



## TNM: FOIRE AUX QUESTIONS (FAQ'S)

Le TNM Project Committee reçoit des questions concernant l'emploi du TNM et la façon d'interpréter les règles dans des situations particulières.

Pour votre facilité, certaines de ces questions et réponses sont répertoriées ci-dessous par catégorie. Vous pouvez également retrouver ces FAQs dans le Supplément TNM : a Commentary on Uniform Use, 4<sup>th</sup> Edition, 2012 (édité par Ch. Wittekind, C. Compton, J. Brierley, L. H. Sobin).

**Vous pouvez obtenir d'autres conseils concernant des questions supplémentaires via le Helpdesk TNM sur la p. TNM Classification of Malignant Tumours du site Web de l' UICC [www.uicc.org](http://www.uicc.org)**

### Table des matières

<b>QUESTIONS GENERALES</b> .....	3
Recommandation générale.....	3
TNM AJCC versus UICC.....	3
Carcinome in situ.....	3
TNM Pathologique versus Clinique.....	3
En cas de Doute .....	4
Classification R.....	4
Classification R et Tis .....	5
Cytologie positive.....	5
T0 et TX .....	6
Tumeurs Synchrones.....	6
Tumeurs Simultanées.....	7
Cellules Tumorales Isolées et Micrométastases dans les Ganglions Lymphatiques.....	7
Nombre de Ganglions Lymphatiques.....	7
Evaluation Pathologique des Métastases à Distance.....	8
Classification des Tumeurs du Cerveau.....	8
Tumeurs des Sinus Frontaux et Sphénoïdaux.....	8
Carcinome de la Trachée.....	9
Carcinome de l'Ouraque .....	9
Classification des Néoplasies primaires du Peritoine .....	9
Dissemination Accidentelle de Tumeur.....	9
Cellules tumorales dans les vaisseaux lymphatiques .....	10
Propagation Directe.....	10
N versus M.....	10
Récidive tumorale.....	10
Tumeur Primaire Inconnue.....	11
Ganglion Lymphatique Sentinelle.....	11
<b>QUESTIONS SPECIFIQUES LIEES AU SITE</b>	
Cavité orale.....	12
Larynx .....	13
Glande Thyroïde.....	13
Oesophage .....	13
Estomac .....	15



Tumeurs Neuroendocrines.....	15
Colon et rectum.....	16
Canal Anal.....	20
Foie (Cholangiocarcinome Intrahépatique).....	20
Vésicule Biliaire.....	21
Voies Biliaires.....	21
Ampoule de Vater.....	21
Pancréas.....	22
Poumon.....	23
Tumeurs Osseuses et des Tissus Mous.....	30
Tumeurs osseuses.....	30
Tumeurs de la peau.....	30
Sein.....	30
Tumeurs Gynécologiques.....	35
Col Utérin.....	35
Corps Utérin.....	35
Ovaire versus Utérus.....	37
Ovaires.....	37
Tumeurs Urologiques.....	39
Prostate.....	39
Testicules.....	40
Rein.....	40
Bassinnet du Rein et Uretère.....	41
Vessie.....	41
Urètre.....	42
<b>REFERENCES.....</b>	<b>43</b>



## QUESTIONS GENERALES

### **Recommandation générale**

Le Projet TNM de l'UICC a publié la 8ème édition de la Classification TNM des tumeurs malignes. Cette nouvelle édition entrera en vigueur dès le 1er janvier 2017. Puisque certaines organisations pourraient ne pas être en mesure d'adopter immédiatement cette nouvelle classification, nous recommandons de toujours indiquer l'édition utilisée de la classification lors du recueil et la communication des données

### **TNM AJCC VERSUS UICC**

#### **Question**

La classification TNM de l'AJCC diffère-t-elle de la classification de l'UICC ? Je pose cette question parce que j'ai remarqué que, pour la classification N du carcinome de l'endomètre, la classification AJCC rapporte quatre catégories possibles (NX, N0, N1, N2) et la classification UICC n'en mentionne que trois (NX, N0, N1).

#### **Réponse**

Bien qu'il ne devrait pas y avoir de différences de définitions ni de libellé entre les classifications TNM de l'AJCC et de l'UICC, malheureusement, on en rencontre quelques-unes et la plupart sont discutées dans la 4<sup>ème</sup> édition du TNM Suppl., une de ces problématiques étant la définition des ganglions lymphatiques régionaux pour un carcinome de l'œsophage ou de l'endomètre (voir TNM Suppl. p. 47, 48 et 95).

### **CARCINOME IN SITU**

#### **Question**

Peut-on stadifier un carcinome in situ si les ganglions lymphatiques régionaux n'ont pas été évalués, par ex., pour un polype colique complètement réséqué ?

#### **Réponse**

Parce que, strictement, il s'agit d'un NX (les ganglions lymphatiques régionaux ne peuvent pas être évalués), il faut noter NX mais ce NX peut être assimilé à N0 parce que les métastases ganglionnaires ne sont pas compatibles avec une lésion in situ (voir TNM Suppl. p. 12).

#### **Question**

Pour autant que je sache, on ne peut pas attribuer un grade histologique à une néoplasie intraépithéliale de l'œsophage. Le stade 0 (TisN0M0) suffit-il pour attribuer à une tumeur le groupe (pronostique) 0?

#### **Réponse**

Un stade 0 = TisN0M0 suffit pour attribuer un groupe de stade à un cas. Il n'est pas nécessaire de chercher un grade histologique. Néanmoins, il convient de souligner que le 'Tis' doit seulement être utilisé pour les néoplasies intraépithéliales de haut grade incluant les carcinomes in situ.



## **TNM PATHOLOGIQUE VERSUS CLINIQUE**

### **Question**

Le TNM pathologique remplace-t-il le TNM clinique?

### **Réponse**

Non, le TNM est un système dual avec une (pré-traitement) classification clinique (cTNM ou TNM) et une (post-chirurgicale) classification pathologique (pTNM). Les deux classifications sont conservées telles quelles dans l'enregistrement du patient. La première est utilisée pour choisir le traitement, la seconde afin d'évaluer le pronostic et éventuellement, de sélectionner une thérapie adjuvante (voir TNM Suppl. p. 1).

### **Question**

Un patient subit une biopsie à l'aiguille d'une masse du lobe supérieur gauche qui s'avère positive pour un carcinome épidermoïde. Une tomodensitométrie (TDM – CT-scan) du thorax montre une masse de 4 cm au niveau du lobe supérieur gauche, à plus de 2 cm de la carène. La catégorie clinique est cT2. Quelle est la classification pathologique ?

### **Réponse**

Dans cet exemple, une biopsie seule n'est pas suffisante pour établir un stade pathologique. Une résection de la tumeur primaire est nécessaire pour les tumeurs du poumon pT1 ou pT2, afin de définir leurs limites. La biopsie, sans résection, ne peut pas être employée, par exemple, pour établir un pT4 (montrant une invasion de l'oesophage)(voir TNM Suppl. p. 148-149).

## **EN CAS DE DOUTE**

### **Question**

Je ne suis pas sûre de la catégorie T, N ou M correcte, par exemple à cause de mesures imprécises, laquelle dois-je choisir?

### **Réponse**

Optez pour la catégorie la plus basse (càd la moins avancée).

Exemple. L'échographie du foie montre une lésion suspecte mais pas nette pour une métastase. Sélectionnez M0 (pas M1)(voir TNM Suppl. p. 3).

## **CLASSIFICATION R**

### **Question**

R0 signifie-t-il une situation sans aucune tumeur ou la classification R se limite-t-elle à la tumeur primaire?

### **Réponse**

La classification R ne se limite pas à la tumeur primaire. La classification R ne tient pas seulement compte de la tumeur résiduelle locorégionale mais aussi de la tumeur résiduelle distante sous forme de métastases non réséquées ou incomplètement réséquées (R2)(voir TNM Suppl. p. 14).



### **Question**

S'il y a une tumeur résiduelle après chirurgie, s'agit-il d'un stade IV?

### **Réponse**

RX = présence de tumeur résiduelle pas évaluable

R0 = pas de tumeur résiduelle

R1 = tumeur résiduelle microscopique

R2 = tumeur résiduelle macroscopique

R2 n'est pas toujours synonyme de maladie M1 (stade IV). Par exemple, en l'absence de métastase à distance (M0), une tumeur primaire résiduelle macroscopique réséquée incomplètement ou non réséquée par le chirurgien, est classée R2.

Dans un autre exemple, une métastase dans le foie issue d'un carcinome gastrique primaire serait M1 (stade IV) et R2 (si la métastase n'avait pas été réséquée). Il s'agirait d'un pM1 (stade IV) et R0 si la métastase était solitaire et réséquée avec des marges saines (voir TNM Suppl. p. 14).

## **CLASSIFICATION R ET TIS**

### **Question**

Un spécimen de tumorectomie d'une tumeur du sein contient un carcinome d'1.1 cm sans carcinome invasif au niveau des marges de résection, bien que, du carcinome intraductal soit présent au niveau de la marge de résection latérale. Comment classe-t-on ceci en fonction de la catégorie T et de la classification R?

### **Réponse**

Si une composante invasive et une in situ sont présentes simultanément dans le tissu, seule la composante invasive est prise en compte pour définir le pTNM.

Dans cette situation, la classification sera pT1c et R0. Bien que la composante in situ ne soit pas prise en compte dans la classification R0, une solution optionnelle serait R1(is) (voir TNM Suppl. p. 15).

## **CYTOLOGIE POSITIVE**

### **Question**

Si la cytologie d'un lavage péritonéal, réalisé avant toute autre procédure durant la laparotomie, est positive, comment puis-je évaluer le stade de ce patient? Aucune métastase péritonéale macroscopiquement visible n'a été retrouvée. Faut-il considérer cela comme une forme de métastase péritonéale et donc stade IV ?

### **Réponse**

Une cytologie positive basée sur un lavage de cavité péritonéale effectué durant une laparoscopie ou immédiatement après ouverture de l'abdomen (début de laparotomie) correspond à un M1 (à l'exception des tumeurs du corps de l'utérus, de l'ovaire et de la trompe de Fallope). Des données plus récentes suggèrent que l'aggravation du pronostic, indiquée par la cytologie de lavage positive, peut avoir été surestimée. Donc, il semble important d'analyser de tels cas séparément. Pour l'identification des cas pour lesquels la cytologie positive obtenue à partir de lavage pleural ou péritonéal est la seule base du M1, l'addition optionnelle de "cy+" est recommandée, par ex. M1(cy+) et pour la classification R, R1(cy+) peuvent être utilisés (voir TNM Suppl. p. 16).



### **Question**

Les catégories pN et pM demandent une confirmation histologique. Une confirmation par cytologie est-elle suffisante étant donné que de nombreuses métastases sont diagnostiquées par ce type d'échantillon (aspiration à l'aiguille fine (FNA) ou exsudats) ?

### **Réponse**

Pour confirmer un pM, un examen microscopique est requis, ce qui signifie une confirmation cytologique ou histologique. Les prérequis pour utiliser le pN, sont répertoriés site par site dans le chapitre 3 de la 4e édition du TNM Suppl. (voir p. 135 et suivantes).

### **Question**

Si nous découvrons des cellules tumorales isolées après thérapie néo-adjuvante dans la paroi, par exemple de l'estomac ou du rectum, comment faut-il les classer? (i+) ?

### **Réponse**

Les cellules tumorales isolées décrites correspondent à de la tumeur résiduelle viable après thérapie néo-adjuvante. Si on en retrouve jusque dans la couche musculaire, ce cas pourrait être classé comme ypT2. Une classification telle que (i+) n'existe pas pour la catégorie T.

## **T0 ET TX**

### **Question**

Expliquez la différence entre T0 et TX.

### **Réponse**

TX = La tumeur primaire ne peut pas être évaluée

T0 = Pas de preuve de tumeur primaire

TX signifie que vous n'avez pas pu évaluer la tumeur ; par ex., mesurer l'étendue d'une tumeur primaire du testicule nécessite une orchidectomie radicale ; s'il n'y a pas d'orchidectomie radicale, on utilise TX.

**Note.** cT0 signifie qu'aucune tumeur primaire n'a été retrouvée par méthode clinique, par ex., si vous découvrez un ganglion lymphatique cervical avec un carcinome épidermoïde, que vous examinez la bouche, le pharynx et le larynx et n'y retrouvez pas de tumeur primaire, vous pouvez coder cT0(N1M0) dans l'hypothèse où la tumeur primaire se trouve dans cette zone.

## **TUMEURS SYNCHRONES**

### **Question**

Quelle est la règle pour classer une tumeur primaire secondaire synchrone versus métachrone?

### **Réponse**

Si un nouveau cancer primitif est diagnostiqué dans les deux mois, le nouveau cancer est considéré comme synchrone, sinon, il s'agit d'un métachrone (sur base des critères utilisés par le Programme SEER de l'Institut National du Cancer, USA). Les tumeurs métachrones sont classées indépendamment de la tumeur précédente. La Règle Générale No. 5 traite des règles de classification des tumeurs simultanées (synchrones) (voir TNM Suppl. p. 5).



## TUMEURS SIMULTANÉES

### Question

J'ai un cas de colon avec deux carcinomes, un invasif dans la "muscularis propria" et un autre invasif dans la sous-muqueuse. Comment dois-je les coder?

### Réponse

T2(m) ou T2(2). Lorsqu'on a affaire à des tumeurs simultanées (synchrones) dans un organe, on classe la tumeur avec la catégorie T la plus élevée et on indique la multiplicité (m) ou le nombre de tumeurs (2) entre parenthèses. Si des cancers bilatéraux surviennent simultanément dans des organes pairs, chaque tumeur est classée séparément. Pour les carcinomes du foie, de l'ovaire et de la trompe de Fallope, la multiplicité représente un critère de la classification T. Si un nouveau cancer primaire est diagnostiqué endéans les 2 mois, le nouveau cancer est considéré comme synchrone (critère du Programme SEER du NCI, USA) (voir TNM Suppl. p. 3-6).

## CELLULES TUMORALES ISOLÉES ET MICROMÉTASTASES DANS LES GANGLIONS LYMPHATIQUES

### Question

Comment classer des cellules tumorales isolées détectées par immunohistochimie dans les ganglions lymphatiques?

### Réponse

Ces dernières années, il y a eu de nombreux débats sur la manière de classer les cellules tumorales des ganglions lymphatiques ou de la moelle osseuse, découvertes via des méthodes immunohistochimiques ou moléculaires. Une proposition optionnelle pour traiter ce type de situation est publiée dans les 6<sup>ème</sup> et 7<sup>ème</sup> édts du TNM en tant que sous-catégories de N0 [1, 2, 3] (voir TNM Suppl. p. 9).

Les cellules tumorales isolées devraient être distinguées des cas avec preuve morphologique de micrométastase, c-à-d des métastases pas plus grandes que 0,2 cm (voir TNM Suppl. p. 9). Ces dernières peuvent être identifiées par l'ajout de (mi) aux catégories cN/pN ou cM/pM comme suit:

pN1 (mi) Micrométastase(s) régionale(s) ganglionnaire(s) lymphatique(s)

pM1 (mi) Micrométastase(s) distante(s)

## NOMBRE DE GANGLIONS LYMPHATIQUES

### Question

Si on trouve moins de ganglions lymphatiques que le nombre voulu, et qu'aucun d'entre eux ne montre de métastase, devrait-on classer cela pNX ou pN0?

### Réponse

Si les ganglions lymphatiques examinés sont négatifs, mais que le nombre de ganglions habituellement réséqué n'est pas atteint, ceci est à classer pN0. Le nombre de ganglions lymphatiques examinés et le nombre envahis par la tumeur devraient être mentionnés dans le rapport de pathologie. Cette information peut être ajoutée entre parenthèses, par ex., pour le carcinome colorectal pN0 (0/10) ou pN1 (2/11) (voir TNM Suppl. p. 8).



## EVALUATION PATHOLOGIQUE DES METASTASES A DISTANCE

### **Question**

Une métastase hépatique diagnostiquée par aspiration à l'aiguille fine (FNA) doit-elle être considérée comme pM1 ou pMX? Le site primaire est le sein.

### **Réponse**

La "Règle Générale 2 du TNM" spécifie: "L'évaluation pathologique des métastases à distance (pM) nécessite un examen microscopique." Cette affirmation emploie intentionnellement le terme "microscopique" plutôt qu'"histologique" afin de tenir compte des FNA et de la cytologie. Dans ce cas-ci, la classification sera pM1 (voir TNM Suppl. p. 2).

### **Question**

En tenant compte du fait qu'il n'y a plus de pMX et que le pM0 est uniquement admis en cas d'autopsie, que devrions-nous indiquer dans nos rapports de pathologie?

### **Réponse**

Dans les cas pour lesquels les cliniciens vous informent du statut métastatique, vous pouvez indiquer cM0 ou cM1 dans le rapport pathologique. Dans les cas pour lesquels vous ne disposez d'aucune information, vous pouvez omettre le 'M' et renseigner seulement les catégories T et N (voir TNM Suppl. p 10).

## CLASSIFICATION DES TUMEURS DU CERVEAU

### **Question**

La 4<sup>ème</sup> éd. du TNM comprenait une classification des tumeurs du cerveau. Pourquoi a-t-elle été retirée des 5<sup>ème</sup> éd., 6<sup>ème</sup> éd. et 7<sup>ème</sup> éd.?

### **Réponse**

L'application du TNM pour les tumeurs du SNC n'a pas bien fonctionné. Ceci concerne particulièrement la classification comme un moyen de prévoir l'issue. Celle-ci a peu d'impact comparée à d'autres facteurs tels que le type histologique, la localisation tumorale et l'âge du patient [4]. Le N ne s'applique pas du tout et le M joue rarement un rôle. Ce domaine est encore à l'étude afin de trouver d'autres moyens de classer les tumeurs du SNC qui seront porteurs d'une signification pronostique.

Vous pouvez retrouver des détails supplémentaires dans la 7<sup>ème</sup> éd. du Manuel de Stadification du Cancer de l'AJCC [5].

## TUMEURS DES SINUS FRONTAUX ET SPHENOÏDAUX

### **Question**

Les classifications TNM actuelles existent pour les sinus nasaux et paranasaux plus particulièrement, pour les sinus maxillaires et ethmoïdes. Y a-t-il une classification TNM pour les tumeurs des sinus frontaux et sphénoïdaux?

### **Réponse**

Il n'y a pas de classification TNM pour les tumeurs des sinus frontaux et sphénoïdaux.





## **CARCINOME DE LA TRACHEE**

### **Question**

Comment classer un carcinome épidermoïde de la trachée distale avec invasion du médiastin?

### **Réponse**

Il n'y a pas de classification TNM pour les tumeurs de la trachée.

## **CARCINOME DE L'OURAQUE**

### **Question**

Y a-t-il une classification TNM pour les carcinomes de l'ouraque? Si pas, devraient-elles être classées comme des tumeurs de la vessie?

### **Réponse**

Il n'y a pas de classification TNM pour les tumeurs de l'ouraque. Puisque les critères des catégories T ne sont pas applicables, la classification TNM des tumeurs de la vessie ne devrait pas être utilisée.

## **CLASSIFICATION DES NEOPLASIES PRIMAIRES DU PERITOINE**

### **Question**

Comment classez-vous les néoplasies primaires du péritoine? Nous n'avons pas trouvé de classification TNM pour ces tumeurs. Certains de nos collègues utilisent la classification TNM/FIGO de l'ovaire.

### **Réponse**

A cause de la rareté des néoplasies péritonéales primaires, il n'y a, en effet, aucune classification TNM pour elles. Fondamentalement, il y a deux entités péritonéales primaires: le mésothéliome et le carcinome primaire du péritoine. Ce dernier, carcinome papillaire séreux du péritoine, selon McCaughey et al. [6] and Killackey and Davis [7], a le même pronostic que les tumeurs ovariennes. Par conséquent, on pourrait appliquer la classification TNM ovarienne jusqu'à ce qu'un système éprouvé soit disponible. Selon les règles FIGO (24e rapport Annuel [8]), le carcinome péritonéal primaire est classé comme les tumeurs ovariennes (voir TNM Suppl. p. 98).

Il n'y a aucune proposition concernant les mésothéliomes péritonéaux.

## **DISSEMINATION ACCIDENTELLE DE TUMEUR**

### **Question**

Si des cellules tumorales se répandent accidentellement dans l'abdomen pendant la chirurgie, comment cela affecte-t'il la classification ?

### **Réponse**

La dissémination accidentelle de tumeur est prise en compte uniquement dans la classification T des tumeurs ovariennes. Dans l'ovaire, T1c, rupture de la capsule, comprend la rupture spontanée et la rupture pendant la chirurgie. Au niveau des autres sites, cela n'affecte pas le TNM ou le regroupement en stade (voir TNM Suppl. p. 98).



## **CELLULES TUMORALES DANS LES VAISSEaux LYMPHATIQUES**

### **Question**

Si j'ai un carcinome du colon constitué d'une tumeur invasive dans la sous-muqueuse, mais avec des vaisseaux lymphatiques contenant des cellules tumorales dans la muscularis propria, dois-je opter pour T1 ou T2?

### **Réponse**

T1 (sous-muqueuse). La présence microscopique de cellules tumorales dans les vaisseaux lymphatiques ou les veines ne peut pas être qualifiée de propagation locale dans la classification T (excepté pour le foie, les testicules et le pénis). La classification optionnelle L(ymphatique) et V(eineuse) peut être utilisée afin d'enregistrer de telles extensions (voir p. 17, 7<sup>ème</sup> éd. du TNM [2]).

## **PROPAGATION DIRECTE**

### **Question**

Une tumeur qui s'est propagée directement à partir d'une tumeur primaire gastrique dans un ganglion lymphatique régional adjacent est-elle à coder dans la catégorie T ou N?

### **Réponse**

Catégorie N. Une propagation directe dans un ganglion lymphatique régional se classe comme une métastase ganglionnaire, une propagation directe dans un organe adjacent, par exemple, dans le foie à partir d'une tumeur gastrique primaire, est enregistrée dans la classification T (voir 7<sup>ème</sup> éd. du TNM, p. 12 [2]).

## **N VERSUS M**

### **Question**

Pour les carcinomes gastriques, quand nous découvrons des nodules tumoraux dans l'omentum, devrions-nous les classer comme des métastases ganglionnaires?

### **Réponse**

A moins que ces nodules ne se trouvent dans la région du drainage lymphatique (ganglions lymphatiques régionaux), ils devraient être considérés comme des métastases distantes et classés cM1 ou pM1 (voir 7<sup>ème</sup> éd. du TNM, p. 75 [2]).

## **RECIDIVE TUMORALE**

### **Question**

Comment puis-je classer un patient ayant subi une excision locale apparemment complète d'un carcinome du rectum, mais chez qui on découvre, 2 ans plus tard, une récurrence tumorale au même endroit?



### **Réponse**

Utilisez le symbole r de la Récidive tumorale. Pour pouvoir utiliser ce symbole, il doit y avoir un intervalle libre documenté. Par exemple, rcT0N0M0 désignerait le statut pendant l'intervalle libre et rcT1N0M0 indiquerait une récurrence tumorale au niveau du site primaire (considérée cliniquement dans la sous-muqueuse). Après une seconde résection, le résultat pourrait être exprimé comme: rpT2pN1 rcM0, si on retrouvait pathologiquement la tumeur réséquée dans la muscularis propria (voir TNM Suppl. p. 20).

Dans d'autres cas, la récurrence dans la région de la tumeur primaire peut être indiquée par "rT+".

**Exemple:** Récurrence locale après mastectomie simple, de 2 cm de plus grande dimension, avec ou sans invasion de la peau ou de la paroi thoracique: rT+.

### **Question**

Une tumeur primaire a été réséquée chez un patient et est classée pT3pN1 cM0 (ex. carcinome colorectal). Ensuite, un an plus tard, ce patient a développé une maladie métastatique. Quelle est la classification TNM correcte? T3N1M1?

### **Réponse**

La stadification correcte au moment de la récurrence est rcT0N0M1 à condition qu'il n'y ait aucune tumeur primaire récidivante ni métastase au niveau d'un/de plusieurs ganglion(s) lymphatique(s) régional(aux). Le statut TNM initial n'est pas pris en compte pour celui de la tumeur récidivante.

## **TUMEUR PRIMAIRE INCONNUE**

### **Question**

Comment classer un patient ayant un mélanome métastatique, dans un ganglion cervical, de moins de 3 cm dans sa plus grande dimension sans tumeur primaire connue ou autre métastase?

### **Réponse**

cT0pN1cM0, stade III. La stadification est basée sur le statut du ganglion lymphatique régional et/ou de la métastase distante. Dans ce cas, le site de métastase est supposé être régional (voir TNM Suppl. p. 22).

## **GANGLION LYMPHATIQUE SENTINELLE**

### **Question**

Comment classer un statut de ganglion lymphatique sentinelle?

### **Réponse**

Ce qui suit est applicable quand on tente l'évaluation du ganglion lymphatique sentinelle (voir TNM Suppl. p. 10):

pNX(sn) = Le ganglion lymphatique sentinelle n'a pas pu être évalué

pN0(sn) = Aucune métastase dans le ganglion lymphatique sentinelle

pN1(sn) = Métastase dans le ganglion lymphatique sentinelle



### **Question**

Comment stadifier les cellules tumorales isolées ou micrométastases dans les ganglions lymphatiques régionaux du carcinome colorectal?

### **Réponse**

Les Cellules Tumorales Isolées (ITC) comme définies dans la classification TNM effective [2] (p. 13-15) sont classées comme pN0(i+). Les micrométastases sont classées comme pN1mi, si un seul ganglion lymphatique régional est impliqué. Le système TNM ne recommande pas de techniques ou de procédures afin d'obtenir un maximum de résultats. Généralement, il est admis que l'étape qui consiste à effectuer des coupes sériées des ganglions lymphatiques avec immunohistochimie consécutive n'est pas indispensable à la détection des ITC ou micrométastases.

### **Question**

Afin de classer un cas comme V1 ou V2, devons-nous démontrer la présence de cellules tumorales dans la lumière du vaisseau, ou une invasion est-elle suffisante pour le classer comme V1 ou V2?

### **Réponse**

L'invasion de la paroi du vaisseau est suffisante pour attribuer V1 ou V2 (voir TNM Suppl. p. 21).

## **QUESTIONS SPECIFIQUES LIEES AU SITE**

### **CAVITE ORALE**

#### **Question**

Quelle est la définition de 'l'espace masticateur'?

#### **Réponse**

L'espace masticateur (MS) est la région anatomique latérale sous la fosse cérébrale moyenne et délimitée par des plans de fascias distincts. La limite fasciale principale est associée à la couche superficielle du fascia cervical profond. Celui-ci est également connu sous le nom d'investing fascia. L'investing fascia se forme quand la couche superficielle du fascia cervical profond se divise à la marge inférieure du corps de la mandibule et remonte jusqu'à joindre les muscles de la mastication. Au milieu, le fascia rejoint un autre fascia, le fascia interptérygoïde, et s'élève jusqu'à la base du crâne. Latéralement, le fascia remonte jusqu'au-dessus du niveau de l'arcade zygomatique et couvre le muscle temporal. L'arcade zygomatique sert à subdiviser l'MS en un MS suprazygomatique (portion au-dessus de l'arcade zygomatique) et un MS nasopharyngé (portion en-dessous de l'arcade zygomatique). Le contenu de l'MS comprend la division mandibulaire du 5<sup>ème</sup> nerf crânien, les muscles de la mastication, des sections de l'artère maxillaire interne, le plexus ptérygoïde ainsi que le ramus et le coronoïde de la mandibule. Pour des lésions liées à l'alvéole inférieure, celles-ci seraient associées à la partie la plus inférieure de l'espace masticateur, toujours limitée par l'investing fascia [9] (voir TNM Suppl. p. 30-31).



## **LARYNX**

### **Question**

Puisque la classification T des tumeurs laryngées implique l'évaluation de la fixation des cordes vocales, cela signifie-t-il que le pT n'est pas possible sans qu'une telle information soit fournie par le clinicien?

### **Réponse**

Pour la classification pathologique concernant la mobilité réduite ou la fixation des cordes vocales, l'information issue du T clinique est utilisée pour le T pathologique. Ceci est conforme à la règle TNM No 2: la classification pathologique "est basée sur la preuve acquise avant le traitement, complétée ou modifiée par la confirmation supplémentaire obtenue par chirurgie et examen pathologique." Cette règle implique que, si on ne dispose pas d'information sur la présence ou l'absence de fixation des cordes vocales, il peut s'avérer impossible de fournir un pT (voir TNM Suppl. p. 42).

### **Question**

Dans un spécimen de laryngectomie totale incluant six anneaux trachéaux de cartilage, comment considérer un ganglion lymphatique paratrachéal de l'extrémité distale de la trachée (sous le cartilage thyroïdien et la thyroïde)? Faut-il toujours considérer ce ganglion comme cervical et si oui, de quel niveau?

### **Réponse**

Il s'agit d'une situation inhabituelle. Dans la TNM Suppl. (voir p. 118), les ganglions lymphatiques régionaux des carcinomes de la tête et du cou sont décrits et répertoriés. Les ganglions lymphatiques paratrachéaux sont inclus et devraient donc être considérés comme régionaux et sont compris dans le Niveau VI.

## **GLANDE THYROÏDE**

### **Question**

Comment stadifier un carcinome papillaire de la thyroïde avec un petit ganglion lymphatique fixé à la thyroïde et focalement infiltré par le carcinome papillaire?

### **Réponse**

Le problème est abordé dans la brochure TNM, 7<sup>ème</sup> éd. [2], p. 12: L'extension directe de la tumeur primaire dans les ganglions lymphatiques est classée comme métastase ganglionnaire lymphatique. Donc, le cas est classé comme pN1a. Si ce n'est pas évident à partir de la pièce d'exérèse, le chirurgien doit marquer le/les ganglion(s) enlevé(s) afin de permettre au pathologiste de distinguer pN1a de pN1b.

## **OESOPHAGE**

### **Question**

Une tumeur de l'oesophage avec invasion du tissu grasseux périoesophagien sans infiltration des structures adjacentes est-elle classée comme pT3 ou pT4? Le tissu grasseux périoesophagien appartient-il au médiastin et donc aux structures adjacentes?



### **Réponse**

La situation décrite est classée comme pT3. Le tissu graisseux appartient à l'aventice et non aux structures adjacentes telles que bronches, coeur, sac péricardique et aorte (voir TNM Suppl. p. 47).

### **Question**

La définition actuelle des ganglions lymphatiques régionaux pour le cancer de l'oesophage n'est pas très précise. Comment les ganglions lymphatiques sont-ils énumérés selon la nomenclature japonaise et sont-ils considérés comme des ganglions lymphatiques régionaux ou des métastases à distance?

### **Réponse**

Une liste des ganglions lymphatiques avec les numéros de la classification AJCC [5] est visible en p. 47 et 48 du TNM Suppl. Les autres ganglions lymphatiques impliqués sont classés comme des métastases à distance.

### **Question**

Devrions-nous utiliser le préfixe 'y' pour des tumeurs, provenant de pièces d'oesophagectomie, précédemment traitées par résection endomucosale (EMR)?

### **Réponse**

EMR n'est pas admis pour le préfixe 'y'.

Le symbole 'y' devrait être utilisé dans les cas où la classification est réalisée pendant ou après la thérapie multimodale (voir TNM Suppl. p. 18).

### **Question**

Avec la nouvelle stadification des tumeurs oesophagiennes de la 7<sup>ème</sup> éd. du TNM [2], les ganglions lymphatiques coeliaques et supraclaviculaires sont-ils considérés comme régionaux pour les tumeurs oesophagiennes supérieures, moyennes et inférieures?

### **Réponse**

Les ganglions lymphatiques coeliaques sont considérés comme régionaux (N1-N3 en fonction du nombre de ganglions lymphatiques infiltrés) et les métastases dans les ganglions lymphatiques supraclaviculaires sont classés comme cM1 ou pM1 si confirmés par microscopie (voir TNM Suppl. p. 48).

### **Question**

Classez-vous les ganglions du tronc coeliaque ou de l'artère gastrique gauche comme M1 ou N pour un cancer oesophagien qui envahit les 5 cm les plus bas de l'oesophage et s'étend aux 2 cm proximaux de l'estomac sans aucun autre site de maladie à part les ganglions périoesophagiens ou périgastriques?

### **Réponse**

La propagation directe d'une tumeur oesophagienne à l'estomac rend les ganglions lymphatiques de l'estomac régionaux, et donc, ils devraient être rangés dans la classification N (dépendant du nombre de ganglions lymphatiques impliqués) et non comme cM1/pM1 (voir TNM Suppl. p. 47-48).



## **ESTOMAC**

### **Question**

Un cas de gastrectomie post-chimiothérapie pour carcinome à cellules en bague à chaton montre un ganglion lymphatique clairement positif. L'immunohistochimie a été réalisée, laquelle montrait une cellule positive parmi cinq autres ganglions lymphatiques régionaux. Comment classer ce cas ?

### **Réponse**

Le ganglion lymphatique régional positif se classe ypN1. Il semble difficile de classer les autres résultats. Strictement, ces résultats devraient se classer comme des cellules tumorales isolées ITC et ne devraient pas être prises en compte dans la classification N. D'autre part, cela pourrait représenter des changements régressifs de métastases ganglionnaires après chimiothérapie et devraient dès lors être classés comme ypN2.

Je pense que vous devez invoquer la Règle No. 4 (voir p. 3 du TNM Suppl.), si le doute persiste, utilisez le stade le plus faible càd ypN1.

### **Question**

Comment devrais-je classer (catégorie N ou M) un cas de métastase ganglionnaire supraclaviculaire d'un carcinome à cellules en bague à chaton de l'estomac ?

### **Réponse**

La métastase ganglionnaire supraclaviculaire se classe comme pM1 LYM ou pM1 LYMPH (voir TNM Suppl. p. 53).

## **TUMEURS NEUROENDOCRINES**

### **Question**

Comment classer une tumeur primaire de 3 cm, endocrine bien différenciée de l'intestin grêle avec une masse mésentérique (métastase ganglionnaire) ?

### **Réponse**

Ce cas se classe comme pT2pN1 cM0, s'il n'y a pas de métastase à distance. Il n'est pas spécifiquement indiqué s'il y a seulement une métastase ganglionnaire ou une masse qui pourrait correspondre à plusieurs métastases ganglionnaires entremêlées (voir TNM Suppl. p. 60).

### **Question**

Comment classer un carcinome neuroendocrine bien différencié de l'appendice (carcinoïde malin) avec extension dans le mésoappendice ? Est-ce pT3 (comme pour les adénocarcinomes) ?

### **Réponse**

Les carcinoïdes de l'appendice ont leur propre classification TNM (issue de la 7<sup>ème</sup> éd. [2]) L'extension dans le mésoappendice est prise en compte dans la classification TNM ENETS mais pas dans la classification TNM de l'UICC/AJCC (voir TNM Suppl. p. 57-58).



## COLON ET RECTUM

### Question

Pour les carcinomes du colon, une tumeur qui a atteint la surface séreuse est-elle indiquée comme pT3 ou pT4? Quelle est la définition de l'atteinte séreuse? En certains endroits, elle est considérée comme une tumeur qui entreprend 1 mm de la surface séreuse.

### Réponse

T3 comprend les tumeurs de la sous-séreuse, c'est-à-dire, celles se trouvant sous la surface séreuse. T4 s'applique aux tumeurs qui "perforent le péritoine viscéral", c'est-à-dire, la surface séreuse (voir TNM Suppl. p. 62).

### Question

J'ai un carcinome du colon sigmoïde s'étendant à la sous-muqueuse. Dans une veine de la graisse péricolique, il y a un thrombus tumoral. Une métastase est présente dans un des huit ganglions régionaux lymphatiques. Comment ce cas devrait-il être stadifié?

### Réponse

Ce cas se classe comme pT1pN1a(1/8) cM0, V1. L'invasion veineuse n'est prise en compte ni dans la catégorie T, ni dans la catégorie N (voir TNM Suppl. p. 63).

### Question

Dans des études adjuvantes sur les carcinomes colorectaux, on fait la distinction entre les tumeurs T4a et T4b comme suit:

T4a = Invasion d'autres organes

T4b = Pénétration de la séreuse

Comment se fait la distinction dans le TNM Suppl.?

### Réponse

Dans la 7<sup>ème</sup> éd. de la classification TNM [2], les définitions des sous-catégories ont changé comparées à celles du TNM Suppl., 3<sup>ème</sup> éd. [10]. Voici les définitions:

T4 Tumeur perfore le péritoine viscéral et/ou envahit directement d'autres organes ou structures

T4a Tumeur perfore le péritoine viscéral

T4b Tumeur envahit directement d'autres organes ou structures\*

### Remarques

\*L'invasion directe du T4b inclut l'invasion d'autres organes ou segments du colon/rectum par l'intermédiaire de la séreuse, comme confirmé par l'examen microscopique, ou, pour les tumeurs de localisation rétropéritonéale ou sous-péritonéale, l'invasion directe d'autres organes ou structures du fait de l'extension au-delà de la musculature.

Une tumeur adhérente à d'autres organes ou structures, macroscopiquement, est classée cT4b. Cependant, si aucune tumeur n'est présente dans l'adhérence, microscopiquement, la classification devrait être pT1-3, selon la profondeur anatomique de l'invasion de la paroi (voir TNM Suppl. p. 62-t 63).





### **Question**

Chez un patient présentant un adénocarcinome du colon, il y avait pénétration de toute l'épaisseur de la paroi, 13 ganglions positifs et également un "foyer flottant" du carcinome dans la cavité péritonéale. Aucune autre tumeur péritonéale n'a été retrouvée. Ceci devrait-il être stadifié comme T0, TX ou T1?

### **Réponse**

Ce cas devrait être considéré comme pM1, parce qu'il y avait de tumeur dans la cavité péritonéale à distance de la tumeur primaire. La tumeur primaire sera pT3, ou si elle pénètre la séreuse, pT4, et pN2 vu le nombre de ganglions envahis (voir TNM Suppl. p. 62-63).

### **Question**

Comment classer un carcinome dans un diverticule du colon sigmoïde avec envahissement de la musculature et de la graisse péricolique? Le diverticule est bordé par une fine membrane fibreuse. Il y a 31 ganglions lymphatiques régionaux sans métastase et pas de métastase à distance.

### **Réponse**

Ce cas devrait se classer comme pT3pN0(0/31) cM0.

### **Question**

Dans la 7<sup>ème</sup> éd. de la classification TNM [2], les dépôts tumoraux (TD) sont enregistrés comme un facteur spécifique du site. Il apparaît qu'ils n'affectent pas la classification N sauf si aucun ganglion n'est infiltré, auquel cas, ils sont désignés comme N1c. Comment classez-vous une tumeur qui a trois ganglions lymphatiques envahis et quatre dépôts sans tissu lymphoïde? Serait-ce N1bTD4?

### **Réponse**

Le cas que vous décrivez se classe pN1b. Les TDs devraient être comptés séparément (voir TNM Suppl. p. 63-64). Il peut parfois s'avérer difficile de compter les TDs correctement. Concernant cette problématique, veuillez vous référer à la brochure TNM [2], p. 103. De plus, vous devez être sûr que les TDs ne sont pas des métastases ganglionnaires.

### **Question**

Les TD péricoliques correspondent-ils à des ganglions régionaux positifs dans les carcinomes colorectaux ou cN1c/pN1c est-il utilisé uniquement en l'absence de métastase ganglionnaire?

### **Réponse**

cN1c/pN1c s'utilise **seulement** en l'absence de métastase ganglionnaire régionale (voir TNM Suppl. p. 64).

### **Question**

Un carcinome rectal qui s'étend dans l'anus est-il T3 ou T4?

### **Réponse**

Le TNM Suppl. spécifie que: "L'extension intra-murale directe d'une sous-localisation (segment) du colon à une sous-localisation adjacente n'est pas prise en compte dans la classification T. Le même principe s'applique pour l'extension intra-murale directe depuis le rectum vers le canal anal." La catégorie T est déterminée par la profondeur de l'invasion (voir TNM Suppl. p. 62).



### **Question**

Un carcinome rectal infiltrant les muscles releveurs peut-il être considéré comme T3 ou T4?

### **Réponse**

Nous suggérons de classer un carcinome rectal infiltrant les muscles releveurs comme T4b (invasion de structures adjacentes) (voir TNM Suppl. p. 63). Ceci se base sur

- Le mauvais pronostic
- La difficulté à atteindre un statut R0 (pas de tumeur résiduelle)
- Chirurgie radicale requise

### **Question**

J'ai un carcinome rectal sous la réflexion péritonéale qui perfore le fascia mésorectal mais n'affecte pas la séreuse péritonéale. S'agit-il d'une tumeur pT3 ou pT4?

### **Réponse**

pT3 semble correct.

Nous n'avons pas de données pour classer la perforation du fascia mésorectal comme cT4/pT4.

### **Question**

Une pénétration de la séreuse pour un adénocarcinome colique influence-t-elle la classification R? Il n'y a pas de métastase clinique connue et la marge saine de la résection du mésocolique est > 1mm.

### **Réponse**

La perforation d'un carcinome colorectal n'est pas prise en compte dans la classification R, par ex. si les autres marges de la résection ne présentent pas d'invasion tumorale, ce cas peut se classer R0.

### **Question**

J'ai reçu une tumeur du colon. Il s'agit d'un adénocarcinome moyennement différencié et environ 50% maximum mucineux. J'ai pu trouver de nombreux ganglions mésentériques, négatifs pour la tumeur. Néanmoins, trois de ces ganglions présentaient des plaques mucineuses. Malgré les multiples coupes sériées d'au moins trois niveaux, je n'ai pas pu trouver de cellules atypiques. Je sens que je ne peux pas considérer ces plaques mucineuses comme une tumeur métastatique, même si je crois que la mucine provient de la lésion. J'ai mentionné la mucine dans le rapport, mais je ne suis pas sûr de savoir comment classer ces résultats pour les ganglions lymphatiques. Quel est le consensus actuel concernant ce type de lésion dans ces circonstances?

### **Réponse**

L'approche du TNM dépend de la réalisation ou non d'une thérapie néoadjuvante. Si la chirurgie était effectuée après thérapie néoadjuvante, les plaques de mucine sans cellules tumorales dans la paroi de l'intestin ou les ganglions ne sont pas considérées comme positives pour la tumeur. S'il n'y a pas eu de thérapie néoadjuvante, les plaques de mucine sont considérées comme positives pour la tumeur.



### **Question**

Nous avons un patient qui a eu un adénocarcinome mucineux du rectum. Après thérapie néoadjuvante, nous avons pu trouver des masses mucineuses uniquement dans la paroi intestinale et dans trois des 19 ganglions lymphatiques régionaux; cliniquement, pas de métastase à distance. Comment ce cas se classe-t-il selon le TNM?

### **Réponse**

Ce cas (après thérapie néoadjuvante) se classe comme ypT0pN0(0/19) ycM0. Les masses mucineuses sans cellules tumorales viables ne sont pas prises en compte dans la classification ypT et ypN (voir TNM Suppl. p. 18).

### **Question**

J'ai un adénocarcinome mucineux rectal (pT3) et une métastase pour un des 16 ganglions lymphatiques régionaux (pN1a). On a reçu un ganglion lymphatique régional supplémentaire avec métastase et localisé dans la paroi pelvienne. Cette métastase ganglionnaire devrait-elle être prise en compte comme ganglion lymphatique ou comme une métastase à distance?

### **Réponse**

La localisation ganglionnaire pourrait être interprétée comme sacrée latérale ou mésorectale. Donc, cette métastase ganglionnaire étant régionale, la classification est modifiée en pT3pN1b(2/17) cM0, Stade IIIB.

### **Question**

Dans un carcinome du colon avec invasion du fascia de Gérota mais pas du rein, s'agit-il de T3 ou T4?

### **Réponse**

Le fascia de Gérota devrait être considéré comme une structure adjacente et devrait donc être classé comme pT4b.

### **Question**

Pour un adénocarcinome rectal qui perfore la musculature mais n'infiltré pas les ganglions lymphatiques, une invasion de la peau anale (atteignant l'épithélium anal squameux proche de la marge d'excision distale) ferait-elle monter le stade de pT3 à pT4?

### **Réponse**

Si aucune structure du sphincter n'est infiltrée, le cas devrait être classé comme cT3/pT3.

### **Question**

Quelle classification R est appropriée pour décrire une perforation tumorale peropératoire pendant la résection du cancer rectal, si, macroscopiquement et microscopiquement, la tumeur est complètement retirée?



### **Réponse**

Ceci se classe comme R0. La catégorie T n'est pas compromise par la perforation intra-opératoire. Les perforations devraient être documentées séparément vu le moins bon pronostic des patients.

## **CANAL ANAL**

### **Question**

J'ai un cas de carcinome anal qui se trouve dans la catégorie ypT2. Il y a un ganglion périrectal et un ganglion iliaque externe positifs. Le ganglion iliaque externe a été envoyé séparément par le chirurgien. Une métastase dans ce ganglion lymphatique est-elle classée comme N1, N3 ou M1?

### **Réponse**

Selon la définition des ganglions régionaux lymphatiques du canal anal, les métastases dans les ganglions lymphatiques iliaques externes sont considérées comme des métastases à distance et devraient se classer comme cM1/pM1 (voir TNM Suppl. p. 121).

## **FOIE (CHOLANGIOMYOCARCINOME INTRAHEPATIQUE)**

### **Question**

Si un cholangiomyocarcinome intrahépatique perce la capsule hépatique jusqu'au rétropéritoine, la tumeur est-elle classée comme un T4?

### **Réponse**

Une invasion du rétropéritoine correspond à une perforation du péritoine viscéral et se classe comme cT3/pT3 (voir TNM Suppl. p. 145).

### **Question**

Quelle est la définition de la croissance péricanalaire des cholangiomyocarcinomes intrahépatiques classés comme cT4/pT4?

### **Réponse**

La croissance péricanalaire primaire pour les cholangiomyocarcinomes est une entité rare (moins de 10%). Ces tumeurs montrent une croissance péricanalaire primaire fréquemment multifocale, ne formant pratiquement jamais de masse. Les patients atteints ont un très mauvais pronostic donc cT4/pT4 est justifié (voir TNM Suppl. p. 66).

### **Question**

Un patient avec un cholangiomyocarcinome intrahépatique a des métastases dans ses ganglions lymphatiques para-aortiques. Ce résultat est-il classé comme N1, N2 ou M1?

### **Réponse**

La définition des ganglions lymphatiques régionaux pour le cholangiomyocarcinome intrahépatique du lobe droit et du lobe gauche du foie est décrite en p. 114 de la brochure TNM. Elle n'inclut pas les ganglions lymphatiques para-aortiques, dont l'infiltration devrait donc être classée comme cM1 ou pM1 si démontrée microscopiquement. Ni la classification UICC [2], ni celle de l'AJCC [5] ne fournissent de définition des ganglions lymphatiques N2.



## **VESICULE BILIAIRE**

### **Question**

Dans le cadre d'un carcinome de la vésicule biliaire, un spécimen d'hépatectomie partielle montrait une invasion du parenchyme hépatique et à environ 1.5 cm de l'invasion, un nodule de 0.4 cm sans connexion macroscopique ou microscopique à la tumeur invasive. Comment ce nodule devrait-il être classé?

### **Réponse**

Ce nodule devrait être classé comme pM1.

## **VOIES BILIAIRES**

### **Question**

En cas de cholangiocarcinome périhilaire (tumeur de Klatskin) avec invasion directe (par continuité) du pancréas, comment classe-t-on ce résultat?

### **Réponse**

Bien que l'invasion du pancréas ne soit pas explicitement mentionnée dans les catégories T des tumeurs périhiliaires (= tumeurs de Klatskin), il est recommandé d'utiliser la définition du TNM des tumeurs des voies biliaires extra-hépatiques – distales et donc, ce cas devrait être classé comme pT3.

### **Question**

Dois-je stadifier un carcinome du canal cholédoque distal survenant dans la portion intrapancréatique du canal biliaire comme une tumeur pancréatique ou une tumeur des voies biliaires ?

### **Réponse**

La tumeur décrite se classe selon la classification des tumeurs des voies biliaires extrahépatiques distales.

## **AMPOULE DE VATER**

### **Question**

Nous avons un adénocarcinome ampullaire étendu au-delà de la paroi duodénale mais pas dans le parenchyme pancréatique. Est-ce T2 ou T3?

### **Réponse**

En supposant que la tumeur que vous décrivez a envahi les tissus mous (péripancréatiques), ce cas se classe comme cT4/pT4 (voir TNM Suppl. p. 146).



## PANCREAS

### Question

Un carcinome canalaire du pancréas mesurant 5 cm de plus grande dimension infiltrant la tête et le corps du pancréas, ne montre pas d'extension extrapancréatique mais envahit le canal cholédoque dans la tête du pancréas. Sur les 16 ganglions lymphatiques examinés, on retrouve un ganglion pancréatoduodénal et un ganglion du canal cholédoque positifs pour un carcinome métastatique. S'agit-il d'une tumeur T2N1 ou T3N1?

### Réponse

Ce cas se classe comme pT3pN1 cM0. Veuillez vous référer à la p. 146 du TNM Suppl.

### Question

Un carcinome canalaire du pancréas avec invasion de la veine mésentérique supérieure devrait-il être stadifié comme cT4/pT4?

### Réponse

Bien que cela ne soit pas mentionné dans la définition de la catégorie T4 des tumeurs pancréatiques, l'envahissement de la veine mésentérique supérieure devrait être classé comme cT4/pT4 (voir TNM Suppl. p. 68).

### Question

J'ai vu la liste des ganglions lymphatiques régionaux pour les résections du cancer pancréatique dans la 6<sup>ème</sup> éd. du livre TNM. Cependant, il n'est pas toujours évident de savoir si un ganglion infiltré est assez loin du pancréas pour être classé M1. Par exemple, nos chirurgiens nous envoient souvent des ganglions de l'artère hépatique, des ganglions de l'axe coeliaque et des ganglions aortico-caves séparément. Faut-il classer une partie ou tous ces groupes comme cM1/pM1 si infiltrés (càd plutôt que N1) ?

### Réponse

Les ganglions de l'artère hépatique pourraient être considérés comme équivalents à des ganglions du canal cholédoque = régionaux = cN1/pN1

Ganglions de l'axe coeliaque = régionaux pour les tumeurs de la tête du pancréas seulement = cN1/pN1

Ganglions aortico-caves = métastases à distance = cM1/pM1 (voir TNM Suppl. p. 120-121).



## **POUMON**

### **Question**

Est-ce que la nouvelle édition (7<sup>ème</sup>) du TNM [2] des cancers du poumon couvre tous les cancers du poumon, incluant les cancers du poumon à petites cellules?

### **Réponse**

La classification s'applique aux carcinomes du poumon incluant les carcinomes non à petites cellules, les carcinomes à petites cellules et les tumeurs carcinoïdes broncho-pulmonaires (voir TNM Suppl. p. 69).

### **Question**

Pour les carcinomes du poumon, est-ce que l'invasion de la plèvre viscérale T2 signifie qu'il y a perforation de la membrane pleurale?

### **Réponse**

L'invasion de la plèvre viscérale T2 comprend une des propositions suivantes:

- La tumeur atteint la membrane élastique de la plèvre viscérale
- La tumeur est présente à la surface de la plèvre viscérale (voir TNM Suppl. p. 71).

### **Question**

Si une tumeur du poumon mesure <3 cm (2.8 cm) de taille maximum sans invasion de la plèvre viscérale et envahit la bronche intermédiaire, est-ce une tumeur T1 ou T2?

### **Réponse**

La bronche intermédiaire ne doit pas être considérée comme une partie de la bronche principale droite. La classification correcte pour cette tumeur est donc cT1b/pT1b.

### **Question**

Selon la classification T des carcinomes du poumon, si une tumeur mesure 3 cm et se développe par invasion directe à travers une fissure pour envahir directement le lobe adjacent. S'agit-il d'un T2 ou d'un T4?

### **Réponse**

Une tumeur avec invasion locale d'un autre lobe sans tumeur à la surface de la plèvre doit être classée T2, cT2a/pT2a dans la 7<sup>ème</sup> éd. [2]. Cette classification n'est plus valable si d'autres caractéristiques, comme la taille, imposant une catégorie T plus élevée, sont d'application (voir TNM Suppl. p. 72).

### **Question**

Comment dois-je classer un patient avec un adénocarcinome de 2 cm, primaire du LSD du poumon, avec foyers multiples d'adénocarcinome dans le LID, ganglions lymphatiques négatifs et pas d'autres métastases?

### **Réponse**

Il doit être classé comme T4 (nodules tumoraux séparés dans différents lobes) et comme la seconde tumeur a été confirmée histologiquement, c'est un pT4 (voir TNM Suppl. p. 71).



### **Question**

Pouvez-vous définir 'médiastin' dans les cancers du poumon classés T4 par opposition à la plèvre médiastinale pour les tumeurs classées T3 ? De plus, il y a résection intra-péricardique d'une tumeur dans la graisse sous le péricarde pariétal mais n'infiltrant pas le tissu fibreux péricardique. Comment classer le T?

### **Réponse**

Jusqu'à la 4<sup>ème</sup> éd. publiée en 1987 et 1992 [11], la plus haute catégorie T était 'T3' et incluait le descripteur 'invasion médiastinale'. Dans la 5<sup>ème</sup> éd. [12], la catégorie T4 a été réintroduite et l'invasion du médiastin et de son contenu était divisée en 'T3' et 'T4'. La 'plèvre médiastinale' et le 'péricarde pariétal' restaient 'T3', tandis que l'invasion du 'cœur', 'grands vaisseaux,' etc., devenaient 'T4'. Mon interprétation est que 'médiastin' était retenu et assigné à une nouvelle catégorie T4, pour couvrir tout ce qui n'était pas spécifiquement attribué à 'T3' ou 'T4', comme la graisse de la graisse médiastinale, les tissus conjonctifs, le thymus, etc. Nous supposons qu'en décrivant l'invasion 'sous' le péricarde pariétal, vous voulez dire la partie 'superficielle' du péricarde puisque c'est la seule situation où la graisse peut être envahie sans invasion péricardique. Si cette supposition est correcte, ce cas doit être classé comme 'T4' (voir TNM Suppl. p. 72).

### **Question**

Pour la stadification clinique des cancers du poumon: devons-nous mesurer la taille de la tumeur par la 'fenêtre' pulmonaire ou par la 'fenêtre' médiastinale des CT scans ?

### **Réponse**

Réalisez la mesure par la 'fenêtre' qui est la plus précise pour votre institution. Vraisemblablement, un radiologue diagnostique serait en mesure d'indiquer quelle fenêtre est la plus précise.

### **Question**

J'ai un adénocarcinome acinaire des poumons, qui montre de larges zones de carcinome bronchioloalvéolaire. Dans la résection du spécimen, il y a des foyers de carcinome bronchioloalvéolaire séparés de la tumeur originale. Doit-on le considérer comme une tumeur synchrones ou simplement une partie de la première tumeur ?

### **Réponse**

Le cas décrit devrait être classé comme cT3/pT3, à condition que les foyers soient dans le même lobe et qu'il y ait du tissu non-tumoral entre les différents foyers. Si les nodules tumoraux apparaissent dans un autre lobe, ce cas devrait être classé comme cT4/pT4, ou cM1a/pM1a s'ils sont dans le poumon controlatéral (voir TNM Suppl. p. 71).





### **Question**

Un cancer du poumon envahissant les 'grands vaisseaux' est classé comme T4. Comment sont définis les 'grands vaisseaux' et où est la limite? Une grande branche d'une artère pulmonaire d'une pièce de lobectomie est-elle qualifiée de grand vaisseau ou cela se réfère-t-il uniquement à l'artère pulmonaire principale et à l'aorte?

### **Réponse**

La définition de grands vaisseaux est donnée à la p. 72 dans le TNM Suppl.

- Aorte
- Veine cave supérieure
- Artère pulmonaire principale (tronc pulmonaire)
- Portions intrapéricardiques de l'artère pulmonaire gauche et droite
- Portions intrapéricardiques des veines pulmonaires supérieure et inférieure droite et gauche

L'invasion de branches plus distales ne permet pas de classer comme T4.

### **Question**

1) S'il y a deux adénocarcinomes dans le même lobe, mais qu'ils ont des histologies différentes (par exemple un adénocarcinome bien différencié papillaire, et un carcinome peu différencié à cellules en bague à chaton, tous les deux TTF-1+ et d'origine pulmonaire confirmée), en accord avec les directives du manuel AJCC, comme ce sont tous deux des 'adénocarcinomes', ils doivent être classés comme T4. Toutefois, je suis hésitant parce qu'en fait, du moins sur le plan histologique (et probablement génétique), ces tumeurs sont très différentes. Comment classeriez-vous cette situation?

2) Si un patient a deux tumeurs dans le même lobe, l'un est un carcinome bronchioalvéolaire et l'autre est un adénocarcinome, est-ce qu'il faut les classer comme des primitifs séparés?

3) Si un patient a deux carcinomes bronchioalvéolaires, mais l'un est clairement mucineux, et l'autre non mucineux, les classez-vous comme des primitifs distincts?

### **Réponse à 2)**

Non, ils doivent être classés comme T3 (deux foyers tumoraux dans le même lobe).

### **Réponse à 1) et 3)**

J'ai consulté notre pathologiste pulmonaire et les exemples que vous donnez peuvent être considérés comme des primitifs séparés. C'est pourquoi, on peut classer le plus avancé dans chaque groupe et indiquer qu'il y a deux primitifs en mettant (2) après le T, par exemple T2(2) (voir TNM Suppl. p. 71).



**Question**

Comment l'invasion du 'médiastin' est-elle définie comme critère pour le cT4/pT4?

**Réponse**

Le 'médiastin' est assigné à la catégorie T4 et couvre toutes les structures qui ne sont pas spécifiquement mentionnées comme par exemple, la graisse médiastinale, les tissus conjonctifs, le thymus, etc.

**Question**

Concernant le poumon, j'ai un spécimen d'adénocarcinome de 7 cm dans lequel il y a un adénocarcinome d'1 cm sous-pleural séparé qui se trouve à seulement 1 cm de la plus grande masse. Les lésions sont dans le même lobe. Il n'y a pas de contiguïté définie entre les lésions macro- ou microscopiquement. Est-ce une tumeur T4 ?

**Réponse**

Le cas que vous avez décrit est classé comme cT3 ou pT3 (voir TNM Suppl. p. 71).

**Question**

J'ai un adénocarcinome bronchique invasif de 2.5 cm avec des caractéristiques importantes de carcinome bronchioloalvéolaire non mucineux, assez loin de la carène. Un des foyers du BAC-like a une composante importante incrustée d'œdème/mucine alvéolaire envahissant la couche élastique de la plèvre, mais seuls des foyers dispersés de tumeurs recouvrant les septa sont présents, bien loin de la plèvre. Est-ce T1 ou T2?

**Réponse**

Le cas que vous décrivez doit être classé comme cT1/pT1. Dans le TNM Suppl., 3<sup>ème</sup> éd. (p. 48) [10], on précise: l'invasion de la plèvre viscérale (T2) inclut non seulement la perforation du mésothélium mais aussi l'invasion de la lamina propria serosae.

Je conclus, d'après votre description, que ce critère n'est pas complètement respecté.

**Question**

Comment peut-on classer un patient avec une tumeur obstruant la bronche principale droite, dont l'effondrement/consolidation résultant(e), au niveau des lobes moyen et inférieur, obscurcit les marges de la tumeur et dont on ne peut pas évaluer la taille?

**Réponse**

Les caractéristiques décrites suggèrent de classer la tumeur comme au moins T2, mais on ne peut pas évaluer la taille pour savoir si c'est T2a, T2b ou T3. On peut appliquer la Règle Générale No. 4 (voir TNM Suppl. p. 3) dans cette situation. Elle dit que 's'il y a un doute concernant la catégorie T, N ou M correcte à laquelle un cas particulier doit correspondre, il faut choisir la catégorie la plus basse (la moins avancée). Ceci se reflètera dans le regroupement par stade'. Ce cas doit être classé comme cT2a, et Stade IB si négatif pour les ganglions.



### **Question**

Comment classer un patient avec une tumeur de 4 cm spiculée dans le lobe inférieur gauche, et une lésion de 2 cm dans le lobe supérieur droit? Une biopsie à l'aiguille de la lésion gauche confirme un adénocarcinome. Une tomographie par émission de positrons (PET-scan) montre un contraste élevé dans les deux lésions pulmonaires mais pas de contraste ailleurs dans le hile, le médiastin ou d'autres sites distants. Est-ce nécessaire de faire une biopsie de la lésion droite afin de confirmer qu'il s'agit de type cellulaire différent ?

### **Réponse**

Si oui ou non une biopsie à l'aiguille de la lésion du poumon droit doit être entreprise dans ce cas dépend du fait que l'approche thérapeutique proposée par l'équipe multidisciplinaire soit influencée ou non par les interprétations divergentes de la classification sur base des preuves disponibles à ce jour. Ce cas devrait être classé comme cT2a N0 M1a, Stade IV si la lésion la plus petite est considérée comme métastase. Si, toutefois, les deux lésions sont considérées comme des lésions primaires synchrones, elles doivent être classées selon la Règle Générale No.5 (voir TNM Suppl. p. 3-4), qui dit : 'en cas de tumeurs multiples simultanées dans un organe (les deux poumons sont considérés ici comme un unique organe), la tumeur avec la catégorie T la plus élevée doit être classée et la multiciplité ou le nombre de tumeur(s) doit être indiqué entre parenthèses' comme cT2a(m)N0M0 ou cT2a(2)N0M0, stade IB. Si les décisions de traitement sont influencées par la connaissance du type cellulaire de la lésion à droite, qui peut montrer un type cellulaire différent ou présenter des différences morphologiques, immunohistochimiques ou moléculaires suggérant que les tumeurs sont des sous-types différents du même type cellulaire, alors une biopsie à l'aiguille de la tumeur du côté droit serait justifiée à des fins de stadification.

### **Question**

Comment peut-on classer un cas où un carcinome indifférencié du lobe supérieur gauche infiltre les tissus mous de la paroi thoracique ? Il y a un ganglion lymphatique positif adjacent à la lésion de la paroi thoracique et aucune invasion des ganglions intrathoraciques. Est-ce un pM1 ou pN1, si on considère que les tissus mous sont un organe infiltré et le ganglion local comme un ganglion régional?

### **Réponse**

En répondant à cette question, on suppose que les caractéristiques pathologiques et cliniques ont exclu une tumeur primitive des tissus mous (sarcome) ou un carcinome du sein. Si ceci est correct, alors le TNM Suppl. conseille (voir p. 7-8): 'dans de rares cas, on ne retrouve pas de métastase dans les ganglions lymphatiques régionaux, mais seulement dans les ganglions lymphatiques qui drainent un organe adjacent directement envahi par la tumeur primaire. Les ganglions lymphatiques des sites envahis sont considérés comme ceux du site primitif pour la classification N.'

Les ganglions lymphatiques des tissus mous de la paroi thoracique ne sont pas considérés comme des ganglions 'régionaux' dans les cancers du poumon et par conséquent, la classification à appliquer doit être 'pM1b'.

### **Question**

Un cas de cancer du poumon est classé sur base de l'évaluation clinique/pré-traitement comme cN0 ou cN1. A l'opération, il est considéré comme non résécable à cause de l'extension de l'invasion de la tumeur primaire dans le médiastin. Le pathologiste peut seulement confirmer que les ganglions médiastinaux recueillis à partir des stations 4 et 7 sont exempts d'invasion. Doit-on le classer comme pNX, pN0 ou pN1?



### **Réponse**

La classification TNM pose des conditions concernant le nombre et la distribution des ganglions lymphatiques à examiner histologiquement nécessaires pour établir la catégorie pN. Dans les cancers du poumon, ces conditions sont : 'l'examen histologique de l'(des) échantillon(s) de lymphadénectomie hilare et médiastinale doit ordinairement inclure six ganglions/stations ou plus. 3 des ces ganglions/stations doivent être médiastinaux, incluant des ganglions sous-carénaux (#7) et 3 des ganglions/stations N1 (voir TNM Suppl. p. 135).' Toutefois, si tous les ganglions lymphatiques examinés sont négatifs, mais que les recommandations concernant le nombre ou la distribution des ganglions lymphatiques à examiner ne sont pas satisfaites, il faut le classer comme pN0 (voir TNM Suppl. p. 8). Par exemple, la combinaison d'un pT4 confirmé pathologiquement et d'un pT4pN0cM0 ne remplirait pas complètement les critères nécessaires pour établir un stade pathologique et serait classé comme stade clinique IIIA.

### **Question**

Un patient a subi une résection en coin du lobe supérieur droit pour un adénocarcinome pT1N0 cM0. Six mois plus tard, une autre tumeur du lobe supérieur droit a été découverte et le patient a subi un complément de lobectomie supérieure. L'examen pathologique de l'échantillon chirurgical montrait que la nouvelle lésion était une métastase dans un ganglion lymphatique intrapulmonaire, et le tissu du ganglion lymphatique était clairement observé avec une capsule à la périphérie de la nouvelle tumeur. Comment classer ce cas?

### **Réponse**

Il doit être classé comme une tumeur récurrente dans un ganglion lymphatique et non comme un nouveau primitif. Il est approprié de classer ceci comme rpT0pN1 rcM0 (voir TNM Suppl. p. 20).

### **Question**

Un patient subit une lobectomie supérieure droite avec dissection systématique des ganglions. L'examen pathologique montrait un adénocarcinome pT1 et confirme que les conditions pour un examen complet des ganglions lymphatiques sont satisfaites. Nous confirmons un envahissement de la station des ganglions lymphatiques interlobaires et on a trouvé une métastase dans les ganglions lymphatiques (#12) sans autres dépôts dans les stations N1 et N2, excepté des cellules tumorales isolées (ITC) dans la station para-trachéale (# R4). Doit-on le classer comme un pN1, pN0(i+) ou pN2(i+)?

### **Réponse**

Le TNM Suppl. considère seulement les ITC comme une sous-catégorie de la classification pN0. Malheureusement, si on assigne la catégorie pN0(i+) ou que l'on crée une nouvelle pN2(i+), les preuves irréfutables de maladie pN1 seraient dissimulées. Nous pouvons seulement suggérer que ce cas soit classé comme pN1.

### **Question**

Notre chirurgien a entrepris une lobectomie supérieure droite et une résection du segment apical fusionné du lobe inférieur droit chez un patient après une chimiothérapie d'induction. Macroscopiquement, la tumeur mesurant 3.5 cm semble envahir le segment attaché. Toutefois, microscopiquement, je n'ai pas pu identifier la plèvre viscérale de la fissure oblique pour confirmer l'invasion. Comment classer ce cas ?



### **Réponse**

L'utilisation d'une coloration à l'élastine peut faciliter l'identification de la plèvre viscérale (voir TNM Suppl. p. 71). Toutefois, l'invasion directe d'un lobe adjacent, même si la fissure est manquante et qu'il n'y a pas de séparation pleurale au point de l'invasion est classée comme T2 (voir TNM Suppl. p. 72). Ce cas doit être classé comme ypT2a.

### **Question**

D'après l'examen pathologique d'un spécimen de résection, il y a une tumeur de 6 cm avec invasion directe dans la graisse hilare. La graisse hilare est-elle considérée comme une preuve d'invasion médiastinale ou doit-elle être qualifiée d'invasion de la plèvre médiastinale ? S'agit-il d'une catégorie pT2b, pT3 or pT4?

### **Réponse**

L'invasion de la graisse hilare n'est incluse dans aucun des descripteurs T présents et nous ne disposons pas d'assez de données pour vous conseiller. Dans ce cas, un dialogue entre le chirurgien et le pathologiste serait nécessaire. Si le chirurgien a entrepris une lobectomie et était certain que les marges de résections étaient saines, et si le pathologiste confirme une résection R0, alors on peut raisonnablement penser que la graisse 'hilare' est vraiment hilare et l'on peut assigner ce cas à la catégorie pT2b (voir TNM Suppl. p. 72). Si une pneumectomie a été réalisée, alors il y aurait à craindre que la graisse 'hilare' soit réellement de la graisse 'médiastinale'. Si la discussion entre le pathologiste et le chirurgien concluait que c'était le cas, alors la catégorie pT4 devrait être assignée. Des discussions supplémentaires se centreraient sans doute sur la question de savoir s'il s'agit d'une résection R1!

### **Question**

Des examens pathologiques d'une pièce de résection a montré un adénocarcinome périphérique de 2.5 cm, qui envahit la plèvre viscérale mais ne s'étend pas à travers la surface superficielle de la plèvre. Doit-on classer ce cas comme pT1b ou pT2?

### **Réponse**

L'invasion de la plèvre viscérale est un descripteur T2 et est définie comme 'invasion au delà de la couche élastique incluant l'invasion de la surface de la plèvre viscérale.' L'utilisation de coloration à l'élastine est recommandée quand cette caractéristique n'est pas claire sur base de l'évaluation des sections colorées à l'Hématoxyline et Eosine (voir TNM Suppl. p. 71). Si dans ce cas, l'invasion s'étend au delà de la couche élastique, il doit être classé comme pT2a.

### **Question**

La classification clinique suggère que notre patient a un carcinome non à petites cellules (NSCLC) cT2N2M0. La biopsie pré-opératoire des ganglions médiastinaux ipsilatéraux confirme une maladie N2 et la thoracotomie n'a pas été entreprise. Doit-on classer ce cas comme cN2 ou pN2? Peut-on attribuer un stade pathologique à ce cas?

### **Réponse**

La confirmation microscopique de la maladie ganglionnaire permet de le classer comme cN2 (voir p. 1-2 du TNM Suppl.). Cependant, pour spécifier un stade pathologique, la tumeur primaire doit également être classifiée. Si la résection de la tumeur s'avère impossible, on peut établir une catégorie T à partir d'une biopsie suffisante pour évaluer la catégorie T la plus haute (voir p. 70 du TNM Suppl.).



## **TUMEURS OSSEUSES ET DES TISSUS MOUS**

### **Tumeurs Osseuses**

#### **Question**

Comment sont classées les tumeurs des os, comme par exemple les ostéosarcomes ou les sarcomes d'Ewing dans le système TNM?

#### **Réponse**

Il y a une classification TNM pour les tumeurs osseuses, voir p. 153-156 de la classification TNM, 7<sup>ème</sup> éd [2].

## **TUMEURS DE LA PEAU**

### **Carcinome de la peau**

#### **Question**

Il y a des différences entre les définitions des caractéristiques de haut risque des carcinomes de la peau selon l'AJCC et l'UICC. Comment ces différences sont elles prises en compte ?

#### **Réponse**

Par souci d'uniformité, l'UICC a adapté les critères de l'AJCC dans la réimpression du livre TNM, 7<sup>ème</sup> éd. [2]. Les différences sont reprises à la p. 85 du TNM Suppl. Il est recommandé de considérer la taille de 2 mm comme une caractéristique de haut risque.

#### **Question**

Est-ce que le cartilage de l'oreille appartient aux "structures extradermiques profondes"? Par exemple, un carcinome de la peau de l'oreille de 1.5 cm avec infiltration du cartilage de l'oreille, doit-il être codé comme T1 ou T3 ?

#### **Réponse**

Les structures profondes incluent le cartilage (de l'oreille), c'est pourquoi ce cas peut être classé cT3/pT3 (voir TNM Suppl. p. 85).

## **SEIN**

#### **Question**

Si le T clinique a été déterminé par un examen physique ainsi que par mammographie et par ultrasons, quelle mesure doit être utilisée pour le cT? Par exemple: Une tumeur palpée de 3 cm, mesurée 2 cm par mammographie, est-ce un T2 ou T1?

#### **Réponse**

En accord avec une proposition du TNM Suppl., la taille à considérer pour la classification dans ce cas spécifique est  $0.5 \times 3.0 \text{ cm} + 0.5 \times 2.0 \text{ cm} = 2.5 \text{ cm}$  et donc T2 (voir TNM Suppl. p. 90-91).



**Question**

Y a-t'il une classification TNM pour les carcinosarcomes du sein ou doit-on utiliser la classification TNM des tumeurs du sein?

**Réponse**

Dans le livre TNM 7<sup>ème</sup> éd. [2], p. 182, il est dit: La classification s'applique aux carcinomes et concerne autant les seins masculins que féminins. Ce n'est pas applicable aux carcinosarcomes.

**Question**

Est-ce que les mesures microscopiques des tumeurs du sein sont préférables aux mesures macroscopiques?

**Réponse**

Les mesures microscopiques sont préférées aux mesures macroscopiques parce que l'estimation macroscopique de la marge de la tumeur pourrait ne pas être assez précise.

**Question**

Est-ce que les règles mathématiques d'arrondissement doivent être utilisées? Est-ce qu'une tumeur qui mesure 10.3 mm doit être arrondie à 1 cm et mise dans la catégorie pT1b ou doit-on classer cette tumeur comme un pT1c?

**Réponse**

Les règles mathématiques ne doivent pas être appliquées. Dans ce cas, la tumeur doit être classée comme un pT1c.

**Question**

Un carcinome du sein de 2.5 cm de diamètre avec invasion du derme/chorion. Doit-il être classé comme un pT2 ou pT4?

**Réponse**

Le critère pour classer une tumeur du sein comme cT4/pT4 inclut l'œdème, la peau d'orange ou l'ulcération de la peau du sein et pas l'invasion du derme. Cette tumeur est donc à classer pT2 (voir TNM Suppl. p. 89).

**Question**

Carcinome lobulaire infiltrant, 3 x 2 x 1 cm, avec invasion lymphovasculaire extensive. Rapport pathologique : invasion lymphatique dermique. Doit-on le classer comme pT4d (carcinome inflammatoire) ? Il n'y avait pas de données d'examen physique disponibles.

**Réponse**

Le carcinome inflammatoire, cT4d, requiert la présence de caractéristiques macroscopiques (cliniques). L'invasion microscopique des vaisseaux lymphatiques dermiques seuls ne compte pas pour la classification. La tumeur est classée pT2 sur base de la taille (voir TNM Suppl. p. 91).



### **Question**

Tumeur cliniquement non palpable, mais montrant des microcalcifications suspectes à la mammographie. L'examen physique ne montre pas de tumeur. La résection chirurgicale de la lésion détecte un carcinome in situ avec suspicion de microinvasion. Comment faut-il la classer?

### **Réponse**

cT0: pas de preuve clinique de tumeur primaire.

pTis: carcinome in situ. Une suspicion de microinvasion laisse assez de doute pour appliquer la règle TNM no. 4: Quand il y a un doute, choisir la catégorie la plus basse (voir TNM Suppl. p. 3).

### **Question**

Dans les tumeurs du sein, comment doit-on classer l'invasion des vaisseaux lymphatiques dans les tissus graisseux paranodulaires axillaires avec ou sans invasion des ganglions lymphatiques axillaires ?

### **Réponse**

L'invasion des vaisseaux lymphatiques axillaires n'est pas prise en compte dans la classification TNM des tumeurs du sein. La classification optionnelle L (lymphatique) (p. 17, TNM 7<sup>ème</sup> éd. [2]) peut être utilisée pour décrire l'invasion des vaisseaux lymphatiques (voir TNM Suppl. p. 21).

### **Question**

En considérant la définition d'amas de cellules tumorales isolées dans les ganglions lymphatiques des carcinomes du sein, si vous avez plusieurs amas dans un sinus sous-capsulaire immédiatement adjacent à un autre (espacés approximativement de 20 microns), mais chacun mesurant moins de 0.2 mm. Est-ce que la taille de ces foyers doit être additionnée pour obtenir la mesure ou chacun doit être considéré séparément dans la mesure ?

### **Réponse**

Cette question a été souvent soulevée par le helpdesk du TNM et suscite de nombreuses discussions. Ce cas devrait strictement être considéré comme un pN0(i+) et pas comme micrométastase. Toutefois, la biologie nous dit que la classification comme micrométastase est plus adéquate. Dans ces cas rares, nous recommandons de faire des coupes sériées qui permettent de retrouver fréquemment des vraies micrométastases ou même des macrométastases.

### **Question**

Comment peut-on classer un nodule tumoral isolé dans la graisse axillaire d'un patient avec un cancer du sein?

### **Réponse**

Il doit être classé comme métastase dans un ganglion lymphatique, s'il a la forme et le contour lisse d'un ganglion lymphatique. Un nodule tumoral avec un contour irrégulier peut être classé comme une invasion veineuse axillaire (classification V) (voir TNM Suppl. p. 8).





### Question

Un ganglion lymphatique axillaire de 2.3 cm contenait une petite métastase d'une taille de 0.1 cm. Comment le classer : en rapport avec les dimensions de la métastase ou avec celles du ganglion lymphatique ?

### Réponse

La taille utilisée pour la classification est la taille de la métastase mesurée et non la taille du ganglion lymphatique qui contient la métastase. Ce cas doit être classé comme micrométastase ( $\leq 0.2$  cm) et codé pN1mi (voir TNM Suppl. p 9).

### Question

Dans le cas d'une maladie de P.t du mamelon avec une petite tumeur du sein de 0.3 cm près du mamelon, doit-on le classer pT1a ou pT4?

### Réponse

Ce cas doit être codé pT1a. La maladie de P.t associée avec une tumeur est classée par rapport à la taille de la tumeur (TNM 7<sup>ème</sup> éd., p 184 [2]).

### Question

Comment un cancer du sein microinvasif (<1 mm) est codé dans le TNM?

### Réponse

Il doit être codé comme T1mi (voir TNM Suppl. p 89).

### Question

Comment classer un cancer du sein après chimiothérapie? Le pTpN est-il approprié?

### Réponse

Dans le cas où la classification est effectuée pendant ou après un traitement multimodal initial, les catégories cTNM ou pTNM sont identifiées par un préfixe y (TNM 7<sup>ème</sup> éd., p. 16 [2]). Par exemple, ycT1N0M0 ou ypT1N0 ycM0.

### Question

La classification TNM du sein indique : la catégorie clinique T1 est en outre subdivisée en T1mi, T1a, T1b, T1c. Il y a une discussion entre médecins afin de savoir pourquoi ceci était inclus dans la description clinique alors que l'invasion microscopique peut seulement se définir pathologiquement.

### Réponse

L'examen histologique est requis pour toute classification clinique pour "confirmation de la maladie". La classification pathologique, pT, demande plus qu'un examen histologique. Celle-ci "requiert l'examen de la tumeur primaire sans tumeur macroscopique aux marges de résection" (voir TNM 7<sup>ème</sup> éd. [2]).



### **Question**

Quelle est la catégorie pT et le statut R d'un cancer du sein de 1.5 cm détecté histologiquement dans la marge de résection?

### **Réponse**

La catégorie pT est pT1c et le statut R est R1 (voir TNM Suppl. p. 89 et 15).

### **Question**

Un patient ayant reçu une thérapie hormonale pour le sein gauche, a un nouveau cancer au sein droit. Devons-nous utiliser le préfixe 'y' dans ce nouveau cas de cancer?

### **Réponse**

Le carcinome du sein droit est classé sans 'y'.

Le symbole 'y' est utilisé dans le cas où la classification est effectuée pendant ou après un traitement multimodal (voir p. 16-17 du livret TNM [2]).

### **Question**

Comment classer une tumeur du sein avec invasion du mamelon avec ou sans ulcération?

### **Réponse**

Le mamelon n'est pas pris en compte dans les définitions de la classification du T. La taille et l'ulcération sont les critères pertinents pour la catégorie T.

Exemple:

Carcinome du sein de 1.9 cm de diamètre avec invasion du mamelon

- Avec ulcération du mamelon cT4b/pT4b
- Sans ulcération du mamelon cT1c/pT1c (voir TNM Suppl. p. 91)

### **Question**

Comment classer une métastase d'un cancer du sein, dans un ganglion lymphatique, d'une taille de 1.8 mm et comportant une extension en dehors de la capsule du ganglion?

### **Réponse**

Il doit être classé comme pN1mi, sur base de sa taille. L'extension en dehors de la capsule n'est plus utilisée comme critère de la classification pN.

### **Question**

J'ai eu un cas de carcinome du sein où l'empreinte du ganglion sentinelle montre des cellules de carcinome; toutefois, après révision à plusieurs niveaux, aucune cellule maligne n'a pu être identifiée dans les coupes définitives du ganglion lymphatique sentinelle. Comment classer la catégorie N?



### Réponse

C'est en effet une question difficile. Lorsque la cytologie montre (si ce n'a pas été un artéfact) l'existence de cellules tumorales isolées, je propose de classer ce cas comme pN0(sn)(i+) et de documenter ce cas séparément.

## TUMEURS GYNECOLOGIQUES

### Col Utérin

#### Question

Pour les tumeurs du col de l'utérus, pouvons-nous baser la classification sur la conisation pour établir le TNM clinique?

#### Réponse

La conisation est une procédure qui peut être utilisée pour établir le TNM clinique des tumeurs du col de l'utérus. Pour avoir des détails pour savoir quand utiliser le pTNM, voir TNM Suppl. p 157.

#### Question

Comment est mesurée l'infiltration maximale horizontale des carcinomes épidermoïdes du col en cas de lésion multifocale? Dois-je mesurer l'étendue totale de la lésion entre les deux marges latérales ? Dois-je seulement considérer le foyer le plus grand?

#### Réponse

Il est recommandé de mesurer l'étendue totale des foyers tumoraux et de documenter séparément la taille du foyer le plus grand ainsi que le nombre et la taille des autres foyers.

Dans le TNM Suppl., il est dit (p. 95) : Dans les rares cas de tumeurs multifocales T1a, l'extension horizontale est classée selon la FIGO par son foyer le plus grand. Ceci est en accord avec la règle No. 5 du TNM.

### Corps Utérin

#### Question

J'ai une question concernant un adénocarcinome endométrial du corps de l'utérus infiltrant au-delà de la partie moyenne interne du myomètre et présentant une cytologie positive. Selon l'ancienne classification (6<sup>ème</sup> édition), ce cas serait classé pT3a. Selon la nouvelle classification, le stade est changé en pT1b (FIGO IB) et la cytologie positive n'est plus incluse dans la catégorie T. Comment ces résultats influencent-ils la (radio) thérapie?

#### Réponse

Le stade a changé et ce cas est classé pT1b (stage IB) si les ganglions lymphatiques sont négatifs et qu'il n'y a pas de métastases à distance.

La cytologie péritonéale positive, en elle-même, ne change pas le stade comme défini dans l'évaluation du T et du N pathologiques, mais est prise en compte dans la classification M (M1 (cy +)) (voir TNM Suppl. p. 11).

Comme pour le traitement adjuvant, il n'y a pas de recommandation de l'UICC ou du FIGO à propos de la façon et du moment où délivrer un traitement post-chirurgical. Celui-ci devrait être indiqué selon le protocole de chaque institution.

**Question**

Une tumeur du corps de l'utérus s'étend au paramètre. Doit-on la classer comme T2 ou T3a ?

**Réponse**

T3b. Les tumeurs T2 envahissent le col mais ne s'étendent pas en dehors de l'utérus (voir TNM Suppl. p. 96).

**Question**

Un adénocarcinome séreux de l'endomètre T1b avec invasion extensive des vaisseaux lymphatiques et présence d'un adénocarcinome séreux métastatique de l'épiploon. Doit-on le classer cM1/pM1?

**Réponse**

Ce cas se classe pT1bpM1 et le statut des ganglions lymphatiques doit être ajouté. Notez que l'invasion des vaisseaux lymphatiques n'est jamais prise en compte dans les catégories T ou N mais peut être incluse dans le descripteur optionnel L.

**Question**

Une pièce d'hystérectomie radicale montre un adénocarcinome qui pénètre la séreuse (pT3a) du corps de l'utérus. Tous les ganglions lymphatiques étaient négatifs, mais il y avait un adénocarcinome métastatique dans les tissus mous du paramètre. Est-ce que cela change le stade de la tumeur ?

**Réponse**

L'invasion discontinue du paramètre est classée cT3b/pT3b (voir TNM Suppl. p. 96).

**Question**

J'ai reçu une pièce d'hystérectomie avec les deux annexes pour un carcinome endométrial. Les trompes de Fallope montrent des glandes malignes qui flottent dans la lumière (toutefois, les trompes de Fallope elles-mêmes ne sont pas envahies). Est-ce que ce cas doit être classé pT3a?

**Réponse**

Comme les cellules flottantes peuvent être un artéfact et ne montrent aucun signe d'invasion, elles ne peuvent pas être prises dans la classification TNM des carcinomes de l'endomètre. Donc, la classification dépend uniquement de l'étendue du carcinome dans l'utérus.

**Question**

Un carcinome endométrial primitif du corps de l'utérus avec invasion directe (par continuité) de l'intestin grêle et du grand épiploon. Comment le classer, pT4 ou pM1 ?

**Réponse**

Si le carcinome endométrial envahit directement la paroi du colon (petit ou grand intestin) et l'épiploon, il doit être classé comme pT4.



### **Question**

Un carcinome endométrial du corps de l'utérus avec des métastases dans l'épiploon. Doit-on le classer pT4 ou pM1?

### **Réponse**

Des foyers dans l'épiploon (distincts de la tumeur primitive) sont considérés comme des métastases à distance = cM1/pM1.

## **Ovaire versus Utérus**

### **Question**

Une patiente avec un carcinome (séreux et à cellules claires) de haut grade confiné à l'endomètre avec des implants péritonéaux incluant la surface des deux ovaires, un petit foyer dans un ovaire et une grosse masse dans l'épiploon. Doit-on le classer comme une tumeur ovarienne (M0) ou une tumeur endométriale (M1)?

### **Réponse**

Ce serait très peu probable pour un primitif endométrial superficiel de produire une masse épiploïque. Beaucoup le traiteraient comme une lésion primitive ovarienne avec une seconde lésion primitive superficielle de l'endomètre, ce qui en fait un Stade IIIC ovarien et un Stade IA pour la tumeur endométriale.

## **Ovaires**

### **Question**

Une patiente a eu un cancer primitif des ovaires. Les ovaires n'ont pas été enlevés. La laparotomie montre une métastase de 2 cm d'un adénocarcinome séreux papillaire dans l'épiploon. Doit-on classer cette tumeur comme cT3b ou pT3b, ou autre chose?

### **Réponse**

Même si les ovaires n'ont pas été enlevés, si vous avez une confirmation microscopique d'une métastase péritonéale de 2 cm en dehors du pelvis, pT3b est correct (voir TNM Suppl. p. 99).



### Question

Quelle catégorie de T pathologique confère la présence de métastases épiploïques dans un cancer ovarien ? Que peut-on dire des métastases dans la graisse péricolique du rectosigmoïde ?

### Réponse

La classification des métastases épiploïques est résumée ci-dessous (voir TNM Suppl. p. 98). L'invasion ou la/les métastase(s) dans la graisse péricolique du rectosigmoïde doit être classée comme cT2b/pT2b.

UICC FIGO 1988		
T3 et/ou N1	III	Tumeur envahissant un ou les deux ovaires avec métastase(s) péritonéale(s) confirmée(s) microscopiquement en dehors du bassin et/ou ganglion(s) métastatique(s) régional(x)
T3a	IIIA	Métastase(s) microscopique(s) en dehors du bassin
T3b	IIIB	Métastase(s) péritonéale(s) macroscopique(s) en dehors du bassin de 2 cm ou moins
T3c	IIIC	Métastase(s) péritonéale(s) macroscopique(s) en dehors du bassin de plus de 2 cm de grand axe et/ou ganglion(s) métastatique(s) régional(x)

### Question

Un carcinome ovarien avec dissémination péritonéale et invasion du colon sigmoïde avec un ganglion lymphatique métastatique dans les ganglions lymphatiques du sigmoïde. Comment classer ce cas ?

### Réponse

Les ganglions lymphatiques d'un organe adjacent infiltré sont considérés comme ceux du site primitif pour la classification N ; par conséquent, dans ce cas, ces ganglions peuvent être considérés comme des ganglions régionaux. C'est pourquoi, ce cas doit être classé pT3c pN1c M0 (voir TNM Suppl. p. 7).

### Question

J'ai un cas de tumeur borderline bilatérale de la surface séreuse ovarienne. Il y a des implants épithéliaux microscopiques non invasifs dans l'épiploon. Ces implants font-ils de ce cas un Stade III ?

### Réponse

La classification TNM s'applique aux néoplasies ovariennes malignes aussi bien d'origine épithéliale ou stromale incluant celles de malignité borderline ou de faible potentiel de malignité.

Ni la classification FIGO, ni la classification TNM UICC/AJCC TNM dans leur 6<sup>ème</sup> et 7<sup>ème</sup> éd. ne fait une différence entre les implants non invasifs et invasifs dans la graisse épiploïque.

C'est pourquoi, le cas que vous décrivez doit être classé comme pT3a (FIGO IIIA).

Il est recommandé de documenter ces cas séparément pour obtenir plus d'informations sur d'éventuelles issues différentes.



## TUMEURS UROLOGIQUES

### Prostate

#### Question

Pendant une prostatectomie radicale pour un carcinome à cellules transitionnelles, si nous trouvons un adénocarcinome prostatique bilatéral de manière fortuite, devons-nous le considérer comme incident (pT1) ou comme une tumeur pT2?

#### Réponse

Au moins pT2c (voir TNM Suppl. p. 102). Remarque : pT1 n'existe pas pour les tumeurs de la prostate.

#### Question

Comment devons-nous classer l'invasion périneurale d'un carcinome prostatique dans les tissus extra-capsulaires?

#### Réponse

pT3a à cause de l'invasion des tissus extra-capsulaires. En complément de la catégorie pT, on peut préciser l'invasion périneurale en utilisant le descripteur optionnel Pn (Pn1).

#### Question

Si un patient a des biopsies montrant différents grades de Gleason dans différents prélèvements biopsiques, comment le score de Gleason global est-il rapporté? Est-ce que le système TNM suit le *2005 International Society of Urological Pathology (ISUP) Consensus Conference on Gleason grading in prostatic adenocarcinoma recommendation*? Est-ce le plus haut score individuel de Gleason qui doit être désigné comme le score de Gleason global ?

#### Réponse

Le système TNM recommande de suivre les standards de *l'International Society of Urological Pathology (ISUP)* et du *College of American Pathologists (CAP)*, qui rapportent les grades primaires et secondaires des scores de Gleason pour tous les sites séparément [13].

#### Question

Si les biopsies sont positives dans les deux lobes (droit et gauche) de la prostate, mais seul un lobe montre un nodule par ultrasonographie transrectale et palpable. Doit-on classer cette situation comme cT2a/b ou cT2c?

#### Réponse

Je le classe comme cT2a.



## Testicules

### Question

J'ai une tumeur testiculaire qui envahit l'épididyme et la graisse périhilaire. Il y a une invasion lymphovasculaire. Elle ne s'étend pas jusqu'à la *tunica vaginalis*. La graisse hilare compte-t-elle comme un cordon spermatique ou pas?

### Réponse

La graisse périhilaire est considérée comme une partie du cordon spermatique, c'est pourquoi le cas que vous décrivez est classé comme pT3 (voir TNM Suppl. p. 105).

## Rein

### Question

Nous avons réséqué un carcinome à cellules rénales. L'histologie montre un petit foyer tumoral dans la graisse péripelvienne et une invasion tumorale dans les vaisseaux sanguins. Quelle devrait être la catégorie T ?

### Réponse

L'invasion de la graisse péripelvienne classe ce cas dans la catégorie pT3a. L'identification histologique de l'envahissement des vaisseaux sanguins ne justifie pas le stade pT3b puisque celui-ci requiert une invasion macroscopique (voir p. 256, TNM 7<sup>ème</sup> éd. [2]).

### Question

Invasion massive de la veine rénale dans le cancer du rein – ceci doit-il être classé pT3b et comment définir 'massive' ?

### Réponse

Contrairement à la 6<sup>ème</sup> éd. (pT3b), dans la 7<sup>ème</sup> éd. [2], l'extension d'une tumeur dans la veine rénale ou dans ses branches segmentaires (contenant du muscle) est classée comme pT3a. 'Massive' correspond à macroscopiquement visible (voir TNM Suppl. p. 105).

### Question

Comment classer un cancer rénal qui envahit le tissu adipeux du sinus rénal?

### Réponse

Un carcinome à cellules rénales qui envahit le tissu adipeux du sinus rénal (graisse péripelvienne) est classé cT3a/pT3a, correspondant à un Stade III s'il n'y a pas de métastases à distance.

### Question

Dans la classification TNM des carcinomes à cellules rénales, une tumeur qui envahit la glande surrénale ipsilatérale est classée T4. Si elle s'étend jusque dans le rein et/ou la glande surrénale controlatérale(e), comment classer cette tumeur (M1 ?) ?





### Réponse

L'invasion directe de la glande surrénale controlatérale ou du rein controlatéral est classée M1 (voir TNM Suppl. p. 106). Si les deux reins montrent une tumeur distincte, chaque rein nécessite une classification TNM séparée.

### Question

Lorsqu'il y a invasion d'une tumeur du rein dans la lumière du bassinnet du rein et présence de tissu tumoral flottant librement dans l'uretère, quelle est la catégorie T?

### Réponse

La présence de tumeur dans le bassinnet du rein ou l'uretère ne sont pas pris en compte dans la catégorie T des tumeurs du rein.

## Bassinnet du rein et uretere

### Question

Quelle catégorie pT doit être considérée pour un carcinome urothélial du bassinnet du rein et des calices avec une invasion superficielle du parenchyme des papilles du rein?

### Réponse

Le cT3/pT3 pour le bassinnet du rein est défini comme une invasion par la tumeur au-delà de la musculature dans la graisse périrénale ou du parenchyme du rein. En accord avec cette définition, votre cas doit être classé comme pT3.

## Vessie

### Question

Pour les carcinomes de la vessie, s'il y a envahissement de la vésicule séminale, s'agit-il d'un pT4a?

### Réponse

Si la paroi de la vésicule séminale ou le stroma de la prostate est envahi, il doit être classé comme T4a. S'il y a seulement un carcinome in situ dans la vésicule séminale, il ne peut pas être classé T4. Des données prouvent que la présence de carcinome in situ dans les canaux prostatiques n'influence pas défavorablement la survie [14] (voir TNM Suppl. p. 108).

### Question

Pour les carcinomes de la vessie, s'il y a invasion de la prostate par extension dans l'urètre, doit-on le classer comme T3 ou T4?

### Réponse

Un carcinome de la vessie cT4/pT4 est diagnostiqué s'il y a une invasion directe du stroma prostatique (les glandes ne sont pas suffisantes pour un T4). L'extension d'une composante de carcinome in situ ne permet pas d'attribuer un cT4/pT4. Il y a des données établissant que du CIS dans les canaux prostatiques n'influence pas défavorablement la survie [14] (voir TNM Suppl. p. 108).



### **Question**

Comment dois-je classer un carcinome vésical avec invasion de la cavité abdominale et peut-être invasion du petit ou du gros intestin?

### **Réponse**

Je peux vous renvoyer au TNM Suppl., p. 108: l'invasion directe du petit ou du gros intestin par une tumeur de la vessie doit être classée comme cT4a/pT4a. La même règle s'applique à une invasion à travers le péritoine qui recouvre la vessie.

### **Question**

Un carcinome à petites cellules de la vessie avec métastases dans les ganglions lymphatiques iliaques communs et para-aortiques. Est-ce que ce cas est classé comme pN3pM1?

### **Réponse**

Des métastases dans les ganglions iliaques communs sont classées comme cN3/pN3 et des métastases dans les ganglions lymphatiques para-aortiques sont classées comme cM1/pM1 (voir TNM Suppl. p. 126).

## **Uretre**

### **Question**

Un carcinome urothélial avec extension le long de la muqueuse urétrale dans la peau du gland du pénis (extension pagétoïde au sein de l'épiderme de la peau du gland). Quel est le stade TNM ? La tumeur elle-même est in situ au sein de l'urètre.

### **Réponse**

L'extension d'un carcinome in situ ne change pas la catégorie T ou le stade. De plus, dans le cas d'un carcinome in situ, aucune métastase dans les ganglions régionaux n'est probable.



## REFERENCES

1. Hermank P, Hutter RVP, Sobin LH, Wittekind C., Classification of Isolated (Disseminated, Circulating) Tumour Cells and Micrometastasis. *Cancer* 1999; 86:2668-2673.
2. Sobin LH., Gospodarowicz MK, Wittekind Ch (eds), *TNM Classification of Malignant Tumours, 7<sup>th</sup> edn.*Oxford: Blackwell Publishing, 2010.
3. UICC (International Union Against Cancer) *TNM Classification of Malignant Tumours. 6th edn.* Sobin LH, Wittekind Ch., eds. New York: Wiley; 2002.
4. Ohkagi H, Reifenberger G, Nomura K, et al. Brain Tumours: Gliomas. In Gospodarowicz MK, Henson DE, Hutter RVP, et al. (eds) *UICC Prognostic Factors in Cancer. 2nd edn.* Wiley Liss: New York, pp. 725-743.
5. *AJCC Cancer Staging Manual. 7th edn.* Edge SB, Byrd DR, Compton CC, Fritz AG, et al. (eds) New York: Springer; 2009.
6. McCaughey WT, Schryer MJ, Lin X, et al. Extraovarian pelvic serous tumour with marked calcification. *Arch Pathol Lab Med* 1986; 110:78-80.
7. Killackey MA, Davies AR. Papillary serous carcinoma of the peritoneal surface: matched-case comparison with papillary serous ovarian carcinoma. *Gynecol Oncol* 1993; 51:171-174.
8. FIGO Annual Report 24th on the Results of Treatment in Gynecological Cancer. Pecorelli S, Beller U, Heintz APM, et al. *Epidermiol Biostatist* 2001,vol. 6:1-184.
9. Som PM, Curtin HD (2003) Fascia and spaces of the neck. In Som PM, Curtin HD (eds) *Head and Neck Imaging. 4th edn.* Mosby, St. Louis, pp. 1805-1827.
10. UICC (International Union Against Cancer) *TNM Supplement. A Commentary on Uniform Use. 3rd edn.* Wittekind Ch, Henson DE, Hutter RVP, et al., eds. New York: Wiley; 2003.
11. UICC (International Union Against Cancer) *TNM Classification of Malignant Tumours, 4th edn, 2nd revision.* Hermanek P, Sobin LH, eds. Berlin, Heide(berg, New York: Springer; 1992.
12. UICC (International Union Against Cancer) *TNM Classification of Malignant Tumours. 5th edn.* Sobin LH, Wittekind Ch, eds. New York: Wiley; 1997.
13. Srigle JR. Personal communication. 2010.
14. Montie J E, Wojno K, Klein E, et al. Transitional cell carcinoma in situ of the seminal vesicles: 8 cases with discussion of pathogenesis, and clinical and biological implications. *J Urol* 1997; 158:1895-1898.