

DASS-NC

SERVICE DE SANTE PUBLIQUE

RAPPORT D'ACTIVITE 2016

REGISTRE DU CANCER

DE NOUVELLE-CALEDONIE

**DESCRIPTION DES NOUVEAUX CAS
DE CANCER DIAGNOSTIQUES EN 2014**

Situation au 18 octobre 2016

Contenu

I GENERALITES	3
I-1 Introduction	3
I-2 Rappel historique	3
I-3 Fonctionnement actuel du registre	4
I-4 Critères d'enregistrement	4
I-5 Sources d'informations	4
I-6 Evaluation de l'exhaustivité et de la qualité des données	5
I-6.a Exhaustivité et nombre de sources pour les 5 dernières années validées	6
I-6.b Qualité des données	9
II DESCRIPTION DES CAS INCIDENTS 2014	11
II-1 Caractéristiques sociodémographiques	11
II-1.a Etude selon l'âge et le sexe	11
II-1.b Etude selon la province de résidence	12
II-1.c Etude selon la communauté	13
II-2 Etude selon la topographie	14
II-2.a Répartition selon la topographie	14
II-2.b Incidence selon la topographie et le sexe	17
II-2.c Etude de la topographie selon la communauté et le sexe	18
II-2.d Incidence par topographie selon le sexe et la province	19
II-3 Stade d'extension au moment du diagnostic	22
II-4 Comparaisons internationales (Globocan 2012-IARC)	23
III ETUDES DES PRINCIPALES TOPOGRAPHIES	28
III-1 Sein et appareil génital féminin	28
III-1.a Cancer du sein	28
III-1.b Cancer du corps de l'utérus (endomètre)	35
III-1.c Cancer du col de l'utérus	38
III-1.d Cancers des ovaires	43
III-2 Cancer de la prostate	47
III-3 Rein, vessie et voies urinaires	51
III-3.a Cancer du rein	51
III-3.b Cancer de la vessie et des voies urinaires - VU	54
III-4 Appareil respiratoire	58
III-4.a Cancer des bronches et du poumon	58
III-4.b Cancers de la sphère ORL	63
III-5 Cancer de la thyroïde	69
III-6 Appareil digestif	74
III-6.a Cancer du Colon-Rectum (CR)	74
III-6.b Cancer de l'œsophage	78
III-6.c Cancer de l'estomac	82
III-6.d Cancer du foie et des voies biliaires	86
III-6.f Cancer du pancréas	94
III-7 Hémopathies malignes	99
III-7.a Lymphomes Malins Non Hogkiniens (LMNH)	99
III-7.a Autres hémopathies :	102
III-8 Cancers de la peau : mélanomes cutanés	103
III-9 Tumeurs du système nerveux central (SNC)	106
III-10 Autres sites	106
III-10.a Mésothéliome	106
III-10.b Cancer des os et du cartilage	106
III-10.c Cancer des tissus mous	106
III-10.d Autres sites	106
IV EVOLUTION 1985-2014 selon les principaux sites	107

IV-1 Appareil digestif.....	107
IV-2 Appareil respiratoire : bronches-poumon.....	108
IV-3 Femmes : appareil génital et seins	109
IV-4 Appareil urinaire	111
IV-5 Cancers de la sphère ORL	112
V PLACE DES CANCERS DANS LA MORTALITE	114
VI TABLEAUX DETAILLES PAR SITE (CIM10)	116
VI-1 Hommes : nombre de cas par site et groupe d'âge.....	117
VI-2 Femmes : nombre de cas par site et groupe d'âge.....	118
VI-3 Hommes : taux d'incidence par site et groupe d'âge	119
VI-4 Femmes : taux d'incidence par site et groupe d'âge	120
VII ANNEXES.....	121

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 suivent 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 (CIMO3), classification à partir de laquelle les données sont ensuite recodées par le logiciel CANREG5 selon la classification de la CIM10. Dans la suite du rapport, les sites sont présentés par topographie selon la CIM10.

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 **18 octobre 2016**, concernant les **868** nouveaux cas de tumeurs invasives hors peaux sauf mélanomes diagnostiquées en **2014**. 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, 84 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 octobre 2016 (+ 13.0 %) ;
- pour l'incidence 2008, 238 tumeurs ont été ajoutés entre mars 2010 et octobre 2016 (+ 45.0 %) ;
- pour l'incidence 2009, 38 dossiers ont été ajoutés entre juillet 2012 et octobre 2016 (+ 4.8 %) ;
- pour l'incidence 2010, 35 dossiers ont été ajoutés entre décembre 2013 et octobre 2016 (+ 4.2 %) ;
- pour l'incidence 2011, 51 dossiers ont été ajoutés entre décembre 2013 et octobre 2016 (+ 6.0 %) ;
- pour l'incidence 2012, 29 dossiers ont été ajoutés entre décembre 2014 et octobre 2016 (+ 3.4 %) ;
- pour l'incidence 2013, 23 dossiers ont été ajoutés entre décembre 2015 et octobre 2016 (+ 2.7 %).

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 %.

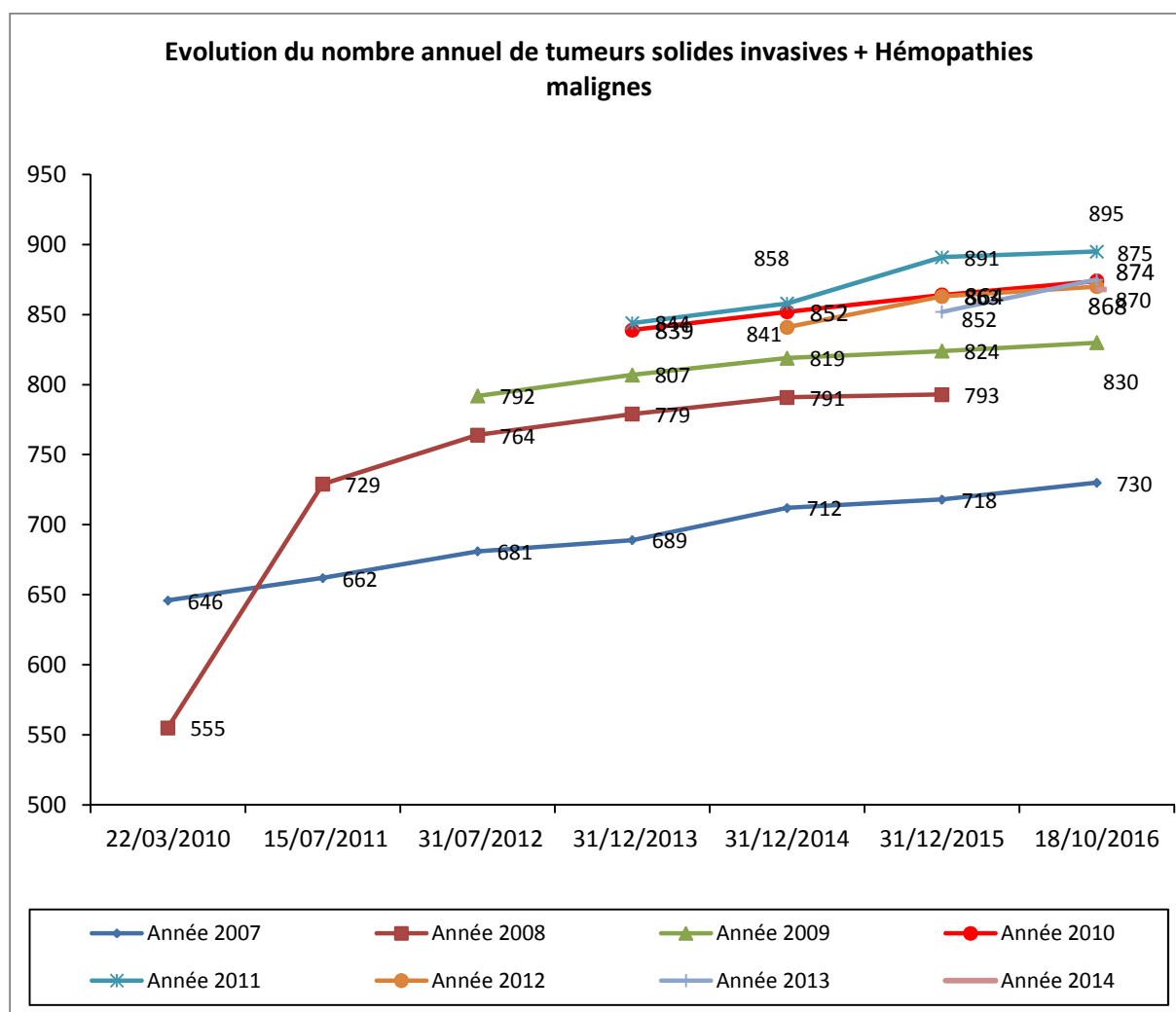


Figure 1 - Evolution annuelle du nombre de tumeurs invasives enregistrées selon l'année de diagnostic et la date du fichier

Le rattrapage annuel du nombre de cancers invasifs (hors peau sauf mélanomes) annuel se stabilise suite à la mise en place de ces procédures. On peut observer une faible augmentation du nombre de cas incidents dus au rattrapage pour les années 2007 à 2010, au cours de la période « décembre 2015-octobre 2016 », avec +1.2 % pour 2010, +0.7 % pour 2009, +1.5 % pour 2008 et +1.7 % 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 18 décembre 2016, pour l'année d'incidence 2008, on enregistrerait en moyenne un peu plus de 4 sources d'informations (signalement et consultées) différentes par tumeur ; depuis l'année d'incidence 2009 et jusqu'à l'année diagnostic 2014, on enregistre en moyenne entre 5.4 à 5.9 sources par dossiers (dont 3.3 à 3.4 sources de signalement). En 2014, cette valeur moyenne est égale à 5.4 sources par tumeur.

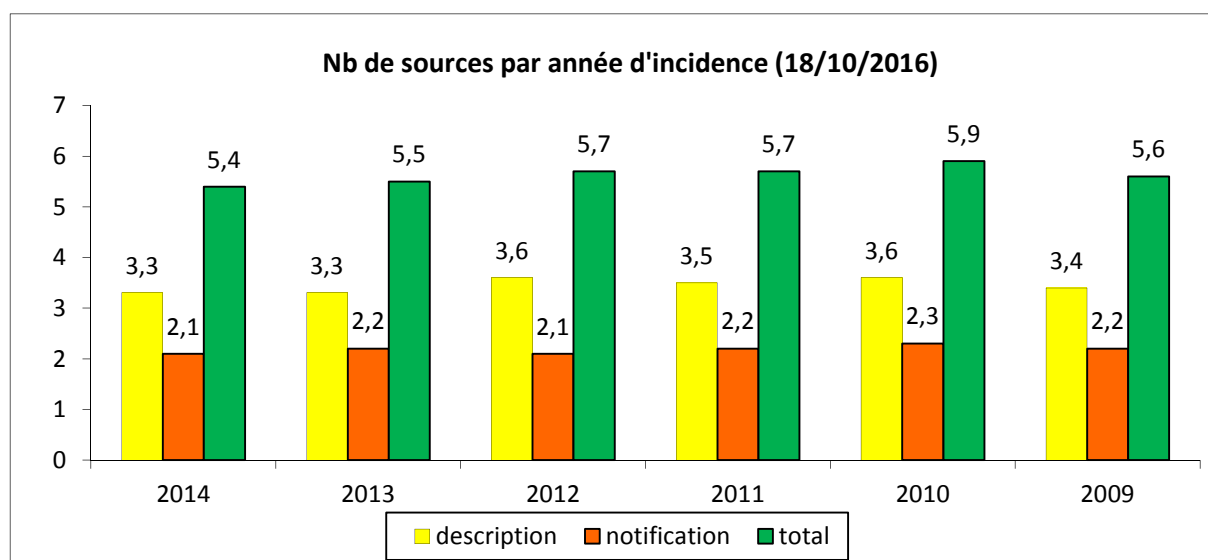


Figure 2 - Répartition du nombre de sources de signalement

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)

2014	Nb de cas	Nb moyen de sources de signalement	Nb moyen de sources consultées	% d'histologie
ORL	33	3,2	2,2	100,0%
Œsophage	13	4	2,2	92,3%
Estomac	34	4,1	2,2	94,1%
Pancréas-intestin	26	3,8	2,3	57,7%
Côlon-Rectum	78	3,5	2,2	100,0%
Foie-Voies biliaires	33	3,8	2,2	39,4%
Bronches - Poumons	114	3,2	2,1	86,8%
Os et cartilage	4	2,7	2	100,0%
Mélanome cutané	22	1,7	1,4	100,0%
Tissu mésothélial et tissus mous	10	3,1	2,4	100,0%
Sein	143	3,9	2,1	100,0%
Col utérin	20	3,9	2,2	100,0%
Corps utérin	34	3,7	2,2	100,0%
Autres organes génitaux F	16	5,4	2	100,0%
Prostate	113	2,5	2	98,2%
Autres organes génitaux M	5	2,4	2	100,0%
Rein	23	2,3	2,1	95,7%
Vessie - Voies urinaires	14	2,8	2	100,0%
Œil - Cerveau - SNC	11	2,4	2	90,9%
Thyroïde et autres glandes	20	3	2,2	100,0%
Siège mal définis non précisés	24	3	2,1	62,5%
Hémopathies	78	2,4	2,1	
TOTAL	868	3,3	2,1	91,3%

En 2014, 9,3 % (n=81) des nouveaux cas ont été signalés par une seule et unique source.

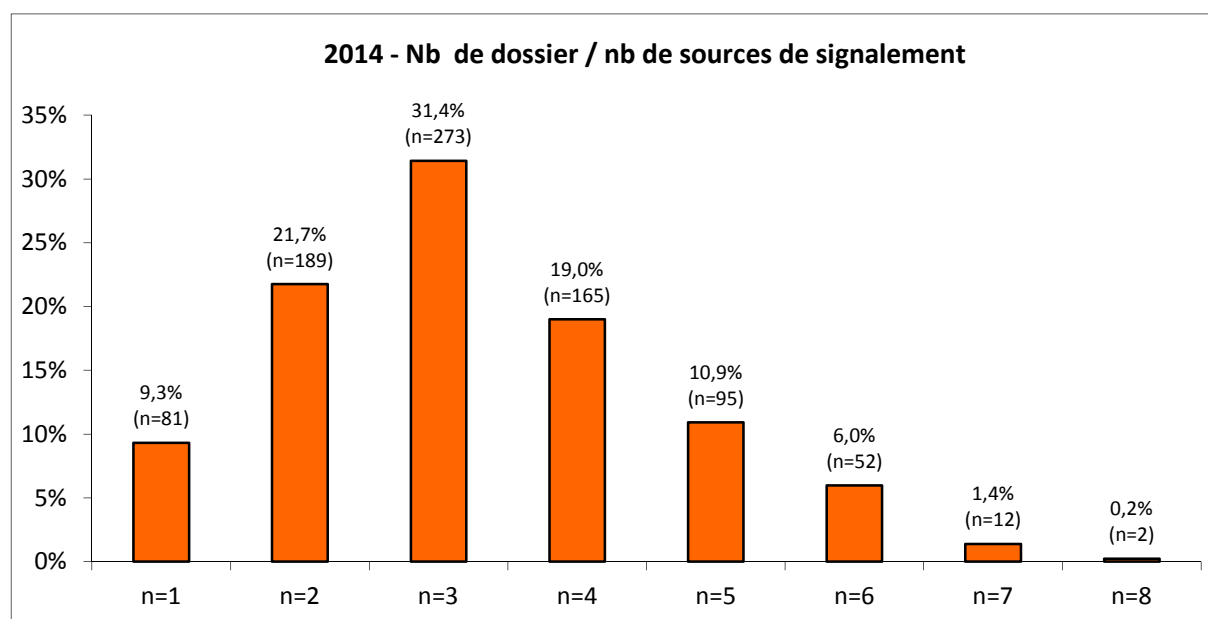


Figure 3 - Répartition du nombre de sources de signalement

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 maintient aux alentours de 6.1 % (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 2014

	Nb	Fréq
1. Clinique	0	0,0%
2. Radio	44	5,1%
3. Chir explo	0	0,0%
4. Test bioch.	9	1,0%
5. Cyto	61	7,0%
6. Histo méta	51	5,9%
7. Histo I	703	81,0%
8. Autopsie	0	0,0%
9. Inconnu	0	0,0%
Total	868	1

En 2014, 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 5.9 % 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 18 octobre 2016, on peut donc estimer que l'évolution du nombre annuel de cas est de :

- + 10.3 % entre 2007 et 2008
- + 3.1 % entre 2008 et 2009
- + 5.3 % entre 2009 et 2010
- + 2.4 % entre 2010 et 2011
- - 2.8 % entre 2011 et 2012
- + 0.6 % entre 2012 et 2013
- - 0.8 % entre 2013 et 2014

I-6.b Qualité des données

Pour l'année d'incidence 2014, exception faite mélanomes cutanés, 98.6 % des tumeurs ont fait l'objet d'un retour au dossier clinique en date du 18/10/2016 (834/846).

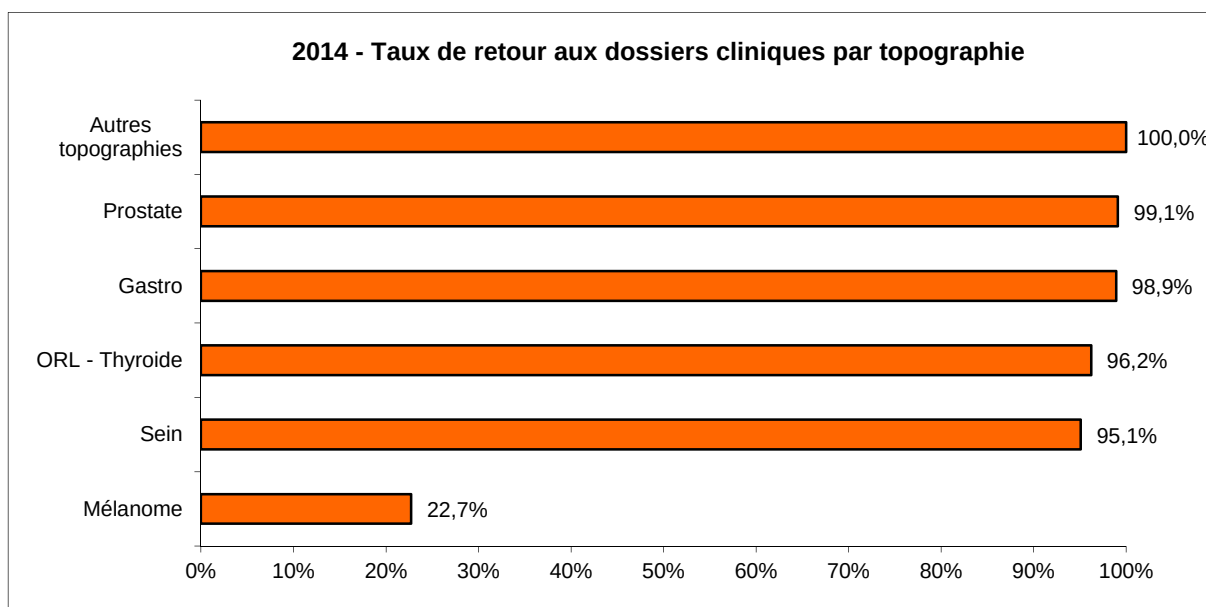


Figure 4 - Taux de retour aux dossiers cliniques par topographie

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 7.1 % des cas parmi les **790** tumeurs solides invasives, ce taux passe à 6% après exclusion des tumeurs invasives du SNC.

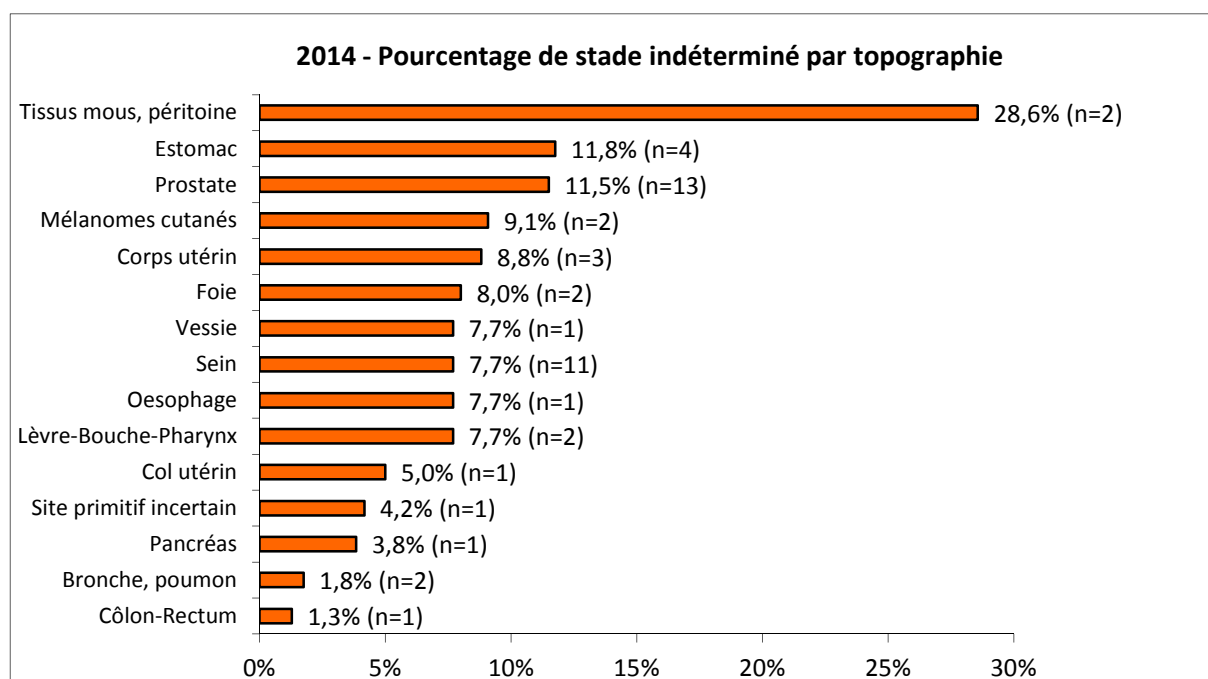


Figure 5 - Répartition du % de stade de diffusion indéterminé selon la topographie

Concernant les données administratives des patients, la commune de naissance a pu être renseignée dans 75.5 % des cas et la communauté dans 69.8 % 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 (6.1 % pour l'année 2014) sont revus en équipe, avec pour appui les guides et les cours du TSEEC et en cas de difficulté de codage, il est fait appel soit au forum de discussion Francim, soit aux médecins spécialistes.

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

II DESCRIPTION DES CAS INCIDENTS 2014

Au total, **868** tumeurs invasives ont été enregistrées pour l'année d'incidence 2014 (469 chez les hommes et 399 chez les femmes) dont :

- **790** tumeurs solides invasives hors tumeurs cutanées sauf mélanomes (91.0 %)
- **78** hémopathies malignes (9.0 %)

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

- 29 tumeurs non malignes du SNC,
- 124 tumeurs in situ (Côlon-rectum : 2 ; Mélanome : 10 ; Sein : 10 ; Col de l'utérus : 98 ; Autres sites : 4).

Ne sont prises en compte dans les analyses suivantes que les 868 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 61.1 ans (médiane 64 ans), avec 68.7 % des patients qui ont entre 50 et 79 ans (contre 21.6 % dans la population générale) et un pic entre 65 et 69 ans.

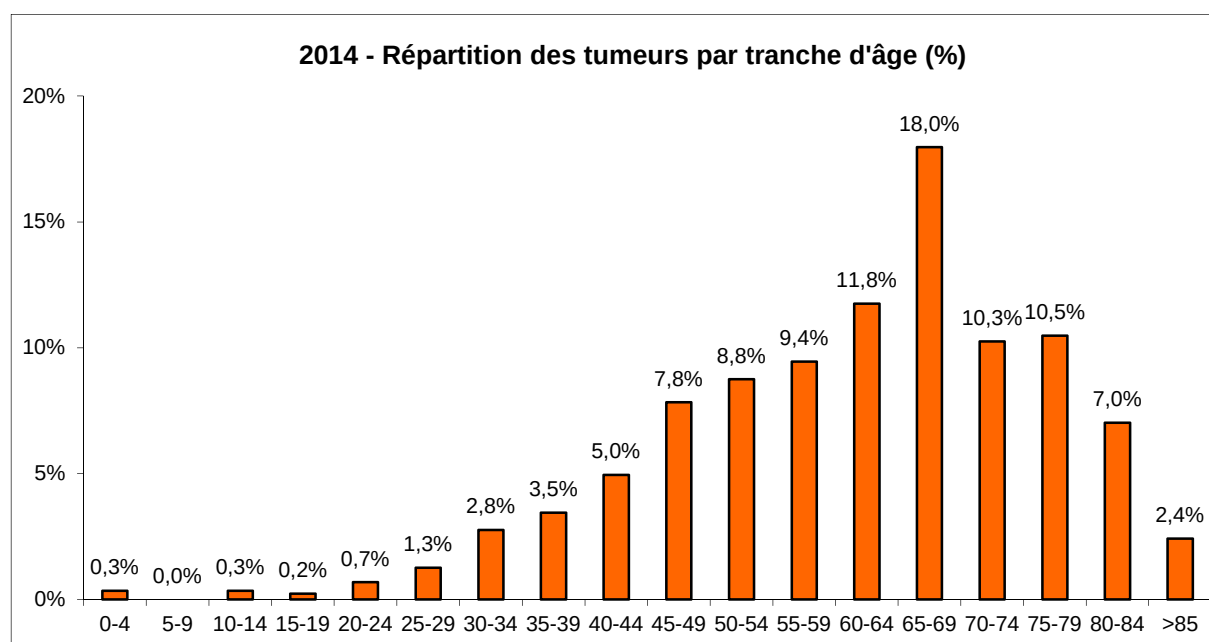


Figure 6 - Répartition des tumeurs par tranche d'âge

Cette répartition varie selon le sexe, avec un sex-ratio de 1.2 (contre 1.02 dans la population générale, ISEE 2014). Le diagnostic est plus précoce chez les femmes avec un âge moyen de 57.4 ans contre 64.2 ans chez les hommes (médiane 58 ans et 66 ans) et un premier pic à 45-49 ans. On observe un pic entre 65-69 ans chez les hommes, comme l'illustre la figure suivante :

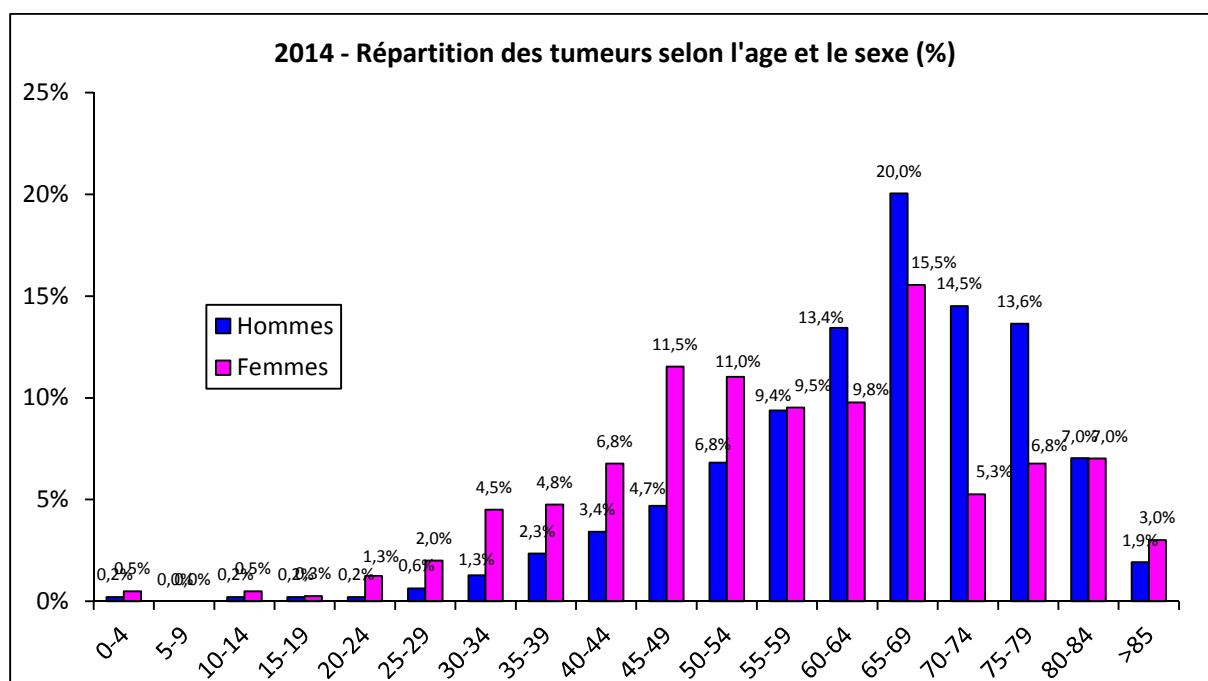


Figure 7 - Répartition des tumeurs par tranche d'âge et sexe

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 :

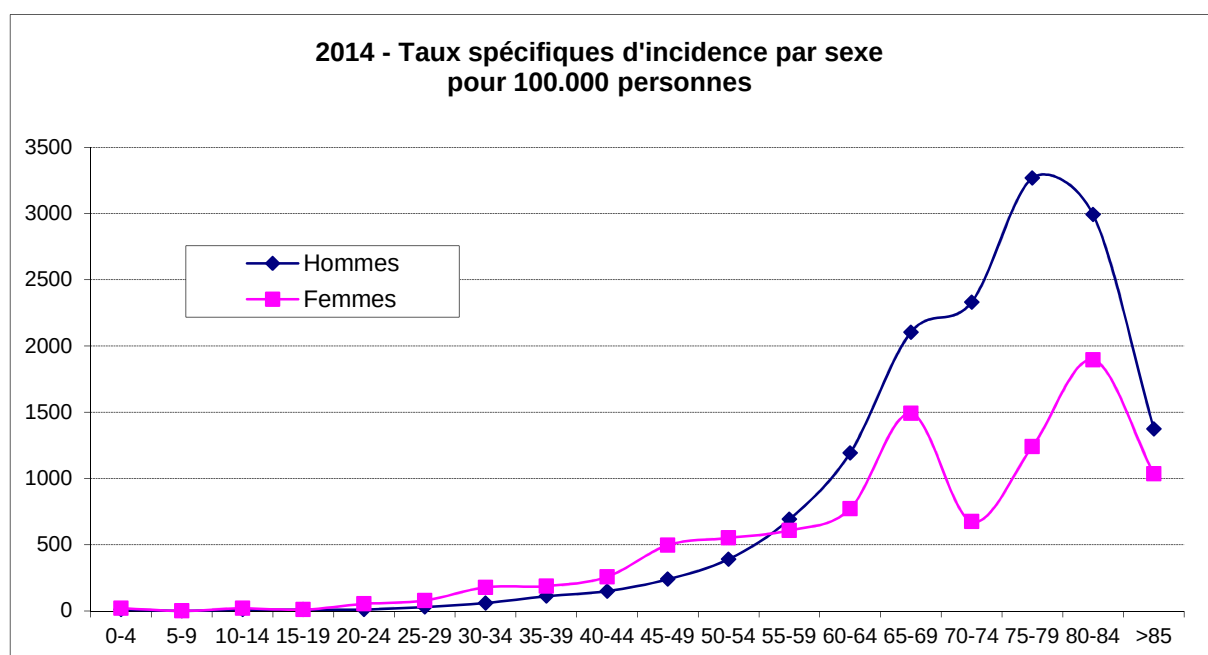


Figure 8 - Taux d'incidence spécifique par tranche d'âge et sexe

II-1.b Etude selon la province de résidence

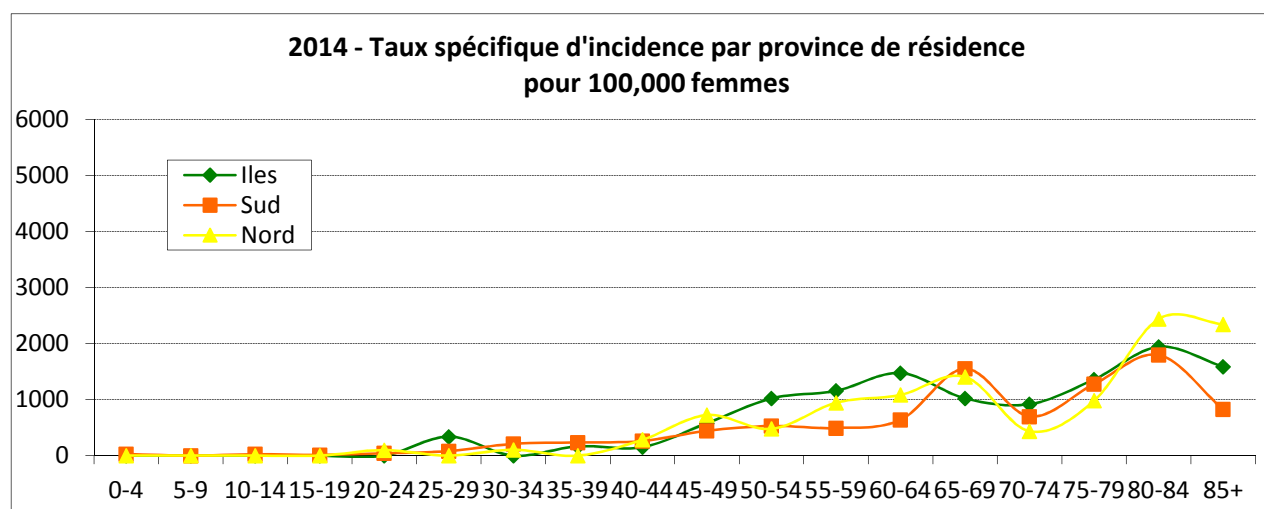
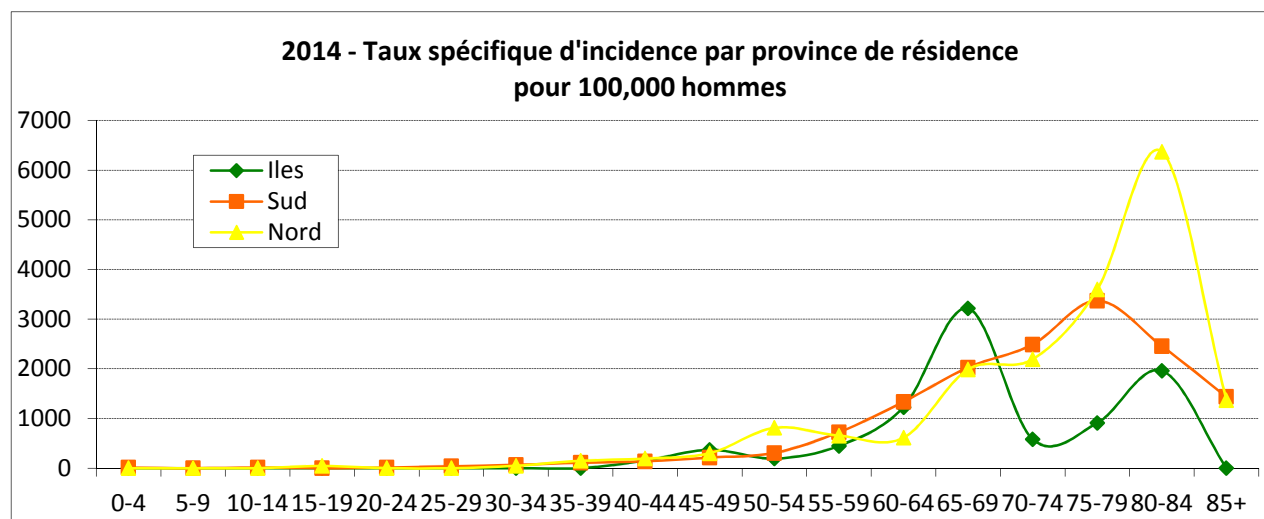
Lorsque l'on compare la répartition par province de résidence des cas enregistrés en 2014 avec la population de référence (ISEE 2014), on n'observe pas de différence significative.

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

Province	Nombre de cas 2014 - registre du cancer	Fréquence	ISEE 2014
Iles	57	6,6%	6,8%
Nord	151	17,4%	18,8%
Sud	660	76,0%	74,4%
Total	868	100,0%	100,0%

On observe en 2014 un ratio hommes/femmes plus élevé en province Nord (1.32) par rapport à la province des Iles Loyauté (0.73) et à la province Sud (1.19).

Les pics observés pour l'incidence de la province des Iles Loyauté, 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 en moins a une influence considérable sur les taux spécifiques.

**Figure 9 - Taux spécifique d'incidence par tranche d'âge chez les femmes****Figure 10 - 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 31.5 % (n=273) des cas (et qui ont été classés dans le groupe « autres »).

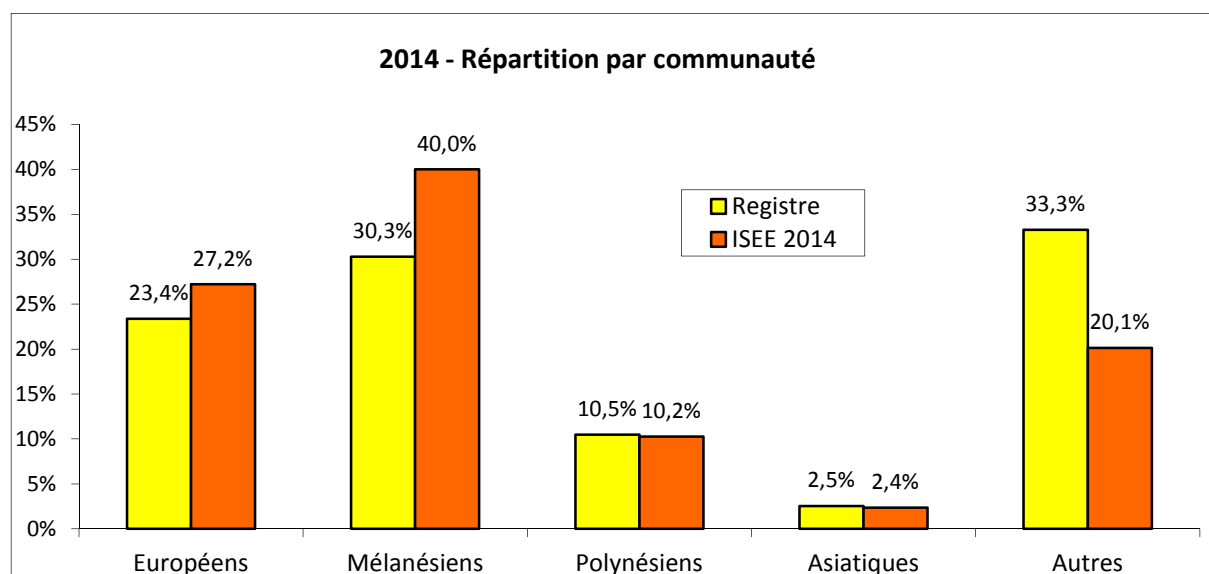


Figure 11 - Répartition des nouveaux cas par communauté

Le sex-ratio varie selon la communauté avec plus d'hommes chez les européens (SR 2.17), chez les polynésien (SR 1.68) et les asiatiques (SR 1.44) ; et plus de femmes dans la communauté mélanésienne (SR 0.88).

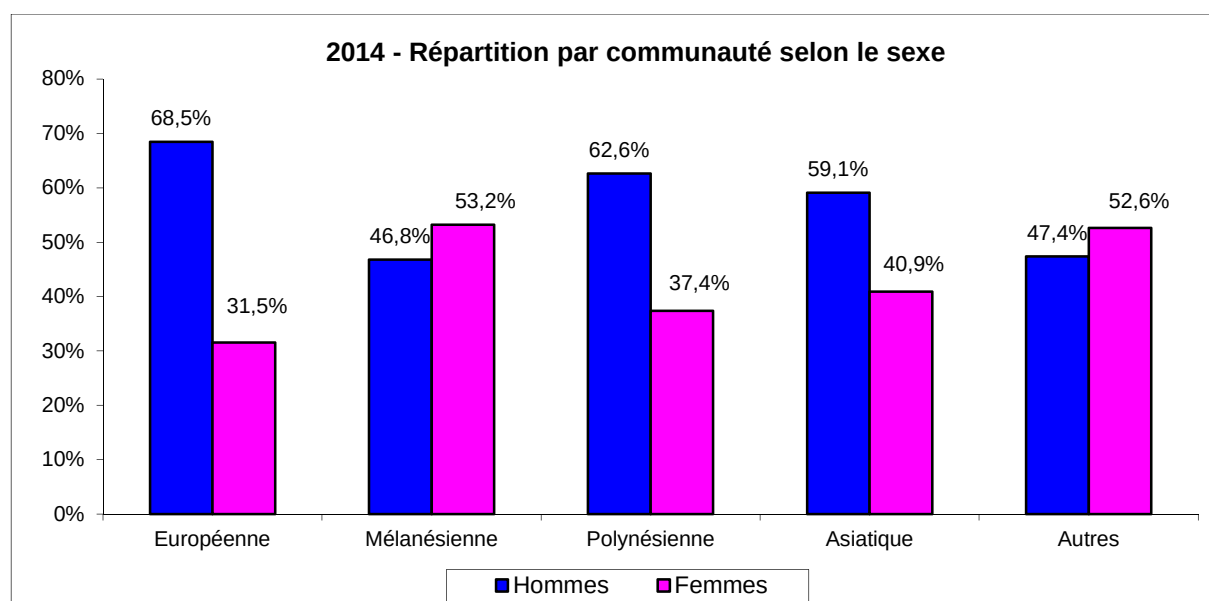


Figure 12 - Répartition des nouveaux cas par groupe de communautés selon le sexe

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 (57.3 %) :

- seins : 143 cas (16.5 %),
- bronches-poumon : 114 cas (13.1 %),

- prostate : 113 cas (13.0 %),
- côlon-rectum : 78 cas (9.0 %),
- lymphomes non hodgkiniens : 49 cas (5.6 %)

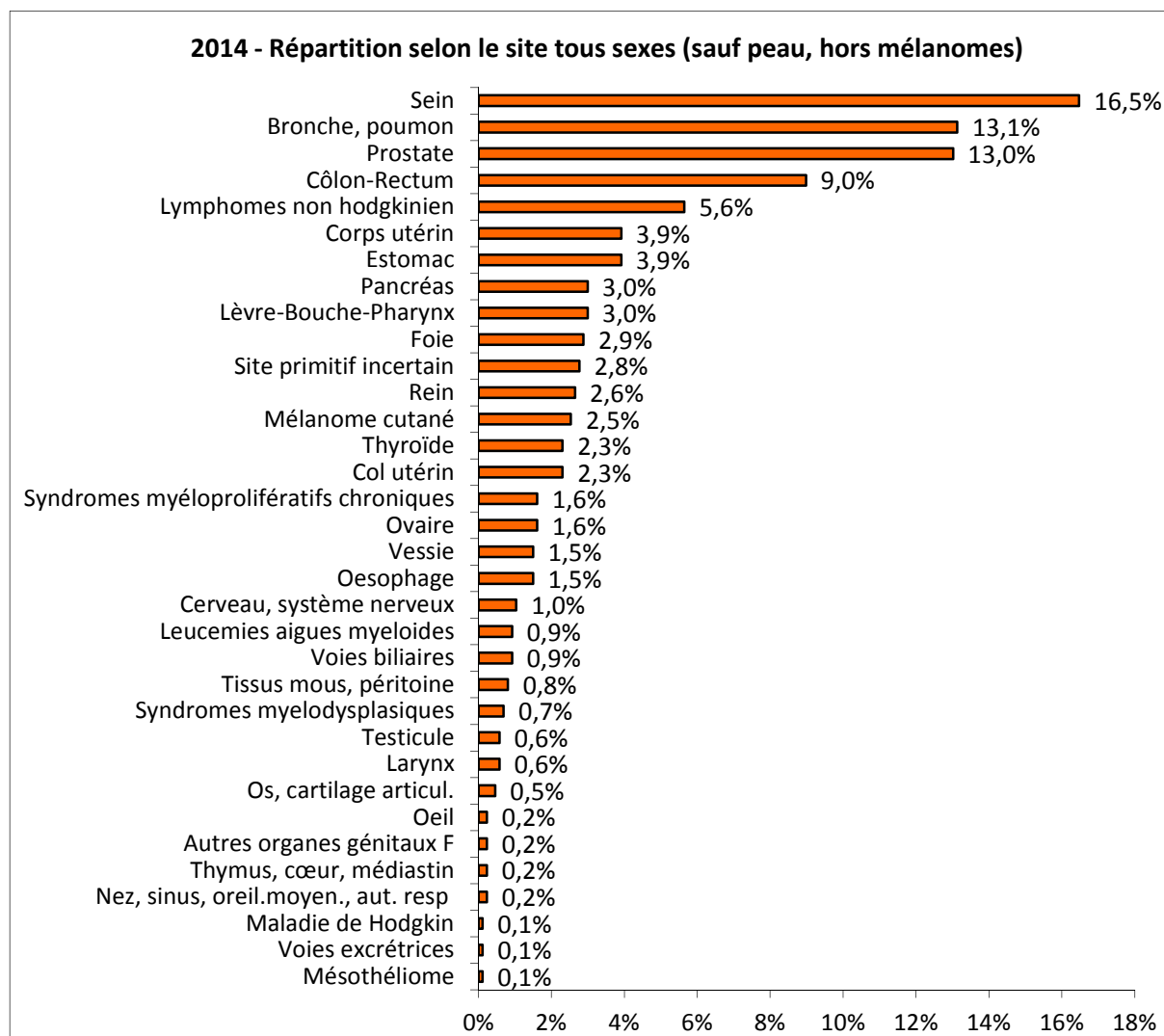


Figure 13 - Répartition des nouveaux cas par topographie

Cette répartition varie selon le sexe. Chez les **hommes (n=469)**, les 5 topographies les plus fréquentes représentent 62.5 % (n=293) des tumeurs :

- prostate : 113 cas (24.1 %),
- bronches-poumon : 84 cas (17.9 %),
- côlon-rectum : 42 cas (9.0 %),
- lymphomes non hodgkiniens : 31 cas (6.6 %),
- lèvre-bouche-pharynx : 23 cas (4.9 %)

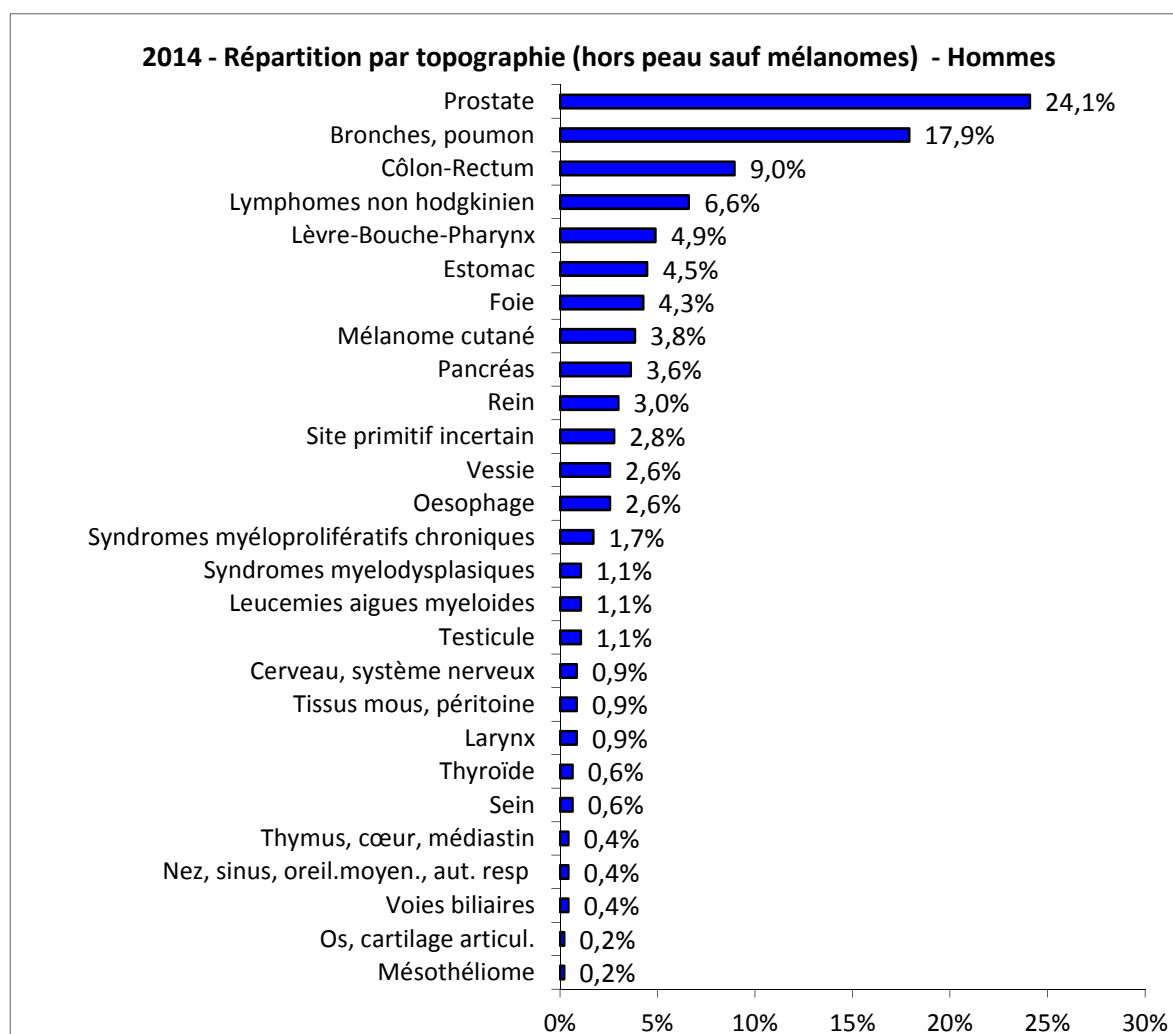


Figure 14 –Répartition des nouveaux cas par topographie chez les hommes

Chez les **femmes (n=399)**, les 5 principaux sites représentent 65.2 % des tumeurs (n=260) :

- seins : 140 cas (35.1 %)
- côlon-rectum : 36 cas (9.0 %)
- corps utérin : 34 cas (8.5 %)
- bronches-poumon : 30 cas (7.5 %)
- col utérin : 20 cas (5.0 %)

A noter que les cancers de l'utérus (col et endomètre) représentent 13,5 % des tumeurs invasives chez les femmes.

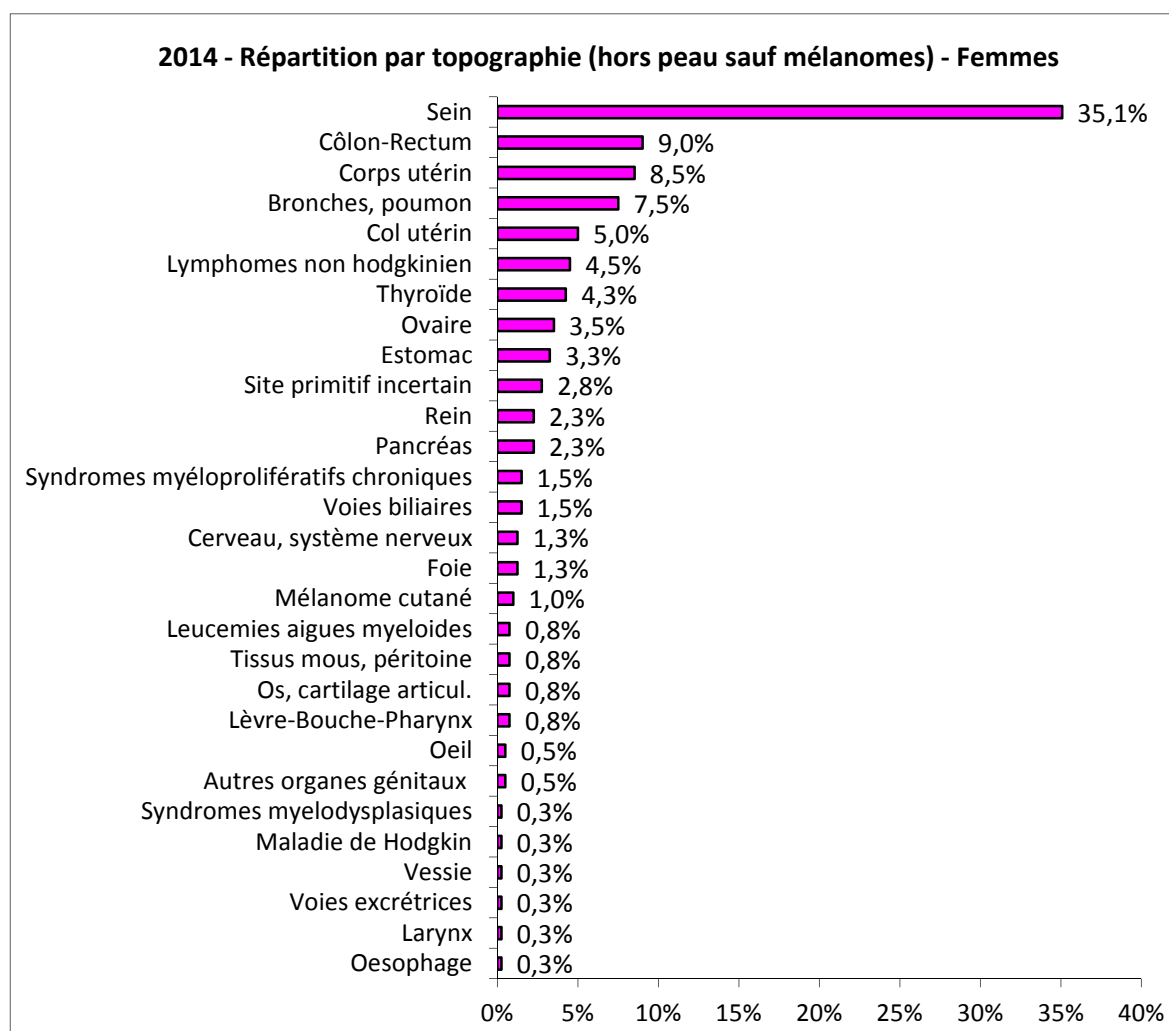


Figure 15 - Répartition des nouveaux cas par topographie chez les femmes

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 1.4 fois plus élevée que celles des bronches-poumon et 2.8 fois plus élevée que celle du côlon-rectum.

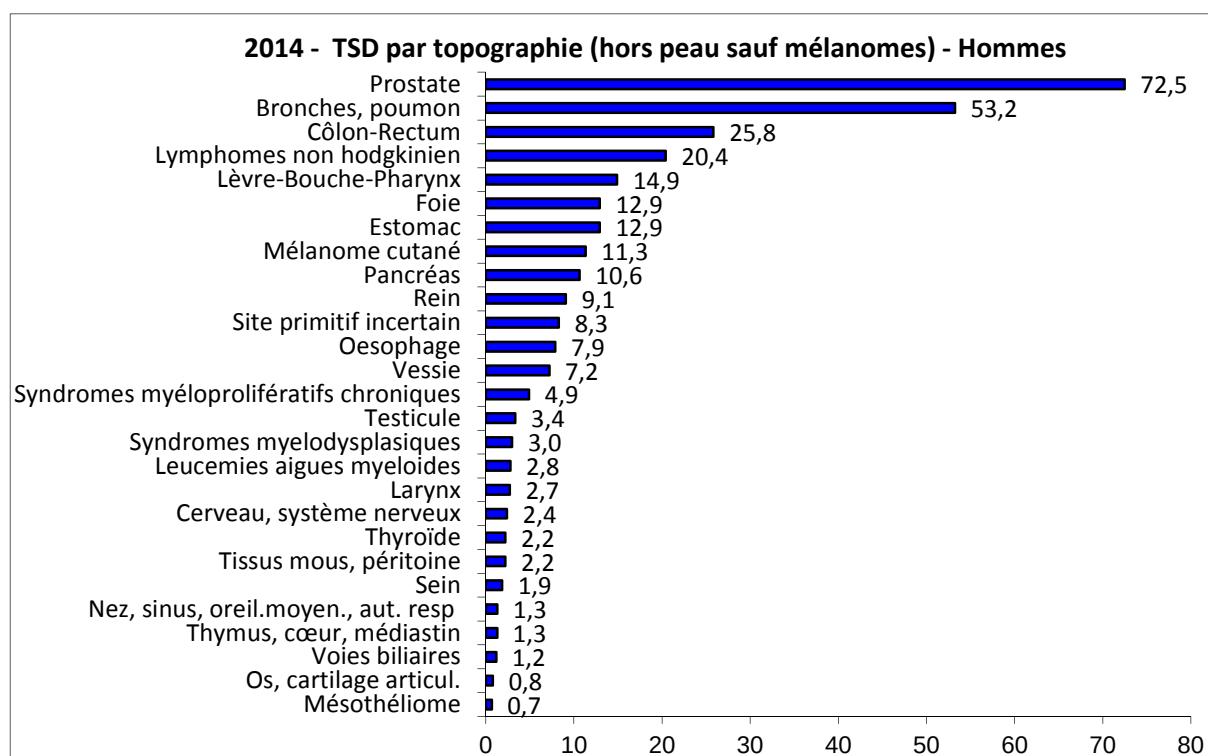


Figure 16 - Taux d'incidence standardisée par topographie chez les hommes

Chez les **femmes**, l'incidence des cancers du sein est 4.1 fois plus élevée que celle des cancers du corps utérin et 4.2 fois plus que celle des cancers du côlon-rectum.

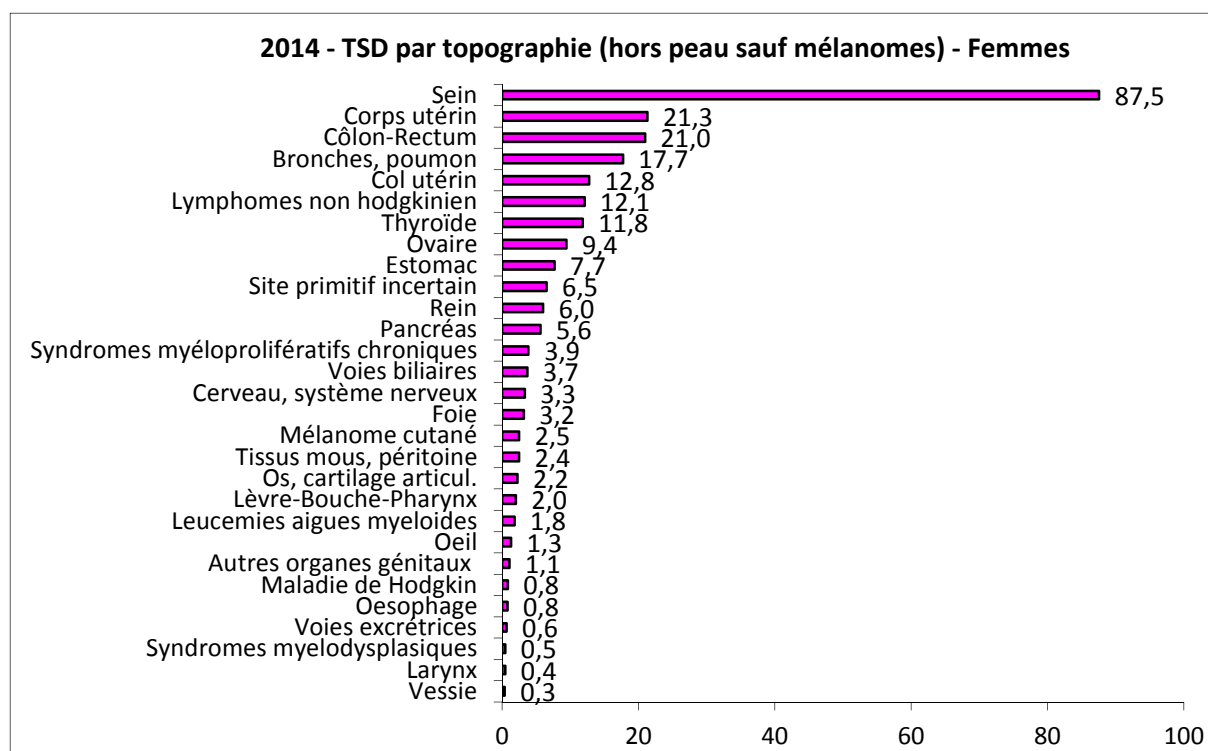


Figure 17 - Taux d'incidence standardisée par topographie chez les femmes

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 (44 cas, 31.7 %), puis le côlon-rectum (17 cas, 12.2 %),

- Mélanésien : bronches-poumon (32 cas, 26.0 %), prostate (31 cas, 25.2 %),
- Polynésien : prostate (15 cas, 26.3 %), bronches-poumons (10 cas, 17.5 %).

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

- Européennes : seins (24 cas, 37.5 %), côlon-rectum (11 cas, 17.2 %)
- Mélanésiennes : seins (36 cas, 25.7 %), bronches-poumon (13 cas, 9.3 %), corps utérin (13 cas, 9.3 %)
- Polynésiennes : seins (9 cas, 26.5 %), corps utérin (4 cas, 11.8 %).

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=83), les bronches-poumon (n=57), le côlon-rectum (n=35) et les lymphomes non hodgkiniens (n=27).

En province Nord, les sites les plus incidents sont les bronches-poumon (n=24), la prostate (n=20), le côlon-rectum (n=6) et les sites primitifs incertains (n=5).

Dans la province des Iles Loyauté, les topographies les plus fréquentes sont la prostate (n=10), les bronches-poumon (n=3), le foie (n=2) et l'œsophage (n=2).

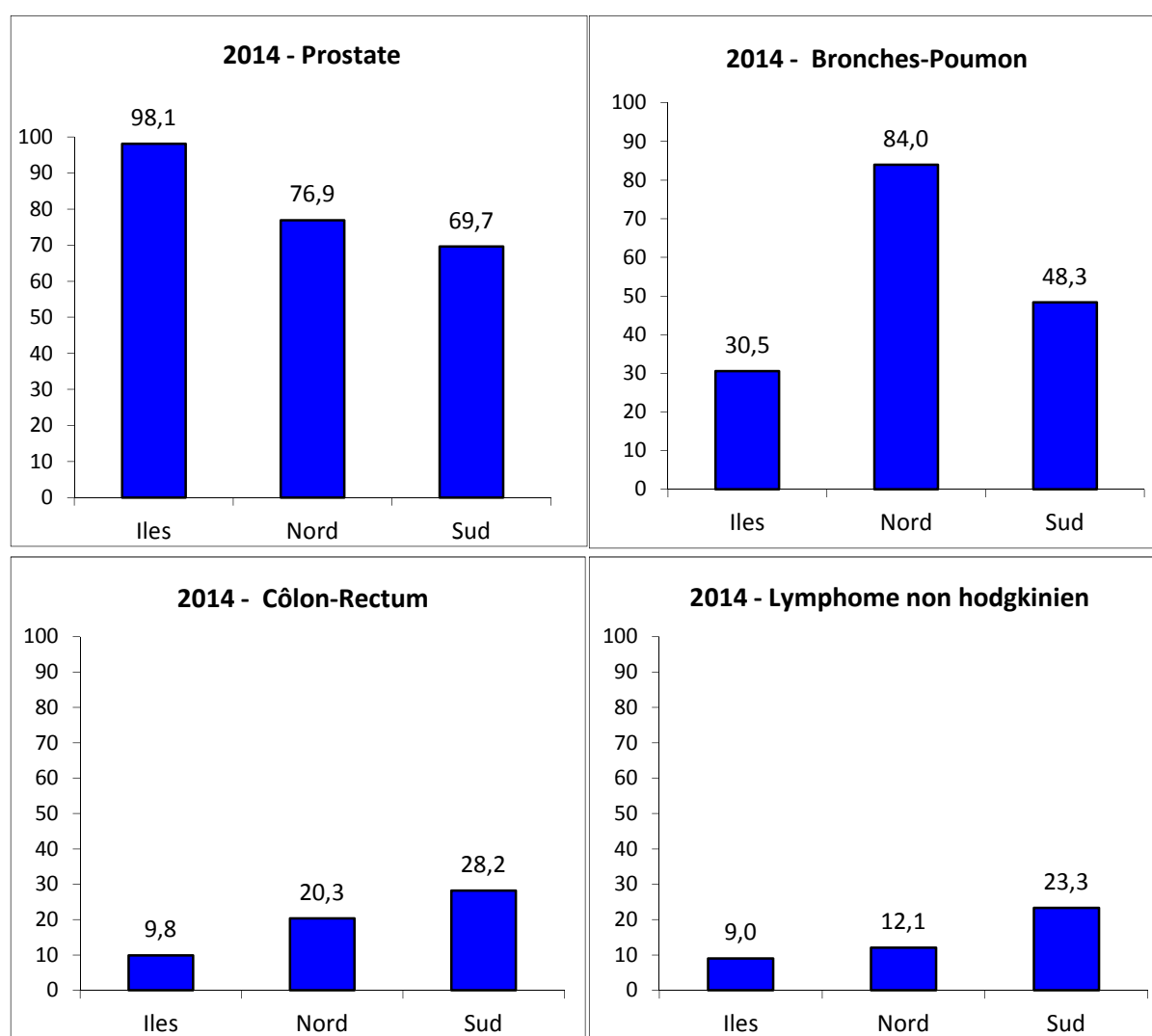


Figure 18 - Comparaison des taux d'incidence standardisée par province pour les principales topographies chez les hommes (Taux pour 100 000)

Chez les femmes, les sites les plus incidents en province Sud sont les seins (n=106), le côlon-rectum (n=29), le corps utérin (n=24) et les bronches-poumon (n=22).

En province Nord, les sites les plus incidents sont les seins (n=24), le corps utérin (n=8), les bronches-poumons (n=5).

Dans la province des Iles Loyauté, les topographies les plus fréquentes sont les seins (n=10), puis ex aequo la thyroïde, les lymphomes non hodgkiniens, les bronches-poumon, le côlon-rectum (n=3).

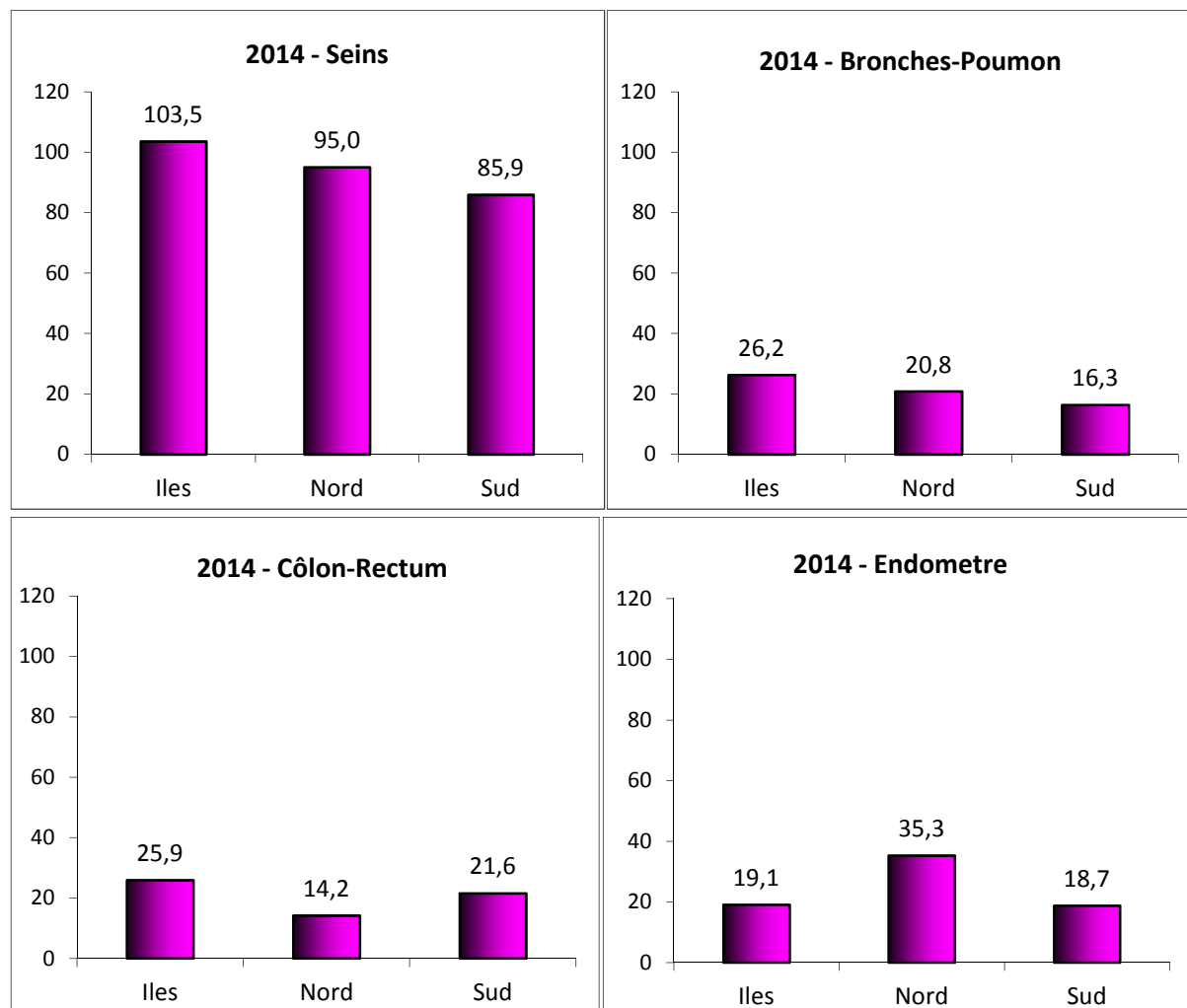


Figure 19 - Comparaison des taux d'incidence standardisée par province pour les principales topographies chez les femmes (Taux pour 100 000)

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

2014 - HOMMES							2014 - FEMMES					
Iles		Nord		Sud			Iles		Nord		Sud	
Nb	TSD	Nb	TSD	Nb	TSD		Nb	TSD	Nb	TSD	Nb	TSD
Sites							Nb	TSD	Nb	TSD	Nb	TSD
0	0,0	3	10,4	20	17,1	Lèvre-Bouche-Pharynx	0	0,0	0	0,0	3	2,6
2	19,5	1	4,1	9	7,6	Œsophage	0	0,0	0	0,0	1	1,0
1	9,6	4	13,1	16	12,8	Estomac	2	20,4	2	10,1	9	6,1
0	0,0	0	0,0	0	0,0	Intestin	0	0,0	0	0,0	0	0,0
1	9,8	6	20,3	35	28,2	Côlon-Rectum-Anus	3	25,9	4	14,2	29	21,6
2	20,9	2	7,4	16	13,6	Foie	2	20,4	0	0,0	3	2,3
0	0,0	0	0,0	2	1,5	Voies biliaires	0	0,0	1	4,2	5	3,9
1	9,1	4	15,4	12	9,7	Pancréas	1	4,9	1	4,3	7	6,0
0	0,0	0	0,0	2	1,7	Nez, sinus, oreil.moyen, aut. resp	0	0,0	0	0,0	0	0,0
1	9,6	1	4,3	2	1,9	Larynx	0	0,0	0	0,0	1	0,5
3	30,5	24	84,0	57	48,3	Bronches, poumon	3	26,2	5	20,8	22	16,3
0	0,0	1	3,4	1	0,9	Thymus- cœur - plèvre	0	0,0	0	0,0	0	0,0
0	0,0	1	4,3	0	0,0	Mésothéliome	0	0,0	0	0,0	0	0,0
0	0,0	0	0,0	1	1,1	Os	0	0,0	0	0,0	3	2,9
0	0,0	2	8,0	16	13,1	Mélanomes	0	0,0	1	3,9	3	2,4
1	9,1	1	2,9	2	1,4	Tissus mous, péritoine	1	6,8	0	0,0	2	2,7
0	0,0	1	4,3	2	1,5	Seins	10	103,5	24	95,0	106	85,9
-	-	-	-	-	-	Col utérin	1	10,2	3	12,7	16	13,1
-	-	-	-	-	-	Corps utérin	2	19,1	8	35,3	24	18,7
-	-	-	-	-	-	Ovaires	1	9,8	4	16,4	9	7,8
10	98,1	20	76,9	83	69,7	Prostate	-	-	-	-	-	-
0	0,0	0	0,0	5	4,5	Testicules	-	-	-	-	-	-
0	0,0	0	0,0	0	0,0	Autres org. Génitaux	0	0,0	0	0,0	2	1,3
0	0,0	2	7,8	12	10,2	Rein	0	0,0	1	3,9	8	6,8
0	0,0	0	0,0	0	0,0	Voies excrétrices	0	0,0	1	3,9	0	0,0
0	0,0	1	3,2	11	8,8	Vessie	0	0,0	1	2,4	0	0,0
0	0,0	0	0,0	0	0,0	Œil	0	0,0	0	0,0	2	1,7
0	0,0	0	0,0	4	3,2	Cerveau, système nerveux	0	0,0	1	5,4	4	3,4
0	0,0	0	0,0	3	3,0	Thyroïde	3	32,8	3	13,6	11	10,0
0	0,0	0	0,0	0	0,0	Surrénales - autres glandes	0	0,0	0	0,0	0	0,0
0	0,0	0	0,0	0	0,0	Maladie de Hodgkin	0	0,0	1	3,9	0	0,0
1	9,0	3	12,1	27	23,3	Lymphomes non hodgkinien	3	29,3	0	0,0	15	13,2
0	0,0	1	4,1	4	3,3	Leucémies aiguës myéloïdes	0	0,0	1	3,4	2	1,6
0	0,0	2	7,2	6	4,7	Syndromes myéloprolifératifs chroniques	0	0,0	0	0,0	6	5,0
0	0,0	1	4,3	4	3,0	Syndromes myélodysplasiques	0	0,0	0	0,0	1	0,6
1	3,7	5	17,6	7	6,0	Site primitif incertain	1	7,9	3	10,3	7	6,0
24	229,1	86	314,9	359	300,1		33	317,3	65	263,8	301	243,4

II-3 Stade d'extension au moment du diagnostic

Le stade de diffusion est déterminé uniquement pour les tumeurs solides invasives (n=790). Le stade a pu être défini dans 92,9 % des cas (n=734 tumeurs).

Chez les hommes, le cancer de la prostate est diagnostiqué à un stade localisé dans 71,7 % (n=81) et le cancer des bronches-poumons est diagnostiqué à 82,1 % (n=69) à un stade régional ou métastatique.

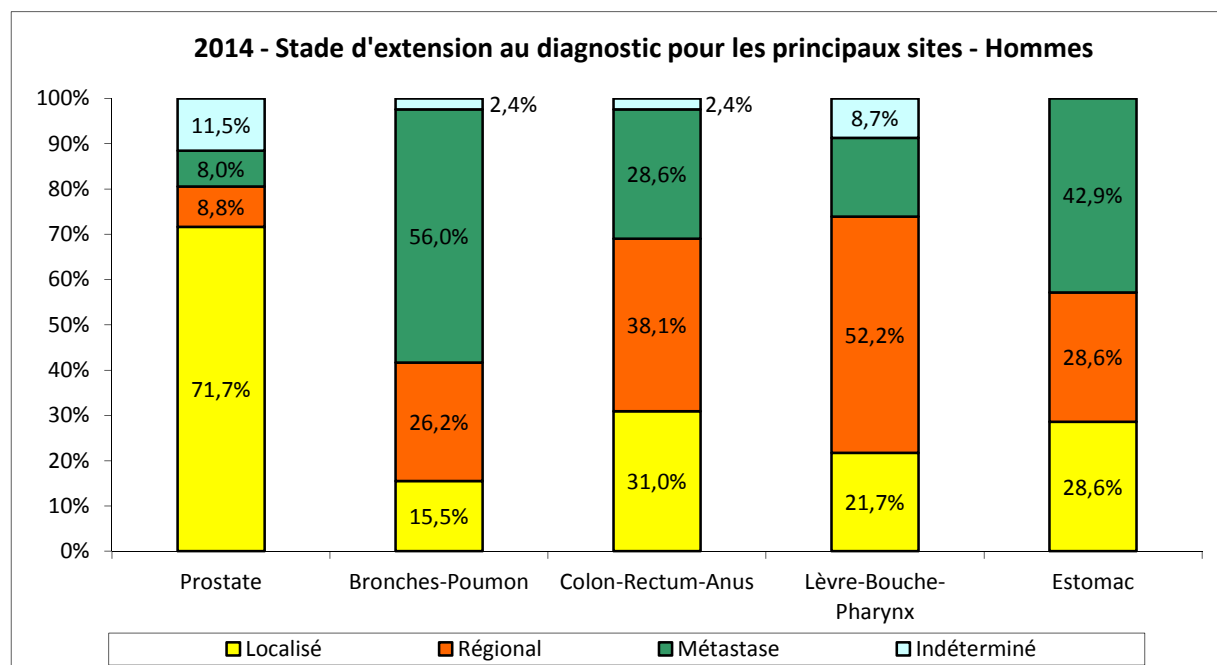


Figure 20 - Répartition du stade d'extension des principales topographies chez les hommes

Chez les **femmes**, les cancers du corps utérin, ainsi que les cancers du côlon-rectum 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 (3,3 %).

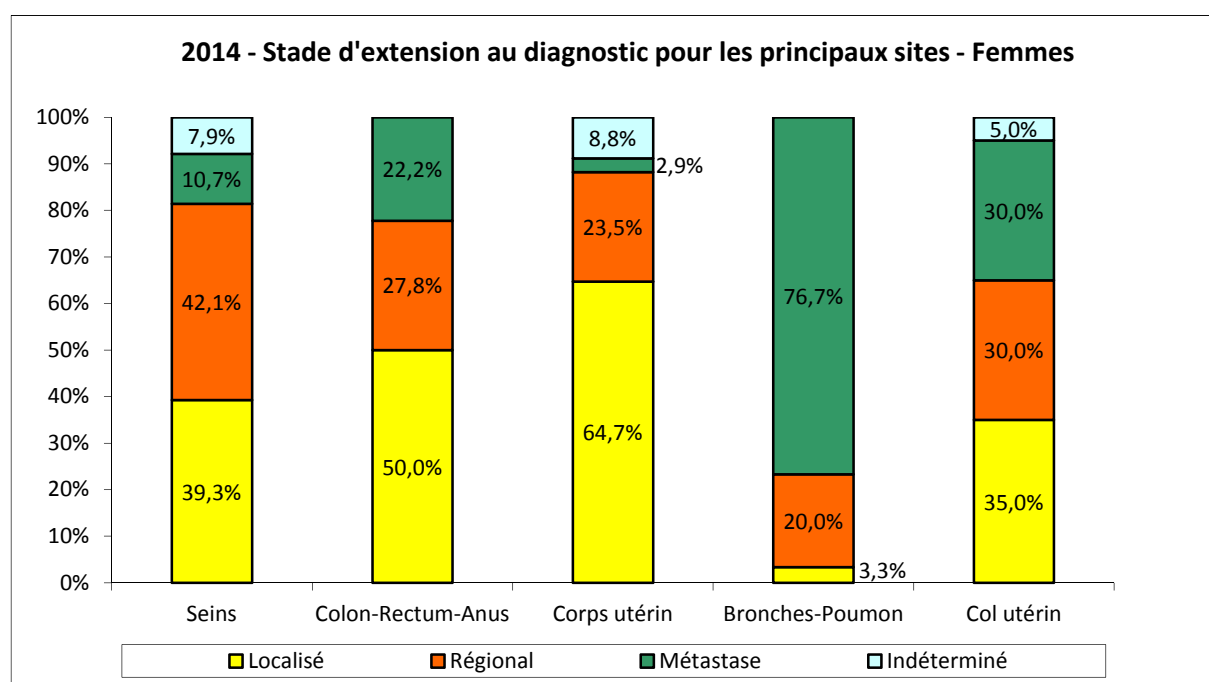


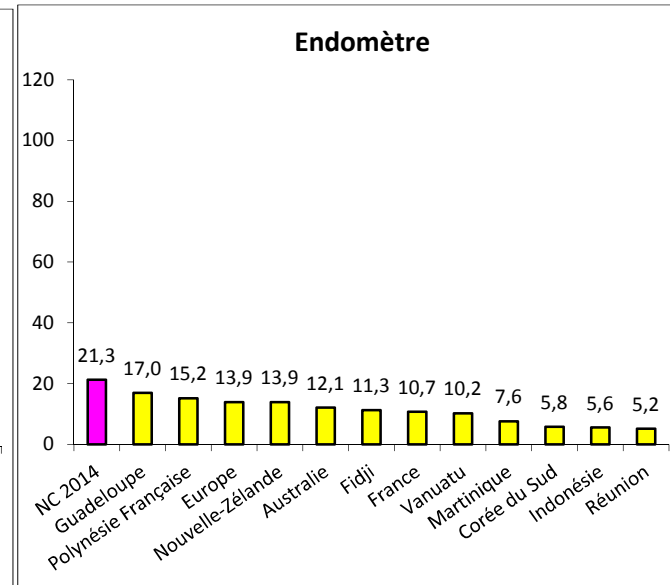
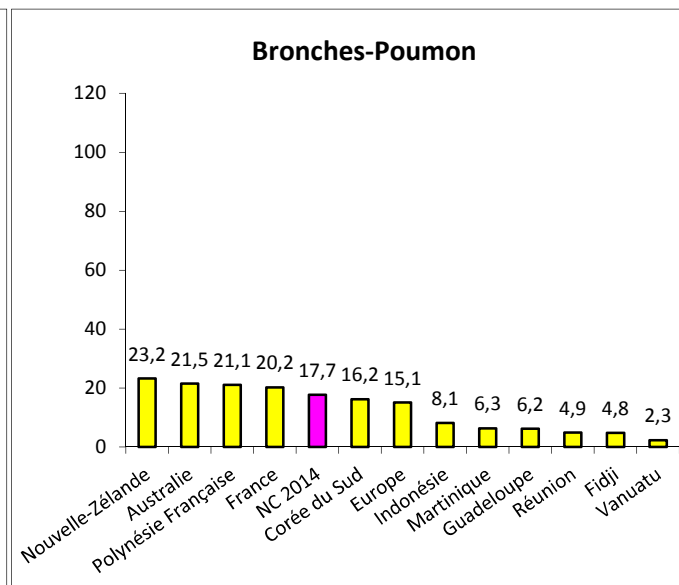
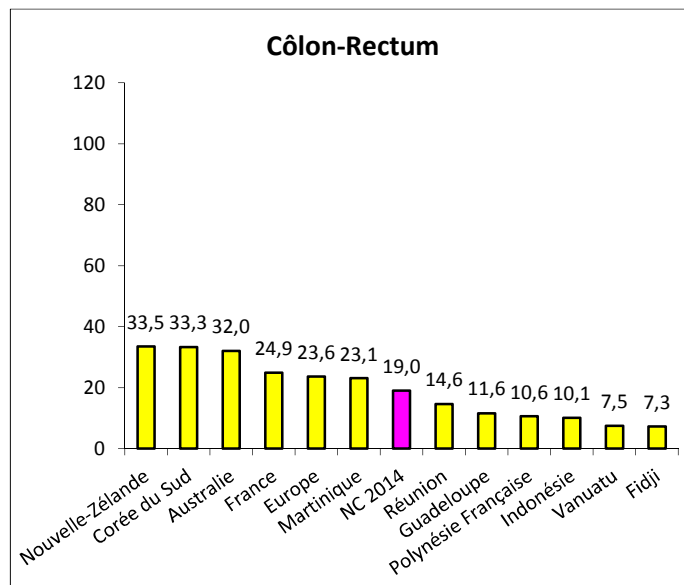
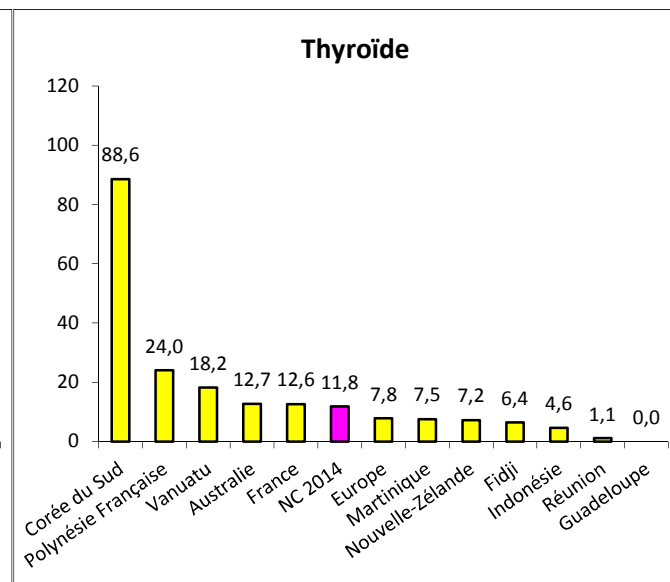
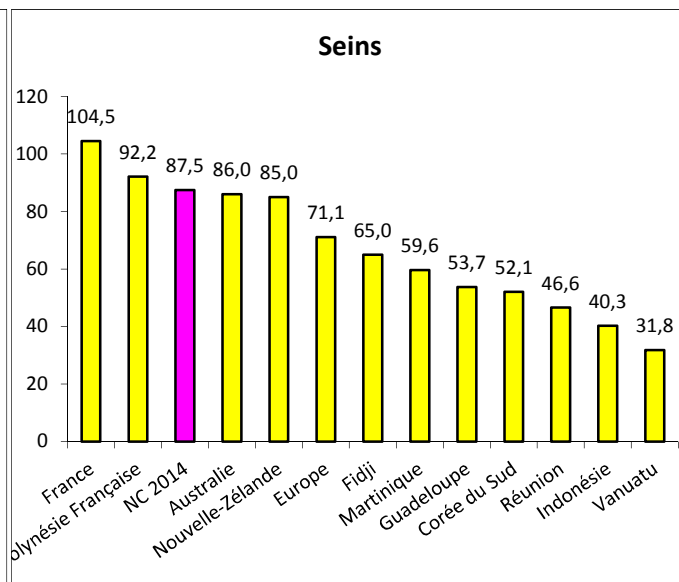
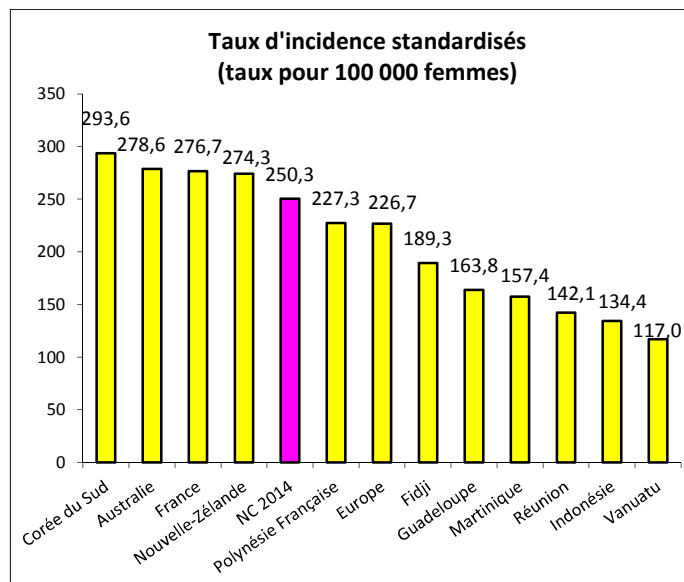
Figure 21 : Répartition du stade d'extension des principales topographies chez les femmes

II-4 Comparaisons internationales (Globocan 2012-IARC)

La comparaison des incidences calédoniennes avec celles de la métropole, des DOM et d'autres pays, notamment ceux de la région, montre que chez les femmes, le taux d'incidence standardisé tous cancers hors tumeurs cutanées autre que mélanomes, est en 2014, 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 plus bas que celui de Nouvelle-Calédonie. On note par ailleurs que la Nouvelle-Calédonie fait partie des pays où l'incidence des cancers de l'endomètre est plus élevée.

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.



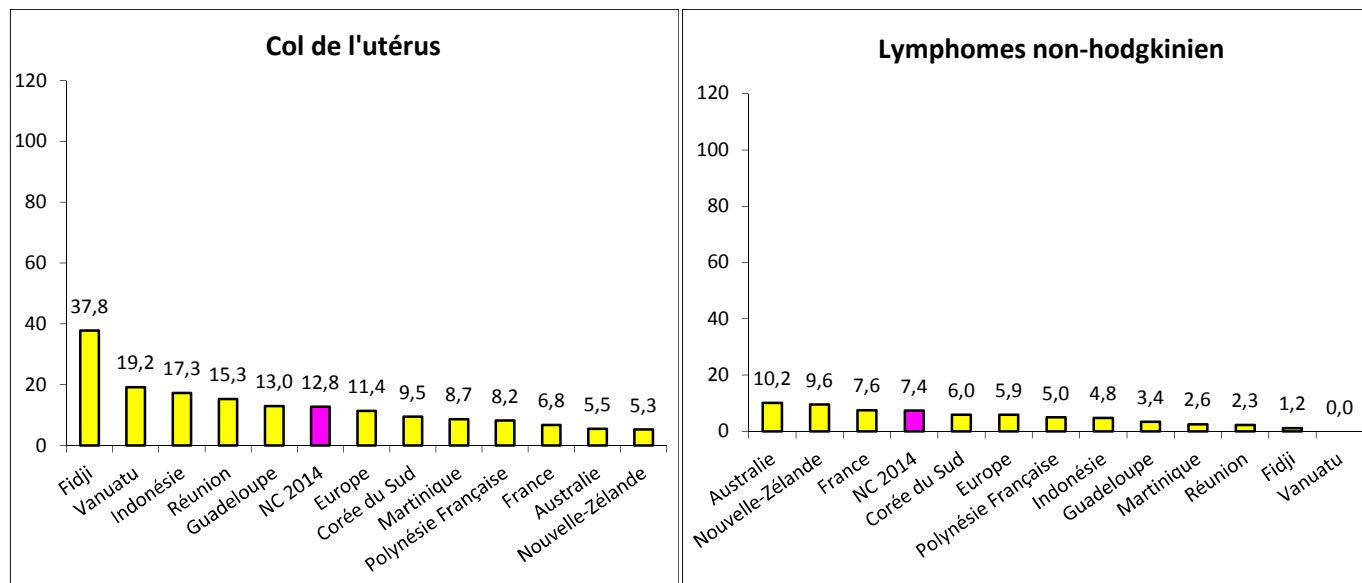
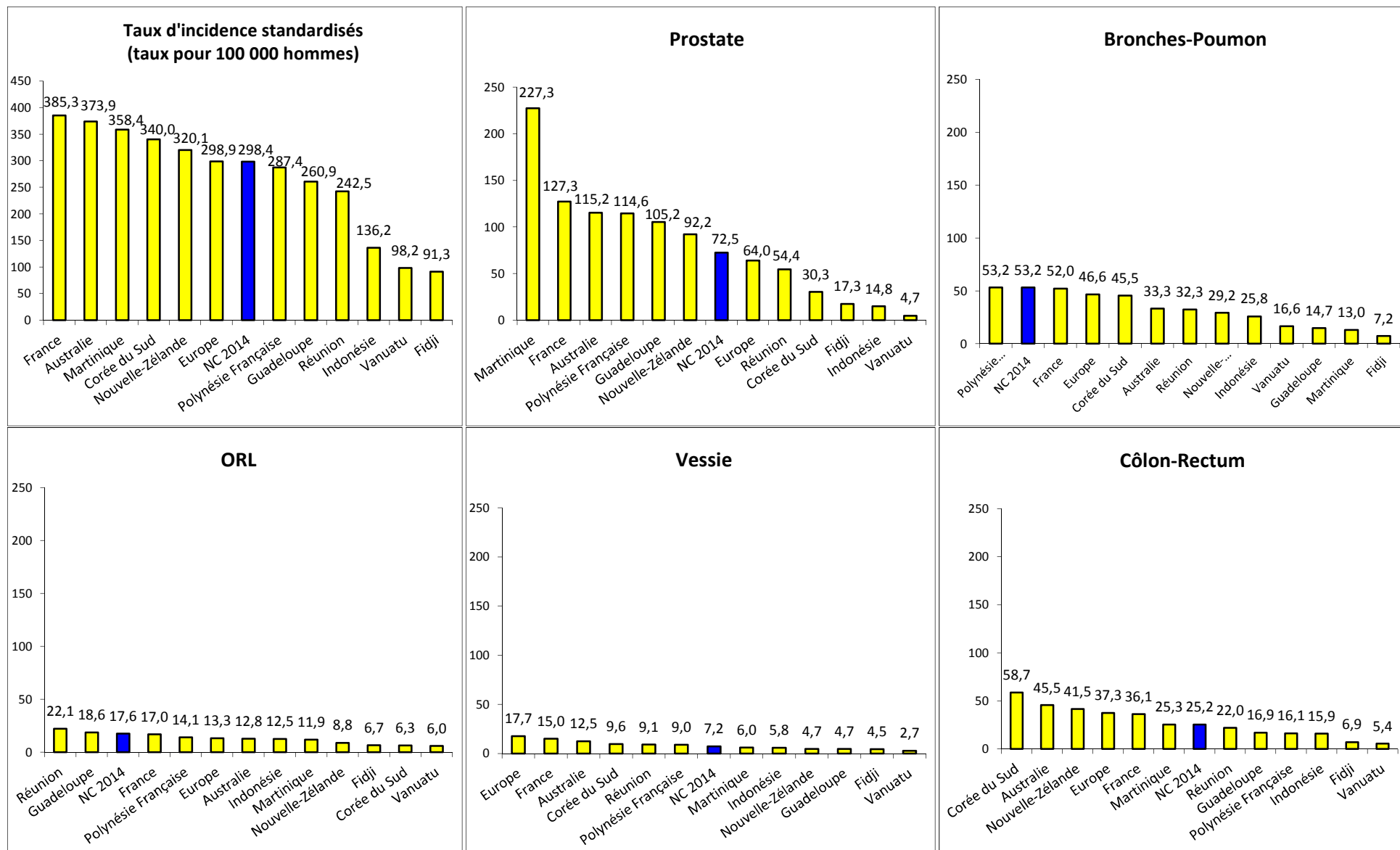


Figure 22 - Comparaisons internationales des taux d'incidence standardisés pour 100 000 individus selon le site chez les femmes – Globocan 2012



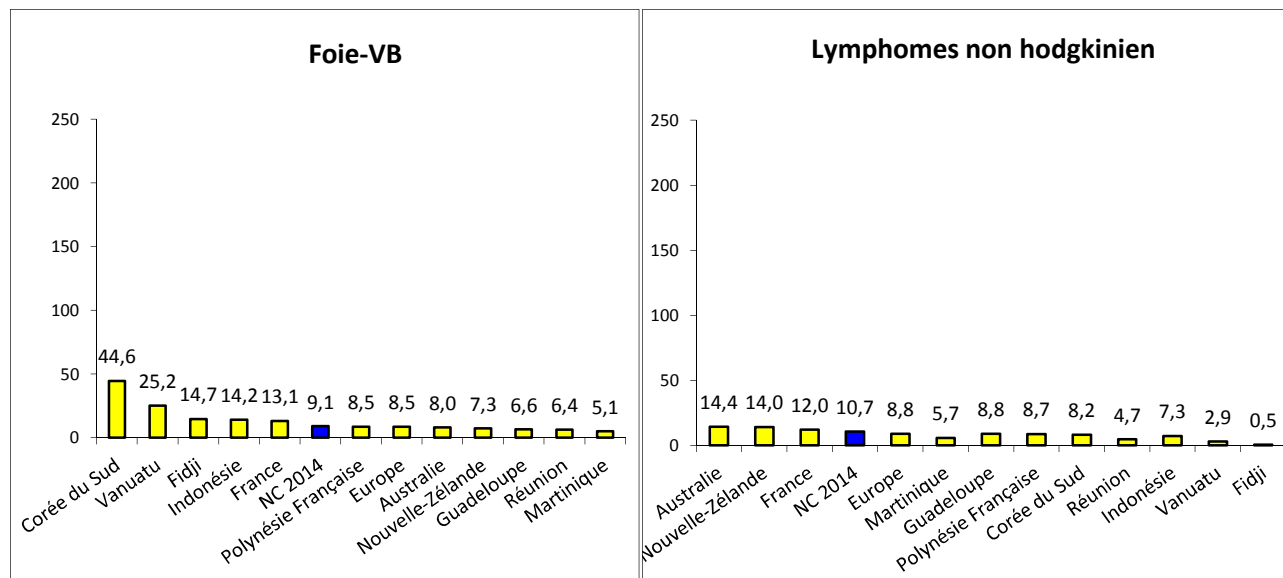


Figure 23 - Comparaison internationale des taux d'incidence standardisés pour 100 000 individus selon le site chez les hommes – Globocan 2012

III-2 Cancer de la prostate

Généralités

En 2014, le cancer de la prostate est le cancer le plus fréquent chez les hommes avec 113 nouveaux cas. Un cas, concerne un enfant âgé de 4 ans chez lequel a été diagnostiqué un rhabdomyosarcome de la prostate. En raison de la singularité de ce diagnostic, il n'a pas été pris en compte dans les analyses suivantes.

65% des patients avaient une autre localisation primitive (n=6).

Au 18/10/2016, 11 (10%) patients étaient décédés, dont 4 (4%) suite à ce cancer de la prostate.

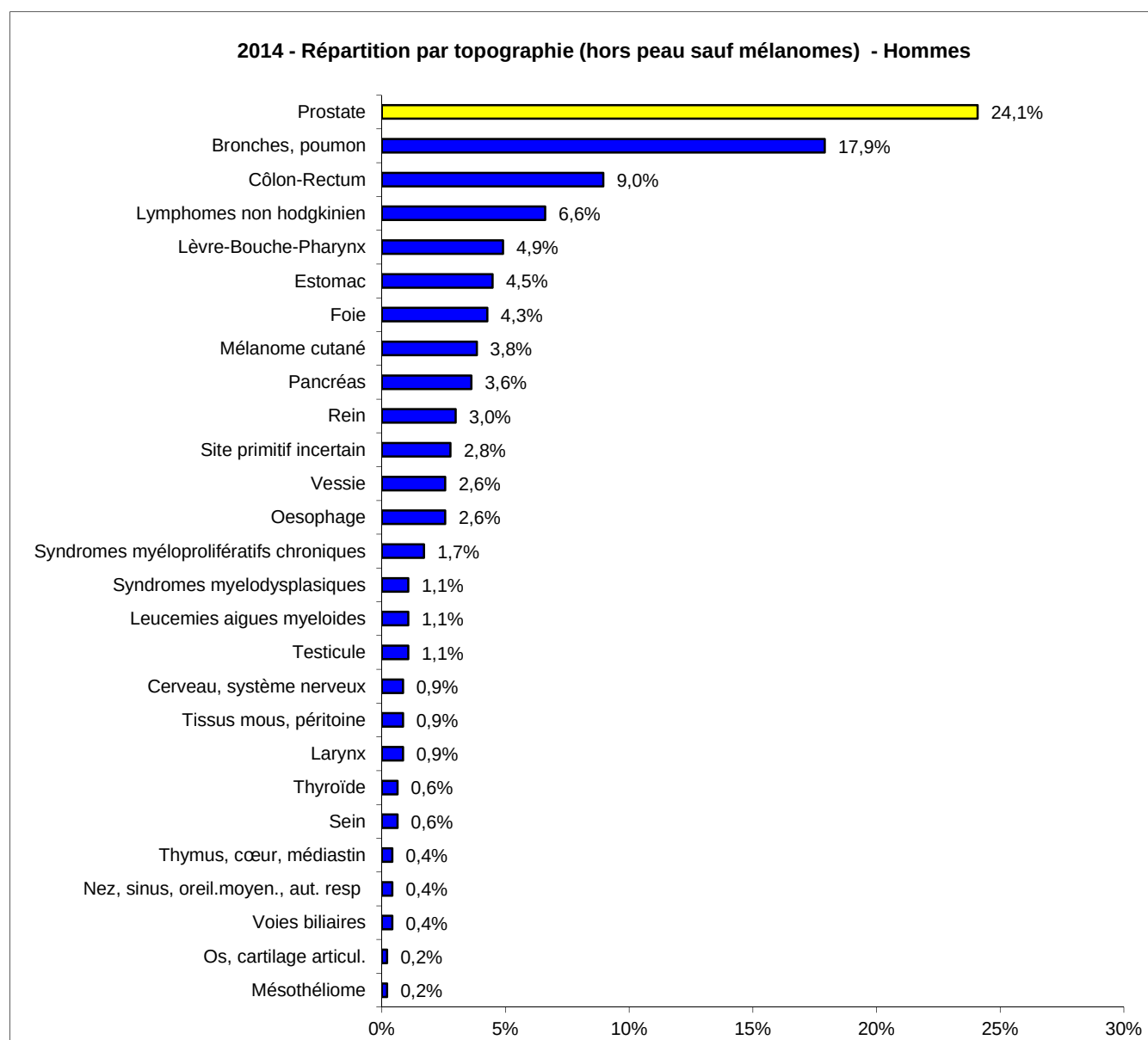


Figure 47 - Répartition des cancers chez l'homme

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 2014, l'âge au diagnostic est compris entre 46 et 89 ans, avec un âge moyen égal à 69 ans (médiane à 69 ans). 13 patients (11%) avaient moins de 60 ans lors du diagnostic.

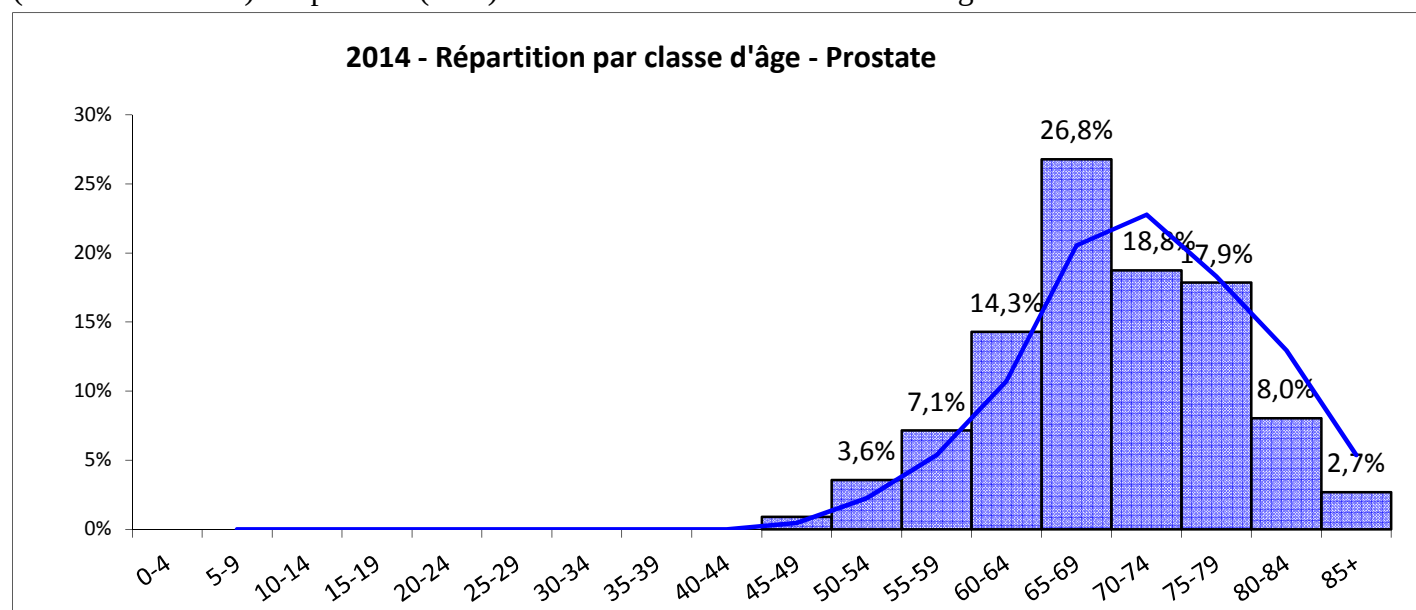


Figure 48 - Cancer de la prostate, répartition par classe d'âge

Provinces

La répartition des cancers de la prostate n'est pas différente de celle de la population globale. Le taux d'incidence standardisée en province des Iles est légèrement plus élevé que celui des autres provinces

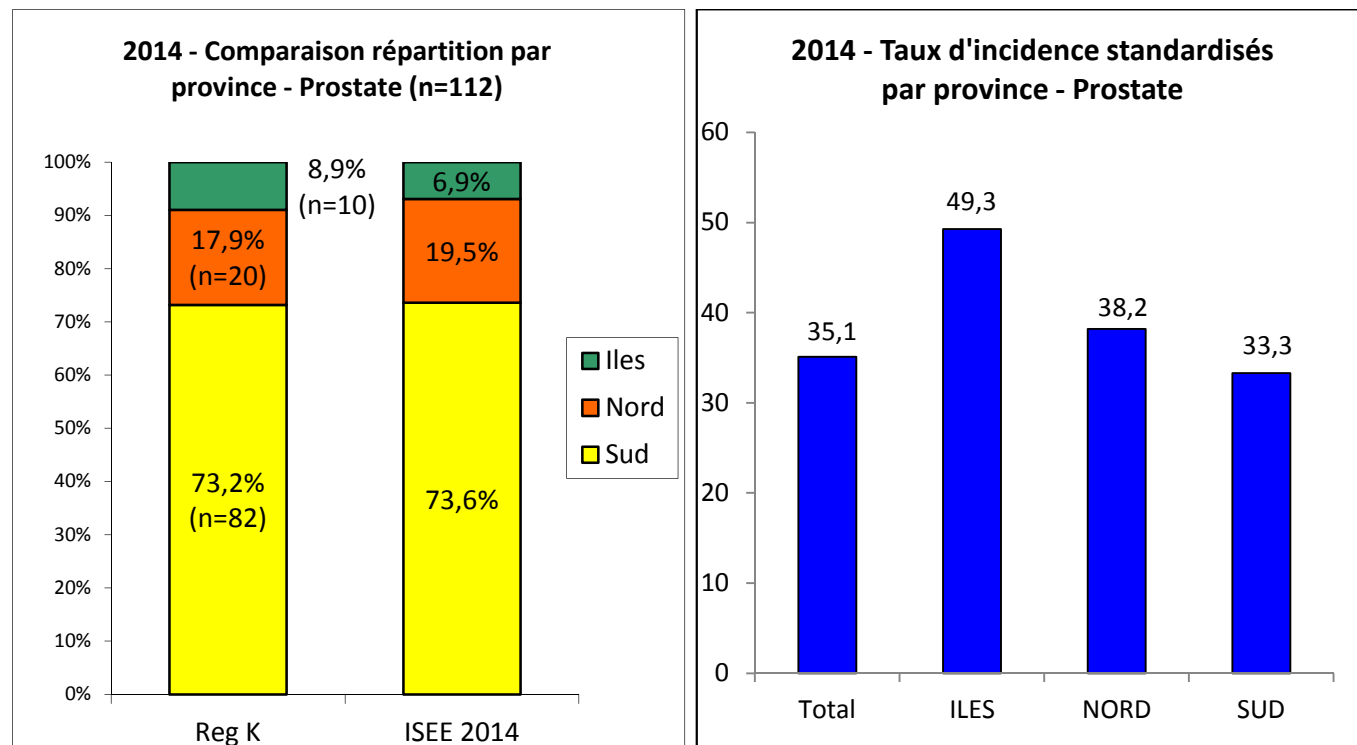


Figure 49 – Cancer de la prostate, répartition et incidence par province

Communautés

Comme les années précédentes, on observe une légère sur représentation de la communauté européenne par rapport à la communauté mélanésienne ($p=0.02$)

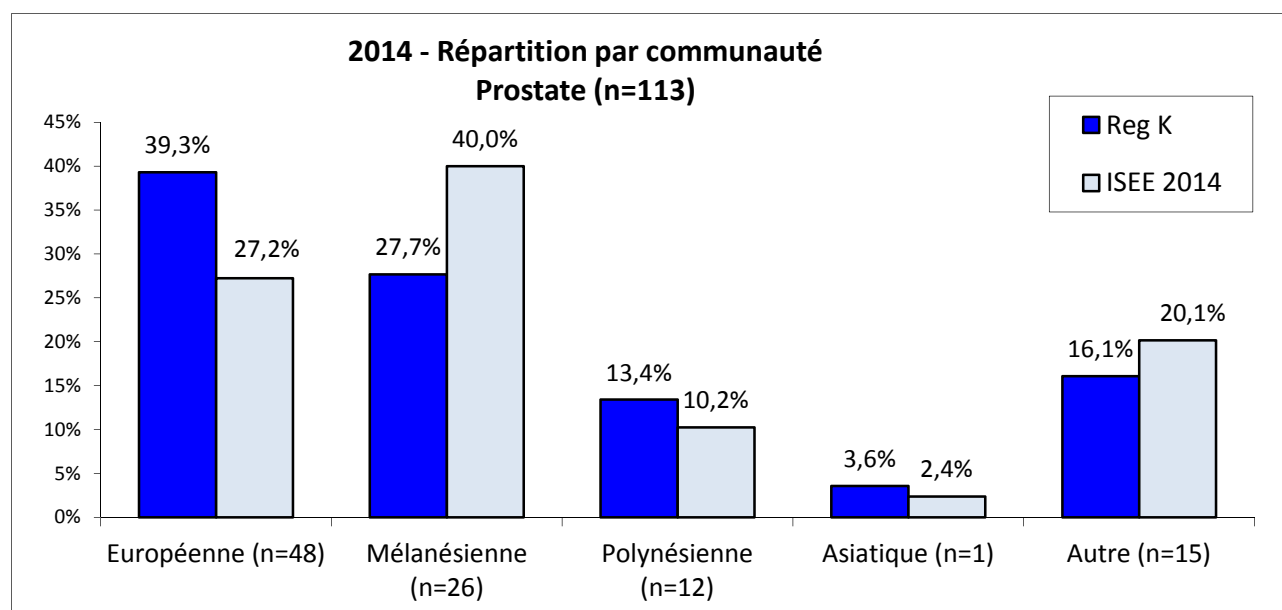


Figure 50 - Cancer de la prostate, répartition par communauté

Histologie, stade au diagnostic et circonstance de découverte

Presque tous les cas ($n=110$, 98%) ont eu un diagnostic histologique d'adénocarcinome. Pour deux patients 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 intra-prostatique lors du diagnostic.

La majorité des cancers de la prostate sont diagnostiqués lors d'un suivi du PSA ou d'un unique dosage (fortuit).

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

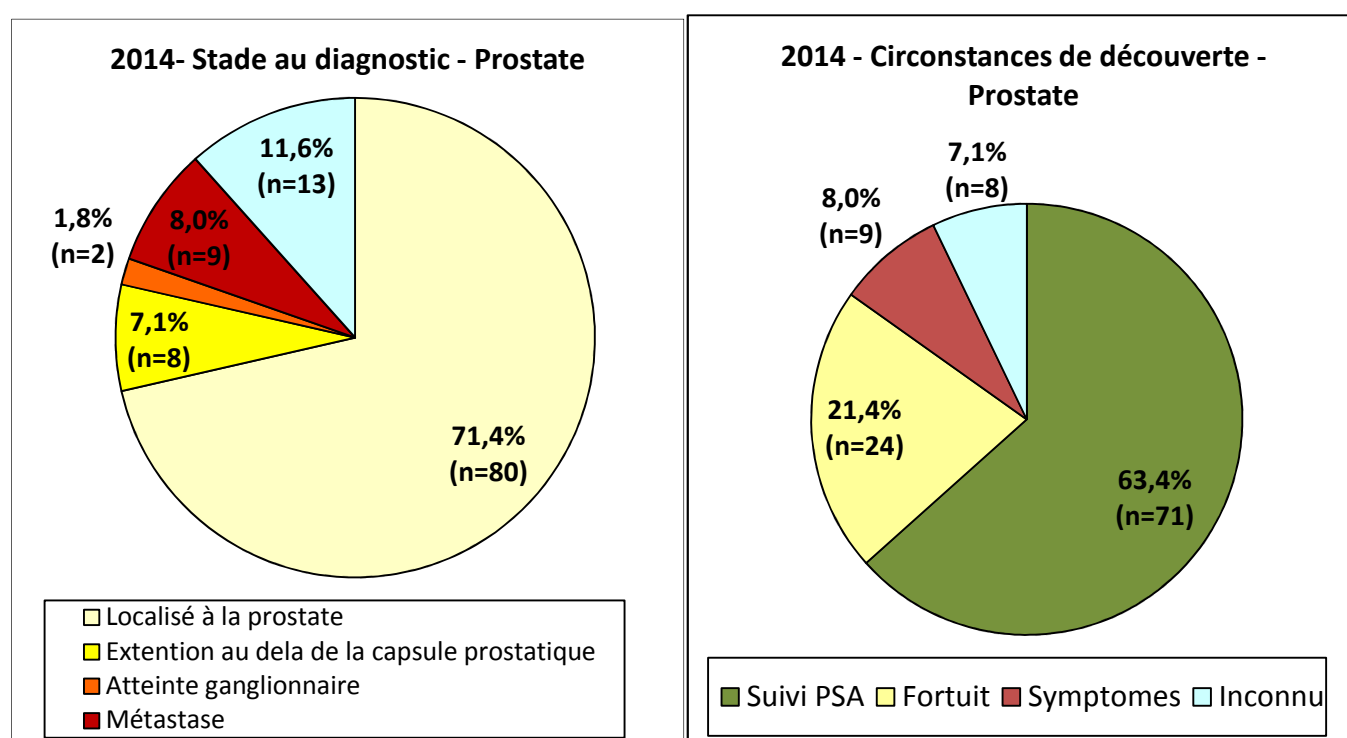


Figure 51 - Cancer de la prostate, stade au diagnostic et circonstances de découverte

Evaluation du risque selon la classification de D'Amico

D'Amico a proposé une classification simple de la gravité d'évolution du cancer de la prostate, basée sur le stade de la tumeur au diagnostic, la valeur du dosage de PSA et le stade de Gleason lors du diagnostic. Elle représente une aide dans le choix du protocole thérapeutique pour le patient.

En 2014, près de la moitié des patients avait un haut risque selon cette classification de D'Amico.

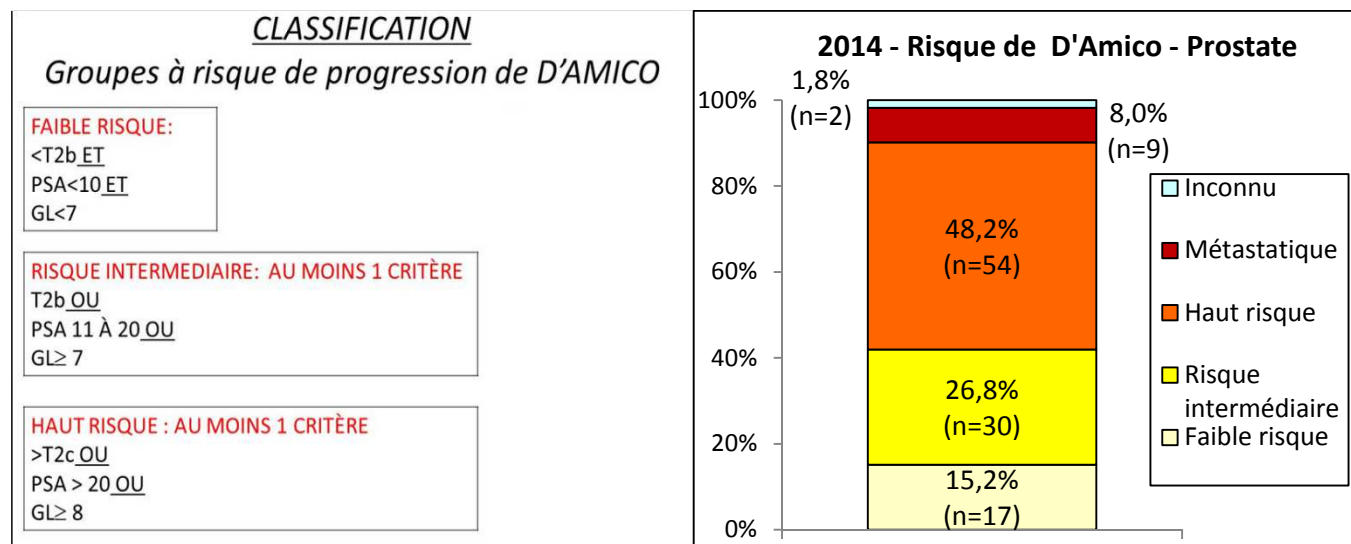


Figure 52 – Cancer de la prostate, classification de D'Amico

Incidences et comparaisons internationales

En 2014, l'incidence des cancers de la prostate est inférieure à celle observée en métropole, dans les pays voisins et les DOM-TOM.

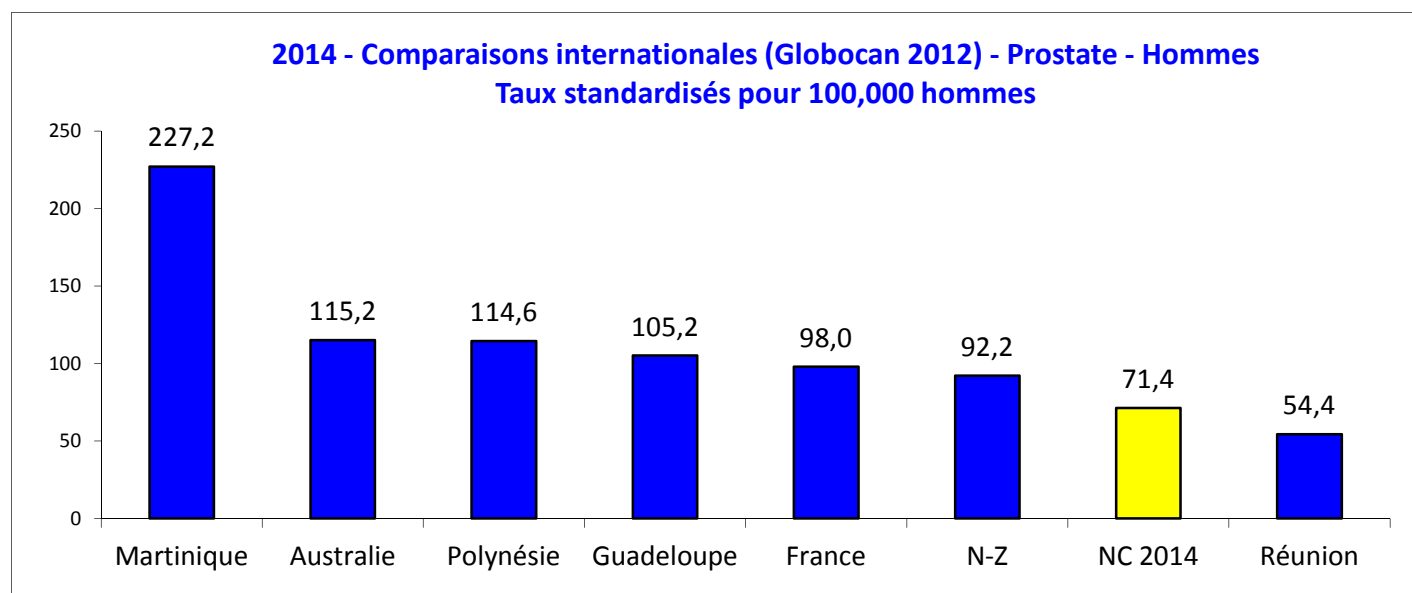


Figure 53 - Cancer de la prostate, comparaisons internationales

III-3 Rein, vessie et voies urinaires

III-3.a Cancer du rein

Généralités

En 2014, le cancer du rein est le 12^{ème} cancer le plus fréquent, tous sexes confondus, avec 23 tumeurs invasives. Il se situe au 10^{ème} rang chez les hommes avec 14 tumeurs, et au 11^{ème} chez les femmes avec 9 tumeurs. Le sex-ratio est de 1,6 hommes pour une femme.

Un seul patient avait un antécédent de cancer.

Au 18/10/2016, 1 seul patient était décédé mais pas suite à ce cancer du rein.

A noter que la plupart des cancers du rein sont de découverte fortuite (86%, n=19) dans le cadre de la réalisation d'examens pour un autre problème de santé.

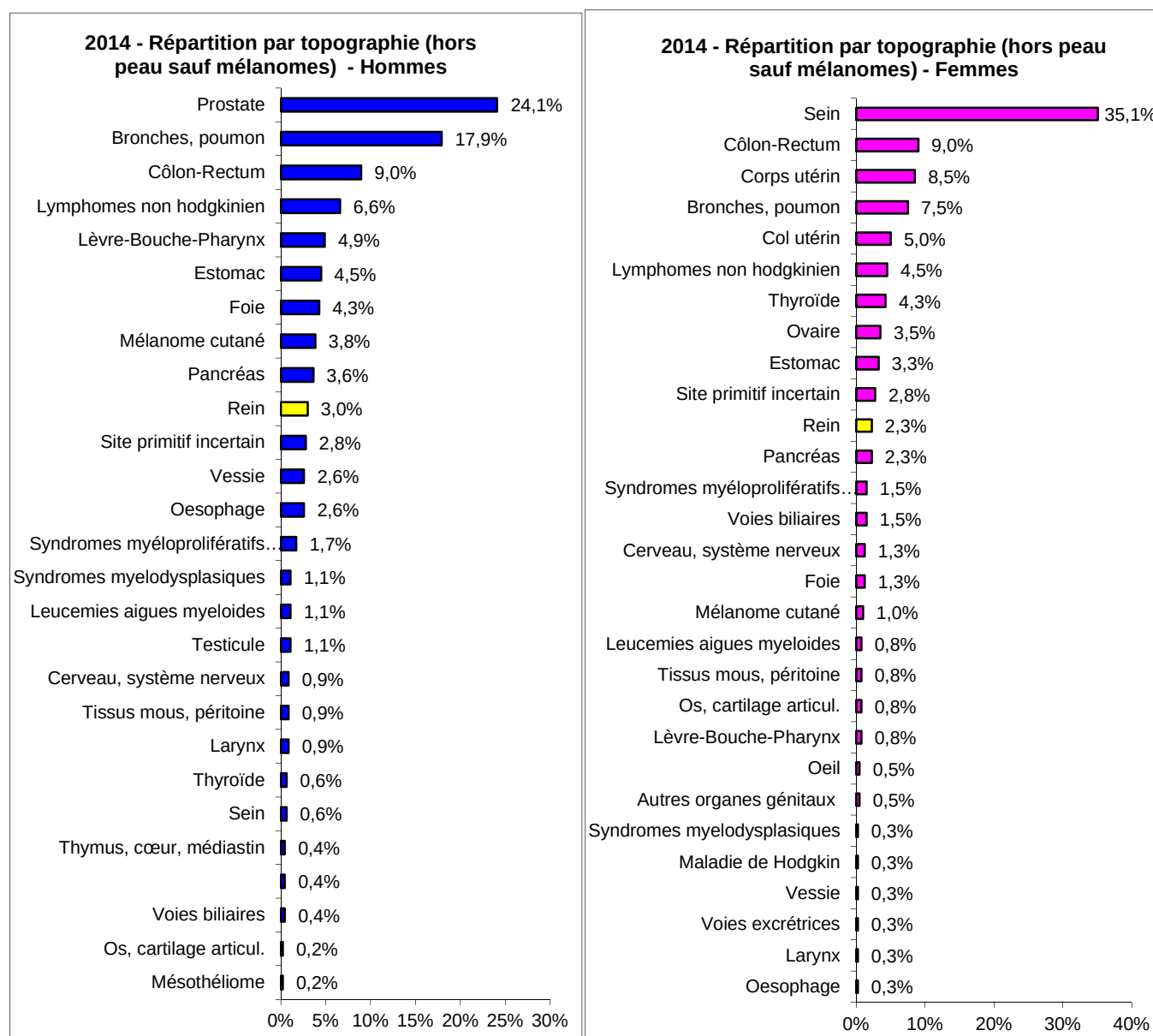


Figure 54 - Répartition des topographies selon le sexe

Les principaux facteurs de risque mentionnés 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 2014, l'âge au diagnostic est compris entre 20 et 81 ans, avec un âge moyen égal à 58 ans (médiane à 62 ans). 5 patients avaient moins de 50 ans, dont 3 avec un âge entre 20 et 24 ans.

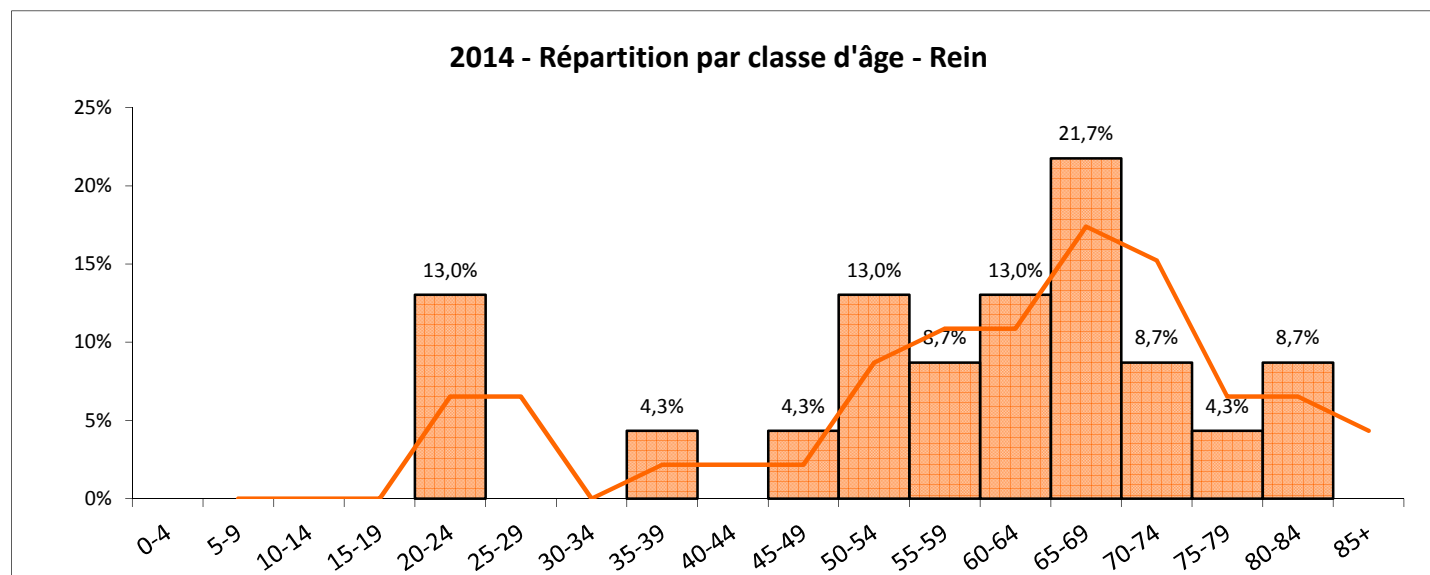


Figure 55 - Cancer du rein, répartition par classe d'âge

Provinces

En 2014, la majorité des cancers du rein a été diagnostiquée en province Sud. Les incidences chez les hommes sont plus élevées que chez les femmes. Les incidences intra-sexe et inter-provinces sont équivalentes.

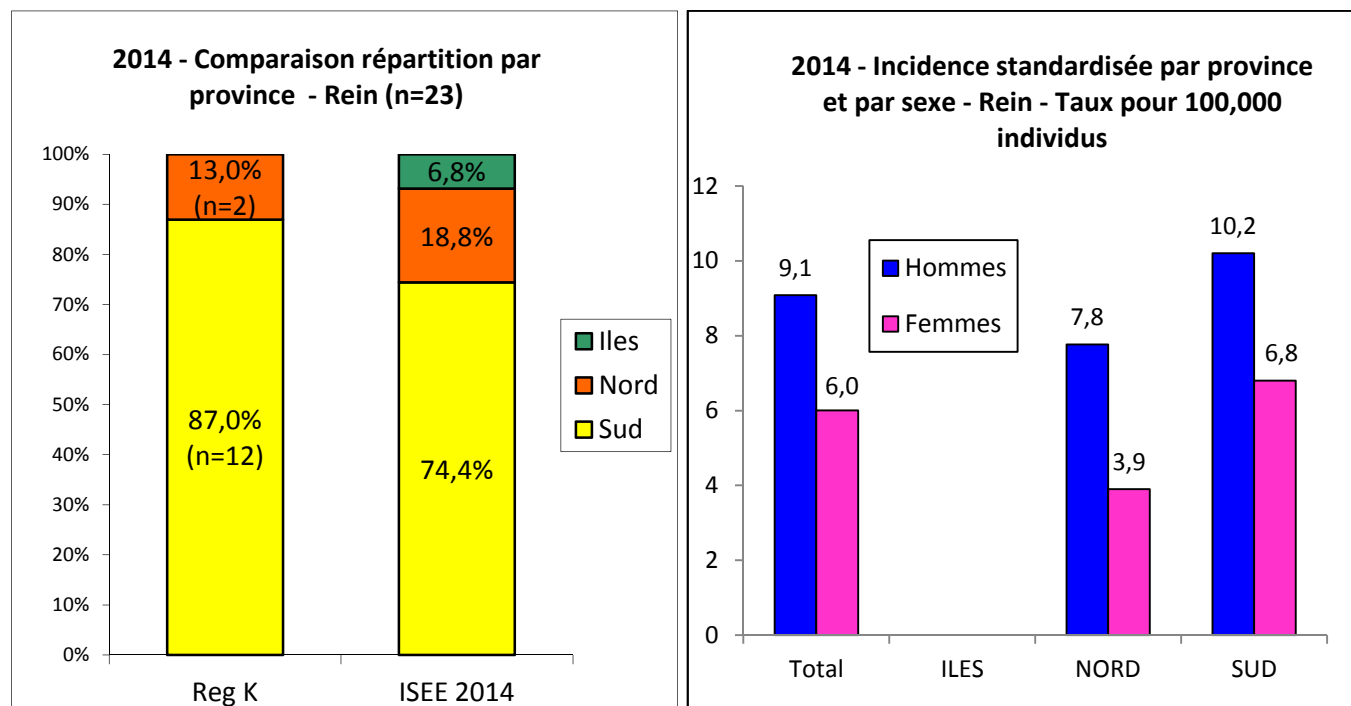


Figure 56 – Cancer du rein, répartition et incidence par province

Communautés

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

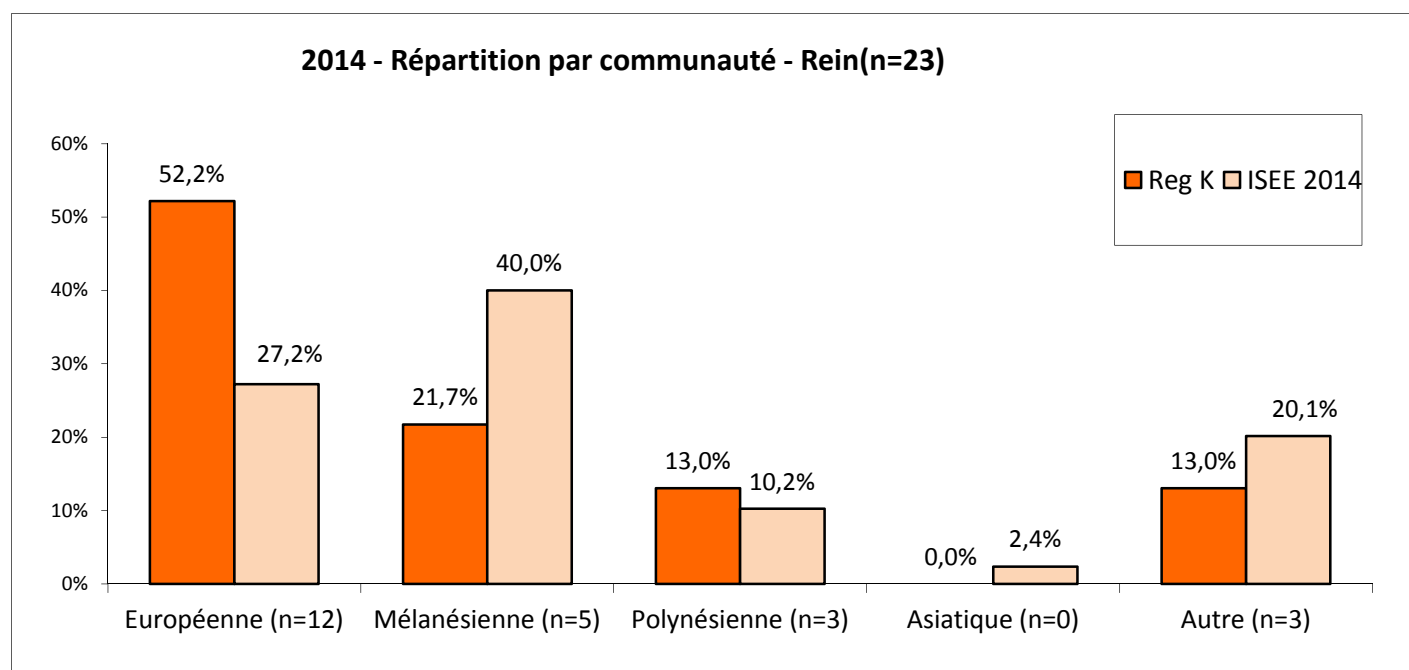


Figure 57 - Cancer du rein, répartition par communauté

Histologie et stade au diagnostic

La majorité des cancers du rein (96%, n=22) ont bénéficié d'un diagnostic histologique (carcinome). Le stade localisé représentait le principal stade au moment du diagnostic. Un seul patient a eu un diagnostic par imagerie au stade régional.

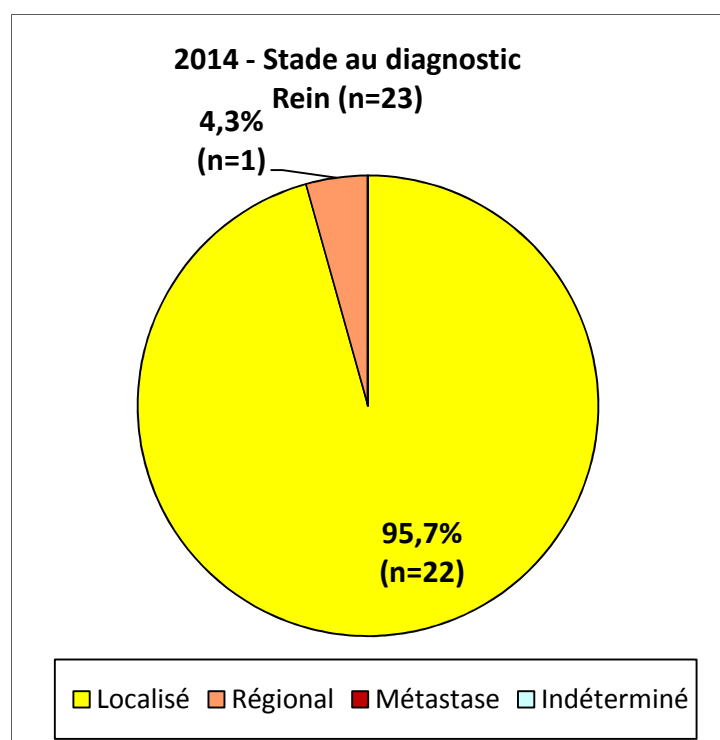


Figure 58 - Cancer du rein, répartition par stade

Incidences et comparaisons internationales

Chez les hommes, l'incidence des cancers du rein en NC est plus faible que celle observée en métropole, en Australie ou en NZ. Chez les femmes, le taux d'incidence est comparable à celui observé dans ces 3 pays.

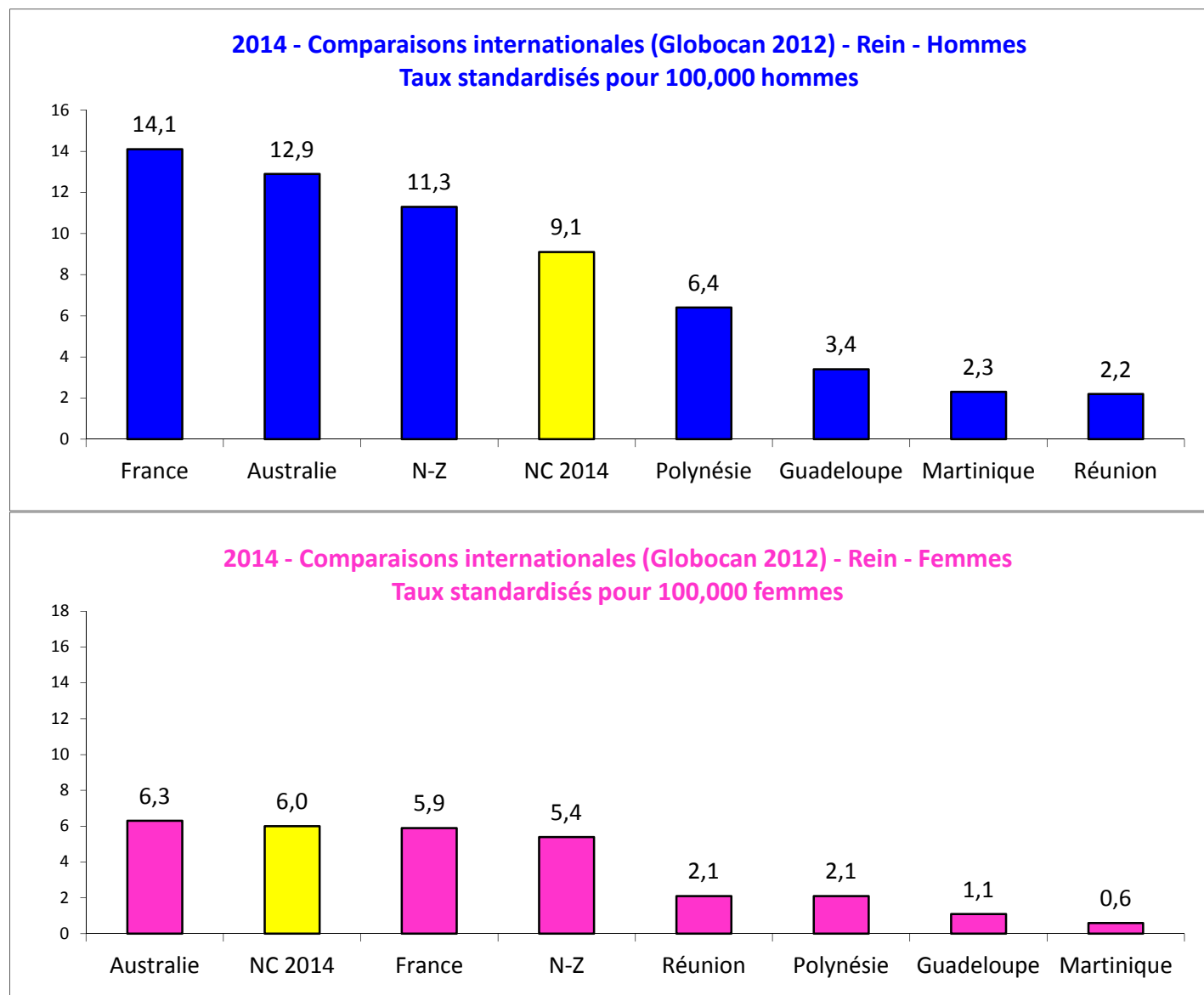


Figure 59 - Cancers du rein, comparaisons internationales selon le sexe

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

Généralités

En 2014, le cancer de la vessie et des voies urinaires (VU) est le 16^{ème} cancer le plus fréquent, tous sexes confondus, avec **14** tumeurs invasives. Il se situe au 12^{ème} rang chez les hommes avec 12 tumeurs, et au 24^{ème} chez les femmes avec 2 tumeurs.

Le sex-ratio est de 6 hommes pour une femme. Un patient avait un antécédent d'une autre localisation.

Au 18/10/2016, 3 (23%) patients étaient décédés, tous de leur cancer des VU.

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).

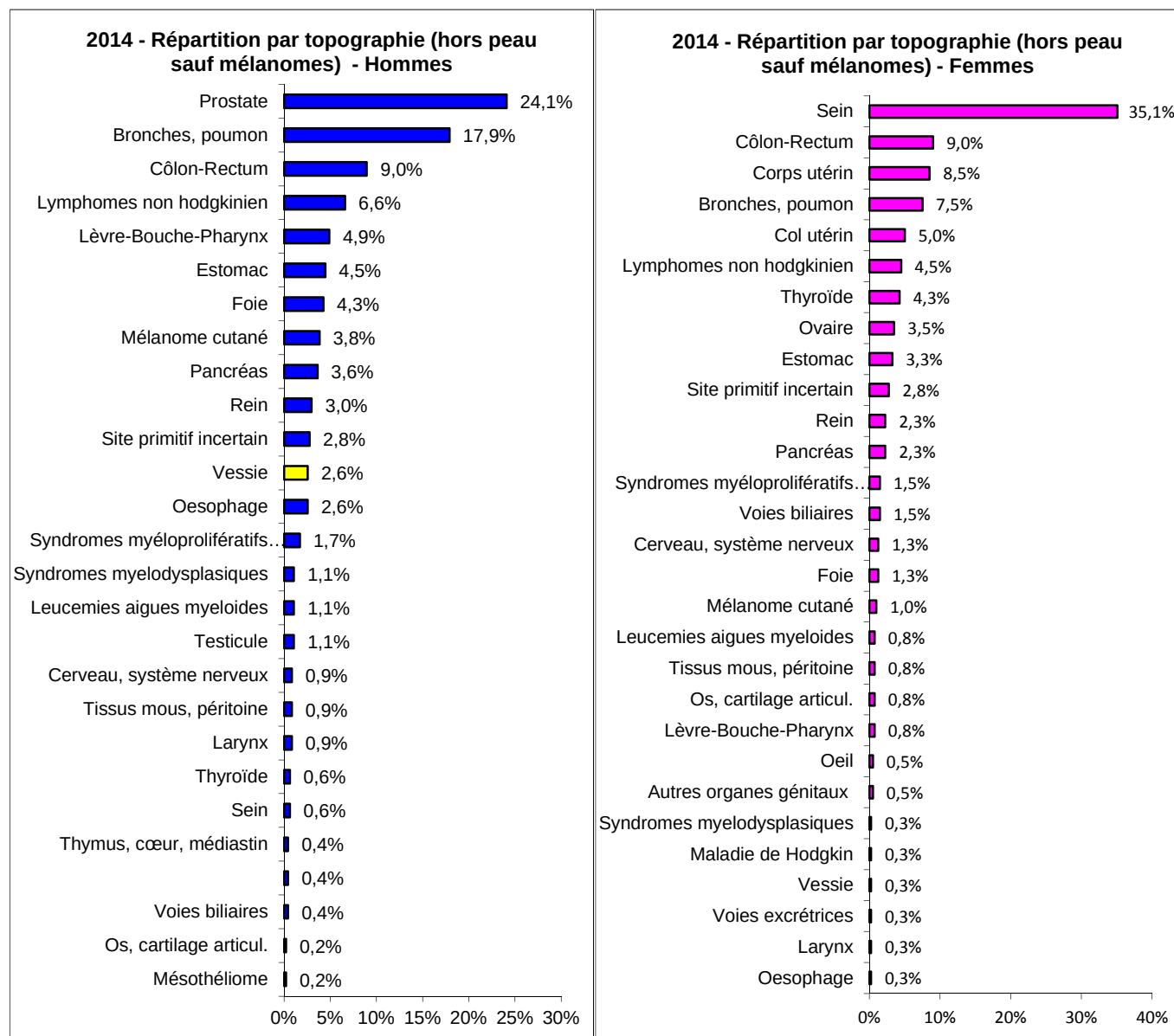


Figure 60 - Répartition des topographies selon le sexe

Age au diagnostic

En 2014, l'âge au diagnostic est compris entre 41 et 80 ans, avec un âge moyen égal à 64 ans (médiane à 67 ans). 4 patients avaient moins de 50 ans.

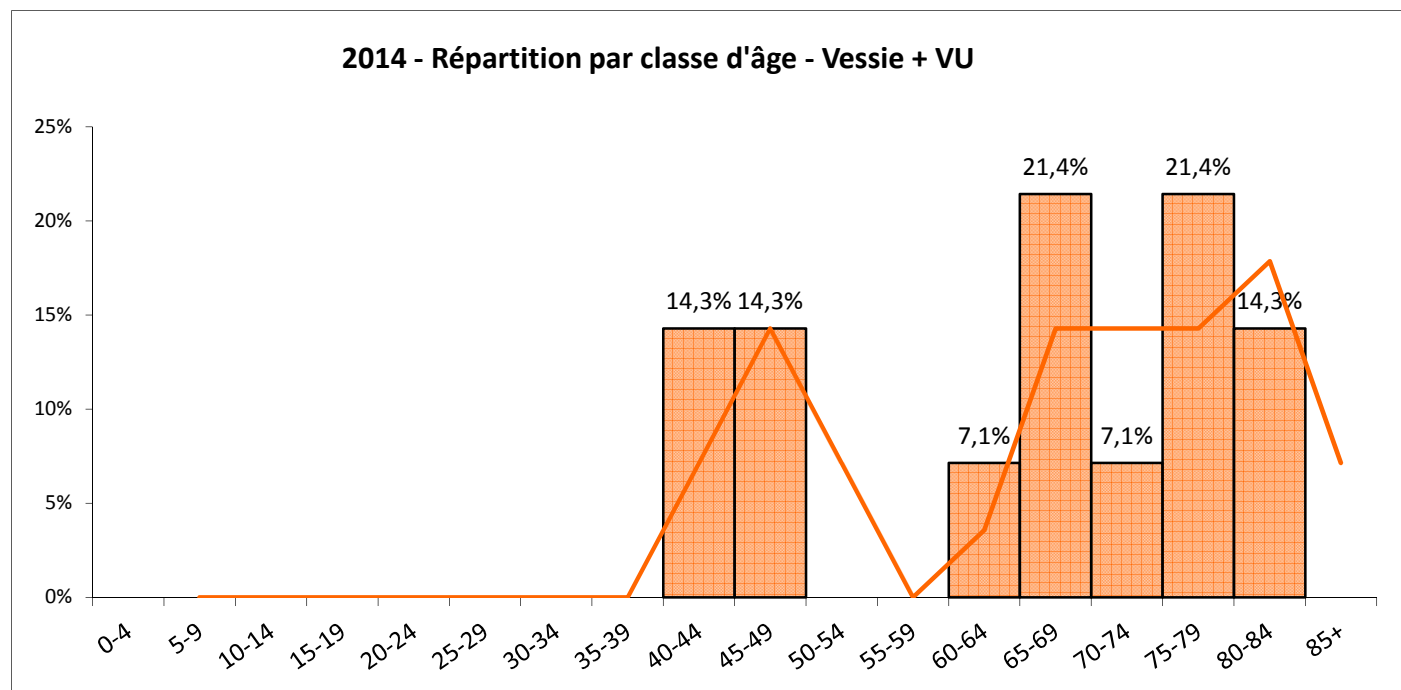


Figure 61 - Cancer de la vessie et voies urinaires, répartition par tranche d'âge

Provinces et communautés

En 2014, aucun cas de cancers des VU n'a été diagnostiqué en province des Iles. Les cancers de la vessie et des voies urinaires touchent principalement la communauté européenne.

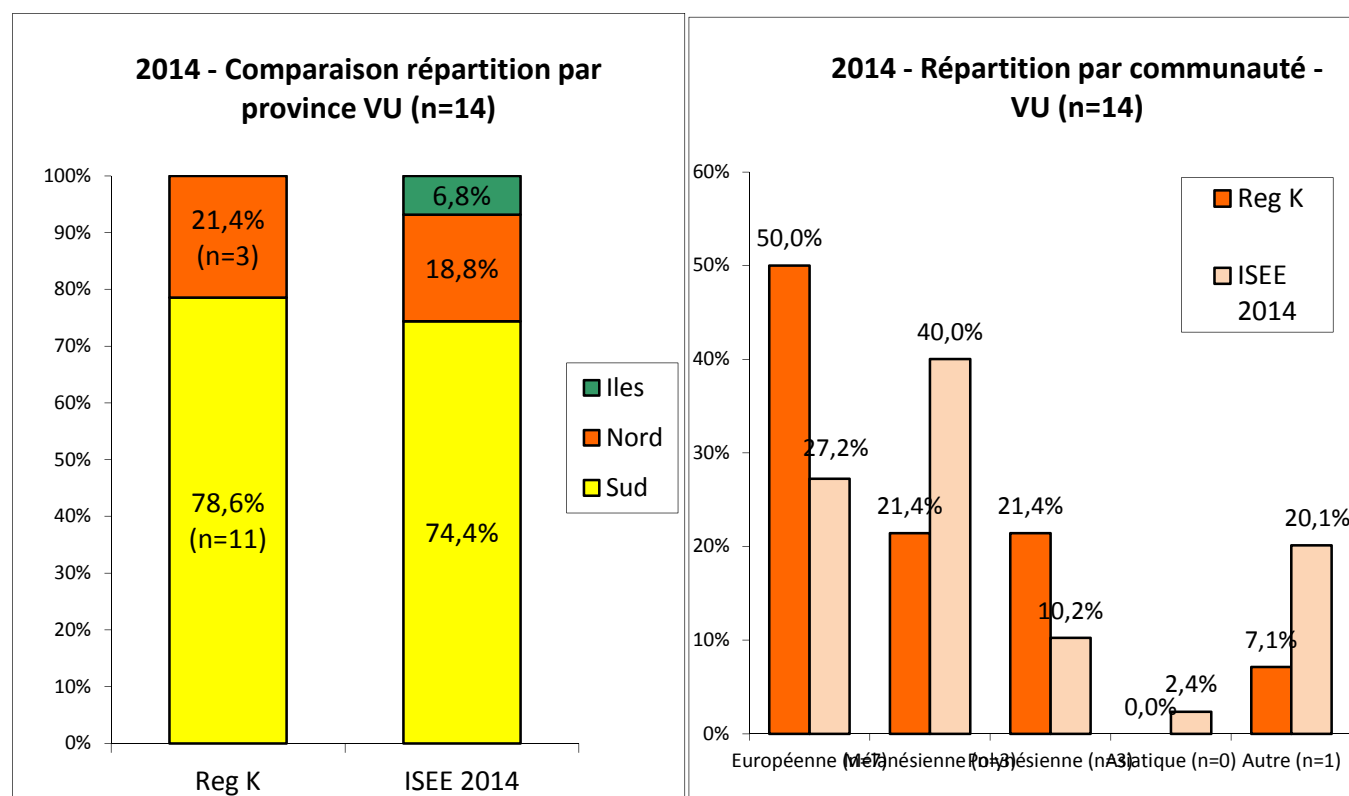


Figure 62 - Cancer du rein, répartition par province et communauté

Histologie et stade au diagnostic

Tous les cas ont eu un diagnostic histologique. Plus de la moitié des patients a été diagnostiquée à un stade localisé.

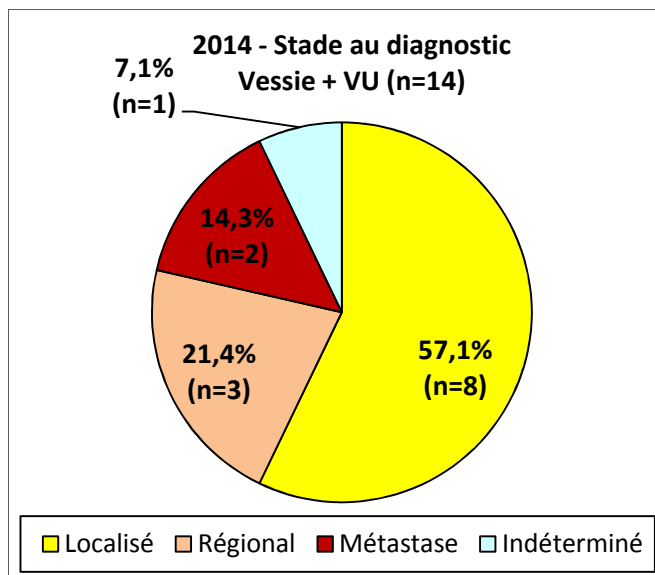


Figure 63 - Cancer de la vessie et voies urinaires, répartition selon le stade au diagnostic

Incidences et comparaisons internationales

Les comparaisons internationales présentées ci-dessous concernent uniquement les cancers de la vessie. En 2014, l'incidence observée en NC chez les hommes est moins élevée que celle de la métropole, de l'Australie.

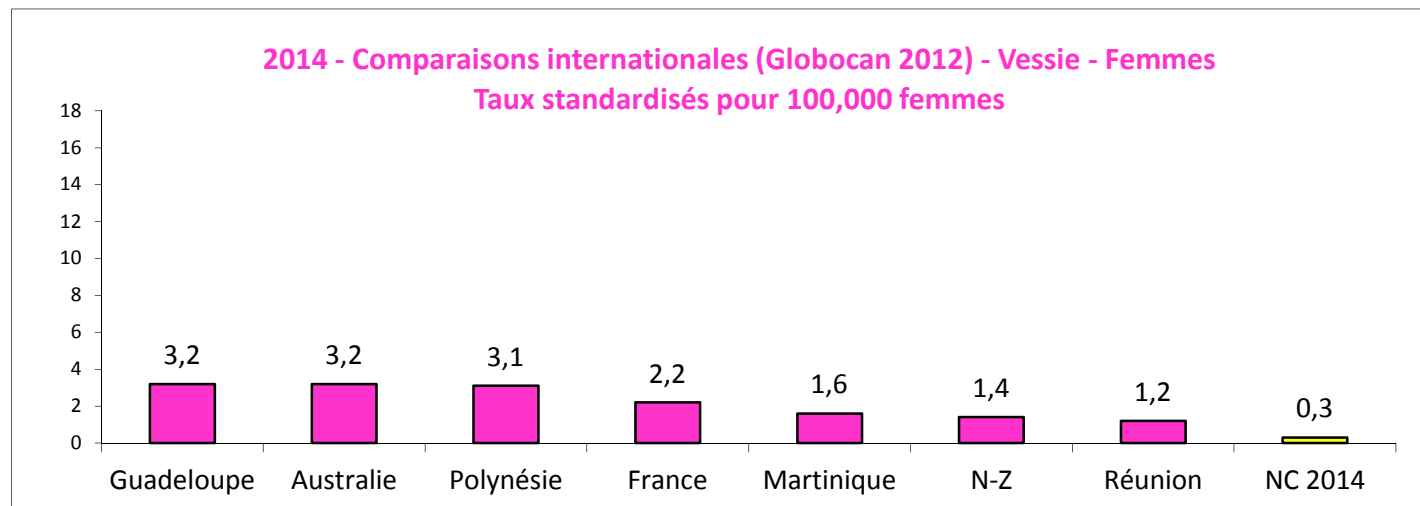
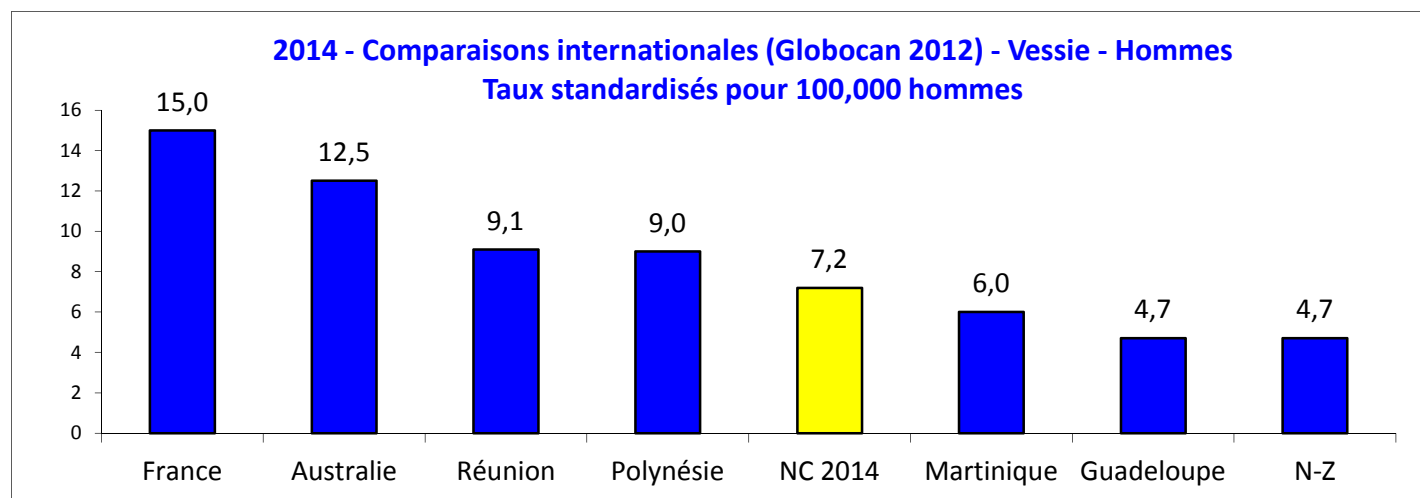


Figure 64 - Cancer de la vessie, comparaison des incidences selon le sexe

III ETUDES DES PRINCIPALES TOPOGRAPHIES

III-1 Sein et appareil génital féminin

En 2014, 211 tumeurs invasives, soit 52.6 % de l'ensemble des tumeurs invasives chez les femmes ont été enregistrées. (Ont également été enregistrés 10 cancers in situ du sein et 98 tumeurs in situ du col de l'utérus, non pris en compte dans l'incidence).

Tableau 5 - Répartition par site des cancers du sein et de l'appareil génital féminin

SITE	Nombre de cas	Fréquence
Seins	140	66.8
Corps de l'utérus	34	16.1
Col de l'utérus	20	9.5
Ovaires	14	6.6
Autres organes génitaux	2	0.9
Total	211	100.0 %

III-1.a Cancer du sein

Généralités

Avec **140 tumeurs invasives** diagnostiquées, le cancer du sein reste le 1^{er} cancer féminin, mais également le 1^{er} cancer diagnostiqué tous sexes confondus. Il représente à lui seul 35.1 % des cancers féminins (France 2005 : 36 %).

A noter qu'en 2014, 3 cancers du sein ont été diagnostiqués chez des hommes. Ces cancers ne sont pas pris en compte dans la suite de ce chapitre.

Parmi les 140 patientes diagnostiquées en 2014, 6.4 % avaient un autre cancer et 12.1 % étaient enregistrées comme décédées au 28/10/2016 (17 cas) dont 6.4 % suite à leur cancer du sein (9 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.

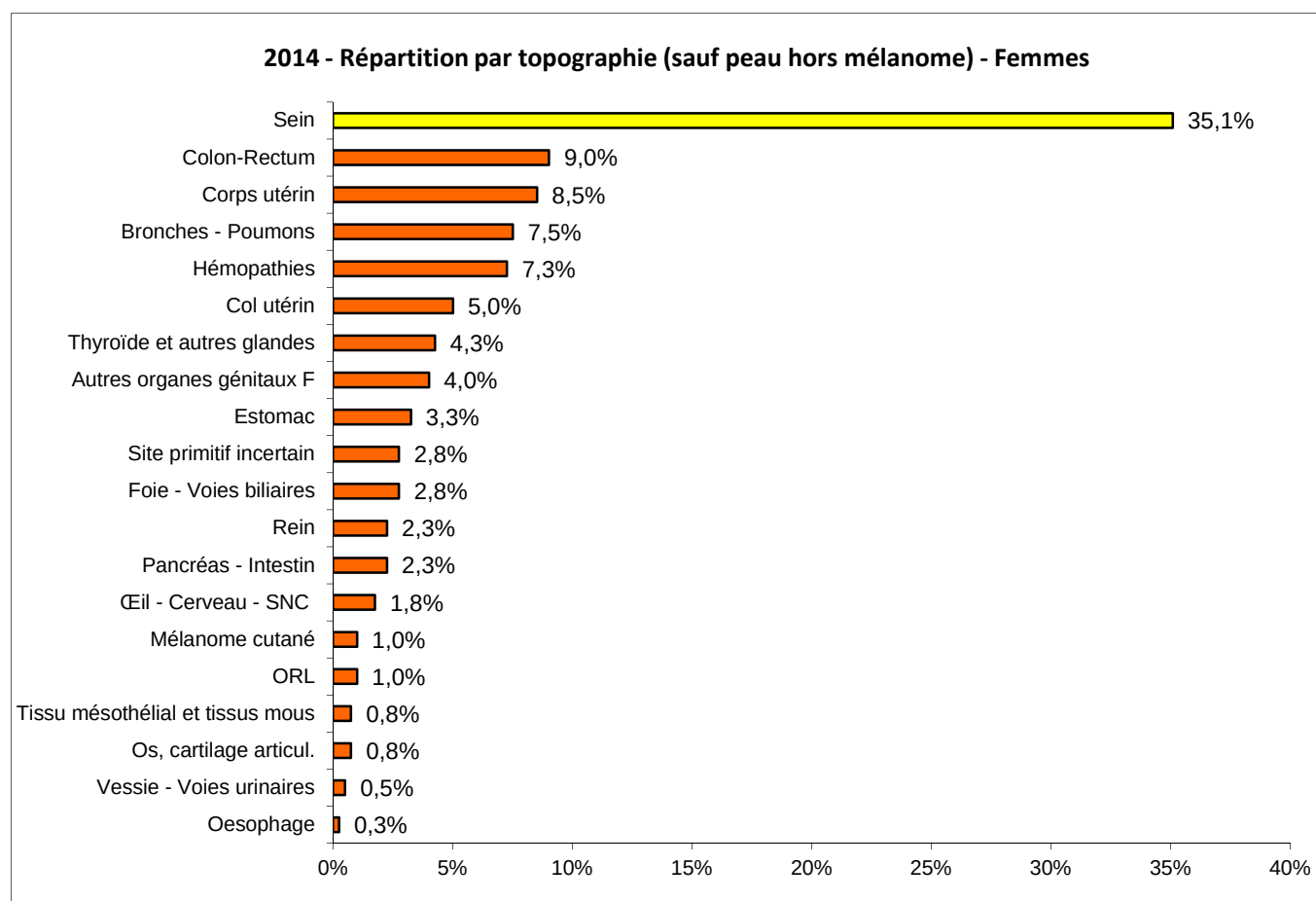


Figure 24 - Classement des topographies chez les femmes

Age au diagnostic

L'âge moyen au moment du diagnostic est de 54.4 ans avec un âge médian de 51.5 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 45-55 ans puis entre 65-69 ans.

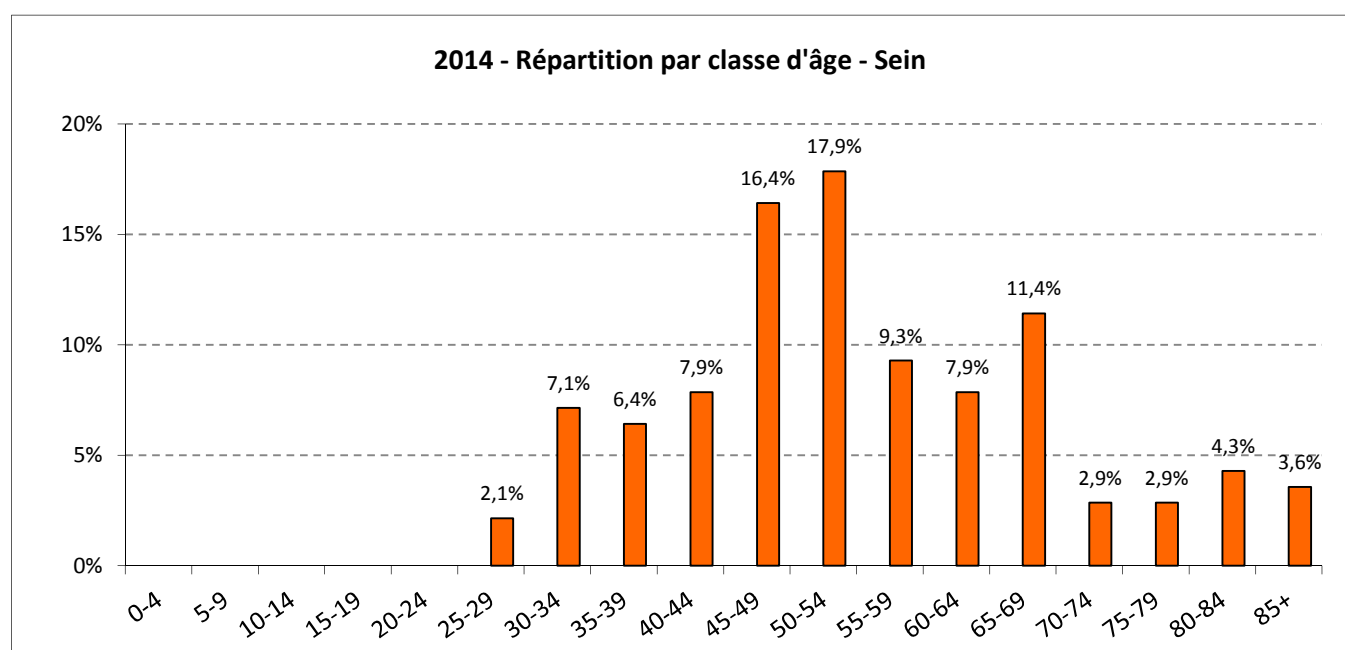


Figure 25 - Cancer du sein chez les femmes, répartition par tranche d'âge

Communautés

L'information sur la communauté est restée inconnue pour 50 % des patientes après consultation des dossiers médicaux, cette information n'y figurant pas systématiquement. Ainsi, il est impossible d'émettre des conclusions quant à la comparaison de la répartition par communauté par rapport à la population générale, figurant ci-dessous.

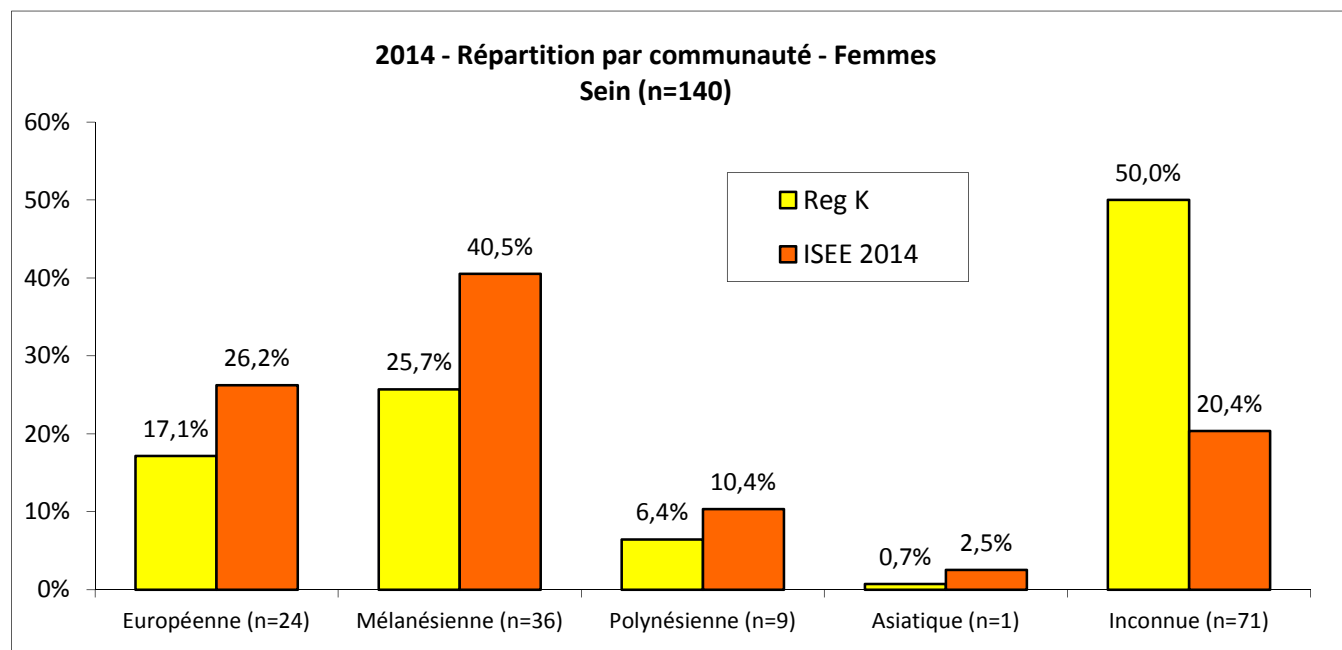


Figure 26 - Cancer du sein chez les femmes et répartition par communauté

Histologie

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

- 127 carcinomes canaux infiltrants (y compris les mixtes),
- 5 carcinomes lobulaires,
- 2 carcinomes colloïdes,
- 7 autres (1 médullaire, 1 métaplasique, 1 sarcome, 3 ADK divers)

Grade

Comme le montre la figure suivante, un peu plus de la moitié des femmes avaient une tumeur de grade intermédiaire SBR II, 12.9 % étaient à bas risque métastatique (SBR I) et 22.1 % étaient à haut risque métastatique (SBR III).

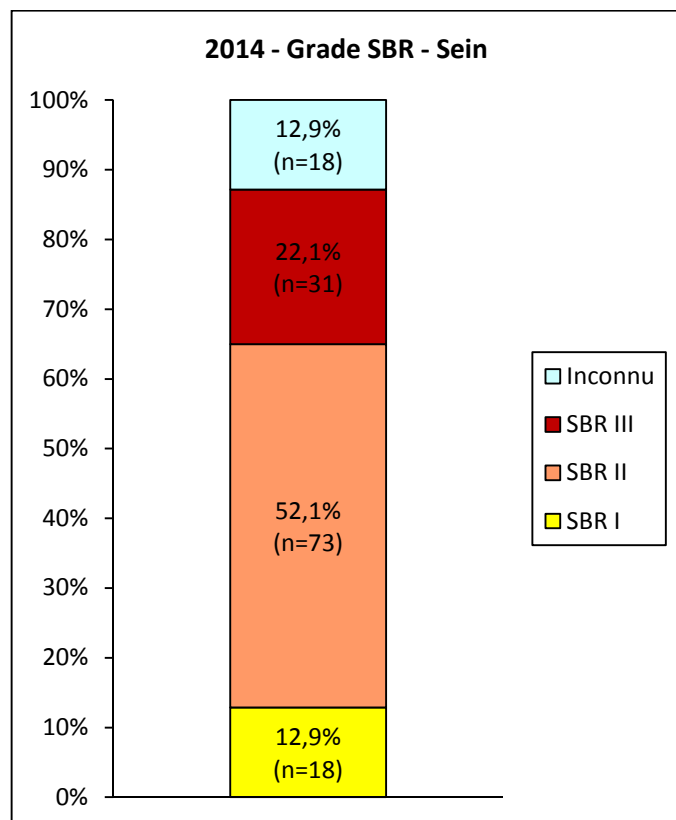


Figure 27- Cancers du sein chez les femmes et grade SBR

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 2014, 66.1 % des tumeurs possèdent l'expression simultanée des récepteurs aux œstrogènes et à la progestérone.

12.1 % (contre 9.9 % en 2012 et 6.7 % en 2013) 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 6 – Répartition des récepteurs hormonaux

RO	+	+	+	+	-	-
RP	+	+	-	-	-	-
Her	+	-	-	+	+	-
Nb	23	59	5	7	15	15
%	18,5%	47,6%	4,0%	5,6%	12,1%	12,1%

Stade au diagnostic et circonstances de découverte

En 2014, 44.3 % des cancers du sein ont été découverts suite à l'apparition de signes cliniques, et 34.3 % ont fait l'objet d'un dépistage par mammographie.

Le stade au diagnostic a pu être déterminé dans 92.1 % des cas, et comme présenté dans la figure suivante, plus de 39.3 % des cas ont été diagnostiqués 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 (32.3 %), les bronches-poumon (25.8 %) et le foie (25.8 %).

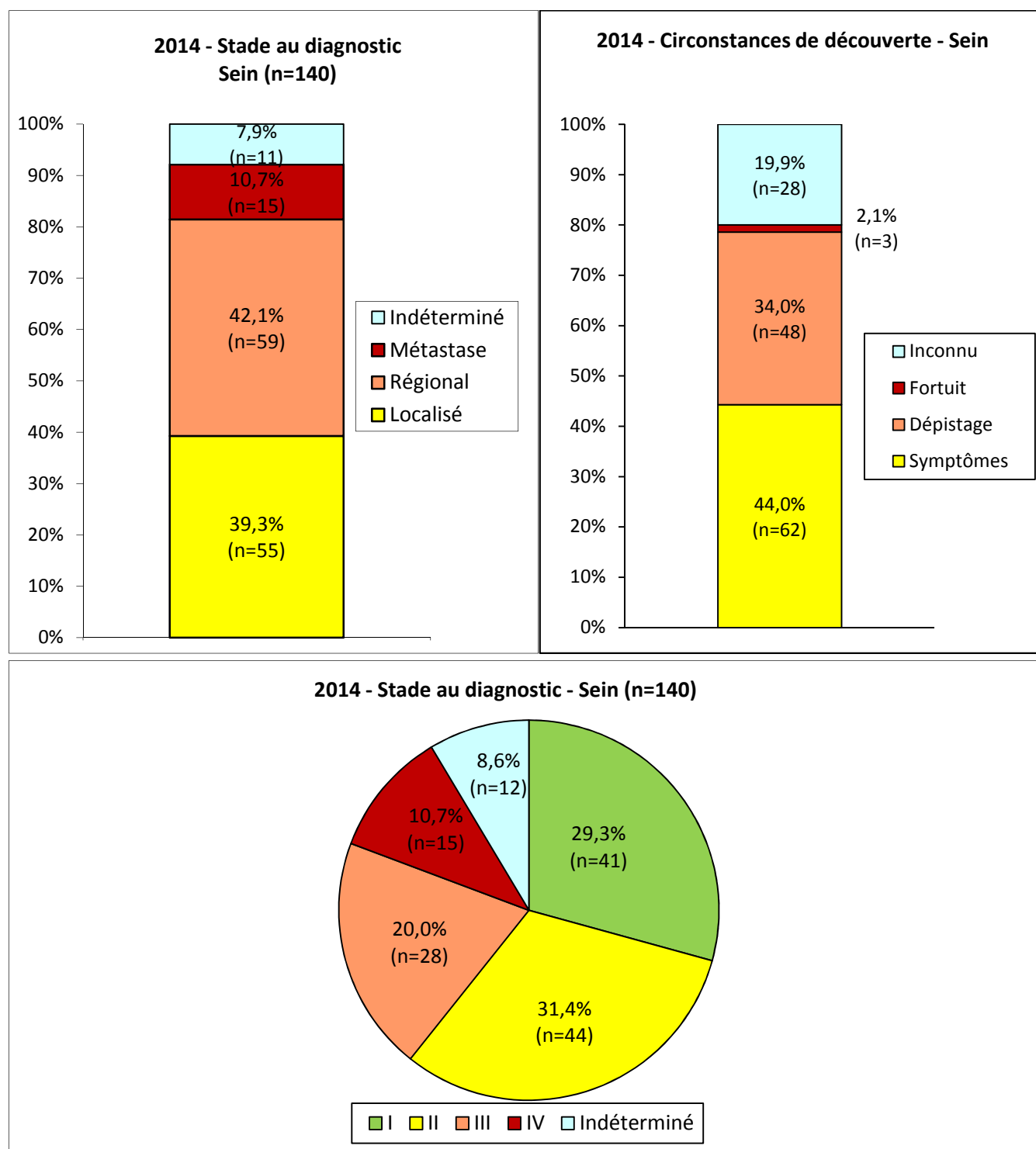


Figure 28- Cancers du sein chez les femmes, stade au diagnostic et circonstances de découverte

En 2014, pour **l'ensemble des tumeurs du sein**, (140 cancers invasifs et 10 cancers in situ), 69 (49.3 %) tumeurs invasives concernaient des femmes entre 50 et 74 ans, âge d'éligibilité des campagnes de dépistage organisé qui dont la première a démarré en 2009, ainsi que 8 (80.0 %) cancers in situ.

Dans le cadre du dépistage organisé (DO), il a été diagnostiqué (voir figure 29):

- 62.5 % des cancers in situ ;
- 42.9 % des cancers au stade localisé :
- 25.0 % des cancers au stade régional.

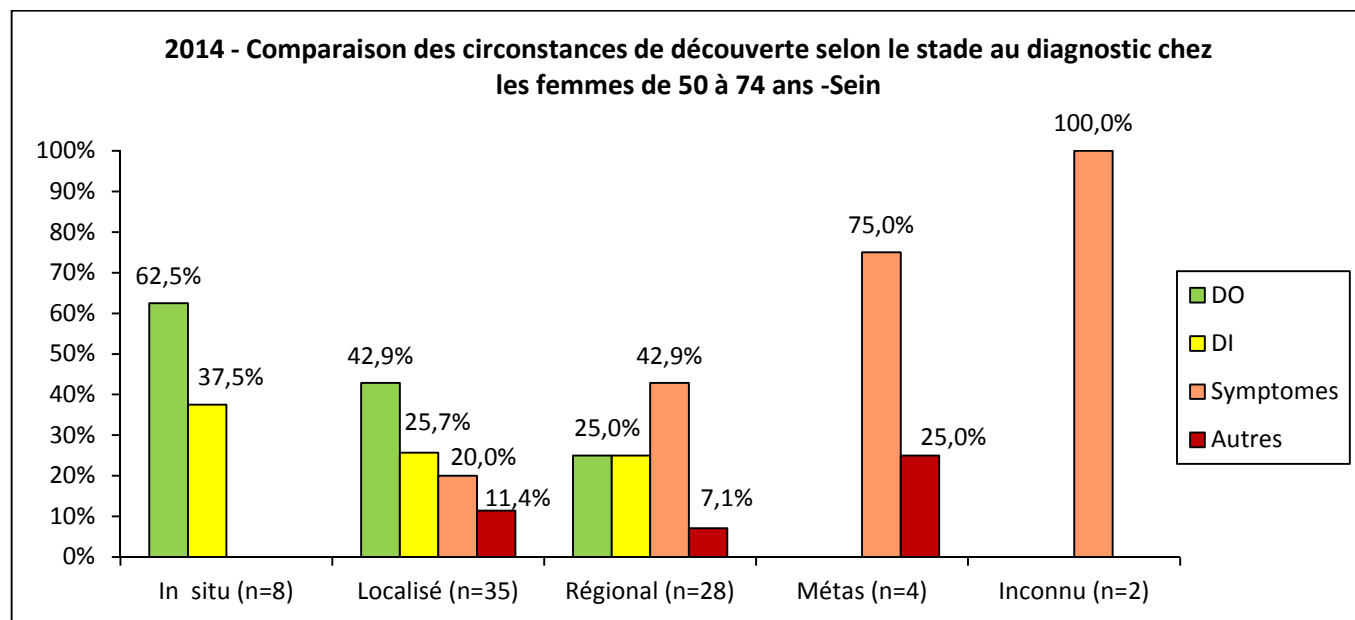


Figure 29 – Stade au diagnostic et circonstance de découverte

NB : la circonstance de découverte « Autres » regroupe les découvertes fortuites et les circonstances inconnues.

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

Incidences et comparaisons internationales

En 2014, 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 87.5 nouveaux cas pour 100 000 femmes pour l'ensemble du territoire, avec un gradient Iles, Nord, Sud.

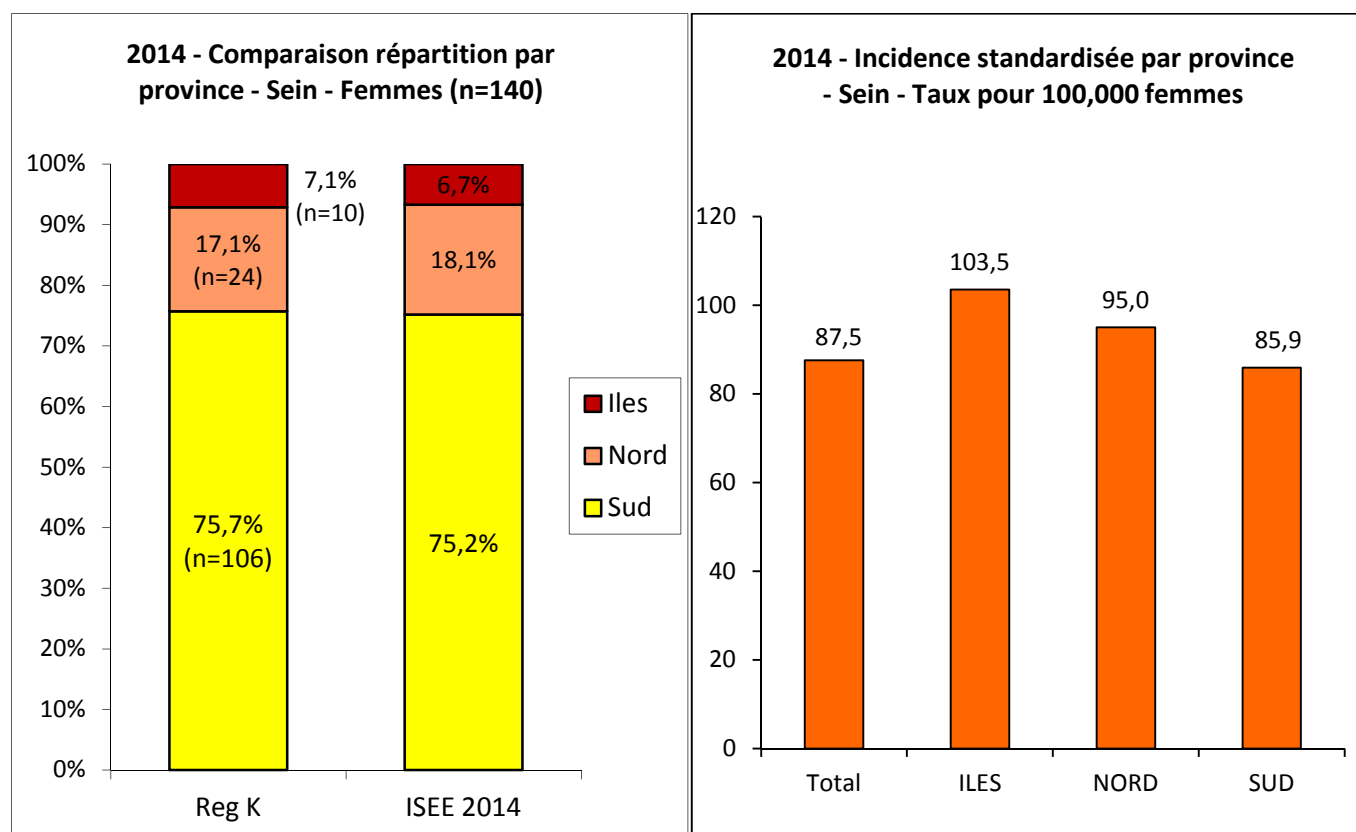


Figure 30 - Cancer du sein, incidences par province

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

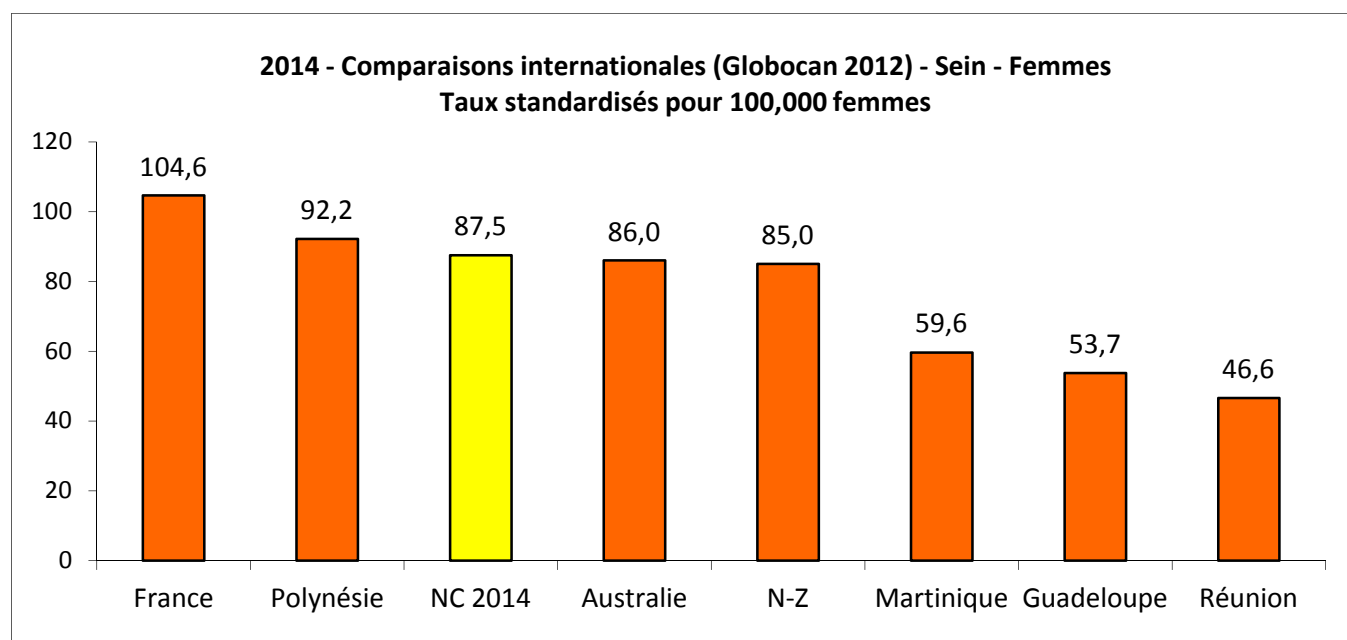


Figure 31 - Cancer du sein, comparaison des incidences

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

Généralités

Avec **34 tumeurs invasives** diagnostiquées en 2014, cette localisation se place au 3ème rang chez les femmes.

Huit patientes étaient enregistrées comme décédées au 18/10/2016, dont quatre suite à ce cancer (soit 11.8 %).

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.

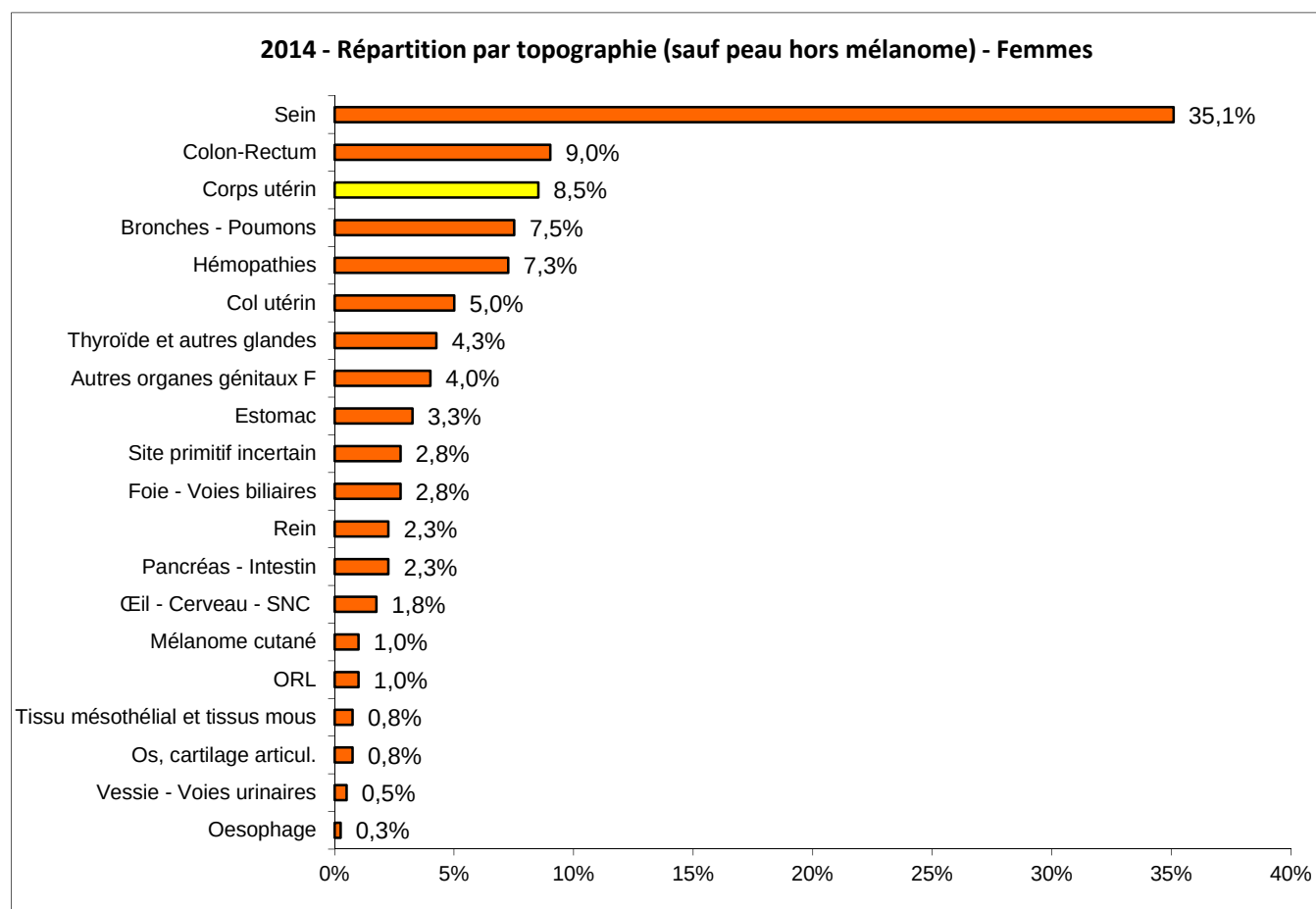


Figure 32 - Classement des topographies chez les femmes

Age au diagnostic

L'âge moyen au diagnostic est égal à 61.3 ans, avec un âge médian de 62 ans. Il est moins élevé que celui de la métropole qui se situait à 69 ans en 2005. En 2014, la représentation de la répartition par tranche d'âge montre un pic entre 55 et 69 ans.

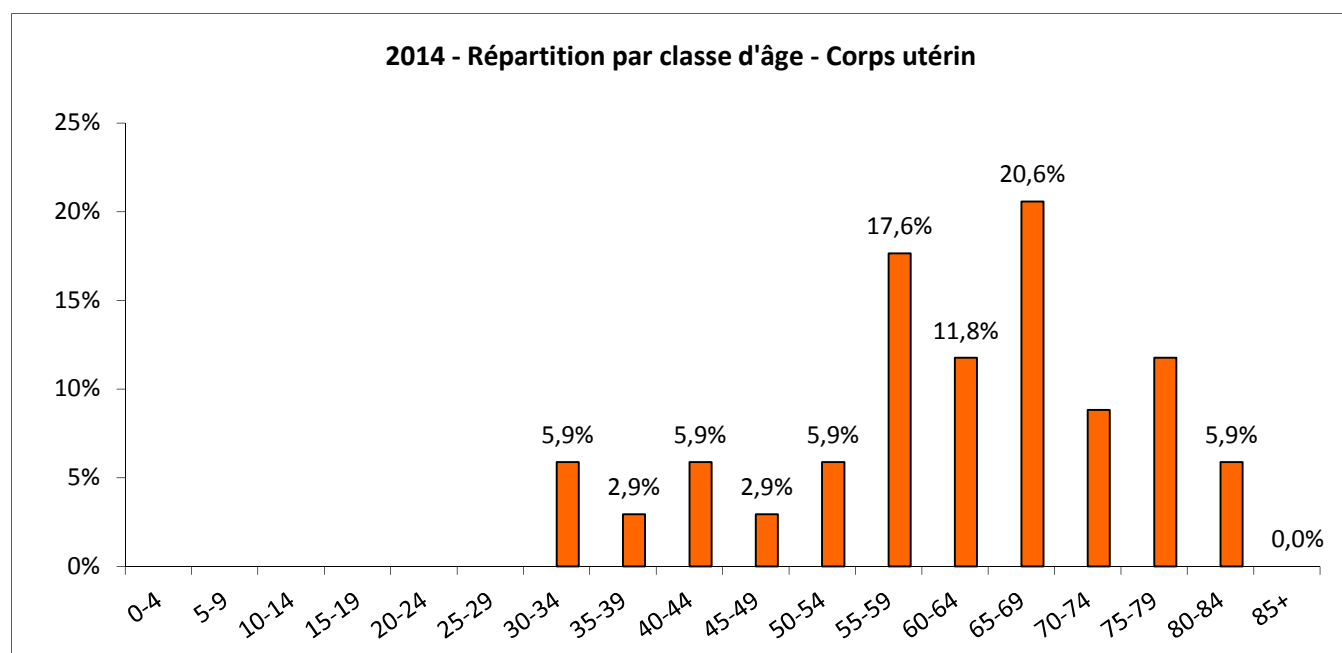


Figure 33 - Cancer du corps de l'utérus, répartition par tranche d'âge

Communautés

En 2014, 38.2 % des données sur les communautés sont manquantes rendant impossible la comparaison répartition des cas de cancers par communauté avec la répartition de la population générale.

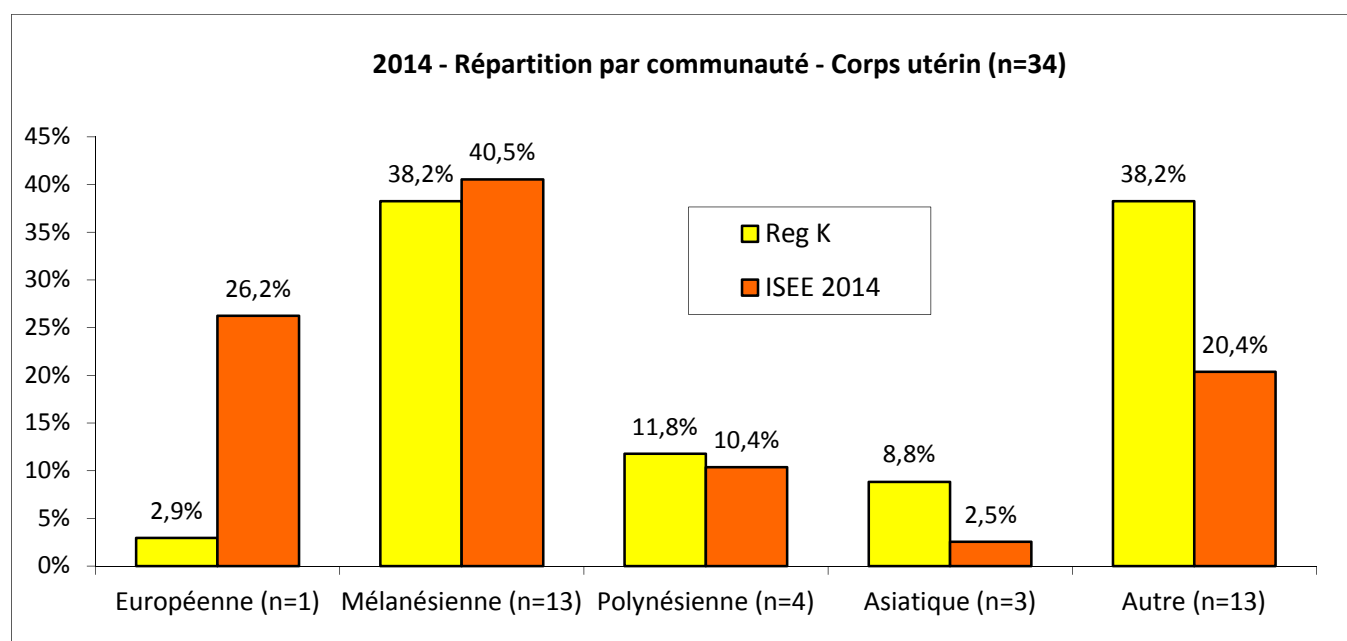


Figure 34 - Cancer du corps de l'utérus, répartition par communauté

Histologie

Les 34 patientes ont bénéficié d'un diagnostic histologique. Il s'agissait en majorité d'un adénocarcinome endométriode (17 cas, soit 50.0 %). On recensait également 8 adénocarcinomes SAI, 1 adénocarcinome à cellules claires, 1 adénocarcinome colloïde, 1 cystadénocarcinome papillaire séreux, et 6 sarcomes.

Stade au diagnostic

Lors du bilan d'extension suite au diagnostic, la proportion du stade localisé concernait plus de 6 femmes sur 10.

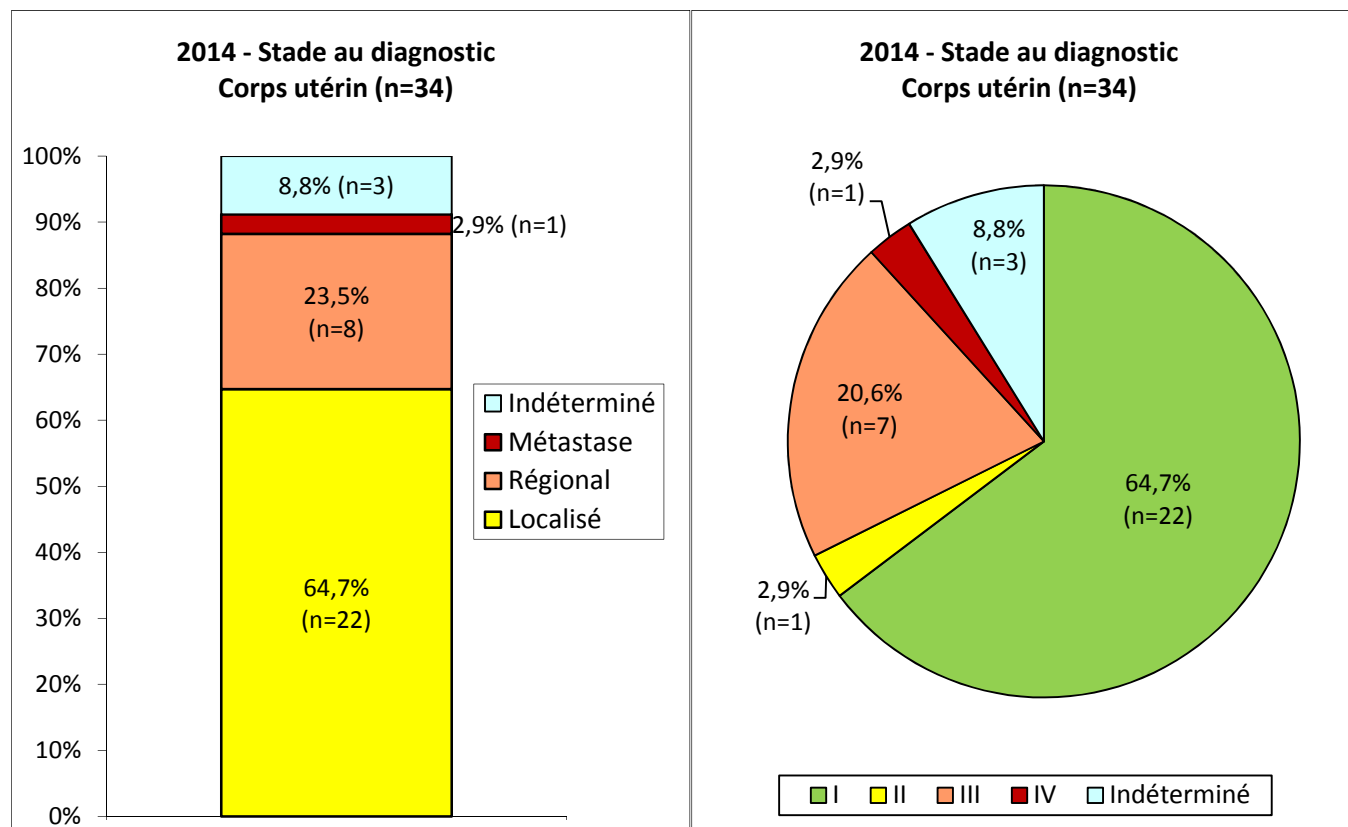


Figure 35 - Cancers du corps de l'utérus, stade au diagnostic

Incidences et comparaisons internationales

En 2014, 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 21.3 nouveaux cas pour 100 000 femmes pour l'ensemble du territoire, avec un taux plus élevé pour les femmes de la province Nord.

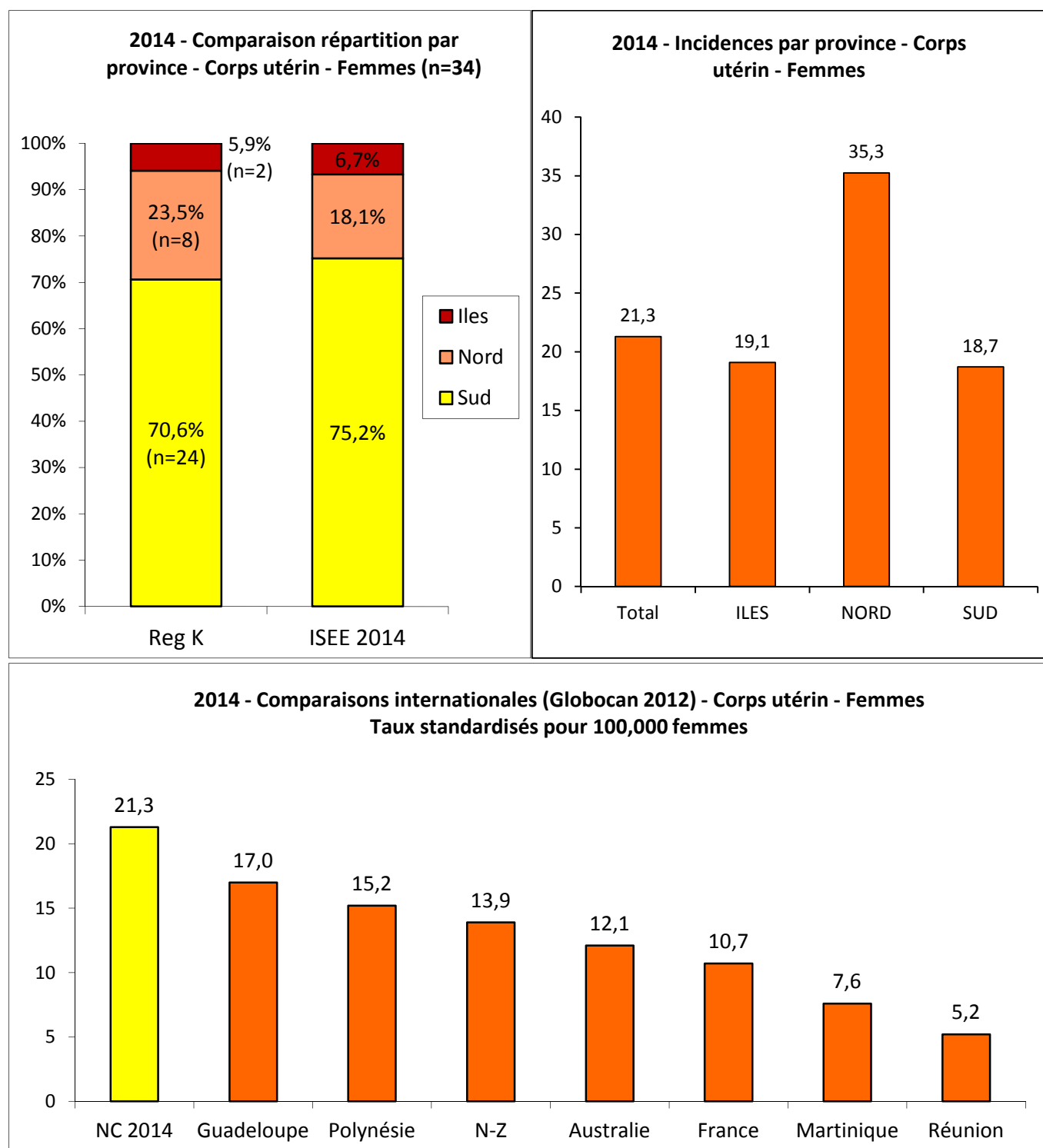


Figure 36 - Cancer du corps de l'utérus, incidences par province et comparaisons internationales

Avec 21.3 nouveaux cas pour 100 000 femmes, le taux d'incidence de la Nouvelle-Calédonie est 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 5ème rang des cancers chez les femmes, avec 5.0 % des cancers soit **20 tumeurs invasives** en 2014.

Une femme avait un autre antécédent de cancer. Par ailleurs, 25 % des patientes diagnostiquées en 2014 étaient enregistrées comme décédées au 18/10/16 (5 cas). Toutes sont décédées des suites de ce cancer.

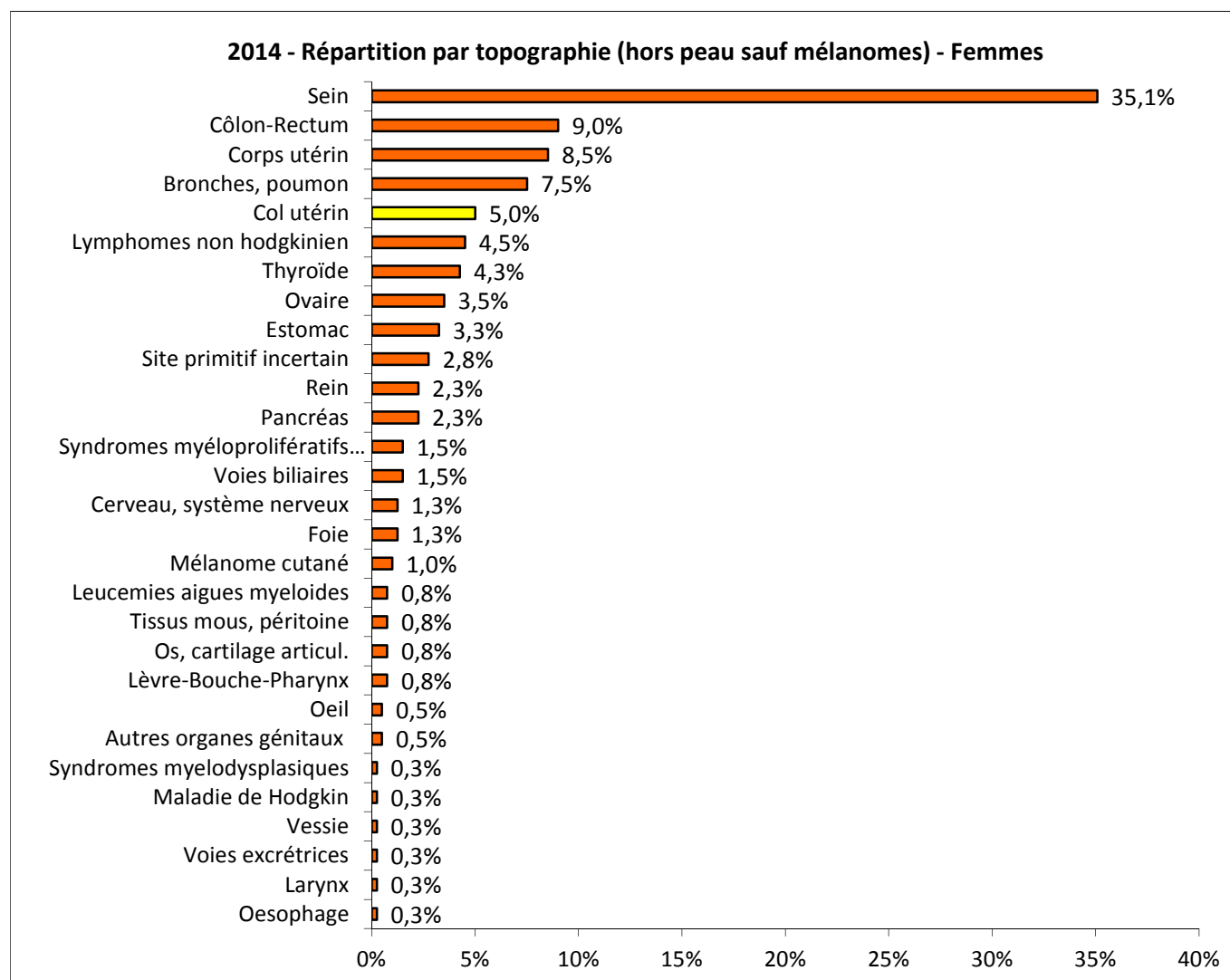


Figure 37 - Classement des topographies chez les femmes

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 a été diagnostiqué vers 50.5 ans, avec une médiane à 47.5 ans (61.5 ans en métropole en 2005). Comme le montre la figure suivante, ces tumeurs sont diagnostiquées à un âge précoce, dès 27 ans, avec une distribution accidentée selon les classes d'âge, du fait du faible nombre de cas diagnostiqués.

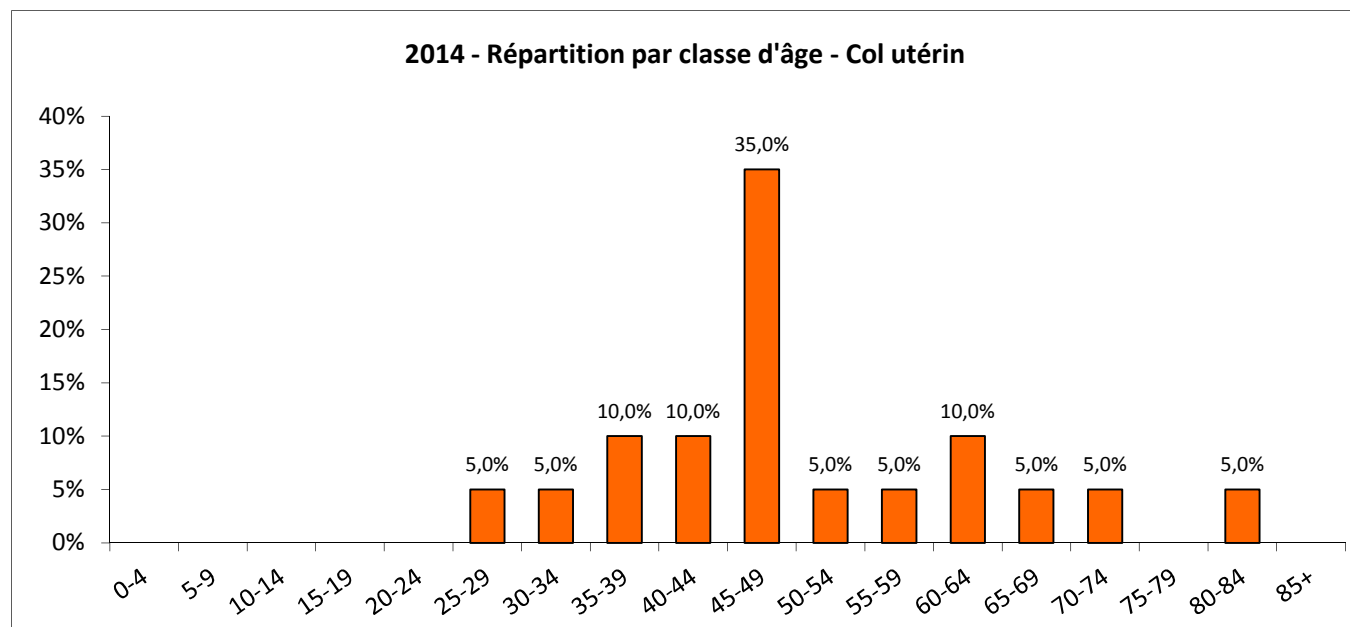


Figure 38 - Cancer du col de l'utérus, répartition par tranche d'âge

Communautés

En 2014, 45.0 % des données sur les communautés sont manquantes rendant impossible la comparaison répartition des cas de cancers par communauté avec la répartition de la population générale.

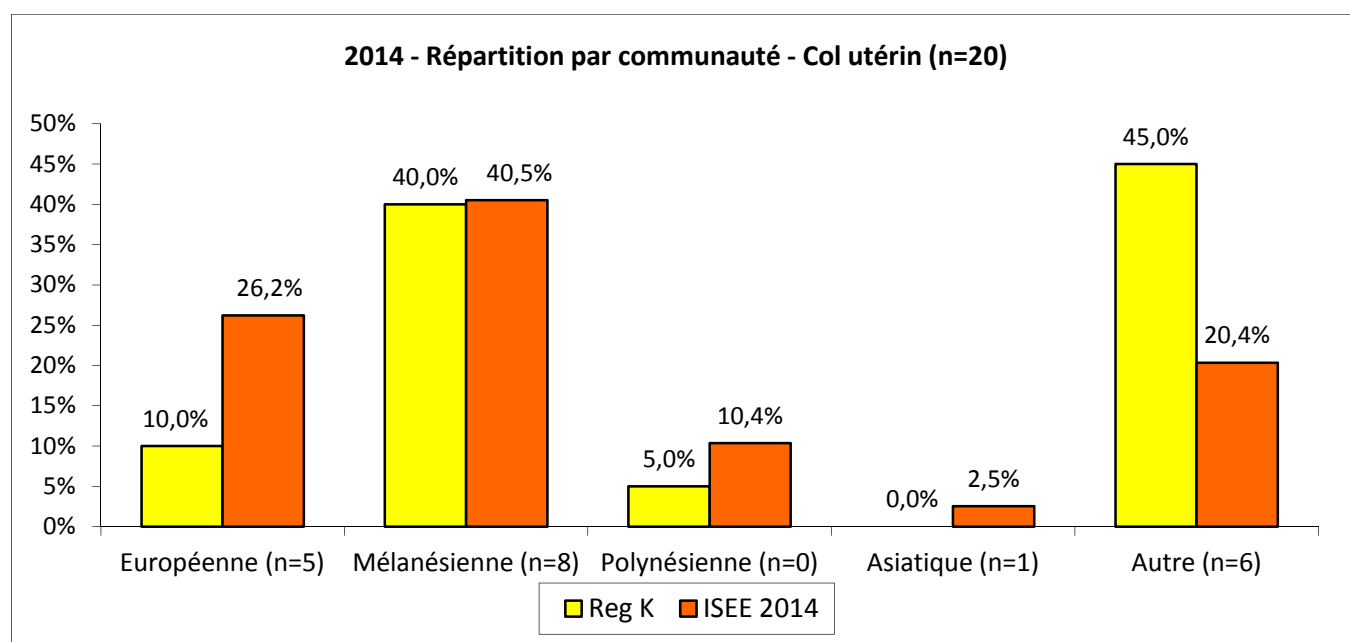


Figure 39 - Cancer du col de l'utérus, répartition par communauté

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

7 femmes sur les 20 ont été diagnostiquées à un stade localisé, et 60 % (n=12) à un stade avancé comme le montre la figure suivante.

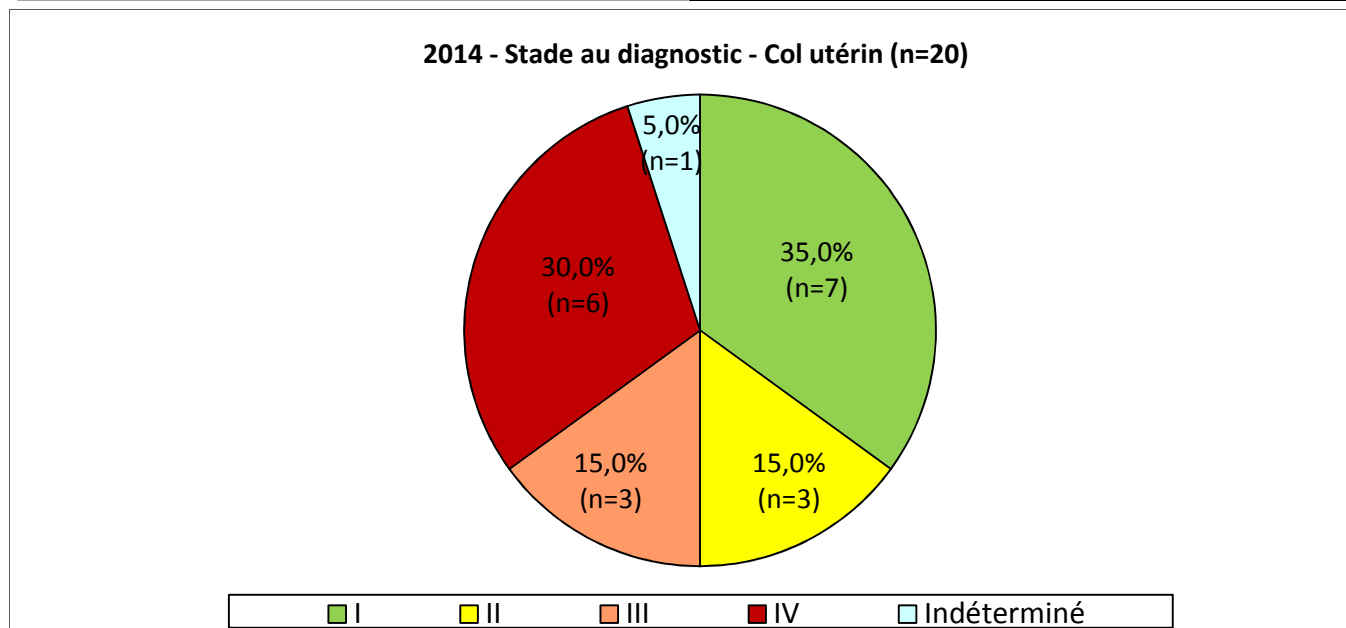
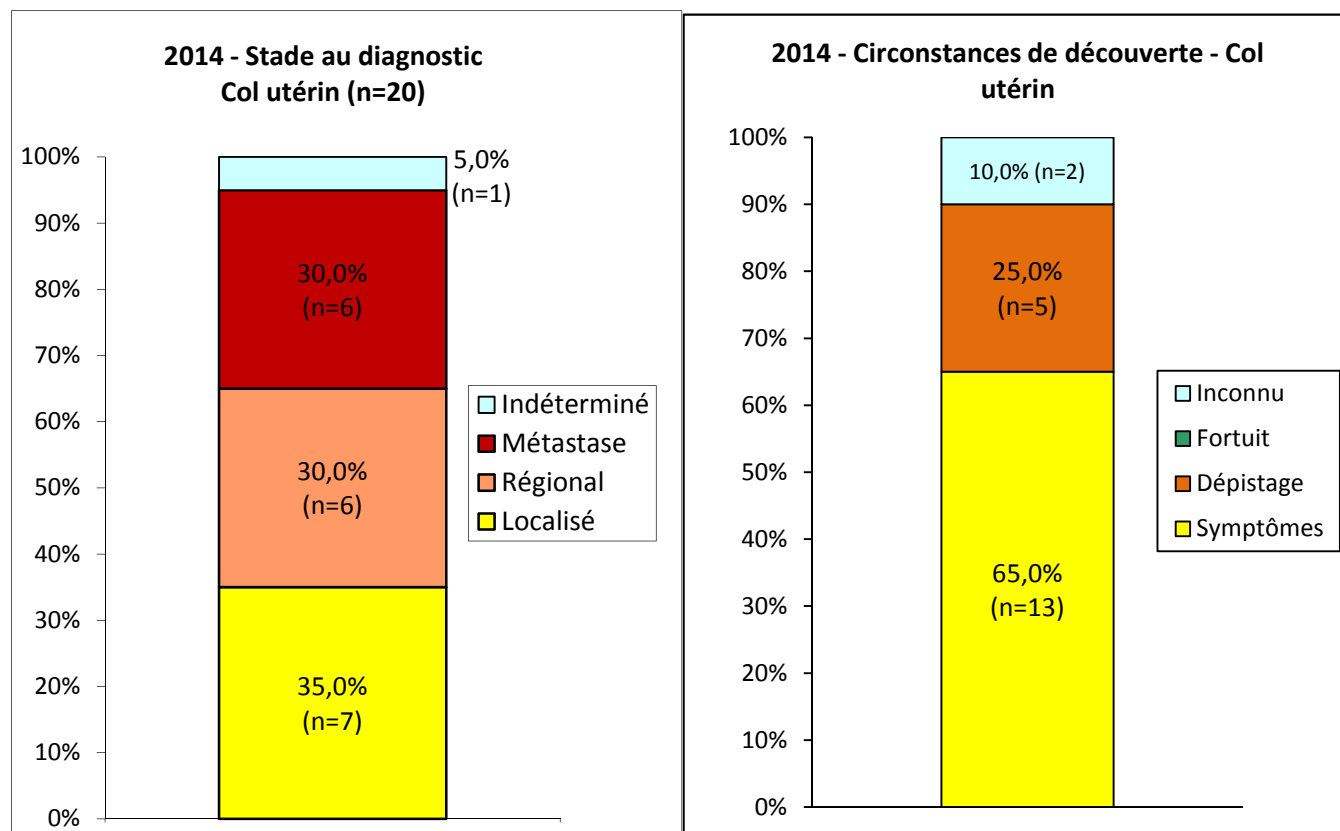


Figure 40 - Cancer du col de l'utérus, répartition selon le stade au diagnostic

Le dépistage permet le diagnostic des lésions précoces ou in situ pouvant évoluer vers un cancer invasif. Ainsi, en 2014, nous avons enregistré selon les recommandations de Francim, **98** cancers du col in situ ou au stade CIN-3 (dysplasie sévère).

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

Ces dysplasies, qui sont au nombre de 98 pour l'année 2014 ne sont, par définition, pas prises en compte dans le calcul de l'incidence.

La forte proportion de circonstance « inconnue » parmi les cancers in situ s'explique par le fait qu'aucun retour systématique aux dossiers cliniques n'est prévu pour les cancers in situ du col.

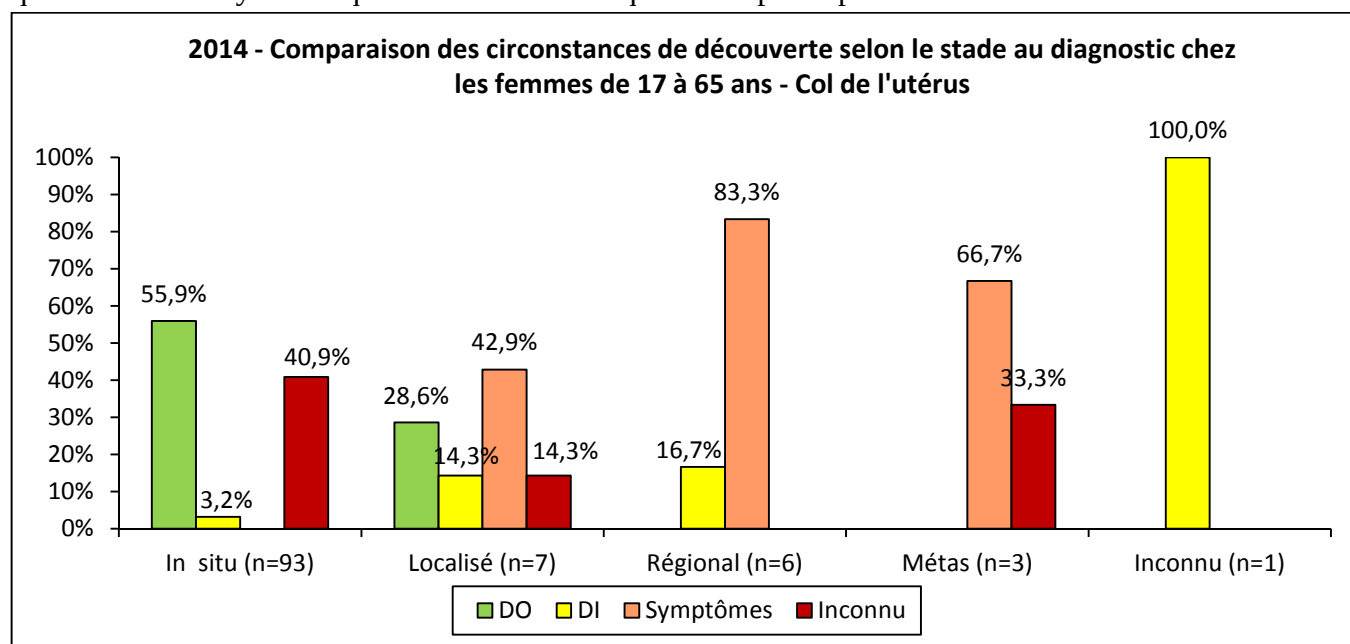
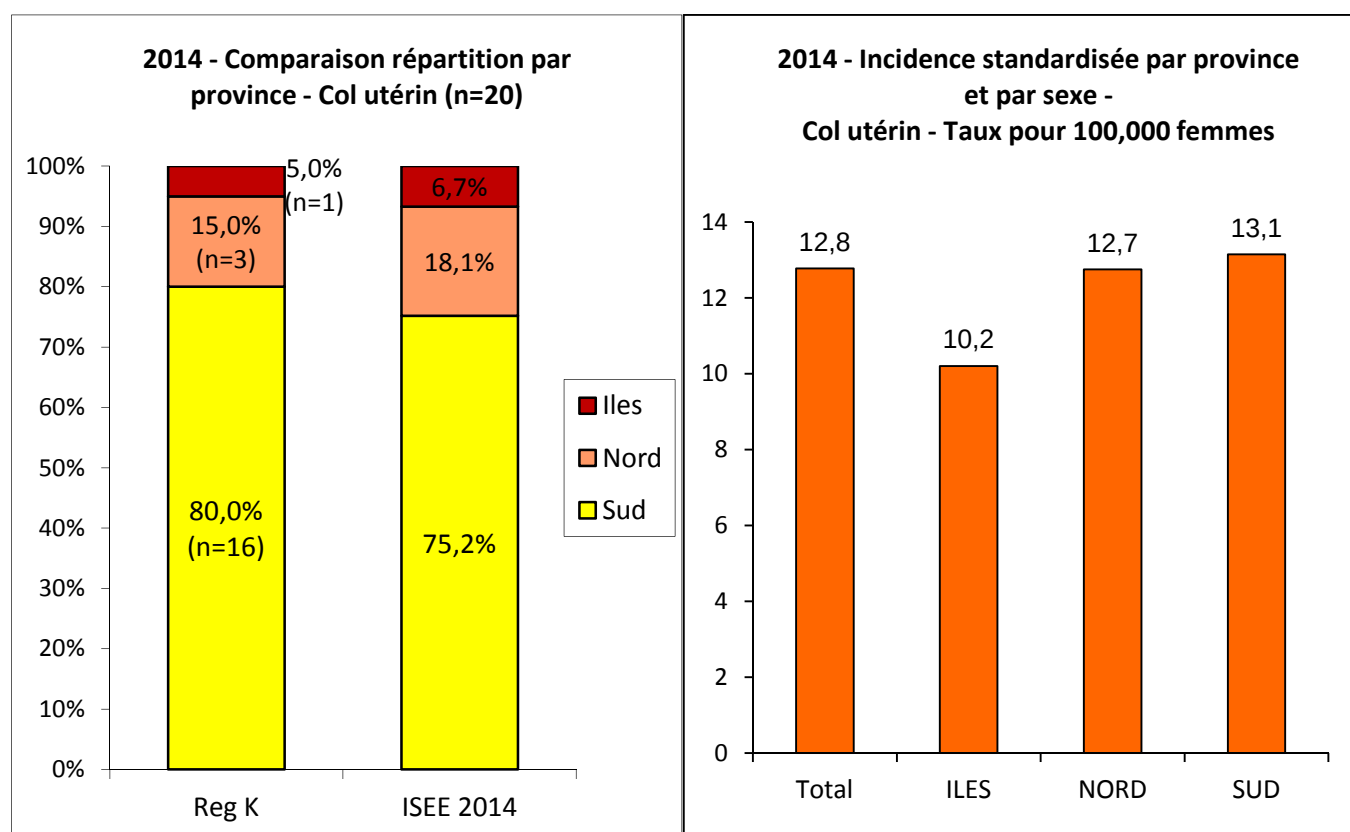


Figure 41 - Cancer du col de l'utérus, répartition des circonstances de découverte selon le stade au diagnostic

Incidences et comparaisons internationales

Le taux standardisé d'incidence en 2014 est estimé à 12,8 nouveaux cas pour 100 000 femmes pour l'ensemble du territoire, avec un taux un peu plus élevé pour les femmes des provinces Nord et Sud par rapport à celles des Iles Loyauté.



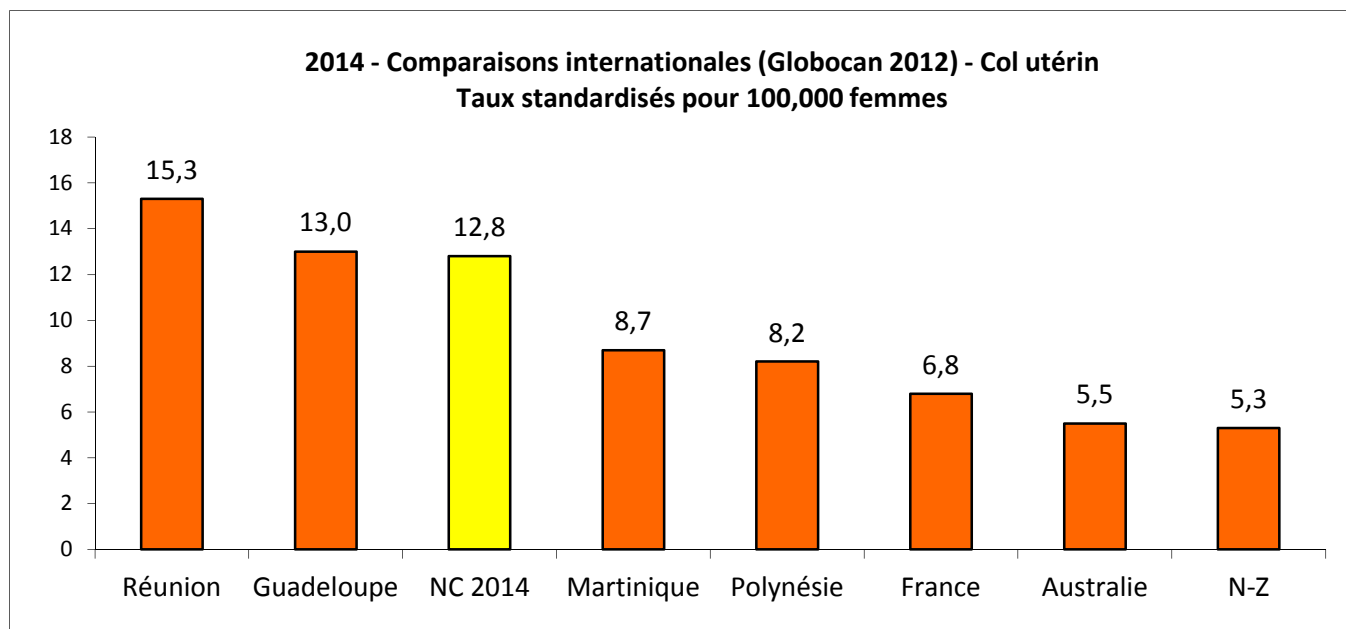


Figure 42 - Cancer du col de l'utérus, incidence par province et comparaisons internationales

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 2014, 14 tumeurs invasives des ovaires ont été diagnostiquées, plaçant cette localisation au 8ème rang chez la femme. On a par ailleurs enregistré 4 tumeurs « borderline » qui ne sont pas prises en compte pour la suite de l'analyse de l'incidence.

Au 18/10/16, 35.7 % des patientes étaient enregistrées comme décédées (5 cas), toutes suite à ce cancer.

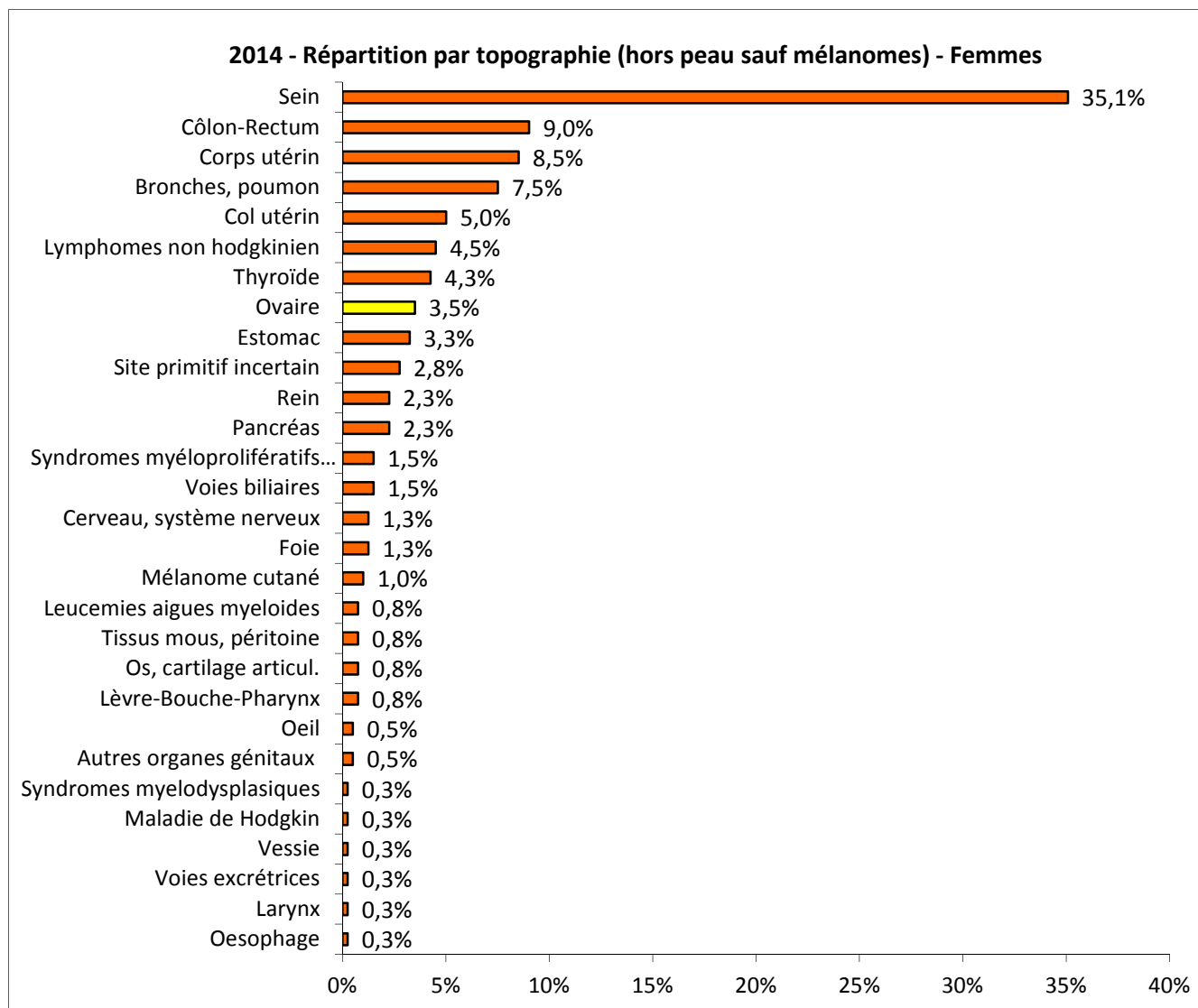


Figure 43 - Répartition par topographie des cancers chez les femmes

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 57.1 ans et l'âge médian est égal à 60 ans avec un âge au diagnostic compris entre 32 et 72 ans. En métropole, en 2011, l'âge médian se situait autour de 65 ans.

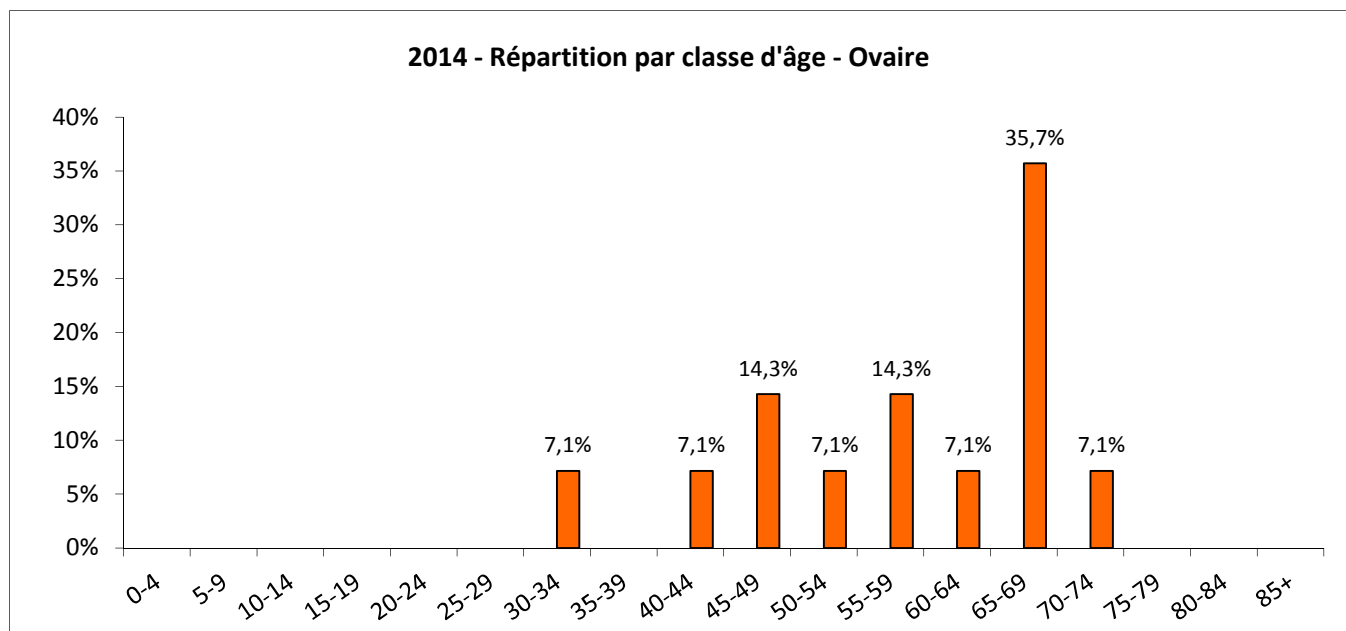


Figure 44 - Cancers des ovaires, répartition par tranche d'âge

Histologie

Un diagnostic histologique a été effectué pour toutes les patientes et l'on retrouve :

- 9 cystadénocarcinomes (8 sereux papillaires, 1 papillaire mucineux)
- 3 adénocarcinomes (2 SAI, 1 cellules claires)
- 1 carcinome
- 1 tumeur des cordons sexuels

Stade au diagnostic

Plus de 70 % des femmes sont diagnostiquée à un stade déjà avancé

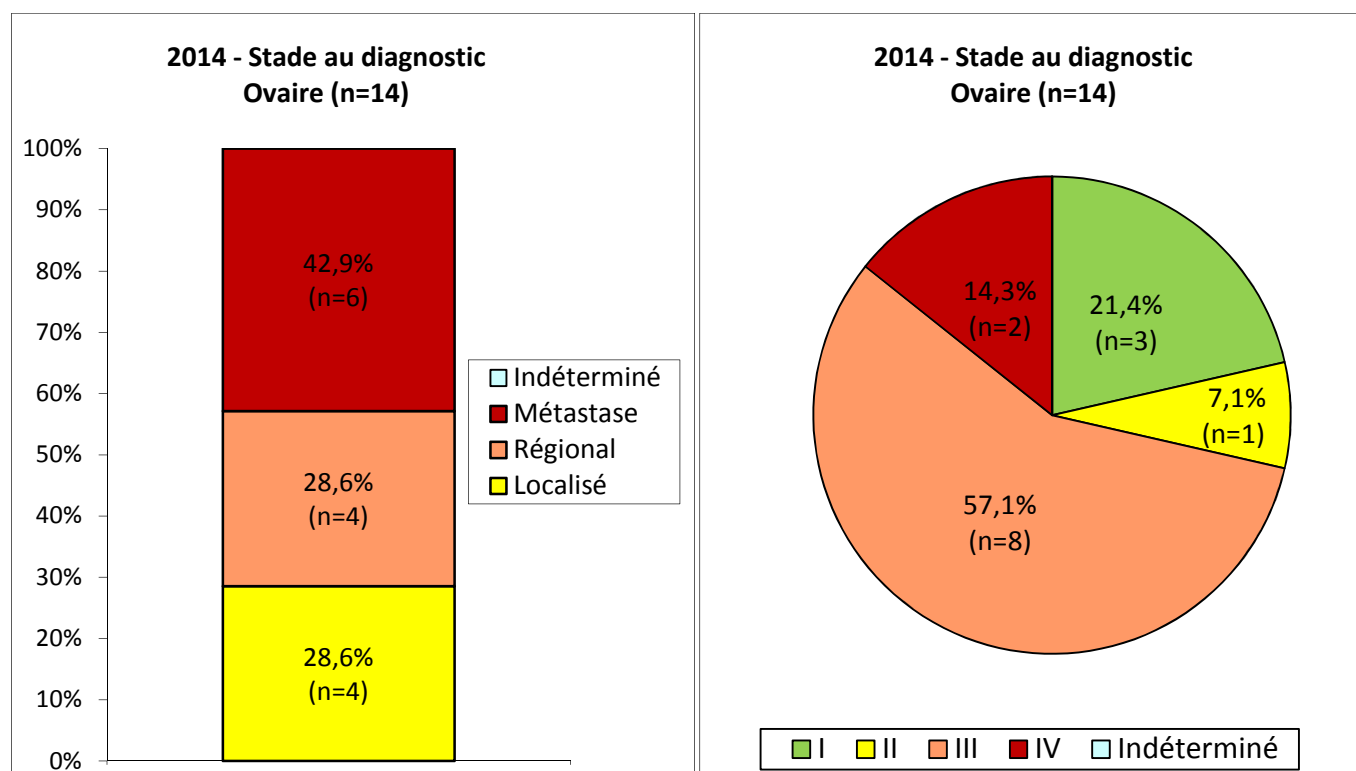


Figure 45 - Cancers ovariens et stade au diagnostic

Incidences et comparaisons internationales

Le taux standardisé d'incidence est estimé à 9.4 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.

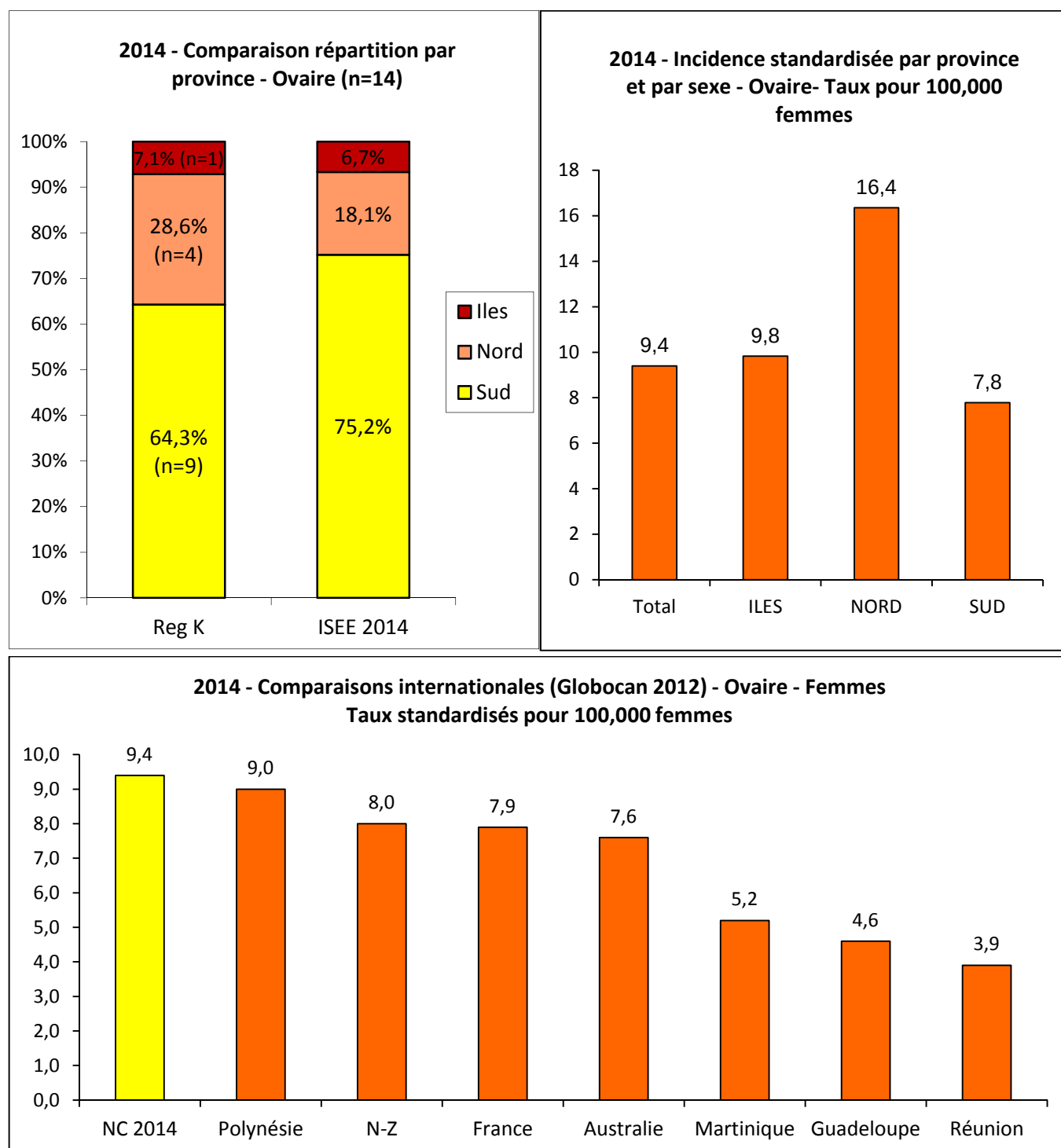


Figure 46 - Cancers ovariens, incidence par province et comparaisons internationales

On constate que l'incidence des cancers ovariens est, en 2014, un peu plus haute que celles de la métropole et des pays voisins.

III-4 Appareil respiratoire

III-4.a Cancer des bronches et du poumon

Généralités

Avec 114 nouveaux cas en 2014, cette localisation se situe au 2^{ème} rang des tumeurs tous sexes confondus (13.1 %). Il se place au 2^{ème} rang chez les hommes avec 84 tumeurs et au 4^{ème} chez les femmes avec 30 tumeurs.

On observe ainsi un sex-ratio égal à 2.8 hommes pour 1 femme. 19 % des patients avaient au moins un autre antécédent de cancer et plus de $\frac{3}{4}$ des patients (77.2 %) étaient enregistrés comme décédés au 18/10/2016 (88 cas) dont 65.8 % (75 cas) des suites de leur cancer broncho-pulmonaire.

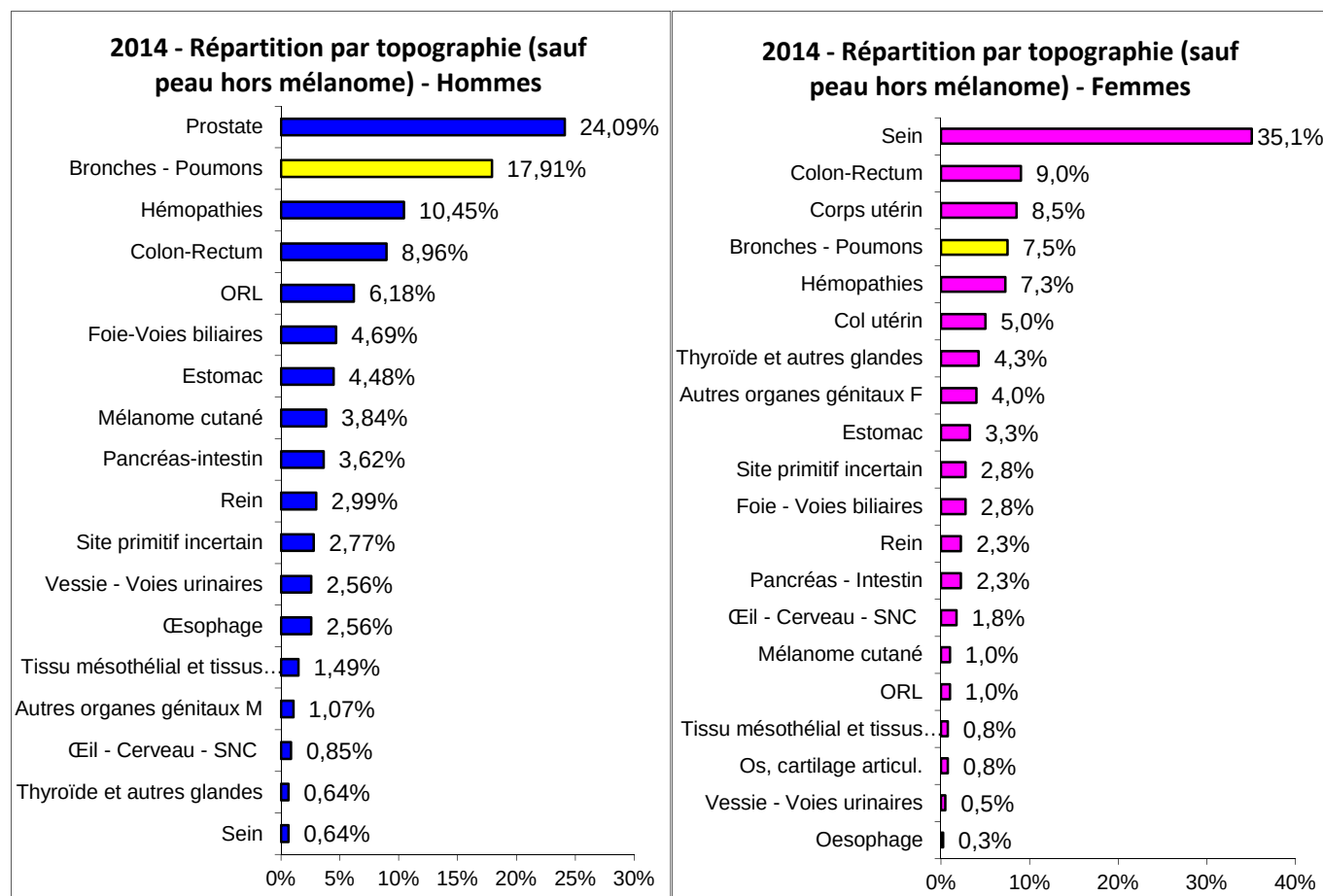


Figure 65 - Répartition des topographies selon le sexe

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 au diagnostic

L'âge moyen au moment du diagnostic varie peu et est égal à 64.3 ans (médiane : 66 ans), valeur un peu moins élevée chez les hommes que chez les femmes (respectivement 63.4 ans pour les ♂ et 66.7 ans pour les ♀).

En 2014, trois tumeurs ont été diagnostiquées chez des personnes de moins de 40 ans.

L'incidence croît avec l'âge, avec un pic à 65-69, comme présenté ci-dessous :

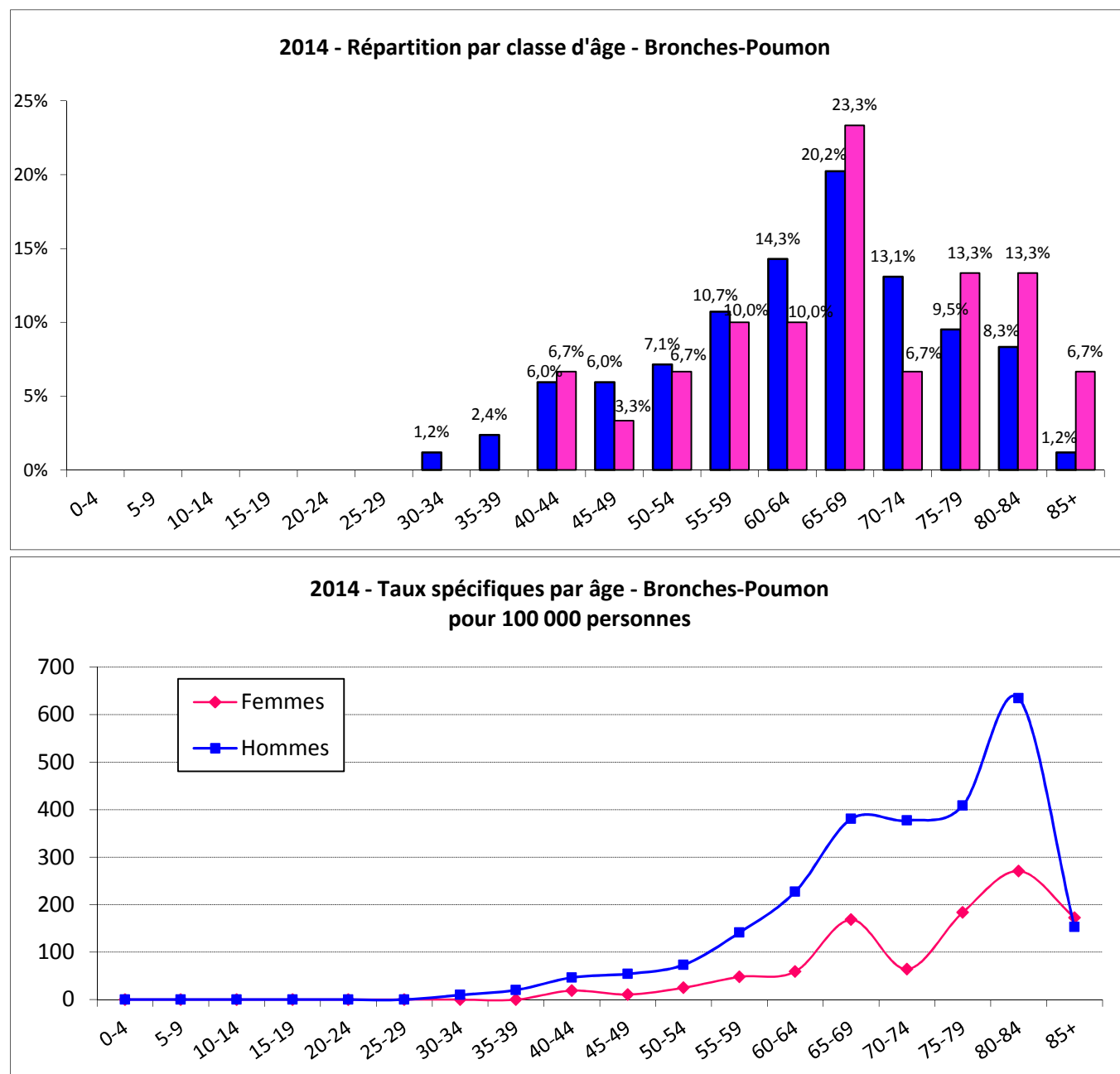


Figure 66 - Cancers des bronches-poumon : répartition par tranche d'âge et taux spécifiques d'incidence

Communautés

L'information sur la communauté est restée inconnue pour 39.5 % des patientes après consultation des dossiers médicaux, cette information n'y figurant pas systématiquement. Ainsi, il est impossible d'émettre des conclusions quant à la comparaison de la répartition par communauté par rapport à la population générale, figurant ci-dessous.

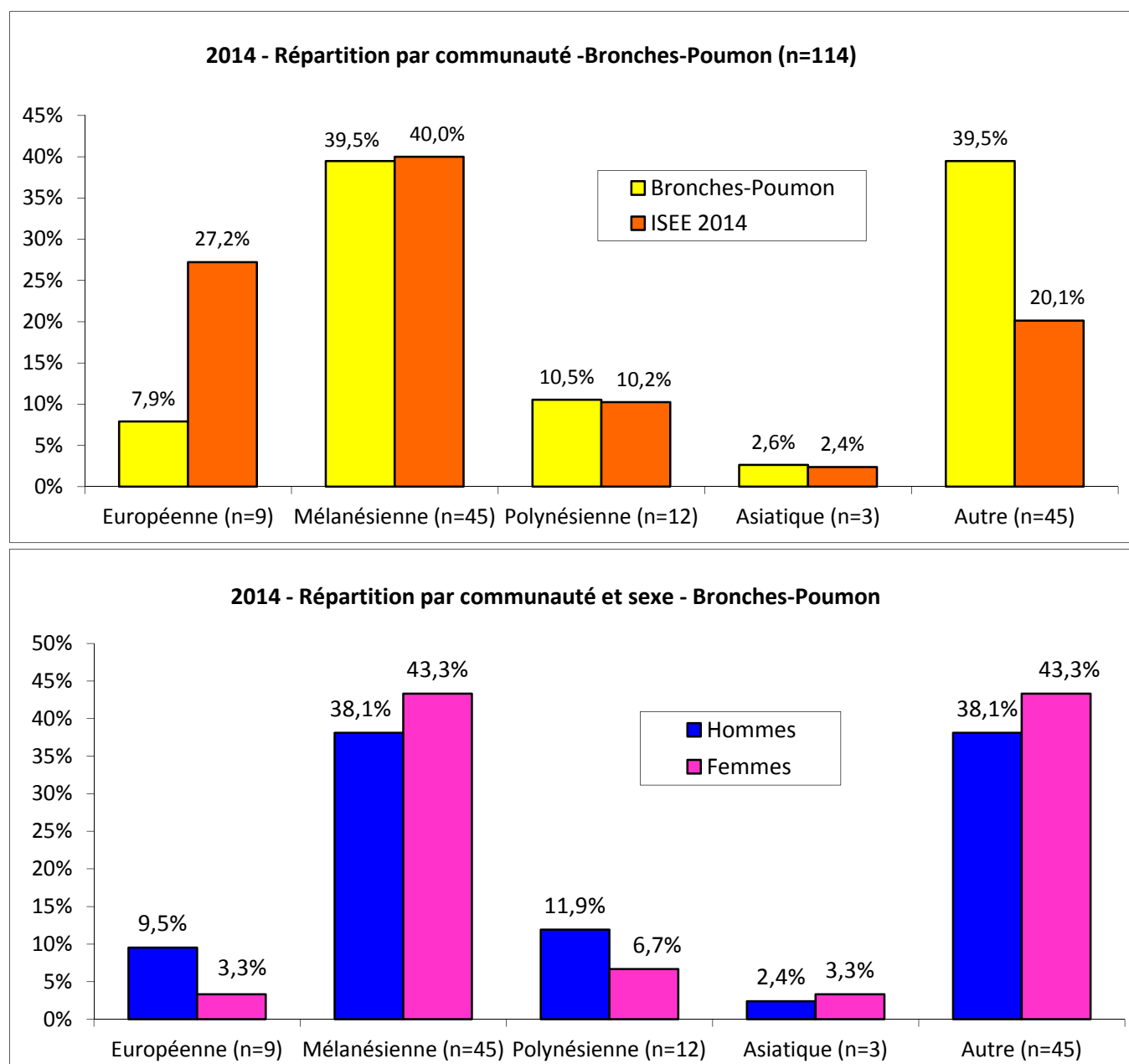


Figure 67 - Cancer des bronches-poumon, répartition par communauté et par sexe

Histologie et stade au diagnostic

107 diagnostics ont été confirmés à partir des résultats d'un examen anatomo-cyto-pathologique (83 à partir de la tumeur primitive, 16 à partir d'une métastase et 8 à partir d'une cytologie), soit pour 93.9 % des patients. Les différents groupes histologiques sont répartis de la manière suivante :

- 65 Adénocarcinomes
- 24 Carcinomes épidermoïdes
- 18 autres carcinomes

Parmi les 99 patients qui ont eu un diagnostic histologique porté à partir de la tumeur primitive ou de la métastase, le grade était précisé dans 53.5 % des cas.

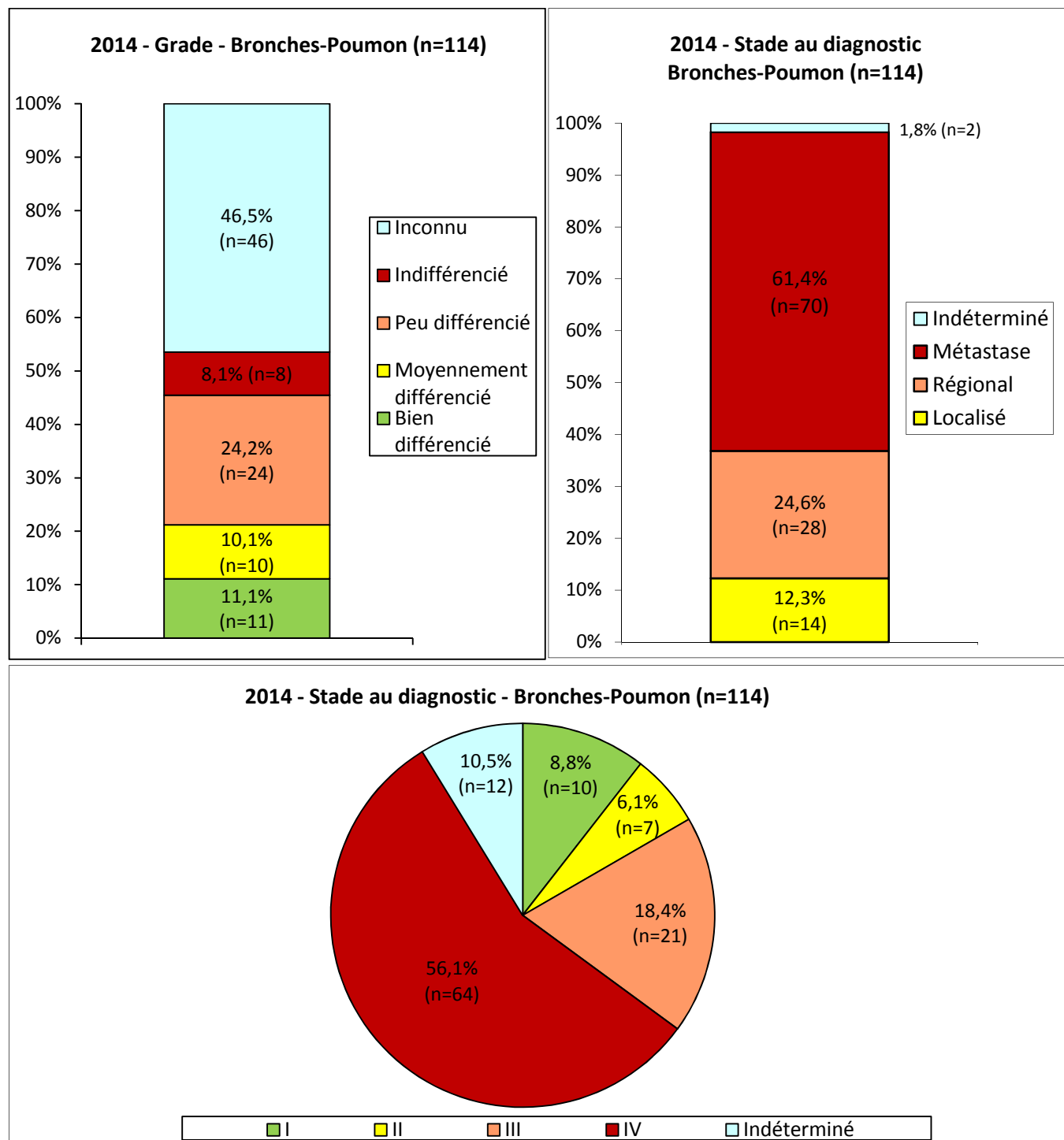


Figure 68 - Cancer des bronches-poumon, répartition selon le grade et le stade au diagnostic

Seules 12.3 % 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 10.1 % 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 (22.2 %), les os (19.8 %), les sites plevre/médiastin/cœur (16.7 %) et le poumon controlatéral (15.1 %).

Provinces et incidences

En 2014, 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 bien plus élevé dans la province Nord que dans les deux autres provinces. L'écart hommes/femmes reste également très marqué.

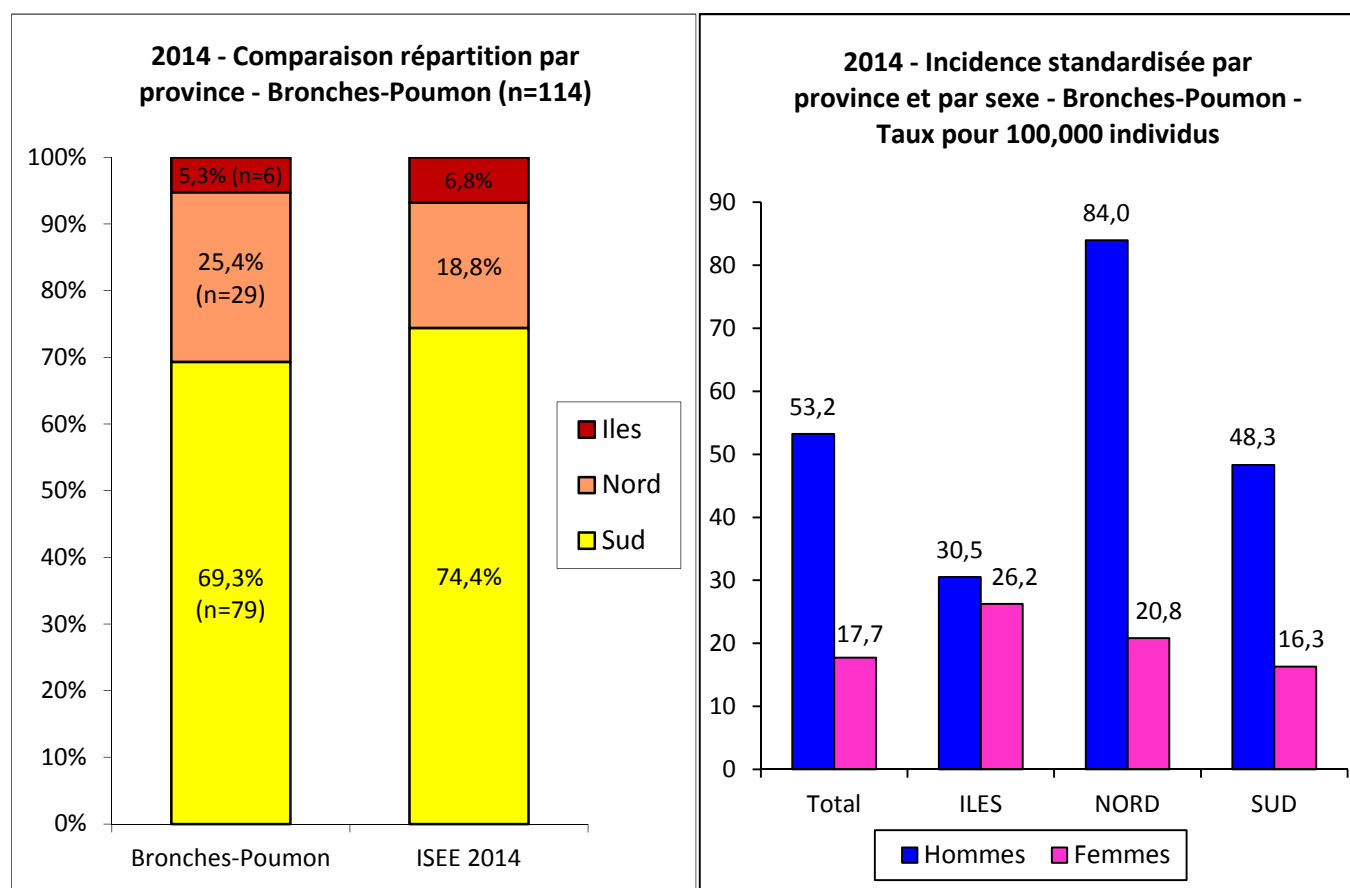
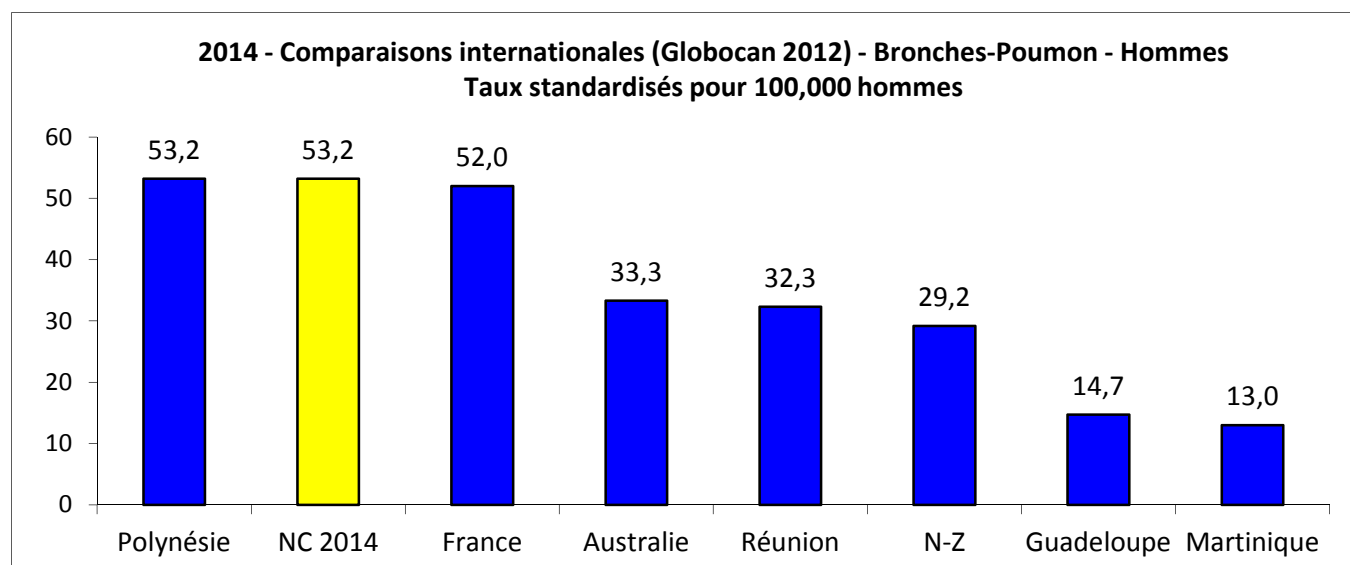


Figure 69 - Cancer des bronches-poumon, incidences selon le sexe et la province

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 2014 est plus élevée que celles de l'Australie et de la Nouvelle-Zélande et comparable à celle de la métropole et de Polynésie française.

Chez les femmes, cette incidence est un peu moins élevée qu'en métropole et dans les pays voisins.



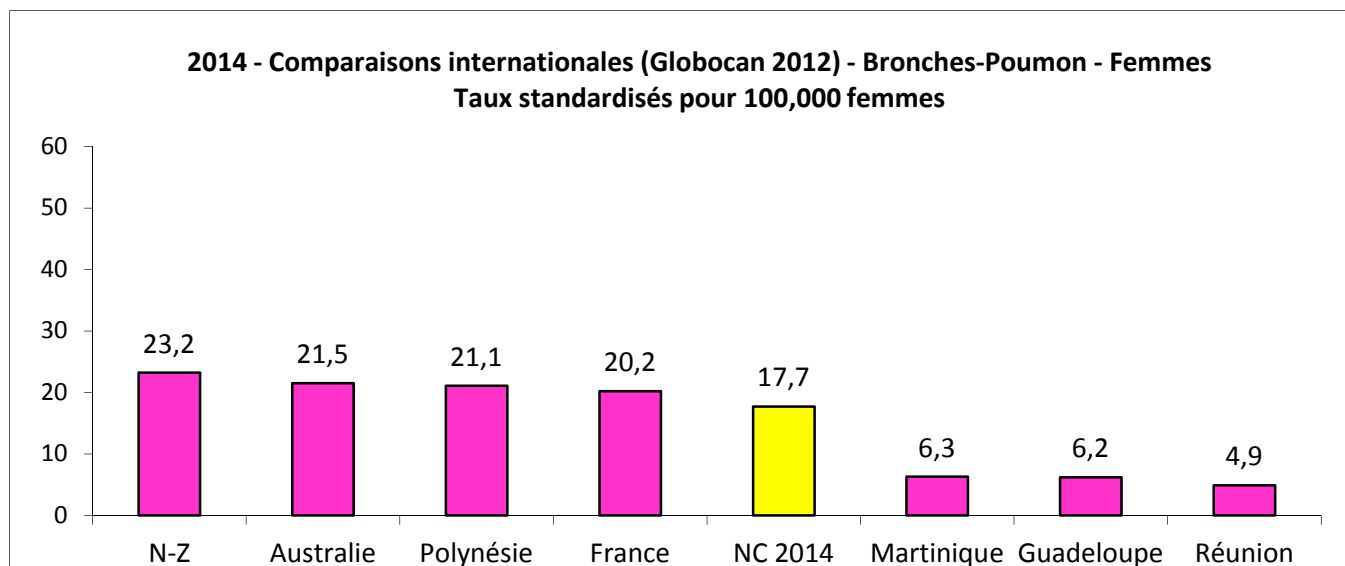


Figure 70 - Cancer des bronches-poumon, comparaisons internationales des incidences selon le sexe

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 **33 tumeurs invasives** diagnostiquées (tous sexes confondus) en 2014, ce groupe se place au 9^{ème} rang (du classement avec regroupement de toutes les hémopathies). On compte 29 nouveaux cas chez les hommes et 4 chez les femmes, soit un sex-ratio égal à 7.25 hommes pour 1 femme.

Les sites sont répartis de la manière suivante :

26 tumeurs LBP dont :

- 1 tumeur de la lèvre
- 5 tumeurs de la langue (dont 1 base de la langue)
- 1 tumeur de la gencive
- 5 tumeurs du plancher de la bouche
- 1 tumeur de la glande parotide
- 1 tumeur de la glande salivaire
- 6 tumeurs de l'amygdale
- 2 tumeurs du rhinopharynx
- 2 tumeurs de l'hypopharynx
- 1 tumeur de LBP SAI

5 tumeurs du larynx

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

18.2 % (n=6) des patients avaient également un autre antécédent de tumeur ; 54.5 % des patients étaient enregistrés comme décédés au 18/10/2016 (18 cas), dont 11 suite à leur cancer ORL.

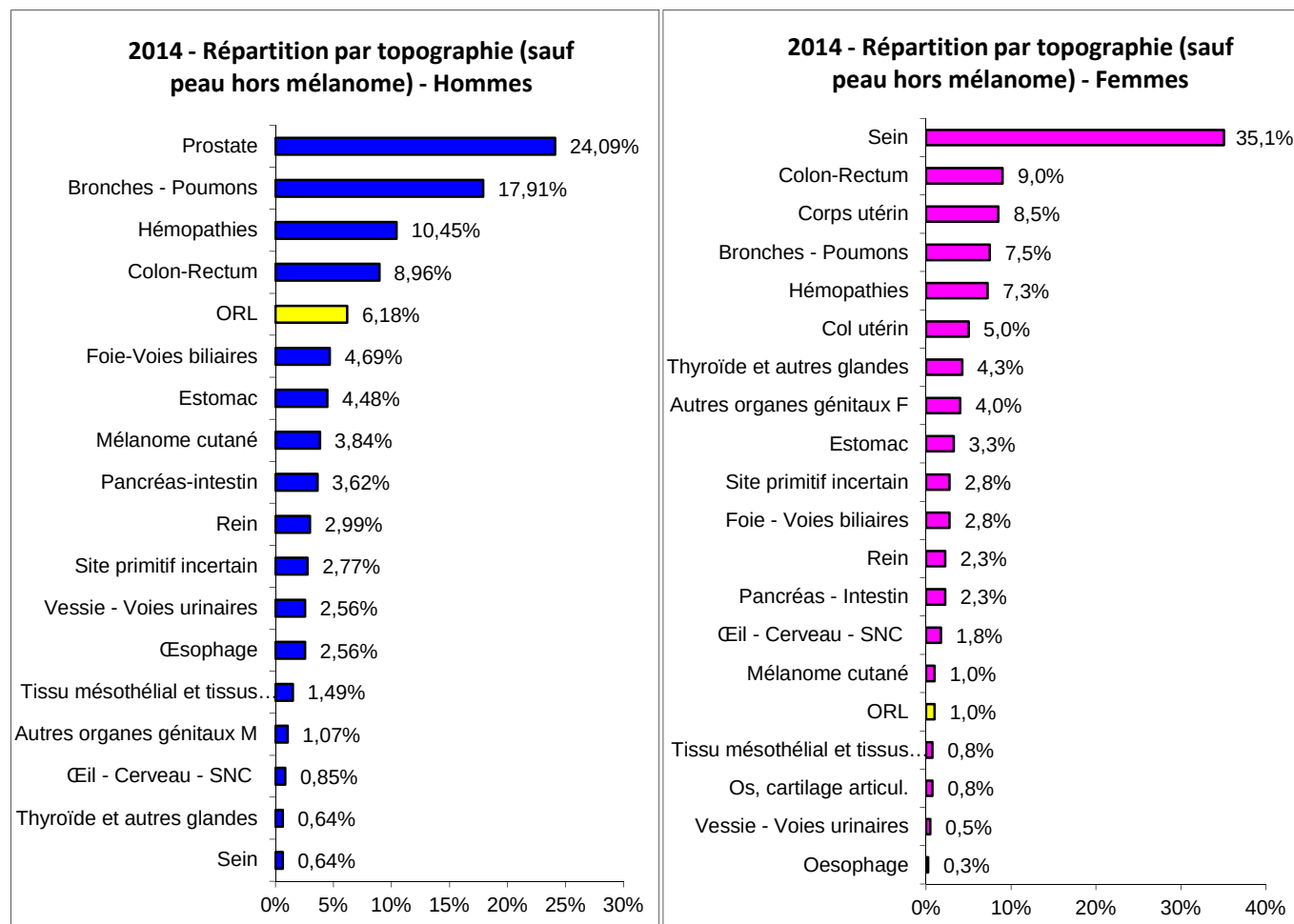


Figure 71 - Répartition des topographies selon le sexe

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 diagnostic

L'âge moyen est égal à 62.7 ans (médiane à 63 ans). L'âge moyen au diagnostic est plus élevé chez les femmes (66.5 ans, médiane 37.5 ans) que chez les hommes (62.2 ans, médiane 63 ans). La plupart des diagnostics ont été effectués entre 55 et 69 ans. En métropole, l'âge moyen se situe entre 60 et 70 ans.

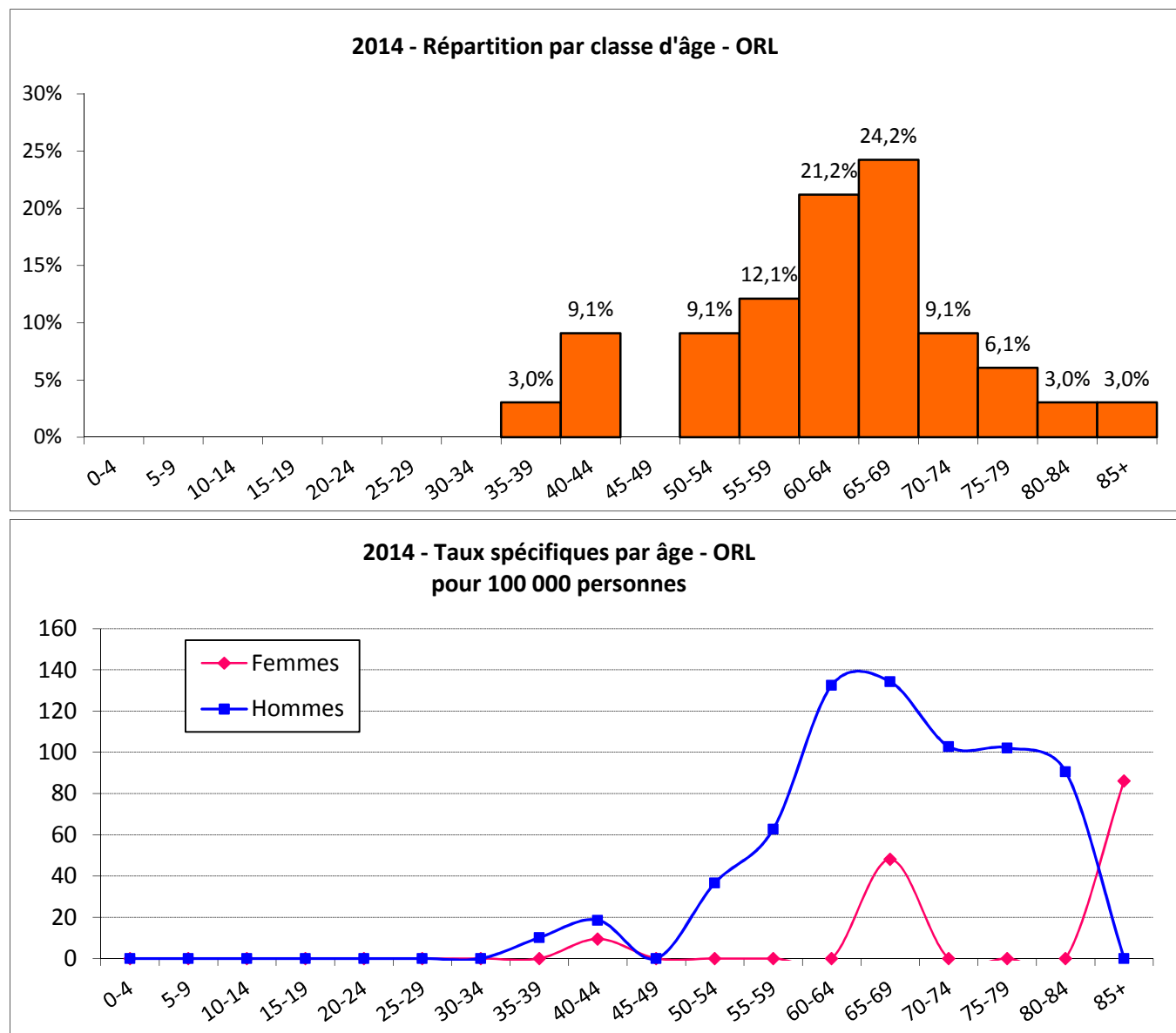


Figure 72 - Cancers ORL : répartition par tranche d'âge et taux spécifiques d'incidence

Communautés

L'information sur la communauté est restée inconnue pour 51.5 % des patients après consultation des dossiers médicaux, cette information n'y figurant pas systématiquement. Ainsi, il est impossible d'émettre des conclusions quant à la comparaison de la répartition par communauté par rapport à la population générale, figurant ci-dessous.

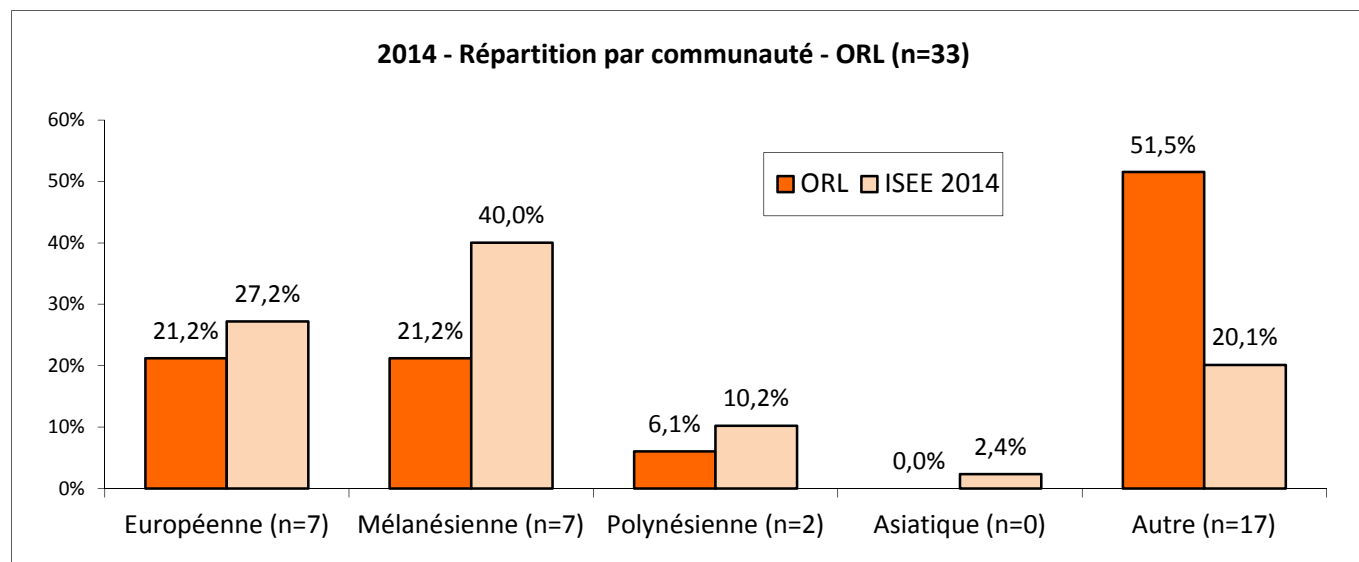


Figure 73 – Cancers ORL, répartition par communauté

Histologie et Stade au diagnostic

Les 33 patients ont eu un diagnostic histologique, il s'agissait de :

- 28 Carcinomes épidermoïdes
- 4 Carcinomes (1 basaloïde, 1 colloïde, 1 myoepithelial, 1 indifférencié)
- 1 neuroblastome olfactif

Parmi ces tumeurs, il s'agissait le plus souvent d'une tumeur bien différenciée (65.6 %).

En 2014, ces tumeurs ont le plus souvent été diagnostiquées au stade régional avec envahissement ganglionnaire.

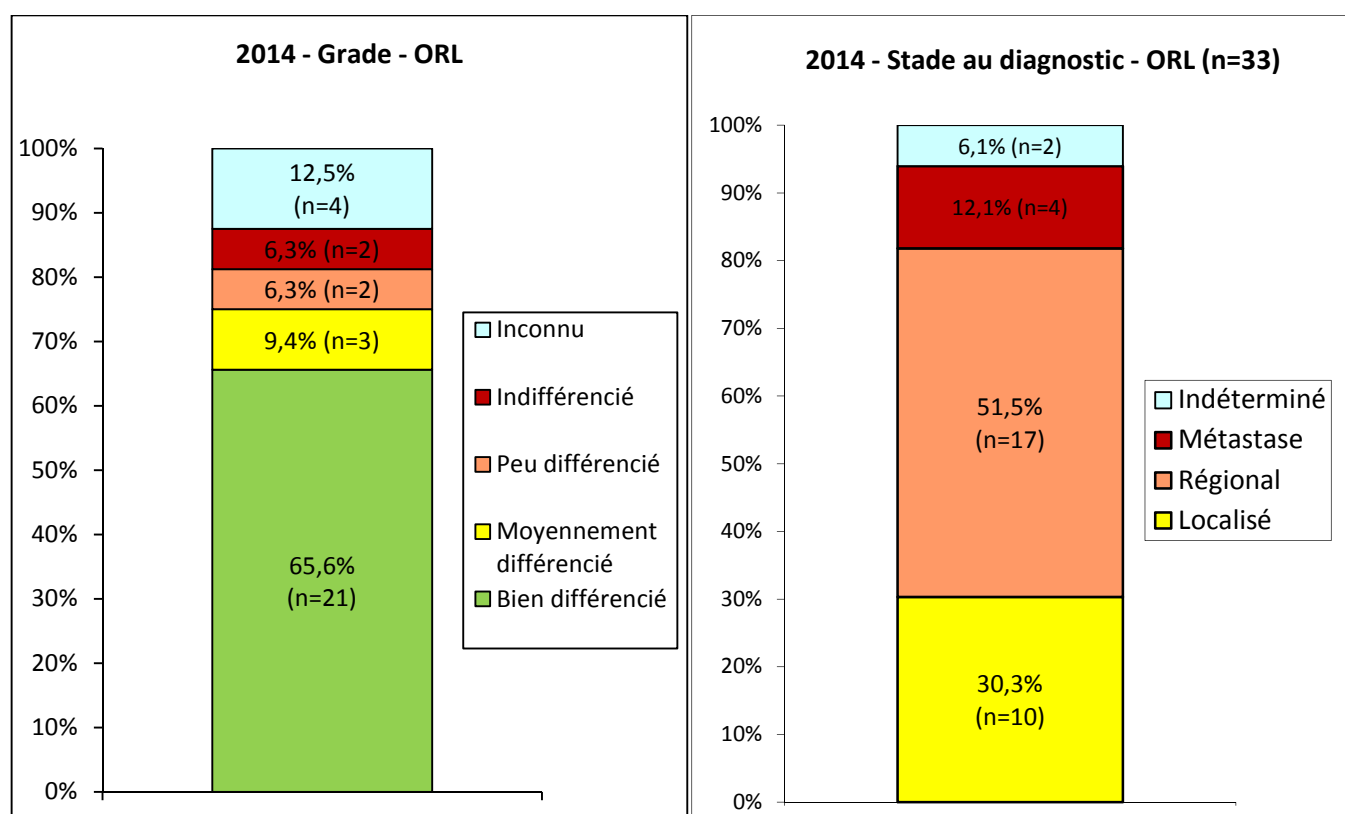


Figure 74 - Cancers ORL, répartition selon le grade et le stade au diagnostic

Provinces et incidences

En 2014, la répartition par province reste relativement voisine de celle de la population générale, tous sexes confondus. On observe des incidences toujours plus élevées chez les hommes que chez les femmes, quelle que soit la province de résidence.

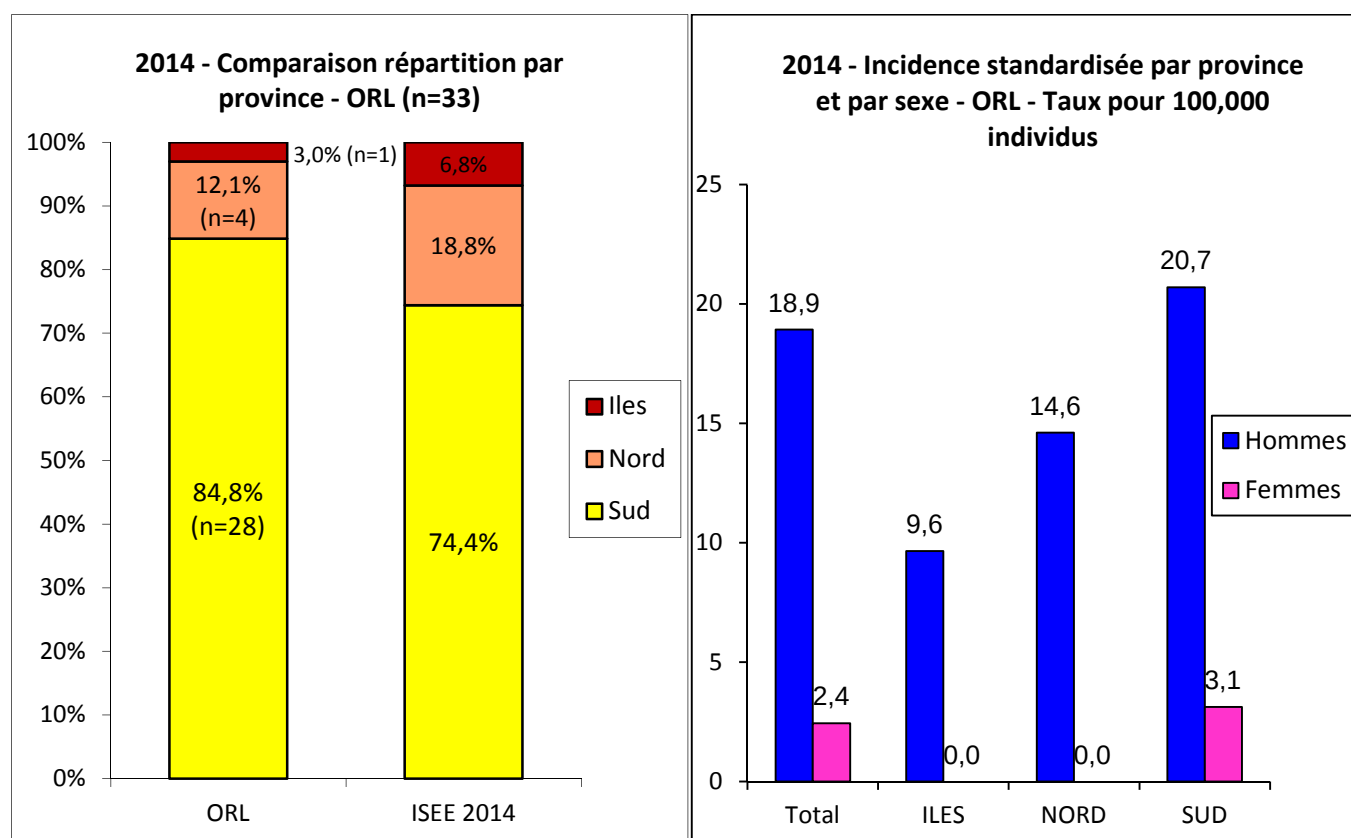
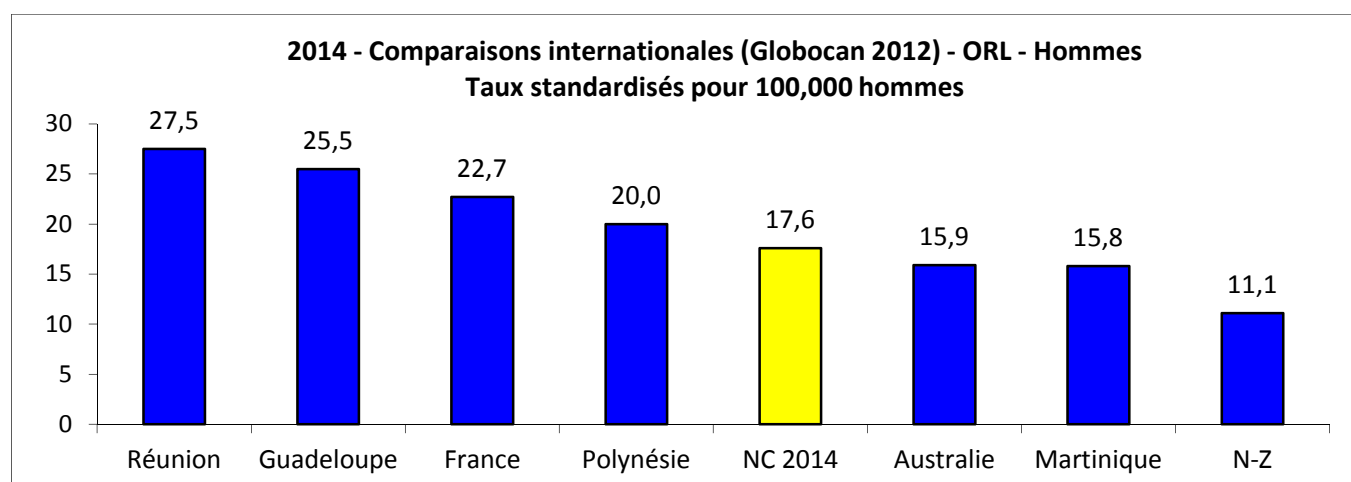


Figure 75 - Cancers ORL, répartition et incidences selon le sexe et la province

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 plus faible que celui de la métropole, des pays voisins et des DOM (sauf Martinique).



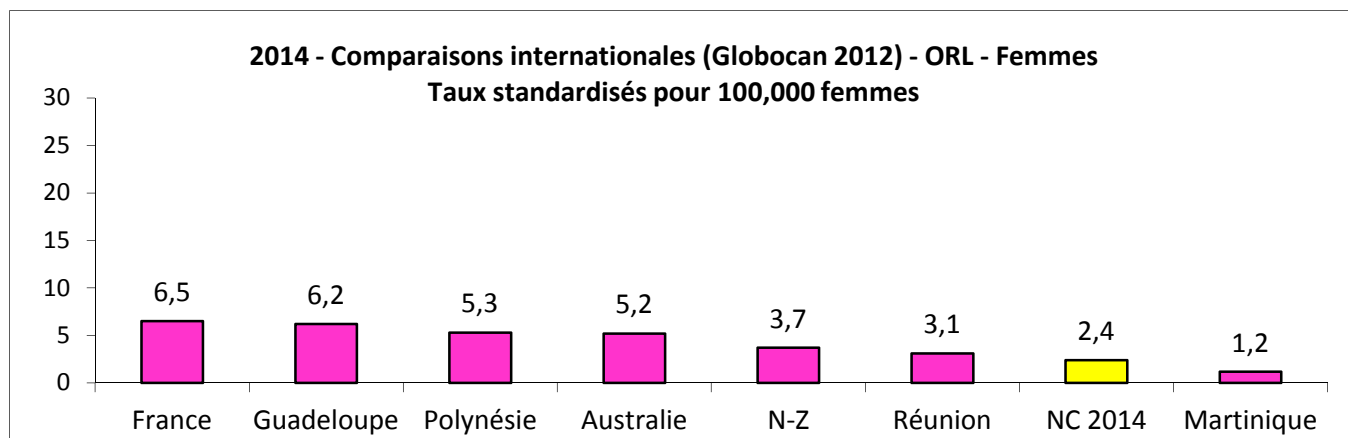


Figure 76 - Cancers ORL, comparaisons internationales des incidences selon le sexe

III-5 Cancer de la thyroïde

Généralités

Seules 20 tumeurs invasives de la thyroïde ont été diagnostiquées en 2014, 3 chez des hommes et 17 chez des femmes. Le sex-ratio est de 18 femmes pour 100 hommes (0.18). Il s'agit donc principalement d'un cancer de la femme en Nouvelle-Calédonie. 3 patients avaient un autre antécédent de cancer (15.0 %).

3 patients diagnostiqués en 2014 étaient enregistrés comme décédés au 18/10/2016 (15.0 %), dont 3 suite à un cancer.

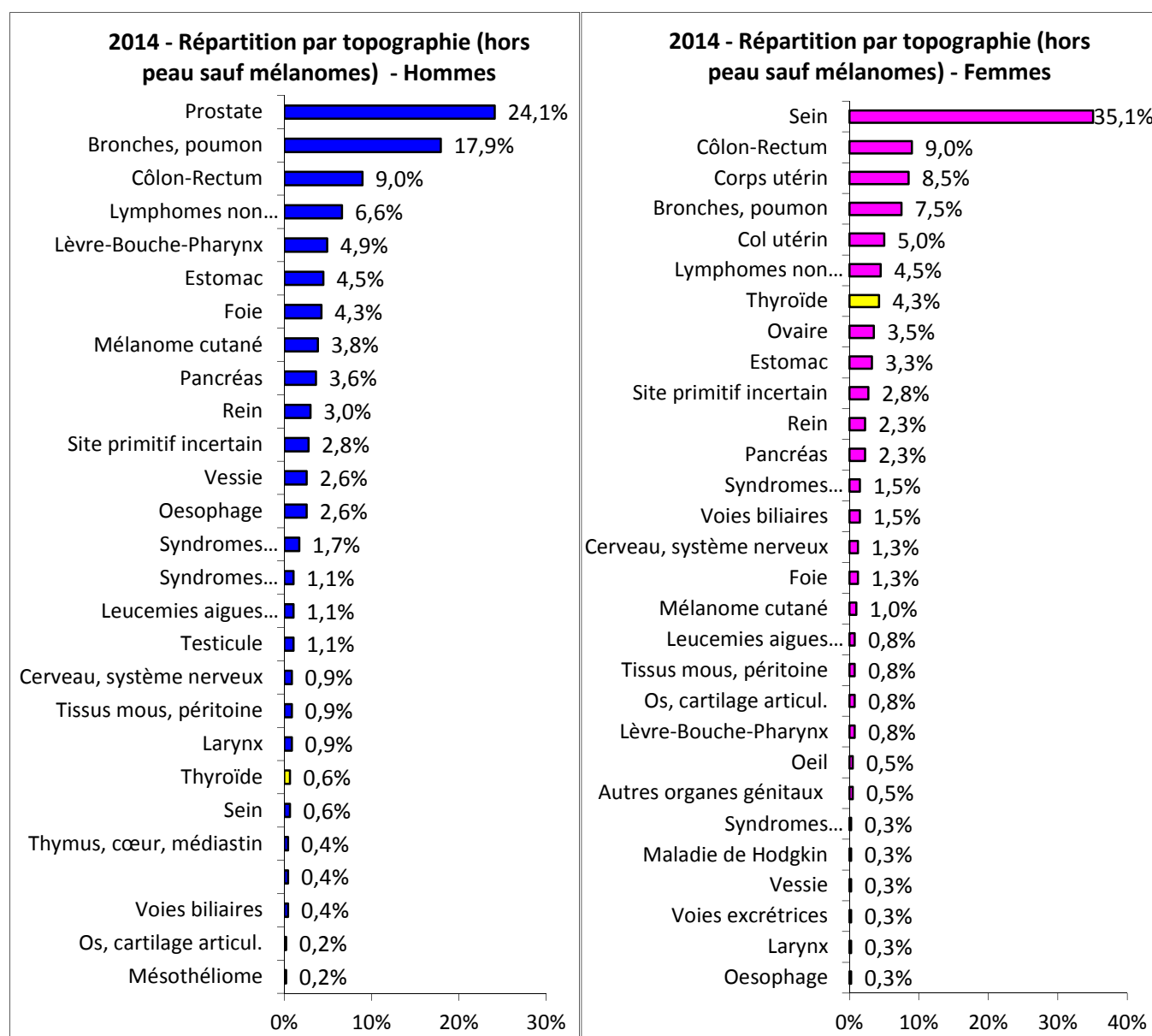


Figure 77 - Répartition des topographies selon le sexe

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 au diagnostic

En 2014, l'âge moyen du diagnostic a augmenté et est égal à 53.2 ans (médiane à 59 ans), et reste un peu plus élevé chez les hommes (53.7 ans, médiane 60 ans) que chez les femmes (53.1 ans, médiane 58.0 ans), avec un pic entre 60 et 69 ans. Cette tumeur est diagnostiquée à un âge relativement jeune, dès 21 ans. L'âge médian de diagnostic en métropole est de 51 ans chez la femme et 52 ans chez l'homme.

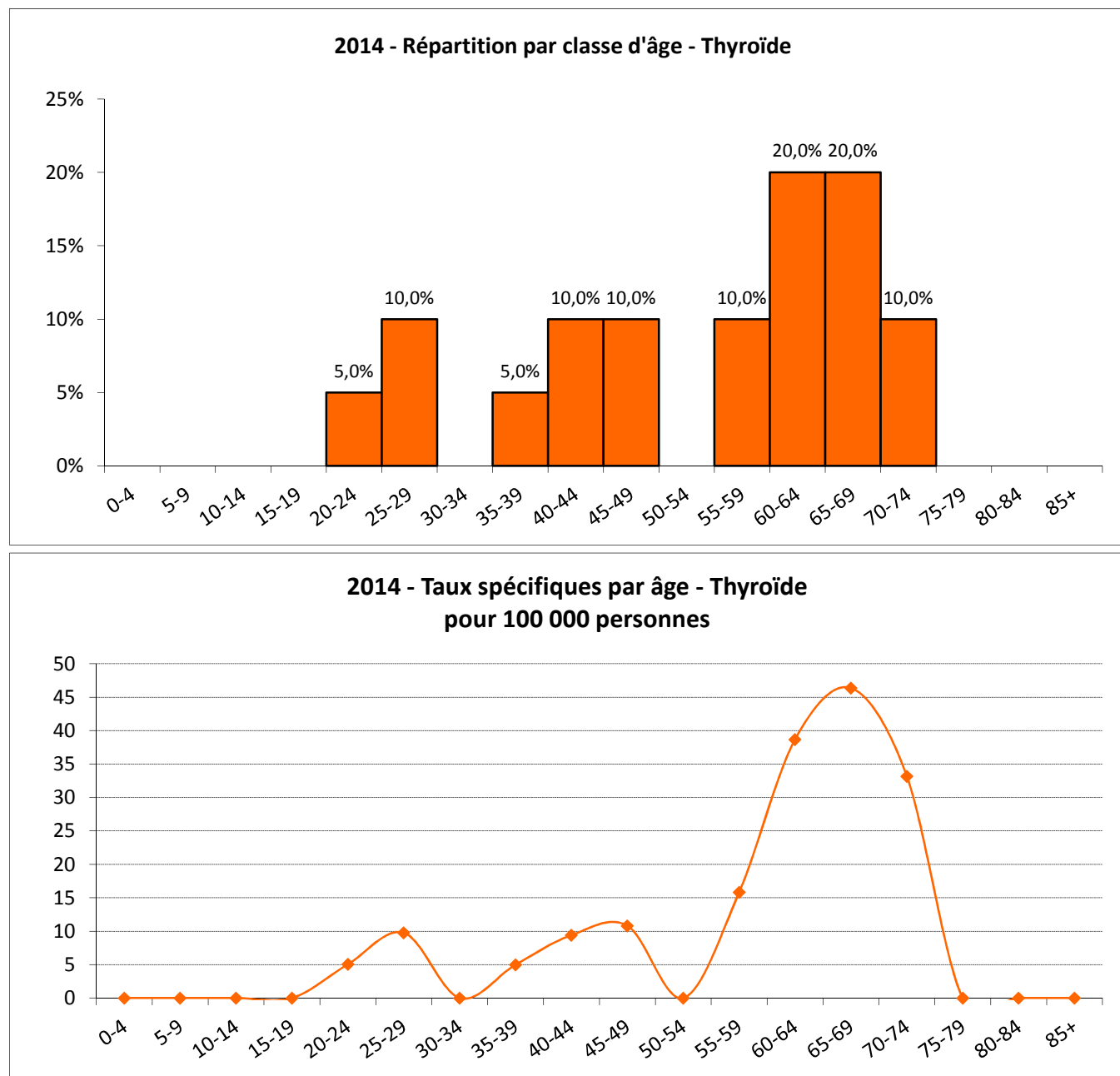


Figure 78 - Cancer de la thyroïde : répartition par tranche d'âge et taux spécifiques d'incidence

Communautés

Tous sexes confondus, 60 % des patients sont issus de la communauté mélanésienne, contre 17.6 % de polynésiens. Aucun patient appartenant à la communauté européenne n'a été enregistré cette année mais les 3 cas appartenant au groupe « autres communautés » sont en fait des communautés inconnues.

Chez les femmes, 64.7 % (n=11) sont issues de la communauté mélanésienne, 17.6 % (n=3) de la communauté polynésienne et 17.6 % (n=3) de communauté inconnue.

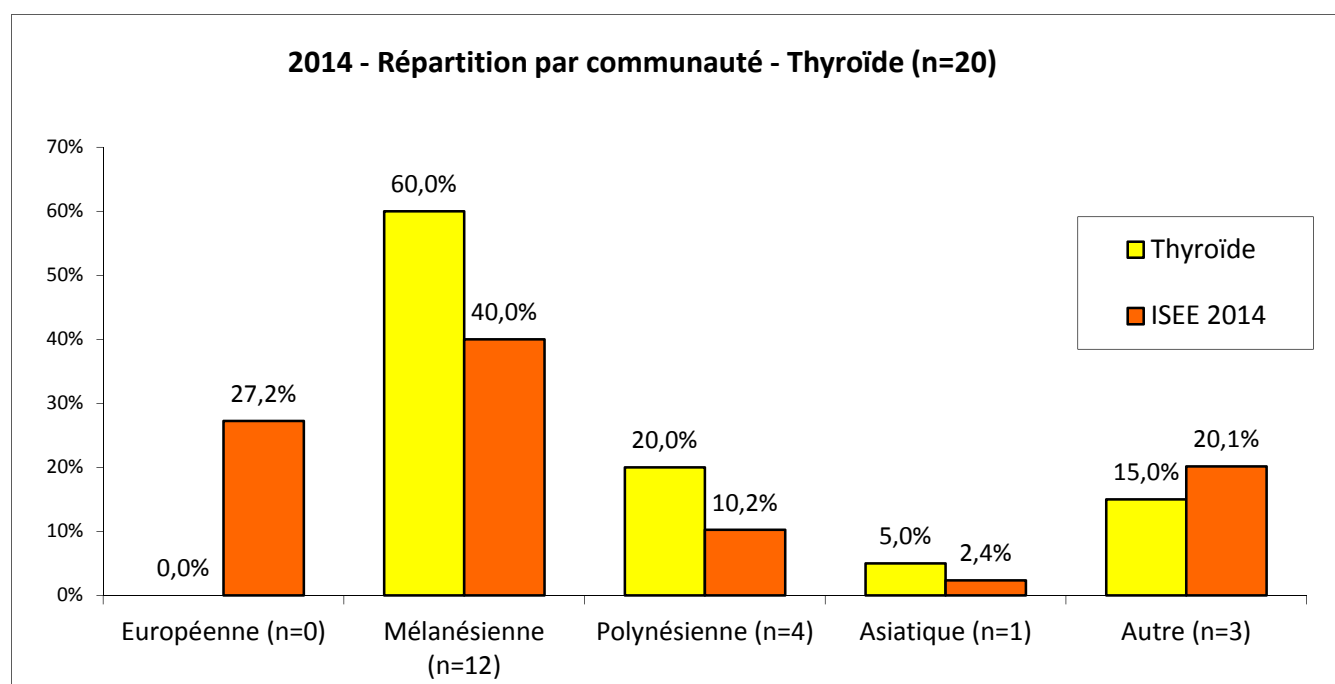


Figure 79 - Cancers de la thyroïde, répartition par communauté et par province

Histologie et stade au diagnostic

100 % des patients ont bénéficié d'un diagnostic histologique, il s'agissait de :

- 15 Carcinomes papillaires (7 mixte vésiculaires, 4 microK, 2 encapsulés, 2 SAI)
- 1 Carcinome vésiculaire
- 4 autres carcinomes (2 indifférenciés, 1 oxyphile, 1 médullaire)

Le grade a pu être renseigné dans seulement 14.3 % des cas (n=3).

Ces tumeurs sont le plus souvent diagnostiquées à un stade localisé. Lorsque le TNM a pu être renseigné, 60.0 % des tumeurs l'ont été au stade I. Lorsque la taille de la tumeur a été retrouvée (n=16), on a observé 31.2 % (n=5) 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 bilan d'envahissement.

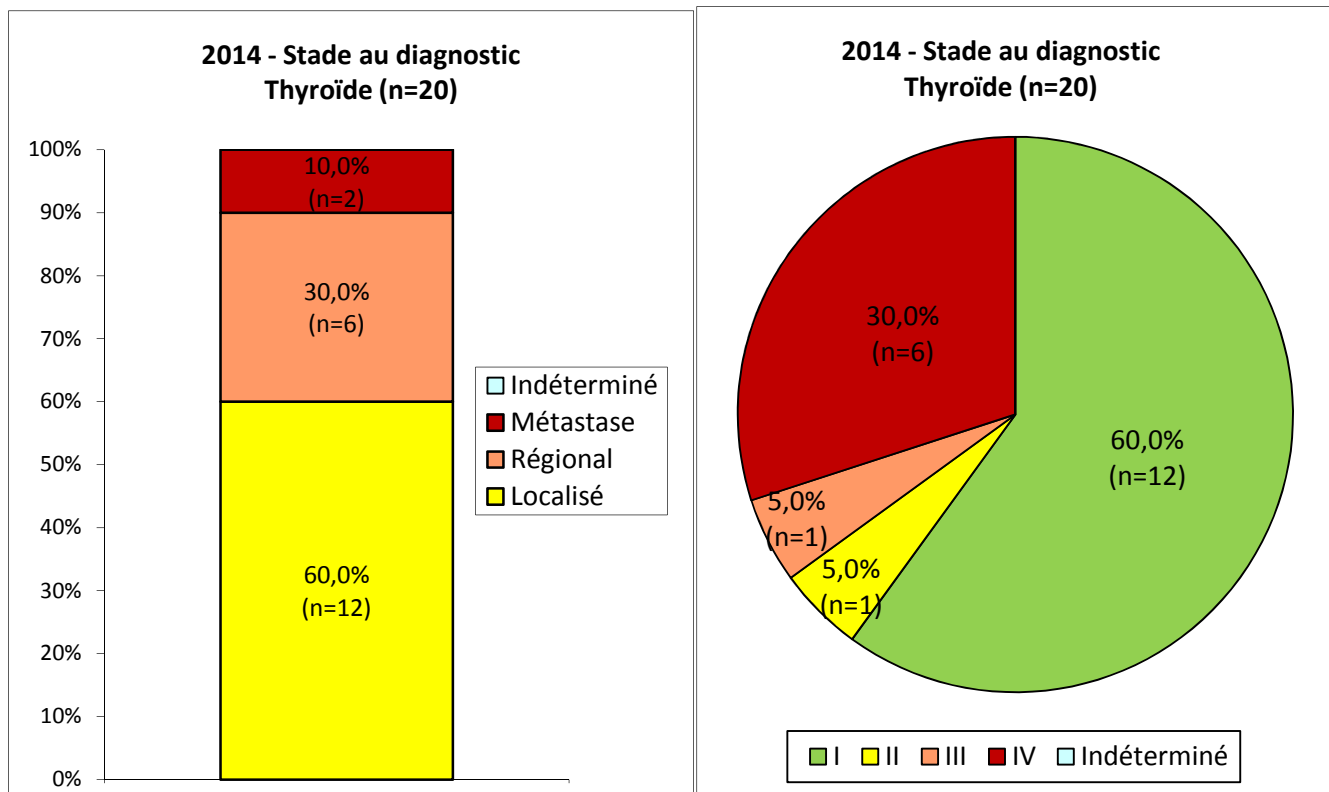


Figure 80 - Cancer de la thyroïde, répartition selon le grade, le stade au diagnostic et la taille de la tumeur

Incidences et comparaisons internationales

En 2014, on retrouve un taux d'incidence plus élevé en province des Iles Loyauté pour les femmes, avec un gradient Iles-Nord-Sud. On ne remarque pas de différence significative dans la répartition par province par rapport à la population générale.

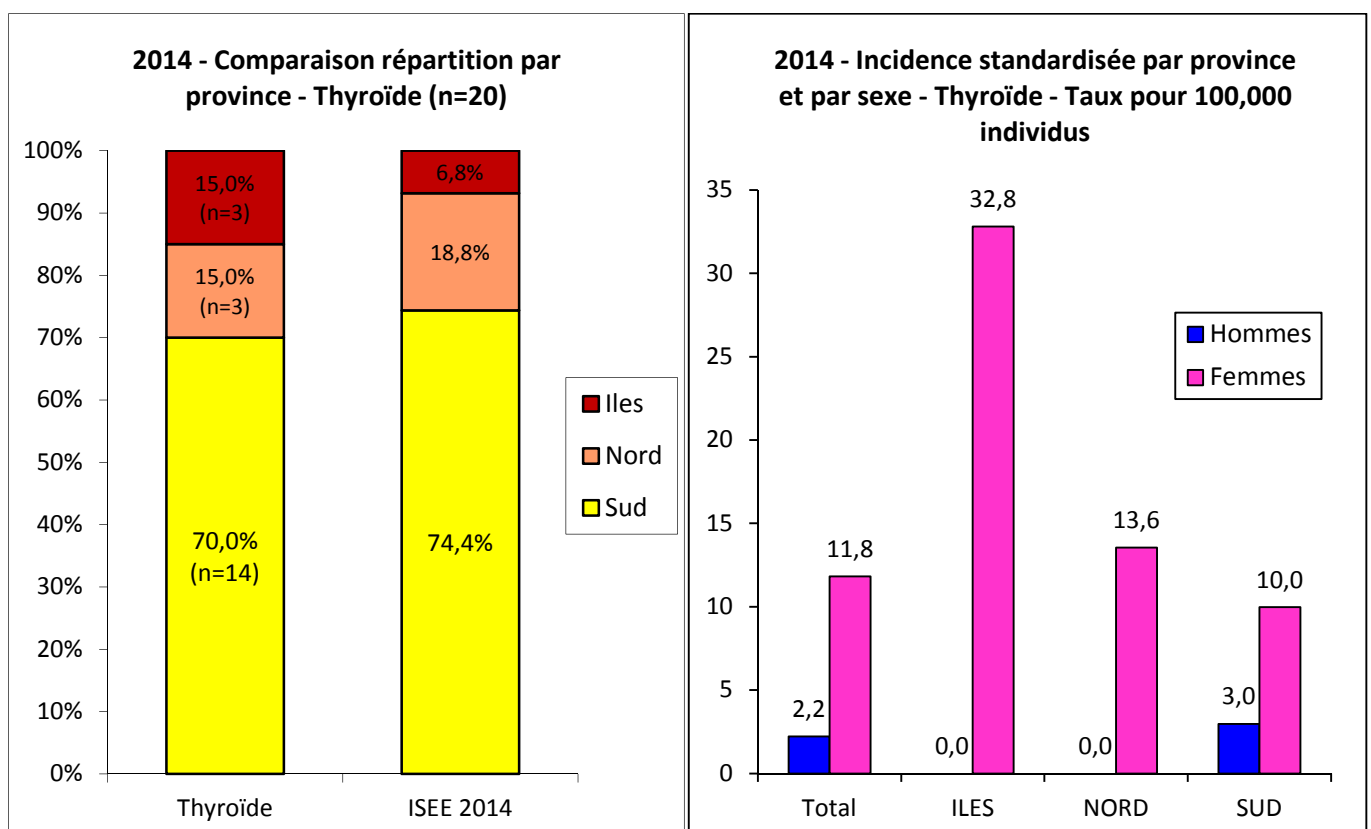


Figure 81 - Cancer de la thyroïde, incidences selon le sexe et la province

Chez les hommes comme chez les femmes, le taux d'incidence est plus bas qu'en métropole, en Polynésie ou en Australie.

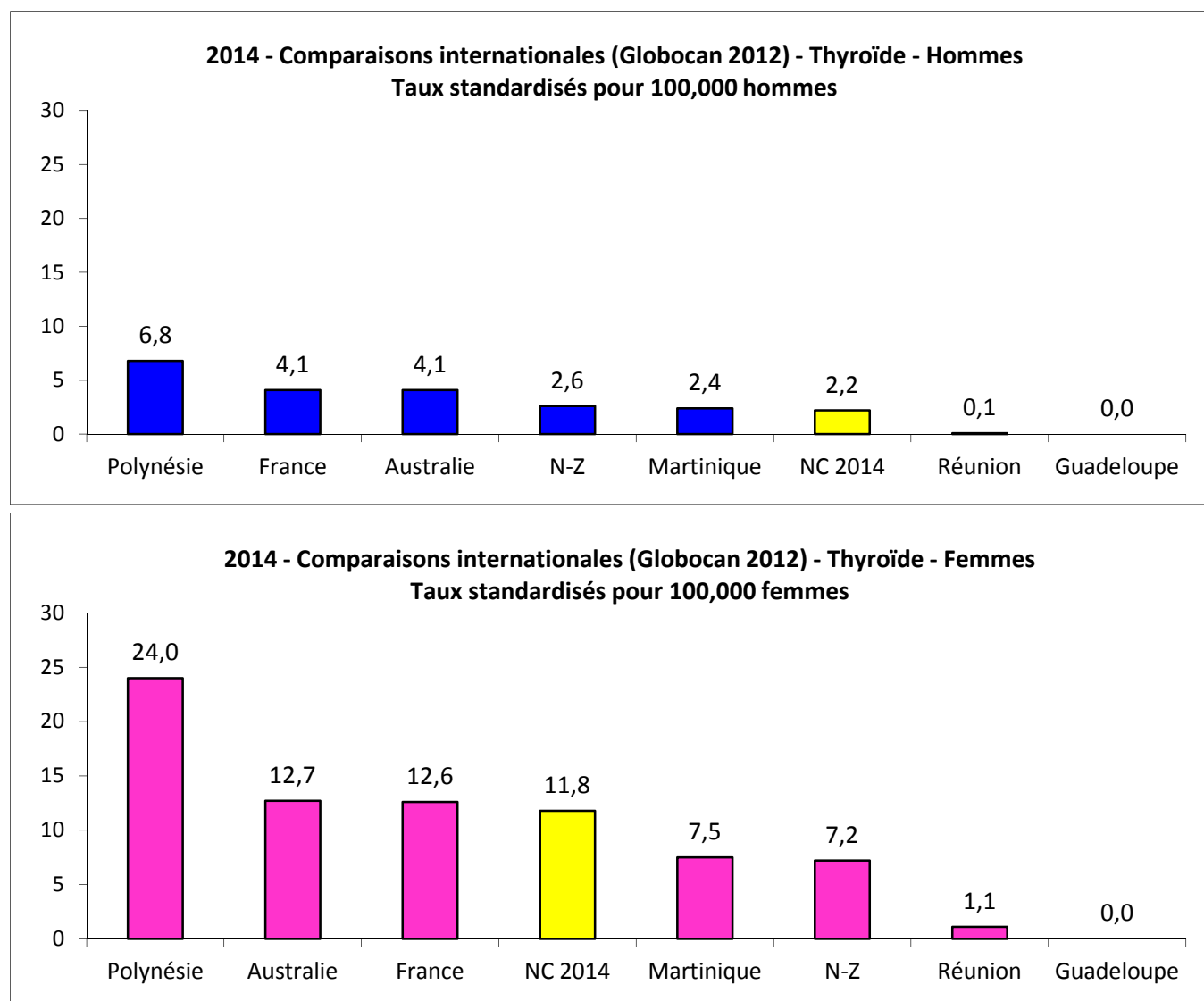


Figure 82 - Cancers de la thyroïde, comparaisons internationales des incidences selon le sexe

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)

Selon les recommandations du consortium Interlymph pour les hémopathies lymphoïdes, les LMNH regroupe les entités suivantes :

- leucémie lymphoïde chronique / lymphome lymphocytaire
- lymphome folliculaire
- lymphome diffus à grandes cellules B
- lymphome du manteau
- lymphome de la zone marginale
- myélome multiple et plasmocytome
- lymphome lymphoplasmocytaire / macroglobulinémie de Waldenström
- lymphome T/NK à cellules matures
- leucémie / lymphome lymphoblastique à cellules précurseurs (B,T ou SAI)

Généralités

En 2014, les LMNH représentent le 5^{ème} groupe, tous sexes confondus, avec **49** cas diagnostiqués. Ces hémopathies se situent au 4^{ème} rang chez les hommes avec 31 cas, et au 6^{ème} chez les femmes avec 18 cas. Le sex-ratio est de 1,7 hommes pour une femme.

Deux patients (8%) avaient un antécédent de cancer lors du diagnostic.

Au 18/10/2016, 15 (31%) patients étaient décédés, dont 11 (22.4%) patients suite à un LMNH.

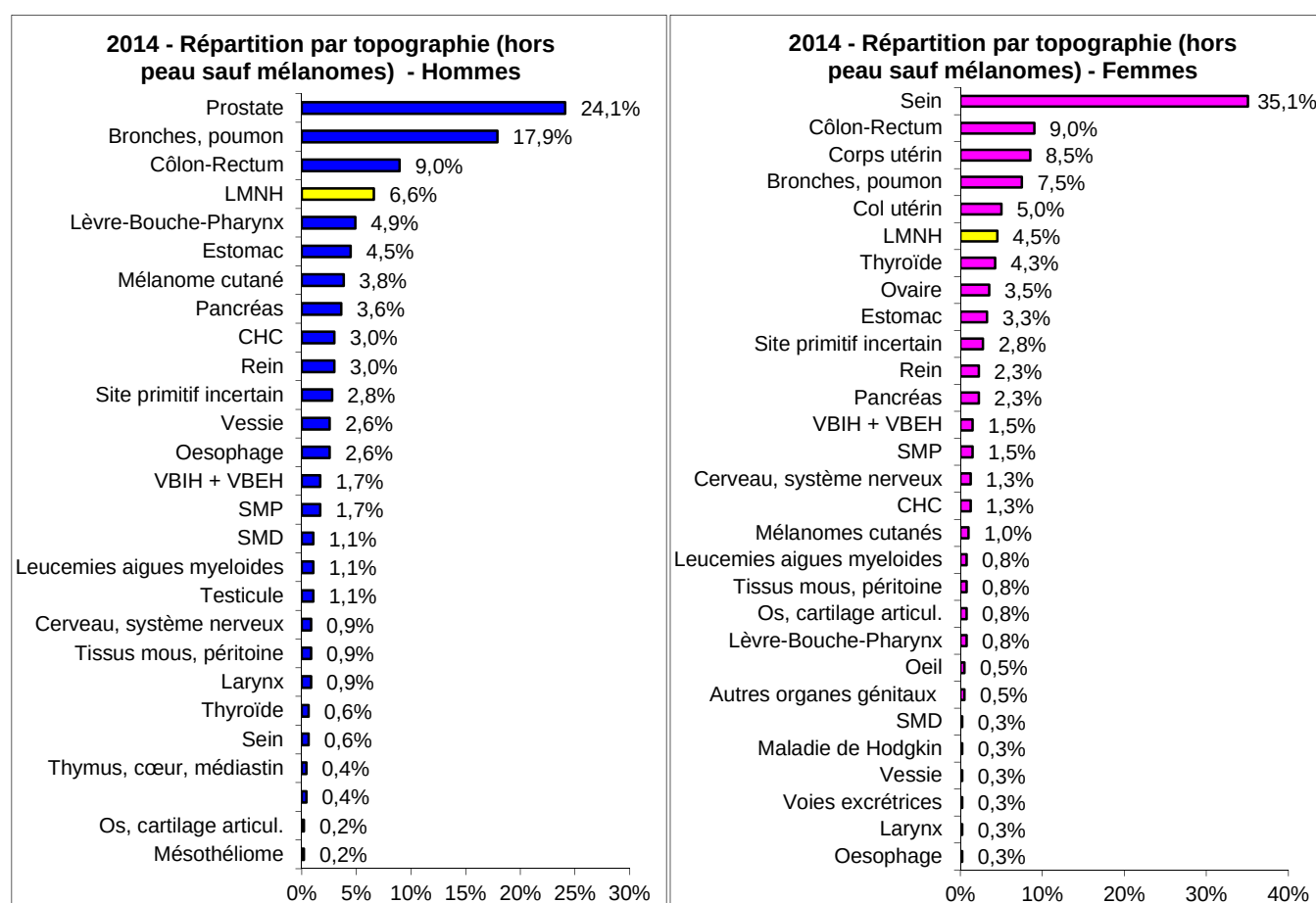


Figure 120 - Répartition des groupes de topographies selon le sexe

Age

En 2014, l'âge au diagnostic est compris entre 1 et 96 ans, avec un âge moyen égal à 57 ans (médiane à 60 ans). Un LMNH a été diagnostiqué chez un jeune enfant (< 5ans) et 4 chez des patients âgés de 10 à 29 ans.

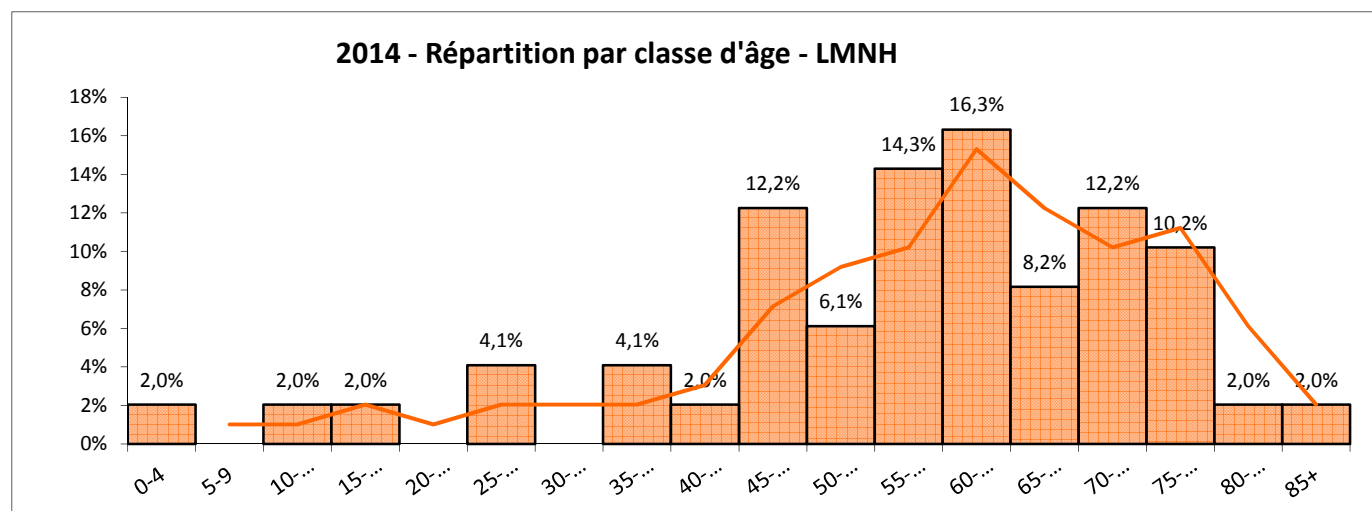


Figure 121 - LMNH, répartition par tranche d'âge

Provinces

En 2014, l'incidence chez les femmes des Iles est supérieure à celle du reste de la population. A noter qu'en raison des petits effectifs (nombre de cas et population), ce taux d'incidence peut varier de manière importante d'une année sur l'autre. Il n'y a pas de différence significative entre la répartition par provinces des LMNH et celle de la population générale.

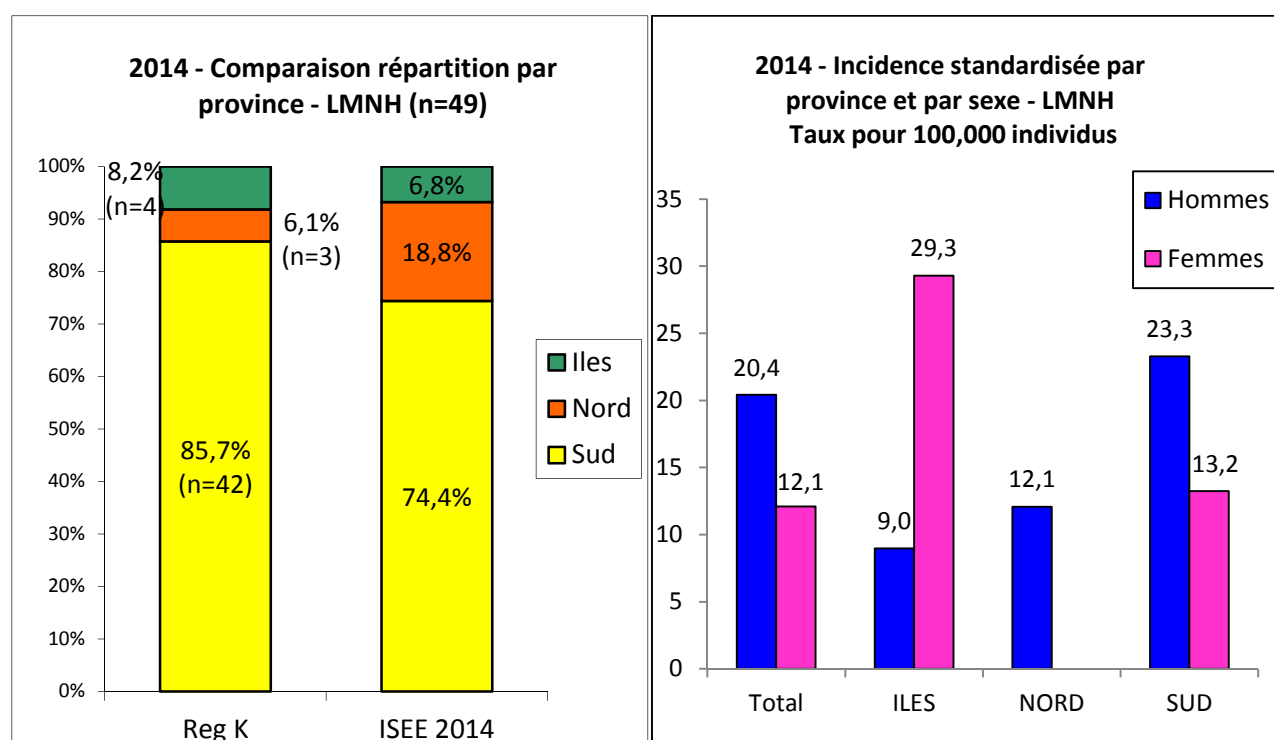


Figure 122 - LMNH, incidence selon le sexe et la province

Communautés

En raison de la proportion importante de données manquantes (n=21), la répartition par communauté n'est pas interprétable et n'est donc pas présentée.

Stade Ann Arbor

Seuls 21 LMNH étaient concernés par la classification par stade d'Ann Arbor.

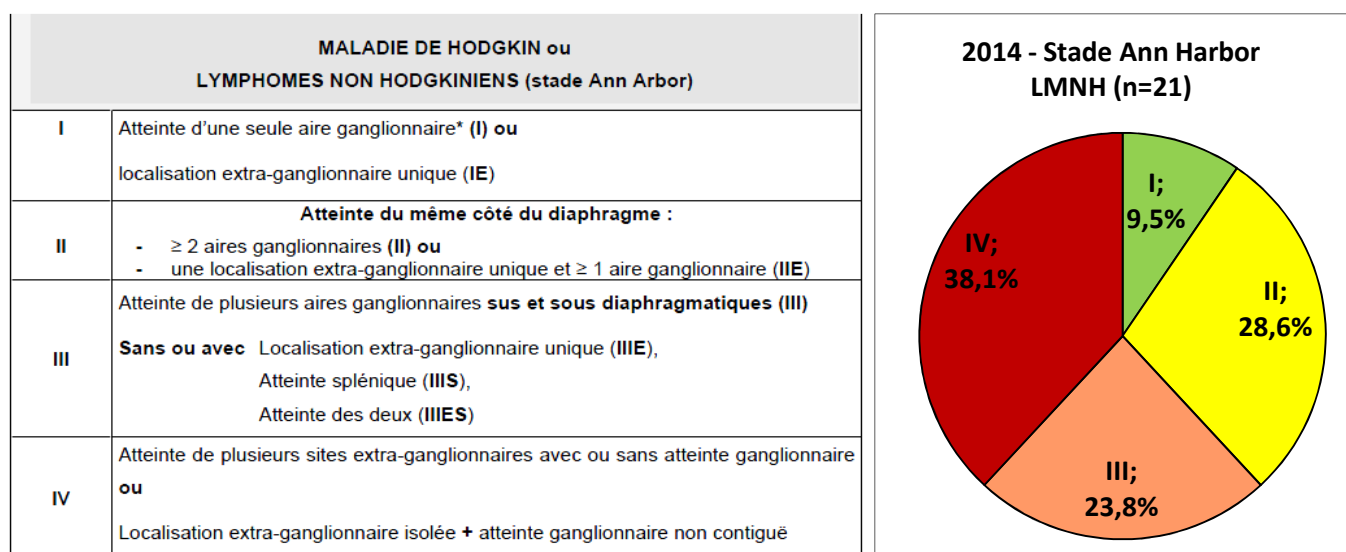


Figure 123 – LMNH, stade Ann Harbor

Comparaisons internationale s(codes CIM10 : C82 à C85 + C88 + C90 + C96)

En 2014, l'incidence standardisée chez les hommes est supérieure à celle des autres pays. Chez les femmes, bien qu'élevé, le taux d'incidence reste équivalent à celui observé en Australie ou en Nouvelle-Zélande.

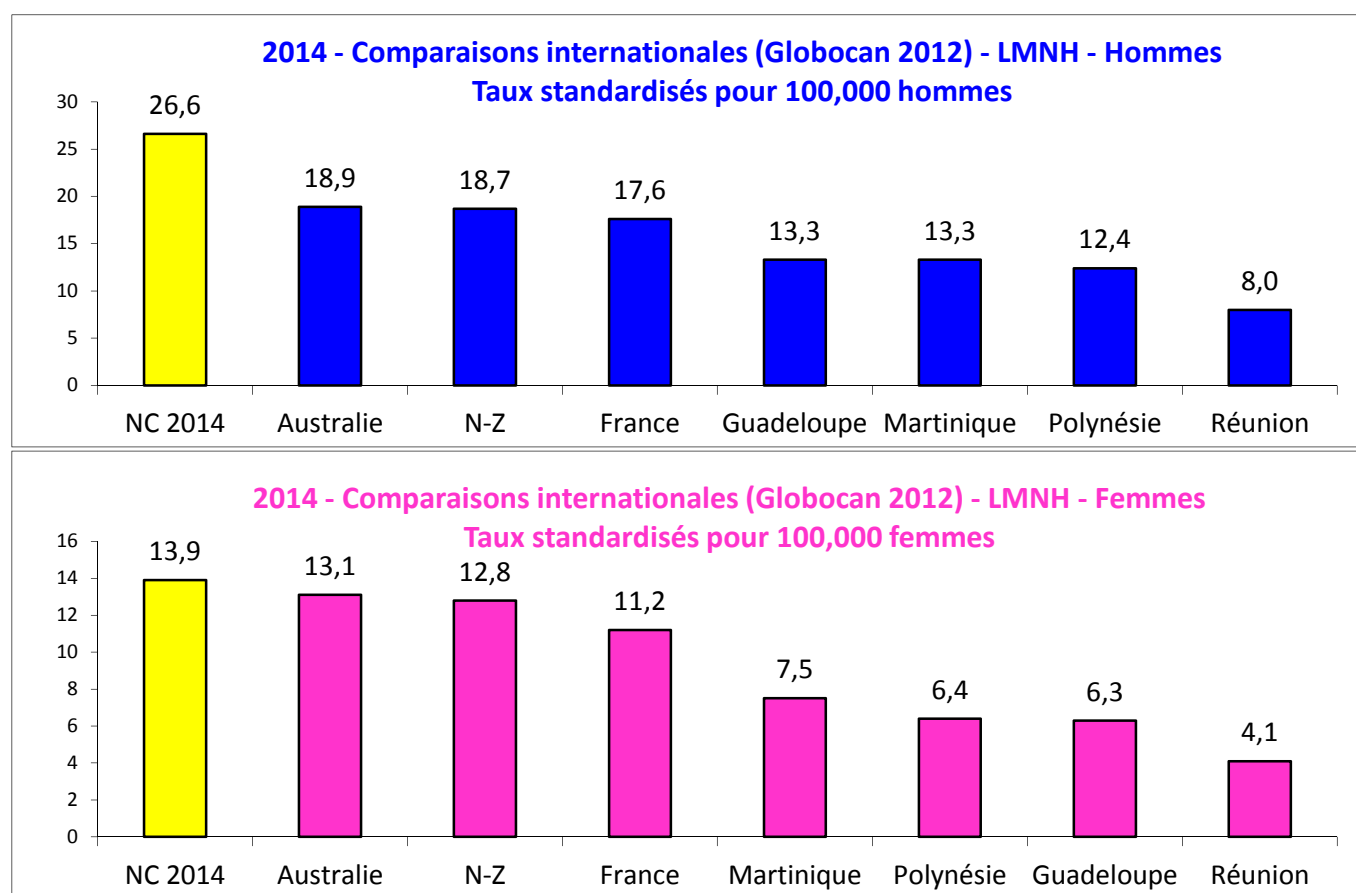


Figure 124 - LMNH, comparaisons internationales des incidences selon le sexe

III-7.a Autres hémopathies :

Les autres hémopathies enregistrées pour l'année de diagnostic 2014 sont réparties de la manière suivante :

- 14 Syndromes myéloprolifératifs chroniques : 5 hommes + 6 femmes
- 8 Leucémies aiguës myéloïdes (LAM) : 5 hommes + 3 femmes
- 6 Syndromes myélodysplasiques : 5 hommes + 1 femme
- 1 Lymphomes de Hodgkin (LH) : 1 femme

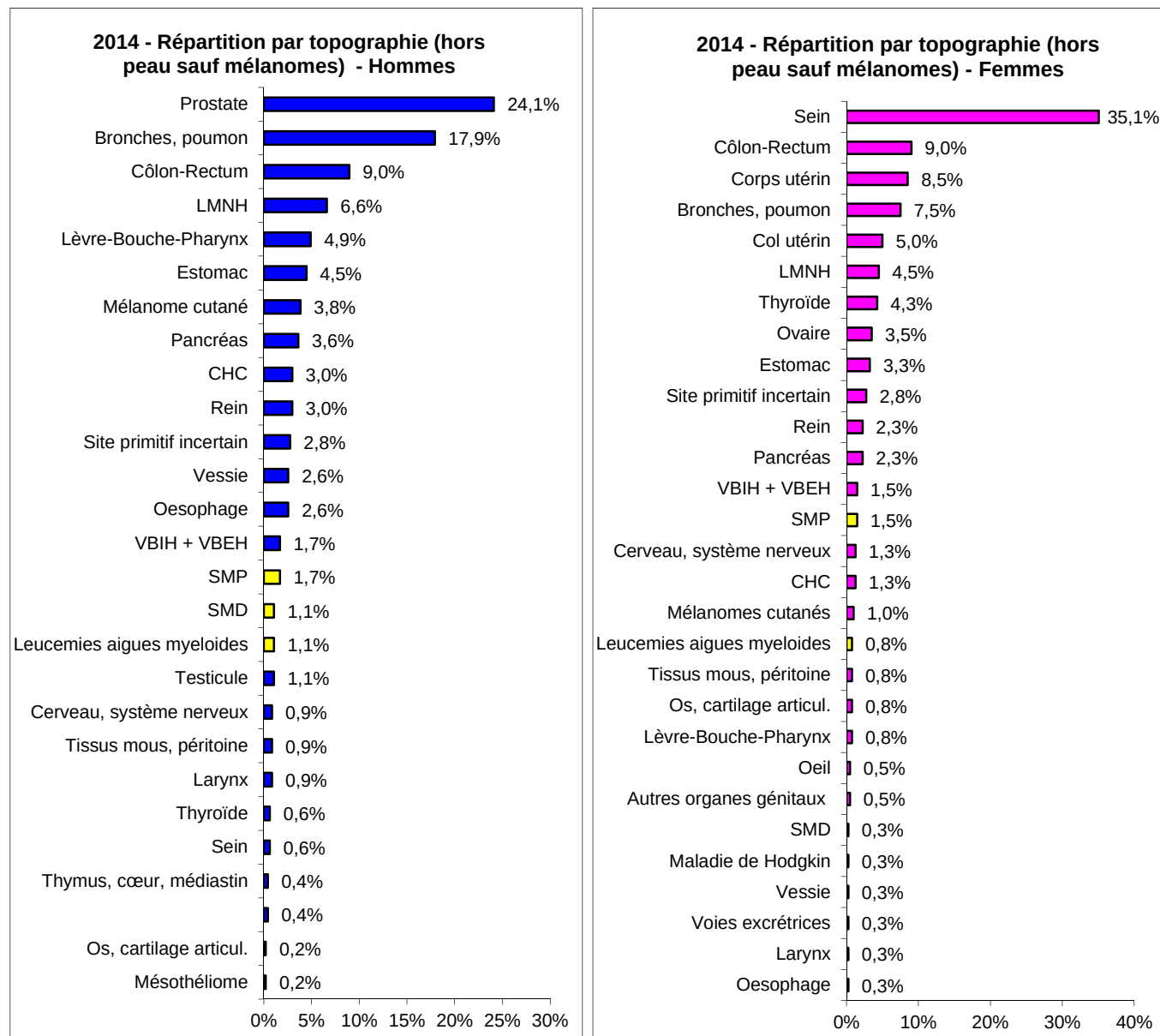
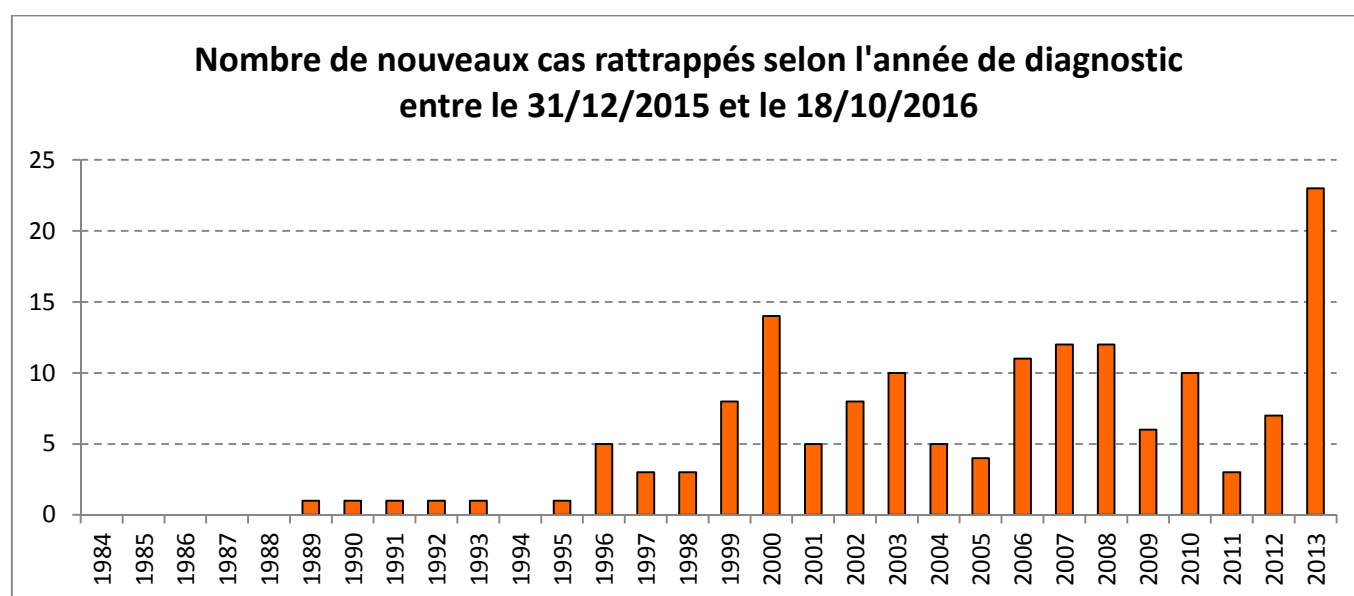


Figure 125 - Répartition des topographies selon le sexe

IV EVOLUTION 1985-2014 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 18/10/2016. Suite à la mise en place des nouvelles procédures d'enregistrement, aux croisements des fichiers issus des différentes sources de signalement 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 avait eu une absence de transmission exhaustive des CRAP au registre.



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 jusqu'en 2009. L'année 2001 n'a pas été incluse dans cette analyse du fait de l'insuffisance d'exhaustivité.

IV-1 Appareil digestif

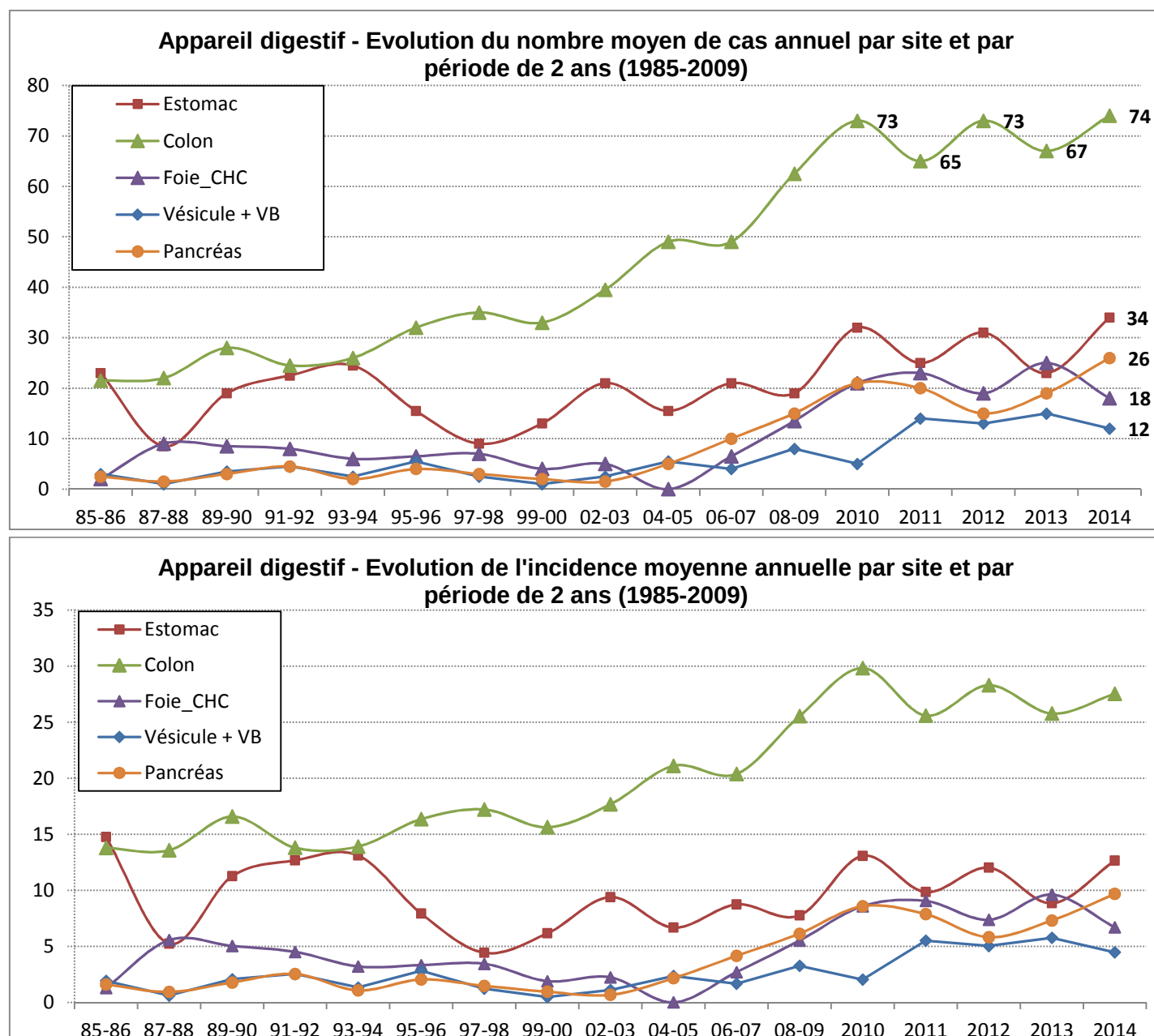
On observe une croissance importante du nombre de cancers du colon-rectum. Le nombre de nouveaux cas a été multiplié 3,4 entre 1985 et 2014. Cette croissance est plus importante que celle de la population qui a été multipliée par 1,6 au cours de la même période. Cependant, depuis 2010, le nombre de cancers du colon-rectum diagnostiqués oscille autour de 70 par an, témoignant d'une absence d'évolution.

L'incidence suit ainsi la même tendance et a été multipliée par 2 sur cette même période.

Le nombre de CHC par an qui était inférieur à 10 jusqu'en 2007, a progressé jusqu'à atteindre des valeurs comprises entre 15 et 20 cas par an. Le nombre de cancers de la vésicule et des voies biliaires était un cancer relativement rare avec un nombre de cas compris entre 1 et 8 par an. Depuis 2010, ce nombre se situe autour de 14 nouveaux cas par an, soit le double des années précédentes.

Le nombre de cancers de l'estomac varie de manière importante entre les années, allant de 10 à 30 cas suivant les années. L'incidence fluctue entre 4,4 et 14,8.

Les diagnostics de cancer du pancréas, très rares au cours de la période 1985-2006 (entre 0 et 8 cas par ans, avec une moyenne de 3) ont explosé depuis 2007 avec un nombre de cas annuel oscillant autour de 20 depuis 2010. L'incidence a été multipliée par 4 entre 2004 et 2014.

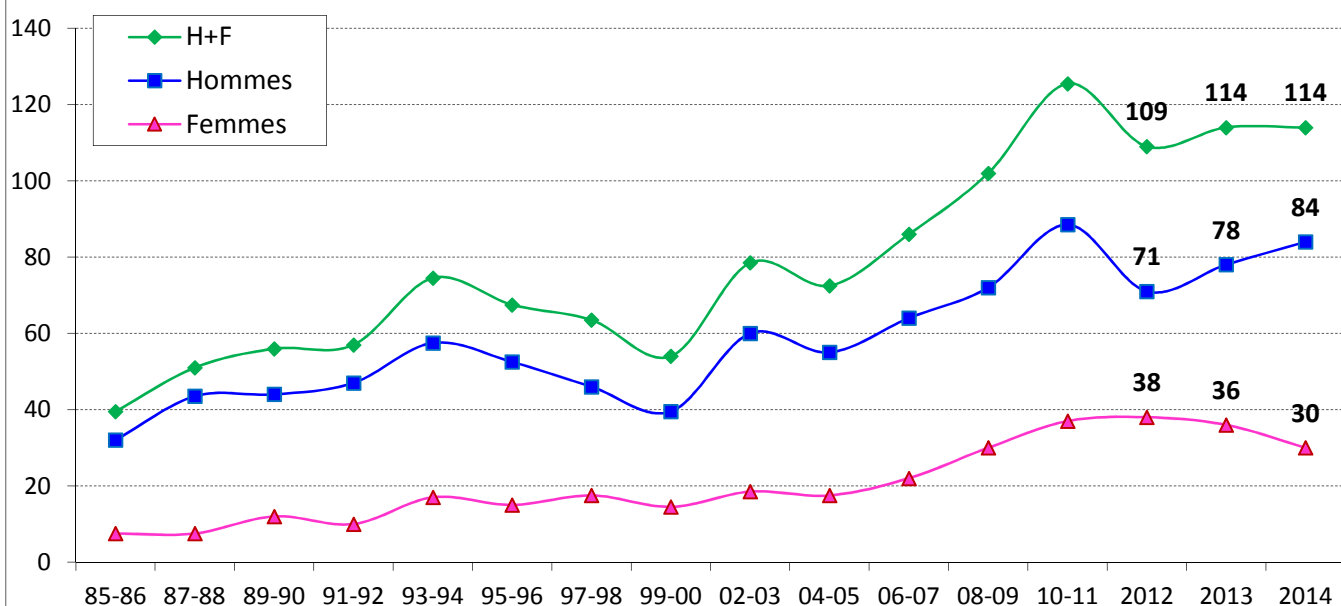


IV-2 Appareil respiratoire : bronches-poumon

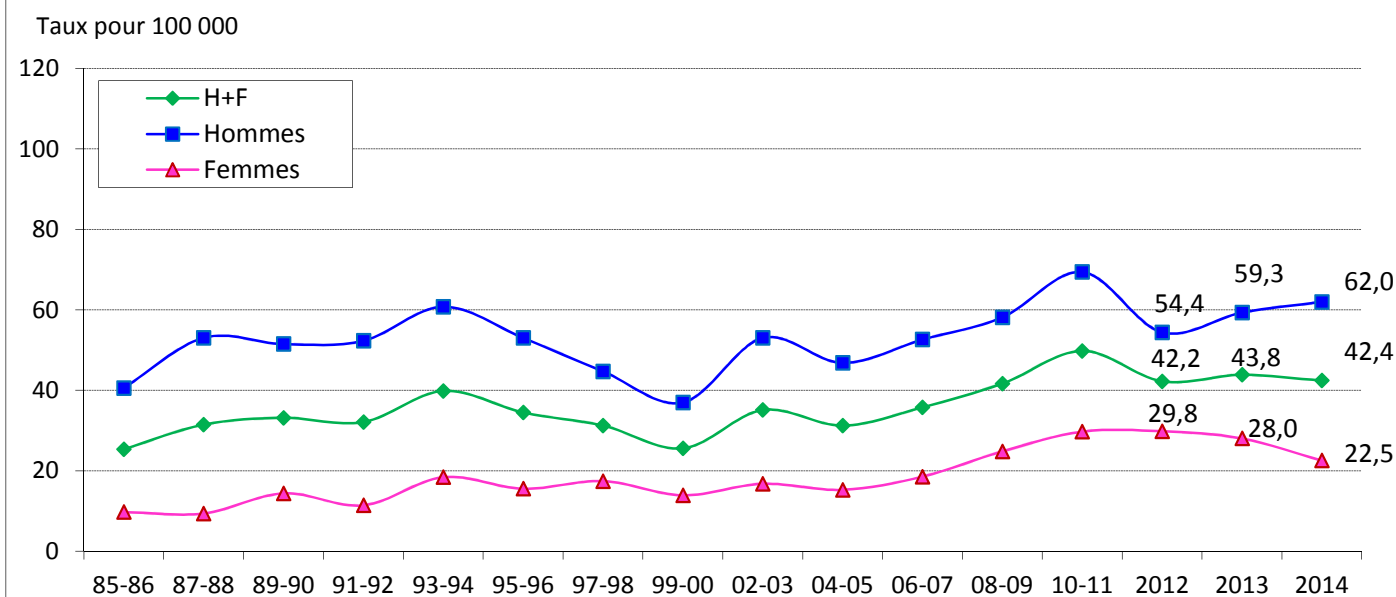
Entre les périodes 1985-86 et 2014, le nombre total des cancers des bronches-poumon a été multiplié par 3 et l'incidence multipliée par 1.7. Cette évolution est particulièrement importante chez les femmes par rapport aux hommes avec un nombre annuel multiplié par 4 (contre 2.5 chez les hommes).

A noter que cette croissance est plus marquée au cours de la période 2002-2011, par rapport à 1985-2000. Après le pic de 2010-2011, tous sexes confondus, on a observé en 2012, une baisse du nombre de diagnostics qui n'a pas été rattrapée les années suivantes. A noter, que cette évolution est différente chez les femmes, où l'incidence suit les mêmes évolutions.

BRONCHES-POUMON Evolution du nombre moyen annuel et par période de 2 ans (1985-2011)



BRONCHES-POUMON Evolution de l'incidence moyenne annuelle et par période de 2 ans (1985-2011)



IV-3 Femmes : appareil génital et seins

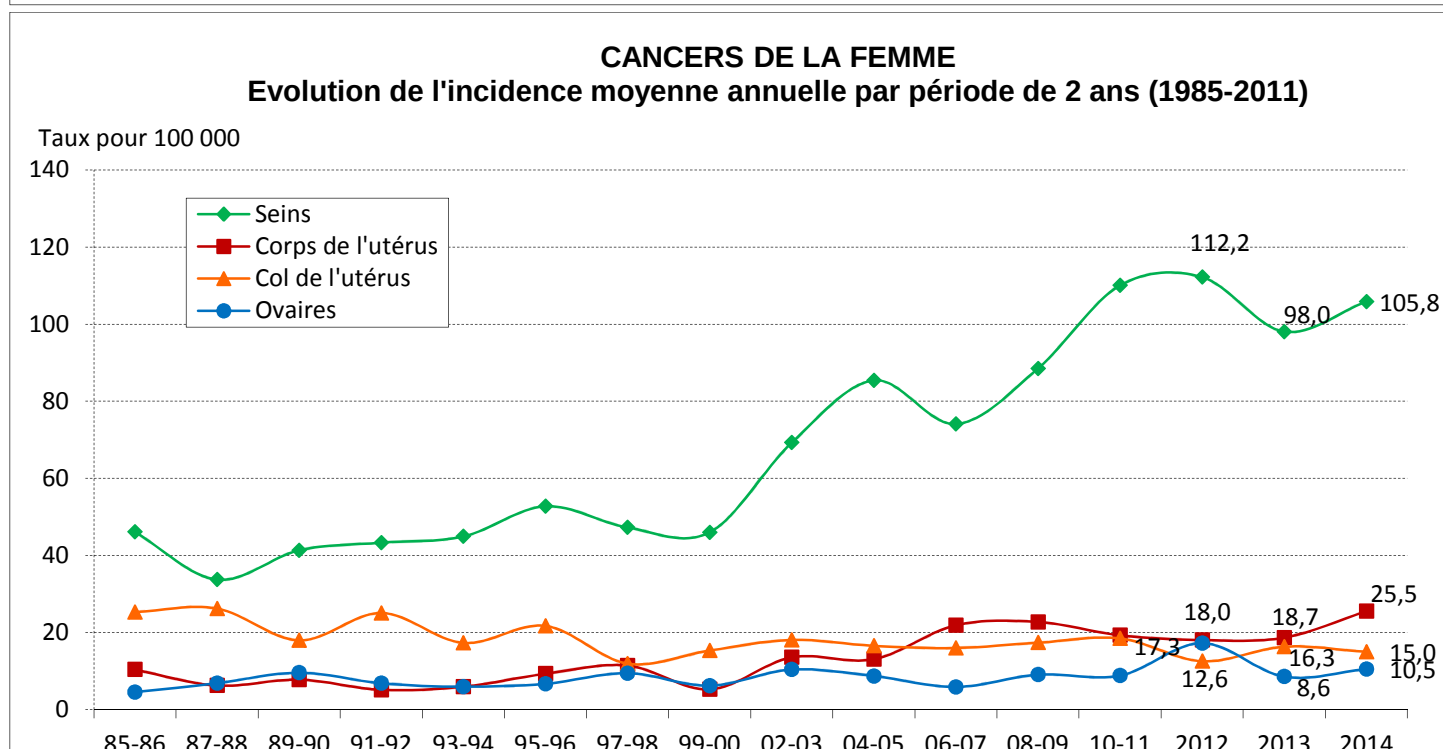
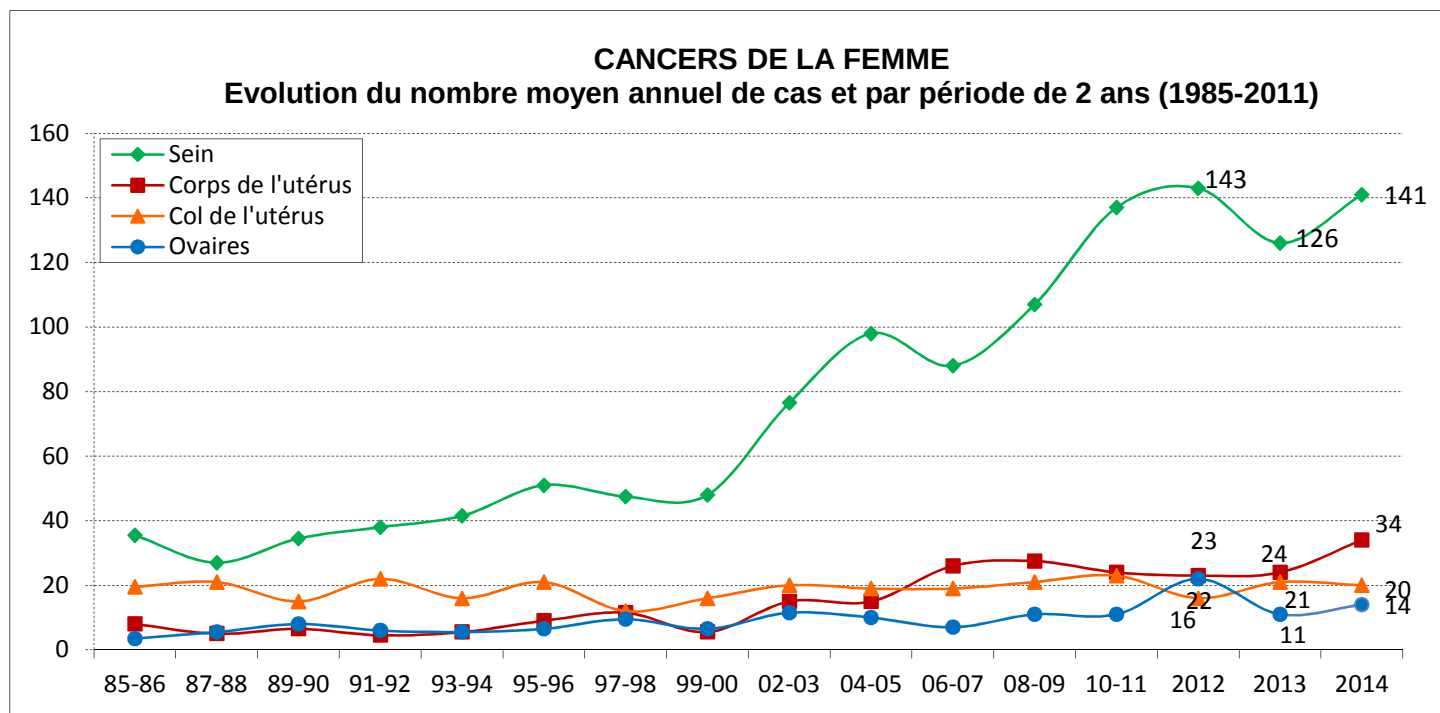
Les cancers du sein représentent la localisation la plus fréquente chez la femme. L'amélioration de l'accès aux soins, la mise en place du dépistage organisé dès 2009, mais également l'évolution des modes de vie font que le nombre de cancers du sein a été multiplié par 8 en 30 ans (1984-2014). L'incidence a été multipliée par 2.3 avec une pente plus marquée à partir de 2008-2009 suite à la mise en place de la première campagne de dépistage organisé.

Depuis 2010, une stabilisation est observée avec un nombre de cas annuel oscillant entre 130 et 140.

Le nombre de cancers de l'endomètre a été multiplié par 4 entre 2014 et 1985-86 (2,5 pour l'incidence).
 Le cancer du col de l'utérus, qui a fait également l'objet d'une campagne de dépistage se maintient autour de 20 cas par an, avec une incidence qui a globalement tendance à baisser depuis 1985-86 (facteur multiplicatif égal à 0.6 entre 1985-86 et 2014).

Le nombre de cancers de l'ovaire fluctue autour de 7 cas par an entre 1985-86 et 2000. Depuis 2002, cette valeur a tendance à croître, avec un pic en 2012 (22 cas), pour atteindre la valeur de 14 en 2014. L'incidence qui varie entre 4 et 17.4 pour 100 000 femmes entre 1985 et 2012, année où elle a été la plus élevée, amorce une baisse en 2013.

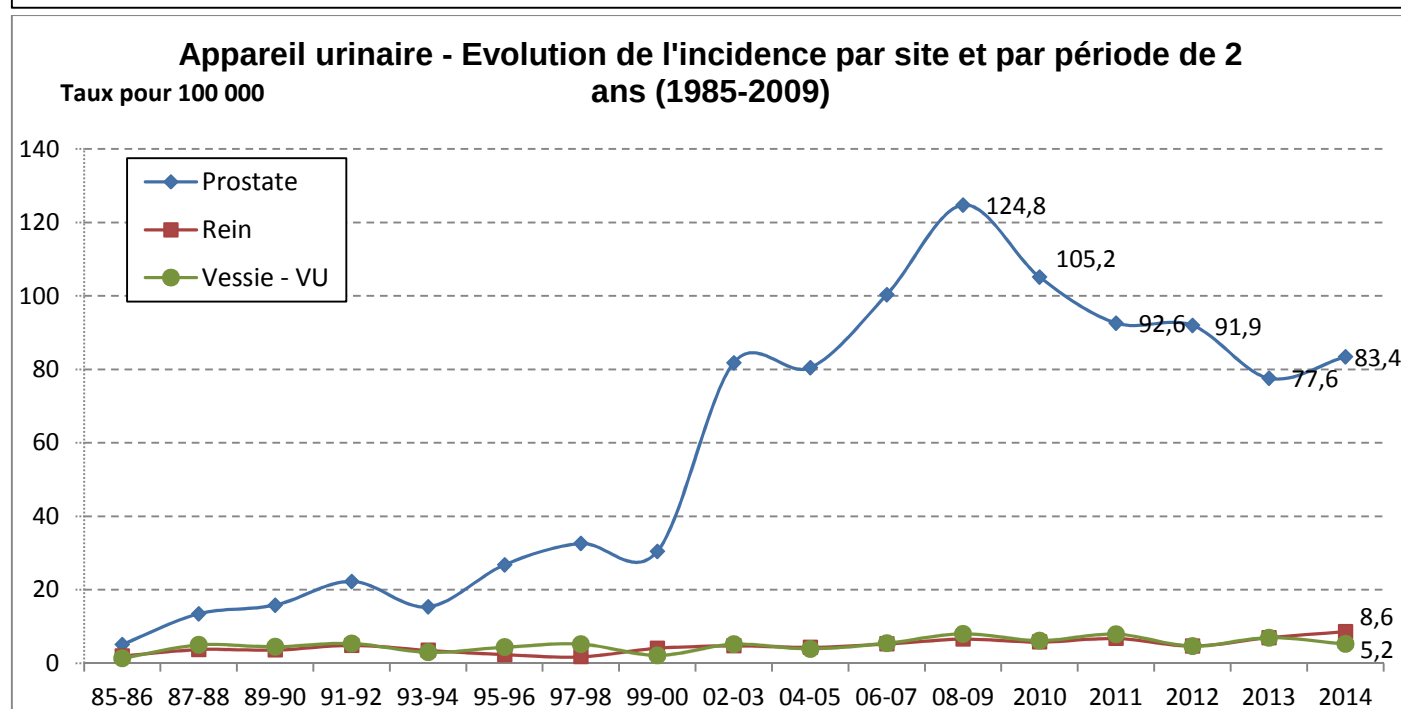
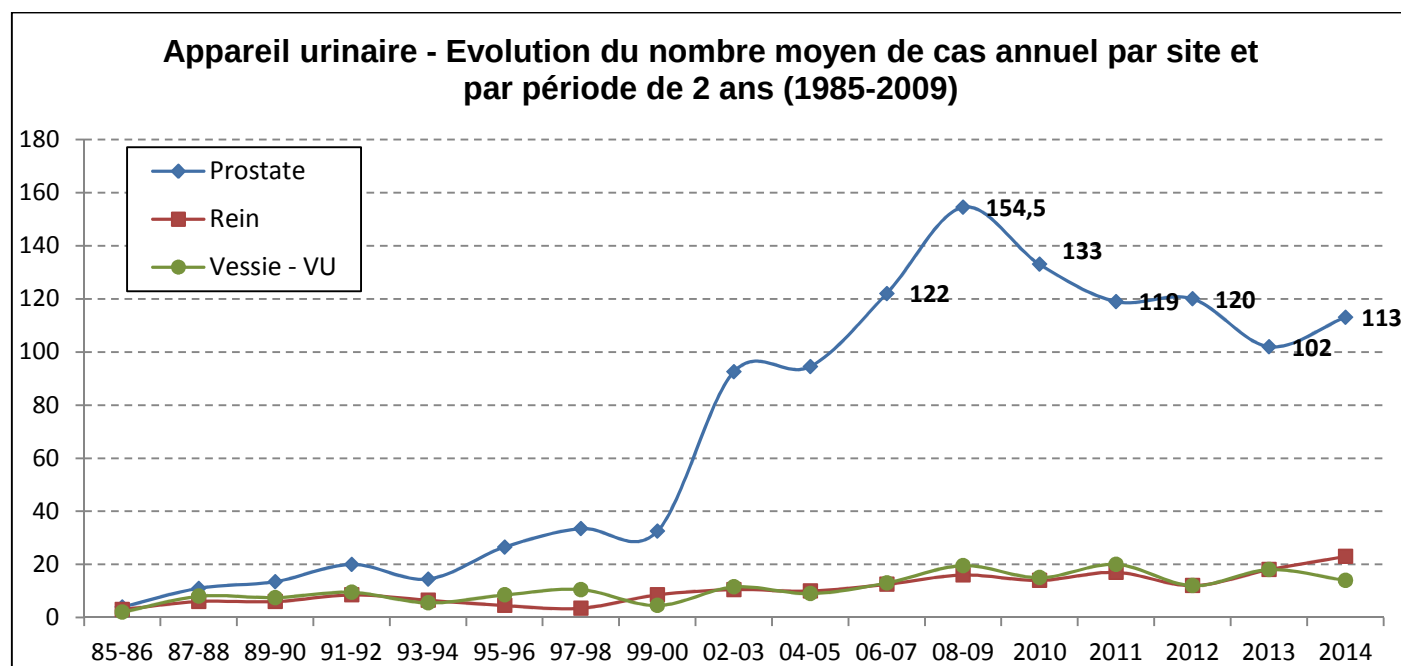
Les effectifs faibles de ces 3 dernières topographies, font que leur évolution reste à interpréter avec réserve.



IV-4 Appareil urinaire

Le cancer de la prostate reste le premier cancer chez l'homme. Cette localisation a subi une augmentation fulgurante entre 2000 et 2009. 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. Depuis 2009, on observe une stabilisation avec environ 110 cas par an.

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

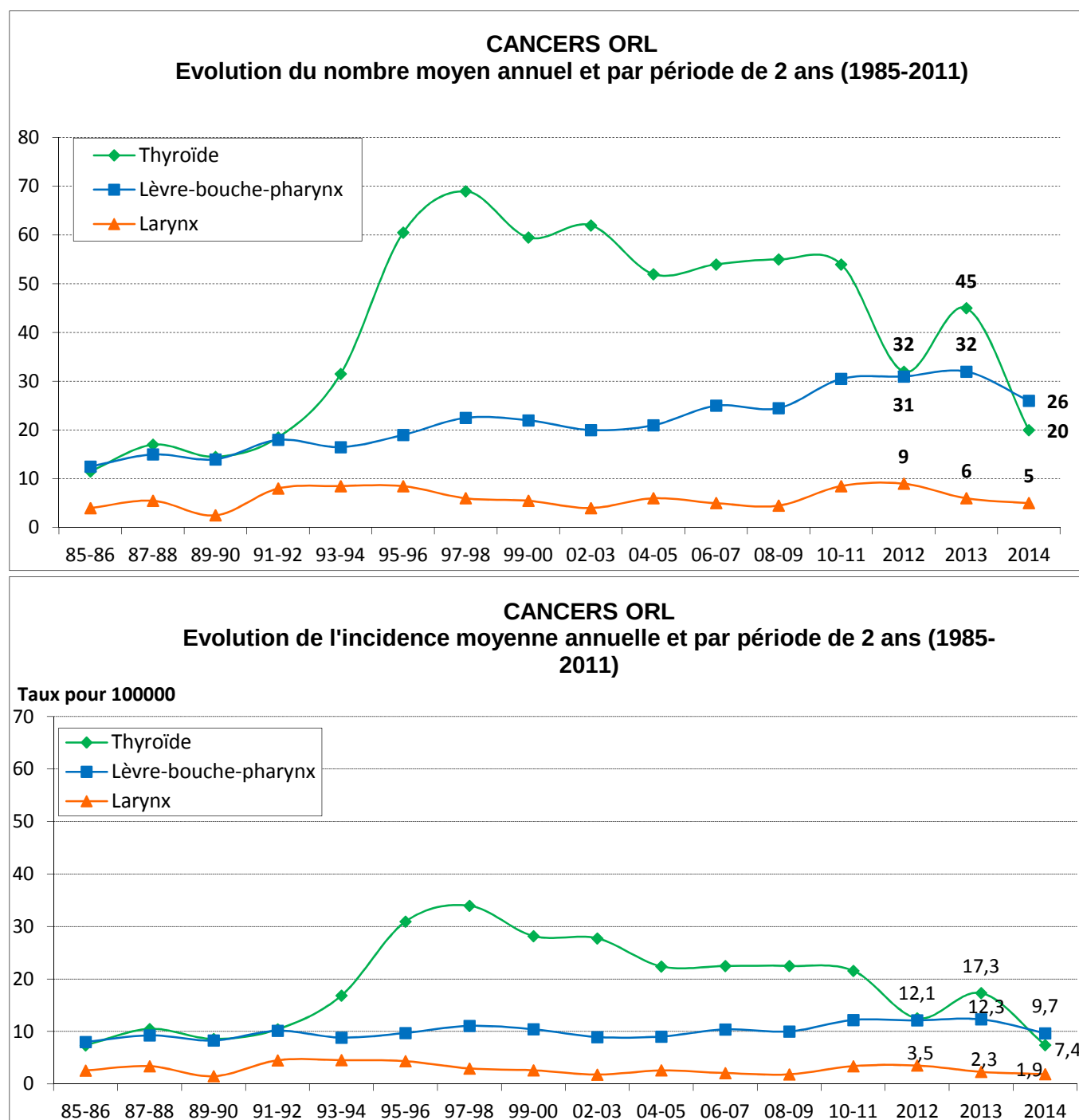


IV-5 Cancers de la sphère ORL

Le cancer de la thyroïde reste 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 autour de 50 cas par an jusqu'en 2010-2011. Depuis, cette valeur a tendance à baisser avec 20 cas diagnostiqués en 2014, valeur la plus basse depuis la période 1991-1992. L'incidence suit les mêmes variations.

Le nombre de cancers du site Lèvres-Bouche-Pharynx (LBP) suit une augmentation relativement régulière jusqu'en 2009, avec 25 cas par an. Depuis 2010, cette valeur oscille entre 26 et 35 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 ont tendance à baisser depuis peu, et essentiellement chez les femmes. On observe une diminution importante des cancers de la thyroïde du fait de l'évolution des pratiques diagnostiques et thérapeutiques.

III-8 Cancers de la peau : mélanomes cutanés

Généralités

En 2014, le mélanome cutané est le 13^{ème} cancer le plus fréquent, tous sexes confondus, avec 22 cas enregistrés. Il se situe au 7^{ème} rang chez les hommes avec 18 cas, et au 17^{ème} chez les femmes avec 4 tumeurs. Le sex-ratio est de 1,4 hommes pour une femme. Au 18/10/2016, aucun patient n'était enregistré comme décédé.

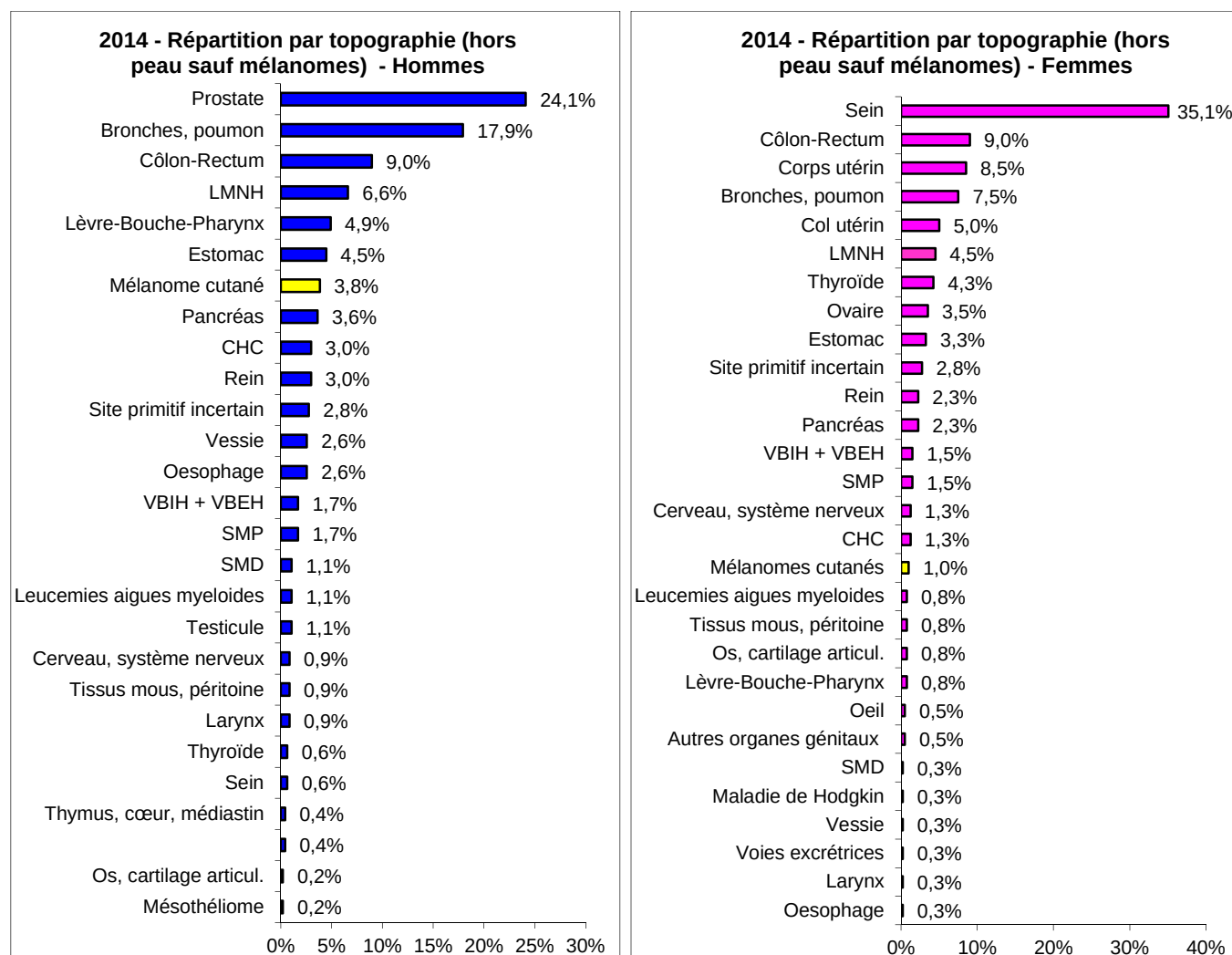


Figure 126 - Répartition des topographies selon le sexe

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 2014, l'âge au diagnostic est compris entre 34 et 82 ans, avec un âge moyen égal à 58 ans (médiane à 56,5 ans).

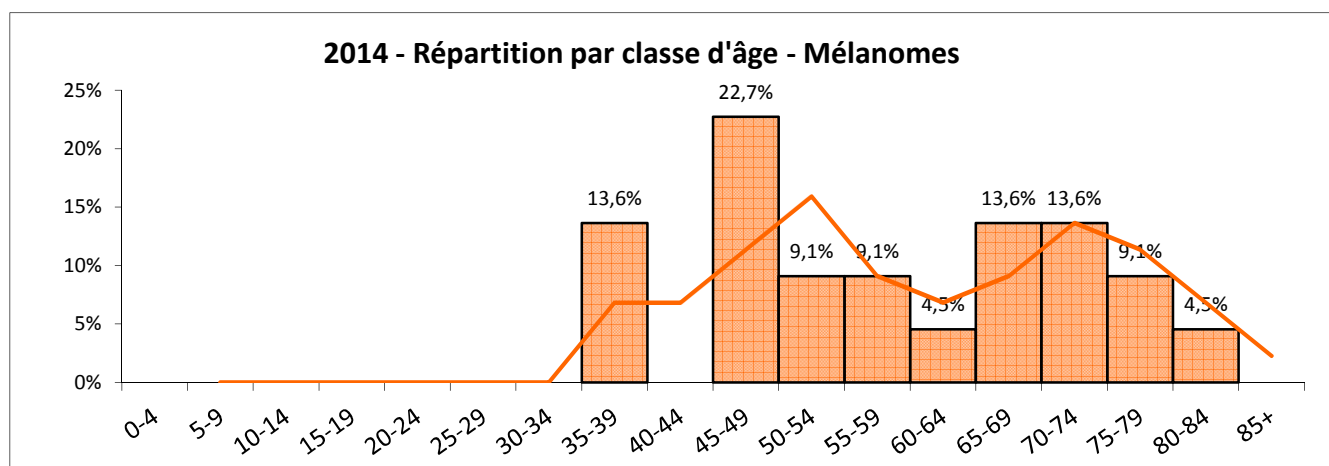
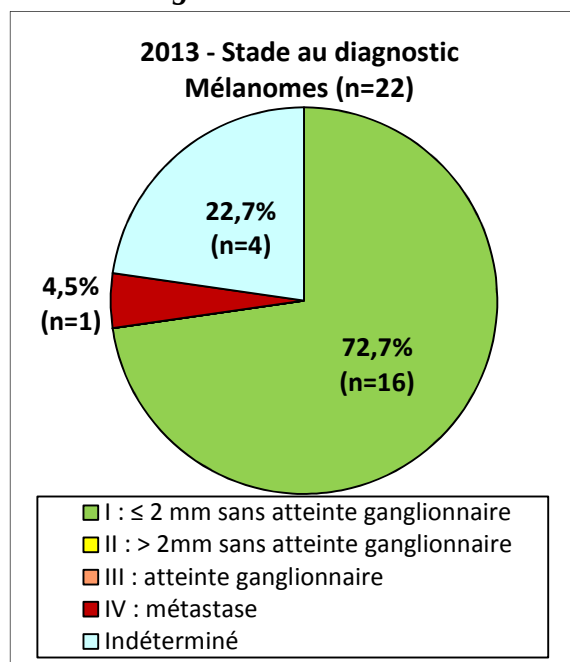


Figure 127 - Mélanomes, répartition par tranche d'âge

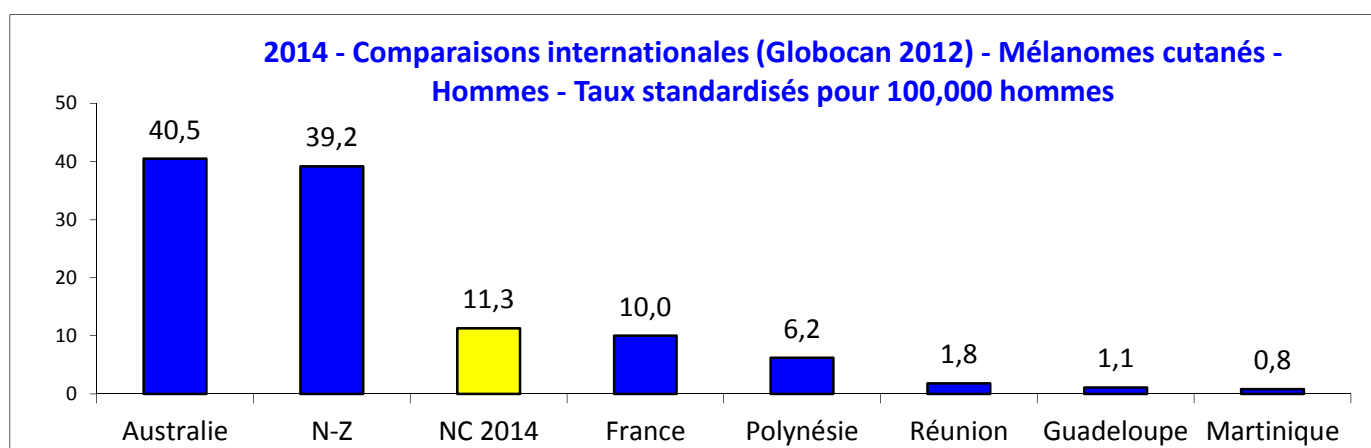
Stade au diagnostic



La grande majorité des mélanomes sont diagnostiqués à un stade I, c'est-à-dire inférieur à 1mm. Un seul patient a été diagnostiqué à un stade métastatique.

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.



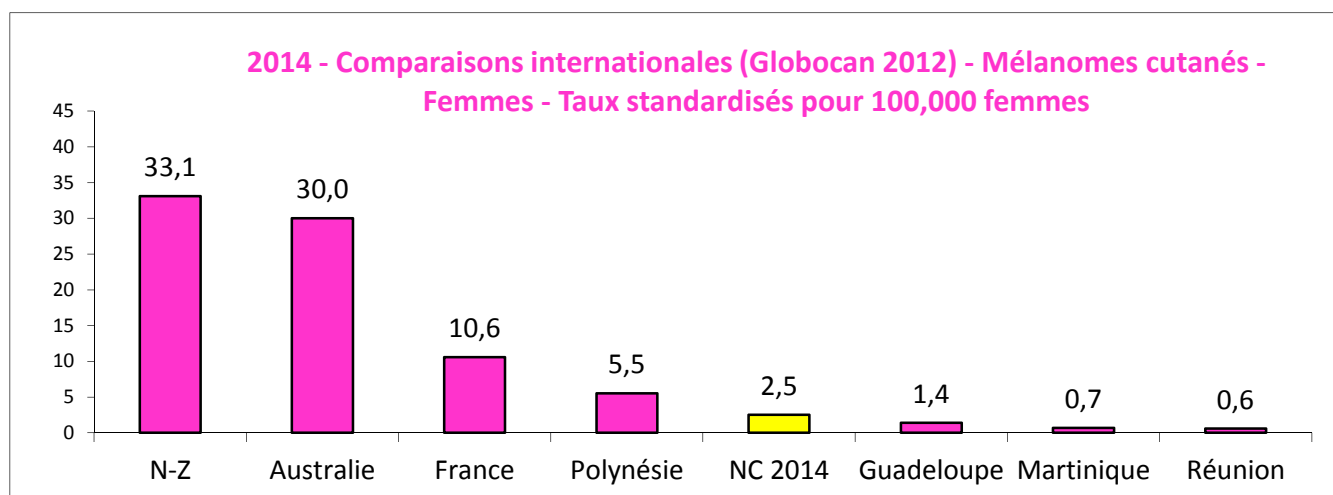


Figure 128 - Mélanomes malins, comparaisons internationales des incidences selon le sexe

III-9 Tumeurs du système nerveux central (SNC)

Généralités

En 2014, **38 tumeurs** du SNC ont été diagnostiquées. (15 chez les hommes et 23 chez les femmes). Il s'agissait de 9 tumeurs malignes et de 29 tumeurs considérées comme non malignes.

Les tumeurs invasives du SNC sont placées au 20^{ème} rang, tous sexes confondus (18^{ème} rang chez les hommes avec 4 tumeurs et au 15^{ème} chez les femmes avec 5 tumeurs). On observe un sex ratio égal à 0,8 homme pour 1 femme. L'âge moyen au diagnostic est de 49 ans (de 13 à 77 ans).

Les tumeurs diagnostiquées étaient :

- 7 gliomes
- 1 germinome
- 1 indéterminé

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 2014, 1 seul mésothéliome a été diagnostiqué, chez 1 homme mélanésien de 66 ans résidant en province Nord.

III-10.b Cancer des os et du cartilage

Ces cancers sont relativement rares, ainsi 4 tumeurs ont été diagnostiquées en 2014, 1 chez les hommes et 3 chez les femmes avec un âge moyen de 43 ans. L'incidence standardisée tous sexes confondus est de 1,5 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 2014 :

- 5 sarcomes
- 1 adénocarcinome
- 1 tumeur neuro-endocrine

III-10.d Autres sites

En 2014, il a été diagnostiqué :

- 2 tumeurs de l'œil
- 24 tumeurs de primitif inconnu

III-6 Appareil digestif

En 2014, **184** tumeurs invasives de l'appareil digestif ont été diagnostiquées, 114 chez les hommes et 70 chez les femmes, représentant 21% de l'ensemble des cancers.

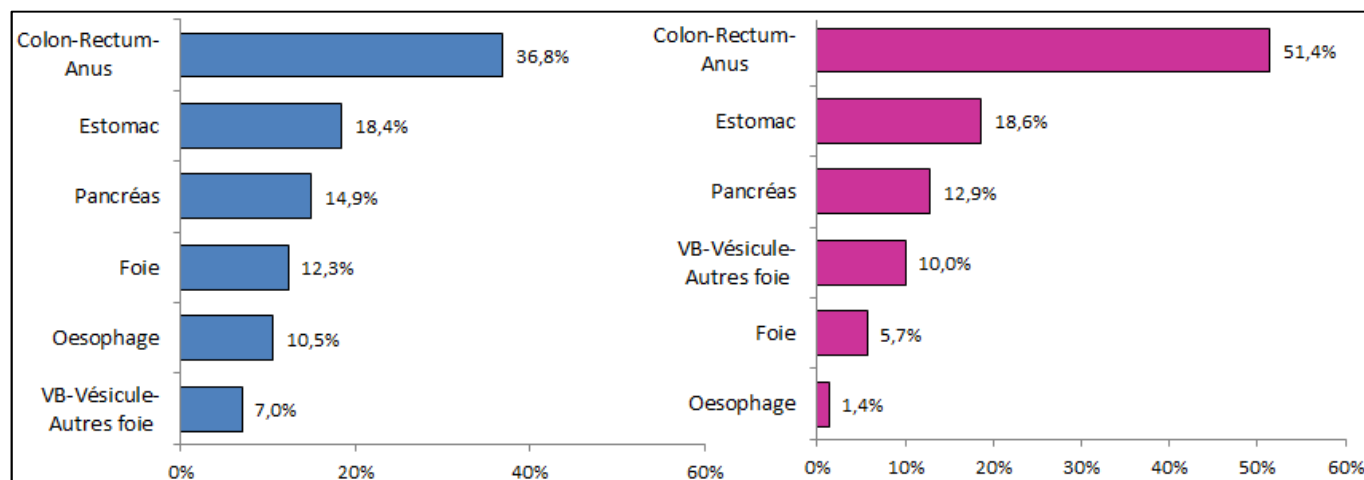


Figure 83 - Répartition des cancers digestifs selon le sexe

Les cancers digestifs les plus fréquents sont ceux du colon-rectum-anus, de l'estomac et du pancréas quel que soit le sexe.

III-6.a Cancer du Colon-Rectum (CR)

Généralités

En 2014, le cancer du CR est le 4^{ème} cancer tous sexes confondus, avec **74** tumeurs invasives. Il se situe au 3^{ème} rang chez les hommes avec 42 tumeurs, et au 2^{ème} chez les femmes avec 36 tumeurs. Le sex-ratio est de 1,2 homme pour une femme. 12% des patients avaient une autre tumeur primitive (n=9).

Au 18/10/2016, 28 (38%) patients étaient décédés, dont 21 (28%) patients suite au cancer du colon-rectum.

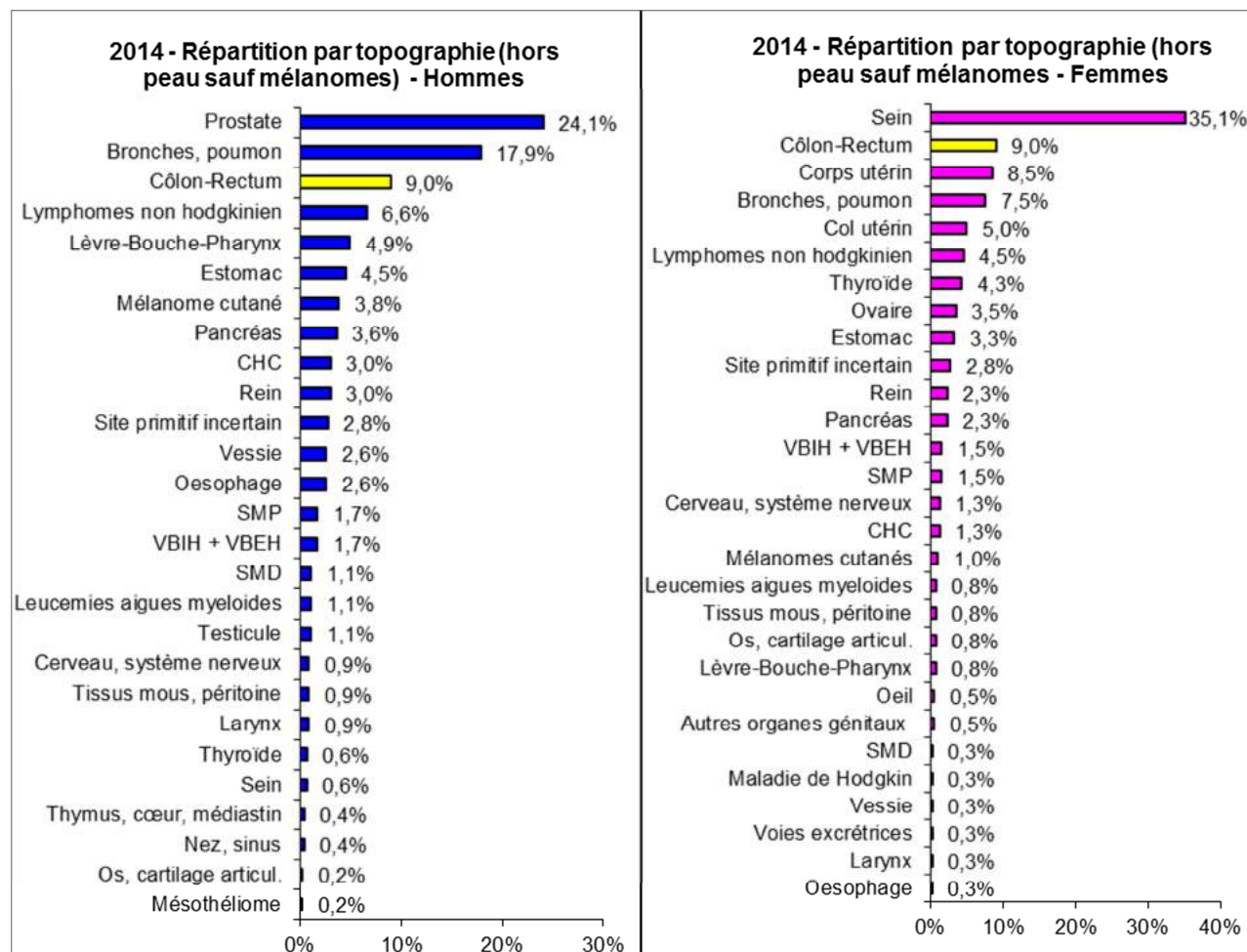


Figure 84 - Répartition des topographies selon le sexe

A noter qu'en 2014, 4 cancers de l'anus ont également été diagnostiqués : 3 femmes et 1 homme. L'âge au diagnostic varie entre 47 et 73 ans, avec une moyenne de 57 ans. Les cancers de l'anus faisant parti d'un groupe histologique différent de ceux du colon-rectum, ils ne sont pas compris dans les analyses suivantes.

Age

En 2014, l'âge au diagnostic du cancer du côlon-rectum est compris entre 30 et 86 ans, avec un âge moyen égal à 65 ans (médiane à 66 ans). Près de la moitié des cancers du CR a été diagnostiquée entre 50 et 70 ans et 16% (n=12) des patients avaient moins de 50 ans.

Chez les femmes, l'âge moyen au diagnostic est de 65 ans (médiane 66 ans) et 49% (n=16) des cas ont été diagnostiqués entre 50 et 70 ans.

Chez les hommes, l'âge moyen au diagnostic est de 65 ans (médiane 66 ans) et 49% (n=20) des cas ont été diagnostiqués entre 55 et 74 ans.

En métropole, l'âge moyen au diagnostic est 70 ans chez les hommes et 73 ans chez les femmes.

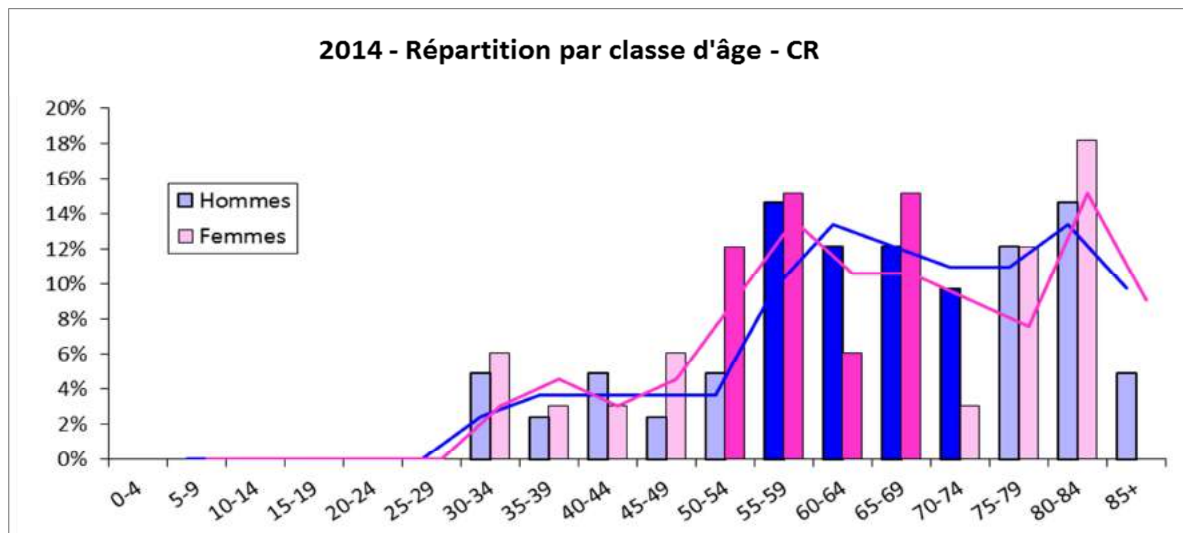


Figure 85 - Cancers CR, répartition par classe d'âge

Provinces

En 2014, il n'y a pas de différence significative entre la répartition par province des cancers du CR 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 (nombre de cas et population), ce taux d'incidence peut varier de manière importante d'une année sur l'autre.

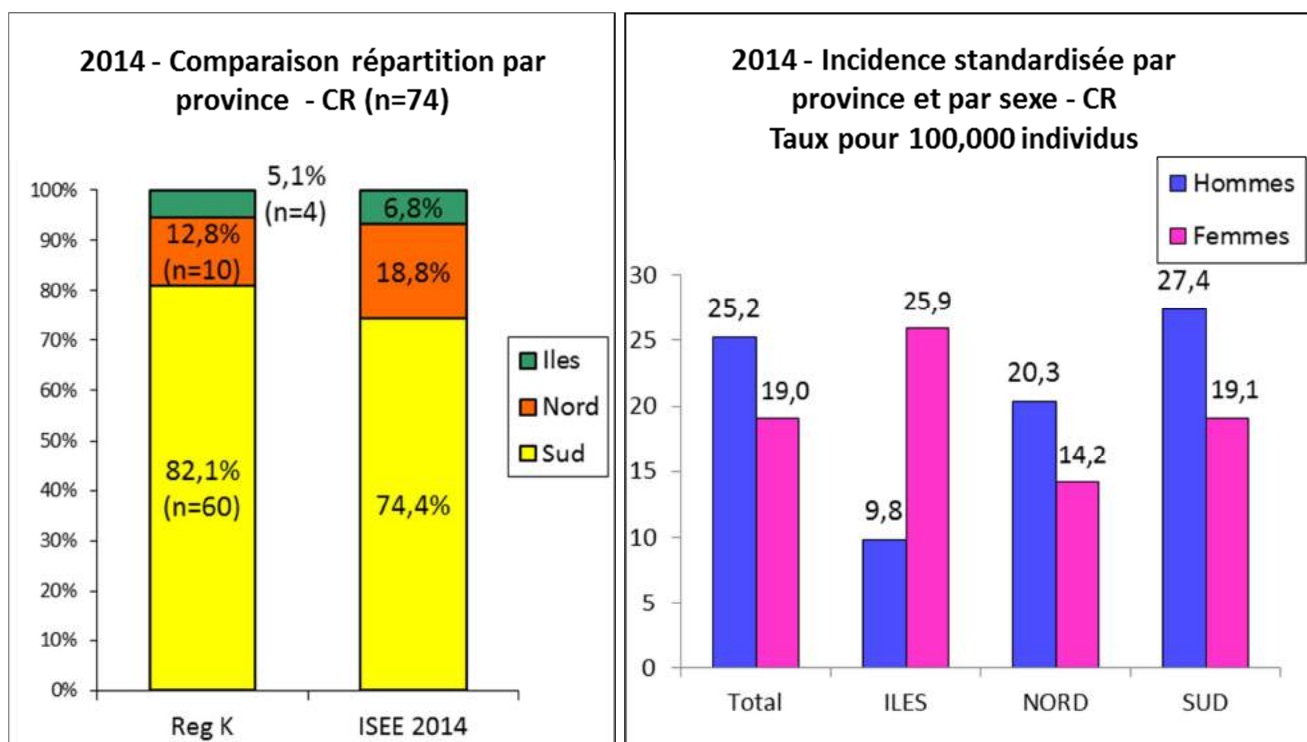


Figure 86 - Cancers CR, incidences selon le sexe et la province

Communautés

On observe une sous-représentation de la communauté mélanésienne par rapport aux autres communautés ($p=0.004$).

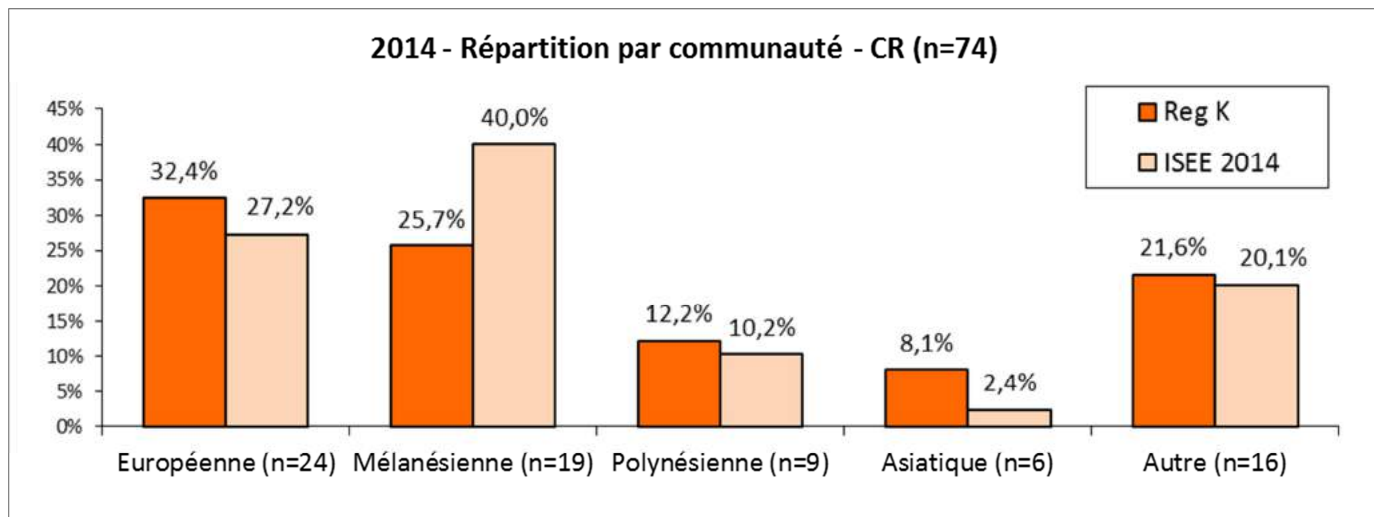
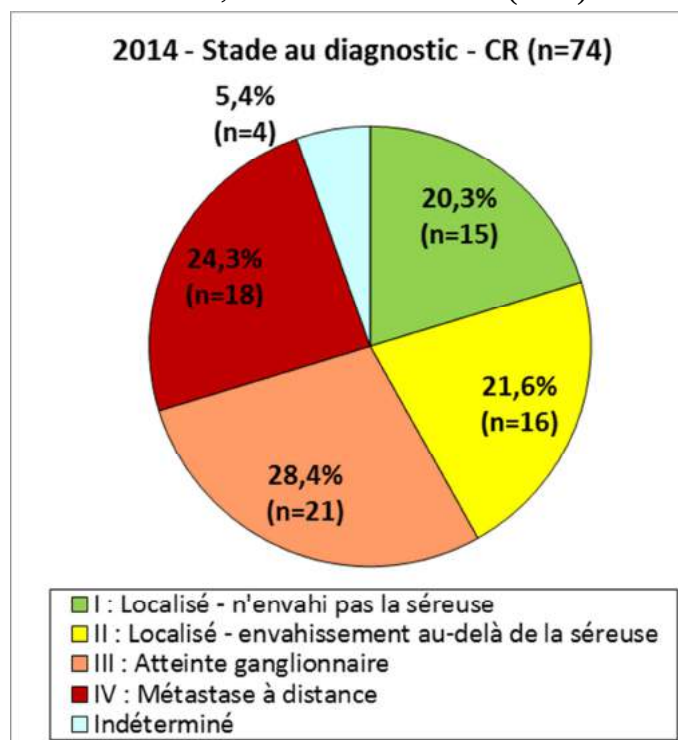


Figure 87 – Cancers CR, répartition par communauté

Histologie et stade au diagnostic

En 2014, il a été diagnostiqué 38 tumeurs du colon, 12 de la jonction recto-sigmoïdienne et 24 du rectum.

Tous les patients ont bénéficié d'un diagnostic histologique (tumeur primitive ou métastase) : 1 néoplasme malin SAI ; 73 adénocarcinomes (99%).



Le diagnostic a été effectué dans plus de la moitié des cas (53%) 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).

Les cancers du CR sont le plus souvent diagnostiqués suite à l'apparition de symptômes (82%, n=61) et 3 (4%) ont été diagnostiqués suite à un dépistage.

Figure 88 - Cancers CR, répartition selon le stade au diagnostic

Incidences et comparaisons internationales

En 2014, l'incidence des cancers du CR est plus faible en NC qu'en France, Australie et Nouvelle-Zélande quel que soit le sexe.

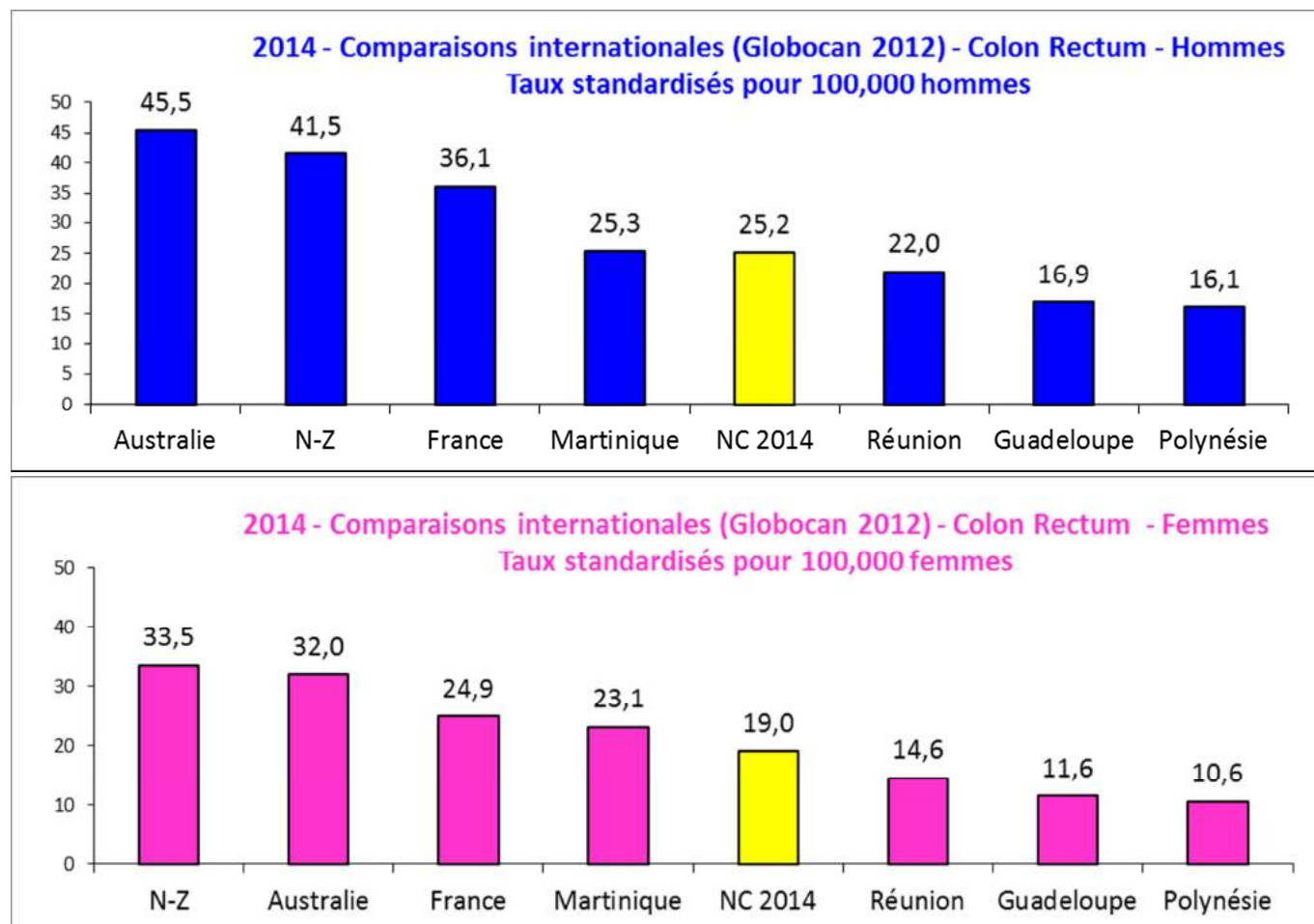


Figure 89 - Cancers CR, comparaisons internationales des incidences selon le sexe

III-6.b Cancer de l'œsophage

Généralités

En 2014, le cancer de l'œsophage est le 18^{ème} cancer le plus fréquent, tous sexes confondus, avec 13 tumeurs invasives. Il se situe au 11^{ème} rang chez les hommes avec 12 tumeurs, et au dernier chez les femmes avec 1 tumeur. Le sex-ratio est de 12 hommes pour une femme.

Deux patients ont, ou avaient développé une autre tumeur primitive.

Au 18/10/2016, 12 (92%) patients étaient décédés, tous suite au 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.

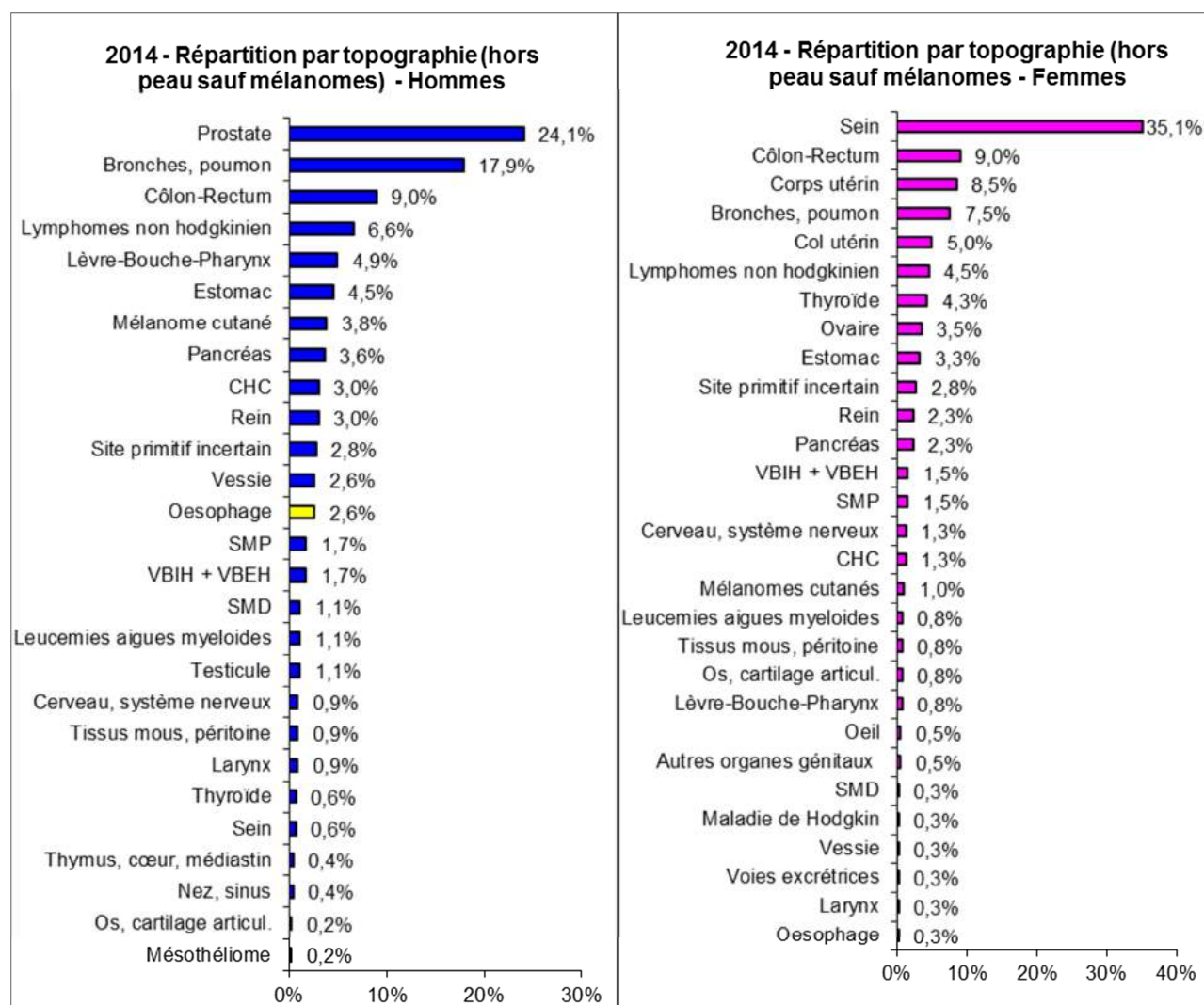


Figure 90 - Répartition des topographies

Age

En 2014, l'âge au diagnostic est compris entre 51 et 82 ans, avec un âge moyen égal à 63 ans (médiane 62 ans).

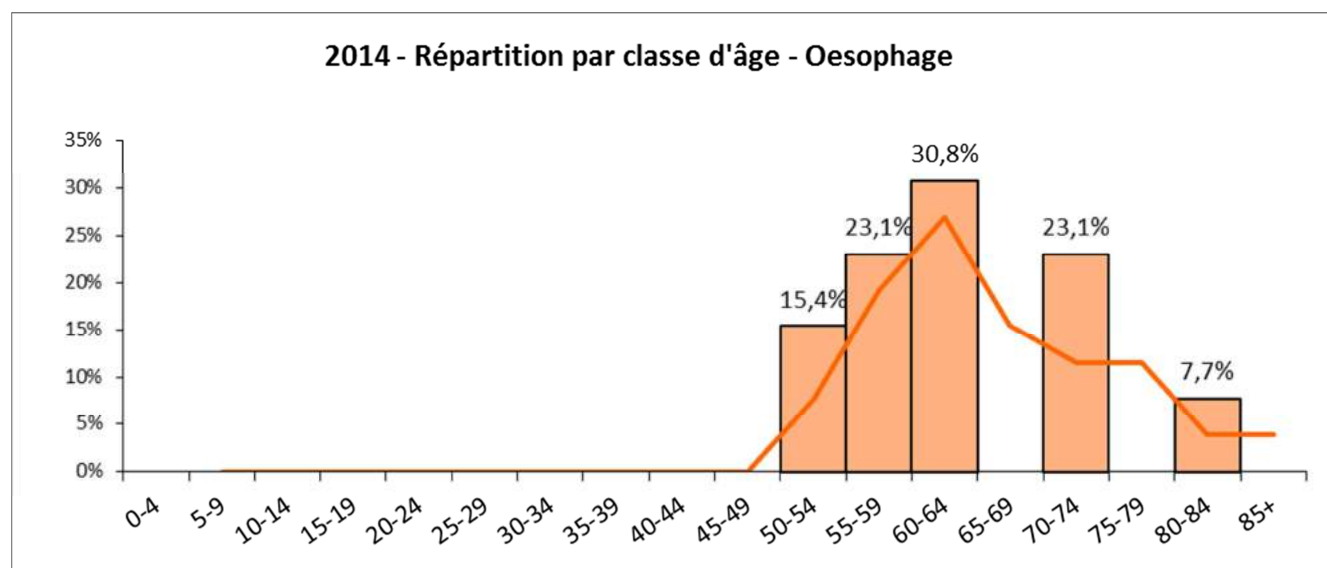


Figure 91 - Cancer de l'œsophage, répartition par classe d'âge et taux spécifiques d'incidence

Provinces

Il n'y a pas de différence significative entre la répartition des cancers de l'œsophage et celle de la population générale selon la province de résidence.

L'incidence chez les hommes des Iles est supérieure à celle du reste de la population. A noter qu'en raison des petits effectifs (nombre de cas et population), ce taux d'incidence peut varier de manière importante d'une année sur l'autre.

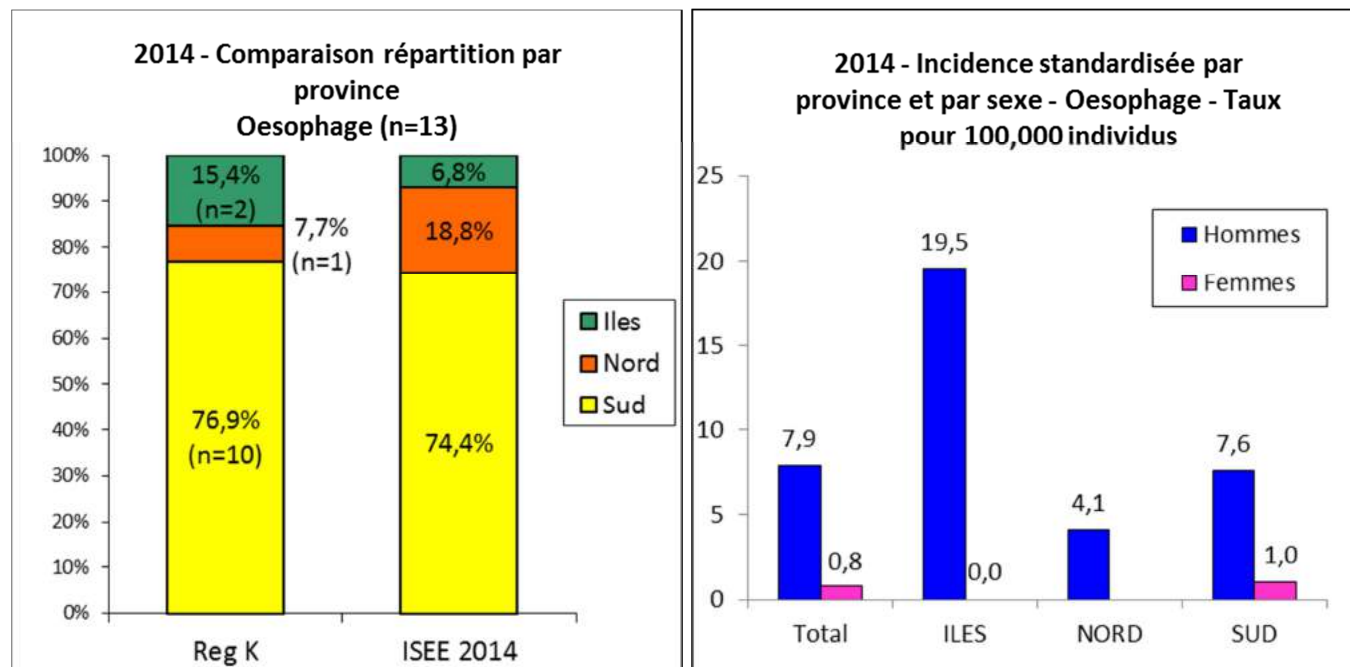


Figure 92 - Cancers de l'œsophage, répartition et incidences selon la province

Communautés

Il n'y a pas de différence significative entre la répartition des cancers de l'œsophage et celle de la population générale selon la communauté d'appartenance.

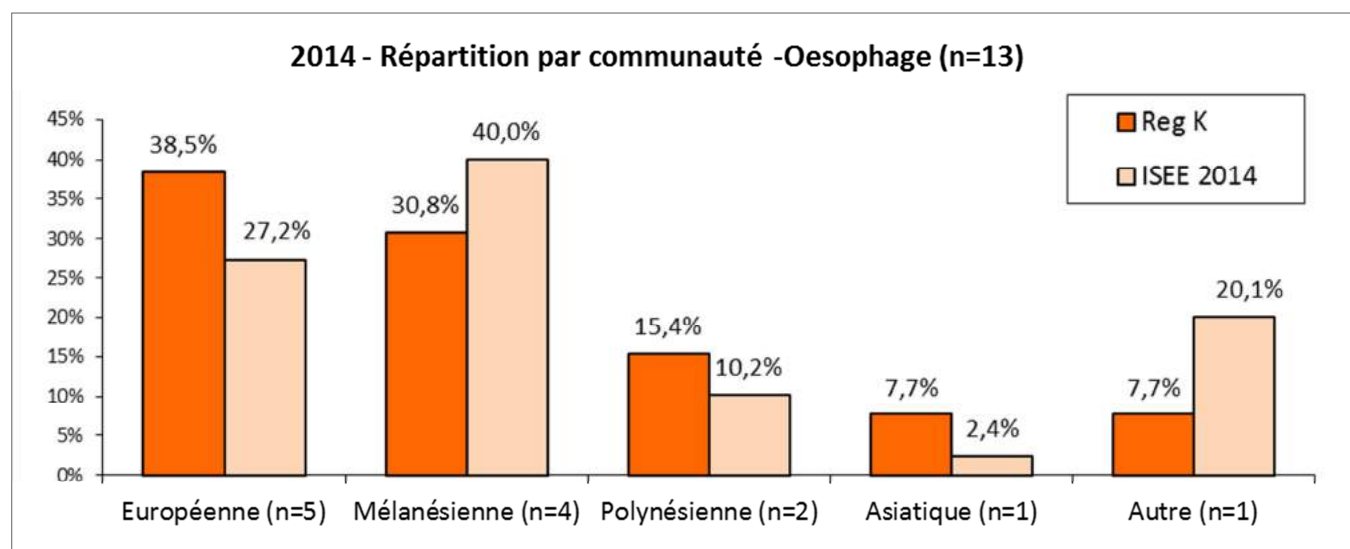
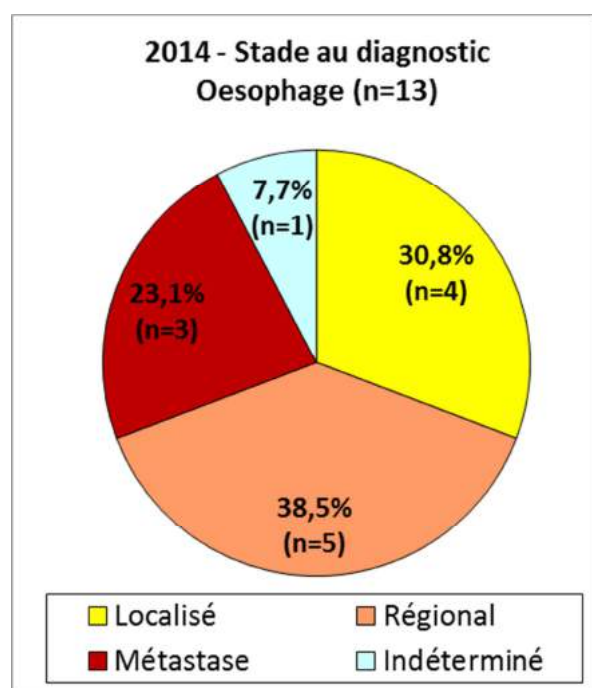


Figure 93 - Cancer de l'œsophage, répartition par communauté

Histologie et stade au diagnostic



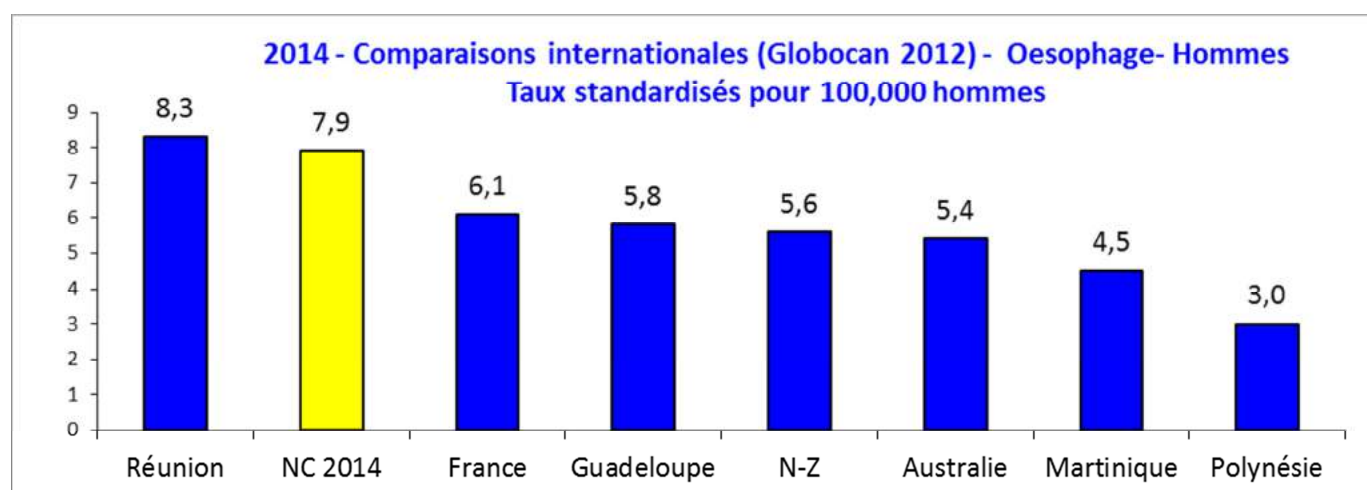
La majorité des patients ont eu un diagnostic histologique avec : 10 carcinomes épidermoïdes et 2 adénocarcinomes. Un seul cas a été diagnostiqué par radiologie.

Le diagnostic a été effectué dans plus de la moitié des cas (62%) à un stade avec envahissement régional ou métastatique. Les métastases les plus fréquentes se situent dans le foie, les poumons et les os.

Figure 94 - Cancer de l'œsophage, répartition selon le stade au diagnostic

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 2014, 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.



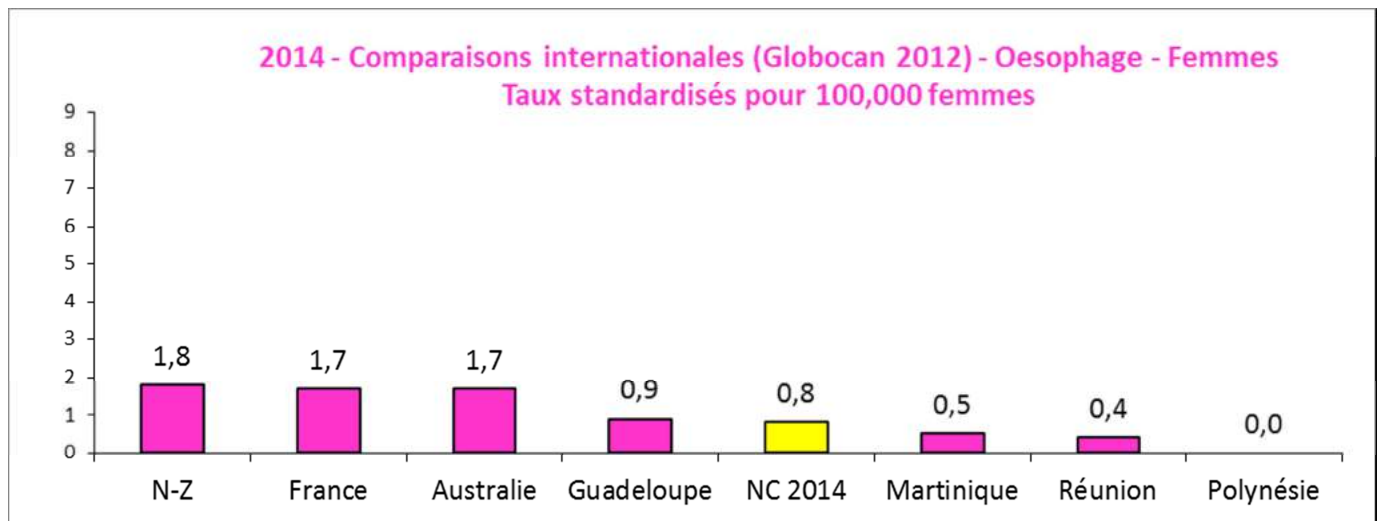


Figure 95 - Cancers de l'œsophage, comparaisons internationales des incidences selon le sexe

III-6.c Cancer de l'estomac

Généralités

En 2014, le cancer de l'estomac est le 6^{ème} cancer le plus fréquent, tous sexes confondus, avec **34** tumeurs invasives. Il se situe au 6^{ème} rang chez les hommes avec 21 tumeurs, et au 9^{ème} chez les femmes avec 13 tumeurs. Le sex-ratio est de 1,6 hommes pour une femme.

Trois patients avaient un antécédent de cancer autre que celui de l'estomac (9%).

Au 18/10/2016, 22 (64%) patients étaient décédés, dont 21 (62%) patients des suites du 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.

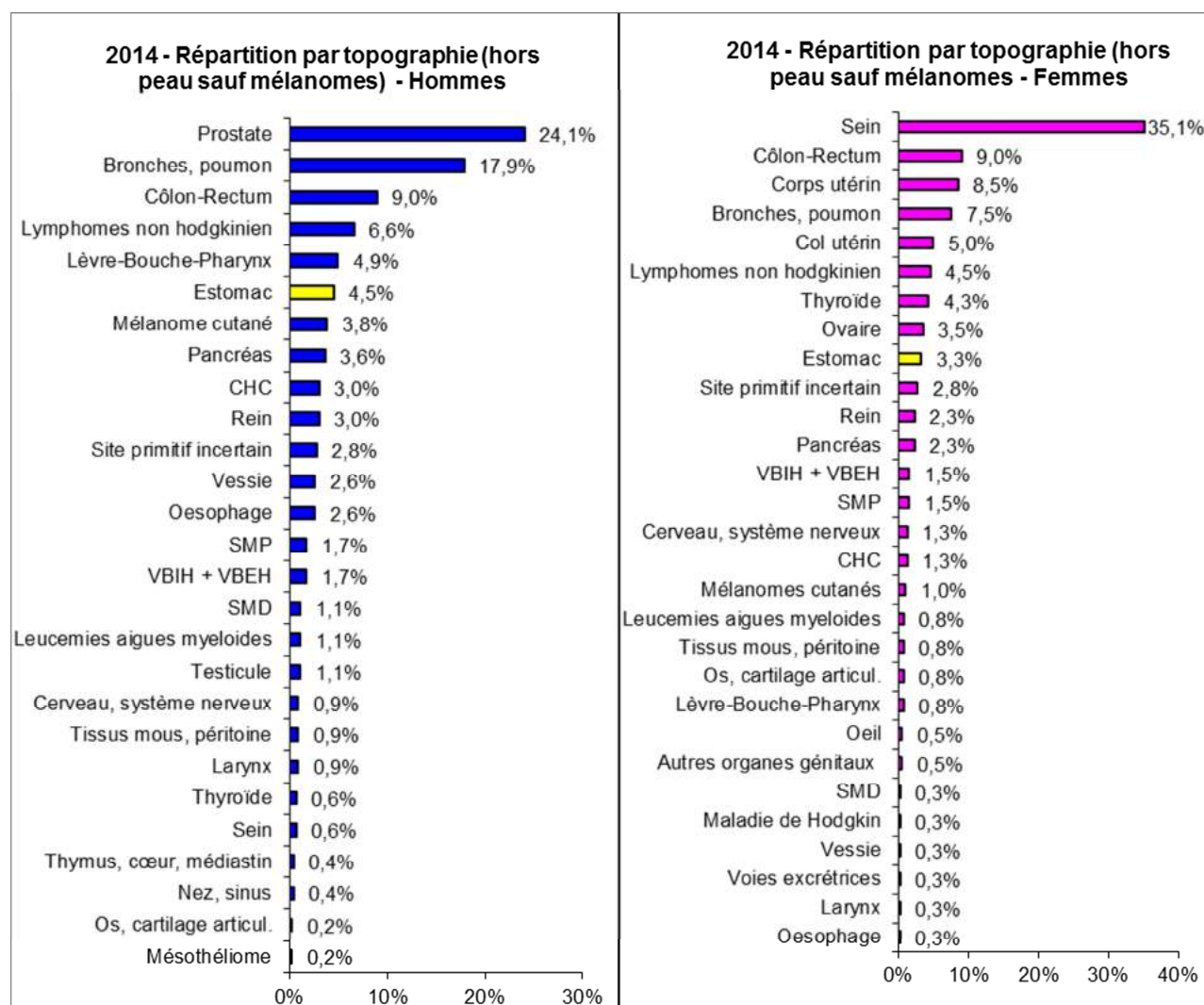


Figure 96 – Répartition des topographies selon le sexe

Age

En 2014, l'âge au diagnostic est compris entre 37 et 87 ans, avec un âge moyen égal à 65 ans (médiane à 67,5 ans).

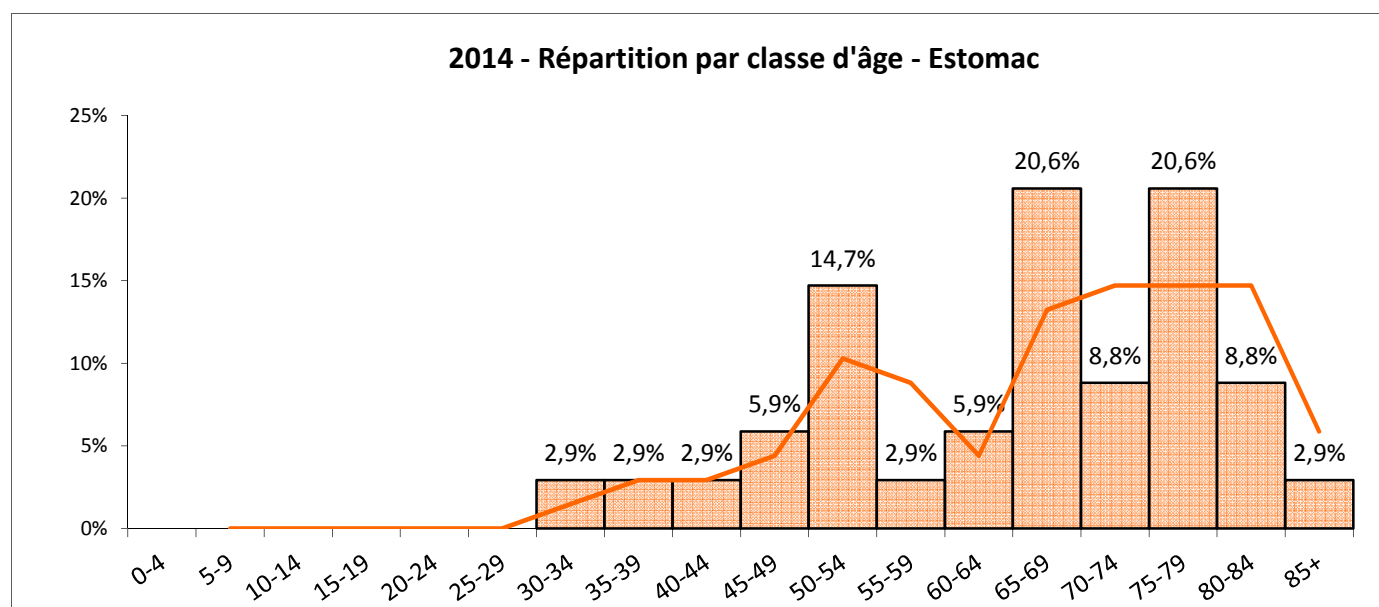


Figure 97 - Cancer de l'estomac, répartition par classe d'âge

Provinces

La répartition des cancers de l'estomac par province, tous sexes confondus, n'est pas différente de celle de la population générale.

Chez les hommes, le taux d'incidence standardisé de la province des Iles est inférieur à celui des autres provinces.

Contre, 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 varier de manière importante d'une année sur l'autre.

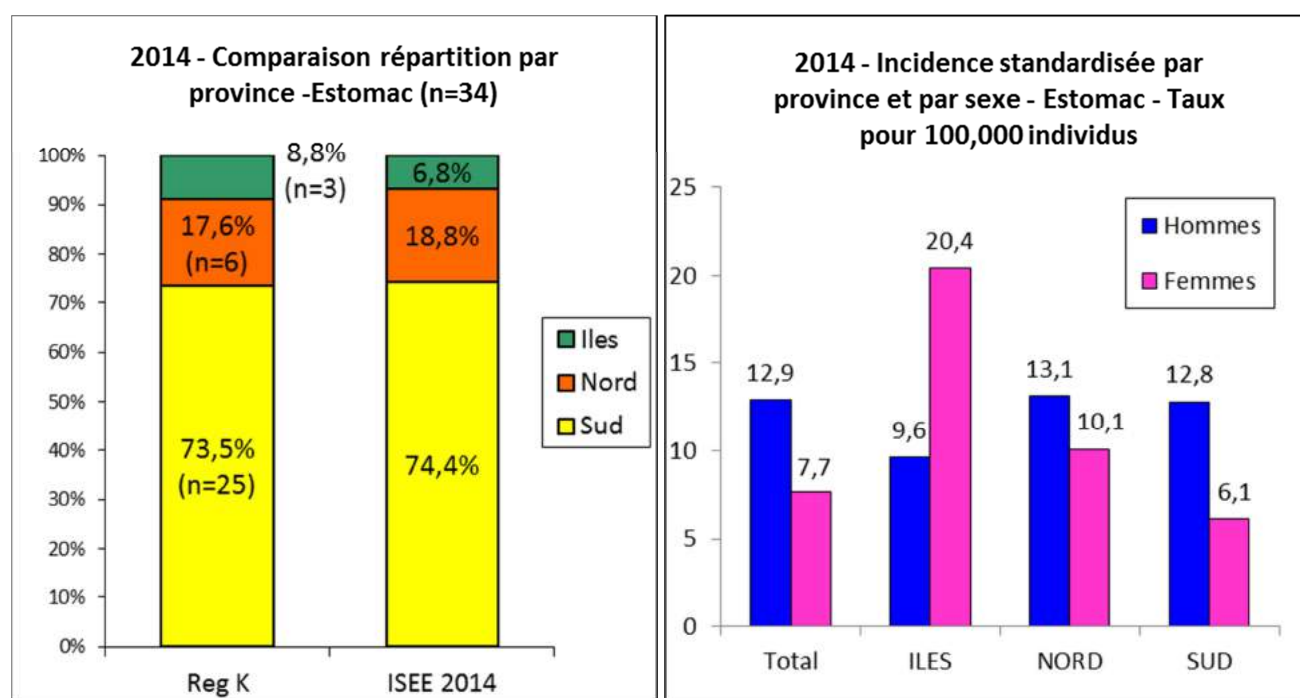


Figure 98 - Cancer de l'estomac, incidences selon le sexe et la province

Communautés

Près de la moitié des cancers de l'estomac a été diagnostiquée chez des personnes d'origine mélanésienne. Il n'y a pas de différence significative de la répartition par communautés entre les cancers de l'estomac et celle de la population générale ($p=0,14$).

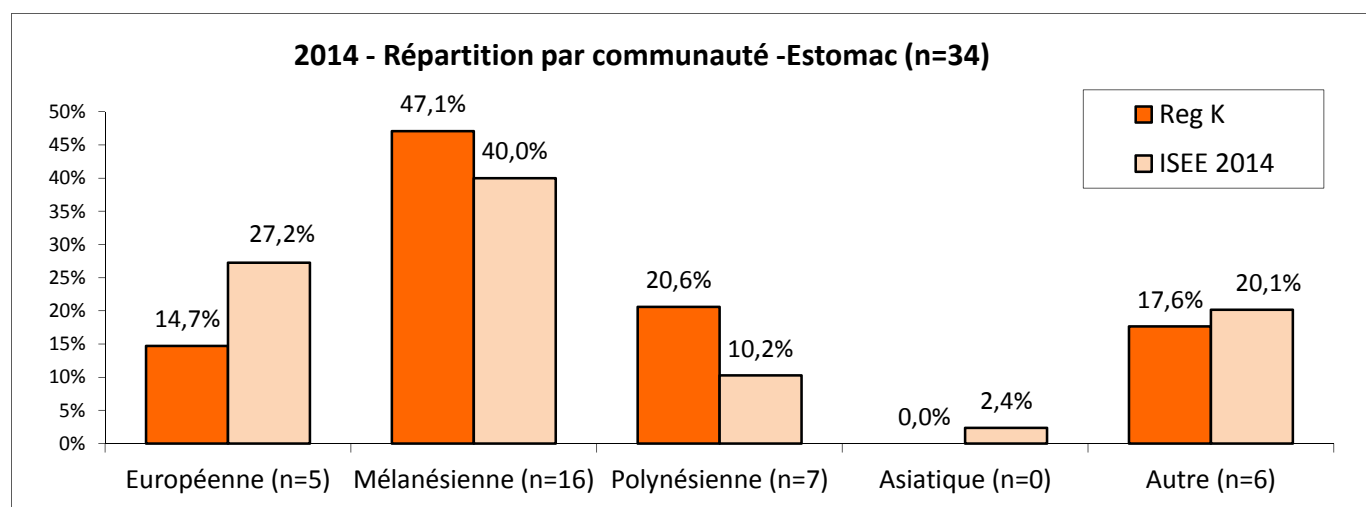


Figure 99 - Cancer de l'estomac, répartition par communauté

Histologie et stade au diagnostic

La majorité des patients ont eu un diagnostic histologique (94%, n=32) avec 28 adénocarcinomes, 3 carcinomes et 1 GIST. Deux cancers ont été diagnostiqués par des examens radiologiques.

Le diagnostic a été effectué dans plus de la moitié des cas (62%) à un stade régional ou métastatique. Les métastases les plus fréquentes se situent dans le foie et le péritoine.

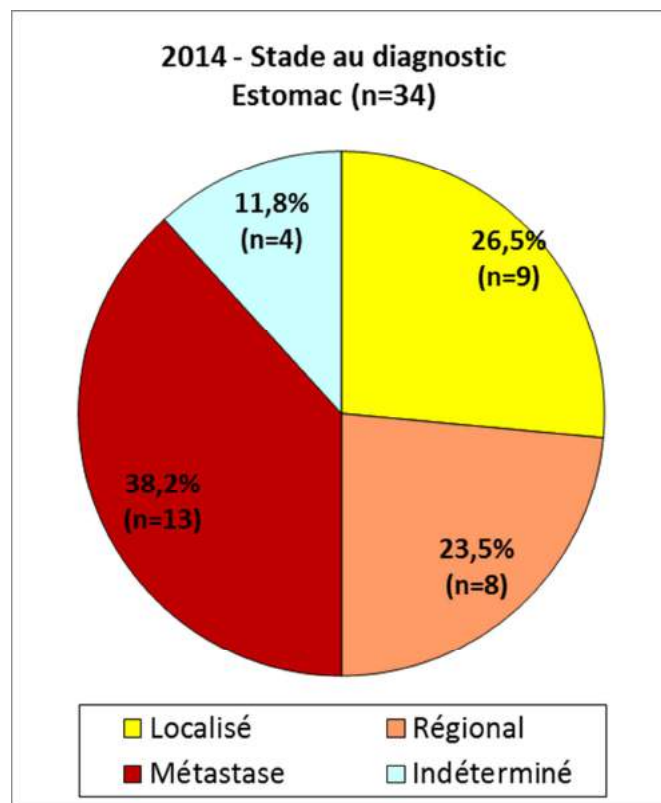


Figure 100 - Cancer de l'estomac, répartition selon le stade au diagnostic

Incidences et comparaisons internationales

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

Chez les femmes, l'incidence de 2014 est plus élevée que celles des autres pays mais reste proche de celle de la Guadeloupe.

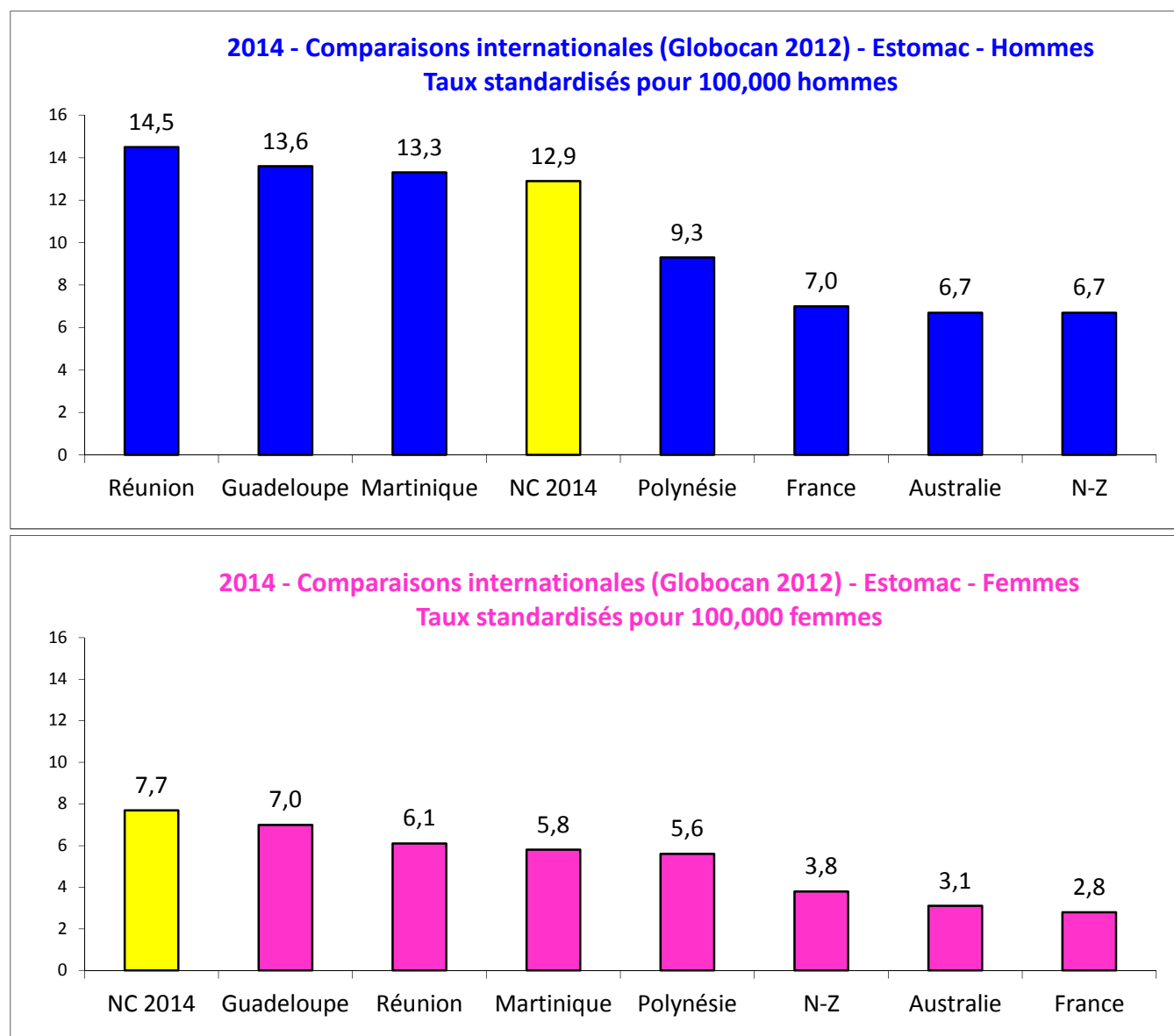


Figure 101 - Cancer de l'estomac, comparaisons internationales des incidences selon le sexe

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

III-6.d.1 Hépatocarcinome (CHC)

Généralités

En 2014, le CHC est le 15^{ème} cancer le plus fréquent, tous sexes confondus, avec **18** tumeurs invasives. Il se situe au 9^{ème} rang chez les hommes avec 14 tumeurs, et au 16^{ème} chez les femmes avec 4 tumeurs. Le sex-ratio est de 3,5 hommes pour une femme.

Trois patients avaient un antécédent de cancer lors du diagnostic.

Au 18/10/2016, 15 (83%) patients étaient décédés, dont 12 (67%) patients suite au 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. Plus de la moitié des patients (61%, n=11) ayant développé un CHC étaient porteur du virus de l'hépatite B, et 50% (n=9) avaient une forte consommation d'alcool mentionnée dans le dossier.

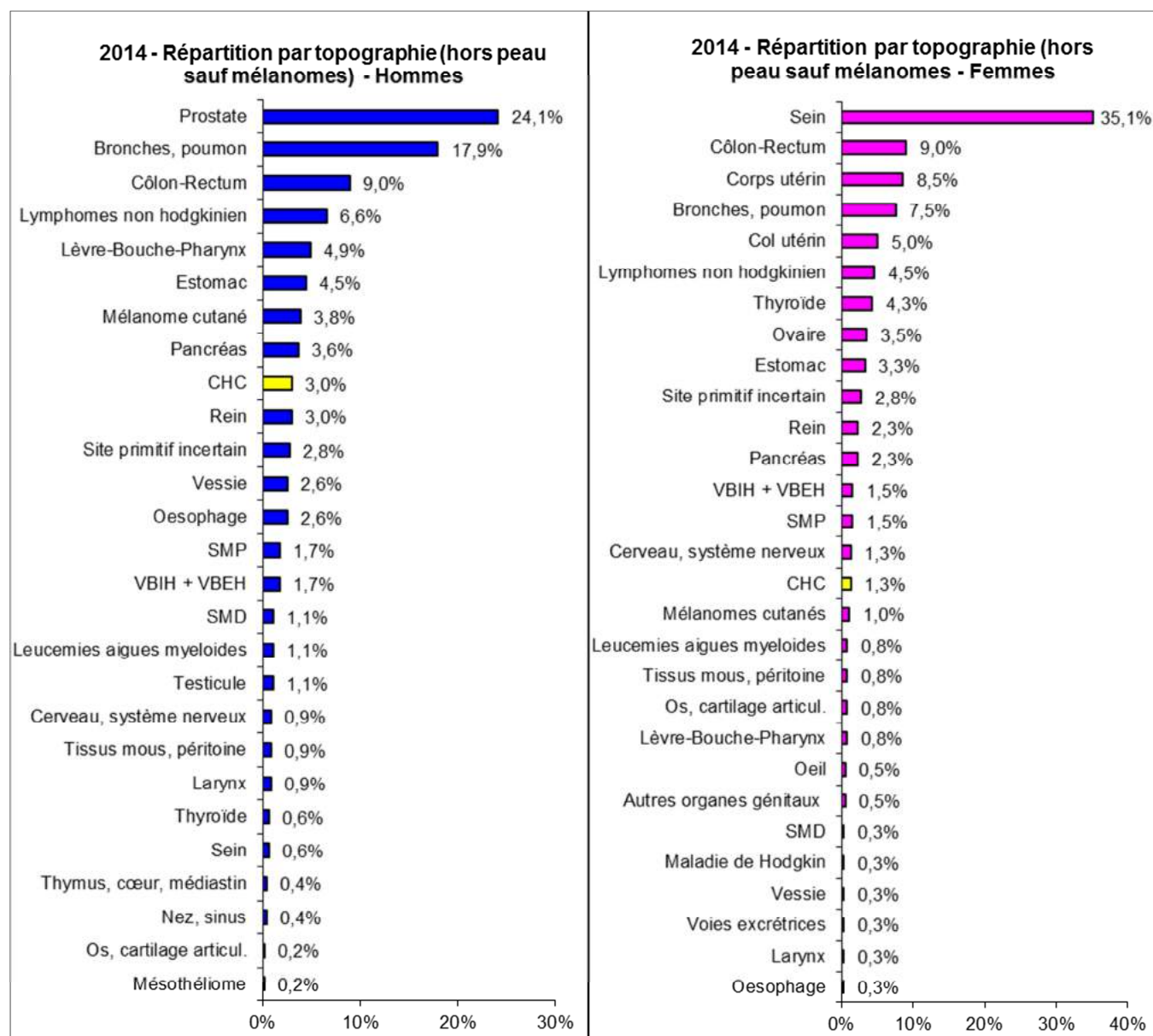


Figure 102 - Répartition des groupes de topographies selon le sexe

Age

En 2014, l'âge au diagnostic est compris entre 41 et 84 ans, avec un âge moyen égal à 64 ans (médiane à 64 ans). Plus de la moitié des cas est diagnostiquée entre 60 et 70 ans.

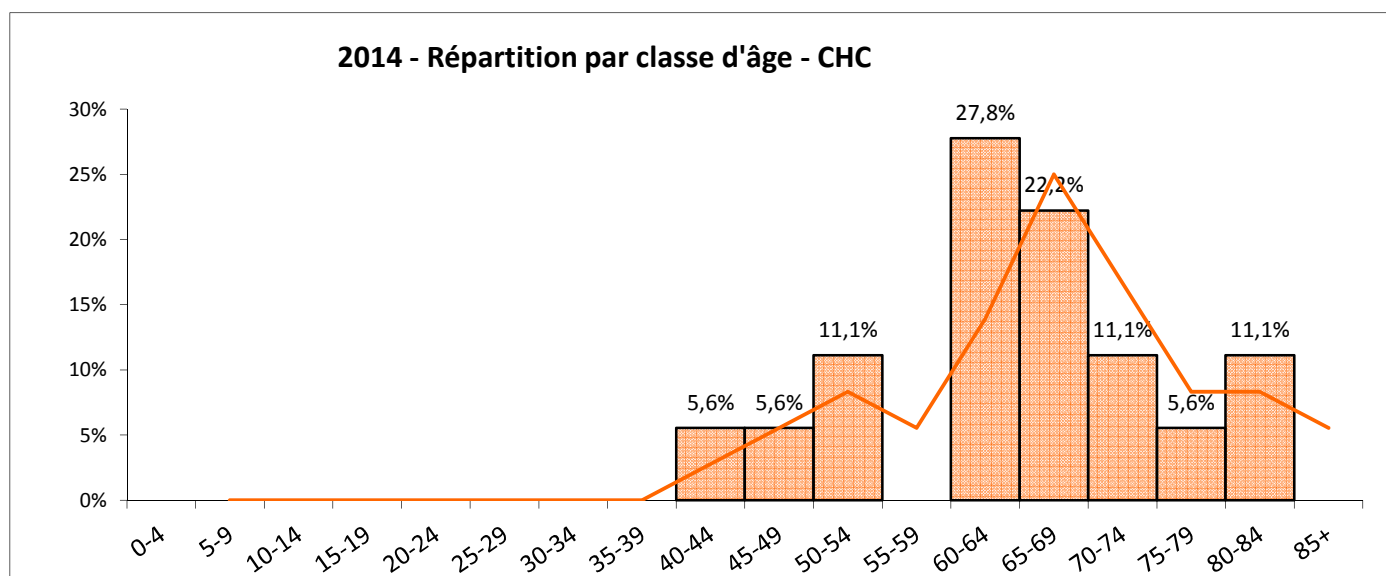


Figure 103 – CHC, répartition par classe d'âge

Provinces

Il y a une différence dans la répartition des cas de CHC comparée à celle de la population générale, avec une représentation plus importante de la province des Iles. L'incidence des CHC est particulièrement plus élevée dans les Iles Loyautés quel que soit le sexe. A noter qu'en raison des petits effectifs (cas et population), ce taux d'incidence peut varier de manière importante d'une année sur l'autre.

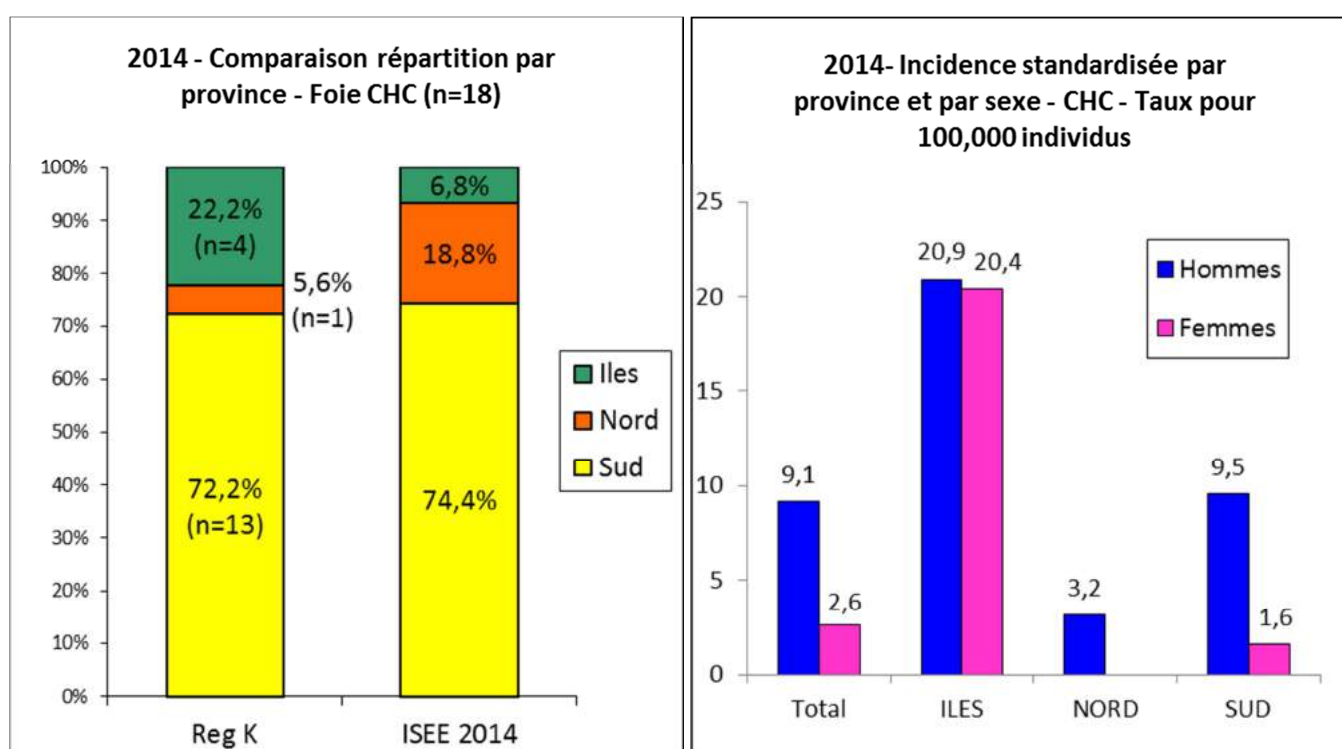


Figure 104 – CHC, incidences selon le sexe et la province

Communautés

Il n'y a pas de différence de répartition par communautés entre les CHC et celle de la population générale.

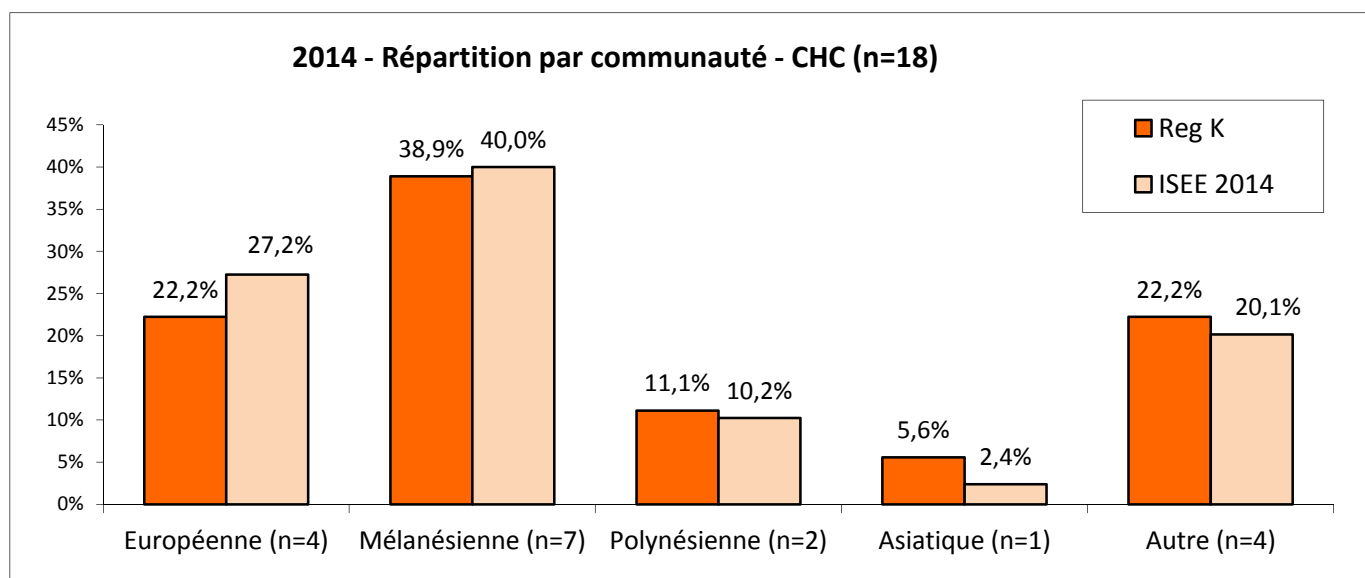


Figure 105 – CHC, répartition par communauté

Histologie et stade au diagnostic

Seul 33% des patients ont eu un diagnostic histologique (n=6). 7 CHC ont été diagnostiqués suite à des test biochimiques (AFP) et 5 par examens radiologiques.

Un peu moins de la moitié des CHC a été diagnostiquée à un stade régional ou métastatique (n=8). Pour les patients avec localisation métastatique, les localisations les plus fréquentes se situent dans les poumons.

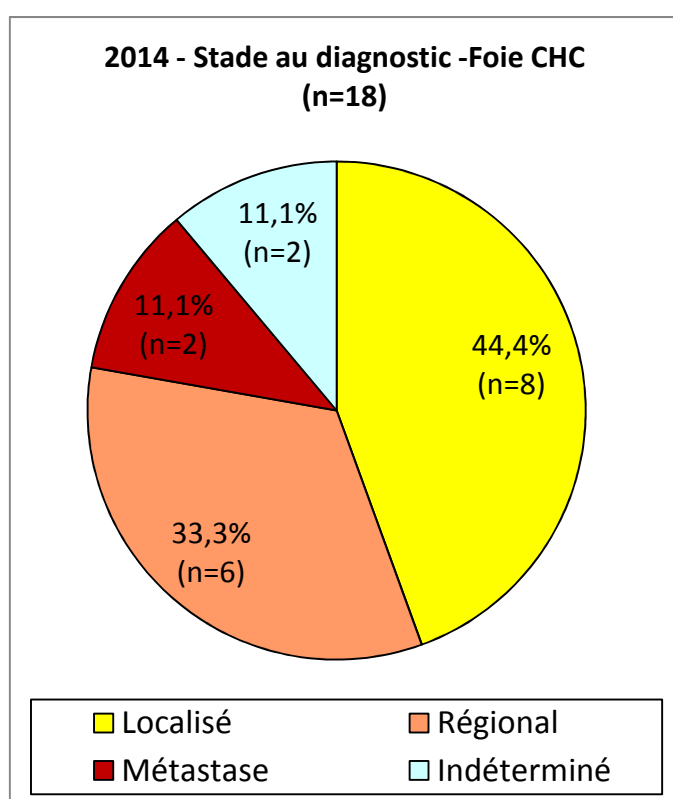


Figure 106 – CHC, répartition selon le stade au diagnostic

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

Chez les hommes, l'incidence observée en 2014 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.

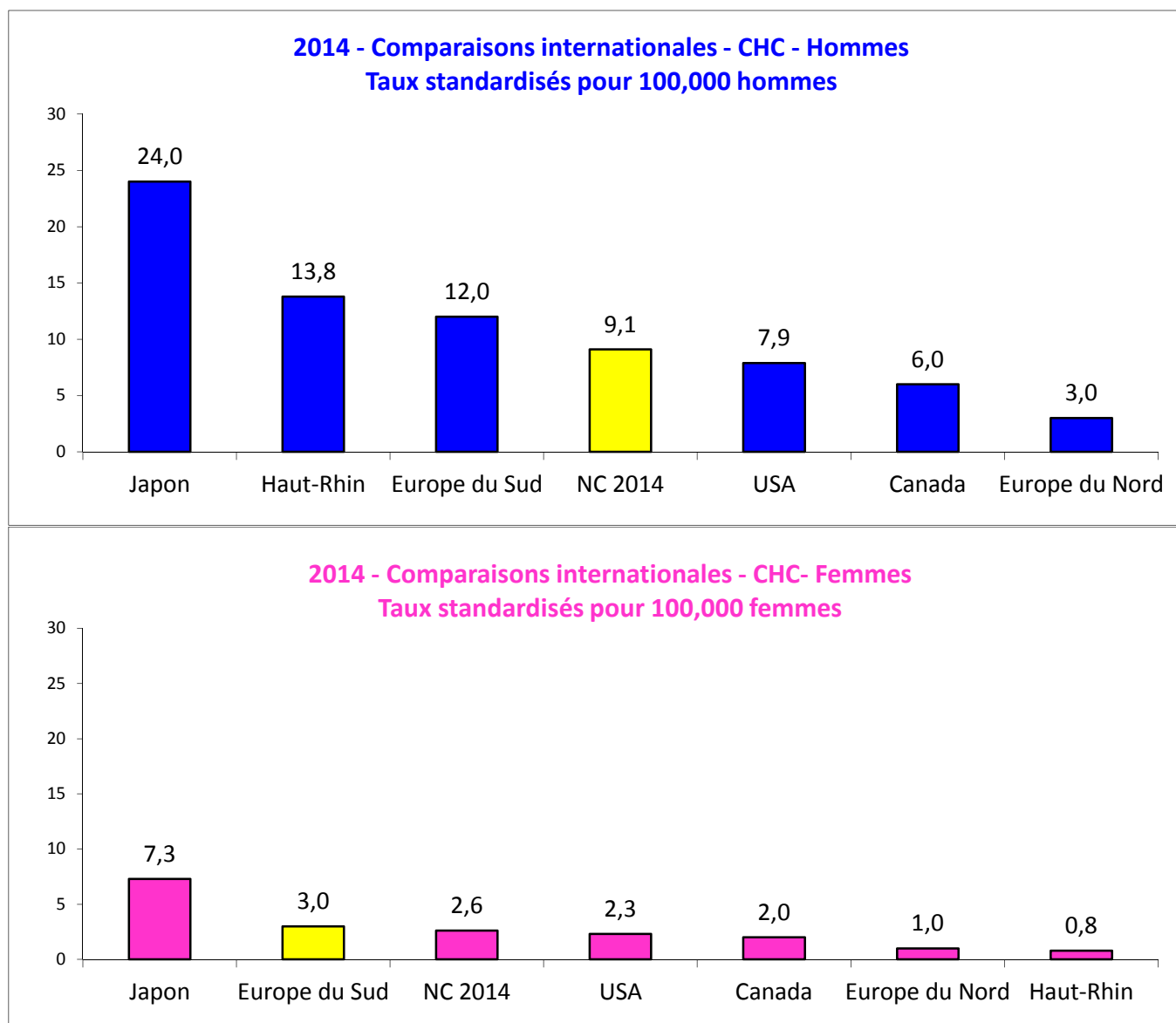


Figure 107 – CHC, comparaisons internationales des incidences selon le sexe

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

Généralités

En 2014, le cancer des VB est le 16^{ème} site le plus fréquent, tous sexes confondus, avec 15 tumeurs invasives. Il se situe au 14^{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.

Un seul patient avait un antécédent de cancer.

Au 18/10/2016, 13 (87%) patients étaient décédés, dont 10 (67%) de leur cancer des VB.

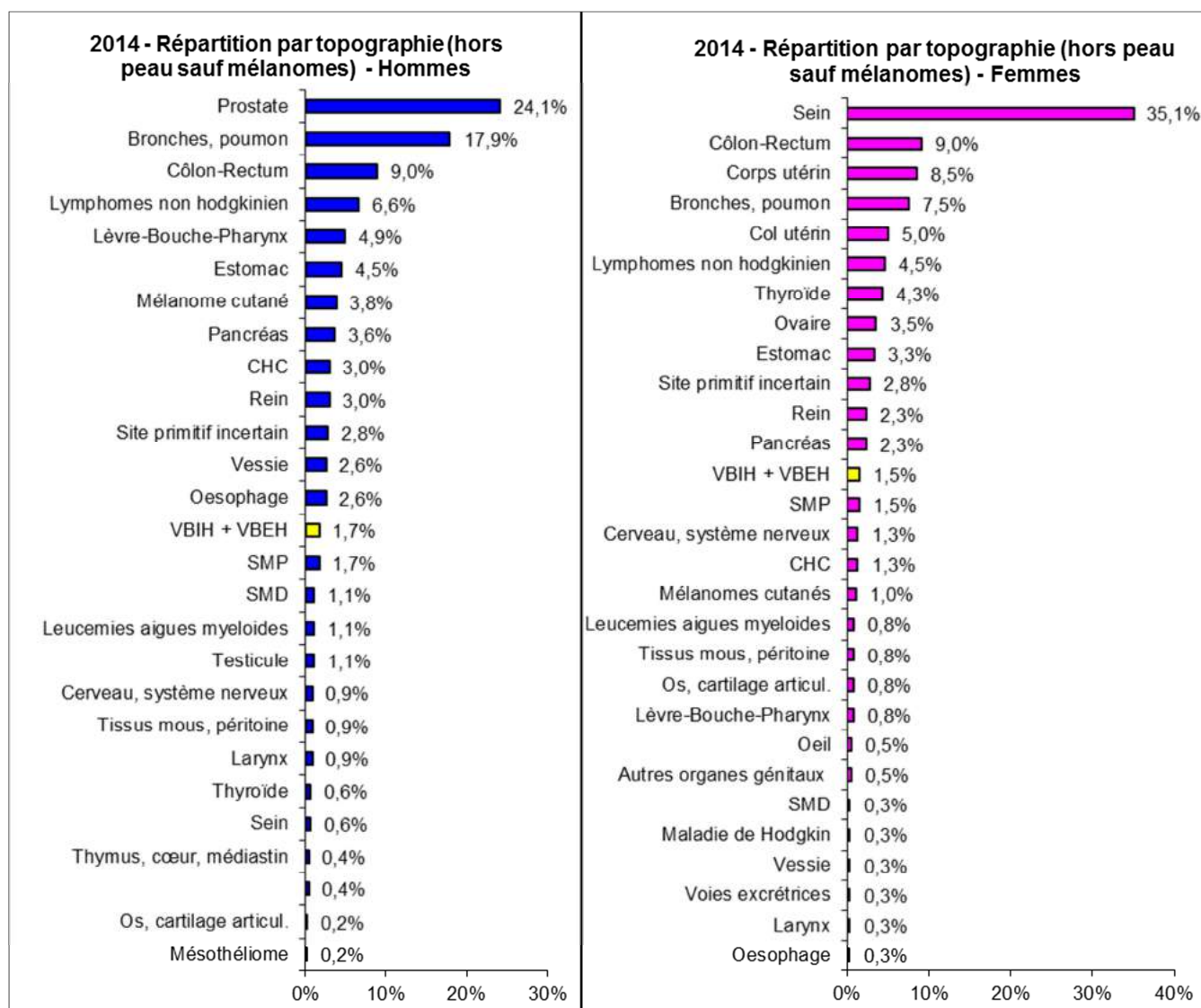


Figure 108 - Répartition des groupes de topographies selon le sexe

Age

En 2014, l'âge au diagnostic est compris entre 40 et 85 ans, avec un âge moyen égal à 66 ans (médiane à 67 ans).

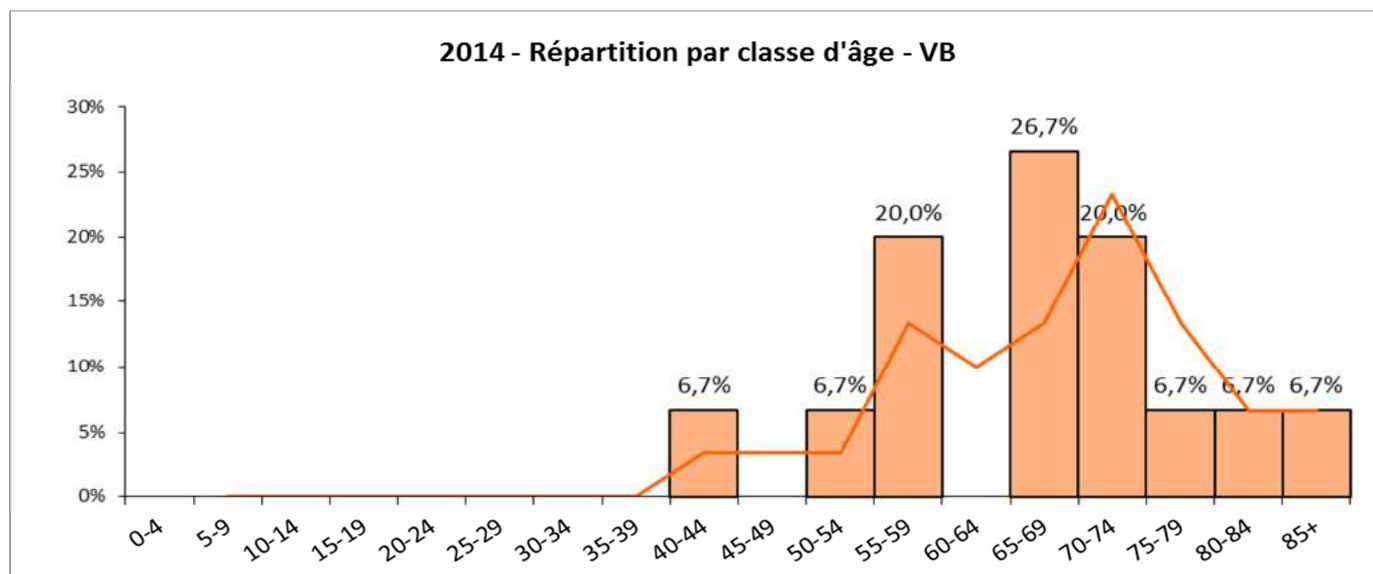


Figure 109 - Cancer des VB, répartition par classe d'âge

Provinces

Il n'y a pas de différence de répartition par province entre les cancers des VB et celle de la population générale. Il n'y a pas non plus de différence d'incidence entre les provinces selon le sexe.

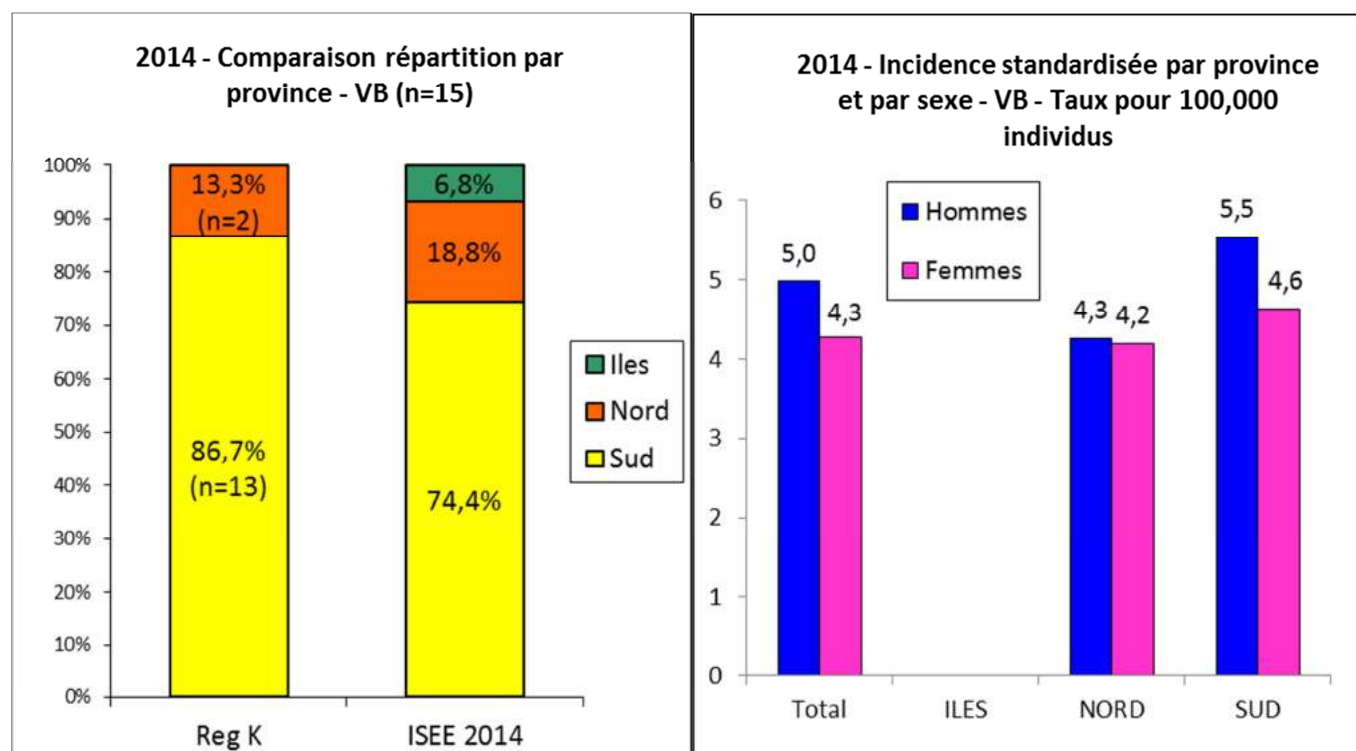


Figure 110 – Cancer des VB, incidences selon le sexe et la province

Communautés

De part le faible nombre de cas, il n'y a pas de différence significative des répartitions par communauté par rapport à la population générale.

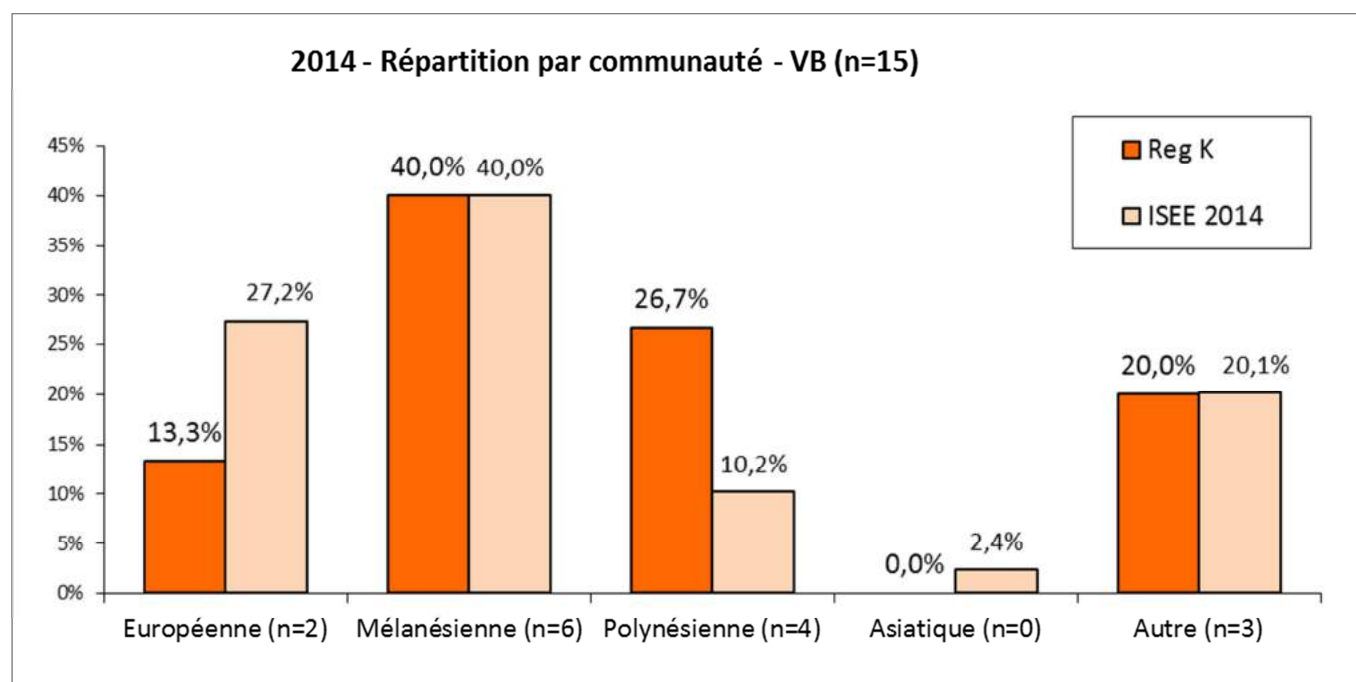


Figure 111 – Cancer VB, répartition par communauté

Histologie et stade au diagnostic

7 patients (48%) ont fait l'objet d'un diagnostic histologique avec 3 adénocarcinomes, 3 cholangiocarcinomes et 1 sarcome. 8 patients (52%) ont bénéficié d'un diagnostic par imagerie. Un peu plus de la moitié des cas a été diagnostiquée à un stade avancé.

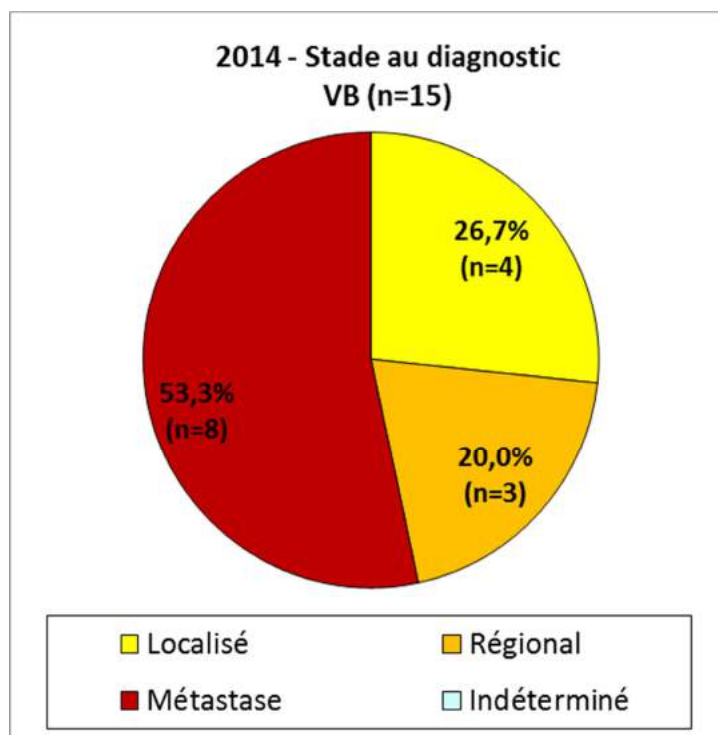
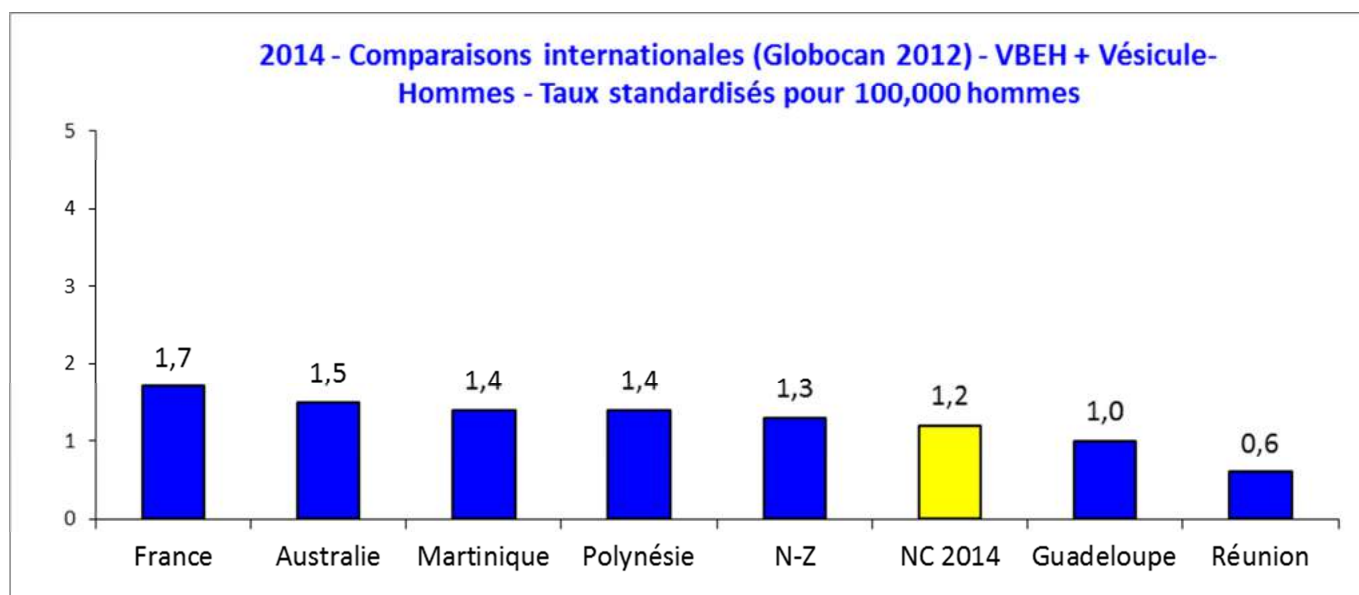


Figure 112 – Cancer des VB répartition selon le stade au diagnostic

Comparaisons internationales : Uniquement voies biliaires extra-hépatiques + vésicule (voies biliaires intra-hépatiques non comprises)

En 2014, le taux d'incidence observé en NC chez les hommes est équivalent à celui observé en France métropolitaine et dans les pays voisins.

Par contre, le taux d'incidence standardisé chez les femmes est plus élevé que celui de la métropole, de l'Australie ou de la Nouvelle-Zélande.



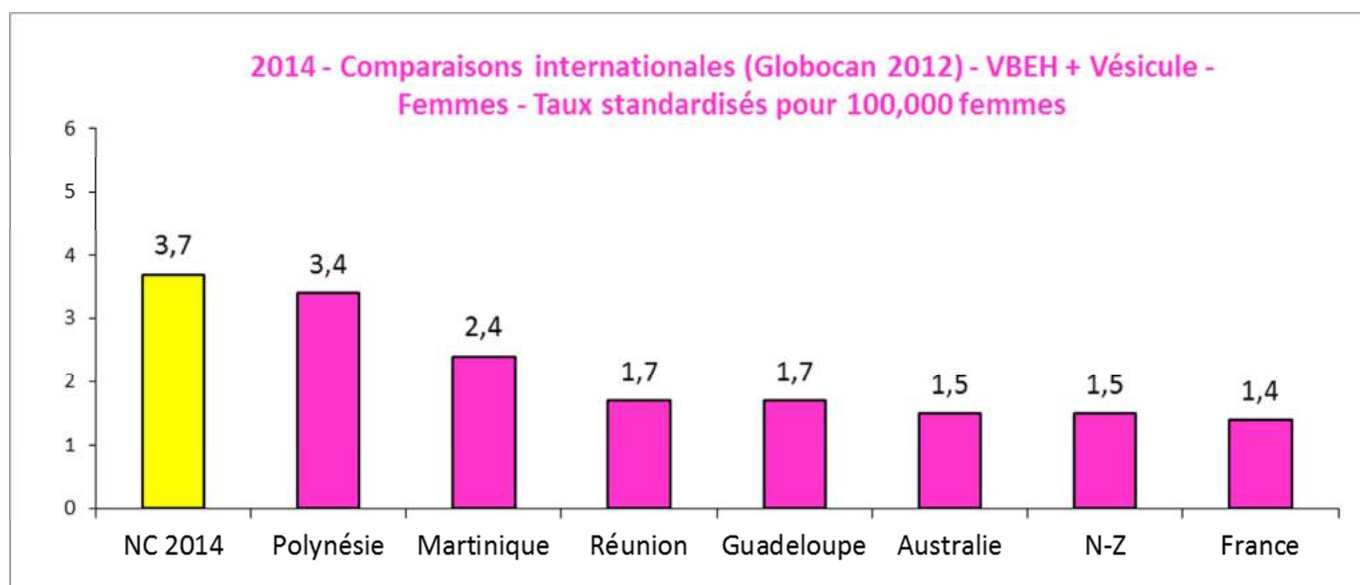


Figure 113 – Cancer des VB, comparaisons internationales des incidences selon le sexe

III.6.f Cancer du pancréas

Généralités

En 2014, le cancer du pancréas est le 8^{ème} site le plus fréquent, tous sexes confondus, avec **26** tumeurs invasives. Il se situe au 8^{ème} rang chez les hommes avec 17 tumeurs, et au 11^{ème} chez les femmes avec 9 tumeurs. Le sex-ratio est de 1,9 hommes pour une femme.

2 patients avaient un antécédent de cancer.

Au 18/10/2016, 23 (89%) patients étaient décédés, dont 20 (77%) suite au cancer du pancréas.

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.

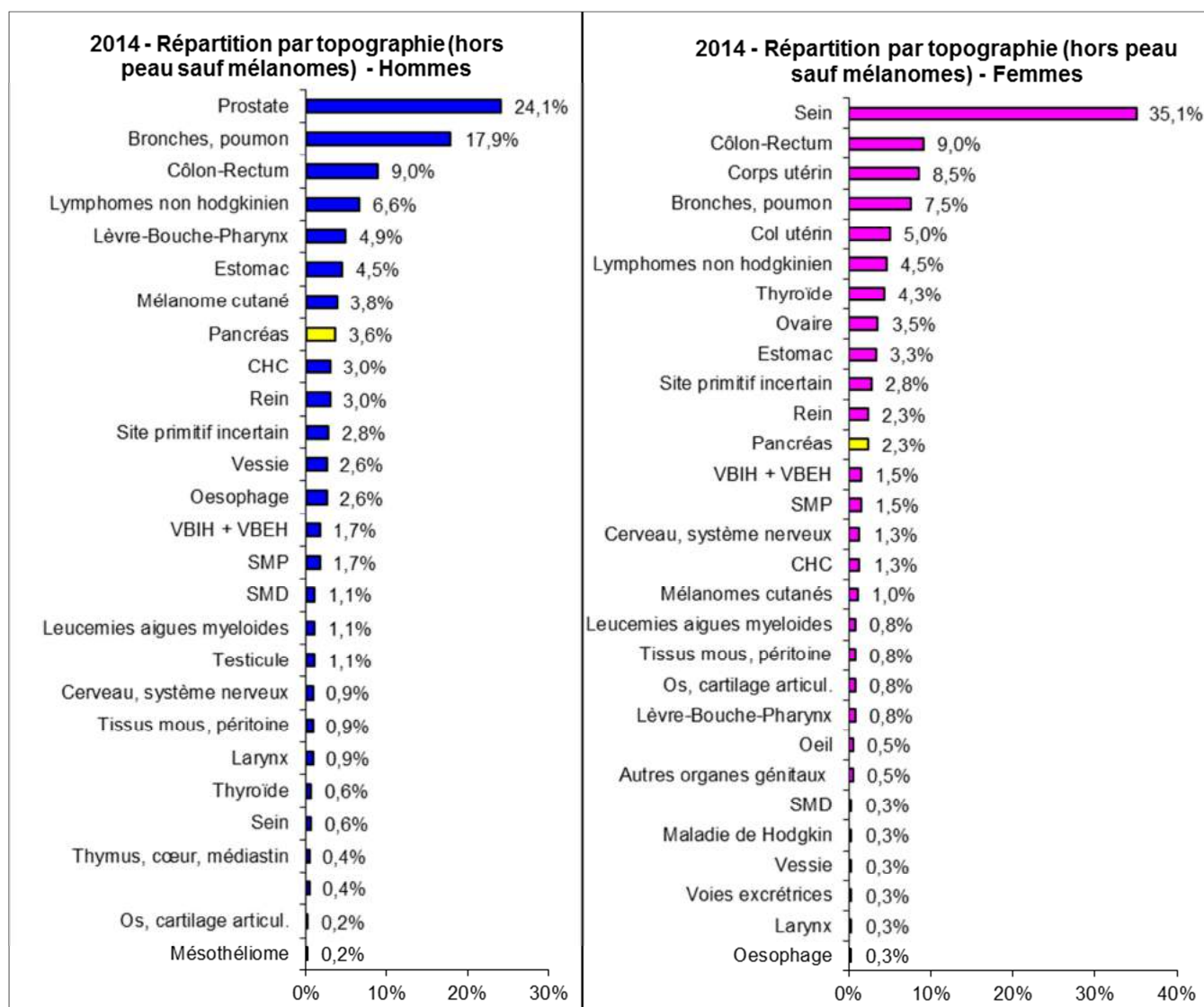


Figure 114 - Répartition des topographies selon le sexe

Age

En 2014, l'âge au diagnostic est compris entre 30 et 88 ans, avec un âge moyen égal à 64 ans (médiane à 68 ans). 5 patients avaient moins de 50 ans. 54% des cancers du pancréas ont été diagnostiqués entre 65 et 80 ans.

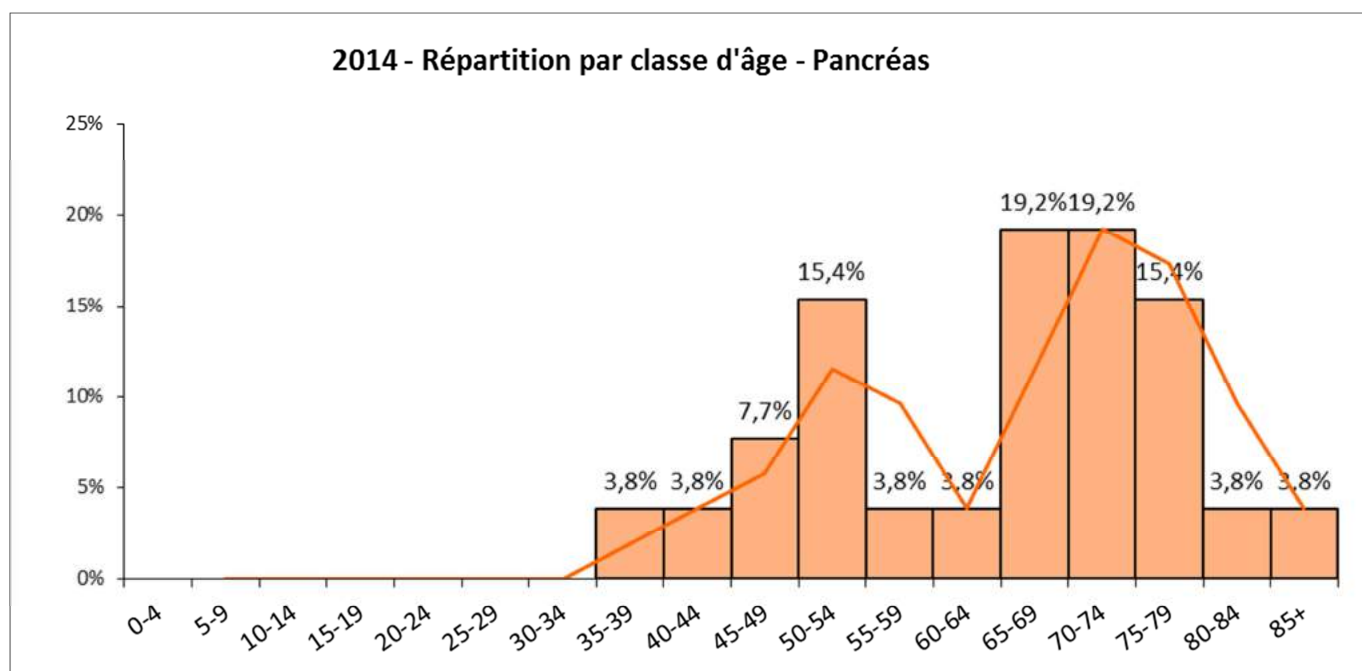


Figure 115 - Cancer du pancréas, répartition par classe d'âge

Provinces

Il n'y a pas de différence significative entre les répartitions par province.

Les taux d'incidence sont plus élevés chez les hommes que chez les femmes, avec une incidence un peu plus élevée chez les hommes en province Nord.

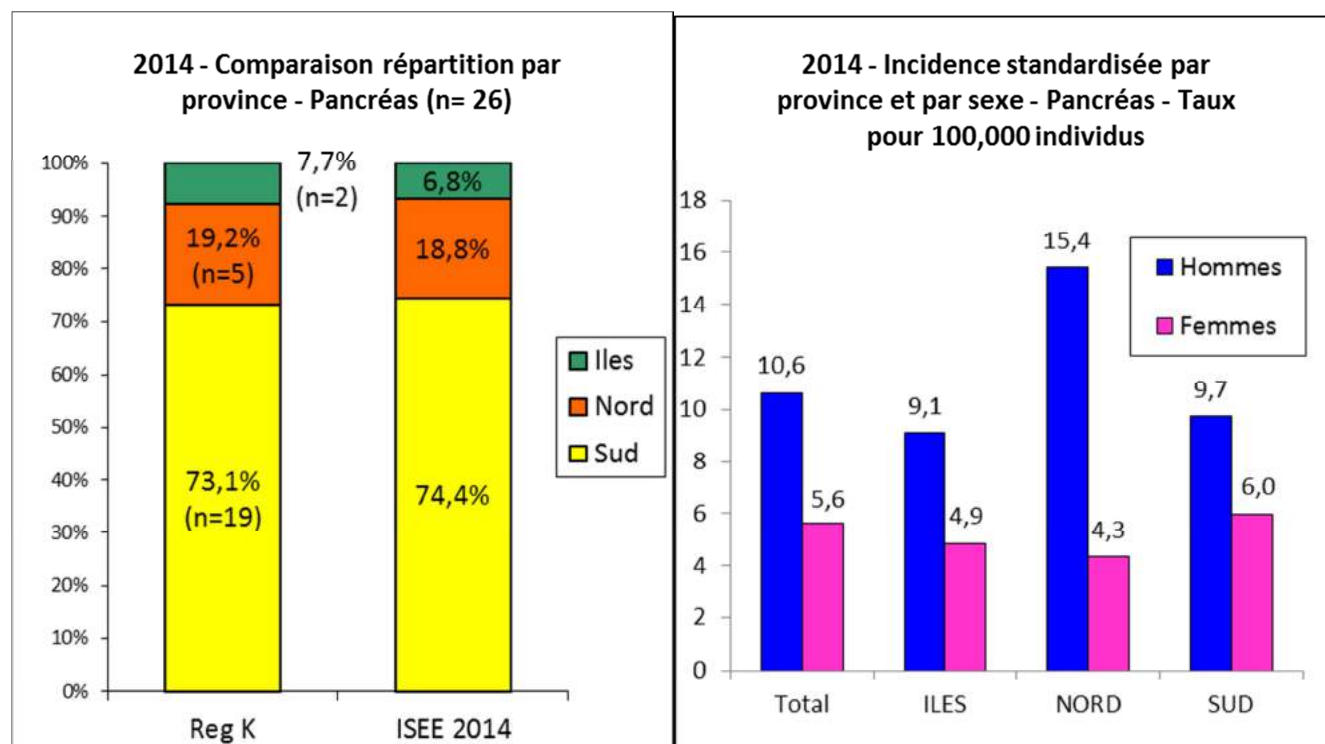


Figure 116 – Cancer du pancréas, incidences selon le sexe et la province

Communautés

Il n'y a pas de différence significative entre la répartition par communauté des cancer sdu pancréas par rapport à la population générale.

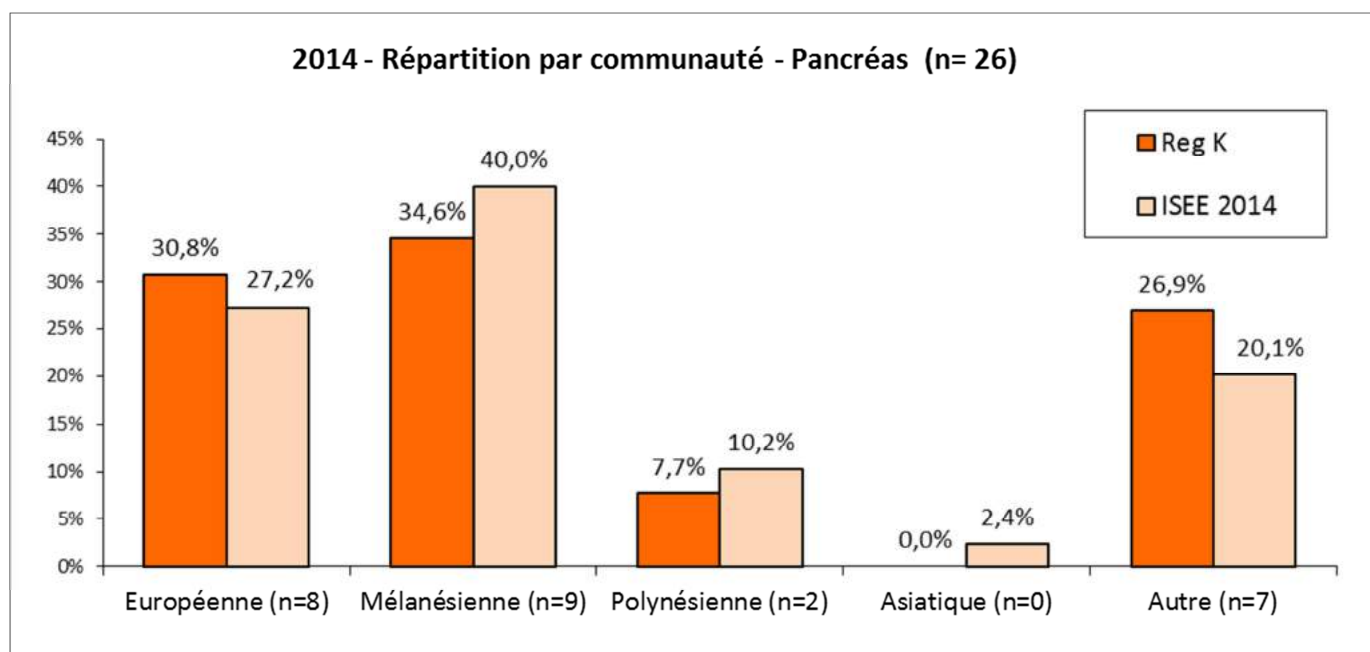


Figure 117 - Cancer du pancréas, répartition par communauté

Histologie et stade au diagnostic

Un diagnostic cytologique ou histologique a pu être réalisé pour 15 patients (58%) et 11 ont été diagnostiqués par imagerie. Ont été enregistrés 15 adénocarcinomes et 11 néoplasies. La moitié des cancers du pancréas a été diagnostiquée à un stade métastatique. Les métastases les plus fréquentes se situent dans le foie (57%, n=16), le péritoine (21%, n=6) et les poumons (7%, n=2).

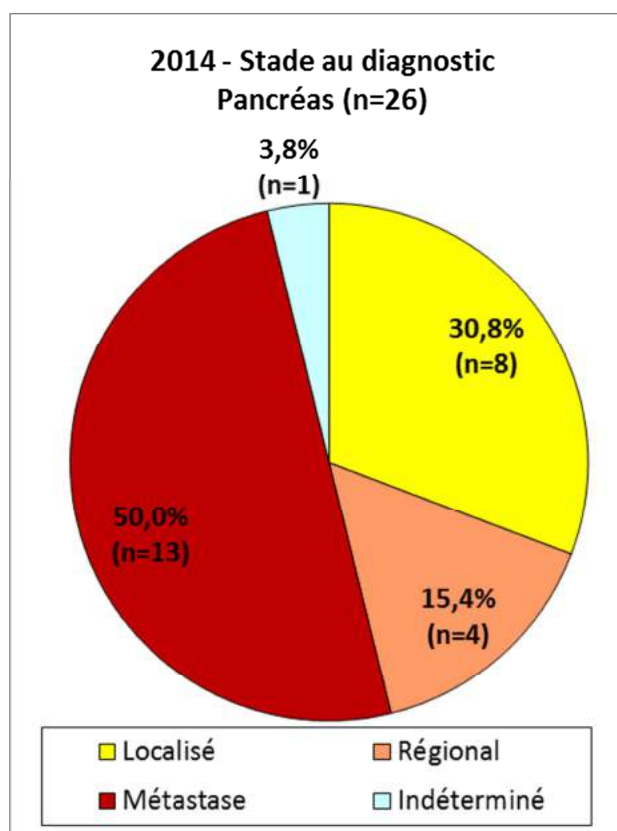


Figure 118 - Cancer du pancréas, répartition selon le stade au diagnostic

Incidences et comparaisons internationales

En 2014, chez les hommes, l'incidence du cancer du pancréas est supérieure à celles des autres pays. Chez les femmes, elle est équivalente à celle observée en Métropole, en Australie ou en Nouvelle-Zélande.

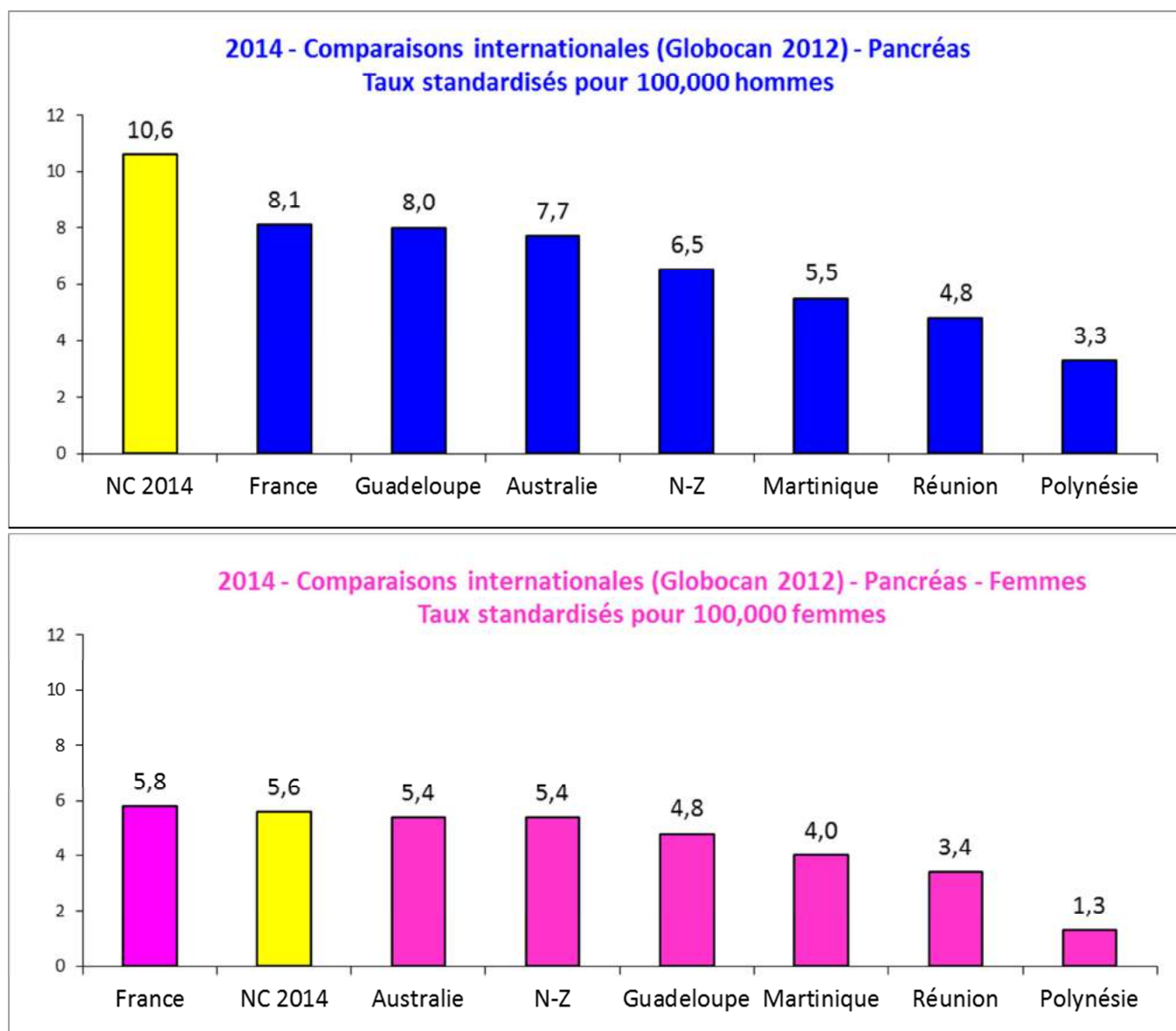


Figure 119 - Cancer du pancréas, comparaisons internationales des incidences selon le sexe

V PLACE DES CANCERS DANS LA MORTALITE

Avec **403 décès par tumeurs malignes** en 2014, les cancers représentent la première cause de mortalité tous sexes confondus (28.7%). Ce classement est identique dans les deux sexes et représente 27.8% des décès chez les femmes et 29.3% 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 2014, des valeurs strictement supérieures à 1 pour les topographies suivantes :

- Pancréas, avec un nombre de patients décédés en 2014, plus élevé que le nombre de cas diagnostiqués en 2014 chez les femmes (ratio : 1.56) ; ce qui peut correspondre à des patients diagnostiqués avant 2014. En effet, en 2013, 15 cas avaient diagnostiqués chez les femmes et 7 décès avaient été enregistrés;
- Bronches-poumon, chez les femmes avec un ratio légèrement supérieur à 1 (1.03) ;
- Leucémies, avec un ratio plus élevé tant chez les hommes que chez les femmes, mais les effectifs sont relativement faibles.

Pour les sites mal définis, on retrouve également cette valeur supérieure à un chez les femmes.

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.

ANNEE 2014	Nombre de cas incidents			Nombre de décès			Rapport mortalité/incidence		
	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total
Lèvres-Bouche-Pharynx	23	3	26	5	1	6	0,22	0,33	0,23
Oesophage	12	1	13	7	2	9	0,58	2,00	0,69
Estomac	21	13	34	17	7	24	0,81	0,54	0,71
Intestin grêle	0	0	0	0	0	0	NV	NV	NV
Colon-rectum-anus	42	36	78	17	10	27	0,40	0,28	0,35
Foie,VBIH-Vésicule Biliaire, VBEH	22	11	33	19	7	26	0,86	0,64	0,79
Pancréas	17	9	26	15	14	29	0,88	1,56	1,12
Fosses nasales, oreille moyenne, larynx	6	1	7	5	2	7	0,83	2,00	1,00
Bronches, poumon	84	30	114	71	31	102	0,85	1,03	0,89
Plèvre Thymus, cœur, médiastin	2	0	2	1	0	1	0,50	NV	0,50
Os cartilage	1	3	4	0	1	1	0,00	0,33	0,25
Tissu conjonctif et tissus mous, péritoine	4	3	7	3	2	5	0,75	0,67	0,71
Mélanomes	18	4	22	2	1	3	0,11	0,25	0,14
Autres tumeurs cutanées	0	0	0	2	0	2	NV	NV	NV
Mésothéliome	1	0	1	0	1	1	0,00	NV	1,00
Seins	3	140	143	1	20	21	0,33	0,14	0,15
Utérus		54	54		21	21		0,39	0,39
Ovaires et annexes		14	14		9	9		0,64	0,64
Placenta, autres organes génitaux fem.		2	2		0	0		0,00	0,00
Prostate	113		113	21		21	0,19		0,19
Testicule	5		5	0		0	0,00		0,00
Verge et autres organes génitaux masc.	0		0	0		0	NV		NV
Vessie	12	1	13	6	1	7	0,50	1,00	0,54
Rein et org. Urinaires	14	10	24	2	3	5	0,14	0,30	0,21
Œil	0	2	2	0	0	0	NV	0,00	0,00
Encéphale, autre SNC	4	5	9	9	1	10	2,25	0,20	1,11
Thyroïde	3	17	20	2	2	4	0,67	0,12	0,20
Autres glandes endocrines	0	0	0	0	0	0	NV	NV	NV
Autres et mal définis	13	11	24	13	15	28	1,00	1,36	1,17
Maladie de Hodgkin	0	1	1	0	0	0	NV	0,00	0,00
LNH	31	18	49	11	7	18	0,35	0,39	0,37
Leucémies	5	3	8	8	5	13	1,60	1,67	1,63
Autres hémopathies (avec SMD, SMP)	13	7	20	2	1	3	0,15	0,14	0,15
Total	469	399	868	239	164	403	0,51	0,41	0,46
NV : non valide									

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

2014	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	26	0	0	0	0	0	0	0	1	3	0	3	2	6	6	2	2	1	0	3,0
Oesophage	13	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	3	4	0	3	0	1	0	1,5
Estomac	34	0	0	0	0	0	0	1	1	1	2	5	1	2	7	3	7	3	1	3,9
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	78	0	0	0	0	0	0	4	2	3	4	7	12	7	10	6	9	12	2	9,0
Foie	25	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1	2	1	5	6	4	1	3	0	2,9
Voies biliaires	8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	0	2	1	1	0	1	0,9
Pancréas	26	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2	4	1	1	5	5	4	1	1	3,0
Nez, sinus, oreil.moyen., aut. res	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0,2
Larynx	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2	0	0	0	1	0,6
Bronche, poumon	114	0	0	0	0	0	0	1	2	7	6	8	12	15	24	13	12	11	3	13,1
Thymus, cœur, médiastin	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0,2
Mésothéliome	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0,1
Os, cartilage articul.	4	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0,5
Mélanomes cutanés	22	0	0	0	0	0	0	1	2	0	5	2	2	1	3	3	2	1	0	2,5
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	1	0	0	0	0	0	1	0	2	0	0	0	1	0	0	2	0	0	0,8
Sein	143	0	0	0	0	0	3	10	9	11	23	25	13	11	17	5	5	6	5	16,5
Col utérin	20	0	0	0	0	0	1	1	2	2	7	1	1	2	1	1	0	1	0	2,3
Corps utérin	34	0	0	0	0	0	0	2	1	2	1	2	6	4	7	3	4	2	0	3,9
Ovaire	14	0	0	0	0	0	0	1	0	1	2	1	2	1	5	1	0	0	0	1,6
Autres organes génitaux F	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0,2
Prostate	113	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	4	8	16	30	21	20	9	3	13,0
Testicule	5	0	0	0	0	0	2	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0,6
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	23	0	0	0	0	3	0	0	1	0	1	3	2	3	5	2	1	2	0	2,6
Voies excrétrices	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0,1
Vessie	13	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1	0	0	1	3	1	3	2	0	1,5
Oeil	2	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0,2
Cerveau, système nerveux	9	0	0	1	0	1	0	0	2	0	1	0	0	1	0	0	3	0	0	1,0
Thyroïde	20	0	0	0	0	1	2	0	1	2	2	0	2	4	4	2	0	0	0	2,3
Surrénale, autre glande endocrin	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,0
Maladie de Hodgkin	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,1
Lymphomes non hodgkinien	49	1	0	1	1	0	2	0	2	1	6	3	7	8	4	6	5	1	1	5,6
Leucémies aiguës myéloïdes	8	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	2	2	1	2	0	0	0,9
Syndromes myéloprolifératifs chr	14	0	0	0	1	0	0	1	1	0	1	0	0	2	1	1	4	1	1	1,6
Syndromes myelodysplasiques	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	2	0	3	0	0	0,7
Site primitif incertain	24	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	1	3	4	6	2	1	4	1	2,8
TOTAL	868	3	0	3	2	6	11	24	30	43	68	76	82	102	156	89	91	61	21	100,0

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

HOMMES 2014	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	23	0	0	0	0	0	0	0	1	2	0	3	2	6	4	2	2	1	0	4,9%
Oesophage	12	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	3	3	0	3	0	1	0	2,6%
Estomac	21	0	0	0	0	0	0	1	1	0	2	1	1	1	5	2	4	2	1	4,5%
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	42	0	0	0	0	0	0	2	1	2	1	3	6	5	5	4	5	6	2	9,0%
Foie	20	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	4	5	4	0	3	0	4,3%
Voies biliaires	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0,4%
Pancréas	17	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2	3	1	1	2	2	4	0	1	3,6%
Nez, sinus, oreil.moyen., aut. resp	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0,4%
Larynx	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2	0	0	0	0	0,9%
Bronches, poumon	84	0	0	0	0	0	0	1	2	5	5	6	9	12	17	11	8	7	1	17,9%
Thymus, cœur, médiastin	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0,4%
Mésothéliome	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0,2%
Os, cartilage articul.	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,2%
Mélanome cutané	18	0	0	0	0	0	0	0	1	0	3	2	2	1	3	3	2	1	0	3,8%
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	4	0	0	0	0	0	0	1	0	2	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0,9%
Sein	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0,6%
Prostate	113	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	4	8	16	30	21	20	9	3	24,1%
Testicule	5	0	0	0	0	0	2	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1,1%
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	14	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	2	1	5	2	1	0	0	3,0%
Voies excrétrices	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,0%
Vessie	12	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1	0	0	1	3	1	3	1	0	2,6%
Oeil	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,0%
Cerveau, système nerveux	4	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0,9%
Thyroïde	3	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0,6%
Surrénale, autre glande endocrine	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,0%
Maladie de Hodgkin	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,0%
Lymphomes non hodgkinien	31	0	0	0	0	0	0	0	1	1	5	1	4	6	4	6	3	0	0	6,6%
Leucémies aiguës myéloïdes	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	1	1	0	0	1,1%
Syndromes myéloprolifératifs chroniques	8	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	3	1	1	1,7%
Syndromes myélodysplasiques	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	2	0	2	0	0	1,1%
Site primitif incertain	13	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	3	2	2	2	1	1	0	2,8%
TOTAL	469	1	0	1	1	1	3	6	11	16	22	32	44	63	94	68	64	33	9	100,00%

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

FEMMES 2014	Total	0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	≥ 85
Lèvre-Bouche-Pharynx	3	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	2	0	0	0	0
Oesophage	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
Estomac	13	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	4	0	1	2	1	3	1	0
Intestin grêle	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	2	1	1	3	4	6	2	5	2	4	6	0
Foie	5	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	1	0	1	0	0
Voies biliaires	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	0	1	1	0	0	1
Pancréas	9	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	3	3	0	1	0
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
Larynx	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Bronches, poumon	30	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1	2	3	3	7	2	4	4	2
Thymus, cœur, médiastin	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
Os, cartilage articul.	3	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0
Mélanomes cutanés	4	0	0	0	0	0	0	1	1	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0
Autres tumeurs cutanées	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tissus mous, péritoine	3	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0
Sein	140	0	0	0	0	0	3	10	9	11	23	25	13	11	16	4	4	6	5
Col utérin	20	0	0	0	0	0	1	1	2	2	7	1	1	2	1	1	0	1	0
Corps utérin	34	0	0	0	0	0	0	2	1	2	1	2	6	4	7	3	4	2	0
Ovaire	14	0	0	0	0	0	0	1	0	1	2	1	2	1	5	1	0	0	0
Autres organes génitaux	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
Rein	9	0	0	0	0	3	0	0	1	0	1	0	0	2	0	0	0	2	0
Voies excrétrices	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Vessie	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Oeil	2	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0
Cerveau, système nerveux	5	0	0	1	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0
Thyroïde	17	0	0	0	0	1	1	0	1	2	2	0	2	3	4	1	0	0	0
Surrénale, autre glande endocrine	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Maladie de Hodgkin	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Lymphomes non hodgkinien	18	1	0	1	1	0	2	0	1	0	1	2	3	2	0	0	2	1	1
Leucémies aiguës myéloïdes	3	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0
Syndromes myéloprolifératifs chroniques	6	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	1	1	1	0	0
Syndromes myelodysplasiques	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
Site primitif incertain	11	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	2	4	0	0	3	1
TOTAL	399	2	0	2	1	5	8	18	19	27	46	44	38	39	62	21	27	28	12

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

INCIDENCE HOMMES 2014	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	16,97	0	0	0	0	0	0	0	10,1122	18,61	0,00	36,60	31,40	113,57	89,51	68,56	102,15	90,6618	0,00	14,88
Oesophage	8,85	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	24,4021	47,10	56,79	0,00	102,85	0,00	90,66	0	7,89
Estomac	15,49	0	0	0	0	0	0	9,79528	10,1122	0	21,69	12,20	15,70	18,93	111,88	68,56	204,29	181,32	152,67	12,93
Intestin grêle	0,00	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00
Côlon-Rectum	30,99	0	0	0	0	0	0	19,5906	10,1122	18,61	10,85	36,60	94,19	94,64	111,88	137,13	255,36	543,97	305,34	25,83
Foie	14,76	0	0	0	0	0	0	0	0,00	9,30	10,85	12,20	15,70	75,71	111,88	137,13	0,00	271,99	0	12,93
Voies biliaires	1,48	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00	22,38	0,00	51,0725	0,00	0	1,18
Pancréas	12,54	0	0	0	0	0	0	0	10,1122	0	21,69	36,6032	15,70	18,93	44,75	68,56	204,29	0	152,67	10,64
Nez, sinus, oreil.moyen., aut. resp	1,48	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00	0	0	15,70	0	0	34,2818	0	0	0	1,31
Larynx	2,95	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00	15,70	18,93	44,7527	0	0	0	0,00	2,73
Bronches, poumon	61,97	0	0	0	0	0	0	9,80	20,2245	46,52	54,23	73,21	141,29	227,14	380,40	377,10	408,58	634,63	152,67	53,22
Thymus, cœur, médiastin	1,48	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	12,2011	0	0,00	0	34,2818	0	0	0	1,30
Mésothéliome	0,74	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	22,3764	0	0	0	0	0,67
Os, cartilage articul.	0,74	0	0	8,90551	0,00	0	0	0	0,00	0	0	0	0,00	0	0	0	0	0	0	0,80
Mélanome cutané	13,28	0	0	0	0	0	0	0,00	10,1122	0,00	32,538	24,4021	31,40	18,93	67,13	102,85	102,15	90,66	0	11,34
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	0,00
Tissus mous, péritoine	2,95	0	0	0	0	0	0	9,79528	0,00	18,6064	0,00	0	0	0,00	0,00	0,00	51,07	0,00	0	2,21
Sein	2,21	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	22,3764	34,28	51,0725	0	0	1,87
Prostate	83,37	9,37822	0	0	0	0	0	0	0	0	10,846	48,80	125,59	302,86	671,29	719,92	1021,45	815,96	458,02	72,48
Testicule	3,69	0	0	0	0	0	19,46	9,79528	0,00	9,30319	10,846	0	0	0	0	0	0	0	0	3,35
Autres organes génitaux	0,00	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00
Rein	10,33	0	0	0	0	0	0	0	0,00	0	0,00	36,60	31,40	18,9286	111,88	68,56	51,07	0,00	0,00	9,08
Voies excrétrices	0,00	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00
Vessie	8,85	0	0	0	0	0	0	0	0,00	18,6064	10,846	0,00	0,00	18,9286	67,13	34,28	153,22	90,66	0,00	7,21
Oeil	0,00	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00	0	0	0	0	0	0	0	0,00
Cerveau, système nerveux	2,95	0	0	0	0	9,77135	0	0	10,1122	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0,00	102,145	0	0,00	2,41
Thyroïde	2,21	0	0	0	0,00	0	9,73236	0	0	0	0	0,00	0,00	18,93	0,00	34,28	0	0	0	2,22
Surrénale, autre glande endocrine	0,00	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00
Maladie de Hodgkin	0,00	0	0	0	0	0	0	0	0,00	0,00	0	0	0	0,00	0	0	0	0	0	0,00
Lymphomes non hodgkinien	22,87	0,00	0,00	0	0	0	0	0	10,1122	9,30319	54,23	12,20	62,79	113,57	89,51	205,69	153,22	0,00	0,00	20,41
Leucémies aiguës myéloïdes	3,69	0	0,00	0	0	0	0	0	0,00	0,00	0	0	0,00	18,9286	37,8573	18,9286	51,07	0	0	2,78
Syndromes myéloprolifératifs chroniques	5,90	0	0	0,00	8,81446	0	0	0	10,1122	0	0,00	0	0,00	18,93	0	0,00	153,218	90,66	152,672	4,91
Syndromes myelodysplasiques	3,69	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	12,2011	0	0	44,7527	0,00	102,145	0	0,00	2,97
Site primitif incertain	9,59	0,00	0	0,00	0,00	0	0	0	10,1122	0	0,00	12,20	47,10	37,86	44,75	69	51,07	90,6618	0,00	8,29
TOTAL	346,02	9,38	0,00	8,91	8,81	9,77	29,20	58,77	111,23	148,85	238,61	390,43	690,74	1192,50	2103,38	2331,16	3268,64	2991,84	1374,05	298,38

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

INCIDENCE FEMMES 2014	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	2,25	0	0	0	0	0	0	0	0	10	0,00	0,00	0	0,00	48	0,00	0,00	0	0,00	2,01
Oesophage	0,75	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00	0	0	20	0	0	0	0	0	0,79
Estomac	9,76	0	0	0	0	0	0	0	0	10	0	50,11	0	19,77	48,10	32	137,87	68	0	7,67
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	27,02	0	0	0	0	0	0	19,74	9,84	10	32,34	50,11	95,89	39,53	120,25	64,23	183,82	406	0,00	20,97
Foie	3,75	0	0	0	0	0	0	0	0	9,52	0	13	0,00	20	24,05	0,00	45,96	0,00	0,00	3,17
Voies biliaires	4,50	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	13	32	0,00	24,05	32,11	0	0,00	86	3,70
Pancréas	6,76	0	0	0	0	0	0	0	0	9,52	0	12,53	0,00	0,00	72,15	96,34	0	67,70	0,00	5,63
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	0,75	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	86	0,43
Bronches, poumon	22,52	0	0	0	0	0	0	0	0	19,03	10,78	25,06	47,95	59,30	168,35	64,23	183,82	270,82	172,41	17,72
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	0,00	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00	0	0	0	0	0	0,00	0,00
Os, cartilage articul.	2,25	0	0	0	0,00	0	10	0	0	0,00	0	0	0	0	48	0	0	0	0	2,23
Mélanomes cutanés	3,00	0	0	0	0	0	0	10	9,84	0,00	21,56	0,00	0,00	0	0	0	0,00	0	0,00	2,48
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	2,25	10	0	0	0	0	0	0,00	0	0,00	0	0	0	20	0	0	46	0	0	2,45
Sein	105,09	0	0	0	0	0	29,35	99	88,54	104,68	247,95	313,20	207,77	217,43	384,80	128,45	183,82	406,23	431,03	87,55
Col utérin	15,01	0	0	0	0	0	10	10	19,68	19,03	75,46	12,53	15,98	39,53	24,05	32,11	0,00	67,70	0,00	12,77
Corps utérin	25,52	0	0	0	0	0	0	19,74	9,84	19,03	10,78	25,06	95,89	79,07	168,35	96	184	135,41	0,00	21,31
Ovaire	10,51	0	0	0	0	0	0	9,87	0	9,52	22	13	31,96	19,77	120,25	32	0,00	0	0	9,40
Autres organes génitaux	1,50	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00	0,00	0,00	0	0,00	0	32	0	0	86	1,07
Rein	6,76	0	0	0	0	31	0	0	10	0	11	0	0	39,53	0	0	0	135,41	0	6,00
Voies excrétrices	0,75	0	0	0	0	0	0	0	0	0	11	0	0	0	0	0	0,00	0	0,00	0,65
Vessie	0,75	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00	0,00	0	0	0	67,70	0	0,34
Oeil	1,50	0	0	0	0	0	0	0	0,00	10	0	0	0	0	24	0	0	0	0	1,29
Cerveau, système nerveux	3,75	0	0,00	9	0	0	0	0	10	0,00	11	0	0,00	20	0,00	0	46	0	0	3,32
Thyroïde	12,76	0	0	0	0,00	10	9,78	0,00	10	19,03	21,56	0,00	31,96	59,30	96,20	32,11	0,00	0	0	11,82
Surrénale, autre glande endocrine	0,00	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00	0	0,00
Maladie de Hodgkin	0,75	0	0	0	0	10	0,00	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,84
Lymphomes non hodgkinien	13,51	10	0	9	9	0	20	0	10	0,00	10,78	25,06	47,95	39,53	0,00	0,00	91,91	67,70	86,21	12,10
Leucémies aiguës myéloïdes	2,25	0,00	0	0	0	0	0	0	0	9,52	0,00	0	0	20	0,00	0,00	46	0,00	0	1,82
Syndromes myéloprolifératifs chroniques	4,50	0	0	0	0,00	0	0	10	0	0	11	0,00	0,00	20	24,05	32	46	0,00	0,00	3,85
Syndromes myelodysplasiques	0,75	0,00	0	0	0	0	0	0	0,00	0	0	0	0	0	0,00	0	46	0,00	0,00	0,46
Site primitif incertain	8,26	0	0	0	0	0	0	0	10	0	0,00	0	0,00	39,53	96	0	0	203,11	86	6,50
TOTAL	299,49	19,99	0,00	18,52	9,14	52,25	78,27	177,69	186,92	256,95	495,90	551,24	607,32	770,90	1491,10	674,37	1240,81	1895,73	1034,48	250,35

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.

Population de référence de Nouvelle-Calédonie : ISEE 2014

Population mondiale : Waterhouse 1976 (IARC)

Documents de références

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

Guides ENCR-INVS, CIMO-3

