



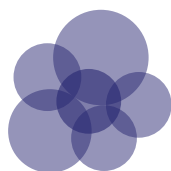
**Registre National
du Cancer**
LUXEMBOURG

1^{re} édition
Rapport de Surveillance des cancers

Le cancer chez les Adolescents et les Jeunes Adultes (AJAs) au Luxembourg

Incidence 2014–2021

Exploration pilote des données du Registre National
du Cancer (RNC)



**Registre National
du Cancer**
LUXEMBOURG

1^{re} édition
Rapport de Surveillance des cancers

Le cancer chez les Adolescents et les Jeunes Adultes (AJAs) au Luxembourg

Incidence 2014–2021

Exploration pilote des données du Registre National
du Cancer (RNC)



LE GOUVERNEMENT
DU GRAND-DUCHÉ DE LUXEMBOURG
Ministère de la Santé
et de la Sécurité sociale
Direction de la santé



AUTEUR·E·S :

Zidane Ngandjon, Ibrahima Niang, Dr Allini Mafra, Dr Bruno Lima, Dr Sophie Couffignal, Dr Claudine Backes

RELECTEUR·ICE·S :

Membres du comité scientifique du RNC :

- Dr AL KERWI Ala'a
- Dr BATISTA José
- Dr BERCHEM Guy
- Dr DECKER Georges
- Dr DONNEAUX Bertrand
- Dr DUSCHINGER Pit
- Dr HAMMER Gaël
- Dr LENS Vincent
- Dr MÜLLER Robert
- PODOLAK Nathalie
- Dr RAUH Stefan
- Dr TABOURING Patrick

Direction de la santé :

- Dr DEBACKER Martine

REMERCIEMENTS :

Les auteurs souhaitent exprimer leur profonde reconnaissance à toutes les personnes ayant contribué à la réalisation de ce travail. Nous adressons une mention particulière à l'équipe du Registre National du Cancer (RNC) du Luxembourg, pilotée principalement par l'unité d'épidémiologie et prévention des cancers (*Cancer Epidemiology & Prevention*, EPICAN) du *Luxembourg Institute of Health* (LIH) ainsi qu'à l'ensemble des partenaires.

Nous remercions également très chaleureusement les Data Managers Cancer (DMC) des hôpitaux luxembourgeois pour leur engagement essentiel dans la collecte des données du RNC. Notre gratitude s'étend également à l'endroit du Dr Michael Schnell et son équipe du Data Integration Center au LIH pour leur appui technique.

Enfin, nous tenons à remercier les membres du comité scientifique pour leur relecture attentive et l'accompagnement dont ils ont fait preuve tout au long de la mise sur pied de ce rapport.

CITATION SUGGÉRÉE :

Ngandjon Z, Niang I, Mafra A, Lima B, Couffignal S, Backes C. Le cancer chez les Adolescents et les Jeunes Adultes (AJAs) au Luxembourg : incidence 2014-2021 : Exploration pilote des données du Registre National du Cancer (RNC) - Première Edition. Rapport de Surveillance des cancers. Luxembourg : Luxembourg Institute of Health (LIH) ; Février 2026. 28 p.

ISBN : 978-2-9199550-7-7

Le RNC autorise l'utilisation et la reproduction des résultats présentés dans ce rapport sous réserve de la mention de la source.

Ce rapport est téléchargeable sur le site web du Registre National du Cancer www.rnc.lu

ACRONYMES

AJAs :	Adolescents et Jeunes Adultes
BDD :	Base de données
CFB :	Centre François Baclesse (Centre National de Radiothérapie)
CHdN :	Centre Hospitalier du Nord
CHEM :	Centre Hospitalier Emile Mayrisch
CHL :	Centre Hospitalier de Luxembourg
CIM-10 :	Classification Internationale des Maladies – 10 ^{ème} Edition
CIM-O-3 :	Classification Internationale des Maladies pour l'Oncologie, 3 ^e édition
CIRC :	Centre International de Recherche sur le Cancer
CMSS :	Contrôle Médical de la Sécurité sociale
CNS :	Caisse nationale de santé
COVID-19 :	Coronavirus Disease 2019 (en français : maladie à coronavirus de 2019)
DMC :	<i>Data Managers Cancer</i>
ENCR :	<i>European Network of Cancer Registries</i>
ECIS :	<i>European Cancer Information System</i>
ESMO :	<i>European Society for Medical Oncology</i>
HRS :	Hôpitaux Robert Schumann
IACR :	<i>International Association of Cancer Registries</i>
IQR :	<i>Interquartile range</i>
NCI :	<i>National Cancer Institute</i> des États-Unis
OMS :	Organisation Mondiale de la Santé
PBCR :	<i>Population Based Cancer Registry</i>
RNC :	Registre National du Cancer du Grand-Duché de Luxembourg
SIOPE :	<i>European Society for Paediatric Oncology</i>
STATEC :	Institut national de la statistique et des études économiques du Grand-Duché de Luxembourg
UE-27 :	Union européenne constituée de 27 pays
VBIH :	Voies biliaires intrahépatiques

DEFINITIONS

Âge médian : L'âge au moment du diagnostic est calculé par différence entre la date d'incidence de la tumeur et la date de naissance du patient. La médiane est la valeur qui correspond à l'âge pour lequel 50 % des cas incidents d'un cancer ont été diagnostiqués à un âge inférieur ou égal. Elle est accompagnée de l'intervalle interquartile (IQR). Pour rappel, l'IQR est borné par le 25^{ème} percentile (P25) et le 75^{ème} percentile (P75) et regroupe 50 % des effectifs autour de la médiane.

Fréquence relative : La fréquence relative se réfère à la proportion représentée par l'incidence de chaque type de cancer parmi l'ensemble des nouveaux cas de cancer par cancer. Elle est exprimée en pourcentage.

Incidence : L'incidence est le nombre de nouveaux cas de cancer survenant dans une population « à risque » définie pendant une période de temps donnée. Elle est exprimée en effectif.

Moyenne annuelle : La moyenne annuelle des cas correspond à la somme des cas observés sur une période donnée, divisée par le nombre d'années incluses dans cette période.

Population à risque : La population exposée au risque de cancer est la population susceptible de développer un cancer spécifique. Elle est exprimée en personnes-année, et sert de dénominateur pour le calcul des taux. Les estimations de la population à mi-année d'une année donnée (calculées comme la moyenne de la population obtenue au 1^{er} janvier et au 31 décembre de cette année) ont été utilisées comme dénominateurs pour le calcul des taux d'incidence par cancer pour une année donnée.

Taux brut d'incidence : Le taux brut d'incidence est le rapport du nombre de nouveaux cas survenant dans une population définie, pendant une période donnée, sur l'effectif de la population à risque pendant la même période. Il est exprimé en effectif (nombre de nouveaux cas de cancer) pour 100 000 personnes par an.

Taux d'incidence spécifique par âge : Le taux spécifique d'une classe d'âge correspond au taux brut d'une classe d'âge donnée. Pour le Registre National du Cancer, le taux d'incidence spécifique par âge est calculé pour chacune des 17 premières classes d'âge quinquennales et pour les 85 ans et plus.

Standardisation : Compte tenu de l'impact de l'âge sur le risque de cancer, il faut en tenir compte lors des comparaisons des taux de cancer entre les pays et/ou au fil du temps. Une méthode de standardisation directe est utilisée afin de calculer des taux standardisés, c'est-à-dire des taux recalculés en supposant que la population étudiée présente la structure par âge d'une population de référence (les populations-types européenne ou mondiale). Le Registre National du Cancer utilise la population standard européenne de 2013 comme référence.

SOMMAIRE

ACRONYMES	6
DEFINITIONS	7
PREFACE	9
INTRODUCTION	10
OBJECTIF DU RAPPORT	11
SOURCES DE DONNÉES ET MÉTHODE	11
Sources de données	11
Méthode	11
RESULTATS	13
Données essentielles de l'incidence des cancers chez les AJAs	13
Types de cancer les plus fréquents par sexe	13
Distribution comparative (AJAs et 40+) des dix types de cancer les plus fréquents	14
Âge médian au moment du diagnostic	15
Taux d'incidence spécifiques	16
Taux d'incidence standardisés	18
Comparaison internationale	22
DISCUSSION ET CONCLUSION	23
LISTE DES TABLEAUX	25
LISTE DES FIGURES	25
REFERENCES	26
ANNEXE 1	29

PREFACE

Cette étude pilote constitue la première publication nationale consacrée à l'incidence des cancers chez les adolescents et jeunes adultes (AJAs, 15–39 ans) au Luxembourg. Couvrant la période 2014–2021, ce rapport est le fruit d'un travail collectif mené par l'équipe Cancer Epidemiology and Prevention (EPICAN) du Luxembourg Institute of Health (LIH) et par l'ensemble des partenaires du Registre National du Cancer (RNC), et repose sur des données exhaustives du RNC du Grand-Duché de Luxembourg.

Entre 2014 et 2021, 1 161 nouveaux cas de cancer ont été diagnostiqués chez les AJAs, dont 444 chez les hommes et 717 chez les femmes. En moyenne, près de 145 nouveaux diagnostics sont enregistrés chaque année, soit presque trois nouveaux cas de cancer chez les AJAs toutes les semaines. Ces résultats soulignent l'importance de mieux comprendre l'épidémiologie des cancers dans cette tranche d'âge et d'adapter les réponses en matière de prévention et de prise en charge.

Bien que relativement rares, les cancers chez les AJAs s'accompagnent de défis spécifiques liés à l'âge, notamment en matière de fertilité, d'insertion professionnelle, de contraintes financières et de qualité de vie. Situés à la croisée des parcours pédiatriques et adultes, les AJAs présentent des profils tumoraux et des besoins médicaux et psychosociaux particuliers, qui justifient une attention spécifique en santé publique et en recherche.

Nous dédions ce rapport à l'ensemble des adolescents et jeunes adultes touchés par le cancer, à celles et ceux qui affrontent avec courage leur diagnostic et leurs traitements. Leur résilience et leur force constituent une source d'inspiration et renforcent notre engagement collectif à améliorer la qualité des soins, les parcours de prise en charge et la recherche pour cette population encore trop souvent sous-représentée.



Docteur Claudine BACKES
Responsable Scientifique RNC



Docteur Sophie COUFFIGNAL
Responsable Opérationnelle RNC

INTRODUCTION

Le cancer chez les adolescents et les jeunes adultes (AJAs) est caractérisé par des profils épidémiologiques, des caractéristiques tumorales et des trajectoires de soins distincts qui se situent à l'interface des cancers pédiatriques (<15 ans) et de ceux des adultes plus âgés.^{1, 2} La survenue d'un cancer chez les AJAs implique des considérations allant au-delà de l'aspect médical, incluant des enjeux de fertilité, de formation et d'insertion professionnelle, de santé mentale et de la qualité de vie à long terme.³⁻⁶ Leurs spécificités biologiques, les trajectoires de soins moins standardisées, les retards diagnostiques plus fréquents, ainsi que les besoins psychosociaux liés à la transition vers l'âge adulte sont de nature à influencer le pronostic de la maladie.^{2, 7-12}

À l'échelle mondiale, 1,3 million de nouveaux cas de cancer ont été diagnostiqués chez les AJAs pour 377 621 décès en 2022²³ avec une hausse globale d'environ 12 % de l'incidence des cancers chez les AJAs projetée d'ici 2050.^{24, 25} En Europe, 112 000 nouveaux cas (environ 5 % de tous les cancers) et 12 700 décès ont été enregistrés en 2020 chez les AJAs. Les cancers les plus fréquents incluent les cancers du sein, de la thyroïde, des testicules, du col de l'utérus et les mélanomes de la peau.²⁶

Le Grand-Duché de Luxembourg se caractérise par l'une des populations les plus jeunes et plus diversifiées d'Europe : en 2024, 38,2 % des résidents ont moins de 40 ans et 47,5 % sont de nationalité étrangère.²⁷ Entre 2014 et 2021, la population résidente a connu une croissance soutenue de 17,4 %, passant de 549 700 à 645 397 habitants.^{27, 28} Le contexte luxembourgeois est aussi marqué par des spécificités socio-économiques et structurelles, notamment une mobilité transfrontalière importante, avec près de 230 000 travailleurs frontaliers représentant environ 45 % de la main-d'œuvre, ainsi qu'un accès universel aux soins de santé.^{29, 30} Ces spécificités influencent

directement les besoins de santé publique, notamment en matière de prévention, de détection précoce et de prise en charge des maladies chroniques telles que le cancer. Ces enjeux sont particulièrement cruciaux dans les classes d'âge jeunes et actives, comme celle des AJAs, dans un contexte où le cancer est la première cause de mortalité au Luxembourg.^{31, 32} En 2025, les AJAs représentent 35 % de la population luxembourgeoise, soit 236 324 individus. Par ailleurs, le taux de croissance spécifique de cette population entre 2014 et 2021 s'élève à 16,2 %, avec une augmentation de 189 169 à 219 820.²⁸

Malgré l'intérêt accru pour cette population, la définition de la classe d'âge correspondant aux AJAs est très hétérogène (15–24 ans en France¹³, et en Angleterre¹⁴, 15–25 ans en Irlande¹⁵, 15–29 ans aux États-Unis¹⁶ et au Canada¹⁷, 16–35 ans en Belgique⁹). Cette hétérogénéité rend la comparaison des résultats difficile. À ce jour, la classe d'âge 15–39 ans, proposée en 2006 par le *National Cancer Institute* (NCI) des États-Unis et la *LiveStrong Foundation Progress Review Group*¹⁸ et adoptée par l'*European Society for Medical Oncology* et *European Society for Paediatric Oncology* (ESMO/SIOPE),¹⁹ tend à s'imposer comme référence européenne et internationale. L'élargissement de cette classe d'âge a favorisé une mise à jour des classifications morphologiques des tumeurs chez les AJAs^{20, 21} conduisant au développement d'une nouvelle classification : la classification de Barr.²²

Ce rapport a pour but d'offrir une vision claire et structurée de la situation des cancers chez les AJAs au Grand-Duché de Luxembourg sur la période 2014–2021, de mettre en lumière les particularités épidémiologiques de cette population et de fournir une première base de référence pour l'élaboration future de recommandations, d'actions ciblées et d'éventuelles stratégies nationales adaptées pour les AJAs.

OBJECTIF DU RAPPORT

Ce rapport pilote vise à décrire les nouveaux cas de cancer chez les AJAs résidents au Luxembourg au moment du diagnostic entre le 1^{er} janvier 2014 et le 31 décembre 2021, en adoptant la classe d'âge 15–39 ans

inclus et en utilisant les données du RNC. Il fournit ainsi, pour la première fois, une vue d'ensemble spécifique du cancer dans cette population au Luxembourg.

SOURCES DE DONNÉES ET MÉTHODE

Ce projet pilote utilise la méthodologie décrite dans le rapport « Le cancer au Luxembourg : incidence et mortalité 2014–2021 »³⁴ développée dans le cadre du projet *REaL-life cANCER epidemiology research* (RELIANCE) par l'équipe *Cancer Epidemiology and*

Prevention (EPICAN) du *Luxembourg Institute of Health* (LIH) et utilise la classification CIM-10 des tumeurs³³ pour garantir la cohérence et la comparabilité des résultats avec d'autres publications nationales et internationales.

Sources de données

Les données de population du Luxembourg entre 2014 et 2021, utilisées pour le calcul des indicateurs dans ce rapport, sont issues de l'Institut national de la statistique et des études économiques du Luxembourg (STATEC).²⁸

La source des données sur le cancer est le Registre National du Cancer (RNC) du Luxembourg. Le RNC, opérationnel depuis 2013,^{35, 36} est un système multi-source afin de répondre à la définition d'un registre du cancer basé sur la population (en anglais ; *Population Based-Cancer Registry* (PBCR)). Un PBCR constitue l'outil de référence pour la production d'indicateurs fiables sur la situation du cancer pour une population

et une période bien définies.^{37–39} Les sources de données du RNC, qui ont contribué à la constitution de la base de données (BDD) utilisée pour ce rapport, sont les établissements hospitaliers du Luxembourg (le Centre Hospitalier de Luxembourg (CHL), le Centre Hospitalier Emile Mayrisch (CHEM), le Centre Hospitalier du Nord (CHdN), les Hôpitaux Robert Schumann (HRS) et le Centre François Baclesse (Centre National de Radiothérapie) (CFB)), la Caisse nationale de santé (CNS), le Contrôle médical de la Sécurité sociale (CMSS), et le Registre national des causes de décès, géré par le Service épidémiologie et statistique de la Direction de la santé.

Méthode

Ce rapport pilote exploite un set minimal de données du RNC qui inclut les huit variables suivantes : sexe administratif, date de naissance, date d'incidence, pays de résidence, topographie de la tumeur, latéralité de la tumeur, morphologie de la tumeur, base de diagnostic. Ce set de variables a été validé par le comité scientifique du RNC, et extrait du RNC le 22 novembre 2024. Il inclut tous les nouveaux cas de cancer diagnostiqués entre le 1^{er} janvier 2014 et le 31 décembre 2021 chez les résidents luxembourgeois âgés de 15 à 39 ans.

La préparation de la BDD a été décrite dans le rapport, « Le cancer au Luxembourg : incidence et mortalité 2014–2021 ».³⁴ En bref, les données du RNC, initialement codées suivant la Classification Internationale des

Maladies pour l'Oncologie, 3^e édition (CIM-O-3),⁴⁰ ont été converties en CIM-10³³ et traitées à l'aide des outils du Centre International de Recherche sur le Cancer de l'Organisation Mondiale de la Santé (CIRC/OMS) et de l'Association Internationale des Registres des Cancers (en Anglais: *The International Association of Cancer Registries* (IACR)).^{33, 41} Pour le croisement avec les sources secondaires (CNS, CMSS et du Registre national des causes de décès), une matrice de correspondance CIM-10 a été utilisée permettant de valider les cas de cancer et d'améliorer l'exhaustivité de la BDD. Les cas de cancer ont été regroupés³⁴ en s'appuyant sur la méthodologie du rapport norvégien édition 2023,⁴² adaptée au contexte du Grand-Duché de Luxembourg (ANNEXE 1)

Les indicateurs ont été calculés à la fois en nombres absolus et en taux. Les estimations de la population au milieu d'une année donnée ont été utilisées comme dénominateurs pour le calcul des taux. Pour les périodes pluriannuelles, la somme des populations au milieu de l'année a été utilisée. Les dix cancers les plus fréquents sont mis en évidence, tandis que l'évolution du taux d'incidence standardisé annuel chez les AJAs a été comparée à celle des personnes de 40 ans et plus (40+). Les taux d'incidence spécifiques ont été calculés pour les cinq classes d'âge quinquennales des AJAs. Les taux standardisés sur l'âge ont été calculés selon la méthode de standardisation directe en utilisant

comme population de référence la population standard européenne 2013 définie par l'office de la statistique de l'Union européenne (Eurostat)⁴³ et la variation de ce taux pour les cancers les plus fréquents entre les périodes 2014–2017 et 2018–2021 a été exprimée en pourcentage à partir de la différence relative entre les deux périodes.

Pour des raisons de confidentialité, les effectifs entre 1 et 4 sont masqués (« < 5 »). Enfin, la faible taille de la population et la jeunesse du RNC imposent d'interpréter certains résultats, notamment les variations de taux, avec prudence.

RESULTATS

Données essentielles de l'incidence des cancers chez les AJAs

Entre 2014 et 2021, 1 161 nouveaux cas de cancer ont été diagnostiqués chez les AJAs, dont 444 chez les hommes (soit 2,9 % de l'ensemble des nouveaux cas masculins) et 717 chez les femmes (soit 5,7 % de l'ensemble des nouveaux cas féminins), pour un sex-ratio homme/femme de 0,6.

Le taux d'incidence standardisé était de 85,4 pour 100 000 personnes-années chez les femmes et de 52,0 pour 100 000 personnes-années chez les hommes. Entre les périodes 2014–2017 et 2018–2021, le nombre de nouveaux cas a légèrement augmenté, passant de 560 à 601, tandis que le taux d'incidence standardisé est resté stable. **(Tableau 1)**

Tableau 1 : Synthèse des données d'incidence sur le cancer chez les AJAs, Luxembourg, 2014–2021

	Effectif ^a	N/an ^b	% ^c	Taux d'incidence		
				Brut ^d	Standardisé ^e	IC95% ^f
Tous types de cancer*	1 161	145	100,0	69,7	68,6	64,7 – 72,5
Sexes						
Hommes	444	56	38,2	52,4	52,0	47,2 – 56,8
Femmes	717	90	61,8	87,6	85,4	79,2 – 91,7
Périodes						
2014-2017	560	70	48,2	70,2	69,3	63,5 – 75,0
2018-2021	601	75	51,8	69,3	68,1	62,7 – 73,6

Source : RNC

^a Effectif : Nombre de nouveaux cas de tumeur maligne

^b N/an : Nombre de cas annuel moyen (les nombres ont été arrondis).

^c % : Proportion parmi tous les cas

^d Taux d'incidence brut, pour 100 000 personnes-années

^e Taux d'incidence standardisé (Population Standard Européenne – 2013), pour 100 000 personnes-années

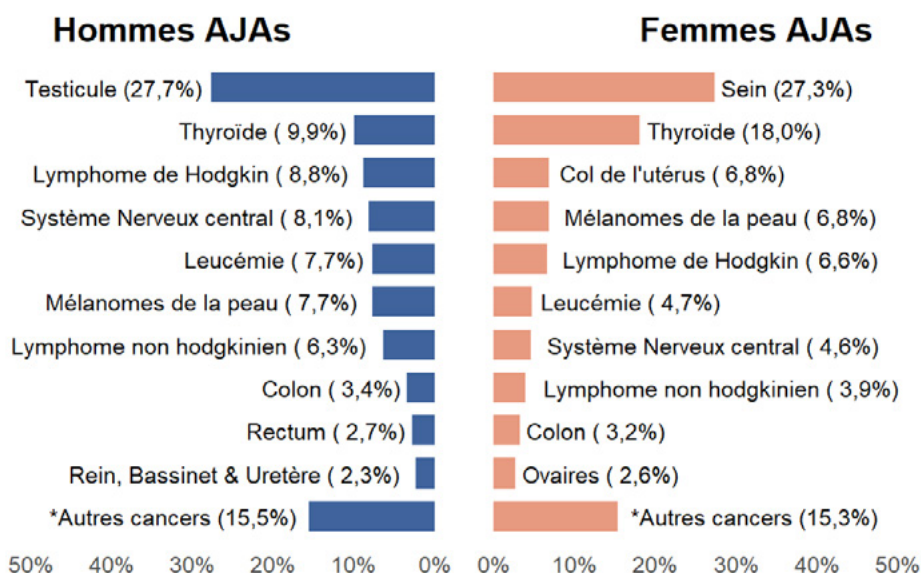
*Tous les types de cancer, à l'exclusion des cancers de la peau non-mélanomes (C44)

^f IC95 % : intervalle de confiance à 95 % du taux d'incidence standardisé

Types de cancer les plus fréquents par sexe

Entre 2014 et 2021, les cancers les plus fréquents au Luxembourg chez les AJAs, tous sexes confondus, sont : le cancer du sein (C50 : 196 nouveaux cas), le cancer de la thyroïde (C73 : 173 nouveaux cas), le cancer des testicules (C62 : 123 nouveaux cas), le lymphome de Hodgkin (C81 : 86 nouveaux cas), et les mélanomes de la peau (C43 : 83 nouveaux cas). Ces cinq cancers représentent 56,9 % de la totalité des nouveaux cas de cancer diagnostiqués chez les AJAs sur la période.

Chez les hommes, le cancer des testicules (C62) est le plus fréquent (27,7 % des nouveaux cas) alors que chez les femmes, c'est le cancer du sein (C50) (27,3 % des nouveaux cas). Le cancer de la thyroïde (C73) est le deuxième cancer le plus fréquent chez les deux sexes (9,9 % chez les hommes et 18 % chez les femmes) **(Figure 1)**.



*Tous les cas de cancer ne figurant pas parmi les dix plus fréquents

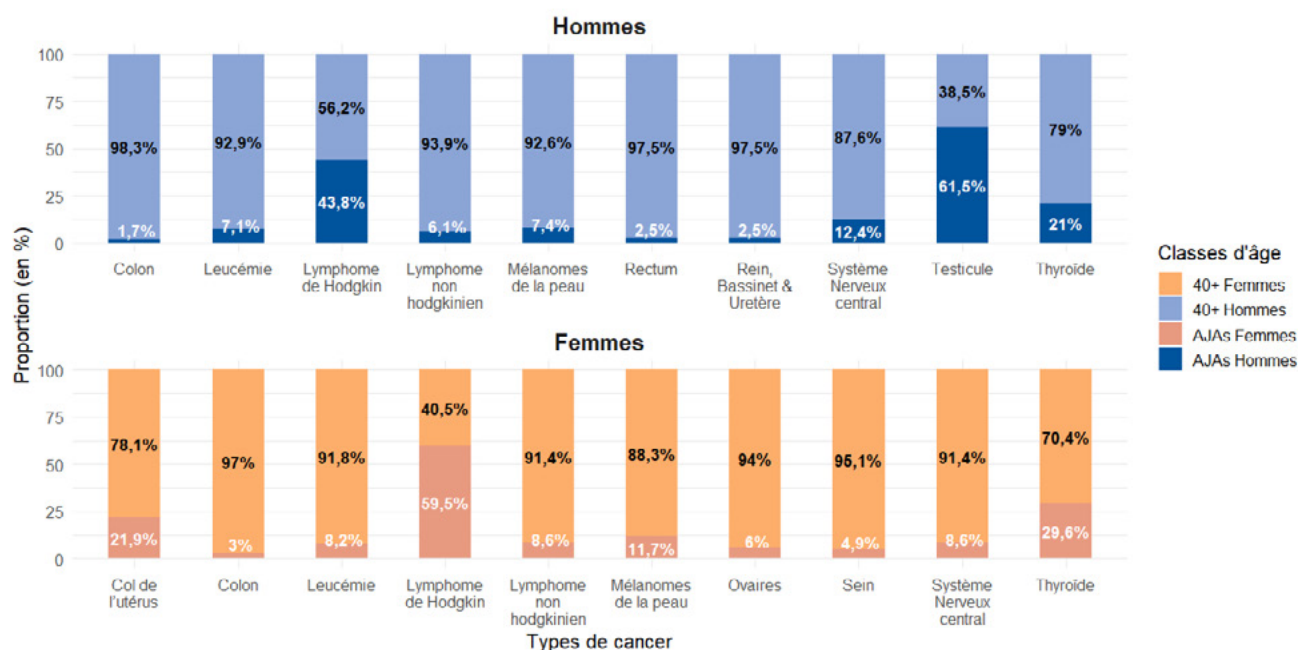
Source : RNC

Figure 1 : Les dix types de cancer les plus fréquents chez les AJAs, par sexe, ($N_{\text{hommes}} = 444$, $N_{\text{femmes}} = 717$), Luxembourg, 2014–2021

Distribution comparative (AJAs et 40+) des dix types de cancer les plus fréquents

La distribution des dix types de cancer les plus fréquents chez les AJAs par sexe, entre les AJAs et les 40+, montre que la majorité des types de cancer concernent surtout les personnes 40+. Toutefois, certains cancers

se distinguent par une forte représentation chez les AJAs, notamment le cancer des testicules (61,5%) et le lymphome de Hodgkin (43,8% chez les hommes et 59,5% chez les femmes) (**Figure 2**)



Source : RNC

Figure 2 : Répartition des dix types de cancers les plus fréquents chez les AJAs par sexe comparée à la classe d'âge de 40 ans et plus (40+), Luxembourg, 2014–2021

Âge médian au moment du diagnostic

Le **Tableau 2** présente l'âge médian au moment du diagnostic chez les AJAs par type de cancer et par sexe. Tous types de cancer confondus, l'âge médian au moment du diagnostic est de 32 ans (IQR : 26–36) chez les hommes et de 34 ans (IQR : 30–37) chez les femmes. L'âge médian le plus bas est observé pour

le Lymphome de Hodgkin (C81) : Hommes : 24 ans (IQR : 19–34) ; Femmes : 29 ans (IQR : 23–35). La plus importante différence d'âge entre les hommes et les femmes est observée pour le cancer du poumon (C33–34) : Hommes : 37 ans (IQR : 31–38) ; Femmes : 31 ans (IQR : 28–36).

Tableau 2 : Âge médian au moment du diagnostic (IQR) des nouveaux cas de cancer par type de cancer et par sexe chez les AJAs, Luxembourg, 2014–2021

Codes CIM-10	Types de cancer	Hommes	Femmes	Tous sexes
C00-97/C44*	Tous types de cancer*	32 (26–36)	34 (30–37)	34 (28–37)
C00-14	Lèvre, Cavité buccale & Pharynx	36 (31–37)	35 (28–38)	36 (29–37)
C16	Estomac	38 (38–38)	34 (28–37)	36 (31–38)
C18	Côlon	32 (25–36)	34 (29–38)	33 (27–36)
C19-20	Rectum	36 (33–39)	36 (34–37)	36 (34–38)
C22	Foie & VBIH	37 (30–37)	39 (38–39)	37 (34–38)
C25	Pancréas	–	33 (30–36)	33 (30–36)
C32	Larynx	36 (35–37)	–	36 (35–37)
C33-34	Poumon	37 (31–38)	31 (28–36)	34 (29–38)
C43	Mélanomes de la peau	31 (27–35)	32 (28–37)	31 (27–36)
C50	Sein	–	36 (34–38)	36 (34–38)
C53	Col de l'utérus	–	36 (33–38)	36 (33–38)
C54	Corps de l'utérus & Utérus SAI	–	39 (38–39)	39 (38–39)
C56	Ovaires	–	33 (23–38)	33 (23–38)
C62	Testicule	31 (27–35)	–	31 (27–35)
C64-66	Rein, Bassinet & Uretère	36 (32–39)	37 (36–39)	37 (33–39)
C67	Vessie	36 (36–37)	–	36 (36–37)
C70-72	Système Nerveux central	28 (23–35)	35 (32–37)	33 (28–37)
C73	Thyroïde	33 (25–35)	33 (29–37)	33 (28–36)
C76-80,	Système Nerveux central	58 (46–69)	59 (48–74)	59 (47–72)
C96-97	Cancer de site primitif inconnu	34 (30–38)	33 (31–36)	34 (30–37)
C81	Lymphome de Hodgkin	24 (19–34)	29 (23–35)	28 (21–34)
C82-86, C88	Lymphome non hodgkinien	33 (26–37)	30 (26–34)	31 (26–37)
C90	Myélome multiple	35 (35–35)	36 (34–38)	35 (34–37)
C91-95	Leucémie	32 (27–37)	32 (23–35)	32 (24–36)
Autres**	Autres types de cancer**	30 (23–36)	33 (27–37)	31 (26–37)

Source : RNC

VBIH : Voies Biliaires Intra-Hépatiques / SAI : Sans Autre Indication / IQR : interquartile range

– : Taux nuls

*Tous types de cancer, à l'exclusion des cancers de la peau non-mélanomes (C44)

**Autres types de cancer= tous les types de cancer dont le nombre total de nouveaux cas tous sexes confondus sur la période

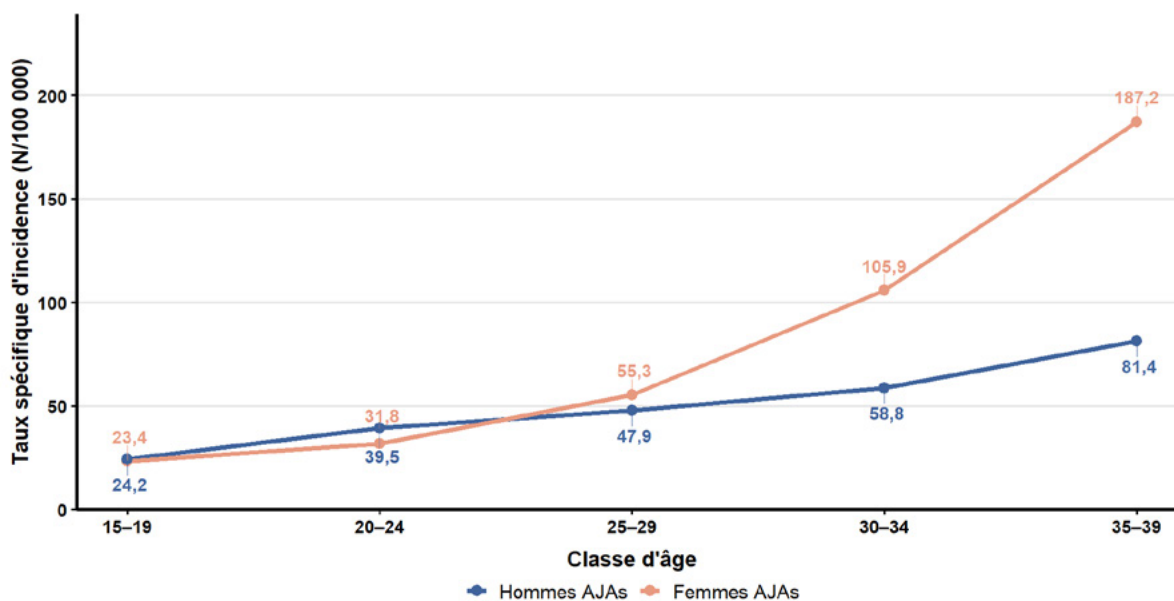
2014–2021 était inférieur à 100. Dans ce cas spécifique, le cancer du sein chez l'homme a aussi été rajouté à ce regroupement car moins de 5 cas par an ont été collectés.

Taux d'incidence spécifiques

Taux d'incidence spécifiques par classe d'âge tous types de cancer confondus

La **Figure 3** montre une augmentation des taux spécifiques d'incidence chez les AJAs, tous types de cancer confondus avec l'âge. Cette augmentation est plus marquée chez les femmes que chez les hommes. Les hommes présentent des taux spécifiques plus

élevés que chez les femmes avant 25 ans. À partir de 25 ans, les taux spécifiques chez les femmes deviennent supérieurs, atteignant presque le double de ceux des hommes à 30–34 ans et plus du double à 35–39 ans.



Source : RNC

Figure 3 : Taux d'incidence spécifiques par classe d'âge des nouveaux cas de cancer chez les AJAs par sexe, Luxembourg, 2014–2021

Taux d'incidence spécifiques par classe d'âge et par type de cancer

Le **Tableau 3** et le **Tableau 4** présentent les taux d'incidence spécifiques des cancers chez les hommes et les femmes respectivement, par type de cancer et classe d'âge. Chez les hommes, il n'y a pas de tendance linéaire définie. Le cancer du testicule (C62) augmente progressivement avant de diminuer à partir de la classe d'âge 30–34 ans. Le cancer de la thyroïde (C73) a une tendance globale évolutive malgré une baisse observée chez les 25–29 ans. Chez les femmes, une augmentation

continue de l'incidence avec l'âge est observée pour les cancers du sein (C50), de la thyroïde (C73), du col de l'utérus (C53), du côlon (C18) et du rectum (C20).

Cependant, ces résultats doivent être considérés avec prudence étant donné les très faibles effectifs obtenus après stratification par classe d'âge.

Tableau 3 : Taux d'incidence spécifiques pour 100 000 personnes-années par classe d'âge chez les AJAs, Luxembourg, 2014–2021, *Hommes*

Codes CIM-10	Types de cancer	15–19	20–24	25–29	30–34	35–39
C00-97/C44*	Tous types de cancer*	24,2	39,5	47,9	58,8	81,4
C00-14	Lèvre, Cavité buccale & Pharynx	–	–	1,1	0,5	2,1
C16	Estomac	–	–	–	0,5	3,2
C18	Côlon	2,2	0,7	0,6	2,6	2,7
C19-20	Rectum	–	–	0,6	2,1	3,7
C22	Foie & VBIH	0,7	–	–	0,5	1,6
C32	Larynx	–	–	–	0,5	0,5
C33-34	Poumon	–	–	1,1	0,5	2,7
C43	Mélanomes de la peau	–	2,6	6,1	5,3	4,8
C62	Testicule	1,5	10,5	20,4	19,1	17,0
C64-66	Rein, Bassinet & Uretère	–	–	0,6	1,6	3,2
C67	Vessie	–	–	–	–	1,1
C70-72	Système Nerveux central	4,4	4,6	4,4	2,6	5,3
C73	Thyroïde	0,7	5,9	4,4	5,3	8,5
C76-80, C96-97	Cancer de site primitif inconnu	–	–	–	1,6	1,1
C81	Lymphome de Hodgkin	7,3	6,6	2,2	4,8	3,2
C82-86, C88	Lymphome non hodgkinien	2,2	2,0	1,7	3,2	6,9
C90	Myélome multiple	–	–	–	–	0,5
C91-95	Leucémie	3,7	2,0	1,7	4,2	8,0
Autres**	Autres types de cancer**	1,5	4,6	3,3	3,7	5,3

Source : RNC

VBIH : Voies Biliaires Intra-Hépatiques / SAI : Sans Autre Indication

– : Taux nuls

*Tous types de cancer, à l'exclusion des cancers de la peau non-mélanomes (C44)

**Autres types de cancer= tous les types de cancer dont le nombre total de nouveaux cas tous sexes confondus sur la période 2014–2021 était inférieur à 100. Dans ce cas spécifique, le cancer du sein chez l'homme a aussi été rajouté à ce regroupement car moins de 5 cas par an ont été collectés.

Tableau 4 : Taux d'incidence spécifiques pour 100 000 personnes-années par classe d'âge chez les AJAs, Luxembourg, 2014–2021, **Femmes**

Codes CIM-10	Types de cancer	15–19	20–24	25–29	30–34	35–39
C00-97/C44*	Tous types de cancer*	23,4	31,8	55,3	105,9	187,2
C00-14	Lèvre, Cavité buccale & Pharynx	1,6	0,7	1,2	1,6	4,8
C16	Estomac	–	–	2,3	2,1	2,2
C18	Côlon	0,8	0,7	2,3	3,8	5,4
C19-20	Rectum	–	–	0,6	1,6	2,7
C22	Foie & VBIH	–	–	–	–	1,1
C25	Pancréas	–	–	0,6	–	0,5
C33-34	Poumon	–	–	1,2	1,1	1,1
C43	Mélanomes de la peau	0,8	4,8	8,1	4,3	10,2
C50	Sein	–	0,7	6,3	31,7	67,2
C53	Col de l'utérus	–	–	2,3	8,1	16,1
C54	Corps de l'utérus & Utérus SAI	–	–	–	–	1,6
C56	Ovaires	–	4,1	1,2	1,6	4,3
C64-66	Rein, Bassinet & Uretere	–	–	0,6	0,5	4,3
C70-72	Système Nerveux central	–	–	1,7	6,4	9,7
C73	Thyroïde	6,2	6,2	11,0	23,1	26,9
C76-80, C96-97	Cancer de site primitif inconnu	0,8	–	–	1,6	1,1
C81	Lymphome de Hodgkin	4,7	7,6	5,2	3,8	7,5
C82-86, C88	Lymphome non hodgkinien	1,6	2,1	5,2	3,8	3,8
C90	Myélome multiple	–	–	–	1,1	1,1
C91-95	Leucémie	4,7	2,8	–	5,9	7,0
Autres**	Autres types de cancer**	2,3	2,1	5,8	3,8	8,6

Source : RNC

VBIH : Voies Biliaires Intra-Hépatiques / SAI : Sans Autre Indication

– : Taux nuls

*Tous types de cancer, à l'exclusion des cancers de la peau non-mélanomes (C44)

**Autres types de cancer= tous les types de cancer dont le nombre total de nouveaux cas tous sexes confondus sur la période 2014-2021 était inférieur à 100.

Taux d'incidence standardisés

Nombre de nouveaux cas et taux d'incidence standardisés par type de cancer chez les AJAs

Le **Tableau 5** présente les taux d'incidence standardisés par type de cancer chez les AJAs sur la période 2014–2021. La moyenne annuelle du nombre de nouveaux cas est de 145 et le taux d'incidence standardisé global est de 68,6 nouveaux cas pour 100 000 personnes-années.

Le cancer du sein (C50 : 14,0 pour 100 000 personnes-années), de la thyroïde (C73 : 10,2 pour 100 000 personnes-années) et du testicule (C62 : 7,1 pour 100 000 personnes-années) présentent les taux d'incidence standardisés les plus élevés.

Tableau 5 : Nombre de nouveaux cas de cancer, distribution en fonction du sexe et taux d'incidence par type de cancer chez les AJAs, Luxembourg, 2014–2021

Codes CIM-10	Types de cancer	Hommes ^a	Femmes ^a	Total ^a	N/an ^b	% ^c	Taux d'incidence		sex-ratio
							Brut ^d	Standardisé ^e	H/F
C00-97/ C44*	Tous types de cancer*	444	717	1 161	145	100,0	69,7	68,6	0,6
C00-C14	Lèvre, Cavité buccale & Pharynx	7	17	24	3	2,1	1,4	1,4	0,4
C16	Estomac	7	12	19	2	1,6	1,1	1,8	0,6
C18	Côlon	15	23	38	5	3,3	2,3	2,2	0,7
C19-20	Rectum	12	9	21	3	1,8	1,3	1,9	1,3
C22	Foie & VBIH	5	<5	7	1	0,6	0,4	0,7	2,5
C25	Pancréas	–	<5	<5	<1	0,2	0,1	0,3	–
C32	Larynx	<5		<5	<1	0,2	0,1	0,3	–
C33-34	Poumon	8	6	14	2	1,2	0,8	1,3	1,3
C43	Mélanomes de la peau	34	49	83	10	7,1	5,0	4,8	0,7
C50	Sein	–	196	196	25	16,9	11,8	14,0	–
C53	Col de l'utérus	–	49	49	6	4,2	2,9	4,6	–
C54	Corps de l'utérus & Utérus SAI	–	<5	<5	<1	0,3	0,2	0,8	–
C56	Ovaires	–	19	19	2	1,6	1,1	1,4	–
C62	Testicule	123	–	123	15	10,6	7,4	7,1	–
C64-C66	Rein, Bassinet & Uretere	10	10	20	3	1,7	1,2	1,9	1,0
C67	Vessie	<5	–	<5	<1	0,2	0,1	0,5	–
C70-72	Système Nerveux central	36	33	69	9	5,9	4,1	4,1	1,1
C73	Thyroïde	44	129	173	22	14,9	10,4	10,2	0,3
C81	Lymphome de Hodgkin	39	47	86	11	7,4	5,2	5,3	0,8
C82-86, C88	Lymphome non hodgkinien	28	28	56	7	4,8	3,4	3,3	1,0
C90	Myélome multiple	<5	<5	<5	1	0,4	0,3	0,7	0,3
C91-95	Leucémie	34	34	68	9	5,9	4,1	4,1	1,0
C76-80, C96-97	Cancer de site primitif inconnu	5	6	11	1	0,9	0,7	1,1	0,8
Autres**	Autres types de cancer**	32	39	71	9	6,1	4,3	4,2	0,8

Source : RNC

VBIH : Voies Biliaires Intra-Hépatiques / SAI : Sans Autre Indication

^a Effectif : Nombre de nouveaux cas de tumeur maligne

^b N/an : Nombre de cas annuel moyen (les nombres ont été arrondis). Les moyennes inférieures à 0,5 sont remplacées par <1.

^c % : Proportion parmi tous les cas

^d Taux d'incidence brut, pour 100 000 personnes-années

^e Taux d'incidence standardisé (Population Standard Européenne – 2013), pour 100 000 personnes-années

*Tous types de cancer, à l'exclusion des cancers de la peau non-mélanomes (C44)

**Autres types de cancer = tous les types de cancer dont le nombre total de nouveaux cas tous sexes confondus sur la période 2014–2021 était inférieur à 100.

– : Taux nuls

Taux d'incidence standardisés par période de quatre ans des cancers les plus fréquents

Les taux d'incidence standardisés sur l'âge de la période 2018–2021 sont comparés avec ceux de la période 2014–2017 (**Tableau 6**). Une baisse de 10,4 % chez les hommes et une augmentation de 3,7 % chez les femmes sont observées pour tous les types de cancer confondus. Une augmentation importante est observée chez les

hommes (+47,4 %) et chez les femmes (+91,4 %) pour les cas de leucémie (C91-95). Concernant les mélanomes de la peau (C43), une augmentation de 44,7 % est observée chez les hommes alors qu'une baisse de 51,6 % est observée chez les femmes.

Tableau 6 : Comparaison des taux d'incidence standardisés sur l'âge (Europe Standard 2013) pour 100 000 personnes-années chez les AJAs des cancers sélectionnés entre les périodes 2014–2017 et 2018–2021 au Luxembourg.

Codes CIM-10	Types de cancer	Sexe	Taux d'incidence, 2014–2017 ¹	Taux d'incidence, 2018–2021 ¹	Variation des taux (en %) ²
C00-97/C44*	Tous types de cancer*	M	54,9	49,2	-10,4
		F	83,8	86,9	+3,7
C43	Mélanomes de la peau	M	3,8	5,5	+44,7
		F	9,1	4,4	-51,6
C50	Sein	F	28,6	36,4	+27,3
C53	Col de l'utérus	F	10,7	10,8	+0,9
C62	Testicule	M	16,2	12,2	-24,7
C70-C72	Système Nerveux central	M	4,4	4,1	-6,8
		F	9,1	6,0	-34,1
C73	Thyroïde	M	6,3	5,0	-20,6
		F	16,1	14,6	-9,3
C81	Lymphome de Hodgkin	M	6,0	4,5	-25,0
		F	5,3	6,2	+17
C91-95	Leucémie	M	3,8	5,6	+47,4
		F	3,5	6,7	+91,4

Source : RNC

*Tous types de cancer, à l'exclusion des cancers de la peau non-mélanomes (C44)

¹Taux d'incidence standardisé sur la population européenne standard 2013, pour 100 000 personnes-années

²Taux de variation du taux d'incidence standardisé entre les périodes 2014–2017 et 2018–2021

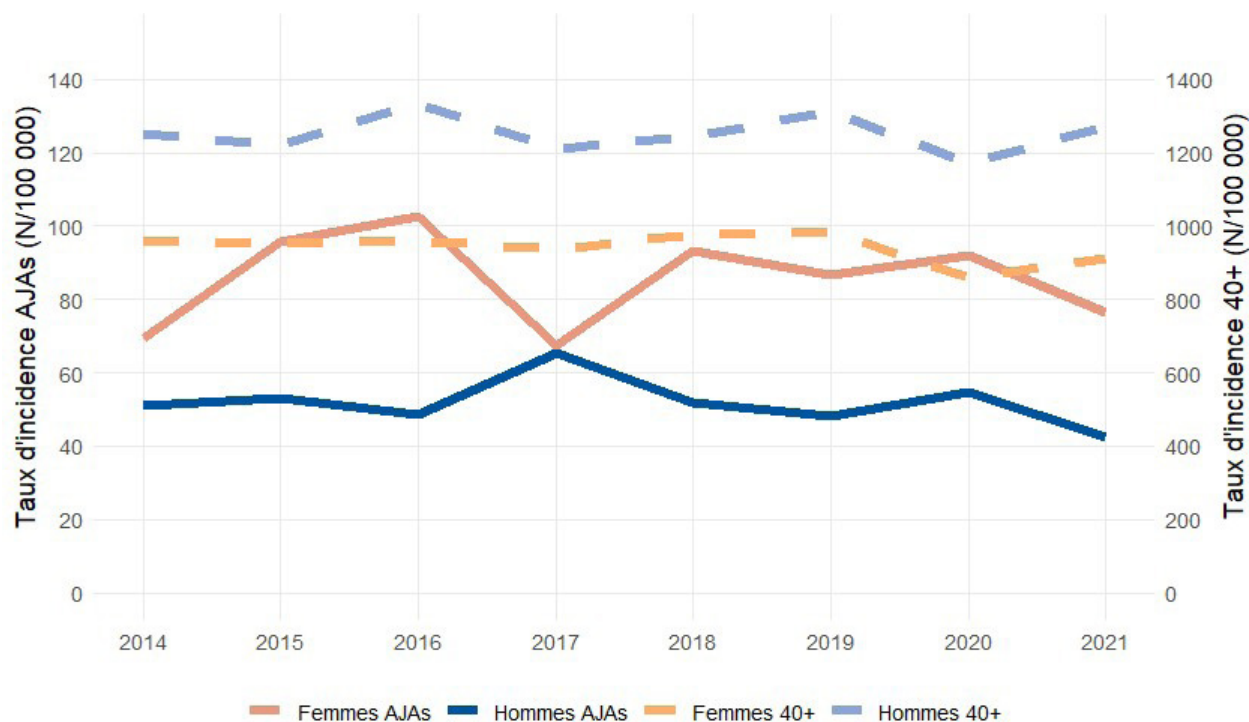
Evolution de l'incidence des cancers chez les AJAs et les 40+

La **Figure 4** compare l'évolution du taux d'incidence standardisé annuel, tous types de cancer confondus, chez les AJAs avec celle des 40+ au moment du diagnostic. Les taux d'incidence des AJAs sont environ 10 à 30 fois inférieurs à ceux des 40+, ce qui est attendu étant donné que le risque de cancer augmente considérablement avec l'âge. Chez les AJAs, les femmes ont des taux d'incidence systématiquement supérieurs à celui des hommes tout au long de la période. Alors que chez les 40+, c'est l'inverse, les hommes ont des taux d'incidence constamment plus élevés que ceux des femmes.

Les taux d'incidence pour les hommes et les femmes de 40+ sont relativement stables sur la période. On observe

cependant une baisse en 2020 pour les deux sexes coïncidant avec la pandémie à la COVID-19, alors que chez les AJAs cette tendance n'est pas observée. Chez les AJAs, les taux d'incidence présentent de grandes variations interannuelles surtout chez les femmes, pour lesquelles les fluctuations les plus importantes sont survenues entre 2016 et 2018.

Ces observations doivent être interprétées avec prudence, compte tenu de la période d'étude limitée et de la taille relativement faible de la population du Luxembourg, en particulier pour les AJAs.



Source : RNC

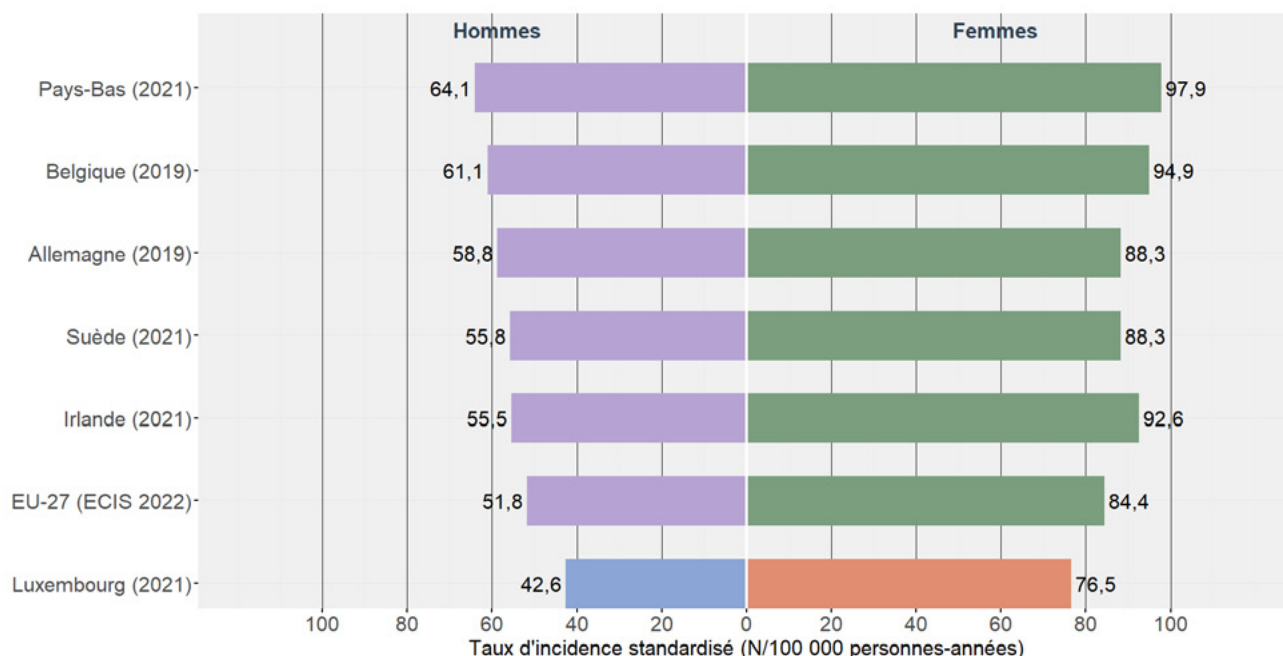
Figure 4 : Evolution de l'incidence globale des cancers chez les AJAs et les 40+ au Luxembourg, 2014–2021

Comparaison internationale

Une comparaison des taux d'incidence standardisés sur l'âge (population européenne standard 2013) du cancer chez les AJAs, tous types de cancer confondus, entre le Luxembourg, les Pays-Bas⁴⁴, la Belgique⁴⁵, l'Allemagne⁴⁶, la Suède⁴⁷, l'Irlande⁴⁸ et l'Union Européenne (UE-27)⁴⁹ est représentée pour les années les plus récentes disponibles (**Figure 5**). A l'exception de l'UE-27, qui est une estimation de la moyenne, les résultats comparés sont issus de PBCR nationaux pour garantir une comparabilité avec les données du Luxembourg.

Le Luxembourg présente les taux d'incidence standardisés chez les AJAs les plus bas parmi les pays

sélectionnés chez les hommes et les femmes. Chez les hommes, le Luxembourg présente un taux d'incidence standardisé de 42,6 pour 100 000 personnes-années, ce qui est plus bas que la moyenne estimée de l'UE-27 (51,8), les taux de la Suède (55,8) et de l'Irlande (55,5) et largement en dessous de celui des Pays-Bas (64,1), de la Belgique (61,1) et de l'Allemagne (58,8). Chez les femmes, le Luxembourg affiche un taux de 76,5 pour 100 000 personnes-années, inférieur à la moyenne de l'UE-27 (84,4) et aux taux observés en Suède (88,3), en Irlande (92,6), aux Pays-Bas (97,9), en Belgique (94,9) et en Allemagne (88,3).



Sources : Luxembourg : Registre National du Cancer (RNC), Belgique : Van Aelst, F et al. (2025)⁴⁶, Suède: National Board of Health and Welfare's Cancer Register⁴⁷, UE-27: ECIS-European Cancer Information System⁴⁹, Irlande: National Cancer Registry Ireland⁴⁸, Allemagne: Van Aelst, F et al. (2025)⁴⁶

Figure 5 : Comparaison internationale des taux d'incidence standardisés sur l'âge (Population Standard Europe 2013) pour 100 000 personnes-années, tous types de cancer confondus, par sexe.

DISCUSSION ET CONCLUSION

Ce premier rapport national sur les cancers diagnostiqués chez les AJAs au Luxembourg dresse un état des lieux pluriannuel, fondé sur les données consolidées du RNC, et comble l'absence d'indicateurs dédiés pour cette population. Dans ce rapport, la classe d'âge 15–39 ans, aujourd'hui la plus utilisée au niveau européen et international, a été retenue comme définition opérationnelle afin d'assurer la comparabilité de nos résultats. Bien que la classification de Barr²² permette une approche morphologique plus fine, les analyses effectuées dans ce rapport reposent sur la classification CIM-10.³³ Ce choix a pour objectif de maintenir la cohérence méthodologique avec les rapports nationaux existants et d'établir une première base solide pour de futures analyses plus détaillées en utilisant la classification de Barr.²²

Entre 2014 et 2021, 1 161 nouveaux cas de cancer (444 hommes, 717 femmes) ont été diagnostiqués chez les AJAs résidant au Luxembourg, soit une moyenne de 145 nouveaux cas par an. Les cancers chez les AJAs représentent ainsi 4,9 % de la totalité des cancers enregistrés sur cette période au Luxembourg. Les femmes présentent une incidence globale plus élevée (sex-ratio H / F : 0,6) avec une moyenne de 90 nouveaux cas par an (**Tableau 1**). Cette prédominance est principalement due à la fréquence des cancers du sein (C50) et de la thyroïde (C73) qui représentent plus de 45 % des cancers féminins chez les AJAs et sont aussi les deux cancers les plus fréquents chez les AJAs tous sexes confondus (**Figure 1 et Tableau 5**). Chez les hommes, l'incidence est dominée par des cancers caractéristiques d'âge plus jeune (cancer du testicule et lymphomes). Cette opposition de profils reflète le caractère transitionnel et hétérogène des cancers chez les AJAs, situés à l'interface entre cancers pédiatriques et cancers de l'adulte, et souligne la nécessité d'approches différenciées selon le sexe.

Les résultats montrent aussi l'existence d'un gradient d'incidence au sein des AJAs : les taux d'incidence spécifiques augmentent avec l'âge. Cette augmentation est prononcée chez les femmes à partir de 30 ans (**Figure 3**) du fait de l'émergence graduelle de cancers plus fréquemment observés entre 25 et 39 ans tels que les cancers du sein, du col de l'utérus ou de la thyroïde (**Tableau 4**). Avant 25 ans, l'incidence chez les hommes prédomine du fait d'un profil tumoral plus proche des cancers pédiatriques (cancer du testicule, lymphomes et tumeurs du système nerveux central)(**Tableau 3**).⁵⁰ Ces résultats confirment que les AJAs constituent un continuum entre la cancérologie pédiatrique et la

cancérologie adulte et plaident en faveur de stratégies de prévention et de prise en charge mieux adaptées à cette classe d'âge spécifique.

La comparaison entre les AJAs et les 40+ met en évidence la spécificité épidémiologique des AJAs. L'incidence globale chez les AJAs est nettement inférieure à celle observée chez les 40+. Cependant, certains cancers (cancer du testicule et le lymphome de Hodgkin) présentent une proportion particulièrement élevée de cas chez les AJAs (**Figure 2**). Ces cancers sont caractéristiques de cette classe d'âge et justifient une analyse distincte. Par ailleurs, l'analyse comparative de l'évolution de l'incidence montre une divergence entre les AJAs et les 40+ durant la période COVID-19 (2019–2020) (**Figure 4**) : une diminution de l'incidence est observée chez les 40+, conformément à la tendance générale observée dans le rapport tous cancers,³⁴ tandis qu'elle augmente légèrement chez les AJAs. Cette divergence pourrait principalement s'expliquer par des différences dans les modalités de diagnostic selon l'âge. Chez les 40+, l'incidence est fortement influencée par les programmes de dépistage organisé et le suivi médical régulier, dont l'activité a été fortement perturbée durant la pandémie. À l'inverse, chez les AJAs, inéligibles aux programmes de dépistage, les cancers sont majoritairement diagnostiqués sur la base de symptômes cliniques, un mode de détection moins dépendant des dispositifs de dépistage. Des études restent à mener pour mieux comprendre l'impact de la pandémie sur l'incidence des cancers au Luxembourg.⁵¹⁻⁵⁴

En comparaison internationale, le profil des cancers les plus fréquents au Luxembourg est similaire à celui observé en Europe (**Figure 1**).⁵⁵ Cependant, le Luxembourg présente des taux d'incidence standardisés des AJAs les plus bas de tous les pays comparés (UE-27, Pays-Bas, Belgique, Allemagne, Suède, Irlande), chez les hommes (42,6 pour 100 000 personnes-années contre 51,8 pour l'UE-27) et chez les femmes (76,5 contre 84,4 pour l'UE-27) (**Figure 5**). Ces écarts pourraient s'expliquer par la perte de certains cas du fait des diagnostics et des prises en charge réalisés à l'étranger, la faible taille de la population (et donc le nombre limité de cas), des variations des systèmes de surveillance, des différences méthodologiques, ainsi que par les caractéristiques démographiques du Luxembourg, marquées par une forte mobilité transfrontalière, un renouvellement continu de la population et une proportion élevée de résidents étrangers.

Cette étude pilote apporte les premiers éléments clés et exhaustifs pour la planification des soins, de la recherche et des politiques de santé.^{37, 39} Bien que l'incidence des cancers chez les AJAs soit relativement faible, ils touchent une population en pleine construction personnelle, sociale et professionnelle.³⁻⁶ Le développement de stratégies de prévention primaire et de promotion de la santé ciblées et de référentiels de prise en charge spécifiques apparaît essentiel pour améliorer la qualité des soins et assurer des transitions fluides et harmonisées entre la pédiatrie et la cancérologie adulte.

Ce rapport illustre que le RNC constitue un outil essentiel et de référence pour la surveillance épidémiologique du cancer chez les AJAs, de par la qualité de ses données qui a été évaluée dans le rapport tous cancers³⁴, conformément aux critères de qualité des PBCR définis par l'IARC/OMS (comparabilité, exhaustivité, validité et *timeliness*).^{56, 57} Toutefois, certaines limites doivent être prises en considération. Sur le plan méthodologique, le choix de l'utilisation d'un set minimal de variables et la conversion des données en codes CIM-10, motivés par des considérations d'harmonisation avec des rapports publiés et de faisabilité ont limité la possibilité de faire des analyses plus fines basées sur la morphologie. Il n'a pas été également possible d'inclure des dimensions supplémentaires telles que le stade au moment du diagnostic, les traitements reçus ou les trajectoires de soins. De plus, la faible population des AJAs et, en particulier, le faible nombre de cas de cancer, associés à la jeunesse du RNC (période d'observation courte), limitent la possibilité de réaliser des analyses plus stratifiées en raison d'un manque de puissance statistique. Enfin, le défaut d'accès actuel à toutes les sources de données du RNC en raison de contraintes d'interopérabilité et de l'absence de base légale, restreint l'enrichissement des bases de données d'analyse, bien qu'il n'affecte pas la conformité globale du RNC aux standards internationaux de qualité.

Malgré ces limites, ce rapport représente une étape majeure pour la surveillance épidémiologique et la prise en charge des cancers chez les AJAs au Luxembourg. Il ouvre la voie à une exploration approfondie de cette

thématique et fournit les données nécessaires pour orienter les futures recherches spécifiques à cette classe d'âge, soutenir l'élaboration de recommandations cliniques adaptées aux parcours complexes des AJAs, et accélérer la mise en place d'une stratégie nationale dédiée aux AJAs. Les enseignements tirés de ce premier rapport mettent en lumière plusieurs axes d'améliorations pour les prochaines productions :

1. Renforcer l'implémentation de toutes les sources du RNC inscrites dans l'annexe 1 du RGD³⁵ pour garantir la complétude et la *timeliness* des publications des résultats du RNC, afin d'assurer leur utilisation efficiente dans la lutte et la recherche contre le cancer ;
2. Élargir le champ analytique par l'intégration de variables cliniques et démographiques supplémentaires et l'adoption d'une classification plus adaptée aux spécificités histologiques des tumeurs chez les AJAs (Classification de Barr²²), pour affiner et compléter les indicateurs produits (analyse de survie et de qualité des soins) ;
3. Développer des outils de diffusion et de valorisation spécifiques à la thématique des cancers chez les AJAs (tableau de bord interactif, fiches synthétiques) pour renforcer la transparence et l'accessibilité de l'information.

La mise en œuvre de ces axes contribuera non seulement à renforcer la qualité et la pertinence des données du RNC, mais également à mieux informer les décideurs, les cliniciens et les chercheurs sur les particularités de cette population aux besoins spécifiques. En consolidant progressivement ces avancées, les prochains rapports pourront offrir une vision plus précise, intégrée et opérationnelle de la situation des cancers chez les AJAs, avec pour objectif final : l'amélioration de la prise en charge des AJAs atteints de cancer au Luxembourg.

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Synthèse des données d'incidence sur le cancer chez les AJAs, Luxembourg, 2014–2021	13
Tableau 2 : Âge médian au moment du diagnostic (IQR) des nouveaux cas de cancer par type de cancer et par sexe chez les AJAs, Luxembourg, 2014–2021	15
Tableau 3 : Taux d'incidence spécifiques pour 100 000 personnes-années par classe d'âge chez les AJAs, Luxembourg, 2014–2021, Hommes	17
Tableau 4 : Taux d'incidence spécifiques pour 100 000 personnes-années par classe d'âge chez les AJAs, Luxembourg, 2014–2021, Femmes	18
Tableau 5 : Nombre de nouveaux cas de cancer, distribution en fonction du sexe et taux d'incidence par type de cancer chez les AJAs, Luxembourg, 2014–2021	19
Tableau 6 : Comparaison des taux d'incidence standardisés sur l'âge (Europe Standard 2013) pour 100 000 personnes-années chez les AJAs des cancers sélectionnés entre les périodes 2014–2017 et 2018–2021 au Luxembourg.	20

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Les dix types de cancer les plus fréquents chez les AJAs, par sexe, (N _{hommes} = 444, N _{femmes} = 717), Luxembourg, 2014–2021	14
Figure 2 : Répartition des dix types de cancers les plus fréquents chez les AJAs par sexe comparée à la classe d'âge de 40 ans et plus (40+), Luxembourg, 2014–2021	14
Figure 3 : Taux d'incidence spécifiques par classe d'âge des nouveaux cas de cancer chez les AJAs par sexe, Luxembourg, 2014–2021	16
Figure 4 : Evolution de l'incidence globale des cancers chez les AJAs et les 40+ au Luxembourg, 2014–2021	21
Figure 5 : Comparaison internationale des taux d'incidence standardisés sur l'âge (Population Standard Europe 2013) pour 100 000 personnes-années, tous types de cancer confondus, par sexe.	22

REFERENCES

1. Bhatia S, Pappo AS, Acquazzino M, Allen-Rhoades WA, Barnett M, Borinstein SC, et al. Adolescent and Young Adult (AYA) Oncology, Version 2.2024, NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. Journal of the National Comprehensive Cancer Network. 2023; 21(8):851-80.10.6004/jnccn.2023.0040. Available from: <https://jnccn.org/view/journals/jnccn/21/8/article-p851.xml>.
2. Bleyer A, Barr R, Hayes-Lattin B, Thomas D, Ellis C, Anderson B. The distinctive biology of cancer in adolescents and young adults. Nat Rev Cancer. 2008; 8(4):288-98.10.1038/nrc2349. Available from: <https://doi.org/10.1038/nrc2349>.
3. Quinn GP, Vadaparampil ST. Fertility preservation and adolescent/young adult cancer patients: physician communication challenges. J Adolesc Health. 2009; 44(4):394-400.10.1016/j.jadohealth.2008.08.014. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2008.08.014>.
4. Zebrack BJ, Block R, Hayes-Lattin B, Embry L, Aguilar C, Meeske KA, et al. Psychosocial service use and unmet need among recently diagnosed adolescent and young adult cancer patients. Cancer. 2013; 119(1):201-14.10.1002/cncr.27713. Available from: <https://doi.org/10.1002/cncr.27713>.
5. Patterson P, McDonald FEJ, Zebrack B, Medlow S. Emerging Issues Among Adolescent and Young Adult Cancer Survivors. Seminars in Oncology Nursing. 2015; 31(1):53-9.10.1016/j.soncn.2014.11.006. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.soncn.2014.11.006>.
6. Turgeman I, West H. Adolescents and Young Adults With Cancer. JAMA Oncology. 2023; 9(3):440-.10.1001/jamaoncol.2022.6132. Available from: <https://doi.org/10.1001/jamaoncol.2022.6132>.
7. Bhatia S, Pappo AS, Acquazzino M, Allen-Rhoades WA, Barnett M, Borinstein SC, et al. Adolescent and Young Adult (AYA) Oncology, Version 2.2024, NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. J Natl Compr Canc Netw. 2023; 21(8):851-80.10.6004/jnccn.2023.0040. Available from: <https://doi.org/10.6004/jnccn.2023.0040>.
8. Keegan THM, Ries LAG, Barr RD, Geiger AM, Dahlke DV, Pollock BH, et al. Comparison of cancer survival trends in the United States of adolescents and young adults with those in children and older adults. Cancer. 2016; 122(7):1009-16.10.1002/cncr.29869. Available from: <https://doi.org/10.1002/cncr.29869>.
9. Cancer in Adolescents and Young Adults in Belgium 2004-2022. Brussels: Belgian Cancer Registry; 43 p. Available from: https://kankerregister.org/sites/default/files/2025/bcrpub_adolescentsandyoungadults_2004_2022_2025_en_7.pdf.
10. Herbert A, Lyratzopoulos G, Whelan J, Taylor RM, Barber J, Gibson F, et al. Diagnostic timeliness in adolescents and young adults with cancer: a cross-sectional analysis of the BRIGHTLIGHT cohort. Lancet Child Adolesc Health. 2018; 2(3):180-90.10.1016/s2352-4642(18)30004-x. Available from: [https://doi.org/10.1016/s2352-4642\(18\)30004-x](https://doi.org/10.1016/s2352-4642(18)30004-x).
11. Winestone LE, Wilkes JJ, Puccetti D, Keegan THM, Henk HJ, McPheeters J, et al. Time to diagnosis among young patients with cancer. Pediatr Blood Cancer. 2024; 71(9):e30997.10.1002/pbc.30997. Available from: <https://doi.org/10.1002/pbc.30997>.
12. Xu Y, Stavrides-Eid M, Baig A, Cardoso M, Rho YS, Shams WM, et al. Quantifying treatment delays in adolescents and young adults with cancer at McGill University. Curr Oncol. 2015; 22(6):e470-7.10.3747/co.22.2724. Available from: <https://doi.org/10.3747/co.22.2724>.
13. Raze T, Lacour B, Cowppli-Bony A, Delafosse P, Velten M, Tr  tarre B, et al. Cancer Among Adolescents and Young Adults Between 2000 and 2016 in France: Incidence and Improved Survival. J Adolesc Young Adult Oncol. 2021; 10(1):29-45.10.1089/jayao.2020.0017.
14. Cancer Research UK. Teenage and young adult (TYA) cancers. [Date accessed: 10 December 2025]; Available from: <https://www.cancerresearchuk.org/about-cancer/childrens-cancer/teenage-young-adult-tya>.
15. National Cancer Registry Ireland (2023). Cancer Trends 39 – Childhood, Adolescent and Young Adult Cancer. Cork: National Cancer Registry Ireland.; 31 p. Available from: <https://www.ncri.ie/en/reports-publications/reports/cancer-trends-39-childhood-adolescent-and-young-adult-cancer>.
16. Bleyer A, O'Leary M, Barr R, LAG R, editors. Cancer Epidemiology in Older Adolescents and Young Adults 15 to 29 Years of Age, Including SEER Incidence and Survival: 1975-2000. Bethesda, MD: National Cancer Institute; 218 p. Available from: <https://seer.cancer.gov/archive/publications/aya/index.html>.
17. Canadian Cancer Society's Steering Committee. Canadian Cancer Statistics 2009. Special Topic: Cancer in Adolescents and Young Adults. Toronto, Ontario, Canada: Canadian Cancer Society; 2009.https://publications.gc.ca/collections/collection_2009/statcan/CS2-37-2009E.pdf
18. Department of Health and Human Services NIOH, National Cancer Institute, LiveStrong Young Adult Alliance,. Closing the gap: research and care imperatives for adolescents and young adults with cancer: a report of the Adolescent and Young Adult Oncology Progress Review Group2009; 108 p. Available from: <https://www.cancer.gov/types/aya/research/ayao-august-2006.pdf>.
19. Ferrari A, Stark D, Peccatori FA, Fern L, Laurence V, Gaspar N, et al. Adolescents and young adults (AYA) with cancer: a position paper from the AYA Working Group of the European Society for Medical Oncology (ESMO) and the European Society for Paediatric Oncology (SIOPE). ESMO Open. 2021; 6(2):100096.10.1016/j.esmoop.2021.100096. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.esmoop.2021.100096>.
20. Barr RD, Holowaty EJ, Birch JM. Classification schemes for tumors diagnosed in adolescents and young adults. Cancer. 2006; 106(7):1425-30.10.1002/cncr.21773. Available from: <https://doi.org/10.1002/cncr.21773>.
21. Birch JM, Alston RD, Kelsey AM, Quinn MJ, Babb P, McNally RJ. Classification and incidence of cancers in adolescents and young adults in England 1979-1997. Br J Cancer. 2002; 87(11):1267-74.10.1038/sj.bjc.6600647. Available from: <https://doi.org/10.1038/sj.bjc.6600647>.

22. Barr RD, Ries LAG, Trama A, Gatta G, Steliarova-Foucher E, Stiller CA, et al. A system for classifying cancers diagnosed in adolescents and young adults. *Cancer*. 2020; 126(21):4634-59.10.1002/cncr.33041. Available from: <https://doi.org/10.1002/cncr.33041>.
23. Li W, Liang H, Wang W, Liu J, Liu X, Lao S, et al. Global cancer statistics for adolescents and young adults: population based study. *J Hematol Oncol*. 2024; 17(1):99.10.1186/s13045-024-01623-9. Available from: <https://doi.org/10.1186/s13045-024-01623-9>.
24. Alvarez EM, Force LM, Xu R, Compton K, Lu D, Henrikson HJ, et al. The global burden of adolescent and young adult cancer in 2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet Oncology*. 2022; 23(1):27-52.10.1016/S1470-2045(21)00581-7. Available from: [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(21\)00581-7](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(21)00581-7).
25. Hughes T, Harper A, Gupta S, Frazier AL, van der Graaf WTA, Moreno F, et al. The current and future global burden of cancer among adolescents and young adults: a population-based study. *Lancet Oncol*. 2024; 25(12):1614-24.10.1016/S1470-2045(24)00523-0. Available from: [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(24\)00523-0](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(24)00523-0).
26. Trama A, Stark D, Bozovic-Spasojevic I, Gaspar N, Peccatori F, Toss A, et al. Cancer burden in adolescents and young adults in Europe. *ESMO Open*. 2023; 8(1).10.1016/j.esmoop.2022.100744. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.esmoop.2022.100744>.
27. Klein C, Peltier F. La démographie luxembourgeoise en chiffres, Edition 2024. Luxembourg: STATEC; 2024; 52 p. Available from: <https://statistiques.public.lu/fr/publications/series/en-chiffres/2024/demographie-lux-en-chiffres-2024.html>.
28. Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (STATEC). Statistiques.lu, le portail des statistiques. Luxembourg: STATEC; 2025 [Date accessed: 22.08.2025]; Available from: [https://lstat.stat.ec.lu/?fs\[0\]=Th%C3%A8mes%2C1%7CPopulation%20et%20emploi%23B%23%7CEtat%20de%20la%20population%23B1%23&pg=0&fc=Th%C3%A8mes&bp=true&snb=9](https://lstat.stat.ec.lu/?fs[0]=Th%C3%A8mes%2C1%7CPopulation%20et%20emploi%23B%23%7CEtat%20de%20la%20population%23B1%23&pg=0&fc=Th%C3%A8mes&bp=true&snb=9).
29. Rausch K, Goetzing C, Lorc AC, Durvy B, Winkelmann J, Falkenbach M. Luxembourg: Health system review. *Health Systems in Transition*. Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies, WHO Regional Office for Europe; 2024. 9789289014359. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Available from: <https://santesecu.public.lu/dam-assets/fr/publications/h/health-system-transition-luxembourg-2024/hit-luxembourg-2024.pdf>.
30. Unité Marché du travail et éducation (Soc2). Panorama sur le monde du travail luxembourgeois à l'occasion du 1er Mai. Luxembourg: Statec; 2024; 6 p. Available from: <https://statistiques.public.lu/fr/publications/series/regards/2024/regards-07-24.html>.
31. Saleh S, Abad D, Weiss J. Statistiques des causes de décès au Luxembourg pour l'année 2022. Luxembourg: Direction de la santé; 2023; 89 p. 978-99987-738-3-7. Available from: <https://santesecu.public.lu/fr/publications/s/statistiques-causes-de-deces-2022.html>.
32. Ministère de la Santé et de la Sécurité Sociale, Direction de la santé. Statistiques des causes de décès 2023: les tumeurs sont la 1re cause de décès au Luxembourg devant les maladies de l'appareil circulatoire. Luxembourg: Ministère de la Santé et de la Sécurité sociale; 2025 [Date accessed: 06 Aout 2025]; Available from: https://m3s.gouvernement.lu/fr/actualites/gouvernement2024+fr+actualites+toutes_actualites+communiques+2025+01-janvier+29-statistiques-causes-deces.html.
33. World Health Organization. Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, 10e rev. 2008 ed. Genève: OMS; 2009; 234 p. 9789242547665. Available from: <https://iris.who.int/handle/10665/44082>.
34. Ngandjon Z*, Niang I*, Mafra A, Lima B, Couffignal S, Backes C. Le cancer au Luxembourg: incidence et mortalité 2014-2021 – Rapport du Registre National du Cancer du Luxembourg. 1re ed. Luxembourg: Luxembourg Institute of Health (LIH); Novembre 2025; 56 p. 978 – 2 – 9199550 – 5 – 3. Available from: https://www.rnc.lu/Portals/5/Publications/Rapports/RNC_Rapport_Cancer_au_Luxembourg_14-21_VF_fr.pdf?ver=m8yPuMptdhiaaXKH8--YTQ%3d%3d.
35. Règlement grand-ducal du 18 avril 2013 déterminant les modalités et conditions de fonctionnement du registre national du cancer et modifiant le règlement grand-ducal du 20 juin 1963 rendant obligatoire la déclaration des causes de décès. MEMORIAL A, Journal Officiel du Grand-Duché de Luxembourg. 2013; 79:954-62. Available from: <https://legilux.public.lu/eli/etat/leg/rgd/2013/04/18/n2/jo>.
36. Couffignal S, Backes C, Untereiner M. Le Registre National du Cancer (RNC). In: Rapport national du cancer au Grand-Duché de Luxembourg 2020. Luxembourg: Ministère de la Santé – Direction de la Santé; 2021. p. 179-82. Available from: http://institutnationalducancer.lu/MSA_5632_20_rapport-cancer-2020_web_BAT.pdf.
37. Parkin DM. The role of cancer registries in cancer control. *Int J Clin Oncol*. 2008; 13(2):102-11.10.1007/s10147-008-0762-6. Available from: <https://doi.org/10.1007/s10147-008-0762-6>.
38. Tucker TC, Durbin EB, McDowell JK, Huang B. Unlocking the potential of population-based cancer registries. *Cancer*. 2019; 125(21):3729-37.10.1002/cncr.32355. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.canep.2024.102648>.
39. Brewster DH, Coebergh J-W, Storm HH. Population-based cancer registries: the invisible key to cancer control. *The Lancet Oncology*. 2005; 6(4):193-5.10.1016/S1470-2045(05)70071-1. Available from: [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(05\)70071-1](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(05)70071-1).
40. Fritz A, Percy C, Jack A, Shanmugaratnam K, Sobin L, Parkin DM, et al., editors. Classification internationale des maladies pour l'oncologie 3ed. Genève: Organisation mondiale de la Santé; 2008; 294 p. 9789242545340. Available from: <https://iris.who.int/handle/10665/43859>.
41. Ferlay J, Burkhard C, Whelan S, Parkin DM. Check and conversion Program for Cancer Registries (IARC/IACR Tools for Cancer Registries). Lyon: IARC; 2005; 40 p. Available from: <http://www.iacr.com.fr/images/doc/TechRep42.pdf>.

42. Cancer Registry of Norway, Norwegian Institute of Public Health. Cancer in Norway 2023 – Cancer incidence, mortality, survival and prevalence in Norway. Oslo: Cancer Registry of Norway;; 2024. Available from: <https://www.fhi.no/globalassets/cancer-in-norway/2023/cancer-in-norway-2023.pdf>.
43. Commission européenne, Eurostat. Révision de la population standard européenne : rapport du groupe de travail d'Eurostat. 2013 ed. Luxembourg: Office des publications de l'Union européenne; 2013; 121 p. 978-92-79-31094-2 Available from: <https://data.europa.eu/doi/10.2785/11470>.
44. Integraal Kankercentrum Nederland. NCR Data 2025 [Date accessed: 16/07/2025]; Available from: <https://nkr-cijfers.iknl.nl>.
45. Belgian Cancer Registry. incidence by year (Number of new diagnoses). 2025 [Date accessed: 16 Juillet 2025]; Available from: https://belgian-cancer-registry.shinyapps.io/data_app/.
46. Van Aelst F, Van Gool B, Van Damme N, Poirel HA. Cancer Burden in Adolescents and Young Adults in Belgium: Trends to Incidence Stabilisation in Recent Years with Improved Survival. *Cancers*. 2025; 17(9):1543. Available from: <https://doi.org/10.3390/cancers17091543>.
47. National Board of Health and Welfare's Cancer Register. Statistical Database, Cancer. [Date accessed: 16 Juillet 2025]; Available from: https://sdb.socialstyrelsen.se/if_can/val_eng.aspx.
48. National Cancer Registry Ireland (NCRI). Incidence statistics Published NCRI statistics. [Date accessed: 16 Juillet 2025]; Available from: <https://www.ncri.ie/en/statistics/incidence-statistics>.
49. European Commission Joint Research Centre (JRC), Directorate-General for Health and Food Safety (DG SANTE). ECIS-European Cancer Information System-Estimates of cancer incidence and mortality in 2022, for all countries. [Date accessed: 16 Juillet 2025]; Available from: <https://ecis.jrc.ec.europa.eu/data-explorer#/>.
50. Couffignal S, Jacobs J. Incidence des cancers de l'enfant au Luxembourg : Données du Registre National du Cancer, 2014-2022. *Bulletin Epidémiologique*. Luxembourg: Luxembourg Institute of Health (LIH); 2023; 21 p. Available from: https://www.rnc.lu/Portals/5/Publications/Rapports/RNC_Cancers%20enfants_Lux_2014-2022_Bulletin%20Epidemio_VF_final.pdf?ver=8l8fSUAZJgi7yN-NzAc87Q%3d%3d.
51. Mader L, Wildisen L, Menges D, Suter F, Defossez G, Bulliard JL, et al. The impact of the COVID-19 pandemic on cancer incidence, stage distribution and survival in Switzerland: a register-based cohort study. *Swiss Med Wkly*. 2025; 155:4354.10.57187/s.4354. Available from: <https://doi.org/10.57187/s.4354>.
52. Peacock HM, Van Meensel M, Van Gool B, Silversmit G, Dekoninck K, Brierley JD, et al. Cancer incidence, stage shift and survival during the 2020 COVID-19 pandemic: A population-based study in Belgium. *International Journal of Cancer*. 2024; 155(7):1212-24.10.1002/ijc.35001. Available from: <https://doi.org/10.1002/ijc.35001>.
53. Reinwald F, Justenhoven C. Impact of the COVID-19 pandemic on number and stages of tumors – data of a German cancer registry. *Acta Oncologica*. 2023; 62(3):315-7.10.1080/0284186X.2023.2187259. Available from: <https://doi.org/10.1080/0284186X.2023.2187259>.
54. Suter F, Wanner M, Menges D, Wicki A, Korol D, Rohrmann S. Impact of the COVID-19 Pandemic and Lockdown on Cancer Diagnoses Using Swiss Cantonal Cancer Registry Data. *Cancers*. 2024; 16(19):3381. Available from: <https://doi.org/10.3390/cancers16193381>.
55. Dyba T, Randi G, Bray F, Martos C, Giusti F, Nicholson N, et al. The European cancer burden in 2020: Incidence and mortality estimates for 40 countries and 25 major cancers. *Eur J Cancer*. 2021; 157:308-47.10.1016/j.ejca.2021.07.039. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ejca.2021.07.039>.
56. Bray F, Parkin DM. Evaluation of data quality in the cancer registry: Principles and methods. Part I: Comparability, validity and timeliness. *European Journal of Cancer*. 2009; 45(5):747-55.10.1016/j.ejca.2008.11.032. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ejca.2008.11.032>.
57. Parkin DM, Bray F. Evaluation of data quality in the cancer registry: Principles and methods Part II. Completeness. *European Journal of Cancer*. 2009; 45(5):756-64.10.1016/j.ejca.2008.11.033. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ejca.2008.11.033>.

ANNEXE 1

Annexe 1 : Description des codes CIM-10 inclus dans le rapport

Codes CIM-10	Nom dans le rapport	Description	Commentaires
C00-97/C44	Tous types de cancer	Tous les types de cancer, à l'exclusion des cancers non-mélanomes de la peau	Inclut les diagnostics D suivants : D32-33, D35.2-4, D42-43, D44.3-5 et D45-47.
C00-14	Lèvre, Cavité buccale & Pharynx	Lèvre, Cavité buccale, Oropharynx, Nasopharynx, Hypopharynx, Pharynx sans autre indication	• C00 : Lèvres incluent C00.0-2, C00.6, C00.8 (inclus uniquement si lèvres SAI), C00.9 • C02-06 : Cavité orale, inclut C00.3-5, C00.8 (si la tumeur se trouve dans la muqueuse de la lèvre supérieure ou inférieure), C02.0-4, C02.8-9, C03.0-9, C04.0-9, C05.0, C05.8, C05.9, C06.0-9 • C07-08 : Glandes salivaires incluent C07.9, C08.0-9 • C09-10, C01, C14 : oropharynx, Inclut C01.9, C05.1-2, C09.0-9, C10.0-9, C14.0-8 • C11 : Nasopharynx inclut C11.0-9 • C12-13 : Hypopharynx inclut C12.9, C13.0-9
C15	Œsophage	Œsophage	/
C16	Estomac	Estomac	/
C18	Côlon	Côlon	/
C19-20	Rectum	Rectum	/
C22	Foie & VBIH	Foie et voies biliaires intrahépatiques	/
C25	Pancréas	Pancréas	/
C32	Larynx	Larynx	/
C33-34	Poumon	Poumon et trachée	/
C43	Mélanome	Mélanome de la peau	/
C50	Sein	Sein	Exclut la maladie de Paget
C53	Col de l'utérus	Col de l'utérus	/
C54	Corps de l'utérus & Utérus SAI	Corps de l'utérus et Utérus sans autre indication	/
C56	Ovaires	Ovaires	Exclut les tumeurs borderline. Inclut les sites suivants : C48.2 : Péritoine ; C57.0 : trompes de Fallope (tumeurs épithéliales) ; C57.1 : ligament large ; C57.2 : ligament rond ; C57.3 : les paramètres ; C57.4 : les annexes utérines, sans précision, et les tumeurs épithéliales supposées provenir de la trompe, de l'ovaire ou du péritoine. Elle comprend également la tumeur des cellules de la granulosa adulte.
C61	Prostate	Prostate	/

Codes CIM-10	Nom dans le rapport	Description	Commentaires
C62	Testicule	Testicule	/
C64-66	Rein, Bassinet & Uretere	Rein, Bassinet et Uretere	Exclut les tumeurs non-invasives
C67	Vessie	Vessie	Exclut les tumeurs papillaires non-invasives et les carcinomes in-situ du tractus urinaire
C70-72	Système Nerveux central	Cerveau et autres éléments du système nerveux central	Inclut les tumeurs bénignes et borderline (D32-33, D42-43)
C73	Thyroïde	Thyroïde	/
C81	Lymphome de Hodgkin	Lymphome de Hodgkin	/
C82-86+C88	Lymphome non hodgkinien	Lymphome non hodgkinien	/
C90	Myélome multiple	Myélome multiple	Inclut les plasmocytomes (C90.2-3)
C91-95	Leucémie	Leucémie	Inclut le syndrome myélodysplasique (D46), la polyglobulie Vera ou maladie de Vaquez (D45) et d'autres tumeurs non précisées du tissu lymphatique ou hématopoïétique (D47)
C76-80 + C96-97	Cancer de site primitif inconnu	Cancer de site primitif inconnu	/
Autres	Autres types de cancer	Tous les types de cancer dont le nombre total de nouveaux cas tous sexes confondus sur la période 2014-2021 était inférieur à 100 et le cancer du sein chez l'hommes	• C17 : intestin grêle • C21 : Cancer anus et canal anal • C23 : Vésicule biliaire • C38 : Cœur, médiastin et plèvre / exclut les mésothéliomes • C45 : Mésothéliome • C46 : Sarcome de Kaposi • C48-49 : Tissus mous ; Incluant le rétropéritoine et le péritoine (C48). Chez les femmes, les cas dans le péritoine (C48.2) sont exclus, car ils sont inclus dans la catégorie ovaire tout comme C56, C57.0-4, C48.2... • C52 : Vagin • C60 : Pénis • C75 : Autres glandes endocrines et structures assimilées ; inclut les tumeurs bénignes de l'hypophyse, de la glande pinéale et du canal crânio-pharyngien (D35.2-4, D44.3-5)

Registre National du Cancer (RNC)

1A-B, Rue Thomas Edison

L-1445 Strassen

Luxembourg

www.rnc.lu

