

Description des nouveaux cas de cancers diagnostiqués en 2017-2018 en Nouvelle-Calédonie

Situation au 20 juin 2022

**REGISTRE
DU CANCER**
DE NOUVELLE-CALÉDONIE
SERVICE DE SANTÉ PUBLIQUE
DIRECTION DES AFFAIRES SANITAIRES ET SOCIALES

Remerciements	5
Introduction	7
Matériel et méthodes	8
Description des cas incidents 2017-2018	12
Nouvelle-Calédonie.....	12
Province des Iles	21
Province Nord	24
Province Sud	27

Cancers ORL

Cancers des voies aérodigestives supérieures (VADS)	31
Cancer de la thyroïde.....	38

Cancers digestifs

Cancer du côlon-rectum	45
Cancer de l'estomac	52
Carcinome hépatocellulaire (CHC).....	59
Cancers de la vésicule et des voies biliaires intra et extra-hépatiques.....	65
Cancer du pancréas.....	69
Cancer de l'œsophage	76
Autres cancers digestifs	81

Cancers de l'appareil respiratoire

Cancer des bronches-poumons	82
Mésothéliome de la plèvre	89

Cancers féminins

Cancer du sein	93
Cancer du col de l'utérus.....	100
<i>Les lésions pré-invasives du col de l'utérus</i>	<i>105</i>
Cancer du corps utérin	108
Cancer de l'ovaire	113
Autres cancers gynécos	117

Cancers uro-génitaux

Cancer de la prostate	118
Cancer du rein	123
Cancer de la vessie et des voies urinaires.....	129
Cancer des testicules	135
Autres cancers des organes génitaux masculins.....	139

Hémopathies malignes

Lymphomes Malins Non Hodgkiniens (LMNH)	140
Leucémies	147
Myélomes et plasmocytomes	153
Maladie de Hodgkin	158
Autres hémopathies – SMD/SMP	162

Autres cancers

Mélanome cutané	166
Sarcome des tissus mous	172
Les tumeurs invasives du Système Nerveux Central (SNC)	175
Autres cancers	179
Sites mal définis – Primitifs inconnus	180

Discussion	182
-------------------------	------------

Remerciements

L'équipe du registre des cancers en Nouvelle-Calédonie, remercie l'ensemble des partenaires publics et privés qui contribuent à l'enregistrement des cancers par le registre, notamment :

- Le laboratoire de l'Alma
- Le Médipôle et en particulier le laboratoire d'anatomopathologie et le département d'information médicale
- Le service d'oncologie de la clinique Ile Nou Magnin
- La CAFAT
- Le réseau Onco-NC
- L'ASSNC
- Les médecins spécialistes libéraux et leurs secrétaires
- Le CRNC

Nous remercions également pour leur soutien la Ligue contre le cancer en Nouvelle-Calédonie, les services de la DASSNC et l'IARC.

Une attention et un respect tout particuliers envers les Calédoniens dont les données contribuent à une meilleure connaissance du cancer en Nouvelle-Calédonie.

Introduction

En 2020, le nombre de nouveaux cancers diagnostiqués dans le monde est estimé à plus de 18 millions pour une population mondiale de 7,8 milliards.

Le Centre International de Recherche contre le Cancer (IARC) a estimé qu'en 2040, le nombre de nouveaux cas de cancers serait de 28 millions pour une population mondiale de 9,2 milliards. Soit une augmentation des cas de cancers de 60% contre une augmentation de la population de 18%. [1]

De même, le nombre de décès dû au cancer, estimé à 10 millions en 2020, devrait atteindre 16,3 millions en 2040, soit une augmentation de 63%. [1]

Le cancer est la 2ème cause de mortalité dans le monde, après les maladies cardio-vasculaires, et la 1ère cause de décès en France, en Australie et en Nouvelle-Calédonie. Il représente un tiers des décès en Nouvelle-Calédonie, soit près de 500 décès par an. [2]

Le Comité d'Evaluation des Registres (CER) définit un registre comme « 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 ». Actuellement, il existe plus de 600 registres du cancer basés sur la population à travers le monde, présents dans plus d'une centaine de pays [3].

Un registre du cancer est à la fois un outil de surveillance, d'alerte et d'étude du cancer au sein d'une population, et constitue un dispositif indispensable de la stratégie de lutte contre cette maladie. Il est nécessaire à l'évaluation des programmes de prévention, des actions de santé publique et à la mise en place d'une offre de soins et de prise en charge adaptées.

Le registre du cancer de Nouvelle-Calédonie, créé en 1977, est un registre général basé sur la population. En 1985, la gestion du registre est confiée à l'Institut Pasteur de la Nouvelle-Calédonie et en 1994, le cancer devient une maladie à déclaration obligatoire en Nouvelle-Calédonie. En 2010, suite à l'observation de dysfonctionnement, de manque de qualité et d'exhaustivité des données, la gestion du registre est reprise par la Direction des Affaires Sanitaires et Sociales (DASS-NC).

Depuis 2013, le registre du cancer de Nouvelle-Calédonie est qualifié par le CER.

La crise sanitaire liée à la Covid-19 ainsi que les difficultés en ressources humaines a entraîné un retard majeur dans l'enregistrement et le traitement des données du registre. En effet, les derniers résultats validés concernaient l'année d'incidence 2016 et ont été présentés en 2019.

Les résultats du présent rapport portent sur les années d'incidence **2017-2018** avec une base arrêtée au **20 Juin 2022**.

Matériel et méthodes

Recueil des données

Afin de garantir l'exhaustivité des données, le registre utilise différentes sources de signalement, notamment :

- Les comptes rendus d'anatomo-cytopathologie (CRAP) des laboratoires de l'Alma et du Centre Hospitalier Territorial (CHT).
- La liste des patients en longue maladie pour un cancer de la Caisse de Compensation des Prestations Familiales, des Accidents du Travail et de Prévoyance des travailleurs de Nouvelle-Calédonie (CAFAT).
- La liste des patients hospitalisés au CHT déclarés porteurs d'un cancer transmise par le Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI) qui n'est disponible qu'au CHT.
- La liste des patients dont les dossiers sont présentés en Réunion de Concertation Pluridisciplinaire (RCP) du réseau Onco-NC
- Le registre des causes médicales de décès
- La liste des patients traités au Centre de Radiothérapie de Nouvelle-Calédonie (CRNC)
- Les résultats des campagnes de dépistage du cancer du sein et du cancer du col de l'utérus de l'Agence Sanitaire et Sociale (ASS)
- Les fiches de maladies à déclaration obligatoire (MDO)

Pour chaque cas signalé, un retour au dossier clinique du patient est réalisé auprès du médecin spécialiste, du Département d'Information Médicale du CHT ou de la CAFAT, afin de recueillir les informations nécessaires pour compléter la fiche du patient (tableau 1).

TABLEAU 1 | Liste des données recueillies par le registre

Données "Patient"	Données "Tumeur"	Données "Facteurs de risques"	Données spécifiques à certaines topographies	
Nom	Date de diagnostic	Facteurs de risques généraux	Sein	*Variables obligatoires
Nom d'épouse	Base de diagnostic	ATCD tabagique	Grade SBR	*Variables recommandées
Prénom	Topographie	IMC	Récepteurs hormonaux	
Sexe	Histologie	Consommation d'alcool	Mélanome	*Variables spécifiques au registre du cancer de Nouvelle-Calédonie
Date de naissance	Comportement tumoral	Consommation de cannabis		
Commune de naissance	Sources d'information	Diabète	Niveau de Clark	
Statut vital	Latéralité	ATCD professionnel	Indice de Breslow	
Date du statut vital	Adresse de résidence au diagnostic	ATCD de cancer	Ulcération	
Communauté d'appartenance	Stade au diagnostic	Facteurs de risques spécifiques		
	Grade de la tumeur	Gynéco	Prostate	
	Circonstance de découverte	Grossesses/Parturitions	PSA	
	Age au diagnostic	ORL et Col de l'utérus	Gleason	
	Diamètre de la tumeur	Papillomavirus		
	Topographie des métastases	Bronches-Poumon		
	Date de début des soins	Tabagisme passif		
		Exposition amiante		
		Exposition feu de bois		
		Estomac		
		<i>Helicobacter pylori</i>		
		Hépatocarcinome		
		Hépatite B		
		Hépatite C		
		Présence d'une cirrhose		

Un cas de cancer ne peut pas être enregistré et comptabilisé dans le registre si une des variables obligatoires n'est pas remplie et complétée.

Enregistrement

Les informations recueillies sont ensuite enregistrées et codées selon la Classification Internationale des maladies en Oncologie CIM-O3 dans le logiciel Canreg5 qui les traduit ensuite selon la classification de la CIM-10.

Afin de pouvoir répondre aux critères internationaux, le registre du cancer de Nouvelle-Calédonie suit les règles d'enregistrement et de codage établies par le Centre International de Recherche sur le Cancer (CIRC) et de l'European Network of Cancer Registries (ENCR), ainsi que les recommandations nationales du réseau Français des registres du cancer (FRANCIM).

Le registre du cancer de Nouvelle-Calédonie enregistre toutes les tumeurs solides primitives, hors carcinomes basocellulaires et spinocellulaires de la peau, diagnostiqués chez des personnes résidant depuis plus de 6 mois sur le territoire au moment du diagnostic.

Les carcinomes non invasifs de la vessie, les tumeurs pré-cancéreuses (CIN 2 et 3) du col utérin, les cancers in situ du sein, les tumeurs primaires dite « borderline » de l'ovaire et les tumeurs primaires bénignes du système nerveux central sont également enregistrés dans un intérêt de surveillance et d'étude, mais ne rentrent pas dans le calcul de l'incidence.

Analyse des données et lecture des résultats

Les données ont été regroupées et analysées par topographie selon leur code CIM-10.

TABLEAU 2 | Topographie et code

Autres cancers	C37-C38, C40-C41, C44, C48, C495, C69, C74, C75	Myélomes	C88, C90
Autres digestifs	C17, C21, C26	Œsophage	C15
Autres hémopathies	D45, D46, D47	ORL	C00 à C14, C30 à C32, C760
Autres organes génitaux F	C51-C52, C55, C57	Ovaire	C56
Autres organes génitaux M	C60, C63	Pancréas	C25
Bronches-poumon	C34	Prostate	C61
Col de l'utérus	C53	Rein	C64
Colon-rectum	C18 à C20	Sarcomes des tissus mous	C49 hors C495
Corps utérin	C54	Sein	C50
Estomac	C16	Sites mal définis - Primitif inconnu	C76 hors C760
Foie-CHC	C220	Système nerveux central	C71-C72
Leucémies	C91 à C95	Testicule	C62
LMNH	C82 à C86, C96	Thyroïde	C73
Maladie de Hodgkin	C81	Vessie-Voies urinaires	C65 à C69
Mélanomes	C43	Voies biliaires - Vésicule	C22 hors C220, C23-C24
Mésothéliome	C45		

Les résultats obtenus sont répartis en 4 volets :

- La qualité des données
- Description de la population atteinte du cancer
- Description des tumeurs
- Les taux d'incidence standardisés (ASR)

Qualité des données

Des indicateurs de la qualité et de l'exhaustivité des données ont été produits pour les différentes topographies. Ils ne concernent que les données recommandées ou spécifiques au registre du cancer de Nouvelle-Calédonie. Les données obligatoires sont complètes quelque soit la topographie car nécessaire pour enregistrer et valider un cas. Les différents indicateurs produits sont :

- *La proportion des principales sources de signalement et le nombre de dossier n'ayant qu'une seule source de signalement.* Ces indicateurs démontrent l'intérêt de multiplier et de croiser les sources afin de garantir l'exhaustivité.
- *Le pourcentage de dossier ayant bénéficié d'un retour au dossier clinique.* Cet indicateur permet d'apprécier la qualité des données recueillies pour chaque topographie.
- *Le pourcentage de cas ayant un diagnostic histologique ou cytologique.* Certains cancers peuvent répondre à des critères d'enregistrement autres qu'histologique et ainsi ne pas avoir été confirmé par un examen anatomo-pathologique. Ces cancers sont également pris en compte dans l'incidence, et cet indicateur contribue à témoigner de l'exhaustivité des données
- *Le pourcentage de données renseignées dans les dossiers.* Cet indicateur permet de mettre en avant les données qui seraient insuffisamment renseignées dans les dossiers médicaux, et qui ne peuvent donc être analysées.

Description de la population atteinte du cancer

Quand les données sont suffisamment renseignées et le nombre de cas suffisant, la population atteinte pour chaque pathologie est décrite selon les indicateurs suivants :

- *Le sex-ratio* : le nombre d'hommes divisé par le nombre de femmes
- *L'âge au diagnostic* :
 - L'âge minimum et l'âge maximum au diagnostic
 - La proportion des moins de 50 ans, des 50-75 ans et des plus de 75 ans par sexe.
 - La répartition par sexe et tranches d'âge de 5 ans
- *Les antécédents de cancers*
- *Les facteurs de risque* : pour certains cancers, les résultats des facteurs de risque connus sont présentés.
- *La communauté d'appartenance* : cette donnée n'étant pas suffisamment renseignée, il n'a pas été possible de la traiter quelque soit la topographie.

Description des tumeurs :

- *La répartition par groupes histologiques* ou une présentation des cas histologiques particuliers pour les topographies concernées
- *La répartition par circonstance de découverte.*
- *La répartition par stade au diagnostic* :

La stadification des tumeurs se base sur le TNM 8^{ème} édition publié par l'Union Internationale Contre le Cancer (UICC) applicable pour les cancers diagnostiqués à partir de 2017. Elle est valable pour les histologies les plus courantes des différentes topographies. Toutes les tumeurs ne sont donc pas forcément incluses dans la stadification.

Les taux d'incidence standardisée (ASR) :

Les données de population nécessaires pour le calcul des taux d'incidence des années 2017-2018 (tableau 3) sont estimées à partir des données des recensements 2014-2019 de l'Institut des études économiques et de la statistique de Nouvelle-Calédonie (ISEE-NC) [7]

TABLEAU 3 | Données de population estimée 2017-2018

Groupes d'âge	Iles			Nord			Sud			Total général
	Homme	Femme	Total	Homme	Femme	Total	Homme	Femme	Total	
0-4	1610	1507	3117	4132	3961	8093	14548	13647	28195	39405
05-09	1695	1627	3322	4164	3880	8044	15496	14599	30095	41461
10-14	1852	1771	3623	4090	3741	7831	15567	14925	30492	41946
15-19	1427	1314	2741	4162	3949	8111	16380	16089	32469	43321
20-24	1253	1005	2258	4408	3814	8222	13499	13198	26697	37177
25-29	1304	1123	2427	4294	4089	8383	14203	14601	28804	39614
30-34	1316	1197	2513	4164	4038	8202	15071	15248	30319	41034
35-39	1304	1183	2487	3870	3668	7538	14835	15354	30189	40214
40-44	1349	1210	2559	3810	3469	7279	14429	15292	29721	39559
45-49	1323	1141	2464	3507	3172	6679	14677	15331	30008	39151
50-54	1052	1047	2099	3077	2752	5829	13025	13553	26578	34506
55-59	974	967	1941	2587	2199	4786	10887	11020	21907	28634
60-64	867	814	1681	2045	1674	3719	8445	9060	17505	22905
65-69	688	670	1358	1573	1269	2842	6712	6992	13704	17904
70-74	456	476	932	1026	1017	2043	5631	5579	11210	14185
75-79	237	345	582	619	699	1318	3593	4171	7764	9664
80+	190	377	567	506	741	1247	3508	5228	8736	10550
Total	18897	17774	36671	52034	48132	100166	200506	203887	404393	541230

Les taux d'incidence sont ensuite standardisés sur la population mondiale [4], afin de pouvoir comparer les résultats obtenus. Les taux d'incidence standardisé (ASR) ont été calculés par topographie, sexe et province de résidence, et sont exprimés pour 100 000 personnes-année. Ils sont calculés pour les années 2017, 2018 et sur pour la période groupées 2017-2018. Les résultats obtenus ont permis les analyses suivantes :

- *Comparaison internationales et locales* : Les ASR de la période 2017-2018 du territoire ont été comparés à ceux des pays voisins (Australie et Nouvelle-Zélande) ainsi qu'à ceux de la France métropolitaine et des autres DOM-TOM. Les ASR des autres pays sont des estimations réalisés par l'IARC et disponibles sur le site du Global cancer observatory (Globocan) [5].

Les ASR des provinces sont comparés en appliquant la méthode du ratio des taux standardisés qui vise à définir si le rapport des 2 ASR est égal ou différent de 1 [6]. Si l'intervalle de confiance comprend la valeur de 1, les ASR ne sont pas différents. Si ce n'est pas le cas, ils sont considérés comme significativement différents avec un risque d'erreur inférieur à 5%.

- *Evolution* : les ASR des années 2008 à 2018 ont été calculés par sexe pour déterminer l'évolution de l'incidence de chaque cancer au cours des 10 dernières années. Les années précédentes ne sont pas incluses dû au manque de qualité et d'exhaustivité des données pour ces années.

La courbe de tendance est déterminée par une régression linéaire et testé par une analyse de la variance. Le résultat est jugé significatif ou non avec un risque d'erreur inférieur à 5%.

Les analyses ont été réalisées avec les logiciels R Studio [7], notamment le package Rcan développé par l'IACR, et Microsoft Excel 2010.

Description des cas incidents 2017-2018

NOUVELLE-CALEDONIE

Généralités

En 2017, 984 tumeurs invasives et hémopathies malignes, hors cancers spinocellulaires et basocellulaires de la peau, ont été enregistrées.

En 2018, 1007 tumeurs invasives et hémopathies malignes, hors cancers spinocellulaires et basocellulaires de la peau, ont été enregistrées.

Au total, 1991 tumeurs invasives et hémopathies malignes, hors cancers spinocellulaires et basocellulaires de la peau, ont été enregistrées pour les années d'incidence 2017 et 2018, soit 1010 chez les hommes et 981 chez les femmes dont :

- 1789 tumeurs solides invasives (90 %)
- 202 hémopathies malignes (10%)

TABLEAU 4 | Nombre de cas, taux d'incidence standardisés (ASR), par sexe et par année – Tumeurs invasives et hémopathies malignes, Nouvelle-Calédonie, 2017-2018

	Total		Hommes		Femmes	
	Nb	ASR*	Nb	ASR*	Nb	ASR*
2017	984	288,2	506	300,3	478	279,6
2018	1007	287,3	504	293,1	503	283,4
2017/2018	1991	287,8	1010	296,8	981	281,6

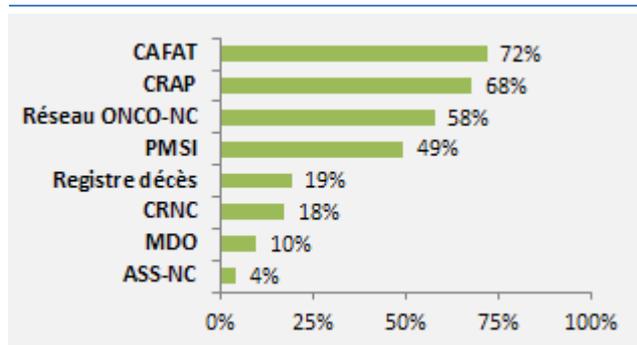
Ont également été enregistrées mais non prises en compte dans l'incidence :

- ✓ 47 tumeurs non malignes du système nerveux central (SNC), soit une moyenne de 23,5/an
- ✓ 330 tumeurs in situ, soit une moyenne de 164/ an (Tumeur Stromale Gastro-Intestinale (GIST) : 7 ; Côlon-rectum : 16 ; Mélanome : 26 ; Sein : 28 ; Col de l'utérus : 216 ; Vessie : 37).

Qualité des données

Les principales sources de signalement des tumeurs invasives et hémopathies malignes, hors cancers spino cellulaires et basocellulaires de la peau sont le réseau Onco-NC, les longues maladies de la CAFAT, les CRAP.

TABLEAU 5 | Pourcentage des principales sources de signalement – Tous cancers, 2017-2018, Nouvelle-Calédonie



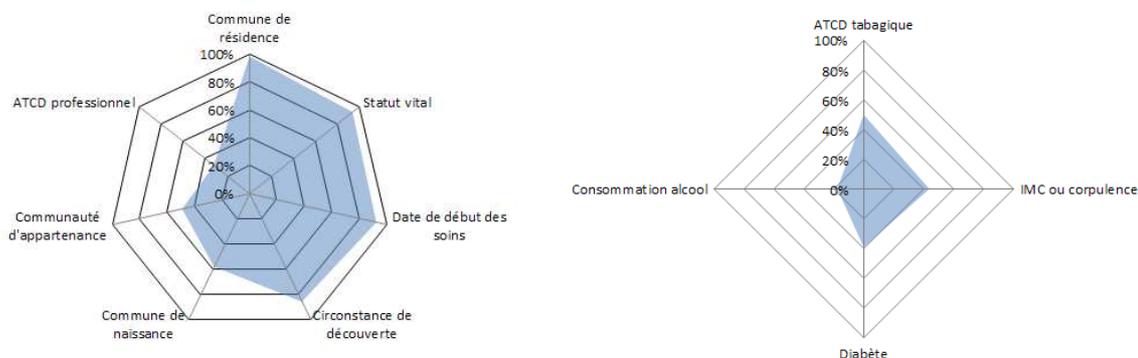
162 (8%) cas ont une seule et unique source de signalement :

- 51 cas signalés uniquement par les CRAP
- 44 par la CAFAT
- 25 par le réseau Onco-NC
- 21 par le PMSI
- 11 par le registre des décès
- 10 par les MDO

Les données patient sont bien renseignées, mis à part les antécédents professionnels et la communauté d'appartenance.

Les facteurs de risques sont insuffisamment renseignés dans les dossiers.

FIGURE 1 | Pourcentage de données renseignées dans le dossier médical du patient – Tous cancers, 2017-2018, Nouvelle-Calédonie



Description de la population

Sex ratio

Les tumeurs invasives et hémopathies malignes, hors cancers spinocellulaires et basocellulaires de la peau, sont aussi fréquents chez les hommes que chez les femmes avec un sex-ratio de 1,03 hommes pour 1 femme.

Répartition par âge

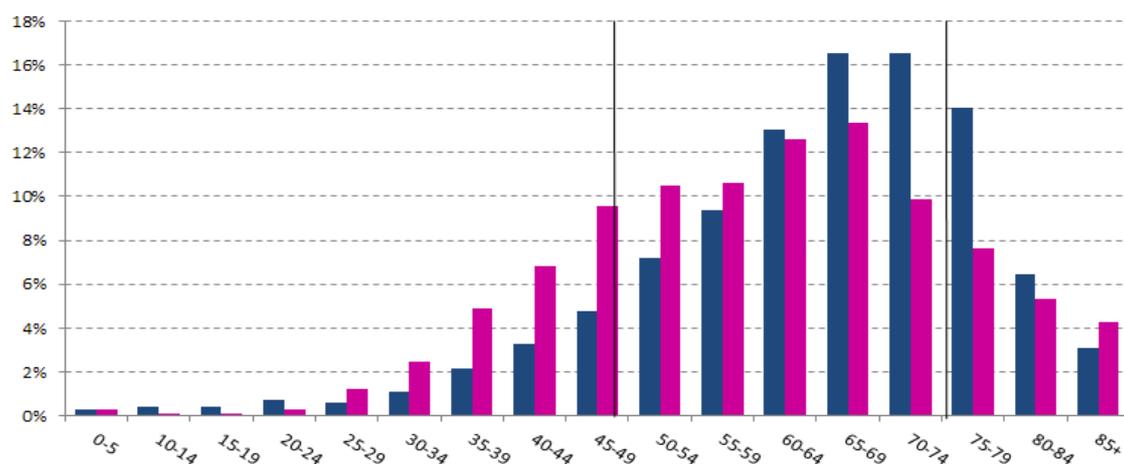
Chez les hommes, l'âge moyen au moment du diagnostic est de 64 ans (médiane 66 ans), avec :

- 14% (138) des patients qui ont moins de 50 ans
- 63% (634) des patients qui ont entre 50 et 75 ans
- 23% (238) qui ont 75 ans ou plus

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

- 26% (253) des patientes qui ont moins de 50 ans (1 femme sur 4)
- 57% (559) des patientes qui ont entre 50 et 75 ans
- 17% (169) qui ont 75 ans ou plus

FIGURE 2 | Répartition par tranche d'âge et par sexe (%) – Tous cancers – Nouvelle-Calédonie, 2017-2018



Incidences

Comparaisons internationales et locales

Chez les hommes, l'ASR tous cancers, hors cancers spinocellulaires et basocellulaires de la peau, est de 296,8 cas [278,4-315,2] pour 100 000 personnes-année.

Il est inférieur à celui de la France métropolitaine, de la Guadeloupe, de l'Australie et de la Nouvelle-Zélande.

Il est comparable à celui de la Martinique.

Il est supérieur à celui de la Polynésie et de la Réunion.

FIGURE 3 | Comparaisons internationales des taux d'incidence standardisés (Globocan 2020) - Hommes - ASR (n) - Tous cancers, Nouvelle-Calédonie, 2017-2018

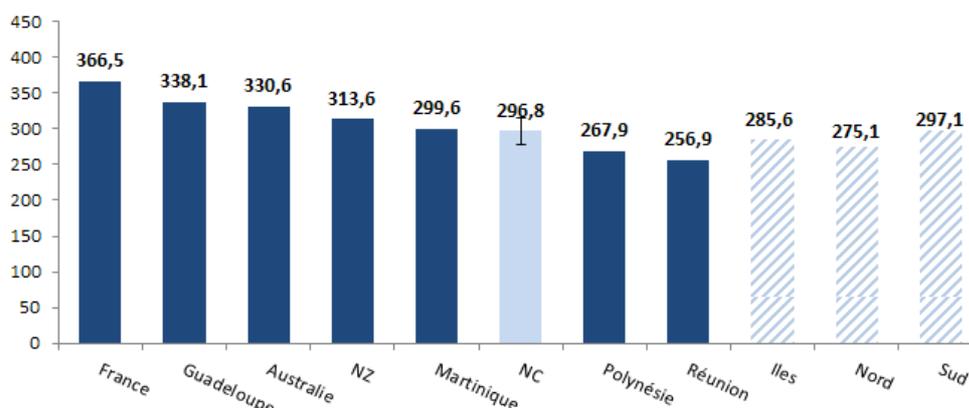


TABLEAU 6 | Rapport entre provinces des taux d'incidence standardisés et intervalle de confiance – Hommes, tous cancers, Nouvelle-Calédonie, 2017-2018

	Rapport ASR	IC Inf	IC Sup
Iles / Nord	1,04	0,77	1,39
Iles / Sud	0,96	0,75	1,23
Nord / Sud	0,93	0,78	1,10

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

Chez les femmes, l'ASR tous cancers, hors cancers spinocellulaires et basocellulaires de la peau, est de 282,4 cas [264,4-300,4] pour 100 000 personnes-année.

Il est comparable à celui de l'Australie, de la France métropolitaine et de la Nouvelle-Zélande.

Il est supérieur à celui de la Polynésie, de la Martinique, de la Guadeloupe et de la Réunion.

FIGURE 4 | Comparaisons internationales des taux d'incidence standardisés (Globocan 2020) – Femmes – ASR (n) – Tous cancers, Nouvelle-Calédonie, 2017-2018

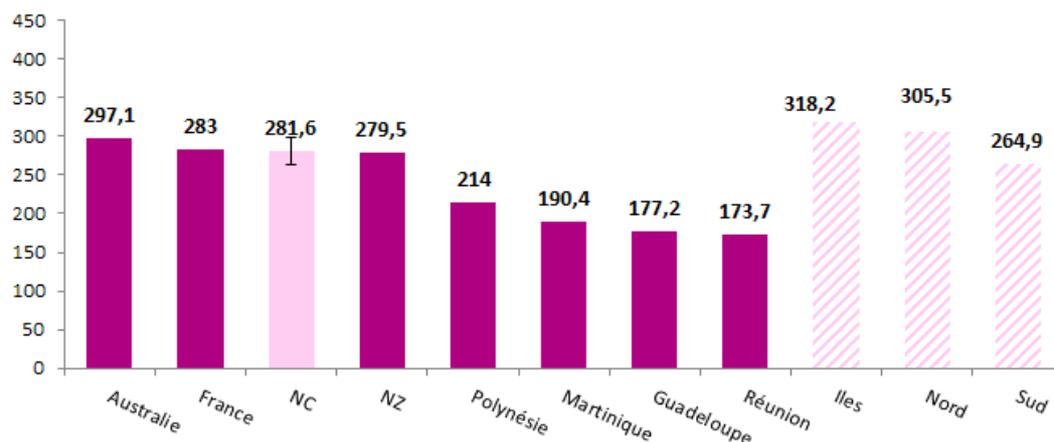


TABLEAU 7 | Rapport entre provinces des taux d'incidence standardisés et intervalle de confiance - Femmes Tous cancers, Nouvelle-Calédonie, 2017-2018

	Rapport ASR	IC Inf	IC Sup
Iles / Nord	1,04	0,79	1,38
Iles / Sud	1,20	0,93	1,56
Nord / Sud	1,15	0,96	1,38

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

Evolution du nombre de cas et de l'incidence par sexe

FIGURE 5 | Evolution du nombre de cas – Hommes - Tous cancers, Nouvelle-Calédonie, 2008-2018

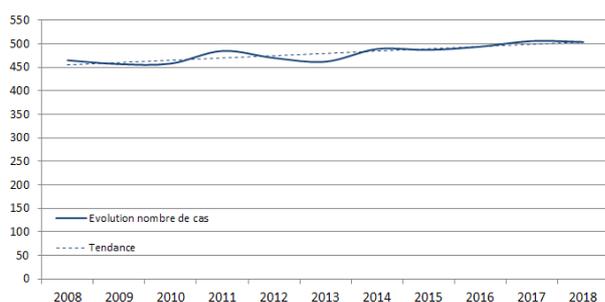
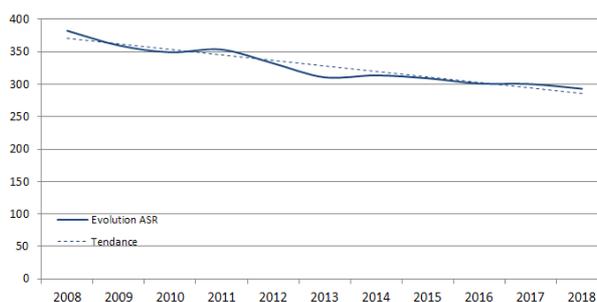


FIGURE 6 | Evolution du taux d'incidence standardisé et tendance – Hommes - Tous cancers, Nouvelle-Calédonie, 2008-2018



Chez les hommes, le nombre de cas augmente lentement depuis ces 10 dernières années, avec environ 5 nouveaux cas de plus chaque année comparé à l'année précédente.

Cette faible augmentation conjuguée à un vieillissement de la population sur ces 10 dernières années, entraîne une diminution significative du taux d'incidence ($p < 0,001$).

FIGURE 7 | Evolution du nombre de cas – Femmes - Tous cancers, Nouvelle-Calédonie, 2008-2018

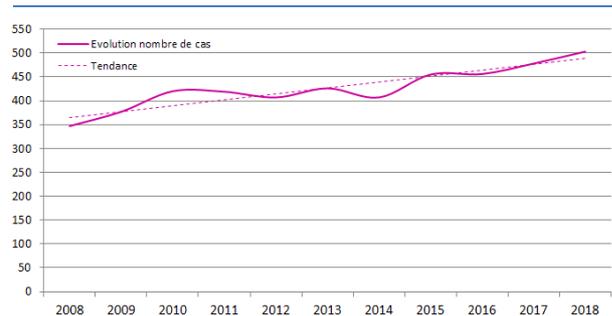
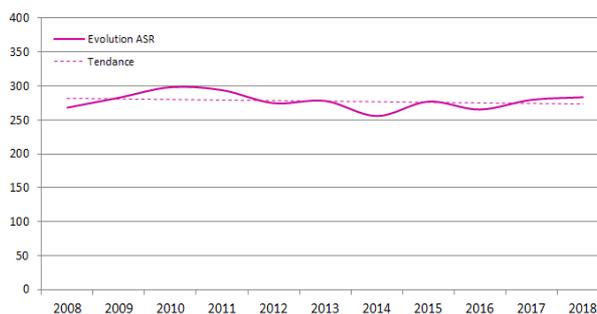


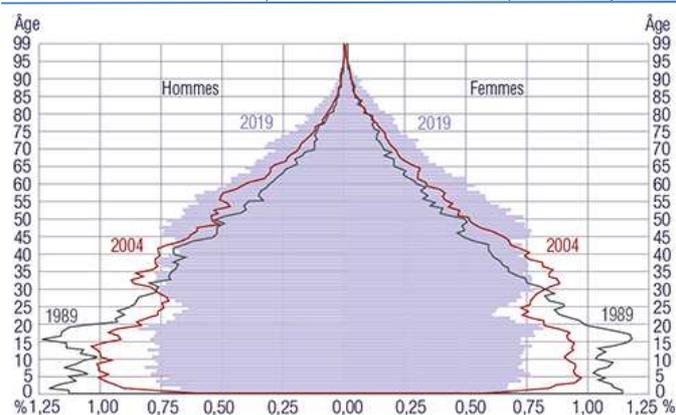
FIGURE 8 | Evolution du taux d'incidence standardisé et tendance – Femmes - Tous cancers, Nouvelle-Calédonie, 2008-2018



Chez les femmes, le nombre de cas augmente plus fortement avec environ 12,5 cas de plus chaque année comparé à l'année précédente.

Cette augmentation régulière conjuguée au vieillissement de la population entraîne une stabilité du taux d'incidence au cours de ces 10 dernières années ($p=0,56$).

FIGURE 9 | Evolution de la pyramide des âges- Population de Nouvelle-Calédonie, entre 1989 et 2019- (ISEENC)



Etude selon la topographie

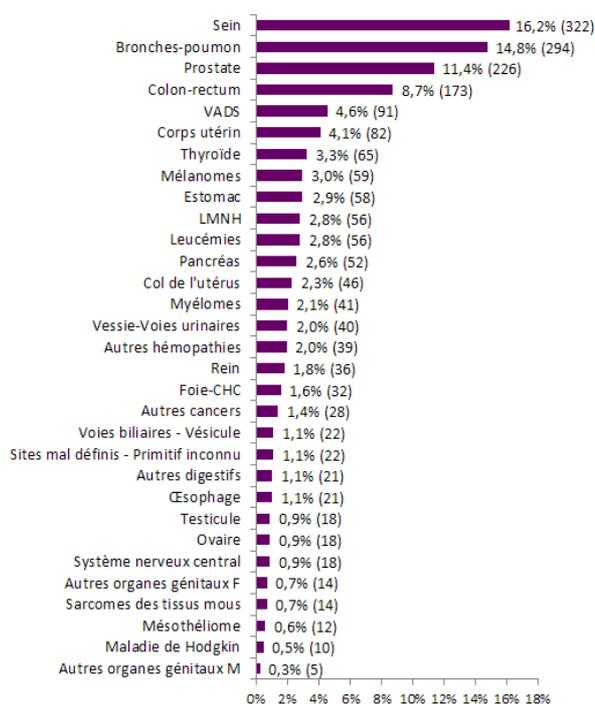
Généralités

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

TABLEAU 8 | Topographie et code CIM10

Autres cancers	C37-C38, C40-C41, C44, C48, C495, C69, C74, C75	Myélomes	C88, C90
Autres digestifs	C17, C21, C26	Œsophage	C15
Autres hémopathies	D45, D46, D47	Voies aéro-digestives supérieures (VADS)	C00 à C14, C30 à C32, C760
Autres organes génitaux Féminins	C51-C52, C55, C57	Ovaire	C56
Autres organes génitaux Masculins	C60, C63	Pancréas	C25
Bronches-poumon	C34	Prostate	C61
Col de l'utérus	C53	Rein	C64
Colon-rectum	C18 à C20	Sarcomes des tissus mous	C49 hors C495
Corps utérin	C54	Sein	C50
Estomac	C16	Sites mal définis - Primitif inconnu	C76 hors C760
Hépatocarcinome (CHC)	C220	Système nerveux central	C71-C72
Leucémies	C91 à C95	Testicule	C62
Lymphome Malin Non Hodgkinien (LMNH)	C82 à C86, C96	Thyroïde	C73
Maladie de Hodgkin	C81	Vessie-Voies urinaires	C65 à C69
Mélanomes	C43	Voies biliaires - Vésicule	C22 hors C220, C23-C24
Mésothéliome	C45		

FIGURE 10 | Répartition des nouveaux cas - Tous cancers - % (n), Nouvelle-Calédonie, 2017-2018

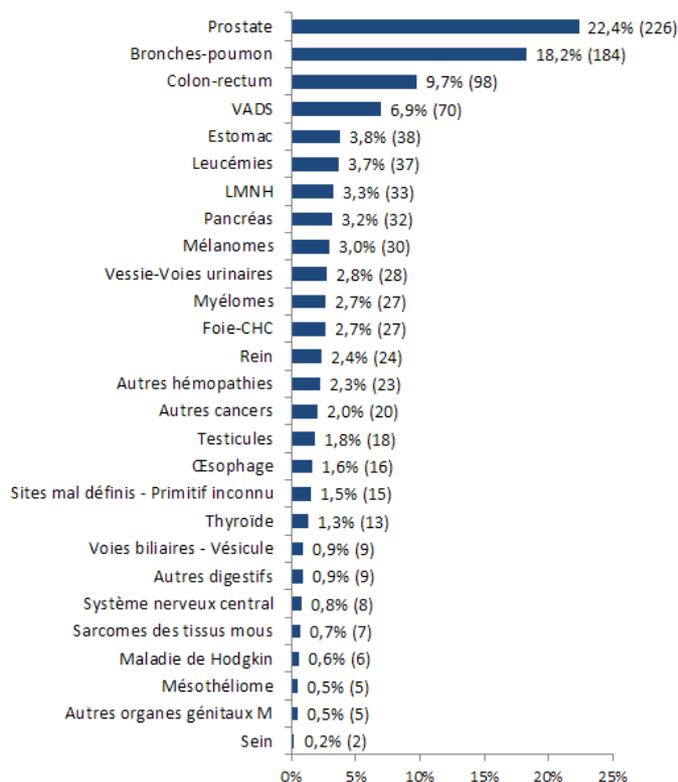


Tous sexes confondus, les topographies les plus fréquentes en 2017-2018 sont :

- Le sein : 322 cas (16%) avec une moyenne de 161 cas par an
- Les bronches-poumon : 294 cas (15%) avec une moyenne de 147 cas par an
- La prostate : 226 cas (11%) avec une moyenne de 113 cas par an

Comparé à 2016, on observe pour ces 3 premières topographies une augmentation du nombre de tumeurs (sein : +12%, bronches-poumons : +6%, prostate + 16%)

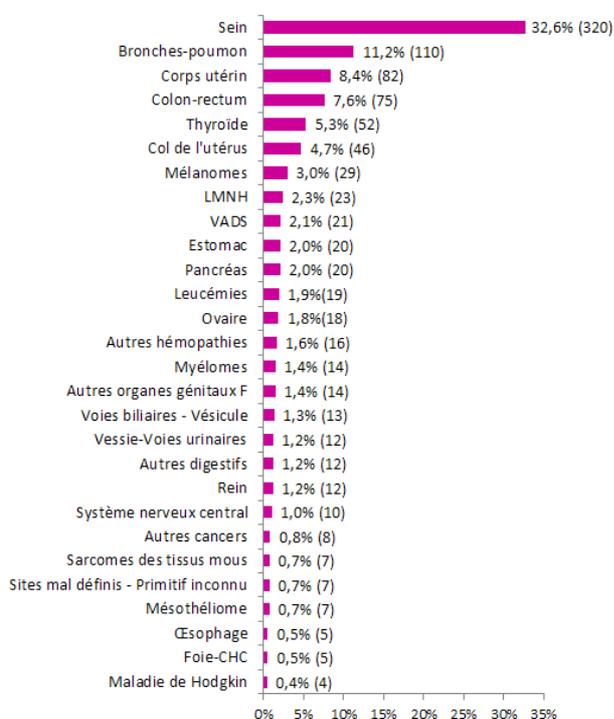
FIGURE 11 | Répartition des nouveaux cas - Tous cancers - % (n)- Hommes - Nouvelle-Calédonie, 2017-2018



Chez les **hommes (n=1010)**, les topographies les plus fréquentes sont :

- prostate : 226 cas (22,4%), soit plus de 1 cancer sur 5 avec une moyenne de 113 cas par an.
- bronches-poumon : 184 cas (18,2%), soit près de 1 cancer sur 5 avec une moyenne de 92 cas par an.
- côlon-rectum : 98 cas (9,7%) avec une moyenne de 48 cas par an.

FIGURE 12 | Répartition des nouveaux cas - Tous cancers - % (n)-Femmes - Nouvelle-Calédonie, 2017-2018



Chez les **femmes (n=981)**, les topographies les plus fréquentes sont :

- sein : 320 cas (32,6%), soit près de 1 cancer sur 3 avec une moyenne de 160 cas par an.
- bronches-poumon : 110 cas (11,2%) avec une moyenne de 55 cas par an.
- utérus : 82 cas (8,3%) avec une moyenne de 41 cas par an.

Répartition par province

FIGURE 13 | Comparaison répartition des nouveaux cas par province – Hommes- Tous cancers, Nouvelle-Calédonie, 2017-2018

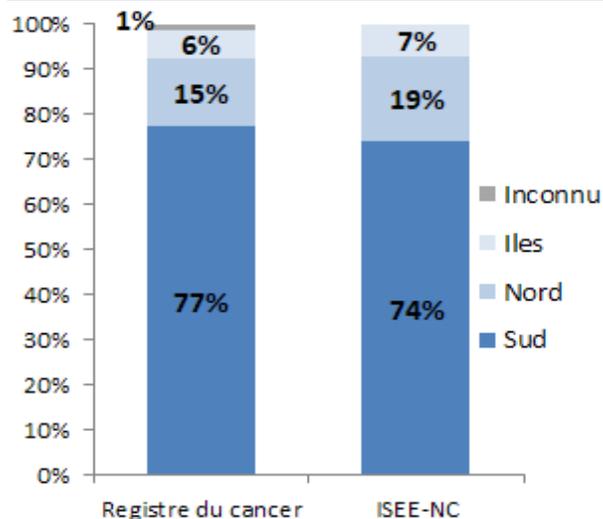
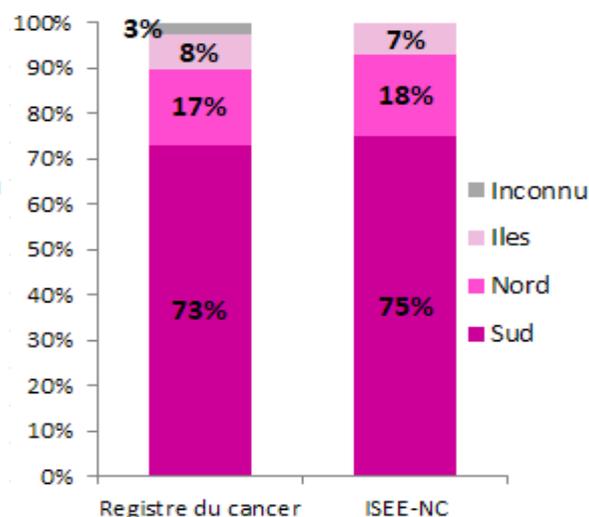


FIGURE 14 | Comparaison répartition des nouveaux cas par province – Hommes- Tous cancers, Nouvelle-Calédonie, 2017-2018



La répartition des cas de cancers par province chez les hommes est significativement différente de celle de l'ISEE ($p < 0,05$) avec un risque d'erreur de 5%. Il semble il y avoir moins de cas en province Nord qu'attendu.

Chez les femmes, il n'y a pas de différence significative ($p = 0,5$).

Généralités

En 2017-2018, **139** tumeurs invasives et hémopathies malignes, hors cancers spinocellulaires et basocellulaires de la peau, ont été enregistrées en province des Iles, avec en moyenne 69,5 cas par an. Cela représente un taux d'incidence standardisé (ASR) de **300,9** cas pour 100 000 personnes-année.

Chez les hommes, **64** tumeurs ont été enregistrées, soit une moyenne de 32 cas par an (ASR 285,6). Chez les femmes, **75** tumeurs ont été enregistrées, soit une moyenne de 32,5 cas par an (ASR 318,2)

TABLEAU 9 | Nombre de cas, taux d'incidence standardisés (ASR), par sexe et par année – Tous cancers, Provinces des Iles, 2017-2018

	Total		Hommes		Femmes	
	Nb	ASR	Nb	ASR	Nb	ASR
2017	67	291,9	24	218,2	43	369,9
2018	72	310,2	40	351,7	32	267,9
2017/2018	139	300,9	64	285,6	75	318,2

Description de la population

Sex ratio

En province des Iles, les tumeurs invasives et hémopathies malignes, hors cancers spinocellulaires et basocellulaires de la peau, sont plus fréquentes chez les femmes que chez les hommes avec un sex-ratio de 0,85 hommes pour 1 femme.

Répartition par âge

L'âge tous sexes confondus varie entre 33 et 86 ans.

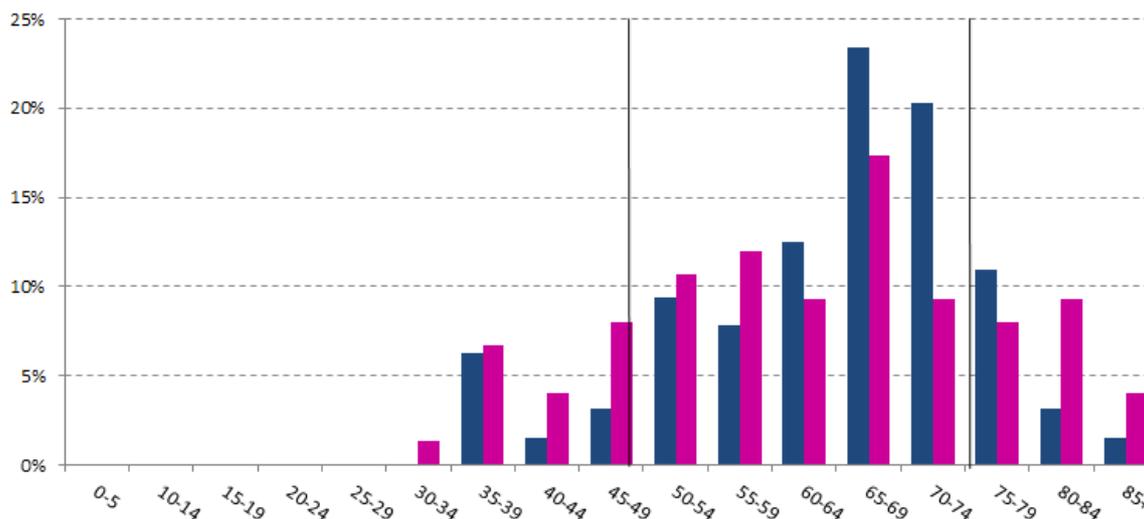
Chez les hommes, l'âge moyen au diagnostic est de 64 ans (médiane 67 ans), avec :

- 11% (7) des patients qui ont moins de 50 ans.
- 73% (47) des patients qui ont entre 50 et 75 ans.
- 16% (10) qui ont 75 ans ou plus.

Chez les femmes, l'âge moyen au diagnostic est de 62 ans (médiane 63 ans), avec :

- 20% (15) des patientes qui ont moins de 50 ans.
- 59% (44) des patientes qui ont entre 50 et 75 ans.
- 21% (16) qui ont 75 ans ou plus.

FIGURE 15 | Répartition par tranche d'âge et par sexe (%) – Tous cancers – Province des Iles, 2017-2018



Répartition par topographie

Chez les **hommes (n=64)**, les topographies les plus fréquentes sont :

- bronches-poumon : 20 cas (31,3%)
moyenne de 10 cas par an soit près de 1 cancer sur 3
- prostate : 13 cas (20,3%) – moyenne de 6,5 cas par an

Ces 2 topographies représentent plus de la moitié des cancers diagnostiqués chez les hommes dans les Iles.

Chez les **femmes (n=75)**, les topographies les plus fréquentes sont :

- sein : 18 cas (24%) – moyenne de 9 cas par an soit près de 1 cancer sur 4
- bronches-poumon : 13 cas (17,3%) – moyenne de 6,5 cas par an
- corps utérin : 9 cas (12%) – moyenne de 4,5 cas par an

FIGURE 16 | Répartition des nouveaux cas- %(n)- Hommes- Tous cancers, Province des Iles, 2017-2018

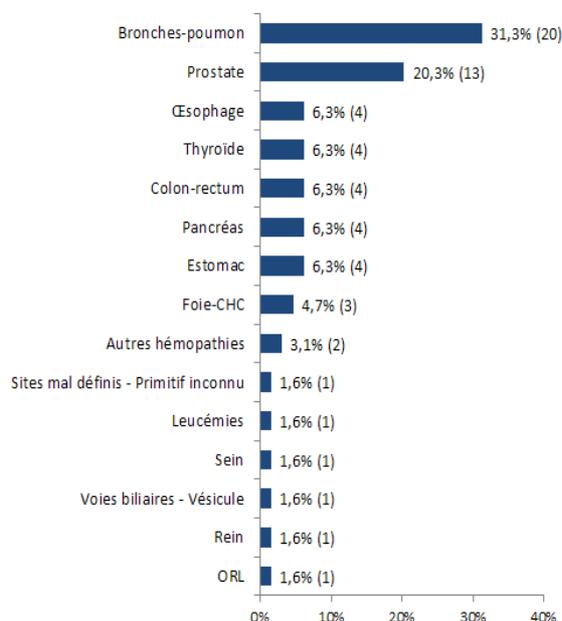
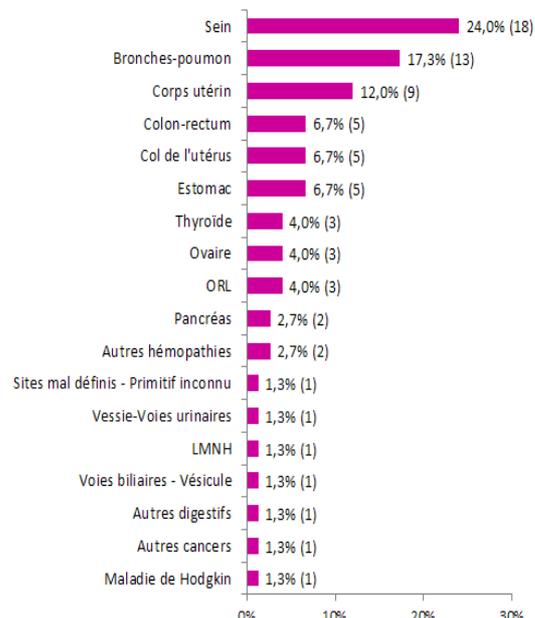
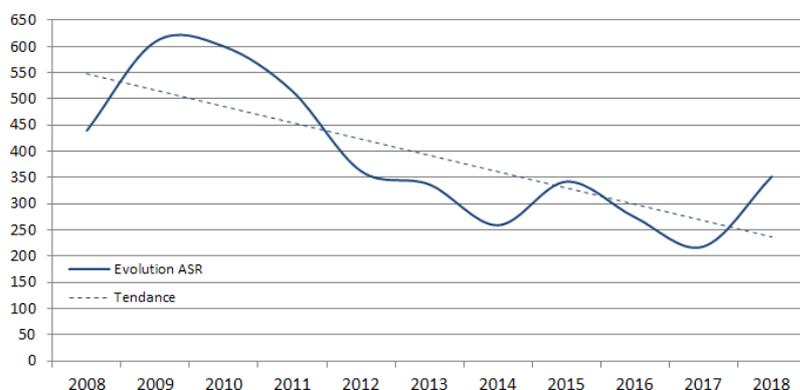


FIGURE 17 | Répartition des nouveaux cas- %(n)- Femmes- Tous cancers, Province des Iles, 2017-2018



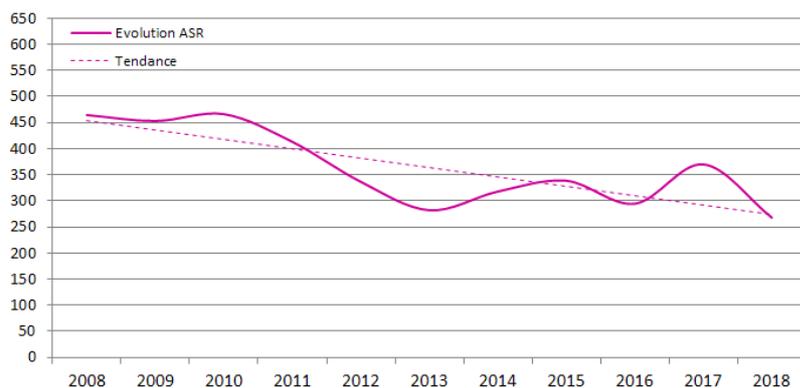
Evolution du taux d'incidence

FIGURE 18 | Evolution du taux d'incidence standardisé et tendance Hommes – Tous cancers, Province des Iles, 2008-2018



En province des Iles, chez les hommes, **l'ASR diminue significativement** ($p < 0,01$) depuis 2008, avec en moyenne une **diminution de 31,2 cas par an** pour 100 000 personnes année.

FIGURE 19 | Evolution du taux d'incidence standardisé et tendance Femmes – Tous cancers, province des Iles, 2008-2018



Chez les femmes aussi, **l'ASR diminue significativement** ($p < 0,01$), avec en moyenne une **diminution de 18,2 cas par an** pour 100 000 personnes année.

La variation du nombre de cas en province des Iles et la diminution du nombre de cas chez les jeunes de moins de 30 ans (20 cas en 2009-2010 contre 5 cas en 2017-2018), conjuguée au vieillissement d'une population peu nombreuse pourrait expliquer cette diminution importante du taux d'incidence standardisé au cours de ces 10 dernières années.

Une autre hypothèse pourrait être la qualité de la donnée de résidence au moment du diagnostic.

Généralités

En 2017-2018, **316** tumeurs invasives et hémopathies malignes, hors cancers spinocellulaires et basocellulaires de la peau, ont été enregistrées en province Nord, avec en moyenne **158** cas par an. Cela représente un taux d'incidence standardisé (ASR) de **289,8** cas pour 100 000 personnes-année.

Chez les hommes, **152** tumeurs ont été enregistrées, soit une moyenne de **76** cas par an (ASR 275,1). Chez les femmes, **164** tumeurs ont été enregistrées, soit une moyenne de **82** cas par an (ASR 305,5)

TABLEAU 10 | Nombres de cas, taux d'incidence standardisés (ASR), par sexe et par année – Tous cancers, Province Nord, 2017-2018

	Total		Hommes		Femmes	
	Nb	ASR	Nb	ASR	Nb	ASR
2017	158	294,2	77	278,3	81	313
2018	158	285,3	75	271,9	83	298,2
2017/2018	316	289,8	152	275,1	164	305,5

Description de la population

Sex ratio

En province Nord, les tumeurs invasives et hémopathies malignes, hors cancers spinocellulaires et basocellulaires de la peau, sont plus fréquentes chez les femmes que chez les hommes avec un sex-ratio de 0,93 homme pour 1 femme.

Répartition par âge

L'âge tous sexes confondus varie entre 3 et 97 ans.

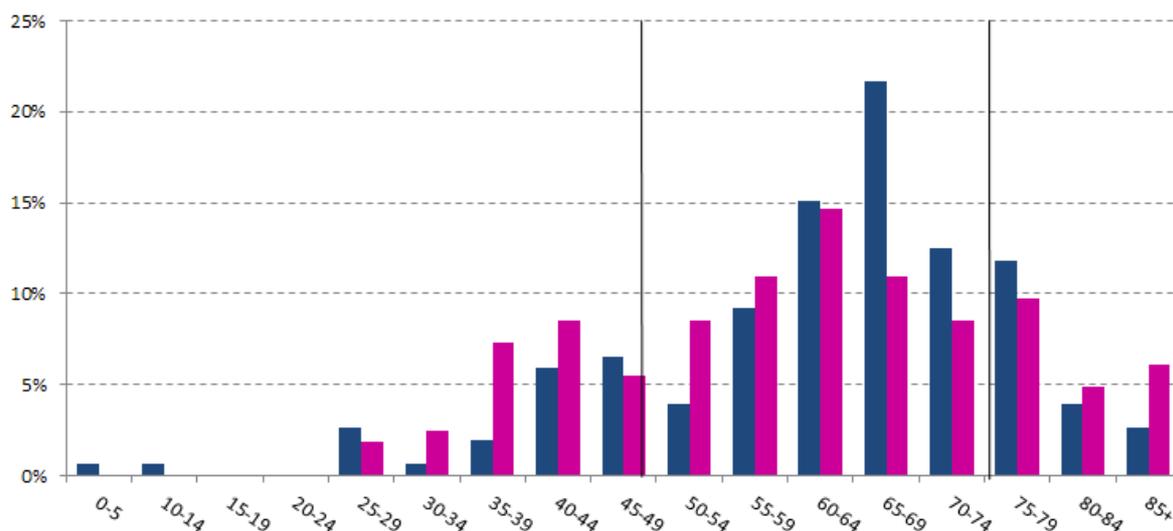
Chez les hommes, l'âge moyen au diagnostic est de 62 ans (médiane 65 ans), avec :

- 19% (29) des patients qui ont moins de 50 ans.
- 63% (95) des patients qui ont entre 50 et 75 ans.
- 18% (28) qui ont 75 ans ou plus.

Chez les femmes, l'âge moyen au diagnostic est de 60 ans (médiane 62 ans), avec :

- 26% (42) des patientes qui ont moins de 50 ans.
- 54% (88) des patientes qui ont entre 50 et 75 ans.
- 21% (34) qui ont 75 ans ou plus.

FIGURE 20 | Répartition par tranche d'âge et par sexe (%) – Tous cancers – Province Nord, 2017-2018



Répartition par topographie

Chez les **hommes (n=152)**, les topographies les plus fréquentes sont :

- bronches-poumon : 36 cas (23,7%), soit plus de 1 cancer sur 5 avec une moyenne de 18 cas par an.
- prostate : 31 cas (20,4%) avec une moyenne de 15,5 cas par an.
- colon-rectum : 20 cas (13,2%) avec une moyenne de 10 cas par an.

Chez les **femmes (n=164)**, les topographies les plus fréquentes sont :

- sein : 40 cas (24,4%), soit près de 1 cancer sur 4 avec une moyenne de 20 cas par an.
- bronches-poumon : 22 cas (13,4%) avec une moyenne de 11 cas par an.
- thyroïde : 18 cas (11%) avec une moyenne de 9 cas par an.

FIGURE 21 | Répartition des nouveaux cas- %(n)- Hommes- Tous cancers, Province Nord, 2017-2018

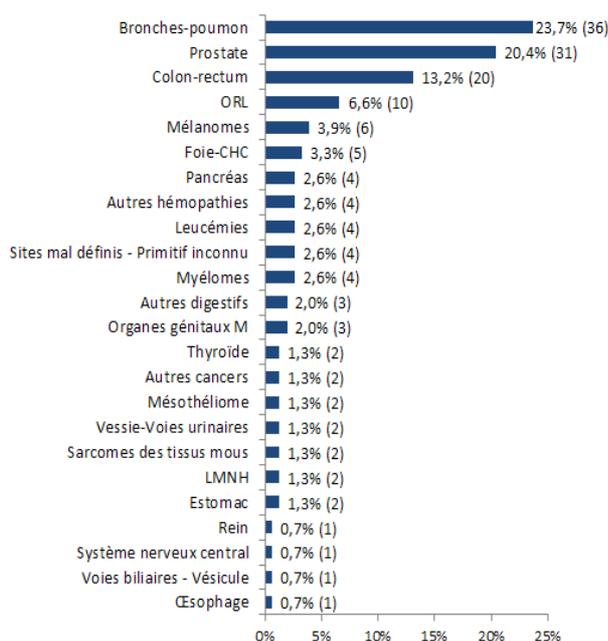
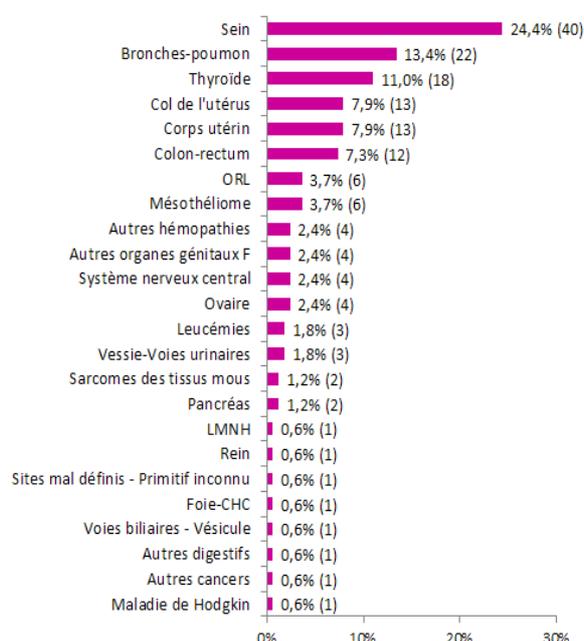
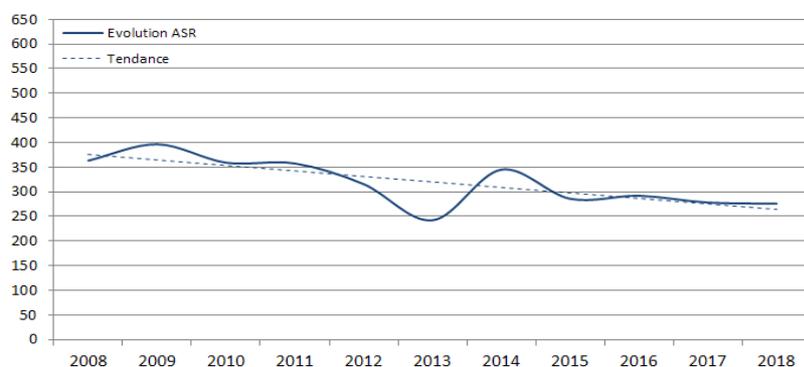


FIGURE 22 | Répartition des nouveaux cas- %(n)- Femmes, Tous cancers, Province Nord, 2017-2018



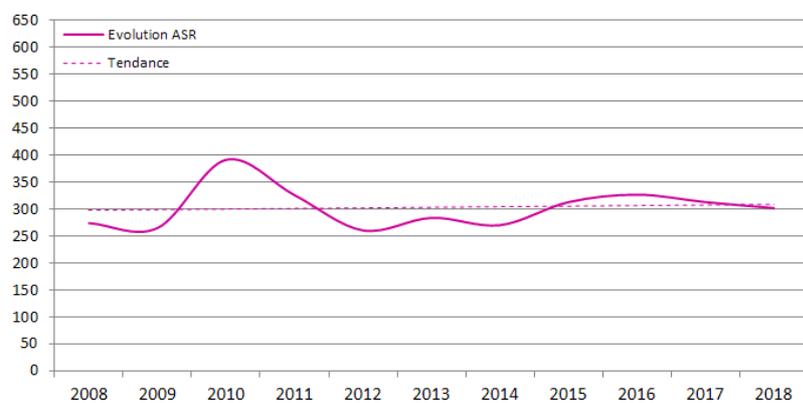
Evolution du taux d'incidence

FIGURE 23 | Evolution du taux d'incidence standardisé et tendance Hommes – Tous cancers, Province Nord, 2008-2018



En province Nord, chez les hommes, l'ASR diminue significativement ($p < 0,01$) depuis 2008, avec en moyenne une diminution de 11,1 cas par an pour 100 000 personnes année.

FIGURE 24 | Evolution du taux d'incidence standardisé et tendance Femmes – Tous cancers, Province Nord, 2008-2018



Chez les femmes, l'ASR reste stable ($p = 0,78$).

Généralités

En 2017-2018, **1501** tumeurs invasives et hémopathies malignes, hors cancers spinocellulaires et basocellulaires de la peau, ont été enregistrées en province Sud, avec en moyenne **750,5** cas par an. Cela représente un taux d'incidence standardisé (ASR) de **279,8** cas pour 100 000 personnes-année.

Chez les hommes, **783** tumeurs ont été enregistrées, soit une moyenne de **391,5** cas par an (ASR 397,4). Chez les femmes, **718** tumeurs ont été enregistrées, soit une moyenne de **359** cas par an (ASR 265,3)

TABLEAU 11 | Nombres de cas, taux d'incidence standardisés (ASR), par sexe et par année – Tous cancers, Province Sud, 2017-2018

	Total		Hommes		Femmes	
	Nb	ASR	Nb	ASR	Nb	ASR
2017	745	281,5	402	309,2	343	258,3
2018	756	277,9	381	285,5	375	271,8
2017/2018	1501	279,8	783	297,4	718	265,3

Description de la population

Sex ratio

En province Sud, les tumeurs invasives et hémopathies malignes, hors cancers spinocellulaires et basocellulaires de la peau, sont plus fréquentes chez les hommes que chez les femmes avec un sex-ratio de 1,1 homme pour 1 femme.

Répartition par âge

L'âge tous sexes confondus varie entre 1 et 96 ans.

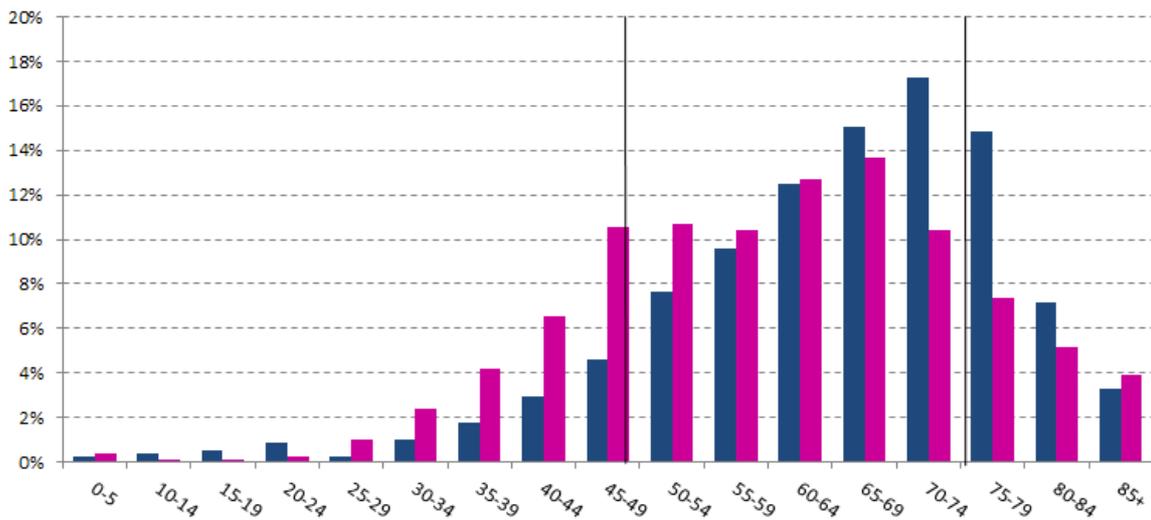
Chez les hommes, l'âge moyen au diagnostic est de 65 ans (médiane 67 ans), avec :

- 13% (99) des patients qui ont moins de 50 ans.
- 62% (486) des patients qui ont entre 50 et 75 ans.
- 25% (198) qui ont 75 ans ou plus.

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

- 26% (184) des patientes qui ont moins de 50 ans.
- 58% (416) des patientes qui ont entre 50 et 75 ans.
- 16% (118) qui ont 75 ans ou plus.

FIGURE 25 | Répartition par tranche d'âge et par sexe (%) – Tous cancers – Province Sud, 2017-2018



Répartition par topographie

Chez les **hommes** (n=783), les topographies les plus fréquentes sont :

- Prostate : 182 cas (23,2%) soit plus de 1 cancer sur 5 avec une moyenne de 91 cas par an.
- bronches-poumon : 128 cas (16,3%) avec une moyenne de 64 cas par an
- colon-rectum : 74 cas (9,5%) avec une moyenne de 37 cas par an.

Chez les **femmes** (n=718), les topographies les plus fréquentes sont :

- sein : 256 cas (35,7%), soit plus de 1 cancer sur 3 avec une moyenne de 128 cas par an.
- bronches-poumon : 75 cas (10,4%) avec une moyenne de 37,5 cas par an
- corps utérin : 60 cas (8,4%) avec une moyenne de 30 cas par an

FIGURE 26 | Répartition des nouveaux cas- %(n)- Hommes- Tous cancers, Province Sud, 2017-2018

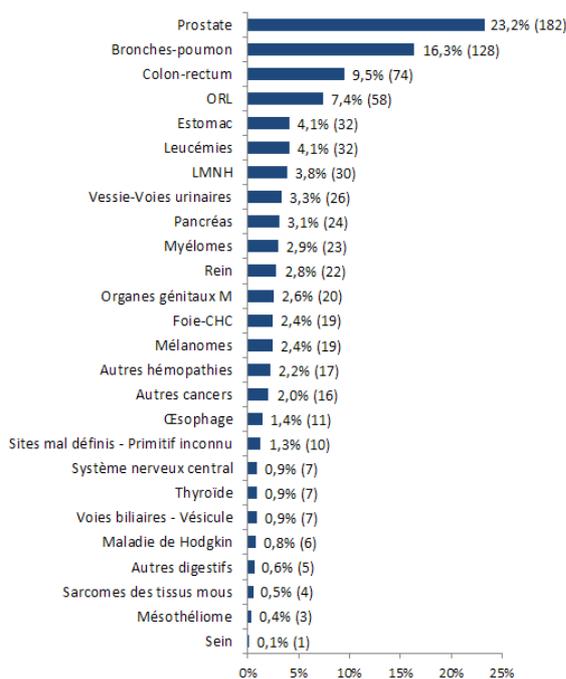
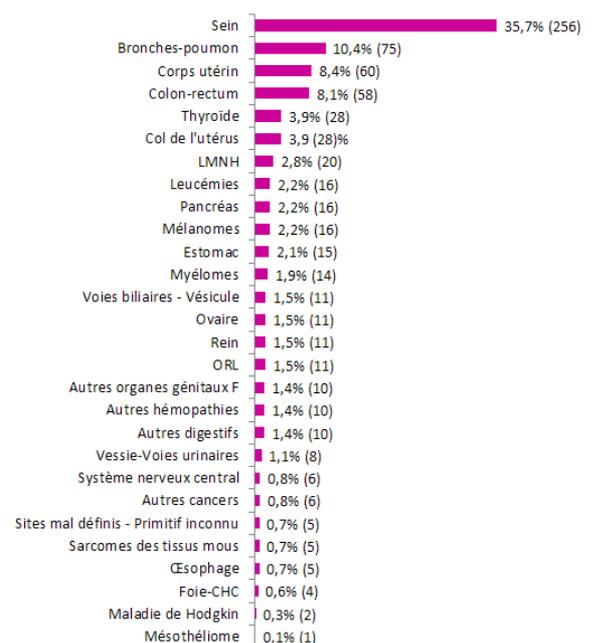
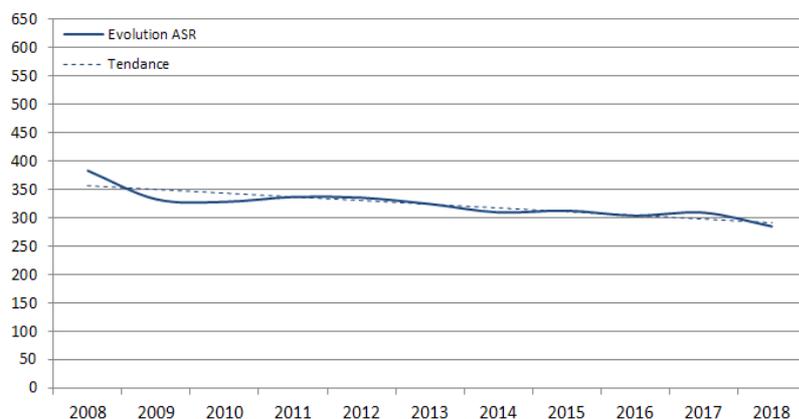


FIGURE 27 | Répartition des nouveaux cas- %(n)- Femmes, Tous cancers, Province Sud, 2017-2018



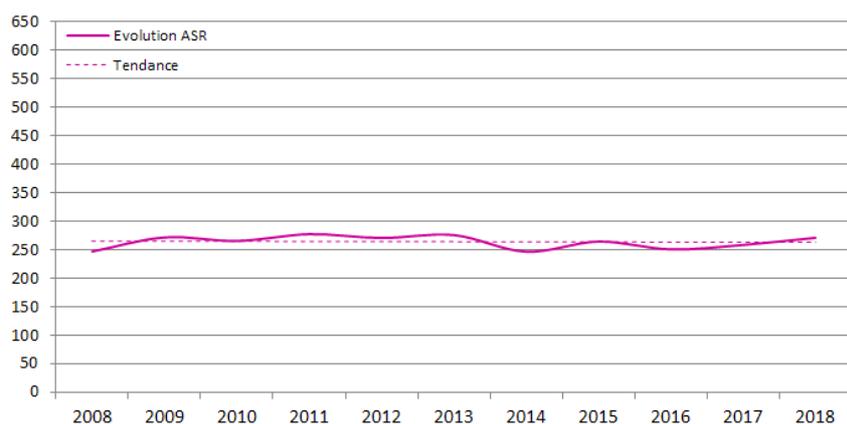
Evolution du taux d'incidence

FIGURE 28 | Evolution du taux d'incidence standardisé et tendance Hommes – Tous cancers, Province Sud, 2008-2018



En province Sud, chez les hommes, **l'ASR diminue significativement** ($p < 0,01$) depuis 2008, avec en moyenne une diminution de 6,7 cas par an pour 100 000 personnes année.

FIGURE 29 | Evolution du taux d'incidence standardisé et tendance Femmes – Tous cancers, Province Sud, 2008-2018



Chez les femmes, l'ASR reste stable ($p = 0,83$).

Cancers des voies aérodigestives supérieures (VADS)

Code CIM-10 : C00 à C14 ; C30 à C32 ; C760

Généralités

Les cancers des Voies Aéro Digestives Supérieures (VADS) regroupent une grande diversité de tumeurs. Il s'agit des cancers de la bouche, du nasopharynx, de l'oropharynx, de l'hypopharynx et du larynx.

Les cancers de la bouche, du pharynx et du larynx sont essentiellement causés par la consommation de tabac et d'alcool (avec un effet synergique).

Une infection provoquée par certains types de papillomavirus humains (HPV), également facteur de risque pour le cancer du col de l'utérus, peut favoriser un cancer de l'oropharynx.

Les cancers de l'oropharynx HPV induits (50% des cas), apparaissent chez des patients plus jeunes, en bon état général et sans intoxication alcoolo-tabagique systématique.

Certains cancers des VADS peuvent être liés à une exposition professionnelle (poussière du bois, amiante...)

Neuf cancers des VADS sur dix sont des carcinomes épidermoïdes du larynx, de l'hypopharynx, de l'oropharynx et de la cavité buccale (bouche).

Les localisations cancéreuses des VADS peuvent être multiples (tumeurs synchrones des VADS) et le risque de second cancer primitif pulmonaire ou œsophagien est significativement élevé.

Trois types de traitements sont essentiellement utilisés : la chirurgie, la radiothérapie et les médicaments anticancéreux (chimiothérapie et thérapies ciblées).

Ce sont des cancers de pronostic variable selon la localisation. La survie nette à 5 ans est de 37 % chez les hommes et de 50 % chez les femmes.

En Nouvelle-Calédonie sur la période 2017-2018, le cancer des VADS est le **5^{ème} cancer le plus fréquent, tous sexes confondus**, avec **en moyenne 45,5** tumeurs invasives par an. Cela représente un taux d'incidence standardisé (ASR) de **13,5** cas pour 100 000 personnes-année.

Il se situe au 4^{ème} rang chez les hommes avec en moyenne 35 tumeurs par an (ASR 20,8) et au 9^{ème} rang chez les femmes avec en moyenne 10,5 tumeurs par an (ASR 6,4).

Pour 19 % (n=17) des patients, on note un antécédent de cancer : prostate (n=6), VADS (n=4), digestif (n=2), sein (n=2), bronches-poumon (n=1), thyroïde (n=1) et mésothéliome (n=1).

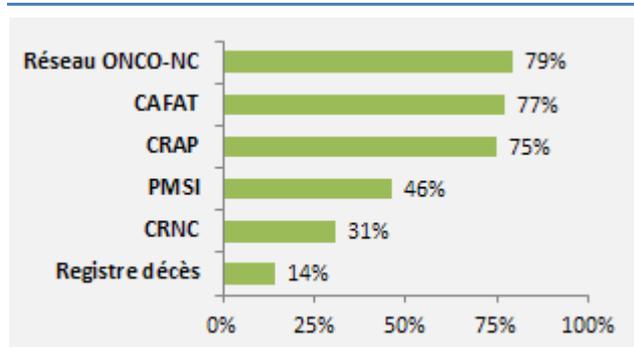
TABLEAU 12 | Nombres de cas, taux d'incidence standardisés (ASR) et rang, par sexe et par année
Cancer des VADS- Nouvelle-Calédonie

	Total			Hommes			Femmes		
	Nb	ASR	Rang	Nb	ASR	Rang	Nb	ASR	Rang
2017	42	12,5	5	31	18,3	4	11	6,9	8
2018	49	14,4	5	39	23,2	4	10	5,8	10
2017/2018	91	13,5	5	70	20,8	4	21	6,4	10

Qualité des données

Les principales sources de signalement du cancer des VADS sont le réseau Onco-NC, les longues maladies de la CAFAT, et les comptes-rendus d'anatomopathologie (CRAP).

TABLEAU 13 | Pourcentage des principales sources de signalement – Cancer des VADS, 2017-2018 Nouvelle-Calédonie



5 (5,5%) cas ont une seule et unique source de signalement :

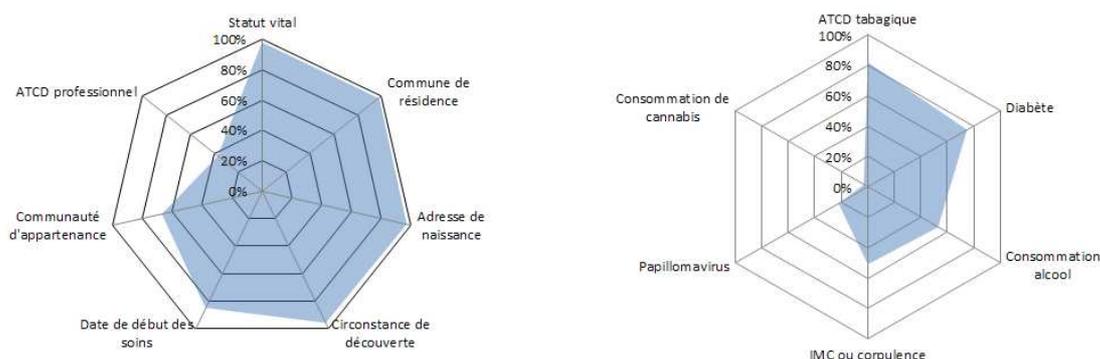
- 2 cas signalés par le réseau Onco-NC.
- 3 cas par les CRAP.

Le retour au dossier clinique a été réalisé pour 96% des cas signalés.
Une confirmation histologique a été enregistrée pour 100% des cas.

Les données patient sont bien renseignées, mis à part les antécédents professionnels et la communauté d'appartenance.

Les facteurs de risques sont insuffisamment renseignés dans les dossiers.

FIGURE 30 | Pourcentage de données renseignées dans le dossier médical du patient – Cancer des VADS



Description de la population

Sex ratio

Les cancers des VADS sont plus fréquents chez les hommes avec un sex-ratio de 3,3 hommes pour 1 femme.

Répartition par âge

Le patient le plus jeune au moment du diagnostic avait 23 ans et le plus âgé 88 ans.

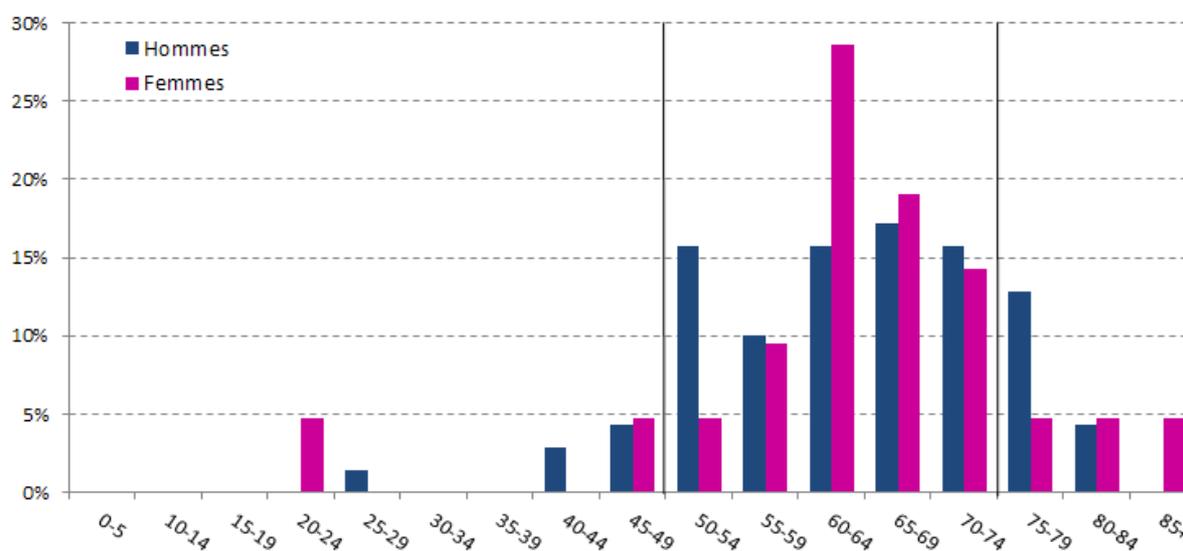
Chez les hommes, l'âge moyen au diagnostic est de 63 ans (médiane 63 ans), avec :

- 9% (6) des patients qui ont moins de 50 ans.
- 74% (52) des patients qui ont entre 50 et 75 ans.
- 17% (12) des patients qui ont 75 ans ou plus.

Chez les femmes, l'âge moyen au diagnostic est de 64 ans (médiane 65 ans), avec :

- 10% (2) des patientes qui ont moins de 50 ans.
- 76% (16) des patientes qui ont entre 50 et 75 ans.
- 14% (3) des patients qui ont 75 ans ou plus.

FIGURE 31 | Répartition par tranche d'âge et par sexe (%) – Cancer des VADS – Nouvelle-Calédonie, 2017-2018



Facteurs de risque

TABLEAU 14 | Pourcentage et nombre de cas par type de consommation à risque – Cancers des VADS

	Alcoolisme chronique ou sevré % (n)	Tabagisme actif ou sevré % (n)
Oui	33% (30)	63% (57)
Non	20% (18)	20% (18)
Inconnu	47% (43)	17% (16)

Parmi l'ensemble des cas, 31% (n=28) ont ou ont eu une consommation alcoolo-tabagique.

Description des tumeurs

La 8ème version de la classification TNM publiée par l'union internationale contre le cancer publié en 2017 (UICC) apporte de nombreux changements dans la sphère ORL.

Trois nouvelles classifications sont introduites dans le chapitre de la tête et du cou : le cancer de l'oropharynx HPV(+), l'adénopathie cervicale métastatique sans porte d'entrée et les carcinomes cutanés de la tête et du cou.

Par ailleurs, de nouveaux facteurs prédictifs au-delà de la taille ont été ajoutés, notamment la profondeur de l'infiltration tumorale des cancers de la cavité buccale et la notion d'extension extra-capsulaire des métastases ganglionnaires régionales.

Répartition par topographie

TABLEAU 15 | Nombre de cas par groupe de topographies
Cancer des VADS- Nouvelle-Calédonie, 2017-2018

Lèvre et cavité buccale	25
Pharynx	45
Oropharynx	31
Nasopharynx	6
Hypopharynx	8
Glandes salivaires principales	2
Fosse nasale et sinus paranasaux	2
Larynx	13
Adénopathies cervicales	4

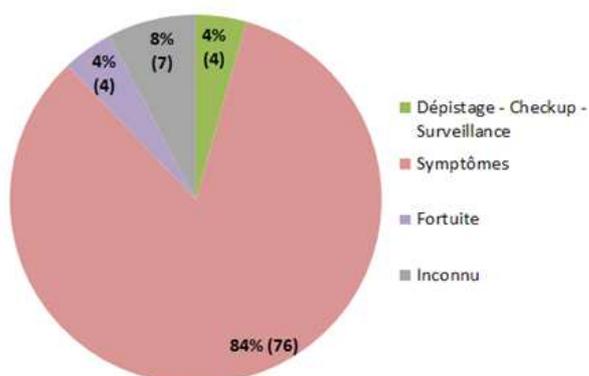
Les cancers pouvant être induits par le virus HPV et pouvant bénéficier d'une recherche de ce virus sont les cancers de l'oropharynx (n=31) et les adénopathies cervicales sans primitif retrouvé (n=4).

Pour 63% (n=23) des cas, la recherche d'HPV n'a pas été réalisée.

Pour 20% (n=7) des cas, un résultat positif d'HPV est relevé et pour 17% (n=5) un résultat négatif est relevé.

Circonstances de découverte

FIGURE 32 | Répartition par circonstances de découverte - % (n) – Cancer des VADS
Nouvelle-Calédonie, 2017-2018



La très grande majorité des cas de cancers des VADS sont diagnostiqués suite à l'expression de symptômes (84%, n=76).

Répartition par histologie

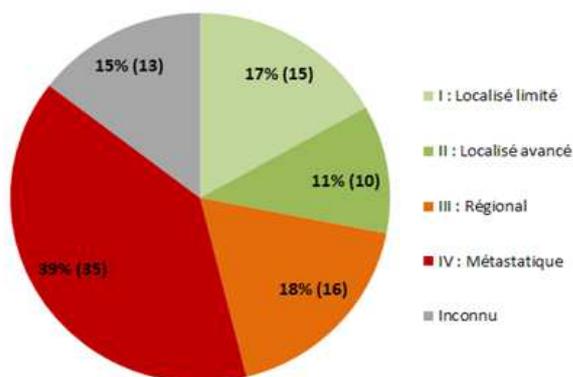
Parmi les 91 cas, 1 est un mélanome du palais (lèvre et cavité buccale), 1 est un sarcome de la muqueuse de la joue (lèvre et cavité buccale).

Tous les autres cas correspondent à des carcinomes.

Répartition par stade

La répartition par stade est établie sur un nombre de 89 tumeurs (le mélanome et le sarcome ayant leurs propres règles de classification).

FIGURE 33 | Répartition par histologie - %(n) – Cancer des VADS -Nouvelle-Calédonie, 2017-2018



Les cancers des VADS sont pour plus de la moitié (57%, n=51) diagnostiqués à un stade avancé (métastatique ou régional).

Pour 15% (n=13) des cancers des VADS, les informations recueillies sont insuffisantes pour définir un stade.

Incidences

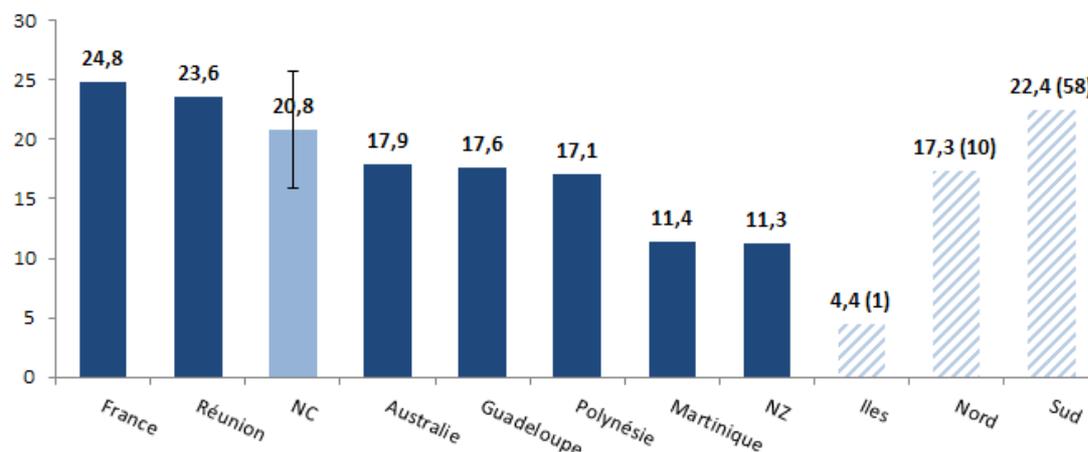
Comparaisons internationales

Chez les hommes, l'ASR des cancers des VADS est de 20,8 cas [15,9-25,7] pour 100 000 personnes-année.

Il est comparable à celui de la France métropolitaine, de la Réunion, de l'Australie, de la Guadeloupe et de la Polynésie.

Il est supérieur à celui de la Martinique et de la Nouvelle-Zélande.

FIGURE 34 | Comparaisons internationales des taux d'incidence standardisés (Globocan 2020) - Hommes – ASR(n) – Cancer des VADS, Nouvelle-Calédonie, 2017-2018



**TABLEAU 16 | Rapport entre provinces des taux d'incidence standardisés et intervalle de confiance - Hommes
Cancer des VADS, Nouvelle-Calédonie, 2017-2018**

	Rapport ASR	IC Inf	IC Sup
Iles / Nord	0,50	0,14	1,80
Iles / Sud	0,37	0,15	0,91
Nord / Sud	0,74	0,40	1,37

En 2017-2018, l'ASR des cancers des VADS chez les hommes en province Sud est significativement plus élevé que celui de la province des Iles. Il est 5 fois plus élevé.

Chez les femmes, l'ASR des cancers des VADS est de 6,4 cas [3,6-9,2] pour 100 000 personnes-année.

Il est comparable à celui de la France, de l'Australie, et de la Nouvelle-Zélande.

Il est supérieur que celui de la Polynésie, de la Réunion, de la Guadeloupe et de la Martinique.

FIGURE 35 | Comparaisons internationales des taux d'incidence standardisés (Globocan 2020) - Femmes – ASR(n) – Cancers des VADS, Nouvelle-Calédonie, 2017-2018

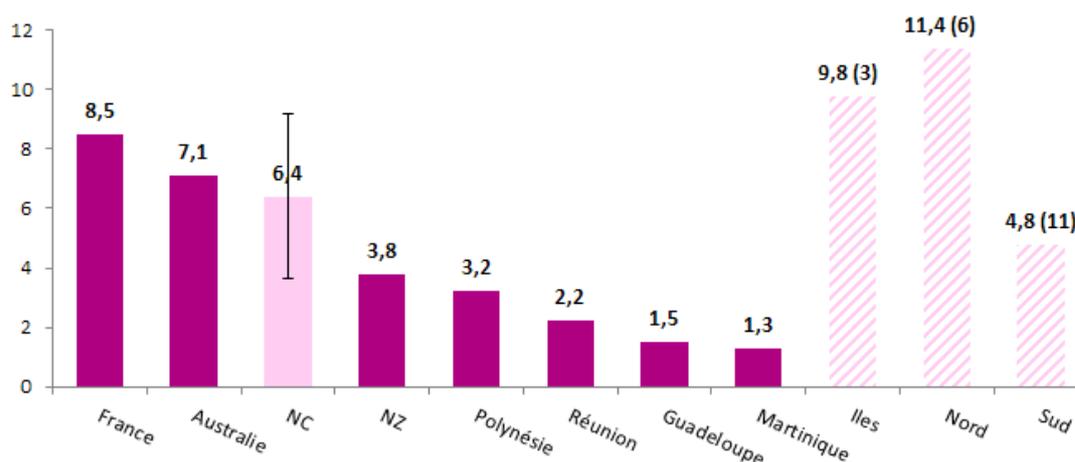


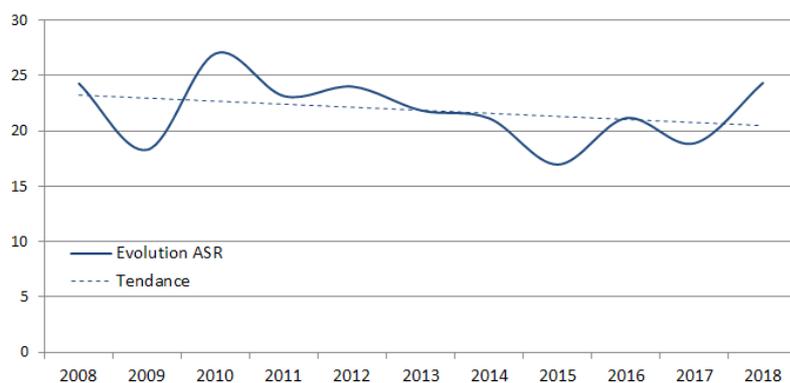
TABLEAU 17 | Rapport entre provinces des taux d'incidence standardisés et intervalle de confiance – Femmes - Cancers des VADS, Nouvelle-Calédonie, 2017-2018

	Rapport ASR	IC Inf	IC Sup
Iles / Nord	1,12	0,31	4,04
Iles / Sud	2,84	0,54	14,95
Nord / Sud	2,54	0,76	8,49

En 2017-2018, chez les femmes, il n'y a pas de différence significative entre les provinces.

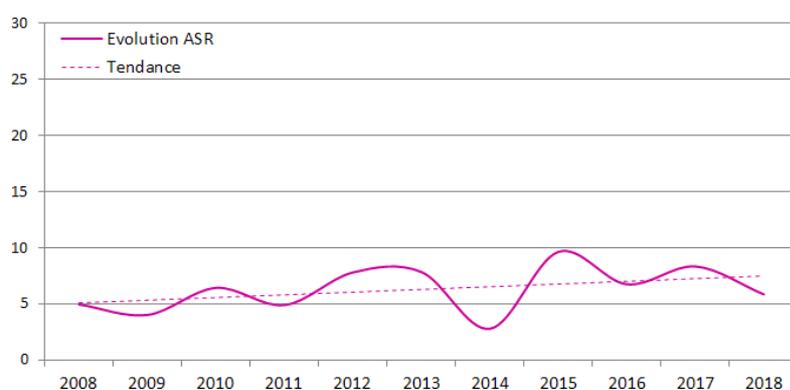
Evolution par sexe

FIGURE 36 | Evolution du taux d'incidence standardisé et tendance Hommes – Cancer des VADS, Nouvelle-Calédonie, 2008-2018



Chez les hommes, depuis 2008 l'ASR des cancers des VADS varie entre 17 et 27 avec une moyenne de 22 cas pour 100 000 personnes-année. Il n'y a **pas d'évolution significative** au cours de ces 10 dernières années ($p=0,4$).

FIGURE 37 | Evolution du taux d'incidence standardisé et tendance Femmes – Cancer des VADS, Nouvelle-Calédonie, 2008-2018



Chez les femmes, depuis 2008 l'ASR des cancers des VADS varie entre 4 et 9,6 avec une moyenne de 6,3 cas pour 100 000 personnes-année. Il n'y a **pas d'évolution significative** au cours de ces 10 dernières années ($p=0,2$).

POINTS-CLE

- En 2017-2018, les cancers des VADS restent des cancers principalement masculins (incidence 3 fois plus élevée que chez la femme), diagnostiqués à un stade avancé sur la manifestation de symptômes.
- Contrairement à la France métropolitaine où l'incidence tend à diminuer chez les hommes et à augmenter chez les femmes, en Nouvelle-Calédonie au cours de ces 10 dernières années, il n'est pas noté d'évolution quel que soit le sexe.
- Les cancers des VADS restent majoritairement induits par la consommation alcool tabac.
- La recherche d'HPV est insuffisante pour décrire la part des cancers HPV induits.

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.

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.

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

En France, en 2018, l'incidence annuelle pour 100 000 de la maladie est estimée à 5.6 cas les hommes et à 18.5 pour les femmes. L'âge moyen au diagnostic est d'environ 50 ans. La survie nette à 5 ans 92% chez les hommes et 98% chez les femmes.

En Nouvelle-Calédonie sur la période 2017-2018, le cancer de la thyroïde est le **7^{ème} cancer le plus fréquent, tous sexes confondus**, avec **en moyenne 32,5** tumeurs invasives par an. Cela représente un taux d'incidence standardisé (ASR) de **9,9** cas pour 100 000 personnes-année.

Il se situe au 19^{ème} rang chez les hommes avec en moyenne 6,5 tumeurs par an (ASR 4,1), et au 5^{ème} rang chez les femmes avec en moyenne 26 tumeurs par an (ASR 15,6).

Chez 9% (n=6) des patients, on note un antécédent de cancer : sein (n=2), colon-rectum (n=1), prostate (n=1), col de l'utérus (n=1), tumeur bénigne du SNC (n=1).

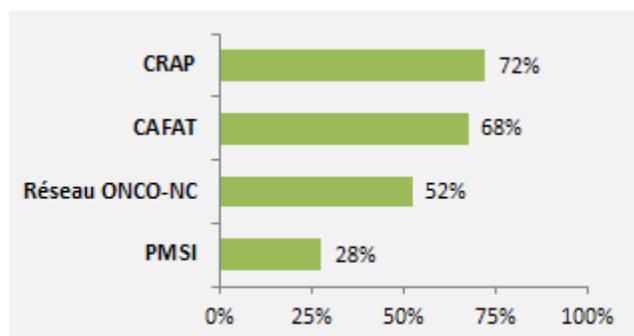
TABLEAU 18 | Nombres de cas, taux d'incidence standardisés (ASR) et rang, par sexe et par année
Cancer de la thyroïde - Nouvelle-Calédonie, 2017-2018

	Total			Hommes			Femmes		
	Nb	ASR	Rang	Nb	ASR	Rang	Nb	ASR	Rang
2017	36	11,3	6	4	2,7	22	32	19,9	4
2018	29	8,5	8	9	5,4	16	20	11,3	6
2017/2018	65	9,9	7	13	4,1	19	52	15,6	5

Qualité des données

Les principales sources de signalement du cancer de la thyroïde sont les comptes-rendus d'anatomopathologie (CRAP), les longues maladies de la CAFAT et le réseau Onco-NC.

TABLEAU 19 | Pourcentage des principales sources de signalement – Cancer de la thyroïde, 2017-2018, Nouvelle-Calédonie



15 (23%) cas ont une seule et unique source de signalement :

- 7 cas par les CRAP.
- 5 par la longue maladie de la CAFAT.
- 2 par le réseau Onco-NC.
- 1 par le registre des causes médicales de décès.

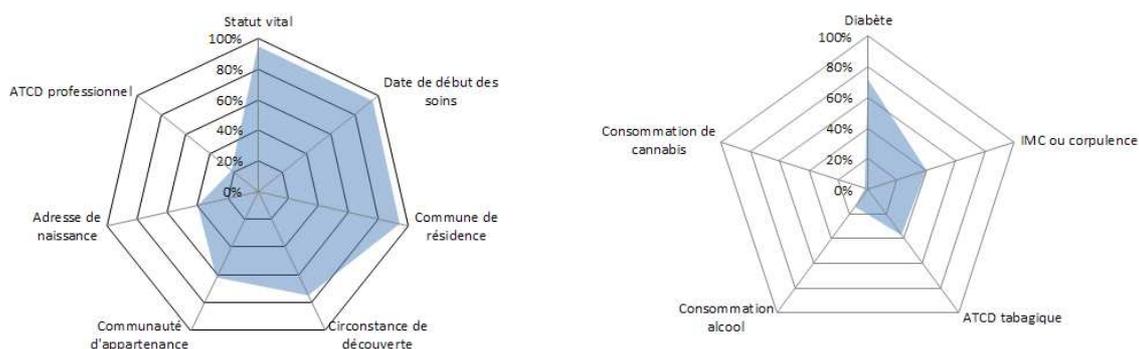
Le retour au dossier clinique a été réalisé pour 89% des cas signalés.

Une confirmation histologique a été enregistrée pour 98% des cas.

Les données patient sont bien renseignées, mis à part les antécédents professionnels, la commune de naissance, et la communauté d'appartenance.

Les facteurs de risques généraux sont insuffisamment renseignés dans les dossiers.

FIGURE 38 | Pourcentage de données renseignées dans le dossier médical du patient – Cancer de la thyroïde, Nouvelle- Calédonie, 2017-2018



Description de la population

Sex ratio

Le cancer de la thyroïde est plus fréquent chez les femmes avec un sex-ratio de 4 femmes pour 1 homme.

Répartition par âge

Le patient le plus jeune au moment du diagnostic avait 23 ans et le plus âgé 83 ans.

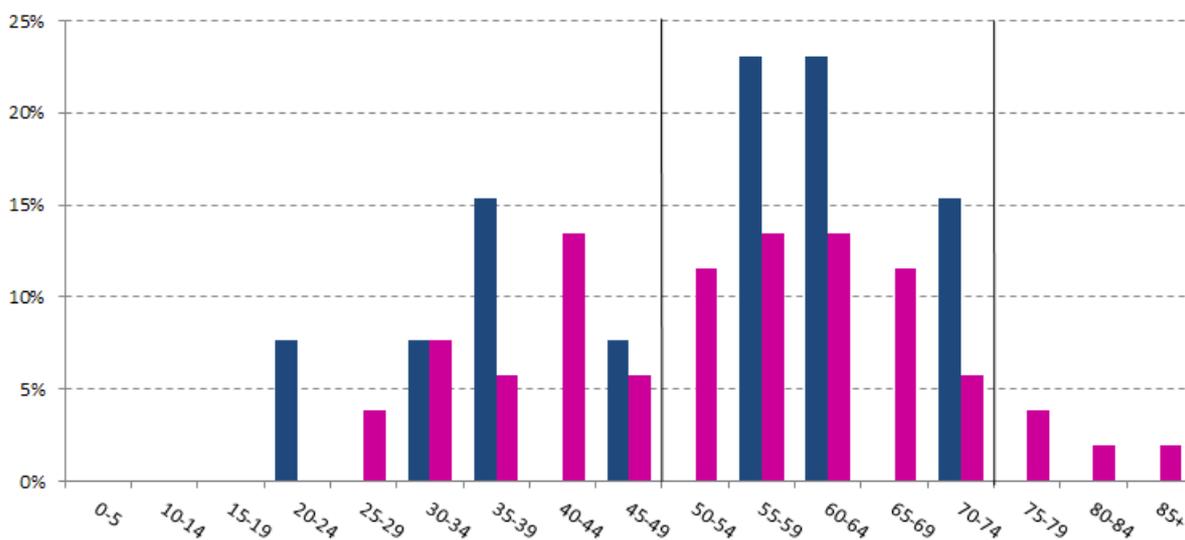
Chez les hommes, l'âge moyen au diagnostic est de 52 ans (médiane 57 ans) avec :

- 38,5% (5) des patients qui ont moins de 50 ans.
- 61,5% (8) des patients qui ont entre 50 et 75 ans.
- 0% qui ont 75 ans ou plus.

Chez les femmes, l'âge moyen au diagnostic est de 54 ans (médiane 55 ans), avec :

- 36,5% (19) des patientes qui ont moins de 50 ans.
- 56% (29) des patientes qui ont entre 50 et 75 ans.
- 7,5% (4) qui ont 75 ans ou plus.

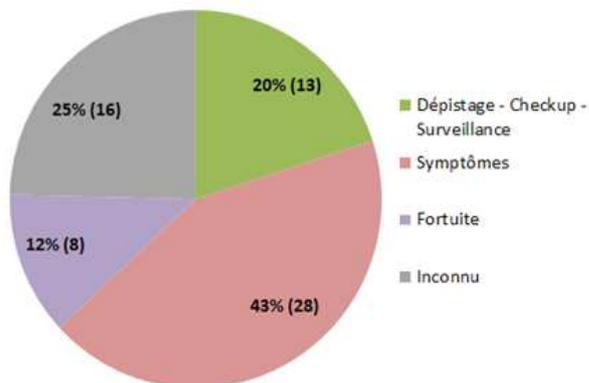
FIGURE 39 | Répartition par tranche d'âge et par sexe (%) – Cancer de la thyroïde– Nouvelle-Calédonie, 2017-2018



Description des tumeurs

Circonstances de découverte

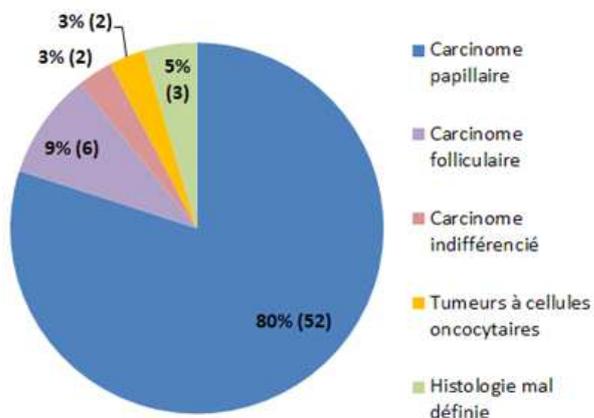
FIGURE 40 | Répartition par circonstances de découverte - %(n) – Cancer de la thyroïde
Nouvelle-Calédonie, 2017-2018



43% (n=28) des tumeurs ont été diagnostiquées suite à l'apparition de symptômes, 20% (n=13) dans le cadre d'une surveillance, le plus souvent d'une maladie de la thyroïde, alors que pour 12% (n=8) des tumeurs le diagnostic a été de découverte fortuite (dans le cadre d'un bilan pour une autre pathologie...).

Répartition par histologie

FIGURE 41 | Répartition par histologie - %(n)
Cancer de la thyroïde, Nouvelle-Calédonie,
2017-2018



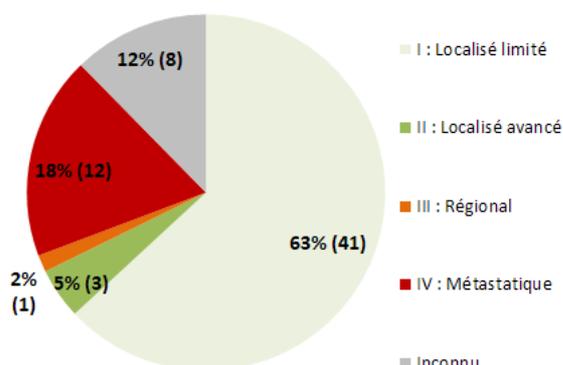
Les **carcinomes de souches folliculaires** (carcinome papillaire, carcinome folliculaire, tumeurs à cellules oncocytaires) représentent **92% (n=60)** des cas de cancers de la thyroïde.

2 (3%) diagnostics de carcinomes indifférenciés ont été réalisés (tumeur thyroïdienne plus rare et agressive).

Répartition par stade

La répartition par stade est établie sur un nombre de 63 (97%) tumeurs. En effet, chaque tumeur doit être confirmée histologiquement afin d'appliquer les règles de classification par stade (2 tumeurs /65 n'ont donc pas fait l'objet d'un stade).

**FIGURE 42 | Répartition par stade au diagnostic
% (n) Cancer de la thyroïde, Nouvelle-Calédonie
2017-2018**



7 cancers de la thyroïde sur 10 ont été diagnostiqués à un stade localisé (I, II).

Le diagnostic est effectué pour 21% (n=13) des cas à un stade avancé (régional ou métastatique).

Pour 10% (n=9) des cas, les données recueillies sont insuffisantes ou difficilement interprétables pour établir le stade.

Taille de la tumeur

Pour les 49/65 (soit 75%) tumeurs dont la taille est renseignée :

- 18 (37%) ont une taille égale ou inférieure à 10 mm.
- 31 (63%) ont une taille supérieure à 10 mm.

Les années précédentes, la proportion des tumeurs <10mm a varié entre 30 et 40%.

Incidences

Comparaisons internationales

Chez les hommes, l'ASR du cancer de la thyroïde est de 4,1 cas [1,9-6,3] pour 100 000 personnes-année.

Il est comparable à celui de la Polynésie, de la France, de l'Australie, de la Nouvelle-Zélande et de la Réunion.

Il est supérieur à celui de la Guadeloupe et de la Martinique.

**FIGURE 43 | Comparaisons internationales des taux d'incidence standardisés (Globocan 2020)
ASR (n) – Hommes, Cancer de la thyroïde, Nouvelle-Calédonie, 2017-2018**

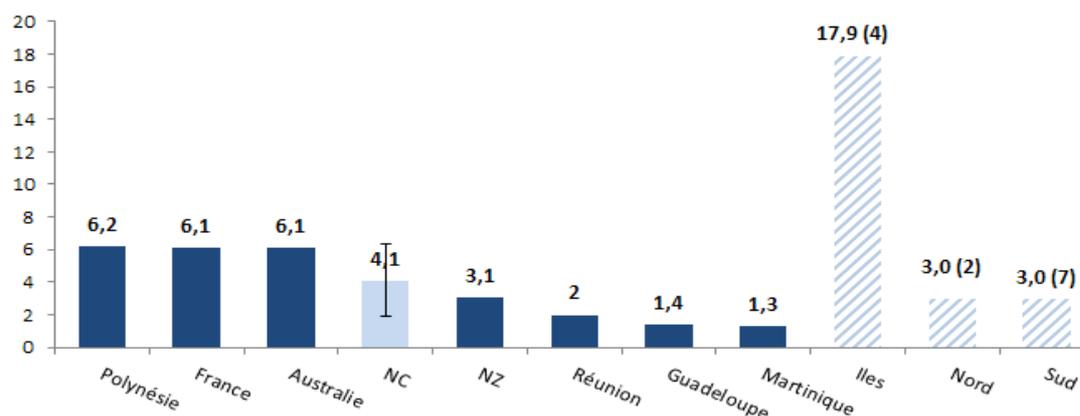


TABLEAU 20 | Rapport entre provinces des taux d'incidence standardisés et intervalle de confiance – Hommes, Cancer de la thyroïde, Nouvelle-Calédonie, 2017-2018

	Rapport ASR	IC Inf	IC Sup
Iles / Nord	5,99	0,69	52,29
Iles / Sud	5,91	0,71	49,08
Nord / Sud	0,99	0,21	4,73

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

Chez les femmes, l'ASR du cancer de la thyroïde est de 15,6 [11,3-19,9] pour 100 000 personnes-année.

Il est inférieur à ceux de la Polynésie et de la France métropolitaine.

Il est comparable à celui de l'Australie et de la Martinique.

Il est supérieur à celui de la Nouvelle-Zélande, de la Guadeloupe et de la Réunion.

FIGURE 44 | Comparaisons internationales des taux d'incidence standardisés (Globocan 2020) ASR (n) – Femmes, Cancer de la thyroïde, Nouvelle-Calédonie, 2017-2018

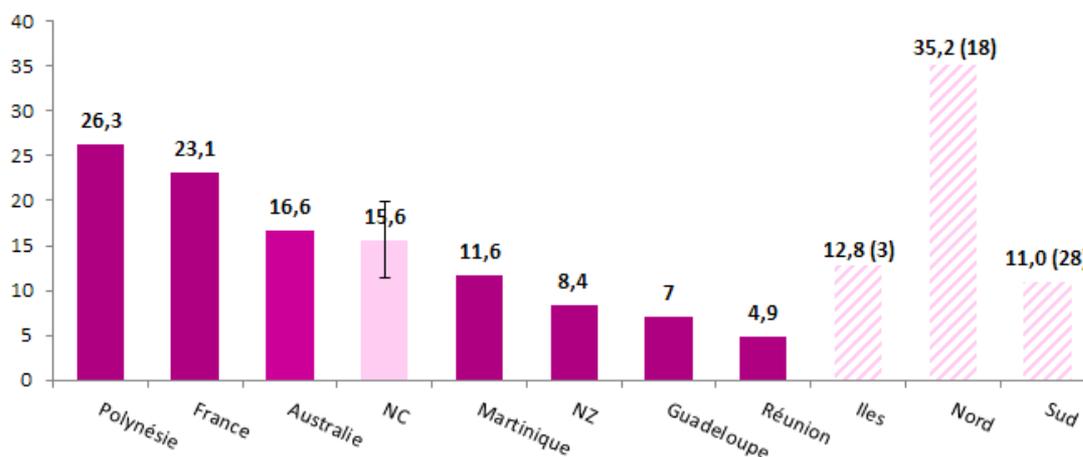


TABLEAU 21 | Rapport entre provinces des taux d'incidence standardisés et intervalle de confiance – Femmes, Cancer de la thyroïde, Nouvelle-Calédonie, 2017-

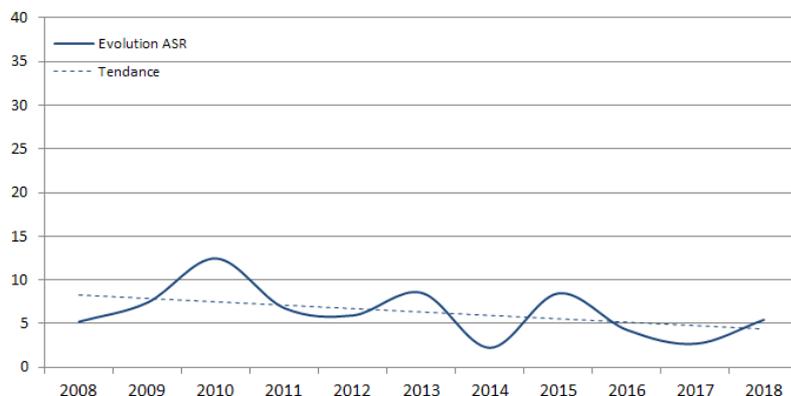
	Rapport ASR	IC Inf	IC Sup
Iles / Nord	0,36	0,13	0,98
Iles / Sud	1,16	0,33	4,14
Nord / Sud	3,20	1,41	7,26

En 2017-2018, l'ASR du cancer de la thyroïde **chez la femme** est significativement **plus élevé en province Nord** que dans les autres provinces.

Il est près de 3 fois plus élevé que dans les autres provinces.

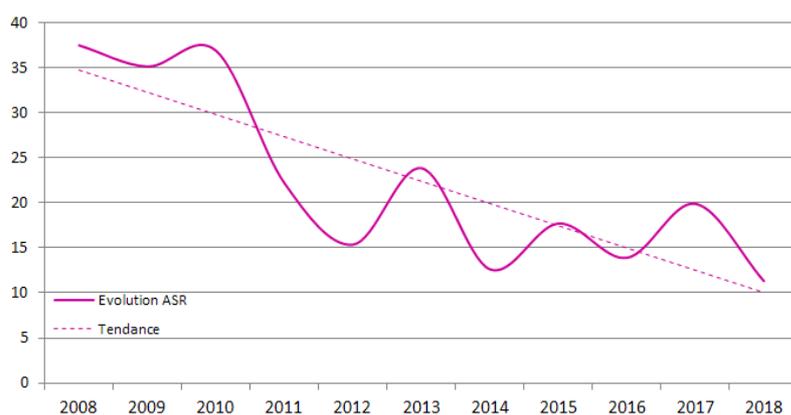
Evolution par sexe

FIGURE 45 | Evolution du taux d'incidence standardisé et tendance Hommes – Cancer de la thyroïde, Nouvelle-Calédonie, 2008-2018



Chez les hommes, depuis 2008 l'ASR des cancers de la thyroïde varie entre 2,2 et 12,5 avec une moyenne de 6,3 cas pour 100 000 personnes-année. Il n'y a **pas de d'évolution significative** au cours de ces 10 dernières années ($p=0,17$).

FIGURE 22 | Evolution du taux d'incidence standardisé et tendance Femmes – Cancer de la thyroïde, Nouvelle-Calédonie, 2008-2018



Chez les femmes, depuis 2008 l'ASR des cancers de la thyroïde varie entre 11,3 et 37,5 avec une moyenne de 22,4 cas pour 100000 personnes-année. Au cours des 10 dernières années, l'ASR a **diminué de manière significative** ($p<0,01$), avec en moyenne une diminution de 2,5 cas pour 100000 personnes-année chaque année.

Cette diminution est probablement liée à une évolution de la prise en charge des maladies de thyroïde avec des chirurgies moins systématiques.

POINTS-CLE

- Comme observé en France, en 2017-2018 en Nouvelle-Calédonie, le cancer de la thyroïde reste 4 fois plus fréquent chez la femme que chez l'homme. Il reste diagnostiqué le plus souvent à un stade précoce et l'âge moyen est de 52 ans.
- L'incidence diminue chez la femme de façon significative au cours de ces 10 dernières années.
- En 2017-2018, l'incidence est 3 fois plus élevée chez les femmes de la province Nord que chez les femmes des autres provinces (les années précédentes l'incidence étaient 2 à 3 fois plus élevée chez les femmes de la

Cancer du côlon-rectum

Code CIM-10 : C18 à C20

Généralités

Le cancer colorectal est le 3^{ème} cancer chez les hommes et le 2^{ème} chez les femmes dans le monde. Il se développe le plus souvent à partir de polypes qui évoluent lentement vers une lésion cancéreuse, d'où l'importance du dépistage.

Une alimentation trop riche, notamment en graisses animales, l'inactivité physique, le surpoids, l'alcool et le tabac, sont les principaux facteurs de risque du cancer colorectal.

En France, un programme national de dépistage organisé a été mis en œuvre à l'échelle nationale en 2008-2009 afin de détecter précocement les cancers colorectaux pour en réduire la mortalité. Toutes les personnes de 50 à 74 ans ne présentant ni symptômes, ni facteur de risque particulier, sont invitées à réaliser, tous les deux ans, un test de recherche de sang occulte dans les selles.

Les adénocarcinomes sont les tumeurs les plus fréquentes, et des tumeurs stromales gastro-intestinales peuvent aussi être diagnostiquées.

Les principaux traitements sont la chirurgie et la chimiothérapie. De la radiothérapie peut être réalisée dans le cas du cancer du rectum.

En France, le taux de survie nette à 5 ans est de 59%.

En Nouvelle-Calédonie sur la période 2017-2018, le cancer du côlon-rectum est le **4^{ème} cancer le plus fréquent, tous sexes confondus**, avec **en moyenne 86,5** tumeurs invasives par an. Cela représente un taux d'incidence standardisé (ASR) de **24,8** cas pour 100 000 personnes années.

Il se situe au 3^{ème} rang chez les hommes avec en moyenne 49 tumeurs par an (ASR 29,1), et au 4^{ème} rang chez les femmes avec en moyenne 37,5 tumeurs par an (ASR 20,6).

Pour 11% (n=20) des patients, on note un antécédent de cancer : prostate (n=6), sein (n=6), thyroïde (n=3), hémopathies (n=2), pancréas (n=1), mélanome cutané (n=1) et corps utérin (n=1).

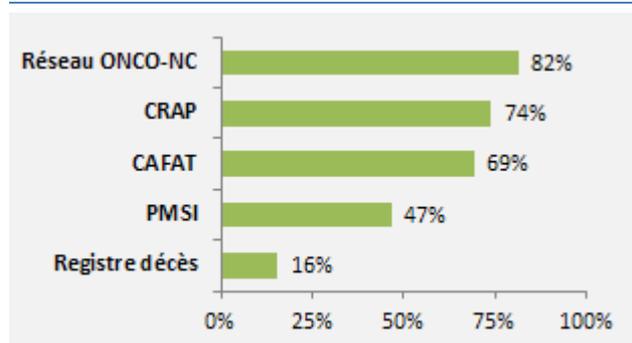
TABLEAU 23 | Nombres de cas, taux d'incidence standardisés (ASR) et rang, par sexe et par année – Cancers du côlon-rectum, Nouvelle-Calédonie

	Total			Hommes			Femmes		
	Nb	ASR	Rang	Nb	ASR	Rang	Nb	ASR	Rang
2017	76	21,8	4	47	27,9	3	29	15,8	5
2018	97	27,7	4	51	30,2	3	46	25,4	3
2017/2018	173	24,8	4	98	29,1	3	75	20,6	4

Qualité des données

Les principales sources de signalement du cancer du côlon-rectum sont le réseau Onco-NC, les comptes-rendus d'anatomopathologie (CRAP) et la CAFAT.

TABLEAU 24 | Pourcentage des principales sources de Signalement - Cancers du côlon-rectum, 2017-2018, Nouvelle-Calédonie



10 (6%) cas ont une seule et unique source de signalement :

- 5 cas signalés par les CRAP.
- 3 cas par le réseau Onco-NC.
- 2 cas par le PMSI.

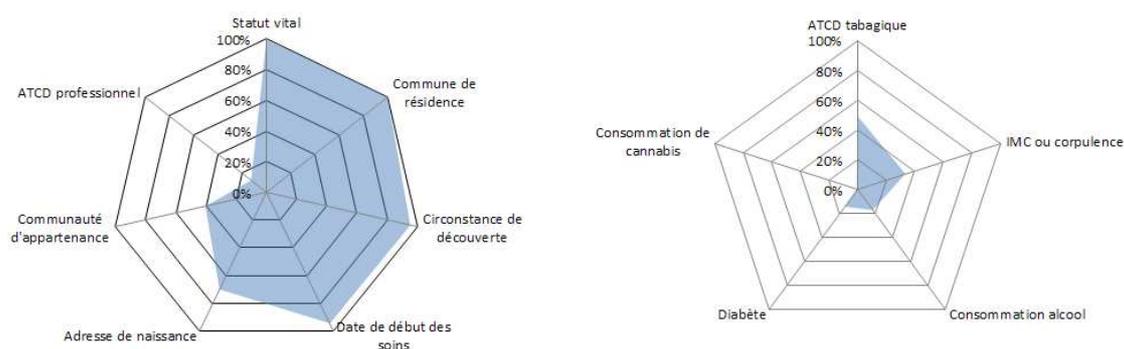
Le retour au dossier clinique a été réalisé pour 97% des cas signalés.

Une confirmation histologique a été enregistrée pour 98% des cas.

Les données patient sont bien renseignées, mis à part les antécédents professionnels, la communauté d'appartenance et la commune de naissance.

Les facteurs de risques sont insuffisamment renseignés dans les dossiers.

FIGURE 46 | Pourcentage de données renseignées dans le dossier médical du patient – Cancers du côlon-rectum



Description de la population

Sex ratio

Les cancers du côlon-rectum sont un peu plus fréquents chez les hommes avec un sex-ratio de 1,3 hommes pour 1 femme.

Répartition par âge

Le patient le plus jeune au moment du diagnostic avait 29 ans et le plus âgé 95 ans.

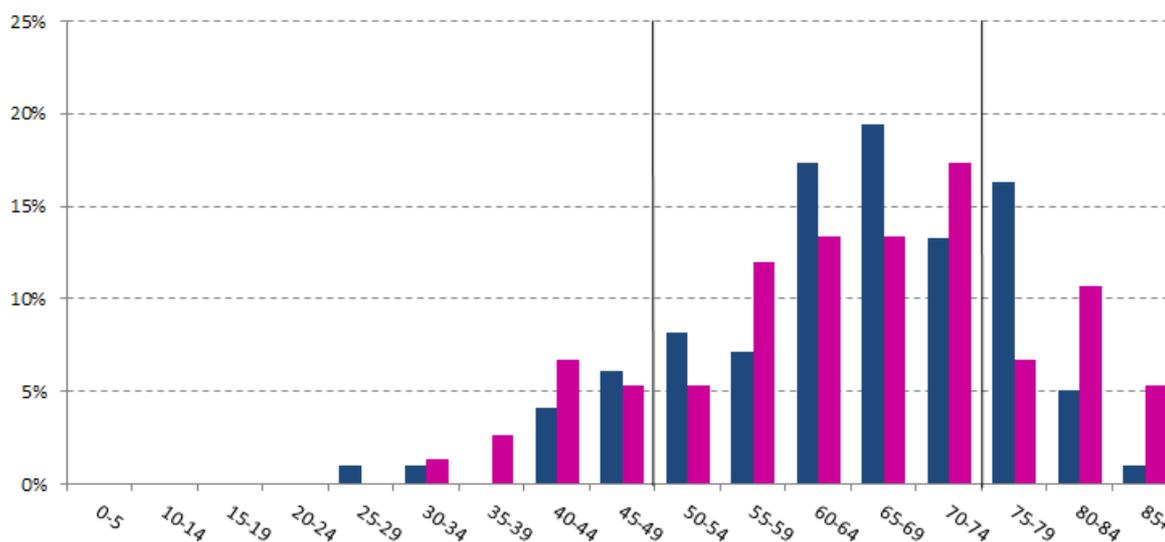
Chez les hommes, l'âge moyen au diagnostic est de 64 ans (médiane 66 ans), avec :

- 12% (12) des patients qui ont moins de 50 ans.
- 65% (64) des patients qui ont entre 50 et 75 ans.
- 23% (22) des patients qui ont 75 ans ou plus.

Chez les femmes, l'âge moyen au diagnostic est de 65 ans (médiane 66 ans), avec :

- 16% (12) des patientes qui ont moins de 50 ans.
- 61% (46) des patientes qui ont entre 50 et 75 ans.
- 23% (17) des patientes qui ont 75 ans ou plus.

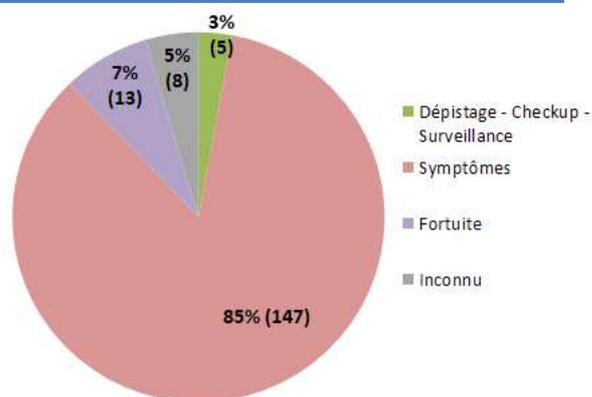
FIGURE 47 | Répartition par tranche d'âge et par sexe (%) – Cancers du côlon-rectum - Nouvelle-Calédonie, 2017-2018



Description des tumeurs

Circonstances de découverte

FIGURE 48 | Répartition par circonstances de découverte - % (n) – Cancers du côlon-rectum Nouvelle-Calédonie, 2017-2018



En Nouvelle Calédonie, il n'y a pas de programme de dépistage organisé du cancer du côlon-rectum.

Il est principalement diagnostiqué suite à l'apparition de symptômes (rectorragies, constipation, diarrhée...).

Répartition par histologie

Parmi les 173 tumeurs, 2 sont des Tumeurs Stromales Gastro-Intestinales (GIST) et 5 n'ont pas eu de diagnostic histologique.

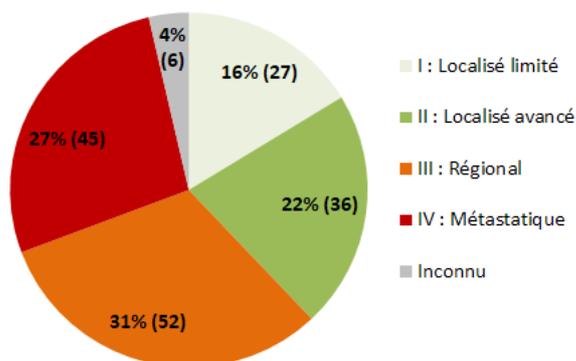
Tous les autres cas sont des adénocarcinomes.

Répartition par stade

La répartition par stade est établie pour les 166 adénocarcinomes, les GIST ont leurs propres règles de stadification.

Pour les GIST, une tumeur a été diagnostiquée à un stade localisé et l'autre à un stade régional.

FIGURE 49 | Répartition par stade - % (n) – Cancers du côlon-rectum - Nouvelle-Calédonie, 2017-2018



Près de 3 cancers du côlon-rectum sur 5 sont diagnostiqués à un stade métastatique ou régional.

Incidences

Comparaisons internationales et locales

Chez les hommes, l'ASR des cancers du côlon-rectum est de 29,1 cas [23,2-35] pour 100 000 personnes-année.

Il est inférieur à celui de la Nouvelle-Zélande, de l'Australie et de la France métropolitaine.

Il est comparable à celui de la Réunion, de la Martinique et de la Guadeloupe.

Il est supérieur à celui de la Polynésie.

(Seules la Nouvelle Calédonie et la Polynésie ne disposent pas d'un programme de dépistage organisé du cancer colorectal)

FIGURE 50 | Comparaisons internationales des taux d'incidence standardisés (Globocan 2020)- Hommes – ASR (n) – Cancers du côlon-rectum, Nouvelle-Calédonie, 2017-2018

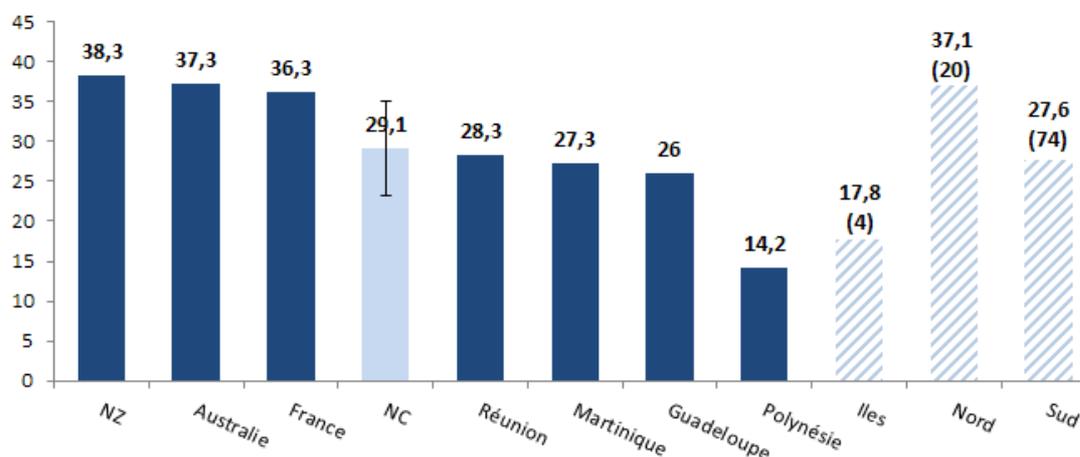


TABLEAU 25 | Rapport entre provinces des taux d'incidence standardisés et intervalle de confiance – Hommes Cancers du côlon-rectum, Nouvelle-Calédonie, 2017-2018

	Rapport ASR	IC Inf	IC Sup
Iles / Nord	0,48	0,19	1,19
Iles / Sud	0,64	0,28	1,48
Nord / Sud	1,34	0,78	2,31

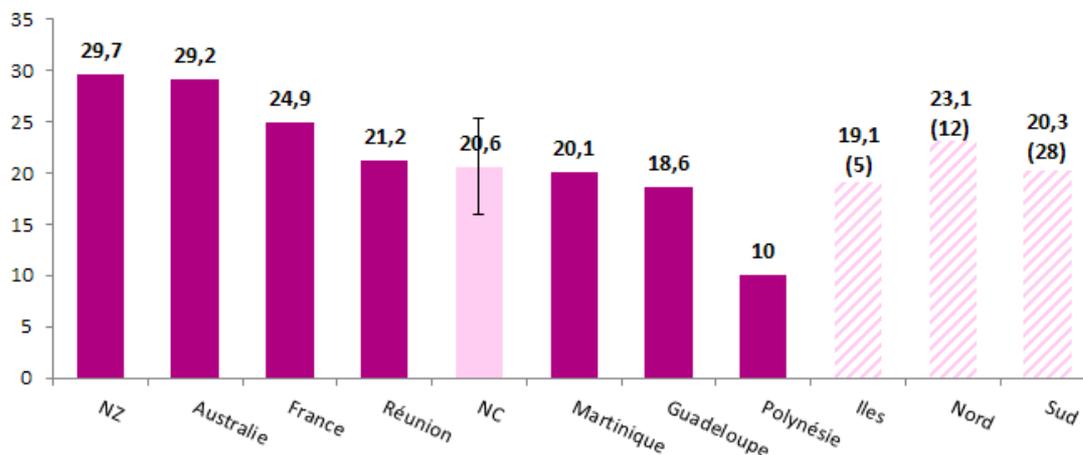
En 2017-2018, chez les hommes, il n'y a pas de différence significative entre les provinces.

Chez les femmes, l'ASR des cancers du côlon-rectum est de 20,6 cas [15,9-25,3] pour 100 000 personnes-année.

Il est inférieur à celui de la Nouvelle-Zélande, de l'Australie.

Il est comparable à celui de la Réunion, de la Martinique et de la Guadeloupe et de la France métropolitaine.

**FIGURE 51 | Comparaisons internationales des taux d'incidence standardisés- (Globocan 2020)
Femmes – ASR (n) – Cancers du côlon-rectum, Nouvelle-Calédonie, 2017-2018**



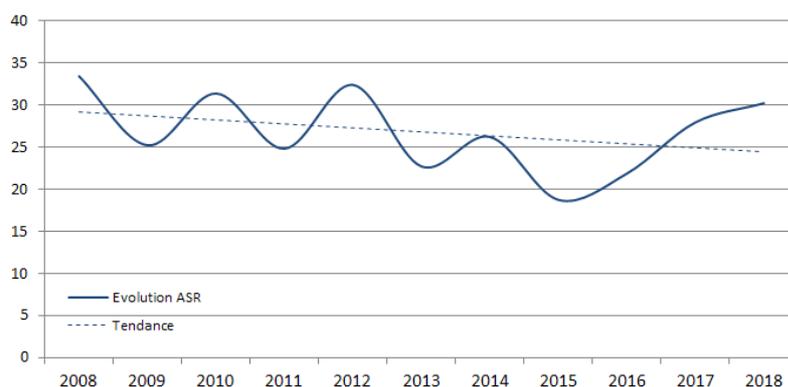
**TABLEAU 26 | Rapport entre provinces des taux d'incidence standardisés et intervalle de confiance - Femmes
Cancers du côlon-rectum, Nouvelle-Calédonie, 2017-2018**

	Rapport ASR	IC Inf	IC Sup
Iles / Nord	0,83	0,29	2,32
Iles / Sud	0,94	0,38	2,35
Nord / Sud	1,14	0,59	2,21

En 2017-2018, chez les femmes, il n'y a pas de différence significative entre les provinces.

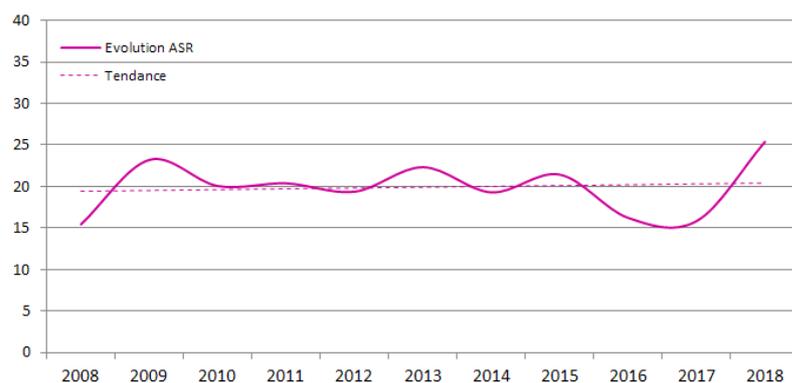
Evolution par sexe

**FIGURE 52 | Evolution du taux d'incidence standardisé et tendance
Hommes – Cancer du côlon-rectum, Nouvelle-Calédonie, 2008-2018**



Chez les hommes, depuis 2008 l'ASR des cancers du côlon-rectum varie entre 17 et 33 avec une moyenne de 27 cas pour 100 000 personnes-année. Il n'y a **pas d'évolution significative** au cours de ces 10 dernières années (p=0,32).

FIGURE 53 | Evolution du taux d'incidence standardisé et tendance Femmes – Cancer du côlon-rectum, Nouvelle-Calédonie, 2008-2018



Chez les femmes, depuis 2008 l'ASR des cancers du côlon-rectum varie entre 14 et 25 avec une moyenne de 20 cas pour 100 000 personnes-année.

Il n'y a **pas d'évolution significative** au cours de ces 10 dernières années ($p=0,31$).

POINTS-CLE

- Le cancer du côlon-rectum est le 4^{ème} cancer le plus fréquent, tous sexes confondus en Nouvelle-Calédonie.
- Près d'une personne sur 5 est âgée de moins de 50 ans.
- Le diagnostic de cancer du côlon-rectum se fait majoritairement à la suite de l'apparition de symptômes et à un stade avancé. L'absence de programme de dépistage organisé peut expliquer en partie cette observation.

Cancer de l'estomac

Code CIM-10 : C16

Généralités

Le cancer de l'estomac touche plus souvent les hommes, et les personnes âgées 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 mais restent plus élevées dans certains pays d'Asie, comme le Japon avec un taux supérieur à 40 pour 100 000 personnes-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.*

Les principaux traitements du cancer gastrique sont la chirurgie et la chimiothérapie.

En France, le taux de survie nette à 5 ans est de 30%.

En Nouvelle-Calédonie sur la période 2017-2018, le cancer de l'estomac est **le 10ème cancer tous sexes confondus**, avec **en moyenne 29 tumeurs** invasives par an. Cela représente un taux d'incidence standardisé (ASR) de 8,3 pour 100 000 personnes années.

Il se situe au 5ème rang chez les hommes avec en moyenne 19 tumeurs par an (ASR 11,3), et au 12ème rang chez les femmes avec en moyenne 10 tumeurs par an (ASR 5,3).

Pour 12% (n=7) des patients, on note un antécédent de cancer : thyroïde (n=2), colon (n=1), bronches-poumon (n=1), sein (n=1), col de l'utérus (n=1), prostate (n=1).

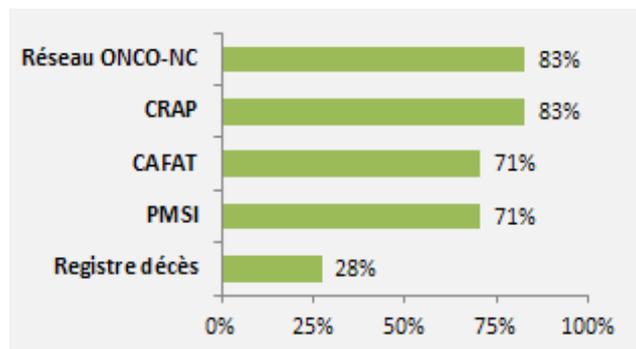
TABLEAU 27 | Nombres de cas, taux d'incidence standardisés (ASR) et rang, par sexe et par année – Cancer de l'estomac - Nouvelle-Calédonie, 2017-2018

	Total			Hommes			Femmes		
	Nb/an	ASR	Rang	Nb/an	ASR	Rang	Nb/an	ASR	Rang
2017	29	8,1	9	16	9,8	8	13	6,3	7
2018	29	8,4	8	22	12,8	5	7	4,2	17
2017/2018	58	8,3	9	38	11,3	5	20	5,3	10

Qualité des données

Les principales sources de signalement du cancer de l'estomac sont le réseau Onco-NC, les comptes-rendus d'anatomopathologie et les longues maladies de la CAFAT.

TABLEAU 28 | Pourcentage des principales sources de signalement - Cancer de l'estomac, 2017-2018
Nouvelle-Calédonie



3 (5%) cas ont une seule et unique source de signalement :

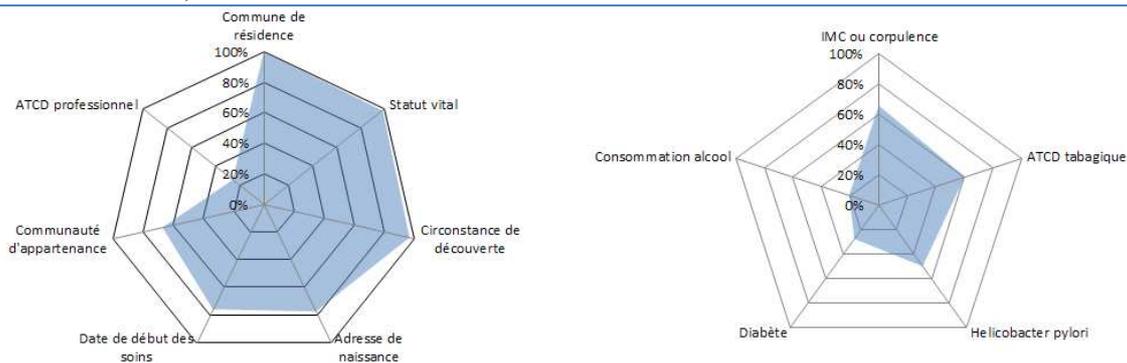
- 2 cas signalés par le PMSI.
- 1 cas par le réseau Onco-NC.

Le retour au dossier clinique a été réalisé pour 95% des cas signalés.
Une confirmation histologique a été enregistrée pour 100% des cas.

Les données patient sont bien renseignées, mis à part les antécédents professionnels et la communauté d'appartenance.

Les facteurs de risques sont insuffisamment renseignés dans les dossiers.

FIGURE 54 | Pourcentage de données renseignées dans le dossier médical du patient – Cancer de l'estomac, Nouvelle-Calédonie, 2017-2018



Description de la population

Sex ratio

Les cancers de l'estomac sont presque 2 fois plus fréquent chez les hommes que chez les femmes avec un sex-ratio de 1,9 hommes pour 1 femme.

Répartition par âge

Le patient le plus jeune au moment du diagnostic avait 39 ans et le plus âgé 86 ans.

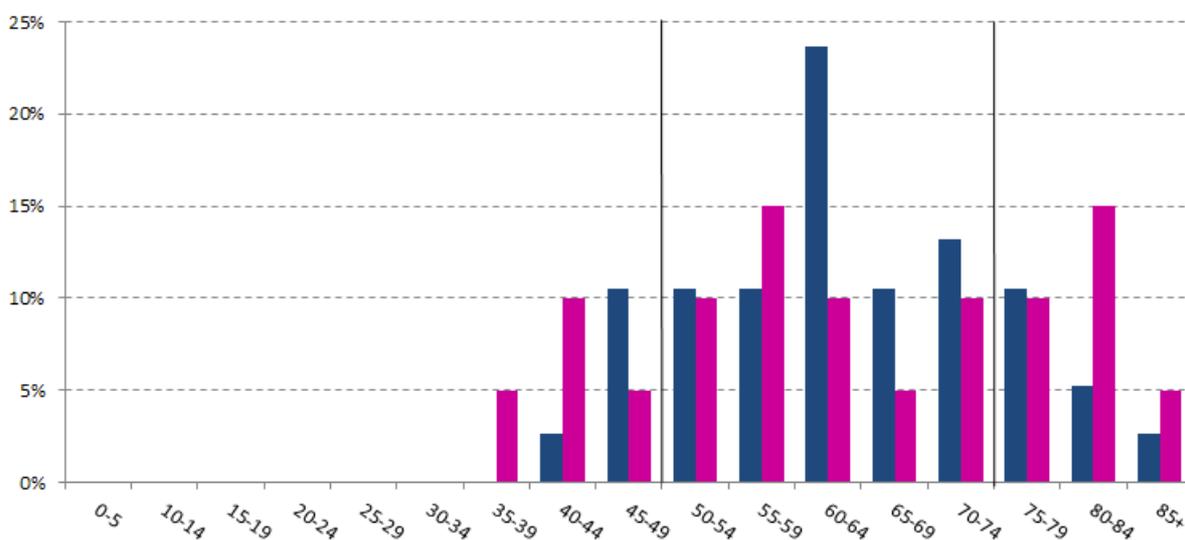
Chez les hommes, l'âge moyen au diagnostic est de 64 ans (médiane 63 ans), avec :

- 13,2% (5) des patients qui ont moins de 50 ans.
- 68,4% (26) des patients qui ont entre 50 et 75 ans.
- 18,4% (7) qui ont 75 ans ou plus.

Chez les femmes, l'âge moyen au diagnostic est de 63 ans (médiane 62 ans), avec :

- 20% (4) des patientes qui ont moins de 50 ans.
- 50% (10) des patients qui ont entre 50 et 75 ans.
- 30% (6) qui ont 75 ans ou plus.

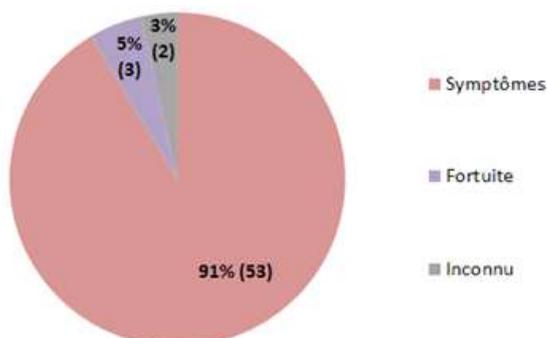
FIGURE 55 | Répartition par tranche d'âge et par sexe (%) – Cancer de l'estomac– Nouvelle-Calédonie, 2017-2018



Description des tumeurs

Circonstances de découverte

FIGURE 56 | Répartition par circonstances de découverte - % (n) – Cancer de l'estomac, Nouvelle-Calédonie, 2017-2018



Le cancer de l'estomac est principalement diagnostiqué suite à l'apparition de symptômes.

Répartition par histologie

La majorité des tumeurs de l'estomac sont des carcinomes ou adénocarcinomes (93%, n=54). Les autres tumeurs se composent de 3 tumeurs stromales gastro-intestinales (GIST) et d'une tumeur neuroendocrine.

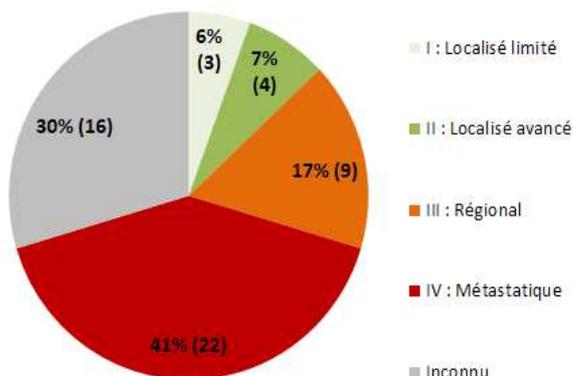
Répartition par stade

La répartition par stade est établie pour les 54 carcinomes et adénocarcinomes, les GIST et les tumeurs neuroendocrines ont leurs propres règles de stadification.

Pour les GIST, 2 ont été diagnostiquées à un stade régional et une à un stade métastatique.

La tumeur neuroendocrine a été diagnostiquée à un stade localisé.

FIGURE 57 | Répartition par stade - % (n) – Cancer de l'estomac, Nouvelle-Calédonie, 2017-2018



Pour les carcinomes et les adénocarcinomes, près de 3 cancers de l'estomac sur 5 ont été diagnostiqués à un stade avancé (58%, n=31).

La proportion de cancers avec un stade inconnu reste importante. La stadification se base sur la profondeur de l'invasion de la paroi, et cette donnée est principalement obtenue lorsqu'une chirurgie est réalisée en 1ère intention de traitement. Hors, de nombreux patients bénéficient d'une chimiothérapie néo-adjuvante ne permettant pas de renseigner cet item.

Incidences

Comparaisons internationales

Chez les hommes, l'ASR du cancer de l'estomac est de 11,3 cas [7,6-15] pour 100 000 personnes-année.

Il est comparable à celui de la Guadeloupe, de la Réunion, de la Martinique et de la Polynésie.

Il est supérieur à celui de la France métropolitaine, de la Nouvelle-Zélande et de l'Australie.

FIGURE 58 | Comparaisons internationales des taux d'incidence standardisés (Globocan 2020)- Hommes – ASR (n) – Cancer de l'estomac, Nouvelle-Calédonie, 2017-2018

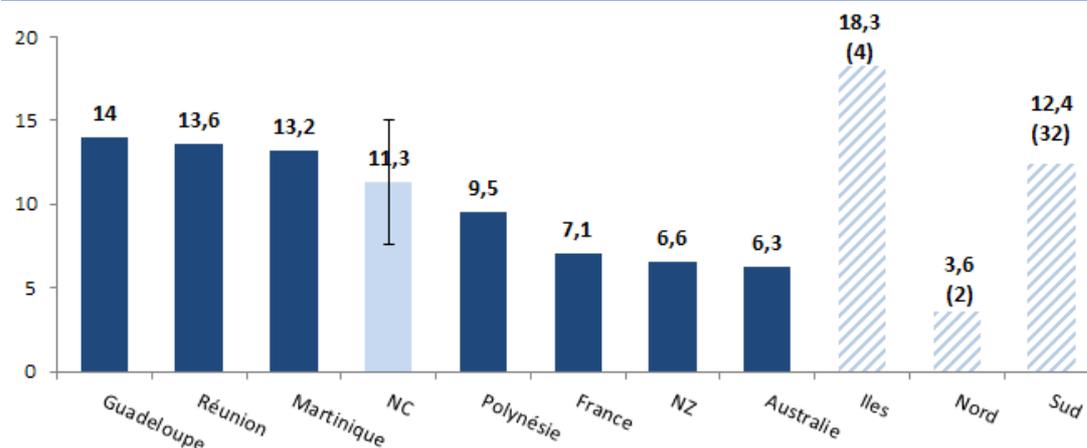


TABLEAU 29 | Rapport entre provinces des taux d'incidence standardisés et intervalle de confiance - Hommes
Cancer de l'estomac, Nouvelle-Calédonie, 2017-2018

	Rapport ASR	IC Inf	IC Sup
Iles / Nord	5,1	0,7	40,1
Iles / Sud	1,5	0,4	5,0
Nord / Sud	0,3	0,1	0,7

Chez les hommes, en 2017-2018, l'ASR du cancer de l'estomac est significativement plus élevé en province Sud qu'en province Nord.

Il est 3,4 fois plus élevé.

Chez les femmes, l'ASR du cancer de l'estomac est de 5,3 cas [2,9-7,7] pour 100 000 personnes-année.

Il est inférieur à celui de la Guadeloupe.

Il est comparable à celui de la Martinique, de la Réunion de la Polynésie et de la Nouvelle-Zélande.

Il est supérieur à celui de l'Australie et de la France métropolitaine.

FIGURE 59 | Comparaisons internationales des taux d'incidence standardisés (Globocan 2020) - Femmes – ASR (n) – Cancer de l'estomac, Nouvelle-Calédonie, 2017-2018

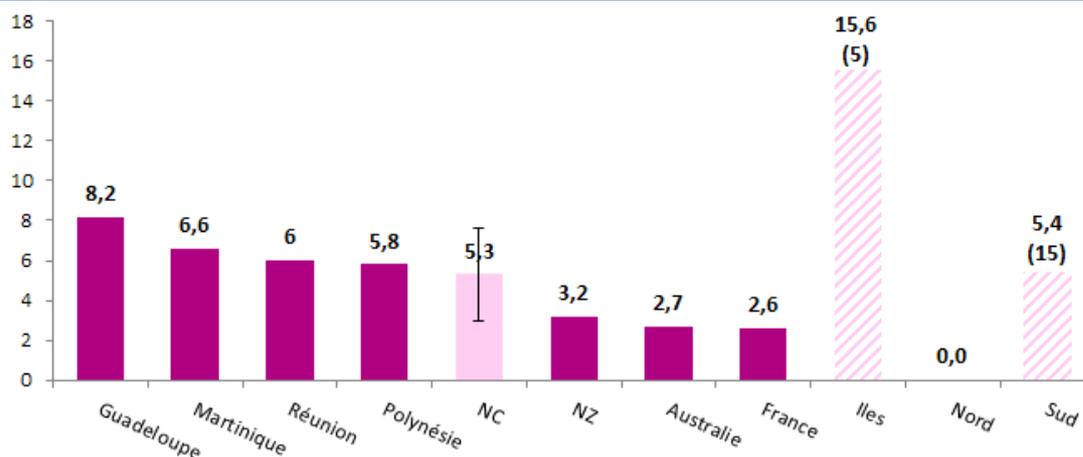


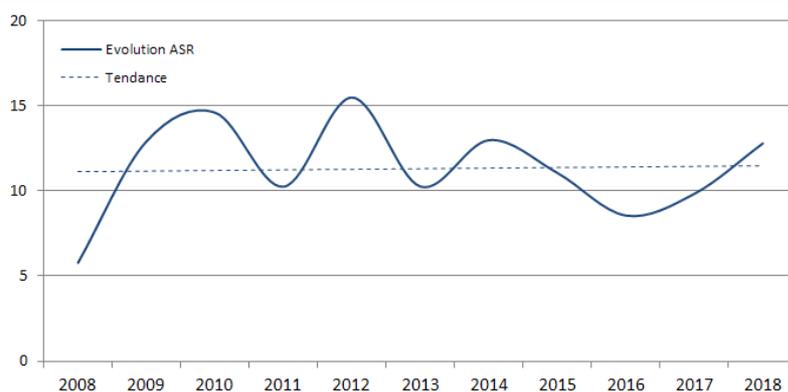
TABLEAU 30 | Rapport entre provinces des taux d'incidence standardisé et intervalle de confiance - Femmes Cancer de l'estomac, Nouvelle-Calédonie, 2017-2018

	Rapport ASR	IC Inf	IC Sup
Iles / Nord	/	/	/
Iles / Sud	2,9	0,7	12,8
Nord / Sud	/	/	/

Aucun cancer de l'estomac n'a été diagnostiqué chez les femmes en province Nord. Il n'y a pas de différence significative entre les provinces.

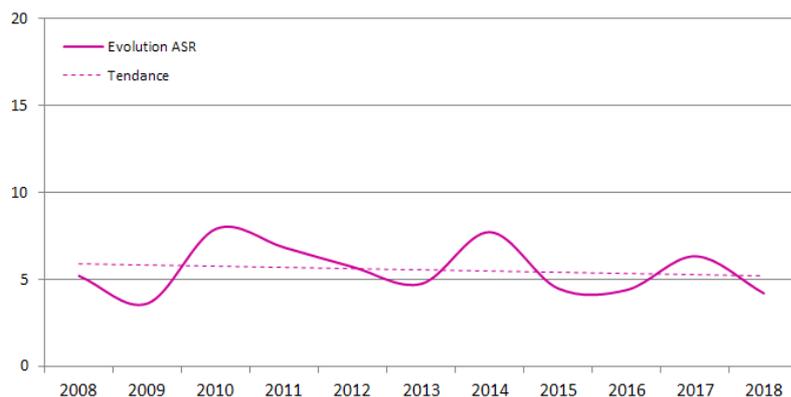
Evolution par sexe

FIGURE 60 | Evolution du taux d'incidence standardisé et tendance Hommes – Cancer de l'estomac, Nouvelle-Calédonie, 2008-2018



Chez les hommes, depuis 2008 l'ASR du cancer de l'estomac varie entre 5,8 et 15,5, avec une moyenne de 11,3 cas pour 100 000 personnes-année. Il n'y a **pas d'évolution significative** au cours de ces 10 dernières années ($p=0,9$)

FIGURE 61 | Evolution du taux d'incidence standardisé et tendance Femmes – Cancer de l'estomac, Nouvelle-Calédonie, 2008-2018



Chez les femmes, depuis 2008 l'ASR du cancer de l'estomac varie entre 2,3 et 7,9, avec une moyenne de 5,5 cas pour 100 000 personnes-année. Il n'y a **pas d'évolution significative** au cours de ces 10 dernières années ($p=0,6$)

POINTS-CLE

- Le cancer de l'estomac touche 2 fois plus les hommes que les femmes.
- 3/5 cancers sont diagnostiqués à un stade avancé et 2/5 à un stade métastatique.
- En 2017-2018, l'incidence du cancer de l'estomac est significativement plus élevée chez les hommes en province Nord qu'en province Sud. **Ce résultat demande à être analysé de façon plus complète et suivi.**

Carcinome hépatocellulaire (CHC)

Code CIM-10 : C22.0

Généralités

Les principaux facteurs de risque des carcinomes hépatocellulaires sont les hépatites virales B ou C, la consommation d'alcool et les cirrhoses.

En Nouvelle-Calédonie, la prévalence de l'hépatite B est de 4,5% (étude 2013 DASS-NC), et en phase chronique, en l'absence de suivi et de soins, le virus peut conduire à des cirrhoses et/ou des carcinomes hépatocellulaires. La vaccination contre l'hépatite B des nouveau-nés est obligatoire depuis 1989.

Les principaux traitements sont la chimio-embolisation, la radio-fréquence, la chirurgie ou les anti-cancéreux (Sorafénib).

En France, la survie nette à 5 ans est de 18%.

En Nouvelle-Calédonie sur la période 2017-2018, le CHC est le **18^{ème} cancer le plus fréquent, tous sexes confondus**, avec **en moyenne 16** tumeurs invasives par an. Cela représente un taux d'incidence standardisé (ASR) de **4,7** cas pour 100 000 personnes-année.

Il se situe au 10^{ème} rang chez les hommes avec en moyenne 13,5 tumeurs par an (ASR 8), et au 26^{ème} rang chez les femmes avec en moyenne 2,5 tumeurs par an (ASR 1,5).

On note un antécédent de syndrome myélodysplasique pour un seul patient.

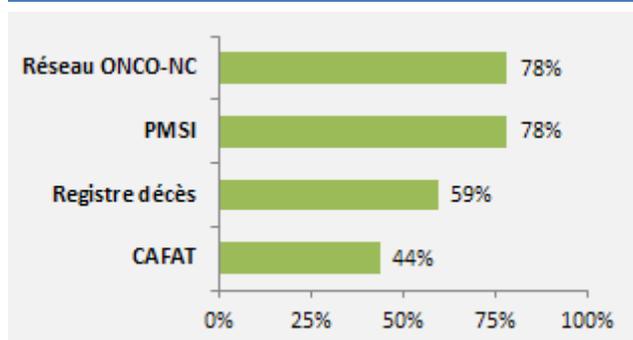
TABLEAU 31 | Nombres de cas, taux d'incidence standardisés (ASR) et rang, par sexe et par année – CHC-Nouvelle-Calédonie, 2017-2018

	Total			Hommes			Femmes		
	Nb/an	ASR	Rang	Nb/an	ASR	Rang	Nb/an	ASR	Rang
2017	19	5,5	15	16	9,3	9	3	1,8	25
2018	13	3,9	19	11	6,7	13	2	1,1	24
2017/2018	32	4,7	18	27	8	10	5	1,5	26

Qualité des données

Les principales sources de signalement des CHC sont le réseau Onco-NC et le PMSI.

TABLEAU 32 | Pourcentage des principales sources de signalement - CHC, 2017-2018, Nouvelle-Calédonie



1 cas a une seule et unique source de signalement, le réseau Onco-NC

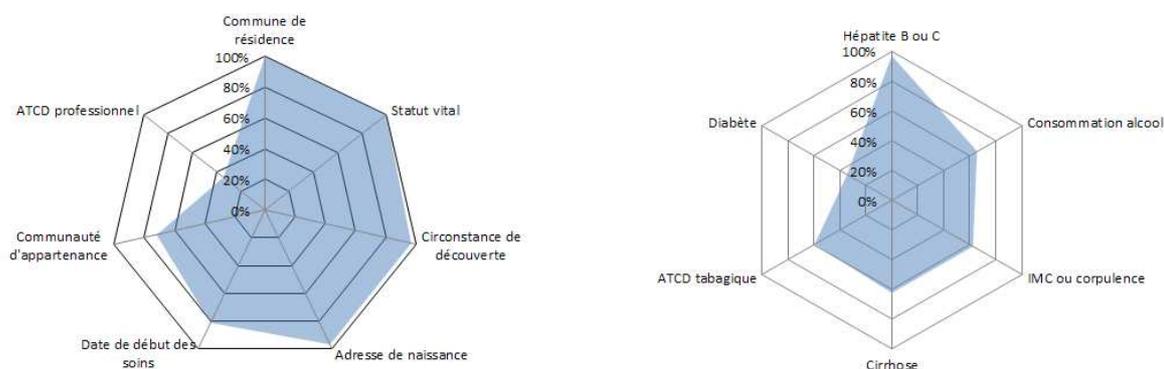
Le retour au dossier clinique a été réalisé pour tous les cas signalés.

Les CHC sont très peu diagnostiqués par des analyses anatomo-pathologiques ou cytologiques (37,5% des cas). Ils sont le plus souvent diagnostiqués grâce à une série d'examens radiologiques (présence de nodules, cirrhose...) et biochimiques (dosage de l'alphafoetoprotéine).

Les données patient sont bien renseignées, mis à part les antécédents professionnels.

Le facteur de risque principal qui est la présence ou non d'une hépatite virale B ou C est très bien renseigné dans les dossiers (97%). La consommation ou non d'alcool, ainsi que la présence ou non d'une cirrhose, est renseigné dans plus de 60% des dossiers.

FIGURE 62 | Pourcentage de données renseignées dans le dossier médical du patient – CHC, Nouvelle-Calédonie, 2017-2018



Description de la population

Sex ratio

Le CHC est beaucoup plus fréquent chez les hommes que chez les femmes avec un sex-ratio de 5,4 hommes pour 1 femme.

Répartition par âge

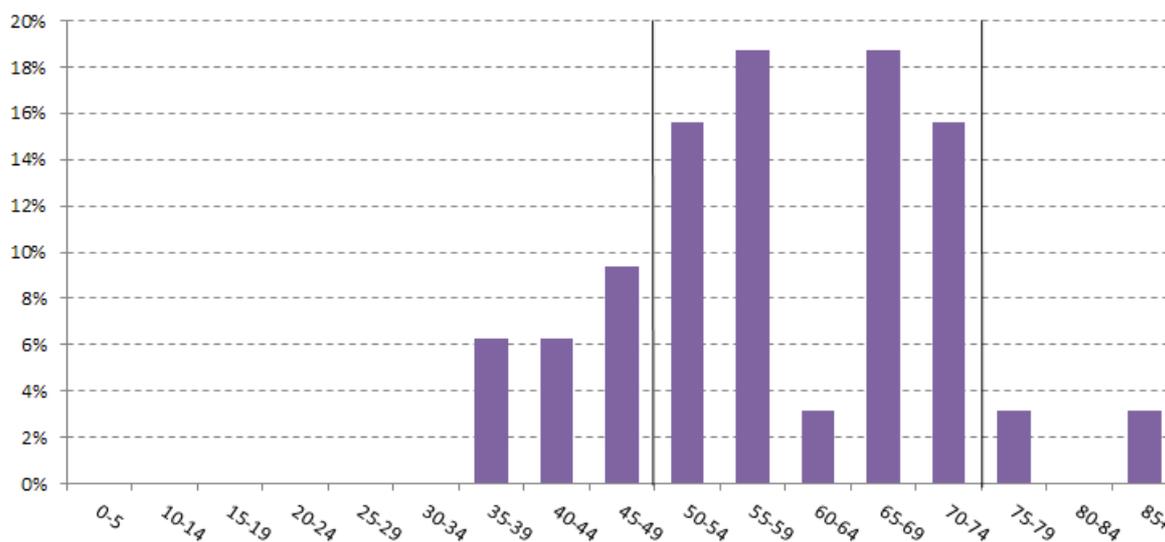
Le patient le plus jeune au moment du diagnostic avait 37 ans, et le plus âgé 85 ans.

L'âge moyen au diagnostic est de 59 ans (médiane 59 ans), avec :

- 22% (7) des patients qui ont moins de 50 ans.
- 72% (23) des patients qui ont entre 50 et 75 ans.
- 6% (2) qui ont 75 ans ou plus.

Près de 3 personnes sur 5 (56%), avait moins de 60 ans.

FIGURE 63 | Répartition par tranche d'âge (%) – CHC, Nouvelle-Calédonie, 2017-2018



Facteurs de risque

TABLEAU 33 | Pourcentage et nombre de cas par type de consommation à risque et statut hépatite B ou C – CHC, 2017-2018, Nouvelle-Calédonie

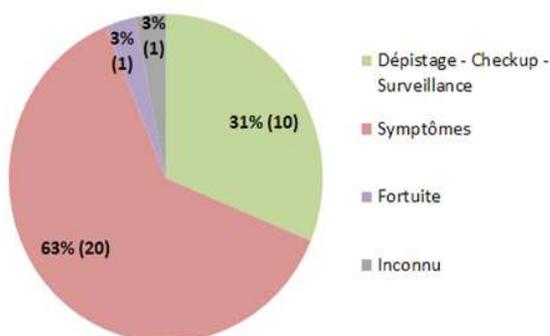
		Hépatite B ou C		
		Oui	Non ou inconnu	Total
Consommation abusive d'alcool	Oui	37,5% (12)	12,5% (4)	50% (16)
	Non ou inconnu	47% (15)	3% (1)	50% (16)
	Total	84% (27)	16% (5)	32

84% des patients étaient porteurs d'une hépatite virale, et la moitié était des consommateurs chroniques d'alcool. 37,5% des patients cumulaient les 2 facteurs de risque.

Description des tumeurs

Circonstances de découverte

FIGURE 64 | Répartition par circonstances de découverte - % (n) – CHC, Nouvelle-Calédonie, 2017-2018

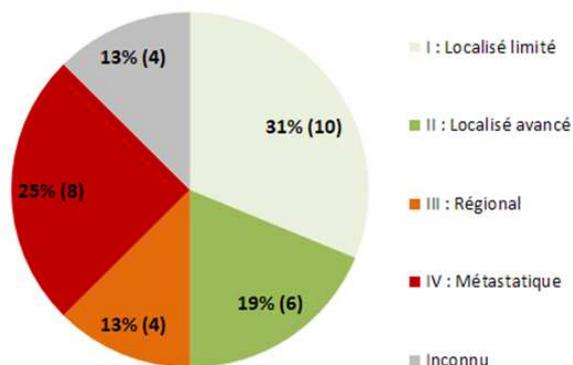


Les CHC sont découverts dans la majorité des cas à la suite de symptômes tels qu'une altération de l'état général, des douleurs abdominales...

Près d'un tiers des patients ont été diagnostiqués probablement dans le cadre d'un suivi régulier de leur hépatite.

Répartition par stade

FIGURE 65 | Répartition par stade - % (n) – CHC, Nouvelle-Calédonie, 2017-2018



La moitié des cas sont diagnostiqués à un stade localisé.

Incidences

Comparaisons internationales et locales

Il n'a pas été possible de réaliser une comparaison des taux d'incidences du carcinome hépatocellulaire avec ceux des autres pays. Les taux d'incidence disponibles sont ceux du cancer du foie, incluant les cancers des voies biliaires intra-hépatiques (cholangiocarcinomes). Il n'est donc pas possible de les comparer.

Chez les hommes, il n'y a **pas de différence significative** entre les provinces.

TABLEAU 34 | Nombre de cas, taux d'incidence standardisé, rapport entre provinces et intervalle de confiance – Hommes - CHC, Nouvelle-Calédonie, 2017-2018

	Nombre de cas	ASR		Rapport ASR	IC Inf	IC Sup
Iles	3	13,5	Iles / Nord	1,6	0,33	7,86
Nord	5	8,3	Iles / Sud	1,8	0,39	8,53
Sud	19	7,4	Nord / Sud	1,1	0,41	3,14

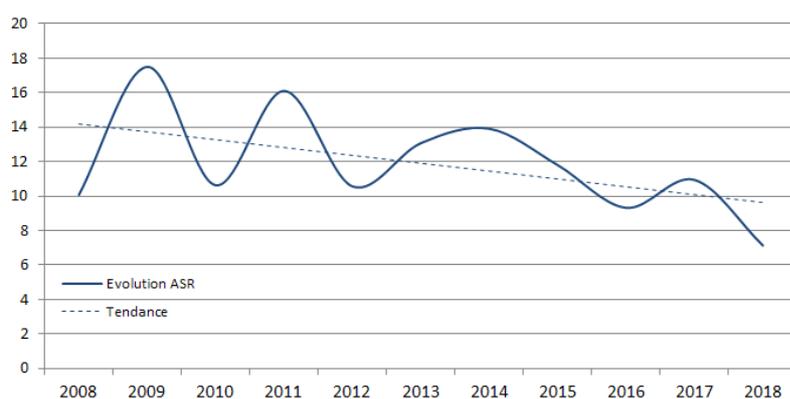
Chez les femmes, aucun cas n'a été diagnostiqué en province des Iles. Il n'y a **pas de différence significative** entre les provinces.

TABLEAU 35 | Nombre de cas, taux d'incidence standardisé, rapport entre provinces et intervalle de confiance – Hommes - CHC, Nouvelle-Calédonie, 2017-2018

	Nombre de cas	ASR		Rapport ASR	IC Inf	IC Sup
Iles	0		Iles / Nord	/	/	/
Nord	1		Iles / Sud	/	/	/
Sud	4		Nord / Sud	1,15	0,12	11,3

Evolution par sexe

FIGURE 66 | Evolution du taux d'incidence standardisé et tendance Hommes – CHC, Nouvelle-Calédonie, 2008-2018

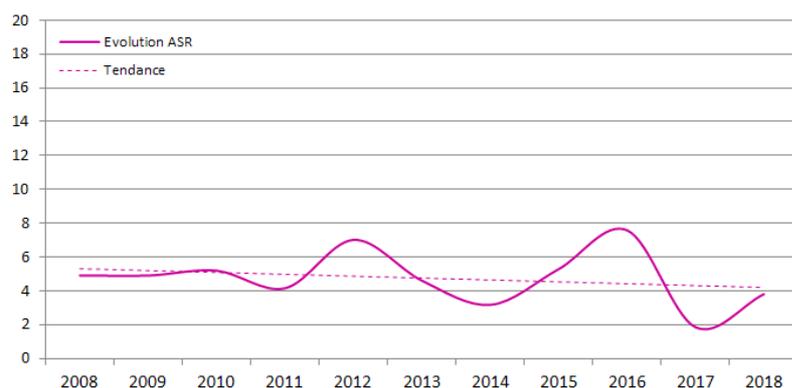


Chez les hommes, depuis 2008 l'ASR des CHC varie entre 7,1 et 17,5 avec une moyenne de 12 cas pour 100 000 personnes-année.

Bien que l'ASR **semble avoir tendance à diminuer**, cette diminution n'est pas significative ($p=0,11$). L'analyse des prochaines

données permettra ou pas de confirmer cette tendance.

FIGURE 67 | Evolution du taux d'incidence standardisé et tendance Femmes – CHC, Nouvelle-Calédonie, 2008-2018



Chez les femmes, depuis 2008 l'ASR des CHC varie entre 1,9 et 7,6 avec une moyenne de 4,8 cas pour 100 000 personnes-année.

Il n'y a **pas de d'évolution significative** au cours de ces 10 dernières années ($p=0,31$).

POINTS-CLE

- Le CHC est un cancer dit « évitable » car lié à une infection virale et/ou comportement à risque.
- Plus d'une personne sur 5 à moins de 50 ans, et 3 personnes sur 5 ont moins de 60 ans.
- La vaccination contre l'hépatite B des nouveau-nés, obligatoire depuis 1989, devrait permettre de confirmer la tendance à la diminution du taux d'incidence au cours des prochaines années.

Cancers de la vésicule et des voies biliaires intra et extra-hépatiques

Code CIM-10 : C22 (hors C22.0), C23 à C24

Généralités

Les cancers de la vésicule et des voies biliaires sont des cancers rares avec un taux d'incidence standardisé en France de 2,1 chez les hommes et 1,4 chez les femmes.

En France, il existe une prédominance féminine pour les cancers de la vésicule biliaire avec un sex-ratio de 0,46.

L'étiologie de ce type de cancer est encore peu connue. Les facteurs de risques probables sont les calculs biliaires, une inflammation de la vésicule ou des voies biliaires, des parasites (ex : douves du foie), le tabagisme, les substances chimiques (nitrosamines) et la surcharge pondérale.

Les principaux traitements sont la chirurgie, la radiothérapie et la chimiothérapie.

En France, la survie nette à 5 ans est de 22%.

En Nouvelle-Calédonie sur la période 2017-2018, le cancer de la vésicule et des voies biliaires est le **22^{ème} cancer le plus fréquent, tous sexes confondus**, avec **en moyenne 11** tumeurs invasives par an. Cela représente un taux d'incidence standardisé (ASR) de **3,2** cas pour 100 000 personnes-année.

Il se situe au 21^{ème} rang chez les hommes avec en moyenne 4,5 tumeurs par an (ASR 2,3), et au 17^{ème} rang chez les femmes avec en moyenne 6,5 tumeurs par an (ASR 3,6).

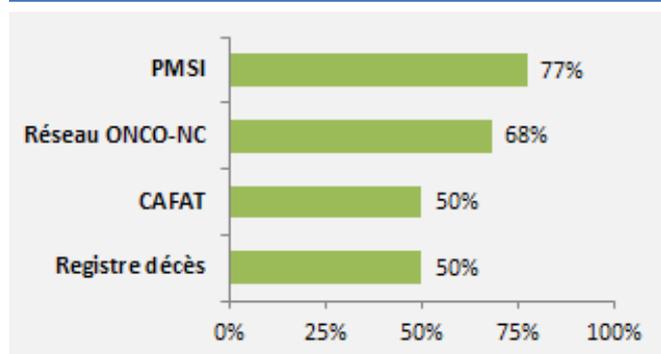
TABLEAU 36 | Nombres de cas, taux d'incidence standardisés (ASR) et rang, par sexe et par année – Cancer de la vésicule et des voies biliaires, Nouvelle-Calédonie, 2017-2018

	Total			Hommes			Femmes		
	Nb/an	ASR	Rang	Nb/an	ASR	Rang	Nb/an	ASR	Rang
2017	9	2,4	26	6	4	11	3	1,8	27
2018	13	3,5	20	3	1,5	23	10	5,4	11
2017/2018	22	3,2	22	9	2,3	21	13	3,6	17

Qualité des données

Les principales sources de signalement des cancers de la vésicule et des voies biliaires sont le PMSI et le réseau Onco-NC.

TABLEAU 37 | Pourcentage des principales sources de Signalement - Cancer de la vésicule et des voies biliaires 2017-2018, Nouvelle-Calédonie



1 cas a une seule et unique source de signalement, le réseau Onco-NC.

Le retour au dossier clinique a été réalisé pour 95% des cas signalés.
Une confirmation histologique a été enregistrée pour 91% des cas.

Description de la population

Sex ratio

Les cancers de la vésicule et des voies biliaires sont plus fréquents chez les femmes que chez les hommes avec un sex-ratio de 0,7 homme pour 1 femme.

Répartition par âge

Le patient le plus jeune au moment du diagnostic avait 40 ans, et le plus âgé 85 ans.

L'âge moyen au diagnostic est de 67 ans (médiane 70 ans), avec :

- 14% (3) des patients qui ont moins de 50 ans.
- 45% (10) des patients qui ont entre 50 et 75 ans.
- 41% (9) qui ont 75 ans ou plus.

Description des tumeurs

Circonstances de découverte

Les cancers de la vésicule et des voies biliaires sont le plus souvent diagnostiqués suite à l'apparition de symptômes, notamment un ictère (5%, n=13).

Les autres cancers ont été découverts de manière fortuite (n=4) ou suite à un suivi de cirrhose (n=3). Les circonstances de découverte restent inconnues pour 2 personnes.

Répartition par stade

La répartition par stade est établie sur 18 tumeurs qui correspondent aux critères de stadification par le TNM. Sur ces 18 tumeurs, la moitié est diagnostiquée à un stade métastatique.

Incidences

Comparaisons internationales et locales

Il n'a pas été possible de réaliser une comparaison des taux d'incidences du cancer de la vésicule et des voies biliaires avec ceux des autres pays. Les cancers des voies biliaires intra-hépatiques sont intégrés dans les cancers du foie. Il n'est donc pas possible de les comparer.

Chez les hommes, il n'y a pas de différence significative entre les provinces.

TABLEAU 38 | Nombre de cas, taux d'incidence standardisés, rapport entre provinces et intervalle de confiance – Hommes - Cancer de la vésicule et des voies biliaires, Nouvelle-Calédonie, 2017-2018

	Nombre de cas	ASR		Rapport ASR	IC Inf	IC Sup
Iles	1	4,2	Iles / Nord	2,7	0,10	71,8
Nord	1	1,6	Iles / Sud	1,9	0,12	29
Sud	7	2,2	Nord / Sud	0,7	0,11	4,6

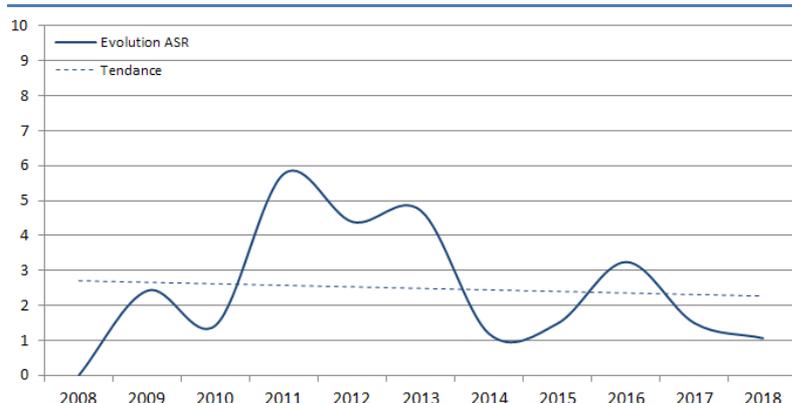
Chez les femmes, il n'y a pas de différence significative entre les provinces.

TABLEAU 39 | Nombre de cas, taux d'incidence standardisés, rapport entre provinces et intervalle de confiance – Hommes - Cancer de la vésicule et des voies biliaires, Nouvelle-Calédonie, 2017-2018

	Nombre de cas	ASR		Rapport ASR	IC Inf	IC Sup
Iles	1	4,1	Iles / Nord	2,1	0,10	45,2
Nord	1	2	Iles / Sud	1,1	0,12	8,8
Sud	11	3,9	Nord / Sud	0,5	0,10	2,5

Evolution par sexe

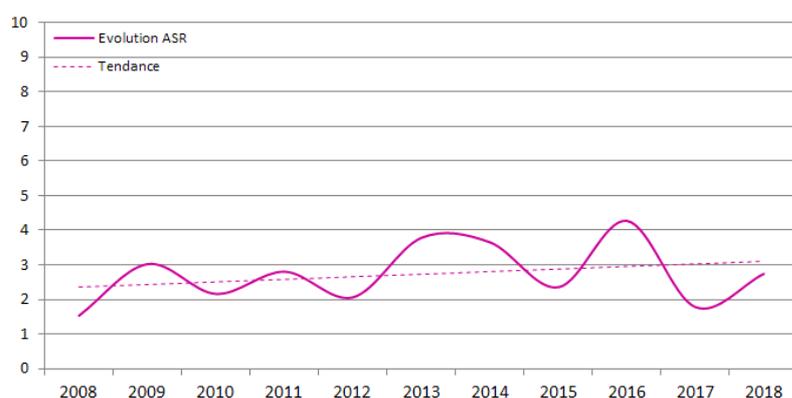
FIGURE 68 | Evolution du taux d'incidence standardisé et tendance Hommes – Cancer de la vésicule et des voies biliaires, Nouvelle-Calédonie, 2008-2018



Chez les hommes, depuis 2008 l'ASR des cancers de la vésicule et des voies biliaires varie entre 0 et 5,8 avec une moyenne de 2,5 cas pour 100 000 personnes-année.

Il n'y a **pas d'évolution significative** au cours de ces 10 dernières années ($p=0,8$).

FIGURE 69 | Evolution du taux d'incidence standardisé et tendance Femmes – Cancer de la vésicule et des voies biliaires, Nouvelle-Calédonie, 2008-2018



Chez les femmes, depuis 2008 l'ASR des cancers de la vésicule et des voies biliaires varie entre 1,5 et 4,3 avec une moyenne de 2,7 cas pour 100 000 personnes-année.

Il n'y a **pas d'évolution significative** au cours de ces 10 dernières années ($p=0,4$).

POINTS-CLE

- Le cancer de la vésicule et des voies biliaires est un cancer rare qui touche plus souvent les femmes que les hommes.
- Son incidence n'a pas évolué au cours des 10 dernières années.

Cancer du pancréas

Code CIM-10 : C25

Généralités

L'incidence du cancer du pancréas est en augmentation 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, et l'alcool.

5 à 10% des cas de cancer du pancréas sont attribuables à des facteurs de risque hérités : de nombreux cas dans la famille ou des syndromes génétiques prédisposants tels que l'altération du gène BRCA-1 et 2, le syndrome de Peuz-Jeghers...

Une étude à partir des données du PMSI métropolitain en 2012 a montré que 58% des nouveaux cas étaient diagnostiqués à un stade métastatique.

Les cancers primitifs du pancréas appartiennent à deux grands sous-groupes selon qu'ils présentent ou non une différenciation endocrine (non-endocrine : >90% des cas et endocrine : 5% des cas). Cette distinction est très importante car elle détermine la conception du traitement et le pronostic de la maladie.

La chirurgie et la chimiothérapie conventionnelle, parfois associées à une radiothérapie, sont les principaux traitements des cancers du pancréas. Ces traitements peuvent être utilisés seuls ou associés les uns aux autres.

En France, le taux de survie nette à 5 ans est de 11%.

En Nouvelle-Calédonie sur la période 2017-2018, le cancer du pancréas est le **13^{ème} cancer le plus fréquent, tous sexes confondus**, avec **en moyenne 26** tumeurs invasives par an. Cela représente un taux d'incidence standardisé (ASR) de **7,1** cas pour 100 000 personnes années.

Il se situe au 8^{ème} rang chez les hommes avec en moyenne 16 tumeurs par an (ASR 8,9), et au 11^{ème} rang chez les femmes avec en moyenne 10 tumeurs par an (ASR 5,3).

Pour 12% (n=6) des patients, on note un antécédent de cancer : colon-rectum (n=3), autre digestif (n=1), rein (n=1), prostate (n=1).

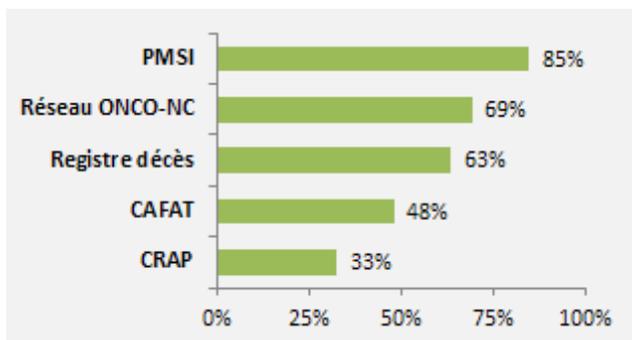
TABLEAU 40 | Nombres de cas, taux d'incidence standardisés (ASR) et rang, par sexe et par année – Cancer du pancréas - Nouvelle-Calédonie, 2017-2018

	Total			Hommes			Femmes		
	Nb/an	ASR	Rang	Nb/an	ASR	Rang	Nb/an	ASR	Rang
2017	24	6,5	13	17	9,7	8	7	3,3	16
2018	28	7,6	12	15	8,1	9	13	7,2	8
2017/2018	52	7,1	13	32	8,9	8	20	5,3	11

Qualité des données

Les principales sources de signalement du cancer du pancréas sont le PMSI, le réseau Onco-NC, et le registre des décès de Nouvelle-Calédonie.

TABLEAU 41 | Pourcentage des principales sources de signalement – Cancer du pancréas, 2017-2018, Nouvelle-Calédonie



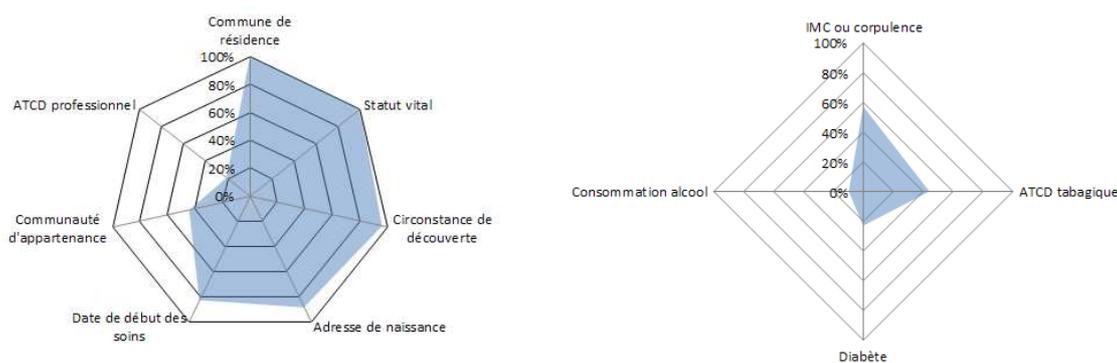
1 cas a eu une seule et unique source de signalement, le registre des causes médicales de décès.

Le retour au dossier clinique a été réalisé pour 97% des cas signalés.
Une confirmation histologique a été enregistrée pour 75% des cas.

Les données patient sont bien renseignées, mis à part les antécédents professionnels et la communauté d'appartenance.

Les facteurs de risques sont insuffisamment renseignés dans les dossiers.

FIGURE 70 | Pourcentage de données renseignées dans le dossier médical du patient – Cancer du pancréas, Nouvelle-Calédonie, 2017-2018



Description de la population

Sex ratio

Le cancer du pancréas est plus fréquent chez les hommes avec un sex-ratio de 1,6 hommes pour 1 femme.

Répartition par âge

Le patient le plus jeune au moment du diagnostic avait 38 ans et le plus âgé 92 ans.

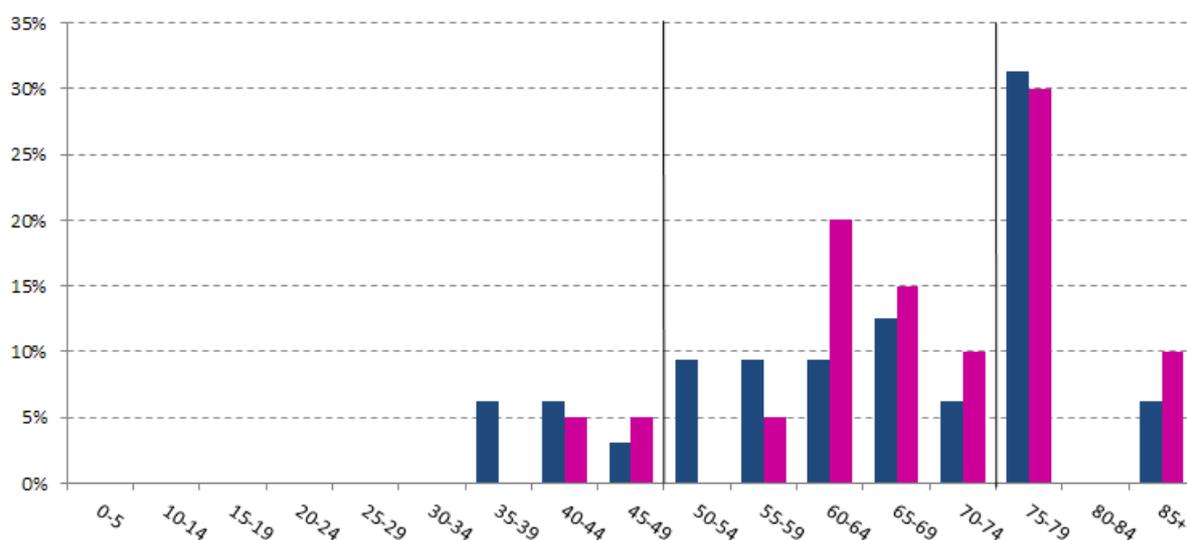
Chez les hommes, l'âge moyen au diagnostic est de 65 ans (médiane 68 ans), avec :

- 16% (5) des patients qui ont moins de 50 ans.
- 47% (15) des patients qui ont entre 50 et 75 ans.
- 37% (12) qui ont 75 ans ou plus.

Chez les femmes, l'âge moyen au diagnostic est de de 69 ans (médiane 70 ans), avec :

- 10% (2) des patientes qui ont moins de 50 ans.
- 50% (10) des patientes qui ont entre 50 et 75 ans.
- 40% (8) qui ont 75 ans ou plus.

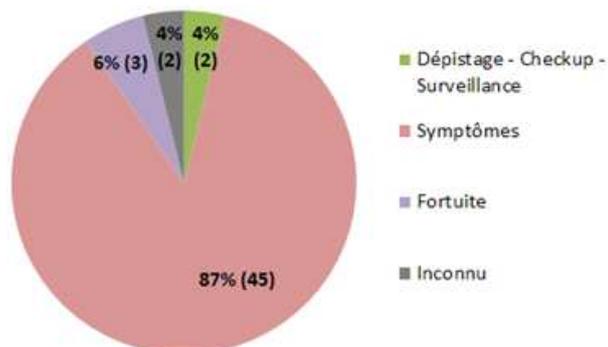
FIGURE 71 | Répartition par tranche d'âge et par sexe (%) – Cancer du pancréas – Nouvelle-Calédonie, 2017-2018



Description des tumeurs

Circonstances de découverte

FIGURE 72 | Répartition par circonstances de découverte - % (n) – Cancer du pancréas Nouvelle-Calédonie, 2017-2018



Les cancers du pancréas sont très majoritairement diagnostiqués suite à l'apparition de symptômes (85%; n=45), tels qu'une jaunisse, des douleurs abdominales, une altération de l'état général...

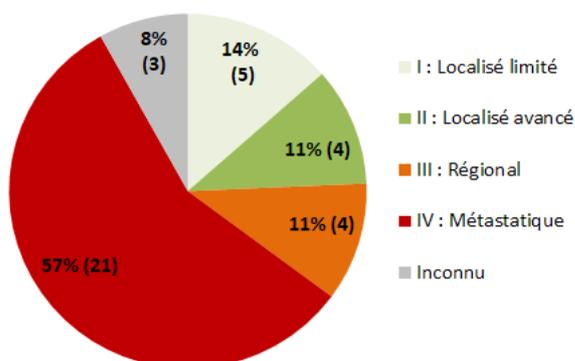
Répartition par histologie

La majorité des cancers du pancréas sont des carcinomes ou des adénocarcinomes (63%, n=33). Parmi les autres tumeurs, 4 (7,8%) sont des tumeurs neuro endocrines (TNE) et 15 histologies n'ont pas pu être déterminées.

Répartition par stade

La répartition par stade est établie pour les 33 carcinomes et adénocarcinomes, et les 4 TNE. Les 15 tumeurs sans histologie sont exclues de la stadification.

FIGURE 73 | Répartition par stade - % (n) – Cancer du pancréas -Nouvelle-Calédonie, 2017-2018



Plus de la moitié des cas (68%, n=25) sont diagnostiqués à un stade avancé (régional ou métastatique).

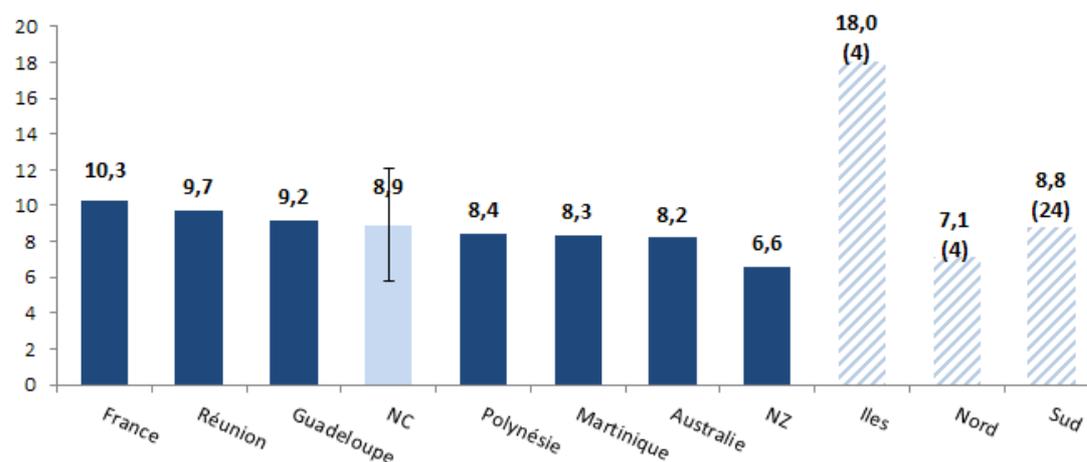
Incidences

Comparaisons internationales

Chez les hommes, l'ASR du cancer du pancréas est de 8,9 cas [5,8-12] pour 100 000 personnes-année.

Il est comparable à celui de tous les pays cités pour la comparaison.

FIGURE 74 | Comparaisons internationales des taux d'incidence standardisé (Globocan 2020)- Hommes – ASR (n) – Cancer du pancréas, Nouvelle-Calédonie, 2017-2018



**TABLEAU 42 | Rapport entre provinces des taux d'incidence standardisé et intervalle de confiance - Hommes
Cancers du pancréas, Nouvelle-Calédonie, 2017-2018**

	Rapport ASR	IC Inf	IC Sup
Iles / Nord	2,55	0,50	12,89
Iles / Sud	2,05	0,50	8,30
Nord / Sud	0,80	0,30	2,16

En 2017-2018, chez les hommes, il n'y a pas de différence significative entre les provinces.

Chez les femmes, l'ASR du cancer du pancréas est de 5,3 cas [2,9-7,7] pour 100 000 personnes-année.

Il est supérieur à celui de la Polynésie.

Il est comparable à celui de tous les autres pays cités pour la comparaison.

FIGURE 75 | Comparaisons internationales des taux d'incidence standardisé (Globocan 2020) - Femmes – ASR (n) – Cancer du pancréas, Nouvelle-Calédonie, 2017-2018

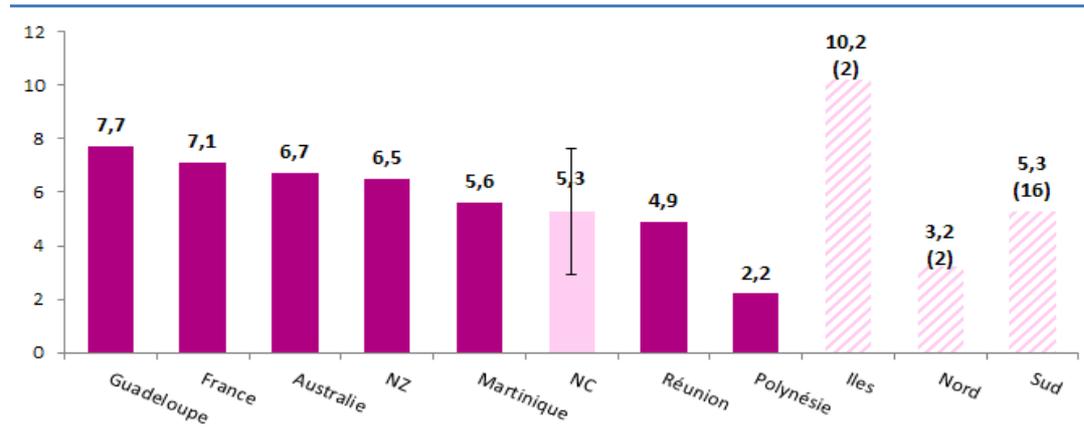


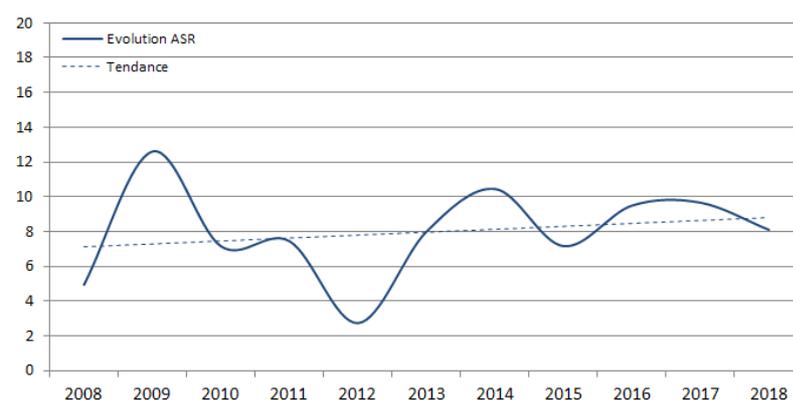
TABLEAU 43 | Rapport entre provinces des taux d'incidence standardisé et intervalle de confiance - Femmes Cancers du pancréas, Nouvelle-Calédonie, 2017-2018

	Rapport ASR	IC Inf	IC Sup
Iles / Nord	3,22	0,27	37,72
Iles / Sud	1,93	0,28	13,23
Nord / Sud	0,60	0,17	2,09

En 2017-2018, chez les femmes, il n'y a pas de différence significative entre les provinces.

Evolution par sexe

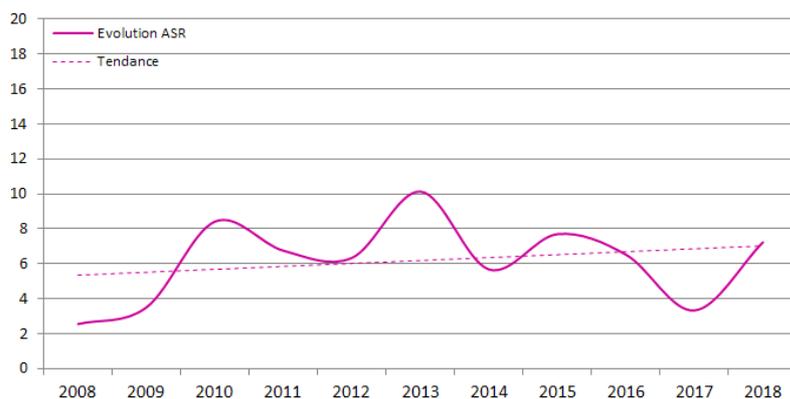
FIGURE 76 | Evolution du taux d'incidence standardisé et tendance Hommes – Cancer du pancréas, Nouvelle-Calédonie, 2008-2018



Chez les hommes, depuis 2008 l'ASR du cancer du pancréas varie entre 2,7 et 12,9, avec une moyenne de 8 cas pour 100 000 personnes-année.

Il n'y a **pas d'évolution significative** au cours de ces 10 dernières années (p=0,5).

FIGURE 77 | Evolution du taux d'incidence standardisé et tendance Femmes – Cancer du pancréas, Nouvelle-Calédonie, 2008-2018



Chez les femmes, depuis 2008 l'ASR du cancer du pancréas varie entre 2,5 et 10,1 avec une moyenne de 6,2 cas pour 100 000 personnes-année. Il n'y a **pas d'évolution significative** au cours de ces 10 dernières années ($p=0,5$).

POINTS-CLE

- Le cancer du pancréas est un cancer de très mauvais pronostic avec un taux de survie nette à 5 ans de 11% en France.
- Il est majoritairement diagnostiqué suite à l'apparition de symptômes.
- L'incidence de ce cancer n'a pas évolué au cours des 10 dernières années.

Cancer de l'œsophage

Code CIM-10 : C15

Généralités

Le cancer de l'œsophage est le 15^{ème} cancer le plus fréquent dans les pays occidentaux et représente 10 % des cancers digestifs. Cette maladie est plus incidente en Chine et dans les pays asiatiques.

Les deux formes principales de cancer de l'œsophage sont les carcinomes épidermoïdes et les adénocarcinomes. Depuis plusieurs années, la nature histologique a évolué avec une diminution des formes épidermoïdes et une augmentation des adénocarcinomes, touchant la jonction œsophage-estomac.

Les facteurs de risque communs sont le tabac et l'alcool (effet synergique). Un facteur de risque concerne uniquement les adénocarcinomes : il s'agit de l'œsophage de Barrett ou endobrachyœsophage (maladie principalement associée à un reflux gastro-œsophagien (RGO) de longue durée favorisé par une obésité).

Les principaux traitements sont la chirurgie, la chimiothérapie, la radiothérapie. Ceux-ci sont utilisés seuls ou associés, en fonction du stade d'évolution et des facteurs de pronostic.

En France, le taux de survie nette à 5 ans est de 16% chez les hommes et 20% chez les femmes.

En Nouvelle-Calédonie sur la période 2017-2018, le cancer de l'œsophage est le **23^{ème} cancer le plus fréquent, tous sexes confondus**, avec **en moyenne 10,5** tumeurs invasives par an. Cela représente un taux d'incidence standardisé (ASR) de **2,9** cas pour 100 000 personnes-année.

Il se situe au 18^{ème} rang chez les hommes avec en moyenne 8 tumeurs par an (ASR 4,6), et au 27^{ème} rang chez les femmes avec en moyenne 2,5 tumeurs par an (ASR 1,2).

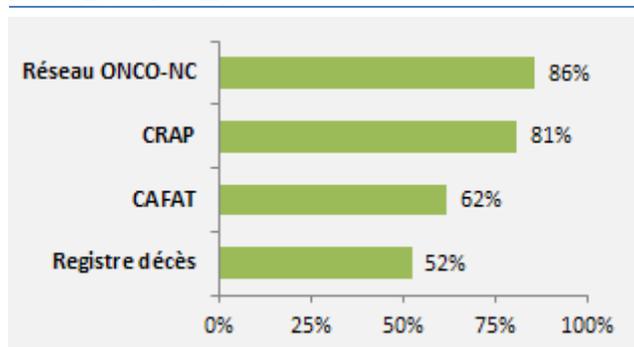
TABLEAU 44 | Nombres de cas, taux d'incidence standardisés (ASR) et rang, par sexe et par année- Cancer de l'œsophage- Nouvelle-Calédonie, 2017-2018

	Total			Hommes			Femmes		
	Nb/an	ASR	Rang	Nb/an	ASR	Rang	Nb/an	ASR	Rang
2017	13	3,6	20	9	5,2	16	4	1,9	24
2018	8	2,2	24	7	4	19	1	0,6	28
2017/2018	21	2,9	23	16	4,6	18	5	1,2	27

Qualité des données

Les principales sources de signalement du cancer de l'œsophage sont le réseau Onco-NC, les comptes-rendus d'anatomopathologie (CRAP) et les longues maladies de la CAFAT.

TABLEAU 45 | Pourcentage des principales sources de signalement, Cancer de l'œsophage, 2017-2018, Nouvelle-Calédonie



Tous les cas ont plus d'une source de signalement.

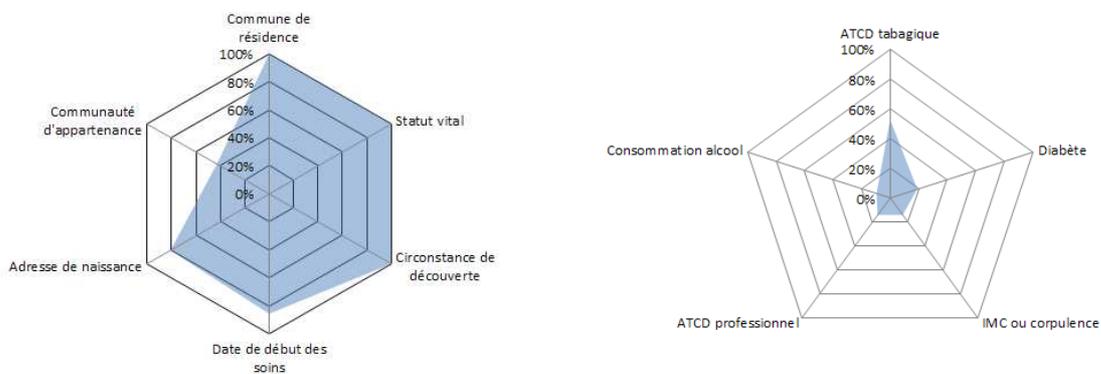
Le retour au dossier clinique a été réalisé pour 100% des cas signalés.

Une confirmation histologique a été enregistrée pour 100% des cas.

Les données patient sont bien renseignées, mis à part la communauté d'appartenance.

Les facteurs de risques sont insuffisamment renseignés dans les dossiers.

FIGURE 76 | Pourcentage de données renseignées dans le dossier médical du patient – Cancer de l'œsophage, Nouvelle-Calédonie, 2017-2018



Description de la population

Sex ratio

Les cancers de l'œsophage sont presque 3 fois plus fréquents chez les hommes que chez les femmes avec un sex-ratio de 3,2 hommes pour 1 femme

Répartition par âge

Le patient le plus jeune au moment du diagnostic avait 51 ans et le plus âgé 87 ans. L'âge moyen au diagnostic est de 66 ans (médiane 68 ans), avec :

- 0% des patients qui ont moins de 50 ans.
- 76% (16) des patients qui ont entre 50 et 75 ans.
- 24% (5) qui ont 75 ans ou plus.

Description des tumeurs

Circonstances de découverte

Les cancers de l'œsophage sont majoritairement diagnostiqués suite à l'apparition de symptômes (n=18) tels que une dysphagie, une altération de l'état général avec perte d'appétit, des régurgitations....

Répartition par histologie

76% (16) des tumeurs diagnostiquées sont des carcinomes épidermoïdes et 24% (5) sont des adénocarcinomes.

Répartition par stade

Pour les cancers de l'œsophage, la stadification repose sur la profondeur de l'invasion de la paroi œsophagienne. Cette donnée peut être obtenue grâce à la chirurgie. Cependant, cette option de traitement étant très peu employée en première intention, presque la moitié des cas (47% ; n=10) n'ont pas pu être stadés.

Incidences

Comparaisons internationales et locales

En 2017-2018, l'ASR du cancer de l'œsophage chez les hommes est de 4,6 [2,2-7] pour 100 000 personnes-année et de 1,2 [0-2,4] chez les femmes. Ces taux sont comparables à tous les pays et DOM présentés sur la figure suivante.

FIGURE 77 | Comparaisons internationales des taux d'incidence standardisés (Globocan 2020) - ASR (n)- Hommes, Cancer de l'œsophage, Nouvelle-Calédonie,2017-2018

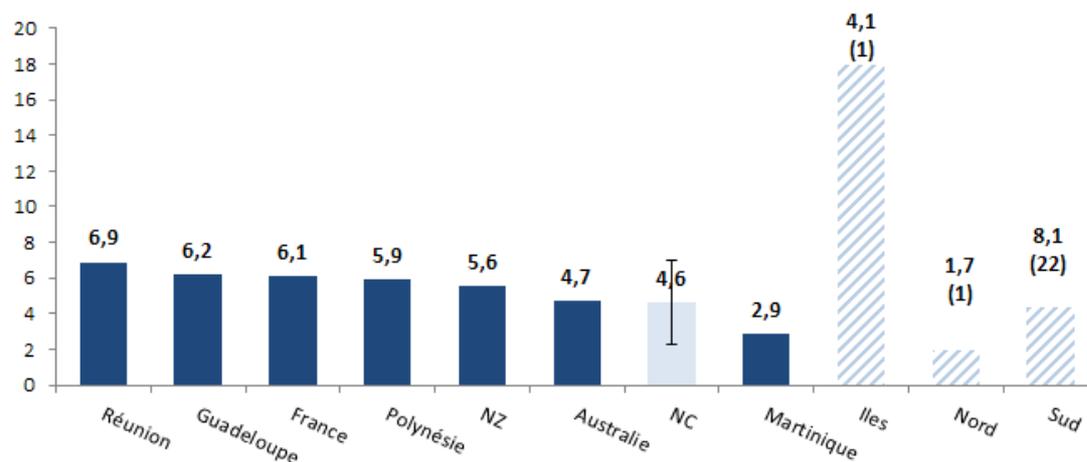


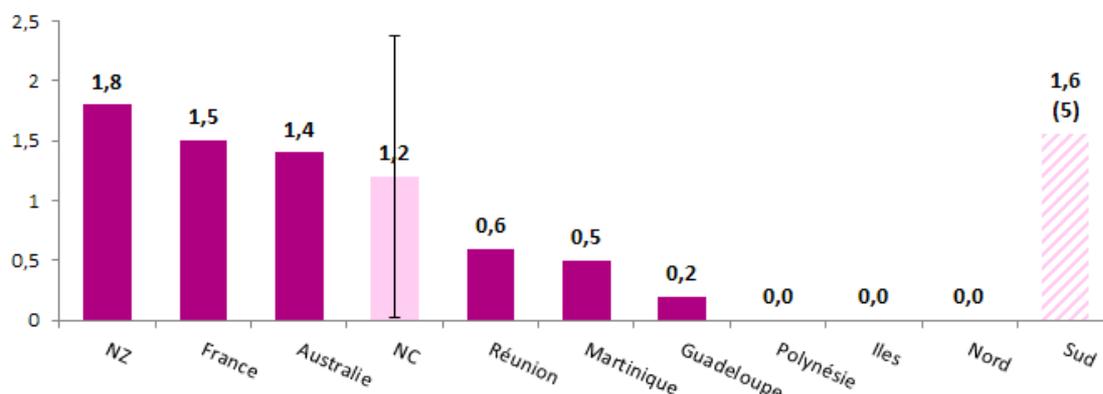
TABLEAU 46 | Rapport entre provinces des taux d'incidence standardisés et intervalle de confiance - Hommes Cancer de l'œsophage, Nouvelle-Calédonie, 2017-2018

	Rapport ASR	IC Inf	IC Sup
Iles / Nord	9,2	0,8	113,1
Iles / Sud	4,2	0,6	26,8
Nord / Sud	0,5	0,1	2,1

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

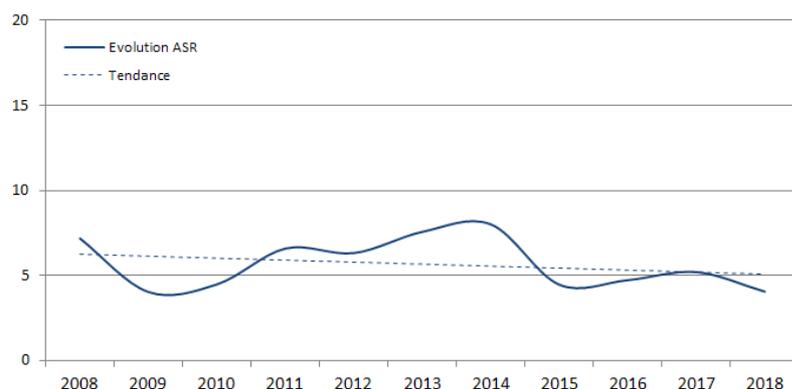
Chez les femmes, l'ASR est de 1,2 [0-2,4] et également comparable à tous les pays cités. Aucun cancer de l'œsophage n'a été diagnostiqué chez les femmes en province des Iles et en province Nord. Il n'y a donc pas de comparaison possible.

FIGURE 78 | Comparaisons internationales des taux d'incidence standardisés (Globocan 2020) - Femmes – ASR (n) – Cancer de l'œsophage, Nouvelle-Calédonie,2017-2018



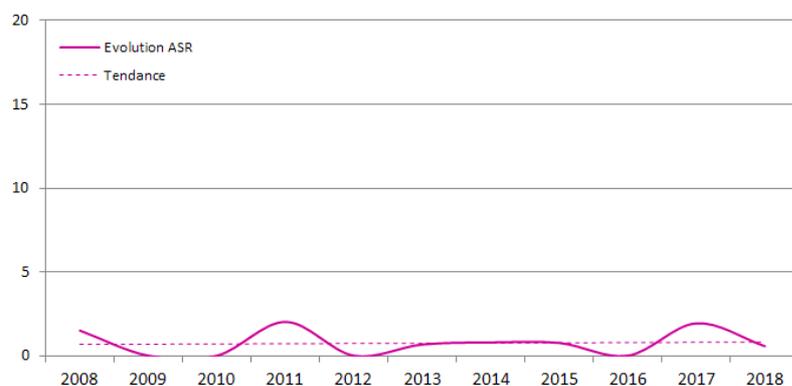
Evolution par sexe

FIGURE 79 | Evolution du taux d'incidence standardisé et tendance Hommes – Cancer de l'œsophage, Nouvelle-Calédonie, 2008-2018



Chez les hommes, depuis 2008 l'ASR du cancer de l'œsophage varie entre 4 et 8, avec une moyenne de 5,7 cas pour 100 000 personnes-année. Il n'y a **pas d'évolution significative** au cours de ces 10 dernières années ($p=0,4$).

FIGURE 80 | Evolution du taux d'incidence standardisé et tendance Femmes – Cancer de l'œsophage, Nouvelle-Calédonie, 2008-2018



Chez les femmes, depuis 2008 l'ASR du cancer de l'œsophage varie entre 0 et 2, avec une moyenne de 0,7 cas pour 100 000 personnes-année. Il n'y a **pas d'évolution significative** au cours de ces 10 dernières années ($p=0,9$).

POINTS-CLE

- Le cancer de l'œsophage est un cancer peu fréquent touchant majoritairement les hommes, avec un taux de survie faible et principalement lié à une consommation alcoolo-tabagique
- L'incidence de ce cancer n'a pas évolué au cours des 10 dernières années.

Autres cancers digestifs

Code CIM-10 : C17, C21, C26

Les tumeurs malignes de l'intestin grêle sont 15 à 40 fois plus rares que ceux du côlon. Elles représentent moins de 5 % de l'ensemble des tumeurs malignes du tube digestif et sont 2 fois plus fréquentes chez les hommes que chez les femmes.

Le cancer de l'anus est une maladie peu fréquente. Il représente environ 2,5 % des cancers digestifs, mais son incidence est en augmentation depuis ces trente dernières années vraisemblablement en raison de l'expansion des maladies sexuellement transmissibles.

Il est classiquement plus fréquent chez la femme, avec un sex-ratio de deux à six femmes pour un homme.

En Nouvelle- Calédonie, en 2017-2018, 21 tumeurs sont concernées et toutes ont fait l'objet d'un retour au dossier clinique.

Répartition par topographie et par sexe

La répartition par topographie et par sexe est la suivante :

TABLEAU 47 | Nombres de cas par sexe et topographie – Autres cancers digestifs, Nouvelle-Calédonie, 2017-2018

	Hommes	Femmes	Total
Intestin grêle – C17	5	1	6
Anus – C21	1	8	9
Digestifs Sans Autre Indication (SAI) – C26	3	3	6

Répartition par topographie et histologie

Intestin grêle :

- 1 tumeur sans diagnostic histologique.
- 4 tumeurs neuro-endocrines.
- 1 tumeur stromale gastrointestinale (GIST).

Anus :

- 8 carcinomes épidermoïdes.
- 1 carcinome basaloïde.

Digestifs SAI :

- 1 tumeur sans diagnostic histologique.
- 5 adénocarcinomes.

Généralité

Le cancer des bronches-poumon est parmi les plus létaux. Il représente 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 et chez les moins de 40 ans tous sexes confondus.

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).

Il existe deux principaux types de cancer du poumon très différents :

- *Le cancer du poumon non à petites cellules (CBNPC), le plus fréquent peut se présenter sous plusieurs formes :*
 - *Les cancers épidermoïdes, dont le nombre diminue (26 %) se développent habituellement dans les grosses bronches.*
 - *Les adénocarcinomes, les plus fréquents (45 %) prennent naissance en périphérie des poumons (touchent en priorité les fumeurs, mais c'est aussi le type de cancer du poumon le plus commun chez la femme et chez les non-fumeurs).*
 - *Les cancers à grandes cellules peuvent siéger dans toutes les parties du poumon.*
- *Le cancer du poumon à petites cellules (CBPC) représente environ 15 % des cas.*

Trois types de traitements sont utilisés en première intention : la chirurgie, la radiothérapie et les traitements médicamenteux (chimiothérapie conventionnelle, thérapies ciblées, immunothérapies spécifiques). Ces traitements peuvent être utilisés seuls ou associés les uns aux autres. Par ailleurs, même durant le parcours de soins, l'arrêt du tabac est toujours bénéfique.

En dépit des progrès de l'imagerie médicale et des nouvelles thérapeutiques, le pronostic de ce cancer reste grave mais s'est globalement amélioré ces dernières années. Avec l'arrivée de l'immunothérapie, plus de la moitié des patients répondeurs sont en vie 5 ans après le diagnostic.

En Nouvelle-Calédonie sur la période 2017-2018, le cancer des bronches-poumons est **le 2^{ème} cancer le plus fréquent, tous sexes confondus**, avec **en moyenne 147** tumeurs invasives par an. Cela représente un taux d'incidence standardisé (ASR) de **42** cas pour 100 000 personnes-année.

Il se situe au 2^{ème} rang chez les hommes avec en moyenne 92 tumeurs par an (ASR 54,7), et au 2^{ème} rang chez les femmes avec en moyenne 55 tumeurs par an (ASR 30).

Pour 14% (n=41) des patients, on note un antécédent de cancer : sein (n=9), prostate (n=7), thyroïde (n=7), VADS (n=5), vessie (n=3), digestif (n=3), mélanome cutanés (n=1), sarcome des tissus mous (n=1), col de l'utérus n(=1), corps utérin (n=1), rein (n=1), hémopathies (n=2).

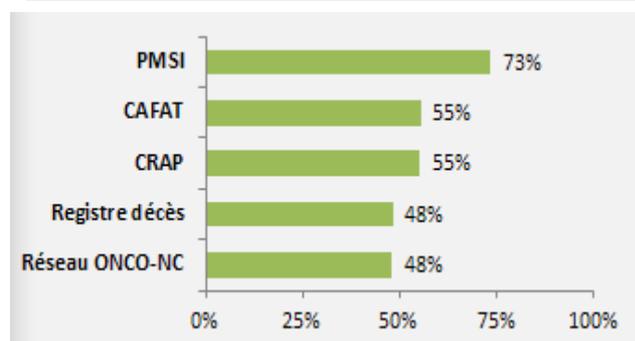
TABLEAU 48 | Nombres de cas, taux d'incidence standardisés et rang, par sexe et année – Cancer des bronches-poumon, Nouvelle-Calédonie, 2017-2018

	Total			Hommes			Femmes		
	Nb	ASR	Rang	Nb	ASR	Rang	Nb	ASR	Rang
2017	163	47,1	2	107	63,9	2	56	31,3	2
2018	131	37	2	77	45,7	2	54	28,6	2
2017/2018	294	42	2	184	54,7	2	110	30	2

Qualité des données

Les principales sources de signalement des cancers broncho-pulmonaires sont le PMSI, les longues maladies de la CAFAT et les comptes-rendus d'anatomopathologie (CRAP).

TABLEAU 49 | Pourcentage des principales sources de signalement – Cancer des bronches-poumon, Nouvelle-Calédonie, 2017-2018



15 (5%) cas ont une seule et unique source de signalement :

- 4 cas par le réseau Onco-NC.
- 4 cas par le registre des décès.
- 4 cas par les CRAP.
- 2 cas par la longue maladie de la Cafat.
- 1 cas par le PMSI.

Le retour au dossier clinique a été réalisé pour 99% des cas signalés.

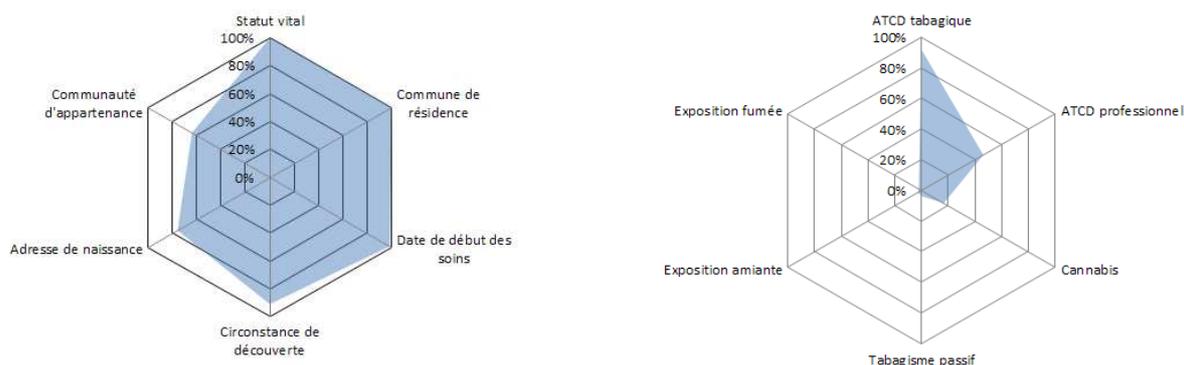
Une confirmation histologique a été enregistrée pour 95% des cas.

Les données patient sont bien renseignées, mis à part la communauté d'appartenance.

Les données concernant la consommation de tabac sont retrouvées 9 fois/10 dans les dossiers médicaux des patients suivis pour un cancer du poumon.

Cependant les autres « facteurs de risque » restent très insuffisamment renseignés pour permettre un traitement exhaustif de ces données ou envisager des études particulières (par exemple consommation de cannabis et lien avec la survenue précoce de cancer bronches-poumon).

FIGURE 81 | Pourcentage de données renseignées dans le dossier médical du patient – Cancer des bronches-poumons, Nouvelle-Calédonie, 2017-2018



Description de la population

Sex ratio

Le cancer bronches-poumon reste plus fréquent chez l'homme avec un sex ratio de 1,7 homme pour 1 femme.

Répartition par âge

Le patient le plus jeune au moment du diagnostic avait 31 ans, et le plus âgé 93 ans.

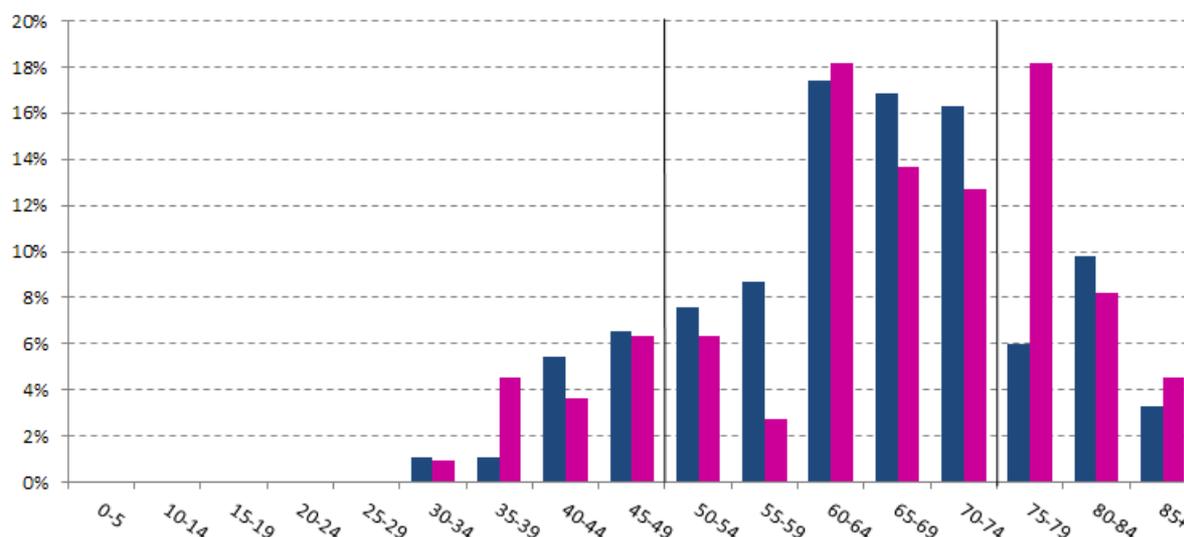
Chez les hommes, l'âge moyen au diagnostic est de 64 ans (médiane 65 ans) :

- 14% (26) des patients qui ont moins de 50 ans.
- 67% (123) des patients qui ont entre 50 et 75 ans.
- 19% (35) qui ont 75 ans ou plus.

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

- 15% (17) des patientes qui ont moins de 50 ans.
- 54% (59) des patientes qui ont entre 50 et 75 ans.
- 31% (34) qui ont 75 ans ou plus.

FIGURE 82 | Répartition par tranche d'âge et par sexe (%) – Cancer des bronches-poumons– Nouvelle-Calédonie, 2017-2018



Facteurs de risque

TABLEAU 50 | Pourcentage par type de consommation et sexe -Cancer des bronches-poumon, Nouvelle-Calédonie, 2017-2018

	Hommes	Femmes	Total
Actif	48%	33%	43%
Sevré	40%	32%	36%
Non-fumeur	6%	24%	13%
Inconnu	6%	11%	8%

8 personnes sur 10 ayant développé un cancer des bronches-poumon, ont un antécédent tabagique.

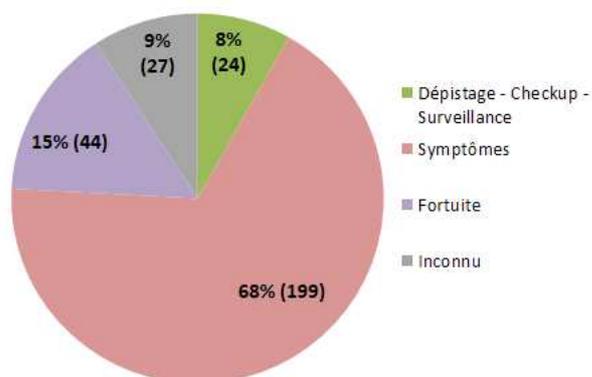
Chez les femmes, la proportion de non-fumeurs (24%) est plus importante que chez les hommes ;

Le manque de données concernant le tabagisme passif ou autres facteurs de risque ne permet pas d'interprétation plus précise.

Description des tumeurs

Circonstances de découverte

FIGURE 83 | Répartition par circonstances de découverte - % (n) – Cancer des bronches-poumons Nouvelle-Calédonie, 2017-2018

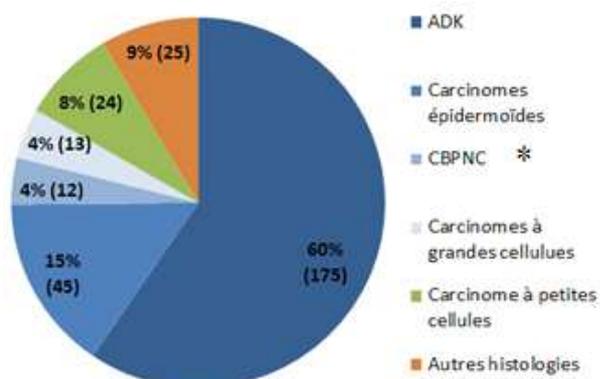


La grande majorité des cancers broncho-pulmonaires sont diagnostiqués suite à l'apparition de symptômes (68%, n =199) tels que la toux, les hémoptysies ou l'altération de l'état général.

Les cas diagnostiqués lors d'un bilan d'une surveillance ou de façon fortuite correspondent en partie à un suivi de bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO).

Répartition par histologie

FIGURE 84 | Répartition par histologie - % (n) – Cancer des bronches-poumons -Nouvelle-Calédonie, 2017-2018

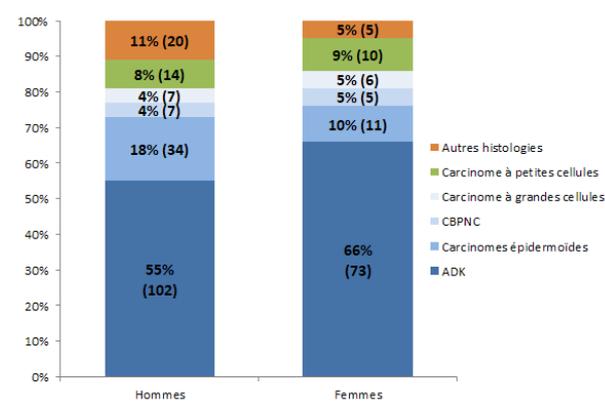


*CBPNC carcinome broncho-pulmonaire non à petite cellule

La catégorie des carcinomes non à petites cellules (CBNPC) représente 83% des cancers avec 60% (n=175) d'adénocarcinomes, 15 % (n=45) de carcinomes épidermoïdes, 4% (n=13) de carcinomes à grandes cellules pulmonaires en 2017-2018.

Le carcinome à petites cellules représente 8% (n=24) des cas. Les autres histologies comprennent les tumeurs sans diagnostic histologique (n=16), les carcinomes sans autres indications ou autres carcinomes (n=7) et 2 sarcomes.

**FIGURE 85 | Répartition par histologie et par sexe
% (n) - Cancer des bronches-poumons –
Nouvelle-Calédonie, 2017-2018**

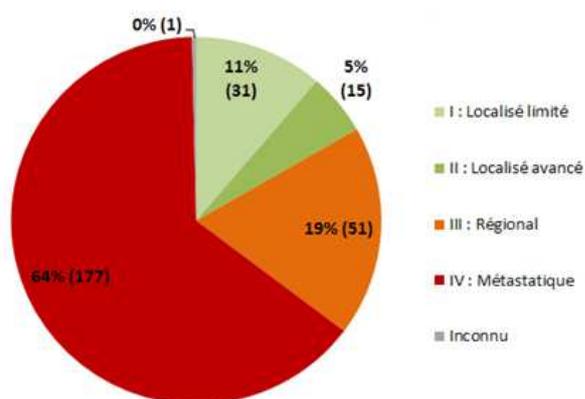


En 2017-2018, parmi les carcinomes non à petites cellules la proportion de carcinomes épidermoïdes reste plus faible chez les femmes que chez les hommes, au profit de celle des adénocarcinomes qui est plus importante.

Répartition par stade

La répartition par stade est établie pour 275 (93%) tumeurs. Les 15 tumeurs sans histologie, les 2 sarcomes et 1 tumeur neuro-endocrine se sont pas retenues pour le stade.

FIGURE 86 | Répartition par stade - % (n) – Cancer des bronches-poumons, Nouvelle-Calédonie, 2017-2018



Le diagnostic est effectué dans 83% (n=228) des cas à un stade avancé (régional ou métastatique) avec une majorité de stade métastatique soit dans 64% des cas (n=177). Pour 16% (n=46) des cas le diagnostic est réalisé à un stade localisé (I, II).

Incidences

Comparaisons internationales

Chez les hommes, l'ASR du cancer des bronches-poumon est de 54,7 cas [46,7-62,7] pour 100 000 personnes-année.

Il est comparable à celui de la Polynésie et de la France métropolitaine.

Il est supérieur à celui de la Réunion, de l'Australie, de la Nouvelle-Zélande, de la Guadeloupe et de la Martinique.

FIGURE 87 | Comparaisons internationales des taux d'incidence standardisé (Globocan 2020) - Hommes – ASR (n) – Cancer des bronches-poumons, Nouvelle-Calédonie, 2017-2018

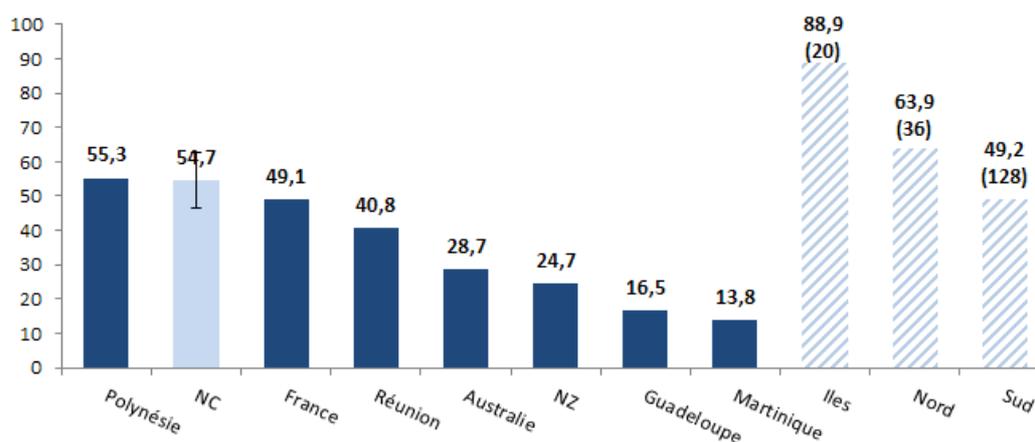


TABLEAU 51 | Rapport entre provinces des taux d'incidence standardisé et intervalle de confiance – Hommes, Cancer des bronches-poumon, Nouvelle-Calédonie, 2017-2018

	Rapport ASR	IC Inf	IC Sup
Iles / Nord	1,39	0,78	2,49
Iles / Sud	1,81	1,00	3,27
Nord / Sud	1,30	0,87	1,94

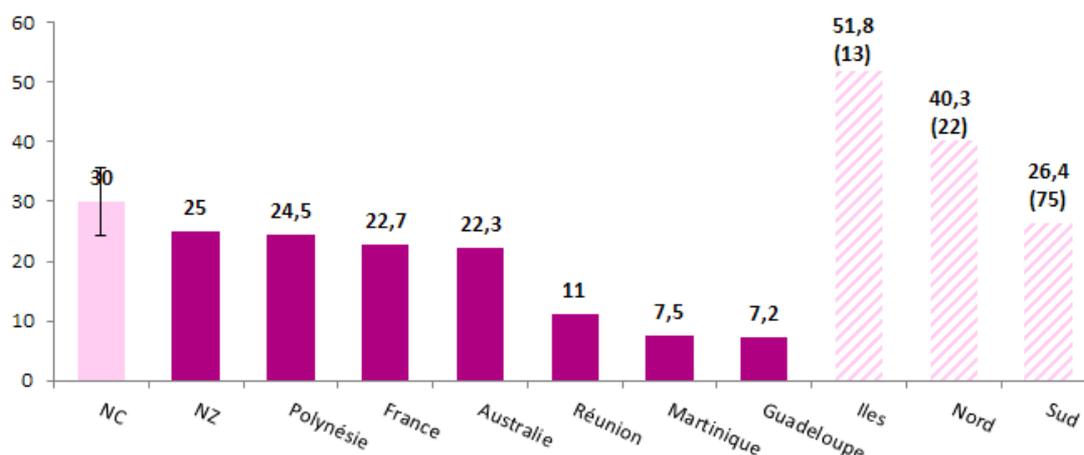
Il n'y a pas de différence significative entre les provinces.

Chez les femmes, l'ASR du cancer des bronches-poumon est de 30 cas [24,3-35,7] pour 100 000 personnes-année.

Il est comparable à ceux de la Nouvelle-Zélande et de la Polynésie.

Il est supérieur à celui de la France métropolitaine, de l'Australie, de la Réunion, de la Martinique et de la Guadeloupe.

FIGURE 88 | Comparaisons internationales des taux d'incidence standardisé (Globocan 2020) - Femmes – ASR (n) – Cancer des bronches-poumon, Nouvelle-Calédonie, 2017-2018



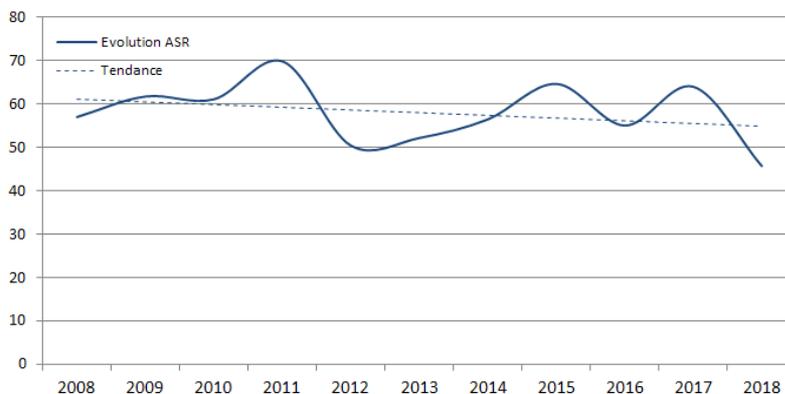
**TABLEAU 52 | Rapport entre provinces des taux d'incidence standardisé et intervalle de confiance - Femmes
Cancer des bronches-poumons, Nouvelle-Calédonie, 2017-2018**

	Rapport ASR	IC Inf	IC Sup
Iles / Nord	1,29	0,62	2,69
Iles / Sud	1,96	0,89	4,31
Nord / Sud	1,52	0,87	2,66

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

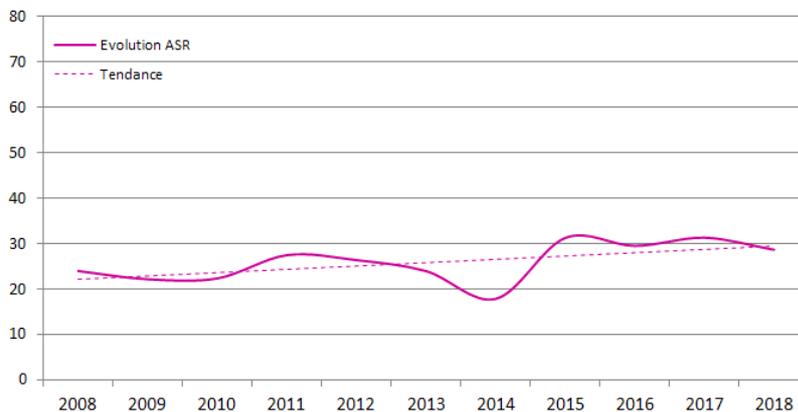
Evolution par sexe

FIGURE 89 | Evolution du taux d'incidence standardisé et tendance Hommes, Cancer des bronches-poumon, Nouvelle-Calédonie, 2008-2018



Chez les hommes, depuis 2008 l'ASR des cancers broncho-pulmonaires varie entre 50,4 et 69,8 avec une moyenne de 58 cas pour 100 000 personnes-année. Il n'y a **pas d'évolution significative** au cours de ces 10 dernières années ($p=0,37$).

FIGURE 90 | Evolution du taux d'incidence standardisé et tendance Femmes, Cancer des bronches-poumon, Nouvelle-Calédonie, 2008-2018



Chez les femmes, depuis 2008 l'ASR des cancers broncho-pulmonaires varie entre 17,8 et 29,5 avec une moyenne de 25,8 cas pour 100 000 personnes-année. L'ASR **semble avoir tendance à augmenter** au cours de ces 10 dernières années ($p=0,07$). Cette tendance se confirmera peut être au cours des prochaines années.

POINTS-CLE

- En 2017-2018, le cancer des bronches-poumon reste parmi le 2ème cancer le plus incident, autant chez l'homme que chez la femme.
- Il est très majoritairement diagnostiqué à un stade avancé dans un contexte de symptomatologie.
- Un antécédent tabagique est retrouvé dans cas sur 10. Un recueil plus exhaustif des autres facteurs de risque pourrait permettre une meilleure compréhension des résultats obtenus.
- L'incidence tend à se stabiliser chez les hommes alors qu'elle tend à augmenter chez les femmes.

Mésothéliome de la plèvre

Code CIM-10 : C45

Généralité

Le mésothéliome pleural malin est un cancer rare. Près de 70 % des cas surviennent chez l'homme.

La part des mésothéliomes pleuraux attribuable à une exposition à l'amiante est estimée à 83,2% chez les hommes et à 38,4 % chez les femmes. Outre l'amiante en milieu professionnel, d'autres fibres minérales (érionite et fluoro-édénite) sont associées à un excès de mésothéliomes dans des conditions d'exposition environnementale. Certains cas de mésothéliomes pourraient être liés à une irradiation thérapeutique antérieure.

Aucun lien causal n'a été établi de façon valide avec un tabagisme actif ou passif.

Un mésothéliome pleural peut envahir toute la plèvre et s'étendre à des organes proches comme le poumon ou le diaphragme.

On distingue 3 types histologiques principaux:

- épithélial (50-70 %) ;
- sarcomateux (10-20 %) ;
- mixte ou biphasique (20-35 %).

Les traitements du mésothéliome comprennent, la chirurgie, rarement, la radiothérapie et pour des indications restreintes et surtout la chimiothérapie.

En Nouvelle-Calédonie sur la période 2017-2018, le mésothéliome de la plèvre est le **29^{ème} cancer le plus fréquent, tous sexes confondus**, avec **en moyenne 6** tumeurs invasives par an. Cela représente un taux d'incidence standardisé (ASR) de **1,6** cas pour 100 000 personnes-année.

Il se situe au **25^{ème}** rang chez les hommes avec en moyenne 2,5 tumeurs par an (ASR 1,3), et au **23^{ème}** rang chez les femmes avec en moyenne 3,5 tumeurs par an (ASR 2,1).

TABLEAU 53 | Nombres de cas, taux d'incidence standardisés et rang, par sexe et année – mésothéliome de la plèvre, Nouvelle-Calédonie, 2017-2018

	Total			Hommes			Femmes		
	Nb	ASR	Rang	Nb	ASR	Rang	Nb	ASR	Rang
2017	7	2,2	28	2	1,1	25	5	3,2	18
2018	5	1,1	30	3	1,4	25	2	1,1	25
2017/2018	12	1,6	29	5	1,3	25	7	2,1	23

Qualité des données

Le retour au dossier clinique a été réalisé pour 100% des cas signalés.

Description de la population

Sex ratio

En 2017-2018, le mésothéliome de la plèvre, est plus fréquent chez les femmes avec un sex ratio de 0,7 homme pour 1 femme.

Age

Le patient le plus jeune au moment du diagnostic avait 40 ans, et le plus âgé 83 ans.

Province de résidence

2 patients sur 3 résidaient en province Nord. Aucun patient ne résidait en province Iles.

Facteurs de risque

L'exposition à l'amiante (professionnelle ou environnementale) est relevée comme facteur de risque pour 3 patients (25%), 1(8%) patient n'a pas été exposé à l'amiante et pour 8 (67%) patients l'information n'est pas connue.

Description des tumeurs

Circonstances de découverte

Tous les mésothéliomes de la plèvre ont été diagnostiqués suite à l'apparition de symptômes.

Stade au diagnostic

Les informations permettant la stadification des tumeurs étaient renseignées pour la moitié des cas. Sur les 6 tumeurs concernées, 2 ont été diagnostiquées à un stade métastatique.

Incidences

Comparaisons internationales

Chez les hommes, l'ASR du mésothéliome est de 1,3 cas [0,1-2,5] pour 100 000 personnes-année.

Il est comparable à celui de l'Australie et de la Nouvelle-Zélande, de la France et de la Réunion.

FIGURE 91 | Comparaisons internationales des taux d'incidence standardisés (Globocan 2020) - Hommes – ASR (n) – Mésothéliome de la plèvre, Nouvelle-Calédonie, 2017-2018

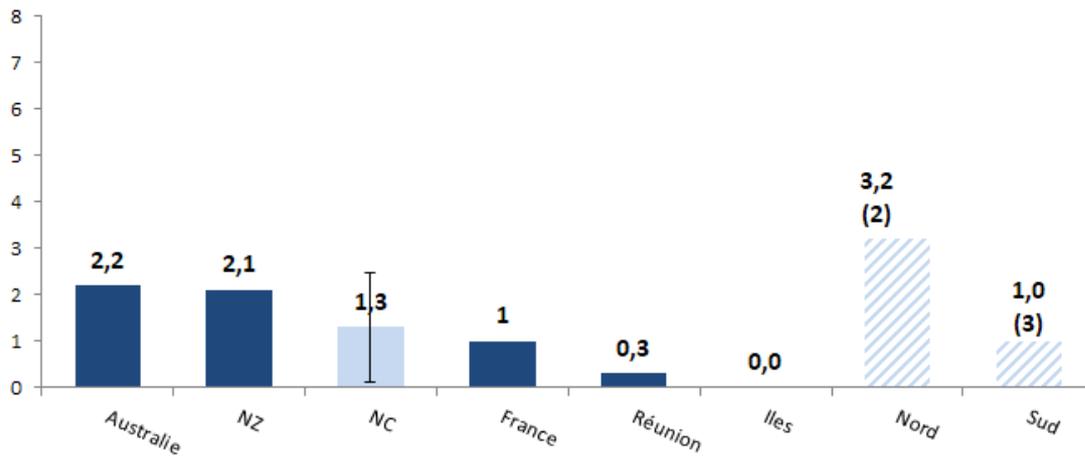


TABLEAU 54 | Rapport entre provinces des taux d'incidence standardisés et intervalle de confiance – Hommes, Mésothéliome de la plèvre, Nouvelle-Calédonie, 2017-2018

	Rapport ASR	IC Inf	IC Sup
Iles / Nord	/	/	/
Iles / Sud	/	/	/
Nord / Sud	3,20	0,28	35,96

Il n'a pas été diagnostiqué de cas en province des îles.
Il n'y a pas de différence significative entre les provinces.

Chez les femmes, l'ASR du mésothéliome de la plèvre est de 2,1 cas [0,5-3,7] pour 100 000 personnes-année.

Il est comparable à celui de l'Australie.

Il est supérieur à celui de la Nouvelle-Zélande et de la France.

FIGURE 92 | Comparaisons internationales des taux d'incidence standardisés (Globocan 2020) - Femmes – ASR (n) – Mésothéliome de la plèvre, Nouvelle-Calédonie, 2017-2018

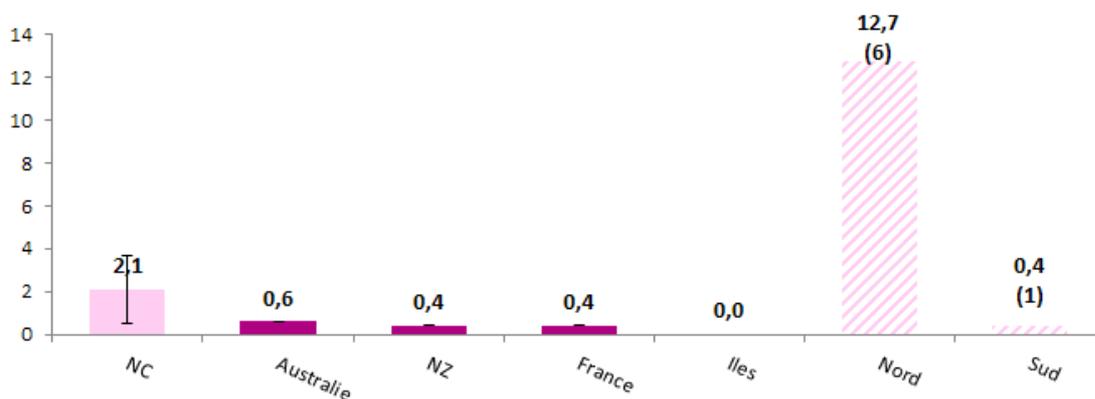


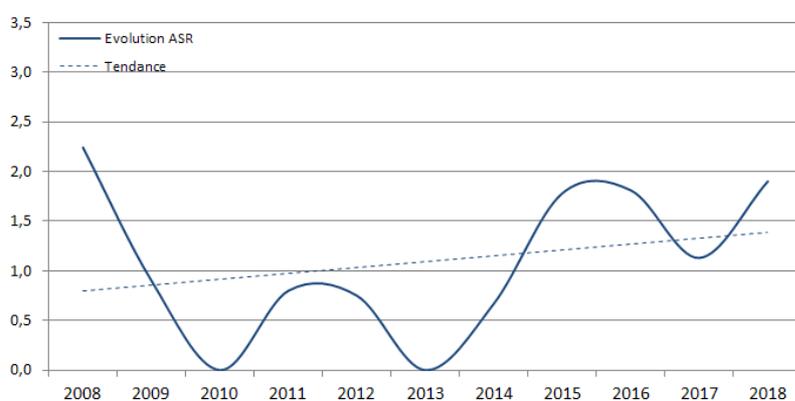
TABLEAU 55 | Rapport entre provinces des taux d'incidence standardisé et intervalle de confiance – Femmes - Mésothéliome de la plèvre, Nouvelle-Calédonie, 2017-2018

	Rapport ASR	IC Inf	IC Sup
Iles / Nord	/	/	/
Iles / Sud	/	/	/
Nord / Sud	35,19	1,78	695,37

L'ASR du mésothéliome de la plèvre **en province Nord** est **significativement plus élevé** que celui observé en province Sud. Il est 35 fois plus élevé.

Evolution par sexe

FIGURE 93 | Evolution du taux d'incidence standardisé et tendance - Hommes - Mésothéliome de la plèvre, Nouvelle-Calédonie, 2008-2018



Chez les hommes, depuis 2008 l'ASR du mésothéliome de la plèvre varie entre 0 et 2,2 avec une moyenne de 1,1 cas pour 100 000 personnes-année. Il n'y a **pas de d'évolution significative** au cours de ces 10 dernières années ($p=0,4$)

FIGURE 94 | Evolution du taux d'incidence standardisé et tendance - Femmes - Mésothéliome de la plèvre, Nouvelle-Calédonie, 2008-2018



Chez les femmes, depuis 2008 l'ASR du mésothéliome de la plèvre varie entre 0 et 3,2 avec une moyenne de 1,3 cas pour 100 000 personnes-année. Il n'y a **pas de d'évolution significative** au cours de ces 10 dernières années ($p=0,9$).

POINTS-CLE

- Le mésothéliome reste un cancer rare en Nouvelle Calédonie, son incidence est stable au cours de ces 10 dernières années.
- En 2017- 2018, le mésothéliome est plus fréquent chez la femme et en province Nord.
- L'amiante environnementale reste probablement le facteur de risque principal.
- Comme la plupart des cancers, des données de facteurs de risque mieux renseignés dans les dossiers patients permettraient une description plus complète.

Généralités

Le cancer du sein est le cancer le plus fréquemment observé chez les femmes en France, comme dans l'Union européenne et aux États-Unis. Le nombre de cas observés chaque année a tendance à diminuer depuis 2005, même si cette maladie reste la première cause de décès par cancer chez les femmes en 2018.

Les principaux facteurs de risque connus sont les antécédents personnels de maladie (par exemple cancer du sein, de l'ovaire et/ou de l'endomètre), les antécédents familiaux de cancers (sein, ovaire, ...), les prédispositions génétiques au cancer du sein.

D'autres facteurs sont également identifiés (certains traitements hormonaux de la ménopause, la consommation de tabac, la consommation d'alcool et le surpoids, peu ou pas d'activité physique).

Différents types de traitements peuvent être utilisés pour traiter un cancer du sein : la chirurgie, la radiothérapie, l'hormonothérapie, la chimiothérapie et les thérapies ciblées.

S'il est dépisté à un stade précoce, la survie à 5 ans est de 99%.

En France depuis 2008, le programme de dépistage invite les femmes de 50 à 74 ans à réaliser une mammographie tous les 2 ans. Le diagnostic est donc plus précoce (60 % des cancers du sein sont diagnostiqués au stade localisé, 29 % à un stade avec extension régionale et 12 % à un stade avancé) ; près de 80% des cancers du sein se développent après 50 ans. L'âge moyen au diagnostic est de 63 ans.

En Nouvelle-Calédonie, le programme de dépistage organisé du cancer du sein est conduit par l'Agence Sanitaire et Sociale de Nouvelle-Calédonie (ASS-NC) depuis 2009. Comme en métropole, il invite l'ensemble des femmes de 50 à 74 ans à réaliser gratuitement une mammographie tous les 2 ans.

***Le cancer du sein chez l'homme** est extrêmement rare (moins de 1% des cancers du sein). Les principaux facteurs de risque sont l'âge, des antécédents familiaux de cancer du sein (le risque augmente en fonction du nombre de parents proches concernés par ce cancer), une prédisposition génétique (mutation héritée du gène BRCA2).*

En Nouvelle-Calédonie sur la période 2017-2018, le cancer du sein est **le 1^{er} cancer le plus fréquent, tous sexes confondus**, avec **en moyenne 161** tumeurs invasives par an. Cela représente un taux d'incidence standardisé (ASR) de **47,8** cas pour 100 000 personnes années.

Il se situe au 27^{ème} rang chez les hommes avec en moyenne 1 tumeur par an (ASR 0,7), et au **1^{er} rang chez les femmes** avec en moyenne 160 tumeurs par an (ASR 93,9).

Pour 6% (n=19) des patients, un antécédent de cancer est enregistré : sein (n=3), tumeur in situ du sein (n=3), corps utérin (n=2), col de l'utérus (n=1), lésion pré-invasives du col (n=1), ovaire (n=1), thyroïde (n=3), digestif (n=2), vessie (n=2), prostate (n=1).

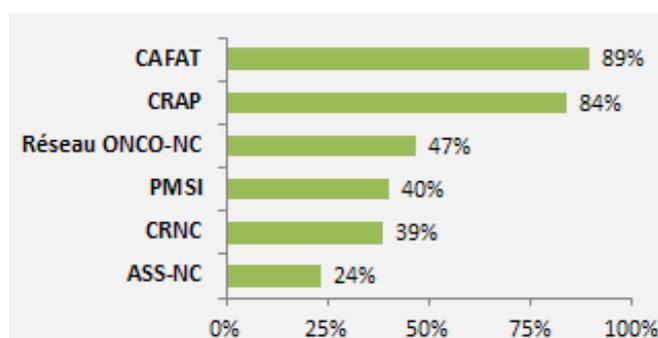
TABLEAU 56 | Nombres de cas, taux d'incidence standardisés (ASR) et rang, par sexe et par année – Cancer du sein, Nouvelle-Calédonie, 2017-2018

	Total			Hommes			Femmes		
	Nb	ASR	Rang	Nb	ASR	Rang	Nb	ASR	Rang
2017	155	47,3	1	0	/	/	155	94,3	1
2018	167	48,2	1	2	1,4	26	165	93,6	1
2017/2018	322	47,8	1	2	0,7	27	320	93,9	1

Qualité des données

Les principales sources de signalement sont les longues maladies de la CAFAT et les comptes-rendus d'anatomopathologie (CRAP).

TABLEAU 57 | Pourcentage des principales sources de signalement – Cancer du sein, 2017-2018- Nouvelle-Calédonie



15 cas (5%) ont une seule et unique source de signalement:

- 5 cas signalés par les CRAP.
- 5 cas par la CAFAT.
- 3 cas par le réseau Onco-NC.
- 1 cas par le registre des causes médicales de décès.
- 1 cas par le PMSI.

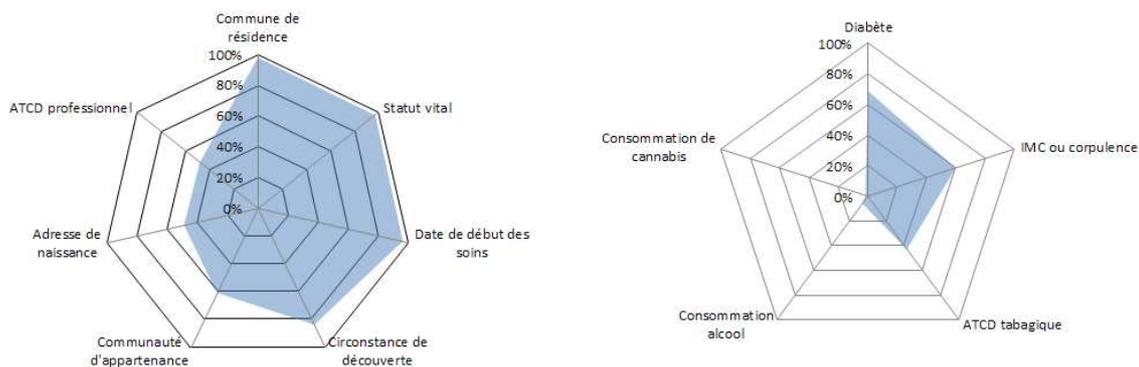
Le retour au dossier clinique a été réalisé pour 95% des cas signalés.

Une confirmation histologique a été enregistrée pour 99% des cas.

Les données patient sont bien renseignées, mis à part les antécédents professionnels, la communauté d'appartenance et la commune de naissance.

Les facteurs de risques sont insuffisamment renseignés dans les dossiers.

FIGURE 95 | Pourcentage de données renseignées dans le dossier médical du patient – Cancer du sein, 2017-2018, Nouvelle Calédonie



Pour la suite des analyses, seuls seront considérés les 320 cancers du sein diagnostiqués chez les femmes en 2017-2018

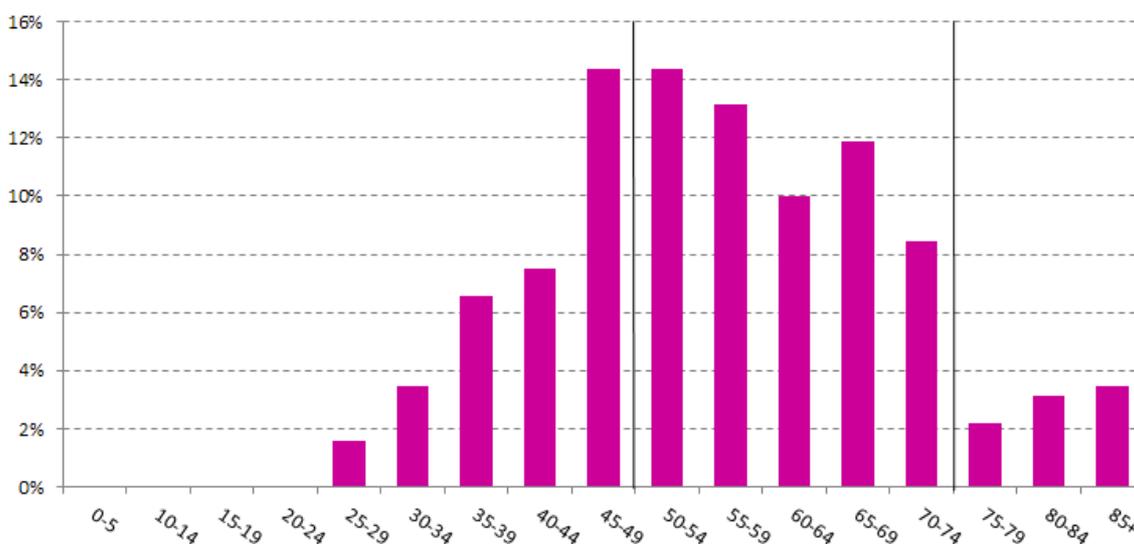
Description de la population

Répartition par âge

La patiente la plus jeune au moment du diagnostic avait 27 ans et la plus âgée 95 ans. L'âge moyen au diagnostic est de 56 ans (médiane 55 ans) avec :

- 33% (107) des patientes qui ont moins de 50 ans.
- 58% (187) des patients qui ont entre 50 et 75 ans.
- 9% (28) qui ont 75 ans ou plus.

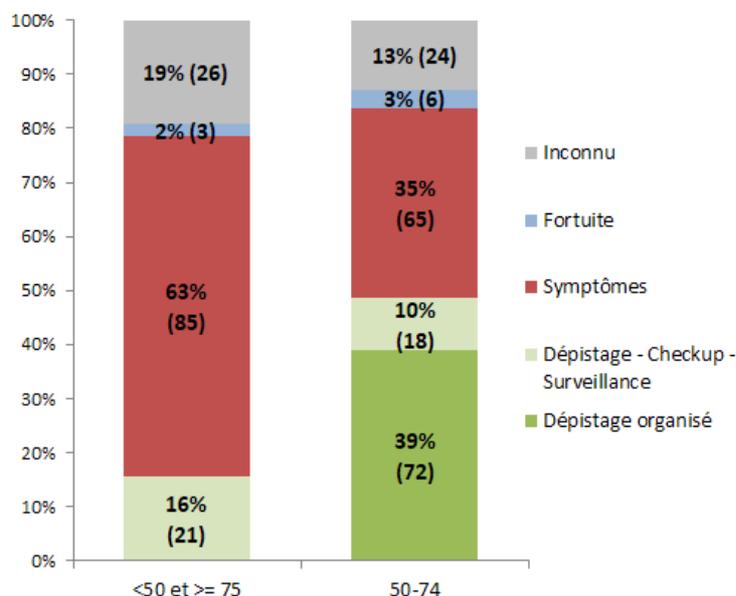
FIGURE 96 | Répartition par tranche d'âge (%) – Cancer du sein chez la femme, Nouvelle-Calédonie 2017-2018



Description des tumeurs

Circonstances de découverte

FIGURE 97 | Comparaison de la répartition des circonstances de découverte par tranches d'âges – % (n) – Femmes, Cancer du sein, Nouvelle-Calédonie, 2017-2018



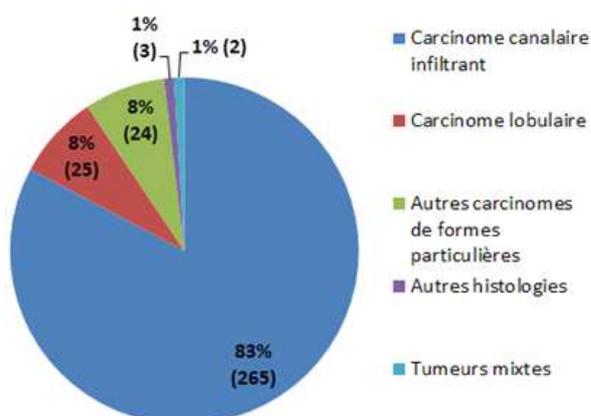
Dans la tranche d'âge 50-74 ans, le dispositif de dépistage organisé et gratuit permet de diagnostiquer 4 cancers du sein sur 10 (39%, n=72). Pour 35% (n=65) des cas le diagnostic fait suite à une consultation liée à des symptômes et pour 13% (n=24) des cas la circonstance de découverte est inconnue.

La catégorie dépistage-check up-surveillance (10% ; n=18) correspond à un diagnostic réalisé dans le cadre d'une surveillance ou d'un dépistage individuel.

Dans la tranche d'âge hors programme de dépistage, la majorité des cas sont diagnostiqués suite à l'apparition de symptômes (le plus souvent suite à une autopalpation), soit 63% (n=85).

Répartition par histologie

FIGURE 98 | Répartition par histologie - % (n) – Cancer du sein, Nouvelle-Calédonie, 2017-2018



Un diagnostic histologique a été réalisé pour 99% des cas de cancer du sein.

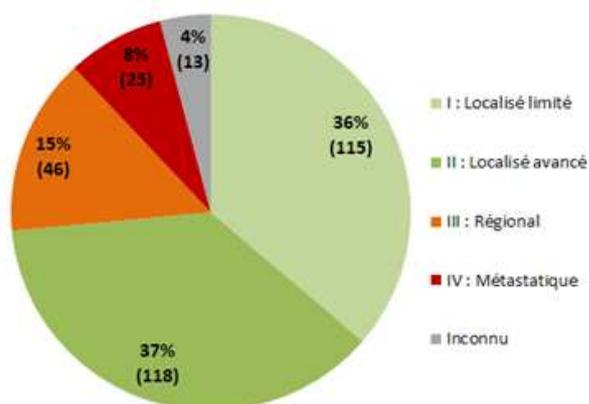
Parmi eux, 265 (83%) sont des carcinomes canauxaux invasifs communs ou de type non spécifique alors que 25 (8%) sont des carcinomes lobulaires.

Ces pourcentages correspondent aux données retrouvées dans la littérature.

Répartition par stade

La répartition par stade est établie sur 317 tumeurs qui correspondent aux critères de stadification par le TNM.

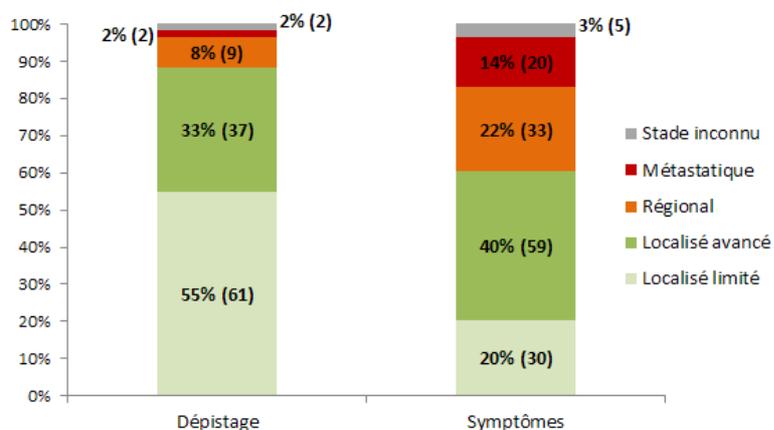
FIGURE 99 | Répartition par stade au diagnostic – % (n) – Cancer du sein chez la femme, Nouvelle-Calédonie, 2017-2018



Les trois quarts des tumeurs du sein sont diagnostiquées à un stade localisé (I ou II) soit 73% (n=233).

Pour un peu moins d'un quart le diagnostic est réalisé à un stade avancé (régional ou métastatique) soit 23% (n=71).

FIGURE 100 | Comparaison de la répartition des stades au diagnostic par circonstance de découverte – % (n) - Cancer du sein, Femme, Nouvelle-Calédonie, 2017-2018



La part des stades localisés est plus importante lorsque le diagnostic est réalisé suite à un dépistage (organisé ou individuel) 88 % (n=98) contre 60% (n=89) si la consultation fait suite à l'apparition de symptômes.

La catégorie dépistage englobe le dépistage organisé ou individuel

Le statut des récepteurs hormonaux

Sont enregistrés pour chaque tumeur les résultats (positif ou négatif) des :

- récepteurs des hormones féminines (les œstrogènes et la progestérone),
- récepteurs de la protéine régulant la multiplication cellulaire (HER2).

On retrouve 7% des tumeurs triples négatives (les récepteurs œstrogènes, récepteurs progestérone et les récepteurs HER2 sont négatifs).

Incidences

Comparaisons internationales

Chez les femmes, l'ASR du cancer du sein est de 93,9 [83,5-104,3] pour 100 000 personnes-année.

Il est comparable à celui de de la France métropolitaine, l'Australie, de la Nouvelle-Zélande, et de la Martinique.

Il est supérieur à celui de la Réunion, de la Guadeloupe et de la Polynésie.

FIGURE 101 | Comparaisons internationales des taux d'incidence standardisés (Globocan 2020) - Femmes – ASR (n) – Cancer du sein, Nouvelle-Calédonie, 2017-2018

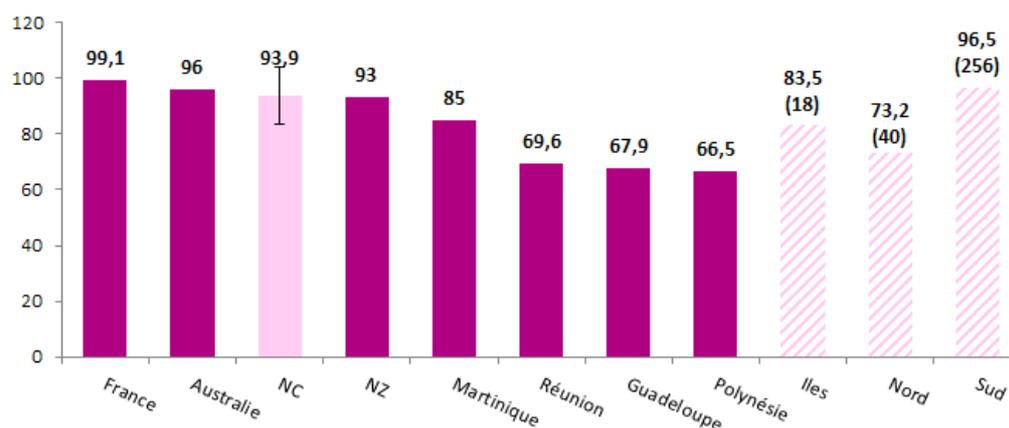


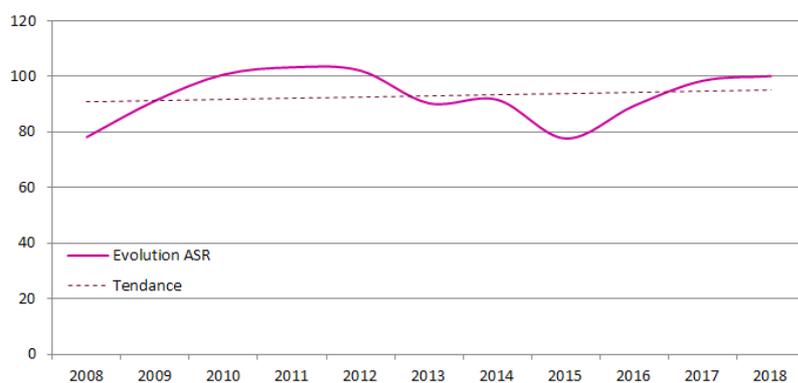
TABLEAU 58 | Rapport entre provinces des taux d'incidence standardisés et intervalle de confiance - Femmes Cancer du sein, Nouvelle-Calédonie, 2017-2018

	Rapport ASR	IC Inf	IC Sup
Iles / Nord	1,14	0,64	2,03
Iles / Sud	0,87	0,55	1,36
Nord / Sud	0,76	0,56	1,03

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

Evolution par sexe

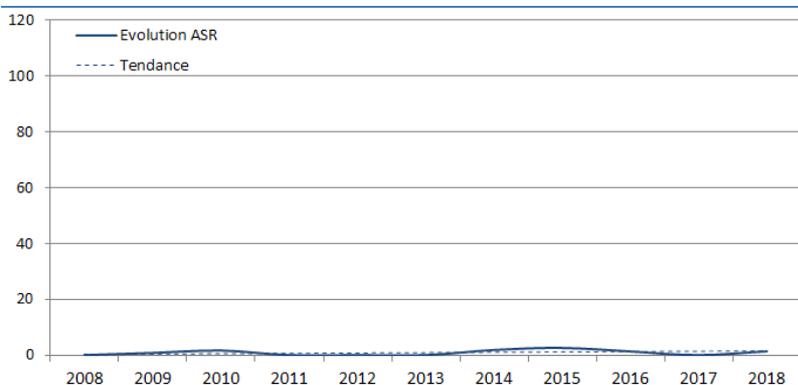
FIGURE 102 | Evolution du taux d'incidence standardisé et tendance Femmes – Cancer du sein, Nouvelle-Calédonie, 2008-2018



Depuis 2008 l'ASR du cancer du sein chez la femme varie entre 77,6 et 103,2 avec une moyenne de 93 cas pour 100 000 personnes-année.

Il n'y a **pas d'évolution significative** au cours de ces 10 dernières années ($p=0,7$).

FIGURE 103 | Evolution du taux d'incidence standardisé et tendance Hommes – Cancer du sein, Nouvelle-Calédonie, 2008-2018



Chez les hommes, depuis 2008 l'ASR du cancer du sein varie entre 0 et 2,6 avec une moyenne de 0,9 cas pour 100 000 personnes-année.

Il n'y a **pas d'évolution significative** au cours de ces 10 dernières années ($p=0,4$).

POINTS-CLE

- En 2017-2018, le cancer du sein est le 1^{er} cancer le plus fréquent, tous sexes confondus.
- Chez les hommes, il reste rare avec 1 à 2 cas par an.
- Chez les femmes, il est le premier cancer féminin, diagnostiqué pour les $\frac{3}{4}$ à un stade localisé.
- La moyenne d'âge au diagnostic est de 56 ans et 3 cancers du sein sur 10 sont diagnostiqués avant 50 ans.
- Le programme de dépistage organisé et gratuit permet de diagnostiquer 4 cancers du sein sur 10.

Généralités

L'incidence du cancer du col de l'utérus est variable d'un pays à un autre, reflétant les différences de politiques de dépistage et de prévention.

Le cancer du col de l'utérus est dans l'immense majorité des cas du à une infection génitale par les papillomavirus (HPV) à haut risque (HR) dits oncogènes (principalement HPV 16 et 18) et sexuellement transmissibles. Il se développe en moyenne 10 à 15 ans après une infection persistante (le tabagisme actif, l'immunodépression, l'exposition au diéthylstilbestrol sont des co-facteurs favorisant la persistance de l'infection).

C'est une maladie que l'on peut maintenant prévenir par la vaccination, et dépister très facilement par la pratique des frottis.

En France, le programme national de dépistage est organisé depuis 2018 avec un examen cytologique ou test HPV-HR selon l'âge de la femme et la prévention vaccinale (vaccins prophylactiques contre les HPV oncogènes) est proposée aux adolescentes (entre 11 ans et 14 ans) depuis 2007 et aux garçons depuis 2021.

La survie nette standardisée à 5 ans est de 63 % (cas diagnostiqués entre 2010-2015).

Les traitements les plus utilisés sont, la chirurgie (conisation et/ou hystérectomie), la radiothérapie et plus particulièrement la curiethérapie et la chimiothérapie.

En Nouvelle-Calédonie, deux programmes sont menés par l'agence sanitaire et sociale (ASSNC) afin de faciliter le recours aux moyens de prévention du cancer du col de l'utérus :

- *un programme de dépistage organisé du cancer du col de l'utérus depuis 2011 propose un frottis gratuit tous les 3 ans chez les femmes de 20 à 65 ans (30 % de la cible, ont bénéficié d'un frottis de dépistage dans le cadre de la 2ème campagne 2015/2017).*
- *une campagne de vaccination anti-HPV, depuis 2015, destinée aux jeunes filles de 12 ans scolarisées dans les collèges.*

Au total, en Nouvelle Calédonie en 2017-2018, 42 711 frottis ont été réalisés dans le cadre du programme de dépistage ou hors programme de dépistage (20 790 en 2017 et 21 921 en 2018).

En Nouvelle-Calédonie sur la période 2017-2018, le cancer du col de l'utérus est le **13^{ème} cancer le plus fréquent, tous sexes confondus**. Il se situe au **6^{ème} rang chez les femmes**, avec **en moyenne 24** tumeurs invasives par an. Cela représente un taux d'incidence standardisé (ASR) de **14,3** cas pour 100 000 personnes-année.

Chez 16% (n=8) des patientes un antécédent de cancer est enregistré : 6 patientes avec un cancer in situ du col utérin, 1 avec un cancer du sein et 1 avec un cancer digestif.

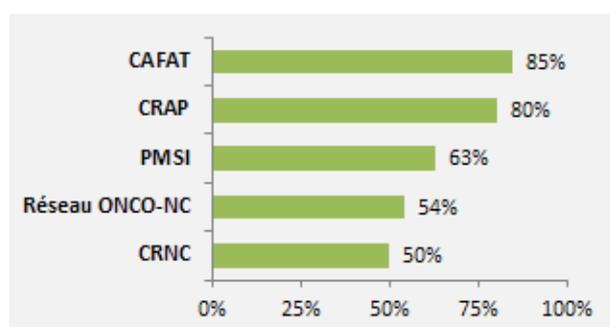
TABLEAU 59 | Nombres de cas, taux d'incidence standardisés (ASR) et rang, par année – Cancer du col de l'utérus, Nouvelle-Calédonie, 2017-2018

	Total	Femmes		
	Rang	Nb/an	ASR	Rang
2017	12	25	14,6	6
2018	15	21	12,5	5
2017/2018	13	46	13,6	6

Qualité des données

Les principales sources de signalement du cancer du col de l'utérus sont les longues maladies de la CAFAT, les comptes-rendus d'anatomopathologie et le PMSI.

TABLEAU 60 | Pourcentage des principales sources de Signalement – Cancer du col de l'utérus, 2017-2018, Nouvelle-Calédonie



4 (9%) cas ont une seule et unique source de signalement :

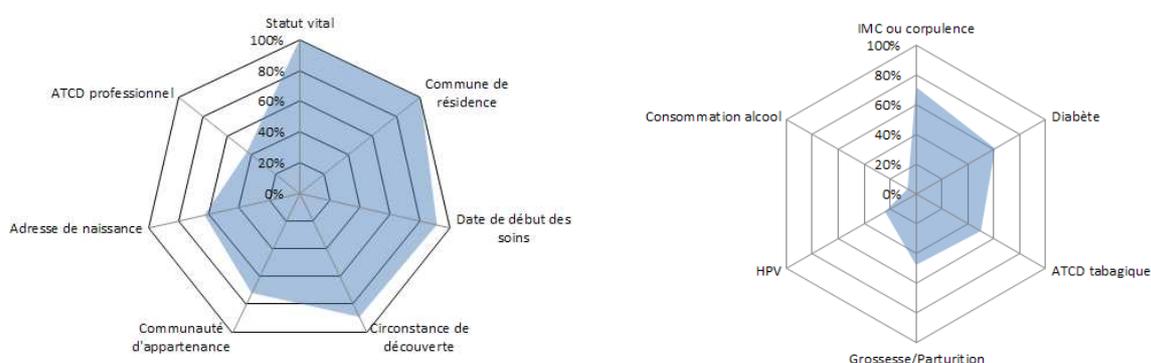
- 2 cas par la longue maladie de la CAFAT
- 1 cas par les CRAP
- 1 cas par le réseau Onco-NC

Le retour au dossier clinique a été réalisé pour 93% des cas signalés. Une confirmation histologique a été enregistrée pour 100% des cas.

Les données patient sont bien renseignées, mis à part les antécédents professionnels, la communauté d'appartenance et la commune de naissance.

Les facteurs de risques sont insuffisamment renseignés dans les dossiers.

FIGURE 104 | Pourcentage de données renseignées dans le dossier médical du patient – Cancer du col de l'utérus



Description de la population

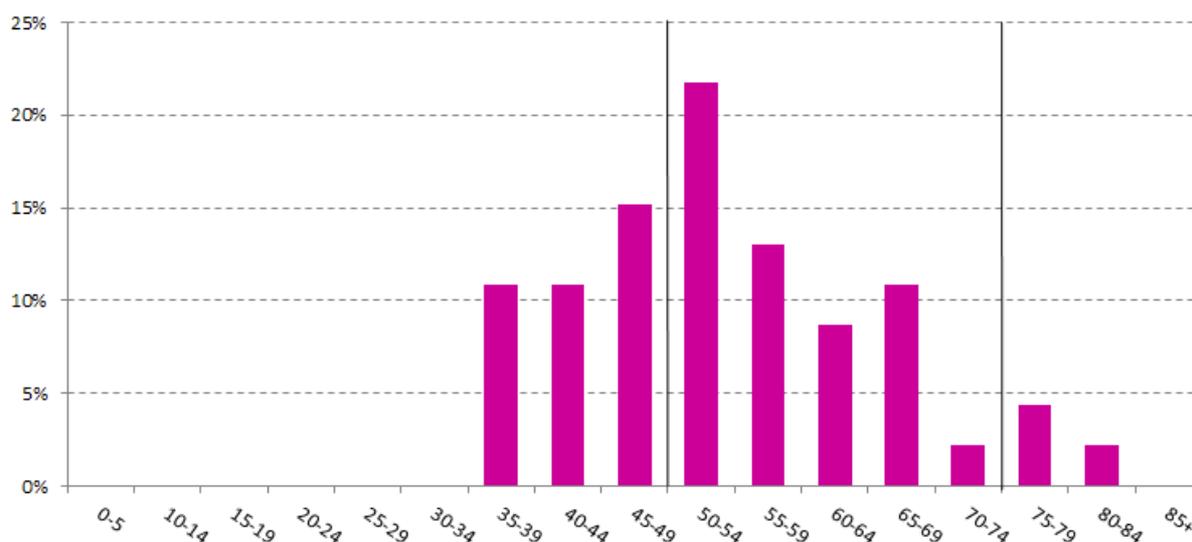
Répartition par âge

La patiente la plus jeune au moment du diagnostic avait 35 ans et la plus âgée 80 ans.

L'âge moyen au diagnostic est de 54 ans (médiane 53 ans), avec :

- 37% (17) des patientes qui ont moins de 50 ans.
- 57% (26) des patientes qui ont entre 50 et 75 ans.
- 7% (3) qui ont 75 ans ou plus.

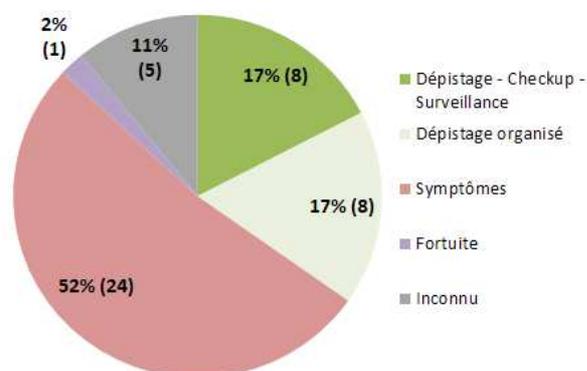
FIGURE 105 | Répartition par tranche d'âge (%) – Cancer du col de l'utérus – Nouvelle-Calédonie, 2017-2018



Description des tumeurs

Circonstances de découverte

FIGURE 106 | Répartition par circonstances de découverte - % (n) – Cancer du col de l'utérus, Nouvelle-Calédonie, 2017-2018



dépistage-check up-surveillance).

La catégorie dépistage-check up- surveillance correspondant à un prélèvement réalisé dans le cadre d'une surveillance individuelle ou d'une démarche individuelle de dépistage.

La moitié des cancers du col de l'utérus a été diagnostiqué suite à l'apparition de symptômes.

1 cancer sur 4 (27%, n=13) a été diagnostiqué dans le cadre d'un dépistage organisé.

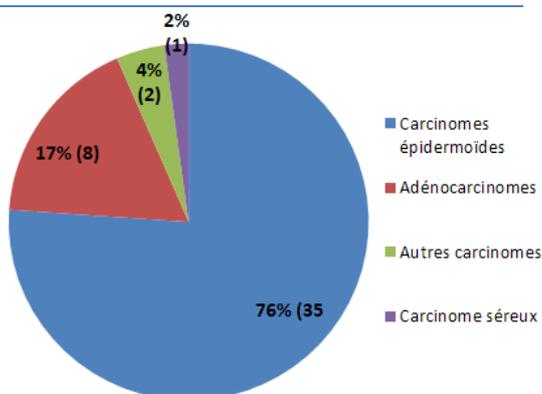
La majorité des cancers du col sont diagnostiqués suite à des symptômes.

Le programme de dépistage de l'ASSNC permet le diagnostic de 17% (n=8) des cas.

23% (n=11) ont été diagnostiqués dans un contexte autre (découverte fortuite, inconnu ou

Répartition par histologie

**FIGURE 107 | Répartition par histologie - %(n)
Cancer du col de l'utérus -Nouvelle-Calédonie,
2017-2018**



Tous les cancers du col de l'utérus ont eu un diagnostic histologique.

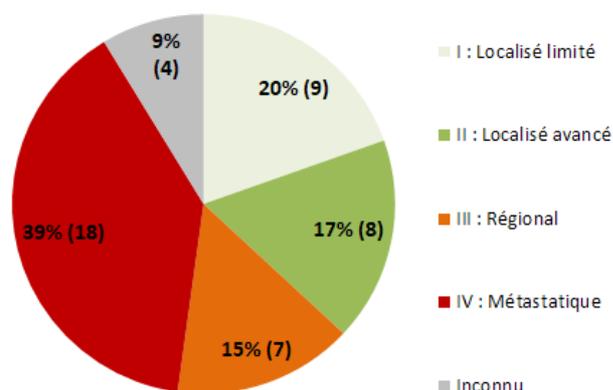
Plus de 3 cancers sur 4 sont des carcinomes épidermoïdes, 17% sont des adénocarcinomes et 6% des carcinomes autres.

Cette répartition histologique suit les données retrouvées dans la bibliographie.

Répartition par stade

La répartition par stade est établie sur la totalité des tumeurs.

**FIGURE 108 | Répartition par stade au diagnostic –
%(n) – Cancers du col de l'utérus -Nouvelle-Calédonie,
2017-2018**



Un peu plus de la moitié des cancers du col de l'utérus a été diagnostiqué à un stade avancé (régional ou métastatique) soit 55% (n=25).

Le pourcentage de stade inconnu reste important sur ces 2 années (éléments insuffisants dans le dossier clinique au niveau du bilan d'extension).

Incidences

Comparaisons internationales et locales

L'ASR des cancers du col de l'utérus est de 14,3 cas [9,7-17,5] pour 100 000 personnes-année.

Il est comparable à celui de la Réunion.

Il est supérieur à celui des autres pays présentés.

FIGURE 109 | Comparaisons internationales des taux d'incidence standardisés (Globocan 2020) – ASR (n) – Cancer du col de l'utérus, Nouvelle-Calédonie, 2017-2018

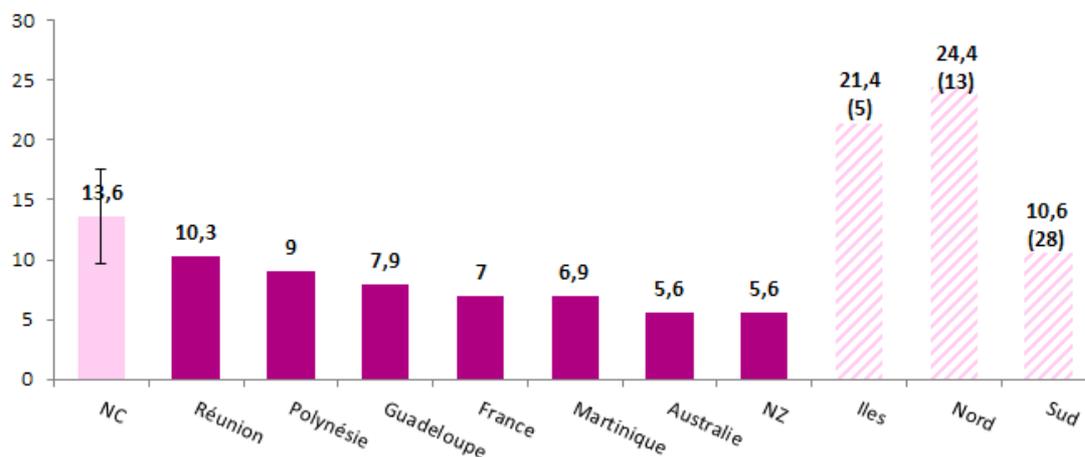


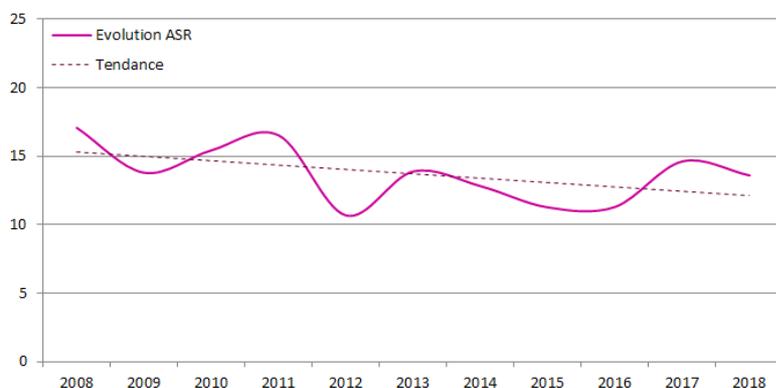
TABLEAU 61 | Rapport entre provinces des taux d'incidence standardisés et intervalle de confiance - Cancer du col de l'utérus, Nouvelle-Calédonie, 2017-2018

	Rapport ASR	IC Inf	IC Sup
Iles / Nord	0,88	0,32	2,42
Iles / Sud	2,01	0,57	7,10
Nord / Sud	2,29	0,99	5,31

En 2017-2018, il n'y a pas de différence significative entre les provinces.

Evolution

FIGURE 110 | Evolution du taux d'incidence standardisé et tendance Femmes – Cancer du col de l'utérus, Nouvelle-Calédonie, 2008-2018



Depuis 2008 l'ASR du cancer du col de l'utérus varie entre 10,7 et 16,5 avec une moyenne de 13,8 cas pour 100 000 personnes-année. Il n'y a **pas d'évolution significative** au cours de ces 10 dernières années ($p=0,15$).

Les lésions pré-invasives du col de l'utérus

Code CIM-10 : D069

Généralités

Les lésions précancéreuses correspondent à des modifications des cellules de l'épithélium du col de l'utérus. Ces lésions ont la particularité de pouvoir évoluer vers un cancer. De nombreuses années peuvent être nécessaires (en général au moins 10 ans) pour qu'un état précancéreux évolue vers la phase invasive.

La principale cause est l'infection par le Papillomavirus (HPV).

La classification la plus récente ne distingue que deux types de lésions :

- **Les lésions malpighiennes intraépithéliales de bas grade (LSIL)** qui correspondent aux CIN1 (les cellules anormales touchent le tiers de l'épithélium)
- **Les lésions malpighiennes intraépithéliales de haut grade (HSIL)** qui correspondent aux CIN2 (les cellules anormales affectent les deux tiers de l'épithélium) et CIN3 (les cellules anormales affectent toute l'épaisseur de l'épithélium)

Toute lésion précancéreuse, et même une CIN 3, a une probabilité non négligeable (de 32 à 57 % selon la lésion) de régresser spontanément.

Plus rarement, les lésions affectent l'épithélium glandulaire du col de l'utérus. Elles correspondent principalement aux **adénocarcinomes in situ**.

Critères d'enregistrement

- Adénocarcinomes in situ
- Les 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).

L'enregistrement d'une nouvelle lésion précancéreuse nécessite une preuve histologique, aucun cas n'est enregistré sur le seul résultat de cytologie d'un frottis cervico-utérin

Selon les recommandations, le registre du cancer de Nouvelle-Calédonie enregistre les CIN 2 depuis 2015.

TABLEAU 62 | Nombre de cas, taux d'incidence standardisés, par année – Lésions pré-invasives du col utérin, Nouvelle-Calédonie, 2017-2018

	Femmes	
	Nb	ASR
2017	50	32
2018	93	61,1
2017/2018	143	46,6

En Nouvelle-Calédonie sur la période 2017-2018, on compte **143 lésions de haut grade et adénocarcinomes in situ** (50 en 2017 et 93 en 2018).

Qualité des données

Le retour au dossier clinique n'est pas réalisé pour les cas de lésions pré invasives du col, l'ASR par province ne peut donc pas être calculé.

Description de la population

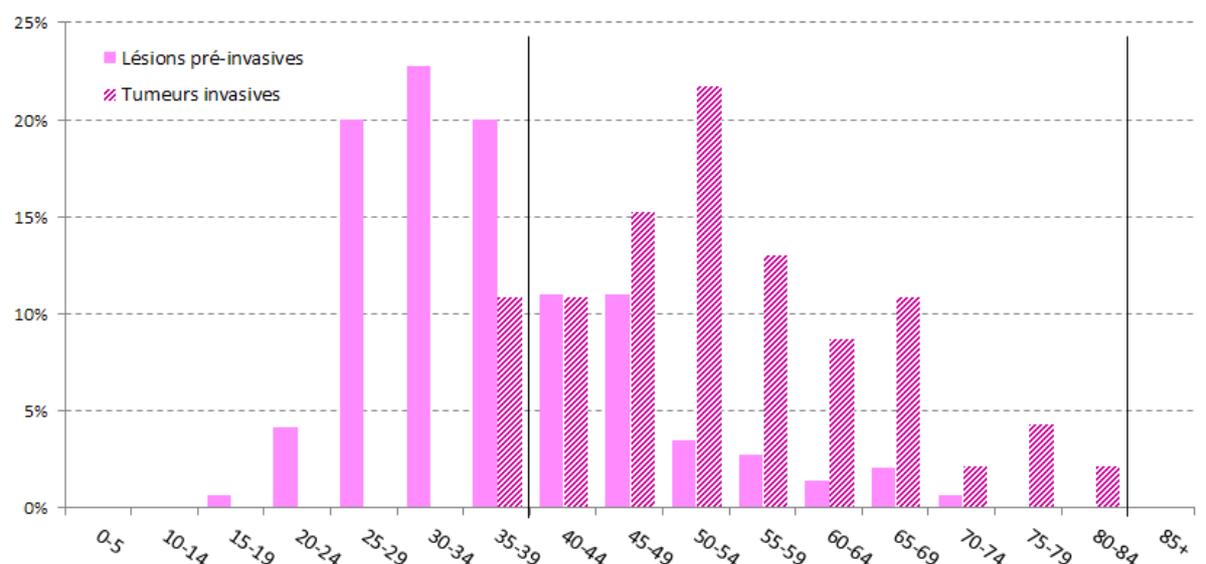
Répartition par âge

La patiente la plus jeune au moment du diagnostic avait 16 ans, et la plus âgée 80 ans.

L'âge moyen au diagnostic est de 37 ans (médiane 35 ans) :

- 0,2% (1) des patientes qui ont moins de 20 ans.
- 97% (138) des patientes qui ont entre 20 et 65 ans.
- 2,8% (4) qui ont 75 ans ou plus.

FIGURE 111 | Répartition par tranche d'âge (%) – Lésions pré-invasives et cancers invasifs du col de l'utérus – Nouvelle-Calédonie, 2017-2018



Description des lésions

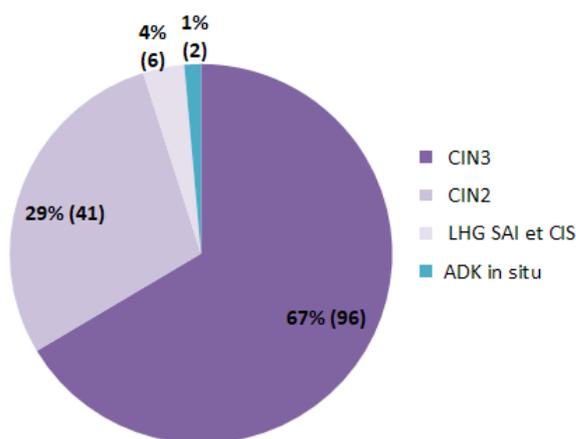
En 2017, 11 435 frottis ont été réalisés dans le cadre du dépistage organisé du cancer du col de l'utérus mené par l'ASSNC contre 6097 frottis réalisés en 2018 (à noter qu'une campagne de dépistage du cancer du col de l'utérus dure 3 ans).

Circonstances de découverte

Pour 31,5% (n=45) des cas le diagnostic a été fait suite à un frotti réalisé dans le cadre du programme de dépistage organisé.

Répartition par types de lésions précancéreuses

FIGURE 112 | Répartition par types de lésions pré-invasives du col utérin –%(n) – Nouvelle-Calédonie, 2017-2018



Parmi les lésions intraépithéliales de haut grade, les CIN3 sont les plus fréquentes avec 66%.

POINTS-CLE

En 2017-2018, en Nouvelle Calédonie, l'incidence du cancer du col de l'utérus reste deux fois plus élevée qu'en France métropolitaine.

Les cancers du col sont majoritairement (pour un peu plus de la moitié) diagnostiqués à un stade avancé et suite à l'expression de symptômes.

L'incidence des lésions pré invasives est trois fois plus élevée que celle des cancers invasifs du col avec une majorité de lésions CIN 3.

Comme décrit dans l'histoire naturelle de la maladie, un décalage de 15 à 20 ans est observé entre le pic des lésions précancéreuses et celui des cancers invasifs du col.

En 2017-2018, le programme de dépistage gratuit de l'ASSNC permet le dépistage de 31% des lésions pré invasives et 17% des cancers invasifs du col.

Cancer du corps utérin

Code CIM-10 : C54

Généralités

Le cancer du corps de l'utérus se développe, le plus souvent, à partir de l'endomètre. Il survient souvent entre 60 et 70 ans et l'âge moyen de survenue de la maladie est de 69 ans (néanmoins, environ 15 % des cas sont diagnostiqués avant la ménopause).

Le cancer de l'endomètre est associé à plusieurs facteurs de risque dont l'obésité, le diabète, un traitement par tamoxifène ou, plus rarement, une prédisposition génétique.

Les cancers du corps utérin sont constitués essentiellement (>90 % des cas) de cancers de l'endomètre qui sont des carcinomes.

Les sarcomes utérins sont une forme rare et représentent moins de 5% des cancers du corps de l'utérus.

Le carcinosarcome (ou tumeur müllérienne ou tumeur mésodermique ou carcinome sarcomatoïde) est reconnu depuis 2003 comme un adénocarcinome métaplasique (l'OMS l'a exclus du groupe des sarcomes utérins).

Le cancer de l'endomètre est le plus souvent traité par la chirurgie. D'autres traitements peuvent être utilisés : la radiothérapie (curiethérapie, radiothérapie externe) et, plus rarement, la chimiothérapie et l'hormonothérapie

Son pronostic est en général bon car il s'agit d'un cancer symptomatique sous la forme de métrorragies à un stade clinique peu avancé. En France, la survie nette est de 75 % à 5 ans et de 68 %, à 10 ans.

En Nouvelle-Calédonie sur la période 2017-2018, le cancer du corps utérin est **le 6^{ème} cancer le plus fréquent, tous sexes confondus**. Il se situe au **3^{ème} rang chez les femmes**, avec **en moyenne 41** tumeurs invasives par an. Cela représente un taux d'incidence standardisé (ASR) de **23,9** cas pour 100 000 personnes-année.

Pour 11% (n=9) des patientes, un antécédent de cancer est enregistré : thyroïde (n=4), sein (n=1), côlon-rectum (n=1), bronches-poumon (n=1), hémopathie (n=1), mélanome cutané (n=1).

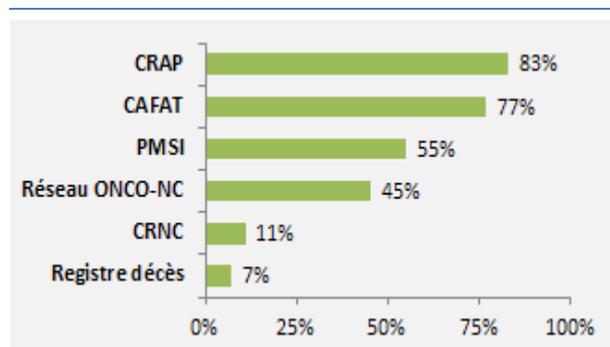
TABLEAU 63 | Nombres de cas, taux d'incidence standardisés (ASR) et rang, par année – Cancer de l'utérus, Nouvelle-Calédonie, 2017-2018

	Total	Femmes		
	Rang	Nb/an	ASR	Rang
2017	6	38	22,1	3
2018	6	44	25,7	4
2017/2018	6	82	23,9	3

Qualité des données

Les principales sources de signalement sont les comptes-rendus d'anatomopathologie et les longues maladies de la CAFAT.

TABLEAU 64 | Pourcentage des principales sources de signalement – Cancer de l'utérus, 2017-2018, Nouvelle-Calédonie



6 (7%) cas ont une seule et unique source de signalement :

- 3 cas par les CRAP
- 2 par la longue maladie de la CAFAT
- 1 par le PMSI

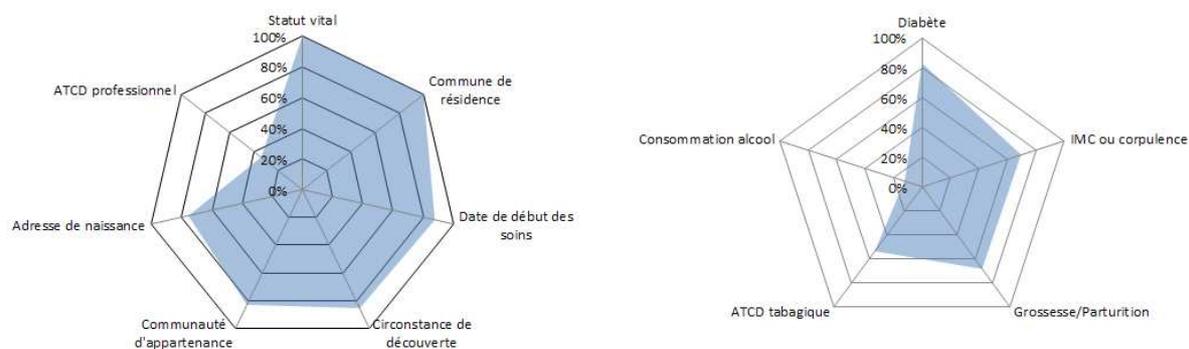
Le retour au dossier clinique a été réalisé pour 95% des cas signalés.

Une confirmation histologique a été enregistrée pour 100% des cas.

Les données patientes sont plutôt bien renseignées, excepté les antécédents professionnels.

Les facteurs de risque généraux restent insuffisamment complétés en dehors du diabète et de l'IMC.

FIGURE 113 | Pourcentage de données renseignées dans le dossier médical du patient – Cancer de l'utérus, Nouvelle-Calédonie, 2017-2018



Description de la population

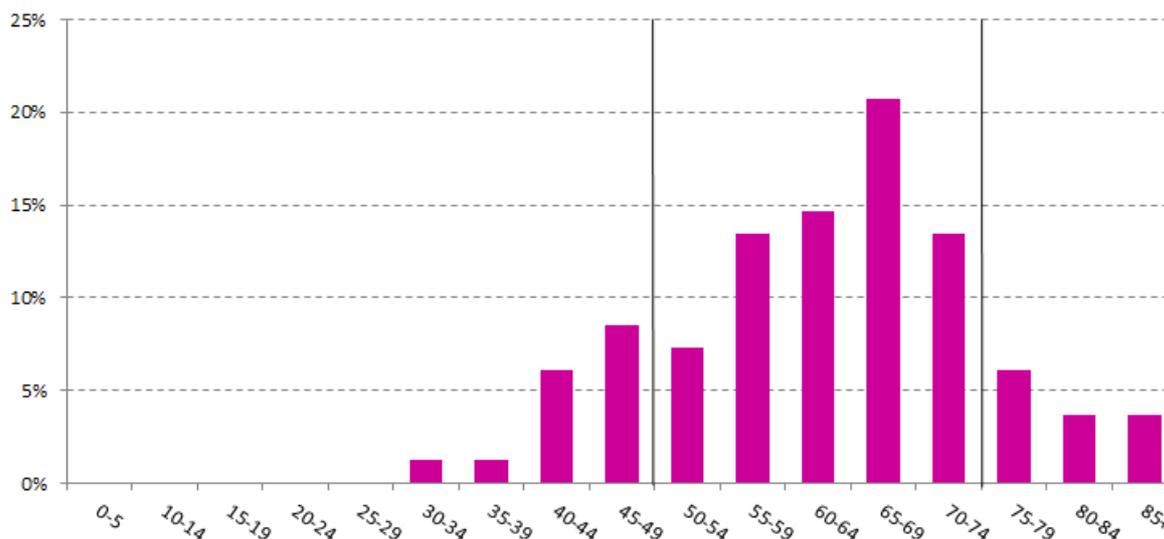
Répartition par âge

La patiente la plus jeune au moment du diagnostic avait 31 ans et la plus âgée 92 ans.

L'âge moyen au diagnostic est de 62 ans (médiane 63 ans), avec :

- 17% des patientes qui ont moins de 50 ans.
- 69,5% des patientes qui ont entre 50 et 75 ans.
- 13,5% qui ont 75 ans ou plus.

FIGURE 114 | Répartition par tranche d'âge (%) – Cancer de l'utérus, Nouvelle-Calédonie, 2017-2018



Facteurs de risque

TABLEAU 65 | Pourcentage et nombre par « antécédent diabète » Cancer de l'utérus, 2017-2018, Nouvelle-Calédonie

Antécédent diabète	Nombre	Pourcentage
Oui	17	21%
Non	51	62%
Inconnu	14	17%

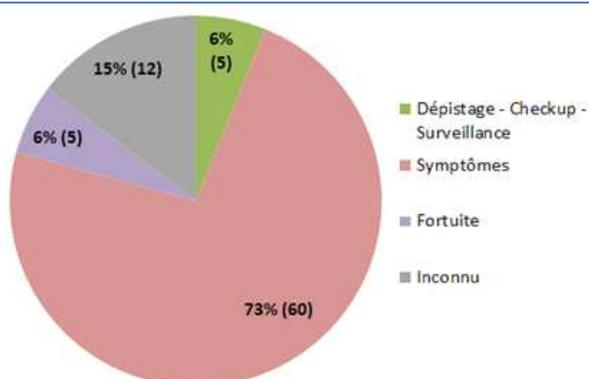
Description des tumeurs

Répartition par histologie

Sur 82 tumeurs, 80 (97,5%) étaient des carcinomes, dont 3 sont des carcinosarcomes. 2 tumeurs (2,5%) étaient des sarcomes.

Circonstances de découverte

FIGURE 115 | Répartition par circonstances de découverte - % (n) – Cancer de l'utérus, Nouvelle-Calédonie, 2017-2018



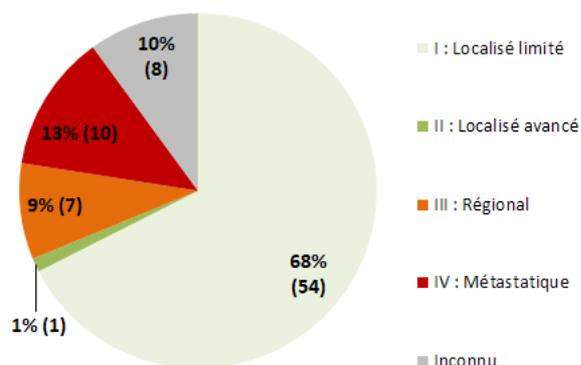
Dans 7 cas sur 10 (73%, n=60), le cancer du corps utérin est diagnostiqué suite à l'expression de symptômes.

Répartition par stade

Le stade n'a pas pu être déterminé pour l'un des sarcomes. Le deuxième a été diagnostiqué à un stade régional.

La répartition par stade est réalisée sur les 80 carcinomes.

FIGURE 116 | Répartition par stade - %(n) – Cancer de l'utérus -Nouvelle-Calédonie, 2017-2018



La majorité des cancers de l'utérus a été diagnostiquée au stade localisé 67% (n=55) (stade I et II).

Pour 22% des cas le diagnostic a été effectué à un stade plus avancé c'est à dire régional (10%, n=8) ou métastatique (12%, n=10).

Incidences

Comparaisons internationales

Chez les femmes, l'ASR du cancer de l'utérus est de 23,9 cas [18,6-29,2] pour 100 000 personnes-année.

Il est supérieur à celui de tous les pays cités pour la comparaison.

FIGURE 117 | Comparaisons internationales des taux d'incidence standardisés (Globocan 2020) - ASR (n) – Cancer de l'utérus, Nouvelle-Calédonie, 2017-2018

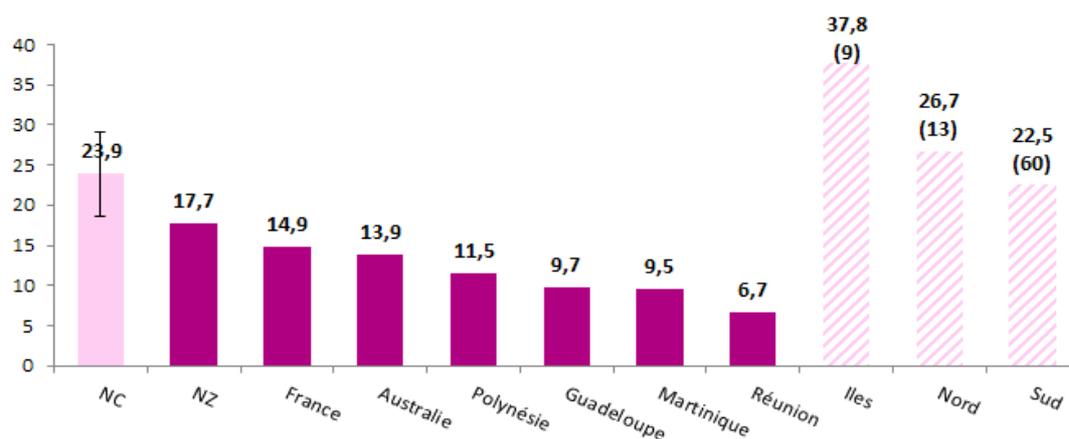


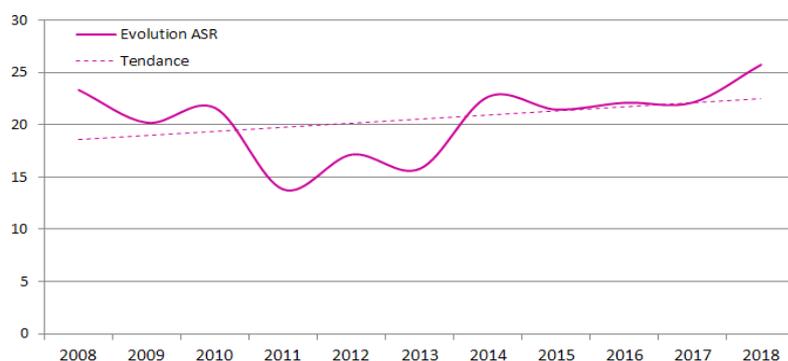
TABLEAU 66 | Rapport entre provinces des taux d'incidence standardisés et intervalle de confiance - Cancer de l'utérus, Nouvelle-Calédonie, 2017-2018

	Rapport ASR	IC Inf	IC Sup
Iles / Nord	1,42	0,57	3,54
Iles / Sud	1,69	0,70	4,06
Nord / Sud	1,19	0,62	2,26

En Nouvelle-Calédonie, il n'y a pas de différence significative entre les provinces.

Evolution

FIGURE 118 | Evolution du taux d'incidence standardisé et tendance Femmes – Cancer de l'utérus, Nouvelle-Calédonie, 2008-2018



Depuis 2008, l'ASR du cancer du corps utérin varie entre 13,8 et 25,7, avec une moyenne de 20,5 cas pour 100 000 personnes-année.

Il n'y a **pas d'évolution significative** au cours de ces 10 dernières années ($p=0,3$)

POINTS-CLE

- En 2017-2018, le cancer du corps utérin est le 3^{ème} cancer chez la femme après le sein et le cancer des bronches-poumons.
- Le diagnostic est majoritairement précoce car le cancer de l'utérus est un cancer qui s'exprime tôt par des symptômes.
- Il n'y a pas d'augmentation significative de l'ASR au cours de ces 10 dernières années.
- Cependant l'incidence du cancer de l'utérus est supérieure aux pays de la région cités, à la France et aux DOM.
- Le dernier baromètre santé adulte (ASSNC) montre qu'une personne sur deux âgée de 45 à 60 ans est en surcharge pondérale (surpoids et obésité) en Nouvelle-Calédonie, cet indicateur peut être en lien avec l'incidence du cancer de l'utérus chez les Calédoniennes.

Généralités

Le cancer de l'ovaire est relativement peu fréquent et l'incidence est variable selon les pays.

L'incidence de la maladie décroît depuis plusieurs années.

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).

Il est rare chez la jeune femme mais le risque s'accroît après la ménopause et augmente avec l'âge.

Le cancer épithélial de l'ovaire représente plus de 90% des cancers de l'ovaire.

La chirurgie et les traitements médicamenteux (chimiothérapie conventionnelle et/ou thérapies ciblées) sont les principaux traitements des cancers de l'ovaire. Ils sont utilisés seuls ou associés les uns aux autres.

Son pronostic reste réservé même si la survie nette est en amélioration (40 % à 5 ans et de 32 % à 10 ans).

En Nouvelle-Calédonie sur la période 2017-2018, le cancer de l'ovaire est **le 23^{ème} cancer le plus fréquent, tous sexes confondus**. Il se situe au **13^{ème} rang chez les femmes**, avec **en moyenne 9** tumeurs invasives par an. Cela représente un taux d'incidence standardisé (ASR) de **5,3** cas pour 100 000 personnes-année.

Aucune patiente n'avait eu un autre cancer.

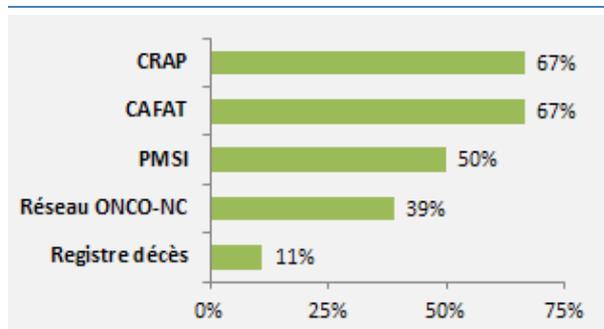
TABLEAU 67 | Nombre de cas, taux d'incidence standardisé et rang, par année – Cancer de l'ovaire- Nouvelle-Calédonie, 2017-2018

	Total	Femmes		
	Rang	Nb/an	ASR	Rang
2017	23	10	6,3	11
2018	24	8	4,4	16
2017/2018	23	18	5,3	13

Qualité des données

Les principales sources de signalement du cancer de l’ovaire sont les comptes-rendus d’anatomopathologie (CRAP), les longues maladies de la CAFAT et le PMSI.

TABLEAU 68 | Pourcentage des principales sources de signalement – Cancer de l’ovaire, Nouvelle-Calédonie, 2017-2018



5 (28%) cas ont une seule et unique source de signalement :

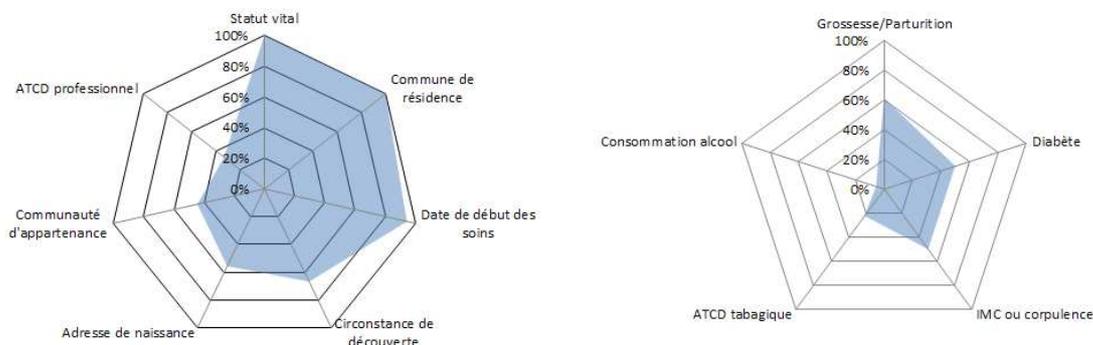
- 2 cas par les CRAP
- 2 par la longue maladie de la CAFAT
- 1 par le PMSI

Le retour au dossier clinique a été réalisé pour 89% des cas signalés.

Une confirmation histologique a été enregistrée pour 100% des cas.

Les données patient et celles des facteurs de risque généraux sont insuffisamment renseignées, mis à part le statut vital, la commune de résidence, et la date du début des soins.

FIGURE 119 | Pourcentage de données renseignées dans le dossier médical du patient – Cancer de l’ovaire, 2017-2018 - Nouvelle-Calédonie



Description de la population

Répartition par âge

La patiente la plus jeune au moment du diagnostic de cancer de l’ovaire avait 46 ans, et la plus âgée 89 ans.

L’âge moyen au diagnostic est de 60 ans (médiane 55,5 ans), avec :

- 33% (6) des patientes qui ont moins de 50 ans.
- 61% (11) des patientes qui ont entre 50 et 75 ans.
- 6% (1) qui ont 75 ans ou plus.

Description des tumeurs

Répartition par histologie

Les histologies les plus fréquentes sont les carcinomes séreux (67%, n=12).

Les autres histologies sont :

- 3 adénocarcinomes
- 2 tumeurs fibro-épithéliales
- 1 tératome malin

Circonstances de découverte

La moitié des cas ont été diagnostiqués à la suite de symptômes, pour 3 cas (17%) le diagnostic a été réalisé de façon fortuite et pour 6 cas (34%) les circonstances de découverte sont inconnues.

Répartition par stade

La répartition par stade concerne toutes les tumeurs excepté le tératome malin.

7 (42%) tumeurs ont été diagnostiquées à un stade localisé, et 6 (36%) à un stade avancé (régional ou métastatique).

Le stade n'a pas pu être déterminé pour 4 (24%) tumeurs en raison d'un bilan d'extension insuffisant.

Incidences

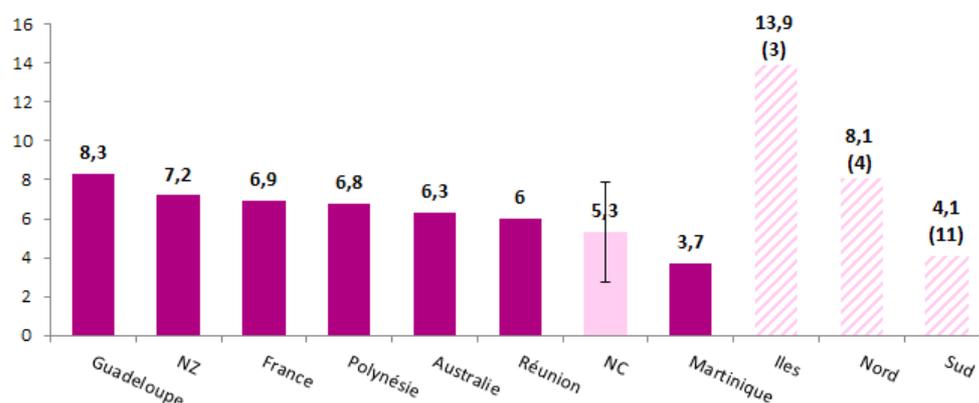
Comparaisons internationales

L'ASR du cancer de l'ovaire est de 5,3 cas [2,8-7,8] pour 100 000 personnes-année.

Il est inférieur à celui de la Guadeloupe.

Il est comparable à celui des autres pays présentés.

FIGURE 120 | Comparaisons internationales des taux d'incidence standardisés (Globocan 2020) – ASR (n) – Cancer de l'ovaire, Nouvelle-Calédonie, 2017-2018



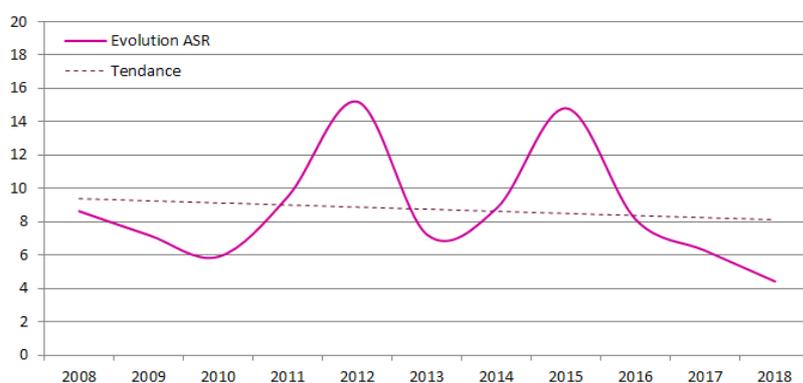
**TABLEAU 69 | Rapport entre provinces des taux d'incidence standardisés et intervalle de confiance
Cancer de l'ovaire, Nouvelle-Calédonie, 2017-2018**

	Rapport ASR	IC Inf	IC Sup
Iles / Nord	1,71	0,33	8,88
Iles / Sud	3,42	0,46	25,34
Nord / Sud	2,00	0,48	8,34

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

Evolution

**FIGURE 121 | Evolution du taux d'incidence standardisé et tendance –
Cancer de l'ovaire, Nouvelle-Calédonie, 2008-2018**



Depuis 2008 l'ASR du cancer de l'ovaire varie entre 6 et 15,2 avec une moyenne de 8,7 cas pour 100 000 personnes-année.

Il n'y a **pas d'évolution significative** au cours de ces 10 dernières années ($p=0,7$)

POINTS-CLE

- Avec en moyenne 9 cas /an, le cancer de l'ovaire reste peu fréquent en Nouvelle-Calédonie en 2017-2018.
- L'ASR est très variable ces 10 dernières années mais il n'y pas d'augmentation ou de diminution significative de celle ci
- L'âge moyen au diagnostic est de 60 ans mais 1 femme sur 3 à moins de 50 ans au moment du diagnostic.

Généralités

Le cancer du vagin représente 1 à 2 % des cas de cancers et est le plus rare des cancers gynécologiques. Il affecte surtout la femme âgée.

Les facteurs de risque sont les infections virales (papillomavirus humain, VIH), le tabagisme, un antécédent de cancer du col utérin

Le cancer de la vulve est une maladie rare : 1 cas pour 100 000 femmes par an en France en 2018 ce qui représente moins de 5 % des cancers féminins.

L'âge médian au diagnostic est de 77 ans. Il s'agit dans 90 % des cas d'un carcinome épidermoïde causé par une infection à papillomavirus humain ou qui résulte d'une inflammation chronique ou d'un lichen vulvaire.

Qualité des données

14 tumeurs sont concernées et le retour au dossier clinique a été réalisé pour 86% d'entre elles.

Description des tumeurs

La répartition par topographie est la suivante :

- C51 –Vulve (n=8) :
 - 6 carcinomes épidermoïdes
 - 1 maladie de Paget
 - 1 mélanome
- C52 - Vagin : 1 carcinome épidermoïde
- C55 – Utérus SAI : 1 cystadénocarcinome séreux
- C57 – Organes génitaux féminins SAI : 4 carcinomes ou adénocarcinome

Généralités

Les cancers de la prostate sont des cancers de « l'homme âgé ». Ils sont très rares avant l'âge de 50 ans, et sont diagnostiqués le plus souvent chez des personnes de 70-75 ans.

Les principaux facteurs de risque du cancer de la prostate sont l'âge, les antécédents familiaux et l'exposition à la chlordécone. Ce pesticide a été utilisé aux Antilles, il est responsable de la sur incidence de ce cancer en Guadeloupe et Martinique.

Différents traitements existent, notamment la chirurgie, la radiothérapie, la curiethérapie ou bien les traitements hormonaux.

En France, la survie nette à 5 ans est de 93%.

En Nouvelle-Calédonie, tous les cancers uro-prostatiques sont pris en charge dans le secteur libérale.

En Nouvelle-Calédonie sur la période 2017-2018, le cancer de la prostate est **le 3^{ème} cancer le plus fréquent tous sexes confondus et le premier cancer le plus fréquent** chez les hommes, avec **en moyenne 113** tumeurs invasives par an. Cela représente un taux d'incidence standardisé (ASR) de **65,5** cas pour 100 000 personnes années.

Pour 5% (n=12) des patients, un antécédent de cancer est enregistré : digestif (n=7), bronches-poumon (n=2), sarcome (n=1), rein (n=1) et hémopathie (n=1).

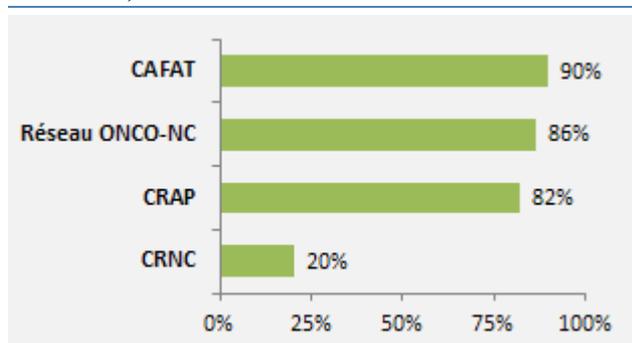
TABLEAU 70 | Nombres de cas, taux d'incidence standardisés (ASR) et rang, par sexe et par année- Cancer de la prostate, Nouvelle-Calédonie 2017-2018

	Total	Hommes		
	Rang	Nb/an	ASR	Rang
2017	3	109	64,5	1
2018	3	117	66,4	1
2017/2018	3	226	65,5	1

Qualité des données

Les principales sources de signalement du cancer du côlon-rectum sont le réseau Onco-NC, les comptes-rendus d'anatomopathologie (CRAP) et les longues maladies de la CAFAT.

TABLEAU 71 | Pourcentage des principales sources de signalement - Cancer de la prostate, 2017-2018, Nouvelle-Calédonie



11 (5%) cas ont une seule et unique source de signalement :

- 5 cas sont signalés par la longue maladie de la CAFAT
- 2 cas par le PMSI
- 2 cas par les CRAP
- 2 par le réseau Onco-NC

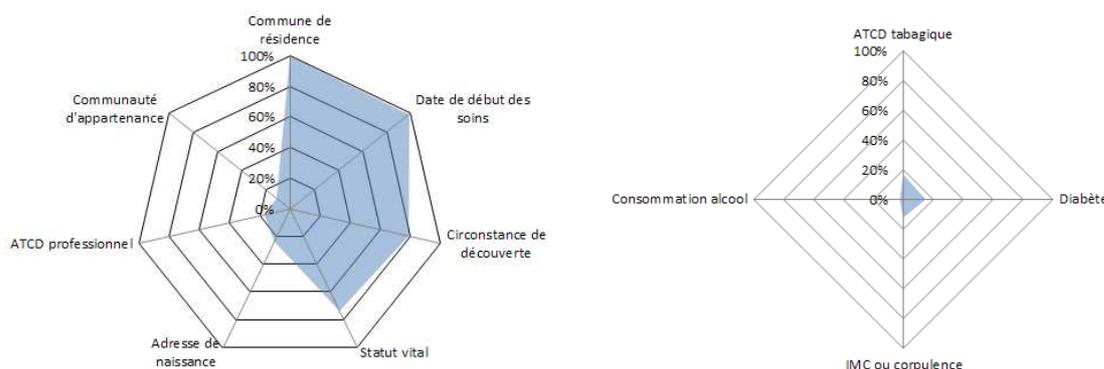
Le retour au dossier clinique a été réalisé pour tous les cas signalés.

La grande majorité des cancers ont un diagnostic histologique (97%). Les autres cancers sont diagnostiqués au cours de l'examen clinique (toucher rectal) ou par un examen radiologique (IRM prostatique) associé à une élévation du taux d'antigène prostatique spécifique (PSA).

Les données patient sont bien renseignées, mis à part les antécédents professionnels, la communauté d'appartenance et la commune de naissance.

Les facteurs de risques sont insuffisamment renseignés dans les dossiers.

FIGURE 122 | Pourcentage de données renseignées dans le dossier médical du patient – Cancer de la prostate, Nouvelle-Calédonie, 2017-2018



Description de la population

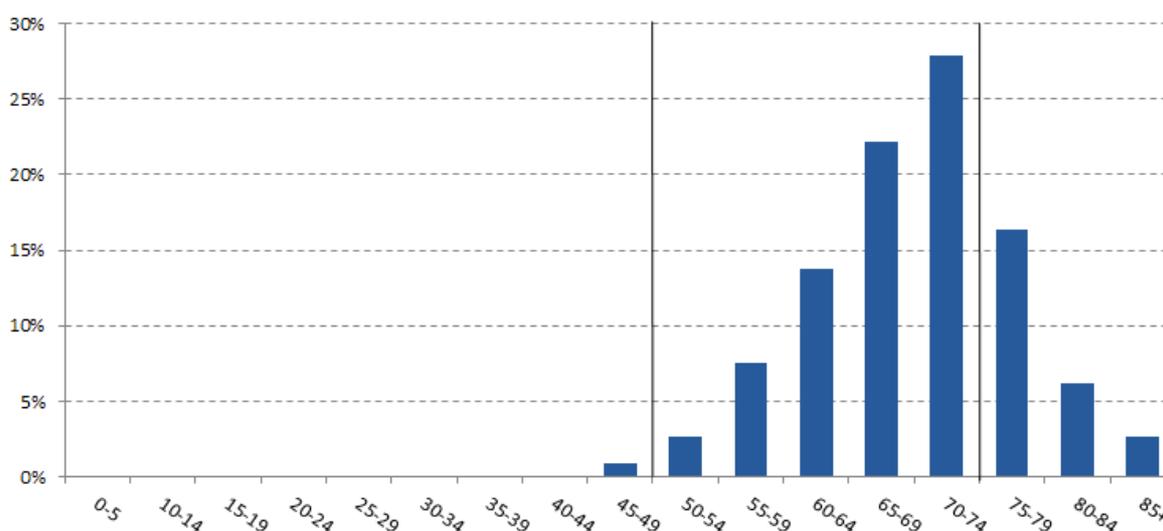
Répartition par âge

Le patient le plus jeune au moment du diagnostic avait 47 ans et le plus âgé 97 ans.

L'âge moyen au diagnostic est de 69 ans (médiane 70 ans), avec :

- 1% (2) des patients qui ont moins de 50 ans.
- 74% (167) des patients qui ont entre 50 et 75 ans.
- 25% (57) des patients qui ont 75 ans ou plus.

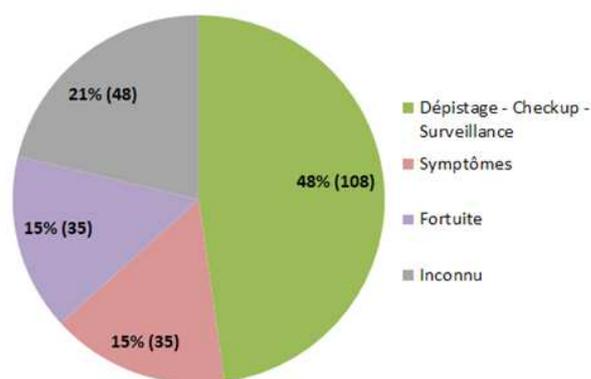
FIGURE 123 | Répartition par tranche d'âge (%) – Cancer de la prostate - Nouvelle-Calédonie, 2017-2018



Description des tumeurs

Circonstances de découverte

FIGURE 124 | Répartition par circonstances de découverte - % (n) – Cancer de la prostate Nouvelle-Calédonie, 2017-2018



Près de la moitié des cancers de la prostate sont diagnostiqués chez des patients qui ont un dosage régulier du PSA.

Seul 15% sont diagnostiqués à la suite de symptômes, notamment à cause de problèmes urinaires persistants.

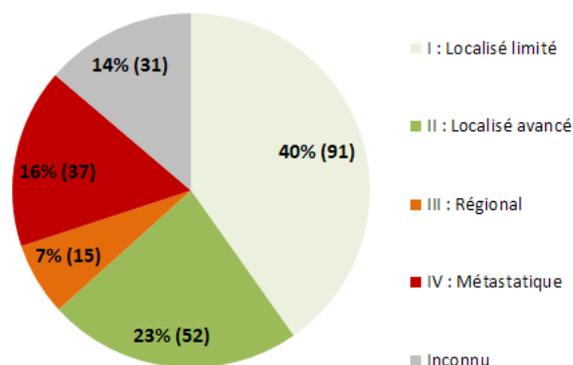
Répartition par histologie

Tous les cancers de la prostate sont des adénocarcinomes.

Répartition par stade

La répartition par stade est établie pour tous les cancers de la prostate.

FIGURE 125 | Répartition par stade - % (n) – Cancer de la prostate - Nouvelle-Calédonie, 2017-2018



Près de 2 cancers de la prostate sur 3 sont diagnostiqués à un stade localisé.

Le stade n'a pas pu être déterminé pour 14% des cas.

Incidences

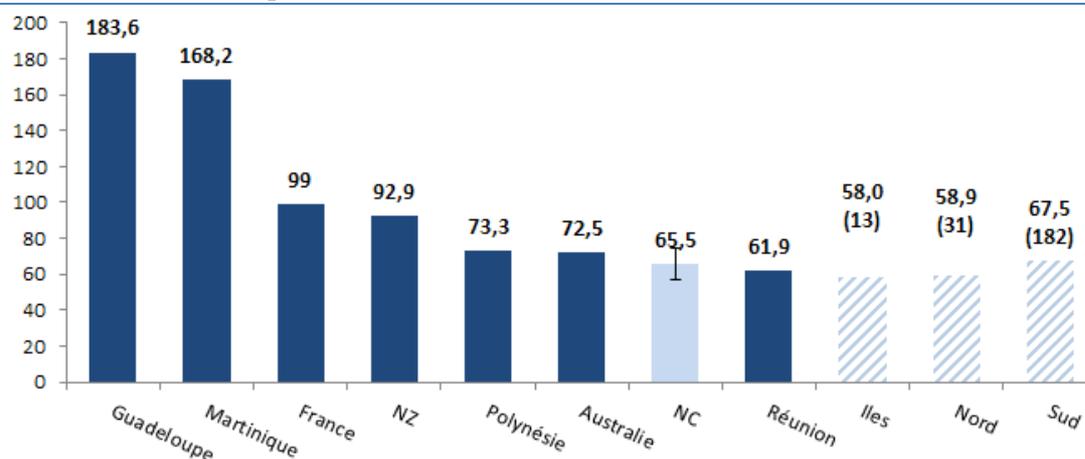
Comparaisons internationales et locales

L'ASR des cancers de la prostate est de 65,5 cas [56,9-74,1] pour 100 000 personnes-année.

Il est inférieur à celui de la Martinique, de la Guadeloupe, de la France métropolitaine et de la Nouvelle-Zélande.

Il est comparable à celui de l'Australie, de la Polynésie et de la Réunion.

FIGURE 126 | Comparaisons internationales des taux d'incidence standardisés (Globocan 2020) – ASR (n) – Cancer de la prostate, Nouvelle-Calédonie, 2017-2018



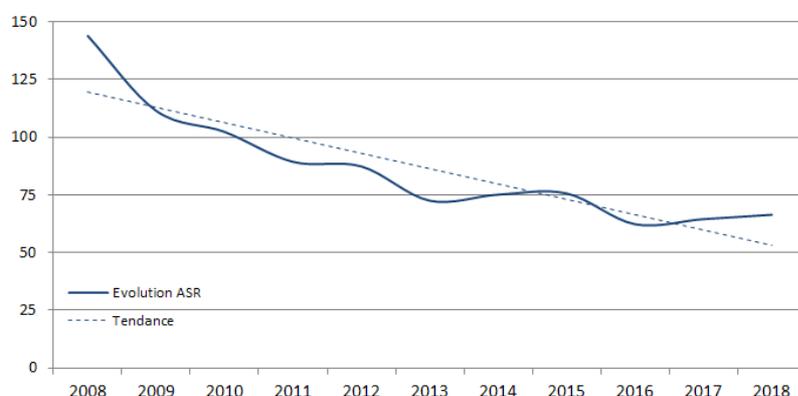
**TABLEAU 72 | Rapport entre provinces des taux d'incidence standardisés et intervalle de confiance
Cancer de la prostate, Nouvelle-Calédonie, 2017-2018**

	Rapport ASR	IC Inf	IC Sup
Iles / Nord	0,98	0,51	1,88
Iles / Sud	0,89	0,51	1,46
Nord / Sud	0,95	0,61	1,26

En 2017-2018, il n'y a pas de différence significative entre les provinces.

Evolution

**FIGURE 127 | Evolution du taux d'incidence standardisé et tendance
Cancer de la prostate, Nouvelle-Calédonie, 2008-2018**



Depuis 2008 l'ASR des cancers de la prostate varie entre 144 et 62,3 avec une moyenne de 86,4 cas pour 100 000 personnes-année.

Au cours des 10 dernières années, l'ASR a **diminué de manière significative** ($p < 0,01$), avec en moyenne une diminution de 6,7 cas pour 100 000 personnes-année chaque année. Cela peut s'expliquer par une évolution de la prise en charge des patients, avec une réalisation moins systématique de biopsie face à une élévation du PSA, et plus de surveillance.

POINTS-CLE

- Le cancer de la prostate est un cancer rare avant 50 ans et de très bon pronostic. Il est le cancer le plus fréquent chez les hommes en Nouvelle-Calédonie.
- Il est principalement diagnostiqué à un stade localisé grâce à un suivi régulier des PSA.
- La diminution de l'incidence au cours des 10 dernières années est probablement liée à une évolution de la prise en charge des patients.

Généralités

Le cancer du rein est le plus souvent découvert de manière fortuite, suite à une échographie ou un scanner de l'abdomen réalisé pour une autre pathologie.

Les principaux facteurs de risque sont le tabagisme, le surpoids, l'obésité et un traitement par dialyse depuis plus de 3 ans.

Il s'agit le plus souvent d'un adénocarcinome (80% des cas), appelé aussi "adénocarcinome à cellules claires". Les autres tumeurs malignes du rein sont les tumeurs tubulopapillaires ou papillaires, les carcinomes à cellules chromophobes, les tumeurs de Bellini sont beaucoup plus rares.

Les principaux traitements du cancer du rein sont la chirurgie, les thérapies ciblées et l'immunothérapie.

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

En Nouvelle-Calédonie, sur la période 2017-2018, le cancer du rein est le **17^{ème} cancer le plus fréquent, tous sexes confondus**, avec **en moyenne 18** tumeurs invasives par an. Cela représente un taux d'incidence standardisé (ASR) de **5,1** cas pour 100 000 personnes année.

Il se situe au 14^{ème} rang chez les hommes avec en moyenne 12 tumeurs par an (ASR 6,8), et au 18^{ème} rang chez les femmes avec en moyenne 6 tumeurs par an (ASR 3,5).

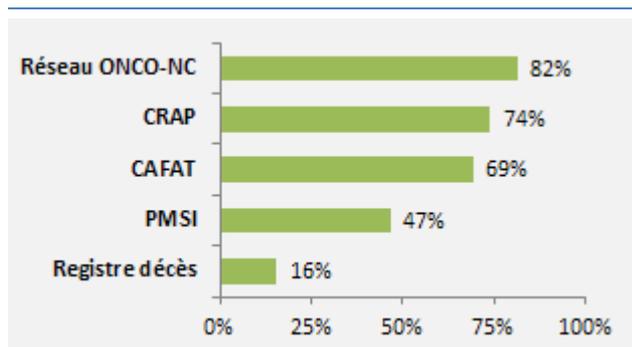
TABLEAU 73 | Nombres de cas, taux d'incidence standardisés (ASR) et rang, par sexe et par année – Cancer du rein, Nouvelle-Calédonie, 2017-2018

	Total			Hommes			Femmes		
	Nb	ASR	Rang	Nb	ASR	Rang	Nb	ASR	Rang
2017	20	5,8	14	11	6,5	13	9	5,3	12
2018	16	4,4	18	13	7,2	12	3	1,8	23
2017/2018	36	5,1	17	24	6,8	14	12	3,5	18

Qualité des données

Les principales sources de signalement du cancer du rein sont les longues maladies de la CAFAT, les comptes-rendus d'anatomopathologie (CRAP) et le réseau Onco-NC.

TABLEAU 74 | Pourcentage des principales sources de Signalement - Cancer du rein, 2017-2018, Nouvelle-Calédonie



2 (5%) cas ont une seule et unique source de signalement :

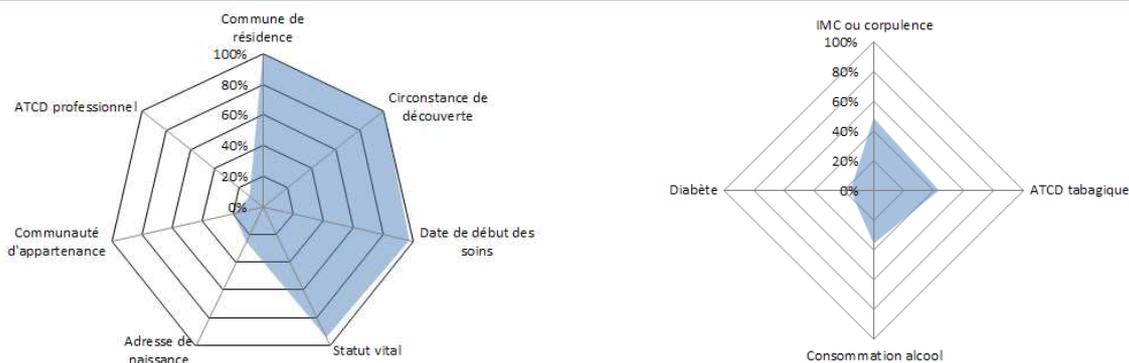
- 1 cas signalé par la longue maladie de la CAFAT
- 1 cas par le réseau Onco-NC

Le retour au dossier clinique a été réalisé pour tous les cas signalés. Une confirmation histologique a été enregistrée pour 94% des cas.

Les données patient sont bien renseignées, mis à part les antécédents professionnels, la communauté d'appartenance et la commune de naissance.

Les facteurs de risques sont insuffisamment renseignés dans les dossiers.

FIGURE 128 | Pourcentage de données renseignées dans le dossier médical du patient – Cancer du rein



Description de la population

Sex ratio

Les cancers du rein sont deux fois plus fréquents chez les hommes avec un sex-ratio de 2 hommes pour 1 femme.

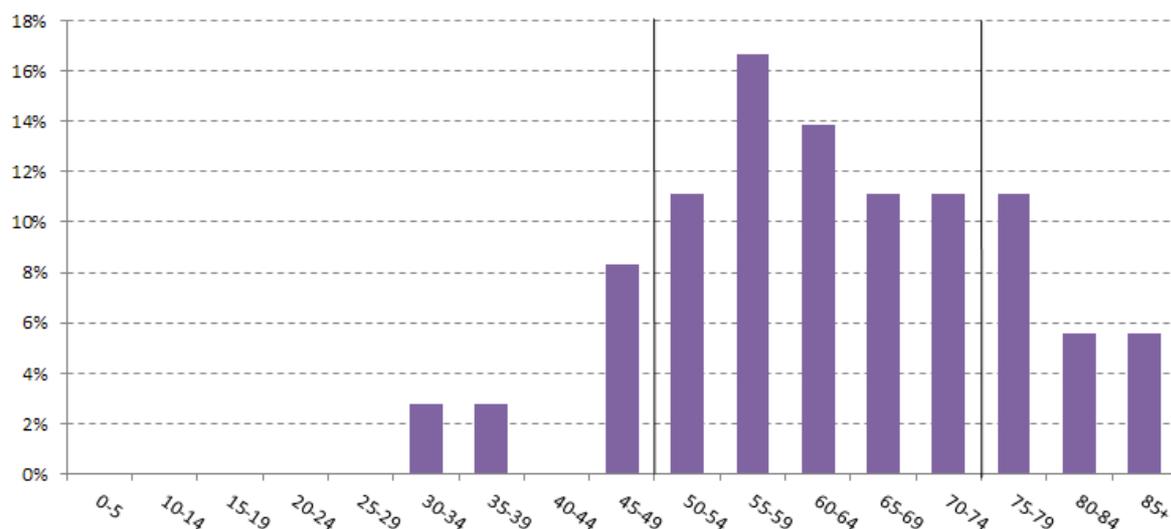
Répartition par âge

Le patient le plus jeune au moment du diagnostic avait 29 ans et le plus âgé 95 ans.

L'âge moyen au diagnostic est de 62,5 ans (médiane 61,5 ans), avec :

- 14% (5) des patients qui ont moins de 50 ans.
- 34% (23) des patients qui ont entre 50 et 75 ans.
- 22% (8) qui ont 75 ans ou plus.

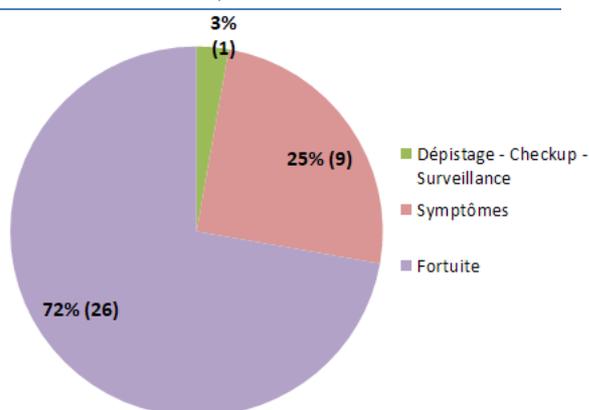
FIGURE 129 | Répartition par tranche d'âge (%) – Cancer du rein - Nouvelle-Calédonie, 2017-2018



Description des tumeurs

Circonstances de découverte

FIGURE 130 | Répartition par circonstances de découverte - % (n) – Cancer du rein Nouvelle-Calédonie, 2017-2018

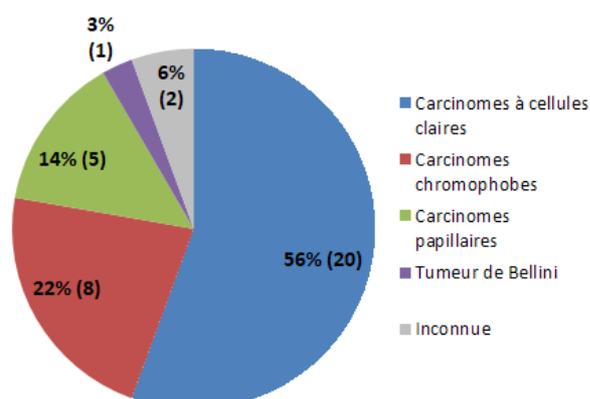


Les trois quart des cancers du rein sont diagnostiqués de manière fortuite c'est-à-dire lors d'un examen d'imagerie pour une autre pathologie.

1 quart est découvert dans le cadre d'expression de symptômes.

Répartition par histologie

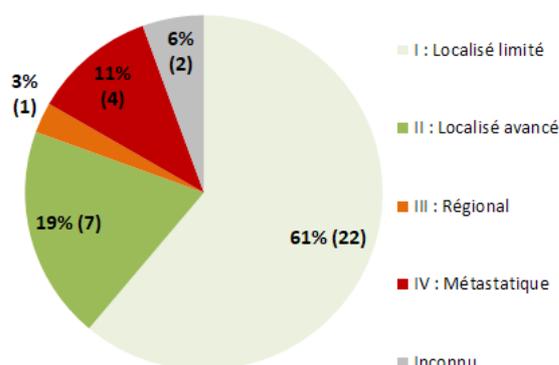
FIGURE 131 | Répartition par histologie - % (n) – Cancer du rein - Nouvelle-Calédonie, 2017-2018



Plus de la moitié des cancers du rein sont des carcinomes à cellules claires (56%, n=20).

Répartition par stade

FIGURE 132 | Répartition par stade - % (n) – Cancers du rein - Nouvelle-Calédonie, 2017-2018



80% (n=29) des cas de cancer du rein sont diagnostiqués à un stade localisé (limité ou avancé) contre 14% (n=5) à un stade régional ou métastatique.

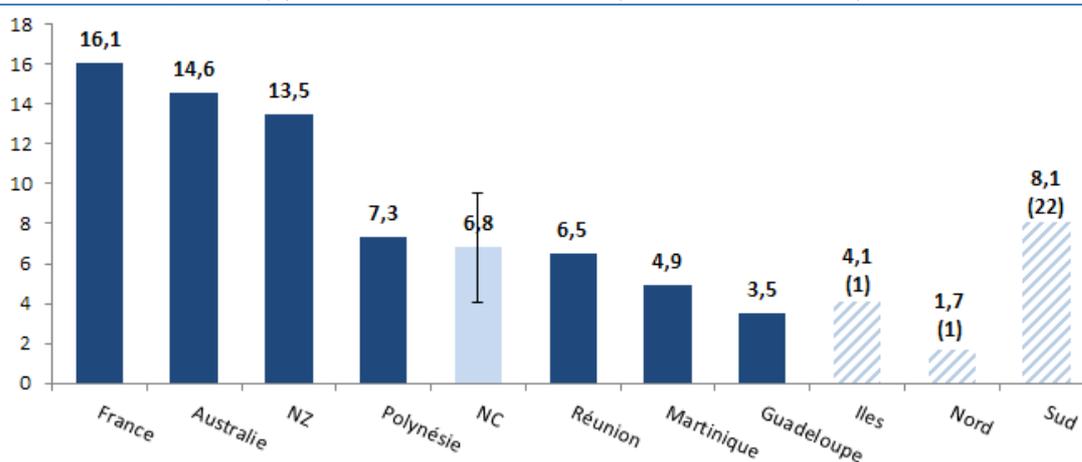
Le fort taux de découverte de façon fortuite des cancers du rein permet très certainement un diagnostic plus précoce de la maladie.

Incidences

Comparaisons internationales et locales

Chez les hommes, l'ASR du cancer du rein est de 6,8 [4,1-9,5] pour 100 000 personnes-année. Il est inférieur à celui de la France métropolitaine, de la Nouvelle-Zélande et de l'Australie. Il est comparable à celui de la Polynésie, de la Réunion et de la Martinique. Il est supérieur à celui de la Guadeloupe.

FIGURE 133 | Comparaisons internationales des taux d'incidence standardisés (Globocan 2020) - ASR (n) – Hommes - Cancer du rein, Nouvelle-Calédonie, 2017-2018



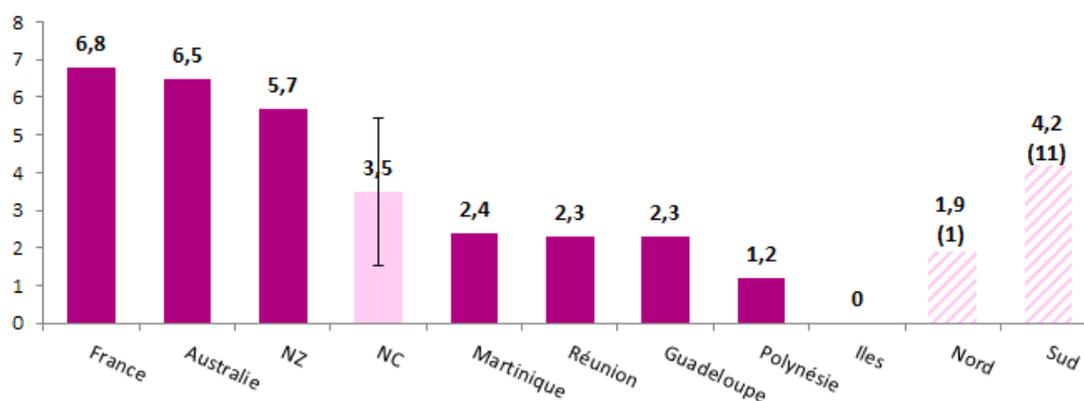
**TABLEAU 75 | Rapport entre provinces des taux d'incidence standardisés et intervalle de confiance - Hommes
Cancer du rein, Nouvelle-Calédonie, 2017-2018**

	Rapport ASR	IC Inf	IC Sup
Iles / Nord	2,4	0,10	57,9
Iles / Sud	0,5	0,11	2,3
Nord / Sud	0,2	0,07	0,7

En 2017-2018, chez les hommes, il n'y a pas de différence significative entre les provinces.

Chez les femmes, l'ASR du cancer du rein est de 3,5 [1,5-5,5] pour 100 000 personnes-année. Il est inférieur à celui de la France métropolitaine, de la Nouvelle-Zélande et de l'Australie. Il est comparable à celui de la Guadeloupe, de la Réunion et de la Martinique. Il est supérieur à celui de la Polynésie.

FIGURE 134 | Comparaisons internationales des taux d'incidence standardisés (Globocan 2020) - ASR (n) – Femmes - Cancer du rein, Nouvelle-Calédonie, 2017-2018



**TABLEAU 76 | Rapport entre provinces des taux d'incidence standardisés et intervalle de confiance - Femmes
Cancer du rein, Nouvelle-Calédonie, 2017-2018**

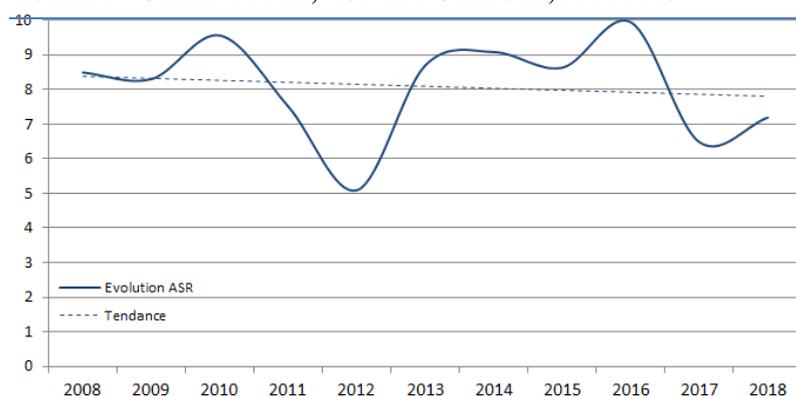
	Rapport ASR	IC Inf	IC Sup
Iles / Nord	/	/	/
Iles / Sud	/	/	/
Nord / Sud	0,5	0,10	2,1

Aucun cas n'a été diagnostiqué en province des Iles chez les femmes.

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

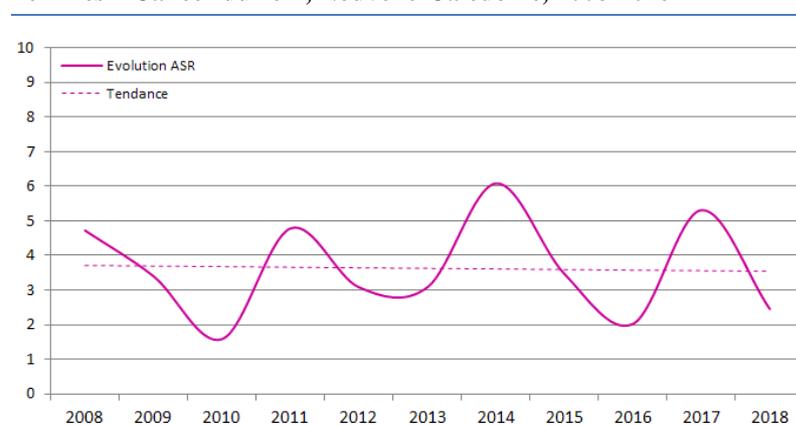
Evolution par sexe

FIGURE 135 | Evolution du taux d'incidence standardisé et tendance Hommes – Cancer du rein, Nouvelle-Calédonie, 2008-2018



Chez les hommes, depuis 2008 l'ASR des cancers du rein varie entre 5,1 et 10 avec une moyenne de 8,1 cas pour 100 000 personnes-année. Il n'y a **pas d'évolution significative** au cours de ces 10 dernières années ($p=0,7$).

FIGURE 136 | Evolution du taux d'incidence standardisé et tendance Femmes – Cancer du rein, Nouvelle-Calédonie, 2008-2018



Chez les femmes, depuis 2008 l'ASR des cancers du rein varie entre 1,6 et 6,1 avec une moyenne de 3,6 cas pour 100 000 personnes-année. Il n'y a **pas d'évolution significative** de l'ASR au cours de ces 10 dernières années ($p=0,9$).

POINTS-CLE

- Le cancer du rein est un cancer de découverte fortuite diagnostiqué majoritairement à un stade localisé.
- L'incidence est stable depuis ces 10 dernières années.
- Les facteurs de risque connus du cancer du rein sont insuffisamment renseignés dans les dossiers patients en Nouvelle-Calédonie.

Cancer de la vessie et des voies urinaires

Code CIM-10 : C65 à C68

Généralités

Les cancers de la vessie et Voies Urinaires (VU) se développent le plus souvent à partir de la muqueuse de la vessie, sur l'épithélium urothélial, d'où le nom de carcinome urothélial. Le tabagisme est le facteur de risque principal des cancers de la vessie et des voies urinaires (30 à 40% des cas).

Les principaux traitements sont la chirurgie, la chimiothérapie et la radiothérapie.

En France, la survie nette à 5 ans est de 55% chez les hommes et 49% chez les femmes.

En Nouvelle-Calédonie sur la période 2017-2018, le cancer de la vessie et des voies urinaires est le **15^{ème} cancer le plus fréquent, tous sexes confondus**, avec **en moyenne 20** tumeurs invasives par an. Cela représente un taux d'incidence standardisé (ASR) de **5,5** cas pour 100 000 personnes années.

Il se situe au 11^{ème} rang chez les hommes avec en moyenne 14 tumeurs par an (ASR 7,4), et au 19^{ème} rang chez les femmes avec en moyenne 6 tumeurs par an (ASR 3,4).

Pour 15% (n=6) des patients, un antécédent de cancer est enregistré : sein (n=3), prostate (n=1), rein (n=1), site mal défini (n=1).

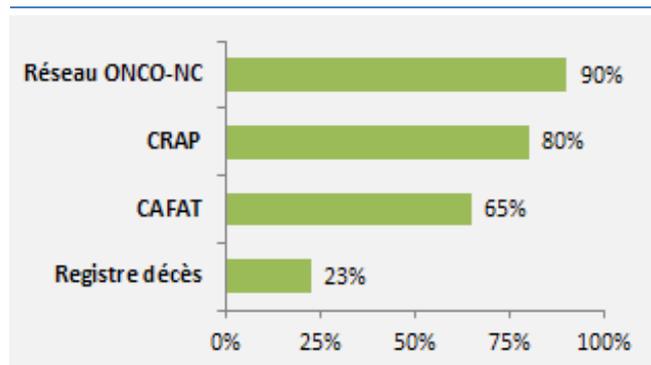
TABLEAU 77 | Nombres de cas, taux d'incidence standardisés (ASR) et rang, par sexe et par année – Cancer de la vessie et des voies urinaires, Nouvelle-Calédonie, 2017-2018

	Total			Hommes			Femmes		
	Nb/an	ASR	Rang	Nb/an	ASR	Rang	Nb/an	ASR	Rang
2017	13	3,6	21	7	4	18	6	3,3	17
2018	27	7,3	13	21	11,7	6	6	3,4	19
2017/2018	40	5,5	15	28	7,4	11	12	3,4	19

Qualité des données

Les principales sources de signalement des cancers de la vessie et des voies urinaires sont le réseau Onco-NC, les comptes rendus d'anatomopathologie (CRAP) et les longues maladies de la CAFAT.

TABLEAU 78 | Pourcentage des principales sources de signalement - Cancer de la vessie et des voies urinaires, 2017-2018, Nouvelle-Calédonie



4 (10%) cas ont une seule et unique source de signalement :

- 2 cas ont été signalés uniquement par le réseau Onco-NC.
- 2 par les CRAP.

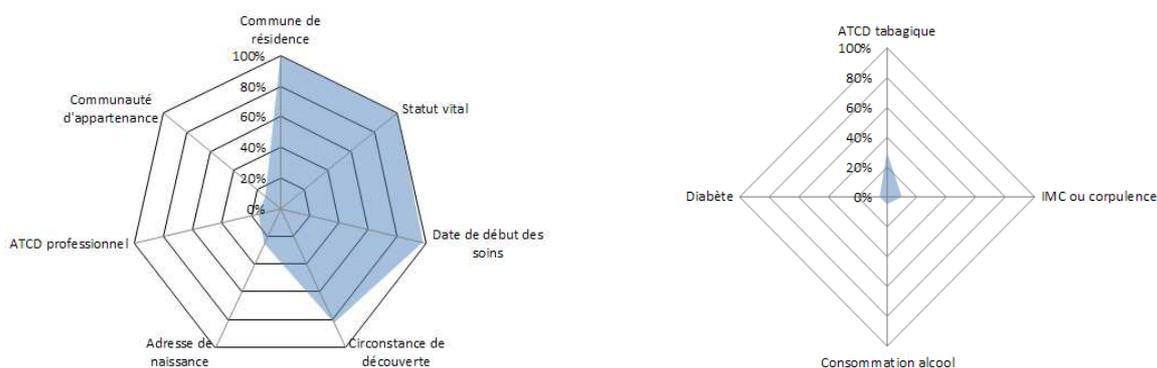
Le retour au dossier clinique a été réalisé pour 97,5% des cas signalés.

Une confirmation histologique a été enregistrée pour 100% des cas.

Les données patient les mieux renseignées sont la commune de résidence, la date de début des soins et les circonstances de découverte.

Les facteurs de risques généraux sont très peu notés dans les dossiers.

FIGURE 137 | Pourcentage de données renseignées dans le dossier médical du patient – Cancer de la vessie et des voies urinaires, Nouvelle-Calédonie, 2017-2018



Description de la population

Sex ratio

Les cancers de la vessie et des voies urinaires sont plus fréquents chez les hommes avec un sex-ratio de 2,3 hommes pour 1 femme.

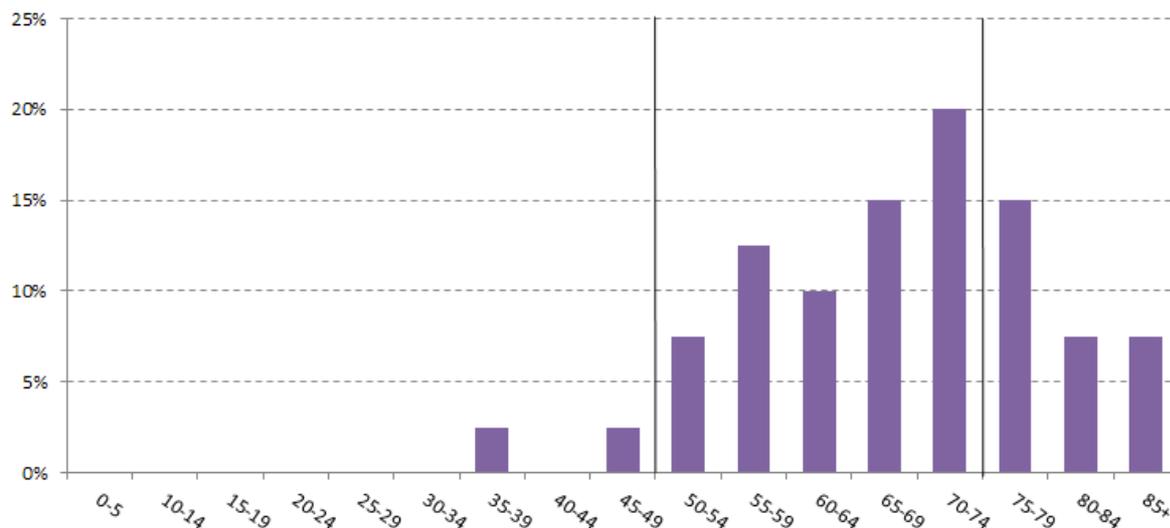
Répartition par âge

Le patient le plus jeune au moment du diagnostic avait 37 ans et le plus âgé 91 ans.

L'âge moyen au diagnostic est de 68 ans (médiane 68 ans), avec :

- 5% (2) des patients qui ont moins de 50 ans.
- 65% (26) des patients qui ont entre 50 et 75 ans.
- 30% (12) qui ont 75 ans ou plus.

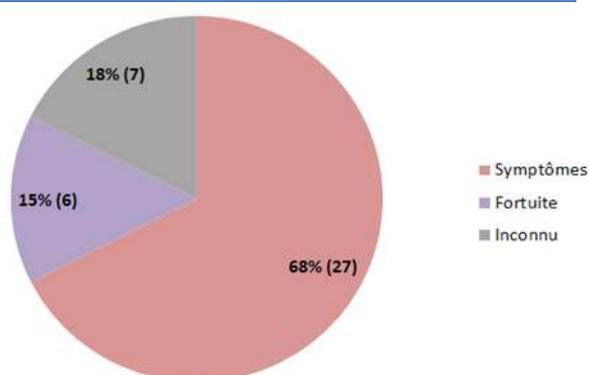
FIGURE 138 | Répartition par tranche d'âge (%) – Tous sexes confondus- Cancer de la vessie et des voies urinaires - Nouvelle-Calédonie, 2017-2018



Description des tumeurs

Circonstances de découverte

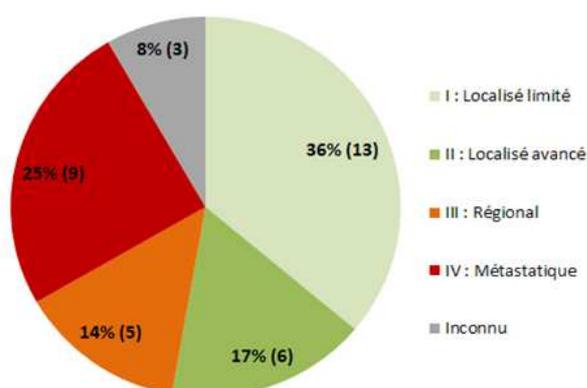
FIGURE 139 | Répartition par circonstances de découverte – % (n) – Cancer de la vessie et des voies urinaires, Nouvelle-Calédonie, 2017-2018



La grande majorité des cancers de la vessie et des voies urinaires sont diagnostiqués à la suite de symptômes (hématurie, troubles urinaires...)

Répartition par stade

FIGURE 140 | Répartition par stade - % (n) – Cancer de la vessie et des voies urinaires - Nouvelle-Calédonie, 2017-2018



La moitié des cancers de la vessie et des voies urinaires sont diagnostiqués à un stade localisé (53%)

Incidences

Comparaisons internationales et locales

Chez les hommes, l'ASR est de 7,9 [5-10,8] pour 100 000 personnes-année. Il est comparable à celui des autres pays, excepté la Métropole qui a une incidence plus élevée et la Martinique qui a une incidence plus faible.

FIGURE 141 | Comparaisons internationales des taux d'incidence standardisés (Globocan 2020) - ASR (n) – Hommes - Cancer de la vessie et des voies urinaires, Nouvelle-Calédonie, 2017-2018

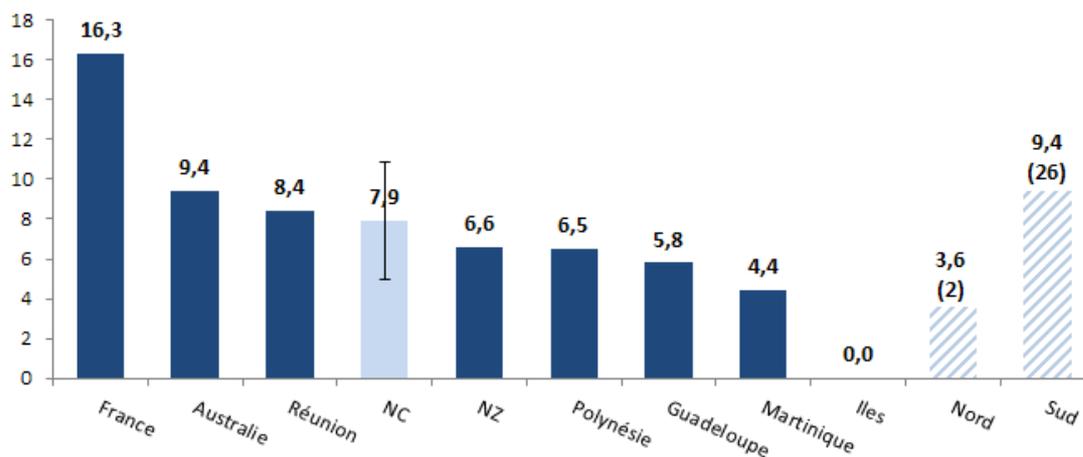


TABLEAU 79 | Rapport entre provinces des taux d'incidence standardisés et intervalle de confiance – Hommes - Cancer de la vessie et des voies urinaires, Nouvelle-Calédonie, 2017-2018

	Rapport ASR	IC Inf	IC Sup
Iles / Nord	/	/	/
Iles / Sud	/	/	/
Nord / Sud	0,4	0,14	1,1

Aucun cas n'a été diagnostiqué chez les hommes en province des Iles.

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

Chez les femmes, l'ASR est de 3,4 [1,4-5,4] personnes-année. Il est comparable à celui des autres pays, excepté l'Australie qui a une incidence plus élevée.

FIGURE 142 | Comparaisons internationales des taux d'incidence standardisés (Globocan 2020) - ASR (n) – Femmes - Cancer de la vessie et des voies urinaires, Nouvelle-Calédonie, 2017-2018

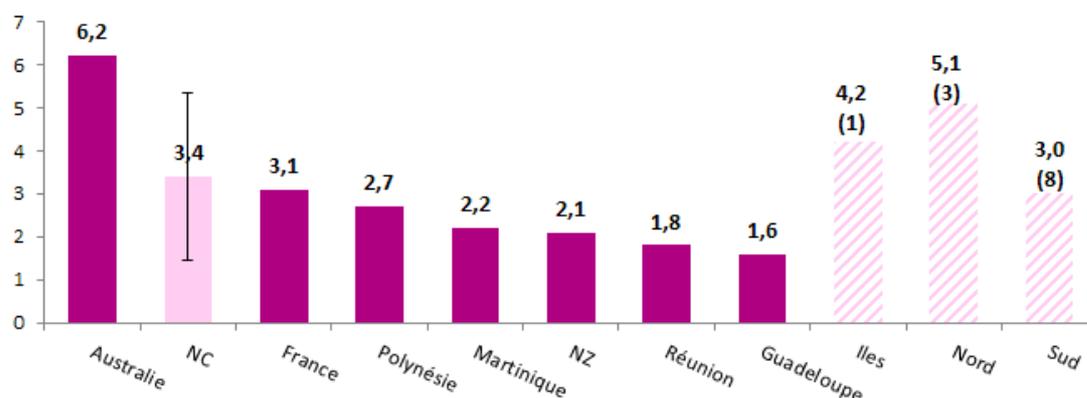


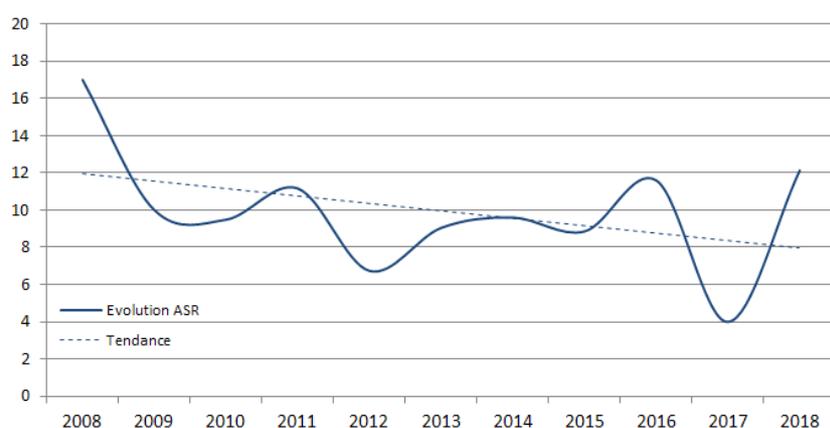
TABLEAU 80 | Rapport entre provinces des taux d'incidence standardisés et intervalle de confiance – Femmes - Cancer de la vessie et des voies urinaires, Nouvelle-Calédonie, 2017-2018

	Rapport ASR	IC Inf	IC Sup
Iles / Nord	0,8	0,09	7,3
Iles / Sud	1,4	0,13	15,6
Nord / Sud	1,7	0,4	8,2

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

Evolution par sexe

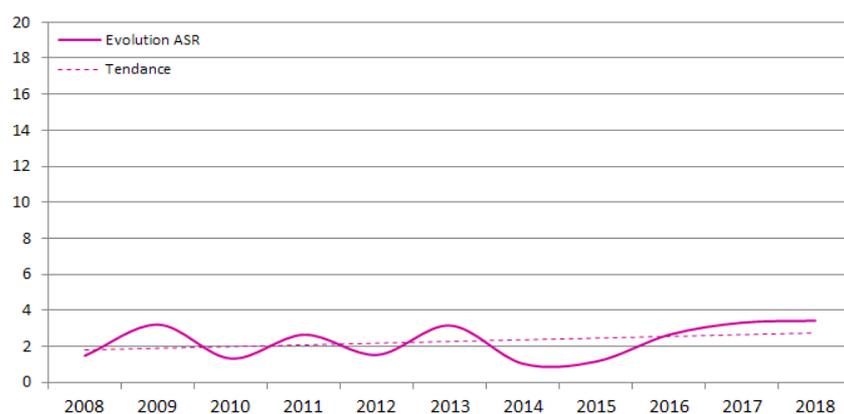
FIGURE 143 | Evolution du taux d'incidence standardisés et tendance - Hommes, Cancer de la vessie et des voies urinaires, Nouvelle-Calédonie, 2008-2018



Chez les hommes, depuis 2008 l'ASR des cancers de la vessie et des voies urinaires varie entre 5,1 et 10 avec une moyenne de 8,1 cas pour 100 000 personnes-année.

Il n'y a pas d'évolution significative au cours de ces 10 dernières années (p=0,7).

FIGURE 144 | Evolution du taux d'incidence standardisés et tendance- Femmes – Cancer de la vessie et des voies urinaires, Nouvelle-Calédonie, 2008-2018



Chez les femmes, depuis 2008 l'ASR des cancers de la vessie et des voies urinaires varie entre 1 et 3,4 avec une moyenne de 2,4 cas pour 100 000 personnes-année.

Il n'y a **pas d'évolution significative** de l'ASR au cours de ces 10 dernières années ($p=0,3$).

POINTS-CLE

- Le cancer de la vessie et des voies urinaires est principalement induit par le tabagisme mais cette donnée n'est pas disponible dans les dossiers patients.
- Il est diagnostiqué à la suite de symptômes.
- L'ASR n'a pas évolué de façon significative ces 10 dernières années.

Cancer des testicules

Code CIM-10 : C62

Généralités

Le cancer des testicules est le cancer le plus fréquent chez l'homme jeune (15-35 ans). Dans la grande majorité des cas, il s'agit de tumeurs germinales issues des cellules productrices de spermatozoïdes. Il est le plus souvent détecté par le patient suite à l'apparition d'une masse dure.

Diagnostiqué à un stade précoce, la chirurgie est le principal traitement. Dans les autres cas, une chimiothérapie peut être nécessaire.

En France, la survie nette à 5 ans est de 93%.

En Nouvelle-Calédonie sur la période 2017-2018, le cancer des testicules est le **25^{ème}** cancer le plus fréquent tous sexes confondus, et le **16^{ème}** cancer le plus fréquent chez l'homme avec en moyenne 9 tumeurs invasives par an. Cela représente un taux d'incidence standardisé (ASR) de **6,05** cas pour 100 000 personnes-année.

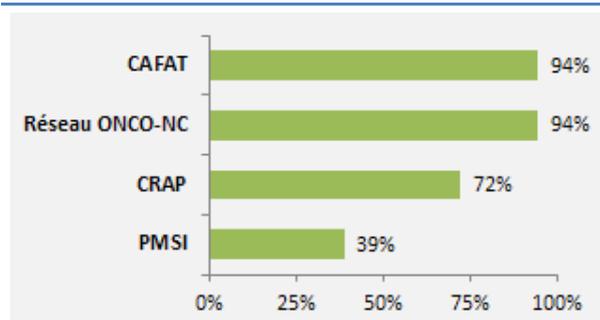
TABLEAU 81 | Nombre de cas, taux d'incidence standardisés (ASR) et rang, par année - Cancer des testicules, Nouvelle-Calédonie, 2017-2018

	Total	Hommes		
	Rang	Nb/an	ASR	Rang
2017	22	12	8,3	13
2018	29	6	3,8	19
2017/2018	25	18	6,05	16

Qualité des données

Les principales sources de signalement du cancer des testicules sont les longues maladies de la CAFAT, le réseau Onco-NC, et les comptes-rendus d'anatomopathologie (CRAP).

TABLEAU 82 | Pourcentage des principales sources de signalement - Cancers des testicules, 2017-2018, Nouvelle-Calédonie



Un cas a eu une seule et unique source de signalement. Il a été signalé par le PMSI.

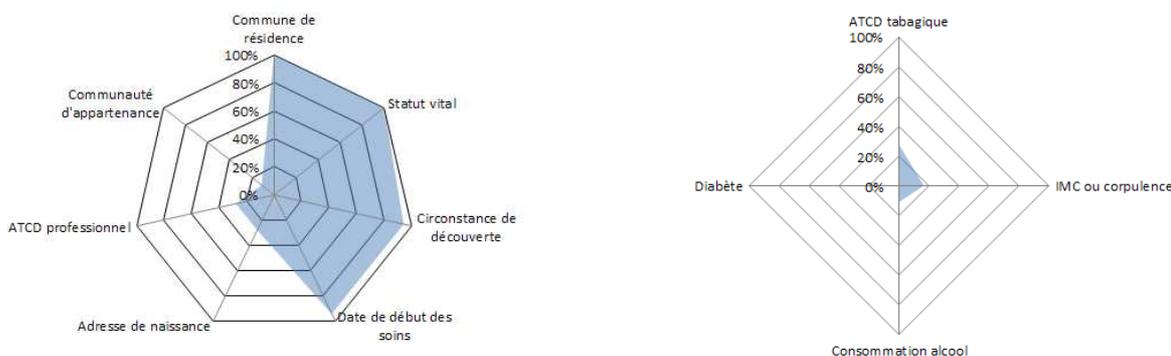
Le retour au dossier clinique a été réalisé pour tous les cas signalés.

Tous les cas ont eu une confirmation histologique.

Les données concernant le patient et la tumeur sont bien renseignées, mis à part les antécédents professionnel, la communauté d'appartenance et l'adresse de naissance.

Les facteurs de risques sont insuffisamment renseignés dans les dossiers.

FIGURE 145 | Pourcentage de données renseignées dans le dossier médical du patient – Cancer des testicules, Nouvelle-Calédonie, 2017-2018



Description de la population

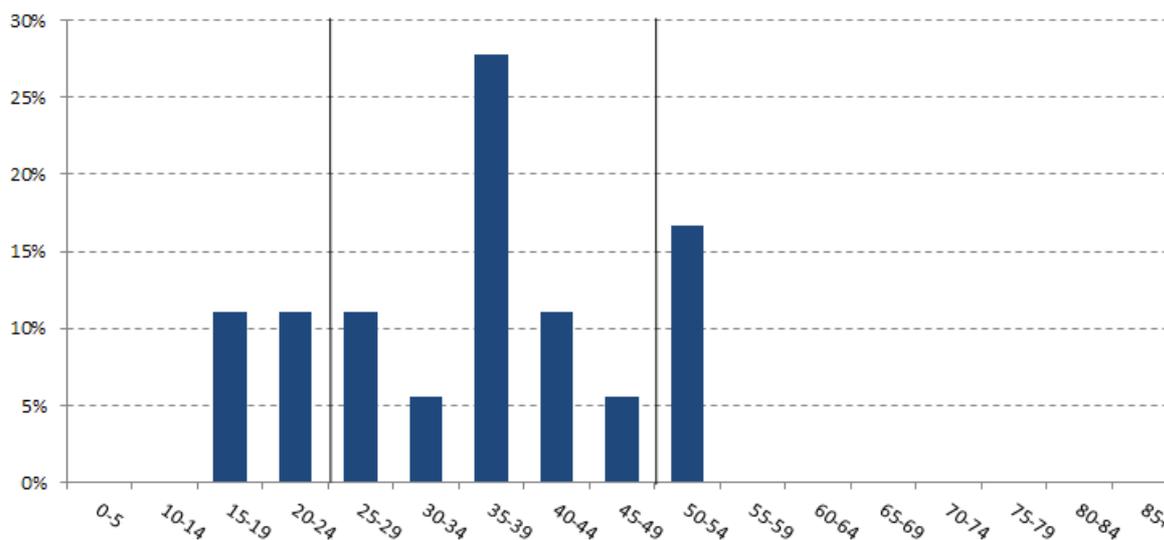
Répartition par âge

Le patient le plus jeune au moment du diagnostic de cancer avait 15 ans et le plus âgé 53 ans.

L'âge moyen au diagnostic est de 35 ans (médiane 36,5 ans), avec :

- 22% (4) des patients qui ont moins de 25 ans.
- 61% (11) des patients qui ont entre 25 et 50 ans.
- 17% (3) des patients qui ont 50 ans ou plus.

FIGURE 146 | Répartition par tranche d'âge (%) – Cancer des testicules -Nouvelle-Calédonie, 2017-2018



Description des tumeurs

Circonstances de découverte

La majorité des cancers des testicules sont diagnostiqués suite à l'apparition d'une masse testiculaire (n=12). Pour les autres, la circonstance de découverte est soit inconnue, soit fortuite.

Répartition par histologie

Les histologies les plus fréquentes sont les séminomes (7) et les tumeurs mixtes (5).

Répartition par stade

La répartition par stade est établie pour tous les cancers des testicules.

Plus de la moitié des cancers des testicules (n=11) sont diagnostiqués à un stade régional (n=6) ou métastatique (n=5).

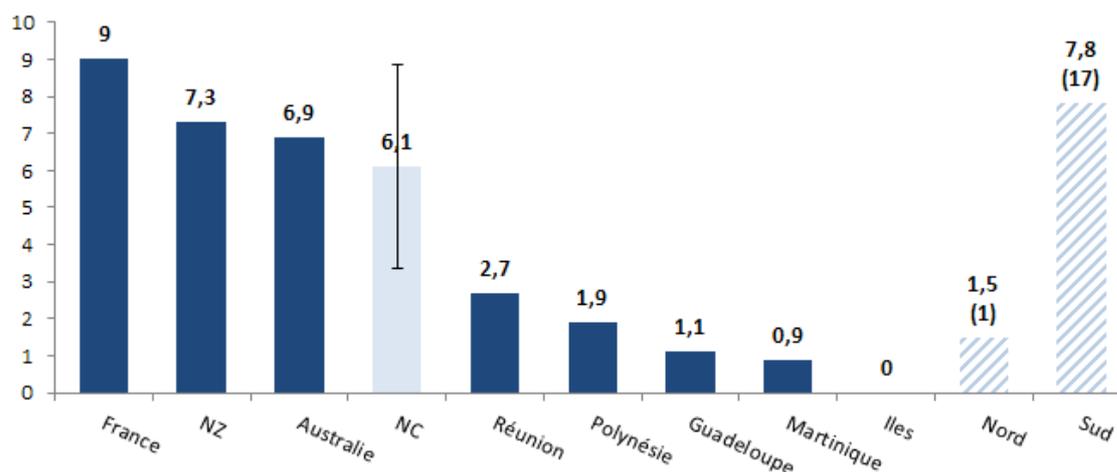
Incidences

Comparaisons internationales et locales

L'ASR des cancers des testicules est de 6,1 [3,4-8,8].

Il est plus faible que celui de la métropole, et comparable à ceux de l'Australie et de la Nouvelle-Zélande.

FIGURE 147 | Comparaisons internationales des taux d'incidence standardisés (Globocan 2020) – ASR (n) – Cancer des testicules, Nouvelle-Calédonie, 2017-2018



**TABLEAU 83 | Rapport entre provinces des taux d'incidence standardisés et intervalle de confiance
Cancer des testicules, Nouvelle-Calédonie, 2017-2018**

	Rapport ASR	IC Inf	IC Sup
Iles / Nord	/	/	/
Iles / Sud	/	/	/
Nord / Sud	0,2	0,05	0,7

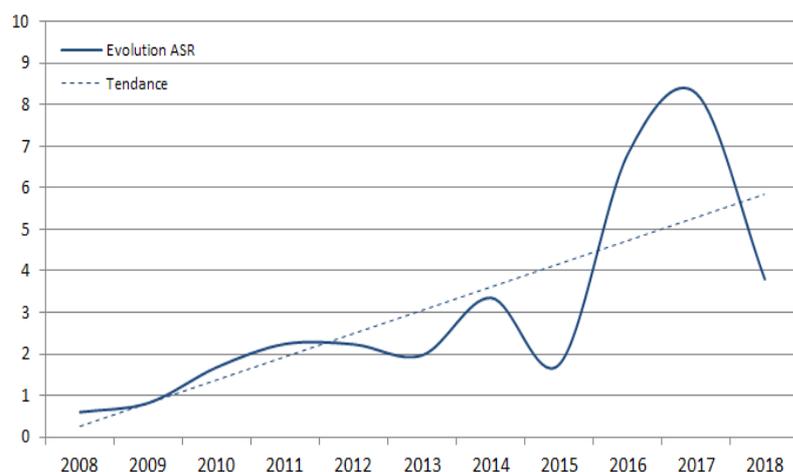
Aucun cas n'a été diagnostiqué en province des Iles.

L'ASR de la province Sud est significativement plus élevé que celui de la province Nord.

Il est 5 fois plus élevé.

Evolution

**FIGURE 148 | Evolution du taux d'incidence standardisé et tendance
Cancer des testicules, Nouvelle-Calédonie, 2008-2018**



Depuis 2008 l'ASR des cancers des testicules varie entre 0,6 et 8,3 avec une moyenne de 3 cas pour 100 000 personnes-année.

Au cours des 10 dernières années, **l'ASR a augmenté de manière significative** ($p < 0,05$), avec en moyenne une augmentation de 0,5 cas pour 100 000 personnes-année chaque année.

POINTS-CLE

- Le cancer des testicules est un cancer rare diagnostiqué chez l'homme jeune, entre 15 et 50 ans.
- En 2017-2018, l'incidence de ce cancer est plus élevée en province Sud qu'en province Nord.
- L'incidence des cancers des testicules a augmenté de manière significative au cours des 10 dernières années.

Autres cancers des organes génitaux masculins

Code CIM-10 : C60 et C63

En 2017-2018, 4 cancers de la verge (C60) et 1 tumeur d'origine uro-prostatique sans autre indication ont été diagnostiqués. Elles ont toutes fait l'objet d'un retour au dossier clinique.

Les cancers de la verge sont tous des carcinomes épidermoïdes. Le cancer d'origine uro-prostatique est un carcinome neuro-endocrine.

Lymphomes Malins Non Hodgkiniens (LMNH)

Code CIM-10 : C82 à C85, C96

Généralités

Les lymphomes sont des tumeurs malignes du système lymphatique. Ils se développent au niveau des organes lymphoïdes ganglionnaires ou extra ganglionnaires. Tout organe avec du tissu lymphoïde peut être le siège d'un lymphome. On distingue :

- les lymphomes à cellules B qui se développent au dépend des lymphocytes B, responsables de la production des anticorps dans le système immunitaire.
- Les lymphomes à cellules T : qui se développent au dépend des lymphocytes T appelés aussi cellules tueuses.

Les lymphomes à cellules B sont plus fréquents que les lymphomes à cellules T.

L'étiologie des LMNH est encore peu connue.

Les principaux traitements des lymphomes sont la chimiothérapie et l'immunothérapie.

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

En Nouvelle-Calédonie sur la période 2017-2018, les LMNH sont le **11ème cancer le plus fréquent, tous sexes confondus**, avec en **moyenne 28** tumeurs invasives par an. Cela représente un taux d'incidence standardisé (ASR) de **8** pour 100 000 personnes-année.

Il se situe au 7ème rang chez les hommes avec en moyenne 16,5 tumeurs par an (ASR 9,6), et au 8ème rang chez les femmes avec en moyenne 11,5 tumeurs par an (ASR 6,5).

Pour 16% (n=9) des patients un antécédent de cancer est enregistré : Sein (n=2), hémopathie (n=2), anus (n=1), mélanome cutané (n=1), col (n=1), prostate (n=1), thyroïde (n=1).

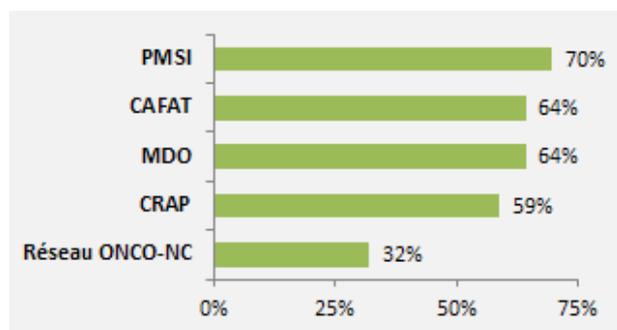
TABLEAU 84 | Nombres de cas, taux d'incidence standardisés (ASR) et rang, par sexe et par année – LMNH - Nouvelle-Calédonie, 2017-2018

	Total			Hommes			Femmes		
	Nb	ASR	Rang	Nb	ASR	Rang	Nb	ASR	Rang
2017	27	7,9	11	16	9,9	6	11	5,2	11
2018	29	8,1	10	17	9,2	8	12	7,2	9
2017/2018	56	8	11	33	9,6	7	23	6,5	8

Qualité des données

Les principales sources de signalement des LMNH sont le PMSI, les longues maladies de la CAFAT et la déclaration par le service de médecine interne du CHT.

TABLEAU 85 | Pourcentage des principales sources de Signalement - LMNH, 2017-2018, Nouvelle-Calédonie



6 (11%) cas ont une seule source de signalement :

- 2 cas ont été signalés uniquement par la longue maladie de la CAFAT.
- 2 par les CRAP.
- 1 par les MDO.
- 1 par le PMSI.

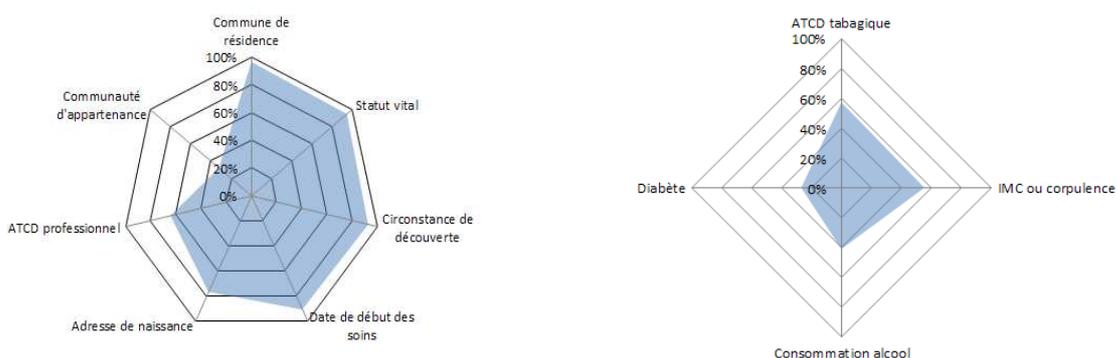
Le retour au dossier clinique a été réalisé pour 95% des cas signalés.

Un diagnostic de LMNH ne peut être posé que par une confirmation histologique ou cytologique. Tous les cas ont donc une confirmation histologique ou cytologique.

Les données patient sont bien renseignées, mis à part les antécédents professionnels et la communauté d'appartenance.

Les facteurs de risque sont insuffisamment renseignés dans les dossiers.

FIGURE 149 | Pourcentage de données renseignées dans le dossier médical du patient – LMNH, Nouvelle-Calédonie, 2017-2018



Description de la population

Sex ratio

Les LMNH sont plus fréquents chez les hommes avec un sex-ratio de 1,4 homme pour 1 femme.

Répartition par âge

Le patient le plus jeune au moment du diagnostic de LMNH avait 8 ans, et le plus âgé 96 ans. Deux LMNH ont été diagnostiqués chez des enfants (-14ans) ou des jeunes (14-20ans).

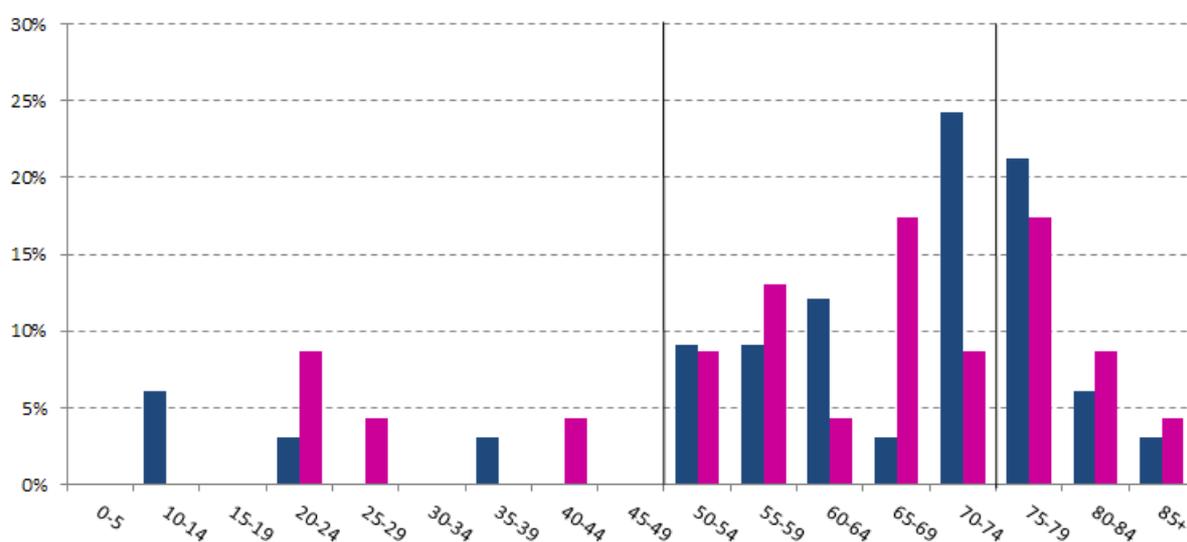
Chez les hommes, l'âge moyen au diagnostic est de 62,5 ans (médiane 70 ans), avec :

- 12% (4) des patients qui ont moins de 50 ans.
- 58% (19) des patients qui ont entre 50 et 75 ans.
- 30% (10) qui ont 75 ans ou plus.

Chez les femmes, l'âge moyen au diagnostic est de 62 ans (médiane 67 ans), avec :

- 17% (4) des patientes qui ont moins de 50 ans.
- 52% (12) des patientes qui ont entre 50 et 75 ans.
- 31% (7) qui ont 75 ans ou plus.

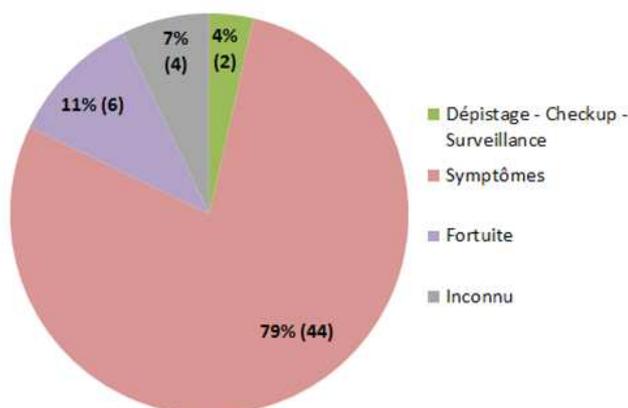
FIGURE 150 | Répartition par tranche d'âge et par sexe (%) – LMNH – Nouvelle-Calédonie, 2017-2018



Description des tumeurs

Circonstances de découverte

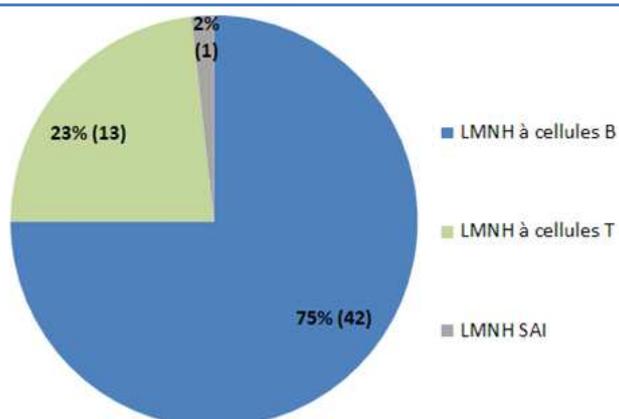
FIGURE 151 | Répartition par circonstances de découverte – % (n) – LMNH – Nouvelle-Calédonie, 2017-2018



La grande majorité des LMNH sont diagnostiqués à la suite de symptômes : adénopathies persistantes, asthénie, perte de poids, fièvre persistante....

Répartition par histologie

FIGURE 152 | Répartition par histologie - % (n) – LMNH – Nouvelle-Calédonie, 2017-2018

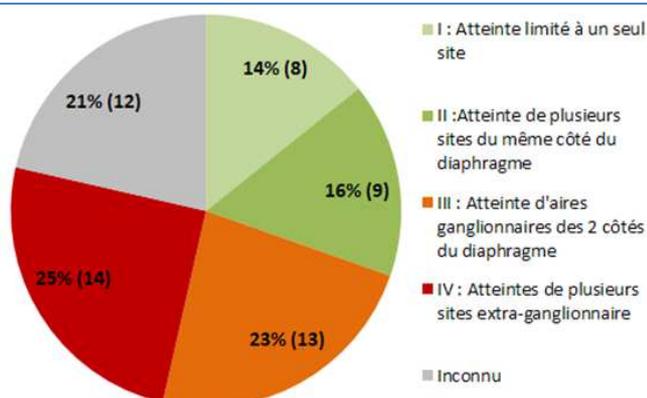


3 LMNH sur 4 sont des LMNH à cellules B

Répartition par stade

Le stade des LMNH est basé sur une classification spécifique, la classification Ann Arbor.

FIGURE 153 | Répartition par histologie - % (n) – LMNH – Nouvelle-Calédonie, 2017-2018



Pour un LMNH sur 5, les informations recueillies sont insuffisantes pour définir un stade.

Près de la moitié des LMNH sont diagnostiqués à un stade avancé (III ou IV).

Incidences

Comparaisons internationales et locales

Chez les hommes, l'ASR des LMNH est de 9,6 cas [6,3-12,9] pour 100 000 personnes-année.

Il est inférieur à celui de l'Australie et de France métropolitaine.

Il est comparable à celui de la Nouvelle-Zélande, de la Polynésie, de la Guadeloupe et de la Réunion.

Il est supérieur à celui de la Martinique.

FIGURE 154 | Comparaisons internationales des taux d'incidence standardisé (Globocan 2020)- Hommes – ASR (n) – LMNH, Nouvelle-Calédonie, 2017-2018

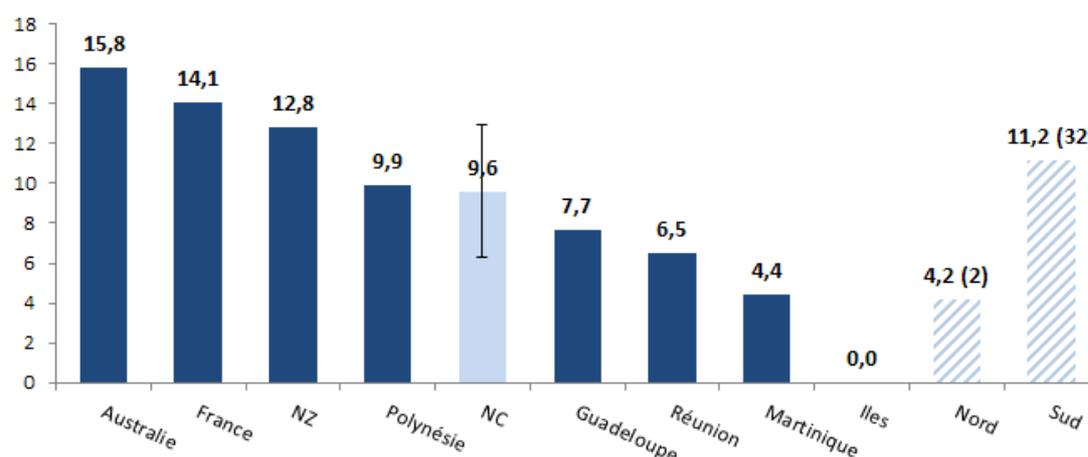


TABLEAU 86 | Rapport entre provinces des taux d'incidence standardisés et intervalle de confiance - Hommes LMNH, Nouvelle-Calédonie, 2017-2018

	Rapport ASR	IC Inf	IC Sup
Iles / Nord	0,0	0,0	0,0
Iles / Sud	0,0	0,0	0,0
Nord / Sud	0,4	0,1	1,0

Aucun LMNH n'a été diagnostiqué chez les hommes de la province des Iles.

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

Chez les femmes, l'ASR des LMNH est de 6,5 cas [3,8-9,2] pour 100 000 personnes-année.

Il est inférieur à celui de l'Australie.

Il est comparable à celui des autres pays, excepté la Guadeloupe.

FIGURE 155 | Comparaisons internationales des taux d'incidence standardisés (Globocan 2020) - Femmes – ASR (n) – LMNH, Nouvelle-Calédonie, 2017-2018

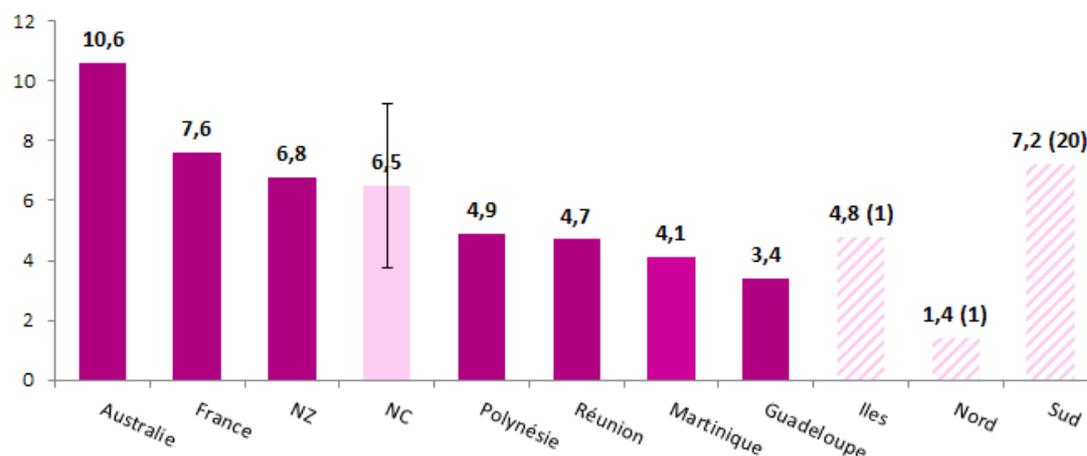


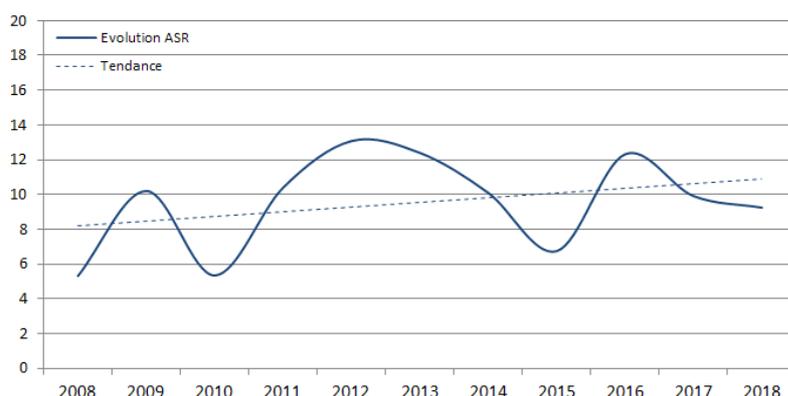
TABLEAU 87 | Rapport entre provinces des taux d'incidence standardisé et intervalle de confiance - Femmes LMNH, Nouvelle-Calédonie, 2017-2018

	Rapport ASR	IC Inf	IC Sup
Iles / Nord	3,5	0,1	127,2
Iles / Sud	0,7	0,1	3,9
Nord / Sud	0,2	0,1	0,7

L'ASR de la province Sud est significativement plus élevé que celui de la province Nord. Il est 5 fois plus élevé.

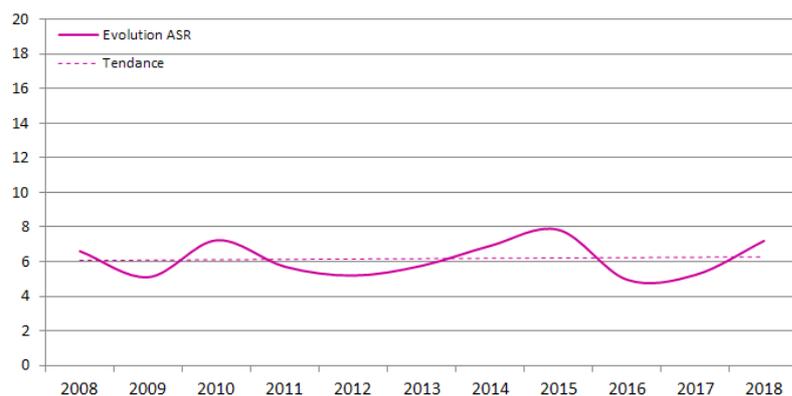
Evolution par sexe

FIGURE 156 | Evolution du taux d'incidence standardisé et tendance Hommes – LMNH, Nouvelle-Calédonie, 2008-2018



Chez les hommes, depuis 2008 l'ASR des LMNH varie entre 5,3 et 13,1 avec une moyenne de 9,5 cas pour 100 000 personnes-année. Il n'y a **pas d'évolution significative** au cours de ces 10 dernières années (p=0,3).

FIGURE 157 | Evolution du taux d'incidence standardisé et tendance Femmes – LMNH, Nouvelle-Calédonie, 2008-2018



Chez les femmes, depuis 2008 l'ASR des LMNH varie entre 5 et 7,8 avec une moyenne de 6,2 cas pour 100 000 personnes-année. Il n'y a **pas d'évolution significative** au cours de ces 10 dernières années ($p=0,8$).

POINTS-CLE

- Les LMNH sont le 11ème cancer le plus fréquent, tous sexes confondus, en Nouvelle-Calédonie en 2017-2018.
- Deux LMNH ont été diagnostiqués chez des enfants (-14ans) ou des jeunes (14-20ans).
- L'incidence standardisée des LMNH est stable depuis ces 10 dernières années
- L'incidence en province Sud est 5 fois plus élevée qu'en province Nord en 2017-2018

Leucémies

Code CIM-10 : C91 à C95

Généralités

Les leucémies sont des cancers du sang qui touchent les cellules de la moelle osseuse à l'origine des globules blancs.

Le groupe des leucémies forme une catégorie hétérogène qui regroupe :

- les leucémies lymphoïdes aiguës et chroniques
- les leucémies myéloïdes aiguës et chroniques
- les leucémies myélo-monocytaires
- les leucémies sans autre précision

Les formes chroniques sont plus fréquentes chez les adultes, alors que les formes aiguës sont plus fréquentes chez l'enfant.

Le principal traitement est la chimiothérapie.

L'étiologie des leucémies est encore peu connue.

En Nouvelle-Calédonie sur la période 2017-2018, les leucémies sont le **10^{ème} cancer le plus fréquent, tous sexes confondus**, avec **en moyenne 28** cas par an. Cela représente un taux d'incidence standardisé (ASR) de 8,1 pour 100 000 personnes années.

Il se situe au 6^{ème} rang chez les hommes avec en moyenne 18,5 cas par an (ASR 11,3 pour 100 000 personnes années), et au 13^{ème} rang chez les femmes avec en moyenne 9,5 cas par an (ASR 4,8).

Pour 9% (n=5) des patients, un antécédent de cancer de la prostate est enregistré.

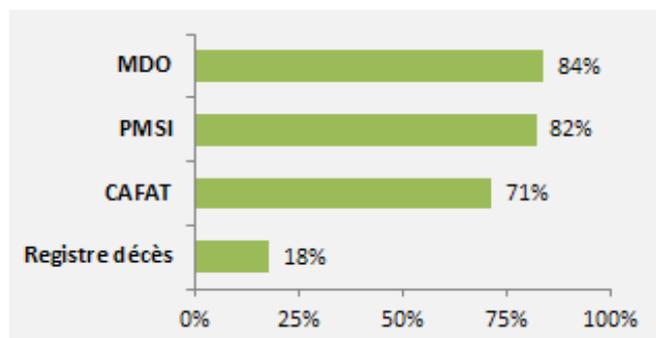
TABLEAU 88 | Nombres de cas, taux d'incidence standardisés (ASR) et rang, par sexe et par année – Leucémies - Nouvelle-Calédonie, 2017-2018

	Total			Hommes			Femmes		
	Nb	ASR	Rang	Nb	ASR	Rang	Nb	ASR	Rang
2017	29	8,6	8	21	12,7	5	8	4,4	13
2018	27	7,8	11	16	10	7	11	5,3	13
2017/2018	56	8,1	10	37	11,3	6	19	4,8	13

Qualité des données

Les principales sources de signalement des leucémies sont la déclaration par le service de médecine interne du CHT, le PMSI et les longues maladies de la CAFAT.

TABLEAU 89 | Pourcentage des principales sources de signalement – Leucémies, Nouvelle-Calédonie, 2017-2018



5 (9%) cas ont une seule et unique source de signalement :

- 2 cas ont été signalés uniquement par la déclaration obligatoire (MDO).
- 2 par la PMSI.
- 1 par la longue maladie de la CAFAT.

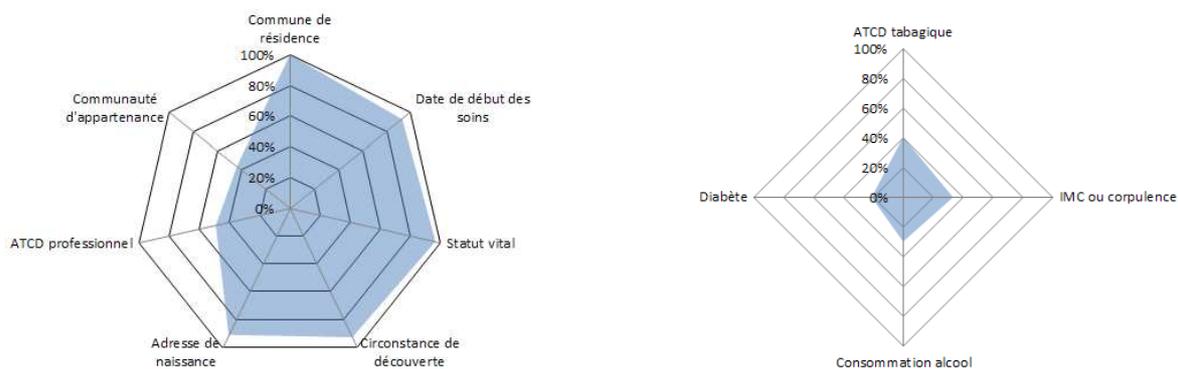
Le retour au dossier clinique a été réalisé pour 98% des cas signalés.

Un diagnostic de leucémie ne peut être posé que grâce à une biopsie ostéomédullaire, un myélogramme ou un hémogramme. Tous les cas ont donc une confirmation histologique ou cytologique.

Les données patient sont bien renseignées, mis à part les antécédents professionnels et la communauté d'appartenance.

Les facteurs de risques sont insuffisamment renseignés dans les dossiers.

FIGURE 158 | Pourcentage de données renseignées dans le dossier médical du patient – Cancers des VADS



Description de la population

Sex ratio

Les leucémies sont plus fréquentes chez les hommes avec un sex-ratio de 1,9 homme pour 1 femme.

Répartition par âge

Le patient le plus jeune au moment du diagnostic de leucémie avait 1 an, et le plus âgé 90 ans. 9% (5) des leucémies ont été diagnostiquées chez des enfants (-14 ans) ou des jeunes (14-20 ans).

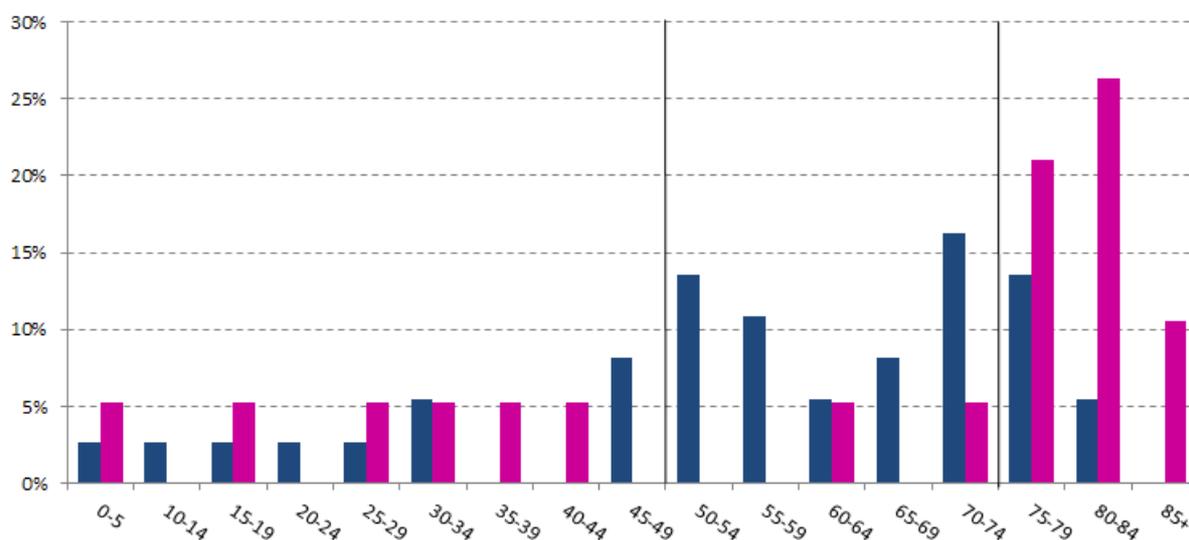
Chez les hommes, l'âge moyen au diagnostic est de 56 ans (médiane 59 ans), avec :

- 27% (10) des patients qui ont moins de 50 ans.
- 54% (20) des patients qui ont entre 50 et 75 ans.
- 19% (7) qui ont 75 ans ou plus.

Chez les femmes, l'âge moyen au diagnostic est de 62,5 ans (médiane 77 ans), avec :

- 32% (6) des patientes qui ont moins de 50 ans.
- 10% (2) des patientes qui ont entre 50 et 75 ans.
- 58% (11) qui ont 75 ans ou plus.

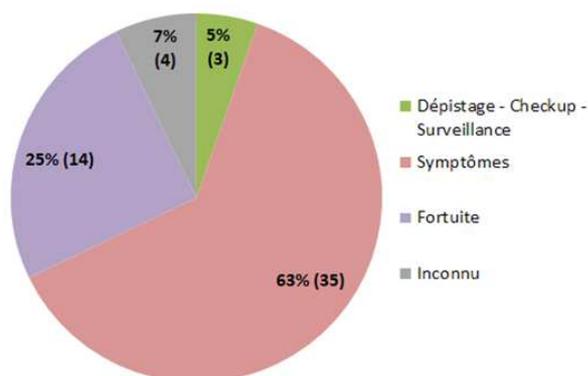
FIGURE 159 | Répartition par tranche d'âge et par sexe (%) – Leucémies – Nouvelle-Calédonie, 2017-2018



Description des tumeurs

Circonstances de découverte

FIGURE 160 | Répartition par circonstances de découverte
- % (n) – Leucémies – Nouvelle-Calédonie, 2017-2018

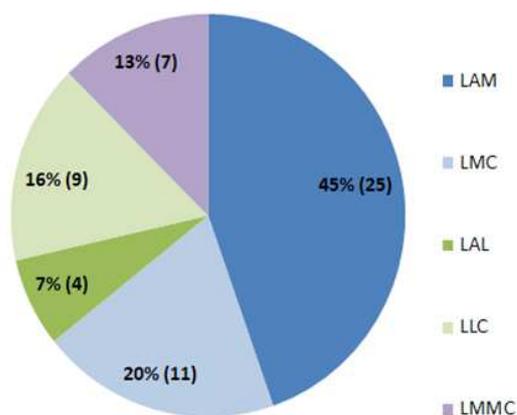


La grande majorité des leucémies sont diagnostiquées à la suite de symptômes (altération de l'état général, asthénie, fièvre...).

Un quart des leucémies sont découvertes de manière fortuite à la suite d'une analyse sanguine pour d'autres motifs.

Répartition par histologie

FIGURE 161 | Répartition par histologie- % (n) –
Leucémies – Nouvelle-Calédonie, 2017-2018



Les leucémies myéloïdes, aiguës et chroniques, sont les plus fréquentes et représentent 65% des leucémies.

Près de la moitié des leucémies diagnostiquées sont des leucémies aiguës myéloïdes (LAM).

Incidences

Comparaisons internationales et locales

Chez les hommes, l'ASR des leucémies est de 11,3 cas [7,6-15] pour 100 000 personnes-année. Il est comparable à celui des autres DOM-TOM, de la France métropolitaine et des pays voisins.

FIGURE 162 | Comparaisons internationales des taux d'incidence standardisés (Globocan 2020)- Hommes – ASR (n) – Leucémies, Nouvelle-Calédonie, 2017-2018

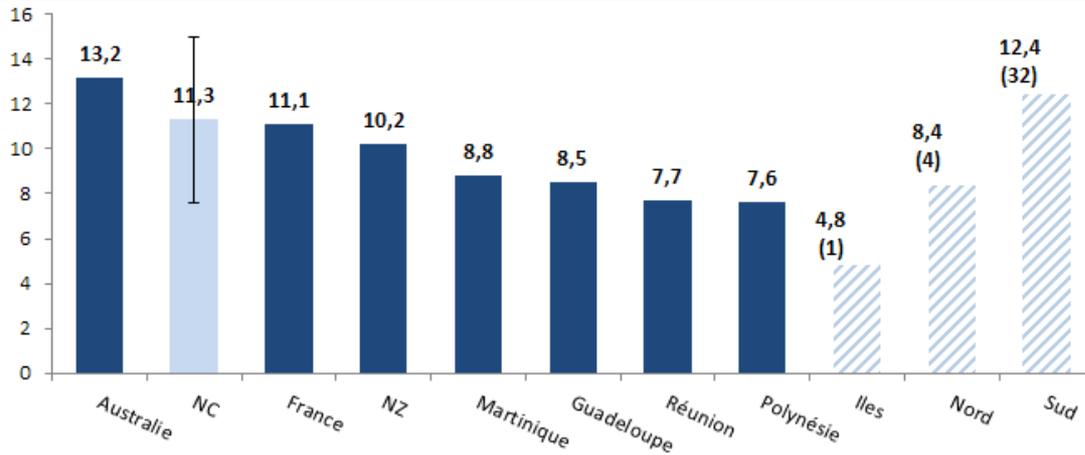


TABLEAU 90 | Rapport entre provinces des taux d'incidence standardisés et intervalle de confiance - Hommes Leucémies, Nouvelle-Calédonie, 2017-2018

	Rapport ASR	IC Inf	IC Sup
Iles / Nord	0,6	0,1	4,0
Iles / Sud	0,4	0,1	1,4
Nord / Sud	0,7	0,3	1,7

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

Chez les femmes, l'ASR des leucémies est de 4,8 cas [2,4-7,2] pour 100 000 personnes-année. Il est inférieur à celui de la Martinique, de l'Australie, la Réunion et la Nouvelle-Zélande. Il est comparable à celui de la France métropolitaine, de la Polynésie et de la Guadeloupe.

FIGURE 163 | Comparaisons internationales des taux d'incidence standardisés (Globocan 2020) – Femmes – ASR (n) – Leucémies, Nouvelle-Calédonie, 2017-2018

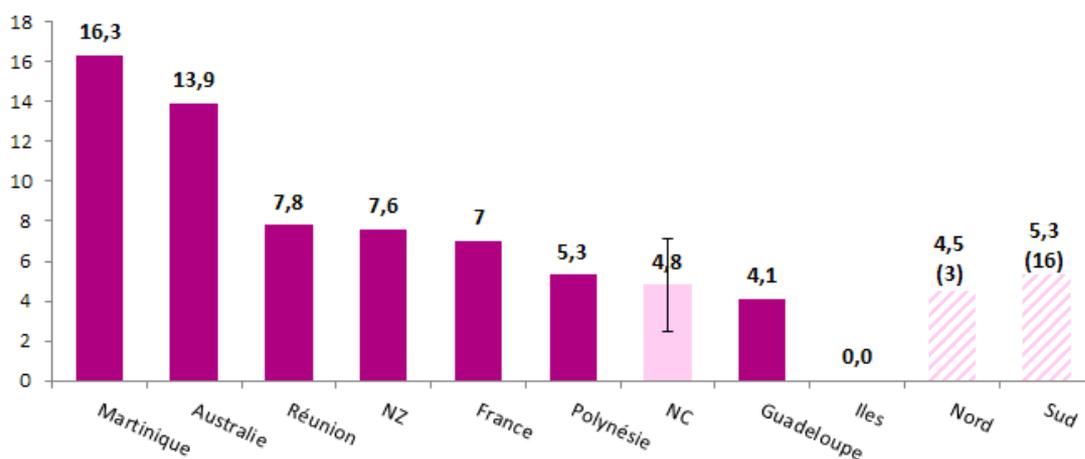


TABLEAU 91 | Rapport entre provinces des taux d'incidence standardisés et intervalle de confiance – Femmes - Leucémies, Nouvelle-Calédonie, 2017-2018

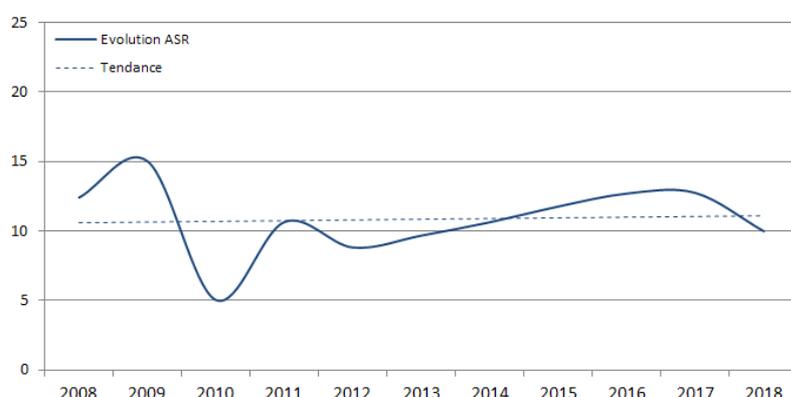
	Rapport ASR	IC Inf	IC Sup
Iles / Nord	/	/	/
Iles / Sud	/	/	/
Nord / Sud	0,8	0,2	2,5

Aucune leucémie n'a été diagnostiquée chez les femmes de la province des Iles

Il n'y a **pas de différence significative** entre les provinces.

Evolution par sexe

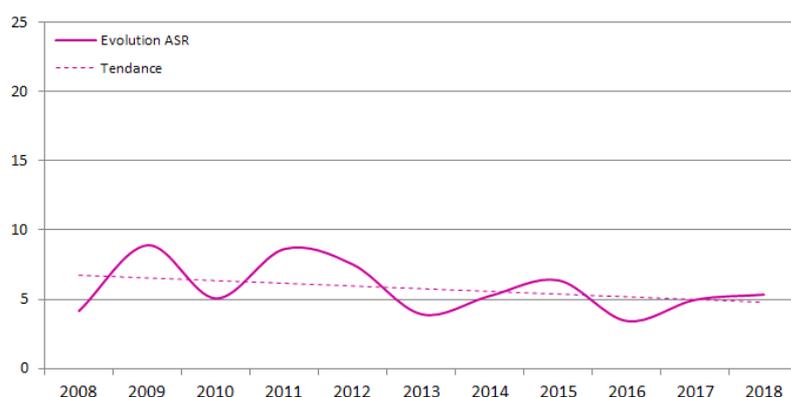
FIGURE 164 | Evolution du taux d'incidence standardisé et tendance Hommes – Leucémies, Nouvelle-Calédonie, 2008-2018



Chez les hommes, depuis 2008 l'ASR des leucémies varie entre 5 et 15 avec une moyenne de 10,8 cas pour 100 000 personnes-année.

Il n'y a **pas d'évolution significative** au cours de ces 10 dernières années (p=0,8).

FIGURE 165 | Evolution du taux d'incidence standardisé et tendance Femmes – Leucémies, Nouvelle-Calédonie, 2008-2018



Chez les femmes, depuis 2008 l'ASR des leucémies varie entre 3,4 et 8,9 avec une moyenne de 5,8 cas pour 100 000 personnes-année.

Il n'y a **pas d'évolution significative** au cours de ces 10 dernières années (p=0,3).

POINTS-CLE

- En 2017-2018, les leucémies sont le 10^{ème} cancer le fréquent tous sexes confondus avec une moyenne de 28 cas par an.
- Elles sont presque 2 fois plus fréquentes chez les hommes
- 9% (5) des diagnostics de leucémie concernent des enfants (<14 ans) ou des jeunes (14-20 ans).
- Leur taux d'incidence est stable depuis 10 ans en Nouvelle-Calédonie.

Myélomes et plasmocytomes

Code CIM-10 : C88 et C90

Généralités

Les myélomes multiples et plasmocytomes se caractérisent par la prolifération excessive de plasmocytes.

Les principaux traitements des myélomes sont la chimiothérapie, l'immunothérapie et la greffe de moelle osseuse. En France, la survie nette à 5 ans est de 60%.

En Nouvelle-Calédonie sur la période 2017-2018, les myélomes sont le **14^{ème} cancer le plus fréquent, tous sexes confondus**, avec **en moyenne 20,5** tumeurs invasives par an. Cela représente un taux d'incidence standardisé (ASR) de 5,5 pour 100 000 personnes année.

Il se situe au 12^{ème} rang chez les hommes avec en moyenne 13,5 tumeurs par an (ASR 7,4 pour 100 000 personnes années), et au 15^{ème} rang chez les femmes avec en moyenne 7 tumeurs par an (ASR 3,8).

Pour 4 patients, un antécédent de cancer est enregistré: VADS (n=1), estomac (n=1), vessie (n=1), LMNH (n=1).

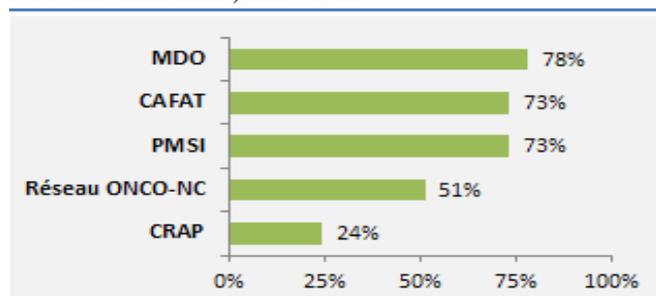
TABLEAU 92 | Nombres de cas, taux d'incidence standardisés (ASR) et rang, par sexe et par année – Myélomes multiples et plasmocytomes - Nouvelle-Calédonie, 2017-2018

	Total			Hommes			Femmes		
	Nb	ASR	Rang	Nb	ASR	Rang	Nb	ASR	Rang
2017	17	4,7	17	13	7,5	12	4	2,1	23
2018	24	6,2	15	14	7,4	11	10	5,4	12
2017/2018	41	5,5	14	27	7,4	12	14	3,8	15

Qualité des données

Les principales sources de signalement des myélomes sont la déclaration par le service de médecine interne du CHT, les longues maladies de la CAFAT et le PMSI.

TABLEAU 93 | Pourcentage des principales sources de signalement – Myélomes multiples et plasmocytomes, Nouvelle-Calédonie, 2017-2018



5 (12%) cas ont une seule source de signalement :

- 3 cas ont été signalés uniquement par la longue maladie de la CAFAT.
- 1 par les CRAP.
- 1 par le PMSI.

Le retour au dossier clinique a été réalisé

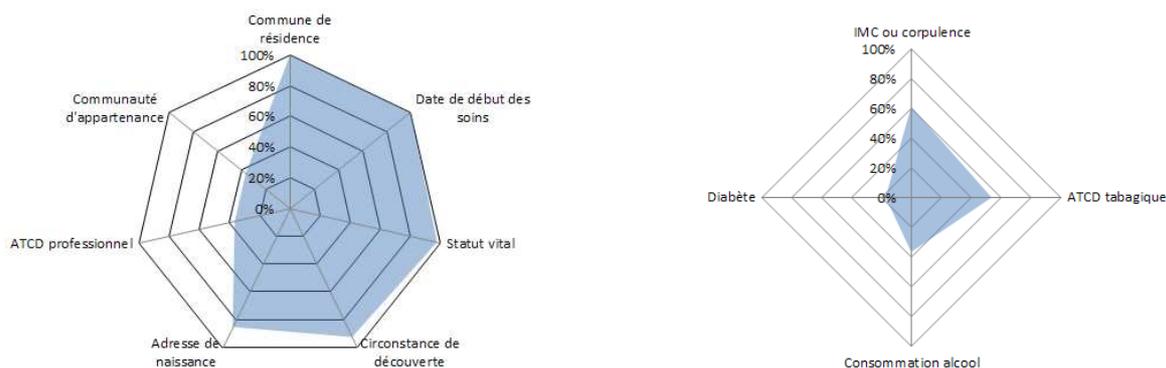
pour tous les cas signalés.

Un diagnostic de myélome ne peut être posé que grâce à une biopsie ostéomédullaire, un myélogramme. Tous les cas ont donc une confirmation histologique ou cytologique.

Les données patient sont bien renseignées, mis à part les antécédents professionnels et la communauté d'appartenance.

A part, l'IMC, les autres facteurs de risques sont peu notés dans les dossiers.

FIGURE 166 | Pourcentage de données renseignées dans le dossier médical du patient – Myélomes multiples et plasmocytomes, Nouvelle-Calédonie, 2017-2018



Description de la population

Sex ratio

Les myélomes sont plus fréquents chez les hommes avec un sex-ratio de 1,9 homme pour 1 femme.

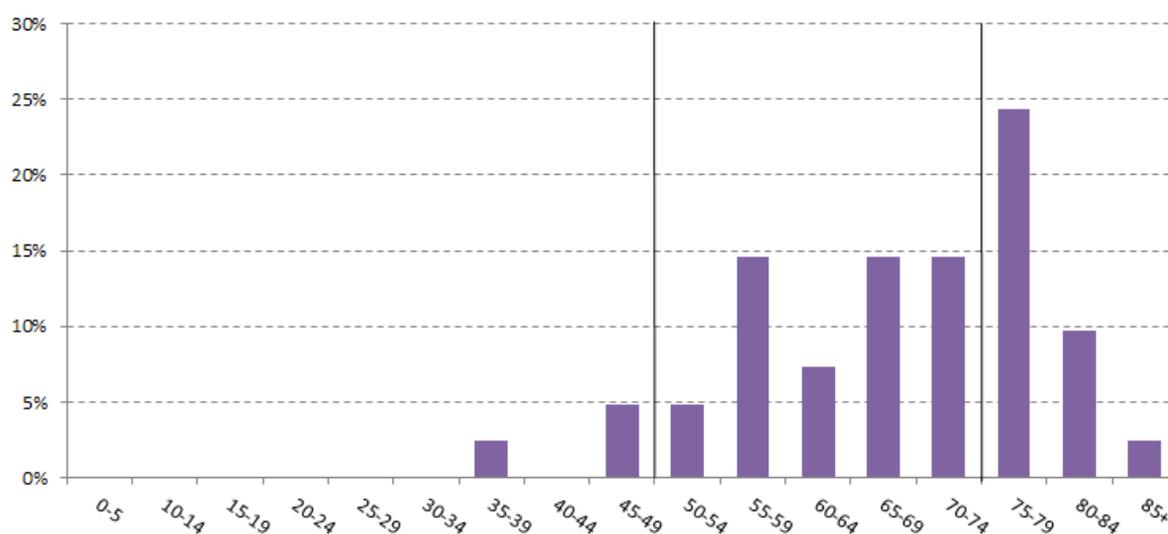
Répartition par âge

Le patient le plus jeune au moment du diagnostic avait 35 ans, et le plus âgé 87 ans.

L'âge moyen au diagnostic est de 68 ans (médiane 70 ans), avec :

- 7% (3) des patients qui ont moins de 50 ans.
- 56% (23) des patients qui ont entre 50 et 75 ans.
- 37% (15) qui ont 75 ans ou plus.

FIGURE 167 | Répartition par tranche d'âge et par sexe (%) – Myélomes multiples et plasmocytomes – Nouvelle-Calédonie, 2017-2018



Incidences

Comparaisons internationales

Chez les hommes, l'ASR des myélomes est de 7,4 [4,5-10,3] pour 100 000 personnes-année. Ce taux est comparable à celui des autres pays, excepté la Polynésie et la Réunion, qui ont des taux plus faibles.

FIGURE 168 | Comparaisons internationales des taux d'incidence standardisés (Globocan 2020) - Hommes – ASR (n) – Myélomes multiples et plasmocytomes, Nouvelle-Calédonie, 2017-2018

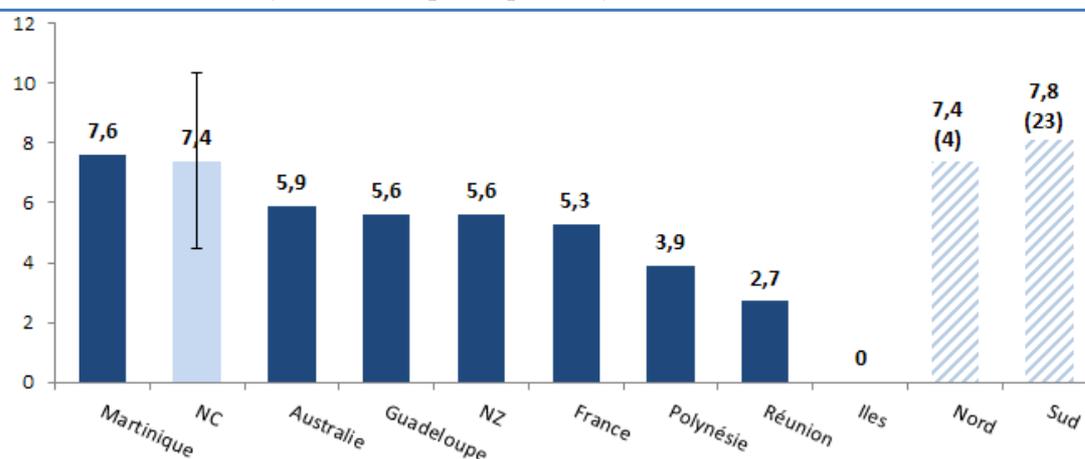


TABLEAU 94 | Rapport entre provinces des taux d'incidence standardisés et intervalle de confiance – Hommes -Myélomes multiples et plasmocytomes, Nouvelle-Calédonie, 2017-2018

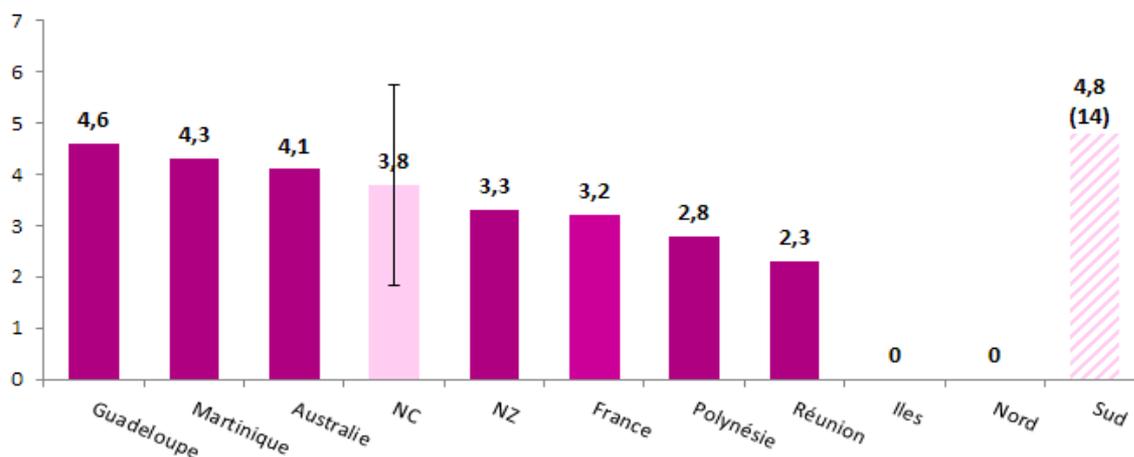
	Rapport ASR	IC Inf	IC Sup
Iles / Nord	0,0	0,0	0,0
Iles / Sud	0,0	0,0	0,0
Nord / Sud	0,9	0,3	2,7

Aucun cas n'a été diagnostiqué en province des Iles.

Il n'y a pas de différence significative entre les

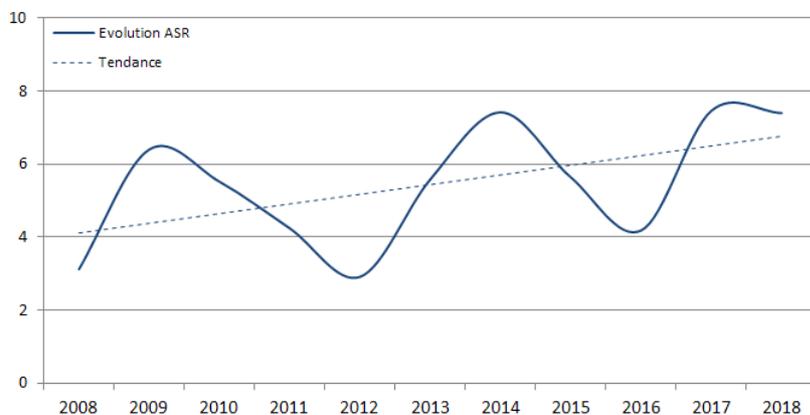
Chez les femmes, l'ASR des myélomes est de 3,8 [1,8-5,8] pour 100 000 personnes-année. Ce taux est comparable à celui des autres pays. Aucun cas n'a été diagnostiqué en province des Iles et en province Nord

FIGURE 169 | Comparaisons internationales des taux d'incidence standardisés (Globocan 2020) - Femmes – ASR (n) – Myélomes multiples et plasmocytomes, Nouvelle-Calédonie, 2017-2018



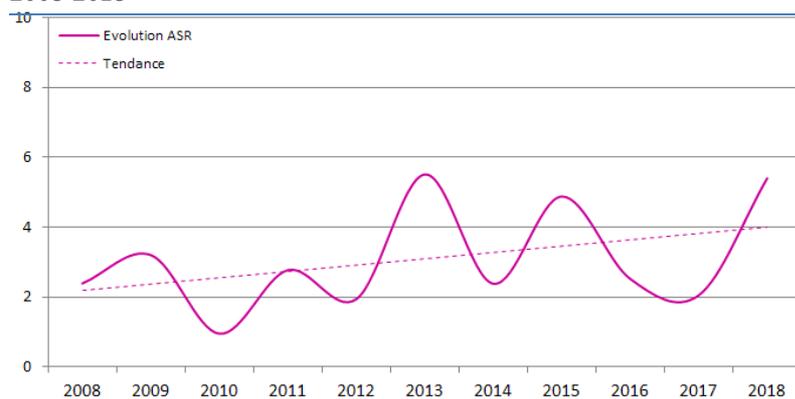
Evolution par sexe

FIGURE 170 | Evolution du taux d'incidence standardisé et tendance Hommes – Myélome multiple et plasmocytome, Nouvelle-Calédonie, 2008-2018



Chez les hommes, depuis 2008 l'ASR des myélomes varie entre 2,9 et 7,5 avec une moyenne de 5,4 cas pour 100 000 personnes-année. La tendance à l'augmentation de l'ASR qui est observée au cours de ces 10 dernières années **n'est pas significative** ($p=0,09$). Elle se confirmera peut être sur les prochaines années.

FIGURE 171 | Evolution du taux d'incidence standardisé et tendance Femmes – Myélome multiples et plasmocytome, Nouvelle-Calédonie, 2008-2018



Chez les femmes, depuis 2008 l'ASR des myélomes varie entre 1 et 5,5 avec une moyenne de 3,1 cas pour 100 000 personnes-année. Il n'y a **pas d'évolution significative** au cours de ces 10 dernières années ($p=0,2$).

POINTS-CLE

- En 2017-2018 les myélomes et plasmocytomes restent des tumeurs peu fréquentes
- Elles touchent 2 fois plus d'hommes que de femmes et les plus de 50 ans.
- L'ASR chez les hommes a tendance à augmenter durant ces 10 dernières années, elle sera à observer les prochaines années

Maladie de Hodgkin

Code CIM-10 : C81

Généralités

Le lymphome de Hodgkin est un type de lymphome caractérisé par la présence d'une cellule particulière, la cellule de Reed-Sternberg. Il représente environ 10% des lymphomes.

Le lymphome hodgkinien survient principalement chez les jeunes adultes, dans la majorité des cas entre 20 et 30 ans.

Les facteurs de risque de cette maladie ne sont pas connus.

Le principal traitement du lymphome de Hodgkin est la chimiothérapie.

En France, la survie nette à 5 ans est de 87%.

En Nouvelle-Calédonie sur la période 2017-2018, le lymphome de Hodgkin est le **30^{ème} cancer le plus fréquent, tous sexes confondus**, avec **en moyenne 5** cas par an. Cela représente un taux d'incidence standardisé (ASR) de 1,6 pour 100 000 personnes année.

Il se situe au 23^{ème} rang chez les hommes avec en moyenne 3 cas par an (ASR 1,9 pour 100 000 personnes année), et au 28^{ème} rang chez les femmes avec en moyenne 2 cas par an (ASR 1,5).

TABLEAU 95 | Nombre de cass, taux d'incidence standardisés (ASR) et rang, par sexe et par année – Maladie de Hodgkin - Nouvelle-Calédonie, 2017-2018

	Total			Hommes			Femmes		
	Nb	ASR	Rang	Nb	ASR	Rang	Nb	ASR	Rang
2017	4	1,1	30	3	1,8	24	1	0,3	28
2018	6	2,1	27	3	2,1	21	3	2	22
2017/2018	10	1,6	30	6	1,9	23	4	1,5	28

Qualité des données

Les principales sources de signalement des maladies de Hodgkin sont la déclaration par les médecins de médecine interne du CHT (n=9), le PMSI (n=8), les longues maladies de la CAFAT (n=8).

Le retour au dossier clinique a été réalisé pour tous les cas signalés.

Un diagnostic de maladie de Hodgkin ne peut être posé que par une confirmation histologique ou cytologique.

Description de la population

Sex ratio

Les lymphomes de Hodgkin sont plus fréquents chez les hommes avec un sex-ratio de 1,5 homme pour 1 femme.

Répartition par âge

Le patient le plus jeune au moment du diagnostic de maladie de Hodgkin avait 14 ans, et le plus âgé 80 ans. L'âge moyen au diagnostic est de 42 ans (médiane 42 ans).

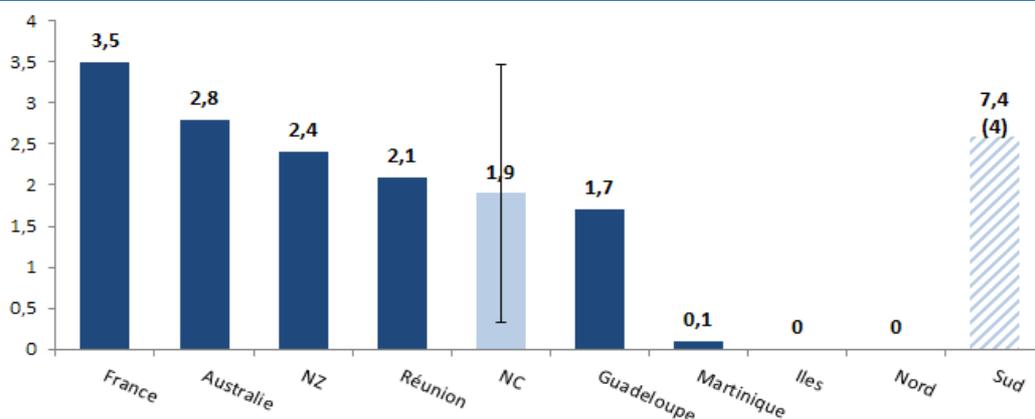
Incidences

Comparaisons internationales et locales

Chez les hommes, l'ASR des lymphomes de hodgkin est de 1,9 [0,3-3,5] pour 100 000 personnes année. Il est comparable à celui des autres pays.

Aucun cas n'a été diagnostiqué en province des Iles et en province Nord.

FIGURE 172 | Comparaisons internationales des taux d'incidence standardisés (Globocan 2020) - Hommes – ASR (n) – Maladie de Hodgkin, Nouvelle-Calédonie, 2017-2018



Chez les femmes, l'ASR des lymphomes de hodgkin est de 1,2 [0-2,5] pour 100 000 personnes année. Il est comparable à celui des autres pays

FIGURE 173 | Comparaisons internationales des taux d'incidence standardisés (Globocan 2020) - Femmes – ASR (n) – Maladie de Hodgkin, Nouvelle-Calédonie, 2017-2018

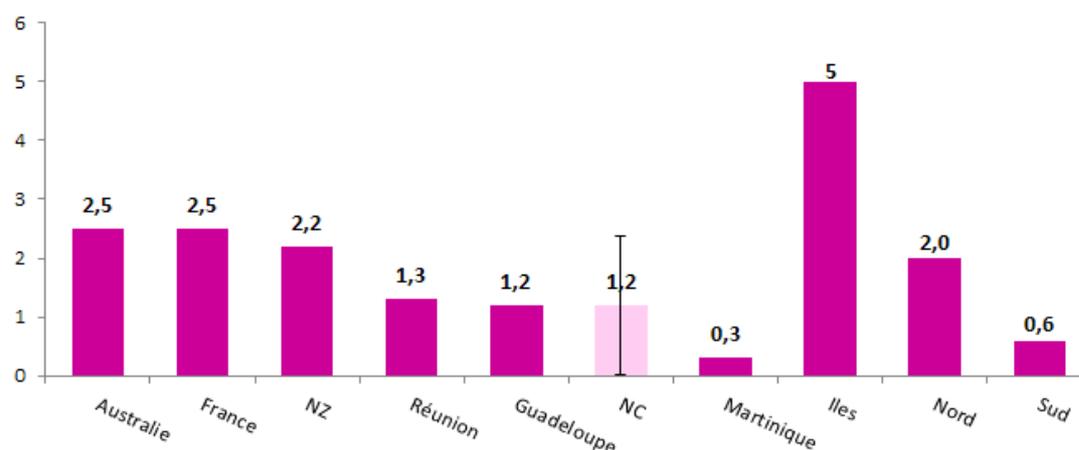


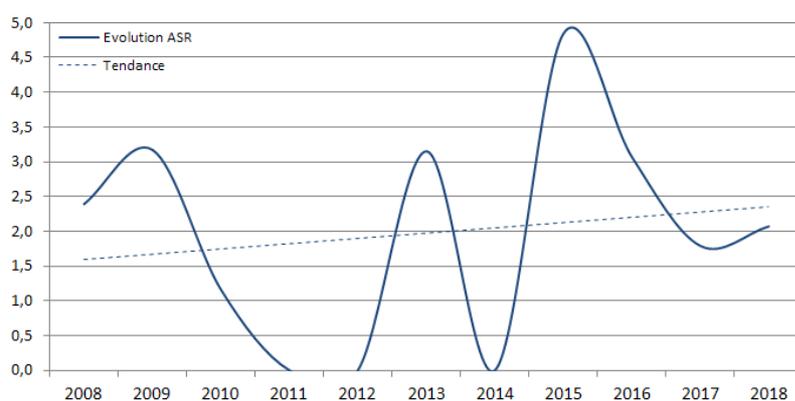
TABLEAU 96 | Rapport entre provinces des taux d'incidence standardisés et intervalle de confiance - Femmes Maladie de Hodgkin, Nouvelle-Calédonie, 2017-2018

	Rapport ASR	IC Inf	IC Sup
Iles / Nord	2,5	0,1	64,3
Iles / Sud	8,6	0,1	1020,7
Nord / Sud	3,4	0,1	109,0

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

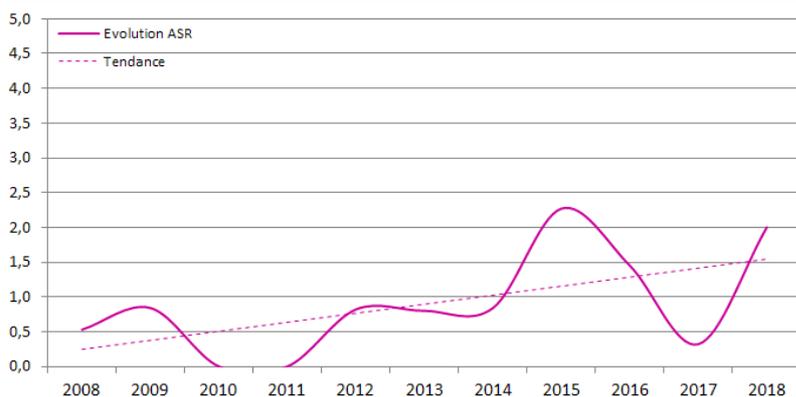
Evolution par sexe

FIGURE 174 | Evolution du taux d'incidence standardisé et tendance Hommes – Maladie de Hodgkin, Nouvelle-Calédonie, 2008-2018



Chez les hommes, depuis 2008, l'ASR de la maladie de Hodgkin varie entre 0 et 4,8 avec une moyenne de 2 cas pour 100 000 personnes-année. Il n'y a **pas d'évolution significative** au cours de ces 10 dernières années ($p=0,6$)

FIGURE 175 | Evolution du taux d'incidence standardisé et tendance Femmes – Maladie de Hodgkin, Nouvelle-Calédonie, 2008-2018



Chez les femmes, depuis 2008 l'ASR de la maladie de Hodgkin varie entre 0 et 2,3 avec une moyenne de 0,9 cas pour 100 000 personnes-année. L'ASR **semble avoir tendance à augmenter** au cours de ces dernières années ($p=0,06$).

POINTS-CLE

- La maladie de Hodgkin est une maladie rare avec en moyenne 5 cas par an en 2017-2018.
- Elle est plus fréquente chez l'homme que chez la femme (sex ratio 1,5)
- Son incidence en Nouvelle- Calédonie est comparable à celle observée en France, dans les pays voisins et les DOM.
- Chez les femmes depuis 2008 le taux d'incidence standardisé semble avoir tendance à augmenter

Autres hémopathies – SMD/SMP

Code CIM-10 : D45 à D47

Généralités

La catégorie des autres hémopathies regroupe les syndromes myélodysplasiques (SMD) et les syndromes myéloprolifératifs (SMP).

Les SMD forment un ensemble de maladies caractérisées par la production insuffisante de cellules sanguines matures saines par la moelle osseuse.

A l'inverse des SMP sont caractérisés par une hyperproduction médullaire.

Ces syndromes peuvent évoluer vers des leucémies aiguës.

En Nouvelle-Calédonie sur la période 2017-2018, les SMD/SMP sont le **16^{ème} cancer le plus fréquent, tous sexes confondus**, avec **en moyenne 19,5 cas** par an. Cela représente un taux d'incidence standardisé (ASR) de **5,2 cas** pour 100 000 personnes-année.

Il se situe au 16^{ème} rang chez les hommes avec en moyenne 11,5 cas par an (ASR 6,3), et au 14^{ème} rang chez les femmes avec en moyenne 8 cas par an (ASR 4,3).

Pour 23 % (n=9) des patients, on note un antécédent de cancer : prostate (n=4), sein (n=2), digestif (n=2), thyroïde (n=1).

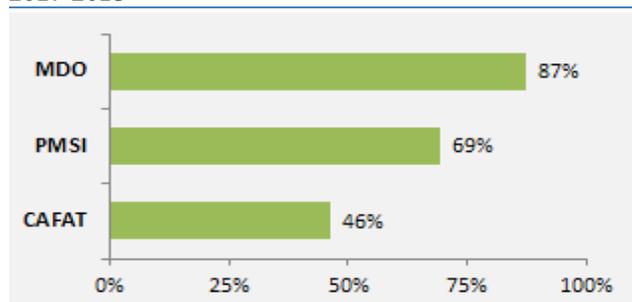
TABLEAU 97 | Nombres de cas, taux d'incidence standardisés (ASR) et rang, par sexe et par année – SMD-SMP - Nouvelle-Calédonie, 2017-2018

	Total			Hommes			Femmes		
	Nb	ASR	Rang	Nb	ASR	Rang	Nb	ASR	Rang
2017	20	5,6	16	12	6,3	14	7	3,6	14
2018	19	4,8	16	11	6,4	15	9	4,9	14
2017/2018	39	5,2	16	23	6,3	16	16	4.3	14

Qualité des données

Les principales sources de signalement des SMD/SMP sont la déclaration par le service de médecine interne du CHT, le PMSI et les longues maladies de la CAFAT.

TABLEAU 98 | Pourcentage des principales sources de signalement – SMD/SMP, Nouvelle-Calédonie, 2017-2018



8 (20%) cas ont une seule source de signalement :

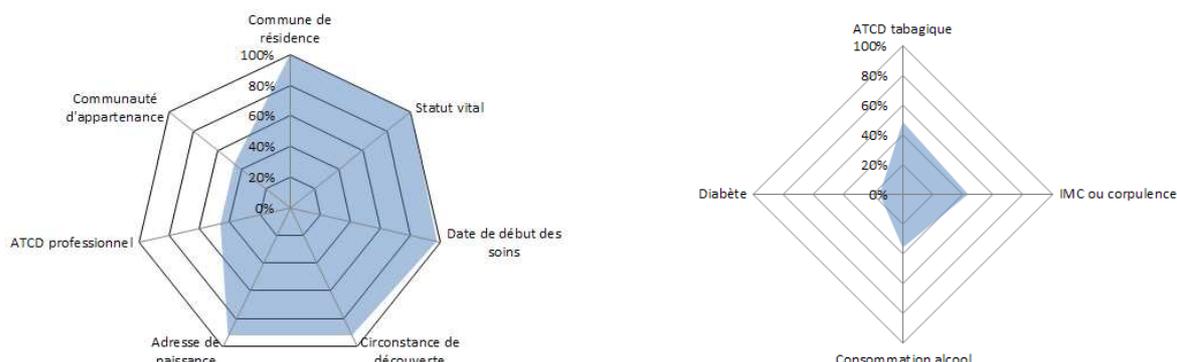
- 5 cas ont été signalés uniquement par la fiche de déclaration des maladies obligatoires.
- 3 par les PMSI.

Le retour au dossier clinique a été réalisé pour 97,5% des cas signalés.

Un diagnostic de SMD/SMP ne peut être posé que grâce à une biopsie ostéoméduillaire, un myélogramme ou un hémogramme. Tous les cas ont donc une confirmation histologique ou cytologique.

Les données patient sont bien renseignées, mis à part les antécédents professionnels et la communauté d'appartenance.

FIGURE 172 | Pourcentage de données renseignées dans le dossier médical du patient – SMD/SMP, Nouvelle-Calédonie, 2017-2018



Description de la population

Sex ratio

Les SMD/SMP sont plus fréquents chez les hommes avec un sex-ratio de 1,4 homme pour 1 femme.

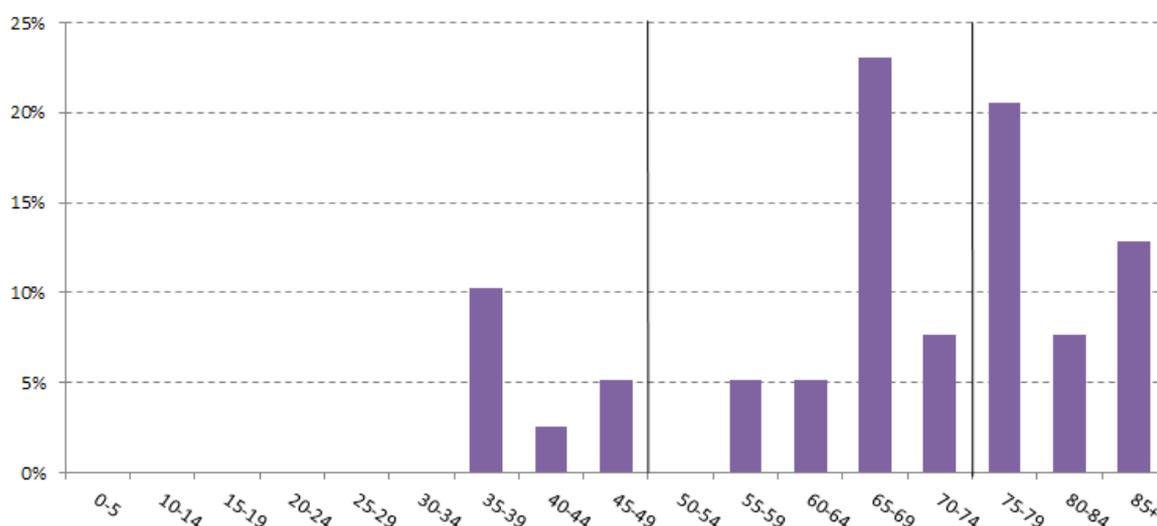
Répartition par âge

Le patient le plus jeune au moment du diagnostic de SMD/SMP avait 37 ans, et le plus âgé 93 ans.

L'âge moyen au diagnostic est de 68 ans (médiane 68 ans), avec :

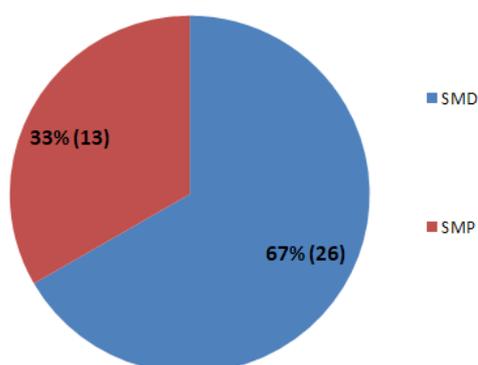
- 18% (7) des patients qui ont moins de 50 ans.
- 41% (16) des patients qui ont entre 50 et 75 ans.
- 41% (16) qui ont 75 ans ou plus.

FIGURE 173 | Répartition par tranche d'âge, tous sexes confondus (%) – SMD/SMP, Nouvelle-Calédonie, 2017-2018



Description des tumeurs

FIGURE 174 | Répartition SMD/SMP - % (n) – Nouvelle-Calédonie, 2017-2018

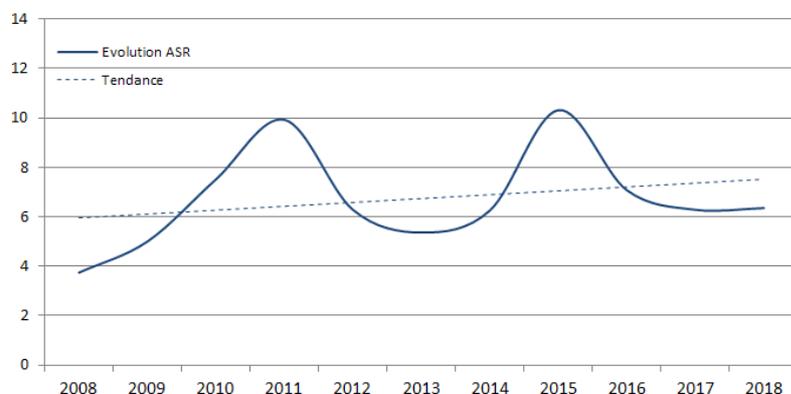


Les SMD représentent les 2 tiers de la catégorie et les SMP représentent 1 tiers.

Incidences

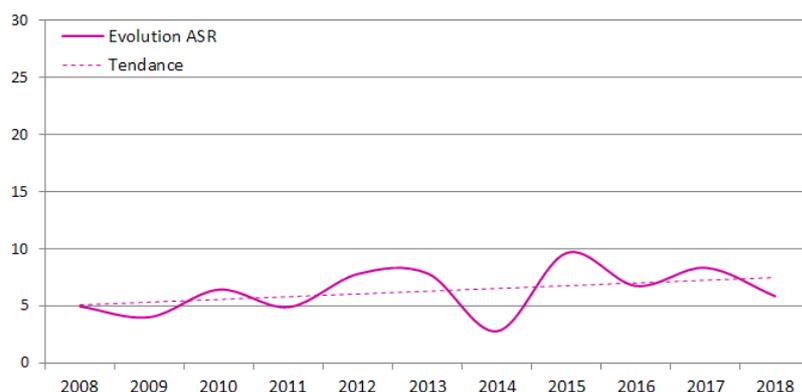
Evolution par sexe

FIGURE 175 | Evolution du taux d'incidence standardisé et tendance
Hommes – SMD/SMP, Nouvelle-Calédonie, 2008-2018



Chez les hommes, depuis 2008 l'ASR des SMP/SMD varie entre 3,7 et 10,3 avec une moyenne de 6,7 cas pour 100 000 personnes-année. Il n'y a **pas d'évolution significative** au cours de ces 10 dernières années ($p=0,4$).

FIGURE 176 | Evolution du taux d'incidence standardisé et tendance –
Femmes – SMD/SMP, Nouvelle-Calédonie, 2008-2018



Chez les femmes, depuis 2008 l'ASR des SMP/SMD varie entre 4 et 9,6 avec une moyenne de 6,3 cas pour 100 000 personnes-année. Il n'y a **pas de d'évolution significative** au cours de ces 10 dernières années ($p=0,2$).

POINTS-CLE

- Les SMD sont 2 fois plus fréquentes que les SMP
- L'ASR des SMP/SMD est stable au cours de ces 10 dernières années autant chez l'homme que chez la femme.

Mélanome cutané

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 et en Australie.

En France, il représente 2 à 3% de l'ensemble des cancers et se situe au 8ème rang chez l'homme et au 6ème 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 Nouvelle-Calédonie sur la période 2017-2018, le mélanome cutané est **le 8ème cancer le plus fréquent, tous sexes confondus**, avec **en moyenne 29,5** tumeurs invasives par an. Cela représente un taux d'incidence standardisé (ASR) de **8,6** cas pour 100 000 personnes-année.

Il se situe au 9^{ème} rang chez les hommes avec en moyenne 15 tumeurs par an (ASR 8,5) et au 7^{ème} rang chez les femmes avec en moyenne 14,5 tumeurs par an (ASR 9).

Pour 10% (n=6) des patients, un antécédent de cancer est enregistré : Sein (n=2), autres cancers cutanés (n=2), thyroïde (n=1), tumeur bénigne du système nerveux central (n=1).

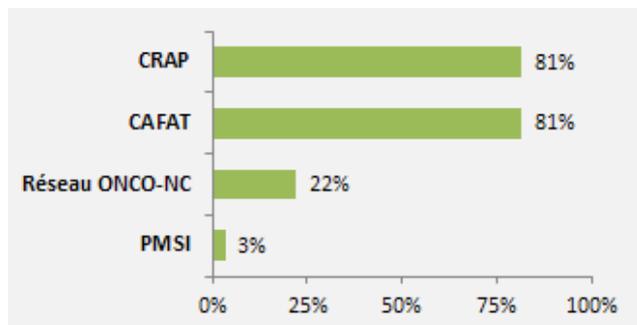
TABLEAU 99 | Nombres de cas, taux d'incidence standardisés (ASR) et rang, par sexe et par année – Mélanome cutané - Nouvelle-Calédonie, 2017-2018

	Total			Hommes			Femmes		
	Nb/an	ASR	Rang	Nb/an	ASR	Rang	Nb/an	ASR	Rang
2017	28	8,3	9	15	8,9	10	13	7,9	7
2018	31	9	7	15	8,1	10	16	10,7	7
2017/2018	59	8,6	8	30	8,5	9	29	9	7

Qualité des données

Les principales sources de signalement du mélanome cutané sont les comptes-rendus d'anatomopathologie (CRAP) et les longues maladies de la CAFAT.

TABLEAU 100 | Pourcentage des principales sources de Signalement – Mélanome cutané, Nouvelle-Calédonie, 2017-2018



16 (27%) cas ont une seule et unique source de signalement :

- 9 cas signalés par les CRAP.
- 7 cas par la longue maladie de la CAFAT.

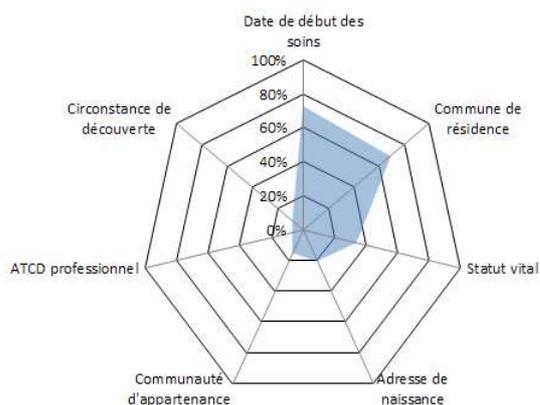
Le retour au dossier clinique a été réalisé pour 37% des cas signalés.

Une confirmation histologique a été enregistrée pour 100% des cas.

L'ensemble des données (patient, communauté, facteurs de risque, bilan d'extension) reste largement insuffisant pour permettre une analyse pertinente des cas de mélanome.

Ceci s'explique par la difficulté d'accès aux dossiers patients chez les dermatologues, ne permettant pas la consultation des données patients par l'équipe du registre du cancer.

FIGURE 177 | Pourcentage de données renseignées dans le dossier médical du patient – Mélanome cutané – Nouvelle-Calédonie, 2017-2018



Description de la population

Sex ratio

Le sex ratio est de 1 homme pour 1 femme.

Répartition par âge

Le patient le plus jeune au moment du diagnostic avait 28 ans et le plus âgé 99 ans.

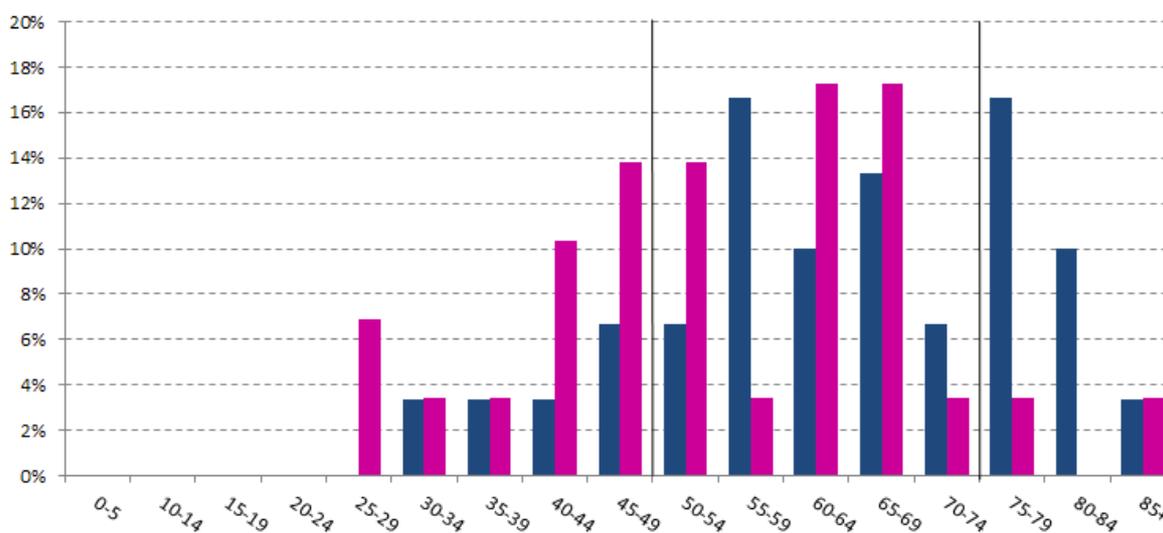
Chez les hommes, l'âge moyen au diagnostic est de 64 ans (médiane 64,5 ans) avec :

- 17% (5) des patients qui ont moins de 50 ans.
- 53% (16) des patients qui ont entre 50 et 75 ans.
- 30% (9) qui ont 75 ans ou plus.

Chez les femmes, l'âge moyen au diagnostic est de 55 ans (médiane 53 ans), avec :

- 38% (11) des patientes qui ont moins de 50 ans.
- 55% (16) des patients qui ont entre 50 et 75 ans.
- 7% (2) qui ont 75 ans ou plus.

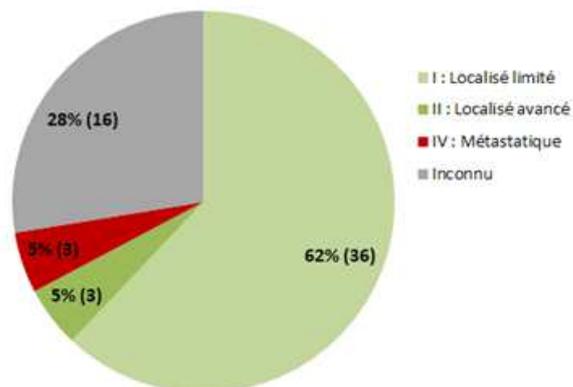
FIGURE 178 | Répartition par tranche d'âge et par sexe (%) – Mélanome cutané – Nouvelle-Calédonie, 2017-2018



Description des tumeurs

Stade au diagnostic

FIGURE 179 | Répartition par stade au diagnostic - % (n) – Mélanome cutané, Nouvelle-Calédonie, 2017-2018

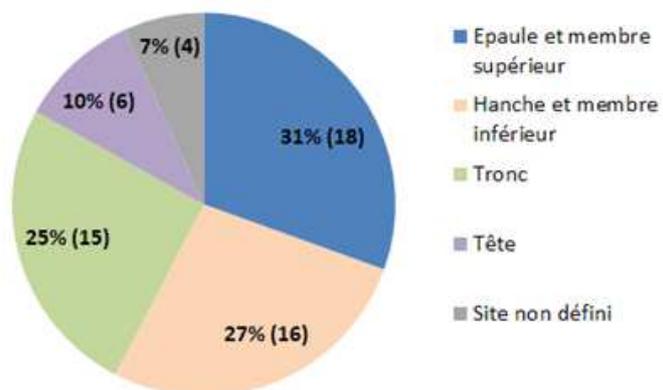


La proportion de cas pour lesquels le stade n'a pas pu être établi (en raison de données manquantes) reste importante avec 28% (n=16).

67% (n=39) des mélanomes ont été diagnostiqués à un stade localisé (limité ou avancé) et seuls 5% (n=3) ont été diagnostiqués à un stade métastatique.

Topographie de la lésion

FIGURE 180 | Répartition par topographie de la lésion – % (n) – Mélanome cutané, Nouvelle-Calédonie, 2017-2018



Plus de la moitié des lésions sont situées sur les membres, parties les plus exposées au soleil.

Incidences

Comparaisons internationales

Au vu du nombre important de données manquantes sur la province de résidence, il n'est pas possible de calculer les incidences par province.

Chez les hommes en 2017-2018 l'ASR du mélanome est de 8,5 [5,4-11,6] pour 100 000 personnes-année.

Chez les femmes en 2017-2018 l'ASR du mélanome est de 9 [5,7-12,3] pour 100 000 personnes-année.

Ces taux sont comparables à celui de la Polynésie. Ils sont très inférieurs à celui de nos voisins australiens et néo-zélandais et inférieurs à celui de la France métropolitaine. Ils sont par contre supérieurs à celui de la Réunion, de la Guadeloupe et de la Martinique.

FIGURE 181 | Comparaisons internationales des taux d'incidence standardisés (Globocan 2020) - Hommes – ASR (n) – Mélanome cutané, Nouvelle-Calédonie, 2017-2018

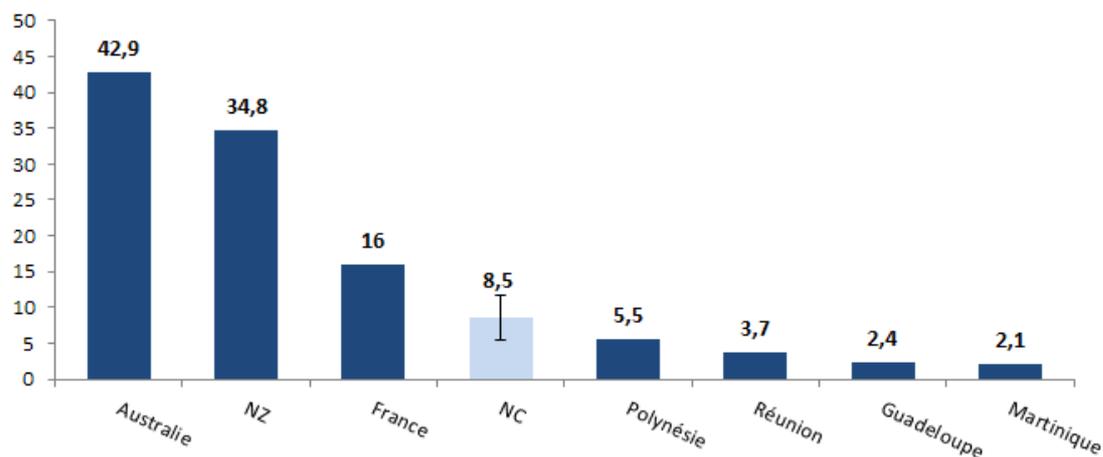
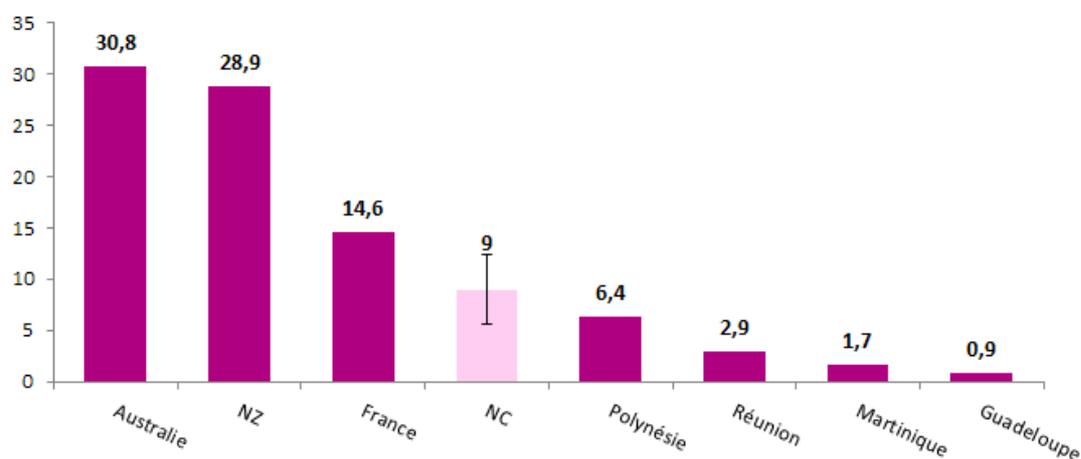
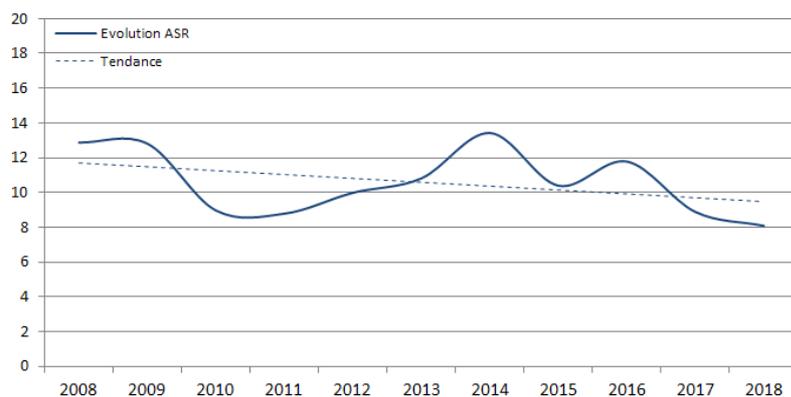


FIGURE 182 | Comparaisons internationales des taux d'incidence standardisés (Globocan 2020) - Femmes – ASR (n) – Mélanome cutané, Nouvelle-Calédonie, 2017-2018



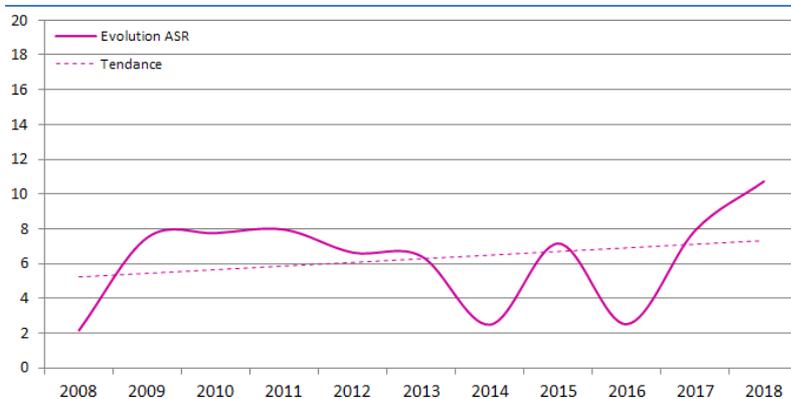
Evolution par sexe

FIGURE 183 | Evolution du taux d'incidence standardisé et tendance Hommes – Mélanome cutané, Nouvelle-Calédonie, 2008-2018



Chez les hommes, depuis 2008 l'ASR des mélanomes varie entre 8,1 e 13,4 avec une moyenne de 10,6 cas pour 100 000 personnes-année. Il n'y a **pas d'évolution significative** de l'ASR au cours de ces 10 dernières années ($p=0,2$).

FIGURE 184 | Evolution du taux d'incidence standardisé et tendance Femmes – Mélanome cutané, Nouvelle-Calédonie, 2008-2018



Chez les femmes, depuis 2008 l'ASR des mélanomes varie entre 2,2 et 10,7 avec une moyenne de 6,3 cas pour 100 000 personnes-année. Il n'y a **pas d'évolution significative** de l'ASR au cours de ces 10 dernières années ($p=0,5$).

POINTS-CLE

- Le mélanome est le 8ème cancer le plus fréquent, tous sexes confondus.
- Il n'y a pas d'évolution significative de l'incidence standardisée ces 10 dernières années.
- En moyenne, les femmes ont un diagnostic de mélanome à un âge plus jeune (de 10 ans) que les hommes.
- Le mélanome est diagnostiqué majoritairement à un stade localisé mais les stades inconnus sont nombreux.
- La difficulté d'accès aux données du dossier clinique limite grandement une description plus précise de cette tumeur en Nouvelle-Calédonie.

Sarcome des tissus mous

Code CIM-10 : C49 hors C49.5

Généralités

Les sarcomes sont des tumeurs qui se développent aux dépens des tissus de soutien de l'organisme. On distingue les sarcomes des os et les sarcomes des tissus mous et des viscères. Ces derniers sont les plus fréquents et sont présentés dans ce chapitre (les sarcomes des os sont présentés dans le chapitre « autres cancers »).

La majorité des sarcomes des tissus mous sont localisés dans les membres inférieurs ou supérieurs (60 % des cas). Ils peuvent aussi se trouver dans les cavités abdominales, thoraciques ou rétro péritonéales et, plus rarement, dans la région de la tête et du cou.

Les sarcomes représentent moins de 1% de l'ensemble des nouveaux cas de cancers en France. Si près de la moitié des sarcomes sont diagnostiqués après 55 ans, ils peuvent concerner tous les âges, y compris les enfants.

Les facteurs de risque des sarcomes restent méconnus, certains facteurs favorisent toutefois la survenue de sarcomes :

- des maladies génétiques très rares (rétinoblastome, syndrome de Werner, maladie de Recklinghausen, syndrome de Li-Fraumeni...)
- l'exposition à des irradiations (radiothérapie), à des toxiques (chlorure de vinyle, dioxyde de thorium, dioxine et pesticides sont suspectés), ou à des virus (herpès, VIH)
- le lymphœdème (accumulation de liquide dans les tissus).

En Nouvelle-Calédonie sur la période 2017-2018, les sarcomes des tissus mous sont le **27^{ème} cancer le plus fréquent, tous sexes confondus**, avec **en moyenne 7** tumeurs invasives par an. Cela représente un taux d'incidence standardisé (ASR) de **2,1** cas pour 100 000 personnes années.

Il se situe au 22^{ème} rang chez les hommes avec en moyenne 3,5 tumeurs par an (ASR 2,2), et au 24^{ème} rang chez les femmes avec en moyenne 3,5 tumeurs par an (ASR 1,9).

TABLEAU 101 | Nombres de cas, taux d'incidence standardisés (ASR) et rang, par sexe et par année – Sarcome des tissus mous - Nouvelle-Calédonie, 2017-2018

	Total			Hommes			Femmes		
	Nb	ASR	Rang	Nb	ASR	Rang	Nb	ASR	Rang
2017	8	3,3	25	3	1,9	23	5	3	20
2018	6	1,7	29	4	2,5	20	2	0,9	26
2017/2018	14	2,1	27	7	2,2	22	7	1,9	24

Qualité des données

Le retour au dossier clinique a été réalisé pour 86% des cas signalés.
Une confirmation histologique a été enregistrée pour 100% des cas.

Description de la population

Sex ratio

Le sex ratio est de 1 homme pour 1 femme.

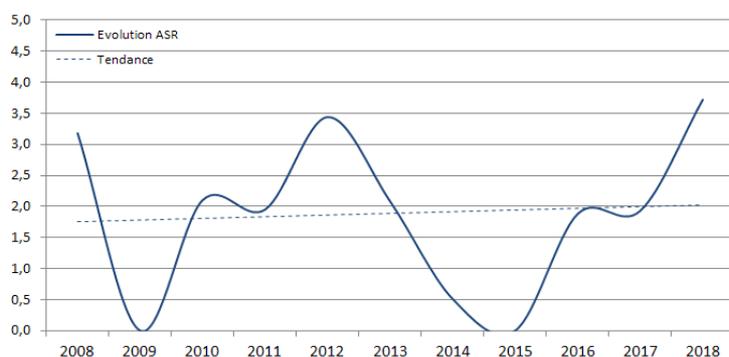
Répartition par âge

Le patient le plus jeune au moment du diagnostic avait 29 ans et le plus âgé 79 ans.
L'âge moyen au diagnostic est de 57 ans (médiane 58 ans) et varie entre 29 ans et 79 ans.

Incidences

Evolution par sexe

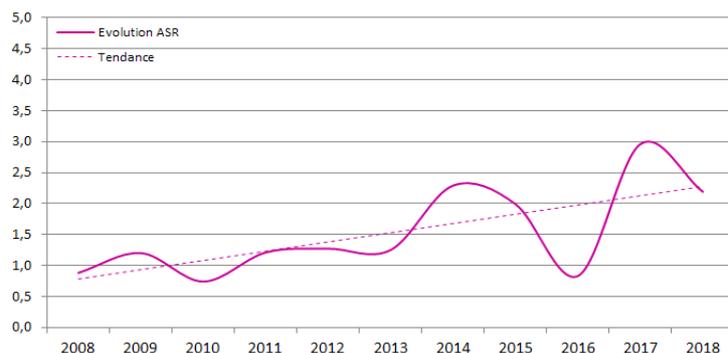
FIGURE 185 | Evolution du taux d'incidence standardisé et tendance
Hommes – Sarcome des tissus mous, Nouvelle-Calédonie, 2008-2018



Chez les hommes, depuis 2008 l'ASR des sarcomes des tissus mous varie entre 0 et 3,7 avec une moyenne de 1,9 cas pour 100 000 personnes-année.

Il n'y a **pas d'évolution significative** de l'ASR au cours de ces 10 dernières années ($p=0,8$).

FIGURE 186 | Evolution du taux d'incidence standardisé et tendance
Femmes – Sarcome des tissus mous, Nouvelle-Calédonie, 2008-2018



Chez les femmes, depuis 2008 l'ASR des sarcomes des tissus mous varie entre 0,7 et 2,3 avec une moyenne de 1,5 cas pour 100 000 personnes-année.

Au cours des 10 dernières années, **l'ASR a augmenté de manière significative** ($p < 0,05$), avec en moyenne une augmentation de 0,1 cas pour 100 000 personnes-année chaque année.

POINTS-CLE

- Le sarcome des tissus mous est un cancer rare avec en moyenne 7 cas par an en 2017-2018.
- Il concerne autant les hommes que les femmes avec un âge moyen au diagnostic de 57 ans
- L'incidence standardisée a significativement augmenté chez les femmes au cours de ces 10 dernières années.

Les tumeurs invasives du Système Nerveux Central (SNC)

Code CIM-10 : C70 à C72

Généralités

Les cancers du système nerveux central regroupent les cancers se développant dans le cerveau et dans la moelle épinière.

Les tumeurs du SNC se répartissent de la façon suivante :

- 85 % siègent au niveau sus-tentorial (hémisphères cérébraux)
- 10 % au niveau sous-tentorial (cervelet et tronc cérébral)
- 5 % au niveau de la moelle épinière (médullaire)

80% des tumeurs malignes du SNS sont des gliomes. Les autres tumeurs, moins fréquentes, sont des méningiomes, neurinomes et lymphomes.

Elles peuvent affecter les enfants et les adultes.

En France, la survie nette à 5 ans est de 26%.

En Nouvelle-Calédonie sur la période 2017-2018, les tumeurs invasives du système nerveux central sont **le 24^{ème} cancer le plus fréquent, tous sexes confondus**, avec **en moyenne 9** tumeurs invasives par an. Cela représente un taux d'incidence standardisé (ASR) de 2,9 pour 100 000 personnes année.

Il se situe au 20^{ème} rang chez les hommes avec en moyenne 4 tumeurs par an (ASR 2,7 pour 100 000 personnes année), et au 20^{ème} rang chez les femmes avec en moyenne 5 tumeurs par an (ASR 3,1).

TABLEAU 102 | Nombres de cas, taux d'incidence standardisés (ASR) et rang, par sexe et par année – Tumeurs du SNC- Nouvelle-Calédonie

	Total			Hommes			Femmes		
	Nb/an	ASR	Rang	Nb/an	ASR	Rang	Nb/an	ASR	Rang
2017	10	3,3	23	6	3,5	19	4	3,2	19
2018	8	2,4	23	2	1,8	22	6	2,9	21
2017/2018	18	2,9	24	8	2,7	20	10	3,1	20

Qualité des données

Le retour au dossier clinique a été réalisé pour tous les cas signalés. Toutes les tumeurs ont été confirmées histologiquement.

Description de la population

Sex ratio

Le sex-ratio est de 0,8 homme pour une femme, soit 4 hommes pour 5 femmes.

Répartition par âge

Le patient le plus jeune au moment du diagnostic avait 2 ans, et le plus âgé 82 ans. L'âge moyen au diagnostic est de 49 ans (48 médiane ans).

Description des tumeurs

Répartition par histologie

La grande majorité des tumeurs du SNC sont des gliomes (17/18). Un lymphome du SNC a été enregistré en 2017-2018.

Incidences

Comparaisons internationales et locales

Chez les hommes, l'ASR est de 2,7 [0,7-4,7] pour 100 000 personnes-année. Il est plus faible qu'en Métropole, Australie, et Nouvelle-Zélande. Il est comparable aux autres pays.

FIGURE 187 | Comparaisons internationales des taux d'incidence standardisés (Globocan 2020)- Hommes – ASR (n) – Tumeurs du SNC, Nouvelle-Calédonie, 2017-2018

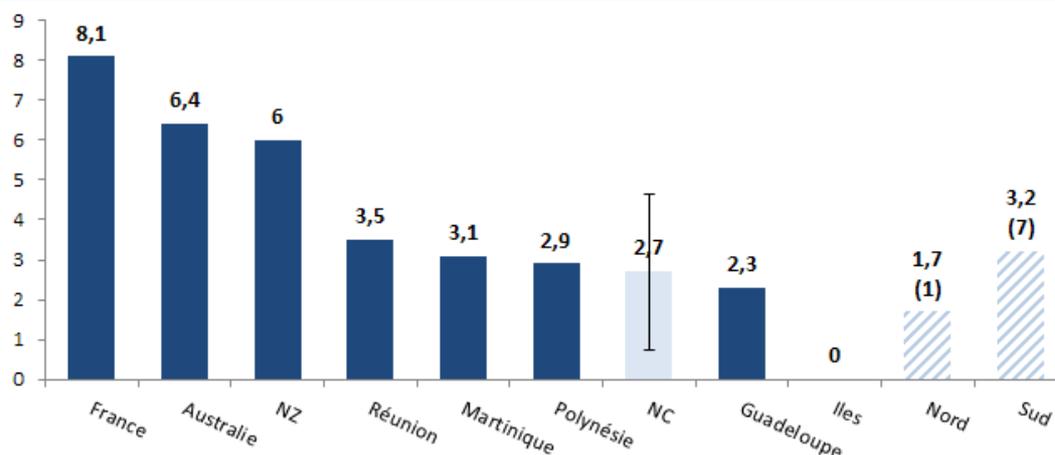


TABLEAU 103 | Rapport entre provinces des taux d'incidence standardisés et intervalle de confiance - Hommes Tumeurs du SNC, Nouvelle-Calédonie, 2017-2018

	Rapport ASR	IC Inf	IC Sup
Iles / Nord	/	/	/
Iles / Sud	/	/	/
Nord / Sud	0,5	0,09	3,2

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

Chez les femmes, l'ASR est de 3,1 [1,1-5,1] pour 100 000 personnes-année.
 Il est plus faible qu'en Métropole et plus élevé qu'en Martinique et en Polynésie.
 Il est comparable aux autres pays.

FIGURE 188 | Comparaisons internationales des taux d'incidence standardisés (Globocan 2020) - Femmes – ASR (n) – Tumeurs du SNC, Nouvelle-Calédonie, 2017-2018

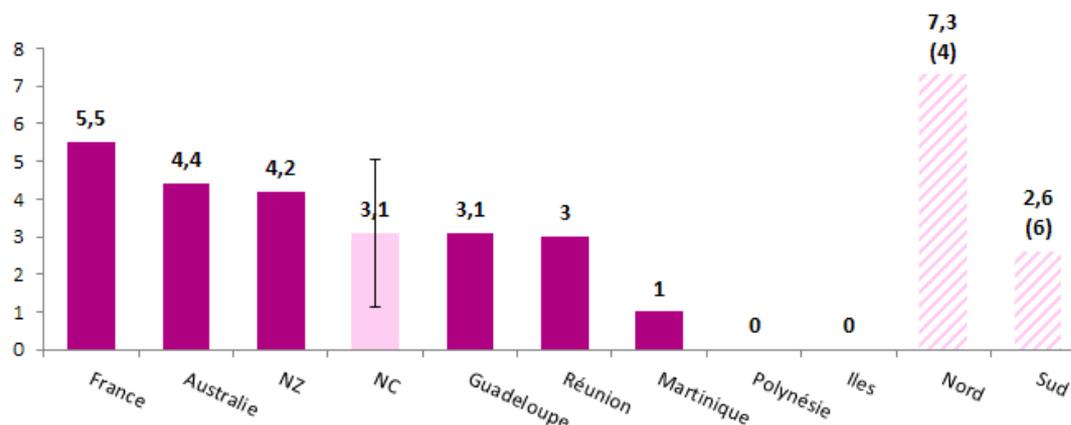


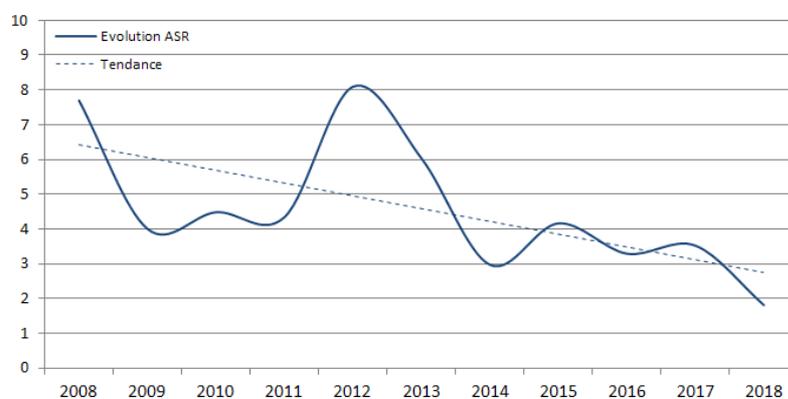
TABLEAU 104 | Rapport entre provinces des taux d'incidence standardisés et intervalle de confiance – Femmes - Tumeurs du SNC, Nouvelle-Calédonie, 2017-2018

	Rapport ASR	IC Inf	IC Sup
Iles / Nord	/	/	/
Iles / Sud	/	/	/
Nord / Sud	2,8	0,5	15,2

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

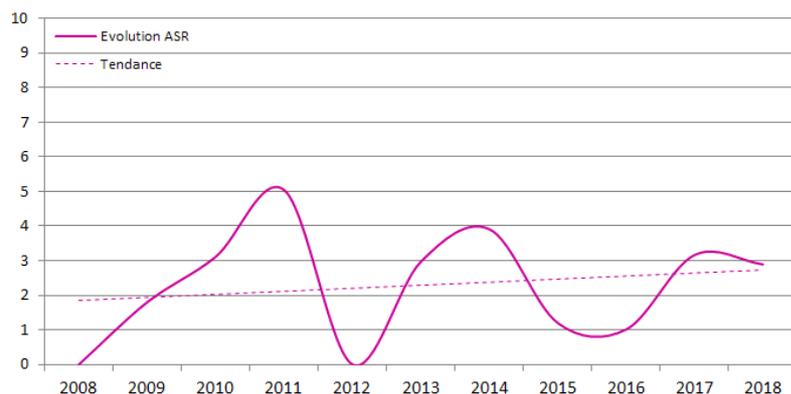
Evolution par sexe

FIGURE 189 | Evolution du taux d'incidence standardisé et tendance Hommes – Tumeurs du SNC, Nouvelle-Calédonie, 2008-2018



Chez les hommes, depuis 2008 l'ASR des tumeurs du SNC varie entre 3 et 8,1 avec une moyenne de 4,6 cas pour 100 000 personnes-année. Au cours des 10 dernières années, l'ASR a **diminué de manière significative** ($p < 0,05$), avec en moyenne une diminution de 0,4 cas pour 100 000 personnes-année chaque année.

FIGURE 190 | Evolution du taux d'incidence standardisé et tendance Femmes – Tumeurs du SNC, Nouvelle-Calédonie, 2008-2018



Chez les femmes, depuis 2008 l'ASR des tumeurs du SNC varie entre 0 et 5 avec une moyenne de 2,3 cas pour 100 000 personnes-année.

Il n'y a **pas d'évolution significative** de l'ASR au cours de ces 10 dernières années ($p=0,6$).

POINTS-CLE

- Les tumeurs invasives du SNC restent rares avec en moyenne 9 tumeurs par an en 2017-2018
- Elles affectent l'enfant et l'adulte.
- L'ASR a diminué de façon significative ces 10 dernières années chez les hommes.

Autres cancers

Code CIM-10 : C37, C38, C40-41, C44, C48, C495, C69, C74-75

28 tumeurs différentes sont concernées et toutes ont fait l'objet d'un retour au dossier clinique.

La répartition par topographie est la suivante :

- C37 -Thymus : 3 Thymomes (C37)
- C38 - Médiastin : 1 tumeur maligne indéterminée
- C40-41 - Os :
 - 4 chondrosarcomes
 - 2 sarcomes d'Ewing
 - 1 ostéosarcome
- C44 – Peau
 - 3 dermatofibrosarcomes
 - 2 carcinomes à cellules de Merkel
 - 1 carcinome trichoblastique
 - 1 Adénocarcinome eccrine
- C48 – Péritoine
 - 1 carcinome séreux papillaire
 - 1 adénocarcinome mucineux
 - 1 liposarcome
 - 1 tumeur stromale gastro-intestinale (GIST)
- C495 – Tissus mous du pelvis : 2 tumeurs vitellines
- C69 – Œil : 1 carcinome épidermoïde de la conjonctive
- C74 – Surrénale : 2 corticosurrénalome malin
- C75 – Glande endocrine : 1 Germinome

Sites mal définis – Primitifs inconnus

Code CIM-10 : C76 (hors C760), C80

Il s'agit des cancers diagnostiqués sur métastases (avec ou sans confirmation histologique) et pour lesquels les explorations diagnostiques n'ont pas permis d'identifier la localisation primitive ou n'ont pas pu être réalisées.

22 tumeurs sont concernées soit 1,1% de l'ensemble des tumeurs invasives incidentes en 2017-2018 en Nouvelle-Calédonie dont :

- 3 tumeurs malignes indéterminées
- 18 carcinomes ou adénocarcinomes
- 1 tumeur stromale gastro-intestinale (GIST)

Un retour au dossier a été réalisé pour 91% des cas.

Discussion

Au cours des années 2017-2018, 1991 cancers invasifs ont été diagnostiqués en Nouvelle-Calédonie. Cela représente près de 1000 cas par an, 505 chez les hommes et 490 chez les femmes. Le **taux d'incidence standardisé (ASR) sur ces 2 années** est de 296,8 cas pour 100 000 personnes-année chez les hommes et de 281,6 chez les femmes.

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

Au vu du faible nombre de cas de cancers diagnostiqués chaque année, analyser les données agrégées de plusieurs années permet de lisser les effets liés aux petits effectifs, notamment pour les analyses par topographie.

Depuis 2008, le nombre de cancers diagnostiqués augmente régulièrement chaque année, avec en moyenne 12,5 cas supplémentaires par an chez les femmes et 5 cas supplémentaires par an chez les hommes. Par contre, l'ASR chez les hommes a diminué de 9 points par an et est resté stable chez les femmes.

Ces résultats peuvent s'expliquer par le vieillissement de la population au cours de ces 10 dernières années. En effet, chez les femmes l'augmentation du nombre de cas suit bien le vieillissement de la population, résultant d'une stabilité de l'incidence. Par contre, chez les hommes l'augmentation du nombre de cas serait moins importante qu'attendue entraînant une diminution de l'ASR.

La diminution de l'incidence est observée chez les hommes quel que soit leur province de résidence et chez les femmes seulement en province des Iles. Plusieurs hypothèses peuvent être formulées pour expliquer la diminution plus marquée en province des Iles. Elle peut être liée à un vieillissement de la population, mais également à la diminution du nombre de cas de cancer chez les moins de 30 ans, ou bien être dû à un biais dans l'adresse de résidence. Une étude plus approfondie de ce phénomène serait nécessaire.

En 2017-2018, comme les années précédentes les cancers les plus fréquents sont le cancer de la prostate, le cancer des bronches-poumons et le cancer du côlon rectum chez les hommes. Ce classement est le même que celui observé en France métropolitaine [5].

Chez les femmes, les cancers les plus fréquents sont le cancer du sein, le cancer des bronches-poumons et le cancer de l'utérus. Ce classement diffère de celui observé en France métropolitaine, où les 3 cancers les plus fréquents sont le cancer du sein, le cancer du colon-rectum et le cancer de la thyroïde [5]

Plusieurs observations concernant les ASR sur la période 2017-2018 et leur évolution de 2008 à 2018 nécessitent une analyse plus approfondie ou un suivi particulier au cours des prochaines années, notamment :

- L'ASR significativement plus élevé des cancers de :
 - la thyroïde chez les femmes de la province Nord par rapport à celle du Sud.
 - l'estomac chez les hommes de la province Sud par rapport à ceux du Nord.
 - les LMNH chez les femmes du Sud par rapport aux femmes du Nord.

- Une baisse significative de l'ASR de 2008 à 2018 des cancers de:
 - la thyroïde chez les femmes.
 - les SNC chez les hommes.
 - la prostate.
 - le CHC chez les hommes (tendance).

- Une augmentation significative de l'ASR au cours des 10 dernières années des cancers suivants :
 - les sarcomes de tissus mous chez les femmes.
 - les testicules.
 - les bronches-poumon chez les femmes (tendance).
 - les myélomes chez les hommes (tendance).
 - la maladie de Hodgkin chez les femmes (tendance).

Pour certaines topographies, l'ASR est plus élevé que celui des autres pays de référence, notamment pour le cancer du col de l'utérus et le cancer du corps utérin.

Pour le cancer du col de l'utérus, l'ASR en Nouvelle-Calédonie est plus élevé que celui de la France métropolitaine, de l'Australie et de la NZ. Plusieurs hypothèses peuvent être formulées :

- Notamment la prévalence des IST en Nouvelle-Calédonie qui sont le principal facteur de risque du cancer du col.
- La vaccination anti-HPV : qui a été initiée depuis 2007 dans les autres pays, pouvant expliquer leur plus faible taux d'incidence. En Nouvelle-Calédonie, la campagne de vaccination anti-HPV mise en place en 2015 pour les jeunes filles, devrait être prochainement étendue aux garçons. Le suivi de l'incidence des lésions de haut grade par le registre devrait permettre de pouvoir évaluer l'impact du programme de vaccination d'ici quelques années.

Quoiqu'il en soit, ces résultats méritent une étude approfondie au cours des prochaines années.

Pour le cancer du corps utérin, l'ASR observé en Nouvelle-Calédonie est supérieur à celui des pays de référence. Le principal facteur de risque de ce cancer est l'obésité et le diabète. Cependant, ces données étant peu renseignées dans les dossiers, il n'est pas possible de l'étudier et de comparer leur fréquence à celle de la population générale.

Il existe en Nouvelle-Calédonie deux programmes de dépistage organisé, gérés par l'ASSNC, celui du cancer du col et celui du cancer du sein ; ces programmes restent sous utilisés par la population à risque (17% des cancers du col et 39% des cancers du sein diagnostiqués suite au dépistage organisé).

D'autres cancers peuvent faire l'objet d'une réflexion sur la mise en place d'un programme de prévention ou de dépistage.

Le cancer du côlon-rectum est le 4^{ème} cancer le plus fréquent tous sexes confondus avec un diagnostic réalisé suite à des symptômes et à un stade avancé pour plus de la moitié des cas. Au vue de ces éléments, il semblerait justifié de pouvoir initier un programme de dépistage

organisé en Nouvelle-Calédonie. Cependant, plusieurs contraintes rendant difficile la mise en place de ce programme sont à signaler, notamment :

- le nombre insuffisant de médecins en hépato-gastro-entérologie, avec un maillage territorial plus étendu et la possibilité de réaliser les endoscopies dans les provinces.
- la nécessité de mettre en place une étude préalable afin de pouvoir analyser les réticences des différentes populations vis-à-vis de cet examen, en vue d'améliorer leur adhésion

Une augmentation significative de l'ASR du cancer des testicules est observée au cours des 10 dernières années. Cette augmentation est observée dans plusieurs autres pays [5], notamment en Europe, Australie et Etats-Unis [5]. Un programme d'information et de sensibilisation des hommes et des jeunes hommes pourrait être réalisé via les médecins traitants ou les programmes de prévention de santé sexuelle.

De plus, près de la moitié des cancers mondiaux sont attribuables à des facteurs de risque lié au mode de vie ou à l'environnement, dont en premier lieu le tabac et l'alcool mais aussi l'obésité, les infections virales...

Ces données concernant les facteurs de risque généraux (tabac, alcool, IMC) ou plus spécifiques (HPV, amiante, cirrhose, infection à *Helicobacter pylori*) sont généralement insuffisamment renseignés dans les dossiers des patients et ne permettent pas d'étudier leur association aux cancers en Nouvelle-Calédonie.

Une standardisation des dossiers patients, rendant systématique le renseignement de ces facteurs de risque pourrait résoudre ce problème.

En attendant, l'amélioration des fiches RCP par le réseau OncoNC depuis 2021 pourrait en partie, répondre à cette problématique.

Le registre du cancer a connu de nombreuses difficultés au cours des 2 dernières années. La crise sanitaire a entraîné une mise en pause de toutes les missions du registre de Janvier 2020 à Janvier 2022, induisant un retard considérable, difficilement rattrapable sans une mise à disposition pérenne de moyens humains. De nombreux projets du registre sont actuellement irréalisables, que ce soit au niveau de la mise en place d'études comme les analyses de survie ou des projections, ou pour la modernisation de la gestion des données comme l'injection automatique des sources dans la base CANREG5.

En conclusion, le cancer est un problème de santé publique majeur, et représente la 1^{ère} cause de mortalité en Nouvelle-Calédonie. Le registre du cancer est un outil indispensable dans la surveillance et l'étude de cette maladie, ainsi que pour l'évaluation et l'aide à la décision des programmes et politiques de santé publique. Malheureusement, les moyens contraints actuels nuisent à la performance de ses missions, à l'heure où des données fiables et actualisées sont nécessaires et demandées pour permettre la mise en place d'un plan cancer calédonien.

- [1] Ferlay J, Laversanne M, Ervik M, Lam F, Colombet M, Mery L, Piñeros M, Znaor A, Soerjomataram I, Bray F (2020). Global Cancer Observatory: Cancer Tomorrow. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer. Available from: <https://gco.iarc.fr/tomorrow>. Consulté le 30/08/2022.
- [2] DASS-NC ; <https://dass.gouv.nc/votre-sante/documents-rapports-etudes>. Consulté le 30/08/2022.
- [3] <http://www.iacr.com.fr/>
- [4] Doll R, Payne P et Waterhouse J. Ed, Cancer Incidence in Five continents : A Technical Report. Berlin Heidelberg : Springer-Verlag, 1966.
- [5] Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, Bray F. Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin*. 2021 Feb 4. doi: 10.3322/caac.21660. Epub ahead of print. PMID: 33538338.
- [6] Jensen OM, Parkin DM, MacLennan R et al. Cancer Registration : Principles and Methods. Lyon : IARC Scientific Publications no. 95, 1996.
- [7] R Development Core Team. R : A Language and Environment for Statistical Computing. Vienna, Austria : R Foundation for Statistical Computing, 2008.