

TNM ESSENTIEL

GUIDE DE L'UTILISATEUR

Mis à jour _Juin 2021
(Col de l'utérus révisé)

Sommaire

Introduction	3
Principes de la TNM Essentiel	3
Métastases (M)	4
Métastases/envahissement des ganglions régionaux (N)	4
Étendue de l'invasion et / ou taille de la tumeur (T)	5
Absence d'information spécifique sur les Métastases, les Ganglions, la taille/extension de la Tumeur .	5
Codage du stade TNM Essentiel	6
Directives pour la collecte des informations à partir du dossier médical	6
Codes des éléments de la TNM Essentiel dans la base de donnée	7
Cancer du Sein - TNM Essentiel	8
Points clés pour la stadification du cancer de sein	8
Cancer du col de l'utérus - TNM Essentiel	9
Points clés pour la stadification du cancer du col de l'utérus.....	9
Cancer colorectal - TNM Essentiel	10
Points clés pour la stadification du cancer colorectal	10
Cancer de la prostate - TNM Essentiel.....	11
Points clés de la stadification du cancer de la prostate.....	11
Bibliographie.....	12

Introduction

Ce guide fournit des instructions générales pour la collecte des informations sur l'extension de la maladie en utilisant la classification TNM Essentiel. Des organigrammes de codage spécifiques au site ont été fournis pour certaines localisations du cancer. Pour les autres types de cancer, les organigrammes seront ajoutés dès qu'ils seront disponibles.

Cette mise à jour comprend plus de détails sur comment saisir la TNM Essentiel dans les bases de données ainsi que des changements concernant la stadification du cancer col de l'utérus, suite à la révision FIGO 2018 de la stadification du carcinome du col de l'utérus.

Les organigrammes de la TNM Essentiel publiés dans la 8^{ème} édition de la classification TNM ont connu des modifications ; veuillez utiliser la version mise à jour du guide de l'utilisateur.

Principes de la TNM Essentiel

La TNM Essentiel est destinée aux agents responsables de l'enregistrement des cancers (registraires) lorsque le stade TNM traditionnel (ou complet) (I, II, III ou IV) ou bien les composants de la stadification TNM (T, N et M) n'ont pas été explicitement documentés dans le dossier médical du patient.

La classification TNM Essentiel suit un cheminement logique documentant l'extension la plus éloignée de la maladie pour chaque patient atteint de cancer en combinant les informations cliniques et/ou chirurgicales/pathologiques disponibles jusqu'à réalisation de la chirurgie (si elle a eu lieu).

Si T, N ou M sont explicitement documentés par le médecin traitant, ils doivent être collectés par le registraire. Cependant, si une ou plusieurs composantes étaient basées sur une évaluation clinique (c TNM) et que les informations chirurgicales/pathologiques (histologiques) étaient disponibles ultérieurement, le registraire peut enregistrer le code TNM Essentiel approprié, s'il diffère de celui du dossier médical.

En cas de thérapie néo-adjuvante (c'est-à-dire une thérapie systémique avant une intervention chirurgicale), les informations utilisées pour stadifier la tumeur doivent inclure uniquement les procédures et les documents antérieurs à l'initiation de cette thérapie.

TNM Essentiel est composée de trois éléments clés qui résument ainsi l'étendue d'un cancer chez le patient. Ces éléments sont les suivants :

M : présence ou absence de métastases à distance

N: Présence ou absence de métastases ganglionnaires/envahissement des ganglions régionaux

T: étendue de l'invasion et / ou taille de la tumeur

La collecte des données, à partir du dossier médical, est facilitée par l'utilisation d'organigrammes incluant des questions pertinentes ainsi que des figures dans le but de faciliter l'évaluation de l'extension de la tumeur pour différents cancers. Ces organigrammes correspondent à la classification TNM de l'UICC dans sa huitième version.

Codage des éléments de TNM Essentiel

Les composants de la TNM essentiel suivent la 8^{ème} version de classification TNM et se présentent comme suit :

Métastases (M)

M + Présence de métastases à distance cliniquement ou histologiquement.

M- Aucune mention de métastases à distance

- Une métastase à distance (M) signifie que la tumeur primitive s'est propagée à des organes distants ou à des ganglions lymphatiques distants (non régionaux).
- **M** est basé sur la meilleure information disponible, qu'elle soit clinique, paraclinique ou histologique.
- Si l'information histologique (pathologique) est disponible au moment du diagnostic, préférez-la à l'évaluation clinique.
- Pour coder M, les symptômes et les résultats cliniques sont suffisants pour justifier M+ en l'absence de la confirmation histologique (pathologique) des métastases.
- Si aucune métastase n'est mentionnée, codez comme **M-**.
- M+ inclut l'atteinte des ganglions lymphatiques non régionaux.
- Lorsque la présence de métastases est établie, il n'est pas nécessaire de continuer la recherche de l'atteinte ganglionnaire et la taille de la tumeur.

Métastases/envahissement des ganglions régionaux (N)

R+ Présence des métastases/envahissement des ganglions régionaux

R2 - métastases ganglionnaires régional est avancé

R1 - métastases ganglionnaires régional est limité

R- Aucune mention de métastases dans les ganglions régionaux, cliniquement ou histologiquement

- L'atteinte des ganglions lymphatiques implique que la tumeur s'est propagée via le système lymphatique et que des cellules cancéreuses sont présentes dans les ganglions lymphatiques qui drainent l'organe primitif de la tumeur.
- N est basé sur les données les plus précises disponibles pour confirmer la présence ou l'absence d'envahissement des ganglions régionaux. Il est généralement codé à partir du rapport d'anatomopathologie. Dans le dossier médical la mention de la présence d'adénopathies ou d'un ganglion "hypertrophié" ou "palpable" à l'examen clinique ne constitue pas une base pour confirmer l'envahissement ganglionnaire.

- N peut être codé à partir du dossier clinique, tout particulièrement en se basant sur l'imagerie, en l'absence de confirmation histologique (pathologique). Si la confirmation histologique est disponible au moment du diagnostic, préférez-la à l'évaluation clinique.
- La définition de « ganglions régionaux » dépend de la localisation primitive du cancer comme décrit dans les figures spécifiques à chaque organe.
- Codez comme R + lorsqu'une atteinte des ganglions régionaux est documentée, R- autrement.
- Si des informations plus détaillées et pertinentes sont disponibles pour un site de cancer donné, R + peut être classé comme R2 représentant ainsi l'envahissement ganglionnaire avancé ou R1 représentant l'envahissement ganglionnaire limité.
- Si l'atteinte des ganglions lymphatiques (R+) a été établie, mais aucune autre information n'est disponible sur le nombre de ganglions ni leur localisation, codez R+. Dans ce cas, le stade le plus bas sera attribué à la tumeur (selon la règle 4 de la TNM).

Étendue de l'invasion et / ou taille de la tumeur (T)

A Étendue de l'invasion et / ou la taille de la tumeur est Avancée

A2 - Étendue de l'invasion et / ou la taille de la tumeur est très avancé

A1 - Étendue de l'invasion et / ou la taille de la tumeur est avancée

L Étendue de l'invasion et / ou la taille de la tumeur est Limitée

L2 - Étendue de l'invasion et / ou la taille de la tumeur est limitée

L1 - Étendue de l'invasion et / ou la taille de la tumeur est très limitée

X Étendue de l'invasion et / ou la taille de la tumeur ne peut être évaluée

- T est basée sur les données les plus spécifiques disponibles pour confirmer l'étendue de l'invasion à l'intérieur / à travers l'organe concerné et / ou la taille de la tumeur primitive.
- Il est généralement codé à partir du rapport d'anatomo-pathologie et classifie l'étendue, grosso modo, comme avancée ou limitée.
- T peut être codé à partir du dossier clinique (endoscopie, les radiographies standards, palpation etc.) en l'absence de confirmation histologique (pathologique).
- La définition de l'extension de la tumeur dépend de la localisation du cancer.
- Utilisez les figures, ci-dessous (5.1-5.4) spécifiques au site, pour aider au codage le plus spécifique possible de l'extension de la tumeur.

Absence d'information spécifique sur les Métastases, les Ganglions, la taille/extension de la Tumeur

- Le codage est basé sur l'information disponible au niveau du dossier médical.
- Pour M et N, si aucune information n'est disponible sur leur présence, présumer absent et coder (M -, R -).
- Le codage est basé sur ce que vous savez à partir des documents. Si vous ne pouvez pas faire la distinction entre l'envahissement avancé ou limitée des ganglions régionaux, codez R +.
- De la même manière pour l'extension/invasion tumorale, si vous ne pouvez pas distinguer entre les degrés de l'invasion tumorale (2 et 1), T doit être codé simplement comme A ou L (avancé ou limitée).

- Reportez-vous aux sites spécifiques pour évaluer l'état localisé ou avancé.
- Pour T, X devrait être attribué si la tumeur est connue comme étant primitive sans aucune description de sa taille ou son extension.

Codage du stade TNM Essentiel

Une fois les éléments de la TNM Essentiel sont codés, ils peuvent être combinés en groupes de STADE, allant du stade I jusqu'au stade IV indiquant ainsi une augmentation du degré de sévérité de la maladie.

- Le stade I est généralement attribué aux tumeurs ayant une extension limitée,
- Les stades II et III pour les cancers avec envahissement des ganglions locaux et régionaux
- Le Stade IV pour les cancers avec métastases à distance.
- Les règles pour combiner les éléments de la TNM Essentiel dans des catégories de Stade (I-IV) sont fournies selon la localisation du cancer.

La stadification des tumeurs est conçue pour regrouper les patients cancéreux dont le pronostic est similaire.

Directives pour la collecte des informations à partir du dossier médical

Les règles suivantes visent à guider la collecte des informations sur le stade à partir du dossier médical.

- Passez rapidement en revue l'ensemble du dossier pour l'organisation globale. Noter la fourchette de dates et les différents actes réalisés dans le cadre de la prise en charge du patient.
- Identifiez les rapports définitifs (opératoires, pathologiques, d'imagerie), et noter les dates ainsi que les résultats.
- Essayez d'abord d'exclure le cas de métastases à distance - rappelez-vous que dans la TNM Essentiel, si "M" est codé M+, il n'est pas nécessaire de chercher plus d'informations pour coder le N et le T.
- Comme les métastases sont plus fréquentes au niveau de l'os, des poumons ou du cerveau, il est pratique de chercher dans :
 - o Les rapports d'imagerie pour toute mention de métastase à distance. Si la métastase est mentionnée, n'oubliez pas de vérifier la date de sa mise en évidence si elle est proche du moment du diagnostic.
 - o Les rapports / comptes-rendus opératoires à la recherche de toute indication de métastase hépatique ou mention de métastases à distance.
- Pour les ganglions lymphatiques régionaux, les expressions couramment utilisées et signifiant la propagation du cancer aux ganglions lymphatiques régionaux sont « la métastase ganglionnaire », « l'envahissement des ganglions lymphatiques locaux (ou régionaux) » et « la présence d'adénopathies ».
- Comme l'illustrent les organigrammes (Figures 1-4), les noms des ganglions lymphatiques régionaux sont spécifiques à chaque organe et doivent être vérifiés à partir du dossier médical. Si les ganglions atteints ne figurent pas dans la liste des ganglions régionaux il faut les considérer comme une métastase à distance.

Codes des éléments de la TNM Essentiel dans la base de donnée

Pour saisir les codes des différents éléments de la TNM Essentiel ainsi que le stade, il est possible, pour des raisons pragmatiques, d'utiliser les champs déjà existants, dédiés au codes des éléments de la classification TNM classique ainsi que le stade. Ces codes peuvent être saisis comme suit :

M+, M-, R+, R-, R2, R1, A, A2, A1, L, L2, L1

Le nombre de composants à saisir dans la base de données varie en fonction de l'extension de la tumeur. Si par exemple la présence de métastases a été confirmée, le code ainsi à saisir se limite au code M+.

Lorsque la structure de la base de donnée ne permet pas de modifier la longueur des codes (1 ou 2 caractères), deux caractères doivent être utilisés pour tous les codes. Dans ce cas, il est recommandé de coder A, L, et X comme AX, LX, et XX. Il est recommandé aussi d'utiliser un dictionnaire répondant à la description dressée dans le tableau 1. De telle manière l'utilisateur pourra sélectionner le code adéquat à partir du menu du dictionnaire. En ce qui concerne les catégories du stade (I, II, III, IV), ils peuvent être saisis comme suit : 1X, 2X, 3X, 4X, et idéalement ils doivent être calculés de manière automatique.

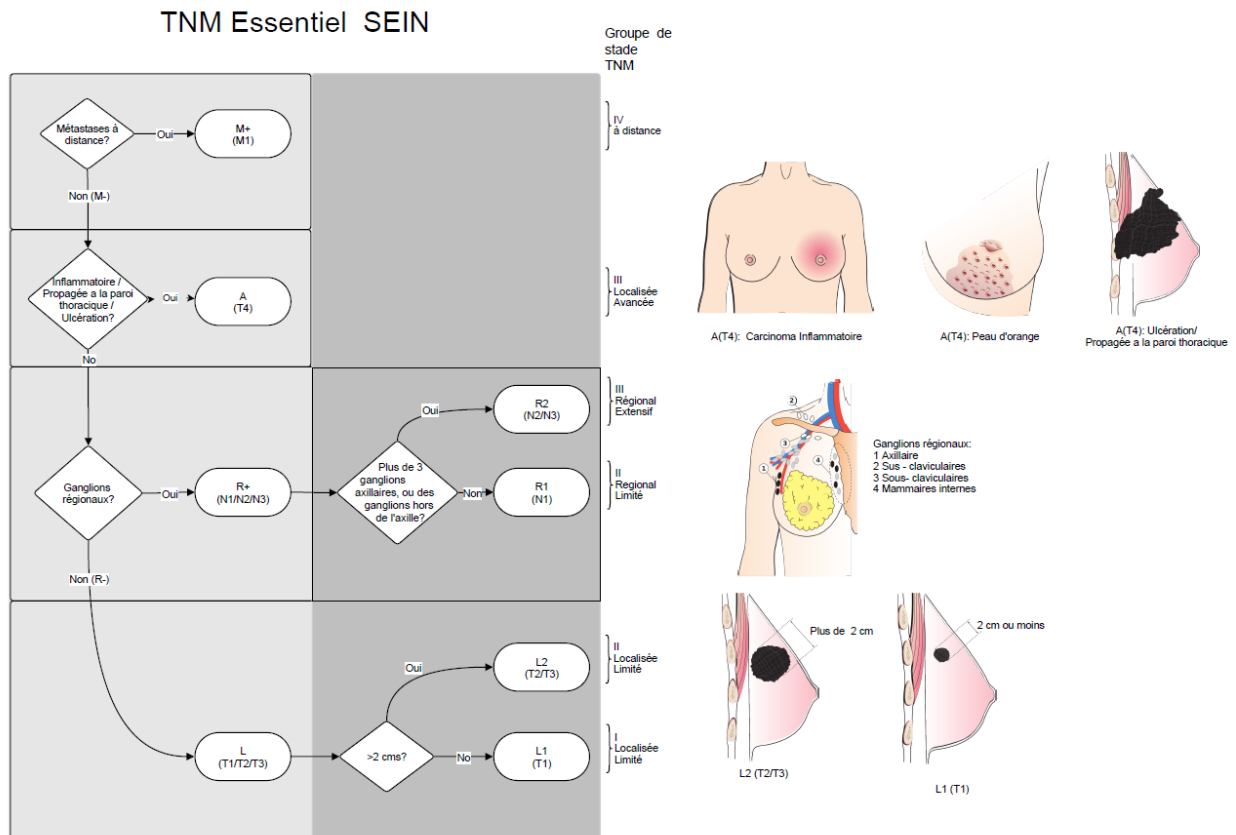
Tableau 1 : Codage recommandé pour les champs dédiés à la TNM Essentiel

T		N		M	
Code	Stade	Code	Stade	Code	Stade
T0	T0	N0	N0	M0	M0
TX	Tx	NX	Nx	MX	MX
T1	T1	N1	N1	M1	M1
T2	T2	N2	N2	M+	M+
T3	T3	N3	N3	M-	M-
T4	T4	N4	N4		
Ax	A	R+	R+		
Lx	L	R-	R-		
L1	L1	R1	R1		
L2	L2	R2	R2		

Cancer du Sein - TNM Essentiel

Points clés pour la stadification du cancer de sein

1. Les métastases sont fréquentes dans les os, les poumons et le cerveau. Rechercher une confirmation sur l'imagerie.
2. Se rappeler que les ganglions lymphatiques situés du côté opposé de la tumeur (c'est-à-dire Controlatéral) ou dans le cou sont considérés comme des métastases à distance (M+).
3. En cas de présence de métastases (M+), le stade IV peut être attribué et il n'est pas nécessaire de chercher d'autres informations.
4. Rechercher l'extension de la tumeur à la peau du sein.
5. Les ganglions lymphatiques régionaux sont les ganglions axillaires (y compris intra mammaires), sous-claviculaires, la chaîne mammaire interne et sus-claviculaires du même côté que la tumeur (voir les images dans l'organigramme).
6. Si l'atteinte ganglionnaire a été établie (R+) sans qu'il y est de détail sur le nombre de ganglions atteints et leur localisation, codez R+. Dans ce cas, le stade le plus bas sera attribué (selon la règle 4 du TNM), par exemple « stade II régional limité ».
7. La taille de la tumeur est un élément très important dans la stadification ; une tumeur de moins de 2 cm est considérée comme « très limitée » (Stade I).

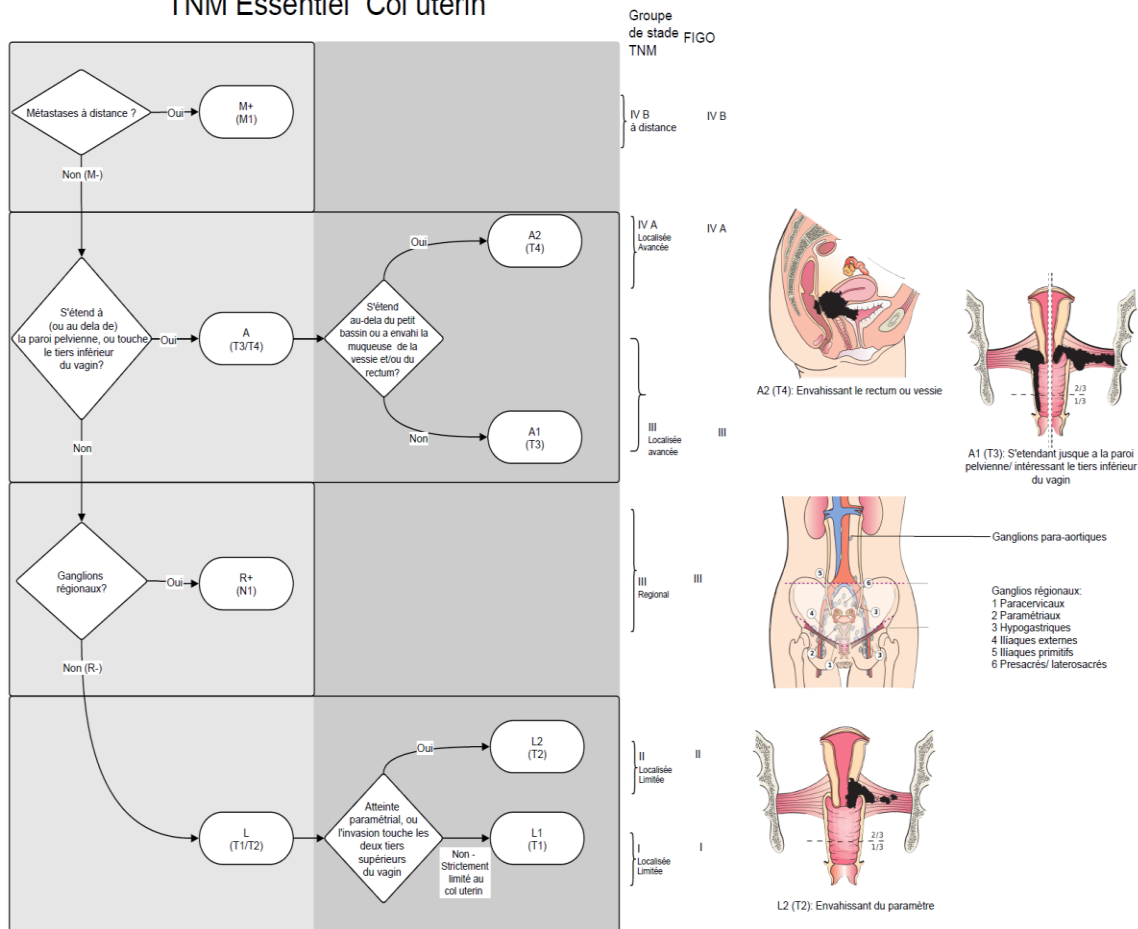


Cancer du col de l'utérus - TNM Essentiel

Points clés pour la stadification du cancer du col de l'utérus

1. Les métastases sont fréquentes dans les os, les poumons et le cerveau. Rechercher la confirmation sur l'imagerie.
2. Devant l'atteinte de la vessie, du rectum ou une extension dépassant le pelvis, le cas est considéré comme très avancé, il est codé stade IV.
3. Les ganglions lymphatiques régionaux sont ceux du pelvis : paracervicaux, paramétriaux, hypogastriques (iliaques internes, obturateurs), iliaques communs et externes, pré-sacrés et latéro-sacrés. Lorsque vous recherchez des informations sur les ganglions régionaux, recherchez également la mention des ganglions para-aortiques.
4. Rechercher une extension de la tumeur au tiers inférieur du vagin, à la paroi du bassin, ou une hydronéphrose due à une obstruction de l'uretère.
5. La plupart des cancers du col de l'utérus sont stadifiés en utilisant la classification FIGO dont des stade (I-IV) sont les mêmes que ceux de la classification TNM.

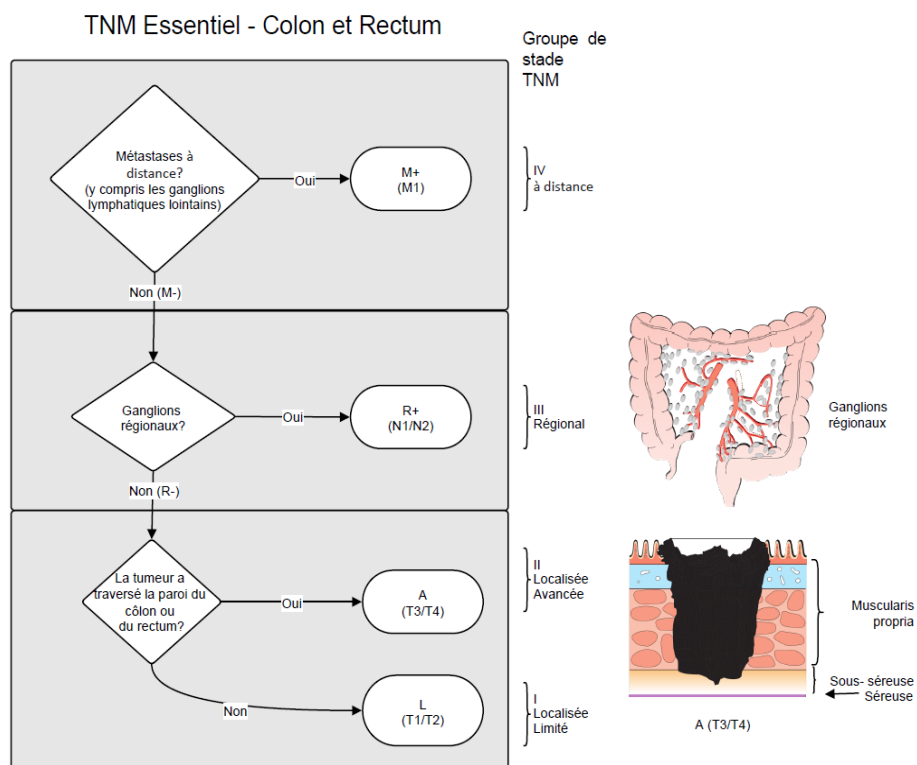
TNM Essentiel Col uterin



Cancer colorectal - TNM Essentiel

Points clés pour la stadification du cancer colorectal

1. Les métastases surviennent souvent au niveau du foie. L'information pourrait être documentée dans les comptes-rendus opératoires ou ceux de l'imagerie.
2. Les ganglions régionaux sont spécifiques à chaque segment du côlon/rectum et nommés selon leurs sièges (épícolique, mésentérique, para-colique, iléo-colique, rectal ; voir le tableau ci-dessous).
3. Les dépôts tumoraux (satellites) sont des nodules cancéreux distincts de la tumeur primitive, situés dans la même zone que les ganglions lymphatiques régionaux (tissus péri-coliques / péri-rectaux). Ils sont considérés comme une atteinte des ganglionnaire et codés ainsi R+.
4. Chercher l'extension vers les différentes couches de la paroi du côlon/rectum, plutôt que la taille de la tumeur.



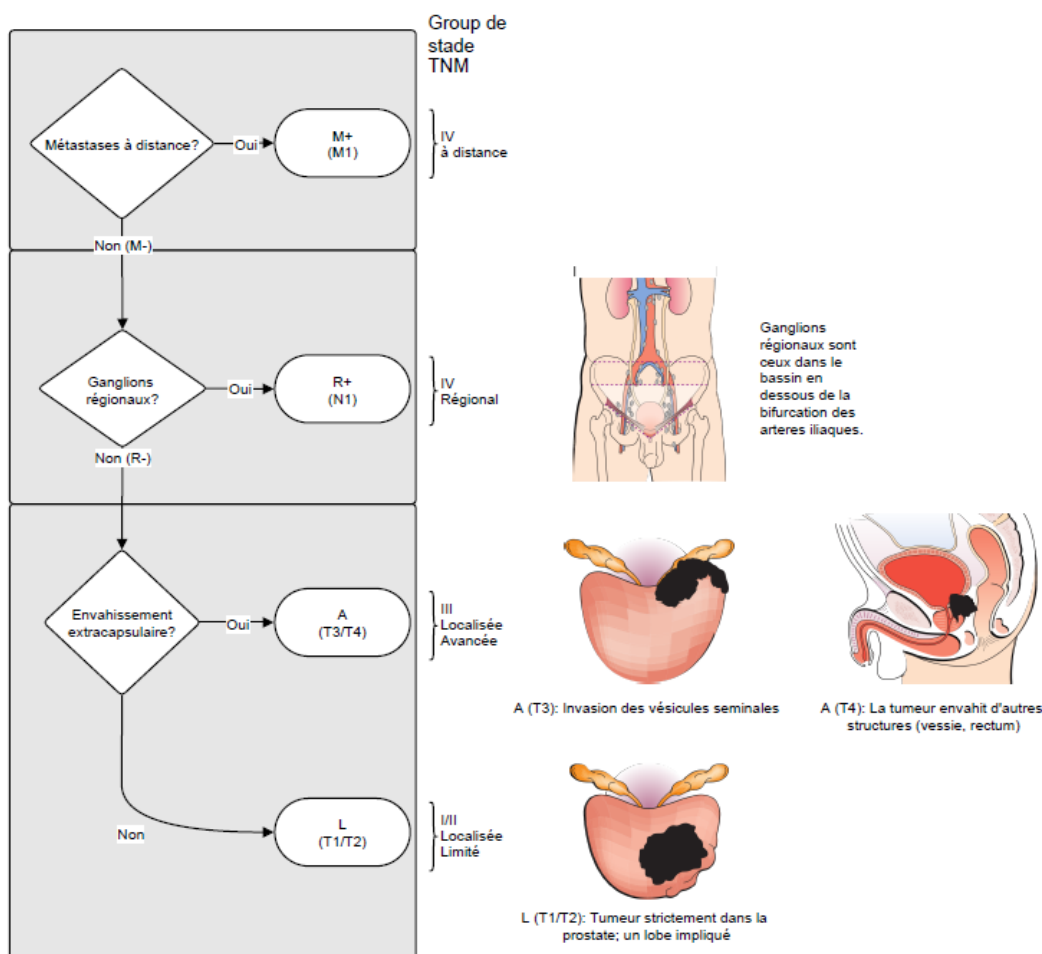
Organ	Segment du colon	Ganglions regionaux
Colon	Caecum	Péricoliques, iléocoliques, coliques droits
	Colon ascendante et flexure du foie	Péricoliques, iléocoliques, coliques droits, coliques moyens
	Colon transverse et angle colique gauche (splénique)	Péricoliques, coliques moyens, coliques gauches
	Colon descendant	Péricoliques, sigmoïdiens
	Colon sigmoïde et recto-sigmoïde	Péricoliques, sigmoïdiens, mésentériques ,
Rectum	Rectum	Més-rectaux, rectal supérieure, mésentériques inférieurs, iliaques internes

Cancer de la prostate - TNM Essentiel

Points clés de la stadification du cancer de la prostate

1. Les métastases sont le plus souvent osseuses. Rechercher une confirmation sur les comptes-rendus de l'imagerie.
2. Se rappeler que les ganglions situés en dehors du pelvis sont considérés comme des métastases (M+) ; ils incluent les ganglions suivants : Aortiques (para-aortico-lombaire), iliaques communs, inguinaux (fémoraux et profonds), sus-claviculaires, cervicaux, scalène et rétro-péritonéaux.
3. Les ganglions régionaux sont ceux du bassin (les ganglions pelviens situés en dessous de la bifurcation des artères iliaques communes : obturateurs, péri-prostatiques, péri-vésicaux, pelviens, iliaques, sacrés, hypogastriques).
4. Cherchez une effraction de la capsule prostatique ; la tumeur est localisée (L) en absence d'effraction capsulaire.

TNM Essentiel Prostate



Bibliographie

Brierley J, Gospodarowicz M, Wittekind Ch, editors. TNM Classification of Malignant Tumours. Eight ed. Chichester, West Sussex, UK: Wiley Blackwell; 2017.

Piñeros M, Parkin DM, Ward K, Chokunonga E, Ervik M, Farrugia H, Gospodarowicz M, O'Sullivan B, Soerjomataram I, Swaminathan R, Znaor A, Bray F, Brierley J. Essential TNM: a registry tool to reduce gaps in cancer staging information. *Lancet Oncol.* 2019 Feb;20(2):e103-e111. doi: 10.1016/S1470-2045(18)30897-0.

Wittekind, Ch (Christian); Asamura, H; Sobin, L H. TNM atlas: illustrated guide to the TNM classification of malignant tumours. Sixth edition. Chichester, West Sussex, UK: Wiley Blackwell, 2014.