

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, récurrences, ..), le mode de recueil et d'enregistrement des données soient standardisés et suivre les règles internationales de base (IARC, ENCR). Il est également impératif que la classification et le codage des cancers selon leurs 3 axes (topographie, morphologie, comportement) reposent sur le système commun (CIMO3).

I-2 Rappel historique

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

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

Après avoir fait l'objet d'une première qualification en 1988 par Comité National des Registres (CNR), qualification renouvelée jusqu'en 2008 où le registre n'a plus été qualifié pour manque d'exhaustivité. Suite au transfert du registre à la DASS-NC et après mise en place de nouvelles procédures d'enregistrement qui ont permis de garantir l'exhaustivité et la qualité des données, le registre a été de nouveau qualifié depuis le 1^{er} Janvier 2013 pour une durée de 3 ans, puis requalifié en novembre 2015 pour 3 ans.

I-3 Fonctionnement actuel du registre

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

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

I-4 Critères d'enregistrement

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

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

La topographie et la morphologie sont codées selon la 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 du rapport, les sites sont présentés par topographie 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 est de multiplier le nombre de sources. On distingue deux types de sources :

- les sources de signalement ou de notification, représentées par les laboratoires d'anatomo-cytopathologie, d'hématologie, les médecins ayant effectué le diagnostic, la CAFAT (longues maladies), les EVASANS, les fiches de maladies à déclaration obligatoire (MDO), le PMSI des centres hospitaliers de Nouvelle-Calédonie (CHT et CHN) et de métropole, les certificats de décès, les réunions de concertation pluridisciplinaires du réseau ONCO-NC (RCP) ... ;

Au total, plus de 10 sources indépendantes de signalement ont pu être recensées.

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

Dans les chapitres suivants, sont présentés, les résultats de l'analyse des données du fichier arrêté au **31 décembre 2015**, concernant les nouveaux cas de tumeurs invasives hors peaux sauf mélanomes diagnostiqués en **2013**. 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, et mises en place à partir des 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 (retour aux dossiers cliniques). Ainsi, comme le montre la figure suivante :

- pour l'année d'incidence 2007, 72 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 2015 (+11.1%) ;
- pour l'incidence 2008, 238 tumeurs ont été ajoutés entre mars 2010 et décembre 2015 (+42.9%) ;
- pour l'incidence 2009, 32 dossiers ont été ajoutés entre juillet 2012 et décembre 2015 (+4%) ;
- pour l'incidence 2010, 25 dossiers ont été ajoutés entre décembre 2013 et décembre 2015 (+3%) ;
- pour l'incidence 2011, 47 dossiers ont été ajoutés entre décembre 2013 et décembre 2015 (+5.6%).
- et pour l'incidence 2012, 22 dossiers ont été ajoutés entre décembre 2014 et décembre 2015 (+2.6%).

Ces éléments témoignent du rattrapage progressif des cas qui n'avaient pas été enregistrés avant 2010 pour l'incidence 2008 mais également de l'amélioration permanente de l'exhaustivité au fur et à mesure des années, avec une proportion de rattrapage annuel pour les dernières années d'incidence <6%.

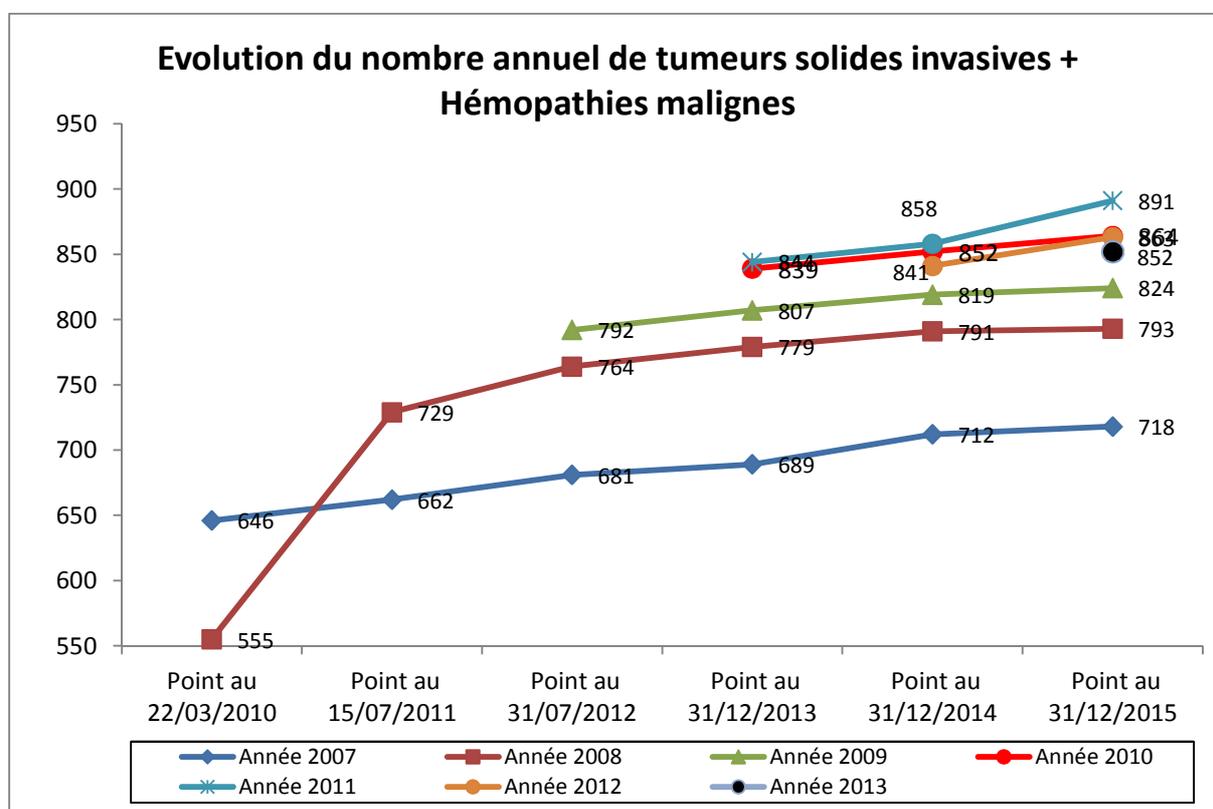


Figure 1 - Evolution annuelle du nombre de tumeurs invasives enregistrées selon l'année de diagnostic et la date du fichier

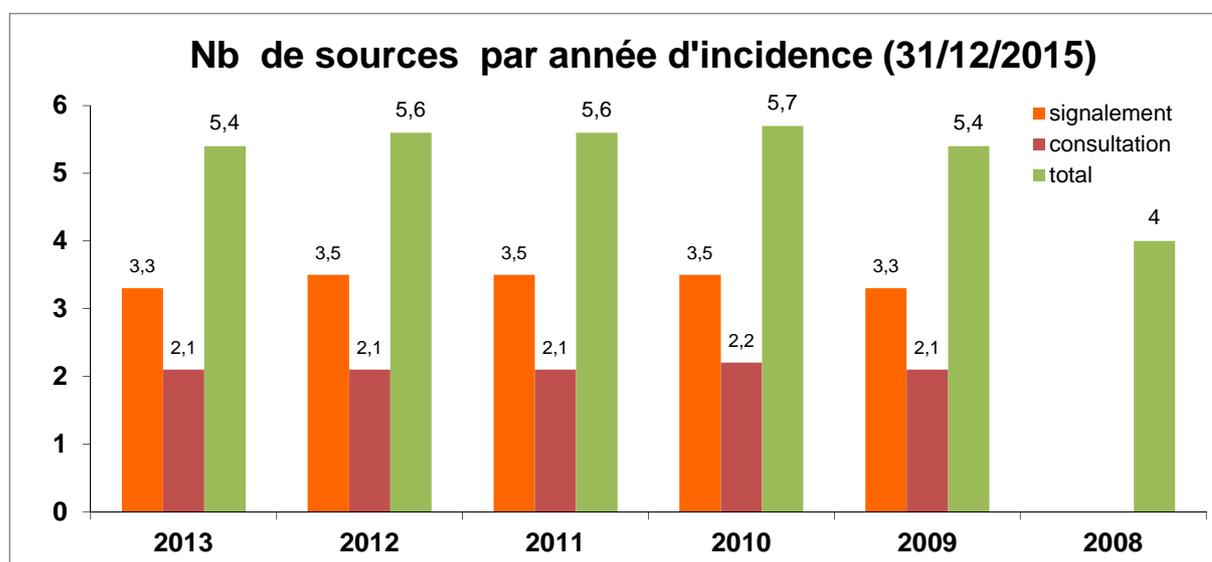
Le rattrapage annuel du nombre de cancers invasifs (hors peau sauf mélanomes) annuel se stabilise suite à la mise en place de ces procédures et on peut observer une faible croissance des cas incidents de 2007 à 2010 entre décembre 2014 et décembre 2015, avec +1.4 % pour 2010, +0.6% pour 2009, +0.2% pour 2008 et +0.8% pour 2007.

I-6.a Exhaustivité et nombre de sources pour les 5 dernières années validées

Le nombre total de sources a été recueilli à partir de l'année d'incidence 2008 et le détail des sources (signalement ou consultées) et l'enregistrement du type de sources a été mis en place à partir de l'année d'incidence 2009.

Pour le fichier arrêté au 31 décembre 2015, pour l'année d'incidence :

- 2008, on enregistrait en moyenne un peu plus de 4 sources d'informations (signalement et consultées) différentes par tumeur ;
- 2009, cette valeur augmentait avec en moyenne 5.4 sources par dossier (dont 3.3 sources de signalement par tumeur) ;
- 2010 cette valeur continue de croître, passant ainsi à 5.7 sources par dossier (dont en moyenne 3.5 sources de signalement) ;
- 2011, cette valeur moyenne est de 5.6 sources par dossier (dont 3.5 sources de signalement) ;
- 2012, ces valeurs moyennes sont 5.6 sources par dossier (dont 3.5 sources de signalement) ;
- 2013, ces valeurs moyennes restent constantes avec 5.4 sources par dossier (dont 3.3 sources de signalement).



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

Tableau 1 - Nombre moyen de sources (signalement ou consultées) par topographie (hors peau sauf mélanomes)

2013	Nb de cas	Nb moyen de sources de signalement	Nb moyen de sources consultées	% d'histologie
ORL	40	3,2	2,1	97,5%
Œsophage	12	3,7	2,2	91,7%
Estomac	23	4,2	2,2	100,0%
Pancréas-intestin	28	3,5	2,4	50,0%
Colon-Rectum	70	3,7	2,2	100,0%
Foie-Voies biliaires	39	3,7	2,3	48,7%
Bronches - Poumons	113	3,3	2,1	88,5%
Os et cartilage	5	3	1,8	100,0%
Mélanome cutané	26	1,7	1,4	100,0%
Tissu mésothélial et tissus mous	12	3,1	2,2	91,7%
Sein	125	4	2,2	99,2%
Col utérin	20	4,6	2,3	100,0%
Corps utérin	23	4,6	2,3	100,0%
Autres organes génitaux F	16	4,9	2,2	93,8%
Prostate	102	2,7	2	99,0%
Autres organes génitaux M	2	2	2	100,0%
Rein	15	3,1	2	93,3%
Vessie - Voies urinaires	18	3,2	2,1	100,0%
Œil - Cerveau - SNC	14	2,4	2,1	100,0%
Thyroïde et autres glandes	41	2,5	2	95,1%
Siège mal définis non précisés	16	2,9	2,3	75,0%
Hémopathies	92	2,5	2,1	37,0%
TOTAL	852	3,3	2,1	91,6%

En 2013, seuls 6.9% des nouveaux cas ont été signalés par une seule et unique source.

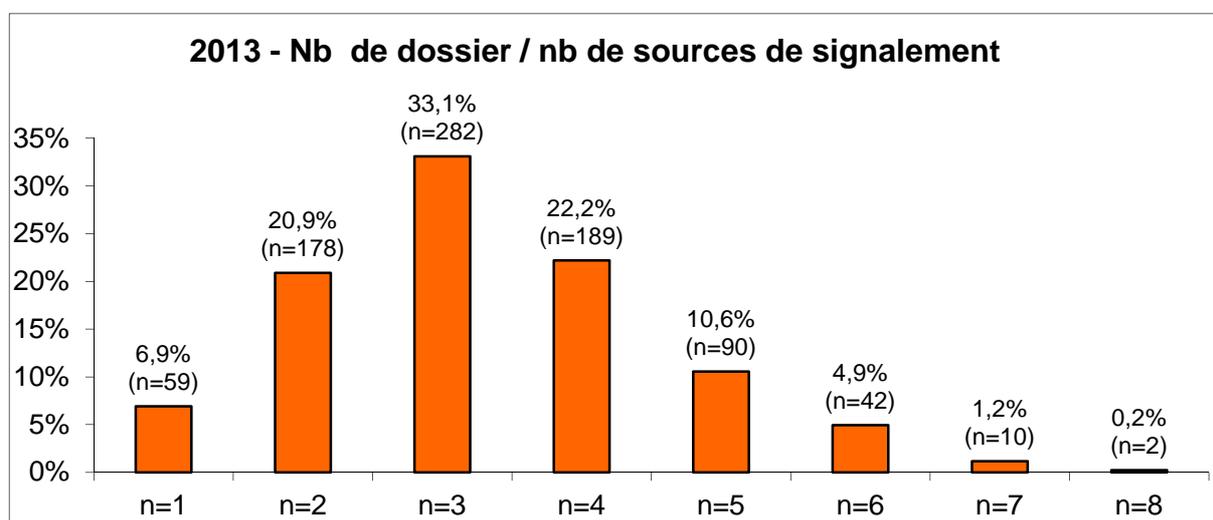


Figure 2 - Répartition du nombre de sources de signalement

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

Ainsi, comme observé dans le tableau ci-dessous, le pourcentage de tumeurs diagnostiquées sans examen anatomo-cytopathologique ou cytologique se situe aux alentours de 6% (6.6% en 2008, 6.3% en 2009, 5.2% en 2010, 5.5% en 2011, 5.4% en 2012 et 6.1% en 2013).

Tableau 2 - Répartition par base de diagnostic en 2013

	Nb	Fréq
1. Clinique	0	0,0%
2. Radiologie	34	4,0%
3. Chirurgie exploratoire	0	0,0%
4. Test biochimique	13	1,5%
5. Cytologie	71	8,3%
6. Histologie métastase	43	5,0%
7. Histologie tumeur	691	81,1%
8. Autopsie	0	0,0%
9. Inconnu	0	0,0%
Total	852	

En 2013, les cas diagnostiqués suite à un examen ou des investigations cliniques, concernent essentiellement des tumeurs du foie et des voies biliaires, du pancréas, et des tumeurs dont le site primitif est incertain. A noter que 5% des nouveaux cas inclus ont fait l'objet d'un diagnostic à partir de l'histologie d'une métastase.

Tous ces éléments confirment que le croisement avec différentes sources de signalement a permis d'améliorer l'exhaustivité des données, avec un rattrapage progressif des tumeurs antérieures.

Ainsi, au 31 décembre 2015, on peut donc estimer que l'évolution du nombre annuel de cas est de :

- + 10.4% entre 2007 et 2008
- + 3.9 % entre 2008 et 2009
- + 4.8% entre 2009 et 2010
- + 3.1% entre 2010 et 2011
- - 3.1% entre 2011 et 2012
- - 1.3% entre 2012 et 2013

I-6.b Qualité des données

Pour l'année d'incidence 2013, exception faite mélanomes cutanés, 97.2% des tumeurs ont fait l'objet d'un retour au dossier clinique en date du 31/12/2015 (803/826).

Le taux de retour au dossier clinique varie selon la topographie, entre 91.7% pour les tissus mous et 99% pour les autres topographies comme le montre la figure suivante :

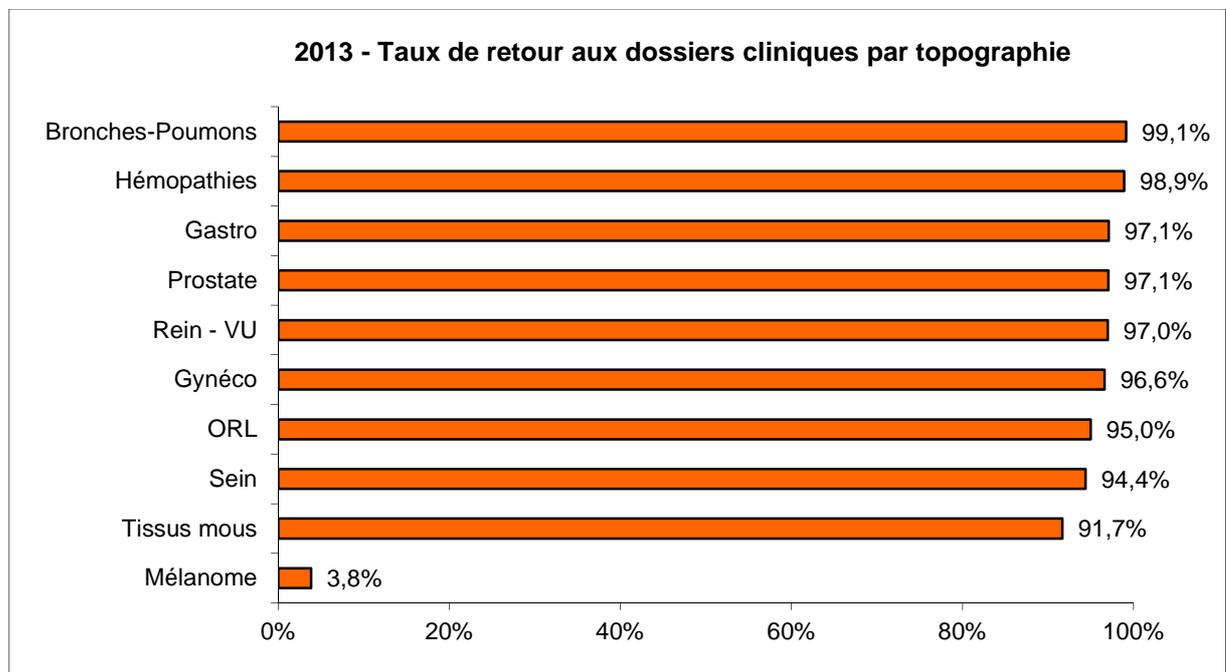


Figure 3 - Taux de retour aux dossiers cliniques par topographie

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

Le stade d'extension du cancer n'a pu être déterminé pour 6.4 % des cas parmi les 760 cas concernés (tumeurs solides invasives uniquement).

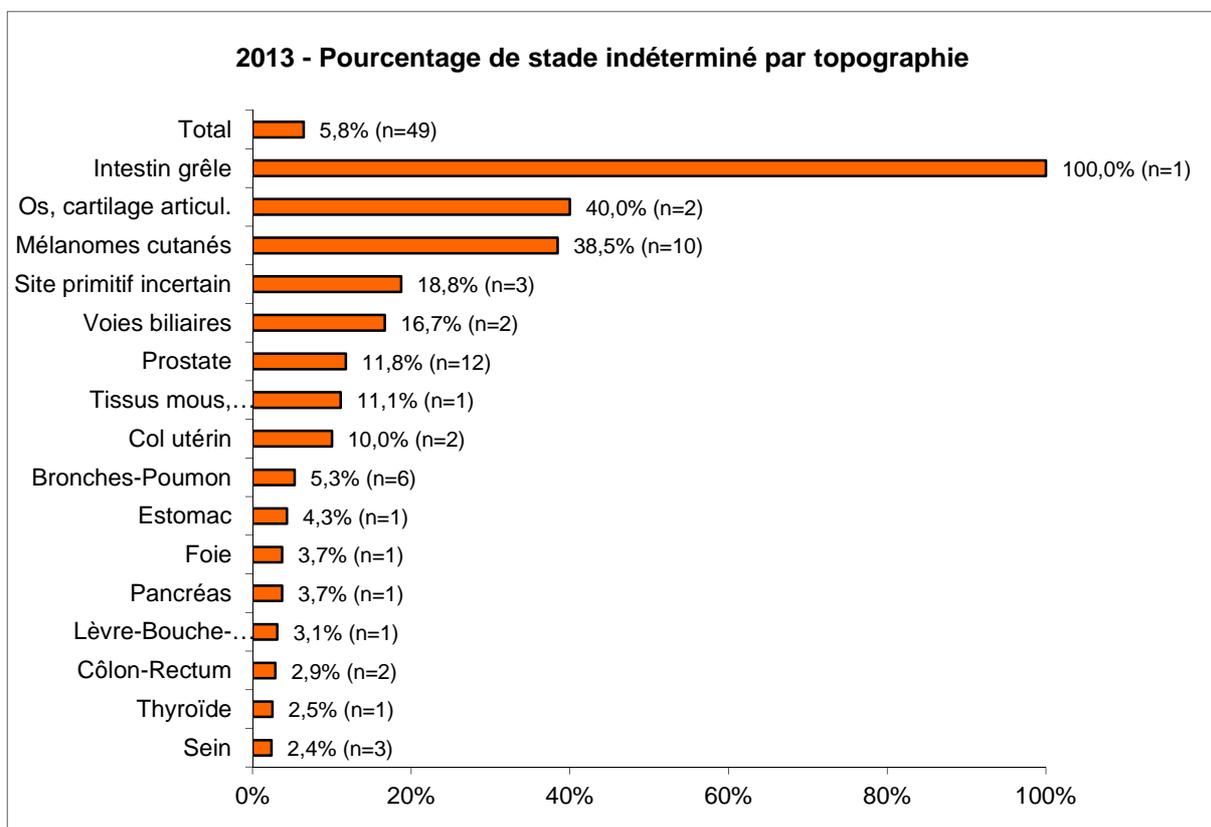


Figure 4 - Répartition du % de stade de diffusion indéterminé selon la topographie

Concernant les données administratives des patients, la commune de naissance a pu être renseignée dans 80.2% des cas et la communauté dans 72.2%. Le type de prise en charge (y compris l'abstention thérapeutique) ou les traitements ont pu être renseignés dans 96.1% 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 et de validation 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.

Les cas pour lesquels une discordance a été observée (8.4% pour l'année 2013) 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.

- 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 2013

Au total, **852** tumeurs invasives ont été enregistrées pour l'année d'incidence 2013 (442 chez les hommes et 410 chez les femmes) dont :

- **760** tumeurs solides invasives hors tumeurs cutanées sauf mélanomes (89.2 %)
- **92** hémopathies malignes (10.8 %)
-

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

- 14 tumeurs non malignes du SNC,
- 115 tumeurs in situ (Côlon-rectum : 9 ; Mélanome : 13 ; Sein : 8 ; Col de l'utérus : 79 ; Autres sites : 6).

Ne sont prises en compte dans les analyses suivantes que les 852 tumeurs invasives hors tumeurs cutanées sauf mélanomes.

II-1 Caractéristiques sociodémographiques

II-1.a Etude selon l'âge et le sexe

L'âge moyen au diagnostic est égal à 61.7 ans (médiane 63 ans), avec 72.3 % des patients qui ont entre 50 et 79 ans (contre 21% dans la population générale) et un pic entre 65 et 69 ans.

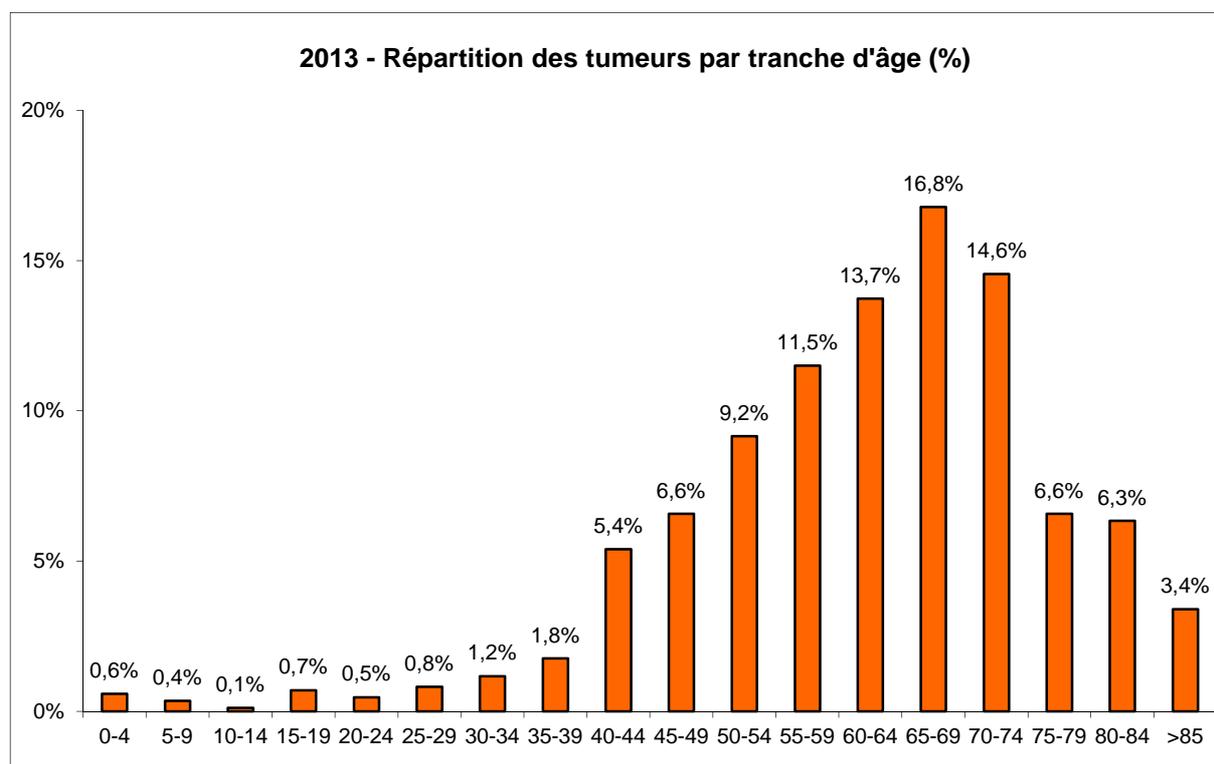


Figure 5 - Répartition des tumeurs par tranche d'âge

Cette répartition varie selon le sexe, avec un sex-ratio de 1.1 (contre 1.02 dans la population générale, ISEE 2013). Le diagnostic est plus précoce chez les femmes avec un âge moyen de 59.6 ans contre 63.9 ans chez les hommes (médiane 60 ans et 65 ans). On observe un pic entre 65-69 ans chez les hommes, comme l'illustre la figure suivante :

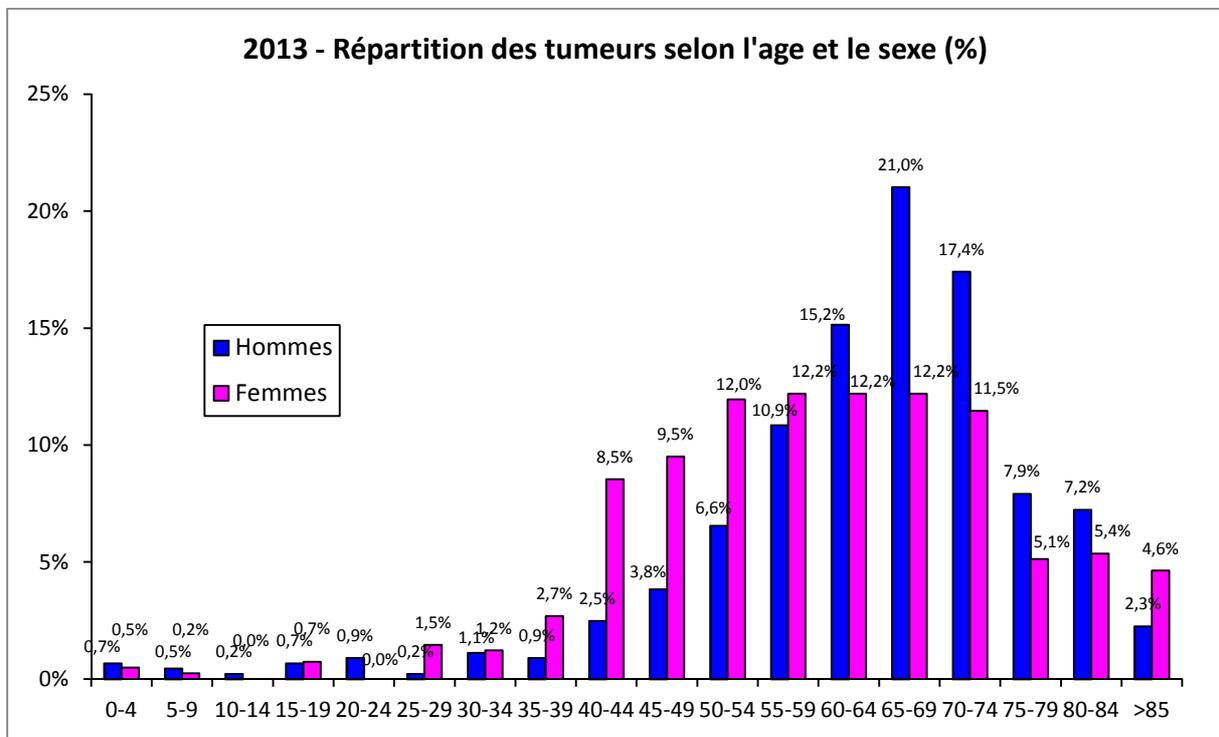


Figure 6 - Répartition des tumeurs par tranche d'âge et sexe

Le nombre de tumeurs par tranche d'âge rapporté à la population concernée permet d'estimer le taux d'incidence spécifique, et met en évidence une sur-incidence des cancers chez les hommes à partir de 65 ans, et une augmentation progressive de l'incidence chez les femmes à partir de 35 ans, comme le montre la figure suivante :

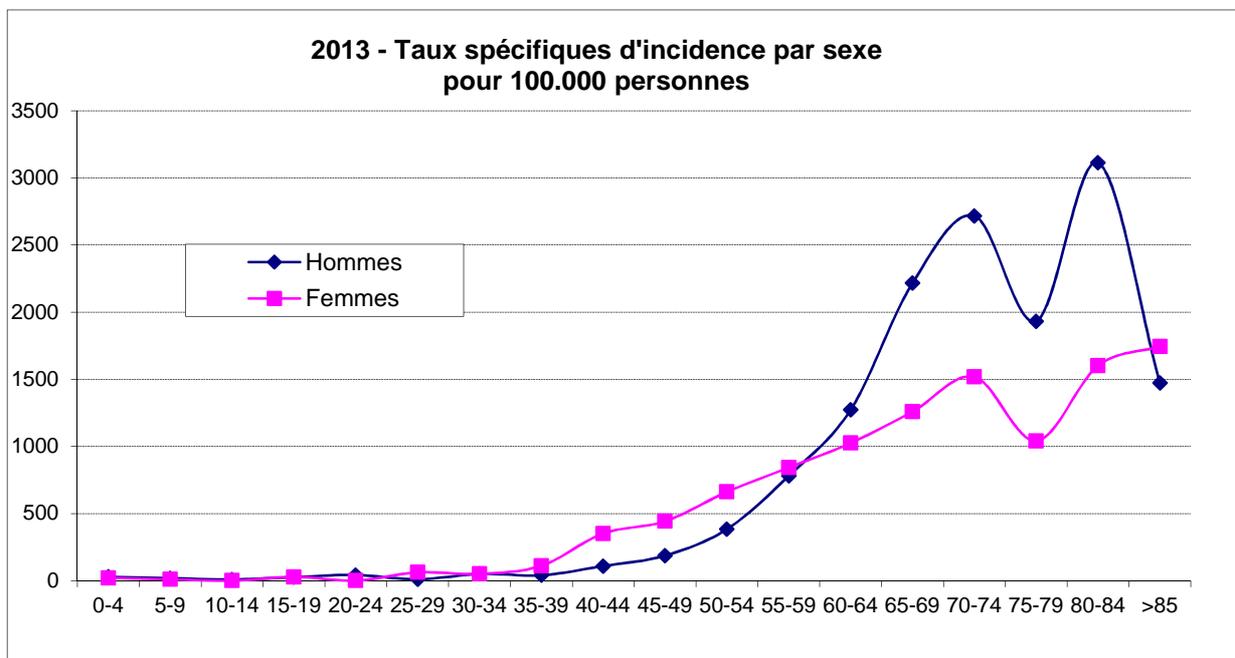


Figure 7 - Taux d'incidence spécifique par tranche d'âge et sexe

II-1.b Etude selon la province de résidence

Lorsque l'on compare la répartition par province de résidence des cas enregistrés en 2013 avec la population de référence (ISEE 2013), on n'observe pas de différence significative.

Tableau 3 - Répartition de la population et des nouveaux cas par province de résidence

Province	Nombre de cas 2013 - registre du cancer	Fréquence	ISEE 2013
Iles	58	6,8%	6,7%
Nord	124	14,6%	18,1%
Sud	670	78,6%	75,2%
Total	852	100,0%	100,0%

On observe en 2013 un ratio hommes/femmes plus élevé en province des Iles Loyautés (1.15) par rapport à la province Nord (0.88) et à la province Sud (1.11).

Les pics observés pour l'incidence de la province des Iles Loyautés, quel que soit le sexe, sont en rapport avec le faible nombre de cas enregistrés. En effet, la variation d'un ou deux cas en plus ou un moins a une influence considérable sur les taux spécifiques.

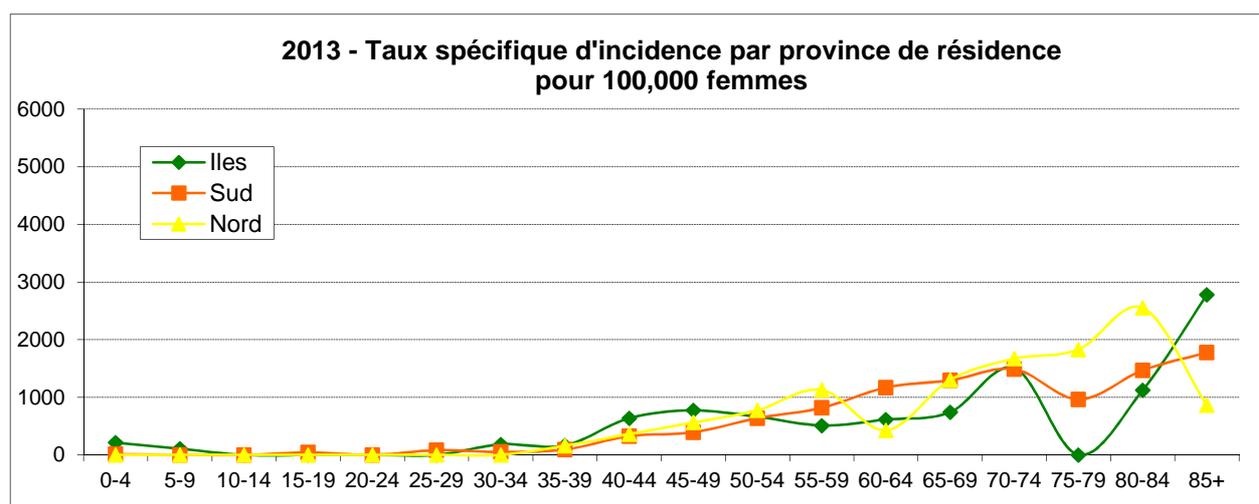


Figure 8 - Taux spécifique d'incidence par tranche d'âge chez les femmes

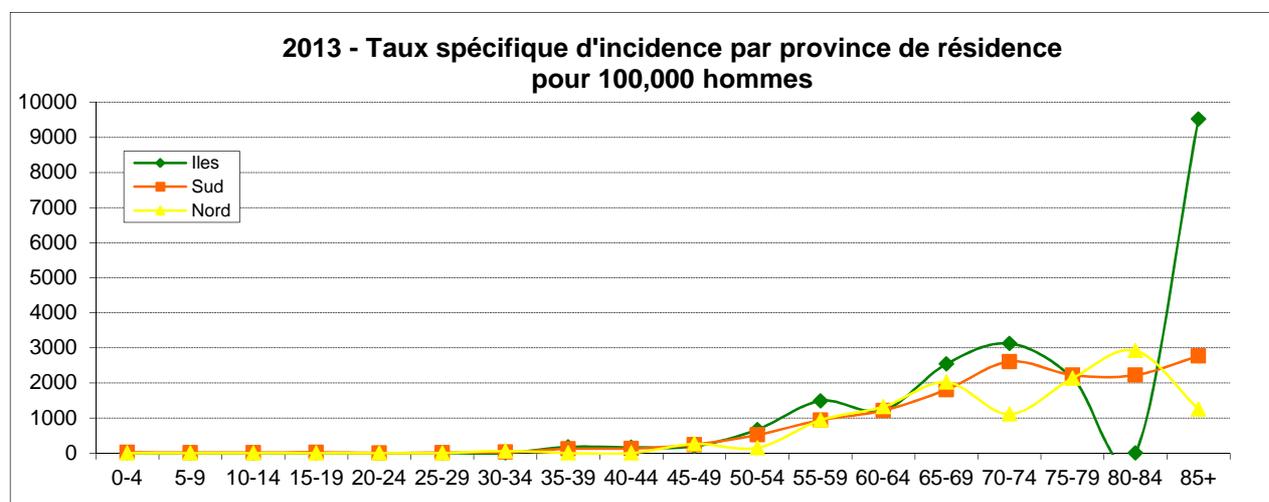


Figure 9 - Taux spécifique d'incidence par tranche d'âge chez les hommes

II-1.c Etude selon la communauté

La communauté d'appartenance est obtenue dans le dossier médical, ou directement auprès des secrétaires médicales. Il ne s'agit donc pas nécessairement de données déclaratives renseignées par le patient lui-même.

On observe une représentation significativement plus élevée du groupe « autres communautés » par rapport à la population générale, du fait de l'absence de cette information dans 29.8 % (n=254) des cas (et qui ont été classés dans le groupe « autres »)

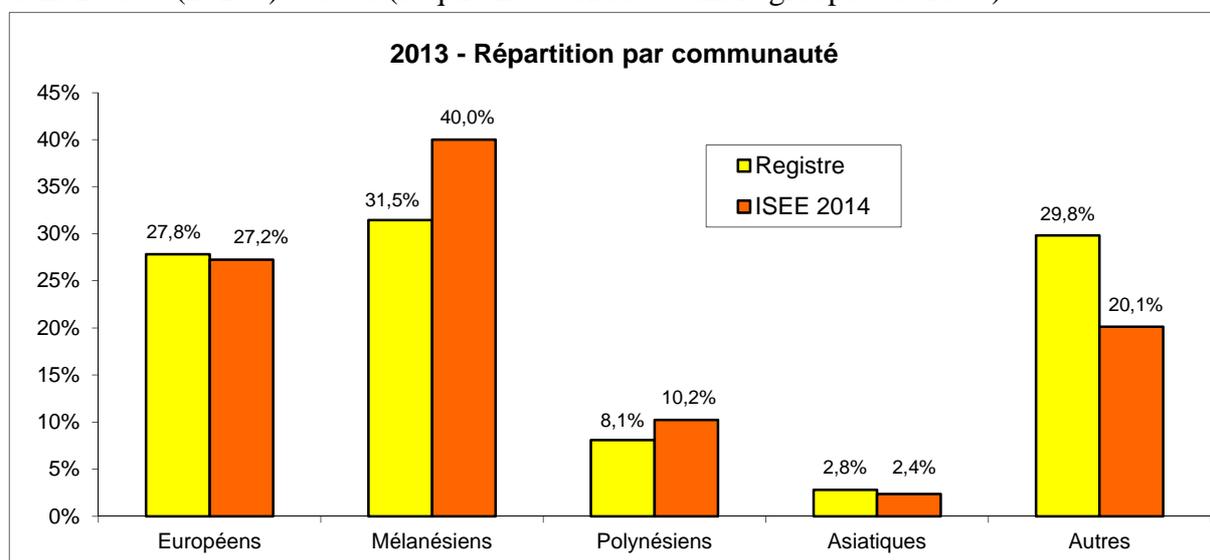


Figure 10 - Répartition des nouveaux cas par communauté

Le sex-ratio varie selon la communauté avec plus d'hommes chez les européens (SR 1.96), chez les polynésiens (SR 1.16) ; et plus de femmes dans les communautés mélanésienne (SR 0.89) et asiatique (SR 0.85).

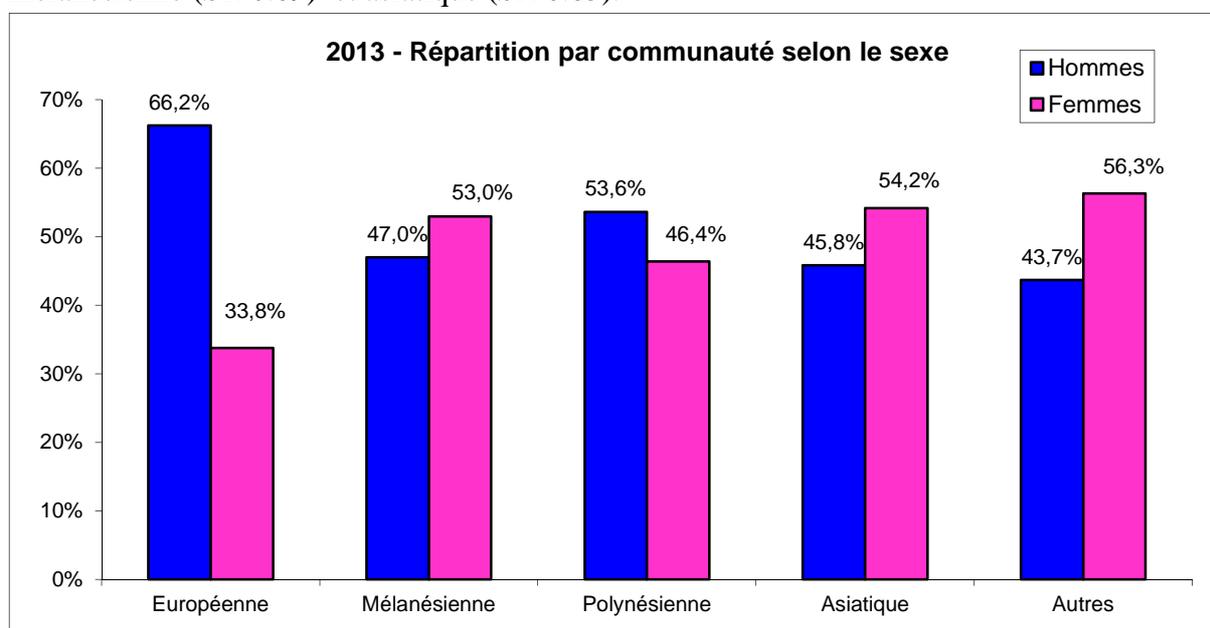


Figure 11 - Répartition des nouveaux cas par groupe de communautés selon le sexe

II-2 Etude selon la topographie

II-2.a Répartition selon la topographie

Tous sexes confondus, les 5 topographies suivantes représentent plus de la moitié des sites primitifs (54.1%) :

- seins : 125 cas (14.7%),
- bronches-poumon : 113 cas (13.3%),
- prostate : 102 cas (12.0%),
- côlon-rectum : 70 cas (8.2%),
- lymphomes non hodgkiniens : 51 cas (6.0%)

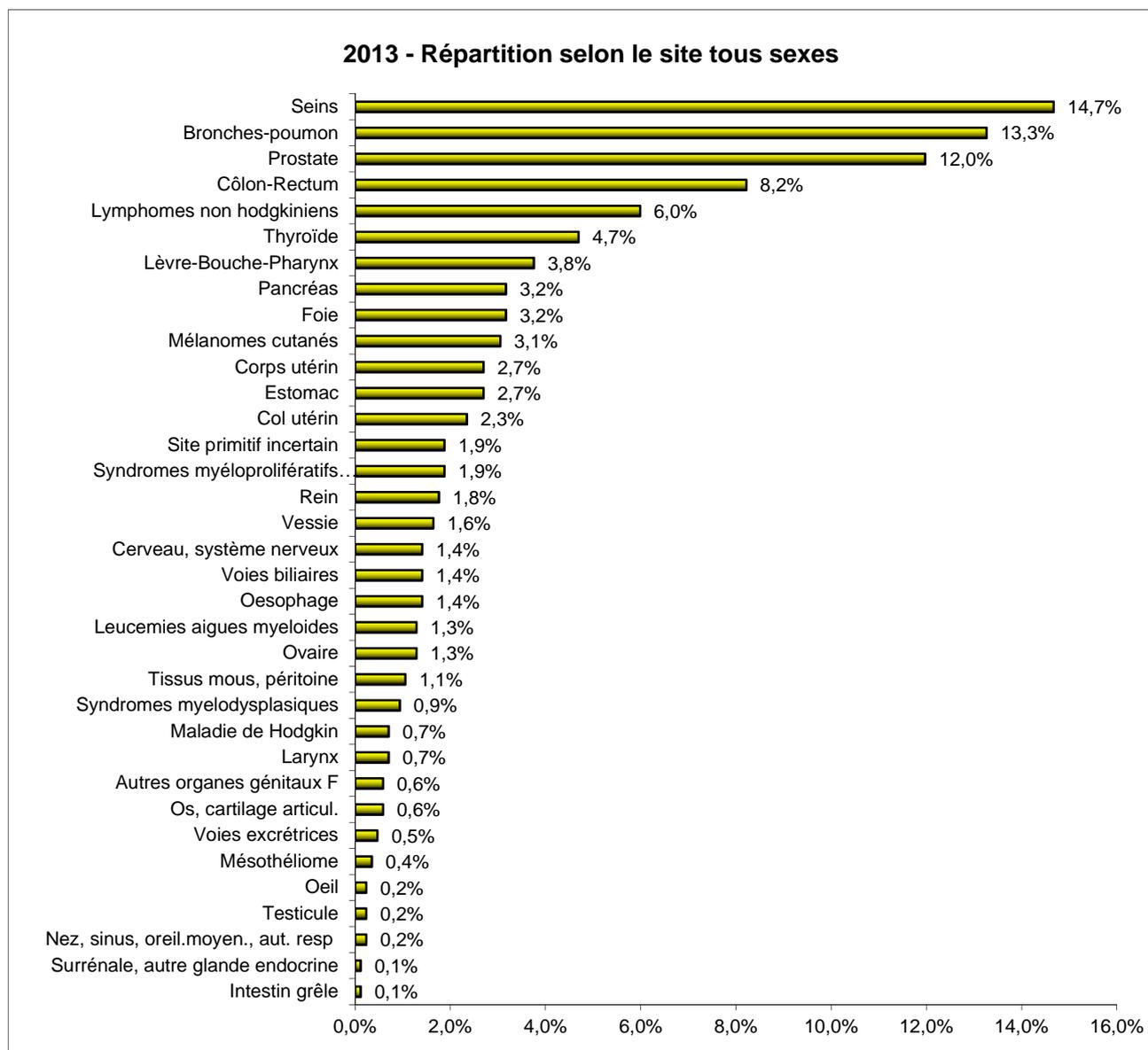


Figure 12 - Répartition des nouveaux cas par topographie

Cette répartition varie selon le sexe. Chez les **hommes (n=442)**, les 5 topographies les plus fréquentes représentent 62 % (n=274) des tumeurs :

- prostate : 102 cas (23.1%),
- bronches-poumon : 78 cas (17.6%),
- côlon-rectum : 34 cas (7.7%),
- lymphomes non hodgkiniens : 32 cas (7.2%),
- lèvre-bouche-pharynx : 22 cas (5.0%)

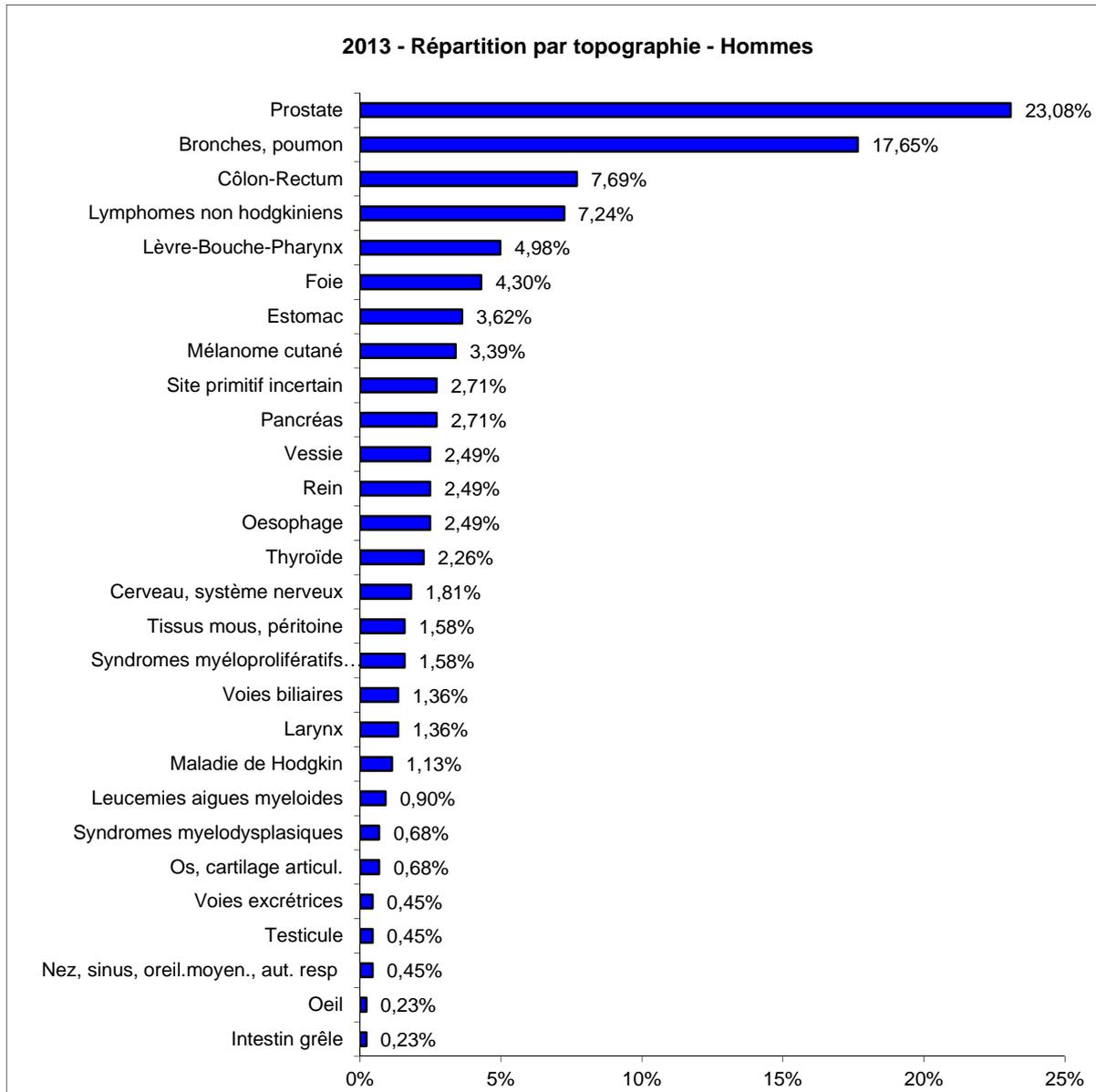


Figure 13 – Répartition des nouveaux cas par topographie chez les hommes

Chez les **femmes (n=410)**, les 5 principaux sites représentent 63.9 % des tumeurs (n=254) :

- seins : 125 cas (30.5%)
- côlon-rectum : 36 cas (8.8%)
- bronches-poumon : 35 cas (8.5%)
- thyroïde : 30 cas (7.3%)
- utérus (endomètre) : 23 cas (5.6%)

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

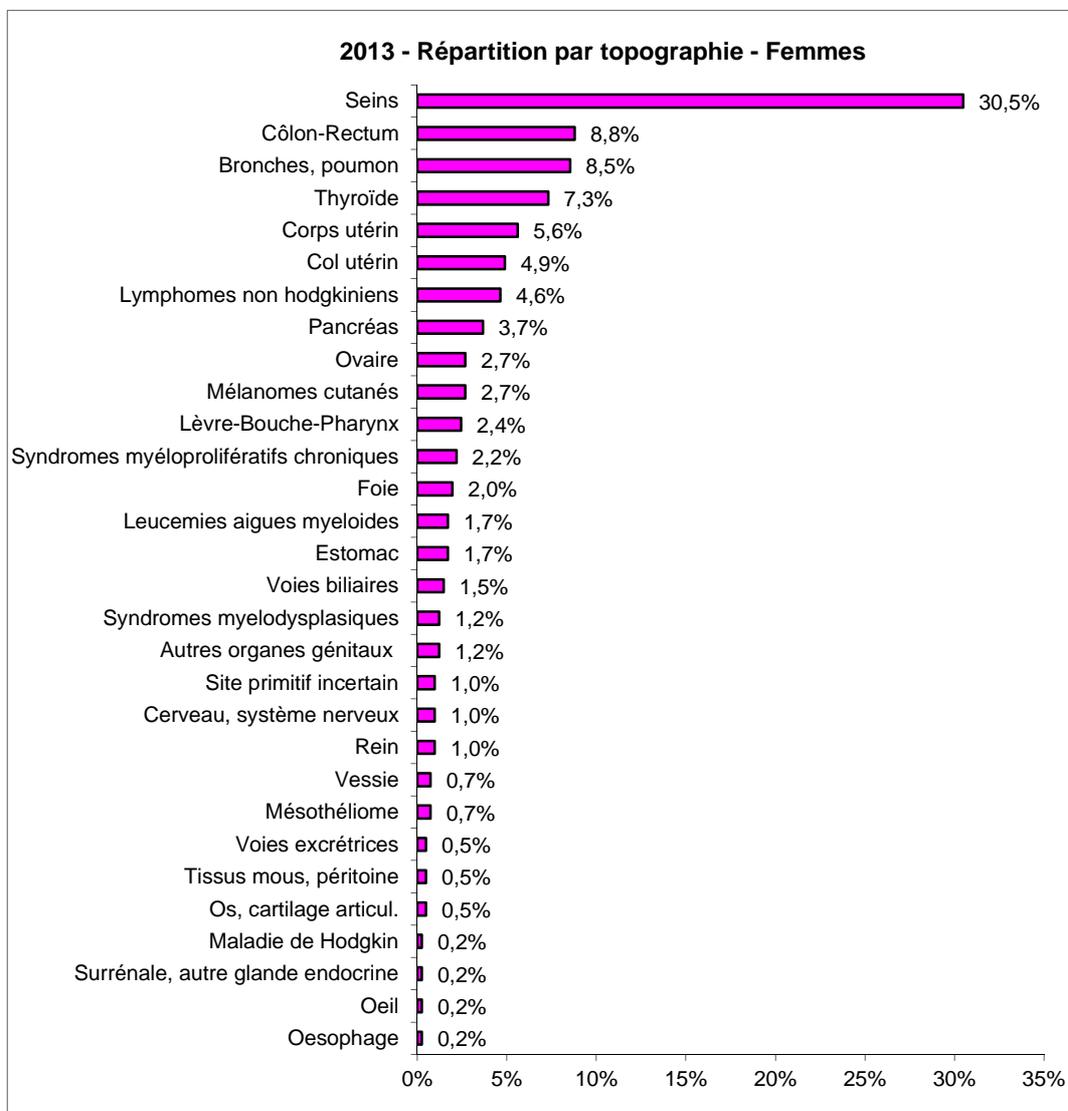


Figure 14 - Répartition des nouveaux cas par topographie chez les femmes

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

La comparaison des différents taux d'incidence standardisée montre que chez les **hommes**, l'incidence de la prostate est 1.3 fois plus élevée que celles des bronches-poumon et 3 fois plus élevée que celle du côlon-rectum.

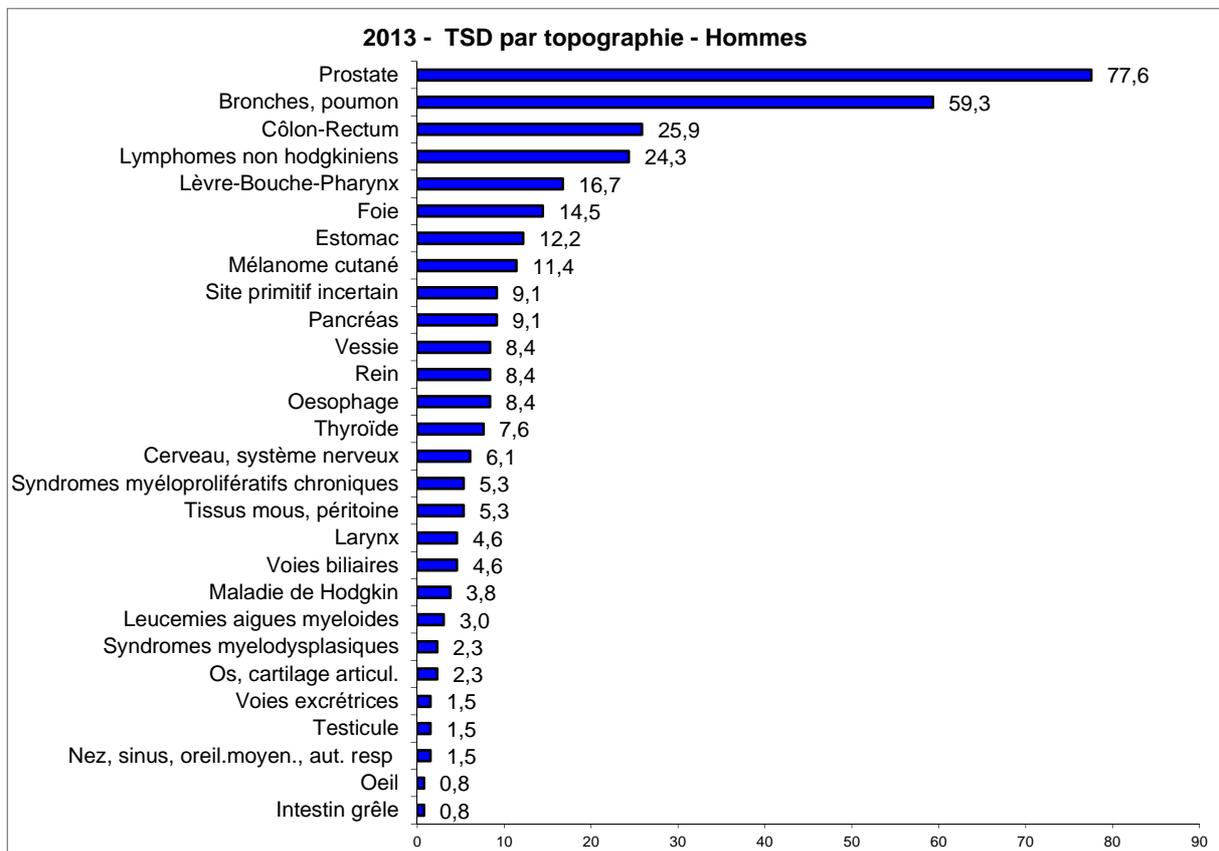


Figure 15 - Taux d'incidence standardisée par topographie chez les hommes

Chez les **femmes**, l'incidence des cancers du sein est 3.5 fois plus élevée celle des cancers du côlon-rectum et 3.6 fois plus que celle des cancers des bronches-poumon.

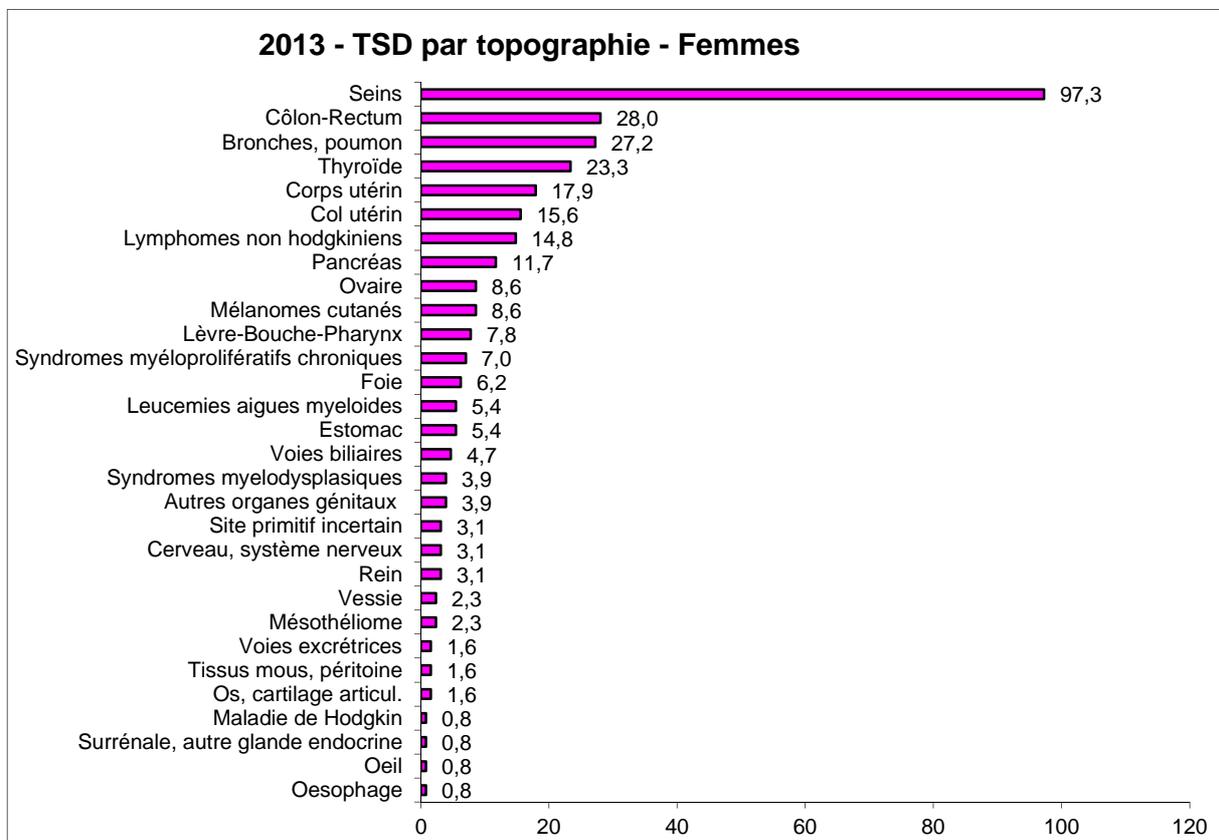


Figure 16 - Taux d'incidence standardisée par topographie chez les femmes

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

Chez les **hommes**, les sites les plus fréquents selon les communautés d'appartenance sont chez les :

- Européens : prostate (48 cas, 30.6%), puis le côlon-rectum (20 cas, 12.7%),
- Mélanésiens : bronches-poumon (29 cas, 23.0%), prostate (26 cas, 20.6%),
- Polynésiens : prostate (12 cas, 32.4 %), bronches-poumons (7 cas, 9.1%).
-

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

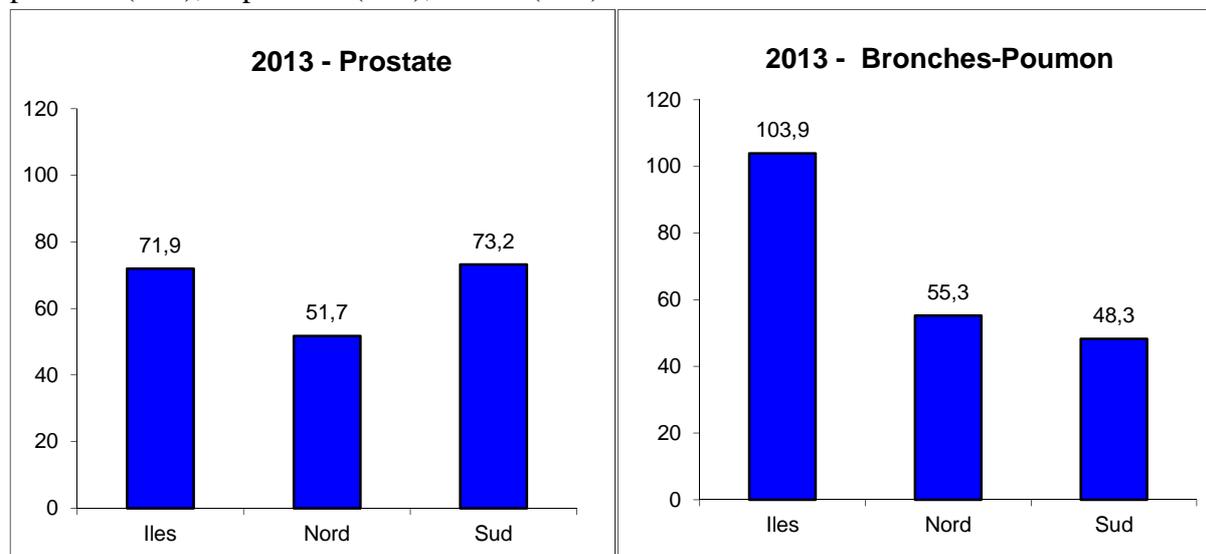
- Européennes : seins (25 cas, 31.3%), côlon-rectum (15 cas, 18.8%)
- Mélanésiennes : seins (31 cas, 21.8%), thyroïde (14 cas, 9.9%)
- Polynésiennes : seins (9 cas, 28.1%), bronches-poumon (4 cas, 12.5%).

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

Chez les hommes, les sites les plus incidents en province Sud sont la prostate (n=84), les bronches-poumon (n=57), le côlon-rectum (n=26) et les lymphomes non hodgkiniens (n=26).

En province Nord, les sites les plus incidents sont les bronches-poumon (n=13), la prostate (n=13), le côlon-rectum (n=7) et les lymphomes non hodgkiniens (n=4).

Dans la province des Iles Loyauté, les topographies les plus fréquentes sont les bronches-poumon (n=8), la prostate (n=5), le foie (n=4).



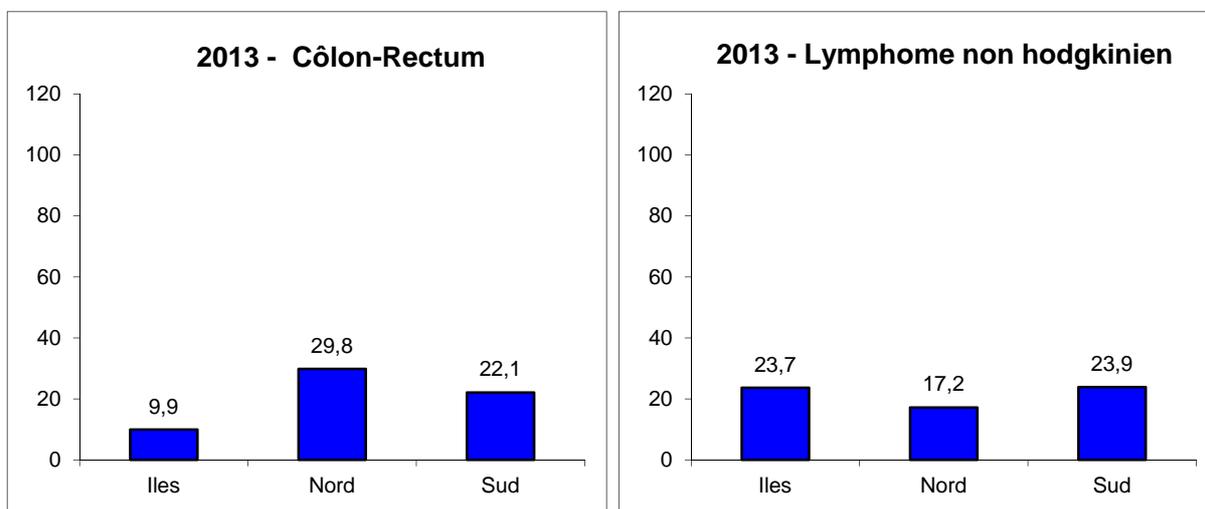


Figure 19 - Comparaison des taux d'incidence standardisée par province pour les principales topographies chez les hommes (Taux pour 100 000)

Chez les femmes, les sites les plus incidents en province Sud sont les seins (n=103), les bronches-poumon (n=27), le côlon-rectum (n=27), et la thyroïde (n=24). En province Nord, les sites les plus incidents sont le sein (n=14), les bronches-poumons (n=8), le col de l'utérus (n=7), le corps utérin (n=5). Dans la province des Iles Loyauté, les topographies les plus fréquentes sont les seins (n=8), le côlon-rectum (n=4) et la thyroïde (n=3).

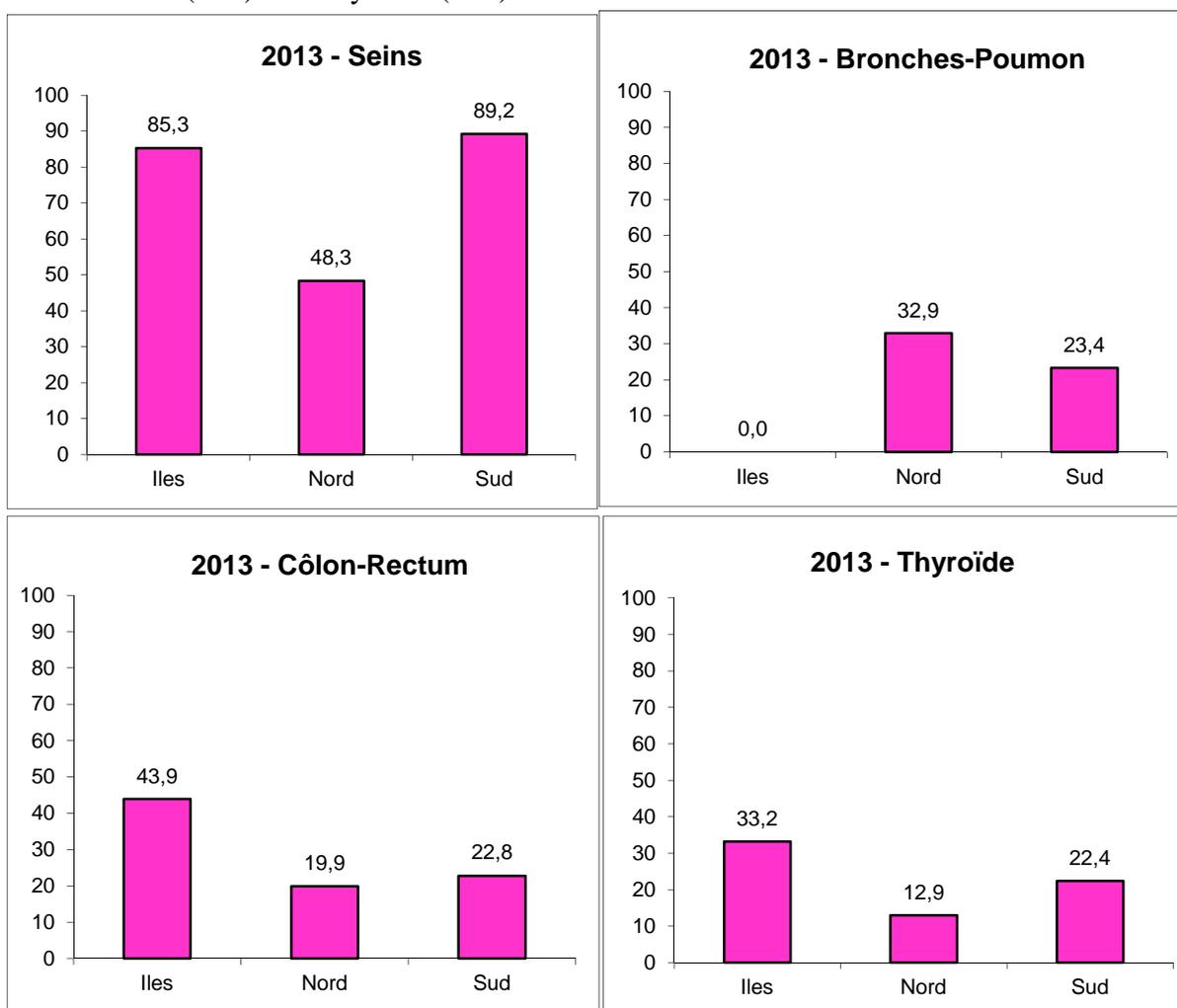


Figure 20 - Comparaison des taux d'incidence standardisée par province pour les principales topographies chez les femmes (Taux pour 100 000)

Tableau 4 - Taux d'incidence standardisée par topographie selon le sexe et la province de résidence

2013 - HOMMES						Sites	2013 - FEMMES					
Iles		Nord		Sud			Iles		Nord		Sud	
Nb	TSD	Nb	TSD	Nb	TSD		Nb	TSD	Nb	TSD	Nb	TSD
1	9,9	2	7,5	19	17,2	Lèvre-Bouche-Pharynx	1	10,1	0	0,0	9	7,3
2	22,6	4	17,5	5	4,1	Œsophage	0	0,0	0	0,0	1	0,9
2	25,0	1	4,7	13	10,9	Estomac	0	0,0	3	15,6	4	3,3
0	0,0	0	0,0	1	1,0	Intestin	0	0,0	0	0,0	0	0,0
1	9,9	7	29,8	26	22,1	Côlon-Rectum-Anus	4	43,9	5	19,9	27	22,8
4	47,1	1	3,6	14	11,9	Foie	1	6,9	3	10,1	4	3,4
2	25,2	1	3,6	3	2,4	Voies biliaires	0	0,0	3	9,3	3	2,9
1	9,9	1	3,8	10	8,7	Pancréas	1	6,9	1	3,6	13	10,8
0	0,0	0	0,0	2	1,6	Nez, sinus, oreil.moyen., aut. resp	0	0,0	0	0,0	0	0,0
1	11,2	2	10,0	3	2,7	Larynx	0	0,0	0	0,0	0	0,0
8	103,9	13	55,3	57	48,3	Bronches, poumon	0	0,0	8	32,9	27	23,4
0	0,0	0	0,0	0	0,0	Thymus- cœur - plèvre	0	0,0	0	0,0	0	0,0
0	0,0	0	0,0	0	0,0	Mésothéliome	0	0,0	2	8,8	1	0,6
0	0,0	0	0,0	3	2,8	Os	0	0,0	0	0,0	2	2,0
0	0,0	0	0,0	15	12,9	Mélanomes	0	0,0	0	0,0	11	8,5
0	0,0	3	12,0	4	3,3	Tissus mous, péritoine	1	9,5	0	0,0	1	0,8
0	0,0	0	0,0	0	0,0	Seins	8	85,3	14	48,3	103	89,2
-	-	-	-	-	-	Col utérin	0	0,0	7	30,3	13	10,4
-	-	-	-	-	-	Corps utérin	2	22,1	5	22,1	16	13,3
-	-	-	-	-	-	Ovaires	0	0,0	4	18,8	7	5,9
5	71,9	13	51,7	84	73,2	Prostate	-	-	-	-	-	-
0	0,0	0	0,0	2	1,9	Testicules	-	-	-	-	-	-
0	0,0	0	0,0	0	0,0	Autres org. Génitaux	0	0,0	1	3,6	4	3,6
0	0,0	0	0,0	11	9,0	Rein	0	0,0	0	0,0	4	3,0
0	0,0	0	0,0	2	1,8	Voies excrétrices	0	0,0	0	0,0	2	1,2
0	0,0	2	8,4	9	7,6	Vessie	0	0,0	1	4,5	2	1,5
0	0,0	0	0,0	1	0,9	Œil	1	10,0	0	0,0	0	0,0
1	11,2	2	8,8	5	4,3	Cerveau, système nerveux	2	20,5	0	0,0	2	1,8
1	9,9	1	3,8	8	7,5	Thyroïde	3	33,2	3	12,9	24	22,4
0	0,0	0	0,0	0	0,0	Surrénales - autres glandes	0	0,0	0	0,0	1	0,5
0	0,0	0	0,0	5	4,2	Maladie de Hodgkin	0	0,0	0	0,0	1	1,1
2	23,7	4	17,2	26	23,9	Lymphomes non hodgkinien	1	12,3	1	3,0	17	13,4
0	0,0	0	0,0	4	3,1	Leucémies aiguës myéloïdes	2	31,3	3	13,4	2	1,7
0	0,0	1	4,4	6	5,3	Syndromes myéloprolifératifs chroniques	0	0,0	0	0,0	9	7,5
0	0,0	0	0,0	3	2,6	Syndromes myelodysplasiques	0	0,0	1	3,2	4	3,5
0	0,0	0	0,0	12	10,3	Site primitif incertain	0	0,0	1	2,6	3	2,8
31	381,6	58	242,1	353	305,7		27	292,0	66	263,0	317	269,3

II-3 Stade d'extension au moment du diagnostic

Le stade de diffusion est déterminé uniquement pour les tumeurs solides invasives (n=760). Le stade a pu être défini dans 93.3% des cas (n=709 tumeurs).

Chez les hommes, le cancer de la prostate est diagnostiqué à un stade localisé dans 74.5% (n=46) et le cancer des bronches-poumons est diagnostiqué à 80.8% (n=63) à un stade régional ou métastatique.

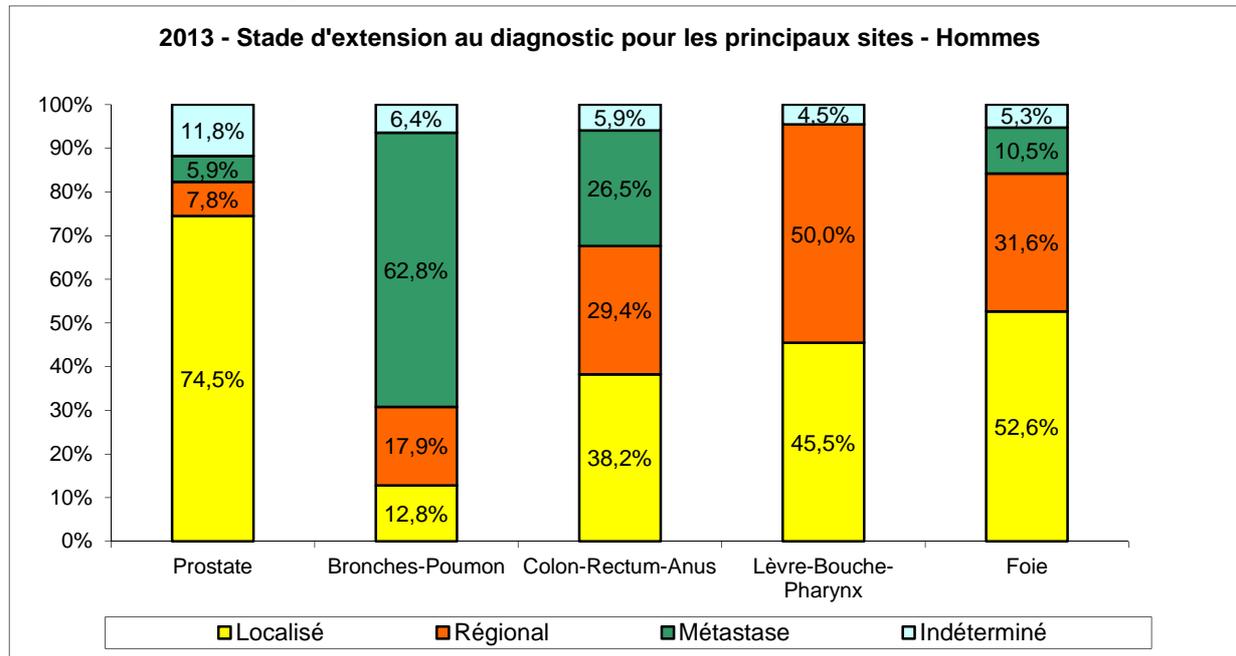


Figure 21 - Répartition du stade d'extension des principales topographies chez les hommes

Chez les femmes, les cancers de la thyroïde, du corps utérin, ainsi que les cancers du sein sont diagnostiqués le plus souvent à un stade localisé. Les cancers des bronches-poumon restent le site pour lequel le diagnostic à un stade localisé est le plus rare (14,3%).

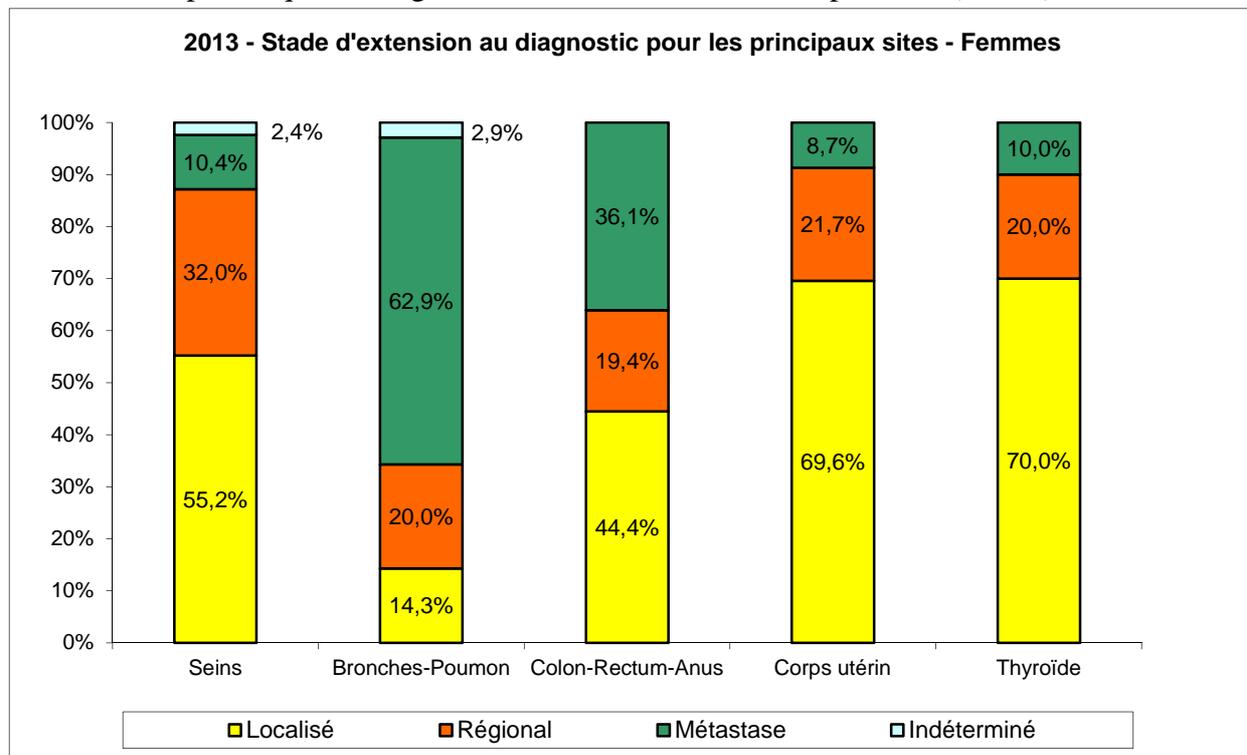


Figure 22 : Répartition du stade d'extension des principales topographies chez les femmes

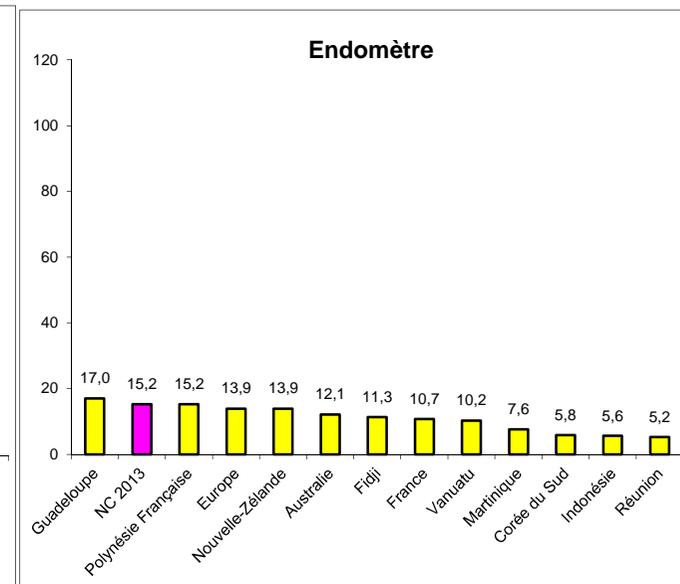
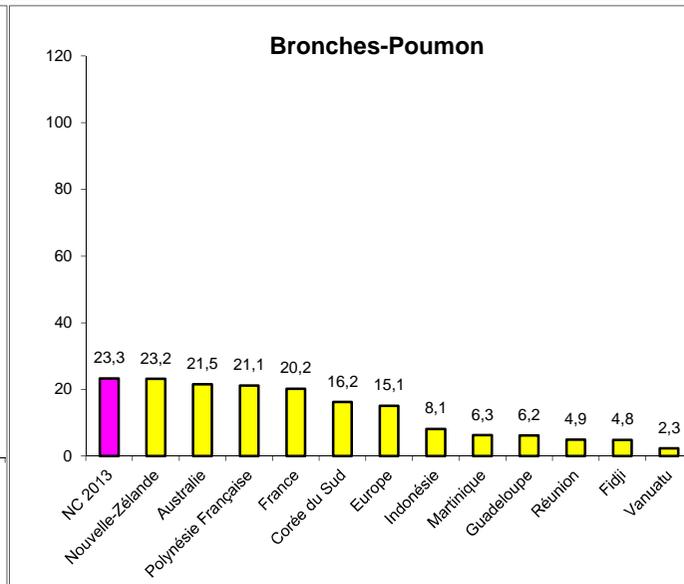
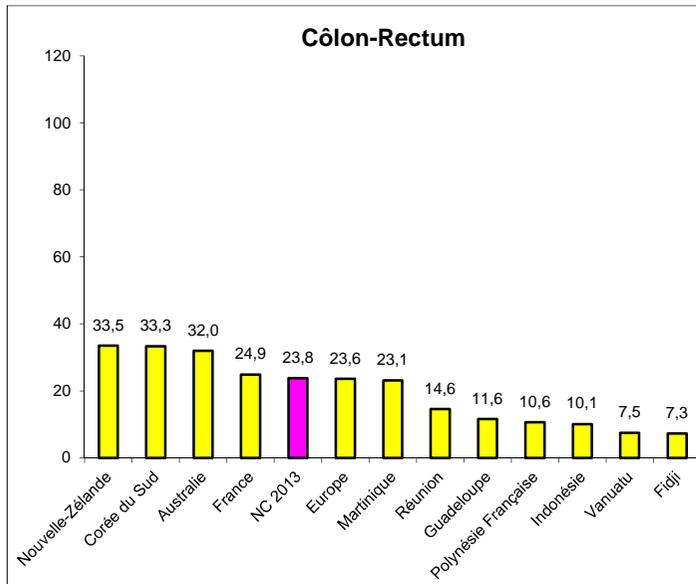
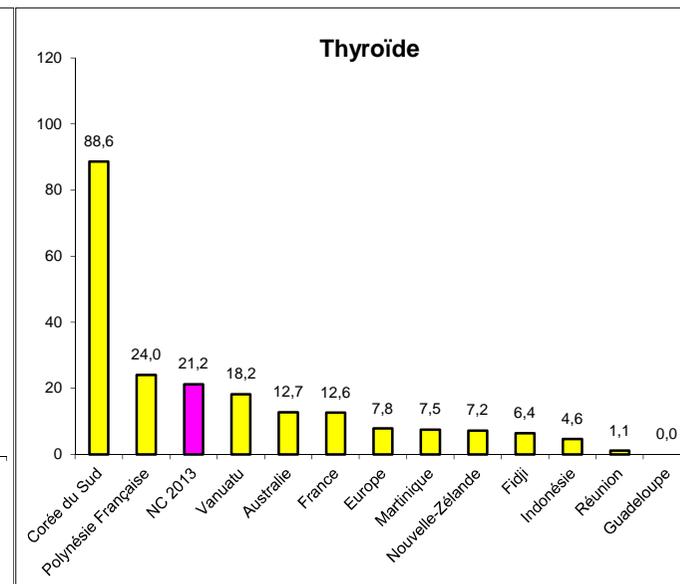
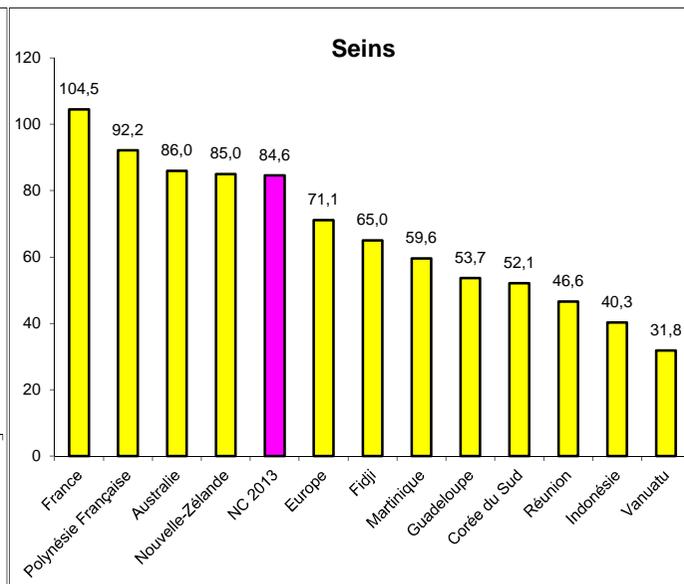
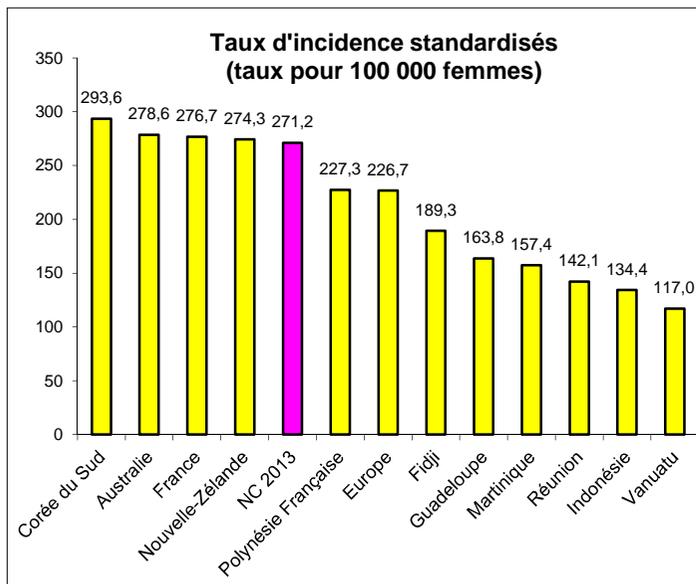
II-4 Comparaisons internationales (Globocan 2012-IARC)

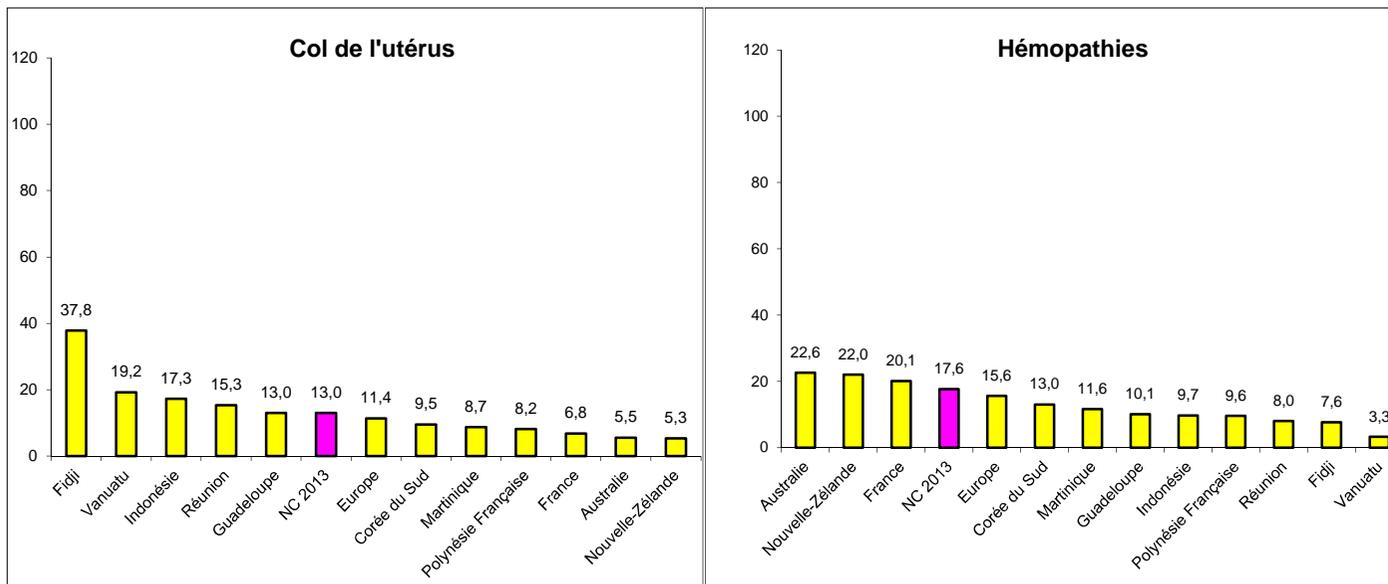
1.

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 2013, 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 de l'endomètre et des bronches-poumon sont plus élevées.

Chez les hommes, le taux global d'incidence standardisé est plus bas qu'en métropole et que dans des pays de la zone comme la Nouvelle-Zélande et de l'Australie. Il est en revanche plus élevé que dans les DOM (sauf Martinique).

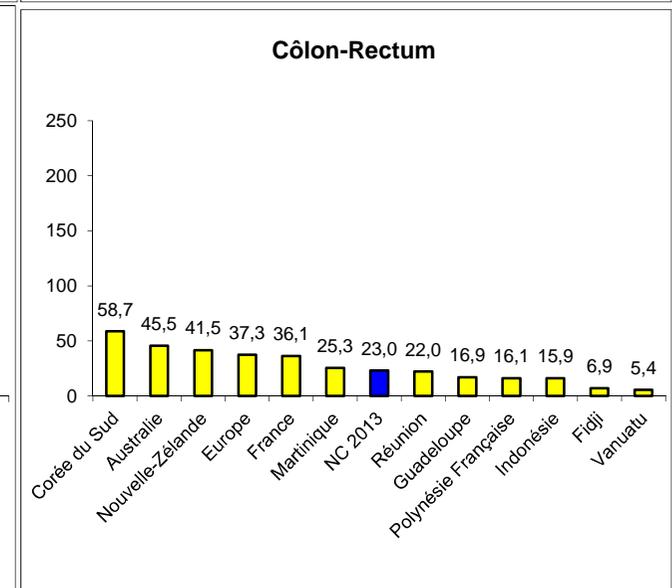
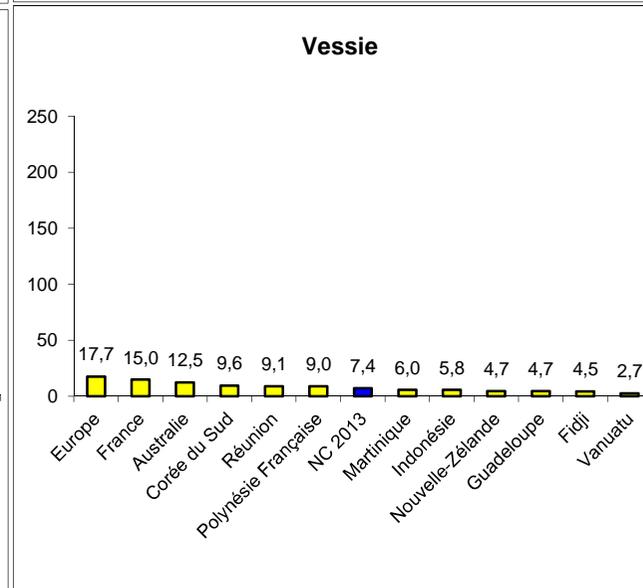
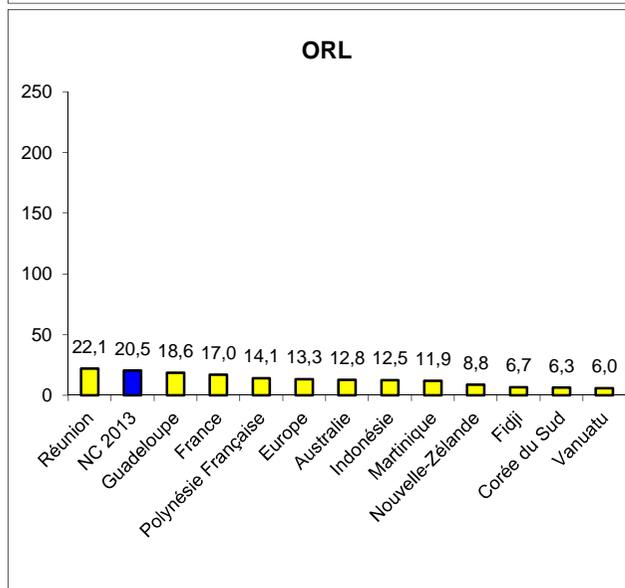
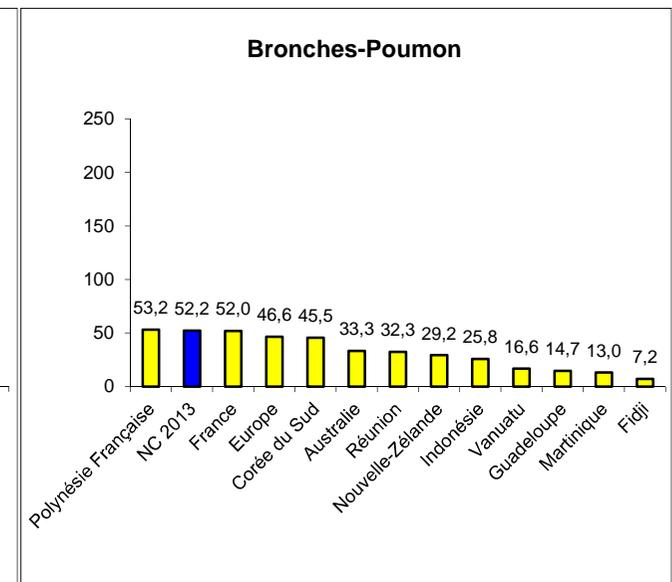
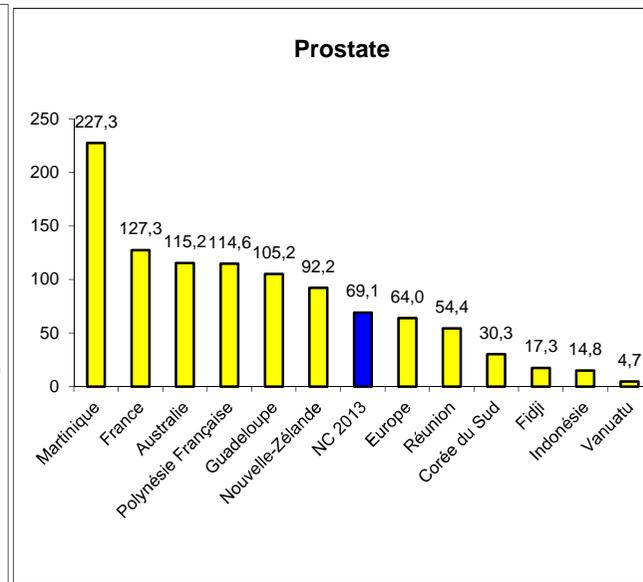
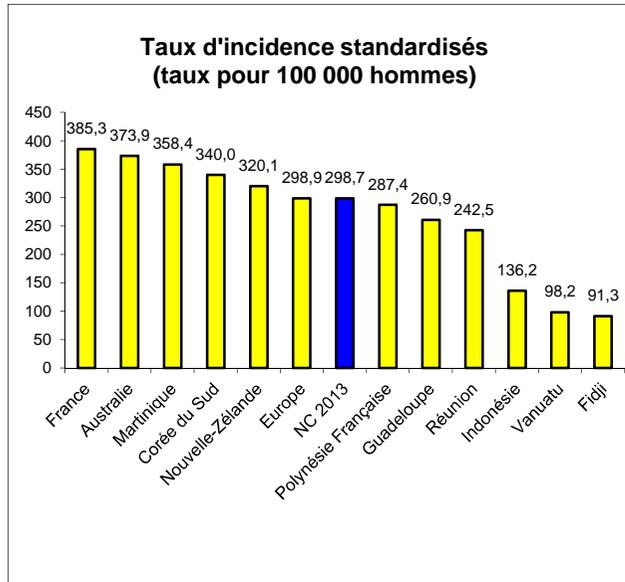
Lorsque l'on compare ces taux pour les sites les plus fréquents, on observe une incidence particulièrement élevée des cancers des bronches-poumons en Nouvelle-Calédonie.

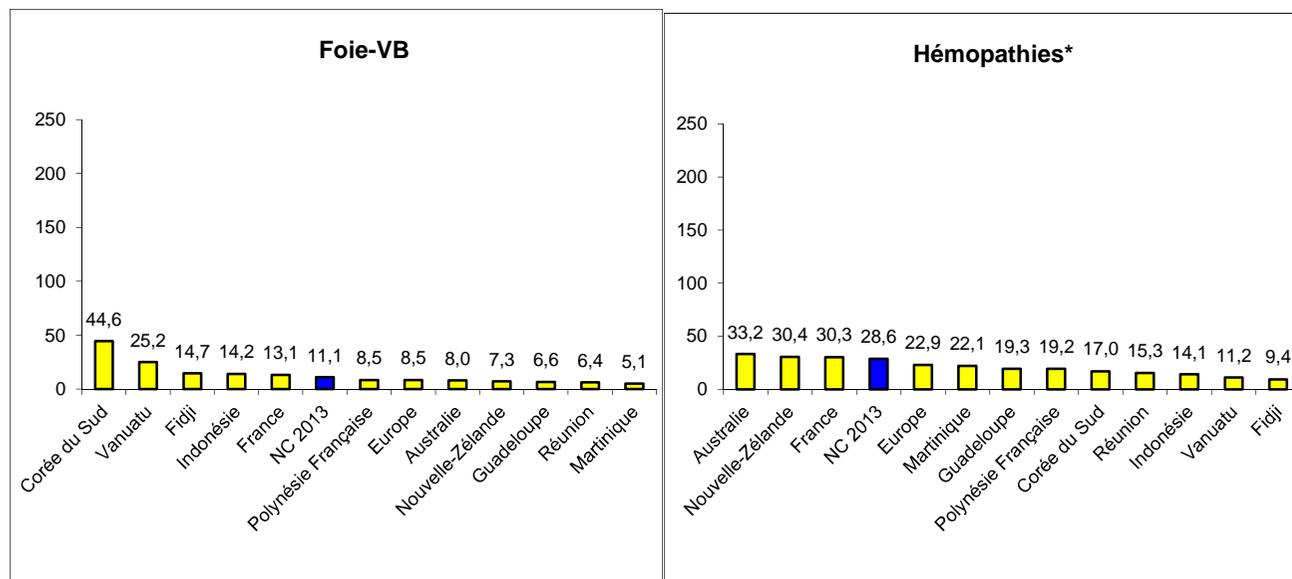




(*Hémopathies : Leucémies, Lymphome de Hodgkin, Lymphomes non Hodgkiniens, Myélomes multiples)

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 **en 2013** est plus basse que celle de la métropole, de l'Australie ou de la Nouvelle-Zélande quel que soit le sexe.

Chez les femmes, les sites les plus incidents sont les seins, les bronches-poumon, le côlon-rectum et la thyroïde. Le sein est le 1^{er} site chez les femmes quelle que soit la province de résidence. La suite du classement diffère selon les provinces, avec les cancers digestifs (côlon-rectum) dans les Iles Loyauté, les cancers utérins (col et corps) en province Nord et bronches-poumon en province Sud.

Chez les hommes, les cancers des bronches-poumon est la 1^{ère} localisation dans les Iles Loyauté et en province Nord (à égalité avec la prostate dans le Nord), alors qu'il s'agit de la prostate en province Sud 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, de la thyroïde chez les mélanésiennes et des bronches-poumon chez les polynésiennes.

Chez les hommes, le cancer des bronches-poumons est le plus fréquent chez les mélanésiens alors qu'il s'agit de la prostate chez les européens et les polynésiens.

III-4 Appareil respiratoire

III-4.a Cancer des bronches et du poumon

Généralités

Avec 113 nouveaux cas en 2013, cette localisation se situe au 2^{ème} rang des tumeurs tous sexes confondus (13.3 %). Il se place au 2^{ème} rang chez les hommes avec 78 tumeurs et au 3^{ème} chez les femmes avec 35 tumeurs.

On observe ainsi un sex-ratio égal à 2.23 hommes pour 1 femme. 15 % des patients avaient eu une autre tumeur et plus de ¾ des patients (75.2 %) étaient décédés au 31/11/2015 (83 cas) dont 73.6 % (78 cas) des suites de leur cancer.

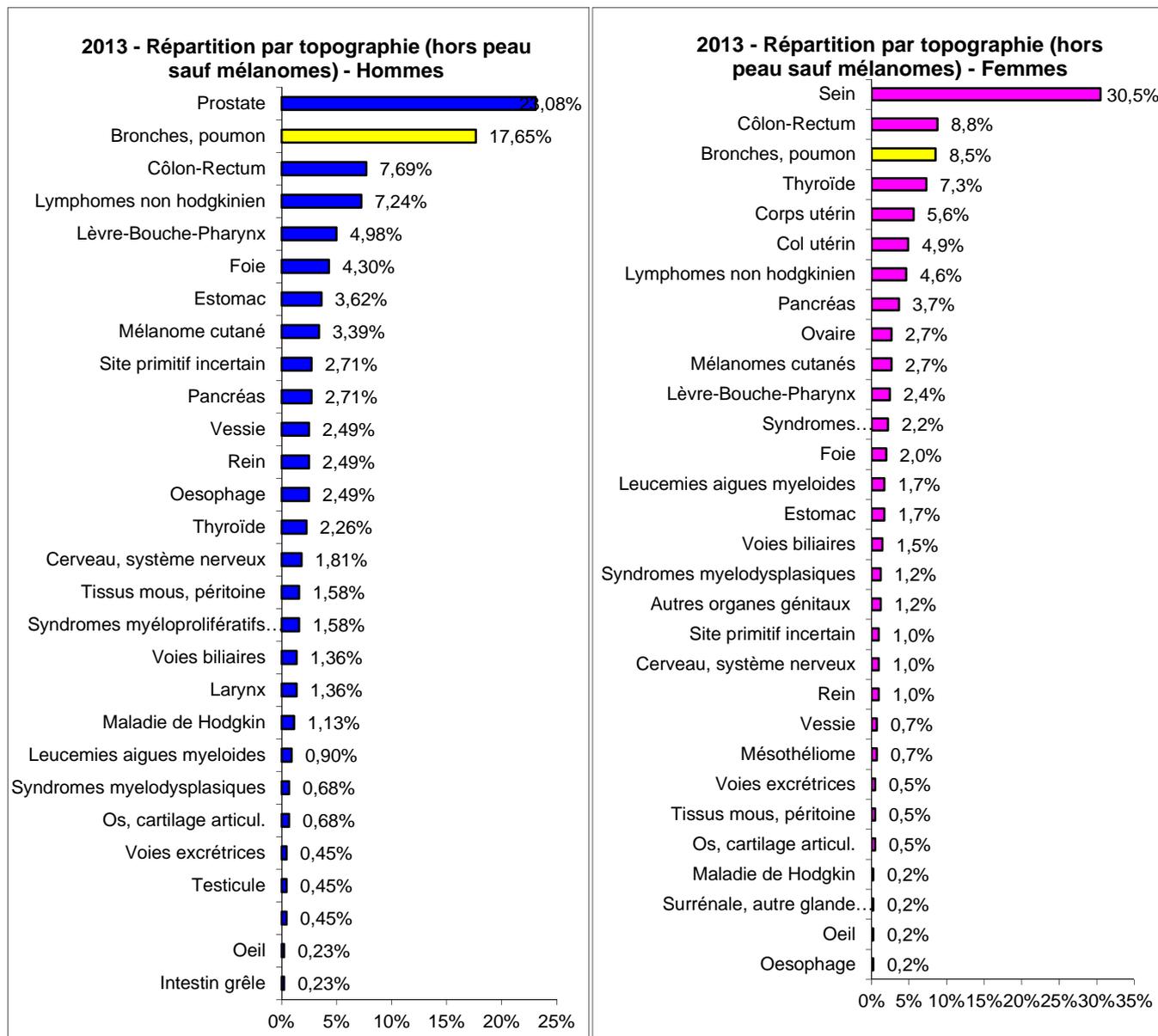


Figure 73 - Répartition des topographies selon le sexe

De manière générale et dans la littérature, l'incidence de ce cancer est en augmentation chez les femmes, et son pronostic reste très réservé avec un taux de survie à 5 ans relativement faible. Ce cancer se situe au premier rang pour la mortalité par cancer chez les hommes en métropole et au 2^{ème} rang chez les femmes (InVS-2012)

Les principaux facteurs de risque retrouvés dans la littérature sont le tabagisme actif ou passif (90 % des cancers du poumon, avec le benzopyrène comme principal facteur carcinogène contenu dans les goudrons), l'exposition professionnelle (chrome, arsenic, goudrons, oxydes de fer, ..), l'exposition environnementale (radon, fibres d'amiante, radioactivité).

Age

L'âge moyen au moment du diagnostic varie peu et est égal à 64.6 ans (médiane : 64 ans), valeur un peu plus élevée chez les hommes que chez les femmes (respectivement 65.3 ans pour les ♂ et 62.9 ans pour les ♀).

61 % de ces cancers sont diagnostiqués entre 60 et 74 ans (61.5 % chez les hommes et 60 % chez les femmes). En 2013, une tumeur a été diagnostiquée chez une personne de moins de 40 ans.

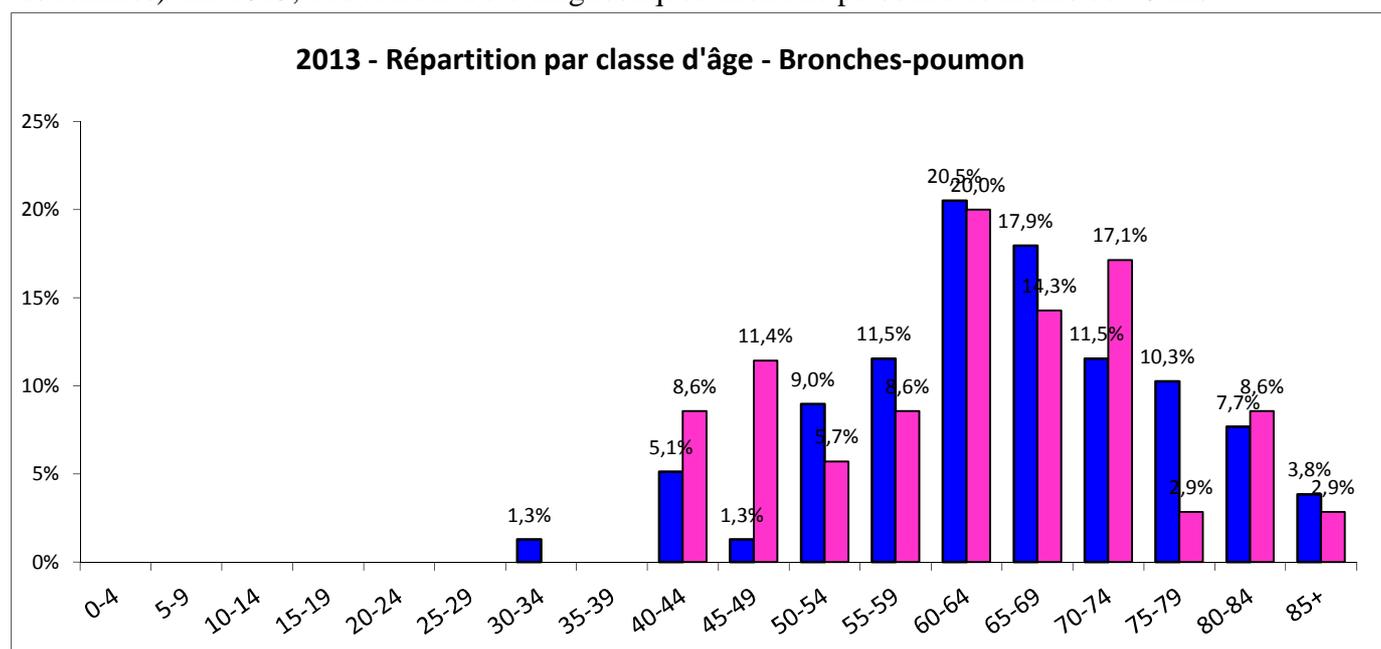


Figure 74 - Cancers des bronches-poumon : répartition par tranche d'âge et taux spécifiques d'incidence

Communautés

On observe toujours une proportion plus élevée de patients d'origine mélanésienne, avec une légère sous-représentation par rapport à la population générale. On note une représentation de la communauté mélanésienne comparable entre femmes et hommes. Toutefois, la part des « autres communautés » qui comprend également les communautés non renseignées est plus représentée que les années précédentes et rend cette interprétation délicate.

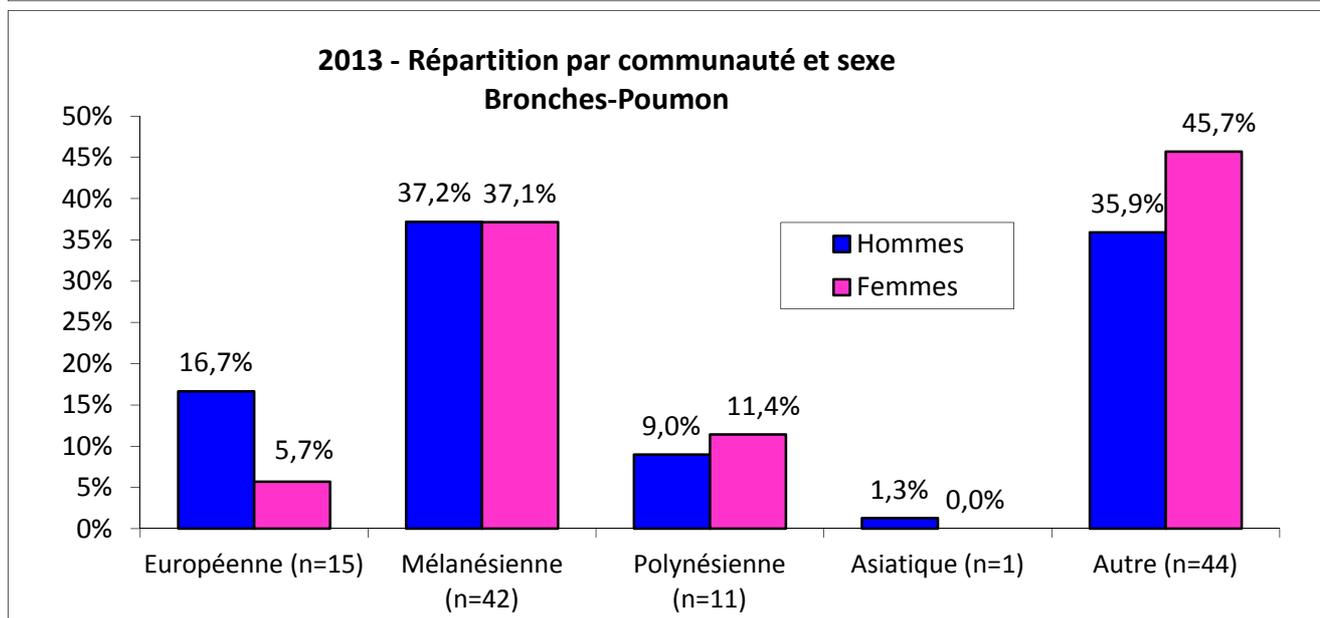
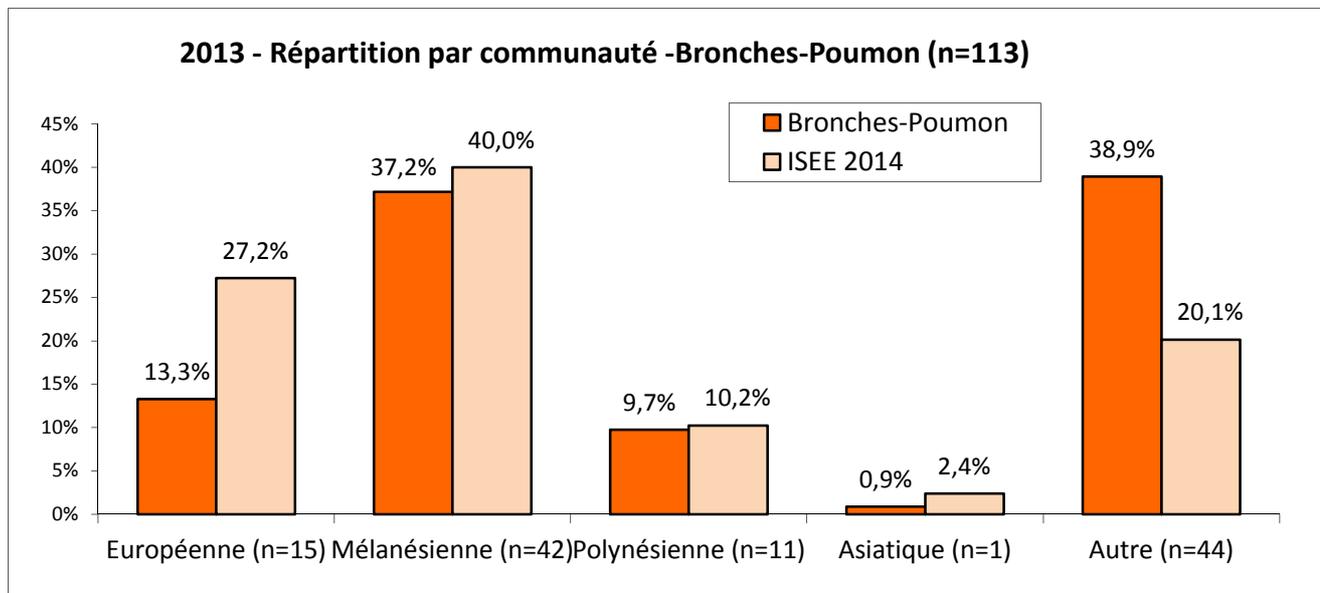


Figure 75 - Cancer des bronches-poumon, répartition par communauté et par sexe

Histologie et stade au diagnostic

108 diagnostics ont été confirmés à partir des résultats d'un examen anatomo-cyto-pathologique (83 à partir de la tumeur primitive, 17 à partir d'une métastase et 8 à partir d'une cytologie), soit pour 94.3% des patients. Les différents groupes histologiques sont répartis de la manière suivante :

- 86 Adénocarcinomes
- 15 Carcinomes épidermoïdes
- 5 Carcinomes SAI

Parmi les 100 patients qui ont eu un diagnostic histologique porté à partir de la tumeur primitive ou de la métastase, le grade était précisé dans 53 % des cas.

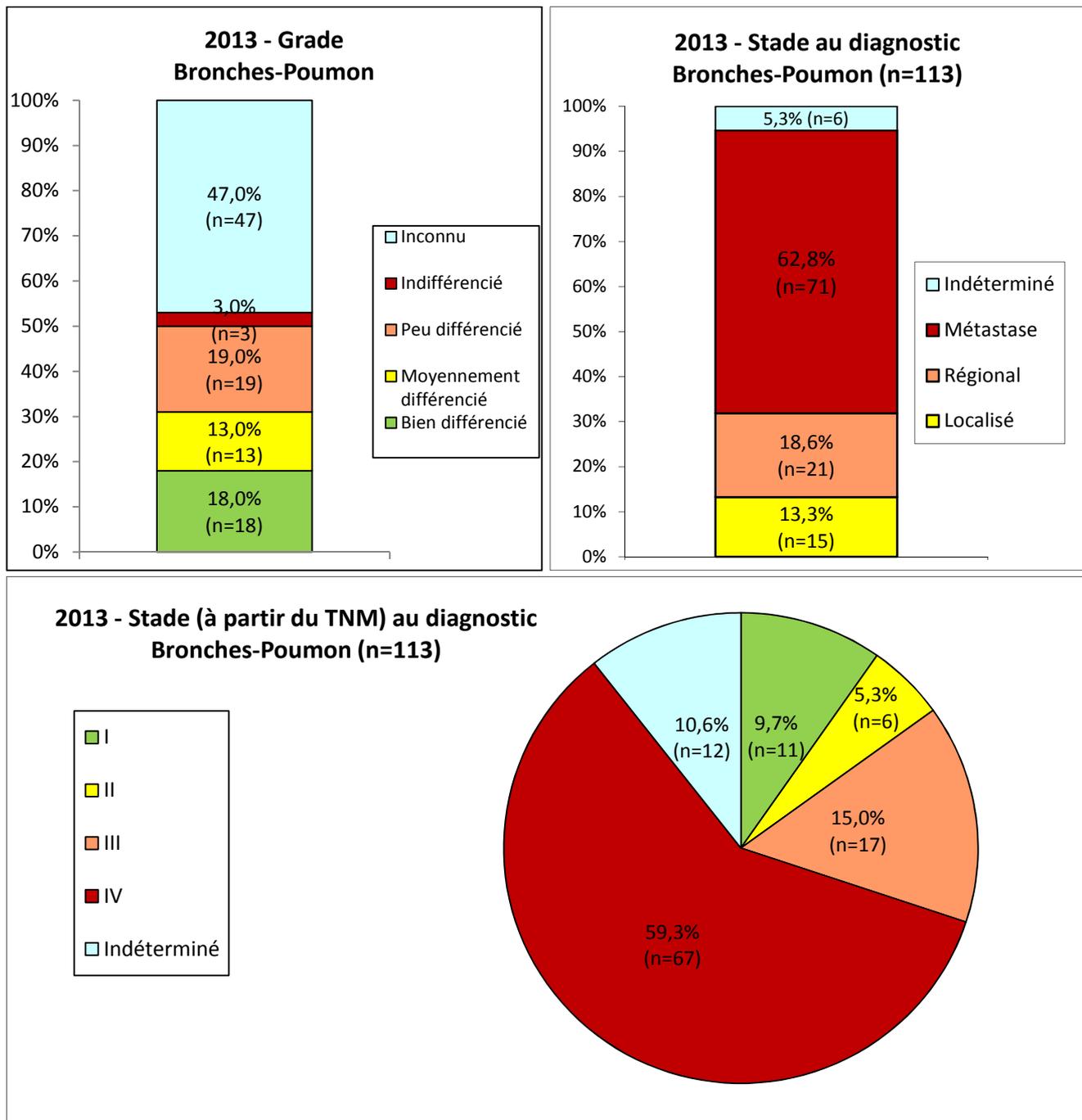


Figure 76 - Cancer des bronches-poumon, répartition selon le grade et le stade au diagnostic

Seules 13,3 % des tumeurs ont été diagnostiquées à un stade localisé et plus de 60 % sont diagnostiquées à un stade métastatique. Lorsque le TNM a pu être renseigné, on constate que moins de 10 % des tumeurs sont diagnostiquées au stade I et plus de la moitié au stade IV.

Les localisations métastatiques les plus fréquemment retrouvées sont : le SNC (36,3 % ; n=33), les os (28,6 % ; n=26), le foie (17,6 % ; n=14) et le poumon controlatéral (16,5 % ; n=15).

Traitements

Indépendamment des profils histologiques, ces patients ont bénéficié le plus souvent d'une chimiothérapie (48,7 % des cas), d'une immunothérapie (27,4 %) et le traitement chirurgical a concerné 15,9 % 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.

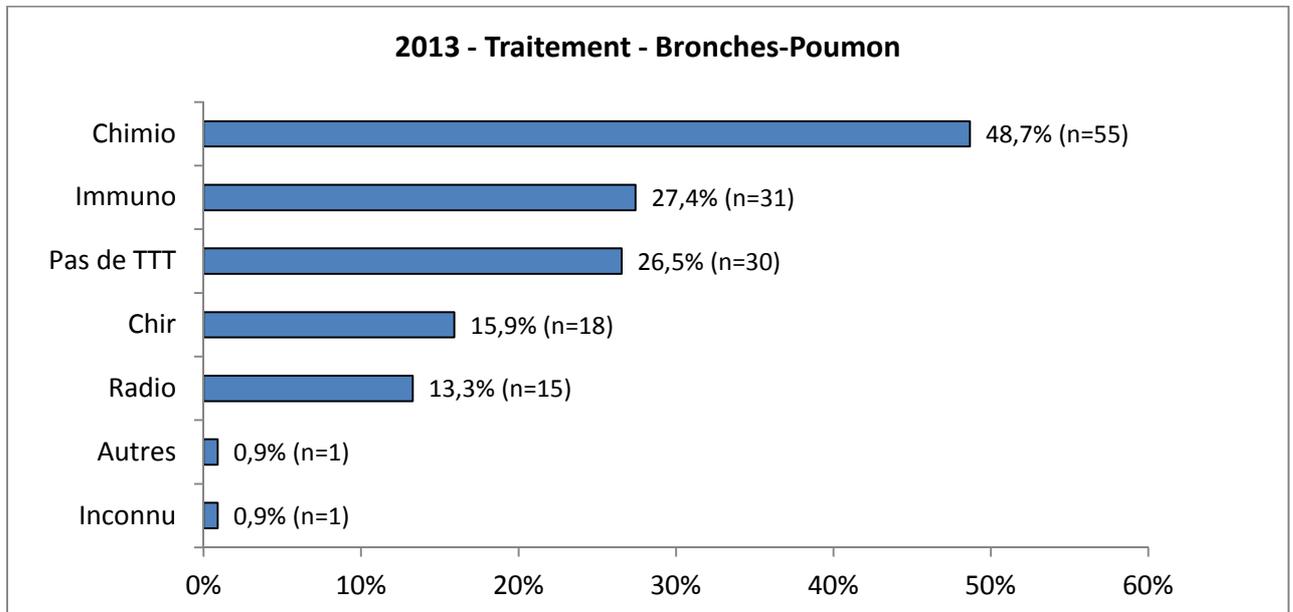


Figure 77 - Cancer des bronches-poumon, répartition selon les schémas thérapeutique

Incidences et comparaisons internationales

En 2013, la répartition du nombre de cas de cancer selon la province de résidence est relativement comparable de celle de la population générale.

Chez les hommes, le taux d'incidence est 2 fois plus élevé dans la province des Iles Loyauté par rapport aux 2 autres provinces. L'écart hommes/femmes reste également très marqué.

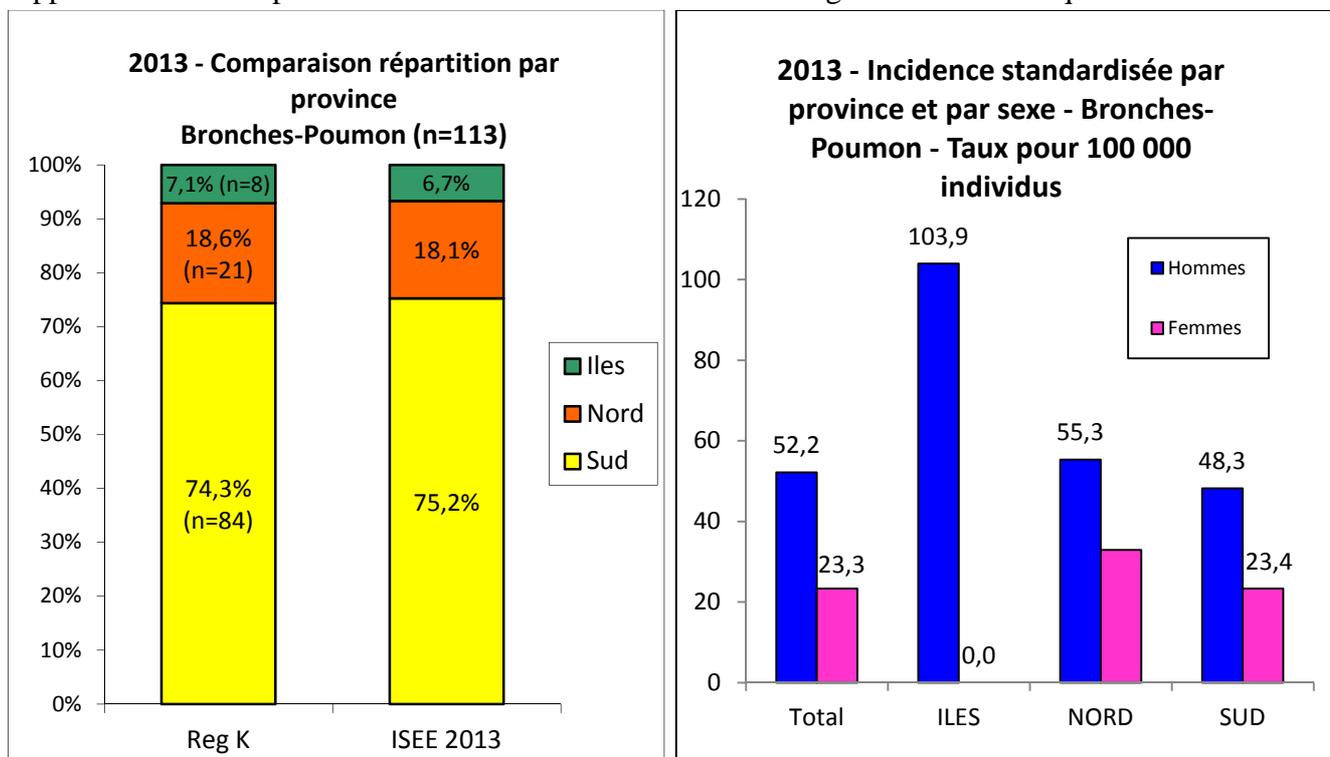


Figure 78 - Cancer des bronches-poumon, incidences selon le sexe et la province

Les comparaisons internationales établies à partir des données de la base de données de l'IARC (Globocan 2012) montrent que chez les hommes, l'incidence de ce cancer en 2013 est plus élevée que celles de l'Australie et de la Nouvelle-Zélande et comparable à celle de la métropole.

Chez les femmes, cette incidence, reste un plus élevée qu'en métropole et comparable à la NZ.

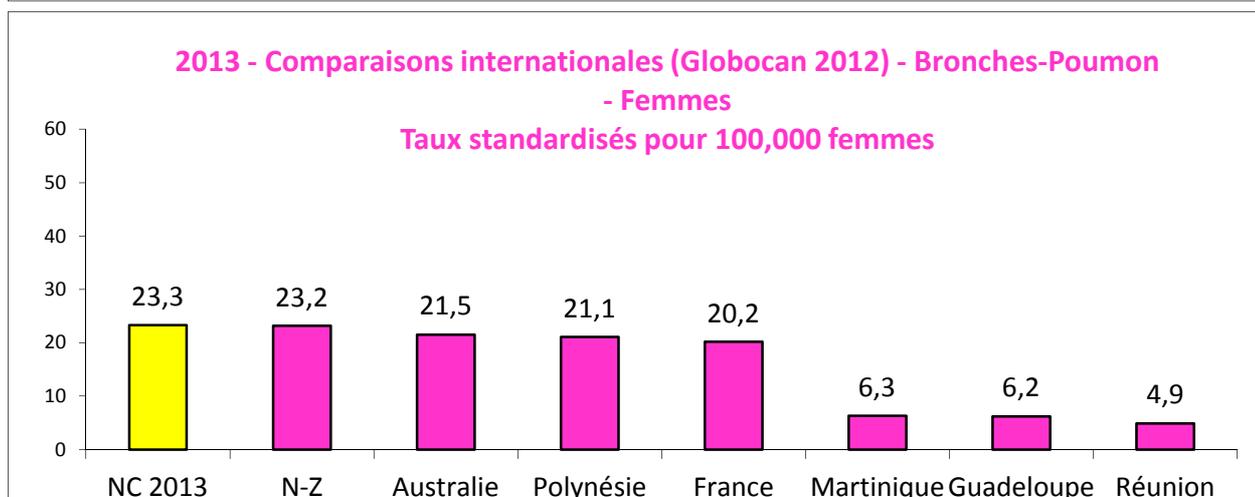
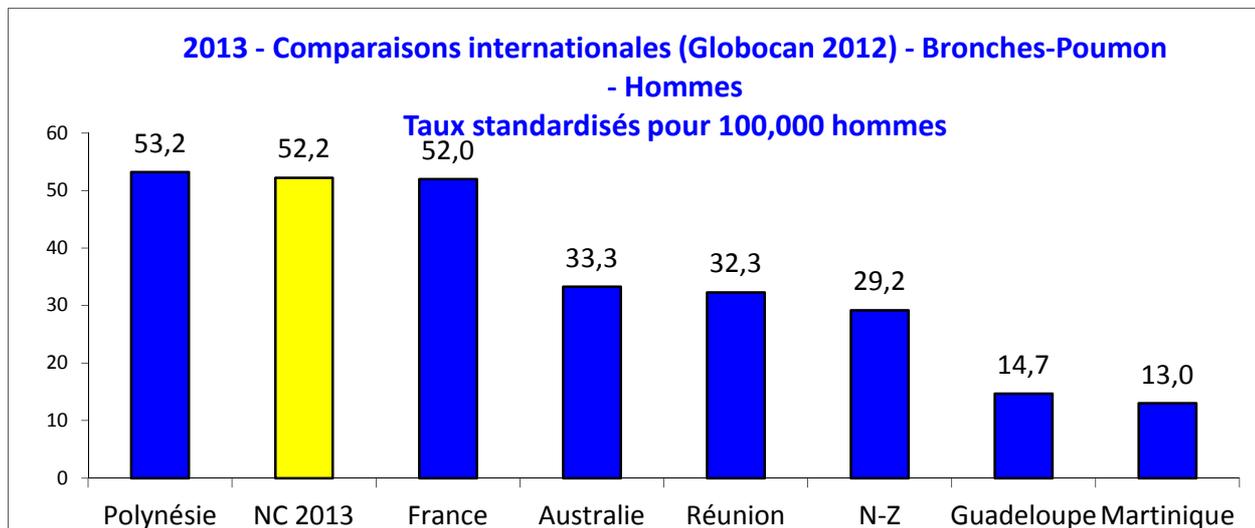


Figure 79 - Cancer des bronches-poumon, comparaisons internationales des incidences selon le sexe

III-4.b Cancers de la sphère ORL

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

Généralités

Avec **40 tumeurs invasives** diagnostiquées (tous sexes confondus) en 2013, ce groupe se place au 6^{ème} rang exæquo avec les cancers de la thyroïde. Il se situe au 5^{ème} rang chez les hommes et 11^{ème} chez les femmes (30 nouveaux cas chez les ♂ et 10 chez les ♀, soit un sex-ratio égal à 3 hommes pour 1 femme).

Les sites sont répartis de la manière suivante :

32 tumeurs LBP dont :

- 2 tumeurs de la lèvre
- 4 tumeurs de la langue
- 3 tumeurs du plancher de la bouche
- 1 tumeur du palais
- 1 tumeur de la bouche (région rétromolaire)
- 1 tumeur de la glande parotide
- 1 tumeur de la glande sous-maxillaire

- 13 tumeurs de l'amygdale
- 1 tumeur de l'oropharynx
- 2 tumeurs du rhinopharynx
- 1 tumeur du sinus piriforme
- 1 tumeur de l'hypopharynx
- 1 tumeur ORL de siège mal défini

6 tumeurs du larynx

2 tumeurs du groupe « Nez, sinus ... »

12.5 % (n=5) des patients avaient également une autre tumeur primitive et 37.5% des patients étaient décédés au 31/11/2015 (15 cas), dont 12 suite au cancer ORL.

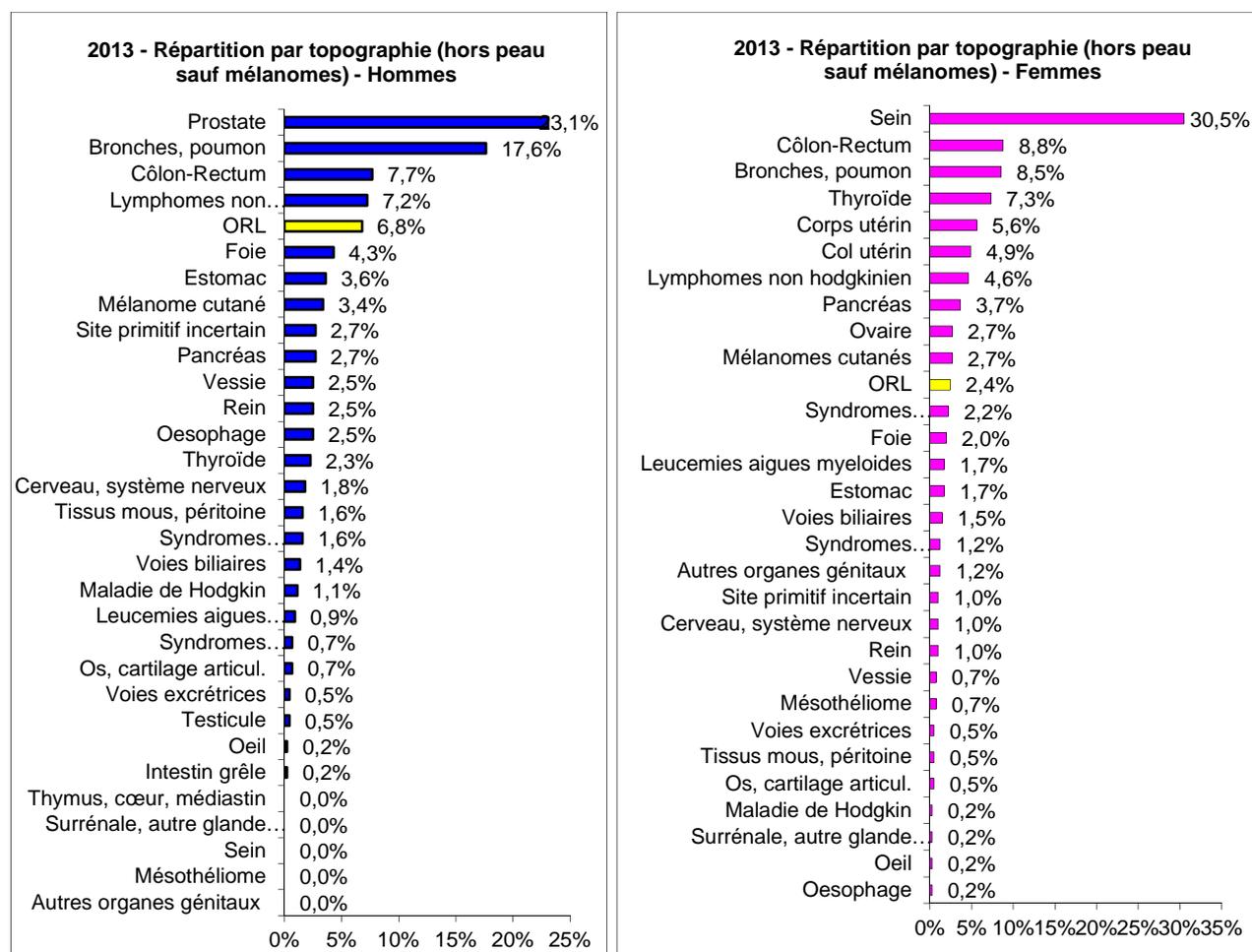


Figure 80 - Répartition des topographies selon le sexe

Pour ce type de cancer, le tabac et l'alcool représentent les principaux facteurs de risque, on retrouve également dans la littérature le rôle de l'infection à papilloma virus (HPV) ou à l'Epstein-Barr virus (EBV), ou de certaines expositions professionnelles (amiante, métaux, poussière de bois, ...).

Age au moment du diagnostic

L'âge moyen est égal à 61.8 ans (médiane à 60.5 ans). L'âge moyen au diagnostic est plus élevé chez les femmes (66.4 ans, médiane 70.5 ans) que chez les hommes (60.3 ans, médiane 58.5 ans). La plupart des diagnostics ont été effectués entre 55 et 64 ans. En métropole, l'âge moyen se situe entre 60 et 70 ans.

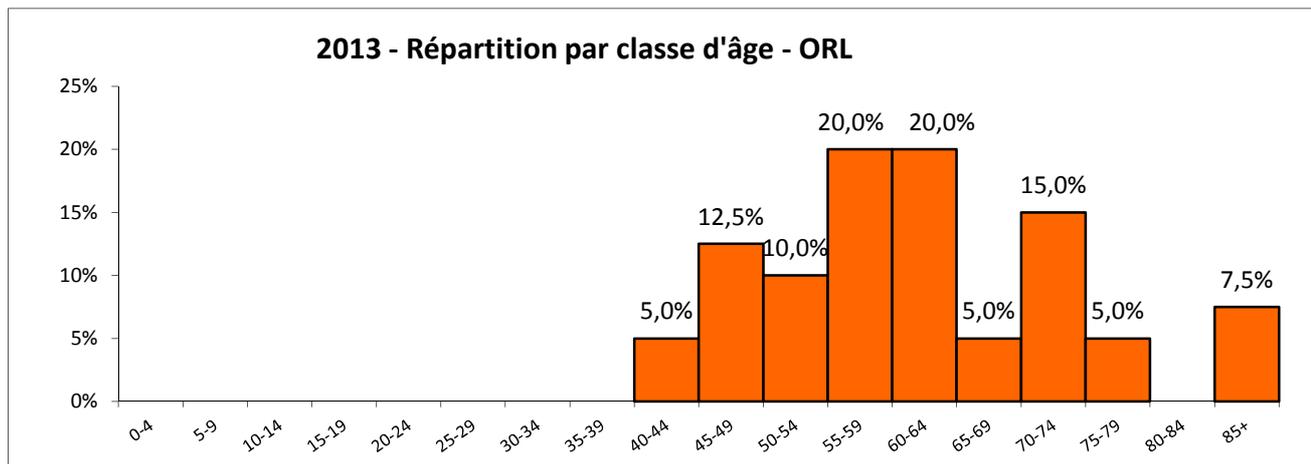


Figure 81 - Cancers ORL : répartition par tranche d'âge

Communautés

La répartition par communauté montre une surreprésentation de la communauté européenne et une sous représentation de la communauté mélanésienne.

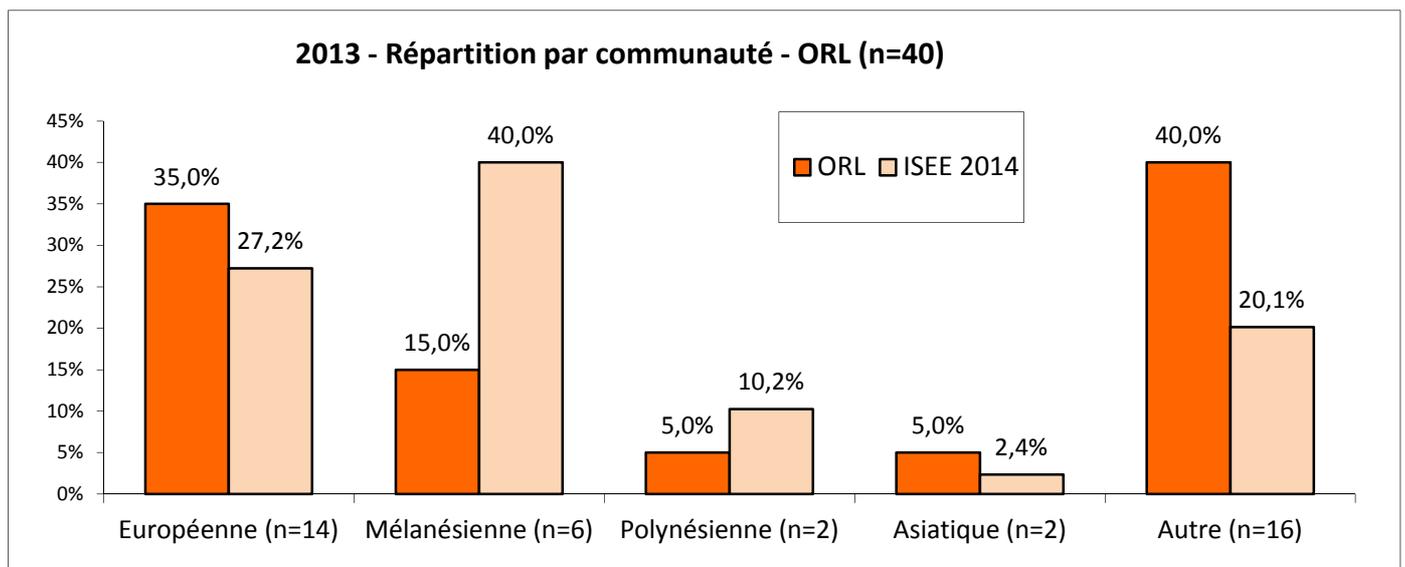


Figure 82 – Cancers ORL, répartition par communauté

Histologie et Stade au diagnostic

39 patients ont eu un diagnostic histologique, il s'agissait de :

- 34 Carcinomes épidermoïdes
- 3 Carcinomes indifférenciés
- 2 autres Carcinomes (1 Lymphoépithélial, 1 Adénoïde Kystique)

Parmi ces tumeurs, il s'agissait le plus souvent d'une tumeur bien différenciée (61.5 %).

En 2013, ces tumeurs ont le plus souvent été diagnostiquées au stade régional avec envahissement ganglionnaire.

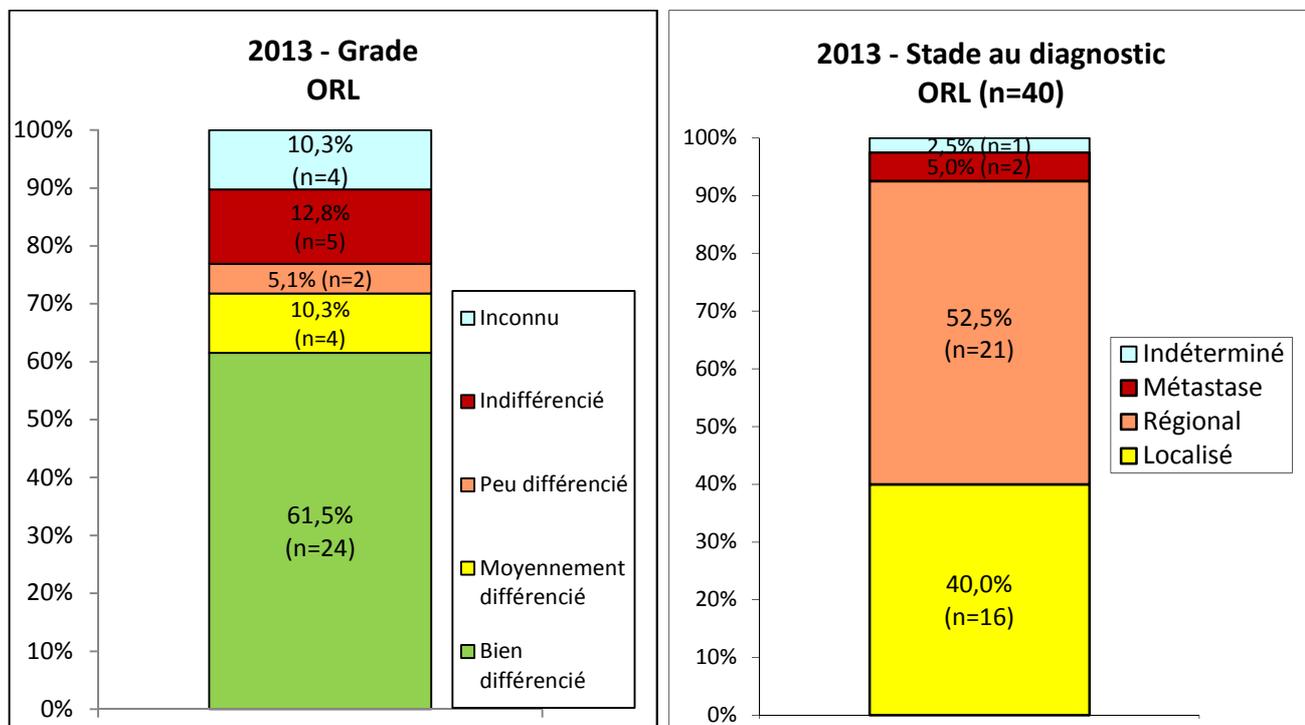


Figure 83 - Cancers ORL, répartition selon le grade et le stade au diagnostic

Traitements

La radiothérapie et la chimiothérapie restent les 2 principaux modes de traitement, et concernent plus de 60% des patients.

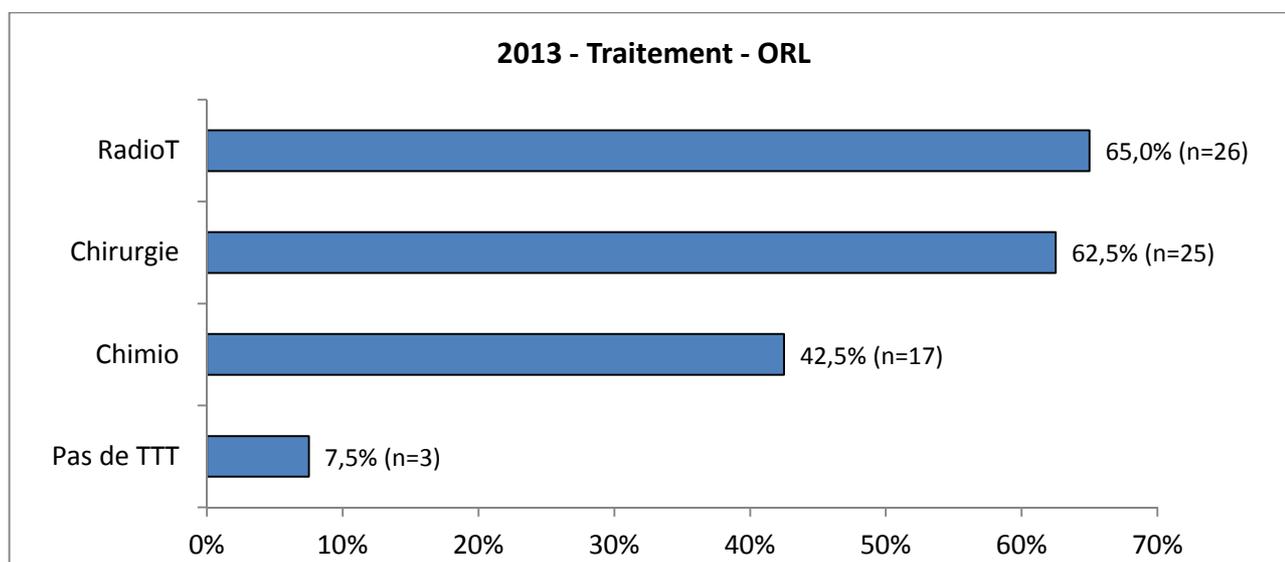


Figure 84 - Cancers ORL, répartition selon les schémas thérapeutique

Incidences et comparaisons internationales

En 2013, la répartition par province reste relativement voisine de celle de la population générale, tous sexes confondus. On observe des incidences toujours plus élevés chez les hommes que chez les femmes, quelle que soit la province de résidence.

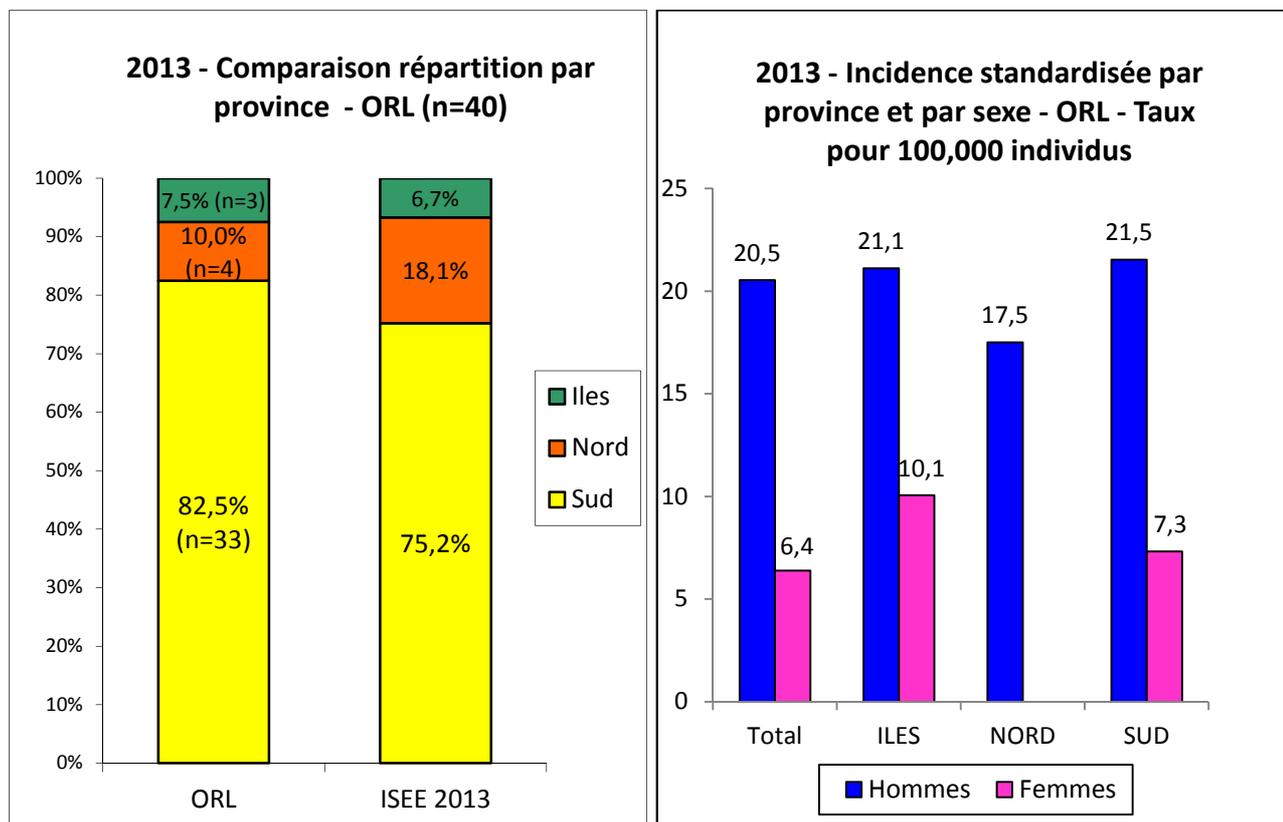


Figure 85 - *Cancers ORL, répartition et incidences selon le sexe et la province*

Chez les hommes, le taux d'incidence standardisée est plus bas que celui de la Réunion, de la Guadeloupe, et de la métropole. Chez les femmes, le taux d'incidence est comparable à celui de la métropole et de la Guadeloupe.

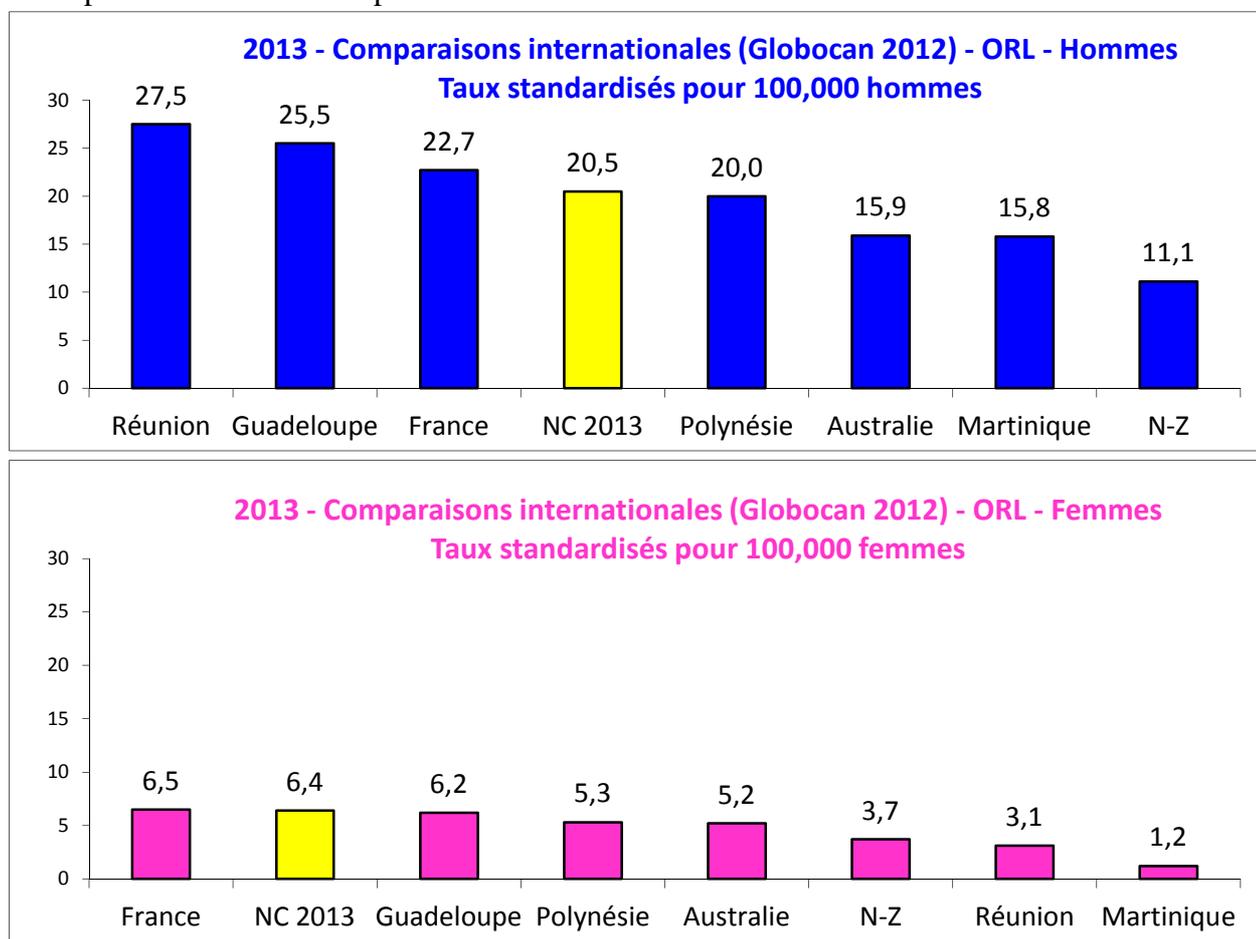


Figure 86 - *Cancers ORL, comparaisons internationales des incidences selon le sexe*

III-5 Cancer de la thyroïde

Généralités

Avec **40 tumeurs invasives** diagnostiquées (10 hommes et 30 femmes), soit 9 de plus qu'en 2012, ce cancer se situe en 6^{ème} position exæquo tous sexes confondus (14ème rang chez les hommes et 4ème chez les femmes). Le sex-ratio est de 33 hommes pour 100 femmes (0.33). Il s'agit donc principalement d'un cancer de la femme en Nouvelle-Calédonie. 4 patients avaient un autre cancer (10 %).

5 patients diagnostiqués en 2013 étaient décédés au 31/11/2015 (12.5 %), dont 3 suite au cancer de la thyroïde.

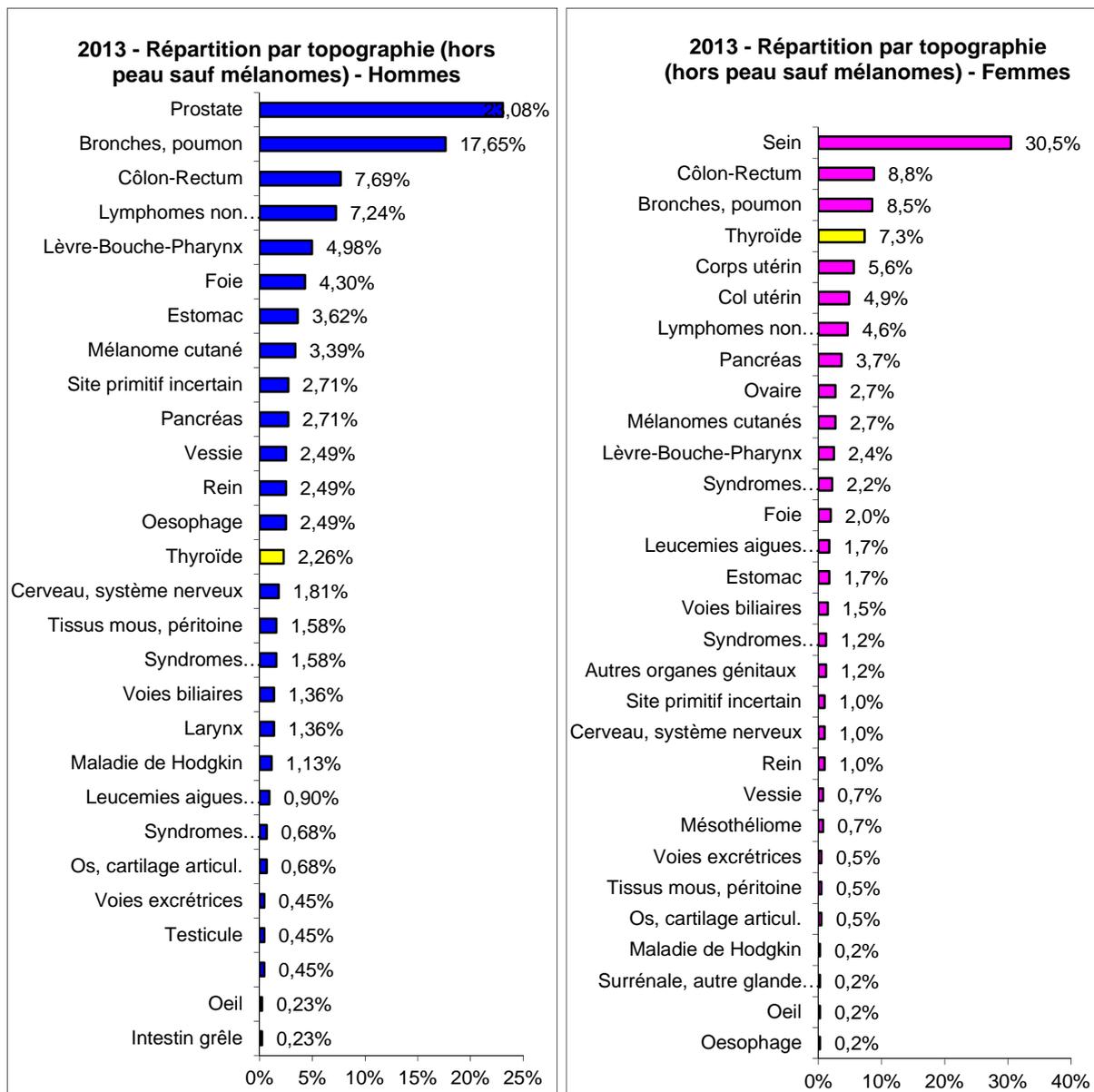


Figure 87 - Répartition des topographies selon le sexe

Ce site dont l'incidence a tendance à augmenter en métropole, se caractérise par une augmentation de l'incidence des cancers de petite taille. Ce cancer se développe à tous âges, le plus souvent entre 20 et 60 ans. On retrouve dans la littérature, les facteurs de risque suivants : l'exposition aux radiations, les antécédents familiaux de cancer thyroïdien, certaines affections bénignes de la thyroïde, certains troubles génétiques, l'alimentation et l'apport en iode, certains facteurs hormonaux.

Age

En 2013, l'âge moyen du diagnostic a augmenté et est égal à 51.2 ans (médiane à 54 ans), et reste plus élevé chez les hommes (55.1 ans, médiane 57 ans) que chez les femmes (49.7 ans, médiane 52.5 ans), avec un pic entre 50 et 54 ans. Cette tumeur a été diagnostiquée à un âge relativement jeune, dès 15 ans. L'âge médian de diagnostic en métropole est de 51 ans chez la femme et 52 ans chez l'homme.

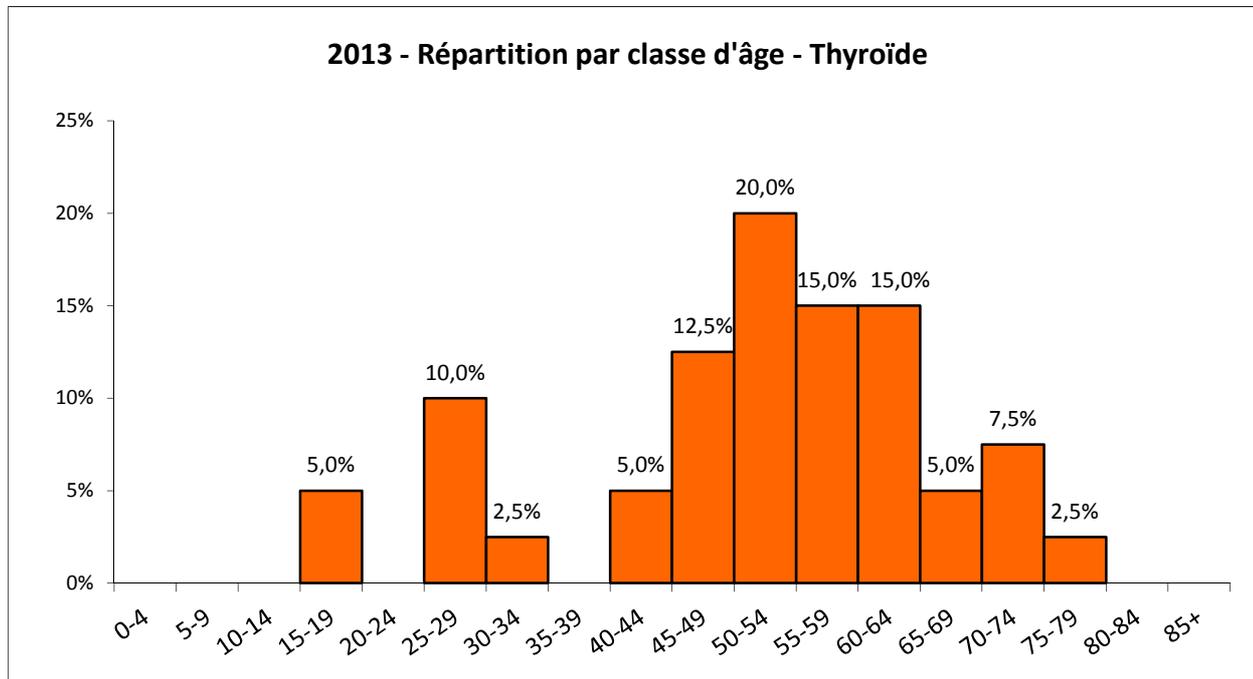


Figure 88 - Cancer de la thyroïde : répartition par tranche d'âge et taux spécifiques d'incidence

Communautés et province

Tous sexes confondus, 40 % des patients sont issus de la communauté mélanésienne, contre 15 % d'européens et 7.5 % de polynésiens. Chez les femmes, 46.7 % sont issues de la communauté mélanésienne, 10 % de la communauté polynésienne et 6.7 % de la communauté européenne, contre respectivement 30 %, 0% et 40 % chez les hommes.

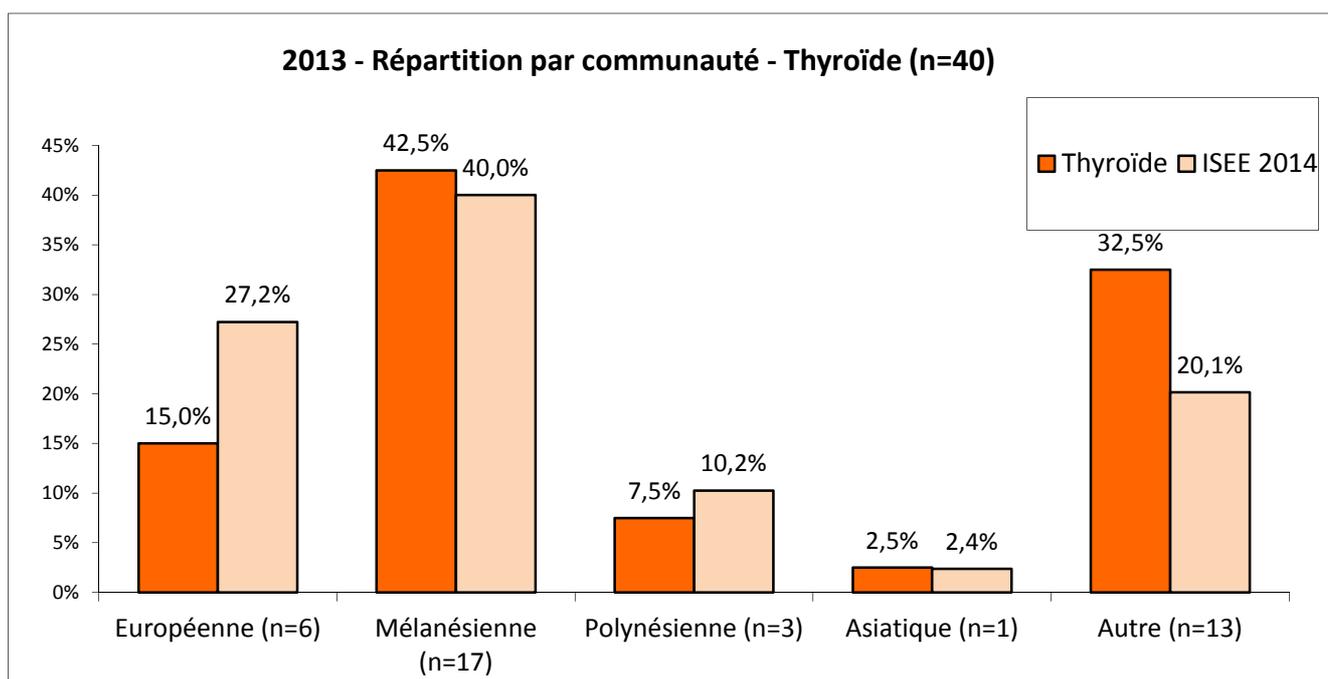


Figure 89 - Cancers de la thyroïde, répartition par communauté et par province

Histologie et stade au diagnostic

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

- 37 Carcinomes papillaires
- 1 Carcinome vésiculaire
- 1 Carcinome médullaire
- 1 Carcinome SAI

Le grade a pu être renseigné dans seulement 33.1 % des cas (n=9).

Ces tumeurs sont le plus souvent diagnostiquées à un stade localisé. Lorsque le TNM a pu être renseigné, 70 % des tumeurs l'ont été au stade I. Lorsque la taille de la tumeur a été retrouvée (n=25), on a observé 41.9 % (n=11) de cancers de moins de 10 mm.

4 patients présentaient des métastases (4 pulmonaires, 1 os, 1 foie, 1 envahissement ganglionnaires à distance) au moment du diagnostic.

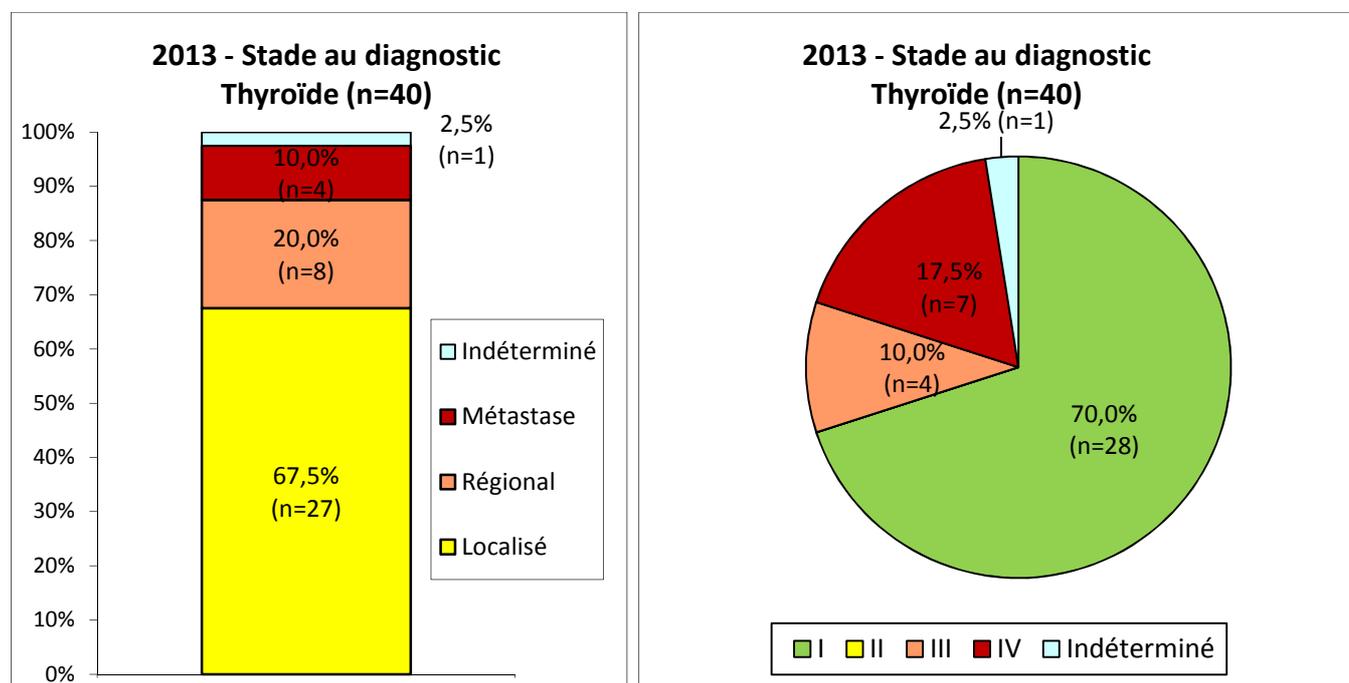


Figure 90 - Cancer de la thyroïde, répartition selon le grade, le stade au diagnostic et la taille de la tumeur

Traitements

Le principal mode thérapeutique a été la chirurgie dans plus de 90 % des cas, puis le traitement par l'iode dans 60 % des cas. L'association iode+chirurgie concerne plus de la moitié des patients (n=24).

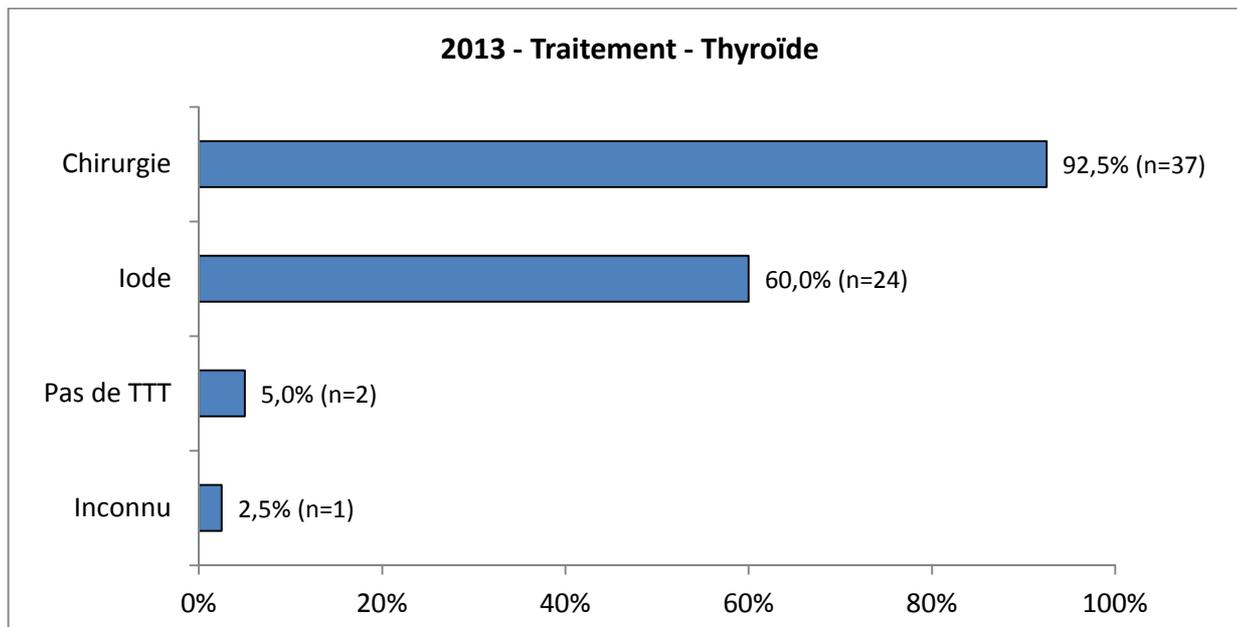


Figure 91 - Cancer de la thyroïde, répartition selon les schémas thérapeutiques

Incidences et comparaisons internationales

En 2013, on retrouve des taux d'incidence plus élevés en province des Iles Loyauté pour les femmes, avec un gradient Iles-Sud-Nord et les hommes.

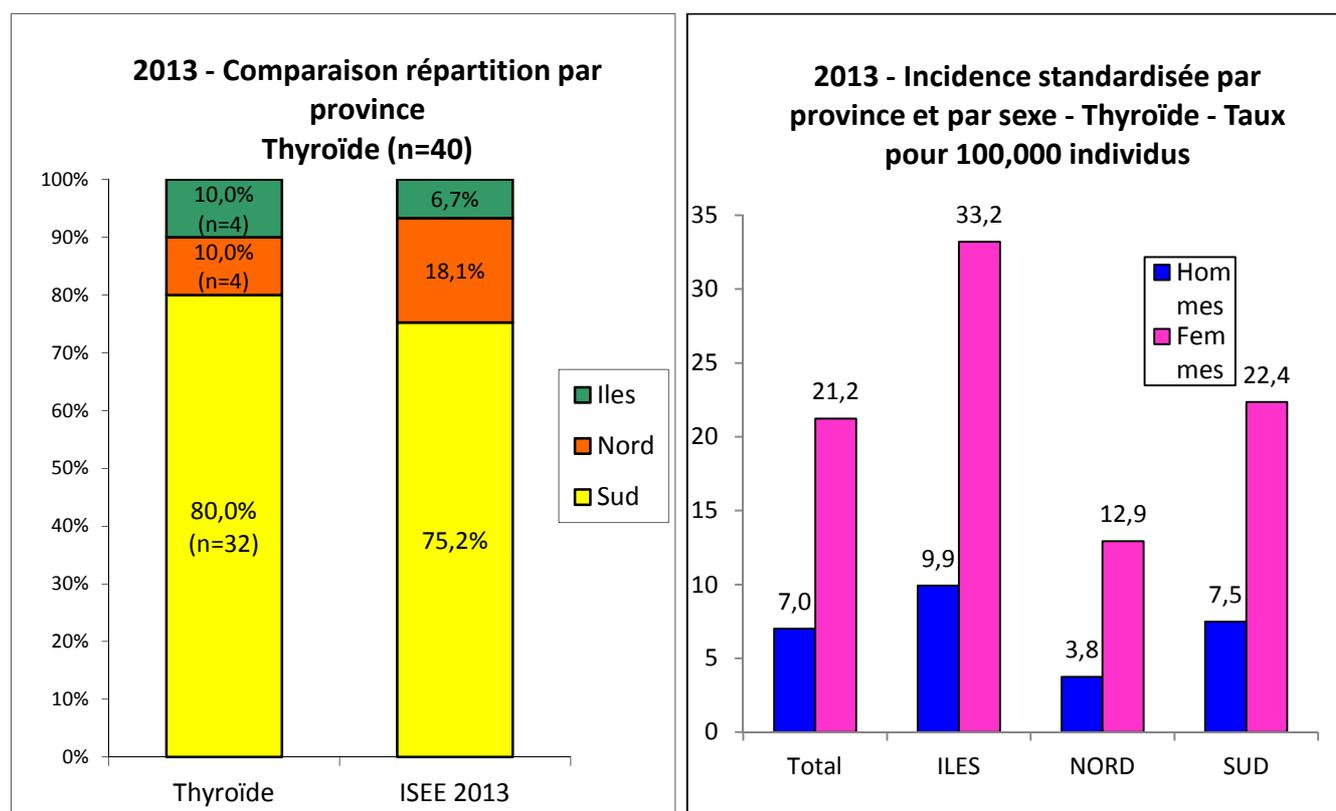


Figure 92 - Cancer de la thyroïde, incidences selon le sexe et la province

Chez les hommes, le taux d'incidence est relativement bas et avec une valeur à la Polynésie et 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.

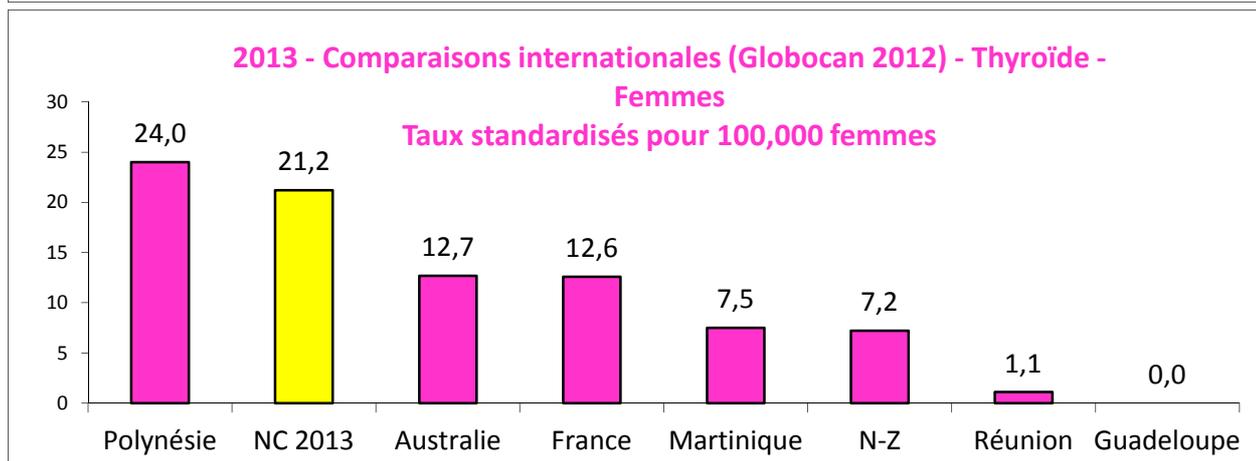
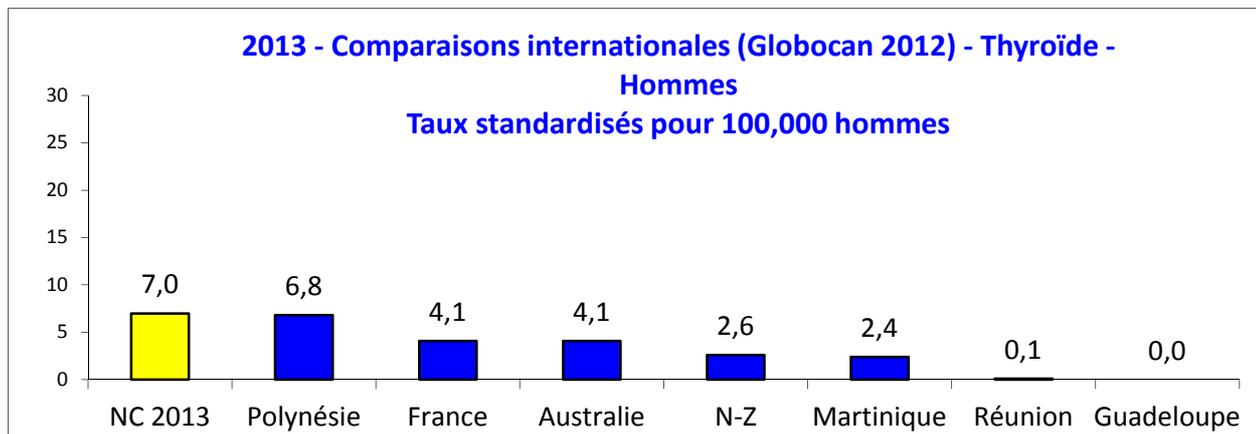


Figure 93 - Cancers de la thyroïde, comparaisons internationales des incidences selon le sexe

III-1 Sein et appareil génital féminin

En 2013, **184 tumeurs invasives**, soit 44.9% de l'ensemble des tumeurs invasives des femmes, ont été enregistrées (ont également été enregistrés 8 cancers in situ du sein et 79 tumeurs in situ du col de l'utérus, non pris en compte dans l'incidence).

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

SITE	Nombre de cas	%
Seins	125	67.9
Corps de l'utérus	23	12.5
Col de l'utérus	20	10.9
Ovaires	11	6.0
Autres organes génitaux	5	2.7
Total	184	100.0 %

II-1.a Cancer du sein

Généralités

Avec **125 tumeurs invasives** diagnostiquées, le cancer du sein est le 1^{er} cancer féminin, mais également le 1^{er} cancer diagnostiqué sur l'ensemble de la population. Il représente à lui seul 30.5% des cancers féminins (France 2005 : 36%).

Parmi les 125 patientes diagnostiquées en 2013, 5.6% avaient un autre cancer et 9.6% étaient décédées au 30/11/2015 (12 cas), soit 6.4 % suite à ce cancer (8 cas).

Les facteurs ayant un rôle dans la survenue de ce cancer peuvent être :

- personnels : âge, facteurs hormonaux (âge des 1^{ère} règles, de la 1^{ère} grossesse, de la ménopause, parité), l'allaitement (nombre, durée), les lésions précancéreuses du sein, les facteurs génétiques.
- environnementaux : hormones exogènes (contraception orale, hormonothérapie substitutive), facteurs sociodémographiques, alimentaires (graisse, apport calorique), alcool, radiations ionisantes.

Les facteurs pronostiques sont liés à l'extension tumorale, à la différenciation histologique, à la biologie de la tumeur (RO, RP, marqueurs cellulaires (HER-2, ..), à l'âge de la patiente.

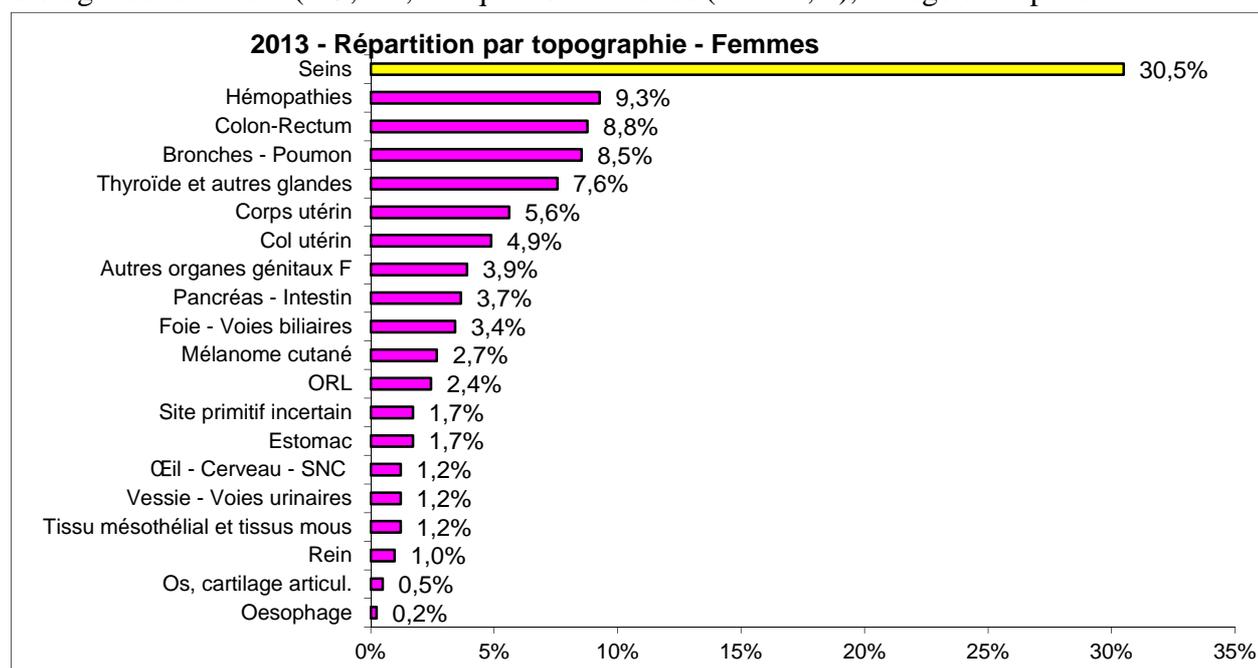


Figure 25 - Classement des topographies chez les femmes

Age au diagnostic

L'âge moyen au moment du diagnostic est de 57.8 ans avec un âge médian de 57 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 50-59 ans puis entre 70-74 ans.

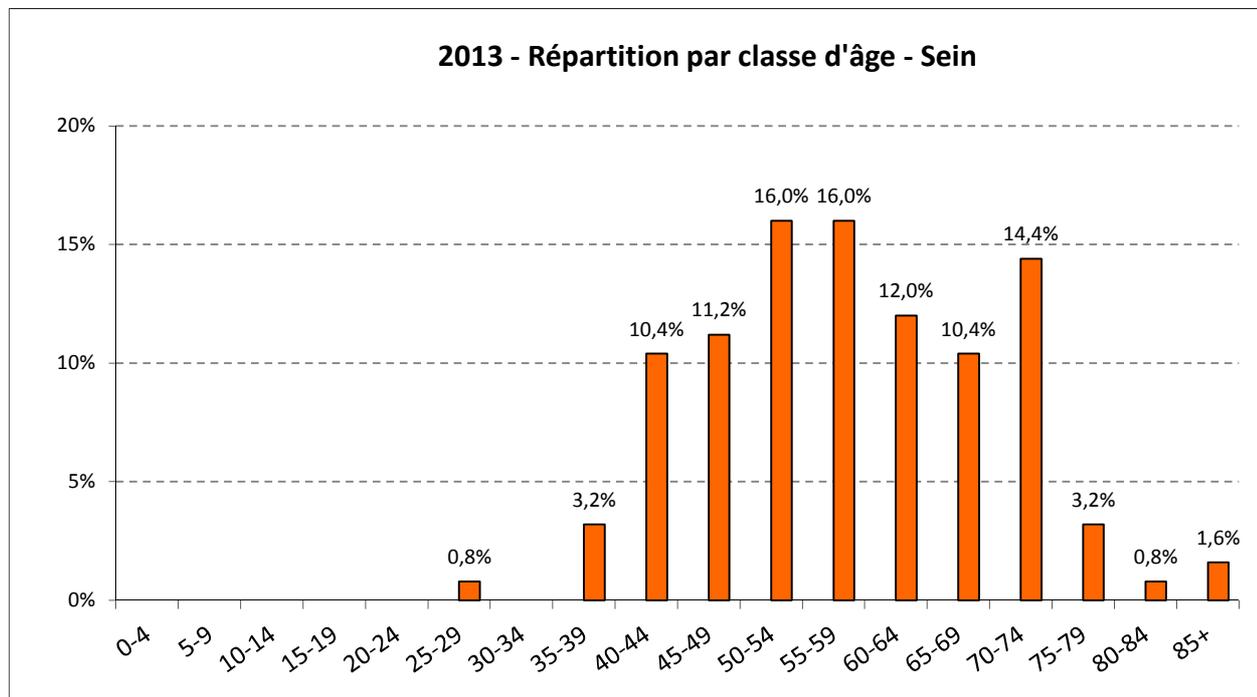
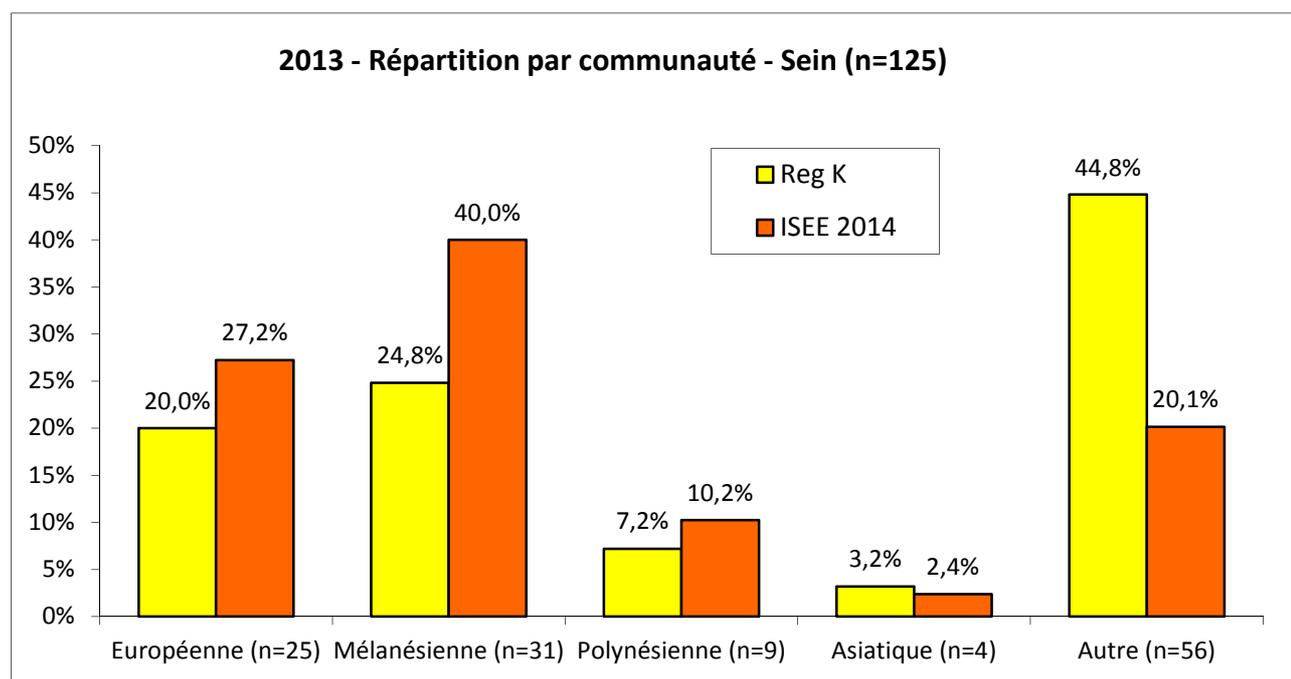


Figure 26 - Cancer du sein chez les femmes, répartition par tranche d'âge

Communautés

Le groupe « autre communauté » comprend les 52 patientes de communauté inconnue. Cette information ne figure pas systématiquement dans les dossiers des patientes. Ainsi, en raison de la surreprésentation importante du groupe « Autre », il est difficile d'émettre des conclusions quant à la comparaison de la répartition par communauté par rapport à la population générale, figurant ci-dessous.



Figures 27 - Cancer du sein chez les femmes et répartition par communauté

Histologie

Un diagnostic histologique a été établi pour 99.2% des cas. La répartition selon le type histologique est relativement voisine de celle retrouvée en métropole avec:

- 108 carcinomes canaux infiltrants (y compris les mixtes),
- 9 carcinomes lobulaires,
- 3 carcinomes colloïdes,
- 4 autres (2 apocrines, 1 métaplasique, 1 sarcome)

Grade

Comme le montre la figure suivante, un peu plus de la moitié des femmes avaient une tumeur de grade intermédiaire SBR II, 32.8% étaient à bas risque métastatique (SBR I) et 9.6% étaient à haut risque métastatique (SBR III).

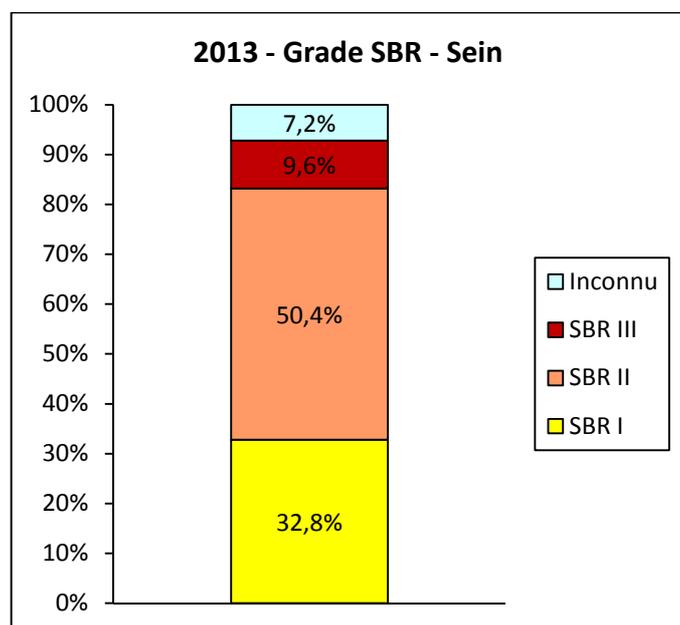


Figure 28- Cancers du sein chez les femmes et grade SBR

Récepteurs hormonaux

La classification des cancers du sein s'est affinée grâce à l'émergence des analyses génomiques. Elles permettent de cibler le traitement en fonction de l'expression couplée de certaines protéines, notamment les récepteurs œstrogènes (RO), progestérone (RP) et HER-2.

En 2013, 64.8% des tumeurs possèdent l'expression simultanée des récepteurs aux œstrogènes et à la progestérone.

6.7% (contre 9.9% en 2012) des tumeurs sont dites « triples négatifs », c'est-à-dire pour les récepteurs aux œstrogènes, progestérone et HER-2 (entre 10 et 25 % selon les études).

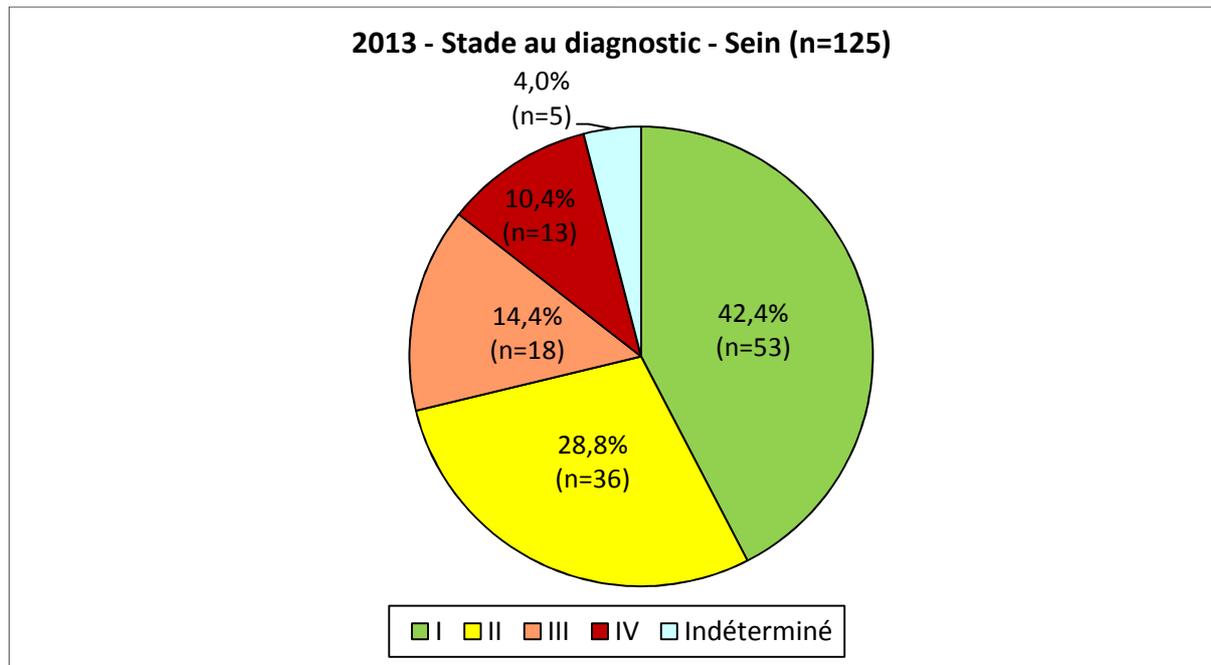
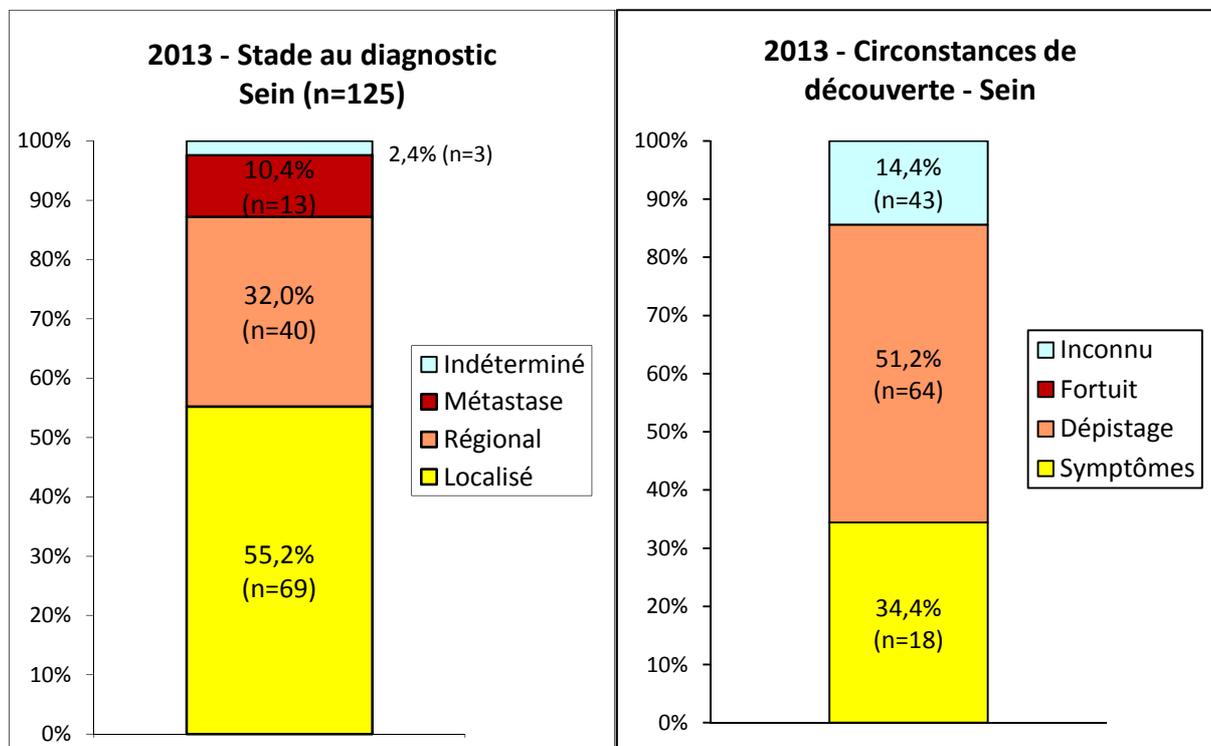
Tableau 8 – Répartition des récepteurs hormonaux

RO	+	+	+	-	-	-	-
RP	+	+	-	+	+	-	-
Her	+	-	-	+	-	+	-
Nb	12	56	18	1	0	11	7
%	11.4%	53.3%	17.1%	1.0%	0.0%	10.5%	6.7%

Stade au diagnostic et circonstances de découverte

En 2013, 34.4% des cancers du sein ont été découverts suite à l'apparition de signes cliniques, et 51.2% ont fait l'objet d'un dépistage par mammographie.

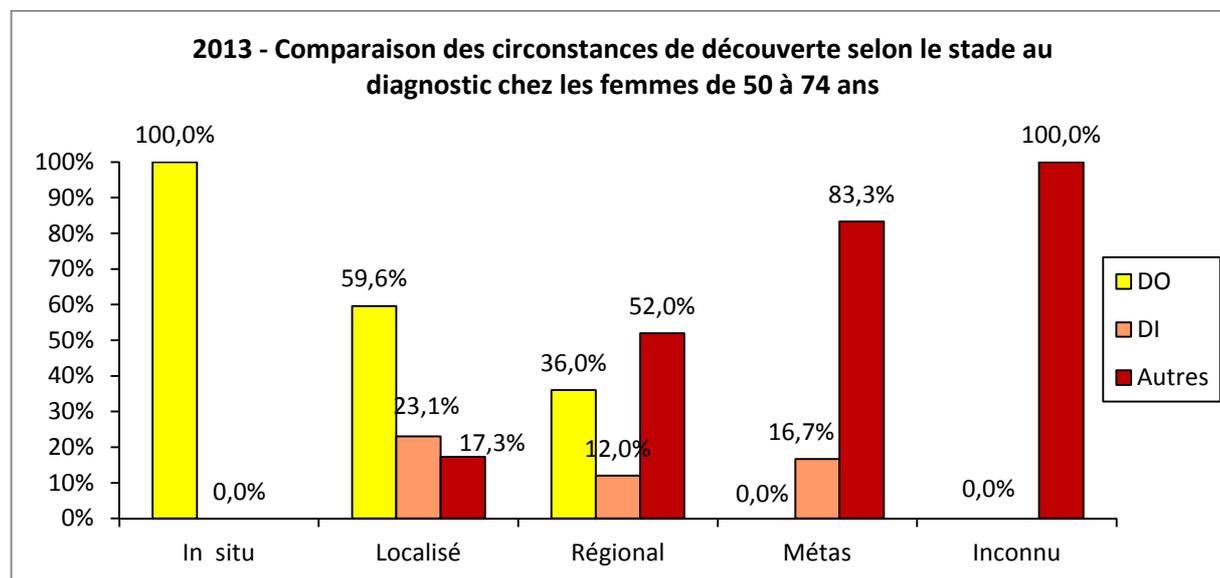
Le stade au diagnostic a pu être déterminé dans 97.6% des cas, et comme présenté dans la figure suivante, plus de la moitié des cas a été diagnostiquée à un stade localisé et un peu plus de 10% à un stade très avancé avec métastases dont les topographies les plus fréquentes sont : les os (32%, n=8) , les bronches-poumon (32%, n=8) et le foie (12%, n=3).



En 2013, pour l'ensemble des tumeurs du sein, (125 cancers invasifs et 8 cancers in situ), 86 (68.8%) tumeurs invasives concernaient des femmes entre 50 et 74 ans, âge d'éligibilité pour la campagne de dépistage organisé qui a démarré en 2009 ainsi que 4 (50.0%) cancers in situ.

Dans le cadre du dépistage organisé (DO) pour les femmes entre 50 et 74 ans, il a été diagnostiqué (voir figure 29):

- 50.0% des cancers in situ ;
- 59.6% des cancers au stade localisé :
- 36.0% des cancers au stade régional.



*DO : dépistage organisé, DI : dépistage individuel

Figure 29 – Stade au diagnostic et circonstance de découverte

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

Traitements

Comme présenté dans le tableau ci-dessous, plusieurs schémas thérapeutiques sont proposés, avec le schéma le plus fréquent : chirurgie + radiothérapie + hormonothérapie (+/- chimiothérapie, immunothérapie) et concerne 37 femmes (29.6 %), sachant que chaque schéma dépend essentiellement du stade de la maladie.

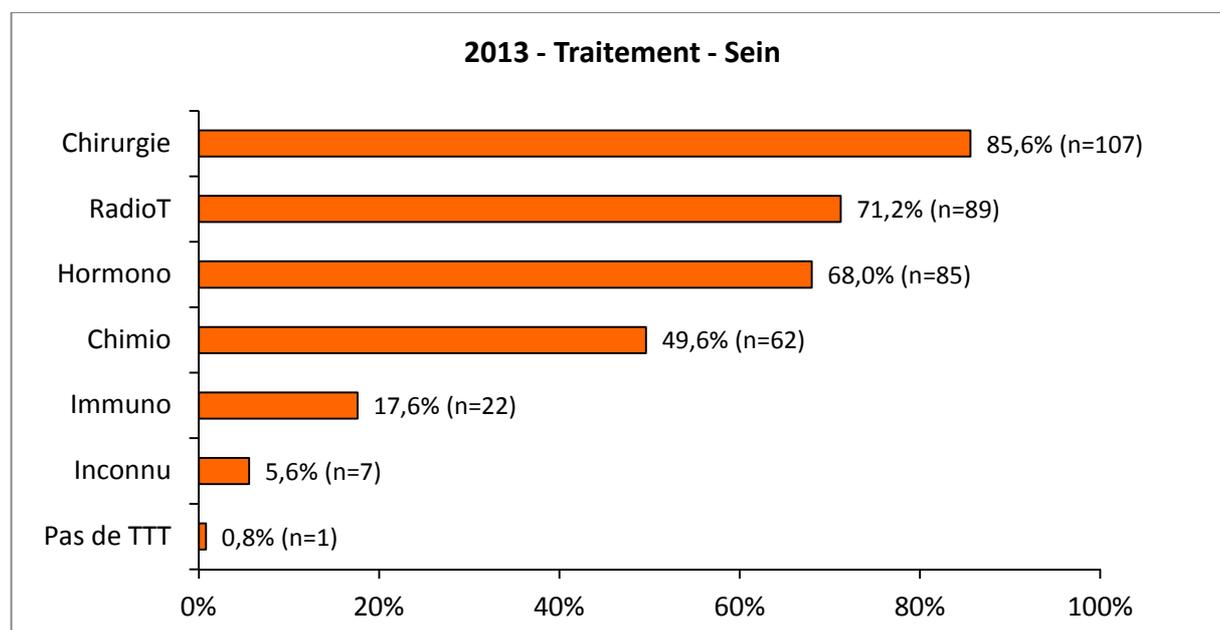


Figure 31 - Cancer du sein et répartition des traitements

Au total, un peu plus de 8 femmes sur 10 bénéficient d'un traitement chirurgical, un peu plus de 7 sur 10 d'une radiothérapie et un peu moins de 1 sur 2 d'une chimiothérapie. L'hormonothérapie concerne un peu moins de 7 femmes sur 10.

Incidences et comparaisons internationales

En 2013, la répartition du nombre de cas de cancer du sein selon la province de résidence est comparable à celle de la population générale. Le taux standardisé d'incidence est ainsi estimé à 84,6 nouveaux cas pour 100 000 femmes pour l'ensemble du territoire, avec des taux plus élevés en province Sud et Iles par rapport à celui de la province Nord.

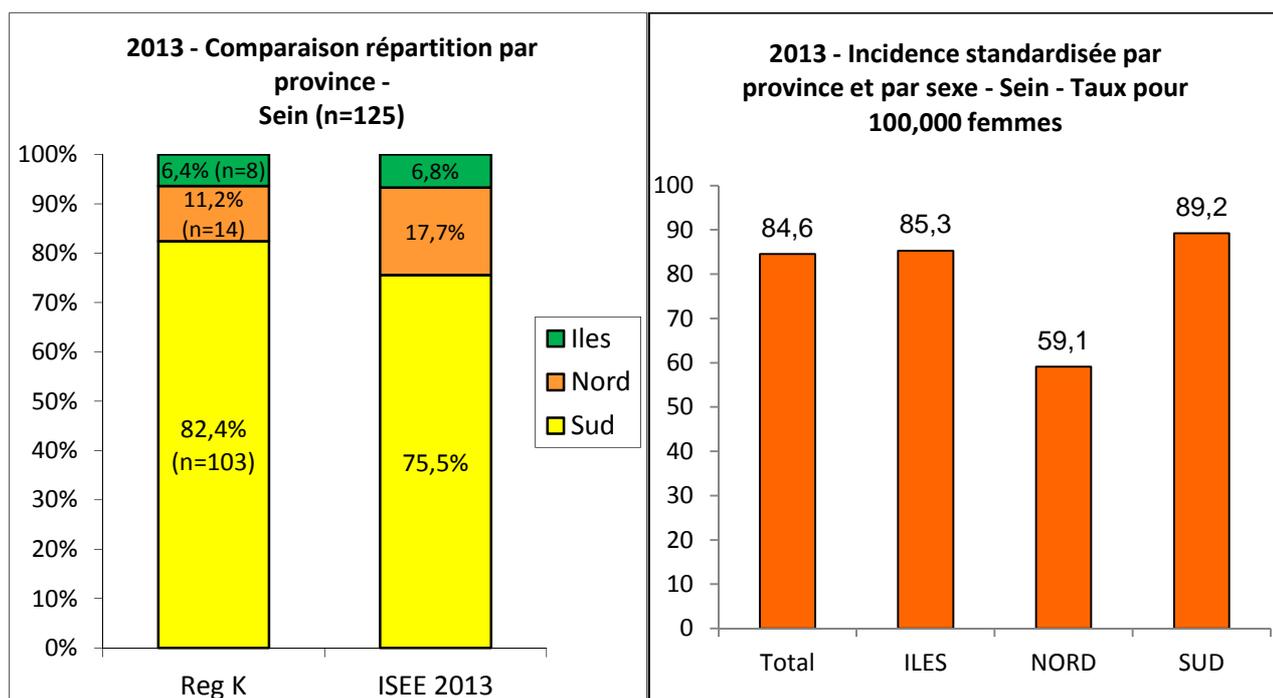


Figure 31 - Cancer du sein, incidences par province

Lorsque l'on compare cette incidence à celle d'autres pays, on observe que l'incidence calédonienne est inférieure à celle de la métropole ainsi que celles des pays voisins mais est plus élevée que dans les DOM.

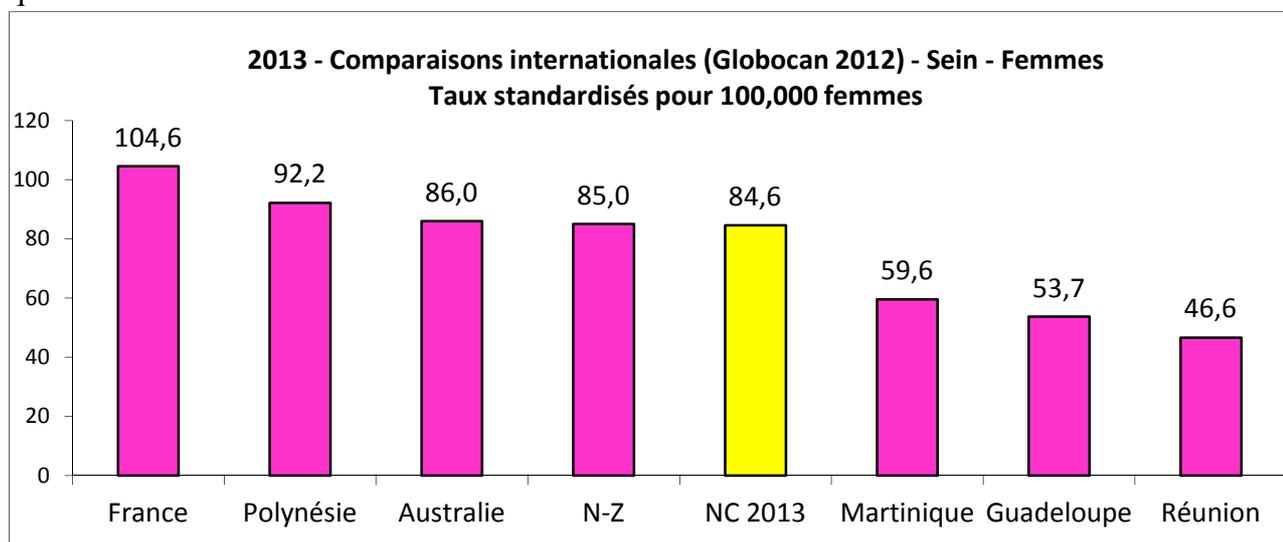


Figure 32 - Cancer du sein, comparaison des incidences

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

Généralités

Avec **23 tumeurs invasives** diagnostiquées en 2013, cette localisation se place au 5ème rang chez les femmes.

Cinq patientes étaient décédées au 31/11/2015, dont quatre suite à ce cancer (soit 17.4%).

Ce cancer est peu fréquent avant 50 ans. Les principaux facteurs de risque sont liés à l'hyperoestrogénie, qu'elle soit endogène (obésité, nulliparité, ménopause tardive/puberté précoce), exogène (prise d'estrogènes seuls, tamoxifène) ou liée à l'histoire familiale.

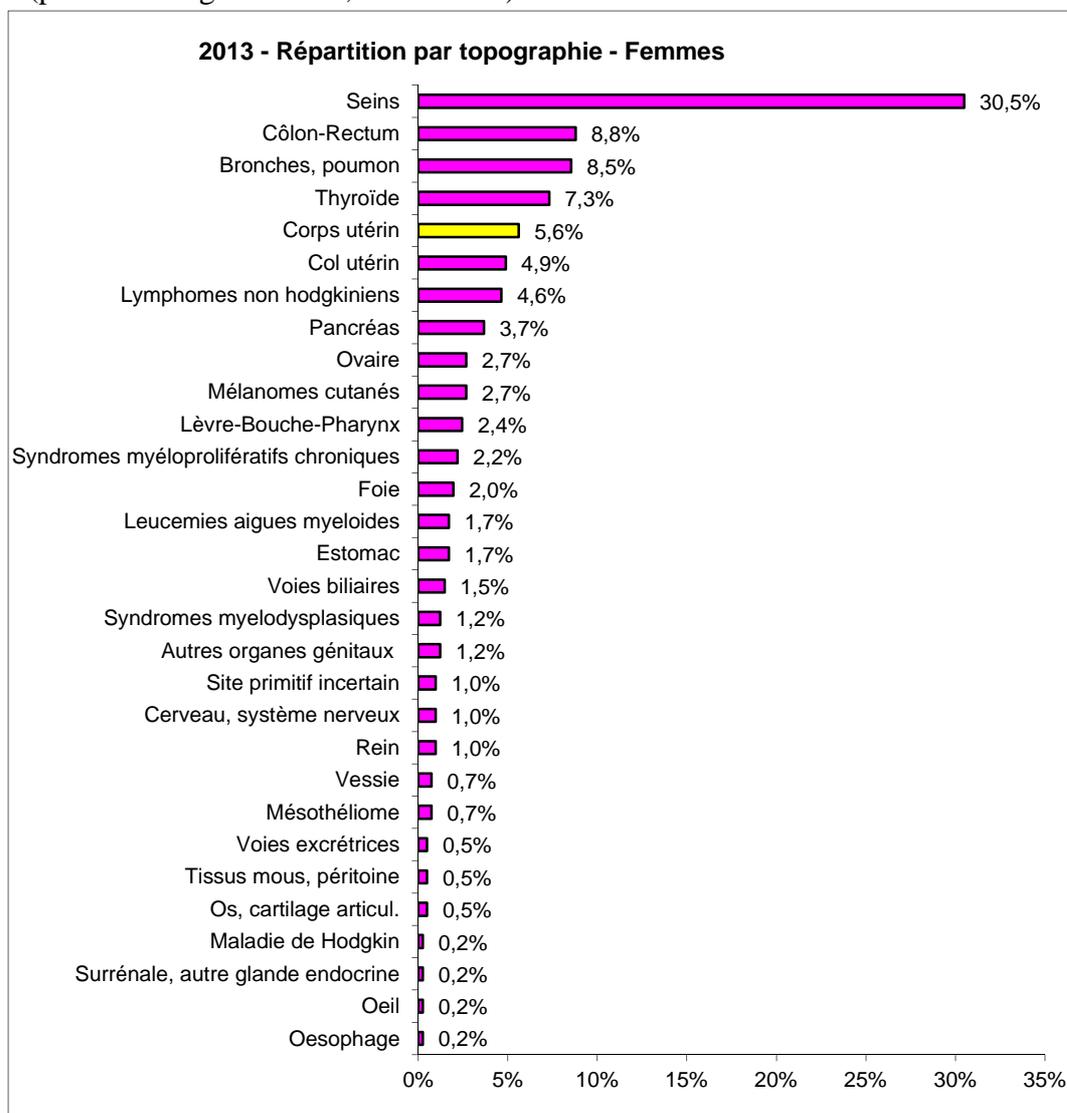


Figure 33 - Classement des topographies chez les femmes

Age au diagnostic

L'âge moyen au diagnostic est égal à 58.4 ans, avec un âge médian de 57 ans. Il est moins élevé que celui de la métropole qui se situait à 69 ans en 2005. En 2013, la représentation de la répartition par tranche d'âge montre un pic entre 50 et 64 ans.

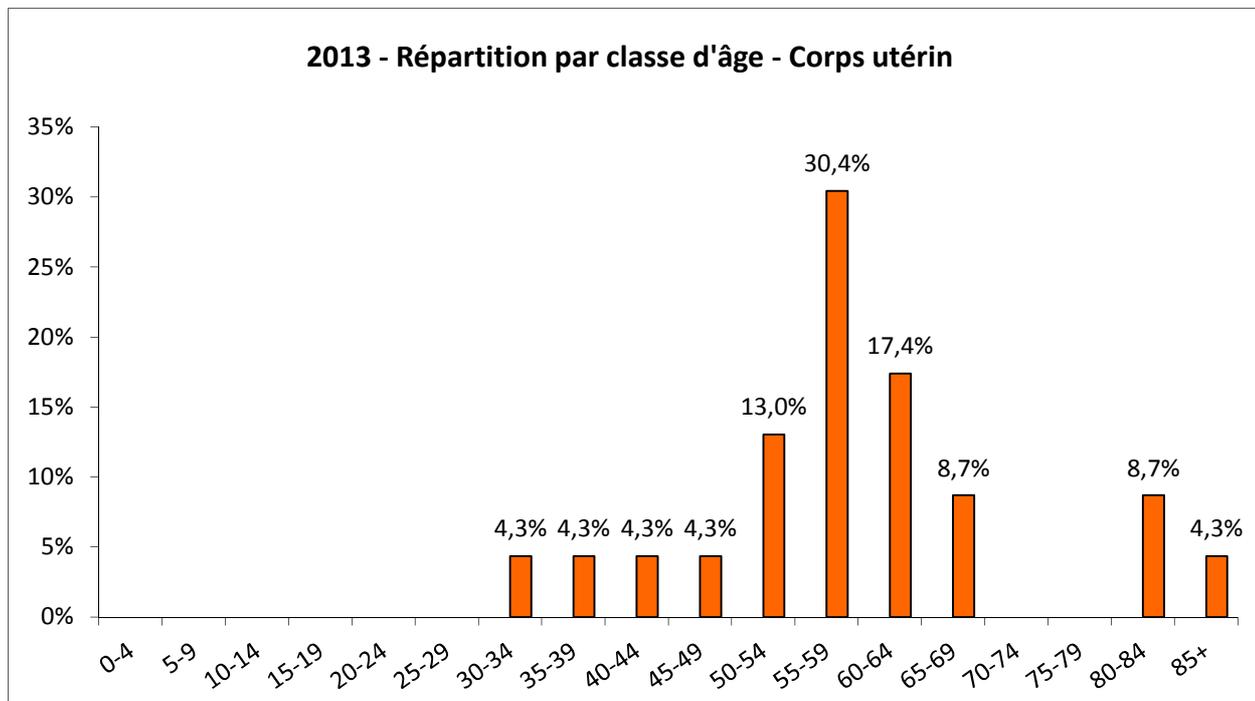


Figure 34 - Cancer du corps de l'utérus, répartition par tranche d'âge

Communautés

En 2013, il y a une surreprésentation de la communauté mélanésienne par rapport à la répartition de la population féminine de Nouvelle-Calédonie, ainsi qu'une sous-représentation de la communauté européenne.

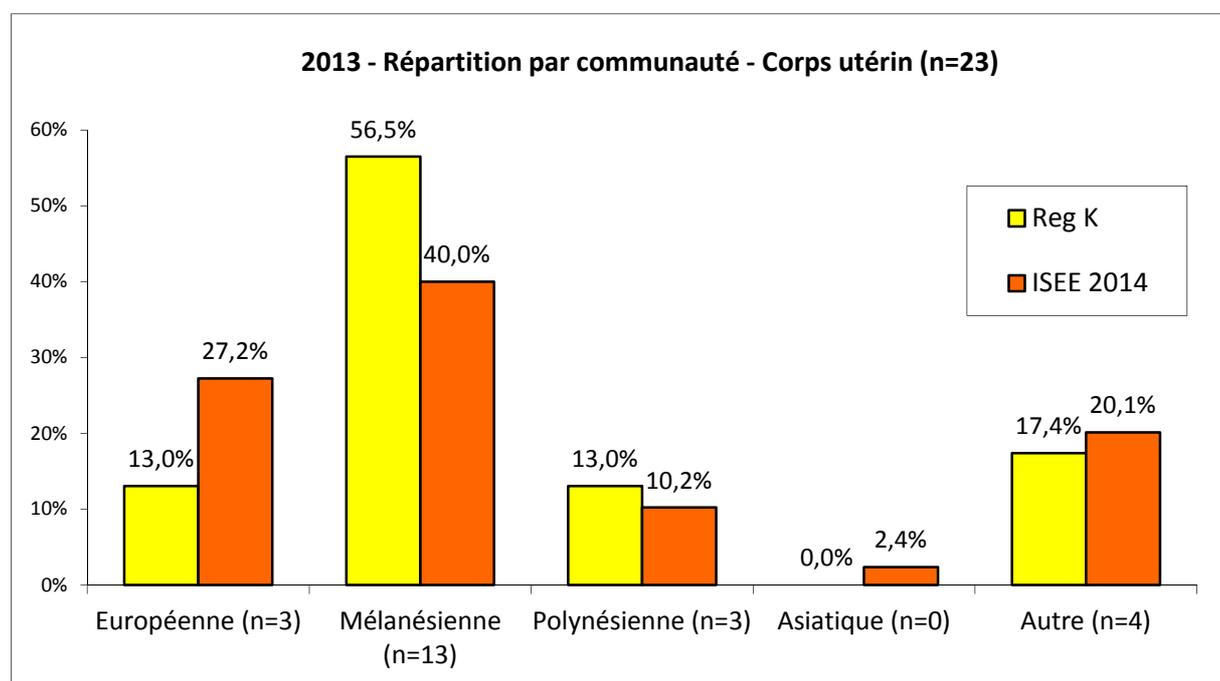


Figure 35 - Cancer du corps de l'utérus, répartition par communauté

Histologie

Les 23 patientes ont bénéficié d'un diagnostic histologique. Il s'agissait en majorité d'un adénocarcinome endométrioïde (15 cas, soit 65.2%). On recensait également 4 adénocarcinomes SAI, 2 cystadénocarcinomes papillaire séreux, et 2 sarcomes.

Stade au diagnostic

Lors du bilan d'extension suite au diagnostic, la proportion du stade localisé concernait environ 7 femmes sur 10.

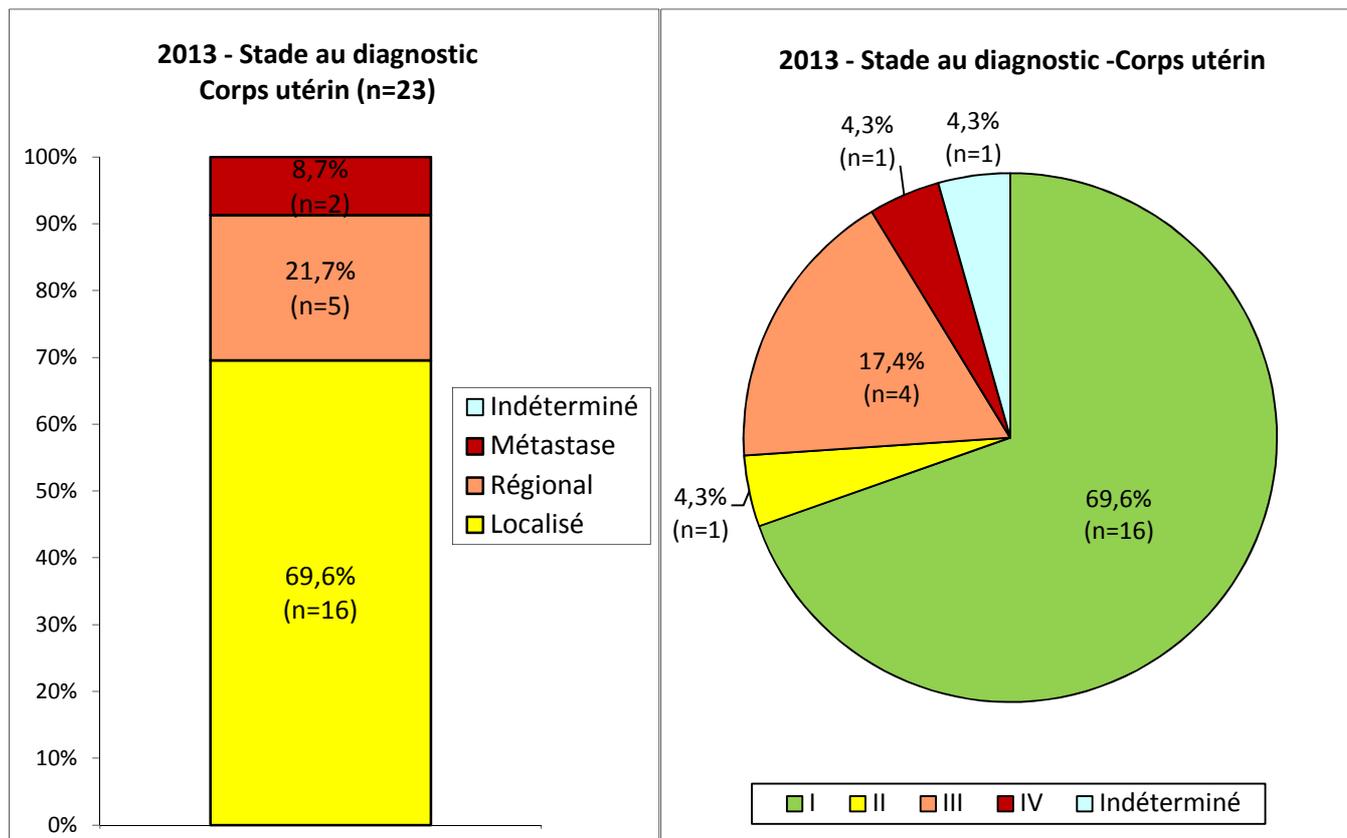


Figure 36 - Cancers du corps de l'utérus, stade au diagnostic

Traitements

Comme le montre le tableau suivant, un traitement chirurgical a été pratiqué chez un peu plus de 8 femmes sur 10. Et pour 52.2% des patientes (n=12), le traitement a consisté en une chirurgie unique.

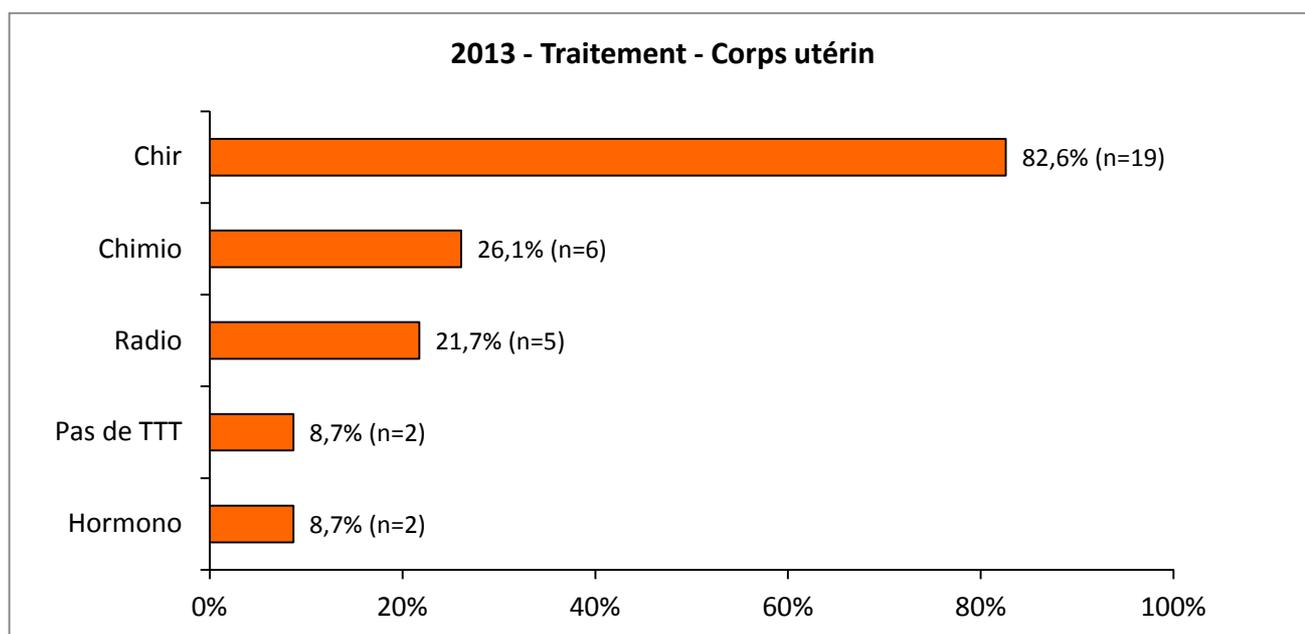


Figure 37 - Cancer du corps de l'utérus et schémas thérapeutiques

Incidences et comparaisons internationales

En 2013, la répartition du nombre de cas de cancer du corps utérin selon la province de résidence est comparable à la répartition de la population générale en Nouvelle-Calédonie. Le taux standardisé d'incidence est estimé à 15.2 nouveaux cas pour 100 000 femmes pour l'ensemble du territoire, avec un taux plus élevée pour les femmes des provinces Nord et des Iles Loyauté.

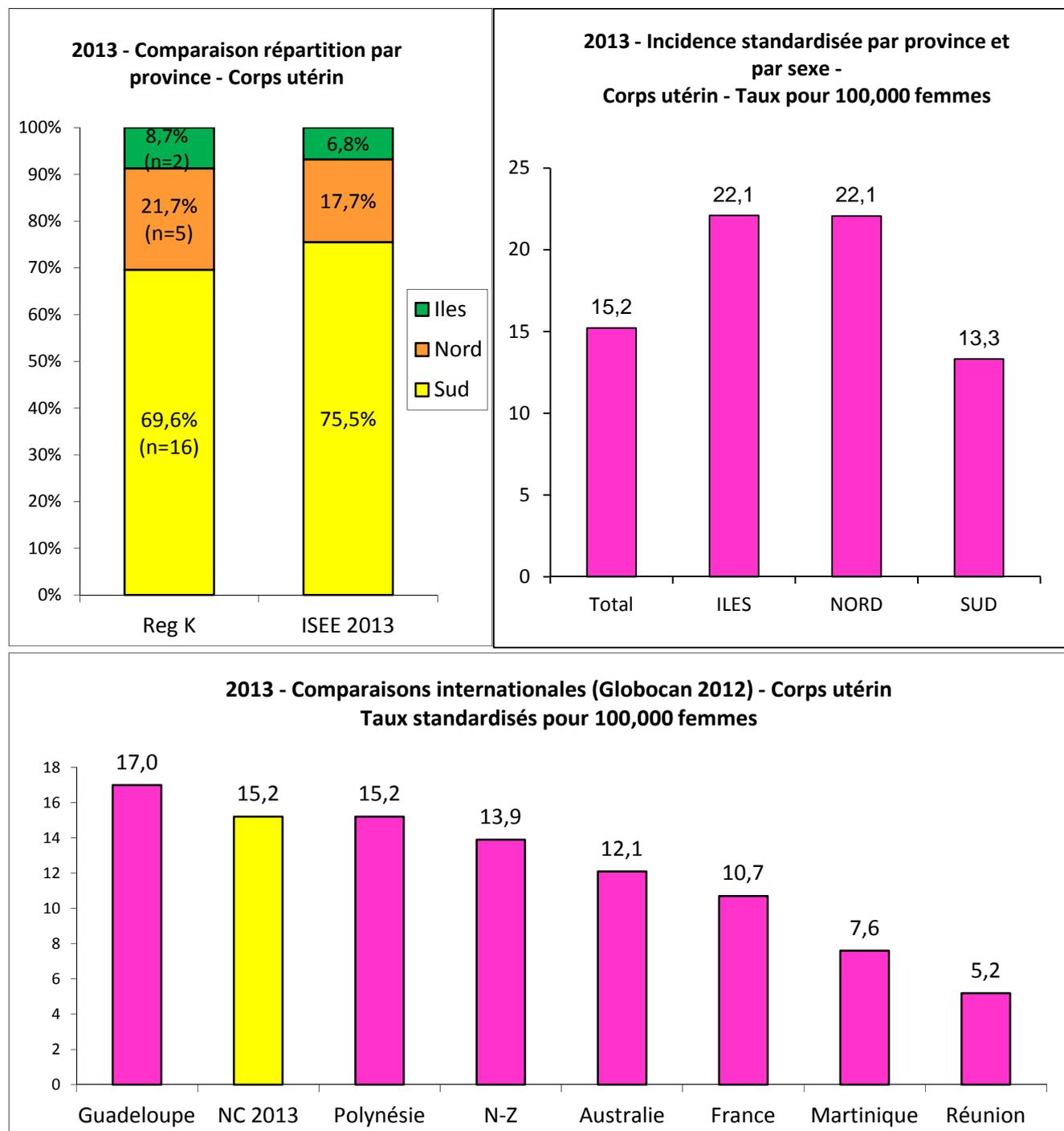


Figure 38 - Cancer du corps de l'utérus, incidences par province et comparaisons internationales

Avec 15.2 nouveaux cas pour 100 000 femmes, le taux d'incidence de la Nouvelle-Calédonie est un peu plus élevé que celui de la métropole, et des pays voisins comme l'Australie ou la Nouvelle-Zélande.

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 6ème rang des cancers chez les femmes, avec 4.9 % des cancers soit **20 tumeurs invasives** en 2013.

Aucune femme n'avait d'antécédent de cancer. Par ailleurs, 45% des patientes diagnostiquées en 2013 étaient décédées au 31/11/15 (9 cas). Huit patientes sont décédées des suites de ce cancer.

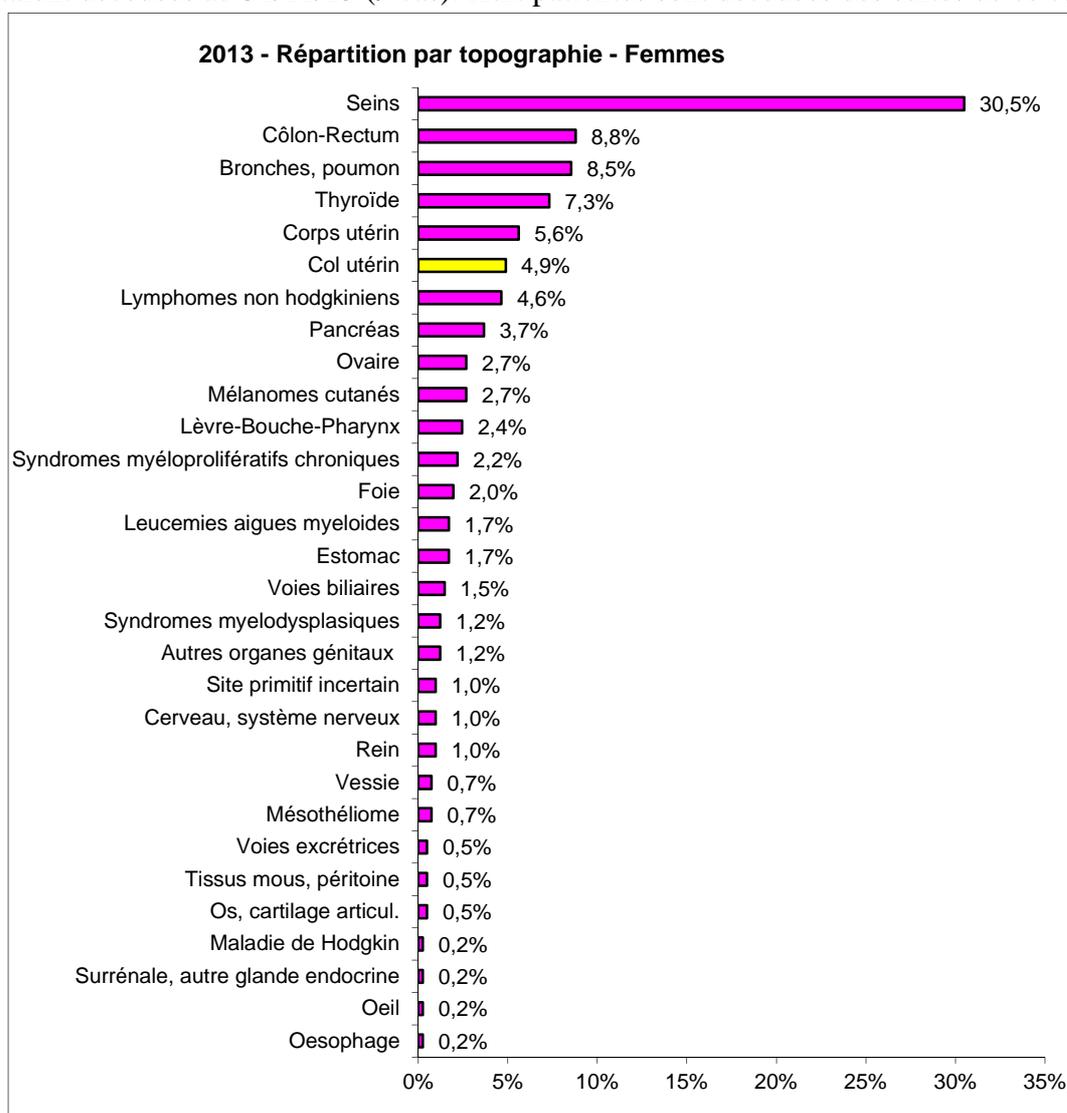


Figure 39 - Classement des topographies chez les femmes

Les facteurs de risque de ce cancer décrits dans la littérature sont en rapport avec une infection à Papilloma virus humain (HPV 16 et 18), mais également des rapports sexuels précoces, partenaires multiples, avortements, accouchement, tabagisme, immunodéficiences (médicaments ou infections), prise de Distilbène (Diéthylstilberstrol).

Age au moment du diagnostic

En moyenne, ce cancer est diagnostiqué vers 61 ans, avec une médiane à 61.6 ans (61.5 ans en métropole en 2005). Ces tumeurs sont diagnostiquées à un âge précoce, dès 36 ans, avec une distribution accidentée selon les classes d'âge, du au faible nombre de cas diagnostiqués.

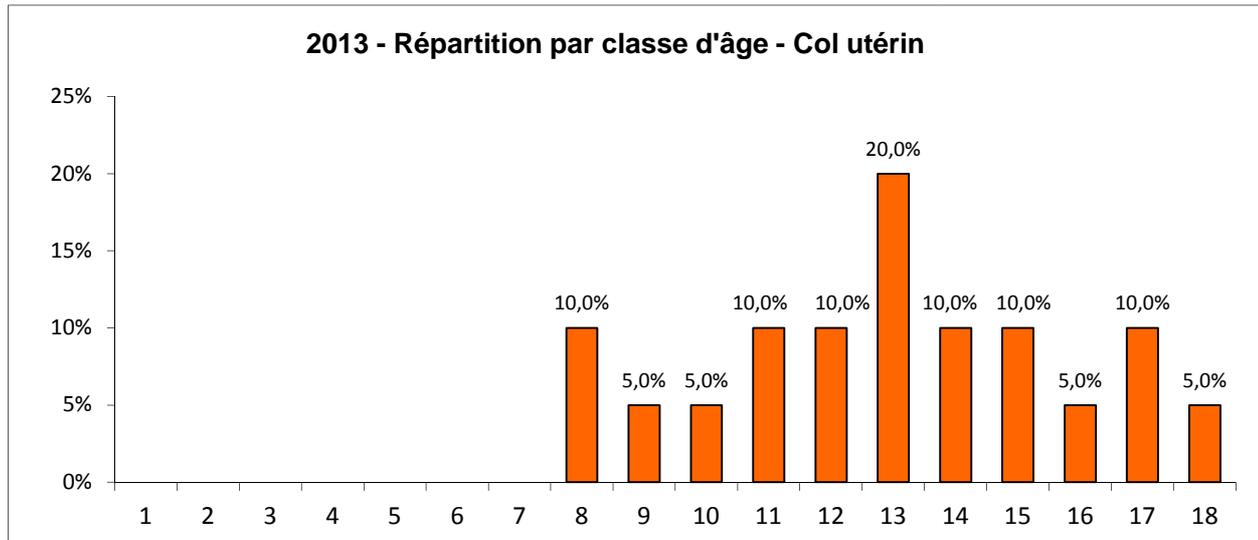


Figure 40 - Cancer du col de l'utérus, répartition par tranche d'âge

Communautés

Comme présenté ci-dessous, en 2013, la majeure partie des cancers invasifs du col de l'utérus semblent avoir été diagnostiqués chez des femmes mélanésiennes (8/20), mais la proportion non négligeable de communauté inconnue, rend cette répartition difficilement interprétable.

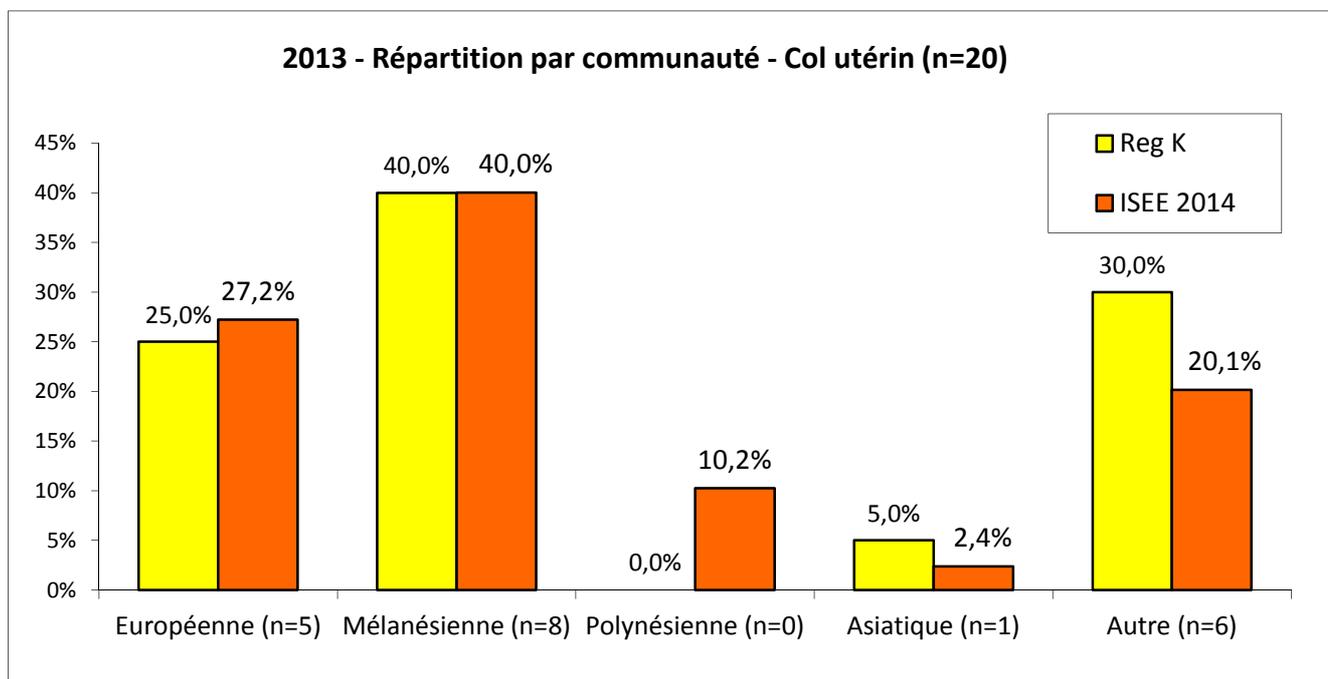


Figure 41 - Cancer du col de l'utérus, répartition par communauté

Histologie

Ces tumeurs ont toutes fait l'objet d'un diagnostic histologique. Il s'agissait dans 75% des cas d'un carcinome épidermoïde.

Stade au diagnostic

5 femmes sur les 20 ont été diagnostiquées à un stade localisé, et 65% (n=13) à un stade avancé 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 2013, **79** cancers du col in situ ou au stade CIN-3 (dysplasie sévère) ont été enregistrés, mais non comptabilisés dans le calcul de l'incidence.

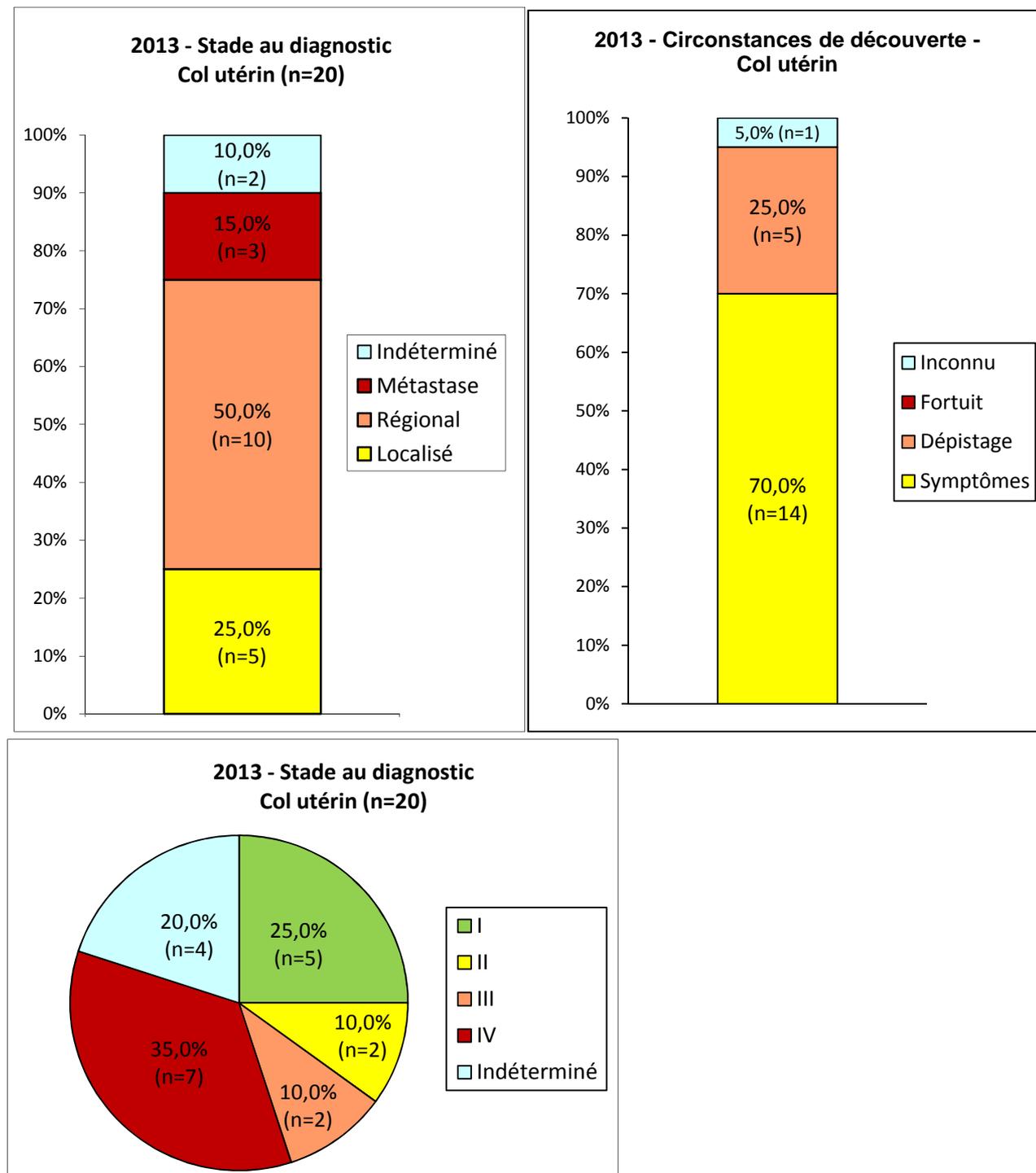
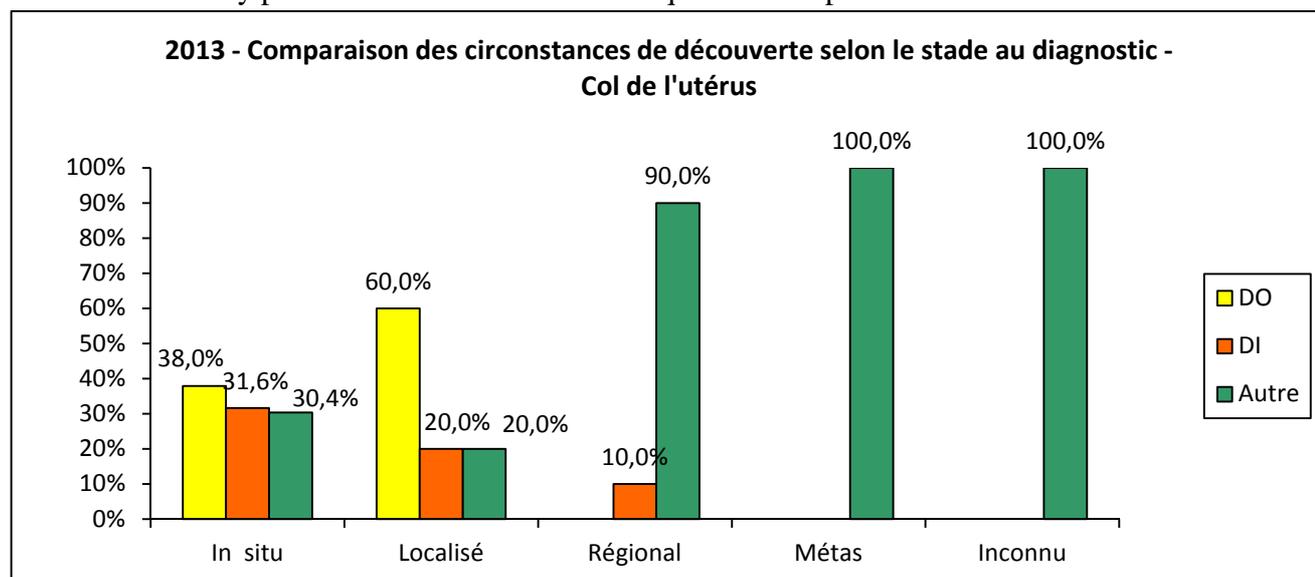


Figure 42 - Cancer du col de l'utérus, répartition selon le stade au diagnostic

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.

La circonstance de découverte « autre » regroupe trois modalités : « fortuit », « symptômes », « inconnu ». Parmi les 24 cancers in situ avec la circonstance « autre », 23 sont en fait de circonstance inconnue car il n'y pas de retour aux dossiers clinique effectué pour les cancers in situ du col.



*DO : dépistage organisé, DI : dépistage individuel

Figure 43 - Cancer du col de l'utérus, répartition des circonstances de découverte selon le stade au diagnostic

Traitements

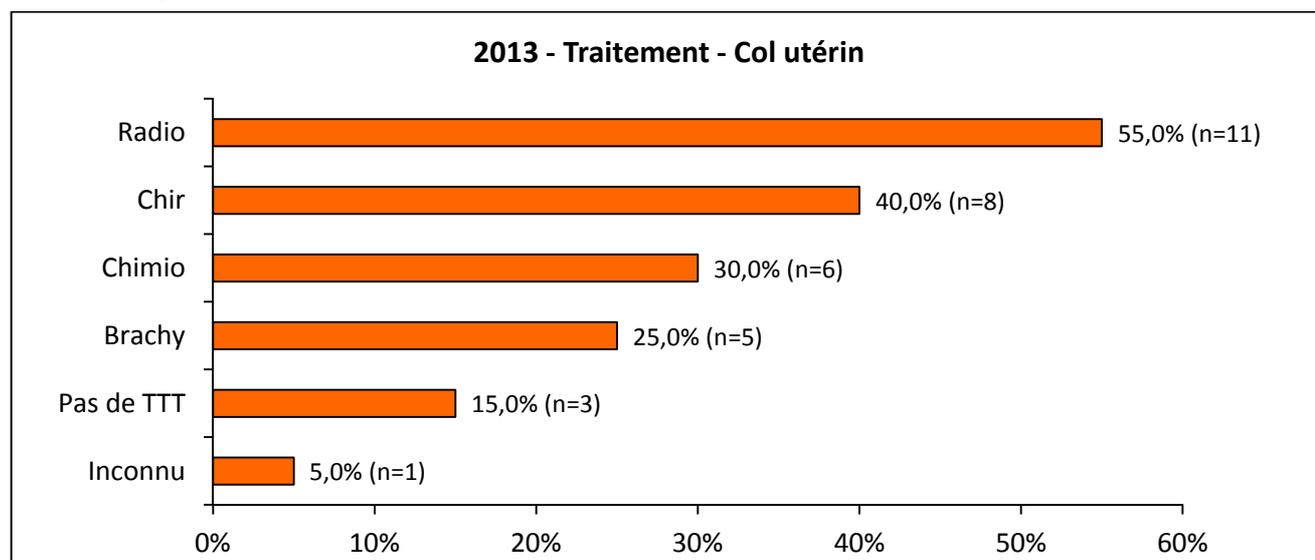


Figure 44 - Cancer du col de l'utérus et schémas thérapeutiques

Plus de la moitié des patientes ont bénéficié d'un traitement qui comportait une radiothérapie.

Incidences et comparaisons internationales

Le taux standardisé d'incidence en 2013 est estimé à 13.0 nouveaux cas pour 100 000 femmes pour l'ensemble du territoire, avec un taux nettement plus élevé chez les femmes de la province Nord, par rapport à celles des provinces Sud et Iles Loyauté.

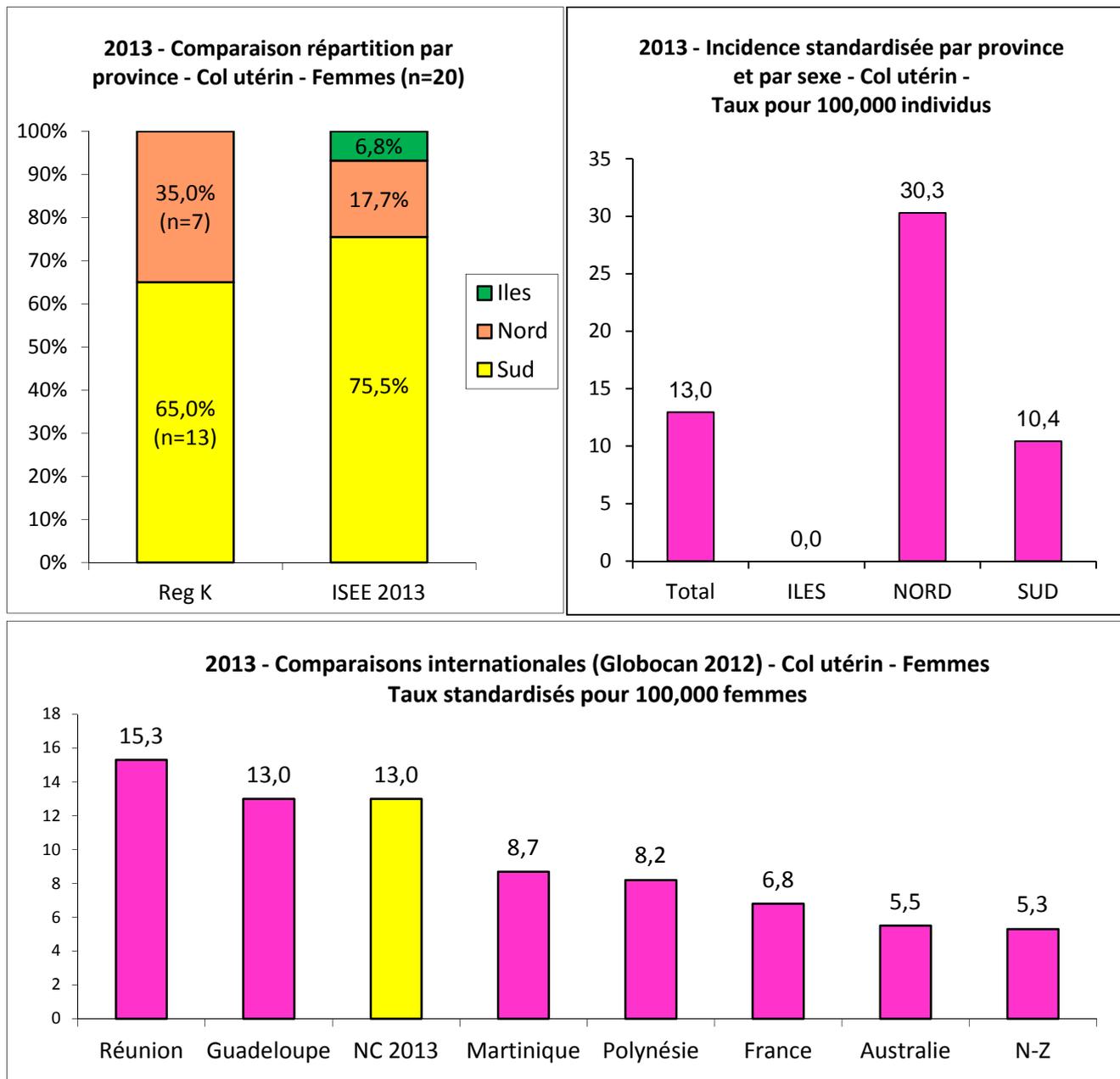


Figure 45 - Cancer du col de l'utérus, incidence par province et comparaisons internationales

Le taux standardisé en Nouvelle-Calédonie est près de 2 fois plus élevé que celui de la métropole, de l'Australie et de la Nouvelle-Zélande.

L'augmentation de la participation des femmes grâce à la mise en place du programme de dépistage organisé, et de la vaccination contre les virus HPV permettra de diagnostiquer plus fréquemment ce cancer au stade in situ, et de diminuer ainsi son incidence.

III-1.d Cancers des ovaires

Généralités

En 2013, 11 tumeurs invasives des ovaires ont été diagnostiquées, plaçant cette localisation au 9ème rang chez la femme. On a par ailleurs enregistré 3 tumeurs « borderline » qui ne sont pas prises en compte pour la suite de l'analyse de l'incidence.

Au 31/11/15, 45.5% des patientes étaient décédées (5 cas), quatre des suites de ce cancer.

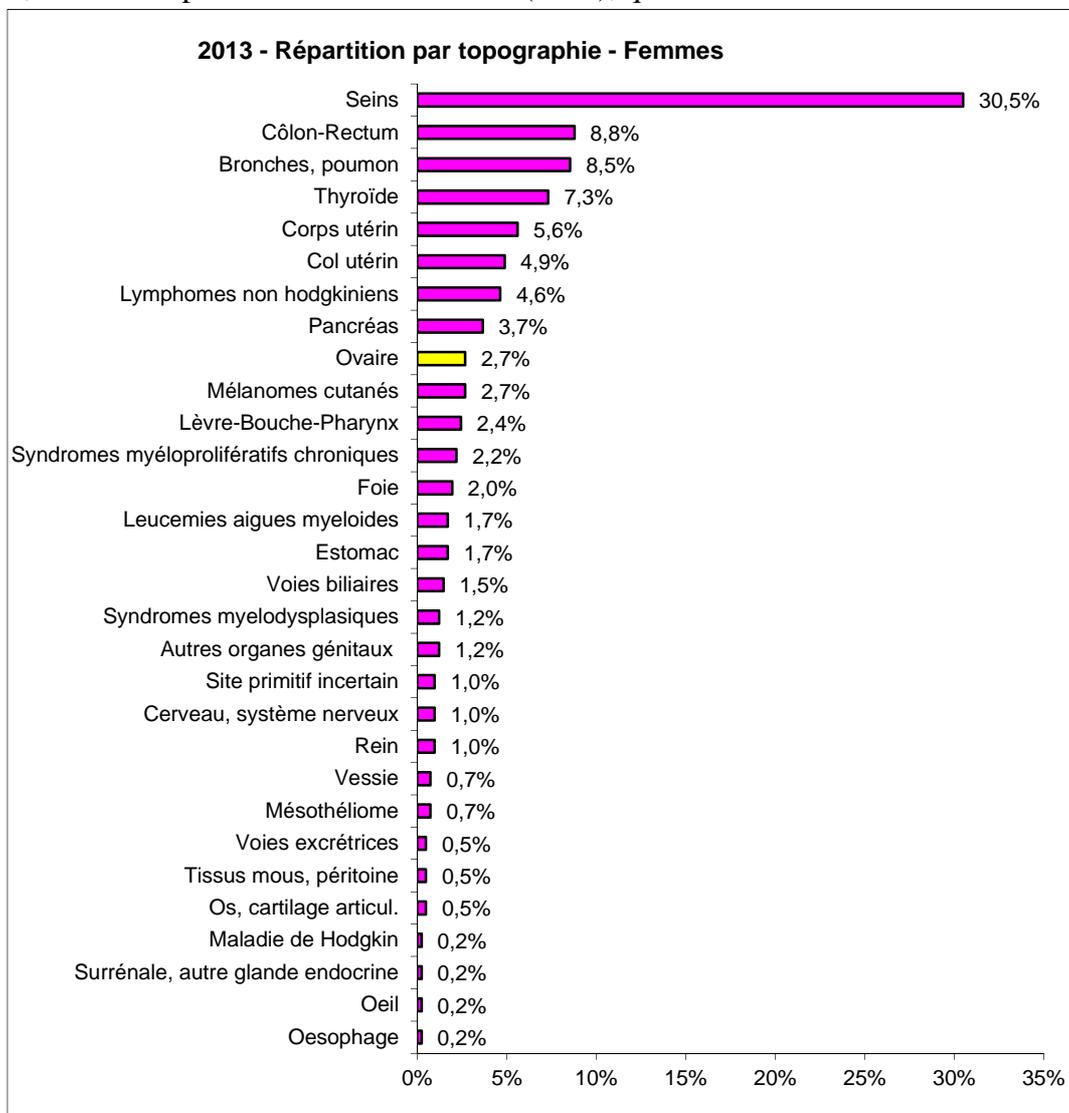


Figure 46 - Répartition par topographie des cancers chez les femmes

On retrouve comme facteur de risque, un facteur héréditaire dans 5 à 10 % des cas, mutation du gène BRCA, syndrome de Lynch, un facteur nutritionnel : consommation élevée de graisses ou de protéine animale, obésité, et comme facteur protecteur toute situation qui arrête l'ovulation (parité, allaitement, contraception orale).

Age au diagnostic

L'âge moyen est égal à 55.9 ans et l'âge médian est égal à 58 ans avec un âge au diagnostic compris entre 33 et 78 ans. En métropole en 2011, l'âge médian se situait autour de 65 ans.

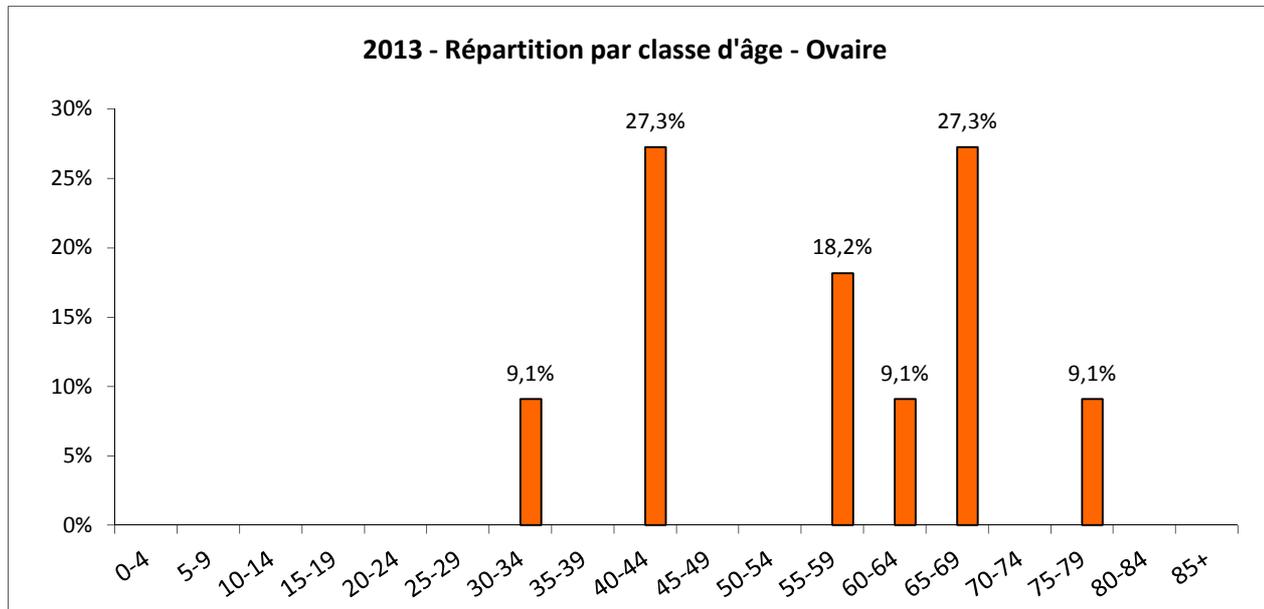


Figure 47 - Cancers des ovaires, répartition par tranche d'âge

Histologie

Un diagnostic histologique a été effectué pour 10 des 11 patientes et l'on retrouve :

- 5 cystadénocarcinomes (1 sereux, 3 sereux papillaires, 1 mucineux)
- 5 adénocarcinomes (1 SAI, 2 endometrioïde, 1 mucineux)

Communautés

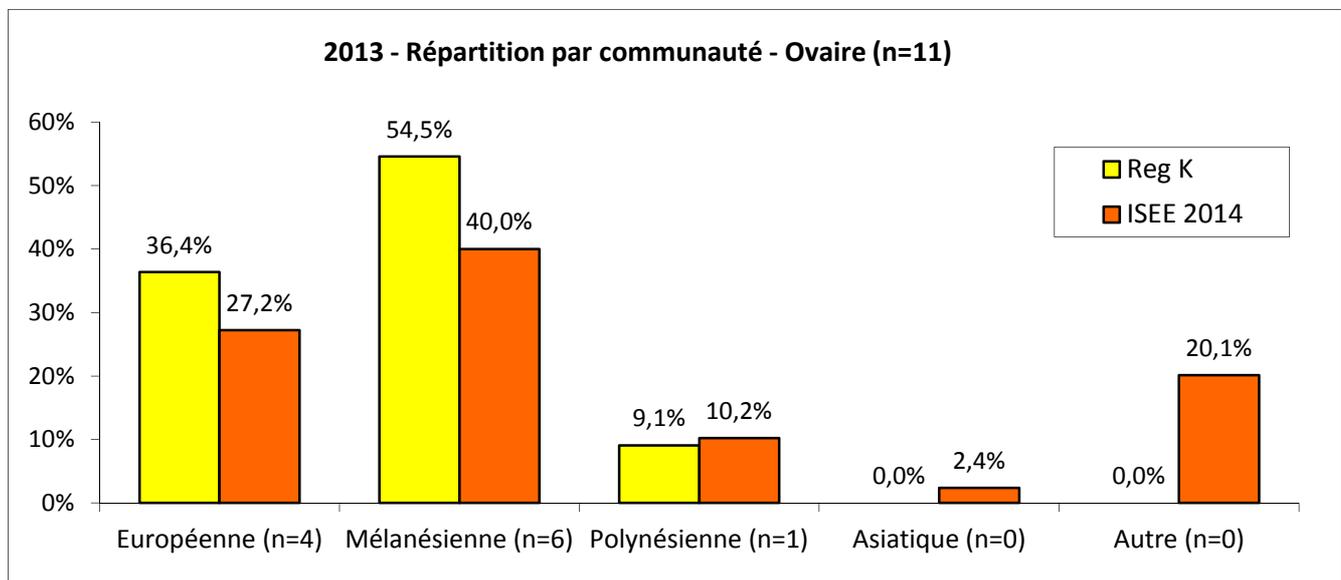


Figure 48 - Cancers des ovaires, répartition par communauté

Stade au diagnostic

Une seule femme a été diagnostiquée à un stade localisé.

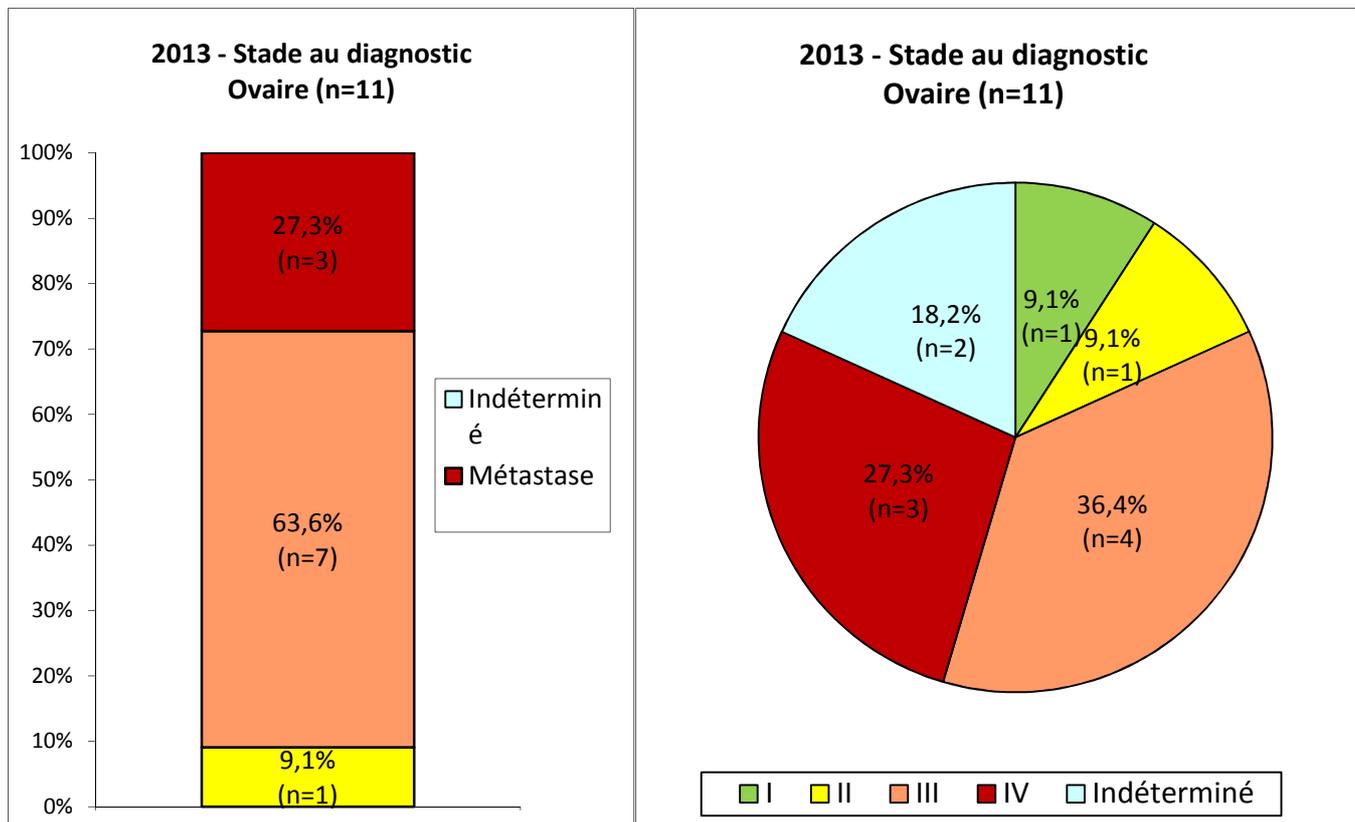


Figure 49 - Cancers ovariens et stade au diagnostic

Traitements

Les traitements comportent plus souvent une association chirurgie-chimiothérapie.

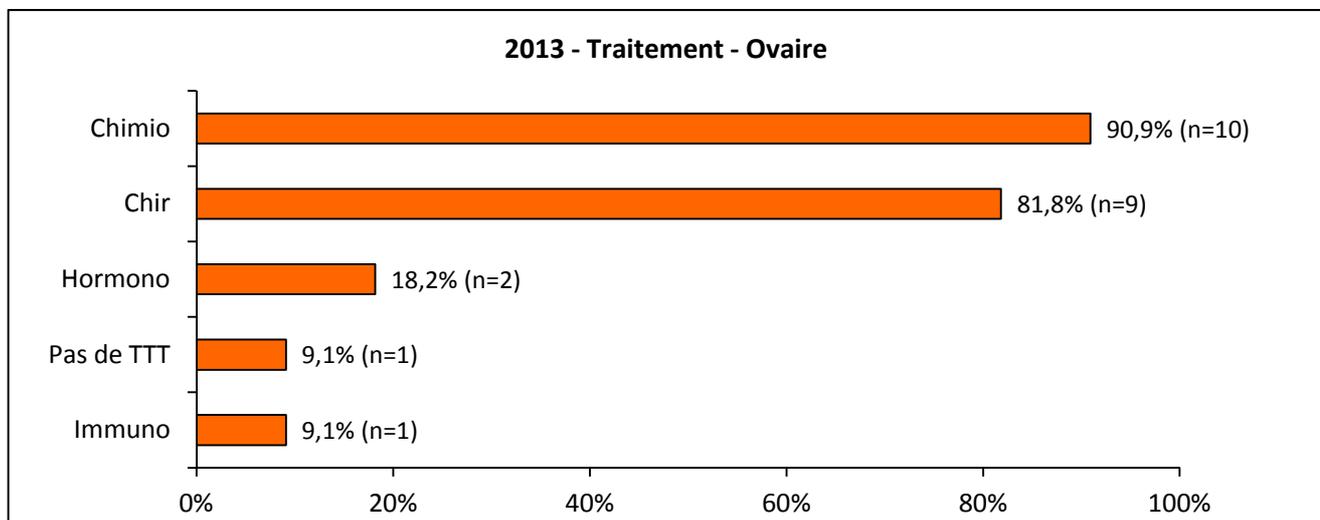


Figure 50 - Cancers ovariens, répartition par schéma thérapeutique

Incidences et comparaisons internationales

Le taux standardisé d'incidence est estimé à 7.3 nouveaux cas pour 100 000 femmes pour l'ensemble du territoire, avec un taux plus élevé pour les femmes de la province Nord, par rapport à celles des provinces Sud et Iles Loyauté.

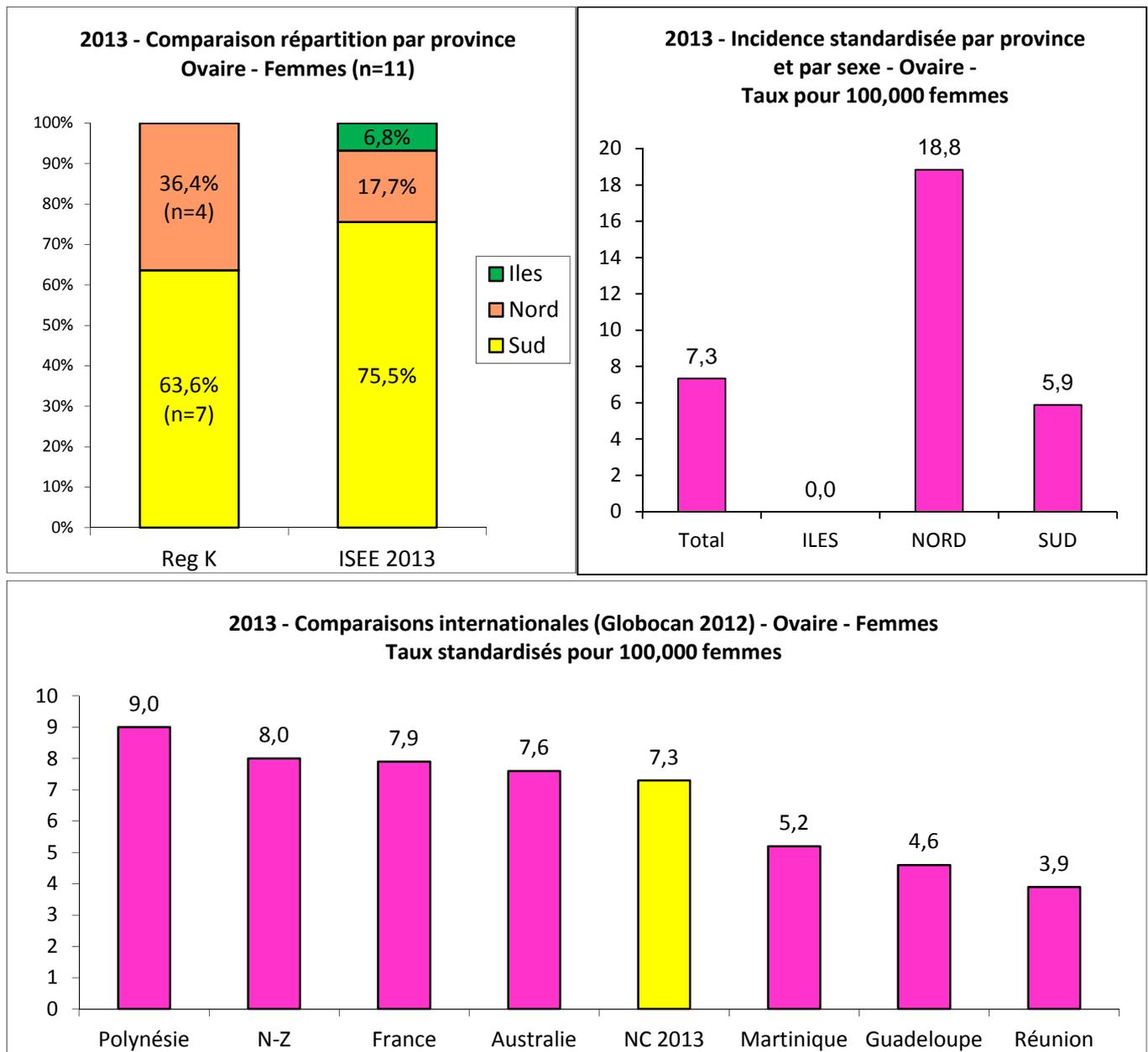


Figure 51 - Cancers ovariens, incidence par province et comparaisons internationales

On constate que l'incidence des cancers ovariens est, en 2013, un peu plus basse que celles de la métropole, et des pays voisins mais plus élevée que dans les DOM.

III-6 Appareil digestif

En 2013, **172** tumeurs invasives de l'appareil digestif ont été diagnostiquées, 99 chez les hommes et 73 chez les femmes, représentant 20% de l'ensemble des cancers.

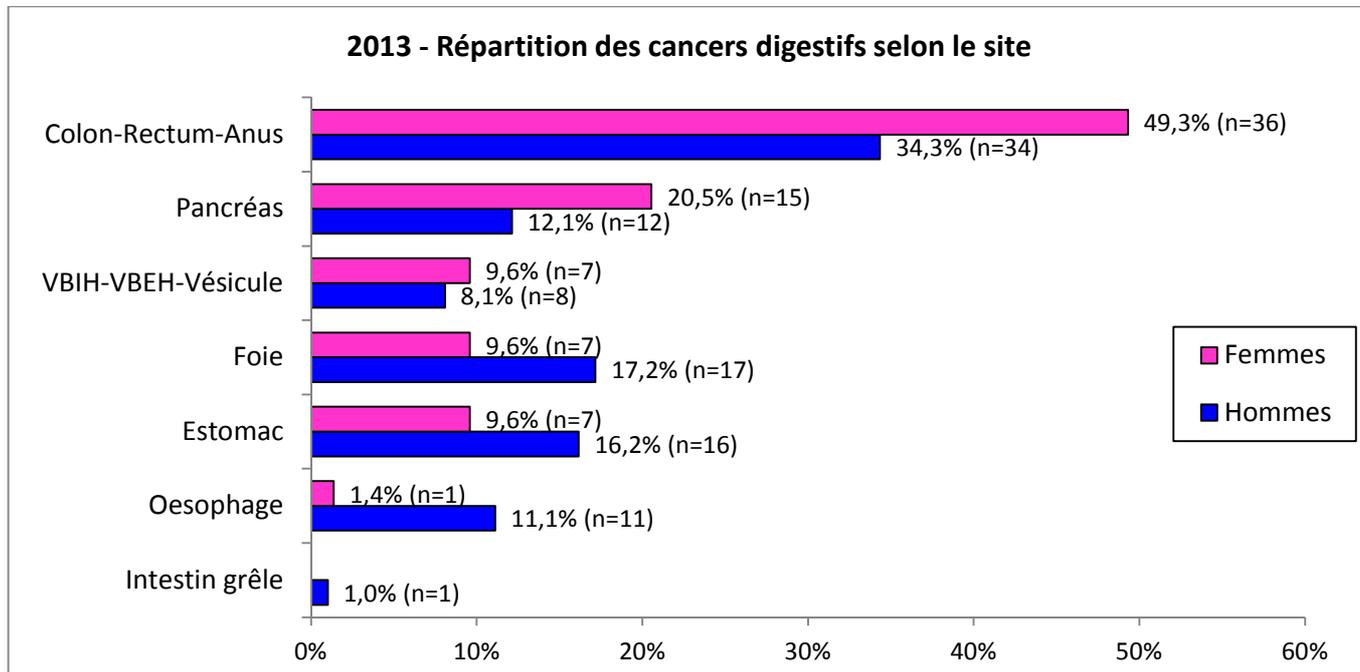


Figure 93 - Répartition des cancers digestifs selon le sexe

Le cancer le plus fréquent est celui du colon-rectum-anus quel que soit le sexe.

Chez les femmes, le cancer du pancréas est le second cancer digestif le plus fréquent, suivi des cancers des voies biliaires et de la vésicule. Chez les hommes, les autres cancers les plus fréquents sont le cancer du foie et de l'estomac.

III-6.a Cancer du Colon-Rectum-Anus (CRA)

Généralités

En 2013, le cancer du CRA est le 3^{ème} cancer tous sexes confondus, avec **70** tumeurs invasives. Il se situe au 3^{ème} rang chez les hommes avec 34 tumeurs, et au 2^{ème} chez les femmes avec 36 tumeurs. Le sex-ratio est de 0,9 homme pour une femme.

20% des patients avaient une autre tumeur primitive (n=14).

Au 31/11/2015, 34 (49%) patients étaient décédés, dont 24 (34%) patients du cancer suite à ce cancer du colon-rectum-anus.

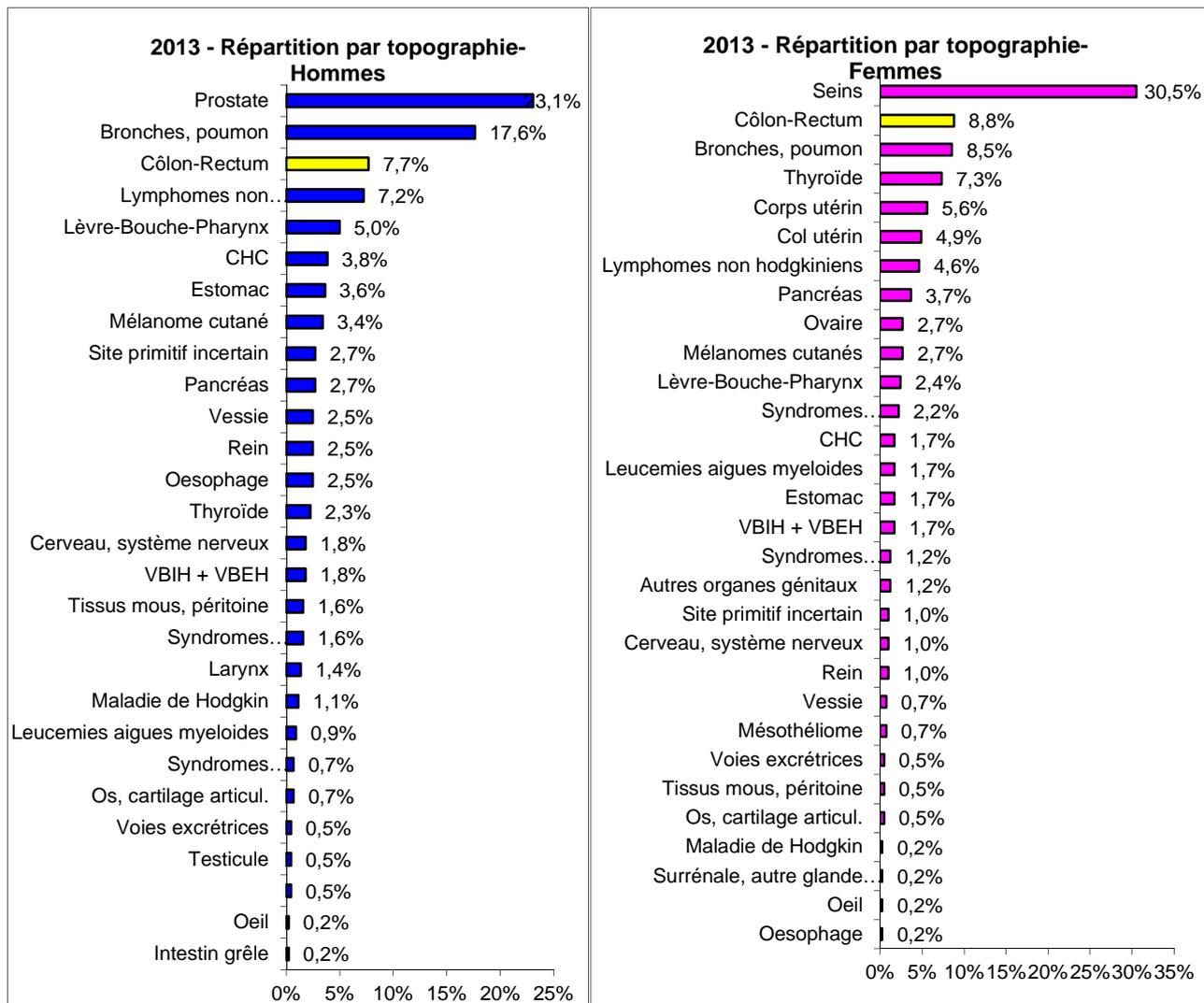


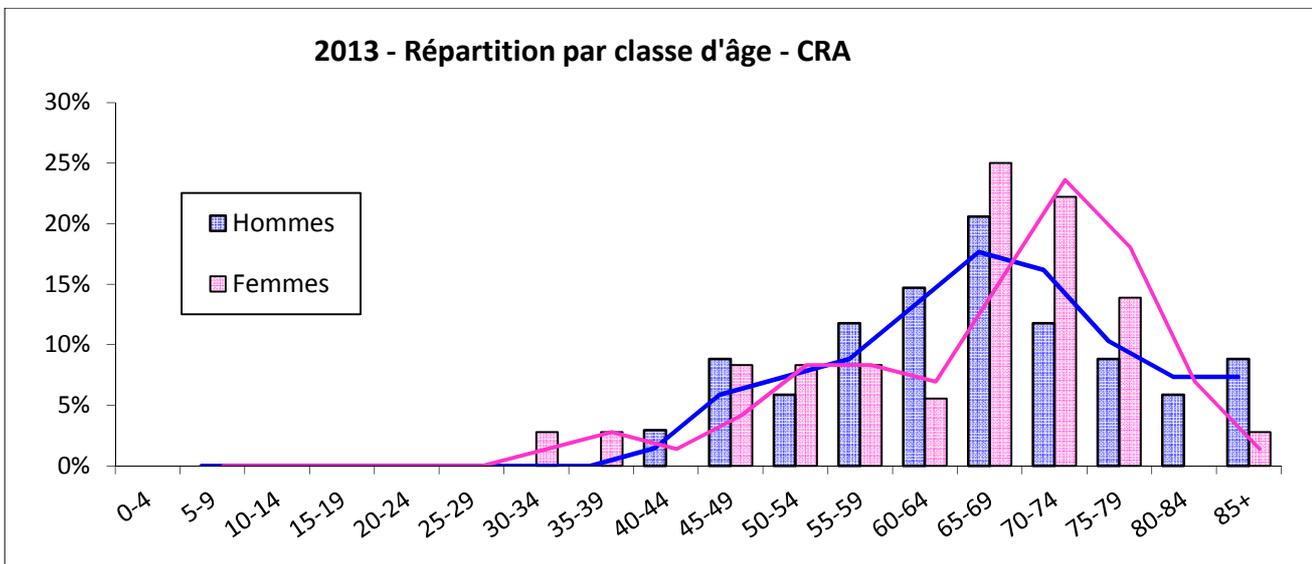
Figure 94 - Répartition des topographies selon le sexe

Age

En 2013, l'âge au diagnostic est compris entre 30 et 89 ans, avec un âge moyen égal à 65 ans (médiane à 66 ans). La moitié des cancers du CRA a été diagnostiquée entre 60 et 75 ans et 13% (n=9) des patients avaient moins de 50 ans. En métropole, l'âge moyen au diagnostic est de 70 ans chez les hommes et 73 ans chez les femmes.

Chez les femmes, l'âge moyen au diagnostic est de 64 ans (médiane 67 ans) et 61% (n=22) des cas ont été diagnostiqués entre 65 et 80 ans.

Chez les hommes, l'âge moyen au diagnostic est de 66 ans (médiane 66 ans) et 59% (n=20) des cas ont été diagnostiqués entre 55 et 74 ans.



Figures 95 - Cancers CRA, répartition par classe d'âge

Provinces

En 2013, il n'y a pas de différence entre la répartition par province des cancers du CRA et celle de la population générale. L'incidence chez les femmes des Iles est supérieure à celle du reste de la population. A noter qu'en raison des petits effectifs (cas et population), ce taux d'incidence peut plus facilement varier de manière importante avec une faible variation du nombre de cas (n=4 chez les femmes des Iles).

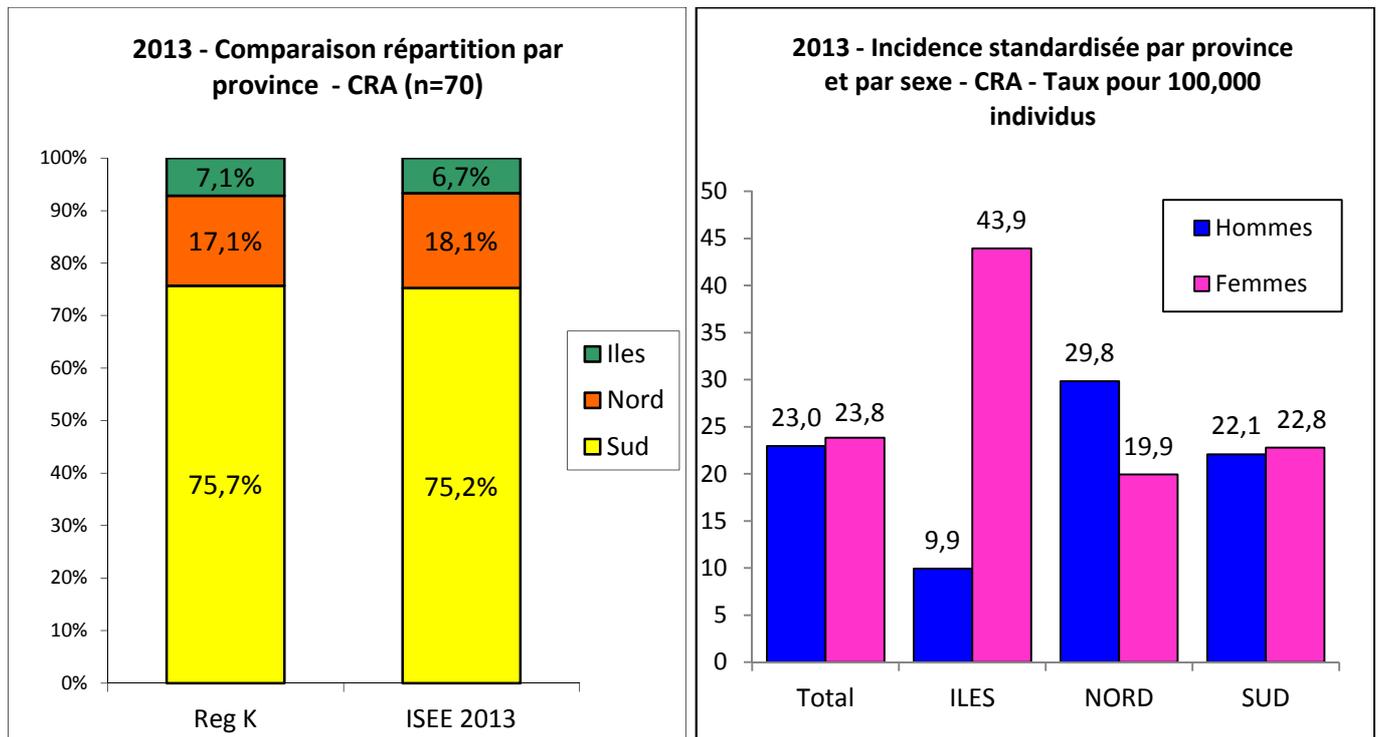


Figure 96 - Cancers CRA, incidences selon le sexe et la province

Communautés

Plus de la moitié des cancers du CRA a été diagnostiquée chez des personnes d'origine européenne. On observe une sur représentation de cette communauté par rapport à la communauté mélanésienne (p=0.00028).

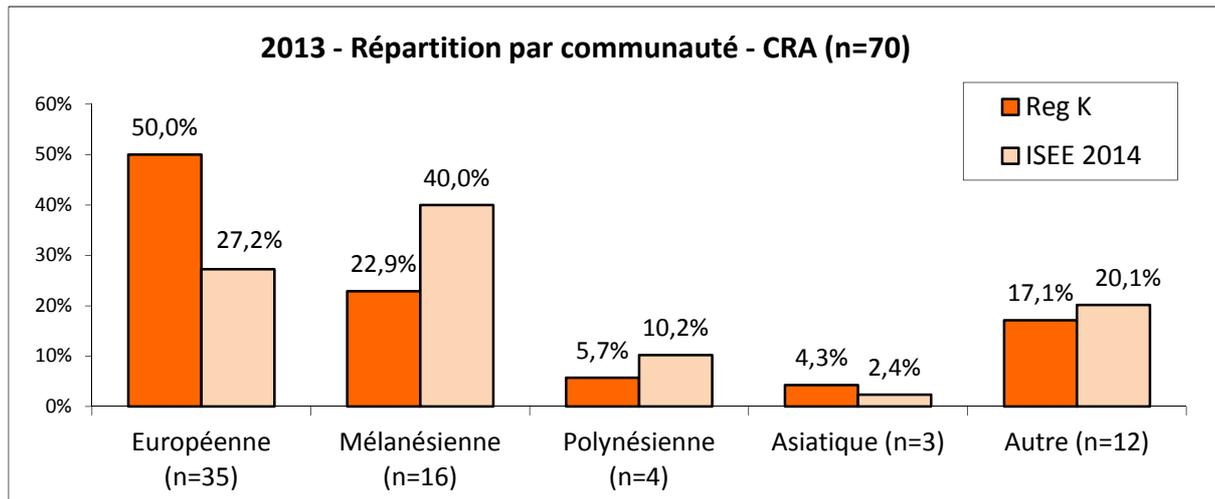


Figure 97 – Cancers CRA, répartition par communauté selon le sexe

Histologie et stade au diagnostic

En 2013, il a été diagnostiqué 44 tumeurs du colon, 6 de la jonction recto-sigmoïdienne, 17 du rectum et 3 de l’anus. Tous les patients ont bénéficié d’un diagnostic histologique (tumeur primitive ou métastase) avec 1 néoplasme malin, 65 adénocarcinomes et 4 carcinomes.

Le diagnostic a été effectué dans plus de la moitié des cas (54%) à un stade avec envahissement régional ou métastatique. Les métastases les plus fréquentes se situent dans le foie (47%, n=17), le poumon (19%, n=7) et le péritoine (17%, n=6).

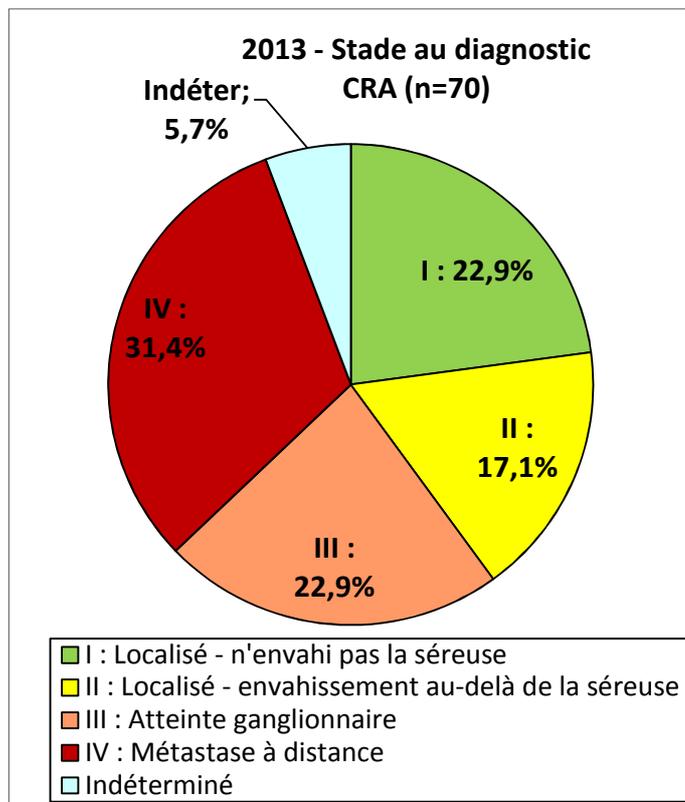


Figure 98 - Cancers CRA, répartition selon le stade au diagnostic

Les cancers du CRA sont le plus souvent diagnostiqués suite à l’apparition de symptômes (77%) et 7 (10%) ont été diagnostiqués suite à un dépistage.

Traitements

40% des patients (n=28) ont bénéficié d'un traitement chirurgical seul.

10% (n=7) patients ont bénéficié d'un traitement chirurgical et de chimiothérapie.

10% (n=7) patients ont bénéficié d'un traitement chirurgical, de chimiothérapie et de radiothérapie.

3 patients sont décédés juste après le diagnostic et n'ont pas pu bénéficier de traitement.

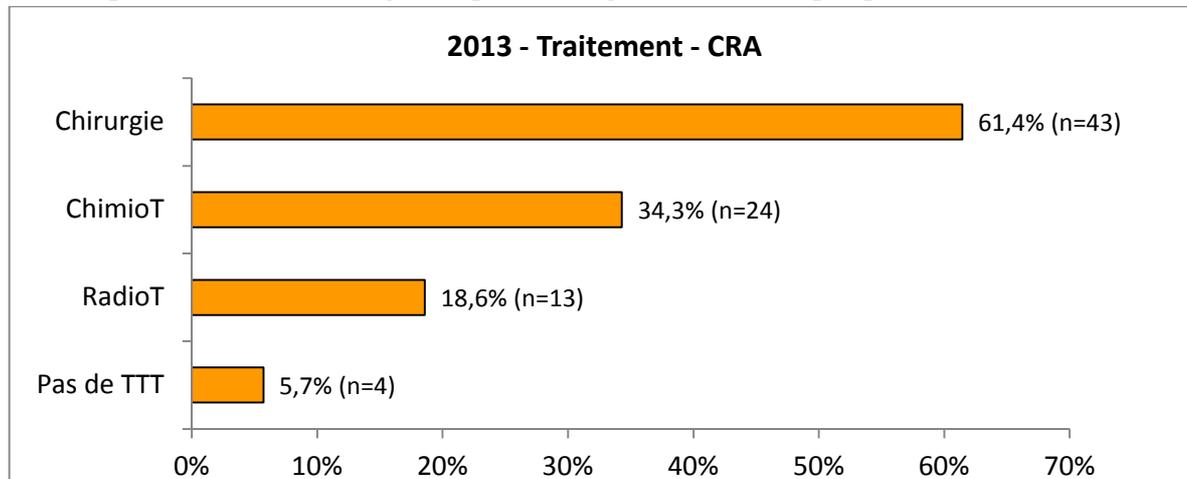


Figure 99 - Cancers CRA, répartition selon les schémas thérapeutiques

Incidences et comparaisons internationales

En 2013, l'incidence des cancers du CRA est plus faible en NC qu'en France métropolitaine ou qu'en Australie, quel que soit le sexe.

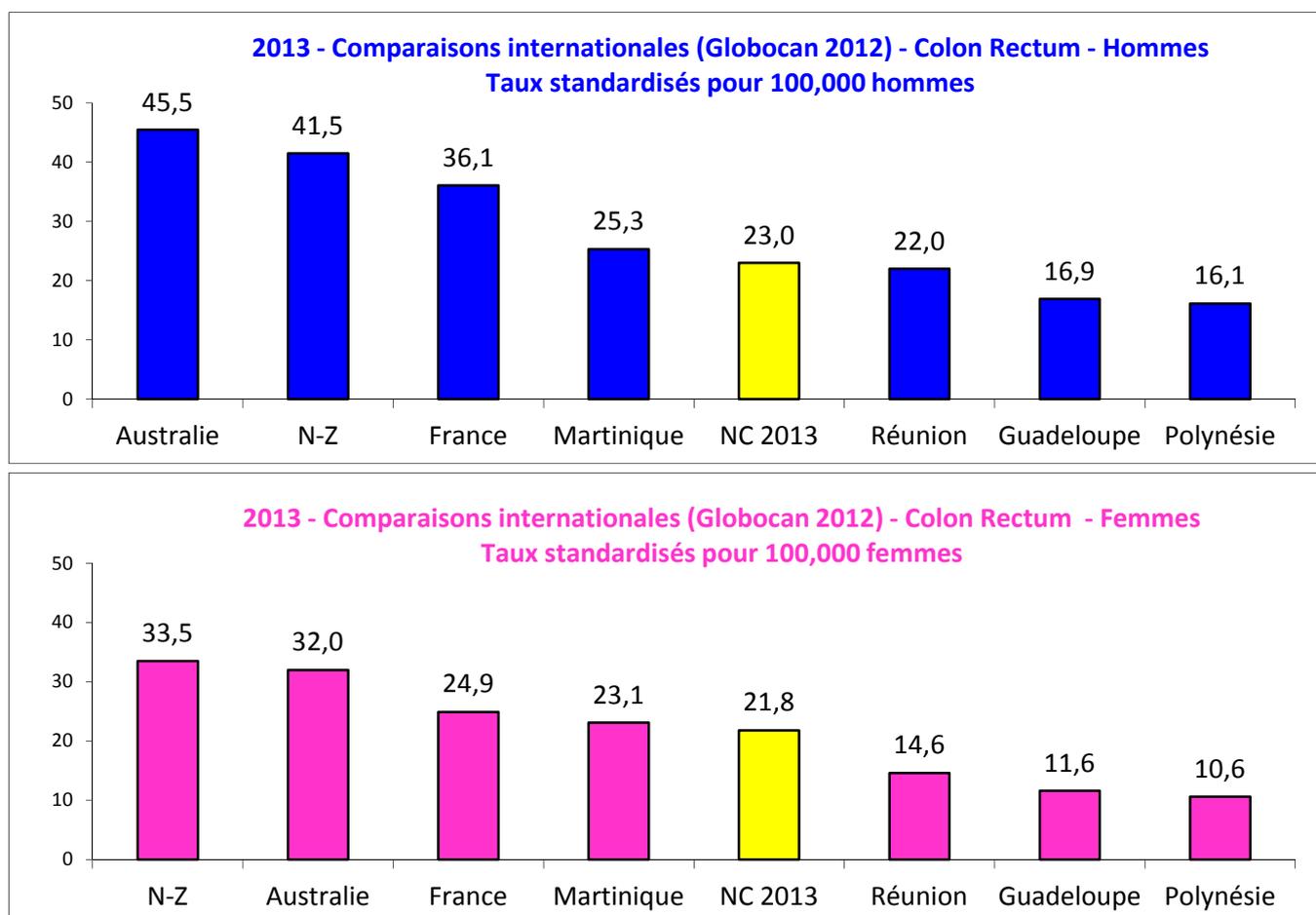


Figure 100 - Cancers CRA, comparaisons internationales des incidences selon le sexe

III-6.b Cancer de l'œsophage

Généralités

En 2013, le cancer de l'œsophage est le 20^{ème} cancer, tous sexes confondus, avec 12 tumeurs invasives. Il se situe au 13^{ème} rang chez les hommes avec 11 tumeurs, et au dernier chez les femmes avec 1 tumeur. Le sex-ratio est de 11 hommes pour une femme.

Aucun patient n'a développé une autre tumeur primitive.

Au 31/11/2015, 9 (75%) patients étaient décédés, tous suite à ce cancer de l'œsophage.

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

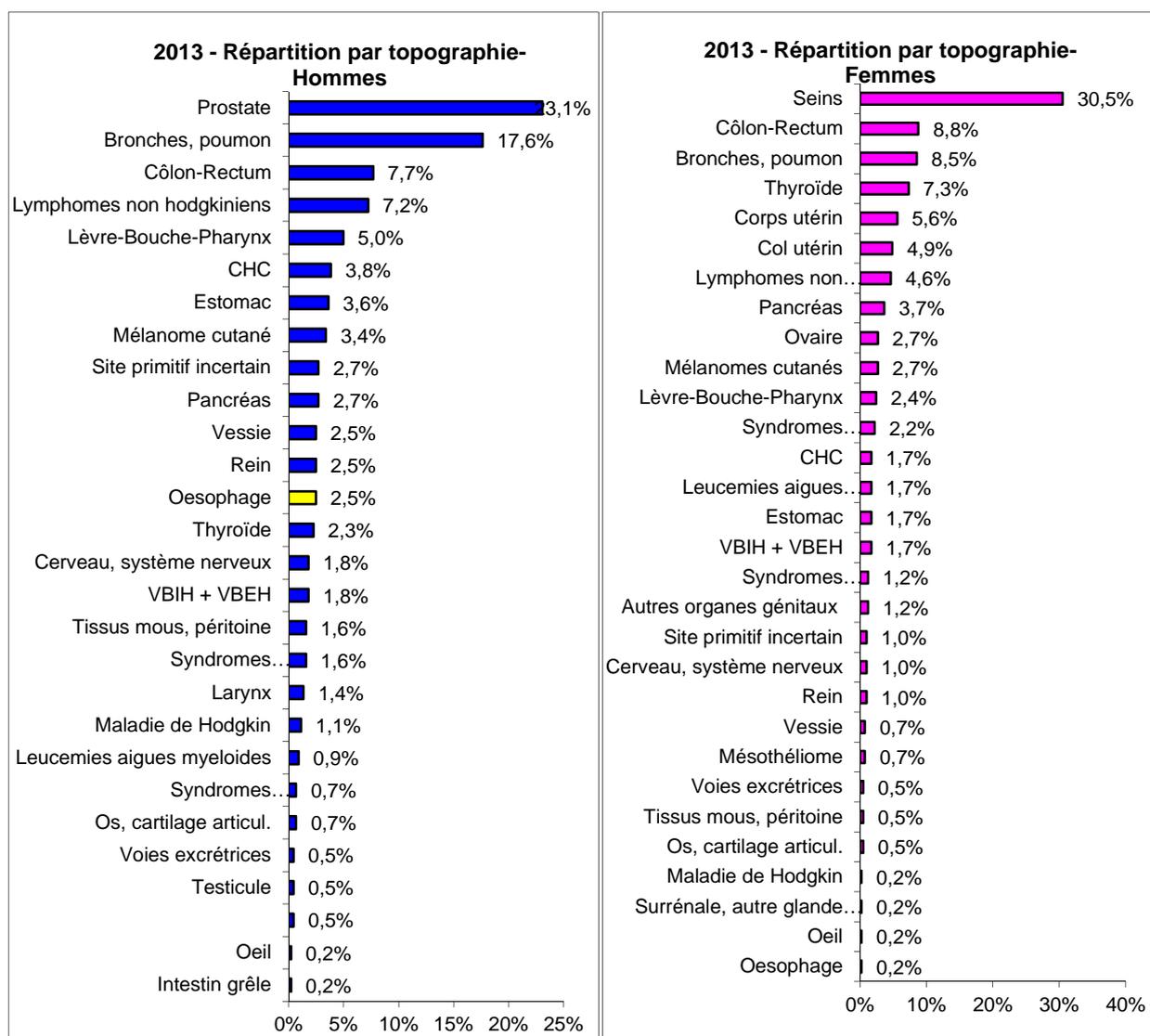


Figure 101 - Répartition des topographies

Age

En 2013, l'âge au diagnostic est compris entre 47 et 81 ans, avec un âge moyen égal à 64 ans (médiane 65 ans). Plus de 4 cancers sur 4 (42%) ont été diagnostiqués entre 65 et 69 ans.

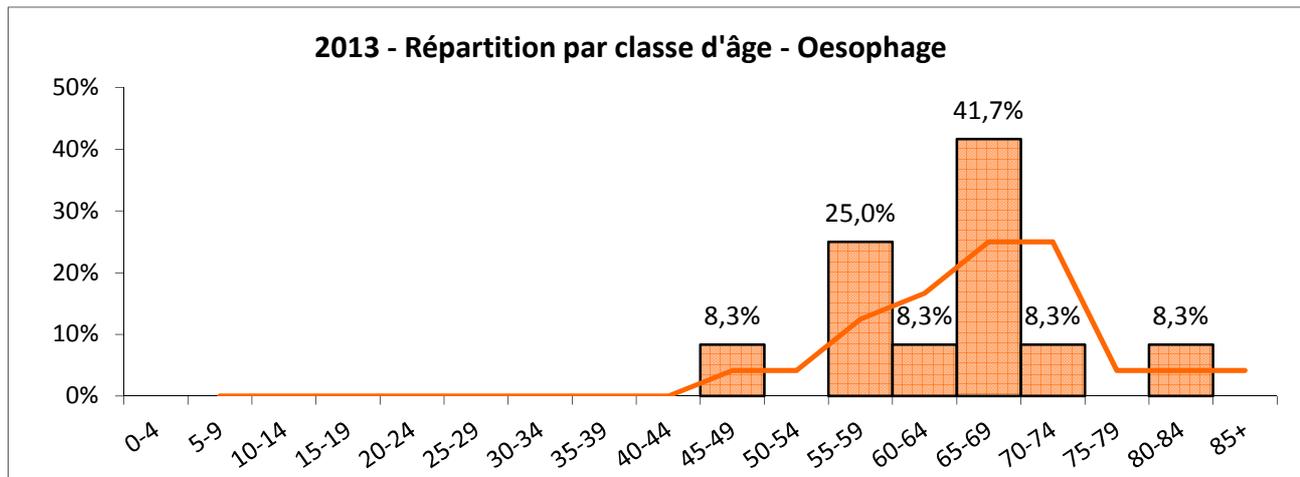


Figure 102 - Cancer de l'œsophage, répartition par classe d'âge et taux spécifiques d'incidence

Provinces

Malgré le faible nombre de cas, on observe une incidence plus élevée en province Nord et en province des Iles.

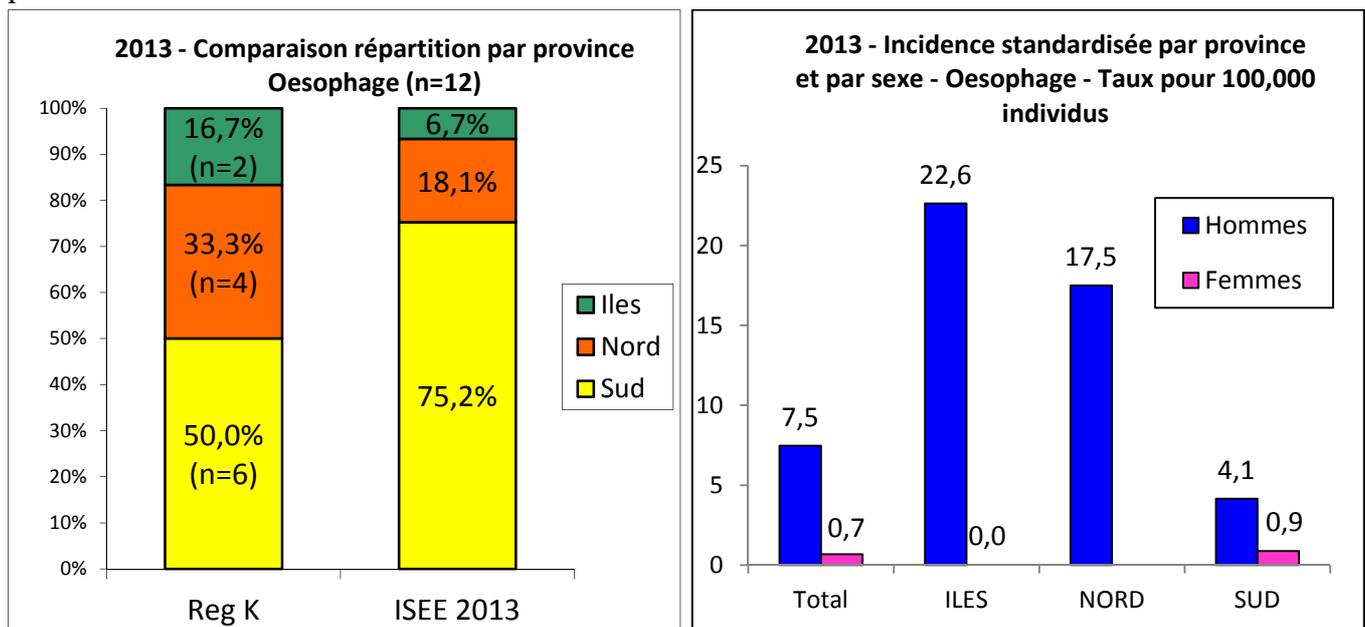


Figure 103 - Cancers de l'œsophage, répartition et incidences selon la province

Communautés

On observe une représentation un peu plus importante de la communauté mélanésienne par rapport aux autres communautés.

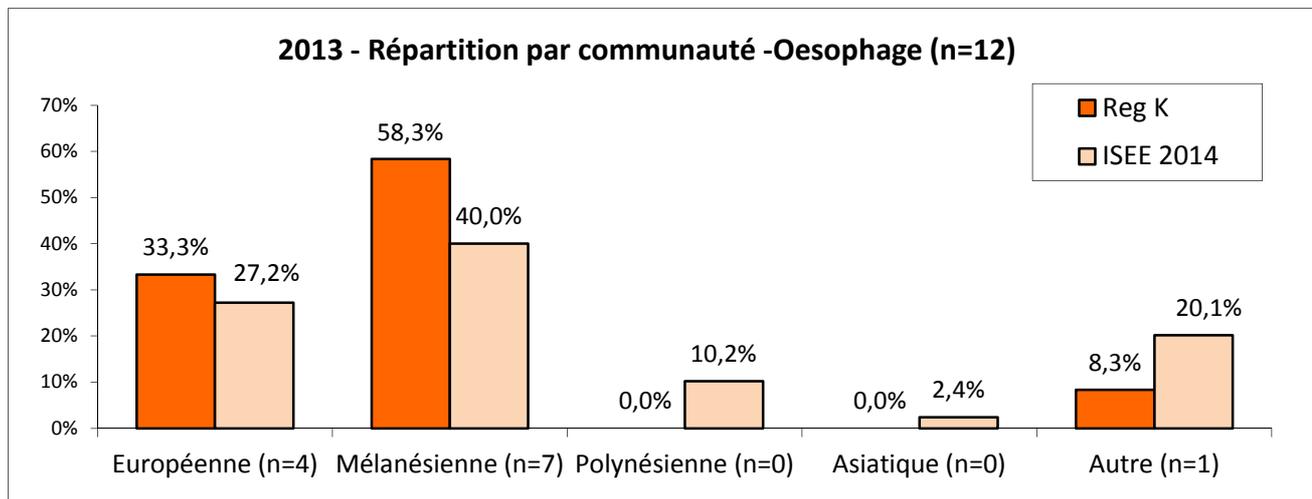


Figure 104 - Cancer de l'œsophage, répartition par communauté

Histologie et stade au diagnostic

Tous les patients ont eu un diagnostic histologique avec : 8 carcinomes épidermoïdes, 3 adénocarcinomes et 1 néoplasme SAI.

Le diagnostic a été effectué dans plus de la moitié des cas (58%) à un stade avec envahissement régional ou métastatique. Les métastases les plus fréquentes se situent dans le foie (25%, n=2).

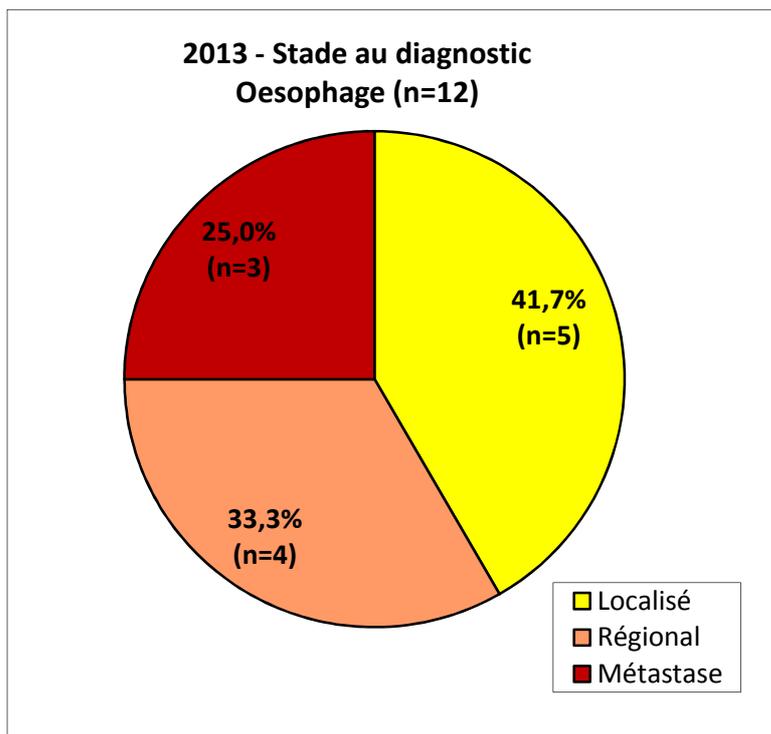


Figure 105 - Cancer de l'œsophage, répartition selon le stade au diagnostic

Traitements

Le schéma thérapeutique le plus fréquent est la chimiothérapie associée à une radiothérapie (50%).

2 patients ont bénéficié d'une chimiothérapie seule.

3 patients sont décédés juste après le diagnostic et n'ont pas pu bénéficier de traitement spécifique

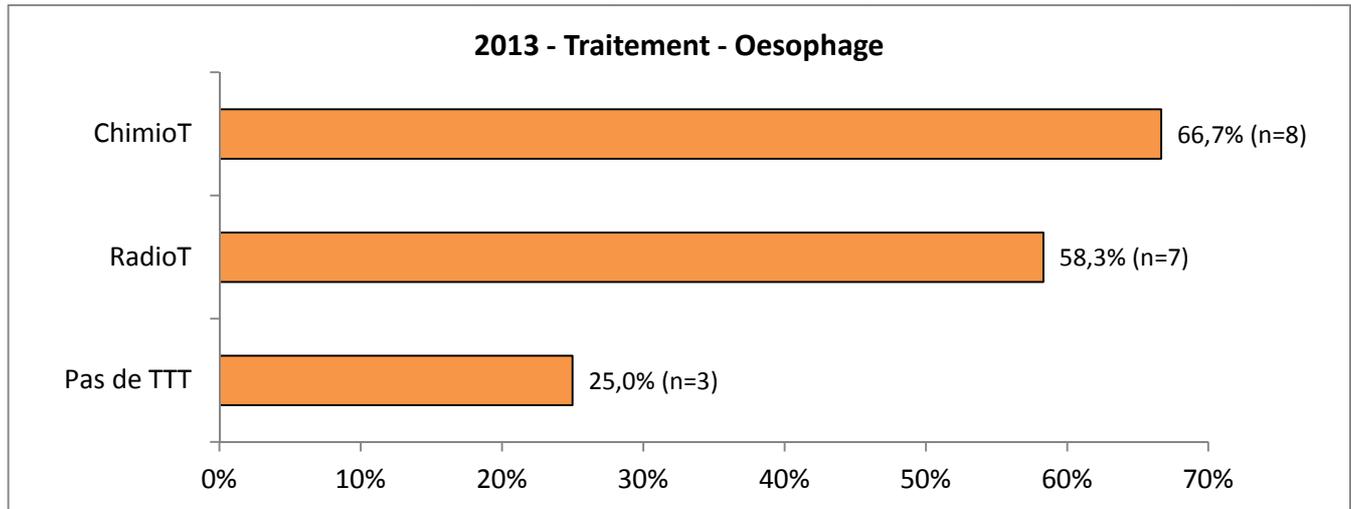


Figure 106 - Cancers œsophage, répartition selon les schémas thérapeutiques

Incidences et comparaisons internationales

Le cancer de l'œsophage est surtout un cancer masculin, avec des variations selon les pays en fonction de facteurs génétiques et environnementaux. En 2013, l'incidence du cancer de l'œsophage chez les hommes est supérieure à celles observées en Métropole et dans les pays voisins. Chez les femmes, le taux d'incidence est faible quel que soit le pays de résidence.

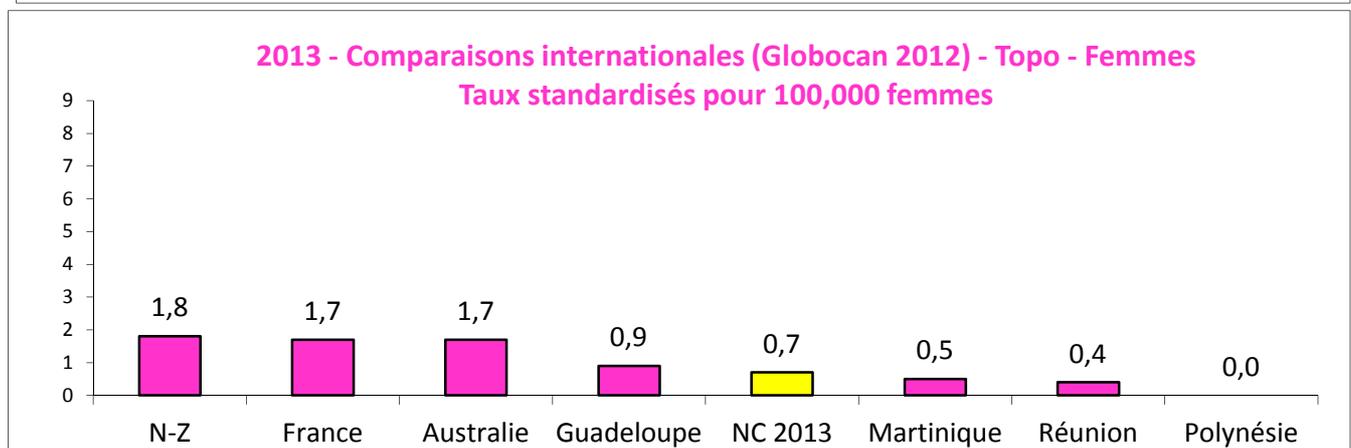
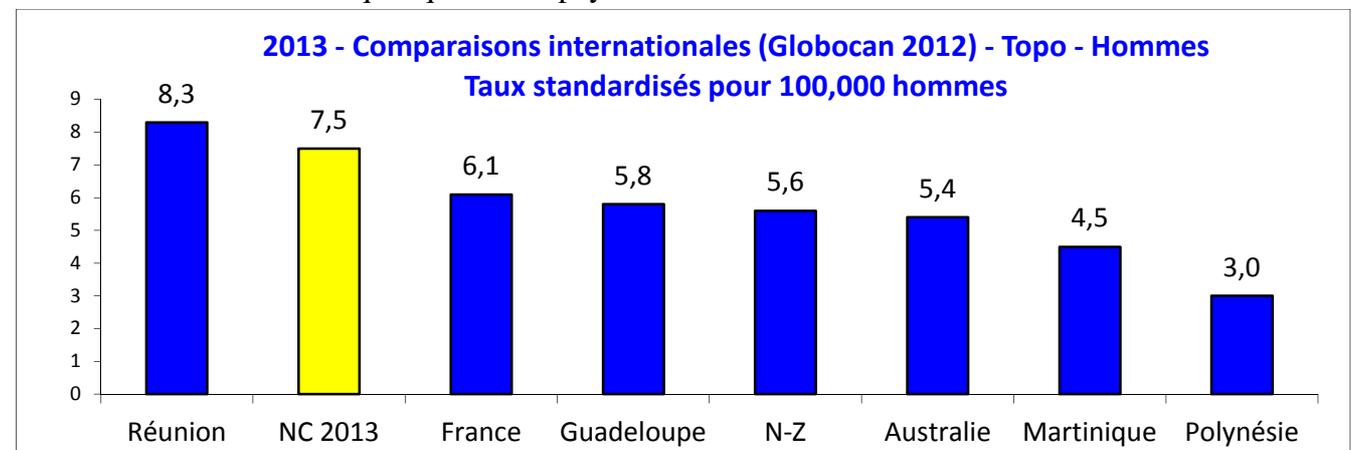


Figure 107 - Cancers de l'œsophage, comparaisons internationales des incidences selon le sexe

III-6.c Cancer de l'estomac

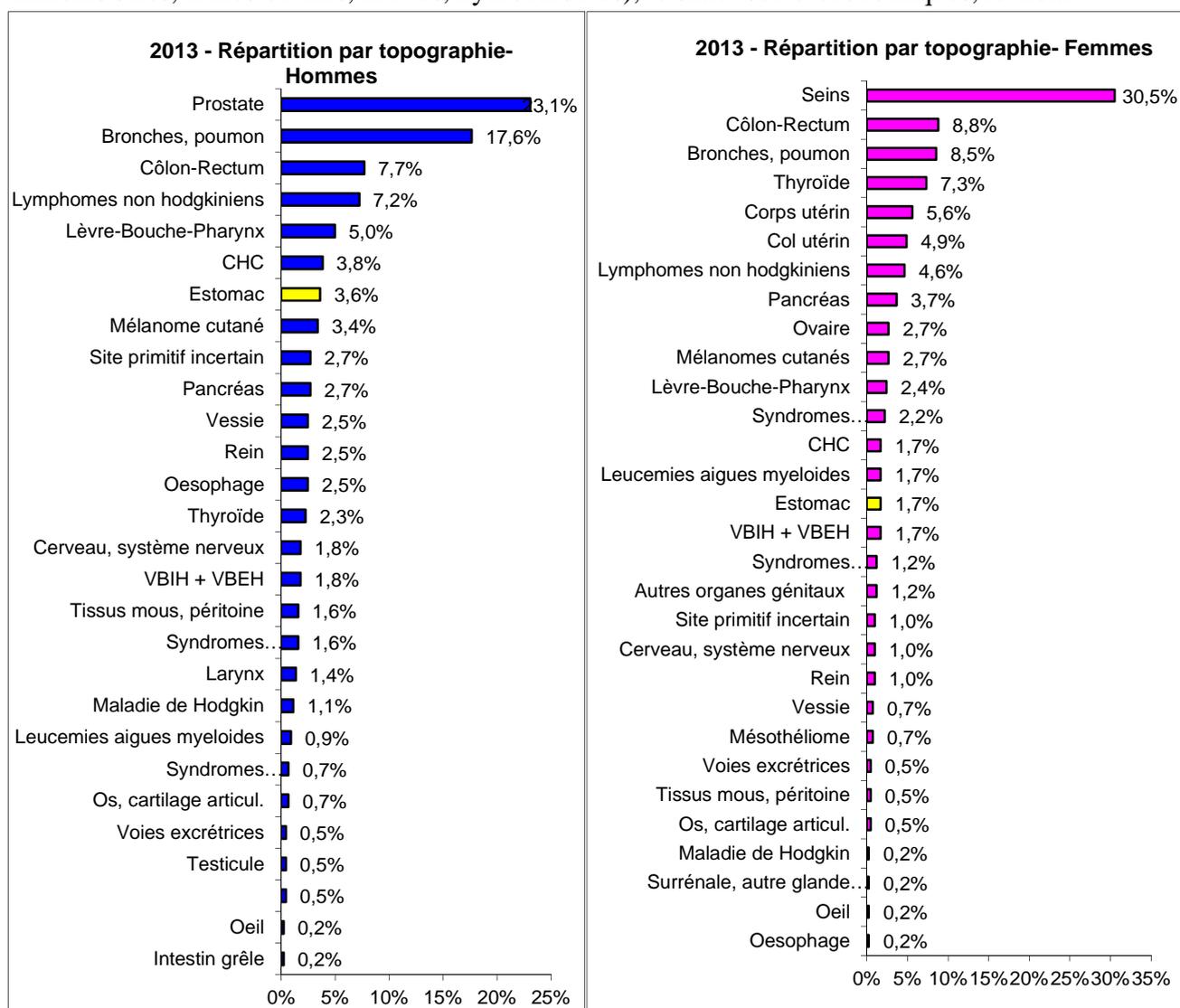
Généralités

En 2013, le cancer de l'estomac est le 12^{ème} cancer, tous sexes confondus, avec 23 tumeurs invasives. Il se situe au 7^{ème} rang chez les hommes avec 16 tumeurs, et au 15^{ème} chez les femmes avec 7 tumeurs. Le sex-ratio est de 2,3 hommes pour une femme.

9% des patients avaient également une autre tumeur primitive (n=2).

Au 31/11/2015, 13 (57%) patients étaient décédés, dont 12 (52%) patients suite à ce cancer de l'estomac.

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



Figures 108 – Répartition des topographies selon le sexe

Age

En 2013, l'âge au diagnostic est compris entre 49 et 81 ans, avec un âge moyen égal à 67 ans (médiane à 65 ans). Presque la moitié des cancers de l'estomac (48%) ont été diagnostiquée entre 65 et 75 ans.

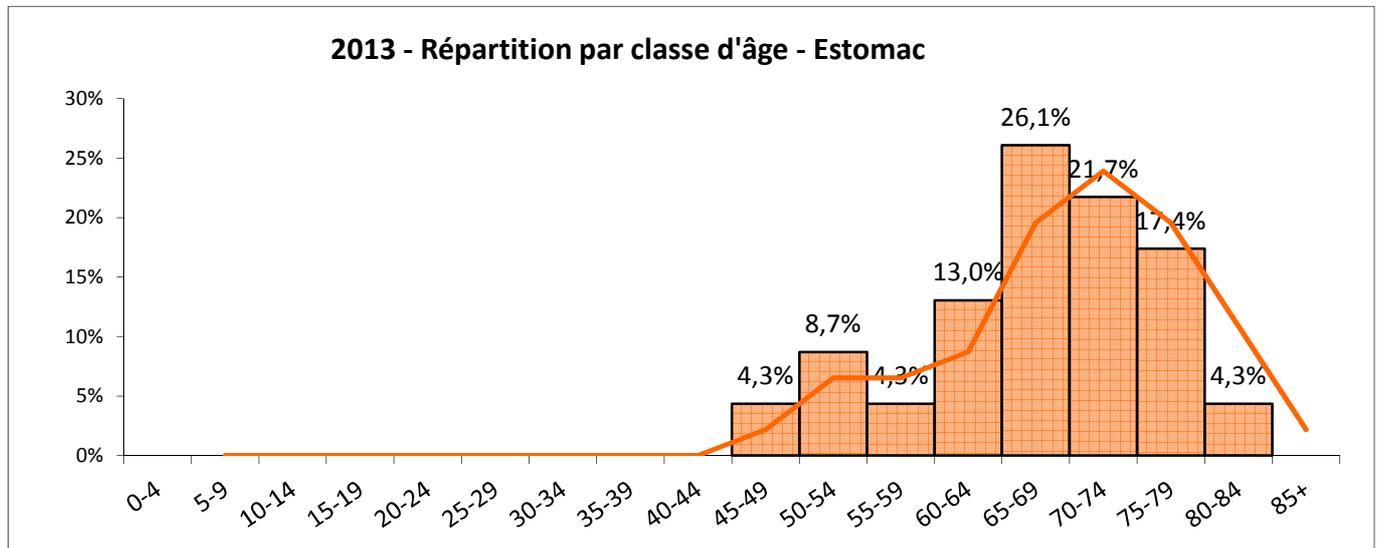
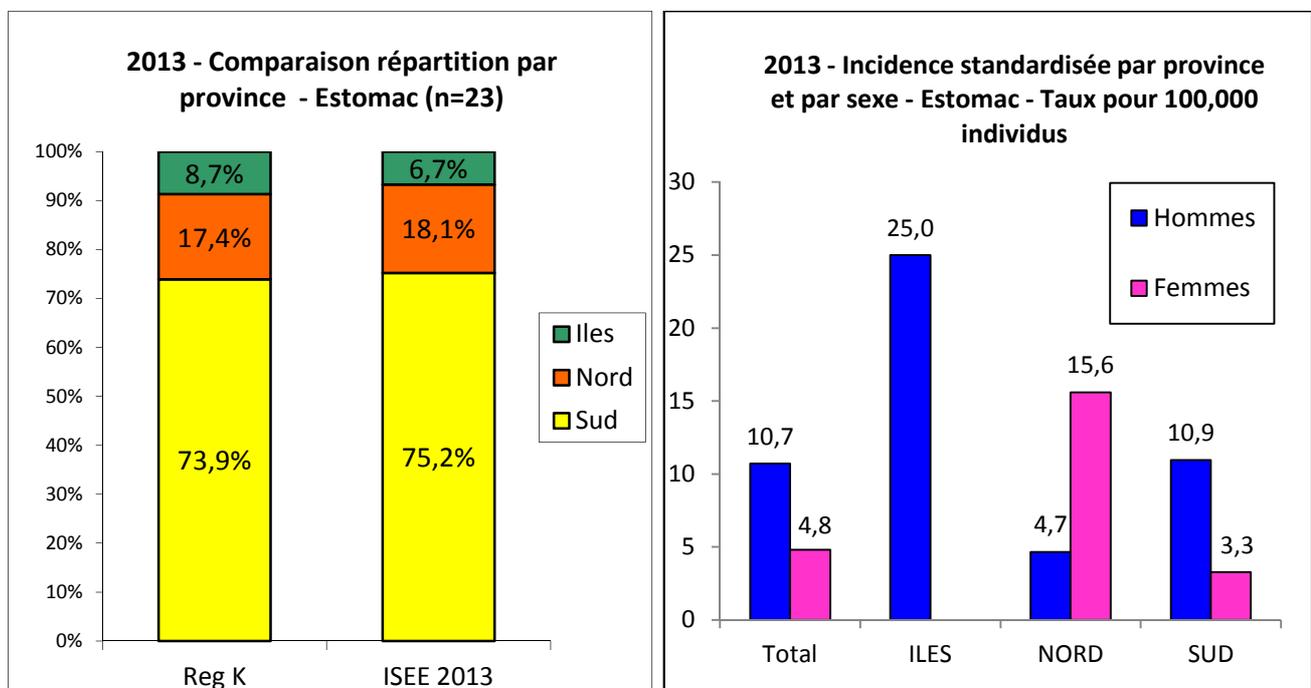


Figure 109 - Cancer de l'estomac, répartition par classe d'âge

Provinces

En 2013, aucun cas de cancer de l'estomac n'a été enregistré chez les femmes des Iles Loyautés. La répartition des cancers de l'estomac par province, tous sexes confondus, n'est pas différente de celle de la population générale. L'incidence est plus élevée chez les hommes résidant dans les Iles Loyauté.



Figures 110 - Cancer de l'estomac, incidences selon le sexe et la province

Communautés

Plus de la moitié des cancers de l'estomac a été diagnostiquée chez des personnes d'origine mélanésienne. On observe une sur représentation de cette communauté par rapport aux autres communautés (p=0.0014).

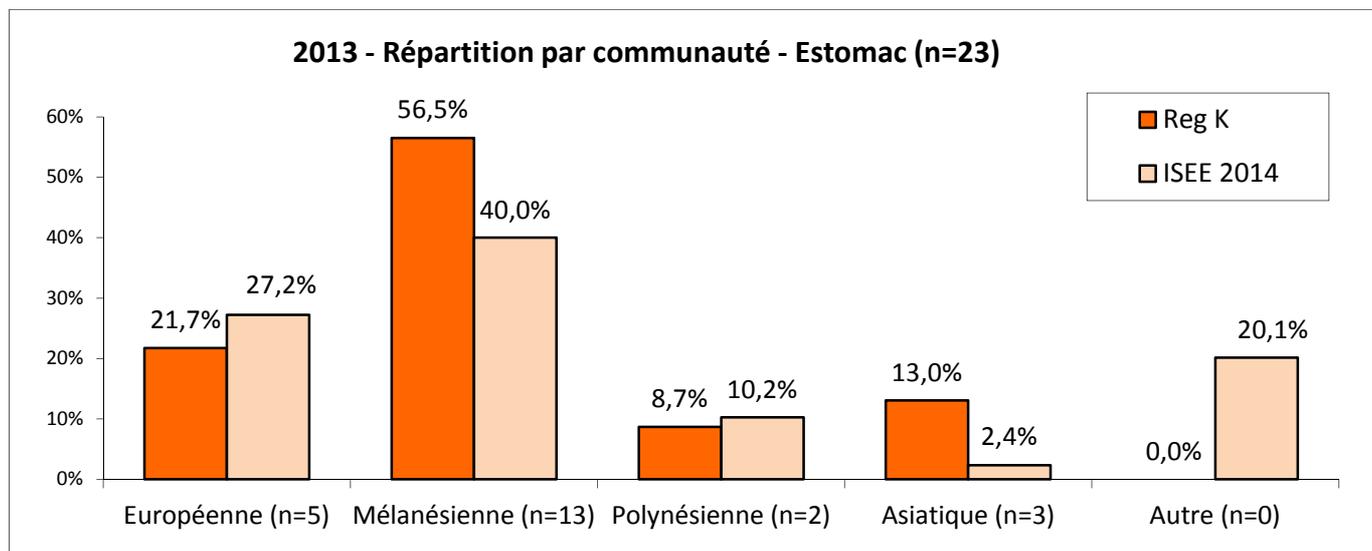


Figure 111 - Cancer de l'estomac, répartition par communauté

Histologie et stade au diagnostic

Tous les patients ont eu un diagnostic histologique avec 22 adénocarcinomes et 1 GIST.

Le diagnostic a été effectué dans près de la moitié des cas (48%) à un stade régional ou métastatique. Les métastases les plus fréquentes se situent dans le foie et le péritoine (29%, n=4 pour les 2 sites).

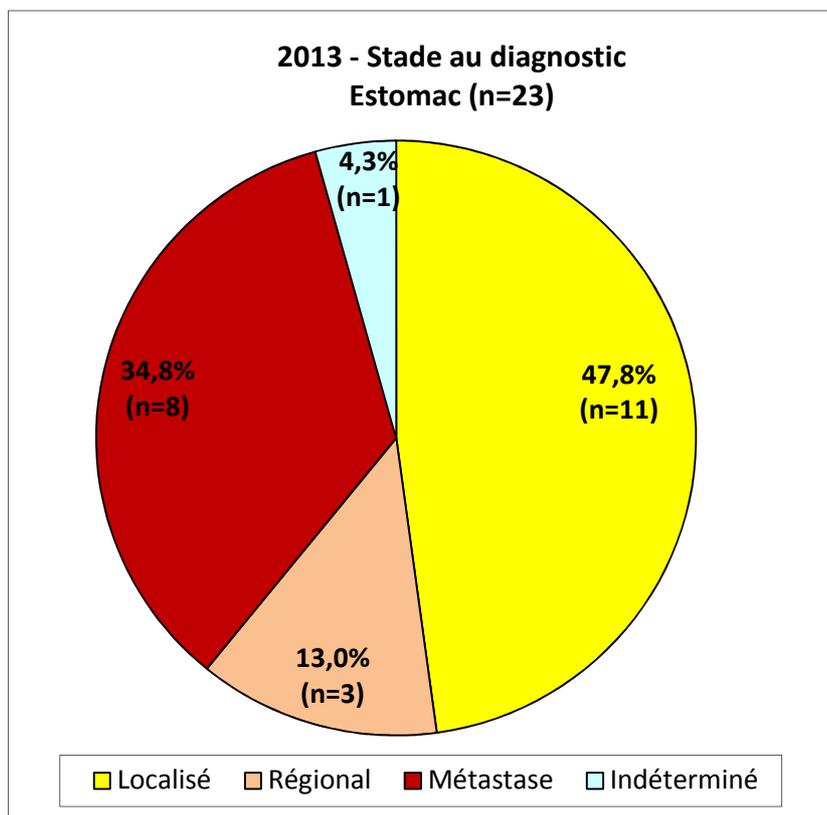


Figure 112 - Cancer de l'estomac, répartition selon le stade au diagnostic

Traitements

Le schéma thérapeutique le plus fréquent est la chirurgie seule (n=7, 30%).

5 patients ont bénéficié d'une chimiothérapie seule.

5 patients ont bénéficié d'une chirurgie et d'une chimiothérapie.

5 patients n'ont pas pu bénéficier de traitement spécifique (3 soins palliatifs, 1 patient perdu de vue, 1 patient en médecine traditionnelle et 1 inconnu)

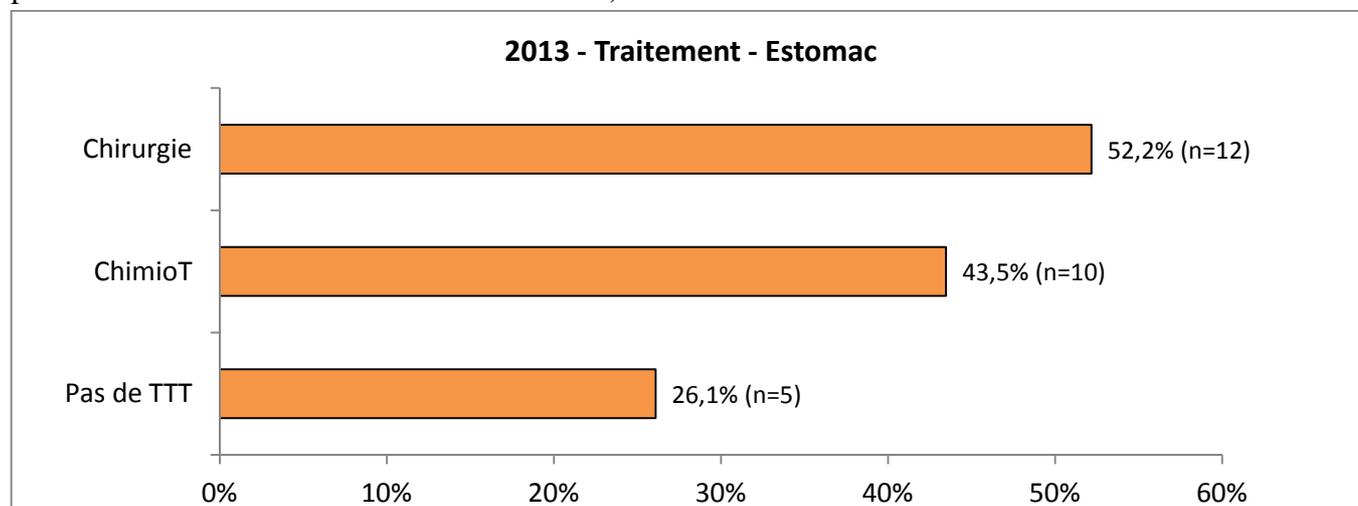
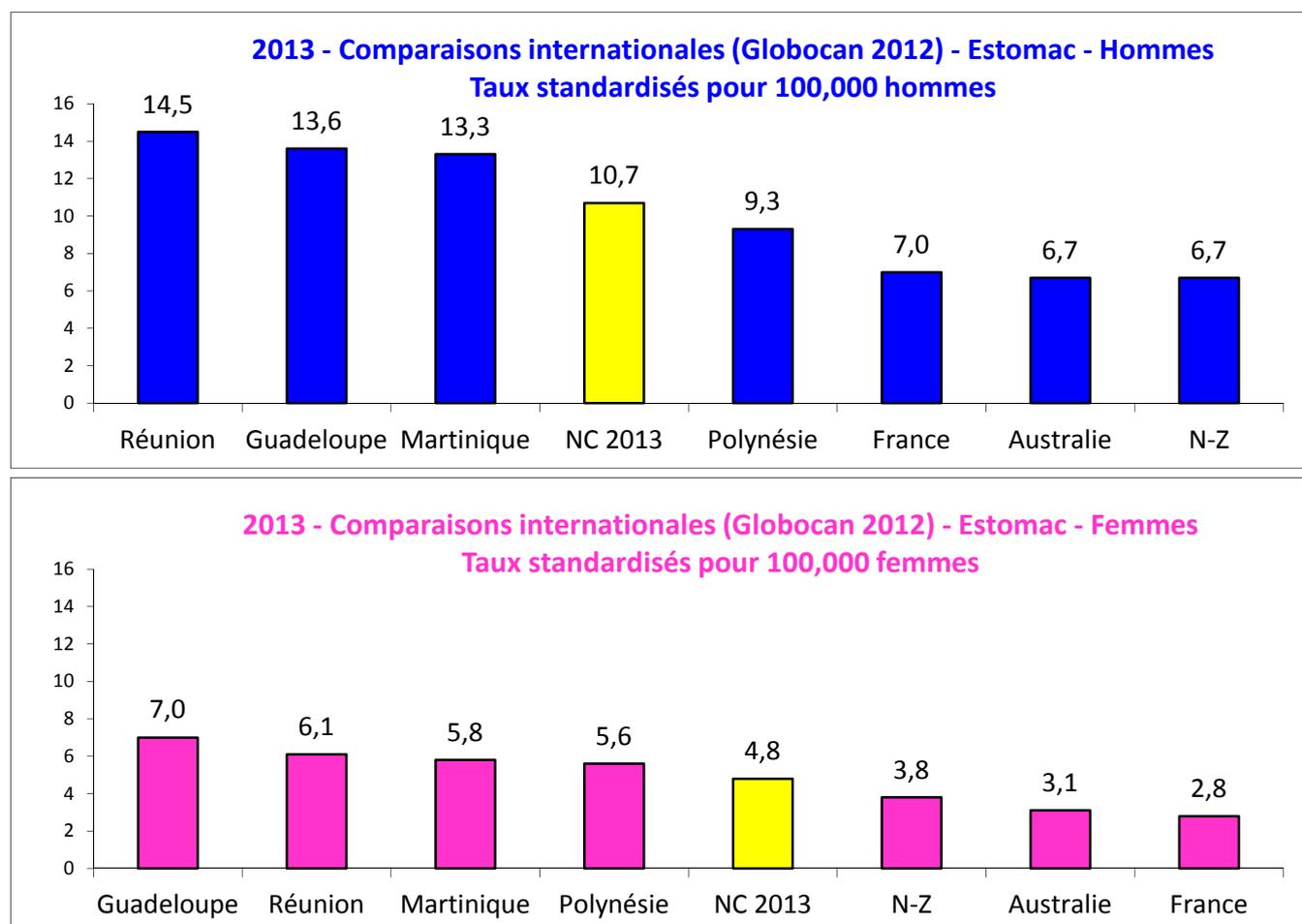


Figure 113 - Cancer de l'estomac, répartition selon les schémas thérapeutiques

Incidences et comparaisons internationales

En 2013, l'incidence des cancers de l'estomac est plus faible en NC que dans d'autres DOM-TOM mais reste plus élevé qu'en France métropolitaine ou les pays voisins.



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

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

III-6.d.1 Hépatocarcinome (CHC)

Généralités

En 2013, ce cancer du foie est le 9^{ème} cancer le plus fréquent, tous sexes confondus, avec 24 tumeurs invasives. Il se situe au 6^{ème} rang chez les hommes avec 17 tumeurs, et au 16^{ème} chez les femmes avec 7 tumeurs. Le sex-ratio est de 2,4 hommes pour une femme.

1 patient avait une autre tumeur primitive.

Au 31/11/2015, 19 (79%) patients étaient décédés, dont 16 (67%) patients du CHC.

Les principaux facteurs de risque du CHC sont la cirrhose, les infections au virus de l'hépatite (B ou C), l'alcool et l'obésité. La moitié des patients ayant développé un CHC étaient porteur du virus de l'hépatite B et 8 avaient une forte consommation d'alcool. 7 patients cumulaient les 2 facteurs de risque.

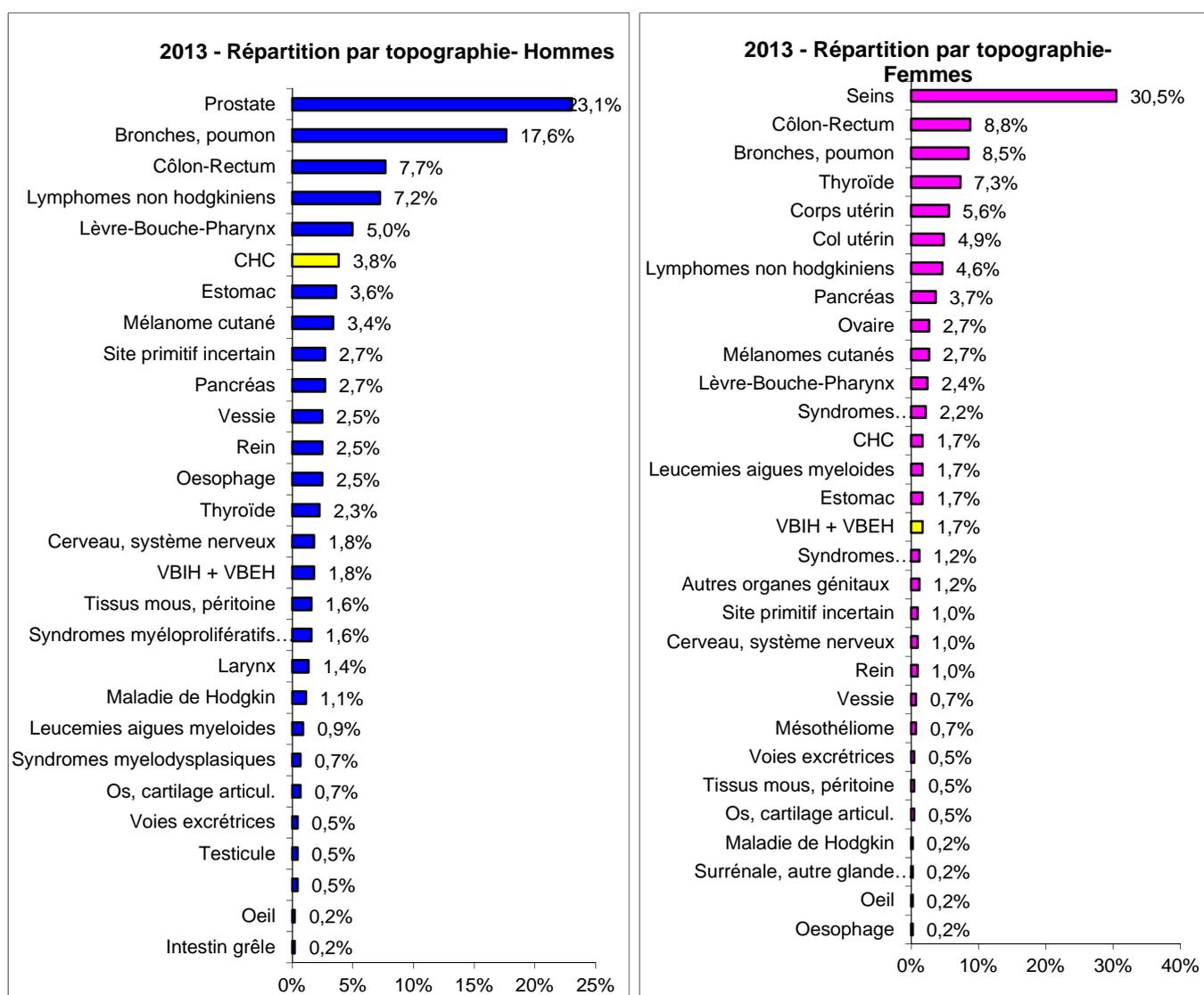


Figure 115 - Répartition des groupes de topographies selon le sexe

Age

En 2013, l'âge au diagnostic est compris entre 37 et 86 ans, avec un âge moyen égal à 61,5 ans (médiane à 61 ans). 1 patient sur 5 avait moins de 50 ans.

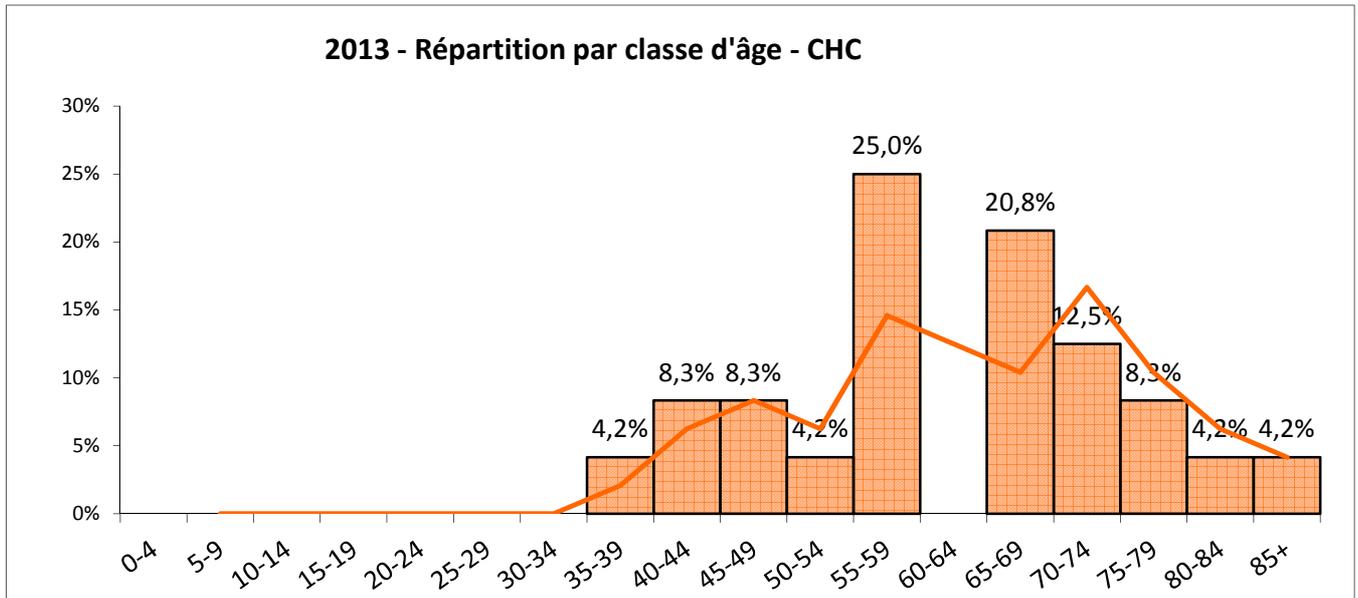


Figure 116 – CHC, répartition par classe d'âge

Provinces

Il y a une différence dans la répartition des cas de CHC comparée à celle de la population générale, avec une fréquence plus importante en province des Iles. L'incidence des CHC est particulièrement plus élevée chez les hommes originaires des Iles Loyautés que dans le reste de la population.

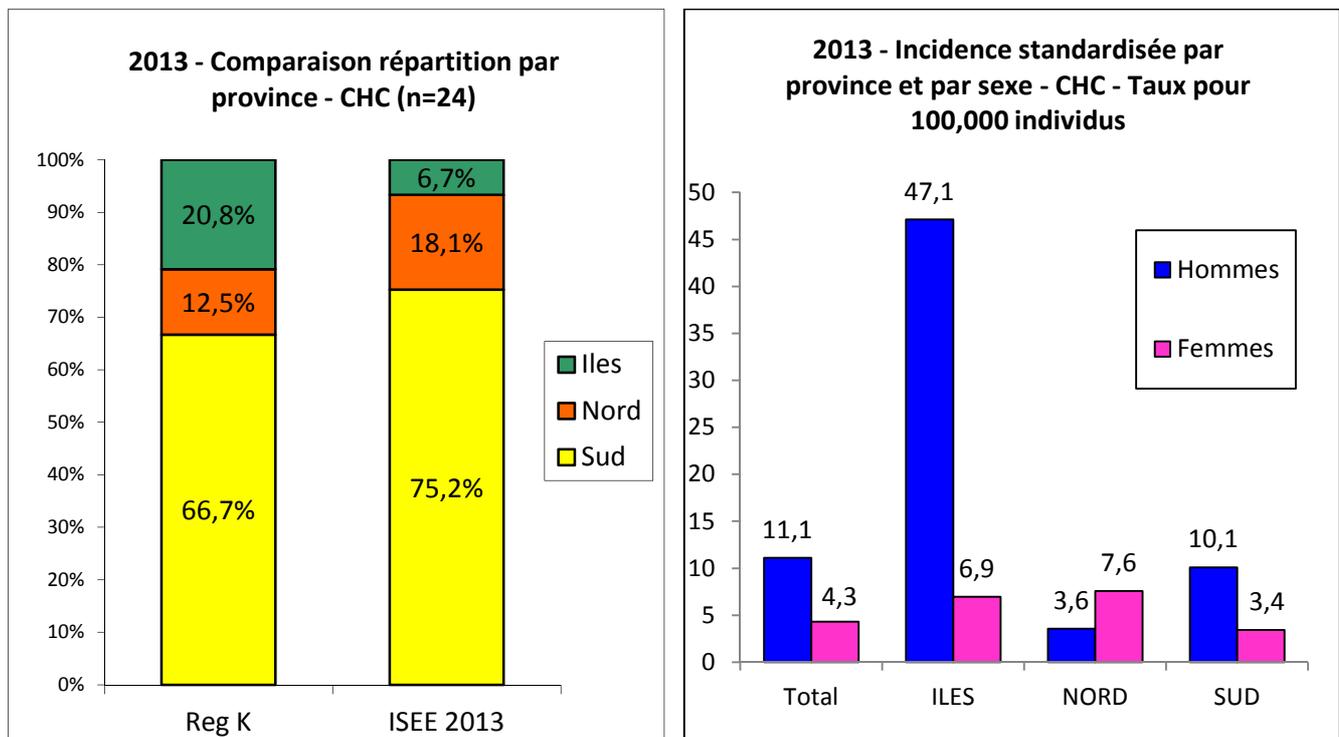


Figure 117 – CHC, incidences selon le sexe et la province

Communautés

Plus de la moitié des CHC a été diagnostiquée chez des personnes d'origine mélanésienne. Cependant, vu le faible nombre de cas, il n'y a pas de différence significative de répartition par rapport à celle de la population globale ($p=0,5$)

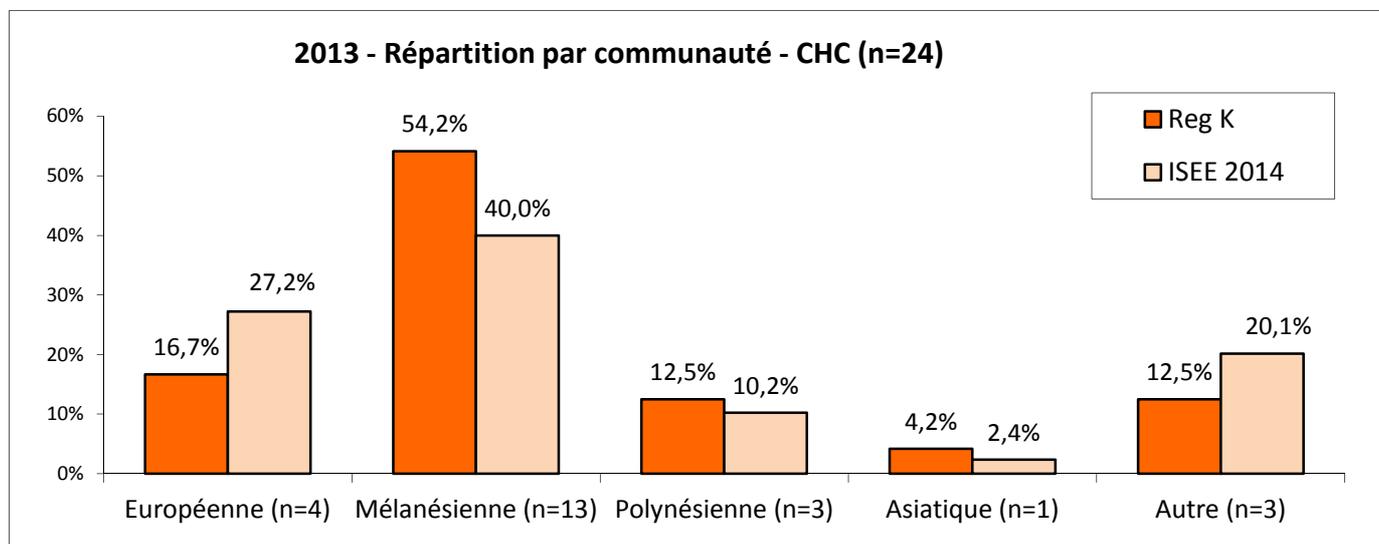


Figure 118 – CHC, répartition par communauté

Histologie et stade au diagnostic

Moins de la moitié des patients ont eu un diagnostic histologique (n=11). 11 CHC ont été diagnostiqués suite à des test biochimiques (AFP) et 2 par examen radiologique.

La moitié des CHC a été diagnostiquée à un stade régional ou métastatique (n=12). Pour les patients avec localisation métastatique, les localisations les plus fréquentes se situent dans les poumons (50%, n=6) et les Os (25%, n=3).

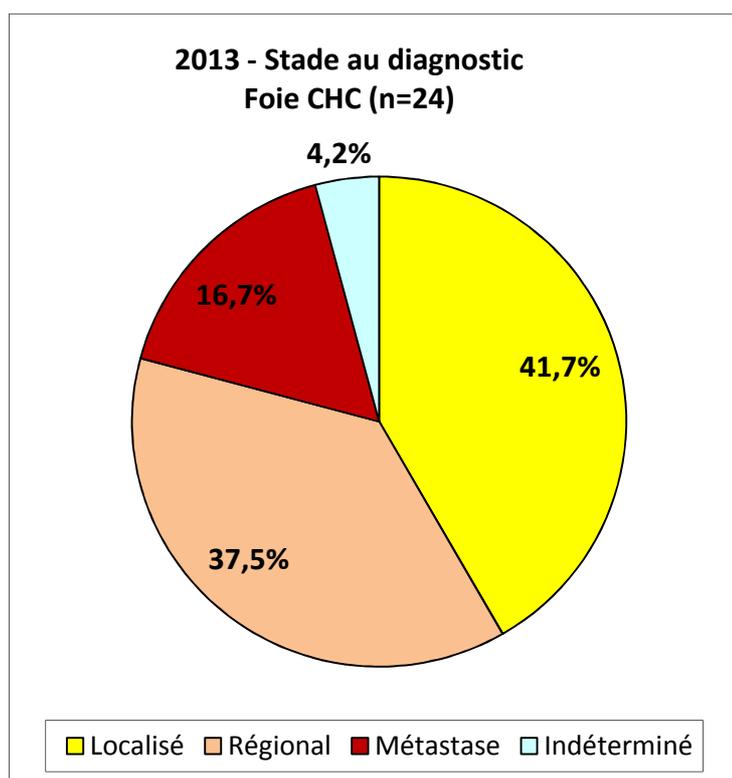


Figure 119 – CHC, répartition selon le stade au diagnostic

Traitements

Le schéma thérapeutique le plus fréquent est le *Sorafenib* seul (42%, n=10)

3 patients ont bénéficié d'une chimiothérapie seule.

2 patients ont bénéficié d'une chimio-embolisation.

9 patients n'ont pas bénéficié de traitement spécifique (6 soins palliatifs, 2 décédés et 1 patient perdu de vue)

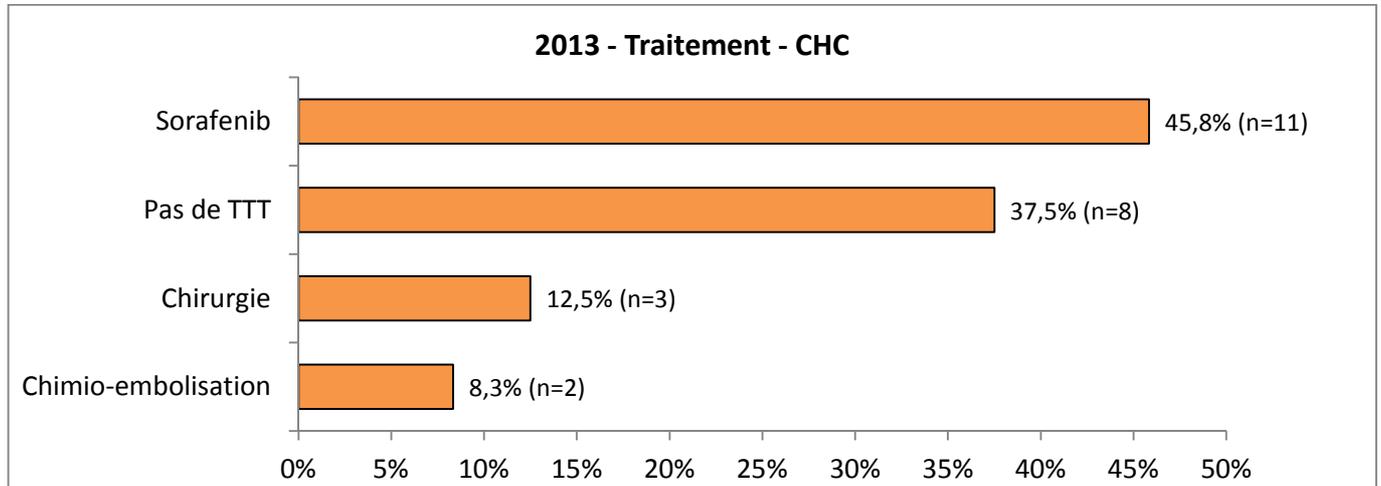


Figure 120 – CHC, répartition selon les schémas thérapeutiques

Comparaisons internationales : données recueillies « The Incidence and Epidemiology of Hepatocellular Carcinoma » Venook and al. 2010

Chez les hommes, l'incidence observée en 2013 est comparable à celle observée en Europe du Sud. Par contre, chez les femmes, l'incidence observée est légèrement supérieure à celles de la majorité des autres pays.

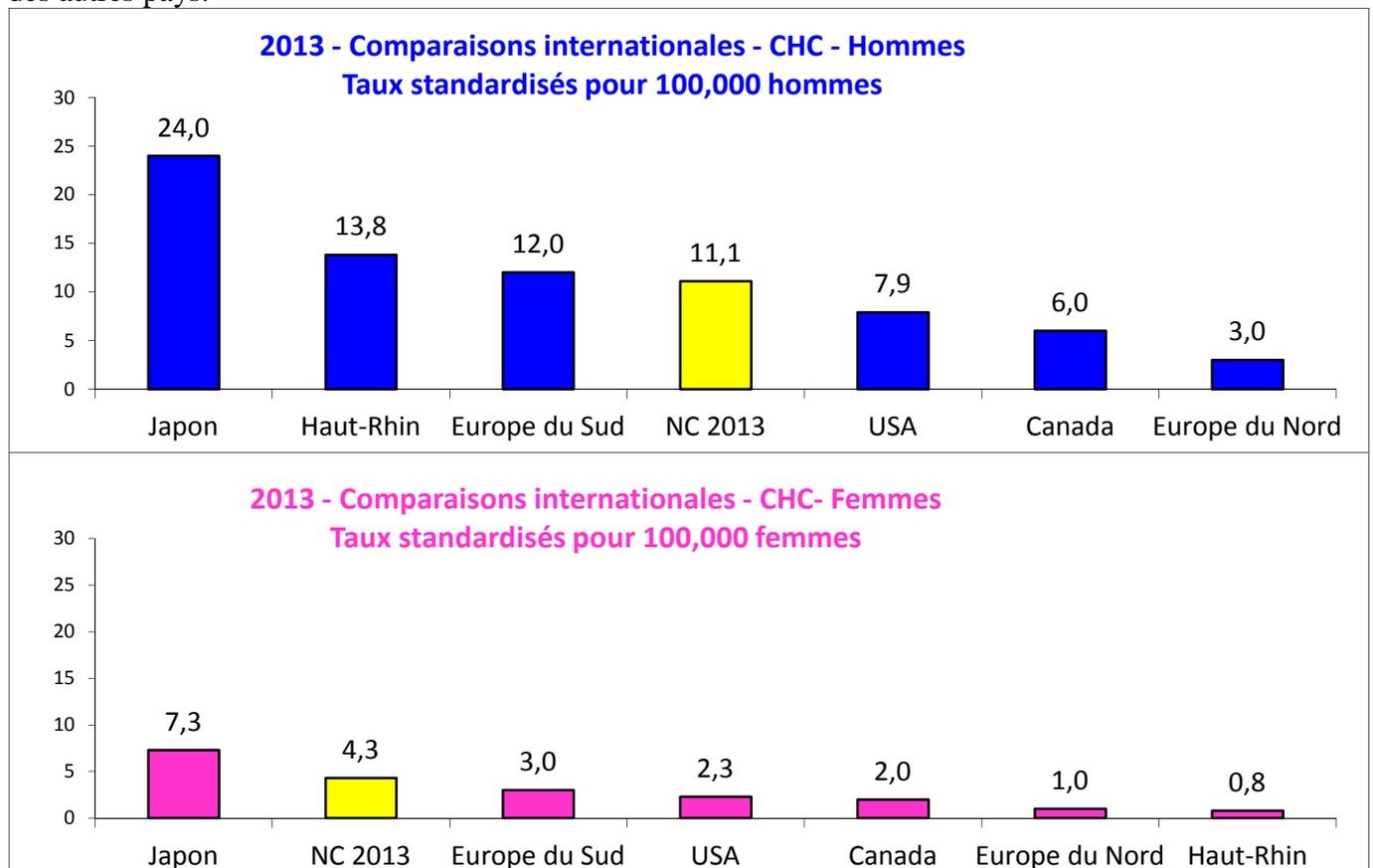


Figure 121 – CHC, comparaisons internationales des incidences selon le sexe

III-6.d.2 Cancer des voies biliaires intra-hépatiques, extra-hépatiques et de la vésicule (VB)

Généralités

En 2013, le cancer des VB est le 16^{ème} cancer le plus fréquent, tous sexes confondus, avec 15 tumeurs invasives. Il se situe au 15^{ème} rang chez les hommes avec 8 tumeurs, et au 13^{ème} chez les femmes avec 7 tumeurs. Le sex-ratio est de 1,1 hommes pour une femme.

3 patients ont développé une autre tumeur primitive.

Au 31/11/2015, 13 (87%) patients étaient décédés, tous de leur cancer des VB.

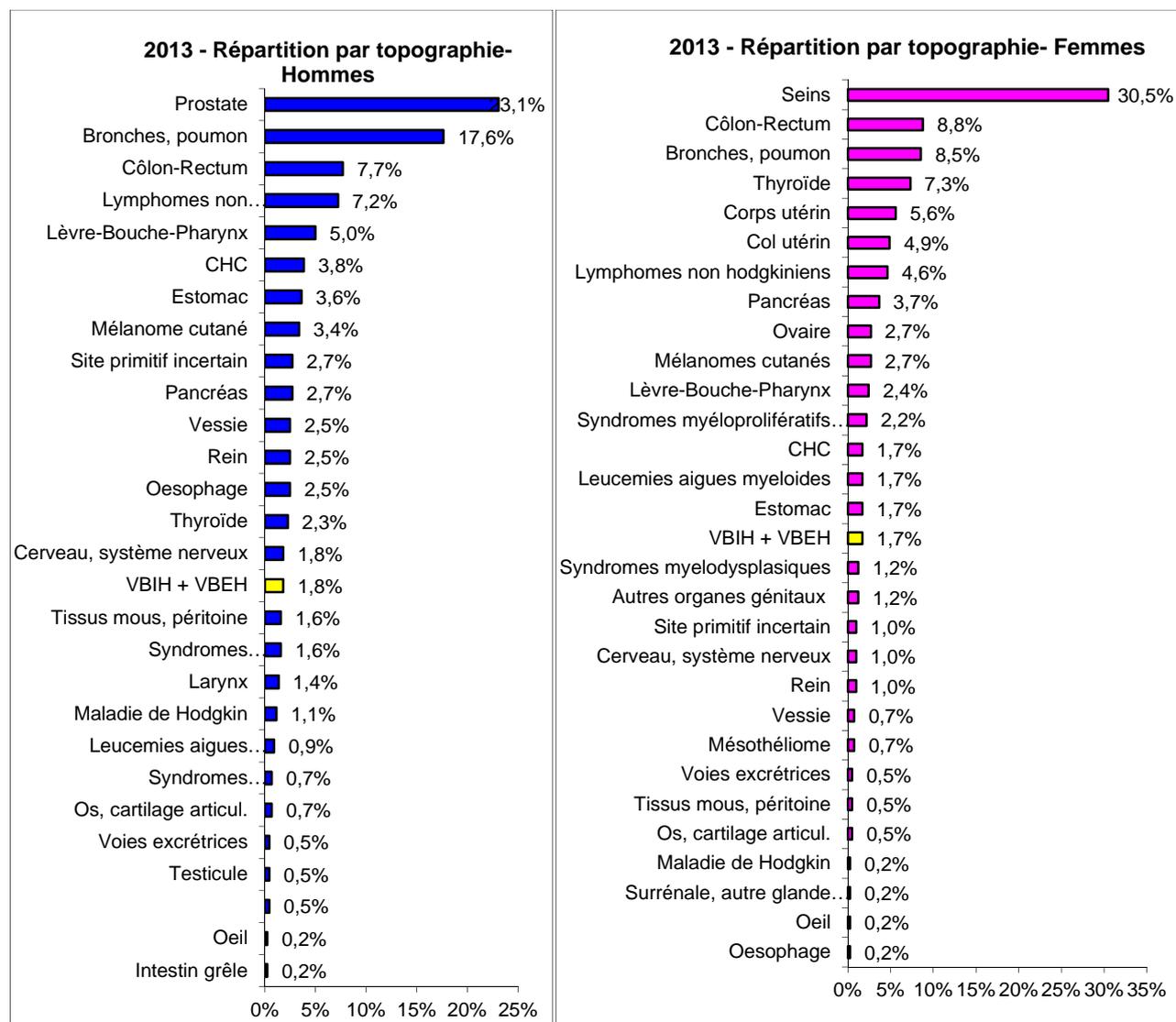


Figure 122 - Répartition des groupes de topographies selon le sexe

Age

En 2013, l'âge au diagnostic est compris entre 53 et 83 ans, avec un âge moyen égal à 72 ans (médiane à 72 ans).

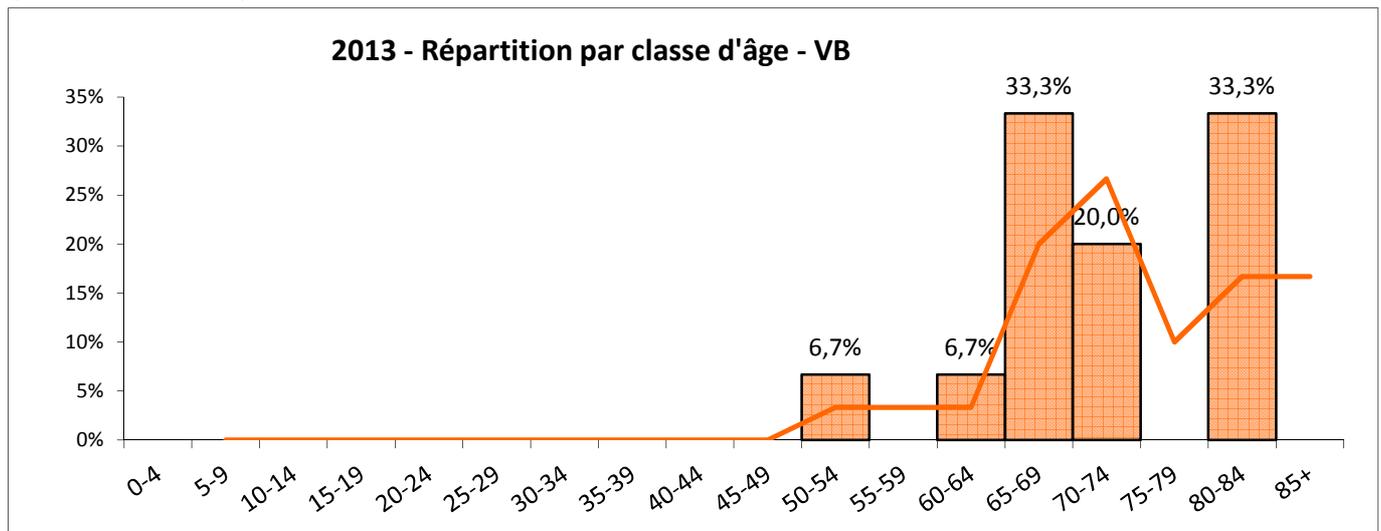


Figure 123 – Cancer des VB, répartition par classe d'âge

Provinces

Dû au faible nombre de cas, il n'y a pas de différence significative entre les répartitions par province ($p=0,14$).

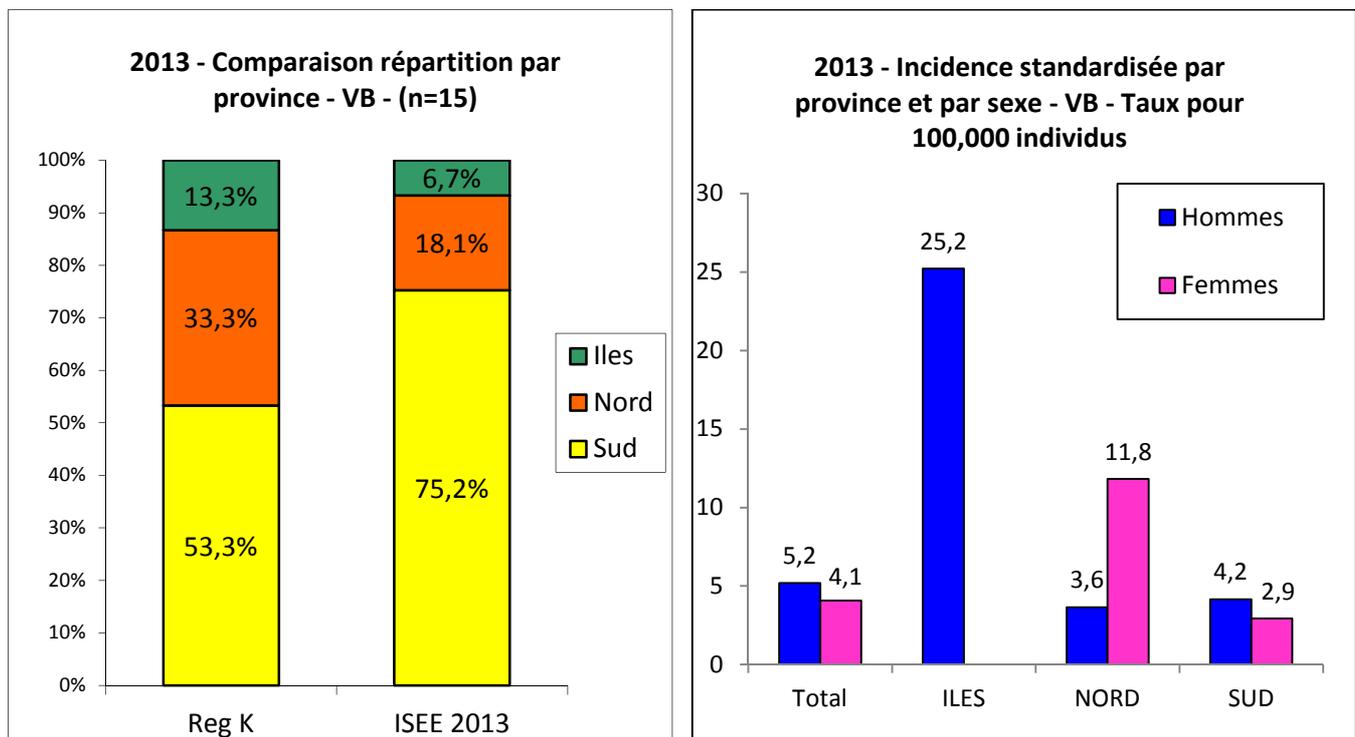


Figure 124 – Cancer des VB, incidences selon le sexe et la province

Communautés

Malgré le faible nombre de cas, on observe une différence significative des répartitions par communauté d'appartenance avec un proportion de personnes d'origine mélanésienne plus importante que dans la population générale (p=0.007)

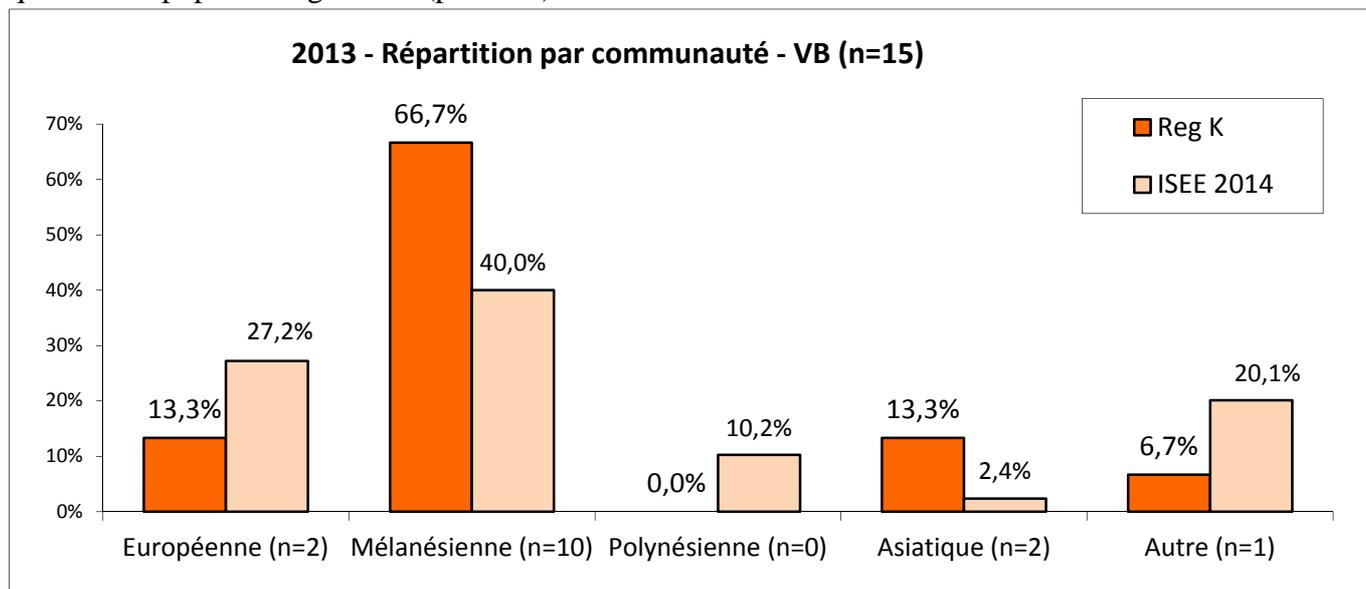


Figure 125 – Cancer VB, répartition par communauté

Histologie et stade au diagnostic

8 patients ont fait l'objet d'un diagnostic histologique et 7 patients d'un diagnostic par imagerie (6 adénocarcinomes et 7 cholangiocarcinomes).

Un peu plus de la moitié des cas a été diagnostiquée à un stade avancé.

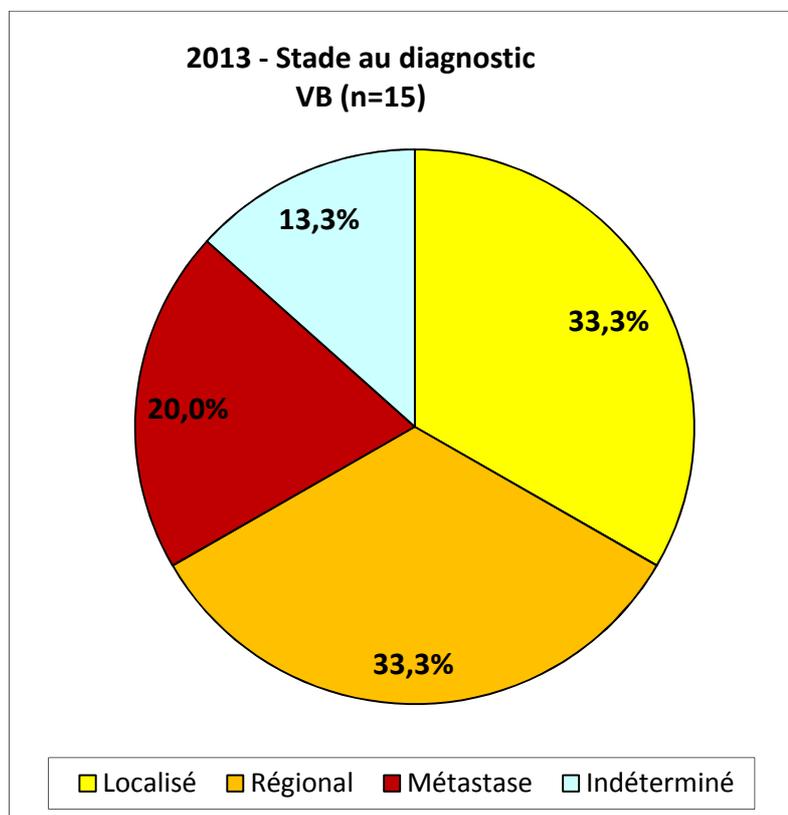


Figure 126 – Cancer des VB répartition selon le stade au diagnostic

Traitements

La majorité des patients n'a pas reçu de traitement spécifique (6 soins palliatifs, 1 décès et 1 patient perdu de vue).

2 patients ont bénéficié d'une chimiothérapie seule.

5 patients ont bénéficié d'une chirurgie seule

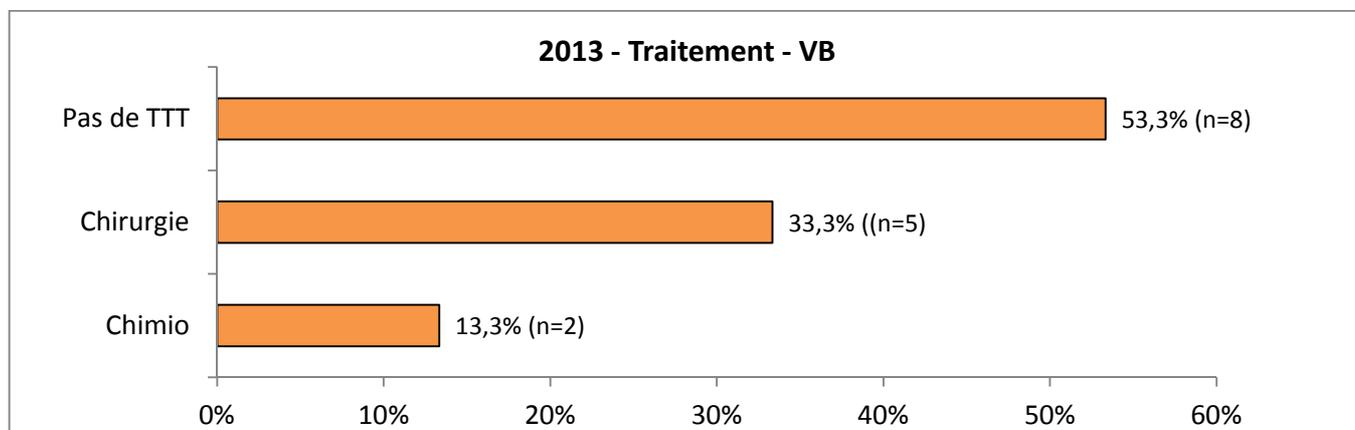


Figure 127 – Cancer des VB, répartition selon les schémas thérapeutiques

Comparaisons internationales

En 2013, les taux d'incidence observés en NC sont bien supérieurs à ceux de la Métropole, des autres DOM-TOM, de l'Australie et de la Nouvelle-Zélande, pour les 2 sexes.

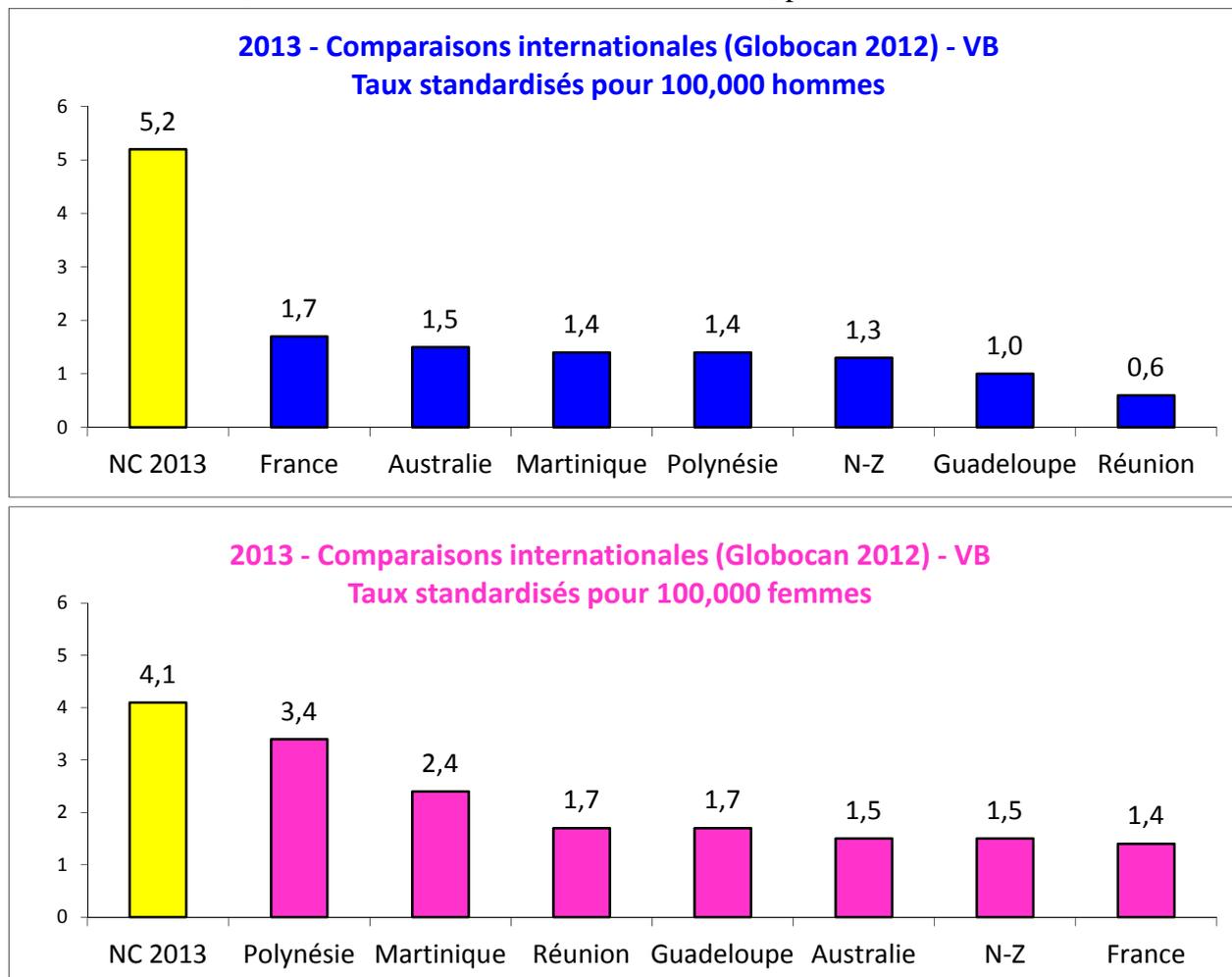


Figure 128 – Cancer des VB, comparaisons internationales des incidences selon le sexe

III.6.f Cancer du pancréas

Généralités

En 2013, le cancer du pancréas est le 8^{ème} cancer le plus fréquent, tous sexes confondus, avec 27 tumeurs invasives. Il se situe au 9^{ème} rang chez les hommes avec 12 tumeurs, et au 8^{ème} chez les femmes avec 15 tumeurs. Le sex-ratio est de 0,8 homme pour une femme.

2 patients ont développé une autre tumeur primitive.

Au 31/11/2015, 24 (89%) patients étaient décédés, dont 23 (85%) suite à ce cancer du pancréas.

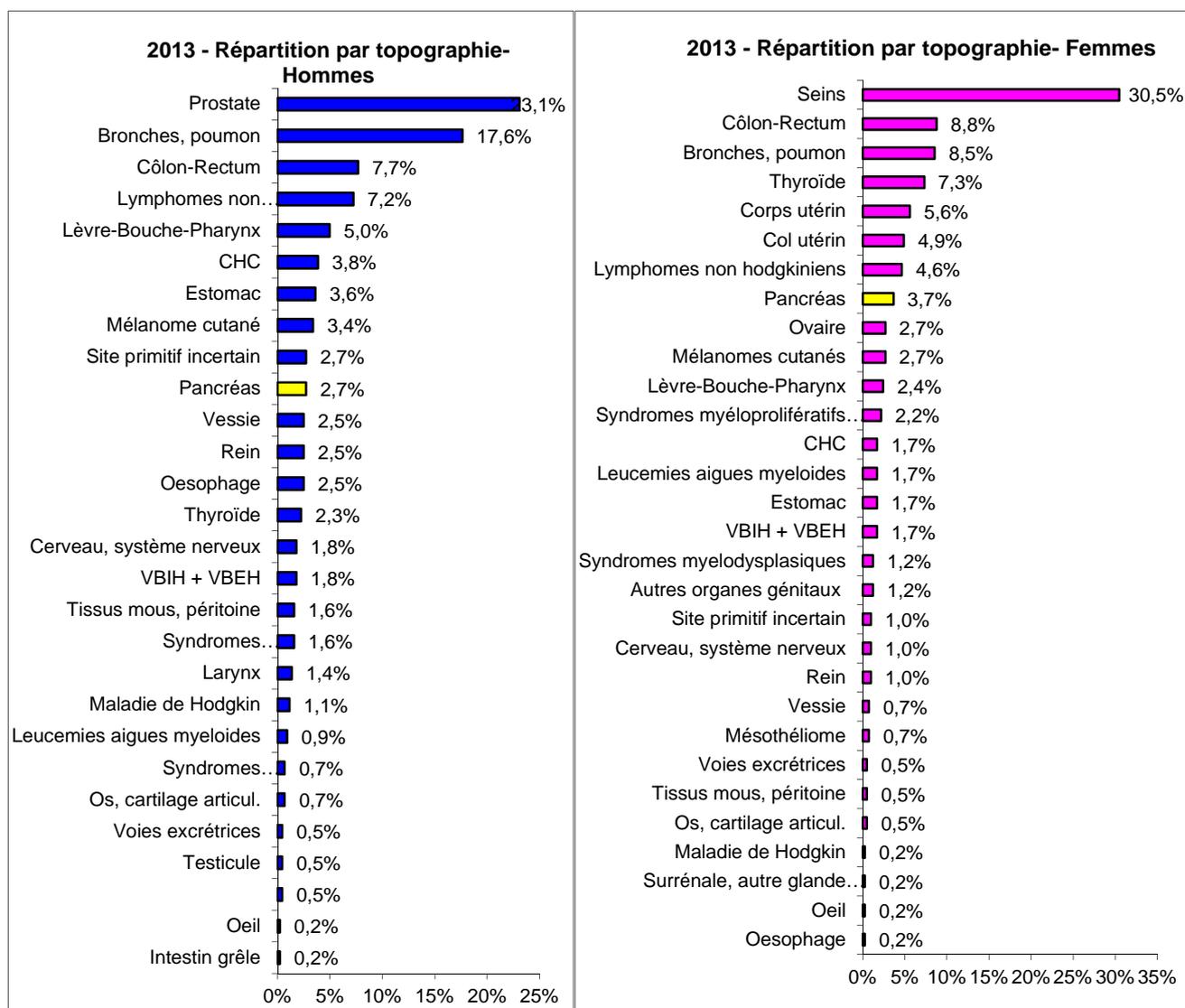


Figure 129 - Répartition des topographies selon le sexe

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

Age

En 2013, l'âge au diagnostic est compris entre 40 et 91 ans, avec un âge moyen égal à 67 ans (médiane à 72 ans). 2 patients avaient moins de 50 ans. 60% des cancers du pancréas ont été diagnostiqués entre 55 et 70 ans.

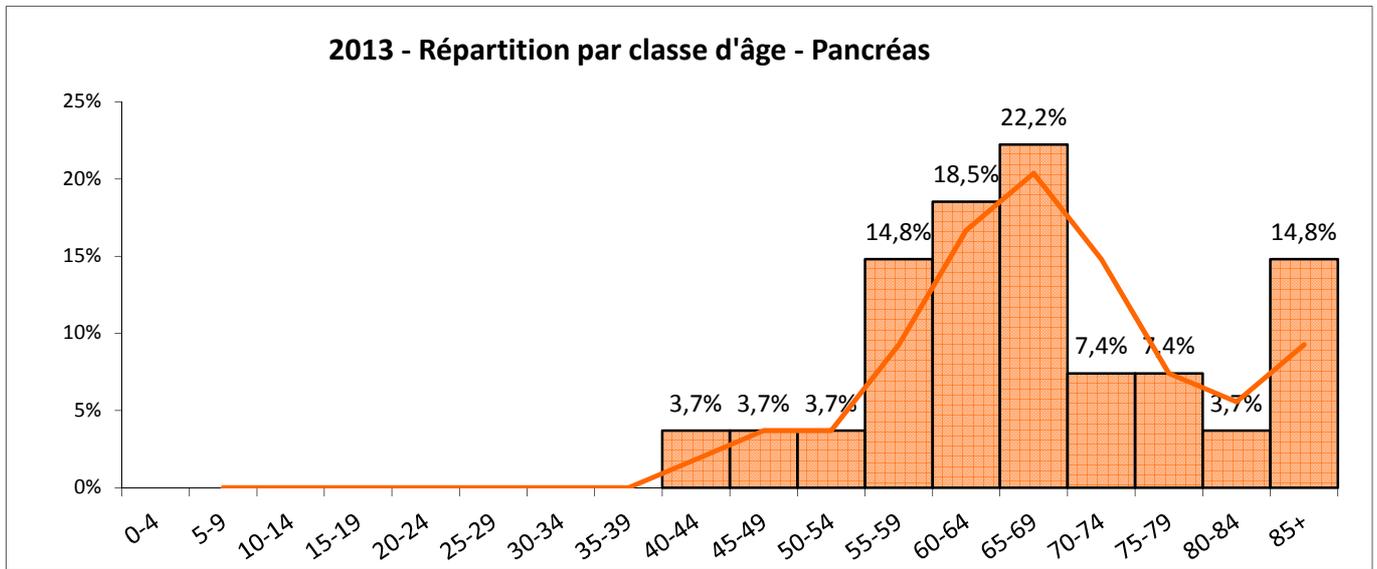


Figure 130 - Cancer du pancréas, répartition par classe d'âge

Provinces

Il n'y a pas de différence significative entre les répartitions par province ($p=0,35$). Les taux d'incidence sont équivalents chez les hommes et les chez femmes, avec un taux moins élevé en province Nord.

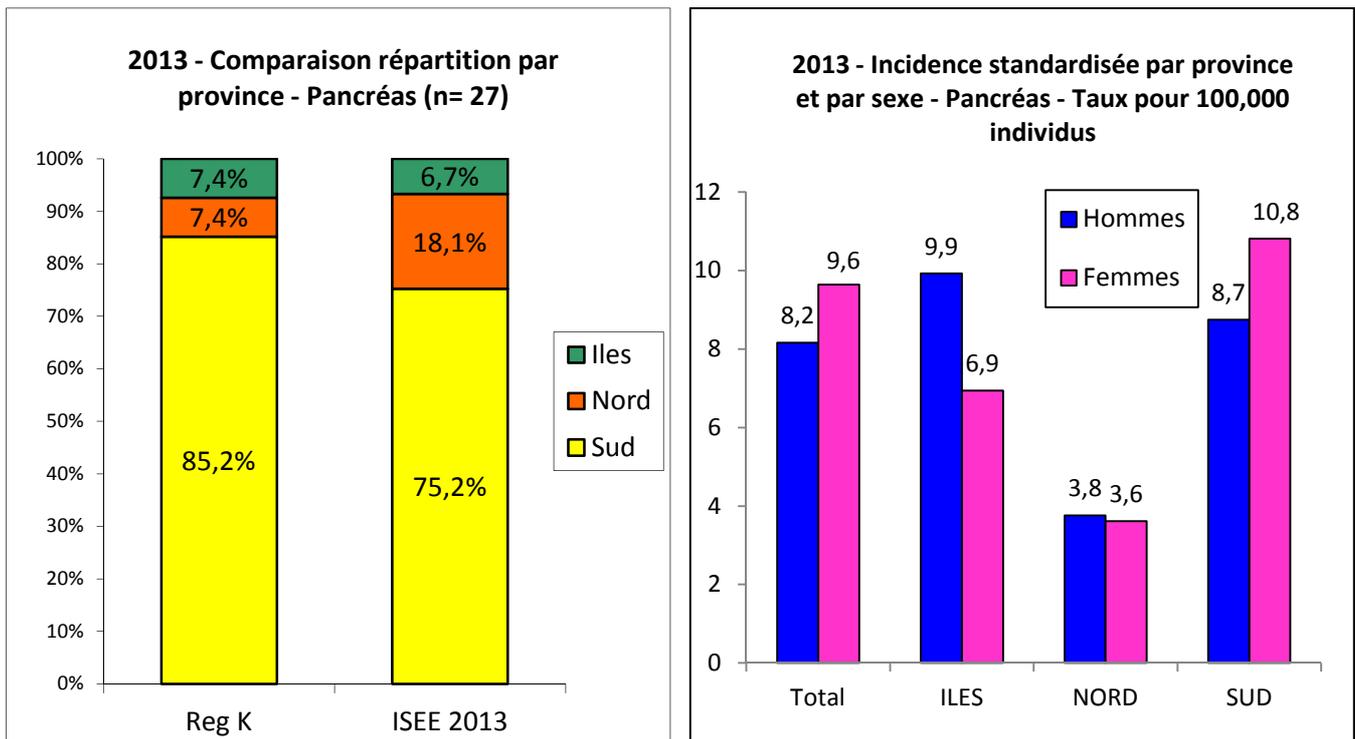


Figure 131 - Cancer du pancréas, incidences selon le sexe et la province

Communautés

On note une surreprésentation de la communauté européenne par rapport à la communauté mélanésienne, sans que cette différence ne soit significative ($p=0.35$)

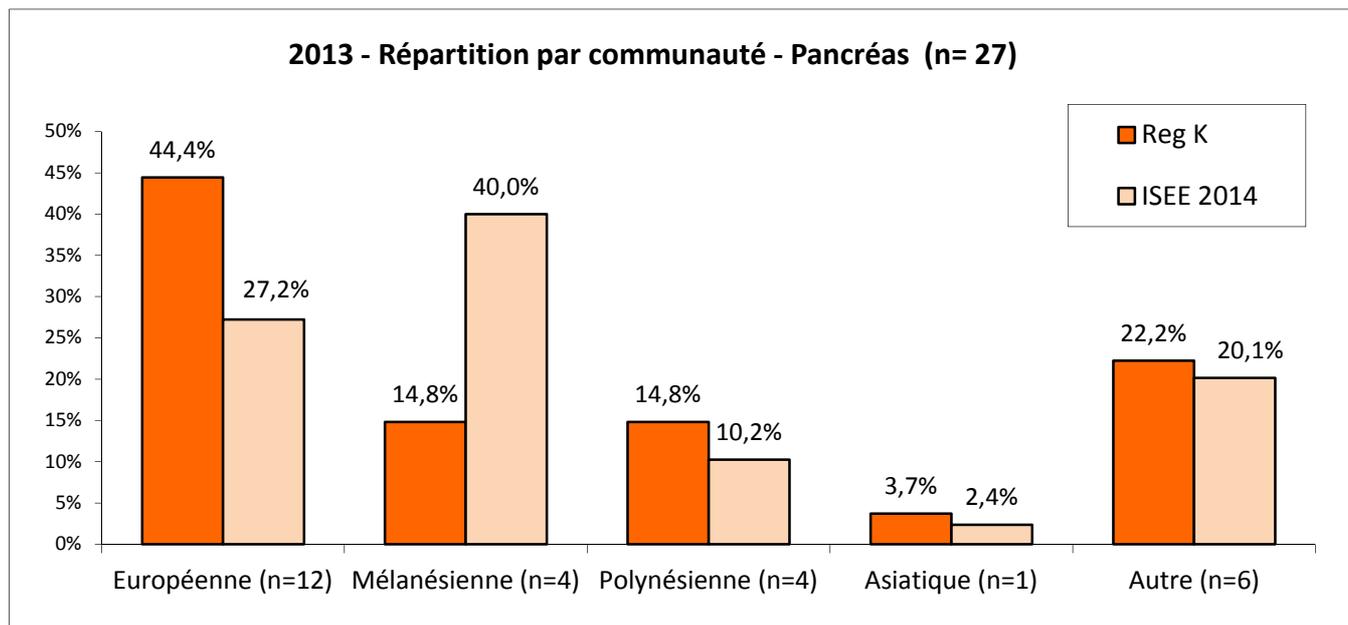


Figure 132 - Cancer du pancréas, répartition par communauté

Histologie et stade au diagnostic

Un diagnostic cytologique ou histologique a pu être réalisé pour 17 patients (63%) et 10 ont été diagnostiqués par imagerie. Il a été enregistré 16 adénocarcinomes, 1 tumeur neuroendocrine maligne et 10 néoplasies. Tous les cancers du pancréas ont été diagnostiqués à un stade avancé. Les métastases les plus fréquentes se retrouvent dans le foie (57%, $n=16$), le péritoine (21%, $n=6$) et les poumons (7%, $n=2$).

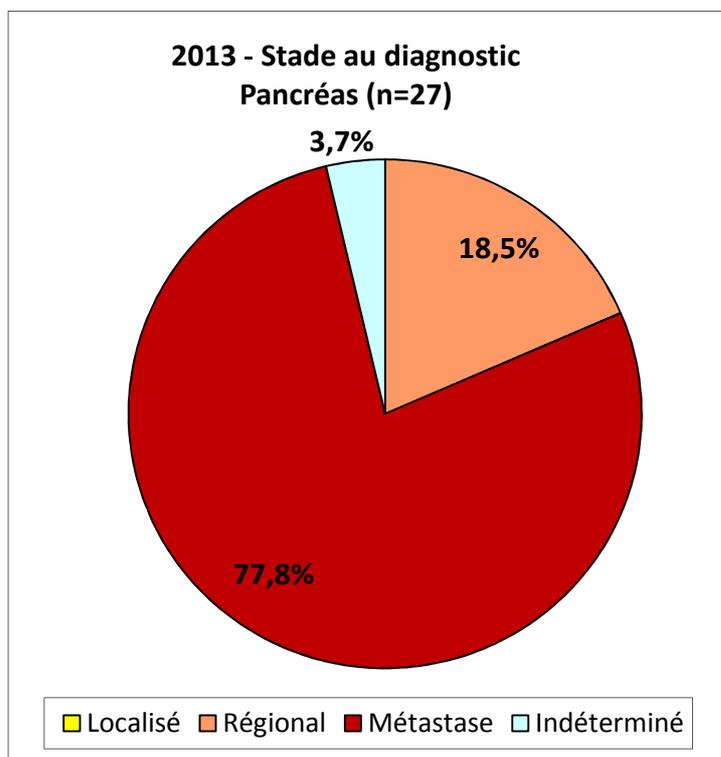


Figure 133 - Cancer du pancréas, répartition selon le stade au diagnostic

Traitements

La majorité des patients n'ont pas reçu de traitement spécifique (9 soins palliatifs et 6 décès). Sinon, le traitement le plus fréquent est la chimiothérapie seule (n=7, 26%).

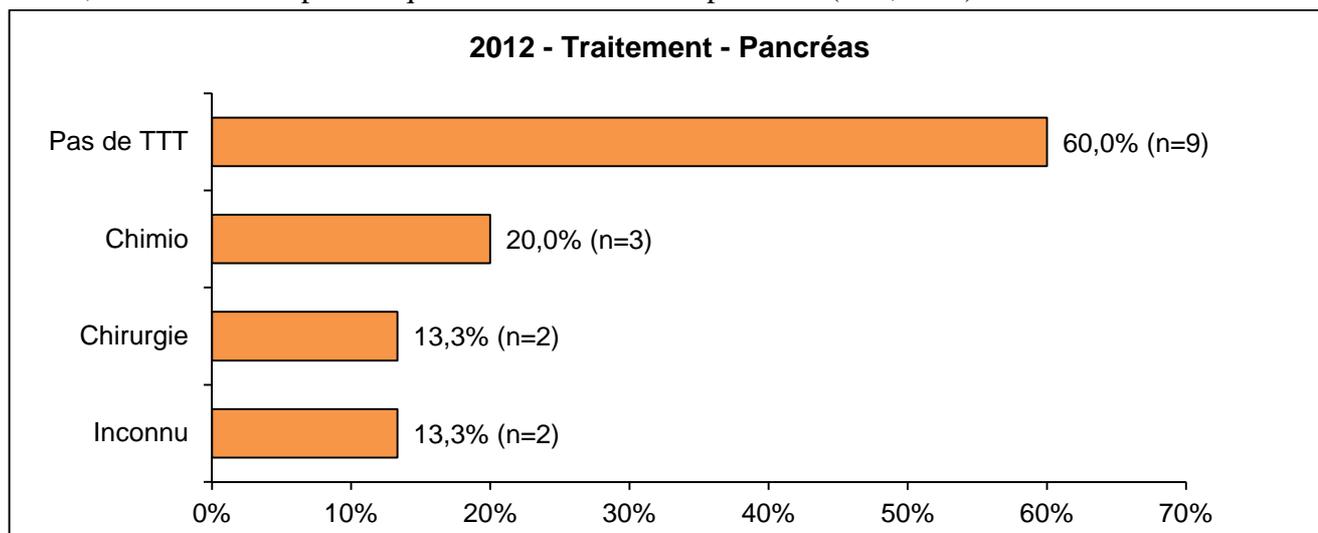
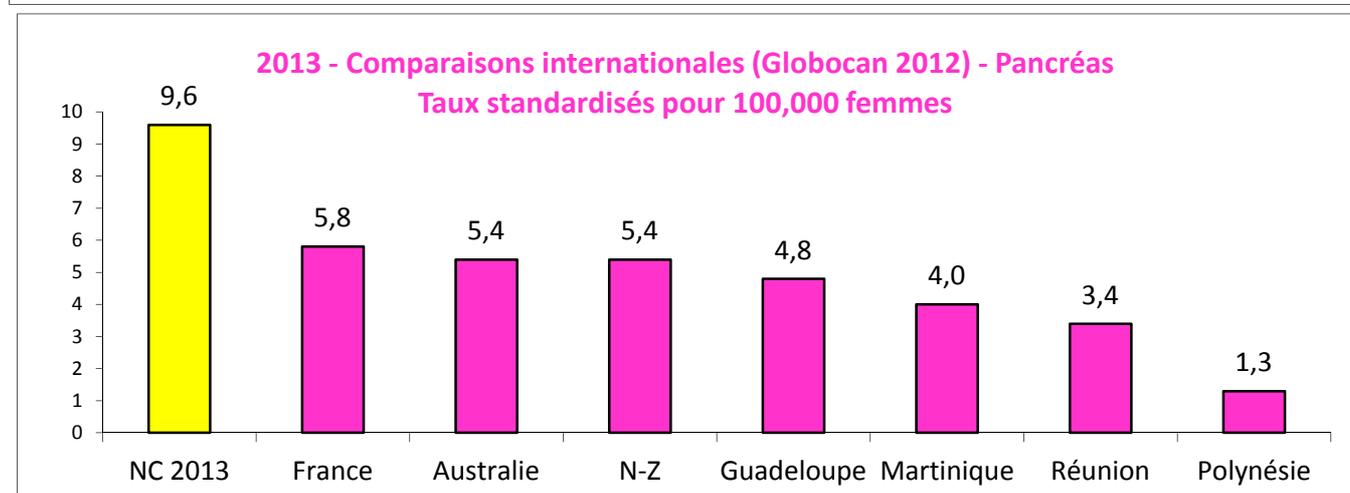
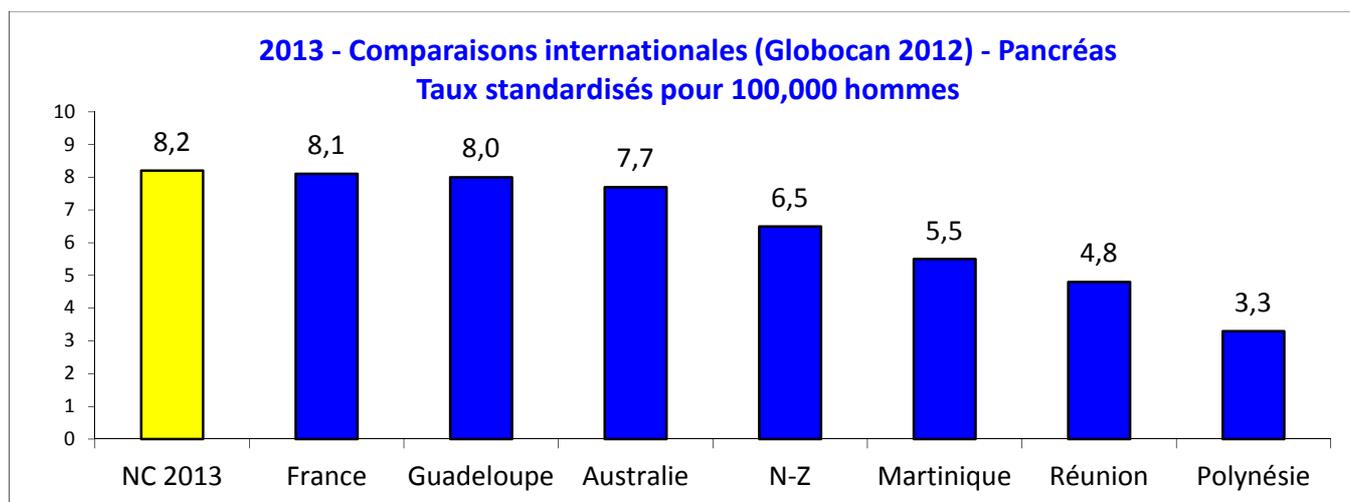


Figure 134 – Cancer du pancréas, répartition selon les schémas thérapeutiques

Incidences et comparaisons internationales

En 2013, l'incidence du cancer du pancréas est supérieure à celles des autres pays quel que soit le sexe.



Figures 135 - Cancer du pancréas, comparaisons internationales des incidences selon le sexe

III.7 Hémopathies malignes

Les hémopathies malignes regroupent tous les cas de leucémies, lymphomes, syndromes myélodysplasiques et syndrome myéloprolifératifs.

III-7.a Lymphomes Malins Non Hogkiniens (LMNH)

Généralités

En 2013, les LMPH représentent le 5^{ème} cancer le plus fréquent, tous sexes confondus, avec **51** cas diagnostiqués. Ces hémopathies se situent au 4^{ème} rang chez les hommes avec 32 cas, et au 7^{ème} chez les femmes avec 19 cas. Le sex-ratio est de 1,7 hommes pour une femme.

10% des patients avaient une autre tumeur primitive (n=5).

Au 31/11/2015, 17 (33%) patients étaient décédés, dont 12 (24%) patients suite à un LMNH.

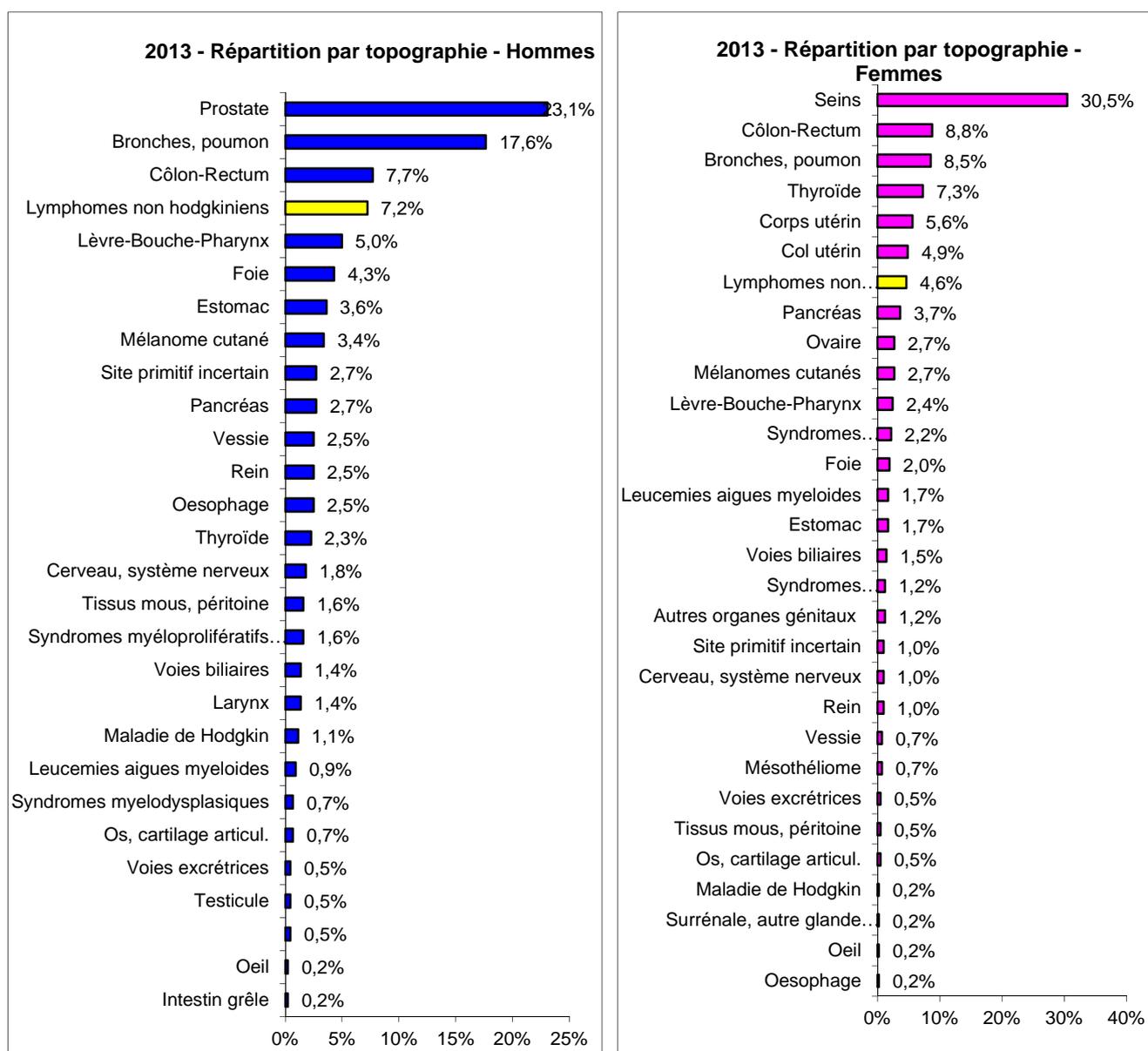


Figure 140 - Répartition des groupes de topographies selon le sexe

Age

En 2013, l'âge au diagnostic est compris entre 0 et 86 ans, avec un âge moyen égal à 59 ans (médiane à 62 ans). 3 LMNH ont été diagnostiqués chez des enfants (< 15ans).

L'âge moyen au diagnostic est de 63 ans chez les femmes (médiane 64 ans) et 57 ans chez les hommes (médiane 61.5 ans).

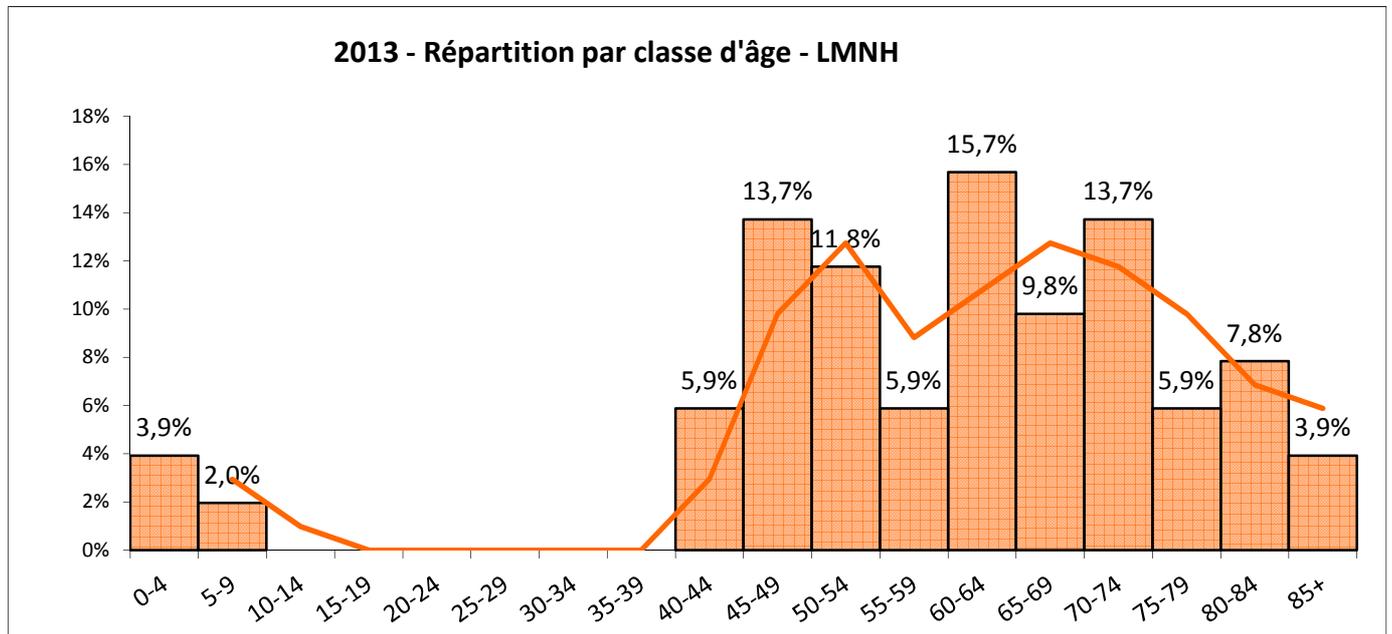


Figure 141 - Hémopathies malignes, répartition par tranche d'âge

Provinces

En 2013, l'incidence des LMNH est moins élevée en province Nord que dans le reste du territoire quel que soit le sexe.

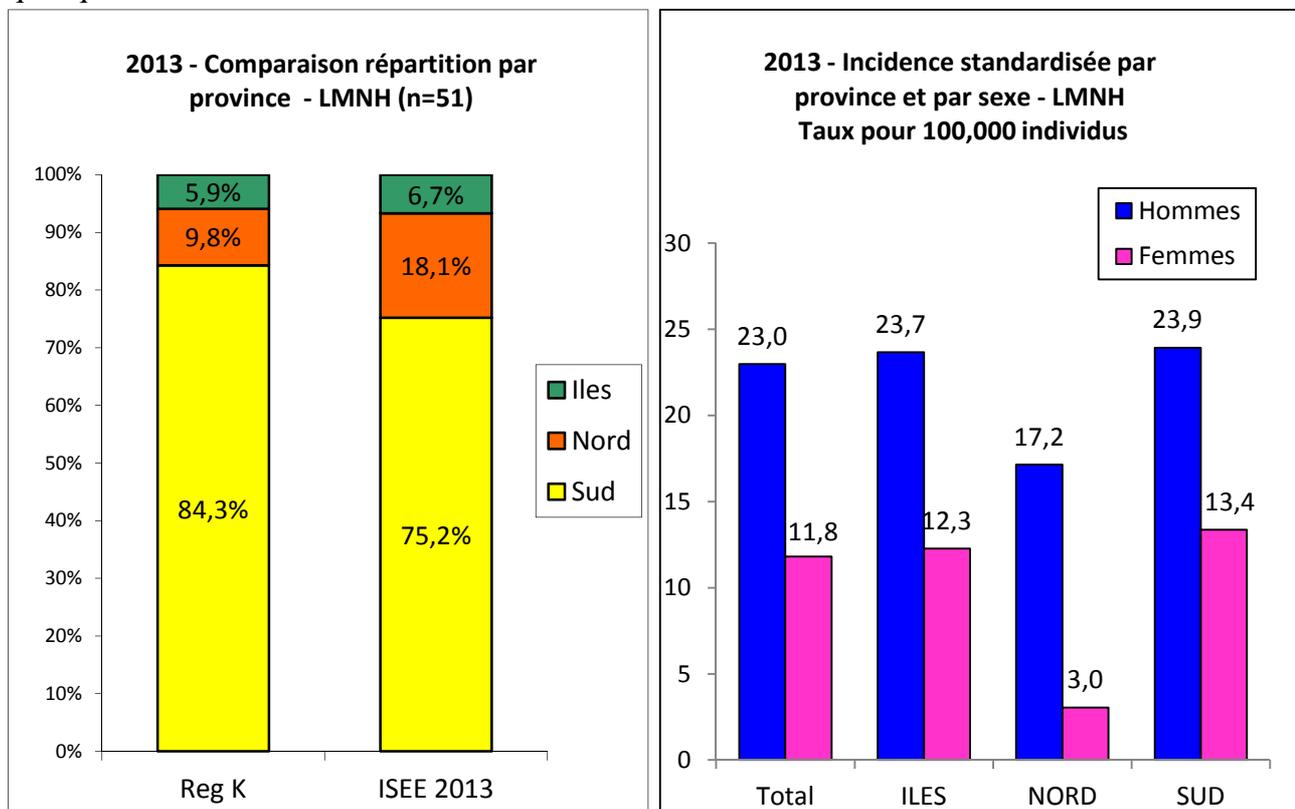


Figure 142 - Hémopathies malignes, incidences selon le sexe et la province

Communautés

En raison de la proportion importante de données non retrouvées (n=18), la répartition par communauté n'est pas interprétable et n'a pas été présentée.

Stade Ann Arbor

Seuls 27 LMNH étaient concernés par la classification par stade d'Ann Arbor.

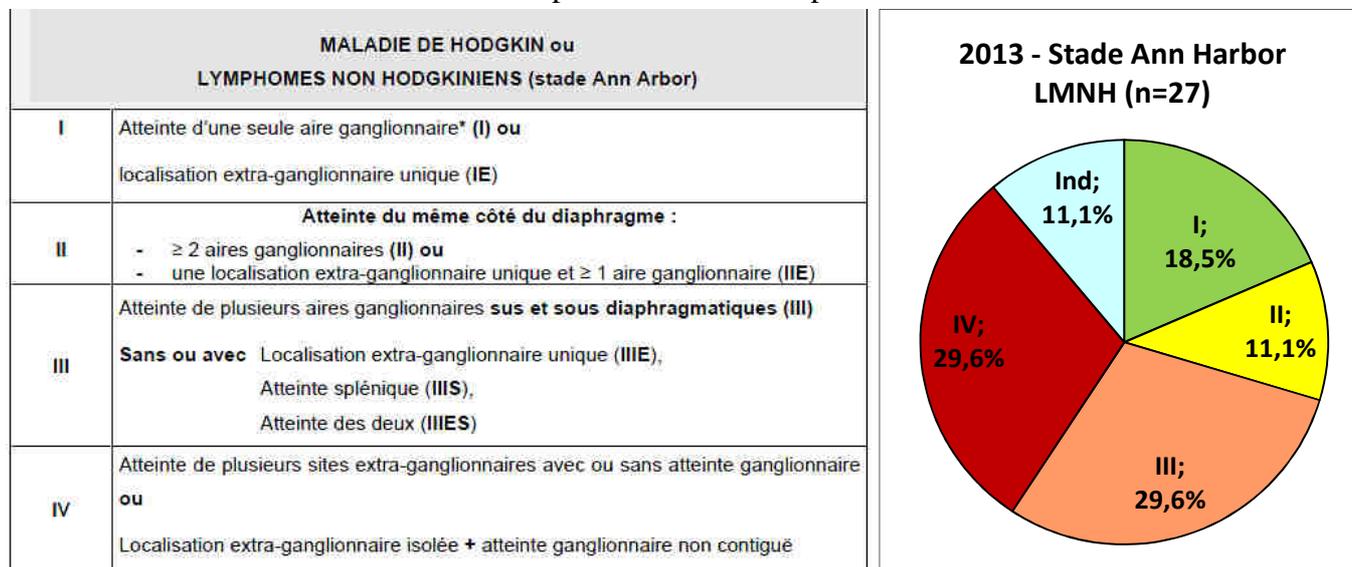


Figure 143 – *Stade Ann Harbor*

Traitements

Le schéma thérapeutique le plus fréquent est la chimiothérapie seule (n=25 ; 50%).

16 patients n'ont pas bénéficié de traitement spécifique (7 sous surveillance active, 5 patients décédés avant traitement, 2 en soins palliatifs et 2 patients perdus de vue)

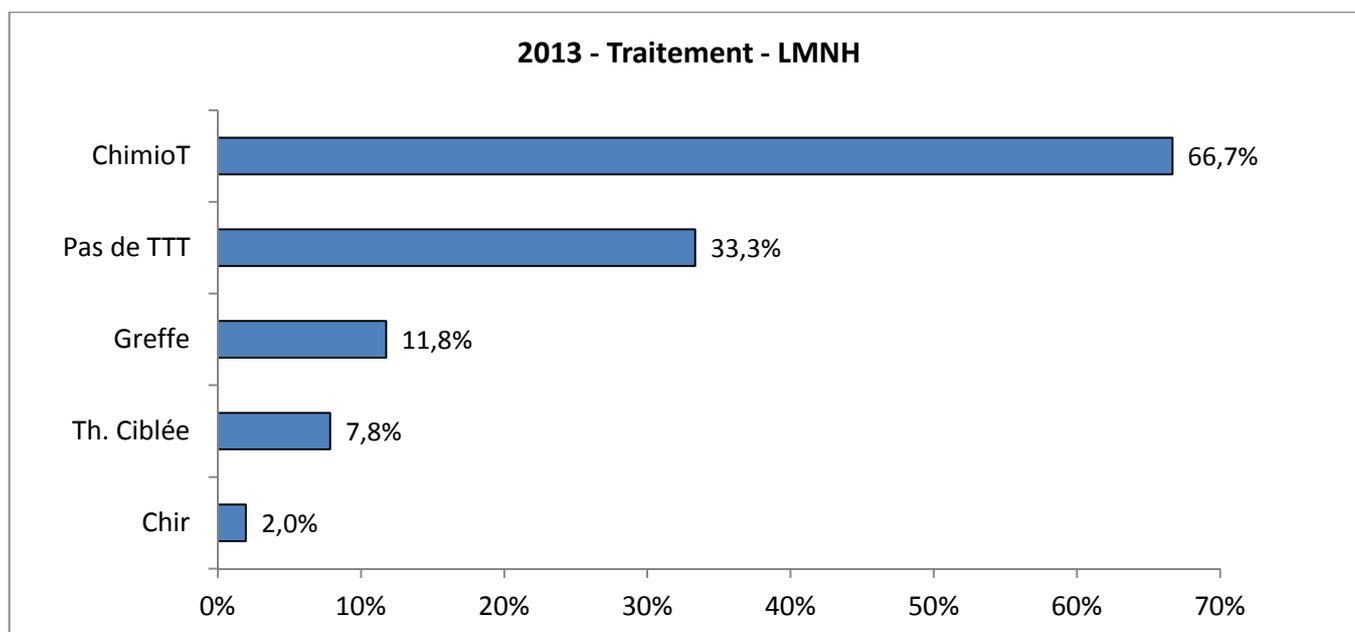


Figure 144 - *Hémopathies malignes, répartition selon les schémas thérapeutiques*

Incidences et comparaisons internationales

L'incidence standardisée des LMNH, chez les hommes et chez les femmes en NC est intermédiaire entre celle de la métropole, l'Australie et certains DOM.

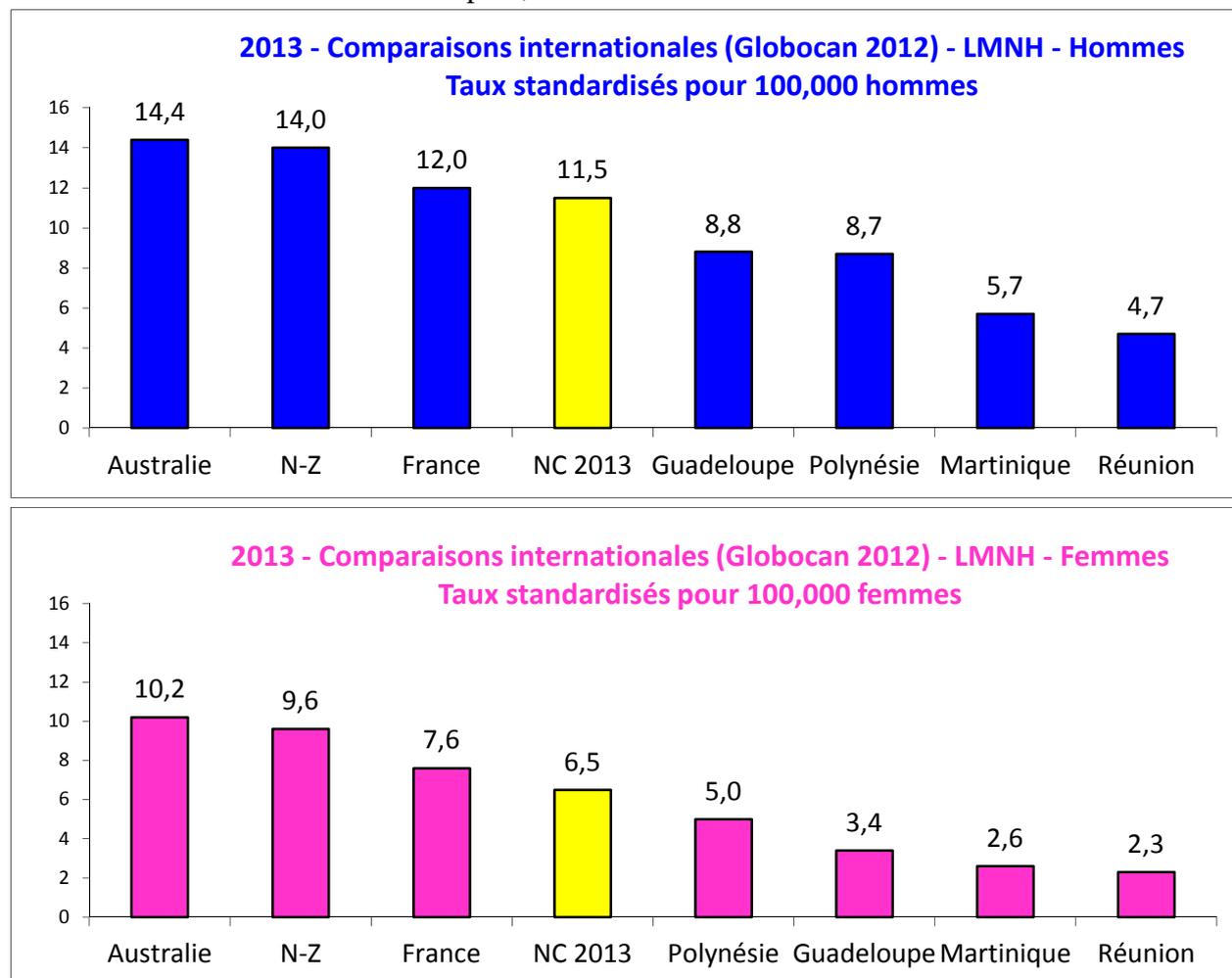


Figure 145 - Hémopathies malignes (hors SMD et SMC), comparaisons internationales des incidences selon le sexe

III-7.a Autres hémopathies :

Les autres hémopathies enregistrées pour l'année de diagnostic 2013 sont réparties de la manière suivante :

- 16 Syndromes myéloprolifératifs chroniques
- 11 Leucémies aiguës myéloïdes (LAM)
- 8 Syndromes myélodysplasiques
- 6 Lymphomes de Hodgkin (LH)

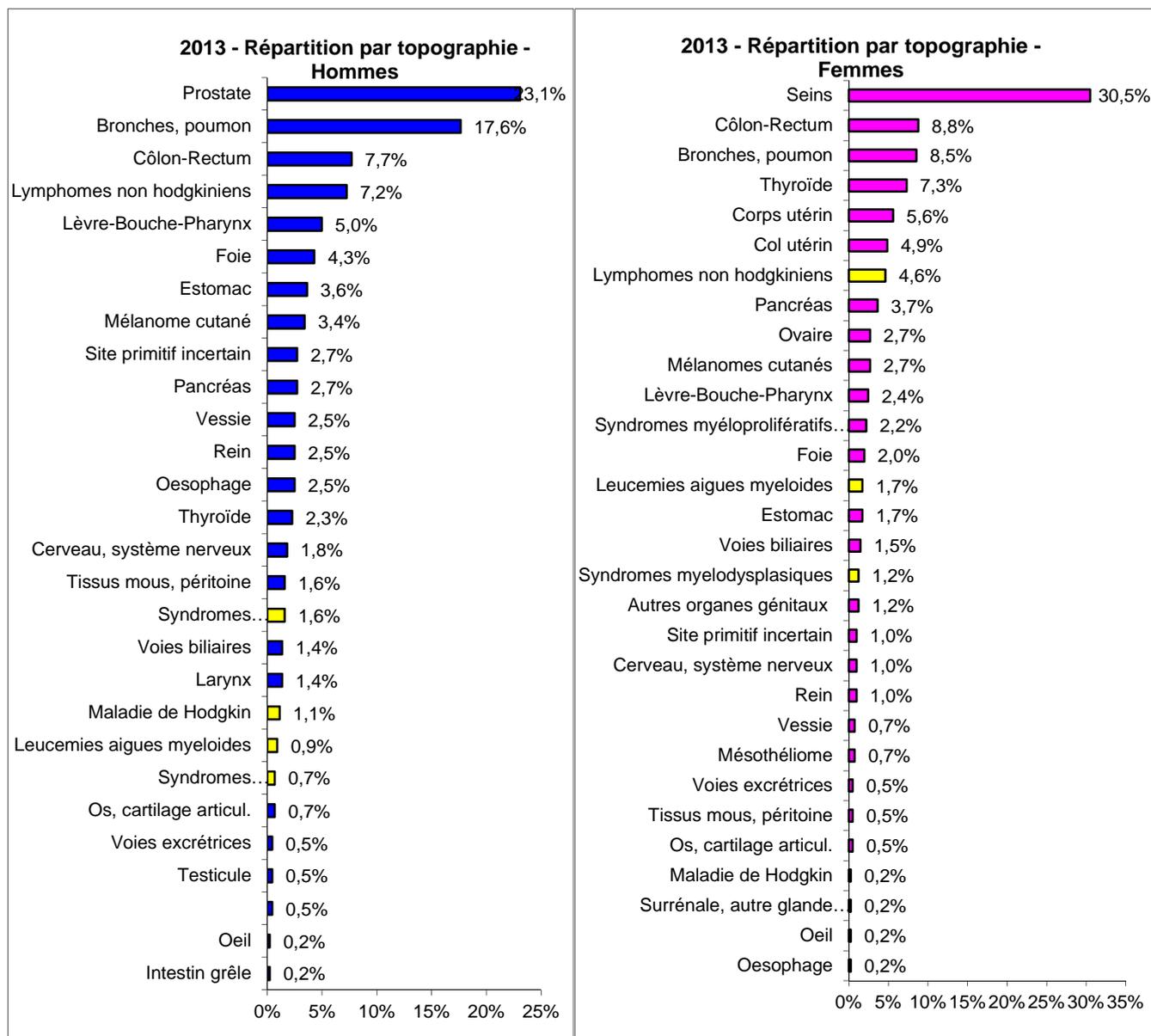


Figure 146 - Répartition des topographies selon le sexe

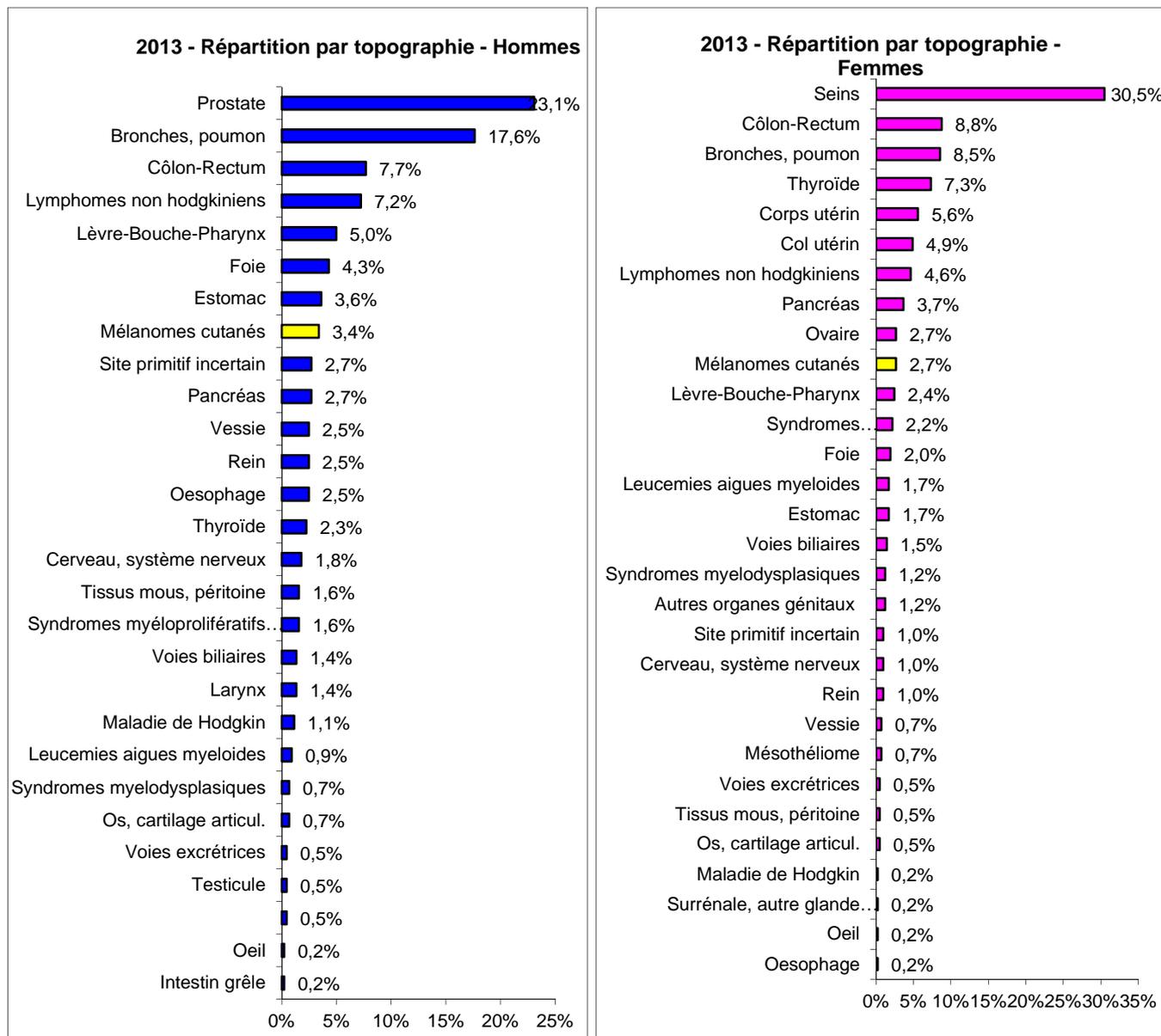
III-8 Cancers de la peau : mélanomes cutanés

Généralités

En 2013, le mélanome cutané est le 10^{ème} cancer le plus fréquent, tous sexes confondus, avec 26 cas enregistrés. Il se situe au 8^{ème} rang chez les hommes avec 15 cas, et au 9^{ème} chez les femmes avec 11 tumeurs. Le sex-ratio est de 1,4 hommes pour une femme.

Un patient a développé une autre tumeur primitive.

Au 31/11/2015, 3 (11,5%) patients étaient décédés, dont un seul suite à un mélanome (4%)



Figures 149 - Répartition des topographies selon le sexe

Les facteurs de risque décrits dans la littérature sont soit génétiques (mélanome héréditaire, maladie génétique, phénotype clair, phénotype naevique, ...), soit environnementaux (exposition aux rayons ultraviolets, système immunitaire affaibli).

Age

En 2013, l'âge au diagnostic est compris entre 32 et 86 ans, avec un âge moyen égal à 59 ans (médiane à 59 ans).

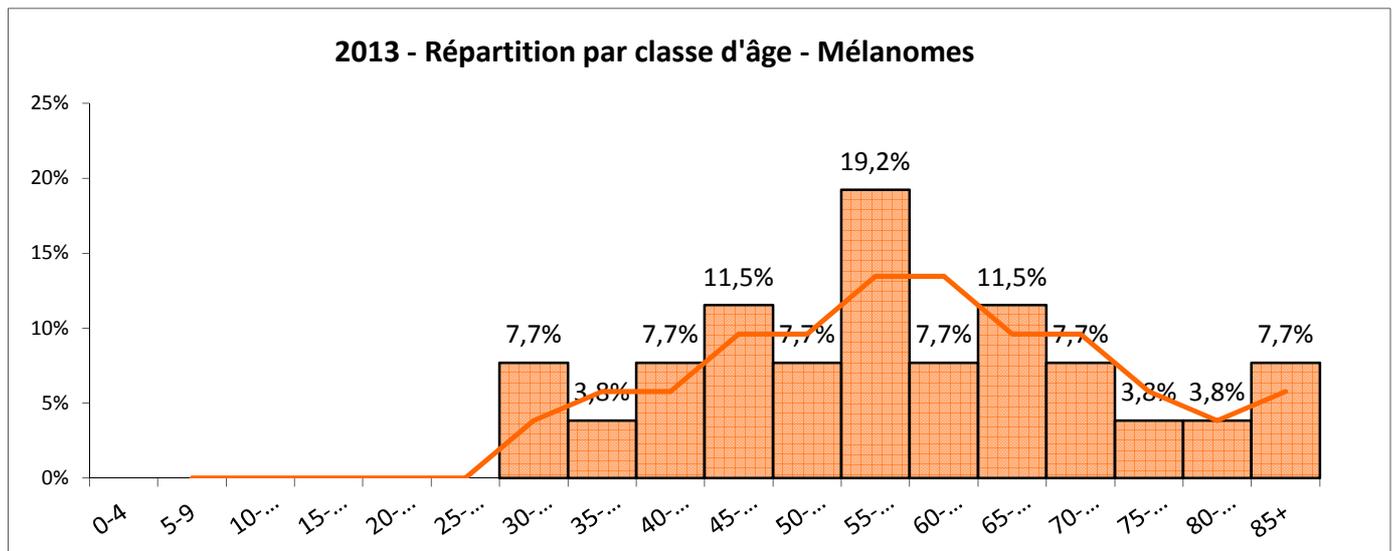


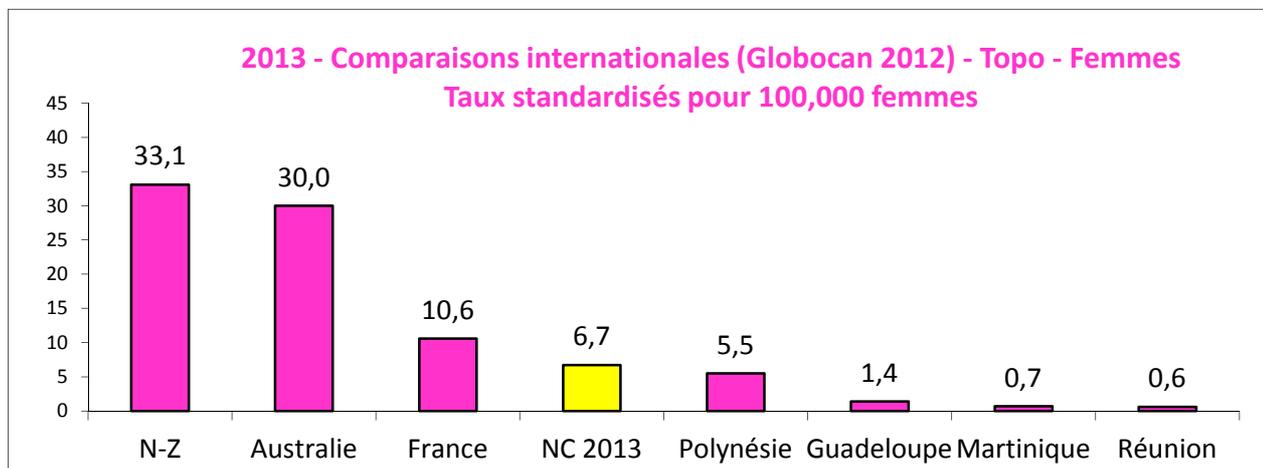
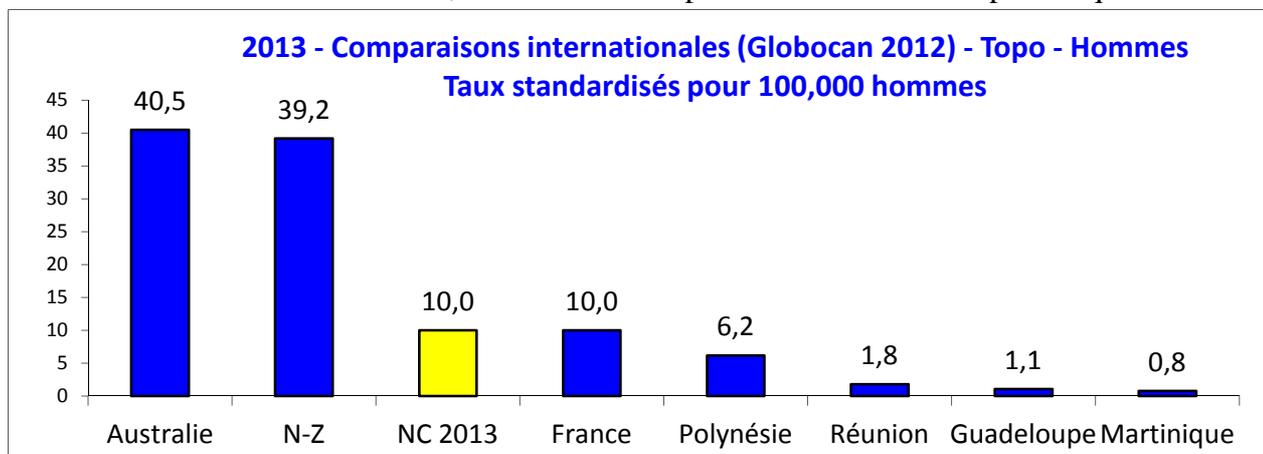
Figure 150 - Mélanomes, répartition par tranche d'âge

Provinces et Communautés

La communauté d'appartenance n'a pu être renseignée que pour 4 cas. Cela rend la description par communauté non pertinente. Tous les cas de mélanomes ont été diagnostiqués en province Sud.

Incidences et comparaisons internationales

Les incidences calédoniennes, sont nettement plus basses que celles des pays voisins comme l'Australie et la Nouvelle-Zélande, où ce cancer fait partie des 5 cancers les plus fréquents.



Figures 151 - Mélanomes malins, comparaisons internationales des incidences selon le sexe

III-9 Tumeurs du système nerveux central (SNC)

Généralités

En 2013, **27 tumeurs** du SNC ont été diagnostiquées. (13 chez les hommes et 14 chez les femmes). Il s'agissait de 13 tumeurs malignes et de 14 tumeurs considérées comme non malignes.

Les tumeurs invasives du SNC sont placées au 18^{ème} rang, tous sexes confondus (15^{ème} rang chez les hommes et au 19^{ème} chez les femmes). On observe un sex ratio égal à 1,6 hommes pour 1 femme. L'âge moyen au diagnostic est de 55 ans (de 6 à 85 ans).

Les tumeurs diagnostiquées étaient :

- 8 glioblastomes (61%)
- 3 Gliomes (23%)
- 1 astrocytome (8%)
- 1 lymphome (8%)

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 Mésothéliome

En 2013, 2 mésothéliomes ont été diagnostiqués, chez 2 femmes mélanésiennes résidant en province Nord âgées de 57 et 86 ans.

III-10.b Cancer des os et du cartilage

Ces cancers sont relativement rares, ainsi 5 tumeurs ont été diagnostiquées en 2013, 3 chez les hommes et 2 chez les femmes avec un âge moyen de 34 ans. L'incidence standardisée tous sexes confondus est de 1.8 pour 100.000 personnes.

III-10.c Cancer des tissus mous

Les tissus mous regroupent l'ensemble des tissus de soutien non osseux tels que les tissus conjonctifs, vasculaires, nerveux et adipeux.

Il a été enregistré en 2013 :

- 1 tumeur maligne sans diagnostic histologique du péritoine
- 2 histiocytomes
- 1 léiomyosarcome
- 2 tumeurs gastro-intestinales
- 2 tumeurs malignes de la gaine des nerfs périphériques.

III-10.d Autres sites

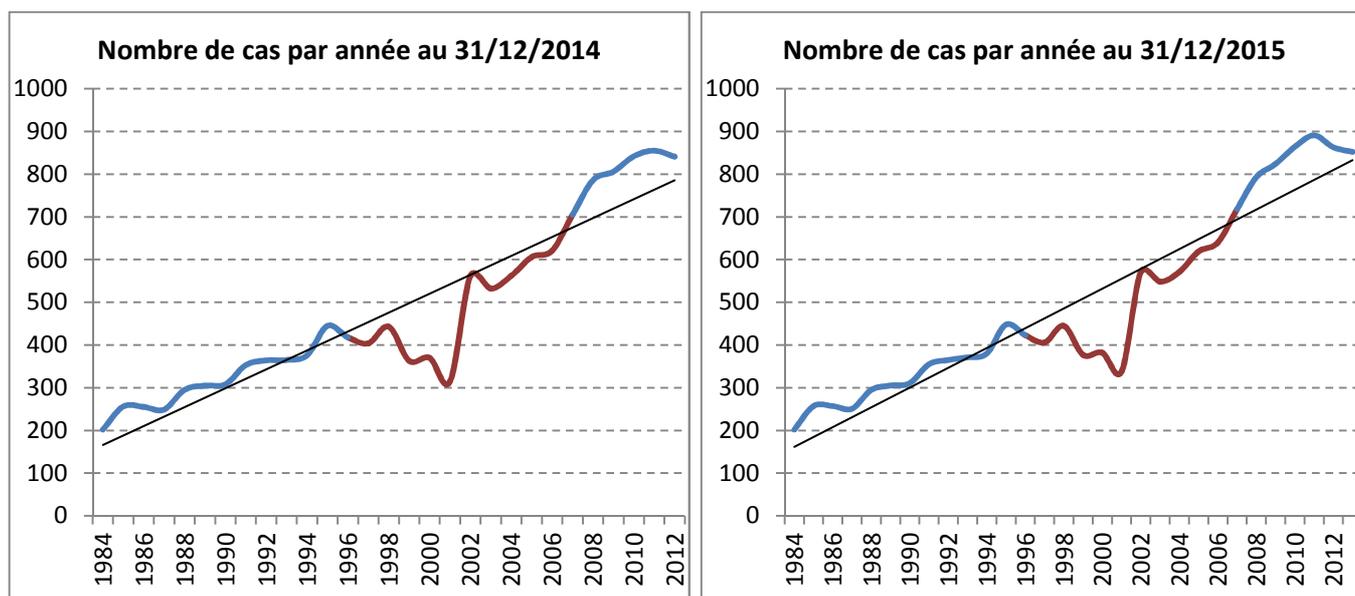
En 2013, il a été diagnostiqué :

- 2 tumeurs de l'œil
- 16 tumeurs de primitifs inconnus

IV. EVOLUTION 1985-2013 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 31/12/2015. 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 des cancers non enregistrés auparavant a eu 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. Malgré cet important rattrapage des cas antérieurs à 2008, qui se poursuit, l'incidence attendue entre les années 1997 et 2007 n'est pas encore atteinte.



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 d'exhaustivité.

IV-1 Appareil digestif

On observe une croissance importante du nombre de cancers du colon-rectum. Le nombre de nouveaux cas a été multiplié 3.4 entre 1985 et 2012. Cette croissance est plus importante que celle de la population qui a été multipliée par 1.6 au cours de la même période. L'incidence suit ainsi la même tendance et a été multipliée par 2 sur cette même période. En 2013, ce site reste le principal site digestif, aussi bien chez les hommes que chez les femmes, voit son nombre total baisser par rapport à 2012 (70 en 2013 contre 76 en 2012) du fait de la baisse chez les hommes (34 en 2013 contre 45 en 2012), alors que cette valeur a augmenté chez les femmes (36 en 2013 contre 31 en 2012).

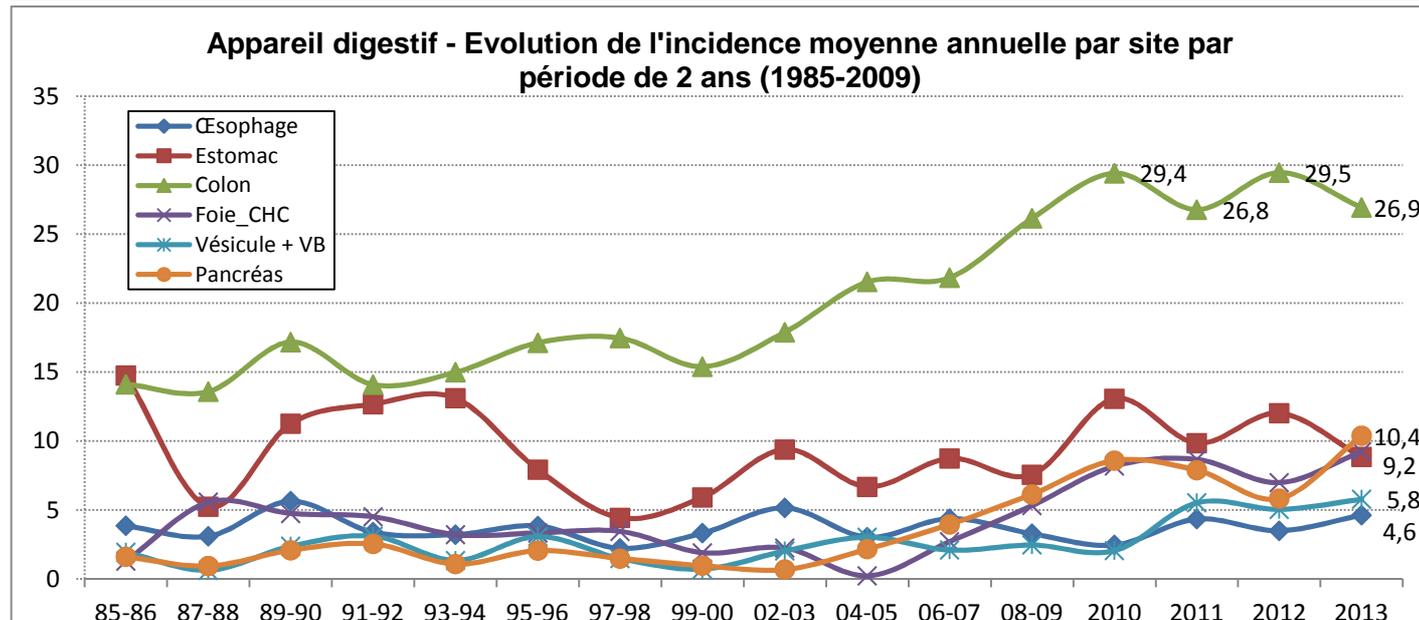
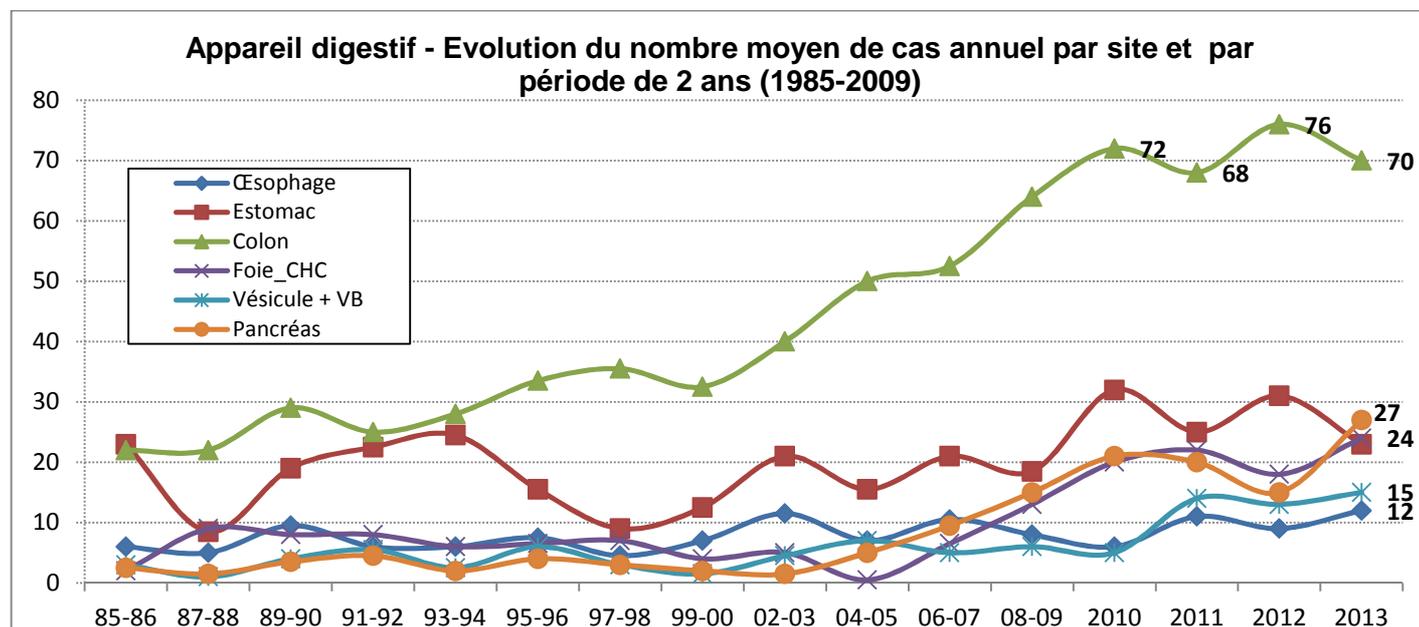
Le nombre de cancers du foie se situait en dessous de 7 nouveaux cas par an jusqu'en 2007. Depuis, on observe une augmentation du nombre annuel de cas avec des valeurs comprise entre 20 et 24 nouveaux cas par an. Ceci se traduit par une incidence qui a été multipliée par 1.7 entre 2008-2009 et 2013.

Le nombre de cancers de la vésicule biliaire et des voies biliaires évolue peu et restait un cancer rare jusqu'en 2010. Depuis 3 ans, ce nombre se situe autour de 14 nouveaux cas par an, soit le double des années précédentes.

Les cancers de l'estomac suivent une évolution en dent de scie, avec un nombre de cas annuel moyen autour de 27 pour ces 4 dernières années. L'incidence fluctue entre 4.4 et 13.1 selon les années avec des valeurs plus élevées au cours de la période 1989-1994, 2010 et 2012.

Le nombre et l'incidence des cancers de l'œsophage fluctuent peu restent à peu près stables.

Les cancers du pancréas, très rares au cours de la période 1985-2007 (nombre annuel moyen de 3 cas) ont vu leur nombre augmenter de manière importante depuis 2008-2009 avec un nombre moyen annuel de cas autour de 20 cas. L'incidence a été multipliée par 1.6 entre 2008-2009 et 2013.

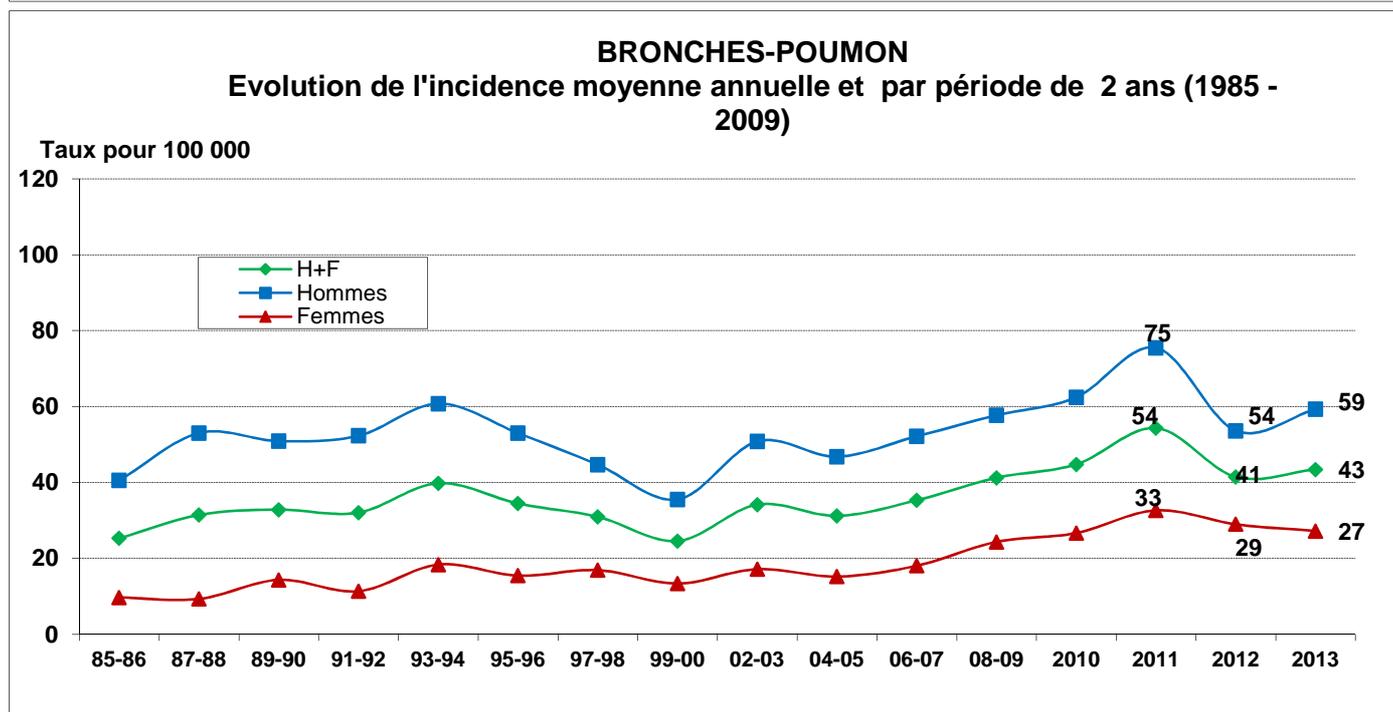
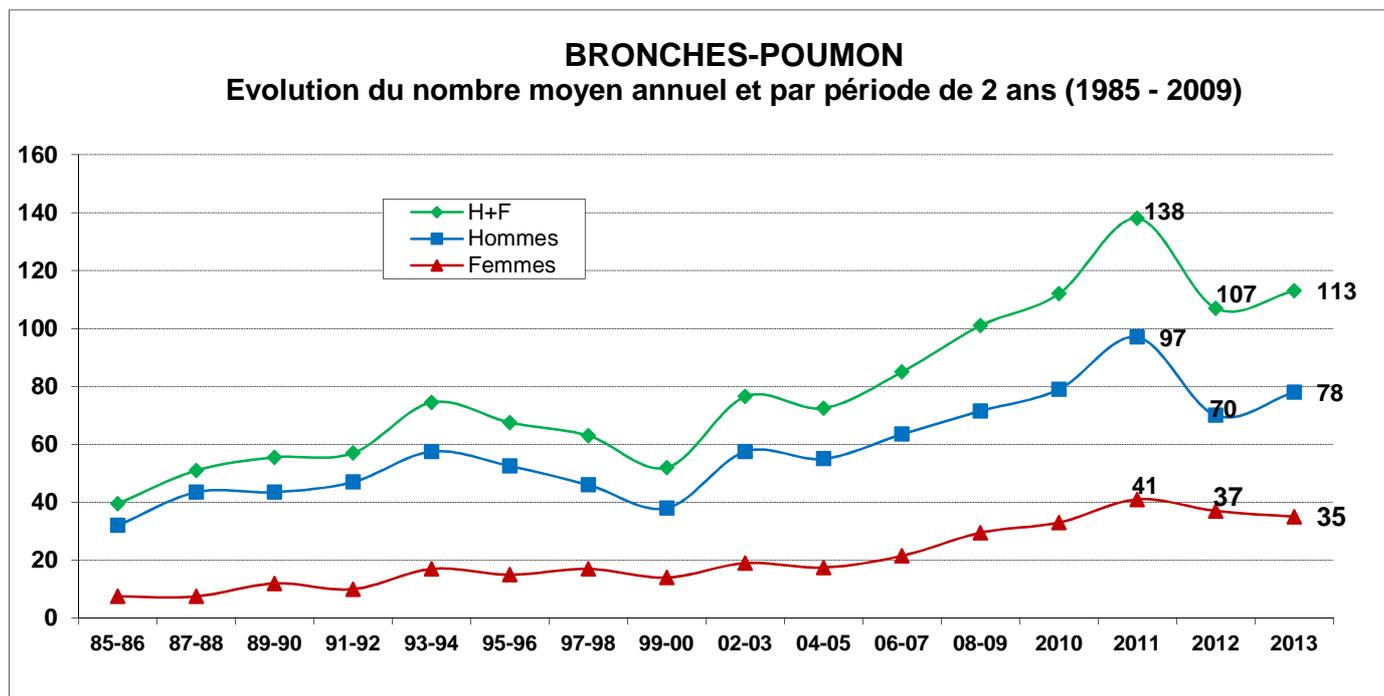


IV-2 Appareil respiratoire : bronches-poumon

Entre la période 1985-86 et 2013, tous sexes confondus, le nombre de cancers des bronches et du poumon a été multiplié par 2.9 ; et l'incidence multipliée par 1.7. Cette évolution est particulièrement importante chez les femmes par rapport aux hommes avec un nombre annuel multiplié par 4.7 (contre 2.4 chez les hommes) et une incidence multipliée par 2.8 (versus 1.5 chez les hommes).

A noter que cette croissance est plus importante au cours de la période 2000-2013, par rapport à 1985-2000. Entre 2000 et 2013, l'incidence a été multipliée par 2 pour les femmes et 1.7 pour les hommes, contre respectivement 1.4 et 0.9 au cours de la période 1985-2000.

En 2013, tous sexes confondus, comme le montre la figure suivante, on observe une légère augmentation du nombre de cas incidents et de l'incidence par rapport à 2012, année marquée par la 1^{ère} baisse depuis plus de 10 ans. Cette augmentation ne concerne que les hommes, puisque chez les femmes, cette baisse se poursuit.



IV-3 Femmes : appareil génital et seins

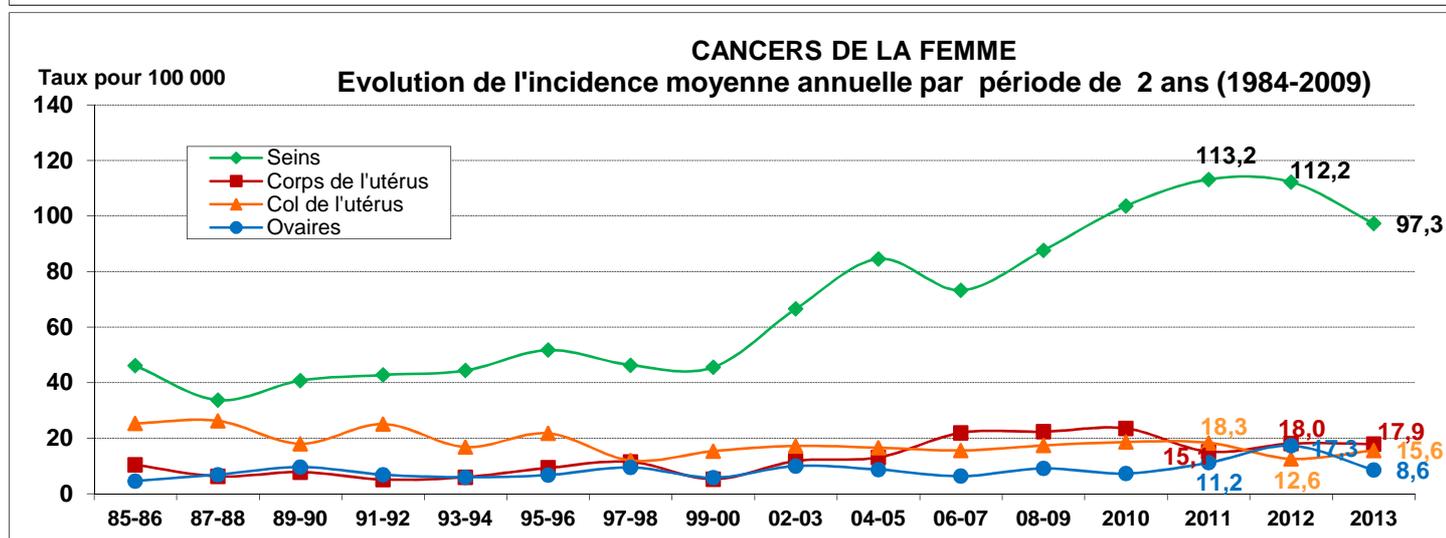
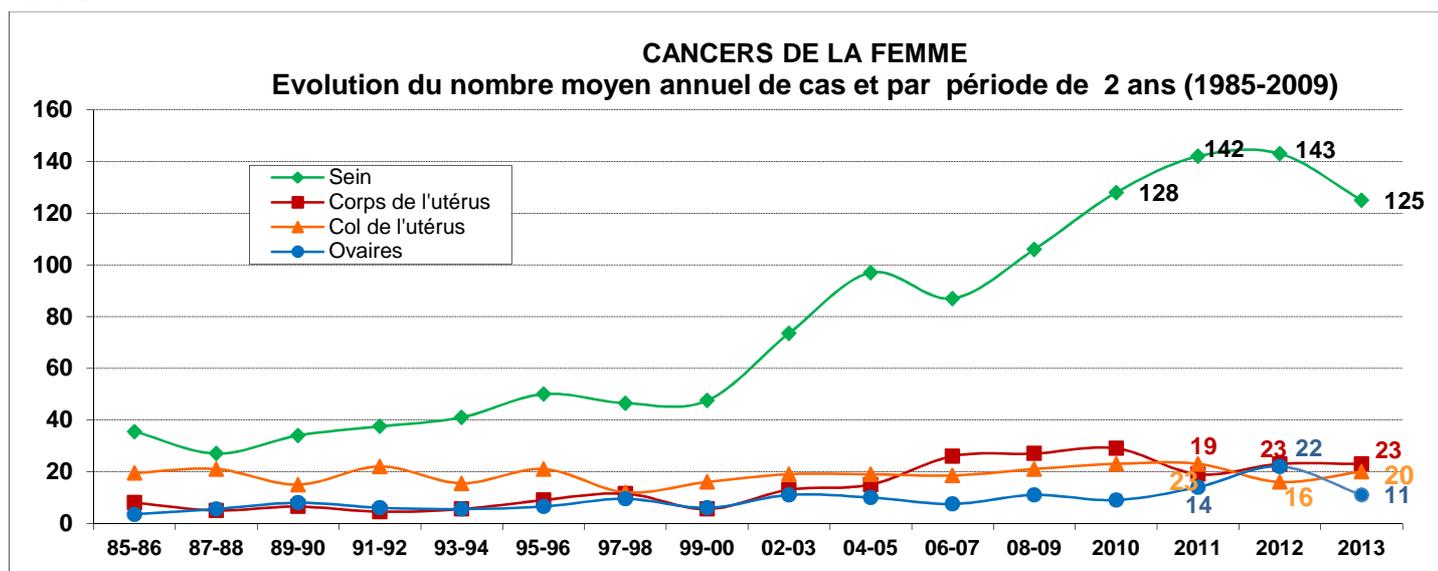
Les cancers du sein représentent la localisation la plus fréquente chez la femme. L'amélioration de l'accès aux soins, la mise en place du dépistage organisé en 2009, mais également l'évolution des modes de vie font que ce nombre a été multiplié par 4 entre 1985-86 et 2012, et l'incidence par 2.4 avec une pente très marquée entre 2007 et 2011 du fait de la mise en place de la première campagne de dépistage organisé. En 2013, le nombre de nouveaux cas ainsi que l'incidence ont diminué pour la première fois depuis 2006-2007.

Le nombre de cancers de l'endomètre a été multiplié par 2.9 entre 2013 et 1985-86 (1.7 pour l'incidence), toutefois depuis 3 ans cette valeur varie peu.

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 globalement tendance à baisser depuis 1985-86 (facteur multiplicatif égal à 0.6 entre 1985-86 et 2013). Cette valeur se situe au tour de 20 nouveaux cas par an et évolue peu depuis ces dernières années.

Le nombre de cancers de l'ovaire fluctue autour de 7 cas par an entre 1985-86 et 2010, a subi une augmentation en 2011 et 2013 avec respectivement, 14 cas en 2011 et 20 en 2012, pour diminuer en 2013. L'incidence qui varie entre 4 et 17.2 pour 100 000 femmes entre 1985 et 2012, année où elle a été la plus élevée, amorce une baisse en 2013.

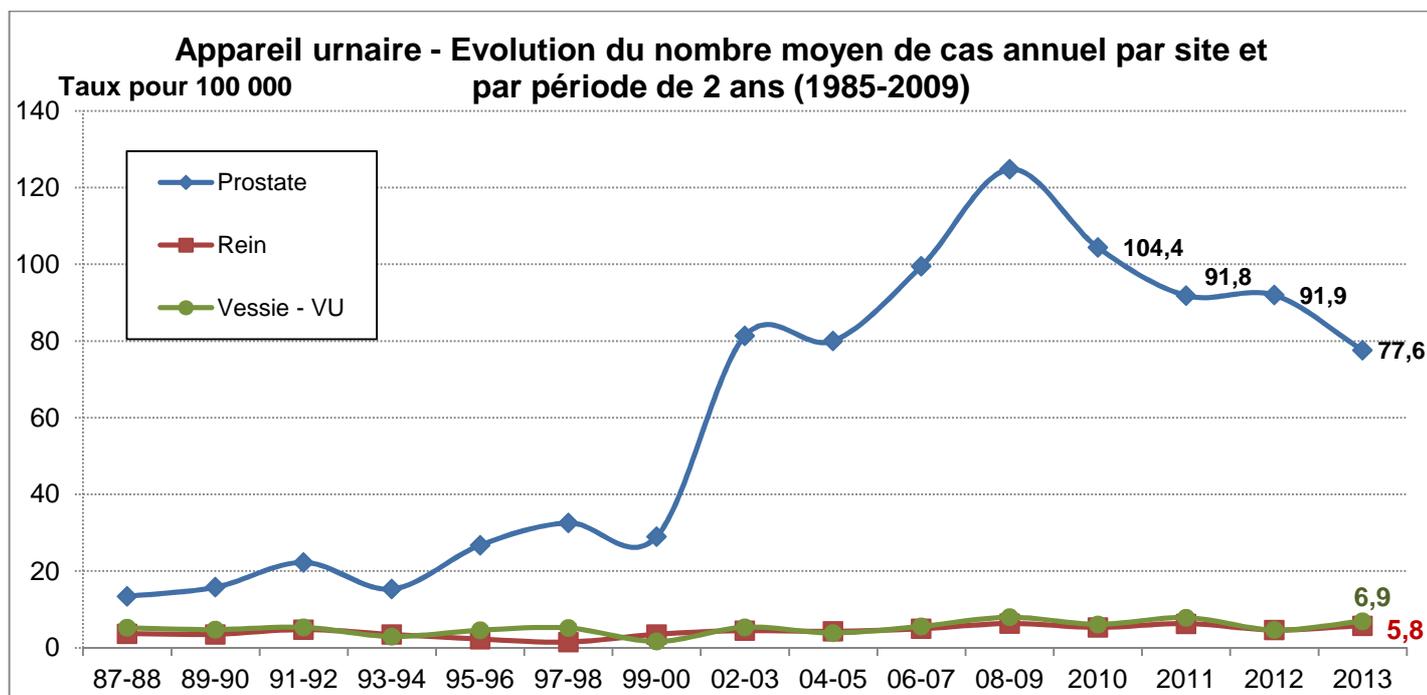
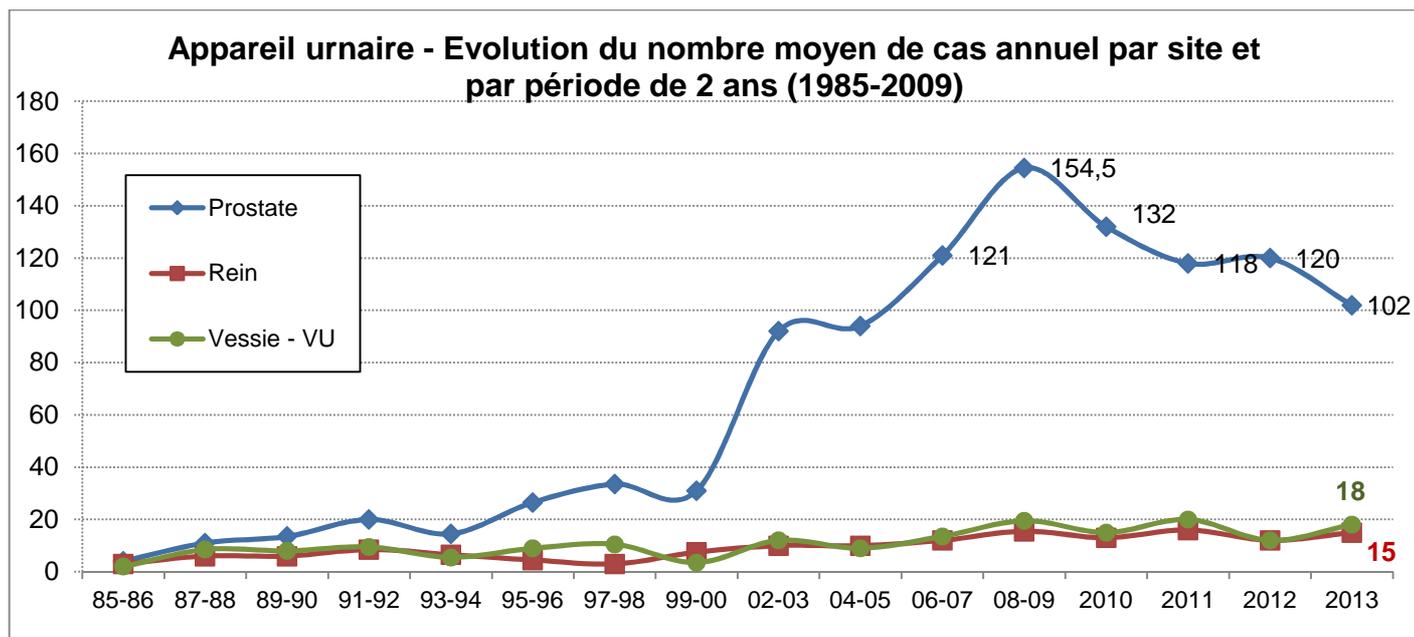
Les effectifs faibles de ces 3 dernières topographies, font que leurs fluctuations sont à interpréter avec réserve.



IV-4 Appareil urinaire

Le cancer de la prostate reste le premier cancer chez l'homme. Cette localisation a subi une augmentation fulgurante depuis le milieu des années 80 jusqu'en 2008. Depuis 2009, on observe une diminution du nombre régulière des tumeurs diagnostiquées avec 102 cas en 2013. 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 rapide.

Le nombre de cancers du rein évolue peu depuis les 5 dernières années, tout comme celui des cancers invasifs de la vessie.

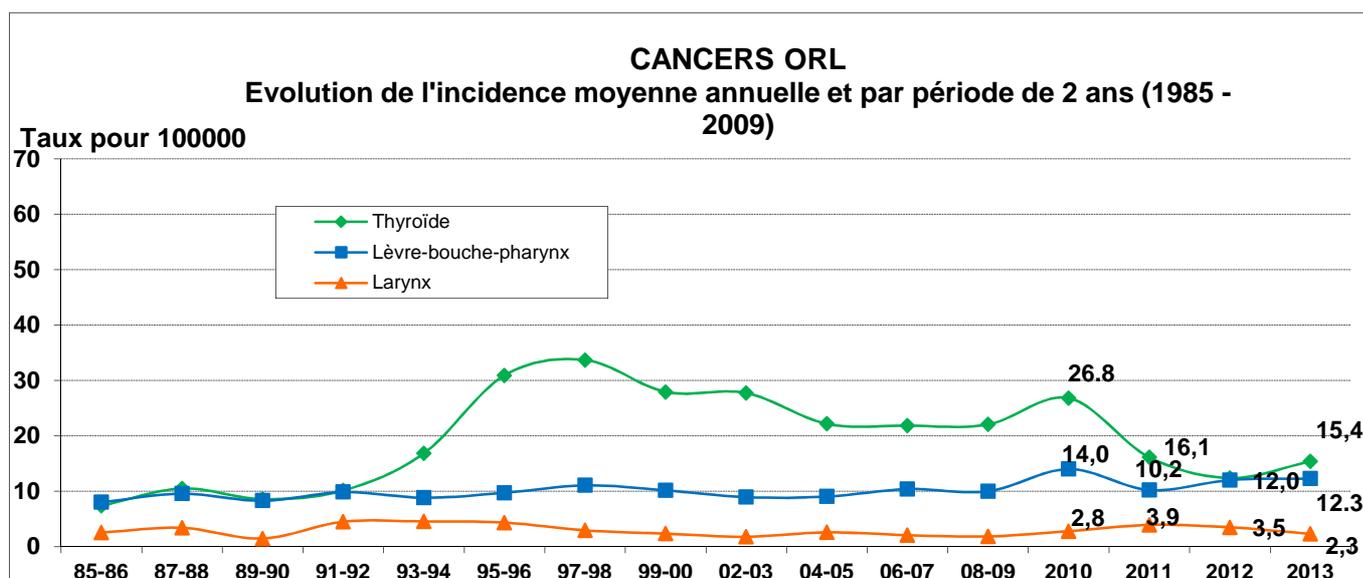
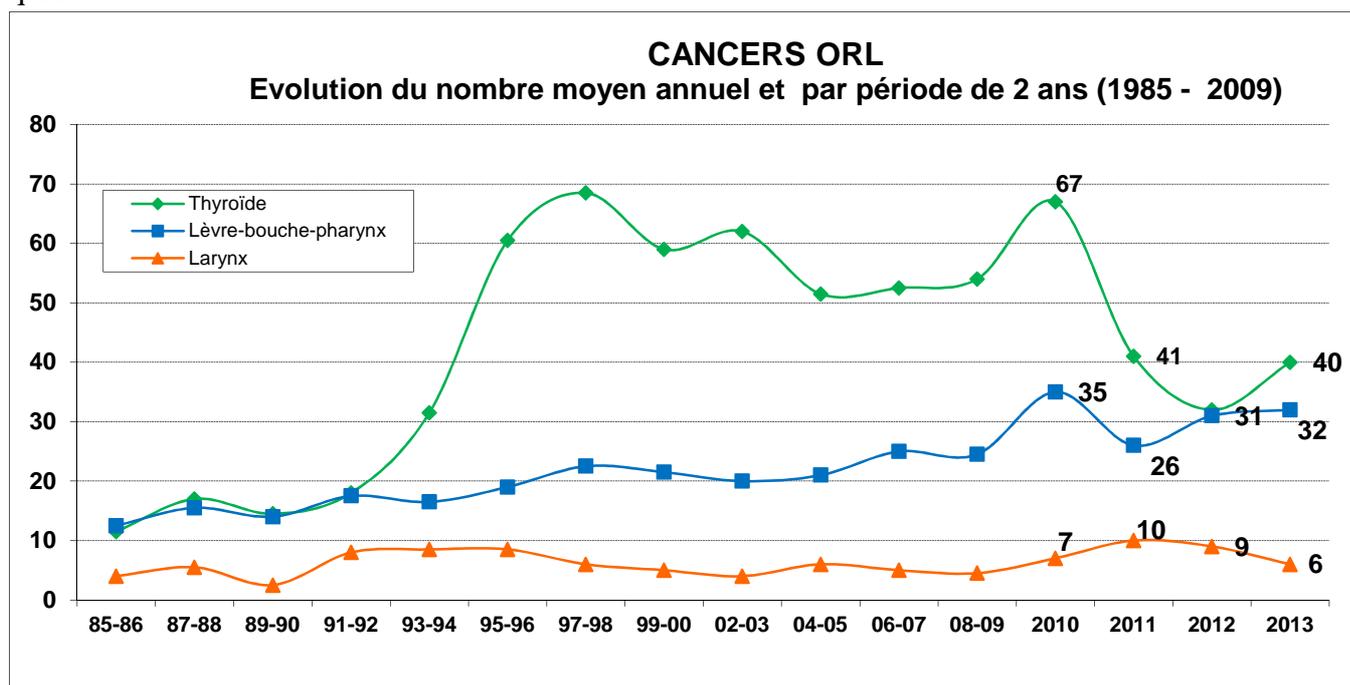


IV-5 Cancers de la sphère ORL

Le cancer de la thyroïde est le site le plus fréquent de la sphère ORL. Le nombre de cas annuel a fortement augmenté entre 1991 et 1998, pour se stabiliser autour de 60 cas par an jusqu'en 2003, puis 50 cas par an jusqu'en 2009. Après le pic observé en 2010, ce nombre a tendance à poursuivre sa baisse. et ensuite diminuer jusqu'en 2012. En 2013, on observe une augmentation. L'incidence suit les mêmes variations.

Le nombre de cancers des Lèvres-Bouche-Pharynx (LBP) suit une augmentation relativement régulière jusqu'en 2009, avec 25 cas par an. Depuis 2010, cette valeur oscille entre 35 et 26 cas par an.

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, qui ne cessaient de croître, indépendamment des mesures récentes mises en place de lutte contre le tabagisme, ont pour la 1^{ère} fois en 2012, et ce, depuis plus de 10 ans baissé.

De même depuis 2 ans, les cancers de la thyroïde voient leur incidence baisser.

V. PLACE DES CANCERS DANS LA MORTALITE

Avec **393 décès par tumeurs malignes** en 2013, les cancers représentent la première cause de mortalité tous sexes confondus (28.5%). Ce classement est identique dans les deux sexes et représente 30 % des décès chez les femmes et 27.6 % 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 peut témoigner d'un manque de cas incidents associé au mauvais pronostic de la maladie, ou d'une certification inexacte.

Toutefois, en raison du faible nombre annuel de cas diagnostiqués chaque année, et de leur variabilité d'une année sur l'autre, pour certains sites, et pour des cancers moins létaux, nous pouvons observer parfois un nombre de décès plus élevé que le nombre de cas incidents dans l'année.

Ainsi, on retrouve ainsi en 2013, tous sexes confondus, des valeurs strictement supérieures à 1 pour les topographies suivantes : intestin grêle pour lequel le nombre de cas est faible, et pour les sites autres et mal définis.

Lorsque l'on étudie ce rapport selon le sexe, on ne retrouve cette valeur supérieure à un que chez les femmes, il s'agit des 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,
- le 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 ;
- indépendamment du rapprochement effectué chaque année au fur et à mesure de la réception de certificats de décès avec le registre du cancer qui fait que la qualité du codage des certificats de décès s'améliore pour ce groupe, pour les sites mal définis, la recherche par le registre des dossiers cliniques permettant d'apporter des précisions sur la topographie non précisée par le médecin certificateur est plus longue, et ne peut être disponible au moment de l'analyse des données de mortalité.

VI. TABLEAUX DETAILLES PAR SITE (CIM10) NOMBRE DE NOUVEAUX CAS TOUS SEXES CONFONDUS (2013)

2013	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	32	0	0	0	0	0	0	0	0	1	5	2	5	7	2	6	2	0	2	3,8
Oesophage	12	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	3	1	5	1	0	1	0	1,4
Estomac	23	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	1	3	6	5	4	1	0	2,7
Intestin grêle	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0,1
Côlon-Rectum	70	0	0	0	0	0	0	1	1	1	6	5	7	7	16	12	8	2	4	8,2
Foie	27	0	0	0	0	0	0	0	1	2	2	2	6	0	6	3	2	2	1	3,2
Voies biliaires	12	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	4	3	0	4	0	1,4
Pancréas	27	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	4	5	6	2	2	1	4	3,2
Nez, sinus, oreil.moyen., aut. res	2	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0,2
Larynx	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	1	0	0	0	0	1	0,7
Bronche, poumon	113	0	0	0	0	0	0	1	0	7	5	9	12	23	19	15	9	9	4	13,3
Thymus, cœur, médiastin	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,0
Mésothéliome	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	2	0,4
Os, cartilage articul.	5	0	0	0	2	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0,6
Mélanomes cutanés	26	0	0	0	0	0	0	2	1	2	3	2	5	2	3	2	1	1	2	3,1
Autres tumeurs cutanées	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,0
Tissus mous, péritoine	9	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	0	1,1
Sein	125	0	0	0	0	0	1	0	4	13	14	20	20	15	13	18	4	1	2	14,7
Col utérin	20	0	0	0	0	0	0	0	2	1	1	2	2	4	2	2	1	2	1	2,3
Corps utérin	23	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	3	7	4	2	0	0	2	1	2,7
Ovaire	11	0	0	0	0	0	0	1	0	3	0	0	2	1	3	0	1	0	0	1,3
Autres organes génitaux F	5	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0,6
Prostate	102	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	10	15	23	27	14	5	4	12,0
Testicule	2	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,2
Autres organes génitaux M	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,0
Rein	15	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	2	1	2	2	1	3	2	0	1,8
Voies excrétrices	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	1	0,5
Vessie	14	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	4	1	2	2	1	1	1	1,6
Oeil	2	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0,2
Cerveau, système nerveux	12	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	3	1	1	2	1	0	0	1	1,4
Thyroïde	40	0	0	0	2	0	4	1	0	2	5	8	6	6	2	3	1	0	0	4,7
Surrénale, autre glande endocrin	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0,1
Maladie de Hodgkin	6	0	0	0	0	0	1	0	3	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0,7
Lymphomes non hodgkinien	51	2	1	0	0	0	0	0	0	3	7	6	3	8	5	7	3	4	2	6,0
Leucémies aiguës myéloïdes	11	1	0	0	0	0	0	0	1	2	2	0	1	0	1	1	1	1	0	1,3
Syndromes myéloprolifératifs chr	16	0	0	1	1	0	0	0	0	0	1	4	2	1	1	2	0	2	1	1,9
Syndromes myelodysplasiques	8	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0	1	3	0,9
Site primitif incertain	16	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	4	2	3	1	0	2	1	1	1,9
TOTAL	852	4	2	1	5	0	7	8	21	46	61	84	110	115	129	115	61	45	38	100,0

VI-1 Hommes : nombre de cas par site et groupe d'âge (2013)

HOMMES 2013	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	0	0	1	3	1	5	6	2	2	1	0	1	5,0%
Oesophage	11	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	1	5	1	0	1	0	2,5%
Estomac	16	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	4	5	2	1	0	3,6%
Intestin grêle	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0,2%
Côlon-Rectum	34	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3	2	4	5	7	4	3	2	3	7,7%
Foie	19	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2	2	4	0	5	2	1	1	0	4,3%
Voies biliaires	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	0	2	0	1,4%
Pancréas	12	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	3	3	2	0	2	0	1	2,7%
Nez, sinus, oreil.moyen., aut. resp	2	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0,5%
Larynx	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	1	0	0	0	0	1	1,4%
Bronches, poumon	78	0	0	0	0	0	0	1	0	4	1	7	9	16	14	9	8	6	3	17,6%
Thymus, cœur, médiastin	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,0%
Mésothéliome	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,0%
Os, cartilage articul.	3	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0,7%
Mélanome cutané	15	0	0	0	0	0	0	2	0	1	0	0	4	2	3	2	0	1	0	3,4%
Autres tumeurs cutanées	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,0%
Tissus mous, péritoine	7	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1	1	1	1	1	0	1,6%
Sein	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,0%
Prostate	102	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	10	15	23	27	14	5	4	23,1%
Testicule	2	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,5%
Autres organes génitaux	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,0%
Rein	11	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	2	1	0	2	1	3	0	0	2,5%
Voies excrétrices	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0,5%
Vessie	11	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	3	0	2	2	1	0	1	2,5%
Oeil	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0,2%
Cerveau, système nerveux	8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3	0	1	1	1	0	0	1	1,8%
Thyroïde	10	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	2	3	2	1	1	0	0	0	2,3%
Surrénale, autre glande endocrine	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,0%
Maladie de Hodgkin	5	0	0	0	0	0	0	0	3	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1,1%
Lymphomes non hodgkinien	32	2	1	0	0	0	0	0	0	0	6	3	2	6	3	5	1	2	1	7,2%
Leucémies aiguës myéloïdes	4	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0,9%
Syndromes myéloprolifératifs chroniques	7	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	2	0	1	0	1,6%
Syndromes myelodysplasiques	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	2	0,7%
Site primitif incertain	12	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	4	1	2	1	0	2	0	1	2,7%
TOTAL	442	2	1	1	2	0	1	3	10	11	22	35	60	65	79	68	40	23	19	100,00%

VI-2 Femmes : nombre de cas par site et groupe d'âge (2013)

FEMMES 2013	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	10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1	0	1	0	4	1	0	1	2,4%
Oesophage	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0,2%
Estomac	7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2	2	0	2	0	0	1,7%
Intestin grêle	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,0%
Côlon-Rectum	36	0	0	0	0	0	0	1	1	0	3	3	3	2	9	8	5	0	1	8,8%
Foie	8	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	2	0	1	1	1	1	1	2,0%
Voies biliaires	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	1	0	2	0	1,5%
Pancréas	15	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	2	4	2	0	1	3	3,7%
Nez, sinus, oreil.moyen., aut. resp	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,0%
Larynx	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,0%
Bronches, poumon	35	0	0	0	0	0	0	0	0	3	4	2	3	7	5	6	1	3	1	8,5%
Thymus, cœur, médiastin	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,0%
Mésotéliome	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	2	0,7%
Os, cartilage artícul.	2	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,5%
Mélanomes cutanés	11	0	0	0	0	0	0	0	1	1	3	2	1	0	0	0	1	0	2	2,7%
Autres tumeurs cutanées	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,0%
Tissus mous, péritoine	2	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,5%
Sein	125	0	0	0	0	0	1	0	4	13	14	20	20	15	13	18	4	1	2	30,5%
Col utérin	20	0	0	0	0	0	0	0	2	1	1	2	2	4	2	2	1	2	1	4,9%
Corps utérin	23	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	3	7	4	2	0	0	2	1	5,6%
Ovaire	11	0	0	0	0	0	0	1	0	3	0	0	2	1	3	0	1	0	0	2,7%
Autres organes génitaux	5	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1	1	0	1	0	0	0	0	0	1,2%
Rein	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	2	0	1,0%
Voies excrétrices	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0,5%
Vessie	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	1	0	0,7%
Oeil	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,2%
Cerveau, système nerveux	4	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	1,0%
Thyroïde	30	0	0	0	1	0	4	1	0	2	5	6	3	4	1	2	1	0	0	7,3%
Surrénale, autre glande endocrine	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0,2%
Maladie de Hodgkin	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,2%
Lymphomes non hodgkinien	19	0	0	0	0	0	0	0	0	3	1	3	1	2	2	2	2	2	1	4,6%
Leucémies aiguës myéloïdes	7	1	0	0	0	0	0	0	0	1	2	0	0	0	1	1	0	1	0	1,7%
Syndromes myéloprolifératifs chroniques	9	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	4	1	0	1	0	0	1	1	2,2%
Syndromes myelodysplasiques	5	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1	1,2%
Site primitif incertain	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	0	0	1	0	1,0%
TOTAL	410	2	1	0	3	0	6	5	11	35	39	49	50	50	50	47	21	22	19	100%

VI-3 Hommes : taux d'incidence par site et groupe d'âge (2013)

INCIDENCE HOMMES 2013	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	16,73	0	0	0	0	0	0	0	0	9,90	32,93	13,22	81,34	113,92	47,65	70,57	55,19	0	147,28	15,17	
Oesophage	8,37	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	48,80	18,99	119,13	35,29	0,00	97,28	0	7,48	
Estomac	12,17	0	0	0	0	0	0	0	0	0	10,98	13,22	16,27	18,99	95,31	176,43	110,38	97,28	0,00	10,71	
Intestin grêle	0,76	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	18,9861	0	0	0	0	0	0	0,76
Côlon-Rectum	25,86	0	0	0	0	0	0	0	0	9,90	32,93	26,45	65,07	94,93	166,79	141,14	165,56	194,55	441,83	22,96	
Foie	14,45	0	0	0	0	0	0	0	10,17	9,90	21,95	26,45	65,07	0,00	119,13	70,57	55,19	97,28	0	12,47	
Voies biliaires	4,56	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00	47,65	70,57	0	194,55	0	3,81	
Pancréas	9,13	0	0	0	0	0	0	0	0	0	10,98	0	48,80	56,96	47,65	0,00	110,38	0	147,28	8,16	
Nez, sinus, oreil.moyen., aut. resp	1,52	0	0	0	0	0	0	0	0	9,90	0	0	16,27	0	0	0	0	0	0	0	1,24
Larynx	4,56	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	26,45	32,54	18,99	0	0	0	0	0	147,28	4,12
Bronches, poumon	59,32	0	0	0	0	0	0	10,25	0	39,59	10,98	92,57	146,41	303,78	333,57	317,57	441,50	583,66	441,83	52,19	
Thymus, cœur, médiastin	0,00	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00	0	0	0	0	0	0	0,00
Mésothéliome	0,00	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00
Os, cartilage articl.	2,28	0	0	0	8,82	0	0	0	10,17	0	0	0	16,27	0	0	0	0	0	0	0	2,06
Mélanome cutané	11,41	0	0	0	0	0	0	20,50	0	9,90	0	0	65,07	37,97	71,48	70,57	0,00	97,28	0	9,99	
Autres tumeurs cutanées	0,00	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00	0,00	0	0,00	0	0	0	0,00
Tissus mous, péritoine	5,32	0	0	0	0	0	0	0	10,17	0	10,98	0	0	18,99	23,83	35,29	55,19	97,28	0	4,49	
Sein	0,00	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00	0	0	0	0	0,00
Prostate	77,58	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	52,90	162,68	284,79	548,01	952,72	772,63	486,38	589,10	69,14	
Testicule	1,52	0	0	0	0	0	10,09	0	10,17	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1,42
Autres organes génitaux	0,00	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00
Rein	8,37	0	0	0	0	0	0	0	10,17	0	10,98	26,45	16,27	0	47,65	35,29	165,56	0,00	0,00	7,03	
Voies excrétrices	1,52	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	16,2681	0	23,8265	0	0	0	0	0	1,37
Vessie	8,37	0	0	0	0	0	0	0	10,17	0	0	13,22	48,80	0	47,65	70,57	55,19	0,00	147,28	7,35	
Oeil	0,76	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	13,22	0	0	0	0	0	0	0	0	0,66
Cerveau, système nerveux	6,08	0	0	0	0	0	0	0	0	0	10,98	39,67	0	18,99	23,83	35,29	0	0	147,28	5,56	
Thyroïde	7,61	0	0	0	8,82	0	0	0	0	0	0	26,45	48,80	37,97	23,83	35,29	0	0	0	7,01	
Surrénale, autre glande endocrine	0,00	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00
Maladie de Hodgkin	3,80	0	0	0	0	0	0	0	30,52	9,90	0	0	0	18,99	0	0	0	0	0	0	3,18
Lymphomes non hodgkinien	24,34	19,29	9,41	0	0	0	0	0	0	0	65,85	39,67	32,54	113,92	71,48	176,43	55,19	194,55	147,28	22,98	
Leucémies aiguës myéloïdes	3,04	0	0,00	0	0	0	0	0	10,17	9,90	0	0	16,27	0	0	0	55,19	0	0	2,41	
Syndromes myéloprolifératifs chroniques	5,32	0	0	8,77	0	0	0	0	0	0	10,98	0	16,27	18,99	0	70,57	0	97,28	0	4,76	
Syndromes myelodysplasiques	2,28	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	35,29	0	0	294,55	2,18	
Site primitif incertain	9,13	0,00	0	0,00	0,00	0	0	0	0	0	10,98	52,90	16,27	37,97	23,83	0	110,38	0	147,28	8,03	
TOTAL	336,17	19,29	9,41	8,77	17,64	0,00	10,09	30,75	101,73	108,88	241,47	462,84	976,09	1234,10	1882,30	2399,44	2207,51	2237,35	2798,23	298,67	

VI-4 Femmes : taux d'incidence par site et groupe d'âge (2013)

INCIDENCE FEMMES 2013	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	7,78	0	0	0	0	0	0	0	0	0	22,69	13,49	0	20,51	0	129,12	49,55	0	91,83	6,39
Oesophage	0,78	0	0	0	0	0	0	0	0	0	11,34	0	0	0	0	0	0	0	0	0,68
Estomac	5,45	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	13,49	0	41,02	50,31	0	99,11	0	0	4,82
Intestin grêle	0,00	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00	0	0	0	0	0	0	0	0,00
Côlon-Rectum	28,01	0	0	0	0	0	0	10,16	10,09	0	34,03	40,47	50,55	41,02	226,42	258,23	247,77	0	91,83	23,84
Foie	6,22	0	0	0	0	0	0	0	0	10,03	0	0	33,70	0	25,16	32,28	49,55	72,73	91,83	4,67
Voies biliaires	4,67	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	20,51	50,31	32,28	0	145,45	0	3,70
Pancréas	11,67	0	0	0	0	0	0	0	0	10,03	0	13,49	16,85	41,02	100,63	64,56	0	72,73	275,48	9,64
Nez, sinus, oreil.moyen., aut. resp	0,00	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00
Larynx	0,00	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00
Bronches, poumon	27,23	0	0	0	0	0	0	0	0	30,10	45,38	26,98	50,55	143,56	125,79	193,67	49,55	218,18	91,83	23,33
Thymus, cœur, médiastin	0,00	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00
Mésothéliome	2,33	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	16,85	0	0	0	0	0	183,65	1,59
Os, cartilage articul.	1,56	0	0	0	9,38	0	0	0	0	10,03	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1,45
Mélanomes cutanés	8,56	0	0	0	0	0	0	0	10,09	10,03	34,03	26,98	16,85	0	0	0	49,55	0	183,65	6,69
Autres tumeurs cutanées	0,00	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00
Tissus mous, péritoine	1,56	0	0	0	0	0	0	10,16	0	10,03	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1,21
Sein	97,26	0	0	0	0	0	10,28	0	40,35	130,42	158,82	269,80	336,98	307,63	327,04	581,02	198,22	72,73	183,65	84,57
Col utérin	15,56	0	0	0	0	0	0	0	20,17	10,03	11,34	26,98	33,70	82,03	50,31	64,56	49,55	145,45	91,83	12,95
Corps utérin	17,90	0	0	0	0	0	0	10,16	10,09	10,03	11,34	40,47	117,94	82,03	50,31	0	0	145,45	91,83	15,22
Ovaire	8,56	0	0	0	0	0	0	10,16	0	30,10	0	0	33,70	20,51	75,47	0	49,55	0	0	7,34
Autres organes génitaux	3,89	0	0	0	0	0	0	0	0	20,06	11,34	13,49	0	20,51	0	0	0	0	0	3,38
Rein	3,11	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	41,02	0	0	0	145,45	0	2,37
Voies excrétrices	1,56	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	49,55	0	91,83	0,95
Vessie	2,33	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	16,85	20,51	0	0	0	72,73	0	1,86
Oeil	0,78	0	0	0	0	0	0	0	10,09	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,61
Cerveau, système nerveux	3,11	0	10,05	0	0	0	0	0	0	10,03	0	0	16,85	0	25,16	0	0	0	0	3,04
Thyroïde	23,34	0	0	0	9,38	0	41,11	10,16	0	20,06	56,72	80,94	50,55	82,03	25,16	64,56	49,55	0	0	21,24
Surrénale, autre glande endocrine	0,78	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	72,73	0	0,36
Maladie de Hodgkin	0,78	0	0	0	0	0	10,28	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,82
Lymphomes non hodgkinien	14,78	0	0	0	0	0	0	0	0	30,10	11,34	40,47	16,85	41,02	50,31	64,56	99,11	145,45	91,83	11,80
Leucémies aiguës myéloïdes	5,45	10,25	0	0	0	0	0	0	0	10,03	22,69	0	0	0	25,16	32,28	0	72,73	0	4,96
Syndromes myéloprolifératifs chroniques	7,00	0	0	0	9,38	0	0	0	0	0	0	53,96	16,85	0	25,16	0	0	72,73	91,83	5,79
Syndromes myelodysplasiques	3,89	10,25	0	0	0	0	0	0	10,09	0	0	0	0	0	25,16	0	0	72,73	91,83	3,41
Site primitif incertain	3,11	0	0	0	0	0	0	0	0	0	11,34	0	16,85	20,51	0	0	0	72,73	0	2,54
TOTAL	319,02	20,49	10,05	0,00	28,13	0,00	61,67	50,80	110,95	351,12	442,43	661,00	842,46	1025,43	1257,86	1517,11	1040,63	1600,00	1744,72	271,22

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 2013

Population mondiale : Waterhouse 1976 (IARC)

Documents de références

Cours TSEEC (*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

III-2 Cancer de la prostate

Généralités

En 2013, le cancer de la prostate est le cancer le plus fréquent chez les hommes avec **102 nouveaux cas**.

6% des patients avaient développé une autre tumeur primitive (n=6).

Au 31/11/2015, 15 (15%) patients étaient décédés, dont 6 (5.9 %) patients suite au cancer de la prostate.

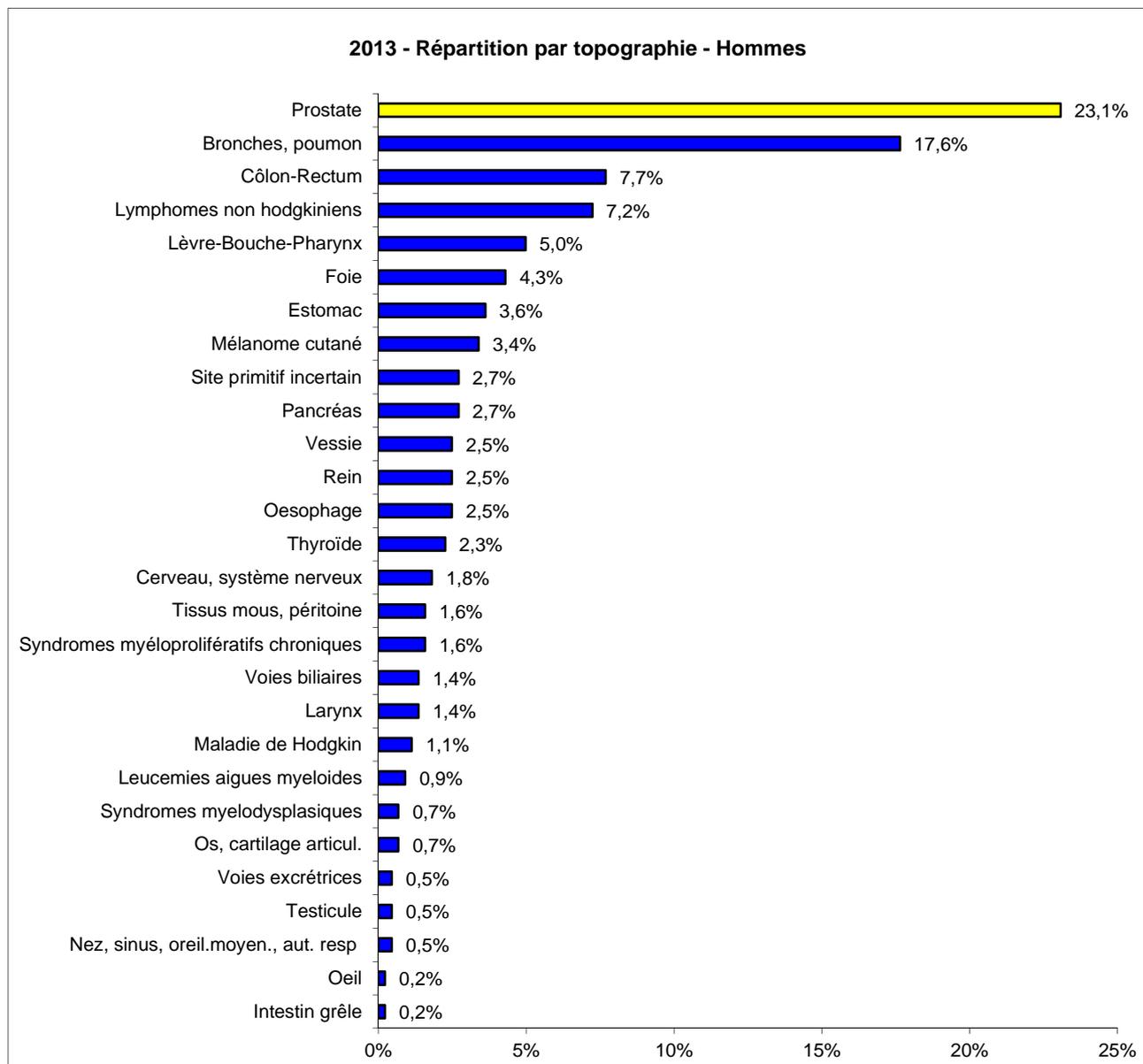


Figure 52 - Répartition des cancers chez l'homme

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

Age au diagnostic

En 2013, l'âge au diagnostic est compris entre 51 et 89 ans, avec un âge moyen égal à 69 ans (médiane à 68,5 ans). 14 patients avaient moins de 60 ans lors du diagnostic.

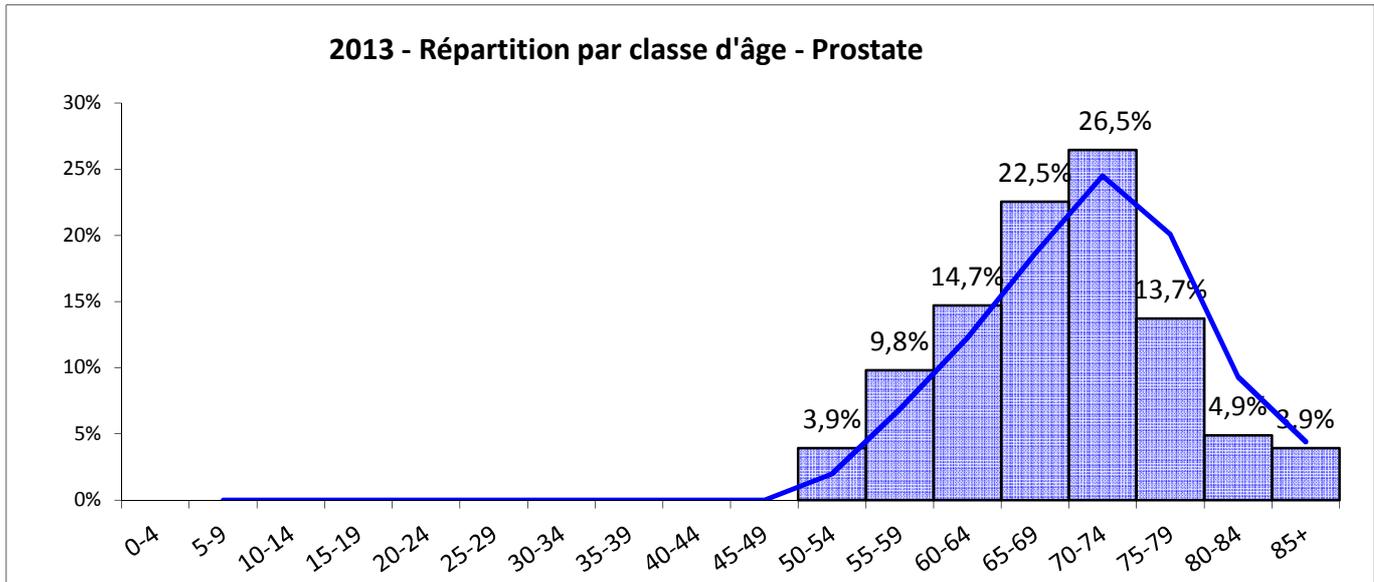


Figure 53 - Cancer de la prostate, répartition par classe d'âge

Provinces

En 2013, la répartition des cancers de la prostate n'est pas différente de celle de la population globale. Le taux d'incidence standardisé en province Sud est plus élevé que dans les autres provinces, probablement à mettre en rapport avec une différence d'accès aux soins, notamment en province Sud où exercent les médecins urologues.

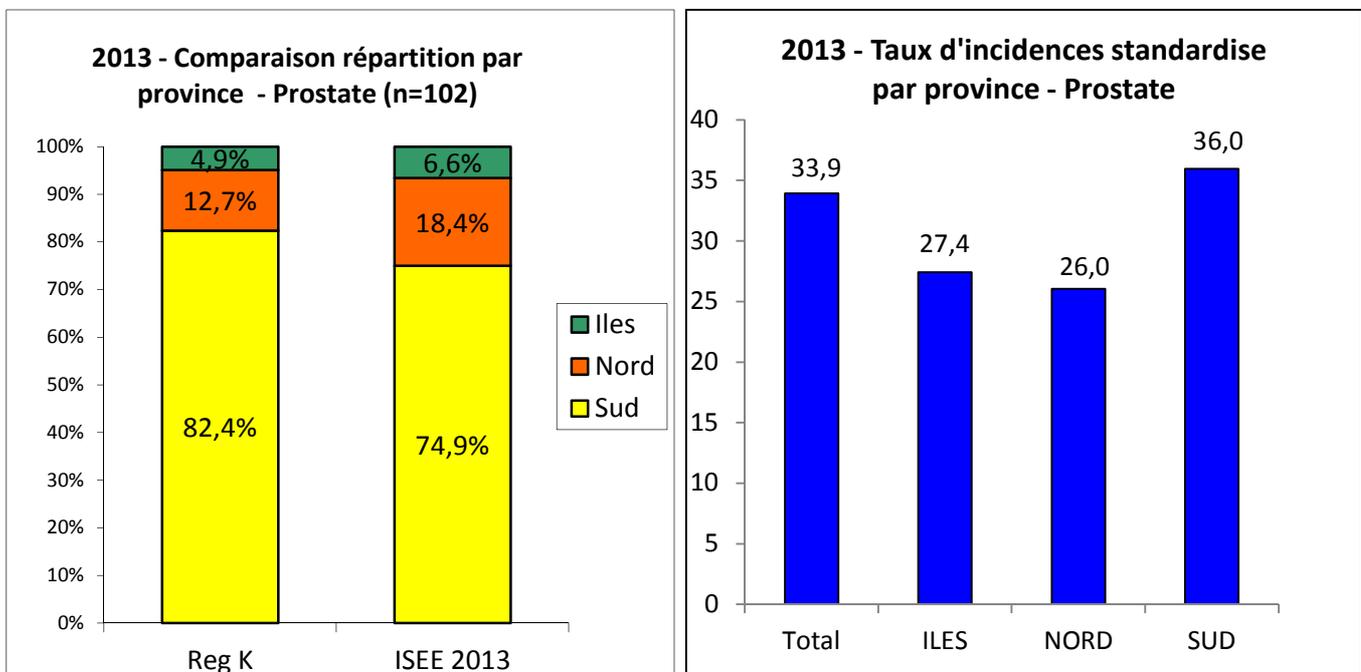


Figure 54 - Cancer de la prostate, répartition et incidence par province

Communautés

Près de la moitié des cancers de la prostate a été diagnostiquée chez des personnes d'origine européenne. On observe une sur-représentation de cette communauté par rapport à la communauté mélanésienne ($p=0.00015$).

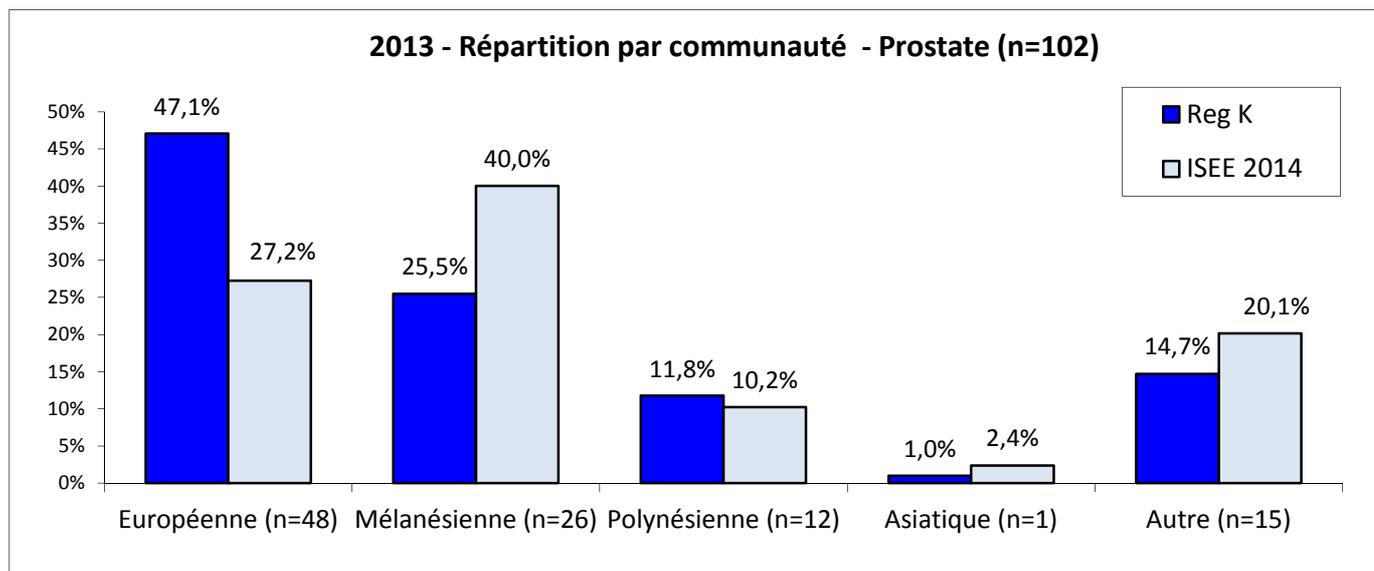


Figure 55 - Cancer de la prostate, répartition par communauté

Histologie, stade au diagnostic et circonstance de découverte

Pratiquement tous les cas ($n=101$, 99%) ont eu un diagnostic histologique d'adénocarcinome. Pour un patient le diagnostic a été établi à partir des données cliniques et du résultat des tests biochimiques spécifiques. Près de 3 cancers de la prostate sur 4 sont uniquement localisés à la prostate lors du diagnostic.

La majorité des cancers de la prostate sont diagnostiqués lors d'un suivi du PSA ou d'un unique dosage, de manière fortuite.

Lorsqu'il y a des métastases, elles se situent principalement au niveau des os ($n=6$; 86%)

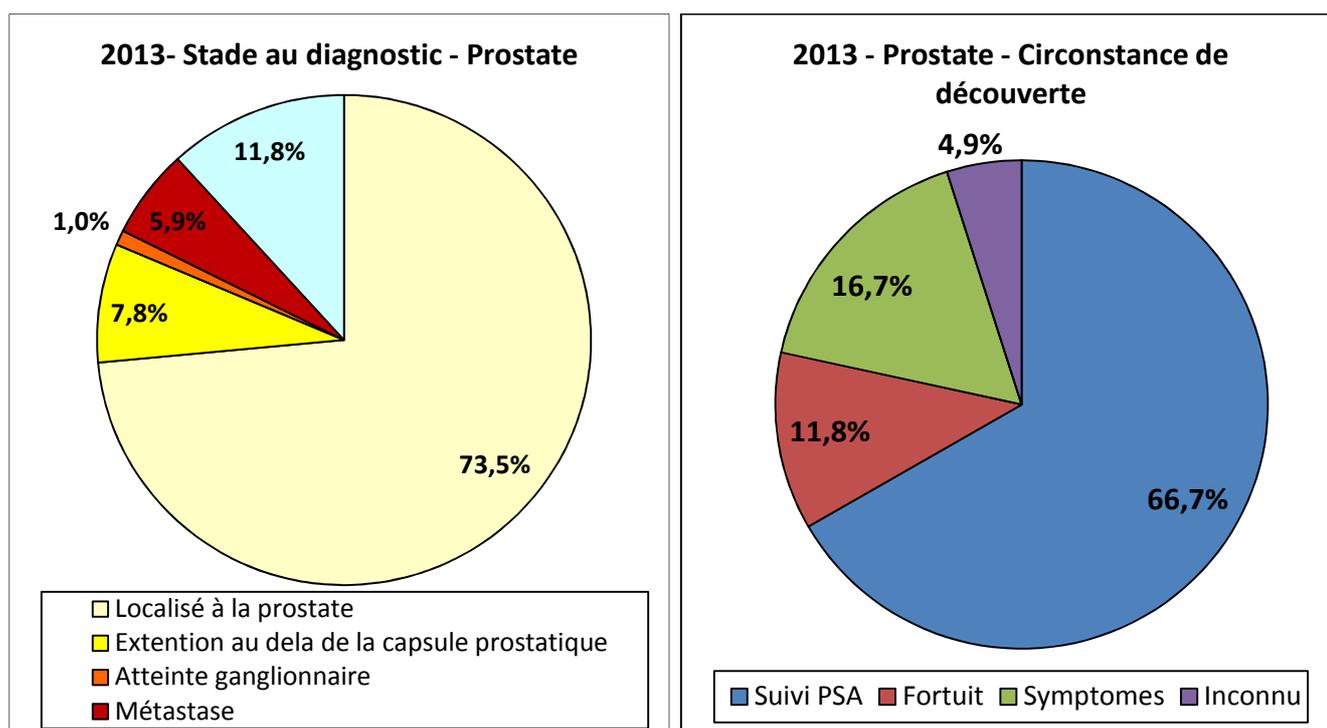


Figure 56 – Cancer de la prostate, stade au diagnostic et circonstance de découverte

Traitements

Les traitements diffèrent selon la classification du risque d'Amico (calculé selon le score de Gleason, le stade ou diagnostic et le PSA) et l'âge du patient.

24% des patients (n=24) ont bénéficié d'un traitement chirurgical seul.

19% des patients (n=19) ont bénéficié d'une hormonothérapie seule.

18% des patients (n=18) ont bénéficié d'une hormonothérapie et d'une radiothérapie.

13 patients n'ont pas reçu de traitement et ont été mis sous surveillance active.

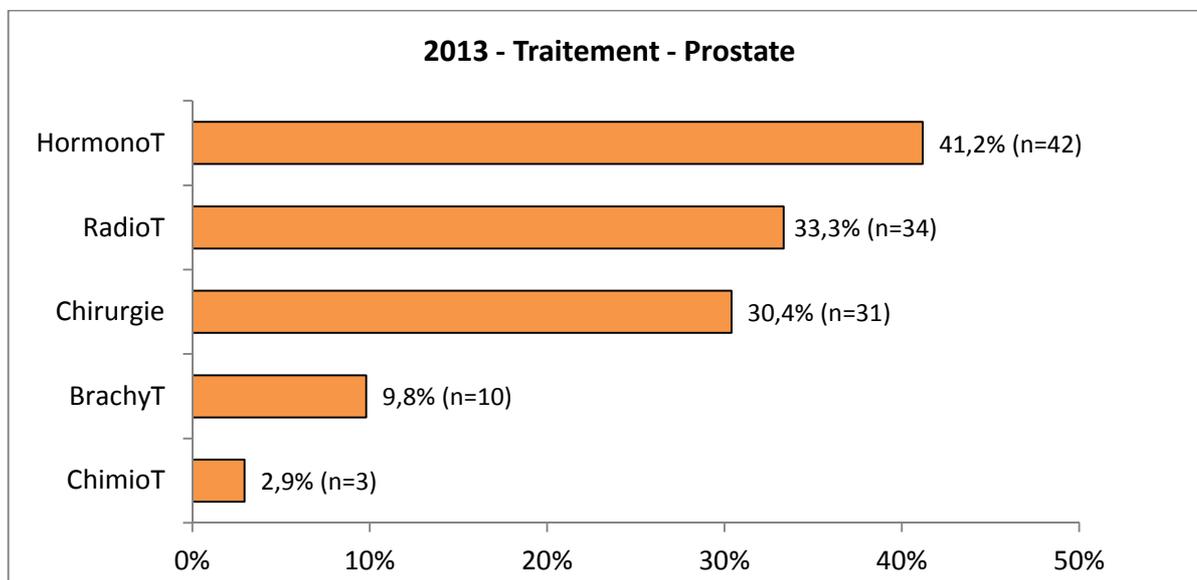


Figure 57 - Cancer de la prostate, répartition par schéma thérapeutique

Risque d'Amico et PSA

Le risque d'Amico est déterminé en fonction du stade de la tumeur au diagnostic, du taux de PSA et du score de Gleason lors du diagnostic. Il permet de déterminer la procédure à suivre pour traiter le patient.

En 2013, plus de la moitié des patients avaient un haut risque d'Amico.

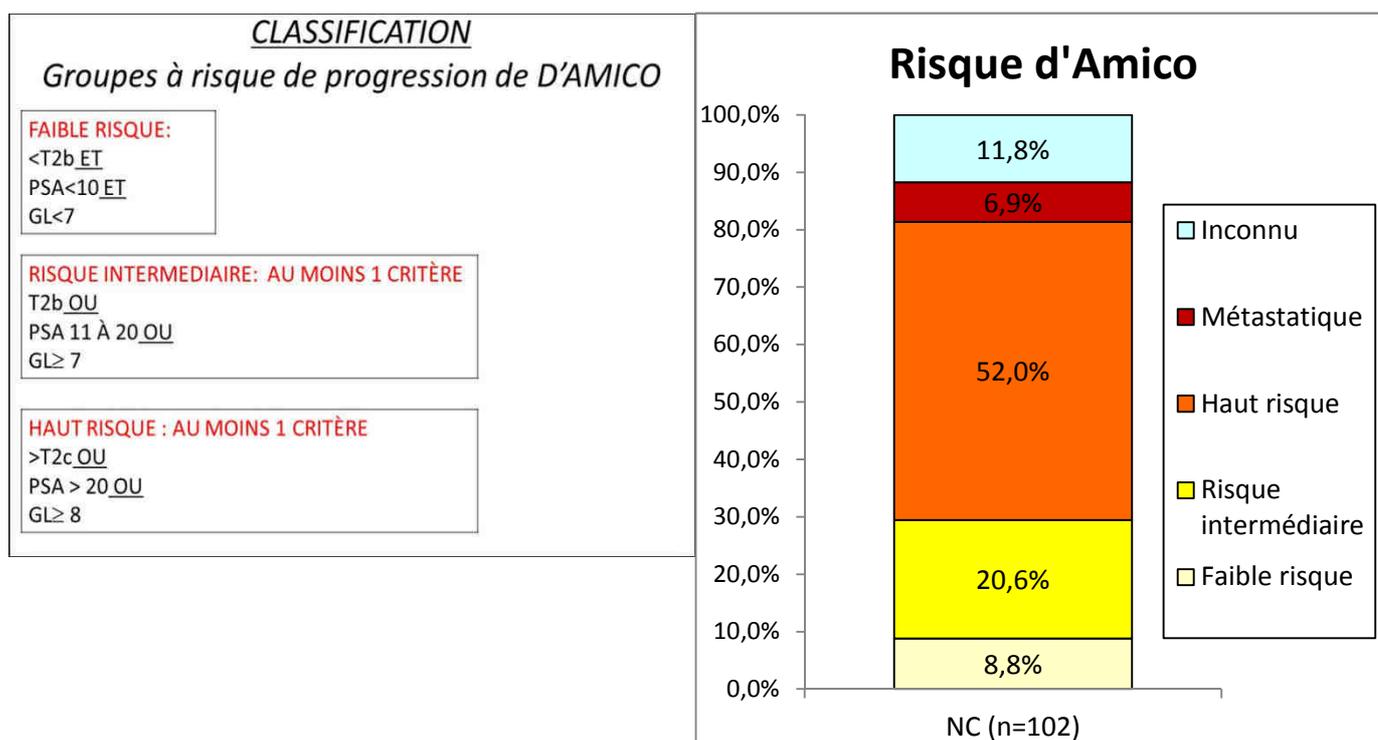


Figure 58 – Cancer de la prostate, Risque d'Amico

Incidences et comparaisons internationales

En 2013, l'incidence des cancers de la prostate reste inférieure à celle observée en métropole, dans les pays voisins et les autres DOM-TOM.

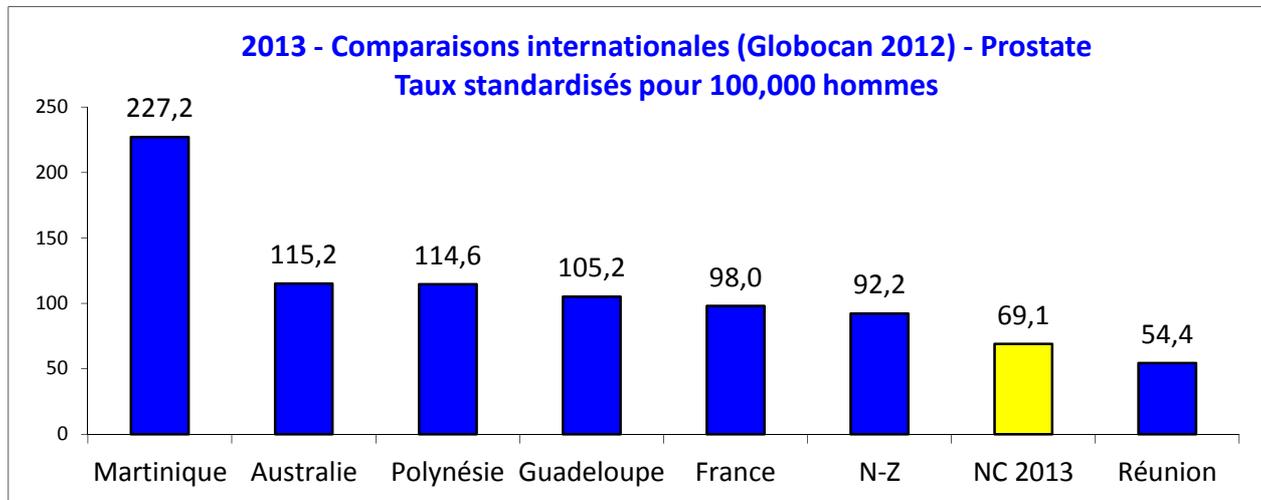


Figure 59 - Cancer de la prostate, comparaisons internationales

III-3 Rein, vessie et voies urinaires

III-3.a Cancer du rein

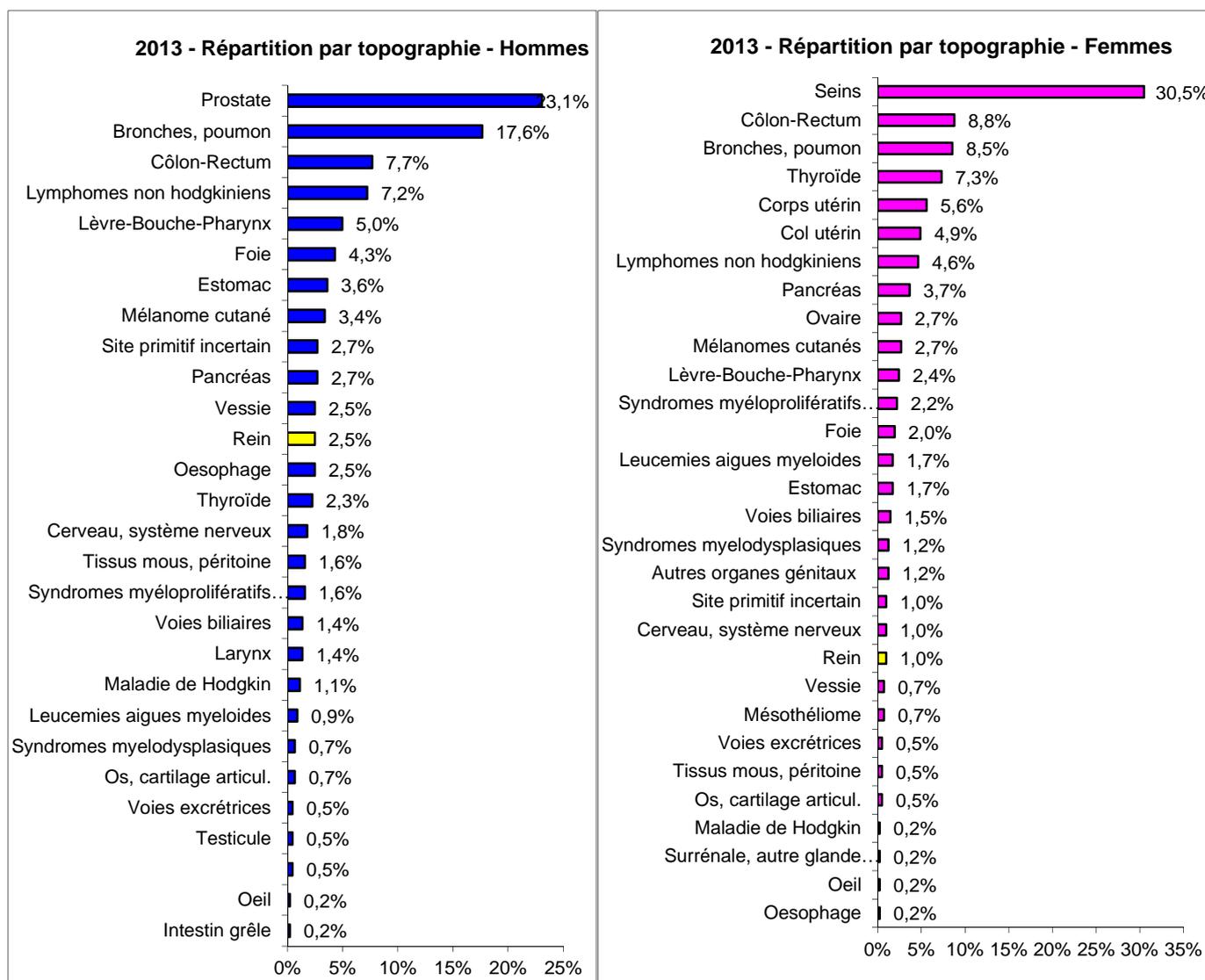
Généralités

En 2013, le cancer du rein est le 16^{ème} cancer le plus fréquent, tous sexes confondus, avec **15** tumeurs invasives. Il se situe au 11^{ème} rang chez les hommes avec 11 tumeurs, et au 19^{ème} chez les femmes avec 4 tumeurs. Le sex-ratio est de 2,8 hommes pour une femme.

Un seul patient avait développé une autre tumeur primitive.

Au 31/11/2015, 3 (20%) patients étaient décédés, tous suite au cancer du rein.

Plus de la moitié des cancers du rein sont découverts fortuitement (60%) suite à un examen pour un autre problème de santé.



Figures 60 - Répartition des topographies selon le sexe

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

Age au diagnostic

En 2013, l'âge au diagnostic est compris entre 38 et 82 ans, avec un âge moyen égal à 64,5 ans (médiane à 66 ans).

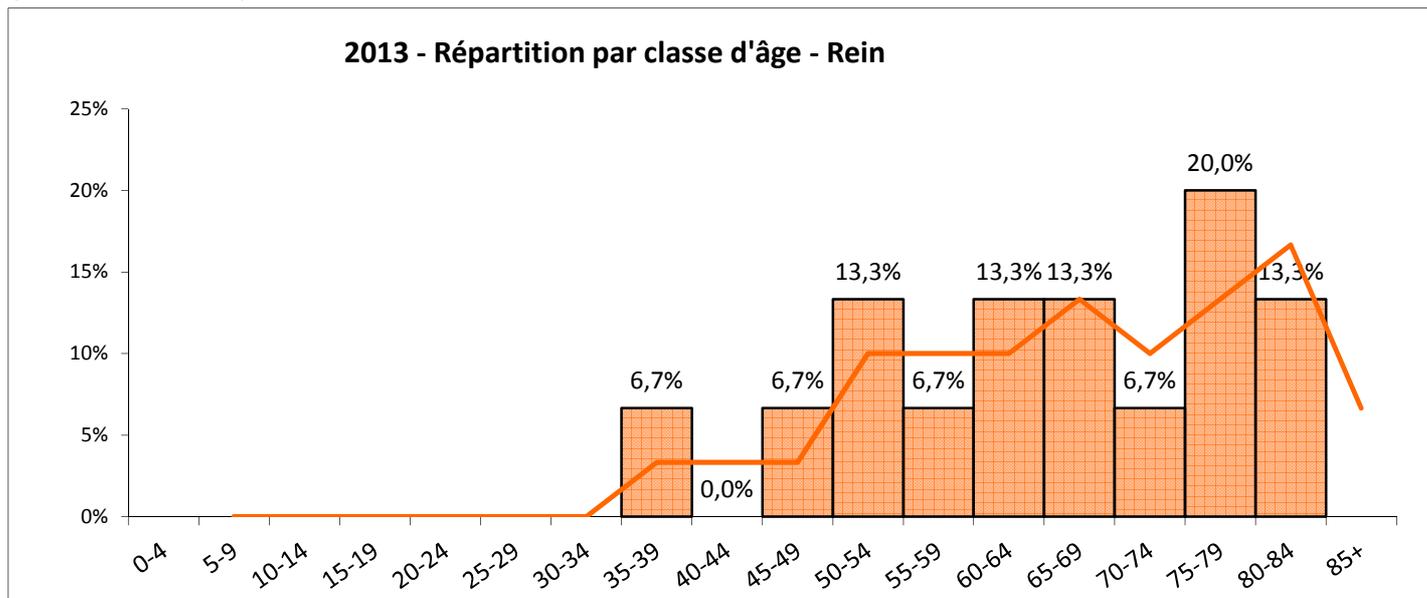


Figure 61 - Cancer du rein, répartition par classe d'âge

Provinces

En 2013, tous les cas de cancers du rein ont été diagnostiqués chez des patients résidant en province Sud.

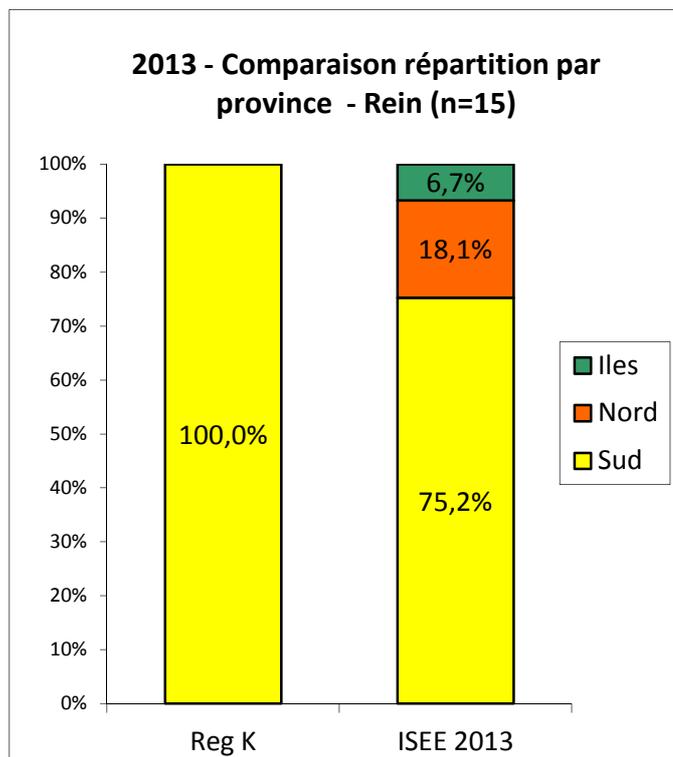


Figure 62 - Cancer du rein, répartition et incidence par province

Communautés

Malgré le faible nombre de cas, plus de la moitié des cancers du rein ont été diagnostiqués chez des personnes d'origine européenne.

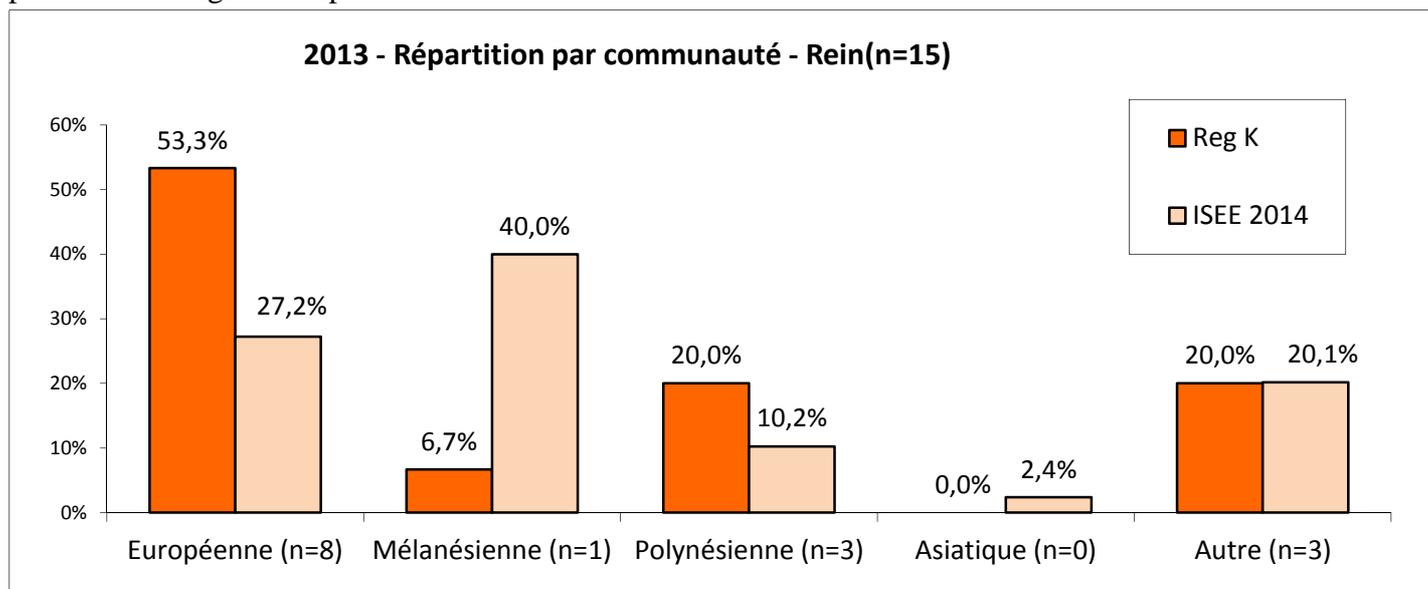


Figure 63 - Cancer du rein, répartition par communauté

Histologie et stade au diagnostic

14 cancers du rein ont eu un diagnostic histologique de carcinome et 1 cas a été diagnostiqué par imagerie.

Près de 3 cancers sur 4 ont été diagnostiqués à un stade localisé. Pour les patients avec une localisation métastatique, les métastases les plus fréquentes sont localisées au poumon, au foie et aux os.

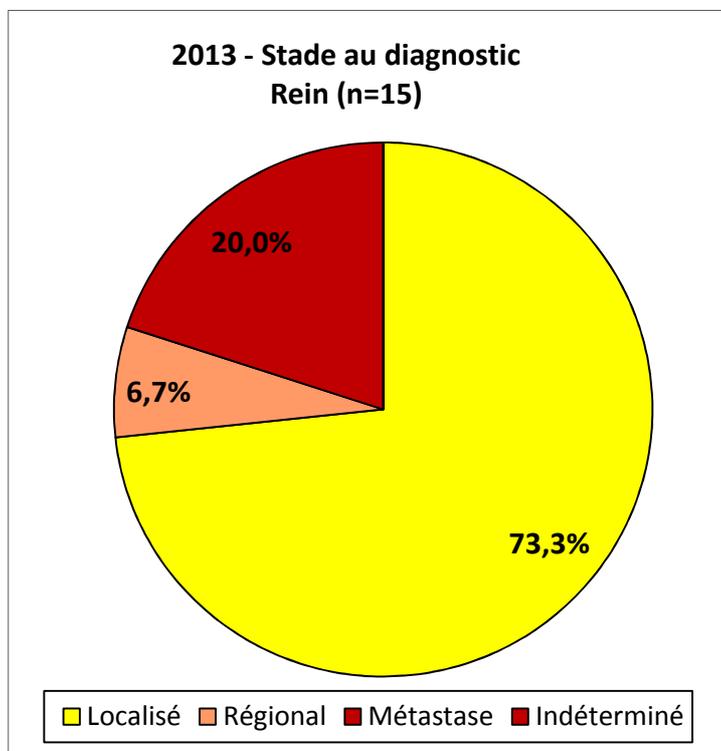


Figure 64 - Cancer du rein, répartition par stade

Traitements

87% des patients (n=13) ont bénéficié d'un traitement chirurgical seul.

1 patient a bénéficié d'une chirurgie et d'une chimiothérapie.

1 patient est décédé avant de pouvoir recevoir un traitement.

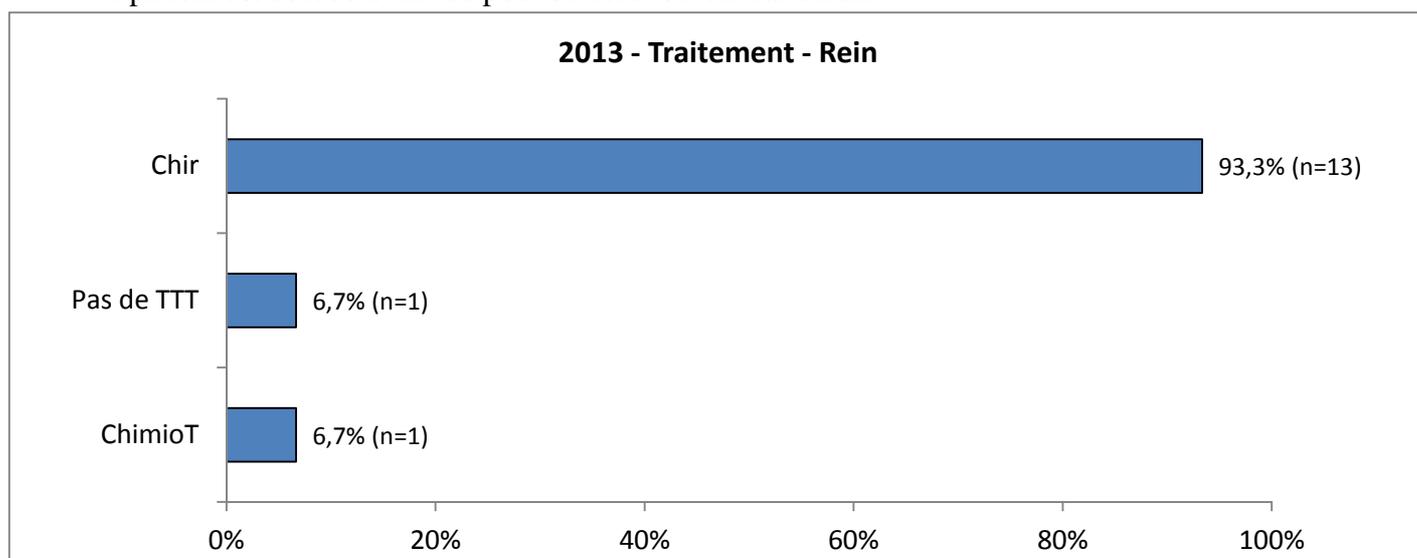


Figure 65 - Cancer du rein, répartition par schéma thérapeutique

Incidences et comparaisons internationales

L'incidence des cancers du rein en NC est plus faible que celles observées en métropole, en Australie et en NZ quel que soit le sexe.

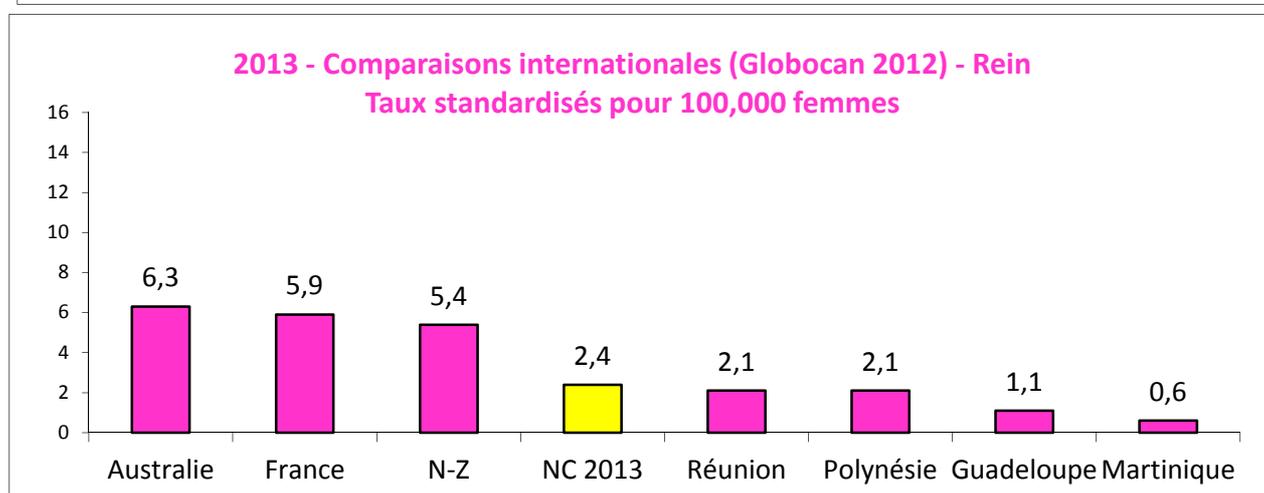
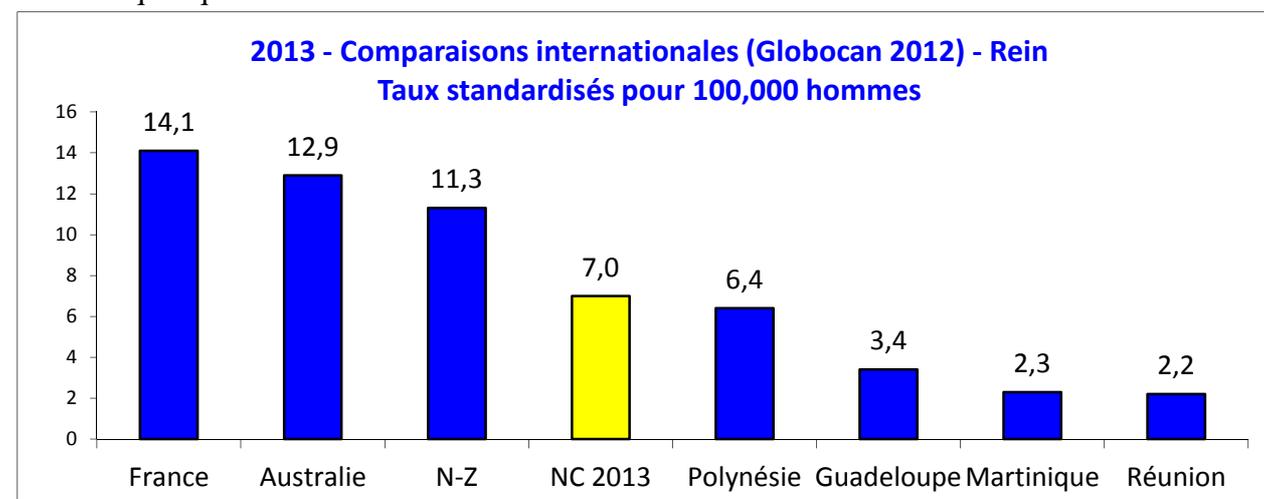


Figure 66 - Cancers du rein, comparaisons internationales selon le sexe

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

Généralités

En 2013, le cancer de la vessie est le 16^{ème} cancer le plus fréquent, tous sexes confondus, avec **14** tumeurs invasives. Il se situe au 11^{ème} rang chez les hommes avec 11 tumeurs, et au 21^{ème} chez les femmes avec 3 tumeurs. Le cancer des voies urinaires est le 28^{ème} cancer le plus fréquent, tous sexes confondus, avec **4** tumeurs invasives.

Le sex-ratio de ces deux cancers confondus est de 2,6 hommes pour une femme.

4 patients (22%) avaient développé une autre tumeur primitive.

Au 31/11/2015, 10 (56%) patients étaient décédés, dont 9 (50%) suite au cancer de la vessie et des voies urinaires.

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

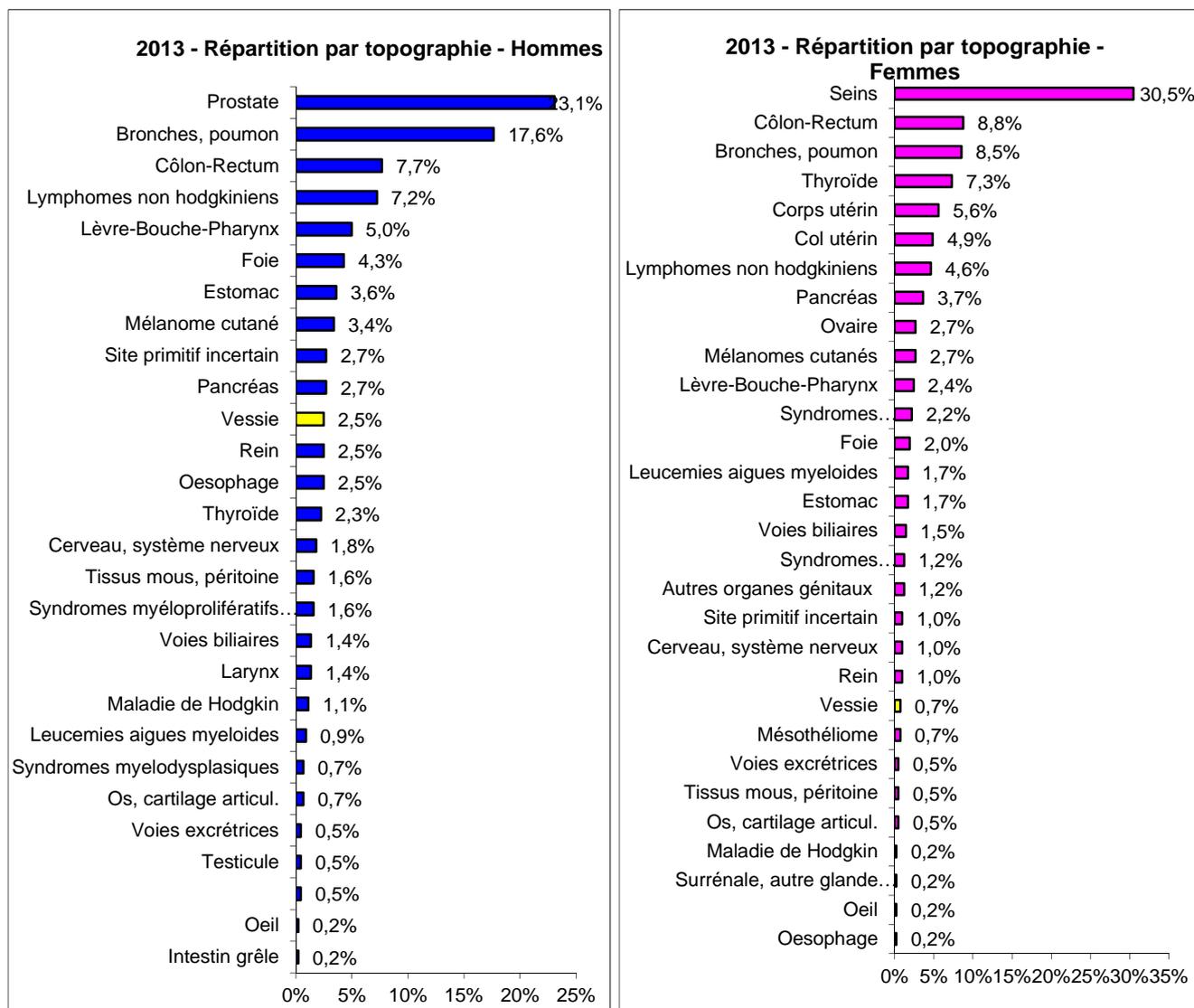


Figure 67 - Répartition des topographies selon le sexe

Age au diagnostic

En 2013, l'âge au diagnostic est compris entre 39 et 85 ans, avec un âge moyen égal à 66 ans (médiane à 67 ans).

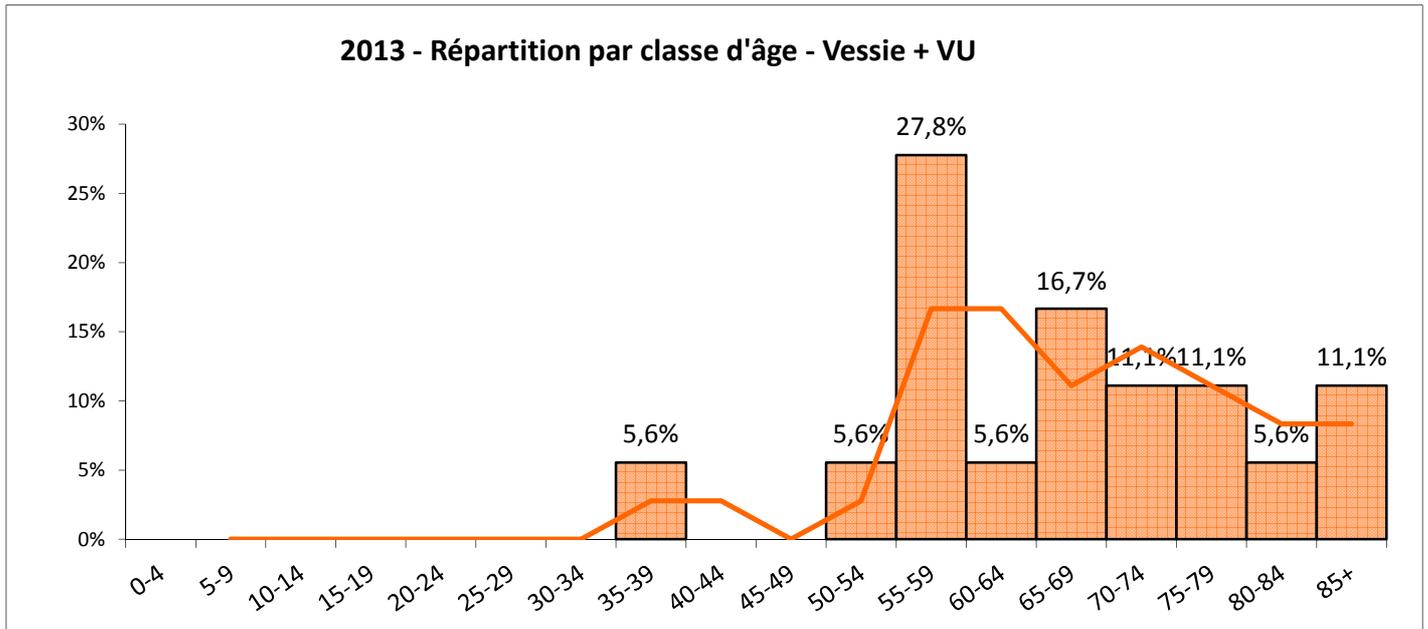


Figure 68 - Cancer de la vessie et voies urinaires, répartition par tranche d'âge

Provinces

En 2013, aucun cas de cancers de la vessie et des voies urinaires n'a été diagnostiqué en province des Iles.

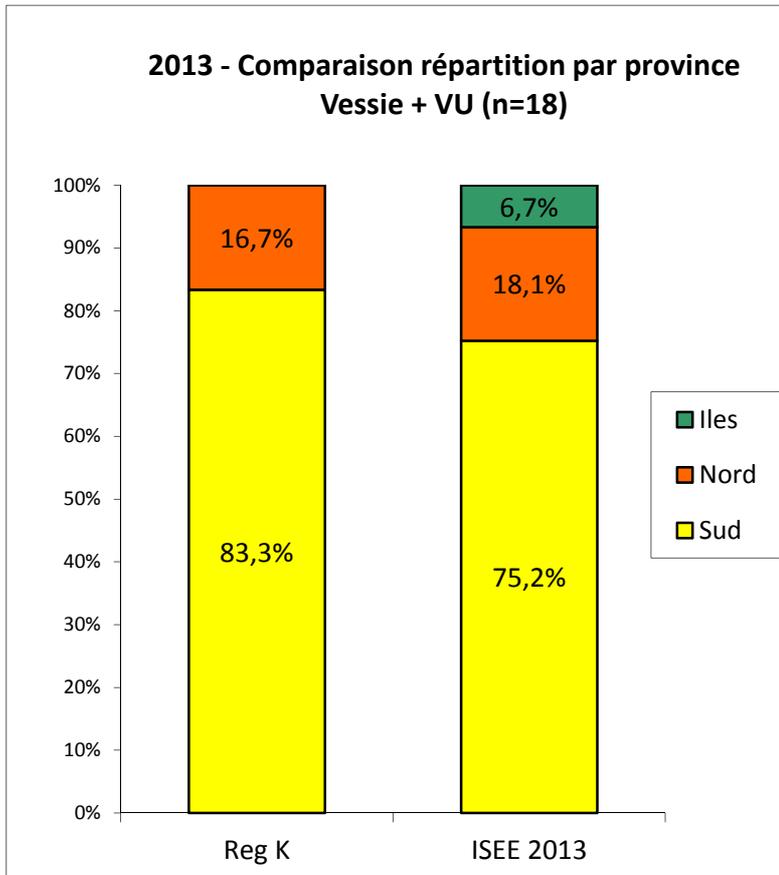


Figure 69 – Cancer du rein, répartition et incidence par province

Communautés

Les cancers de la vessie et des voies urinaires touchent principalement la communauté européenne.

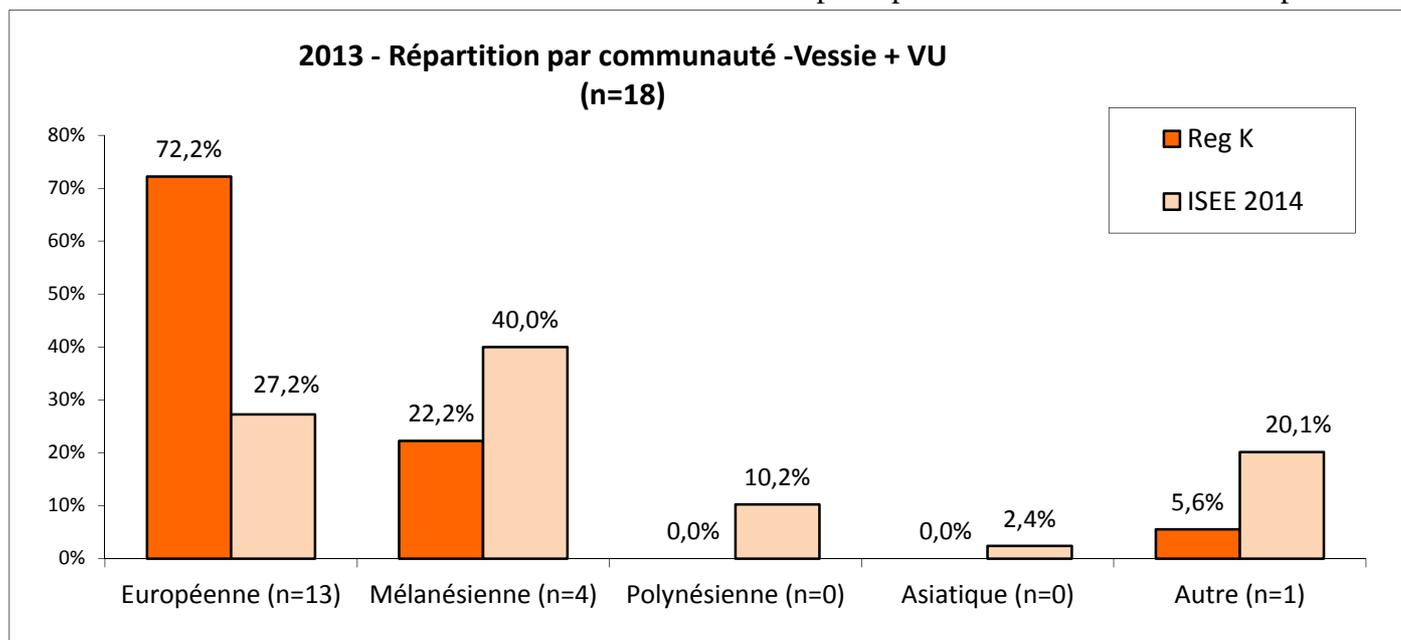
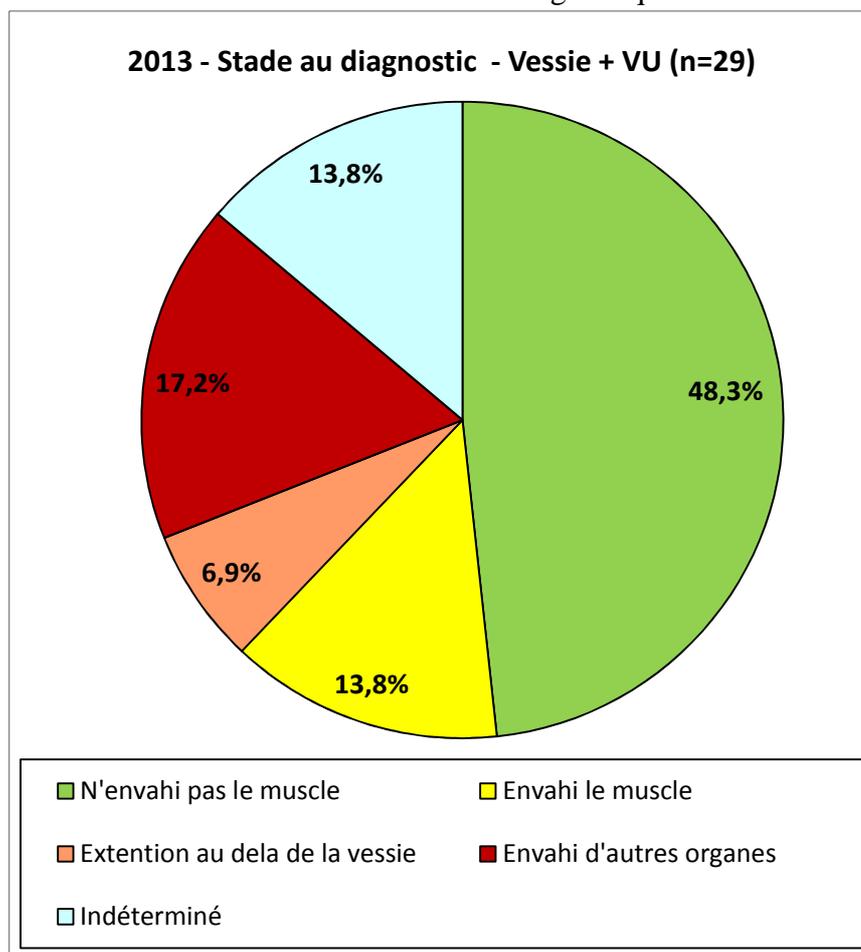


Figure 70 - Cancer de la vessie et voies urinaires, répartition par communauté

Histologie et stade au diagnostic

Tous les cas ont eu un diagnostic histologique. Par ailleurs, en 2013, 11 tumeurs in situ/non infiltrantes de la vessie ont été enregistrées. Regroupées avec les autres tumeurs, soit 29 patients, on remarque que près de la moitié des tumeurs de la vessie sont diagnostiquées à un stade sans infiltration du muscle.



Figures 71 - Cancer de la vessie et voies urinaires, répartition selon le stade au diagnostic

Traitements

44% des patients (n=8) ont bénéficié d'un traitement chirurgical seul.

3 patients ont bénéficié d'une chirurgie et d'une chimiothérapie.

4 patients n'ont pas eu de traitement spécifique (1 décès, 1 avec soins palliatifs et 2 patients perdus de vue).

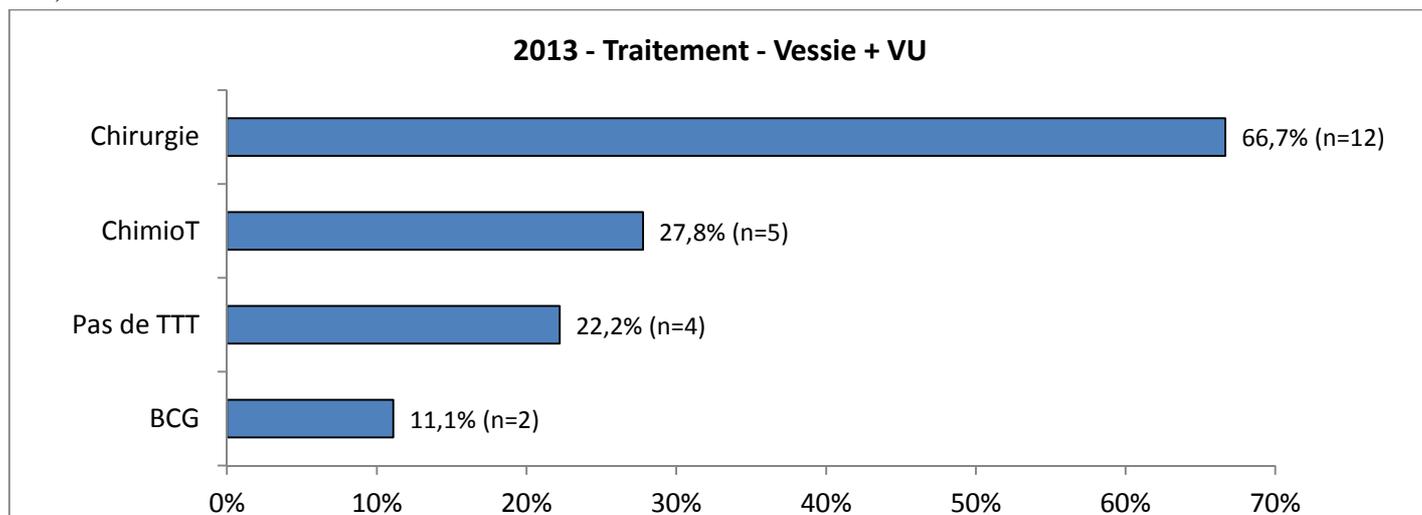
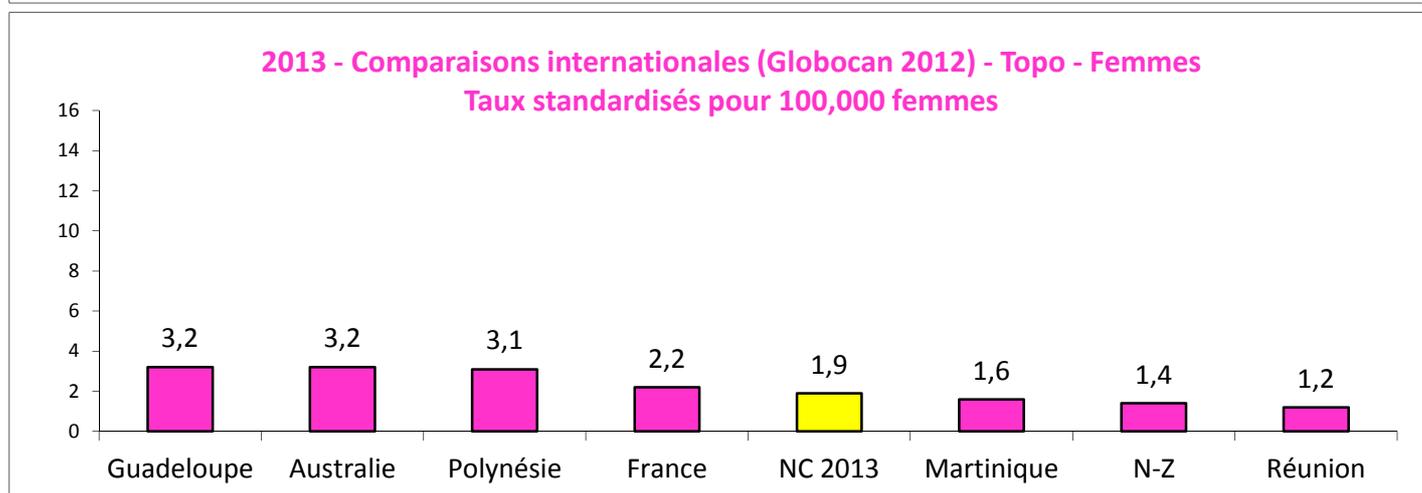
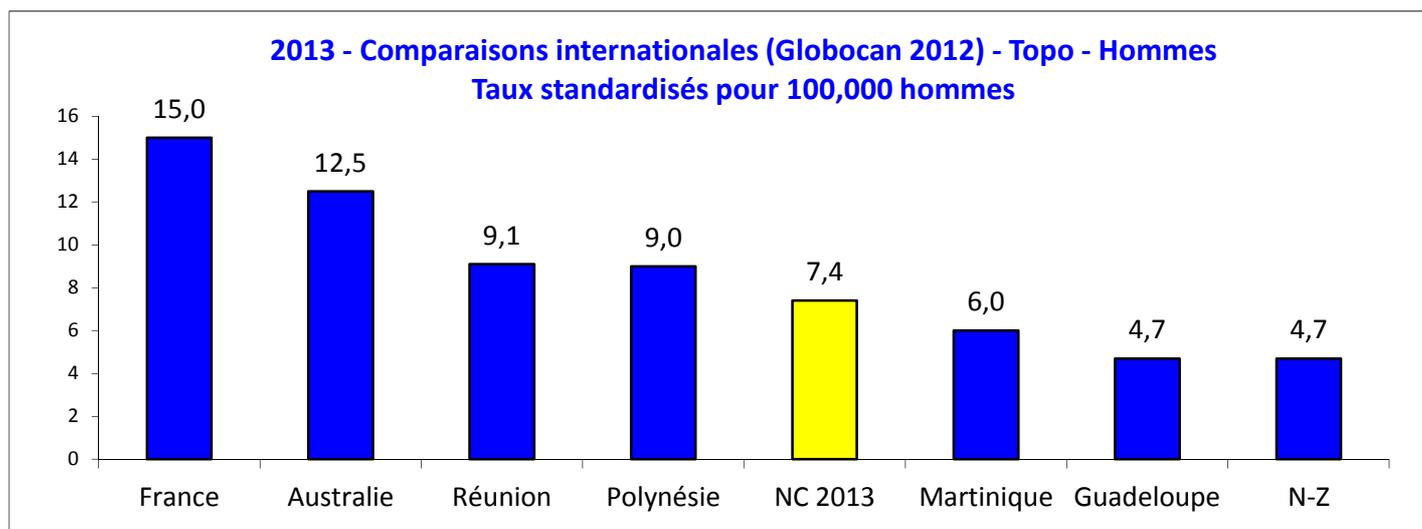


Figure 72 - Cancer de la vessie et voies urinaires, répartition selon les schémas thérapeutique

Incidences et comparaisons internationales

Les comparaisons internationales présentées ci-dessous concernent uniquement les cancers de la vessie. En 2013, l'incidence observée en NC est comprise entre celles de la métropole, de l'Australie et certains DOM.



Figures 73 - Cancer de la vessie, comparaison des incidences selon le sexe