

DASS-NC

SERVICE DE SANTE PUBLIQUE

RAPPORT D'ACTIVITE 2018

REGISTRE DU CANCER

DE NOUVELLE-CALEDONIE

**DESCRIPTION DES NOUVEAUX CAS
DE CANCER DIAGNOSTIQUES EN 2016**

Situation au 01 Avril 2019

SOMMAIRE

I GENERALITES	4
I-1 Introduction.....	4
I-2 Rappel historique	4
I-3 Fonctionnement actuel du registre	5
I-4 Critères d'enregistrement.....	5
II Exhaustivité et qualité des données :	6
II-1 Sources d'information :	6
II-2 Evaluation de l'exhaustivité et de la qualité des données.....	6
II-2.a Sources de signalement.....	7
II-2.b Base de diagnostic	7
II-2.c Retour aux dossiers cliniques.....	7
III DESCRIPTION DES CAS INCIDENTS 2016	9
III-1 Caractéristiques sociodémographiques	9
III-1.a Répartition selon l'âge et le sexe (figure 3).....	9
III-1.b Répartition et incidences selon la province de résidence	10
III-1.c Répartition selon la communauté	10
III-2 Etude selon la topographie	10
III-2.a Répartition par topographie selon le sexe.....	10
III-2.b Répartition par topographie selon la province de résidence et le sexe.....	12
III-3 Comparaisons internationales (Globocan 2018-IARC) : http://gco.iarc.fr/	14
III-4 Evolution	15
IV ETUDE PAR TOPOGRAPHIE	15
.....	15
VI-1 Cancers ORL.....	16
VI-1.a Cancers ORL: (codes CIM-10: C00 à C14 – C30 à C32 – C39 – C760)	16
VI-1.b Cancer de la thyroïde (code CIM-10 : C73).....	20
VI-3 Appareil digestif.....	25
VI-3.a Cancer du Colon-Rectum (CR) : (codes CIM-10 : C18 à C20).....	25
VI-3.b Cancer de l'estomac : (code CIM-10 : C16)	30
VI-3.c Cancer du foie : Carcinomes hépatocellulaires (CHC) : (code CIM-10 : C22.0)	34
IV-3.d Cancer des voies biliaires intra-hépatiques, extra-hépatiques et de la vésicule biliaire (VB) : (Codes CIM-10 : C22.1 + C23 + C24)	38
IV-3.e Cancer du pancréas : (code CIM-10 : C25).....	41
IV-3.f Cancer de l'œsophage : (code CIM-10 : C15).....	45
IV-4 Appareil respiratoire et plèvre.....	48
IV-4-a : bronches-poumon (KBP) (code CIM-10 : C34).....	48
IV-5. Appareil génital chez la femme et cancer du sein.....	55

IV-5.a Cancer du sein (<i>code CIM-10 : C50</i>)	55
IV-5.b Cancer du col de l'utérus : (<i>code CIM-10 : C53</i>).....	60
IV-5.c Cancer de l'endomètre (utérus) : (<i>code CIM-10 : C54</i>)	66
IV-5.d Cancer de l'ovaire : (<i>code CIM-10 : C56</i>)	70
VI-6 Appareil uro-génital masculin : prostate (<i>code CIM-10 : C61</i>)	74
IV-7 Appareil urinaire	78
VI-7.a Cancer du rein : (<i>code CIM-10 : C64</i>)	78
IV-7.b Vessie et voies urinaires (<i>Codes CIM-10 : C65 à C68</i>).....	82
IV-8 Hémopathies malignes	87
IV-8.a Lymphomes Malin Non Hodgkiniens (LMNH) (<i>codes CIM 10 : C82 à C85 – C96</i>)	87
IV-8.b Leucémies : (<i>codes CIM 10 : C91 à C95</i>).....	91
IV-8.c Myélomes : (<i>codes CIM 10 : C88 à C90</i>)	95
IV-8.d Maladie de Hodgkin (<i>Code CIM10 : C81</i>)	98
IV-8.e Autres hémopathies : (<i>codes CIM 10 : D45 à D47</i>).....	100
VI-9 Mélanomes cutanés (<i>code CIM-10 : C43</i>)	101
VI-10 Tumeurs du système nerveux central (<i>code CIM-10 : C70-C72</i>)	106

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 du cancer 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 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** : estimer le pronostic des sujets atteints, et rechercher les facteurs qui sont associés à un pronostic favorable ou défavorable ;
- l'**épidémiologie étiologique** : 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, les définitions (incidence, tumeurs multiples, récurrences, ..), le mode de recueil et d'enregistrement des données sont standardisés et suivent les règles internationales du Centre International de Recherche sur le Cancer (CIRC) et de l'European Network of Cancer Registries (ENCR).

I-2 Rappel historique

- 1977 : Création du bureau des statistiques oncologiques à la Direction du Service de Santé et d'Hygiène Publique de la Nouvelle-Calédonie.
- 1985 : Gestion du fichier confié à l'Institut Pasteur Nouvelle-Calédonie (IPNC)
- 1994 : Le cancer devient une maladie à déclaration obligatoire
- 1998 : 1^{ère} qualification du registre par le comité national des registres, non renouvelée en 2008 pour « qualité insuffisante des données et manque d'exhaustivité »
- 2011 : Transfert du registre au service de Santé Publique de la DASS-NC
- 2013 : Renouvellement de la qualification du registre, ainsi qu'en 2015 par le comité d'évaluation des registres
- 2018 : Avis général du comité d'évaluation du registre pour 5 ans : bon (Qualité technique bonne, apport en santé publique bon, apport pour la recherche bon)

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 enquêtrice-épidémiologiste à temps-plein.

Le comité scientifique du registre comprenant les principaux partenaires, présidé par le médecin inspecteur du service 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 des 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 du cancer de Nouvelle-Calédonie enregistre toutes les tumeurs solides malignes primitives, hors tumeurs cutanées sauf mélanomes (règles Francim et INVS), et les hémopathies malignes y compris les maladies myéloprolifératives et les syndromes myélodysplasiques. Les carcinomes non infiltrants de la vessie, les tumeurs pré-cancéreuses (CIN 2 et 3) du col utérin, les tumeurs primaires dite « borderline » de l'ovaire et les tumeurs primaires bénignes du système nerveux central sont également enregistrés mais 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, la morphologie et comportement des tumeurs sont codés selon la 3^{ème} révision de la classification internationale des maladies oncologiques (CIM-O3), classification à partir de laquelle les données sont ensuite recodées par le logiciel CANREG-5 selon la classification de la CIM-10. Dans la suite du rapport, les sites sont présentés par topographie selon la CIM-10.

- Dans les chapitres suivants, sont présentés les résultats de **l'année d'incidence 2016** avec un fichier arrêté au **01 Avril 2019**.
- L'incidence comprend les tumeurs solides invasives, hors peau sauf mélanomes, et les hémopathies malignes.

II Exhaustivité et qualité des données :

II-1 Sources d'information :

On distingue deux sources d'information :

- les sources de signalement ou de notification au nombre de 11 :
 - les 2 laboratoires d'anatomo-cytopathologie
 - les fiches de maladies à déclaration obligatoire (MDO)
 - les longues maladies de la CAFAT
 - le PMSI du Centre Hospitalier Territorial (CHT)
 - le réseau onco-NC
 - les certificats de décès
 - le laboratoire d'hématologie du CHT
 - les résultats du dépistage de l'Agence Sanitaire et Sociale (ASS-NC)
 - les Evasans
 - le centre de radiothérapie de Nouvelle-Calédonie
- les sources consultées, qui permettent de vérifier et de compléter les données (dossiers médicaux, e-service de la CAFAT, ...).

II-2 Evaluation de l'exhaustivité et de la qualité des données

L'augmentation du nombre de sources de signalement lors de la reprise du registre par la DASS-NC, ainsi que la mise en place d'un retour au dossier systématique a permis d'améliorer significativement l'exhaustivité et la qualité de la base de données (figure 1).

Uniquement pour l'année d'incidence 2008, la mise en place des nouvelles procédures a permis de récupérer 255 cas (+46%). L'évolution minimale du nombre de nouveaux cas observée pour les années antérieures à 2016 témoigne de l'atteinte de l'exhaustivité.

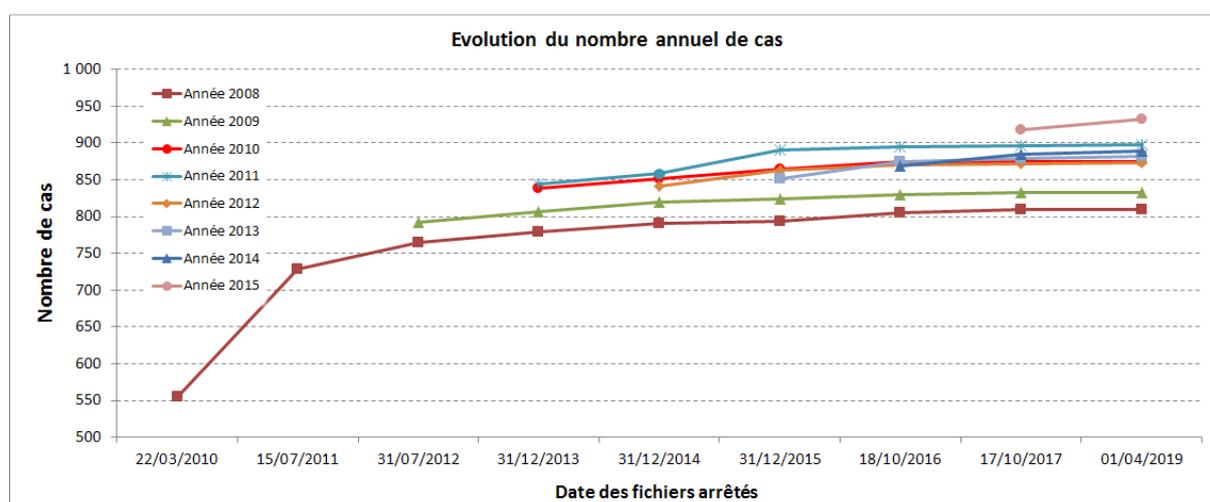


Figure 1 - Evolution annuelle du nombre de tumeurs invasives enregistrées selon l'année de diagnostic et la date du fichier

II-2.a Sources de signalement

Pour l'année d'incidence 2016, 10 % (n=94) des cas ont été signalés par une seule et unique source de notification (figure 2). Les données de la longue maladie ont permis d'enregistrer 46 tumeurs qui n'étaient signalées par aucune autre source, et pour les autres sources : respectivement 15 dossiers signalés uniquement par les certificats de décès, 13 par les comptes rendus d'anatomopathologie et 12 par les fiches RCP du réseau Onco-nc (tableau1). 3 tumeurs ont été retrouvées en consultant le dossier médical du patient et n'étaient signalées par aucune autre source.

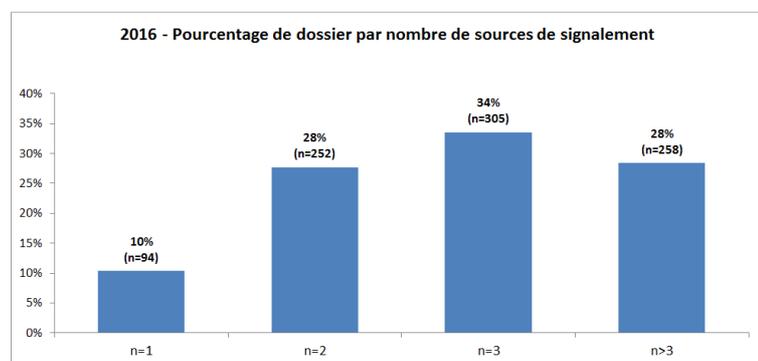


Figure 2 - Répartition du nombre de sources de signalement

Tableau 1 – Répartition des sources uniques de signalement

	Nb	% des cas total
LM	46	5,1%
DC	15	1,7%
CRAP	13	1,4%
RCP	12	1,3%
PMSI	3	0,3%
Registre	3	0,3%
MDO	2	0,2%
Total	94	10,3%

II-2.b Base de diagnostic

La base de diagnostic est un élément important pour apprécier l'exhaustivité des données. En effet, il est important de bien prendre en compte et d'enregistrer également les cancers diagnostiqués sans preuve histologique (tableau 2). En 2016, 95% des cancers ont été diagnostiqués suite à un examen histologique ou cytologique. Les 5% restant ont été diagnostiqués soit par imagerie, soit par des tests biologiques. Le diagnostic par test biologique concerne uniquement les cancers de la prostate avec l'antigène spécifique prostatique (PSA) et les hépatocarcinomes avec un dosage de l'alpha-foeto protéine (AFP).

Tableau 2 - Répartition par base de diagnostic pour l'année d'incidence 2015

	Nombre	Pourcentage
Histologie de la tumeur	729	80%
Cyto	78	9%
Histologie de la métastase	54	6%
Radio	37	4%
Test biologique	10	1%
Exploration chir sans histo	1	0%
Clinique	0	0%
Inconnu	0	0%
Total	909	100%

II-2.c Retour aux dossiers cliniques

Le retour au dossier clinique permet de vérifier si les cancers signalés entrent bien dans les critères d'enregistrement et le cas échéant, de récupérer les informations sociodémographiques et médicales nécessaires. Il est réalisé pour toutes les tumeurs primitives invasives, les hémopathies, les cancers in situ du sein, et les tumeurs non invasives de la vessie et du système nerveux central.

Pour l'année d'incidence 2016, exception faite mélanomes cutanés, 96% des tumeurs enregistrées ont fait l'objet d'un retour aux dossiers cliniques à la date du 01/04/2019 (877/909).

Malgré un retour au dossier clinique, certaines données ne sont pas toujours suffisamment renseignées, notamment en ce qui concerne certaines variables socio-démographiques (tableau 3) ou le facteur de risque concernant le tabagisme

En effet, la consommation tabagique, la communauté d'appartenance ou la profession du patient sont des données qui sont rarement consignées dans le dossier clinique du patient.

Tableau 3 – Pourcentage de données manquantes pour les principales variables

Type de données	Liste des données	% de données manquantes
Données fiche "patient"		
Identification	Nom, Nom d'épouse, Prénom	0%
	Sexe	0%
	Date de naissance	0%
Socio-démographiques	Lieu de naissance	25%
	Communauté d'appartenance	43%
	ATCD de tabagisme	53%
Suivi	Décès par cancer (pour les patients décédés uniquement)	7%
	Statut Vital	9%
Données fiche "tumeur"		
Données patient à la date de diagnostic	Adresse	2%
	Age au diagnostic	0%
	Profession	54%
Tumeur	Circonstances de découverte	5%
	Date de diagnostic	0%
	Topographie	0%
	Base de diagnostic	0%
	Histologie	0%
	Comportement	0%

III DESCRIPTION DES CAS INCIDENTS 2016

Au total, **909** tumeurs invasives et hémopathies malignes, hors peau sauf mélanomes, ont été enregistrées pour l'année d'incidence 2016 (471 chez les hommes et 438 chez les femmes, sex-ratio : 1.08 homme pour une femme) dont :

- **814** tumeurs solides invasives (90 %)
- **95** hémopathies malignes (10%)

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

- 16 tumeurs non malignes du système nerveux central (SNC),
- 134 tumeurs in situ (Côlon-rectum : 2 ; Mélanome : 9 ; Sein : 15 ; Col de l'utérus : 96 ; Vessie : 12).

III-1 Caractéristiques sociodémographiques

III-1.a Répartition selon l'âge et le sexe (figure 3)

Chez les hommes, l'âge moyen au diagnostic est de 64 ans (médiane 66 ans), avec :

- 15% des patients qui ont moins de 50 ans
- 63% des patients qui ont entre 50 et 75 ans
- 22% qui ont 75 ans ou plus

Chez les femmes, l'âge moyen au diagnostic est de 61 ans (médiane 62 ans), avec :

- 28% des patientes qui ont moins de 50 ans (1 femme sur 4)
- 52% des patients qui ont entre 50 et 75 ans
- 20% qui ont 75 ans ou plus

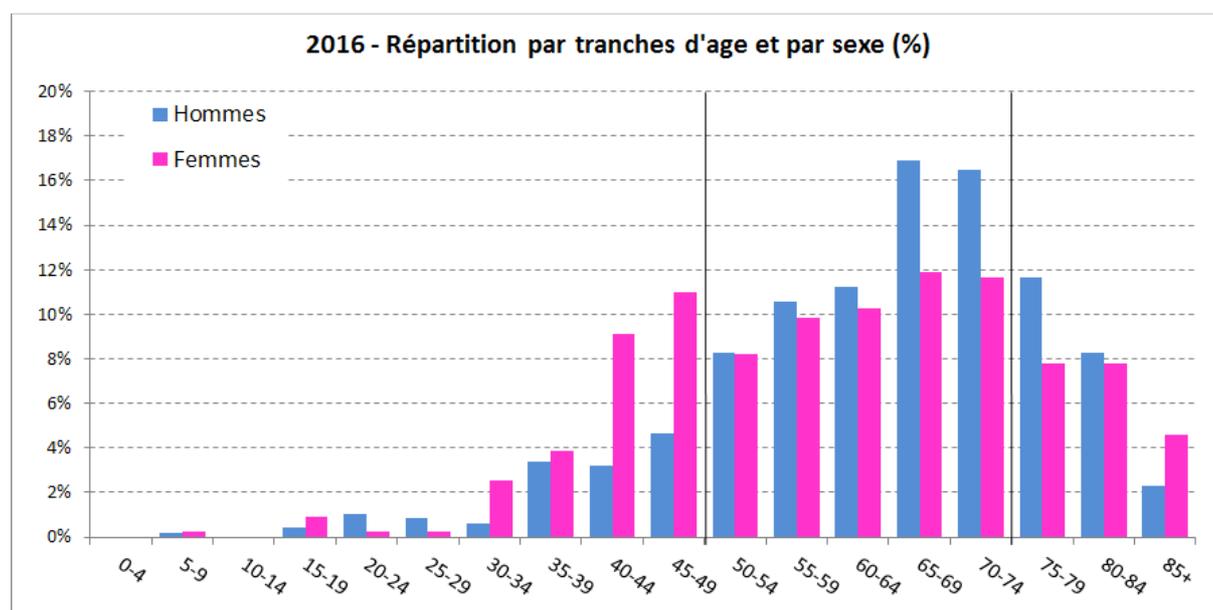


Figure 3 - Répartition du nombre de cas par tranche d'âge et sexe

III-1.b Répartition et incidences selon la province de résidence

La répartition du nombre de cas entre les provinces est comparable à celle observée dans la population générale ($p=0.24$) (figure 4).

Les taux d'incidence, tous cancers confondus, par province de résidence et par sexe sont comparables (figure 5).

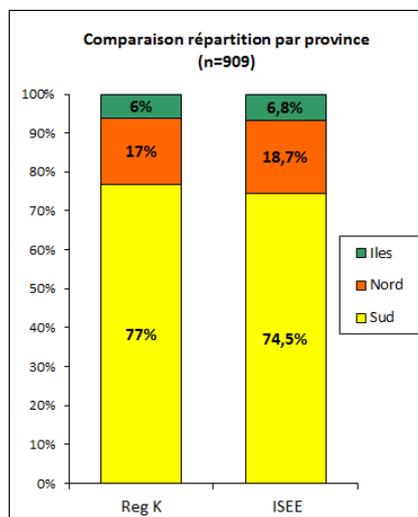


Figure 4 - Répartition selon la province et le sexe

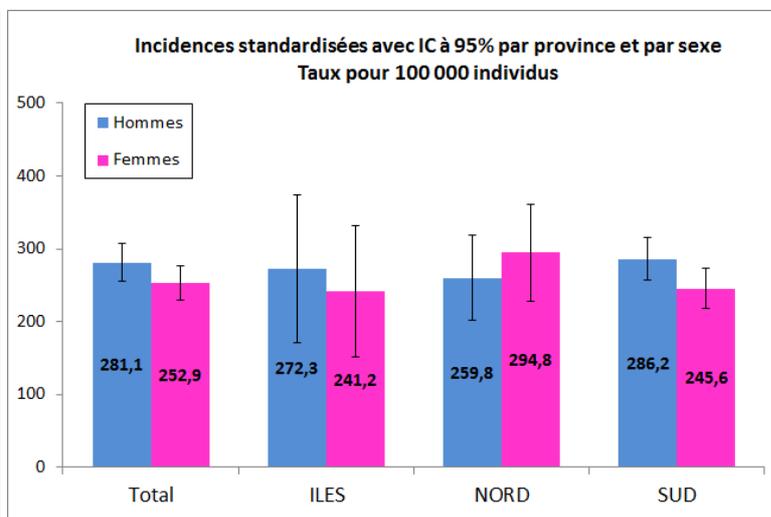


Figure 5 - Taux d'incidence standardisée par province de résidence et par sexe

III-1.c Répartition selon la communauté

Au regard du pourcentage important de données manquantes pour la communauté d'appartenance (43%, voir tableau 3), il n'est pas justifié de réaliser des analyses prenant en compte cette variable.

III-2 Etude selon la topographie

III-2.a Répartition par topographie selon le sexe

Les différentes topographies ont été classées et regroupées selon leur code CIM10 (tableau 4) :

C37-C38-C40-C41-C47-C48-C49-C69-C74-C75	Autres cancers	C51 à C52 - C55 - C57 à C59	Organes génitaux F
C17-C21-C26	Autres digestifs	C60 - C63	Organes génitaux M
D45 à D47	Autres hémopathies	C00 à C14 - C30 à C32 - C39 - C760	ORL
C33-C34	Bronches-Poumon	C56	Ovaire
C53	Col de l'utérus	C25	Pancréas
C18 à C20	Côlon-Rectum	C61	Prostate
C16	Estomac	C64	Rein
C220	Foie - CHC	C50	Sein
C91 à C95	Leucémies	C39 - C76 (hors C760) - C80	Site primitif incertain
C82 à C85 - C96	LMNH	C70 à C72	Système nerveux central
C81	Maladie de Hodgkin	C73	Thyroïde
C43	Mélanome cutané	C54	Utérus
C45	Mésothéliome	C65 à C68	Vessie - Voies urinaires
C88 à C90	Myélomes	C22 (hors C220) - C23 à C24	Voies biliaires + Vésicule
C15	Oesophage		

Tableau 4 – Répartition des topographies selon leur CIM10

Tous sexes confondus, les topographies les plus fréquentes en 2016 sont (figure 6) :

- sein : 145 cas (16%),
- bronches-poumon : 139 cas (15%),
- prostate : 97 cas (11 %).

Comparé à 2015, on observe une diminution de 2,3% du nombre total de cancers (n=932 en 2015). Cependant, on note une augmentation notable du nombre de cancers du sein (n=119 en 2015, +22%) et une diminution du nombre de cancers des bronches-poumon (n=155 en 2015, -10%) et du nombre de cancers de la prostate (n=119 en 2015,-18%).

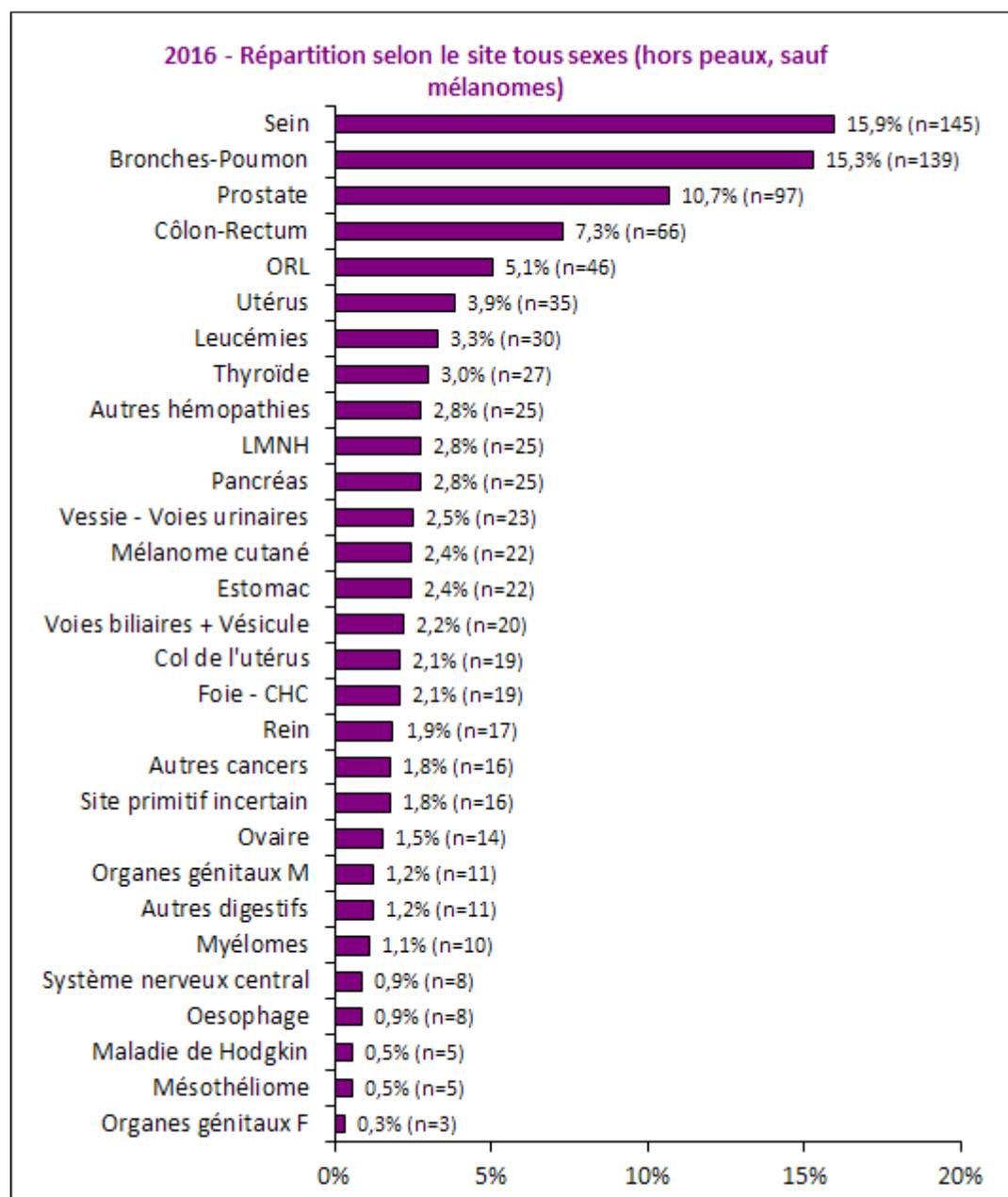


Figure 6 - Répartition des nouveaux cas par topographie

Chez les **hommes (n=471)**, les topographies les plus fréquentes sont :

- prostate : 97 cas (20,5%), soit plus de 1 cancer sur 5
- bronches-poumon : 90 cas (19%), soit près de 1 cancer sur 5
- côlon-rectum : 36 cas (7,6%)

Chez les **femmes (n=438)**, les topographies les plus fréquentes sont :

- sein : 143 cas (32,6%), soit près de 1 cancer sur 3
- bronches-poumon : 49 cas (11,2%)
- utérus : 35 cas (8%)

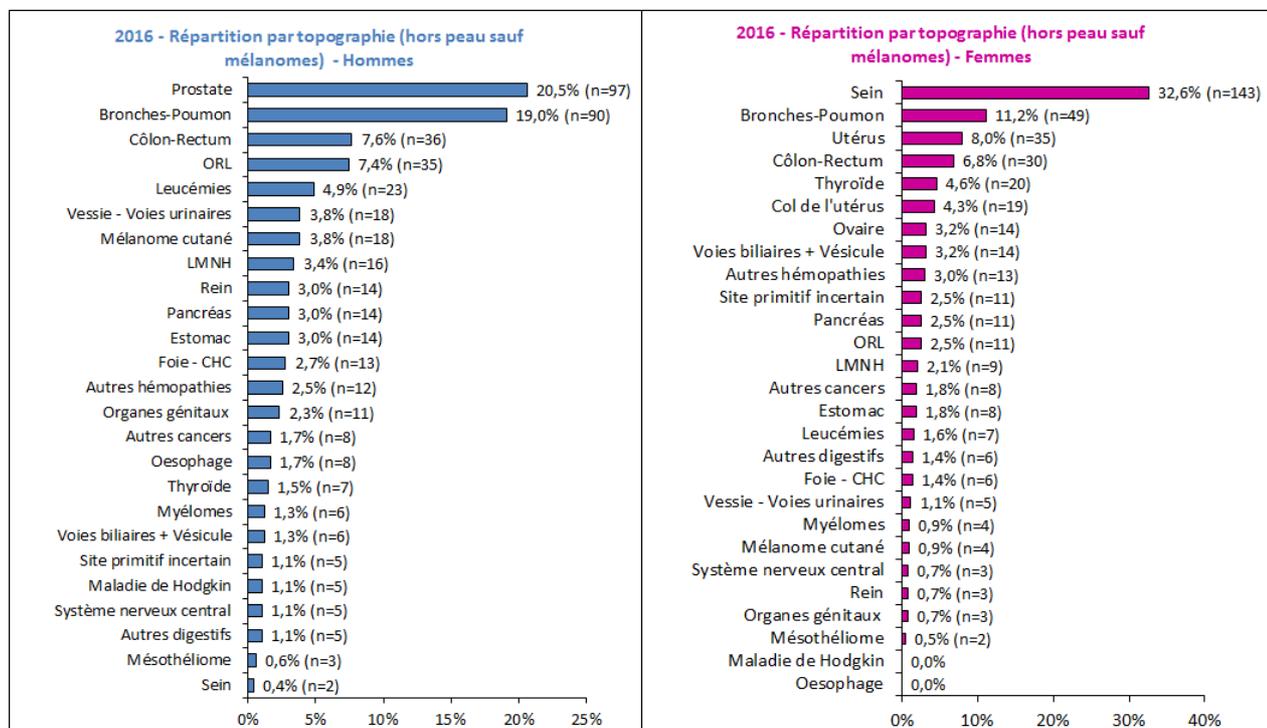


Figure 7 – Répartition des nouveaux cas par topographie selon le sexe

III-2.b Répartition par topographie selon la province de résidence et le sexe

Chez les hommes (figure 8) :

En province des Iles (n=28), les sites les plus fréquents sont les bronches-poumon (32%, n=9), la prostate (14%, n=4) et les leucémies (14%, n=4)

En province Nord (n=76), les sites les plus fréquents sont les bronches-poumon (26%, n=20), la prostate (16%, n=12), le colon-rectum et l'ORL (10,5%, n=8 chacun)

En province Sud (n=367), il s'agit de la prostate (22%, n=81), des bronches-poumon (16,5%, n=61), et du colon-rectum (7%, n=27).

Chez les femmes (figure 9) :

En province des Iles (n=29), les topographies les plus fréquentes sont à égalité le sein et les bronches-poumon (17,2%, n=5 chacun)

En province Nord (n=77), il s'agit du sein (26%, n=20), des bronches-poumon (10%, n=8) et le colon-rectum (9%, n=7)

En province Sud (n=332), il s'agit du sein (35,5%, n=118), des bronches-poumon (11%, n=36) et de l'utérus (9%, n=29).

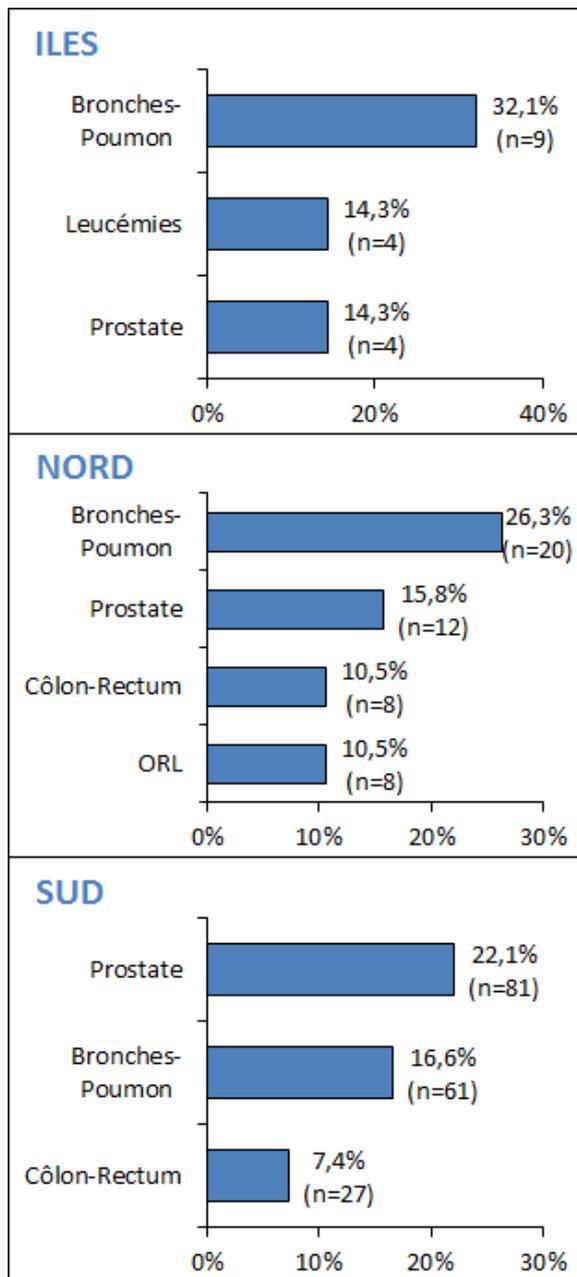


Figure 8 – Répartition des principales topographies par province chez les hommes

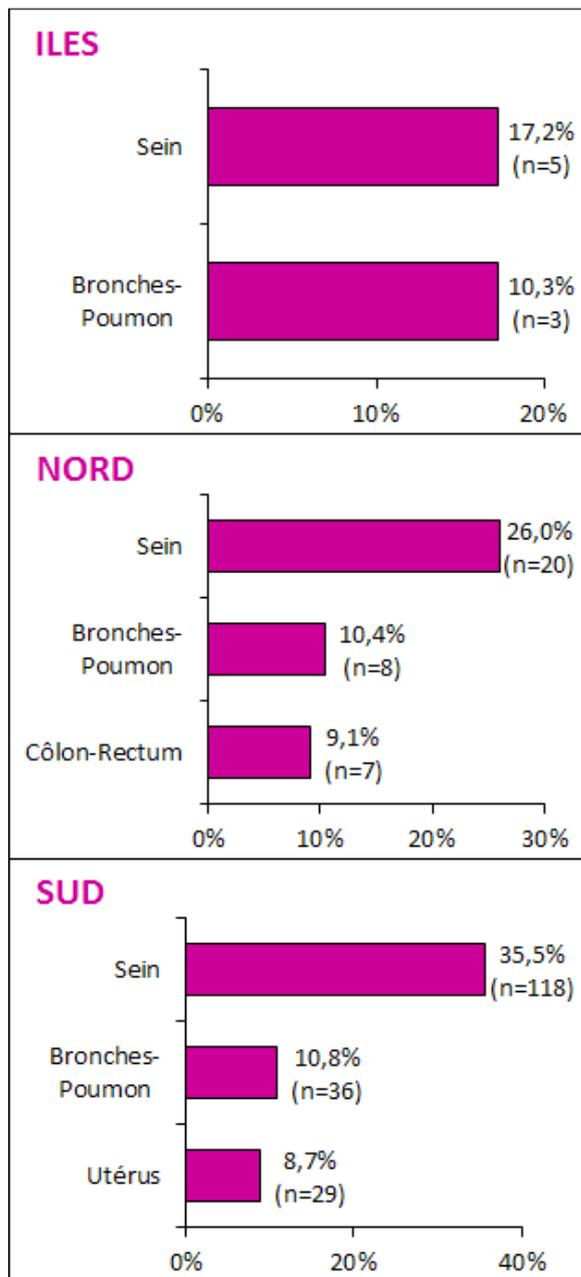


Figure 9 – Répartition des principales topographies par province chez les femmes

III-3 Comparaisons internationales (Globocan 2018-IARC) : <http://gco.iarc.fr/>

Chez les hommes, le taux d'incidence standardisé tous cancers sauf SMP et SMD (valeurs Globocan) est égal à **275,1 (249,9 – 300,4)** pour 100.000 personnes années en 2016. Il est inférieur à ceux de la métropole, de l'Australie, de la Guadeloupe et de la Nouvelle-Zélande. Il est comparable à ceux de la Martinique, de la Polynésie et de la Réunion (figure 10).

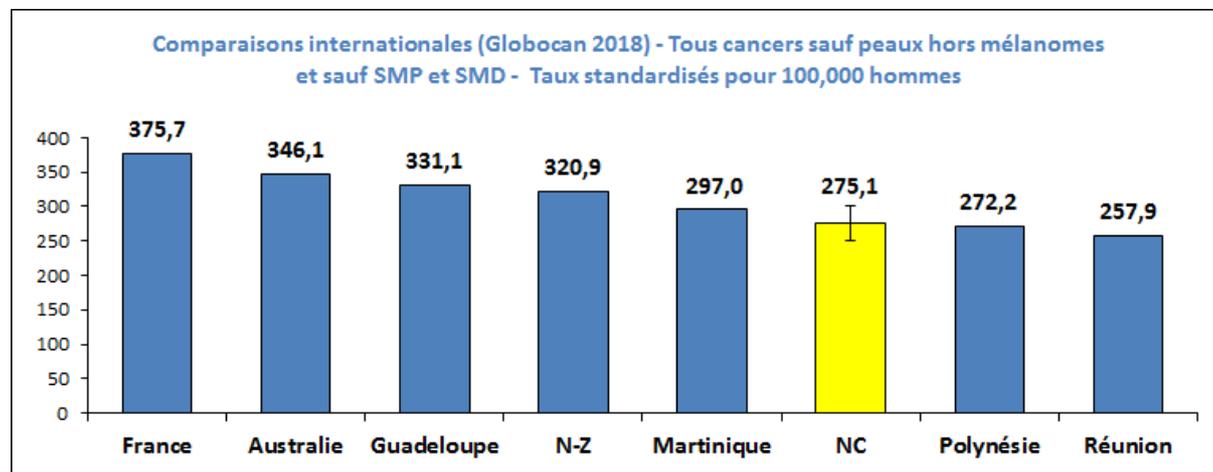


Figure 10 – Comparaison des taux d'incidence standardisé tous cancers chez les hommes

Chez les femmes, le taux d'incidence standardisé tous cancers sauf SMP et SMD est égal à **246 (222,2 – 269,8)** pour 100.000 personnes années en 2016. Il est inférieur à ceux de l'Australie, de la Nouvelle-Zélande et de la métropole. Il est supérieur à ceux de la Polynésie et des autres DOM-TOM (figure 11).

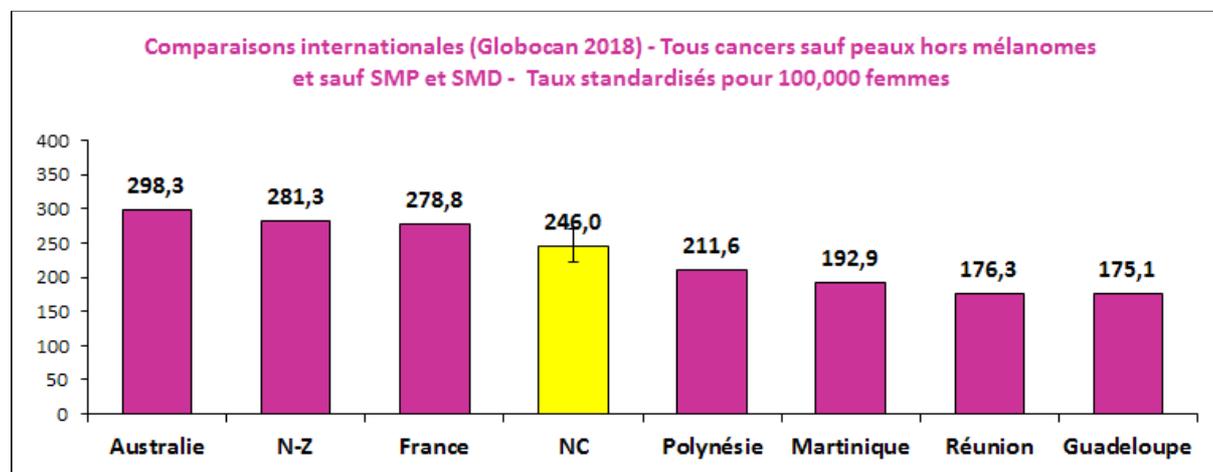


Figure 11 – Comparaison des taux d'incidence standardisé tous cancers chez les femmes

III-4 Evolution

Entre 1984 et 2016, le nombre de cancers diagnostiqués a été multiplié par 4 en passant de 230 cas à 909. Cette croissance a été plus marquée à partir de 2002, et un plateau est atteint depuis 2010. L'amélioration de l'accès aux soins avec l'évolution des plateaux techniques, l'installation de médecins spécialistes ainsi que l'augmentation et le vieillissement de la population et l'évolution des modes de vie peuvent expliquer cette évolution jusqu'aux années 2010. Depuis, les 5 dernières années le nombre de nouveaux cas évolue peu.

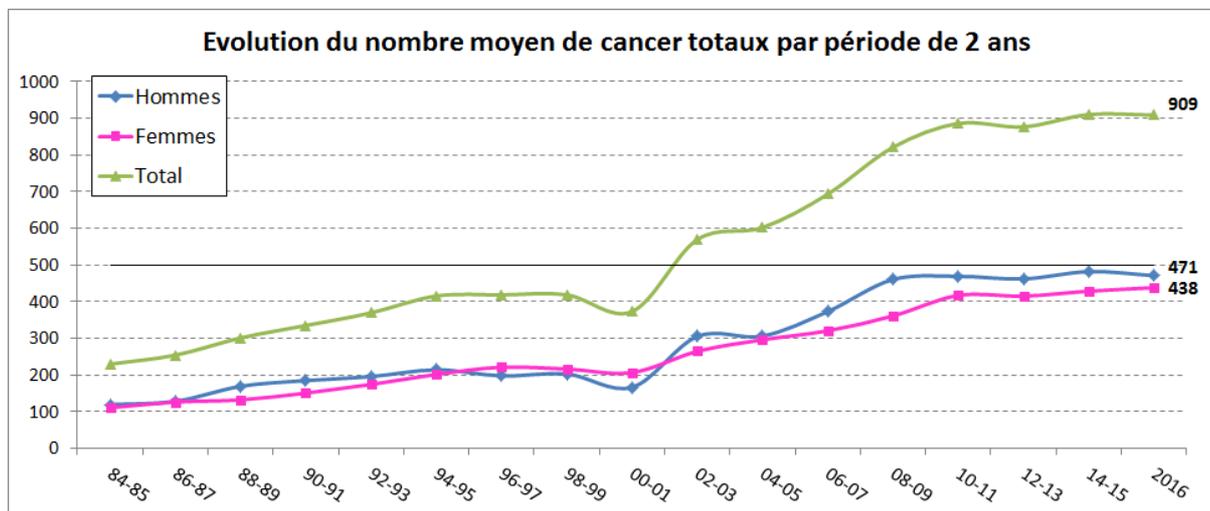


Figure 12 – Evolution du nombre moyen de cas annuel par période de 2 ans

IV ETUDE PAR TOPOGRAPHIE

Pour chaque topographie sont présentées :

- La place de ce type de cancer dans la répartition générale
- La répartition par classe d'âge
- La répartition et le taux d'incidence par province
- Le stade au diagnostic
- La létalité par stade au diagnostic pour les cas diagnostiqués entre 2008 et 2016 OU le taux de survie à 5 ans par stade au diagnostic des cas diagnostiqués entre 2008 et 2013, pour les topographies dont le pourcentage de patients perdus de vue est inférieur à 5%.
- L'évolution du nombre de cas depuis 1984
- La comparaison internationale

VI-1 Cancers ORL

VI-1.a Cancers ORL: (codes CIM-10: C00 à C14 – C30 à C32 – C39 – C760)

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

En 2016, les cancers de la sphère ORL représentent le 5^{ème} site, tous sexes confondus, avec **46** tumeurs invasives. Ils se situent au 4^{ème} rang chez les hommes avec 35 tumeurs, et au 12^{ème} rang chez les femmes avec 11 tumeurs. Le sex-ratio est de 3.18 hommes pour une femme.

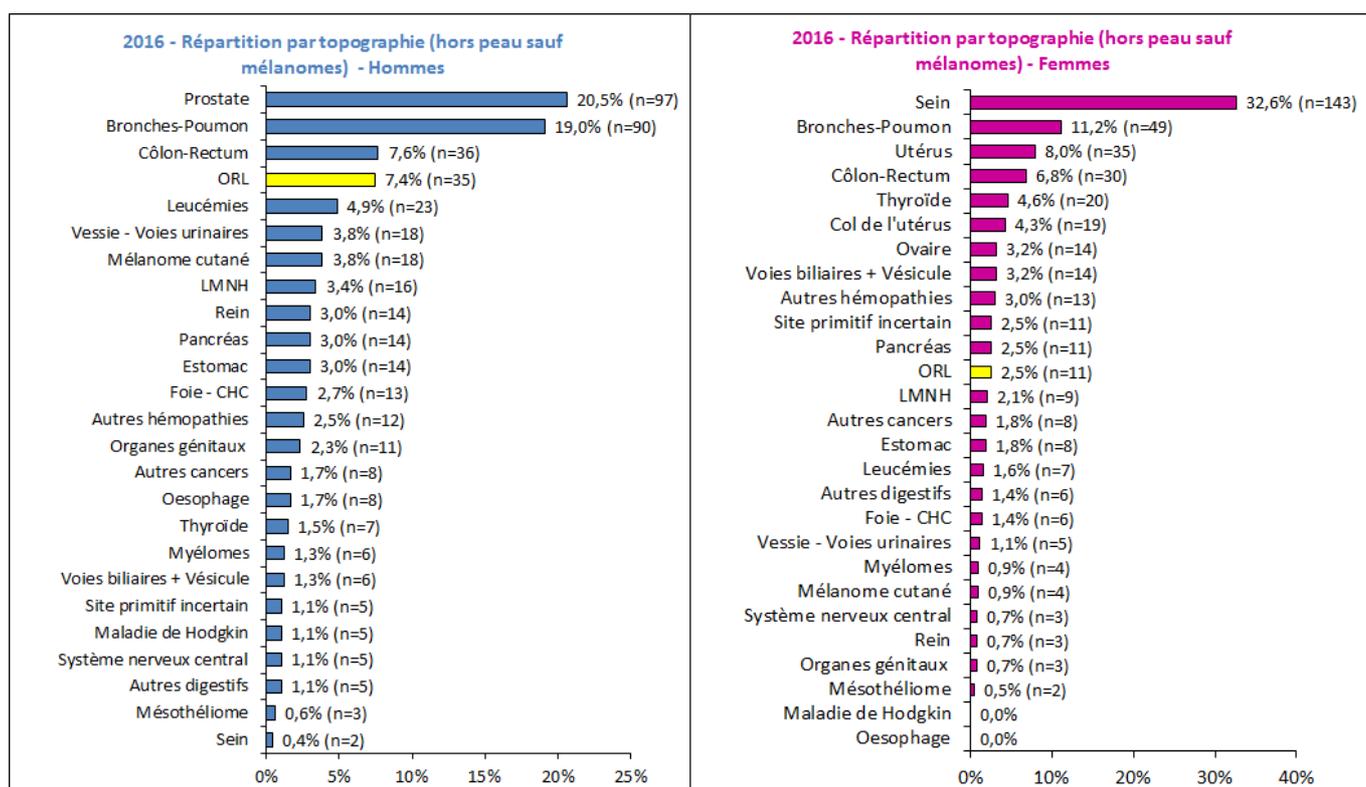


Figure 13 - Répartition par topographies selon le sexe

Les sites sont répartis de la manière suivante :

1 tumeur des fosses nasales
 1 tumeur de la lèvre
 11 tumeurs de la cavité buccale (dont 5 de la langue, 5 du plancher de la bouche et 1 de la gencive)
 3 tumeurs des glandes salivaires (dont 2 de la glande parotide et 1 de la glande sous maxillaire)

8 tumeurs de l'oropharynx (essentiellement des amygdales palatines)
 3 tumeurs du nasopharynx
 5 tumeurs de l'hypo pharynx
 1 tumeur du pharynx
 13 tumeurs du larynx

Les principaux facteurs de risque connus sont : le tabac et l'alcool, un antécédent d'infection à Papilloma virus (HPV) ou à l'Epstein-Barr virus (EBV), et certaines expositions professionnelles (amiante, métaux, poussière de bois, ...).

Age

En 2016, l'âge moyen au diagnostic est de 62,5 ans (médiane 63 ans), variant entre 28 et 91 ans avec :

- 20 % des patients qui ont moins de 50 ans
- 63 % des patients qui ont entre 50 et 75 ans
- 17% qui ont 75 ans et plus

En métropole, l'âge moyen au diagnostic se situe entre 60 et 70 ans.

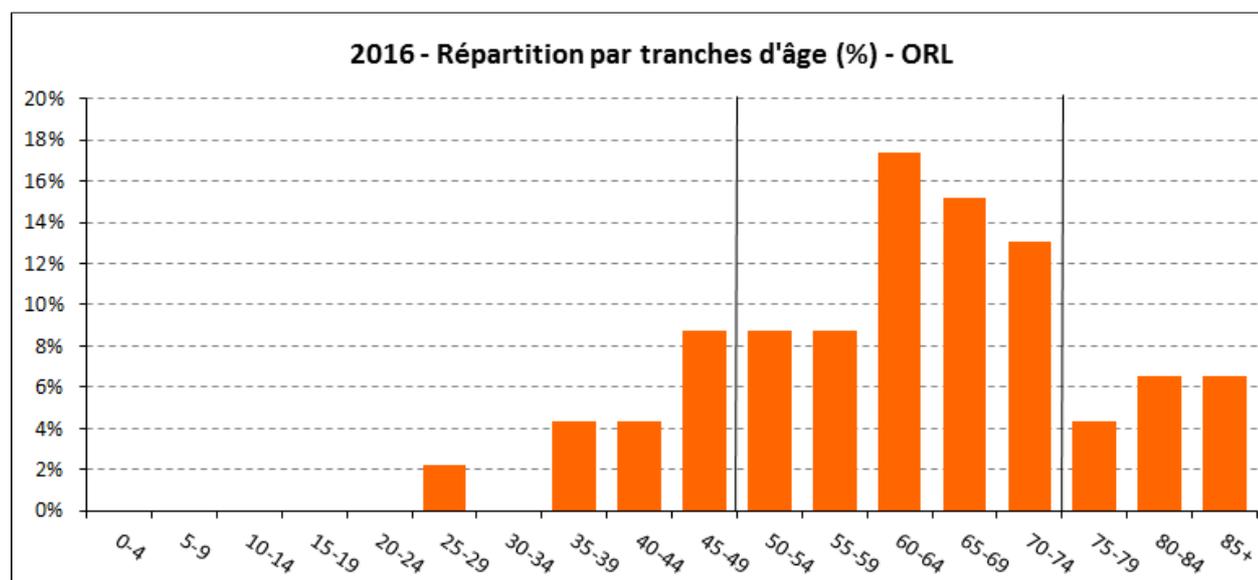


Figure 14 – Cancer ORL, répartition par classe d'âge

Provinces

En 2016, il semblerait qu'il n'y ait pas de différence significative ($p= 0,73$) entre la répartition des cancers ORL par province et celle de la population générale.

En province Nord et en province Iles, le nombre de cancers diagnostiqués étant faible (respectivement 8 et 2 chez les hommes ; 2 et 0 chez les femmes), les intervalles de confiance des taux d'incidence standardisés (TIS) sont très étendus.

Il n'y a cependant, pas de différence significative entre les TIS par sexe et par province.

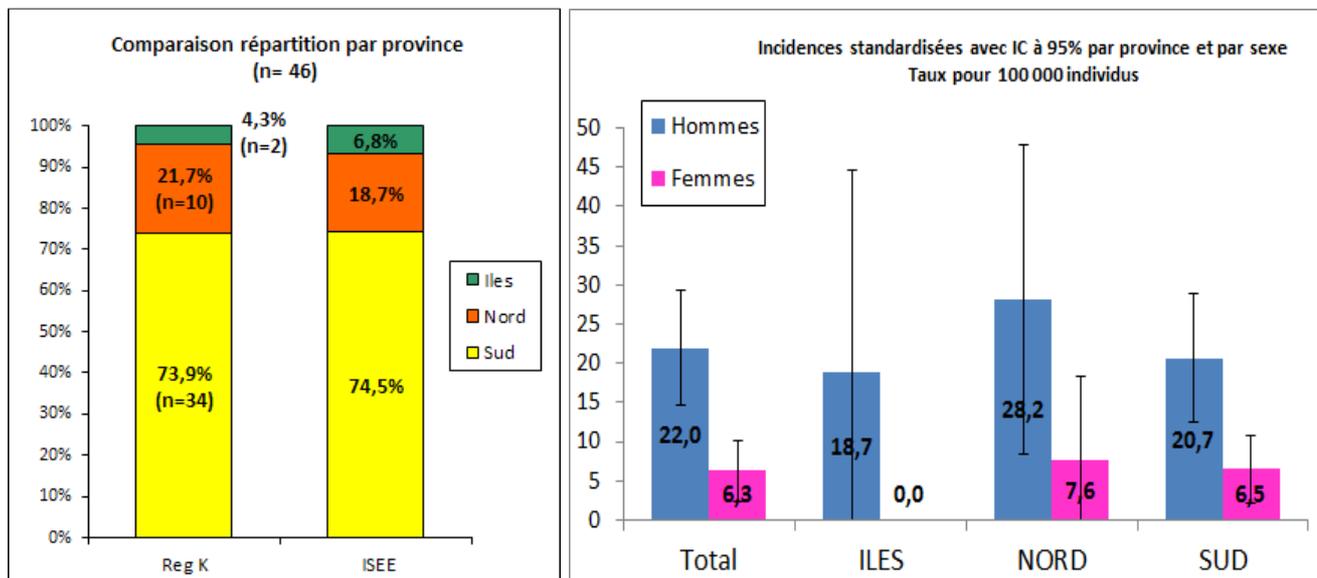


Figure 15 et 16 – Cancer ORL, répartition et incidences standardisées selon le sexe et la province

Stade au diagnostic et létalité

La grande majorité des cancers ORL ont été diagnostiqués suite à l'apparition de symptômes (93 %, n=43). Pour 3 cancers ORL les circonstances de découvertes ne sont pas indiquées.

La moitié des cancers ORL ont été diagnostiqués au stade régional (50%, n=23) contre 46% (n=21) au stade localisé, et 4% (n=2) au stade métastatique (contre 13% en 2015). Les métastases sont localisées au niveau du poumon (n=2), des ganglions lymphatiques (n=1) et du système nerveux central (n=1).

Parmi ces 46 patients, 14 (32.5%) sont décédés au 31/12/2018 de leur cancer ORL. Entre 2008 et 2016, 355 cancers ORL ont été diagnostiqués. Parmi ces 355 patients, 152 (43%) sont décédés suite à leur cancer ORL au 31/12/2018.

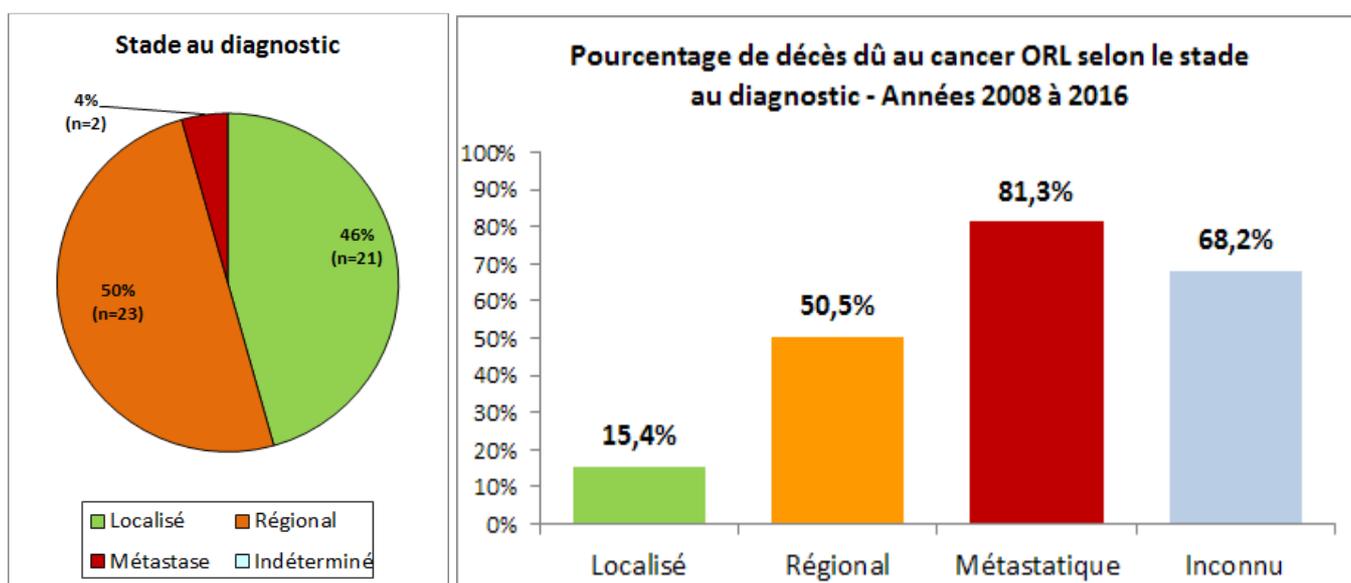


Figure 17 et 18 - Cancer ORL, Répartition et létalité selon le stade au diagnostic

Evolution

En 30 ans, le nombre de cancers ORL diagnostiqués a doublé. On observe une légère tendance à la baisse depuis 2011.

Chez l'homme le nombre de cas de cancer ORL est en constante augmentation depuis 1984.

Chez la femme, le nombre de cas de situe entre 5 et 10 cas par an depuis les années 1990.

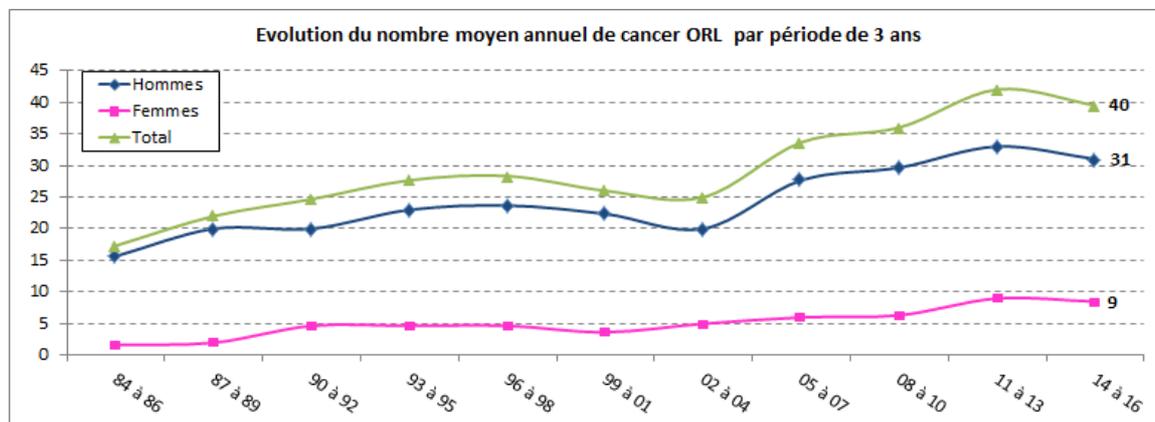


Figure 19 – Cancer ORL, évolution du nombre moyen de cas annuel

Incidences et comparaisons internationales

Chez les hommes en 2016, le TIS des cancers ORL est de **22 (14,6 – 29,3)** pour 100.000 personnes-année. Ce taux est comparable à celui de la France métropolitaine, la Réunion, l'Australie, la Polynésie et la Guadeloupe. Il est supérieur à celui de la Martinique et la Nouvelle- Zélande.

Chez les femmes en 2016, le TIS des cancers ORL est de **6,3 (2,5 – 10,2)** pour 100.000 personnes-année. Ce taux est comparable à ceux de la France métropolitaine, des pays voisins, des DOM (sauf la Réunion et la Martinique qui présentent des taux inférieurs).

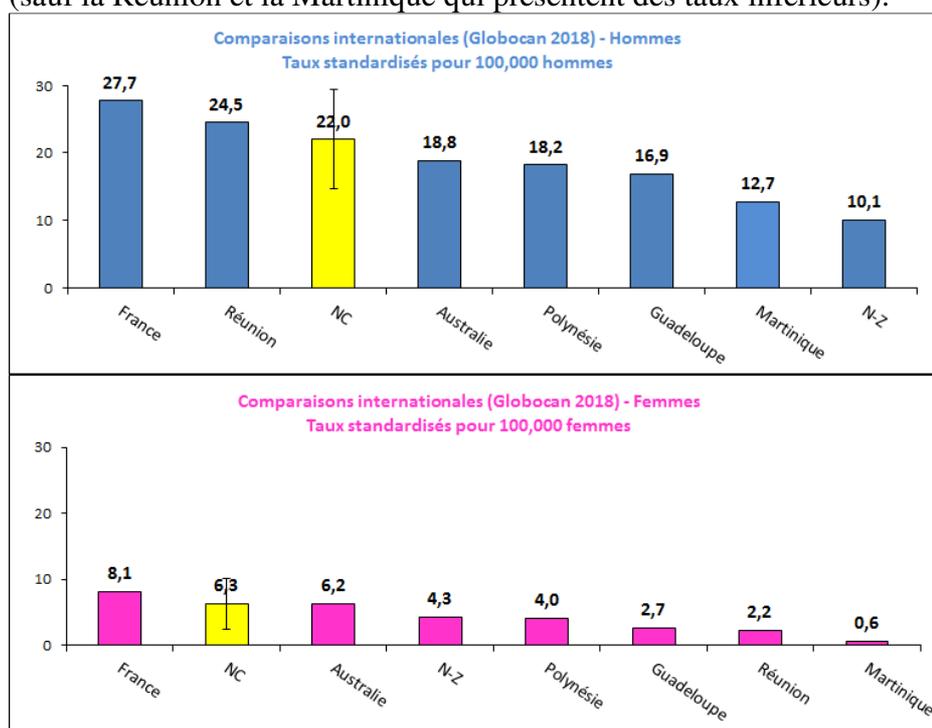


Figure 20 - Cancers ORL, comparaisons internationales des incidences par sexe

VI-1.b Cancer de la thyroïde (code CIM-10 : C73)

Généralités

Le cancer de la thyroïde représente 1 % de l'ensemble des cancers dans le monde et est le plus fréquent des cancers des glandes endocrines. Il est de trois à cinq fois plus fréquent chez la femme que chez l'homme, avec d'importantes disparités géographiques des taux d'incidence.

Il est découvert de plus en plus souvent, de façon fortuite, lors de l'examen anatomopathologique dans les suites d'une intervention chirurgicale pour une pathologie thyroïdienne.

Les principaux facteurs de risque sont 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

En France, ce cancer arrive au 5^{ème} rang chez la femme. Le pic d'incidence se situe entre 60 et 69 ans quel que soit le sexe. Ce cancer présente en France une très bonne survie (survie nette à 5 ans 92% chez les hommes et 98% chez les femmes)

L'incidence du cancer thyroïdien a augmenté en France comme dans la plupart des pays depuis les années 1970. Cette augmentation est liée à une augmentation de l'incidence des micro cancers papillaires (cancer de taille ≤ 1 cm (définition OMS 1988)), évoquant un « effet screening » par intensification du dépistage (développement de l'échographie et de la cytoponction).

En 2016, en Nouvelle-Calédonie, le cancer de la thyroïde se situe au 8^{ème} rang de la répartition par sites, tous sexes confondus, avec 27 tumeurs invasives (contre 43 en 2015 soit une diminution de 46.5 %), 7 chez les hommes et 20 chez les femmes. Le sex ratio est de 0,35 homme pour 1 femme. Il reste principalement un cancer de la femme en Nouvelle-Calédonie.

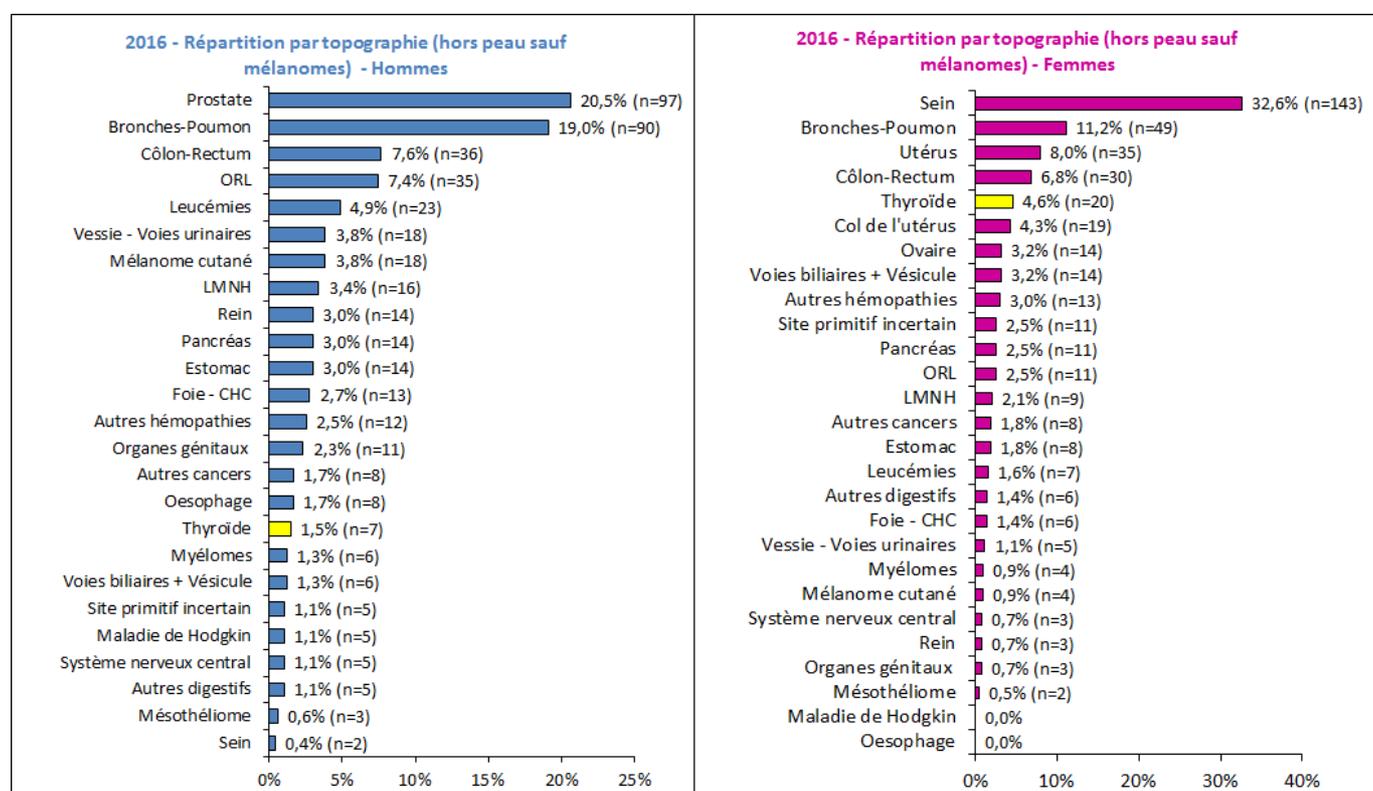


Figure 21 - Répartition par topographies selon le sexe

Histologie

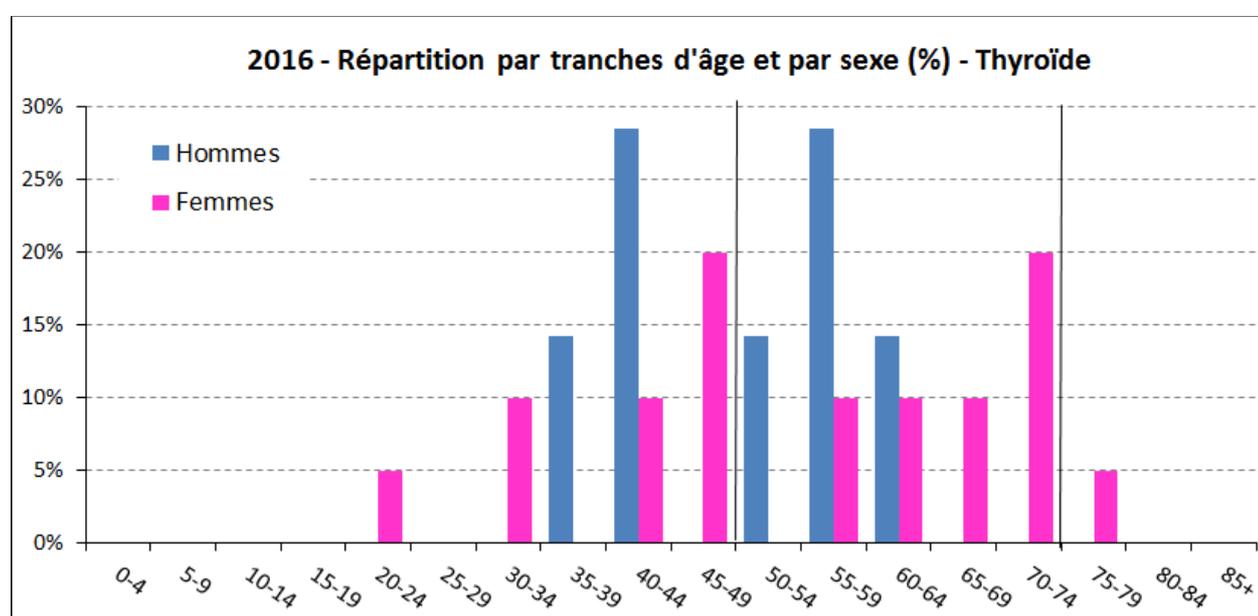
Des cancers différenciés sont essentiellement diagnostiqués:

- Carcinomes papillaires et variantes : 93% (n=25) dont 44% (n=11) de micro papillaires
- Carcinomes vésiculaires et variantes : 7% (n=2)

Age au diagnostic

L'âge moyen au diagnostic est de 54 ans (médiane 56 ans), variant entre 23 et 76 ans chez les femmes et 35 à 62 ans chez les hommes, avec :

- 44 % des patients qui ont moins de 50 ans
- 52 % des patients qui ont entre 50 et 75 ans
- 4 % qui ont 75 ans et plus



Figures 22 – Cancer de la thyroïde, répartition par tranche d'âge et par sexe

Provinces

En 2016, il semble qu'il n'y ait pas de différence significative entre la répartition par province des cancers de la thyroïde et celle de la population générale ($p=0,6$).

En province Nord et en province Iles, le nombre de cancers diagnostiqués est faible (respectivement 1 et 0 chez les hommes ; 3 et 3 chez les femmes), les intervalles de confiance des taux d'incidence standardisés (TIS) sont très étendus.

Il n'y a pas de différence significative entre les TIS selon les provinces

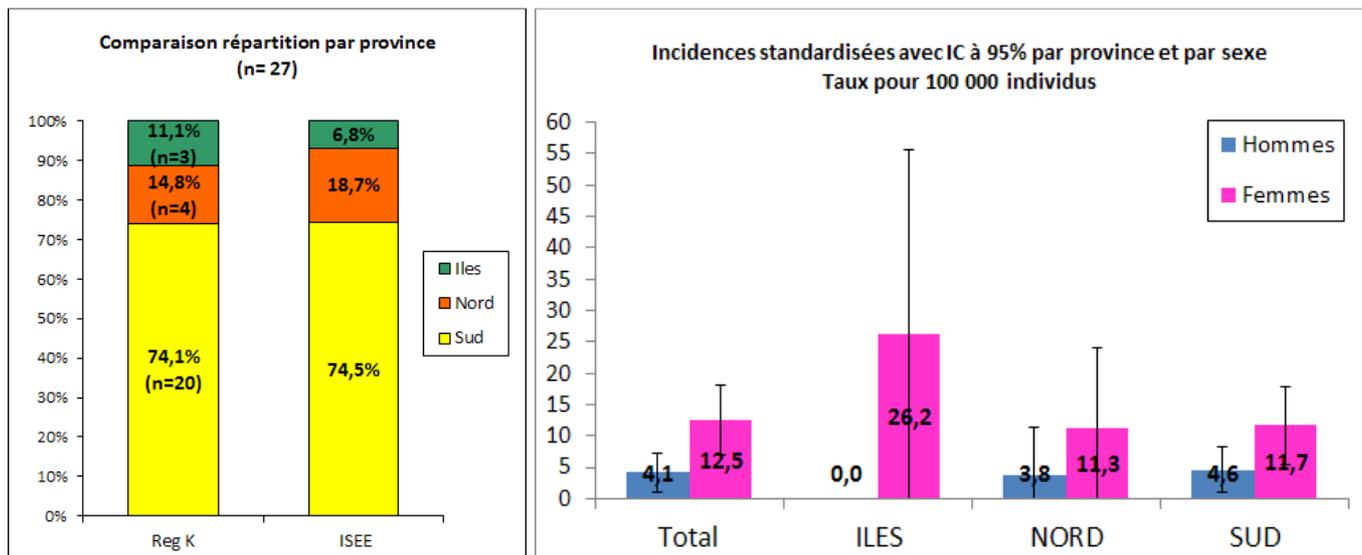


Figure 23 et 24 – Cancer de la thyroïde, répartition et incidences standardisées selon le sexe et la province

Stade au diagnostic et létalité

Les cancers de la thyroïde sont diagnostiqués pour presque la moitié suite à l'apparition de symptômes (48%, n=13) contre 30% dans le cadre d'un dépistage ou surveillance et 19% de façon fortuite, pour 3% d'entre eux l'information n'est pas connue.

Tous ont été confirmés avec un diagnostic histologique.

Ces tumeurs sont le plus souvent diagnostiquées au stade localisé (78%, n=21), au stade régional (15%, n=4) et seulement 7% (n=2) sont diagnostiquées au stade métastatique.

2 patients présentaient des métastases (1 pulmonaire et 1 pulmonaire et os) lors du bilan d'extension.

Au 31/12/2018 parmi ces 27 patients, 2 (7%) sont décédées de leur cancer de la thyroïde.

Entre 2008 et 2016, 387 cancers de la thyroïde ont été diagnostiqués. Parmi ces 377 patients (10 patients avaient deux cancers de la thyroïde de groupe histologique différent), 28 (7,4%) sont décédés suite à ce cancer au 31/12/2018.

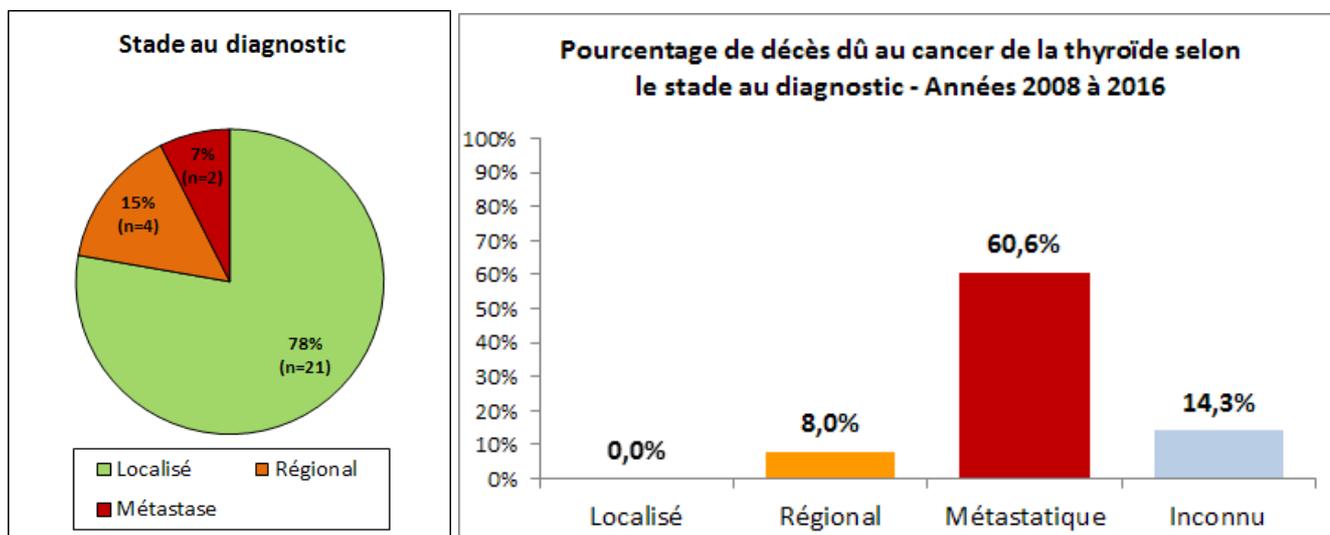


Figure 25 et 26 - Cancer de la thyroïde, Répartition et létalité selon le stade au diagnostic

Evolution

Chez l'homme le nombre de cas de cancers de la thyroïde est stable depuis 1984.

Chez la femme, après une augmentation entre 1990 et 2000 puis une stabilisation les 10 années suivantes, le nombre de nouveaux cas diminue nettement depuis 2011.

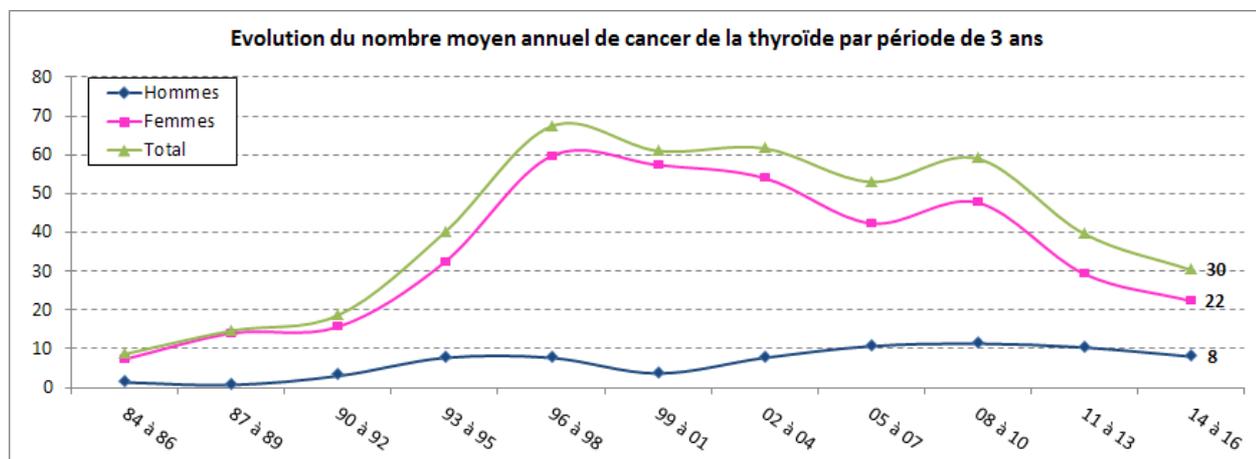
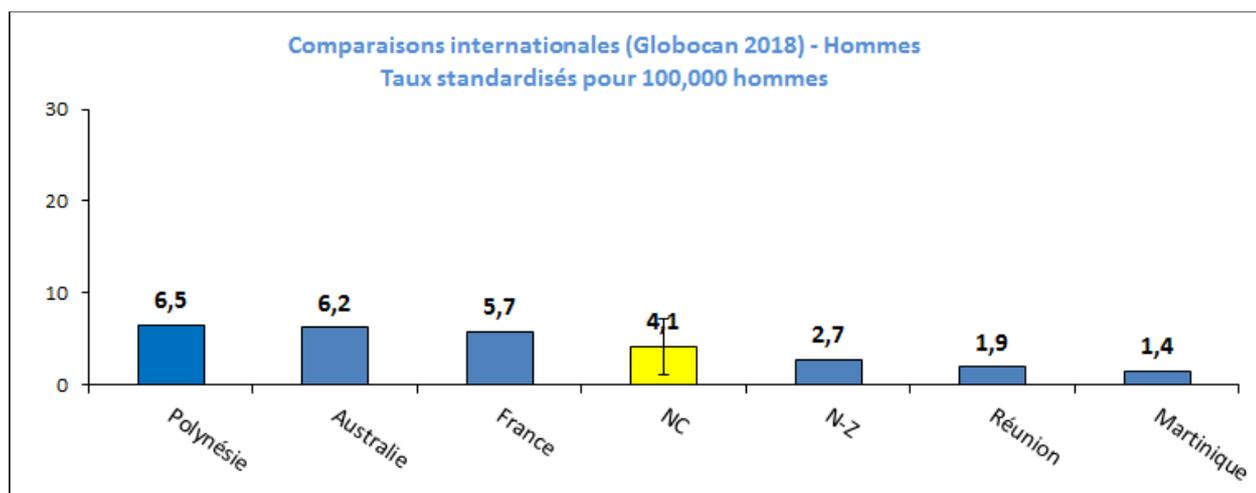


Figure 27 – Cancer de la thyroïde, évolution du nombre moyen de cas annuel

Incidences et comparaisons internationales

En 2016, le TIS du cancer de la thyroïde est de **4,1 (7,2 – 1,1)** pour 100.000 personnes-année chez les hommes ; ces taux sont comparables à ceux de la France métropolitaine, des DOM et des pays voisins.

Chez les femmes le TIS du cancer de la thyroïde est de **12,5 (18- 6.9)** pour 100.000 personnes-année ; ces taux sont comparables à ceux de l'Australie, de la Martinique, de la Nouvelle-Zélande et de la Guadeloupe mais sont plus faibles que ceux de la France métropolitaine et de la Polynésie.



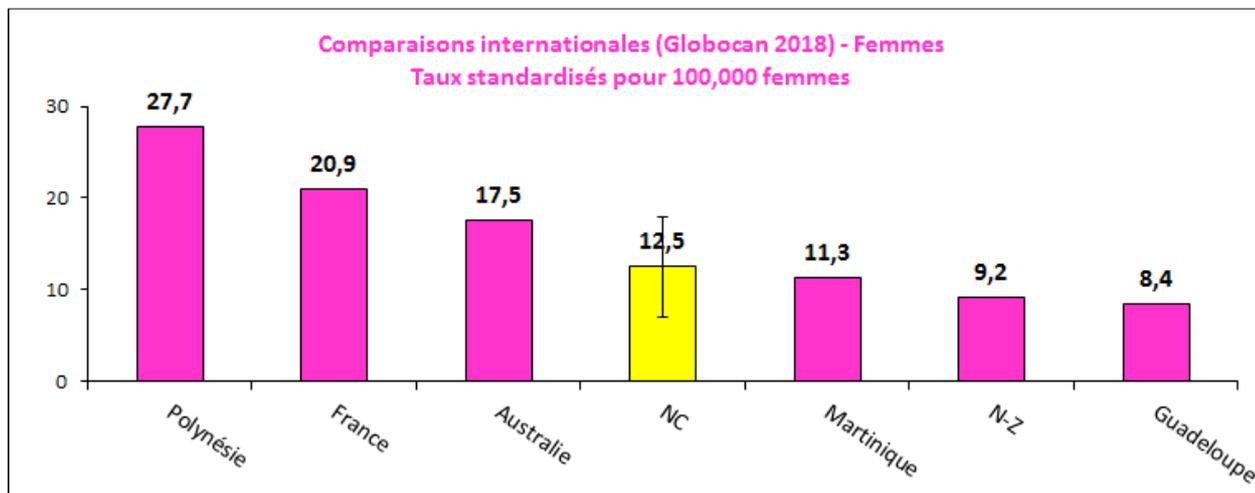


Figure 28 - Cancers de la thyroïde, comparaisons internationales des incidences selon le sexe

Au total, en Nouvelle-Calédonie, le cancer de la thyroïde est comme dans le monde un cancer de la femme.. Il s'agit d'un cancer diagnostiqué dans plus de ¾ des cas à un stade localisé et dont la survie est très bonne de manière générale.

Depuis plusieurs années, les pratiques ayant changé, on observe une diminution de l'incidence globale, avec toutefois une incidence qui reste toujours 2 fois plus élevée chez les femmes des Iles Loyauté.

Age

En 2016, l'âge moyen au diagnostic est de 65 ans (médiane 68 ans), variant de 32 à 87 ans.

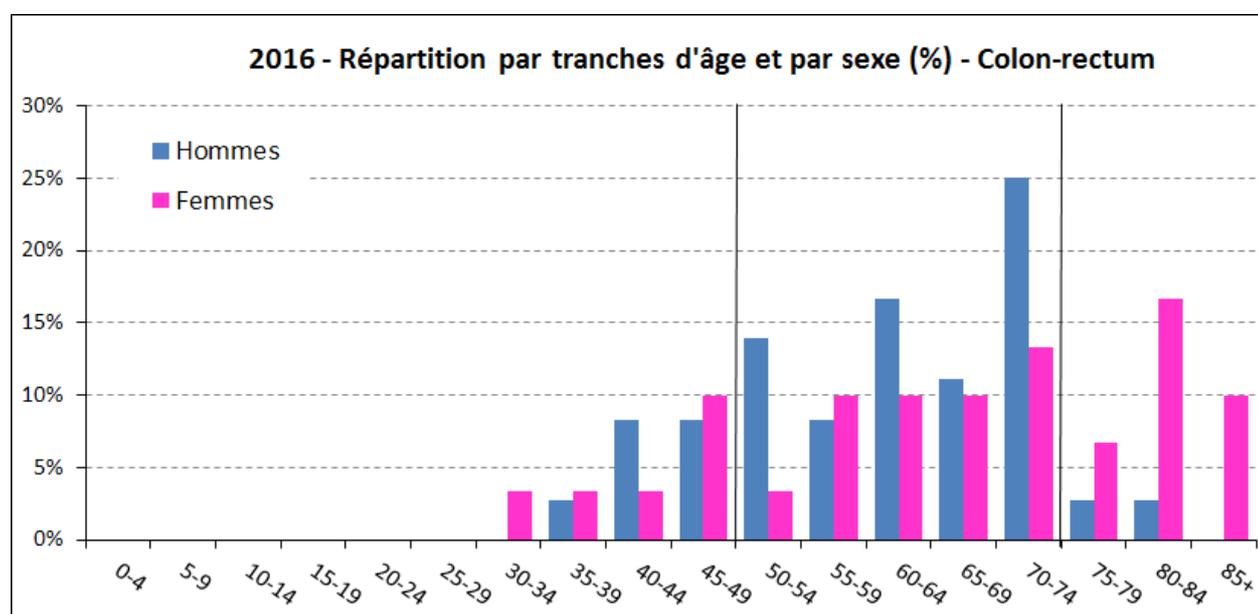
Chez les hommes, l'âge moyen au diagnostic est de 65 ans (médiane 68 ans), avec :

- 19% des patients qui ont moins de 50 ans
- 75% des patients qui ont entre 50 et 75 ans
- 6% qui ont 75 ans et plus

Chez les femmes, l'âge moyen au diagnostic est de 66 ans (médiane 68 ans), avec :

- 20% des patientes qui ont moins de 50 ans
- 47% des patients qui ont entre 50 et 75 ans
- 33% qui ont 75 ans et plus

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



Figures 30 - Cancer CR, répartition par tranche d'âge

Provinces

Il n'y a pas de différence significative entre la répartition des cancers du CR par province et celle de la population générale quel que soit le sexe ($p=0,58$).

En province Nord et en province des Iles, le nombre de cancers diagnostiqués étant faible (3 chez les hommes et 7 chez les femmes), les intervalles de confiance des taux d'incidence standardisés (TIS) sont très larges. On n'observe pas de différence significative des TIS entre les provinces.

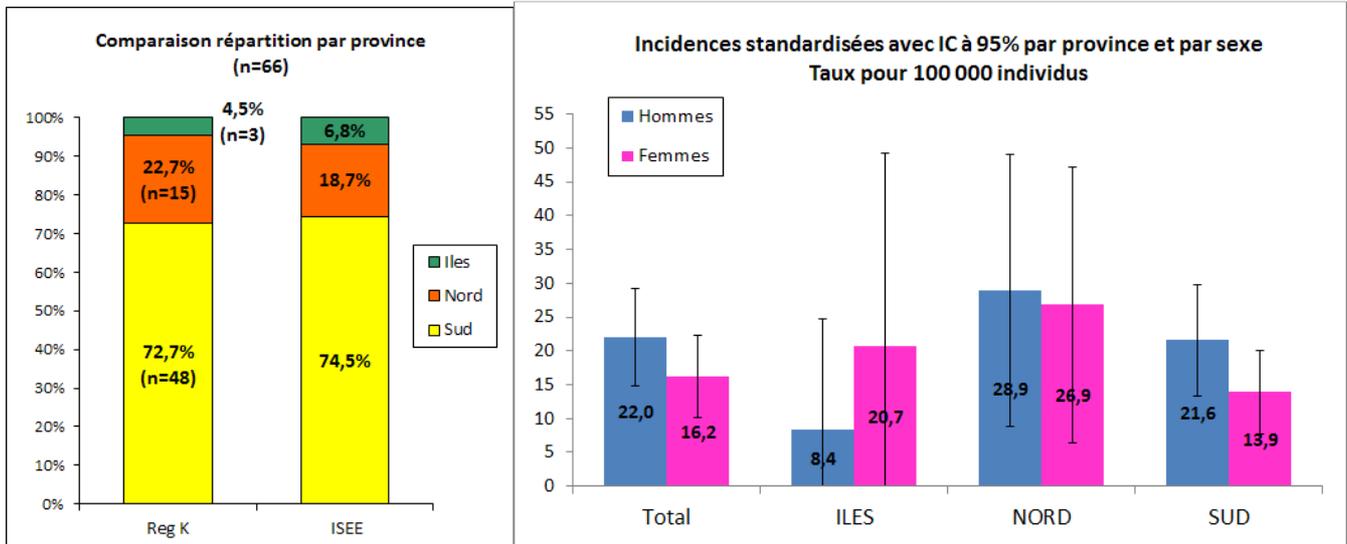


Figure 31 et 32 - Cancer CR, répartition et incidences standardisée selon le sexe et la province

Survie et stade au diagnostic

Les cancers du CR sont le plus souvent diagnostiqués suite à l'apparition de symptômes (77%, n=51) et 6 ont été diagnostiqués suite à un dépistage individuel. Deux cancers ont été diagnostiqués grâce à l'imagerie médicale, tous les autres ont été diagnostiqués par une analyse histologique (97%, n=64).

Le diagnostic a été effectué dans plus de la moitié des cas (59%, n=39) à un stade avec envahissement régional ou métastatique. Les métastases les plus fréquentes se situent dans le foie (59%, n=16), le péritoine (5%, n=5) et le poumon (11%, n=3)

Au 31/12/2018, 53% (n=35) des patients étaient décédés, et 18 (27%) sont décédés de leur cancer du CR. Le taux de survie dépend du stade au diagnostic. Au stade localisé, le taux de survie global 5 ans après le diagnostic est de 67%. Il n'est que de 8% en cas de diagnostic à un stade métastatique. En France, la survie nette est de 63% à 5 ans et 52% à 10 ans.

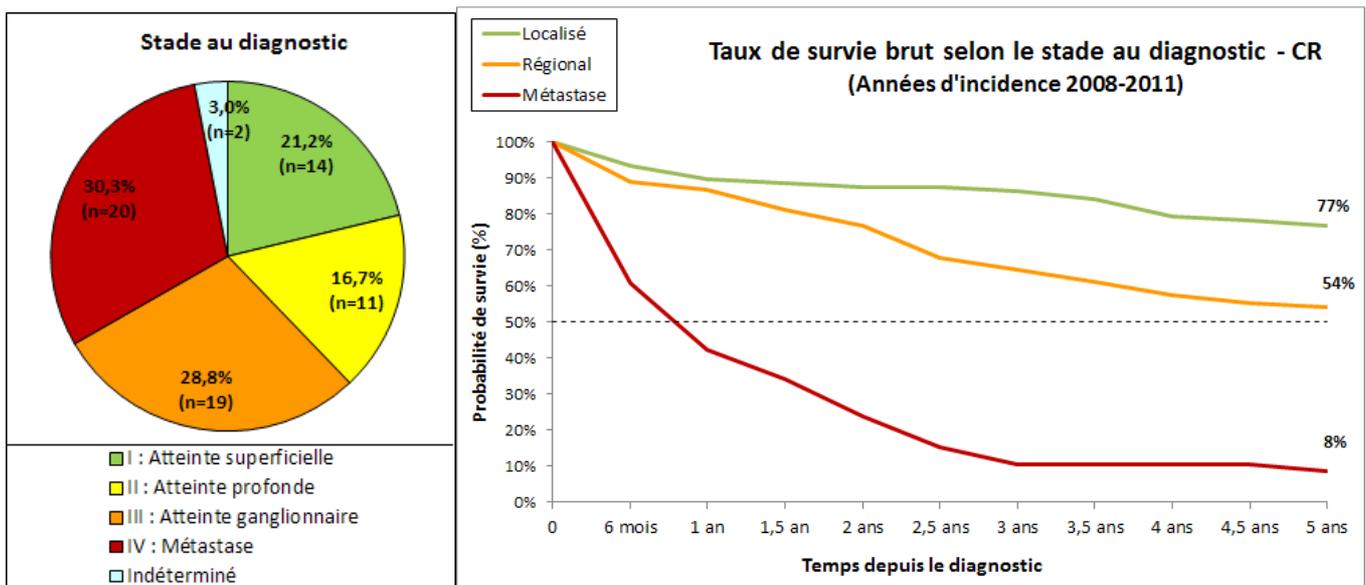


Figure 33 et 34 – Cancer CR, Répartition et taux de survie selon le stade au diagnostic

Evolution

Le nombre de cancers du CR a plus que triplé en 30 ans, passant de 20 cas par an en 1984-1985 à plus de 60 cas à partir de 2008.

Après une augmentation annuelle régulière entre 2003 et 2008, le nombre de cancers du CR diagnostiqués chaque année tend à se stabiliser aux alentours de 70 nouveaux cas par an.

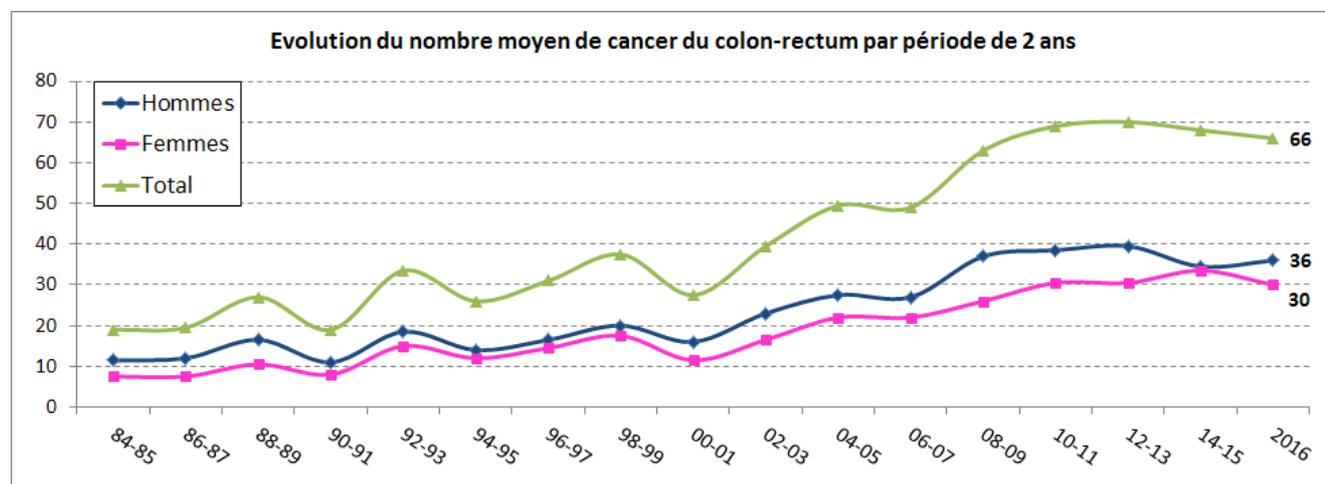


Figure 35 - Cancer CR, évolution du nombre moyen de cas annuel

Incidences et comparaisons internationales

Chez les hommes en 2016, le TIS du cancer du CR est de **22 (14,8 – 29,2)** pour 100.000 personnes-année. Ce taux est nettement plus bas que ceux de l'Australie, la Nouvelle-Zélande et la France métropolitaine. Il est équivalent à ceux de la Martinique, de la Réunion, de la Guadeloupe et de la Polynésie Française.

Chez les femmes en 2016, le TIS du cancer du CR est de **16,2 (10,2 – 22,2)** pour 100.000 personnes-année. Ce taux est plus faible que ceux de l'Australie, de la Nouvelle-Zélande et de la métropole. Il est équivalent à ceux des autres pays.

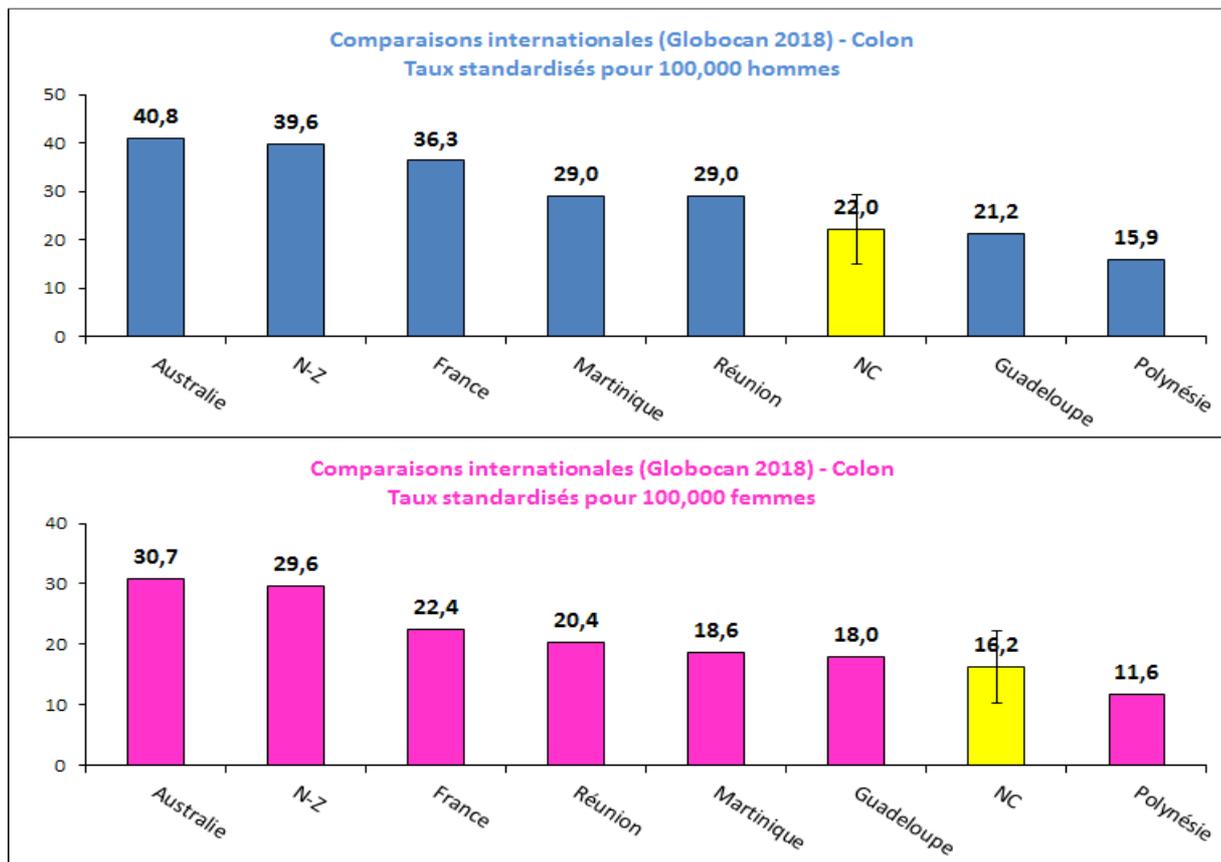


Figure 36 - Cancer CR, comparaisons internationales des incidences selon le sexe

En conclusion, vu le nombre important de cancers du CR diagnostiqués à un stade avancé, il peut être opportun de réfléchir à la mise en place d'un dépistage organisé, comme cela est le cas en Métropole ou en Australie.

VI-3.b Cancer de l'estomac : (code CIM-10 : C16)

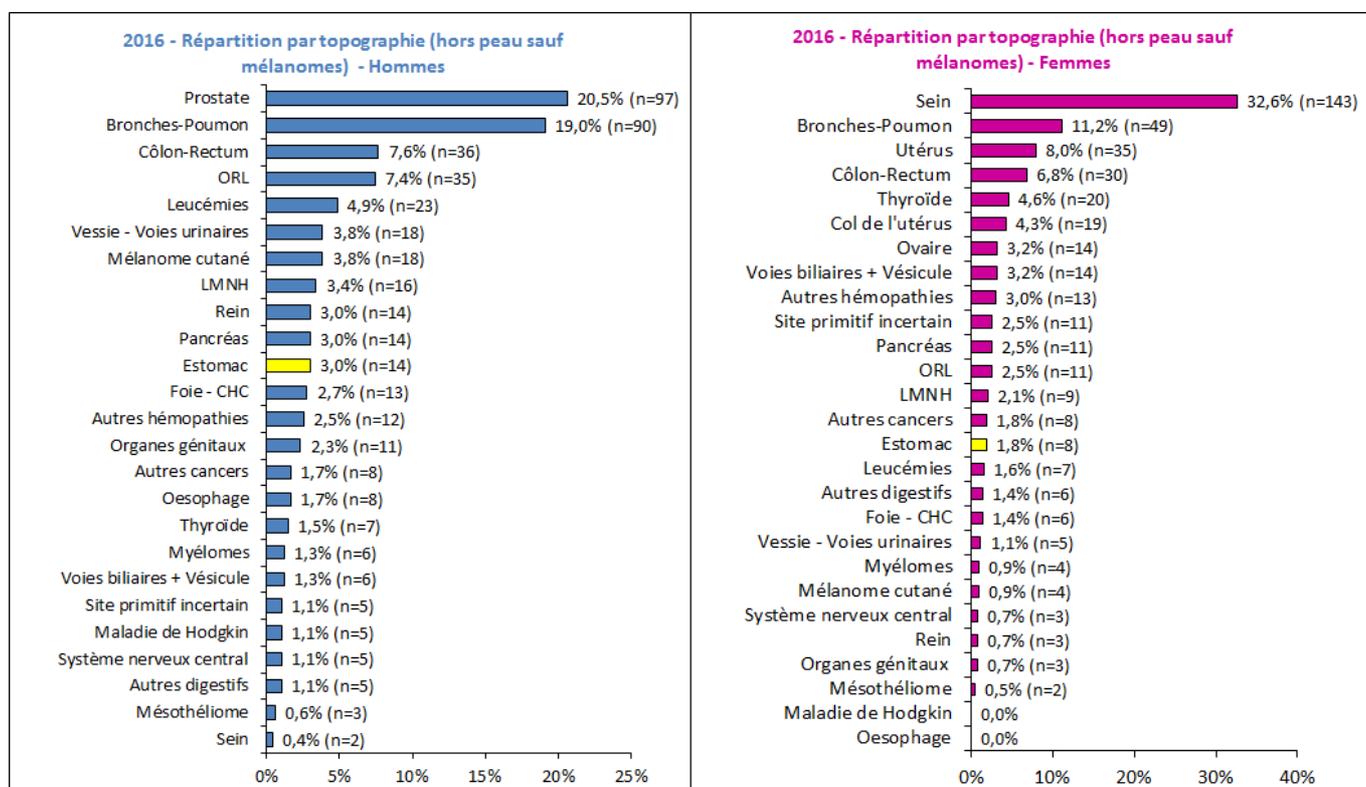
Généralités

Il s'agit d'un cancer qui touche plus souvent les hommes, et les personnes entre 60 et 70 ans. L'incidence et la prévalence de ce cancer ont beaucoup diminué ces dernières décennies en Europe et notamment en France grâce à la diminution de la prévalence de l'infection à *Helicobacter pylori*, l'utilisation de la réfrigération pour la conservation des aliments, et la baisse de l'usage du fumage et du sel pour la conservation des aliments, l'augmentation de la consommation des fruits et légumes frais.

L'incidence annuelle des cancers de l'estomac est beaucoup plus élevée dans certains pays d'Asie, comme le Japon avec un taux supérieur à 40 pour 100 000 personne-année, ainsi qu'en Europe Centrale et en Amérique Latine.

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-économique, le tabac.

En 2016, en Nouvelle-Calédonie le cancer de l'estomac est le 11^{ème} cancer, tous sexes confondus, avec 22 tumeurs invasives. Il se situe au 9^{ème} rang chez les hommes avec 14 tumeurs, et au 14^{ème} rang chez les femmes avec 8 tumeurs. Le sex-ratio est de 1,75 hommes pour une femme. Deux patients avaient un autre cancer.



Figures 37 – Répartition par topographies selon le sexe

Age

En 2016, l'âge moyen au diagnostic est de 68 ans (médiane 70,5 ans), variant de 35 à 89 ans avec :

- 14% des patients qui ont moins de 50 ans
- 45% des patients qui ont entre 50 et 75 ans
- 41% qui ont 75 ans et plus

En métropole, l'âge moyen au diagnostic est 71 ans chez les hommes et 74 ans chez les femmes.

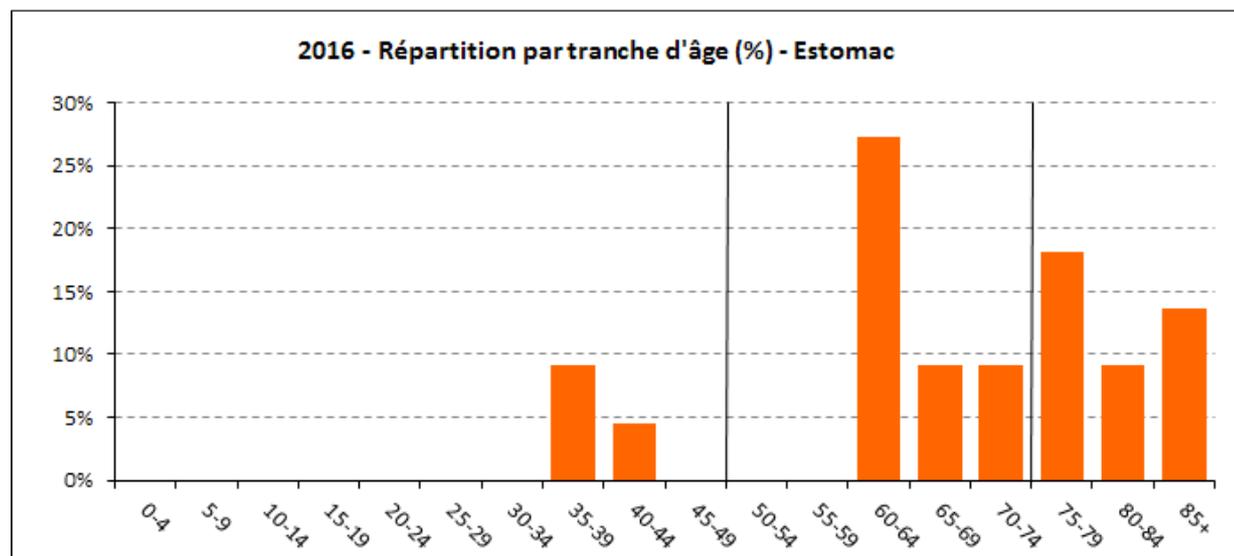


Figure 38 - Cancer de l'estomac, répartition par classe d'âge

Provinces

En 2016, il n'y a pas de différence significative entre la répartition des cancers de l'estomac par province et celle de la population générale ($p=0,49$). Il n'y a pas non plus de différence significative entre les taux d'incidence standardisés par sexe et par province.

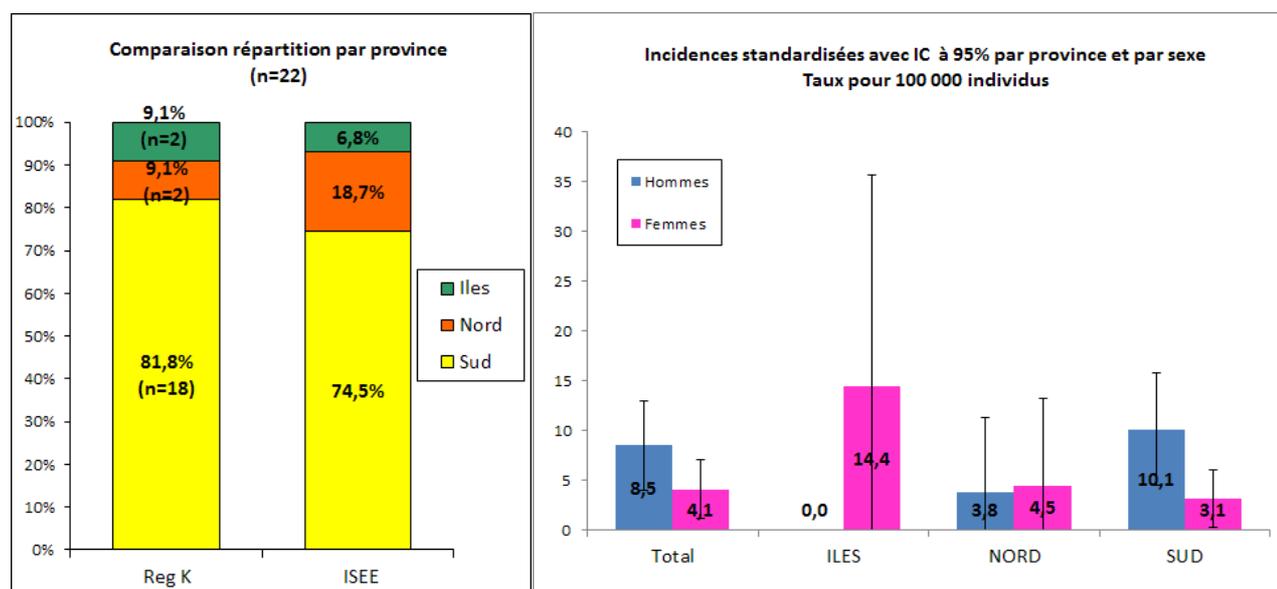


Figure 39 et 40 - Cancer de l'estomac, répartition et incidences standardisées selon le sexe et la province

Survie et stade au diagnostic

L'apparition de symptômes permet le diagnostic pour le plus grand nombre (91%, n=20), un cancer a été découvert de manière fortuite et 1 de manière indéterminée.

La majorité des cancers (91%, n=20) a été confirmés par une analyse histologique, et deux ont été diagnostiqués grâce à l'imagerie.

Plus de la moitié des cancers (55%) sont diagnostiqués à un stade avancé. Les métastases les plus fréquentes sont localisées dans le foie ou le péritoine.

Au 31/12/2018, 68% (n=15) des patients étaient décédés, et 13 (59%) sont décédés suite à leur cancer de l'estomac. Le taux de survie dépend du stade au diagnostic. Au stade localisé, le taux de survie global 5 ans après le diagnostic est de 46%. Il est de 2% si le diagnostic est réalisé à un stade métastatique. En France, le taux de survie nette à 5 ans est de 22%.

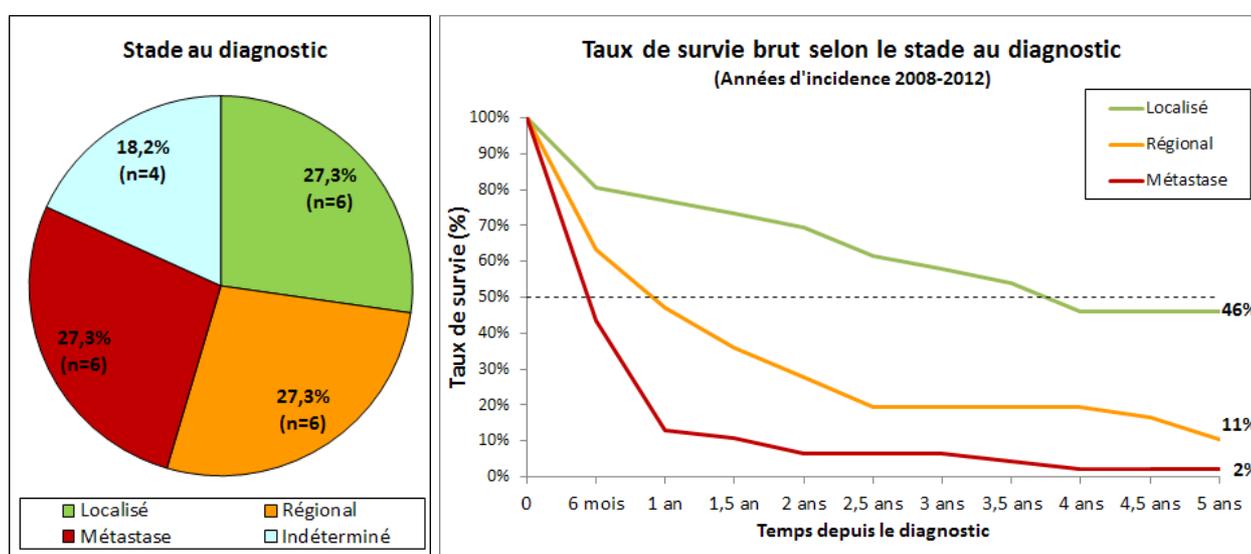


Figure 41 et 42 - Cancer de l'estomac, Répartition et taux de survie selon le stade au diagnostic

Evolution

Après une chute à la fin des années 90, le nombre de cancers de l'estomac augmente régulièrement pour atteindre une moyenne annuelle d'environ 25 cas par an depuis 2014.

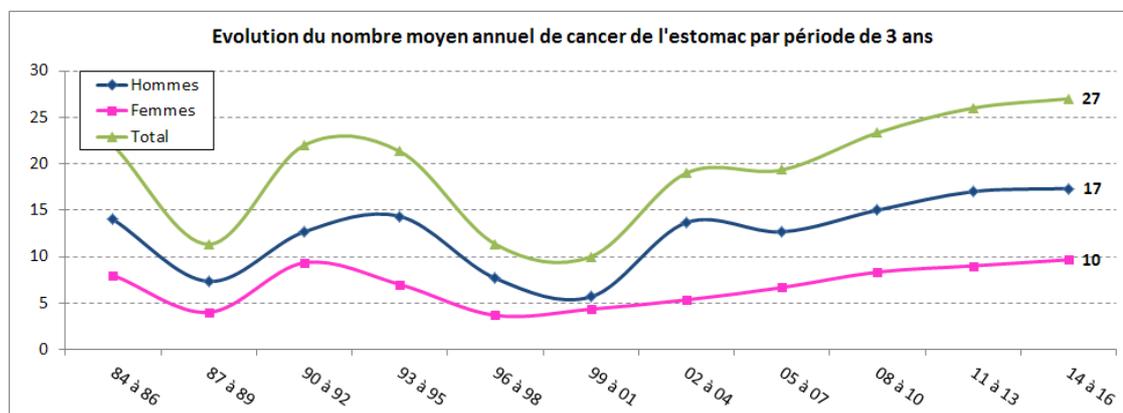


Figure 43 - Cancer de l'estomac, évolution du nombre moyen de cas annuel

Incidences et comparaisons internationales

Chez les hommes en 2016, le TIS du cancer de l'estomac est de **8,5 (4 - 13)** pour 100.000 personnes année. Il est équivalent à ceux de l'Australie, de la Polynésie et de la métropole. Il est inférieur à ceux des autres DOM-TOM.

Chez les femmes en 2016, le TIS du cancer de l'estomac est de **4,1 (1,2 – 7)** pour 100.000 personnes année. Ce taux est comparable à ceux de la Réunion, de la Polynésie, de la France et des pays voisins.

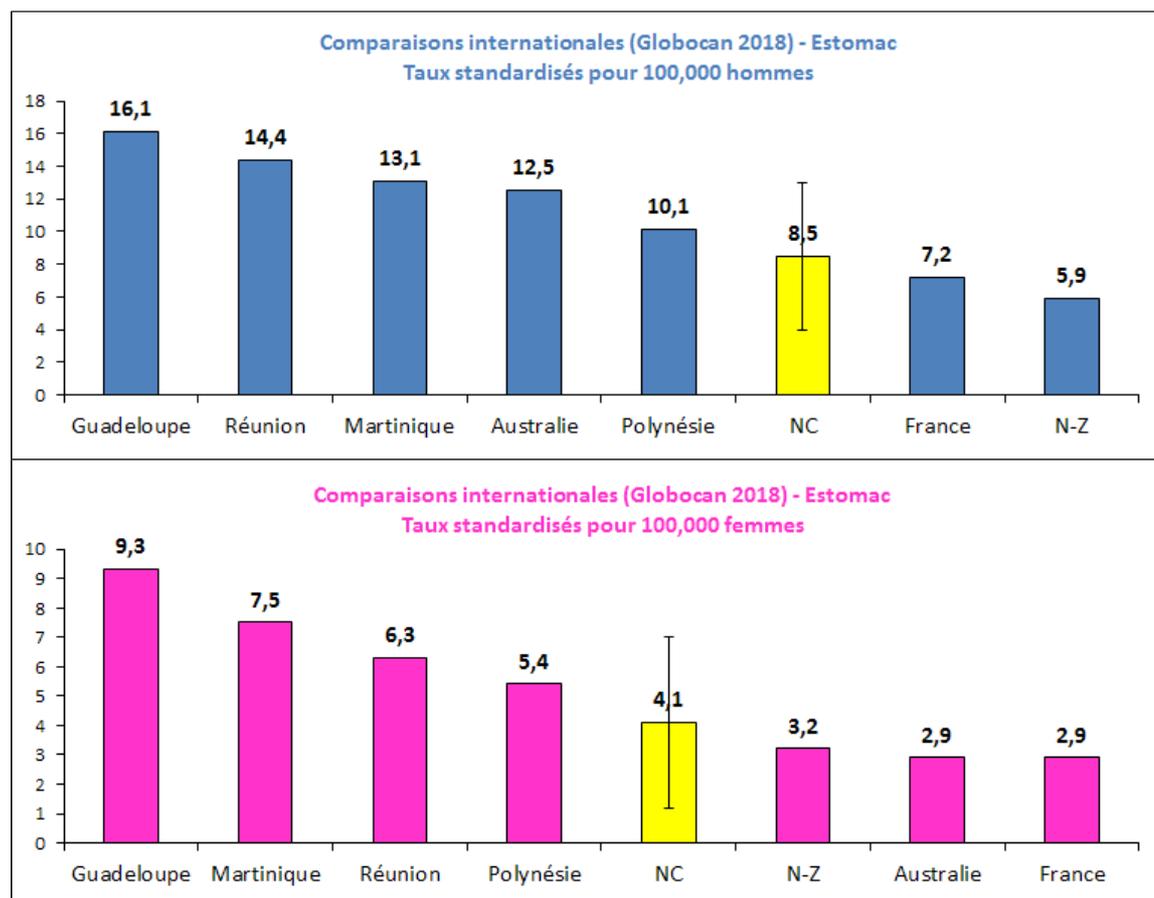


Figure 44 - Cancer de l'estomac, comparaisons internationales des incidences selon le sexe

Au total, ce cancer, plus fréquent chez les hommes, a tendance à augmenter en Nouvelle-Calédonie alors que son incidence dans le monde a tendance à baisser. Il est souvent détecté à un stade avancé et sa survie reste faible.

VI-3.c Cancer du foie : Carcinomes hépatocellulaires (CHC) : (code CIM-10 : C22.0)

Généralités

En France, 90% des cancers primitifs du foie sont des carcinomes hépto-cellulaires, Les principaux facteurs de risque du CHC sont l' alcool, les hépatites virale B ou C et les stéato-hépatites métaboliques (diabète, obésité). L'incidence a tendance à augmenter en France, avec des taux 5 fois plus élevés chez les hommes.

En 2016, en Nouvelle-Calédonie, le CHC est le 13^{ème} cancer, tous sexes confondus, avec 19 tumeurs invasives. Il se situe au 12^{ème} rang chez les hommes avec 13 tumeurs, et au 17^{ème} rang chez les femmes avec 6 tumeurs. Le sex-ratio est de 2,2 hommes pour une femme. Trois patients avaient un antécédent de cancer.

Plus de la moitié des patients (53%, n=10) ayant développé un CHC étaient porteur de l'hépatite B ou C, et 37% (n=7) consommaient régulièrement de l'alcool.

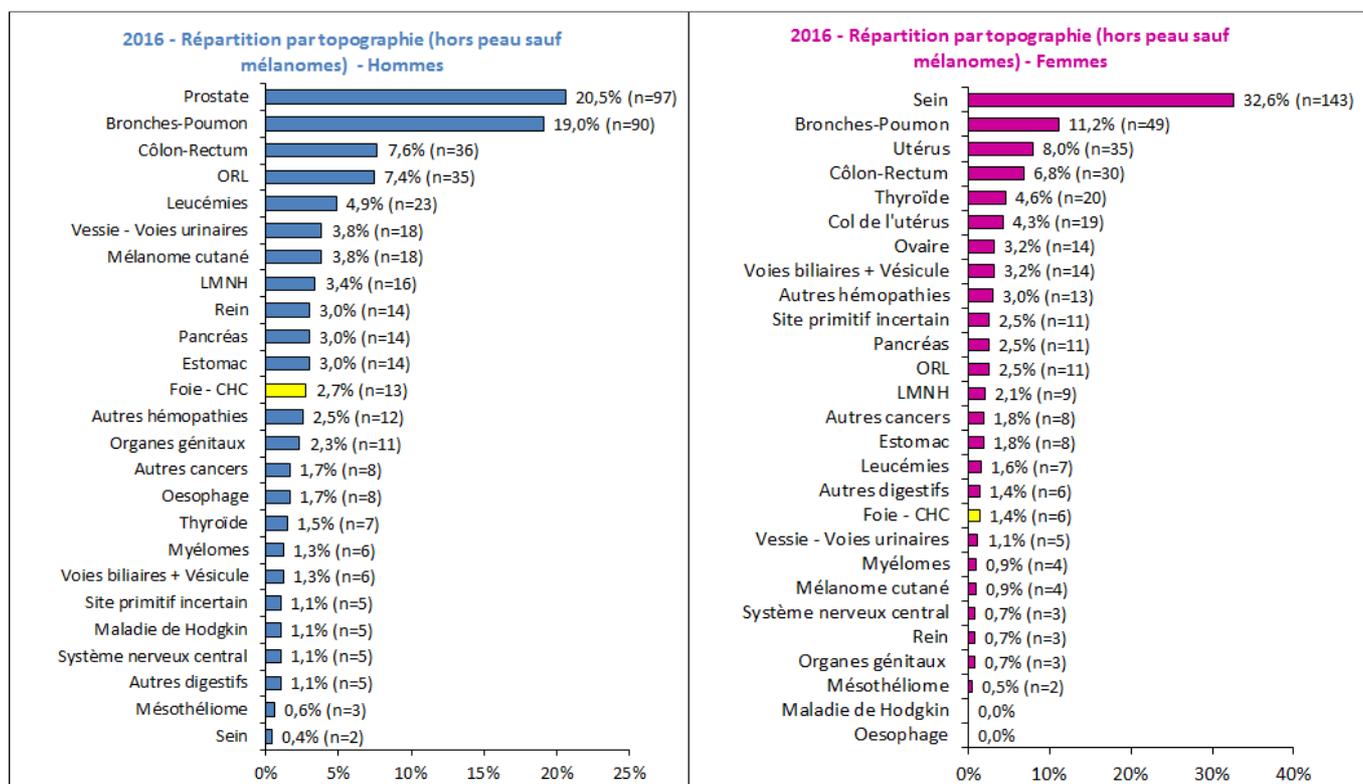


Figure 45 - Répartition par topographies selon le sexe

Age

En 2016, l'âge moyen au diagnostic est de 63 ans (médiane 65 ans), variant de 39 à 78 ans avec :

- 11% des patients qui ont moins de 50 ans
- 84% des patients qui ont entre 50 et 75 ans
- 5% qui ont 75 ans et plus

En métropole, l'âge moyen au diagnostic est 63 ans.

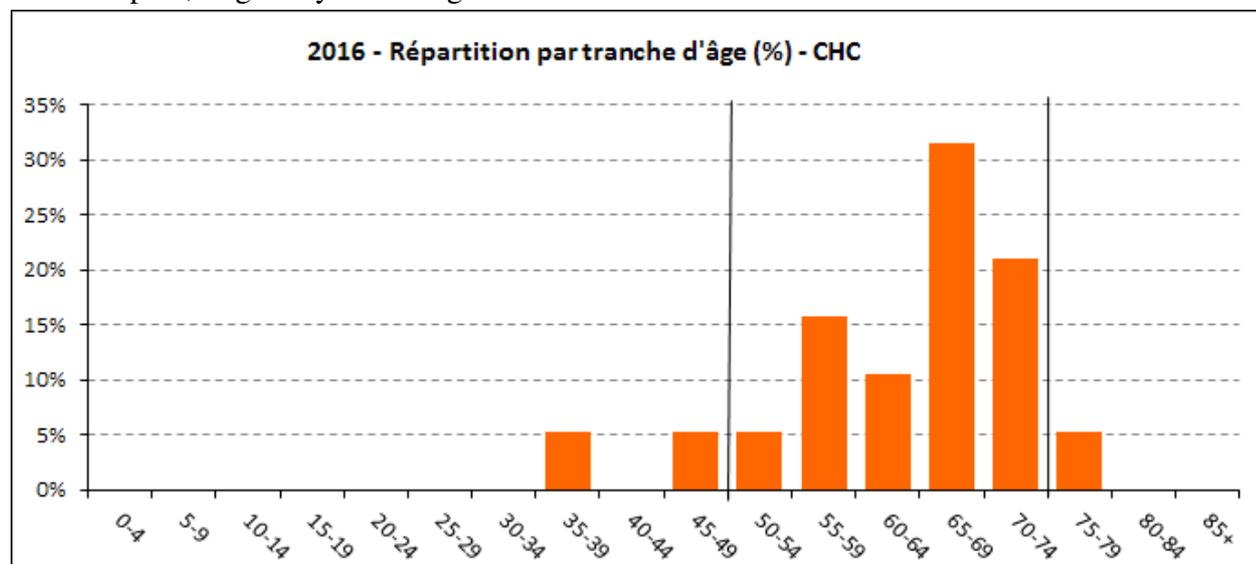


Figure 46 – CHC, répartition par classe d'âge

Provinces

En 2016, il n'y a pas de différence significative ($p=0,17$) entre la répartition des CHC par province et celle de la population générale. Il n'y a pas non plus de différence significative entre les taux d'incidence standardisés par sexe et par province.

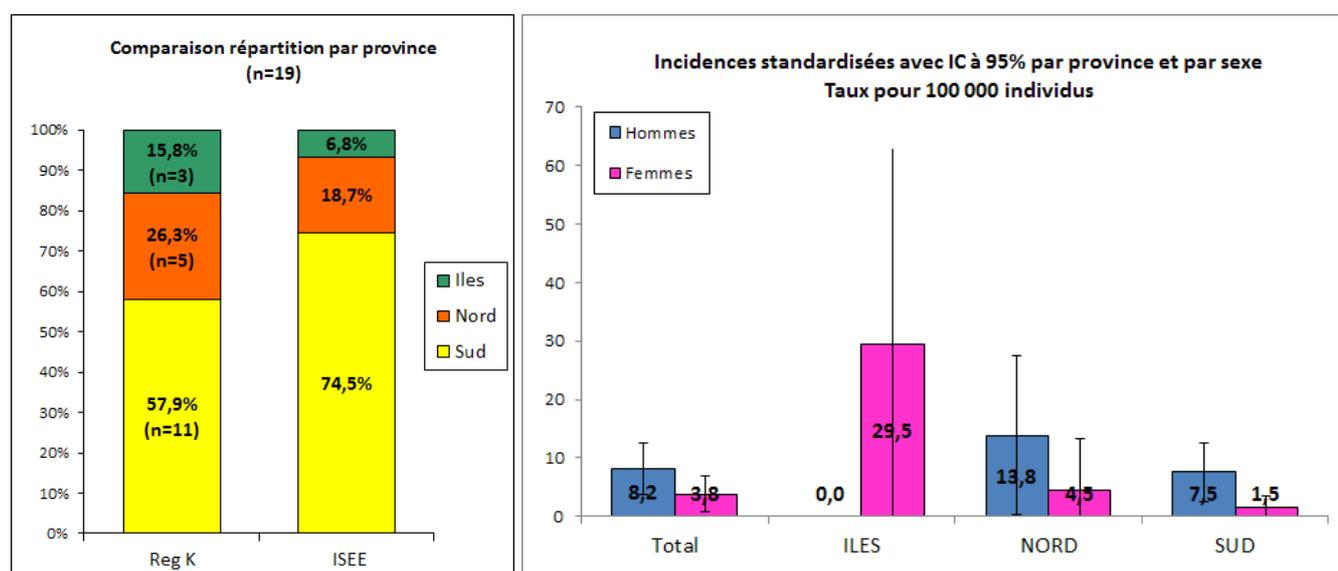


Figure 47 et 48 - CHC, répartition et incidences standardisées selon le sexe et la province

Survie et stade au diagnostic

La majorité des CHC sont diagnostiqués suite à l'apparition de symptômes (63%, n=12). Trois CHC ont été diagnostiqués lors d'un suivi de cirrhose (16%, n=3), et trois ont été découverts de manière fortuite.

Plus de la moitié des CHC (53%, n=10) a été diagnostiquée suite à un dosage élevé des AFP et 5 ont été diagnostiqués grâce à l'imagerie médicale (26%). Seulement 4 patients ont eu un diagnostic histologique (21%).

La majorité des CHC (69%, n=13) est diagnostiquée à un stade avancé. Les métastases les plus fréquentes sont localisées dans les poumons et les os.

Le CHC est un des cancers avec les taux de survie les plus faibles. Au 31/12/2018, 95% (n=18) des patients étaient décédés, tous de leur CHC. A 5 ans, le taux de survie est de 18% pour le stade localisé. Il est de 0 à 3 ans après le diagnostic pour le stade régional et à 1,5 an pour le stade métastatique. En France, la survie à 5 ans est de 13%.

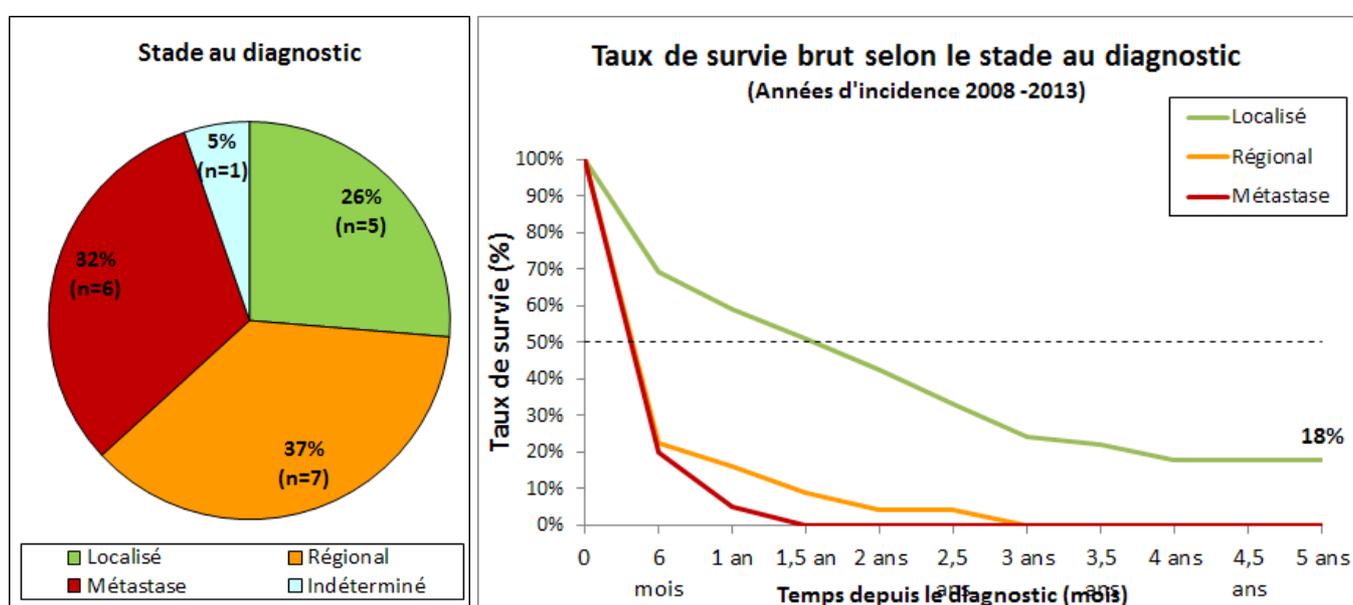


Figure 49 et 50 - CHC, Répartition et taux de survie selon le stade au diagnostic

Evolution

Chez les femmes, le nombre de CHC diagnostiqués se situe aux alentours de 5 cas par an. Chez les hommes, on observe une augmentation du nombre de CHC à partir de 2008, passant de 5 cas par an à plus de 15. Ceci s'explique essentiellement par l'amélioration de l'exhaustivité du registre qui enregistre les cancers sans diagnostic histologique, à partir de l'année d'incidence 2008.

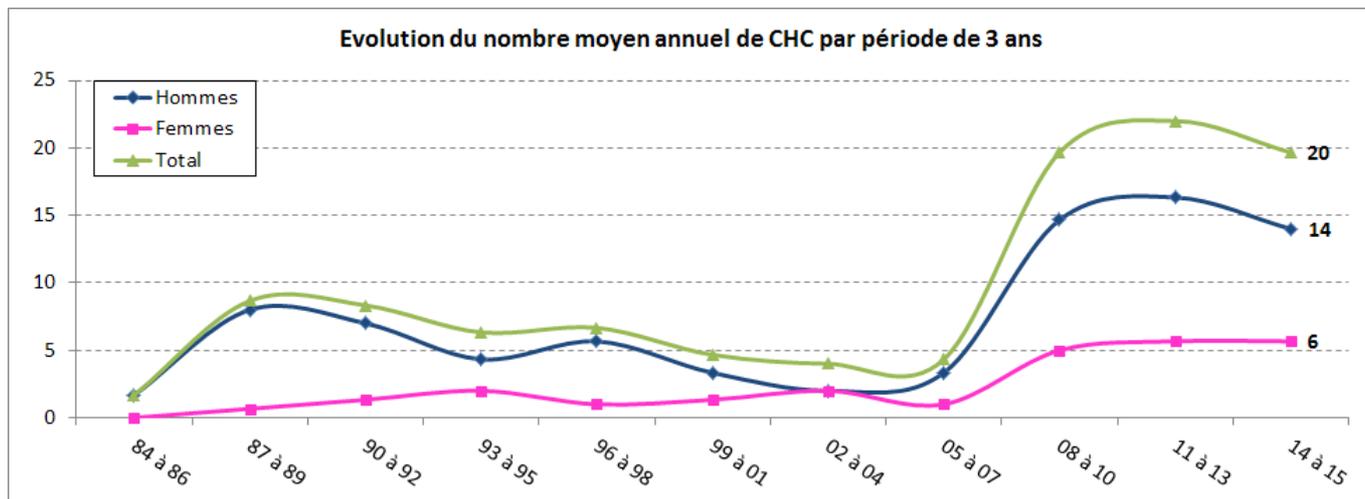


Figure 51 - CHC évolution du nombre moyen de cas annuel

Incidences et comparaisons internationales

Chez les hommes en 2016, le TIS du CHC est de **8,2 (3,7 – 12,8)** pour 100.000 personnes-année. Chez les femmes, ce taux est de **3,8 (0,7 – 6,8)** pour 100.000 personnes-année. Il n'est pas possible de comparer avec les TIS des autres pays, car sur Globocan, les TIS comprennent à la fois les CHC et les tumeurs des voies biliaires intra-hépatiques, ce qui augmente les incidences, par rapport à celles attendues pour cette localisation.

IV-3.d Cancer des voies biliaires intra-hépatiques, extra-hépatiques et de la vésicule biliaire (VB) : (Codes CIM-10 : C22.1 + C23 + C24)

Généralités

En 2016, le cancer des VB est le 15^{ème} cancer, tous sexes confondus, avec **20** tumeurs invasives. Il se situe au 19^{ème} rang chez les hommes avec 6 tumeurs, et au 8^{ème} rang chez les femmes avec 14 tumeurs. Le sex-ratio est de 0,43 homme pour une femme. Une patiente avait un antécédent d'hémopathie.

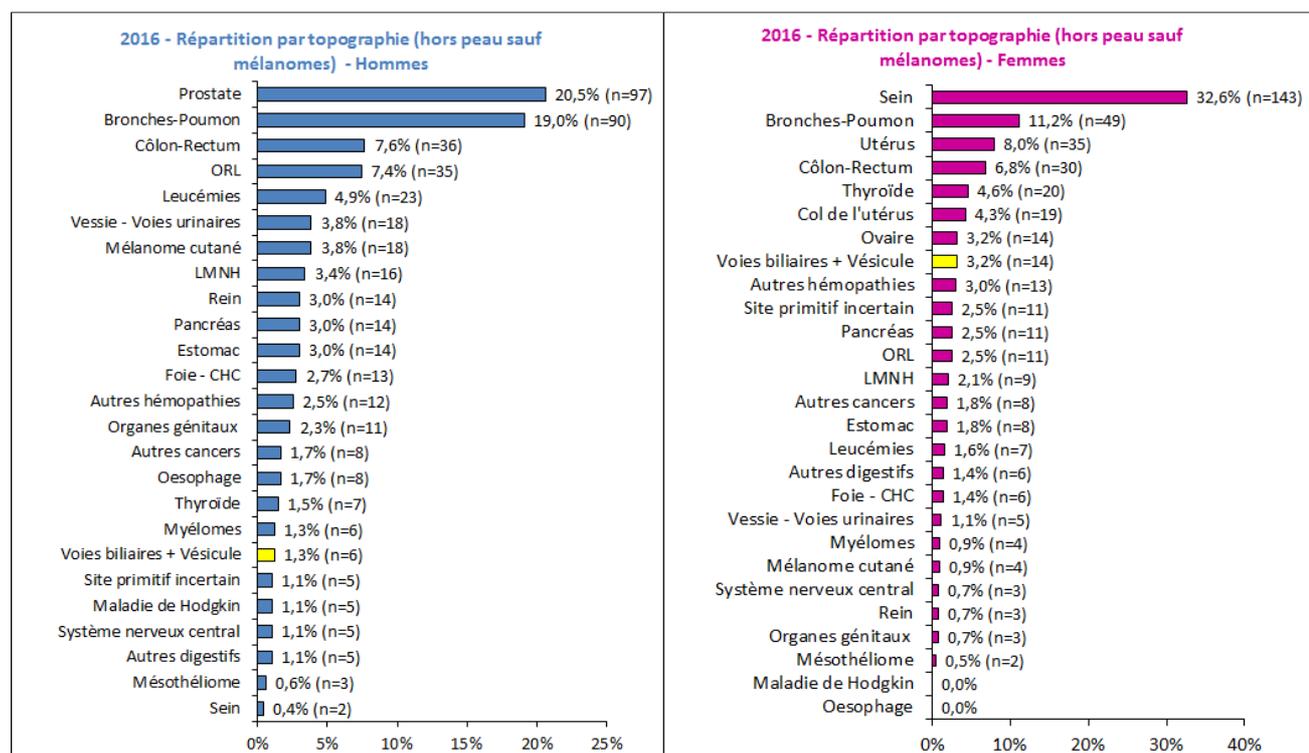


Figure 52 - Répartition par topographies selon le sexe

Age

En 2016, l'âge moyen au diagnostic est de 69 ans (médiane 70.5 ans), variant de 47 à 83 ans.

Provinces

Deux nouveaux cas ont été diagnostiqués en province Nord, 18 en province Sud et aucun en province des Iles.

Survie et stade au diagnostic

La majorité des cancers des VB sont diagnostiqués suite à l'apparition de symptômes (75%, n=15). 4 cancers ont été découverts de manière fortuite et pour un patient les circonstances de découverte n'ont pas été retrouvées.

La majorité des cas a été confirmé par un diagnostic histologique ou cytologique (65%, n=13), 6 cancers ont été diagnostiqués par imagerie médicale et 1 lors d'une exploration chirurgicale.

Un cancer a été diagnostiqué au stade métastatique, 7 au stade régional (35%), 5 au stade localisé (25%) et 7 cas avait un stade qui n'a pas pu être déterminé. Les métastases les plus fréquentes sont localisées dans le foie.

Au 31/12/2018, 65% (n=13) des patients étaient décédés, tous de leur cancer des voies biliaires. Au stade localisé, le taux de survie global 5 ans après le diagnostic est de 21%. Il est de 8% si le diagnostic est réalisé à un stade métastatique, et 0% à un stade régional.

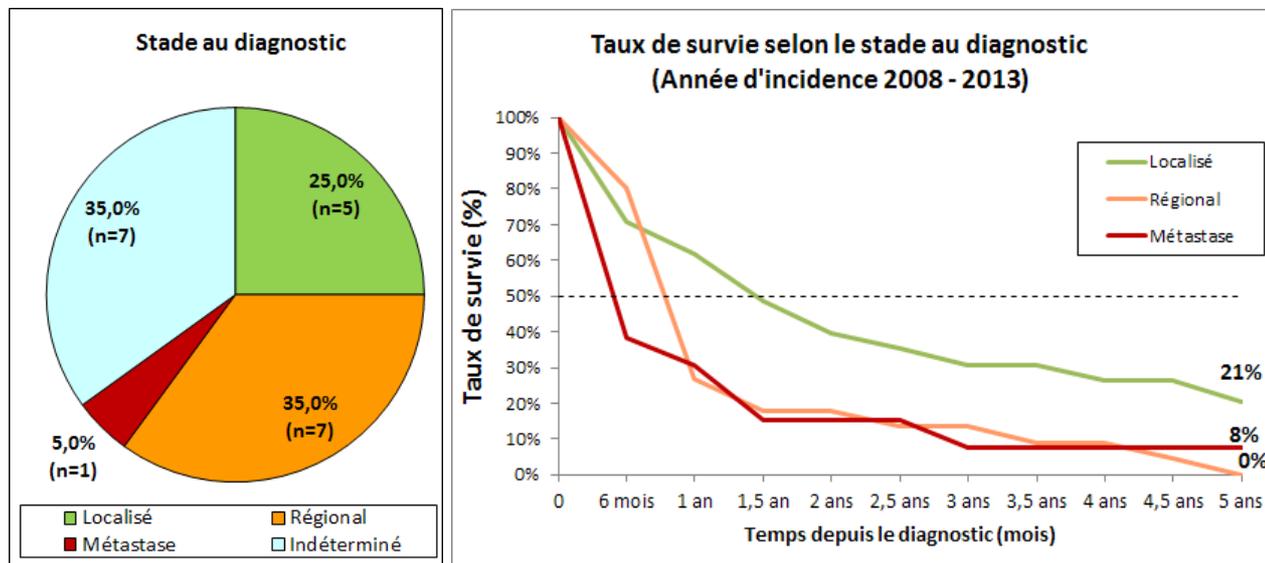


Figure 53 et 54 - Répartition et taux de survie selon le stade au diagnostic

Evolution

Au vu du faible nombre annuel de cancers des VB, les cas ont été regroupés par période de 5 ans. Depuis le début des années 2000, le nombre de cas de cancers des VB augmente, d'une moyenne de 4 cas par an dans les années 1990 à une moyenne de 15 cas depuis 2011.

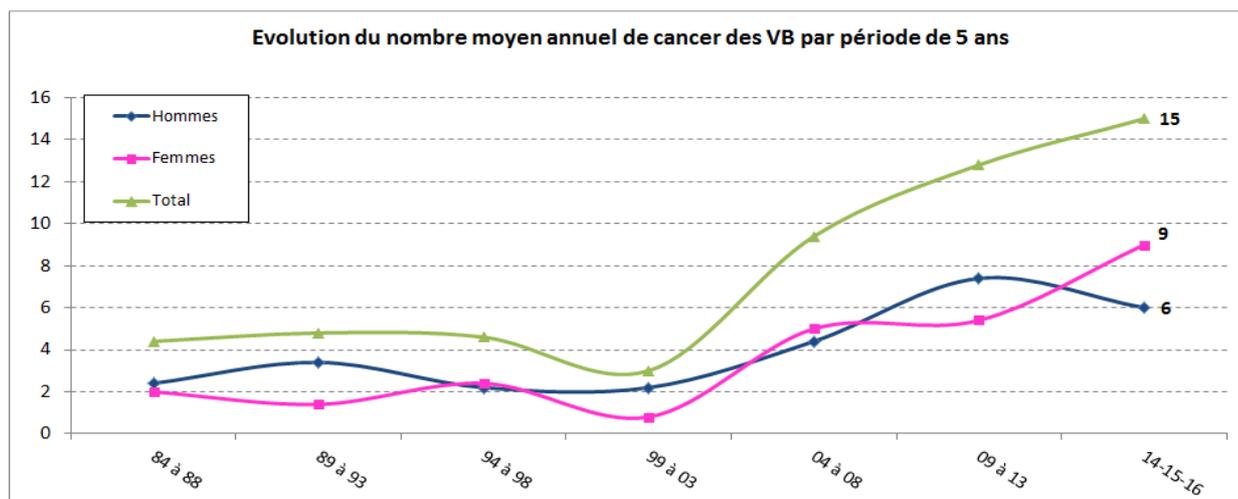


Figure 55 - Cancer des VB, évolution du nombre moyen de cas annuel

Incidences et comparaisons internationales

Chez les hommes en 2016, le TIS des cancers des VB est de **3,5 (0,6 – 6,4)** pour 100.000 personnes année. Chez les femmes en 2016, ce taux est de **7,4 (3,4 – 11,4)** pour 100.000 personnes année.

Il n'a pas été retrouvé les TIS des cancers des VB des autres pays. En effet, sur Globocan, les TIS publiés comprennent uniquement les tumeurs des voies biliaires extra-hépatiques et de la vésicule, donnant des incidences inférieures à celles qui seraient attendues.

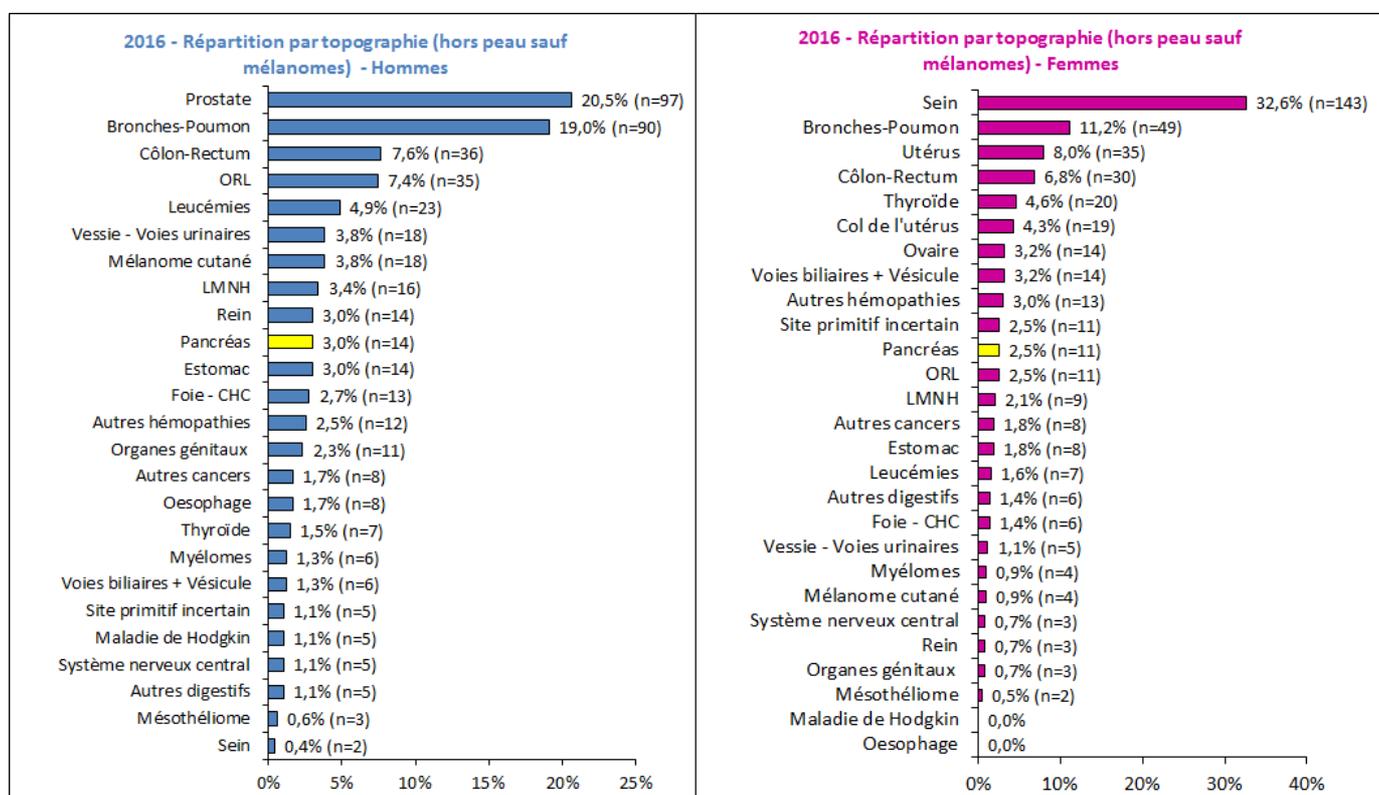
IV-3.e Cancer du pancréas : (code CIM-10 : C25)

Généralités

Ce cancer est en croissance dans le monde, notamment dans les pays industrialisés, avec comme principaux facteurs de risque : le tabac, les facteurs nutritionnels comme l'obésité, l'alimentation riche en graisse et glucides, pauvre en fibres, la pancréatite chronique, l'alcool. Une prédisposition génétique a été soulevée dans 5% des cas, notamment au travers du gène BRCA2.

Une étude à partir des données du PMSI métropolitain en 2012 a montré que 58% des nouveaux cas étaient diagnostiqués à un stade métastatique. Il s'agit d'un cancer à forte létalité.

En 2016, en Nouvelle-Calédonie le cancer du pancréas est le 9^{ème} cancer, tous sexes confondus, avec 25 tumeurs invasives. Il se situe au 9^{ème} rang chez les hommes avec 14 tumeurs, et au 10^{ème} rang chez les femmes avec 11 tumeurs. Le sex-ratio est de 1,27 hommes pour une femme. Un patient avait un autre cancer (voies biliaires).



Figures 56 – Répartition par topographies selon le sexe

Age

En 2016, l'âge moyen au diagnostic est de 66 ans (médiane 68 ans), variant de 42 à 90 ans avec :

- 8% des patients qui ont moins de 50 ans
- 68% des patients qui ont entre 50 et 74 ans
- 24% qui ont 75 ans et plus

En métropole, l'âge médian au diagnostic est 70 ans.

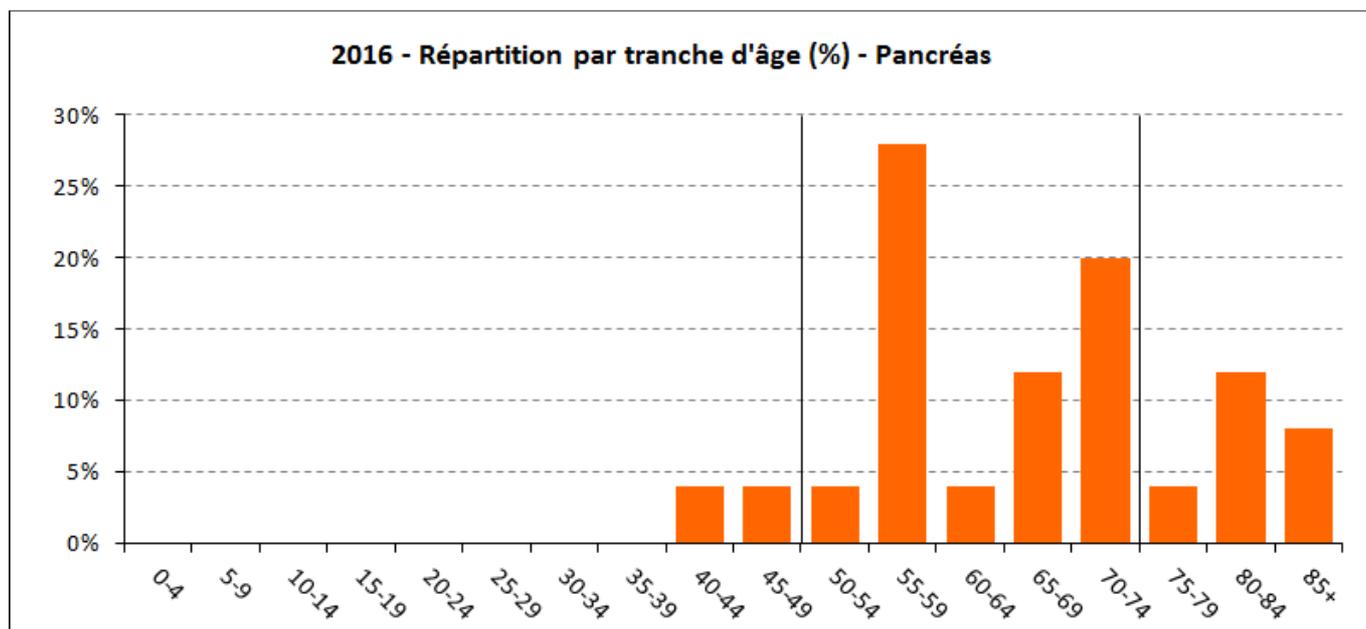


Figure 57 - Cancer du pancréas, répartition par classe d'âge

Provinces

En 2016, il n'y a pas de différence significative ($p=0,29$) entre la répartition des cancers du pancréas par province et celle de la population générale. Il n'y a pas de différence significative entre les taux d'incidence standardisée par sexe et par province.

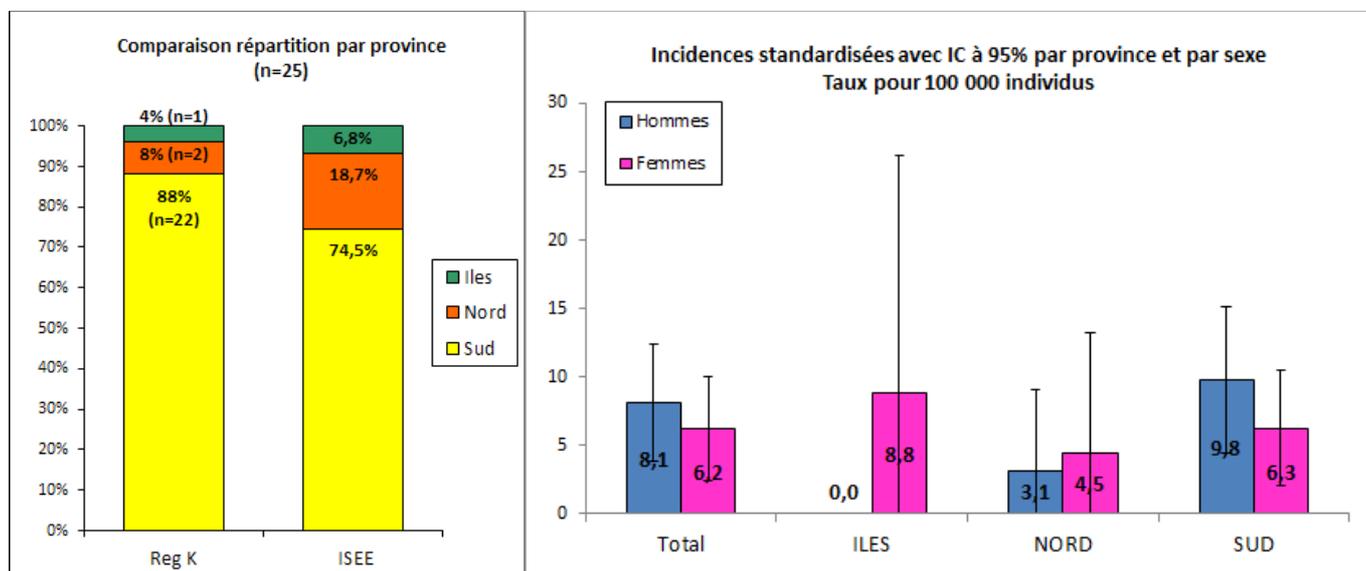


Figure 58 et 59 - Cancer du pancréas, répartition et incidences standardisées selon le sexe et la province

Survie et stade au diagnostic

La majorité des cancers du pancréas sont diagnostiqués suite à l'apparition de symptômes (84%, n=21), 2 cancers ont été découverts de manière fortuite, 1 au cours au cours d'un dépistage et 1 de

manière non déterminée. 72% des cancers ont été confirmés par une analyse histologique ou cytologique et 7 (28%) ont été diagnostiqués par imagerie médicale.

La majorité des cancers du pancréas sont diagnostiqués au stade métastatique (56%) ou régional (16%). Les métastases les plus fréquentes sont localisées dans le foie (68%, n=13), les poumons (10%, n=2) et le péritoine (10%, n=2).

Au 31/12/2018, 88% (n=22) des patients étaient décédés, et 21 (84%) des suites de leur cancer du pancréas. Le nombre de cancers du pancréas diagnostiqués au stade localisé entre 2008 et 2013 étant très faible (n=6), le taux de survie a été calculé en regroupant tous les stades. Le taux de survie global à 5 ans est de 4%. En France, le taux de survie nette à 5 ans est de 8%.

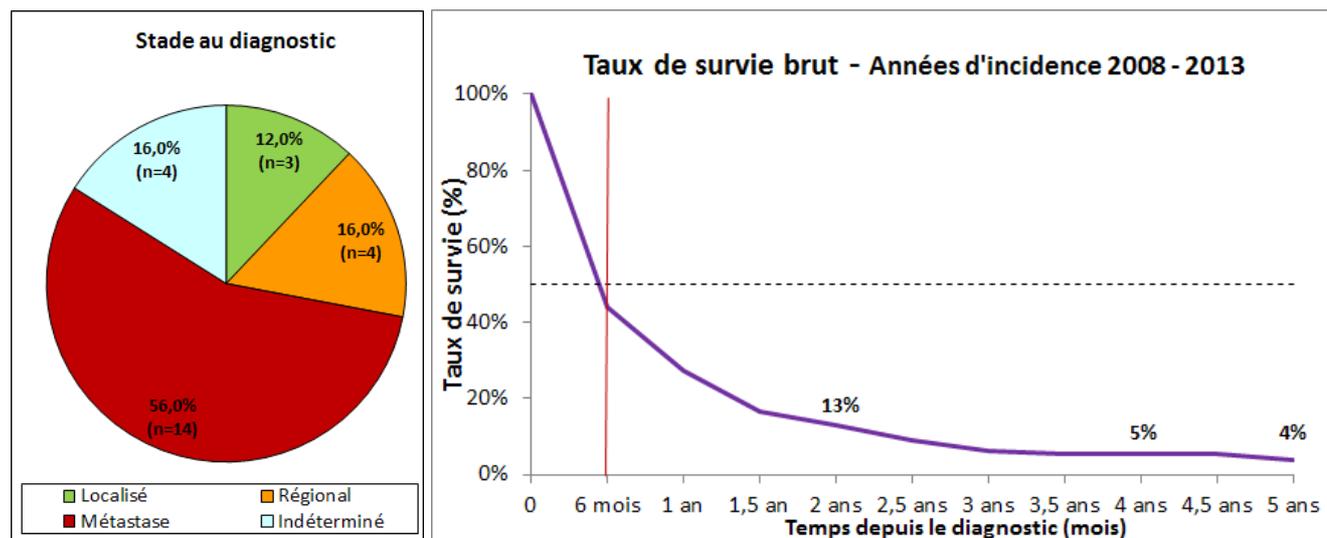


Figure 60 et 61 - Cancer du pancréas, Répartition et taux de survie selon le stade au diagnostic

Evolution

Depuis 2004-2005, on observe une augmentation du nombre de cancers du pancréas diagnostiqués chaque année quel que soit le sexe.

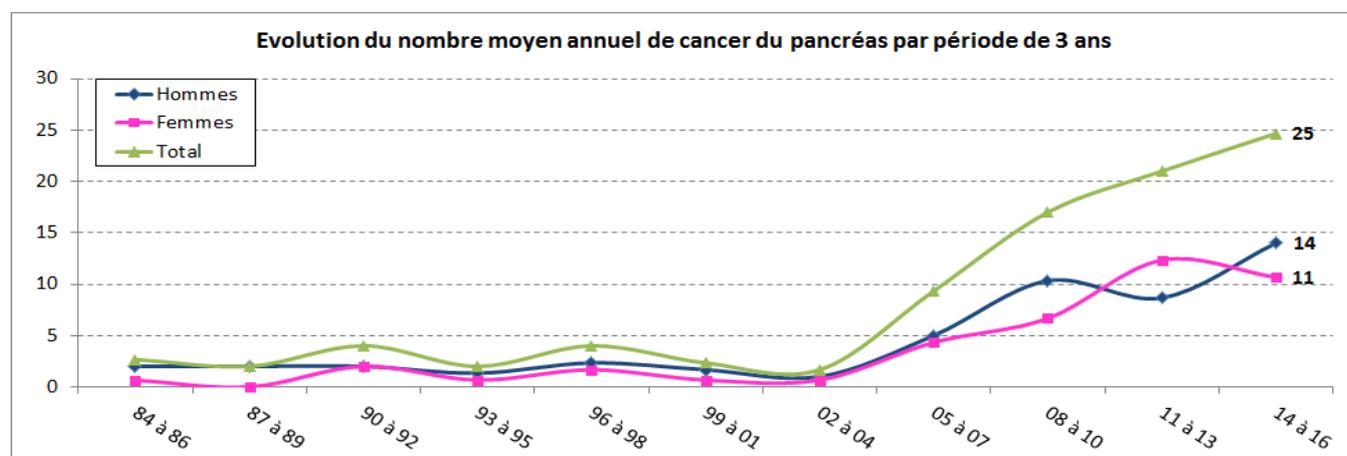


Figure 62 - Cancer du pancréas, évolution du nombre moyen de cas annuel

Incidences et comparaisons internationales

Chez les hommes en 2016, le TIS du cancer du pancréas est de **8,1 (3,8 – 12,4)** pour 100.000 personnes année. Ces taux sont comparables à ceux de la France métropolitaine, des pays voisins et des autres DOM-TOM.

Chez les femmes en 2016, le TIS du cancer du pancréas est de **6,2 (2,5 – 10)** pour 100.000 personnes-année. Ces taux sont comparables à ceux de la France métropolitaine, des pays voisins et des DOM sauf la Polynésie française qui présente des taux inférieurs.

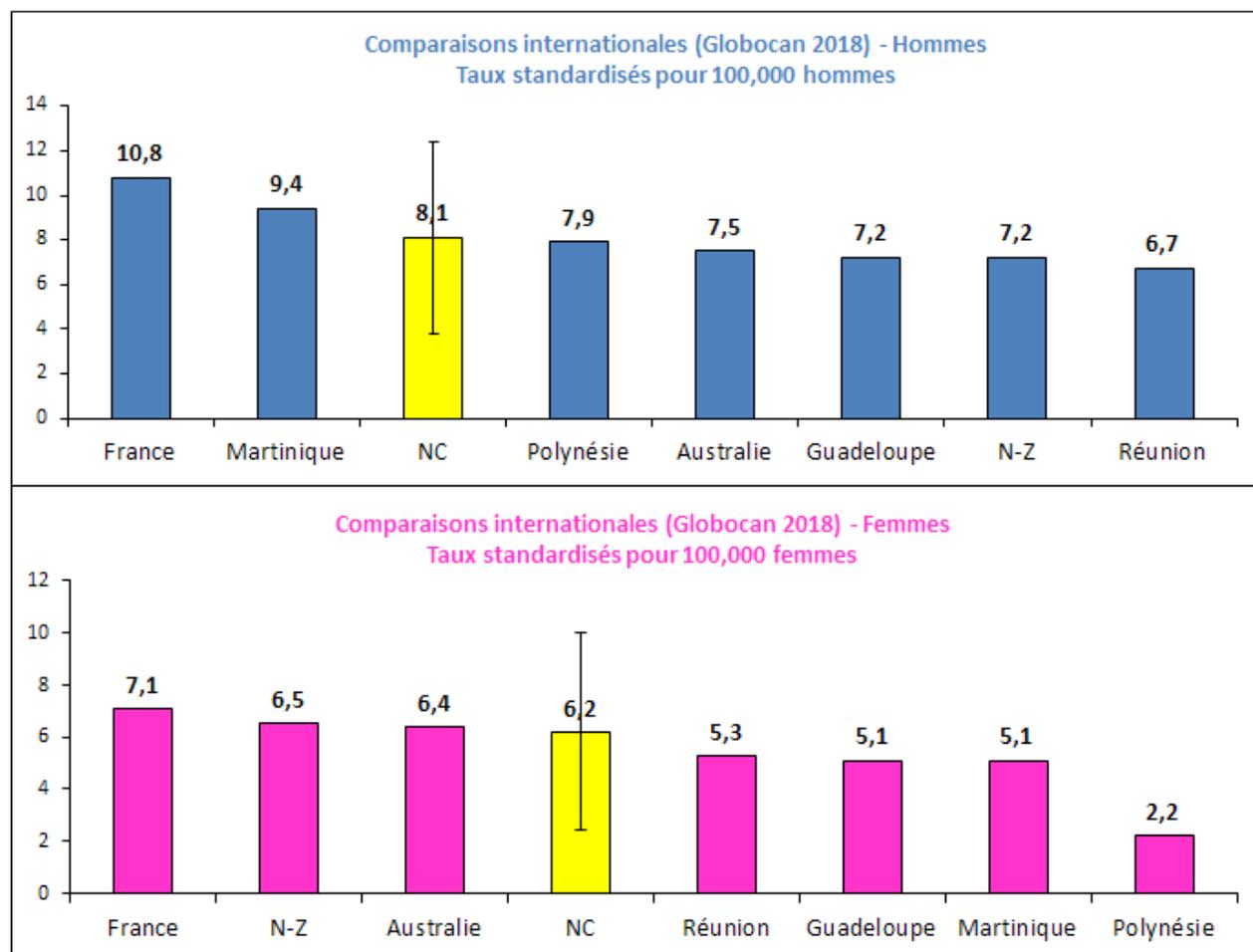


Figure 63 - Cancer du pancréas, comparaisons internationales des incidences selon le sexe

Au total, comme dans la plupart des pays industrialisés, on observe en Nouvelle-Calédonie une augmentation de l'incidence de ce cancer. Son pronostic est parmi les plus mauvais de tous les cancers avec un taux de survie à 5 ans égal à 4%, contre 8% à 5 ans en France (2005-2010).

IV-3.f Cancer de l'œsophage : (code CIM-10 : C15)

Généralités

Le cancer de l'œsophage est un cancer considéré comme évitable car les principaux facteurs de risque sont le tabac et l'alcool. Les autres facteurs sont antécédent de cancer ORL, une brûlure caustique, une achalasie de l'œsophage pour les cancers épidermoïdes, le reflux gastro-œsophagien, un endobrachy-oesophage pour l'adénocarcinome.

Cette maladie est plus incidente en Chine et dans les pays asiatiques. Depuis plusieurs années, la nature histologique a évolué avec une diminution des formes épidermoïdes et une augmentation des adénocarcinomes, touchant la jonction œsophage-estomac.

En France, ce cancer est plus fréquent chez les hommes avec un sex ratio de 4. On note une baisse de l'incidence chez l'homme dans les départements français à haut risque (Nord-Ouest), expliquée par la baisse des consommations à risque (tabac et alcool). Chez la femme, l'augmentation de l'incidence des adénocarcinomes pourrait être expliquée par les facteurs de risque comme les RGO et l'obésité.

En 2016, en Nouvelle-Calédonie, le cancer de l'œsophage est le 25^{ème} cancer, tous sexes confondus, avec 8 tumeurs invasives. Il se situe au 15^{ème} rang chez les hommes avec 8 tumeurs. Aucun cancer de l'œsophage n'a été diagnostiqué chez les femmes.

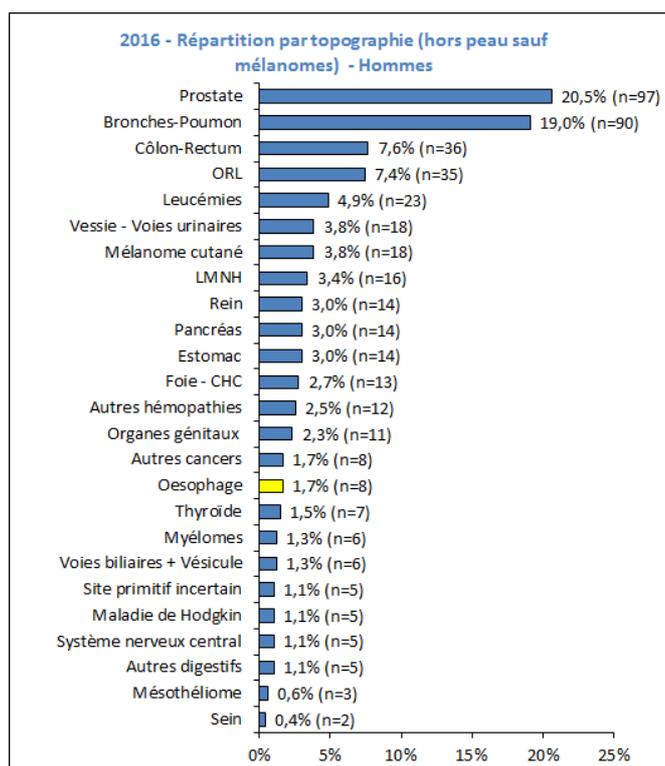


Figure 64 - Répartition par topographies chez les hommes

Age

En 2016, l'âge moyen au diagnostic est de 64 ans (médiane 66 ans), variant de 43 à 78 ans. En métropole, l'âge moyen au diagnostic est 67 ans chez les hommes et 73 ans chez les femmes.

Histologie

Tous les cancers de l'œsophage diagnostiqués en 2016 font partis du groupe des carcinomes épidermoïdes.

Provinces

Un patient résidant en province Nord et 7 en province Sud ont eu un cancer de l'œsophage diagnostiqué en 2016.

Survie et stade au diagnostic

La majorité des cancers de l'œsophage sont diagnostiqués suite à l'apparition de symptômes (n=6). La circonstance de découverte de 2 cancers est inconnue. Tous les cas ont été confirmés par une analyse histologique.

Quatre cancers ont été diagnostiqués au stade régional, 2 au stade métastatique, 1 au stade localisé et 1 cas à un stade non déterminé. Les métastases se localisaient dans le foie, le pancréas et les os.

Au 31/12/2018, 87% (n=7) des patients étaient décédés, et 6 (75%) des suites de leur cancer de l'œsophage. Etant donné le faible nombre de cas diagnostiqués chaque année, le taux de survie a été calculé en regroupant les stades. Le taux de survie brut à 5 ans est de 2%. En France, le taux de survie nette est de 14 % à 5 ans.

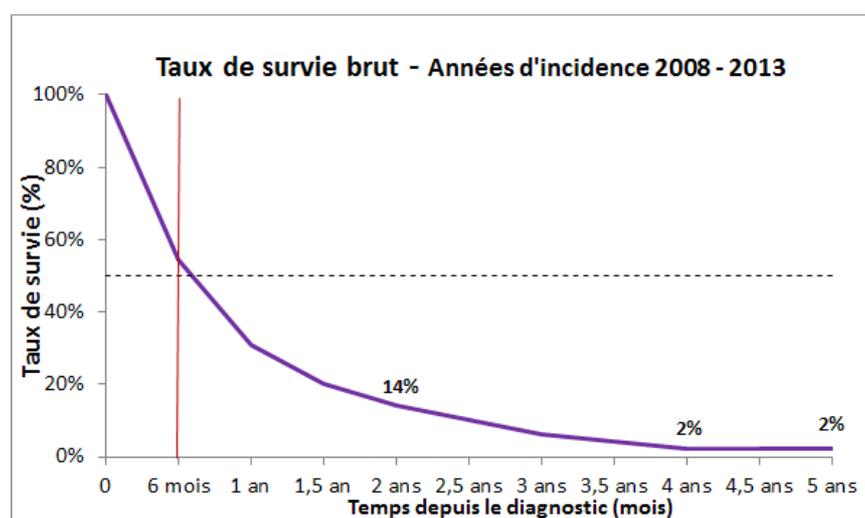


Figure 65 - Cancer de l'œsophage, Taux de survie à 3 ans

Evolution

Au vu du faible nombre annuel de cancers de l'œsophage, les cas ont été regroupés par période de 5 ans. Depuis 1984, le nombre de cas de cancers de l'œsophage augmente lentement, passant de 7 à 10 cas par an en moyenne.

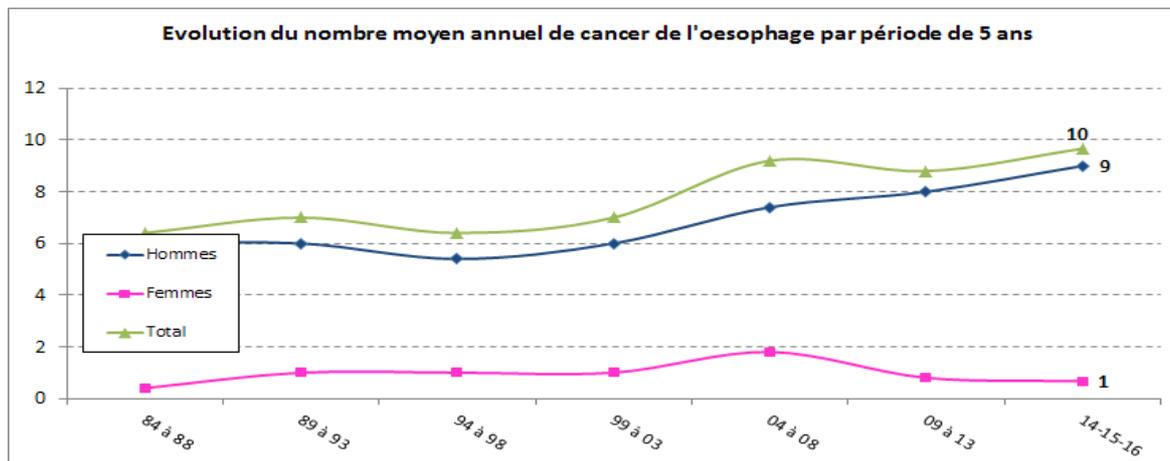


Figure 66 - Cancer de l'oesophage, évolution du nombre moyen de cas annuel

Incidences et comparaisons internationales

Chez les hommes en 2016, le TIS du cancer de l'oesophage est de **4,6 (1,4 – 7,9)** pour 100.000 personnes-année. Ce taux est comparable à ceux de la France métropolitaine, des pays voisins et des DOM excepté la Réunion qui présente un taux supérieur.

Il n'y a pas eu de cas diagnostiqué chez les femmes en NC en 2016.

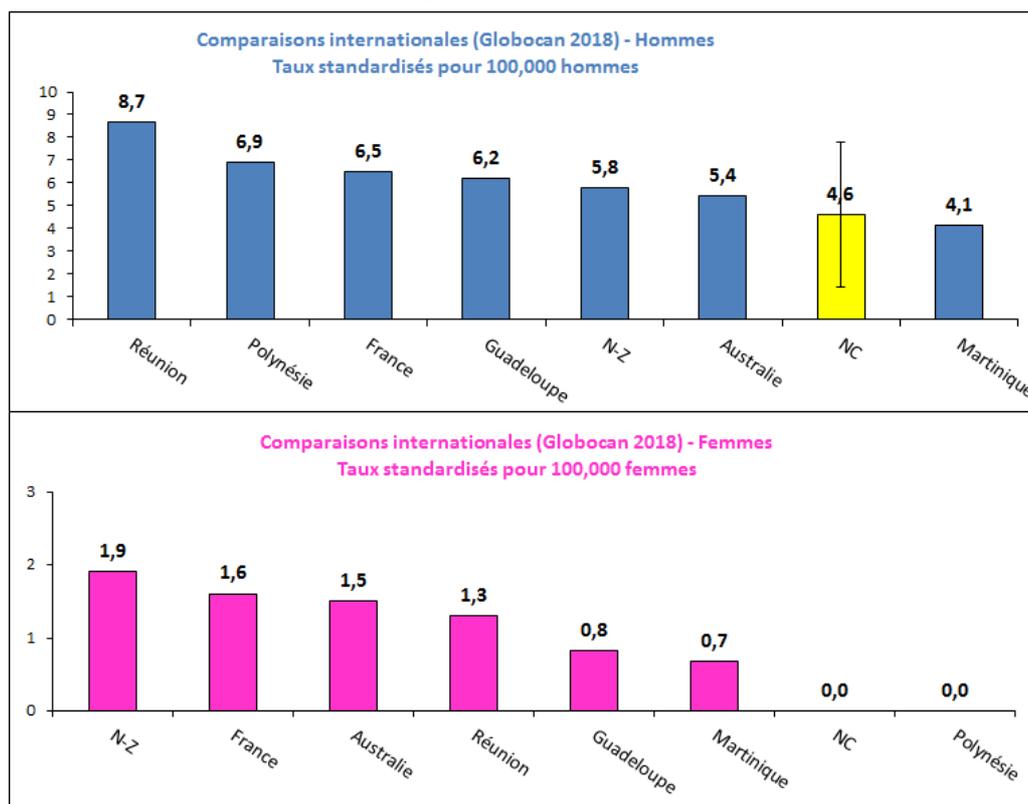


Figure 67 - Cancer de l'oesophage, comparaisons internationales des incidences selon le sexe

Au total, ce cancer n'a pas été diagnostiqué chez les femmes en 2016. Il reste plus fréquent chez les hommes comme en France, même si son incidence reste plus basse. Il est particulièrement létal avec une survie à 5 ans de 2%.

IV-4 Appareil respiratoire et plèvre

IV-4-a : bronches-poumon (KBP) (code CIM-10 : C34)

Généralités

Le cancer des bronches-poumon est parmi les plus péjoratifs. C'est un cancer majoritairement lié au tabagisme. Ils représentent la localisation la plus fréquente mais aussi la première cause de mortalité par cancer dans le monde. Ce cancer devient de plus en plus incident chez les femmes avec l'augmentation de leur consommation tabagique. De plus, on note dans le monde une augmentation chez les moins de 40 ans

Le cancer du poumon non à petites cellules (CBNPC) est le plus fréquent et peut se présenter sous plusieurs formes :

- Les cancers épidermoïdes, dont le nombre diminue (26 %) qui se développent dans les grosses bronches situées dans la partie centrale du poumon*
- Les adénocarcinomes, les plus fréquents (45 %) qui prennent naissance en périphérie des poumons*
- Les cancers à grandes cellules qui peuvent siéger dans toutes les parties du poumon.*

Le cancer du poumon à petites cellules (CBPC) représente environ 15 % des cas.

Les principaux facteurs de risque sont le tabagisme actif ou passif (90 % des cancers du poumon), l'exposition professionnelle (chrome, arsenic, goudrons, oxydes de fer, ..) et l'exposition environnementale (radon, fibres d'amiante, radioactivité).

En France, l'incidence annuelle a tendance à diminuer avec la baisse de la proportion de fumeurs (70% dans les années 60 chez les hommes contre 32% en 2015).

En 2016, le KBP est le **2^{ème} cancer le plus fréquent**, tous sexes confondus, avec **139** tumeurs invasives. Il se situe au 2^{ème} rang chez les hommes avec 90 tumeurs, et au 2^{ème} rang chez les femmes avec 49 tumeurs. Le sex-ratio est de 1,84 hommes pour une femme.

Dix-neuf patients (14%) avaient un antécédent de cancer d'un autre site (5 prostate, 4 ORL, 3 thyroïde, 2 col utérus, 1 estomac, 1 peau, 1 foie, 1 leucémie, 1 autre hémopathie).

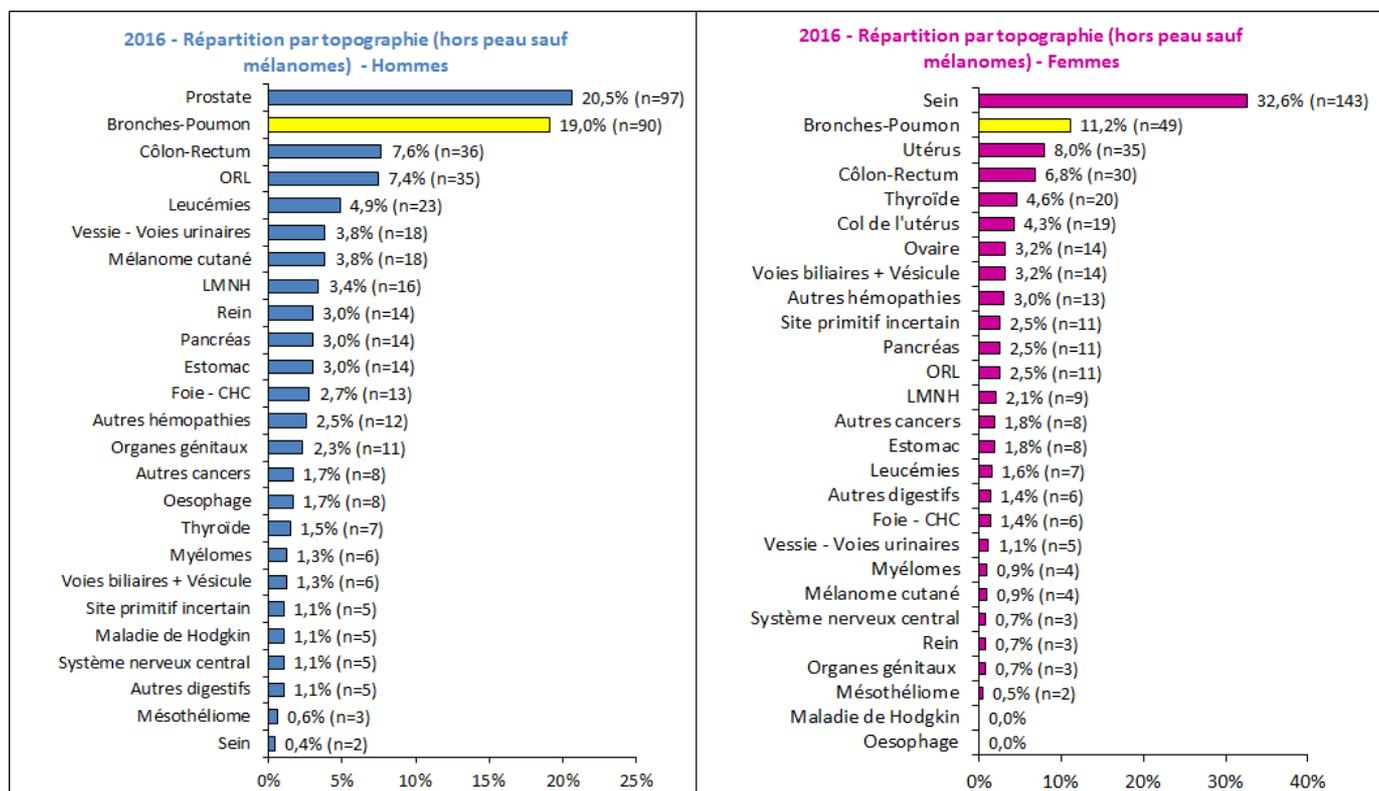


Figure 68 - Répartition par topographies selon le sexe

En 2016, 80% (n=111) des patients qui ont développé un KBP avait un antécédent tabagique, 9% (n=13) étaient non-fumeurs, dont 3 exposés au tabagisme passif et pour 7 patients (5%) cette information n'était pas indiquée dans le dossier médical.

Age

En 2016, l'âge moyen au diagnostic est de 64 ans (médiane 66 ans), variant de 32 à 87 ans.

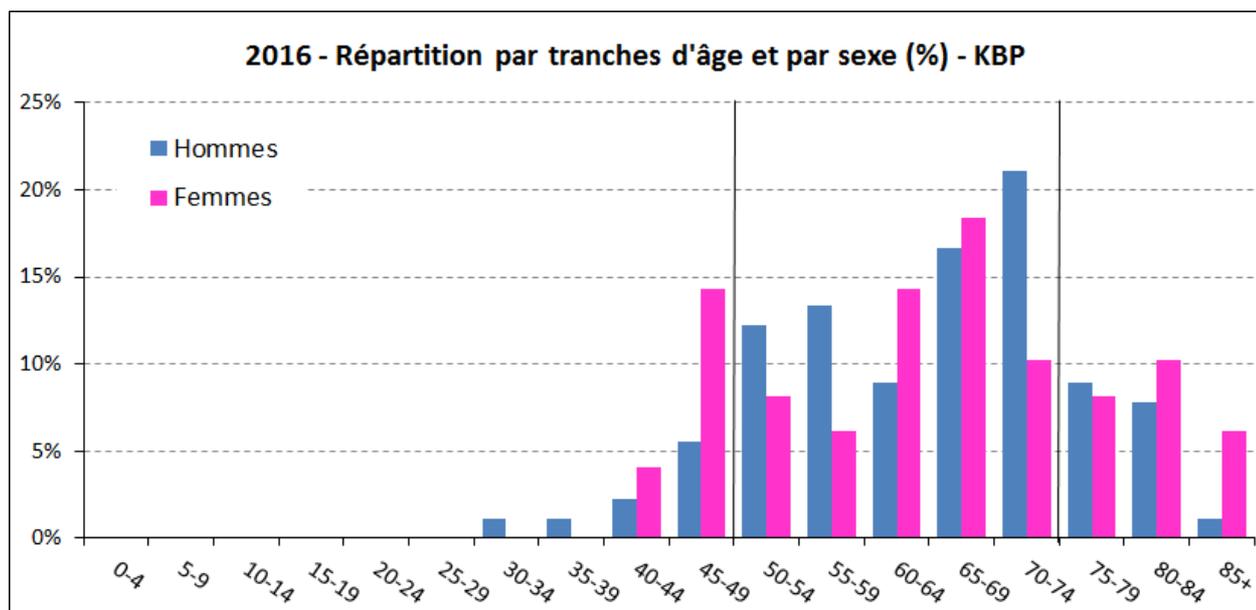
Chez les hommes, l'âge moyen au diagnostic est de 64 ans (médiane 66 ans), avec :

- 10% des patients qui ont moins de 50 ans
- 72% des patients qui ont entre 50 et 75 ans
- 18% qui ont 75 ans et plus

Chez les femmes, l'âge moyen au diagnostic est de 65 ans (médiane 67 ans), avec :

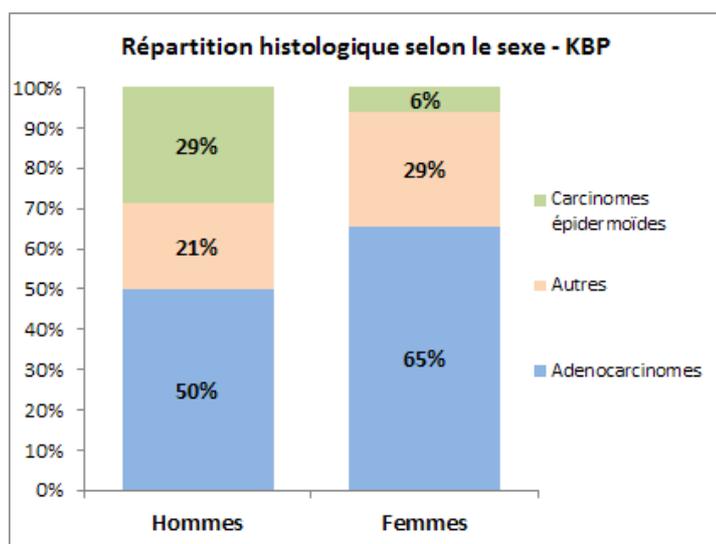
- 18% des patientes qui ont moins de 50 ans
- 57% des patients qui ont entre 50 et 75 ans
- 25% qui ont 75 ans et plus

En métropole, l'âge moyen au diagnostic est 67 ans chez les hommes et 66 ans chez les femmes.



Figures 69 - KBP, répartition par tranche d'âge

Histologie



Figures 70 - KBP, répartition histologique selon le sexe

En 2016, la proportion d'adénocarcinomes est plus importante chez les femmes que chez les hommes. En contrepartie, la proportion de carcinomes épidermoïdes est bien plus faible chez les femmes que chez les hommes.

Provinces

En 2016, il n'y a pas de différence significative entre la répartition par province des cancers des KBP et celle de la population générale ($p=0,25$).

On n'observe pas de différence significative entre les TIS par sexe selon les provinces. Par contre, l'incidence standardisée reste significativement plus élevée chez les hommes que chez les femmes, notamment en province des Iles et en province Nord.

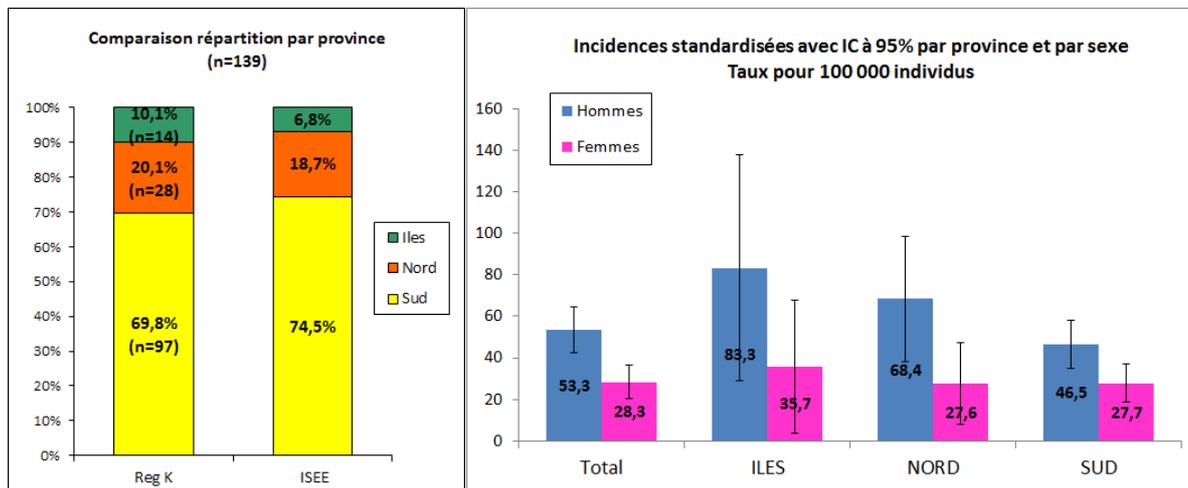


Figure 71 et 72 - KBP, répartition et incidences standardisée selon le sexe et la province

Survie et stade au diagnostic

Les KBP sont le plus souvent diagnostiqués suite à l'apparition de symptômes (69%, n=96), 19 (14%) ont été découverts de manière fortuite, 9 (6%) ont été diagnostiqués lors d'un suivi de BPCO, et pour 15 patients (11%), la circonstance de découverte était inconnue.

Sept KBP (5%) ont été diagnostiqués par imagerie médicale, tous les autres cas ont été confirmés par une analyse histologique ou cytologique (95%, n=132).

Le diagnostic a été effectué dans plus de la moitié des cas (58%) au stade métastatique. Les métastases les plus fréquentes se situent au niveau : de la plèvre (23%, n=29), du poumon controlatéral (17%, n=21), des os (16%, n=20), du foie (15%, n=19) ou du système nerveux central (13%, n=16).

Au 31/12/2018, 75% (n=104) des patients étaient décédés, et 97 (70%) des suites de leur KBP. Le taux de survie global à 5 ans est faible quelque soit le stade au diagnostic. Il est de 39% au stade localisé contre 1% au stade métastatique.

En France, la survie nette est de 16% chez les hommes et 20% chez les femmes.

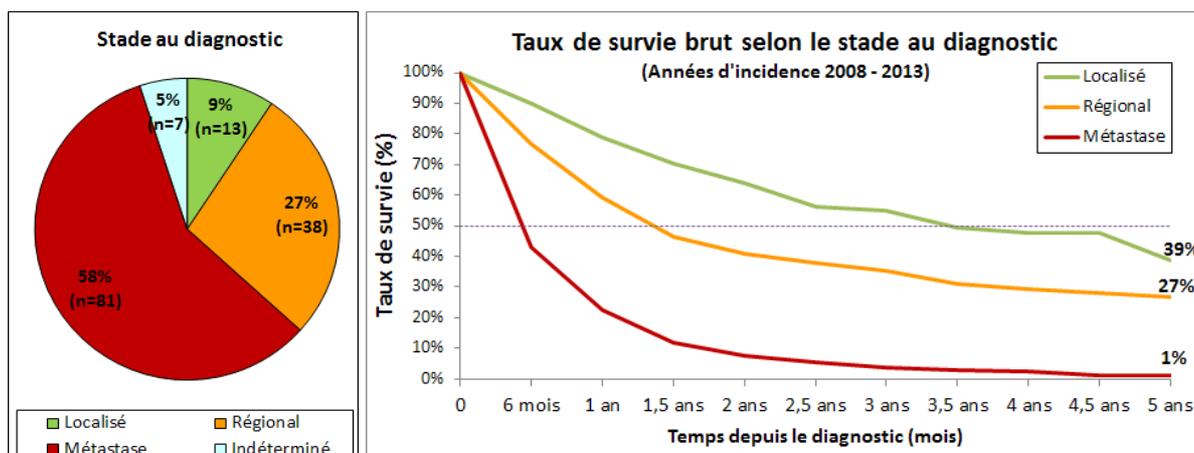


Figure 73 et 74 - KBP, Répartition et taux de survie selon le stade au diagnostic

Evolution

Le nombre de KBP a plus que triplé en 30 ans, passant de 40 cas par an au cours de la période 1984-1985 à plus de 130 cas par an en 2014-2015.

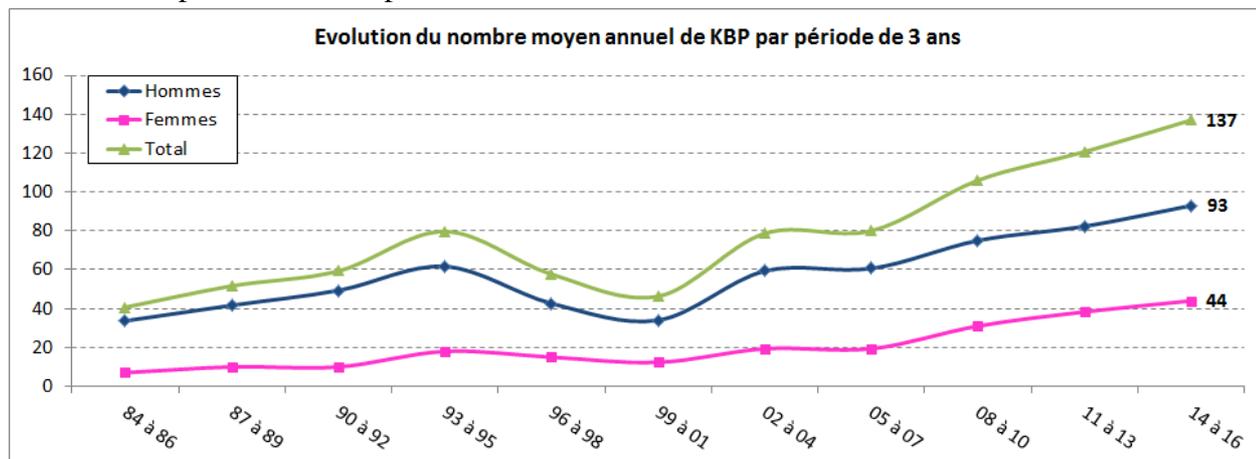


Figure 75 - KBP, évolution du nombre moyen de cas annuel

Incidences et comparaisons internationales

Chez les hommes en 2016, le TIS du KBP est de **53,3** (42,2 – 64,4) pour 100.000 personnes-année. Ce taux est comparable à ceux estimés en Polynésie et en France métropolitaine. Il est plus élevé que ceux de l’Australie, de la Nouvelle-Zélande et des DOM.

Chez les femmes en 2016, le TIS du KBP est de **28,3** (20,2 – 36,5) pour 100.000 personnes-année. Ce taux est comparable à ceux de la Nouvelle-Zélande, l’Australie, la Polynésie et la France métropolitaine. Il est plus élevé que ceux estimés dans les DOM.

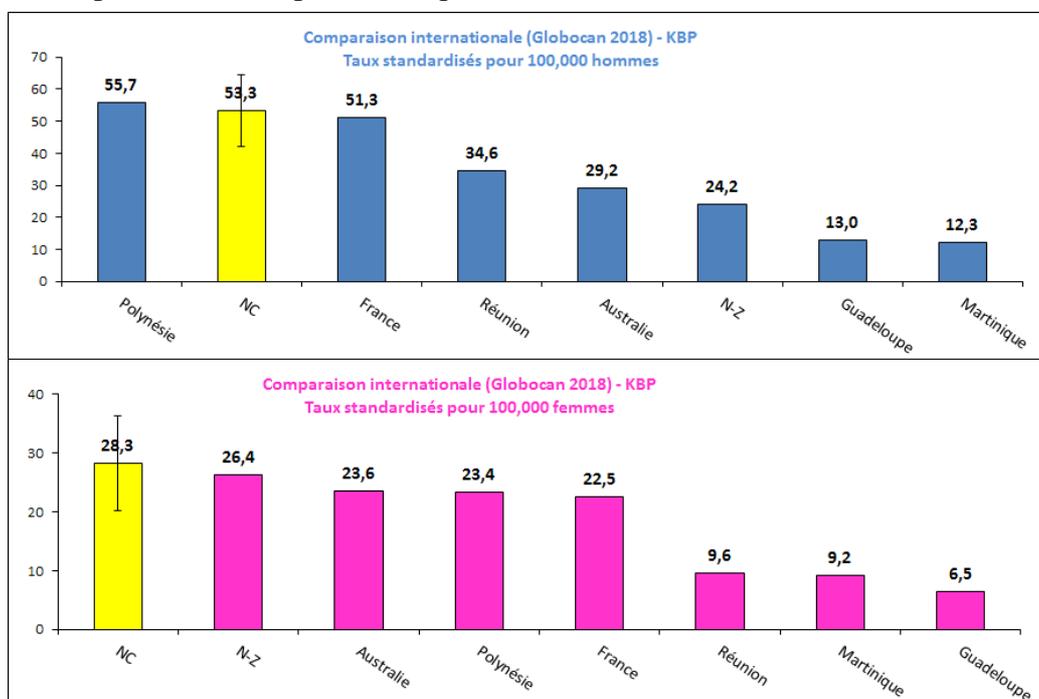


Figure 76 - KBP, comparaisons internationales des incidences selon le sexe

Au total, en Nouvelle-Calédonie, l'âge moyen au diagnostic chez les hommes est plus faibles qu'en métropole, alors que chez le femmes il est comparable à celui de la métropole. Sa survie reste particulièrement alarmante moins de 40 % de survie à 5 ans pour les stades localisés.

Le mésothéliome de la plèvre

En 2016, 5 cas de mésothéliomes ont été diagnostiqués, 3 chez les hommes et 2 chez les femmes. 50 à 76 ans.

Chez les hommes en 2016, le TIS du mésothéliome est de **1,8 (0 – 3,9)** pour 100.000 personnes-année, ce taux est comparable à ceux des autres pays.

Chez les femmes en 2016, le TIS du mésothéliome est de **1,2 (0 – 2,8)** pour 100.000 personnes-année, ce taux est comparable à ceux des autres pays.

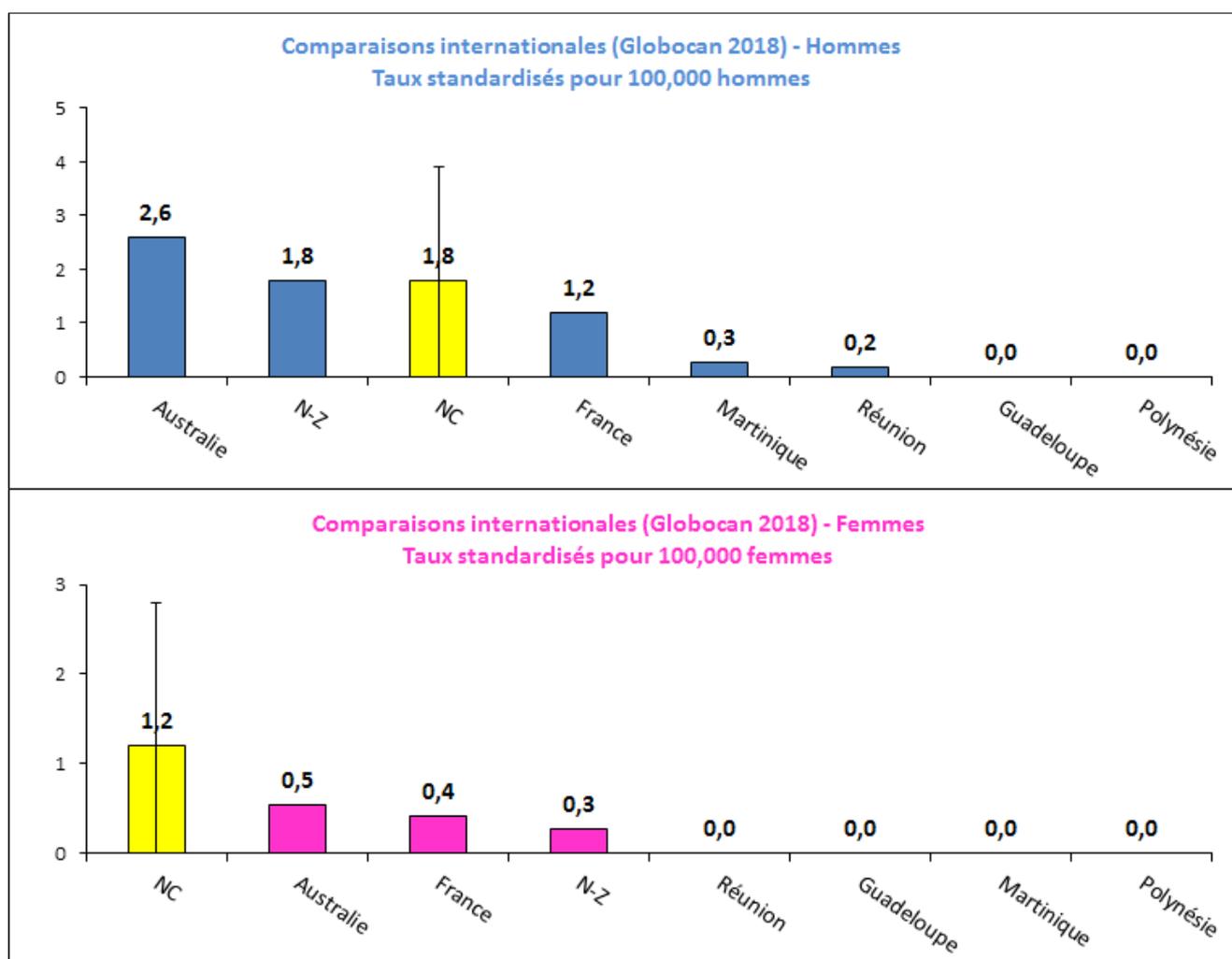


Figure 77 - Mésothéliome, comparaisons internationales des incidences selon le sexe

Depuis 1984, le nombre annuel moyen de mésothéliomes diagnostiqués évolue peu, se situant entre 2 et 5 cas par an.

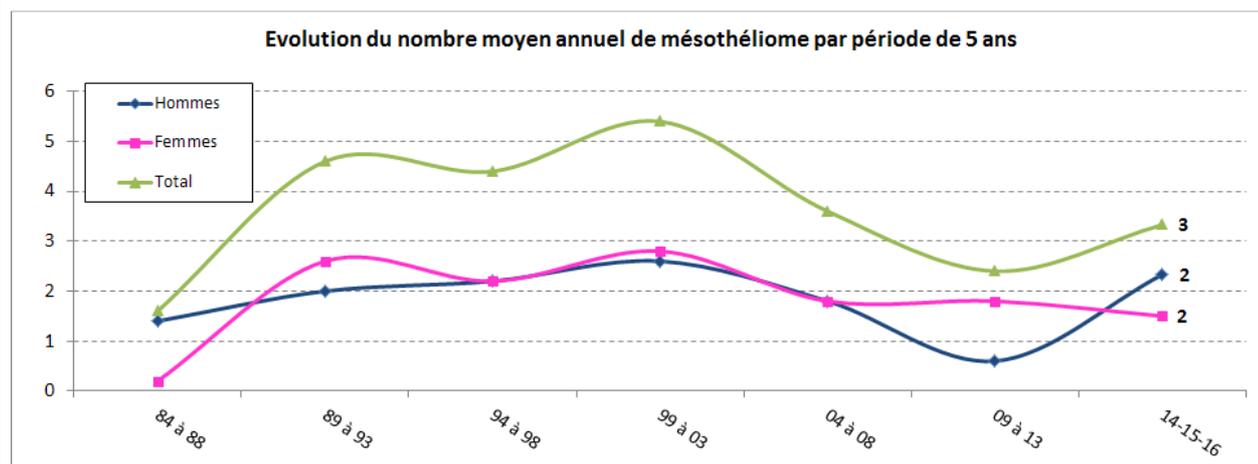


Figure 78 - Mésothéliome, évolution du nombre moyen de cas annuel

IV-5. Appareil génital chez la femme et cancer du sein

IV-5.a Cancer du sein (code CIM-10 : C50)

Généralités

Le cancer du sein est le premier cancer chez la femme dans le monde. Un dépistage précoce reste le principal moyen de lutter contre la maladie. Il permet d'améliorer les chances de survie ainsi que l'issue du cancer du sein.

Les principaux facteurs de risque connus sont l'âge, la prédisposition génétique, un antécédent de pathologie mammaire et un antécédent personnel d'irradiation thoracique médicale à forte dose.

D'autres facteurs sont suspectés (expositions hormonales endogènes et exogènes, surpoids et obésité).

Le cancer du sein chez l'homme est extrêmement rare.

En France, ce cancer se situe au premier rang chez la femme. 78% sont diagnostiqués chez des femmes de 50 ans et plus (24 % chez celles de 75 ans et plus). L'âge moyen au diagnostic est de 63 ans.

En 2016, en Nouvelle-Calédonie, le cancer du sein est le **1^{ème}** cancer tous sexes confondus, avec **145** tumeurs invasives. Il se situe au 25^{ème} rang chez les hommes avec 2 tumeurs, et au **1^{er}** rang chez les femmes avec **143** tumeurs (soit une augmentation de 26,5 % du nombre de cas par rapport à 2015, n= 113).

Le sex-ratio est de 0,01 homme pour une femme. Il s'agit d'un cancer extrêmement rare chez les hommes. 5,6% (n=8) des patients (hommes et femmes) avaient ou ont développé un autre cancer : 1 sein synchrone, 1 sein métachrone, 3 thyroïdes, 2 colons, et une patiente qui avait un antécédent de cancer de la thyroïde et de la glotte.

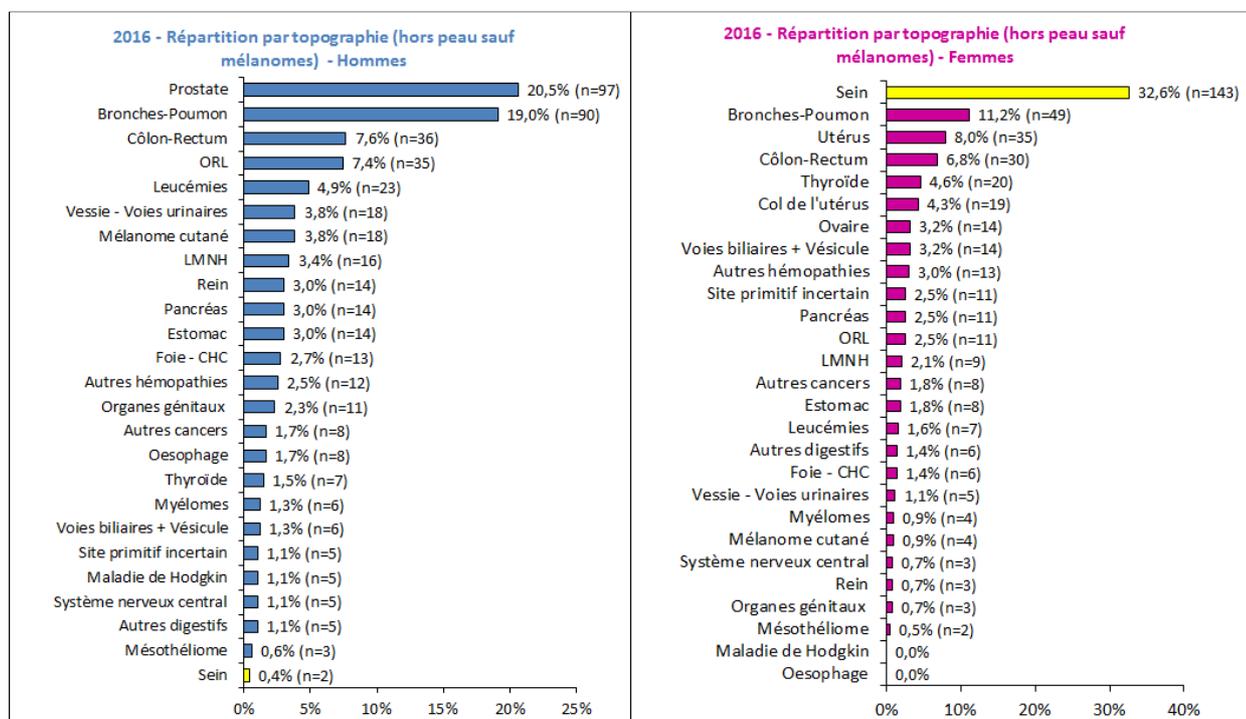


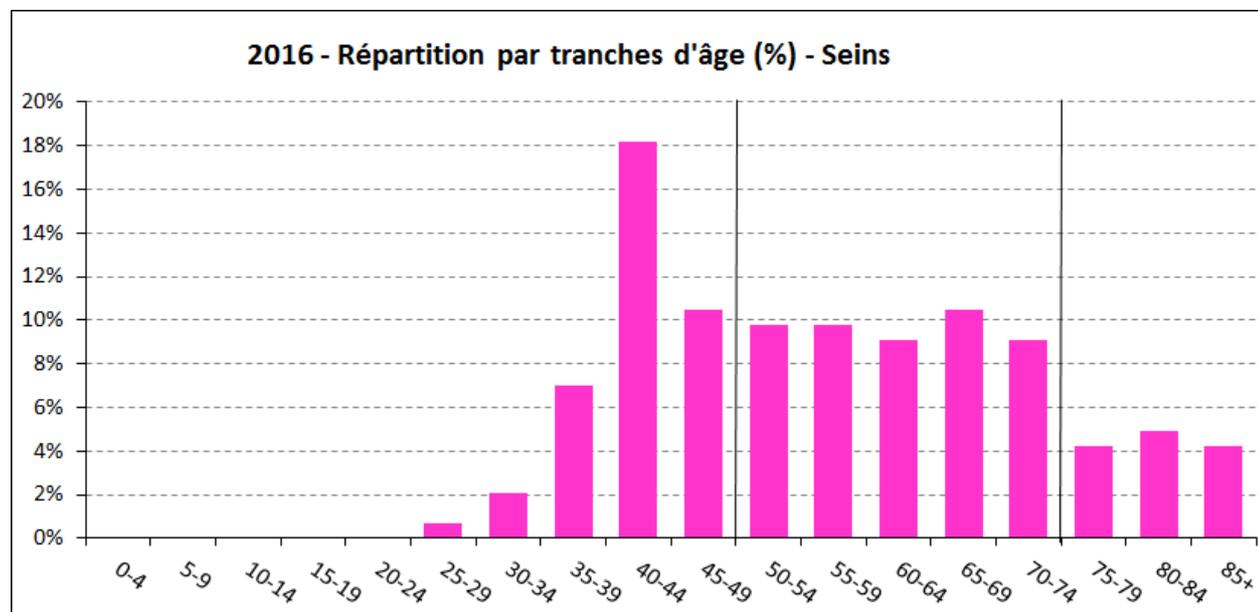
Figure 79 - Répartition par topographies selon le sexe

Pour la suite des analyses, seuls seront considérés les 143 cancers du sein chez la femme

Age

En 2016, l'âge moyen au diagnostic est de 57 ans (médiane 56 ans), variant de 27 à 95 ans, avec :

- 38% des patientes qui ont moins de 50 ans
- 48% des patients qui ont entre 50 et 75 ans
- 13% qui ont 75 ans et plus



Figures 80 - Cancer du sein, répartition par tranche d'âge

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:

- 116 (81%) carcinomes canaux infiltrant (dont 1 avec maladie de Paget),
- 13 (9%) carcinomes lobulaires,
- 14 autres (1 médullaire, 7 muqueux, 6 divers)

Provinces

En 2016, il n'y a pas de différence significative entre la répartition par province des cancers du sein chez la femme et celle de la population générale ($p=0,10$).

On n'observe pas de différence significative entre les TIS par province.

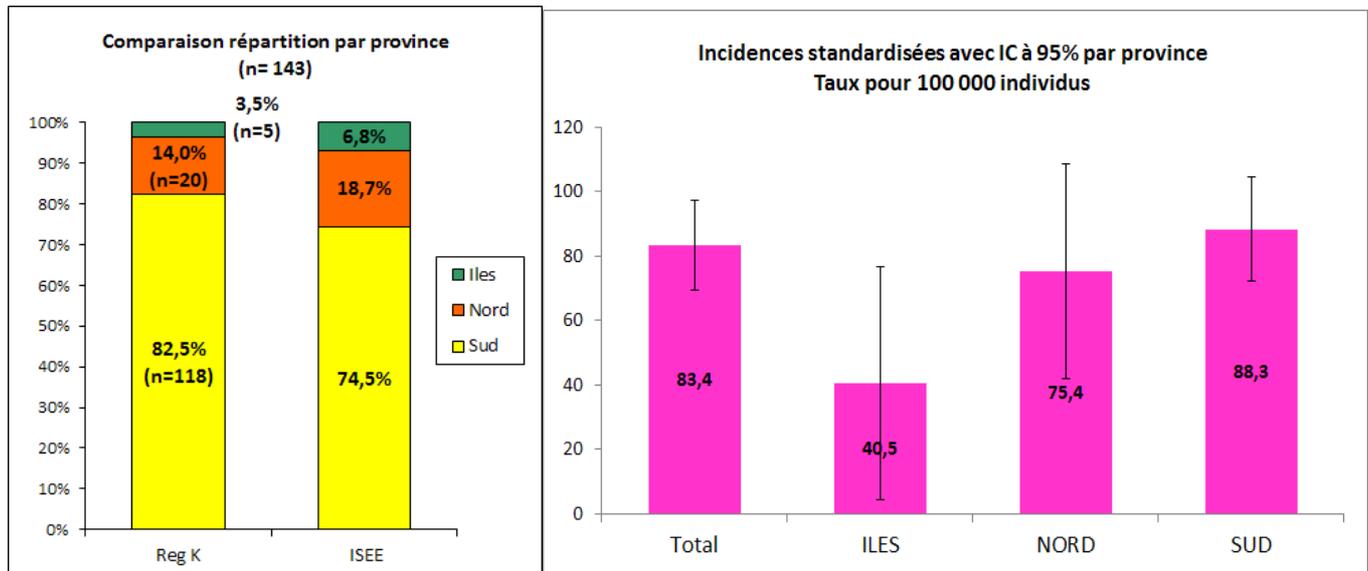


Figure 81 et 82 - Cancer du sein, répartition et incidences standardisées selon la province

Stade au diagnostic et létalité

Les cancers du sein sont pour la moitié diagnostiqués suite à l'apparition de symptômes (autopalpation, 50%, n=71) et 22% des patientes (n=32) ont été diagnostiquées par dépistage (dont 30 dans le cadre du dépistage organisé et 2 lors d'un dépistage individuel). Neuf cancers (6%) ont été découverts de manière fortuite et 16 (11%) dans des circonstances non retrouvées.

99% des cancers ont été confirmés par une analyse histologique.

Le diagnostic a été effectué dans un peu moins de la moitié des cas (48%, n=68) au stade localisé, et 47% (n=68) ont été diagnostiqués au stade régional ou métastatique.

Les métastases les plus fréquentes se situent dans : les os (53%, n=9), le foie (29%, n=5) ou le poumon (18%, n=3).

Parmi ces 143 patientes, 20 (14%) sont décédés au 31/12/2018 et 15 (10%) des suites de leur cancer du sein.

Entre 2008 et 2016, 1167 cancers du sein ont été diagnostiqués. Parmi ces 1167 patientes, 213 (18%) sont décédés du cancer du sein au 31/12/2018. Ce pourcentage varie selon le stade au diagnostic de 7,4% pour les stades localisés à près de 80% pour les stades métastatiques.

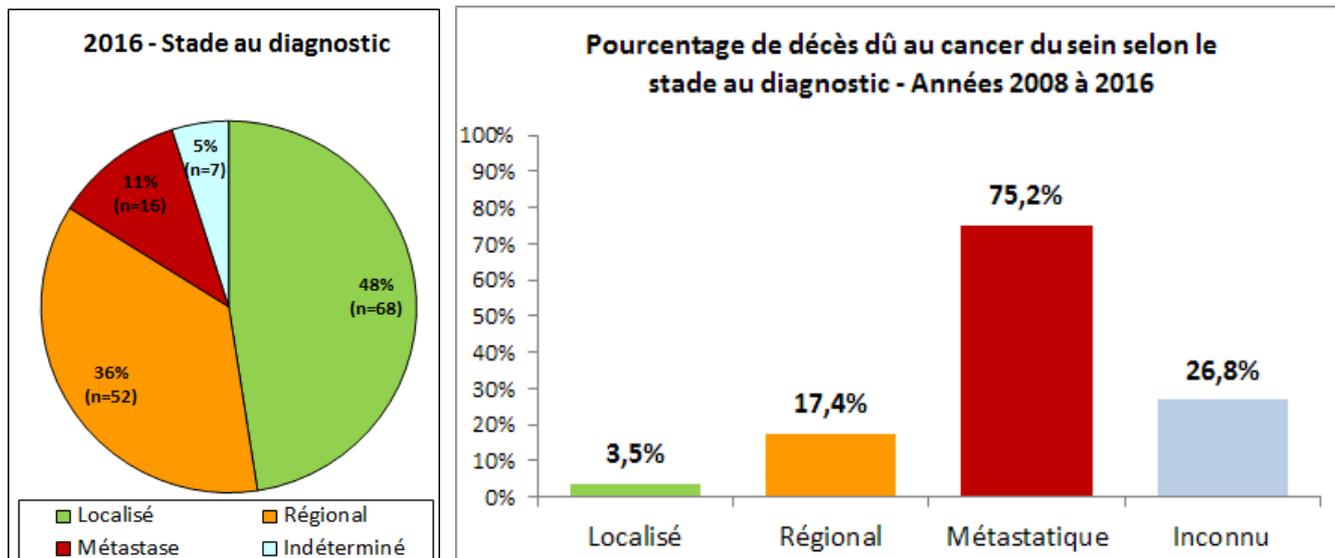


Figure 83 et 84 – Cancer du sein, Répartition et létalité selon le stade au diagnostic

Evolution

Le nombre de cancer du sein a quadruplé en 30 ans, passant d'une trentaine de cas par an en 1984-1985 à plus de 120 cas depuis 2009.

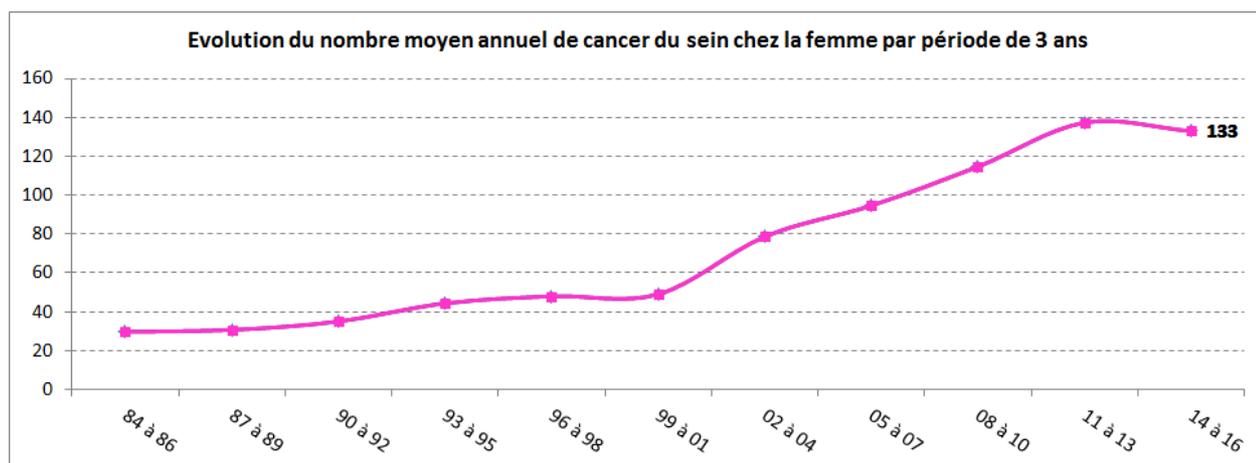


Figure 85 - Cancer du sein, évolution du nombre moyen de cas annuel

Incidences et comparaisons internationales

Chez les femmes en 2016, le TIS du cancer du sein est de **83,4 (69,5–97,2)** pour 100.000 personnes année. Ce taux est plus faible qu'en France métropolitaine, Australie et Nouvelle-Zélande. Il est comparable à celui de la Martinique et plus élevé qu'en Guadeloupe, Polynésie et à la Réunion.

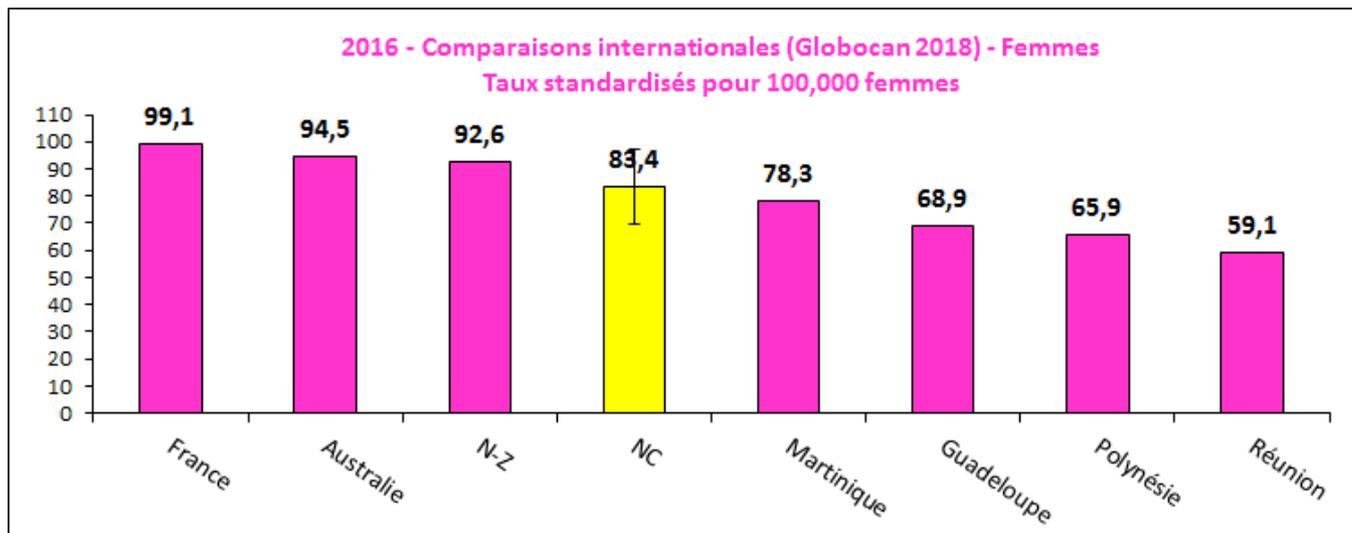


Figure 86 - Cancer du sein, comparaisons internationales des incidences selon le sexe

Au total, comme en France, ce cancer est le plus fréquent chez la femme, et le nombre annuel est en augmentation. Il est moins fréquemment diagnostiqué après 50 ans (62%) qu'en France (78%) et moins souvent diagnostiqué à un stade localisé (48% contre 60% en France). Son incidence est un peu moins élevée qu'en métropole et sa survie relativement bonne pour les stades localisés et régionaux.

Cancer in situ du sein

15 tumeurs in situ du sein ont été enregistrées en 2016 (nombre compris entre 10 et 20 depuis 2009)

- :
- 7 ont été diagnostiqués dans le cadre d'une surveillance ou d'un dépistage individuel
 - 2 ont été diagnostiqués dans le cadre du dépistage organisé
 - 4 suite à l'apparition de symptômes
 - 1 de façon fortuite
 - 1 dans des circonstances inconnues

IV-5.b Cancer du col de l'utérus : (code CIM-10 : C53)

Généralités

Le cancer du col de l'utérus est un cancer principalement attribuable à l'infection à Papilloma virus humain (HPV 16 et 18) et que l'on peut prévenir par la vaccination.

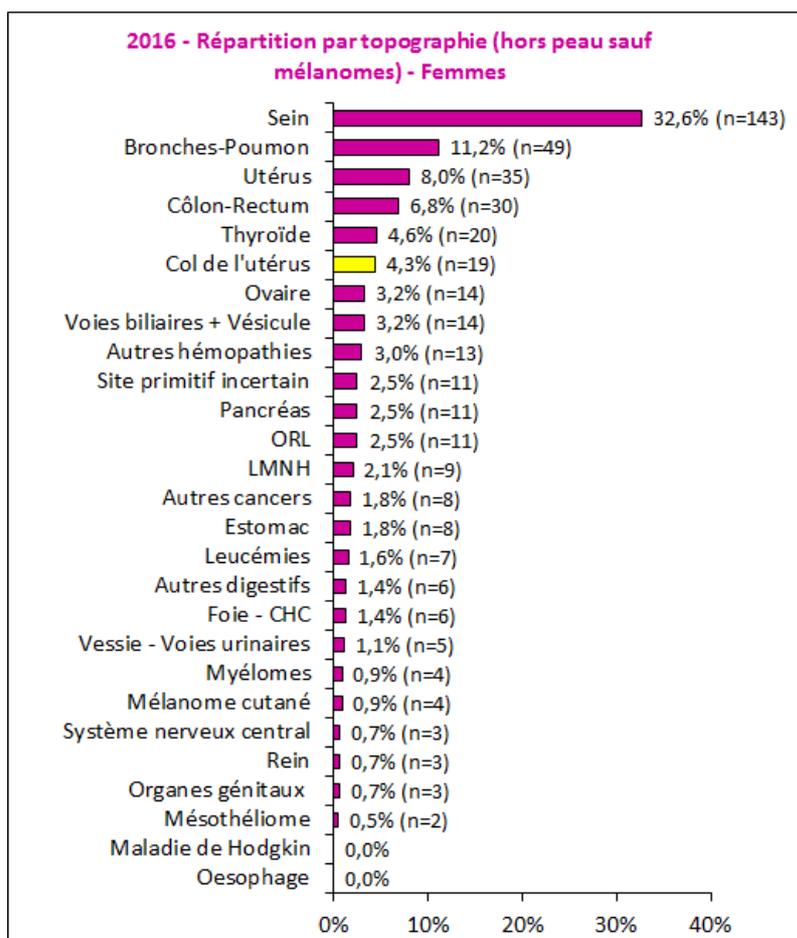
Le tabac, la multiparité, l'utilisation à long terme de contraceptifs oraux, l'exposition in utero au diéthylstilbestrol, l'infection par le VIH, sont des facteurs associés au cancer du col de l'utérus.

On peut le dépister précocement et très facilement par la pratique des frottis.

Ce cancer est un problème de santé publique majeur notamment dans les pays en voie de développement avec une incidence de 6/100 000 personnes-année.

Son incidence a baissé en France depuis les années 1980 (-1.8% par an en moyenne. Plus de 6 femmes sur 10 (63%) survivent à ce cancer après 5 ans et 60% après 10 ans. Moins de 20% des jeunes filles de 16 ans sont vaccinées.

En 2016, en Nouvelle-Calédonie, le cancer du col de l'utérus est le 6^{ème} cancer chez la femme avec **19** tumeurs invasives. Aucune patiente n'avait eu un autre cancer.



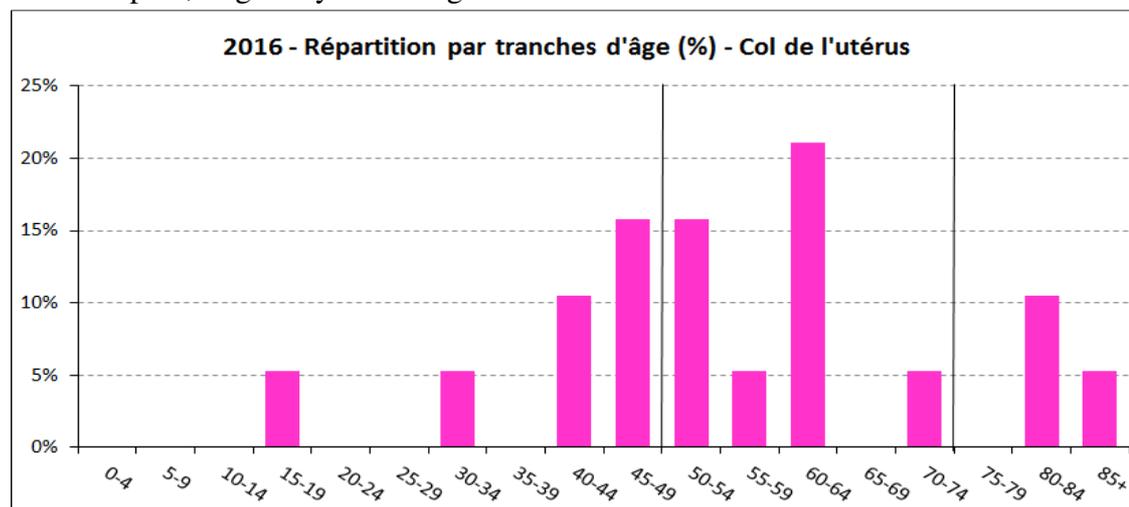
Figures 87 – Répartition par topographies

Age

En 2016, l'âge moyen au diagnostic est relativement jeune : 55 ans (médiane 52 ans), et varie entre 17 et 91 ans, avec :

- 37% des patientes qui ont moins de 50 ans
- 47% des patients qui ont entre 50 et 75 ans
- 16% qui ont 75 ans et plus

En métropole, l'âge moyen au diagnostic est 65 ans.



Figures 88 - Cancer du col de l'utérus, répartition par tranche d'âge

Provinces

En 2016, il n'y a pas de différence significative entre la répartition par province des cancers du col de l'utérus et celle de la population générale ($p=0,78$).

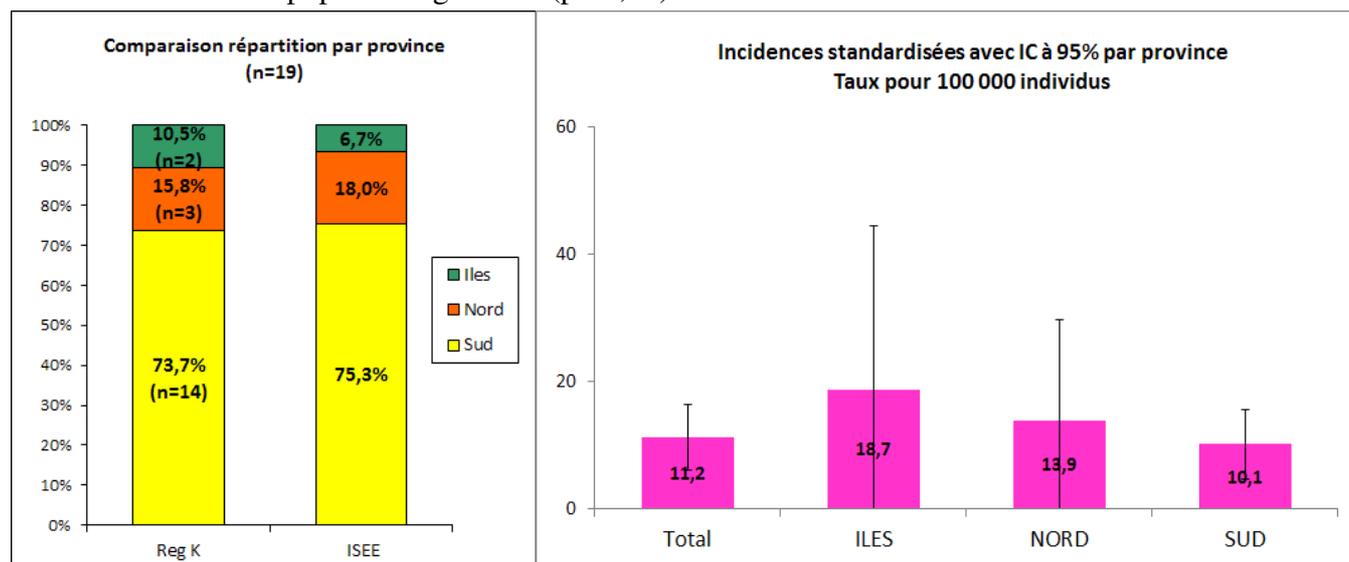


Figure 89 et 90 - Cancer du col de l'utérus, répartition et incidences standardisée selon la province

Groupes histologiques

La quasi-totalité des cancers du col sont des carcinomes épidermoïdes (89.5% n=17), 1 adénocarcinome (5%) et 1 classé autre (5%).

Stade au diagnostic et létalité

La majorité des cancers du col de l'utérus a été diagnostiquée suite à l'apparition de symptômes (63%, n=12), 3 cancers ont été diagnostiqués dans le cadre d'une surveillance ou d'un dépistage individuel (16%), 1 a été découvert fortuitement et la circonstance de découverte reste inconnue pour trois patientes.

Tous les cancers du col de l'utérus ont eu un diagnostic histologique. Plus de 3 cancers du col de l'utérus sur 4 ont été diagnostiqués au stade avancé, 63% au stade régional et 21% au stade métastatique. Les métastases les plus fréquentes se situent au niveau du poumon.

Parmi ces 19 patientes, 7 (37%) sont décédées au 31/12/2018 et 6 (31%) des suites de leur cancer du col.

Entre 2008 et 2016, 184 cancers du col de l'utérus ont été diagnostiqués. Parmi ces 184 femmes, 75 (41%) sont décédées suite à ce cancer au 31/12/2018. Ce pourcentage varie selon le stade au diagnostic, de 1,8% pour les stades localisés à 82% pour les stades métastatiques.

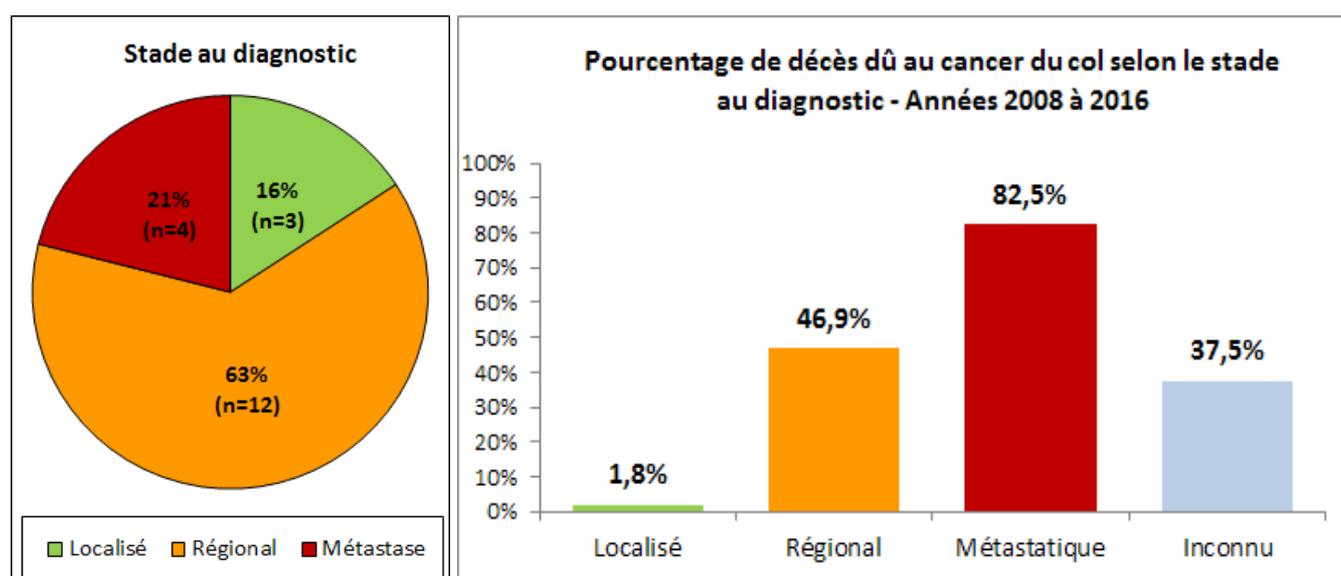


Figure 91 et 92- Cancer du col de l'utérus, Répartition et létalité selon le stade au diagnostic

Evolution

Depuis 1984, le nombre moyen de nouveaux cas de cancer du col de l'utérus diagnostiqués chaque année est resté stable, entre 15 et 20 cas par an.

Le dépistage organisé du cancer du col est organisé par l'agence sanitaire depuis 2011, en moyenne 8300 frottis sont réalisés chaque année dans le cadre de ce programme.

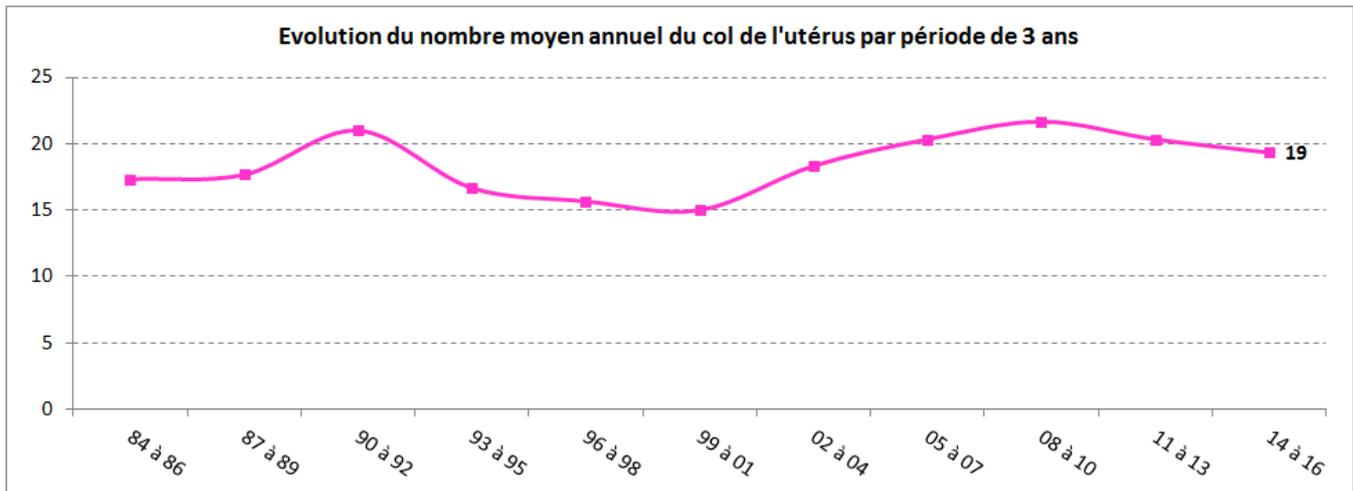


Figure 93 - Cancer du col de l'utérus, évolution du nombre moyen de cas annuel

Incidences et comparaisons internationales

Le TIS du cancer du col de l'utérus est de **11,2 (6,1 – 16,4)** pour 100.000 personnes-année. Ce taux est comparable à ceux des DOM. Il est supérieur à celui de la France, de l'Australie, de Nouvelle-Zélande.

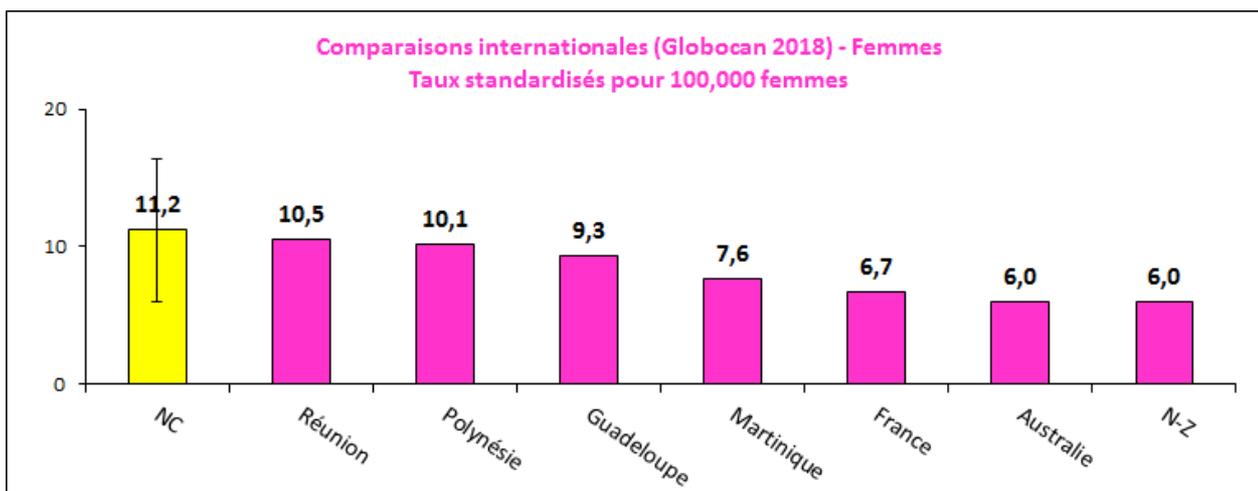


Figure 94 – Cancer du col de l'utérus, comparaisons internationales des incidences

Au total, ce cancer peu fréquent en nombre, se situe en Nouvelle-Calédonie au 6^{ème} rang des cancers de la femme alors qu'il est au 12^{ème} rang en France. Son incidence pourrait être diminuée au travers de l'augmentation de la couverture vaccinale.

Les cancers pré invasifs du col

Il s'agit de lésions cancéreuses précoces pouvant évoluer en l'absence de traitement vers un cancer invasif. Ces cas ne sont pas pris en compte dans le calcul de l'incidence du cancer du col mais elles font l'objet d'un enregistrement selon les recommandations de Francim (Lésions de haut-grade (LHG) : LHG SAI, CIN2, CIN2-3, CIN3, dysplasie modérée, dysplasie sévère, carcinome in situ (CIS) et carcinome épidermoïde in situ. /cf. définition OMS 2014) et ne prennent pas en compte les lésions de bas grade (CIN1).

Selon les mêmes recommandations les CIN 2 sont enregistrées depuis 2015.

L'enregistrement d'une nouvelle lésion précancéreuse nécessitant une preuve histologique, aucun cas n'est enregistré sur le seul résultat de cytologie d'un FCU.

Au total en 2016, 96 cancers pré-invasifs du col ont été enregistrés.

Age

En 2016, l'âge moyen au diagnostic est de 37 ans (médiane 34 ans), et varie entre 19 et 78 ans, avec :

- 85% des patientes qui ont moins de 50 ans
- 14% des patients qui ont entre 50 et 75 ans
- 1% qui ont 75 ans et plus

- A noter que 96% des patientes ont entre 17 et 65 ans, tranche d'âge correspondant au programme de dépistage organisé proposé par l'ASSNC.

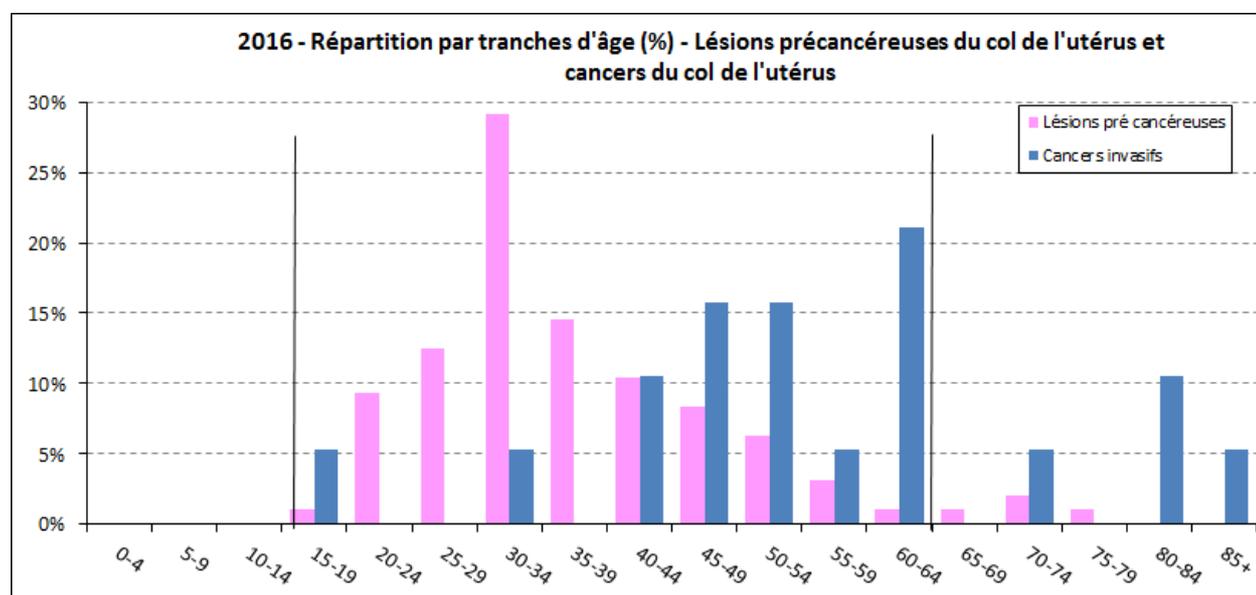
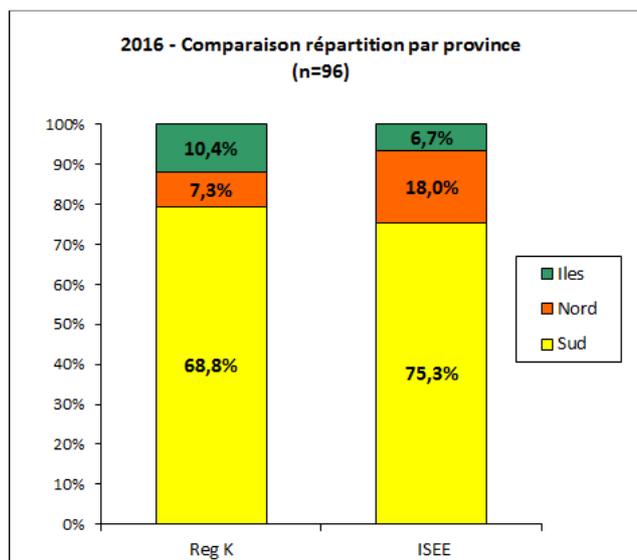


Figure 95 – Lésions précancéreuses et cancer du col de l'utérus, répartition par tranches d'âge

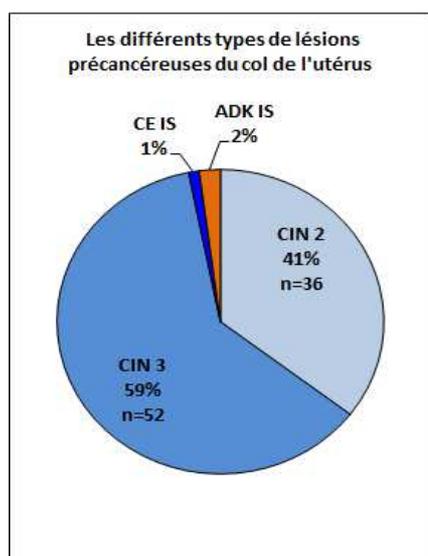
Provinces



En 2016, même si pour 13% des lésions précancéreuses la province de résidence n'est pas connue, on peut noter une différence significative entre la répartition par province des cancers pré invasifs du col de l'utérus et celle de la population générale ($p= 0.018$), avec un nombre plus important qu'attendu dans la province des îles et un nombre moins important qu'attendu dans la province nord.

Figure 96 – Lésions précancéreuses du col de l'utérus, répartition selon la province

Les types de lésions précancéreuses et découverte



En 2016, 98 % des lésions précancéreuses sont des lésions de haut grade (CIN2, CIN3 et CIS) et 2% des adénocarcinomes in situ.

Figure 97 – Répartition des différents types de lésions précancéreuses du col de l'utérus

Pour la majorité des lésions précancéreuses du col (37,5%, $n=36$) les circonstances de découvertes restent inconnues en raison du non-retour au dossier.

Pour 32% ($n=31$) elles sont diagnostiquées lors d'un dépistage individuel ou d'une surveillance et pour 30% ($n=29$) le diagnostic est réalisé dans le cadre de la campagne de dépistage organisé.

En 2016, 9 313 femmes ont réalisé un frottis dans le cadre de la campagne de dépistage.

Le taux de frottis anormaux représente 4,2 % des frottis réalisés dans le cadre du dépistage organisé.

IV-5.c Cancer de l'endomètre (utérus) : (code CIM-10 : C54)

Généralités

En 2016, le cancer de l'endomètre est le 3^{ème} cancer chez les femmes avec **35** tumeurs invasives.

Les principaux facteurs de risque connus sont l'hyperoestrogénie, qu'elle soit endogène (obésité, nulliparité, ménopause tardive/puberté précoce), exogène (prise d'oestrogènes seuls, tamoxifène) ou liée à l'histoire familiale.

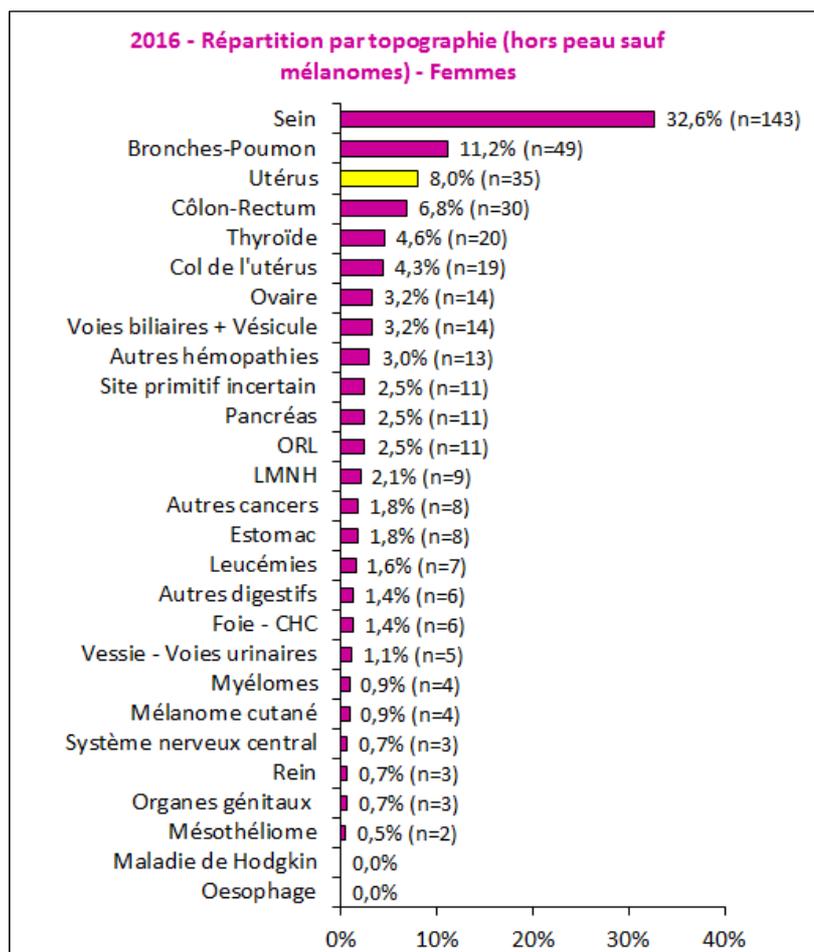


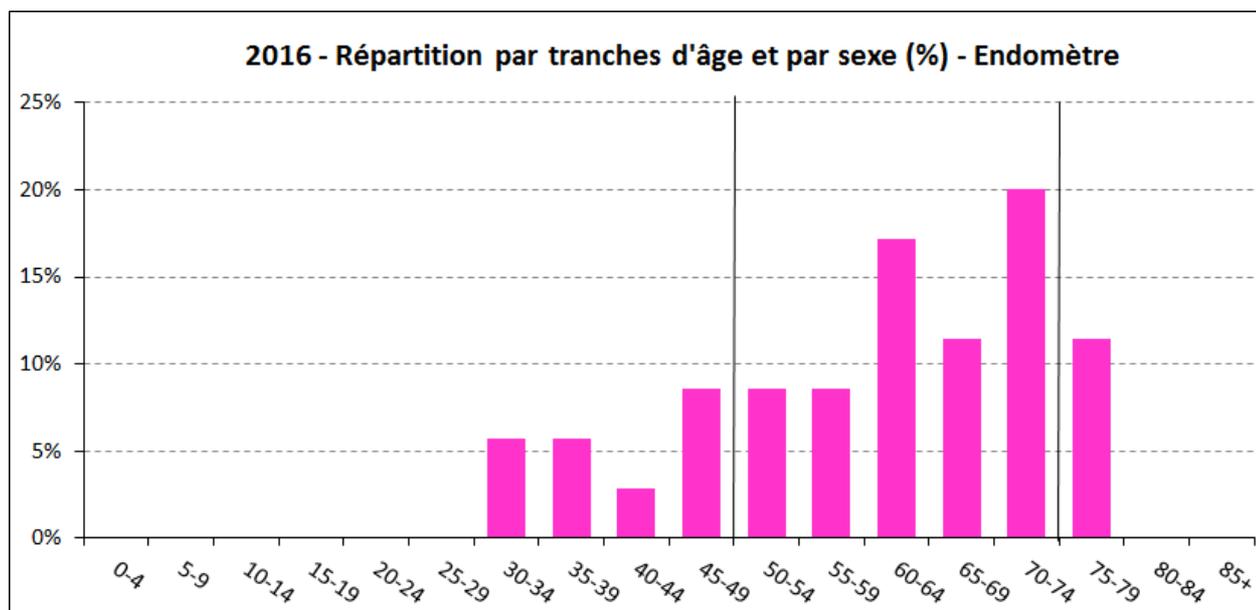
Figure 98 - Répartition par topographies chez les femmes

Age

En 2016, l'âge moyen au diagnostic est de 60 ans (médiane 63 ans) et varie entre 31 et 79 ans, avec :

- 23% des patientes qui ont moins de 50 ans
- 66% des patients qui ont entre 50 et 75 ans
- 11% qui ont 75 ans et plus

En métropole, l'âge moyen au diagnostic est 68 ans.



Figures 99 - Cancers de l'endomètre, répartition par tranche d'âge

Provinces

En 2016, il n'y a pas de différence significative entre la répartition par province des cancers de l'endomètre et celle de la population générale ($p=0,52$).

On n'observe pas de différence significative entre les TIS des provinces.

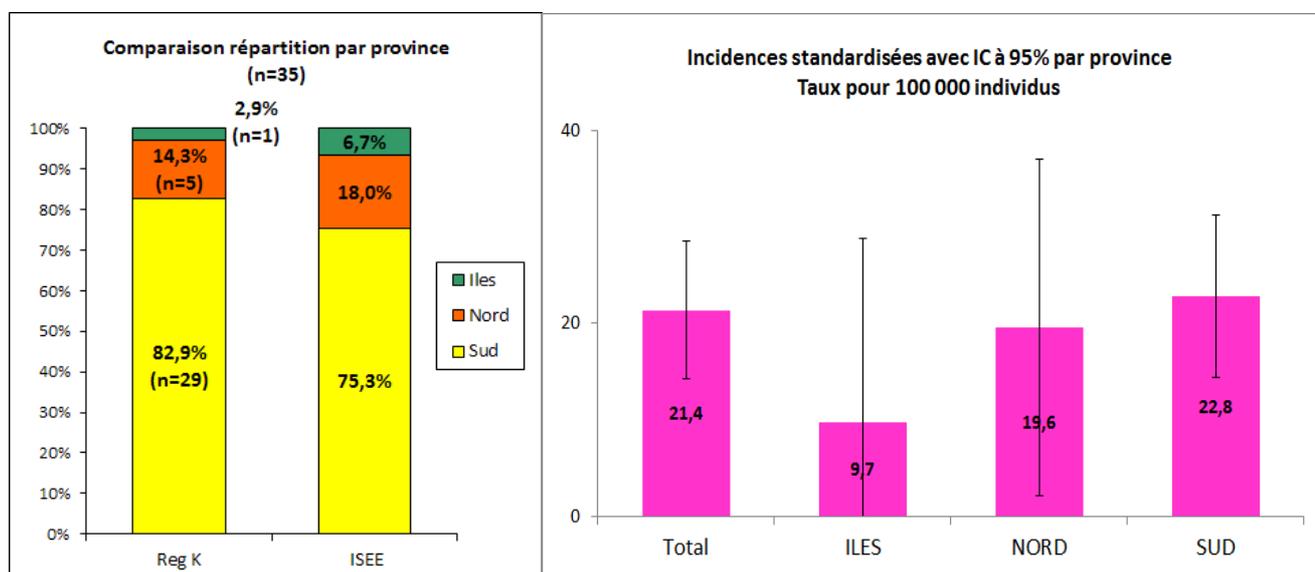


Figure 100 et 101 - Cancer de l'endomètre, répartition et incidences standardisée selon la province

Stade au diagnostic et létalité

La majorité des cancers de l'endomètre a été diagnostiquée suite à l'apparition de symptômes (91%, n=32).

Tous les cancers de l'endomètre ont eu une confirmation histologique du diagnostic.

La majorité des cancers de l'endomètre a été diagnostiquée au stade localisé (69%, n=24). Six ont été diagnostiqués au stade régional, et seulement 2 au stade métastatique. Pour trois cancers de l'endomètre, le stade n'a pu être déterminé.

Parmi ces 35 patientes, 8 (23%) sont décédées au 31/12/2018 et 7 (20%) des suites de leur cancer de l'utérus.

Entre 2008 et 2016, 254 cancers de l'endomètre ont été diagnostiqués. Parmi ces 254 patientes, 41 (16%) étaient décédées suite à ce cancer de l'endomètre au 31/12/2018. Ce pourcentage varie selon le stade au diagnostic, de 11,7% pour les stades localisés à 95,8% pour les stades métastatiques.

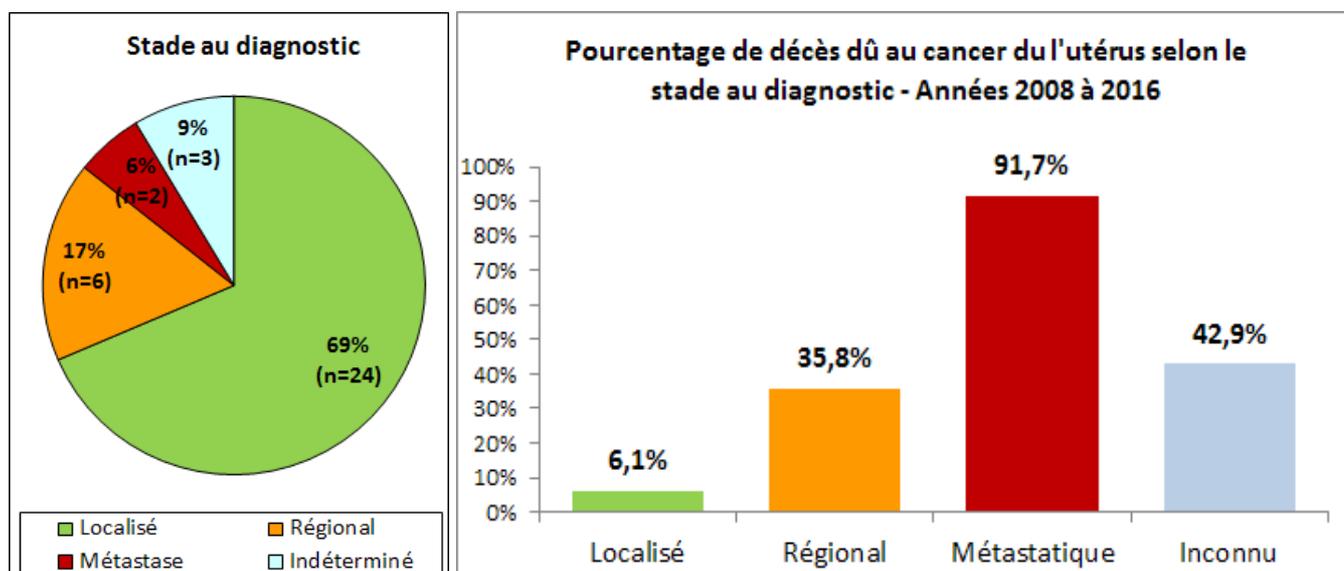


Figure 102 et 103 - Cancer de l'endomètre, répartition et létalité selon le stade au diagnostic

Evolution

Entre 1984 et 2001, le nombre moyen annuel de cancer de l'endomètre varie entre 5 et 10 nouveaux cas. Depuis le début des années 2000, le nombre de cas de cancers de l'endomètre augmente progressivement pour atteindre une moyenne de 34 cas par an entre 2014 et 2016.

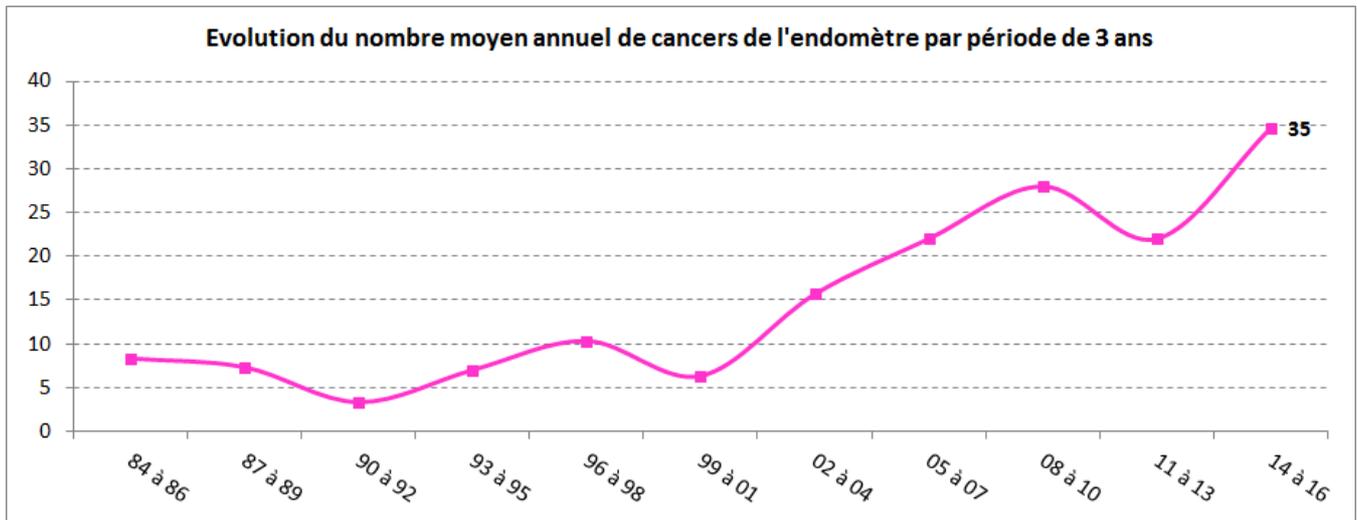


Figure 104 - Cancer de l'endomètre, évolution du nombre moyen de cas annuel

Incidences et comparaisons internationales

Le TIS du cancer de l'endomètre est de **21,4 (14,2 – 28,5)** pour 100.000 personnes année. Ce taux est comparable à ceux de la France métropolitaine, la Nouvelle-Zélande, l'Australie et la Polynésie. Il est supérieur à ceux de la Guadeloupe, la Martinique et la Réunion.

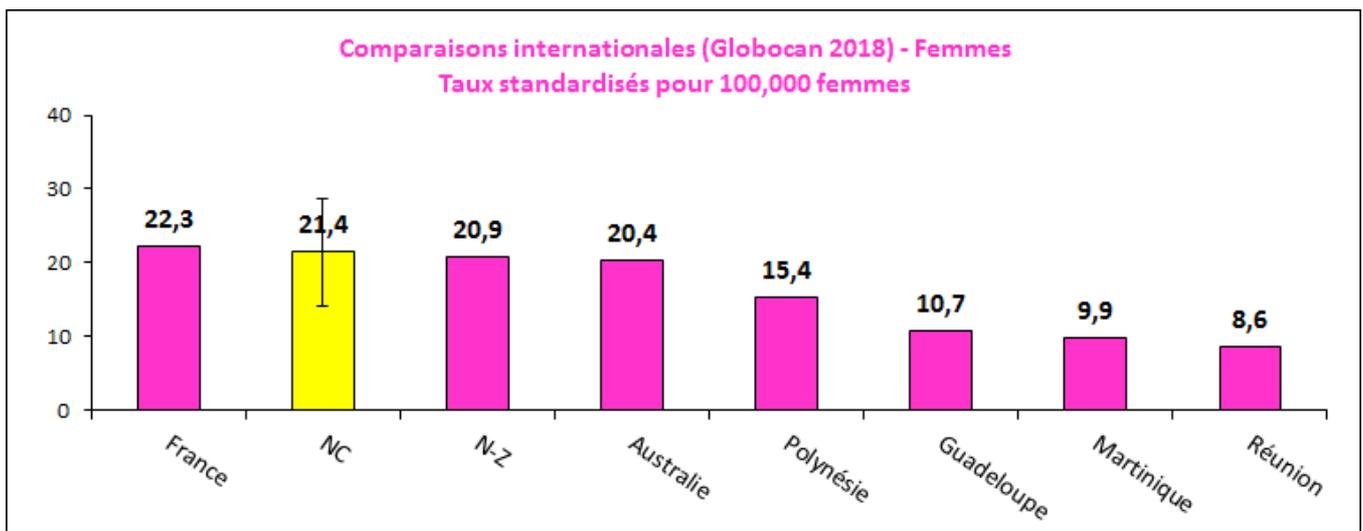


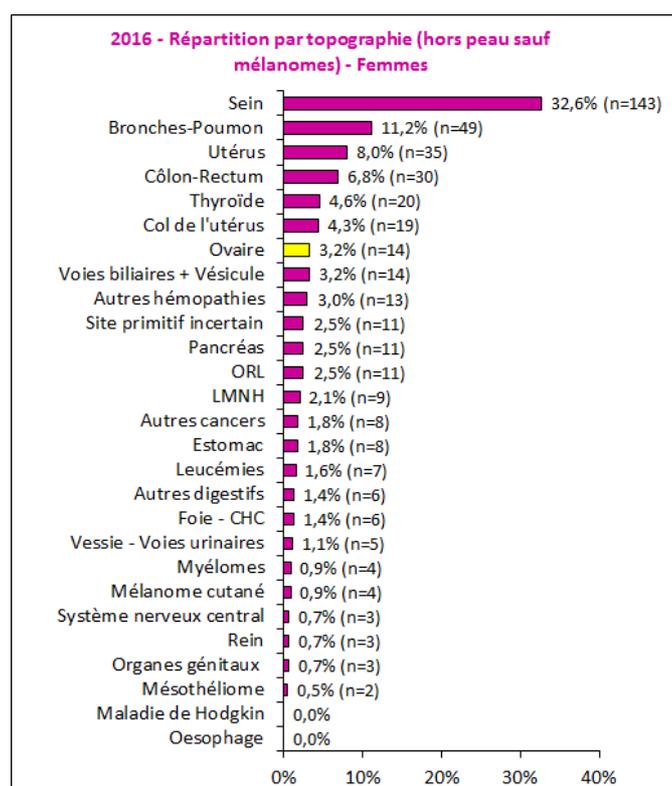
Figure 105 – Cancer de l'endomètre, comparaisons internationales des incidences

IV-5.d Cancer de l'ovaire : (code CIM-10 : C56)

Généralités

En 2016, le cancer de l'ovaire représente le 7^{ème} site chez les femmes avec **14** tumeurs invasives. Une patiente avait présenté un antécédent de cancer du sein et une patiente avait présenté un cancer de l'endomètre synchrone.

Les principaux facteurs de risque connus sont : l'hérédité dans 5 à 10 % des cas, une mutation du gène BRCA, un 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).



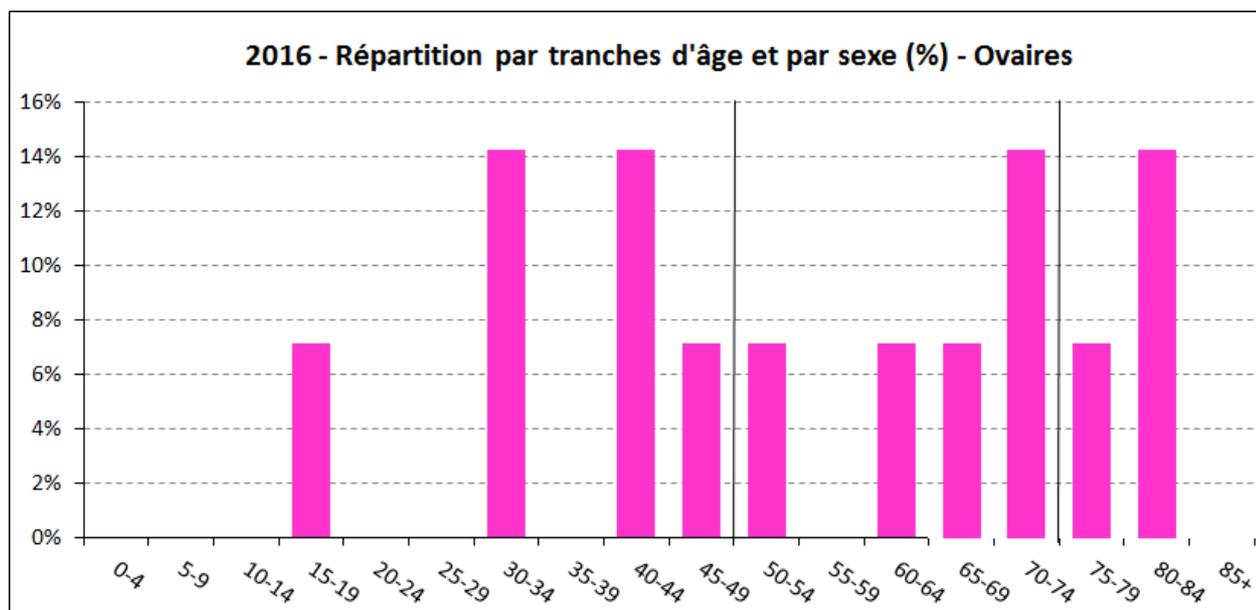
Figures 106 – Répartition par topographies

Age

En 2016, l'âge moyen au diagnostic est de 55 ans (médiane 57 ans) variant de 16 à 84 ans. Une patiente a présenté un tératome immature de l'ovaire à l'âge de 16 ans (tumeur issue des cellules germinales qui constitue moins de 1% des cancers ovariens et touche préférentiellement les sujets jeunes)

- 43% des patientes qui ont moins de 50 ans
- 36% des patients qui ont entre 50 et 75 ans
- 21% qui ont 75 ans et plus

En métropole, l'âge moyen au diagnostic est 65 ans.



Figures 107 - Cancer de l'ovaire, répartition par tranche d'âge

Provinces

En 2016, il n'y a pas de différence significative entre la répartition par province des cancers de l'ovaire et celle de la population générale (p=0,94).

On n'observe pas de différence significative entre les TIS provinciaux.

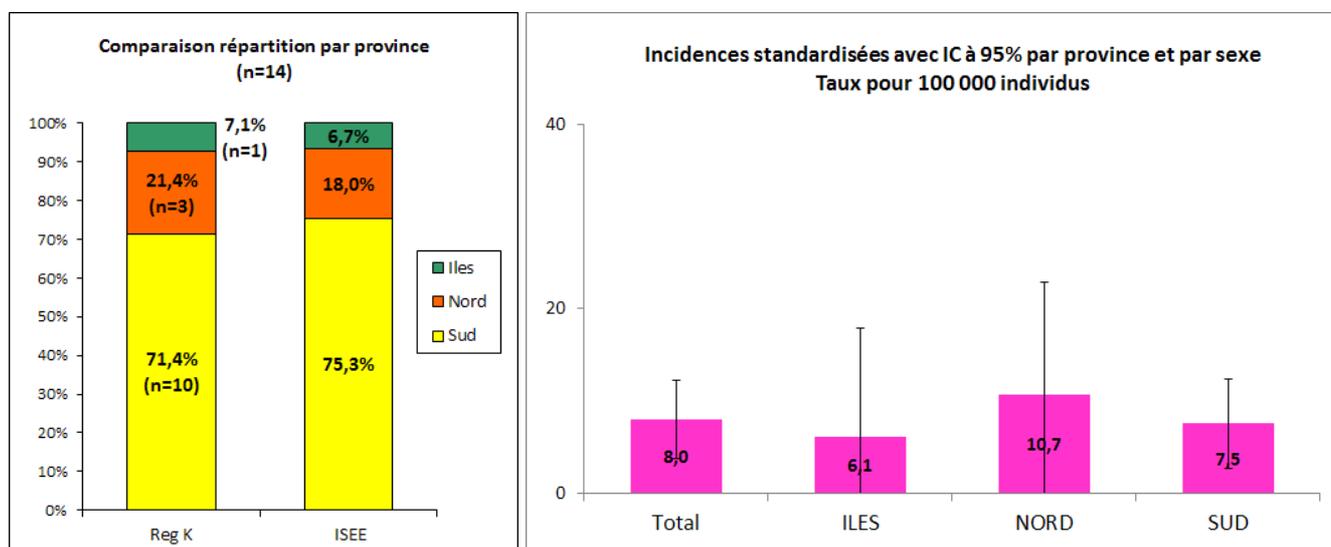


Figure 108 et 109 - Cancer de l'ovaire, répartition et incidences standardisée selon la province

Stade au diagnostic et létalité

La majorité des cancers de l'ovaire a été diagnostiquée suite à l'apparition de symptômes (71%, n=10) ; pour 4 patientes (29%) la circonstance de découverte n'a pas été retrouvée.

Tous les cancers de l'ovaire ont eu un diagnostic histologique.

La majorité des cancers de l'ovaire a été diagnostiquée au stade avancé : stade métastatique (36%, n=5) ou régional (21%, n=3). Quatre cancers (29%) ont été diagnostiqués au stade localisé. Pour 4 cancers (29%) le stade n'a pu être déterminé. Les métastases les plus fréquentes se situent au niveau du foie.

Parmi ces 14 patientes, 7 (50%) sont décédées au 31/12/2018 de leur cancer de l'ovaire.

Entre 2008 et 2016, 129 cancers de l'ovaire ont été diagnostiqués. Parmi ces 129 patientes, 59 (46%) étaient décédées de ce cancer de l'ovaire au 31/12/2018.

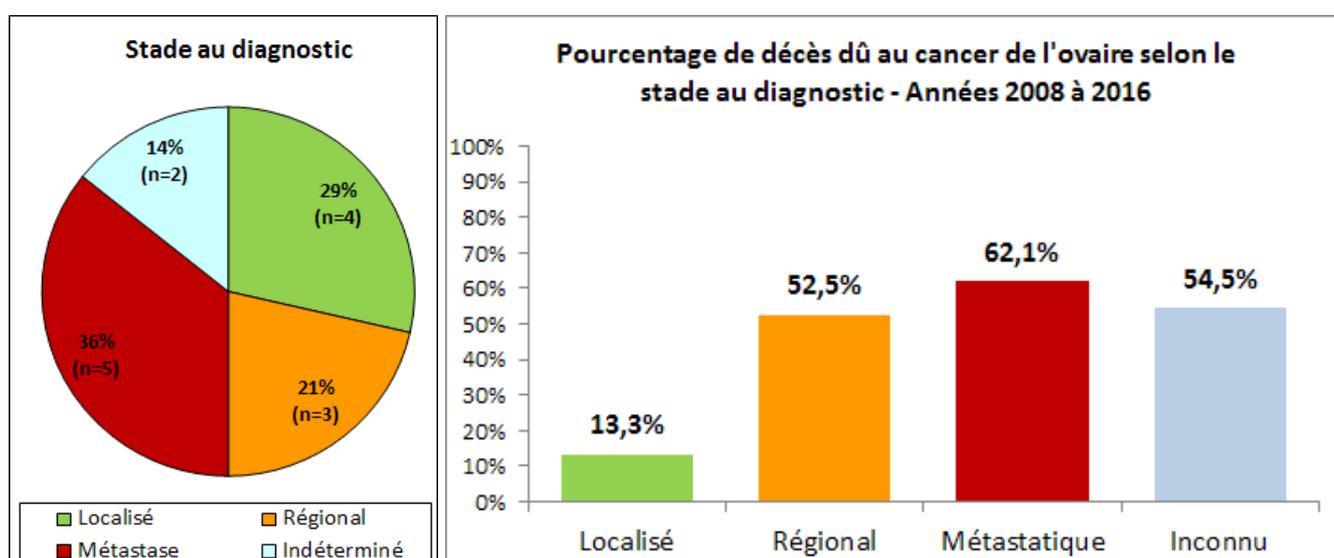


Figure 110 et 111 - Cancer de l'ovaire, répartition et létalité selon le stade au diagnostic

Evolution

Jusqu'en 2010, le nombre moyen annuel de cancers de l'ovaire variait entre 5 et 10 par an. Depuis 2010, on observe une augmentation de ce site avec une moyenne entre 15 et 20 cas par an depuis 2011.

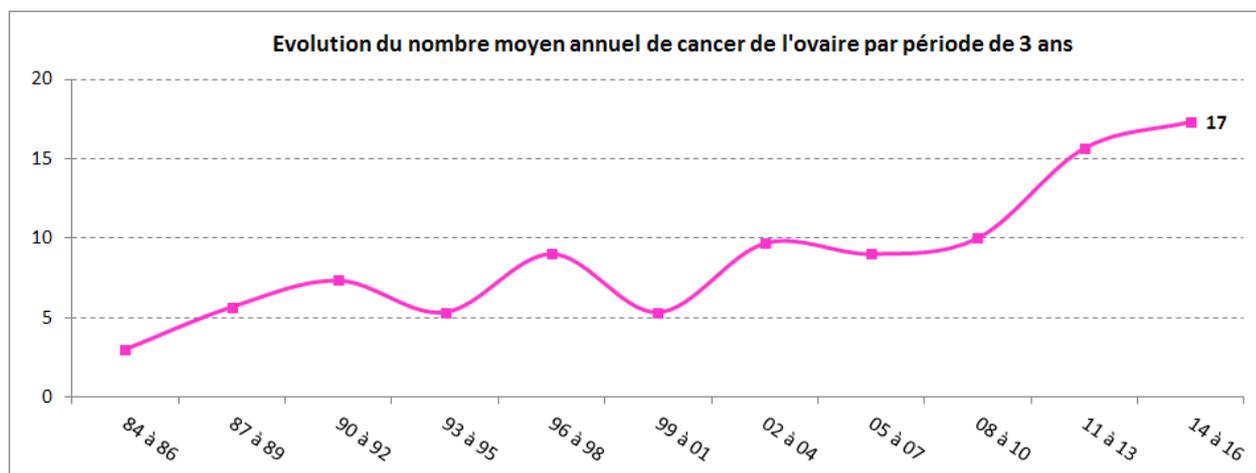


Figure 112 - Cancer de l'ovaire, évolution du nombre moyen de cas annuel

Incidences et comparaisons internationales

Le TIS du cancer de l'ovaire est de **8 (3,7 – 12,2)** pour 100.000 personnes-année. Ce taux est supérieur à ceux de Nouvelle-Zélande, d'Australie, de France métropolitaine, et des DOM.

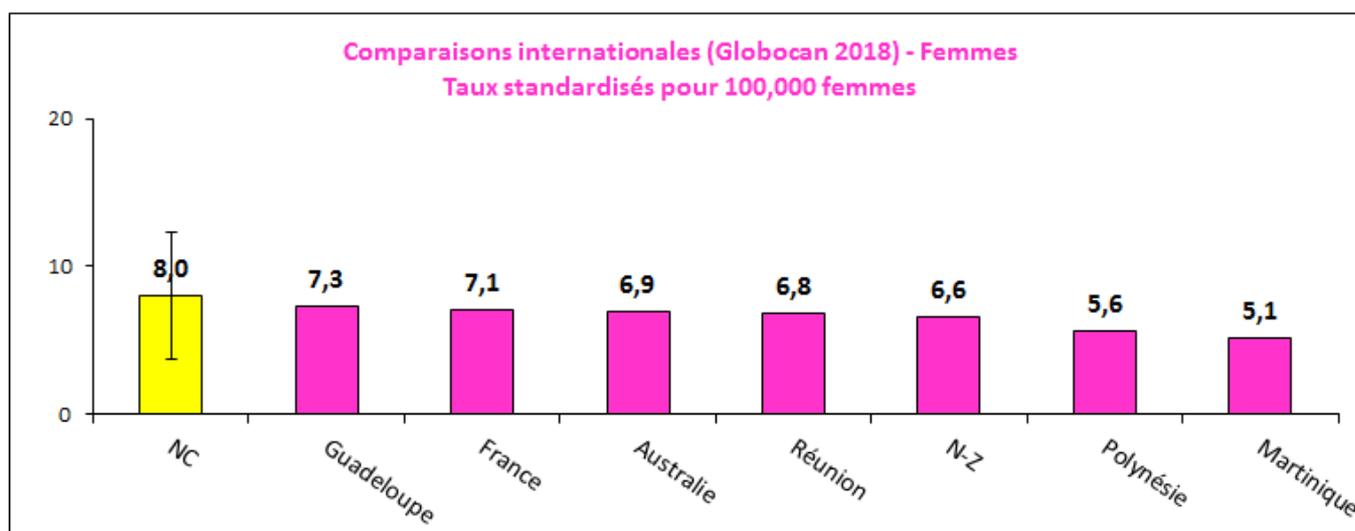


Figure 113 – Cancer de l'ovaire, comparaisons internationales des incidences

VI-6 Appareil uro-génital masculin : prostate (code CIM-10 : C61)

Généralités

La plupart des cancers de la prostate se développent chez des hommes âgés et évoluent très lentement. Compte tenu des caractéristiques de la maladie, tous les patients ne doivent pas être traités de la même façon et parfois chez certains d'entre eux, l'abstention thérapeutique peut se révéler la meilleure option. En termes de fréquence, il se situe au premier rang de tous les cancers. C'est la première localisation de cancer chez l'homme.

Les principaux facteurs de risque connus sont : les antécédents familiaux, 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.

En 2016, en Nouvelle-Calédonie, la prostate est le site le plus fréquent chez les hommes avec **97** tumeurs invasives. Il se situe au 3^{ème} rang de la répartition par site.

Dix patients (10%) avaient en antécédent un autre cancer.

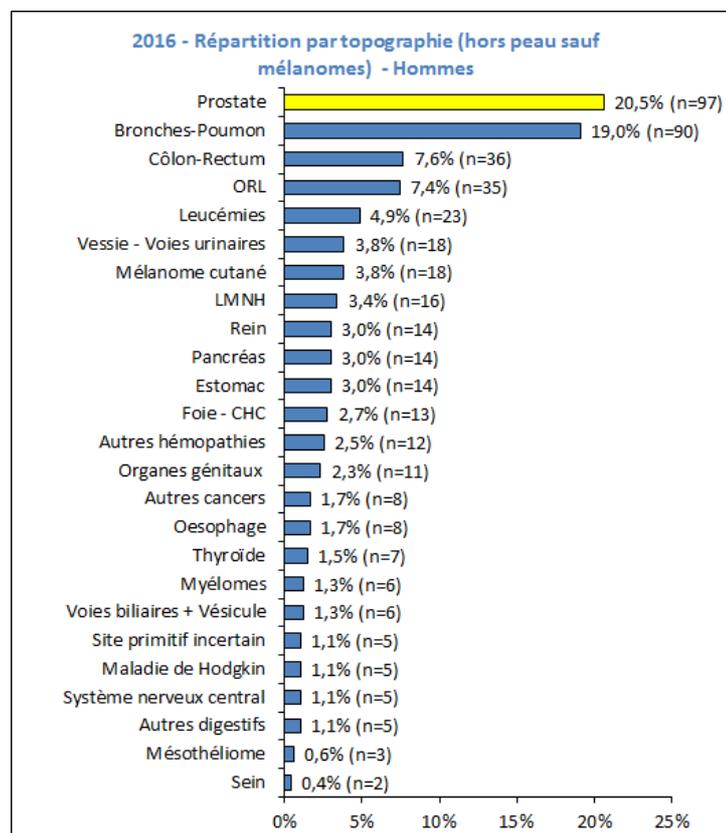


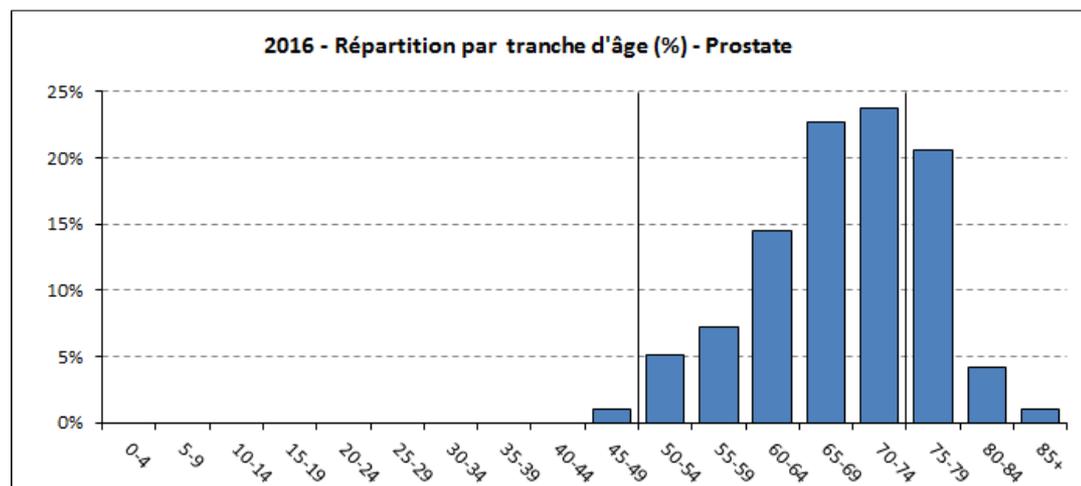
Figure 114 - Répartition par topographies chez les hommes

Age

L'âge moyen au diagnostic est de 66 ans (médiane 67 ans), variant entre 49 et 86 ans, avec :

- 1% des patients qui ont moins de 50 ans
- 80% des patients qui ont entre 50 et 75 ans
- 19% qui ont 75 ans et plus

En métropole, l'âge moyen au diagnostic est égal à 71 ans.



Figures 115 - Cancers de la prostate, répartition par tranche d'âge

Provinces

En 2016, il n'y a pas de différence significative entre la répartition par province des cancers de la prostate chez les hommes par rapport à celle de la population générale ($p=0,09$).

Il n'y a pas non plus de différence significative des TIS entre les provinces.

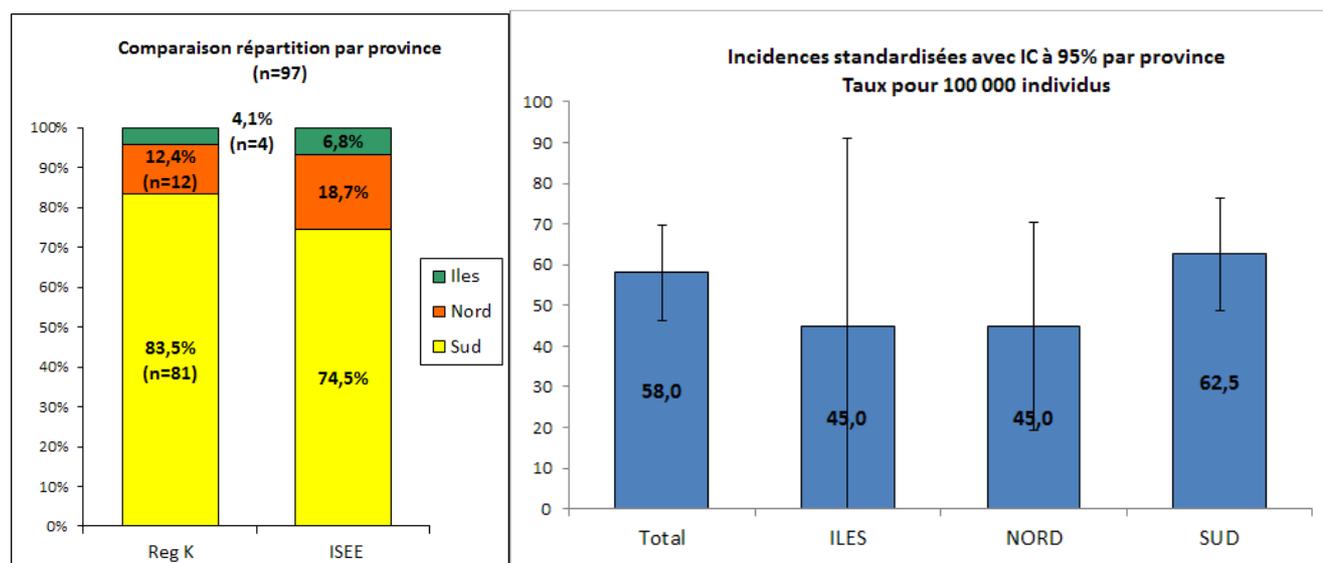
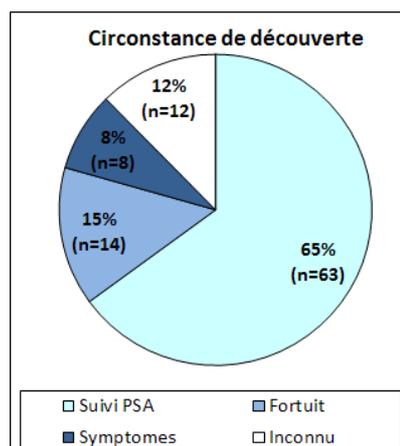


Figure 116 et 117 - Cancers de la prostate, répartition et incidences standardisée selon la province

Circonstances de découverte, stade au diagnostic et létalité



Les cancers de la prostate sont le plus souvent diagnostiqués par suivi régulier des PSA (65%, n=63). Seulement 8 (8%) ont été diagnostiqués suite à l'apparition de symptômes, 14 (15%) ont été découverts de manière fortuite et pour 12 (12%) les circonstances de découverte ne sont pas connues. Tous ont eu un diagnostic confirmé histologiquement.

8 cancers sur 10 (81%, n=79) sont diagnostiqués au stade localisé. Seulement 3% (n=3) sont diagnostiqués au stade métastatique. Les métastases les plus fréquentes sont localisées dans les os.

Figure 118 - Cancers de la prostate, circonstance de découverte

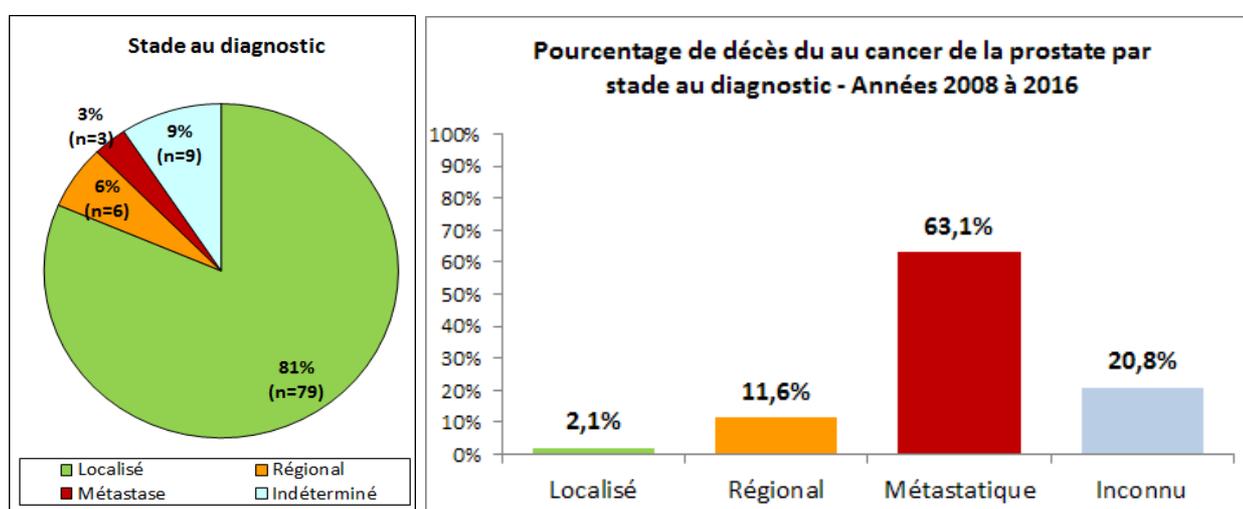


Figure 119 et 120 - Cancers de la prostate, Répartition et létalité selon le stade au diagnostic

Au 31/12/2018, 10% (n=10) des patients étaient décédés, et 3% (n=3) de leur cancer de la prostate. Entre 2008 et 2016, 1124 cancers de la prostate ont été diagnostiqués. Parmi ces 1124 patients, 91 (8%) sont décédés suite à ce cancer au 31/12/2018, ce qui représente un taux de létalité très faible. En France, la survie nette à 5 ans est de 93%.

Evolution

L'augmentation du nombre de cas observé depuis le début des années 2000 est très certainement en rapport avec l'installation d'urologues en NC avec un pic au cours de la période 2008-2010. Après une forte augmentation du nombre diagnostiqués chaque année, on observe une stabilisation entre 110 et 120 nouveaux cas par an depuis 2011.

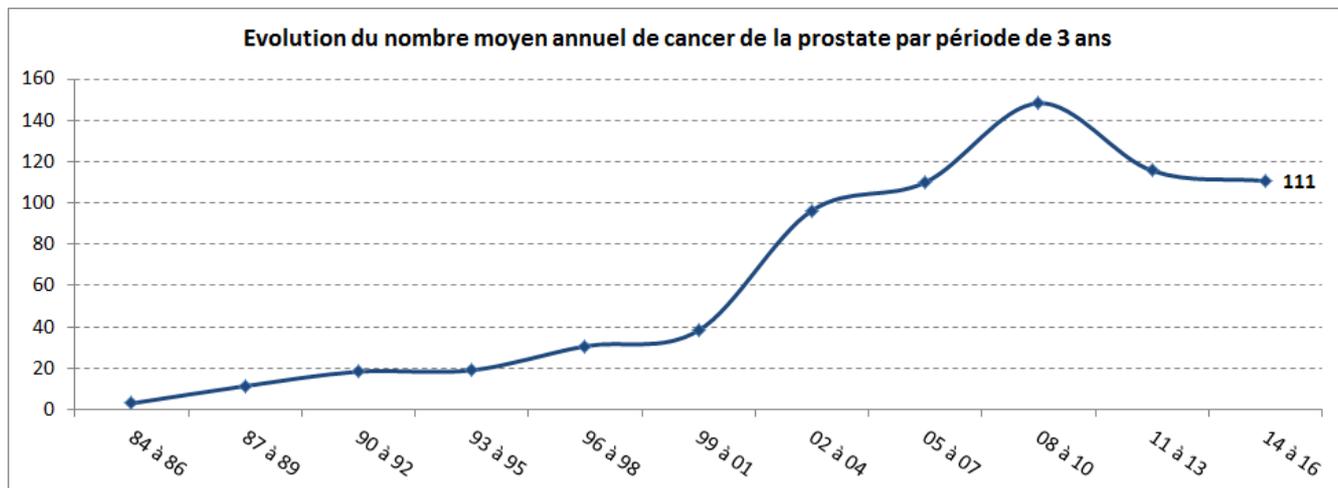


Figure 121 - Cancers de la prostate, évolution du nombre moyen de cas annuel

Incidences et comparaisons internationales

Chez les hommes en 2016, le TIS du cancer de la prostate est égale à **58 (46,4 – 69,7)** pour 100.000 personnes-année. Ce taux est plus faible qu'en France métropolitaine, dans les pays voisins ou les DOM, en dehors de la Réunion.

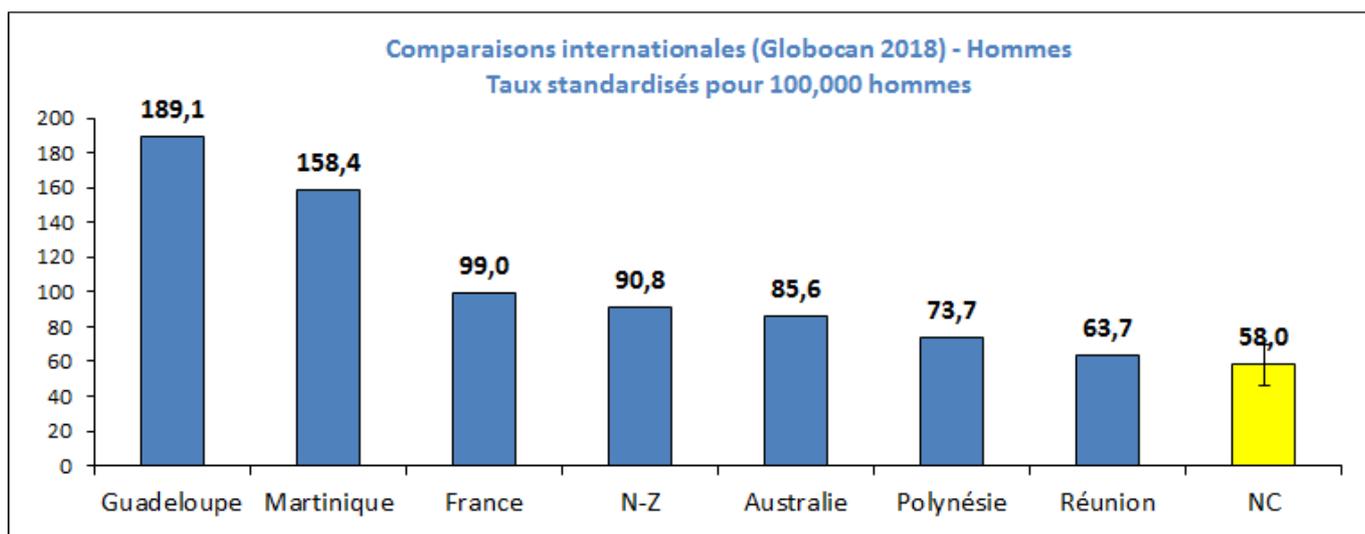


Figure 122 - Cancers de la prostate, comparaisons internationales des incidences

Au total, ce cancer est le premier cancer chez l'homme en Nouvelle-Calédonie, comme en France, même si son incidence reste plus faible. Il est diagnostiqué à un stade localisé 8 fois sur 10 et il est de bon pronostic. Après une évolution importante du fait d'un meilleur accès aux soins à partir des années 2000, on observe depuis le début des années 2010 une stagnation du nombre annuel de nouveaux cas, probablement du à un changement de pratique avec la surveillance du PSA sans résection endoscopique systématique.

IV-7 Appareil urinaire

VI-7.a Cancer du rein : (code CIM-10 : C64)

Généralités

Le cancer est en augmentation dans le monde depuis les années 1980. Ceci pourrait être en partie expliqué par le vieillissement de la population, la modification des modes de vie (tabagisme, obésité, HTA) et par des diagnostics plus précoces grâce aux techniques d'imagerie médicale.

Les principaux facteurs de risque connus 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, ..).

En 2016, le cancer du rein est le 18^{ème} cancer, tous sexes confondus, avec 17 tumeurs invasives. Il se situe au 9^{ème} rang chez les hommes avec 14 tumeurs, et au 16^{ème} rang chez les femmes avec 3 tumeurs. Le sex-ratio est de 4,7 hommes pour une femme. Deux patients avaient un antécédent de tumeur (pour l'un une tumeur rénale controlatérale et pour l'autre un cancer de la prostate).

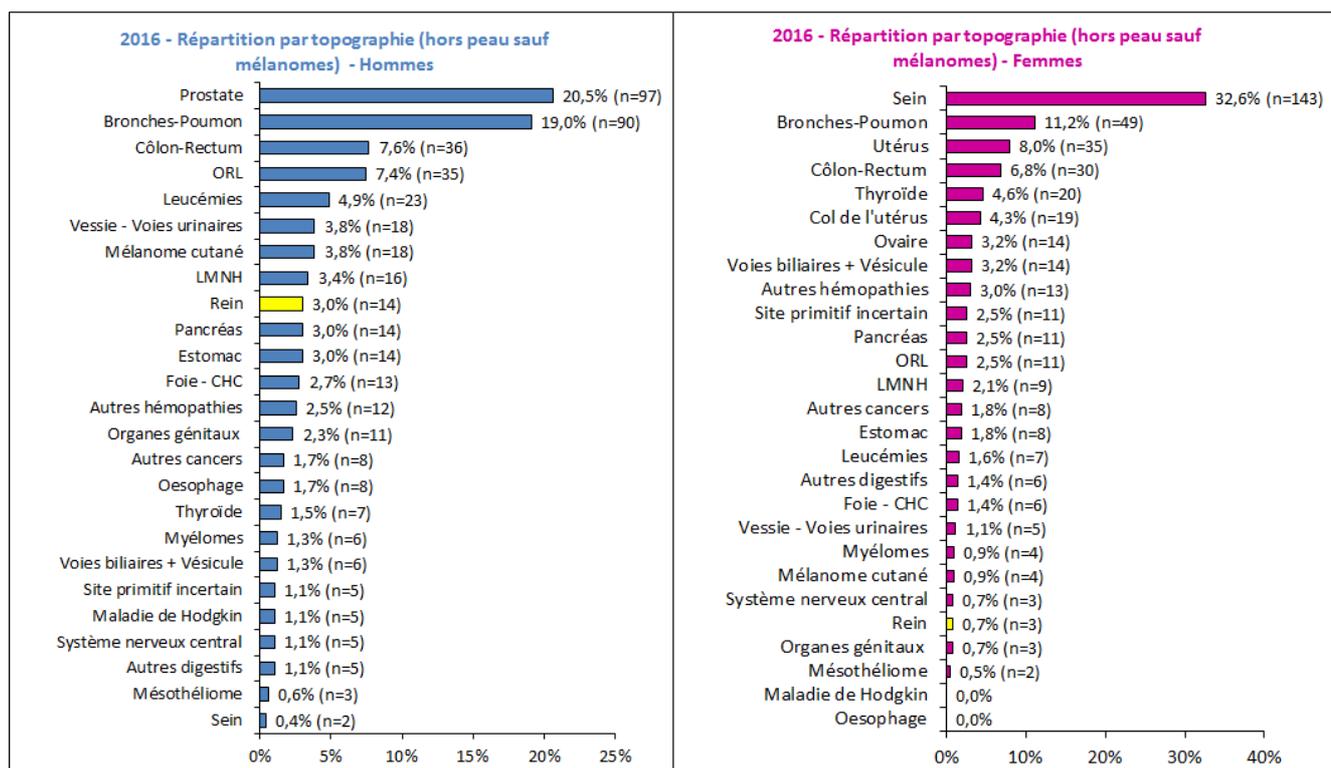


Figure 123 - Répartition par topographies selon le sexe

Age

En 2016, l'âge moyen au diagnostic est de 60 ans (médiane 60 ans), variant de 36 à 81 ans avec :

- 18% des patients qui ont moins de 50 ans
- 76% des patients qui ont entre 50 et 75 ans
- 6% qui ont 75 ans et plus

En métropole, l'âge moyen au diagnostic est de 65 ans.

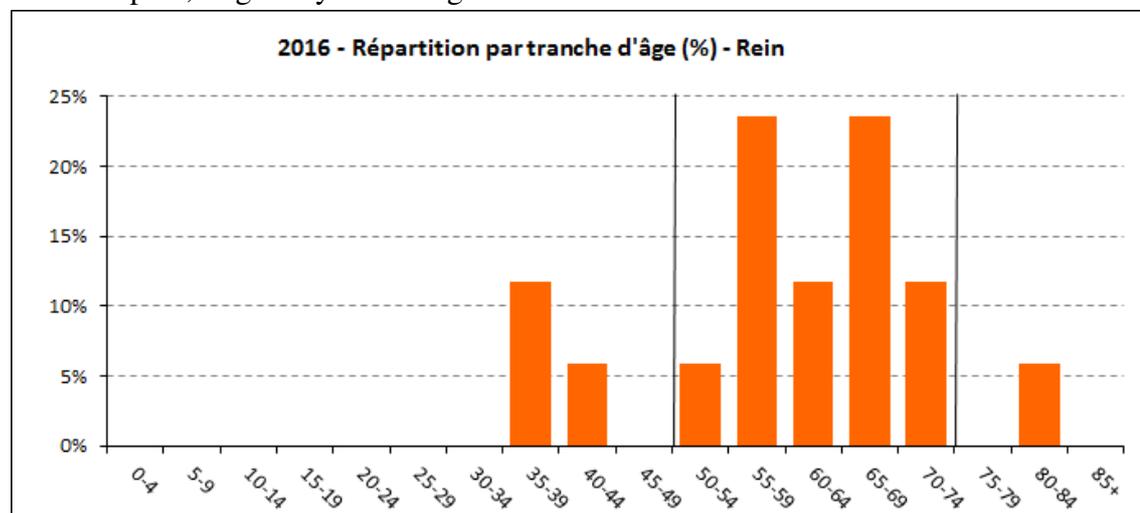


Figure 124 – Cancer du rein, répartition par classe d'âge

Provinces

En 2016, il n'y a pas de différence significative ($p=0,13$) entre la répartition des cancers du rein par province et celle de la population générale. Le taux d'incidence standardisée chez les hommes en province sud est plus élevé que celui des hommes en province nord.

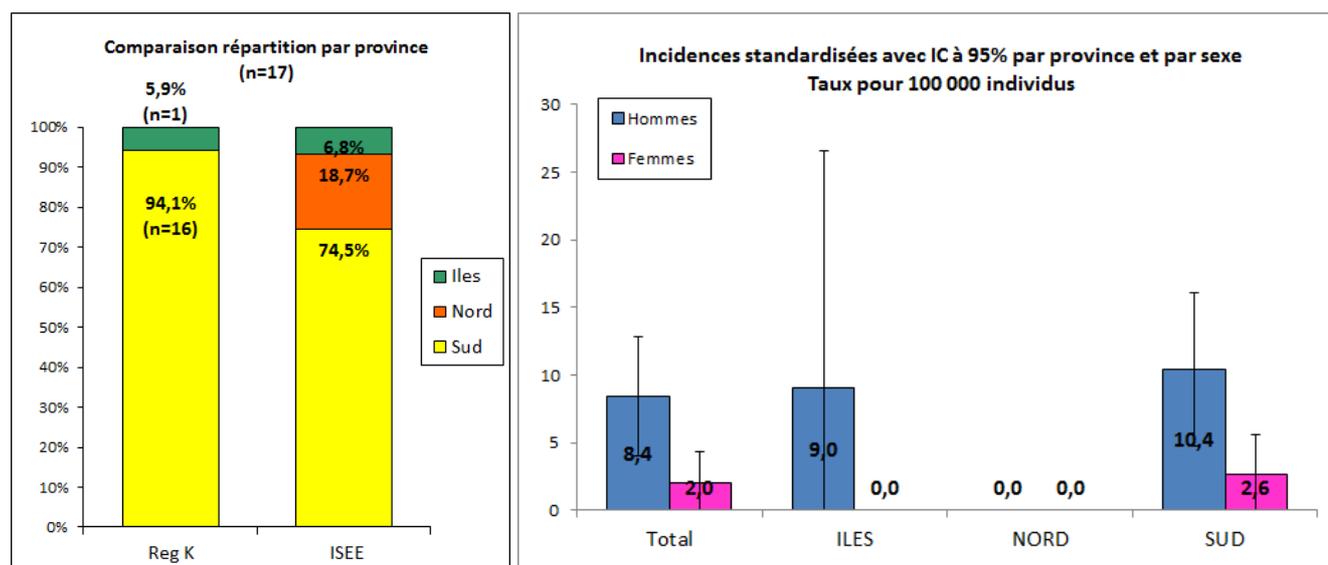


Figure 125 et 126 – Cancer du rein, répartition et incidences standardisées selon le sexe et la province

Stade au diagnostic et létalité

La majorité des cancers du rein a été diagnostiquée de manière fortuite (65%, n=11). Deux (12%) ont été diagnostiqués suite à l'apparition de symptômes et pour 4 (23%) les circonstances de découverte ne sont pas connues.

Tous ont eu un diagnostic histologique et tous ont été diagnostiqués à un stade localisé.

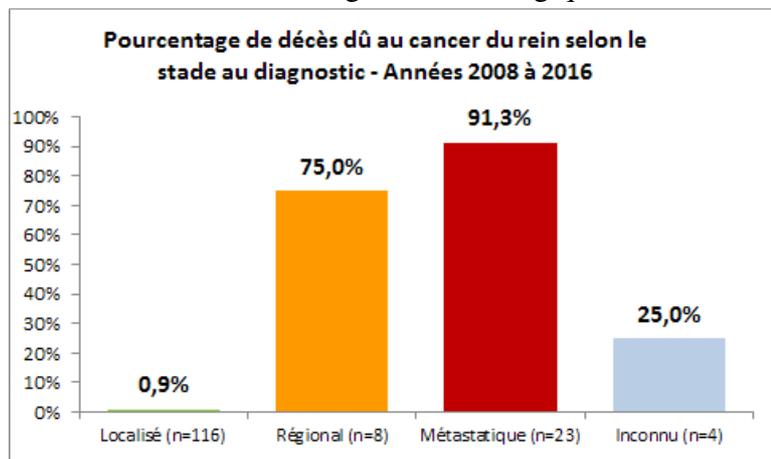


Figure 127 - Cancers du rein, Létalité selon le stade au diagnostic

Au 31/12/2018, aucun des patients ayant eu un diagnostic de cancer du rein en 2016 étaient décédés. Entre 2008 et 2016, 151 cancers du rein ont été diagnostiqués. Parmi ces 151 patients, 29 (19%) sont décédés suite à ce cancer au 31/12/2018.

En France, la survie nette à 5 ans est de 70%.

Evolution

En 30 ans, le nombre annuel de cancers du rein est passé de 2 à près d'une vingtaine de nouveaux cas. Depuis le début des années 2000, ce nombre moyen annuel est en augmentation constante.

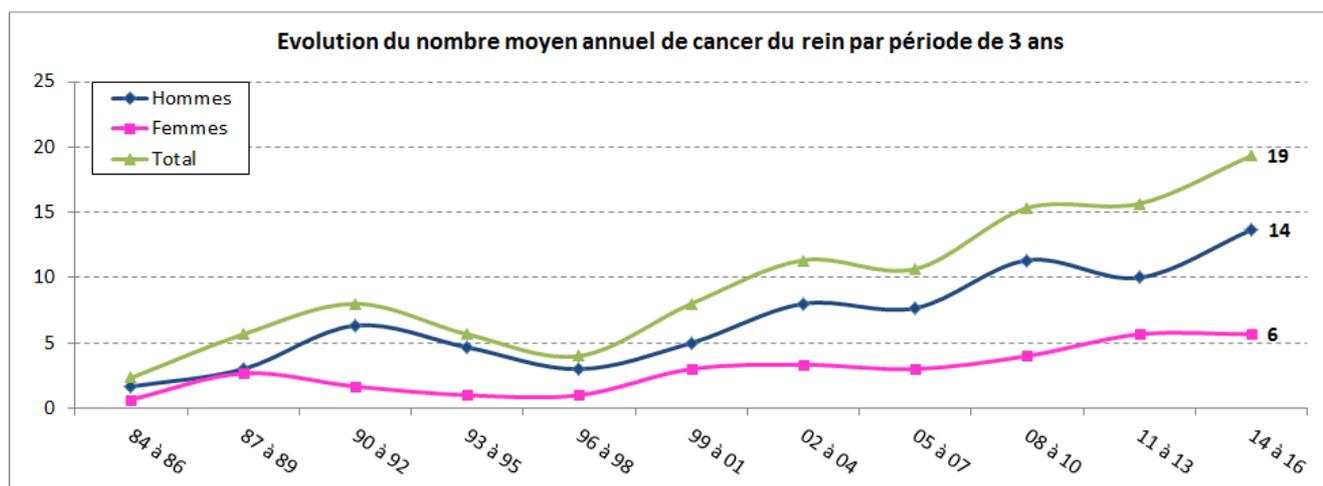


Figure 128 – Cancer du rein, évolution du nombre moyen de cas annuel

Incidences et comparaisons internationales

Chez les hommes en 2016, le TIS du cancer du rein est de **8,4 (4 – 12,8)** pour 100.000 personnes-année. Ce taux est inférieur à celui de la France métropolitaine et de l’Australie, et est comparable à ceux de la Nouvelle-Zélande, des DOM et de la Polynésie.

Chez les femmes en 2016, le TIS du cancer du rein est de **2 (0 – 4,3)** pour 100.000 personnes-année. Ce taux est inférieur à ceux de la France métropolitaine, de l’Australie et de la Nouvelle-Zélande et comparable à celui des DOM et de la Polynésie.

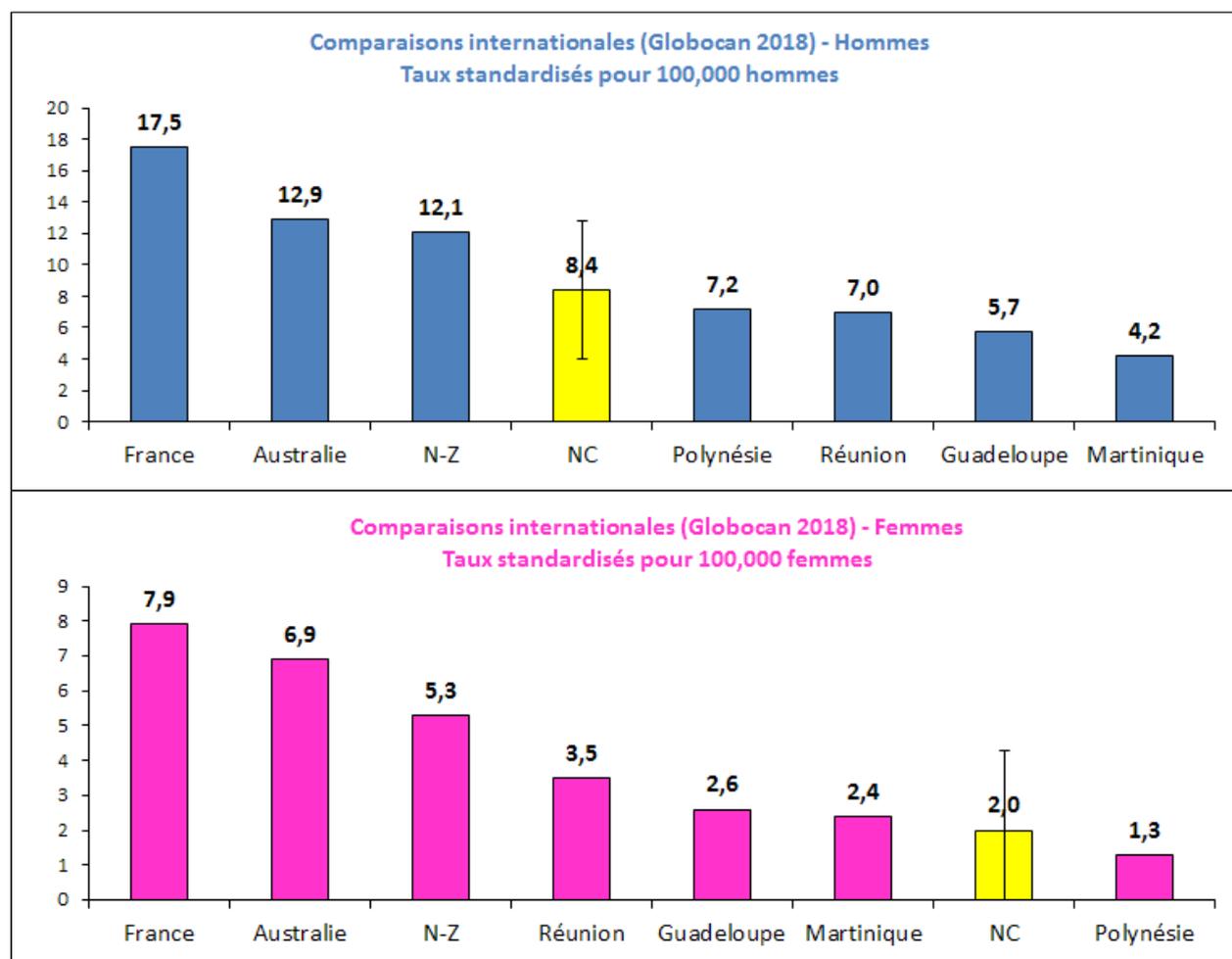


Figure 129 – Cancer du rein, comparaisons internationales des incidences par sexe

Au total, en Nouvelle-Calédonie, même si ce cancer n’est pas fréquent, on observe également une augmentation de sa détection comme dans la plupart des pays.

IV-7.b Vessie et voies urinaires (Codes CIM-10 : C65 à C68)

Généralités

Les tumeurs de la vessie représentent 4% des cancers dans le monde. L'incidence annuelle est 4 fois plus élevée chez les hommes que chez les femmes et est en nette augmentation dans le monde depuis les 20 dernières années, en raison de l'augmentation du tabagisme et de l'exposition à des polluants industriels.

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

En 2016, en Nouvelle-Calédonie, le cancer de la vessie et des voies urinaires est le 12^{ème} cancer, tous sexes confondus, avec **23** tumeurs invasives (21 de la vessie et 2 des voies urinaires). Il se situe au 6^{ème} rang chez les hommes avec 18 tumeurs, et au 14^{ème} rang chez les femmes avec 5 tumeurs. Le sex-ratio est de 3,6 hommes pour une femme. Six patients avaient un antécédent de cancer de la prostate.

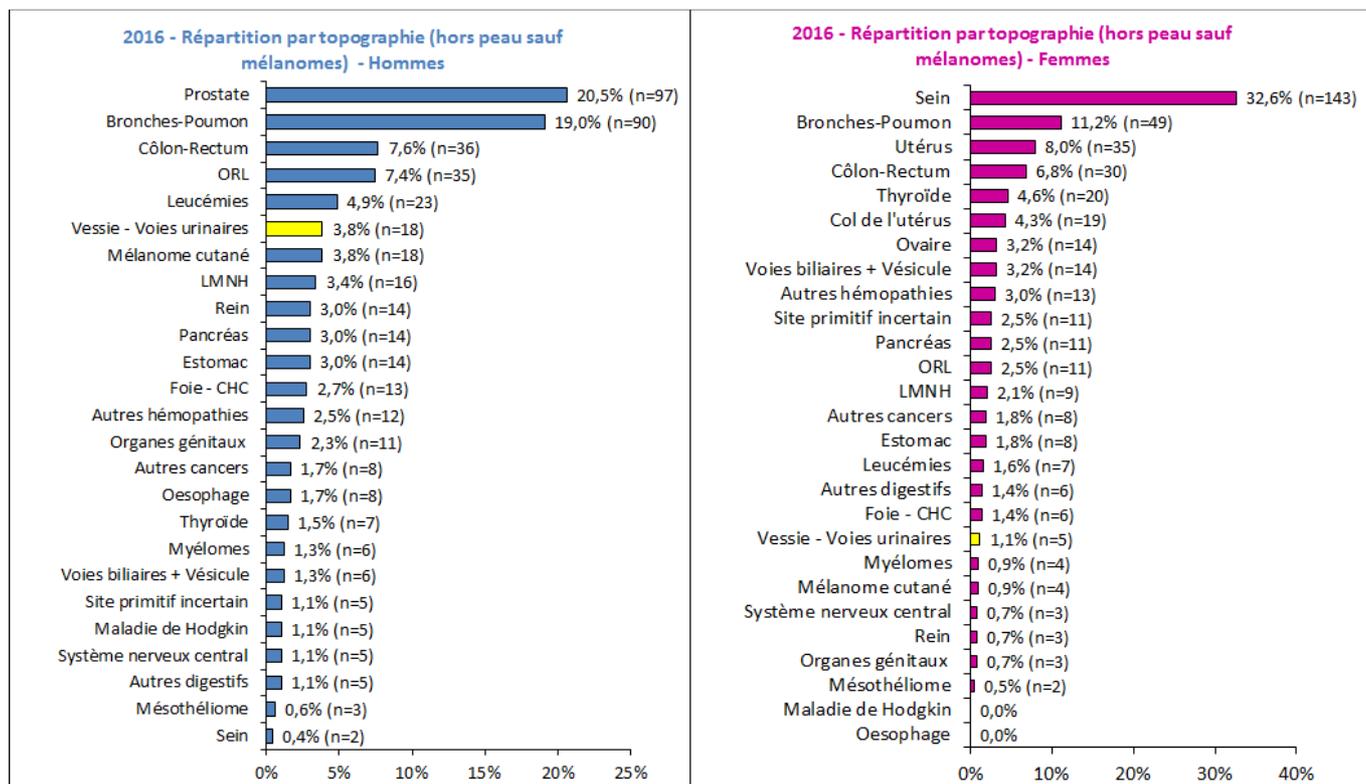


Figure 130 - Répartition par topographies selon le sexe

Age

En 2016, l'âge moyen au diagnostic est de 68 ans (médiane 67 ans), variant entre 46 et 89 ans avec :

- 4% des patients qui ont moins de 50 ans
- 61% des patients qui ont entre 50 et 75 ans
- 35% qui ont 75 ans et plus

En métropole, l'âge moyen au diagnostic est à 70 ans.

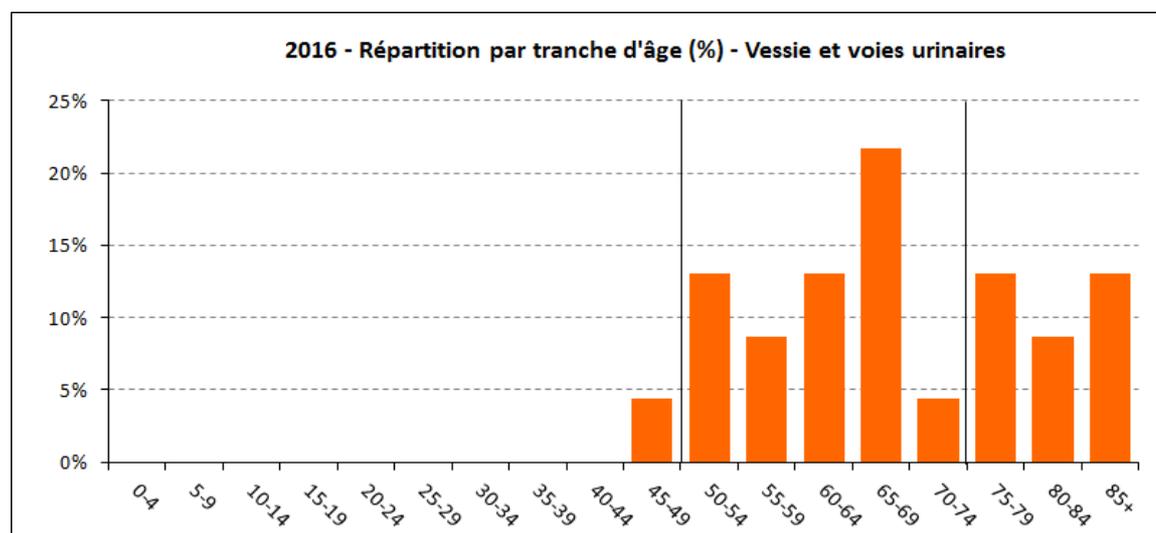


Figure 131 – Cancer de la vessie et des voies urinaires, répartition par classe d'âge

Provinces

En 2016, il n'y a pas de différence significative ($p=0,67$) entre la répartition des cancers de la vessie et des voies urinaires par province et celle de la population générale. Il n'y a pas non plus de différence significative entre les taux d'incidence standardisée par sexe et par province.

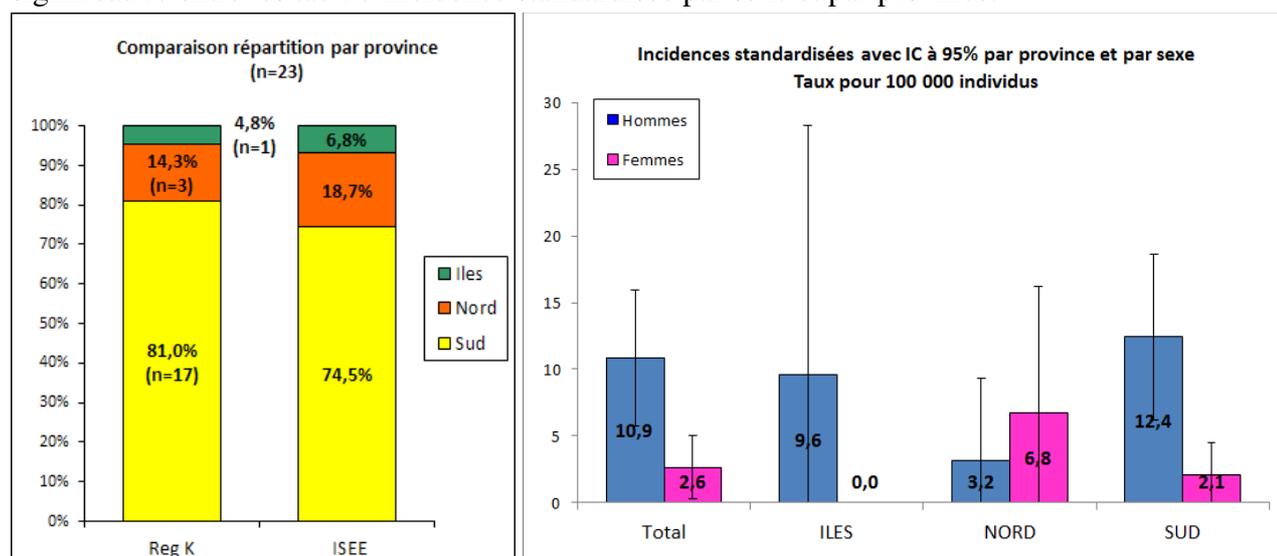


Figure 132 et 133 – Cancer de la vessie et des voies urinaires, répartition et incidences standardisées selon le sexe et la province

Stade au diagnostic et létalité

La majorité des cancers de la vessie et des voies urinaires ont été diagnostiqués suite à l'apparition de symptômes (91%, n=21). Deux cancers ont été diagnostiqués de manière fortuite. Tous les cancers de la vessie et des voies urinaires ont eu un diagnostic histologique.

Plus de la moitié des cancers de la vessie et des voies urinaires a été diagnostiquée au stade localisé (57%, n=13). Cinq ont été diagnostiqués au stade régional et 2 au stade métastatique. Trois avaient un stade indéterminé.

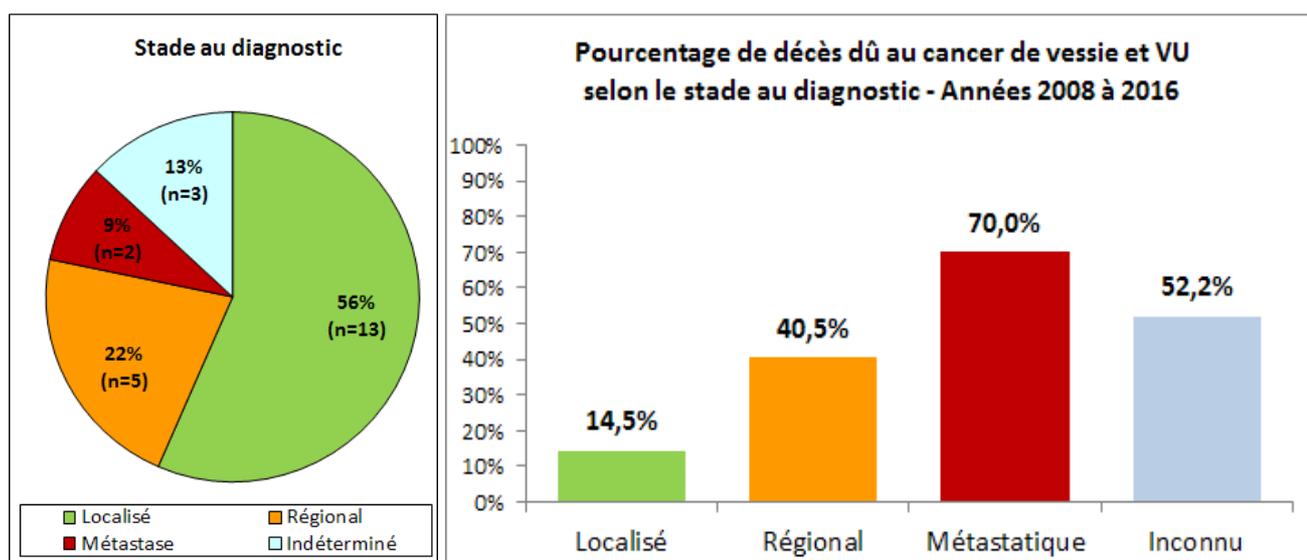


Figure 134 et 135 - *Cancer de la vessie et des voies urinaires, répartition et létalité selon le stade au diagnostic*

Au 31/12/2018, 33% (n=7) des patients étaient décédés, et 4 (17%) de leur cancer de la vessie. Entre 2008 et 2016, 161 cancers de la vessie ont été diagnostiqués. Parmi ces 161 patients, 54 (36%) sont décédés suite à ce cancer au 31/12/2018.

En France, la survie nette à 5 ans est de moins de 50%

Evolution

Entre 1984 et 2001, le nombre annuel de nouveaux cancers de la vessie et des voies urinaires diagnostiqués se situait entre 5 et 10 cas. Après une augmentation régulière jusqu'en 2008, ce nombre tend à se stabiliser autour de 15 à 20 cas par an.

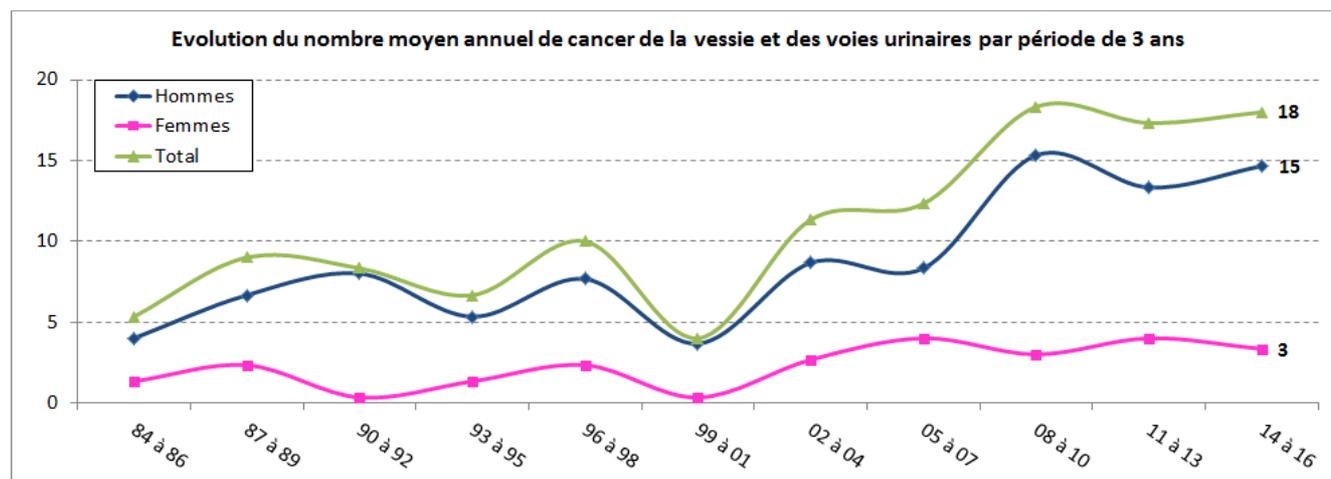


Figure 136 – Cancer de la vessie et des voies urinaires, évolution du nombre moyen de cas annuel

Incidences et comparaisons internationales : Cancer de la vessie uniquement (code CIM-10 : C67)

Chez les hommes en 2016, le TIS du cancer de la vessie est de **10,9 (5,8 – 16)** pour 100.000 personnes-année. Ce taux est inférieur à celui de la France métropolitaine, est comparable à celui de l’Australie, la réunion, la Polynésie et la Guadeloupe et est supérieur à celui de la Martinique et la Nouvelle-Zélande.

Chez les femmes en 2016, le TIS du cancer de la vessie est de **1,7 (0 – 3,6)** pour 100.000 personnes-année. Ce taux est comparable à ceux de la France métropolitaine, des pays voisins et des DOM.

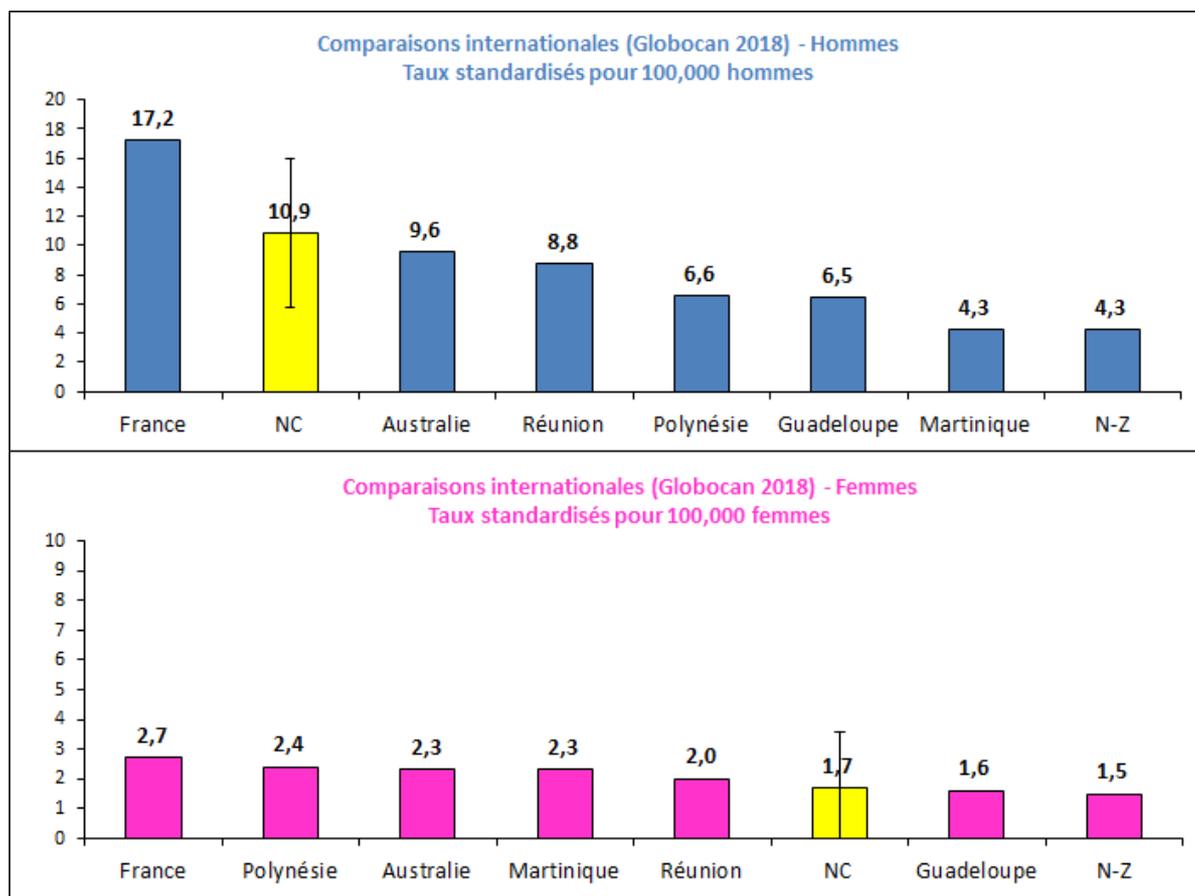


Figure 137 -

Cancer de la vessie, comparaisons internationales des incidences par sexe

Au total, ce cancer est diagnostiqué vers 70 ans, comme en France, avec une augmentation régulière du nombre de cas avec plus de la moitié à un stade localisé. Son incidence est plus élevée chez les hommes comme en métropole.

IV-8 Hémopathies malignes

IV-8.a Lymphomes Malin Non Hodgkiniens (LMNH) (codes CIM 10 : C82 à C85 – C96)

Généralités

Les lymphomes forment un groupe hétérogène de maladies de pronostic variable qui dépend de l'aspect histologique des cellules, des caractéristiques immunologiques de la prolifération. L'incidence est en augmentation dans le monde et le type de LMNH varie selon le pays. Par exemple les lymphomes B sont plus fréquents en Europe et aux USA, les lymphomes T plus élevés en Asie.

En France, son incidence a doublé en 20 ans. Les causes ne sont pas précisément connues et des facteurs environnementaux sont suspectés. Ils représentent 3 % des cancers, avec une incidence plus élevée chez la femme. L'incidence augmente après 65 ans, mais ils sont observés à tous les âges de la vie, y compris chez l'enfant et l'adolescent.

En 2016, les LMNH arrivent en 9^{ème} place, tous sexes confondus, avec 25 nouveaux cas, 19 LMNH de type B et 6 type T. Ils se situent au 8^{ème} rang chez les hommes avec 16 cas, et au 13^{ème} rang chez les femmes avec 9 cas. Le sex-ratio est de 1,8 hommes pour une femme. Quatre patients avaient eu une autre tumeur primitive.

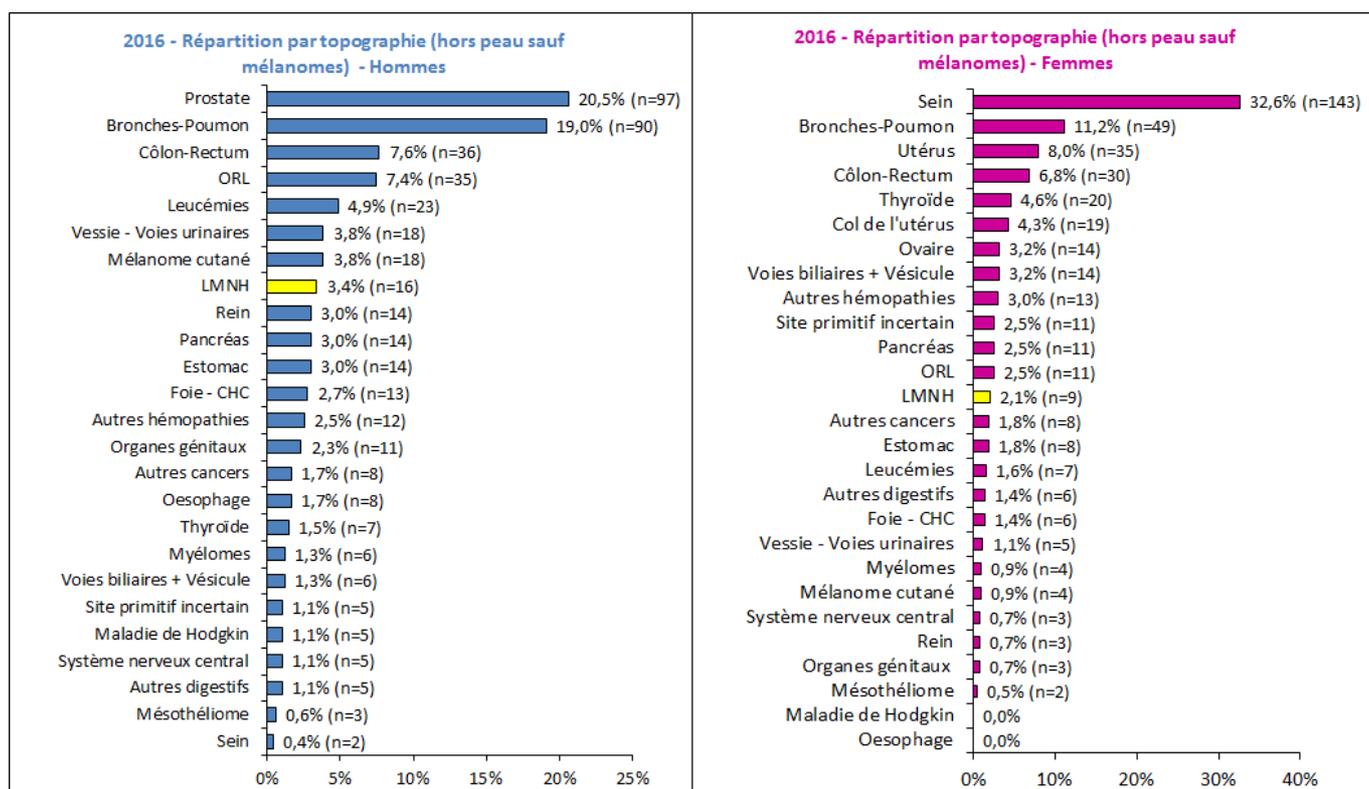


Figure 138 - Répartition par topographies selon le sexe

Age

En 2016, l'âge moyen au diagnostic est de 62 ans (médiane 58 ans), variant entre 27 et 95 ans avec :

- 24% des patients qui ont moins de 50 ans
- 48% des patients qui ont entre 50 et 75 ans
- 28% qui ont 75 ans et plus

En métropole, l'âge moyen au diagnostic est 64 ans chez l'homme et 70 ans chez la femme

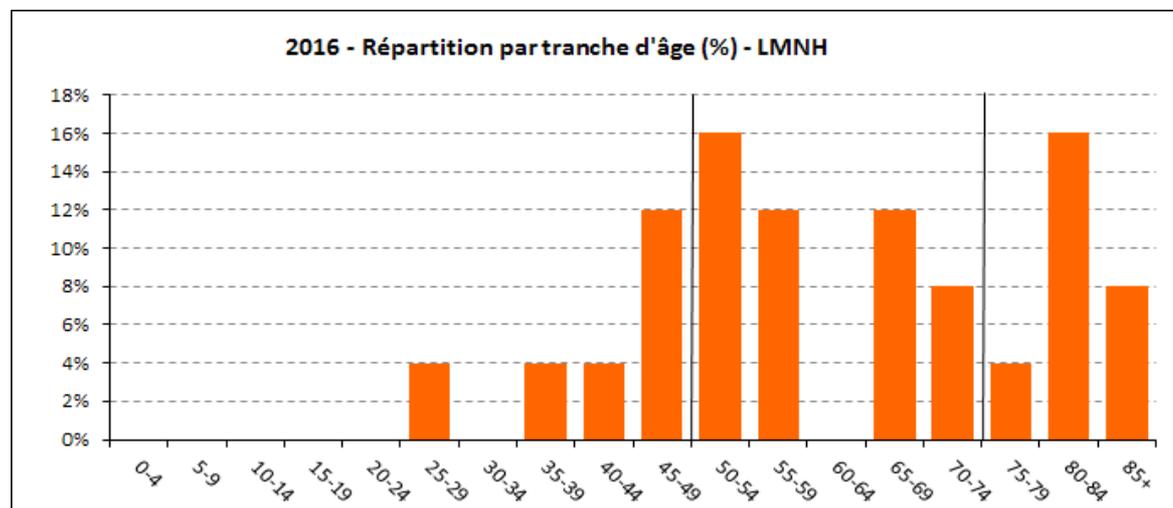


Figure 139 – LMNH, répartition par classe d'âge

Provinces

En 2016, il n'y a pas de différence ($p=0,27$) entre la répartition des LMNH par province et celle de la population générale. Il n'y a pas non plus de différence significative entre les taux d'incidence standardisés par sexe et par province.

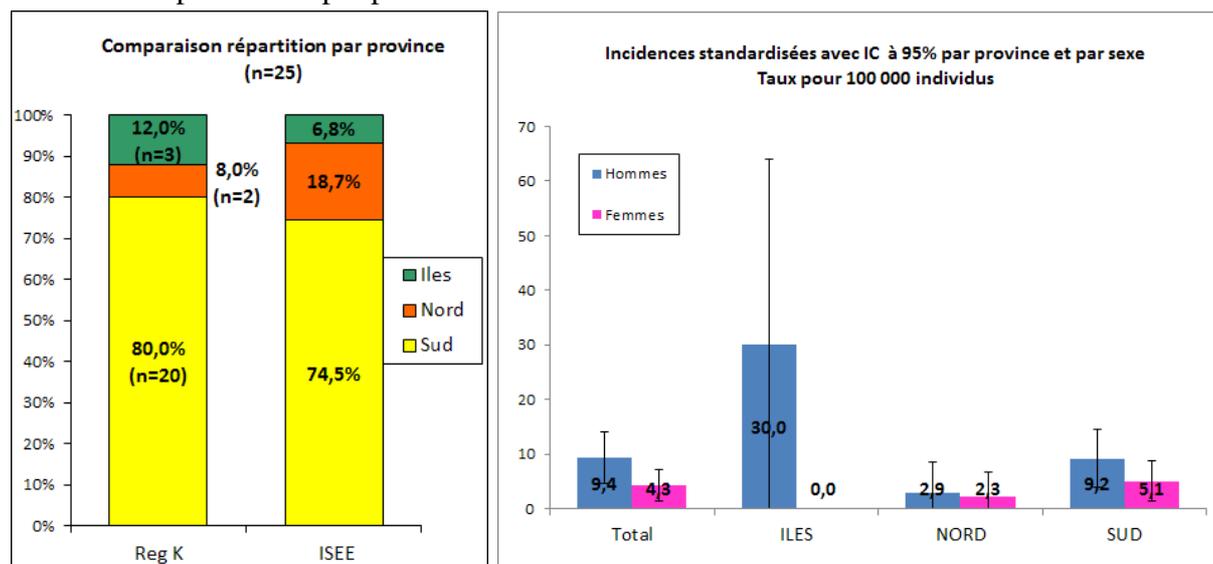


Figure 140 et 141 – LMNH, répartition et incidences standardisées selon le sexe et la province

Létalité

Au 31/12/2018, 28% (n=7) des patients étaient décédés, tous suite à leur LMNH. Entre 2008 et 2016, 208 patients ont eu un diagnostic de LMNH. Parmi ces 208 patients, 51 (25,4%) sont décédés suite à ce cancer au 31/12/2018.

Evolution

Le nombre de LMNH diagnostiqués chaque année est en augmentation constante et atteint les 25 cas par an en moyenne depuis 2011.

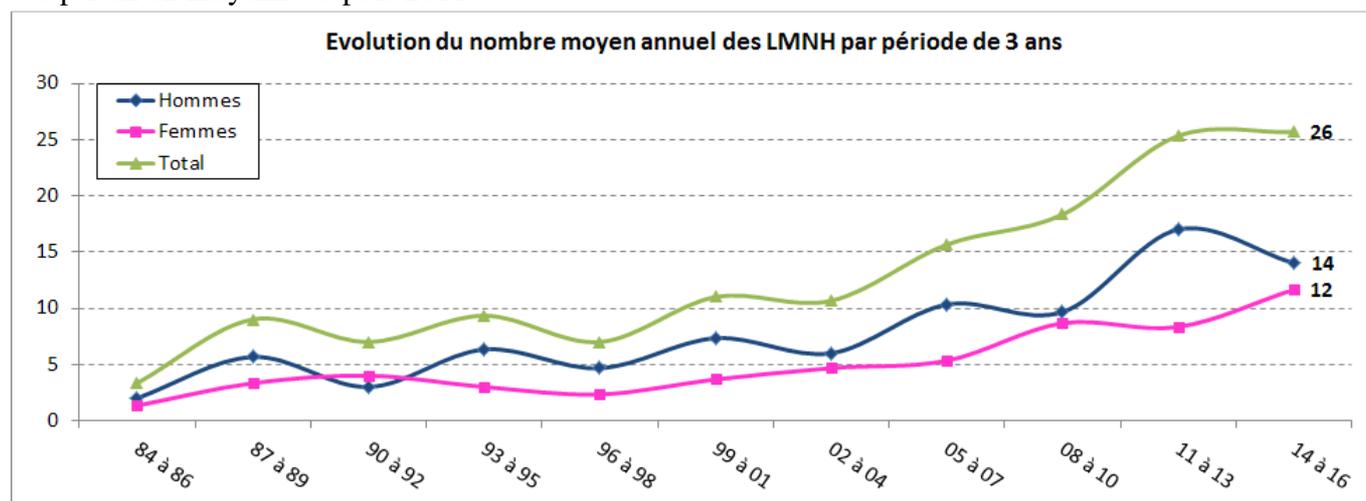


Figure 142 – LMNH, évolution du nombre moyen de cas annuel

Incidences et comparaisons internationales

Chez les hommes en 2016, le TIS des LMNH est de **9,4 (4,8 – 14,1)** pour 100.000 personnes-année. Ce taux est inférieur à celui de l’Australie et équivalent à ceux de la France métropolitaine, la Nouvelle-Zélande et des autres DOM-TOM.

Chez les femmes en 2016, le TIS des LMNH est de **4,3 (1,4 – 7,2)** pour 100.000 personnes-année. Ce taux est inférieur à ceux de l’Australie et de la France métropolitaine. Il est équivalent à ceux de la Nouvelle-Zélande et des autres DOM-TOM.

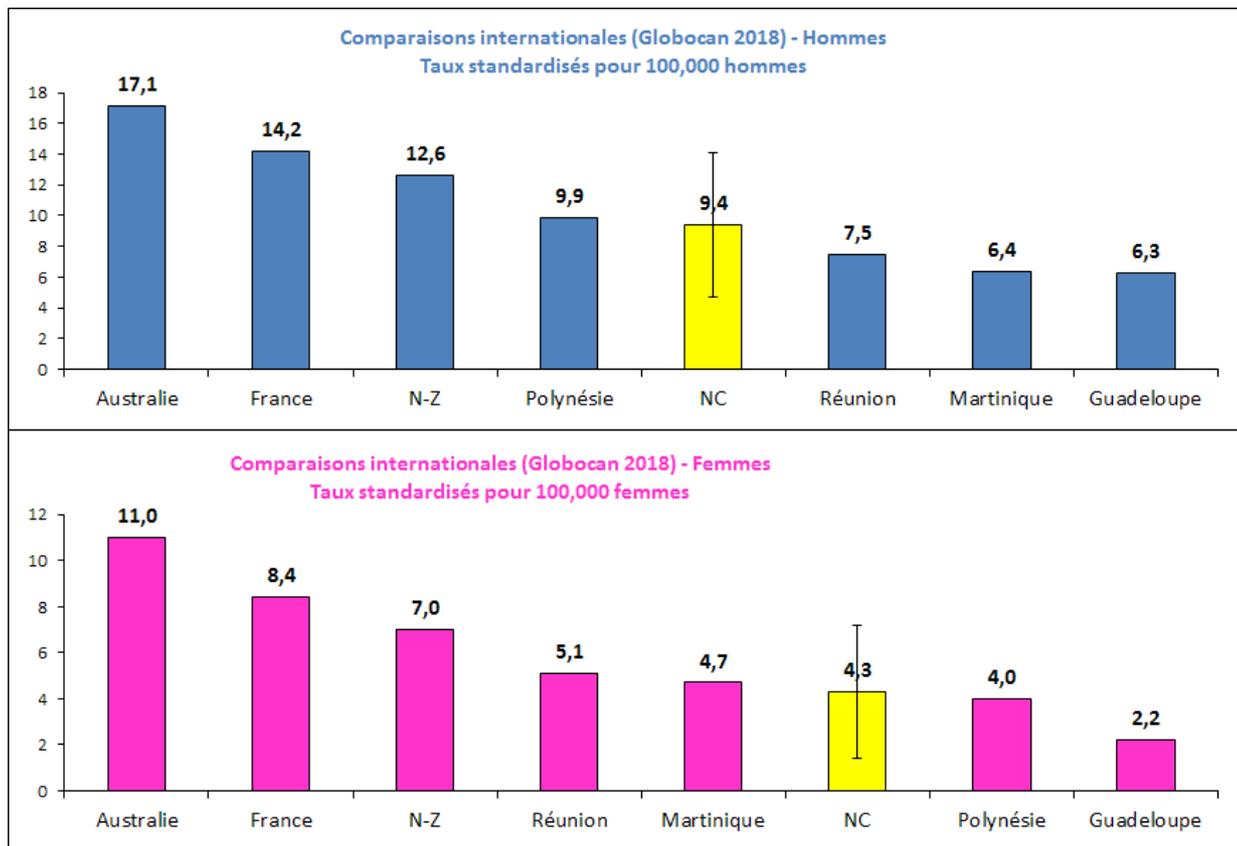


Figure 143 - LMNH, comparaisons internationales des incidences par sexe

IV-8.b Leucémies : (codes CIM 10 : C91 à C95)

Généralités

En 2016, les leucémies représentent le 7^{ème} cancer, tous sexes confondus, avec **30** cas, 21 leucémies aiguës et 9 leucémies chroniques. Il se situe au 5^{ème} rang chez les hommes avec 23 cas, et au 16^{ème} rang chez les femmes avec 7 cas. Le sex-ratio est de 3,3 hommes pour une femme. Trois patients ont développé une autre tumeur.

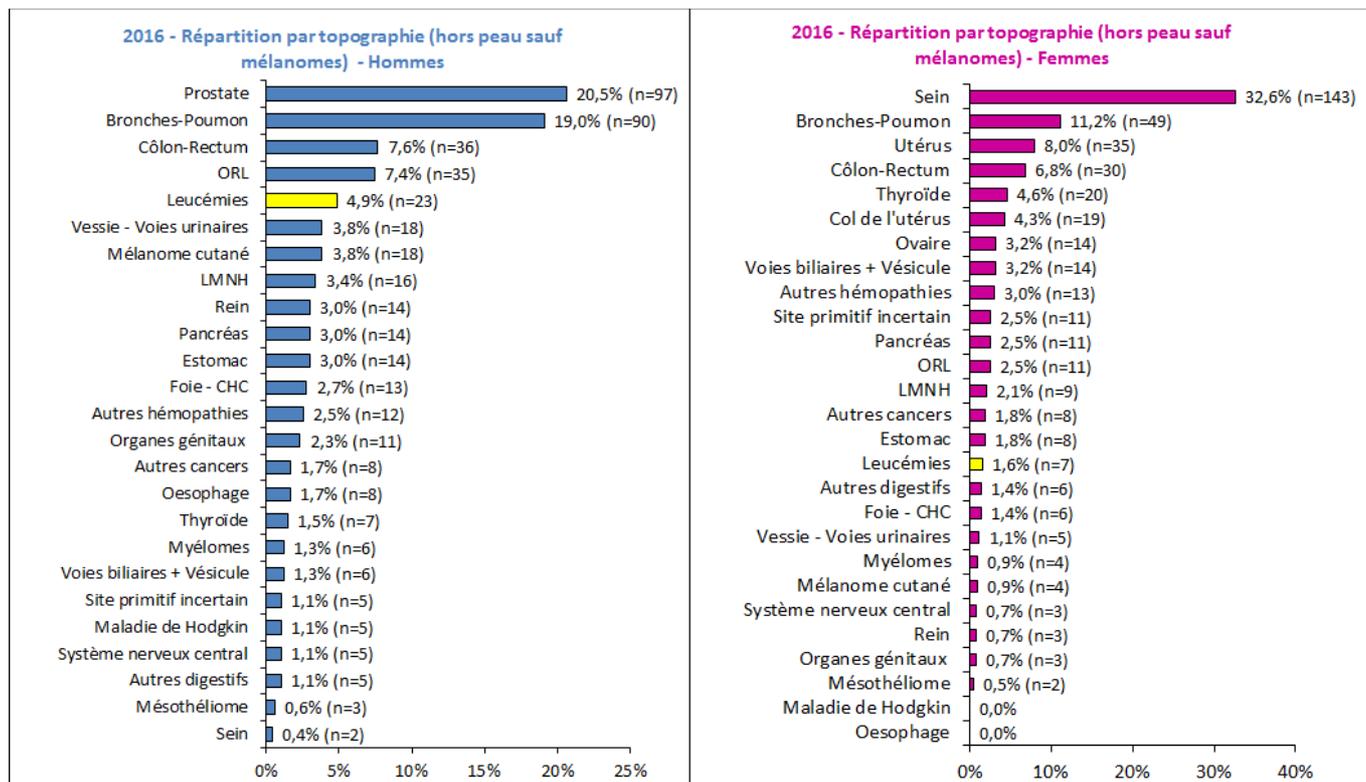


Figure 144 - Répartition par topographies selon le sexe

Age

En 2016, l'âge moyen au diagnostic est de 59 ans (médiane 61,5 ans), variant de 10 à 84 ans avec :

- 30% des patients qui ont moins de 50 ans
- 40% des patients qui ont entre 50 et 75 ans
- 30% qui ont 75 ans et plus

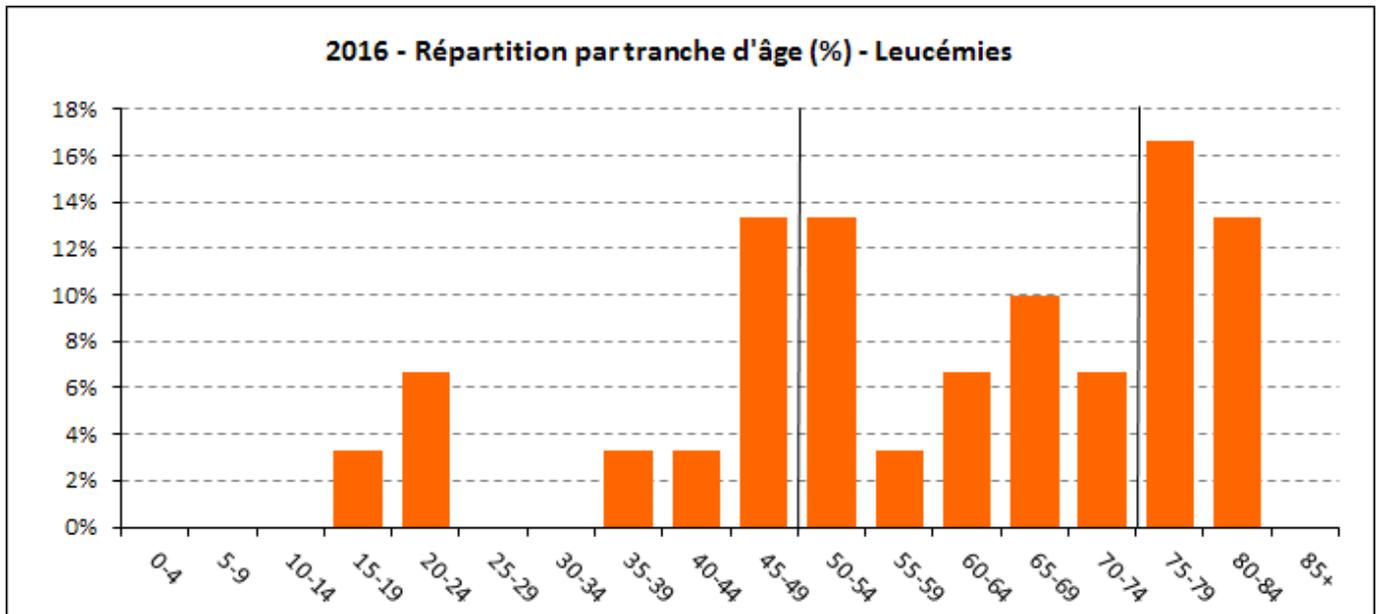


Figure 145 – Leucémies, répartition par classe d'âge

Provinces

En 2016, il n'y a pas de différence ($p=0,21$) entre la répartition des leucémies par province et celle de la population générale. Il n'y a pas non plus de différence significative entre les taux d'incidence standardisés par sexe et par province.

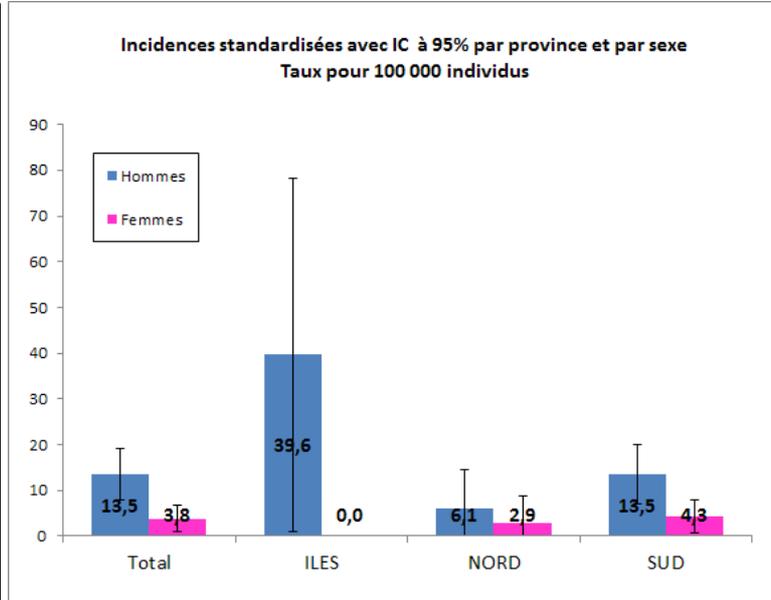
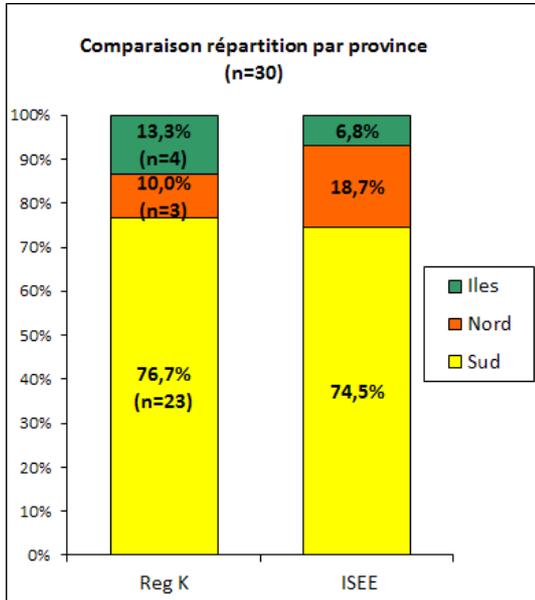


Figure 146 et 147 – Leucémies, répartition et incidences standardisées selon le sexe et la province

Létalité

Au 31/12/2018, 47% (n=14) des patients étaient décédés, dont 10 (33%) des suites de leur leucémies. Entre 2008 et 2016, 222 patients ont eu un diagnostic de leucémies. Parmi ces 222 patients, 77 (35%) sont décédés suite à ce cancer au 31/12/2018.

Evolution

Entre 1984 et 2003, il était diagnostiqué en moyenne entre 5 et 10 cas de leucémies par an. Depuis 2004, on observe une augmentation régulière du nombre de leucémies, notamment chez les hommes.

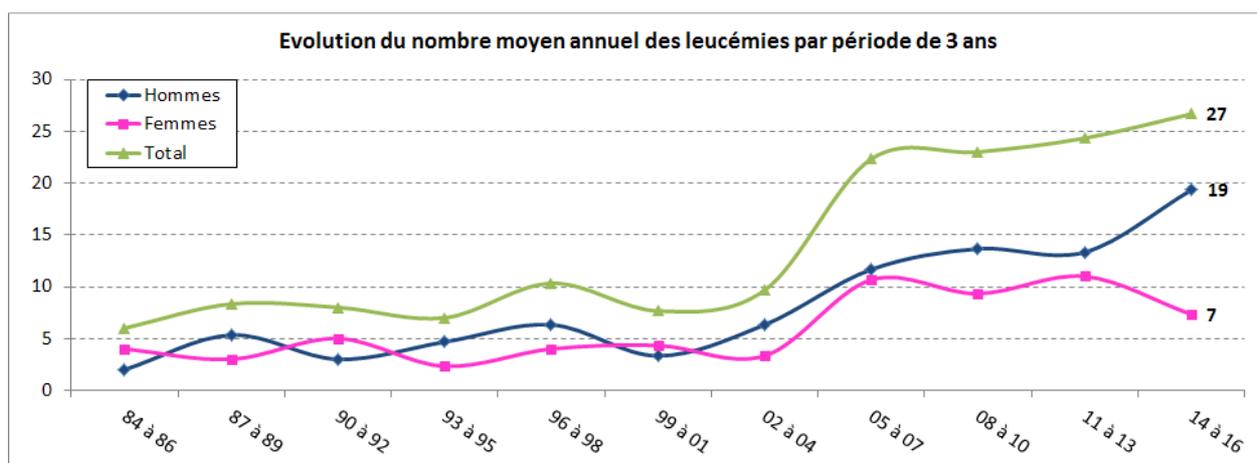


Figure 148 – Leucémies, évolution du nombre moyen de cas annuel

Incidences et comparaisons internationales

Chez les hommes en 2016, le TIS des leucémies est de **13,5 (7,9 – 19,1)** pour 100.000 personnes-année. Ce taux est comparable à l’Australie, la Nouvelle-Zélande, la France métropolitaine, la Martinique et la Réunion.

Chez les femmes, le TIS des leucémies est de **3,8 (0,9 – 6,7)** pour 100.000 personnes-année. Ce taux est inférieur à l’Australie, la France métropolitaine et la Martinique.

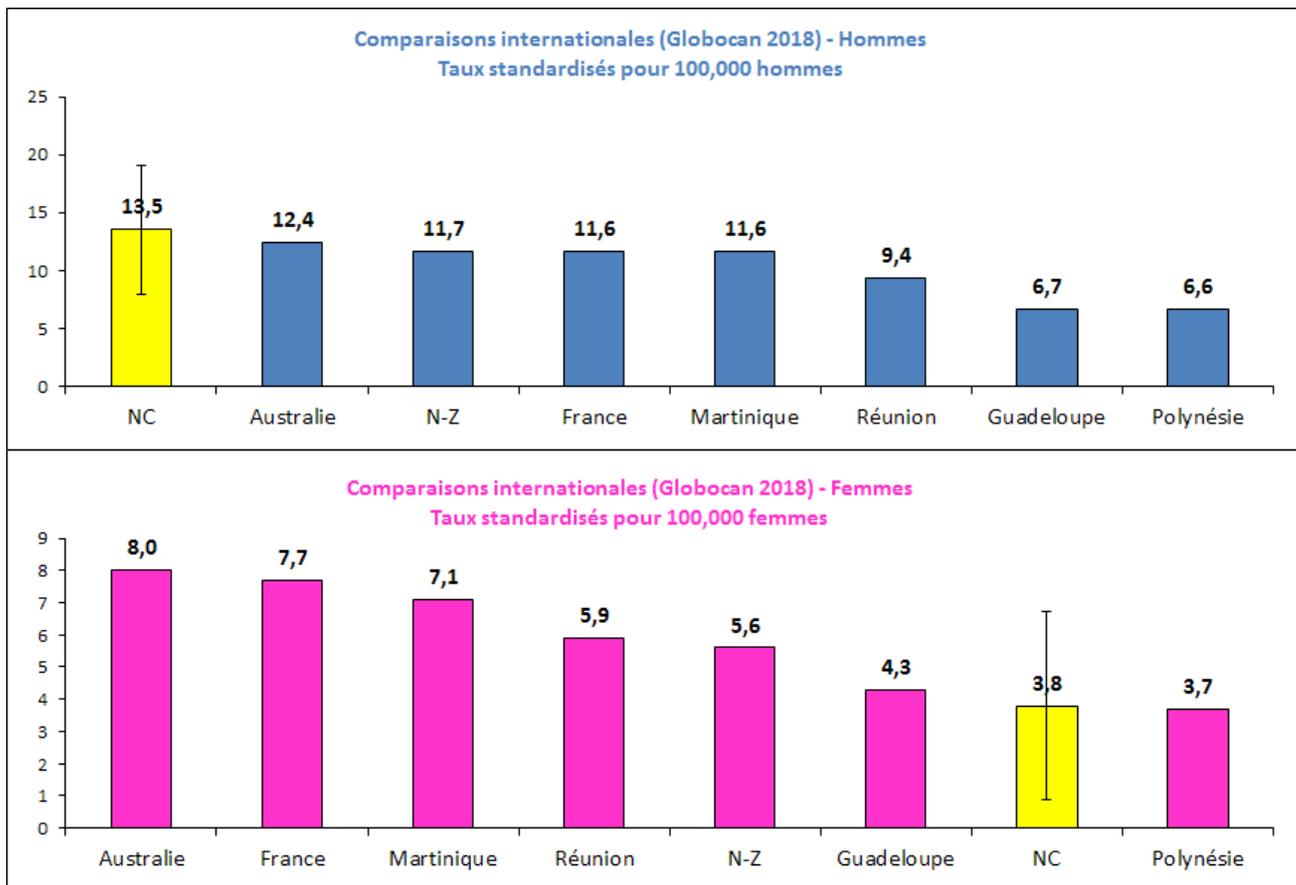


Figure 149 - Leucémies, comparaisons internationales des incidences par sexe

IV-8.c Myélomes : (codes CIM 10 : C88 à C90)

Généralités

En 2016, les myélomes arrivent en 24^{ème} position, tous sexes confondus, avec **10** cas. Ils se situent au 18^{ème} rang chez les hommes avec 6 cas, et au 19^{ème} rang chez les femmes avec 4 cas. Le sex-ratio est de 1,5 hommes pour une femme. Un patient avait eu une autre tumeur primitive.

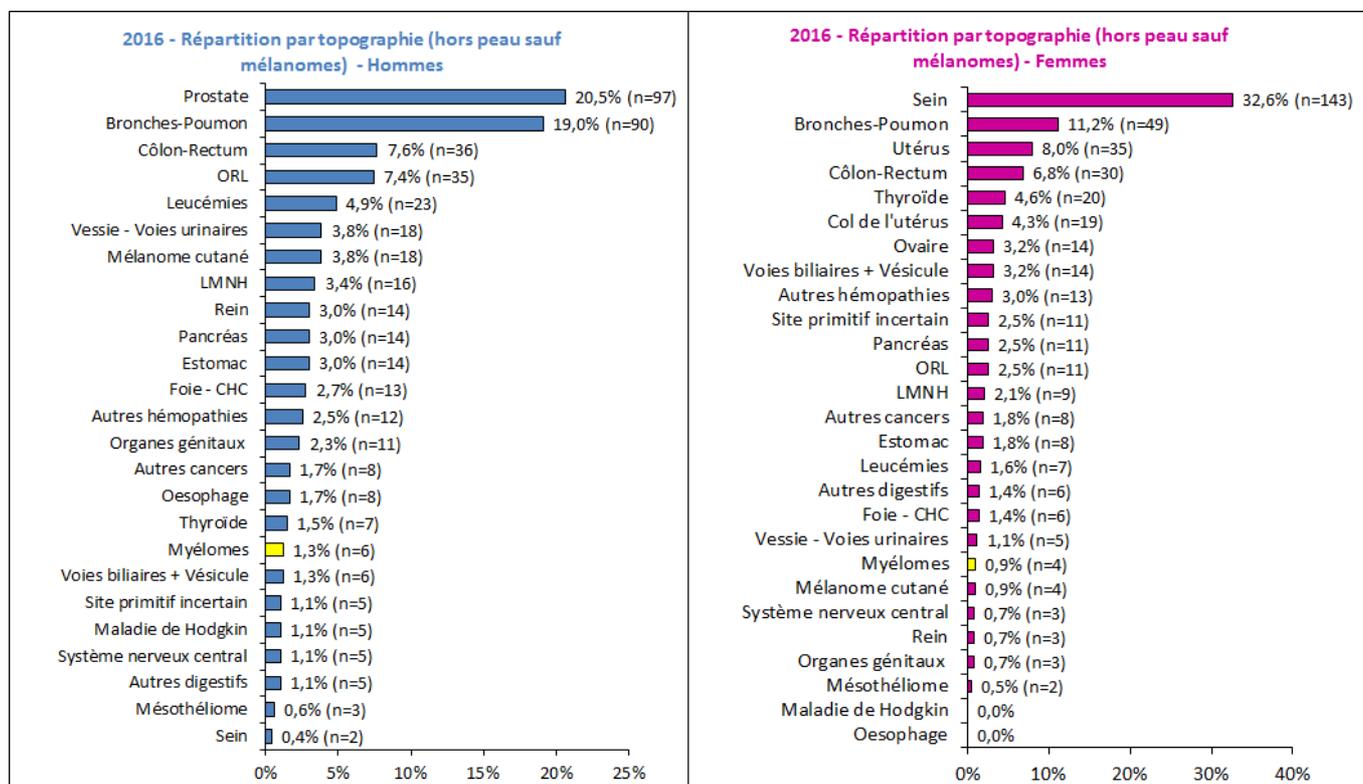


Figure 150 - Répartition par topographies selon le sexe

Age

En 2016, l'âge moyen au diagnostic est de 67 ans (médiane 64,5 ans), variant entre 54 et 82 ans avec :

- 0% des patients qui ont moins de 50 ans
- 80% des patients qui ont entre 50 et 75 ans
- 20% qui ont 75 ans et plus

Survie

Le taux de survie global à 5 ans après le diagnostic est de 42%, avec un taux de 50% atteint à 4 ans et 3 mois.

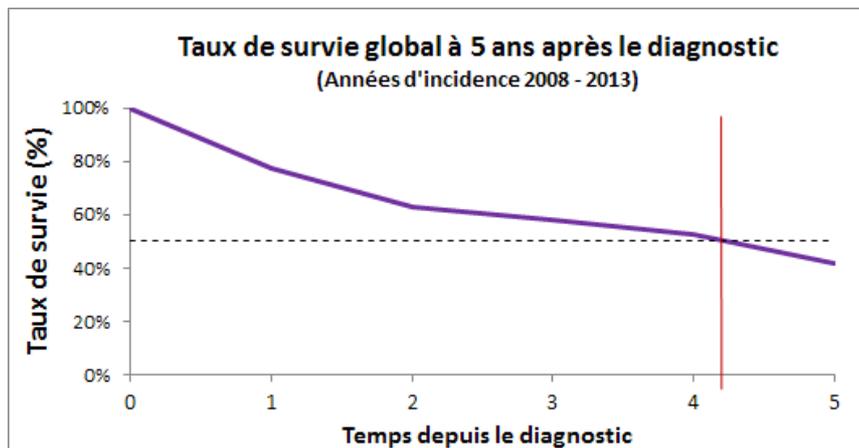


Figure 151 – Myélomes, taux de survie à 5 ans

Evolution

Depuis le début des années 2000, on observe une augmentation régulière du nombre moyen de myélomes diagnostiqués chaque année.

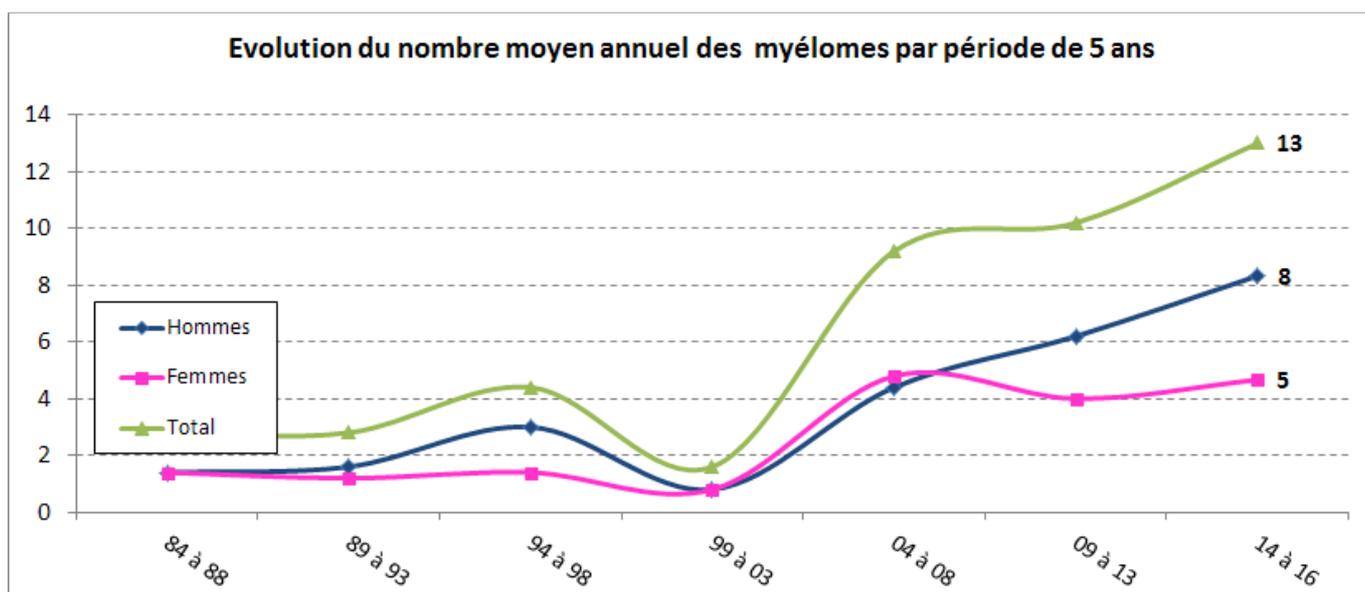


Figure 152 – Myélomes, évolution du nombre moyen de cas annuel

Incidences et comparaisons internationales

Chez les hommes en 2016, le TIS des myélomes est de **3,5 (0,6 – 6,3)** pour 100.000 personnes-année. Ce taux est inférieur à ceux des autres pays mais cela s'explique par la variabilité due aux petits chiffres.

Chez les femmes en 2016, le TIS des myélomes est de **2,5 (0 – 5) pour 100.000 personnes année**. Ce taux inférieur à celui de la Martinique et est équivalent à ceux des autres pays.

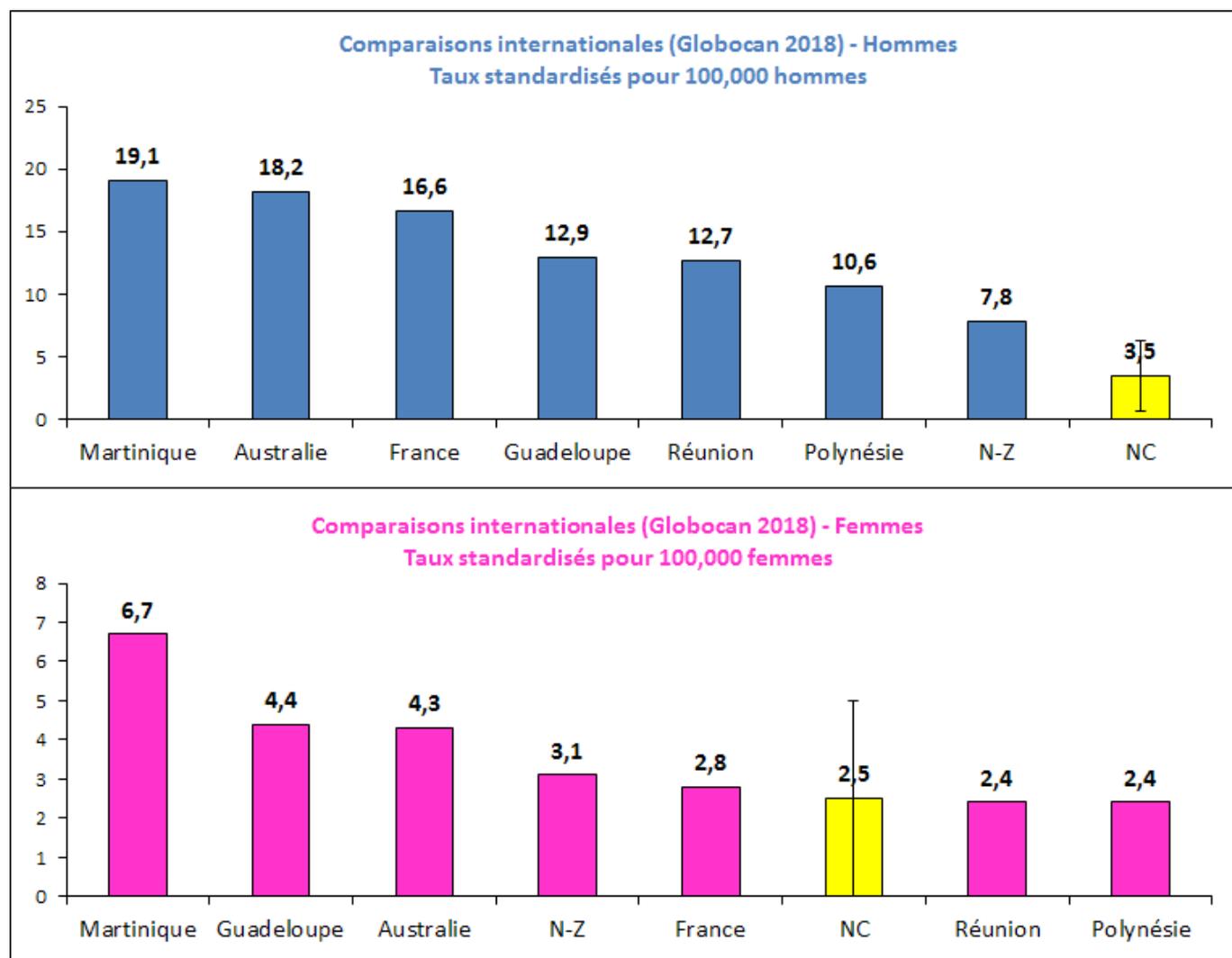


Figure 153 - Myélomes, comparaisons internationales des incidences par sexe

IV-8.d Maladie de Hodgkin (Code CIM10 : C81)

Généralités

En 2016, la maladie de Hodgkin est le 27^{ème} cancer, tous sexes confondus, avec **5** nouveaux cas, tous diagnostiqués chez des hommes. L'âge moyen au diagnostic est de 52 ans, variant de 21 à 77 ans.

Evolution

Chez les femmes, il est diagnostiqué en moyenne une maladie de Hodgkin par an. Par contre, on observe une augmentation du nombre de cas chez les hommes depuis le début des années 2000.

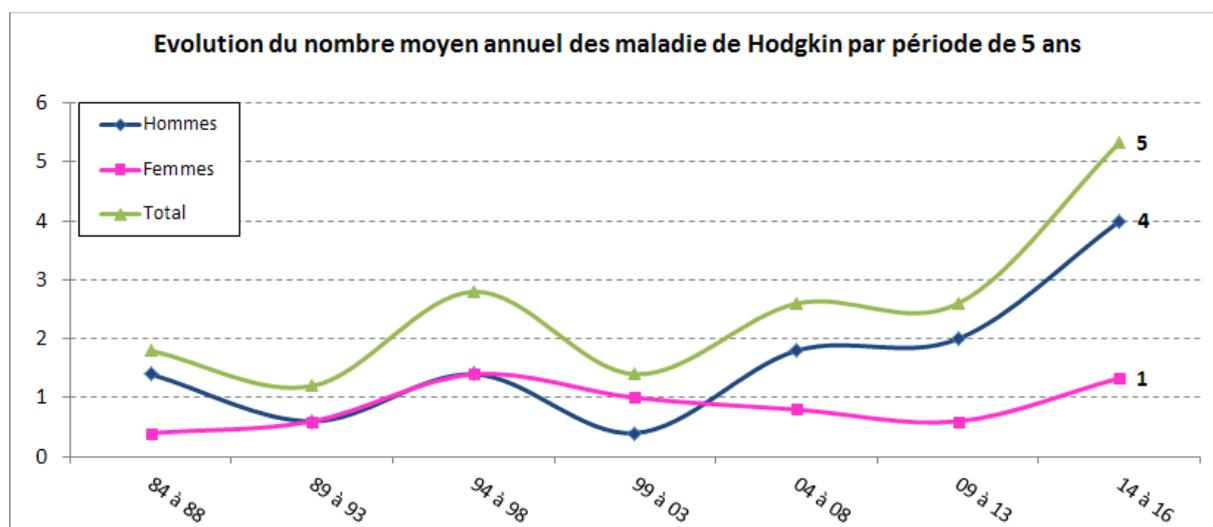


Figure 154 – Maladie de Hodgkin, évolution du nombre moyen de cas annuel

Incidences et comparaisons internationales

Chez les hommes en 2016, le TIS des maladies de Hodgkin est de **3 (0,3 – 5,6)** pour 100.000 personnes-année. Ce taux est comparable à ceux des autres pays.

Il n'y pas eu de nouveaux cas diagnostiqués chez les femmes en 2016.

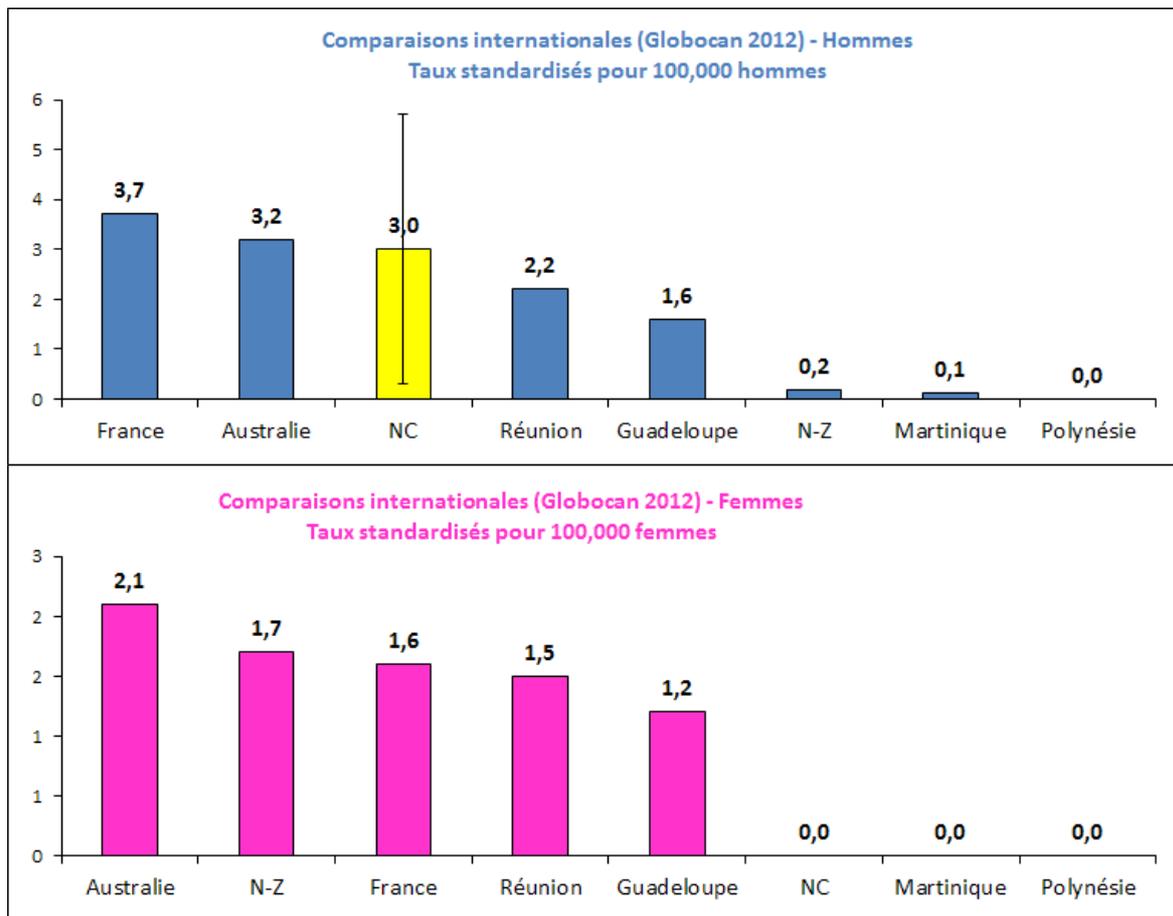


Figure 155 – *Maladie de Hodgkin, comparaisons internationales des incidences par sexe*

IV-8.e Autres hémopathies : (codes CIM 10 : D45 à D47)

En 2016, 25 autres hémopathies, 10 syndromes myéloprolifératifs (SMP) et 15 syndromes myélodysplasiques (SMD), ont été diagnostiqués.

Pour les SMD, 9 cas ont été diagnostiqués chez des hommes et 6 chez des femmes. L'âge moyen au diagnostic est de 76 ans, variant entre 53 et 87 ans.

Pour les SMP, 3 cas ont été diagnostiqués chez des hommes et 7 chez des femmes. L'âge moyen au diagnostic est de 68 ans, variant entre 52 et 90 ans.

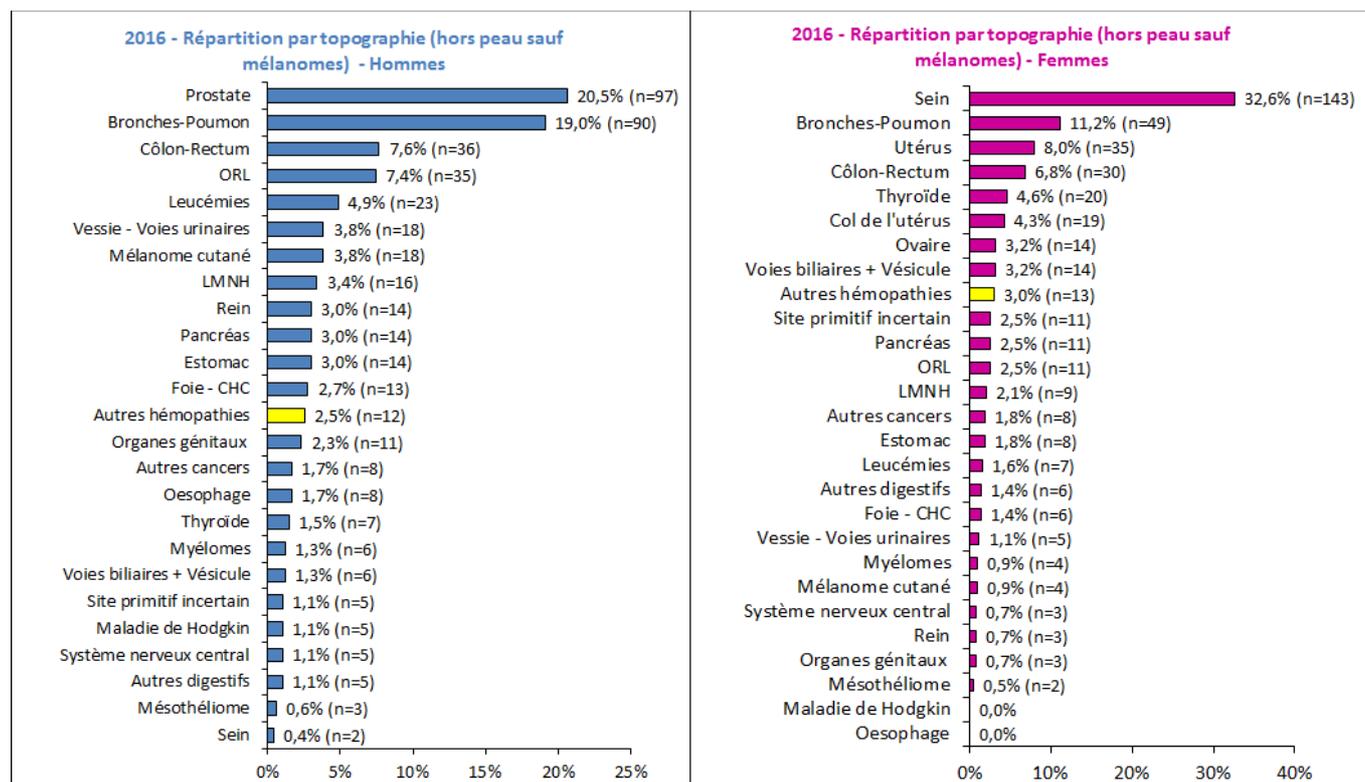


Figure 156 - Répartition par topographies selon le sexe

VI-9 Mélanomes cutanés (code CIM-10 : C43)

Généralités

Cette forme particulière du cancer de la peau, est exceptionnelle chez l'enfant et rare avant 20 ans. Les facteurs de risque connus peuvent être d'ordre génétique (mélanome héréditaire, maladie génétique, phénotype clair, phénotype naevique, ...), ou environnementaux (exposition aux rayons ultraviolets, système immunitaire affaibli).

Son incidence annuelle varie énormément selon la latitude et la composition ethnique de la population, avec des incidences plus élevées en Europe, aux USA en Australie.

En France, il représente 2 à 3% de l'ensemble des cancers et se situe au 8^{ème} rang chez l'homme et au 6^{ème} chez la femme. Son incidence est en forte augmentation depuis les années 1980. Le pic d'incidence se situe entre 40 et 50 ans et l'âge moyen au diagnostic à 61 ans chez la femme et 64 ans chez l'homme. Son pronostic est généralement bon, avec une survie globale nette à 5 ans de 89%. Elle est de 18% dans les situations métastatiques.

En 2016, en Nouvelle-Calédonie, le mélanome cutané arrive en 11^{ème} position, tous sexes confondus, avec 22 tumeurs invasives. Il se situe au 7^{ème} rang chez les hommes avec 18 tumeurs, et au 21^{ème} rang chez les femmes avec 4 tumeurs. Le sex-ratio est de 4,5 hommes pour une femme.

Un patient avait un antécédent de tumeur du cerveau.

Les topographies des lésions sont : le tronc pour 41% (n=9), les membres pour 31% (n=7), peau SAI pour 23% (n=5) et le cuir chevelu ou cou pour 4% (n=1)

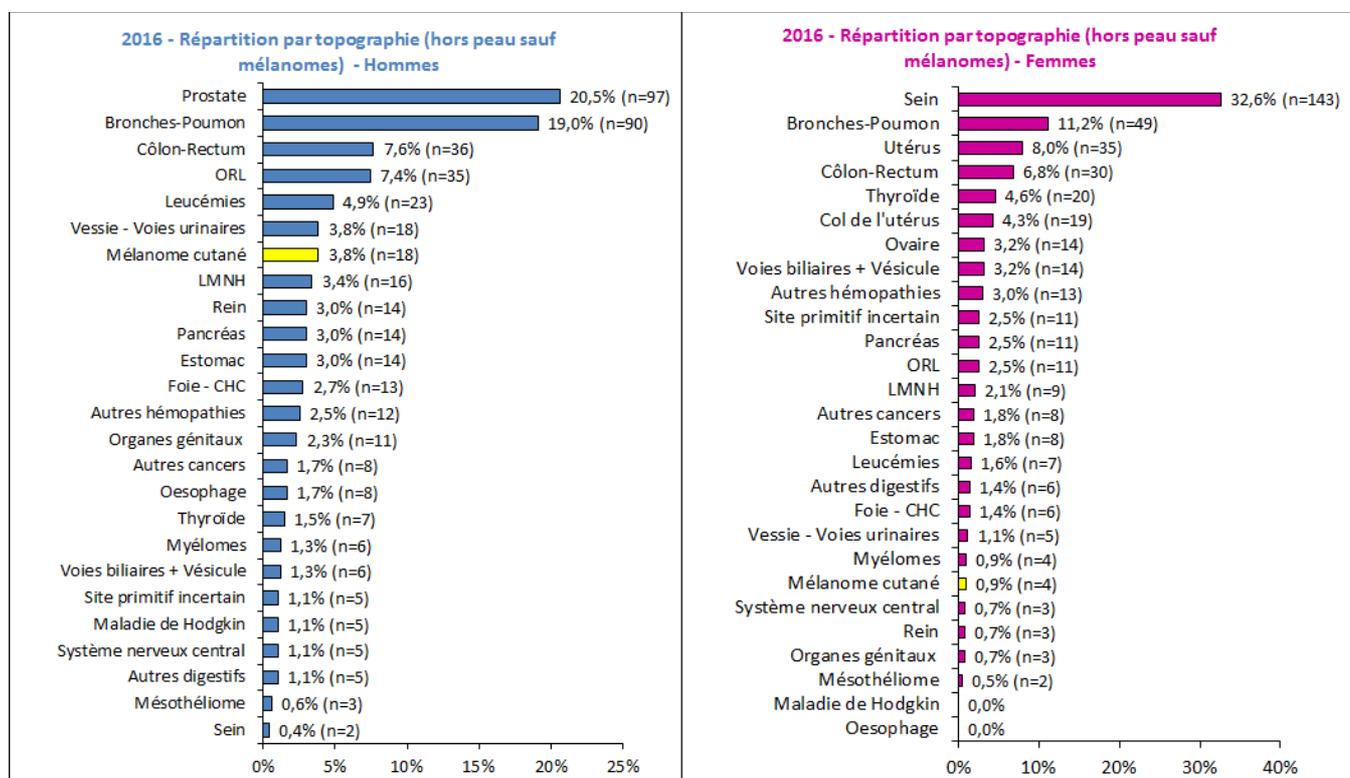


Figure 157 – Répartition par topographies selon le sexe

Age

En 2016, l'âge moyen au diagnostic est de 62 ans (médiane 65 ans), variant entre 35 et 84 ans avec :

- 18% des patients qui ont moins de 50 ans
- 73% des patients qui ont entre 50 et 75 ans
- 9% qui ont 75 ans et plus

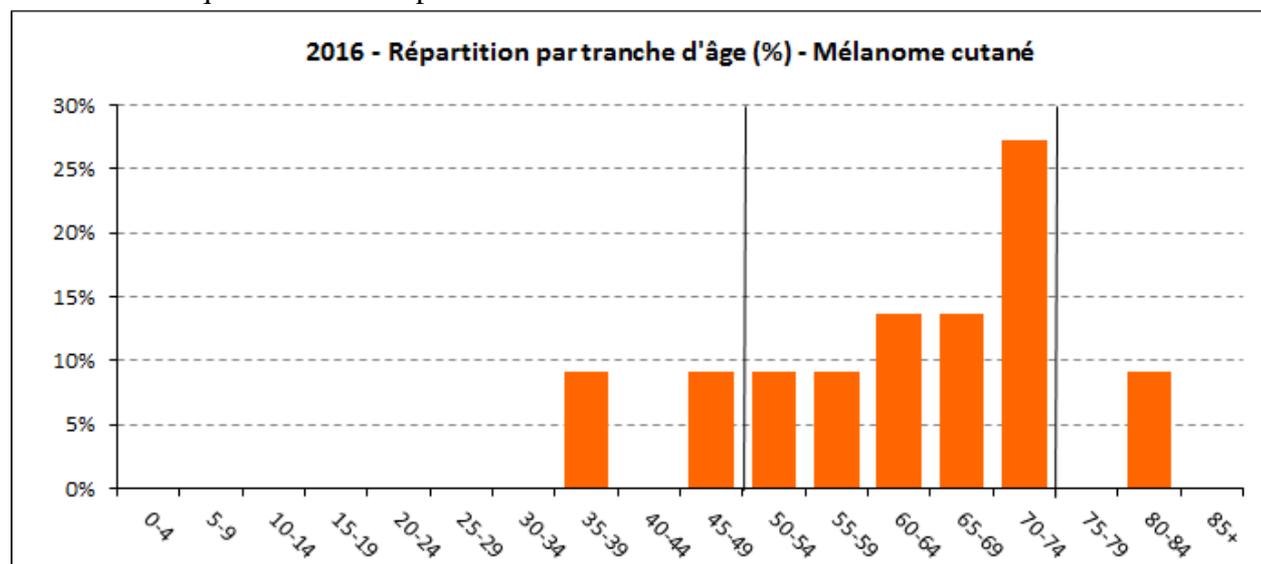


Figure 158 – Mélanome cutané, répartition par classe d'âge

Provinces

En 2016, aucun mélanome cutané n'a été diagnostiqué pour les résidents de la province des Iles (situation observée depuis 2009). Aucune différence significative n'est observée entre la répartition des mélanomes cutanés par province et celle de la population générale ($p=0,43$). Il n'y a pas non plus de différence significative entre les taux d'incidence standardisée par sexe et par province.

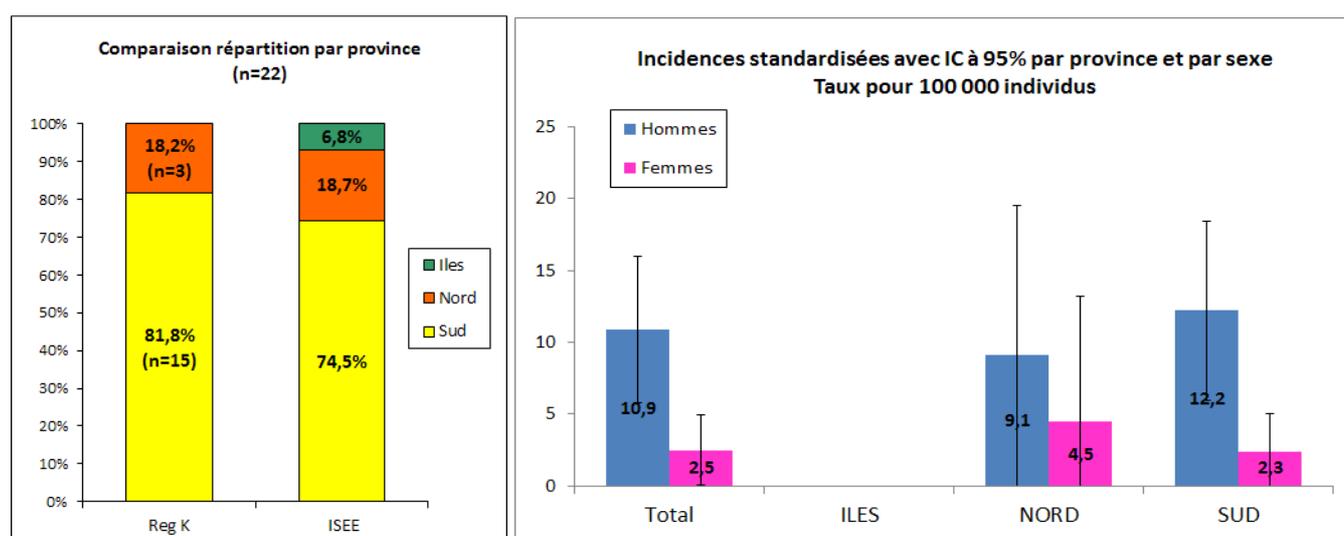


Figure 159 et 160 – Mélanome cutané, répartition et incidences standardisées selon le sexe et la province

Stade au diagnostic et létalité

La moitié des mélanomes cutanés a été diagnostiquée au stade localisé (50%, n=11). Le stade au diagnostic demeure non connu pour 32% (n=7) des cas. Trois mélanomes (14%) ont été diagnostiqués au stade métastatique. Les métastases étaient localisées dans le système nerveux central et les ganglions.

Parmi les 22 patients, 4 (18%) sont décédés de leur mélanome au 31/012/2019.

Entre 2008 et 2016, 212 mélanomes cutanés ont été diagnostiqués. Sur ces 212 patients, 27 (13%) sont décédés du mélanome. L'importance de la létalité au stade régional, notamment par rapport à celle du stade métastatique, peut s'expliquer :

- par des critères de stadification du mélanome mal adaptés au pronostic vital
- par le faible nombre de cas diagnostiqués au stade régional (n=8 en 9 ans, contre 53 au stade métastatique).

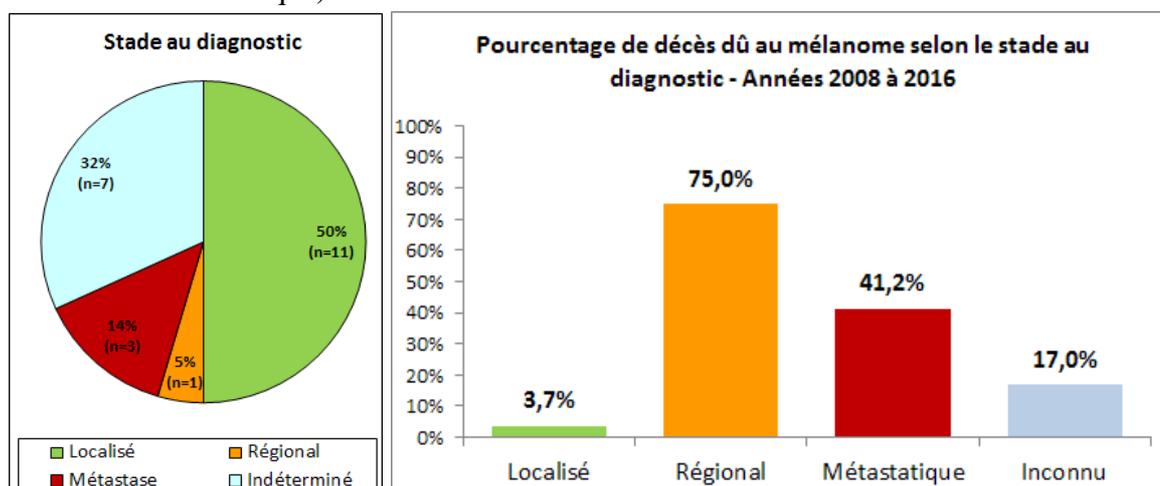


Figure 161 et 162 – Mélanome cutané, répartition et létalité selon le stade au diagnostic

Evolution

Entre 1993 et 2007, le nombre de nouveaux cas de mélanomes cutanés diagnostiqués chaque année se situait autour de 15 cas par an. Il a ensuite augmenté entre 2008 et 2012, pour se stabiliser de nouveau autour de 25 cas par an.

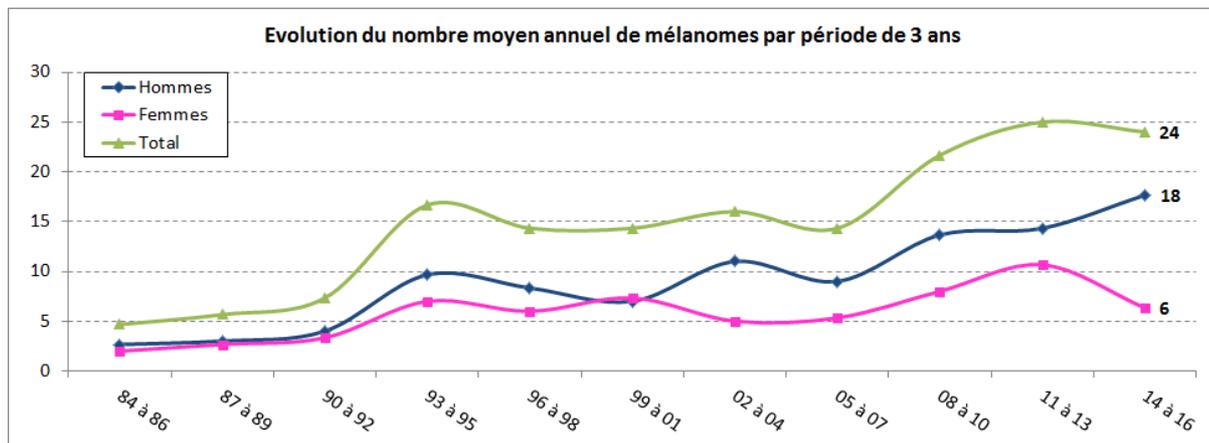


Figure 163 – Mélanome cutané, évolution du nombre moyen de cas annuel

Incidences et comparaisons internationales

Chez les hommes en 2016, le TIS du mélanome cutané est de **10,9 (5,8 – 16)** pour 100.000 personnes-année. Ce taux est bien inférieur à ceux d’Australie et de Nouvelle-Zélande. Il est comparable à ceux de la France métropolitaine et de la Polynésie.

Chez les femmes en 2016, le TIS du mélanome cutané est de **2,5 (0 – 5)** pour 100.000 personnes-année. Ce taux, comme chez les hommes, reste nettement plus bas que celui de l’Australie et de la Nouvelle-Zélande mais également plus bas que ceux de la France métropolitaine et de la Polynésie. Il est comparable à ceux de la réunion, de la Martinique et de la Guadeloupe.

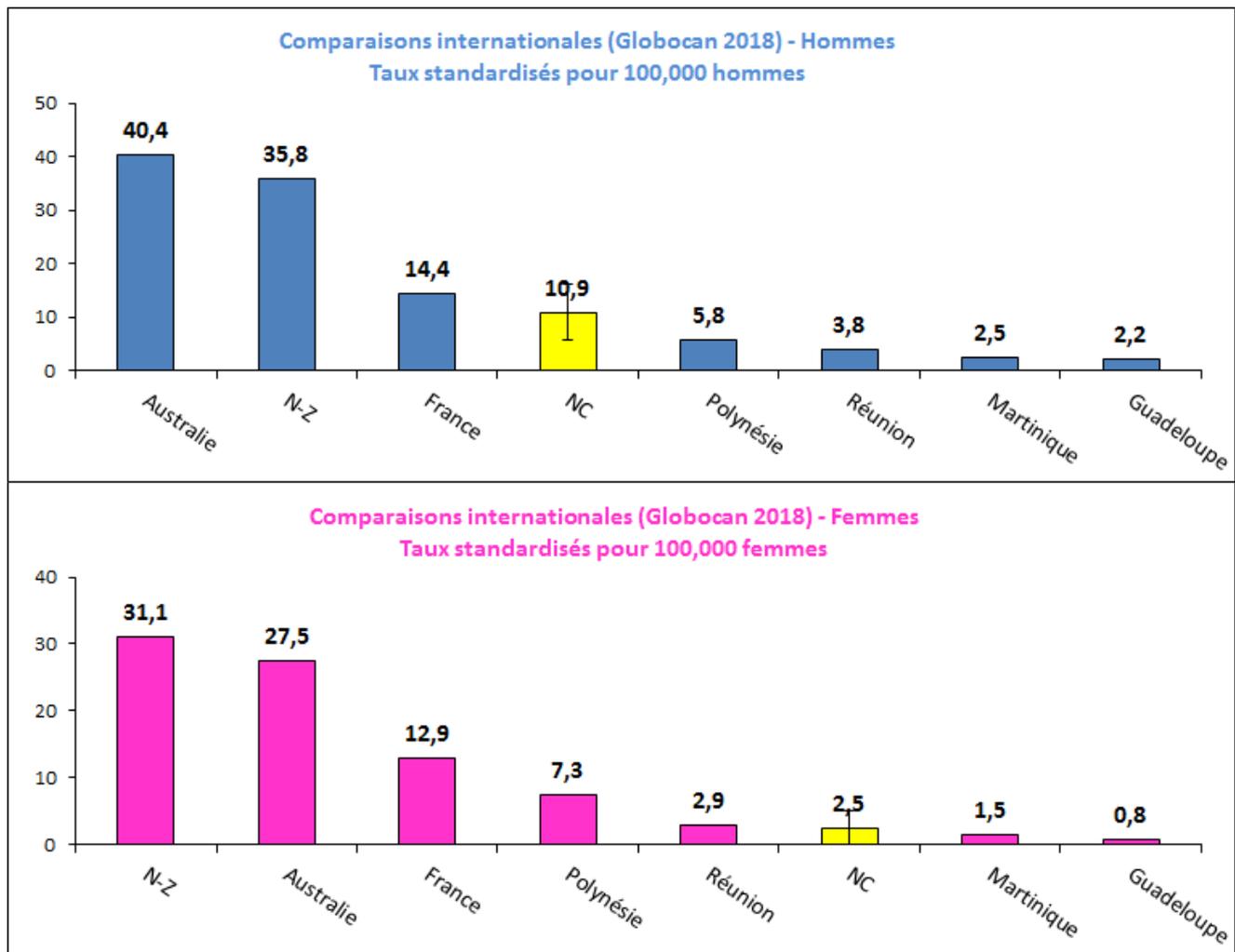


Figure 164 – Mélanome cutané, comparaisons internationales des incidences selon le sexe

Observations

En 2016, la communauté d'appartenance reste indéterminée pour 77% des cas de mélanomes cutanés ; le stade est indéterminé pour 32 % et les circonstances de découvertes sont non connues pour 64 %. Ceci s'explique en partie par le fait qu'il n'est pas fait de retour au dossier clinique et que l'ensemble des informations n'a pu être collecté.

Au total, l'incidence de ce cancer reste largement plus faible en Nouvelle-Calédonie par rapport à l'Australie et la Nouvelle-Zélande, probablement en rapport avec la répartition ethnique de la population. Il est diagnostiqué à un âge comparable à celui de la métropole et un stade localisé dans la moitié des cas.

VI-10 Tumeurs du système nerveux central (code CIM-10 : C70-C72)

Généralités

En 2016, les tumeurs invasives du système nerveux central (SNC) arrivent en 15^{ème} position, tous sexes confondus, avec **8** cas. Elles se situent au 20^{ème} rang chez les hommes avec 5 tumeurs, et au 22^{ème} rang chez les femmes avec 3 tumeurs. Le sex-ratio est de 1,7 hommes pour une femme.

Un patient avait un antécédent de tumeur du cerveau.

Les topographies des lésions sont : le tronc pour 41% (n=9), les membres pour 31% (n=7), peau SAI pour 23% (n=5) et le cuir chevelu ou cou pour 4% (n=1)

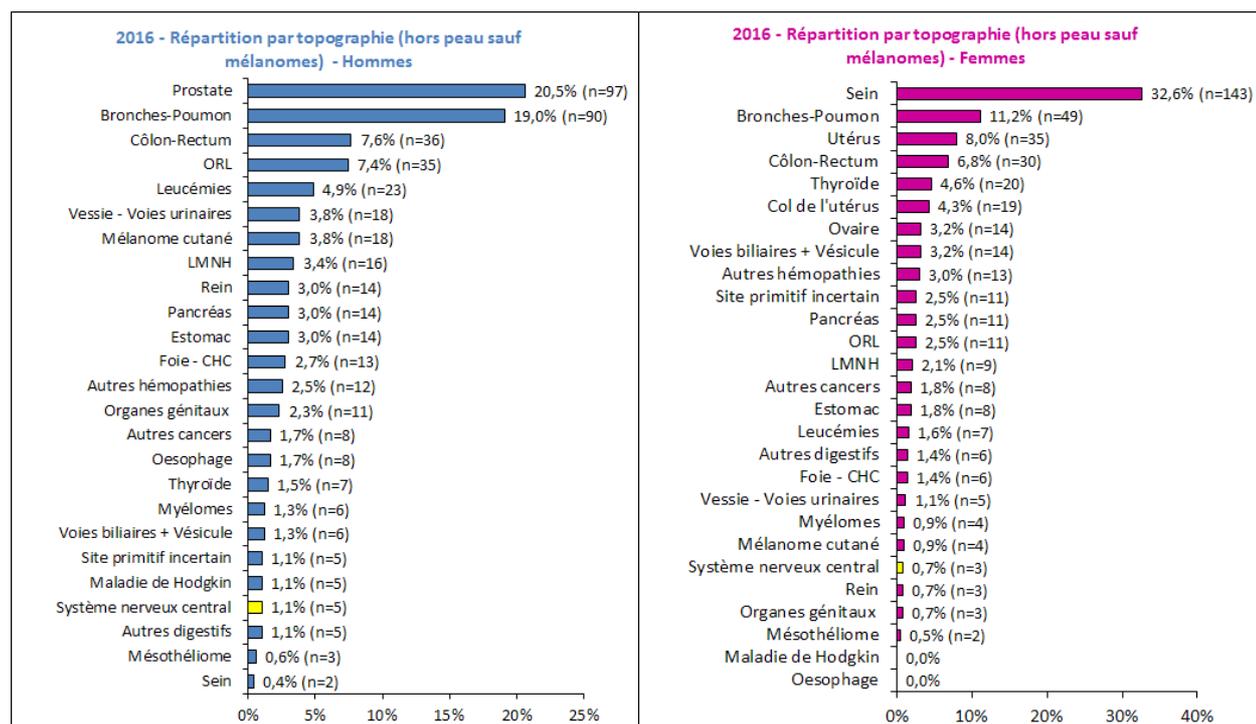


Figure 165 – Répartition par topographies selon le sexe

Age

En 2016, l'âge moyen au diagnostic est de 51 ans variant entre 9 et 79 ans.

Létalité

Au 31/12/2018, 6 patients sur 8 étaient décédés, tous suite leur tumeur du SNC.

Evolution

Depuis 2005, le nombre de tumeurs invasives du SNC reste stable avec une moyenne de 8 à 10 cas par an.

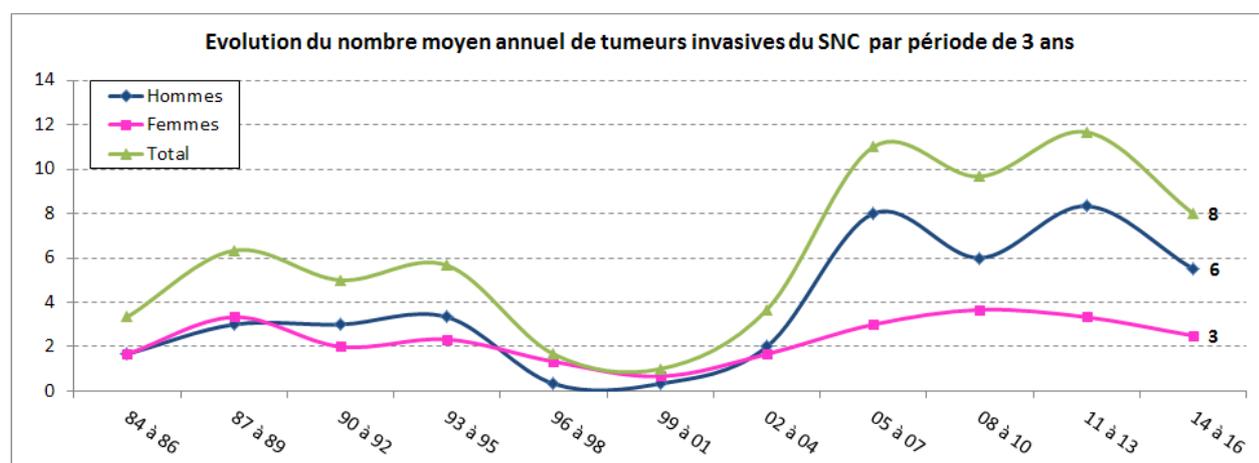


Figure 166 – Tumeurs invasives du SNC, évolution du nombre moyen de cas annuel

Incidences et comparaisons internationales

Chez les hommes en 2016, le TIS des tumeurs invasives du SNC est de **3,2 (0,3 – 6,1)** pour 100.000 personnes-année. Ce taux est inférieur à ceux de la France, de l’Australie et de Nouvelle-Zélande. Il est comparable à ceux de la Réunion, de la Martinique, de la Guadeloupe et de la Polynésie.

Chez les femmes en 2016, le TIS des tumeurs invasives du SNC est de **1,7 (0 – 3,6)** pour 100.000 personnes-année. Ce taux est inférieur à ceux de la France, de l’Australie et de Nouvelle-Zélande. Il est comparable à ceux de la Réunion, de la Martinique et de la Guadeloupe.

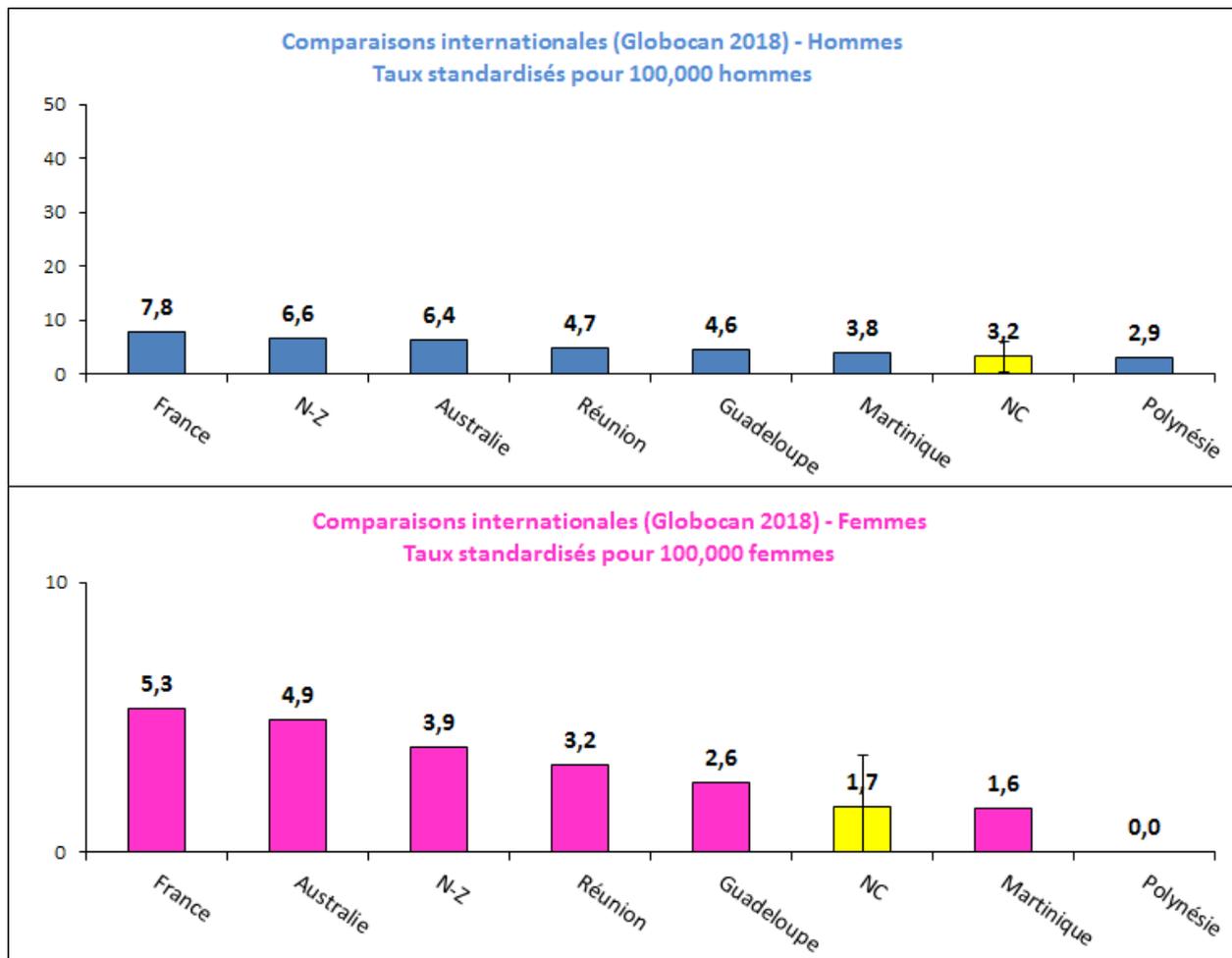


Figure 167 – Tumeurs invasives du SNC, comparaisons internationales des incidences selon le sexe

Les tumeurs non invasives du SNC :

En 2016, 16 tumeurs non invasives du SNC ont été enregistrées, 4 hommes et 12 femmes. L'âge moyen au diagnostic est de 59 ans (de 11 à 79 ans).

Il s'agit de 1 glioblastome, 11 méningiomes et 4 schwannomes.