

Manuel d'enregistrement des Tumeurs

Fiche Descriptive Cancer du poumon C34

Version 2.4 du 16 juin 2022

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
V2.4	16/06/2022	Chapitre « Anatomie » : intégration de la rubrique sur les chaînes ganglionnaires régionales. Révision complète du chapitre « Morphologie », dont les principaux types histologiques et la 2^{ème} révision de la CIM-O-3 (cf. atelier DMC du 24/02/2022). Chapitre « TNM 8 » : révision du chapitre (cf. atelier DMC du 10/03/2022) ; suppression du chapitre « TNM 7 » et renommage de l'ancien chapitre « TNM 8 » en « Changements entre la 8^{ème} et la 7^{ème} édition du TNM ». Annexe 3 : Mise à jour de la classification histologique OMS (2015 → 2021) Annexe 4: Illustration du stade TNM (<i>Detterbeck FC, Boffa DJ, Kim AW, Tanoue LT: The Eighth Edition Lung Cancer Stage Classification. Chest 2017, 151(1):193-203</i>). Annexe 5: Exercices – Cancer du poumon (cf. ateliers DMC du 10/03/2022 et du 24/03/2022) Validation du document lors de l'atelier DMC du 16 juin 2022.

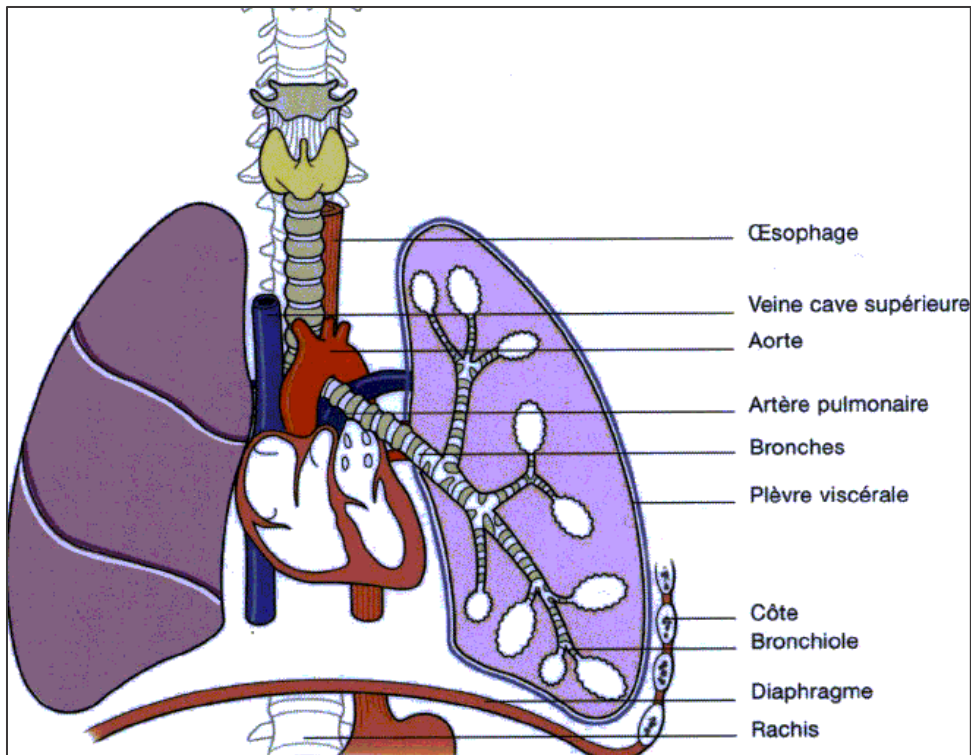
2. Sommaire

1.	Tableau de mise à jour	2
2.	Sommaire	3
3.	Rappel anatomique	5
	Anatomie du poumon	5
	Chaines ganglionnaires régionales.....	7
4.	Latéralité.....	8
5.	Topographie	8
6.	Morphologie	8
	Introduction	8
	Principaux groupes morphologiques	9
	Adénocarcinomes pulmonaires	10
	Carcinomes épidermoïdes	12
	Carcinomes adénosquameux.....	12
	Néoplasies neuroendocrines du poumon.....	12
	Codes mixtes	13
	2 ^{ème} révision de la CIM-O-3	13
	Termes obsolètes ou à éviter.....	14
7.	Tumeurs multiples.....	14
8.	Critères d'inclusion	14
9.	Codage des ganglions régionaux dans oncolin.....	17
	Extension clinique aux chaines ganglionnaires régionales au moment du diagnostic	17
	Extension pathologique aux chaines ganglionnaires régionales au moment du diagnostic	18
10.	Marqueurs tumoraux tissulaires	20
11.	Classification TNM 8	20
	Extension de la tumeur primitive : T.....	20
	Extension ganglionnaire : N	23
	Métastases à distance : M	24
	Stades des carcinomes du poumon	25
12.	Changements entre la 8 ^{ème} & la 7 ^{ème} édition de la classification TNM.....	26
13.	Radiothérapie	28
14.	Références.....	29
15.	Annexe 1 : Score de performance & équivalence score de Karnofsky.....	30

16.	Annexe 2 : Fiche indice de Charlson.....	31
17.	Annexe 3 : Classification OMS 2021 des tumeurs du poumon	33
18.	Annexe 4: Illustration TNM 8.....	38
19.	Annexe 5 : Exercices – Cancer du poumon	40

3. Rappel anatomique

Anatomie du poumon



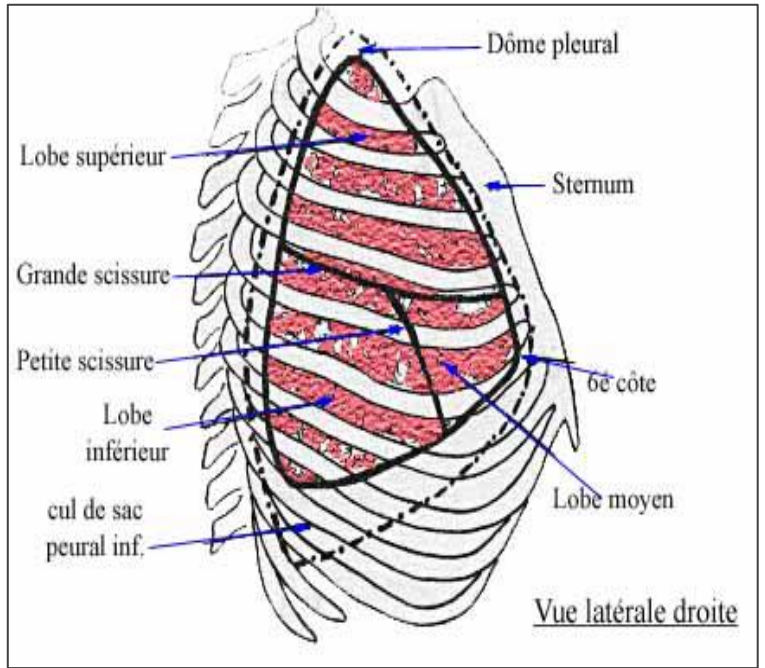
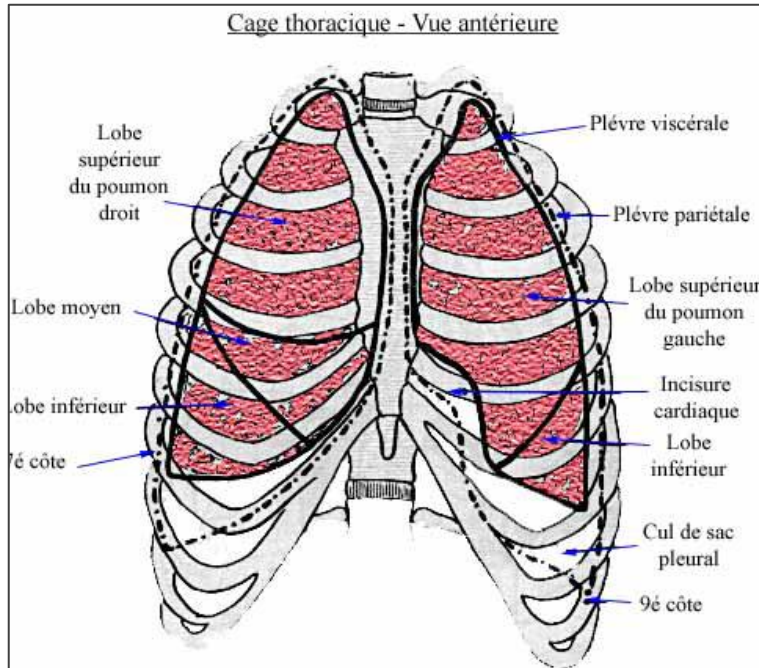
Les poumons sont entourés par la plèvre et sont séparés par le médiastin. Le poumon droit est divisé en 3 lobes (2 scissures) et le poumon gauche est divisé en 2 lobes (1 scissure). Le sommet de chaque poumon est appelé apex.

La plèvre forme une cavité virtuelle qui est la cavité pleurale. Cette cavité contient un fluide « lubrifiant » permettant les mouvements de la cage thoracique liés à la respiration. Elle est composée de 2 feuillets :

- Le feuillet interne ou plèvre viscérale au contact du poumon
- Le feuillet externe ou plèvre pariétale au contact de la paroi thoracique

Épanchement pleural = pleurésie = rétention anormale de liquide dans la cavité pleurale.

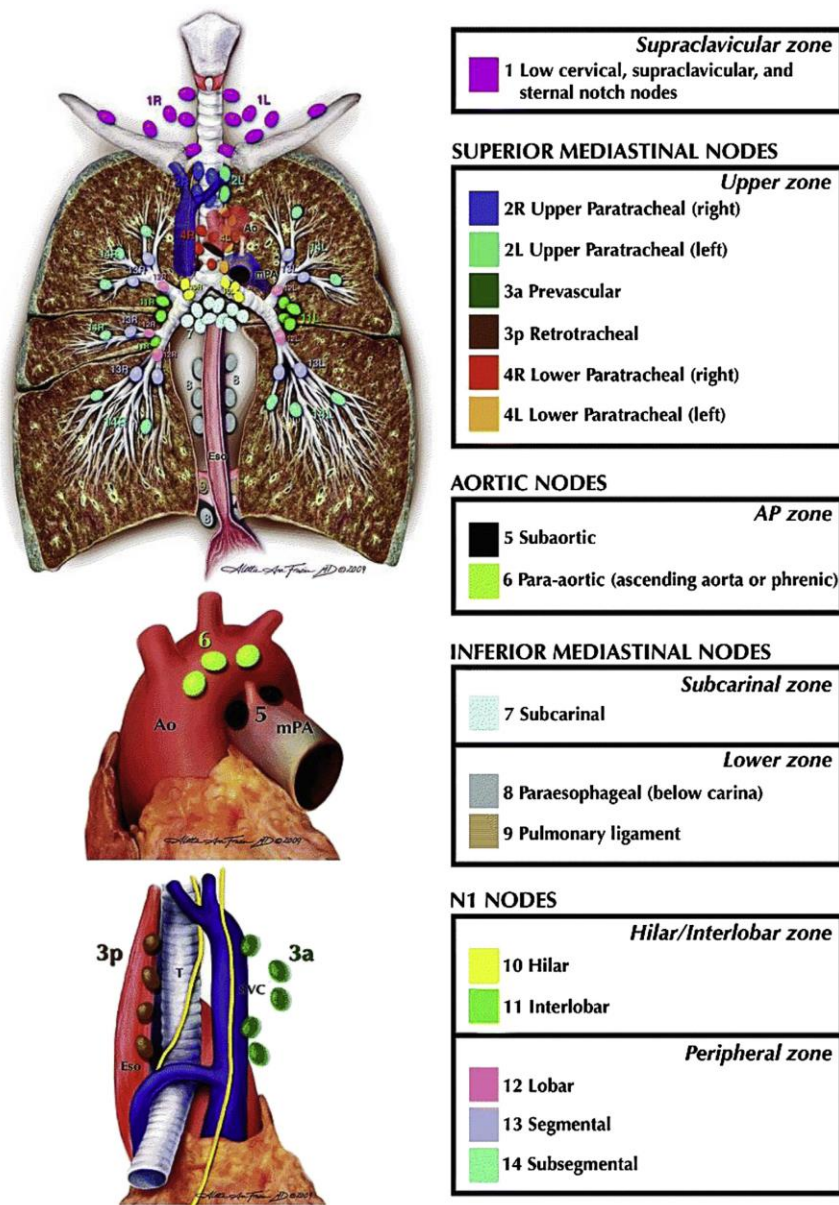
Pneumothorax = présence d'air dans la cavité pleurale.



Chaines ganglionnaires régionales

Les adénopathies régionales du poumon sont toujours situées au-dessus du diaphragme. Il s'agit des ganglions intrathoraciques (médiastinaux, hilaires, lobaires, interlobaires, segmentaires et sous-segmentaires), scaléniques et sus-claviculaires (Loge de Baret : groupe ganglionnaire inter-trachéo-cave à droite).

La classification des chaines ganglionnaires régionales a été établie par l'« *International Association for the Study of Lung Cancer* » (IASLC).

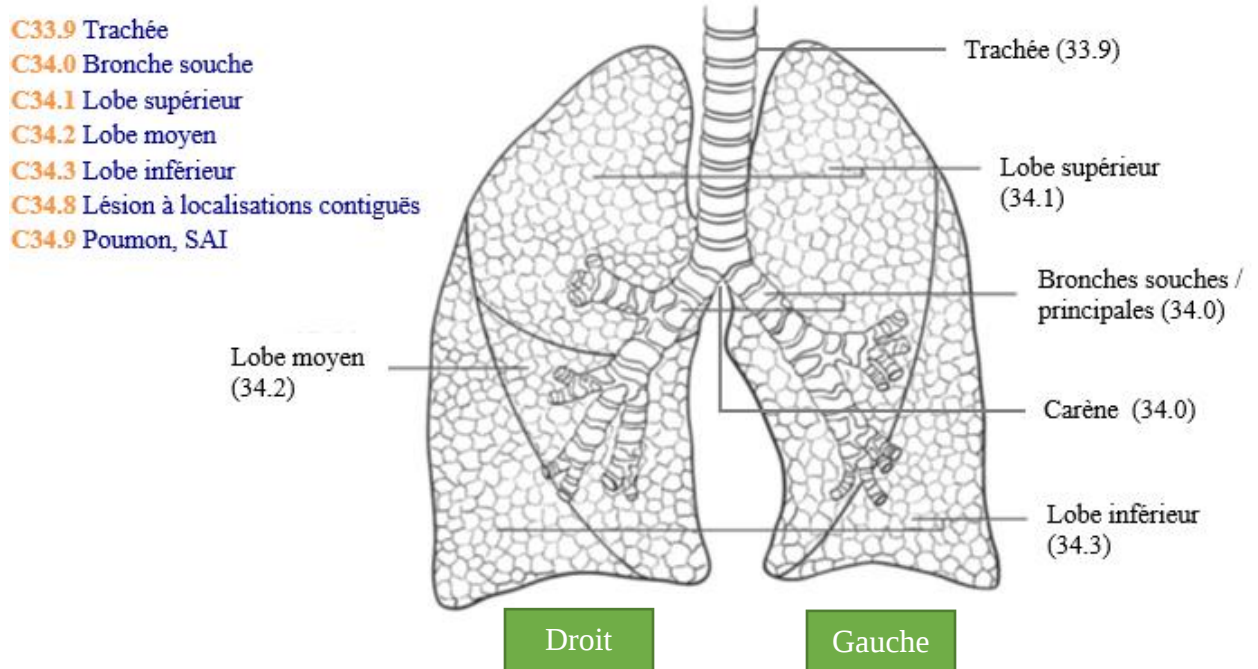


The International Association for the Study of Lung Cancer node map for lung cancer.

4. Latéralité

Le poumon est un organe pair → Coder la latéralité droite ou gauche de la tumeur.

5. Topographie



Tumeur de Pancoast = tumeur de l'apex pulmonaire C34.1

Les carcinomes épidermoïdes et les carcinomes à petites cellules se développent le plus souvent dans la région centrale du poumon (bronches souches). Les adénocarcinomes se développent plutôt en périphérie, au niveau des alvéoles pulmonaires.

6. Morphologie

Introduction

D'un point de vue clinique, les cancers du poumon sont le plus souvent répartis en 2 catégories :

- Les cancers du poumon à petites cellules (*small cell lung cancer SCLC*)
- Les cancers du poumon non à petites cellules (*non-small cell lung cancer NSCLC*)

Il est important d'attribuer un type histologique précis, car cela permet de déterminer si des tests moléculaires doivent être réalisés et quel schéma de chimiothérapie est le mieux adapté aux patients pour lesquels un traitement adjuvant est indiqué.

Etant donné l'hétérogénéité histologique habituelle du cancer pulmonaire seuls les grands types de morphologie (carcinome épidermoïde, adénocarcinome, carcinome à petites cellules) peuvent être diagnostiqués sur cytologie uniquement.

Une histologie précise ne peut être déterminée que pour une tumeur pulmonaire réséquée.

Le groupe des cancers non à petites cellules regroupent :

- ADK (groupe principal),
- Carcinomes épidermoïdes,
- Carcinomes à grandes cellules
- Carcinomes de type rare.

Le carcinome à cellules en grain d'avoine (**M-8042/3**) est un carcinome à petites cellules.

Carcinome épidermoïde basaloïde (M-8083/3) ≠ carcinome basaloïde à grandes cellules (M-8123/3) de plus mauvais pronostic.

Principaux groupes morphologiques

Principaux groupes	
Carcinomes	
Adénocarcinome +++ Carcinome épidermoïde Carcinome à grandes cellules	} NSCLC > 70%
Tumeurs/carcinomes neuroendocrines (NET/NEC)	
Carcinome sarcomatoïde Carcinome des glandes salivaires Carcinomes autres types/non spécifiés	SCLC → 16%
Sarcomes	
Hémopathies malignes	
Cancers non spécifiés (sans histologie)	

Les carcinomes SAI & les cancers SAI représentent environ 10% des cancers du poumon.

Adénocarcinomes pulmonaires

Les ADK invasifs du poumon sont principalement **non mucineux**. Il existe plusieurs **variants (sous-types)** :

- ADK mucineux (production de mucine intracellulaire)
- ADK colloïde (production de mucine extracellulaire)
- ADK fœtal
- ADK entérique

A côté des variants, les anatomopathologistes distinguent également les **schémas de croissance**, c'est-à-dire **l'architecture prédominante**. Les schémas de croissance sont les suivants :

- ADK lépidique
- ADK acinaire
- ADK papillaire
- ADK micropapillaire
- ADK solide

L'agressivité de la tumeur augmente entre l'ADK lépidique et l'ADK solide.

Il existe deux nouvelles entités pour les petits ADK solitaires (≤ 3 cm) du poumon:

- **ADK in situ du poumon** : ADK ≤ 3 cm avec un schéma de croissance lépidique, sans invasion. On distingue le type mucineux **M-8253/2** et le type non mucineux **M-8250/2**
- **ADK avec invasion minime** : ADK ≤ 3 cm, généralement non-mucineux, avec un schéma de croissance principalement lépidique, avec une petite composante invasive (foyer invasif ≤ 5 mm). On distingue le type mucineux **M-8257/3** et le type non-mucineux **M-8256/3**

Remarques :

- ADK invasif acineux du poumon **M-8551/3** ; ADK invasif acineux SAI **M-8550/3** pour les autres localisation et ADK invasif acineux de la prostate **M-8140/3**
- ADK invasif mucineux du poumon **M8253/3** ; pour les autres localisations : ADK mucineux **M-8480/3**

ADK tubuleux : ce n'est pas un terme repris en tant qu'architecture prédominante dans la classification actuelle des sous-types d'ADK du poumon. Dans certains documents en français, on retrouve ADK tubuleux au lieu de ADK acineux, mais cela n'autorise pas à utiliser le code morpho spécifique pour ADK acineux du poumon M-8551/3.

En l'absence d'autres info, ADK tubuleux pour un cancer du poumon → prendre le code **M-8211/3**

Carcinomes épidermoïdes

Libellé	Code
Lésions épidermoïdes pré-invasives	
Carcinome épidermoïde in situ	8070/2
Dysplasie épidermoïde modérée - sévère	8077/2
Carcinome épidermoïde, SAI (<i>squamous cell carcinoma SCC</i>)	8070/3
Carcinome épidermoïde kératinisant	8071/3
Carcinome épidermoïde, non kératinisant	8072/3
Carcinome épidermoïde basaloïde	8083/3
Carcinome lymphoépithélial	8082/3

La dysplasie épidermoïde et le carcinome épidermoïde in situ du poumon sont des lésions squameuses préinvasives, précurseurs du carcinome épidermoïde (*squamous cell carcinoma SCC*), qui apparaissent dans l'épithélium bronchique. Ils font partie d'un continuum de changements histologiques néoplasiques reconnaissables dans l'épithélium des voies respiratoires et sont associés à l'accumulation d'altérations génétiques somatiques.

- Dysplasie épidermoïde légère **M-8070/0**
- Dysplasie épidermoïde modérée **M-8077/2**
- Dysplasie épidermoïde sévère **M-8077/2**
- Carcinome épidermoïde in situ **M-8070/2**

Les dysplasies épidermoïdes modérées et sévères du poumon sont considérées comme des dysplasies de haut grade.

Carcinomes adénosquameux

Le code mixte **M-8560/3** s'utilise lorsque la tumeur présente une composante $\geq 10\%$ d'ADK invasif et une composante $\geq 10\%$ de carcinome épidermoïde invasif.

Néoplasies neuroendocrines du poumon

Se reporter à la **note explicative « Néoplasies neuroendocrines »**.

Les termes « **Carcinoïde** » et « **Carcinoïde atypique** » ne devraient plus être utilisés. Ils le sont encore pour les NET du poumon.

La présence de marqueurs neuroendocrines sans morphologie neuroendocrine (5 – 10% des NSCLC) ne permet pas de classer le cancer en tumeur neuroendocrine.

Codes mixtes

Tumeurs avec plusieurs composantes histologiques → prendre le code mixte s'il existe, sinon prendre le code morphologique le plus élevé.

Exemple :

Carcinome à petites cellules associé à un adénocarcinome → Coder M-8045/3 (carcinome mixte à petites cellules).

Mais il existe des exceptions qui tiennent compte du caractère péjoratif de l'histologie :

- **Un carcinome à petites cellules prime sur les autres histologies**
- ADK invasif à composantes multiples : se reporter à la règle d'enregistrement des ADK

2^{ème} révision de la CIM-O-3

Source: IACR - final update 11/05/2020

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

La classification histologique des cancers du poumon actuellement en cours est la classification OMS de 2021 (*Blue Book*, 5^{ème} édition) qui reprend les nouveaux codes et les modifications apportées par la 2^{ème} révision de la CIM-O-3, déjà introduits, pour la plupart, dans la classification 2015 de l'OMS. Ces modifications portent principalement sur les ADK.

Nouveaux codes de la CIM-O-3.2 et leurs libellés :

Code	Libellé
M-8023/3	Carcinome NUT* (de la ligne médiane)
M-8250/2	ADK in situ du poumon, non-mucineux (C34._)
M-8253/2	ADK in situ, mucineux (C34._)
M-8256/3	ADK micro-invasif, non-mucineux (C34._)
M-8257/3	ADK micro-invasif, mucineux (C34._)
M-8992/0	Hamartome pulmonaire (C34._)

*NUclear protein in Testis

Changement de comportement :

- Tumeurs invasives /3 → borderline /1

Libellé	Ancien code	Nouveau code
Tératome immature, SAI	M-9080/3	Tératome immature du poumon , du thymus et de la thyroïde M-9080/1 <i>Autres localisations: M-9080/3</i>

Termes obsolètes ou à éviter

Le terme « **carcinome bronchiolo-alvéolaire** » ne doit plus être utilisé.

« **Carcinome à grandes cellules M-8012/3** »: il s'agit d'un sous-type des tumeurs épithéliales mais c'est un diagnostic d'exclusion ; il faut au préalable rechercher un carcinome neuroendocrine, épidermoïde ou ADK. En effet, les ADK et carcinomes épidermoïdes ont des grandes cellules. Si à coté de « Carcinome à grande cellules », un autre diagnostic est disponible → prendre le code morphologique le plus spécifique

Eviter également: « **Carcinomes SAI, M-8010/3** » et « **Cancer du poumon non à petites cellules M-8046/3** ».

7. Tumeurs multiples

Cf. document « les tumeurs multiples ».

8. Critères d'inclusion

Il est souvent difficile de déterminer si un cancer pulmonaire est primitif ou s'il s'agit d'une métastase d'un autre cancer primitif. Actuellement, les colorations spéciales et l'immunohistochimie sont de plus en plus utilisées pour le diagnostic différentiel entre le cancer broncho-pulmonaire primitif et une métastase pulmonaire. Le marqueur TTF-1 (Thyroid Transcription Factor-1) est également utilisé pour différencier un adénocarcinome primitif du poumon d'une métastase (ce marqueur s'exprime dans 85% des adénocarcinomes pulmonaires primitifs).

En l'absence d'un autre cancer connu :

- Le cancer pulmonaire sera généralement enregistré comme cancer primitif.
- Si l'histologie est évocatrice d'un autre primitif non retrouvé (histologie non habituelle du cancer pulmonaire ou adénocarcinome sans marqueur spécifique d'un cancer primitif pulmonaire), il s'agit alors d'un cancer « primitif ou secondaire » pour les anatomopathologistes → demander l'avis du clinicien et s'informer pour savoir comment il a considéré et traité cette tumeur. Sans aucune information, enregistrer cette tumeur comme une métastase d'un cancer primitif de topographie inconnue C80.9.
- S'il n'y a pas de prélèvement histologique mais une suspicion, essayer d'avoir plus d'informations avant d'enregistrer le cancer pulmonaire comme cancer primitif.

En présence d'un autre cancer primitif déjà connu ou de découverte concomitante :

- Si l'histologie est identique à celle de l'autre cancer primitif : on considère la tumeur pulmonaire comme une métastase ou une récurrence s'il s'agit d'un cancer pulmonaire.
- Si l'histologie est différente (groupes de Berg différents) de celle de l'autre cancer primitif : on applique les règles sur les cancers multiples.

Eléments à prendre en compte :

- L'immunologie spécifique d'un cancer primitif du poumon (dans le cas d'un adénocarcinome avec un marqueur TTF-1 exprimé dans 85% des ADK pulmonaires primitifs)
- Le contexte : conviction des cliniciens et traitement
- La présence de métastases ganglionnaires médiastinales : elles sont en faveur d'un cancer pulmonaire primitif
- Un carcinome à petites cellules est très souvent un cancer primitif
- Le temps écoulé entre le diagnostic des différents cancers et statut des différents cancers: si un cancer du sein est guéri puis 15 ans après, cancer du poumon → il est envisageable que le cancer du poumon soit un cancer primitif.
- Une image en « lâcher de ballons » évoque une métastase pulmonaire (cf. radio ci-dessous).



Récapitulatif : éléments en faveur d'un cancer primitif du poumon ou d'une métastase pulmonaire d'un autre cancer primitif :

	Cancer primitif du poumon	Métastase pulmonaire
Autre primitif	▪ Pas d'autre primitif connu ▪ Un autre primitif mais de groupe histologique différent	Un autre primitif connu du même groupe histologique
Histologie	Carcinome à petites cellules	Histologie non habituelle pour un K du poumon
Immunologie	TTF-1 + pour ADK	
Adénopathies médiastinales	Positives	Négatives
Imagerie	En général, un nodule spiculé	Souvent image en « lâcher de ballons »

Remarque :

Pour les carcinomes à petites cellules, il est possible d'enregistrer un code morphologique spécifique (**M8041/3**) à partir d'une élévation de l'enzyme NSE (Neuron Spécifique Enolase), sans confirmation microscopique (base de diagnostic = 4). La NSE est considérée comme marqueur de choix pour la surveillance évolutive du cancer à petites cellules.

9. Codage des ganglions régionaux dans oncolin

Extension clinique aux chaînes ganglionnaires régionales au moment du diagnostic

La description de l'extension clinique aux ganglions régionaux pulmonaires comporte 20 variables. Une variable filtre nommée « extension clinique aux ganglions régionaux pulmonaires », et introduite en amont, permet de faciliter le codage de ces 20 variables.

Modalités de réponse de la variable filtre :

Code	Libellé	Signification
0	Aucune extension	Il y a eu un bilan d'extension & aucune extension clinique aux ganglions régionaux pulmonaires n'a été trouvée → Toutes les variables relatives à l'extension clinique aux ganglions régionaux pulmonaires sont codées automatiquement en « 1 = Négatif »
1	Au moins une extension, localisation connue	Il y a eu un bilan d'extension & au moins une zone ou un relais ganglionnaire présente une extension clinique dont la localisation est connue → Toutes les variables relatives à l'extension clinique aux ganglions régionaux pulmonaires <u>sont non grisées.</u>
3	Au moins une extension, localisation non connue	Il y a eu un bilan d'extension & au moins une zone ou un relais ganglionnaire présente une extension clinique mais la localisation de la chaîne ganglionnaire atteinte est inconnue → Toutes les variables relatives à l'extension clinique aux ganglions régionaux pulmonaires sont codées automatiquement en « -1 = Inconnu »
-2	NA	▪ Ce n'est pas un cancer du poumon (code topo ≠ C34*). ▪ <u>OU</u> il n'y a pas eu de bilan d'extension. → Toutes les variables relatives à l'extension clinique aux ganglions régionaux pulmonaires sont codées automatiquement en « -2 = NA »
-1	Inconnu	Il y a eu un bilan d'extension mais aucune information n'est disponible sur le statut de l'extension clinique aux ganglions régionaux pulmonaires → Toutes les variables relatives à l'extension clinique aux ganglions régionaux pulmonaires sont codées automatiquement en « -1 = Inconnu ».

S'il existe au moins une extension de localisation connue, coder :

- **Inconnu** : pour les ganglions dont le statut n'est pas connu
- **Positif** : pour les ganglions dont le statut est connu, positif
- **Négatif** : pour les ganglions dont le statut est connu, négatif

Attention : tenir compte de toutes les informations et de l'avis du clinicien ; en effet, dans un compte-rendu d'imagerie par exemple, seuls les ganglions positifs peuvent être précisés, les autres étant sous-entendus comme négatifs.

Extension pathologique aux chaines ganglionnaires régionales au moment du diagnostic

La description de l'extension pathologique aux ganglions régionaux pulmonaires comporte 20 variables. Une variable filtre nommée « extension pathologique aux ganglions régionaux pulmonaires », et introduite en amont, permet de faciliter le codage de ces 20 variables.

Modalités de réponse de la variable filtre :

Code	Libellé	Signification
0	Aucune extension	Il y a eu une intervention chirurgicale de la tumeur primitive & au moins un prélèvement histologique d'une chaîne ganglionnaire pulmonaire. Aucune métastase ganglionnaire n'a été décrite (pN0) ➔ <u>Toutes les variables relatives à l'extension pathologique aux ganglions régionaux pulmonaires sont non grisées.</u> Les chaînes ganglionnaires examinées et négatives sont codées « Négatif » et les chaînes non examinées sont codées « Inconnu ».
1	Au moins une extension, localisation connue	il y a eu une intervention chirurgicale de la tumeur primitive & une métastase ganglionnaire a été décrite dans au moins un prélèvement histologique d'une chaîne ganglionnaire pulmonaire (pN+) dont la localisation est connue ➔ <u>Toutes les variables relatives à l'extension pathologique aux ganglions régionaux pulmonaires sont non grisées.</u>
3	Au moins une extension, localisation non connue	il y a eu une intervention chirurgicale de la tumeur primitive & une métastase ganglionnaire a été décrite dans au moins un prélèvement histologique d'une chaîne ganglionnaire pulmonaire (pN+) mais la localisation de la chaîne ganglionnaire atteinte est inconnue ➔ <u>Toutes les variables relatives à l'extension pathologique aux ganglions régionaux pulmonaires sont codées automatiquement en « -1 = Inconnu »</u>
-2	NA	▪ Ce n'est pas un cancer du poumon (code topo ≠ C34*), ▪ <u>OU</u> il n'y a pas eu de chirurgie de la tumeur primitive, ▪ <u>OU</u> il y a eu une chirurgie de la tumeur primitive mais il n'y a eu aucun prélèvement histologique des chaînes ganglionnaires. ➔ <u>Toutes les variables relatives à l'extension pathologique aux ganglions régionaux pulmonaires sont codées automatiquement en « -2 = NA »</u>
-1	Inconnu	Il y a eu une intervention chirurgicale de la tumeur primitive & au moins un prélèvement histologique d'une chaîne ganglionnaire pulmonaire, mais aucune information n'est disponible sur le statut de l'extension pathologique aux ganglions régionaux pulmonaires ➔ <u>Toutes les variables relatives à l'extension pathologique aux ganglions régionaux pulmonaires sont codées automatiquement en « -1 = Inconnu ».</u>

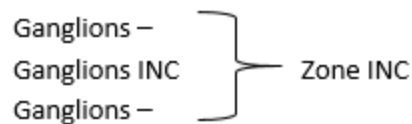
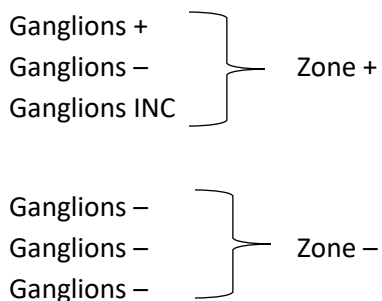
S'il y a eu une chirurgie de la tumeur primitive ET au moins une chaîne ganglionnaire a été prélevée, de localisation connue, coder :

- **Inconnu** : pour les ganglions non prélevés
- **Inconnu** : pour les ganglions prélevés, et dont le résultat est indéterminé
- **Positif** : pour les ganglions prélevés dont le statut est connu, positif
- **Négatif** : pour les ganglions prélevés dont le statut est connu, négatif

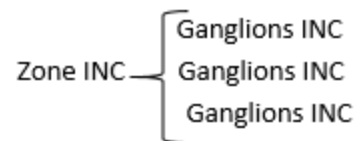
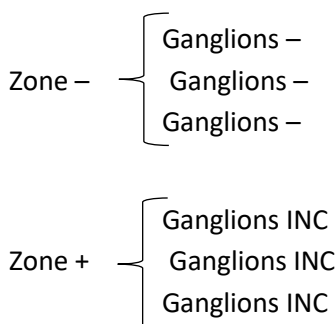
Attention : le prélèvement des ganglions régionaux n'est pas toujours fait pendant le même temps opératoire que la tumeur primitive. Tenir compte des prélèvements faits avant l'opération de la tumeur primitive et pendant le mois qui suit l'opération. Tenir compte de toutes les informations et de l'avis du clinicien ; en effet, dans un compte-rendu anatomopathologique, seuls les ganglions positifs peuvent être précisés, les autres étant sous-entendus comme négatifs.

Codages possibles en fonction du niveau d'information (relais ou zones) dans le cas des ganglions régionaux du cancer du poumon.

- Les informations données concernent uniquement les ganglions :



- Les informations données concernent uniquement les zones :



10. Marqueurs tumoraux tissulaires

Les marqueurs tumoraux tissulaires à renseigner dans le cadre d'un cancer du poumon sont les suivants :

- TTF-1
- Mutation activatrice EGFR
- EML-ALK

11. Classification TNM 8

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

La classification TNM s'applique aux **carcinomes pulmonaires**, y compris les carcinomes non à petites cellules (NSCLC), les carcinomes à petites cellules (SCLC) et les tumeurs carcinoïdes broncho-pulmonaires. Les notes explicatives ci-dessous font référence à cette classification.

Pour les sarcomes du poumon (très rare) ➔ le TNM n'est pas applicable, enregistrer le EOD.

La classification TNM ne s'applique pas aux carcinome de la trachée C33.9

Extension de la tumeur primitive : T

Une des difficultés pour établir correctement le TNM d'un cancer du poumon est la présence **d'un ou plusieurs nodule(s) tumoral(aux) distinct(s)**. Il faut alors distinguer :

- Des tumeurs primitives synchrones, à enregistrer séparément
- Des métastases intrapulmonaires, homolatérales (entrant dans la définition de la catégorie T) ou controlatérales (entrant dans la définition de la catégorie M)

Les nodules tumoraux distincts de différents types histologiques sont considérés comme des tumeurs primitives synchrones et doivent être enregistrées séparément.

Exemple : un patient présentant deux nodules distincts correspondant à un adénocarcinome dans le lobe supérieur droit et un carcinome épidermoïde dans le lobe inférieur droit ➔ 2 tumeurs primitives distinctes sont à enregistrer.

Les **nodules tumoraux distincts homolatéraux** présentant les mêmes caractéristiques histologiques sont considérées comme des métastases intrapulmonaires entrant dans la définition de la catégorie T :

- **T3** si les nodules sont dans le même lobe que la tumeur primitive ;
- **T4** si les nodules sont dans un lobe différent que la tumeur primitive.

Les **nodules tumoraux distincts controlatéraux** présentant les mêmes caractéristiques histologiques sont considérées comme des métastases intrapulmonaires entrant dans la définition de la catégorie M, si le clinicien les considère ainsi. Sinon, ils sont enregistrés comme une tumeur primitive controlatérale (le poumon étant un organe pair).

Tis inclut les ADK in situ et les carcinomes épidermoïdes in situ.

T1 Tumeur ≤ 3 cm dans sa plus grande dimension, entourée par le poumon ou la plèvre, sans signe bronchoscopique d'infiltration en amont de la bronche lobaire (c.a.d pas dans la bronche principale).

- **T1mi** ADK à invasion minime (nodule solitaire adénocarcinomateux ≤ 3 cm, avec un contingent lépidique prédominant et un foyer d'infiltration ≤ 5 mm)
- **T1a** Tumeur ≤ 1 cm dans sa plus grande dimension
- **T1b** Tumeur > 1 cm et ≤ 2 cm dans sa plus grande dimension
- **T1c** Tumeur > 2 cm et ≤ 3 cm dans sa plus grande dimension

T1a également les rares cas de tumeur à extension superficielle, quelle que soit la taille, avec sa composante invasive limitée à la paroi bronchique et qui peut s'étendre jusqu'à la bronche souche

T2 Tumeur > 3 cm et ≤ 5 cm; ou tumeur avec l'une des caractéristiques suivantes*

- Envahissement de la bronche principale quelle que soit la distance par rapport à la carène, mais sans envahissement de la carène
- Envahissement de la plèvre viscérale
- Association à un syndrome d'atélectasie ou à une pneumopathie obstructive qui s'étend à la région hilare, impliquant une partie du poumon ou le poumon entier

T2a Tumeur > 3 cm et ≤ 4 cm dans sa plus grande dimension

T2b Tumeur > 4 cm et ≤ 5 cm dans sa plus grande dimension

* Les tumeurs classées T2 du fait de leurs caractéristiques, sont classées **T2a** si leur taille est ≤ 4 cm ou si leur taille ne peut pas être déterminée, et **T2b** si leur taille est > 4 cm et ≤ 5 cm

T3 Tumeur > 5 cm et ≤ 7 cm; ou tumeur avec une **extension directe aux structures adjacentes** telles que la plèvre pariétale, la paroi thoracique (y compris les tumeurs du sillon supérieur), le nerf phrénique, le péricarde pariétal; **ou nodule(s) tumoral(aux)** séparés dans le même lobe que la tumeur primitive

T4 Tumeur > 7 cm; ou tumeur qui envahit l'un des organes ou structures suivant(e)s: diaphragme, médiastin, cœur, gros vaisseaux, trachée, nerf récurrent, œsophage, corps vertébral, carène; ou nodule(s) tumoral(aux) séparés dans un **lobe homolatéral différent de celui de la tumeur primitive**

Extension ganglionnaire : N

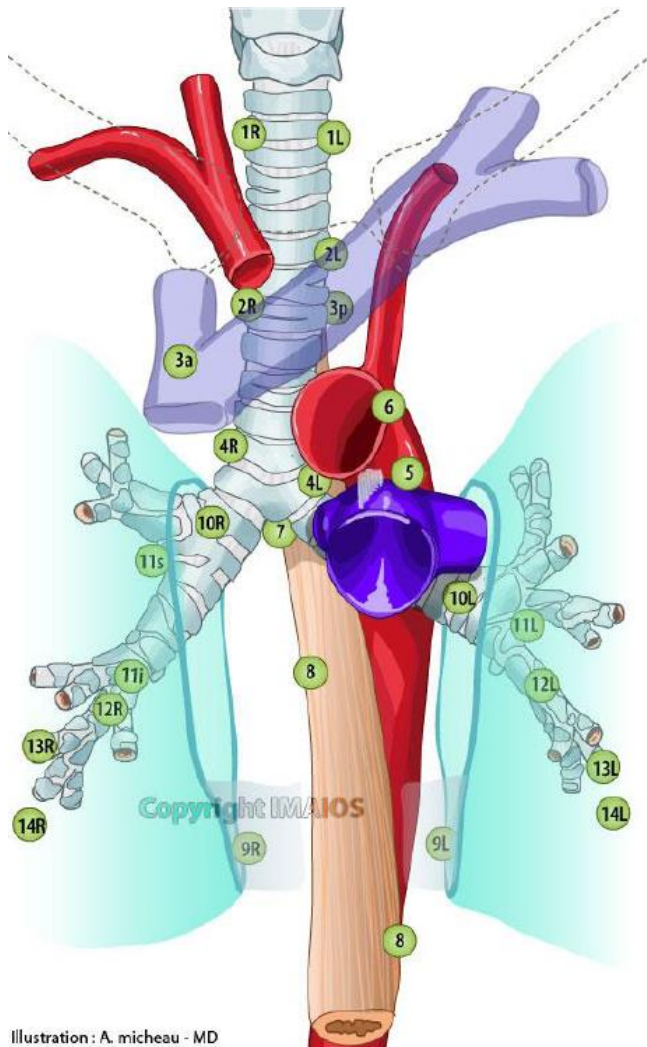


Illustration : A. micheau - MD

Classification des ganglions régionaux de l'« International Association for the Study of Lung Cancer » (IASLC)

Zone sus-claviculaire : → **N3**

1 – ggls cervicaux inférieurs, sus-claviculaires et de la fourchette sternale

Zone médiastinale supérieure :

2 – ggls para-trachéaux (supérieurs)

3 – ggls pré-vasculaires (ou pré-trachéaux, **3a**) et retro-trachéaux (**3p**)

4 – ggls para-trachéaux inférieurs

Zone aorto-pulmonaire :

5 – ggls sous-aortiques

6 – ggls para-aortiques

Zone sous-carénaire :

7 – ggls sous-carénaires

Zone médiastinale inférieure :

8 – ggls para-œsophagiens

9 – ggls du ligament pulmonaire

Zone hilare & interlobaire :

10 – ggls hilaires

11 – ggls interlobaires

Zone périphérique :

12 – ggls lobaires

13 – ggls segmentaires

14 – ggls sous-segmentaires

N1

N1 envahissement des ganglions

- péri-bronchiques et/ou hilaires homolatéraux
- intrapulmonaires, y compris par extension directe de la tumeur primitive

N2 envahissement des ganglions

- médiastinaux homolatéraux
- et/ou sous-carénaires homolatéraux

N3 envahissement des ganglions

- médiastinaux et/ou hilaires controlatéraux
- scaléniques homolatéraux ou controlatéraux
- Sus-claviculaires

Métastases à distance : M

M1 Présence de métastases à distance

- **M1a** **Nodules tumoraux séparés dans un lobe controlatéral;**
Nodules tumoraux pleuraux ou péricardiques ou pleurésie ou épanchement péricardique malins
- **M1b** Métastase unique dans un seul organe extrathoracique ou dans un ganglion non régional
- **M1c** Métastases multiples dans un seul ou plusieurs organes extrathoraciques

La **lymphangite carcinomateuse** est l'invasion des canalicules lymphatiques par des cellules tumorales. Quand ce sont les lymphatiques du poumon qui sont atteints, on parle de lymphangite carcinomateuse pulmonaire. Elle est parfois le résultat d'une tumeur bronchique primitive et peut également être le résultat de l'extension d'une métastase à distance d'une autre tumeur (ex : cancer du sein). Elle est alors considérée comme métastase lymphatique à distance pour cette tumeur.

Stades des carcinomes du poumon

Le **stade des carcinomes du poumon** de la classification TNM de l'UICC est défini de la façon suivante :

Ca. occulte	TX	N0	M0
Stade 0	Tis	N0	M0
Stade IA	T1	N0	M0
Stade IA1	T1mi	N0	M0
	T1a		
Stade IA2	T1b	N0	M0
Stade IA3	T1c	N0	M0
Stade IB	T2a	N0	M0
Stade IIA	T2b	N0	M0
Stade IIB	T1a-c, T2a, b	N1	M0
	T3	N0	M0
Stade IIIA	T1a-c, T2a, b	N2	M0
	T3	N1	M0
	T4	N0, N1	M0
Stade IIIB	T1a-c, T2a, b	N3	M0
	T3, T4	N2	M0
Stade IIIC	T3, T4	N3	M0
Stade IV	Tous T	Tous N	M1
Stade IVA	Tous T	Tous N	M1a, M1b
Stade IVB	Tous T	Tous N	M1c

L'AJCC propose une présentation différente des définitions du stade IA1 à IVB, plus facile à utiliser :

T/M	Subcategory	N0	N1	N2	N3
T1	T1a	IA1	IIB	IIIA	IIIB
	T1b	IA2	IIB	IIIA	IIIB
	T1c	IA3	IIB	IIIA	IIIB
T2	T2a	IB	IIB	IIIA	IIIB
	T2b	IIA	IIB	IIIA	IIIB
T3	T3	IIB	IIIA	IIIB	IIIC
T4	T4	IIIA	IIIA	IIIB	IIIC
M1	M1a	IVA	IVA	IVA	IVA
	M1b	IVA	IVA	IVA	IVA
	M1c	IVB	IVB	IVB	IVB

FIGURE 1. Lung cancer stage grouping (eighth edition).

Source: Detterbeck et al. *J Thorac Cardiovasc Surg* 2018

12. Changements entre la 8^{ème} & la 7^{ème} édition de la classification TNM

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

- Codage du T :
 - Réorganisation de la catégorie T1 avec introduction de la notion de nodule solitaire adénocarcinomateux classé T1mi
 - Une tumeur > 5 cm et ≤ 7 cm passe de T2 en TNM 7 à T3 en TNM 8
 - Une tumeur > 7 cm passe de T3 en TNM 7 à T4 en TNM 8
 - Une tumeur envahissant la bronche principale quelle que soit la distance par rapport à la carène mais sans invasion de la carène est classée T2
 - Une tumeur envahissant le diaphragme passe de T3 en TNM 7 à T4 en TNM 8

TNM 7	TNM 8
Tx	Tx
T0	T0
Tis	Tis
T1	T1
	T1mi
T1a	T1a
T1b	T1b
	T1c
T2	T2
T2a	T2a
T2b	T2b
T3	T3
T4	T4

- Codage du M : réorganisation de la catégorie M1 avec distinction de la métastase unique dans un seul organe extrathoracique des métastases multiples.

TNM 7	TNM 8
M0	M0
M1	M1
M1a	M1a
M1b	M1b
	M1 c

- Codage du Stade :

TNM 7	TNM 8
Carcinome occulte	Carcinome occulte
Stade 0	Stade 0
Stade IA	Stade IA
	Stade IA 1
	Stade IA 2
	Stade IA 3
Stade IB	Stade IB
Stade IIA	Stade IIA
Stade IIB	Stade IIB
Stade IIIA	Stade IIIA
Stade IIIB	Stade IIIB
	Stade III C
Stade IV	Stade IV
	Stade IV A
	Stade IV B

13. Radiothérapie

Champ traité : la tumeur ou le lit tumoral correspond au poumon et à la bronche.

Champ traité : le 1^{er} relais ganglionnaire correspond aux ganglions cervicaux inférieurs, sus-claviculaires et de la fourchette sternale ; ganglions para-trachéaux (supérieurs) ; ganglions para-trachéaux inférieurs ; ganglions sous-aortiques ; ganglions para-aortiques ; ganglions sous-carénaux ; ganglions para-œsophagiens ; ganglions hilaires.

Champ traité : le 2^{ème} relais ganglionnaire correspond aux ganglions sus-claviculaires et cœliaques.

14. Références

- AJCC Cancer Staging Manual, Eight Edition.** Edited by M.B- Amin et al. © 2017 American Joint Committee on Cancer
- 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, 8^{ème} ed. Paris: Cassini, 2017
- Detterbeck FC, Boffa DJ, Kim AW, Tanoue LT: **The Eighth Edition Lung Cancer Stage Classification.** *Chest* 2017, **151**(1):193-203.
- Detterbeck FC: **The eighth edition TNM stage classification for lung cancer: What does it mean on main street?** *The Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery* 2018, **155**(1):356-359.
- Fondation Registre du Cancer – Belgique « **Adénocarcinomes du poumon** ». Formation en ligne, 28 janvier 2021
- 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
- Module e-learning “**Lung cancer**”. European Network of Cancer Registries, Joint Research Centre of the European Commission and eancer. Published November 2021.
- Nicholson AG, Tsao MS, Beasley MB, Borczuk AC, Brambilla E, Cooper WA, Dacic S, Jain D, Kerr KM, Lantuejoul S et al: **The 2021 WHO Classification of Lung Tumors: Impact of Advances Since 2015.** *Journal of Thoracic Oncology* 2022, **17**(3):362-387.
- Otto Visser; Elisabeth Van Eycken. **Coding Lung cancers;** ENCR-JRC course: Training on Population-based Cancer registration, November 2019.
- RNC – Compte-rendu de l’atelier DMC du 10/03/2022
- RNC – Compte-rendu de l’atelier DMC du 24/02/2022
- Sobin L, Gospodarowicz M, Wittekind C (Eds.), International Union Against Cancer (UICC) **TNM Classification of Malignant Tumours. 7th Ed.** Oxford: Wiley-Blackwell, 2009. Trad. Fr. TNM Classification des Tumeurs Malignes, 7^{ème} ed. Paris: Cassini, 2010.
- WHO Classification of Tumours Editorial board. Thoracic Tumours.** Lyon (France): International Agency for Research on Cancer, 2021. (WHO Classification of Tumours series. 5th edition., vol.5).

15. Annexe 1 : Score de performance & équivalence score de Karnofsky

Score de Performance	Equivalence score de Karnofsky
0 : Capable d'une activité identique à celle précédant la maladie	100 – 90
1 : Activité physique diminuée, mais malade ambulatoire et capable de travailler	80 – 70
2 : Malade ambulatoire et capable de prendre soin de soi-même. Incapable de travailler et alité ou en chaise moins de 50% du temps	60 – 50
3 : Capable seulement de quelques activités. Alité ou en chaise plus de 50% du temps	40 - 30
4 : Incapable de prendre soin de soi-même. Alité ou en chaise en permanence	20 - 10
5 : Décédé	0

Oken MM, Creech RH, Tormey DC, Horton J, Davis TE, McFadden ET, Carbone PP. Toxicity and response criteria of the Eastern Cooperative Oncology Group. American journal of clinical oncology 1982, 5(6):649-655.

http://www.ecog.org/general/perf_stat.html

16. Annexe 2 : Fiche indice de Charlson

Indice de Charlson

L'indice de Charlson est un outil de mesure des comorbidités qui tient compte de 19 pathologies chroniques. Un score allant de 1 à 6 est attribué à chacune de ces pathologies, et l'indice de Charlson pour un patient correspond à la somme des scores des pathologies présentes chez ce patient.

Le groupe pluridisciplinaire de cliniciens « cancer du poumon », constitué pour participer à la mise en place et au bon fonctionnement du Registre National du Cancer, a trouvé utile de renseigner l'indice de Charlson **pour les patients atteints d'un cancer du poumon qui seront opérés**, et cela **avant le déroulement de la chirurgie**. En effet, une évaluation des comorbidités pour les patients cancéreux est souvent nécessaire puisque ces comorbidités peuvent influencer le pronostic.

Sur la page qui suit, il s'agira de renseigner les données d'identification du patient et d'entourer les scores des pathologies dont le patient est atteint. La somme des scores de ces pathologies correspond à l'indice de Charlson (cf. exemple ci-dessous). Son calcul est optionnel. Une fois complétée, la présente fiche sera classée dans le dossier hospitalier du patient.

Condition		Poids assigné
Infarctus du Myocarde		1
Insuffisance cardiaque congestive		1
Pathologie vasculaire périphérique		1
Pathologie cérébrovasculaire		1
Pathologie pulmonaire chronique		1
Pathologie ulcéreuse peptique gastroduodénale		1
Pathologie hépatique	légère	1
	modérée à sévère	3
Diabète	avec ou sans complication modérée	1
	avec atteinte d'un organe cible	2
Insuffisance rénale modérée ou sévère		2
Maladie de système		1
Démence		1
Hémiplégie		2
Deuxième tumeur solide	sans métastase	2
	avec métastase	6
Leucémie (aigüe ou chronique)		2
Lymphome, myélome		2
SIDA		6
Indice de Charlson (total)		3

Dans cet exemple, le patient est atteint de pathologie ulcéreuse peptique gastroduodénale et de diabète avec atteinte d'un organe cible. Son indice de Charlson est donc égal à 3 (2+1).

Identification du patient**Date :**

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Condition		Poids assigné
Infarctus du myocarde		1
Insuffisance cardiaque congestive		1
Pathologie vasculaire périphérique		1
Pathologie cérébrovasculaire (AVC ou AIT)		1
Pathologie pulmonaire chronique		1
Pathologie ulcéreuse peptique gastroduodénale		1
Pathologie hépatique	légère	1
	modérée à sévère	3
Diabète	avec ou sans complication(s) modérée(s)	1
	avec atteinte d'un organe cible	2
Insuffisance rénale modérée ou sévère		2
Maladie de système (connectivite)		1
Démence		1
Hémiplégie		2
Deuxième tumeur solide	sans métastase	2
	avec métastase	6
Leucémie (aigüe ou chronique)		2
Lymphome, myélome		2
SIDA		6
Indice de Charlson (total)		

Référence: Charlson ME, Pompei P, Ales KL, MacKenzie CR: **A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation.**

J Chronic Dis 1987, 40(5): 373-383.

Autre(s) comorbidité(s):

☐ Non☐ Oui, préciser :**Prière de renvoyer ce document au DMC de votre établissement :***Prénom, Nom, tel, fax*

Merci pour votre coopération.

17. Annexe 3 : Classification OMS 2021 des tumeurs du poumon

Source: WHO Classification of Tumours Editorial board. Thoracic Tumours. Lyon (France): International Agency for Research on Cancer, 2021. (WHO Classification of Tumours series. 5th edition., vol.5).

Epithelial tumors	
<i>Papillomas</i>	
Squamous cell papilloma, NOS	8052/0
Squamous cell papilloma, inverted	8053/0
Glandular papilloma	8260/0
Mixed squamous cell and glandular papilloma	8560/0
<i>Adenomas</i>	
Sclerosing pneumocytoma	8832/0
Alveolar adenoma	8251/0
Papillary adenoma	8260/0
Bronchiolar adenoma/ciliated muconodular papillary tumor ^a	8140/0
Mucinous cystadenoma	8470/0
Mucous gland adenoma	8480/0
<i>Precursor glandular lesions</i>	
Atypical adenomatous hyperplasia	8250/0
Adenocarcinoma in situ	
Adenocarcinoma in situ, nonmucinous	8250/2
Adenocarcinoma in situ, mucinous	8253/2
<i>Adenocarcinomas</i>	

<i>Minimally invasive adenocarcinoma</i>	
Minimally invasive adenocarcinoma, nonmucinous	8256/3
Minimally invasive adenocarcinoma, mucinous	8257/3
<i>Invasive nonmucinous adenocarcinoma</i>	
Lepidic adenocarcinoma	8250/3
Acinar adenocarcinoma	8551/3
Papillary adenocarcinoma	8260/3
Micropapillary adenocarcinoma	8265/3
Solid adenocarcinoma	8230/3
<i>Invasive mucinous adenocarcinoma</i>	
Mixed invasive mucinous and nonmucinous adenocarcinoma	8254/3
Colloid adenocarcinoma	8480/3
Fetal adenocarcinoma	8333/3
Adenocarcinoma, enteric type	8144/3
Adenocarcinoma, NOS	8140/3
<i>Squamous precursor lesions</i>	
Squamous cell carcinoma in situ	8070/2
Mild squamous dysplasia	8077/0
Moderate squamous dysplasia	8077/2
Severe squamous dysplasia	8077/2
<i>Squamous cell carcinomas</i>	
Squamous cell carcinoma, NOS	8070/3
Squamous cell carcinoma, keratinizing	8071/3

Squamous cell carcinoma, nonkeratinizing	8072/3
Basaloid squamous cell carcinoma	8083/3
Lymphoepithelial carcinoma	8082/3
<i>Large cell carcinomas</i>	
Large cell carcinoma	8012/3
<i>Adenosquamous carcinomas</i>	
Adenosquamous carcinoma	8560/3
<i>Sarcomatoid carcinomas</i>	
Pleomorphic carcinoma	8022/3
Giant cell carcinoma	8031/3
Spindle cell carcinoma	8032/3
Pulmonary blastoma	8972/3
Carcinosarcoma	8980/3
<i>Other epithelial tumors</i>	
NUT carcinoma	8023/3
Thoracic SMARCA4-deficient undifferentiated tumor ^a	8044/3
<i>Salivary gland-type tumors</i>	
Pleomorphic adenoma	8940/0
Adenoid cystic carcinoma	8200/3
Epithelial-myoepithelial carcinoma	8562/3
Mucoepidermoid carcinoma	8430/3
Hyalinizing clear cell carcinoma ^a	8310/3
Myoepithelioma	8982/0

Myoepithelial carcinoma	8982/3
Lung neuroendocrine neoplasms	
<i>Precursor lesion</i>	
Diffuse idiopathic neuroendocrine cell hyperplasia	8040/0
<i>Neuroendocrine tumors</i>	
Carcinoid tumor, NOS/neuroendocrine tumor, NOS	8240/3
Typical carcinoid/neuroendocrine tumor, grade 1	8240/3
Atypical carcinoid/neuroendocrine tumor, grade 2	8249/3
<i>Neuroendocrine carcinomas</i>	
Small cell carcinoma	8041/3
Combined small cell carcinoma	8045/3
Large cell neuroendocrine carcinoma	8013/3
Combined large cell neuroendocrine carcinoma	8013/3
Tumors of ectopic tissues	
Melanoma	8720/3
Meningioma	9530/0
Mesenchymal tumors specific to the lung	
Pulmonary hamartoma	8992/0
Chondroma	9220/0
Diffuse lymphangiomatosis ^a	9170/3
Pleuropulmonary blastoma	8973/3
Intimal sarcoma	9137/3
Congenital peribronchial myofibroblastic tumor	8827/1

Pulmonary myxoid sarcoma with EWSR1-CREB1 fusion	8842/3
<i>PEComatous tumors</i>	
Lymphangiomyomatosis	9174/3 ^b
PEComa, benign	8714/0
PEComa, malignant	8714/3
Hematolymphoid tumors	
MALT lymphoma	9699/3
Diffuse large B-cell lymphoma, NOS	9680/3
Lymphomatoid granulomatosis, NOS	9766/1
Lymphomatoid granulomatosis, grade 1	9766/1
Lymphomatoid granulomatosis, grade 2	9766/1
Lymphomatoid granulomatosis, grade 3	9766/3
Intravascular large B-cell lymphoma	9712/3
Langerhans cell histiocytosis	9751/1
Erdheim–Chester disease	9749/3

a Labels marked with a dagger have undergone a change in terminology of a previous code.

b Codes marked with an asterisk were approved by the IARC/WHO Committee for ICD-O at its meeting in October 2020.

18. Annexe 4: Illustration TNM 8

Source: Detterbeck FC, Boffa DJ, Kim AW, Tanoue LT: The Eighth Edition Lung Cancer Stage Classification. Chest 2017, 151(1):193-203.

Lung Cancer Stage Classification (8th Edition)

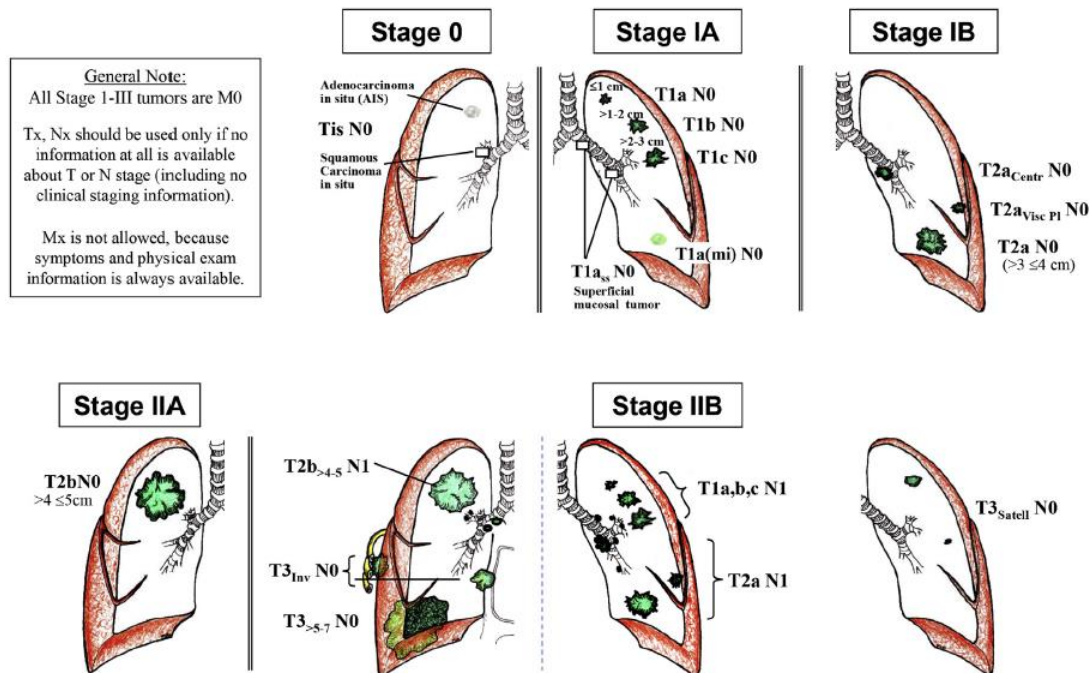


Figure 2 – Graphic illustration of stages 0, I, and II.

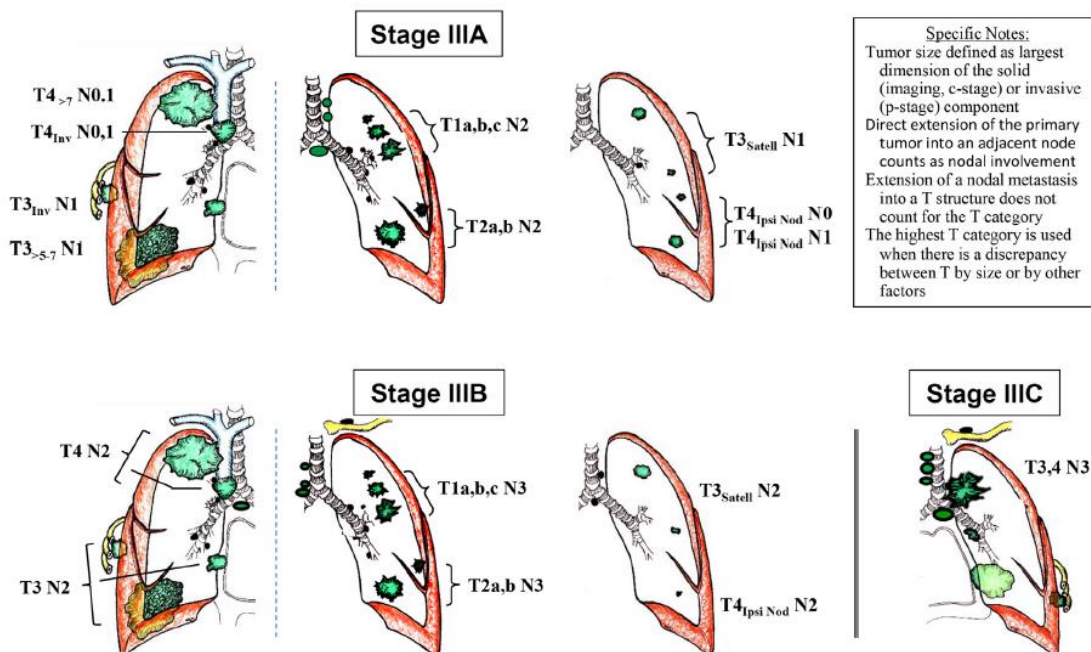


Figure 3 – Graphic illustration of stage III.

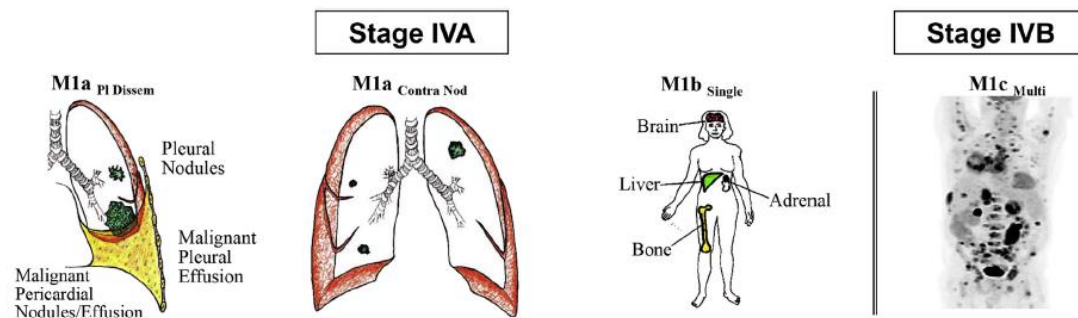


Figure 4 – Graphic illustration of stage IV.

19. Annexe 5 : Exercices – Cancer du poumon

Sources:

- Module e-learning “**Lung cancer**”. European Network of Cancer Registries, Joint Research Centre of the European Commission and ecancer. Published November 2021.
- Fondation Registre du Cancer – Belgique « **Adénocarcinomes du poumon** ». Formation en ligne, 28 janvier 2021

Classifications de référence :

- Pour les codes morphologiques : classification CIM-O-3.2
- Pour les stades : classification TNM de l’UICC, 8^{ème} édition (2017)

N°	Questions	Réponses
1	Un ADK du poumon droit. Taille totale de 5.5 cm. La tumeur comprend une composante invasive de 5 cm d’architecture solide et une composante périphérique de 5 mm de tumeur non invasive. Quel est le T ? - Tx - T2b - T3 - Tis	cT3 (taille de la tumeur à l’imagerie) pT2b (taille de la composante invasive)
2	Une femme de 75 ans a été diagnostiquée avec un ADK primitif du poumon supérieur droit, mesurant 2.0 cm, et une seconde lésion dans le lobe inférieur droit, mesurant 0.5 cm et histologiquement similaire à la lésion du lobe supérieur droit. Les ganglions sont négatifs et il n’y a pas de métastase extra-thoracique. Quel est le pTNM de cette tumeur ? - pT3N0 - pT1b(m)N0 - pT1bN0M1a - pT4N0	pT4N0 nodules tumoraux homolatéraux, même histo, dans 2 lobes différents
3	Une femme de 55 ans avec un ADK primitif du poumon supérieur droit, mesurant 2.5 cm et présentant un schéma de croissance lépidique prédominant, avec une invasion maximale de 3 mm. Les ganglions sont négatifs et il n’y a pas de métastase extra-thoracique. Quel est le code histologique et le pTN de cette tumeur ?	M-8256/3 (ADK non-mucineux à invasion minimale) pT1miN0 nodule solitaire ≤ 3 cm, ADK avec un contingent lépidique prédominant et une invasion minimale ≤ 5 mm
4	Un homme de 60 ans a été diagnostiqué avec une tumeur du poumon de 5 cm infiltrant la bronche principale à moins de 2 cm de la carène, mais sans envahissement de la carène. Quel est le cT de cette tumeur ?	T2b
5	Homme de 56 ans. Lésion de 6 cm du poumon droit. Large masse médiastinale gauche et droite. Atélectasie incomplète du poumon droit. Ganglion sus-claviculaire palpable à droite. Pleurésie. Bronchoscopie avec	T4 (envahissement de la trachée) N3 (ganglion sus-claviculaire) M1a (pleurésie)

N°	Questions	Réponses
	biopsie : masse du lobe supérieur droit avec une extension le long de la paroi latérale de la bronche principale jusque dans la trachée. Pas de métastase à distance. Quel est le cTNM de cette tumeur ?	
6	Quelles sont les topo & morpho d'une tumeur mixte petites cellules/ADK de la bronche souche ?	C34.0 (bronche souche) & M-8045/3 (carcinome neuroendocrine à petites cellules mixte)
7	Quelle est la morphologie d'un ADK mucineux, à invasion minime lépidique ?	M-8257/3 ADK mucineux à invasion minime
8	Bronchoscopie : cancer non à petites cellules. Lobectomie : carcinome à grandes cellules avec une différenciation d'ADK. Quelle est la morphologie ?	M-8140/3 (ADK), plus spécifique que carcinome à grandes cellules M-8012/3
9	Une tumeur dans le poumon gauche. Une autre tumeur dans le poumon droit. Quel est le code morphologique d'un carcinome épidermoïde papillaire et d'un ADK papillaire ?	M-8052/3 (carcinome épidermoïde papillaire) & M-8260/3 (ADK papillaire)
10	Quelle est la morphologie d'un carcinome à grandes cellules indifférencié ?	M-8012/34 (carcinome à grandes cellules, indifférencié). Le code M-8020/34 (carcinome indifférencié SAI) est plus élevé, mais on perd l'information sur la présence de grandes cellules.
11	2 nodules dans le lobe supérieur gauche. 1. Carcinome à grandes cellules 2. ADK Combien de tumeurs codez-vous et quel(s) code(s) morpho ?	Une tumeur M-8140/3 ADK, plus spécifique que carcinome à grandes cellules M-8012/3
12	2 patients différents : 1. Carcinome à grandes cellules, de type basaloïde 2. Carcinome épidermoïde, de type basaloïde Quel(s) code(s) morpho ?	M-8123/3 (carcinome basaloïde) & M-8083/3 (carcinome épidermoïde basaloïde)
13	Un patient avec une histoire de cancer de la vessie. Maintenant, il présente une lésion du lobe supérieur du poumon. Le pathologiste décrit un carcinome à cellules urothéliales. Quelles sont les topo & morpho ? - C34.1 (lobe supérieur) & 8120/3 (carcinome urothélial) - C80.9 (primitif inconnu) & 8120/3 (carcinome urothélial) - Ce n'est pas un primitif - C34.1 (lobe supérieur) & 8012/3 (carcinome à grandes cellules)	ce n'est pas un primitif
14	Quelle est la topo d'un carcinome à petites cellules dans le médiastin, probablement du poumon ?	C34.9 (poumon SAI)
15	Bilobectomie des lobes moyen et inférieur du poumon droit CR HISTO: - adénocarcinome bien à moyennement différencié - plus grand diamètre: 2,7cm, invasion focale (8,6mm) - composante mucineuse (10-15%) et composante non-mucineuse avec schéma de croissance lépidique (+/- 25%).	M-8254/32 Le schéma de croissance lépidique est prédominant, mais il existe le code mixte ADK mucineux et non-mucineux

N°	Questions	Réponses
	Quel code histologique faut-il utiliser pour enregistrer cette tumeur?	
16	Bilobectomie du lobe droit et moyen: CR HISTO: 2 nodules tumoraux séparés - Tumeur 1 au niveau du lobe moyen: correspondant morphologiquement le mieux à un carcinome indifférencié à grandes cellules. Profil immunohistochimique: préférence pour le carcinome épidermoïde invasif (TTF1 négatif) Plus grand diamètre: 10 cm, croissance directe dans la paroi thoracique, pT4 - Tumeur 2 au niveau du lobe moyen / supérieur: zone de 11 mm d'adénocarcinome in situ, variante non mucineuse 1. Combien de tumeurs dois-je enregistrer? 2. Quel est le code histologique de la (ou des deux) tumeur (s)?	2 Tumeurs à enregistrer - 2 groupes de Berg différents Tumeur 1 : M-8070/34 (carcinome épidermoïde invasif) Tumeur 2 : M-8250/2 (ADK in situ non mucineux du poumon)
17	Femme, 69 ans -Scan: nodule du lobe inférieur du poumon gauche -Chirurgie: Lobectomie inférieure gauche + ablation des ganglions médiastinaux -CR HISTO: Histologie: adénocarcinome (acinaire (50%), (micro) papillaire (35%) et solide (15%)) Diamètre maximum: 3,3 cm Ganglions hilaires (6) et médiastinaux: sans tumeur. Proposition de classification TNM UICC 2017: pT2a N0 G2 L0 V0 Quel code histologique faut-il enregistrer pour cette tumeur?	M-8551/39 Acinaire est le type prédominant
18	Femme, 69 ans - Scan: nodule du lobe moyen du poumon - TBNA via EBUS - CR HISTO: TBNA: image d'un carcinome non à petites cellules (poumon) (NSCLC), TTF1 positif. Classification supplémentaire impossible en raison d'un matériel insuffisant. -Aucune autre étude n'a été menée par la suite Quel code histologique faut-il enregistrer pour cette tumeur?	M- 8046/3 NSCLC, NOS code à éviter, mais pas d'information complémentaire permettant un code histologique plus précis
19	Homme, 75 ans - Scan: 2 nodules dans le poumon droit hautement suspect de cancer pulmonaire - Chirurgie: Résection du lobe supérieur du poumon droit - CR HISTO: Adénocarcinome invasif, mucineux prédominant, Diamètre maximal de 1 cm, jusqu'à 1,5 cm de la marge bronchique et atteignant à < 0,1 cm la plèvre. A une distance de 0,3 cm: un 2ème adénocarcinome invasif mucineux (lésion satellite), Diamètre maximal: 1 cm. pT3 1. Combien de tumeurs faut-il enregistrer? 2. Quel est le code histologique de la/les tumeur(s)?	1 tumeur Unilatéral → même sous-type, même lobe, pT3 mentionné → Enregistrement de la plus grande tumeur Le sous-type prédominant à enregistrer est mucineux: M-8253/3
20	Homme, 69 ans - Historique: il y a 7 mois, excision wedge du lobe supérieur droit, CR HISTO: carcinome non à petites cellules avec caractéristiques d'un carcinome spinocellulaire kératinisant peu différencié, pT1b	2 tumeurs : - Lobe sup droit : M-8071/33 ; pT1b

N°	Questions	Réponses
	- Scan à présent: nodule dans le lobe supérieur gauche - Chirurgie: Excision wedge du lobe supérieur du poumon gauche - CR HISTO: carcinome non à petites cellules avec caractéristiques d'un carcinome spinocellulaire moyennement différencié, pT2a 1. Combien de tumeurs faut-il enregistrer? 2. Quel est le code histologique de la/les tumeur(s)?	- Lobe sup gauche : M-8070/32 ; pT2a
21	Lobectomie du lobe inférieur droit - CR HISTO: - Tumeur apicale : adénocarcinome pulmonaire à croissance solide prédominante diamètre max. 2,8 cm avec invasion de la plèvre viscérale, pT2 - Tumeur caudale : adénocarcinome pulmonaire à croissance acinaire prédominante, diamètre max. 4,2 cm, pT2b 1. Combien de tumeurs faut-il enregistrer? 2. Quel est le code histologique de la (les) tumeur	1 tumeur (même groupe de Berg avec des sous-types différents) Enregistrer une tumeur (celle dont la catégorie T est la plus élevée) : M-8551/39 pour ADK acinaire
22	Lobectomie du lobe moyen droit et du lobe inférieur gauche - CR HISTO: - Lobe moyen droit: adénocarcinome pulmonaire avec schéma de croissance micropapillaire et croissance papillaire partielle, diamètre max. 2,6cm, pT1c - Lobe inférieur gauche: adénocarcinome pulmonaire avec diamètre max. 1,6cm, un foyer invasif de 3,9mm, considéré comme un adénocarcinome peu invasif, non mucineux, pT1mi 1. Combien de tumeurs faut-il enregistrer? 2. Quel est le code histologique de la (les) tumeur(s)?	2 Tumeurs Bilatéral → Sous-types différents (MIA est par définition toujours prédominant lépidique) - Lobe moyen droit: M-8265/39 - Lobe inférieur gauche: M-8256/39
23	Lobectomie lobe supérieur gauche - CR HISTO: Carcinome pulmonaire à petites cellules avec composante (20%) adénocarcinome avec schéma de croissance lépidique, diamètre max. 5,6 cm, pT3 1. Combien de tumeurs faut-il enregistrer? 2. Quel est le code histologique de la (les) tumeur(s)	1 Tumeur Il existe un code mixte M- 8045/39 carcinome (neuroendocrine) à petites cellules et ADK
24	Lobectomie lobe moyen droit - CR HISTO: 2 NSCLC synchrones: - Grande lésion: adénocarcinome non-mucineux avec schéma de croissance mixte, 2,5cm (lépidique, papillaire, acinaire et micropapillaire) - Petite lésion: adénocarcinome non-mucineux avec schéma de croissance mixte, 1,5cm (lépidique, papillaire et acinaire) pT1c(2) 1. Combien de tumeurs faut-il enregistrer? 2. Quel est le code histologique de la (les) tumeur(s)? 3. Quel est le pT de la (les) tumeur(s)?	1 Tumeur Unilatéral, même sous-type et même lobe. Enregistrement de la plus grande tumeur. M-8265/39 (micropapillaire est le schéma de croissance le plus agressif). -pT3 quand les nodules séparés sont considérés comme des nodules de la même tumeur dans le même lobe
25	Lobectomie lobe supérieur droit - CR HISTO: 2 foyers d'adénocarcinome bien à moyennement différencié	Une conclusion claire est faite par les médecins 1 Tumeur

N°	Questions	Réponses
	Schéma de croissance de l'adénocarcinome: - Tumeur 1: lépidique prédominant avec foyer d'acinaire (>0,5cm), diamètre max. 2,7cm - Tumeur 2: acinaire prédominant avec papillaire important et lépidique plus limité, diamètre max. 3,8cm pT3N0 RCP: "l'histologie dévoile 2 tumeurs de type adénocarcinome que l'on peut considérer comme soit une tumeur T3N0M0/stade IIb, soit deux tumeurs primaires (T1c et T2a). Après consultation multidisciplinaire, il est décidé de les considérer comme T3N0M0" 1. Combien de tumeurs faut-il enregistrer? 2. Quel est le code histologique de la (les) tumeur(s)? 3. Quel est le pT de la (les) tumeur(s)?	Enregistrement de la plus grande tumeur (tumeur N°2) M-8551/32 acinaire prédominant pT3N0
26	Lobectomie pour un carcinome invasif multifocal du lobe supérieur gauche et une résection Wedge du lobe inférieur gauche: - Type histologique : carcinome pulmonaire non à petites cellules, type adénocarcinome - Lobe inf gauche: adénocarcinome invasif, schéma de croissance principalement acinaire, 25% lépidique - Lobe sup gauche : adénocarcinome invasif, schéma de croissance principalement lépidique, 5% acinaire - Diamètre de la plus grande tumeur (lobe inf gauche): 3.0 cm pT4N0 RCP: Le médecin et le pathologiste les considèrent comme 1 tumeur, pT4 1. Combien de tumeurs faut-il enregistrer? 2. Quel est le code histologique de la (les) tumeur(s)? 3. Quel est le pT de la (les) tumeur(s)?	1 Tumeur Enregistrement de la plus grande tumeur (lobe inf. gauche) M-8551/3 acinaire prédominant pT4N0 (nodules tumoraux séparés homolatéraux, dans 2 lobes différents)