



Registre du cancer de Nouvelle-Calédonie, bilan de 15 années de surveillance, 1989-2003

Francine Baumann, Yannick Rougier

Institut Pasteur de Nouvelle-Calédonie, Nouméa

INTRODUCTION

La Nouvelle-Calédonie est un pays français d'Outre-Mer situé dans le Pacifique Sud. Le territoire est divisé en Province Nord, Province Sud, et Province des Iles Loyauté, où vivent différents groupes ethno-culturels : mélanésien (44,1 %), européens (34,1 %), wallisiens (9,0 %), tahitiens (2,6 %), vietnamiens (1,4 %), etc. La population a été estimée en 2003 à 220 000 habitants [1] dont la moitié a moins de 25 ans, avec un taux d'accroissement naturel de 16 pour 1 000.

L'enregistrement des cancers existe depuis 1977. En 1995, la gestion du Registre est confiée à l'Institut Pasteur de Nouvelle-Calédonie et depuis 1998, le Registre est qualifié par le Comité national des registres.

Cet article fait le point sur les 15 dernières années d'enregistrement. Après l'analyse des données selon le groupe ethnoculturel et la province de résidence, est présentée l'évolution des incidences annuelles selon le sexe et le site anatomique, puis leur comparaison avec les données françaises et mondiales.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Les cas inclus sont les tumeurs malignes chez les résidents de Nouvelle-Calédonie, y compris celles prises en charge en dehors du territoire. Sont exclues les récives et les métastases dont la tumeur primitive est connue ; les tumeurs in situ ne participent pas à l'analyse. Les cancers cutanés basocellulaires et spinocellulaires sont inclus, mais analysés séparément des mélanomes.

Les données recueillies concernent : le site du cancer, des données démographiques (sexe, âge, groupe ethnoculturel, commune de résidence, activité professionnelle), la consommation de tabac, le type histologique, l'extension du cancer, l'existence d'un cancer antérieur connu, le traitement et la date du décès.

Les règles de codage topographique et morphologique suivies sont celles préconisées par le Circ selon la classification CIM10. L'enregistrement informatique se fait de façon anonyme à l'aide du logiciel Canreg3 du Circ, et l'exploitation statistique annuelle est réalisée avec EpiInfo6fr.

Les données proviennent de trois sources : les comptes-rendus anatomocytopathologiques (recueil actif), les feuilles de déclaration rem-

plies par les médecins (recueil passif), et les listes des médecins référents fournies annuellement par la Cafat (unique assurance maladie en Nouvelle-Calédonie). Un contrôle de qualité est effectué avant l'enregistrement informatique pour éliminer les doublons, puis un second contrôle est réalisé par Canreg avant validation du cas.

Tous les résidents sont pris en charge par la Cafat ou par l'Aide médicale gratuite. Peuvent échapper au Registre, les patients n'ayant accès à aucune structure de soins et pris en charge par les voies coutumières ; ils restent exceptionnels car de nombreux dispensaires sont répartis sur l'ensemble de la Nouvelle-Calédonie.

Les données de description de la population ont été obtenues à partir des deux derniers recensements officiels (1989 et 1996) et des estimations fournies par l'Institut de la statistique et des études économiques. Pour des raisons d'exhaustivité, les taux d'incidence standardisée à la population mondiale ont été comparés à ceux de la France et du monde d'après les données 2003.

RÉSULTATS

Situation transversale sur la période globale 1989-2003 (tableau 1)

De 1989 à 2003, 6 103 déclarations ont été validées, soit 407 cancers annuels en moyenne, dont 51,2 % chez les hommes. Le taux d'incidence standardisé à la population mondiale pour l'ensemble des cancers est plus élevé chez les hommes (275,6) que chez les femmes (242,6).

Les cancers féminins les plus fréquents sont le sein (21,2 %), l'utérus et les ovaires (18,8 %) et la thyroïde (18,5 %).

Chez les hommes prédominent les cancers des poumons (26,3 %), digestifs (20,6 %), de la prostate et des testicules (14,3 %).

Les cancers sont diagnostiqués plus tôt dans la vie, chez les femmes (moyenne : 56,8 ans, contre 63,2 ans pour les hommes), en particulier les cancers de la thyroïde (à partir de 20 ans), de l'utérus (à partir de 25 ans) et du sein (à partir de 30 ans).

Analyse selon le groupe ethnoculturel (figure 1)

Chez les hommes l'incidence standardisée globale des cancers est beaucoup plus importante pour les européens : 303,5. Ceux-ci pré-

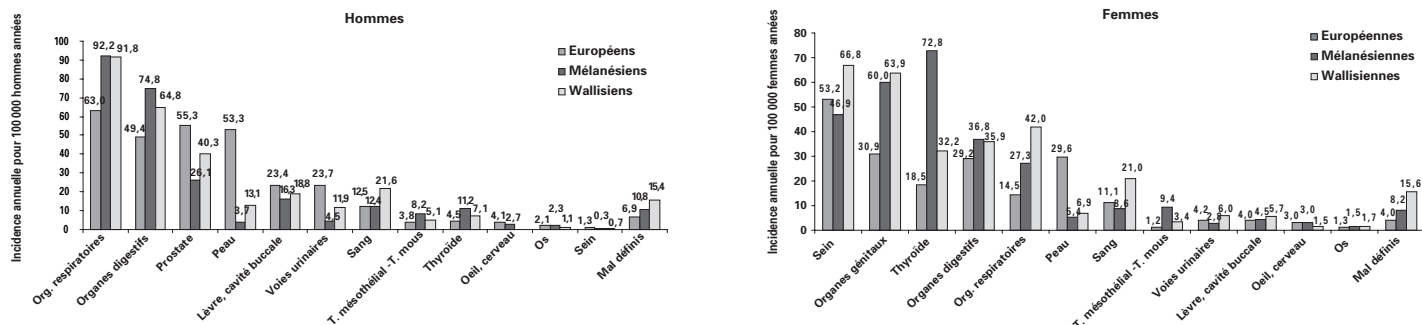
Tableau 1

Nombre moyen annuel de cas incidents et taux standardisés à la population mondiale, pour 100 000 personnes années, par province, par localisation et par sexe, Nouvelle-Calédonie, 1989-2003

Topographie	Hommes Incidences par province							Femmes Incidences par province						
	Nombre moy/an	%	Taux incidence	Sud	Nord	Iles	Province inconnue	Nombre moy/an	%	Taux incidence	Sud	Nord	Iles	Province inconnue
Lèvre, cavité buccale	15,7	7,5	19	13,8	10,2	17,6	25,90 %	3,3	1,7	3,7	2,7	3	4,2	24,20 %
Organes digestifs	43,1	20,6	57,4	37	44,8	84	28,50 %	25,4	12,7	32,5	22	23,5	39,3	26,00 %
Organes respiratoires	54,9	26,3	73	48,5	62,3	96,9	22,80 %	16,7	8,4	22,3	10,8	27,9	17,2	25,90 %
Os, cartilage articulaire	1,9	0,9	2,1	1,5	2,2	1,8	38,60 %	1,3	0,7	1,3	1	1,6	0,6	30,80 %
Peau	20,7	9,9	26,9	29,4	11,9	3,4	16,10 %	13,5	6,8	15,4	16,2	8,6	1,4	19,30 %
Tissus mésothéliale -T. mous	4,1	2	5,1	4,3	10,8	2,7	9,80 %	3,6	1,8	4,4	3,1	12,2	4,9	16,70 %
Sein	0,7	0,3	0,9	0,7	0,5	0	28,60 %	42,4	21,2	51,8	39,6	40,5	29,1	21,20 %
Organes génitaux	29,8	14,3	42,9	22,8	26,4	12,5	46,30 %	37,5	18,8	45,1	28,3	47,6	51,6	32,30 %
Voies urinaires	11	5,3	14,6	10	8	6	35,10 %	3,1	1,6	3,9	2,9	1,1	2	32,30 %
Oeil, cerveau	2,5	1,2	2,8	2,7	1,4	2,1	21,30 %	2,4	1,2	2,7	2,1	3	4,1	13,90 %
Thyroïde	6	2,9	7	4,1	6,8	14,5	17,80 %	36,9	18,5	42,2	21,3	47,4	96,1	19,10 %
Site mal défini ou indéfini	8,9	4,3	9	4,4	9,7	9,8	9,00 %	5,1	2,6	6,3	2,2	6,3	5,5	18,30 %
Sang	12,4	5,9	14,5	9,8	5,1	10,6	16,70 %	8,6	4,3	10	6,6	5,4	7	10,80 %
TOTAL	209	100	275,6	189	200,1	261,8	26,60 %	199,8	100	242,6	159,8	228,1	263	21,50 %

Figure 1

Incidences annuelles moyennes standardisées à la population mondiale par site selon le groupe ethnique, hommes et femmes, Nouvelle-Calédonie, 1989-2003



sentent les taux les plus élevés de cancers de la prostate (55,3) et de la peau (53,3). Les mélanésiens présentent le taux global le plus faible : 261,6. Le taux d'incidence globale des wallisiens est intermédiaire : 292,2.

Les cancers de la peau concernent presque exclusivement les européens, et les cancers de la prostate sont deux fois plus fréquents dans ce groupe. Les cancers digestifs et respiratoires sont plus importants chez les mélanésiens et les wallisiens.

Chez les femmes l'incidence standardisée globale des cancers est plus importante dans le groupe des wallisiennes : 302,8 et des mélanésiennes : 286,4 (européennes : 204,5). L'incidence des cancers du sein et des cancers respiratoires est plus élevée chez les wallisiennes ; celle des cancers de l'utérus et des cancers digestifs chez les mélanésiennes et les wallisiennes. Les cancers cutanés ne sont importants que pour les européennes. Le cancer de la thyroïde concerne en majorité les mélanésiennes, c'est le premier cancer dans ce groupe (72,8). Ce cancer figure parmi les trois cancers les plus fréquents chez la femme en Nouvelle-Calédonie depuis 1995.

Analyse selon le site et la province de résidence (tableau 1)

L'incidence standardisée pour chaque province est sous-estimée de 25 %, car le lieu de résidence manque dans 25 % des déclarations. La Province des Iles présente des incidences plus importantes des cancers de la thyroïde (femmes : 96,1) ; pulmonaires (hommes : 96,9) et digestifs (hommes : 84,0 ; femmes : 39,3). Le mésothéliome est 3 à 5 fois plus fréquent en Province Nord (hommes : 10,8 ; femmes : 12,2). Les incidences des cancers de la peau sont plus élevées en Province Sud, celles des cancers du sein et de la prostate dans les provinces Nord et Sud.

Evolution globale sur la période 1989-2003 (figure 1)

Les taux d'incidence standardisés à la population mondiale sont globalement plus élevés chez l'homme, avec une augmentation de + 26,5 % chez les hommes et + 25,5 % chez les femmes.

De 1995 à 2002, la chute de l'incidence, qui touche un peu plus les cancers masculins, correspond à un défaut de déclaration dans le secteur libéral.

Evolution selon le site anatomique (tableau 2)

Alors que l'incidence des cancers digestifs diminue, l'augmentation concerne certains cancers : peau (X10), prostate (X3), thyroïde (X3) et sein (X1,5).

Comparaison des taux 2003 d'incidence standardisée à la population mondiale (tableau 2) avec ceux de la France et du monde [2]

Thyroïde : depuis 1995 plus de 50 cas sont enregistrés chaque année. L'incidence vaut 6 à 15 fois les taux mondiaux (hommes : 1,3 ; femmes : 3,4) et 3 à 7 fois les taux français (hommes : 2,3 ; femmes : 7,4). Les femmes mélanésiennes des Iles et de la côte Est présentent un risque relatif 3 fois plus élevé que les autres.

Mélanomes malins cutanés : leur incidence vaut 2,5 à 4 fois celle du monde (hommes : 2,8 ; femmes : 2,6).

Sein : leur incidence est proche de celle de la France (91,9), et le double de la population féminine mondiale (37,4). Elle est moins élevée dans la Province des Iles, probablement en raison d'un mode de vie plus traditionnel.

Utérus et ovaires : leur incidence est le double des taux français (30,4) et mondiaux (29,3). Les cancers du col de l'utérus représentent 50 % des cas, les cancers de l'endomètre 30 %, et les cancers de l'ovaire 20 %. Le groupe à plus fort risque est celui des mélanésiennes : incidence 71,5.

Mésothéliomes : l'incidence standardisée chez les hommes est 3 fois plus élevée que dans le reste du monde (1,7) et 20 fois plus chez les femmes (0,2). Les taux égaux dans les deux sexes signent un problème environnemental [3] ; une étude a montré que le mésothéliome était lié à la présence dans le sol d'une roche pouvant contenir de la trémolite [6].

Poumon : bien que tous les groupes soient touchés, le risque est

Tableau 2

Evolution de l'incidence standardisée des cancers pour 100 000 personnes années selon le site et le sexe, Nouvelle-Calédonie, 1989-2003																
HOMMES	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	
Oro-Pharynx	18,9	17,8	29,6	17,7	24,6	11,7	18,2	20,2	18,6	23,5	26,9	16,6	14,4	12,7	16,4	
Organes digestifs	91,4	85,5	59,0	70,4	69,8	53,2	52,3	63,4	44,4	50,1	47,7	31,3	29,9	47,0	64,6	
Organes respiratoires	67,4	96,1	94,3	84,2	92,4	103,4	115,9	58,8	80,1	56,1	58,8	53,2	29,2	60,8	66,4	
Os et cartilage	1,1	2	2,1	4	-	4,0	3,8	1,7	2,3	2,7	3,0	0,9	0,9	0,9	2,2	
Peau	8,1	4,7	9,4	6,1	21,8	11,0	17,3	7,4	15,0	16,5	14,5	37,5	60,9	83,7	49,6	
Mésothéliome	4,3	4,6	6,1	8,1	1,4	4,4	8,0	6,7	2,4	9,0	8,6	5,8	1,3	2,9	3,1	
Sein	-	2,0	2,0	1,9	-	-	-	-	-	2,7	1,1	-	-	1,3	3,0	
Génital	23,8	33,6	40,2	35,8	17,8	28,0	48,1	38,8	48,9	37,8	34,4	34,5	15,2	73,3	97,6	
Voies urinaires	18,5	17,3	26,6	24,4	18,3	11,1	16,9	16,7	14,6	9,4	14,5	7,4	4,3	10,8	14,7	
Oeil, cerveau	5,1	2,1	9,8	1,5	4,3	4,0	2,8	3,1	2,2	0,9	4,6	-	1,8	14,1	0,9	
Thyroïde	-	2,4	7,8	3,6	7,6	7,9	13,8	10,7	5,0	15,8	4,1	2,8	3,2	7,9	9,2	
Tissus hématologiques	29,2	8,8	16,0	12,6	14,4	11,3	18,5	27,3	14,0	14,7	20,1	10,7	1,3	11,9	5,6	
Site mal défini	1,4	8,6	13,1	12,5	14,3	19,8	11,0	13,0	5,0	14,0	5,5	3,5	3,9	5,9	7,0	
TOTAL	269,9	285,5	316,0	282,8	286,8	269,1	336,4	267,9	254,7	252,9	243,9	204,3	166,4	322,9	341,4	
FEMMES	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	
Oro-Pharynx	1,8	6,7	4,1	5,6	4,7	5,2	6,2	7,4	7,2	0,9	1,1	2,1	1,0	5,4	3,9	
Organes digestifs	41,1	32,5	42,5	55	30,6	45,8	30,0	44,8	30,2	38,0	26,5	24,6	12,3	24,1	26,6	
Organes respiratoires	20,2	23,2	16,4	23,1	27,2	28,0	25,5	14,8	21,0	25,0	28,7	27,7	7,3	23,2	18,2	
Os et cartilage	-	-	1,6	0	1,1	1,0	0,9	2,6	2,9	2,7	1,9	1,8	-	2,7	0	
Peau	4,2	5,0	3,9	7,0	6,9	13,4	8	5,2	7,4	5,6	16,2	12,5	50,9	40,6	25,6	
Mésothéliome	3,6	3,9	8,0	4,4	5,5	7,1	8,7	4,9	0,9	2,2	1,0	6,4	0	6,1	4,4	
Sein	52,5	47,1	45,4	50,7	52,9	50,9	64,6	58,7	56,8	43,7	26,9	49,1	24,4	61,5	72,4	
Génital	48,4	50,4	65,4	44,6	36,2	47,1	51,7	57,0	44,8	55,5	41,2	37,1	13,0	43,5	79,6	
Voies urinaires	5,4	2,4	1,6	3,4	2,7	4,3	3,0	4,0	4,6	3,9	5,7	3,4	2,1	2,0	9,4	
Oeil, cerveau	7,7	4,3	6,2	4,0	1,1	7,0	0	3,1	1,1	4,2	0	0,7	1,0	0,9	1,1	
Thyroïde	15,9	25,3	23,6	23,6	38,3	28,1	59,9	62,8	58,2	68,3	54,8	40,3	34,7	40,0	43,6	
Tissus hématologiques	11,1	10,3	11,9	23,6	13,5	9,8	7,2	10,4	11,7	7,8	7,1	12,3	6,6	6,6	5,1	
Site mal défini	-	7,8	9,7	11,5	3,5	10,9	9,0	1,4	5,3	6,5	4,2	2,5	5,0	9,1	7	
TOTAL	211,9	219,0	240,2	253,7	224,4	258,4	274,8	277,0	252,0	264,2	215,2	220,7	158,1	265,4	266,0	

plus élevé chez les wallisiens : hommes 152,2, femmes 75,8. En France, les taux d'incidence sont de 52,6 pour les hommes et 8,8 pour les femmes ; dans le monde : hommes 35,5, femmes 12,1. Oro-pharynx : l'incidence est plus élevée chez les européens : hommes 23,3, femmes 7,2. Les taux sont plus importants qu'en France (hommes : 14,8, femmes : 2,7) et dans le reste du monde (hommes : 6,3, femmes : 3,2). Prostate : l'incidence vaut deux fois le taux français (59,3) et quatre fois celui du monde (25,3).

DISCUSSION

Le Registre du cancer de Nouvelle-Calédonie a pour principal objectif la qualité. En 1995, l'ouverture d'un laboratoire privé d'anatomocytologie avait entraîné la non transmission d'une partie des données. Depuis 2002, la collaboration des médecins de ce laboratoire a permis au Registre d'améliorer son exhaustivité.

Les données montrent une constante progression des cancers. Cette augmentation peut être attribuée à une meilleure exhaustivité, à l'augmentation et au vieillissement de la population, à la modification du risque et à l'évolution des pratiques médicales. Les cancers sont diagnostiqués à un stade plus précoce : moins de 25 % ont été dépistés à un stade d'envahissement ganglionnaire ou métastatique en 2003, alors que les stades avancés constituaient près de 60 % de l'ensemble des cancers jusqu'en 1997 [4, 5].

Les risques de cancer sont différents selon les groupes ethnoculturels, probablement liés aux modes de vie (alimentation, tabac, habitat, accès aux soins ...) et à des facteurs génétiques. Le groupe européen est plus touché par les cancers de la prostate et les cancers cutanés. Les mélanésiens présentent les taux d'incidence les plus importants de cancers du poumon, de la thyroïde et de l'utérus. Le groupe wallisien se présente de façon intermédiaire avec une forte incidence des cancers digestifs.

Certains cancers sont liés à des facteurs locaux, tel le mésothéliome en Province Nord. Dans les Iles Loyautés, où les habitants possèdent souvent leurs propres plantations (tabac, voire cannabis), les cancers du poumon présentent la plus forte incidence. De même, les cancers de la thyroïde et les cancers de l'estomac sont plus incidents chez les Loyaltiens. La Province Sud, majoritairement habitée par les groupes non mélanésiens, est plus concernée par les cancers cutanés et les cancers du sein.

CONCLUSION

Les particularités ethniques et géographiques de la Nouvelle-Calédonie confèrent à son Registre un intérêt épidémiologique particulier. La mise en évidence des facteurs de risque environnementaux, ou liés au mode de vie, permet de mener des actions de santé publique : une étude épidémiologique sur l'étiologie des cancers de la thyroïde a été réalisée par l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (analyses en cours).

Une étude de risque du mésothéliome menée en 1994 [3] a mis en évidence le rôle d'une chaux locale (le « Pö ») ; les autorités sanitaires ont lancé un programme de destruction des habitations concernées. En 2004 une étude cas-témoins de l'Institut Pasteur [6] a montré l'insuffisance du Pö à expliquer tous les cas, et la concentration de cette maladie dans certaines régions minières. Un projet de recherche sur ce sujet, mené conjointement par l'Institut Pasteur de Nouvelle-Calédonie, l'Institut de recherche pour le développement et le Bureau de recherche géologique et minière, est financé par le ministère de l'Outre-Mer.

RÉFÉRENCES

- [1] Ahmed-Michaux P et Roos W, Images de la population de la Nouvelle-Calédonie, Principaux résultats du recensement 1996, Démographie Société, 1997 ; 55.
- [2] Ferlay J, Bra F, Pisani P and Parkin DM, GLOBOCAN 2002, Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide, IARC 2003.
- [3] Luce D, Bugel I, Goldberg P, Goldberg M, Salomon C, Billon-Galland MA, Nicolau J, Quénel P, Faverotte J and Brochard P, Environmental Exposure to Tremolite and Respiratory Cancer in New Caledonia : A Case-Control Study, Am. J. Epidemiol., 2000, 151 : 259-65.
- [4] F. Baumann, Rapport 2003 du Registre du cancer de Nouvelle-Calédonie, 2004.
- [5] F. Baumann, Rapport 2004 du Registre du cancer de Nouvelle-Calédonie, 2005.
- [6] F. Baumann et Y. Rougier, Risk factors of Mesothelioma in New Caledonia : the role of environmental exposure to Tremolite, 26^e congrès de l'IARC (International Association of Cancer Registries), Pékin, 2004.

Epidémie de trichophyties cutanées chez les judokas, pôle France d'Orléans, octobre 2004 - avril 2005

Eric Estève¹, Defo Defo¹, Didier Rousseau², Didier Marc Poisson¹

¹ Centre hospitalier régional, Orléans ² Fédération française de judo, jujitsu, kendo et disciplines associées, Paris

INTRODUCTION

L'existence d'épidémies sporadiques de trichophyties cutanées chez les lutteurs (*tinea corporis gladiatorum*) est connue, en particulier depuis 1992. Celles-ci ont été décrites pour la plupart dans des équipes universitaires aux États-Unis [1,2]. En 2004 un article japonais a signalé l'existence de 11 cas au sein d'une équipe universitaire de judo [3]. En octobre 2004, le service de dermatologie du CHR d'Orléans a été saisi par l'encadrement du pôle France Judo d'Orléans pour la gestion d'une épidémie de trichophyties cutanées. Le nombre important d'athlètes atteints, la complexité de la prise en charge et la notion d'une très probable endémie nationale nous font rapporter notre expérience. Il s'agit de la plus grande série mondiale rapportée à ce jour, à notre connaissance, chez des judokas.

MATÉRIEL ET MÉTHODE

Le pôle France judo d'Orléans est composé d'un pôle masculin cadet/junior (n=44), d'un pôle féminin cadet/junior (n=33), d'un pôle universitaire masculin (n=15), d'un pôle universitaire féminin (n=21) et d'un pôle technique (n=18).

Il s'agit d'une structure de type sport-étude et les lycéens sont logés en internat pour la plupart.

Les entraînements sont quotidiens sur quatre lieux différents et durent 2 à 3 heures du lundi au vendredi. Le mercredi un entraînement commun réunit l'ensemble des athlètes durant 2 heures. Les athlètes effectuent un à trois stages annuels, cinq à sept tournois annuels et cinq à sept compétitions officielles annuelles.

Deux visites de terrain et deux réunions avec l'encadrement du Pôle France ont permis de protocoliser la prise en charge à Orléans.

Du 6 octobre 2004 au 7 avril 2005 tous les nouveaux cas suspectés ont été examinés, le plus rapidement possible, dans le service de dermatologie du CHR d'Orléans, toujours par le même dermatologue (EE). Des prélèvements mycologiques ont été effectués lors

de chaque épisode cliniquement suspect, sur les lésions les plus typiques cliniquement.

La prise en charge thérapeutique a été codifiée (tableau I) et les lésions ont été cartographiées.

Un épisode de lésion cliniquement active a été défini comme un aspect clinique très évocateur de trichophytie cutanée pour le dermatologue référent (EE), dans un contexte épidémique, après exclusion d'une autre dermatose évolutive.

Une primo-contamination a été définie comme le premier épisode de lésion cliniquement active pour l'année 2004/2005. Une recontamination a été définie comme un épisode de lésion active survenant après une primo-contamination traitée et guérie.

Tableau 1

Trichophyties chez des judokas, protocole thérapeutique, Orléans, octobre 2004-avril 2005

Lésions	Protocole thérapeutique
Lésions cicatricielles ayant été traitées	Surveillance
Lésions actives < 5	- Arrêt de judo pendant 7 jours de traitement correct - Terbinafine per os (250 mg/jour pendant 1 mois) - Oxiconazole crème (1 application/jour pendant 1 mois) - Si lésions du cuir chevelu : kétoconazole gel moussant (1 application/jour pendant 15 jours)
Lésions actives ≥ 5	- Arrêt de judo pendant 14 jours de traitement correct - Terbinafine per os (250 mg/jour pendant 1 mois) - Oxiconazole crème (1 application/jour pendant 1 mois) - Kétoconazole gel moussant (1 application/jour pour le corps et le cuir chevelu pendant 15 jours)