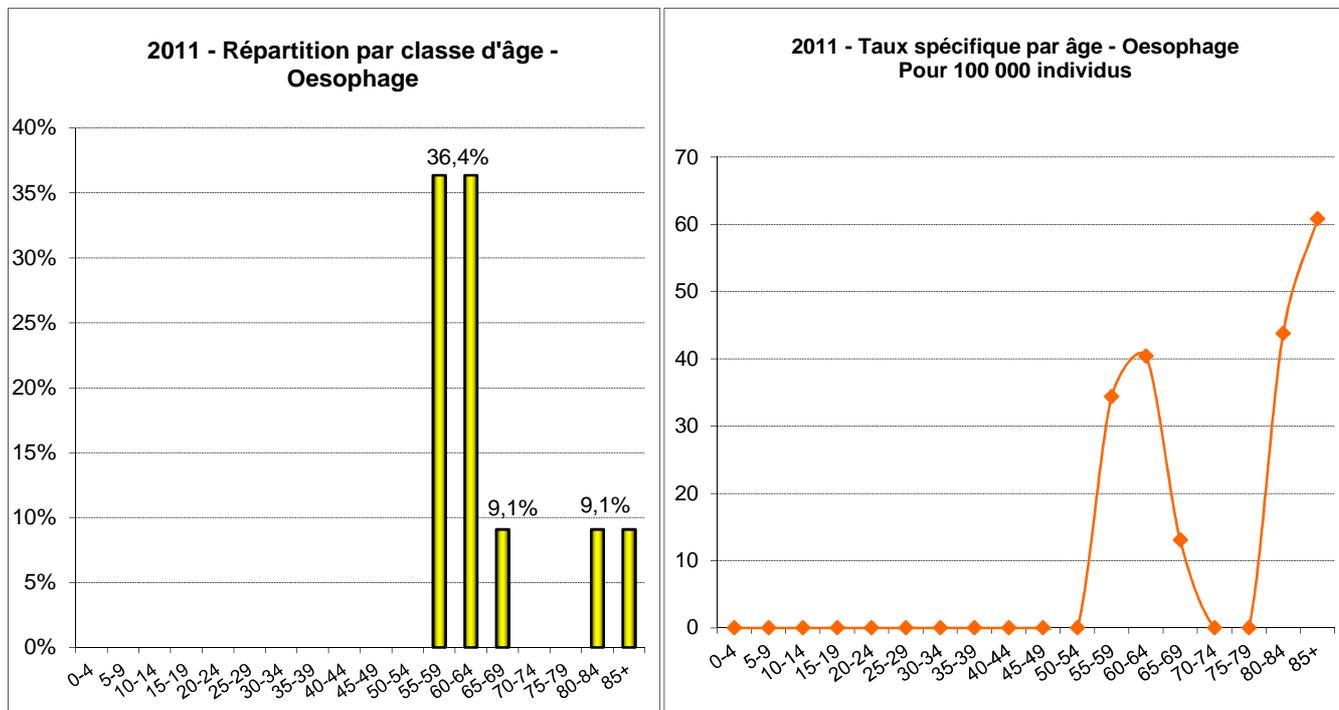


Figure 103 - Cancer de l'œsophage : répartition par tranche d'âge et taux spécifiques d'incidence

Communautés

Même si ce cancer est peu fréquent, en 2011, on observe une fréquence un peu plus élevée de la communauté mélanésienne par rapport aux autres communautés.

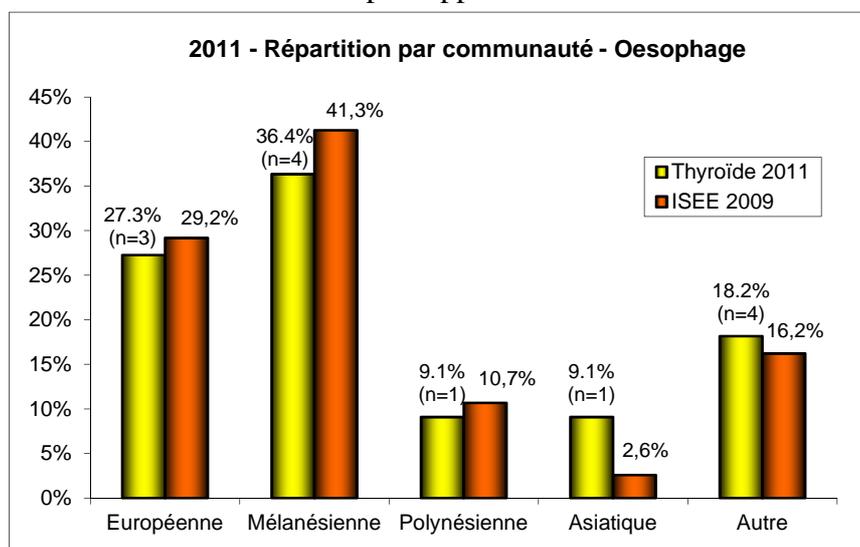


Figure 104 - Cancer de l'œsophage, répartition par communauté

Histologie et stade au diagnostic

Tous les patients ont eu un diagnostic histologique de 8 carcinomes épidermoïdes et 3 autres carcinomes spécifiques et 72,7 % des tumeurs étaient bien différenciées.

Ces tumeurs ont été le plus souvent diagnostiquées à un stade avancé (régional ou métastatique) ; 2 cas avec métastase pulmonaire et trois autres au niveau ganglionnaire.

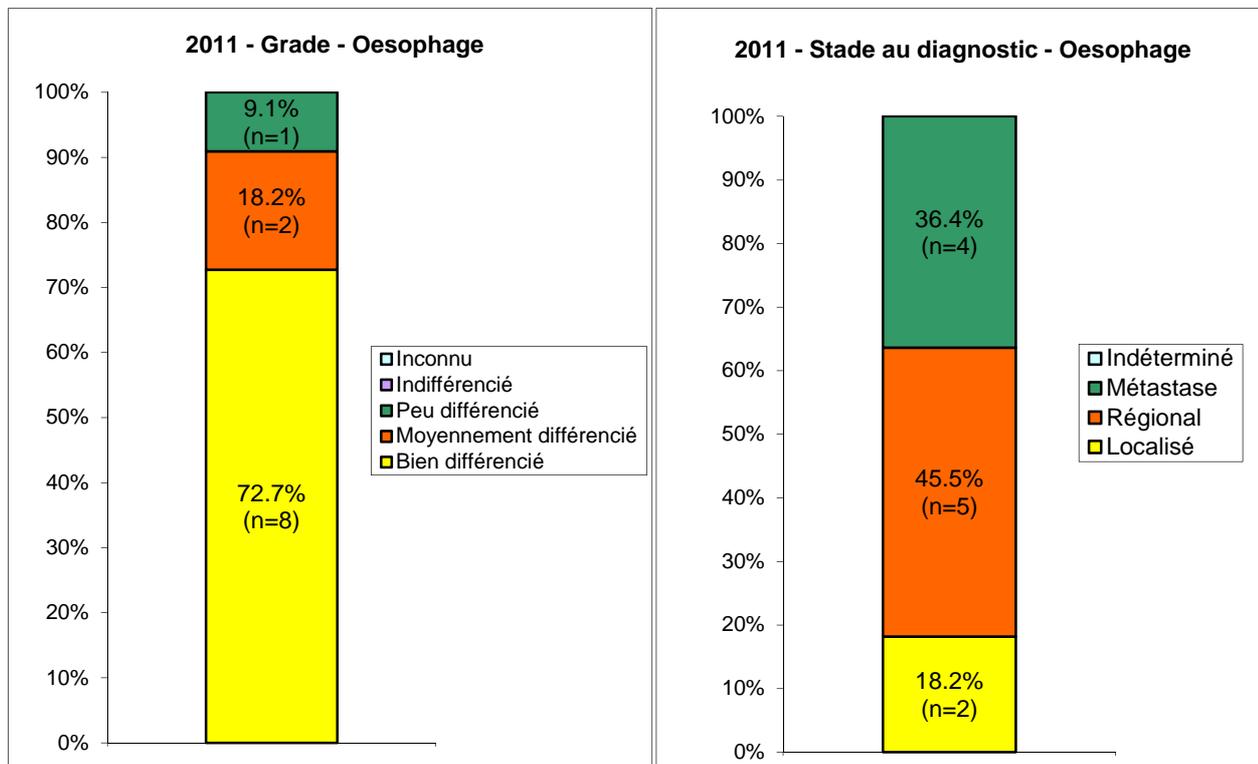


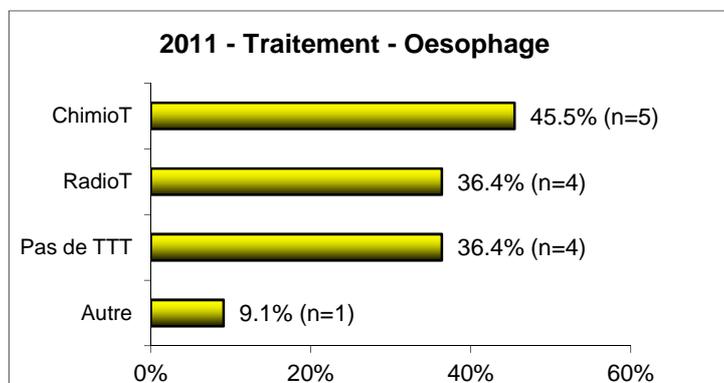
Figure 105 - Cancer de l'oesophage, répartition selon le grade et le stade au diagnostic

Traitements

La combinaison thérapeutique la plus souvent entreprise a été la chimiothérapie + radiothérapie. Aucun de ces 11 patients n'a bénéficié d'un traitement chirurgical.

Tableau 19 et Figure 106 - Cancer de l'oesophage, répartition selon les schémas thérapeutiques

	Nb de cas	Fréquence
Pas de TTT	4	36.4%
Radio + Chimio	3	27.3%
Chimiothérapie	2	18.2%
Radiothérapie	1	9.1%
Autre	1	9.1%
Total	11	100.0%



Incidences et comparaisons internationales

En 2011, l'incidence est plus élevée dans les Iles Loyauté et ne concerne que des hommes. Les 3 femmes ayant présenté cette tumeur résident toutes en province Sud.

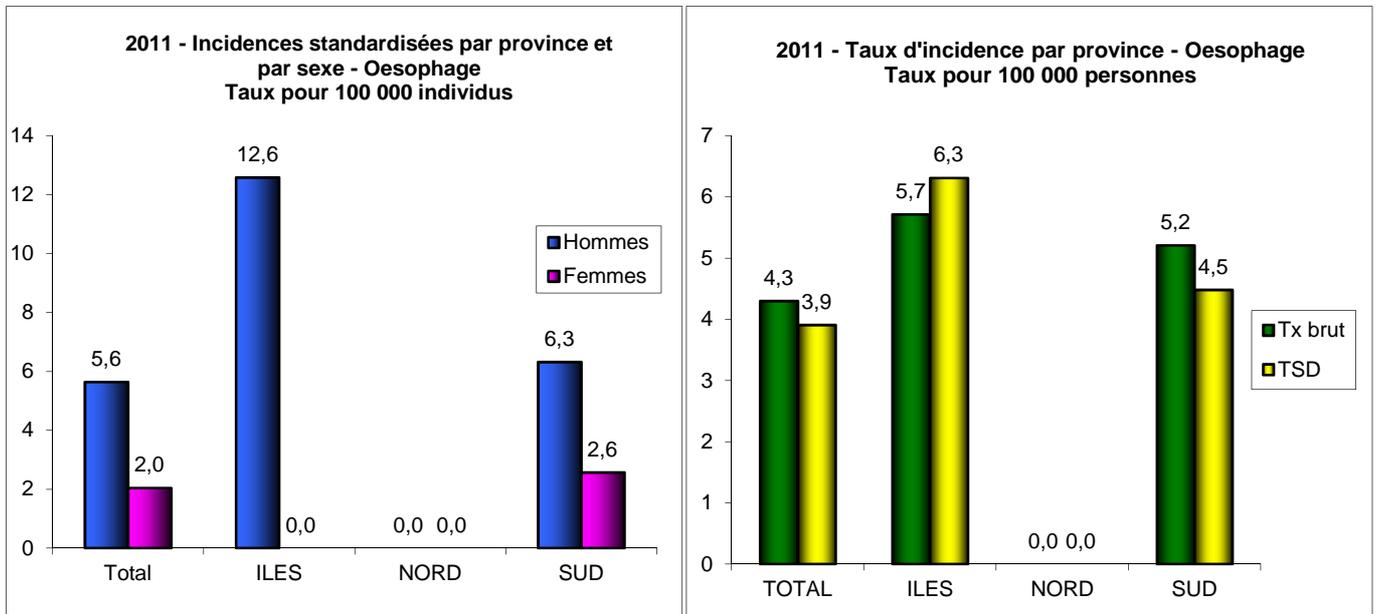
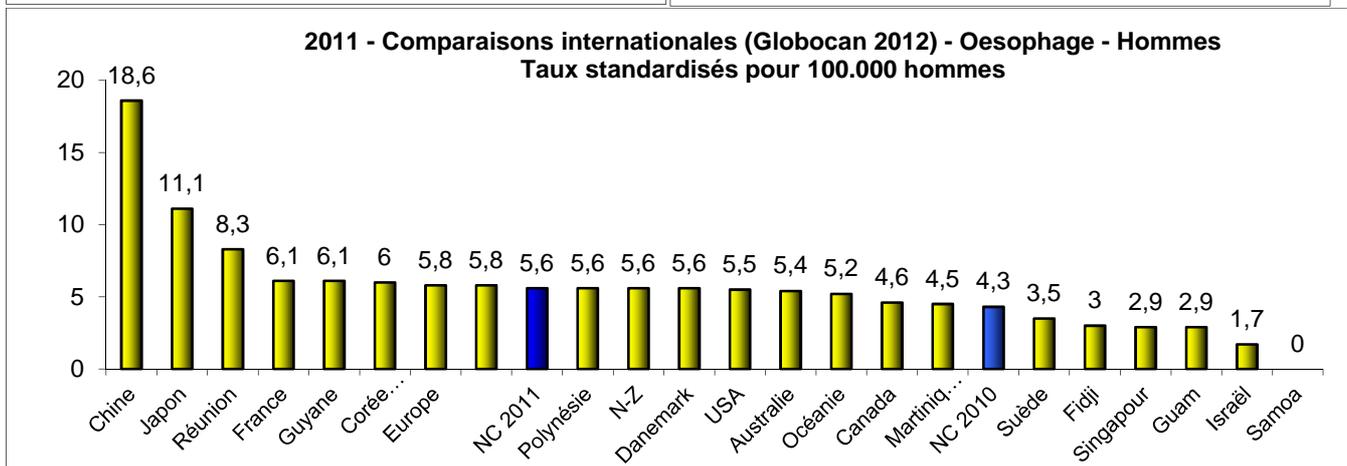
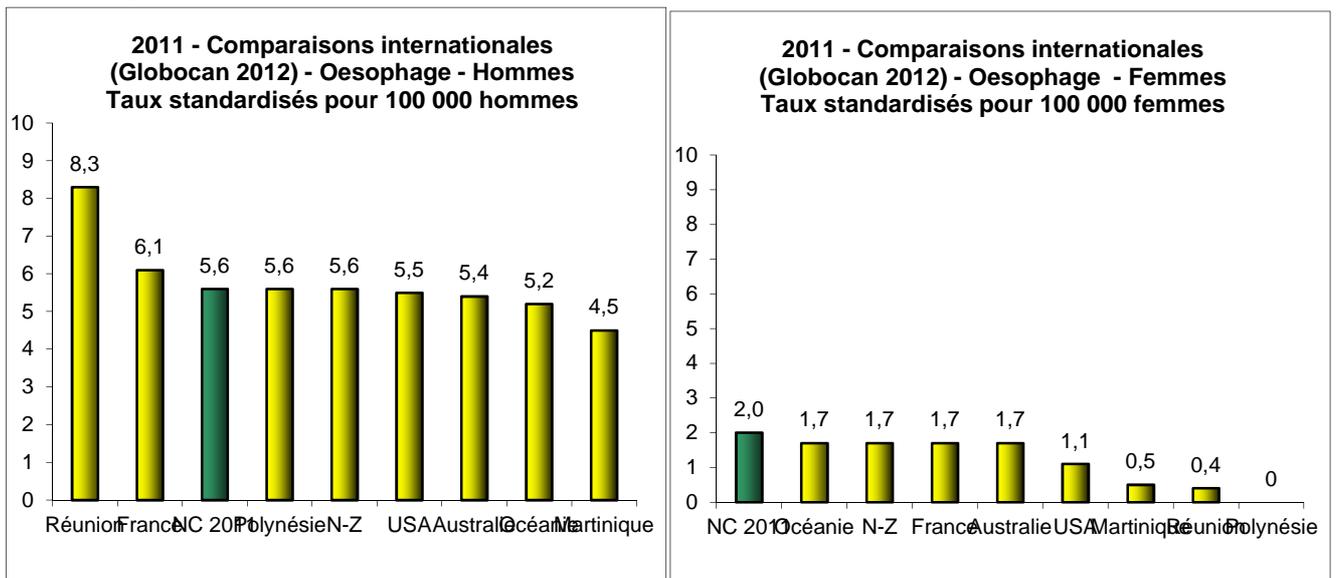


Figure 107 - Cancers de l'œsophage, incidences selon le sexe et la province

Lorsque l'on compare l'incidence calédonienne en 2011 avec celles des autres pays, on constate que l'incidence chez les hommes se situe à une valeur inférieure de la métropole, mais supérieure à celle des pays voisins. Chez les femmes, en revanche, elle est supérieure à celle de la métropole et également à celle des pays voisins.



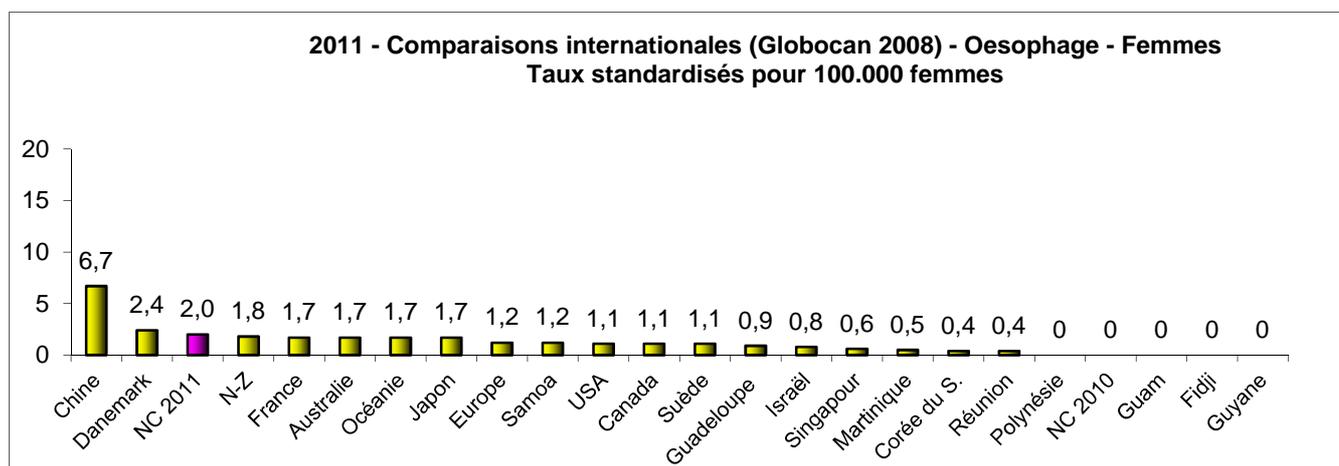


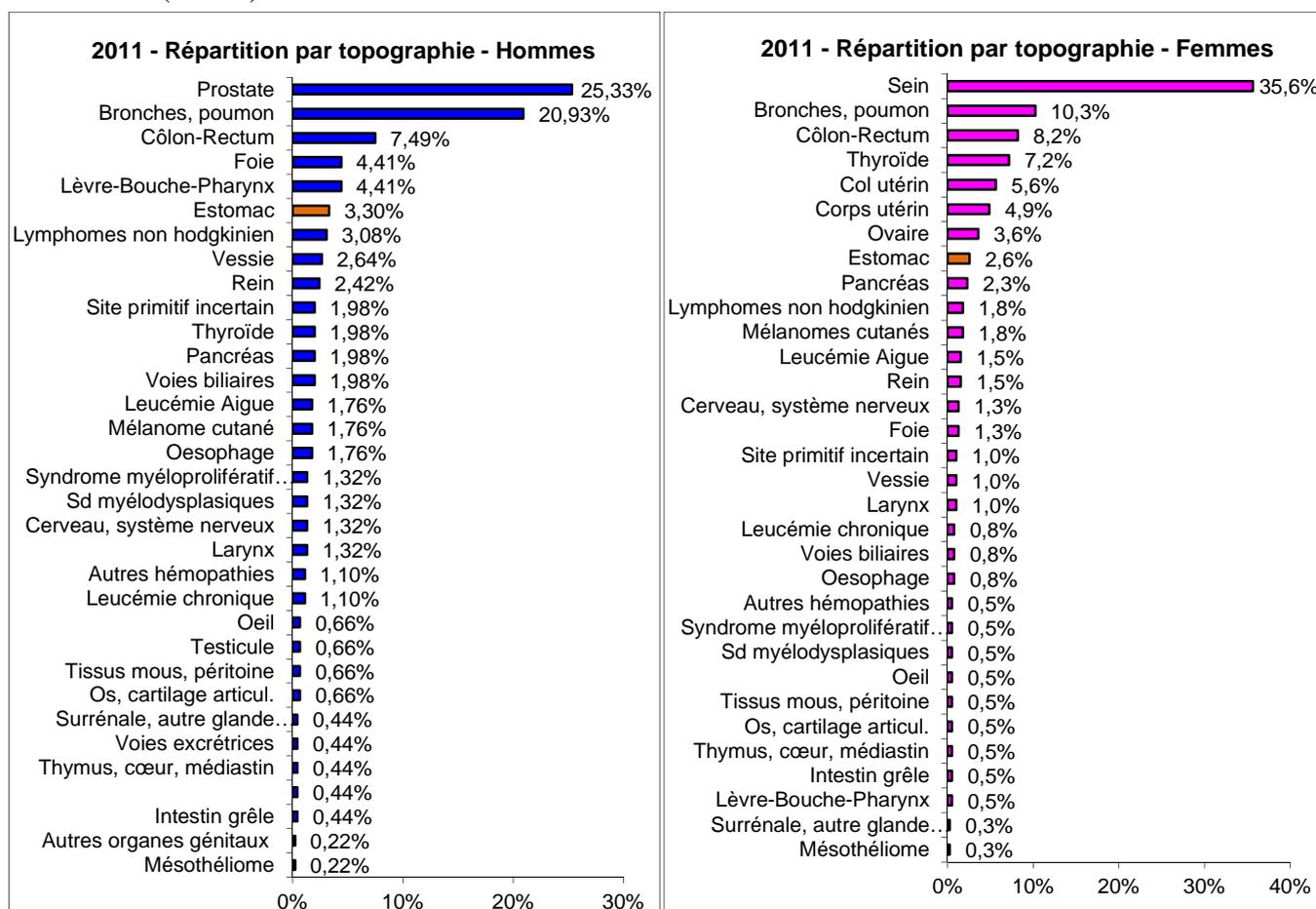
Figure 108 - Cancers de l'oesophage, comparaisons internationales des incidences selon le sexe

III-6.c Cancer de l'estomac

Généralités

Avec **25 tumeurs invasives**, ce site arrive en 7^{ème} position exæquo avec le foie pour les deux sexes (6^{ème} rang chez les hommes avec 15 cas et 8^{ème} chez les femmes avec 10 cas) et un sex ratio égal à 1,5 hommes pour 1 femme.

Aucun patient n'avait eu d'autre tumeur primitive, 60,0 % des patients étaient décédés au 31/12/2013 (15 cas).



Figures 109 – Répartition des topographies selon le sexe

Age

Ces patients ont été diagnostiqués entre 26 et 85 ans, avec un âge moyen à 64,6 ans (âge médian à 71 ans), 59,7 ans pour les hommes et 71,9 ans pour les femmes.

L'incidence par tranche d'âge est relativement faible jusqu'à 64 ans. L'âge moyen de survenue en métropole est de 72 ans.

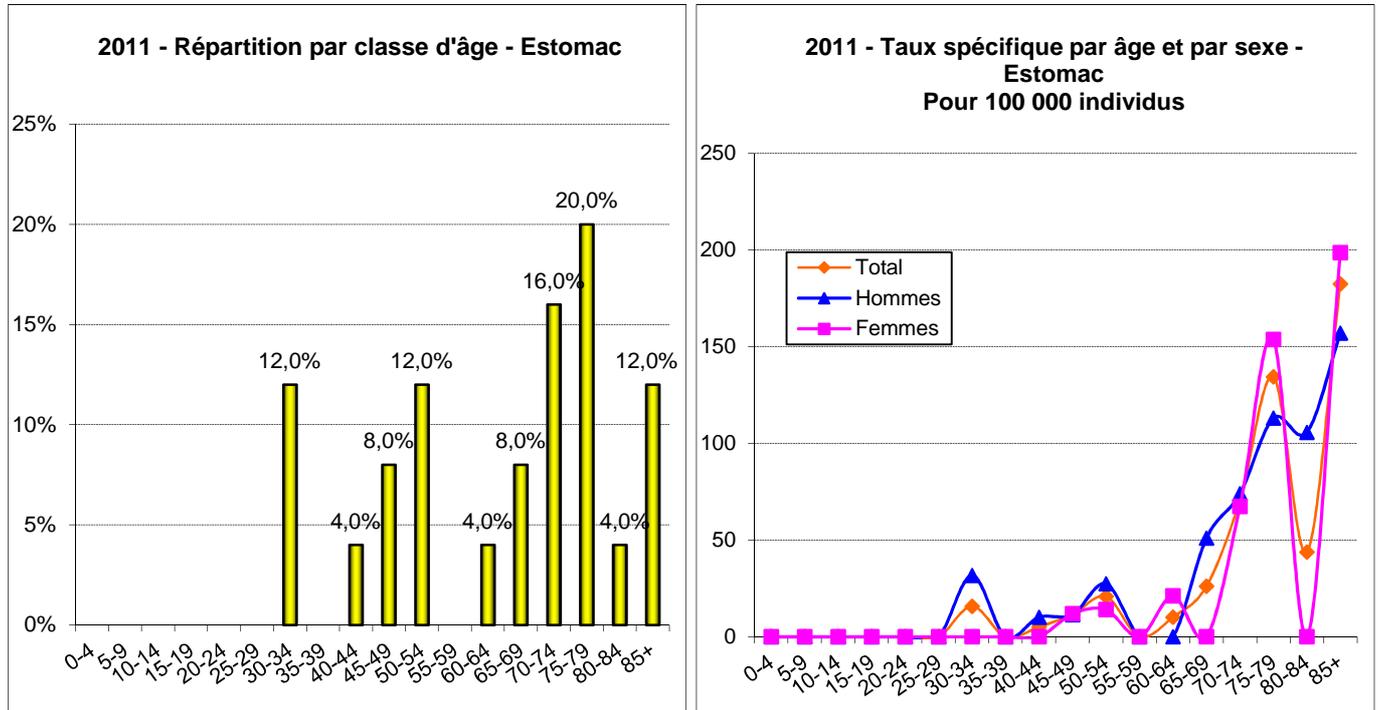


Figure 110 - Cancer de l'estomac : répartition par tranche d'âge et taux spécifiques d'incidence

Communautés

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

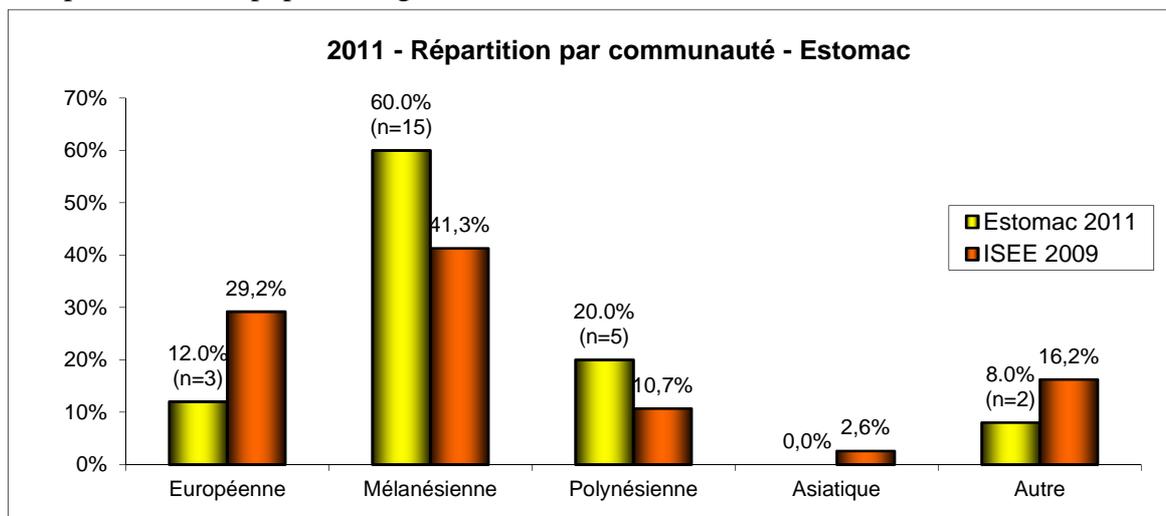


Figure 111 - Cancer de l'estomac, répartition par communauté

Histologie et stade au diagnostic

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

- 22 adénocarcinomes
- 2 GIST

1 cas a été diagnostiqué par imagerie.

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

Au moment du diagnostic, le bilan d'extension mettait en évidence dans plus de 72 % des cas, un stade régional ou métastatique.

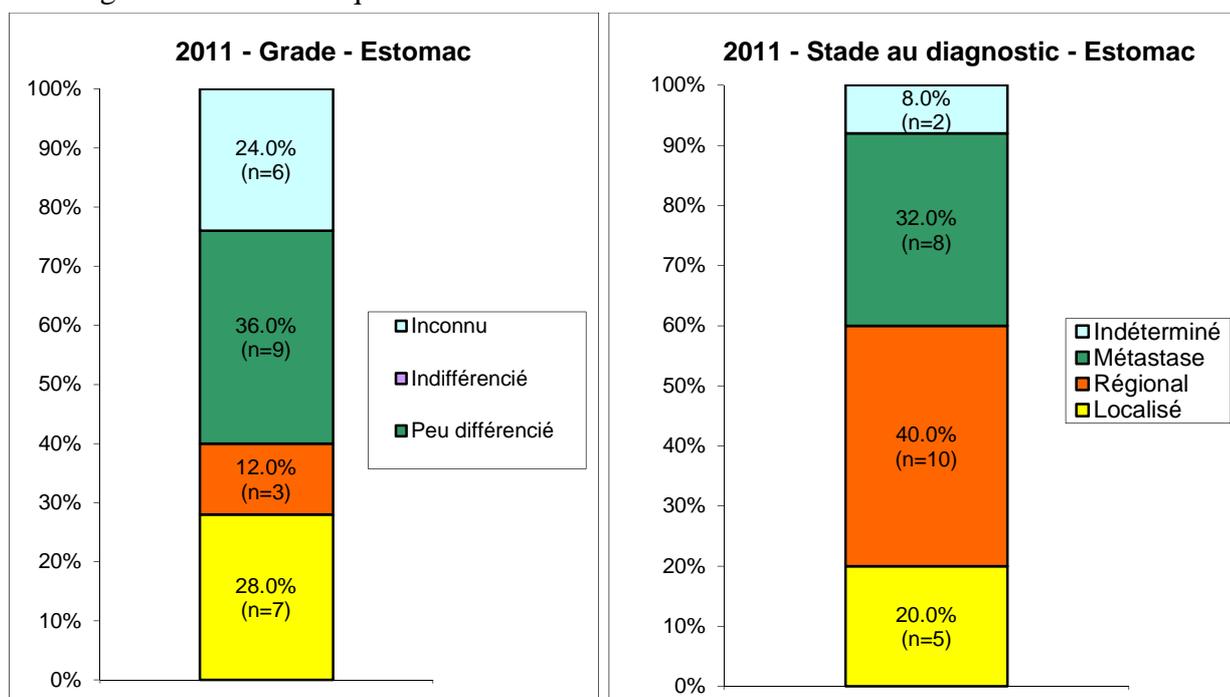


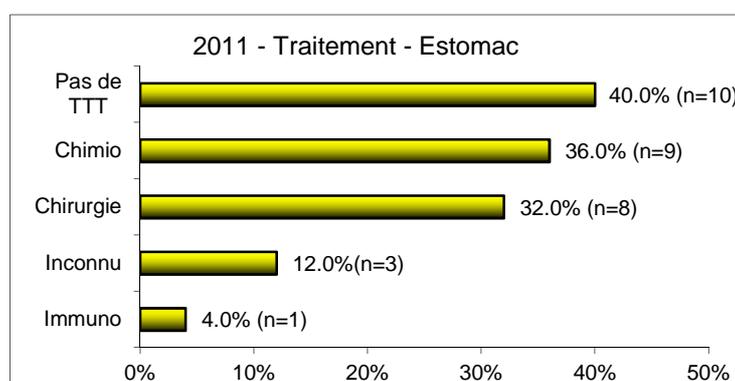
Figure 112 - Cancer de l'estomac, répartition selon le grade et le stade au diagnostic

Traitements

Lorsqu'un traitement spécifique a été entrepris, la chimiothérapie a été le principal traitement proposé à ces patients.

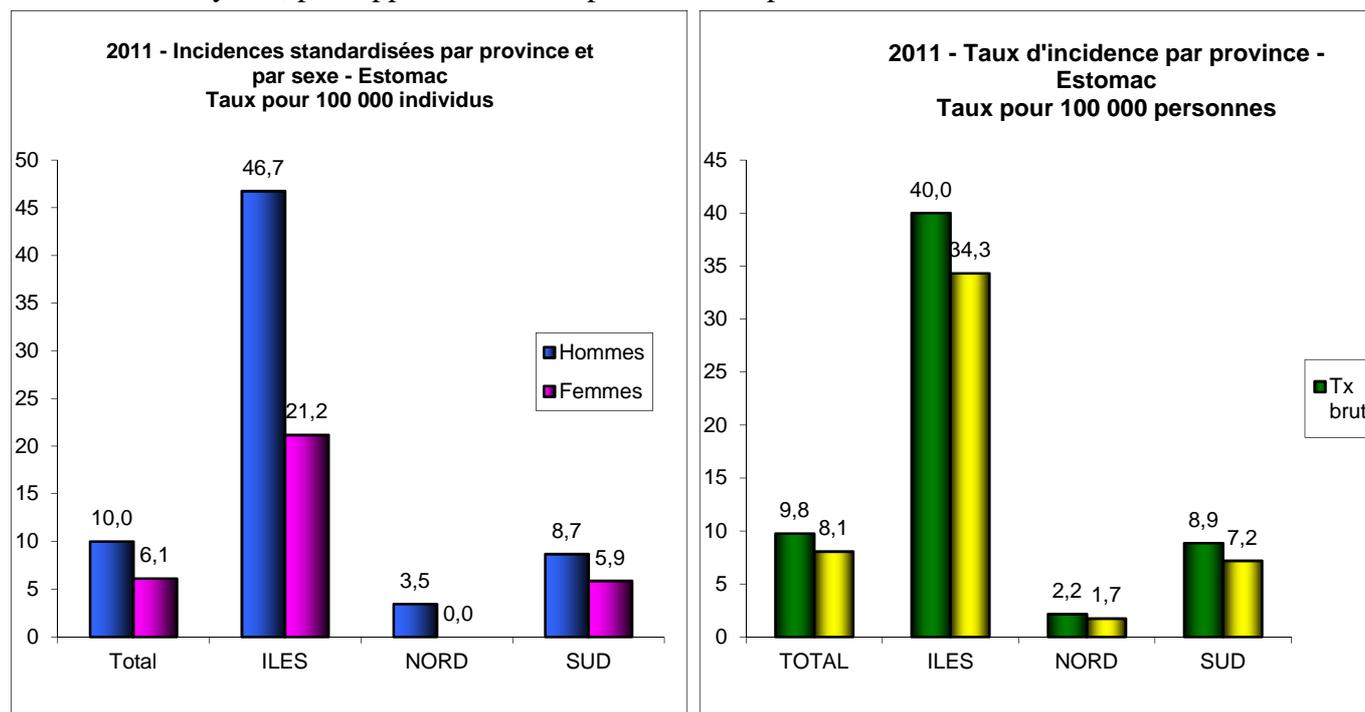
Tableau 20 et Figure 113 - Cancer de l'estomac, répartition selon les schémas thérapeutiques

	Nb de cas	Fréquence
Pas de TTT	10	40.0%
Chimio + Chir	5	20.0%
Chimiothérapie	4	16.0%
Inconnu	3	12.0%
Chirurgie	2	8.0%
Immuno + Chir	1	4.0%
Total	25	100.0%



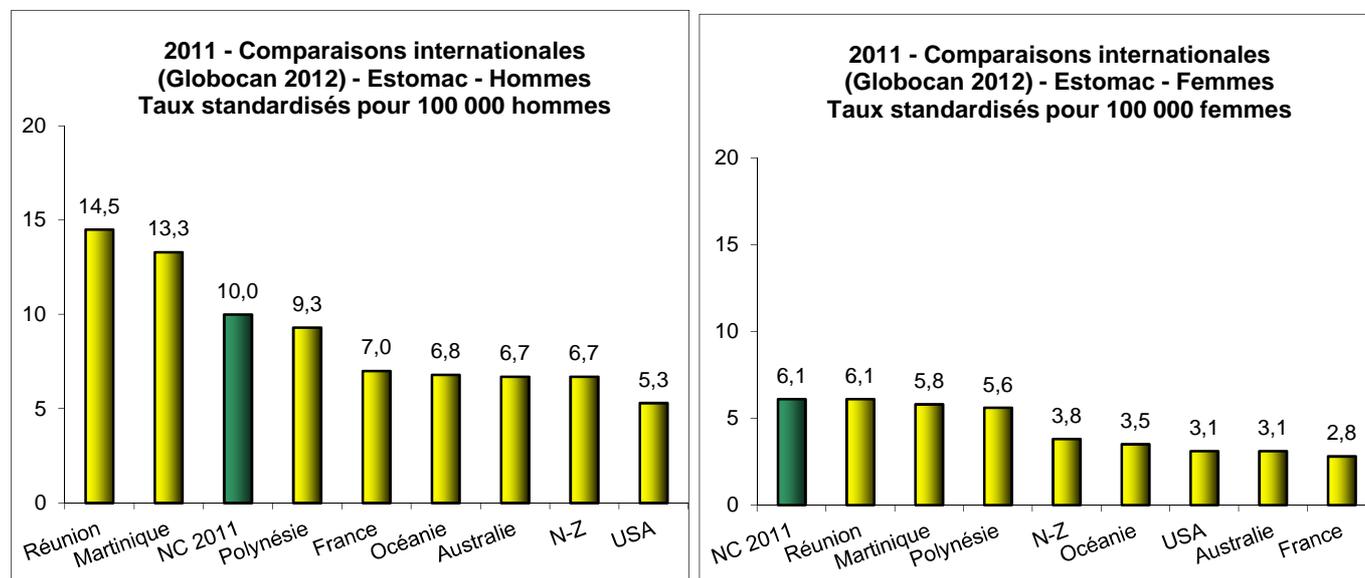
Incidences et comparaisons internationales

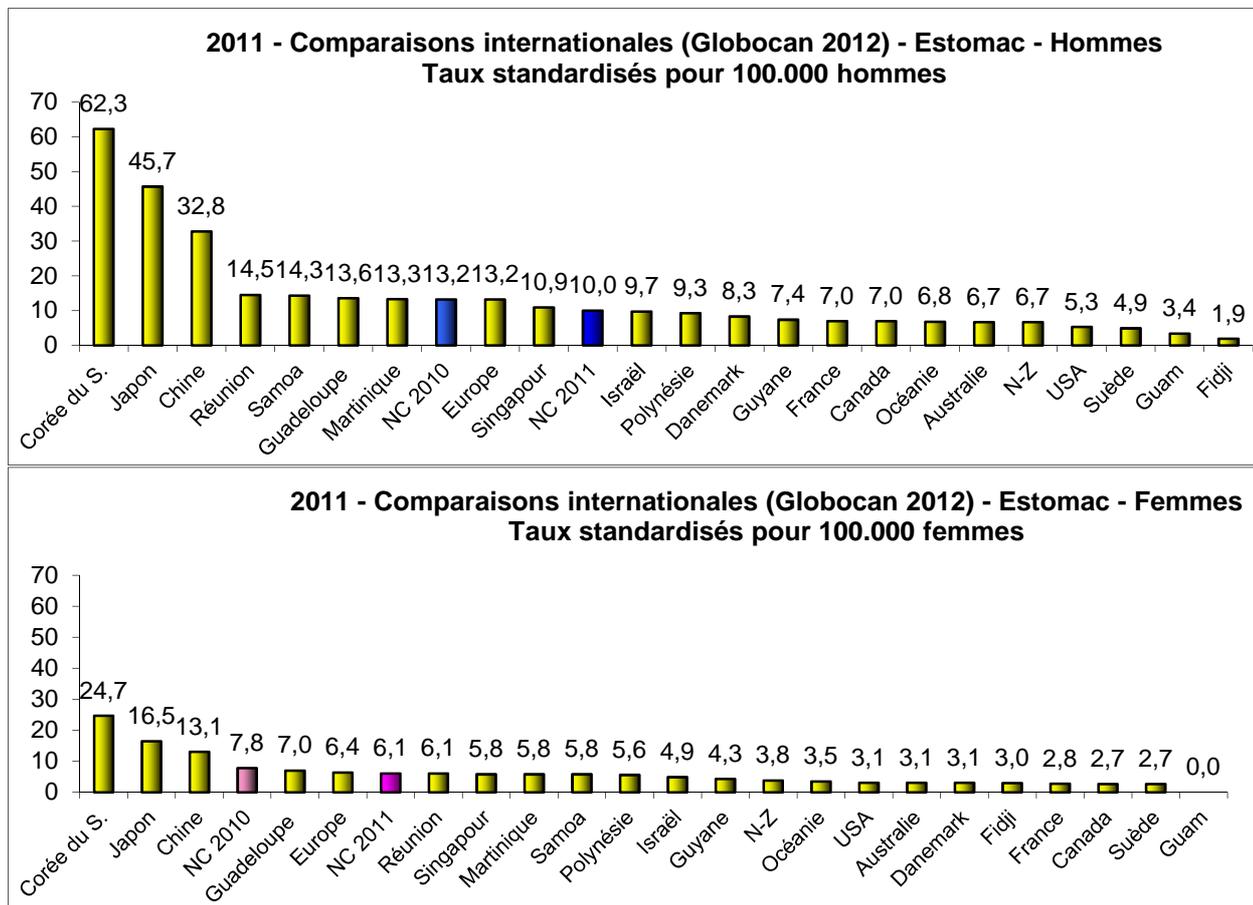
Comme pour les années de 2008 à 2010, on observe en 2011 une incidence nettement plus élevée dans les Iles Loyauté, par rapport aux autres provinces, en particulier chez les hommes.



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 incidences de 2011 sont plus élevées qu'en métropole, plus faibles qu'aux Antilles.





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

III-6.d Cancer du foie et des voies biliaires

Avec **37 nouveaux cas en 2011** (Foie : 25, vésicule biliaire : 1, voies biliaires extra-hépatiques : 11), ce groupe se situe au 6ème rang, tous sexes confondus (4ème rang chez les hommes avec 29 patients et 10ème chez les femmes avec 8 patients, soit un sex ratio égal à 3,6).

III-6.d.1 Cancer du foie et des voies biliaires intra hépatiques

Généralités

Avec **25 nouveaux cas en 2011**, ce groupe se situe au 6ème rang, tous sexes confondus (4ème rang chez les hommes avec 20 patients et 15ème chez les femmes avec 5 patientes, soit un sex ratio égal à 4). 12 % des patients avaient un antécédent tumoral connu au registre (3 cas) et 84 % des patients étaient décédés au 31/12/13 (21 cas).

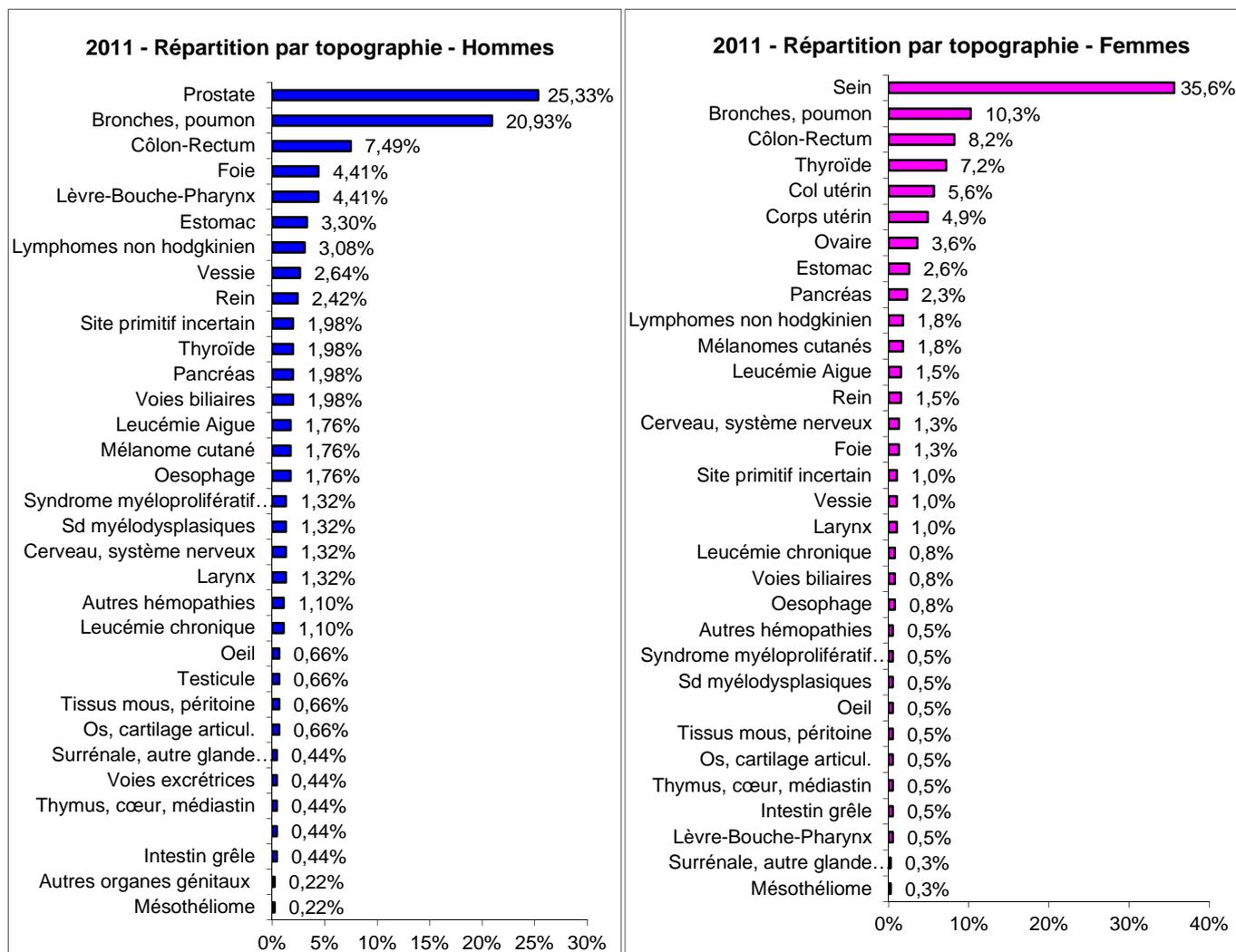


Figure 115 - Répartition des groupes de topographies selon le sexe

Age

L'âge au diagnostic est compris entre 25 et 83 ans, soit un âge moyen égal à 57,2 ans (médiane 61 ans) : 57,7 ans pour les hommes et 55,2 ans pour les femmes. On observe un pic entre 65 et 69 ans pour la répartition par tranche d'âge avec un pic d'incidence entre 65 et 69 ans.

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

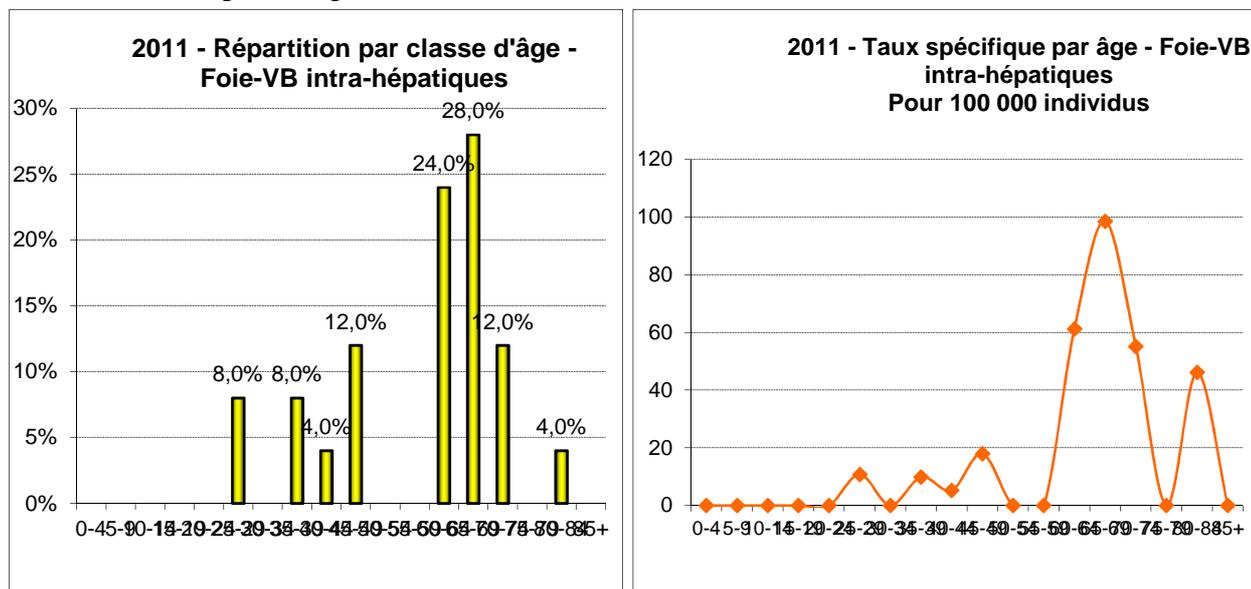


Figure 116 – Cancer du foie et voies biliaires IH, répartition par tranche d'âge et taux spécifiques d'incidence

Communautés

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

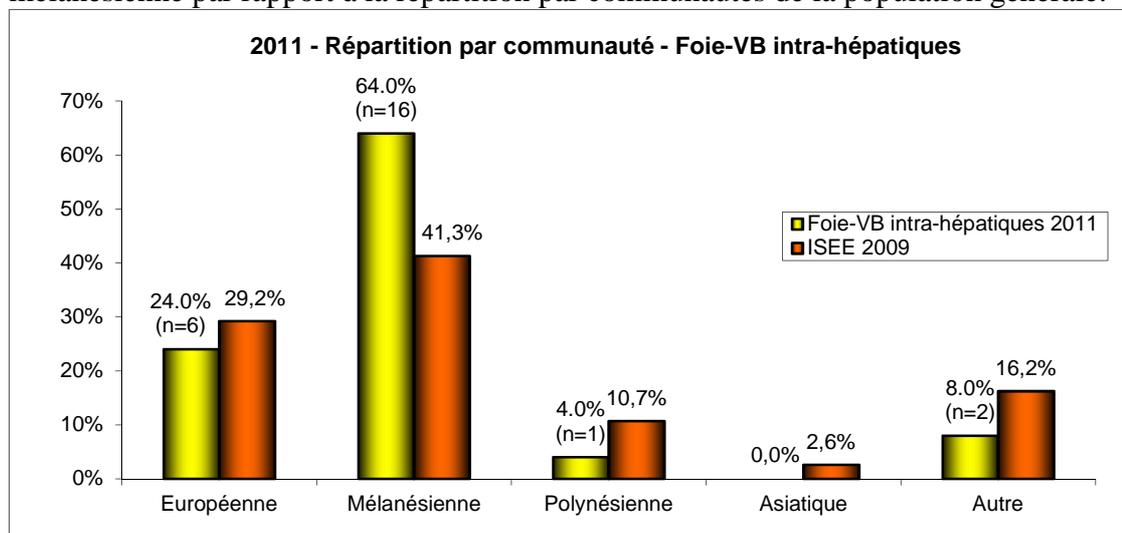


Figure 117 – Cancer du foie et voies biliaires IH, répartition par communauté

Histologie et stade au diagnostic

12 patients ont bénéficié d'un diagnostic histologique ou cytologique, et pour 11 patients, le diagnostic pouvait être posé au moyen de marqueurs biologiques et sont considérés comme des carcinomes hépatocellulaires, permettant ainsi de donner les diagnostics suivants :

- Hépatocarcinome : 21
- Adénocarcinome : 2

Lorsque l'information est indiquée sur le dossier, ces tumeurs sont le plus souvent diagnostiquées à un stade localisé (56%). Pour les 3 patients avec localisation métastatique, les métastases se situent dans le poumon (75,0 %, n=3), les ganglions lymphatiques à distance (25,0 %, n=1).

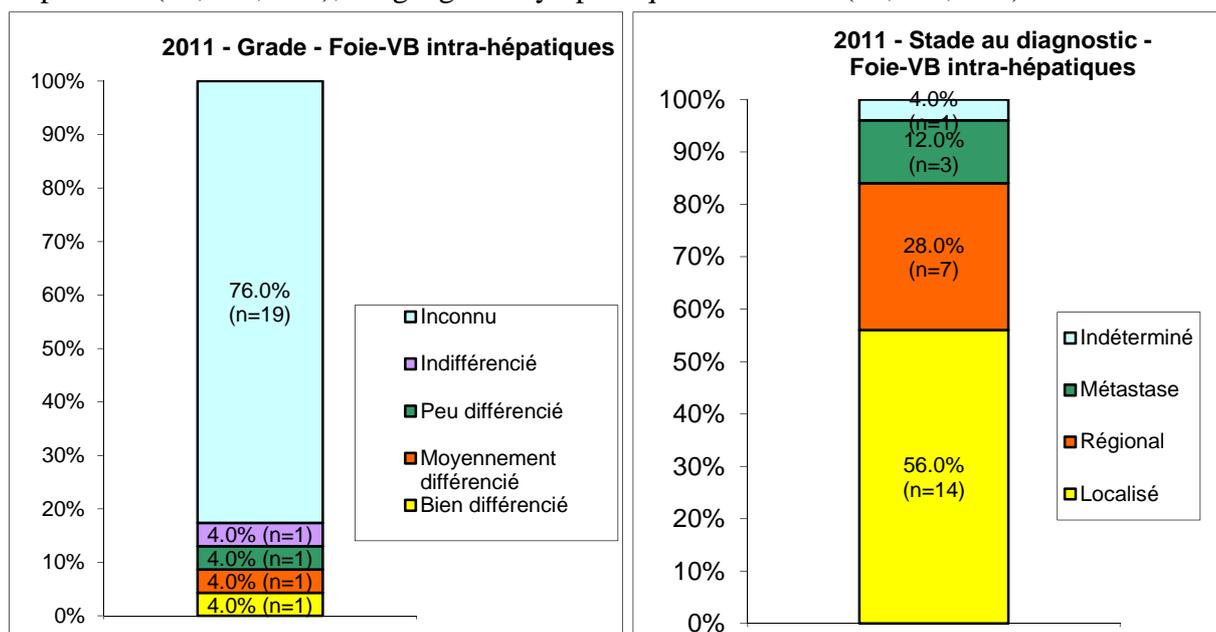


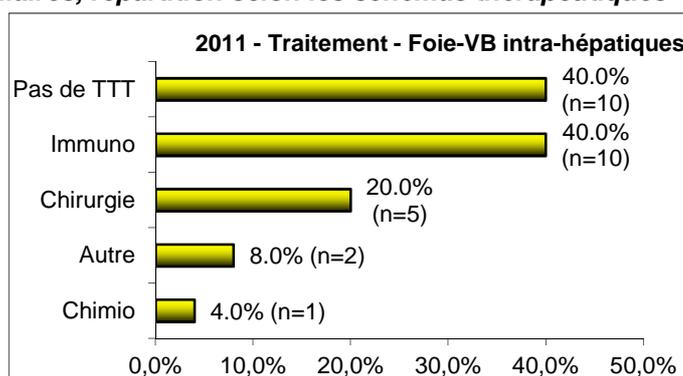
Figure 118 – Cancer du foie et voies biliaires, répartition selon le grade et le stade au diagnostic

Traitements

13 patients ont bénéficié d'un traitement chirurgical, 13 patients ont reçu des traitements palliatifs non spécifiques.

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

Immuno	7	28,0%
Pas de TTT	10	40,0%
Chimio	1	4,0%
Chirurgie	2	8,0%
Autre	2	8,0%
Immuno + Chir	3	12,0%
Total	25	72,0%



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 retrouvé dans les dossiers médicaux.

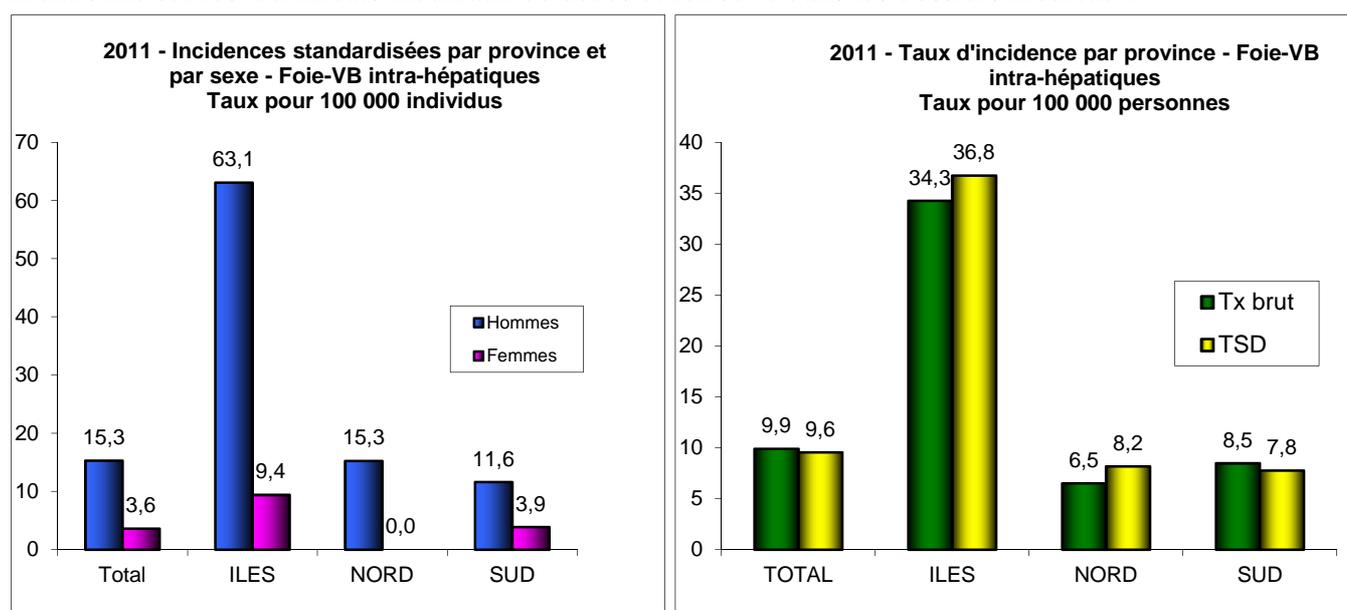


Figure 120 – Cancer du foie et voies biliaires, incidences selon le sexe et la province

On retrouve chez les hommes en 2011, une incidence plus élevée qu'en France métropolitaine. Pour les femmes, comme pour les hommes, la Nouvelle-Calédonie fait partie des pays à plus forte incidence.

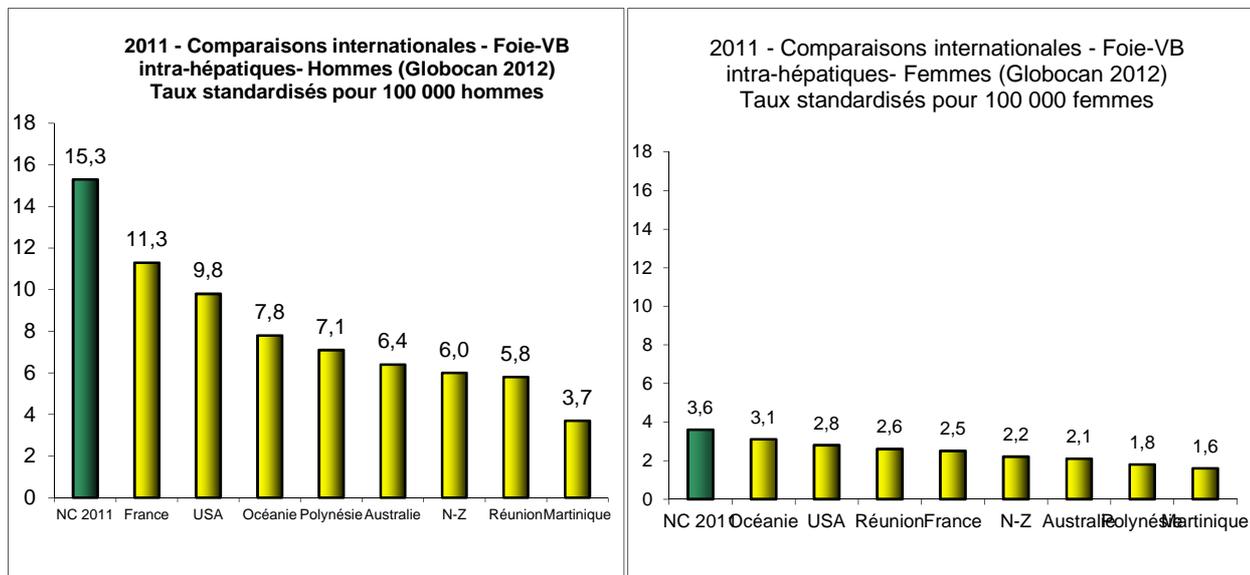
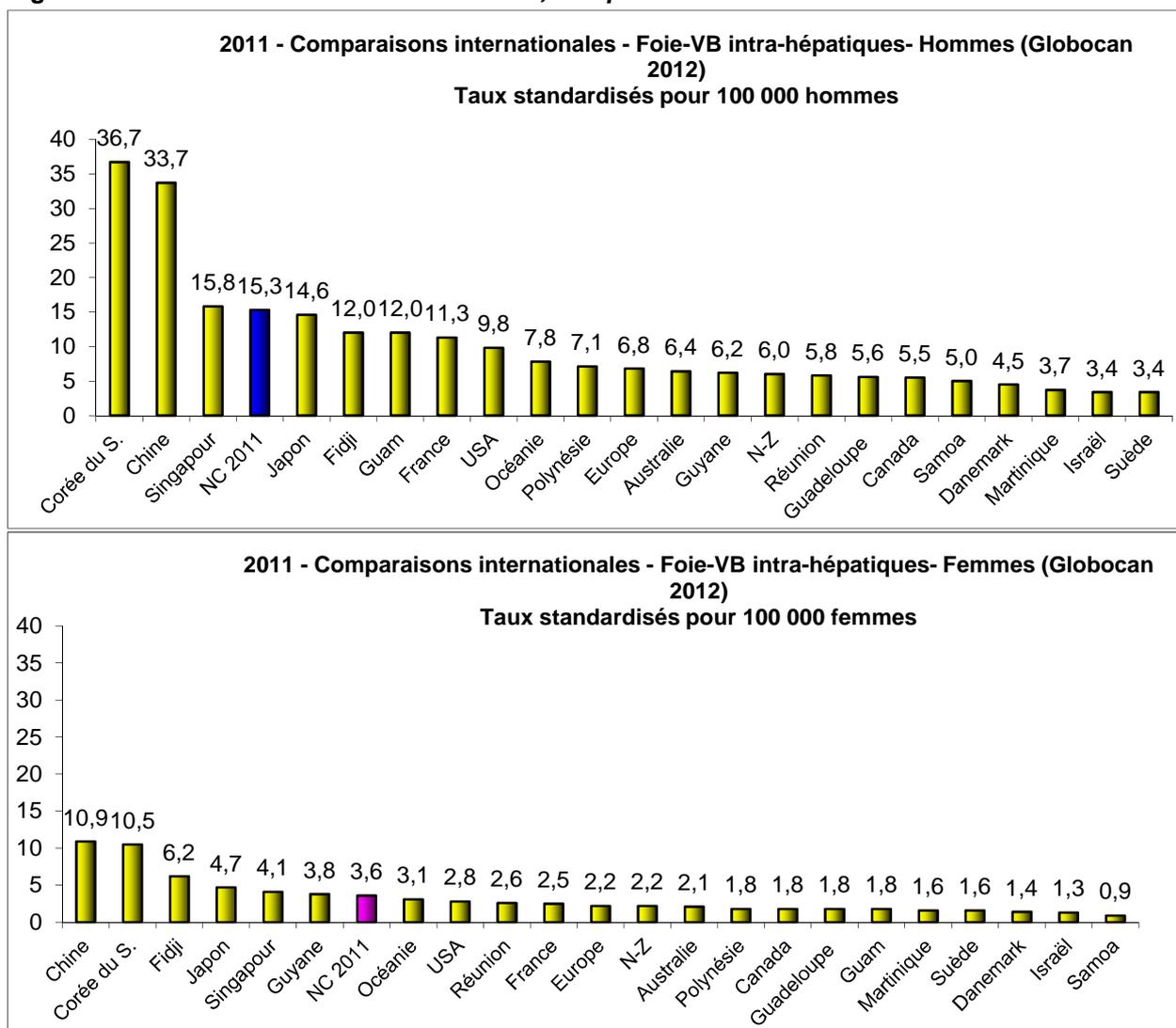


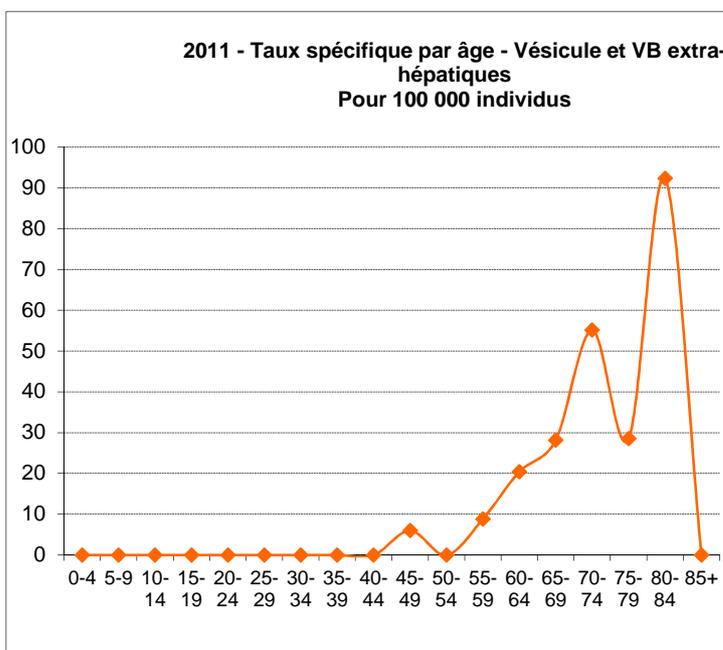
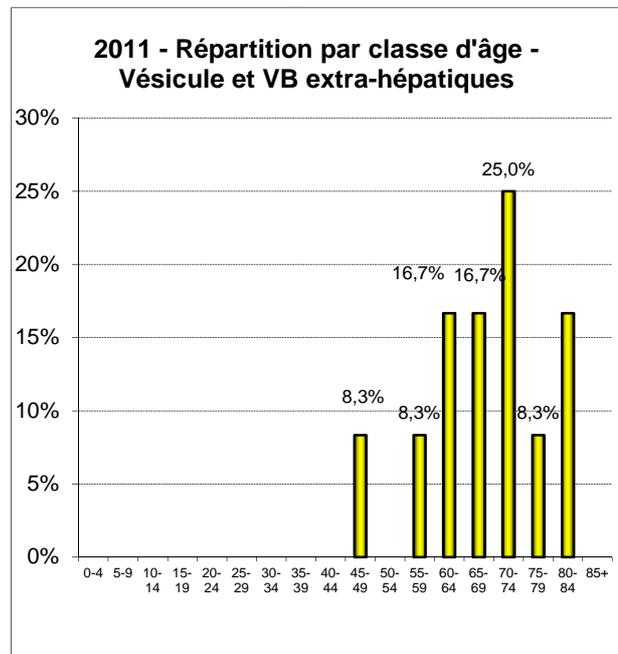
Figure 121 – Cancer du foie et voies biliaires, comparaisons internationales des incidences selon le sexe



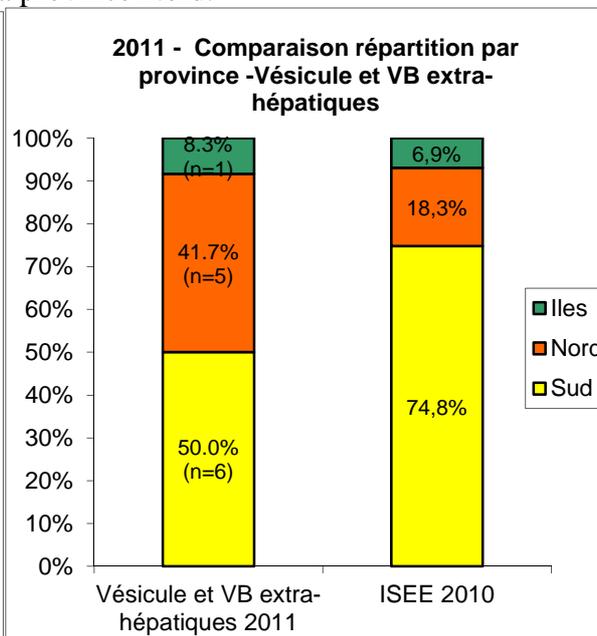
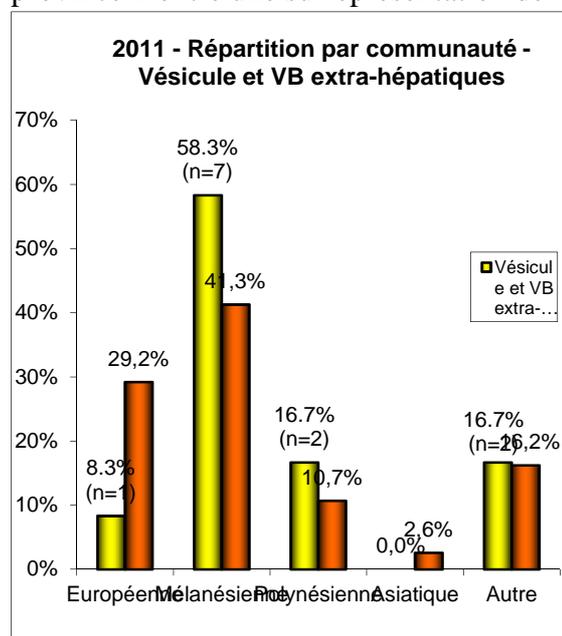
III-6.d.2 Cancer des voies biliaires extra-hépatiques

Avec **12 nouveaux cas en 2011**, ce groupe se situe au 19ème rang, tous sexes confondus (13ème rang chez les hommes avec 9 patients et 20ème chez les femmes avec 3 patientes, soit un sex ratio égal à 3). 25 % des patients avaient un antécédent tumoral connu au registre (3 cas) et 67 % des patients étaient décédés au 31/12/13 (8 cas).

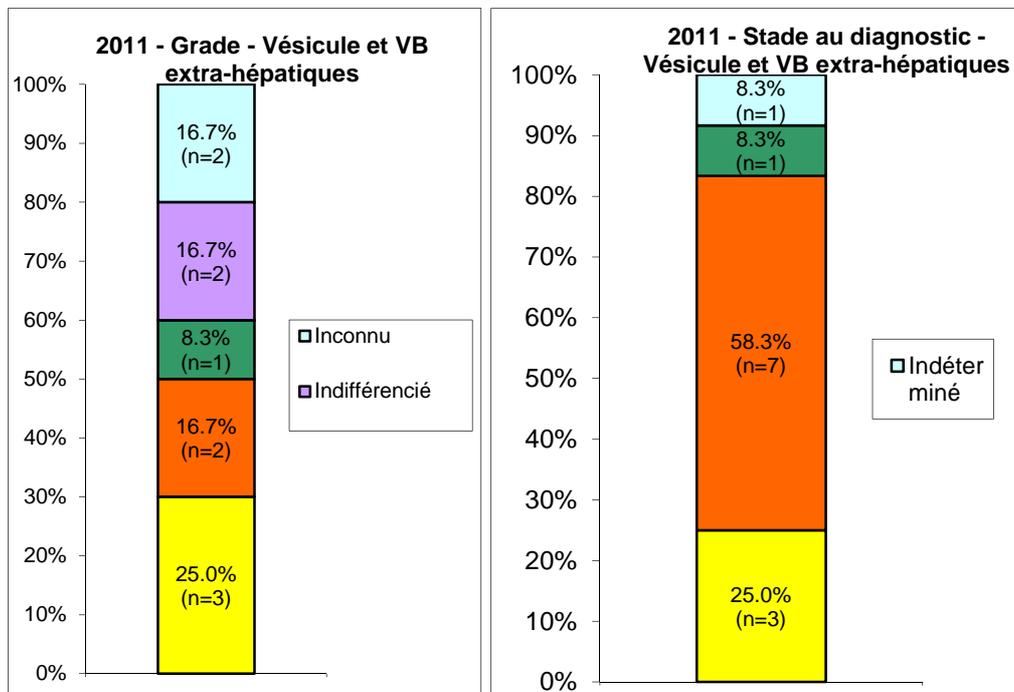
L'âge au diagnostic est compris entre 45 et 84 ans, soit un âge moyen égal à 67,4 ans (médiane à 68 ans) : 65,4 ans pour les hommes et 73,3 ans pour les femmes. On observe un pic de fréquence entre 70 ans et 74 ans avec un pic d'incidence entre 80 et 84 ans.



On observe par ailleurs, que la communauté mélanésienne semble plus touchée, et que la répartition par province montre une surreprésentation de la province Nord.

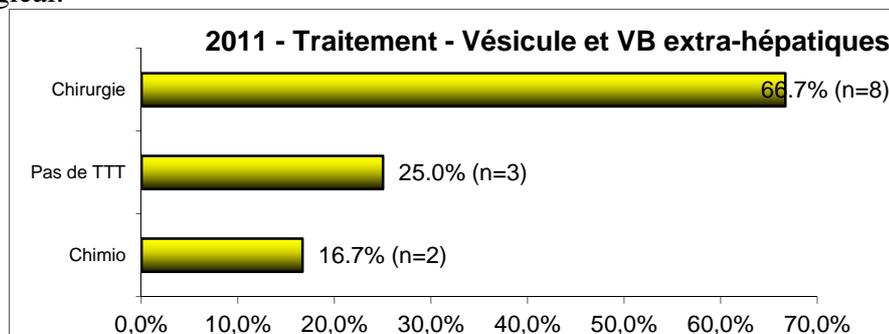


10 patients ont fait l'objet d'un diagnostic histologique ou cytologique, soit 8 adénocarcinomes et 2 tumeurs épithéliales. Il s'agissait de tumeurs bien différenciées dans 25% des cas. Lorsque le stade diagnostique était indiqué, il s'agissait le plus souvent d'un stade avec extension régionale.



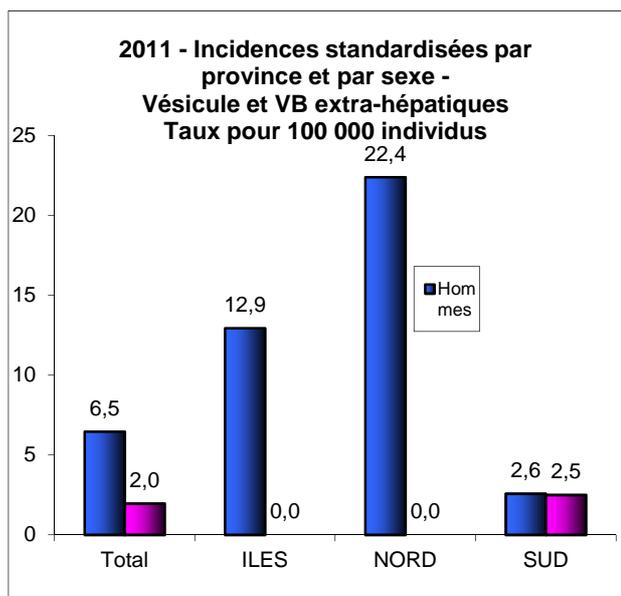
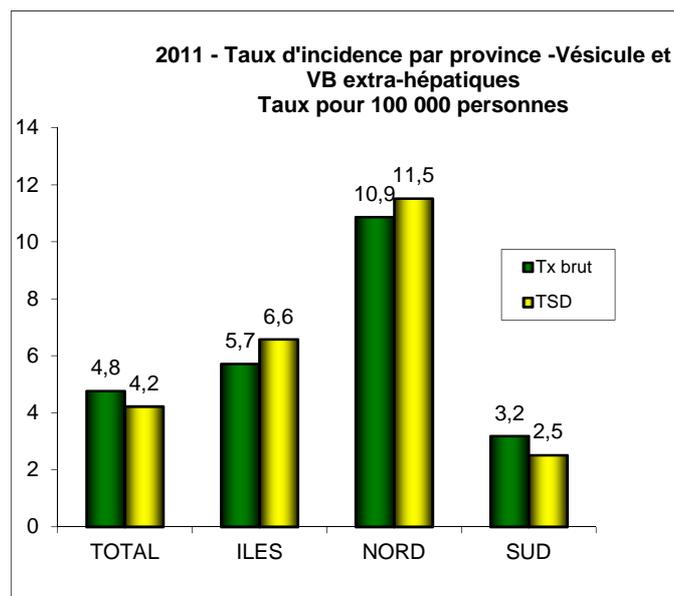
Le traitement a été le plus souvent chirurgical.

Pas de TTT	3	25,0%
Chimio	1	8,3%
Chirurgie	7	58,3%
Chir + Chimio	1	8,3%
Total	12	100,0%

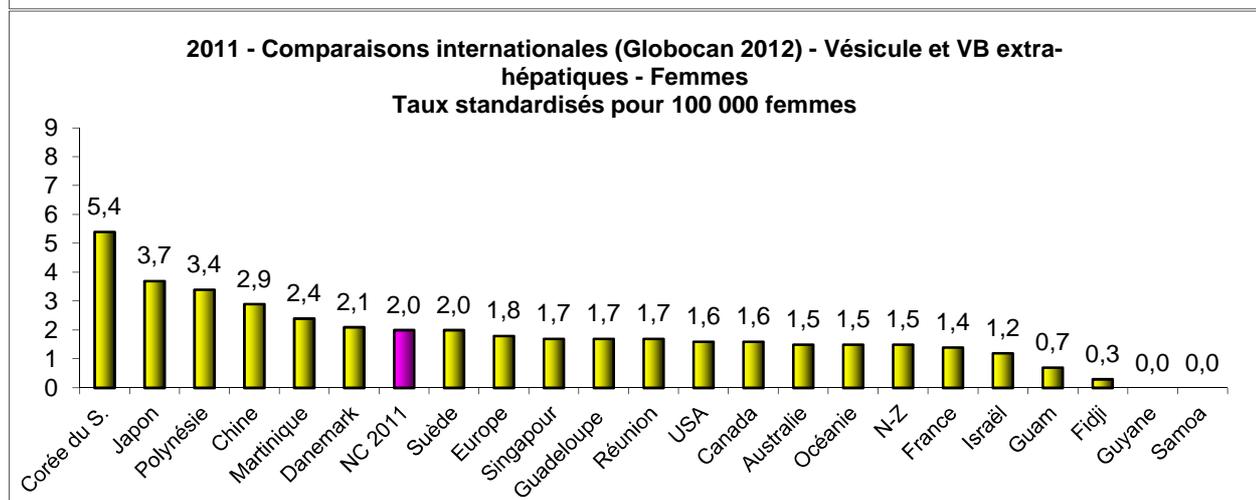
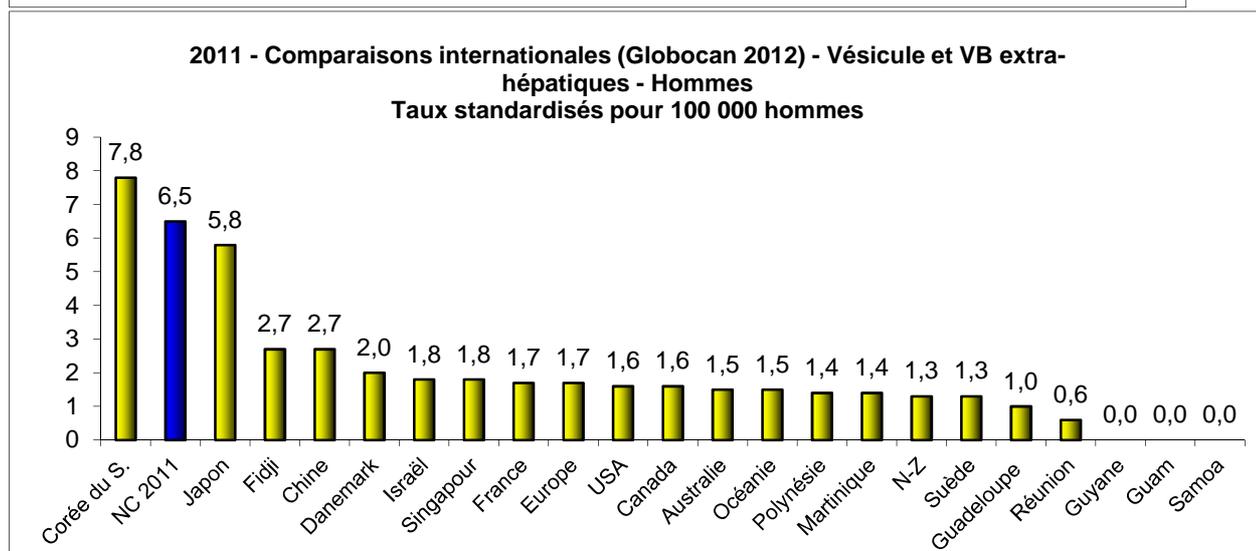
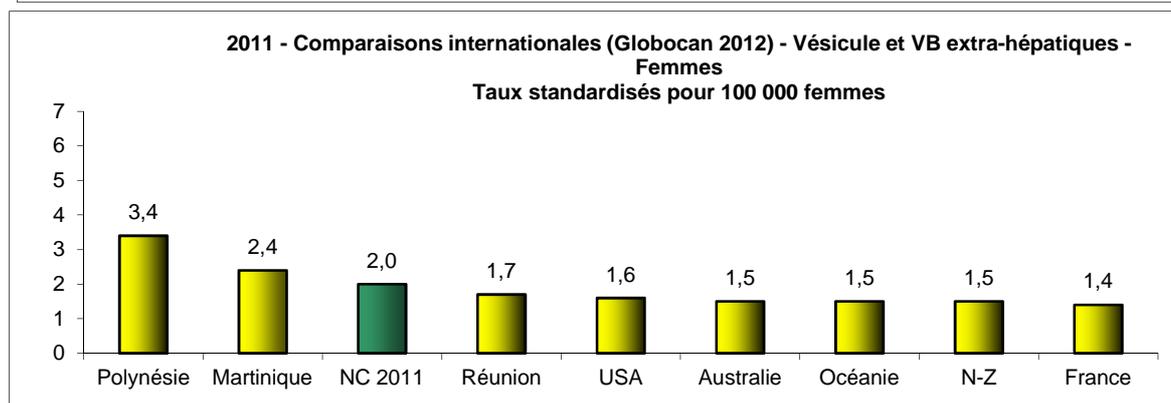
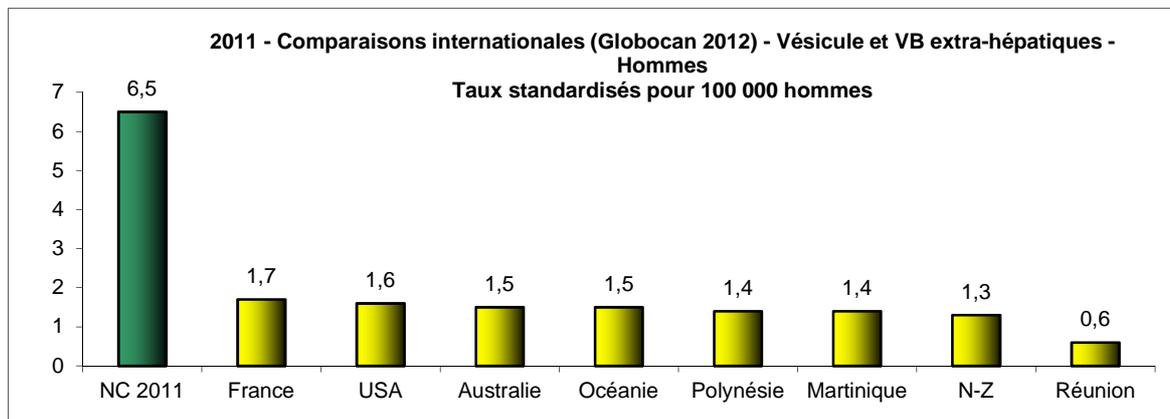


Incidences et comparaisons internationales

On observe des incidences nettement plus élevées en province Nord, en particulier chez les hommes.



Comme observé sur les figures suivantes, la Nouvelle-Calédonie est un territoire à incidence élevée pour ces cancers.



III.6.f Cancer du pancréas

Généralités

Avec **18 nouvelles tumeurs invasives** diagnostiquées en 2011 (9 chez les femmes et 9 chez les hommes, soit un sex ratio égal à 1) cette topographie arrive au 12ème rang (12ème 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 avec 72.2% des patients décédés au 31/12/13.

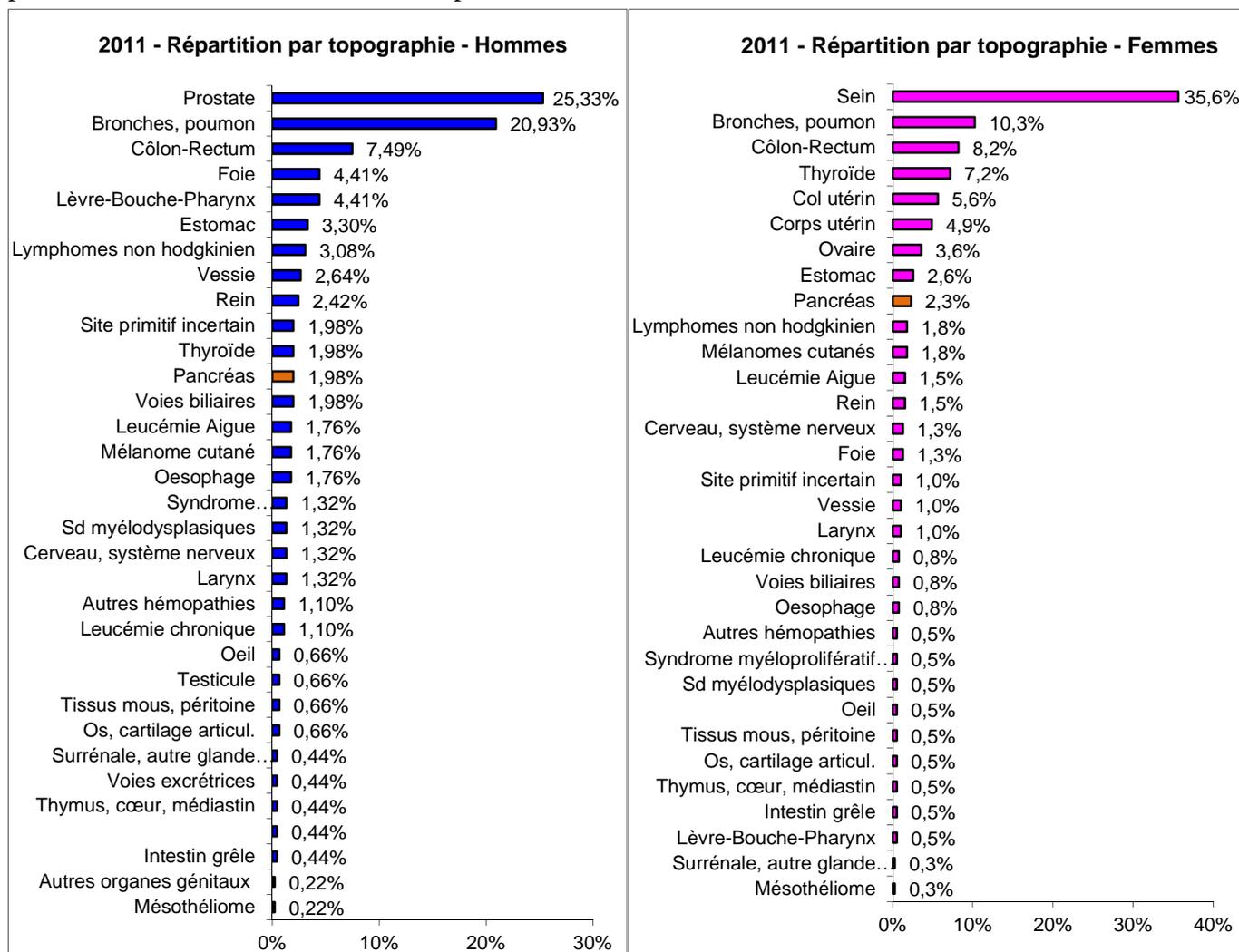


Figure 122 - Répartition des topographies selon le sexe

Age

Ce site concerne plus souvent le sujet âgé. L'âge moyen au moment du diagnostic était égal à 57,4 ans (compris entre 38 et 79 ans, médiane à 54 ans) : 52,6 ans pour les hommes et 62,3 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 est plus élevée entre 70 et 79 ans comme le représente la figure suivante :

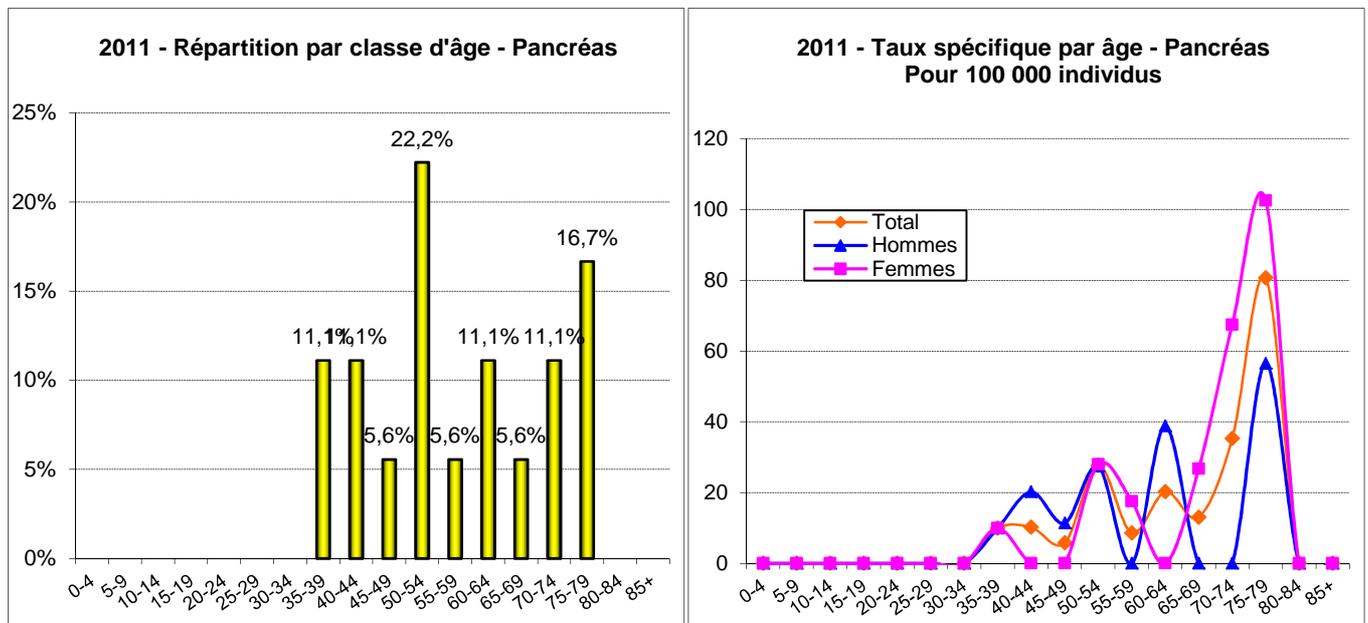


Figure 123 - Cancer du pancréas, taux spécifiques d'incidence par tranche d'âge

Communautés

L'information sur la communauté d'appartenance n'a pas été retrouvée dans 27,8 % des cas (n=5). Ces cas sont associés à la communauté « autre » ce qui explique la surreprésentation de celle-ci. Cette répartition n'est pas interprétable.

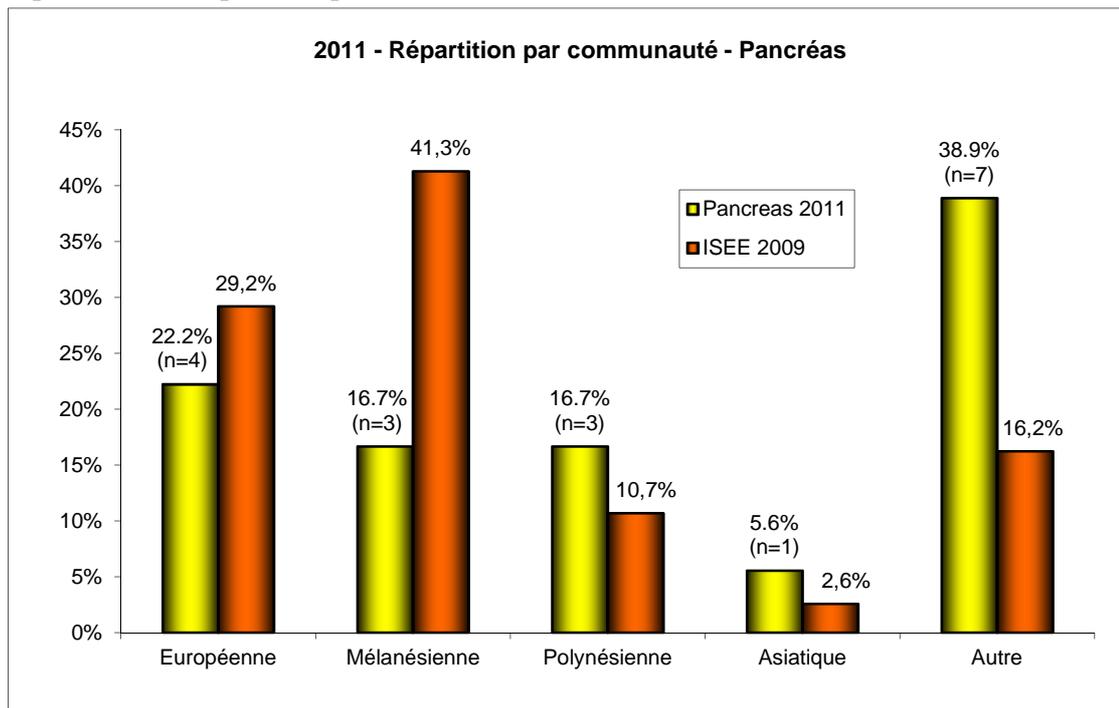


Figure 124 - Cancer du pancréas, répartition par communauté

Histologie et stade au diagnostic

15 patients ont bénéficié d'un diagnostic histologique ou cytologique (tumeur primitive ou métastase) ou cytologique, qui retrouvait dans 12 cas un adénocarcinome et 3 cas un carcinome canalaire. Le grade n'a pas été précisé pour 55,6% des cas. Pour 3 patients, le diagnostic a été porté au moyen de l'imagerie médicale.

50% des patients ont été diagnostiqués à un stade avec métastases à distance.

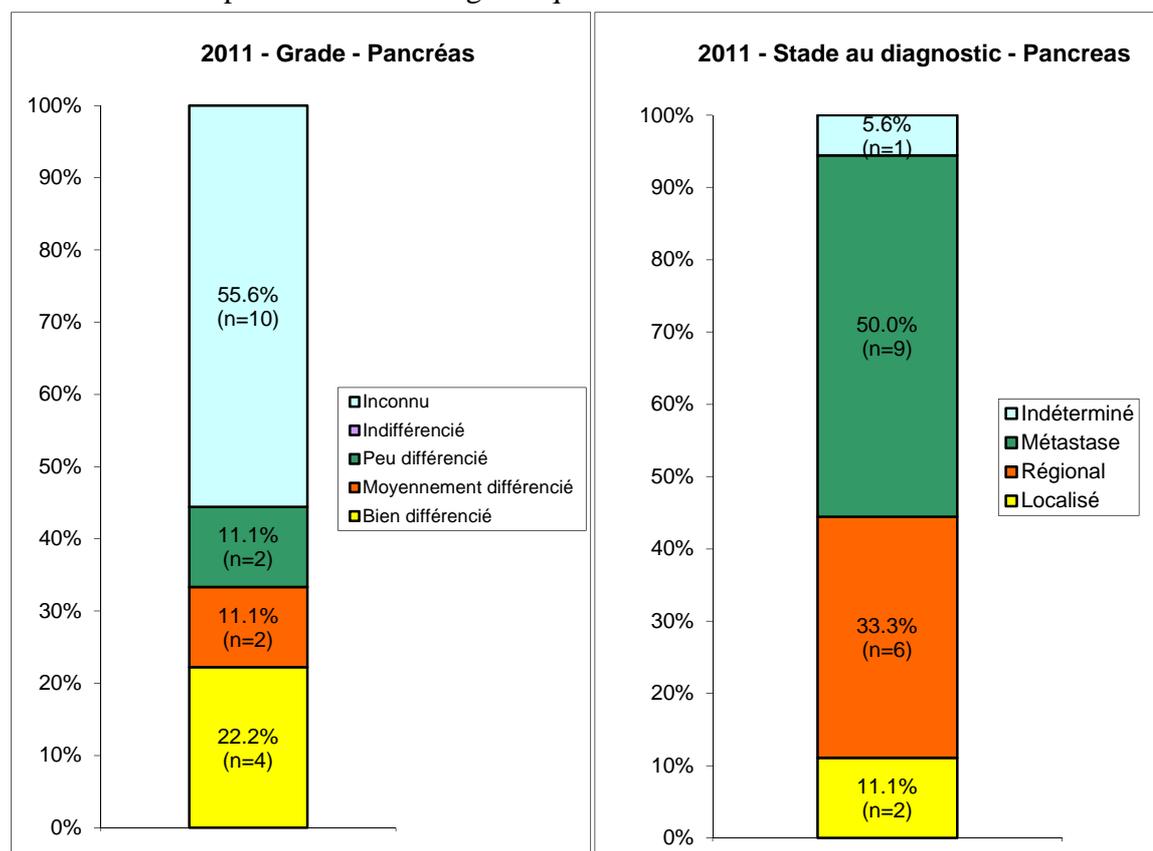


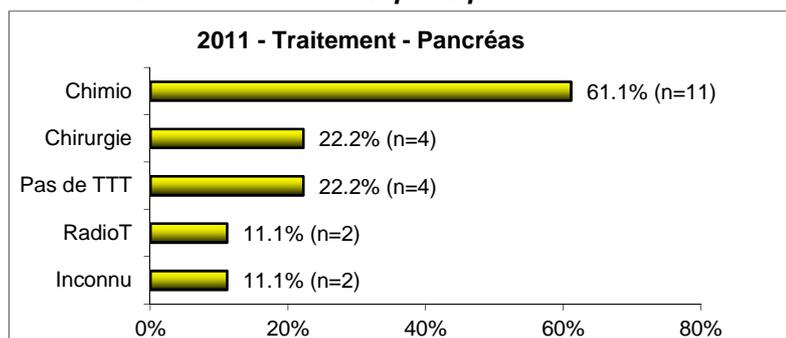
Figure 125 - Cancer du pancréas, répartition selon le stade au diagnostic

Traitements

Ces patients ont le plus souvent bénéficié d'un traitement par chimiothérapie, seuls 4 patients ont eu un traitement chirurgical.

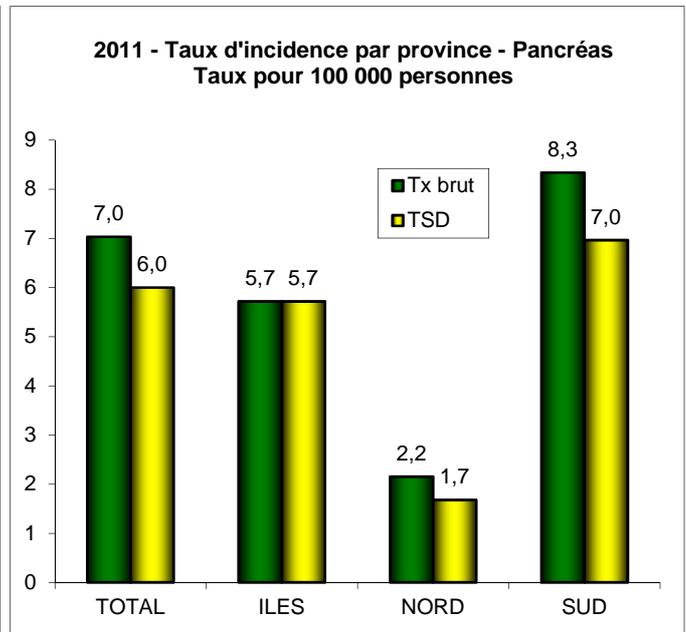
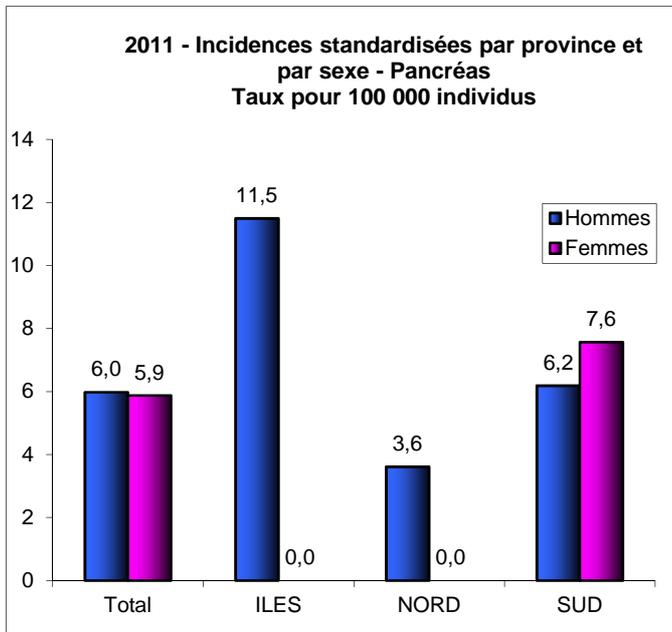
Tableau 22 et Figure 126 – Cancer du pancréas, répartition selon les schémas thérapeutiques

	Nb de cas	Fréquence
Chimio + Radio	1	5.6%
Chimio + Chir	3	16.7%
Pas de TTT	4	22.2%
Inconnu	2	11.1%
Radio + Chir	1	5.6%
Chimio	7	38.9%
Total	18	100.0 %



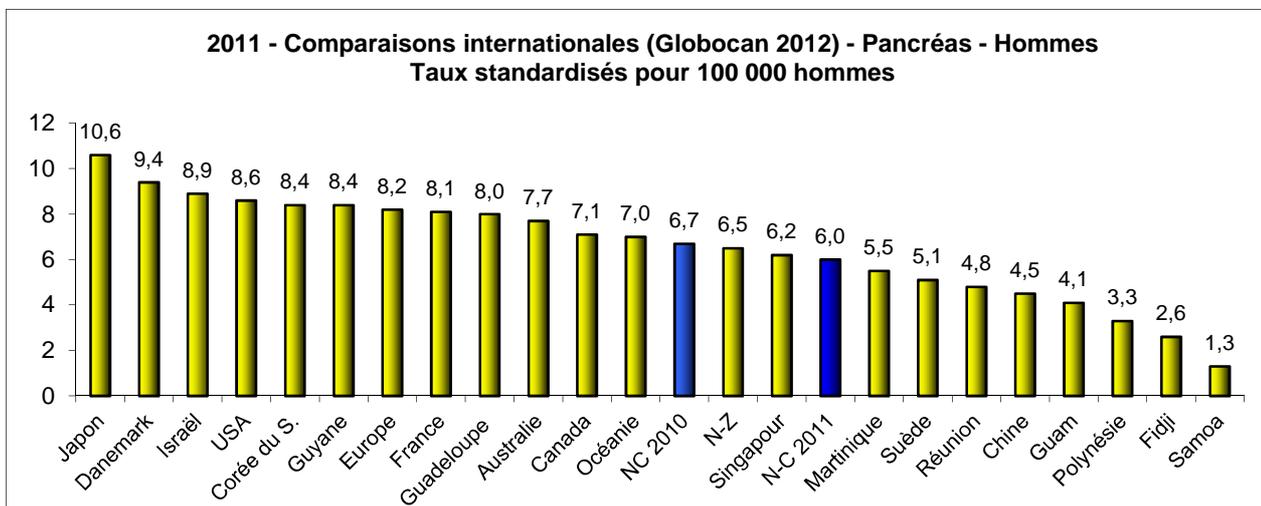
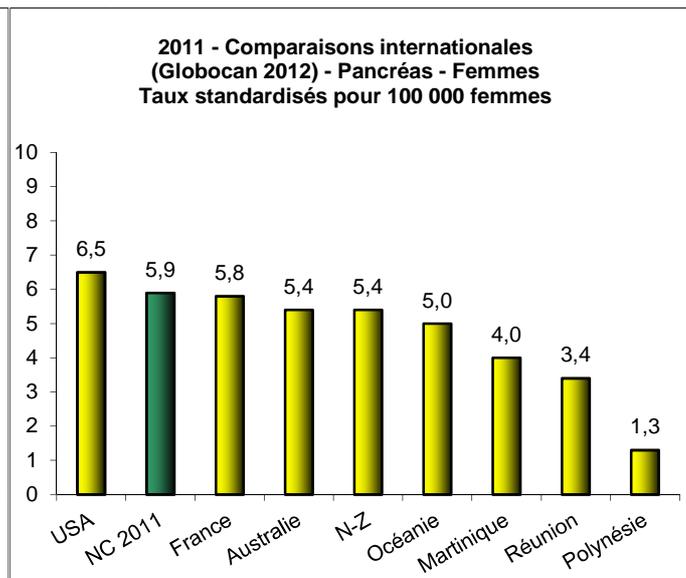
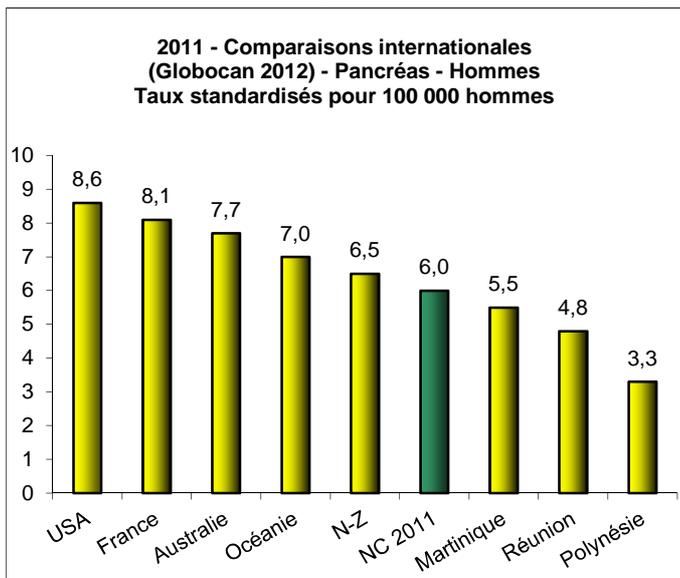
Incidences et comparaisons internationales

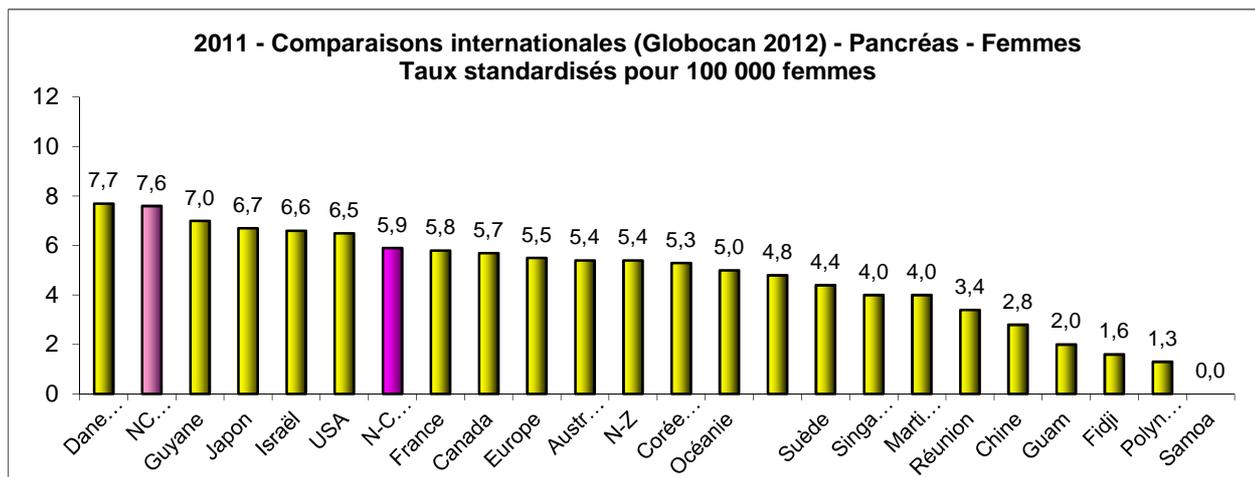
L'incidence tous sexes confondus est un peu plus élevée en province Sud. Chez les hommes, le taux d'incidence est plus élevé dans la province des Iles ; à noter chez les femmes, les patientes sont toutes résidentes de la province Sud.



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

L'incidence chez les hommes est moins élevée que celles de la métropole et de l'Australie. Chez les femmes, elle est comparable à celles de métropole et des pays voisins.





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

III.7 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 2011, 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 66 nouveaux cas est placé en 4ème position tous sexes confondus des topographies regroupées, il arrive au 3ème rang chez les hommes (44 patients) et au 5ème chez les femmes (22 patientes). On observe un sex-ratio de 2 hommes pour 1 femme. 13,6% des patients étaient connus du registre pour d'autres tumeurs (9 cas) et 34,8 % étaient décédés au 31/12/2013 (23 cas).

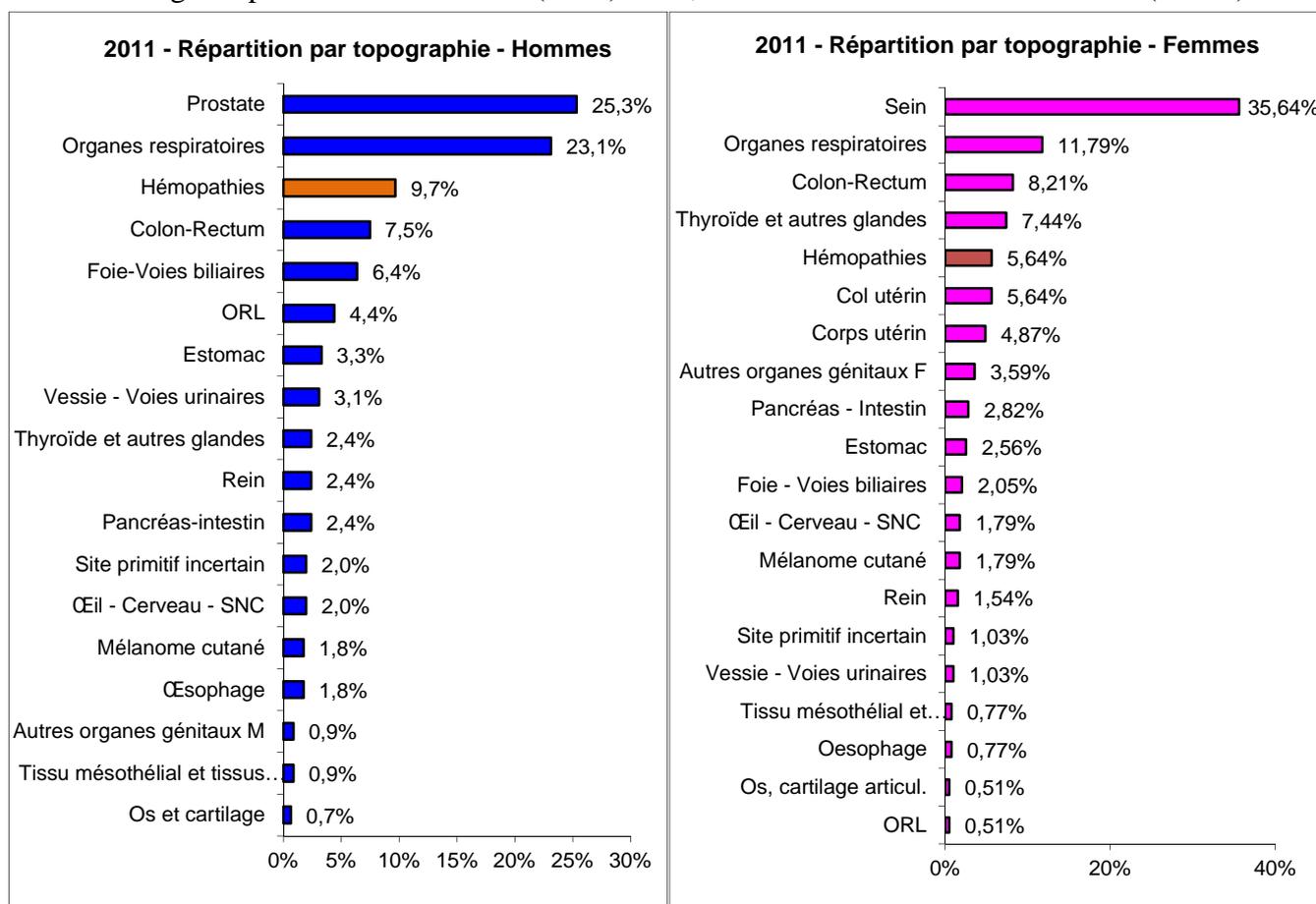


Figure 129 - Répartition des groupes de topographies selon le sexe

Age

Comme le montre la figure suivante, l'âge au diagnostic est très dispersé puisque le plus jeune patient avait 1 an et le plus âgé 89 ans.

Il s'agit en général de pathologies qui touchent des populations plus jeunes en comparaison avec les tumeurs les plus fréquentes.

L'âge moyen observé est égal à 55,9 ans (médiane à 61,5 ans) : 52,7 ans pour les hommes et 62,1 ans pour les femmes. On observe pour la répartition par fréquence, un pic vers 45-49 ans et un autre à 60-64 ans. L'incidence a tendance à croître avec des valeurs plus élevées à 75-79 ans et après 85 ans.

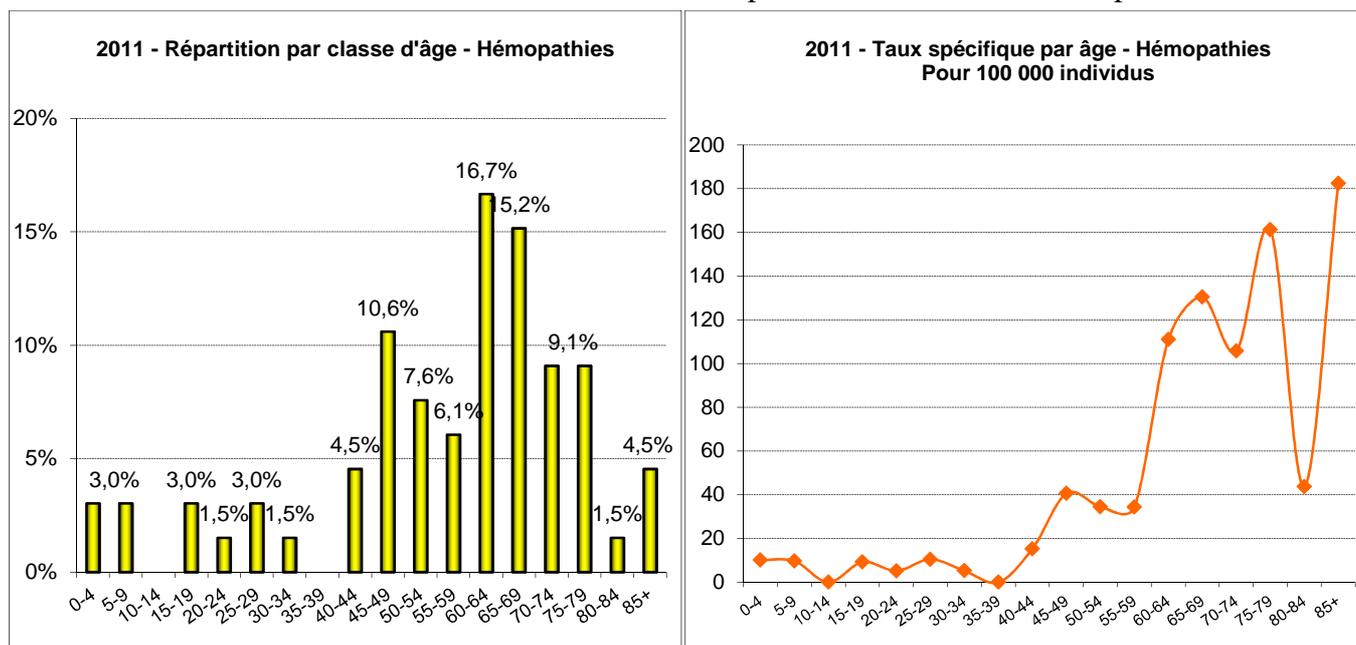


Figure 130 - Hémopathies malignes, répartition par tranche d'âge et taux spécifiques d'incidence

Communautés

En raison de la proportion importante de communauté non retrouvée pour ce groupe de tumeurs (à noter qu'il y a 18.2 % d'information manquante concernant la communauté ; n=12)), cette répartition n'est pas interprétable et ne figure qu'à titre descriptif.

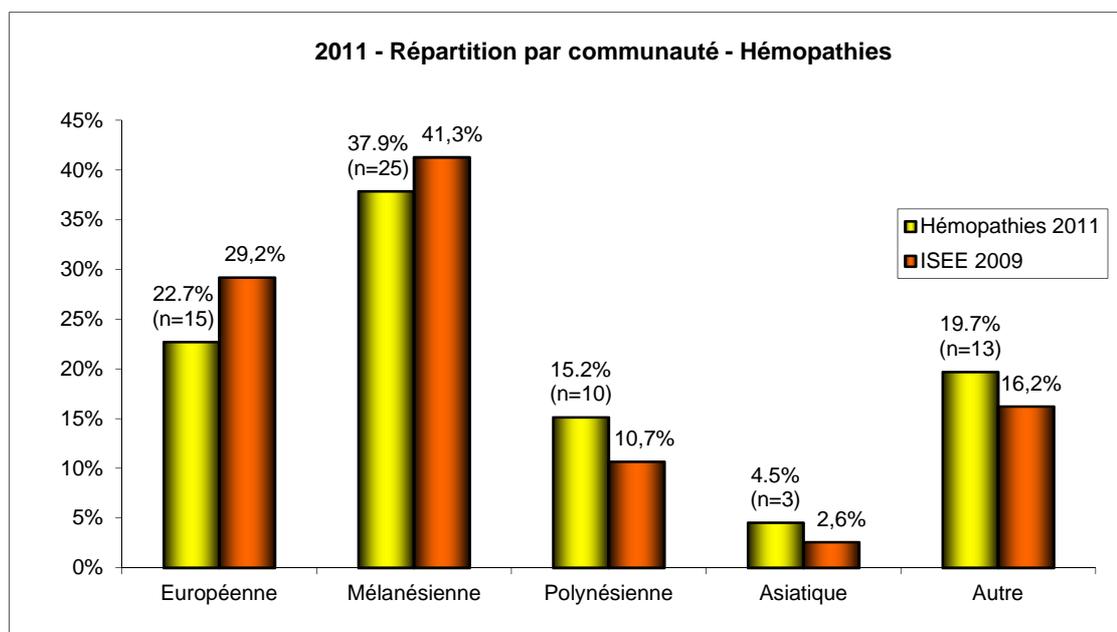


Figure 131 - Hémopathies malignes, répartition par communauté

Histologie ou cytologie

Le 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 66 patients ont été retrouvés :

- 21 Lymphomes non Hodgkinien
- 12 Leucémies myéloïdes
- 7 tumeurs plasmocytaires
- 6 Leucémies lymphoïdes
- 8 Syndromes myélodysplasiques (SMD)
- 8 Syndromes myéloprolifératifs chroniques (SMP)
- 4 autres Leucémies

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

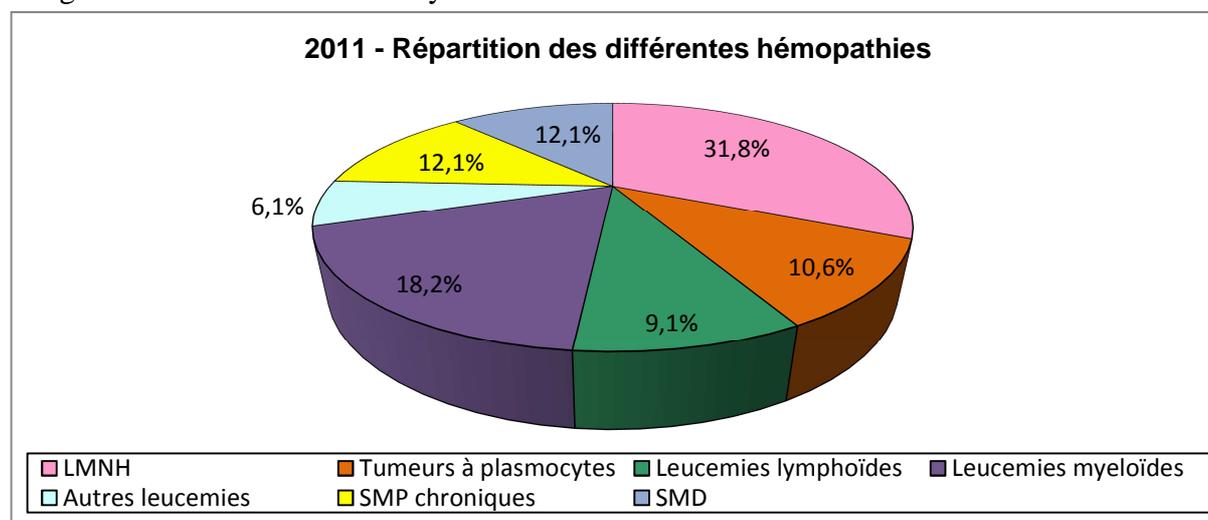


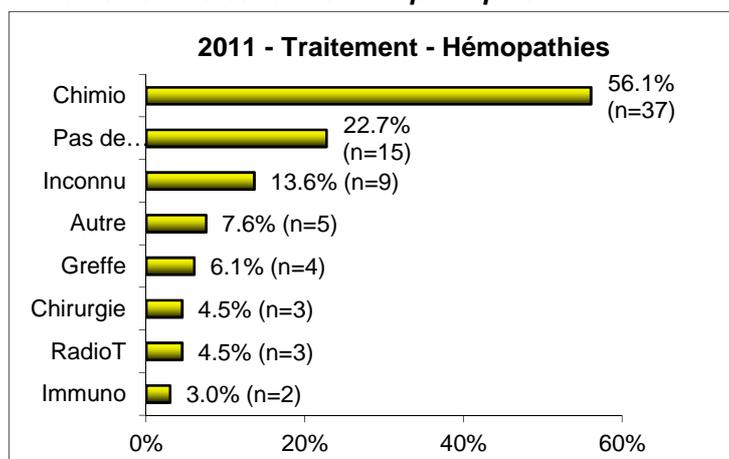
Figure 132 - Répartition des différentes hémopathies malignes

Traitements

Un peu plus de la moitié des patients ont bénéficié d'une chimiothérapie.

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

	Nb de cas	Fréquence
Chimio+Chir+Radio	1	1.5%
Chimio+Immuno	2	3.0%
Chimio+Radio	2	3.0%
Chimio+Chir	2	3.0%
Chimio+Greffe	4	6.1%
Autre	5	7.6%
Inconnu	9	13.6%
Pas de TTT	15	22.7%
Chimio	26	39.4%
Total	66	100.0%



Incidences et comparaisons internationales

En 2011, l'incidence est deux fois plus élevée chez les hommes. On constate que les incidences sont comparables entre les trois provinces.

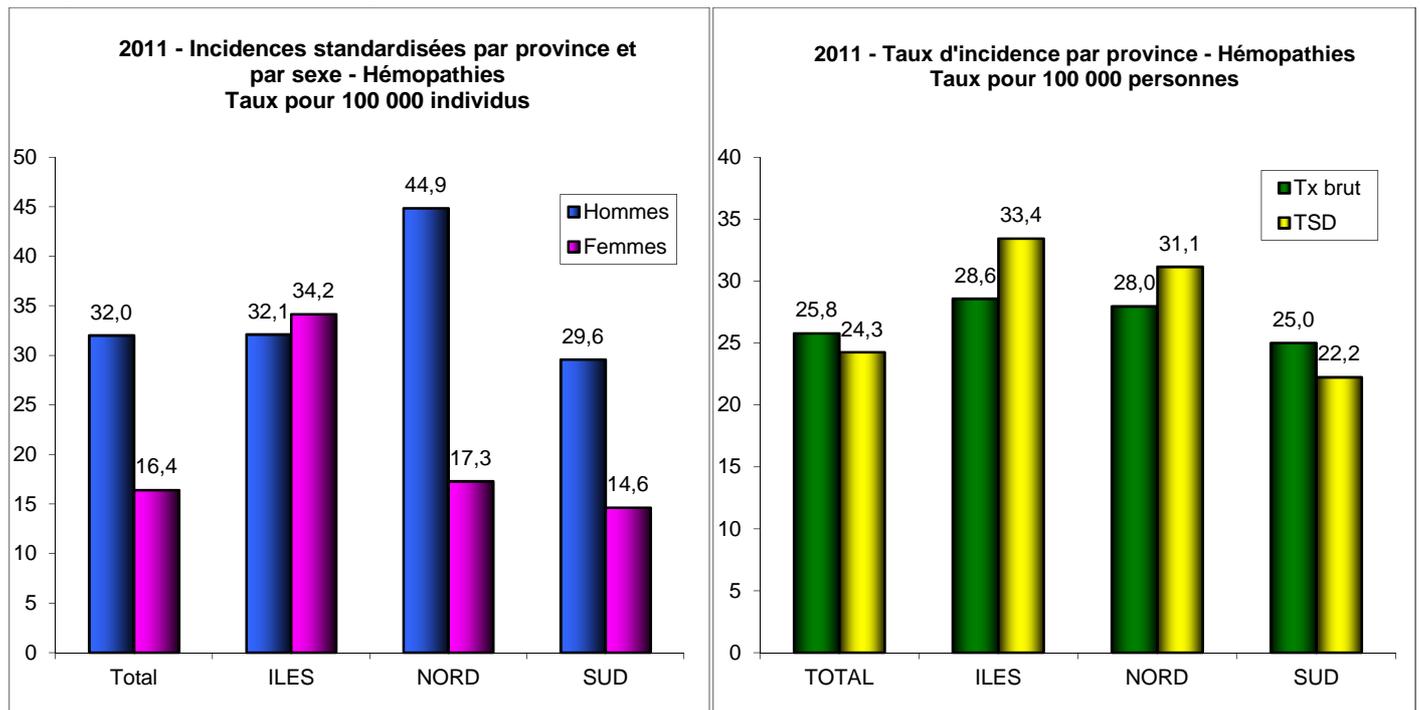


Figure 134 - Hémopathies malignes, incidences selon le sexe et la province

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 également nettement plus basse chez les femmes par rapport aux pays voisins et à la métropole.

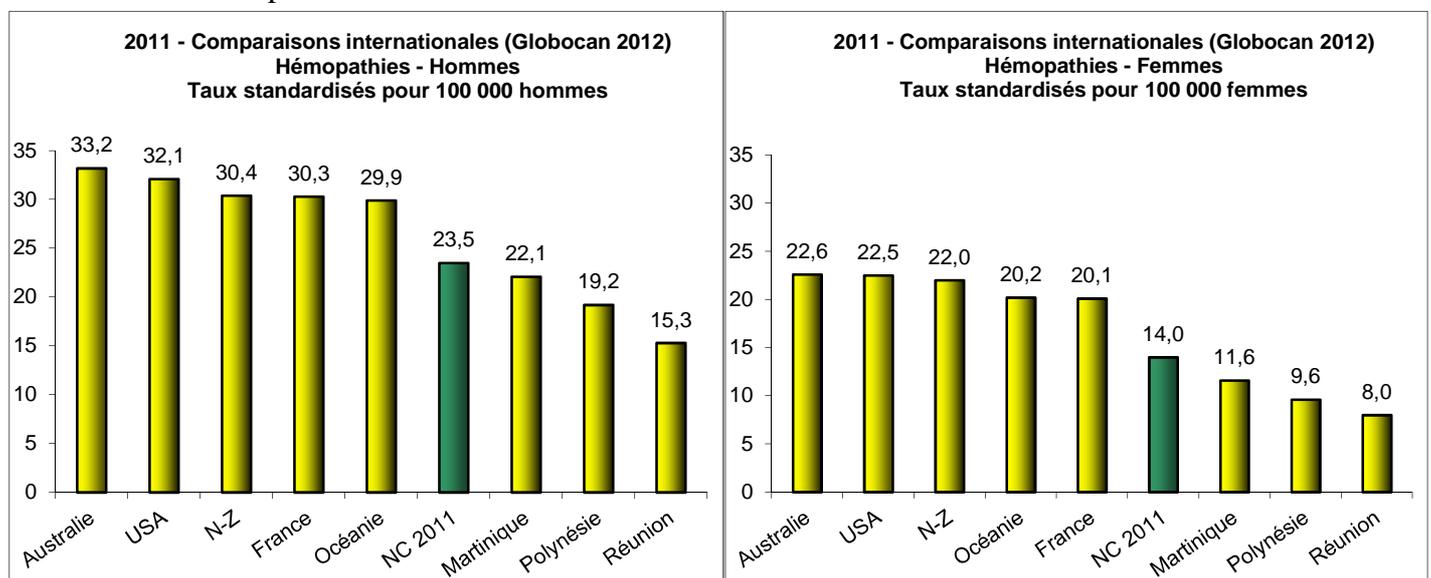


Figure 135 - Hémopathies malignes (hors SMD et SMC), comparaisons internationales des incidences selon le sexe

LYMPHOMES NON HODGKINIENS

22 patients ont été diagnostiqués, 14 hommes et 7 femmes (Sex ratio =2). L'incidence est plus basse dans les Iles Loyautés et plus élevée en province Nord. L'incidence chez les femmes est plus faible que chez les hommes (5.52 versus 9.41). Elle également plus basse chez les femmes dans les provinces Nord et Sud (5.81 et 5.09) par rapport aux hommes (11.69 et 9.62). Dans la Province Ile, ces tumeurs ne concernaient que les femmes (TSD 10.7/100 000 femmes).

H+F	TOTAL	ILES	NORD	SUD
Tx brut	8,2	5,7	8,6	8,3
TSD	7,5	5,8	8,8	7,3

Les comparaisons internationales montrent que la Nouvelle-Calédonie présente chez les hommes une incidence plus basse qu'en métropole, en Australie et en Nouvelle-Zélande. Chez les femmes, l'incidence est également plus faible qu'en métropole.

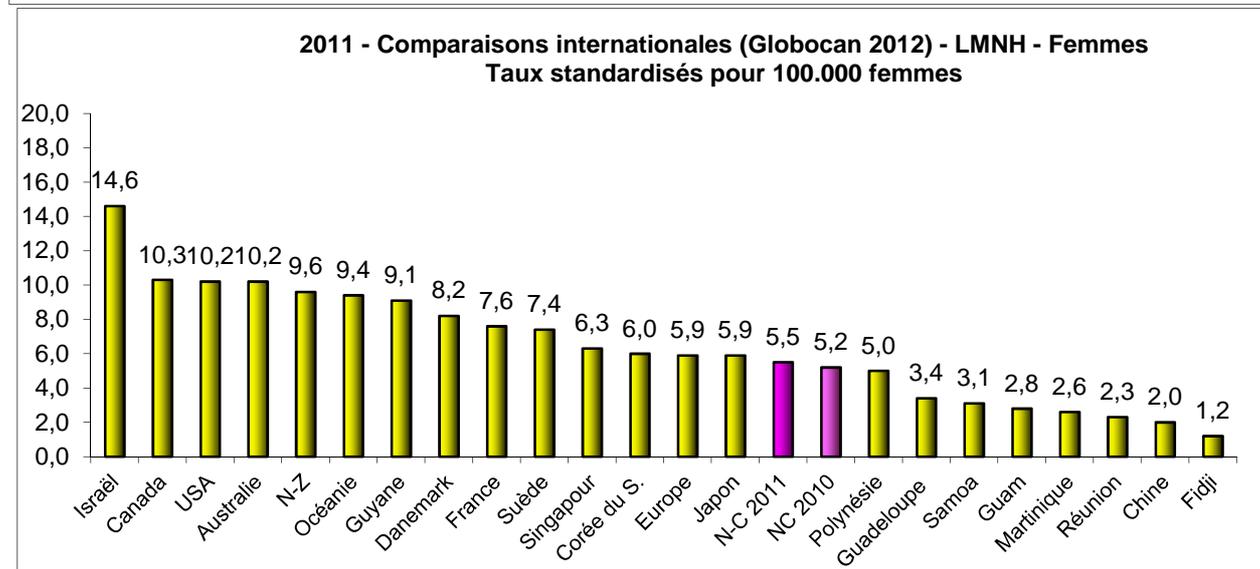
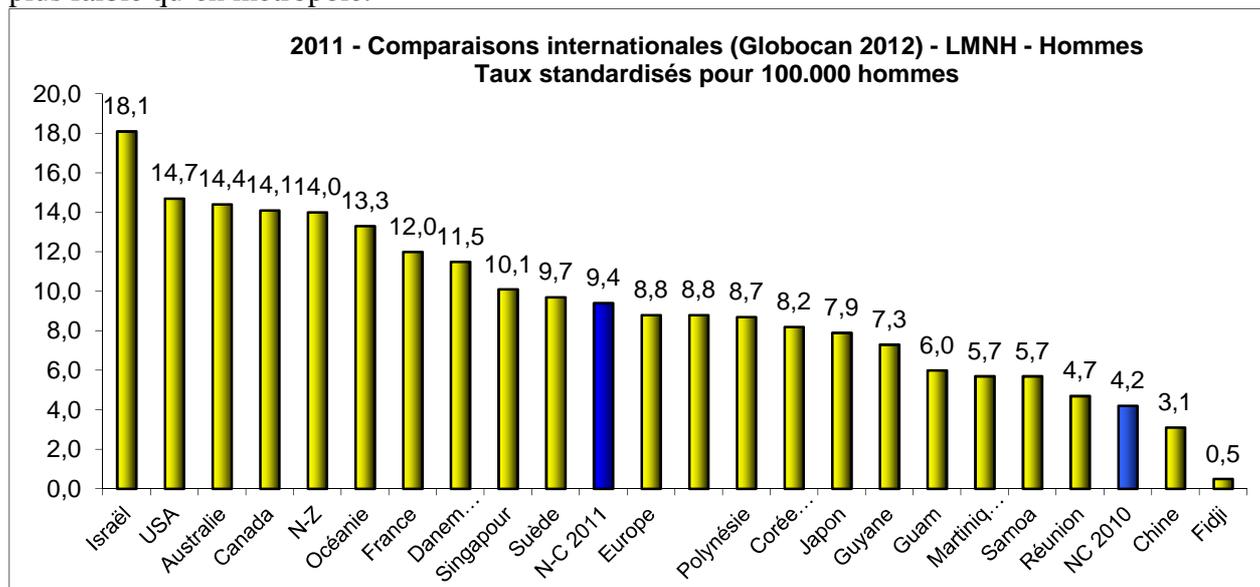




Figure 137 - Mélanomes, répartition par tranche d'âge et taux spécifiques d'incidence

Communautés

Les informations sur la communauté n'ont pas pu être renseignées dans 73,3 % des cas (n=11), ce qui rend la description par groupe de communauté non licite.

Traitements

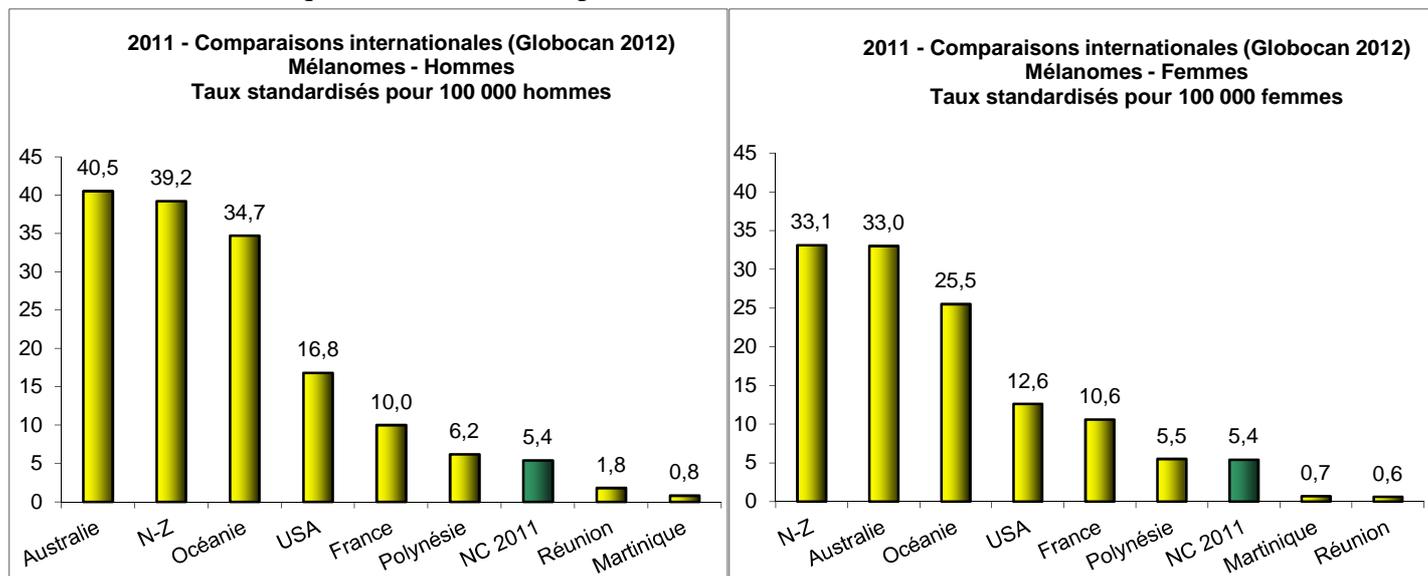
53,3 % patients ont eu une exérèse chirurgicale de la tumeur.

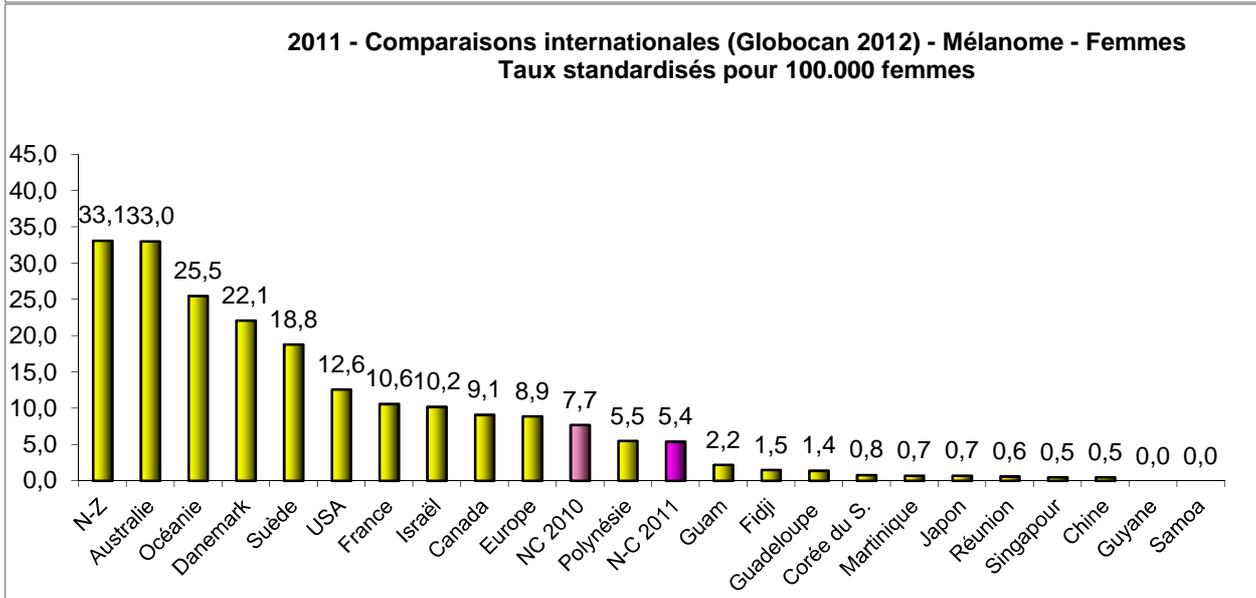
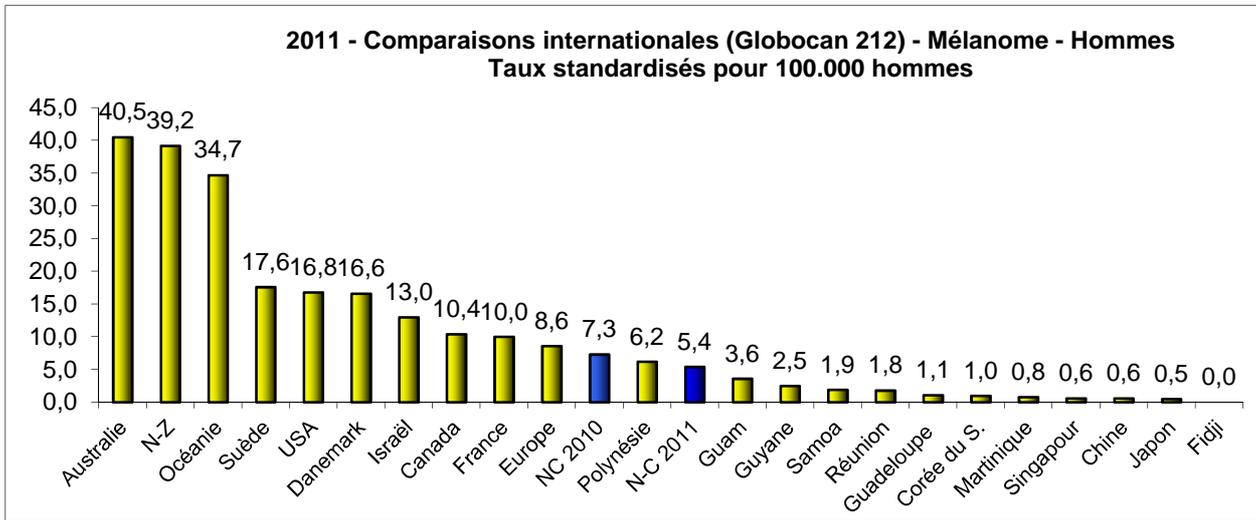
Les informations sur le traitement complet et sur le stade au diagnostic n'ont pas pu être collectées respectivement pour 5 cas (33,3%) et 7 cas (46,7%).

A noter, sur les 8 patients dont on connaît le stade au diagnostic, 7 étaient à un stade localisé et 1 à un stade avec métastases à distance.

Incidences et comparaisons internationales

100 % des cas ont été diagnostiqués en Province Sud. L'incidence est comparable entre les sexes. Les incidences calédoniennes, sont nettement plus basses que celles des pays voisins comme l'Australie et la Nouvelle-Zélande, ou que celles de la métropole.





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

III-9 Tumeurs du système nerveux central

Généralités

17 tumeurs ont été diagnostiquées en 2011 (6 chez les hommes et 11 chez les femmes), il s'agissait de 11 tumeurs invasives et de 6 tumeurs non invasives.

Les tumeurs invasives du SNC sont placées au 20ème rang, tous sexes confondus (19ème rang chez les hommes et au 14ème chez les femmes). On observe un sex ratio égal 1,2 homme pour 1 femme. L'âge moyen au diagnostic est égal à 44,3 ans (médiane à 60 ans). Toutes les tumeurs ont été diagnostiquées à un stade localisé sauf une qui était à un stade métastatique (atteinte des méninges rachidiennes), il s'agissait de 5 glioblastomes, 1 gangliogliome, 1 gliome, 1 ependyome, 1 astrocytome, 1 mélanome et 1 inconnu.

72,7 % des patients ont bénéficié d'un traitement chirurgical, 72,7 % d'une radiothérapie et 54,5 % d'une chimiothérapie. Le profil thérapeutique le plus fréquent était radiothérapie + chimiothérapie + chirurgie (45,5%).

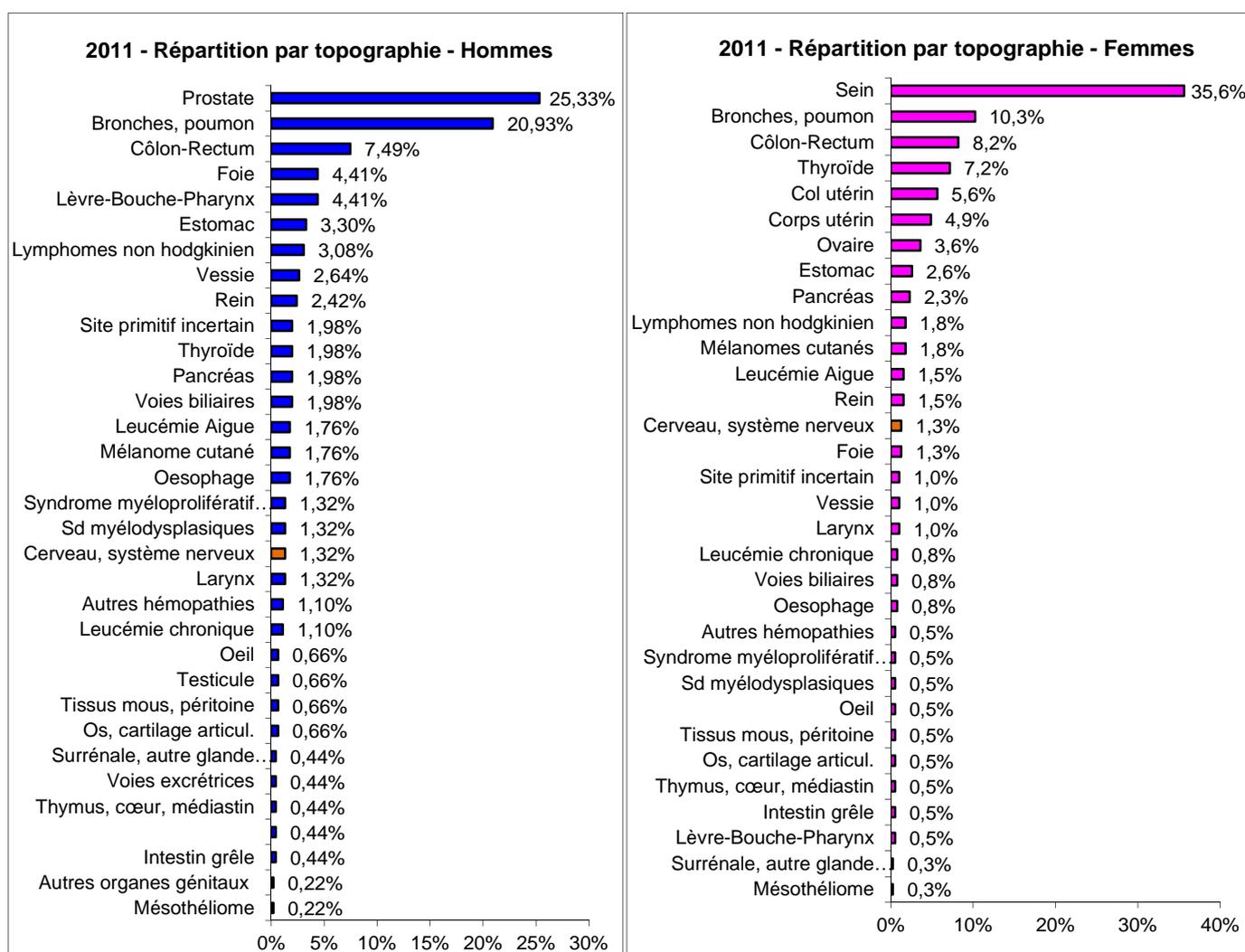


Figure 140 - Répartition des topographies selon le sexe

III.10 Autres sites :

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

III-10.a Cancer de la plèvre

En 2011, on a enregistré 4 tumeurs invasives de la plèvre diagnostiquées (2 mésothéliomes malins, 1 adénocarcinome et un carcinome non à petites cellules).

Mésothéliomes :

2 nouveaux cas diagnostiqués en 2011. Il s'agissait d'un homme et d'une femme. Aucun de ces patients n'avait un antécédent de tumeur primitive connue au registre. Ces 2 patients étaient décédés au 31/12/2013.

Age moyen au diagnostic : 63,5 ans (59 et 68 ans)

Communautés : 2 mélanésiens

Provinces : 2 en province Nord

Base de diagnostic : histologique pour les 2 patients

Stade : 1 localisé et 1 métastaté

Traitements : avec chimiothérapie pour les 2

Incidences :

Taux brut chez les hommes : 7,7 pour 1 000 000 (*taux standardisé* : 7,7 pour 1 000 000)

Taux brut chez les femmes : 7,9 pour 1 000 000 (*taux standardisé* : 7,0 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)

Plèvre :

2 nouvelles tumeurs invasives diagnostiquées en 2011, 1 homme et 1 femme (1 adénocarcinome et 1 carcinome NPC)

III-10.b Cancer du cœur et du médiastin

2 nouvelles tumeurs invasives diagnostiquées en 2011, 1 homme et 1 femme

Incidence standardisée pour médiastin et plèvre réunis : 1,34 pour 100.000 personnes-année chez les hommes et 1,22 chez les femmes

III-10.c Cancer des os et du cartilage

5 tumeurs ont été diagnostiquées en 2011, 3 chez les hommes et 2 chez les femmes

Incidence standardisée : 2,66 pour 100.000 personnes-année chez les hommes et 1,57 chez les femmes

IV EVOLUTION 1985-2011 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 31/12/2013. 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 30,1 % de cancers.

	2007	2006	2005	2004	2003	2002	2001	2000	<2000	TOTAL
<i>Fichier mars 2010</i>	658	608	604	563	527	574	222	339	5554	
<i>Dossiers récupérés 31/12/13</i>	51	41	35	28	35	18	67	33	62	370
<i>% récupérés 31/12/14</i>	7,7 %	6,7 %	5,6%	5,0%	6,6 %	3,1 %	30,1%	9,7 %	1,1%	

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.

IV-1 Appareil digestif

On observe une croissance importante du nombre de cancers du colon-rectum jusqu'en 2010 avec une baisse en 2011, toutefois le nombre de nouveaux cas a été multiplié 3,0 entre 1985 et 2011, (par 1,4 entre 1985 et 2000 et 2,1 entre 2000 et 2011). 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 1,8 sur cette même période (1,1 entre 1985 et 2000 et 1,7 entre 2000 et 2011).

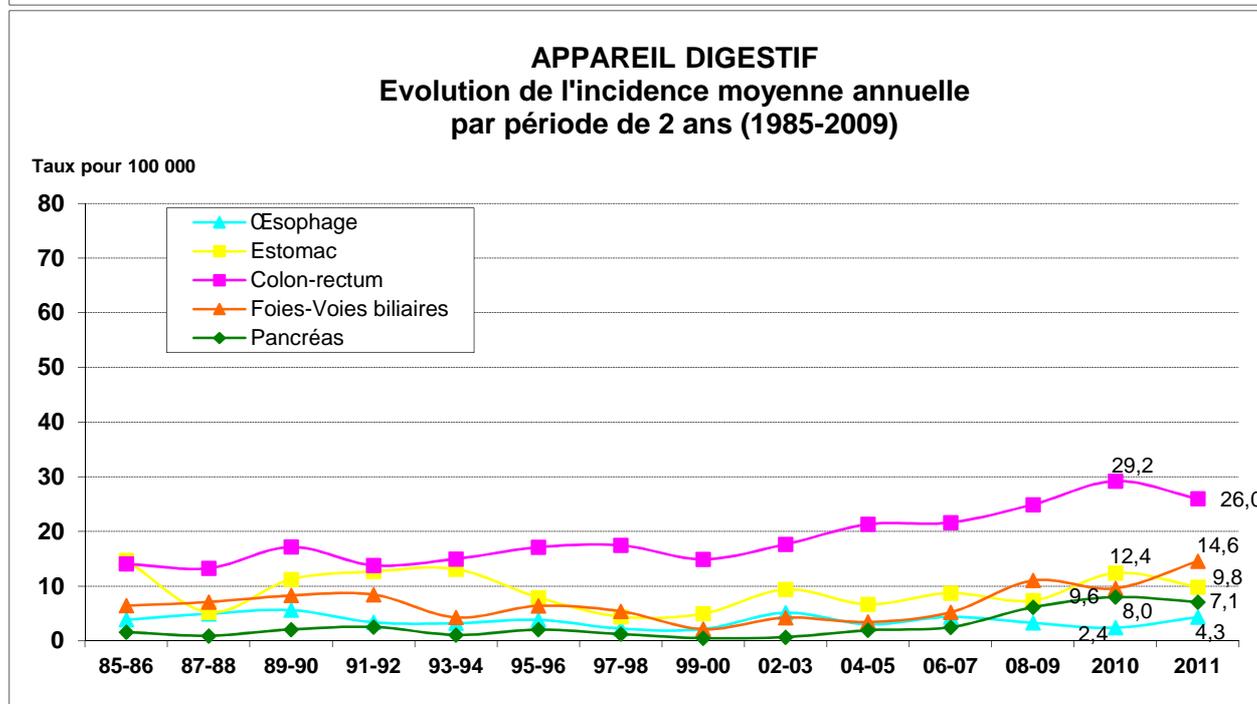
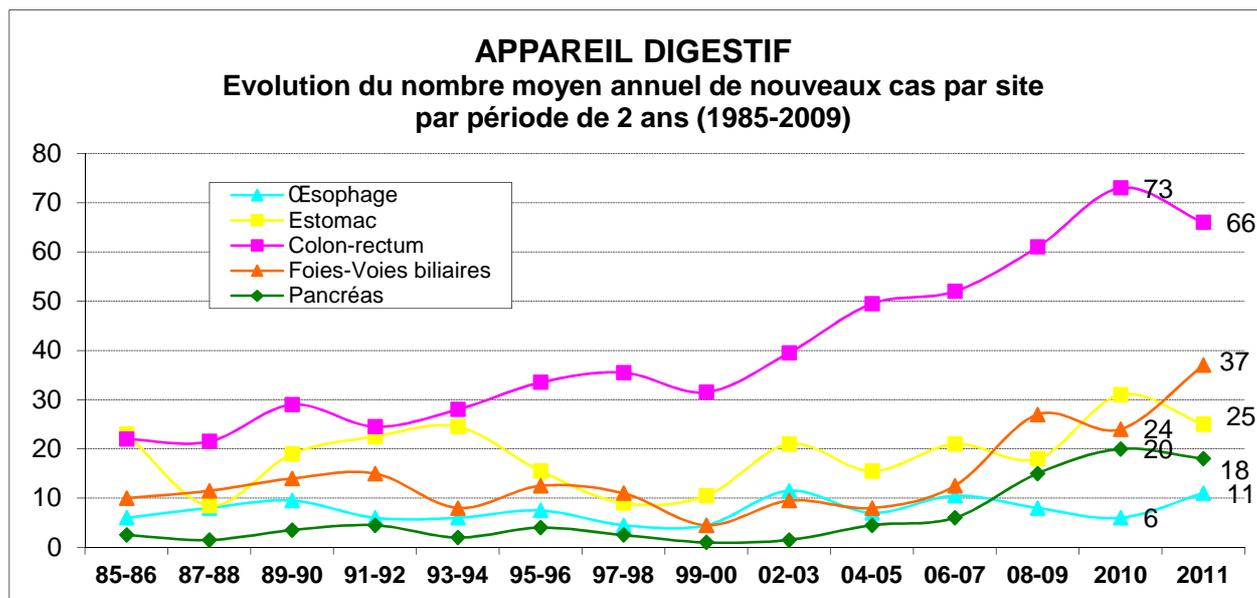
Le nombre de cancers du foie et des voies biliaires se situait autour de 10 nouveaux cas par an jusqu'en 2007, et l'on observe une augmentation depuis 2006-2007, avec des valeurs supérieures à 10, ce qui se traduit par une incidence moyenne multipliée par 2,3 entre 1985 et 2011 (0,3 entre 1985 et 2000 et 6,8 entre 2000 et 2011).

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 avait tendance au augmenter depuis 2009 jusqu'en 2010, puis ensuite baisser

en 2011. L'incidence, quant à elle, après avoir amorcé une décroissance jusqu'à la période 1997-2000, augmente de nouveau régulièrement jusqu'en 2010, et l'on observe également une baisse en 2011 (l'incidence est multipliée par 0,3 au cours de la période 1985-2000 et 2,0 entre 2000 et 2011).

Après une croissance entre 1985 et 2003, le nombre et l'incidence des cancers de l'œsophage restent à peu près stable autour de 8-9 cas par an.

Les cancers du pancréas, plus rares 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.

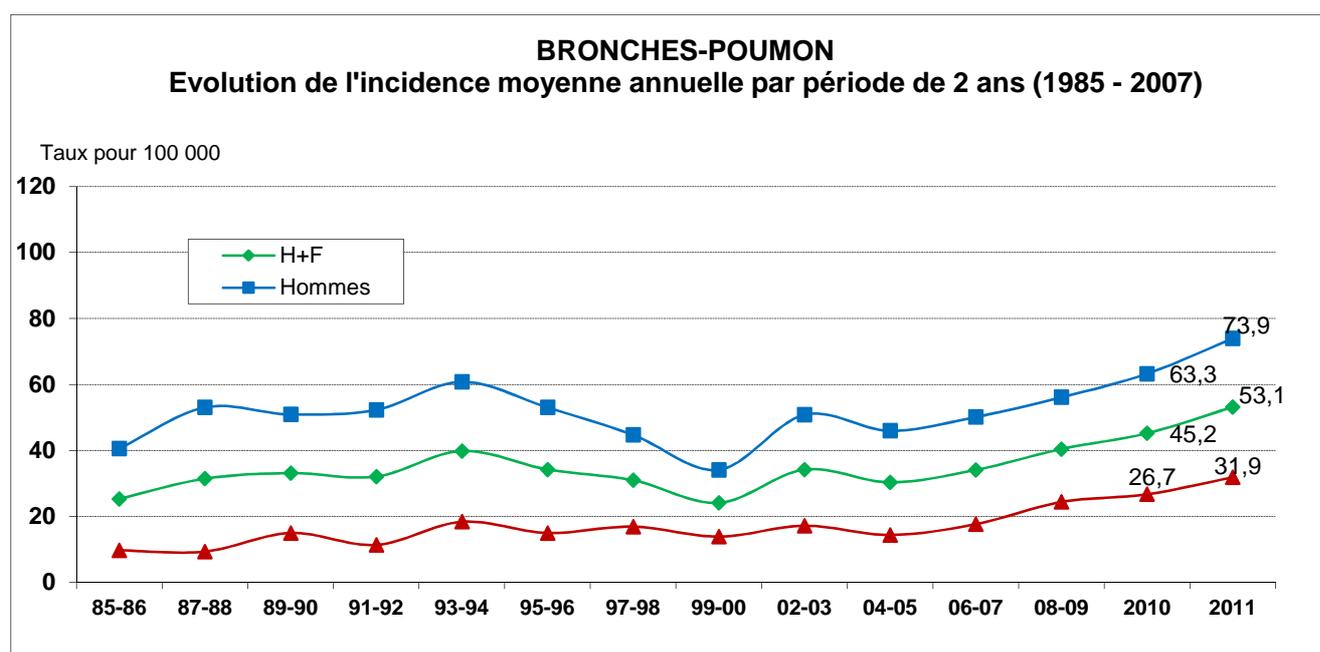
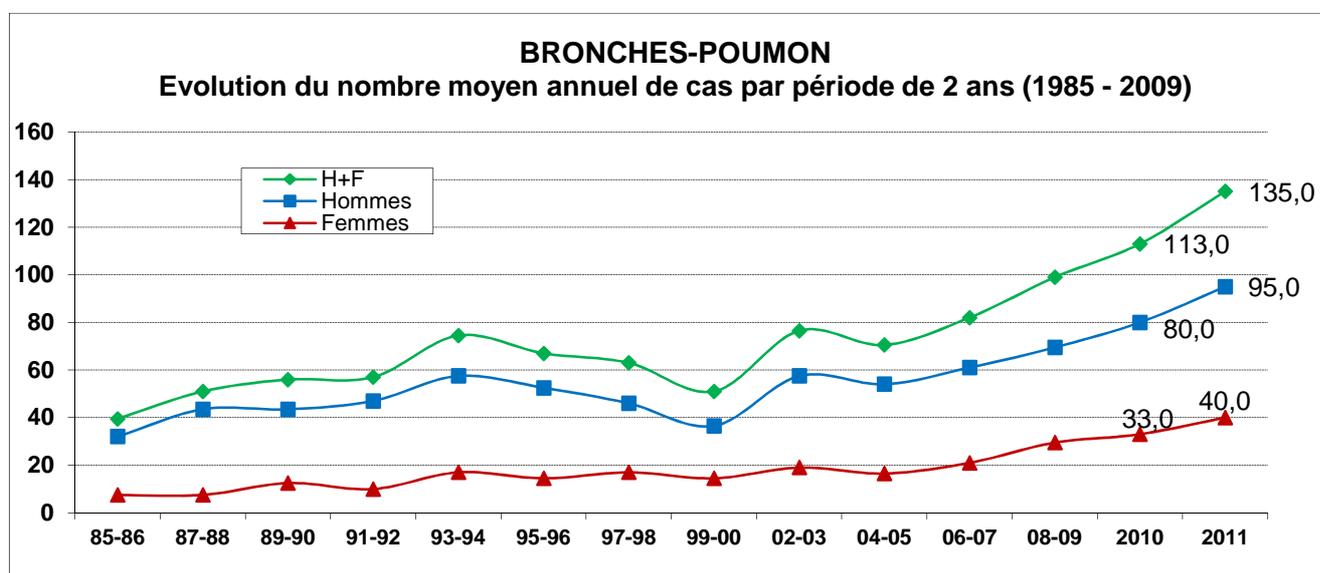


IV-2 Appareil respiratoire : bronches-poumon

Entre 1985 et 2011, le nombre de cancers des bronches et du poumon a été multiplié par 3,4 ; et l'incidence multipliée par 2,1. Cette évolution est particulièrement importante chez les femmes par rapport aux hommes avec un nombre annuel multiplié par 5,3 (contre 3 chez les hommes) et une incidence multipliée par 3,3 (versus 1,8 chez les hommes).

A noter que cette croissance est plus importante au cours de la période 2000-2011, par rapport à 1985-2000 avec un facteur multiplicatif de 2,3 pour les femmes et 2,2 pour les hommes pour l'incidence entre 2000 et 2011, contre respectivement 1,4 et 0,8, au cours de la période 1985-2000.

On a par ailleurs observé un premier pic, pour les 2 sexes au cours de la période 1993-, depuis 2005, on observe que le nombre de cas et l'incidence ne cessent de croître.



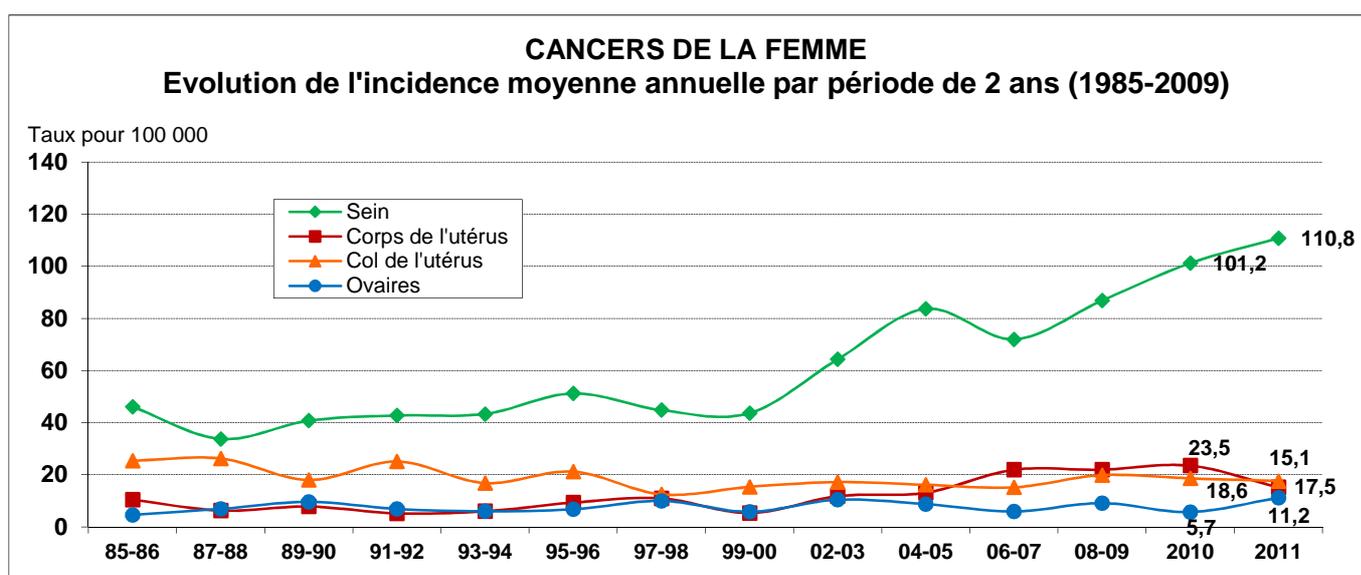
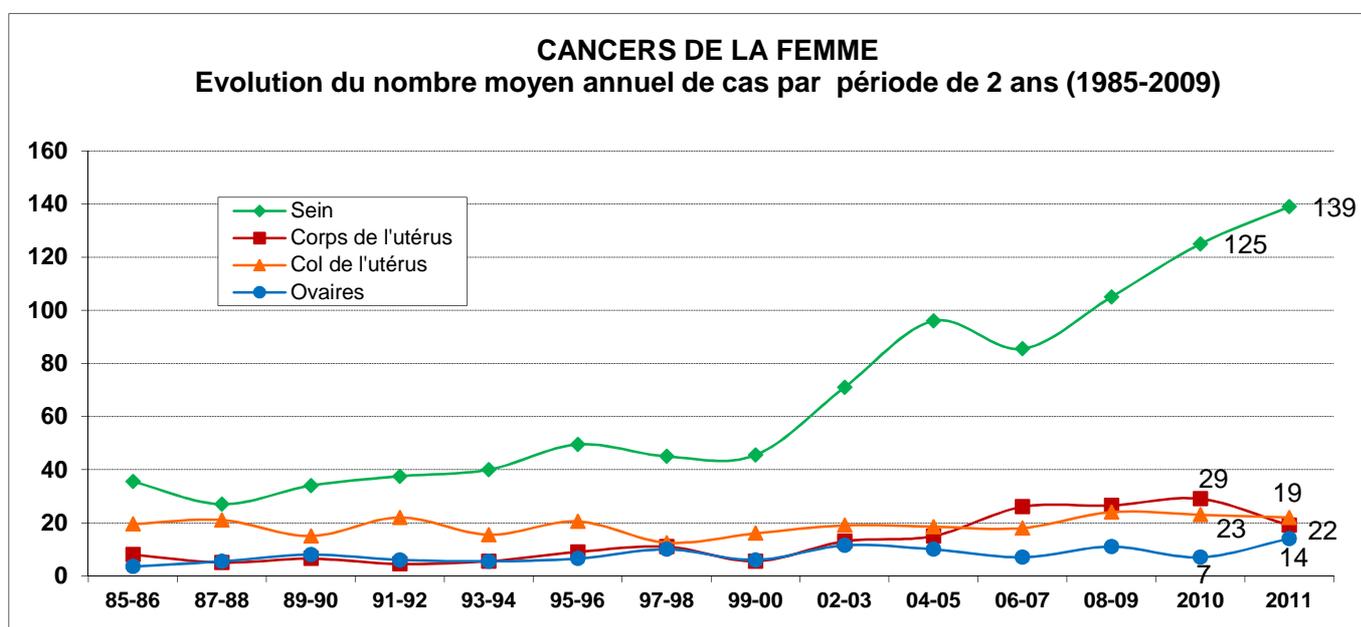
IV-3 Femmes : appareil génital et seins

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 3,9 le nombre de cancers diagnostiqués entre 1985 et 2011, et l'incidence de 2,4, avec une pente plus élevée entre 2008 et 2011 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 2,4 pour le nombre annuel et 1,5 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 2011).

Le cancer de l'ovaire est relativement rare et fluctue autour de 7 cas par an, avec une incidence qui varie entre 4 et 11 pour 100 000 femmes selon les années.

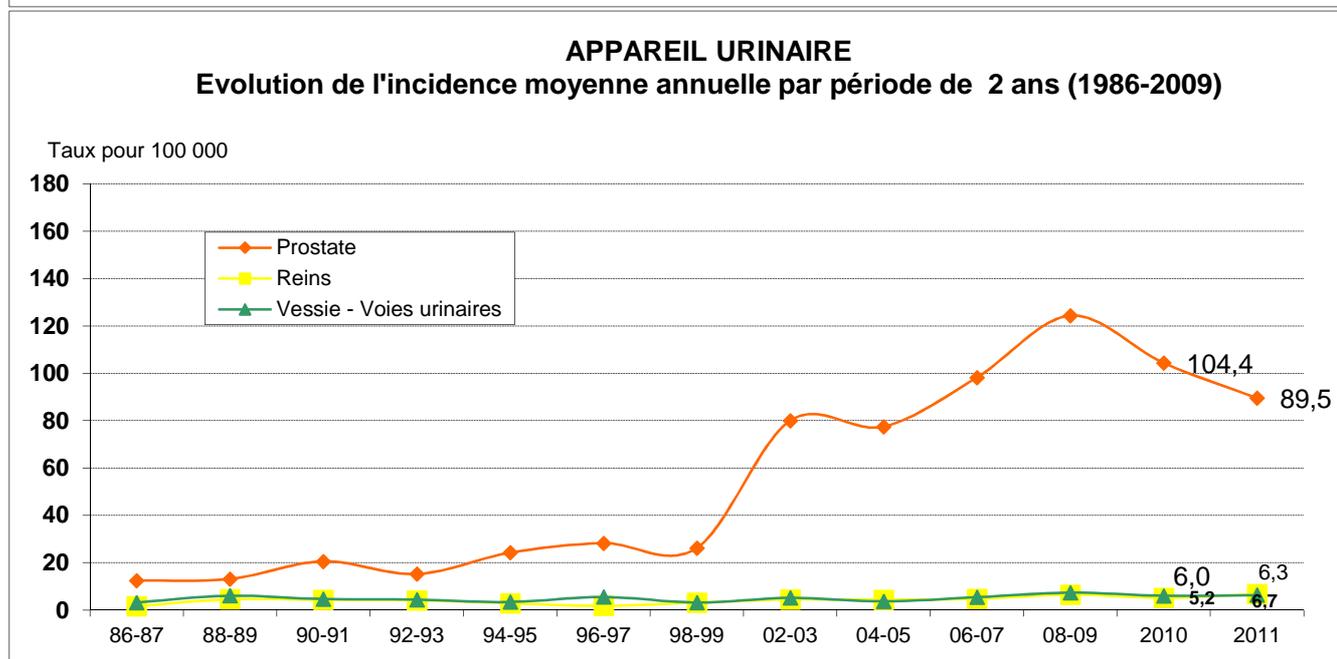
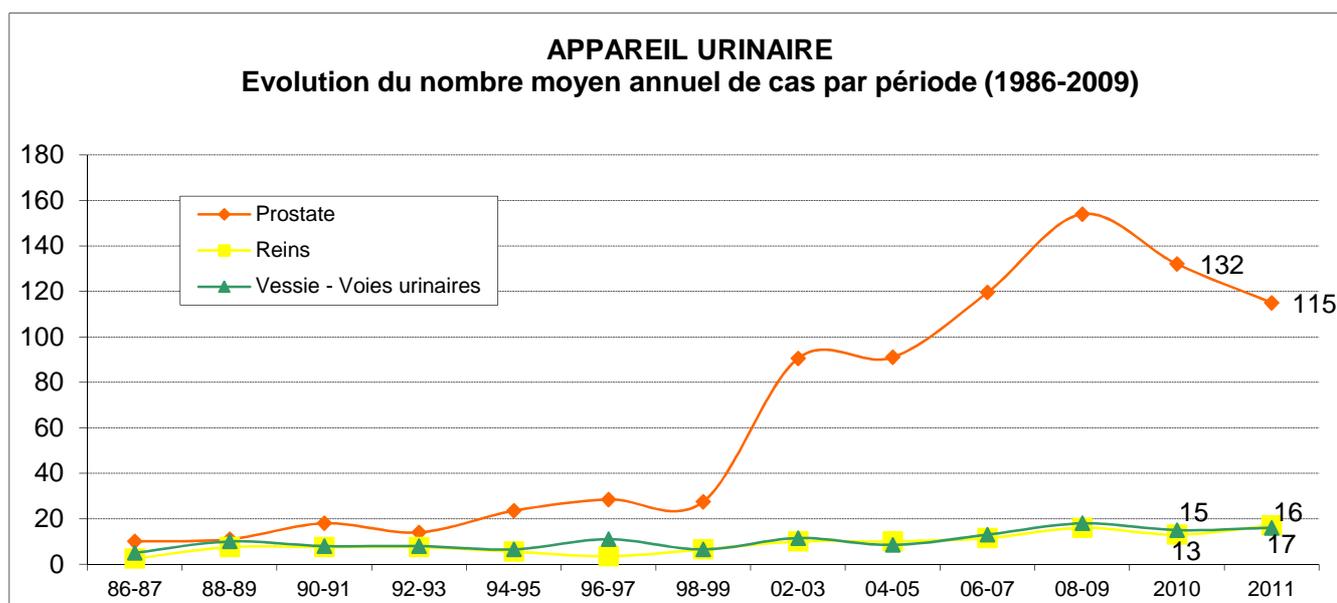


IV-4 Appareil urinaire

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 2011, avec un nombre de tumeurs diagnostiquées multiplié par 11,5, soit une incidence multipliée par 7,2 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 6,8 et son incidence par 4,3 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 3,2 et l'incidence par 2 entre 1986-87 et 2011.

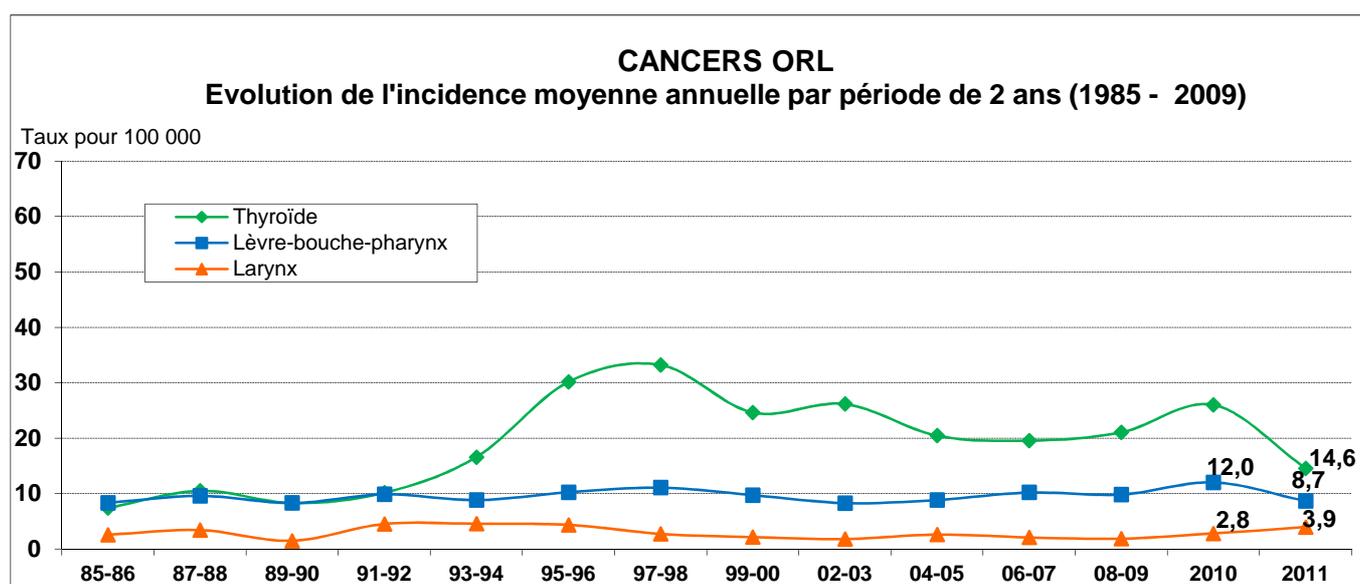
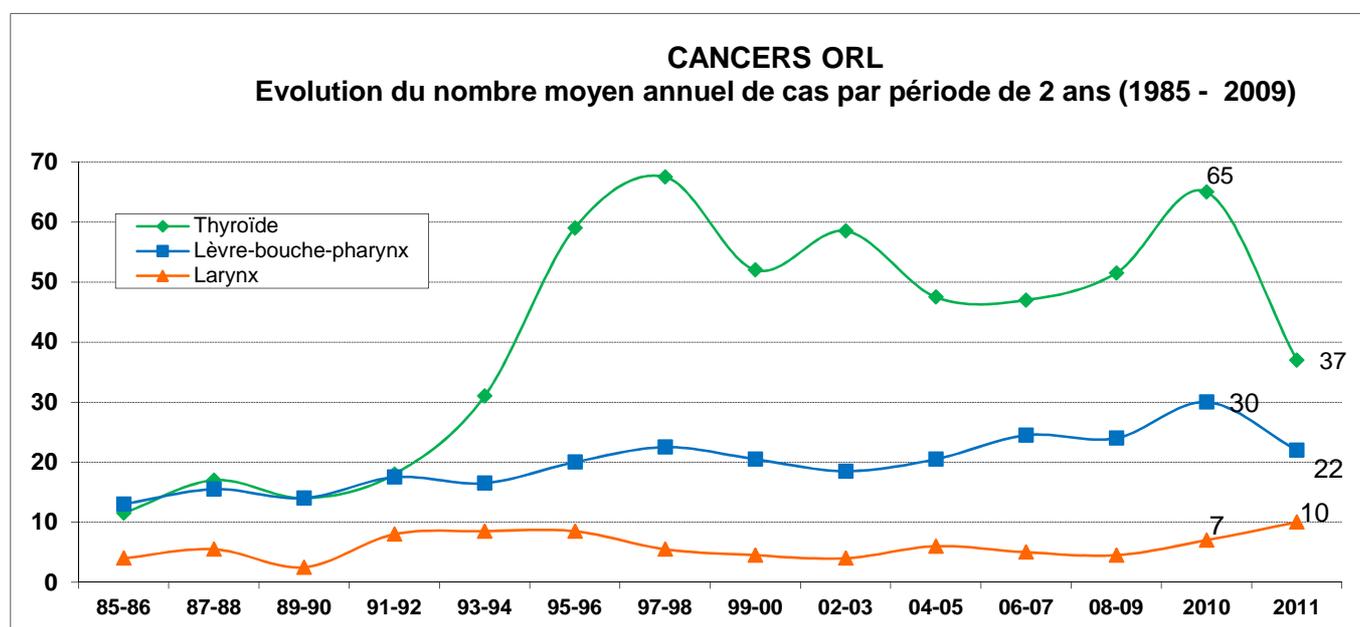


IV-5 Cancers de la sphère ORL

Le cancer de la thyroïde est le site le plus fréquent de la sphère ORL, son nombre annuel a été multiplié par 3,2 entre 1986 et 2011, et son incidence par 2 au cours de la même période. Sa croissance est marquée par un premier pic en 1997-1998, avec une décroissance jusqu'en 2006-2007. L'incidence annuelle suit la même évolution. Après une augmentation en 2010, le nombre de cas et l'incidence ont particulièrement chuté en 2011.

Le nombre de cancers des Lèvres-Bouche-Pharynx (LBP) suit une augmentation relativement régulière, avec un nombre annuel multiplié par 1,7 depuis 1985 et une incidence par 1,0, jusqu'en 2010, pour ensuite décroître en 2011.

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.

V PLACE DES CANCERS DANS LA MORTALITE

Avec 404 décès par tumeurs malignes en 2011, les cancers représentent la première cause de mortalité tous sexes confondus (30,6%). Ce classement est identique dans les deux sexes et représente 32,7% des décès chez les femmes et 29,1% 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 2011, tous sexes confondus, des valeurs supérieures à 1 pour les topographies suivantes : pancréas, sites mal définis.

Lorsque l'on étudie ce rapport selon le sexe, on retrouve alors les topographies suivantes chez les hommes : œsophage, pancréas, SNC ; chez les femmes, il s'agit des sites suivants : lèvre-bouche-pharynx, foie, sites mal définis.

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 2011	Nombre de cas incidents			Nombre de décès			Rapport mortalité/incidence		
	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total
Lèvres-Bouche-Pharynx	20	2	22	13	3	16	0,65	1,50	0,73
Oesophage	8	3	11	10	1	11	1,25	0,33	1,00
Estomac	15	10	25	13	5	18	0,87	0,50	0,72
Intestin grêle	2	2	4	0	2	2	0,00	1,00	0,50
Colon-rectum-anus	34	32	66	18	16	34	0,53	0,50	0,52
Foie-voies biliaires intra-hépatiques	20	5	25	18	7	25	0,90	1,40	1,00
Vésicule biliaire et VB extra-hépatiques	9	3	12	1	1	2	0,11	0,33	0,17
Pancréas	9	9	18	13	8	21	1,44	0,89	1,17
Fosses nasales, oreille moyenne, larynx	8	4	12	3	0	3	0,38	0,00	0,25
Bronches, poumon	95	40	135	66	35	101	0,69	0,88	0,75
Plèvre Thymus, cœur, médiastin	2	2	4	2	2	4	1,00	1,00	1,00
Os cartilage	3	2	5	0	2	2	0,00	1,00	0,40
Tissu conjonctif et tissus mous, péritoine	3	2	5	0	0	0	0,00	0,00	0,00
Mélanomes	8	7	15	5	1	6	0,63	0,14	0,40
Autres tumeurs cutanées	3	1	4	1	0	1	0,33	0,00	0,25
Mésothéliome	1	1	2	2	3	5	2,00	3,00	2,50
Sein	0	139	139	0	40	40		0,29	0,29
Utérus	0	41	41	0	18	18		0,44	0,44
Ovaires et annexes	0	14	14	0	7	7		0,50	0,50
Placenta, autres organes génitaux fem.	0	0	0	0	1	1		NV	NV
Prostate	115	0	115	15	0	15	0,13		0,13
Testicule	3	0	3	0	0	0	0,00		0,00
Verge et autres organes génitaux masc.	1	0	1	0	0	0	0,00		0,00
Vessie	12	4	16	7	0	7	0,58	0,00	0,44
Rein et org. Urinaires	13	6	19	4	1	5	0,31	0,17	0,26
Œil	3	2	5	0	0	0	0,00	0,00	0,00
Encéphale, autre SNC	6	5	11	7	2	9	1,17	0,40	0,82
Thyroïde	9	28	37	2	4	6	0,22	0,14	0,16
Autres glandes endocrines	2	1	3	1	0	1	0,50	0,00	0,33
Autres et mal définis	9	4	13	8	9	17	0,89	2,25	1,31
Maladie de Hodgkin	0	0	0	0	0	0	NV	NV	NV
LNH	14	7	21	4	5	9	0,29	0,71	0,43
Leucémies	13	9	22	8	6	14	0,62	0,67	0,64
Autres hémopathies (avec SMD, SMP)	17	6	23	4	0	4	0,24	0,00	0,17
Total	457	391	848	225	179	404	0,49	0,46	0,48

VI TABLEAUX DETAILLES PAR SITE (CIM10) NOMBRE DE NOUVEAUX CAS TOUS SEXES CONFONDUS (2011)

2011	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	22	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	5	3	3	4	2	1	1	0	2,6
Oesophage	11	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	4	1	0	0	1	1	1,3
Estomac	25	0	0	0	0	0	0	3	0	1	2	3	0	1	2	4	5	1	3	2,9
Intestin grêle	4	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0,5
Côlon-Rectum	66	0	0	0	0	3	0	1	1	0	2	3	9	13	8	8	9	5	4	7,8
Foie	25	0	0	0	0	0	2	0	2	1	3	0	0	6	7	3	0	1	0	2,9
Voies biliaires	12	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	2	2	3	1	2	0	1,4
Pancréas	18	0	0	0	0	0	0	0	2	2	1	4	1	2	1	2	3	0	0	2,1
Nez, sinus, oreil.moyen., aut. res	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0,2
Larynx	10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	3	0	2	2	0	0	1,2
Bronche, poumon	135	0	0	0	0	0	1	2	2	2	8	7	12	16	29	17	22	13	4	15,9
Thymus, cœur, médiastin	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	1	1	0	0,5
Mésotéliome	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0,2
Os, cartilage articul.	5	0	2	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0,6
Mélanomes cutanés	15	0	0	0	1	1	1	1	0	0	2	2	0	2	2	1	0	2	0	1,8
Autres tumeurs cutanées	4	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	0	0	0,5
Tissus mous, péritoine	5	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	2	1	0	0	0,6
Sein	139	0	0	0	0	0	0	4	11	12	18	21	20	14	13	14	4	5	3	16,4
Col utérin	22	0	0	0	0	0	2	0	5	0	7	4	0	0	0	2	2	0	0	2,6
Corps utérin	19	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	1	4	3	3	2	1	0	2,2
Ovaire	14	0	0	0	0	0	0	1	2	1	1	4	2	1	0	1	1	0	0	1,7
Autres organes génitaux F	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,0
Prostate	115	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8	11	29	28	19	9	7	4	13,6
Testicule	3	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0,4
Autres organes génitaux M	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0,1
Rein	17	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	2	2	1	0	6	1	2	1	2,0
Voies excrétrices	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0,2
Vessie	16	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	7	3	2	1	1,9
Oeil	5	1	0	0	1	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,6
Cerveau, système nerveux	11	2	0	0	1	0	1	1	0	0	0	0	0	2	3	0	1	0	0	1,3
Thyroïde	37	0	0	0	0	1	0	1	3	6	5	5	5	3	2	4	1	0	1	4,4
Surrénale, autre glande endocrin	3	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,4
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	21	0	0	0	1	0	0	1	0	0	5	4	0	4	2	2	2	0	0	2,5
Sd myélodysplasiques	8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	2	1	1	0	2	0,9
Leucémie chronique	8	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	2	1	0	0	0,9
Syndrome myéloprolifératif chror	8	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1	0	0	2	1	0	1	1	0	0,9
Leucémie Aigue	14	1	2	0	0	1	1	0	0	0	0	0	1	3	4	0	0	0	1	1,7
Autres hémopathies	7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2	1	0	1	1	0	0	0,8
Site primitif incertain	13	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	2	1	3	2	1	1	2	1,5
TOTAL	848	7	4	2	8	8	11	16	33	30	60	80	83	123	121	109	79	46	28	100,0

VI-1 nombre de cas par site et groupe d'âge (2011)

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	20	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	5	3	3	3	2	1	1	0	4,4%
Oesophage	8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	3	1	0	0	1	0	1,8%
Estomac	15	0	0	0	0	0	0	3	0	1	1	2	0	0	2	2	2	1	1	3,3%
Intestin grêle	2	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0,4%
Côlon-Rectum	34	0	0	0	0	2	0	0	0	2	2	6	7	2	4	7	1	1	1	7,4%
Foie	20	0	0	0	0	0	2	0	0	1	3	0	0	6	5	2	0	1	0	4,4%
Voies biliaires	9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	2	1	2	1	1	0	2,0%
Pancréas	9	0	0	0	0	0	0	0	1	2	1	2	0	2	0	0	1	0	0	2,0%
Nez, sinus, oreil.moyen., aut. resp	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0,4%
Larynx	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	0	2	0	0	0	1,3%
Bronches, poumon	95	0	0	0	0	0	0	1	2	2	4	6	8	12	23	12	13	10	2	20,8%
Thymus, cœur, médiastin	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0,4%
Mésothéliome	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0,2%
Os, cartilage articul.	3	0	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,7%
Mélanome cutané	8	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1	1	0	1	1	0	0	2	0	1,8%
Autres tumeurs cutanées	3	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0,7%
Tissus mous, péritoine	3	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0,7%
Sein	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,0%
Prostate	115	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8	11	29	28	19	9	7	4	25,2%
Testicule	3	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0,7%
Autres organes génitaux	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0,2%
Rein	11	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1	0	0	4	1	1	1	2,4%
Voies excrétrices	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0,4%
Vessie	12	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	4	3	2	0	2,6%
Oeil	3	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,7%
Cerveau, système nerveux	6	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	3	0	1	0	0	1,3%
Thyroïde	9	0	0	0	0	0	0	0	1	3	1	0	1	1	0	1	0	0	1	2,0%
Surrénale, autre glande endocrine	2	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,4%
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	14	0	0	0	1	0	0	1	0	0	5	4	0	0	1	0	2	0	0	3,1%
Sd myélodysplasiques	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	2	0	0	0	2	1,3%
Leucémie chronique	5	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	0	1,1%
Syndrome myéloprolifératif chronique	6	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1	0	0	1	1	0	1	0	0	1,3%
Leucémie Aigue	8	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	2	2	0	0	0	0	1,8%
Autres hémopathies	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	0	0	1	0	0	1,1%
Site primitif incertain	9	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	2	1	3	1	1	0	0	2,0%
TOTAL	457	5	3	1	4	5	6	8	6	14	22	35	42	78	80	58	49	28	13	100,0%

VI-2 Femmes : nombre de cas par site et groupe d'âge (2011)

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	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0,5%
Oesophage	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	0,8%
Estomac	10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	2	3	0	2	2,6%
Intestin grêle	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0,5%
Côlon-Rectum	32	0	0	0	0	1	0	1	1	0	0	1	3	6	6	4	2	4	3	8,2%
Foie	5	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	2	1	0	0	0	1,3%
Voies biliaires	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0,8%
Pancréas	9	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	2	1	0	1	2	2	0	0	2,3%
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	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	2	0	0	1,0%
Bronches, poumon	40	0	0	0	0	0	1	1	0	0	4	1	4	4	6	5	9	3	2	10,2%
Thymus, cœur, médiastin	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0,5%
Mésothéliome	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0,3%
Os, cartilage articul.	2	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0,5%
Mélanomes cutanés	7	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	1	0	1	1	1	0	0	0	1,8%
Autres tumeurs cutanées	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0,3%
Tissus mous, péritoine	2	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0,5%
Sein	139	0	0	0	0	0	0	4	11	12	18	21	20	14	13	14	4	5	3	35,5%
Col utérin	22	0	0	0	0	0	2	0	5	0	7	4	0	0	2	2	0	0	0	5,6%
Corps utérin	19	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	1	4	3	3	2	1	0	4,9%
Ovaire	14	0	0	0	0	0	0	1	2	1	1	4	2	1	0	1	1	0	0	3,6%
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	6	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	2	0	1	0	1,5%
Voies excrétrices	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,0%
Vessie	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	1	1,0%
Oeil	2	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,5%
Cerveau, système nerveux	5	2	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	1,3%
Thyroïde	28	0	0	0	0	1	0	1	2	3	4	5	4	2	2	3	1	0	0	7,2%
Surrénale, autre glande endocrine	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,3%
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	7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	1	2	0	0	0	1,8%
Sd myélodysplasiques	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0,5%
Leucémie chronique	3	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0,8%
Syndrome myéloprolifératif chronique	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0,5%
Leucémie Aigue	6	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	2	0	0	0	1	1,5%
Autres hémopathies	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0,5%
Site primitif incertain	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	2	1,0%
TOTAL	391	2	1	1	4	3	5	8	27	16	38	45	41	45	41	51	30	18	15	100%

VI-3 Hommes : taux d'incidence par site groupe d'âge (2011)

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	15,4	0	0	0	0	0	0	10,6	0	10,1	0	68,5	50,5	58,2	76,5	73,9	56,5	105,7	0	13,9
Oesophage	6,2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	50,5	58,2	25,5	0	0,0	105,7	0	5,6
Estomac	11,6	0	0	0	0	0	0	31,7	0	10,1	11,4	27,4	0	0,0	51,0	73,9	113,1	105,7	157,0	10,0
Intestin grêle	1,5	0	0	0	0	0	0	0	9,9	0	0	0	0	0	0	0	0,0	0	157,0	1,4
Côlon-Rectum	26,2	0	0	0	0	20,5	0	0	0	0	22,8	27,4	101	135,7	51,0	147,9	395,7	105,7	157,0	23,6
Foie	15,4	0	0	0	0	0	20,8	0	0	10,1	34,1	0	0	116,3	127,5	73,9	0	105,7	0	14,8
Voies biliaires	6,9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	11,4	0	16,8	38,8	25,5	73,9	56,5	105,7	0	6,2
Pancréas	6,9	0	0	0	0	0	0	0	9,9	20,2	11,4	27,4	0	38,8	0,0	0,0	56,5	0	0	6,0
Nez, sinus, oreil.moyen., aut. resp	1,5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	38,8	0	0	0	0	0	1,6
Larynx	4,6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	33,7	38,8	0	73,9	0	0	0	4,4
Bronches, poumon	73,3	0	0	0	0	0	0	10,6	19,9	20,2	45,5	82,2	134,7	232,6	586,6	443,6	734,9	1057,1	314,0	65,2
Thymus, cœur, médiastin	1,5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	19,4	0	0	56,5	0	0	1,3
Mésothéliome	0,8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	25,5	0	0	0	0	0,8
Os, cartilage articul.	2,3	0	18,8	8,7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2,7
Mélanome cutané	6,2	0	0	0	0	10,3	0	10,6	0	0	11,4	13,7	0	19,4	25,5	0	0,00	211,4	0	5,4
Autres tumeurs cutanées	2,3	0	0	0	8,9	0	0	0	0	0	0	0	0	0,0	0,0	37,0	56,5	0	0	2,1
Tissus mous, péritoine	2,3	0	0	0	0	0	0	0	9,9	0	0	0	0	0	0	37,0	56,5	0	0	1,9
Sein	0,0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00	0	0	0	0,0
Prostate	88,8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	109,6	185,2	562,2	714,1	702,4	508,8	740,0	627,9	82,8
Testicule	2,3	0	0	0	0,00	10,3	10,4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	56,5	0	0	2,2
Autres organes génitaux	0,8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	16,8	0	0	0	0	0	0	0,7
Rein	8,5	9,8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	27,4	16,8	0,0	0	147,9	56,5	105,7	157,0	8,1
Voies excrétrices	1,5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	16,8	0	25,5	0	0	0	0	1,4
Vessie	9,3	0	0	0	0	0	0	0	0	10,1	0,00	13,7	0	19,4	0	147,9	169,6	211,4	0	7,8
Oeil	2,3	9,8	0	0	0	10,3	10,4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2,8
Cerveau, système nerveux	4,6	0	0	0	0	0	10,4	10,6	0	0	0	0	0	0,0	76,5	0	56,5	0	0	4,3
Thyroïde	6,9	0	0	0	0	0	0	0	9,9	30,3	11,4	0	16,8	19,4	0	37,0	0	0	157,0	6,1
Surrénale, autre glande endocrine	1,5	9,8	0	0	8,9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2,0
Maladie de Hodgkin	0,0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,0
Lymphomes non hodgkinien	10,8	0	0	0	8,9	0	0	10,6	0	0	56,9	54,8	0	0,0	25,5	0	113,1	0	0	9,5
Sd myélodysplasiques	4,6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	11,4	13,7	0	0	51,0	0	0,0	0	314,0	4,5
Leucémie lymphoïde chronique	3,9	9,8	0	0	8,9	0	0	0	0	0	0	0	0	19,4	0	37,0	56,5	0	0	4,1
Syndrome myéloprolifératif chronique	4,6	0	0	0	0	0	0	0	0	20,2	11,4	0	0	19,4	25,5	0	56,5	0	0	4,0
Leucémie Aigue	6,2	9,8	9,4	0	0	0	10,4	0	0	0	0	0	16,8	38,8	51,0	0	0	0	0	6,7
Autres hémopathies	3,9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	11,4	13,7	16,8	19,4	0,0	0	56,5	0	0	3,4
Site primitif incertain	6,9	0	0	0	0	0	0	0	0	10,1	0	0	33,7	19,4	76,5	37,0	56,5	0	0	6,3
TOTAL	352,8	49,01	28,2	8,7	35,6	51,3	62,4	84,6	59,6	141,4	250,3	479,6	707,3	1512,2	2040,3	2144,2	2769,9	2959,8	2040,8	323,5

VI-4 Femmes : taux d'incidence par site et groupe d'âge (2011)

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	1,6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	11,8	0	0	0	26,7	0	0	0	0	1,5
Oesophage	2,4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	17,5	21,1	0	0	0	0	99,3	2,0
Estomac	7,9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	11,8	14,0	0	21,1	0	67,4	153,8	0	198,6	6,1
Intestin grêle	1,6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	17,5	0	26,7	0	0	0	0	1,5
Côlon-Rectum	25,3	0	0	0	0	10,6	0	10,4	10,0	0	0	14,0	52,6	126,4	160,4	134,9	102,5	299,2	297,9	21,5
Foie	4,0	0	0	0	0	0	0	0	20,0	0	0	0	0	0	53,5	33,7	0	0	0	3,5
Voies biliaires	2,4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	26,7	33,7	0	74,8	0	1,9
Pancréas	7,1	0	0	0	0	0	0	0	10,0	0	0	28,0	17,5	0	26,7	67,4	102,5	0	0	5,9
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	0,0
Larynx	3,2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	17,5	21,1	0	0	102,5	0	0	2,6
Bronches, poumon	31,6	0	0	0	0	0	10,5	10,4	0	0	47,3	14,0	70,2	84,3	160,4	168,6	461,3	224,4	198,6	26,1
Thymus, cœur, médiastin	1,6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	21,1	0	0	0	74,8	0	1,2
Mésothéliome	0,8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	17,5	0	0	0	0	0	0	0,7
Os, cartilage articul.	1,6	0	0	0	9,5	0	0	0	0	0	11,8	0	0	0	0	0	0	0	0	1,6
Mélanomes cutanés	5,5	0	0	0	9,5	0	10,5	0	0	0	11,8	14,0	0	21,1	26,7	33,7	0	0	0	5,4
Autres tumeurs cutanées	0,8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	51,3	0	0	0,5
Tissus mous, péritoine	1,6	0	0	0	0	0	0	0	10,0	0	0	0	0	0	0	33,7	0	0	0	1,3
Sein	109,9	0	0	0	0	0	0	41,8	109,9	123,3	212,9	293,6	350,9	295,0	347,5	472,0	205,0	374,0	297,9	95,1
Col utérin	17,4	0	0	0	0	0	21,1	0	50,0	0	82,8	55,9	0	0	0	67,4	102,5	0	0	14,8
Corps utérin	15,0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	69,9	17,5	84,3	80,2	101,1	102,5	74,8	0	13,4
Ovaire	11,1	0	0	0	0	0	0	10,4	20,0	10,3	11,8	55,9	35,1	21,1	0	33,7	51,3	0	0	9,4
Autres organes génitaux	0,0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,0
Rein	4,7	0	0	0	0	0	0	0	10,0	0	0	0	17,5	21,1	0	67,4	0	74,8	0	3,9
Voies excrétrices	0,0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,0
Vessie	3,2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	101,1	0	0	99,3	2,5
Oeil	1,6	0	0	0	9,5	0	0	0	10,0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1,5
Cerveau, système nerveux	4,0	20,8	0	0	9,5	0	0	0	0	0	0	0	0	42,1	0	0	0	0	0	5,0
Thyroïde	22,1	0	0	0	0	10,6	0	10,4	20,0	30,8	47,3	69,9	70,2	42,1	53,5	101,1	51,3	0	0	19,5
Surrénale, autre glande endocrine	0,8	0	0	9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,8
Maladie de Hodgkin	0,0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,0
Lymphomes non hodgkinien	5,5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	84,3	26,7	67,4	0	0	0	5,5
Sd myélodysplasiques	1,6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	33,7	51,3	0	0	1,2
Leucémie lymphoïde chronique	2,4	0	0	0	0	0	10,5	0	0	0	0	0	0	0	26,7	33,7	0	0	0	2,3
Syndrome myéloprolifératif chronique	1,6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	21,1	0	0	0	74,8	0	1,2
Leucémie Aigue	4,7	0	10,0	0	0	10,6	0	0	0	0	0	0	0	21,1	53,5	0	0	0	99,3	4,8
Autres hémopathies	1,6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	17,5	0	0	33,7	0	0	0	1,4
Site primitif incertain	3,2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	33,7	0	74,79	198,61	2,0
TOTAL	309,2	20,8	10,0	9,0	38,1	31,9	52,7	83,5	269,8	164,4	449,4	629,1	719,4	948,2	1096,0	1719,5	1537,7	1346,3	1489,6	267,5

VII-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 2011

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 2012

