



Ministère de la Santé

Tendances relatives au cancer

à l'Île-du-Prince-Édouard

1980 à 2006



Together... a healthy future
Ensemble... pour un avenir en santé

TENDANCES RELATIVES AU CANCER
à
l'Île-du-Prince-Édouard
1980 à 2006



Ministère de la Santé

TENDANCES RELATIVES AU CANCER
à
l'Île-du-Prince-Édouard
1980 à 2006

Dre Linda Van Til, épidémiologiste, Ministère de la Santé
Dre Dagny Dryer, directrice, registre du cancer de l'Î.-P.-É.
Kim Vriends, gestionnaire, registre du cancer de l'Î.-P.-É.

Février 2007

Remerciements:

Le présent livre est dédié à tous les Insulaires qui ont été touchés par le cancer.

Merci aux nombreuses personnes qui ont collaboré au présent rapport, notamment Connie Cheverie, Dr Ashwani Tiwari et Dr Lamont Sweet. Merci également à la Société canadienne du cancer pour avoir organisé une révision de ce rapport par les collègues.

Imprimé par Document Publishing Centre, Charlottetown, Î.-P.-É.

On peut se procurer des exemplaires supplémentaires de ce rapport au:

Service de renseignements de l'Île
11, rue Kent
C.P. 2000
Charlottetown PE C1A 7N8
Tél.: (902) 368-4000
ou sans frais au 1-800-236-5196
site Web: www.gov.pe.ca

This publication is also available in English under the title *Cancer Trends in PEI 1980 to 2006*.

Sommaire

Le cancer n'est pas une seule maladie; c'est un processus de croissance des cellules incontrôlée qui peut survenir dans plusieurs tissus et organes différents. Les cancers présents dans différents sites peuvent varier beaucoup dans leur comportement, leur traitement, et leurs causes sous-jacentes. Des divers groupes de cancer, les sites les plus fréquents sont la prostate, le sein, le poumon et le colon/rectum.

Le cancer est surtout une maladie affectant les personnes de plus de 60 ans. Environ deux Canadiens sur cinq devraient en principe développer un cancer durant leur vie.

Le risque du cancer peut être réduit en évitant le tabagisme, en s'en tenant à un régime alimentaire à forte teneur en fruits et en légumes, en augmentant l'exercice physique et en réduisant l'obésité.

Dans l'ensemble, l'incidence du cancer à l'Î.-P.-É. a augmenté, tandis qu'elle est demeurée stable au Canada. La mortalité par cancer a diminué tant à l'Î.-P.-É. qu'au Canada.

Chez les hommes, l'incidence du cancer à l'Î.-P.-É. au cours des dix dernières années était de 10% plus élevée qu'au Canada. Cela s'explique par une augmentation de l'incidence du cancer de la prostate à l'Î.-P.-É. Toutefois, le taux de mortalité par cancer de la prostate à l'Î.-P.-É. est semblable au taux décroissant du Canada. Cela porte à croire que le dépistage permettrait de déceler un plus grand nombre de cas à l'Î.-P.-É. qu'au Canada.

Chez les femmes, l'incidence du cancer à l'Î.-P.-É. au cours des dix dernières années était de 8% plus élevée qu'au Canada. Cela s'explique par une augmentation de l'incidence du cancer du poumon et du cancer colorectal à l'Î.-P.-É. L'incidence du cancer colorectal a diminué chez les femmes canadiennes, mais elle a augmenté chez les femmes de l'Î.-P.-É. La mortalité par cancer colorectal a diminué chez les femmes canadiennes, mais elle est demeurée stable à l'Î.-P.-É. La combinaison de l'incidence à la hausse et de la mortalité stable porte à croire que les femmes de l'Î.-P.-É. sont à risque plus élevé pour le cancer colorectal.

Chez les femmes, l'incidence du cancer du poumon et la mortalité sont à la hausse, tant à l'Î.-P.-É. qu'au Canada.

Au Canada et à l'Î.-P.-É., l'incidence des mélanomes augmente, tandis que la mortalité est stable. Chez les hommes et les femmes de l'Î.-P.-É., l'incidence est plus élevée qu'au Canada; cela pourrait être dû au teint clair prédominant de la population.

Le Canada et l'Î.-P.-É. ont des tendances similaires en matière de cancer du sein, l'incidence étant à la hausse tandis que la mortalité est à la baisse. Cela semble indiquer une amélioration de la survie en raison du dépistage par mammographie et du traitement. Pour la première fois, on inclut les renseignements sur le stade du cancer au moment du diagnostic.

À l'Î.-P.-É. et au Canada, l'incidence du cancer chez les enfants a été stable.

L'incidence à l'Î.-P.-É. a été examinée dans 5 communautés. À l'Î.-P.-É., l'incidence du cancer à la hausse s'est manifestée dans Summerside, Charlottetown, et la communauté rurale de l'est; l'ouest et le centre de l'Î.-P.-É. ne contribuent pas à l'augmentation. Cela n'est pas le reflet d'une tendance urbaine/rurale de l'incidence du cancer.

Table des matières

Sommaire

Introduction	2
Sources des données	3
Traitement du cancer	4
Mesures du cancer	5
Causes du cancer	6
Dépistage du cancer	7
Tendances relatives au cancer - Tous les sites	8
Sites individuels de cancer	
<i>Vessie</i>	12
<i>Cerveau</i>	14
<i>Sein</i>	16
<i>Col de l'utérus</i>	18
<i>Colon et rectum</i>	20
<i>Rein</i>	22
<i>Leucémie</i>	24
<i>Poumon</i>	26
<i>Mélanomes</i>	28
<i>Lymphome non hodgkinien</i>	30
<i>Ovaires</i>	32
<i>Pancréas</i>	34
<i>Prostate</i>	36
<i>Estomac</i>	38
<i>Utérus</i>	40
Cancer chez les enfants	42
Incidence du cancer par communauté de l'Î.-P.-É.	44
Sources	46
Annexe 1. Description des sites de cancer	47
Annexe 2. Tableaux de données	49
Annexe 3. Définitions	53

Introduction

L'Île-du-Prince-Édouard est la plus petite province du Canada: elle mesure 280 kilomètres d'une pointe à l'autre. En tant qu'une province maritime, elle est située dans le golfe Saint-Laurent sur la côte Atlantique. Environ 55% de la population est rurale, et 45% vit dans les régions urbaines de Charlottetown et de Summerside.¹ L'Î.-P.-É. a une population relativement stable et homogène et son taux de migration est peu élevé (moins de 3%) et d'origine ouest européenne à environ 95%. Les principales industries primaires sont l'agriculture, le tourisme et la pêche; l'économie comprend également la transformation des aliments, la construction, les industries manufacturières et le secteur des services.

Il existe plusieurs types différents de cancer. Tous sont caractérisés par une croissance incontrôlable de cellules anormales dans le corps. Des groupes de cellules anormales peuvent former des grosseurs ou des tumeurs, ou elles peuvent se propager à d'autres parties du corps. Les cellules de tumeur bénigne demeurent à un endroit dans le corps et en général elles ne mettent pas la vie en danger. Les cellules de tumeur maligne sont capables d'envahir les tissus autour d'elles et de se propager à d'autres parties du corps (se métastaser). Les cancers sont nommés d'après la partie du corps où ils commencent. Il est important de considérer que les cancers de différents sites peuvent varier considérablement dans leur comportement, leur traitement et leurs causes sous-jacentes.

Les données présentées dans le présent rapport décrivent les tendances relatives à l'incidence du cancer et à la mortalité à l'Île-du-Prince-Édouard au cours de la période de 1980 jusqu'à 2006. Tous les taux sont standardisés pour l'âge en se basant sur la population canadienne de 1991 afin de permettre la comparaison. Les tendances sont comparées au cours des années, et les tendances de l'Î.-P.-É. sont comparées à celles du Canada. Les comparaisons doivent tenir compte des nombreux facteurs suivants:

- Le petit nombre de cas de cancer à l'Î.-P.-É. produit des taux qui varient beaucoup d'une année à l'autre;
- Les façons de présenter les rapports utilisées dans l'enregistrement des cancers varient d'une province à l'autre; prostate et mélanomes sont sous-notifiés dans certaines provinces; les taux de cancer du sein, mélanomes et colorectal sont moins élevés au Canada étant donné que certaines provinces utilisent des règles primitives multiples plus restrictives;
- La prévalence des facteurs de risque varient dans les provinces;
- Les provinces ont des comportements de dépistage différents.

Le présent rapport ne fournit pas de preuve de cause du cancer, étant donné que cela exige des données sur les personnes, notamment les antécédents d'exposition qui ne sont pas disponibles dans le registre des cancers.

Sources des données

Registre du cancer de l'Î.-P.-É.

À l'Î.-P.-É., le cancer est une maladie à déclaration obligatoire nommée dans le *Public Health Act* (loi sur la santé publique). Tous les cas de cancer sont enregistrés dans le Registre du cancer de l'Î.-P.-É., situé dans le Centre de traitement du cancer de l'Î.-P.-É., à l'hôpital Queen Elizabeth, à Charlottetown. Les principales sources de données sont les rapports histologiques et cytologiques, les autopsies et les certificats de décès qui font mention du cancer, et les rapports de la clinique d'oncologie.

Tous les nouveaux cas de cancer sont enregistrés. Les différents cancers chez la même personne sont enregistrés; les cancers primitifs multiples à l'intérieur d'un site important, tel que le sein, les mélanomes ou le colon sont également enregistrés selon les règles du Registre canadien du cancer. On évite les doubles étant donné que chaque cas comprend le numéro de santé personnel unique. Chaque cancer est codifié selon la Classification internationale des maladies – Oncologie (Organisation mondiale de la santé). L'annexe 1 décrit les sites utilisés dans le présent rapport.

La confirmation microscopique du diagnostic fournit la meilleure garantie d'un diagnostic correct; elle était disponible pour 89,5% des dossiers au cours de la période de 1980 à 2004. Les dossiers contenant le moins de détails ont un certificat de décès comme seule source. Dans le Registre du cancer de l'Î.-P.-É., les certificats de décès par cancer sont suivis activement afin d'obtenir une confirmation supplémentaire; moins de 0,2% des cas rapportés dans le registre l'ont été par certificat de décès uniquement.

La *North American Association of Central Cancer Registries* a reconnu la haute qualité du registre des cancers de l'Î.-P.-É. en lui accordant l'accréditation des normes d'or ou d'argent depuis 1998.

Données sur la mortalité

La source des données sur la mortalité par cancer est le certificat de décès. Si la cause de décès sous-jacente décrite par le médecin certifiant est le cancer, le décès est compté comme un décès par cancer. La description du type de cancer est moins précise que celle qu'on obtient au moyen du registre des cancers. Également, les décès par cancer survenant dans une année donnée seront en général le résultat des cancers diagnostiqués (et rapportés comme une incidence) au cours des années précédentes.

Données sur la population

Les chiffres de population selon le sexe et les groupes d'âge en tranches de cinq ans sont nécessaires comme dénominateurs pour calculer l'incidence et les taux de mortalité. La source de ces chiffres de population est le recensement canadien. Le recensement est fait à tous les cinq ans par Statistique Canada, et des estimations de population moyenne sont produites pour les années intercensales.

Traitement du cancer

La première étape dans le traitement du cancer est le diagnostic – en général en enlevant le tissu anormal et en l'examinant au microscope (biopsie). Après l'avoir diagnostiqué, on classifie le stade du cancer. Le stade dépend de la taille de la tumeur, de la profondeur de l'invasion et de l'étendue de la tumeur dans les autres parties du corps. Le stade aide à définir comment il sera traité. Puis un plan de traitement est mis au point pour le patient individuel. Il existe trois formes principales de thérapie en matière de cancer:

- Chirurgie – ablation d'une tumeur solide. Il s'agit de la première forme de thérapie dans plus de la moitié de tous les cancers.
- Thérapie générale – l'administration de produits chimiothérapeutiques, de modificateurs hormonaux, d'anticorps, de vaccins et d'autres agents qui peuvent voyager à travers le corps pour attaquer le cancer;
- Radiothérapie – l'utilisation de l'énergie provenant des rayons X, des rayons gamma, des électrons et des autres sources afin de détruire les cellules cancéreuses;

Le traitement a pour but d'améliorer la survie et d'améliorer la qualité de vie.

Les soins palliatifs apportent un soulagement de la douleur et des autres symptômes de la maladie avancée, ainsi qu'un soutien dans le deuil des familles. En 2004-2005, moins de la moitié des patients atteints de cancer terminal ont été inscrits aux services de soins palliatifs à l'Î.-P.-É.

Les contributions les plus frappantes dans le traitement ces deux dernières décennies sont venues de:⁷

- l'utilisation de la chimiothérapie pour le cancer avancé des testicules, des ovaires, les leucémies et les lymphomes, ainsi que dans le traitement adjuvant après la chirurgie pour le cancer du sein, le cancer colorectal et les cancers du poumon, et en combinaison avec la radiothérapie dans certains cas, ont contribué à la diminution des taux de mortalité;
- l'application de la radiothérapie de haute précision au cancer de la prostate, de la tête et du cou, et d'autres sites de tumeurs;
- la plus grande utilisation d'approches chirurgicales qui préservent les organes dans les cas de cancer du sein, du rectum et du larynx, ainsi que les sarcomes des extrémités.

De plus, une plus grande attention portée aux soins de soutien et à la mise sur le marché de médicaments antinauséux très efficaces et d'analgésiques à effets durables a contribué à l'amélioration de la qualité de vie des patients cancéreux.

Mesures du cancer

Plusieurs indicateurs différents peuvent être utilisés pour décrire le cancer dans une population. Étant donné que les bonnes décisions sont fondées sur les bonnes informations, on devrait comprendre les limitations de chaque mesure avant de l'utiliser. Les exemples des types de mesure utilisés en matière de cancer sont décrits dans le tableau 1, à l'aide d'exemples utilisant les statistiques canadiennes les plus récentes.

Tableau 1. Mesures du cancer

Mesure	Influencé par	Canada, 2001 ⁴
compte de nouveaux cas	population, âge	73,758 hommes 65,799 femmes
incidence	risque de développer un cancer, taux de dépistage	475 per 100,000 hommes 347 per 100,000 femmes
prévalence	incidence, survie	2,4% hommes 2,7% femmes
mortalité	traitement, soins	220 par 100,000 hommes 149 par 100,000 femmes
survie de 5 ans	stade au diagnostic, traitement	57% hommes 62% femmes
années potentielles de vie perdues en raison du cancer	apparition en bas âge, durée de vie	469,000 années pour les hommes 498,000 années pour les femmes
probabilité de développer un cancer	incidence, durée de vie	1 chez 2,3 hommes 1 chez 2,6 femmes
probabilité de mourir du cancer	mortalité, durée de vie	1 chez 3,5 hommes 1 chez 4,3 femmes

Chaque mesure a sa propre utilisation. Des mesures ci-dessus, la seule qui mesure le risque de développer un cancer est l'incidence. L'augmentation de l'incidence avec le temps peut indiquer une augmentation du risque de développer un cancer, s'il n'y a pas de changement dans le taux de dépistage ou la détection précoce.

La méthode de normalisation pour l'âge est utilisée pour minimiser les effets des différences d'âge dans la comparaison des taux d'incidence de différentes populations telles que celles de l'Î.-P.-É. et du Canada (voir l'Annexe 3). Les tableaux d'incidence du présent rapport comprennent les estimations des années les plus récentes (voir l'Annexe 3). Les changements dans les taux et la comparaison des taux de l'Î.-P.-É. et du Canada sont rapportés statistiquement significatifs ($p < 0.05$) au cours de la plus récente période de 10 ans.

Causes du cancer

Le cancer est une maladie chronique qui résulte d'une exposition à long terme à un stimulus. La population est potentiellement exposée à plusieurs substances cancérigènes au cours de sa vie, ce qui rend difficile de déterminer la cause du cancer d'un patient individuel.

Les recherches sur les populations fournissent la preuve que le cancer est causé par un mélange complexe d'hérédité, de comportements modifiables et d'exposition à des substances carcinogènes. Ce mélange comprend les antécédents familiaux de cancer, le tabagisme, la consommation d'alcool, la mauvaise alimentation/l'inactivité physique/l'excès de poids corporel, les virus, l'exposition professionnelle, la pollution de l'environnement, la radiation et les médicaments sur ordonnance.

L'exposition ambiante aux agents cancérigènes présente des degrés de risque variables pour les humains. Les observations scientifiques publiées pour plus de 860 agents environnementaux ont été résumées par le Centre International de Recherche sur le Cancer.²

Les formes héréditaires de cancer peuvent entraîner des antécédents familiaux sérieux qui permettent d'identifier des patients à haut risque. Toutefois, les gènes du cancer héréditaire connus sont rares. Ils ne représentent qu'une infime proportion des cancers tels que celui, du sein, des ovaires, de la prostate, des mélanomes, du rein, du poumon, des lymphomes non hodgkiniens ou du cancer de l'estomac.⁵

Plusieurs déterminants de la santé tels que l'âge, la biologie et la constitution génétique sont immuables. Toutefois, les comportements peuvent être modifiés afin de réduire les chances de développer plusieurs maladies chroniques dont le cancer. Pour réaliser de meilleurs résultats de santé pour tous les Canadiens, il faut développer une collaboration solide dans plusieurs domaines de la société canadienne quant aux comportements modifiables.

Tabagisme

Le tabagisme est la cause la plus connue du cancer. Environ 30% de toutes les morts par cancer au Canada pourraient être évitées si on éliminait le tabagisme. Le tabagisme et les cas de morts causées par cancer: 80% des cas de cancer du poumon; 70% des cas de cancer des voies respiratoires supérieures; 60% des cas de cancer de l'oesophage; 40% des cas de cancer de la vessie; 30% des cas de cancer du rein; 25% des cas de cancer du pancréas; et 17% des cas de cancer de l'estomac.⁵

Régime alimentaire

Les facteurs liés au régime alimentaire contribuent probablement au cancer, même si les aspects particuliers de la nourriture qui empêchent ou causent le cancer, sont toujours à l'étude. Les régimes à forte teneur de fruits et de légumes réduisent le risque du cancer colorectal et du cancer de l'estomac ainsi que des maladies du cœur.⁵

Les taux de tabagisme ont diminué à l'Î.-P.-É. et au Canada; il sont passés de 50 % pour s'arrêter à 17% en 2005.⁶

Moins de 33% des Insulaires ont consommé les quantités recommandées en 2005.⁶

Activité physique

L'activité physique réduit le risque de cancer du colon de 30% et du cancer du sein de 20%.⁵

Obésité

Un indice de masse corporelle (IMC) élevé (≥ 30) explique 30 % des cancers de l'endomètre, 20% des cancers du rein, 10% des cancers du colon et 8% des cas de cancers du sein postménopausiques.⁵

Consommation d'alcool

La consommation d'alcool augmente le risque de cancer des voies respiratoires supérieures, de l'oesophage et du foie. On a avancé des possibilités de liens avec les cancers du sein, du colon et de l'estomac.⁵

Exposition au soleil

L'exposition excessive aux rayons ultraviolets (notamment le soleil et les lampes solaires) augmente le risque de mélanome et de cancers non mortels.⁵

Plus de la moitié des Insulaires ont été inactifs en 2005.⁶

Plus de 20% des Insulaires étaient obèses en 2005.⁶

25% des Insulaires étaient des buveurs excessifs en 2005.⁶

Jusqu'à 50% des Canadiens attrapent un coup de soleil durant l'été.

Le présent rapport ne fournit pas la preuve d'aucune cause de cancer. Il existe de nombreux critères pour faire le lien de causalité, et la démonstration d'une association statistique ou d'un facteur de risque est un pas dans cette direction. Dans chaque section du présent rapport par site, les facteurs de risque qui ont démontré constamment une association sont énumérés (sans ordre particulier). L'exposition à un facteur de risque ne cause pas automatiquement le cancer.

Dépistage du cancer

Le dépistage vise à identifier le cancer ou ses précurseurs tôt dans le processus de la maladie. Le dépistage n'est considéré utile que si les options de traitement précoces offrent certains avantages sur les traitements tardifs. Le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs³ recommande le dépistage du:

- cancer du sein - mammographie pour les femmes de 50 à 69 ans;
- cancer du col de l'utérus - test de Pap pour les femmes de 18 à 69 ans;
- cancer colorectal - recherche du sang occulte dans les selles pour les hommes et les femmes de plus de 50 ans.

Même si le test de l'antigène spécifique prostatique (PSA) est disponible pour aider à diagnostiquer le cancer de la prostate, il n'a pas été prouvé que le PSA réduisait la mortalité chez les hommes asymptomatiques.³

Le dépistage organisé comprend le recrutement de la population de l'âge pouvant profiter du dépistage. Au Canada, des programmes de dépistage organisé existent pour le dépistage des cancers du sein et du col de l'utérus. Un dépistage spécial des cancers de la prostate et colorectal est fait à la discrétion du médecin.

Tendances relatives au cancer – tous les sites

Le cancer est un groupe varié composé de plusieurs affections malignes. De 1995 à 2004, trois sites comptent pour plus de la moitié de tous les cancers chez les deux sexes, comme on peut le voir dans le tableau 2.

Table 2. Sites de cancer les plus fréquents à l'Î.-P.-É., 1995 à 2004

Nouveaux cas de cancer				Morts par cancer			
Hommes		Femmes		Hommes		Femmes	
Site	% des cas de cancer	Site	% des cas de cancer	Site	% des morts par cancer	Site	% des morts par cancer
Prostate	30%	Sein	28%	Poumon	32%	Poumon	25%
Poumon	17%	Colon/rect	16%	Prostate	14%	Sein	17%
Colon/rect	<u>14%</u>	Poumon	<u>14%</u>	Colon/rect	<u>10%</u>	Colon/rect	<u>14%</u>
	61%		58%		56%		56%

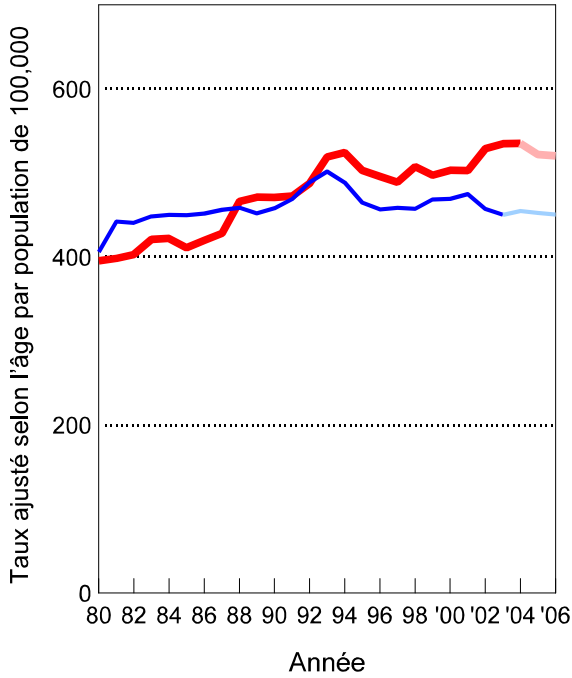
L'incidence du cancer augmente à l'Î.-P.-É. tandis qu'elle est demeurée stable au Canada. Par contraste, les taux de mortalité diminuent lentement tant à l'Î.-P.-É. qu'au Canada. Au cours des dix dernières années (1995 à 2004), l'incidence du cancer à l'Î.-P.-É. a été plus élevée qu'au Canada : 10% plus élevée chez les hommes et 8% plus élevée chez les femmes.

Chez les hommes, l'incidence du cancer à l'Î.-P.-É. est plus élevée pour la prostate, le site le plus fréquent. Cela explique la plus grande partie de l'incidence excédentaire, et une petite partie s'explique par des taux d'incidence plus élevés pour le poumon et les mélanomes.

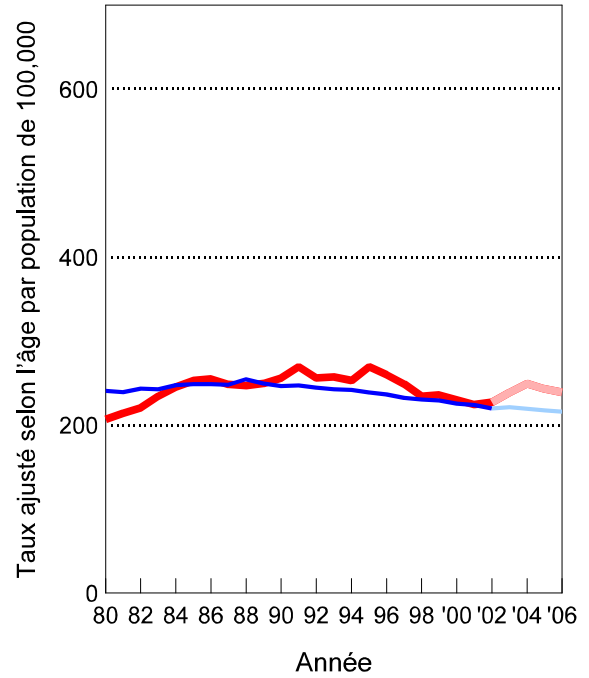
Chez les femmes, l'incidence du cancer à l'Î.-P.-É. est plus élevée en raison du cancer colorectal. Cela explique la plus grande partie de l'incidence excédentaire, et le reste s'explique par les taux d'incidence plus élevés pour le poumon et les mélanomes.

Tous les Sites

Tendances de l'**incidence** – homme

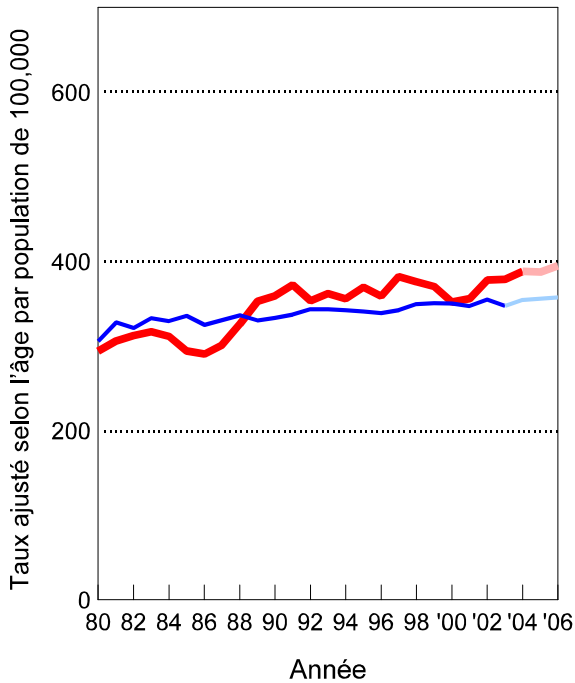


Tendances de **mortalité** - homme

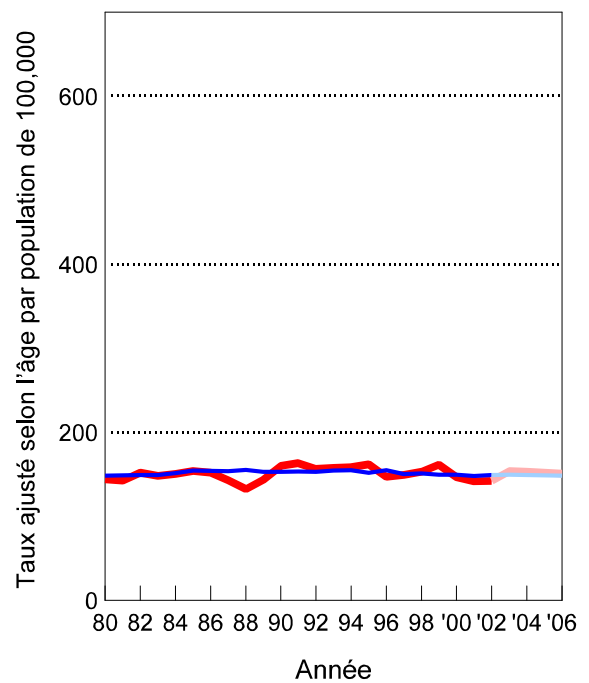


— L'Î.-P.-É. — Canada
 les lignes légèrement ombragées sont des estimés

Tendances de l'**incidence** – femme

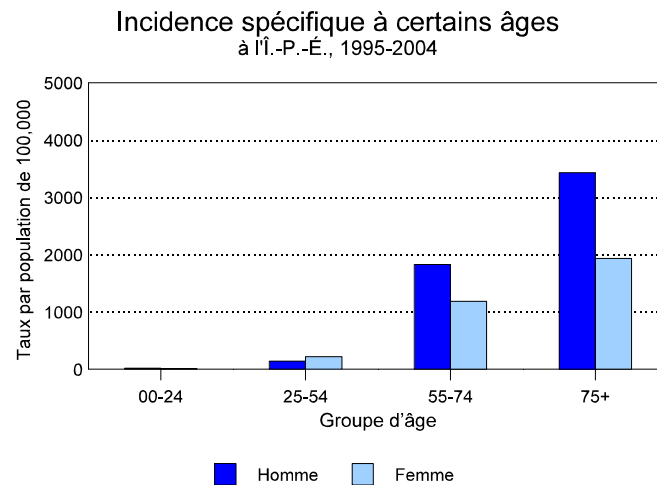


Tendances de **mortalité** - femme



Tous les Sites

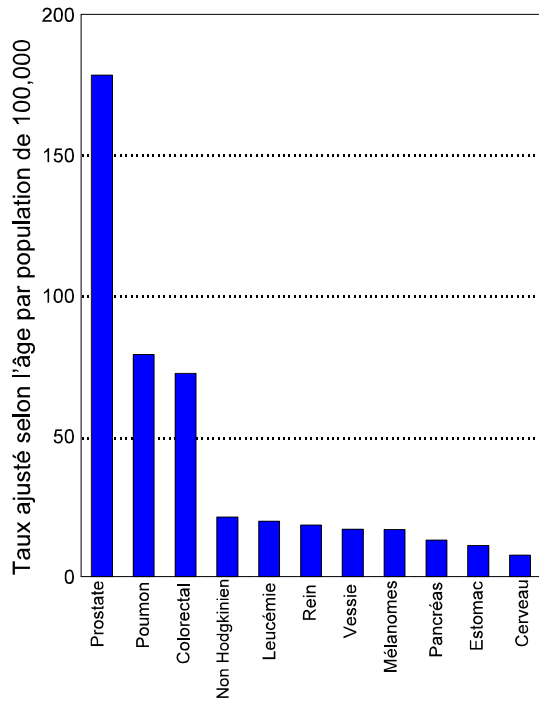
Le cancer est principalement une maladie de personnes âgées. L'incidence du cancer augmente considérablement avec l'âge dans les deux sexes. L'incidence du cancer est plus élevée chez les hommes que chez les femmes, sauf entre les âges de 25 et de 54 ans. À l'âge de 75 ans et plus, le taux d'incidence chez les hommes est presque le double que chez les femmes.



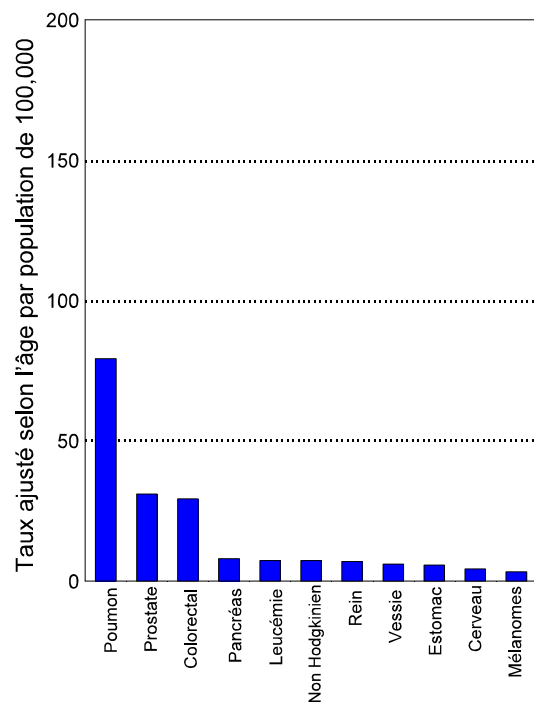
Le taux d'incidence et le taux de mortalité des cancers est différent selon le site. Pour faire des comparaisons de la fréquence à travers les sites décrits dans ce rapport, la page suivante trace la courbe la plus récente de l'incidence moyenne et des taux de mortalité sur trois ans.

Tous les Sites

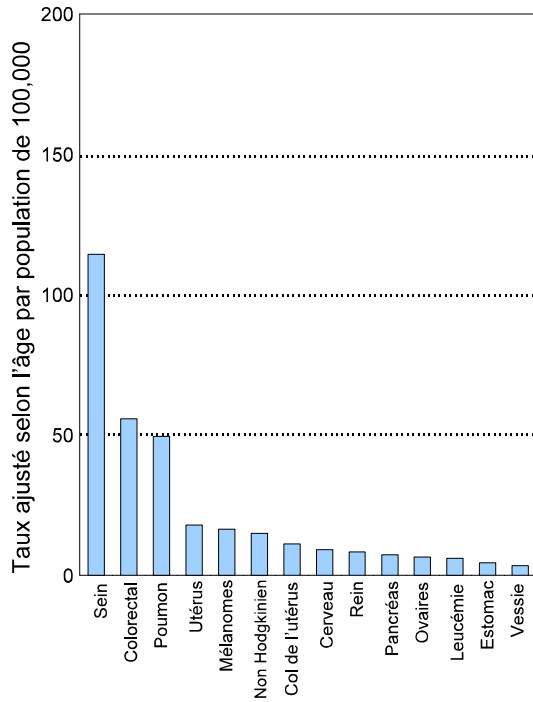
Incidence du cancer à l'Î.-P.-É. - homme 2002-04



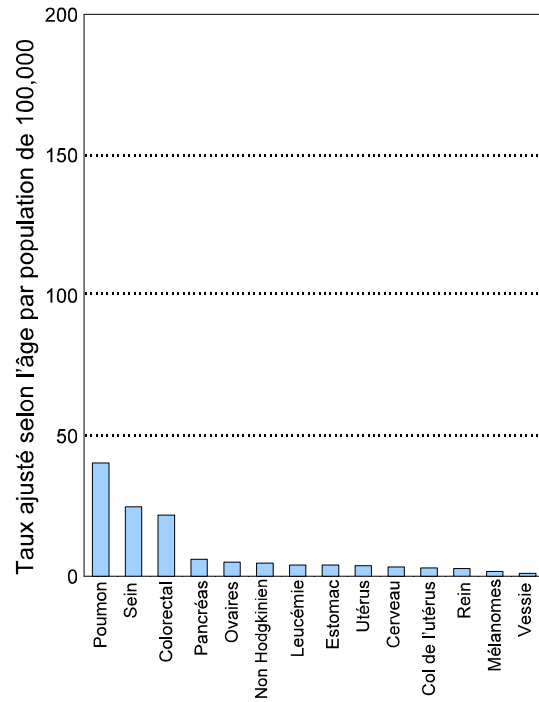
Morts par cancer à l'Î.-P.-É. - homme 2002-04



Incidence du cancer à l'Î.-P.-É. - femme 2002-04



Morts par cancer à l'Î.-P.-É. - femme 2002-04

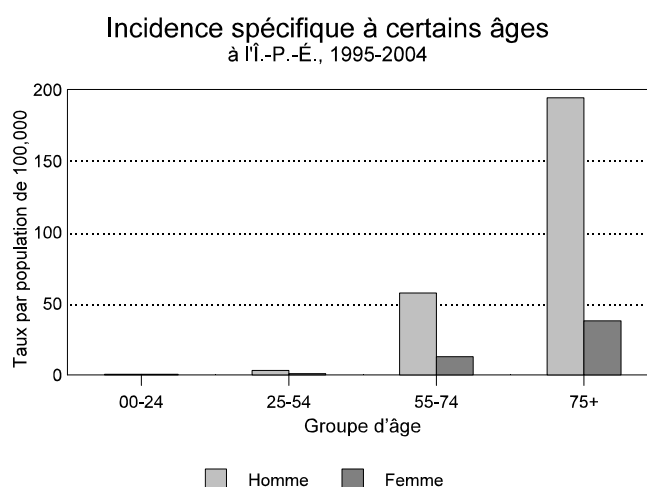


Vessie

L'incidence du cancer de la vessie a diminué chez les hommes, et elle est demeurée stable chez les femmes, les taux étant similaires à l'Î.-P.-É. et au Canada. La mortalité par cancer de la vessie est demeurée stable, les taux étant similaires à l'Î.-P.-É. et au Canada. La survie relative à cinq ans est de 77% au Canada.⁴

Influence selon l'âge et le sexe

La chance de développer un cancer de la vessie augmente avec l'âge, en particulier chez les hommes de 75 ans et plus.



Facteurs de risque

Le risque de cancer de la vessie est plus élevé⁵ pour les personnes qui:

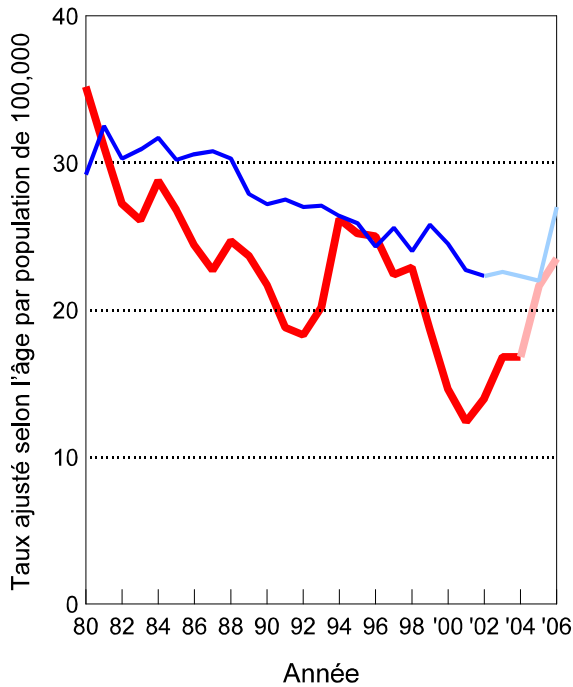
- fument;
- ont une exposition professionnelle chronique aux colorants, au caoutchouc, au cuir, à la peinture ou au raffinage de l'aluminium.

Prévention et détection précoce

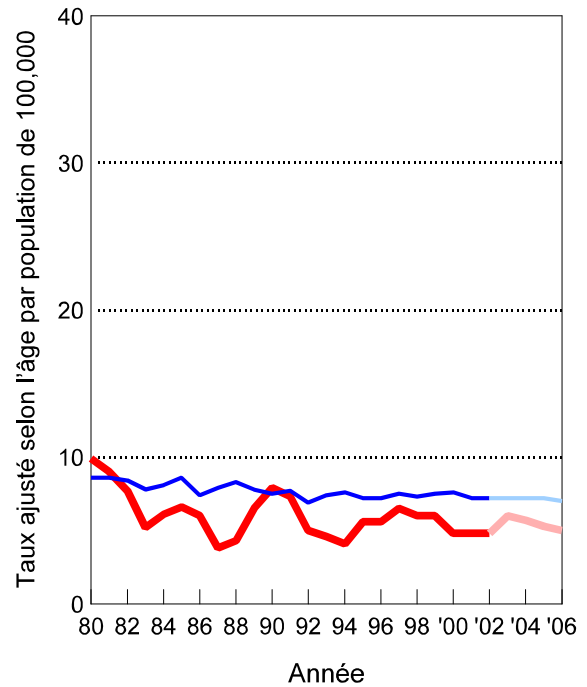
Le moyen le plus efficace de réduire le cancer de la vessie est de réduire le tabagisme.⁵ Aucun test de dépistage n'a démontré un avantage pouvant réduire la mortalité causée par le cancer de la vessie.³

Vessie

Tendances de l'**incidence** – homme

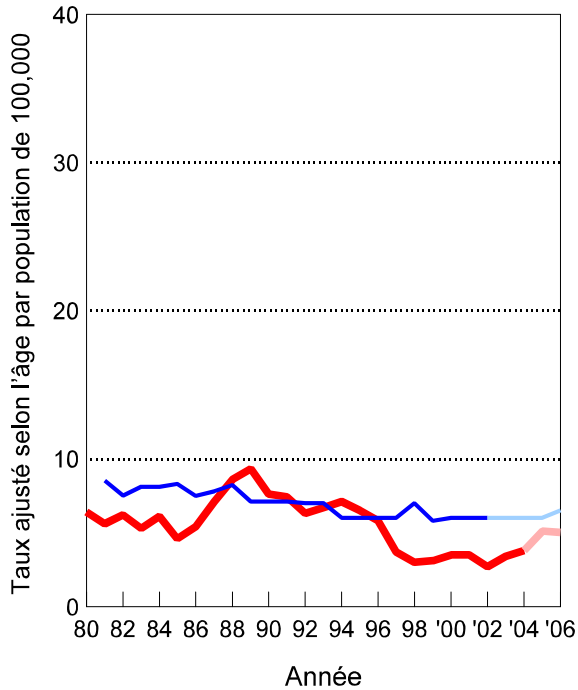


Tendances de **mortalité** - homme

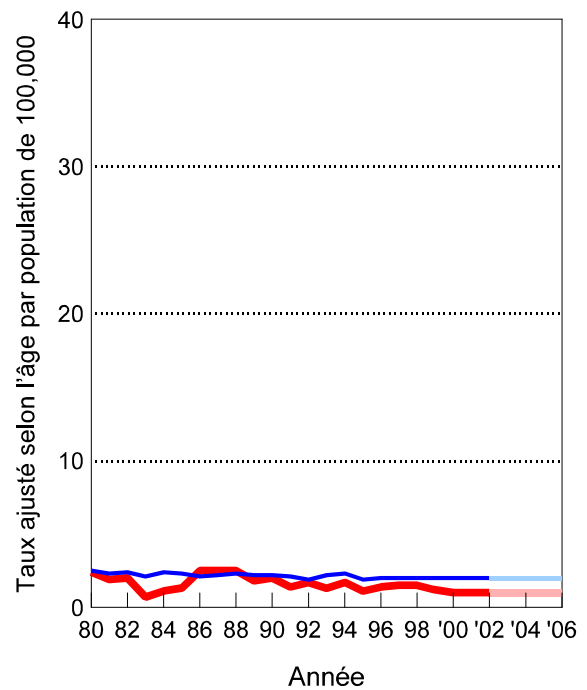


— L'Î.-P.-É. — Canada
 les lignes légèrement ombragées sont des estimés

Tendances de l'**incidence** – femme



Tendances de **mortalité** - femme



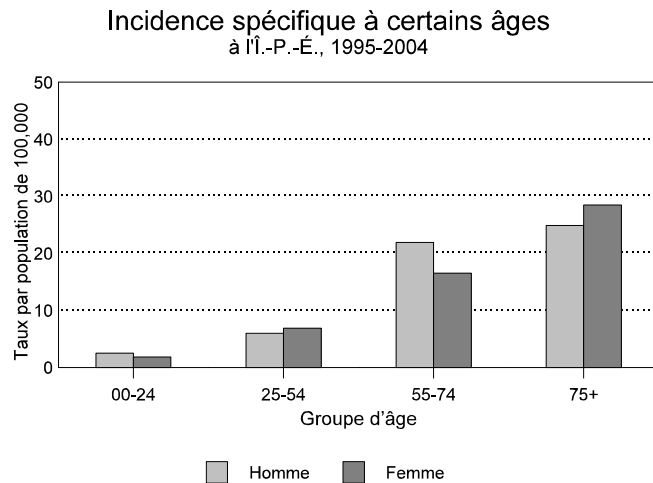
Cerveau

Les tumeurs bénignes et malignes du système nerveux central (SNC) surviennent dans le cerveau, les méninges et la moelle épinière. La mortalité et l'incidence ont été assez stables au cours des années, les taux étant similaires à l'Î.-P.-É. et au Canada. La survie relative à cinq ans est de 23%.⁴ La survie est meilleure pour les enfants.

Influence selon l'âge et le sexe

Les tumeurs du cerveau sont le deuxième néoplasme le plus commun chez les enfants.

La chance de développer une tumeur du cerveau augmente avec l'âge, en particulier après l'âge de 55 ans.



Facteurs de risque

Les causes de tumeur du cerveau sont peu connues. Le tabac, l'alcool, le régime alimentaire, les blessures à la tête ne semblent pas causer de tumeur du cerveau.

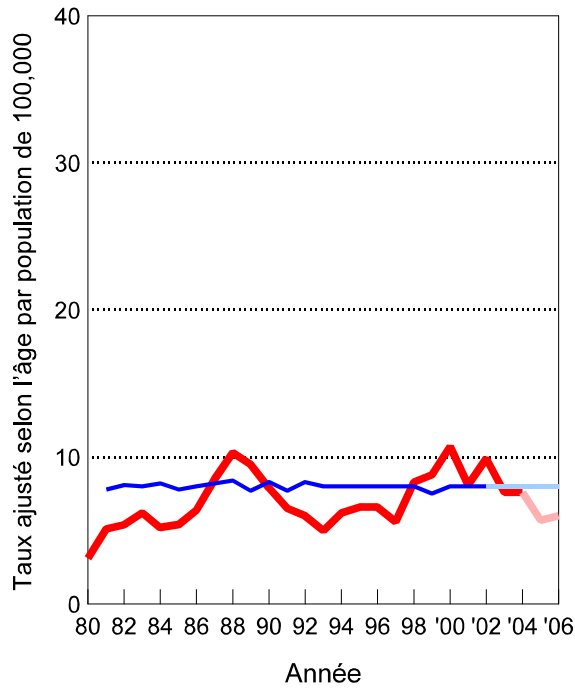
L'exposition au rayonnement ionisant est associée aux tumeurs malignes du cerveau. Les antécédents familiaux de tumeurs du cerveau ou de certains désordres génétiques peuvent prédisposer les gens aux tumeurs du cerveau.⁵

Prévention et détection précoce

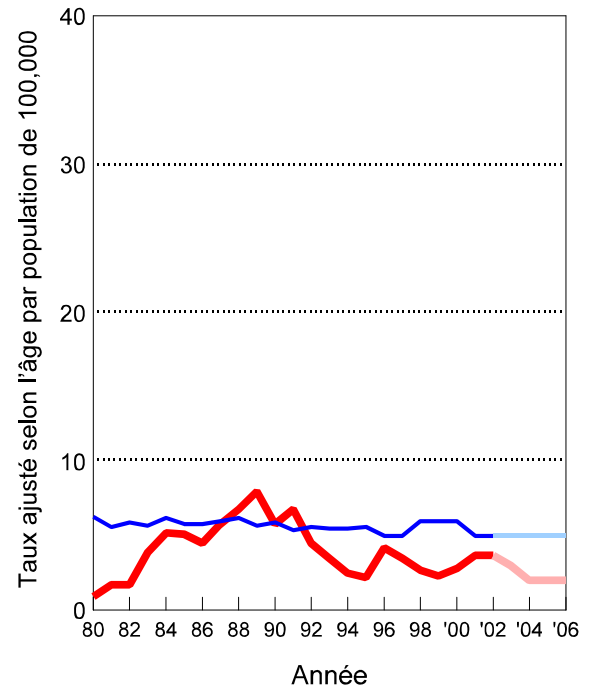
On ne connaît pas assez au sujet des causes des tumeurs du cerveau pour les prévenir.⁵ Aucun test de dépistage n'est disponible.³

Cerveau

Tendances de l'**incidence** – homme

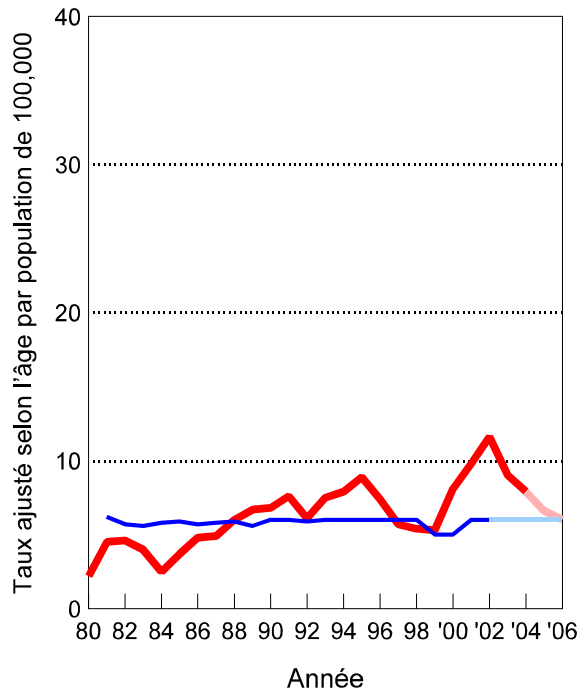


Tendances de **mortalité** - homme

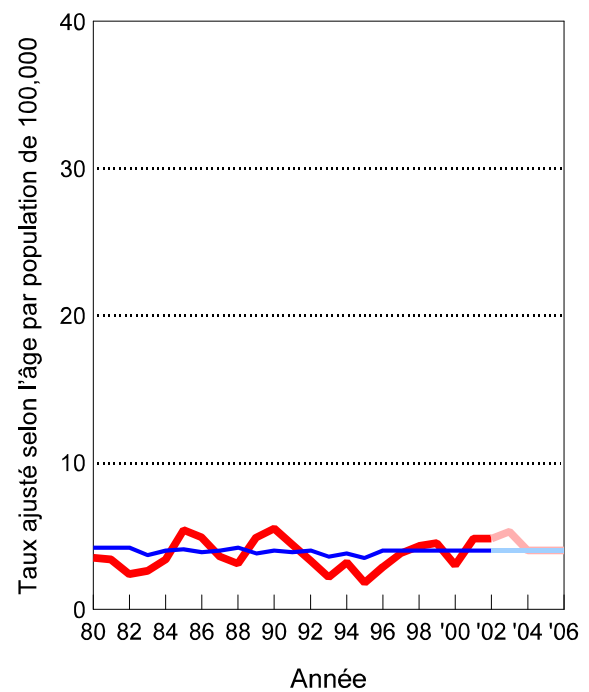


— L'Î.-P.-É. — Canada
 les lignes légèrement ombragées sont des estimés

Tendances de l'**incidence** – femme



Tendances de **mortalité** - femme



Sein

À l'heure actuelle, le cancer du sein est le cancer diagnostiqué le plus fréquemment chez les femmes de l'Île-du-Prince-Édouard et les femmes de la plupart des pays industrialisés. L'incidence du cancer du sein s'est stabilisée après avoir atteint un sommet en 1999, les taux étant semblables à l'Î.-P.-É. et au Canada. Cela tend à prouver une amélioration de la survie en raison du dépistage et du traitement. La survie relative à cinq ans est de 86% au Canada et de 91% à l'Î.-P.-É.⁴ Malheureusement, le cancer du sein peut réapparaître après cinq ans.

Influence selon l'âge et le sexe

Le cancer du sein se présente chez les hommes, mais cela est rare. La chance de développer le cancer du sein augmente avec l'âge; l'incidence montre une augmentation spectaculaire chez les femmes de 60 ans ou plus.

Stadification

À l'Î.-P.-É., les cas de cancer du sein diagnostiqués de 2002 à 2004 ont été classés par stade. Au cours de la période, 52% des cas ont été diagnostiqués au stade 1 (le moins avancé), 35% au stade 2, 7% au stade 3 et 6% au stade 4 (le plus avancé, voir l'Annexe 3).

Facteurs de risque

Le risque de cancer du sein est plus élevé³ pour les femmes qui:

- n'ont jamais été enceintes ou ont une première grossesse après l'âge de 30 ans;
- ont un diagnostic antérieur de maladie bénigne du sein;
- ont suivi un traitement hormonal substitutif (estrogène plus progestine) durant plus de cinq ans.
- ont des antécédents familiaux de cancer du sein, en particulier chez une mère ou une soeur diagnostiquée avant la ménopause ou si des mutations des gènes BRCA1 ou BRCA2 sont présentes;
- pris des contraceptifs oraux;
- boivent de l'alcool.

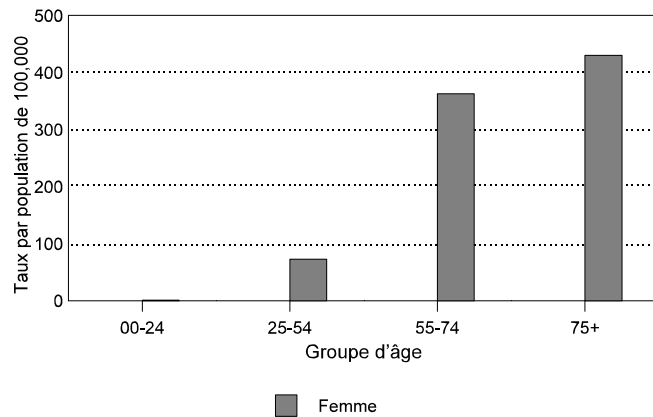
Les effets du tabagisme, du régime alimentaire, de l'activité physique et de l'obésité sont à l'étude.

Prévention et détection précoce

La connaissance actuelle des risques de développer le cancer du sein n'est pas facile à modifier⁵.

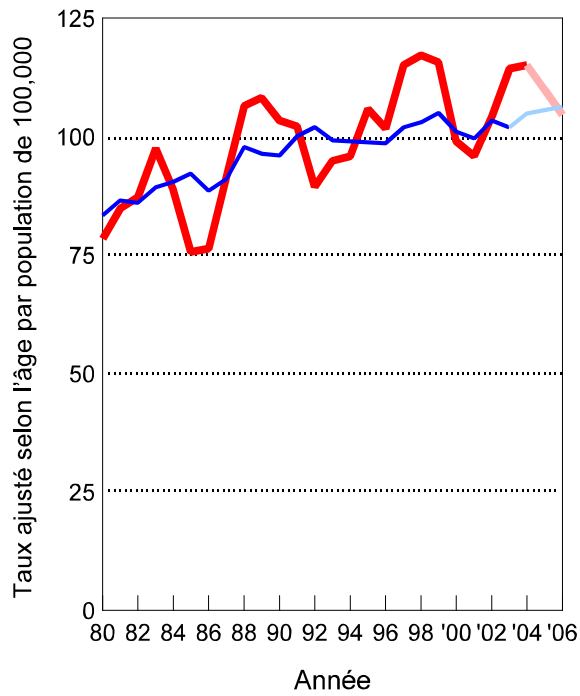
On a montré dans plusieurs études que la détection précoce du cancer du sein par mammographie chez les femmes de plus de 50 ans réduit la mortalité d'environ 30%.³ Le dépistage ponctuel est devenu disponible à l'Î.-P.-É. en 1987. Le programme de dépistage par mammographie de l'Î.-P.-É. a commencé en 1998, et on y recrute des femmes âgées de 50 à 69 ans pour le dépistage à tous les deux ans.

Incidence spécifique à certains âges
à l'Î.-P.-É., 1995-2004

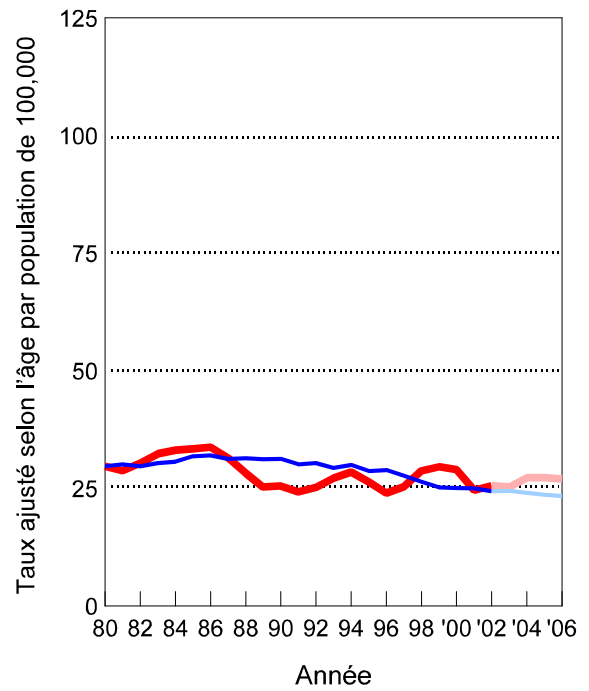


Sein

Tendances de l'incidence – femme



Tendances de mortalité - femme



— L'Î.-P.-É. — Canada
les lignes légèrement ombragées sont des estimés

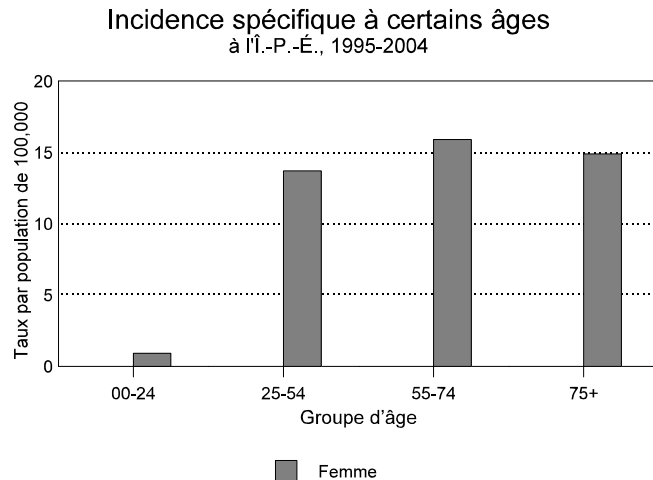
Col de l'utérus

Le cancer du col de type envahissant est le cancer le plus facile à prévenir. L'incidence du cancer du col de l'utérus est en déclin tant à l'Î.-P.-É. qu'au Canada, même si les taux à l'Î.-P.-É. sont uniformément plus élevés que les taux canadiens. La mortalité par cancer de l'utérus est en déclin au Canada, même si la tendance ne se retrouve pas à l'Î.-P.-É. La survie relative à cinq ans est de 72% au Canada.⁴

Influence selon l'âge

Le cancer du col de l'utérus se développe en général avant l'âge de 70 ans.

Malheureusement, on en diagnostique encore chez les femmes de l'Î.-P.-É. de plus de 70 ans lorsque le virus n'a pas été dépisté plus tôt chez elles.



Facteurs de risque

Le risque de cancer du col de l'utérus est plus élevé⁵ pour les femmes qui:

- ont été sexuellement actives;
- ont été infectées par le virus du papillomavirus humain (VPH).

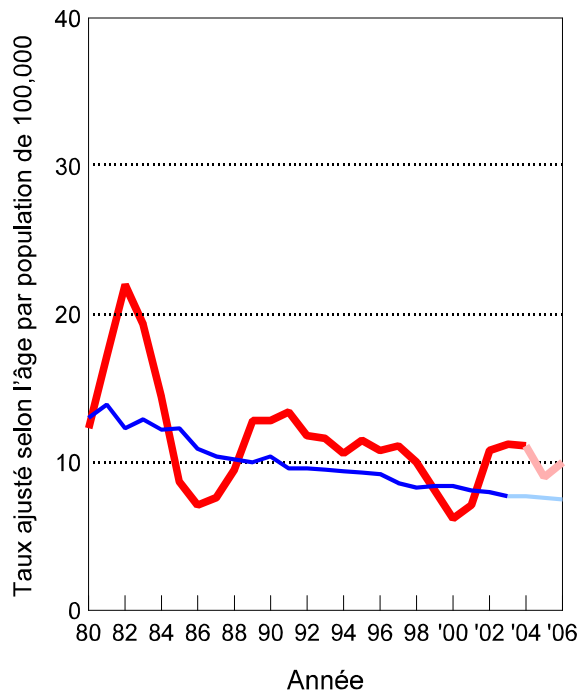
Prévention et détection précoce

La détection précoce fait intervenir l'application du test de Pap pour détecter les cellules anormales du col avant qu'elle deviennent cancéreuses ou envahissantes. Cette lésion pré-cancéreuse peut être traitée avec succès.⁷ Le test de Pap est devenu disponible à l'Î.-P.-É. en 1967. Le programme de dépistage Pap de l'Î.-P.-É. a commencé en 2001, et on y recrute des femmes âgées de 20 à 69 ans pour le dépistage à tous les deux ans.

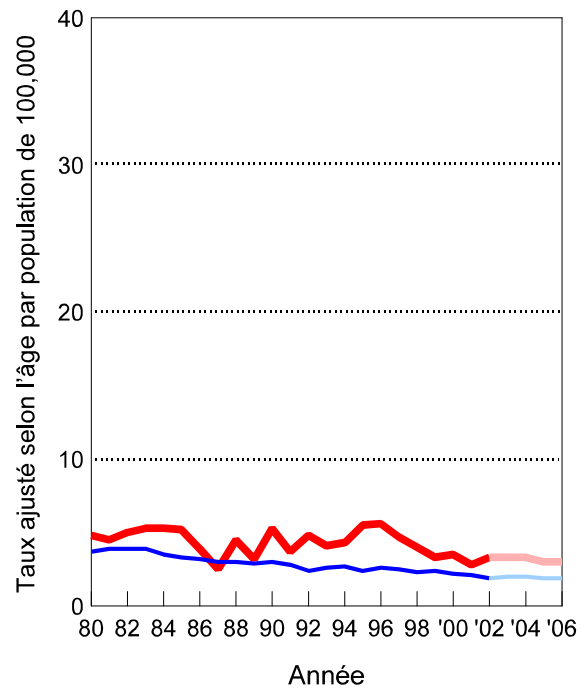
L'immunisation contre le VPH a été approuvée pour utilisation au Canada en 2006; cela a le potentiel de réduire l'incidence du cancer du col de l'utérus à l'avenir. À l'heure actuelle, aucun financement du gouvernement pour un vaccin contre le VPH n'est disponible dans aucune province canadienne.

Col de l'utérus

Tendances de l'incidence – femme



Tendances de mortalité - femme



— L'Î.-P.-É. — Canada
les lignes légèrement ombragées sont des estimés

Colon et Rectum

La majorité des cas de cancer colorectal apparaissent dans la région du colon sigmoïde et du rectum. Chez les hommes, l'incidence a été stable, avec des taux similaires à l'Î.-P.-É. et au Canada. Chez les femmes, l'incidence a diminué au Canada, mais elle a augmenté chez les femmes de l'Î.-P.-É.; au cours des 10 dernières années (1995 à 2004), l'incidence chez les femmes est de 30% plus élevée à l'Î.-P.-É. qu'au Canada. La mortalité a diminué tant chez l'homme que chez la femme au Canada. Chez les hommes de l'Î.-P.-É., le taux de mortalité est semblable au taux canadien. Chez les femmes de l'Î.-P.-É., le taux de mortalité est stable. La survie relative à cinq ans est de 60% au Canada et à l'Î.-P.-É.⁴

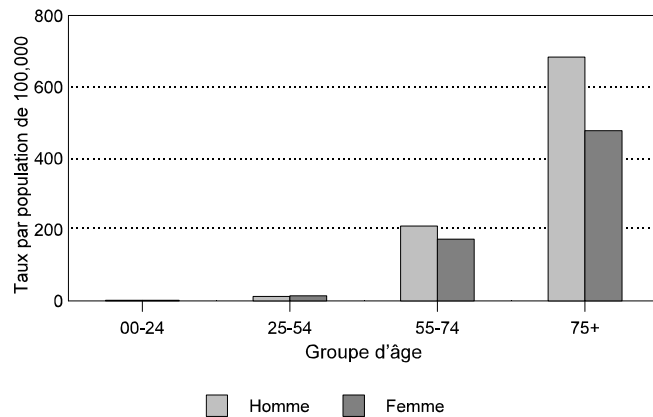
Influence selon l'âge et le sexe

L'incidence du cancer colorectal augmente avec l'âge et montre une augmentation spectaculaire chez les hommes et les femmes de 75 ans et plus.

Stadification

À l'Î.-P.-É., les cas de cancer colorectal diagnostiqués entre 2003 et 2004 ont été classés par stade; les caractéristiques étaient semblables chez les hommes et chez les femmes. Au cours de la période, 18% des cancers ont été diagnostiqués au stade 1 (le moins avancé), 31% au stade 2, 30% au stade 3 et 22% au stade 4 (le plus avancé; voir l'Annexe 3).

Incidence spécifique à certains âges
à l'Î.-P.-É., 1995-2004



Facteurs de risque

Le risque de cancer colorectal est plus élevé⁵ pour les personnes qui:

- ont des polypes (excroissances bénignes sur les parois intérieures du colon et du rectum);
- ont une maladie entérique inflammatoire chronique;
- sont obèses et font peu d'activité physique;
- consomment de l'alcool;
- ont un régime élevé en gras et faible en fibres, fruits et légumes;

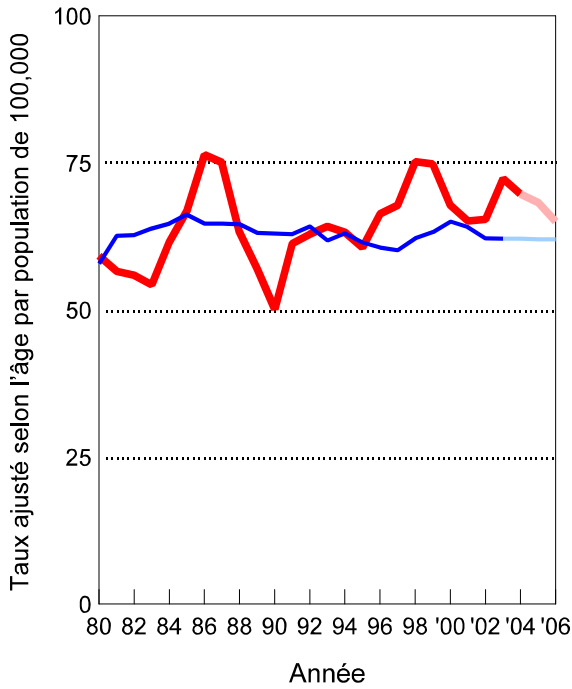
Prévention et détection précoce

Un changement de régime alimentaire afin d'inclure plus de fruits, de légumes et de fibres, et une augmentation de l'activité physique, réduira le risque de cancer colorectal.⁵

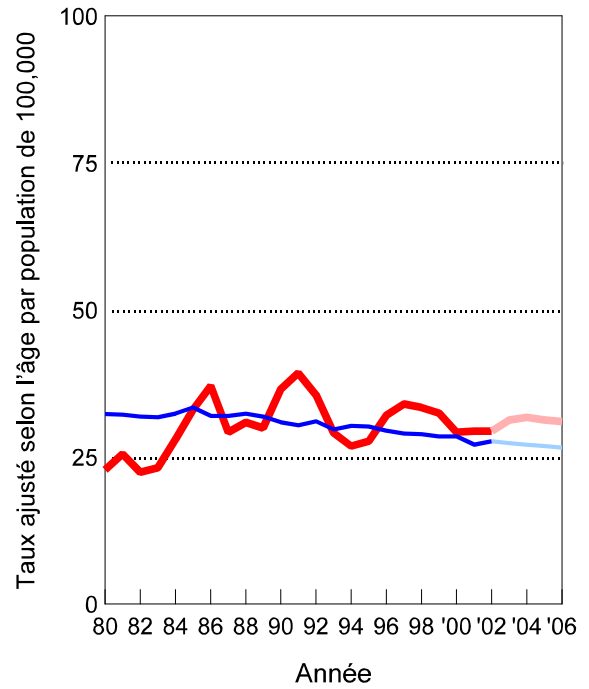
Le dépistage chez les personnes de 50 à 74 ans, à tous les deux ans, au moyen de la recherche de sang occulte dans les selles, peut réduire la mortalité d'environ 20%.³ À l'heure actuelle, plusieurs provinces canadiennes développent des programmes de dépistage.

Colon et Rectum

Tendances de l'incidence – homme

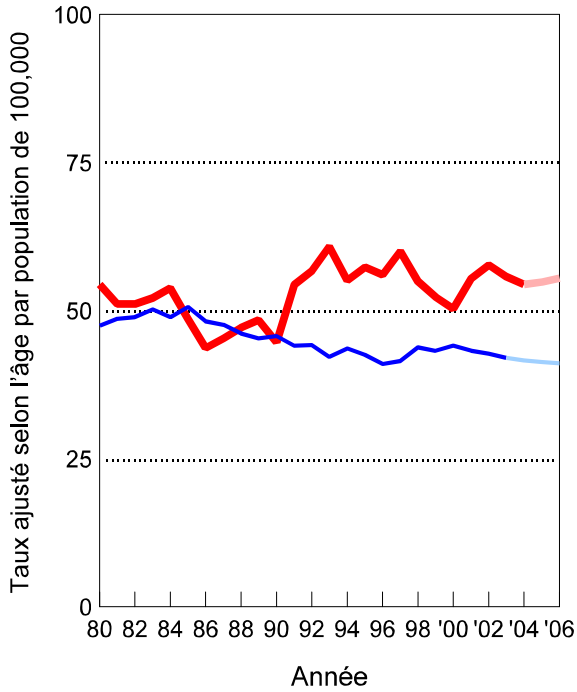


Tendances de mortalité - homme

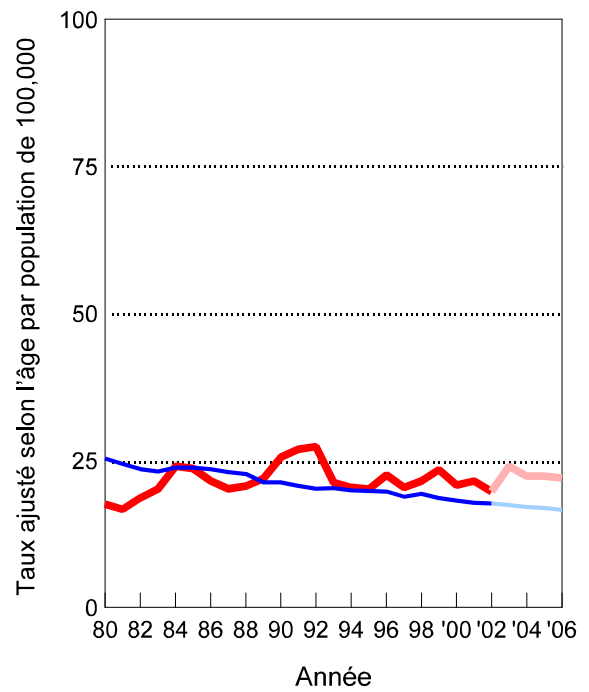


— L'Î.-P.-É. — Canada
 les lignes légèrement ombragées sont des estimés

Tendances de l'incidence – femme



Tendances de mortalité - femme

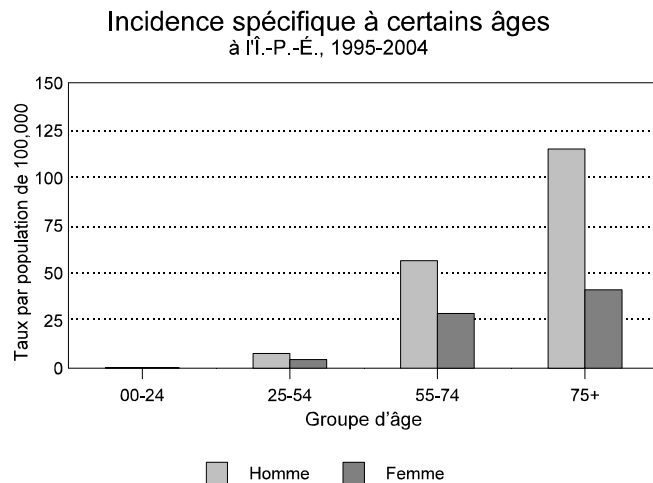


Rein

L'incidence du cancer du rein est à la hausse, avec des augmentations semblables à l'Î.-P.-É. et au Canada; l'élévation est plus prononcée chez l'homme que chez la femme. La mortalité a été stable tant à l'Î.-P.-É. qu'au Canada. La survie relative à cinq ans est de 65% au Canada.⁴

Influence selon l'âge et le sexe

Le cancer du rein est deux fois plus commun chez l'homme que chez la femme. L'incidence du cancer du rein augmente avec l'âge.



Facteurs de risque

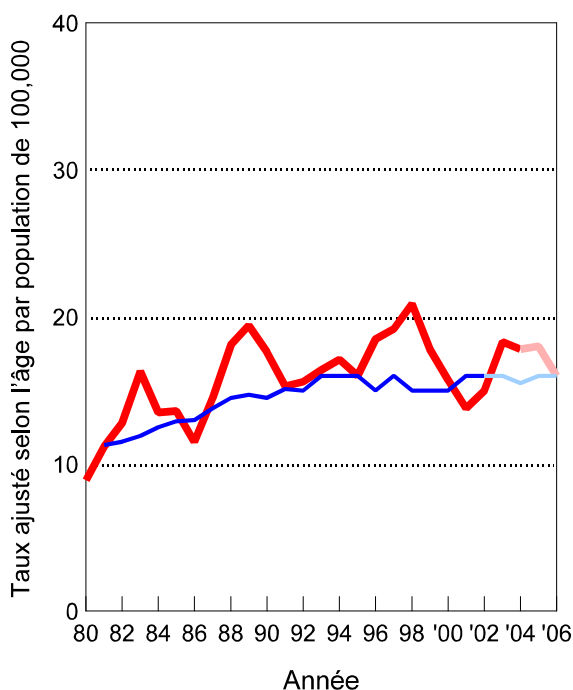
Le risque de cancer du rein est plus élevé⁵ chez les personnes qui:

- fument du tabac;
- sont obèses;
- ont des antécédents familiaux de cancer du rein;
- ont de l'hypertension.

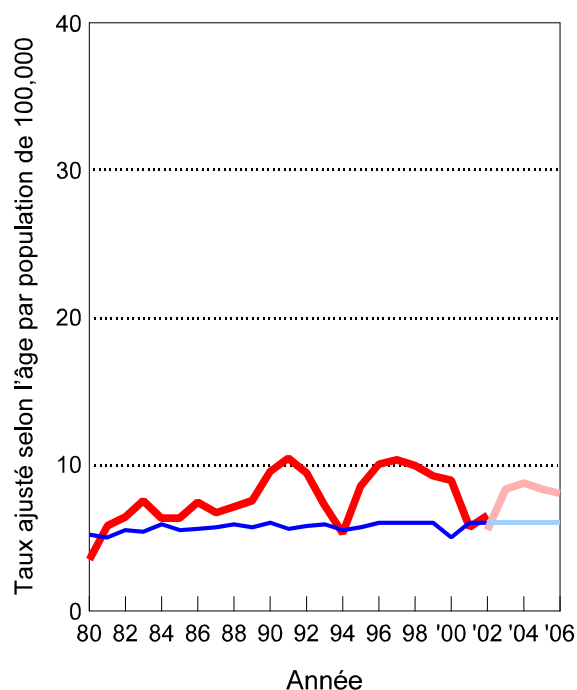
Prévention et détection précoce

On peut réduire le cancer du rein en réduisant le tabagisme et l'obésité.⁵ Il n'existe pas de test de dépistage efficace pour la population générale.³

Tendances de l'**incidence** – homme

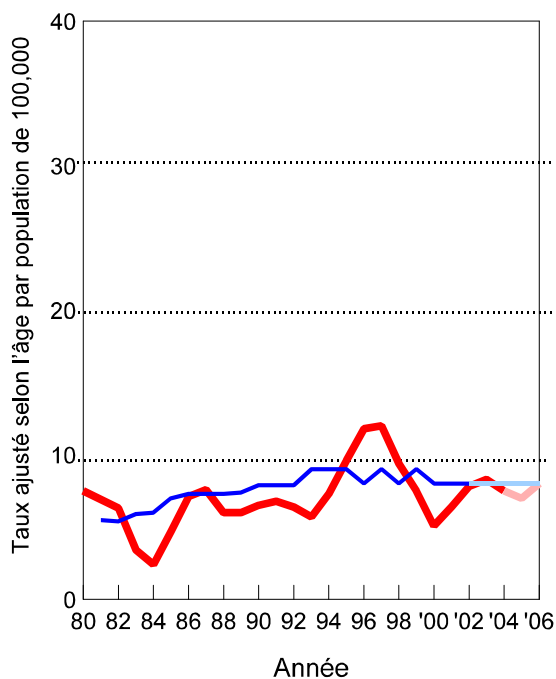


Tendances de **mortalité** - homme

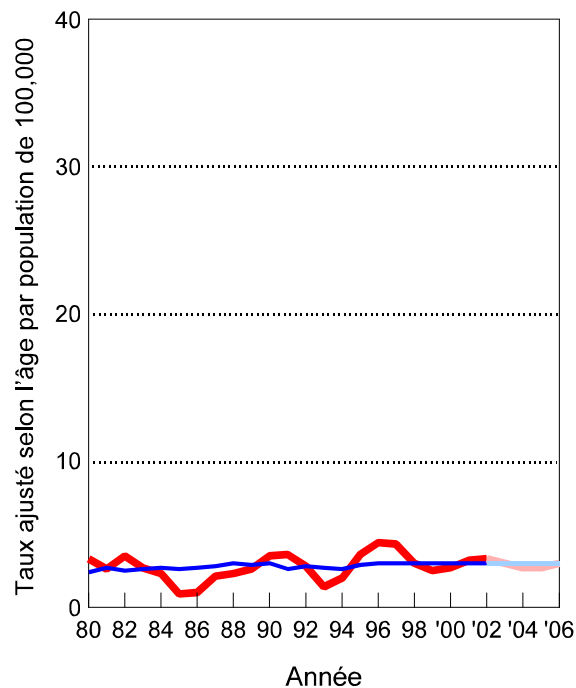


— L'Î.-P.-É. — Canada
 les lignes légèrement ombragées sont des estimés

Tendances de l'**incidence** – femme



Tendances de **mortalité** - femme



Leucémie

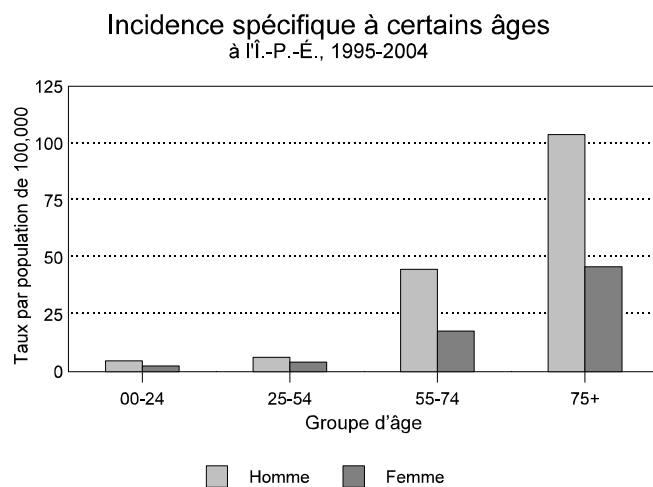
La leucémie est un groupe très divers de néoplasmes des cellules blanches du sang, apparaissant surtout dans la moelle osseuse. La leucémie est en général classée comme soit aiguë, soit chronique (environ 50% dans chaque type) et lymphocytaire ou myéloïde (50% dans chaque type). Chaque type de leucémie a une façon caractéristique de se comporter et exige un traitement différent.

Les taux d'incidence et de mortalité de leucémie ont été stables et semblables à l'Î.-P.-É. et au Canada. La survie relative à cinq ans est de 46% au Canada.⁴ La survie est plus élevée pour la leucémie chronique que pour la leucémie aiguë.

Influence selon l'âge et le sexe

L'incidence de la leucémie est deux fois plus élevée chez l'homme que chez la femme.

Les quatre principaux sous-types ont différentes courbes par âge: la leucémie lymphoïde chronique est le type le plus fréquent avant l'âge de 40 ans; la leucémie lymphocytaire aiguë compte pour la plupart des leucémies chez les enfants; la leucémie myéloïde aiguë et chronique augmente avec l'âge.



Facteurs de risque

Le risque de leucémie myéloïde est plus élevé⁵ pour les personnes qui:

- sont exposées au rayonnement ionisant;
- sont exposées aux industries du benzène, du caoutchouc ou du pétrole;
- fument du tabac.

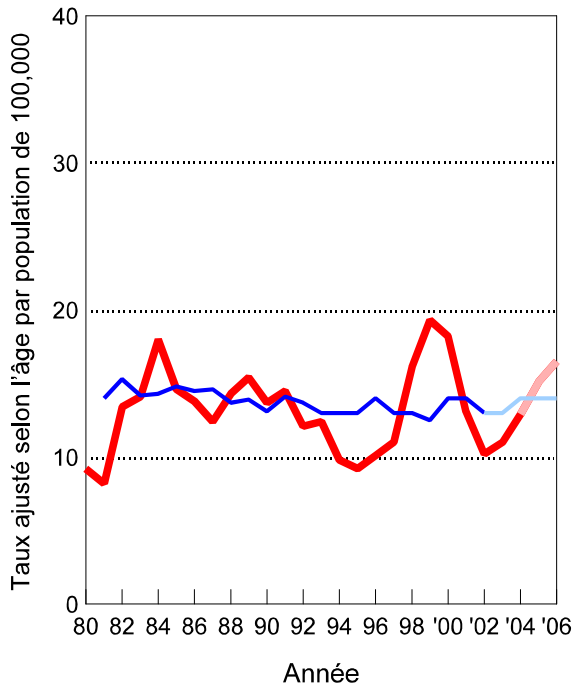
Les facteurs de risque connus expliquent seulement une faible proportion des diagnostics de leucémie.

Prévention et détection précoce

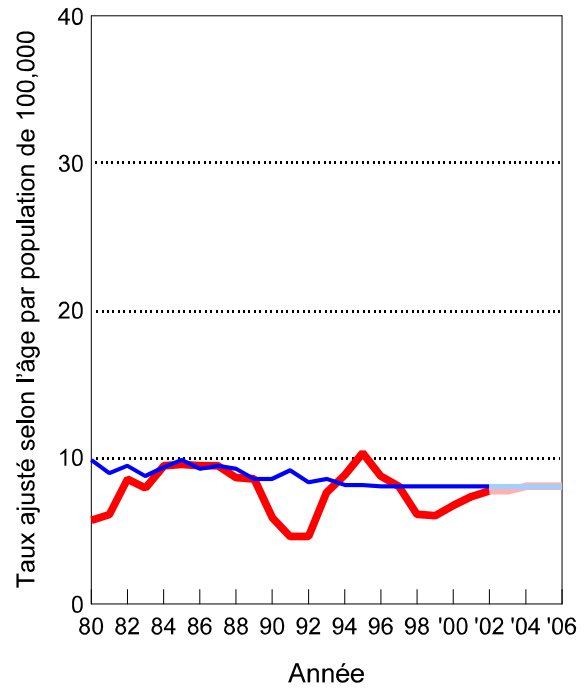
Les gains importants en matière de prévention primaire sont improbables, étant donné que les causes concourantes ne sont pas bien comprises.⁵ Le dépistage de la leucémie n'est pas efficace.³

Leucémie

Tendances de l'**incidence** – homme

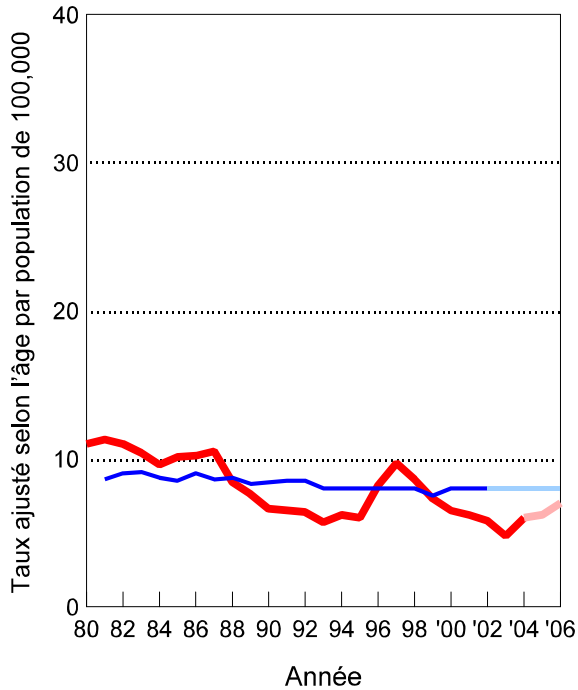


Tendances de **mortalité** - homme

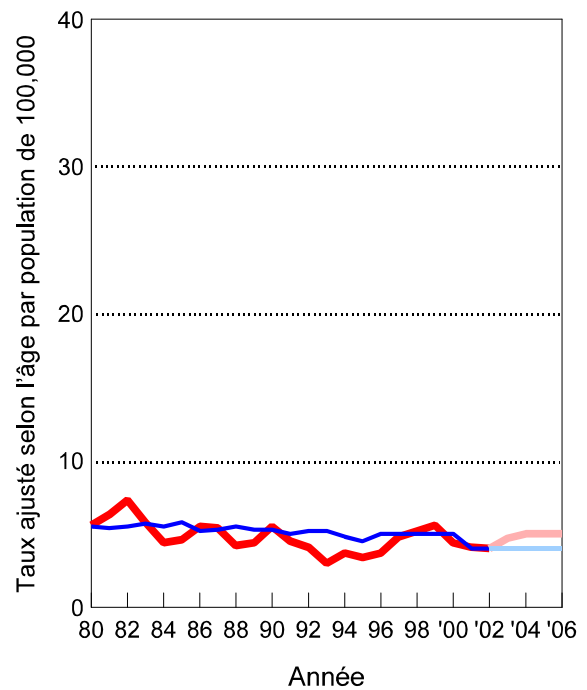


— L'Î.-P.-É. — Canada
 les lignes légèrement ombragées sont des estimés

Tendances de l'**incidence** – femme



Tendances de **mortalité** - femme



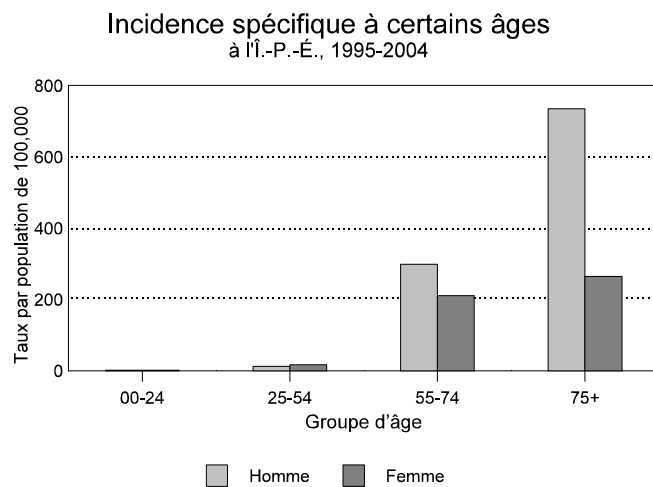
Poumon

Le cancer du poumon est la cause de mort la plus fréquente tant chez l'homme que chez la femme. Chez les hommes tant l'incidence que la mortalité sont stables à l'Î.-P.-É., tandis qu'elles sont à la baisse au Canada. Chez les femmes, tant l'incidence que la mortalité sont à la hausse. À l'Î.-P.-É., la tendance à la hausse pour les femmes est plus prononcée que la tendance canadienne; au cours des 10 dernières années (1995 à 2004), l'incidence est de 20% plus élevée chez les femmes de l'Î.-P.-É. que chez les femmes canadiennes. La survie relative à cinq ans est de 16% au Canada et à l'Î.-P.-É.⁴

Influence selon l'âge et le sexe

Le cancer du poumon est plus fréquent chez l'homme que chez la femme, même si l'écart se réduit.

À l'Î.-P.-É., l'incidence du cancer du poumon augmente plus rapidement chez les hommes de 75 ans et plus et chez les femmes de 55 ans et plus.



Facteurs de risque

Le risque de cancer du poumon est plus élevé⁵ pour les personnes qui:

- fument du tabac;
- sont exposées de façon chronique à la radiation, au goudron de houille, à l'amiante, à l'arsenic, au nickel, au chrome ou à la silice.
- ont des antécédents familiaux de cancer du poumon;
- ont été exposés à la fumée passive.

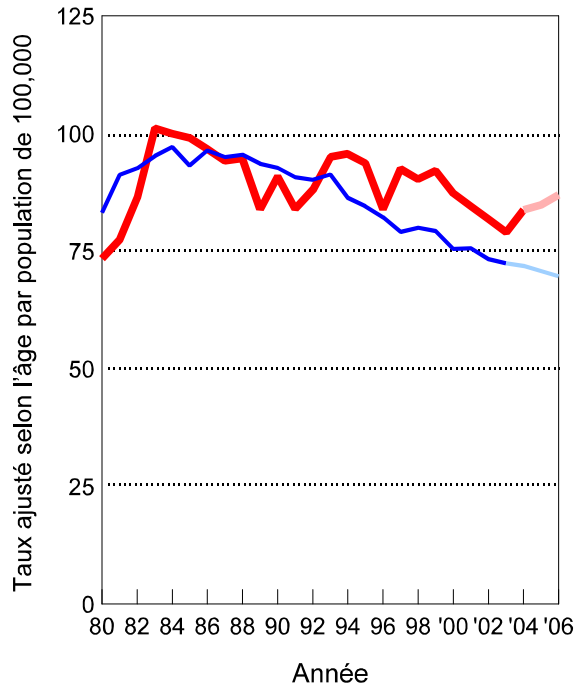
Même si on a étudié la pollution de l'air comme cause possible, il n'y a pas de preuve qu'elle augmente le risque.

Prévention et détection précoce

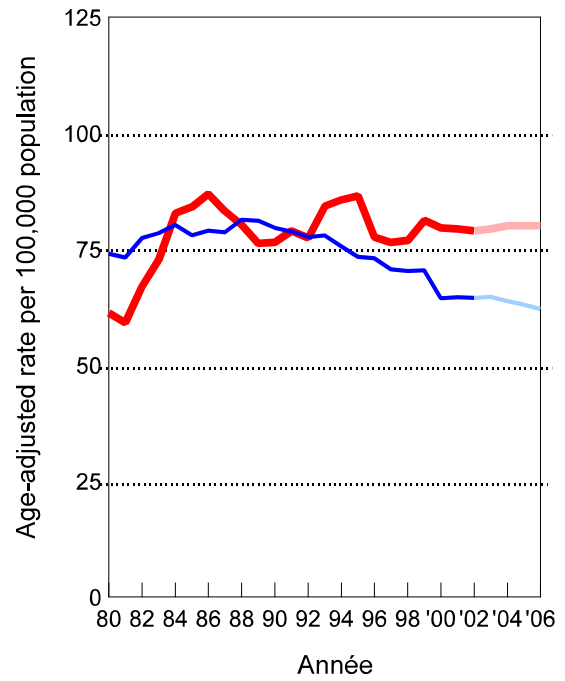
L'élimination du tabagisme préviendrait 80% des cancers du poumon au Canada.⁵ On est en train d'évaluer les tests de dépistage tels que la tomographie par ordinateur. À l'heure actuelle, aucun test de dépistage n'est recommandé afin de réduire le risque de cancer du poumon fatal.³

Poumon

Tendances de l'**incidence** – homme

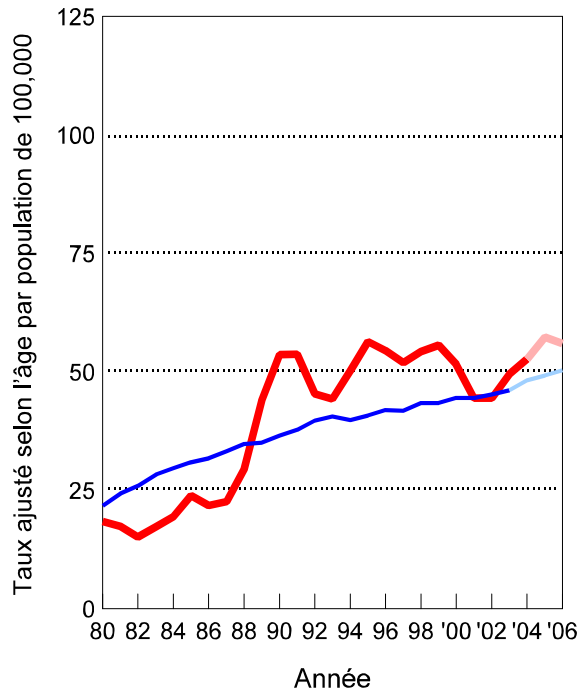


Tendances de **mortalité** - homme

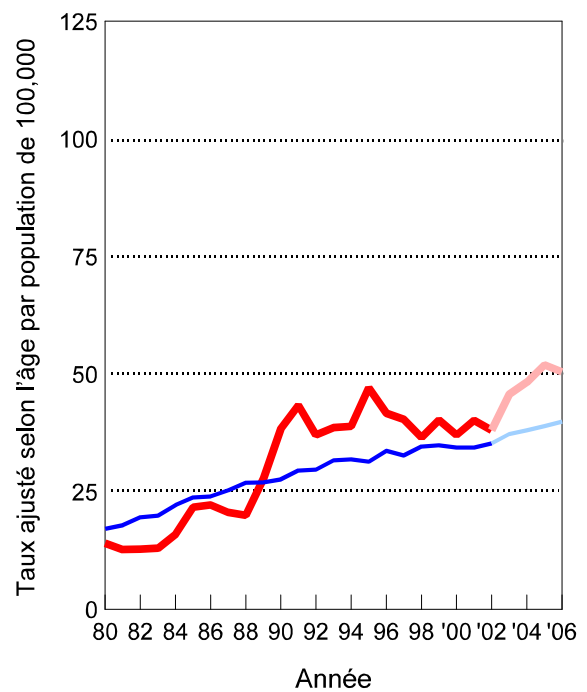


— L'Î.-P.-É. — Canada
 les lignes légèrement ombragées sont des estimés

Tendances de l'**incidence** – femme



Tendances de **mortalité** - femme

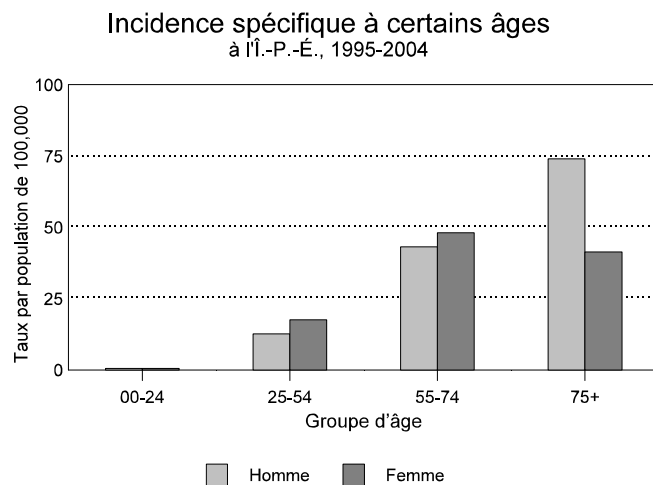


Mélanomes

Le mélanome est un type de cancer qui commence dans les mélanocytes, le pigment qui produit les cellules de l'épiderme. Plus de 90% des mélanomes surviennent dans la peau. L'incidence du mélanome a augmenté au Canada. À l'Î.-P.-É., l'augmentation de l'incidence est plus prononcée qu'au Canada. Au cours des 10 dernières années (1995-2004), l'incidence est de 35% plus élevée chez les hommes de l'Î.-P.-É. que chez les hommes canadiens; l'incidence est de 80% plus élevée chez les femmes de l'Î.-P.-É. que chez les femmes canadiennes. La mortalité a été stable tant à l'Î.-P.-É. qu'au Canada. Même s'il est le type le plus sérieux de cancer de la peau, le mélanome a un bon pronostic, avec un taux de survie relative à cinq ans de 90% au Canada.⁴

Influence selon l'âge et le sexe

L'incidence du mélanome est semblable chez les hommes et chez les femmes. Le mélanome est un des cancers les plus fréquents chez les jeunes adultes.



Facteurs de risque

Le risque de mélanome est plus élevé⁵ pour les personnes qui:

- sont exposées de façon chronique aux rayons ultraviolets du soleil ou des lampes solaires;
- ont tendance à brûler plutôt qu'à brunir lorsqu'elles s'exposent au soleil;
- ont beaucoup de taches de rousseur ou de mîles;
- ont un risque héréditaire familial rare.

Les taux de mélanome plus élevés à l'Î.-P.-É. pourraient être dus au teint pâle prédominant de la population.

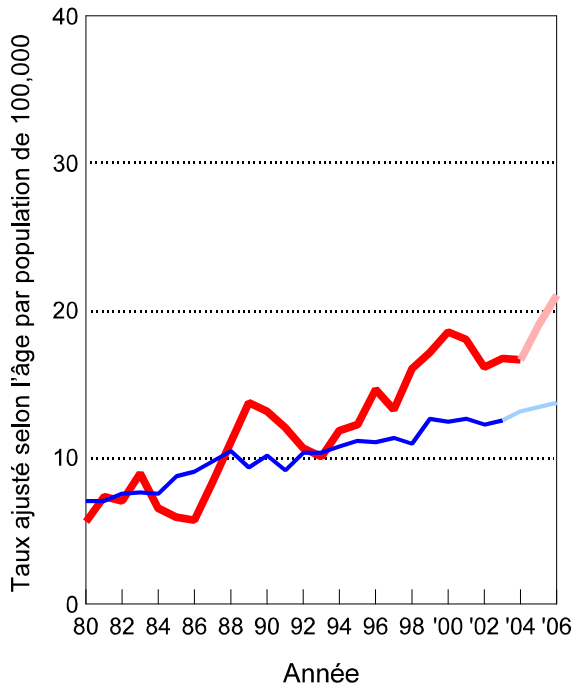
Prévention et détection précoce

On peut réduire le mélanome en évitant l'exposition au soleil au milieu de la journée. Lorsqu'elles doivent s'exposer, les personnes devraient porter des chemises à manches longues et porter un chapeau.⁵

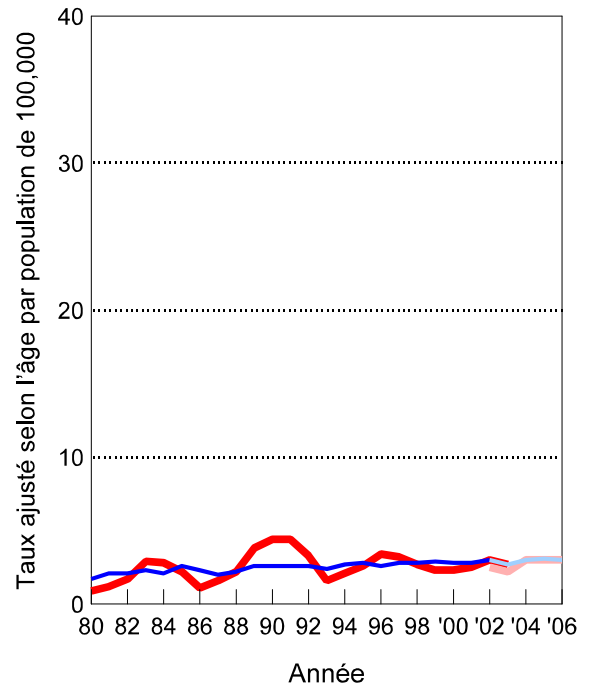
Les personnes à haut risque de mélanome peuvent être identifiées sur la base des caractéristiques de leur pigmentation. Il n'y a pas de test de dépistage efficace pour la population générale.³

Mélanomes

Tendances de l'incidence – homme

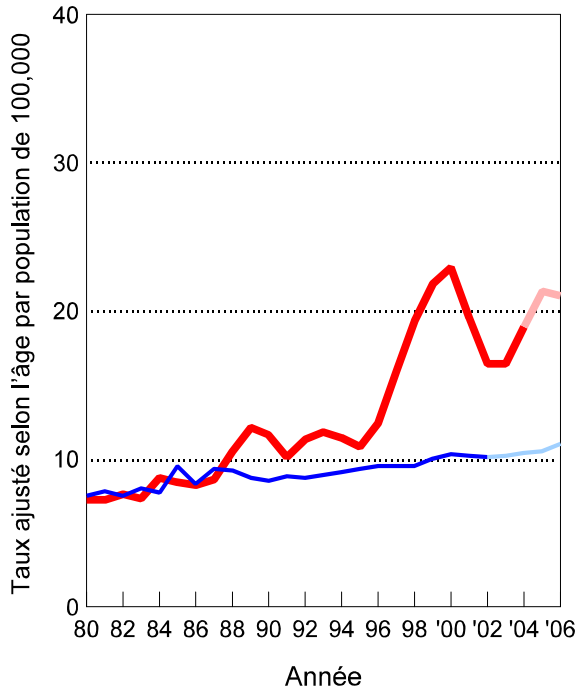


Tendances de mortalité - homme

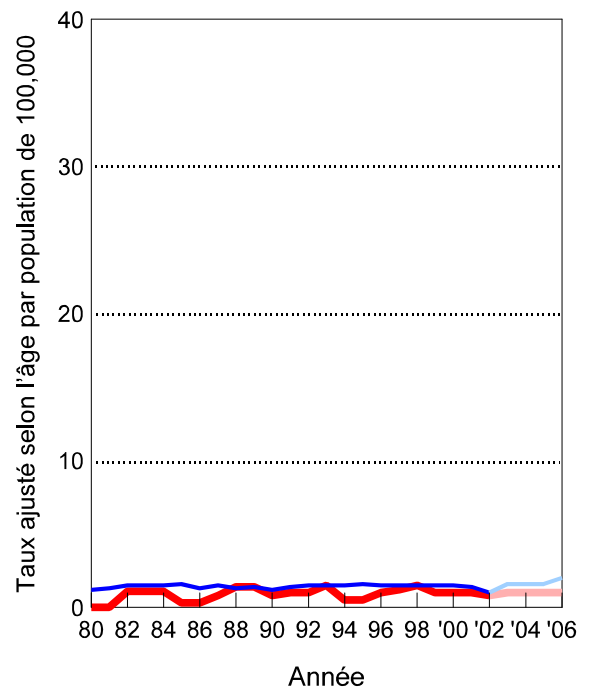


— L'Î.-P.-É. — Canada
 les lignes légèrement ombragées sont des estimés

Tendances de l'incidence – femme



Tendances de mortalité - femme



Lymphome non hodgkinien

Les lymphomes sont un groupe de divers cancers de lymphocytes, les cellules les plus importantes du système immunitaire. Les lymphomes non hodgkiniens sont plus nombreux que les hodgkiniens par un rapport de 4 à 1. Le progrès dans le traitement des lymphomes hodgkiniens a amélioré la survie à cinq ans jusqu'à 85%.⁴

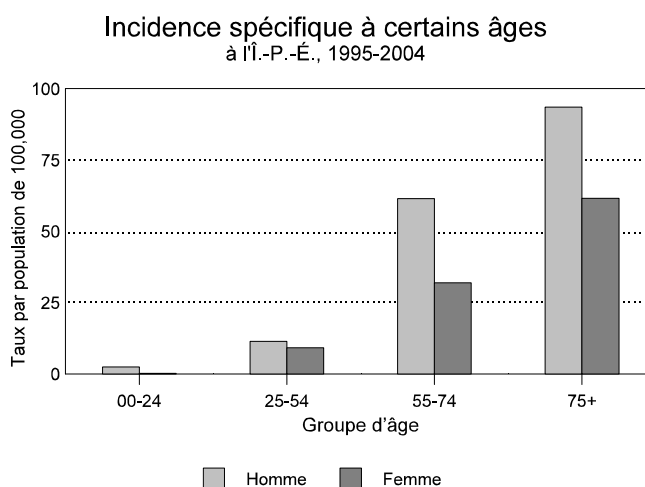
L'incidence et la mortalité des lymphomes non hodgkiniens augmentent lentement. Les taux sont semblables à l'Î.-P.-É. et au Canada. La survie relative à cinq ans est de 56% au Canada.⁴

Influence selon l'âge et le sexe

Les lymphomes augmentent plus fréquemment avec l'âge.

Les lymphomes non hodgkiniens sont plus fréquents chez l'homme que chez la femme.

À l'Î.-P.-É., l'incidence des lymphomes non hodgkiniens augmente plus rapidement chez les hommes de 55 ans et plus.



Facteurs de risque

Le risque de lymphome non hodgkinien est plus élevé⁵ pour les personnes qui:

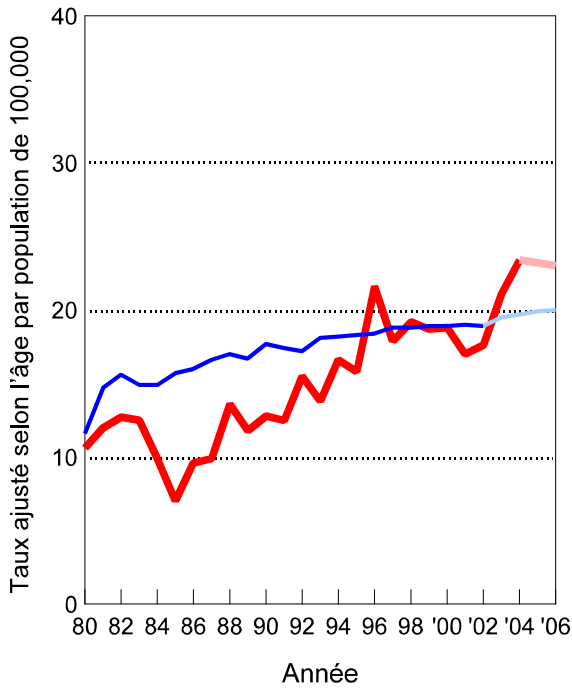
- ont un trouble immunitaire, notamment le SIDA;
- sont infectés par HTLV-1, HHV-8, EBV, *H. pylori*;
- sont exposées de manière chronique au rayonnement ionisant;
- ont des antécédents familiaux de lymphome non hodgkinien;
- sont exposées de manière chronique à certains produits chimiques utilisés dans les industries agricoles et forestières tels que les acides phenoxy, les chlorophénols, les solvants organiques et les insecticides.

Prévention et détection précoce

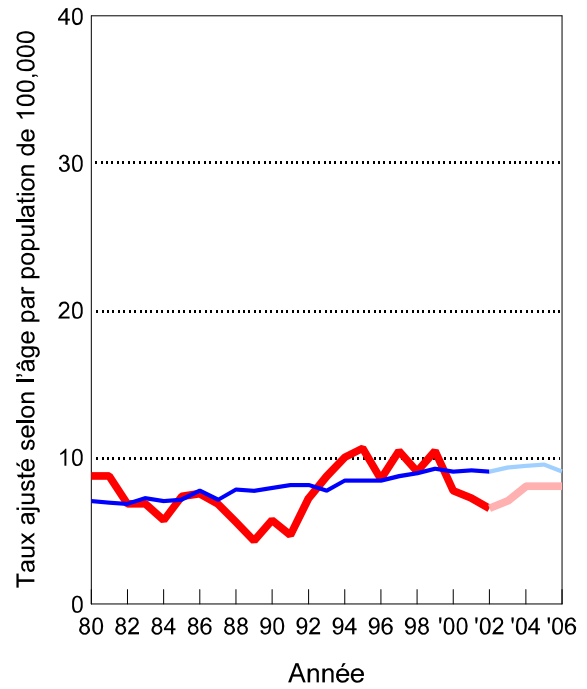
Il n'existe pas de stratégie de prévention.⁵ Il n'existe pas de test de dépistage des lymphomes.³

Lymphome non hodgkinien

Tendances de l'**incidence** – homme

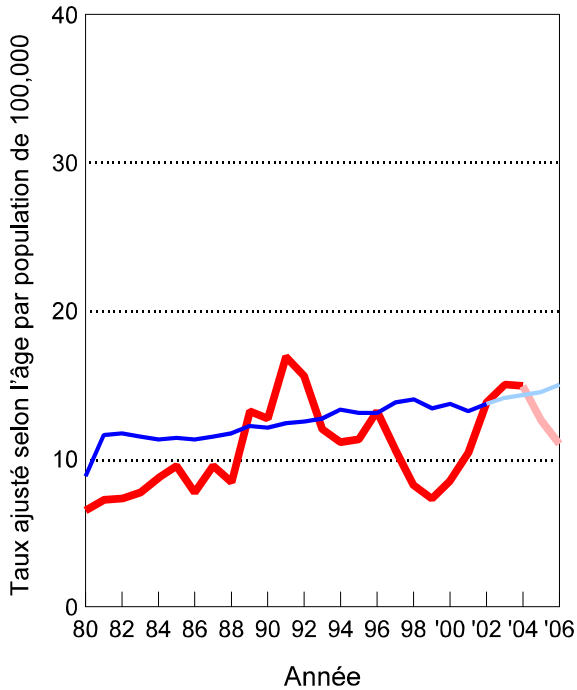


Tendances de **mortalité** - homme

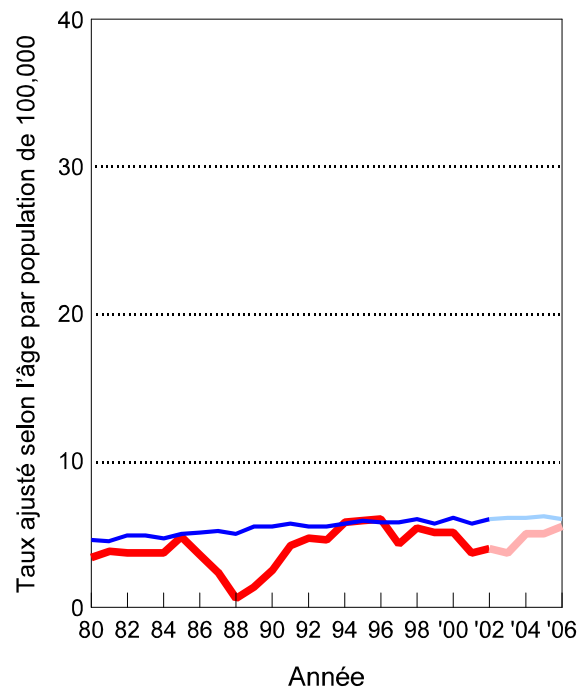


— L'Î.-P.-É. — Canada
 les lignes légèrement ombragées sont des estimés

Tendances de l'**incidence** – femme



Tendances de **mortalité** - femme

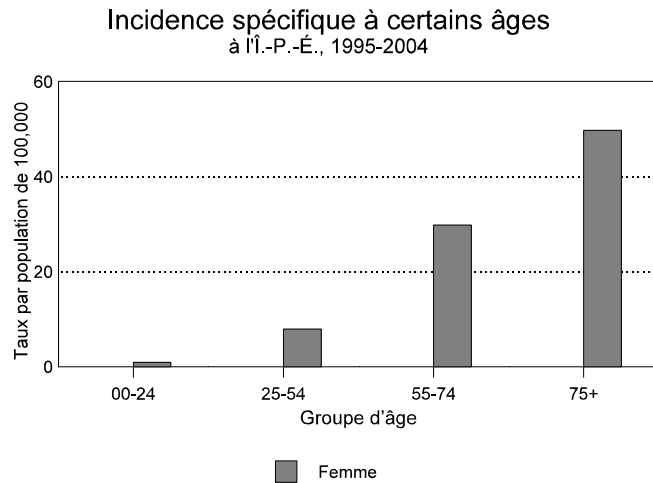


Ovaires

L'incidence et la mortalité du cancer des ovaires ont légèrement diminué. Les taux sont semblables à l'Î.-P.-É. et au Canada. La survie relative à cinq ans est de 38% au Canada.⁴

Influence selon l'âge

L'incidence du cancer des ovaires augmente avec l'âge.



Facteurs de risque

Le risque de cancer des ovaires est plus élevé⁵ pour les femmes qui:

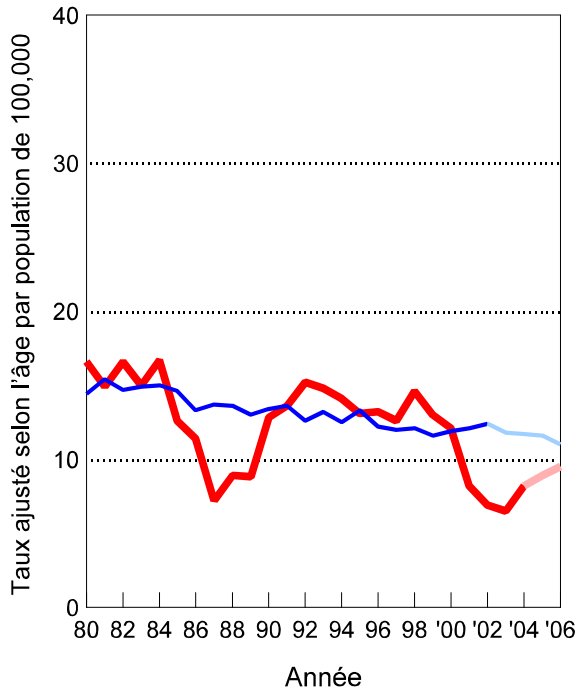
- ont des antécédents familiaux de cancer des ovaires ou du sein;
- n'ont jamais été enceintes.

Prévention et détection précoce

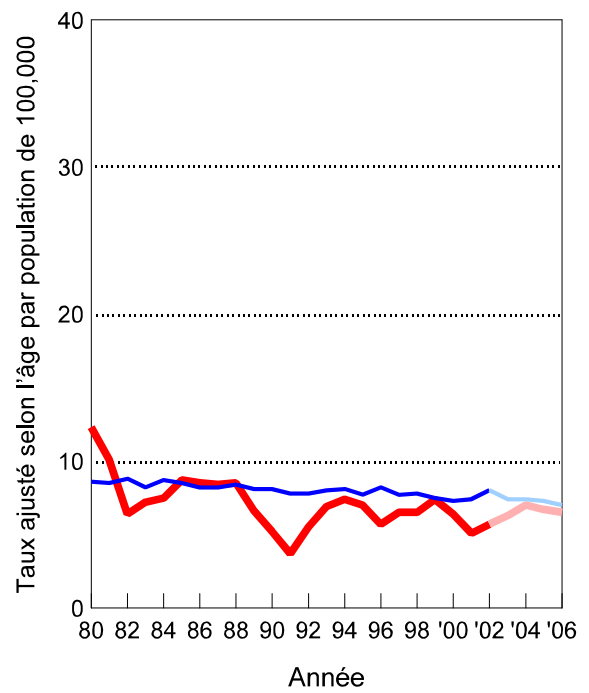
À l'heure actuelle, les facteurs de risque ne sont pas assez bien compris pour penser à des approches de prévention primaire.⁵ Des tests de dépistage possibles, notamment l'examen pelvien, l'ultrason et l'antigène CA125 ont été évalués. Aucun test de dépistage n'a démontré un avantage pour réduire la mortalité du cancer des ovaires.³

Ovaires

Tendances de l'incidence – femme



Tendances de mortalité - femme



— L'Î.-P.-É. — Canada
 les lignes légèrement ombragées sont des estimés

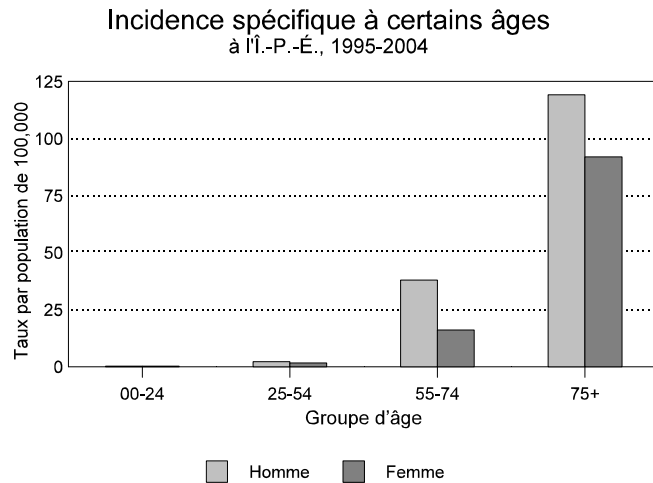
Pancréas

Le cancer du pancréas est fatal. La survie relative à cinq ans est de 6% au Canada.⁴ L'incidence et la mortalité ont été stables. Les taux sont semblables à l'Î.-P.-É. et au Canada.

Influence selon l'âge et le sexe

Le cancer du pancréas est légèrement plus fréquent chez l'homme que chez la femme.

L'incidence du cancer du pancréas augmente avec l'âge.



Facteurs de risque

Le risque de cancer du pancréas est plus élevé⁵ pour les personnes qui:

- fument du tabac;
- sont exposées en milieu de travail à des procédés de fabrication de l'essence.

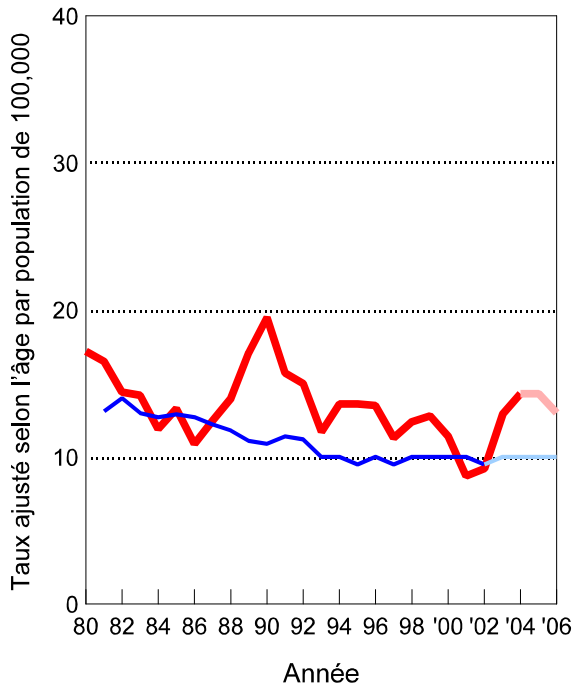
Un régime alimentaire à forte teneur en fruits, légumes et fibres peut réduire le risque de cancer du pancréas. La pancréatite chronique et le diabète sont associés positivement au cancer du pancréas, mais on ne sait pas clairement s'ils en sont la cause.

Prévention et détection précoce

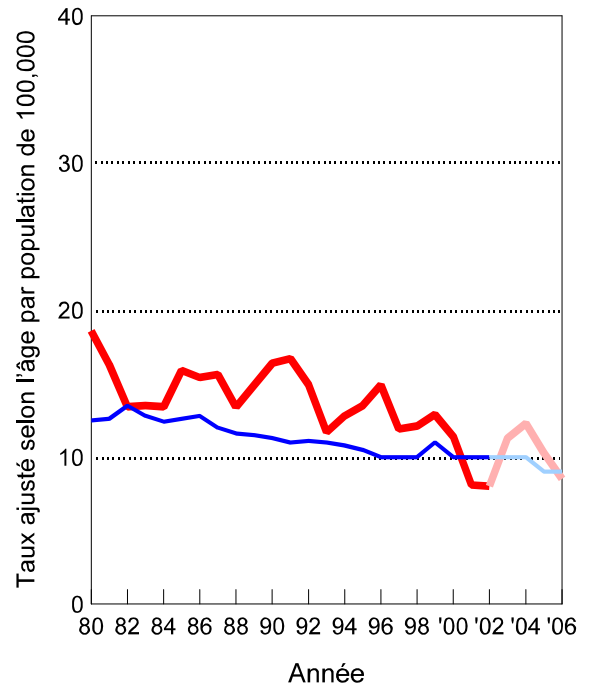
Les programmes de prévention du tabagisme peuvent avoir certains effets dans la réduction du cancer du pancréas.⁵ Il n'y a pas de méthode de détection précoce, ni de traitement efficace.³

Pancréas

Tendances de l'**incidence** – homme

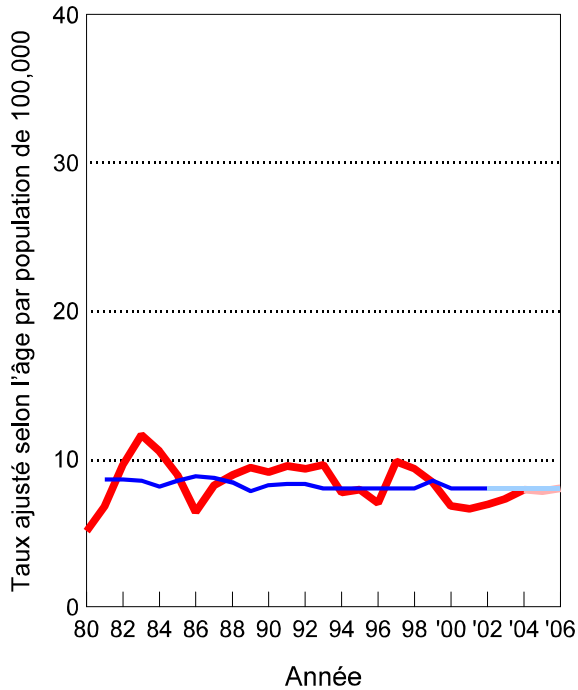


Tendances de **mortalité** - homme

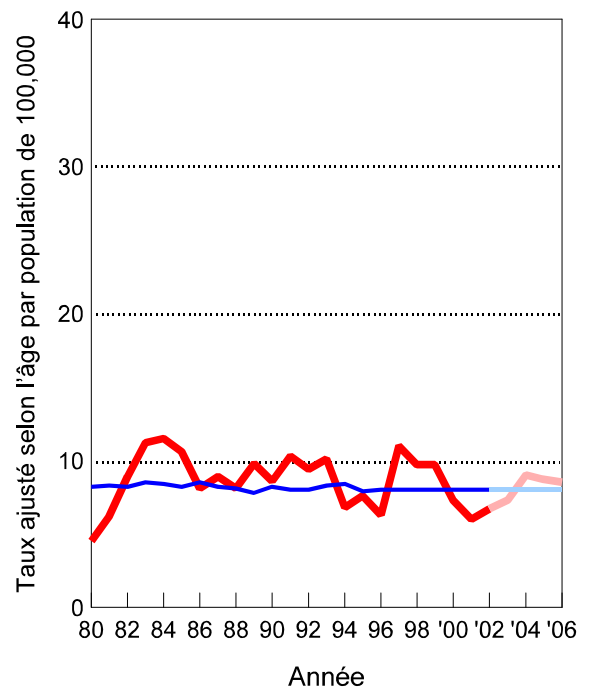


— L'Î.-P.-É. — Canada
 les lignes légèrement ombragées sont des estimés

Tendances de l'**incidence** – femme



Tendances de **mortalité** - femme



Prostate

Le cancer de la prostate est à l'heure actuelle le cancer diagnostiqué le plus souvent chez les hommes à l'Île-du-Prince-Édouard. L'incidence du cancer de la prostate a augmenté de façon spectaculaire au Canada et à l'Î.-P.-É. À l'Î.-P.-É., la tendance de l'incidence à la hausse est plus prononcée que pour le Canada; au cours des 10 dernières années (1995 à 2004), l'incidence est de 30% plus élevée à l'Î.-P.-É. qu'au Canada. La survie relative à cinq ans est de 91% au Canada et à l'Î.-P.-É. .⁴

Influence selon l'âge

La chance de développer un cancer de la prostate augmente avec l'âge.

À l'Î.-P.-É., l'incidence a atteint un sommet en 1994 pour les hommes âgés de 75 ans et plus; l'incidence a atteint un sommet en 2002 pour les hommes âgés de 55 à 74 ans.



Facteurs de risque

Le risque de cancer de la prostate est plus élevé⁵ pour les hommes qui ont:

- des antécédents familiaux de cancer de la prostate.

Les causes du cancer de la prostate sont pratiquement inconnues. Un régime alimentaire comprenant des tomates peut réduire le risque de cancer de la prostate. L'effet des facteurs tels que l'obésité et l'activité physique est à l'étude.

Prévention et détection précoce

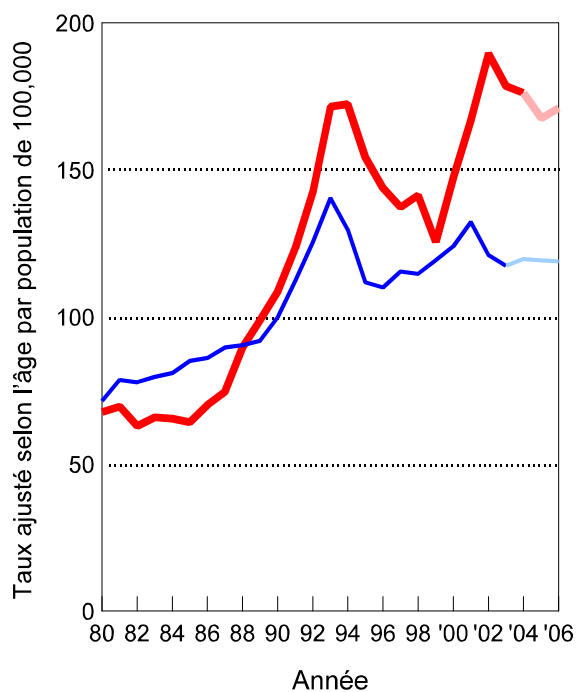
Bien que l'antigène prostatique spécifique (APS) puisse identifier le cancer de la prostate à un stade précoce, la preuve est insuffisante pour conclure que le test de l'APS réduit la mortalité.³

Le test de l'APS est devenu disponible à l'Î.-P.-É. en 1991. Cela correspond à la période d'augmentation spectaculaire de l'incidence du cancer de la prostate non diagnostiqué auparavant; la détection accrue pourraient être en raison de cancers qui ne deviendraient pas des problèmes cliniques sérieux.

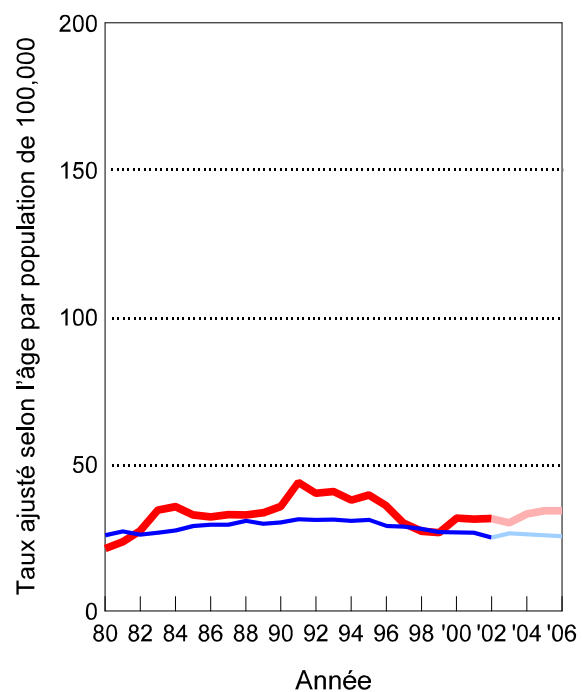
Le test de l'APS est sous évaluation. À l'heure actuelle, aucun test de dépistage n'est recommandé.³

Prostate

Tendances de l'**incidence** – homme



Tendances de **mortalité** - homme



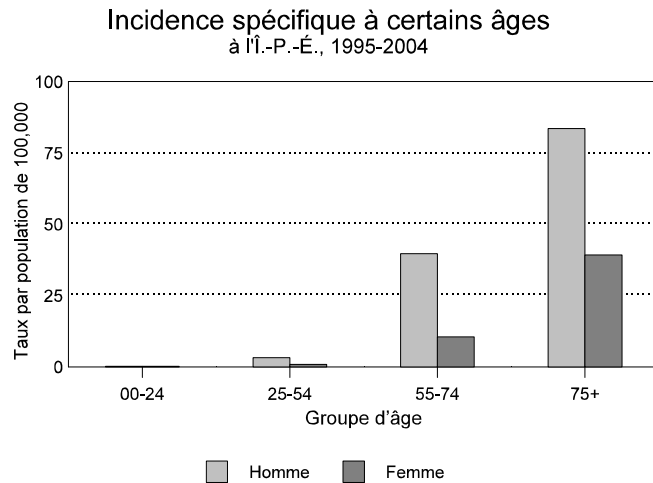
— L'Î.-P.-É. — Canada
les lignes légèrement ombragées sont des estimés

Estomac

L'incidence et la mortalité du cancer de l'estomac a diminué. Les taux sont semblables à l'Î.-P.-É. et au Canada. La survie relative à cinq ans est de 23%.⁴

Influence selon l'âge et le sexe

Le cancer de l'estomac est deux fois plus fréquent chez l'homme que chez la femme. Le cancer de l'estomac est plus fréquent dans les groupes d'âge plus avancés.



Facteurs de risque

Le risque de cancer de l'estomac peut être plus élevé⁵ pour les personnes qui:

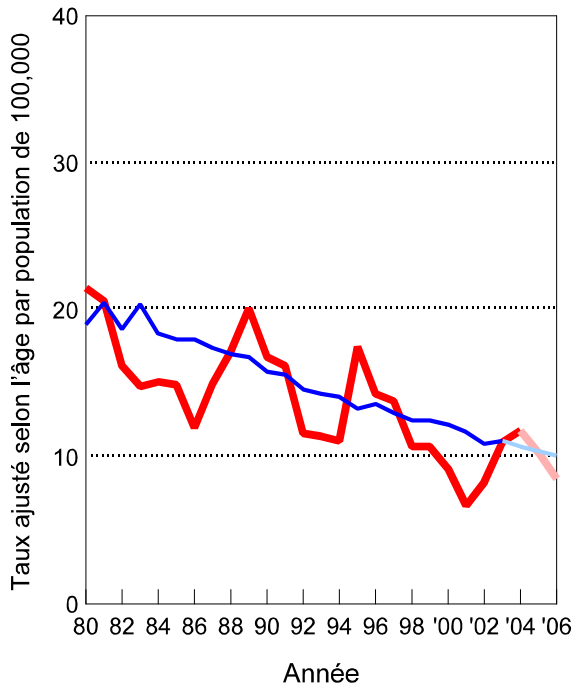
- ont une infection de bactéries *Helicobacter pylori*;
- ont un régime alimentaire faible en fruits et en légumes;
- fument du tabac;
- ont des antécédents familiaux de cancer d'estomac;

Prévention et détection précoce

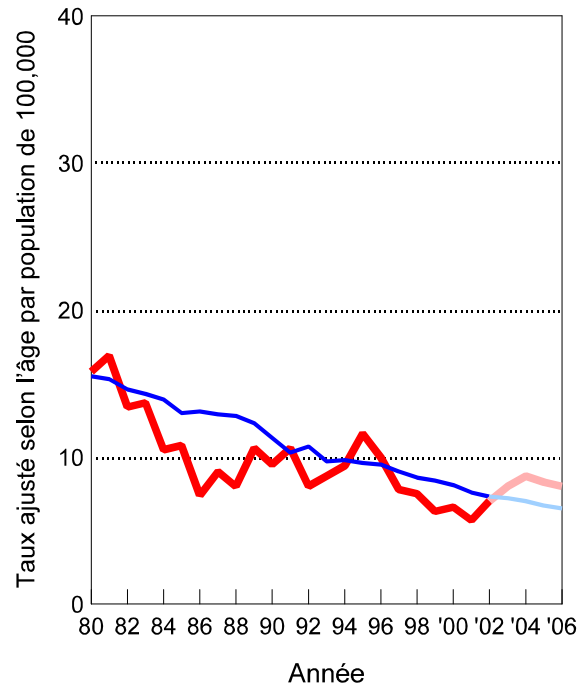
La prévention porte surtout sur la consommation à l'année de fruits et de légumes, et à limiter la consommation d'aliments salés, marinés et fumés.⁵ Bien que l'on fasse du dépistage au Japon (les taux y sont 10 fois plus élevés qu'en Amérique du Nord), le dépistage du cancer de l'estomac n'est pas recommandé en Amérique du Nord.³

Estomac

Tendances de l'**incidence** – homme

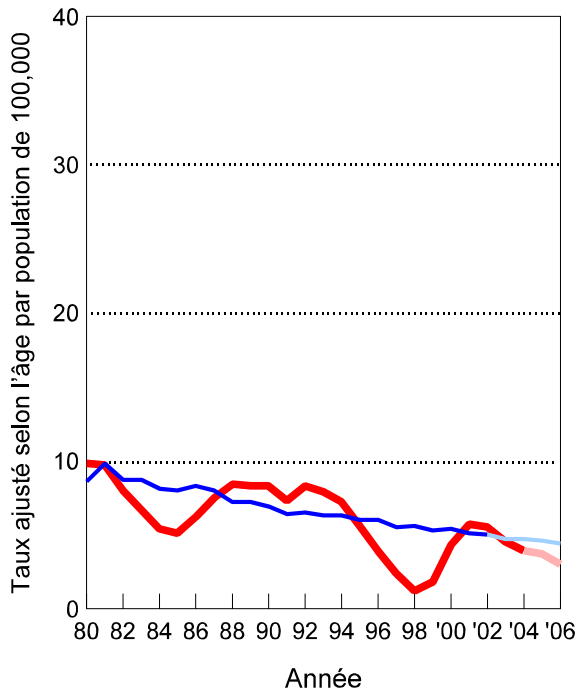


Tendances de **mortalité** - homme

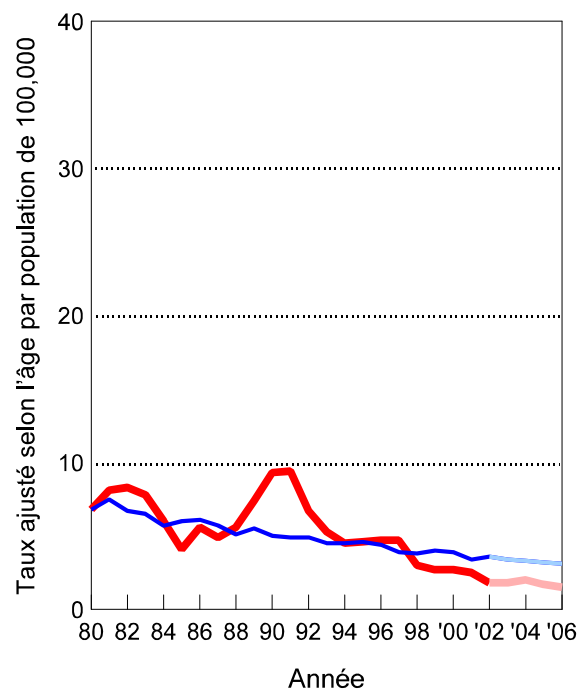


— L'Î.-P.-É. — Canada
 les lignes légèrement ombragées sont des estimés

Tendances de l'**incidence** – femme



Tendances de **mortalité** - femme

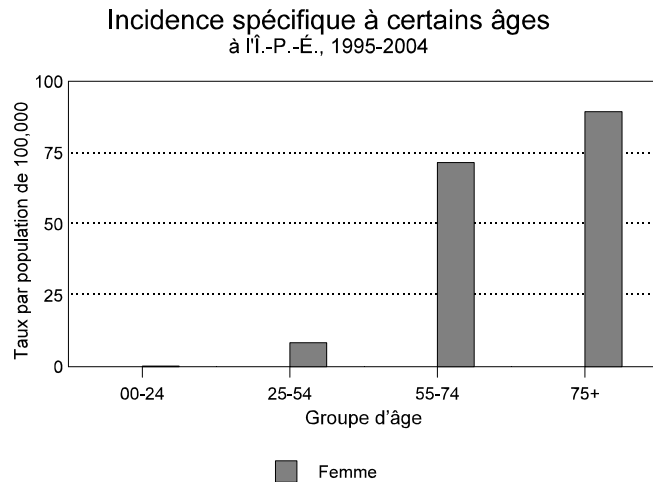


Utérus

Le cancer de l'utérus affecte l'endomètre (muqueuse qui tapisse l'utérus) et/ou le myomètre (muscle). L'incidence et la mortalité du cancer de l'utérus ont été stables. Les taux sont semblables à l'Î.-P.-É. et au Canada. La survie relative à cinq ans est de 87%.⁴

Influence selon l'âge

Le risque de cancer de l'utérus augmente avec l'âge, en particulier autour de la ménopause.



Facteurs de risque

Le risque de cancer de l'utérus est plus élevé⁵ chez les femmes qui:

- suivent un traitement hormonal substitutif sans ajout de progestérone durant cinq ans ou plus;
- ont des antécédents de cancer du sein, cancer des ovaires ou d'hyperplasie endométriale;
- n'ont jamais été enceintes;
- sont obèses.

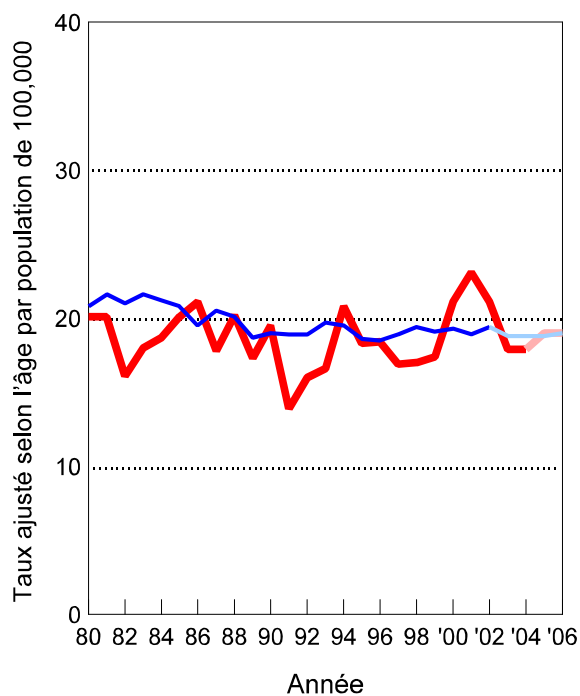
Dans environ la moitié des cas de cancer de l'endomètre, il n'y a pas de facteur de risque identifié, sauf l'âge de la femme.

Prévention et détection précoce

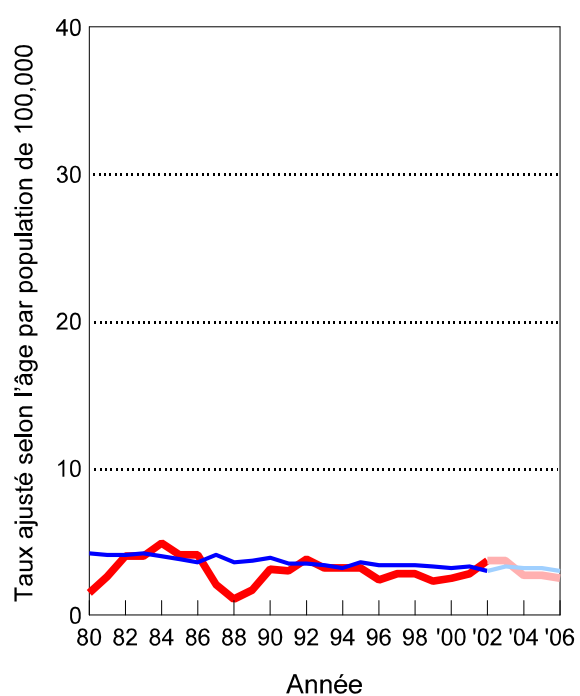
On peut réduire le cancer de l'utérus par la perte de poids chez les femmes post-ménopausiques.⁵ Il n'existe pas de méthode de détection précoce.³

Utérus

Tendances de l'incidence – femme



Tendances de mortalité - femme



— L'Î.-P.-É. — Canada
les lignes légèrement ombragées sont des estimés

Cancer chez les enfants

Le cancer est relativement rare chez les enfants et chez les jeunes, par comparaison à sa fréquence chez les adultes. À l'Î.-P.-É., au cours de la période de 10 ans de 1995 à 2004, 57 personnes de moins de 20 ans ont reçu un diagnostic de cancer. En se fondant sur le taux d'incidence canadien, on pourrait s'attendre à environ 60 dans 10 ans.

Le taux de survie à cinq ans est de 80% dans les cas de cancer chez les enfants, ce qui indique un bon pronostic par comparaison au 59% pour tous les cas de cancer chez les adultes.⁴ La survie au Canada a augmenté considérablement au cours de plusieurs décennies surtout en raison de l'amélioration des traitements. Le pronostic s'est amélioré dans le cas de la leucémie lymphocytaire aigüe, du lymphome hodgkinien et des tumeurs de cellules germinales. À l'Î.-P.-É., la mortalité par cancer des enfants et des jeunes est si rare qu'il est difficile de présenter des tendances fiables sur un graphique.

Les cancers chez les enfants ne sont pas groupés de la même façon que chez les adultes. Les catégories sont basées sur des types de cellules histologiques plutôt que sur des sites d'organes, à l'aide du *1996 International Classification Scheme for Childhood Cancer*. Les catégories les plus communes sont la leucémie, le lymphome et les tumeurs du cerveau. Les autres types de cancer comprennent le carcinome, les néoplasmes de cellules germinales et gonadiques, les sarcomes des tissus mous, les sarcomes osseux, les tumeurs du système nerveux autonome, les tumeurs rénales, les rétinoblastomes, les tumeurs hépatiques et d'autres cancers non spécifiques. La distribution des types est semblable à l'Î.-P.-É. et au Canada, tel que démontré dans le tableau suivant.

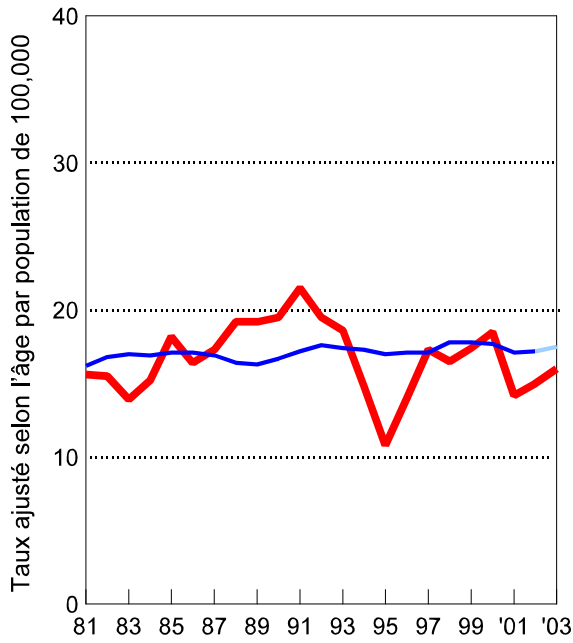
Cancers les plus fréquents chez les enfants
(% de l'incidence des cancers)

	PEI (1980 to 2004)	Canada ⁴
Leukemia	29%	26%
Lymphoma	17%	17%
Brain	16%	17%
Other	38%	40%
Total	100%	100%

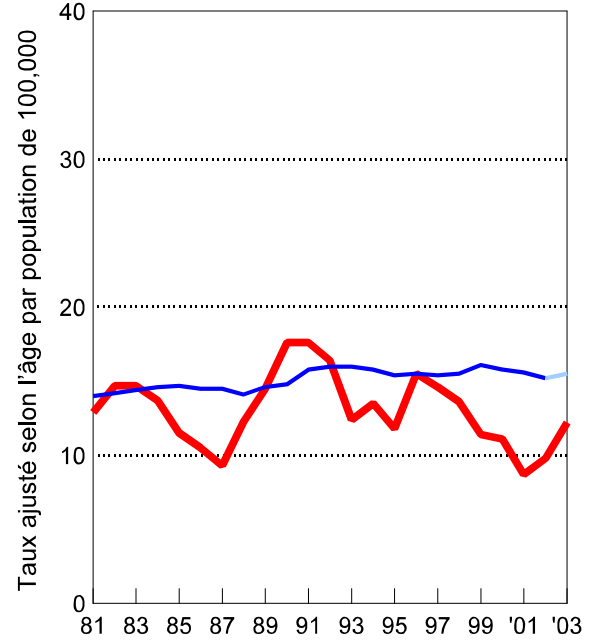
Les cancers chez les enfants sont plus fréquents chez les garçons que chez les filles. L'incidence des cancers chez les enfants est demeurée stable à l'Î.-P.-É. et au Canada.

Cancer chez les enfants

Tendances de l'incidence – homme

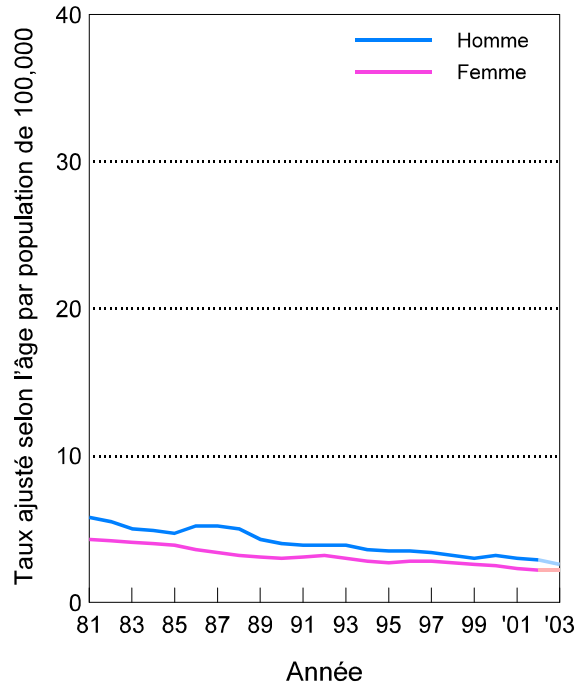


Tendances de l'incidence – femme



— L'Î.-P.-É. — Canada
5 ans moyennes mobiles
les lignes légèrement ombragées sont des estimés

Tendances de mortalité - CANADA



Incidence du Cancer par Communauté de l'Î.-P.-É

L'incidence à l'Î.-P.-É. a été examinée dans 5 communautés: les deux communautés urbaines de Summerside et de Charlottetown, et l'Î.-P.-É. rurale divisée par ces cités en ouest, centre et est de l'Î.-P.-É. .

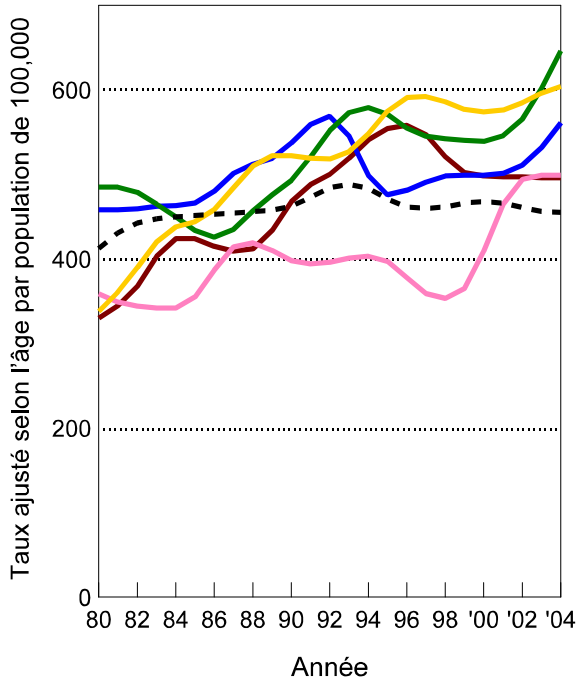
L'enregistrement du cancer comprend l'adresse au moment du diagnostic. Cette information a été utilisée pour générer l'incidence du cancer par communauté. Les taux de cancer pour les petites régions présentent de grandes fluctuations qui rendent difficile la présentation de tendances fiables sur un graphique. Les graphiques de l'incidence du cancer par communauté présentent un lissage non paramétriques au lieu des moyennes mobiles.

L'incidence du cancer par communauté montre que les taux dans toutes les communautés fluctuent autour du taux d'incidence canadien. Au cours des dix dernières années, l'incidence du cancer dans trois communautés (Summerside, Charlottetown et l'est de l'Î.-P.-É.) s'est située au-dessus du taux canadien. Dans l'ouest de l'Î.-P.-É., l'incidence du cancer est demeurés semblable au taux canadien. Dans de centre de l'Î.-P.-É., l'incidence du cancer est demeurée stable et au-dessous du taux canadien. On voit les mêmes tendances par communauté tant pour les hommes que pour les femmes.

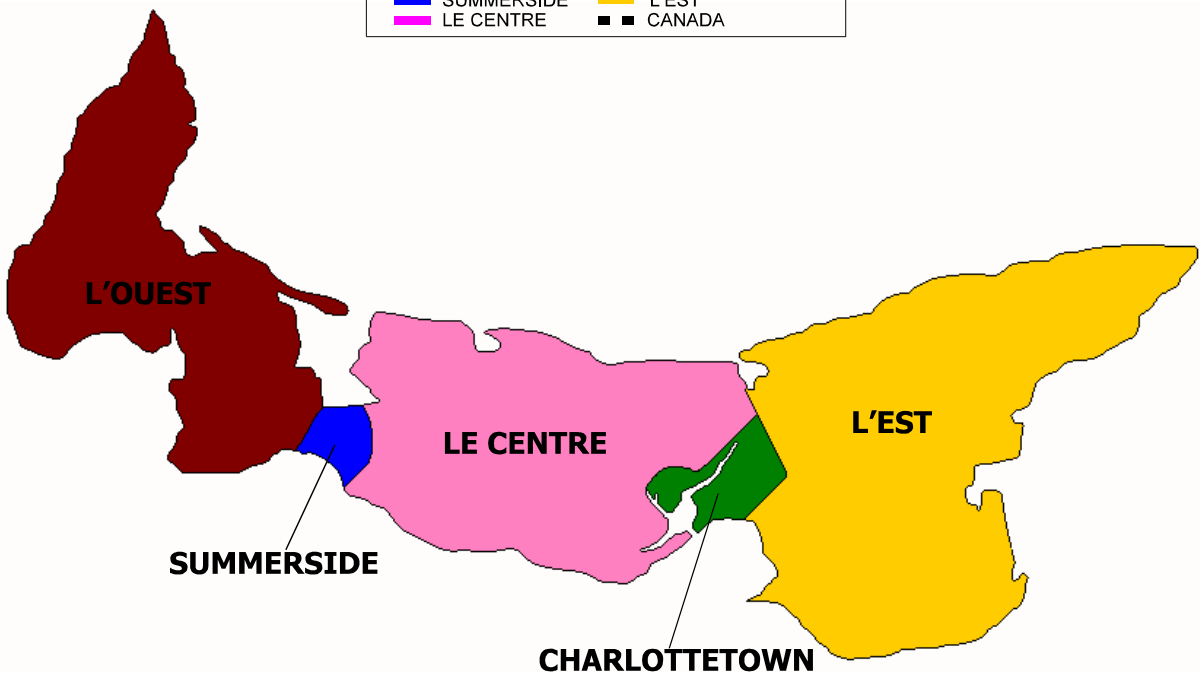
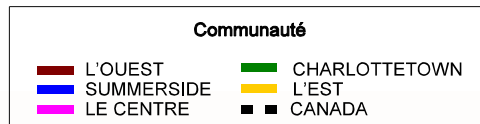
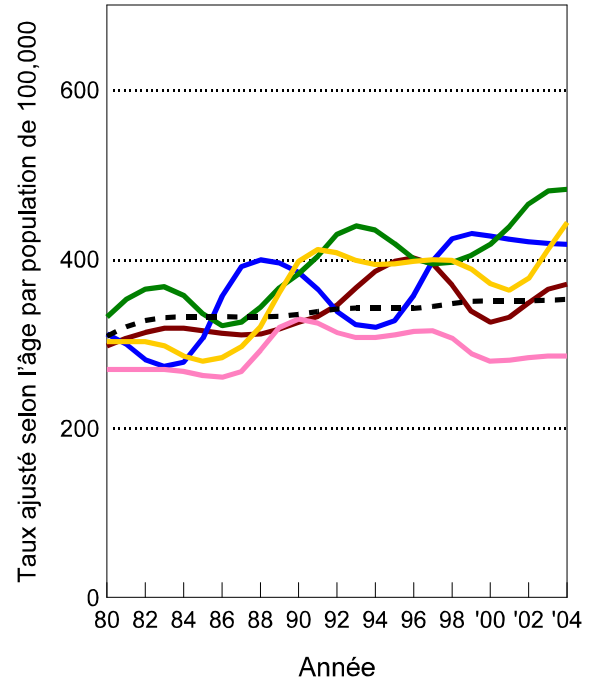
L'augmentation de l'incidence du cancer à l'Î.-P.-É. se produit dans trois de ses cinq communautés : Summerside, Charlottetown et la région est. Cela n'est pas le reflet d'une tendance urbaine/rurale de l'incidence du cancer.

Tous les sites

Tendances de l'incidence – homme



Tendances de l'incidence – femme



Sources

1. Trésor provincial de l'Île-du-Prince-Édouard, 32^{ième} revue statistique annuelle. Charlottetown: Document Publishing Centre, 2006.
On peut obtenir l'information à www.gov.pe.ca.
2. IARC Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans. On peut obtenir l'information à www.iarc.fr/IARCPress/general/mono.pdf
3. Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs (GECSSP). Prévention fondée sur l'évidence clinique.
On peut obtenir l'information à www.ctfphc.org (dernière mise à jour août 2005).
4. Institut national du cancer du Canada: «Statistiques canadiennes sur le cancer» 2006. On peut obtenir l'information à www.cancer.ca.
5. Schottenfeld D., Fraumeni J. eds. *Cancer Epidemiology and Prevention*, 3rd Ed. New York: Oxford University Press, 2006.
6. Van Til L. prince Edward Island Health Indicators. Charlottetown: Document Publishing Centre, October 2006. On peut obtenir l'information à www.gov.pe.ca
7. Santé Canada, Rapport d'étape sur la lutte contre le cancer au Canada. Ottawa: Publications de Santé Canada, 2004 (ISBN 0-662-37725-7).
On peut obtenir l'information à www.hc-sc.gc.ca.

Annexe 1: Description des Sites de Cancer

SITE:	DESCRIPTION:	CODES ICDO-3 (Incidence)	ICD-10 (Mortalité)
Tous les sites	Tous les sites primaires de tumeurs malignes; à l'exclusion du cancer de la peau non mélanique	C00-C80, à l'exclusion de C44 (M805-811)	C00-C80, à l'exclusion de C44
ESTOMAC	estomac y compris le fond, le corps et le pylore	C16	C16
COLORECTUM	colon, rectum, jonction rectosigmoïde, anus	C18-C21, C26.0	C18-C21, C26.0
PANCRÉAS	pancréas y compris les conduits et les îlots de Langerhans	C25	C25
POUMON	trachée, bronches, poumon	C34	C34
MÉLANOME	mélanome de la peau malin	M872-M879	C43
SEIN	sein de femme	C50	C50
COL DE L'UTÉRUS	col de l'utérus, y compris cervix, including cervical stump	C53	C53
UTÉRUS	utérus y compris endomètre, myomètre, fond, corps	C54, C55	C54, C55
OVAIRES	ovaires	C56	C56
PROSTATE	prostate	C61	C61
VESSIE	vessie	C67	C67
REIN	rein, urètre, organes urinaires non spécifiques	C64-C66, C68	C64-C66, C68
CERVEAU	système nerveux central y compris les méninges, le cerveau, la moelle épinière, les nerfs crâniens (comprend les cancers bénins et malins.)	C70-C72	C70-C72
LYMPHOME N. H.	Lymphome non hodgkinien: lymphomes autres que hodgkiniens.	9590-9596,9670-9719, 9727-9729, (9823,9827 if not C420, C421, C424)	C82-C85, C96.3
LEUCÉMIE	lymphoïde, myéloïde, monocytaire, autres leucémies	9733,9742,9800,9801,9805,9820,9826, 9831-9837,9840,9860,9861,9863, 9866,9867,9870-9876,9891,9895-9897, 9910,9920,9930,9931,9940,9945, 9946,9948,9963,9964, (9823,9827 if C420, C421,C 424)	C91-C95

Annexe 2: Tableaux de données

A1. Incidence du cancer à l'Î.-P.-É. 1995 à 2004, selon le site et le sexe

Site	Homme		Femme	
	(n)	taux ajusté selon l'âge‡ de l'incidence moyen	(n)	taux ajusté selon l'âge‡ de l'incidence moyen
Vessie	133	19.1	39	4.2
Cerveau	55	8.1	64	8.1
Sein	-	-	921	110.2
Col de l'utérus	-	-	69	8.2
Colorectum	491	69.4	524	56.1
Rein	124	17.6	72	8.8
Leucémie	91	16.1	58	6.8
Poumon	599	85.4	445	53.1
Mélanomes	114	16.1	143	18.1
Lymphome n. h.	143	19.8	101	12.1
Ovaires	-	-	90	10.8
Pancréas	88	12.3	79	7.7
Prostate	1092	153.6	-	-
Estomac	80	11.4	37	3.9
Utérus	-	-	162	19.1
Tous les sites	3596	509.1	3210	375.2

‡ les taux sont ajustés à la répartition par âge de la population canadienne de 1991; tous les sites excluent le cancer de la peau sans la présence de mélanome.

A2. Morts par cancer à l'Î.-P.-É. 1993 à 2002, selon le site et le sexe

Site	Homme		Femme	
	(n)	taux ajusté selon l'âge‡ de la mortalité moyen	(n)	taux ajusté selon l'âge‡ de la mortalité moyen
Vessie	40	5.3	15	1.3
Cerveau	24	3.2	27	3.8
Sein	-	-	233	27.0
Col de l'utérus	-	-	33	4.0
Colon et rectum	205	30.0	209	21.2
Rein	57	7.6	27	2.5
Leucémie	54	7.7	47	4.3
Poumon	550	80.3	326	39.1
Mélanomes	25	2.5	10	0.8
Lymphome n. h.	60	9.0	46	4.9
Ovaires	-	-	61	6.6
Pancréas	81	11.5	78	7.9
Prostate	220	32.2	-	-
Estomac	57	7.8	38	4.0
Utérus	-	-	30	3.6
Tous les sites	1647	241.3	1355	151.7

‡ les taux sont ajustés à la répartition par âge de la population canadienne de 1991; tous les sites excluent le cancer de la peau sans la présence de mélanome.

A3. Incidence du cancer à l'Î.-P.-É. pour tous les sites de cancer, selon le sexe et l'année

Année	Homme		Femme	
	(n)	taux ajusté selon l'âge† de l'incidence	(n)	taux ajusté selon l'âge† de l'incidence
1980	225	399.1	193	296.2
1981	225	395.2	193	299.7
1982	233	406.5	218	338.0
1983	239	411.2	214	317.9
1984	262	446.5	217	311.8
1985	243	409.1	222	319.0
1986	228	377.7	187	265.5
1987	290	471.2	219	302.6
1988	270	436.8	257	350.2
1989	306	491.6	249	340.7
1990	309	488.4	279	384.5
1991	277	433.6	280	367.9
1992	319	496.3	295	379.4
1993	346	535.2	251	325.5
1994	349	529.9	304	395.8
1995	337	513.2	284	361.2
1996	309	468.4	297	365.8
1997	338	505.1	297	363.3
1998	338	490.5	353	431.9
1999	366	524.1	302	354.2
2000	341	477.7	305	346.2
2001	363	504.8	328	375.6
2002	386	523.4	330	363.6
2003	412	554.3	368	411.5
2004	406	529.6	346	378.3
2005	420	525	350	386
2006	410	516	370	404


† les taux sont ajustés à la répartition par âge de la population canadienne de 1991; tous les sites excluent le cancer de la peau sans la présence de mélanome.

☐ nombres estimés

A4. Morts par cancer à l'Î.-P.-É. pour tous les sites de cancer, selon le sexe et l'année

Année	Homme		Femme	
	(n)	taux ajusté selon l'âge‡ de la mortalité	(n)	taux ajusté selon l'âge‡ de la mortalité
1980	113	201.3	91	135.3
1981	122	212.4	102	152.6
1982	132	229.0	96	139.7
1983	127	220.7	118	163.8
1984	152	252.9	104	141.3
1985	158	262.6	114	146.2
1986	148	243.1	129	173.9
1987	159	259.4	104	135.5
1988	151	243.4	96	118.6
1989	148	238.1	111	144.1
1990	169	267.6	137	168.4
1991	168	262.3	135	167.2
1992	178	278.4	122	154.2
1993	149	227.7	126	148.3
1994	173	265.6	139	169.9
1995	174	265.0	129	157.0
1996	184	277.6	143	158.1
1997	158	237.2	113	126.0
1998	158	231.7	142	163.9
1999	164	233.9	151	168.9
2000	171	241.6	148	152.0
2001	156	215.3	114	118.7
2002	160	217.0	150	154.0
2003	180	249	150	154
2004	190	251	150	154
2005	190	249	150	151
2006	180	229	150	151

‡ les taux sont ajustés à la répartition par âge de la population canadienne de 1991; tous les sites excluent le cancer de la peau sans la présence de mélanome.

 nombres estimés

A5. Incidence du cancer à l'Î.-P.-É. (tous les sites) 1995 à 2004, selon le groupe d'âge et sexe

Age	Homme		Femme	
	(n)	taux ajusté selon l'âge‡ de l'incidence moyen	(n)	taux ajusté selon l'âge‡ de l'incidence moyen
00 - 24	45	17	35	13
25 - 54	486	139	748	218
55 - 74	1966	1827	1370	1184
75+	1099	3427	1057	1934

‡ les taux sont ajustés à la répartition par âge de la population canadienne de 1991; tous les sites excluent le cancer de la peau sans la présence de mélanome.

A6. Incidence du cancer à l'Î.-P.-É. (tous les sites) 1995 à 2004, selon la communauté et le sexe

901366.8

communauté	Homme			Femme		
	(n)	population moyenne	taux ajusté selon l'âge‡ de l'incidence moyen	(n)	population moyenne	taux ajusté selon l'âge‡ de l'incidence moyen
l'Ouest (Tignish, Alberton, O'Leary, Tyne Valley, Wellington, Miscouche)	552	9838	530	437	9901	371
Summerside (St. Eleanor's, Wilmot, Summerside)	378	7438	489	429	8134	412
Le Centre (Kensington, Hunter River, Cavendish, Crapaud, Cornwall)	720	16969	426	564	16987	303
Charlottetown (Stratford, West Royalty, Parkdale, Sherwood, Ch'town)	1144	19371	559	1212	21267	434
l'Est (Morell, Montague, Murray River, Souris)	802	12266	592	568	12235	394

‡ les taux sont ajustés à la répartition par âge de la population canadienne de 1991; tous les sites excluent le cancer de la peau sans la présence de mélanome.

Annexe 3: Définitions

ÂGE

L'âge du patient au moment du diagnostic en années.

DATE DU DIAGNOSTIC

Le diagnostic peut être confirmé au moment d'un rapport pathologique, rapport radiologique, rapport chirurgical, détermination clinique, ou sur un certificat de décès. La date du diagnostic est la date du *tout premier* rapport confirmatoire suivant la séquence précisée par les règles du Registre canadien des cancers.

INCIDENCE DU CANCER

Le nombre de nouveaux cas de cancer envahissant par année. Les cancers métastatiques et les carcinomes in situ sont exclus. Les tumeurs bénignes ne sont inclus que pour le système nerveux central. Les cancers de la peau non mélanomes sont exclus, étant donné qu'on réussit à les traiter simplement et avec succès sans hospitalisation, et qu'ils sont en conséquence difficiles à enregistrer complètement.

TAUX D'INCIDENCE NORMALISÉ POUR L'ÂGE

Le numérateur est les nouveaux cas de cancer, pondérés selon l'organe et l'âge d'une population-type (population canadienne de 1991) par intervalles de 5 ans. Le dénominateur est les estimés de population produit chaque année par Statistique Canada. Le taux ajusté selon l'âge est exprimé comme le nombre de nouveaux cas de cancer par 100 000 de population par année.

MORTALITÉ PAR CANCER

Le nombre de morts causées par le cancer, basé sur la cause de mort telle que rapportée sur le certificat de décès.

TAUX DE MORTALITÉ NORMALISÉ POUR L'ÂGE

Le numérateur est les morts par cancer, pondérés selon la structure et l'âge d'une population-type (population canadienne de 1991). Le taux ajusté selon l'âge est exprimé comme le nombre de morts par cancer par 100 000 de population par année.

LISSAGE DE GRAPHIQUES

Les taux d'incidence et de mortalité pour l'Î.-P.-É. sont des moyennes mobiles de 3 ans afin d'éliminer les fluctuations, étant donné que les petits nombres de cas peuvent cause de grandes fluctuations dans les taux. Cela n'a pas été utilisé pour les taux canadiens montrés sur les graphiques, étant donné que le grand nombre de cas produit des taux plus stables.

Les graphiques de cancers chez les enfants de l'Î.-P.-É. sont des moyennes mobiles de 5 ans; les cancers chez les enfants canadiens sont des moyennes mobiles de 3 ans. Les graphiques de cancer dans les communautés utilisent un lissage non paramétriques.

ESTIMATIONS

Lorsque la mortalité et l'incidence récentes n'étaient pas disponibles, des estimations ont été utilisées à partir des « Statistiques canadiennes sur le cancer » produites par l'Institut national du cancer du Canada,⁴ à l'aide de l'incidence selon l'âge et des projections démographiques. Toutes les estimations sont montrées sur les graphiques du présent rapport comme des lignes légèrement ombragées.

Des estimations sont utilisées pour 2005 et 2006 pour les nouveaux cas de cancer à l'Î.-P.-É.

Des estimations sont utilisées pour 2002 à 2004 et 2006 pour les nouveaux cas de cancer au Canada, la première année variant selon le site.

Des estimations sont utilisées pour 2003 à 2006 pour les morts par cancer à l'Î.-P.-É. et au Canada.

TAUX D'INCIDENCE SELON L'ÂGE

Le taux de nouveaux cas dans un groupe d'âge de la population. Les groupes d'âge utilisés sont : 0 à 24 ans, 25 à 54 ans, 55 à 74 ans et 75 ans et + au moment du diagnostic. À l'intérieur de ces catégories d'âge, les taux sont pondéré par une population normalisée (la population canadienne de 1991).

TAUX DE SURVIE RELATIVE À CINQ ANS

La survie des patients atteints de cancer passée cinq ans après le diagnostic, ajustée pour les causes de mort autres que le cancer. Les taux de survie mesurent le pronostic, et ils sont influencés par la capacité de guérir la maladie, ainsi que le stade du cancer au moment du diagnostic. Les taux de survie relative à cinq ans sont interprétés comme :

1. pronostic excellent (85 % ou plus de survie à cinq ans)
2. pronostic bon (70 % à 84 % de survie à cinq ans)
3. pronostic modéré (30 % à 69 % de survie à cinq ans)
4. pronostic mauvais (moins de 30 % de survie à cinq ans)

Les taux de survie canadien sont utilisés dans le présent rapport.⁴

STADE AU MOMENT DU DIAGNOSTIC

La stadification des tumeurs suit le *AJCC Cancer Staging Manual Sixth Edition*, et elle est basée sur des critères propres au site à partir de dossiers cliniques et pathologiques. En général, les stades sont décrits de la façon suivante :

Stade 1 : le stade le moins avancé, sans implication de ganglions lymphatiques;

Stade 2 : tumeur plus grosse ou envahissante qu'au stade 1, l'implication des ganglions lymphatiques varie selon le site;

Stade 3 : tumeur plus large ou envahissante qu'au stade 2, implique habituellement les ganglions lymphatiques;

Stade 4 : le stade le plus avancé, implique des métastases à distance.