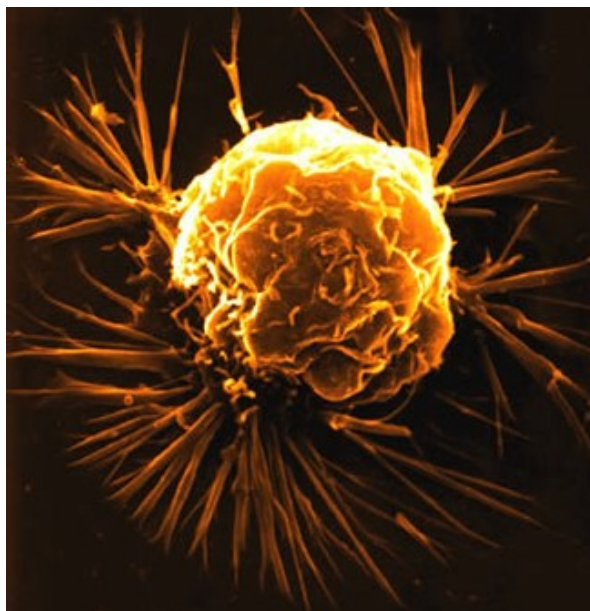


Le registre du cancer de la Nouvelle-Calédonie

Rapport d'activités 2009

Elodie MAGNAT (VCAT)

emagnat@pasteur.nc



BP 61 - 98845 Nouméa Cedex
Tel. : (687) 27 02 80 - Fax : (687) 27 33 90
Email : diripnc@pasteur.nc

Responsable :

- Francine BAUMANN, Épidémiologiste

Collaborateurs internes :

- Elodie MAGNAT, Épidémiologiste (VCAT)
- Rachèl DAMBREVILLE, Secrétaire Médicale
- Sylvain MERMOND, Médecin biologiste

Collaborateurs externes :

- Vincent ROULEAU, Responsable du service d'anatomo-cyto-pathologie du CHT G. Bourret, Nouméa
- Dominique DUBOURDIEU et Viviane VERHAEGEN, responsables laboratoire d'anatomie pathologique de l'Alma, Nouméa
- Erick CAMUS, Chef du Service de Gynécologie du CHT G.Bourret, Nouméa
- Les médecins du Service de Pneumologie du CHT G.Bourret, Nouméa
- Catherine HELLOIN, Chef du Service Administratif du Contrôle de Médical, CAFAT, Nouméa
- Sylvie LAUMOND-BARNY, Médecin épidémiologiste, DASS, Nouméa
- Bernard ROUCHON, Directeur de l'Agence Sanitaire et Sociale de Nouvelle-Calédonie, Nouméa

Le registre remercie :

- Les médecins et services hospitaliers pour les déclarations de cancers ainsi que leurs secrétaires très souvent sollicitées pour des compléments d'informations.
- Le Réseau Oncologique Pluridisciplinaire pour leur accord de collaboration.
- Le Service Administratif du Contrôle Médical de la CAFAT et les Services d'État Civil des mairies pour leurs recherches concernant le statut vital des patients.
- Le service des archives du CHT pour nous avoir permis d'accéder à d'anciens dossiers.

Introduction

Le Registre du Cancer de Nouvelle-Calédonie recense toutes les tumeurs malignes survenues chez les résidents de Nouvelle-Calédonie, y compris celles diagnostiquées ou traitées à l'extérieur. Sont exclues : les tumeurs bénignes, les récidives et les métastases dont la tumeur primitive est connue et enregistrée. Les tumeurs malignes *in situ* sont enregistrées mais exclues de l'analyse. Les tumeurs cutanées autres que mélanomes sont enregistrées mais analysées séparément. L'objectif principal est le recensement continu, exhaustif et nominatif de tous les cas de cancers de Nouvelle-Calédonie. Les missions du registre sont : la surveillance épidémiologique des cancers (incidence, gravité, évolution en fonction du site anatomique, du type histologique, différences interethniques ou géographiques...), l'évaluation de programmes de dépistage, de prévention ou de la prise en charge thérapeutique ainsi que la conduite de travaux de recherche épidémiologique (particularités de la NC, facteurs de risque liés au mode de vie...). Le registre fonctionne sous la supervision d'un Comité du Registre présidé par la DASS NC. Ce comité se réunit annuellement pour valider les travaux de l'année, discuter des problèmes rencontrés par le registre, et formuler des recommandations pour l'année à venir.

Les principaux objectifs pour l'année 2009 étaient de :

- Recueillir de manière la plus exhaustive les cas de cancers diagnostiqués en 2008 et les enregistrer
- Analyser les données 2007 et étudier l'évolution dans le temps des incidences standardisées et des stades au diagnostic depuis 1977 (année de création du registre) : plaquette 2009
- Améliorer la qualité du registre et son contrôle
- Réaliser et poursuivre différents travaux de recherche épidémiologique
- Diffuser l'information

1. Recueil et enregistrement des cas de cancers 2008

1.1 Sources de données

Les différentes sources de données du registre sont :

- les deux laboratoires d'anatomo-cyto-pathologie. Tous les comptes-rendus (CR) concernant un diagnostic de cancers sont récupérés trimestriellement auprès du laboratoire du CHT de Nouvelle-Calédonie. Son responsable est fréquemment sollicité pour aider à l'interprétation des CR et sa secrétaire pour nous envoyer les CR qui nous aurait échappés. Concernant les CR du laboratoire libéral, ils sont récupérés par la DASS puis transmis à l'IPNC.
- le laboratoire de cytologie (hématologie) de l'Institut Pasteur de Nouvelle-Calédonie (IPNC). Les doubles des CR concernant les leucémies et myélomes sont recueillis et le responsable est consulté pour l'interprétation ou des précisions sur les CR.
- les déclarations de cancers adressés par les médecins et chirurgiens (CHT, cliniques privés, dispensaires...). Ces déclarations ne sont pas exhaustives et ne sont envoyés que par quelques médecins et services hospitaliers. Les médecins référents sont fréquemment contactés pour compléter les données manquantes lorsque nous disposons du seul CR anatomo-cyto-pathologique. Alors que les données administratives sont généralement obtenues (ethnie, adresse...), les données médicales, en particulier le stade précis au diagnostic et les traitements, sont obtenus de façon beaucoup plus hétérogènes.
- le service des archives du CHT. La procédure est lourde, le personnel peu disponible et les dossiers pas tous retrouvés. L'accès à cette source a été obtenu en 2008 pour les dossiers de pneumologie et utilisé en 2009 pour les cancers du col de l'utérus.
- le service du contrôle médical de la CAFAT, caisse primaire d'assurance maladie. Une liste de patients du registre (souvent atteints d'un même cancer pour une étude spécifique) est envoyée à ce service pour vérifier et compléter les données nominatives, de résidence, dates de naissance, dates de décès ou dates de dernières nouvelles. Le fichier nous est ensuite renvoyé. En 2009, le délai pour 310 cancers du col de l'utérus a été de 8 mois. Les cancers digestifs sont actuellement dans ce service.

- les bases informatisées de données du CHT et des analyses médicales du laboratoire de l'IPNC. Ces bases sont accessibles directement depuis nos bureaux et sont consultées systématiquement pour chaque nouveau cas.
- les certificats du registre décès de la DASS : nouvelle source de données (2.4).
- les services d'état civil des mairies. Une autorisation du procureur de la République en date du 4 août 2009 nous autorise à contacter les mairies afin de pouvoir récupérer le statut vital de patients atteints de cancer. Les services ont été contactés pour tous les cas de cancers du col de l'utérus dont les dates de dernières nouvelles ou de décès nous étaient inconnues.
- l'utilisation des marqueurs tumoraux : nouvelle source de données (2.4).

1.2 Codification et saisie

Après recueil de toutes les fiches de déclaration et comptes-rendus de laboratoire pour une année, l'ensemble des fiches papier est classé alphabétiquement afin de rassembler celles qui concernent un même cas. Une fiche de déclaration unique est remplie par la secrétaire du registre, en reportant les données figurant sur les divers documents. Toute fiche de déclaration fait l'objet d'une recherche de doublons à partir des données nominatives, du site et de l'histologie, en consultant un fichier cartonné de l'ensemble des tumeurs déjà enregistrées, classé par ordre alphabétique. Ceci permet d'éliminer les cas déjà connus, et de rechercher si un nouveau cas pourrait être une extension d'une tumeur déjà enregistrée. Si le cas est déjà enregistré, la fiche ou le CR est ajouté à la première fiche de déclaration, et les données sont utilisées pour compléter éventuellement celles déjà enregistrées. Les données d'extension ne sont modifiées que si elles concernent une date inférieure à 6 mois après la date de diagnostic. En cas de doute, un contrôle de validation peut être demandé auprès d'un médecin pathologiste ou hématologiste.

Les fiches de déclaration sont codées par la secrétaire du registre avec l'aide de l'épidémiologiste du registre et/ou celle de l'anatomopathologiste pour les cas difficiles. Le codage suit les règles établies par l'IARC, qui sont intégrées dans le logiciel de saisie et de contrôle CANREG4 : topographie et morphologie / ICDO-3, stade d'extension / SEER et TNM. Dans les cas où l'histologie n'est pas connue, le diagnostic posé par le médecin déclarant n'est pas mis en doute. Dans les autres cas, le diagnostic de cancer posé par le pathologiste ou hématologiste définit le cas qui est alors validé.

Les fiches de renseignement complétées sont saisies sur le logiciel CANREG4, qui attribue un numéro d'identification unique par tumeur. Avant validation, CANREG4 effectue un contrôle de cohérence des données et un contrôle de probabilité de doublon. En cas de problème, les données incohérentes ou rares sont affichées pour validation ou modification, ainsi que les fiches qui présentent une possibilité de doublon. Seul l'épidémiologiste responsable du registre peut alors valider définitivement le cas.

1.3 Incidence des cancers en 2008 (données provisoires)

Au total nous avons enregistré 615 cas de cancer de 2008. Le tableau 1 présente les nombre de cas par site anatomique et sexe. Ces données ne sont pas exhaustives et seront complétées en 2010. Les taux d'incidence standardisés sur la population mondiale (pour 100 000 personnes/année) seront alors calculés. Le comité du registre validera toutes les données 2009 avant leur publication.

SITE	HOMMES NB	FEMMES NB
ORL	16	6
Œsophage	7	1
Estomac	6	4
Intestin - Pancréas	4	2
Colon - Rectum	29	17
Foie - Voies Biliaires	3	4
Org. Respiratoires	40	18
Os - Cartilage	1	1
Mélanome Cutané	11	3

Autres t. Cutanées	29	12
Tissus Mous	6	2
Sein	0	70
Col Utérin	-	20
Org. Génitaux	160	33
Voies Urinaires	24	6
Cerveau - SN - Oeil	0	1
Thyroïde - Glandes	5	30
Lymph. - Myél. - Leuc.	18	14
Mal définis - Inconnus	6	6
Tous cancers	365	250
Tous cancers hors C44 (peau)	336	238

Tableau 1 : Nombres de cas de cancers enregistrés en 2008 par site anatomique et sexe (à compléter en 2010)

2. Amélioration et contrôle de la qualité du registre

2.1 Procédures

Dans le cadre d'une amélioration de la qualité du registre, plusieurs procédures ont été revues :

- Procédure de validation d'un cas à inclure au registre
 - Procédure de recueil du statut vital et des dates de décès
 - Procédure de classification des tumeurs selon la classification CIM10
- et d'autres ont été créées :

- Procédure d'enregistrement des cancers multiples
- Marqueurs biologiques tumoraux recherchés à l'IPNC
- Procédure de récupération des cas à partir des myélogrammes IPNC
- Procédure d'analyses statistiques des données annuelles
- Procédure de création d'un ensemble de données démographique sous CANREG4

Une nouvelle procédure de codage des stades au diagnostic devra être mise en place début 2010. En effet, de nombreuses déclarations sont codées en stade « localisé » alors que nous ne disposons pas du stade TNM ou du bilan d'extension. La recherche du TNM ou du stade d'extension devra être régularisée pour toutes les déclarations.

2.2 Intégration de nouvelles variables dans le logiciel

La version 4 du logiciel CANREG a été installée au 3^{ème} trimestre 2008. Ce nouveau logiciel permet, pour chaque cas de cancers, la saisie et l'enregistrement informatique de nouvelles variables : noms-prénoms, date de décès, lieu de résidence plus précis (quartier, tribu...), nombre de sources et stade TNM. En 2009, l'ensemble des données depuis la création du registre ont été reprises et enregistrées, c'est-à-dire environ 11 500 dossiers. A noter que lors de ce retour aux dossiers, une centaine de cas n'avaient pas été saisis dans le logiciel et n'étaient donc pas pris en compte dans les analyses antérieures.

2.3 Recherche de doublons

Après intégration dans le logiciel de tous les noms de personnes atteintes d'un cancer, une recherche de doublons, respectant la procédure d'enregistrement des cancers multiples, a pu être conduite. Au total, 136 doublons (hors cancers de la peau) ont été repérés et supprimés de la base de données.

2.4 Nouvelles sources de données

Afin de contrôler et d'améliorer l'exhaustivité des données du registre, une nouvelle source de données a été utilisée cette année : les analyses de marqueurs tumoraux réalisés à l'IPNC. Pour chacun

des cinq marqueurs tumoraux (PSA, AFP, CA125, CA19,9 et ACE), tous les CR de patients ne figurant pas au registre et ayant un taux supérieur au seuil choisi ont été imprimés (n=144). Au total, 64 réponses de médecins concernant ces 144 patients ont été reçues et 36 étaient bien des nouveaux cas de cancers 56% (annexe 1). Cette démarche est concluante pour les marqueurs AFP, CA125 et ACE. Concernant les deux autres marqueurs PSA et CA19,9, ils ne seront pas réexaminés l'année prochaine puisque le taux de réponse des médecins est faible et qu'ils nous ont permis de recueillir seulement 3 cas pour 55 demandes.

Le registre des décès a également été consulté à plusieurs reprises cette année. En collaboration avec le Dr Sylvie Laumond-Barny, pour chaque site anatomique de cancers, un double croisement (registre cancer -> registre DASS et registre DASS -> registre cancer) est réalisé dans les bureaux de la DASS. Les intérêts de cette collaboration sont doubles. Le registre récupère un grand nombre de dates de décès mais aussi quelques nouveaux cas de cancers (cas sans CR anapath) et la DASS complète les causes médicales de décès de leur registre. Ce système de croisement a été testé cette année pour tous les cancers du col de l'utérus, les cancers du foie ainsi que les cancers de l'estomac et s'est montré prometteur : environ 300 dates de décès ont été récoltées et ajoutées à la base.

La collaboration avec le réseau oncologique pluridisciplinaire de Nouvelle-Calédonie a pu être finalisée cette année. Le registre dispose maintenant des noms-prénoms, date de naissance et médecins référents de tous les patients ayant eu une réunion de concertation pluridisciplinaire en 2009. Si ces patients ne figurent pas au registre, les médecins et laboratoires sont contactés afin de se procurer les CR et autres données manquantes.

Un nouveau logiciel sera également installé début 2010 : le « e-services CAFAT ». Cet accès permettra d'améliorer la connaissance du statut vital ainsi que la qualité des données administratives (noms, prénoms, date de naissance). L'ajout de la variable « couverture sociale » serait également intéressante afin de repérer d'éventuelles différences socio-économiques.

3. Travaux de recherche épidémiologique

Différents travaux de recherche ont été réalisés courant 2009 :

- Évaluation de la campagne de dépistage du cancer du col de l'utérus en Nouvelle-Calédonie et population à haut risque. Voir le résumé dans la plaquette 2009 du registre du cancer (page 12) ou le résumé anglais en annexe 3.
- Étude de la survie des cancers broncho-pulmonaires en NC, 1990-2005. Voir le résumé dans la plaquette 2009 du registre du cancer (page 11) ou le résumé anglais en annexe 4.
- Mésothéliome et exposition à l'amiante environnemental. Poursuite des missions de terrain dans les tribus avec et sans cas de mésothéliomes connus.

4. Diffusion de l'information

4.1 Plaquette 2009 - Bilan 2007- Evolution 1978 à 2007

Une plaquette du registre est réalisée chaque année et envoyée à tous les médecins, tous les services hospitaliers et les dispensaires de NC, l'association de la Ligue contre le cancer et autres collaborateurs. Dans la plaquette 2009 (12 pages), une analyse des cancers diagnostiqués en 2007, une analyse de tous les cancers pendant 30 ans (1978 à 2007, N= 9981) ainsi que les résumés sur l'évaluation de la campagne de dépistage du cancer du col de l'utérus et l'étude de survie des cancers broncho-pulmonaires sont présentés. Concernant ce dernier résumé, il a été constaté une erreur sur l'âge du plus jeune patient (11 ans au lieu de 23 ans dans le fichier du registre). Pour la signification de la différence entre les fumeurs hommes et femmes, lire $p < 10^{-4}$ au lieu de $p = 0.000$.

4.2 Congrès PSI des sciences du Pacifique

Il s'est tenu du 2 au 5 mars à Tahiti, Polynésie Française. Un poster a été affiché sur les facteurs de risque du mésothéliome en Nouvelle-Calédonie. Un article a été publié dans les Actes du Congrès (résumé en annexe 2).

4.3 Congrès international IARC

Mme F Baumann a participé au 31^{ème} congrès international organisé par l'IARC (International Association of Cancer Registries), du 3 au 5 juin 2009 à la Nouvelle Orléans, USA. Un poster sur la survie des cancers broncho-pulmonaires 1990-2005 et une présentation orale concernant l'évaluation de la campagne de dépistage du cancer du col de l'utérus en NC ont été exposés (2 résumés en annexes 3 et 4).

4.4 Conférence de l'Association Médicale de Nouvelle-Calédonie (AMNC)

Le bilan des 30 années de recueil de données ainsi que les deux études sur les cancers du poumon et du col de l'utérus ont été exposés par Mme F Baumann, dans le cadre des conférences de l'AMNC et de la Ligue contre le Cancer, le 20 octobre à l'hôtel Méridien.

4.5 XXe Conférence Asie-Pacifique sur les cancers

Mme F Baumann a participé à ce congrès qui s'est tenu du 12 au 14 novembre à Tokyo, Japon.

5. Formation

Mme F Baumann a suivi un atelier de formation à la géomatique les 22 et 23 avril, à l'IRD Nouméa.

Annexe 1

Résultats de la recherche de nouveaux cas de cancers à l'aide des analyses de marqueurs tumoraux de l'IPNC

BILAN DES RÉPONSES DES MEDECINS ET CANCERS REPÉRÉS					
Marqueurs recherchés <i>(cancers probables)</i>	AFP <i>Foie, Testicules, Colo-rectal</i>	PSA <i>Prostate</i>	CA125 <i>Ovaire</i>	CA19, 9 <i>Colo-rectal, Pancréas</i>	ACE <i>Colo-rectal, Sein, Thyroïde , Poumon, Foie, Estomac, Pancréas</i>
Nb de médecins contactés	9	12	12	6	13
Nb de médecins ayant répondu	7	5	8	1	7
% de médecins ayant répondu	77,7	41,6	66,66	16,66	53,8
Nb de dossiers patients	17	28	32	27	40
Nb de réponses	14	6	21	3	20
% de réponses	82,3	21,4	65,6	11,11	50
Nb de positif (dont décédé)	10 dont 4 décès	2 dont 1 décès	10	1	13
Nb de négatif (dont décédé)	4 dont 2 décès	4	11	2	7

Annexe 2

Facteurs de risque du mésothéliome en Nouvelle-Calédonie : données épidémiologiques et géologiques

F.Baumann^a, P. Maurizot^b, B. Robineau^c, JP Ambrosi^d, JF Viel^e

a. Institut Pasteur de Nouvelle-Calédonie ; b. Bureau de la Recherche Géologique et Minière,, Nouvelle-Calédonie ; c CNRT Nickel et son Environnement, Nouvelle-Calédonie ; d CEREGE, UPCAM, CNRS, IRD, CdF, Aix en Provence, France; eUMR CNRS N°6249, Besançon, France

Background. Pleural mesothelioma is a rare tumor resulting from exposure to asbestos. The incidence is 50 times higher in New Caledonia (NC) than in the world. The use of an hand made distemper, called “Pö” to cover houses walls, was previously shown as the major risk factor. Our objective is to search for the different origins of environmental exposure to natural occurring asbestos (NOA) in NC.

Methods. A case control study was realised on all registered mesothelioma between 1984 and 2002, taking in account pö, mining activity and NOA in soil or surface outcrops. Then epidemiological and geological investigations are conducted on all cases. Data are integrated into a GIS.

Results. The sex ratio close to 1 and the young cases are consistent with environmental exposure. Two main risk areas are highlighted. The use of NOA to cover the roads represents a major environmental factor of exposure to asbestos.

Annexe 3

Evaluation of the Cervical Cancer Screening Program in New Caledonia and Highest Risk Population

E. Magnat¹, V. Rouleau², E. Camus³, B. Rouchon⁴, V. Verhaegen⁵, F. Baumann¹

¹Cancer Registry of New Caledonia, Pasteur Institute of New Caledonia; ²Service of Pathology, CHT G Bourret, New Caledonia; ³Service of Gynecology, CHT G Bourret, New Caledonia; ⁴Sanitary Agency of New Caledonia; ⁵Laboratory of Alma, New Caledonia

Background. New Caledonia (NC) is a French archipelago located in South Pacific, divided in 3 Provinces: North, South and Loyalty Islands. Cervical cancer is a public health problem in NC where the age-standardized incidence rate is two to three times higher than in Europe or in Australia. The screening program started in 1994 and targets women aged 17 to 65 years. The objectives of our study are to evaluate the screening program and to highlight the highest risk groups for cervical cancer.

Methods. All cervical smears and biopsies were studied from 2003 to 2008 concerning 17-65 yrs women. Five categories of indicators were analysed: impact indicators, quality indicators, follow-up indicators, efficiency indicators and long-term indicators using all cervical cancers registered from 1985 to 2006.

Results. Coverage rates in *PAP* smear screening were 62% for 2003-2005 period and 58% for 2006-2008 period. Crude rates were 816 precancerous lesions (*CIN2-CIN3-CIS*) and 67 invasive cancers per 100 000 screened women. Sixty two percent of invasive cancer affected women had never realized a *PAP test* previously (86% in Loyalty Islands, $p=0.04$) compared to 7% among women with precancerous lesions ($p<10^{-5}$). In the South, 22% of women (41% in the Loyalty Islands, $p<10^{-5}$ and 38% in the North, $p<10^{-5}$) who required a follow-up did not perform it according to the ANAES recommendations. After the beginning of the screening program, cervical cancers were diagnosed at an earlier stage (35.5% of advanced stage vs 46.6% before, $p=0.02$). The age-standardized (World standard) incidence rate remained more than twice higher in Melanesians (28.9 per 100 000 persons-year) than in Europeans (11)

Conclusions. The number of *PAP* smears doubled since the beginning of the campaign, but the coverage is still insufficient. Quality indicators testify a good condition of *PAP* smear's samples and a good quality of *PAP* test's readings, but the rate of women achieving an appropriate follow-up remains low. Yet, the high rates of precancerous and cancer lesions demonstrate the useful purpose of the campaign. Melanesians constitute a high risk group for cervical cancer, with lower mean age at diagnosis (48.7 vs 52.4, $p=0.01$), and more frequent advanced stage (47% vs 27%, $OR=2.4$ [1.44 ; 4]). For most Melanesian women living in tribes, medical care access is difficult. Screening must be led in the most active way relating to this population, living mainly in the Northern Province and in the Loyalty Islands.

Annexe 4

Survival in Lung Cancer by gender, Age, Ethnicity and Histology in New Caledonia, 1990-2005

F.Baumann¹, D.Obach¹, G.Fesq², H.Levenes², T.Langin³, V.Rouleau⁴

¹*Cancer Registry of New Caledonia, Pasteur Institute of New Caledonia, Nouméa, New Caledonia;* ²*Service of Pneumology, Centre Hospitalier Territorial Gaston Bourret, Nouméa, New Caledonia;* ³*Office of Pneumology, Nouméa, New Caledonia;* ⁴*Service of Pathology, Centre Hospitalier Territorial Gaston Bourret, Nouméa, New Caledonia*

Background. New Caledonia (NC) is a French territory in South Pacific Ocean, where population is multiethnic. Lung is the most frequent site of cancer in men, and the 5th in women. The aim of this study was to analyze the survival in all lung cancer population of NC, by gender, age groups, ethnicity and histological types.

Methods. In total 991 lung cancers diagnosed between 1990 and 2005 were selected from the population-based Cancer Registry of New Caledonia. Age adjusted incidence rates (ASR per 100 000 persons-year) were calculated using the World Population as a standard. Age groups, ethnic groups, histology subtypes, and 2 periods (1990-1999 and 2000-2005) were compared for survival curves with the log Rank test, or Wilcoxon test if curves crossed. Univariate survival analysis was conducted using Cox regression, after testing proportional hazards assumption, and multivariate analysis was adjusted for ethnicity, province of residence, stage, grade and treatment. The statistical analyses were realized in STATA.

Results. Over the period 1990-2005, ASR of lung cancer was 62.1 in men and 19.0 in women, and significantly decreased in men. The incidence was higher in Melanesians (male ASR: 90.7 ; female ASR: 26.1) and Polynesians (82.9; 37.9) than Caucasians (54.2; 12.8). Male-female ratio was 2.9:1 in non Europeans and 4.2:1 in Europeans (p=0.02). Mean age at diagnosis was 62.4 years (range 23-92). Among patients where smoking habits was known, 3.5% had never smoked in men and 26.6% in women (p< 10⁻⁴). Adenocarcinoma were more frequent in women (41.6%, p=0.001) and Squamous cell carcinoma in men (44.2%, p=0.007). Small cell carcinoma were 9% and other subtypes 16% in both genders. Distant metastases were more frequent in non Europeans (35.7%) than in Europeans (24.1%, p=0.025), and for Adenocarcinoma (35.5%) than for other histological subtypes (29.3%, p=0.0001). Six-month and one-year Relative Survival were 68.0% [IC95%, 65.7 - 70.1] and 35.9% [31.4 - 41.1], without any significant difference between genders nor ethnic groups. Risk of mortality was higher among elderly, Small cell carcinoma, high grades and distant metastases, and lower in non smokers, Adenocarcinoma, Squamous cell carcinoma, and patients who underwent surgery. There was no significant difference between 1990-99 and 2000-2005 periods.

Conclusions. The incidence of lung cancer decreased in men over the period 1990-2005, but the risk of mortality remained stable. Non Europeans presented higher incidence, with more frequent distant metastases. Patients undergoing surgery, non smokers, and less than 65 years old had better survival.