

Manuel d'enregistrement des Tumeurs

Aide à la codification

Les tumeurs multiples

Version 3.0 du 8 avril 2025

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

Tableau de mise à jour

Version	Date de validation	Objet de la modification
V2.0	10/11/2020	Intégration de la mise à jour du tableau des groupes de Berg (" <i>Groups of malignant neoplasms considered to be histologically different for the purpose of defining multiple tumours</i> "), dans le cadre de la publication de la 2 ^{ème} révision de la CIM-O-3. Ce tableau correspond à la mise à jour du 06/10/2020.
V2.1	20/04/2023	Correction au niveau de la page 3 des codes morphologiques.
V2.2	06/06/2024	Ajout remarque sur carcinome urothéliaux dans la section "morphologie de la tumeur" Modification de la partie consacrée aux tumeurs multiples de la vessie. Ajout de la section sur les tumeurs multiples dans le cadre de cancers CCR
V3.0	08/04/2025	Restructuration de ce document suite aux discussions qui se sont tenues lors de l'atelier DMC du 27/02/2025. Cette nouvelle version du document a été présentée et discutée lors de l'atelier DMC du 20/03/2025. Le document a été validé par les DMC par mail le 08/04/2025.

Sommaire

Tableau de mise à jour	2
Sommaire	3
1. Contexte.....	4
2. Définitions.....	4
2.1. Tumeur solide primitive	4
2.2. Tumeur multifocale	4
2.3. Tumeur unique avec plusieurs composantes histologiques	5
2.4. Tumeurs multiples.....	5
2.5. Métastases à distance	5
2.6. Récidives	6
3. Règles d'enregistrement : remarque concernant le code morphologique.....	7
4. Tumeur multifocale – Règles d'enregistrement	7
4.1. Règles générales d'enregistrement.....	7
4.2. Exemples.....	8
5. Tumeur unique avec plusieurs composantes histologiques – Règles d'enregistrement	9
5.1. Règles générales d'enregistrement.....	9
5.2. Arbre décisionnel pour l'enregistrement d'une tumeur unique avec plusieurs composantes histologiques	9
5.3. Exemples.....	9
6. Tumeurs multiples – Règles d'enregistrement.....	10
6.1. 1 ^{ère} étape : le code topographique	10
<i>Principales exceptions</i>	10
6.2. 2 ^{ème} étape : la latéralité	11
<i>Principales exceptions</i>	11
6.3. 3 ^{ème} étape : le code morphologique	11
<i>Principales exceptions</i>	11
6.4. Arbre décisionnel pour l'enregistrement de tumeurs multiples.....	12
7. Influence du comportement et des délais entre les DI	12
8. Cas particuliers	13
7.1. Tumeurs urothéliales.....	13
7.2. Sarcome de Kaposi	13
7.3. Carcinomes de la thyroïde.....	13
7.4. Cancer colorectal	13
9. Annexe 1 : Groupes de Berg	14
9.1. Remarque	15
9.2. Principales exceptions	15

1. Contexte

L'enregistrement des tumeurs dans le RNC doit suivre des règles précises pour déterminer l'existence d'une tumeur unique ou de tumeurs multiples. Ces règles sont définies au niveau international (IARC/IACR *International rules for multiple primary cancers (ICD-0 third edition)* ; 2004).

Ce document d'aide à la codification porte sur l'enregistrement des **tumeurs solides primitives**.

L'enregistrement des hémopathies malignes multiples suit des règles spécifiques. Pour en prendre connaissance, il faut se reporter au **Manuel d'enregistrement des Hémopathies Malignes du RNC**.

La présence de plusieurs lésions tumorales peut correspondre à différentes situations :

- Une tumeur unique primitive multifocale (au moment du diagnostic)
- Deux tumeurs primitives (au moment du diagnostic ou pendant le suivi)
- Une tumeur primitive et une métastase à distance (au moment du diagnostic ou pendant le suivi)
- Une tumeur primitive et une récurrence (pendant le suivi)
-

Ce document d'aide à la codification porte sur les tumeurs multifocales, les tumeurs uniques à plusieurs composantes histologiques et les tumeurs multiples. Il présente les définitions, les règles générales d'enregistrement et les principales exceptions à ces règles. Il existe d'autres exceptions à ces règles, dont certaines sont présentées dans le chapitre 8. Ces exceptions spécifiques à la localisation tumorale sont décrites dans les **Notes explicatives par organe du Manuel d'enregistrement des Tumeurs du RNC**.

2. Définitions

2.1. Tumeur solide primitive

Une tumeur solide primitive est une tumeur dont l'origine se situe dans un organe ou un tissu. Ce n'est pas une extension d'une tumeur, ni une récurrence, ni une métastase.

En général, un organe est défini par les **2 premiers chiffres de son code topographique** (ex. C50.1).

2.2. Tumeur multifocale

Une tumeur multifocale est définie par la présence de **plusieurs lésions tumorales distinctes** :

- De même topographie (*2 premiers chiffres du code topo*),
- De même latéralité, si organe pair,
- De même morphologie (*même groupe de Berg*),
- Synchrones, c'est-à-dire que le délai maximal entre les dates d'incidences est de 3 mois.

Il ne s'agit donc pas de tumeurs multiples mais d'une seule tumeur à enregistrer comme une tumeur multifocale.

L'examen de référence permettant de statuer sur la multifocalité d'une tumeur est le compte-rendu histologique de la pièce opératoire, sauf en cas de traitement néoadjuvant. En l'absence de compte-rendu histologique, la multifocalité d'une tumeur peut être statuée sur base de sa description clinique.

Les règles générales d'enregistrement des tumeurs multifocales sont présentées dans le chapitre 4.

2.3. Tumeur unique avec plusieurs composantes histologiques

Une tumeur ayant plusieurs composantes histologiques n'est pas considérée comme une tumeur multifocale car les différentes composantes de cette tumeur ne sont pas distinctes les unes des autres.

Les règles générales d'enregistrement des tumeurs uniques à plusieurs composantes histologiques sont présentées dans le chapitre 5.

2.4. Tumeurs multiples

Les tumeurs multiples sont considérées comme des cancers primitifs différents et sont à enregistrer séparément dans le RNC.

Le diagnostic de tumeurs multiples se fait **indépendamment du temps**.

Devant **plusieurs lésions tumorales distinctes**, pour identifier des tumeurs multiples, il faut considérer successivement les caractéristiques suivantes des différentes lésions : les codes topographiques, la latéralité pour les organes pairs, puis les codes morphologiques. Si le comportement des lésions tumorales est différent, il faut alors également tenir compte du délai entre les dates d'incidence (DI).

Les règles générales d'enregistrement des tumeurs multiples sont présentées dans le chapitre 6.

2.5. Métastases à distance

Une métastase à distance se forme à partir des cellules cancéreuses provenant d'une tumeur primitive invasive, et disséminées à d'autres organes ou d'autres tissus par voie hématogène ou à des ganglions à distance (non régionaux) par voie lymphatique. Il existe d'autres modes de dissémination des cellules cancéreuses, plus rares : par voie cavitaire, par contiguïté (se baser sur les définitions du TNM par organe).

Devant une tumeur primitive **invasive** & une **lésion tumorale**, la lésion tumorale peut être considérée comme une métastase à distance si elle présente les caractéristiques suivantes :

- Même morphologie que la tumeur primitive (même groupe de Berg), en particulier lorsque cette morphologie n'est pas compatible avec la localisation de la métastase (ex. adénocarcinome dans une vertèbre cervicale).
- Localisations métastatiques les plus fréquentes:
Foie, poumon, os, cerveau, ganglions à distance
- Au moment du diagnostic – résultats du bilan d'extension
- ou pendant le suivi, après un traitement initial de la tumeur primitive

Exemple :

Femme de 75 ans présentant un carcinome invasif du sein droit.

Conclusions du bilan d'extension (imagerie):

- Suspicion d'atteinte de la chaîne axillaire droite.
- Suspicion d'une métastase du lobe supérieur du poumon gauche.

Patiente opérée : mastectomie droite + curage axillaire

3 semaines après l'opération : lobectomie supérieure gauche : CR anapath : confirmation de la métastase pulmonaire.

➔ Métastases cliniques au moment du diagnostic:

- Métastase pulmonaire à distance : Positif
- Autres localisations de métastase : Négatif

➔ Métastases pathologiques au moment du diagnostic: ➔ Il y a une chirurgie de la tumeur primitive + 1 prélèvement histologique (op) de la métastase pulmonaire

- Métastase pulmonaire à distance : Oui ➔ Suspicion clinique confirmée
- Autres localisations de métastase : Inconnu

➔ cM1 pM1 Stade IV

2.6. Récidives

Pour pouvoir parler de récurrence, il faut que la **chronologie** suivante soit respectée :

Tumeur primitive invasive ➔ Traitement initial à visée curative ➔ Rémission ➔ Récurrence

Devant une tumeur primitive **invasive** & une **lésion tumorale survenue pendant le suivi**, la lésion tumorale peut être considérée comme une récurrence si elle présente les caractéristiques suivantes :

- Même topographique que la tumeur primitive et/ou atteinte des ganglions régionaux de la tumeur primitive
- Même latéralité en cas d'organe pair
- Même morphologie que la tumeur primitive (même groupe de Berg)
- Survenue pendant le suivi, après un traitement initial à visée curative et une phase de rémission (respect de la chronologie des événements).

On distingue trois types de récurrence :

- Récurrence locale : même topographie que la tumeur primitive
- Récurrence régionale : atteinte des ganglions régionaux de la tumeur primitive
- Récurrence locorégionale : même topographie que la tumeur primitive + atteinte des ganglions régionaux

En cas de chirurgie de la tumeur primitive, la récurrence peut apparaître au niveau des marges de résection, avec une topographie différente de la tumeur primitive initiale.

3. Règles d'enregistrement : remarque concernant le code morphologique

Pour une tumeur multifocale ou une tumeur unique avec plusieurs composantes histologiques, la règle générale relative au choix du code morphologique précise qu'il faut prendre le code mixte quand il existe, sinon le code morphologique le plus élevé (cf. chapitres suivants) ...

Mais il existe de nombreuses spécificités pour décider quel code morphologique doit être utilisé, en fonction des localisations tumorales. En effet, certains codes mixtes nécessitent de connaître le pourcentage représenté par chacune des composantes pour déterminer si un code mixte peut être utilisé ou pas. Dans d'autres cas, il existe des histologies qui priment sur les autres, du fait de leur caractère péjoratif. Pour certaines localisations, il peut également y avoir des exceptions aux groupes de Berg.

Pour déterminer quel code morphologique doit être enregistré, il faut se référer au **chapitre « Morphologie » des Notes explicatives par organe**.

4. Tumeur multifocale – Règles d'enregistrement

4.1. Règles générales d'enregistrement

Plusieurs lésions tumorales distinctes, synchrones, de même topographie, de même latéralité (si organe pair) et de même groupe morphologique :

➔ Enregistrer **une tumeur primitive multifocale**, avec les caractéristiques de la tumeur la plus agressive.

L'**agressivité** de la tumeur est déterminée à partir du comportement, du grade et de l'extension de la tumeur (stade).

Si les lésions tumorales se trouvent sur **plusieurs sous-localisations** d'un même organe:

- Choisir la topographie de la lésion la plus agressive
- Si les différentes lésions présentent la même agressivité, prendre le code d'organe **Cxx.8**, même si les lésions ne sont pas dans des sous-localisations contiguës

Pour le **code morphologique** : si les différentes lésions tumorales présentent des codes morphologiques différents (mais du même groupe de Berg) : prendre le code morphologique mixte quand il existe, sinon le code le plus élevé.

Pour le **grade de différenciation, le comportement et l'extension de la tumeur (stade)**, les valeurs les plus péjoratives sont enregistrées.

4.2. Exemples

Sein gauche QIE (C50.5) : carcinome canalaire infiltrant

Sein gauche QSI (C50.2) : carcinome lobulaire infiltrant

→ Enregistrer un seul cancer **multifocal** à gauche, C50.8, avec le code morphologique mixte (carcinome canalaire et lobulaire infiltrant) M-8522/3

Sein gauche QIE (C50.5) : carcinome canalaire in situ

Sein gauche QSI (C50.2) : carcinome lobulaire infiltrant

→ Enregistrer un seul cancer primitif **multifocal** à gauche, avec le code topographique de la lésion tumorale la plus agressive C50.2, M-8522/3

Sein droit QSE (50.4) : adénocarcinome (M-8140/3);

Sein droit QSI (50.2) : sarcome (M-8800/3)

→ Enregistrer **2 cancers séparément**, un adénocarcinome (M-8140/3) et un sarcome (M-8800/3). Ne pas utiliser le code mixte d'adénosarcome.

Colon descendant (C18.6) : adénocarcinome (M-8140/3) et 2 cm plus loin un adénocarcinome sur polyadénome (M-8210/3)

→ Enregistrer un seul cancer primitif **multifocal** avec le code morphologique le plus élevé (adénocarcinome sur polyadénome M-8210/3)

5. Tumeur unique avec plusieurs composantes histologiques – Règles d'enregistrement

5.1. Règles générales d'enregistrement

Une tumeur unique contenant plusieurs composantes de même groupe morphologique :

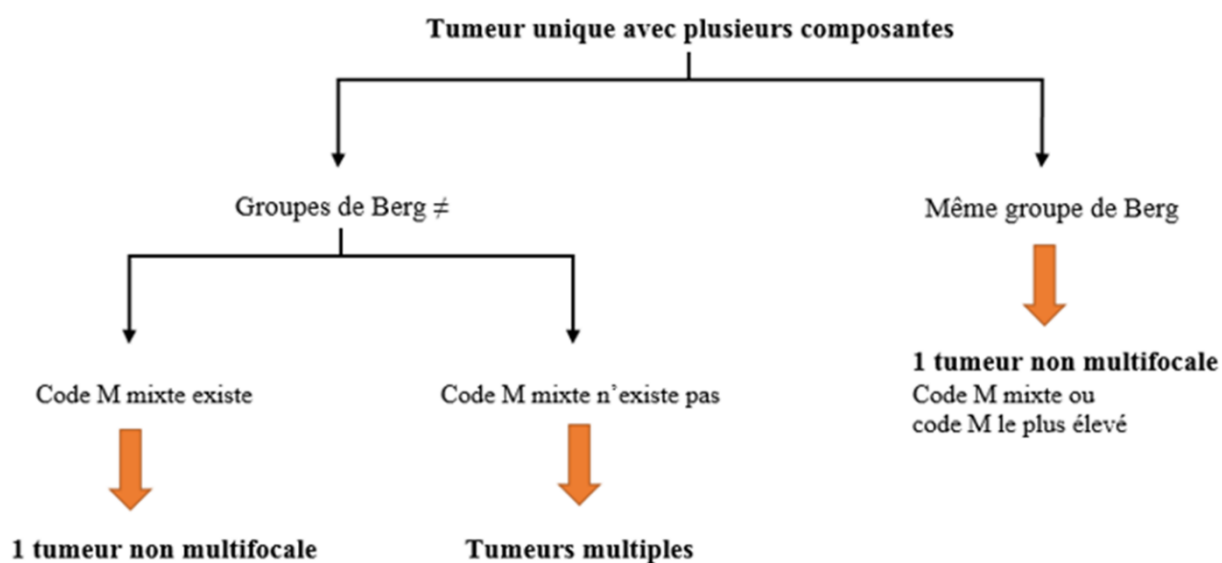
→ Enregistrer **une tumeur primitive non multifocale** avec un code morphologique mixte quand il existe, sinon le code le plus élevé

Une tumeur unique contenant plusieurs composantes de groupes morphologiques différents (rare)

→ Enregistrer **une tumeur primitive non multifocale** avec un code morphologique mixte quand il existe

→ Enregistrer **deux tumeurs primitives** s'il n'existe pas de code mixte

5.2. Arbre décisionnel pour l'enregistrement d'une tumeur unique avec plusieurs composantes histologiques



5.3. Exemples

Sein gauche QSE (50.4) : carcinome canalaire avec une composante lobulaire

→ Enregistrer **un seul cancer primitif non multifocal** à gauche, **C50.4, M-8522/3** (code mixte)

Utérus (55.9) : tumeur avec une composante d'adénocarcinome (M-8140/3) et une composante de sarcome (M-8800/3)

→ Enregistrer **un seul cancer primitif non multifocal** avec le code morphologique mixte (adénosarcome) **M-8933/3**

6. Tumeurs multiples – Règles d'enregistrement

Devant plusieurs lésions tumorales invasives, il faut procéder en 3 étapes pour déterminer s'il existe un seul cancer primitif ou plusieurs cancers primitifs. Si les lésions tumorales présentent des comportements différents, les règles d'enregistrement des trois premières étapes sont modifiées et tiennent également compte du comportement et du délai entre les dates d'incidence (cf. chapitre 7).

- 1^{ère} étape : Le code topographique,
- 2^{ème} étape : La latéralité,
- 3^{ème} étape : Le code morphologique.
- 4^{ème} étape : Le comportement et les délais entre les DI (cf. chapitre 7)

6.1. 1^{ère} étape : le code topographique

Le code topographique (code C) de la tumeur désigne sa localisation d'origine. En présence de plusieurs tumeurs, la connaissance de leur localisation d'origine constitue la 1^{ère} étape dans la reconnaissance de tumeurs multiples.

Deux tumeurs primitives de localisations différentes → 2 tumeurs différentes, à enregistrer séparément.

Une localisation est généralement définie par les **2 premiers chiffres** de son code topographique.

Exemple :

Œsophage cervical (**C15.0**) : adénocarcinome

Corps de l'estomac (**C16.2**) : adénocarcinome

→ Enregistrer 2 cancers différents (œsophage cervical et corps de l'estomac)

Principales exceptions

- Pour les **cancers du côlon (C18. *)**, **des os (C40. * - 41. *)** et **des tissus mous (C49. *)** → la localisation d'une tumeur est définie par le **3^{ème} chiffre** de son code topographique.
- Pour les **cancers de la peau (C44. *)** → la localisation d'une tumeur est définie par le **4^{ème} chiffre** de son code topographique (se référer à la **Note explicative « Cancers de la peau »** pour trouver la liste des codes topographiques à 4 chiffres).

Exemples :

Colon descendant (**C18.6**) : adénocarcinome

Colon sigmoïde (**C18.7**) : adénocarcinome

→ Enregistrer 2 cancers différents (colon descendant et colon sigmoïde)

Peau de la joue (**C44.30**) : mélanome invasif de type SSM

Peau du front (**C44.31**) : mélanome invasif de type SSM

→ Enregistrer 2 cancers différents (peau de la joue et peau du front)

6.2. 2^{ème} étape : la latéralité

La latéralité est à prendre en compte dans la reconnaissance de tumeurs multiples quand le site de la tumeur est un organe pair. Les codes topographiques des organes pairs ou apparentés se retrouvent dans le **document d'aide à la codification « Codes Topo des organes pairs ou apparentés »**, du Manuel d'enregistrement des Tumeurs du RNC.

Deux tumeurs primitives ayant la même topographie mais de latéralités différentes → 2 tumeurs différentes, à enregistrer séparément.

Exemple :

Sein droit : carcinome canalaire infiltrant

Sein gauche : carcinome lobulaire infiltrant

→ Enregistrer 2 cancers différents (sein droit et sein gauche)

Principales exceptions

Les exceptions à cette règle sont :

- Les tumeurs des **ovaires & des trompes** (de même morphologie)
- Les **tumeurs de Wilms** (néphroblastome) du rein
- Les **rétinoblastomes**

Pour les 3 exceptions mentionnées ci-dessus, des tumeurs survenant des 2 côtés doivent être enregistrées comme une **tumeur unique bilatérale**. C'est le seul cas où la latéralité est dite bilatérale.

6.3. 3^{ème} étape : le code morphologique

Le code morphologique (code M) indique le type histologique ou l'activité biologique de la tumeur, qui caractérise la tumeur elle-même. Les codes morphologiques sont regroupés en 16 groupes (& un 17^{ème} groupe non spécifique) (Cf. **Tableau en annexe 1 des Groupes de Berg modifiés, mise à jour relative à la publication de la CIM-O-3.2, version du 06/10/2020**).

Plusieurs tumeurs de même localisation (et de même latéralité dans le cas d'organes pairs) sont considérées comme une même tumeur si les codes morphologiques appartiennent au même groupe morphologique. Il s'agit alors d'une tumeur unique multifocale (cf. chapitre 4).

Si les codes morphologiques appartiennent à des groupes de Berg différents, alors il s'agit de **tumeurs multiples**, à enregistrer séparément.

Exemples

*Lobe supérieur du poumon droit : adénocarcinome invasif **M-8140/3** (Groupe 3 de Berg)*

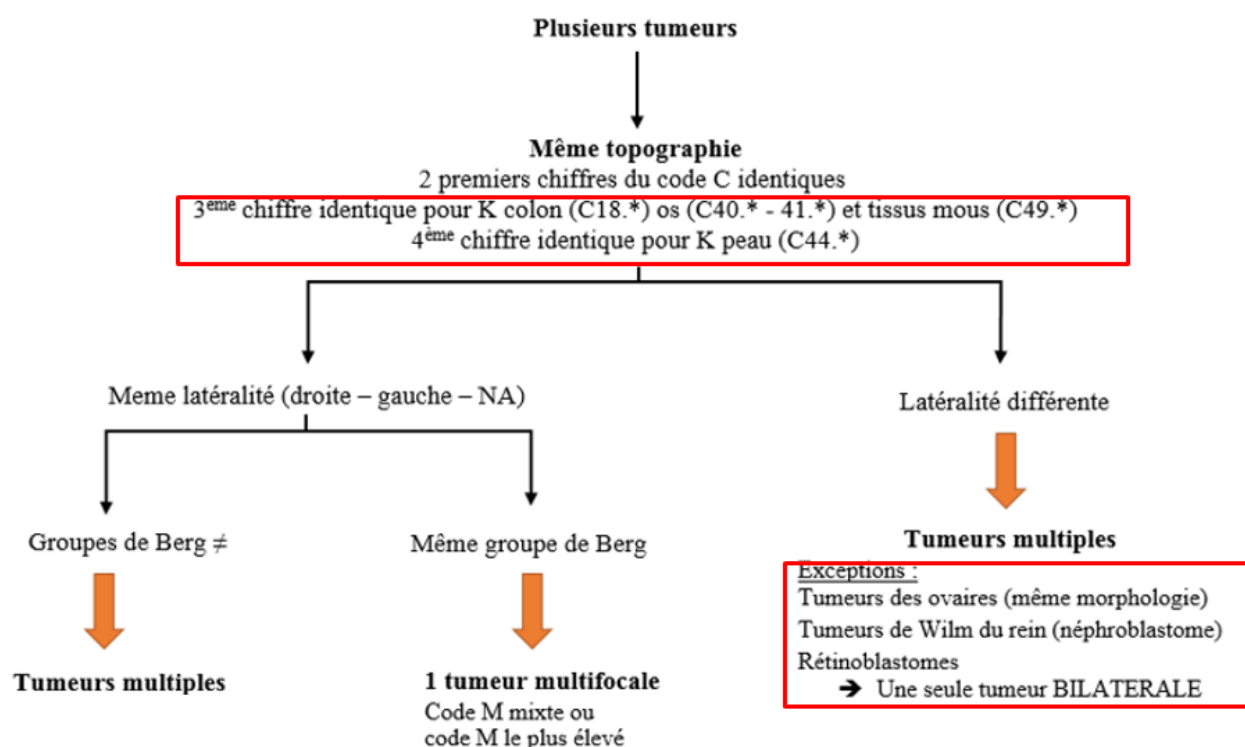
*Lobe inférieur du poumon droit : carcinome invasif à petites cellules **M-8041/3** (Groupe 4 de Berg)*

→ Enregistrer 2 cancers différents dans le poumon droit

Principales exceptions

Cf. annexe 1 : **Principales exceptions aux Groupes de Berg.**

6.4. Arbre décisionnel pour l'enregistrement de tumeurs multiples



7. Influence du comportement et des délais entre les DI

Le code du comportement de la tumeur correspond au 5^{ème} chiffre du code morphologique, situé après la barre oblique (/2 ou /3) (CIM-O-3).

Les règles précédentes d'enregistrement s'appliquent aux tumeurs solides invasives. Lorsque les tumeurs présentent des comportements différents, les règles d'enregistrement s'adaptent de la façon suivante :

- Si une **tumeur multifocale** a une entité in situ et une autre entité invasive → Enregistrer une tumeur unique invasive (suivre l'arbre décisionnel ci-dessus pour la topographie, la latéralité et la morphologie).
- Si une **tumeur non multifocale** a une composante in situ et une autre composante invasive → Enregistrer une tumeur unique invasive (suivre l'arbre décisionnel du chapitre 5.2 pour la morphologie).
- Le délai entre les dates d'incidence des tumeurs est ≤ à 3 mois (tumeurs synchrones):
 - Tumeur invasive + Tumeur in situ → Enregistrer une seule tumeur invasive
- Le délai entre les dates d'incidence des tumeurs est > à 3 mois (tumeurs métachrones):
 - Tumeur invasive puis Tumeur in situ → Enregistrer la première tumeur invasive seulement. La tumeur in situ est une récurrence locale.
 - Tumeur in situ puis Tumeur invasive → enregistrer les 2 tumeurs : Tumeur in situ et Tumeur invasive

8. Cas particuliers

7.1. Tumeurs urothéliales

L'enregistrement des tumeurs urothéliales suit des règles spécifiques pour l'enregistrement des tumeurs multiples, des tumeurs multifocales et des tumeurs uniques avec plusieurs composantes histologiques → se référer à la **Note explicatives « Tumeurs du tractus urinaire »**.

7.2. Sarcome de Kaposi

Le Sarcome de Kaposi ne s'enregistre qu'une seule fois chez un patient (cf. **Note explicative « Cancers des parties molles »**)

7.3. Carcinomes de la thyroïde

Pour les carcinomes de la thyroïde : **le tableau des groupes de Berg ne s'applique pas** (cf. **Note explicative « Cancer de la thyroïde »**)

7.4. Cancer colorectal

Il existe une exception aux règles relatives à la **topographique** :

Une tumeur colique et une tumeur rectale (ou de la jonction recto-sigmoïdienne) → Enregistrer 2 tumeurs, mais, une tumeur rectale **C20.9** & une tumeur de la jonction recto-sigmoïdienne **C19.9** → Enregistrer un seul cancer avec la topographie du rectum **C20.9**.

9. Annexe 1 : Groupes de Berg

Tableau : Groupes de tumeurs malignes considérées comme « différentes » au niveau histologique lorsqu'il s'agit de définir les tumeurs multiples (d'après Berg, 1994)

Groupes	CIM-O-3 Morphologie
Carcinomes	
1. Carcinomes épidermoïdes et transitionnels	8051-8086, 8120-8131
2. Carcinomes basocellulaires	8090-8110
3. Adénocarcinomes	8140-8149, 8160-8163, 8190-8221, 8250-8552, 8570-8576, 8940-8941, 9110
4. Autres carcinomes spécifiques	8023, 8030-8046, 8150-8158, 8170-8180, 8230-8249, 8560-8562, 8580-8589
(5.) Carcinomes non-spécifiés (SAI)	8010-8015, 8020-8022, 8050
6. Sarcomes et tumeurs des tissus mous	8680-8714, 8800-8921, 8930-8936, 8990-8992, 9040-9045, 9120-9125, 9130-9138, 9141-9252, 9370-9373, 9540-9582
7. Mésothéliomes	9050-9055
Tumeurs des tissus hématopoïétiques et lymphoïdes	
8. Myéloïdes	9840, 9860-9931, 9945-9946, 9950, 9960-9964, 9966, 9975, 9980-9989, 9993
9. Néoplasies à cellules B	9597, 9671-9699, 9712, 9731-9738, 9761-9767, 9769, 9811-9819, 9823, 9833, 9836, 9940
10. Néoplasies à cellules T ou NK	9700-9709, 9714-9719, 9724-9726, 9768, 9827-9831, 9834, 9837, 9948
11. Lymphome de Hodgkin	9650-9667
12. Tumeurs à mastocytes	9740-9742
13. Néoplasies des histiocytes et cellules lymphoïdes accessoires	9749, 9750-9759
(14.) Types non spécifiés	9590-9591, 9596, 9727, 9760, 9800-9801, 9805-9809, 9820, 9832, 9835, 9965, 9967-9968, 9970-9971
15. Sarcome de Kaposi	9140
16. Autres types de cancer, spécifiés	8590-8671, 8720-8790, 8950-8983, 9000-9030, 9060-9105, 9260-9365, 9380-9539
(17.) Types de cancer non-spécifiés	8000-8005

9.1. Remarque

Source: The IACR Working Group on ICD-O Updates

http://www.iacr.com.fr/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=100&Itemid=577 (last update 06/10/2020)



Depuis la publication de la 2^{ème} révision de la CIM-O-3, il ne faut plus utiliser comme référence le tableau 25 page 45 de la CIM-O-3.

9.2. Principales exceptions

Le **Groupe 4 (Autres carcinomes spécifiques)** & le **Groupe 16 (Autres types de cancer spécifiés)** sont très hétérogènes, il faut plutôt tenir compte des sous-groupes pour déterminer s'il s'agit du même type morphologique.

Exemple : Groupe 16 :

- **8720-8790** *Nævi & Mélanomes*
- **9060-9105** *Tumeurs germinales & Tumeurs trophoblastiques*
 - ➔ Ces 2 sous-groupes doivent être considérés comme des tumeurs de types morphologiques différents.

Pour le **Groupe 5 (Carcinomes non-spécifiés)** & le **Groupe 17 (Types de cancer non spécifiés)**, il faut tenir compte de l'ensemble des informations du dossier patient, pour déterminer s'il faut enregistrer une ou deux tumeurs dans les situations suivantes :

- 1 tumeur des Groupes 1 à 4 & 1 tumeur du Groupe 5
- 1 tumeur, quel que soit son groupe de Berg, & 1 tumeur du Groupe 17