



Ministère de la Santé
et des Services sociaux

Registre québécois du cancer

**Incidence du cancer au Québec pour l'année
2011 : données préliminaires et considérations
méthodologiques**

Direction générale de cancérologie

Avril 2018

REMERCIEMENTS

La Direction générale de cancérologie (DGC) du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) tient à remercier toutes les personnes qui ont contribué aux travaux du Registre québécois du cancer (RQC), plus particulièrement l'équipe du registre de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) ainsi que les archivistes-registraires des établissements qui ont contribué à rendre cette première publication possible.

ÉDITION

La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux

Le présent document s'adresse spécifiquement aux intervenants du réseau québécois de la santé et des services sociaux et n'est accessible qu'en version électronique à l'adresse : **www.msss.gouv.qc.ca**, section **Publications**

Le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Dépot légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2018

Bibliothèque et Archives Canada, 2018

ISBN : 978-2-550-80990-6 (version PDF)

Tous droits réservés pour tous pays. La reproduction, par quelque procédé que ce soit, la traduction ou la diffusion de ce document, même partielles, sont interdites sans l'autorisation préalable des Publications du Québec. Cependant, la reproduction de ce document ou son utilisation à des fins personnelles, d'étude privée ou de recherche scientifique, mais non commerciales, sont permises à condition d'en mentionner la source.

© Gouvernement du Québec, 2018

Avant-propos

1. Ce document a pour objectif de présenter les premiers résultats du RQC sur l'incidence du cancer au Québec et de décrire sommairement les changements apportés au Fichier des tumeurs du Québec (FiTQ);
2. Le RQC a été créé en 2010 et il remplace le FiTQ qui contenait les données d'incidence du cancer de 1984 à 2010;
3. Les données du RQC sont produites par la DGC en partenariat avec la RAMQ;
4. Les objectifs du RQC sont les suivants :
 - Améliorer les processus et le système d'information pour les rendre conformes aux normes reconnues et appliquées au Canada et en Amérique du Nord en vue d'obtenir des données plus fiables et une plus grande exhaustivité de la déclaration des tumeurs au Québec;
 - Augmenter, par le jumelage de sources d'information différentes, le nombre de « portes d'entrée » dans le RQC, avec principalement les données extraites des rapports de pathologie. Le RQC vise ainsi à corriger le problème de sous-déclaration bien documenté pour certains cancers dans le FiTQ (surtout le cancer de la prostate et le mélanome) :
 - Le FiTQ avait comme « sources de données » principales les hospitalisations et les chirurgies d'un jour. Toutes les personnes n'ayant eu qu'une biopsie ou un traitement sans hospitalisation n'étaient donc pas inscrites au FiTQ au moment du diagnostic. Elles l'étaient seulement lors d'admissions subséquentes pour traiter le cancer. S'il n'y avait jamais d'hospitalisation, elles n'étaient jamais inscrites.
5. Les données présentées dans ce rapport sont préliminaires pour trois raisons principales :
 - Ajustement des anomalies du système : différentes améliorations pour corriger ou améliorer le système d'information ont été ciblées lors des travaux de validation des données d'incidence de 2011. Les changements seront apportés pour assurer un traitement optimal et automatisé de l'ensemble des données;
 - Ajout de tumeurs « absentes » dans les années précédentes : le traitement des données de 2011 a permis de relever des tumeurs qui auraient dû être déclarées avant 2011, mais qui ne l'ont pas été, car le patient n'avait pas été hospitalisé avec ce diagnostic. Après validation des données cliniques pour le RQC, ces nouvelles tumeurs seront inscrites dans l'année réelle du diagnostic;
 - Situations de doublons potentiels : des vérifications de données cliniques supplémentaires seront requises pour certaines tumeurs dont la codification devra possiblement être modifiée.
6. Les résultats de 2010 corrigés et ceux de 2011 démontrent que la capacité d'identifier les personnes atteintes d'un cancer s'est améliorée et que l'ajout de nouvelles sources de données a permis de détecter plus de personnes atteintes d'un cancer de la prostate et du mélanome. Le résultat global a été d'augmenter le nombre de nouvelles tumeurs déclarées au Québec, passant de 47 655 en 2010 à 53 045 en 2011.

7. Un registre central permet une meilleure identification du nombre de personnes atteintes de cancer dans la population. Il sera ainsi possible d'avoir une connaissance plus exhaustive et plus précise de l'évolution de l'incidence de la maladie au Québec et de ses caractéristiques afin de soutenir les activités de surveillance du cancer et l'ajustement continu de l'offre de soins et de services en cancérologie.

Table des matières

1. Introduction	1
2. Changements apportés au fichier des tumeurs	2
3. Évolution du RQC et motifs expliquant le caractère préliminaire des données 2011	4
4. Méthodologie utilisée pour la préparation des tableaux.....	5
5. Résultats	6
A. Fichier des tumeurs du Québec corrigé pour 2010	6
B. Incidence du cancer au Québec en 2010 et en 2011	8
C. Taux d'incidence du cancer normalisé selon l'âge en 2011	12
6. Mise en garde concernant l'interprétation des résultats.....	15
7. Prochaines étapes de mise à niveau des processus et du système	15
8. Conclusion	16
Annexes.....	17

1. Introduction

Au Québec, on estime que 21 300 personnes sont décédées du cancer en 2011, ce qui représente le tiers des décès et la première cause de mortalité au Québec, devant les maladies cardiovasculaires¹. Avec le vieillissement de la population, le nombre de nouveaux cas augmentera significativement au cours des prochaines années. La création d'un registre du cancer de qualité est essentielle dans la lutte contre cette maladie. Il aide les autorités de la santé à saisir l'incidence des cancers et la répartition de ceux-ci en lien avec les milieux de vie. De plus, certaines informations sur les caractéristiques des personnes atteintes et leur réponse aux traitements pourront aider les professionnels de la santé à ajuster l'offre de soins et de services.

Avant 2011, l'inscription des tumeurs au FiTQ était basée sur une hospitalisation ou une procédure chirurgicale de nature oncologique. Cette façon de faire occasionnait un taux de sous-déclaration. En effet, toutes les personnes n'ayant eu qu'une biopsie ou un traitement sans hospitalisation n'étaient pas inscrites au FiTQ au moment du diagnostic. Elles l'étaient seulement lors d'admissions subséquentes pour traiter le cancer. S'il n'y avait jamais d'hospitalisation, elles n'étaient jamais inscrites. Les cancers les plus touchés par ce phénomène sont les cancers hématologiques, le cancer de la prostate et le mélanome. Il était évident que le FiTQ devait être mis à jour pour respecter les normes reconnues, améliorer l'exhaustivité de la déclaration des tumeurs et rehausser la qualité de l'information qu'il recueille. C'est pourquoi le RQC a été créé en 2010.

Afin de mieux répondre aux différents besoins et ainsi satisfaire aux exigences d'un registre de cancer, la DGC s'est fixé les objectifs suivants :

- Adapter les processus et le système d'information pour les rendre conformes aux normes reconnues en vue d'améliorer le traitement des données et la qualité des résultats produits;
- Augmenter, par le jumelage de sources d'information différentes, le nombre de « portes d'entrée » dans le RQC, dont la pathologie en 2011 et les registres locaux de cancer (RLC) des établissements implantés depuis 2013, permettant ainsi de corriger le phénomène de sous-déclaration reconnu du FiTQ;
- En plus d'améliorer l'exhaustivité du RQC, l'ajout des informations de la pathologie permet d'obtenir une date de diagnostic conforme aux normes internationales et, de ce fait, une meilleure comparabilité de la survie avec les données du reste du Canada et des populations d'autres pays.

1. MSSS, Fichiers des décès et Estimations et projections de population (produites en janvier 2010), 2000 à 2012. Données issues de l'Infocentre national de santé publique.

Cette publication, en plus de présenter les premières données d'incidence préliminaires du cancer au Québec, documente la transition entre le FiTQ et la première phase de développement du RQC. Les motifs expliquant le caractère préliminaire des données 2011 et la méthodologie pour préparer les tableaux y sont expliqués. Les résultats publiés dans ce rapport reflètent les impacts de la mise à niveau des processus et du système sur les fichiers de 2010 et témoignent des améliorations apportées. Enfin, certaines mises en garde sont présentées pour soutenir l'interprétation et la diffusion des données. Finalement, les prochaines étapes de mise à niveau des processus et du système sont annoncées.

Le RQC est en constante évolution depuis sa création. L'intégration des données de 2011 et des années subséquentes influencera à la hausse ou à la baisse l'incidence de certains cancers. L'interprétation des résultats sera laborieuse pour une certaine période de temps, mais confirmera que la création du RQC était une étape nécessaire pour outiller adéquatement les activités de surveillance et de contrôle du cancer.

2. Changements apportés au fichier des tumeurs

Le passage du FiTQ au RQC comporte plusieurs étapes qui touchent à la fois le registre central et RLC. Certaines de ces étapes sont terminées, d'autres sont en cours ou demeurent à réaliser. Les principales étapes réalisées sont les suivantes :

Au niveau national (au registre central)

- La mise à niveau du cadre d'analyse des données pour le rendre conforme aux normes internationalement reconnues;
- La définition et l'harmonisation de l'ensemble des règles et normes à respecter :
 - Conception du cadre normatif et d'un guide de codage et de saisie (par exemple, nouvelle définition de la date de diagnostic);
 - Processus de soutien permettant aux RLC de s'implanter et de s'adapter (réponses aux questions, formation continue, disponibilité d'outils de travail en français).
- L'automatisation de règles complexes de validation et de jumelage dans le système d'information ayant des répercussions sur l'identification des personnes, le nombre de tumeurs à retenir et les données associées à chaque tumeur retenue. Voici quelques exemples :
 - Validation de la cohérence des données :
 - Cancer des ovaires peut être consigné seulement pour une femme;
 - Date de naissance \leq date de diagnostic \leq date de décès.
 - Détermination du nombre de cancers à conserver lorsqu'il y a plusieurs déclarations pour une même personne (règles de codage des tumeurs primaires multiples);
 - Décision sur l'information à conserver pour chaque élément de donnée (par exemple, choix de la date de diagnostic ou de l'histologie pour chaque tumeur).

- L'épuration et la validation exhaustive des données afin d'apporter les corrections à celles de l'année 2011 et de déterminer les changements requis pour corriger ou améliorer le système d'information en vue d'assurer un traitement optimal et automatisé de l'ensemble des données :
 - Des données supplémentaires de certains RLC ainsi que des centres de radio-oncologie ont permis de retirer des tumeurs déclarées en 2011 comme étant de nouveaux cas, alors que dans les faits, ce sont des tumeurs des années précédentes (prévalents). Elles ont aussi permis de raffiner l'analyse et de réduire les doublons créés par des codifications différentes d'une même tumeur par des sources différentes. D'autres corrections, visant entre autres à préciser l'origine de cancers primaires inconnus et à adapter des données reçues du fichier des décès, ont été faites systématiquement. Cette étape a nécessité plusieurs mois d'analyse et la participation de nombreuses archivistes-registrières du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS), et a porté sur l'analyse d'environ 75 % des informations disponibles sur les tumeurs de l'année 2011.

Voici quelques exemples :

- Validation des données disponibles pour toutes les personnes pour lesquelles une tumeur des principaux sièges de cancer (poumon, sein, prostate, colorectal) a été déclarée;
- Tumeurs rapprochées qui constituent en fait une même tumeur (doublons ou cas prévalents). Par exemple :
 - Bouche (langue, gencives, plancher de la bouche, palais, autres localisations et localisations non spécifiées de la bouche);
 - ORL (amygdales, oropharynx, nasopharynx, sinus piriforme, hypopharynx et autres parties de la cavité orale et pharynx);
 - Partie haute du système digestif (œsophage et estomac);
 - Intestin grêle et partie proximale du côlon;
 - Sections adjacentes du côlon;
 - Sièges où une métastase aurait pu être déclarée comme un cancer primaire (os, poumon, cerveau, foie).
- Mauvaise codification d'un siège en fonction de son histologie. Par exemple, déclaration d'un cancer au sein alors qu'en fait c'est la peau du sein qui est atteinte et non son parenchyme;
- Identification d'un primaire inconnu déclaré par le fichier des décès dont on connaît le site primaire grâce à d'autres sources (doublon).

Au niveau des établissements

- La mise en place, dans tous les établissements ayant un laboratoire de pathologie, de processus permettant d'identifier l'ensemble des rapports de pathologie décrivant un cancer;
- La mise en place des RLC dans les centres intégrés de santé et de services sociaux, les centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux et les établissements non fusionnés :
 - Pour ce faire, tous les établissements visés ont dû désigner des ressources pour accomplir cette nouvelle tâche et mettre en place les processus permettant de trouver, de coder et de transmettre les informations sur l'ensemble des nouveaux cas de cancers diagnostiqués et traités par leurs équipes cliniques (formation, processus interne, système d'information);
 - Les RLC assurent une première validation à même le dossier du patient. Les données qui en sont issues, extraites du dossier et déposées dans une base de données, sont par la suite transférées au registre central qui intègre les déclarations provenant des RLC en utilisant divers outils de validation et de jumelage.

L'implantation du RQC représente une activité complexe pour le réseau de la santé et des services sociaux. Il est important de respecter la capacité de celui-ci à s'adapter. C'est pourquoi la DGC a choisi de procéder par étapes pour mettre en œuvre les différents aspects du RQC et d'effectuer les validations requises avant de publier les résultats préliminaires de 2011.

3. Évolution du RQC et motifs expliquant le caractère préliminaire des données 2011

Les données 2011 présentées sont préliminaires. Elles sont en évolution, car des travaux sont à poursuivre, notamment pour les motifs suivants :

- Correction des anomalies du système :
 - Le traitement des données pour 2011 a permis de relever différentes anomalies dans le système d'information qui seront rectifiées pour optimiser l'automatisation des corrections dans certaines situations. Pour les données de 2011 présentées dans ce rapport, ces anomalies ont été corrigées manuellement. Elles seront tout de même soumises à nouveau au système après optimisation.
- Ajout de tumeurs qui étaient absentes dans les années précédentes :
 - Le traitement des données de 2011 a permis de relever des tumeurs antérieures à 2011 (cas prévalents). Elles étaient absentes des données des années 2010 et précédentes, car les patients concernés n'avaient pas été hospitalisés avec le diagnostic de cancer. Après la validation des données cliniques, ces nouvelles tumeurs sont inscrites dans l'année réelle du diagnostic;
 - L'intégration de ces données de 2011 ainsi que celles de 2012 causera d'autres fluctuations des données. Ce phénomène devrait être significatif pour les premières années du RQC, les cas prévalents devenant moins nombreux graduellement, selon la

trajectoire de soins des différents types de cancer. Il sera aussi atténué à compter de 2013 en raison de la transmission des données provenant des RLC. Ceux-ci effectuent une vérification de l'ensemble des informations disponibles pour chaque tumeur avant de les transmettre au RQC, ce qui en améliore la fiabilité.

- Situations de doublons potentiels :
 - Près de 2 000 tumeurs nécessitent des vérifications de données cliniques supplémentaires pour déterminer s'il y a ou non des codifications à modifier. Cependant, un doute persistera pour certaines tumeurs déclarées en 2011 et en 2012. Il s'agit de cas où un cancer est déclaré, par exemple, à partir d'une imagerie médicale suspecte lors de l'hospitalisation. Parfois, cette déclaration est appuyée par un rapport de pathologie ou des informations complémentaires reçues d'autres sources. Par contre, dans certains cas, il n'y a pas de confirmation et un doute persiste quant à la confirmation d'un cancer. À compter de 2013, ce problème sera atténué en raison de la transmission des données provenant des RLC qui font une vérification de l'ensemble des données pour chaque tumeur. De plus, un traitement différent de ces informations pourrait être envisagé lorsque l'évaluation de l'effet de cette situation sera mieux définie.

Des travaux sont en cours pour statuer sur l'ensemble des problématiques relevées afin d'inclure les corrections pertinentes lors de la diffusion des prochaines données. D'autres ajouts, tels que l'arrivée de toutes les déclarations des registres locaux dès 2013, l'introduction de la stadification ou des informations sur les premiers traitements pour certains cancers (à partir de 2014), bonifieront aussi les données du RQC.

4. Méthodologie utilisée pour la préparation des tableaux

Les statistiques descriptives présentées ici portent sur les nouveaux cas de cancer répartis selon le sexe et le siège. Les statistiques pour le Québec ont été comparées avec celles du reste du Canada. Afin de permettre la comparaison entre le Québec et le reste du Canada, des taux d'incidence normalisés (TINA) ont été calculés en utilisant la méthode de standardisation directe. La population de référence utilisée pour la normalisation a été fournie par Statistique Canada (Direction du recensement et de la démographie). Il s'agit de la répartition par groupe d'âge de 5 ans de la population canadienne de 2011, sexes réunis.

Tous les groupes de cancers ont été codés selon la Classification internationale des maladies pour l'oncologie, 3^e édition (CIM-O-3) (voir l'annexe 1). Les règles appliquées pour la codification des cancers primaires multiples (règles permettant de standardiser le nombre de cancers qui sont retenus dans les registres chez une personne en fonction du temps et du type de cancer) sont celles du Centre international de recherche sur le cancer (CIRC) (rapport 2004/02).

L'annexe 2 présente le détail des cancers qui sont inclus dans le siège « autres cancers ».

5. Résultats

A. Fichier des tumeurs du Québec corrigé pour 2010

Le tableau 1 présente la variation du nombre de nouveaux cas de cancer au Québec entre les données du FiTQ de 2010 publiées en 2013 et celles du FiTQ de 2010 corrigé.

Le nombre total de nouveaux cas pour 2010 passe de 43 871 pour le FiTQ à 47 655 pour le FiTQ corrigé, soit une augmentation de 3 784 cas ou 8,6 %.

Parmi les sièges de cancer dont l'augmentation est plus élevée que la moyenne, mentionnons le poumon et le pancréas avec des augmentations respectives de 13,1 % et de 21,2 % entre les données du FiTQ et celles du FiTQ corrigé.

Explications sommaires des changements sur l'incidence :

Le tableau 1 permet de voir la première partie de l'augmentation globale, soit l'augmentation entre le FiTQ de 2010 et le FiTQ de 2010 corrigé qui est essentiellement attribuable à l'automatisation du système ainsi qu'à l'utilisation systématique de nouvelles règles.

Le tableau 2 qui suit permet, pour sa part, d'apprécier la deuxième partie de l'augmentation entre les données du FiTQ de 2010 corrigé et les données du RQC de 2011, plus spécialement due à l'effet de l'ajout de nouvelles sources de déclaration.

Rappelons que les données de 2010 du FiTQ corrigé ont été traitées essentiellement avec le même système d'information que celles de 2011, soit en juin 2016. À ce jour, ces données présentent les mêmes anomalies que celles de 2011 avant leur correction manuelle. Les travaux actuellement en cours sur le système d'information auront un impact sur les données des années 1984 à 2010 présentes dans le RQC. Cet impact sera analysé et documenté.

Tableau 1
 Fichier des tumeurs du Québec et Fichier des tumeurs du Québec corrigé,
 selon le siège, pour l'année 2010
 HOMMES ET FEMMES

Sièges	2010	
	Québec	
	FiTQ ¹	FiTQ corrigé ²
	Nombre	Nombre
Poumon	7 189	8 130
Colorectal	5 684	6 095
Sein	5 658	5 698
Prostate	4 383	4 634
Vessie	2 351	2 466
Lymphome non hodgkinien	1 580	1 670
Rein	1 380	1 452
Corps de l'utérus	1 257	1 311
Thyroïde	1 242	1 243
Leucémie	1 141	1 188
Pancréas	1 043	1 264
Bouche	990	1 090
Mélanome	865	894
Estomac	773	837
Encéphale	715	833
Ovaire	647	708
Myélome multiple	565	646
Foie	420	556
Œsophage	394	442
Larynx	386	427
Col de l'utérus	314	309
Lymphome de Hodgkin	238	236
Testicule	211	210
Autres cancers ³	4 445	5 316
Total⁴	43 871	47 655

1 : Données du FiTQ telles que publiées en juin 2013.

2 : Données du FiTQ 2010 corrigées. En juin 2016, des corrections ont été effectuées pour certaines déclarations reçues et l'ensemble des données du FiTQ a été traité par le nouveau système du RQC.

3 : Autres cancers : voir l'annexe 2.

4 : Les données sur le nombre de nouveaux cas de cancer (incidence) ne tiennent pas compte des cancers de la peau autres que le mélanome (tumeurs sans autre indication; tumeurs épithéliales sans autre indication; et carcinomes basocellulaires et spinocellulaires).

B. Incidence du cancer au Québec en 2010 et en 2011

Les tableaux 2a, 2b, et 2c présentent le nombre de nouveaux cas de cancer selon le siège et le sexe pour le Québec en 2010 (FiTQ corrigé), le Québec en 2011 (données provenant du RQC) et le Canada excluant le Québec en 2011 (données produites par Statistique Canada).

Selon le FiTQ corrigé et le RQC préliminaire, l'incidence passe de 47 655 en 2010 à 53 045 en 2011, soit une augmentation de 11,3 %. Chez les hommes, le nombre total de nouveaux cas varie de 24 232 à 28 075, soit une augmentation de 15,9 %, alors que chez les femmes, le nombre passe de 23 581 à 24 957, soit une augmentation de 5,8 %.

En comparaison avec le reste du Canada, les trois sièges de cancer les plus fréquents en 2011 se présentent comme suit :

- sein, poumon et colorectal pour les femmes au Québec, soit le même rang et une répartition assez semblable à ce qui est observé ailleurs au Canada;
- prostate, poumon et colorectal pour les hommes au Québec comparativement à prostate, côlon-rectum et poumon pour le Canada excluant le Québec, soit un rang un peu différent que ce qui est observé ailleurs au Canada, et des proportions qui diffèrent plus que chez les femmes.

Explications sommaires des changements sur l'incidence :

La correction de la sous-déclaration due à l'absence d'hospitalisation lors du diagnostic du cancer explique les augmentations attendues du nombre de cas, particulièrement pour la prostate et le mélanome. De plus, la date du diagnostic, qui était celle de la sortie de l'hospitalisation dans le FiTQ, devient prioritairement la date du prélèvement des cellules pour l'analyse pathologique. Cet ajustement rendra le calcul de la survie comparable à celui des autres registres du Canada.

Pour 2011, l'ajout des informations provenant de tous les rapports de pathologie et de cytologie produits pour un cancer entraîne une augmentation substantielle du nombre de nouveaux cas de cancer au Québec.

Le taux historiquement plus élevé d'incidence du cancer du poumon au Québec ainsi que les éléments présentés dans ce document contribuent à expliquer les différences avec le reste du Canada.

Tableau 2a
 Incidence du cancer au Québec selon le siège en 2010 et en 2011
 et comparaison avec le reste du Canada en 2011
 HOMMES ET FEMMES

Sièges	2010		2011				Différence de points de % Québec-Canada
	Québec ¹ FiTQ corrigé		Québec ² RQC		Canada ³		
	Nombre	% ⁴	Nombre	%	Nombre	%	
Poumon	8 130	17,06	8 624	16,26	16 505	12,45	3,81
Colorectal	6 095	12,79	6 317	11,91	15 950	12,04	-0,13
Sein	5 698	11,96	6 126	11,55	17 655	13,32	-1,77
Prostate	4 634	9,72	7 710	14,53	18 920	14,28	0,25
Vessie	2 466	5,17	2 534	4,78	5 165	3,90	0,88
Lymphome non hodgkinien	1 670	3,50	1 993	3,76	5 265	3,97	-0,21
Rein	1 452	3,05	1 563	2,95	3 870	2,92	0,03
Corps de l'utérus	1 311	2,75	1 311	2,47	4 175	3,15	-0,68
Pancréas	1 264	2,65	1 264	2,38	3 160	2,38	0,00
Thyroïde	1 243	2,61	1 455	2,74	4 435	3,35	-0,61
Leucémie	1 188	2,49	1 244	2,35	3 920	2,96	-0,61
Bouche	1 090	2,29	1 236	2,33	3 140	2,37	-0,04
Mélanome	894	1,88	1 487	2,80	4 955	3,74	-0,94
Estomac	837	1,76	857	1,62	2 300	1,74	-0,12
Encéphale	833	1,75	734	1,38	1 890	1,43	-0,05
Ovaire	708	1,49	659	1,24	1 890	1,43	-0,19
Myélome multiple	646	1,36	685	1,29	1 705	1,29	0,00
Foie	556	1,17	515	0,97	1 440	1,09	-0,12
Œsophage	442	0,93	450	0,85	1 415	1,07	-0,22
Larynx	427	0,90	374	0,71	770	0,58	0,13
Col de l'utérus	309	0,65	373	0,70	1 090	0,82	-0,12
Lymphome de Hodgkin	236	0,50	278	0,52	695	0,52	0,00
Testicule	210	0,44	197	0,37	790	0,60	-0,23
Autres cancers ⁵	5 316	11,16	5 059	9,54	11 420	8,62	0,92
Total⁴	47 655	100	53 045	100	132 520	100	

1 : Données du FiTQ corrigées. En juin 2016, des corrections ont été effectuées pour certaines déclarations reçues et l'ensemble des données du FiTQ a été traité par le nouveau système du RQC.

2 : Données préliminaires extraites du RQC le 1^{er} avril 2017.

3 : Les données du Canada excluent celles du Québec (www.statcan.gc.ca : CANSIM table 103-0555 consultée le 11 août 2017).

4 : % = proportion du nombre de nouveaux cas pour le siège de cancer par rapport au nombre total. Les données sur le nombre de nouveaux cas de cancer (incidence) ne tiennent pas compte des cancers de la peau autres que le mélanome (tumeurs sans autre indication; tumeurs épithéliales sans autre indication; et carcinomes basocellulaires et spinocellulaires).

5 : Autres cancers : voir l'annexe 2.

Tableau 2b
 Incidence du cancer au Québec selon le siège en 2010 et en 2011
 et comparaison avec le reste du Canada en 2011
 HOMMES

Sièges	2010		2011		Différence de points de % Québec-Canada		
	Québec ¹ FiTQ corrigé		Québec ² RQC			Canada ³	
	Nombre	% ⁴	Nombre	%	Nombre	%	
Prostate	4 634	19,12	7 708	27,46	18 920	27,57	-0,11
Poumon	4 480	18,49	4 656	16,58	8 565	12,48	4,10
Colorectal	3 299	13,61	3 379	12,04	8 735	12,73	-0,69
Vessie	1 835	7,57	1 853	6,60	3 915	5,70	0,90
Lymphome non hodgkinien	934	3,85	1 060	3,78	2 840	4,14	-0,36
Rein	860	3,55	971	3,46	2 465	3,59	-0,13
Bouche	735	3,03	855	3,05	3 185	4,64	-1,59
Leucémie	671	2,77	739	2,63	2 315	3,37	-0,74
Pancréas	649	2,68	622	2,22	1 600	2,33	-0,11
Estomac	523	2,16	553	1,97	1 465	2,13	-0,16
Mélanome	487	2,01	763	2,72	2 655	3,87	-1,15
Encéphale	448	1,85	396	1,41	1 065	1,55	-0,14
Foie	400	1,65	379	1,35	1 105	1,61	-0,26
Larynx	353	1,46	299	1,07	630	0,92	0,15
Myélome multiple	346	1,43	379	1,35	965	1,41	-0,06
Œsophage	335	1,38	346	1,23	1 065	1,55	-0,32
Thyroïde	292	1,21	329	1,17	1 040	1,52	-0,35
Testicule	210	0,87	197	0,70	790	1,15	-0,45
Lymphome de Hodgkin	133	0,55	155	0,55	385	0,56	-0,01
Sein	51	0,21	45	0,16	140	0,20	-0,04
Autres cancers ⁵	2 557	10,55	2 391	8,52	4 790	6,98	1,54
Total⁴	24 232	100	28 075	100	68 635	100	

1 : Données du FiTQ corrigées. En juin 2016, des corrections ont été effectuées pour certaines déclarations reçues et l'ensemble des données du FiTQ a été traité par le nouveau système du RQC.

2 : Données préliminaires de 2011 extraites du RQC le 1^{er} avril 2017.

3 : Les données du Canada excluent celles du Québec (www.statcan.gc.ca : CANSIM table 103-0555 consultée le 11 août 2017).

4 : % = proportion du nombre de nouveaux cas pour le siège de cancer par rapport au nombre total. Les données sur le nombre de nouveaux cas de cancer (incidence) ne tiennent pas compte des cancers de la peau autres que le mélanome (tumeurs sans autre indication; tumeurs épithéliales sans autre indication; et carcinomes basocellulaires et spinocellulaires).

5 : Autres cancers : voir l'annexe 2.

Tableau 2c
 Incidence du cancer au Québec selon le siège en 2010 et en 2011
 et comparaison avec le reste du Canada en 2011
 FEMMES

Sièges	2010		2011				
	Québec ¹ FiTQ corrigé		Québec ² RQC		Canada ³		Différence de points de % Québec- Canada
	Nombre	% ⁴	Nombre	%	Nombre	%	
Sein	5 668	24,04	6 080	24,36	17 515	27,42	-3,06
Poumon	3 657	15,51	3 968	15,90	7 935	12,42	3,48
Colorectal	2 829	12,00	2 938	11,77	7 210	11,29	0,48
Corps de l'utérus	1 311	5,56	1 311	5,25	4 175	6,54	-1,29
Thyroïde	951	4,03	1 126	4,51	3 395	5,31	-0,80
Lymphome non hodgkinien	778	3,30	931	3,73	2 425	3,80	-0,07
Ovaire	708	3,00	659	2,64	1 890	2,96	-0,32
Vessie	632	2,68	681	2,73	1 245	1,95	0,78
Pancréas	615	2,61	642	2,57	1 560	2,44	0,13
Rein	593	2,51	592	2,37	1 405	2,20	0,17
Leucémie	527	2,23	501	2,01	1 180	1,85	0,16
Mélanome	412	1,75	724	2,90	2 300	3,60	-0,70
Encéphale	386	1,64	338	1,35	825	1,29	0,06
Bouche	367	1,56	380	1,52	965	1,51	0,01
Estomac	314	1,33	303	1,21	840	1,31	-0,10
Col de l'utérus	310	1,31	373	1,49	1 090	1,71	-0,22
Myélome multiple	305	1,29	305	1,22	740	1,16	0,06
Foie	156	0,66	136	0,54	335	0,52	0,02
Œsophage	107	0,45	104	0,42	350	0,55	-0,13
Lymphome de Hodgkin	105	0,45	123	0,49	310	0,49	0,00
Larynx	74	0,31	74	0,30	135	0,21	0,09
Autres cancers ⁵	2 776	11,77	2 666	10,68	6 060	9,49	1,19
Total⁴	23 581	100	24 957	100	63 885	100	

1 : Données du FiTQ corrigées. En juin 2016, des corrections ont été effectuées pour certaines déclarations reçues et l'ensemble des données du FiTQ a été traité par le nouveau système du RQC.

2 : Données préliminaires de 2011 extraites du RQC le 1^{er} avril 2017.

3 : Les données du Canada excluent celles du Québec (www.statcan.gc.ca : CANSIM table 103-0555 consultée le 11 août 2017).

4 : % = proportion du nombre de nouveaux cas pour le siège de cancer par rapport au nombre total. Les données sur le nombre de nouveaux cas de cancer (incidence) ne tiennent pas compte des cancers de la peau autres que le mélanome (tumeurs sans autre indication; tumeurs épithéliales sans autre indication; et carcinomes basocellulaires et spinocellulaires).

5 : Autres cancers : voir l'annexe 2.

C. Taux d'incidence du cancer normalisé selon l'âge en 2011

Les tableaux 3a et 3b présentent des TINA en fonction du siège du cancer et du sexe en 2011, au Québec et ailleurs au Canada.

Selon les données préliminaires 2011, chez les hommes, le TINA pour l'ensemble des cancers est de 672,8/100 000 alors qu'il est de 575,4/100 000 ailleurs au Canada. Chez les femmes, ce taux est de 581,6/100 000 et de 466,4/100 000 ailleurs au Canada.

Explications sommaires des changements sur l'incidence :

Les données suggèrent que les TINA pour les principaux cancers (poumon, prostate, sein et colorectal) sont plus élevés au Québec qu'ailleurs au Canada. Elles suggèrent aussi que les taux du cancer de la vessie sont plus élevés pour les hommes et que le taux de cancer de la thyroïde serait plus élevé chez les femmes que chez les hommes, et ce, tant au Québec qu'ailleurs au Canada. Comme les données sont préliminaires, tirer des conclusions hâtives pour le moment serait inapproprié. Des analyses et des validations supplémentaires permettront de mieux comprendre la situation et les enjeux entourant la comparabilité des données.

Tableau 3a
 Incidence du cancer selon le siège au Québec et au Canada en 2011
 (nombre de nouveaux cas et taux normalisés pour 100 000 personnes)
 HOMMES

Sièges	2011				
	Québec ¹ RQC		Canada ²		Différence de points de taux Québec- Canada
	Nombre	TINA ³	Nombre	TINA	
Prostate	7 708	182,7	18 920	157,1	25,6
Poumon	4 656	111,3	8 565	73,0	38,3
Colorectal	3 379	80,8	8 735	74,1	6,7
Vessie	1 853	44,7	3 915	34,3	10,4
Lymphome non hodgkinien	1 060	25,6	2 840	23,6	2,0
Rein	971	23,3	2 465	20,2	3,1
Bouche	855	20,5	3 185	17,7	2,8
Mélanome	763	18,4	2 655	22,1	-3,7
Leucémie	739	17,9	2 315	19,6	-1,7
Pancréas	622	15,0	1 600	13,5	1,5
Estomac	553	13,3	1 465	12,4	0,9
Encéphale	396	9,7	1 065	8,5	1,2
Myélome multiple	379	9,1	965	8,2	0,9
Foie	379	9,1	1 105	9,0	0,1
Œsophage	346	8,2	1 065	9,0	-0,8
Thyroïde	329	8,0	1 040	8,2	-0,2
Larynx	299	7,1	630	5,3	1,8
Testicule	197	5,0	790	6,0	-1,0
Lymphome de Hodgkin	155	3,9	385	3,0	0,9
Sein	45	1,1	140	1,2	-0,1
Autres cancers ⁴	2 391	57,8	4 790	49,4	8,4
Total ⁵	28 075	672,8	68 635	575,4	97,4

1 : Données préliminaires extraites du RQC le 1^{er} avril 2017.

2 : Les données du Canada excluent celles du Québec (www.statcan.gc.ca : CANSIM table 103-0555 consultée le 11 août 2017).

3 : Taux d'incidence normalisé selon l'âge. Population de référence : Canada 2011, groupes d'âge quinquennaux, sexes réunis.

4 : Autres cancers : voir l'annexe 2.

5 : Les données sur le nombre de nouveaux cas de cancer (incidence) ne tiennent pas compte des cancers de la peau autres que le mélanome (tumeurs sans autre indication; tumeurs épithéliales sans autre indication; et carcinomes basocellulaires et spinocellulaires).

Tableau 3b
 Incidence du cancer selon le siège au Québec et au Canada en 2011
 (nombre de nouveaux cas et taux normalisés pour 100 000 personnes)
 FEMMES

Sièges	2011				Différence de points de taux Québec-Canada
	Québec ¹ RQC		Canada ²		
	Nombre	TINA ³	Nombre	TINA	
Sein	6 080	142,6	17 515	129,5	13,1
Poumon	3 968	91,2	7 935	57,6	33,6
Colorectal	2 938	67,6	7 210	51,4	16,2
Corps de l'utérus	1 311	30,5	4 175	31,2	-0,7
Thyroïde	1 126	27,4	3 395	25,6	1,8
Lymphome non hodgkinien	931	21,6	2 425	17,6	4,0
Mélanome	724	17,3	2 300	17,0	0,3
Vessie	681	15,7	1 245	8,8	6,9
Ovaire	659	15,4	1 890	13,9	1,5
Pancréas	642	14,7	1 560	11,1	3,6
Rein	592	13,8	1 405	8,8	5,0
Leucémie	501	11,6	1 180	11,5	0,1
Bouche	380	8,8	965	7,0	1,8
Col de l'utérus	373	9,1	1 090	8,2	0,9
Encéphale	338	8,0	825	6,1	1,9
Myélome multiple	305	7,0	740	5,3	1,7
Estomac	303	7,0	840	6,0	1,0
Foie	136	3,1	335	2,4	0,7
Lymphome de Hodgkin	123	3,0	310	2,3	0,7
Œsophage	104	2,4	350	2,5	-0,1
Larynx	74	1,7	135	1,0	0,7
Autres cancers ⁴	2666	62,0	6 060	41,6	20,4
Total ⁵	24 957	581,6	63 885	466,4	115,2

1 : Données préliminaires extraites du RQC le 1^{er} avril 2017.

2 : Les données du Canada excluent celles du Québec (www.statcan.gc.ca : CANSIM table 103-0555 consultée le 11 août 2017).

3 : Taux d'incidence normalisé selon l'âge. Population de référence : Canada 2011, groupes d'âge quinquennaux, sexes réunis.

4 : Autres cancers : voir l'annexe 2.

5 : Les données sur le nombre de nouveaux cas de cancer (incidence) ne tiennent pas compte des cancers de la peau autres que le mélanome (tumeurs sans autre indication; tumeurs épithéliales sans autre indication; et carcinomes basocellulaires et spinocellulaires).

6. Mise en garde concernant l'interprétation des résultats

Les données publiées dans ce document corrigent certaines lacunes du FiTQ et donnent un portrait plus proche de l'incidence réelle du cancer au Québec pour les années 2010 et 2011. Il reste toutefois de nombreuses étapes à franchir avant d'affirmer avec certitude que les résultats ne vont plus évoluer ou très peu.

Afin de ne pas créer de confusion en mettant en circulation plusieurs versions des données d'incidence du cancer au Québec pour les années 1984 à 2010, ce sont les données du FiTQ (version juin 2013) qui continueront à être utilisées dans les publications d'incidence. Ainsi, il n'est pas recommandé de diffuser les données corrigées pour 2010 aux fins d'évolution avec les années antérieures à 2010. Les données corrigées seront cependant disponibles lors d'extractions spécifiques à des demandes, notamment pour des projets de recherche.

Étant donné le caractère préliminaire des résultats, l'interprétation des données d'incidence pour l'année 2011 doit être faite avec prudence. Pour une diffusion, il est recommandé d'indiquer que cette année est préliminaire avec la mention 2011p, et d'inscrire les sources de données pour les données antérieures à 2011, soit le FiTQ et le RQC pour 2011. Il est suggéré d'inscrire en grisé ou ombré les données préliminaires 2011.

7. Prochaines étapes de mise à niveau des processus et du système

Traitement des données :

- À l'hiver 2018, l'analyse par la DGC des résultats préliminaires de 2011 permettra de déterminer la validité des données pour chaque région et la pertinence de leur diffusion;
- Les données de 2012 seront analysées en tenant compte des dernières corrections apportées au système d'information.

Validation :

- Une communication avec les RLC est nécessaire pour certains cas afin de vérifier des informations au dossier médical et finaliser les travaux de validation des données de 2011;
- Des travaux sont en cours pour effectuer les corrections aux dernières anomalies relevées dans le système lors de la validation des données de 2011;
- Les travaux effectués pour les données de 2011 seront systématisés pour procéder à la validation et la production des données de 2012 et des années subséquentes.

Évolution du système du RQC :

- Les systèmes d'information du RQC et des RLC doivent être adaptés pour suivre l'évolution des normes internationales pour les tumeurs diagnostiquées en 2018, particulièrement pour l'identification des tumeurs primaires multiples et du stade de la tumeur au moment du diagnostic;

- Les travaux pour automatiser le raccordement, pour une même tumeur, des nouvelles données sur le stade de la tumeur au moment du diagnostic ainsi que sur la première ligne de traitement reçue doivent être réalisés pour le traitement des données des années 2014 et suivantes.

8. Conclusion

La création du RQC a débuté en 2010 et des travaux majeurs de consolidation sont réalisés pour assurer la finalité de ce que doit être à terme le RQC, soit un registre contenant des données fiables et qui présente la situation actuelle du cancer au Québec. Le défi était de taille, beaucoup de travail a été accompli et plusieurs étapes restent encore à franchir. Le contenu de cette publication des données préliminaires permet de faire le point sur l'état d'avancement des travaux à ce jour. Les données du FiTQ 2010 corrigé et celles du RQC 2011 témoignent des améliorations apportées. Ces changements sont complexes et requièrent beaucoup de temps, la validation devant être réalisée par triangulation, en utilisant différentes méthodes.

Au cours de la prochaine année, l'intégration des données de 2012 et suivantes causera d'autres fluctuations des données. Ce phénomène devrait être significatif pour les premières années du RQC, les cas prévalents devenant moins nombreux graduellement selon la trajectoire de soins des différents types de cancer. Il sera aussi atténué à compter de 2013 en raison de la transmission des données présentant une plus grande fiabilité provenant des RLC, qui effectuent une vérification de l'ensemble des données pour chaque tumeur.

Les anomalies corrigées dans le système et l'automatisation de certains éléments permettront une analyse plus efficace et plus rapide, et une publication des prochaines données à un rythme plus soutenu.

Pour la population du Québec et le RSSS, un registre central est essentiel, car il permet une meilleure identification des cas de cancer. Ainsi, il sera possible d'avoir une connaissance plus exhaustive et précise de l'évolution de l'incidence de la maladie au Québec et de ses caractéristiques afin de soutenir les activités de surveillance du cancer et l'ajustement continu de l'offre de soins et de services en cancérologie.

Annexes

ANNEXE 1 : Codes utilisés pour identifier les sièges de cancer

Siège IARC	Topographie (CIM-O-3)	Histologie (CIM-O-3)
Bouche	C00.x-C14.x	*
Col de l'utérus	C53.x	*
Colorectal	C18.x-C20.x et C26.0	*
Corps de l'utérus	C54.x et C55.x	*
Encéphale	C70.x-C72.x	*
Estomac	C16.x	*
Foie	C22.0	*
Larynx	C32.x	*
Leucémie	<u>Cas 1</u> : † <u>Cas 2</u> : C42.0, C42.1 et C42.4	<u>Cas 1</u> : 9733, 9742, 9800, 9801, 9805, 9820, 9826, 9831-9837, 9840, 9860, 9861, 9863, 9866, 9867, 9870-9876, 9891, 9895-9897, 9910, 9920, 9930, 9931, 9940, 9945, 9946, 9948, 9963 et 9964 <u>Cas 2</u> : 9823 et 9827
Lymphome hodgkinien	†	9650-9667
Lymphome non hodgkinien	<u>Cas 1</u> : † <u>Cas 2</u> : †, excluant C42.0, C42.1 et C42.4	<u>Cas 1</u> : 9590-9596, 9670-9719 et 9727-9729 <u>Cas 2</u> : 9823 et 9827
Mélanome	C44.x	8720-8790
Myélome multiple	†	9731, 9732 et 9734
Œsophage	C15.x	*
Ovaires	C56.x	*
Pancréas	C25.x	*
Poumon	C34.x	‡
Prostate	C61.x	*
Rein	C64.x et C65.x	*
Sein	C50.x	*
Testicule	C62.x	*
Thyroïde	C73.x	*
Vessie	C67.x	*
Peau (sauf mélanome)	C44.x	‡

* Toutes les histologies, excluant les suivantes : 9050-9055, 9140 et 9590-9992.

† Toutes les topographies.

‡ Toutes les histologies, excluant les suivantes : 8720-8790.

‡ Toutes les histologies, excluant les suivantes : 9050-9055.

ANNEXE 2 : Cancers inclus dans le siège « autres cancers » – fréquence et codes

Siège de la tumeur	Nombre (total = 5073)	%	Topographie	Morphologie
Système hématopoïétique	1 447	28,52	C420, C421, C423, C424	8000; 9740; 9741; 9751; 9761; 9762; 9807; 9811; 9812; 9813; 9814; 9815; 9818; 9865; 9869; 9950; 9961; 9962; 9971; 9975; 9980; 9982; 9983; 9985; 9986; 9989; 9992
Siège inconnu	1 040	20,5	C809	8000; 8004; 8005; 8010; 8012; 8013; 8020; 8021; 8022; 8033; 8041; 8043; 8044; 8046; 8050; 8070; 8071; 8072; 8082; 8083; 8120; 8123; 8140; 8153; 8200; 8230; 8240; 8243; 8246; 8249; 8255; 8260; 8261; 8263; 8310; 8441; 8461; 8480; 8481; 8490; 8500; 8560; 8574; 8720; 8800; 8830; 8890; 8891
Voies biliaires autres et non précisées	402	7,93	C240, C241, C248, C249 C221	8000; 8001; 8010; 8021; 8140; 8156; 8160; 8162; 8180; 8210; 8246; 8260; 8261; 8263; 8480; 8481; 8490; 8560
Tissus mous	273	5,38	C490-C496, C498-C499	8000; 8002; 8003; 8004; 8070; 8240; 8800; 8801; 8802; 8804; 8805; 8810; 8811; 8815; 8830; 8832; 8833; 8850; 8851; 8852; 8853; 8854; 8855; 8858; 8890; 8891; 8893; 8900; 8901; 8910; 8920; 8982; 8990; 9040; 9041; 9043; 9044; 9085; 9120; 9133; 9150; 9180; 9231; 9240; 9252; 9260; 9364; 9370; 9540; 9561; 9581; 9751; 9755
Intestin grêle	195	3,84	C170-C173, C178-C179	8000; 8004; 8010; 8021; 8140; 8210; 8240; 8246; 8249; 8261; 8263; 8480; 8481; 8490; 8574; 8800; 8891; 8936
Organes digestifs autres et non précisés	181	3,57	C268-C269	8000; 8010; 8070; 8140; 8210; 8246; 8255; 8480; 8481; 8490; 8574; 8936
Cœur, médiastin, plèvre	168	3,31	C380-C384	8000; 8046; 8815; 8920; 8963; 9050; 9051; 9052; 9053; 9061; 9064; 9070; 9085; 9120; 9181; 9490
Anus	164	3,23	C210-C211, C218	8000; 8010; 8041; 8051; 8070; 8071; 8072; 8076; 8083; 8140; 8210; 8246; 8261; 8263; 8480; 8542; 8560; 8720; 8910

Vulve	143	2,82	C510-C512, C518, C519	8000; 8010; 8051; 8052; 8070; 8071; 8072; 8074; 8076; 8083; 8090; 8097; 8140; 8200; 8246; 8310; 8542; 8720; 8743; 8746; 8890; 9364
Vésicule biliaire	115	2,27	C239	8000; 8004; 8010; 8140; 8141; 8144; 8160; 8210; 8255; 8260; 8480; 8490
Os	108	2,13	C410-C414, C419 C400-C403	8000; 8004; 8430; 8804; 8830; 9180; 9181; 9220; 9231; 9240; 9243; 9250; 9260; 9270; 9310; 9364; 9370; 9371; 9751 8800; 8802; 8890; 9180; 9181; 9184; 9192; 9220; 9242; 9243; 9260; 9735; 9811
Péritoine- Rétropéritoine	106	2,09	C480-C482, C488	8000; 8140; 8240; 8246; 8441; 8460; 8461; 8680; 8801; 8802; 8810; 8815; 8850; 8851; 8852; 8858; 8890; 8901; 8931; 8936; 9050; 9051; 9052; 9053; 9070; 9080; 9260; 9490; 9500; 9724
Autres localisations et localisation mal définie	88	1,73	C760, C762- C763, C768	8000; 8001; 8004; 8070; 8071; 8083; 8140; 8240; 8246; 9500
Organes urinaires autres et non précisés	85	1,68	C680, C688, C689	8000; 8010; 8070; 8071; 8076; 8120; 8130; 8131; 8140; 8720
Œil et annexes	85	1,68	C690, C692- C696, C699	8000; 8010; 8050; 8070; 8071; 8074; 8083; 8147; 8200; 8720; 8730; 8770; 8771; 8772; 8910; 9510; 9511
Organes génitaux féminins autres et non précisés	69	1,36	C570, C574, C577-C579	8000; 8010; 8012; 8020; 8070; 8120; 8140; 8260; 8310; 8323; 8380; 8441; 8460; 8480; 8810
Uretère	57	1,12	C669	8000; 8004; 8010; 8120; 8130; 8801
Pénis	57	1,12	C600-C602, C608, C609	8000; 8051; 8052; 8070; 8071; 8076; 8083; 8542; 8720; 8890; 9140
Vagin	50	0,99	C529	8000; 8010; 8041; 8045; 8052; 8070; 8071; 8072; 8074; 8076; 8140; 8255; 8323; 8380; 8441; 8460; 8481; 8720; 8890; 8910
Fosses nasales-oreille moyenne	43	0,85	C300, C301	8000; 8010; 8020; 8052; 8070; 8071; 8072; 8121; 8200; 8260; 8560; 8746; 8890; 9081; 9522; 9751

Thymus	40	0,79	C379	8000; 8070; 8249; 8260; 8580; 8581; 8582; 8583; 8584; 8585; 8586
Glandes surrénales	37	0,73	C740, C741, C749	8000; 8010; 8290; 8370; 8700; 9490; 9500
Sinus annexe de la face	33	0,65	C310-C313, C318, C319	8000; 8010; 8020; 8070; 8071; 8072; 8140; 8200; 8260; 8430; 8560; 8562; 9370
Ganglions	22	0,43	C770, C772-C773, C775, C778-C779	8000; 9724; 9735; 9737; 9738; 9751; 9761; 9811; 9971
Glandes endocrines autres et non précisées	20	0,39	C750, C751, C753-C755, C759	8000; 8010; 8272; 8692; 8693; 9060; 9064; 9362
Nerfs	14	0,28	C470-C476	8801; 9364; 9500; 9540; 9560; 9561
Trachée	8	0,16	C339	8010; 8041; 8070; 8140
Organes génitaux masculins autres et non précisés	7	0,14	C632, C637	8083; 8542; 8800; 8851; 8858; 9052
Bouche	6	0,12	C020, C030, C059, C091, C099	9140; 9971
Appareils respiratoires autres et non précisés	5	0,1	C398, C399	8000; 8070; 8140
Poumon	2	0,04	C341, C349	9051; 9052
Placenta	2	0,04	C589	9100; 9105
Testicules	1	0,02	C629	9050