



Registre canadien des tumeurs cérébrales (RCTC) : Rapport sur les taux de survie et la prévalence 2010-2017

Emily Walker, Ph.D.

Jiaqi Liu, MSP

Faith Davis, Ph. D., membre de l'ACE, membre de l'ACSS

Seth Climans, M.D.

Yan Yuan, Ph. D.

School of Public Health, Université de l'Alberta

Financé par :

La Fondation canadienne des tumeurs cérébrales

DATE DE PUBLICATION

Juin 2022

Remerciements

Nous aimerions remercier les personnes et organismes suivants :

- Les patients atteints de tumeurs cérébrales et leur famille pour avoir encouragé cette initiative.
- La Fondation canadienne des tumeurs cérébrales pour avoir compris la nécessité de fournir cette information aux Canadiens, pour son soutien financier et pour le dévouement de son personnel.
- L'Agence de la santé publique du Canada pour nous avoir fourni généreusement le code SAS ayant servi à la production des estimations du présent rapport.
- La recherche et l'analyse s'appuient sur des données de Statistique Canada, accessibles sur la plateforme du Réseau canadien des centres de données de recherche, lequel est financé par le Conseil de recherches en sciences humaines (CRSH), les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC), la Fondation canadienne pour l'innovation (FCI) et Statistique Canada. Même si la recherche et l'analyse s'appuient sur des données de Statistique Canada, les opinions exprimées dans le présent document ne représentent pas celles de de Statistique Canada.

Référence suggérée :

Walker EV, Liu JL, Davis FG, Climans S, Yuan Y. Registre canadien des tumeurs cérébrales (RCTC) : Rapport sur les taux de survie et la prévalence 2010-2017. Registre canadien des tumeurs cérébrales (RCTC) : une collaboration de recherche en surveillance. 2022; www.registretumeurscerebrales.ca



UNIVERSITY OF ALBERTA
SCHOOL OF PUBLIC HEALTH



LA FONDATION

canadienne des
tumeurscérébrales

Sommaire

Le présent rapport, qui s'appuie sur les rapports précédents, présente les données les plus récentes sur le taux de survie des Canadiens atteints de tumeurs primitives du système nerveux central (SNC). Il inclut des estimations de la survie nette et médiane pour tous les Canadiens (à l'exception des Québécois) ayant obtenu un diagnostic entre 2010 et 2017. Les premières estimations à l'échelle canadienne de la prévalence des tumeurs primitives du SNC sont également présentées.

Le taux de survie nette estimée après 1 an et 5 ans est plus élevé pour les tumeurs non malignes du SNC (après 1 an : 90 %; après 5 ans : 84 %) que pour les tumeurs malignes (après 1 an : 50 %; après 5 ans : 23 %). Parmi les sous-types de tumeurs se prêtant à une classification histologique, huit sont associés à une survie médiane supérieure à 8 ans. La survie médiane la plus courte a été observée chez les patients atteints d'un glioblastome (8 mois) ou d'un lymphome (12 mois). Les estimations de survie incluses dans le présent rapport sont cohérentes avec celles des rapports précédents fondés sur un sous-ensemble de données canadiennes et les estimations publiées par les provinces et les territoires.

La survie était comparable entre les hommes et les femmes dans la plupart des groupes histologiques. La survie des femmes atteintes d'un méningiome est légèrement plus longue que celle des hommes. À l'inverse, la survie des hommes atteints d'un glioblastome ou d'un gliome malin, sans autres indications (SAI), est légèrement plus longue que celle des femmes. Le jeune âge est associé à une survie plus longue. Cependant, la survie la plus longue dans les cas de glioblastome, d'astrocytome anaplasique, d'épendymome malin et de gliome malin, sans autres indications, a été observée chez les adolescents et les jeunes adultes.

À la date de référence du 1^{er} janvier 2018, on estimait à 37 575 le nombre de Canadiens atteints d'une tumeur primitive du SNC. De ce nombre, 80,4 % étaient atteints d'une tumeur non maligne, ce qui est cohérent avec la survie plus longue observée chez les personnes atteintes d'une tumeur non maligne. La prévalence des tumeurs primitives du SNC était légèrement plus élevée chez les hommes que chez les femmes. Ces estimations fournissent une mesure de la charge de morbidité due aux tumeurs primitives du SNC.

Le présent rapport fournit les données les plus exhaustives et les plus récentes sur le taux de survie des Canadiens atteints d'une tumeur primitive du SNC, à l'exception des données québécoises qui sont toujours inaccessibles. Afin d'obtenir une estimation de la prévalence pour l'ensemble du Canada, nous avons appliqué la proportion de prévalence estimée dans les autres provinces et territoires à la population québécoise. À mesure que le temps passe depuis le début des activités de collecte de données supplémentaires sur les tumeurs non malignes du SNC, d'autres données seront recueillies pour permettre d'affiner la classification des tumeurs. Par ailleurs, l'une des orientations scientifiques du Registre canadien des tumeurs cérébrales est d'établir des stratégies permettant d'assurer la saisie systématique et exhaustive des données sur les marqueurs moléculaires dans les registres provinciaux et territoriaux du cancer. Il est prévu d'inclure les caractéristiques tumorales au système de classification dans les rapports à venir.

Table des matières

INTRODUCTION	7
CONTEXTE	7
MÉTHODOLOGIE	8
Source des données	8
Dates manquantes	9
Méthodes de classification des tumeurs.....	9
Analyse des données	10
Prévalence	10
Survie nette	11
Survie médiane	11
Règles de déclaration et arrondissement.	11
RÉSULTATS	12
Survie	12
Sexe	14
Âge	14
Région	16
Prévalence	16
Sexe	17
Âge	18
Région	20
DISCUSSION	21
Résumé.....	21
Comparaison avec le précédent rapport du RCTC.....	21
Comparaison avec d'autres régions	22
Limitations.....	23
CONCLUSION	24
TABLEAUX	22
RÉFÉRENCES	33
ANNEXE.....	35

Liste des tableaux

Tableau 1 : Survie nette après 1, 2 et 5 ans, selon le groupe histologique, chez les personnes atteintes d'une tumeur primitive du système nerveux central, âgées de 15 à 99 ans, au Canada (à l'exclusion du Québec), entre 2010 et 2017

Tableau 2 : Survie nette après 1 an et 5 ans, selon le groupe histologique, chez les personnes atteintes d'une tumeur cérébrale primitive maligne ou non maligne, ou d'une autre tumeur du système nerveux central, âgées de 15 à 99 ans, au Canada (à l'exclusion du Québec), entre 2010 et 2017

Tableau 3 : Survie nette après 1, 2 et 5 ans, selon le groupe histologique et le sexe, chez les personnes atteintes d'une tumeur primitive du système nerveux central, âgées de 15 à 99 ans, au Canada (à l'exclusion du Québec), entre 2010 et 2017

Tableau 4 : Survie médiane et taux de survie après 1 an et 5 ans, selon le groupe histologique et le sexe, chez les personnes atteintes d'une tumeur cérébrale primitive maligne ou non maligne, ou d'une autre tumeur du système nerveux central, âgées de 15 à 99 ans, au Canada (à l'exclusion du Québec), entre 2010 et 2017

Tableau 5 : Taux de survie nette après 1 an et 5 ans, selon le groupe histologique et l'âge, chez les personnes atteintes d'une tumeur primitive du système nerveux central, au Canada (à l'exclusion du Québec), entre 2010 et 2017

Tableau 6 : Survie médiane et taux de survie nette après 1 an et 5 ans, selon le groupe histologique et l'âge, chez les personnes atteintes d'une tumeur cérébrale primitive maligne ou d'une autre tumeur du système nerveux central, au Canada (à l'exclusion du Québec), entre 2010 et 2017

Tableau 7 : Taux de survie nette après 1 an et 5 ans, selon le groupe histologique et l'âge sélectionnés, chez les personnes atteintes d'une tumeur cérébrale primitive non maligne, ou d'une autre tumeur du système nerveux central, au Canada (à l'exclusion du Québec), entre 2010 et 2017

Tableau 8 : Nombre de cas prévalents et proportions de prévalence (PP, pour 100 000 personnes) fondés sur la personne sur une période de huit ans pour les tumeurs primitives du système nerveux central, selon le groupe histologique et le comportement tumoral, au Canada, au 1^{er} janvier 2018

Tableau 9 : Nombre de cas prévalents fondés sur la personne sur une période de huit ans pour les tumeurs primitives du système nerveux central, selon le groupe histologique, le comportement tumoral et le sexe, au Canada, au 1^{er} janvier 2018

Tableau 10 : Nombre de cas prévalents fondés sur la personne sur une période de huit ans pour les tumeurs primitives du système nerveux central, selon le groupe histologique, le comportement tumoral et l'âge, au Canada, au 1^{er} janvier 2018

Tableau 11 : Proportion de prévalence (PP, pour 100 000 personnes) normalisée selon l'âge et fondée sur la personne sur une période de huit ans pour les tumeurs primitives du système nerveux central, selon le groupe histologique et la région, au 1^{er} janvier 2018

Liste des figures

Figure 1 : Survie médiane (en mois) pour certaines tumeurs malignes primitives du SNC chez les patients âgés de 15 à 99 ans, entre 2010 et 2017

Figure 2 : Taux de survie nette après 1, 2 et 5 ans (IC de 95 %) pour les tumeurs primitives du SNC, selon l'âge (entre 2010 et 2017)

Figure 3 : Taux de survie nette après 5 ans normalisés selon l'âge (IC de 95 %) pour les tumeurs primitives malignes et non malignes du SNC chez des patients de 15 à 99 ans et de 0 à 14 ans, selon la région (entre 2010 et 2017)

Figure 4 : Les trois tumeurs les plus prévalentes chez les femmes et les hommes au 1^{er} janvier 2018, selon le comportement tumoral

Figure 5 : Les trois tumeurs les plus prévalentes dans les groupes d'âge au 1^{er} janvier 2018, selon le comportement tumoral

Figure 6 : Proportion de prévalence normalisée selon l'âge pour certains types histologiques au 1^{er} janvier 2018, selon la région

INTRODUCTION

L'objectif du présent rapport est de présenter des estimations de survie et de prévalence chez les Canadiens atteints de tumeurs primitives du système nerveux central (SNC) entre 2010 et 2017. Les estimations sont présentées selon diverses caractéristiques tumorales et individuelles, et selon la province. Au moment de l'analyse, les données québécoises sur les tumeurs diagnostiquées n'étaient pas accessibles au-delà de 2010. Les estimations ne tiennent donc pas compte des données pour le Québec. Le présent rapport s'appuie sur les rapports précédents publiés par le Registre canadien des tumeurs cérébrales (RCTC). Il fournit les données de surveillance les plus récentes et les plus exhaustives sur les tumeurs du SNC au Canada.

CONTEXTE

Le RCTC est une collaboration de recherche en surveillance établie en 2016, qui vise à améliorer la surveillance des tumeurs du SNC diagnostiquées au Canada. Les efforts en cours consistent à améliorer la qualité des données sur les tumeurs du SNC consignées dans les registres canadiens du cancer, et à fournir des rapports courants sur l'incidence et le taux de survie, selon l'histologie et le comportement tumoral.

L'amélioration de la qualité des données a comme objectif l'augmentation du nombre de tumeurs non malignes du SNC consignées dans les registres canadiens du cancer. Cet effort fait suite à la motion des députés adoptée en 2007, qui rendait obliga-

toire la collecte de données sur ces tumeurs (projet de loi d'initiative parlementaire MB235, 2007). Le travail a commencé par la collaboration entre quatre provinces : la Colombie-Britannique, l'Alberta, le Manitoba et l'Ontario. Ces provinces ont participé à des activités, réunions et ateliers de collecte de données supplémentaires afin d'établir des stratégies visant l'amélioration de la consignation systématique des tumeurs non malignes du SNC dans les registres du cancer. Ces quatre provinces ont fourni des données sur tous les diagnostics de tumeurs primitives du SNC de 2010 à 2015, compilés dans deux rapports publiés par le RCTC (Smith et al., 2019; Smith et al., 2019). Depuis la publication de ces rapports, nous avons obtenu des données du Registre canadien du cancer (RCC) qui ont permis d'établir les estimations actuelles pour un plus grand nombre de régions du Canada. Le premier rapport, fondé sur les données recueillies dans toutes les régions canadiennes, présente un résumé des taux d'incidence et de mortalité par tumeur et par caractéristiques démographiques (Walker et al., 2021). Le deuxième et actuel rapport pancanadien vise à fournir d'autres estimations de la survie et de la prévalence. La communauté de recherche peut obtenir les données de ces deux rapports auprès de Statistique Canada ou en consultant chaque registre du cancer.

De tous les types de cancer diagnostiqués chez les Canadiens, le cancer du cerveau est celui qui est associé à la survie nette globale la moins élevée (Ellison, 2018). Toutefois, ces estimations sont fondées sur l'ensemble des tumeurs du SNC. Les tumeurs primitives du SNC sont hétérogènes; le diagnostic, le traitement et

le pronostic varie dans une large mesure en fonction du type de tumeur. La présentation d'estimations relatives aux sous-groupes histologiques permettrait de fournir des renseignements encore plus utiles aux cliniciens et à la communauté de recherche. Les études cliniques caractérisent le pronostic dans des conditions relativement contrôlées; elles procurent des résultats dans un contexte de soins optimaux. Les études de surveillance comme celle-ci, menées auprès de la population, fournissent des résultats dans un contexte réel. Elles sont complémentaires aux données cliniques. L'information est présentée selon un code de comportement afin de refléter le changement apporté à la tenue des registres du cancer, notamment la saisie de donnée sur les tumeurs malignes du SNC et sur l'ensemble des tumeurs primitives du SNC (malignes ou non).

MÉTHODOLOGIE

Source des données

Le RCC est une base de données populationnelle qui comprend des données sur les tumeurs diagnostiquées et les décès connexes survenus chez les résidents canadiens depuis 1992 (Statistique Canada, 2021). Il s'agit d'une base de données dynamique, c'est-à-dire que les données sont mises à jour à mesure qu'elles sont accessibles. Le fichier de données du RCC utilisé dans le cadre de cette analyse comprend des données sur les décès couplées à la Base canadienne de données sur les décès de la Statistique de l'état civil (BCDECD) et aux fichiers maîtres des particuliers T1. Il a été consulté en collaboration avec le Research Data Center de l'Université

de l'Alberta et avec l'approbation de Statistique Canada (Statistique Canada, 2021). Il contient des données sur toutes les tumeurs primitives diagnostiquées chez des résidents canadiens et sur leur état de santé entre le 1^{er} janvier 1992 et le 31 décembre 2017. Les données sont recueillies par chacun des registres provinciaux ou territoriaux du cancer, lesquels ont le mandat, en vertu de leurs législations respectives en matière de santé, de recueillir des données sur toutes les tumeurs primitives diagnostiquées chez les résidents de leur province ou de leur territoire. Statistique Canada compile les données sur les diagnostics de cancer de chaque province ou territoire dans le RCC (Statistique Canada, 2021). Il s'agit d'un système de surveillance passive fondé sur la participation des prestataires de soins de santé et des laboratoires à la déclaration des nouveaux cas aux organismes de santé provinciaux et territoriaux afin qu'ils soient consignés dans les registres de maladies. Les données sur les diagnostics de cancer du RCC sont ensuite couplées à la BDDECD, et les renseignements supplémentaires sur les décès proviennent des fichiers maîtres des particuliers T1, avec le 31 décembre 2017 comme date limite (Statistique Canada, 2021). Le fichier du RCC sur les décès a été élaboré conformément aux règles du programme de surveillance, d'épidémiologie et de résultats finaux du National Cancer Institute pour l'année 2007 et les années subséquentes (Statistique Canada, 2021).

En raison des délais de déclaration, le sous-dénombrement des cas est plus important pour la dernière année de déclaration des diagnostics, soit l'année 2017. Selon les estimations, le taux de sous-déclaration se

situé entre 2 % et 3 % pour tous les types de cancer (Statistique Canada, 2021). De plus, les tumeurs diagnostiquées et les décès survenus chez les résidents du Québec ne sont pas recueillis dans le RCC en raison de problèmes liés à l'accord d'échange de données. Par conséquent, les estimations pour le Canada sont fondées sur les données de l'ensemble des provinces et territoires, à l'exclusion du Québec.

Dates manquantes. Les dossiers de personnes qui ne comportent pas de date de naissance et/ou de date de décès ont été supprimés. Lorsque l'année est indiquée, mais que le mois et/ou le jour ne le sont pas, la moyenne de tous les mois et/ou jours potentiels est attribuée.

Méthodes de classification des tumeurs

Les tumeurs peuvent être classifiées selon leur emplacement (topographie), leur histologie, leur comportement, leurs caractéristiques moléculaires ou une combinaison de ces caractéristiques. À l'heure actuelle, les données sur les caractéristiques moléculaires de ces tumeurs ne sont pas répertoriées de façon systématique dans le RCC. Par conséquent, les groupes de maladies du présent rapport correspondent à une combinaison de la topographie, de l'histologie et du comportement. Le système de classification utilisé par les registres canadiens du cancer est la Classification internationale des maladies pour l'oncologie (CIM-O-3) 3^e édition (Comité consultatif canadien sur les statistiques du cancer, 2019). Selon ce système de classification multiaxial, un code alphanumérique est attribué à

l'emplacement (topographie) de la tumeur et des codes numériques sont attribués à l'histologie et au comportement tumoral. 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 (limités aux codes histologiques 9522-9523). Les codes histologiques ont été regroupés en catégories selon la classification utilisée par le Central Brain Tumour Registry des États-Unis. (CBTRUS) (annexe) (Forjaz et al., 2021). Les tumeurs primitives du SNC pour lesquelles les données sur la pathologie étaient insuffisantes, ou qui étaient inclassables selon le modèle élaboré par le CBTRUS, ont été regroupées dans une catégorie appelée « tumeurs non classifiées » (annexe). Les tumeurs primitives du SNC sont classifiées en trois catégories : bénignes, incertaines (bénignes ou malignes) ou malignes. Pour simplifier, nous avons réparti les tumeurs en deux catégories : non malignes (bénignes et incertaines) et malignes. Notons que si les codes liés au comportement s'harmonisent à chaque diagnostic histologique selon la classification des tumeurs de l'Organisation mondiale de la santé, les deux catégories du présent rapport tiennent compte des critères classiques (malin) et des critères actuels (malin et non malin) utilisés par les registres du cancer pour la déclaration des cas. En soi, la stratification par comportement tumoral montre la valeur ajoutée et le changement apporté à la méthode de déclaration des tumeurs du SNC pour assurer la cohérence avec le MB235.

Analyse des données

On a inclus les tumeurs du SNC diagnostiquées à partir du 1^{er} janvier 2010, car la méthode de consignation et de surveillance des tumeurs non malignes s'est beaucoup améliorée à partir de 2010. Les variables démographiques sont le sexe, le groupe d'âge (enfants de 0 à 14 ans, adolescents et jeunes adultes de 15 à 39 ans, adultes de 40 à 64 ans et adultes âgés de 65 ans et plus) et la région (la région de l'Atlantique, qui comprend Terre-Neuve-et-Labrador, le Nouveau-Brunswick, la Nouvelle-Écosse et l'Île-du-Prince-Édouard; la Colombie-Britannique; l'Ontario et la région des Prairies, qui comprend l'Alberta, la Saskatchewan et le Manitoba).

Les principales mesures du rapport sont la survie nette et la prévalence. Aux fins de la comparaison entre les régions, les taux de survie nette et de prévalence normalisés selon l'âge sont présentés pour la population canadienne standard de 2011, appelée population de référence. La méthode directe a été utilisée pour la normalisation de l'âge afin de tenir compte des diverses structures d'âge de la population, ce qui permet une comparaison, au fil du temps, entre les différentes régions géographiques.

Les estimations de population servant au calcul des taux ont été obtenues auprès de Statistique Canada (Comité consultatif sur les statistiques canadiennes sur le cancer, 2019). Un macro-programme rédigé par Paul Dickman (Dickman 2011) et adapté par Ron Dewar (Cancer Care Program de Santé Nouvelle-Écosse) pour permettre le calcul de la survie nette de Pohar-Perme a été utilisé dans SAS

(version 9.4). Les figures ont été générées au moyen de R (version 4.1.2) (R Core Team, 2022). Certaines personnes peuvent avoir plusieurs tumeurs primitives du SNC. Autrement dit, des tumeurs multiples peuvent apparaître dans le cerveau ou dans une autre partie du SNC de manière indépendante, et ne pas produire de métastases. Dans le cas des patients ayant de multiples tumeurs du SNC, du même type ou de types multiples, seul le premier diagnostic de tumeur cérébrale a été pris en compte dans l'analyse de la survie, alors que le dernier diagnostic de tumeur cérébrale a été pris en compte dans l'estimation de la prévalence.

Prévalence. La prévalence fournit un aperçu du nombre de patients vivants atteints d'une maladie dans une population, à un moment donné, appelé date de référence (Pearce et al., 2005). Le fichier de données de prévalence a été créé à l'aide du fichier de décès imputés du RCC et la date de référence a été fixée au 1^{er} janvier 2018. Les chiffres de la prévalence ou les proportions de prévalence ont été estimés pour l'âge atteint à la date de référence.

Les chiffres sur la prévalence fondée sur la personne représentent le nombre de personnes qui ont obtenu un diagnostic de tumeur primitive du SNC entre le 1^{er} janvier 2010 et le 31 décembre 2017 et qui sont encore en vie à la date de référence. Afin d'obtenir une estimation du nombre de cas prévalents à la date de référence, nous avons divisé le nombre de cas du RCC par la population canadienne (à l'exclusion du Québec) à la date de référence pour obtenir une proportion de prévalence, puis nous avons multiplié cette proportion par la

population canadienne (y compris le Québec). Les intervalles de confiance de 95 % des proportions de prévalence ont été estimés à l'aide de la distribution de Poisson.

Le calcul de la prévalence, dans ce rapport, est fondé sur une période déterminée. Elle diffère de la prévalence ponctuelle, qui englobe tous les cas de cancer recensés à un moment précis. Nous n'avons inclus que les cas diagnostiqués après le 1^{er} janvier 2010, et non ceux diagnostiqués avant cette date. La prévalence et la proportion de prévalence fondées sur la personne sont donc rapportées pour une période limitée.

Survie nette. La survie nette est une estimation pronostique courante de la probabilité de survivre à un cancer en l'absence d'autres causes de décès (National Cancer Institute, 2021). Elle procure une estimation des résultats des patients qui tient compte de la mortalité au sein d'une population de patients par rapport à la population générale.

Le fichier de données de survie a été élaboré à l'aide du fichier des décès imputés du RCC. Il ne comporte que les tumeurs du SNC, à l'exclusion des tumeurs diagnostiquées uniquement par l'intermédiaire du certificat de décès ou qui ont été révélées à l'autopsie. Dans le cas des autres dossiers de patient, lorsque la date du diagnostic de cancer et la date du décès était la même, la date du diagnostic était remplacée par la date de la veille du décès, pour éviter que le dossier ne soit exclu de l'analyse de la survie. Enfin, les tumeurs diagnostiquées chez des patients âgés de plus de 99 ans ont toutes été exclues, car ce groupe d'âge n'est pas pris en

compte dans la méthode de calcul de la survie nette.

Nous avons appliqué la méthode d'estimation de Pohar-Perme à l'approche par période, au moyen d'une méthode combinée sur trois ans, pour estimer les taux de survie nette après 1, 2 et 5 ans (Seppä et al., 2015; Coviello et al., 2015). La survie nette a été estimée trimestriellement au cours des deux premières années et semestriellement par la suite jusqu'à la cinquième année. La méthode de Kaplan-Meier a été utilisée pour estimer la survie médiane.

Les taux de survie nette estimés supérieurs à 1,0 ont été remplacés par la valeur 1,0, ce qui indique qu'aucun désavantage sur le plan de la survie n'est associé au diagnostic de la tumeur du SNC correspondante.

Survie médiane. La survie médiane est fondée sur le fichier des patients atteints de cancer généré lors de l'analyse de survie. Les données ont été extraites du RCC et les cas se sont limités à ceux qui respectaient les règles décrites ci-dessus. La survie a été calculée à l'aide de la méthode de Kaplan-Meier. Le temps écoulé avant le décès pour 50 % des patients a été considéré comme étant la survie médiane (Dudley, et al., 2016). La survie médiane est estimée pour les groupes comptant au moins 16 diagnostics afin de garantir une estimation précise de la survie médiane sans variations importantes dues à une insuffisance des données.

Règles de déclaration et arrondissement. Plusieurs mesures ont été prises pour protéger la confidentialité des données personnelles. Tous les chiffres rapportés sont arrondis au

moyen d'un système d'arrondissement aléatoire non biaisé, sur une base de cinq. Les estimations de cas prévalents inférieures à cinq, mais supérieures à aucun cas observé, ou pouvant révéler les catégories comptant moins de cinq cas observés, ont été supprimées. Lorsque l'erreur type de l'estimation de la survie nette était d'au moins 0,1, ou lorsque moins de 10 patients ont contribué à l'estimation de la survie nette, l'estimation a été supprimée. Les estimations de survie nette normalisées selon l'âge ont été supprimées lorsque pour l'un des groupes d'âge, un intervalle de suivi ne comportant aucune personne à risque était observé, ou aucun décès n'était survenu chez plus de 10 personnes. Les erreurs types des estimations de la survie nette supérieures à 0,05, mais inférieures 0,1, sont en italiques pour indiquer que l'estimation est incertaine et qu'elle doit être interprétée avec prudence.

RÉSULTATS

Survie

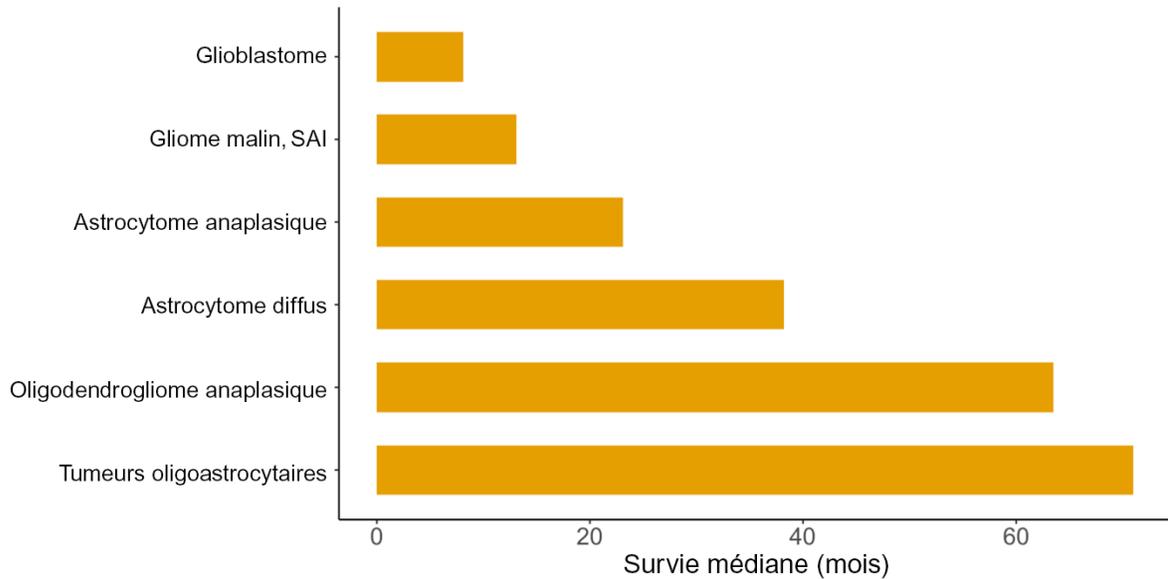
Dans le présent rapport, 40 235 patients diagnostiqués au Canada entre 2010 et 2017 (à l'exclusion du Québec) ont contribué aux estimations de la survie nette chez les personnes atteintes de tumeurs primitives du SNC. De ce nombre, 38 510 étaient âgés de 15 à 99 ans et 1 725 étaient des enfants (de 0 à 14 ans). Les estimations de survie sont présentées aux tableaux 1 à 7.

Les taux globaux de survie nette après 1, 2 et 5 ans pour toutes les tumeurs primitives du SNC diagnostiquées chez les patients âgés de 15 à 99 ans sont respectivement de 75,6 %, 68,6 % et 61,9 % (tableau 1). La survie varie fortement selon le groupe histologique et le comportement tumoral. Dans le cas des tumeurs primitives malignes du SNC, les taux de survie nette après 1 an et 5 ans sont de 49,7 % et de 23 %. La survie médiane est de 8 mois pour le glioblastome, de 12 mois pour le lymphome, de 13 mois pour le gliome malin sans autres indications, de 23 mois pour l'astrocytome anaplasique et de plus de 8 ans pour huit autres groupes histologiques (tableau 2, figure 1).

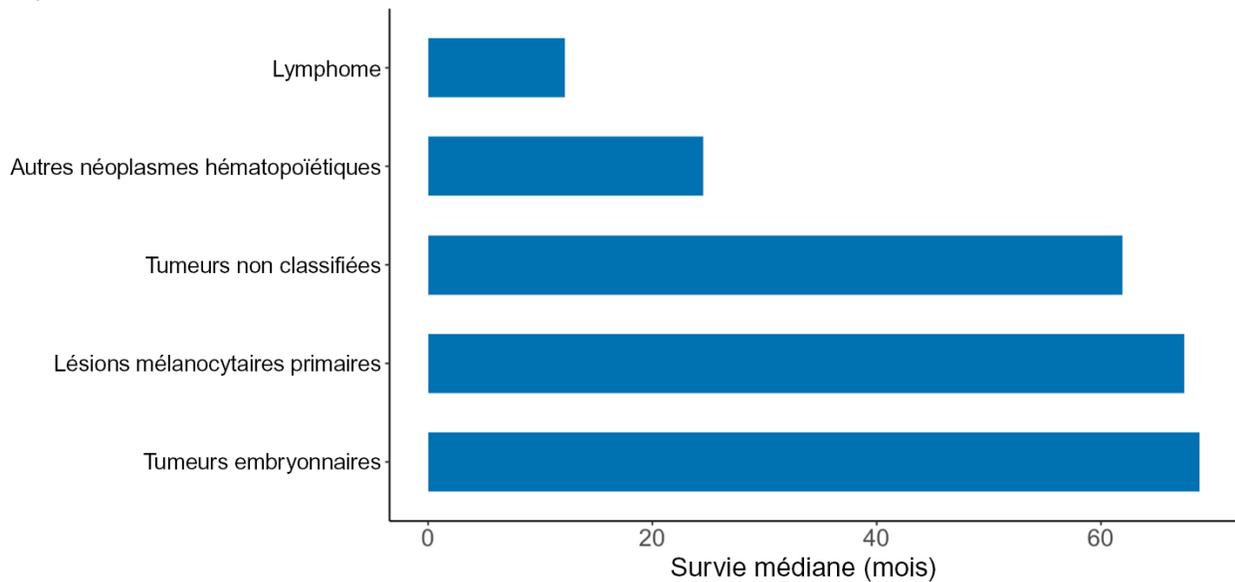
Dans le cas des tumeurs primitives non malignes du SNC, les taux sont les suivantes : après 1 an, 90,3 %, et après 5 ans, 83,7 % (tableau 2). La survie médiane liée aux tumeurs primitives non malignes du SNC est supérieure à 8 ans pour toutes les tumeurs, à l'exception du groupe histologique des tumeurs non classifiées, qui est de 7 ans et 4 mois. Les taux de survie nette après 5 ans varient de 62,9 % (IC de 95 %, 60,9-64,9) pour les tumeurs non classifiées à 100 % pour les variantes uniques d'astrocytome et les tumeurs des cellules germinales, les kystes et les hétérotopies, tandis qu'ils varient de 85,4 à 98,4 % pour les autres types histologiques.

Figure 1 : Survie médiane (en mois) pour certaines tumeurs malignes primitives du SNC diagnostiquées chez des patients âgés de 15 à 99 ans, entre 2010 et 2017.

A)



B)



Remarques : La survie médiane est supérieure à 8 ans (96 mois) pour les autres types histologiques, c'est-à-dire l'astrocytome pilocytique, les variantes uniques d'astrocytome, l'oligodendrogliome, les tumeurs épendymaires, les tumeurs des plexus choroïdes, les tumeurs neuronales et glioneuronales, les tumeurs de la région pinéale, les tumeurs des nerfs crâniens et spinaux, le méningiome, les tumeurs mésenchymateuses, les autres néoplasmes associés aux méninges, les tumeurs des cellules germinales, les kystes et les hétérotopies, et les tumeurs de la région sellaire.

Sexe. Dans le cas des tumeurs primitives du SNC diagnostiquées chez les patients âgés de 15 à 99 ans, la survie est stratifiée selon le sexe et présentée dans les tableaux 3 et 4 (stratification plus poussée selon le comportement tumoral). Les taux de survie des hommes et des femmes sont comparables pour la plupart des types histologiques (tableau 3). Les taux de survie nette sont plus élevés chez les femmes dans le cas des méningiomes (p. ex., 87,2 % [IC de 95 %, 85,7-88,5] comparativement à 81 % [IC de 95 %, 78,3-83,4] après 5 ans) et des tumeurs non classifiées (p. ex., 61,2 % [IC de 95 %, 58,6-63,6] comparativement à 54,1 % [IC de 95 %, 51,1-57,9] après 5 ans) (tableau 3). Après une stratification plus poussée selon le comportement tumoral (tableau 4), la survie médiane respective des hommes et des femmes était de 8,3 mois et de 7,8 mois pour le glioblastome, de 14,2 mois et de 11,4 mois pour le gliome malin sans autres indications, et de plus de 8 ans pour tous les types histologiques des tumeurs non malignes sauf un (tableau 4). Les taux de survie nette étaient plus élevés chez les femmes que chez les hommes 1 an après le diagnostic d'astrocytome diffus (74,4 % [IC de 95 %, 67,3-80,2] comparativement à 67,2 % [IC de 95 %, 60,8-72,7]) et 5 ans après le diagnostic de méningiome malin (60,1 % [IC de 95 %, 49,3-69,2] comparativement à 47,4 % [IC de 95 %, 32,5-54,8]), de méningiome non malin (87,1 % [IC de 95 %, 85,6-88,5] comparativement à 81,3 % [IC de 95 %, 78,6-83,7]), de tumeurs épépendymaires non malignes (96,5 % [IC de 95 %, 85,0-99,2] comparativement à 89,8 % [IC de 95 %, 79,3-

95,2]) et de tumeurs non classifiées non malignes (66,1 % [IC de 95 %, 63,4-68,6] comparativement à 58,5 % [IC de 95 %, 55,4-61,5]). Comparativement à ceux des femmes, les taux de survie nette après 5 ans étaient meilleurs chez les hommes pour les astrocytomes pilocytiques (91,7 % [IC de 95 %, 82,6-96,1] comparativement à 84,8 % [IC de 95 %, 72,1-92,0]) et les tumeurs neuronales et glioneuronales non malignes (92,2 % [IC de 95 %, 85,1-96,0] comparativement à 85,3 % [IC de 95 %, 76,0-91,2]).

Âge. Le tableau 5 montre la survie liée aux tumeurs primitives du SNC, selon le groupe d'âge. Les taux de survie nette après 1, 2 et 5 ans sont de 88,7 % (IC de 95 %, 86,6-90,4), de 83,8 % (IC de 95 %, 81,4-85,8) et de 80,2 % (IC de 95 %, 77,7-82,4) respectivement chez les enfants, de 95,9 % (IC de 95 %, 95,2-96,5), de 93,5 % (IC de 95 %, 92,7-94,3) et de 88 % (IC de 95 %, 86,9-89,0) chez les adolescents et les jeunes adultes, de 84 % (IC de 95 %, 83,3 -84,7), de 74,8 % (IC de 95 %, 74,0-75,6) et de 68,0 % (IC de 95 %, 67,1-68,9) chez les adultes, et de 60,5 % (IC de 95 %, 59,5-61,4), de 54 % (IC de 95 %, 53,0-55,0) et de 46,8 % (IC de 95 %, 45,6-48,1) chez les personnes âgées de 65 à 99 ans) (figure 2).

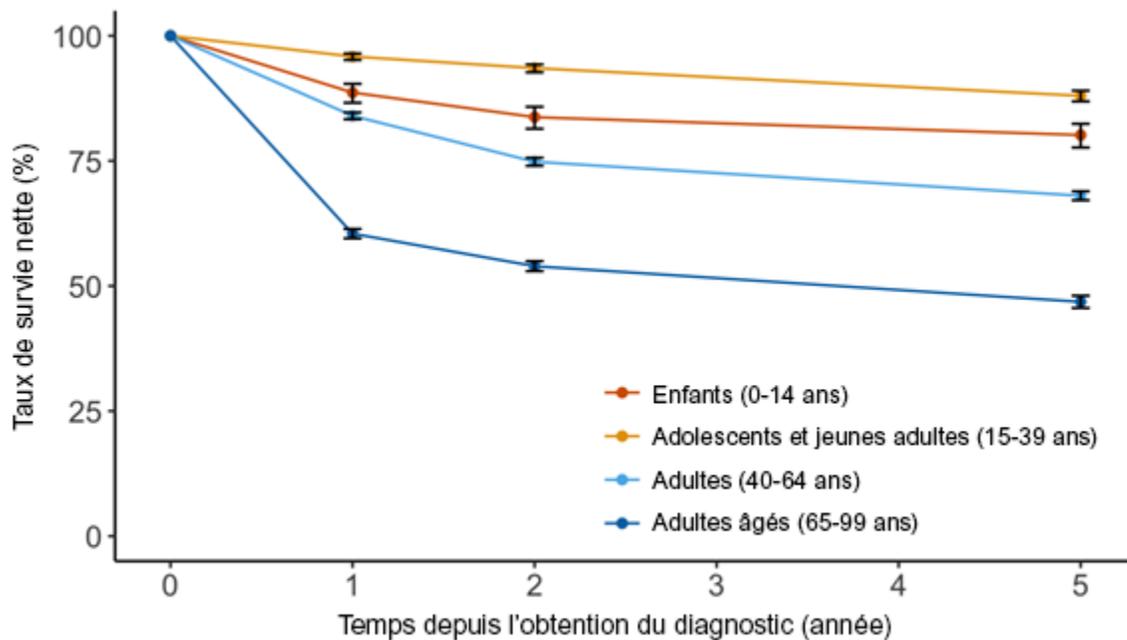
Les tableaux 6 et 7 montrent que le jeune âge est associé à une meilleure survie pour les patients atteints du même type de tumeur et dont le comportement tumoral est le même, sauf pour les quelques exceptions mentionnées ci-dessous. Les taux de survie nette liés aux glioblastomes après 5 ans sont les suivants : enfants, 10,3 % (IC de 95 %, 2,9-23,3); adolescents et jeunes adultes, 28,0 % (IC de 95 %, 21,9-34,5);

adultes, 6,1 % (IC de 95 %, 5,1-7,2); et adultes âgés, 1,7 % (IC de 95 %, 1,2-2,4). De même, chez les adolescents et les jeunes adultes, les taux de survie nette après 5 ans sont les plus élevés pour l'astrocytome anaplasique, les tumeurs épendymaires malignes et le gliome malin sans autres indications. En outre, le taux de survie nette après 5 ans est similaire chez les adultes et les personnes âgées pour les méningiomes malins (55,0 % [IC de 95 %, 41,2-66,9] comparativement à 49,2 % [IC de 95 %, 33,9-62,8]) et les autres néoplasmes non malins associés aux méninges (91,5 % [IC de

95 %, 83,9-95,6] comparativement à 94,6 % [IC de 95 %, 61,3-99,4]).

La survie médiane de tous les enfants ainsi que de tous les adolescents et jeunes adultes atteints de tumeurs du SNC est supérieure à 8 ans, sauf pour le glioblastome (11 mois chez les enfants et 26 mois chez les adolescents et jeunes adultes), l'astrocytome anaplasique (11 mois chez les enfants et 82 mois chez les adolescents et jeunes adultes), les tumeurs de la région pinéale et les tumeurs des méninges chez les enfants (44 mois pour les deux types histologiques).

Figure 2 : Taux de survie nette après 1, 2 et 5 ans (IC de 95 %) pour les tumeurs primitives du SNC, selon l'âge (entre 2010 et 2017)



Dans le cas des tumeurs malignes du SNC (tableau 6), les taux de survie nette après 5 ans, des plus faibles aux plus élevés, sont ceux liés au glioblastome (10,3 % [IC de 95 %, 2,9-23,3]), à l'astrocytome anaplasique (19,2 % [IC de 95 %, 5,0-

40,3]), au gliome sans autres indications (54,3 % [IC à 95 %, 45,6-62,2]), aux tumeurs embryonnaires (72,7 % [IC de 95 %, 65,35-78,8]), à l'astrocytome diffus (74,4 % [IC de 95 %, 58,6-85,0]), aux tumeurs épendymaires (78,7 % [IC de 95 %, 67,0-86,6]), aux tumeurs des cellules germinales, aux kystes et aux hétérotopies (85,2 % [IC de 95 %, 69,8-

93,1]) et à l'astrocytome pilocytique (100,0 %). Dans le cas des tumeurs non malignes du SNC (tableau 7), les taux de survie nette après 5 ans des enfants sont de 90,0 % (IC de 95 %, 47,3-98,5) pour les variantes uniques d'astrocytome, de 94,7 % (IC de 95 %, 67,0-99,2) pour les tumeurs des cellules germinales, les kystes et les hétérotopies, et 100,0 % pour les tumeurs des plexus choroïdes, les tumeurs des nerfs crâniens et des nerfs spinaux et le méningiome.

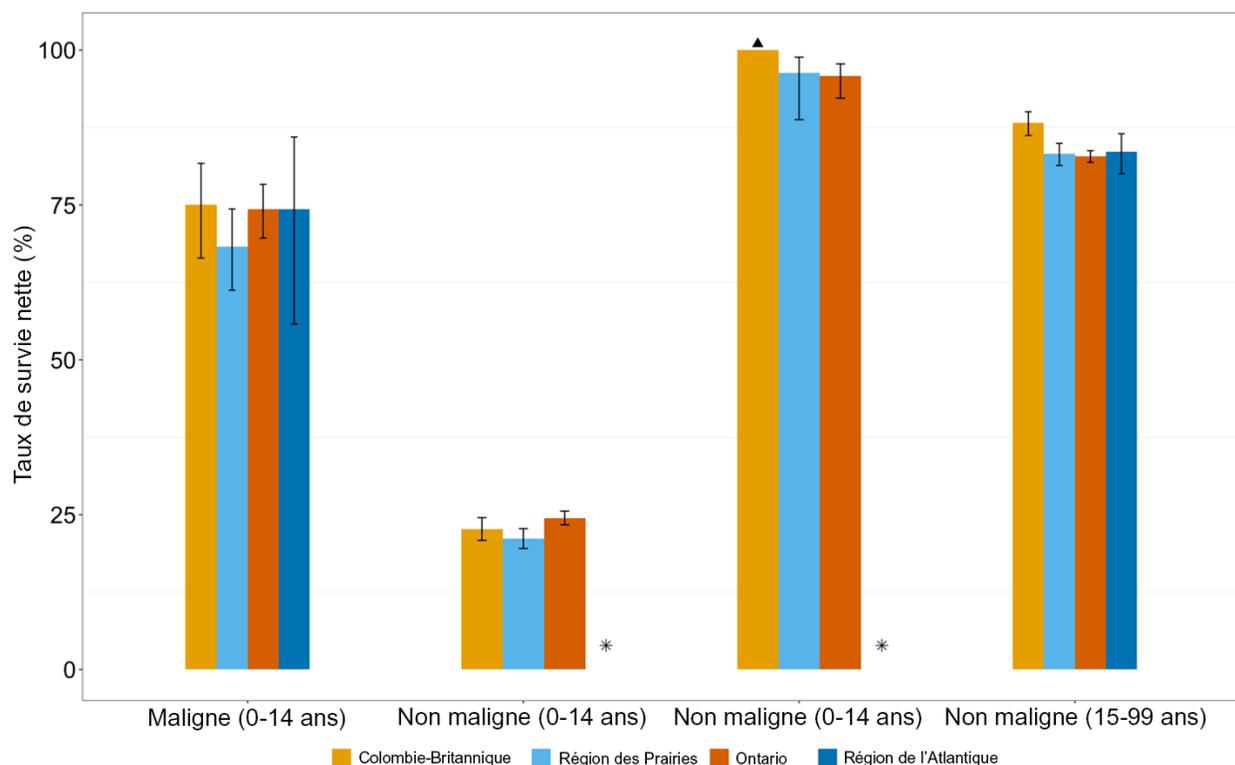
Région. Les taux de survie nette après 5 ans normalisés selon l'âge, dans les différentes régions, sont présentés à la figure 3. L'Ontario a enregistré la survie nette globale après 5 ans la plus élevée pour les tumeurs cérébrales malignes chez les patients âgés de 15 à 99 ans, tandis que la Colombie-Britannique a la survie nette globale après 5 ans la plus élevée pour les tumeurs cérébrales non malignes chez les enfants et les autres

catégories d'âge. Toutefois, la taille de l'échantillon était petite pour les tumeurs du SNC chez les enfants, ce qui explique l'étendue des intervalles de confiance.

Prévalence

À la date de référence, le 1^{er} janvier 2018, on estime que 37 575 Canadiens ayant obtenu un diagnostic à partir de 2010 vivaient avec une tumeur primitive du SNC. De ce nombre, 7 360 avaient une tumeur maligne et 30 215, une tumeur non maligne (tableau 8). Les trois groupes histologiques malins ayant la plus grande prévalence sont le glioblastome, l'astrocytome pilocytique et l'oligodendrogliome. Les trois groupes histologiques non malins ayant la plus grande prévalence sont le méningiome, les tumeurs de la région sellaire et les tumeurs non classifiées.

Figure 3 : Taux de survie nette après 5 ans normalisés selon l'âge (IC de 95 %) pour les tumeurs primitives malignes et non malignes du SNC chez des patients de 15 à 99 ans et de 0 à 14 ans, selon la région (entre 2010 et 2017)

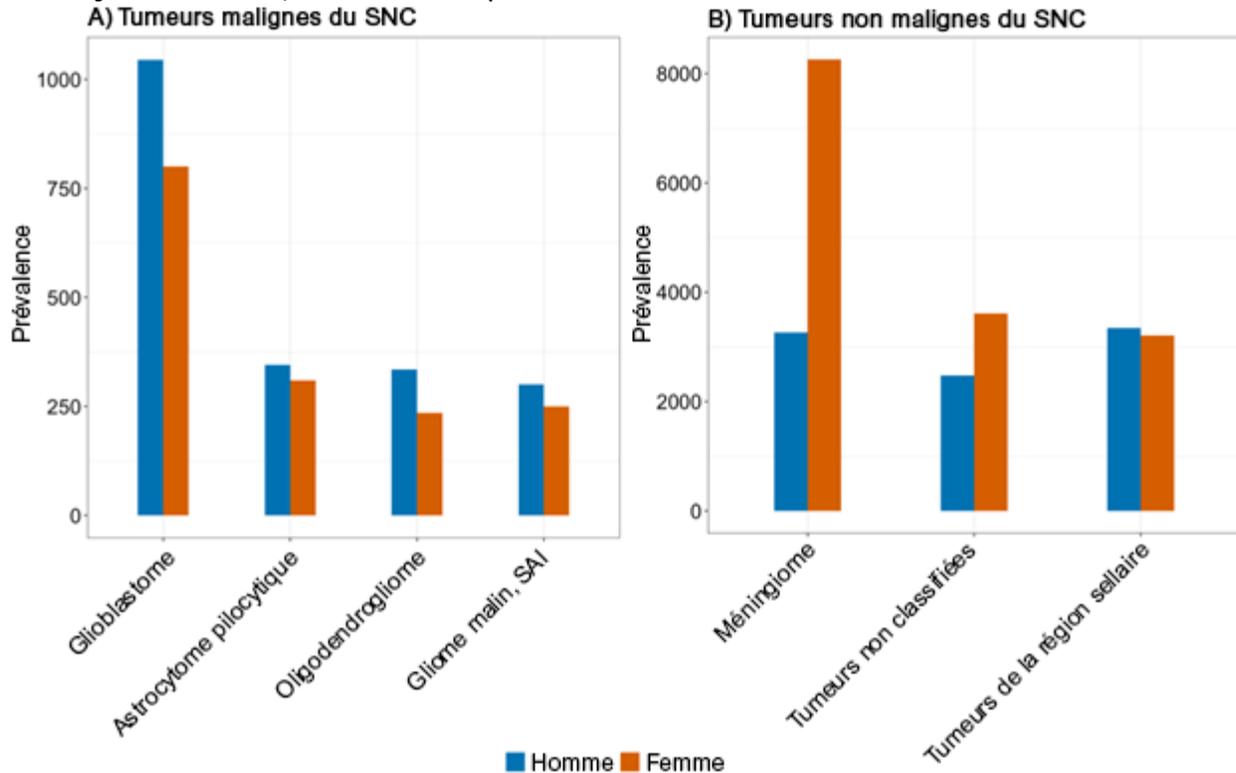


Remarques : ▲ La survie nette liée aux tumeurs non malignes chez les enfants de la Colombie-Britannique est de 100 %. Il n'y a donc pas d'IC de 95 %. * Les taux de survie pour la région de l'Atlantique ont été supprimés dans le cas des tumeurs malignes chez les patients de 15 à 99 ans et des tumeurs non malignes chez les patients de 0 à 14 ans.

Sexe. Le tableau 9 présente les estimations de prévalence stratifiées selon le sexe, le groupe histologique et le comportement tumoral. Dans l'ensemble, comparativement aux femmes, la prévalence est plus élevée chez les hommes pour les tumeurs malignes du SNC, et plus faible pour les tumeurs non malignes du SNC (figure 4). Le nombre d'hommes atteints de la maladie à la date de référence était plus élevé que celui des femmes pour la majorité des groupes de tumeurs. Il y a plus de femmes atteintes que d'hommes dans le cas du méningiome malin et des de quatre types histologiques non malins : tumeurs des nerfs crâniens et spinaux, méningiome, tumeurs

mésenchymateuses et tumeurs non classifiées. En raison de la règle d'arrondissement aléatoire, toute différence d'au plus ± 5 points est considérée comme étant équivalente. Aucune différence n'a été observée entre les sexes pour la majorité des types histologiques rares ($n < 55$), soit les tumeurs malignes suivantes : tumeurs des plexus choroïdes, tumeurs de la région pinéale, autres tumeurs neuroépithéliales, tumeurs des nerfs crâniens et spinaux, tumeurs mésenchymateuses, autres néoplasmes associés aux méninges et tumeurs de la région sellaïre; et les tumeurs non malignes suivantes : tumeurs des cellules germinales, kystes et hétérotopies, et lésions mélanocytaires primaires malignes et non malignes.

Figure 4 : Les trois tumeurs les plus prévalentes chez les femmes et les hommes au 1^{er} janvier 2018, selon le comportement tumoral



Remarques : Quatre types de tumeurs sont présentés au graphique A), car les troisièmes tumeurs les plus prévalentes sont de type histologique différent chez les hommes et les femmes.

Âge. Dans la majorité des groupes histologiques, les patients de 40 à 64 ans étaient plus nombreux que ceux des autres groupes d'âge, suivis des patients de 15 à 39 ans. Les enfants (de 0 à 14 ans) étaient les plus nombreux à être atteints d'une tumeur embryonnaire ou d'une tumeur des plexus choroïdes. Les adultes âgés (65 ans et plus) étaient les plus nombreux à être atteints d'un méningiome, d'un lymphome ou d'une tumeur non classifiée (tableau 10). Les trois groupes histologiques malins ayant la plus grande prévalence dans les quatre groupes d'âge sont (figure 5A) l'astrocytome pilocytique, les tumeurs embryonnaires et le gliome malin, sans autres indications,

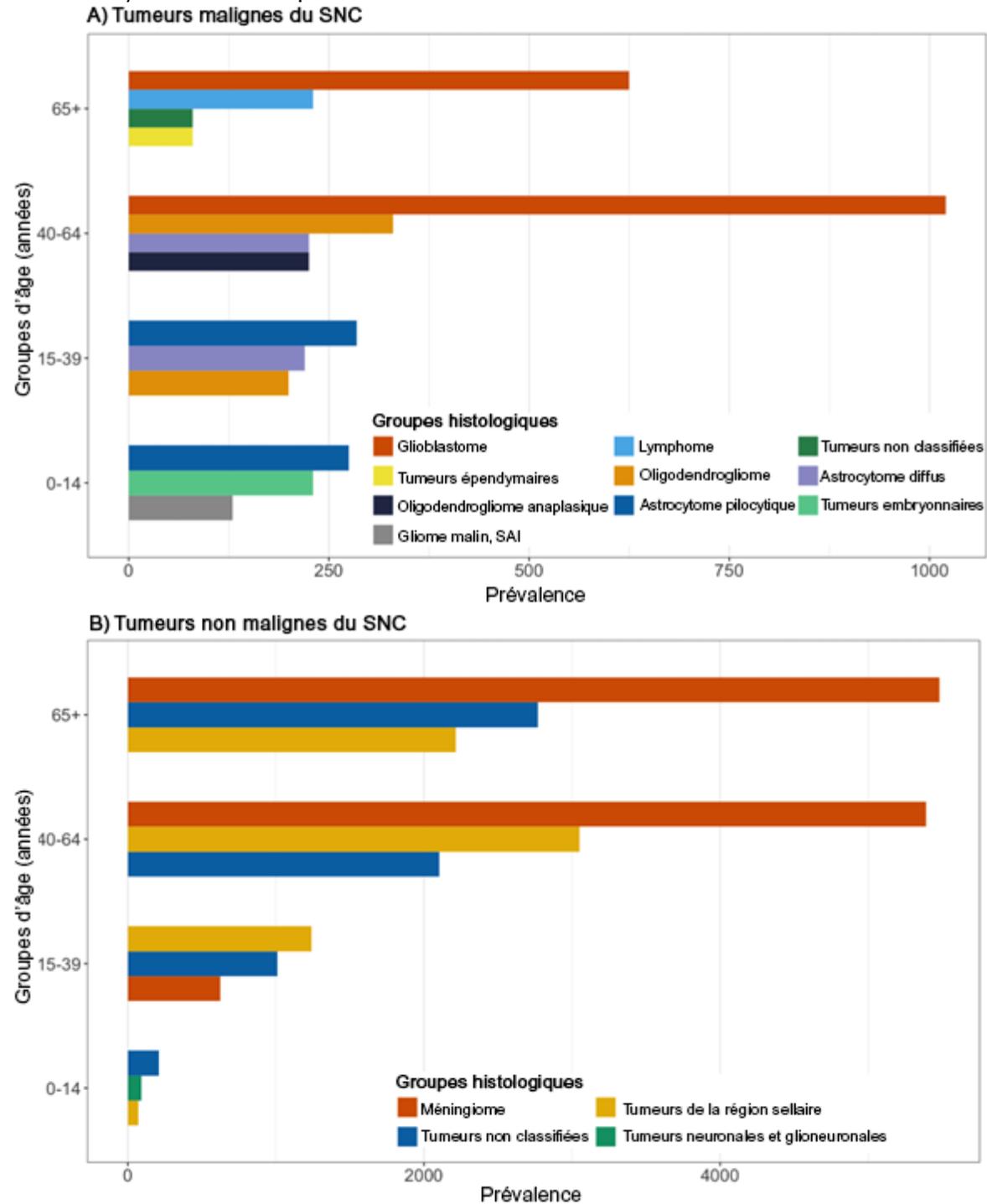
chez les enfants; l'astrocytome pilocytique, l'astrocytome diffus et l'oligodendrogliome chez les adolescents et les jeunes adultes; le glioblastome, l'oligodendrogliome, l'oligodendrogliome anaplasique et l'astrocytome diffus (égalité au troisième rang) chez les adultes de 40 à 64 ans; et le glioblastome, le lymphome, les tumeurs épendymaires et des tumeurs non classifiées (égalité au troisième rang) chez les adultes âgés (tableau 10).

Dans le cas des groupes histologiques non malins, les tumeurs non classifiées et les tumeurs de la région sellaire figurent parmi les trois types les plus prévalents dans les quatre groupes d'âge (figure 5B). Les autres

types les plus prévalents sont les tumeurs neuronales et les glioneurales chez les enfants, et le méningiome chez les adolescents et les

jeunes adultes, les adultes de 40 à 64 ans et les adultes âgés (tableau 10).

Figure 5 : Les trois tumeurs les plus prévalentes dans les groupes d'âge au 1^{er} janvier 2018, selon le comportement tumoral

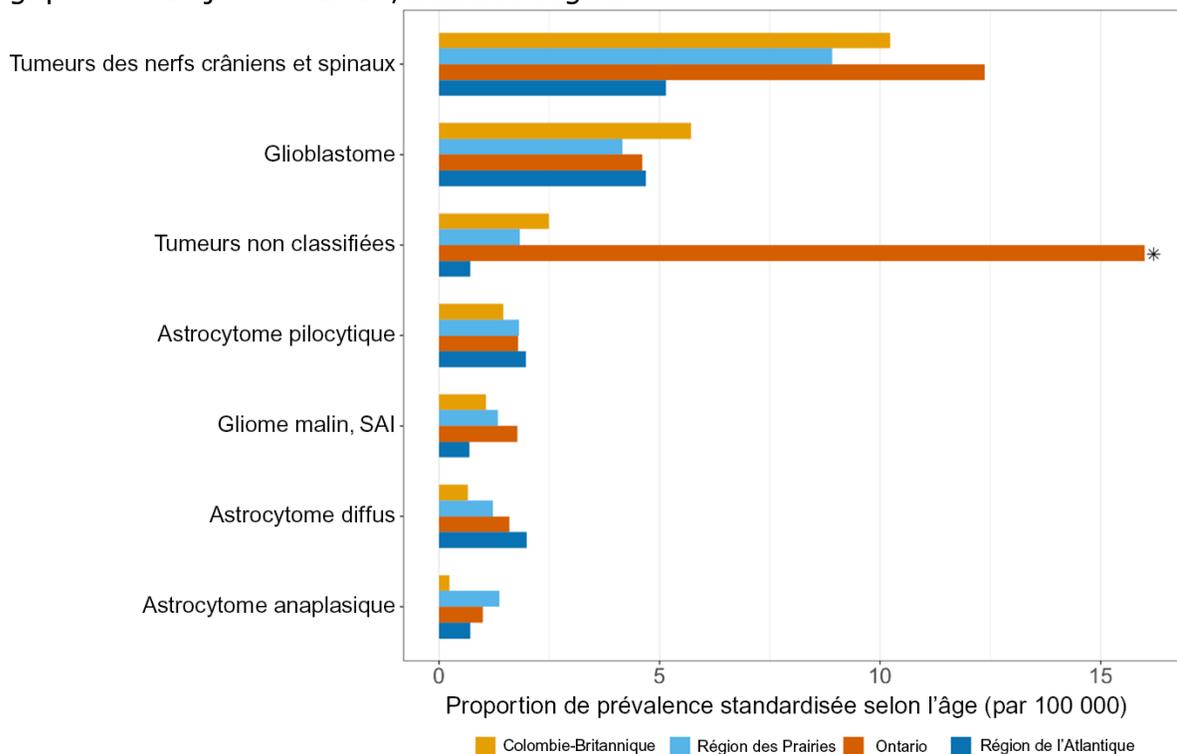


Remarques : Plus de trois groupes histologiques sont présentés au graphique 5A pour le groupe des 65 ans et plus et le groupe des 40 à 64 ans en raison des groupes histologiques arrivant à égalité pour la prévalence des cas.

Région. Le tableau 11 présente la proportion de prévalence normalisée selon l'âge dans quatre régions du Canada : la Colombie-Britannique, la région des Prairies, l'Ontario et la région de l'Atlantique. La Colombie-Britannique a la proportion de prévalence la plus élevée pour le glioblastome et l'oligodendrogliome, alors que l'Ontario a la proportion de prévalence la plus élevée pour les tumeurs non classifiées, les tumeurs des nerfs crâniens et spinaux et le gliome malin sans autres indications, ainsi que la proportion de prévalence

la plus élevée dans l'ensemble (figure 6). La région des Prairies a la proportion de prévalence la plus élevée pour l'astrocytome anaplasique. La Colombie-Britannique a la proportion de prévalence la plus faible pour l'astrocytome pilocytique, l'astrocytome diffus et l'astrocytome anaplasique. La région de l'Atlantique a la proportion de prévalence la plus faible pour les tumeurs des nerfs crâniens et spinaux, le méningiome, les tumeurs de la région sellaire et les tumeurs non classifiées, ainsi que la proportion de prévalence la plus faible dans l'ensemble.

Figure 6 : Proportion de prévalence normalisée selon l'âge pour certains types histologiques au 1^{er} janvier 2018, selon la région



Remarques : * La proportion de prévalence des tumeurs non classifiées en Ontario est tronquée. Elle dépasse 30 pour 100 000 personnes.

DISCUSSION

Résumé. Le présent rapport comprend des estimations fondées sur la population de la survie nette, de la survie médiane et de la prévalence pour toutes les tumeurs primitives du SNC au Canada diagnostiquées entre 2010 et 2017 (à l'exclusion du Québec). La survie nette estimée après 1 an et 5 ans est plus élevée dans le cas des tumeurs non malignes du SNC (1 an : 0,9; 5 ans : 0,84) que dans le cas des tumeurs malignes (1 an : 0,5; 5 ans : 0,23). Parmi les sous-types de tumeurs se prêtant à une classification histologique, huit sont associés à une survie médiane supérieure à 8 ans. La survie médiane la plus courte a été observée chez les patients atteints d'un glioblastome (8 mois) ou d'un lymphome (12 mois). La survie était comparable entre les hommes et les femmes dans la plupart des groupes histologiques. La survie des femmes atteintes d'un méningiome est légèrement plus longue que celle des hommes. À l'inverse, la survie des hommes atteints d'un glioblastome ou d'un gliome malin, sans autres indications, est légèrement plus longue que celle des femmes. Le jeune âge est associé à une survie plus longue. Cependant, la survie la plus longue dans les cas de glioblastome, d'astrocytome anaplasique, d'épendymome malin et de gliome malin, sans autres indications, a été observée chez les adolescents et les jeunes adultes.

Le présent rapport s'appuie sur les précédents rapports pancanadiens de surveillance des tumeurs du SNC,

en plus de fournir des estimations sur la prévalence. La prévalence est une mesure utile de la charge de morbidité globale due aux tumeurs primitives du SNC à un moment donné ou sur une période donnée. Elle tient compte à la fois de l'incidence et de la survie. Par exemple, le glioblastome est la tumeur du SNC la plus prévalente en raison de son incidence élevée (environ 50 % de toutes les tumeurs malignes du SNC diagnostiquées), indépendamment de sa perspective de survie peu élevée. L'oligodendrogliome est l'une des trois tumeurs malignes du SNC les plus prévalentes malgré sa faible incidence, en raison de ses perspectives de survie élevées. À la date de référence, le 1^{er} janvier 2018, on estimait à 37 575 le nombre de Canadiens atteints d'une tumeur primitive du SNC. De ce nombre, 80,4 % étaient atteints d'une tumeur non maligne, ce qui est cohérent avec la survie plus longue observée chez les personnes atteintes d'une tumeur non maligne. La prévalence des tumeurs primitives du SNC était légèrement plus élevée chez les hommes que chez les femmes. La faible proportion de prévalence de la région de l'Atlantique pourrait s'expliquer par la sous-déclaration des diagnostics de tumeurs non malignes.

Comparaison avec le précédent rapport du RCTC. Le précédent rapport du RCTC sur le taux survie des Canadiens atteints d'une tumeur primitive du SNC fournit une estimation de la survie nette entre 2010 et 2015 en Colombie-Britannique, en Alberta,

au Manitoba et en Ontario, ce qui représente environ 67 % de la population canadienne. Les estimations globales de la survie nette après 1 an et 5 ans sont sensiblement les mêmes que celles du présent rapport. Dans le cas des tumeurs malignes, les estimations de survie nette après 1 an et 5 ans sont supérieures de 0,02 à celles du rapport actuel (0,52 et 0,25, respectivement). Dans le cas des tumeurs non malignes, elles sont supérieures de 0,01 dans le rapport précédent (0,91 et 0,95, respectivement). Cette comparaison indique que le rapport précédent présente avec exactitude le taux de survie des Canadiens atteints d'une tumeur primitive du SNC.

Les estimations générées aux fins du rapport précédent n'ont pas permis de mettre en évidence une variation de la survie selon le sexe. En revanche, la présente analyse montre une légère variation de la survie médiane pour certains sous-types histologiques. Dans les deux rapports, le jeune âge est associé à une survie plus longue. Toutefois, les groupes d'âge des deux rapports sont légèrement différents, ce qui limite les possibilités de comparaison. Plus précisément, le présent rapport regroupe ensemble les adolescents et les jeunes adultes, alors que dans le rapport précédent, les adolescents et les enfants forment un groupe, et les jeunes adultes et les adultes âgés en forment un autre. Les regroupements utilisés dans le rapport précédent ont masqué certains effets décelés lors de l'analyse plus récente, notamment le fait que le groupe des adolescents et jeunes adultes est associé à la plus longue survie de tous les groupes d'âge pour quatre catégories histologiques (glioblastome, astrocytome

anaplasique, épendymome malin et gliome sans autres indications), comparativement aux enfants et aux adultes de 40 ans et plus.

Comparaison avec d'autres régions. Le présent rapport présente le taux de survie nette, lequel fournit une estimation de la survie liée aux tumeurs primitives du SNC par rapport au taux de survie dans la population sous-jacente. Par conséquent, ces estimations ne peuvent être comparées directement à celles d'autres provinces ou territoires, car le taux de survie globale de ces populations sous-jacentes peut différer de celui des Canadiens. Toutefois, une comparaison descriptive des tendances générales en matière de survie indique que ces estimations sont très similaires à celles des États-Unis (Ostrom et al., 2020), qui présentent des estimations de survie relative après 5 ans, entre 2013 et 2017, de 82,4 % pour les tumeurs non malignes du SNC et de 23,5 % pour les tumeurs malignes. Ces estimations sont comparables à celles du présent rapport, à l'exception de légères variations probablement attribuables aux méthodes d'estimation différentes.

La survie nette après 5 ans liée aux tumeurs neuroépithéliales malignes primitives au Canada (21,7 %) est aussi comparable à celle des pays d'Europe de l'Ouest. En Europe, les estimations de survie relative après 5 ans des patients atteints de tumeurs neuroépithéliales malignes primitives ayant participé à l'étude EURO-CARE-5 sont de 24,6 % en Norvège, 17,9 % en Irlande et au Royaume-Uni, 25,1 % en Allemagne, 18,5 % en France et 20,3 % pour l'ensemble de l'Europe (Visser et al.,

2015). La survie relative après 5 ans chez les patients atteints d'un glioblastome est de 3,4 % au Royaume-Uni (Brodbelt et al. 2015), de 6,3 % dans l'ensemble de l'Europe (Visser et al., 2015) et de 4,9 % dans le présent rapport. Ces comparaisons doivent toutefois être interprétées avec prudence en raison de l'utilisation de méthodes différentes de saisie des données, de calcul de la survie et de regroupement des tumeurs du SNC en catégories histologiques.

La survie médiane peut être directement comparée entre provinces et territoires, car dans ce cas, il n'y a pas de limitations inférentielles. Dans le présent rapport, les personnes atteintes d'un glioblastome ont la survie médiane estimée la plus faible (8 mois). Ostrom *et al.* (2020) sont arrivés à la même valeur de survie médiane chez les patients atteints d'un glioblastome aux États-Unis. Des études populationnelles menées en Angleterre entre 2007 et 2011 font état d'une survie médiane de 6,1 mois chez les patients atteints d'un glioblastome. Les différences observées entre régions pourraient être attribuables à la durée des périodes d'analyse et à l'amélioration des soins prodigués aux personnes atteintes de cancer au fil du temps, ce qui a contribué à l'accroissement de la survie médiane des patients qui ont obtenu un diagnostic aux cours des périodes plus récentes.

Limitations. Les estimations du présent rapport se rapportent à des catégories de sous-types histologiques plus larges que celles qui sont cliniquement pertinentes, en raison de la rareté des tumeurs primitives du SNC. Par conséquent, le nombre de

cas diagnostiqués dans certaines catégories est souvent trop faible pour que ces dernières soient incluses au rapport, conformément aux directives de déclaration établies par Statistique Canada afin d'assurer la protection des renseignements privés des personnes représentées.

Bien qu'il soit normal que certaines tumeurs ne soient pas classifiées, la grande proportion faisant l'objet du présent rapport pourrait être attribuable en partie aux efforts récemment déployés pour répertorier l'ensemble des tumeurs non malignes du SNC dans les registres du cancer et à la logistique entourant l'établissement de nouvelles classifications des tumeurs du SNC. La grande proportion de tumeurs non classifiées peut limiter certaines estimations histologiques particulières. Nous savons que la grande proportion de tumeurs non classifiées pour l'Ontario est due à la méthode d'identification des tumeurs.

De plus, à l'heure actuelle, le Registre canadien du cancer ne fournit aucune donnée sur les marqueurs moléculaires. Par conséquent, les systèmes de classification des tumeurs n'englobent pas les sous-types moléculaires, même si cette information a été fournie au moment du diagnostic initial.

Le présent rapport comporte les données les plus exhaustives accessibles actuellement sur les tumeurs primitives du SNC au Canada. Il est toutefois incomplet, car le Québec n'alimente plus le RCC depuis 2010. Certaines données sur les tumeurs du SNC diagnostiquées chez les résidents du Québec sont acces-

sibles par l'intermédiaire d'autres ressources, notamment l'outil de données sur le Cancer chez les jeunes au Canada (CCJC). Ces données ne concernent toutefois que des personnes âgées de 15 ans et moins et sont recueillies par les centres d'oncologie pédiatrique, alors que celles du RCC sont fondées sur la population. Les écarts d'âge et de couverture de la population ne permettent pas de les intégrer au présent rapport.

cancer. Nous pensons pouvoir intégrer ces données aux classifications des tumeurs dans le futur.

CONCLUSION

Le présent rapport comporte les données les plus récentes sur la survie liée aux tumeurs primitives du SNC au Canada, ainsi que des estimations sur leur prévalence, offrant ainsi une indication du nombre de Canadiens atteints d'une tumeur du SNC. Les conclusions sont comparables à celles des rapports précédents et celles déclarées par les provinces et les territoires.

La production régulière de rapports permettra une analyse continue des tendances observées en matière de diagnostic, de survie et de prévalence. À mesure que le temps passe depuis le début des activités de collecte de données supplémentaires sur les tumeurs non malignes du SNC dans les registres canadiens, le nombre de cas deviendra suffisant pour affiner les catégories, y compris les tumeurs comportant un code de comportement mixte, de façon à offrir des classifications plus pertinentes sur le plan clinique. L'orientation scientifique du RCTC est d'établir des stratégies permettant d'assurer la saisie systématique et exhaustive des données sur les marqueurs moléculaires dans les registres canadiens du

TABLEAUX

Tableau 1 : Survie nette à 1, 2 et 5 ans, selon le groupe histologique, chez les personnes atteintes d'une tumeur primitive du système nerveux central, âgées de 15 à 99 ans, au Canada (à l'exclusion du Québec), de 2010 à 2017

Groupe histologique (principal/particulier)	Survie médiane (mois)	1 an		2 ans		5 ans	
		Taux de survie nette (%)	IC de 95 %	Taux de survie nette (%)	IC de 95 %	Taux de survie nette (%)	IC de 95 %
Tumeurs du tissu neuroépithélial	13,3	53,4	52,3-54,4	36,5	35,5-37,5	25,7	24,8-26,7
Astrocytome pilocytique	> 96	95,5	90,4-98,0	94,4	88,8-97,2	89,0	82,2-93,3
Astrocytome diffus	38,2	70,2	65,6-74,4	60,7	55,8-65,2	44,7	39,7-49,5
Astrocytome anaplasique	23,1	68,1	63,4-72,4	54,6	49,5-59,4	37,0	31,8-42,1
Variantes uniques d'astrocytome	> 96	71,7	60,2-80,4	64,0	52,2-73,7	56,9	44,2-67,8
Glioblastome	8,1	38,9	37,6-40,2	16,1	15,1-17,1	4,9	4,3-5,5
Oligodendrogliome	> 96	94,2	91,1-96,3	91,0	87,3-93,7	86,4	81,5-90,0
Oligodendrogliome anaplasique	63,5	80,1	75,2-84,2	69,5	63,9-74,4	55,2	48,9-61,0
Tumeurs oligoastrocytaires	71,0	82,4	76,8-86,8	70,2	64,2-75,4	52,8	47,0-58,4
Tumeurs épendymaires	> 96	94,0	91,0-96,0	91,3	87,8-93,8	87,1	82,7-90,5
Gliome malin, SAI	13,1	49,4	44,8-53,8	40,2	35,8-44,6	30,0	25,9-34,2
Tumeurs des plexus choroïdes	> 96	96,9	76,1-99,6	97,2	73,4-99,7	93,3	66,6-98,8
Tumeurs neuronales et glioneurales	> 96	94,0	90,5-96,3	90,7	86,6-93,6	86,6	81,5-90,3
Tumeurs de la région pinéale	> 96	97,9	78,5-99,8	93,0	76,6-98,0	74,1	52,8-86,9
Tumeurs embryonnaires	68,8	79,5	70,4-86,0	68,4	58,6-76,4	57,0	46,6-66,1
Autres tumeurs neuroépithéliales	-	-	-	-	-	-	-
Tumeurs des nerfs crâniens et spinaux	> 96	98,6	97,7-99,1	98,4	97,4-99,1	98,4	96,6-99,2
Tumeurs des méninges	> 96	92,9	92,2-93,6	90,8	90,0-91,6	85,5	84,2-86,6
Méningiome	> 96	92,8	92,1-93,5	90,7	89,8-91,5	85,3	84,0-86,5
Tumeurs mésoenchymateuses	> 96	91,2	82,9-95,6	88,1	79,1-93,3	80,8	70,5-87,7
Lésions mélanocytaires primaires	67,4	-	-	-	-	-	-
Autres néoplasmes associés aux méninges	> 96	96,3	93,2-98,0	95,3	91,7-97,4	90,9	85,6-94,3
Lymphomes et néoplasmes hématopoïétiques	12,3	52,3	48,5-56,0	45,0	41,1-48,8	33,8	29,8-37,9
Lymphome	12,2	52,1	48,2-55,8	44,8	40,9-48,6	34,1	30,1-38,2
Autres néoplasmes hématopoïétiques	24,5	-	-	-	-	-	-
Tumeurs des cellules germinales, kystes et hétérotopies	> 96	94,8	86,3-98,1	93,6	84,6-97,5	94,1	84,6-97,8
Tumeurs de la région sellaire	> 96	97,4	96,6-97,9	96,5	95,6-97,2	95,1	93,7-96,2
Tumeurs non classifiées	61,9	69,1	67,6-70,5	65,4	63,8-66,9	58,2	56,2-60,0
Total	> 96	75,6	75,1-76,2	68,6	68,0-69,1	61,9	61,2-62,6

Tableau 2 : Survie nette après 1 an et 5 ans, selon le groupe histologique, chez les personnes atteintes d'une tumeur cérébrale primitive maligne ou non maligne, ou d'une autre tumeur du système nerveux central, âgées de 15 à 99 ans, au Canada (à l'exclusion du Québec), entre 2010 et 2017

Groupe histologique (principal/particulier)	Maligne					Non maligne				
	Survie médiane (mois)	1 an		5 ans		Survie médiane (mois)	1 an		5 ans	
		Taux de survie nette (%)	IC de 95 %	Taux de survie nette (%)	IC de 95 %		Taux de survie nette (%)	IC de 95 %	Taux de survie nette (%)	IC de 95 %
Tumeurs du tissu neuroépithélial	12,2	50,9	49,8-52,0	21,7	20,8-22,7	> 96	96,3	94,1-97,7	91,1	87,6-93,6
Astrocytome pilocytique	> 96	95,5	90,4-97,9	89,0	82,2-93,3					
Astrocytome diffus	38,2	70,2	65,6-74,4	44,7	39,7-49,5					
Astrocytome anaplasique	23,1	68,1	63,4-72,4	37,0	31,8-42,1					
Variantes uniques d'astrocytome	25,3	62,1	48,4-73,2	44,0	30,4-56,7	> 96	100,0*	-	100,0*	-
Glioblastome	8,1	38,9	37,6-40,2	4,86	4,3-5,5					
Oligodendrogliome	> 96	94,2	91,1-96,3	86,4	81,5-90,0					
Oligodendrogliome anaplasique	63,5	80,1	75,2-84,2	55,2	48,9-61,0					
Tumeurs oligoastrocytaires	71,0	82,4	76,8-86,8	52,8	47,0-58,4					
Tumeurs épendymaires	> 96	92,7	88,0-95,6	81,6	75,0-86,7	> 96	94,6	90,0-97,1	92,5	85,7-96,1
Gliome malin, SAI	13,1	49,4	44,8-53,8	30,0	25,9-34,2					
Tumeurs des plexus choroïdes	-	-	-	-	-	> 96	96,9	76,1-99,6	98,3	41,1-100,0
Tumeurs neuronales et glioneuronales	79,1	81,6	69,7-89,2	59,7	45,7-71,2	> 96	97,2	94,0-98,7	89,2	84,0-92,8
Tumeurs de la région pinéale	> 96	100,0*	-	-	-	> 96	94,0	57,8-99,3	-	-
Tumeurs embryonnaires	68,6	78,7	69,4-85,5	55,6	45,1-64,9	-	-	-	-	-
Autres tumeurs neuroépithéliales	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tumeurs des nerfs crâniens et spinaux	> 96	-	-	-	-	> 96	98,6	97,7-99,1	98,4	96,59-99,23
Tumeurs des méninges	58,0	82,0	75,5-87,0	53,0	45,1-60,2	> 96	93,0	92,3-93,6	85,8	84,6-87,0
Méningiome	54,1	83,6	75,8-89,1	54,3	44,6-63,1	> 96	92,7	92,0-93,4	85,4	84,05-86,59
Tumeurs mésoenchymateuses	> 96	85,3	69,3-93,3	59,6	42,9-72,8	> 96	93,8	84,1-97,7	89,2	76,9-95,1
Lésions mélanocytaires primaires	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Autres néoplasmes associés aux méninges	59,1	-	-	-	-	> 96	97,2	94,2-98,7	93,8	88,7-96,7
Lymphomes et néoplasmes hématopoïétiques	12,3	52,5	48,7-56,2	33,9	29,9-38,0	-	-	-	-	-
Lymphome	12,2	52,2	48,3-55,9	34,1	30,1-38,2					
Autres néoplasmes hématopoïétiques	24,5	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tumeurs des cellules germinales, kystes et hétérotopies	> 96	92,0	79,8-96,9	90,2	77,3-95,9	> 96	100,0*	-	100,0*	-
Tumeurs de la région sellaïre	> 96	-	-	-	-	> 96	97,4	96,7-98,0	95,1	93,7-96,2
Tumeurs non classifiées	2,3	20,3	17,2-23,5	12,9	10,3-15,9	88,4	75,7	74,3-77,1	62,9	60,9-64,9
Total	11,6	49,7	48,7-50,7	23,0	22,1-23,9	> 96	90,3	89,8-90,8	83,7	82,9-84,5

Remarques : 100,0* indique que le taux de survie nette estimé est supérieur à 100 %. Les cases ont été noircies à la section non maligne lorsque les tumeurs sont définies comme étant malignes.

Tableau 3 : Survie nette après 1, 2 et 5 ans, selon le groupe histologique et le sexe, chez les personnes atteintes d'une tumeur primitive du système nerveux central, âgées de 15 à 99 ans, au Canada (à l'exclusion du Québec), entre 2010 et 2017

Groupe histologique (principal/particulier)	Hommes							Femmes						
	Survie médiane (mois)	1 an		2 ans		5 ans		Survie médiane (mois)	1 an		2 ans		5 ans	
		Taux de survie nette (%)	IC de 95 %	Taux de survie nette (%)	IC de 95 %	Taux de survie nette (%)	IC de 95 %		Taux de survie nette (%)	IC de 95 %	Taux de survie nette (%)	IC de 95 %	Taux de survie nette (%)	IC de 95 %
Tumeurs du tissu neuroépithélial	12,9	52,6	51,2-54,0	35,6	34,3-37,0	25,1	23,9-26,4	14,0	54,5	52,9-56,1	37,7	36,1-39,2	26,6	25,1-28,0
Astrocytome pilocytique	> 96	95,4	87,7-98,3	94,4	86,3-97,8	91,7	82,6-96,1	> 96	95,5	85,7-98,7	94,2	83,6-98,1	84,8	72,1-92,0
Astrocytome diffus	39,3	67,2	60,8-72,7	59,0	52,5-64,9	43,8	37,5-49,9	34,3	74,4	67,3-80,2	62,9	55,1-69,6	45,8	37,6-53,6
Astrocytome anaplasique	18,9	66,5	60,0-72,2	55,3	48,4-61,7	34,5	27,2-41,8	27,4	70,3	63,0-76,4	54,0	46,2-61,0	39,2	31,8-46,4
Variantes uniques d'astrocytome	> 96	64,1	49,0-75,8	62,2	46,8-74,2	54,4	37,2-68,7	78,5	84,1	64,3-93,4	67,8	47,7-81,6	60,5	39,9-76,0
Glioblastome	8,3	38,6	36,9-40,3	15,4	14,2-16,7	4,7	3,9-5,5	7,8	39,3	37,3-41,3	17,1	15,6-18,7	5,2	4,2-6,2
Oligodendrogliome	> 96	94,1	89,7-96,7	91,6	86,6-94,7	86,7	80,1-91,3	> 96	94,4	88,9-97,3	90,0	83,3-94,1	85,8	77,8-91,1
Oligodendrogliome anaplasique	63,5	80,6	74,1-85,6	69,1	61,8-75,4	55,1	47,0-62,5	60,0	79,5	71,2-85,6	70,1	61,0-77,5	55,4	45,3-64,3
Tumeurs oligoastrocytaires	71,0	80,7	72,5-86,6	67,5	59,1-74,5	52,4	44,4-59,8	71,0	84,5	75,8-90,3	73,7	64,6-80,8	53,4	44,6-61,4
Tumeurs épendymaires	> 96	91,9	87,3-94,9	89,7	84,5-93,2	85,9	79,3-90,5	> 96	96,9	92,5-98,7	93,5	88,3-96,4	88,9	82,5-93,0
Gliome malin, SAI	14,2	49,8	43,6-55,7	41,8	35,8-47,6	30,6	25,2-36,3	11,4	48,9	41,8-55,5	38,1	31,4-44,7	29,1	23,0-35,4
Tumeurs des plexus choroïdes	> 96	92,3	52,6-99,0	92,8	49,9-99,2	93,4	45,3-99,4	> 96	100,0*	-	100,0*	-	95,2	51,3-99,6
Tumeurs neuronales et glioneuronales	> 96	94,5	89,4-97,2	92,6	87,0-95,8	90,9	84,4-94,7	> 96	93,4	87,3-96,7	88,2	80,9-92,8	80,8	72,0-87,1
Tumeurs de la région pinéale	> 96	100,0*	-	96,1	61,7-99,7	-	-	> 96	93,5	58,4-99,2	88,2	57,1-97,2	-	-
Tumeurs embryonnaires	63,2	78,3	67,0-86,2	69,2	57,3-78,4	55,1	42,2-66,2	> 96	81,9	63,9-91,5	66,6	47,6-80,0	60,4	41,4-75,0
Autres tumeurs neuroépithéliales	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tumeurs des nerfs crâniens et spinaux	> 96	98,1	96,7-98,9	98,4	96,5-99,2	98,5	94,9-99,6	> 96	99,0	97,8-99,6	98,5	96,9-99,3	98,2	95,7-99,3
Tumeurs des méninges	> 96	90,7	89,3-92,0	87,8	86,1-89,3	81,6	79,1-83,8	> 96	93,9	93,2-94,7	92,3	91,3-93,1	87,3	85,8-88,6
Méningiome	> 96	90,3	88,7-91,6	87,2	85,4-88,9	81,0	78,3-83,4	> 96	93,9	93,1-94,6	92,2	91,2-93,0	87,2	85,7-88,5
Tumeurs mésenchymateuses	> 96	96,8	82,3-99,5	89,9	76,0-95,9	81,1	64,6-90,4	> 96	86,3	72,7-93,5	86,8	72,9-93,8	80,8	66,2-89,6
Lésions mélanocytaires primaires	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Autres néoplasmes associés aux méninges	> 96	95,1	90,1-97,6	94,0	88,2-97,0	89,7	81,5-94,4	> 96	97,8	92,6-99,3	96,9	91,1-98,9	92,4	84,4-96,4
Lymphomes et néoplasmes hématopoïétiques	12,0	52,8	47,6-57,8	45,5	40,3-50,6	35,1	29,7-40,6	13,9	51,7	45,9-57,2	44,3	38,5-50,0	32,4	26,5-38,4
Lymphome	12,0	52,7	47,4-57,6	45,2	40,0-50,4	34,9	29,5-40,4	12,7	51,3	45,5-56,9	44,2	38,4-49,9	33,2	27,2-39,2
Autres néoplasmes hématopoïétiques	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tumeurs des cellules germinales, kystes et hétérotopies	> 96	94,5	83,6-98,2	94,6	83,6-98,3	95,0	83,4-98,6	> 96	95,7	68,0-99,5	90,9	64,4-97,9	91,7	62,6-98,4
Tumeurs de la région sellaire	> 96	97,4	96,2-98,2	96,5	95,0-97,5	95,1	92,8-96,7	> 96	97,3	96,3-98,1	96,5	95,2-97,4	95,2	93,3-96,6
Tumeurs non classifiées	47,7	65,6	63,3-67,8	61,6	59,2-63,9	54,1	51,1-56,9	70,7	71,7	69,8-73,5	68,2	66,1-70,1	61,2	58,6-63,6
Total	70,6	71,2	70,4-72,0	62,7	61,8-63,6	55,6	54,6-56,6	> 96	79,5	78,8-80,1	73,7	72,9-74,4	67,4	66,4-68,3

Remarque : 100,0* indique que le taux de survie nette estimé est supérieur à 100 %.

Tableau 4 : Survie médiane et taux de survie après 1 an et 5 ans, selon le groupe histologique et le sexe, chez les personnes atteintes d'une tumeur cérébrale primitive maligne ou non maligne, ou d'une autre tumeur du système nerveux central, âgées de 15 à 99 ans, au Canada (à l'exclusion du Québec), entre 2010 et 2017

Groupe histologique (principal/particulier)	Maligne										Non maligne							
	Hommes					Femmes					Hommes				Femmes			
	SM (mois)	TSN (%)	IC de 95 %	TSN (%)	IC de 95 %	SM (mois)	TSN (%)	IC de 95 %	TSN (%)	IC de 95 %	TSN (%)	IC de 95 %	TSN (%)	IC de 95 %	TSN (%)	IC de 95 %	TSN (%)	IC de 95 %
Tumeurs du tissu neuroépithélial	11,9	50,1	48,7-51,5	21,2	20,1-22,4	12,6	52,1	50,4-53,7	22,45	21,0-23,9	96,4	93,2-98,1	91,4	86,3-94,7	96,2	92,3-98,1	90,5	85,0-94,1
Astrocytome pilocytique	> 96	95,4	87,7-98,3	91,7	82,6-96,1	> 96	95,5	85,7-98,7	84,8	72,1-92,0								
Astrocytome diffus	39,3	67,2	60,8-72,7	43,8	37,5-49,9	34,3	74,4	67,3-80,2	45,8	37,6-53,6								
Astrocytome anaplasique	18,9	66,5	60,0-72,2	34,5	27,2-41,8	27,4	70,3	63,0-76,4	39,2	31,8-46,4								
Variantes uniques d'astrocytome	25,3	52,9	35,9-67,3	40,9	23,3-57,7	31,9	77,8	52,9-90,6	-	-	100,0*	-	100,0*	-	100,0*	-	100,0*	-
Glioblastome	8,3	38,6	36,9-40,3	4,7	3,9-5,5	7,8	39,3	37,3-41,3	5,2	4,2-6,2								
Oligodendrogliome	> 96	94,1	89,7-96,7	86,7	80,1-91,3	> 96	94,4	88,9-97,3	85,8	77,8-91,1								
Oligodendrogliome anaplasique	63,5	80,6	74,1-85,6	55,1	47,0-62,5	60,0	79,5	71,2-85,6	55,4	45,3-64,3								
Tumeurs oligoastrocytaires	71,0	80,7	72,5-86,6	52,4	44,4-59,8	71,0	84,5	75,8-90,3	53,4	44,6-61,4								
Tumeurs épendymaires	> 96	90,0	82,4-94,4	82,2	72,4-88,8	> 96	95,5	88,6-98,3	80,7	70,6-87,7	93,7	87,1-97,0	89,8	79,3-95,1	96,2	87,4-98,9	96,5	85,0-99,2
Gliome malin, SAI	14,2	49,8	43,6-55,7	30,6	25,2-36,3	11,4	48,9	41,8-55,5	29,1	23,0-35,4								
Tumeurs des plexus choroïdes	> 96	-	-	-	-	-	-	-	-	-	92,3	52,6-99,0	93,4	45,3-99,4	100,0*	-	100,0*	-
Tumeurs neuronales et glioneurales	> 96	79,9	62,7-89,8	69,0	49,6-82,2	39,1	83,6	63,9-93,1	48,5	28,5-65,9	98,2	93,5-99,5	92,2	85,1-96,0	95,7	89,2-98,3	85,3	76,0-91,2
Tumeurs de la région pinéale	49,5	100,0*	-	-	-	-	100,0*	-	-	-	100,0*	-	-	-	-	-	-	-
Tumeurs embryonnaires	56,9	77,7	66,1-85,8	54,0	41,0-65,2	> 96	80,9	62,1-91,0	58,8	39,5-73,8	-	-	-	-	-	-	-	-
Autres tumeurs neuroépithéliales	> 96	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tumeurs des nerfs crâniens et spinaux	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	98,1	96,7-98,9	98,3	95,0-99,5	99,0	97,8-99,6	98,4	95,8-99,4
Tumeurs des méninges	34,1	82,3	72,1-89,1	43,9	32,5-54,8	81,4	81,9	72,6-88,3	60,1	49,3-69,2	90,7	89,3-92,0	82,5	80,0-84,7	94,0	93,2-94,7	87,3	85,9-88,7
Méningiome	34,1	84,7	72,3-91,8	47,4	32,5-60,9	72,7	82,9	71,6-90,0	59,2	46,1-70,1	90,11	88,5-91,5	81,3	78,6-83,7	93,9	93,0-94,6	87,1	85,6-88,5
Tumeurs mésoenchymateuses	35,2	95,5	61,6-99,6	-	-	> 96	79,1	56,3-90,9	67,9	44,7-83,0	95,6	77,9-99,2	92,4	68,1-98,4	91,9	75,0-97,6	85,9	67,5-94,3
Lésions mélanocytaires primaires	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Autres néoplasmes associés aux méninges	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	96,7	91,8-98,7	93,8	85,2-97,5	97,8	92,6-99,3	94,0	86,2-97,5
Lymphomes et néoplasmes hématopoïétiques	12,0	52,8	47,6-57,8	35,1	29,7-40,6	13,9	52,1	46,4-57,5	32,6	26,7-38,6	-	-	-	-	-	-	-	-
Lymphome	12,0	52,7	47,4-57,6	34,9	29,5-40,4	12,7	51,6	45,8-57,1	33,1	27,2-39,2								
Autres néoplasmes hématopoïétiques	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tumeurs des cellules germinales, kystes et hétérotopies	> 96	93,4	80,7-97,9	93,7	80,5-98,1	-	-	-	-	-	100,0*	-	100,0*	-	100,0*	-	100,0*	-
Tumeurs de la région sellaire	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	97,46	96,3-98,3	95,1	92,8-96,6	97,4	96,3-98,1	95,2	93,3-96,6
Tumeurs non classifiées	2,1	20,7	16,3-25,4	14,2	10,3-18,7	2,4	19,9	15,8-24,4	11,8	8,4-15,8	72,6	70,4-74,7	58,5	55,4-61,5	78,0	76,2-79,7	66,1	63,4-68,6
Total	11,5	49,4	48,1-50,7	22,6	21,5-23,8	11,8	50,2	48,7-51,7	23,5	22,2-24,8	88,9	88,1-89,7	82,1	80,8-83,4	91,2	90,6-91,8	84,8	83,7-85,7

Remarques : 100,0* indique que le taux de survie nette estimé est supérieur à 100 %. SM = survie médiane; TSN = taux de survie nette. La SM liée aux tumeurs non malignes ne figure pas dans ce tableau en raison de la limitation de la durée. À l'exception de la SM liée aux tumeurs non malignes non classifiées chez les hommes, qui est de 74,2 mois, les SM liées aux autres tumeurs non malignes, tant chez les hommes que chez les femmes, sont supérieures à 96 mois. Les cases ont été noircies à la section non maligne lorsque les tumeurs sont définies comme étant malignes.

Tableau 5 : Taux de survie nette après 1 an et 5 ans, selon le groupe histologique et l'âge, chez les personnes atteintes d'une tumeur primitive du système nerveux central, au Canada (à l'exclusion du Québec), entre 2010 et 2017

Groupe histologique (principal/particulier)	De 0 à 14 ans				De 15 à 39 ans				De 40 à 64 ans				De 65 à 99 ans			
	1 an		5 ans		1 an		5 ans		1 an		5 ans		1 an		5 ans	
	TSN (%)	IC de 95 %	TSN (%)	IC de 95 %	TSN (%)	IC de 95 %	TSN (%)	IC de 95 %	TSN (%)	IC de 95 %	TSN (%)	IC de 95 %	TSN (%)	IC de 95 %	TSN (%)	IC de 95 %
Tumeurs du tissu neuroépithélial	87,0	84,5-89,2	76,3	73,3-79,1	92,2	90,7-93,5	74,2	71,8-76,5	63,2	61,7-64,7	25,0	23,6-26,4	26,5	25,0-28,0	5,7	4,9-6,6
Astrocytome pilocytique	100,0*	-	100,0*	-	98,0	91,9-99,5	92,0	84,3-96,0	93,3	79,6-97,9	89,8	74,0-96,2	-	-	-	-
Astrocytome diffus	84,5	68,7-92,7	74,4	58,6-85,0	93,5	88,2-96,5	77,6	69,6-83,7	71,6	64,5-77,6	38,7	31,7-45,6	28,0	19,1-37,5	4,3	1,0-11,7
Astrocytome anaplasique	-	-	19,2	5,0-40,3	87,3	80,3-91,9	66,3	56,8-74,1	71,0	63,7-77,2	28,9	21,5-36,6	39,4	29,9-48,7	11,4	4,6-21,6
Variantes uniques d'astrocytome	89,6	64,3-97,3	85,0	60,2-94,9	91,5	75,8-97,2	89,0	72,7-95,8	62,3	41,2-77,7	-	-	-	-	-	-
Glioblastome	43,8	28,5-58,1	10,3	2,9-23,3	78,9	73,4-83,4	28,0	21,9-34,5	52,7	50,8-54,7	6,1	5,1-7,2	22,7	21,2-24,3	1,7	1,2-2,4
Oligodendrogliome	-	-	-	-	99,4	94,6-99,9	93,1	85,6-96,7	93,8	88,8-96,6	85,8	78,9-90,5	68,9	47,4-83,1	-	-
Oligodendrogliome anaplasique	-	-	-	-	94,5	85,9-97,9	77,4	65,5-85,7	83,7	77,5-88,4	56,5	48,2-63,9	47,9	33,7-60,7	19,5	8,6-33,6
Tumeurs oligoastrocytaires	-	-	-	-	96,8	90,0-99,0	75,5	66,8-82,2	81,2	72,9-87,2	47,3	39,2-55,0	44,1	24,9-61,7	5,8	1,1-16,9
Tumeurs épendymaires	96,3	88,9-98,8	79,3	68,3-86,8	99,3	94,0-99,9	93,0	86,5-96,5	95,0	90,8-97,3	88,7	82,7-92,7	83,7	72,6-90,6	74,1	58,3-84,7
Gliome malin, SAI	71,6	63,0-78,6	54,3	45,6-62,2	87,2	79,2-92,2	69,3	60,1-76,9	66,8	58,4-73,9	37,3	29,3-45,2	20,3	15,3-25,9	6,4	3,6-10,4
Tumeurs des plexus choroïdes	100,0*	-	92,1	71,6-98,0	100,0*	-	-	-	94,6	64,4-99,3	95,7	55,0-99,7	-	-	-	-
Tumeurs neuronales et glioneuronales	98,8	91,1-99,8	98,8	90,6-99,9	98,3	94,5-99,5	95,2	90,6-97,6	91,1	83,2-95,4	80,5	70,0-87,7	81,9	62,7-91,9	-	-
Tumeurs de la région pinéale	-	-	-	-	100,0*	-	100,0*	-	100,0*	-	-	-	-	-	-	-
Tumeurs embryonnaires	86,9	80,9-91,1	72,7	65,5-78,8	90,6	80,2-95,7	67,1	53,8-77,3	78,6	60,0-89,2	54,8	34,7-71,1	-	-	-	-
Autres tumeurs neuroépithéliales	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tumeurs des nerfs crâniens et spinaux	100,0*	-	100,0*	-	99,3	97,6-99,8	98,4	96,0-99,4	99,2	98,3-99,7	98,6	96,8-99,4	96,5	93,6-98,1	98,1	83,5-99,8
Tumeurs des méninges	86,9	64,6-95,6	72,7	51,0-85,9	98,3	96,8-99,1	97,0	95,0-98,2	97,2	96,6-97,8	92,1	91,0-93,2	87,4	86,1-88,7	76,2	73,7-78,5
Méningiome	100,0*	-	100,0*	-	98,8	97,1-99,5	98,1	96,0-99,1	97,2	96,6-97,8	92,5	91,4-93,6	87,4	86,0-88,7	75,9	73,3-78,2
Tumeurs mésenchymateuses	-	-	-	-	87,4	58,3-96,7	-	-	96,4	84,3-99,2	82,2	68,7-90,3	84,1	62,9-93,7	81,3	53,6-93,34
Lésions mélanocytaires primaires	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Autres néoplasmes associés aux méninges	-	-	-	-	100,0*	-	98,0	90,0-99,6	97,3	92,9-99,0	87,7	79,6-92,7	89,8	78,6-95,3	89,5	68,5-96,8
Lymphomes et néoplasmes hématopoïétiques	-	-	-	-	73,8	56,7-85,0	67,2	49,0-80,2	70,8	64,8-75,9	50,5	43,4-57,2	37,9	33,0-42,8	19,2	14,8-24,1
Lymphome	-	-	-	-	74,4	56,5-85,8	67,8	49,0-80,9	70,8	64,8-75,9	50,5	43,3-57,2	37,7	32,8-42,6	19,8	15,4-24,7
Autres néoplasmes hématopoïétiques	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tumeurs des cellules germinales, kystes et hétérotopies	91,2	80,1-96,3	89,3	77,6-95,1	94,7	84,2-98,3	93,1	81,9-97,5	93,8	60,0-99,2	95,6	41,8-99,8	-	-	-	-
Tumeurs de la région sellaire	98,2	87,6-99,7	94,9	84,7-98,3	99,7	98,7-99,9	98,9	97,5-99,5	98,3	97,4-98,8	96,8	95,4-97,8	94,3	92,2-95,8	89,6	85,1-92,8
Tumeurs non classifiées	93,4	87,6-96,5	92,7	86,7-96,2	96,8	94,9-98,0	94,5	92,1-96,2	84,5	82,3-86,5	75,8	73,2-78,2	56,8	54,8-58,7	42,9	40,2-45,6
Total	88,7	86,6-90,4	80,2	77,7-82,4	95,9	95,2-96,5	88,0	86,9-89,0	84,0	83,3-84,7	68,0	67,1-68,9	60,5	59,5-61,4	46,8	45,6-48,1

Remarques : 100,0* indique que le taux de survie nette estimé est supérieur à 100 %. TSN = taux de survie nette.

Tableau 6 : Survie médiane et taux de survie nette après 1 an et 5 ans, selon le groupe histologique et l'âge, chez les personnes atteintes d'une tumeur cérébrale primitive maligne ou d'une autre tumeur du système nerveux central, au Canada (à l'exclusion du Québec), entre 2010 et 2017

Groupe histologique (principal/particulier)	De 0 à 14 ans					De 15 à 39 ans					De 40 à 64 ans					De 65 à 99 ans				
	SM (mois)	1 an		5 ans		SM (mois)	1 an		5 ans		SM (mois)	1 an		5 ans		SM (mois)	1 an		5 ans	
		TSN (%)	IC de 95 %	TSN (%)	IC de 95 %		TSN (%)	IC de 95 %	TSN (%)	IC de 95 %		TSN (%)	IC de 95 %	TSN (%)	IC de 95 %		TSN (%)	IC de 95 %	TSN (%)	IC de 95 %
Tumeurs du tissu neuroépithélial	> 96	85,2	82,3-87,7	72,8	69,3-76,0	> 96	91,0	89,2-92,5	69,7	66,9-72,3	15,8	61,4	59,8-63,0	21,6	20,2-23,0	4,9	25,6	24,1-27,1	4,4	3,6-5,2
Astrocytome pilocytique	> 96	100,0*	-	100,0*	-	> 96	98,0	91,9-99,5	92,0	84,3-96,0	> 96	93,3	79,6-97,9	89,8	74,0-96,2	-	-	-	-	-
Astrocytome diffus	> 96	84,5	68,7-92,7	74,4	58,6-85,0	> 96	93,5	88,2-96,5	77,6	69,6-83,7	37,5	71,6	64,5-77,6	38,7	31,7-45,6	4,5	28,0	19,1-37,5	4,3	1,0-11,7
Astrocytome anaplasique	11,0	-	-	19,2	5,0-40,3	81,6	87,3	80,3-91,9	66,3	56,8-74,1	18,5	71,0	63,7-77,2	28,9	21,5-36,6	5,4	39,4	29,9-48,7	11,4	4,6-21,6
Variantes uniques d'astrocytome	-	-	-	-	-	> 96	84,6	59,4-94,8	80,7	55,9-92,4	14,6	-	-	-	-	3,3	-	-	-	-
Glioblastome	11,1	43,8	28,5-58,1	10,3	2,9-23,3	26,2	78,9	73,4-83,4	28,0	21,9-34,5	12,3	52,7	50,8-54,7	6,1	5,1-7,2	4,8	22,7	21,2-24,3	1,7	1,2-2,4
Oligodendrogliome	-	-	-	-	-	> 96	99,4	94,6-99,9	93,1	85,6-96,7	> 96	93,8	88,8-96,6	85,8	78,9-90,5	17,5	68,9	47,4-83,1	-	-
Oligodendrogliome anaplasique	-	-	-	-	-	> 96	94,5	85,9-97,9	77,4	65,5-85,7	64,0	83,7	77,5-88,4	56,5	48,2-63,9	11,2	47,9	33,7-60,7	19,5	8,6-33,6
Tumeurs oligoastrocytaires	-	-	-	-	-	> 96	96,8	90,0-99,0	75,5	66,8-82,2	55,4	81,2	72,9-87,2	47,3	39,2-55,0	7,2	44,1	24,9-61,7	5,8	1,1-16,9
Tumeurs épendymaires	> 96	95,9	87,6-98,7	78,7	67,0-86,6	> 96	100,0*	-	90,1	79,7-95,3	> 96	91,8	84,4-95,8	82,0	72,2-88,6	> 96	84,5	69,2-92,6	68,5	48,1-82,3
Gliome malin, SAI	> 96	71,6	63,0-78,6	54,3	45,6-62,2	> 96	87,2	79,2-92,2	69,3	60,1-76,9	27,1	66,8	58,4-73,9	37,3	29,3-45,2	3,3	20,3	15,3-25,9	6,4	3,6-10,4
Tumeurs des plexus choroïdes	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	> 96	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tumeurs neuronales et glioneuronales	-	-	-	-	-	> 96	100,0*	-	85,4	51,7-96,3	> 96	78,4	59,6-89,2	58,4	39,3-73,4	24,7	-	-	-	-
Tumeurs de la région pinéale	44,5	-	-	-	-	-	100,0*	-	100,0*	-	-	100,0*	-	-	-	-	-	-	-	-
Tumeurs embryonnaires	> 96	86,9	80,9-91,1	72,7	65,3-78,8	> 96	90,4	79,7-95,6	66,6	53,2-77,0	40,3	77,1	57,7-88,5	-	-	-	-	-	-	-
Autres tumeurs neuroépithéliales	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	> 96	-	-	-	-
Tumeurs des nerfs crâniens et spinaux	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tumeurs des méninges	44,6	-	-	-	-	> 96	72,2	48,3-86,4	68,8	45,4-83,8	81,4	85,7	76,4-91,5	52,2	41,4-62,0	34,1	80,4	68,8-88,1	48,7	35,1-61,0
Méningiome	-	-	-	-	-	> 96	-	-	-	-	81,4	85,0	72,8-92,0	55,0	41,2-66,9	34,1	83,0	70,4-90,5	49,2	33,9-62,8
Tumeurs mésoenchymateuses	-	-	-	-	-	> 96	-	-	-	-	> 96	95,8	70,2-99,5	-	-	> 96	-	-	-	-
Lésions mélanocytaires primaires	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Autres néoplasmes associés aux méninges	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Lymphomes et néoplasmes hématopoïétiques	-	-	-	-	-	> 96	73,8	56,7-85,0	67,2	49,0-80,2	51,5	71,1	65,2-76,2	50,9	43,8-57,6	5,6	38,0	33,1-42,9	19,1	14,7-24,0
Lymphome	-	-	-	-	-	> 96	74,4	56,5-85,8	67,8	49,0-80,9	51,5	71,1	65,2-76,2	50,9	43,7-57,6	5,6	37,6	32,7-42,5	19,5	15,1-24,3
Autres néoplasmes hématopoïétiques	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tumeurs des cellules germinales, kystes et hétérotopies	> 96	87,7	72,9-94,7	85,2	69,8-93,1	> 96	93,6	81,2-97,9	91,7	78,5-96,9	-	-	-	-	-	> 96	-	-	-	-
Tumeurs de la région sellaire	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tumeurs non classifiées	> 96	-	-	-	-	> 96	72,1	53,2-84,4	62,4	43,2-76,7	13,7	50,2	40,7-59,0	36,0	27,1-45,0	1,8	10,4	7,8-13,4	5,0	3,2-7,6
Total	> 96	84,5	81,7-86,9	72,8	69,4-75,8	> 96	89,8	88,0-91,3	70,3	67,7-72,7	16,5	62,3	60,8-63,7	24,4	23,1-25,8	4,5	25,9	24,6-27,2	6,8	6,0-7,7

Remarques : 100,0* indique que le taux de survie nette estimé est supérieur à 100 %. SM = survie médiane; TSN = taux de survie nette.

Tableau 7 : Taux de survie nette après 1 an et 5 ans, selon le groupe histologique et l'âge sélectionnés, chez les personnes atteintes d'une tumeur cérébrale primitive non maligne, ou d'une autre tumeur du système nerveux central, au Canada (à l'exclusion du Québec), entre 2010 et 2017

Groupe histologique (principal/particulier)	De 0 à 14 ans				De 15 à 39 ans				De 40 à 64 ans				De 65 à 99 ans			
	1 an		5 ans		1 an		5 ans		1 an		5 ans		1 an		5 ans	
	TSN (%)	IC de 95 %	TSN (%)	IC de 95 %	TSN (%)	IC de 95 %	TSN (%)	IC de 95 %	TSN (%)	IC de 95 %	TSN (%)	IC de 95 %	TSN (%)	IC de 95 %	TSN (%)	IC de 95 %
Tumeurs du tissu neuroépithélial	98,3	93,1-99,6	96,8	91,4-98,8	98,1	95,4-99,2	94,7	90,9-97,0	96,9	93,1-98,7	90,0	84,0-93,9	86,5	73,2-93,4	78,8	57,8-90,1
Variantes uniques d'astrocytome	90,0	47,3-98,5	90,1	47,1-98,6	100,0*	-	100,0*	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tumeurs épendymaires	100,0*	-	-	-	98,4	88,2-99,8	96,7	85,5-99,3	97,4	90,8-99,3	94,7	85,8-98,1	80,8	61,7-91,0	-	-
Tumeurs des plexus choroïdes	100,0*	-	100,0*	-	100,0*	-	100,0*	-	94,6	64,4-99,3	95,7	55,0-99,7	-	-	-	-
Tumeurs neuronales et glioneuronales	98,8	91,0-99,8	97,6	90,3-99,4	97,6	93,6-99,1	93,2	88,0-96,2	96,1	87,3-98,9	83,4	70,2-91,1	96,6	31,6-99,9	-	-
Tumeurs des nerfs crâniens et spinaux	100,0*	-	100,0*	-	99,8	97,3-100,0	98,9	96,4-99,7	99,1	98,2-99,6	98,7	96,8-99,4	96,3	93,4-98,0	97,7	86,3-99,6
Tumeurs des méninges	100,0*	-	100,0*	-	99,4	98,1-99,8	97,8	95,9-98,8	97,2	96,5-97,7	92,5	91,4-93,5	87,3	85,9-88,6	76,4	73,9-78,7
Méningiome	100,0*	-	100,0*	-	99,2	97,7-99,7	98,0	95,8-99,1	97,1	96,4-97,7	92,6	91,4-93,6	87,2	85,8-88,5	75,9	73,3-78,3
Tumeurs mésenchymateuses	-	-	-	-	100,0*	-	90,8	47,6-98,8	95,1	79,9-98,9	89,7	73,4-96,2	88,9	63,5-97,0	-	-
Lésions mélanocytaires primaires	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Autres néoplasmes associés aux méninges	-	-	-	-	100,0*	-	98,0	89,9-99,6	98,5	94,0-99,6	91,5	83,9-95,6	91,3	80,2-96,3	94,6	61,3-99,4
Tumeurs des cellules germinales, kystes et hétérotopies	94,6	67,0-99,2	94,7	66,7-99,3	100,0*	-	100,0*	-	100,0*	-	100,0*	-	-	-	-	-
Tumeurs de la région sellaire	98,2	87,6-99,7	94,8	84,5-98,3	99,7	98,7-99,9	98,9	97,5-99,5	98,3	97,4-98,9	96,8	95,5-97,8	94,3	92,2-95,9	89,5	85,0-92,7
Tumeurs non classifiées	96,6	91,8-98,6	95,8	90,7-98,2	97,8	96,1-98,7	93,5	91,0-95,4	85,3	83,3-87,2	73,9	71,3-76,4	65,5	63,4-67,5	49,6	46,5-52,6
Total	97,6	95,3-98,8	96,3	93,8-97,8	99,0	98,6-99,4	97,1	96,2-97,7	95,7	95,2-96,1	91,2	90,4-91,9	81,6	80,6-82,6	70,8	69,1-72,4

Remarques : 100,0* indique que le taux de survie nette estimé est supérieur à 100 %. TSN = taux de survie nette.

Tableau 8 : Nombre de cas prévalents et proportions de prévalence (PP, pour 100 000 personnes) fondés sur la personne sur une période de huit ans pour les tumeurs primitives du système nerveux central, selon le groupe histologique et le comportement tumoral, au Canada, au 1^{er} janvier 2018

(principal/particulier)	Toutes les tumeurs primitives du SNC			Tumeurs primitives malignes du SNC			Tumeurs primitives non malignes du SNC		
	Personnes	PP	IC de 95 % pour PP	Personnes	PP	IC de 95 % pour PP	Personnes	PP	IC de 95 % pour PP
Tumeurs du tissu neuroépithélial	7495	20,4	19,9-20,8	6265	17,0	16,6-17,5	1230	3,3	3,2-3,5
Astrocytome pilocytique	655	1,8	1,7-1,9	655	1,8	1,7-1,9			
Astrocytome diffus	525	1,4	1,3-1,6	525	1,4	1,3-1,6			
Astrocytome anaplasique	360	1,0	0,9-1,1	360	1,0	0,9-1,1			
Variantes uniques d'astrocytome	135	0,4	0,3-0,4	70	0,2	0,2-0,2	60	0,2	0,1-0,2
Glioblastome	1850	5,0	4,8-5,3	1850	5,0	4,8-5,3			
Oligodendrogliome	570	1,6	1,4-1,7	570	1,6	1,4-1,7			
Oligodendrogliome anaplasique	345	0,9	0,8-1,0	345	0,9	0,8-1,0			
Tumeurs oligoastrocytaires	320	0,9	0,8-1,0	320	0,9	0,8-1,0			
Tumeurs épendymaires	870	2,4	2,2-2,5	475	1,3	1,2-1,4	390	1,1	1,0-1,2
Gliome malin, SAI	550	1,5	1,4-1,6	550	1,5	1,4-1,6			
Tumeurs des plexus choroïdes	100	0,3	0,2-0,3	10	0,03	0,01-0,1	95	0,3	0,2-0,3
Tumeurs neuronales et glioneuronales	735	2,0	1,9-2,2	105	0,3	0,2-0,4	630	1,7	1,6-1,8
Tumeurs de la région pinéale	70	0,2	0,2-0,2	40	0,1	0,1-0,2	30	0,1	0,1-0,1
Tumeurs embryonnaires	395	1,1	1,0-1,2	385	1,1	0,9-1,2	10	0,03	0,01-0,1
Autres tumeurs neuroépithéliales	10	0,03	0,01-0,1	-	-	-	-	-	-
Tumeurs des nerfs crâniens et spinaux	4015	10,9	10,6-11,3	20	0,1	0,03-0,1	3995	10,9	10,5-11,2
Tumeurs des méninges	12430	33,8	33,2-34,4	185	0,5	0,4-0,6	12245	33,3	32,7-33,9
Méningiome	11635	31,6	31,0-32,2	125	0,3	0,3-0,4	11510	31,3	30,7-31,9
Tumeurs mésenchymateuses	190	0,5	0,5-0,6	40	0,1	0,1-0,2	150	0,4	0,3-0,5
Lésions mélanocytaires primaires	15	0,04	0,02-0,1	-	-	-	-	-	-
Autres néoplasmes associés aux méninges	590	1,6	1,5-1,7	15	0,04	0,02-0,1	575	1,6	1,4-1,7
Lymphomes et néoplasmes hématopoïétiques	470	1,3	1,2-1,4	470	1,3	1,2-1,4	0	0,0	-
Lymphome	460	1,3	1,1-1,4	460	1,3	1,1-1,4			
Autres néoplasmes hématopoïétiques	10	0,03	0,01-0,1	10	0,03	0,01-0,1	0	0,0	-
Tumeurs des cellules germinales, kystes et hétérotopies	255	0,7	0,6-0,8	165	0,5	0,4-0,5	95	0,3	0,2-0,3
Tumeurs de la région sellaire	6580	17,9	17,5-18,3	15	0,04	0,02-0,1	6560	17,8	17,4-18,3
Tumeurs non classifiées et non classifiées par le CBTRUS	6325	17,2	16,8-17,6	230	0,6	0,6-0,7	6090	16,6	16,1-17,0
Total	37575	102,1	101,1-103,1	7360	20,0	19,5-20,5	30215	82,1	81,2-83,0

Remarque : * La durée limitée à 8 ans inclut toutes les personnes ayant reçu un diagnostic depuis 2010 qui sont toujours en vie au 1^{er} janvier 2018.

Tableau 9 : Nombre de cas prévalents fondés sur la personne sur une période de huit ans pour les tumeurs primitives du système nerveux central, selon le groupe histologique, le comportement tumoral et le sexe, au Canada, au 1^{er} janvier 2018

(principal/particulier)	Toutes les tumeurs primitives du SNC		Tumeurs primitives malignes du SNC		Tumeurs primitives non malignes du SNC	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Tumeurs du tissu neuroépithélial	4235	3260	3530	2740	705	520
Astrocytome pilocytique	345	310	345	310		
Astrocytome diffus	305	220	305	220		
Astrocytome anaplasique	180	180	180	180		
Variantes uniques d'astrocytome	80	50	40	25	40	25
Glioblastome	1045	800	1045	800		
Oligodendrogliome	335	235	335	235		
Oligodendrogliome anaplasique	210	135	210	135		
Tumeurs oligoastrocytaires	180	140	180	140		
Tumeurs épendymaires	495	375	260	215	235	160
Gliome malin, SAI	300	250	300	250		
Tumeurs des plexus choroïdes	50	55	-	10	45	45
Tumeurs neuronales et glioneuronales	425	310	65	40	360	270
Tumeurs de la région pinéale	40	35	20	25	20	10
Tumeurs embryonnaires	235	160	230	155	-	-
Autres tumeurs neuroépithéliales	5	5	-	-	-	-
Tumeurs des nerfs crâniens et spinaux	1970	2045	10	15	1960	2030
Tumeurs des méninges	3720	8710	85	100	3635	8610
Méningiome	3315	8325	55	70	3260	8255
Tumeurs mésoenchymateuses	85	105	20	25	70	80
Lésions mélanocytaires primaires	10	5	-	-	-	-
Autres néoplasmes associés aux méninges	310	275	10	5	300	270
Lymphomes et néoplasmes hématopoïétiques	265	210	265	210	0	0
Lymphome	260	205	260	205		
Autres néoplasmes hématopoïétiques	-	-	-	-	0	0
Tumeurs des cellules germinales, kystes et hétérotopies	185	70	135	25	50	45
Tumeurs de la région sellaire	3355	3220	5	10	3350	3210
Tumeurs non classifiées	2615	3710	135	95	2480	3615
Total	16350	21225	4170	3190	12185	18030

Tableau 10 : Nombre de cas prévalents fondés sur la personne sur une période de huit ans pour les tumeurs primitives du système nerveux central, selon le groupe histologique, le comportement tumoral et l'âge, au Canada, au 1^{er} janvier 2018

Groupe histologique (principal/particulier)	Toutes les tumeurs primitives du SNC				Tumeurs primitives malignes du SNC				Tumeurs primitives non malignes du SNC			
	De 0 à 14 ans	De 15 à 39 ans	De 40 à 64 ans	65 ans et plus	De 0 à 14 ans	De 15 à 39 ans	De 40 à 64 ans	65 ans et plus	De 0 à 14 ans	De 15 à 39 ans	De 40 à 64 ans	65 ans et plus
Tumeurs du tissu neuroépithélial	985	2270	3095	1145	835	1725	2690	1020	150	545	405	125
Astrocytome pilocytique	275	285	90	10	275	285	90	10				
Astrocytome diffus	40	220	220	35	40	220	220	35				
Astrocytome anaplasique	5	135	165	50	5	135	165	50				
Variantes uniques d'astrocytome	20	85	25	5	-	-	-	-	-	-	-	-
Glioblastome	15	190	1020	625	15	190	1020	625				
Oligodendrogliome	-	-	330	45	-	-	330	45				
Oligodendrogliome anaplasique	0	80	225	40	0	80	225	40				
Tumeurs oligoastrocytaires	-	-	175	25	-	-	175	25				
Tumeurs épendymaires	115	215	375	160	105	105	180	80	5	110	195	80
Gliome malin, SAI	130	170	185	65	130	170	185	65				
Tumeurs des plexus choroïdes	40	20	35	5	10	0	0	0	30	20	35	5
Tumeurs neuronales et glioneuronales	95	385	195	55	-	-	50	25	-	-	145	30
Tumeurs de la région pinéale	10	25	30	5	-	-	-	-	-	-	-	-
Tumeurs embryonnaires	230	130	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Autres tumeurs neuroépithéliales	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tumeurs des nerfs crâniens et spinaux	55	580	2130	1255	0	10	10	5	55	570	2120	1250
Tumeurs des méninges	25	805	5850	5750	5	25	85	70	20	775	5770	5680
Méningiome	15	640	5440	5535	-	-	50	55	10	625	5390	5480
Tumeurs mésoenchymateuses	5	25	105	60	-	-	25	10	-	-	85	50
Lésions mélanocytaires primaires	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Autres néoplasmes associés aux méninges	5	135	300	150	-	-	5	5	-	-	290	145
Lymphomes et néoplasmes hématopoïétiques	-	-	205	230	-	-	205	230	0	0	0	0
Lymphome	-	-	200	230	-	-	200	230				
Autres néoplasmes hématopoïétiques	-	-	-	-	-	-	-	-	0	0	0	0
Tumeurs des cellules germinales, kystes et hétérotopies	60	145	35	15	40	115	10	0	25	30	25	15
Tumeurs de la région sellaire	70	1245	3050	2215	0	5	-	-	70	1240	-	-
Tumeurs non classifiées	230	1045	2200	2850	20	35	95	80	210	1010	2105	2770
Total	1425	6125	16560	13460	900	1945	3095	1415	525	4180	13465	12045

Tableau 11 : Proportion de prévalence (PP, pour 100 000 personnes) normalisée selon l'âge et fondée sur la personne sur une période de huit ans pour les tumeurs primitives du système nerveux central, selon le groupe histologique et la région, au 1^{er} janvier 2018

(principal/particulier)	Colombie-Britannique		Région des Prairies		Ontario		Région de l'Atlantique	
	PP	IC de 95 % pour PP	PP	IC de 95 % pour PP	PP	IC de 95 % pour PP	PP	IC de 95 % pour PP
Tumeurs du tissu neuroépithélial	18,7	17,5-19,9	19,2	18,2-20,3	20,6	19,8-21,4	18,9	17,2-20,8
Astrocytome pilocytique	1,5	1,1-1,9	1,8	1,5-2,2	1,8	1,6-2,0	2,0	1,4-2,7
Astrocytome diffus	0,7	0,5-1,0	1,2	1,0-1,5	1,6	1,4-1,8	2,0	1,4-2,7
Astrocytome anaplasique	0,2	0,1-0,4	1,4	1,1-1,7	1,0	0,8-1,2	0,7	0,4-1,2
Variants uniques d'astrocytome	0,3	0,2-0,5	0,4	0,3-0,6	0,4	0,3-0,5	-	-
Glioblastome	5,7	5,1-6,4	4,2	3,7-4,7	4,6	4,3-5,0	4,7	3,9-5,6
Oligodendrogliome	2,4	2,0-2,9	1,5	1,2-1,8	1,3	1,1-1,5	1,5	1,0-2,1
Oligodendrogliome anaplasique	0,7	0,5-1,0	0,8	0,6-1,1	1,0	0,9-1,2	1,0	0,7-1,6
Tumeurs oligoastrocytaires	1,2	0,9-1,6	1,0	0,8-1,3	0,7	0,6-0,8	0,9	0,6-1,4
Tumeurs épendymaires	1,8	1,5-2,2	2,4	2,0-2,8	2,5	2,2-2,7	1,7	1,2-2,3
Gliome malin, SAI	1,1	0,8-1,4	1,3	1,1-1,6	1,8	1,6-2,0	0,7	0,4-1,2
Tumeurs des plexus choroïdes	0,2	0,1-0,4	0,2	0,1-0,4	0,3	0,2-0,4	0,3	0,1-0,7
Tumeurs neuronales et glioneuronales	1,6	1,2-2,0	1,9	1,6-2,2	2,2	2,0-2,5	2,1	1,5-2,8
Tumeurs de la région pinéale	0,3	0,1-0,4	0,1	0,1-0,3	0,2	0,1-0,3	0,2	0,1-0,5
Tumeurs embryonnaires	1,0	0,8-1,4	1,0	0,8-1,2	1,2	1,0-1,4	1,0	0,6-1,5
Autres tumeurs neuroépithéliales	-	-	-	-	0,04	0,02-0,1	-	-
Tumeurs des nerfs crâniens et spinaux	10,2	9,4-11,1	8,9	8,2-9,7	12,4	11,8-13,0	5,2	4,3-6,1
Tumeurs des méninges	28,2	26,8-29,6	36,4	35,0-38,0	32,7	31,8-33,7	24,1	22,3-26,0
Méningiome	26,6	25,2-28,0	34,6	33,2-36,1	30,2	29,3-31,1	22,5	20,8-24,4
Tumeurs mésenchymateuses	0,4	0,3-0,6	0,4	0,3-0,6	0,6	0,5-0,8	0,3	0,1-0,6
Lésions mélanocytaires primaires	-	-	-	-	-	-	-	-
Autres néoplasmes associés aux méninges	1,1	0,8-1,4	1,3	1,1-1,6	1,9	1,7-2,1	1,3	0,9-1,9
Lymphomes et néoplasmes hématopoïétiques	1,4	1,1-1,8	1,3	1,0-1,6	1,1	0,9-1,3	1,0	0,7-1,5
Lymphome	1,4	1,1-1,8	1,2	1,0-1,5	1,1	0,9-1,2	1,0	0,7-1,5
Autres néoplasmes hématopoïétiques	-	-	-	-	-	-	-	-
Tumeurs des cellules germinales, kystes et hétérotopies	0,9	0,7-1,2	0,5	0,3-0,7	0,8	0,7-1,0	0,7	0,4-1,1
Tumeurs de la région sellaire	19,3	18,1-20,5	14,7	13,8-15,7	19,0	18,3-19,7	10,3	9,1-11,7
Tumeurs non classifiées	2,5	2,1-3,0	1,8	1,5-2,2	30,4	29,5-31,3	0,7	0,4-1,2
Total	81,1	78,7-83,6	82,8	80,6-85,1	116,9	115,1-118,7	60,9	57,9-64,0

RÉFÉRENCES

- Brodbelt, A., Greenberg, D., Winters, T., Williams, M., Vernon, S., Collins, V. P., & (UK) National Cancer Information Network Brain Tumour Group (2015). Glioblastoma in England : 2007-2011. *European journal of cancer (Oxford, Angleterre : 1990)*, 51(4), 533-542. <https://doi-org/10.1016/j.ejca.2014.12.014>
- Comité consultatif des statistiques canadiennes sur le cancer (2019). *Statistiques canadiennes sur le cancer, 2019*. Société canadienne du cancer. cancer.ca/Canadian-Cancer-Statistics-2019-FR
- Coviello, E., Seppä, K., Dickman, P. W., & Pokhrel, A. (2015). Estimating Net Survival Using a Life-Table Approach. *The Stata Journal*, 15(1), 173-185. <https://doi.org/10.1177/1536867X1501500111>
- Dickman, PW. Estimating and Modelling relative survival using SAS. Récupéré le 3 octobre 2019 à l'adresse <https://www.pauldickman.com/software/sas/sas/>.
- Dudley, W. N., Wickham, R., & COOMBS, N. (2016). A Introduction to Survival Statistics: Kaplan-Meier Analysis. *Journal of the Advanced Practitioner in Oncology*, 7(1), 91-100.
- Ellison, L. F. (2018). *Progression du taux de survie nette au cancer au Canada sur une période de 20 ans*. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/82-003-x/2018009/article/00002-fra.htm>
- Forjaz, G., Barnholtz-Sloan, J. S., Kruchko, C., Siegel, R., Negoita, S., Ostrom, Q. T., Dickie, L., Ruhl, J., Van Dyke, A., Patil, N., Cioffi, G., Miller, K. D., Waite, K., & Mariotto, A. B. (2021). An updated histology recode for the analysis of primary malignant and nonmalignant brain and other central nervous system tumors in the Surveillance, Epidemiology, and End Results Program. *Neuro-Oncology Advances*, 3(1), vdaa175. <https://doi.org/10.1093/noajnl/vdaa175>
- Initiative parlementaire M-235. (2007). *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/journaux>
- National Cancer Institute (2021). *Measures of Cancer Survival*. <https://surveillance.cancer.gov/survival/measures.html>
- Ostrom, Q. T., Patil, N., Cioffi, G., Waite, K., Kruchko, C., & Barnholtz-Sloan, J. S. (2020). CBTRUS Statistical Report: Primary Brain and Other Central Nervous System Tumors Diagnosed in the United States in 2013-2017. *Neuro-Oncology*, 22(12 Suppl 2), iv1-iv96. <https://doi.org/10.1093/neuonc/noaa200>
- Pearce, N. (2005). *A short introduction to epidemiology*. Centre for Public Health Research, Massey University. https://courses.cit.cornell.edu/bionb4280/Intro_Epidemiology.pdf
- R Core Team (2022). R: A language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing. <http://www.R-project.org/>
- Seppä, K., Hakulinen, T., & Pokhrel, A. (2015). Choosing the net survival method for cancer survival estimation. *European Journal of Cancer (Oxford, England : 1990)*, 51(9), 1123-1129. <https://doi.org/10.1016/j.ejca.2013.09.019>
- Smith T, Yuan Y, Walker EV, Davis FG. (2019). Registre canadien des tumeurs cérébrales (RCTC) : Rapport d'incidence 2010-2015. Registre canadien des tumeurs cérébrales (RCTC) : une collaboration de recherche en surveillance. <https://registretumeurscerebrales.ca/incidence-report/>

- Smith T, Yuan Y, Walker EV, Davis FG. (2019). 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. <https://braintumourregistry.ca/survival-report/>
- Statistique Canada. (2021). Base canadienne de données de l'état civil – Décès (BCDECD). Gouvernement du Canada. https://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV_f.pl?Function=getSurvey&SDDS=3233
- Statistique Canada. (2021). *Registre canadien du cancer (RCC)*. Ottawa, Ont. : Statistique Canada. https://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV_f.pl?Function=getSurvey&SDDS=3207
- Visser, O., Ardanaz, E., Botta, L., Sant, M., Tavilla, A., Minicozzi, P., & groupe de travail EUROCARE-5. (2015). Survival of adults with primary malignant brain tumours in Europe; Results of the EUROCARE-5 study. *European Journal of Cancer (Oxford, Angleterre : 1990)*, 51(15), 2231-2241. <https://doi-org.login.ezproxy.library.ualberta.ca/10.1016/j.ejca.2015.07.032>
- Walker EV, Zakaria D, Yuan Y, Yasmin F, Shaw A, Davis FG. (2021). 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. <https://registretumeurscerebrales.ca/rapport-dincidence-et-de-mortalite/>.

ANNEXE

Registre canadien des tumeurs cérébrales (RCTC), groupes histologiques des tumeurs cérébrales et des autres tumeurs du système nerveux central

Groupes histologiques	Code CIM-O-3 de l'histologique et du comportement*
Tumeurs du tissu neuroépithélial	
Astrocytome pilocytique	9421/1,3; 9425/3
Astrocytome diffus	9400/3; 9410/3; 9410/3; 9420/3
Astrocytome anaplasique	9401/3
Variantes uniques d'astrocytome	9381/3; 9384/1; 9424/3
Glioblastome	9440/3; 9441/3; 9442/3
Oligodendrogliome	9450/3
Oligodendrogliome anaplasique	9401/3
Tumeurs des plexus choroïdes	9390/0,1,3
Tumeurs oligoastrocytaires	9382/3
Tumeurs épendymaires	9383/1; 9391/3; 9392/3; 9393/3; 9394/1
Gliome malin, sans autres indications	9380/3
Tumeurs neuronales et glioneuronales	8680/0,1,3; 8681/1; 8690/1; 8693/1,3 9412/1; 9413/0; 9442/1; 9492/0, emplacement C75.1 exclu; 9493/0 9505/1,3; 9506/1; 9509/1; 9522/3; 9523/3
Tumeurs de la région pinéale	9360/1; 9361/1; 9362/3; 9395/3
Tumeurs embryonnaires	8963/3; 9364/3; 9470-9474/3; 9480/3; 9490/3,0 9500-9502/3; 9508/3
Autres tumeurs neuroépithéliales	9363/0, 9423/3, 9430/3, 9444/1

Tumeurs des nerfs crâniens et spinaux	9540/0,1,3; 9541,0; 9550/0; 9560/0,1,3; 9561/3; 9562/0; 9570/0; 9571/0,3
Tumeurs des méninges	
Méningiome	9530/0,1,3; 9531/0; 9532/0; 9533/0; 9534/0; 9537/0; 9538/1,3; 9539/1,3
Tumeurs mésenchymateuses	8324/0; 8800/0,3; 8801-8806/3; 8810/0,3; 8815/0,3; 8824/0,1; 8830/0,1,3; 8831/0; 8835/0; 8836/0 8850/0,1,3; 8851-8852/0,3; 8853/3; 8854/0,3; 8857/0,3 8861/0; 8870/0; 8880/0; 8890/0,1,3; 8897/1 8901-8902/3; 8910/3; 8912/3; 8920/1,3; 8921/3; 8935/0,1; 8990/0,1,3 9040/0,3; 9136/1; 9150/0,1,3; 9170/0,3; 9180/0,3; 9210/0; 9241/0; 9260/3; 9373/0
Lésions mélanocytaires primaires	8720/3; 8728/0,1,3; 8770-8771/0,3
Autres néoplasmes associés aux méninges	9160/1; 9220/0,1,3; 9231/3; 9240/3; 9243/3; 9370-9372/3; 9535/0
Lymphomes et néoplasmes hématopoïétiques	
Lymphome	9590-9591/3; 9596/3 9650-9655/3; 9659/3; 9661-9665/3; 9667/3; 9670/3; 9671/3; 9673/3; 9675/39680/3; 9684/3; 9687/3; 9690/3; 9691/3; 9695/3; 9698-9699/3 9701/3; 9702/3; 9705/3; 9714/3; 9719/3; 9728/3; 9729/3
Autres néoplasmes hématopoïétiques	9727/3; 9731/3; 9733-9734/3; 9740/1,3; 9741/3; 9750/3; 9751-9753/1; 9754-9758/3; 9760/3; 9766/1 9823/3; 9826/3; 9827/3; 9832/3; 9827/3; 9832/3; 9837/3; 9860/3; 9861/3; 9866/3 9930/3; 9970/1
Tumeurs des cellules germinales, kystes et hétérotopies	8020/3; 8440/0,3 9060-9061/3; 9064-9065/3; 9070-9072/3; 9080/0,1,3; 9081-9083/3; 9084/0,3; 9085/3 9100/3; 9101/3

Tumeurs de la région sellaire	8040/0,1; 8140/0,1,3; 8146/0 8270/0,3; 8271/0; 8272/0,3; 8280/0,3; 8281/0,3; 8290/0,3 8300/0,3; 8310/0,3; 8323/0,3 9492/0, emplacement C75.1 seulement; 9582/0; 9350-9352/1
Tumeurs non classifiées	9120/0,3; 9121/0; 9122/0,3; 9123/0; 9125/0; 9130/0,1,3; 9131/0; 9133/1,3; 9140/3 8000/0,1,3; 8001/0,1,3; 8002-8004/3; 8005/0,3; 8010/0; 8010/1,3; 8021/3; 8320/3; 8452/1; 8710/3; 8711/0,3; 8713/0; 8811/3; 8840/0,3; 8896/3; 8980/3 91730/0; 9503/3; 9580/0,3 8050/1; 8246/0; 8272/1; 8683/3; 8712/0; 8720/0; 8726/0; 8772/0; 8821/1; 8858/3 9084/1; 9120-9121/1; 9160/0; 9161/0,3; 9172/0 9350/0,3; 9380/0,1; 9383/3; 9384/0; 9391/0,1; 9393/0; 9394/3; 9400/0,1; 9401/0; 9413/1; 9424/0; 9430/0; 9440/1; 9451/0; 9490/1 9505/0; 9522/1; 9531/1,3; 9532/1; 9534/1; 9537/1,3; 9538-9539/0; 9571/1; 9581/3; 9688/3; 9712/3; 9751/3; 9971/3
Notes : * Classification internationale des maladies pour l'oncologie, 3 ^e édition, 2000. Organisation mondiale de la santé, Genève, Suisse.	



registretumeurscerebrales@braintumour.ca
www.RegistreTumeursCerebrales.ca
