

**DASS-NC**

**SERVICE DE SANTE PUBLIQUE**

**RAPPORT D'ACTIVITE 2017**

**REGISTRE DU CANCER**

**DE NOUVELLE-CALEDONIE**

**DESCRIPTION DES NOUVEAUX CAS  
DE CANCER DIAGNOSTIQUES EN 2015**

*Situation au 17 octobre 2017*

# SOMMAIRE

<b>I GENERALITES</b> .....	<b>4</b>
I-1 Introduction.....	4
I-2 Rappel historique .....	4
I-3 Fonctionnement actuel du registre .....	5
I-4 Critères d'enregistrement.....	5
<b>II EXHAUSTIVITE ET QUALITE DES DONNEES</b> .....	<b>6</b>
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.....	8
<b>III DESCRIPTION DES CAS INCIDENTS 2015</b> .....	<b>9</b>
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 2012-IARC) .....	14
III-4 Evolution .....	15
<b>IV ETUDE PAR TOPOGRAPHIE</b> .....	<b>16</b>
.....	16
VI-1 Cancers ORL.....	16
VI-1.a Cancers ORL .....	16
VI-1.b Cancer de la thyroïde .....	20
VI-3 Appareil digestif.....	24
VI-3.a Cancer du Colon-Rectum (CR) .....	24
VI-3.b Cancer de l'estomac .....	28
VI-3.c Hépatocarcinome (CHC).....	32
IV-3.d Cancer des voies biliaires intra-hépatiques, extra-hépatiques et de la vésicule biliaire (VB) .....	35
IV-3.e Cancer du pancréas.....	38
IV-3.f Cancer de l'œsophage.....	42
IV-4 Appareil respiratoire : bronches-poumon (KBP) .....	45
IV-5. Appareil génital ou sein .....	49

IV-5.a Cancer du sein : .....	49
IV-5.b Cancer du col de l'utérus.....	53
IV-5.c Cancer de l'endomètre (utérus) : .....	57
IV-5.d Cancer de l'ovaire .....	61
VI-6 Appareil uro-génital masculin : prostate .....	65
IV-7 Appareil urinaire .....	69
VI-7.a Cancer du rein .....	69
IV-7.b Vessie et voies urinaires.....	73
IV-8 Hémopathies malignes .....	77
IV-8.a Lymphomes Malin Non Hodgkiniens (LMNH) :.....	77
IV-8.b Leucémies .....	80
IV-8.c Myélomes .....	83
IV-8.d Maladie de Hodgkin.....	86
IV-8.e Autres hémopathies .....	88
VI-9 Mélanomes cutanés .....	89

# 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, récidives, ..), 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). De plus, la classification et le codage des cancers selon leurs 3 axes (topographie, morphologie, comportement) reposent sur le système commun de la Classification Internationale de la Maladie pour l'Oncologie (CIMO3).

## I-2 Rappel historique

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

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

Après avoir fait l'objet d'une première qualification en 1988 par Comité National des Registres (CNR), qualification renouvelée jusqu'en 2008 où le registre n'a plus été qualifié pour manque

d'exhaustivité. Suite au transfert du registre à la DASS-NC et après mise en place de nouvelles procédures d'enregistrement qui ont permis de garantir l'exhaustivité et la qualité des données, le registre a été de nouveau qualifié depuis le 1<sup>er</sup> Janvier 2013 pour une durée de 3 ans, puis requalifié en novembre 2015 pour 3 ans.

### **I-3 Fonctionnement actuel du registre**

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

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

### **I-4 Critères d'enregistrement**

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

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

La topographie et la morphologie sont codées selon la 3<sup>ème</sup> 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 2015** avec un fichier arrêté au **17 octobre 2017**.
- L'incidence comprend les tumeurs solides invasives, hors peau sauf mélanomes, et les hémopathies malignes.

## II EXHAUSTIVITE ET QUALITE DES DONNEES

### II-1 Sources d'information :

On distingue deux sources d'information :

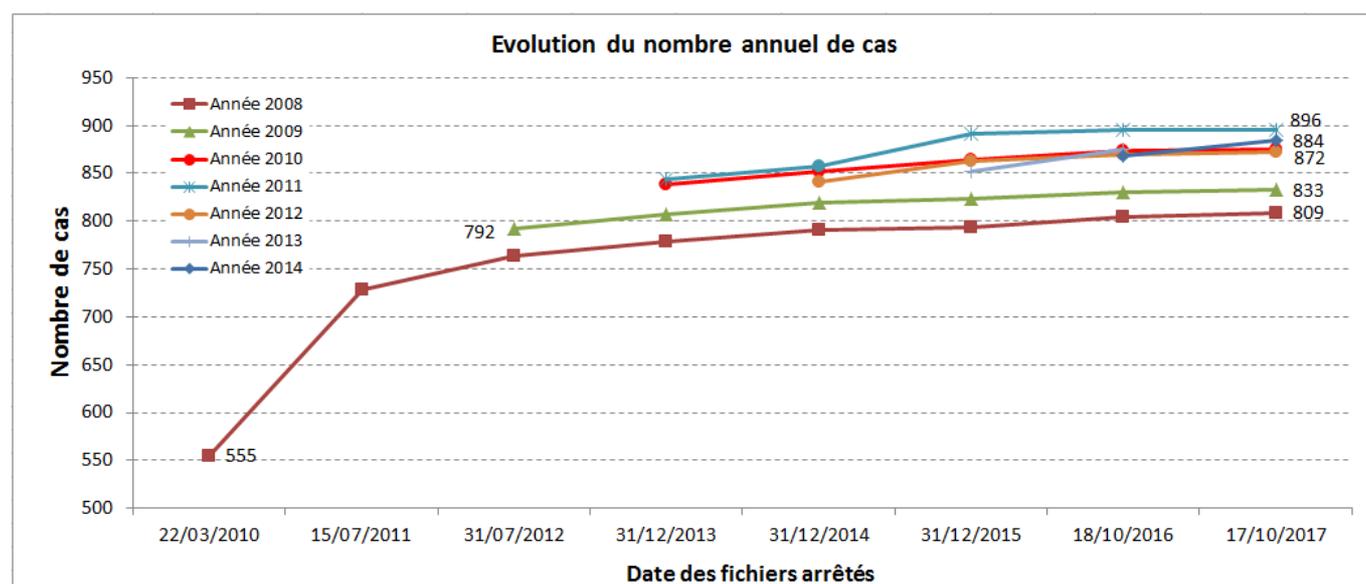
- les sources de signalement ou de notification au nombre de 10 :
  - o les 2 laboratoires d'anatomo-cytopathologie
  - o les fiches de maladies à déclaration obligatoire (MDO)
  - o les longues maladies de la CAFAT
  - o le PMSI du Centre Hospitalier Territorial (CHT)
  - o le réseau onco-NC
  - o les certificats de décès
  - o le laboratoire d'hématologie du CHT
  - o les résultats du dépistage de l'Agence Sanitaire et Sociale (ASS-NC)
  - o les Evasans
  - o 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 initiée en 2010 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 de la base de données (figure 1).

Par exemple, pour l'année d'incidence 2008, 254 nouveaux cas (30%) ont été retrouvés et enregistrés entre le 22/03/2010 et le 17/10/2017, dont 174 (21%) entre 2010 et 2011.

La diminution du nombre de cas retrouvés antérieurs à la dernière année validée montre bien l'optimisation des procédures mises en place.



**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 2015, 12 % (n=113) des cas ont été signalés par une seule et unique source (figure 2). Les données de la longue maladie ont permis d'enregistrer 51 tumeurs qui n'étaient signalées par aucune autre source, et pour les autres sources : respectivement 19 dossiers signalés par les certificats de décès uniquement, 14 par les comptes rendus d'anatomopathologie et 14 par les fiches RCP du réseau onco-nc (tableau1). 5 tumeurs ont été retrouvées en consultant le dossier médical du patient et n'étaient signalées par aucune autre source.

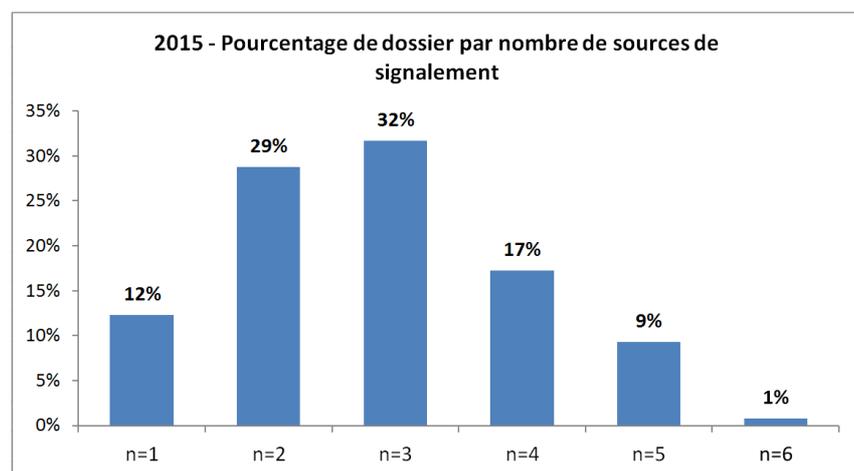


Figure 2 - Répartition du nombre de sources de signalement

Tableau 1 – Répartition des sources uniques de signalement

	Nb	% des cas total
MDO	3	0,3%
CRAP	14	1,5%
PMSI	4	0,4%
RCP	14	1,5%
LM	51	5,6%
DC	19	2,1%
Hémato	3	0,3%
Registre	5	0,5%
<b>Total</b>	<b>113</b>	<b>12,3%</b>

## II-2.b Base de diagnostic

La base de diagnostic est également un élément important pour apprécier l'exhaustivité des données. Il est en effet primordial de prendre en compte tous les patients pour lesquels un diagnostic de cancer a été posé par les médecins sans diagnostic histologique. La proportion de cas inclus à partir des informations cliniques comprend ainsi les cas considérés comme des cancers par les médecins cliniciens (dossier clinique, imagerie complémentaire, endoscopie...) (tableau 2).

En 2015, 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 après un dosage de l'alpha-foeto protéine (AFP).

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

	Nombre	Pourcentage
Clinique	0	0%
Radio	33	4%
Test biologique	13	1%
Cyto	74	8%
Histologie de la métastase	82	9%
Histologie de la tumeur	715	78%
Inconnu	0	0%
<b>Total</b>	<b>917</b>	<b>100%</b>

## 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 in situ du sein, et les tumeurs non invasives de la vessie et du système nerveux central. Il n'est pas systématique pour les mélanomes cutanés.

Pour l'année d'incidence 2015, exception faite mélanomes cutanés, 99 % des tumeurs enregistrées ont fait l'objet d'un retour au dossier à la date du 17/10/2017 (879/890).

Malgré un retour au dossier clinique, certaines données ne sont pas toujours suffisamment renseignées, notamment en ce qui concerne les variables socio-démographiques (tableau 3).

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
<b>Données fiche "patient"</b>		
<b>Identification</b>	Nom, Nom d'épouse, Prénom	0%
	Sexe	0%
	Date de naissance	0%
<b>Socio-démographiques</b>	Lieu de naissance	24%
	Communauté d'appartenance	43%
	ATCD de tabagisme	54%
<b>Suivi</b>	Décès par cancer (pour les patients décédés uniquement)	5%
	Statut Vital	5%
<b>Données fiche "tumeur"</b>		
<b>Données patient à la date de diagnostic</b>	Adresse	2%
	Age au diagnostic	0%
	Profession	72%
<b>Tumeur</b>	Circonstances de découverte	12%
	Date de diagnostic	0%
	Topographie	0%
	Base de diagnostic	0%
	Histologie	0%
	Comportement	0%

### III DESCRIPTION DES CAS INCIDENTS 2015

Au total, **917** tumeurs invasives et hémopathies malignes, hors peau sauf mélanomes, ont été enregistrées pour l'année d'incidence 2015 (472 chez les hommes et 445 chez les femmes, sex-ratio : 1.06 homme pour une femme) dont :

- **820** tumeurs solides invasives (89 %)
- **97** hémopathies malignes (11%)

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

- 14 tumeurs non malignes du système nerveux central (SNC),
- 108 tumeurs in situ (Côlon-rectum : 4 ; Mélanome : 7 ; Sein : 12 ; Col de l'utérus : 73 ; 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 62 ans (médiane 65 ans), avec :

- 15% des patients qui ont moins de 50 ans
- 67% des patients qui ont entre 50 et 75 ans
- 18% qui ont 75 ans ou plus

Chez les femmes, l'âge moyen au diagnostic est de 59 ans (médiane 60 ans), avec :

- 26% des patientes qui ont moins de 50 ans (1 femme sur 4)
- 57% des patients qui ont entre 50 et 75 ans
- 17% qui ont 75 ans ou plus

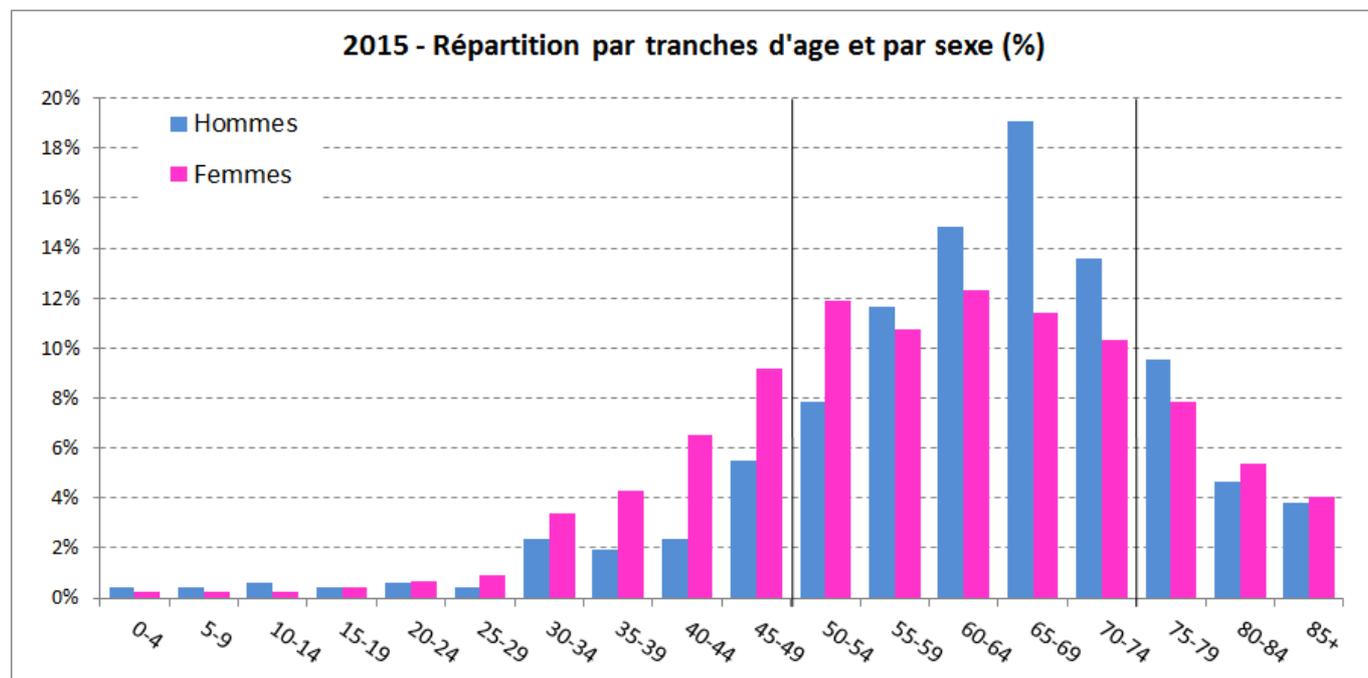


Figure 3 - Répartition des tumeurs par tranche d'âge et sexe

### 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 ( $p=0.22$ ) (figure 4).

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

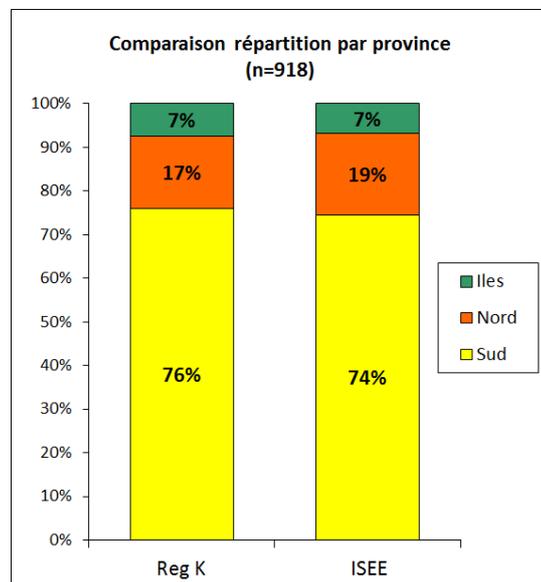


Figure 4 - Répartition selon la province et le sexe

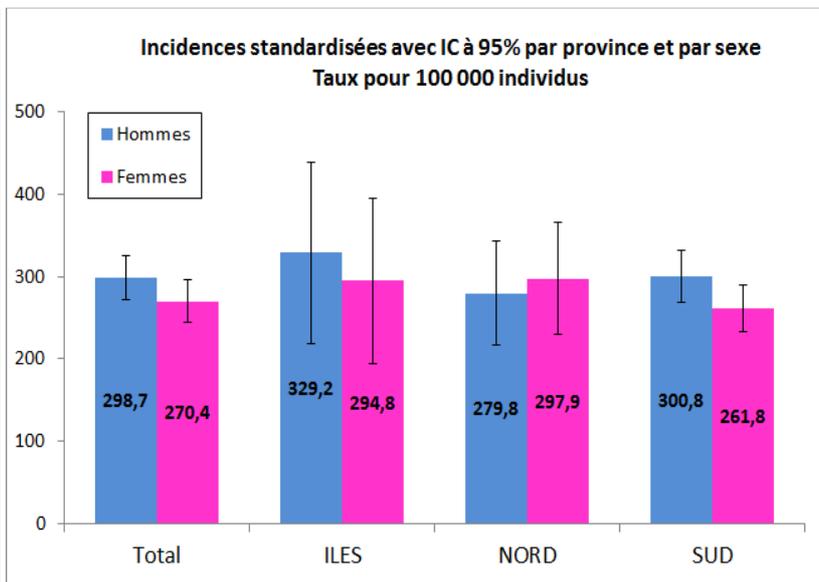


Figure 5 - Taux d'incidence standardisée par province de résidence et par sexe

### III-1.c Répartition selon la communauté

Vu le pourcentage important de données manquantes pour la variable communauté (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	Mésotéliome	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 2015 sont (figure 6) :

- bronches-poumon : 151 cas (16,4%),
- sein : 117 cas (12,7%),
- prostate : 116 cas (12,6 %).

Comparé à 2014, on observe une augmentation du nombre de cancer des bronches-poumon (n=114 en 2014, +32%) et une diminution du nombre de cancers du sein (n=143 en 2014, -17%). Le nombre de cancer de la prostate reste stable (n=113 en 2014).

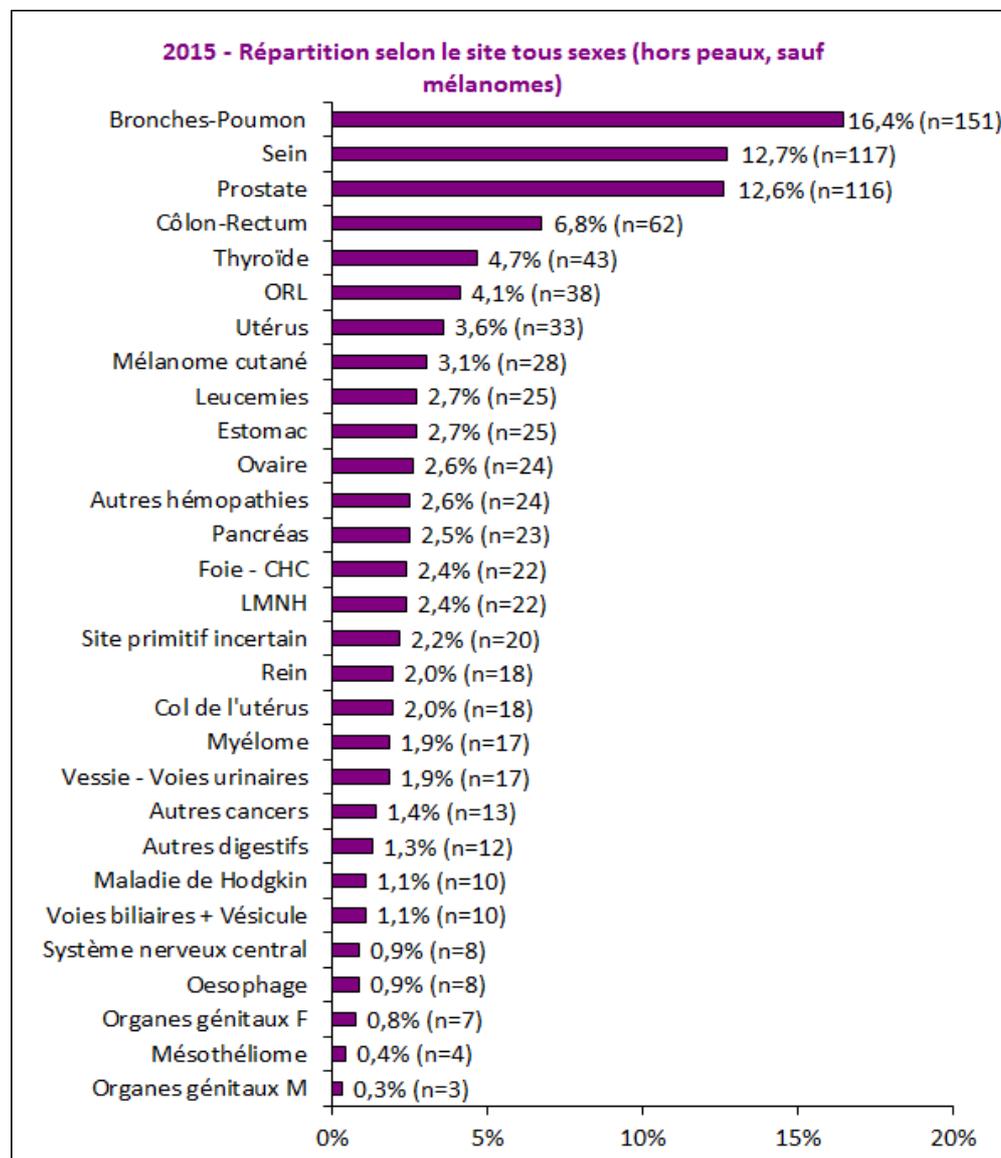


Figure 6 - Répartition des nouveaux cas par topographie

Chez les **hommes (n=472)**, les topographies les plus fréquentes sont :

- prostate : 116 cas (24,6%), soit près de 1 cancer sur 4
- bronches-poumon : 99 cas (21%), soit plus de 1 cancer sur 5
- côlon-rectum : 28 cas (5,9%)

Chez les **femmes (n=445)**, les topographies les plus fréquentes sont :

- sein : 113 cas (25,3%), soit plus de 1 cancer sur 4
- bronches-poumon : 52 cas (11,7%)
- côlon-rectum : 34 cas (7,6%)

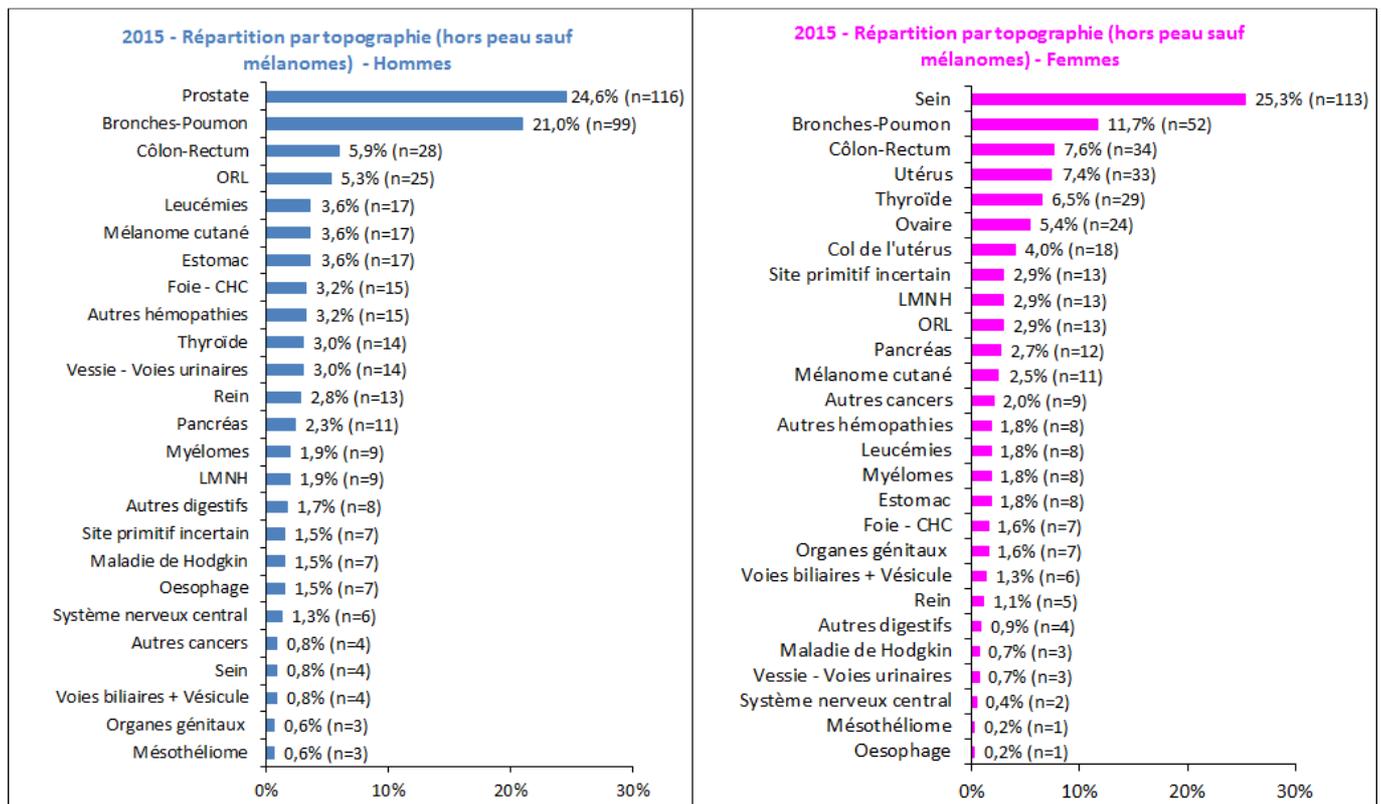


Figure 7 – Répartition des nouveaux cas par topographie selon le sexe

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

Chez les hommes (figure 8) :

En province des Iles, les topographies les plus fréquentes sont les bronches-poumons (32%), la prostate (15%) et l'estomac (12%)

En province Nord, les sites les plus fréquents sont les bronches-poumons (29%), la prostate (24%) et l'ORL (7%)

En province Sud, il s'agit de la prostate (26%), des bronches-poumons (18%), et du colon-rectum (7%).

Chez les femmes (figure 9) :

En province des Iles, les topographies les plus fréquentes sont à égalité le col de l'utérus (15%), le sein (15%) et les bronches-poumon (15%)

En province Nord, il s'agit du sein (22%), des bronches-poumon (12%) et à égalité du corps utérin et du colon-rectum (9%)

En province Sud, il s'agit du sein (28%), des bronches-poumon (11%) et du colon-rectum (8%).

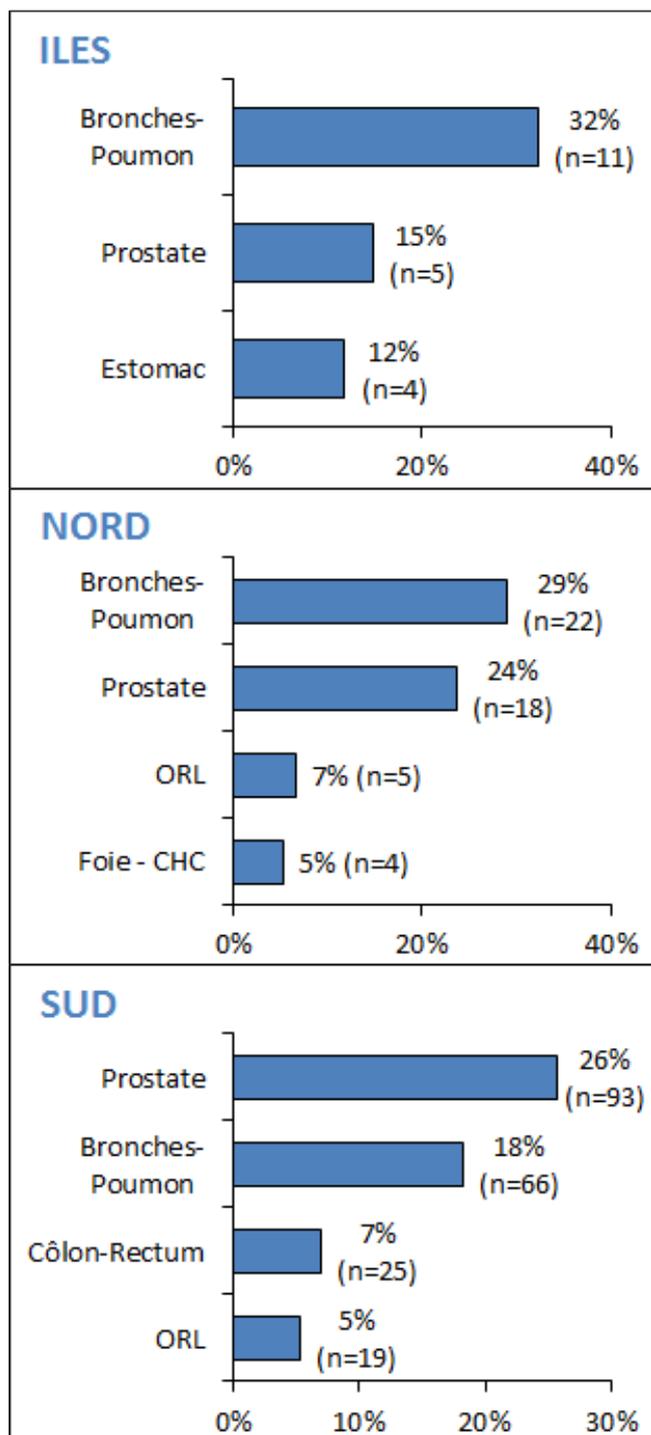


Figure 8 – Répartition des principales topographies par province chez les hommes

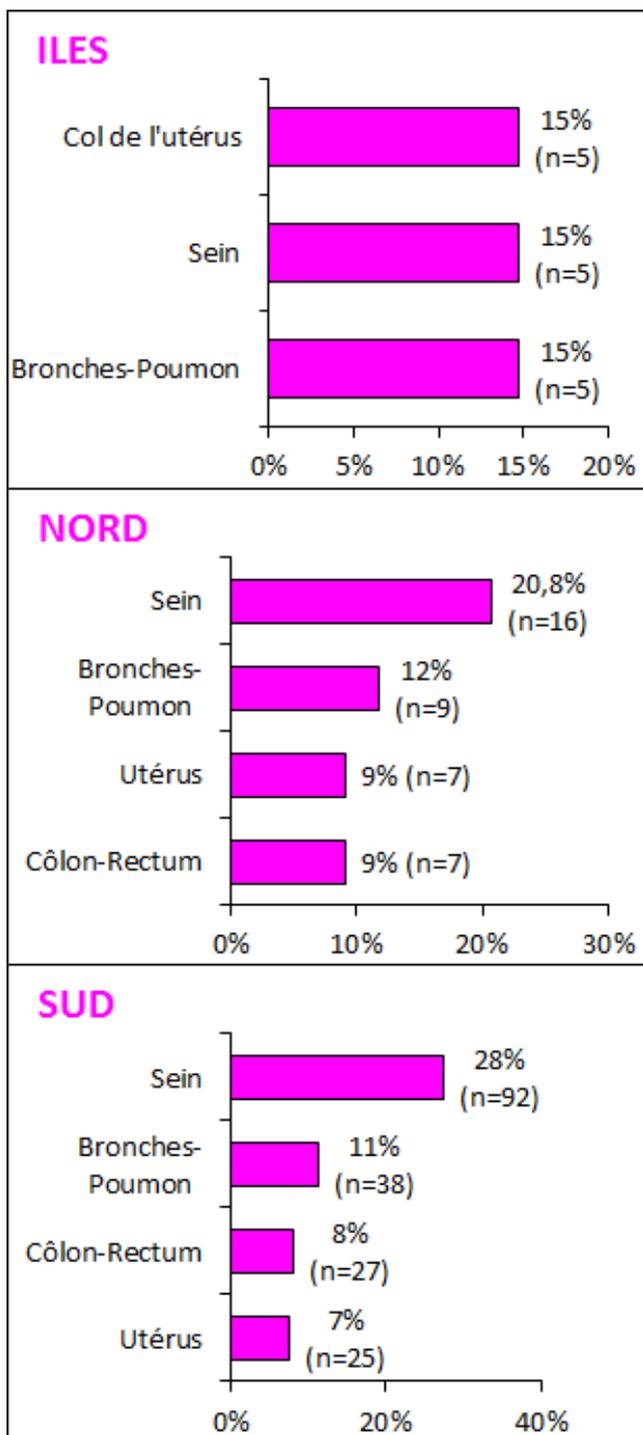


Figure 9 – Répartition des principales topographies par province chez les femmes

### III-3 Comparaisons internationales (Globocan 2012-IARC)

Chez les hommes, le taux d'incidence standardisé tous cancers est égal à **298,7 (325,7 – 271,6)** pour 100.000 personnes années en 2015. Il est inférieur à ceux de l'Australie, de la Martinique et France métropolitaine. Il est comparable à ceux de la Nouvelle-Zélande et de Polynésie (figure 10).

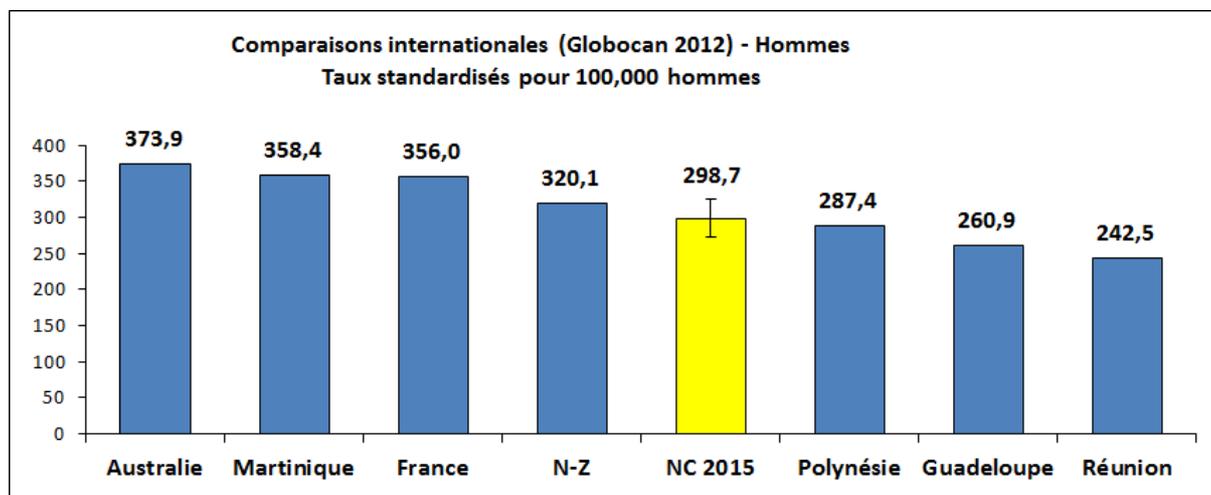


Figure 10 – Comparaison des taux d'incidence standardisé tous cancers chez les hommes

Chez les femmes, le taux d'incidence standardisé tous cancers est égal à **270,4 (296,5 – 245,4)** pour 100.000 personnes années en 2015. Il est comparable à ceux de l'Australie, de la Nouvelle-Zélande et de la France métropolitaine (figure 11). Il est supérieur à ceux de la Guadeloupe, de la Martinique et de la Réunion.

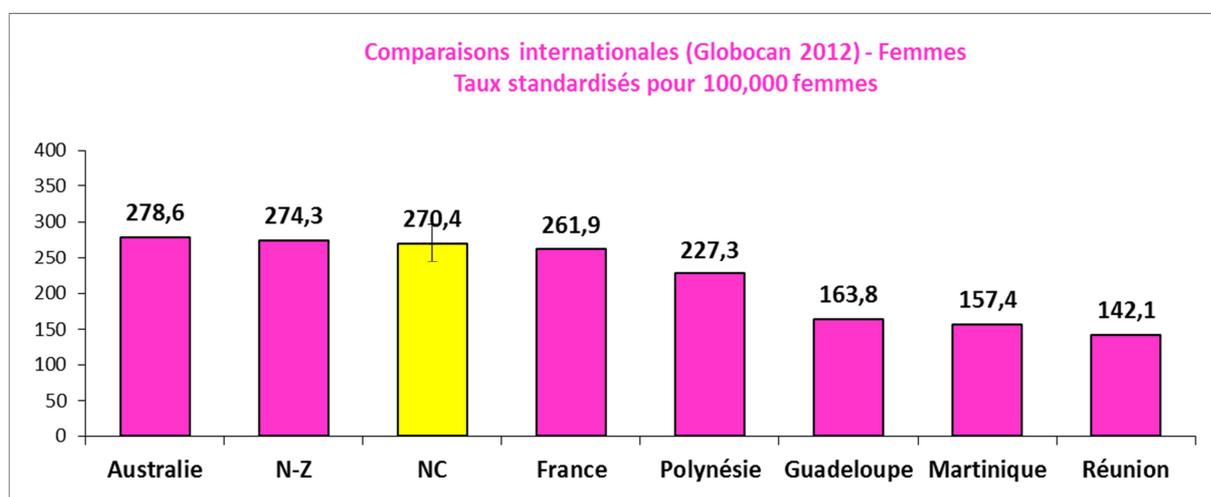


Figure 11 – Comparaison des taux d'incidence standardisé tous cancers chez les femmes

### III-4 Evolution

En 30 ans, en Nouvelle-Calédonie, le nombre de cancers diagnostiqués par an est passé de 230 cas à 893, soit plus du triple. Cette croissance a été plus marquée à partir de 2002. L'évolution des plateaux techniques, l'installation de médecins spécialistes et l'amélioration de l'accès aux soins, peuvent en partie expliquer cette croissance, outre le vieillissement de la population et pour certains cancers, les modes de vie.

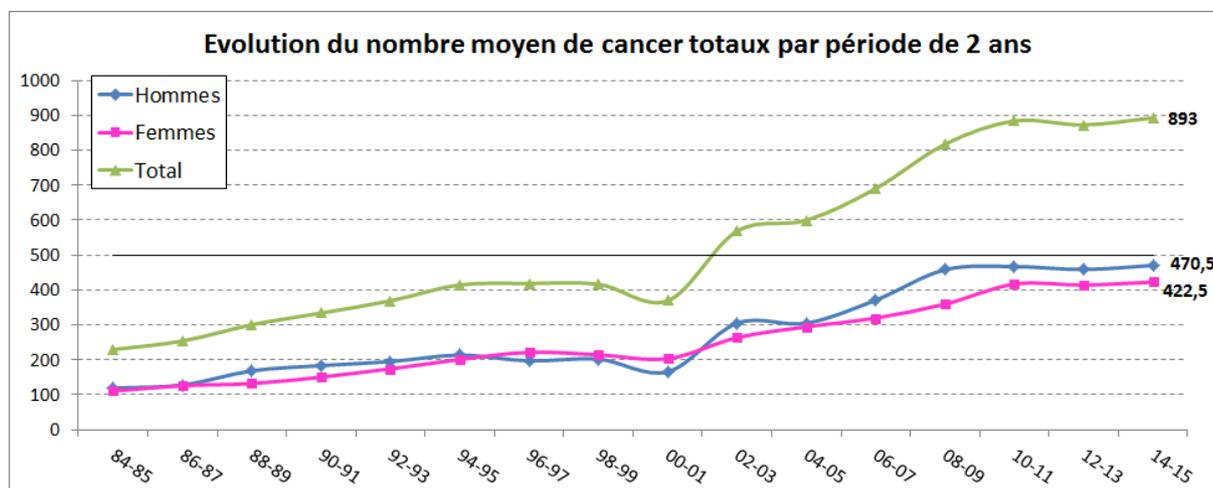


Figure 12 – Evolution du nombre moyen de cas annuel par période de 2 ans