

Manuel d'enregistrement des Tumeurs

Note Explicative

Tumeurs du tractus urinaire C65 – C68

Version 1.0 du 11 février 2025

Registre National du Cancer Luxembourg
1a-b, rue Thomas EDISON
L-1445 STRASSEN - Luxembourg

1 Tableau de mise à jour

Version	Date de validation	Objet de la modification
V1.0	11/02/2025	Création du document à partir de la recommandation ENCR 2022 sur l'enregistrement et la déclaration des tumeurs urothéliales de l'appareil urinaire. Ce document inclut la précédente Note explicative sur les cancers de la vessie (version 2.4 du 17 décembre 2020), qui sera supprimée à la publication de cette nouvelle note. Document de travail envoyé le 06/12/2023 aux DMC pour revue avant discussion lors de l'atelier du 14/12/2023. Document revu, commenté par l'équipe des DMC du HRS le 15/01/2024 Validation du document par les DMC lors de l'atelier du 14/03/2024 04/11/2024 : Revue et commentaire du Dr Daubisse de l'ENCR 07/11/2024 : Modification du document selon les commentaires du Dr Daubisse Décision de séparer la note explicative « Tumeurs du système urinaire » en deux notes distinctes : Note explicative « Tumeurs du parenchyme rénal » et Note explicative « Tumeurs du tractus urinaire », lors de l'atelier DMC du 12/12/2024. 19/12/2024 : Création de la Note explicative « Tumeurs du tractus urinaire ». Discussion de la note explicative lors de l'atelier DMC du 16/01/2025 et ajout des commentaires des DMC. Finalisation de la note explicative le 11/02/2025.

2 Sommaire

1	Tableau de mise à jour.....	2
2	Sommaire.....	3
3	Rappel anatomique.....	5
4	Ganglions lymphatiques régionaux	7
5	Latéralité	7
6	Topographie.....	8
7	Histologie	9
8	Diagnostic des tumeurs du tractus urinaire	10
8.1	Classification cytologique de Paris	10
9	Règles d'enregistrement des tumeurs urothéliales.....	11
9.1	Définition et caractéristiques des tumeurs urothéliales	11
9.2	Introduction aux règles d'enregistrement des tumeurs urothéliales	11
9.3	Règle 1 : Tumeurs à inclure	13
9.4	Règle 2 : Localisations multiples.....	13
9.5	Règle 3 : Progressions des tumeurs urothéliales.....	13
9.6	Règle 4 : Récidives	15
9.7	Règle 5 : Tumeur urothéliales synchrones de mêmes localisation et latéralité....	15
9.8	Règle 6 : Codage de la localisation des tumeurs synchrones de la vessie.....	16
9.9	Règle 7 : Tumeurs urothéliales synchrones de localisation différente	16
9.10	Règle 8 : Tumeurs urothéliales bilatérales	17
9.11	Règle 9 : Situations mixtes de multiplicité, de progressions et de synchronicité/métachronicité	17
9.12	Règle 10 : 1 ^{ère} tumeur survenant en dehors de la zone d'enregistrement	17
9.13	Règle 11 : 1 ^{ère} tumeur survenue avant la période de fonctionnement du registre	18
9.14	Récapitulatif concernant l'enregistrement des tumeurs urothéliales multiples de même localisation (et de même latéralité) :	19
9.15	Tableau récapitulatif des règles ENCR.....	20
10	Morphologies, comportement et grade des tumeurs urothéliales	21
10.1	Principaux codes morphologiques (CIM-O-3.2) en fonction du comportement et du grade histologique	21
10.2	Carcinomes urothéliaux avec autres composantes morphologiques	23
10.3	Sous-types de carcinomes urothéliaux.....	23
10.4	Modifications apportées par la 2 ^{ème} révision de la CIM-O.3	24
10.5	Codes de comportement pour un niveau d'invasion inconnu	25
10.6	Enregistrement du grade.....	25
11	Critères d'inclusion	26
12	Codes morphologiques sans confirmation histologique	27
12.1	Tumeurs urothéliales : enregistrement si uniquement cytologie	27
12.2	Tumeurs urothéliales : enregistrement sans confirmation microscopique	27
13	Tumeurs multiples	28

14	Classification TNM 8 des tumeurs du tractus urinaire	28
14.1	Vessie : TNM 8 ^{ème} édition	29
14.2	Urètre : TNM 8 ^{ème} édition	30
14.3	Tumeurs urothéliales : Morphologie, comportement et TNM8	30
14.4	Terminologie des pathologistes et des urologues.....	31
15	Changements entre la 8 ^{ème} et la 7 ^{ème} édition de la classification TNM	32
15.1	TNM de la vessie.....	32
16	Principales modalités de traitement des tumeurs urothéliales de la vessie	32
16.1	Principales modalités de traitement	32
16.2	Résection transurétrale (RTU/TUR)	33
16.3	Codage si TUR non suivie d’une cystectomie	33
16.4	Codage des types de chirurgie pour les tumeurs de la vessie.....	33
17	Principaux points d’attention	34
18	Acronymes	35
19	Références	36
20	Annexe 1 Classification OMS 2022 (5th edition) des tumeurs du tractus urinaire	37
20.1	Les tumeurs urothéliales des voies excrétrices.....	37
20.2	Les autres tumeurs des voies excrétrices urinaires.....	38
21	Annexe 2 : Tumeurs du tractus urinaires - exemples	40

3 Rappel anatomique

Le système urinaire comprend (Figure 1):

- Le rein → se reporter à la **Note explicative « Tumeurs du parenchyme rénal »**
- Les voies urinaires excrétrices

Les **voies urinaires excrétrices** (= le **tractus urinaire**) comprennent :

- Les voies excrétrices supérieures (VES) :
 - VES intra rénales (calices et bassinets)
 - VES extrarénales (uretères).

Les VES relient les reins au bas appareil urinaire pour assurer le cheminement de l'urine.

- Les voies excrétrices inférieures (VIS) :
 - La vessie
 - L'urètre

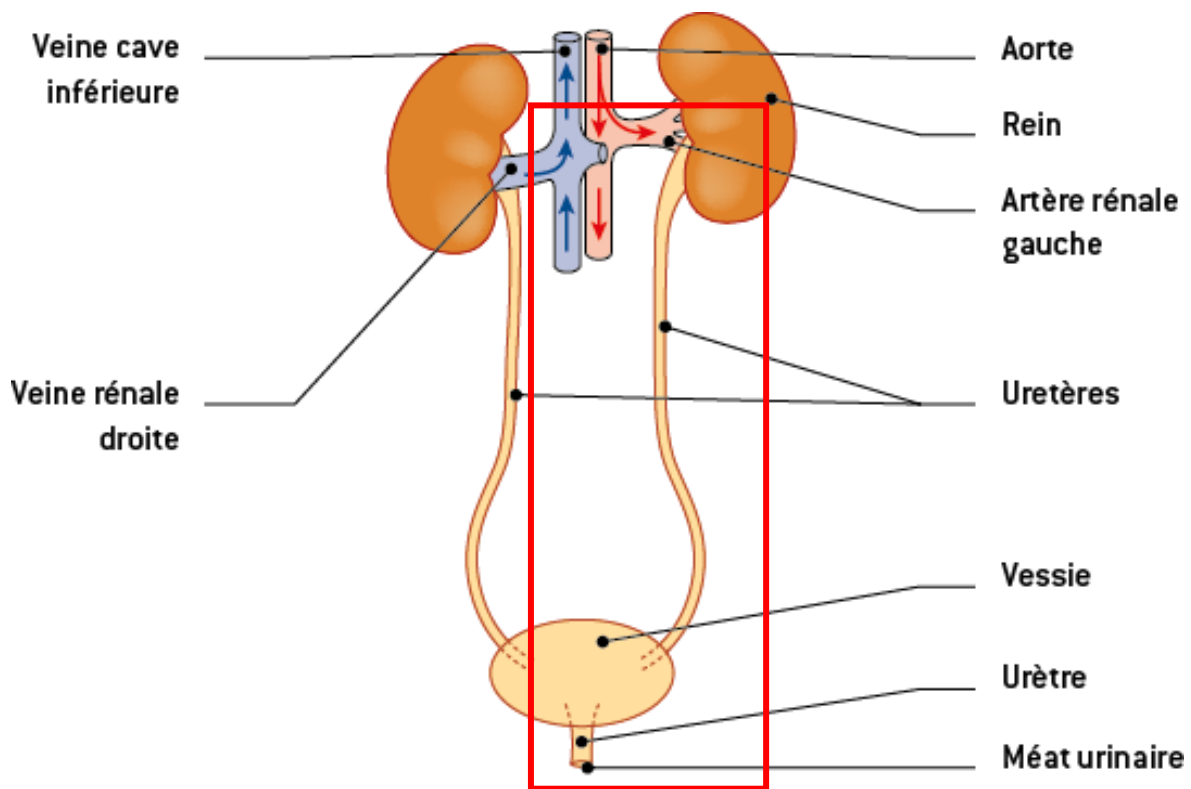


Figure 1 : Anatomie générale du système urinaire.

■ Anatomie de la vessie

La figure 2 présente une vue latérale externe de la vessie. Les synonymes les plus couramment employés pour préciser la localisation d'une lésion ont été ajoutés.

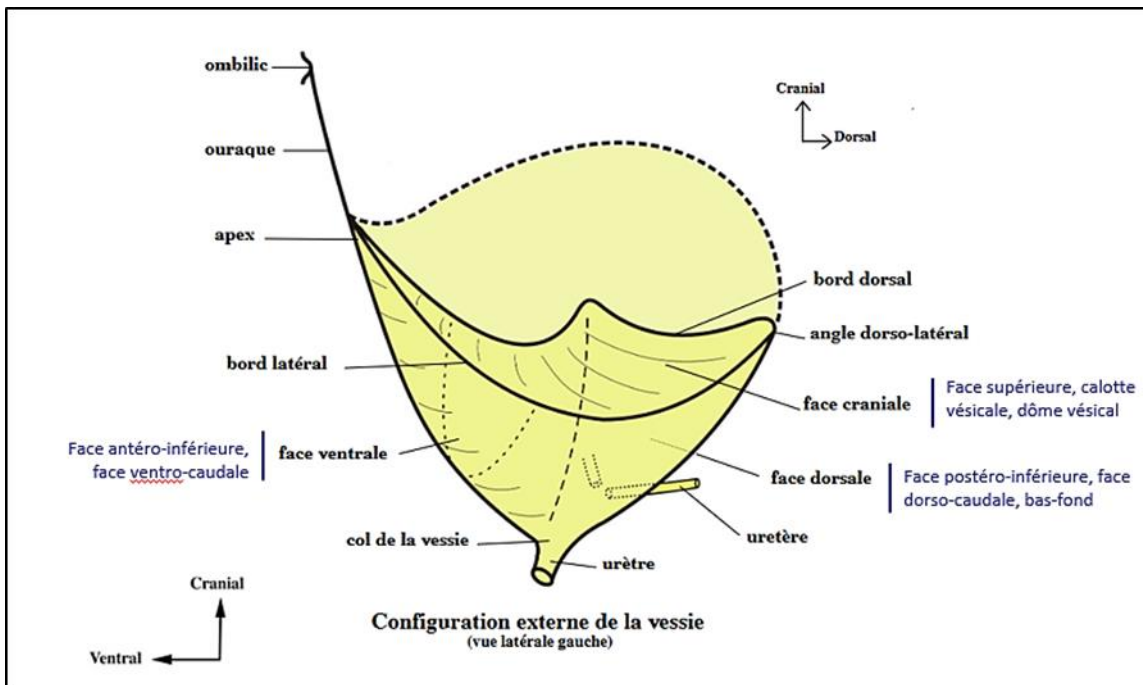


Figure 2 : Vue latérale externe de la vessie

La figure 3 présente l'anatomie régionale de la vessie en fonction du sexe :

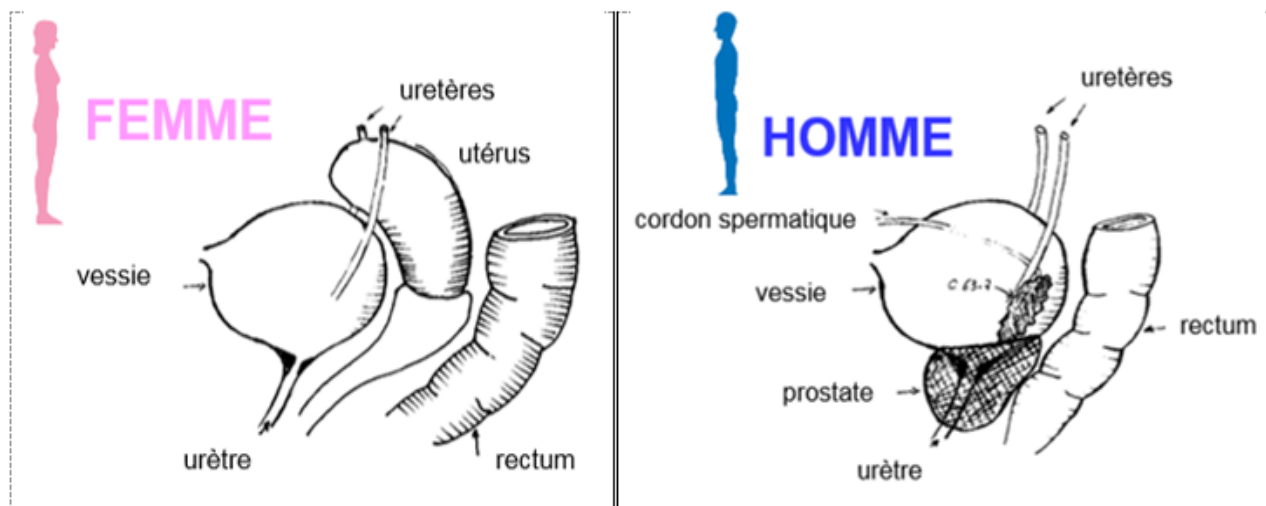


Figure 3 : Anatomie régionale de la vessie chez la femme et chez l'homme

4 Ganglions lymphatiques régionaux

▪ Ganglions lymphatiques régionaux de la vessie

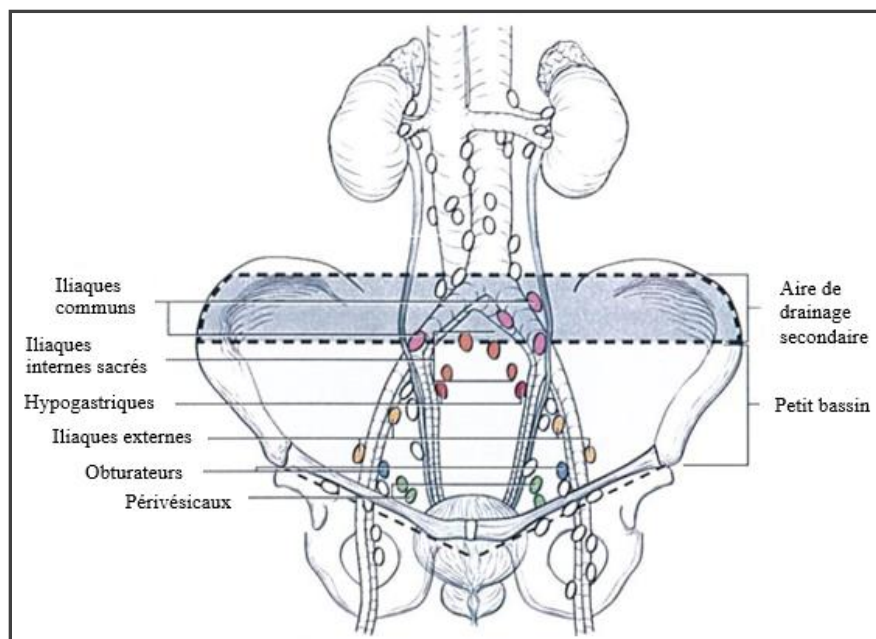


Figure 4 : Ganglions lymphatiques régionaux de la vessie

Les ganglions lymphatiques régionaux de la vessie sont les ganglions pelviens, essentiellement situés en aval de la bifurcation des artères iliaques primitives, ainsi que les ganglions le long de l'artère iliaque primitive.

5 Latéralité

Les bassinets et les uretères sont des organes pairs.

Se référer aux **documents d'aide à la codification du Manuel d'enregistrement des tumeurs du RNC** :

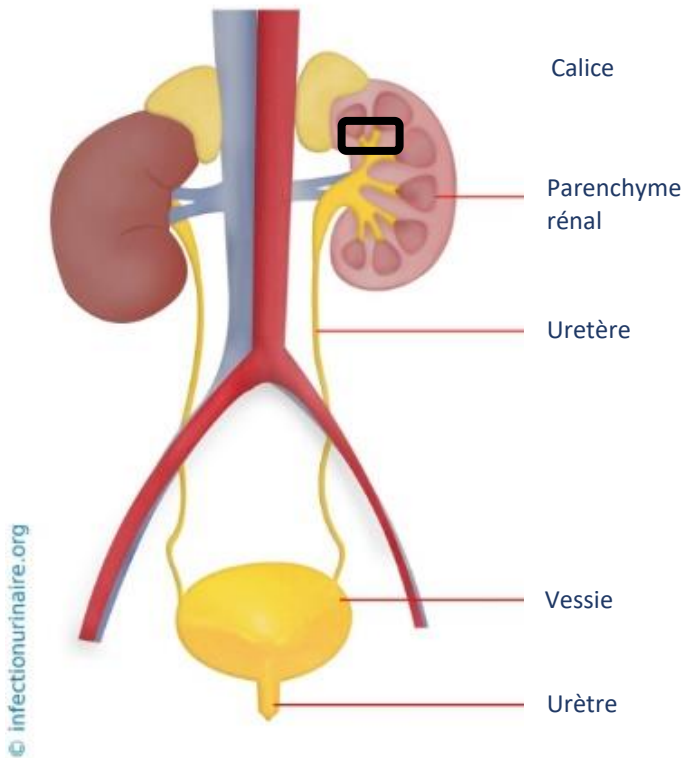
- « Code topo des organes pairs ou apparentés »
- « Tumeurs multiples »

➔ Enregistrer la latéralité

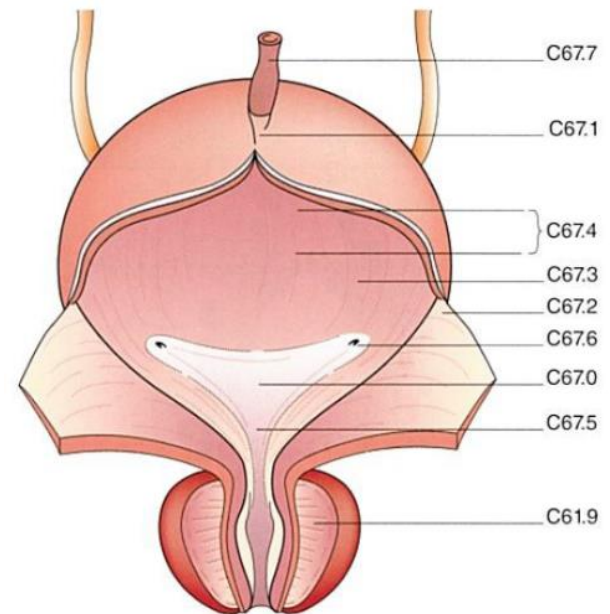
➔ Si 1 tumeur à Droite + 1 tumeur à Gauche ➔ Enregistrer 2 tumeurs

6 Topographie

Appareil urinaire



Vessie



C64.9 Rein SAI

C65.9 Bassinet (du rein) (pyélon) Jonction pelvis-urétérale

C66.9 Uretère (à l'exception du méat urétéral : C67.6)

C67.- Vessie

C67.0 Trigone de la vessie

C67.1 Dôme de la vessie (= toit ou calotte vésicale)

C67.2 Paroi latérale de la vessie

C67.3 Paroi antérieure de la vessie

C67.4 Paroi postérieure de la vessie (ou bas-fond)

C67.5 Col vésical

C67.6 Orifice (=méat) urétéral

C67.7 Ouraque

C67.8 Lésion à localisations contiguës de la vessie

C67.9 Vessie SAI

C68.- Organes urinaires, autres et non spécifiés

C68.0 Urètre → Urètre prostatique **C61.9**

C68.1 Glande para-urétrale

C68.8 Lésion à localisations contiguës → code à éviter

C68.9 Appareil urinaire SAI → cytologie seule le plus souvent



Si « voies génito-urinaires SAI »

➤ **C57.9** chez la femme

➤ **C63.9** chez l'homme

Codes topo à réserver à des tumeurs dont le point de départ est difficilement identifiable.

Si l'anapath conclut à une tumeur urothéliale, il faut la coder sur le tractus urinaire

Remarque :

Le bas-fond vésical correspond à la paroi postéro-inférieure ou face dorso-caudale de la vessie. Le code topo qui correspond le mieux est le **C67.4** (paroi postérieure).

Les termes « fond, sans autre précision » et « plancher de la vessie » ne permettent pas de déterminer précisément la localisation et sont codés en **C67.9**.

7 Histologie

Elle est commune à tous les segments du tractus urinaire et comprend une **muqueuse**, une **musculeuse** et une **adventice**.

La muqueuse

- **Epithélium** : épithélium pseudostratifié polymorphe (urothélium) formé d'un nombre variable d'assises cellulaires mais toutes les cellules possèdent un prolongement basal qui atteint la membrane basale.
- **Chorion** : tissu conjonctif lâche, riche en fibres élastiques

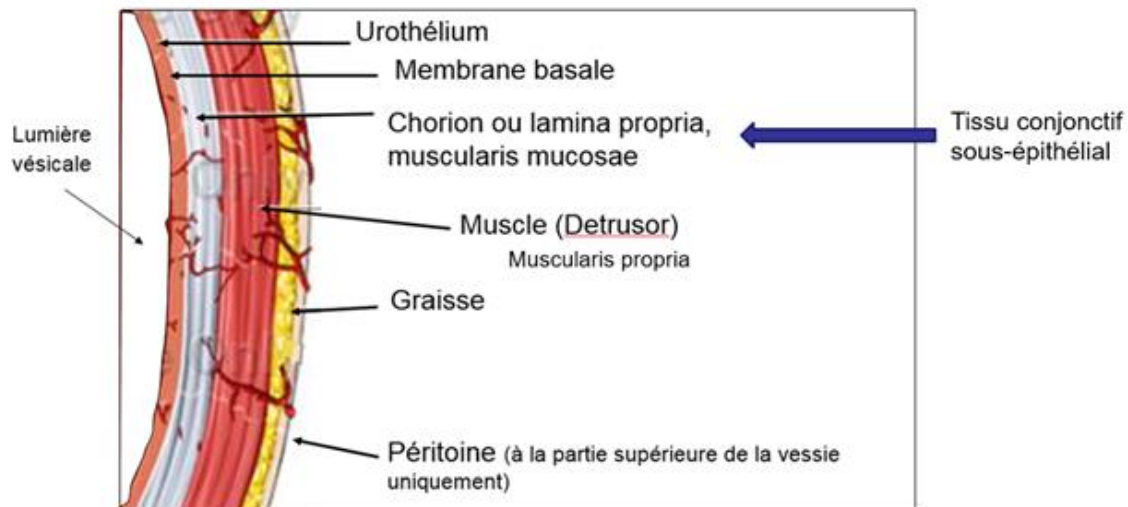
La musculeuse

C'est un ensemble de faisceaux de cellules musculaires lisses obliques séparés par des travées conjonctives à orientation prédominante longitudinale en dedans et circulaire en dehors. Au niveau de la vessie, musculeuse plexiforme avec couches longitudinales interne et externe et circulaire moyenne.

L'adventice

C'est un tissu conjonctif lâche avec fibres de réticuline, nerfs et de nombreux adipocytes

❖ Histologie de la vessie :



8 Diagnostic des tumeurs du tractus urinaire

8.1 Classification cytologique de Paris

Le but du système de Paris est de détecter les lésions urothéliales de haut grade et de standardiser les critères diagnostics, à partir d'une cytologie urinaire.

Groupe cytologique	Risque de malignité
1 – Unsatisfactory/No diagnostic <i>Non concluant/ Pas de diagnostic</i>	? (< 5%)
2 – NHGUC - Negative for High Grade Urothelial Carcinoma <i>Négatif pour un carcinome urothélial de haut grade</i>	0 – 10%
3 – AUC - Atypical Urothelial Cells <i>Cellules urothéliales atypiques</i>	8 – 35%
4 – SHGUC - Suspicious for High-Grade Urothelial Carcinoma <i>Suspect de carcinome urothélial de haut grade</i>	50 – 90%
5 – HGUC - High Grade Urothelial Carcinoma <i>Carcinome urothélial de haut grade</i>	>90%
6 – LGUN - Low Grade Urothelial Neoplasia <i>Néoplasie urothéliale de bas grade</i>	≤10%
7 – Other malignancy <i>Autres tumeurs malignes</i>	>90%

La positivité d'une cytologie traduit la présence d'une tumeur n'importe où dans la voie excrétrice urinaire.

Si une tumeur urothéliale diagnostiquée sur cytologie seule (Paris 4 ou 5) sans topo plus précise mise à l'évidence par l'imagerie → Coder en **C68.9**.

Se reporter au paragraphe 12.1 pour l'enregistrement d'une tumeur urothéliale sur cytologie seule.

9 Règles d'enregistrement des tumeurs urothéliales

9.1 Définition et caractéristiques des tumeurs urothéliales

Les tumeurs urothéliales sont définies par leurs codes morphologiques et topographiques :

- Codes morphologiques :

M-8120 – M-8131	Carcinomes transitionnels +++
M-8020	Carcinome indifférencié
M-8031	Carcinomes à cellules géantes
M-8082	Carcinome lympho-épithélioïde

- Codes topographiques :

- Tractus urinaire : Bassinet Dt & G (**C65.9**), uretères Dt & G (**C66.9**), vessie (**C67. ***), urètre (**C68.0**) +++
- *Lésions contiguës (**C68.8**) et appareil urinaire SAI (**C68.9**) : codes à éviter*
- *Si urètre prostatique **C61.9***

Les tumeurs urothéliales sont le plus souvent des **tumeurs multiples**, survenant **dans tous les organes** présentant un épithélium urinaire, **simultanément** ou pendant le **suivi**. Ces tumeurs présentent des **niveaux d'invasion** et de **grades** différents.

9.2 Introduction aux règles d'enregistrement des tumeurs urothéliales

L'ENCR a constaté une grande variabilité entre les registres pour les critères d'enregistrement et de déclaration des tumeurs urothéliales. D'autre part, les connaissances sur la biologie et la pathologie de ces tumeurs ont évolué, en particulier avec la publication de la classification des tumeurs urothéliales de l'OMS en 2016.

L'ENCR a publié en 2022 des recommandations pour l'enregistrement et la comptabilisation des tumeurs urothéliales.

Ces recommandations définissent 11 règles d'enregistrement des tumeurs urothéliales, ainsi que des règles de classification et de codage.

Les règles d'enregistrement des tumeurs urothéliales sont spécifiques et ne suivent pas les règles générales d'enregistrement des tumeurs multiples.

Les recommandations de l'ENCR doivent être appliquées à toutes les tumeurs urothéliales à partir du **1^{er} janvier 2022 (Date d'incidence)**.

Avant la publication des règles d'enregistrement de l'ENCR en 2022, le RNC suivait déjà des règles spécifiques d'enregistrement des tumeurs urothéliales. Les tumeurs urothéliales dont la date

d'incidence est antérieure à 2022 sont enregistrées dans Oncolin selon les **règles du RNC (DI<01/01/2022)**.

Si une tumeur urothéliale, dont la DI est $\geq 01/01/2022$, présente des antécédents correspondant à la nouvelle définition de la progression, ces antécédents doivent être encodés selon les nouvelles règles ENCR (donc revoir et modifier/compléter les tumeurs déjà enregistrées si une nouvelle tumeur est diagnostiquée à partir du 01/01/2022).

Dans cette note topographique, les termes suivants sont utilisés :

- **Recommandations ENCR 2022** : règles d'enregistrement des tumeurs urothéliales établies par l'ENCR et pour les tumeurs dont la DI est $\geq 01/01/2022$
- **Règles du RNC (DI < 01/01/2022)**: règles d'enregistrement des tumeurs urothéliales établies par le RNC et pour les tumeurs dont la DI est < au 01/01/2022

Les codes topographiques sont décrits en termes de « caractères » dans les recommandations ENCR 2022. Par exemple, les trois premiers caractères du code topographique du trigone de la vessie sont : **C67.0**. Dans la documentation du Manuel d'enregistrement des Tumeurs du RNC, les codes topographiques sont décrits en termes de « chiffres ». Par exemple, les deux premiers chiffres du code topographique du trigone de la vessie sont : **C67.0** et sont équivalents aux 3 premiers caractères de l'ENCR pour décrire une localisation. Dans cette note explicative, la description des codes topographique reprend celle habituellement utilisée dans la documentation du RNC, c'est-à-dire : « chiffres ».

Les règles d'enregistrement ne s'appliquent qu'aux tumeurs urothéliales. Les sarcomes et les autres types histologiques de tumeurs du tractus urinaire **ne sont pas concernés** par les recommandations ENCR 2022 ni par les règles du RNC (DI < 01/01/2022).

Définition des tumeurs synchrones / métachrones :

- Patient présentant plus d'une T. urothéliale dans la même localisation topographique (et de même latéralité) diagnostiquées sur une courte période → **Tumeurs synchrones**
- Patient présentant plus d'une T. urothéliale dans la même localisation topographique (et de même latéralité) diagnostiquées pendant son suivi → **Tumeurs métachrones**
- **Les délais entre les DI sont indépendants du traitement**

Règles du RNC (DI<01/01/2022)	Recommandations ENCR 2022 (DI$\geq$ 01/01/2022)
Tumeurs synchrones: Délai entre les DI ≤ 3 mois	Tumeurs synchrones: Délai entre les DI ≤ 4 mois
Tumeurs métachrones: Délai entre les DI > 3 mois	Tumeurs métachrones: Délai entre les DI > 4 mois

Des exemples d'application des règles ENCR 2022 sont présentées en annexe 2.

9.3 Règle 1 : Tumeurs à inclure

Les types de tumeurs des voies urinaires suivants **doivent être enregistrés** :

1. Carcinome urothélial papillaire non invasif, de bas grade.
2. Carcinome urothélial papillaire non invasif, de haut grade.
3. Carcinome urothélial in situ (Carcinome in situ).
4. Tous les carcinomes invasifs.
5. Tumeur avec examen histologique mais dont l'invasion ne peut être évaluée.
6. Tumeur avec uniquement un examen cytologique (voir section 12.1 de ce document).
7. Tumeur sans confirmation microscopique (voir section 12.2 de ce document).

⇒ **Pour le RNC :**

Néoplasies urothéliales papillaires à faible potentiel de malignité (*Papillary urothelial neoplasm of low malignant potential – PUNLMP*) (**M-8130/1**) :

- L'ENCR considère qu'il n'est pas obligatoire de les enregistrer.
- Le RNC va continuer à les enregistrer. Se reporter au paragraphe 11 pour les consignes d'enregistrement des PUNLMP.



Papillomes urothéliaux, papillomes urothéliaux inversés, proliférations urothéliales à potentiel malin incertain & dysplasies urothéliales = non malins (**/0**) → Ne pas enregistrer

9.4 Règle 2 : Localisations multiples

Si un patient présente plusieurs tumeurs urothéliales (synchrones ou métachrones) dans différentes localisations du tractus urinaire → Enregistrer toutes les tumeurs survenant sur chaque localisation topographique à 2 chiffres (**C65-C68**) et de chaque côté (si pelvis rénal ou uretère).

Si une tumeur métachrone est diagnostiquée dans l'uretère ou dans l'urètre après une cystectomie, elle ne devrait pas être enregistrée si elle est apparue à la marge chirurgicale car elle doit être considérée comme une récurrence locale de la tumeur enlevée dans la vessie, sauf s'il s'agit d'une progression.

9.5 Règle 3 : Progressions des tumeurs urothéliales

Si un patient présente plusieurs tumeurs urothéliales dans la même localisation topographique définie par les 2 premiers chiffres (et de même latéralité) dont certaines correspondent à une **progression de la maladie** → enregistrer la première tumeur puis **seulement les tumeurs qui représentent une progression**.

La chronologie suivante définit ce qu'est une progression :

Non invasive, de bas grade (TaG1) → Non invasive, de haut grade (TaG3) → In situ (Tis)
→ Invasive, superficielle (T1) → Invasive au niveau du muscle (T2+)

En raison des caractéristiques particulières des tumeurs urothéliales, l'enregistrement des différents stades doit être effectué pour ces tumeurs afin de connaître leur progression.

L'enregistrement de la transition T1 → T2+ est pertinente sur le plan clinique (terminologies clinique et pathologique différentes pour définir ce qui est non invasif). Ces deux stades représentent possiblement des situations biologiques, morphologiques et génétiques différentes. Ne pas oublier que **toutes les étapes connues de cette progression doivent être enregistrées**. Ainsi, par exemple, l'enregistrement d'une tumeur invasive T2+ ne remplace pas l'enregistrement d'une tumeur invasive T1 si cette dernière est connue.

Bien que, dans de nombreux cas, les carcinomes papillaires de haut grade non invasifs ne suivent pas la même trajectoire évolutive que les carcinomes in situ, ils se croisent parfois et les carcinomes in situ sont généralement plus agressifs que les carcinomes papillaires de haut grade non invasifs.

Dans les nouvelles recommandations de l'ENCR, les notions de progression et de récurrence sont basées sur :

- Un délai de plus de 4 mois (définition de tumeurs métachrones)
- Une hiérarchie de l'agressivité :
 - Qui augmente pour définir une progression
 - Qui est équivalente ou qui diminue pour définir une récurrence (niveau d'invasion et de grade identiques ou inférieurs)

Règles du RNC (DI<01/01/2022)	Recommandations ENCR 2022 (DI≥ 01/01/2022)
Tis puis T1non-invasif Ta puis T1non-invasif Progression Tis puis Ta Ta puis Tis Pas une progression, les Ta et les Tis ne suivent pas une même trajectoire évolutive	La chronologie suivante définit ce qu'est une progression : Non-invasif (Ta) → In situ (Tis) → Invasif Non-invasif, bas grade (TaG1) → Non-invasif, haut grade (TaG3) Invasif, superficiel (T1) → Invasion du muscle (T2+)
Métachrones : Délai entre les DI > 3 mois - T1non-invasif puis Tis et/ou Ta → enregistrer T1non-invasif - Tis puis T1non-invasif → enregistrer Tis et T1non-invasif - Ta puis T1non-invasif → enregistrer Ta et T1non-invasif - Ta puis Tis → enregistrer Ta et Tis - Tis puis Ta → enregistrer Tis et Ta	Métachrones : Délai entre les DI > 4 mois Progression : Non-invasif, bas grade (TaG1) → Non-invasif, haut grade (TaG3) → In situ (Tis) → Invasif, superficiel (T1) → Invasion du muscle (T2+) Chaque progression de l'agressivité est à enregistrer

9.6 Règle 4 : Récidives

Si un patient présente une tumeur urothéliale suivie d'une ou plusieurs tumeurs urothéliales de la même localisation à 2 chiffres qui sont des récurrences (**niveau d'invasion et grade identiques ou inférieurs**) et non des progressions de la maladie → **Enregistrer uniquement la 1^{ère} tumeur et pas les récurrences.**

Enregistrer les récurrences dans le suivi de la 1^{ère} tumeur → traitement à visée curative de la 1^{ère} tumeur suivi d'une phase de rémission puis récurrence.

Notion de niveau d'invasion et de grade identiques ou inférieurs ajoutée à la définition usuelle d'une récurrence.

Remarque : Si un patient a une tumeur TaG1 puis 4 mois plus tard a un TaG3 → encoder les deux tumeurs. Puis il reçoit une chimiothérapie et fait une récurrence TaG3 un an plus tard → enregistrer la récurrence dans le suivi de la tumeur TaG3.

9.7 Règle 5 : Tumeur urothéliales synchrones de mêmes localisation et latéralité

Si un patient présente sur une courte période (c'est-à-dire **synchrone**) plus d'une tumeur urothéliale dans la même localisation topographique à 2 chiffres et du même côté (si pelvis rénal ou uretère) → **Enregistrer uniquement la plus agressive d'entre elles** (définie selon la chronologie d'une progression) avec ses caractéristiques (grade, comportement, stade) mais avec la date de diagnostic correspondant à celle de la 1^{ère} tumeur.

Remarque : les caractéristiques qui permettent de déterminer l'agressivité d'une tumeur sont : comportement, grade et stade. La tumeur la plus agressive est enregistrée avec son code topographique et en tant que tumeur multifocale.

Ce critère s'applique également aux tumeurs dont la résection est réalisée en deux temps. Dans ces cas, il faut également tenir compte du temps que peut prendre l'investigation clinique, car il arrive que les résections initiales ne soient pas complètes ou que le second examen soit retardé, notamment chez les patients âgés.

Règles du RNC (DI<01/01/2022)	Recommandations ENCR 2022 (DI≥ 01/01/2022)
Synchrones : Délai entre les DI ≤ 3 mois - Tinvasif + Tis + Ta → enregistrer Tinvasif - Tinvasif + Tis → enregistrer Tinvasif - Tinvasif + Ta → enregistrer Tinvasif - Tis + Ta → enregistrer deux tumeurs : Tis + Ta (car Tis et Ta ont des comportements différents)	Synchrones : Délai entre les DI ≤ 4 mois Progression : Non-invasif, bas grade (TaG1) → Non-invasif, haut grade (TaG3) → In situ (Tis) → Invasif, superficiel (T1) → Invasion du muscle (T2+) Enregistrer uniquement la plus agressive

9.8 Règle 6 : Codage de la localisation des tumeurs synchrones de la vessie

Enregistrer les tumeurs synchrones de la **vessie** en utilisant la règle des tumeurs synchrones (règle 5).

Si le niveau de progression le plus élevé concerne plusieurs tumeurs de sous-localisations différentes de la vessie (topographie à 3 chiffres) → Coder la localisation en **C67.8**, même si les tumeurs ne sont pas contiguës.

Si les tumeurs sont localisées dans la même sous-localisation → Coder la sous-localisation correspondante.

Exemple (règles 5 & 6):

Homme de 72 ans. Hématurie terminale depuis quelques semaines.

- Echographie : polypes vésicaux.
- TUR vessie 08/03/2022 : présence d'une lésion végétante sur la face latérale droite **(1)** et d'une lésion de plus petite taille située sur le trigone vésical **(2)**.
- CR anapth : **(1)** « carcinome urothélial papillaire non invasif de bas grade pTa » ; **(2)** « carcinome urothélial avec différenciation épidermoïde envahissant le chorion ; musculieuse vue et non dépassée, stade pT1 ».

Quelle(s) tumeur(s) vésicale(s) enregistrer pour ce patient ?

→ **C67.0** ; **M-8120/3**

On enregistre la tumeur la plus agressive donc la (2) avec ses caractéristiques dont son code topographique. La tumeur est multifocale.

Règles du RNC (DI<01/01/2022)	Recommandations ENCR 2022 (DI≥ 01/01/2022)
Tumeurs synchrones: Délai entre les DI ≤ 3 mois	Tumeurs synchrones: Délai entre les DI ≤ 4 mois
même règle d'enregistrement en ce qui concerne le code topographique.	

9.9 Règle 7 : Tumeurs urothéliales synchrones de localisation différente

Si un patient présente sur une courte période (c'est-à-dire synchrone) plus d'une tumeur urothéliale dans différentes localisations topographiques à 2 chiffres → **Enregistrer chaque tumeur séparément**, chacune avec sa topographie, sa morphologie, son code de comportement et sa date d'incidence (ne pas utiliser le code de regroupement **C68.9** pour l'enregistrement).

Règles du RNC (DI<01/01/2022)	Recommandations ENCR 2022 (DI≥ 01/01/2022)
Tumeurs synchrones: Délai entre les DI ≤ 3 mois	Tumeurs synchrones: Délai entre les DI ≤ 4 mois
même règle d'enregistrement en ce qui concerne le code topographique.	

9.10 Règle 8 : Tumeurs urothéliales bilatérales

Si un patient présente plusieurs tumeurs urothéliales (synchrones ou métachrones) des deux côtés d'un même organe pair (bassin droit et gauche ou uretère droit et gauche) → **Enregistrer pour chaque côté la 1^{ère} tumeur** de chaque localisation à 2 chiffres et les progressions correspondantes, le cas échéant, en suivant les règles 3 à 6.

Par exemple : 1^{er} carcinome urothélial de l'uretère droit et ses progressions, et 1^{er} carcinome urothélial de l'uretère gauche et ses progressions.

Règles du RNC (DI<01/01/2022)	Recommandations ENCR 2022 (DI≥ 01/01/2022)
Tumeurs synchrones / métachrones Progressions	Tumeurs synchrones / métachrones Progressions
même règle d'enregistrement en ce qui concerne le code topographique et la latéralité.	

9.11 Règle 9 : Situations mixtes de multiplicité, de progressions et de synchronicité/métachronicité

Si un patient présente une combinaison mixte de tumeurs urothéliales multiples synchrones et métachrones dans la même et/ou dans différentes localisations à 2 chiffres → les enregistrer selon les règles 2 à 8.

9.12 Règle 10 : 1^{ère} tumeur survenant en dehors de la zone d'enregistrement

Un patient peut déménager → le lieu de résidence au moment du diagnostic doit donc être lié aux tumeurs et non au patient.

Si l'on dispose d'informations indiquant qu'un patient résidant dans la zone de couverture du registre a déjà eu un diagnostic de tumeur(s) urothéliale(s) alors qu'il résidait en dehors de la zone d'enregistrement → Enregistrer toutes les tumeurs.

L'enregistrement d'une 1^{ère} tumeur diagnostiquée hors zone d'enregistrement permet au registre de savoir si une tumeur ultérieure est une récurrence ou une progression (enregistrées mais non déclarées comme incidentes selon les règles internationales). L'enregistrement de ces informations évite la sur-déclaration car les tumeurs urothéliales ont tendance à récidiver et à progresser. Si un patient a un antécédent de tumeur alors qu'il ne résidait pas dans la zone d'enregistrement et que l'on n'enregistre pas cette tumeur, toute récurrence ou progression sera considérée à tort comme la première tumeur incidente.

Pour le RNC → Enregistrer les tumeurs primitives, quel que soit le pays de résidence du patient au moment du diagnostic.

9.13 Règle 11 : 1^{ère} tumeur survenue avant la période de fonctionnement du registre

Si les informations disponibles indiquent qu'un patient résidant dans la zone de couverture du registre a été diagnostiqué avec une ou plusieurs tumeurs urothéliales avant la période de fonctionnement du registre → Enregistrer toutes ses tumeurs (celles diagnostiquées avant et celles diagnostiquées après la 1^{ère} date de fonctionnement du registre) conformément aux règles 2 à 8.

L'enregistrement des tumeurs diagnostiquées avant la période de fonctionnement du registre permet à ce dernier de savoir si les tumeurs ultérieures sont des récides ou des progressions (enregistrées mais non déclarées en tant que cas incident).

L'enregistrement de ces informations permet également d'éviter les sur-déclarations en cas de récide.

Pour le RNC : Période de fonctionnement du RNC : à partir du 1^{er} janvier 2013 → Enregistrer les ATCD qui correspondent à des tumeurs primitives, quelles que soient leurs DI.

9.14 Récapitulatif concernant l'enregistrement des tumeurs urothéliales multiples de même localisation (et de même latéralité) :

Règles du RNC (DI<01/01/2022)	Recommandations ENCR 2022 (DI≥ 01/01/2022)
Tumeurs synchrones	
Délai entre les DI des tumeurs ≤ 3 mois	Délai entre les DI des tumeurs ≤ 4 mois
Tinvasif + Tis + Ta → enregistrer Tinvasif	Enregistrer une seule tumeur = la plus agressive : Invasion du muscle (T2+) > Invasif, superficiel (T1) > In situ (Tis) > Non-invasif, haut grade (TaG3) > Non-invasif, bas grade (TaG1)
Tinvasif + Tis ou Ta → enregistrer Tinvasif	
Tis + Ta → enregistrer 2 tumeurs Tis et Ta	
Tumeurs métachrones	
Délai entre les DI des tumeurs > 3 mois	Délai entre les DI des tumeurs > 4 mois
Tinvasif puis Tis et/ou Ta → enregistrer seulement la 1 ^{ère} tumeur Tinvasif	Enregistrer la 1^{ère} tumeur puis seulement les tumeurs qui représentent une progression : Non-invasif, bas grade (TaG1) → Non-invasif, haut grade (TaG3) → In situ (Tis) → Invasif, superficiel (T1) → Invasion du muscle (T2+)
Tis puis Tinvasif → enregistrer les 2 tumeurs : Tis et Tinvasif	
Ta puis Tinvasif → enregistrer les 2 tumeurs : Ta et Tinvasif	
Ta puis Tis → enregistrer les 2 tumeurs : Ta et Tis	
Tis puis Ta → enregistrer les 2 tumeurs : Ta et Tis	

9.15 Tableau récapitulatif des règles ENCR

(Selon l'invasion, le grade et le stade et l'existence d'une progression).

ETAPES DE PROGRESSION				
1. Non invasive Bas grade/grade inconnu	2. Non invasive Haut grade ou Invasion ne pouvant être évaluée	3. In situ	4. Invasif (T1)	5. Invasif (T2+)
8130/2 G1 ou 8130/2 G9	8130/2 G3 ou 8120/2 ou 8130/2 G3 ou 8120/2 G3	8120/2 G3	8010/3 G3 ou 8120/3 G3 ou 8000/3 G9	8010/3 G3 ou 8120/3 G3 ou 8000/3 G9
Carcinome papillaire non invasif de bas grade ou Carcinome papillaire non invasif de grade inconnu	Carcinome papillaire non invasif de haut grade ou Carcinome urothélial de haut grade à la cytologie ou Suspicion de carcinome urothélial de haut grade à la cytologie	Carcinome urothélial in situ ou Carcinome urothélial avec examen histologique, mais dont le niveau d'invasion ne peut être évalué	Carcinome invasif sans autre indication ou Carcinome urothélial invasif ou Pas de confirmation microscopique: tumeur cliniquement maligne	Carcinome invasif sans autre indication ou Carcinome urothélial invasif ou Pas de confirmation microscopique: tumeur cliniquement maligne

Enregistrement et Comptabilisation des Tumeurs urothéliales_ Recommandations ENCR 2022

Remarque : Pour chaque localisation (bassinnet droit et gauche, uretère droit et gauche, vessie et urètre), ce tableau résume les tumeurs à enregistrer en appliquant les règles 2 à 8. En résumé : après avoir enregistré la première tumeur (/2 ou /3) de chaque localisation, n'enregistrer que les tumeurs ultérieures qui représentent une progression, selon le regroupement des catégories (colonnes 1, 2, 3, 4 et 5).

10 Morphologies, comportement et grade des tumeurs urothéliales

Le tractus urinaire est recouvert par un épithélium de type urinaire = urothélium → Tumeurs urothéliales +++. Elles représentent 90% des tumeurs du tractus urinaire.

Les tumeurs urothéliales sont définies :

- Par leurs codes topographiques : **C65 à C68**
- Par leurs codes morphologiques :
 - **8120 – 8131** : Carcinomes transitionnels
 - **8020** : Carcinome indifférencié
 - **8031** : Carcinome urothélial à cellules géantes
 - **8082** : Carcinome urothélial lymphoépithélioïde

Les tumeurs urothéliales concernent les bassins, les uretères, la vessie, l'urètre **mais ne concernent pas les reins**.

Beaucoup plus rarement, il est possible de trouver les tumeurs suivantes :

- Tumeurs épithéliales non urothéliales
 - Carcinomes épidermoïdes purs (< 5%)
 - Adénocarcinomes purs (< 2%)
 - Tumeurs / carcinomes neuroendocrines (NET/NEC) (< 1%)
- Tumeurs non épithéliales (< 1%) : mélanome, sarcome, lymphome...

Synonymes : **Tumeur urothéliale** = Tumeur à cellules transitionnelles = Tumeur excréto-urinaire = Tumeur paramalpigienne.

10.1 Principaux codes morphologiques (CIM-O-3.2) en fonction du comportement et du grade histologique

Référence : Classification internationale des maladies pour l'oncologie, 3^{ème} édition (CIM-O-3-2).

Codes des catégories les plus fréquentes lorsque l'histologie est disponible :

Type de tumeur	Morpho/ Comportement	Grade
Carcinome urothélial (papillaire) non invasif de bas grade	8130/2^a	1
Carcinome urothélial (papillaire) non invasif de haut grade	8130/2	3
Carcinome urothélial (papillaire) non invasif de grade inconnu	8130/2	9
Carcinome urothélial (avec examen histologique), mais l'invasion ne peut être évaluée. ▪ Terme papillaire mentionné ou aspect papillaire (lésion exophytique)	8130/2^b	1/3/9

▪ Terme papillaire non mentionné ou aucune information sur l'apparence ▪ L'impression clinique est celle d'une lésion invasive	8120/2 ^c	1/3/9
	8120/3 ^d	3
Carcinome urothélial in situ (carcinome in situ)	8120/2	3 ^e
Carcinome invasif, sans autre indication	8010/3 ^f	3 ^e
Carcinome urothélial invasif	8120/3	3 ^e

(^a) Lorsque le terme « papillaire » n'est pas spécifié dans le rapport pathologique mais que celui-ci indique un carcinome urothélial de stade **Ta**, coder **8130/2** (plus le grade, si précisé).

(^b) Dans ce cas, coder pTa.

(^c) Dans ce cas, le code pT est **pTX** (et non pTis), afin de ne pas être confondu avec le carcinome in situ → **Attention, ne pas coder en pTis !**

(^d) Si l'impression clinique est celle d'une lésion invasive, alors coder avec le comportement **/3** et le grade 3 → **mais nouvelle notion pour le grade !**

(^e) **Recommandations ENCR 2022 (DI ≥ 01/01/2022)**: tous les carcinomes urothéliaux in situ et invasifs sont codés en haut grade (**G3**) : Même si le rapport de pathologie peut indiquer « bas grade » ou ne pas indiquer de grade, s'il s'agit d'une tumeur in situ ou invasive, elle doit être considérée comme de haut grade → **Nouvelle notion pour le grade !**

Règles du RNC (DI < 01/01/2022) : le grade des carcinomes urothéliaux in situ et invasifs est codé selon le rapport de pathologie.

(^f) Si les termes « urothélial » ou « cellule transitionnelle » ne sont pas spécifiés sur le rapport de pathologie, coder "**8010/3**", sauf si un carcinome urothélial non invasif a été diagnostiqué précédemment (enregistrer (coder) comme carcinome urothélial (**8120/3**), à condition d'exclure un carcinome de la prostate envahissant la vessie). De même, si le terme urothélial figure dans la description de la tumeur, coder **8120/3** même si cela n'est pas spécifié dans la conclusion finale.

Remarques :

- Si mention du caractère papillaire (CR histo.) → Coder **M-8130**, sinon coder **M-8120**.
- Si le terme "papillaire" n'est pas spécifié dans le CR anapth mais que celui-ci indique un carcinome urothélial de stade pTa → Coder **M-8130/2** (+ le grade, si précisé).
- Bien que la plupart des carcinomes des voies urinaires soient urothéliaux, il existe également d'autres carcinomes tels que des carcinomes épidermoïdes ou des adénocarcinomes. Par conséquent, **si les termes « urothélial » ou « cellule transitionnelle » ne sont pas spécifiés sur le CR anapath, ni aucun autre type spécifique** → Coder **M-8010/3** (carcinome invasif).
- Si ATCD de carcinome urothélial non invasif → Carcinome invasif SAI → Coder carcinome urothélial **M-8120/3**, à condition d'exclure un carcinome de la prostate envahissant la vessie.

- Si le terme urothélial figure dans la description de la tumeur → Coder **M-8120/3** même si cela n'est pas spécifié dans la conclusion finale.
- Le code Carcinome urothélial papillaire **M-8130/3** est obsolète, mais peut être utilisé si les caractères « invasif » et « papillaire » sont confirmés dans le CR anapath.

10.2 Carcinomes urothéliaux avec autres composantes morphologiques

➤ Carcinome à cellules urothéliales avec composante épidermoïde (différenciation squameuse) ou avec composante adénocarcinomateuse (différenciation glandulaire)

⇒ Pas de code spécifique (mixte) → Coder **8120** ou **8130** (si papillaire), même si la composante urothéliale est in situ

Exemple : Carcinome présentant **20%** de différenciation urothéliale et **80%** de différenciation glandulaire → Coder en « carcinome urothélial »

Carcinome épidermoïde pur : **8070** ou ADK pur : **8140**



Les Carcinomes épidermoïdes purs doivent être enregistrés séparément des carcinomes urothéliaux même s'ils appartiennent au même groupe de Berg.

➤ Carcinomes à cellules urothéliales avec une composante neuroendocrine (différenciation neuroendocrine)

⇒ Coder le NET/NEC indépendamment de l'importance de la composante neuroendocrine.

Exemple : Tumeur mixte comprenant **30%** de carcinome neuroendocrine à petites cellules et **70%** de carcinome urothélial → Coder en « carcinome neuroendocrine à petites cellules »

Se référer à la **Note explicative : « Les néoplasies neuroendocrines »** pour plus d'information.

10.3 Sous-types de carcinomes urothéliaux

➤ Sous-types de carcinomes à cellules urothéliales ayant un code spécifique dans la CIM-O-3.2

Les tumeurs qui ont un des codes morpho repris dans le tableau ci-dessous suivent les règles ENCR spécifiques aux carcinomes urothéliaux.

Code	Label
M-8131/3	Micropapillaire
M-8082/3	Lymphoépithéliome-like
M-8122/3	Sarcomatoïde
M-8031/3	Cellule géante
M-8020/3	Indifférencié

Si composante ou métaplasie ou différenciation épidermoïde ou glandulaire → pas de code spécifique, coder **M-8120**

➤ **Sous-type de carcinomes à cellules urothéliales sans code spécifique CIM-O-3.2**

Par exemple, niché, microkystique, plasmacytoïde, à cellules en anneau, diffus, riche en lipides, à cellules claires → **8120/3**

10.4 Modifications apportées par la 2^{ème} révision de la CIM-O.3

Source: IACR - final update 09/10/2020

http://www.iacr.com.fr/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=100&Itemid=577

Code	Label	
Changement de code de comportement		
8120/0	Papillome urothélial, SAI Papillome à cellules transitionnelles, bénin Papillome transitionnel Papillome à cellules transitionnelles, SAI Papillome de la vessie (C67._)	1 → 0
8121/0	Papillome urothélial inversé Papillome transitionnel inversé, SAI Papillome à cellules transitionnelles, inversé, SAI	1 → 0
Autres modifications		
8120/2	Carcinome urothélial in situ Carcinome à cellules transitionnelles, in situ	Preferred Synonym
8120/3	Carcinome paramalpighien	New related term
8122/3	Carcinome urothélial, sarcomatoïde Carcinome urothélial, à cellules fusiformes Carcinome transitionnel, à cellules fusiformes Carcinome à cellules transitionnelles, sarcomatoïde	Preferred Synonym Synonym
8130/1	Tumeur urothéliale papillaire à faible potentiel malin (C67. _) Tumeur transitionnelle papillaire à faible potentiel malin (C67._)	Preferred Synonym
8130/2	Carcinome urothélial papillaire non invasif (C67. _) Carcinome transitionnel papillaire non invasif (C67._)	Preferred synonym
8131/3	Carcinome urothélial micropapillaire (C67. _) Carcinome transitionnel micropapillaire (C67._)	New term Synonym

10.5 Codes de comportement pour un niveau d'invasion inconnu

A. Le « tissu conjonctif sous-épithélial » n'est pas présent dans la résection.

- Si « papillome urothélial » : **/0** → Ne pas enregistrer
- Si « Néoplasie urothéliale papillaire à faible potentiel malin (PUNLMP) » : **/1** (pas de recommandation pour enregistrer cette tumeur mais si elle est enregistrée → Coder **8130/1** avec un grade indéterminé et pTx (**attention : pas pTa**, pTa ne doit être utilisé que pour les carcinomes))
- Si « Prolifération urothéliale à potentiel malin incertain » : **/0** → Ne pas enregistrer
- Si « Carcinome urothélial papillaire non invasif » ou « Carcinome in situ » : **/2**
- Si les caractéristiques morphologiques ne sont pas précisées : **/2** → Coder la morphologie **8120** (pas d'aspect papillaire) ou **8130** (aspect papillaire) selon l'aspect à l'endoscopie

B. La « Muscularis propria » n'est pas présente dans la résection.

- Si le tissu conjonctif sous-épithélial est envahi : **/3**
- Sinon coder le comportement en **/2** (selon les caractéristiques morphologiques).

10.6 Enregistrement du grade

L'enregistrement du grade est particulièrement important pour les **carcinomes urothéliaux papillaires non invasifs** car il est nécessaire de distinguer les tumeurs de haut grade (**G3**) des tumeurs de bas grade (**G1**). Le code « **G2** » ne sera plus utilisé pour coder le grade.

Description dans le rapport pathologique	Code
Grade 1	Bas grade (1)
Grade 1 / 2 (bas grade ou pas de grade mentionné)	Bas grade (1)
Grade 2 bas grade	Bas grade (1)
Grade 2 haut grade	Haut grade (3)
Grade 2 / 3 (haut grade ou grade pas mentionné)	Haut grade (3)
Grade 3	Haut grade (3)

Recommandations ENCR 2022 (DI ≥ 01/01/2022) : Tous les carcinomes urothéliaux in situ et invasifs doivent être enregistrés comme étant de haut grade (**G3**). *Bien que le CR anapath puisse indiquer « bas grade » ou ne pas indiquer de grade, s'il s'agit d'une tumeur in situ ou invasive, elle doit être considérée comme de haut grade.*

Règles du RNC (DI< 01/01/2022) : Enregistrer le grade indiqué dans le CR anapth.

Remarque : Recommandation ENCR : **Grade des tumeurs urothéliales invasives.**

La grande majorité des carcinomes urothéliaux invasifs sont de haut grade. Cependant, certaines variantes (carcinome urothélial imbriqué de grande taille) peuvent présenter une apparence "pseudo-bénigne" (faussettement trompeuse), mais cette apparence est trompeuse, car cette forme a un mauvais pronostic. Sur cette base, toutes les tumeurs urothéliales invasives doivent être enregistrées comme "Grade 3". **Nouvelle notion**

11 Critères d'inclusion

Pour les tumeurs du tractus urinaire (vessie **C67.-**, urètre **C68.0**, uretères **C66.9** et bassinets **C65.9**), les tumeurs urothéliales papillaires à faible potentiel malin (PUNLMP) (**M-8130/1**) sont à enregistrer.

- Pour la vessie, pour toutes les DI
- Pour les autres localisations du tractus urinaire : DI ≥ 01/01/2015

Règles d'enregistrement des PUNLMP pour le RNC : Néoplasies urothéliales papillaires à faible potentiel de malignité (*Papillary urothelial neoplasm of low malignant potential – PUNLMP*) (**M-8130/1**) :

- Les règles d'enregistrement des tumeurs urothéliales ne s'appliquent pas aux PUNLMP.
- Une PUNLMP est enregistrée chez un patient qui ne présente pas de tumeurs urothéliales dans ses antécédents ou au moment du diagnostic de la PUNLMP.
- Seule la 1^{ère} PUNLMP survenue sur le tractus urinaire est enregistrée.
- Au moment d'enregistrer une 1^{ère} tumeur urothéliale, si une PUNLMP est déjà enregistrée :
 - et sa DI est antérieure à la DI de la 1^{ère} tumeur urothéliale → on enregistre la 1^{ère} tumeur urothéliale sans modifier la PUNLMP.
 - et sa DI est postérieure à la DI de la 1^{ère} tumeur urothéliale → on enregistre la 1^{ère} tumeur urothéliale et la PUNLMP est à supprimer (mettre « Rang 0 » et informer l'équipe du RNC).
- Une PUNLMP est sans grade (coder « grade = 9 ») et pas en Ta (coder Tx), car ce n'est pas un carcinome.

Se référer au **Document d'aide à la codification du Manuel d'enregistrement des Tumeurs du RNC « Critères d'inclusion et d'exclusion du RNC »**

12 Codes morphologiques sans confirmation histologique

12.1 Tumeurs urothéliales : enregistrement si uniquement cytologie

Consignes de codage si uniquement **cytologie** urinaire (cf. paragraphe 8.1):

- Les catégories 4 (=SHGUC) et 5 (=HGUC) de la classification cytologique de Paris doivent être considérées comme des carcinomes urothéliaux de haut grade.
- SHGUC ou HGUC → Essayer de déterminer si la tumeur a un aspect papillaire (**8130/2**) ou non (**8120/2**) d'après l'imagerie ou la cystoscopie.
- Si l'impression clinique (ex. scanner) est celle d'une tumeur invasive → Coder le comportement en **/3**.
- Les cellules malignes **non-urothéliales** observées à la cytologie doivent être codées en fonction du CR d'anatomo-pathologie et des informations cliniques.
- Si la **topographie** de la tumeur est mise en évidence sur la radiologie/imagerie → Coder la localisation spécifique. Sinon, coder la topographie **C68.9** (voies urinaires, SAI).
- Si la cytologie met en évidence un carcinome urothélial de haut grade, le carcinome urothélial est enregistré en **M-8120/2** (pas d'information sur le caractère papillaire de la tumeur, ni sur le caractère invasif potentiel de la tumeur) avec une base de diagnostic cytologique (= 5) et une topographie **C68.9** (appareil urinaire SAI).
- Un résultat négatif d'une biopsie ou d'une TUR de la vessie, sans autre information, ne remet pas en cause l'enregistrement d'un carcinome urothélial de haut grade avec une topographie en **C68.9**, mis en évidence par la cytologie, car le carcinome peut se trouver sur une localisation du tractus urinaire, autre que la vessie.

12.2 Tumeurs urothéliales : enregistrement sans confirmation microscopique

Ni histologie, ni cytologie

Lorsque les preuves histo/cytopathologiques ne sont pas disponibles mais que l'apparence clinique est confirmée par le clinicien, utiliser les codes suivants :

Type de tumeur	Morpho/ Comportement	Grade
Pas de confirmation microscopique : Tumeur cliniquement maligne	8000/3	9
Pas de confirmation microscopique : Tumeur SAI	8000/1*	9

(*) Ne pas enregistrer

13 Tumeurs multiples

Les tumeurs urothéliales du tractus urinaire suivent des règles spécifiques pour l'enregistrement des tumeurs multiples : cf. chapitre 9 de ce document.

Les règles générales d'enregistrement des tumeurs multiples décrites dans le [Document d'aide à la codification du Manuel d'enregistrement des Tumeurs du RNC « Tumeurs multiples »](#) ne s'appliquent pas aux tumeurs urothéliales.

Par contre, pour des **tumeurs du tractus urinaire autres que les tumeurs urothéliales** : se référer [au document d'aide à la codification « Tumeurs multiples »](#).

14 Classification TNM 8 des tumeurs du tractus urinaire

Pour les nouveaux cas de cancer diagnostiqués à partir de l'année d'incidence 2018.

Il existe 3 chapitres du TNM8 consacrés aux tumeurs du tractus urinaire :

- La classification TNM8 des carcinomes du bassinet (C65.9) et des uretères (C66.9)
- La classification TNM8 des carcinomes de la vessie C67. *
- La classification TNM8 des carcinomes de l'urètre C68.0. Elle s'applique également aux carcinomes à cellules transitionnelles de l'urètre prostatique C61.9

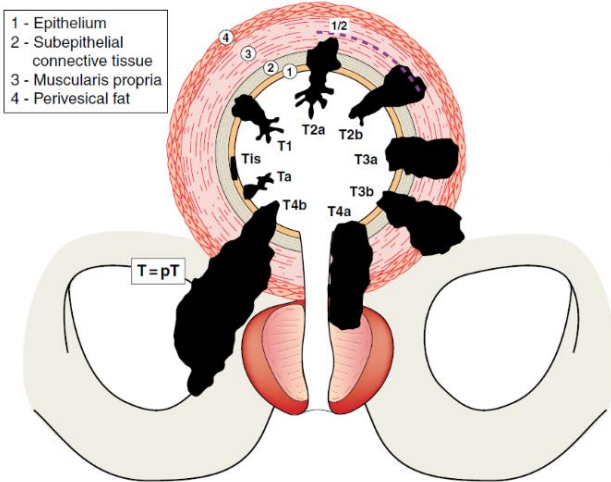
Les 3 classifications **ne s'appliquent qu'aux carcinomes. Les papillomes sont exclus.**

Les explications ci-dessous portent sur le TNM8 des carcinomes de la vessie.

Source: UICC – TNM Atlas – 7th edition (2021)

14.1 Vessie : TNM 8^{ème} édition

Catégorie T



Tx tumeur primitive ne pouvant être classée

T0 pas de tumeur primitive décelable

Ta Carcinome papillaire non invasif

Tis Carcinome in situ plan « flat tumour »

Pas de franchissement de la membrane basale

T1 Tumeur envahissant le tissu conjonctif sous-épithélial

T2 Tumeur envahissant la musculature (*muscularis propria*)

T2a Tumeur envahissant le muscle superficiel (moitié interne)

T2b Tumeur envahissant le muscle profond (moitié externe)

T3 Tumeur envahissant le tissu péri-vésical

T3a Envahissement microscopique

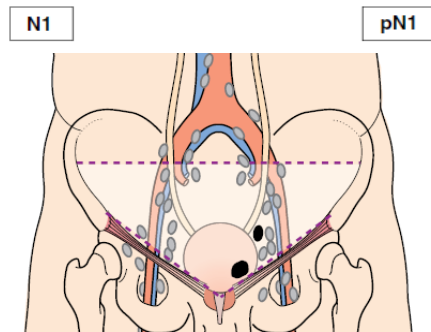
T3b Envahissement macroscopique (masse extra-vésicale)

T4 Envahissement d'un organe péri-vésical ou de la paroi

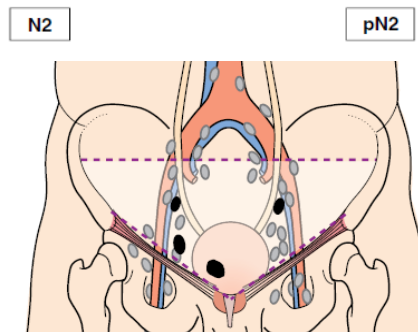
T4a Prostate, vésicules séminales, utérus ou vagin

T4b Paroi pelvienne ou paroi abdominale.

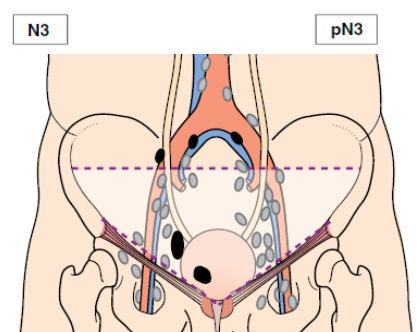
Catégorie N



N1 – Atteinte d'un seul GGL pelvien (hypogastrique, obturateur, iliaque externe ou présacré)



N2 – Méta dans plusieurs GGL pelviens (hypogastrique, obturateurs, iliaque externe ou présacré)



N3 – Métastase(s) ganglionnaire(s) iliaque(s) primitive(s)

Catégorie M- Métastases à distance

M0 Pas de métastases à distance

M1a Atteinte métastatique de ganglions lymphatiques non régionaux

M1b Autres sites métastatiques



Groupement par stade

Il existe une erreur dans le tableau du groupement par **stade** pour le TNM 8 de la vessie de l'UICC (page 205).

Stade 0a	Ta	N0	M0
Stade 0is	Tis	N0	M0
Stade I	T1	N0	M0
Stade II	T2a, T2b	N0	M0
Stade IIIA	T3a, T3b, T4a	N0	M0
	T1, T2, T3, T4a	N1	M0
Stade IIIB	T1, T2, T3, T4a	N2, N3	M0
Stade IVA	T4b	Tous N	M0
	Tous T	Tous N	M1a
Stade IVB	Tous T	Tous N	M1b

14.2 Urètre : TNM 8^{ème} édition

Errata :

- Page 208 / ligne 4 et ligne 5 : (CIM-O-3 C68.0) et (CIM-O-3 C61.9)
- Page 208 / ligne 30 : Tis ~~p~~u Carcinome in situ, envahissant l'urètre prostatique, la région péri-urétrale ou les canaux prostatiques sans invasion du stroma

14.3 Tumeurs urothéliales : Morphologie, comportement et TNM8

Code	Label	TNM
M-8130/1	Néoplasies urothéliales papillaires à faible potentiel de malignité (Papillary urothelial neoplasm of low malignant potential - PUNLMP)	pTx (pas pTa)
M-8130/21	Carcinome urothélial (papillaire) non invasif de bas grade	Ta
M-8130/23	Carcinome urothélial (papillaire) non invasif de haut grade	
M-8130/29	Carcinome urothélial (papillaire) non invasif de grade inconnu	
M-8120/2	Carcinome urothélial in situ (carcinome in situ plan / tumeurs planes / flat tumours)	Tis
M-8120/3	Carcinome urothélial invasif	Tinvasif

Résection transurétrale (RTU)/TUR et pT

Dans la recommandation ENCR, il est uniquement question du pT sans référence au traitement. Pour le RNC, la TUR n'est pas considérée comme une chirurgie et les résultats histologiques sont intégrés dans le cT et pas dans le pT. (Cf. paragraphe 16.2).

14.4 Terminologie des pathologistes et des urologues

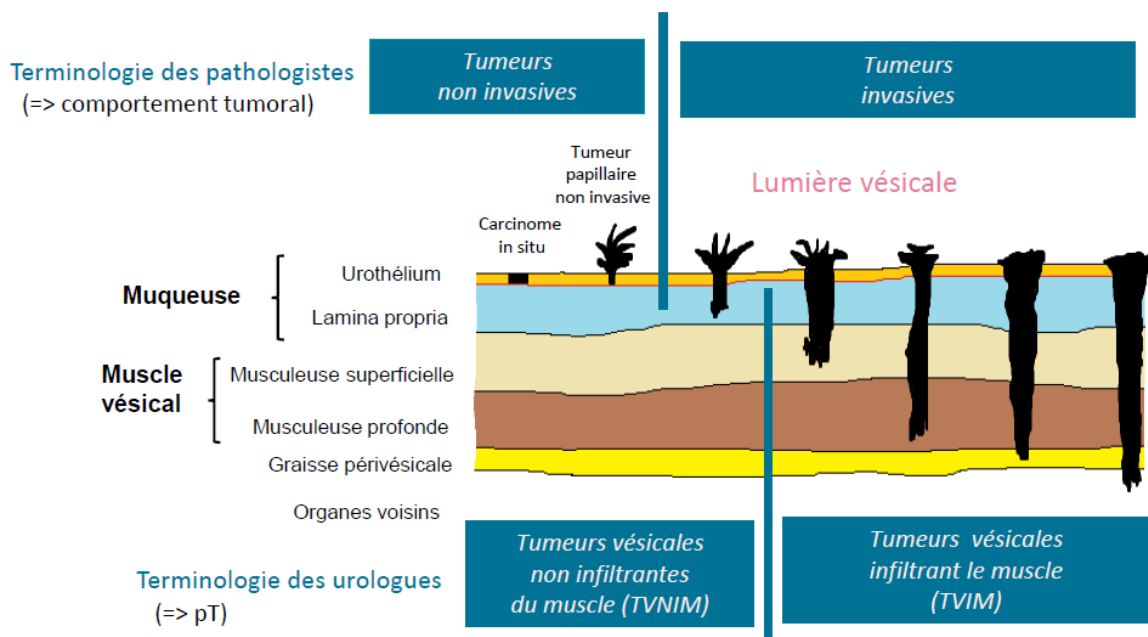
Les **anatomopathologistes** vont distinguer deux groupes de tumeurs urothéliales de la vessie en fonction du comportement de la tumeur :

- Les tumeurs non invasives : Tis, Ta
- Les tumeurs invasives : $\geq T1$

Pour les **urologues**, la prise en charge des patients va principalement dépendre de l'envahissement du muscle vésical. Ils regroupent les tumeurs en deux groupes :

- Tumeurs vésicales non infiltrantes de muscle : Ta, Tis, T1
- Tumeurs vésicales infiltrant le muscle $\geq T2$

C'est la raison pour laquelle, l'ENCR recommande d'enregistrer la progression en $\geq T2$, car elle est cliniquement pertinente (c'est à partir de ce stade que les traitements plus invasifs comme la cystectomie, sont discutés).



15 Changements entre la 8^{ème} et la 7^{ème} édition de la classification TNM

15.1 TNM de la vessie

Les principaux changements dans la classification TNM 8 de la vessie par rapport à la classification TNM 7 sont les suivants :

- Codage du M : la catégorie M1 est maintenant sous-divisée en 2 sous-catégories : M1a et M1b

TNM 7	TNM 8
M0	M0
M1	M1a
	M1b

- Codage du Stade :

TNM 7	TNM 8
Stade 0a	Stade 0a
Stade 0is	Stade 0is
Stade I	Stade I
Stade II	Stade II
Stade III	Stade IIIA
	Stade IIIB
Stade IV	Stade IVA
	Stade IVB

16 Principales modalités de traitement des tumeurs urothéliales de la vessie

16.1 Principales modalités de traitement

Chirurgie

- TUR (non suivie d'une cystectomie)
- Cystectomie partielle (= segmentaire)
- Cystectomie totale (= radicale)
- Traitement au laser → Chirurgie au laser → Coder «Autre type de chirurgie» (pTxNx)

Chimiothérapie

- Chimiothérapie intravésicale
- Chimiothérapies IV, seules ou adjuvantes pour les stades élevés ou avec radiothérapie concomitante pour éviter une cystectomie radicale

Immunothérapie

- Immunothérapie intravésicale (BCG)

Radiothérapie

- Relais ganglionnaires

16.2 Résection transurétrale (RTU/TUR)

- Une TUR de la vessie ne permet jamais de confirmer que la résection de la tumeur a été complète.
- TUR vessie ≠ « vraie » biopsie mais les résultats histologiques d'une TUR de la vessie, de l'urètre et des uretères peuvent être intégrés dans le cT.
- TUR vessie ≠ traitement adéquat d'un cancer de la vessie → les résultats histologiques d'une TUR vessie ne sont jamais intégrés dans le pT → pTNM = NA
- TUR vessie suivie d'une opération chirurgicale de la tumeur primitive → La TUR n'est pas enregistrée comme un traitement initial.
- TUR vessie non suivie d'une opération chirurgicale de la tumeur primitive et considérée comme un traitement par l'urologue → la TUR est enregistrée comme traitement initial : Type de TT = « Chirurgie ». Si l'urologue réalise une 2^{ème} TUR (« second look ») équivalente à une reprise chirurgicale, et non pas pour une récurrence ou une progression → la 1^{ère} et la 2^{ème} TUR sont enregistrées en traitement initial.

→ Une TUR ne permet pas de définir un pTNM, on met les informations du compte-rendu histologique de la TUR dans le cTNM. La TUR n'est pas considérée comme une « vraie » chirurgie au sens carcinologique du terme.

16.3 Codage si TUR non suivie d'une cystectomie

- Type de chirurgie = « Résection Transurétrale de la vessie »
- Marge saine = inconnu
- Distance marge de résection = inconnu
- Taille histologique = inconnu
- Résidu tumoral = Rx

Remarque : Si la TUR n'est pas suivie d'une cystectomie, elle est enregistrée dans ONCOLIN comme une chirurgie avec type de chirurgie : « Résection transurétrale de la vessie » (sans pTNM : un CQ se déclenche puisqu'il y a une chirurgie sans pTNM ; mettre comme justification « TUR vessie »).

16.4 Codage des types de chirurgie pour les tumeurs de la vessie

A partir de DI ≥ 01/01/2015, de nouvelles modalités de réponse sont ajoutées à la variable « Type de chirurgie », applicables pour les cancers de la vessie :

Résection transurétrale de la vessie	RTU seule, non suivie d'une intervention chirurgicale de la tumeur primitive au cours du traitement initial.
Cystectomie partielle	Cystectomie partielle ou résection large de la tumeur. La cystectomie partielle, ou segmentaire, permet d'enlever la tumeur et une partie de la vessie qui l'entoure.
Cystectomie totale	La cystectomie radicale permet d'enlever toute la vessie ainsi que le tissu graisseux qui l'entoure et les ganglions lymphatiques voisins. D'autres organes peuvent également être enlevés. Chez l'homme, ce serait la prostate, les vésicules séminales et une partie de l'urètre (cystoprostatectomie radicale). Chez la femme, ce serait l'utérus, le col de l'utérus, les trompes de Fallope, les ovaires, la paroi avant du vagin et l'urètre (exentération pelvienne antérieure).

17 Principaux points d'attention

- **Tumeurs urothéliales** : **8120-8131**; **8020**; **8031**; **8082** & **C65-C68**
- Tumeurs urothéliales **synchrones** (Délai entre les DI $\leq$ 4 mois) / **métachrones** (Délai entre les DI $>$ 4 mois) pour les DI $\geq$ 01/01/2022
- **Progression**: *Non invasif de bas grade (TaG1)* $\Rightarrow$ *Non invasif de haut grade (TaG3)* $\Rightarrow$ *In situ (Tis)* $\Rightarrow$ *Invasif superficiel (T1)* $\Rightarrow$ *Invasion du muscle (T2+)* pour les DI $\geq$ 01/01/2022
- Tous les carcinomes urothéliaux in situ et invasifs doivent être enregistrés comme étant de haut grade (G3) pour les DI $\geq$ 01/01/2022.
- Une tumeur mixte est classée comme un carcinome urothélial quel que soit la composante associée à condition qu'il y ait un contingent urothélial. Exception pour les NET/NEC
- Applicabilité des règles d'enregistrement des tumeurs urothéliales :
 - Si un patient présente des tumeurs urothéliales (tumeurs primitives, progressions et récurrences) toutes diagnostiquées avant le 01/01/2022 $\rightarrow$ toutes les informations sont enregistrées selon les règles du RNC (DI $<$ 01/01/2022).
 - Si un patient présente des tumeurs urothéliales (tumeurs primitives, progressions et récurrences) diagnostiquées avant le 01/01/2022 et une nouvelle tumeur urothéliale en 2023 par exemple $\rightarrow$ on doit reconstituer l'histoire de la maladie selon les nouvelles recommandations ENCR 2022 (DI $\geq$ 01/01/2022), donc la nouvelle tumeur mais aussi les antécédents de ce patient doivent être revus et enregistrés en fonction des nouvelles règles. Cela peut amener à modifier les tumeurs déjà enregistrées.

18 Acronymes

DI	Date d'Incidence
ENCR	<i>European Network of Cancer Registries</i>
HGUC	<i>High grade urothelial carcinoma</i>
NEC	<i>Neuroendocrine Carcinoma</i>
NET	<i>Neuroendocrine Tumour</i>
PUNLMP	<i>Papillary urothelial neoplasm of low malignant potential</i>
RCC	<i>Renal cell carcinoma</i>
RNC	Registre National du Cancer
SAI	Sans autre information
SHGUC	<i>Suspicious for high grade urothelial carcinoma</i>
TUR / RTU	<i>Transurethral resection / Résection transurétrale</i>
VEI	Voies excrétrices inférieures
VES	Voies excrétrices supérieures

19 Références

Barkan GA, Wojcik EM, Nayar R, Savic-Prince S, Quek ML, Kurtycz DF, Rosenthal DL: ***The Paris System for Reporting Urinary Cytology: The Quest to Develop a Standardized Terminology***. Acta Cytol 2016, 60(3):185-197.

Brierley JD, Asamura(Eds), International Union Against Cancer (UICC), ***TNM Atlas, 8th Edition***.

Brierley JD, Gospodarowicz MK, Wittekind C (Eds.), International Union Against Cancer (UICC) ***TNM Classification of Malignant Tumours. 8th ed.*** Oxford: Wiley-Blackwell, 2017. Trad. Fr. TNM Classification des Tumeurs Malignes, 8ème ed. Paris: Cassini, 2017

ENCR – Recommandation sur l'enregistrement et comptabilisation des tumeurs urothéliales – 2022

https://www.encr.eu/sites/default/files/Recommendations/ENCR%20Recommendation_UT_Jun2022_FR.pdf

ENCR Training – Recording and Reporting of Urothelial Tumours of the Urinary Tract – January 2023

ENCR – Webinaire « Enregistrement et comptabilisation des Tumeurs urothéliales » - Pr Daubisse-Marliac – Atelier DMC du 14 novembre 2024

IARC/WHO - **2^{ème} révision de la CIM-O-3**. Final update 11/05/2020. Site IACR: http://www.iacr.com.fr/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=100&Itemid=577

RNC – Enregistrement et déclarations des tumeurs urothéliales- Recommandations de l'ENCR – Atelier DMC du 22 septembre 2022

RNC – Formation DMC « Tumeurs de l'appareil urinaire » - 21 octobre 2022

RNC – Manuel d'enregistrement des Tumeurs du RNC – Document d'aide à la codification « **Critères d'inclusion du RNC** »

RNC – Manuel d'enregistrement des Tumeurs du RNC – Document d'aide à la codification « **Définitions : Date d'incidence & base de diagnostic** »

Rosenthal DL, Wojcik EM, Kurtycz DFI, eds. ***The Paris System for Reporting Urinary Cytology***. 1st ed. Cham, Switzerland: Springer International Publishing AG; 2016

WHO Classification of Tumours Editorial Board. Urinary and Male Genital Tumours. Lyon (France): International Agency for Research on Cancer; 2022. (WHO classification of tumours series, 5th ed.; vol. 8).

<https://publications.iarc.fr/Book-And-Report-Series/Who-Classification-Of-Tumours/Urinary-And-Male-Genital-Tumours-2022>

20 Annexe 1 Classification OMS 2022 (5th edition) des tumeurs du tractus urinaire

Source: WHO Classification of Tumours online: urinary and male Genital Tumours 2022 (5th ed.)

20.1 Les tumeurs urothéliales des voies excrétrices.

Code	Label
Tumeurs urothéliales non-invasives (Non-invasive urothelial neoplasms)	
8120/0	Papillome urothélial, SAI (Urothelial papilloma)
8121/0	Papillome urothélial inversé (Urothelial papilloma, inverted)
8130/1	Tumeur urothéliale papillaire à faible potential malin (Papillary urothelial neoplasm of low malignant potential) Tumeur transitionnelle papillaire à faible potential malin (Inverted papillary urothelial neoplasm of low malignant potential)
8130/2	Carcinome urothelial papillaire non-invasive, bas grade* (Non-invasive papillary urothelial carcinoma, low-grade) Carcinome urothelial papillaire de bas grade avec croissance inversée* (Low-grade papillary urothelial carcinoma with an inverted growth)
8130/2	Carcinome urothelial papillaire non-invasive, haut grade* (Non-invasive papillary urothelial carcinoma, high-grade) Carcinome urothelial de haut grade non-invasive avec schéma de croissance inverse (Non-invasive high-grade papillary urothelial carcinoma with an inverted growth pattern)
8120/2	Carcinome urothelial in situ (Urothelial carcinoma in situ)
Tumeurs urothéliales invasives (Invasive urothelial neoplasms)	
8120/3	Carcinome urothélial classique (Conventional urothelial carcinoma) Carcinome urothélial à différenciation malpighienne (Urothelial carcinoma with squamous differentiation) Carcinome urothélial à différenciation glandulaire* (Urothelial carcinoma with glandular differentiation) Carcinome urothélial à différenciation trophoblastique* (Urothelial carcinoma with trophoblastic differentiation) Carcinomes urothéliaux tubulaires et microkystiques* (Tubular and microcystic urothelial carcinomas) Carcinome urothelial infiltrant* (Infiltrating urothelial carcinoma) Carcinome urothelial imbriqué* (Nested urothelial carcinoma) Grand carcinome urothélial imbriqué* (Large nested urothelial carcinoma) Carcinome urothélial riche en lipides* (Lipid-rich urothelial carcinoma) Carcinomes urothélial à cellules claires (riche en glycogène)* (Clear cell (glycogen-rich) urothelial carcinoma) Carcinome urothélial sarcomatoïde* (Sarcomatoid urothelial carcinoma)
8082/3	Carcinome lymhoépithélioïde (Lymphoepithelioma-like urothelial carcinoma)
8131/3	Carcinome urothelial micropapillaire (Micropapillary urothelial carcinoma)
8122/3	Carcinome urothélial plasmacytoïde / à cellules en anneau de Sonnet / sarcomatoïde diffus*

Code	Label
	(Plasmacytoid / signet-ring cell / diffuse sarcomatoid urothelial carcinoma)
8031/3	Carcinome à cellules géantes (Giant cell urothelial carcinoma)
8020/3	Carcinome urothelial peu différencié (Poorly differentiated urothelial carcinoma)

NB : Les dénominations qui comportent un astérisque font l'objet d'un commentaire dans le tableau Excel « ICD-O-3.2 » sauf pour le **8120/3** car trop de synonymes ce qui polluerait le tableau.

20.2 Les autres tumeurs des voies excrétrices urinaires

Néoplasme du tractus urinaire à cellule squameuse (Squamous cell neoplasms of the urinary tract)	
8052/0	Papillome squameux (Squamous papilloma)
Carcinome du tractus urinaire à cellule squameuse (Squamous cell carcinomas of the urinary tract)	
8051/3	Carcinome verruqueux, SAI (Verrucous carcinoma)
8070/3	Carcinome épideroïde (Pure urothelial squamous cell carcinoma ⁺)
Tumeurs glandulaires (Glandular neoplasms)	
Adénomes (Adenomas)	
8261/0	Adénome vilieux, SAI (Villous adenoma)
8211/0	Adénome tubuleux, SAI (Tubular adenoma)
8263/0	Adénome tubulovilleux, SAI (Tubulovillous adenoma)
Adénocarcinomes (Adenocarcinomas)	
8140/3	Adénocarcinome, SAI (Adenocarcinoma, NOS)
8144/3	Adénocarcinome entérique (Enteric adenocarcinoma)
8480/3	Adénocarcinome mucineux (Mucinous adenocarcinoma)
8323/3	Adénocarcinome à cellules mixtes (Mixed adenocarcinoma)
8490/3	Adénocarcinome à cellules en bague à chaton (Signet-ring cell adenocarcinoma)
8140/2	Adénocarcinome in situ, SAI (Adenocarcinoma in situ)
Tumeurs de l'ouraque et diverticulaires (Urachal and diverticular neoplasms)	
8010/3	Carcinome de l'ouraque (Urachal carcinoma)
8120/3	Carcinome urothelial infiltrant (Infiltrating urothelial carcinoma (code to site))
Tumeurs urétrales (Urethral neoplasms)	

<i>Carcinomes des glandes accessoires de l'urètre</i> (Urethral accessory gland carcinomas)	
8140/3	Carcinome des glandes de Littre (glandes urétrales ou péri-urétrales) (Carcinoma of Littre glands)
	Carcinome des glandes de Skene (glandes para ou péri-urétrales) (Carcinoma of Skene glands)
	Carcinome des glandes de Cowper (Carcinoma of Cowper glands)
<i>Tumeurs de type müllérien</i> (Tumours of Müllerian type)	
8310/3	Carcinome à cellules claires, SAI (Clear cell carcinoma)
8380/3	Carcinome endométriöide, SAI (Endometrioid carcinoma)

21 Annexe 2 : Tumeurs du tractus urinaires- exemples

Source : Recommandations ENCR 2022

Règle 2 : Localisations multiples :

➤ Patient présentant un "carcinome non invasif de haut grade" de la vessie (1) suivi d'un "carcinome in situ du bassinnet droit (2), suivi d'un "carcinome invasif" de l'urètre (3)

	Non-invasif Bas grade	Non-invasif Haut grade	In situ	Invasif
Bassinnet droit			2	
Bassinnet gauche				
Uretère droit				
Uretère gauche				
Vessie		1		
Urètre				3

Action : Toutes les tumeurs doivent être enregistrées.

➤ Un patient avec un "carcinome non invasif de haut grade" de la vessie (1) synchrone avec un "carcinome invasif" de l'uretère gauche (2).

	Non-invasif Bas grade	Non-invasif Haut grade	In situ	Invasif
Bassinnet droit				
Bassinnet gauche				
Uretère droit				
Uretère gauche				2
Vessie		1		
Urètre				

Action : Toutes les tumeurs doivent être enregistrées. Ne pas utiliser le code de regroupement (C68.9).

Règle 3 : Progressions :

➤ Un patient présentant un "carcinome non invasif de haut grade" de la vessie (1) suivi d'un "carcinome invasif" de la vessie (2).

	Non-invasif Bas grade	Non-invasif Haut grade	In situ	Invasif
Vessie		1		2

Action : Toutes les tumeurs doivent être enregistrées.

➤ Patient présentant un "carcinome de haut grade non invasif" de la vessie (1) suivi d'un "carcinome urothélial invasif de la vessie (2), suivi d'un "carcinome in situ" de la vessie (3).

	Non-invasif Bas grade	Non-invasif Haut grade	In situ	Invasif
Vessie		1		2

Action : Seules la 1^{ère} et la 2^{ème} tumeur doivent être enregistrées.

La 2^{ème} est une progression de la 1^{ère} tumeur. La 3^{ème} (CIS) n'est pas une progression de la 2^{ème} (carcinome invasif).

➤ Patient présentant un "carcinome non invasif de haut grade" de la vessie (1) suivi d'un "carcinome in situ de la vessie" (2), suivi d'un "carcinome invasif" de la vessie (3).

	Non-invasif Bas grade	Non-invasif Haut grade	In situ	Invasif
Vessie		1	2	3

Action : Toutes les tumeurs doivent être enregistrées.

La 2^{ème} est une progression de la 1^{ère} tumeur et la 3^{ème} est une progression de la 2^{ème}.

➤ Patient présentant un "carcinome de bas grade non invasif" de la vessie (1) suivi d'un "carcinome de haut grade non invasif" de la vessie (2).

	Non-invasif Bas grade	Non-invasif Haut grade	In situ	Invasif
Vessie	1	2		

Action : Toutes les tumeurs doivent être enregistrées. La 2^{ème} est une progression de la 1^{ère} tumeur

➤ Un patient avec un "carcinome de bas grade non invasif" de la vessie (1) suivi d'un "carcinome in situ" du bassin droit (2) suivi d'un "carcinome de haut grade non invasif" du bassin droit (3) suivi d'un "carcinome invasif" de la vessie (4) suivi d'un "carcinome de haut grade non invasif" de l'urètre (5)

	Non-invasif Bas grade	Non-invasif Haut grade	In situ	Invasif
Bassin droit			2	
Bassin gauche				
Uretere droit				
Uretere gauche				
Vessie	1			4
Urètre		5		

Action :

- ➔ Enregistrer la 1^{ère} tumeur
- ➔ Enregistrer la 2^{ème} car elle survient sur une localisation différente de la 1^{ère}.
- ➔ Ne pas enregistrer la 3^{ème} car ce n'est pas une progression de la 2^{ème}.
- ➔ Enregistrer la 4^{ème} parce que c'est une progression de la 1^{ère}.
- ➔ Enregistrer la 5^{ème} parce qu'elle survient sur une localisation différente de la 1^{ère} et de la 2^{ème}

Règle 4 : Récidives :

➤ Patient présentant un "carcinome in situ" de la vessie (1) suivi d'un "carcinome de haut grade non invasif" de la vessie (2) suivi d'un "carcinome de haut grade non invasif" de la vessie (3) suivi d'un "carcinome in situ" de la vessie (4) et suivi d'un "carcinome de haut grade non invasif" de la vessie (5).

	Non-invasif Bas grade	Non-invasif Haut grade	In situ	Invasif
Vessie			1	

Action : Enregistrer la 1^{ère} tumeur. Tous les autres sont des récides, pas des progressions

Règle 5 : Tumeurs synchrones de même localisation :

➤ Un patient avec un "carcinome non invasif de bas grade" de la vessie SAI (1) suivi d'un "carcinome invasif" synchrone de la vessie SAI (2).

	Non-invasif Bas grade	Non-invasif Haut grade	In situ	Invasif
Vessie				2 (Avec la date du " carcinome Non- invasive de bas grade" -1-)

Action : Enregistrer le carcinome invasif avec la DI du carcinome de bas grade non invasif.

➤ Patient présentant un "carcinome urothélial invasif" de la paroi antérieure de la vessie (C67.3) (1) suivi d'un "carcinome urothélial invasif" synchrone du dôme vésical (C67.1) (2).

	Non-invasif Bas grade	Non-invasif Haut grade	In situ	Invasif
Vessie				1 (avec la date du « premier carcinome invasif » -1-)

Action : Enregistrer un seul carcinome urothélial invasif avec la DI du 1^{er} carcinome invasif et avec le code topo. C67.8 (Lésions contiguës de la vessie).

Règle 8 : Tumeurs bilatérales :

➤ Patient présentant un " carcinome non invasif de bas grade " de l'uretère gauche (1a), avec un "Carcinome invasif "synchrone de l'uretère droit (1b) suivi d'un "Carcinome in situ" de l'uretère gauche (2) suivi d'un "Carcinome non invasif de haut grade" de l'uretère droit (3)

	Non-invasif Bas grade	Non-invasif Haut grade	In situ	Invasif
Uretère gauche	1a		2	
Uretère droit				1b

Action : Enregistrer les tumeurs 1a, 1b et 2. Les tumeurs 1a et 1b sont synchrones et elles sont survenues dans deux uretères différents. La 2^{ème} tumeur doit être enregistrée car elle est une progression de la tumeur 1a. La 3^{ème} tumeur ne devrait pas être enregistrée car elle représente une simple récive de la tumeur 1b.

Règle 9 : Situations mixtes de multiplicité, de progression et de synchronisme/métachronisme

➤ Un patient avec un "carcinome non invasif de bas grade" de la vessie (1) suivi d'un "carcinome invasif" synchrone de la vessie (2) suivi d'un "carcinome in situ" du bassinnet droit (3) suivi d'un

"Carcinome non invasif de haut grade" du bassinnet droit (4) suivi d'un "Carcinome invasif" de la vessie (5).

	Non-invasif Bas grade	Non-invasif Haut grade	In situ	Invasif
Bassinnet droit			3	
Vessie				2 (avec la date du "carcinome non invasif de bas grade " -1-)

Action : La tumeur 1 et la tumeur 2 sont synchrones sur la même localisation mais seule la tumeur invasive devrait être enregistrée (avec la date du diagnostic de la 1^{ère} tumeur).

Enregistrer la tumeur 3 parce qu'elle est apparue dans une localisation différente. Ne pas enregistrer la tumeur 4 (récidive de la tumeur 3) ou la tumeur 5 (récidive de la tumeur 2).

Règle 10 : Première tumeur survenant en dehors de la zone d'enregistrement :

➤ Un patient présentant un "carcinome de haut grade non invasif" de la vessie (1) **diagnostiqué en dehors de la zone d'enregistrement**, suivi d'un "carcinome in situ" du bassinnet gauche (2) et d'un "carcinome invasif de la vessie (3), tous deux **diagnostiqués dans la zone d'enregistrement**.

	Non-invasif Bas grade	Non-invasif Haut grade	In situ	Invasif
Bassinnet gauche			2	
Vessie		1		3

Action : Enregistrer la tumeur 1 pour savoir que la 1^{ère} tumeur de ce patient a été diagnostiquée lorsque le patient ne résidait pas encore dans la zone d'enregistrement. Enregistrer la tumeur 2 (elle est apparue dans une autre localisation) et la tumeur 3 (elle représente une progression de la tumeur 1).

➤ Un patient avec un "Carcinome invasif" de la vessie (1) **diagnostiqué en dehors de la zone d'enregistrement** suivi d'un "carcinome in situ" du bassinnet droit (2) et d'un "carcinome de haut grade non invasif" de la vessie (3), tous deux **diagnostiqués dans la zone d'enregistrement**.

	Non-invasif Bas grade	Non-invasif Haut grade	In situ	Invasif
Bassinnet droit			2	
Vessie				1

Action : Enregistrer la tumeur 1 pour savoir que la 1^{ère} tumeur de ce patient a été diagnostiquée lorsque le patient ne résidait pas encore dans la zone d'enregistrement et la tumeur 2 (elle est apparue sur une autre localisation). Ne pas enregistrer la tumeur 3 (il s'agit d'une récidive de la tumeur (1).

Règle 11 : Première tumeur survenue avant la période de fonctionnement du registre

➤ Un patient avec un "carcinome non invasif de haut grade" de la vessie (1) **diagnostiqué avant la période de fonctionnement du registre**, suivi d'un "carcinome in situ" du bassinnet gauche (2) et d'un "carcinome invasif" de la vessie (3), tous deux **diagnostiqués pendant la période de fonctionnement du registre**.

	Non-invasif Bas grade	Non-invasif Haut grade	In situ	Invasif
Bassinet rénal droit			2	
Vessie		1		3

Action : Enregistrer la tumeur 1 pour savoir que la 1^{ère} tumeur de ce patient a été diagnostiquée avant la période de fonctionnement du registre. Enregistrer également la tumeur 2 (elle est apparue sur une autre localisation) et la tumeur 3 (c'est une progression de la tumeur 1).