

International Agency for Research on Cancer



# Guide de l'utilisateur pour TNM ESSENTIEL (E TNM)

Version 4.2  
Février 2024

Édité par: Marion Piñeros, D Maxwell Parkin, James Brierley

## Traduction

**Guy Nda et Franck Gnahatin (Registre des Cancers d'Abidjan)**

## Remerciements

TNM Essentiel a été développé par un groupe de travail réuni par le Centre international de recherche sur le cancer (CIRC) et l'Union internationale contre le cancer (UICC) à Lyon, en avril 2015.

Nous reconnaissons les contributions des membres suivants de ce groupe de travail, qui étaient responsables du développement de la première version du TNM Essentiel comme décrit dans *Lancet Oncology* (2019) 20 : e103-11 :

Kevin Ward, Eric Chokunonga, Morten Ervik, Helen Farrugia, Mary Gospodarowicz, Brian O'Sullivan, Isabelle Soerjomataram, Rajaraman Swaminathan, Ariana Znaor et Freddie Bray.

Nous remercions également le soutien technique de Mme Biying Liu (African Cancer Registry Network).

## Table des matières

<b>Introduction</b> .....	<b>4</b>
<b>Principes du TNM Essentiel</b> .....	<b>4</b>
<b>Codage des composants de TNM Essentiel</b> .....	<b>5</b>
<b>Attribution du groupe de stades TNM essentiel</b> .....	<b>7</b>
<b>Lignes directrices pour l'extraction d'informations à partir des dossiers médicaux</b>	<b>7</b>
<b>Saisir TNM Essentiel dans les bases de données</b> .....	<b>8</b>
<b>Cancer de l'œsophage TNM Essentiel</b> .....	<b>9</b>
Points clés pour la stadification du cancer de l'œsophage .....	9
<b>Cancer colorectal TNM Essentiel</b> .....	<b>10</b>
Points clés pour la stadification du cancer colorectal .....	10
<b>Cancer du foie TNM Essentiel</b> .....	<b>11</b>
Points clés pour la stadification du cancer du foie .....	11
<b>Cancer du sein TNM Essentiel</b> .....	<b>12</b>
Points clés pour la stadification du cancer du sein .....	12
<b>Cancer du col de l'utérus TNM Essentiel</b> .....	<b>13</b>
Points clés pour la stadification du cancer du col de l'utérus .....	13
<b>Cancer de l'ovaire TNM Essentiel</b> .....	<b>14</b>
Points clés pour la stadification du cancer de l'ovaire .....	14
<b>Cancer de la prostate TNM Essentiel</b> .....	<b>15</b>
Points clés pour la stadification du cancer de la prostate .....	<a href="#">1815</a>
<b>Lymphome TNM Essentiel</b> .....	<b>16</b>
Points clés pour la stadification des lymphomes .....	<a href="#">1916</a>
<b>Bibliographie</b> .....	<b>17</b>

## Introduction

Ce guide fournit des instructions générales pour extraire des informations sur l'étendue de la maladie à l'aide du TNM Essentiel. Des organigrammes de codage spécifiques au site ont été fournis pour certains cancers. Des sites de cancer supplémentaires seront ajoutés dès qu'ils seront disponibles.

## Principes du TNM essentiel

TNM Essentiel est destiné à être utilisé par les Registres du cancer lorsque le groupe de stade TNM classique (ou complet) (I, II, III ou IV) ou les composants de stade TNM (T, N et M) n'ont pas été explicitement enregistrés dans le dossier du patient.

TNM Essentiel suit un cheminement logique documentant l'étendue de la maladie chez chaque patient atteint de cancer en utilisant des informations cliniques et/ou opératoires/pathologiques combinées disponibles après intervention chirurgicale (si elle est effectuée).

Si T, N ou M ont été explicitement enregistrés par le clinicien traitant, ils doivent être extraits par le registraire. Cependant, si un ou plusieurs de ces éléments sont basés sur une évaluation clinique (cTNM) et que des informations chirurgicales/pathologiques sont devenues disponibles ultérieurement, le registraire peut enregistrer le code TNM essentiel approprié, s'il diffère de celui figurant dans le dossier.

En cas d'administration d'un traitement néoadjuvant (c'est-à-dire un traitement systémique avant une intervention chirurgicale), les informations utilisées à des fins de stadification ne doivent inclure que les procédures et les dossiers antérieurs au début de ce traitement.

TNM Essentiel est composé de trois éléments clés qui résument ensemble l'étendue du cancer chez le patient au moment du diagnostic. Les composants sont :

M : Présence ou absence de métastases à distance

N : Présence ou absence de métastases/atteintes ganglionnaires régionales

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

L'extraction de données à partir des dossiers médicaux est facilitée par l'utilisation d'organigrammes comprenant des questions et des graphiques pertinents pour aider à identifier l'étendue de la maladie dans différents cancers. Ces organigrammes correspondent à la 8ème édition de la classification TNM UICC.

## Codage des composants du TNM essentiel

Les composants du TNM Essentiel suivent la 8ème édition de TNM et sont les suivants :

### Métastase (M)

**M+** Présence de métastases à distance, cliniquement ou pathologiquement

**M-** Aucune mention de métastases à distance

- Une métastase à distance (M) signifie que la tumeur d'origine (primaire) s'est propagée à des organes ou à des ganglions lymphatiques (non régionaux) à distance
- M est basé sur les meilleures informations disponibles, qu'elles soient cliniques, chirurgicales, radiologiques ou pathologiques.
- Si des informations pathologiques sont disponibles pour éclairer les décisions concernant l'extension du cancer, préférez-les à l'évaluation clinique de la même localisation tumorale.
- Pour coder M, les signes et constatations cliniques suffisent à justifier des métastases (M+) en l'absence de confirmation pathologique de dépôts métastatiques.
- Ne pas coder les métastases qui se sont développées après l'établissement du diagnostic.
- Si aucune mention de métastases, enregistrer sous M-.
- Si des métastases à distance peuvent être établies, il n'est pas nécessaire de chercher plus loin dans le dossier l'atteinte ganglionnaire régionale ou la taille/extension de la tumeur.

### Métastases/envahissement des ganglions régionaux (N)

**R+** Présence de métastases/atteinte ganglionnaires régionales, cliniquement ou pathologiquement

**R2** – Les métastases ganglionnaires régionales sont avancées

**R1** – Les métastases ganglionnaires régionales sont limitées

**R-** Aucune mention de métastases ganglionnaires régionales

- L'envahissement des ganglions lymphatiques implique que la tumeur s'est propagée via le système lymphatique et que des cellules cancéreuses se trouvent dans les ganglions lymphatiques qui drainent l'organe spécifique.
- N est basé sur les données les plus spécifiques disponibles pour confirmer la présence ou l'absence d'atteinte ganglionnaire régionale et est généralement codé à partir du rapport de pathologie. Un ganglion « élargi » ou « palpable » ne constitue pas une invasion basée sur ces seuls mots.
- N peut être codé à partir du dossier clinique, généralement à partir d'une imagerie ou lors d'une observation chirurgicale, en l'absence de confirmation pathologique.
- La définition des « ganglions régionaux » est spécifique au site du cancer, comme le montrent les figures pour chaque cancer.
- Enregistrer comme R+ en présence d'un envahissement documenté du ganglion régional, R- sinon.

- Si des informations plus détaillées et pertinentes sont disponibles pour un site de cancer donné, R+ peut être classé en R2, représentant une atteinte ganglionnaire avancée, ou R1 représentant une atteinte ganglionnaire limitée.
- Si une atteinte ganglionnaire (R+) a été établie mais qu'aucune information supplémentaire n'est disponible sur le nombre de ganglions et leur localisation, supposer R+. Dans un tel cas, la catégorie du stade attribuée sera la catégorie inférieure (conformément à la règle 4 du TNM)

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

- A** L'étendue de l'invasion et/ou la taille de la tumeur est avancée  
**A2** – L'étendue de l'invasion et/ou la taille de la tumeur est très avancée  
**A1** – L'étendue de l'invasion et/ou la taille de la tumeur est avancée
- L** L'étendue de l'invasion et/ou la taille de la tumeur est limitée  
**L2** – L'étendue de l'invasion et/ou la taille de la tumeur est limitée  
**L1** – L'étendue de l'invasion et/ou la taille de la tumeur est très limitée
- X** L'étendue de l'invasion et/ou la taille de la tumeur ne peut pas être évaluée

- T est basé sur les données les plus spécifiques disponibles pour confirmer l'étendue de l'invasion dans/à travers l'organe et/ou la taille de la tumeur primitive (en fonction du siège du cancer).
- Il est généralement codé à partir du rapport d'anatomopathologie, ou, à défaut de confirmation pathologique, du dossier clinique (endoscopie, radiographie, palpation, etc.).
- Les résultats de l'examen pathologique des pièces chirurgicales priment sur l'imagerie, mais l'imagerie prime sur la cytologie ou la biopsie.
- La définition de l'étendue de l'invasion dépend du site du cancer.
- Utilisez les organigrammes spécifiques au site pour vous aider à coder l'étendue de l'invasion dans la catégorie la plus spécifique possible.

### Absence d'informations spécifiques sur les métastases, les ganglions, la taille/étendue de la tumeur

- Code basé sur ce que vous savez du dossier.
- Pour M et N, s'il n'y a aucune information sur leur présence, supposez absent (M-, R-).
- Si des ganglions régionaux sont mentionnés mais que vous ne pouvez pas faire la distinction entre des métastases avancées ou limitées pour les ganglions régionaux, codez R+.
- De la même manière, si vous ne pouvez pas distinguer les degrés d'extension de la tumeur (2 contre 1), codez simplement T comme A ou L (en fonction du site du cancer, voir les organigrammes).
- Reportez-vous aux sites spécifiques pour évaluer le statut avancé ou limité.
- Pour T, X doit être enregistré s'il existe une tumeur primitive, mais qu'il n'y a aucune description de sa taille ou de son étendue.

## Attribution du groupe de stade TNM essentiel

Une fois que les composants du TNM essentiel ont été codés, les composants peuvent être combinés en groupes de stades allant de I à IV avec une gravité croissante de la maladie.

- Stade IV pour les cancers avec métastases à distance.
- Stades III et II pour les cancers avec une atteinte ganglionnaire locale et régionale croissante.
- Le stade I est généralement attribué aux cancers localisés dans l'organe d'origine.
- Les règles de combinaison des composants du TNM essentiel en groupes de stade (I-IV) sont fournies en fonction du site.

Les groupes de stade ont été conçus pour regrouper les patients atteints de cancer présentant un pronostic similaire.

## Lignes directrices pour l'extraction d'informations à partir des dossiers médicaux

Les lignes directrices suivantes visent à aider à extraire les informations sur le stade des dossiers médicaux.

- Examinez rapidement l'intégralité du dossier pour connaître l'organisation globale. Notez la chronologie des dates de service et les différentes installations impliquées dans les soins du patient.
- Identifiez les rapports définitifs (opératoires, pathologiques, d'imagerie) et notez les dates et les résultats sur chaque rapport.
- Essayez d'abord d'exclure une maladie métastatique à distance - rappelez-vous qu'en TNM Essentiel, si "M" peut être codé M +, il n'y a pas besoin de chercher plus d'informations.
- Les métastases étant plus fréquentes aux os, aux poumons ou au cerveau, il est pratique de rechercher :
  - Rapports d'imagerie pour toute mention de métastase à distance. Si des métastases sont évoquées, pensez à vérifier si elles étaient proches du moment du diagnostic.
  - Rapports/notes opératoires pour toute indication de métastases hépatiques ou de dépôts tumoraux indiquant des métastases à distance.
- Ganglions lymphatiques régionaux : les expressions courantes qui impliquent une propagation aux ganglions lymphatiques régionaux sont les métastases ganglionnaires et l'invasion des ganglions lymphatiques locaux.
- Comme illustré dans les organigrammes (Figures 1 à 8), les noms des ganglions lymphatiques régionaux sont spécifiques à chaque type de tumeur et doivent être vérifiés par rapport au dossier clinique. Si le ganglion envahi ne figure pas dans la liste régionale, considérez-le comme un ganglion à distance.

## Saisir le TNM Essentiel dans les bases de données

Pour des raisons pragmatiques, il est acceptable d'utiliser les champs déjà existants pour coder le groupe de stade TNM et les composants TNM s'ils existent, et de saisir les codes utilisés pour le TNM Essentiel comme décrit ci-dessus : M+, M-, R+, R-, R2, R1, A, A2, A1, L, L2, L1. En fonction de l'extension de la tumeur, le nombre de composants à introduire dans la base de données varie : s'il existe des signes de métastases à distance, il peut s'agir uniquement de M+.

Pour les bases de données qui ne permettent pas de varier 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. Nous recommandons d'inclure un dictionnaire selon la description du tableau 1, afin que l'utilisateur puisse sélectionner le code requis dans un menu.

Tableau 1. Codes recommandés pour T, N, M.

	T			N			M	
	Stade	Code		Stade	Code		Stade	Code
<b>TNM</b>	<i>TX</i>	<i>X</i>	<i>NX</i>	<i>X</i>	<i>MX</i>	<i>X</i>		
	<i>T1</i>	<i>1</i>	<i>N0</i>	<i>0</i>	<i>M0</i>	<i>0</i>		
	<i>T1A</i>	<i>1A</i>	<i>N1</i>	<i>1</i>	<i>M1</i>	<i>1</i>		
	<i>T1B</i>	<i>1B</i>	<i>N1A</i>	<i>1A</i>				
	<i>T2</i>	<i>2</i>	<i>N1B</i>	<i>1B</i>				
	<i>T2A</i>	<i>2A</i>	<i>N1C</i>	<i>1C</i>				
	<i>T2B</i>	<i>2B</i>	<i>N2</i>	<i>2</i>				
	<i>T2C</i>	<i>2C</i>	<i>N2A</i>	<i>2A</i>				
	<i>T3</i>	<i>3</i>	<i>N2B</i>	<i>2B</i>				
	<i>T3A</i>	<i>3A</i>	<i>N2C</i>	<i>2C</i>				
	<i>T3B</i>	<i>3B</i>	<i>N3</i>	<i>3</i>				
	<i>T4</i>	<i>4</i>	<i>N3A</i>	<i>3A</i>				
	<i>T4A</i>	<i>4A</i>	<i>N3B</i>	<i>3B</i>				
	<i>T4B</i>	<i>4B</i>	<i>N3C</i>	<i>3C</i>				
	<i>T4C</i>	<i>4C</i>						
	<b>TNM Essentiel</b>	<i>L</i>	<i>LX</i>	<i>R-</i>	<i>R-</i>	<i>M-</i>	<i>M-</i>	
<i>L1</i>		<i>L1</i>	<i>R+</i>	<i>R+</i>	<i>M+</i>	<i>M+</i>		
<i>L2</i>		<i>L2</i>	<i>R1</i>	<i>R1</i>				
<i>A</i>		<i>AX</i>	<i>R2</i>	<i>R2</i>				
<i>A1</i>		<i>A1</i>						
<i>A2</i>		<i>A2</i>						

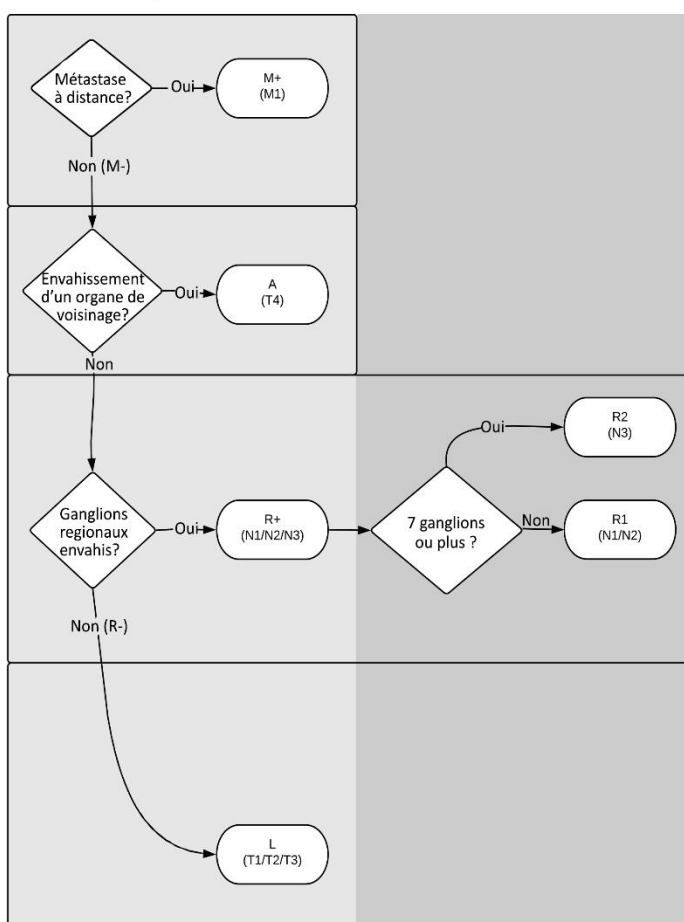


# Cancer de l'œsophage TNM Essentiel

## Points clés pour la stadification du cancer de l'œsophage

1. La classification concerne les carcinomes épidermoïdes et vise à diviser les cancers en ceux qui sont opérables (localisés) et ceux qui ne le sont pas.
2. Les métastases sont plus fréquentes dans le foie, les poumons, les ganglions lymphatiques à distance et les os.
3. Les ganglions lymphatiques régionaux sont ceux de la zone de drainage œsophagien, y compris les ganglions du tronc coélique et les ganglions para-œsophagiens du cou, mais pas les ganglions supraclaviculaires.
4. Rechercher une extension tumorale aux organes adjacents (plèvre, péricarde, veine azygos, diaphragme, péritoine, aorte, corps vertébral, trachée) : la tumeur est AVANCÉE (T4).

### Esophage TNM Essentiel



Groupe de stade TNM

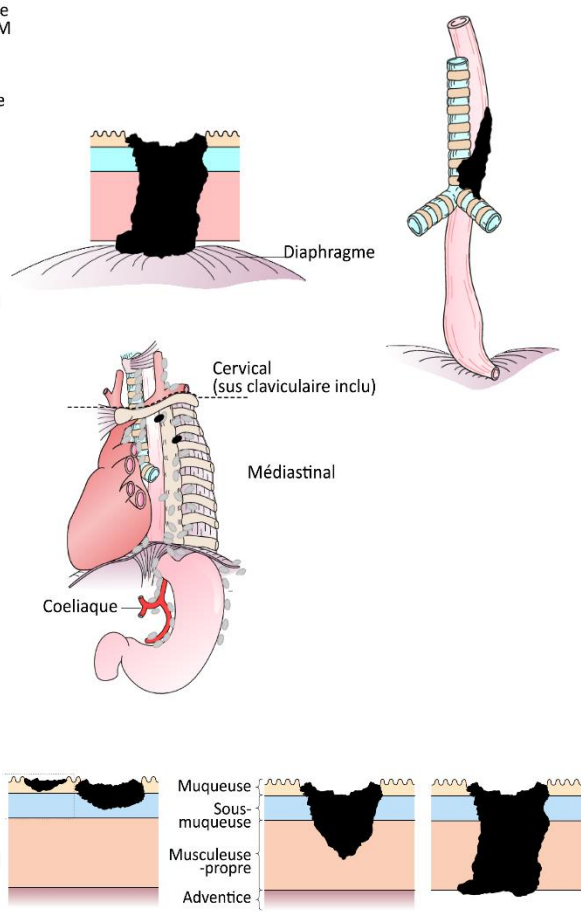
IVB à distance

IVA Localisée Avancée

IVA Regional Avancée

IIIB Regional Limitée

I/II Localisée Limitée

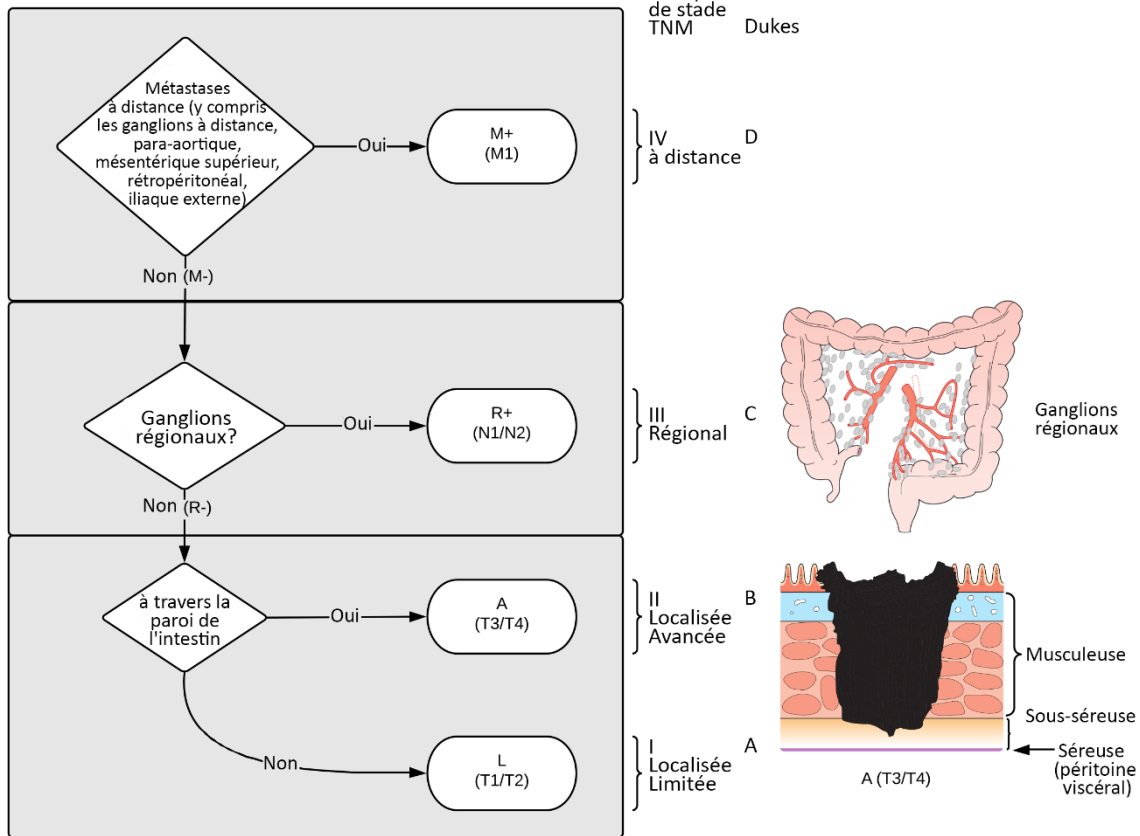


# Cancer colorectal TNM Essentiel

## Points clés pour la stadification du cancer colorectal

1. Les métastases sont plus fréquentes dans le foie. Cela peut être documenté cliniquement dans des rapports opératoires ou par imagerie.
2. Les ganglions régionaux sont spécifiques à chaque segment du côlon/rectum et sont nommés en conséquence (Péricolique, mésentérique, paracolique, iléocolique, 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 péricoliques/péirectaux). On suppose qu'ils représentent une atteinte des ganglions lymphatiques et sont codés R+.
4. Recherchez l'extension à travers la paroi du côlon/rectum jusqu'à la sous-séreuse ou au-delà, plutôt que la taille de la tumeur.

### Côlon et rectal TNM Essentiel



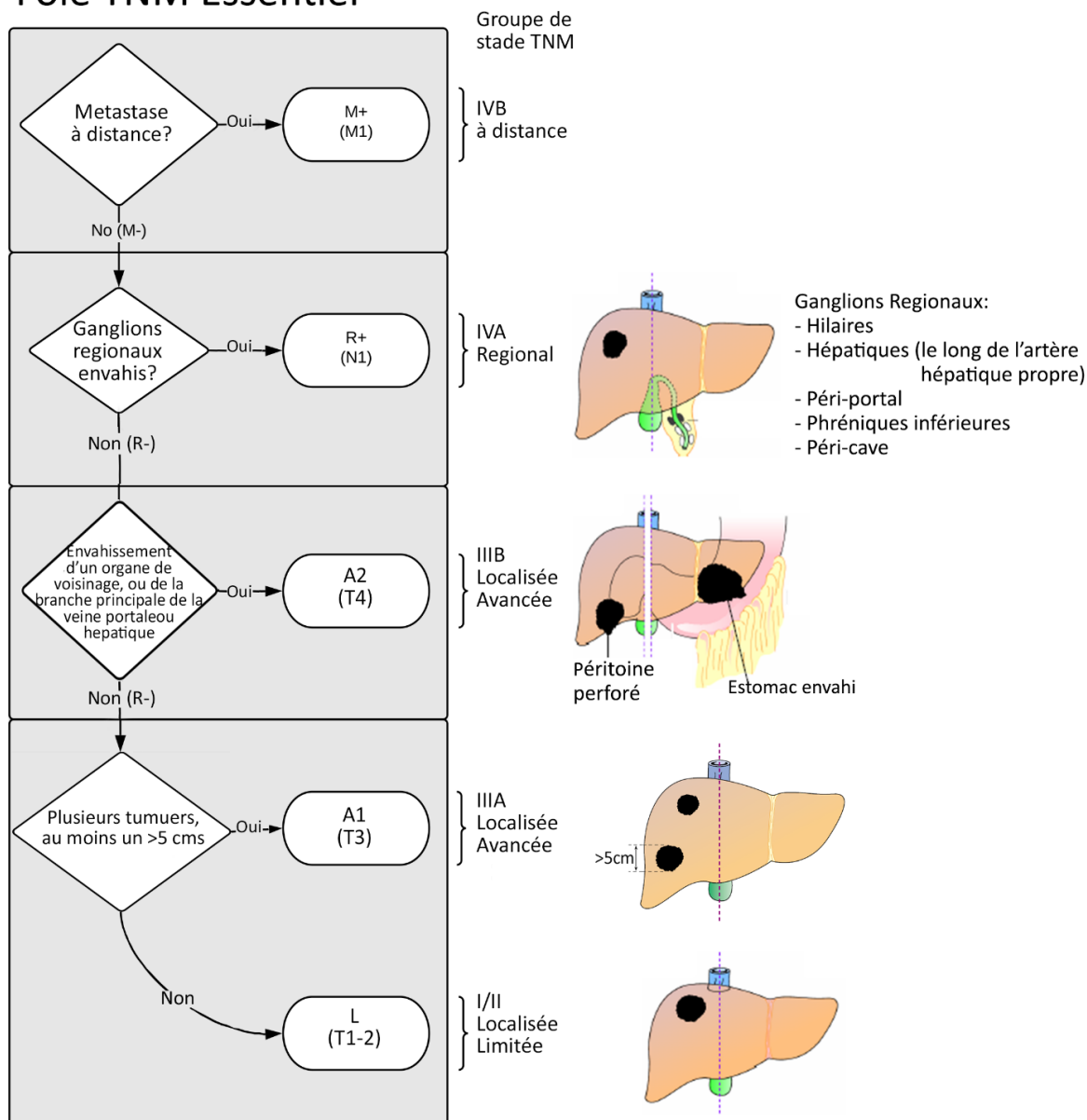
Organe	Segment	Ganglions lymphatiques régionaux
Côlon	Caecum	Péricolique, iléocolique, colique droit
	Côlon ascendant et flexion hépatique	Péricolique, iléocolique, colique droit, colique moyen
	Côlon transverse et flexion splénique	Péricolique, colique moyen, colique gauche
	Côlon descendant	Péricolique, colique gauche, sigmoïde, mésentérique inférieur
	Sigmoïde et rectosigmoïde	Péricolique, sigmoïde, inférieur mésentérique, supérieur rectal (hémorroïdal)
Rectum	Rectum	Mésorectal, supérieur rectal (hémorroïdal), mésentérique inférieur, iliaque interne, inférieur rectal

# Cancer du foie TNM Essentiel

## Points clés pour la stadification du cancer du foie

1. La classification concerne les carcinomes hépatocellulaires et vise à diviser les cancers en ceux qui sont opérables (localisés/limités) et ceux qui ne le sont pas.
2. La maladie métastatique comprend l'ascite avec des signes de propagation maligne au péritoine.
3. Les ganglions lymphatiques régionaux sont les ganglions hilaires, hépatiques (le long de l'artère hépatique appropriée), périportaux (le long de la veine porte), phréniques inférieures et caves.
4. Rechercher une extension tumorale dans une branche majeure de la veine porte ou hépatique, un envahissement direct des organes adjacents - autres que la vésicule biliaire - (y compris le diaphragme), ou une perforation du péritoine viscéral : la tumeur est AVANCÉE (T4).
5. Si cela concerne uniquement le foie (ou le foie et la vésicule biliaire), recherchez le nombre de tumeurs dans le foie ; si aucune ne dépasse 5 cm, elle est LIMITÉE, sinon elle est AVANCÉE

## Foie TNM Essentiel



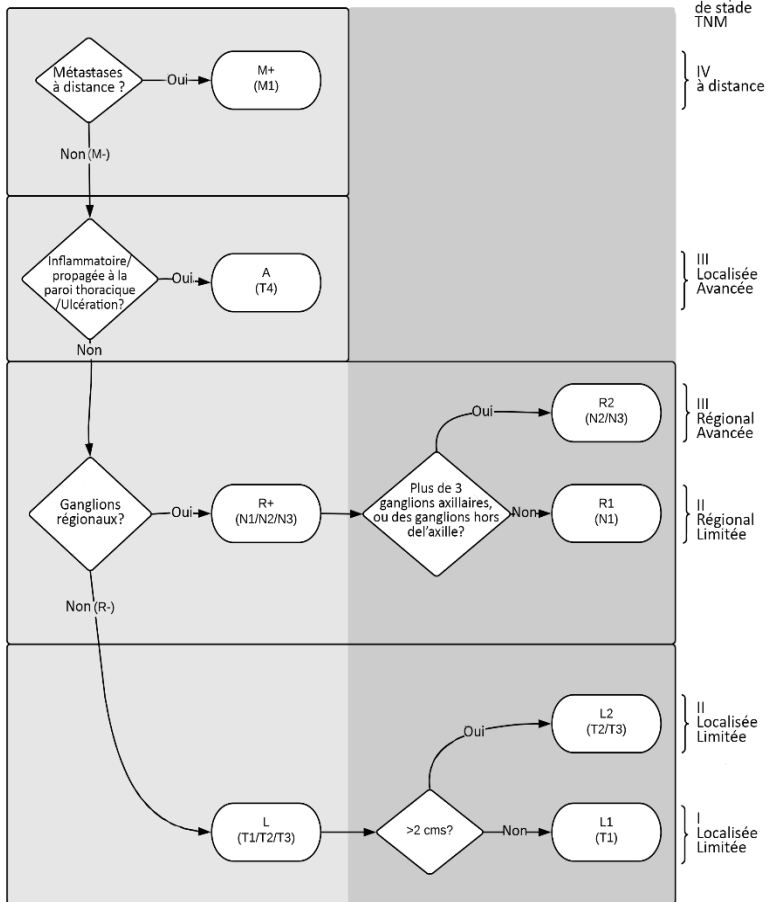
(T3).

## Cancer du sein TNM Essentiel

### Points clés pour la stadification du cancer du sein

1. Les métastases à distance sont fréquentes dans les os, les poumons et le cerveau. Recherchez des preuves sur l'imagerie.
2. N'oubliez pas que les ganglions lymphatiques du côté opposé (c'est-à-dire controlatéral), ou dans le cou, sont des métastases à distance (M+).
3. Si M+, le stade IV peut être attribué et il n'est pas nécessaire de rechercher des informations complémentaires.
4. Recherchez une extension de la tumeur à la peau du sein (épiderme).
5. Les ganglions lymphatiques régionaux sont axillaires (y compris intramammaires), infraclaviculaires, mammaires internes et supraclaviculaires du même côté que la tumeur (voir les images dans l'organigramme).
6. Si une atteinte ganglionnaire (R+) a été établie mais qu'aucune information supplémentaire n'est disponible sur le nombre de ganglions et leur localisation, supposez R+. Dans un tel cas, la catégorie du stade attribuée sera la catégorie inférieure (conformément à la règle 4 du TNM), par exemple au Stade II Régional Limité.
7. La taille de la tumeur est un aspect essentiel et une tumeur de 2 cm ou moins est « très limitée » (stade I).
8. Si deux tumeurs malignes sont présentes dans le même sein, utilisez celui ayant la plus grande taille pour attribuer le stade.

# Sein TNM Essentiel



Groupe de stade TNM

IV à distance

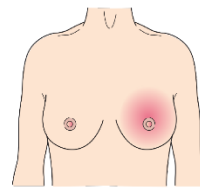
III Localisée Avancée

III Régional Avancée

II Régional Limitée

II Localisée Limitée

I Localisée Limitée



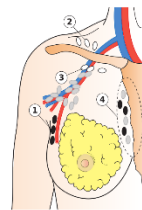
A(T4): Carcinome inflammatoire



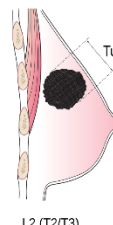
A(T4): Peau d'orange



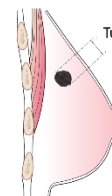
A(T4): Ulcération/Extension à la paroi thoracique



Ganglions lymphatiques régionaux:  
 1 Axillaires  
 2 Sus-claviculaires  
 3 Sous-claviculaires  
 4 Mammaires internes



L2 (T2/T3)



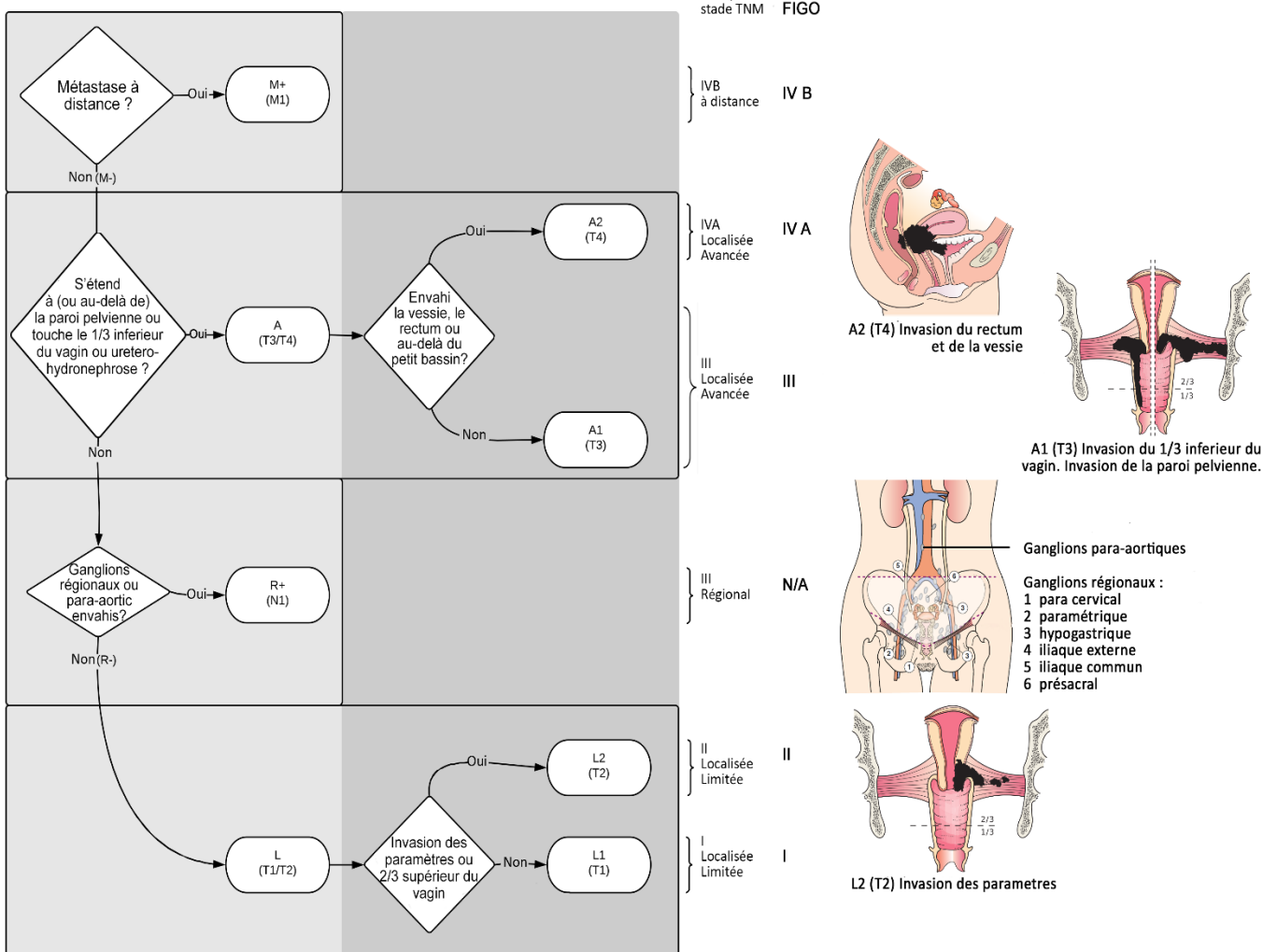
L1 (T1)

# Cancer du col de l'utérus : TNM Essentiel

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

1. Les métastases à distance sont fréquentes dans les os, les poumons et le cerveau. Recherchez des preuves sur l'imagerie.
2. L'invasion de la tumeur dans la vessie, le rectum ou au-delà du bassin est très avancée (A2) et considérée comme un stade IV.
3. Les ganglions lymphatiques régionaux sont ceux du bassin : ganglions paracervicaux, paramétriaux, hypogastriques (iliaques internes, obturateurs), iliaques communs et externes, présacrés et sacrés latéraux. Lorsque vous recherchez des informations sur les ganglions régionaux, recherchez également la mention des ganglions para-aortiques.
4. Recherchez 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 à l'aide de la FIGO pour laquelle les codes de stade (I-IV) sont les mêmes que ceux du TNM.

### Col de l'utérus TNM Essentiel





|

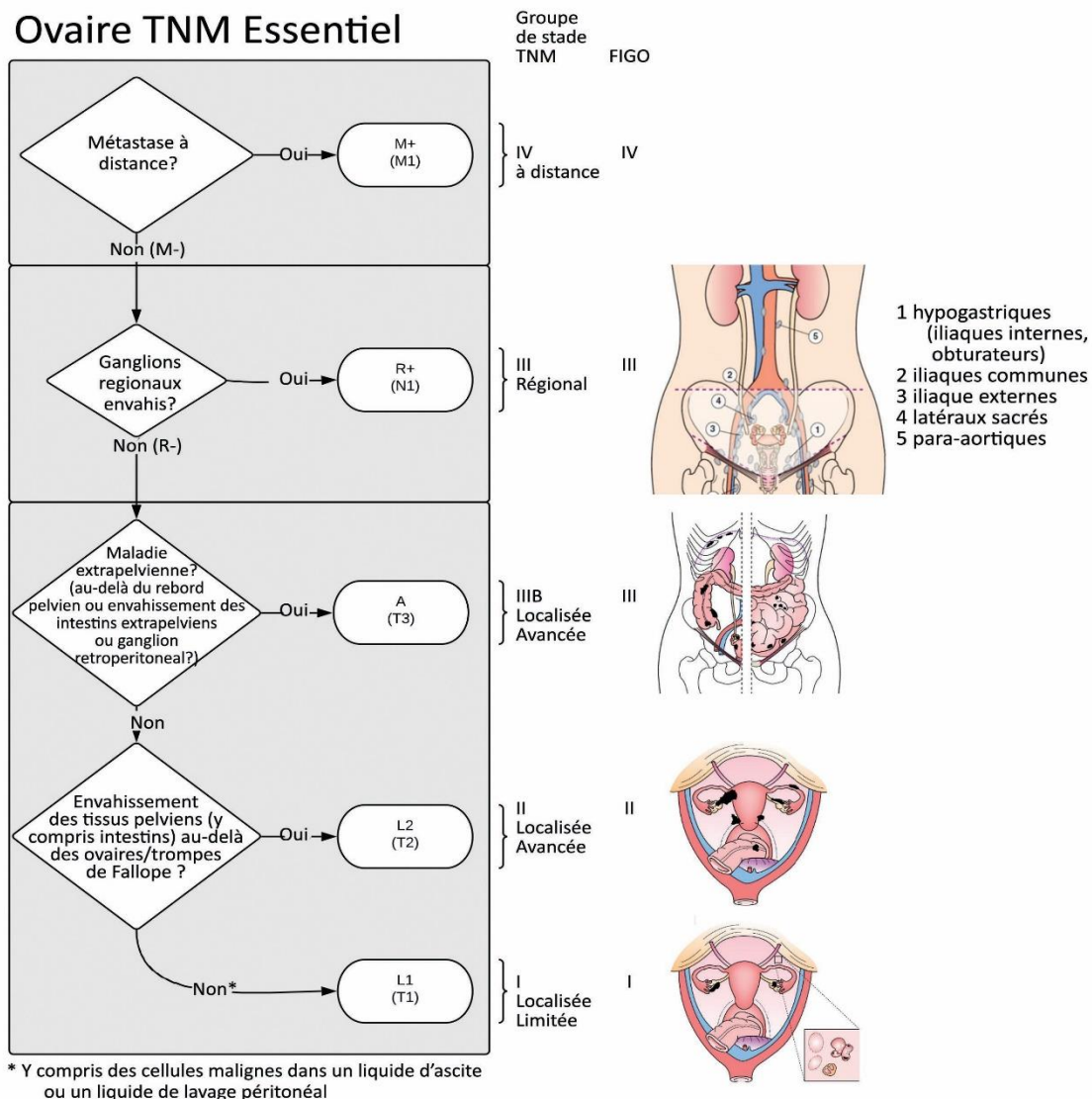


# Cancer de l'ovaire TNM Essentiel

## Points clés pour la stadification du cancer de l'ovaire

1. La classification s'applique aux néoplasmes malins de l'ovaire d'origine épithéliale et stromale, y compris ceux de malignité limite ou de faible potentiel malin. Il doit également être utilisé dans les carcinomes des trompes de Fallope.
2. Les métastases abdominales doivent concerner le parenchyme (partie interne) des organes (notamment le foie) et pas seulement la capsule externe. La propagation aux organes extra-abdominaux et aux ganglions lymphatiques situés en dehors de la cavité abdominale (y compris les ganglions lymphatiques inguinaux) est métastatique. La propagation de la tumeur au péritoine est une propagation locale.
3. Les ganglions lymphatiques régionaux sont les ganglions paracervicaux, paramétriaux, hypogastriques (iliaques internes, obturateurs), iliaques communs et externes, présacrés, sacrés latéraux et para-aortiques.
4. Recherchez une extension de la tumeur au-delà du bassin (y compris jusqu'au péritoine) ou jusqu'aux ganglions lymphatiques rétropéritonéaux - la tumeur est AVANCÉE. Si elle se trouve toujours dans le bassin – même si elle s'est propagée à l'intestin et/ou au péritoine – elle est LOCALISÉE.
5. La plupart des cancers de l'ovaire sont stadifiés à l'aide de la FIGO qui ne prend pas en compte l'atteinte ganglionnaire régionale, mais pour laquelle les codes I à IV sont par ailleurs identiques.

### Ovaire TNM Essentiel

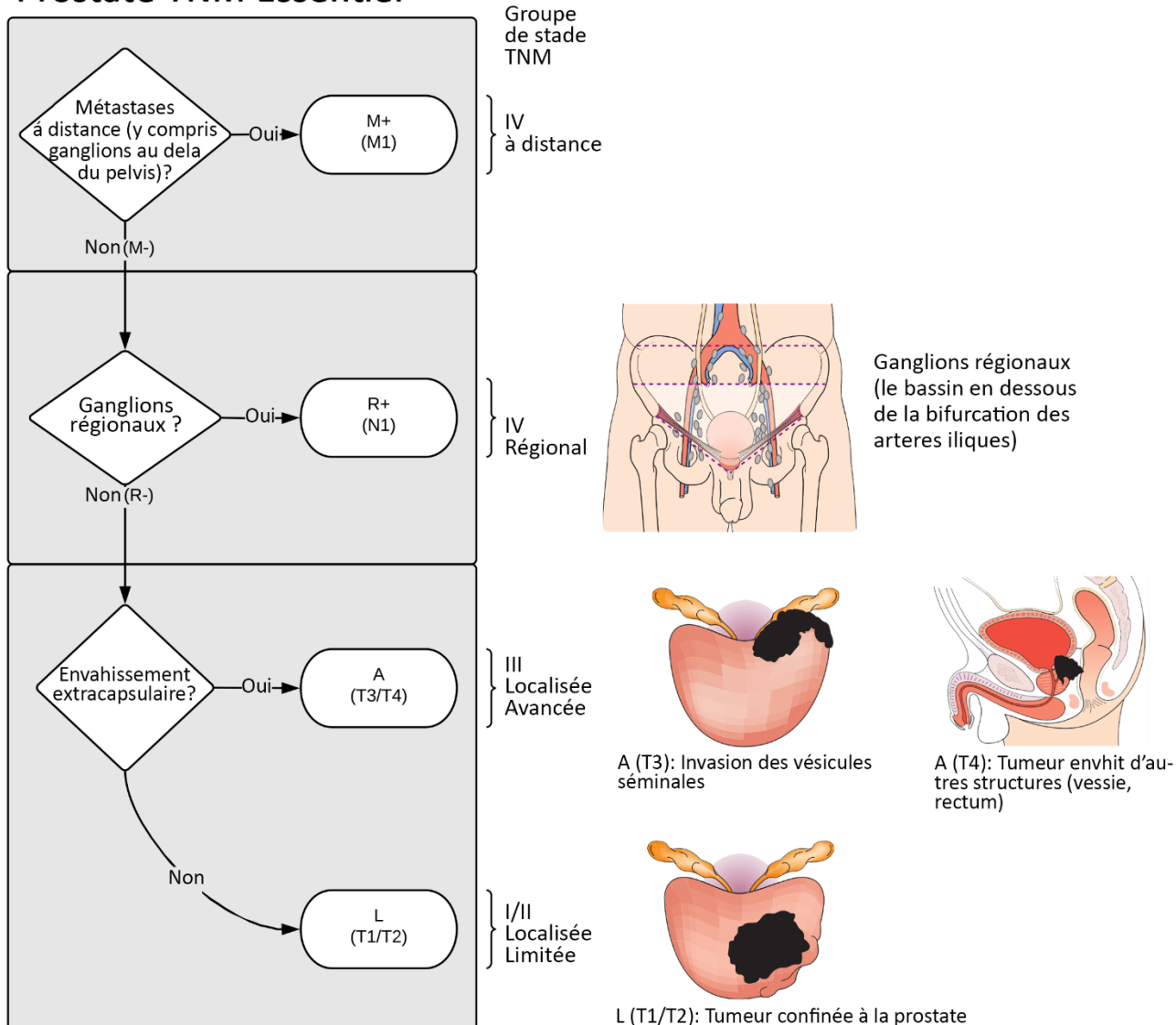


# Cancer de la prostate TNM Essentiel

## Points clés pour la stadification du cancer de la prostate

1. Les métastases à distance sont plus fréquentes au niveau osseux. Recherchez des preuves de cela sur l'imagerie.
2. N'oubliez pas que les ganglions à distance au-delà du bassin sont M+ ; ils comprennent les ganglions suivants : Aortique (para-aortique, lombaire), iliaque commun, inguinal (fémoral et profond), supraclaviculaire, cervical, scalène et rétropéritonéal.
3. Les ganglions régionaux sont ceux du bassin véritable (les ganglions pelviens situés au-dessous de la bifurcation des artères iliaques communes : obturateurs, périprostatiques, périvésicaux, pelviens, iliaques, sacrés, hypogastriques) .
4. Recherchez une extension de la tumeur au-delà de la capsule prostatique ; si elle est confinée à la prostate, la tumeur est localisée (L).

### Prostate TNM Essentiel

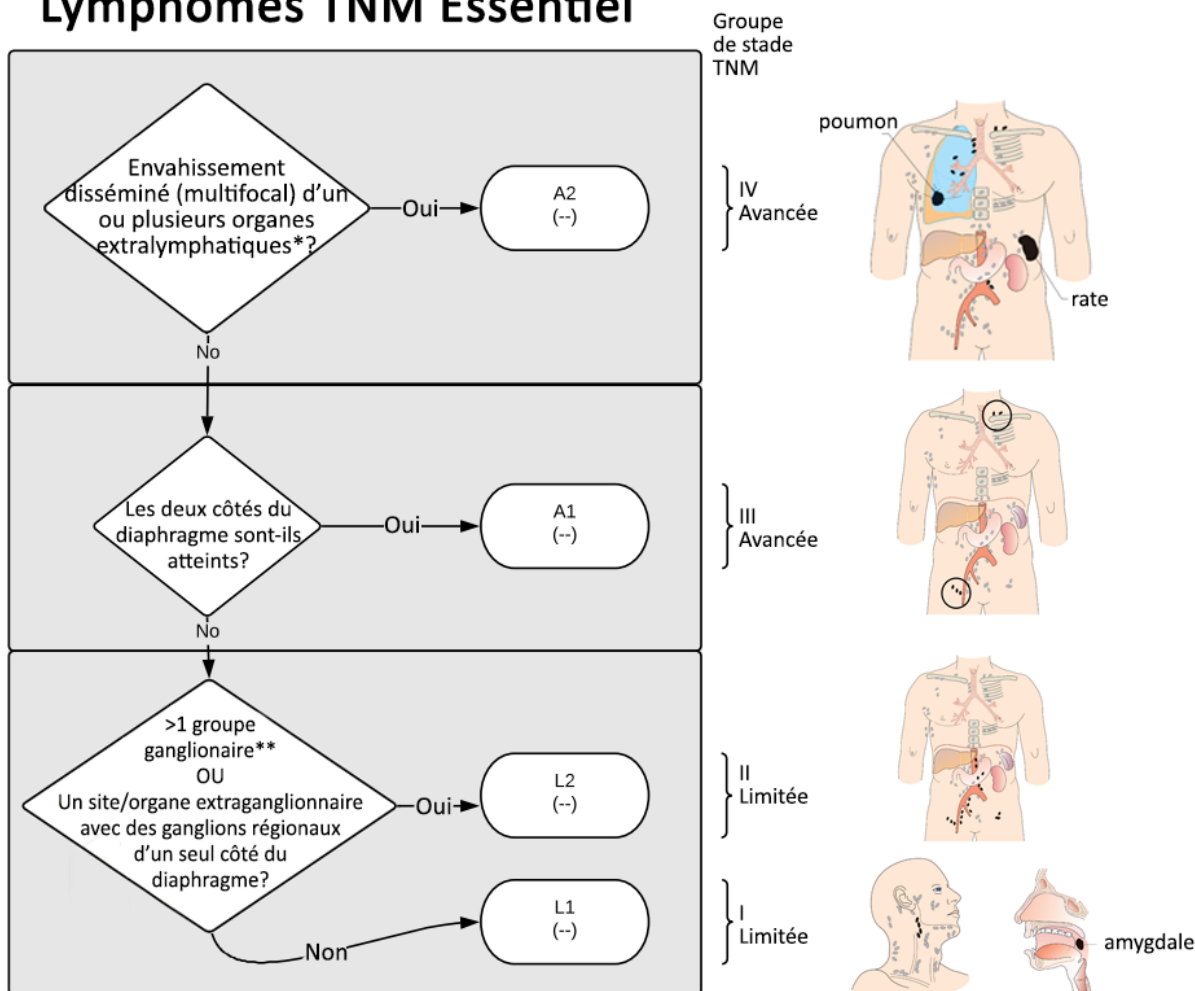


# Lymphome TNM Essentiel

## Points clés pour la stadification des lymphomes

1. Les classifications TNM et TNM essentiel pour les lymphomes s'appliquent à la fois aux lymphomes hodgkiniens et non hodgkiniens.
2. N'oubliez pas que les lymphomes peuvent inclure une maladie lymphatique et extra lymphatique.  
La maladie lymphatique touche les ganglions lymphatiques ainsi que d'autres structures lymphatiques comme l'anneau de Waldeyer (amygdales), la rate, l'appendice, le thymus et les plaques de Peyer (tissu lymphoïde de l'intestin grêle).
3. La stadification des lymphomes peut inclure un rapport initial d'une biopsie de la moelle osseuse.
4. Recherchez la documentation d'une atteinte disséminée (multifocale) d'un ou plusieurs organes extralymphatiques (comme la moelle osseuse, le cerveau, le foie, les poumons, le tractus gastro-intestinal). Il s'agit d'une maladie avancée (stade IV).  
Recherchez une atteinte des ganglions lymphatiques des deux côtés du diaphragme, qui PEUT s'accompagner d'une atteinte de la rate. Il s'agit d'une maladie avancée (stade III).

## Lymphomes TNM Essentiel



\* les organes extralymphatiques les plus courants sont la moelle, le cerveau, le foie, les poumons et le tractus gastro-intestinal; mais n'importe quel organe peut être impliqué dans le lymphome.

\*\* Groupe ganglionnaire = structures lymphatiques comprenant les ganglions lymphatiques, l'anneau de Waldeyer, la rate, l'appendice, le thymus et les plaques de Peyer

## Bibliographie

Wittekind C, 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.

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.

Brierley JD; Asamura, H; Van Eycken E; Rous B. TNM atlas: illustrated guide to the TNM classification of malignant tumours. Seventh edition. Chichester, West Sussex, UK : Wiley Blackwell, 2021.