

Statistiques sur le cancer du poumon au Québec

Registre québécois du cancer – Fascicule d'information

Juillet 2026

ÉDITION

Cette publication a été réalisée par le Sous-ministériat à la santé physique et à la pharmaceutique en collaboration avec la Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux.

Le présent document est disponible uniquement en version électronique à l'adresse : publications.msss.gouv.qc.ca.

Pour plus d'information : Quebec.ca/gouv/santé-services-sociaux

Dépôt légal – 2026

Bibliothèque et Archives nationales du Québec

ISBN 978-2-555-01550-0 (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, 2026

AUTRICE

Cynthia Mbuya-Bienge, conseillère en accès aux données, analyse statistique et production d'information en cancérologie, Direction de la cancérologie (DC), ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS)

RÉDACTION

Janie Allaire, conseillère en analyse, production et interprétation des données en cancérologie, DC, MSSS

Annie Bourassa, conseillère stratégique, DC, MSSS

Karine Pinard, conseillère, DC, MSSS

Julie Pratte, conseillère, DC, MSSS

Sous la coordination de :

Dr Jean Latreille, directeur national, DC, MSSS

Mélanie Morneau, directrice, DC, MSSS

Guillaume Ruel, directeur adjoint, DC, MSSS

Avec la collaboration de :

Dre Nicole Bouchard, pneumologue spécialisée en oncologie pulmonaire, Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke

Caroline Cherhal, registraire en oncologie, Centre intégré de cancérologie du Centre hospitalier de l'Université de Montréal

Dr Simon Martel, clinicien chercheur et pneumologue, Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec – Université Laval

Comité national de dépistage et d'investigation en cancérologie pulmonaire, MSSS

Comité national de gouverne du réseau de cancérologie pulmonaire, MSSS

REMERCIEMENTS

Les auteurs tiennent à remercier toute l'équipe de la direction adjointe du dépistage et de la surveillance ainsi que les collaborateurs qui ont contribué à ce document.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	1
Histologie du cancer du poumon	1
Localisation des cancers du poumon	3
Stades du cancer du poumon	4
Comparaison entre différentes provinces	9
DISCUSSION	10
ANNEXE 1 – NOTES MÉTHODOLOGIQUES	12

LISTE DES TABLEAUX ET DES FIGURES

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 Combinaison du code de comportement, topographie et histologie permettant d'identifier les cas de cancer du poumon dans le RQC	12
Tableau 2 Histologie du cancer du poumon	13

LISTE DES FIGURES

Figure 1 – Incidence et taux d'incidence normalisé selon l'âge, du cancer du poumon au Québec de 2018 à 2022 (n = 51 653)	1
Figure 2 – Distribution des types histologiques du cancer du poumon au Québec de 2018 à 2022 (n = 51 430)	2
Figure 3 – Répartition des sous-types histologiques spécifiques du cancer du poumon au Québec de 2018 à 2022 (n = 51 430)	2
Figure 4 – Localisation anatomique des cas de cancer du poumon au Québec de 2018 à 2022 (n = 51 654)	3
Figure 5 – Localisation des cas de cancer du poumon selon le type histologique au Québec de 2018 à 2022 (n = 51 430)	4
Figure 6 – Stade clinique au diagnostic en fonction du type histologique au Québec pour la période de 2018 à 2022 (n = 51 413)	5
Figure 7 – Stade pathologique en fonction du type histologique au Québec entre 2018 et 2022 pour (A) tous les cas de cancer du poumon (n = 50 949) et (B) les individus ayant eu un stade pathologique (n = 17 621)	6
Figure 8 – Distribution des stades clinique et pathologique post-traitement néoadjuvant pour les individus ayant reçu un traitement néoadjuvant au Québec entre 2018 et 2022 (n = 361)	7
Figure 9 – Stade clinique et pathologique pour les individus n'ayant pas reçu de traitement néoadjuvant au Québec entre 2018 et 2022 (n = 16 428)	8
Figure 10 – Meilleur stade en fonction du type histologique au Québec pour la période de 2018 à 2022 (n = 51 401)	9
Figure 11 – Comparaison du stade clinique au diagnostic entre différentes provinces pour l'année 2020	10

LISTE DES SIGLES ET DES ACRONYMES

AJCC	<i>American Joint Committee on Cancer</i>
CIM-O-3	Classification internationale des maladies pour l'oncologie, 3e édition
CPPC	Cancer du poumon à petites cellules
CPNPC	Cancer du poumon non à petites cellules
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
RQC	Registre québécois du cancer
SEER	<i>Surveillance, Epidemiology, and End Results</i>
TINA	Taux d'incidence normalisé selon l'âge
TNM	<i>Tumor, Nodes, Metastasis</i>

INTRODUCTION

Le cancer du poumon est le cancer le plus fréquent au Québec. De 2018 à 2022, en moyenne 10 300 cas de cancer ont été diagnostiqués annuellement dans cette province (**Figure 1**). Au cours de cette période, une différence absolue s'est creusée entre les femmes et les hommes caractérisée par une augmentation du nombre de cas chez les femmes alors que le nombre restait stable chez les hommes.

À l'inverse, le taux d'incidence normalisé selon l'âge (TINA) qui représente le nombre de nouveaux cas de cancer par 100 000 personnes, ajusté en fonction de la structure de l'âge d'une population de référence, soit celle du Québec en 2011, a diminué au début de la période, pour légèrement augmenter par la suite.

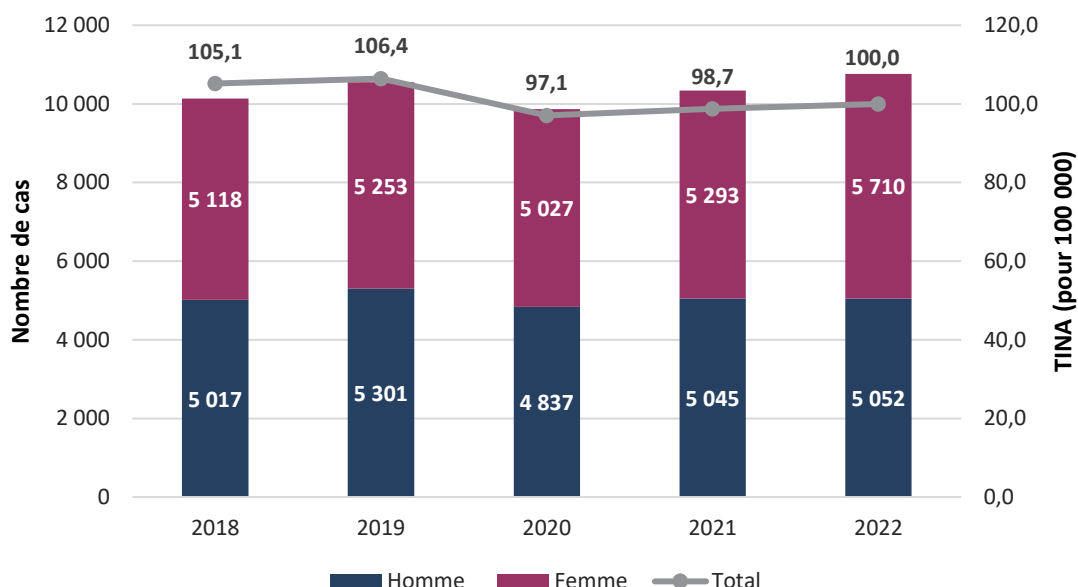


Figure 1 – Incidence et taux d'incidence normalisé selon l'âge, du cancer du poumon au Québec de 2018 à 2022 (n = 51 653)

HISTOLOGIE DU CANCER DU POUMON

Le cancer du poumon se divise principalement en deux grandes catégories : le cancer du poumon à petites cellules (CPPC) et le cancer du poumon non à petites cellules (CPNPC). En moyenne, au Québec, les CPNPC représentent 88 % des cas de cancers du poumon et les CPPC, 12 %. Les CPNPC se subdivisent également en sous-types histologiques, dont les principaux sont l'adénocarcinome qui représente environ 54 % des cas, le carcinome non à petites cellules de nature non précisée qui représente 27 % des cas et le carcinome épidermoïde qui compte pour 17 % des cas (**Figure 2**). Les autres sous-types histologiques du CPNPC incluent entre autres le carcinome à grandes cellules, le carcinome adénoquameux, le carcinome sarcomatoïde et les tumeurs de type salivaire. Ils représentent 2 % des cas de CPNPC (voir Annexe 1 pour plus de détails sur la classification des histologies du poumon).

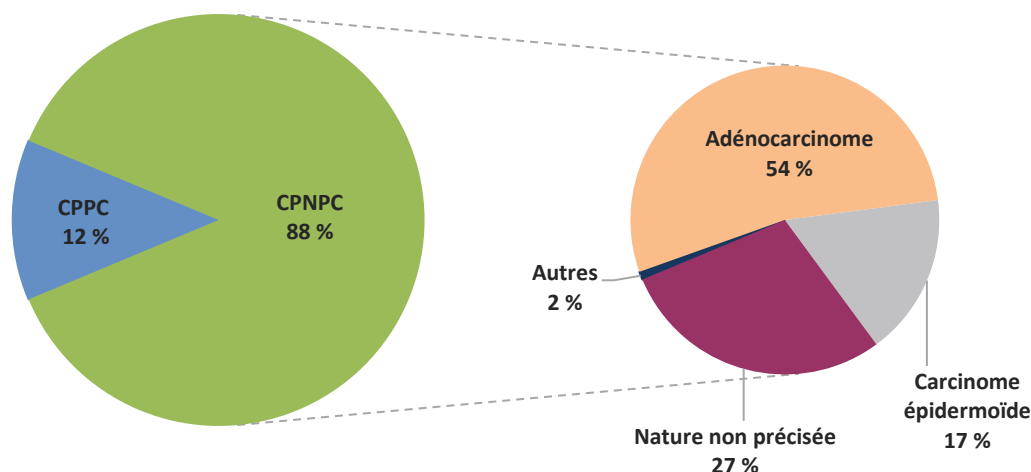


Figure 2 – Distribution des types histologiques du cancer du poumon au Québec de 2018 à 2022 (n = 51 430)

Note : 224 cas de cancer du poumon sont exclus puisque l'histologie est rare et non spécifique au cancer du poumon.

Par ailleurs, les CPPC et CPNPC se déclinent en plusieurs sous-types spécifiques définis selon leurs histologies. Les dix sous-types les plus fréquents, qui constituent 85 % de l'ensemble des cancers du poumon, sont présentés à la **Figure 3**. Parmi ceux-ci figurent les adénocarcinomes infiltrants (24,2 %), les tumeurs malignes d'histologie non précisée (19,6 %), les carcinomes épidermoïdes (10,3 %), les carcinomes à petites cellules (8,9 %) et les adénocarcinomes acinaires (8,7 %). Bien que de légères variations annuelles soient observées entre 2018 et 2022 dans la proportion de certains sous-types, aucune tendance claire ne se dégage.

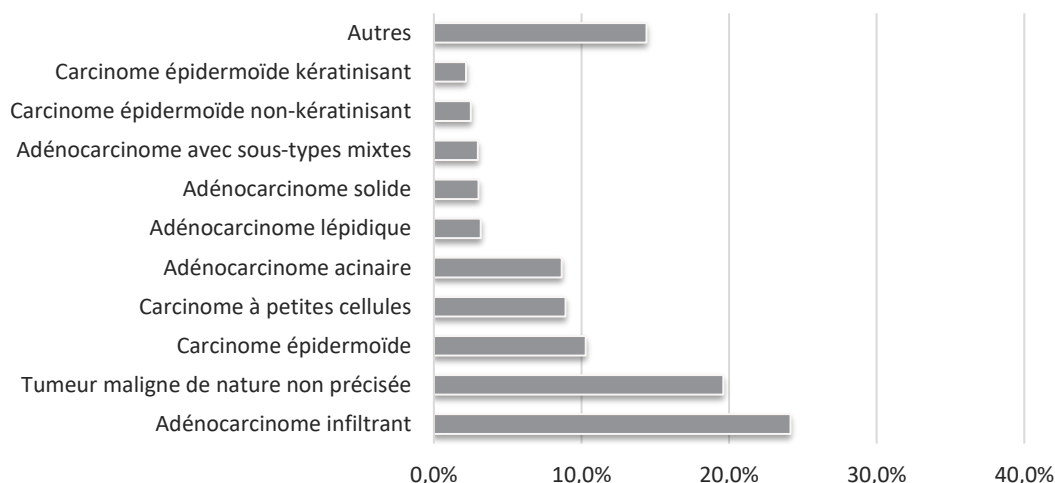


Figure 3 – Répartition des sous-types histologiques spécifiques du cancer du poumon au Québec de 2018 à 2022 (n = 51 430)

Note : 224 cas de cancer du poumon sont exclus puisque l'histologie est rare et non spécifique au cancer du poumon.

LOCALISATION DES CANCERS DU POUMON

La localisation des cancers du poumon se répartit comme suit : environ 5 % sont localisés dans les bronches souches, 27 % dans les lobes inférieurs, 4 % dans le lobe moyen, 53 % dans les lobes supérieurs et 10 % ont une localisation non spécifiée. Les cancers du poumon se développent majoritairement dans le poumon droit (55,4 % des cas) comparativement au poumon gauche (37,9 % des cas).

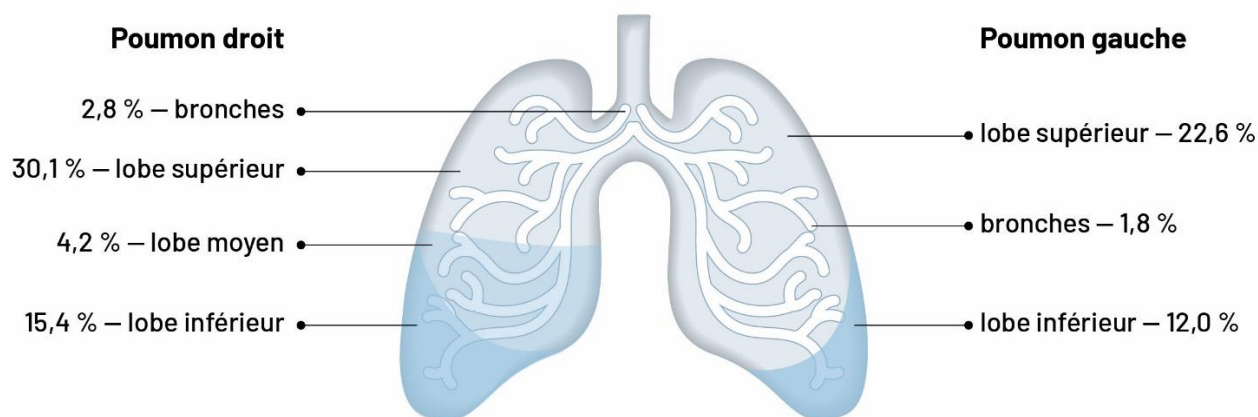


Figure 4 – Localisation anatomique des cas de cancer du poumon au Québec de 2018 à 2022 (n = 51 654)

La localisation des cancers semble aussi varier selon le type de cancer du poumon (**Figure 5**). En effet, le CPPC se développe en plus grande proportion au niveau des bronches avec 12,4 % de ses cas comparativement à 3,6 % des cas de CPNPC. Ce dernier tend à se développer majoritairement dans les lobes supérieurs (54,0 % des cas de CPNPC, *versus* 43,9 % des cas de CPPC). Pour les principaux sous-types histologiques du CPNPC, l'adénocarcinome semble se localiser moins fréquemment dans les bronches (2,5 %) et dans les lobes inférieurs (28,4 %), comparativement au carcinome épidermoïde (6,2 % et 32,2 %, respectivement).

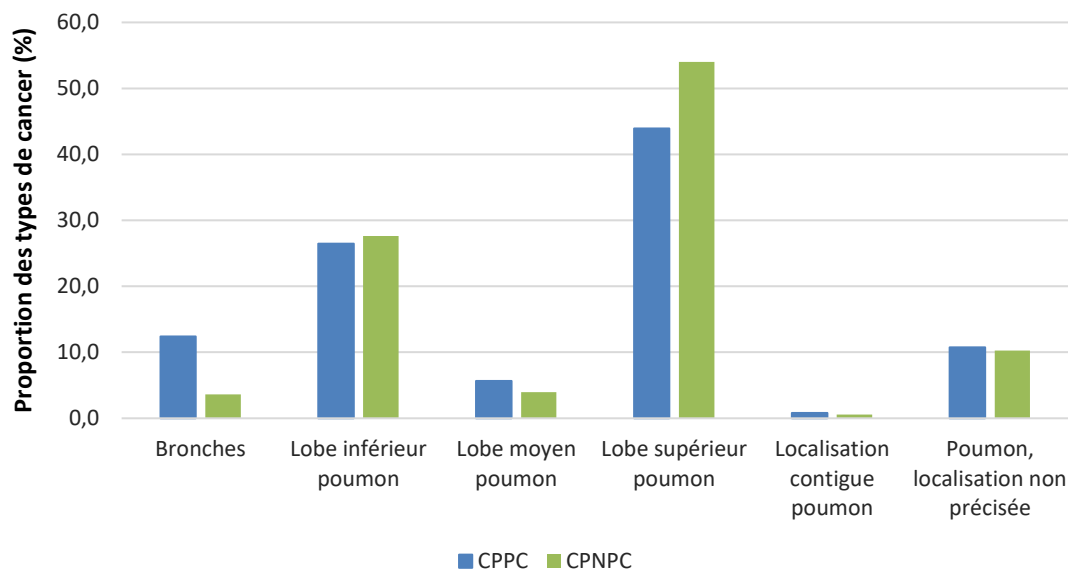


Figure 5 – Localisation des cas de cancer du poumon selon le type histologique au Québec de 2018 à 2022 (n = 51 430)

Note : 224 cas de cancer du poumon sont exclus puisque l'histologie est rare et non spécifique au cancer du poumon.

STADES DU CANCER DU POUMON

Le stade du cancer permet de décrire l'étendue de la maladie notamment la taille de la tumeur, la présence de ganglions lymphatiques atteints et la présence de métastases. La stadification des tumeurs est importante, car elle informe sur l'évolution de la maladie ainsi que le pronostic d'un individu et elle permet de planifier le traitement. Une tumeur peut se voir attribuer un stade clinique, un stade pathologique ou les deux. Le stade clinique est déterminé au moment du diagnostic sur la base d'examens et de tests d'imagerie ou de biopsies avant qu'un traitement ne soit reçu. Le stade pathologique est établi à la suite d'une chirurgie et de l'analyse du tissu enlevé lors de cette dernière. Toutefois, lorsqu'un traitement néoadjuvant est administré avant la chirurgie, un stade pathologique post-traitement néoadjuvant est attribué. Également, une variable du meilleur stade a été développée pour compléter et intégrer les informations des deux autres stades. Les stades vont de 0 à IV, où un stade 0 représente un cancer *in situ* (non invasif) et un stade IV indique un cancer avancé avec métastases. Plus le chiffre du stade est élevé, plus la taille de la tumeur ou l'étendue de sa propagation (ganglions ou métastases) est grande.

Entre 2018 et 2022, pour la grande majorité des cas (85,9 %), l'investigation du cancer du poumon a permis d'attribuer un stade clinique au moment du diagnostic (**Figure 6**). La plus grande proportion (35,4 %) est diagnostiquée à un stade clinique IV tandis que les cas diagnostiqués à un stade clinique I, II ou III correspondaient à 31,1 %, 6,2 % et 13,1 %, respectivement. Les CPPC avaient une proportion plus élevée de cancers diagnostiqués à un stade IV (55,9 %) contrairement aux CPNPC (32,7 %). En plus de ces cas, un total de 393 carcinomes *in situ* ont également été diagnostiqués pendant cette période (ce type de cancer n'est pas présenté dans ce fascicule).

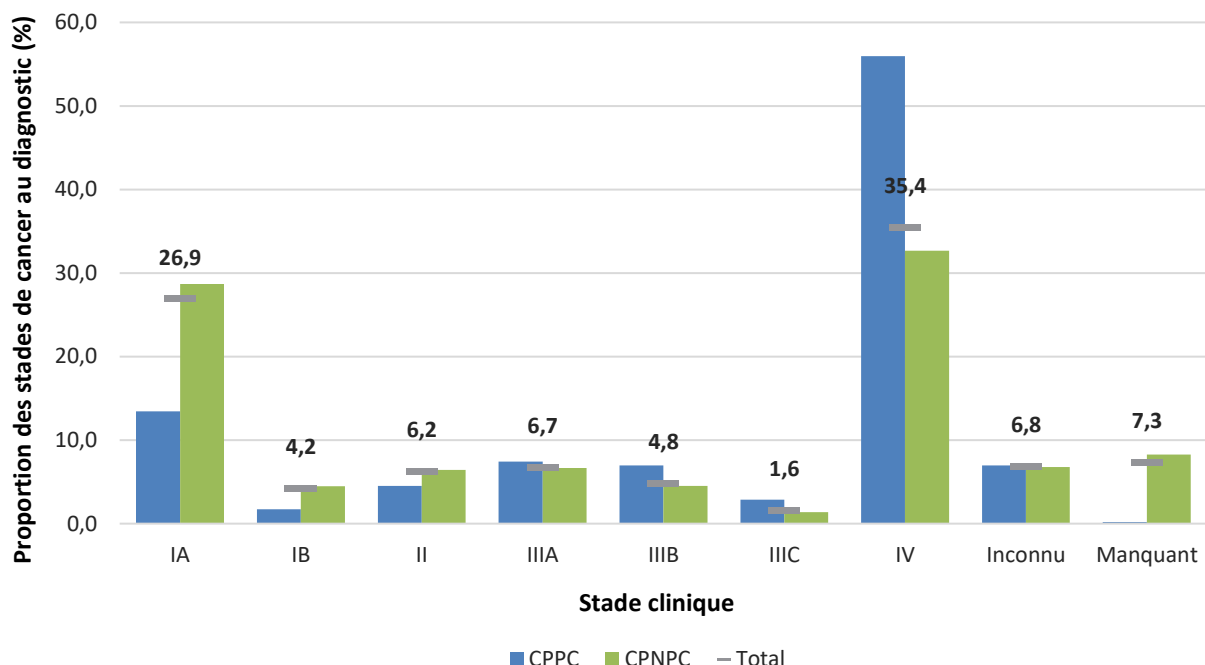


Figure 6 – Stade clinique au diagnostic en fonction du type histologique au Québec pour la période de 2018 à 2022 (n = 51 413)

Notes : 224 cas de cancer du poumon sont exclus puisque l'histologie est rare et non spécifique au cancer du poumon.

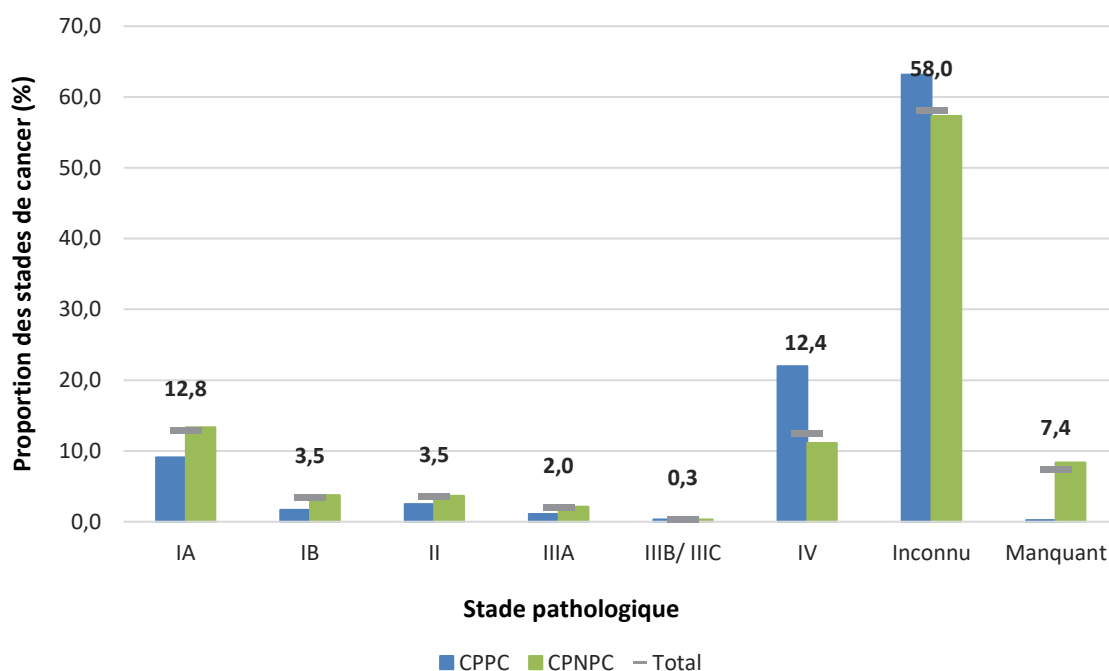
Les stades 0 (carcinome *in situ*) ne sont pas présentés puisqu'ils ne représentent que 33 cas et qu'ils ne sont observés que chez les CPNPC. Pour ces cas, l'investigation suggérerait un cancer *in situ*, toutefois la stadification clinique a conclu à une tumeur infiltrante de stade 0.

De 2018 à 2022, environ 34,0 % des cas de cancer du poumon (17 621 cas) ont obtenu un stade pathologique, alors que 58,0 % (29 564 cas) avaient un stade pathologique inconnu et 7,4 % (3 769 cas) une donnée manquante (**Figure 7-A**). Le stade pathologique s'obtient généralement pour des cas dont le stade clinique s'échelonne de I à IIIA, ce qui explique l'importante proportion de stades pathologiques inconnus.

Parmi les cas ayant un stade pathologique, 47,2 % avaient un stade pathologique de I (**Figure 7-B**). Cette proportion était de 29,4 % pour les CPPC et de 49,8 % pour les CPNPC. À l'opposé, 35,8 % des cas avaient un stade pathologique de IV. Les CPPC avaient une proportion de stade IV plus élevée (60,0 %, ce qui représentait 1 334 cas) comparativement au CPNPC (32,4 %, ce qui représentait 4 984 cas).

Parmi les individus ayant eu un stade clinique et un stade pathologique complet, c'est-à-dire une valeur de stade ni inconnue ni manquante (n = 16 798), 2,2 % (371 cas) ont reçu un traitement néoadjuvant avant que leur stade pathologique ne soit établi. La proportion des stades clinique et pathologique post-traitement néoadjuvant, pour les individus ayant reçu un traitement néoadjuvant, est présentée à la **Figure 8**. Cette proportion était de 4,6 % pour le stade I clinique, alors qu'elle était de 27,8 % pour le stade I pathologique post-traitement néoadjuvant. Inversement, la proportion de stade IIIA clinique était plus élevée (51,2 %) comparativement au stade IIIA pathologique post-traitement néoadjuvant (29,4 %).

A)



B)

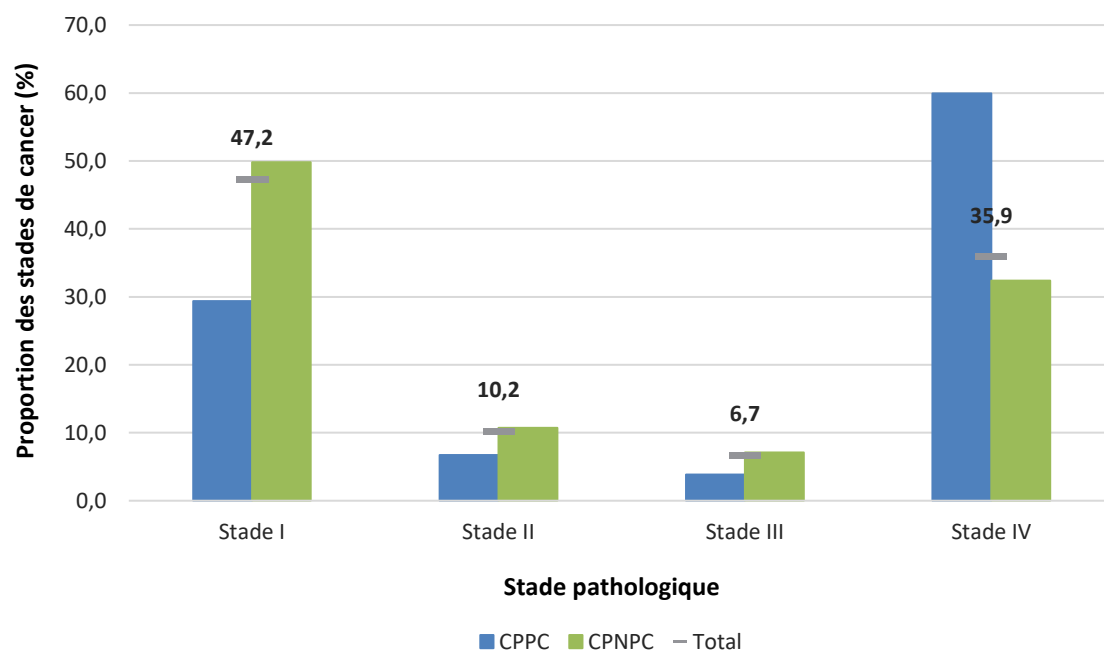


Figure 7 – Stade pathologique en fonction du type histologique au Québec entre 2018 et 2022 pour (A) tous les cas de cancer du poumon (n = 50 949) et (B) les individus ayant eu un stade pathologique (n = 17 621)

Notes : 224 cas de cancer du poumon sont exclus puisque l'histologie est rare et non spécifique au cancer du poumon.

Les stades 0 (carcinome *in situ*) ne sont pas présentés puisqu'ils ne représentent que 5 cas ayant eu un stade pathologique.

En d'autres termes, pour les individus ayant un stade clinique et un stade pathologique complet, 0,1 % des cas avec un stade I clinique ont reçu un traitement néoadjuvant contrairement à 0,6 % des cas avec un stade I pathologique post-traitement néoadjuvant. Ces proportions étaient respectivement de 1,2 % et 0,7 % des cas avec un stade IIIA clinique et pathologique post-traitement néoadjuvant.

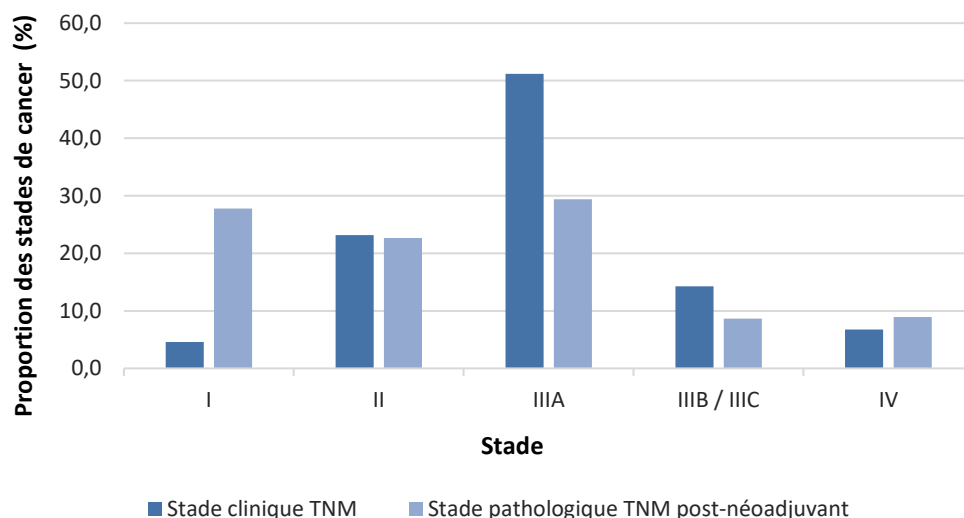


Figure 8 – Distribution des stades clinique et pathologique post-traitement néoadjuvant pour les individus ayant reçu un traitement néoadjuvant au Québec entre 2018 et 2022 (n = 361)

Note : Les cas ayant un stade pathologique de 0 ne sont pas présentés (n = 10).

Cependant, un échec du traitement néoadjuvant se caractérisant par un stade clinique au diagnostic plus petit que le stade pathologique post-traitement néoadjuvant a été observé dans 13,8 % des cas. Le stade clinique y était majoritairement de IIB (35,3 %) ou de IIIA (39,2 %), alors que le stade pathologique post-traitement néoadjuvant était de IIIA (35,3 %) ou IIIB (31,4 %). De plus, dans 37,7 % des cas, le stade clinique et le stade pathologique post-traitement néoadjuvant étaient identiques. Pour les individus n'ayant pas reçu de traitement néoadjuvant (n = 16 448), la distribution du stade clinique au diagnostic était similaire à celle du stade pathologique (**Figure 9**).

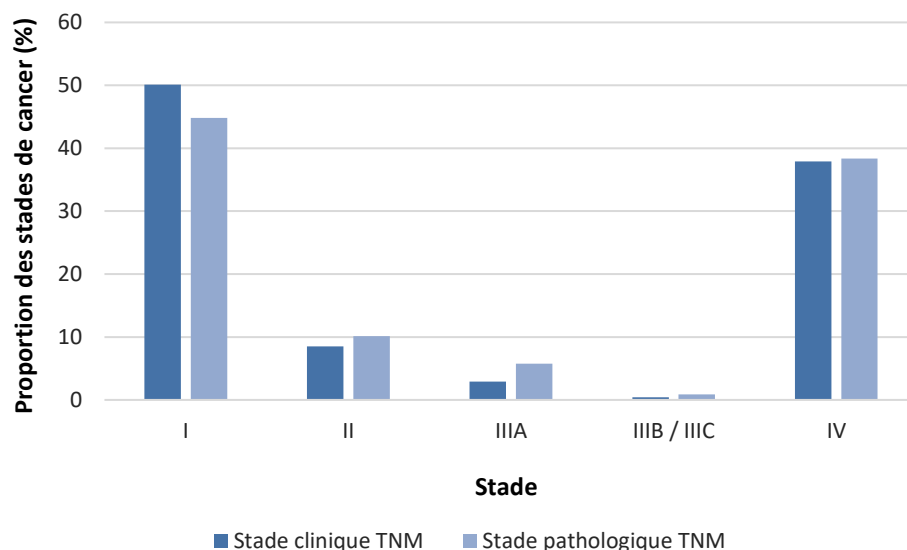


Figure 9 – Stade clinique et pathologique pour les individus n’ayant pas reçu de traitement néoadjuvant au Québec entre 2018 et 2022 (n = 16 428)

Note : Les stades 0 clinique et pathologique comptaient respectivement 23 et 3 cas.

Le meilleur stade (de l’anglais *best stage*) correspond généralement à l’information de stade la plus complète et précise, basée sur les données disponibles sur le stade clinique, pathologique ainsi que pathologique post-traitement néoadjuvant, et recalculée selon certaines valeurs en une variable facilement utilisable. La distribution du meilleur stade est présentée à la **Figure 10**. Pour le cancer du poumon, cette distribution est similaire à celle du stade clinique, notamment en raison de la forte proportion de stades pathologiques inconnus, représentant des cancers à des stades cliniques plus avancés pour lesquels il n’a pas été possible de réaliser une chirurgie. En effet, 63,2 % des meilleurs stades proviennent du stade clinique, 36,7 % du stade pathologique et 0,1 % du stade pathologique post-traitement néoadjuvant. Le meilleur stade permet de réduire de 1,5 % la proportion de données inconnues (6,8 % *versus* 5,3 %) lorsque comparé au stade clinique seul.

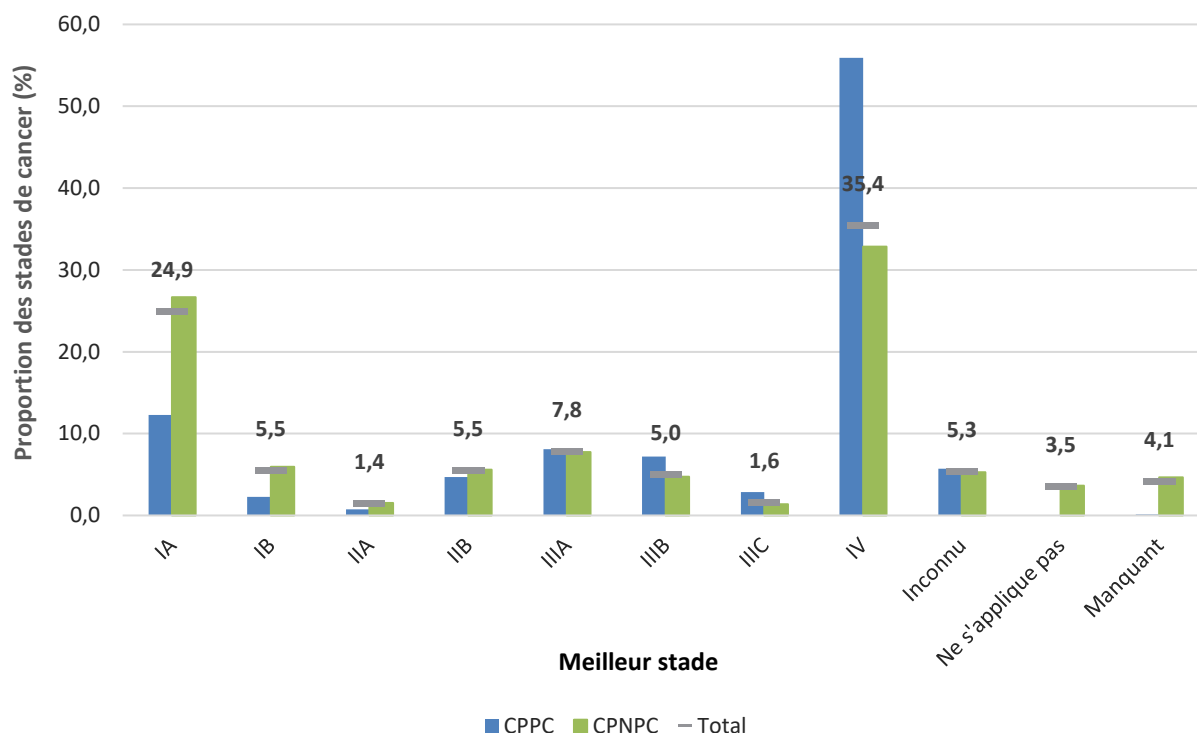


Figure 10 – Meilleur stade en fonction du type histologique au Québec pour la période de 2018 à 2022 (n = 51 401)

Notes : 224 cas de cancer du poumon sont exclus puisque l'histologie est rare et non spécifique au cancer du poumon.

Les stades 0 et occultes comptaient respectivement 13 et 16 cas.

COMPARAISON ENTRE DIFFÉRENTES PROVINCES

Finalement, une comparaison de la répartition des données de stade clinique au diagnostic au Québec pour l'année 2020 avec celles d'autres provinces, dont l'Alberta, la Colombie-Britannique et l'Ontario est présentée à la **Figure 11**. Cette répartition exclut les données de stade inconnu. Au Québec, le stade clinique au diagnostic semble plus précoce que celui des autres provinces. En effet, en 2020, il y avait une plus grande proportion de stades I (34 % au Québec *versus* 26 % en Alberta, 27 % en Colombie-Britannique et en Ontario) et une moins grande proportion de stades IV (43 % au Québec *versus* 49 % en Alberta, 44 % en Colombie-Britannique et 48 % en Ontario).

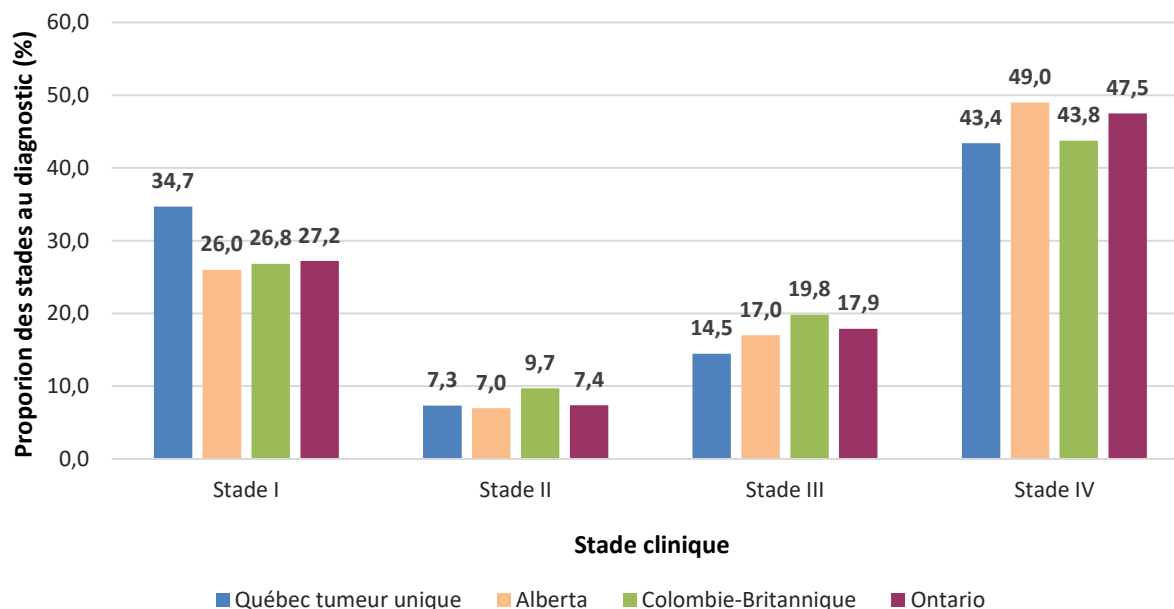


Figure 11 – Comparaison du stade clinique au diagnostic entre différentes provinces pour l'année 2020

DISCUSSION

Au Québec, le nombre de cas de cancer du poumon a augmenté progressivement de 2018 à 2022, à l'exception d'une diminution transitoire observée en 2020. Cette fluctuation pourrait s'expliquer par les perturbations temporaires dans l'accès aux services de santé et au diagnostic lors de la pandémie de la COVID-19. Par ailleurs, le CPNPC demeure le type histologique le plus fréquent avec un ratio de sept cas de CPNPC pour un cas de CPPC, ce qui signifie qu'environ sept fois plus de cas de CPNPC sont diagnostiqués que de CPPC.

Le CPNPC est principalement composé d'adénocarcinomes et de carcinomes épidermoïdes, mais comprend également une proportion non négligeable de carcinomes d'histologies non précisées. Dans le Registre québécois du cancer (RQC), ces cas correspondent à des histologies dont l'information disponible n'est pas assez précise pour les classer comme des adénocarcinomes ou des carcinomes épidermoïdes. Cela peut être dû à une petite taille d'échantillon de la tumeur, à une faible différenciation, à une investigation radiologique seulement, car le patient avait des comorbidités, à un cancer avec un stade avancé et une présence de métastases, à une tumeur inaccessible par biopsie transthoracique ou à un refus d'investigation ou de traitement. En effet, plusieurs de ces facteurs sont compatibles avec le profil des patients atteints, puisque les CPNPC d'histologies non précisées étaient davantage diagnostiqués chez des personnes plus âgées, dont près de 45 % avaient 80 ans et plus.

Les données montrent également que le CPPC est diagnostiqué à des stades plus avancés comparativement au CPNPC. Ce type de cancer du poumon, fortement associé au tabagisme, présente un comportement plus agressif et une progression plus rapide. Les données sur le stade sont importantes puisqu'elles permettent d'orienter efficacement les actions de prévention, de

dépistage et de planification des soins. À terme, elles permettront d'analyser les tendances temporelles du stade afin d'évaluer, entre autres, l'impact du programme de dépistage du cancer du poumon pour les individus à risque élevé.

Actuellement, les données du RQC comprennent une certaine proportion de stades inconnus ou manquants. Le système de stadification utilisé, soit le TNM (pour Tumeur, *Nodes* étant le terme anglais pour ganglions lymphatiques et Métastases) requiert une information sur chacune de ces composantes afin de permettre l'attribution d'un stade clinique ou pathologique. Ainsi, lorsque l'information disponible sur la tumeur ou son étendue est incomplète ou absente, il devient impossible d'attribuer un stade et celui-ci sera classé comme inconnu. D'autres raisons peuvent également empêcher la stadification d'une tumeur, selon qu'il s'agisse du stade clinique ou pathologique. À l'inverse, un stade manquant peut notamment désigner une tumeur pour laquelle aucune investigation n'a été réalisée, par exemple lorsque le cancer est identifié uniquement à partir d'un certificat de décès.

En outre, une proportion notable de cas a été classée au stade pathologique IV, notamment pour les CPPC. Bien que la chirurgie soit généralement contre-indiquée pour les cancers avancés, la présence d'une preuve microscopique de métastase à distance répond aux critères de la stadification pathologique, ce qui conduit plusieurs patients à être classés au stade pathologique IV. De plus, les données de stade étant toujours en cours de validation, la classification de certains patients est susceptible d'être modifiée lors des mises à jour du RQC.

Une situation semblable est également observée pour les cas de cancer du poumon ayant reçu un traitement néoadjuvant à un stade clinique de I ou IV, alors que cette pratique n'est pas recommandée. En effet, le traitement néoadjuvant est principalement proposé aux patients atteints de CPNPC de stade II et IIIA. Les cas observés pourraient correspondre à des situations cliniques particulières. Toutefois, il est probable qu'une partie d'entre eux s'explique par des erreurs de stadification qui seront corrigées au cours du processus de validation des données de stade. Néanmoins, l'utilisation du traitement néoadjuvant, c'est-à-dire l'administration d'un traitement systématique avant la chirurgie, semble être en hausse au Québec. En 2018, environ 1,3 % des cas de cancer du poumon avaient reçu un traitement néoadjuvant alors que cette proportion était de 3,1 % en 2022. Ce type de traitement vise notamment à réduire la taille de la tumeur ainsi qu'à améliorer les résultats cliniques et semble démontrer un bon taux de succès.

En conclusion, le RQC offre un portrait détaillé des principales caractéristiques du cancer du poumon, telles que les types histologiques, la localisation des tumeurs, le stade ainsi que l'utilisation de traitement néoadjuvant. Ces informations renforcent la surveillance de la maladie et soutiennent la pratique clinique ainsi que la planification d'interventions de santé publique.

ANNEXE 1 – NOTES MÉTHODOLOGIQUES

Description du fascicule

Les données utilisées dans le cadre de ce fascicule proviennent du Registre québécois du cancer (RQC) qui est une banque de données provinciale regroupant des informations sur les tumeurs pour l'ensemble des résidents du Québec de 1984 à aujourd'hui. Plus de détails sur le RQC sont disponibles dans le premier fascicule de la série intitulé [Le Registre québécois du cancer : Fascicule d'information générale et historique](#). Les statistiques présentées dans ce document sont complémentaires à celles retrouvées sur le [Tableau de Bord - Statistiques du Registre québécois du cancer](#). Ainsi, ce fascicule ne décrit pas des indicateurs tels que la prévalence, la mortalité et la survie qui peuvent être consultés par année, type de cancer, groupe d'âge, sexe et région de résidence sur le tableau de bord.

L'objectif du présent document est de présenter les données qu'il est possible de produire et d'analyser à partir du RQC en mettant l'accent sur différents sièges tumoraux. Ce premier fascicule dresse un portrait des caractéristiques spécifiques au cancer du poumon et des bronches de 2018 à 2022. Puisque ces caractéristiques demeureraient stables au cours de la période, les résultats représentent une moyenne des cinq années, sauf lorsqu'une indication contraire est mentionnée (p. ex. : une année spécifique est mentionnée).

Identification des cas de cancer du poumon

Les cas de cancer du poumon retenus dans ce document sont ceux diagnostiqués entre le 1^{er} janvier 2018 et le 31 décembre 2022 et proviennent de la synthèse du RQC de novembre 2025. Il est important de souligner que le RQC est une banque de données dynamique, faisant l'objet de mises à jour régulières et évolutives au fil du temps. Par conséquent, le contenu des données peut varier d'une version à l'autre de ce Registre, en fonction des révisions effectuées.

Dans le RQC, les cas de cancer du poumon et des bronches sont identifiés à partir d'une combinaison de codes sur la topographie, l'histologie et le comportement de la tumeur. Ces codes proviennent de la troisième édition de la Classification Internationale des Maladies pour l'Oncologie (CIM-O-3). Les carcinomes *in situ* et les tumeurs malignes sont les principaux comportements des tumeurs qui sont conservées pour définir un cas de cancer du poumon, ainsi que les codes de topographie et d'histologie spécifiques à ce type tumoral.

Tableau 1 – Combinaison du code de comportement, topographie et histologie permettant d'identifier les cas de cancer du poumon dans le RQC

Nom de la variable	Codes
Code de comportement	- 2 : Carcinome <i>in situ</i> (intraépithélial, non infiltrant, non invasif) - 3 : Malin, siège primaire
Topographie	C340, C341, C342, C343, C348, C349
Histologie	Toutes les histologies sauf 9050 à 9055, 9140, 9590 à 9992

Types et sous-types histologiques

Le RQC permet d'identifier les différents types et sous-types histologiques du cancer du poumon et des bronches en se basant sur les codes d'histologie de la CIM-O-3. Le regroupement des codes d'histologie en différentes catégories de cancer du poumon a été réalisé par une équipe de registraires en oncologie, à partir du document de référence sur les règles de tumeurs multiples (de l'anglais [Solid Tumor Rules](#)) du SEER (*Surveillance, Epidemiology, and End Results*), de la huitième édition du manuel de stadification du cancer de l'[American Joint Committee on Cancer](#) (AJCC) et de l'outil web de classification des tumeurs de l'[Organisation mondiale de la santé \(OMS\)](#). Le tableau 2 décrit les codes d'histologie ainsi que leur description selon les principales catégories de cancer du poumon, soit le cancer du poumon à petites cellules et non à petites cellules.

Tableau 2 – Histologie du cancer du poumon

Carcinome à petites cellules	
Description	Code
Carcinome neuroendocrine, SAI	8246/3
• Carcinome à petites cellules	8041/3
• Carcinome mixte à petites cellules	8045/3
• Carcinome à cellules en grains d'avoine (oat cell)	8042/3*
• Carcinome neuroendocrine à grandes cellules	8013/3
Tumeur neuroendocrine, SAI	8240/3
• Carcinoïde typique/Tumeur neuroendocrine, grade 1	8240/3
• Carcinoïde atypique/Tumeur neuroendocrine, grade 2	8249/3

*Le code 8042/3 est obsolète. Il faut plutôt utiliser le code 8041/3.

Carcinome non à petites cellules – SAI	
Description	Code
Tumeur maligne, SAI	8000/3
Carcinome, SAI	8010/3
Carcinome non à petites cellules	8046/3*

*Ce code ne sera plus utilisé à compter de 2024.

Carcinome non à petites cellules – Adénocarcinome	
Description	Code
Adénocarcinome infiltrant, SAI	8140/3
• Adénocarcinome colloïde	8480/3
• Adénocarcinome fœtal	8333/3
• Adénocarcinome de type intestinal	8144/3
Adénocarcinome infiltrant non mucineux	8140/3
• Adénocarcinome solide	8230/3
• Adénocarcinome lépidique	8250/3
• Adénocarcinome papillaire	8260/3

• Adénocarcinome micropapillaire	8265/3
• Adénocarcinome acinaire	8551/3
Adénocarcinome mucineux invasif	8253/3
• Adénocarcinome mixte invasif mucineux et non mucineux	8254/3
• Adénocarcinome mucipare	8481/3
Adénocarcinome minimalement invasif, SAI	8140/3
• Adénocarcinome minimalement invasif non mucineux	8256/3
• Adénocarcinome minimalement invasif mucineux	8257/3
Adénocarcinome <i>in situ</i>, SAI	8140/2
• Adénocarcinome <i>in situ</i> non mucineux	8250/2
• Adénocarcinome <i>in situ</i> mucineux	8253/2
Adénocarcinome avec sous-types mixtes	8255/3*

*Ce code ne devrait plus être utilisé à compter de 2025.

Carcinome non à petites cellules – Carcinome épidermoïde	
Description	Code
Carcinome épidermoïde, SAI	8070/3
• Carcinome épidermoïde kératinisant	8071/3
• Carcinome épidermoïde non kératinisant	8072/3
• Carcinome épidermoïde basaloïde	8083/3
Lésion épidermoïde précurseure	
• Carcinome épidermoïde <i>in situ</i>	8070/2
• Dysplasie épidermoïde modérée	8077/2
• Dysplasie épidermoïde sévère	8077/2
Carcinome lymphoépithélial	8082/3

Carcinome non à petites cellules – Autres	
Description	Code
Carcinome à grandes cellules, SAI	8012/3
Carcinome adénoquameux	8560/3
Carcinome sarcomatoïde	8033/3
• Carcinome pléomorphe	8022/3
• Carcinome à cellules géantes	8031/3
• Carcinome à cellules fusiformes, SAI	8032/3
• Blastome pulmonaire	8372/3
• Carcinosarcome	8980/3
Autres tumeurs épithéliales	
• Carcinome de NUT	8023/3
• Tumeur thoracique indifférenciée déficiente en SMARCA4	8044/3

Tumeurs de type salivaire	
• Carcinome adénoïde kystique	8200/3
• Carcinome épithélial-myoépithélial	8562/3
• Carcinome mucoépidermoïde	8430/3
• Carcinome hyalinisant à cellules claires	8310/3
• Carcinome myoépithélial	8982/3
Tumeurs des tissus ectopiques	
• Mélanome	8720/3
Tumeurs mésenchymateuses	
• Lymphangiomatose diffuse	9170/3
• Blastome pleuropulmonaire	8973/3
• Sarcome intimal	9137/3
• Sarcome pulmonaire myxoïde avec translocation EWSR1-CREB1	8842/3
Tumeur PEComateuse	
• PECome malin	8714/3
• Lymphangioléiomyomatose	9174/3

Abréviation : SAI = Sans autre indication.

Note : Les histologies en bleu représentent des codes pour les carcinomes *in situ* (comportement 2).

Description du stade

Les données de stade sont disponibles dans le RQC pour le cancer du poumon à partir de 2018. Les stades cliniques et pathologiques sont obtenus à l'aide de la classification TNM basée sur les règles de la huitième édition de l'AJCC. L'AJCC, qui est responsable de la publication et de la mise à jour du système de stadification TNM, attribue diverses classifications de stade. Toutefois, le RQC n'exige que trois catégories : le stade clinique, le stade pathologique et le stade pathologique post-traitement néoadjuvant (c'est-à-dire après un traitement donné avant la chirurgie).

Le stade clinique est établi au moment du diagnostic jusqu'au début des traitements. Il repose sur les examens réalisés avant l'opération (imagerie, biopsies, etc.). Lorsqu'une chirurgie est réalisée sans traitement préalable, il est possible d'attribuer un stade pathologique, puisqu'il repose à la fois sur les données cliniques et sur l'analyse directe des tissus tumoraux réséqués. Dans certains cas, ce stade peut également tenir compte de preuves microscopiques de métastases à distance, confirmant que le cancer s'est propagé. Cependant, pour les patients qui reçoivent un traitement néoadjuvant, le stade pathologique ne doit pas être utilisé; on attribue plutôt un stade pathologique post-traitement néoadjuvant, qui permet d'évaluer la réponse au traitement.

Le RQC exige la documentation du stade uniquement pour certains schémas de cancer du poumon. Par ailleurs, pour certaines combinaisons de codes de topographie et d'histologie, l'attribution d'un groupe de stade clinique ou pathologique n'est pas possible. Pour ces cas, la

valeur du groupe de stade TNM sera consignée comme manquante. Dans d'autres cas, l'information relative aux composantes T, N ou M est insuffisante pour permettre l'assignation d'un groupe de stade, lequel est alors classé comme inconnu. Pour le stade clinique, cette situation correspond aux cas ayant eu une investigation, mais pour lesquels les données T, N ou M sont insuffisantes pour déterminer un groupe de stade, ainsi qu'aux classes de cas analytiques sans investigation clinique préalable (p. ex. : découverte fortuite lors de la chirurgie). Pour le stade pathologique, il s'agit des cas ayant subi une chirurgie, mais dont les valeurs T, N ou M sont insuffisantes pour l'attribution d'un groupe de stade, ou des classes de cas analytiques n'ayant pas eu de chirurgie.

Le meilleur stade est une donnée propre aux registres de cancer. Il ne s'agit pas d'une catégorisation officielle de stadification de l'AJCC, mais d'une variable dérivée à partir des informations disponibles sur les stades clinique, pathologique et pathologique post-traitement néoadjuvant, visant à améliorer la complétude et l'exactitude des données de stade. La détermination du meilleur stade repose toutefois sur des règles de base prédéfinies nécessitant parfois le recalcul des valeurs TNM. Elle requiert notamment qu'un stade puisse être établi en suivant les critères de l'AJCC. Dans le cas contraire, le meilleur stade sera non applicable. Par ailleurs, l'une des principales règles est que le stade pathologique a préséance sur le stade clinique. Par exemple, pour certains sièges spécifiques, si les informations pathologiques sont disponibles pour les valeurs T et M, mais que la valeur N est manquante, le stade pathologique selon l'AJCC serait considéré comme inconnu. Dans le cadre du calcul du meilleur stade, un stade pathologique peut être obtenu en combinant les valeurs pathologiques de T et de M avec la valeur clinique de N, lorsque celle-ci est disponible. Le meilleur stade sera alors considéré comme un stade pathologique.

Les données de stade disponibles au moment des analyses pour ce fascicule étaient toujours en cours de validation, ce qui implique la possibilité d'erreurs de classification. Il convient toutefois de préciser que les valeurs individuelles de T, N et M, tant cliniques que pathologiques, ont été validées. Des travaux sont en cours afin de vérifier la concordance de ces valeurs individuelles avec les groupes de stades TNM finaux. Par conséquent, l'interprétation du stade doit être effectuée avec prudence, en tenant compte des limites méthodologiques et des considérations soulevées dans le fascicule.

Comparaison avec d'autres provinces

Les données de comparaison du stade clinique proviennent des tableaux publics et de documents publiés de certaines autres provinces. À des fins de comparaisons, les données de l'année commune la plus récente entre toutes les provinces ont été conservées, soit les données de 2020. Les données de stade de l'Alberta proviennent du rapport sur les statistiques de cancer 2024 (disponible au [The 2024 Report on Cancer Statistics in Alberta | Tableau Public](#)), celles de l'Ontario, du rapport publié des statistiques sur le cancer de 2024 (disponible au [Ontario Cancer Statistics 2024](#)) et celles de la Colombie-Britannique, des données du Registre de Cancer de la Colombie-Britannique disponible sur leur tableau de bord public ([BC/Regional Stage Distribution, British Columbia](#)).

Il est important de noter que les provinces canadiennes utilisent des méthodologies propres à leurs registres respectifs afin d'identifier un nouveau cas de cancer. Ceci peut donc entraîner des

différences dans l'identification de ces cas, notamment pour les tumeurs sur des organes pairs tels que le poumon, et la classification des tumeurs multiples sur un même organe. Afin de minimiser les différences dues à la méthodologie et de faciliter la comparaison des données, seule la première tumeur du poumon diagnostiquée dans la période de suivi a été conservée pour chaque individu pour les données du Québec.

