



Rapport d'incidence des tumeurs primitives du système nerveux central au Canada (2018-2022)

Daniel Delali, M. S. P.

Linwan Xu, M. Sc.

Yan Yuan, Ph. D.

Emily Walker, Ph. D.

En partenariat avec :

La Fondation canadienne des tumeurs cérébrales

PUBLIÉ EN

Juin 2026

Remerciements

Nous aimerions remercier les personnes et les organismes suivants :

- Les patients atteints de tumeurs cérébrales et leur famille pour avoir encouragé cette initiative.
- La Fondation canadienne des tumeurs cérébrales pour avoir reconnu la nécessité de fournir cette information aux Canadiens, pour son soutien financier et pour le dévouement de son personnel dans le cadre de cette initiative.



Sommaire

Les tumeurs primitives du système nerveux central (SNC) constituent un groupe hétérogène de néoplasmes qui prennent naissance dans le cerveau, la moelle épinière, les méninges et d'autres structures nerveuses. Même lorsque les tumeurs du SNC sont bénignes, elles peuvent entraîner d'importants taux de morbidité et de mortalité en raison de leur emplacement. Il est donc essentiel d'effectuer une surveillance exhaustive pour mieux comprendre la charge de morbidité à l'échelle nationale et soutenir la recherche, les soins cliniques et la planification en matière de santé publique.

Le présent rapport d'incidence exhaustif donne des statistiques fondées sur la population sur toutes les tumeurs primitives du SNC diagnostiquées au Canada entre 2018 et 2022. S'appuyant sur les données sur le cancer de tous les registres provinciaux et territoriaux, compilées par Statistique Canada et incluant pour la première fois le Québec, ce rapport présente l'incidence globale des tumeurs primitives du SNC par type histologique et comportement tumoral (tumeur maligne ou bénigne), et par tranche d'âge, sexe et région géographique. L'analyse portait sur environ 42 500 diagnostics de tumeurs primitives du SNC. Le taux d'incidence normalisé selon l'âge (TINA) était de 22,09 pour 100 000 (IC à 95 % : entre 21,88 et 22,31); les tumeurs primitives malignes du SNC avaient un TINA de 8,56 pour 100 000, tandis que les tumeurs primitives bénignes du SNC avaient un TINA de 13,54 pour 100 000.

Parmi l'ensemble des types histologiques, le méningiome était le plus fréquent, avec un TINA de 5,77 pour 100 000; il constituait 26,1 % de l'ensemble des tumeurs primitives du SNC et 41,8 % des tumeurs bénignes du SNC. Le glioblastome était le type de tumeur maligne le plus fréquent (TINA de 4,52 pour 100 000), constituant 20,64 % de l'ensemble des tumeurs primitives du SNC et 53,10 % des tumeurs malignes. Une forte proportion de tumeurs étaient non classifiées (TINA de 3,56 pour 100 000, soit 16,25 % de l'ensemble des tumeurs du SNC), ce qui est principalement attribuable aux tumeurs bénignes du SNC non classifiées en Ontario. Cette tendance témoigne d'une variabilité dans le recensement des cas, de différences dans l'accès aux services de neuropathologie et du recours, dans certaines provinces ou certains territoires, à des sources qui ne confirment pas les cas au moyen d'un examen pathologique. L'harmonisation des données divergentes entre les provinces et les territoires demeure une priorité importante aux fins de surveillance.

Les tendances en matière d'incidence variaient considérablement selon le sexe et l'âge. Le TINA global était plus élevé chez les femmes (23,20 pour 100 000) que chez les hommes (20,48 pour 100 000), principalement en raison des méningiomes, qui étaient deux fois plus fréquents chez les femmes que chez les hommes (8,43 pour 100 000 comparativement à 4,00 pour 100 000, respectivement). D'un autre côté, les hommes présentaient des taux plus élevés d'astrocytomes diffus et d'oligodendrogliomes. L'incidence de la plupart des types de tumeurs augmentait avec l'âge. Chez les enfants de 0 à 14 ans, le TINA le plus élevé était celui des autres types d'astrocytomes (1,05 pour 100 000); dans ce même groupe, les tumeurs embryonnaires présentaient une disparité marquée entre les sexes : le TINA chez les garçons (0,83 pour 100 000) était presque le double de celui chez les filles (0,49 pour 100 000).

L'analyse a révélé une variation considérable de l'incidence des tumeurs du SNC à l'échelle du Canada. Le TINA le plus élevé pour l'ensemble des tumeurs primitives du SNC était en Ontario (23,92 pour 100 000), tandis que le TINA le plus bas était dans la région de l'Atlantique (18,34 pour 100 000). En ce qui concerne les tumeurs malignes, la région de l'Atlantique avait le TINA le plus élevé (9,65 pour 100 000) et la région des Prairies avait le plus bas (7,55 pour 100 000). La plus forte variation a été observée avec les tumeurs bénignes, pour lesquelles les taux variaient entre 8,69 pour 100 000 dans la région de l'Atlantique et 15,47 pour 100 000 en Ontario. Les taux de tumeurs primitives du SNC au Québec étaient élevés comparativement à la plupart des autres provinces et régions canadiennes. Le TINA global de l'ensemble des tumeurs primitives du SNC au Québec s'élevait à 22,99 pour 100 000, ce qui était légèrement inférieur à celui observé en Ontario (23,92 pour 100 000), mais nettement supérieur à ceux observés dans la région de l'Atlantique, la Colombie-Britannique et la région des Prairies. Ces disparités sont en grande partie attribuables aux différences entre les pratiques de recensement des cas, notamment en ce qui concerne la mesure dans laquelle chaque province utilisait un couplage avec une base de données sur les congés des patients pour recenser les tumeurs bénignes; les écarts observés dans les données ne reflètent pas les écarts réels dans l'incidence des tumeurs.

Les taux ont été normalisés par rapport à la population des États-Unis en 2000 afin de pouvoir les comparer directement à ceux du Central Brain Tumor Registry des États-Unis (CBTRUS). Le TINA global au Canada (18,46 pour 100 000) était inférieur à celui aux États-Unis (26,05 pour 100 000). Cet écart s'expliquait principalement par les tumeurs bénignes, pour lesquelles le taux canadien était d'environ la moitié de celui des États-Unis (11,29 pour 100 000, comparativement à 19,19 pour 100 000); l'écart le plus grand, en taux absolu, était celui des méningiomes (5,10 pour 100 000 au Canada, comparativement à 10,99 pour 100 000 aux États-Unis). En revanche, les taux de tumeurs malignes chez les adolescents et les jeunes adultes ainsi que chez les adultes âgés de 40 ans et plus étaient légèrement plus élevés au Canada qu'aux États-Unis. Le Canada affichait également un taux plus élevé de tumeurs non classifiées (3,03 pour 100 000, comparativement à 1,02 pour 100 000 aux États-Unis), ce qui s'explique par les pratiques divergentes de recensement des cas de tumeurs bénignes du SNC dans plusieurs provinces.

Dans l'ensemble, ce rapport établit des données de référence essentielles pour la surveillance des tumeurs du SNC au Canada et confirme que la répartition des types de tumeurs au pays correspond à celle étayée dans la littérature aux États-Unis et ailleurs dans le monde. Cependant, la sous-déclaration des tumeurs bénignes, la forte proportion de cas non classifiés et la divergence des pratiques de recensement des cas entre les régions continuent de nuire à l'exhaustivité des données sur les tumeurs primitives du SNC au Canada. Le Registre canadien des tumeurs cérébrales (RCTC) recommande d'étendre le couplage avec une base de données sur les congés des patients à toutes les provinces et de réduire les taux de tumeurs non classifiées en améliorant l'accès aux services spécialisés de neuropathologie et de diagnostic moléculaire, le tout en vue d'harmoniser les efforts de surveillance avec la classification des tumeurs du SNC de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) publiée en 2021.

Table des matières

Liste des figures	6
Liste des tableaux	7
Introduction.....	9
Contexte.....	9
Méthodologie.....	10
Collecte de données	10
Mesures de surveillance des maladies	11
Méthodes de classification des tumeurs	12
Méthodes d'analyse des données	12
<i>Tumeurs primitives multiples.</i>	12
<i>Taux normalisés selon l'âge.</i>	12
<i>Règles de divulgation et arrondissement</i>	13
Résultats	13
<i>Âge et sexe.</i>	15
<i>Répartition géographique.</i>	17
<i>Comparaison avec les États-Unis</i>	19
<i>Évolution des taux d'incidence au fil du temps.</i>	19
Discussion.....	20
<i>Répartition des types histologiques</i>	20
<i>Tendances par âge et par sexe</i>	21
<i>Disparités entre les régions.</i>	22
<i>Données du Québec.</i>	22
<i>Comparaison avec les États-Unis.</i>	23
<i>Atouts et limites.</i>	24
<i>Conséquences pour la surveillance et orientations futures.</i>	24
Conclusion	25
Tableaux	26
Références	41
Annexe	44

Liste des figures

Figure 1 : Répartition des principaux types histologiques de l'ensemble des tumeurs primitives du système nerveux central en fonction du comportement tumoral, Canada, 2018-2022

Figure 2 : Taux d'incidence moyens annuels normalisés selon l'âge (pour 100 000) de l'ensemble des tumeurs primitives du système nerveux central, par comportement tumoral et type histologique principal, Canada, 2018-2022

Figure 3 : Taux d'incidence moyens annuels normalisés selon l'âge (pour 100 000) de l'ensemble des tumeurs primitives du système nerveux central par sexe et type histologique principal, Canada, 2018-2022

Figure 4 : Taux d'incidence moyens annuels normalisés selon l'âge (pour 100 000) de l'ensemble des tumeurs primitives du système nerveux central par type histologique et âge au moment du diagnostic, Canada, 2018-2022

Figure 5 : Taux d'incidence moyens annuels normalisés selon l'âge (pour 100 000) de l'ensemble des tumeurs primitives du système nerveux central par région ou province, Canada, 2018-2022

Figure 6 : Taux d'incidence moyens annuels normalisés selon l'âge (pour 100 000) de l'ensemble des tumeurs primitives malignes du système nerveux central par région ou province, Canada, 2018-2022

Figure 7 : Taux d'incidence moyens annuels normalisés selon l'âge (pour 100 000) de l'ensemble des tumeurs primitives bénignes du système nerveux central par région ou province, Canada, 2018-2022

Liste des tableaux

Tableau 1 : Taux d'incidence normalisés selon l'âge (pour 100 000, à partir de la population standard aux États-Unis en 2000) de l'ensemble des tumeurs primitives du système nerveux central par comportement tumoral et âge au moment du diagnostic

Tableau 2 : Nombre total de cas, répartition en pourcentage et âge médian associés à chaque type histologique de l'ensemble des tumeurs primitives du système nerveux central, Canada, 2018-2022

Tableau 3 : Nombre total de cas et taux d'incidence moyens annuels normalisés selon l'âge (pour 100 000) de l'ensemble des tumeurs primitives du système nerveux central par site tumoral, Canada, 2018-2022

Tableau 4 : Nombre total de cas et taux d'incidence moyens annuels normalisés selon l'âge (pour 100 000) de l'ensemble des tumeurs primitives du système nerveux central par type histologique et comportement tumoral, Canada, 2018-2022

Tableau 5 : Nombre total de cas et taux d'incidence moyens annuels normalisés selon l'âge (pour 100 000) de l'ensemble des tumeurs primitives du système nerveux central par type histologique et sexe, Canada, 2018-2022

Tableau 6 : Nombre total de cas et taux d'incidence moyens annuels normalisés selon l'âge (pour 100 000) de l'ensemble des tumeurs primitives du système nerveux central chez les enfants (entre 0 et 14 ans) par type histologique et sexe, Canada, 2018-2022

Tableau 7 : Nombre total de cas et taux d'incidence moyens annuels normalisés selon l'âge (pour 100 000) de l'ensemble des tumeurs primitives du système nerveux central chez les enfants (entre 0 et 14 ans) par type histologique et âge au moment du diagnostic, Canada, 2018-2022

Tableau 8 : Nombre total de cas et taux d'incidence moyens annuels normalisés selon l'âge (pour 100 000) de l'ensemble des tumeurs primitives du système nerveux central par type histologique et âge au moment du diagnostic, Canada, 2018-2022

Tableau 9 : Taux d'incidence moyens annuels normalisés selon l'âge (pour 100 000) des tumeurs primitives du système nerveux central les plus courantes par type histologique et âge au moment du diagnostic, Canada, 2018-2022

Tableau 10 : Nombre total de cas et taux d'incidence moyens annuels normalisés selon l'âge (pour 100 000) de l'ensemble des tumeurs primitives du système nerveux central par type histologique et région, Canada, 2018-2022

Tableau 11 : Nombre total de cas et taux d'incidence moyens annuels normalisés selon l'âge (pour 100 000) de l'ensemble des tumeurs primitives malignes du système nerveux central par type histologique et région, Canada, 2018-2022

Tableau 12 : Nombre total de cas et taux d'incidence moyens annuels normalisés selon l'âge (pour 100 000) de l'ensemble des tumeurs primitives bénignes du système nerveux central par type histologique et région, Canada, 2018-2022

Tableau 13 : Nombre total de cas et taux d'incidence moyens annuels normalisés selon l'âge (pour 100 000, à partir de la population standard aux États-Unis en 2000) de l'ensemble des tumeurs primitives du système nerveux central par type histologique et comportement tumoral, Canada, statistiques des États-Unis sur le cancer, 2018-2022

Tableau 14 : Taux d'incidence moyens annuels normalisés selon l'âge (pour 100 000, à partir de la population standard aux États-Unis en 2000) de l'ensemble des tumeurs primitives du système nerveux central chez les enfants (entre 0 et 14 ans), les adolescents et jeunes adultes (entre 15 et 39 ans) et les adultes (40 ans et plus) par type histologique

Tableau 15 : Nombre annuel de cas et taux d'incidence normalisés selon l'âge (pour 100 000) de l'ensemble des tumeurs primitives du système nerveux central par type histologique et année du diagnostic, Canada (excepté Québec et Nouvelle-Écosse) 2010-2022, et Québec 2010-2017

Introduction

Les tumeurs primitives du système nerveux central (SNC) constituent un groupe diversifié de néoplasmes qui prennent naissance dans le cerveau, la moelle épinière, les méninges et d'autres structures nerveuses. Ces tumeurs posent des défis cliniques importants en raison du site anatomique où elles se trouvent : elles peuvent entraîner d'importants taux de morbidité et de mortalité, même lorsqu'elles sont bénignes¹. Contrairement à la plupart des autres types de cancer, les tumeurs du SNC doivent toujours être signalées aux registres du cancer du Canada, qu'elles soient malignes ou bénignes^{2,3}.

Le Registre canadien des tumeurs cérébrales (RCTC) est un partenariat multidisciplinaire réunissant des épidémiologistes, des biostatisticiens, des experts en neuro-oncologie et des registres provinciaux et territoriaux du cancer. Son objectif est d'améliorer la surveillance des tumeurs du SNC au Canada et de veiller à ce que chaque tumeur cérébrale diagnostiquée à l'échelle nationale soit recensée. Avant la mise sur pied du RCTC, le Canada s'appuyait sur des données provenant des États-Unis et de sources canadiennes pour orienter la recherche au Canada, mener des actions de sensibilisation et soutenir les programmes de traitement. Sa création, en 2017, a permis d'offrir aux Canadiens un système complet de signalement de cas fondé sur la population aux fins de surveillance⁴. Les objectifs de ce registre sont de décrire l'incidence globale des tumeurs primitives du SNC au Canada selon le comportement tumoral (tumeurs malignes ou bénignes), de caractériser la répartition des tumeurs du SNC par type histologique principal et spécifique, et

d'examiner les tendances en matière d'incidence des tumeurs du SNC par tranche d'âge, sexe et région géographique. Les données statistiques exhaustives du présent rapport sont fondées sur la population et portent sur l'incidence des tumeurs primitives du SNC au Canada entre 2018 et 2022; elles s'appuient sur les données, compilées par Statistique Canada, de tous les registres provinciaux et territoriaux du cancer.

Contexte

En raison de l'importance clinique des tumeurs du SNC et des difficultés relatives au recensement exhaustif des cas, il s'avérerait nécessaire de déployer des efforts pour renforcer les infrastructures et les méthodes de surveillance. En 2007, une motion des députés déposée à la Chambre des communes du Canada demandait à ce qu'on améliore le suivi et la consignation des tumeurs cérébrales au Canada⁵. L'attention portée à cette question par les législateurs a fait valoir le fait que la surveillance exhaustive des tumeurs du SNC est essentielle pour comprendre la charge de morbidité, suivre les tendances dans le temps, évaluer l'efficacité des stratégies de prévention et de traitement, et, en fin de compte, améliorer les résultats pour les patients. La Fondation canadienne des tumeurs cérébrales a cerné cette lacune dans les données de surveillance des tumeurs cérébrales au Canada et a donné la priorité à la création d'un rapport canadien sur les tumeurs cérébrales, à l'instar de celui publié périodiquement par le Central Brain Tumour Registry des États-Unis⁶. En 2012, une collaboration entre la Fondation canadienne des tumeurs cérébrales et la professeure Faith Davis de l'Université de l'Alberta a été formée pour étudier la faisabilité de cet objectif. L'Agence de la santé

publique du Canada (ASPC) a mené une évaluation visant à quantifier le nombre de cas et les taux de tumeurs bénignes du SNC répertoriées dans le Registre canadien du cancer (RCC) entre 2011 et 2015 pour évaluer l'exhaustivité des données sur les cas en réponse à une motion des députés (M235)^{7,8}. Le RCTC est une collaboration de recherche en surveillance dont l'objectif est de fournir des données exhaustives, fondées sur la population, sur l'incidence et la prévalence des tumeurs du SNC au Canada et le taux de survie à celles-ci^{2,8}. En combinant les données des registres du cancer avec celles d'autres sources et en employant des méthodologies normalisées conformes aux pratiques exemplaires internationales, de telles initiatives améliorent la qualité et l'exhaustivité des données canadiennes de surveillance des tumeurs du SNC.

Un système pour répertorier les cas de cancer est en place au Canada depuis de nombreuses années, et les registres provinciaux et territoriaux se sont avérés utiles à l'échelle régionale pour comprendre la charge de morbidité, évaluer les tendances en matière d'incidence et fournir une infrastructure de recherche clinique et épidémiologique et de recherche en services de santé, en particulier en ce qui concerne les cancers répandus, comme le cancer du poumon, le cancer du sein, le cancer colorectal et le cancer de la prostate⁹. Au Canada, la surveillance du cancer s'effectue grâce à un réseau bien établi de registres provinciaux et territoriaux du cancer qui transmettent collectivement leurs données à Statistique Canada, afin de les compiler ensuite dans le RCC¹⁰. Depuis 1987, un rapport national sur le cancer, intitulé Statistiques canadiennes sur le cancer (SCC), est publié chaque année par le Comité

consultatif des statistiques canadiennes sur le cancer de la Société canadienne du cancer; il résulte d'une collaboration entre la Société canadienne du cancer, Statistique Canada et l'ASPC et est réalisé à l'aide des données sur le cancer tirées des registres provinciaux et territoriaux du cancer⁷. Ces rapports SCC présentent de façon distincte les taux d'incidence et les taux de mortalité associés à chacun des cancers, y compris les cancers cérébraux.

Dans un premier temps, le RCTC a lancé une initiative collaborative réunissant quatre registres provinciaux du cancer (Alberta, Colombie-Britannique, Manitoba et Ontario) afin de compiler des données complètes et de grande qualité sur tous les cas de tumeurs primitives du SNC diagnostiquées entre 2010 et 2015. Les provinces à l'origine de ces registres ont participé à des activités, des réunions et des ateliers de recensement des cas supplémentaires afin d'établir des stratégies visant l'amélioration de la consignation systématique des tumeurs bénignes du SNC, veillant ainsi à ce que l'information recueillie soit juste et exhaustive⁷. S'appuyant sur ces bases solides, le RCTC a par la suite étendu sa surveillance à l'ensemble du Canada en intégrant les données du RCC.

Méthodologie

Collecte de données

Les données sur les nouveaux cas de tumeurs diagnostiquées, recueillies dans le cadre d'une surveillance passive, sont consignées dans le registre provincial ou territorial du cancer correspondant au lieu de résidence de la personne au moment du

diagnostic¹¹. Ces données sont ensuite transmises à Statistique Canada, qui les compile dans le RCC¹⁰. La collecte et l'utilisation des données de ces registres sont régies par la législation provinciale ou territoriale en matière de santé et au niveau national, par la *Loi sur la statistique*¹². Conçus pour recenser tous les cas pertinents dans le cadre des soins diagnostiques courants et des interactions avec le système de santé, les systèmes de surveillance passive nécessitent que les professionnels de la santé et les laboratoires signalent les nouveaux cas aux agences sanitaires provinciales et territoriales, afin qu'ils soient intégrés aux registres des maladies. Les données sur les diagnostics de tumeurs sont le plus souvent consignées aux registres du cancer par l'entremise de rapports de pathologie ou de radiologie, ou encore lorsqu'un patient est pris en charge par un service d'oncologie ou se fait prescrire un traitement de chimiothérapie^{2,11}. Les professionnels de la santé qui prennent part à ces processus ont la responsabilité de signaler ces occurrences aux registres du cancer¹¹. Des registraires hautement qualifiés reçoivent ces signalements et examinent les dossiers médicaux des patients afin d'obtenir des données complètes sur le diagnostic, les dates du diagnostic et du décès, le cas échéant, et les données démographiques du patient, dont son âge, son sexe et son lieu de résidence¹¹. Ce système bien rodé de consignation de données dans les registres du cancer permet de répertorier efficacement les tumeurs malignes. Or, comme les tumeurs bénignes du SNC sont souvent diagnostiquées et prises en charge différemment des tumeurs malignes, les données à leur sujet sont également inscrites aux registres selon un mécanisme différent¹¹. Alors que certains cas de tumeurs bénignes

du SNC sont consignés aux registres du cancer dans le cadre des activités habituelles de recensement des cas, les données probantes laissent entendre qu'une part importante de ces diagnostics est souvent mise de côté lors de ces processus³. D'autres bases de données sont souvent consultées pour relever les cas de tumeurs bénignes qui n'ont pas été consignés par les processus habituels de recensement des cas. Les bases de données sur les congés des patients, en particulier, sont consultées pour répertorier les patients qui ont été traités en milieu hospitalier pour des tumeurs bénignes du SNC^{13,14}. Bien que la consignation des cas de tumeurs bénignes du SNC se soit améliorée au Canada depuis l'année de diagnostic 2010, d'autres efforts doivent être déployés pour veiller à un recensement exhaustif de tels cas dans l'ensemble des provinces et des territoires. Il convient donc de faire preuve de prudence dans l'interprétation de la fréquence et de la répartition des cas de tumeurs bénignes du SNC présentées dans ce rapport, et ce, même si les estimations présentées reposent sur les données les plus exhaustives que l'on puisse obtenir sur la population canadienne.

Mesures de surveillance des maladies

Les principaux indicateurs examinés dans ce rapport sont les taux d'incidence. Les taux d'incidence correspondent à la fréquence des nouveaux cas survenus au sein d'un groupe démographique au cours d'une période donnée¹⁵. Ils sont exprimés en nombre de cas pour 100 000 personnes. Les taux par tranche d'âge correspondent à la fréquence des nouveaux cas survenus chez les personnes d'une tranche d'âge donnée au cours d'une période donnée. Les taux normalisés selon l'âge sont ajustés pour tenir compte de l'influence de l'âge sur le risque de

se voir diagnostiquer une maladie en particulier, selon une population de référence. Cet ajustement permet de comparer les données de divers lieux et leur évolution au fil du temps, puisqu'il tient compte des variations dans la répartition des groupes d'âge au sein des populations comparées.

Méthodes de classification des tumeurs

Il existe un grand nombre de tumeurs primitives du SNC distinctes qui peuvent être classifiées en fonction d'une des caractéristiques suivantes ou d'une combinaison de celles-ci : la topographie (emplacement), le type histologique, le comportement tumoral et les caractéristiques moléculaires. Les maladies du présent rapport sont regroupées selon leurs caractéristiques histologiques et leur comportement tumoral. Le système de classification utilisé par les registres canadiens du cancer est la Classification Internationale des Maladies pour l'Oncologie, 3^e édition (CIM-O-3)¹⁶ qui, à la dernière année de diagnostic prise en compte dans le rapport, soit 2022, était harmonisée avec la classification des tumeurs du SNC de l'OMS publiée en 2016¹⁷. Selon ce système de classification multiaxial, un code alphanumérique est attribué à l'emplacement (topographie) de la tumeur et des codes numériques sont attribués selon sa classification histologique et son comportement. Les tumeurs primitives du SNC sont celles observées aux emplacements suivants de la CIM-O-3 : C70.0-C70.9, C71.0-71.9, C72.0-C72.9, C75.1-C75.3 et C30.0 (limité aux codes histologiques 9522-9523). Ces codes histologiques ont été regroupés en catégories selon sur la classification utilisée par le Central Brain Tumour Registry des États-Unis (CBTRUS) en 2025¹⁸. Les tumeurs primitives

du SNC ont été classifiées en trois catégories : bénignes, incertaines (bénignes ou malignes) ou malignes. Les tumeurs ont été séparées en fonction de leur comportement tumoral (tumeurs bénignes ou malignes); si celui-ci était incertain, la classification a été effectuée conformément au CBTRUS.

Méthodes d'analyse des données

Les estimations présentées dans ce rapport comprennent des nombres, des proportions et des taux normalisés selon l'âge. Afin de pouvoir établir des comparaisons valables des taux au fil du temps, entre les différentes provinces et territoires canadiens et avec les États-Unis, tous les taux ont été normalisés selon l'âge. Les estimations de population servant au calcul des taux ont été obtenues auprès de Statistique Canada¹⁹. L'analyse des données a été réalisée à l'aide du logiciel R (version 4.5.1). Les graphiques ont été créés à l'aide de Stata (version 18) et d'Excel.

Tumeurs primitives multiples. Il arrive que des personnes se fassent diagnostiquer plus d'une tumeur primitive du SNC. Un tel cas signifie que plusieurs tumeurs peuvent apparaître dans le cerveau ou ailleurs dans le SNC de manière indépendante, sans résulter de la métastase d'une tumeur existante. Tous les cas de tumeurs primitives du SNC, définis selon les règles relatives aux tumeurs primitives multiples du programme Surveillance, Epidemiology, and End Results (SEER) du National Cancer Institute^{3,11}, ont été pris en compte dans l'estimation des taux d'incidence; il est donc possible que le nombre de patients et le nombre de tumeurs diffèrent.

Taux normalisés selon l'âge. Les moyennes annuelles des taux d'incidence normalisés

selon l'âge (TINA) et les intervalles de confiance (IC) à 95 % correspondants pour 100 000 années-personnes qui figurent dans ce rapport ont été calculés au moyen d'une standardisation directe. La population standard du Canada en 2016 a servi de point de référence. Les TINA ont également été calculés en fonction de la population standard des États-Unis en 2000 afin de pouvoir être comparés aux taux d'incidence des tumeurs du SNC estimés pour les États-Unis, tirés du CBTRUS, qui s'appuie sur cette même population standard. L'estimation des taux d'incidence au Québec et en Nouvelle-Écosse a été calculée à partir des cas diagnostiqués entre 2013 et 2017 et entre 2015 et 2019, respectivement, puisque les données disponibles se limitaient à ces périodes, et nous avons fait présumer que les taux d'incidence étaient demeurés stables entre 2018 et 2022. Dans ce rapport, les estimations sont présentées par type histologique, par tranche d'âge au moment du diagnostic, par comportement tumoral, par sexe et par région ou province de résidence. Deux catégories de sexe sont prises en compte, soit hommes (ou garçons) et femmes (ou filles).

Règles de divulgation et arrondissement.

Des mesures ont été mises en œuvre pour protéger la confidentialité des données personnelles. Le nombre total de cas et de personnes a été arrondi au moyen d'un système d'arrondissement aléatoire non biaisé, sur une base de cinq. Les valeurs inférieures à cinq ont été regroupées.

Résultats

Les estimations de l'incidence des tumeurs primitives du SNC sont calculées à partir d'environ 42 500 tumeurs du SNC

diagnostiquées chez 41 590 Canadiens entre 2018 et 2022. Les TINA sont présentés dans les tableaux 2 à 10. Le TINA de l'ensemble des tumeurs primitives du SNC était de 22,09 pour 100 000 (IC à 95 % : entre 21,88 et 22,31). Le TINA des tumeurs primitives malignes du SNC était de 8,56 pour 100 000 (IC à 95 % : entre 8,42 et 8,69), tandis que le TINA des tumeurs primitives bénignes du SNC était de 13,54 pour 100 000 (IC à 95 % : entre 13,38 et 13,71).

Les tumeurs des méninges étaient les plus courantes parmi les tumeurs primitives du SNC et parmi les tumeurs bénignes du SNC (figure 1, tableau 2). Parmi les tumeurs des méninges, le méningiome était le type histologique le plus fréquent, avec un TINA de 5,77 pour 100 000 (IC à 95 % : entre 5,66 et 5,87), ce type constituait 26,1 % de l'ensemble des tumeurs du SNC et 41,8 % de l'ensemble des tumeurs bénignes du SNC (figure 2, tableau 2). Les astrocytomes diffus et les oligodendrogliomes étaient la deuxième catégorie de tumeurs la plus courante, dans l'ensemble (figure 1, tableau 2). Parmi les astrocytomes diffus et les oligodendrogliomes, le glioblastome était le type histologique le plus fréquent (TINA de 4,52 pour 100 000; IC à 95 % : entre 4,42 et 4,61) (figure 2). Ce type constituait 20,64 % de l'ensemble des tumeurs du SNC et 53,10 % de l'ensemble des tumeurs malignes du SNC. Les tumeurs non classifiées occupaient le troisième rang parmi l'ensemble des tumeurs, et le deuxième rang parmi les tumeurs malignes et les tumeurs bénignes (figures 1 et 2; tableau 4). Parmi les tumeurs non classifiées, les néoplasmes non précisés étaient le type histologique le plus fréquent, avec un TINA de 3,56 pour 100 000 (IC à 95 % : entre 3,47 et 3,64); ce type constituait 16,25 % de l'ensemble des tumeurs du SNC,

8,36 % de l'ensemble des tumeurs malignes du SNC et 21,29 % de l'ensemble des tumeurs bénignes du SNC.

Figure 1 : Répartition des principaux types histologiques de l'ensemble des tumeurs primitives du système nerveux central en fonction du comportement tumoral, Canada, 2018-2022

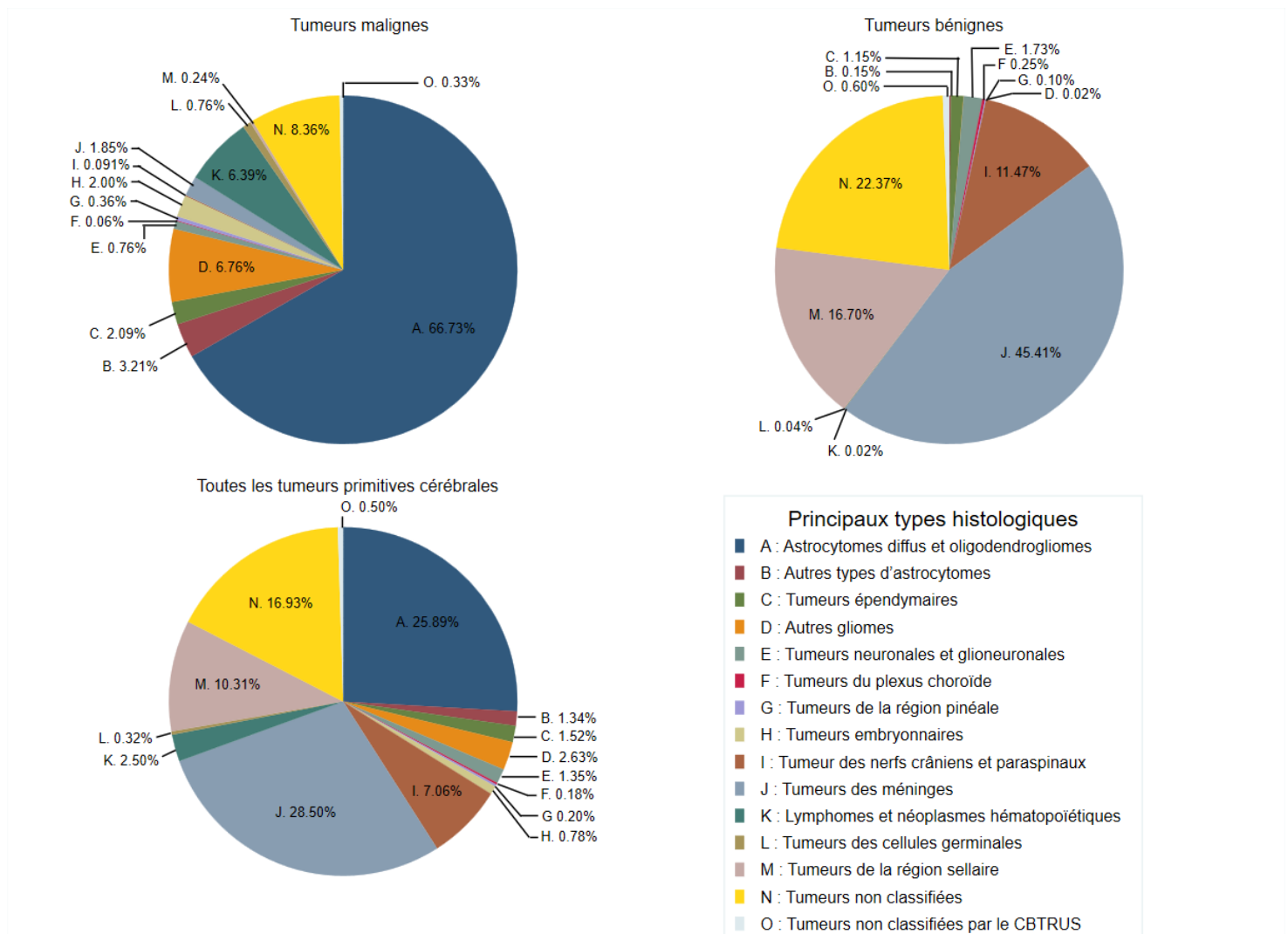
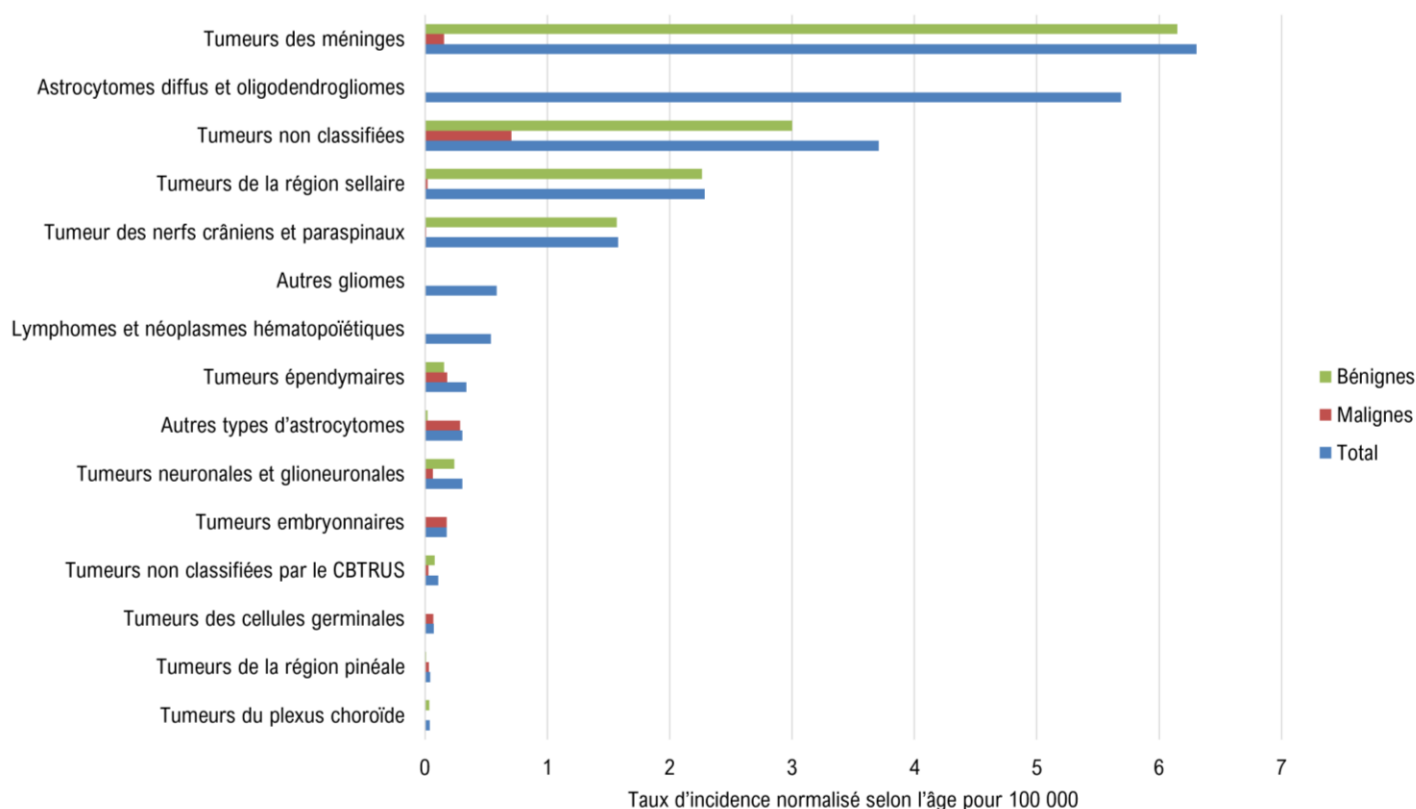


Figure 2 : Taux d'incidence moyens annuels normalisés selon l'âge (pour 100 000) de l'ensemble des tumeurs primitives du système nerveux central, par comportement tumoral et type histologique principal, Canada, 2018-2022



Âge et sexe. Les taux d'incidence des tumeurs primitives du SNC sont présentés par sexe dans les tableaux 5 et 6, tandis qu'ils sont présentés par tranche d'âge dans les tableaux 7 à 9. Le TINA global pour 100 000 de l'ensemble des tumeurs primitives du SNC était plus élevé chez les femmes (23,20; IC à 95 % : entre 22,90 et 23,50) que chez les hommes (20,48; IC à 95 % : entre 20,19 et 20,77) (tableau 5). En ce qui concerne les types histologiques, les astrocytomes diffus et les oligodendrogliomes étaient plus fréquents chez les hommes. Par ailleurs, les tumeurs des méninges étaient deux fois plus fréquentes chez les femmes que chez les hommes (8,43 pour 100 000 comparativement à 4,00 pour 100 000). Le

taux d'incidence de la plupart des types histologiques principaux et des sous-types augmentait avec l'âge (figure 3, tableau 5). Chez les enfants de 0 à 14 ans, le TINA le plus élevé était celui associé aux autres types d'astrocytomes, avec 1,05 pour 100 000 (IC à 95 % : entre 0,93 et 1,17), suivi de celui associé aux tumeurs embryonnaires (tableau 6). Le TINA de la plupart des principaux types de tumeurs du SNC était similaire chez les garçons et les filles (tableau 6), à l'exception des tumeurs embryonnaires, dont le TINA était près du double chez les garçons, comparativement aux filles (0,83 pour 100 000 comparativement à 0,49 pour 100 000, respectivement) (tableau 6).

Figure 2 : Taux d'incidence moyens annuels normalisés selon l'âge (pour 100 000) de l'ensemble des tumeurs primitives du système nerveux central par sexe et type histologique principal, Canada, 2018-2022

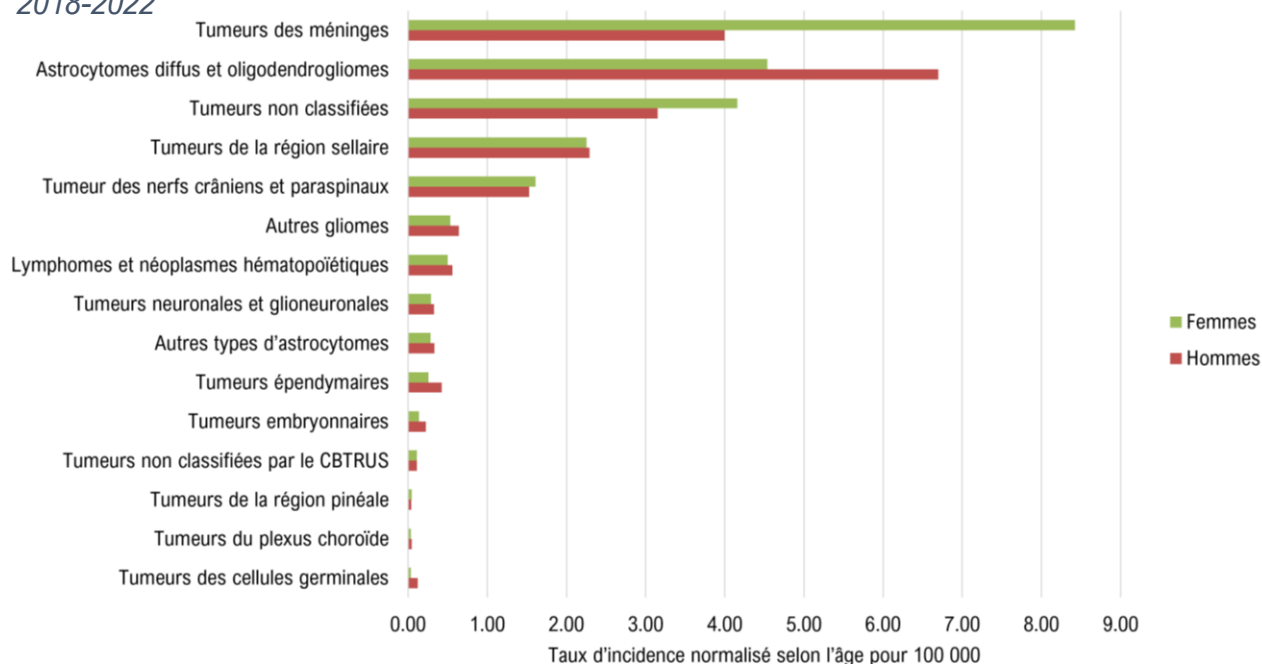
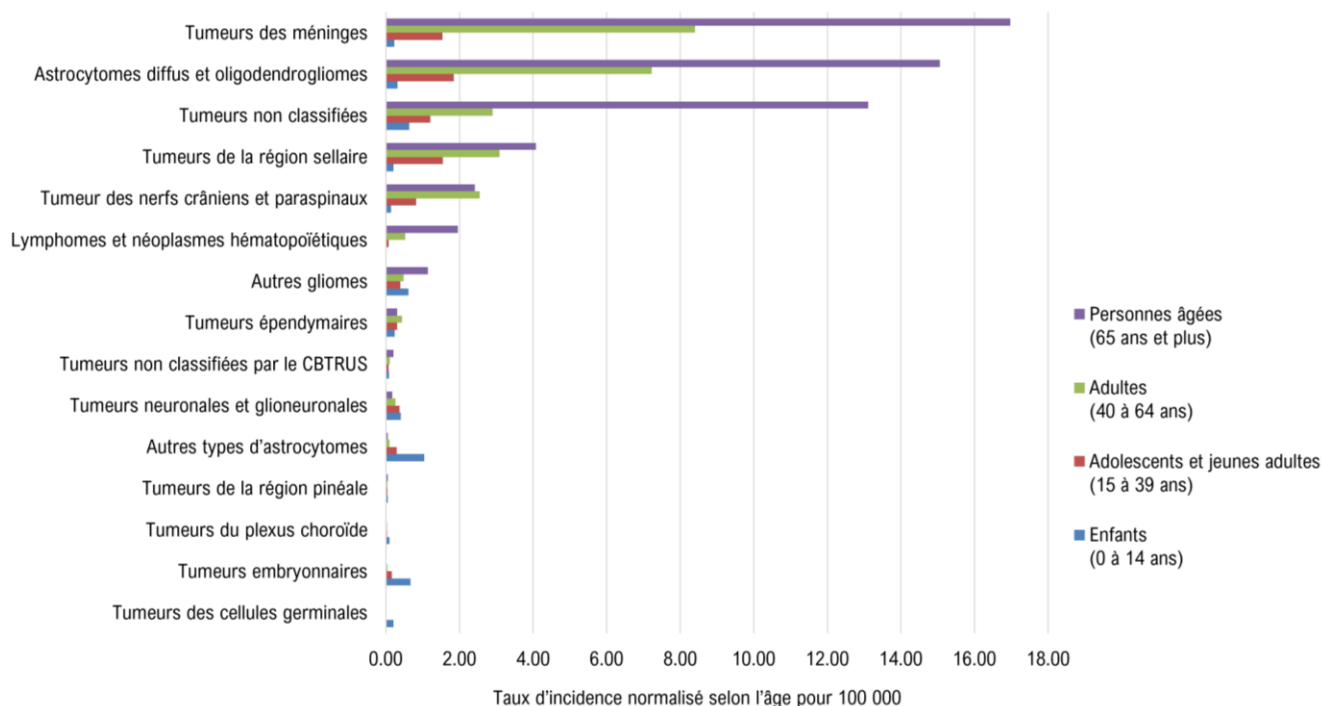


Figure 3 : Taux d'incidence moyens annuels normalisés selon l'âge (pour 100 000) de l'ensemble des tumeurs primitives du système nerveux central par type histologique et âge au moment du diagnostic, Canada, 2018-2022



Remarques : Les taux d'incidence des tumeurs des cellules germinales chez les adolescents et jeunes adultes, les adultes et les personnes âgées n'ont pas été estimés.

Répartition géographique.

Les données relatives à la répartition géographique des cas de tumeurs primitives du SNC sont présentées dans les tableaux 10 à 12 et les figures 5 à 7. Les provinces des régions de l'Atlantique et des Prairies ont été regroupées, car certaines d'entre elles avaient enregistré très peu de tumeurs primitives du SNC. Présenter ces nombres séparément aurait constitué une violation de l'accord de confidentialité. Le TINA des tumeurs malignes primaires du SNC variait entre 7,55 pour 100 000 (IC à 95 % : entre 7,26 et 7,85) dans la région des Prairies et 9,65 pour 100 000 (IC à 95 % : entre 9,12 et 10,21) dans la région de l'Atlantique; le deuxième TINA le plus élevé a été enregistré au Québec, avec 9,29 pour 100 000 (IC à 95 % : entre 9,00 et 9,58) (figure 6, tableau 11). Le TINA des tumeurs

bénignes primaires du SNC variait entre 8,69 pour 100 000 (IC à 95 % : entre 8,18 et 9,22) dans la région de l'Atlantique et 15,47 pour 100 000 (IC à 95 % : entre 15,19 et 15,76) en Ontario; le deuxième TINA le plus élevé a été enregistré au Québec, avec 13,70 pour 100 000 (IC à 95 % : entre 13,35 et 14,05) (figure 7, tableau 12). Globalement, l'Ontario présentait le TINA le plus élevé pour l'ensemble des tumeurs primitives du SNC (23,92 pour 100 000, IC à 95 % : entre 23,57 et 24,28) (figure 5, tableau 10). Le Québec présentait également un TINA élevé, à peine inférieur à celui de l'Ontario (22,99 pour 100 000, IC à 95 % : entre 22,54 et 23,45) (tableau 10). Le TINA le plus faible pour l'ensemble des tumeurs primitives du SNC a été relevé dans la région de l'Atlantique (18,34 pour 100 000; IC à 95 % : entre 17,60 et 19,11) (tableau 10).

Figure 4 : Taux d'incidence moyens annuels normalisés selon l'âge (pour 100 000) de l'ensemble des tumeurs primitives du système nerveux central par région ou province, Canada, 2018-2022

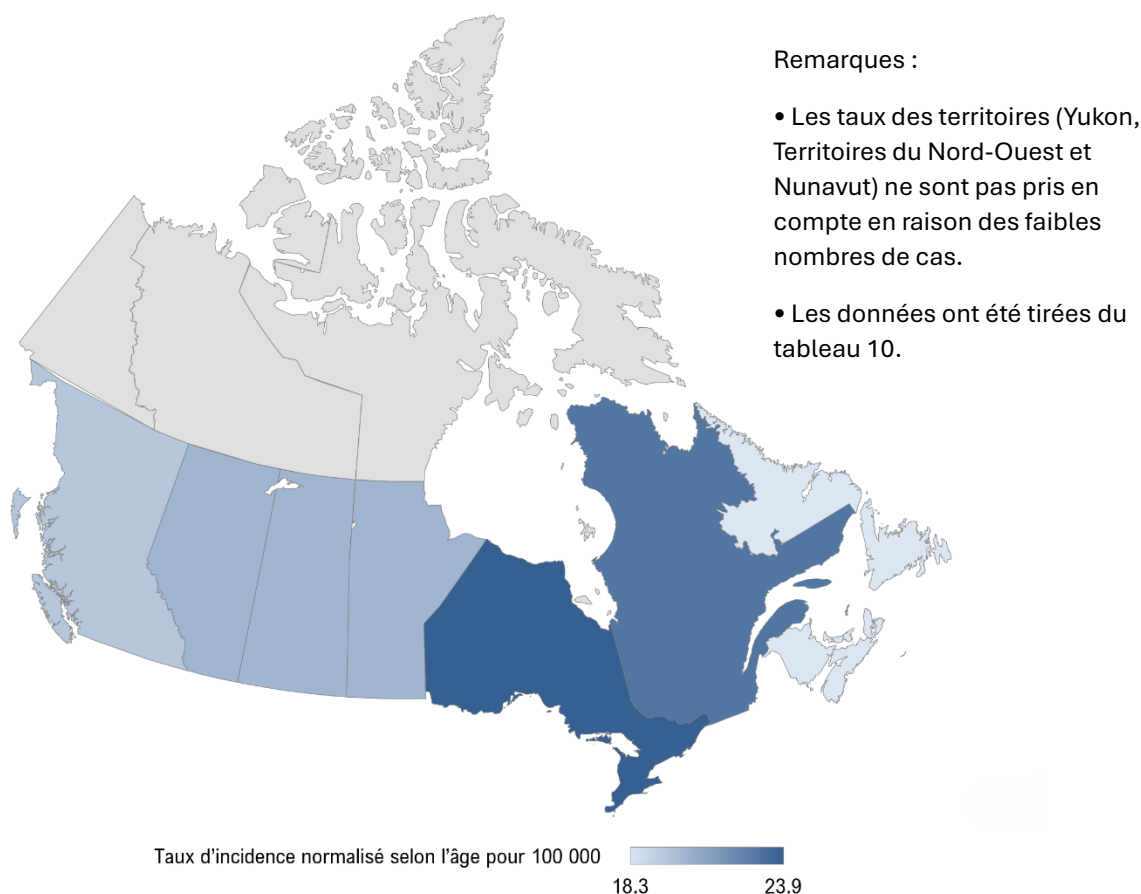
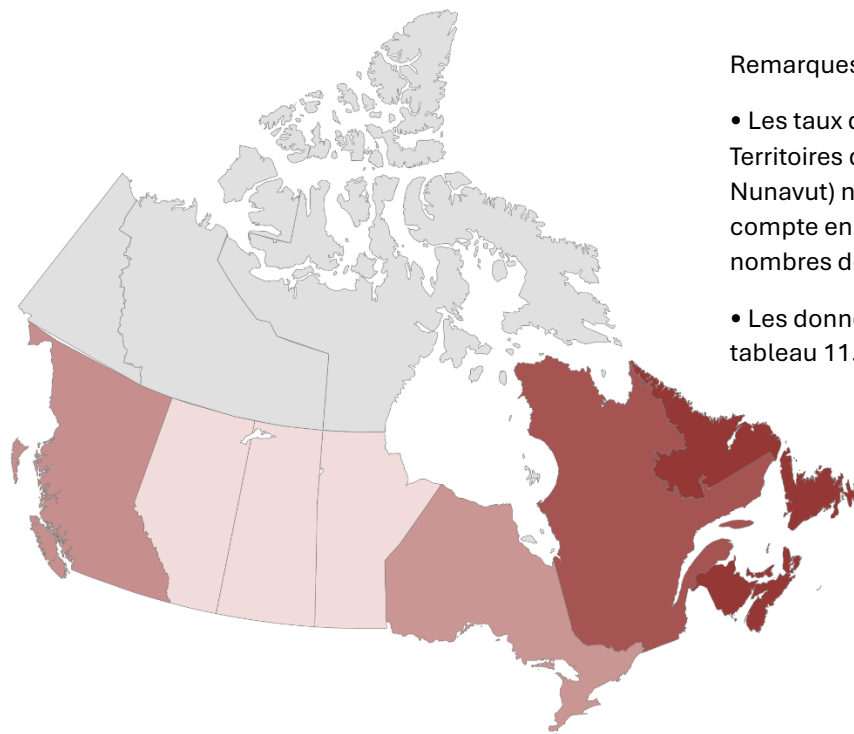


Figure 5 : Taux d'incidence moyens annuels normalisés selon l'âge (pour 100 000) de l'ensemble des tumeurs primitives malignes du système nerveux central par région ou province, Canada, 2018-2022



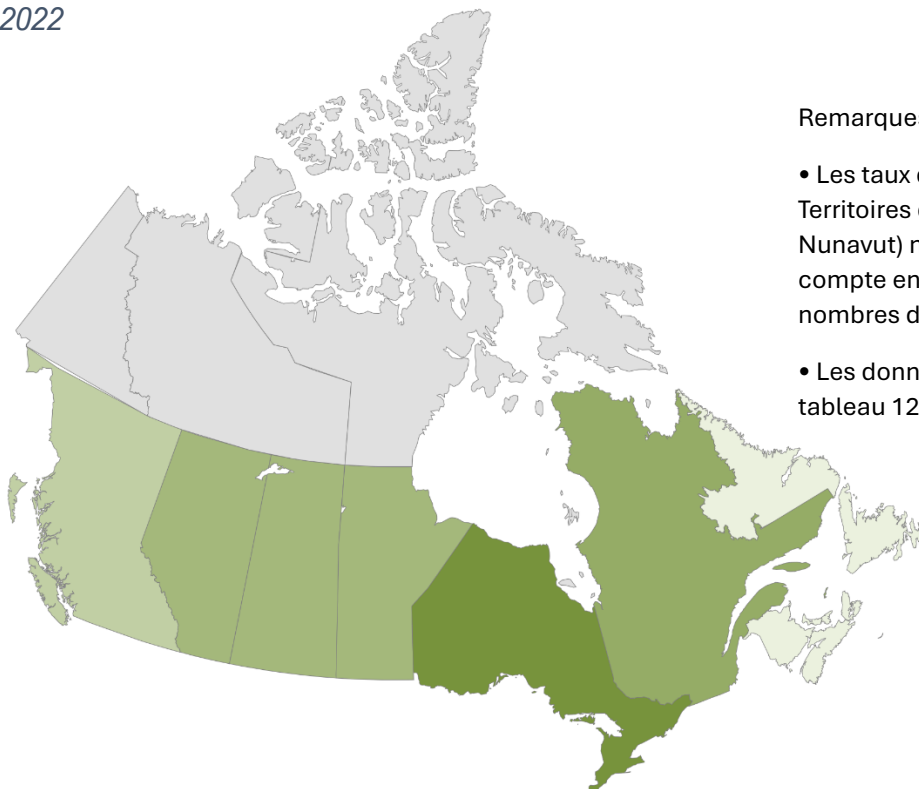
Remarques :

- Les taux des territoires (Yukon, Territoires du Nord-Ouest et Nunavut) ne sont pas pris en compte en raison des faibles nombres de cas.
- Les données ont été tirées du tableau 11.

Taux d'incidence normalisé selon l'âge pour 100 000

7.6 9.7

Figure 6 : Taux d'incidence moyens annuels normalisés selon l'âge (pour 100 000) de l'ensemble des tumeurs primitives bénignes du système nerveux central par région ou province, Canada, 2018-2022



Remarques :

- Les taux des territoires (Yukon, Territoires du Nord-Ouest et Nunavut) ne sont pas pris en compte en raison des faibles nombres de cas.
- Les données ont été tirées du tableau 12.

Taux d'incidence normalisé selon l'âge pour 100 000

8.69 15.47

Comparaison avec les États-Unis. Les taux d'incidence normalisés selon la population standard aux États-Unis en 2000 sont présentés dans les tableaux 1, 13 et 14; les taux d'incidence aux États-Unis sont tirés du rapport statistique du CBTRUS. Le TINA de l'ensemble des tumeurs primitives du SNC était plus élevé aux États-Unis qu'au Canada : il était de 26,05 pour 100 000 aux États-Unis (IC à 95 % : entre 25,97 et 26,12), tandis qu'il était de 18,46 pour 100 000 au Canada (IC à 95 % : entre 18,29 et 18,63) (tableaux 1 et 13). Pour ce qui est des types histologiques, la différence la plus marquée entre le TINA au Canada et celui aux États-Unis, en valeur absolue, était pour les tumeurs des méninges : il était de 10,99 pour 100 000 aux États-Unis (IC à 95 % : entre 10,95 et 11,04), tandis qu'il était de 5,10 pour 100 000 au Canada (IC à 95 % : entre 5,01 et 5,20). À l'inverse, le taux de tumeurs non classifiées était plus élevé au Canada qu'aux États-Unis : il était de 1,02 pour 100 000 aux États-Unis (IC à 95 % : entre 1,01 et 1,04) et de 3,03 pour 100 000 au Canada (IC à 95 % : entre 2,96 et 3,11) (tableau 1). En ce qui concerne le comportement tumoral, les taux étaient similaires pour toutes les tumeurs malignes primaires du SNC. Cependant, le taux de l'ensemble des tumeurs bénignes primaires du SNC au Canada était environ la moitié de celui enregistré aux États-Unis (tableau 1). Chez les enfants de 0 à 14 ans, le TINA de l'ensemble des tumeurs primitives du SNC, classées par type histologique principal, était similaire aux États-Unis et au Canada; dans les deux pays, le TINA le plus élevé était celui des autres types d'astrocytomes. Toutefois, ces derniers étaient plus fréquents aux États-Unis qu'au Canada (1,26 pour 100 000 comparativement à 1,04 pour 100 000, respectivement) (tableaux 1 et 14). Chez les

adolescents et les jeunes adultes de 15 à 39 ans, les tumeurs de la région sellaire constituaient le type histologique principal le plus répandu parmi les tumeurs primitives du SNC aux États-Unis, avec un TINA de 4,78 pour 100 000 (IC à 95 % : entre 4,72 et 4,84). À l'inverse, dans cette même tranche d'âge au Canada, le TINA le plus élevé était celui des astrocytomes diffus et des oligodendrogliomes, qui s'élevait à 1,85 pour 100 000 (IC à 95 % : entre 1,75 et 1,96), ce qui dépassait le TINA des astrocytomes diffus et des oligodendrogliomes aux États-Unis (1,76 pour 100 000; IC à 95 % : entre 1,72 et 1,79) (tableau 14). Le TINA global des tumeurs primitives malignes du SNC était élevé chez les adolescents et les jeunes adultes et chez les adultes de 40 ans et plus au Canada (3,24 pour 100 000 et 12,58 pour 100 000, respectivement) comparativement aux mêmes tranches d'âge aux États-Unis (3,16 pour 100 000 et 11,60 pour 100 000, respectivement) (tableaux 1 et 14). Par ailleurs, les TINA des astrocytomes diffus et des oligodendrogliomes, ainsi que des tumeurs non classifiées, étaient également élevés chez les adolescents et les jeunes adultes et chez les adultes de 40 ans et plus au Canada, comparativement aux mêmes tranches d'âge aux États-Unis (tableau 14). Chez les adultes de 40 ans et plus, les tumeurs des méninges constituaient le type histologique principal le plus courant parmi les tumeurs primitives du SNC, tant au Canada qu'aux États-Unis. Cependant, elles étaient plus de deux fois plus répandues aux États-Unis qu'au Canada (23,51 pour 100 000 comparativement à 10,57 pour 100 000, respectivement) (tableau 14).

Évolution des taux d'incidence au fil du temps. L'évolution des taux d'incidence au fil des années est présentée dans le tableau 15.

Entre 2010 et 2022, le TINA des tumeurs primitives du SNC a légèrement fluctué en ce qui concerne le glioblastome, les tumeurs malignes, les tumeurs bénignes et l'ensemble des tumeurs primitives du SNC. Au Canada (sans tenir compte du Québec et de la Nouvelle-Écosse), le TINA de l'ensemble des tumeurs primitives du SNC a connu une légère baisse générale (passant de 24,07 pour 100 000 en 2010 à 20,91 pour 100 000 en 2022). Cette baisse s'explique en grande partie par une diminution du TINA des tumeurs bénignes (qui est passé de 15,53 pour 100 000 en 2010 à 13,19 pour 100 000 en 2022). Il convient de noter que l'enregistrement des nouveaux cas de cancer en 2020 et 2021 a été influencé par les

Discussion

Ce rapport fournit des données complètes, tirées d'une surveillance de la population, sur l'incidence de tumeurs primitives du SNC au Canada au cours des années 2018 à 2022. La variation des taux d'incidence de certains types de tumeurs précis en fonction de divers facteurs, dont l'âge et le sexe, témoigne de l'hétérogénéité et de la complexité de ces tumeurs et fait valoir toute l'importance du signalement systématique des cas.

Répartition des types histologiques. Le type histologique le plus fréquemment diagnostiqué était le méningiome : avec un TINA de 5,77 pour 100 000, il constituait 26,1 % de l'ensemble des tumeurs du SNC et 41,8 % des tumeurs bénignes. Ce résultat concorde avec les données de la littérature scientifique : les méningiomes sont reconnus comme la tumeur intracrânienne primitive la plus fréquemment diagnostiquée à l'échelle mondiale²⁰. La prédominance des

perturbations des services de santé occasionnés par la pandémie de COVID-19. Il est donc possible que, pendant ces deux années, le taux d'incidence soit inférieur à celui d'années normales.

En ce qui concerne les données de 2010 à 2017 au Québec, le très faible TINA des tumeurs bénignes (3,06 pour 100 000) pourrait avoir été causé par des problèmes de saisie de données; un examen plus approfondi s'impose. Selon le RCC, les années 2011 et 2012 sont considérées comme des années de transition pour le Québec. Par conséquent, il n'est pas avisé de comparer le taux d'incidence de ces deux années avec celui d'autres années.

méningiomes parmi les tumeurs bénignes du SNC s'explique à la fois par leur nature biologique et par l'amélioration de leur dépistage grâce aux techniques sophistiquées de neuro-imagerie²⁰. Les astrocytomes diffus et les oligodendrogliomes étaient la deuxième catégorie de tumeurs la plus courante, dans l'ensemble, et le glioblastome était le type de tumeur maligne le plus fréquent (TINA de 4,52 pour 100 000) (tableau 4). Le glioblastome constituait 20,64 % de l'ensemble des tumeurs du SNC et 53,10 % des tumeurs malignes; cette statistique met en lumière l'importance de cette tumeur, la plus répandue et la plus agressive des tumeurs cérébrales primitives malignes. Ce résultat concorde avec les données de surveillance enregistrées antérieurement au Canada et souligne le fardeau clinique persistant associé à cette pathologie^{2,12}.

Une des conclusions dignes de mention est la forte proportion de tumeurs non classifiées qui ont été répertoriées (TINA de 3,56 pour 100 000), qui constituaient 16,25 % de

l'ensemble des tumeurs primitives du SNC. Au Canada, l'Ontario a enregistré le TINA le plus élevé pour l'ensemble des tumeurs primitives non classifiées (7,66 pour 100 000; IC à 95 % : entre 7,46 et 7,86); ce taux dépassait largement celui des autres provinces ou régions, où il variait entre 0,55 pour 100 000 (IC à 95 % : entre 0,48 et 0,63) et 2,16 pour 100 000 (IC à 95 % : entre 2,02 et 2,30) (tableau 10). Il apparaît clairement que le taux global de tumeurs non classifiées en Ontario est principalement constitué de tumeurs bénignes (TINA de 6,86 pour 100 000, IC à 95 % : entre 6,67 et 7,05) (tableau 12). À l'opposé, le TINA des tumeurs malignes non classifiées est semblable d'une province et d'une région à l'autre (tableau 11). Comparativement aux autres provinces et régions, l'Ontario a enregistré la plus grande proportion de cas estimés de tumeurs bénignes; cela dit, une part très importante de ces cas sont non classifiés. Il apparaît donc nécessaire, en plus d'améliorer l'enregistrement global des tumeurs bénignes dans les registres provinciaux et régionaux du cancer, de déployer des efforts supplémentaires pour garantir une classification uniforme et exhaustive de ces tumeurs partout au Canada⁸. La forte proportion de tumeurs non classifiées répertoriées en Ontario pourrait s'expliquer par le fait que le registre de la province intègre des cas non confirmés par un examen pathologique, tirés des données de l'Institut canadien d'information sur la santé. Bien que l'Ontario ait ainsi l'avantage de pouvoir détecter des cas qui, autrement, passeraient inaperçus, les sources de données actuelles ne fournissent pas nécessairement assez d'information pour classer les tumeurs selon les catégories utilisées dans les rapports de surveillance². En fournissant un accès à des sources de données confirmées, notamment par l'imagerie radiologique ou

l'analyse des marqueurs moléculaires, et adaptées aux structures d'information sur la santé de chaque province ou territoire, il serait possible d'améliorer la classification et de résoudre ce problème, ce qui permettrait de fournir, grâce aux registres, de l'information d'une grande pertinence clinique².

Les tumeurs non classifiées, en particulier celles qui appartiennent au sous-type « néoplasme non précisé », nuisent à ce qu'on puisse effectuer une surveillance épidémiologique exacte. Le taux élevé de tumeurs non classifiées au Canada comparativement aux États-Unis laisse entendre qu'il pourrait y avoir des différences entre les deux pays dans les pratiques diagnostiques, l'exhaustivité de la déclaration des cas ou l'accès à des services de neuropathologie spécialisés. En intensifiant les efforts visant à classer ces tumeurs selon la classification des tumeurs du SNC de l'OMS, il serait possible d'améliorer à la fois la prise en charge des patients et l'exactitude des données de surveillance^{7,17,21}.

Tendances par âge et par sexe. Le TINA global était plus élevé chez les femmes (23,20 pour 100 000) que chez les hommes (20,48 pour 100 000), principalement en raison des méningiomes, qui étaient deux fois plus fréquents chez les femmes que chez les hommes (8,43 pour 100 000 contre 4,00 pour 100 000, respectivement) (tableau 5). Cette disparité entre les sexes dans l'incidence des méningiomes est bien établie; elle a été attribuée à des facteurs hormonaux, puisqu'on a souvent relevé l'expression des récepteurs d'œstrogènes et de progestérone dans les cellules de méningiomes²⁰. À l'inverse, les hommes présentaient un TINA plus élevé que les femmes pour toutes les autres tumeurs primitives du SNC, ce qui

correspondait aux tendances observées en épidémiologie des gliomes^{2,18}.

Le taux d'incidence de la plupart des principaux types histologiques augmentait avec l'âge, ce qui concorde avec la tendance générale d'augmentation du risque de tumeur avec l'âge. Chez les enfants de 0 à 14 ans, le TINA le plus élevé était celui des autres types d'astrocytomes, avec 1,05 pour 100 000, suivi de celui des tumeurs embryonnaires. Il convient de noter que les tumeurs embryonnaires présentaient une disparité marquée entre les sexes : la TINA chez les garçons (0,83 pour 100 000) était presque le double de celui chez les filles (0,49 pour 100 000) (tableau 6). Cette tendance a été systématiquement observée dans l'épidémiologie des tumeurs cérébrales pédiatriques et mérite que l'on étudie davantage les mécanismes biologiques qui pourraient être en jeu^{18,22}.

Disparités entre les régions. D'importantes disparités ont été observées entre les régions du Canada en ce qui concerne les taux d'incidence des tumeurs du SNC. Le TINA le plus élevé pour l'ensemble des tumeurs primitives du SNC était en Ontario (23,92 pour 100 000), tandis que le TINA le plus bas était dans la région de l'Atlantique (18,34 pour 100 000). En ce qui concerne les tumeurs malignes, la région des Prairies avait le TINA le plus bas (7,55 pour 100 000) et la région de l'Atlantique avait le TINA le plus haut (9,65 pour 100 000). Les disparités étaient encore plus marquées avec les tumeurs bénignes, pour lesquelles les taux variaient entre 8,69 pour 100 000 dans la région de l'Atlantique et 15,47 pour 100 000 en Ontario (tableau 12).

Le Québec avait le deuxième TINA le plus élevé de l'ensemble des tumeurs primitives du SNC, des tumeurs malignes et des tumeurs bénignes (tableaux 10 à 12). Il

convient de noter qu'en raison de contraintes liées à l'accessibilité des données, les taux au Québec ont été calculés à partir des cas recensés entre 2013 et 2017, et non entre 2018 et 2022 comme dans les autres provinces; le calcul partait de l'hypothèse que ces taux étaient restés stables.

Les disparités entre les régions sont probablement causées par plusieurs facteurs, notamment les différences dans les pratiques de recensement des cas, dans l'accès à des techniques avancées de neuro-imagerie, dans le profil génétique et dans l'exhaustivité des signalements de tumeurs bénignes aux registres provinciaux du cancer. Des études antérieures ont mis en évidence les difficultés qui nuisent à l'établissement d'un recensement exhaustif des tumeurs bénignes du SNC au Canada, en particulier dans les provinces et territoires qui n'ont pas encore pleinement intégré le couplage avec une base de données sur les congés des patients pour répertorier les cas, alors que cette mesure s'est avérée efficace pour améliorer le taux de cas recensés au Manitoba, en Alberta, en Colombie-Britannique et en Ontario^{3,13,23}. Il est probable que les taux plus faibles de tumeurs bénignes enregistrées dans certaines régions indiquent un recensement incomplet des cas plutôt qu'un véritable écart dans l'incidence de la maladie; il apparaît donc nécessaire de continuer à améliorer les infrastructures de surveillance dans l'ensemble des provinces et des territoires.

Données du Québec. Les données du Québec sont intégrées au rapport de surveillance des tumeurs du SNC pour la toute première fois. Aux fins du présent rapport, les données du Québec compilées entre 2013 et 2017 ont été utilisées, en partant de l'hypothèse que le taux demeurait stable entre 2018 et 2022.

Le taux d'incidence au Québec a été comparé au taux publié dans le précédent rapport canadien, qui concernait la même période (de 2013 à 2017), en excluant le Québec. Dans ce précédent rapport⁸, les TINA au Canada (sans tenir compte du Québec) s'élevaient à 21,05 pour 100 000 (IC à 95 % : entre 20,81 et 21,29) pour l'ensemble des tumeurs primitives du SNC; 7,93 pour 100 000 (IC à 95 % : entre 7,78 et 8,08) pour les tumeurs malignes; et 13,12 pour 100 000 (IC à 95 % : entre 12,93 et 13,31) pour les tumeurs bénignes (tableau 4⁸). Au Québec, les TINA au cours de cette même période étaient nettement plus élevés, soit 22,99 pour 100 000 (IC à 95 % : entre 22,54 et 23,45), 9,29 pour 100 000 (IC à 95 % : entre 9,00 et 9,58) et 13,70 pour 100 000 (IC à 95 % : entre 13,36 et 14,06), respectivement (tableaux 10 à 12). Ces écarts suggèrent que les taux nationaux calculés précédemment sans tenir compte du Québec étaient trop bas par rapport à l'incidence réelle à l'échelle nationale.

Le Québec a connu des fluctuations considérables du nombre de tumeurs bénignes recensées entre 2010 et 2012 : les TINA enregistrés pouvaient être aussi bas que 3,06 pour 100 000 (IC à 95 % : entre 2,67 et 3,46) et aussi élevés que 25,10 pour 100 000 (IC à 95 % : entre 23,99 et 26,25). Cette observation cadre avec la mise en garde formulée par le RCC concernant la qualité des données du Québec en 2011 et 2012.

Depuis 2013, les TINA des tumeurs bénignes sont restés dans une fourchette relativement étroite, comprise entre 13,25 et 17,59 pour 100 000 (tableau 15). En dépit de ces fluctuations, les TINA montrent que, dans l'ensemble, le recensement des tumeurs bénignes a été plus efficace au Québec que dans les autres régions du Canada, à l'exception de l'Ontario.

Le TINA global des tumeurs non classifiées au Québec était de 2,16 (IC à 95 % : entre 2,02 et 2,30). Ce taux est nettement inférieur à la moyenne canadienne de 3,71 pour 100 000 (IC à 95 % : entre 3,62 et 3,80), bien que cette moyenne nationale soit principalement élevée en raison des données de l'Ontario (tableaux 4, et 10 à 12). Lorsque les comportements tumoraux d'un type particulier de la classification sont comparés, le Québec présente un TINA de tumeurs malignes plus élevé (1,14 pour 100 000 comparativement à 0,71 pour 100 000) (tableaux 4, et 10 à 12). De plus, comparativement à d'autres régions, le Québec a enregistré des taux de tumeurs non classifiées systématiquement plus élevés que ceux de la région de l'Atlantique, de la Colombie-Britannique et de la région des Prairies, tant pour les tumeurs malignes que pour les tumeurs bénignes.

Comparaison avec les États-Unis. Lorsque les données étaient normalisées selon la population standard des États-Unis en 2000 à des fins de comparaison, le TINA de l'ensemble des tumeurs primitives du SNC était nettement plus faible au Canada (18,46 pour 100 000) qu'aux États-Unis (26,05 pour 100 000)¹⁸. Cette différence s'expliquait principalement par les tumeurs bénignes, pour lesquelles le taux canadien était d'environ la moitié de celui des États-Unis. Ces résultats mettent en évidence les difficultés relevées lors d'études canadiennes antérieures concernant l'exhaustivité du recensement des tumeurs bénignes du SNC^{3,26}.

Le TINA global des tumeurs primitives malignes du SNC était élevé chez les adolescents et les jeunes adultes et chez les adultes de 40 ans et plus au Canada, comparativement aux mêmes tranches d'âge aux États-Unis (tableau 14). Ces écarts entre

les taux d'incidence peuvent s'expliquer par des différences entre les deux pays en ce qui a trait à l'exhaustivité des registres et aux pratiques d'attribution de codes. Il se pourrait que le classement des tumeurs du SNC au comportement incertain ou se situant à la limite entre maligne et bénigne se fasse différemment au Canada et aux États-Unis, ce qui expliquerait une différence dans les taux d'incidences respectifs des tumeurs malignes. Au Canada, des règles variables de classification du comportement tumoral sont appliquées dans les registres provinciaux des tumeurs qui alimentent le RCC; cette variation a entraîné des différences marquées entre les taux de tumeurs bénignes du SNC non classifiées enregistrés par chaque province^{2,10,24,25}.

Le Canada a enregistré un taux global de tumeurs non classifiées plus élevé (3,03 pour 100 000) que les États-Unis (1,02 pour 100 000); cet écart est largement associé aux tumeurs primitives bénignes du SNC¹⁸. En effet, il semble s'expliquer en grande partie par le taux élevé de tumeurs bénignes du SNC non classifiées qui a été enregistré en Ontario, ce qui laisse supposer que les pratiques d'attribution du code diagnostique et de déclaration des cas pourraient différer. Bien que l'intégration d'un couplage avec une base de données sur les congés des patients ait progressé dans plusieurs provinces, il demeure nécessaire d'améliorer encore plus les pratiques de recensement des cas pour constituer un registre aussi exhaustif que le CBTRUS^{14,18,23,27}.

Atouts et limites. Cette étude comporte plusieurs atouts importants. Elle présente les données les plus récentes et les plus complètes, fondées sur la population, sur l'incidence des tumeurs du SNC au Canada; elle s'appuie sur les données de l'ensemble des registres provinciaux du cancer, y

compris, pour la première fois, celui du Québec. L'utilisation de systèmes de classification normalisés conformes aux normes internationales, soit la CIM-O-3 et la classification de l'OMS de 2016, facilite les comparaisons avec d'autres pays^{16,17}. Il convient toutefois de reconnaître les quelques limites de l'étude. Tout d'abord, comme souligné au fil du présent rapport, le recensement des tumeurs bénignes du SNC au Canada reste incomplet^{13,23}. Certaines provinces n'ont pas encore pleinement mis en œuvre le couplage avec une base de données sur les congés des patients, qui permet de recenser les tumeurs bénignes, ce qui mène à une sous-estimation de l'incidence de tels cas^{13,23}. Les données du Québec et de la Nouvelle-Écosse pour 2018-2022 ont été extrapolées à partir de données antérieures à la période visée (2013-2017 et 2015-2019, respectivement), en presumant qu'elles étaient demeurées stables depuis; or, il se peut que cette approche introduise un certain décalage temporel.

Conséquences pour la surveillance et orientations futures. Ces résultats ont plusieurs conséquences importantes pour la surveillance des tumeurs du SNC au Canada. Il est nécessaire de poursuivre les efforts visant à améliorer l'exhaustivité du recensement des tumeurs bénignes du SNC dans toutes les provinces. L'approche d'un couplage avec une base de données sur les congés des patients, qui a pu être mise en œuvre avec succès dans certaines provinces ou certains territoires, pourrait être adoptée à plus grande échelle^{14,23}. Par ailleurs, il convient de s'efforcer de réduire la proportion de tumeurs non classifiées en améliorant l'accès à des services de neuropathologie spécialisés et de diagnostics moléculaires. La classification des tumeurs du SNC de l'OMS publiée en 2021 intégrait des paramètres

moléculaires dans les critères diagnostiques; il serait pertinent d'orienter les futurs efforts de surveillance de sorte que ces caractéristiques importantes soient intégrées^{13,21}.

Comme les taux d'incidence varient d'une province à l'autre, il serait nécessaire de mener des recherches plus approfondies pour déterminer si ces variations sont véritablement de nature épidémiologiques ou si elles résultent de divergences entre les méthodes de surveillance. Des initiatives collaboratives, comme le RCTC, permettent d'établir des structures importantes pour améliorer la surveillance et la recherche sur les tumeurs du SNC^{2,23}. Enfin, il sera essentiel de faire le suivi des tendances au fil du temps pour détecter les variations de l'incidence des tumeurs du SNC et évaluer l'influence de l'évolution des technologies de diagnostic, des pratiques thérapeutiques et des facteurs de risque liés à l'environnement ou au mode de vie^{2,18}.

Conclusion

Le présent rapport sur les tumeurs primitives du SNC diagnostiquées au Canada entre 2018 et 2022 présente une description exhaustive de l'incidence de ces tumeurs, fondée sur la population, selon les données compilées dans l'ensemble des registres canadiens du cancer qui porte sur la population entière du Canada. Les données détaillées fournies sur la répartition et l'incidence des tumeurs du SNC au Canada viendront étayer les travaux des neuro-oncologues et serviront de référence pour mener une surveillance continue. Elles constitueront également une ressource utile

pour les chercheurs, les cliniciens et les patients.

Les résultats de l'étude concordent avec les prévisions de fréquence et de répartition des tumeurs primitives du SNC au Canada et sont comparables aux résultats obtenus aux États-Unis. Le recensement tardif ou incomplet des tumeurs bénignes du SNC contribue à la sous-estimation de la charge de morbidité des tumeurs primitives du SNC au Canada et compromet l'interprétation juste des statistiques de surveillance. Par ailleurs, étant donné la fréquence élevée des tumeurs non classifiées, il s'avère nécessaire d'améliorer l'uniformité et l'exhaustivité des données dans l'ensemble des provinces. La déclaration des cas potentiellement non exhaustive de tumeurs bénignes et la proportion plus élevée que prévu de cas non classifiés auront une incidence sur la précision des données histopathologiques, en particulier celles qui concernent les types de tumeurs associées à un comportement tumoral ambigu. Cependant, seule une partie des tumeurs non classifiées le sont réellement; il convient donc d'étudier davantage les facteurs qui justifient une telle classification. Nous insistons sur la nécessité de soutenir les approches de chaque région en matière de recensement des cas et d'attribution de codes pour classifier les tumeurs.

En communiquant les estimations du présent rapport, nous espérons que les parties prenantes provinciales et les registres du cancer collaboreront pour remédier aux problèmes soulevés et améliorer la précision des données au fil du temps. Le RCTC s'engage à prendre part aux initiatives visant à améliorer la qualité des données à l'échelle nationale.

Tableaux

Tableau 1 : Taux d'incidence normalisés selon l'âge (pour 100 000, à partir de la population standard aux États-Unis en 2000) de l'ensemble des tumeurs primitives du système nerveux central par comportement tumoral et âge au moment du diagnostic

	Canada	États-Unis
	Taux (IC à 95 %)	Taux (IC à 95 %)
Comportement tumoral		
Malignes	7,17 (7,08–7,28)	6,86 (6,82–6,90)
Bénignes	11,29 (11,16–11,42)	19,19 (19,12–19,25)
Total	18,46 (18,29–18,63)	26,05 (25,97–26,12)
Âge au moment du diagnostic		
Enfants (0 à 14 ans)		
Malignes	3,21 (3,01–3,42)	3,48 (3,41–3,55)
Bénignes	1,74 (1,59–1,89)	2,03 (1,98–2,08)
Total	4,95 (4,70–5,21)	5,51 (5,42–5,59)
Adolescents et jeunes adultes (15 à 39 ans)		
Malignes	3,24 (3,10–3,39)	3,16 (3,11–3,21)
Bénignes	5,66 (5,47–5,85)	9,16 (9,07–9,24)
Total	8,90 (8,67–9,14)	12,31 (12,22–12,41)
Adultes (40 ans et plus)		
Malignes	12,58 (12,36–12,80)	11,6 (11,53–11,68)
Bénignes	21,09 (20,80–21,38)	36,02 (35,89–36,15)
Total	33,67 (33,31–34,03)	47,62 (47,47–47,78)

Tableau 1 : Nombre total de cas, répartition en pourcentage et âge médian associés à chaque type histologique de l'ensemble des tumeurs primitives du système nerveux central, Canada, 2018-2022

Type histologique ^a (principal/particulier)	Nombre total de cas	Pourcentage de l'ensemble des tumeurs du SNC	Âge médian	Nombre total de cas de tumeurs malignes	Pourcentage de cas de tumeurs malignes
Astrocytomes diffus et oligodendrogliomes	11 010	25,91	63	—^b	—^b
Astrocytome diffus	865	2,04	43	— ^b	— ^b
Astrocytome anaplasique	565	1,33	50	565	100
Glioblastome	8 770	20,64	66	8 770	100
Oligodendrogliome	450	1,06	43	450	100
Oligodendrogliome anaplasique	285	0,67	48	285	100
Tumeurs oligastrocytaires	80	0,19	49,5	80	100
Autres types d'astrocytomes	570	1,34	12	530	92,98
Astrocytome pilocytaire	500	1,18	11	500	100
Variantes uniques d'astrocytome	70	0,16	18	35	50
Tumeurs épendymaires	645	1,52	45	345	53,49
Autres gliomes	1 120	2,64	52	1 115	99,55
Gliome malin, SAI	1 110	2,61	52	1 110	100
Autres tumeurs neuroépithéliales	10	0,02	35	5	50
Tumeurs neuronales et glioneurales	575	1,35	31	125	21,74
Tumeurs du plexus choroïde	75	0,18	20,5	10	13,33
Tumeurs de la région pinéale	85	0,2	39	60	70,59
Tumeurs embryonnaires	330	0,78	10	330	100
Tumeur des nerfs crâniens et paraspinaux	3 000	7,06	56	15	0,5
Tumeurs des méninges	12 120	28,52	64	305	2,52
Méningiome	11 090	26,09	64	225	2,03
Tumeurs méenchymateuses	1 005	2,36	53	60	5,97
Lésions mélanocytaires primaires	25	0,06	54	20	80
Lymphomes et néoplasmes hématopoïétiques	1 060	2,49	68	1 055	99,53
Tumeurs des cellules germinales	135	0,32	16	125	92,59
Tumeurs de la région sellaire	4 385	10,32	56	40	0,91
Tumeurs de l'hypophyse	4 085	9,61	56	40	0,98
Craniopharyngiome	300	0,71	51	0	0
Tumeurs non classifiées	7 200	16,94	71	1 380	19,17
Hémangiome	255	0,6	52	0	0
Néoplasme non précisé	6 905	16,25	72	1 370	19,84
Toutes les autres tumeurs	35	0,08	39	5	14,29
Tumeurs non classifiées par le CBTRUS	210	0,49	55,5	55	26,19
Total	42 500	100	62	16 505	38,84

Remarques : Il se peut que l'addition des valeurs de chaque colonne ne donne pas le même total en raison des valeurs arrondies.

^a Selon la définition du Central Brain Tumour Registry des États-Unis.

^b Valeurs exclues conformément à l'accord de confidentialité.

Source des données : Registre canadien du cancer de Statistique Canada.

Abréviations : CBTRUS = Central Brain Tumour Registry des États-Unis; SAI = sans autres indications; IC = intervalle de confiance.

Pourcentage de l'ensemble des tumeurs du SNC

Faible Élevé

Tableau 2 : Nombre total de cas et taux d'incidence moyens annuels normalisés selon l'âge (pour 100 000) de l'ensemble des tumeurs primitives du système nerveux central par site tumoral, Canada, 2018-2022

Emplacement (code topographique de la CIM-O-3)	Nombre total de cas	Taux	IC à 95 %
Encéphale (C71)	19 170	9,94	9,80–1,09
Encéphale, sauf lobes et ventricules (C71.0)	1 355	0,71	0,67–0,74
Lobe frontal (C71.1)	4 615	2,39	2,32–2,46
Lobe temporal (C71.2)	3 335	1,72	1,67–1,78
Lobe pariétal (C71.3)	1 860	0,96	0,92–1,00
Lobe occipital (C71.4)	490	0,25	0,23–0,28
Ventricule cérébral, SAI (C71.5)	420	0,22	0,20–0,24
Cervelet, SAI (C71.6)	1 115	0,59	0,56–0,63
Tronc cérébral (C71.7)	690	0,37	0,34–0,40
Lésion à localisations contiguës de l'encéphale (C71.8)	1 605	0,82	0,78–0,87
Encéphale, SAI (C71.9)	3 680	1,91	1,85–1,97
Moelle épinière et queue de cheval (C72.0 et C72.1)	1 530	0,80	0,76–0,85
Moelle épinière (C72.0)	1 470	0,77	0,73–0,81
Queue de cheval (C72.1)	60	0,031	0,024–0,040
Nerfs crâniens (C72.2 à C72.5)	2 310	1,21	1,17–1,27
Nerf olfactif (C72.2)	5	0,004	0,002–0,008
Nerf optique (C72.3)	110	0,060	0,049–0,073
Nerf auditif (C72.4)	1 585	0,84	0,80–0,88
Nerfs crâniens, SAI (C72.5)	605	0,31	0,29–0,34
Autres parties du système nerveux (C72.8 et C72.9)	225	0,118	0,103–0,135
Lésion à localisations contiguës de l'encéphale et d'autres parties du SNC (C72.8)	35	0,018	0,012–0,025
Système nerveux central, SAI (C72.9)	190	0,100	0,086–0,116
Méninges (C70)	13 085	6,79	6,67–6,91
Méninges cérébrales (C70.0)	10 790	5,61	5,50–5,72
Méninges rachidiennes (C70.1)	865	0,44	0,42–0,48
Méninges, SAI (C70.9)	1 430	0,73	0,70–0,77
Hypophyse et tractus craniopharyngien (C75.1 et C75.2)	5 865	3,06	2,98–3,13
Hypophyse (C75.1)	5 600	2,92	2,84–2,99
Tractus craniopharyngien (C75.2)	265	0,140	0,124–0,158
Épiphyse ou glande pinéale (C75.3)	240	0,126	0,111–0,143
Fausses nasales (C30.0)^a	80	0,043	0,034–0,053
Total	42 500	22,09	21,88–22,31

Remarques : Les taux sont normalisés selon l'âge en fonction de la population standard canadienne en 2016.

Il se peut que l'addition des valeurs de chaque colonne ne donne pas le même total en raison des valeurs arrondies.

^a Limité aux codes histologiques 9522-9523 de la classification de la CIM-O-3.

Source des données : Registre canadien du cancer de Statistique Canada.

Abréviations : SAI = sans autres indications; IC = intervalle de confiance.

Taux
Faible  Élevé

Tableau 3 : Nombre total de cas et taux d'incidence moyens annuels normalisés selon l'âge (pour 100 000) de l'ensemble des tumeurs primitives du système nerveux central par type histologique et comportement tumoral, Canada, 2018-2022

Type histologique ^a (principal/particulier)	Total			Malignes			Bénignes		
	Nombre total de cas	Taux	IC à 95 %	Nombre total de cas	Taux	IC à 95 %	Nombre total de cas	Taux	IC à 95 %
Astrocytomes diffus et oligodendrogliomes	11 010	5,69	5,58–5,80	– ^b	– ^b	– ^b	– ^b	– ^b	– ^b
Astrocytome diffus	865	0,45	0,42–0,48	– ^b	– ^b	– ^b	– ^b	– ^b	– ^b
Astrocytome anaplasique	565	0,29	0,27–0,32	565	0,29	0,27–0,32	0	0	0
Glioblastome	8 770	4,52	4,42–4,62	8 770	4,52	4,42–4,62	0	0	0
Oligodendrogliome	450	0,24	0,21–0,26	450	0,24	0,21–0,26	0	0	0
Oligodendrogliome anaplasique	285	0,15	0,13–0,17	285	0,15	0,13–0,17	0	0	0
Tumeurs oligoastrocytaires	80	0,041	0,032–0,051	80	0,041	0,032–0,051	0	0	0
Autres types d'astrocytomes	570	0,31	0,28–0,33	530	0,29	0,26–0,31	40	0,021	0,015–0,029
Astrocytome pilocytique	500	0,27	0,25–0,29	500	0,27	0,25–0,29	0	0	0
Variantes uniques d'astrocytome	70	0,039	0,031–0,049	35	0,018	0,013–0,025	40	0,021	0,015–0,029
Tumeurs épendymaires	645	0,34	0,31–0,37	345	0,18	0,16–0,20	295	0,16	0,14–0,18
Autres gliomes	1 120	0,59	0,55–0,62	– ^b	– ^b	– ^b	– ^b	– ^b	– ^b
Gliome malin, SAI	1 110	0,58	0,55–0,62	1 110	0,58	0,55–0,62	0	0	0
Autres tumeurs neuroépithéliales	10	0,005	0,002–0,009	– ^b	– ^b	– ^b	– ^b	– ^b	– ^b
Tumeurs neuronales et glioneurales	575	0,30	0,28–0,33	125	0,065	0,054–0,078	450	0,24	0,22–0,26
Tumeurs du plexus choroïde	75	0,040	0,031–0,050	10	0,005	0,0023–0,0096	65	0,035	0,027–0,045
Tumeurs de la région pinéale	85	0,044	0,035–0,054	60	0,031	0,024–0,041	25	0,012	0,008–0,019
Tumeurs embryonnaires	330	0,18	0,16–0,20	330	0,18	0,16–0,20	0	0	0
Tumeur des nerfs crâniens et paraspinaux	3 000	1,58	1,52–1,64	15	0,010	0,006–0,016	2 980	1,57	1,51–1,63
Tumeurs des méninges	12 120	6,31	6,19–6,42	305	0,16	0,14–0,18	11 815	6,15	6,04–6,26
Méningiome	11 090	5,77	5,66–5,87	225	0,12	0,1–0,13	10 860	5,65	5,54–5,76
Tumeurs mésenchymateuses	1 005	0,53	0,50–0,56	60	0,031	0,023–0,040	945	0,50	0,47–0,53
Lésions mélanocytaires primaires	25	0,013	0,009–0,020	20	0,010	0,006–0,016	5	0,003	0,001–0,007
Lymphomes et néoplasmes hématopoïétiques	1 060	0,54	0,51–0,57	– ^b	– ^b	– ^b	– ^b	– ^b	– ^b
Tumeurs des cellules germinales	135	0,074	0,062–0,088	125	0,068	0,056–0,081	10	0,007	0,003–0,011
Tumeurs de la région sellaire	4 385	2,29	2,22–2,36	40	0,021	0,015–0,029	4 345	2,26	2,20–2,33
Tumeurs de l'hypophyse	4 085	2,13	2,06–2,20	40	0,021	0,015–0,029	4 045	2,11	2,04–2,17
Craniopharyngiome	300	0,16	0,14–0,18	0	0	0	300	0,16	0,14–0,18
Tumeurs non classifiées	7 200	3,71	3,62–3,80	1 380	0,71	0,67–0,75	5 815	3,00	2,93–3,08
Hémangiome	255	0,13	0,12–0,15	– ^b	– ^b	– ^b	– ^b	– ^b	– ^b
Néoplasme non précisé	6 905	3,56	3,47–3,64	1 370	0,702	0,67–0,74	5 535	2,85	2,78–2,93
Toutes les autres tumeurs	35	0,019	0,01–0,03	5	0,005	0,002–0,009	25	0,014	0,009–0,021
Tumeurs non classifiées par le CBTRUS	210	0,11	0,10–0,13	55	0,028	0,021–0,037	155	0,081	0,069–0,095
Total	42 500	22,09	21,88–22,31	16 505	8,56	8,42–8,69	25 995	13,54	13,38–13,71

Remarques : Les taux sont normalisés selon l'âge en fonction de la population standard canadienne en 2016. Il se peut que l'addition des valeurs de chaque colonne et rangée ne donne pas le même total en raison des valeurs arrondies.

^a Selon la définition du Central Brain Tumor Registry des États-Unis.

^b Valeurs exclues conformément à l'accord de confidentialité.

Source des données : Registre canadien du cancer de Statistique Canada.

Abbréviations : CBTRUS = Central Brain Tumor Registry des États-Unis; SAI = sans autres indications; IC = intervalle de confiance.

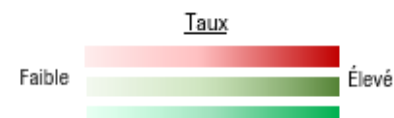


Tableau 4 : Nombre total de cas et taux d'incidence moyens annuels normalisés selon l'âge (pour 100 000) de l'ensemble des tumeurs primitives du système nerveux central par type histologique et sexe, Canada, 2018-2022

Type histologique ^a (principal/particulier)	Total			Hommes			Femmes		
	Nombre total de cas	Taux	IC à 95 %	Nombre total de cas	Taux	IC à 95 %	Nombre total de cas	Taux	IC à 95 %
Astrocytomes diffus et oligodendrogliomes	11 010	5,69	5,58-5,80	6 520	6,70	6,54-6,87	4 490	4,54	4,40-4,46
Astrocytome diffus	865	0,45	0,42-0,48	480	0,50	0,46-0,55	385	0,40	0,36-0,44
Astrocytome anaplasique	565	0,29	0,27-0,32	320	0,34	0,30-0,37	245	0,25	0,22-0,28
Glioblastome	8 770	4,52	4,42-4,62	5 255	5,38	5,23-5,53	3 510	3,52	3,40-3,64
Oligodendrogliome	450	0,24	0,21-0,26	255	0,27	0,24-0,30	195	0,20	0,18-0,23
Oligodendrogliome anaplasique	285	0,151	0,134-0,170	160	0,169	0,143-0,198	130	0,133	0,111-0,159
Tumeurs oligoastrocytaires	80	0,041	0,032-0,051	45	0,049	0,036-0,066	30	0,032	0,022-0,046
Autres types d'astrocytomes	570	0,31	0,28-0,33	305	0,33	0,30-0,37	265	0,28	0,25-0,32
Astrocytome pilocytique	500	0,27	0,25-0,29	255	0,28	0,25-0,32	240	0,26	0,23-0,29
Variantes uniques d'astrocytome	70	0,039	0,031-0,049	45	0,052	0,038-0,069	25	0,028	0,018-0,041
Tumeurs épendymaires	645	0,34	0,31-0,37	400	0,42	0,38-0,47	245	0,26	0,23-0,29
Autres gliomes	1 120	0,59	0,55-0,62	610	0,64	0,59-0,69	510	0,53	0,48-0,58
Gliome malin, SAI	1 110	0,58	0,55-0,62	605	0,64	0,59-0,69	505	0,52	0,48-0,57
Autres tumeurs neuroépithéliales	10	0,005	0,002-0,009	— ^b	— ^b	— ^b	— ^b	— ^b	— ^b
Tumeurs neuronales et glioneuronales	575	0,30	0,28-0,33	305	0,32	0,29-0,36	270	0,29	0,25-0,32
Tumeurs du plexus choroïde	75	0,040	0,031-0,050	40	0,045	0,032-0,061	30	0,035	0,024-0,050
Tumeurs de la région pinéale	85	0,044	0,035-0,054	40	0,041	0,029-0,056	45	0,046	0,034-0,062
Tumeurs embryonnaires	330	0,18	0,16-0,20	200	0,22	0,20-0,26	125	0,13	0,11-0,16
Tumeur des nerfs crâniens et paraspinaux	3 000	1,58	1,52-1,64	1 455	1,53	1,45-1,61	1 540	1,61	1,53-1,69
Tumeurs des méninges	12 120	6,31	6,19-6,42	3 885	4,00	3,87-4,12	8 230	8,43	8,24-8,61
Méningiome	11 090	5,77	5,66-5,87	3 330	3,41	3,29-3,53	7 765	7,94	7,76-8,12
Tumeurs mésenchymateuses	1 005	0,53	0,50-0,56	550	0,58	0,53-0,63	455	0,47	0,43-0,52
Lésions mélanocytaires primaires	25	0,013	0,009-0,020	10	0,009	0,004-0,017	15	0,018	0,011-0,029
Lymphomes et néoplasmes hématopoïétiques	1 060	0,54	0,51-0,57	555	0,56	0,51-0,61	500	0,50	0,46-0,55
Tumeurs des cellules germinales	135	0,074	0,062-0,088	105	0,119	0,097-0,143	30	0,033	0,022-0,047
Tumeurs de la région sellaire	4 385	2,29	2,22-2,36	2 205	2,29	2,20-2,39	2 175	2,25	2,16-2,35
Tumeurs de l'hypophyse	4 085	2,13	2,06-2,20	2 050	2,12	2,03-2,22	2 040	2,11	2,02-2,20
Craniopharyngiome	300	0,16	0,14-0,18	160	0,17	0,14-0,20	140	0,14	0,12-0,17
Tumeurs non classifiées	7 200	3,71	3,62-3,80	3 090	3,15	3,04-3,26	4 105	4,16	4,03-4,29
Hémangiome	255	0,13	0,12-0,15	120	0,13	0,11-0,15	130	0,14	0,12-0,17
Néoplasme non précisé	6 905	3,56	3,47-3,64	2 950	3,00	2,89-3,11	3 955	4,00	3,87-4,13
Toutes les autres tumeurs	35	0,019	0,013-0,027	20	0,019	0,011-0,031	20	0,019	0,011-0,030
Tumeurs non classifiées par le CBTRUS	210	0,110	0,095-0,126	105	0,109	0,089-0,132	105	0,109	0,089-0,133
Total	42 500	22,09	21,88-22,31	19 825	20,48	20,19-20,77	22 675	23,20	22,90-23,50

Remarques : Les taux sont normalisés selon l'âge en fonction de la population standard canadienne en 2016. Il se peut que l'addition des valeurs de chaque colonne et rangée ne donne pas le même total en raison des valeurs arrondies.

^a Selon la définition du Central Brain Tumour Registry des États-Unis.

^b Valeurs exclues conformément à l'accord de confidentialité.

Source des données : Registre canadien du cancer de Statistique Canada.

Abréviations : CBTRUS = Central Brain Tumour Registry des États-Unis; SAI = sans autres indications; IC = intervalle de confiance.

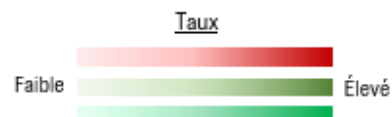


Tableau 5 : Nombre total de cas et taux d'incidence moyens annuels normalisés selon l'âge (pour 100 000) de l'ensemble des tumeurs primitives du système nerveux central chez les enfants (entre 0 et 14 ans) par type histologique et sexe, Canada, 2018-2022

Type histologique ^a (principal/particulier)	Total (0 à 14 ans)			Garçons (0 à 14 ans)			Filles (0 à 14 ans)		
	Nombre total de cas	Taux	IC à 95 %	Nombre total de cas	Taux	IC à 95 %	Nombre total de cas	Taux	IC à 95 %
Astrocytomes diffus et oligodendrogliomes	100	0,32	0,26–0,39	60	0,38	0,29–0,49	40	0,26	0,19–0,36
Glioblastome	55	0,18	0,14–0,24	35	0,22	0,16–0,31	20	0,14	0,09–0,22
Autres types d'astrocytomes diffus et d'oligodendrogliomes	40	0,14	0,10–0,19	25	0,15	0,10–0,23	20	0,12	0,07–0,19
Autres types d'astrocytomes	315	1,05	0,93–1,17	160	1,02	0,87–1,19	160	1,07	0,91–1,25
Astrocytome pilocytique	290	0,96	0,86–1,08	140	0,92	0,77–1,08	150	1,01	0,86–1,19
Variante unique d'astrocytome	25	0,082	0,053–0,122	15	0,103	0,059–0,167	5	0,061	0,028–0,116
Tumeurs épendymaires	75	0,24	0,19–0,30	50	0,32	0,23–0,42	25	0,16	0,10–0,24
Autres gliomes	185	0,62	0,53–0,71	90	0,59	0,47–0,72	95	0,65	0,53–0,80
Tumeurs neuronales et glioneuronales	120	0,40	0,34–0,48	70	0,44	0,34–0,55	55	0,37	0,28–0,48
Tumeurs du plexus choroïde	30	0,098	0,065–0,140	20	0,13	0,08–0,20	10	0,062	0,028–0,117
Tumeurs de la région pinéale	15	0,056	0,033–0,090	10	0,070	0,035–0,126	5	0,041	0,015–0,089
Tumeurs embryonnaires	200	0,67	0,58–0,77	130	0,83	0,70–0,99	75	0,49	0,38–0,62
Tumeur des nerfs crâniens et paraspiniaux	40	0,14	0,10–0,18	20	0,14	0,09–0,21	20	0,129	0,077–0,202
Tumeurs des méninges	70	0,23	0,18–0,29	35	0,23	0,16–0,32	35	0,22	0,15–0,31
Méningiome	25	0,071	0,045–0,108	15	0,089	0,049–0,150	10	0,053	0,023–0,105
Tumeurs mésoenchymateuses et lésions mélanocytaires primaires	50	0,16	0,11–0,21	20	0,14	0,09–0,21	25	0,17	0,11–0,25
Lymphomes et néoplasmes hématopoïétiques	5	0,016	0,005–0,039	*	*	*	*	*	*
Tumeurs des cellules germinales	60	0,20	0,15–0,26	40	0,27	0,19–0,36	20	0,136	0,083–0,210
Tumeurs de la région sellaire	60	0,20	0,16–0,26	25	0,19	0,12–0,27	30	0,22	0,15–0,31
Tumeurs de l'hypophyse	15	0,054	0,031–0,087	^b	^b	^b	^b	^b	^b
Craniopharyngiome	45	0,15	0,11–0,20	^b	^b	^b	^b	^b	^b
Tumeurs non classifiées	195	0,64	0,55–0,74	105	0,67	0,55–0,82	90	0,60	0,48–0,74
Hémangiome et toutes les autres tumeurs	20	0,062	0,038–0,098	10	0,070	0,035–0,126	10	0,054	0,023–0,107
Néoplasme non précisé	175	0,58	0,49–0,67	90	0,60	0,49–0,74	80	0,55	0,44–0,68
Tumeurs non classifiées par le CBTRUS	25	0,086	0,056–0,125	10	0,076	0,039–0,134	15	0,095	0,052–0,160
Total	1 505	4,96	4,71–5,22	835*	5,35*	5,00–5,73*	665*	4,54*	4,20–4,90*

Remarques : Les taux sont normalisés selon l'âge en fonction de la population standard canadienne en 2016. Il se peut que l'addition des valeurs de chaque colonne et rangée ne donne pas le même total en raison des valeurs arrondies.

* Les lymphomes et les néoplasmes hématopoïétiques ont été exclus du nombre total de cas.

^a Selon la définition du Central Brain Tumour Registry des États-Unis.

^b Valeurs exclues conformément à l'accord de confidentialité.

Source des données : Registre canadien du cancer de Statistique Canada.

Abbreviations : CBTRUS = Central Brain Tumour Registry des États-Unis; IC = intervalle de confiance.



Tableau 6 : Nombre total de cas et taux d'incidence moyens annuels normalisés selon l'âge (pour 100 000) de l'ensemble des tumeurs primitives du système nerveux central chez les enfants (entre 0 et 14 ans) par type histologique et âge au moment du diagnostic, Canada, 2018-2022

Type histologique* (principal/particulier)	De 0 à 4 ans			De 5 à 9 ans			De 10 à 14 ans		
	Nombre total de cas	Taux	IC à 95 %	Nombre total de cas	Taux	IC à 95 %	Nombre total de cas	Taux	IC à 95 %
Astrocytomes diffus et oligodendrogliomes	25	0,26	0,17–0,38	35	0,34	0,24–0,47	40	0,38	0,27–0,52
Glioblastome	10	0,10	0,05–0,19	20	0,19	0,12–0,30	25	0,24	0,16–0,35
Autres types d'astrocytomes diffus et d'oligodendrogliomes	15	0,16	0,09–0,26	15	0,097	0,046–0,178	15	0,14	0,08–0,24
Autres types d'astrocytomes	120	1,25	1,03–1,49	120	1,16	0,96–1,39	80	0,77	0,61–0,96
Astrocytome pilocytaire	110	1,14	0,94–1,38	115	1,06	0,88–1,28	70	0,67	0,52–0,85
Variantes uniques d'astrocytome	10	0,052	0,017–0,121	10	0,097	0,046–0,178	10	0,096	0,046–0,177
Tumeurs épendymaires	35	0,36	0,25–0,51	20	0,24	0,16–0,36	20	0,19	0,12–0,30
Autres gliomes	60	0,68	0,52–0,86	70	0,68	0,53–0,86	50	0,48	0,36–0,63
Tumeurs neuronales et glioneurales	40	0,42	0,30–0,57	40	0,34	0,24–0,47	50	0,43	0,32–0,58
Tumeurs du plexus choroïde	25	0,26	0,17–0,38	5	0,048	0,016–0,113	– ^c	– ^c	– ^c
Tumeurs de la région pinéale	10	0,10	0,05–0,19	– ^b	– ^b	– ^b	5	0,048	0,016–0,112
Tumeurs embryonnaires	95	0,99	0,80–1,21	65	0,63	0,49–0,80	40	0,38	0,27–0,52
Tumeur des nerfs crâniens et paraspinaux	20	0,21	0,13–0,32	5	0,048	0,016–0,113	15	0,14	0,08–0,24
Tumeurs des méninges	30	0,31	0,21–0,44	10	0,15	0,08–0,24	30	0,29	0,19–0,41
Méningiome	–	–	–	–	–	–	15	0,14	0,08–0,24
Tumeurs mésoenchymateuses et lésions mélanocytaires primaires	–	–	–	–	–	–	15	0,14	0,08–0,24
Tumeurs des cellules germinales	15	0,16	0,09–0,26	10	0,097	0,046–0,178	35	0,34	0,23–0,47
Tumeurs de la région sellaire	20	0,21	0,13–0,32	15	0,15	0,08–0,24	30	0,29	0,19–0,41
Tumeurs de l'hypophyse	0	0,00	0	0	0,00	0	15	0,19	0,12–0,30
Craniopharyngiome	20	0,21	0,13–0,32	15	0,15	0,08–0,24	15	0,14	0,08–0,24
Tumeurs non classifiées	80	0,83	0,66–1,03	– ^b	– ^b	– ^b	70	0,67	0,52–0,85
Hémangiome et toutes les autres tumeurs	10	0,10	0,05–0,19	– ^b	– ^b	– ^b	10	0,096	0,046–0,177
Néoplasme non précisé	70	0,73	0,57–0,92	– ^b	– ^b	– ^b	60	0,62	0,48–0,80
Autres types de tumeurs^b	–	–	–	50	0,48	0,36–0,64	–	–	–
Tumeurs non classifiées par le CBTRUS	10	0,10	0,05–0,19	5	0,048	0,016–0,113	10	0,096	0,046–0,177
Total	570 ^a	5,92 ^a	5,44–6,43 ^a	450	4,40	4,01–4,83	475 ^c	4,57 ^c	4,16–5,00 ^c

Remarques : Les taux sont normalisés selon l'âge en fonction de la population standard canadienne en 2016. Les chiffres ont été arrondis pour calculer le taux normalisé selon l'âge. Il se peut que l'addition des valeurs de chaque colonne ne donne pas le même total en raison des valeurs arrondies.

* Selon la définition du Central Brain Tumour Registry des États-Unis.

^a Les lymphomes et les néoplasmes hématopoïétiques ont été exclus du nombre total de cas.

^b La catégorie « autres types de tumeurs » comprend les tumeurs de la région pinéale, les lymphomes et les néoplasmes hématopoïétiques, et les tumeurs non classifiées.

^c Les tumeurs du plexus choroïde, les lymphomes et les néoplasmes hématopoïétiques ont été exclus du nombre total de cas.

– Données non communiquées

Source des données : Registre canadien du cancer de Statistique Canada.

Abréviations : CBTRUS = Central Brain Tumour Registry des États-Unis; IC = intervalle de confiance.

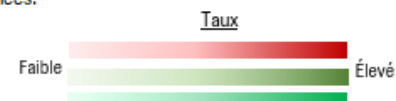


Tableau 7 : Nombre total de cas et taux d'incidence moyens annuels normalisés selon l'âge (pour 100 000) de l'ensemble des tumeurs primitives du système nerveux central par type histologique et âge au moment du diagnostic, Canada, 2018-2022

Type histologique ^a (principal/particulier)	De 15 à 39 ans			De 40 à 64 ans			65 ans et plus		
	Nombre total de cas	Taux	IC à 95 %	Nombre total de cas	Taux	IC à 95 %	Nombre total de cas	Taux	IC à 95 %
Astrocytomes diffus et oligodendrogliomes	1 175	1,85	1,74–1,96	4 580	7,22	7,01–7,43	5 165	15,06	14,65–15,47
Astrocytome diffus	350	0,55	0,50–0,61	305	0,49	0,44–0,55	180	0,52	0,44–0,60
Astrocytome anaplasique	170	0,27	0,23–0,31	250	0,40	0,35–0,45	135	0,39	0,33–0,46
Glioblastome	375	0,59	0,53–0,65	3 580	5,64	5,45–5,83	4 760	13,88	13,49–14,28
Oligodendrogliome	175	0,27	0,23–0,32	230	0,36	0,32–0,41	45	0,13	0,1–0,17
Oligodendrogliome anaplasique	80	0,12	0,10–0,16	170	0,27	0,23–0,32	35	0,10	0,07–0,14
Tumeurs oligoastrocytaires	25	0,042	0,028–0,062	35	0,059	0,042–0,082	15	0,041	0,022–0,069
Autres types d'astrocytomes	175	0,29	0,25–0,34	60	0,091	0,069–0,117	20	0,053	0,031–0,084
Astrocytome pilocytique	140	0,23	0,20–0,27	50	0,080	0,059–0,105	15	0,04	0,02–0,065
Variantes uniques d'astrocytome	35	0,060	0,042–0,083	5	0,011	0,004–0,023	5	0,015	0,005–0,035
Tumeurs épendymaires	190	0,30	0,26–0,35	275	0,44	0,39–0,50	105	0,31	0,25–0,37
Autres gliomes	240	0,39	0,34–0,44	305	0,48	0,43–0,54	385	1,14	1,03–1,26
Tumeurs neuronales et glioneuronales	230	0,38	0,33–0,43	160	0,26	0,22–0,30	55	0,17	0,13–0,22
Tumeurs du plexus choroïde	20	0,034	0,021–0,053	15	0,026	0,015–0,042	5	0,024	0,010–0,047
Tumeurs de la région pinéale	25	0,041	0,027–0,061	25	0,037	0,024–0,056	15	0,049	0,029–0,079
Tumeurs embryonnaires	95	0,16	0,13–0,19	25	0,039	0,025–0,058	5	0,018	0,007–0,040
Tumeur des nerfs crâniens et paraspiniaux	520	0,82	0,75–0,90	1 600	2,55	2,43–2,68	830	2,42	2,26–2,59
Tumeurs des méninges	970	1,53	1,44–1,63	5 300	8,40	8,17–8,63	5 780	16,98	16,54–17,42
Méningiome	740	1,16	1,08–1,25	4 820	7,64	7,42–7,86	5 505	16,18	15,75–16,61
Tumeurs mésenchymateuses et lésions mélanocytaires primaires	230	0,37	0,32–0,42	475	0,76	0,69–0,83	275	0,80	0,71–0,90
Lymphomes et néoplasmes hématopoïétiques	50	0,076	0,056–0,101	335	0,53	0,47–0,59	670	1,95	1,81–2,10
Tumeurs de la région sellaire	975	1,54	1,45–1,64	1 950	3,09	2,96–3,23	1 395	4,07	3,86–4,29
Tumeurs de l'hypophyse	915	1,45	1,36–1,55	1 830	2,90	2,77–3,04	1 325	3,86	3,65–4,07
Craniopharyngiome	55	0,091	0,069–0,119	120	0,19	0,16–0,23	75	0,21	0,17–0,27
Tumeurs non classifiées	755	1,20	1,12–1,29	1 835	2,90	2,77–3,03	4 405	13,12	12,73–13,51
Hémangiome	70	0,11	0,09–0,14	110	0,17	0,14–0,21	65	0,19	0,14–0,24
Néoplasme non précisé et toutes les autres tumeurs	685	1,09	1,01–1,17	1 730	2,73	2,60–2,86	4 340	12,93	12,55–13,32
Tumeurs non classifiées par le CBTRUS	45	0,074	0,054–0,099	70	0,11	0,08–0,14	70	0,21	0,16–0,26
Total*	5 475	8,82	8,58–9,05	16 535	26,17	25,77–26,57	18 915	55,57	54,78–56,37

Remarques : Les taux sont normalisés selon l'âge en fonction de la population standard canadienne en 2016. Il se peut que l'addition des valeurs de chaque colonne ne donne pas le même total en raison des valeurs arrondies.

^a Selon la définition du Central Brain Tumour Registry des États-Unis.

* Les tumeurs des cellules germinales ont été exclues du nombre total de cas.

Source des données : Registre canadien du cancer de Statistique Canada.

Abréviations : CBTRUS = Central Brain Tumour Registry des États-Unis; IC = intervalle de confiance.



Tableau 8 : Taux d'incidence moyens annuels normalisés selon l'âge (pour 100 000) des tumeurs primitives du système nerveux central les plus courantes par type histologique et âge au moment du diagnostic, Canada, 2018-2022

Tranche d'âge (années)	Type histologique le plus courant			Deuxième type histologique le plus courant			Troisième type histologique le plus courant		
	Type histologique ^a	Taux	IC à 95 %	Type histologique ^a	Taux	IC à 95 %	Type histologique ^a	Taux	IC à 95 %
0-4	Astrocytome pilocytaire	1,14	0,94-1,38	Tumeurs embryonnaires	0,99	0,80-1,21	Néoplasme non précisé	0,78	0,61-0,98
5-9	Astrocytome pilocytaire	1,06	0,88-1,28	Gliome malin, SAI	0,68	0,53-0,86	Tumeurs embryonnaires	0,63	0,49-0,80
10-14	Astrocytome pilocytaire	0,67	0,52-0,85	Néoplasme non précisé	0,58	0,44-0,74	Gliome malin, SAI	0,48	0,36-0,63
15-19	Néoplasme non précisé	0,81	0,65-1,01	Tumeurs de l'hypophyse	0,81	0,65-1,01	Gliome malin, SAI	0,57	0,44-0,74
20-34	Tumeurs de l'hypophyse	1,43	1,31-1,55	Néoplasme non précisé	0,98	0,89-1,09	Méningiome	0,84	0,75-0,94
35-44	Méningiome	3,70	3,47-3,94	Tumeurs de l'hypophyse	2,21	2,02-2,40	Néoplasme non précisé	1,58	1,43-1,74
45-54	Méningiome	7,12	6,79-7,46	Glioblastome	4,27	4,01-4,54	Tumeurs de l'hypophyse	2,84	2,63-3,06
55-64	Méningiome	9,65	9,27-10,03	Glioblastome	8,74	8,39-9,11	Néoplasme non précisé	3,70	3,47-3,93
65 et plus	Méningiome	16,18	15,75-16,61	Glioblastome	13,87	13,48-14,27	Néoplasme non précisé	12,94	12,55-13,33
Total	Méningiome	5,77	5,66-5,87	Glioblastome	4,52	4,42-4,62	Néoplasme non précisé	3,56	3,47-3,64

Remarques : Les taux sont normalisés selon l'âge en fonction de la population standard canadienne en 2016.

Les chiffres associés à chaque tranche d'âge (excepté le total) ont été arrondis pour calculer le taux normalisé selon l'âge.

^a Selon la définition du Central Brain Tumor Registry des États-Unis.

Source des données : Registre canadien du cancer de Statistique Canada.

Abréviations : SAI = sans autres indications; IC = intervalle de confiance.

Tableau 9 : Nombre total de cas et taux d'incidence moyens annuels normalisés selon l'âge (pour 100 000) de l'ensemble des tumeurs primitives du système nerveux central par type histologique et région, Canada, 2018-2022

	Région de l'Atlantique			Colombie-Britannique			Ontario			Région des Prairies			Québec		
Type histologique ^a (principal/particulier)	Nombre total de cas	Taux	IC à 95 %	Nombre total de cas	Taux	IC à 95 %	Nombre total de cas	Taux	IC à 95 %	Nombre total de cas	Taux	IC à 95 %	Nombre total de cas	Taux	IC à 95 %
Astrocytomes diffus et oligodendrogliomes	910	7,14	6,68–7,62	1 595	6,13	5,83–6,43	3 970	5,31	5,14–5,48	1 780	4,98	4,75–5,21	2 650	6,10	5,87–6,33
Astrocytome diffus	50	0,41	0,31–0,55	145	0,54	0,46–0,64	325	0,44	0,39–0,49	155	0,44	0,38–0,52	180	0,42	0,36–0,49
Astrocytome anaplasique	40	0,33	0,24–0,45	65	0,24	0,18–0,31	175	0,24	0,20–0,27	105	0,30	0,24–0,36	180	0,42	0,36–0,49
Glioblastome	760	5,92	5,50–6,36	1 275	4,91	4,65–5,19	3 200	4,27	4,12–4,42	1 380	3,83	3,63–4,04	2 130	4,88	4,68–5,10
Oligodendrogliome	35	0,29	0,21–0,41	65	0,25	0,19–0,32	170	0,23	0,20–0,27	85	0,24	0,19–0,30	90	0,21	0,17–0,26
Oligodendrogliome anaplasique	20	0,18	0,11–0,27	45	0,18	0,13–0,24	95	0,13	0,10–0,16	55	0,16	0,12–0,21	70	0,16	0,12–0,20
Autres types d'astrocytomes	40	0,34	0,24–0,46	70	0,27	0,21–0,35	185	0,26	0,22–0,30	160	0,47	0,40–0,55	115	0,27	0,23–0,33
Astrocytome pilocytique	35	0,28	0,20–0,40	60	0,24	0,19–0,31	155	0,22	0,18–0,25	145	0,42	0,36–0,50	100	0,25	0,20–0,30
Variants uniques d'astrocytome	5	0,058	0,023–0,121	10	0,032	0,014–0,063	30	0,041	0,028–0,059	15	0,043	0,024–0,072	10	0,029	0,015–0,051
Tumeurs épendymaires	50	0,39	0,28–0,52	70	0,27	0,21–0,34	215	0,29	0,26–0,34	155	0,44	0,37–0,52	155	0,37	0,31–0,43
Autres gliomes	60	0,47	0,36–0,61	105	0,41	0,34–0,50	500	0,68	0,62–0,74	255	0,73	0,64–0,82	195	0,45	0,39–0,52
Tumeurs neuronales et glioneuronales	30	0,27	0,18–0,38	85	0,33	0,26–0,41	210	0,29	0,25–0,33	110	0,31	0,26–0,38	135	0,32	0,27–0,38
Tumeurs de la région pinéale	5	0,050	0,018–0,111	15	0,052	0,028–0,088	30	0,045	0,031–0,063	20	0,061	0,038–0,094	10	0,021	0,010–0,041
Tumeurs embryonnaires	15	0,10	0,05–0,18	25	0,11	0,07–0,16	140	0,20	0,16–0,23	60	0,18	0,14–0,23	85	0,21	0,17–0,26
Tumeur des nerfs crâniens et paraspinaux	110	0,88	0,72–1,06	460	1,79	1,63–1,96	1 075	1,46	1,37–1,55	590	1,68	1,55–1,82	760	1,78	1,65–1,91
Tumeurs des méninges	685	5,42	5,02–5,84	1 540	5,96	5,66–6,26	3 940	5,34	5,17–5,51	2 570	7,18	6,90–7,47	3 365	7,74	7,48–8,01
Méningiome	640	5,04	4,65–5,44	1 440	5,57	5,28–5,86	3 315	4,49	4,34–4,65	2 450	6,85	6,58–7,13	3 225	7,40	7,15–7,66
Tumeurs mésoenchymateuses et lésions mélanocytaires primaires	45	0,38	0,28–0,51	100	0,39	0,32–0,48	625	0,85	0,78–0,92	115	0,33	0,27–0,39	140	0,34	0,28–0,40
Lymphomes et néoplasmes hématopoïétiques	95	0,70	0,56–0,86	170	0,64	0,55–0,75	385	0,51	0,46–0,56	155	0,43	0,36–0,50	255	0,58	0,51–0,65
Tumeurs des cellules germinales	10	0,056	0,023–0,119	25	0,094	0,060–0,141	55	0,071	0,053–0,093	25	0,076	0,050–0,112	30	0,073	0,049–0,105
Tumeurs de la région sellaire	225	1,78	1,55–2,03	655	2,52	2,33–2,72	1 160	1,57	1,48–1,66	1 140	3,23	3,05–3,43	1 180	2,75	2,59–2,91
Tumeurs de l'hypophyse	210	1,66	1,44–1,90	625	2,39	2,21–2,59	1 055	1,43	1,34–1,52	1 085	3,07	2,89–3,26	1 090	2,53	2,38–2,69
Craniopharyngiome	15	0,12	0,06–0,20	35	0,13	0,09–0,18	105	0,14	0,12–0,17	55	0,16	0,12–0,21	90	0,21	0,17–0,26
Tumeurs non classifiées	90	0,71	0,57–0,87	220	0,84	0,73–0,96	5 740	7,66	7,46–7,86	190	0,55	0,48–0,63	955	2,16	2,02–2,30
Toutes les autres tumeurs*	5	0,064	0,028–0,130	70	0,27	0,21–0,34	190	0,252	0,217–0,291	20	0,068	0,043–0,102	70	0,17	0,14–0,22
Total	2 320	18,34	17,6–19,11	5 105	19,67	19,13–20,22	17 795	23,92	23,57–24,28	7 235	20,38	19,91–20,85	9 965	22,99	22,54–23,45

Remarques : Les taux sont normalisés selon l'âge en fonction de la population standard canadienne en 2016. La région des Prairies comprend l'Alberta, la Saskatchewan et le Manitoba. La région de l'Atlantique comprend le Nouveau-Brunswick, la Nouvelle-Écosse, l'Île-du-Prince-Édouard et Terre-Neuve-et-Labrador. Les données des territoires sont absentes en raison du faible nombre de cas recensés. L'estimation des taux d'incidence au Québec a été calculée à partir des cas diagnostiqués entre 2013 et 2017. L'estimation des taux d'incidence en Nouvelle-Écosse a été calculée à partir des cas diagnostiqués entre 2015 et 2019. Il se peut que l'addition des valeurs de chaque colonne ne donne pas le même total en raison des valeurs arrondies.

* La catégorie « toutes les autres tumeurs » comprend les tumeurs oligastrocytaires, les tumeurs du plexus choroïde et les tumeurs non classifiées par le CBTRUS.

^a Selon la définition du Central Brain Tumor Registry des États-Unis.

Source des données : Registre canadien du cancer de Statistique Canada.

Abréviations : CBTRUS = Central Brain Tumor Registry des États-Unis; IC = intervalle de confiance.

Taux

Faible  Élevé

Tableau 10 : Nombre total de cas et taux d'incidence moyens annuels normalisés selon l'âge (pour 100 000) de l'ensemble des tumeurs primitives malignes du système nerveux central par type histologique et région, Canada, 2018-2022

Type histologique ^a (principal/particulier)	Région de l'Atlantique			Colombie-Britannique			Ontario			Région des Prairies			Québec		
	Nombre total de cas	Taux	IC à 95 %	Nombre total de cas	Taux	IC à 95 %	Nombre total de cas	Taux	IC à 95 %	Nombre total de cas	Taux	IC à 95 %	Nombre total de cas	Taux	IC à 95 %
Astrocytomes diffus et oligodendrogliomes	910	7,14	6,68–7,62	1 595	6,12	5,82–6,43	3 975	5,31	5,14–5,48	1 780	4,98	4,75–5,21	2 650	6,10	5,87–6,33
Astrocytome diffus	50	0,41	0,31–0,55	145	0,54	0,46–0,64	325	0,44	0,39–0,49	155	0,44	0,38–0,52	180	0,42	0,36–0,49
Astrocytome anaplasique	40	0,33	0,24–0,45	65	0,24	0,18–0,31	175	0,24	0,20–0,27	105	0,30	0,24–0,36	180	0,42	0,36–0,49
Glioblastome	760	5,92	5,50–6,36	1 280	4,91	4,65–5,19	3 200	4,27	4,12–4,42	1 380	3,83	3,63–4,04	2 135	4,88	4,68–5,10
Oligodendrogliome	35	0,29	0,21–0,41	65	0,25	0,19–0,32	175	0,23	0,20–0,27	85	0,24	0,19–0,30	90	0,21	0,17–0,26
Oligodendrogliome anaplasique	20	0,18	0,11–0,27	45	0,18	0,13–0,24	95	0,13	0,10–0,16	55	0,16	0,12–0,21	70	0,16	0,12–0,20
Autres types d'astrocytomes	35	0,31	0,22–0,43	65	0,25	0,20–0,33	170	0,24	0,20–0,28	145	0,44	0,37–0,51	110	0,26	0,21–0,31
Tumeurs épépendymaires	25	0,20	0,13–0,30	40	0,16	0,12–0,22	125	0,17	0,14–0,20	70	0,21	0,17–0,27	80	0,19	0,15–0,24
Autres gliomes	60	0,47	0,36–0,61	105	0,41	0,34–0,50	500	0,68	0,62–0,74	255	0,72	0,64–0,82	195	0,45	0,39–0,52
Tumeurs embryonnaires	10	0,10	0,05–0,18	25	0,11	0,07–0,16	140	0,20	0,16–0,23	60	0,18	0,14–0,23	90	0,21	0,17–0,26
Tumeurs des méninges	15	0,087	0,043–0,158	20	0,085	0,053–0,130	180	0,24	0,20–0,28	40	0,11	0,08–0,15	55	0,13	0,09–0,17
Lymphomes et néoplasmes hématopoïétiques	90	0,70	0,56–0,86	170	0,64	0,55–0,75	380	0,51	0,46–0,56	155	0,43	0,36–0,50	255	0,58	0,51–0,65
germinales	5	0,056	0,023–0,119	20	0,074	0,045–0,117	50	0,068	0,051–0,090	25	0,073	0,047–0,109	25	0,063	0,041–0,093
Tumeurs non classifiées	65	0,49	0,38–0,63	125	0,49	0,41–0,58	600	0,80	0,74–0,87	80	0,23	0,18–0,28	505	1,14	1,04–1,24
Toutes les autres tumeurs*	15	0,11	0,06–0,19	50	0,19	0,14–0,25	185	0,25	0,21–0,29	70	0,19	0,15–0,25	70	0,17	0,13–0,21
Total	1 225	9,65	9,12–10,21	2 220	8,54	8,19–8,90	6 305	8,45	8,24–8,66	2 685	7,55	7,27–7,85	4 035	9,29	9,00–9,58

Remarques : Les taux sont normalisés selon l'âge en fonction de la population standard canadienne en 2016. La région des Prairies comprend l'Alberta, la Saskatchewan et le Manitoba. La région de l'Atlantique comprend le Nouveau-Brunswick, la Nouvelle-Écosse, l'Île-du-Prince-Édouard et Terre-Neuve-et-Labrador. Les données des territoires sont absentes en raison du faible nombre de cas recensés. L'estimation des taux d'incidence au Québec a été calculée à partir des cas diagnostiqués entre 2013 et 2017. L'estimation des taux d'incidence en Nouvelle-Écosse a été calculée à partir des cas diagnostiqués entre 2015 et 2019. Il se peut que l'addition des valeurs de chaque colonne ne donne pas le même total en raison des valeurs arrondies.

* La catégorie « toutes les autres tumeurs » comprend les tumeurs oligastrocytaires, les tumeurs neuronales et glioneuronales, les tumeurs du plexus choroïde, les tumeurs de la région pinéale, les tumeurs des nerfs crâniens et paraspinaux, les tumeurs de la région sellaire et les tumeurs non classifiées par le CBTRUS.

^a Selon la définition du Central Brain Tumour Registry des États-Unis.

Source des données : Registre canadien du cancer de Statistique Canada.

Abréviations : CBTRUS = Central Brain Tumour Registry des États-Unis; IC = intervalle de confiance.

Taux
Faible  Élevé

Tableau 11 : Nombre total de cas et taux d'incidence moyens annuels normalisés selon l'âge (pour 100 000) de l'ensemble des tumeurs primitives bénignes du système nerveux central par type histologique et région, Canada, 2018-2022

Type histologique ^a (principal/particulier)	Région de l'Atlantique			Colombie-Britannique			Ontario			Région des Prairies			Québec		
	Nombre total de cas	Taux	IC à 95 %	Nombre total de cas	Taux	IC à 95 %	Nombre total de cas	Taux	IC à 95 %	Nombre total de cas	Taux	IC à 95 %	Nombre total de cas	Taux	IC à 95 %
Tumeurs épendymaires	25	0,19	0,12–0,28	30	0,11	0,07–0,16	90	0,12	0,10–0,15	80	0,23	0,18–0,29	75	0,18	0,14–0,22
Tumeurs neuronales et glioneuronales	30	0,24	0,16–0,34	65	0,25	0,19–0,32	150	0,21	0,17–0,24	85	0,25	0,20–0,31	115	0,28	0,23–0,33
Tumeur des nerfs crâniens et paraspinaux	105	0,87	0,71–1,05	455	1,78	1,62–1,96	1 065	1,45	1,36–1,54	590	1,67	1,54–1,81	755	1,77	1,65–1,90
Tumeurs des méninges	675	5,33	4,93–5,75	1 520	5,87	5,58–6,18	3 765	5,10	4,94–5,27	2 525	7,07	6,80–7,35	3 310	7,61	7,35–7,88
Tumeurs de la région sellaire	225	1,76	1,53–2,01	650	2,48	2,30–2,68	1 150	1,56	1,47–1,65	1 120	3,17	2,99–3,36	1 180	2,74	2,59–2,90
Tumeurs de l'hypophyse	210	1,64	1,43–1,88	615	2,36	2,18–2,55	1 050	1,42	1,33–1,51	1 065	3,01	2,83–3,20	1 085	2,53	2,38–2,68
Craniopharyngiome	15	0,12	0,06–0,20	30	0,13	0,09–0,18	105	0,14	0,12–0,17	55	0,16	0,12–0,21	95	0,21	0,17–0,26
Tumeurs non classifiées	25	0,22	0,14–0,32	90	0,35	0,28–0,43	5 140	6,86	6,67–7,05	110	0,32	0,27–0,39	445	1,02	0,92–1,11
Toutes les autres tumeurs*	15	0,097	0,05–0,172	75	0,29	0,23–0,37	130	0,18	0,15–0,21	35	0,11	0,08–0,15	45	0,11	0,08–0,15
Total	1 095	8,69	8,18–9,23	2 885	11,13	10,73–11,55	11 485	15,47	15,19–15,76	4 555	12,82	12,45–13,2	5 925	13,70	13,36–14,06

Remarques : Les taux sont normalisés selon l'âge en fonction de la population standard canadienne en 2016. La région des Prairies comprend l'Alberta, la Saskatchewan et le Manitoba. La région de l'Atlantique comprend le Nouveau-Brunswick, la Nouvelle-Écosse, l'Île-du-Prince-Édouard et Terre-Neuve-et-Labrador. Les données des territoires sont absentes en raison du faible nombre de cas recensés. L'estimation des taux d'incidence au Québec a été calculée à partir des cas diagnostiqués entre 2013 et 2017. L'estimation des taux d'incidence en Nouvelle-Écosse a été calculée à partir des cas diagnostiqués entre 2015 et 2019. Il se peut que l'addition des valeurs de chaque colonne ne donne pas le même total en raison des valeurs arrondies.

* La catégorie « toutes les autres tumeurs » comprend les astrocytomes diffus et les oligodendrogliomes, les autres types d'astrocytomes, les autres gliomes, les tumeurs du plexus choroïde, les tumeurs de la région pinéale, les lymphomes et les néoplasmes hématopoïétiques, les tumeurs des cellules germinales et les tumeurs non classifiées par le CBTRUS.

^a Selon la définition du Central Brain Tumour Registry des États-Unis.

Source des données : Registre canadien du cancer de Statistique Canada.

Abréviations : CBTRUS = Central Brain Tumour Registry des États-Unis; IC = intervalle de confiance.

Taux
Faible  Élevé

Tableau 13 : Nombre total de cas et taux d'incidence moyens annuels normalisés selon l'âge (pour 100 000, à partir de la population standard aux États-Unis en 2000) de l'ensemble des tumeurs primitives du système nerveux central par type histologique et comportement tumoral, Canada, statistiques des États-Unis sur le cancer, 2018-2022

Type histologique ^a (principal/particulier)	Canada									États-Unis								
	Total			Malignes			Bénignes			Total			Malignes			Bénignes		
	Nombre total de cas	Taux	IC à 95 %	Nombre total de cas	Taux	IC à 95 %	Nombre total de cas	Taux	IC à 95 %	Nombre total de cas	Taux	IC à 95 %	Nombre total de cas	Taux	IC à 95 %	Nombre total de cas	Taux	IC à 95 %
Astrocytomes diffus et oligodendrogliomes	11 010	4,58	4,49–4,67	– ^b	– ^b	– ^b	– ^b	– ^b	– ^b	85 657	4,37	4,34–4,40						
Astrocytome diffus	865	0,44	0,41–0,47	– ^b	– ^b	– ^b	– ^b	– ^b	– ^b	7 872	0,47	0,46–0,48						
Astrocytome anaplasique	565	0,27	0,25–0,30	565	0,27	0,25–0,30	0	0	0	5 210	0,3	0,29–0,31	5 210	0,3	0,29–0,31	0	0	0
Glioblastome	8 770	3,46	3,38–3,53	8 770	3,46	3,38–3,53	0	0	0	67 250	3,28	3,26–3,31	67 250	3,28	3,26–3,31	0	0	0
Oligodendrogliome	450	0,23	0,21–0,26	450	0,23	0,21–0,26	0	0	0	3 742	0,23	0,22–0,24	3 742	0,23	0,22–0,24	0	0	0
Oligodendrogliome anaplasique	285	0,14	0,12–0,16	285	0,14	0,12–0,16	0	0	0	1 497	0,09	0,08–0,09	1 497	0,09	0,08–0,09	0	0	0
Tumeurs oligoastrocytaires	80	0,037	0,029–0,047	80	0,037	0,029–0,047	0	0	0	86	0	0,00–0,01	86	0	0,00–0,01	0	0	0
Autres types d'astrocytomes	570	0,36	0,33–0,39	530	0,34	0,31–0,37	40	0,025	0,017–0,034	6 517	0,44	0,43–0,45				462	0,03	0,03–0,03
Astrocytome pilocytique	500	0,32	0,29–0,35	500	0,32	0,29–0,35	0	0,00	0	5 537	0,37	0,36–0,38	5 537	0,37	0,36–0,38	0	0	0
Variants uniques d'astrocytome	70	0,045	0,035–0,057	35	0,020	0,014–0,029	40	0,025	0,017–0,034	980	0,06	0,06–0,07	518	0,03	0,03–0,04	462	0,03	0,03–0,03
Tumeurs épendymaires	645	0,33	0,30–0,36	345	0,18	0,16–0,20	295	0,15	0,13–0,16	6 939	0,41	0,40–0,42	3 627	0,22	0,21–0,22	3 312	0,19	0,18–0,20
Autres gliomes	1 120	0,56	0,53–0,59	– ^b	– ^b	– ^b	– ^b	– ^b	– ^b	9 777	0,59	0,58–0,60						
Gliome malin, SAI	1 110	0,55	0,52–0,59	1 110	0,55	0,52–0,59	0	0	0	9 667	0,58	0,57–0,59	9 667	0,58	0,57–0,59	0	0	0
Autres tumeurs neuroépithéliales	10	0,005	0,002–0,010	– ^b	– ^b	– ^b	– ^b	– ^b	– ^b	110	0,01	0,01–0,01						
Tumeurs neuronales et glioneuronales	575	0,32	0,30–0,35	125	0,060	0,049–0,072	450	0,26	0,24–0,29	5 438	0,34	0,33–0,35	951	0,05	0,05–0,06	4 487	0,29	0,28–0,30
Tumeurs du plexus choroïde	75	0,043	0,034–0,055	10	0,006	0,003–0,012	65	0,037	0,029–0,048	815	0,05	0,05–0,06	127	0,01	0,01–0,01	688	0,04	0,04–0,05
Tumeurs de la région pinéale	85	0,043	0,034–0,054	60	0,032	0,024–0,041	25	0,01	0,01–0,02	723	0,04	0,04–0,05	457	0,03	0,03–0,03	266	0,02	0,01–0,02
Tumeurs embryonnaires	330	0,21	0,19–0,24	330	0,21	0,19–0,24	0	0	0	3 000	0,21	0,20–0,21	3 000	0,21	0,20–0,21	0	0	0
Tumeur des nerfs crâniens et paraspiniaux	3 000	1,35	1,30–1,41	15	0,009	0,005–0,014	2 980	1,35	1,30–1,40	39 428	2,08	2,06–2,11						
Tumeurs des méninges	12 120	5,10	5,01–5,20	305	0,13	0,11–0,15	11 815	4,97	4,88–5,06	214 600	10,99	10,95–11,04	2 535	0,14		212 065	10,85	
Méningiome	11 090	4,61	4,52–4,70	225	0,093	0,081–0,107	10 860	4,52	4,43–4,61	208 658	10,66	10,61–10,70	1 677	0,09	0,08–0,09	206 981	10,57	10,53–10,62
Tumeurs mésenchymateuses	1 005	0,48	0,45–0,51	60	0,027	0,020–0,036	945	0,45	0,42–0,48	5 786	0,33	0,32–0,34	757	0,04	0,04–0,05	5 029	0,28	0,28–0,29
Lésions mélanocytaires primaires	25	0,012	0,008–0,018	20	0,009	0,005–0,014	5	0,003	0,001–0,007	156	0,01	0,01–0,01	101	0,01	0,00–0,01	55	0	0,00–0,00
Lymphomes et néoplasmes hématopoïétiques	1 060	0,42	0,39–0,45	– ^b	– ^b	– ^b	– ^b	– ^b	– ^b	8 594	0,43	0,42–0,44						
Tumeurs des cellules germinales	135	0,090	0,076–0,106	125	0,082	0,069–0,098	10	0,008	0,004–0,014	1 181	0,08	0,07–0,08	1 039	0,07	0,06–0,07	142	0,01	0,01–0,01
Tumeurs de la région sellaire	4 385	2,01	1,95–2,07	40	0,019	0,014–0,026	4 345	1,99	1,93–2,06	88 202	5	4,96–5,03	455	0,02	0,02–0,03	87 747	4,97	
Tumeurs de l'hypophyse	4 085	1,86	1,81–1,92	40	0,019	0,014–0,026	4 045	1,84	1,79–1,90	85 068	4,81	4,78–4,85	455	0,02	0,02–0,03	84 613	4,79	4,76–4,82
Craniopharyngiome	300	0,15	0,13–0,17	0	0	0	300	0,15	0,13–0,17	3 134	0,18	0,18–0,19	0	0	0	3 134	0,18	0,18–0,19
Tumeurs non classifiées	7 200	3,03	2,96–3,11	1 380	0,55	0,52–0,58	5 815	2,49	2,42–2,55	18 847	1,02	1,01–1,04						
Hémangiome	255	0,12	0,11–0,14	– ^b	– ^b	– ^b	– ^b	– ^b	– ^b	4 611	0,26	0,25–0,27						
Néoplasme non précisé	6 905	2,89	2,82–2,96	1 370	0,54	0,51–0,57	5 535	2,35	2,29–2,41	13 810	0,74	0,72–0,75	7 220	0,37	0,37–0,38	6 590	0,36	0,35–0,37
Toutes les autres tumeurs	35	0,020	0,014–0,028	5	0,005	0,002–0,009	25	0,015	0,010–0,023	426	0,03	0,02–0,03	60	0	0,00–0,01	366	0,02	0,02–0,02
Total	42 500	18,46	18,29–18,63	16 505	7,17	7,06–7,28	25 995	11,29	11,16–11,42	489 718	26,05	25,97–26,12	128 865	6,86	6,82–6,90	360 853	19,19	19,12–19,25

Remarques : Les taux sont normalisés selon l'âge en fonction de la population standard des États-Unis en 2000. Il se peut que l'addition des valeurs de chaque colonne et rangée ne donne pas le même total en raison des valeurs arrondies.

^a Selon la définition du Central Brain Tumor Registry des États-Unis.

^b Valeurs exclues conformément à l'accord de confidentialité.

Les cases grisées correspondent aux données non communiquées.

Source des données : Registre canadien du cancer de Statistique Canada.

Abréviations : SAI = sans autres indications. IC = intervalle de confiance.

Tableau 12 : Taux d'incidence moyens annuels normalisés selon l'âge (pour 100 000, à partir de la population standard aux États-Unis en 2000) de l'ensemble des tumeurs primitives du système nerveux central chez les enfants (entre 0 et 14 ans), les adolescents et jeunes adultes (entre 15 et 39 ans) et les adultes (40 ans et plus) par type histologique

Type histologique ^a (principal/particulier)	Canada						États-Unis					
	Enfants (0 à 14 ans)		Adolescents et jeunes adultes (15 à 39 ans)		Adultes (40 ans et plus)		Enfants (0 à 14 ans)		Adolescents et jeunes adultes (15 à 39 ans)		Adultes (40 ans et plus)	
	Taux	IC à 95 %	Taux	IC à 95 %	Taux	IC à 95 %	Taux	IC à 95 %	Taux	IC à 95 %	Taux	IC à 95 %
Astrocytomes diffus et oligodendrogliomes	0,32	0,26–0,39	1,85	1,75–1,96	9,05	8,86–9,24	0,31	0,29–0,33	1,76	1,72–1,79	8,55	8,48–8,61
Autres types d'astrocytomes	1,04	0,93–1,16	0,30	0,26–0,35	0,074	0,058–0,095	1,26	1,22–1,30	0,35	0,33–0,36	0,1	0,09–0,11
Tumeurs épendymaires	0,24	0,19–0,30	0,30	0,26–0,35	0,39	0,35–0,44	0,29	0,27–0,30	0,35	0,33–0,36	0,52	0,50–0,53
Autres gliomes	0,62	0,53–0,71	0,40	0,35–0,45	0,67	0,62–0,72	0,93	0,90–0,96	0,4	0,39–0,42	0,57	0,56–0,59
Tumeurs neuronales et glioneuronales	0,41	0,34–0,48	0,38	0,33–0,43	0,24	0,21–0,27	0,45	0,43–0,47	0,4	0,39–0,42	0,23	0,22–0,24
Tumeurs du plexus choroïde	0,096	0,064–0,138	0,03	0,02–0,05	0,025	0,016–0,038	0,11	0,10–0,13	0,04	0,03–0,05	0,03	0,03–0,04
Tumeurs de la région pinéale	0,056	0,033–0,090	0,04	0,03–0,06	0,038	0,027–0,053	0,05	0,04–0,05	0,04	0,04–0,05	0,04	0,04–0,05
Tumeurs embryonnaires	0,66	0,57–0,76	0,16	0,13–0,19	0,033	0,022–0,048	0,68	0,66–0,71	0,12	0,11–0,13	0,04	0,03–0,04
Tumeur des nerfs crâniens et paraspinaux	0,135	0,097–0,183	0,82	0,76–0,90	2,42	2,32–2,52	0,12	0,11–0,14	1,03	1,00–1,06	3,93	3,89–3,98
Tumeurs des méninges	0,23	0,18–0,29	1,57	1,47–1,67	10,57	10,37–10,77	0,22	0,20–0,23	2,33	2,29–2,38	23,51	23,41–23,62
Lymphomes et néoplasmes hématopoïétiques	0,017	0,005–0,038	0,077	0,057–0,102	0,91	0,86–0,98	0,03	0,02–0,04	0,09	0,09–0,10	0,9	0,88–0,92
Tumeurs des cellules germinales	0,20	0,16–0,26	0,121	0,095–0,153	0,006	0,002–0,014	0,16	0,15–0,18	0,11	0,10–0,12	0,01	0,01–0,01
Tumeurs de la région sellaire	0,20	0,16–0,26	1,55	1,45–1,65	3,32	3,20–3,44	0,59	0,57–0,62	4,78	4,72–4,84	7,37	7,31–7,43
Tumeurs non classifiées	0,64	0,55–0,74	1,22	1,13–1,31	5,79	5,65–5,94	0,3	0,28–0,32	0,5	0,48–0,52	1,81	1,78–1,84
Toutes les tumeurs malignes	3,213	3,01–3,42	3,24	3,10–3,39	12,58	12,36–12,80	3,48	3,41–3,55	3,16	3,11–3,21	11,6	11,53–11,68
Toutes les tumeurs bénignes	1,739	1,59–1,89	5,66	5,47–5,85	21,09	20,80–21,38	2,03	1,98–2,08	9,16	9,07–9,24	36,02	35,89–36,15
Total	4,95	4,70–5,21	8,90	8,67–9,14	33,67	33,31–34,03	5,51	5,42–5,59	12,31	12,22–12,41	47,6	47,47–47,78

Remarques : Les taux sont normalisés selon l'âge en fonction de la population standard des États-Unis en 2000. Il se peut que l'addition des valeurs de chaque colonne ne donne pas le même total en raison des valeurs arrondies.

^a Selon la définition du Central Brain Tumour Registry des États-Unis.

Source des données : Registre canadien du cancer de Statistique Canada. Données des États-Unis publiées dans le CBTRUS

Abréviations : CBTRUS = Central Brain Tumour Registry des États-Unis; IC = intervalle de confiance.

Tableau 15 : Nombre annuel de cas et taux d'incidence normalisés selon l'âge (pour 100 000) de l'ensemble des tumeurs primitives du système nerveux central par type histologique et année du diagnostic, Canada (excepté Québec et Nouvelle-Écosse) 2010-2022, et Québec 2010-2017

Année	Canada								Québec							
	Glioblastome		Tumeurs malignes		Tumeurs bénignes		Toutes les tumeurs primitives du SNC		Glioblastome		Tumeurs malignes		Tumeurs bénignes		Toutes les tumeurs primitives du SNC	
	Nombre de cas annuels	Taux (IC à 95 %)	Nombre de cas annuels	Taux (IC à 95 %)	Nombre de cas annuels	Taux (IC à 95 %)	Nombre de cas annuels	Taux (IC à 95 %)	Nombre de cas annuels	Taux (IC à 95 %)	Nombre de cas annuels	Taux (IC à 95 %)	Nombre de cas annuels	Taux (IC à 95 %)	Nombre de cas annuels	Taux (IC à 95 %)
2010	910	3,99 (3,73–4,26)	2005	8,54 (8,17–8,93)	3680	15,53 (15,03–16,04)	5685	24,07 (23,45–24,71)	425	5,83 (5,28–6,42)	855	11,57 (10,80–12,38)	230	3,06 (2,67–3,49)	1085	14,62 (13,76–15,53)
2011	990	4,23 (3,97–4,50)	2110	8,83 (8,46–9,22)	3645	15,12 (14,63–15,63)	5760	23,96 (23,34–24,59)	410	5,46 (4,94–6,03)	840	11,04 (10,3–11,82)	1320	17,59 (16,65–18,57)	2160	28,63 (27,43–29,87)
2012	1015	4,26 (4,00–4,53)	2105	8,61 (8,25–8,99)	3735	15,15 (14,67–15,65)	5840	23,77 (23,16–24,39)	405	5,31 (4,80–5,86)	940	12,19 (11,42–13,00)	1925	25,10 (23,99–26,25)	2865	37,29 (35,93–38,69)
2013	1060	4,32 (4,06–4,59)	2220	8,86 (8,49–9,24)	3700	14,72 (14,25–15,21)	5915	23,58 (22,98–24,19)	415	5,39 (4,88–5,94)	750	9,60 (8,93–10,32)	1045	13,25 (12,46–14,08)	1795	22,85 (21,81–23,94)
2014	1065	4,24 (3,99–4,50)	2075	8,17 (7,82–8,52)	3750	14,65 (14,18–15,12)	5830	22,81 (22,23–23,41)	425	5,36 (4,86–5,90)	815	10,27 (9,57–11,00)	1150	14,38 (13,56–15,24)	1965	24,65 (23,57–25,76)
2015	1110	4,32 (4,07–4,58)	2205	8,49 (8,14–8,85)	3700	14,20 (13,75–14,67)	5905	22,69 (22,12–23,28)	430	5,35 (4,85–5,88)	820	10,10 (9,42–10,82)	1160	14,30 (13,49–15,15)	1975	24,40 (23,33–25,5)
2016	1150	3,74 (3,51–3,98)	2230	7,95 (7,61–8,29)	3900	13,71 (13,27–14,16)	6130	21,66 (21,1–22,22)	430	4,95 (4,48–5,45)	835	10,20 (9,52–10,91)	1240	16,04 (15,18–16,93)	2080	26,24 (25,14–27,37)
2017	1180	4,35 (4,11–4,61)	2175	8,03 (7,70–8,38)	3850	14,21 (13,76–14,66)	6025	22,24 (21,68–22,81)	430	5,14 (4,67–5,65)	815	9,74 (9,09–10,44)	1335	16,03 (15,18–16,91)	2150	25,77 (24,69–26,88)
2018	1185	4,28 (4,04–4,53)	2305	8,32 (7,98–8,67)	4040	14,61 (14,16–15,06)	6345	22,93 (22,37–23,50)								
2019	1280	4,51 (4,27–4,76)	2415	8,53 (8,19–8,88)	3925	13,89 (13,46–14,33)	6340	22,42 (21,87–22,98)								
2020	1315	4,52 (4,28–4,77)	2405	8,31 (7,98–8,65)	3605	12,54 (12,13–12,95)	6010	20,84 (20,32–21,38)								
2021	1315	4,42 (4,18–4,67)	2550	8,65 (8,32–9,00)	4060	13,89 (13,47–14,33)	6610	22,55 (22,01–23,10)								
2022	1255	4,12 (3,89–4,35)	2325	7,72 (7,40–8,04)	3955	13,19 (12,78–13,61)	6275	20,91 (20,39–21,44)								

Remarques : Dans la colonne « Canada », les taux sont normalisés selon l'âge en fonction de la population standard canadienne en 2016. Dans la colonne « Québec », les taux sont normalisés selon l'âge en fonction de la population du Québec en 2016. Les données du Québec au-delà de 2017 ne sont pas disponibles.

Source des données : Registre canadien du cancer de Statistique Canada.

Abréviations : SNC = système nerveux central; IC = intervalle de confiance.

Les données du Québec de 2011 et 2012 ont été prises en compte.

Références

1. Strong MJ, Garces J, Vera JC, Mathkour M, Emerson N, Ware ML. Brain tumors: Epidemiology and current trends in treatment. *Brain Tumors Neurooncol.* 2015;1(1):1-21.
2. Walker EV, Zhou Y, Wu Y, et coll. The incidence and prevalence of primary central nervous system (CNS) tumours in Canada (2010–2017), and the survival of patients diagnosed with CNS tumours (2008–2017). *Current Oncology.* 2023;30(4):4311-4328.
3. Zakaria D, Shaw A, Woods R, De P, Davis F. Case-Completeness of Nonmalignant Central Nervous System Tumors in the Canadian Cancer Registry, 2011-2015. *Journal of Registry Management.* 2018;45(1):117-131.
4. Fondation canadienne des tumeurs cérébrales. Registre canadien des tumeurs cérébrales. <https://www.braintumour.ca/fr/recherche/registre-canadien-des-tumeurs-cerebrales/>
5. Initiative parlementaire M-235. Chambre des communes, 1^{re} session de la 39^e législature (14 février 2007). <https://www.noscommunes.ca/documentviewer/fr/39-1/chambre/seance-110/debats>
6. Ostrom QT, Gittleman H, Xu J, et coll. CBTRUS statistical report: primary brain and other central nervous system tumors diagnosed in the United States in 2009–2013. *Neuro-oncology.* 2016;18(suppl_5):v1-v75.
7. Smith T, Yuan Y, Walker E, Davis F. Registre canadien des tumeurs cérébrales (RCTC) : Rapport sur les taux de survie 2010-2015. Registre canadien des tumeurs cérébrales (RCTC) : une collaboration de recherche en surveillance. 2019. 2019;18:v1-v75.
8. Walker EV, Zakaria D, Yuan Y, Yasmin F, Shaw A, Davis FG. Registre canadien des tumeurs cérébrales (RCTC) : Rapport d'incidence (2013-2017) et de mortalité (2014-2018). Registre canadien des tumeurs cérébrales (RCTC) : une collaboration de recherche en surveillance. 2021. <https://registretumeurscerebrales.ca/incidence-report/>.
9. Comité consultatif des statistiques canadiennes sur le cancer de la Société canadienne du cancer. *Statistiques canadiennes sur le cancer.* Société canadienne du cancer; 2015. <https://cancer.ca/fr/research/cancer-statistics/past-editions>.
10. Statistique Canada. Registre canadien du cancer (RCC), publié le 31 janvier 2025. Consulté le 22 janvier 2026. https://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV_f.pl?Function=getSurvey&SDDS=3207
11. Yuan Y, Amjad S, Eckstrand A, et coll. On Capturing Radiological Diagnoses of Brain Tumors to Provide Complete Population Data in Cancer Registries in Canada. *Journal of Registry Management.* 2018;45(4):167-172.
12. Davis F, Nagamuthu C, Ross J, Megyesi J. Current Status of Brain Tumor Surveillance in Canada and Why it Matters. *Journal of Registry Management.* 2015;42(4):139-145.
13. Eckstrand AC. CNS Tumours: Exploring Barriers to Registration and Feasibility of Extracting Molecular Characteristics. Publié en ligne en 2018.

14. Zakaria D, Trudeau R, Sanmartin C, et coll. Using personal health insurance numbers to link the Canadian Cancer Registry and the Discharge Abstract Database. Publié en ligne en 2015.
15. Porta MS, Greenland S, Last JM, International Epidemiological Association (organisme de parrainage). *A Dictionary of Epidemiology*. Sixième édition. Oxford University Press; 2014.
16. Association internationale des registres du cancer. Classification internationale des maladies pour l'oncologie, troisième édition (CIM-O-3).
http://www.iacr.com.fr/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=100&Itemid=577
17. Louis DN, Perry A, Reifenberger G, et coll. The 2016 World Health Organization classification of tumors of the central nervous system: a summary. *Acta neuropathologica*. 2016;131(6):803-820.
18. Price M, Ballard CAP, Benedetti JR, Kruchko C, Barnholtz-Sloan JS, Ostrom QT. CBTRUS statistical report: primary brain and other central nervous system tumors diagnosed in the United States in 2018–2022. *Neuro-oncology*. 2025;27(Supplement_4):iv1-iv66.
19. Statistique Canada. Tableau 17-10-0005-01 : Estimations de la population au 1^{er} juillet, par âge et genre, publié le 24 septembre 2025. 24 septembre 2025. DOI : 10.25318/1710000501-fra
20. Wiemels J, Wrensch M, Claus EB. Epidemiology and etiology of meningioma. *Journal of neuro-oncology*. 2010;99(3):307-314.
21. Louis DN, Perry A, Wesseling P, et coll. The 2021 WHO classification of tumors of the central nervous system: a summary. *Neuro-oncology*. 2021;23(8):1231-1251.
22. Price M, Ballard CAP, Benedetti JR, Kruchko C, Barnholtz-Sloan JS, Ostrom QT. CBTRUS statistical report: Pediatric brain tumor foundation childhood and adolescent primary brain and other central nervous system tumors diagnosed in the United States in 2017-2021. *Neuro-Oncology*. 2025;27(Supplement_1):i1-i42.
23. Eckstrand A, Shack L, Pham TM, Davis F. The Impact of Hospital Discharge Linkage on Case Ascertainment of Brain Tumors in the Alberta Cancer Registry, 2010-2015. *Journal of Registry Management*. 2018;45(3):109-116.
24. Ostrom Q, Kruchko C, Neff C, Firth A, Sherman R. The Central Brain Tumor Registry of the United States Histopathological Grouping Scheme Provides Clinically Relevant Brain and Other Central Nervous System Categories for Cancer Registry Data. *J Registry Manag*. 2022;49(4):139-152.
25. Wu Y, Walker EV, Yuan Y. Regional Variability in Survival for Patients Diagnosed with Selected Central Nervous System Tumours in Canada. *Curr Oncol*. 2024;31(6):3073-3085.
DOI :10.3390/curroncol31060234
26. Larouche V, Toupin AK, Lalonde B, Simonyan D, Jabado N, Perreault S. Incidence trends in pediatric central nervous system tumors in Canada: a 15 years report from Cancer and Young People in Canada (CYP-C) registry. *Neuro-oncology advances*. 2020;2(1):vdaa012.

27. Chan V, Pole JD, Mann RE, Colantonio A. A population based perspective on children and youth with brain tumours. *BMC Cancer*. 2015;15(1):1007.

Annexe

Classification histologique des tumeurs cérébrales et des autres tumeurs du système nerveux central

Type histologique	Code CIM-O-3* du type histologique et du comportement
Astrocytomes diffus et oligodendrogliomes	
Astrocytome diffus	9381/3, 9400/3, 9410/3, 9411/3, 9420/3, 9442/1
Astrocytome anaplasique	9401/3
Glioblastome	9440/3, 9441/3, 9442/3, 9445/3
Oligodendrogliome	9450/3
Oligodendrogliome anaplasique	9451/3, 9460/3
Tumeurs oligoastrocytaires	9382/3
Autres types d'astrocytomes	
Astrocytome pilocytique	9421/1, 9421/3, 9425/3
Variantes uniques d'astrocytome	9424/3, 9384/1, 9431/1
Tumeurs épendymaires	9391/3, 9392/3, 9393/3, 9396/3, 9383/1, 9391/1 (à l'exception de l'emplacement C75.1), 9394/1
Autres gliomes	
Gliome malin, SAI	9380/3, 9385/3
Autres tumeurs neuroépithéliales	9423/3, 9430/3, 9444/1
Tumeurs neuronales et glioneuronales	8680/3, 8693/3, 9490/3, 9505/3, 9509/3, 9522/3 (emplacement C30.0 uniquement), 9523/3 (emplacement C30.0 uniquement), 8680/0,1, 8681/1, 8690/1, 8693/1, 9412/1, 9413/0, 9490/0, 9492/0 (à l'exception de l'emplacement C75.1), 9493/0, 9505/0,1, 9506/1, 9509/1
Tumeurs du plexus choroïde	9390/3, 9390/0,1
Tumeurs de la région pinéale	9362/3, 9395/3, 9360/1, 9361/1
Tumeurs embryonnaires	8963/3, 9364/3, 9470/3, 9471/3, 9472/3, 9473/3, 9474/3, 9475/3, 9476/3, 9477/3, 9478/3, 9480/3, 9500/3, 9501/3, 9502/3, 9508/3
Tumeur des nerfs crâniens et paraspinaux	9540/3, 9560/3, 9561/3, 9571/3, 9540/0,1, 9541/0, 9550/0, 9560/0,1, 9570/0, 9571/0, 9562/0, 9563/0
Tumeurs des méninges	
Méningiome	9530/3, 9537/3, 9538/3, 9539/3 9530/0,1, 9531/0, 9532/0, 9533/0, 9534/0, 9535/0, 9537/0, 9538/1, 9539/1
Tumeurs mésenchymateuses	8710/3, 8711/3, 8800/3, 8801/3, 8802/3, 8803/3, 8804/3, 8805/3, 8806/3, 8810/3, 8811/3, 8815/3, 8825/3, 8830/3, 8840/3, 8850/3, 8851/3, 8852/3,

	8853/3, 8854/3, 8857/3, 8890/3, 8900/3, 8901/3, 8902/3, 8910/3, 8912/3, 8920/3, 8921/3, 8935/3, 8990/3, 9040/3, 9120/3, 9130/3, 9150/3, 9170/3, 9180/3, 9220/3, 9231/3, 9240/3, 9243/3, 9260/3, 9370/3, 9371/3, 9372/3, 8324/0, 8711/0, 8800/0, 8810/0, 8811/0, 8815/0,1, 8821/1, 8824/0,1, 8825/0,1, 8830/0,1, 8831/0, 8835/1, 8836/1, 8840/0, 8850/0,1, 8851/0, 8852/0, 8854/0, 8857/0, 8861/0, 8870/0, 8880/0, 8890/0,1, 8897/1, 8900/0, 8920/1, 8935/0,1, 8990/0,1, 9040/0, 9120/0, 9125/0, 9130/0,1, 9131/0, 9136/1, 9150/0,1, 9161/0,1, 9170/0, 9180/0, 9210/0, 9220/0, 9241/0, 9373/0
Lésions mélanocytaires primaires	8720/3, 8728/3, 8770/3, 8728/0,1, 8770/0
Lymphomes et néoplasmes hématopoïétiques	9590/3, 9591/3, 9596/3, 9650/3, 9651/3, 9652/3, 9653/3, 9654/3, 9655/3, 9659/3, 9661/3, 9662/3, 9663/3, 9664/3, 9665/3, 9667/3, 9670/3, 9671/3, 9673/3, 9675/3, 9680/3, 9684/3, 9687/3, 9688/3, 9690/3, 9691/3, 9695/3, 9698/3, 9699/3, 9701/3, 9702/3, 9705/3, 9712/3, 9714/3, 9715/3, 9719/3, 9724/3, 9727/3, 9728/3, 9729/3, 9735/3, 9737/3, 9738/3, 9750/3, 9751/3, 9755/3, 9756/3, 9811/3, 9812/3, 9813/3, 9814/3, 9815/3, 9816/3, 9817/3, 9818/3, 9819/3, 9823/3, 9826/3, 9827/3, 9831/3, 9832/3, 9837/3, 9861/3, 9866/3, 9930/3, 9965/3, 9966/3, 9967/3, 9971/3, 9975/3, 9750/1, 9751/1, 9970/1, 9731/3, 9733/3, 9734/3, 9740/3, 9741/3, 9749/3, 9753/3, 9754/3, 9757/3, 9758/3, 9759/3, 9760/3, 9766/3, 9860/3, 9740/1, 9752/1, 9753/1, 9766/1
Tumeurs des cellules germinales	8440/3, 9060/3, 9061/3, 9064/3, 9065/3, 9070/3, 9071/3, 9072/3, 9080/3, 9081/3, 9082/3, 9083/3, 9084/3, 9085/3, 9100/3, 9101/3, 8440/0, 9080/0,1
Tumeurs de la région sellaire	
Tumeurs de l'hypophyse	8140/3, 8246/3, 8260/3, 8270/3, 8272/3, 8280/3, 8281/3, 8290/3, 8300/3, 8310/3, 8323/3, 9580/3, 8040/0,1, 8140/0,1, 8146/0, 8260/0, 8270/0, 8271/0, 8272/0, 8280/0, 8281/0, 8290/0, 8300/0, 8310/0, 8323/0, 9391/1 (emplacement C75.1 uniquement), 9432/1, 9492/0 (emplacement C75.1 uniquement), 9580/0, 9582/0
Craniopharyngiome	9350/1, 9351/1, 9352/1
Tumeurs non classifiées	
Hémangiome	9133/3, 9140/3, 9121/0, 9122/0, 9123/0, 9133/1

Néoplasme non précisé	8000/3, 8001/3, 8002/3, 8003/3, 8004/3, 8005/3, 8010/3, 8020/3, 8021/3, 8000/0,1, 8001/0,1, 8005/0, 8010/0
Toutes les autres tumeurs	8320/3, 8452/3, 8896/3, 8980/3, 9503/3, 8452/1, 8713/0, 9084/0, 9173/0, 9363/0
Non classifié par le Central Brain Tumour Registry des États-Unis (CBTRUS)	8004/1, 8070/0,3, 8158/1,3, 8240/1,3, 8249/3, 8272/1, 8681/3, 8683/0, 8713/1, 8721/0, 8745/3, 8860/0, 8936/3, 9064/1, 9085/0, 9120/1, 9121/1, 9131/1, 9161/3, 9252/0, 9272/0, 9350/0,3, 9351/0,3, 9352/0,3, 9360/3, 9361/3, 9362/1, 9380/0,1, 9383/0,3, 9384/3, 9391/0, 9394/0,3, 9400/0,1, 9413/3, 9424/0,1, 9431/3, 9440/1, 9444/3, 9450/0, 9490/1, 9492/1, 9500/0,1, 9501/1, 9506/3, 9531/1,3, 9532/1, 9533/3, 9534/1, 9537/1, 9538/0, 9539/0, 9971/1

* Classification internationale des maladies pour l'oncologie, 3^e édition, 2000.

Organisation mondiale de la santé, Genève, Suisse.



braintumourregistry@braintumour.ca

www.BrainTumourRegistry.ca
