



CHAPITRE 4

Sites tumoraux spécifiques

Table des matières

Tumeurs de la lèvre.....	2
Tumeurs des voies aérodigestives supérieures (VADS).....	2
Tumeurs des glandes salivaires.....	3
Tumeurs des organes digestifs	3
Œsophage	3
Estomac	4
Intestin grêle.....	4
Côlon-rectum	4
Appendice	7
Foie, voies biliaires et pancréas	7
Tumeurs du poumon.....	7
Mésothéliome.....	8
Sarcomes	8
Tumeurs de la peau.....	8
Mélanome.....	9
Sarcome de Kaposi.....	9
Tumeurs du sein	9
Tumeurs des organes génitaux féminins	10
Col de l'utérus.....	10
Corps de l'utérus	11
Ovaires et trompes de Fallope.....	11
Autres organes génitaux féminins	11
Tumeurs des organes génitaux masculins.....	11
Prostate.....	11
Verge, scrotum et testicule.....	12
Tumeurs des voies urinaires.....	12
Vessie et voies urinaires.....	12
Rein	14
Tumeurs du système nerveux central (SNC) et périphérique et tumeurs intracrâniennes et intramédullaires	14
Cas à enregistrer.....	14
Grade de malignité OMS	16
Tumeurs des glandes endocrines	16
Hypophyse	16
Pancréas endocrine (voir Pancréas)	16
Glande surrénale	16
Néoplasies carcinoïdes	16
Hémopathies malignes lymphoïdes et hématopoïétiques, tumeurs rares et tumeurs de l'enfant	17
Bibliographie	17
Tableaux.....	19

L'AIRTUM remercie la précieuse collaboration d'Antoine Buemi qui a réalisé une soigneuse relecture de ce manuel.

CHAPITRE 4

Sites tumoraux spécifiques

Ce chapitre est dédié à la description détaillée de certains sites néoplasiques. Les indications fournies proviennent de la littérature internationale et de l'expérience d'enregistrement des auteurs. Il est fait référence aux règles d'enregistrement (auxquelles il est toujours possible de s'adapter). Afin de répondre aux exigences épidémiologiques particulières souvent rencontrées par les registres, des variables complémentaires sont proposées.

A chaque site anatomique est associé un tableau de codes morphologiques appropriés, suivant les tableaux de la CIM-O-3, eux-mêmes extraits de la classification des tumeurs de l'OMS (connue sous la dénomination *Blue books*). Bien que ces tableaux renvoient aux règles d'utilisation et à toutes les morphologies contenues dans la CIM-O-3 [1], ils sont fournis dans le but de faciliter le codage en proposant les codes les plus appropriés, notamment dans le cas de morphologies spécifiques à certains sites (ex. : tumeurs papillaires).

Tumeurs de la lèvre

Peau et muqueuse (vermillon et face interne) de la lèvre, bien qu'elles ne soient pas toujours considérées ainsi par les procédures diagnostiques habituelles, sont de fait des sites anatomiques distincts dans tous les systèmes de classification utilisés par les registres (CIM, CIM-O).

En pratique, on peut se fier aux mises en garde suivantes :

- ◆ éviter d'attribuer à la muqueuse de la lèvre ou au vermillon des tumeurs associées aux annexes cutanées, parmi lesquelles la plus fréquente est le carcinome basocellulaire,
- ◆ dans les cas douteux, la confirmation de tels carcinomes est consécutive à la présence d'annexes cutanées et se réfère donc à la peau de la lèvre.

Les codes de topographie de la CIM-O-3 à utiliser sont alors C00.- pour le codage de la muqueuse de la lèvre ou du vermillon, et C44.0 pour la peau de la lèvre.

Tumeurs des voies aérodigestives supérieures (VADS)

Les tumeurs des voies aérodigestives supérieures (VADS : cavité buccale, pharynx et larynx) peuvent présenter des difficultés dans l'identification du site primitif d'origine. La multiplicité des sites anatomiques appartenant à cet ensemble de tumeurs dans les classifications internationales (CIM, CIM-O) peut conduire à une surestimation des tumeurs incidentes (on rappelle que la même histologie peut être considérée comme une tumeur multiple si elle inté-

resse des sites dont le troisième caractère du code de topographie est différent). Cette caractéristique des VADS justifie des critères d'application plus restrictifs des règles spécifiques aux tumeurs multiples. En particulier, il convient d'évaluer avec attention chaque localisation de tumeur afin de s'assurer qu'il ne s'agit pas de l'extension de la tumeur à un site contigu ou d'une récurrence.

Le pharynx, qui comprend la base de la langue, le voile du palais et la luette, est divisé en trois régions (oropharynx, nasopharynx et hypopharynx ou pharyngo-larynx) ; la même configuration existe pour le larynx par rapport à la glotte. Les tumeurs des VADS incluent donc :

Cavité buccale

- ◆ Langue, corps et pointe
- ◆ Plancher de la bouche
- ◆ Palais dur ou voûte palatine
- ◆ Vestibule de la bouche

Oropharynx

- ◆ Base de la langue (CIM-O-3 : C01.9 ; CIM-9 : 141.0)
- ◆ Palais mou ou voile du palais
- ◆ Luette
- ◆ Amygdale
 - ◆ loge amygdalienne ou fosse tonsillaire
 - ◆ pilier de l'amygdale
 - ◆ vallécule
- ◆ Face antérieure de l'épiglotte
- ◆ Paroi latérale de l'oropharynx
- ◆ Paroi postérieure de l'oropharynx

Nasopharynx

Hypopharynx

Larynx

- ◆ étage sus-glottique
- ◆ glotte
- ◆ sous-glottique

Une règle à garder en mémoire pour le codage des VADS est celle qui concerne les " termes morphologiques liés à une localisation " (règle H) de la CIM-O-3, qui s'applique aux adénocarcinomes de la cavité buccale.

Dans le cas de lésions qui intéressent deux sites ou plus, représentés par diverses sous-catégories topographiques à trois caractères (dont aucune n'est identifiable comme lésion primitive), on conseille l'utilisation des codes topographiques selon les indications de la CIM-O-3 :

- ◆ C14.8 (Lésion à localisations contigües de la lèvre, de la cavité buccale et du pharynx) pour les lésions intéressant lèvre, cavité buccale ou bien cavité buccale et pharynx ou encore langue et autres parties de la cavité buccale ;

- ◆ C02.8 (Lésion à localisations contigües de la langue) pour les lésions intéressant la base et la partie antérieure de la langue ;
- ◆ C05.1 (Palais mou ou Voile du palais) pour les lésions intéressant le voile du palais et nasopharynx non attribuables à la face rhinopharyngée du voile du palais ;
- ◆ C13.1 (Face hypopharyngée du repli ary-épiglottique) pour les lésions intéressant pharynx et larynx au niveau de ce repli non attribuables au versant laryngé ou pharyngé ;

- ◆ C32.1 (Etage sus-glottique) pour les lésions intéressant pharynx et larynx au niveau de l'épiglotte non attribuables aux faces antérieure ou postérieure ;
 - ◆ C14.1 (Pharyngo-larynx) pour les lésions intéressant pharynx et larynx différentes des précédentes.
- Il est également important, du fait de la fréquence des tumeurs synchrones ou métachrones des VADS, associées à l'exposition à des facteurs de risque communs (tabac, alcool), d'adopter les procédures d'enregistrement et d'inclusion dans l'incidence selon le tableau ci-dessous.

ENREGISTREMENT ET INCIDENCE DES CANCERS DES VOIES AÉRO-DIGESTIVES SUPÉRIEURES				
Sites		Tumeurs enregistrées	Tumeur incidente	
			si métachrones	si synchrones (comme premier événement)
C01 C02	base de la langue Autres localisations et localisations non précisées de la langue	toutes	la première	la plus grave, avec le code C02.9
C00 C03 C04 C05 C06	lèvre gencive plancher de la bouche palais Autres localisations et localisations non précisées de la bouche	toutes	la première	la plus grave, avec le code C06.9
C09 C10 C12 C13 C14	amygdale oropharynx sinus piriforme hypopharynx Autres localisations et localisations mal définies de la lèvre, de la cavité buccale et du pharynx	toutes	la première	la plus grave, avec le code C14.0

Tumeurs des glandes salivaires

Pour les glandes salivaires, on rappelle que l'utilisation des codes topographiques C07 et C08 est admise si et seulement si la glande parotide, sub-linguale ou sous-maxillaire est mentionnée (Glandes salivaires principales). Les tumeurs des glandes salivaires accessoires peuvent être observées dans n'importe quelle zone de la cavité buccale et des organes voisins et peuvent être de types histopathologiques multiples comme "carcinome adénoïde kystique", "tumeur mixte maligne" ou "adénocarcinome SAI". C'est pour cette raison qu'il n'existe pas de code morphologique distinct propre aux "carcinomes des glandes salivaires accessoires". Dans la mesure où tous les types d'adénocarcinome de la bouche ou de la cavité buccale sont considérés comme ayant pour origine les glandes salivaires accessoires, les mots "glandes salivaires accessoires" doivent être ignorés lorsqu'ils sont rencontrés dans un diagnostic du type "carcinome adénoïde kystique des glandes salivaires accessoires du palais dur". Dans ce cas, le code topographique correspondant à "palais dur" (C05.0) doit être attribué au "carcinome adénoïde kystique" (M-8200/3). Si le diagnostic n'indique aucune localisation

d'origine, comme par exemple "adénocarcinome des glandes salivaires accessoires", il convient d'utiliser, pour le codage, le code topographique correspondant à la cavité buccale (C06.9) qui recouvre notamment les "glandes salivaires accessoires, SAI".

Tumeurs des organes digestifs

Œsophage

La principale difficulté concerne les localisations à la jonction œsogastrique ou gastro-œsophagienne (cardia). Une lésion qui intéresse la partie terminale de l'œsophage et le cardia est codée C16.0. En phase d'enregistrement, cette situation se vérifie :

- ◆ quand une biopsie effectuée dans la partie terminale de l'œsophage est positive et que l'unicité de la lésion dans le tissu examiné est confirmée ;
- ◆ quand il existe des biopsies positives dans la partie terminale de l'œsophage et dans la région cardiaque de l'estomac ;
- ◆ quand une radiographie relève une sténose en correspondance de la partie terminale de l'œsophage, et qu'un scanner (TDM) ou une échographie endocavitaire démontre une lésion qui intéresse le cardia.

Le codage des localisations décrites à la jonction tiers supérieur / tiers moyen ou tiers moyen / tiers inférieur gagnent en précision, lorsque les informations d'imagerie le permettent, en choisissant les codes d'œsophage cervical, thoracique ou abdominal (plutôt que C15.8).

Estomac

Alors que les tumeurs du versant gastrique du pylore se codent C16.4, les tumeurs dites "à localisations contigües" (sans possibilité de retrouver l'information sur le site primitif) de l'estomac et du duodénum se codent C26.8 (Lésion à localisations contigües de l'appareil digestif).

Tous les lymphomes de siège primitif extra-ganglionnaire se codent selon la topographie de l'organe d'origine. Les lymphomes primitifs de l'estomac se codent C16.-.

Le cancer gastrique superficiel, dont l'invasion ne dépasse pas la sous-muqueuse, se code M-8143/3 (Adénocarcinome à extension superficielle), même en présence de métastases ganglionnaires. Un codage en carcinome *in situ* est exclu. D'un point de vue épidémiologique, il est important de le distinguer des formes atteignant ou dépassant la musculaire muqueuse. En l'absence d'autres informations, on propose de lui affecter le stade pT1, ce qui permet de le distinguer des formes pT2+ ou des cas manquants (*missing*) ; le stade T "condensé" n'est alors pas utilisable.

La tumeur de Krukenberg constitue un cas particulier : ce terme désigne un carcinome à cellules en bague à chaton ou un carcinome gélatineux (M-8490/3) souvent localisé aux ovaires et généralement bilatéral. Ce carcinome est exceptionnellement primitif ovarien. Dans la quasi totalité des cas il représente une métastase dont l'origine est l'estomac (plus rarement dans d'autres parties de l'intestin). Lorsqu'une lésion gastrique est documentée même sans confirmation histologique directe de la lésion primitive (histologie d'une métastase), le code topographique correct est C16.-. La même méthodologie s'applique aux autres localisations des organes digestifs. Le code C56.9 (Ovaire) n'est admis que dans le seul cas où le primitif ovarien est mentionné. Si la localisation n'est pas précisée, coder C26.9 (Tractus gastro-intestinal SAI).

Intestin grêle

Les adénocarcinomes de l'intestin grêle sont rares. Un cancer pancréatique infiltrant le duodénum n'entre pas dans la définition des tumeurs duodénales.

Dans le cas des hémopathies malignes, seuls les cas suivants doivent être codés C17.- :

- ◆ la maladie (notamment : lymphomes) est initialement localisée seulement à l'intestin grêle, avec un envahis-

sement limité aux ganglions drainants le grêle ; la diffusion à d'autres sièges, ganglionnaires ou pas, est admise ;

- ◆ le siège de la maladie est nosologiquement défini (ex. : maladie immunoproliférative de l'intestin grêle M-9764/3).

Côlon-rectum

Le côlon-rectum affiche une des principales incidences des tumeurs malignes dans les deux sexes. La difficulté de ce siège est généralement due :

- ◆ à l'extension anatomique, qui peut conditionner l'apparition de plusieurs tumeurs non assimilables à des tumeurs multiples selon les règles internationales, mais desquelles il est nécessaire de garder une trace étant donné leur impact sur l'évaluation du risque familial et sur la thérapie ;
- ◆ au lancement des programmes de dépistage, qui requiert une augmentation de la sensibilité et une plus grande précision dans la caractérisation des lésions (grade, stade, facteurs pronostiques) et dans l'approche thérapeutique.

De façon synthétique, les recherches et validations nécessaires peuvent concerner les aspects suivants :

Date du diagnostic clinique

Afin de mieux évaluer le parcours de soins, la date du diagnostic (ou date d'incidence selon les règles générales) peut être complétée par la date de l'examen endoscopique. Si cette information est inconnue, elle peut être remplacée par la date du premier soupçon clinique de tumeur colorectale maligne.

Ainsi, dans les meilleurs cas, la date du diagnostic coïncide avec celle de la biopsie par endoscopie (ou de l'examen radiologique, quand l'endoscopie n'est pas effectuée). Plus rarement, la date peut être celle de l'intervention chirurgicale (tumeurs découvertes de façon fortuite ou lors d'interventions d'urgence, comme pour l'occlusion intestinale) ou celle de l'échographie (métastases hépatiques du cancer du côlon).

Définition de carcinome invasif et *in situ*

Tous les cas de tumeur maligne colorectale doivent être enregistrés, même si seule la première tumeur retrouvée pour les sites C18, C19-20 ou C21 entre dans l'incidence. L'infiltration est définie par le dépassement de la musculaire-muqueuse (*muscularis mucosae*). Si les atypies cytologiques observées se limitent à la muqueuse sans atteindre la musculaire-muqueuse, le cas est enregistré comme non invasif. De ce fait, les diagnostics histologiques du type « carcinome *in situ* », « cancer intra-glandaire », « foyers de cellules tumorales » et assimilés ne seront pas considérés comme des cancers invasifs si le pathologiste n'a pas donné d'indication claire sur l'infiltration de la *muscularis mucosae*. Pour cette même raison, on souligne que :

- ◆ avec le terme adénocarcinome *in situ*, ou intra-glandaire ou intra-épithélial, on identifie une lésion qui n'infiltré pas la *muscularis mucosae*. Une situation comparable est celle où le diagnostic est la dysplasie grave.
- ◆ avec le terme carcinome ou adénocarcinome intra-muqueux, on identifie en revanche une lésion qui infiltré la *muscularis mucosae* mais qui ne la dépasse pas.

Définition des histologies

En complément des indications de l'OMS et des codes morphologiques reportés à la fin du paragraphe, s'ajoutent les observations suivantes :

M 8000/3	Tumeur maligne, SAI (qui comprend l'histologie non précisée)
M 8010/3	Carcinome, SAI
M 8480/3	Adénocarcinome colloïde (mucineux)
M 8481/3	Adénocarcinome mucipare ou mucosécrétant (composante mucineuse <50%)
M 8254/3	Carcinome bronchioloalvéolaire, mixte mucineux et non mucineux
M 8210/3	Adénocarcinome sur polyadénome (ou sur adénome tubuleux/polypoïde)

En ce qui concerne les lymphomes de Hodgkin et non-Hodgkin, ces derniers doivent être enregistrés sur siège

colorectal lorsque le siège primitif de la maladie est localisé dans le côlon-rectum. Les cas de lymphome généralisé (ou ganglionnaire) avec localisation intestinale sont donc exclus de l'enregistrement sous ce code.

Stade des cancers du côlon-rectum

Pour le stade des carcinomes colorectaux, le système TNM est valide et est superposable à la classification de Dukes (révisée) en quatre catégories, selon le tableau synoptique reporté au bas de cette page. La classification de Astler-Coller est aussi utilisée par les registres :

Stade A	lésion limitée à la muqueuse
Stade B1	la lésion atteint la couche musculaire de la musculaire-muqueuse
Stade B2	la lésion envahit la couche musculaire de la musculaire-muqueuse
Stade C1	stade B1 avec envahissement ganglionnaire loco-régional
Stade C2	stade B2 avec envahissement ganglionnaire loco-régional

Toutefois, les stades selon Astler-Coller et la classification de Dukes ne sont pas superposables et ils ne doivent pas être confondus. La classification TNM apparaît comme la mieux adaptée afin de garantir un niveau maximal de sensibilité pour la définition du stade.

STADES TNM ET DUKES DES TUMEURS COLORECTALES			
STADE	TNM	DUKES	DESCRIPTION
I	T ₁ N ₀ M ₀	A	tumeur limitée à la sous-muqueuse
	T ₂ N ₀ M ₀	A	tumeur qui infiltre la couche musculaire de la musculaire-muqueuse mais ne la dépasse pas
II	T ₃ N ₀ M ₀	B	tumeur qui s'étend au-delà de la couche musculaire de la musculaire-muqueuse, dans la graisse péricolique ou péricolique (sous-séreuse) ; les tumeurs qui s'étendent jusqu'à la séreuse (couche externe) sans la dépasser doivent être considérées T ₃
	T ₄ N ₀ M ₀	B	tumeur envahissant la séreuse (péritoine viscéral) ou les organes contigus (utérus, vagin, vessie, prostate, péritoine pariétal)
III	T ₁₋₄ N ₁ M ₀	C	envahissement d'un maximum de 3 ganglions mésentériques ou lombo-aortiques, indépendamment du degré d'infiltration de la tumeur primitive ; en cas de micrométastases (détectées par immunohistochimie ou à l'aide de techniques moléculaires), l'avis du pathologiste sera demandé ; de même, les ganglions présentant de la mucine et aucun élément cellulaire sont à considérer comme métastases.
	T ₁₋₄ N ₂ M ₀	C	envahissement de plus de 3 ganglions mésentériques ou lombo-aortiques, indépendamment du degré d'infiltration de la tumeur primitive.
IV	T ₁₋₄ N ₀₋₂ M ₁	D	présence de métastases hématogènes (foie, poumon ou autres organes non contigus au côlon-rectum), indépendamment du degré d'infiltration local de la tumeur primitive et de l'envahissement des ganglions mésentériques et lombo-aortiques ; envahissement péritonéal (carcinose péritonéale) ; envahissement des ganglions autres que ceux du mésentère et lombo-aortiques ; métastases à l'épilocon.

Cas particuliers pour la définition du stade

- ◆ la présence de cellules tumorales dans le liquide de lavage péritonéal au moment de l'intervention n'est pas prise en compte pour la détermination du stade ;
- ◆ les tumeurs de la région ano-rectale avec métastases ganglionnaires inguinales sont considérées de stade III (N1-2, Dukes C) ;

- ◆ NX : sont à considérer ainsi

- ◆ les carcinomes colorectaux pour lesquels ne sont pas retrouvés de ganglions mésentériques ou lombo-aortiques dans la pièce opératoire ;
- ◆ les tumeurs pour lesquelles il n'y a pas une documentation clinique ou histo-pathologique suffisante pour une définition précise du stade (ex. : la seule biopsie par endoscopie) ;

- ◆ les polypectomies endoscopiques et transanales qui ne sont pas suivies d'une intervention chirurgicale ou d'une récidive locale avant six mois doivent être considérées de stade I-A ;
- ◆ le stade des tumeurs du rectum traitées par radiothérapie pré-opératoire est complété à part selon les règles de la classification yTNM ;
- ◆ dans le cas où ces informations sont manquantes (notamment l'échographie transrectale), l'absence de cellules tumorales dans la pièce opératoire est interprétée comme NX.

Siège de la tumeur

Le siège de la tumeur est établi sur la base du cadre chirurgical, endoscopique et/ou radiologique. Lorsque celui-ci est équivoque, on tiendra compte en priorité du rapport opératoire puis du rapport macroscopique

d'anatomo-pathologie et des autres examens disponibles. En effet, l'aspect le plus important du point de vue clinique (localisations ganglionnaires et diffusion métastatique) est de savoir si la tumeur a pris origine en amont ou bien sous le repli péritonéal, qui se trouve normalement sur le passage entre le haut rectum et le moyen rectum, du fait que le drainage hématique et lymphatique est différent selon la localisation.

Si la tumeur s'étend à plus d'une sous-catégorie du côlon, on déconseille l'attribution du code C18.8 car trop générique. On conseille de l'attribuer à un seul siège, souvent le plus distal (ex. : une tumeur décrite dans le caecum-ascendant est considérée comme carcinome du côlon ascendant). Les codes C19.9 (jonction recto-sigmoïdienne) et C21.8 (jonction anorectale) restent en revanche valides.

Côlon (C18)		Rectum (C19-21)	
Caecum	C18.0	Jonction recto-sigmoïdienne	C19.9
Appendice	C18.1	Ampoule rectale	C20.9
Côlon ascendant	C18.2	Anus	C21.0
Angle droit du côlon	C18.3	Canal anal	C21.1
Côlon transverse	C18.4	Zone cloacale	C21.2
Angle gauche du côlon	C18.5	Jonction ano-rectale	C21.8
Côlon descendant	C18.6	Sièges multiples synchrones du rectum et de la jonction recto-sigmoïdienne	C20.9
Côlon sigmoïde	C18.7		
Localisations contigües	la plus distale		
Sièges multiples synchrones	lésion de stade plus avancé		
Côlon, SAI	C18.9		

Tumeurs multiples colorectales

Par "tumeurs multiples", on entend la présence de deux tumeurs ou plus du côlon-rectum diagnostiquées simultanément (synchrones) ou à des moments différents (métachrones).

Etant données la complexité de l'argument, la longueur du côlon-rectum, la nécessité d'une majeure sensibilité dans l'enregistrement par rapport aux règles traditionnelles, on suggère de suivre les indications suivantes :

- ◆ tumeurs synchrones : sont considérées synchrones deux tumeurs diagnostiquées simultanément, ou dans un délai de six mois maximum, dans deux segments différents du côlon-rectum ; ou également dans un même segment (ex. : côlon transverse) lorsqu'il existe une preuve sur base technique ou paraclinique et clinico-morphologique qu'il s'agit de deux néoformations différentes ; les tumeurs synchrones sont enregistrées et le stade est compilé comme s'il s'agissait d'une seule tumeur (dans le cas de la jonction recto-sigmoïdienne et du rectum, le code C20.9 doit être utilisé), en se basant sur la lésion de stade plus avancé, et en annotant les différents segments (et par conséquent sous-catégories) intéressés ; aux fins d'inclusion dans les cas incidents, les critères illustrés précédemment s'appliquent ;

- ◆ tumeurs métachrones : sont considérées comme telles deux tumeurs qui se développent dans deux segments différents du côlon-rectum (beaucoup plus rarement dans le même segment) séparées par un délai d'au moins six mois ; chaque tumeur métachrone est enregistrée et le stade est compilé pour l'une indépendamment de l'autre, les règles générales pour l'inclusion dans les cas incidents et pour les estimations de survie restant valides ;
- ◆ récidives locales : les récidives locales, c'est-à-dire les tumeurs naissant sur les tissus autour d'une tumeur primitive déjà opérée, tout comme les tumeurs qui apparaissent jusqu'à 5 ans après le diagnostic sur la ligne de suture des interventions précédentes pour les néoplasies du côlon-rectum, ne font pas l'objet d'enregistrement du fait qu'elles sont considérées comme des tumeurs métachrones ; après 5 ans, ces dernières peuvent être assimilées à de nouvelles tumeurs et incluses dans l'incidence selon les règles générales du CIRC ;
- ◆ cas d'interprétation difficile : après un examen critique attentif, ils sont soumis aux règles générales (ex. : cas NSE) ; deux tumeurs colorectales, une d'origine épithéliale et l'autre d'origine non épithéliale, doivent être considérées comme tumeurs mul-

tiples, quels que soient la localisation, le moment du diagnostic et l'aspect macroscopique.

Enregistrement des polypes et adénomes

En plus de l'activité d'enregistrement des lésions malignes, en particulier lorsque des programmes de dépistage sont prévus, une évaluation de l'incidence des polypes et des adénomes peut être utile. Toutes les lésions doivent alors être recueillies en mentionnant la présence de dysplasie modérée ou grave, indiquée dans le rapport histopathologique.

*M-7680/0	Polype, SAI
*M-7681/0	Polype fibro-épithélial
*M-7563/0	Polype hamartomateux
*M-7204/0	Polype hyperplasique
*M-7682/0	Pseudo-polype inflammatoire
*M-7564/0	Polype juvénile
*M-7690/0	Polypose

Le tableau 4 (p. IV-22) inclut donc toutes les lésions néoplasiques, indépendamment de leur comportement.

Appendice

Les tumeurs de l'appendice les plus fréquentes sont les carcinoïdes, que la CIM-O-3 qualifie à caractère bénin ou malin incertain (code de comportement /1). Il doit cependant être rappelé que la VII^{ème} édition de la classification TNM, non seulement prévoit une définition du stade spécifique aux carcinoïdes et aux tumeurs neuroendocrines intestinales (tandis que celle des carcinomes neuroendocrines est comparable à celle des adénocarcinomes), mais aussi confère le stade T1 aux carcinoïdes de l'appendice. Il s'agit donc d'une tumeur qui doit être enregistrée car sa stadification a été revue au 1^{er} janvier 2010 par la 7^e édition de la classification TNM.

Foie, voies biliaires et pancréas

Il s'agit de cancers à survie courte, souvent identifiés sur la base de l'imagerie diagnostique, sans confirmation microscopique. Le suivi des patients comporte parfois un diagnostic ambulatoire et un profil de prise en charge sans hospitalisation, avec recours aux soins palliatifs à domicile ou en structure d'accueil.

Dans le cas du foie, il convient de faire attention à de possibles faux positifs ou faux négatifs qui dérivent :

- ◆ de dénominations erronées entre carcinomes primitifs multifocaux et métastases, et il est alors utile de vérifier le parcours clinique du patient ;
- ◆ de dénominations erronées entre des tumeurs primitives malignes et des tumeurs bénignes ou lésions d'autre nature (ex. : cirrhose macronodulaire).

Pour cette localisation, divers cas NSE ou DCI devraient donc être identifiés. Il est de ce fait recommandé d'accéder aux informations d'imagerie diagnostique, de laboratoire (marqueurs) et de soins palliatifs. L'information relative à des procédures thérapeutiques particulières (ex. : chimio-embolisation ou pose d'un stent) devrait être recherchée sur les documents cliniques et administratifs utilisés par le registre. Pour les tumeurs du pancréas endocrine on renvoie au paragraphe consacré aux glandes endocrines.

Tumeurs du poumon

Le diagnostic des tumeurs pulmonaires est parfois posé à travers la seule imagerie diagnostique et sans confirmation microscopique pour fournir la description de l'état du patient et l'agressivité de la tumeur. Le suivi des patients se résume parfois à des soins palliatifs à domicile ou en structure d'accueil.

Il convient là encore de faire attention aux possibles faux positifs ou faux négatifs du fait d'un classement erroné en tumeurs primitives ou métastases pulmonaires. Il est alors utile de vérifier le parcours clinique précédent. Il est cependant important de toujours retenir valide une conclusion diagnostique de néoplasie pulmonaire primitive, même en présence de néoplasies précédentes.

Un certain nombre de cas NSE ou DCI est attendu pour cette localisation. L'accès aux données d'imagerie diagnostique permet d'attribuer un stade à la tumeur sur la base des informations sur la localisation, l'extension de la tumeur et les ganglions lymphatiques atteints.

Pour ces tumeurs, la cytologie des épanchements pleuraux peut être une méthode diagnostique importante. Dans la VI^{ème} édition de la classification TNM, une telle situation correspondait à une tumeur de stade T4, tandis que dans la VII^{ème} édition (utilisée depuis janvier 2010) elle identifie une tumeur M1a.

On souligne qu'avec l'introduction de la CIM-10 dans le codage de la mortalité, en cas de cancers simultanés, les premières règles de classification ont imposé de considérer une tumeur pulmonaire [5] :

- ◆ primitive si celle-ci est définie comme "cancer bronchique" ou "bronchogène" ;
- ◆ primitive si le poumon est décrit différemment (même comme métastase) et que sont mentionnés les sites primitifs suivants : cœur, diaphragme, cerveau, foie, ganglions, médiastin, méninges, moelle épinière, os, péritoine, plèvre, poumon, rétropéritoine, sièges mal définis et classés C76 ;
- ◆ secondaire si le poumon est décrit différemment et que sont mentionnés les sites non inclus dans la liste précédente (ex. : sein, prostate, côlon, etc.) ;
- ◆ des comportements analogues sont à suivre pour les autres sites fréquemment siège de métastases (foie, cerveau).

Mésothéliome

Il s'agit d'une néoplasie assez rare (0,4% de l'incidence tumorale chez les hommes et 0,2% chez les femmes [7]), caractérisée par une forte létalité et associée à l'exposition à l'amiante, ce qui sous-entend une potentielle exposition soit professionnelle soit environnementale.

Dans tous les cas, de manière à suivre le même comportement que pour les autres sites tumoraux et respecter les règles du CIRC, l'enregistrement comme mésothéliome malin peut être effectué seulement en présence d'une histologie positive qui soit compatible avec le diagnostic de mésothéliome ; en présence de cytologie maligne qui ne valide pas le diagnostic ou de la seule imagerie diagnostique, il est préférable d'utiliser les codes M-8001 ou M-8000 avec comportement /1 ou /3 selon les cas.

Dans les rapports d'incidence sont donc incluses dans le groupe des mésothéliomes toutes les tumeurs enregistrées comme telles et attribuables aux sites plèvre, péritoine, péricarde ou tunique vaginale du testicule. S'agissant d'une maladie systémique, un second cas de mésothéliome chez le même sujet ne doit pas être considéré comme un cas multiple et n'entre pas dans l'incidence.

Sarcomes

Dans cette catégorie morphologique sont comprises de nombreuses tumeurs malignes du tissu conjonctif (qui comprend les tissus musculaire, osseux et cartilagineux, vasculaire, adipeux et fibreux). Ces tissus sont présents dans certains organes (intestin, foie, poumon, etc.) : le code topographique de référence est alors le code de la CIM-O qui correspond au site tumoral.

Quand la tumeur ne prend pas origine dans un organe ou un site spécifique, les codes topographiques relatifs au tissu conjonctif, au tissu sous-cutané et aux autres tissus mous (C49.-), qui regroupent également les vaisseaux sanguins et lymphatiques, doivent être utilisés ; les sarcomes du système nerveux périphérique et autonome se codent en C47.-, tandis que ceux de l'os et du cartilage se codent en C40.- ou C41.-, ce dernier regroupe par ailleurs les tumeurs dentaires (carcinomes et sarcomes) citées dans le tableau relatif aux tumeurs de la cavité buccale.

Les tumeurs bénignes des parties molles sont fréquentes, mais ne sont enregistrées que celles à localisation intracrânienne ou intra-axiale (y compris les angiomes intracrâniens acquis). Les sarcomes sont plutôt rares et se répartissent en trois groupes d'agressivité différente : groupe à invasion locale ou loco-régionale, groupe à potentiel de diffusion métastatique limité, groupe à potentiel de diffusion métastatique élevé. Le tableau 7 (p. IV-25) ne concerne que les formes ma-

lignes et permet d'identifier l'appartenance à un de ces groupes.

Cependant, les sarcomes présentent divers problèmes d'ordre pratique :

- ◆ les coupes histologiques sont souvent revues par des centres d'excellence, qui modifient parfois le diagnostic morphologique : il est nécessaire de prendre en compte les dossiers médicaux ou les rapports de pathologie successifs, sans modifier la date d'incidence identifiée au départ,
- ◆ il arrive que le comportement attribué au départ soit incompatible avec l'agressivité de la maladie : le suivi du patient permet de modifier la donnée morphologique sans intervenir sur la date d'incidence.

Il faut enfin souligner que le sarcome de Kaposi, compris parmi les tumeurs vasculaires, est considéré comme une maladie systémique : seule la première localisation est prise en compte dans l'incidence. La CIM-10, contrairement à la CIM-O-3, ne permet pas d'indiquer le site d'origine du sarcome de Kaposi.

Tumeurs de la peau

Pour une attribution correcte du site tumoral, on rappelle que les tumeurs de la peau des sites suivants sont exclues du code C44.- :

- ◆ vulve (C51.-)
- ◆ peau de la verge (C60.9)
- ◆ peau du scrotum (C63.2)

Pour l'enregistrement des tumeurs cutanées multiples on renvoie aux règles générales de la CIM-O. Rappelons que seule la topographie du site de première apparition est prise en compte dans l'incidence, et que les tumeurs cutanées non mélaniques ne sont pas incluses dans les études de survie. Le fait que les sous-catégories topographiques disponibles dans la CIM-O pour ce site tumoral soient très nombreuses limite la réalisation d'études détaillées.

Le tableau 8 (p. IV-26) suggère un schéma de codage plus détaillé de cette situation (source ENCR [9]).

Les cancers cutanés de type épidermoïde et/ou basocellulaire peuvent ne pas faire l'objet du recueil effectué par le registre, mais ce choix doit être précisé dans la documentation qui accompagne les données.

Un registre peut ainsi décider d'enregistrer ces tumeurs (comme cela est indiqué dans les recommandations internationales ENCR – novembre 2000), sur la base de ses ressources et intérêts, et en accord avec ces trois possibilités :

- ◆ enregistrer toutes les tumeurs malignes cutanées ;
- ◆ enregistrer toutes les tumeurs malignes cutanées, à l'exception des carcinomes basocellulaires (CIM-O-3 : M-809-811) de la peau C44.- (en enregistrant ceux de l'appareil génital) ;

- ◆ enregistrer toutes les tumeurs cutanées malignes, à l'exception des carcinomes basocellulaires et des carcinomes squameux (ou épidermoïdes) C44.- (CIM-O-3 : M-805-811), en enregistrant ces lésions siégeant à l'appareil génital.

D'une façon générale, il est conseillé d'enregistrer ces tumeurs également dans les situations suivantes :

- ◆ tumeurs cutanées de sites critiques (paupière, canal auditif externe) ;
- ◆ tumeurs cutanées à forte agressivité locale (ulcère rongeur ou de Jacobi, etc.) ou métastatiques ;
- ◆ tumeurs cutanées reportées dans les certificats de décès.

Mélanome

Selon les règles de la CIM-O, le code topographique à attribuer est le site d'origine, y compris la peau ; dans la CIM, les mélanomes cutanés ont un code propre (CIM-9 : 172.- ; CIM-10 : C43.-).

Les informations utiles pour établir un pronostic sont le niveau de Clark et l'épaisseur de la tumeur selon Breslow ; si elles sont disponibles, ces données doivent être prises en compte, notamment pour les études plus détaillées.

D'après les recommandations du CIRC pour cette pathologie, il est possible d'accepter le code morphologique spécifique également en l'absence de rapport d'histopathologie (et donc avec un niveau diagnostique clinique/paraclinique).

L'évaluation du stade pT du mélanome cutané se base sur la mesure de son épaisseur selon les critères révisés en 2002 par l'AJCC [10], qui se différencient de ceux qui étaient suivis auparavant (1997).

Des codes morphologiques site-spécifiques sont prévus pour les lésions prenant origine ailleurs que sur la peau (parties molles ou tissus mous, méninges).

Dans le cas où le diagnostic histologique est établi sur une métastase et que le site de la lésion primitive n'est pas connu, on conseille de procéder comme suit :

- ◆ suivre le patient dans le temps de façon à recueillir l'information du site d'origine,
- ◆ si d'autres examens diagnostiques (imagerie, endoscopie) émettent une suspicion de localisation viscérale, le code topographique de ce viscère doit être attribué,
- ◆ dans le cas contraire, le code topographique C44.9 doit être choisi et associé aux codes CIM-9 : 172.9 et CIM-10 : C43.9, correspondant à Peau, SAI ; en effet, dans le développement clinique du mélanome, une des possibilités de début de maladie est représentée par la transformation d'un naevus ou par des formes particulièrement agressives qui ne sont pas facilement diagnostiquées. Il est d'autre part possible que, dans les cas déjà métastatiques, l'examen ayant recherché le siège tumoral primitif advienne lors d'une consultation ambulatoire et ne conduise

pas à des décisions thérapeutiques de type chirurgical ou nécessitant une hospitalisation.

Le mélanome juvénile, ou naevus de Spitz, est en réalité une lésion bénigne, aujourd'hui mieux connue sous le nom de naevus à cellules épithélioïdes et à cellules fusiformes (CIM-O-3 : M-8770/0).

CRITÈRES DE CLASSIFICATION DES MÉLANOMES CUTANÉS (AJCC, 2002)

Stade pT	Epaisseur	Présence d'ulcération
pT1	Jusqu'à 1,0 mm	a: sans ulcération et niveau II/III b: avec ulcération ou niveau IV/V
pT2	1,01-2,0 mm	a: sans ulcération b: avec ulcération
pT3	2,01- 4,0 mm	a: sans ulcération b: avec ulcération
pT4	> 4 mm	a: sans ulcération b: avec ulcération

Sarcome de Kaposi

Ce sarcome est une tumeur dont le diagnostic est accepté avec un degré de certitude élevé même en l'absence de diagnostic histo-pathologique. La présence du code morphologique correspondant (CIM-O-3 : M-9140/3) est par conséquent acceptée par le CIRC même avec la base diagnostique clinique/paraclinique.

La classification CIM-10, contrairement à la CIM-9, prévoit un code spécifique pour cette pathologie (C46). Le sarcome de Kaposi peut se présenter dans d'autres organes que la peau mais n'est considéré qu'une seule fois dans l'analyse de l'incidence, en accord avec les règles de la CIM-O sur les tumeurs systémiques.

Tumeurs du sein

Les tumeurs du sein représentent un secteur particulièrement important pour la majorité des registres, autant du point de vue du volume de cas incidents (elle est la première tumeur maligne dans le sexe féminin, environ 30% de toutes les tumeurs malignes incidentes chez les femmes), que du point de vue des programmes de dépistage mammographique. Le registre doit répondre avec des stratégies visant à :

- ◆ augmenter la sensibilité des informations, en fournissant des détails sur la caractérisation de la lésion (type histologique, grade) et sur son stade (en relevant les informations en mesure de décomposer ultérieurement le stade TNM et enquêter sur l'impact de la méthode du ganglion sentinelle) ;
- ◆ mettre en place un rapport plus étroit avec le domaine clinique, en particulier avec les parcours diagnostiques et de prise en charge, pour une dispersion mineure de toutes les informations utiles à ca-

racteriser la lésion et à décrire les thérapies et le monitoring de suivi des patients ;

- ◆ valoriser le recueil des variables de caractérisation biologique (récepteurs, activité proliférative, oncogènes, anti-oncogènes ou gènes suppresseurs de tumeurs) utilisées couramment dans l'évaluation pronostique de chaque nouveau cas ;
- ◆ établir un rapport de collaboration avec les centres de dépistage présents sur le territoire, de manière à documenter avec précision le statut de chaque patient par rapport au programme de dépistage.

Le respect des critères et des règles générales d'incidence étant retenu indispensable, il est important de prévoir l'enregistrement de toutes les lésions (*in situ* et invasives) de ces tumeurs, indépendamment de la latéralité et de la période temporelle, chaque fois qu'une lésion ne peut pas être attribuée à une récurrence d'un cas précédent, en prenant soin de documenter également la focalité de la tumeur.

Les variables additionnelles à recueillir peuvent être définies selon les exigences des registres et les expériences des études nationales et régionales du pays, à partir de la liste reportée dans le tableau 10 (p. IV-30) [12-14]. Etant donnée la grande importance de la pa-

thologie, les tableaux 11 à 13 (p. IV-31, IV-32, IV-33) reportent plusieurs annotations topographiques, le stade des tumeurs mammaires et la classification pTNM des 6^{ème} et 7^{ème} éditions [16]. Depuis le 1er janvier 2010, la classification TNM de référence est la 7^{ème} édition.

Tumeurs des organes génitaux féminins

Col de l'utérus

Grâce aux actions de prévention et de diagnostic précoce qui se répandent toujours plus dans les pays riches, les carcinomes du col de l'utérus sont en diminution dans de nombreux pays. Chez certaines catégories de personnes à risque (femmes âgées, immigrées), les pratiques de dépistage, spontané ou organisé, semblent moins courantes, tout comme dans divers pays en voie de développement. Le dépistage détermine l'identification de lésions pré-malignes qui, si elles ne sont pas traitées, peuvent aboutir, dans une faible proportion, à un carcinome invasif après un certain nombre d'années. Pour cette raison, alors que le nombre de cas de lésions invasives est en diminution, l'incidence des formes pré-malignes est en forte augmentation (généralement identifiables comme lésions NIC II et NIC III/carcinome *in situ*) et celles-ci représentent d'ailleurs la vraie cible du dépistage.

FORMES INVASIVES	
Variable	Description
date de l'intervention chirurgicale	Date de l'intervention chirurgicale principale
intervention chirurgicale	type d'intervention effectuée : <ul style="list-style-type: none"> ❖ intervention conservatrice (biopsie élargie ou conisation) ❖ hystérectomie ❖ hystérectomie élargie ❖ non réalisée ❖ inconnu
pT	codage complet TNM
pN	codage complet TNM
ganglions totaux	nombre de ganglions totaux examinés
ganglions positifs	nombre de ganglions métastatiques
cellules tumorales isolées	présence de cellules tumorales isolées
immunohistochimie stade N	exécution d'une analyse d'immunohistochimie pour le stade pN
M	présence de métastases à distance au diagnostic, codage selon TNM
stade FIGO	
date première invitation	date de première invitation au programme de dépistage
date premier examen de dépistage	date d'exécution du premier examen de dépistage
dates invitations suivantes	utiliser n variables pour les n invitations au dépistage de la patiente
dates examens suivants	utiliser n variables pour les n examens de dépistage de la patiente
état par rapport au dépistage	proposition de classification: voir chap. 2, " Programmes de dépistage "

Si le registre décide d'étendre l'enregistrement aux formes pré-malignes (en particulier NIC II, NIC III/carcinome *in situ*), les variables additionnelles reportées au **tableau 15** peuvent être utilisées (p. IV-35). Pour une classification correcte des lésions décrites

dans les rapports de pathologie comme « dysplasie grave », « dysplasie modérée avec aspects de dysplasie grave et de NIC III », il est recommandé de vérifier le type de lésion auquel ils se réfèrent auprès des centres de référence du dépistage du col de l'utérus et/ou au-

près des services d'anatomo-pathologie. En effet, des différences entre les structures peuvent exister :

- ◆ certains considèrent qu'une NIC III n'est pas assimilable au carcinome *in situ* ;
- ◆ pour d'autres, dysplasie grave et NIC III peuvent ne pas être équivalents.

Le second aspect est le plus important. En effet, devant les termes NIC III ou NIC II/NIC III, les registres doivent recourir au code morphologique M-8077/2 (CIM-O-3). En ce qui concerne le stade, on souligne l'importance des niveaux d'infiltration et le fait que l'extension au corps utérin ne doit pas être prise en compte.

En cas d'adénocarcinomes repérés dans le canal cervical, il convient de préciser si l'origine de la tumeur est cervicale ou corporelle. Il faut en effet éviter le plus possible d'utiliser le code C55.9 (utérus, sans précision), ce dernier représentant un indicateur de mauvaise qualité de l'enregistrement.

Corps de l'utérus

Les cancers du corps de l'utérus sont caractérisés par l'invasion myométriale et par l'extension aux organes voisins, informations qu'il faut donc relever lors de l'enregistrement. L'évaluation de l'extension au canal cervical revêt une importance particulière du fait qu'elle permet de distinguer les cancers primitifs du segment utérin inférieur ayant rejoint le canal cervical, des cancers du canal cervical envahissant le corps utérin, ou encore des cancers du corps utérin et du canal cervical indépendants l'un de l'autre.

Les mêmes précautions doivent être prises en présence d'extension présumée à la vessie et au rectum, pour lesquels la publication *TNM Supplement 1993. A commentary on uniform use* a introduit une nette distinction (voir tableau 18, p. IV-38).

Ovaires et trompes de Fallope

L'enregistrement des tumeurs ovariennes et des trompes est source de difficultés du fait des tumeurs kystiques à la limite de la malignité (*borderline*) codées /1 dans la CIM-O-1 puis /3 dans la CIM-O-2 et de nouveau /1 dans la CIM-O-3 ; cet aspect justifie la contrainte de l'enregistrement des formes *borderline*, afin de vérifier les cohortes des dernières années et d'évaluer au mieux la survie.

La tumeur de Krukenberg nécessite une mention particulière. Il s'agit d'un carcinome généralement localisé aux ovaires (souvent bilatéral) avec des caractéristiques histologiques de cellules en bague à chaton ou de carcinome gélatineux (M-8490/3). Sa nature primitive ovarienne est exceptionnelle, alors que dans la quasi totalité des cas, cette localisation représente une métastase dont l'origine est l'estomac (plus rarement dans d'autres parties de l'intestin).

L'adénocarcinome endométrioïde peut se localiser aux ovaires et aux trompes de Fallope (mais aussi dans d'autres sites tels que côlon, appendice et péritoine). Cette situation peut être due à une diffusion de la tumeur primitive utérine ou à l'apparition du néoplasme dans une endométriose (endomètre utérin ectopique) : l'avis du pathologiste et du clinicien est alors nécessaire.

Autres organes génitaux féminins

On rappelle l'importance de l'enregistrement des tumeurs malignes épithéliales de la peau de la région génitale (épithélioma basocellulaire, carcinome épidermoïde et toutes leurs variantes), même si le registre a choisi d'exclure ces tumeurs pour les autres sites de la peau.

Tumeurs des organes génitaux masculins

Prostate

Le cancer de la prostate a maintenant l'incidence la plus élevée chez les hommes, qui est caractérisée par une grande variabilité spatiale due à la diffusion inégale du test de l'antigène prostatique spécifique (PSA) dans les diverses populations. La forte augmentation de l'incidence observée semble plus liée à l'augmentation de la sensibilité diagnostique due à l'emploi du test qu'à l'augmentation des facteurs de risque : la mortalité enregistrée montre en effet une faible mais constante tendance à la diminution.

Bien qu'un programme de dépistage organisé ne soit pas justifié pour cet organe, comme le soutient la littérature scientifique à ce sujet [18], il peut tout de même être demandé aux registres un monitoring plus important des cas incidents, dans le but d'évaluer l'impact des procédures de dépistage spontané et leurs retombées sur la thérapie et le pronostic des patients.

On propose donc une série de variables supplémentaires pour une meilleure définition qualitative de l'incidence (voir tableau 24, p. IV-45) ainsi que plusieurs tableaux relatifs à la classification TNM, au stade et au grade sur la base du score de Gleason (tableaux 25-27, p. IV-25).

Il faut par ailleurs garder en mémoire que même si les règles ENCR 1999 acceptent le diagnostic non microscopique de la tumeur prostatique maligne, reconnaissant le PSA comme marqueur pour des valeurs supérieures à 10 µg/l (10 ng/ml) [19], ce manuel retient une règle différente selon laquelle en l'absence de confirmation histologique, la seule donnée de PSA est insuffisante à confirmer le diagnostic de carcinome prostatique [20]. Le PSA augmente lorsque les structures glandaires sont endommagées (tumeur prostatique, infections, hyperplasie prostatique bénigne) : il est donc extrêmement sensible mais peu spécifique (tableau 28, p. IV-49).

De ce fait, les cas de carcinome prostatique suspectés seulement sur la base du dosage du PSA et non confirmés histologiquement doivent être considérés comme des cas NSE.

La classification morphologique peut être établie, en l'absence de diagnostic histologique, si et seulement si elle est explicitement confirmée par le clinicien sur la base d'examen hématochimiques, cliniques ou d'imagerie, et peut être alors supportée par le code 2 de la base de diagnostic.

Verge, scrotum et testicule

On rappelle l'importance de réaliser l'enregistrement des néoplasies épithéliales de la peau de la région génitale (épithélioma basocellulaire, carcinome épidermoïde et toutes leurs variantes), même si le registre a choisi d'exclure ces tumeurs pour les autres sites de la peau.

Tumeurs des voies urinaires

Vessie et voies urinaires

La tumeur de la vessie urinaire est une néoplasie fréquente, en particulier chez les hommes, et est caractérisée par une histoire clinique ponctuée de récurrences et de traitements par voie intravésicale avec BCG (Bacille Calmette-Guérin) et chimio-thérapeutiques.

La courbe de l'incidence est en augmentation dans les deux sexes, en particulier dans les classes d'âge plus élevées, tandis que la mortalité est en réduction et que la survie relative démontre une modeste amélioration [24].

L'incidence élevée de ces tumeurs, la variation de leurs tendances temporelles, leur possible origine professionnelle (estimée à 17% des cas) [25], impliquent la nécessité de disposer de données fiables et comparables. Pour obtenir de telles données, comme il a déjà été souligné dans les sections générales du manuel, il est indispensable de suivre des critères rigoureux et standardisés d'enregistrement et de codage. Pour les tumeurs de la vessie, les difficultés sont maintenant bien identifiées et en grande partie inhérentes à l'histoire naturelle et à la nosographie de ces lésions [26-28].

Problèmes d'enregistrement

Plus de 90% des tumeurs de la vessie sont des carcinomes à cellules transitionnelles qui partent de l'urothélium et qui peuvent se présenter comme des tumeurs planes ou, plus souvent, avec une architecture papillaire. Dans 6-8% des cas, il s'agit en revanche de tumeurs épidermoïdes et dans 2% d'adénocarcinomes (morphologies qui ne présentent pas de difficulté d'enregistrement) [29]. Les adénocarcinomes peuvent prendre leur origine soit dans des résidus de l'ouraqué, soit dans des zones de métapla-

sie de l'épithélium transitionnel à la suite d'irritations chroniques [30].

Les tumeurs à cellules transitionnelles où sont signalés des aspects de différenciation squameuse ou sarcomatoïde ne sont pas rares. Dans ces cas, la morphologie à attribuer reste celle de la tumeur de base, et il serait une erreur d'introduire de nouveaux cas seulement à cause de la présence d'aspects dont les morphologies appartiennent à des groupes différents selon les critères CIM-CIRC. En cas de doute, il est utile de consulter le pathologiste.

Les problèmes d'enregistrement des tumeurs urothéliales sont dus à la succession de classifications différentes, de l'histoire naturelle particulière de la tumeur (caractérisée par la tendance à récidiver) et par la présence d'une phase de développement intra-épithélial. Cette phase, dans les formes papillaires, n'est pas toujours facile à distinguer de la phase invasive, du fait d'un diagnostic souvent émis sur de petits fragments biopsiques où il peut être difficile d'établir avec certitude le caractère invasif ou non de la lésion.

Cette difficulté a souvent été soulevée dans le passé et a amené à inclure dans les cas incidents toutes les tumeurs de l'épithélium transitionnel, y compris les formes de comportement bénin ou malin incertain ou *in situ*.

La pratique d'inclure dans l'incidence toutes les tumeurs urothéliales, qui s'est interrompue dans la sixième édition de *Cancer Incidence in Five Continents*, a ensuite été reprise, le codage opéré par de nombreux registres n'étant pas exhaustif, et cette pratique est encore suivie aujourd'hui de façon à maintenir une continuité dans l'évaluation des évolutions temporelles [32]. Il est cependant nécessaire qu'il soit toujours possible de distinguer les cas de cancers initialement invasifs, notamment pour le calcul de la survie, qui doit être conduit seulement sur ces derniers, et pour évaluer s'il existe des différences spatiales d'enregistrement dues au codage de ces néoplasies.

Classifications

Il existe de nombreuses classifications de tumeurs urothéliales de la vessie ; les deux versions officialisées par l'OMS et publiées dans la série des *Blue Books* sont reportées dans ce manuel : la classification historique *OMS 1973* [33] et celle de la *OMS 2004* [34], plus récemment mise à jour et qui a adapté la classification OMS/ISUP de 1998 [35] (voir encadré). Dans l'activité de recueil, on peut être confronté à des diagnostics formulés sur la base d'autres classifications. Afin de remédier à ces situations controversées, en 1995 l'ENCR a produit une série de recommandations.

Recommandations ENCR (1995)

Elles établissent que :

- ◆ toutes les tumeurs de la vessie doivent être enregistrées, quels que soit le type histologique et le degré d'infiltration ;
- ◆ le codage du comportement tumoral doit tenir compte autant de la définition anatomo-pathologique que de la notion d'infiltration ; il est donc indispensable d'avoir accès aux comptes-rendus de chaque examen histologique ;
- ◆ le code de comportement /1 doit être attribué aux tumeurs urothéliales papillaires de bas grade et d'histologie normale ou légèrement atypiques, non invasives, qui selon les différentes classifications anatomo-pathologiques peuvent être appelées :
 - ◆ papillome bénin ou simple,
 - ◆ tumeur excréto-urinaire papillaire (tumeur urothéliale papillaire)
 - ◆ carcinome de stade 1 (classification de Broders),
 - ◆ carcinome papillaire bien différencié (classification de Jewett),
 - ◆ carcinome de grade 1 (OMS 1973),
 - ◆ classes I et II (classification de Chomé),
 et ne montrant aucun signe d'infiltration ;
- ◆ le code de comportement /3 doit être attribué aux tumeurs qui présentent une infiltration, quelle que soit leur définition anatomo-pathologique ;
- ◆ dans les cas particuliers suivants, on doit coder :
 - ◆ 8010/2 les carcinomes *in situ* montrant clairement une anaplasie de l'épithélium de surface, sans formation de structures papillaires et sans infiltration,
 - ◆ /1 les tumeurs pour lesquelles l'examen anatomo-pathologique fait état de l'existence d'un carcinome mais où il n'est pas possible de préciser le degré d'infiltration sur la pièce opératoire examinée,
 - ◆ 8000/0 les tumeurs sans confirmation microscopique cliniquement bénignes,
 - ◆ 8000/1 les tumeurs sans confirmation microscopique de comportement clinique incertain,
 - ◆ 8000/3 les tumeurs sans confirmation microscopique cliniquement malignes.

Dans le cas où l'unique source d'information sur la morphologie est une cytologie urinaire positive pour cellules tumorales et sachant que le comportement à attribuer est /1, on retient opportun de procéder à l'identification du site tumoral comme suit :

- ◆ le cas doit être suivi dans le temps pour une meilleure définition diagnostique ;
- ◆ si un autre examen (radiologie, endoscopie, scanner) signale une lésion macroscopique sur un site en particulier, le code topographique de ce site est alors attribué ;
- ◆ dans le cas contraire, le code topographique C68.9 est attribué (Appareil urinaire, SAI).

CLASSIFICATIONS OMS DES TUMEURS UROTHÉLIALES VÉSICALES

OMS 1973

Tumeurs papillaires urothéliales

- ❖ Papillome
- ❖ Carcinome de grade 1
- ❖ Carcinome de grade 2
- ❖ Carcinome de grade 3

OMS 2004

Tumeurs urothéliales non invasives

- ❖ Hyperplasie (plane et papillaire)
- ❖ Atypie réactive
- ❖ Atypie de signification incertaine
- ❖ Dysplasie urothéliale (néoplasie intra-urothéliale de bas grade)
- ❖ Carcinome urothélial *in situ* (néoplasie intra-urothéliale de haut grade)
- ❖ Papillome urothélial
- ❖ Papillome inversé urothélial
- ❖ Néoplasie urothéliale papillaire à faible potentiel de malignité
- ❖ Carcinome urothélial papillaire non invasif de bas grade
- ❖ Carcinome urothélial papillaire non invasif de haut grade

Tumeurs urothéliales invasives

- ❖ avec invasion du tissu conjonctif de la muqueuse (lamina propria)
- ❖ avec invasion de la musculaire-muqueuse (muscularis mucosae)

Tumeurs multiples de la vessie

Un autre chapitre important qui concerne les tumeurs de la vessie et plus généralement l'épithélium transitionnel est celui qui porte sur la multiplicité tumorale. A ce sujet, les règles de la CIM-O-3 établissent que dans le cas d'une tumeur de la vessie et d'une tumeur dans un autre organe de l'appareil urinaire (ex. : bassinnet), celles-ci sont considérées multiples. Les nouvelles règles IARC 2004 introduisent en revanche toutes les voies urinaires (bassinnet, uretère, vessie et autres organes urinaires) parmi les sites qui doivent être considérés uniques à des fins de multiplicité tumorale, établissant qu'en cas de tumeurs métachrones, seule la première tumeur est enregistrée et qu'en cas de tumeurs synchrones, c'est le code C68.9 qui est utilisé (Appareil urinaire, SAI) [36].

Cette modification, qui sans aucun doute est justifiée du point de vue biologique et clinique, risque néanmoins de modifier les taux d'incidence pour les tumeurs de l'appareil urinaire en provoquant leur diminu-

tion artificielle et en rendant plus difficile, si cela n'est pas pris en compte, l'interprétation des évolutions temporelles.

Afin d'évaluer l'évolution réelle des tendances temporelles il est conseillé d'enregistrer toutes les tumeurs et de calculer les différences d'incidence qui s'obtiennent en utilisant les deux règles différentes. Il est toujours possible d'exclure ensuite de l'incidence les tumeurs multiples ; pour cela le code spécifique "X" de la variable "Type de cas" peut être utilisé pour les tumeurs successives à la première (voir chap. 2 : le code "X" représente les cas exclus après application des règles IARC 2004).

Il faut procéder de façon analogue lorsque la première tumeur vésicale a pour comportement /1 ou /2 et qu'elle est suivie par une tumeur maligne. Cette seconde tumeur doit être enregistrée (et considérée selon les critères d'inclusion des différents rapports d'incidence), mais la morphologie, le comportement et la date d'incidence du premier cas ne doivent pas être modifiés ; il faut alors utiliser le code "Z" de la variable "Type de cas" (voir chap. 2 : le code "Z" identifie les seconds cas du même site).

Conclusions et suggestions

- ◆ Toutes les tumeurs de la vessie doivent être enregistrées.
- ◆ Pour ces tumeurs, les registres doivent toujours consulter le diagnostic histologique complet. Dans le compte-rendu anatomo-pathologique, l'information sur l'infiltration de la tumeur, de grande importance pronostique, est toujours fournie de façon explicite sous forme de pT ou dans la description microscopique ; de plus, si les conditions du prélèvement ne permettent pas de définir si la tumeur est invasive, ceci est toujours clairement indiqué dans le compte-rendu.
- ◆ Les registres qui n'ont pas la possibilité d'accéder au diagnostic complet doivent le déclarer et doivent pouvoir vérifier, au moins sur un échantillon, que les données codées qu'ils reçoivent sont correctes.
- ◆ Il est important de garder en mémoire que l'attitude à adopter dans le codage morphologique des tumeurs urothéliales se base en réalité sur des critères très simples à appliquer :
 - ◆ si la tumeur est plane : M-8120,
 - ◆ si la tumeur est papillaire : M-8130,
 - ◆ si la tumeur est invasive, pT 1 ou plus : code de comportement tumoral /3,
 - ◆ si la tumeur est non invasive, pTa ou pTis : codes de comportement /1 ou /2.
- ◆ Il est nécessaire de faire correspondre au code de comportement les codes des CIM-9 et CIM-10 comme suit :

Code de Comportement	Code CIM 9	Code CIM 10
/1	236.7	D41.4
/2	233.7	D09.0
/3	188.	C67.

- ◆ en ce qui concerne les publications réalisées en collaboration, il est prudent de publier les données de survie regroupées ou agrégées avec et sans celles des tumeurs de la vessie, comme cela a déjà été fait par le passé [37]. Ceci du fait que ces tumeurs ont une incidence élevée, pouvant engendrer des différences injustifiées dans les taux de survie. Ces différences peuvent à leur tour affecter la solidité des estimations de survie pour l'ensemble de toutes les tumeurs.
- ◆ pour l'interprétation correcte des évolutions de l'incidence, il est conseillé d'appliquer les nouvelles règles sur les tumeurs multiples à toute la base de données centrale, de façon à ne pas altérer artificiellement les tendances temporelles.

Rein

Les tumeurs du parenchyme rénal rencontrent des difficultés diagnostiques majeures par rapport à celles des voies urinaires (parmi lesquelles le bassinnet), du fait qu'elles présentent généralement des symptômes précoces. Elles sont en effet souvent décelées au cours d'examen d'échographie ou de radiographie effectués pour d'autres raisons et dans certains cas à travers l'apparition de métastases.

Il faut signaler par ailleurs que les règles de la CIM-O-3 établissent que dans le cas d'une tumeur du rein et d'une deuxième tumeur dans une autre région de l'appareil urinaire, à l'exception de la vessie (ex. : bassinnet), celles-ci ne sont pas considérées comme multiples. Les nouvelles règles IARC 2004 prévoient en revanche que le rein représente une tumeur multiple par rapport aux néoplasies des voies urinaires (bassinnet, uretère, vessie et autres organes urinaires).

Tumeurs du système nerveux central (SNC) et périphérique et tumeurs intracrâniennes et intramédullaires

Cas à enregistrer

Il est conseillé aux registres d'inclure dans leur base de données toutes les tumeurs intracrâniennes et intramédullaires, indépendamment de leur comportement biologique (bénin, incertain, malin), selon les recommandations internationales de l'ENCR. Néanmoins, seules les lésions de comportement malin rentrent dans l'analyse de l'incidence de *Cancer Incidence in Five Continents*, comme cela est établi depuis la publication du VII^{ème} volume.

Les principales raisons de ce choix sont :

- ◆ la difficulté de distinguer les néoplasies bénignes des malignes en se basant uniquement sur les symptômes ;
- ◆ le fait que toutes les tumeurs cérébrales et de la moelle épinière sont susceptibles de produire des effets cliniques sévères, indépendamment de leur malignité biologique, et que leur traitement implique le recours à la chirurgie ;
- ◆ les syndromes étiologiques et cliniques associés à certaines tumeurs bénignes peuvent être d'un intérêt particulier (méningiomes, tumeurs de l'hypophyse ou pituitaires) ;
- ◆ certaines tumeurs (ex. : astrocytomes) progressent des formes à bas grade (bénignes, de meilleur pronostic) vers des formes à haut grade (malignes) au cours de leur évolution clinique.

L'enregistrement intéresse les tumeurs suivantes, indépendamment du comportement :

- ◆ tumeurs du système nerveux central (cerveau et moelle épinière),
- ◆ tumeurs des nerfs intracrâniens, dans l'espace endocrânien et/ou sous-dural (sous-arachnoïdien) ; pour les nerfs optique et auditif, toute la zone jusqu'à l'organe sensoriel périphérique est considérée, y compris ce dernier,
- ◆ tumeurs des racines nerveuses des nerfs spinaux, quand leur localisation est sous-arachnoïdienne ou sous-durale (à classer avec le siège correspondant à un site de moelle épinière),
- ◆ tumeurs des méninges cérébrales et rachidiennes,
- ◆ tumeurs des glandes endocrines intracrâniennes (hypophyse, épiphyse, canal craniopharyngé, corpuscule carotidien localisé dans l'espace intracrânien/intra-osseux),
- ◆ lymphomes extra-ganglionnaires intracrâniens et intrarachidiens,
- ◆ tumeurs des parties molles et osseuses, à développement intracrânien ou intrarachidien, avec les exceptions suivantes :
 - ◆ formes congénitales, présentes à la naissance, d'angiome stellaire (angiome araignée), d'angiomatose, de lymphangiomatose,
 - ◆ maladie de Von Recklinghausen de localisation initiale périphérique, suivie d'une localisation intracrânienne : la date d'incidence est celle du premier diagnostic de localisation intracrânienne,
 - ◆ lésions franchement non néoplasiques, comme les kystes, anévrismes, lésions de sclérose tubéreuse de Bourneville, etc. ; dans le cas de soupçon et de diagnostic différentiel, il est conseillé d'enregistrer le cas codé comme NSE,
 - ◆ lésions osseuses de maladies systémiques (ex. : myélome multiple) ou de métastases de cancer de siège inconnu (à coder C80.9).

Il convient de rappeler que beaucoup de tumeurs intracrâniennes sont identifiées sur la base de l'imagerie diagnostique, sans qu'aucune confirmation histologique ne vienne compléter le diagnostic clinique. Le suivi des patients comporte parfois un diagnostic ambulatoire et un profil de prise en charge sans hospitalisation qui consiste en des soins palliatifs à domicile ou en structure d'accueil.

Il faut également être attentif aux éventuels faux positifs qui proviennent d'erreurs de classement entre tumeurs primitives multifocales et métastases, et il est alors utile de consulter toute l'histoire clinique du patient. Pour cette localisation, divers cas NSE ou DCI devraient être retrouvés. Il est par conséquent recommandé d'accéder aux données d'imagerie, notamment les scanners et les IRM (avec analyse de contraste), et de soins palliatifs.

Dans certains cas il est possible de coder la morphologie de la tumeur même en l'absence de données histologiques, selon les recommandations ENCR 1999 :

- ◆ gliomes sous-tentoriels, sur la base de l'imagerie diagnostique : M-9380/3,
- ◆ astrocytome sous-épendymaire à cellules géantes, sur la base de l'imagerie diagnostique exclusivement chez les patients atteints de sclérose tubéreuse de Bourneville : M-93884/1,
- ◆ méningiomes, sur la base de l'imagerie diagnostique : M-9530/0,
- ◆ mélanome de l'œil, sur la base de l'imagerie diagnostique et/ou diagnostic clinique (il est recommandé de consulter les listes des patients traités par accélérateur de positrons, éventuellement dans un pays étranger) : M-8720/3,
- ◆ mélanome du SNC sur la base de l'imagerie diagnostique et/ou du diagnostic clinique : M-8720/3,
- ◆ craniopharyngiomes, sur la base de l'imagerie diagnostique : M-9350/1,
- ◆ tumeurs de l'hypophyse, sur la base de l'imagerie diagnostique associée aux altérations hormonales spécifiques,
- ◆ lymphomes localisés au cerveau, sur la base de l'imagerie diagnostique : M-9590/3.

En présence de diagnostic certain formulé par le clinicien sur la base des meilleures techniques de l'imagerie diagnostique (quand il n'existe donc aucun doute de diagnostic différentiel), il est recommandé d'indiquer la morphologie identifiée en l'associant à la base de diagnostic 2 (principe de non rejet du diagnostic).

De la même façon, en présence de diagnostic certain de néoplasie gliale maligne, formulée à l'aide des meilleures techniques d'imagerie diagnostique, où existe un doute de diagnostic différentiel entre glioblastome, astrocytome et oligoastrocytome, on conseille d'opter pour la morphologie M-9380/3 (Gliome, SAI) en association avec le code 2 de la base de diagnostic.

Quand le diagnostic requiert en revanche la discrimination entre “néoplasie de la série gliale” et “néoplasie non gliale”, il n’est pas possible d’exprimer un verdict final sur la morphologie et le choix se réduit donc au code générique M-8000.

En ce qui concerne le comportement biologique, il est recommandé de se fier aux caractéristiques de l’examen clinico-radiologique.

Lors de l’analyse des données et la production des rapports d’incidence, chaque registre doit séparer les diverses néoplasies en fonction du code de comportement, afin de pouvoir comparer au mieux les différents groupes de tumeurs, et surtout d’éviter d’éventuels artefacts dans les comparaisons entre registres ou des différences injustifiées dans les analyses de survie ultérieures.

Grade de malignité OMS

L’enregistrement du grade, même s’il n’est pas indispensable, est toutefois important pour les tumeurs du SNC du fait qu’il représente pour ces tumeurs un facteur essentiel pour l’interprétation de l’évolution clinique. L’utilisation de la nouvelle classification OMS des tumeurs cérébrales résout la plupart des problèmes de détermination du grade tumoral, du fait que le grade est souvent implicitement contenu dans l’histologie tumorale (CIM-O-3).

- Grade I :** tumeurs à potentiel prolifératif faible, souvent bien circonscrites et pouvant être traitées par résection chirurgicale isolée (ex. : astrocytome pilocytique).
- Grade II :** tumeurs généralement infiltrantes de faible indice mitotique mais potentiellement récidivantes. Certaines d’entre elles ont tendance à progresser vers des lésions de plus haut grade de malignité (ex. : astrocytomes bien différenciés, oligodendrogliomes et épendymomes).
- Grade III :** signes histologiques de malignité, généralement sous la forme d’activité mitotique, avec aspects clairement invasifs et anaplasiques.
- Grade IV :** activité mitotique forte, avec tendance à la nécrose. Tumeur présentant un risque évolutif pré ou post-opératoire rapide.

Il faut remarquer que ces définitions ne sont pas les mêmes que celles proposées par la CIM-O pour la gradation des tumeurs par le codage du sixième chiffre de la morphologie, ce dernier faisant référence au degré de différenciation tumorale. Pour les tumeurs malignes du SNC (codes topographiques C70-C72, C75.1-C75.3), les règles de la CIM-O-3 proposent d’évaluer le grade selon les critères reportés dans le tableau 33 (p. IV-55).

Tumeurs des glandes endocrines

Hypophyse

Le codage de la morphologie des tumeurs de l’hypophyse (ou pituitaires) peut se baser sur l’imagerie diagnostique associée à l’augmentation des niveaux d’hormones de l’hypophyse. Dans de rares cas, il n’est pas retrouvé de cellularité mais seulement un matériel amorphe dans l’échantillon chirurgical ; selon le principe de non rejet du diagnostic, la situation pouvant avoir été causée par les traitements, ces cas doivent être évalués sur la base de l’histoire clinique du patient.

Thyroïde, parathyroïde

Les tumeurs de la thyroïde sont de grand intérêt du fait de l’augmentation de l’incidence observée ces dernières décennies, d’une part grâce à la disponibilité de techniques perfectionnées d’imagerie diagnostique, et d’autre part du fait de l’entrée des âges précoces dans le circuit diagnostique. Sur le plan étiologique, l’exposition aux radiations ionisantes (iatrogène ou pour accident radioactif) justifie une attention particulière à l’évolution de ces tumeurs. Cependant, les diagnostics fortuits sont fréquents, notamment à la suite d’interventions chirurgicales pour d’autres pathologies (goitre, etc.). Le stade et la dimension de la tumeur sont donc des éléments indispensables pour l’évaluation des cas.

Pancréas endocrine (voir Pancréas)

Voir Pancréas.

Glande surrénale

Dans la grande majorité des cas, les tumeurs de la glande surrénale sont le résultat de diagnostics fortuits et le plus souvent des tumeurs bénignes (la définition clinique d’“incidentalome” rentre dans ces catégories). Le phéochromocytome malin peut aussi prendre origine dans des tissus surrénaliens ectopiques. Dans ce cas, la topographie est le site exact de la localisation.

Néoplasies carcinoïdes

Leur codage est traité avec chaque site anatomique. Les tumeurs carcinoïdes sont les plus affectées par l’évolution des classifications.

Dans la CIM-O-1 le comportement du carcinoïde sans précision est considéré incertain et codé /1, tandis que le codage /3 est réservé aux lésions explicitement malignes. A partir de la CIM-O-2, toutes les tumeurs carcinoïdes sont considérées malignes (comportement /3), à l’exception des formes appendiculaires, qui gardent le code /1 (en l’absence de métastases). La septième édition de la classification TNM (utilisée depuis janvier 2010) considère les tumeurs carcinoïdes appendiculaires comme des tumeurs invasives, mais la définition

du stade est basée sur la dimension plus que sur l'infiltration. Il est par conséquent recommandé d'enregistrer toutes les tumeurs carcinoïdes indépendamment de leur comportement. Pour ces raisons, la présence d'une tumeur carcinoïde dans un dossier médical doit générer des recherches supplémentaires afin d'en définir correctement la localisation et le stade.

On rappelle que le "syndrome carcinoïde" est un syndrome paranéoplasique caractérisé par des altérations vasomotrices, une hypermotilité intestinale, une obstruction bronchique accompagnée de crise d'asthme, hépatomégalie et fibrose systémique déterminées par la surproduction de sérotonine qui s'observe dans certaines tumeurs carcinoïdes.

Une tumeur carcinoïde intestinale primitive n'engendre habituellement pas ce syndrome, sauf en présence de métastases hépatiques, les produits du métabolisme de la tumeur étant désactivés par le foie. Le syndrome carcinoïde s'observe aussi en l'absence de métastases hépatiques pour les tumeurs carcinoïdes extra-intestinales.

Hémopathies malignes lymphoïdes et hématopoïétiques, tumeurs rares et tumeurs de l'enfant

Ce chapitre n'a pas fait l'objet de traduction en français du fait des récentes innovations en matière de codage des néoplasies lymphatiques et hématopoïétiques. On peut se reporter aux versions originales en italien ou en anglais (<http://www.registri-tumori.it/cms/it/publicazioniAIRTUM>) et au manuel édité par le groupe de collaboration du projet Haemacare. (<http://www.tumorionline.it/pdf/HAEMACARE.pdf>).

D'autres informations sur les tumeurs rares sont fournies par le groupe de travail du projet Rarecare (www.rarecare.eu). La prochaine édition de ce manuel abordera ces thèmes de manière approfondie.

Bibliographie

1. Fritz A, Percy C, Jack A et al. International classification of diseases for oncology. Third edition. World Health Organization. Geneva 2000.
2. Barnes L, Eveson J, Reichart P, Sidransky D. Pathology and genetics of tumours of the head and neck. WHO classification of tumours. IARC Press, Lyon 2005.
3. Hamilton SR, Aaltonen LA. Pathology and genetics of tumours of digestive system. WHO classification of tumours. IARC Press, Lyon 2000.
4. Spackman KA, Campbell KE, Cote RA. SNOMED RT: a reference terminology for health care. Northfield IL, College of American Pathologists, 2000.
5. Organizzazione mondiale della sanità. Classificazione statistica internazionale delle malattie e dei problemi sanitari correlati, X revisione, vol. 2. Ministero della sanità, Roma 2000.
6. Travis WD, Brambilla E, Mueller-Hermelink HK, Harris CC. Pathology and genetics of tumours of the lung, pleura, thymus and heart. WHO classification of tumours. IARC Press, Lyon 2003.
7. AIRT Working group. I tumori in Italia. Rapporto 2006. Epidemiol Prev 2006; 1 (Suppl. 2): 56-57.
8. Fletcher CDM, Unni KK, Mertens F. Pathology and genetics of tumours of soft tissue and bone. WHO classification of tumours. IARC Press, Lyon 2002.
9. Tyczynski JE, Démaret E, Parkin DM. Standards and guidelines for cancer registration in Europe: the ENCR recommendations. IARC Technical publication n. 40, Lyon 2003: 10-13.
10. Balch CM, Buzaid AC, Soong SJ et al. Final version of American Joint committee on cancer staging system for cutaneous melanoma. J Clin Oncol 2001; 19: 3635-48.
11. Le Boit PE, Burg G, Weedon D, Sarasin A. Pathology and genetics of skin tumours. WHO classification of tumours. IARC Press, Lyon 2006.
12. Associazione Italiana Registri Tumori, Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori. Protocollo di Studio sull'impatto dello screening mammografico in Italia (studio IMPACT). Responsabile Eugenio Paci, Registro tumori toscano.
13. Progetto SQTm sul monitoraggio della diagnosi e della terapia del tumore della mammella nelle Unità di senologia e nei programmi di screening (www.coi.it/sqtm).
14. Tavassoli FA. Pathology of the breast. Appleton & Lange, East Norwalk, Connecticut, USA 1992.
15. Sobin LH, Wittekind C. TNM classification of malignant tumours, 6th edition. UICC 2002.
16. Sobin LH, Gospodarowicz MK, Wittekind C. TNM classification of malignant tumours, 7th edition. UICC 2009.
17. Tavassoli FA, Devilee P. Tumours of the breast and female genital organs. WHO classification of tumours. IARC Press, Lyon 2003.
18. Boyle P. Current situation of screening for cancer. Ann Oncol 2002; 13 (Suppl.4): 189-98.
19. Tyczynski JE, Démaret E, Parkin DM. Standards and guidelines for cancer registration in Europe: the ENCR recommendations. IARC Technical publication n. 40, Lyon 2003: 2-3.
20. United Kingdom Association of Cancer Registries. Library of recommendations on cancer and coding and classification policy and practice. Pr/01/10 Registration of prostate cancer. www.ukacr.org/codingpractice/pr0110.asp
21. National Comprehensive Cancer Network. Clinical practice guidelines in oncology. Prostate cancer early detection (vers. 1.2006).
22. Eble JN, Sauter G, Epstein JI, Sesterhenn IA. Tumors of the urinary and male genital system. WHO classification of tumours. IARC Press, Lyon 2004.
23. AIRT Working group. I tumori in Italia. Rapporto 2006. Epidemiol Prev 2006; 1 (Suppl. 2): 76-77.
24. Zanetti R, Giacomini A. Tumori delle vie urinarie: rene e vescica. In: Gli andamenti temporali della patologia oncologica in Italia: i dati dei Registri Tumori (1986-1997). Epidemiol Prev 2004; 2 (Suppl.): 82-87.
25. Ugnat AM, Luo W, Semenciw R, Mao Y. Canadian Cancer Registries Epidemiology Research Group. Occupational exposure to chemical and petrochemical industries and bladder cancer risk in four western Canadian provinces. Chronic Dis Can 2004; 25 (2): 7-15.
26. Lynch CF, Platz CE, Jones MP, Gazzaniga JM. Cancer registry problems in classifying invasive bladder cancer. J Natl Cancer Inst 1991; 83: 429-33.

27. Gulliford MC, Bell J, Bourne HM, Petruckevitch A. The reliability of cancer registry records. *Br J Cancer* 1993; 67: 819-21.
28. Parkin DM, Chen VW, Ferlay J et al. Comparability and quality control in cancer registration. IARC Technical report n. 19, Lyon 1994.
29. Mostofi FK, Davis CJ, Sesterhenn IA. Pathology of tumors of the urinary tract. In: Skinner DG, Lieskovsky G, eds. *Diagnosis and management of genitourinary cancer*. WB Saunders, Philadelphia, Pa 1988: 83-117.
30. Wilson TG, Pritchett TR, Lieskovsky G et al. Primary adenocarcinoma of bladder. *Urology* 1991; 38 (3): 223-26.
31. Patriarca S, Gafà L, Ferretti S et al. Criteri di codificazione delle neoplasie della vescica urinaria: gli effetti sulla sopravvivenza. *Epidemiol Prev* 2001; 3 (Suppl.): 42-47.
32. Parkin DM, Whelan SL, Ferlay J et al. Cancer incidence in five continents. Vol. 8. IARC Scientific publications n. 155, Lyon 2002.
33. Mostofi FK, Davis CJ, Sesterhenn IA. Histological typing of urinary bladder tumours. World Health Organisation, *International histological classification of tumours*, 2nd ed. Springer Verlag, Berlin 1999.
34. Sauter G, Algaba F, Amin MB et al. Noninvasive urothelial neoplasias: WHO classification of noninvasive papillary urothelial tumors. In: Eble JN, Epstein JI, Sesterhenn I (eds). *World Health Organization classification of tumors. Pathology and genetics of tumors of the urinary system and male genital organs*. IARC Press, Lyon 2004.
35. Epstein JI, Amin MB, Reuter V et al. The bladder consensus conference committee WHO/ISUP consensus classification of urothelial (transitional cell) lesions of the urinary bladder. *Am J Surg Pathol* 1998; 22: 1435-48.
36. IARC-IACR-ENCR International rules for multiple primary cancers. ICD-O third edition. Internal report 2004/02. IARC, Lyon 2004
www.iacr.com.fr/TechRep42-MPrules.pdf.
37. Rosso S, Casella C, Crocetti E et al. Sopravvivenza dei casi di tumore in Italia negli anni '90: i dati dei Registri tumori. *Epidemiol Prev* 2001; 3 (Suppl): 315-23.
38. Kleihues P, Cavenee WK. Pathology and genetics of tumours of the nervous system. WHO classification of tumours. IARC Press, Lyon 2000.
39. Lloyd R, De Lellis R, Heitz P, Eng C. Pathology and genetics of tumours of the endocrine organs. WHO classification of tumours. IARC Press, Lyon 2004.

Tableaux

Tableau 1. OMS : classifications histologiques des tumeurs de la tête et du cou [2]

Classification histologique des tumeurs de la cavité orale et de l'oropharynx	Classification histologique des tumeurs odontogènes
<i>Tumeurs épithéliales</i>	<i>Tumeurs malignes</i>
8051/3 Carcinome verruqueux, SAI 8052/3 Carcinome épidermoïde papillaire 8070/3 Carcinome épidermoïde, SAI 8074/3 Carcinome épidermoïde à cellules fusiformes 8075/3 Carcinome épidermoïde adénoïde 8082/3 Carcinome lymphoépithélial 8083/3 Carcinome épidermoïde basaloïde 8560/3 Carcinome adénosquameux	<i>Carcinomes odontogènes</i> 9270/3 Tumeur odontogène maligne 9302/3 Carcinome odontogène à cellules fantômes 9310/3 Améloblastome malin 9341/3 Carcinome odontogène à cellules claires <i>Sarcomes odontogènes</i> 9290/3 Odontosarcome améloblastique 9330/3 Fibrosarcome améloblastique
<i>Tumeurs des glandes salivaires accessoires</i>	Classification histologique des tumeurs du naso-pharynx
8147/3 Adénocarcinome à cellules basales 8200/3 Carcinome adénoïde kystique 8290/3 Adénocarcinome oxyphile 8310/3 Adénocarcinome à cellules claires, SAI 8430/3 Carcinome muco-épidermoïde 8450/3 Cystadénocarcinome papillaire, SAI 8480/3 Adénocarcinome colloïde (mucineux) 8500/3 Carcinome canalaire infiltrant, SAI 8525/3 Adénocarcinome polymorphe de bas grade 8550/3 Carcinome à cellules acineuses 8562/3 Carcinome épithélial-myoépithélial 8982/3 Myoépithéliome malin 8941/3 Carcinome sur adénome pléomorphe	<i>Tumeurs épithéliales malignes</i> 8071/3 Carcinome épidermoïde kératinisant, SAI 8072/3 Carcinome épidermoïde non kératinisant, à grandes cellules, SAI 8083/3 Carcinome épidermoïde basaloïde 8260/3 Adénocarcinome papillaire, SAI <i>Autres tumeurs épithéliales</i> 9350/1 Craniopharyngiome <i>Tumeurs hématologiques</i> 9680/3 Lymphome malin diffus à grandes cellules B, SAI 9719/3 Lymphome à cellules T/NK, type nasal 9734/3 Plasmocytome extramédullaire (extra-osseux) 9758/3 Sarcome folliculaire à cellules dendritiques
<i>Tumeurs des parties molles</i>	<i>Tumeurs de l'os et du cartilage</i>
9140/3 Sarcome de Kaposi	9370/3 Chordome, SAI
<i>Tumeurs hématologiques</i>	
9680/3 Lymphome malin diffus à grandes cellules B, SAI 9673/3 Lymphome à cellules du manteau 9687/3 Lymphome de Burkitt, SAI (voir aussi M-9826/3) 9690/3 Lymphome folliculaire, SAI (voir aussi M-9675/3) 9699/3 Lymphome de la zone marginale à cellules B, SAI 9714/3 Lymphome anaplasique à grandes cellules, à cellules T et à cellules nulles 9734/3 Plasmocytome extramédullaire (extra-osseux) 9751/1 Histiocytose à cellules de Langerhans, SAI 9758/3 Sarcome folliculaire à cellules dendritiques 9930/3 Sarcome myéloïde (voir aussi M-9861/3)	
<i>Mélanome malin des muqueuses</i>	
8720/3 Mélanome malin, SAI	

Tableau 2. OMS : classifications histologiques des tumeurs de la tête et du cou, du larynx et de la trachée [2]

Classification histologique des tumeurs des glandes salivaires		Classification histologique des tumeurs de l'hypopharynx, du larynx et de la trachée	
<i>Tumeurs épithéliales</i>		<i>Tumeurs épithéliales</i>	
8012/3	Carcinome à cellules géantes, SAI	8031/3	Carcinome à cellules géantes
8041/3	Carcinome à petites cellules, SAI	8051/3	Carcinome verruqueux, SAI
8070/3	Carcinome épidermoïde, SAI	8052/3	Carcinome épidermoïde papillaire
8082/3	Carcinome lympho-épithélial	8070/3	Carcinome épidermoïde, SAI
8140/3	Adénocarcinome, SAI	8074/3	Carcinome épidermoïde à cellules fusi-formes
8147/3	Adénocarcinome à cellules basales	8075/3	Carcinome épidermoïde adénoïde
8200/3	Carcinome adénoïde kystique	8082/3	Carcinome lympho-épithélial
8310/3	Adénocarcinome à cellules claires, SAI	8083/3	Carcinome épidermoïde basaloïde
8410/3	Adénocarcinome sébacé	8200/3	Carcinome adénoïde kystique
8430/3	Carcinome muco-épidermoïde	8430/3	Carcinome muco-épidermoïde
8440/3	Cystadénocarcinome, SAI	8560/3	Carcinome adénoquameux
8480/3	Adénocarcinome mucineux (colloïde)		
8550/3	Carcinome à cellules acineuses	<i>Tumeurs neuroendocriniennes</i>	
8525/3	Adénocarcinome polymorphe de bas grade	8041/3	Carcinome à petites cellules, SAI
8562/3	Carcinome épithélial-myoépithélial	8045/3	Carcinome mixte à petites cellules
8290/3	Adénocarcinome oxyphile	8240/3	Tumeur carcinoïde, SAI (sauf de l'appendice M-8240/1)
8500/3	Carcinome canalaire infiltrant, SAI	8249/3	Tumeur carcinoïde maligne atypique
8941/3	Carcinome sur adénome pléomorphe		
8974/1	Sialoblastome	<i>Tumeurs des parties molles</i>	
8980/3	Carcinosarcome, SAI	8810/3	Fibrosarcome, SAI
8982/3	Myoépithéliome malin	8825/1	Tumeur myofibroblastique, SAI
<i>Tumeurs hématologiques</i>		8830/3	Histiocytome fibreux malin
9680/3	Lymphome malin diffus à grandes cellules B, SAI	8850/3	Liposarcome, SAI
9699/3	Lymphome de la zone marginale à cellules B, SAI	8890/3	Léiomyosarcome, SAI
		8900/3	Rhabdomyosarcome, SAI
		9040/3	Sarcome synovial, SAI
		9120/3	Hémangiosarcome
		9140/3	Sarcome de Kaposi
		<i>Tumeurs de l'os et du cartilage</i>	
		9180/3	Ostéosarcome, SAI
		9220/3	Chondrosarcome, SAI
		9250/1	Tumeur à cellules géantes de l'os, SAI
		<i>Mélanome malin des muqueuses</i>	
		8720/3	Mélanome malin, SAI

Tableau 3. OMS : classifications histologiques des tumeurs de l'appareil digestif [3]

Classification histologique des tumeurs de l'oesophage		Classification histologique des tumeurs de l'intestin grêle	
<i>Tumeurs épithéliales</i>		<i>Tumeurs épithéliales</i>	
8020/3	Carcinome indifférencié, SAI	8020/3	Carcinome indifférencié, SAI
8041/3	Carcinome à petites cellules, SAI	8041/3	Carcinome à petites cellules, SAI
8051/3	Carcinome verruqueux, SAI	8070/3	Carcinome épidermoïde, SAI
8070/3	Carcinome épidermoïde, SAI	8140/3	Adénocarcinome, SAI
8074/3	Carcinome épidermoïde à cellules fusiformes	8153/1	Gastrinome, SAI
8083/3	Carcinome épidermoïde basaloïde	8156/1	Somatostatine, SAI
8140/3	Adénocarcinome, SAI	8240/3	Tumeur carcinoïde, SAI (sauf de l'appendice M-8240/1)
8200/3	Carcinome adénoïde kystique	8241/3	Carcinoïde malin à cellules entérochromaffines
8240/3	Tumeur carcinoïde, SAI (sauf de l'appendice M-8240/1)	8244/3	Tumeur carcinoïde mixte
8430/3	Carcinome muco-épidermoïde	8480/3	Adénocarcinome colloïde (mucineux)
8560/3	Carcinome adénosquameux	8490/3	Carcinome à cellules en bague à chaton
<i>Tumeurs non épithéliales</i>		8510/3	Carcinome médullaire, SAI
8720/3	Mélanome malin, SAI	8560/3	Carcinome adénosquameux
8936/1	Tumeur du stroma gastro-intestinal, SAI	<i>Tumeurs non épithéliales</i>	
8936/3	Sarcome du stroma gastro-intestinal	8890/3	Léiomyosarcome, SAI
8890/3	Léiomyosarcome, SAI	8936/1	Tumeur du stroma gastro-intestinal, SAI
8900/3	Rhabdomyosarcome, SAI	9120/3	Hémangiosarcome
9140/3	Sarcome de Kaposi	9140/3	Sarcome de Kaposi
Classification histologique des tumeurs de l'estomac		<i>Lymphomes malins</i>	
<i>Tumeurs épithéliales</i>		9680/3	Lymphome malin diffus à grandes cellules B, SAI
8020/3	Carcinome indifférencié, SAI	9673/3	Lymphome à cellules du manteau
8041/3	Carcinome à petites cellules, SAI	9687/3	Lymphome de Burkitt, SAI (voir aussi M-9826/3)
8070/3	Carcinome épidermoïde, SAI	9699/3	Lymphome de la zone marginale à cellules B, SAI – Lymphome de type MALT
8140/3	Adénocarcinome, SAI	9702/3	Lymphome à cellules T matures, SAI
8144/3	Adénocarcinome de type intestinal	9717/3	Lymphome intestinal à cellules T
8145/3	Carcinome de type diffus	9764/3	Maladie immunoproliférative de l'intestin grêle
8240/3	Tumeur carcinoïde, SAI (sauf de l'appendice M-8240/1)		
8211/3	Adénocarcinome tubuleux		
8260/3	Adénocarcinome papillaire, SAI		
8480/3	Adénocarcinome colloïde (mucineux)		
8490/3	Carcinome à cellules en bague à chaton		
8560/3	Carcinome adénosquameux		
<i>Tumeurs non épithéliales</i>			
8890/3	Léiomyosarcome, SAI		
8936/1	Tumeur du stroma gastro-intestinal, SAI		
8936/3	Sarcome du stroma gastro-intestinal		
9140/3	Sarcome de Kaposi		
9673/3	Lymphome à cellules du manteau		
9680/3	Lymphome malin diffus à grandes cellules B, SAI		
9699/3	Lymphome de la zone marginale à cellules B, SAI – Lymphome de type MALT		

Tableau 4. OMS : classifications histologiques des tumeurs de l'appareil digestif [3]

Classification histologique des tumeurs de l'appendice		Classification histologique des tumeurs du côlon-rectum	
Tumeurs épithéliales		Tumeurs épithéliales	
8140/0	Adénome, SAI	8140/0	Adénome, SAI
8211/0	Adénome tubuleux, SAI	8211/0	Adénome tubuleux, SAI
8261/0	Adénome vilieux, SAI	8261/0	Adénome vilieux, SAI
8263/0	Adénome tubulovilleux, SAI	8263/0	Adénome tubulovilleux, SAI
8213/0	Adénome dentelé	8213/0	Adénome dentelé
8140/3	Adénocarcinome, SAI	8140/3	Adénocarcinome, SAI
8480/3	Adénocarcinome colloïde (mucineux)	8480/3	Adénocarcinome colloïde (mucineux)
8490/3	Carcinome à cellules en bague à chaton	8490/3	Carcinome à cellules en bague à chaton
8041/3	Carcinome à petites cellules, SAI	8041/3	Carcinome à petites cellules, SAI
8020/3	Carcinome indifférencié, SAI	8070/3	Carcinome à cellules squameuses, SAI
8240/1*	Tumeur carcinoïde de l'appendice, SAI	8560/3	Carcinome adénoquameux
8241/3	Carcinoïde malin à cellules entérochromaffines	8510/3	Carcinome médullaire, SAI
8245/1*	Carcinoïde tubuleux	8020/3	Carcinome indifférencié, SAI
8243/3	Tumeur maligne mucocarcinoïde	8240/3	Tumeur carcinoïde, SAI (<i>sauf de l'appendice M-8240/1</i>)
8244/3	Tumeur carcinoïde mixte	8241/3	Carcinoïde malin à cellules entérochromaffines
* /3 depuis la révision de la CIM-O-3 en Septembre 2011, malin selon la classification TNM		8244/3	Tumeur carcinoïde mixte
Tumeurs non épithéliales		Tumeurs non épithéliales	
9570/0	Neurome, SAI	8850/0	Lipome, SAI
8850/0	Lipome, SAI	8890/0	Léiomyome, SAI
8890/0	Léiomyome, SAI	8936/1	Tumeur du stroma gastro-intestinal, SAI
8936/1	Tumeur du stroma gastro-intestinal, SAI	8890/3	Léiomyosarcome, SAI
8890/3	Léiomyosarcome, SAI	9120/3	Hémangiosarcome
9140/3	Sarcome de Kaposi	9140/3	Sarcome de Kaposi
		8720/3	Mélanome malin, SAI
		9699/3	Lymphome de la zone marginale à cellules B, SAI – Lymphome de type MALT
		9673/3	Lymphome à cellules du manteau
		9680/3	Lymphome malin diffus à grandes cellules B, SAI
		9687/3	Lymphome de Burkitt, SAI (<i>voir aussi M-9826/3</i>) incluant toutes les variétés
		Classification histologique des tumeurs du canal anal	
		Tumeurs épithéliales	
		8542/3	Maladie de Paget extra-mammaire
		8070/3	Carcinome épidermoïde, SAI
		8140/3	Adénocarcinome, SAI
		8480/3	Adénocarcinome colloïde (mucineux)
		8041/3	Carcinome à petites cellules, SAI
		8020/3	Carcinome indifférencié, SAI
		8240/3	Tumeur carcinoïde, SAI (<i>sauf de l'appendice M-8240/1</i>)
		Mélanome malin	
		8720/3	Mélanome malin, SAI

Tableau 5. OMS : classifications histologiques des tumeurs de l'appareil digestif [3]

Classification histologique des tumeurs du foie et des voies biliaires intra-hépatiques		Classification histologique des tumeurs du pancréas exocrine	
<i>Tumeurs épithéliales</i>		<i>Tumeurs épithéliales</i>	
8020/3	Carcinome indifférencié, SAI	8020/3	Carcinome indifférencié, SAI
8160/3	Cholangiocarcinome (C22.1, C24.0)	8035/3	Carcinome à cellules géantes ostéoclastiformes
8161/3	Cystadénocarcinome biliaire (C22.1, C24.0)	8154/3	Adénocarcinome à cellules insulaires et à cellules exocrines
8170/3	Carcinome hépatocellulaire, SAI (C22.0)	8441/3	Cystadénocarcinome séreux, SAI
8180/3	Carcinome hépatocellulaire et cholangiocarcinome combinés (C22.0)	8452/1	Tumeur pseudo-papillaire solide
8970/3	Hépatoblastome (C22.0)	8452/3	Carcinome pseudo-papillaire solide
<i>Tumeurs non épithéliales</i>		8453/1	Tumeur intracanaulaire mucineuse et papillaire avec dysplasie modérée
8900/3	Rhabdomyosarcome, SAI	8453/2	Carcinome intracanaulaire mucineux et papillaire, non invasif
8991/3	Sarcome embryonnaire	8453/3	Carcinome intracanaulaire mucineux et papillaire, invasif
9133/1	Hémangioendothéliome épithélioïde, SAI	8470/2	Cystadénocarcinome mucineux, non invasif
9120/3	Hémangiosarcome	8470/3	Cystadénocarcinome mucineux, SAI
<i>Autres tumeurs</i>		8480/3	Adénocarcinome colloïde (mucineux)
8963/3	Sarcome rhabdoïde	8490/3	Carcinome à cellules en bague à chaton
8980/3	Carcinosarcome, SAI	8500/3	Carcinome intracanaulaire infiltrant, SAI
9071/3	Tumeur vitelline	8550/3	Carcinome à cellules acineuses
9080/1	Tératome, SAI	8551/3	Cystadénocarcinome à cellules acineuses
9140/3	Sarcome de Kaposi	8560/3	Carcinome adénosquameux
Classification histologique des tumeurs de la vésicule biliaire et des canaux biliaires extra-hépatiques		8971/3	Pancréatoblastome
<i>Tumeurs épithéliales</i>			
8013/3	Carcinome neuroendocrinien à grandes cellules		
8020/3	Carcinome indifférencié, SAI		
8041/3	Carcinome à petites cellules, SAI		
8070/3	Carcinome épidermoïde, SAI		
8140/3	Adénocarcinome, SAI		
8144/3	Adénocarcinome de type intestinal		
8161/3	Cystadénocarcinome biliaire		
8240/3	Tumeur carcinoïde, SAI (sauf de l'appendice M-8240/1)		
8243/3	Tumeur maligne mucocarcinoïde		
8245/1	Carcinoïde tubuleux		
8244/3	Tumeur carcinoïde mixte		
8260/3	Adénocarcinome papillaire, SAI		
8310/3	Adénocarcinome à cellules claires, SAI		
8480/3	Adénocarcinome colloïde (mucineux)		
8490/3	Carcinome à cellules en bague à chaton		
8560/3	Carcinome adénosquameux		
<i>Tumeurs non épithéliales</i>			
8890/3	Léiomyosarcome, SAI		
8900/3	Rhabdomyosarcome, SAI		
9140/3	Sarcome de Kaposi		

Tableau 6. OMS : classification histologique des tumeurs du poumon, plèvre, thymus et cœur [6]

Classification histologique des tumeurs du poumon		Tumeurs mésenchymateuses	
Tumeurs épithéliales		8800/3	Sarcome, SAI
8012/3	Carcinome à grandes cellules, SAI	8825/1	Tumeur myofibroblastique, SAI
8013/3	Carcinome neuroendocrinien à grandes cellules	8827/1	Tumeur myofibroblastique péribronchique
8014/3	Carcinome à grandes cellules avec phénotype rhabdoïde	8973/3	Blastome pleuropulmonaire
8022/3	Carcinome pléomorphe	9040/3	Sarcome synovial, SAI
8031/3	Carcinome à cellules géantes	9041/3	Sarcome synovial à cellules fusiformes
8032/3	Carcinome à cellules fusiformes, SAI	9043/3	Sarcome synovial biphasique
8033/3	Carcinome pseudosarcomateux	9120/3	Hémangiosarcome
8041/3	Carcinome à petites cellules, SAI	9133/1	Hémangioendothéliome épithélioïde, SAI
8045/3	Carcinome mixte à petites cellules	9174/1	Lymphangiomyomatose
8052/3	Carcinome épidermoïde papillaire	Tumeurs hématologiques	
8070/2	Carcinome épidermoïde in situ, SAI	9680/3	Lymphome malin diffus à grandes cellules B, SAI
8070/3	Carcinome épidermoïde, SAI	9699/3	Lymphome de la zone marginale à cellules B, SAI – Lymphome de type BALT
8073/3	Carcinome épidermoïde non kératinisant, à petites cellules	9751/1	Histiocytose à cellules de Langerhans, SAI
8082/3	Carcinome lympho-épithélial	9766/1	Lésion immunoproliférative angiocentrique
8083/3	Carcinome épidermoïde basaloïde	Autres tumeurs	
8084/3	Carcinome épidermoïde à cellules claires	8580/1	Thymome, SAI
8123/3	Carcinome basaloïde	8720/3	Mélanome malin, SAI
8140/3	Adénocarcinome, SAI	Classification histologique des tumeurs de la plèvre	
8200/3	Carcinome adénoïde kystique	Tumeurs mésothéliales	
8230/3	Carcinome solide avec production de mucine, SAI	9050/3	Mésothéliome malin
8240/3	Tumeur carcinoïde, SAI (<i>sauf de l'appendice M-8240/1</i>)	9051/3	Mésothéliome fibreux malin
8249/3	Tumeur carcinoïde maligne atypique	9052/1	Mésothéliome papillaire bien différencié, SAI (<i>non présent dans la CIM-O-3</i>)
8250/3	Adénocarcinome bronchioalvéolaire, SAI	9052/3	Mésothéliome épithélioïde malin
8252/3	Carcinome bronchioalvéolaire non mucineux	9053/3	Mésothéliome biphasique malin
8253/3	Carcinome bronchioalvéolaire mucineux	Tumeurs hématologiques	
8254/3	Carcinome bronchioalvéolaire mixte muqueux et non muqueux	9678/3	Lymphome malin à épanchement primaire (<i>"Primary effusion lymphoma"</i>)
8255/3	Adénocarcinome avec sous-types mixtes	Tumeurs mésenchymateuses	
8260/3	Adénocarcinome papillaire, SAI	8806/3	Tumeur desmoplastique à petites cellules rondes
8310/3	Adénocarcinome à cellules claires, SAI	9040/3	Sarcome synovial, SAI
8333/3	Adénocarcinome foetal	9041/3	Sarcome synovial à cellules fusiformes
8430/3	Carcinome muco-épidermoïde	9043/3	Sarcome synovial biphasique
8470/3	Cystadénocarcinome mucineux, SAI	9120/3	Hémangiosarcome
8480/3	Adénocarcinome colloïde (mucineux)	9133/1	Hémangioendothéliome épithélioïde, SAI
8490/3	Carcinome à cellules en bague à chaton		
8550/3	Carcinome à cellules acineuses		
8560/3	Carcinome adénosquameux		
8562/3	Carcinome épithélial-myoépithélial		
8972/3	Blastome pulmonaire		
8980/3	Carcinosarcome, SAI		

Tableau 7. OMS : classification histologique des tumeurs des parties molles, des os et du cartilage

<i>Tumeurs des adipocytes</i>		<i>Tumeurs des muscles striés</i>	
<i>Localement agressives</i>		8900/3	Rhabdomyosarcome, SAI
8851/3	Liposarcome bien différencié	8901/3	Rhabdomyosarcome pléomorphe de type adulte
<i>Malignes</i>		8910/3	Rhabdomyosarcome embryonnaire, SAI
8850/3	Liposarcome, SAI	8912/3	Rhabdomyosarcome à cellules fusiformes
8852/3	Liposarcome myxoïde	8920/3	Rhabdomyosarcome alvéolaire
8853/3	Liposarcome à cellules rondes	<i>Tumeurs vasculaires</i>	
8854/3	Liposarcome pléomorphe	<i>Localement agressives</i>	
8855/3	Liposarcome à cellularité mixte	9130/1	Hémangioendothéliome, SAI
8858/3	Liposarcome dédifférencié	<i>Rarement métastasantes</i>	
<i>Tumeurs des fibroblastes et myofibroblastes</i>		9135/1	Angioendothéliome papillaire endovasculaire
<i>Localement agressives</i>		9130/1	Hémangioendothéliome, SAI
8821/1	Fibromatose agressive	9140/3	Sarcome de Kaposi
<i>Rarement métastasantes</i>		<i>Malignes</i>	
8811/3	Fibromyxosarcome	9133/3	Hémangioendothéliome épithélioïde malin
8814/3	Fibrosarcome infantile	9120/3	Hémangiosarcome
8815/1	Tumeur fibreuse solitaire	<i>Tumeurs à différenciation incertaine</i>	
8825/1	Tumeur myofibroblastique, SAI	<i>Rarement métastasantes</i>	
8825/3	Tumeur myofibroblastique maligne	8836/1	Histiocytome fibreux angiomatoïde
9150/1	Hémangiopéricytome, SAI	8940/1	Tumeur mixte
<i>Malignes</i>		8982/1	Myoépithéliome
8810/3	Fibrosarcome, SAI	9373/1	Parachordome
8811/3	Fibromyxosarcome	<i>Malignes</i>	
<i>Tumeurs “fibrohistiocytiques”</i>		8800/3	Sarcome, SAI
<i>Rarement métastasantes</i>		8804/3	Sarcome épithélioïde
8835/1	Tumeur fibrohistiocyttaire plexiforme	8806/3	Tumeur desmoplastique à petites cellules rondes
9251/1	Tumeur à cellules géantes des tissus mous, SAI	8963/3	Sarcome rhabdoïde
<i>Malignes</i>		8990/3	Mésenchymome malin
8830/3	Histiocytome fibreux malin	9040/3	Sarcome synovial, SAI
<i>Léiomyosarcomes</i>		9044/3	Sarcome à cellules claires
8890/3	Léiomyosarcome, SAI	9231/3	Chondrosarcome myxoïde
<i>Tumeurs glomiques</i>		9260/3	Sarcome d'Ewing
8711/3	Tumeur glomique maligne	9364/3	Tumeur neuroectodermique périphérique
8713/1	Glomangiomyome	9581/3	Sarcome alvéolaire des tissus mous
		<i>Tumeurs ostéocartilagineuses</i>	
		9220/0	Chondrome, SAI
		9240/3	Chondrosarcome mésenchymateux
		9180/3	Ostéosarcome, SAI

Tableau 8. Schémas de codage topographique CIM-O et ENCR pour les tumeurs cutanées

ICD-O	Description	ENCR	Recommandation
C44.0	Peau de la lèvre, SAI Peau de la lèvre supérieure Peau de la lèvre inférieure	C44.09	Peau de la lèvre, SAI Peau de la lèvre supérieure Peau de la lèvre inférieure
C44.1	Paupière Paupière, SAI Commissure palpébrale, SAI Canthus, SAI Canthus interne Paupière inférieure Glande de Meibomius Canthus externe Paupière supérieure	C44.19	Paupière
C44.2	Oreille externe Anthélix Pavillon de l'oreille, SAI Glande cérumineuse Conque Oreille, SAI Lobule de l'oreille Lobe de l'oreille Conduit auditif externe Conduit auditif, SAI Conduit auriculaire, SAI Orifice externe du conduit auditif Canal de l'oreille Hélix Peau du pavillon de l'oreille Peau de l'oreille, SAI Tragus	C44.29	Oreille externe
C44.3	Peau des autres régions et des régions non précisées de la face Peau de: ❖ face ❖ joue ❖ front ❖ tempe ❖ nez ❖ mâchoire ❖ menton Aile du nez Menton, SAI Columelle (cloison nasale) Sourcil Face externe de la joue Face externe du nez Front, SAI Tempe, SAI	C44.30 C44.31 C44.32 C44.33 C44.39	Joue Front Tempe Sourcil Nez Columelle (cloison nasale) Menton Mâchoire Face, SAI
C44.4	Peau du crâne et du cou Peau de la tête, SAI Peau du cou Peau du cuir chevelu Cuir chevelu, SAI Peau de la région cervicale Peau de la région sus-claviculaire	C44.40 C44.41 C44.49	Peau du cou Peau de la région cervicale Peau de la région sus-claviculaire Peau du cuir chevelu Cuir chevelu, SAI Peau de la tête, SAI
C44.5	Peau du tronc Peau de: ❖ abdomen ❖ paroi abdominale ❖ anus ❖ aisselle ❖ Creux axillaire ❖ dos	C44.50 C44.51	Tronc antérieur et supérieur Aisselle Sein Thorax Région sous-claviculaire Tronc antérieur et inférieur Abdomen Paroi abdominale

	❖ flanc		Flanc
	❖ fesse		Aine
	❖ poitrine		Région inguinale
	❖ aine		Pubis
	Creux inguinal		Ombilic
	❖ sein	C44.52	Tronc antérieur, SAI
	❖ ombilic		Thorax
	❖ paroi thoracique	C44.53	Tronc postérieur et supérieur
	❖ périnée		Dos
	❖ région fessière (ou glutéale)		Région scapulaire
	❖ région inguinale	C44.54	Tronc postérieur et inférieur
	❖ région sacro-coccygienne		Fesse
	❖ région scapulaire		Région fessière (ou glutéale)
	❖ région sous-claviculaire		Région sacro-coccygienne
	❖ thorax	C44.55	Tronc postérieur, SAI
	❖ tronc	C44.56	Périnée
	Peau péri-anale		Anus
	Ombilic, SAI		Peau péri-anale
		C44.59	Tronc, SAI
C44.6	Peau du membre supérieur et de l'épaule	C44.60	Peau de la partie supérieure du bras
	Peau de:		Coude
	❖ membre supérieur		Epaule
	❖ avant-bras		Pli du coude
	❖ bras	C44.61	Peau de la partie inférieure du bras
	❖ doigt		Avant-bras
	❖ coude		Poignet
	❖ main	C44.62	Peau de la face dorsale de la main
	❖ palme	C44.63	Peau de la paume de la main
	❖ pouce	C44.64	Peau de la main, SAI
	❖ poignet	C44.65	Peau de la face dorsale des doigts
	❖ pli du coude	C44.66	Peau de la face palmaire des doigts
	❖ épaule	C44.67	Peau sous-unguéale des doigts
	Ongle du doigt		Ongle
	Peau de la paume de la main	C44.68	Peau du doigt, SAI
		C44.69	Peau du bras, SAI
C44.7	Peau du membre inférieur et de la hanche	C44.70	Peau de la jambe
	Peau de:		Hanche
	❖ hanche		Genou
	❖ membre inférieur		Creux poplité
	❖ talon		Cuisse
	❖ cheville	C44.71	Peau de la partie inférieure de la jambe
	❖ cuisse		Cheville
	❖ orteil		Mollet
	❖ jambe		Talon
	❖ genou		Face antérieure de la jambe
	❖ pied	C44.72	Peau de la face dorsale du pied
	❖ mollet	C44.73	Peau de la face plantaire du pied
	❖ creux poplité		Plante du pied
	Peau de la plante des pieds	C44.74	Peau du pied, SAI
	Plante du pied	C44.75	Peau de la face dorsale des orteils
	Ongle du doigt de pied		Peau plantaire
			Plante du pied
			Ongle du pied
		C44.76	Peau de la face plantaire des orteils
		C44.77	Peau sous-unguéale des orteils
			Ongle
		C44.78	Peau des orteils, SAI
		C44.79	Peau du pied, SAI
C44.8	Lésion à localisations contiguës de la peau (voir CIM-O)	C44.83	Lésion à localisations contiguës de la peau de la face ou de la face et de la tête et du cou
		C44.84	Lésion à localisations contiguës de la peau de la tête ou de la tête et du cou
		C44.85	Lésion à localisations contiguës de la peau du tronc ou du tronc et du cou
		C44.86	Lésion à localisations contiguës de la peau du membre supérieur ou du membre supérieur et de l'épaule/tronc
			Lésion à localisations contiguës de la peau du



		C44.87	membre inférieur ou du membre inférieur et de la hanche/tronc
		C44.89	Lésion à localisations contiguës de la peau, SAI
C44.9	Peau, SAI <i>(à l'exclusion de la peau de la vulve C51._, de la peau de la verge C60.9 et de la peau du scrotum C63.2)</i>	C44.9	Peau, SAI
C51.0	Grande lèvre Grandes lèvres, SAI Glande de Bartholin Peau des grandes lèvres	C51.0	Peau des grandes lèvres
C51.9	Vulve, SAI Organes génitaux externes de la femme Fourchette de la vulve Lèvre de la vulve, SAI Pubis Mont de Vénus Vestibule de la vulve Peau de la vulve	C51.9	Peau de la vulve
C60.9	Verge, SAI Peau de la verge	C60.9	Peau de la verge
C63.2	Scrotum, SAI Peau des bourses	C63.2	Peau des bourses

Tableau 9. OMS : classification histologique des tumeurs de la peau [11]

<i>Tumeurs des kératinocytes</i>		<i>Tumeurs des annexes cutanées avec différenciation folliculaire</i>	
8051/3	Carcinome verruqueux, SAI	8103/1	Tumeur pileaire, SAI
8070/3	Carcinome épidermoïde	8110/3	Carcinome pilomatriciel
8074/3	Carcinome épidermoïde à cellules fusiformes		
8075/3	Carcinome épidermoïde adénoïde		
8081/2	Maladie de Bowen		
8090/3	Carcinome basocellulaire	<i>Tumeurs des annexes cutanées avec différenciation sébacée</i>	
8091/3	Carcinome basocellulaire superficiel multifocal	8410/3	Adénocarcinome sébacé
8092/3	Carcinome basocellulaire infiltrant, SAI		
8093/3	Carcinome basocellulaire fibro-épithélial	<i>Lymphomes cutanés</i>	
8094/3	Carcinome basosquameux	<i>A cellules T et NK matures</i>	
8097/3	Carcinome épidermoïde nodulaire	9700/3	Mycosis fongoïde
8098/3	Carcinome épidermoïde adénoïde	9701/3	Maladie de Sezary
8560/3	Carcinome adénoïde	9705/3	Lymphome angioimmunoblastique à cellules T
		9708/3	Lymphome à cellules T simulant une panniculite
<i>Tumeurs des mélanocytes</i>		9709/3	Lymphome cutané à cellules T, SAI
8720/3	Mélanome malin, SAI	9718/3	Syndrome lymphoprolifératif cutané primitif à cellules T CD30+
8721/3	Mélanome nodulaire		
8742/2	Lentigo malin	9719/3	Lymphome à cellules T/NK, type nasal
8743/3	Mélanome à extension superficielle	<i>A cellules B matures</i>	
8744/3	Mélanome acral lentigineux malin	9680/3	Lymphome malin diffus à grandes cellules B, SAI
8745/3	Mélanome malin desmoplasique	9690/3	Lymphome folliculaire, SAI
8761/3	Mélanome malin sur naevus pigmentaire géant	9699/3	Lymphome de la zone marginale à cellules B, SAI – Lymphome de type SALT
8762/1	Lésion dermique proliférative sur naevus congénital	<i>A cellules immatures (lymphomes lymphoblastiques)</i>	
8780/3	Naevus bleu malin	9727/3	Lymphome lymphoblastique à cellules pré-curseurs, SAI
<i>Tumeurs des annexes cutanées avec différenciation apocrine et eccrine</i>		<i>Tumeurs vasculaires</i>	
8200/3	Carcinome adénoïde kystique	9120/3	Hémangiosarcome
8211/3	Adénocarcinome tubuleux		
8400/3	Adénocarcinome des glandes sudoripares	<i>Tumeurs du tissu musculaire lisse et squelettique</i>	
8401/3	Adénocarcinome apocrine	8890/3	Léiomyosarcome, SAI
8403/3	Spiradénome eccrine malin		
8407/3	Carcinome sclérosant d'un canal sudorifère	<i>Tumeurs fibreuses, histiocytaires et fibrohistiocytaires</i>	
8408/3	Adénocarcinome papillaire eccrine	8824/1	Myofibromatose
8409/3	Porome eccrine malin	8832/3	Dermatofibrosarcome, SAI
8480/3	Adénocarcinome colloïde (mucineux)	8834/1	Fibroblastome à cellules géantes
8940/3	Tumeur mixte maligne, SAI		
8540/3	Maladie de Paget du sein	<i>Tumeurs neurales</i>	
8542/3	Maladie de Paget extra-mammaire	8247/3	Carcinome à cellules de Merkel
		9260/3	Sarcome d'Ewing
		9364/3	Tumeur neuroectodermique périphérique
		9580/0	Tumeur à cellules granuleuses, SAI

Tableau 10. Variables additionnelles à considérer dans l'enregistrement des tumeurs du sein

Variable	Description
tumeur multiple	femme avec une seule tumeur, femme avec tumeurs multiples
numéro séquentiel de la tumeur	dans le cas de tumeurs multiples ; comprend les tumeurs in situ “ pures ” (non associées à une tumeur maligne déjà enregistrée)
côté	droite, gauche
pT	codage complet TNM
diamètre tumeur invasive	plus grand diamètre (en millimètres) ; en cas de multifocalité/multicentricité, diamètre du plus grand nodule
diamètre tumeur in situ	plus grand diamètre (en millimètres) ; idem ci-dessus
focalité	focalité de la lésion : <ul style="list-style-type: none"> ❖ unifocale ❖ multifocale (nodules à l'intérieur d'une zone de 5 cm) ❖ multicentrique (nodules distants plus de 5 cm l'un de l'autre ou nodules dans des quadrants mammaires différents) [15]
pN	codage complet TNM
ganglions totaux	nombre de ganglions examinés
ganglions positifs	nombre de ganglions métastatiques
cellules tumorales isolées	présence de cellules tumorales isolées
immunohistochimie stade N	exécution d'une analyse d'immunohistochimie pour le stade pN
dissection axillaire	exécution de la dissection axillaire
ganglion sentinelle	indique l'exécution de la procédure du ganglion sentinelle
M	présence de métastases à distance du diagnostic, codage selon TNM
grade	degré de différenciation (pour tumeurs malignes et in situ)
classification du grade	codage OMS, Elston Ellis, Holland, autre...
date intervention chirurgicale	Date de l'intervention chirurgicale principale
intervention chirurgicale	type d'intervention effectuée : <ul style="list-style-type: none"> ❖ tumorectomie ❖ exérèse élargie ❖ segmentectomie ❖ mastectomie ❖ non réalisée ❖ inconnue
date chimiothérapie pré-opératoire	date de début de la chimiothérapie pré-opératoire
chimiothérapie pré-opératoire	effectuée, non effectuée, inconnue
date première invitation	date de la première invitation au programme de dépistage
date premier examen de dépistage	date d'exécution du premier examen de dépistage
dates examens successifs	utiliser n variables pour les n examens de dépistage de la patiente
statut par rapport au dépistage	proposition de classification : voir chap. 2, “ Programmes de dépistage ”
récepteurs estrogènes	présence de récepteurs des estrogènes (échelle de mesure la plus détaillée possible)
récepteurs progestérone	présence de récepteurs de la progestérone (échelle de mesure la plus détaillée possible)
activité proliférative	évaluation immunocytochimique (la plus détaillée possible)
oncogènes/anti-oncogènes	utiliser n variables (les plus détaillées possibles)

Tableau 11. Sièges anatomiques et ganglions régionaux des tumeurs du sein

Site	Description
	mamelon et aréole (C50.0)
Q5	partie centrale (C50.1)
Q2	quadrant supéro-interne (C50.2)
Q4	quadrant inféro-interne (C50.3)
Q1	quadrant supéro-externe (C50.4)
Q3	quadrant inféro-externe (C50.5)
	prolongement axillaire (C50.6)
<i>Les ganglions régionaux sont :</i>	
1. axillaires (homolatéraux)	ganglions inter-pectoraux (de Rotter) et ganglions le long de la veine axillaire et de ses affluents, qui peuvent être distingués selon les niveaux suivants : <ul style="list-style-type: none"> ❖ niveau I (région axillaire inférieure) : situés dans la partie la plus basse, ou inférieure, de l'aisselle, le long du côté externe du petit muscle pectoral ❖ niveau II (région axillaire centrale) : situés entre les marges interne et externe du petit muscle pectoral et ganglions interpectoraux (de Rotter) ❖ niveau III (région axillaire supérieure ou apicale) : situés sous la partie centrale de la clavicule et tout près d'elle, au-dessus de la région mammaire et le long du côté interne du petit muscle pectoral, y compris ceux indiqués comme sous-claviculaires, infra-claviculaires ou apicaux.
2. infra-claviculaires (sus-claviculaires) homolatéraux	
3. mammaires internes (homolatéraux)	ganglions situés dans les espaces intercostaux le long du bord du sternum sur la paroi endothoracique
4. sus-claviculaires (homolatéraux)	
<i>Note 1 : les ganglions intra-mammaires sont assimilés aux ganglions axillaires</i>	
<i>Note 2 : toute autre métastase ganglionnaire (incluant les ganglions sus-claviculaires, cervicaux ou mammaires internes controlatéraux) doit être codée comme métastase à distance (M1)</i>	


Tableau 12. Stades des tumeurs du sein (AJCC 2002) selon l'édition 2002 de la classification TNM

Stade 0	Tis N0 M0
Stade I	T1* N0 M0
Stade IIA	T0 N1 M0
	T1* N1 M0
	T2 N0 M0
Stade IIB	T2 N1 M0
	T3 N0 M0
Stade IIIA	T0 N2 M0
	T1* N2 M0
	T2 N2 M0
	T3 N1, N2 M0
Stade IIIB	T4 N1, N2, N3 M0
Stade IIIC	Tx N3 M0
Stade IV	Tx Nx M1
<i>*T1 inclut T1mic.</i>	

Tableau 13. Classification des tumeurs du sein selon l'édition 2002 de la classification TNM (T/pT et pN)

T		Définition
Tis		Carcinome <i>in situ</i>
	Tis (DCIS)	Carcinome canalaire <i>in situ</i>
	Tis (LCIS)	Carcinome lobulaire <i>in situ</i>
	Tis (Paget)	Maladie de Paget du mamelon sans tumeur décelable (NB : la maladie de Paget avec tumeur décelable est classée selon la dimension de la tumeur)
T1		Tumeur ≤2 cm dans sa plus grande dimension
	T1mic	Micro-invasion ⁽¹⁾ 0,1 cm dans sa plus grande dimension (en cas de plusieurs foyers, indiquer le plus grand)
	T1a	Tumeur >0,1 et ≤0,5 cm dans sa plus grande dimension
	T1b	Tumeur >0,5 et ≤1 cm dans sa plus grande dimension
	T1c	Tumeur >1 et ≤2 cm dans sa plus grande dimension
T2		Tumeur >2 et ≤5 cm dans sa plus grande dimension
T3		Tumeur >5 cm dans sa plus grande dimension
T4		Tumeur de toute taille avec extension directe à la paroi thoracique (comprend les côtes, les muscles intercostaux, le muscle dentelé antérieur mais pas les muscles pectoraux) ou à la peau, comme décrit en T4a-T4d
	T4a	Extension à la paroi thoracique
	T4b	Edème (y compris la « peau d'orange ») ou ulcération cutanée du sein ou nodules de perméation cutanés limités au même sein ; ne comprend pas l'induration cutanée, la rétraction du mamelon ou d'autres modifications cutanées différentes de 4b ou 4d, pour lesquelles est valide la classification originale de la tumeur
	T4c	A la fois 4a et 4b
	T4d	Carcinome inflammatoire ⁽²⁾ (si la biopsie cutanée est négative et que la tumeur primitive n'est pas décelable - diagnostic clinique - le stade pTx est employé)
N		Définition
pNX		Appréciation de l'atteinte ganglionnaire impossible (les ganglions n'ont pas été prélevés ou déjà asportés lors d'une exérèse antérieure)
pN0(sn)		Ganglion sentinelle négatif
pN0		Absence de signe d'envahissement ganglionnaire régional histologique et absence d'études supplémentaires pour la recherche de cellules isolées. NB : les cas de seule présence de cellules tumorales isolées (ITC ou petits groupes de cellules dont la dimension ne dépasse pas 0,2 mm) sont classés pN0 ; Les ITC ne sont pas le signe d'une activité de type métastatique (par exemple, prolifération ou stroma réaction) dans les ganglions
pN1mi		Présence de micrométastases (>0,2 mm, aucune>2 mm)
pN1		Métastase dans 1 à 3 ganglions axillaires et/ou mammaires internes avec envahissement microscopique détecté par la technique du ganglion sentinelle mais non suspectée cliniquement
	pN1a	Métastase dans 1 à 3 ganglions axillaires, incluant au moins 1 ganglion de dimension maximale >2 mm
	pN1b	Métastase ganglionnaire mammaire interne microscopique repérée par la technique du ganglion sentinelle mais non suspectée cliniquement
	pN1c	Métastase ganglionnaire axillaire dans 1 à 3 ganglions et métastase mammaire interne avec envahissement microscopique détecté par la technique du ganglion sentinelle mais non suspecté cliniquement
pN2		Métastase ganglionnaire axillaire dans 4 à 9 ganglions ou présence clinique d'adénopathies mammaires internes en l'absence d'adénopathies cliniques axillaires
	pN2a	Métastase ganglionnaire axillaire dans 4 à 9 ganglions (au moins un envahissement >2 mm)
	pN2b	Métastase ganglionnaire mammaire interne clinique en l'absence d'envahissement axillaire
pN3		Métastase ganglionnaire axillaire touchant au moins 10 ganglions ; ou envahissement sous-claviculaire (niveau III) ; ou présence clinique d'adénopathies mammaires internes homolatérales et envahissement d'au moins 1 ganglion axillaire concomitant ; ou envahissement axillaire touchant plus de 3 ganglions avec présence de métastases mammaires internes détectées par la technique du ganglion sentinelle mais non suspecté cliniquement ; ou ganglion sus-claviculaire homolatéral envahi
	pN3a	Envahissement ganglionnaire axillaire touchant au moins 10 ganglions (avec un envahissement >2 mm au minimum) ; ou métastase ganglionnaire sous-claviculaire
	pN3b	Ganglion mammaire interne homolatéral suspect avec envahissement d'au moins 1 ganglion axillaire ; ou d'au moins 3 ganglions axillaires avec envahissement mammaire interne détecté par la technique du ganglion sentinelle mais non suspecté cliniquement
	pN3c	Métastase ganglionnaire sus-claviculaire homolatérale

(1) La **micro-invasion** est l'extension des cellules cancéreuses à travers la membrane basale dans les tissus adjacents qui n'ont pas formé de foyer >0,1 cm dans sa plus grande dimension. Lorsqu'il s'agit de multiples foyers de micro-invasion, on ne tient compte que du plus grand pour la classification. La présence de multiples foyers de micro-invasion doit être notée comme c'est le cas lors d'un carcinome infiltrant avec foyers multiples.

(2) Le **carcinome inflammatoire du sein** est caractérisé par une induration cutanée diffuse et tendue, à bord érysipéloïdes, due à la présence de cellules cancéreuses dans les vaisseaux lymphatiques de la peau ; cette condition empêche d'évaluer cliniquement la tumeur sous-jacente. Si la biopsie de la peau est négative et s'il n'y a pas de cancer primitif localisé mesurable, un carcinome inflammatoire clinique (T4d) est classé pTx sur le plan histopathologique. Une dépression cutanée, la rétraction du mamelon ou toute autre modification des téguments, à l'exception de celles retenues pour la catégorie T4, peuvent exister avec T1, T2 ou T3 sans influencer sur le classement.

Tableau 14. OMS : classification des tumeurs du sein et des organes génitaux de la femme [17]

Classification histologique des tumeurs du sein (modifiée)	
<i>Tumeurs épithéliales</i>	
8013/3	Carcinome neuroendocrinien à grandes cellules
8022/3	Carcinome pléomorphe
8035/3	Carcinome à cellules géantes ostéoclastiformes
8041/3	Carcinome à petites cellules, SAI
8070/3	Carcinome épidermoïde, SAI
8200/3	Carcinome adénoïde kystique
8201/3	Carcinome cribriforme, SAI
8211/3	Adénocarcinome tubuleux
8249/3	Tumeur carcinoïde maligne atypique
8314/3	Carcinome riche en lipides (xanthocarcinome)
8315/3	Carcinome riche en glycogènes
8401/3	Adénocarcinome apocrine
8410/3	Adénocarcinome sébacé
8430/3	Carcinome muco-épidermoïde
8480/3	Adénocarcinome colloïde (mucineux)
8490/3	Carcinome à cellules en bague à chaton
8500/2	Carcinome intracanalair non infiltrant, SAI
8500/3	Carcinome canalaire infiltrant, SAI
8502/3	Carcinome juvénile du sein
8503/2	Adénocarcinome papillaire intracanalair non infiltrant
8503/3	Adénocarcinome papillaire intracanalair infiltrant
8504/2	Carcinome intrakystique non infiltrant
8507/3	Carcinome micropapillaire infiltrant
8510/3	Carcinome médullaire, SAI
8520/2	Carcinome lobulaire in situ, SAI
8520/3	Carcinome lobulaire, SAI
8522/2	Carcinome intracanalair et lobulaire in situ
8522/3	Carcinome canalaire et lobulaire infiltrant
	Carcinome canalaire infiltrant et lobulaire in situ
	Carcinome lobulaire infiltrant et canalaire in situ
8523/3	Carcinome canalaire infiltrant avec autres types de carcinome
8524/3	Carcinome lobulaire infiltrant avec autres types de carcinome
8525/3	Adénocarcinome polymorphe de bas grade
8530/3	Carcinome inflammatoire
8540/3	Maladie de Paget du sein
8541/3	Maladie de Paget et carcinome canalaire infiltrant du sein
8543/3	Maladie de Paget et carcinome intracanalair du sein
8550/3	Carcinome à cellules acineuses
8560/3	Carcinome adénosquameux
8575/3	Carcinome métaplasique, SAI
<i>Tumeurs mésenchymateuses</i>	
8821/1	Fibromatose agressive
8825/1	Tumeur myofibroblastique, SAI
8850/3	Liposarcome, SAI
8890/3	Léiomyosarcome, SAI
8900/3	Rhabdomyosarcome, SAI
9120/3	Hémangiosarcome
9150/1	Hémangiopéricytome, SAI
9180/3	Ostéosarcome, SAI
<i>Lésions myoépithéliales et fibroépithéliales</i>	
8982/3	Myoépithéliome malin
9020/1	Tumeur phyllode à la limite de la malignité
9020/3	Tumeur phyllode maligne
<i>Lymphomes malins</i>	
9680/3	Lymphome malin diffus à grandes cellules B, SAI
9687/3	Lymphome de Burkitt, SAI (voir aussi M-9826/3)
9690/3	Lymphome folliculaire, SAI (voir aussi M-9675/3)
9699/3	Lymphome de la zone marginale à cellules B, SAI

Tableau 15. Variables additionnelles à considérer pour l'enregistrement des formes pré-invasives du col de l'utérus

Variable	Description
lésion multiple	Présence de lésion simple/multiple <i>NB : les lésions qui se manifestent à au moins 6 mois d'intervalle doivent être considérées comme lésions multiples</i>
numéro progressif de la tumeur	Dans le cas de lésions multiples, ce numéro ne comprend pas les lésions pré-malignes lorsqu'elles sont associées à une tumeur maligne déjà enregistrée
date de l'examen histopathologique	date de l'intervention chirurgicale principale
intervention chirurgicale	type d'intervention effectuée : ❖ intervention conservatrice (biopsie élargie ou conisation) ❖ non réalisée ❖ inconnue
date de première invitation	date de première invitation au programme de dépistage
date du premier examen de dépistage	date d'exécution du premier examen de dépistage
dates des invitations suivantes	utiliser <i>n</i> variables pour les <i>n</i> invitations au dépistage de la patiente
dates des examens suivants	utiliser <i>n</i> variables pour les <i>n</i> examens de dépistage de la patiente
état du dépistage	proposition de classification : voir chap. 2, "Programmes de dépistage"

Tableau 16. Classification FIGO (1988) et TNM (2002) des tumeurs du col de l'utérus

FIGO 1994	Typologie	TNM 2002
<i>stade 0</i>	Carcinome in situ	TisN0
<i>stade I</i>	tumeur limitée au col de l'utérus	T1
<i>stade Ia</i>	lésion non visible diagnostiquée à l'histologie	T1a
<i>stade Ia1</i>	Invasion du tissu conjonctif <3.0 mm de profondeur et <7.0 mm en diffusion horizontale	T1a1
<i>stade Ia2</i>	Invasion du tissu conjonctif >3.0 mm et <5.0 mm avec diffusion horizontale <7.0 mm	T1a2
<i>stade Ib</i>	Lésion cliniquement visible limitée au col ou à des lésions microscopiques supérieures à T1a2/IA2	T1b
<i>stade Ib1</i>	Lésion cliniquement visible <4.0 cm dans sa plus grande dimension	
<i>stade Ib2</i>	Lésion cliniquement visible > 4 cm dans sa plus grande dimension	
<i>stade II</i>	Tumeur qui s'étend au-delà du col mais qui n'atteint pas les parois pelviennes ou le tiers inférieur du vagin	T2
<i>stade IIa</i>	Sans infiltration du paramètre	T2a
<i>stade IIb</i>	Avec infiltration du paramètre	T2b
<i>stade III</i>	Tumeur qui s'étend à la paroi pelvienne, envahissant le tiers inférieur du vagin, ou provoquant une hydronéphrose ou un rein muet	T3
<i>stade IIIa</i>	Tumeur intéressant le tiers inférieur du vagin, sans extension à la paroi pelvienne	T3a
<i>stade IIIb</i>	❖ tumeur s'étendant à la paroi pelvienne ou présence d'hydronéphrose ou d'un rein muet	T3b, N0
	❖ tous les stades précédents avec envahissement ganglionnaire	T3b, N1 T1, N1 T2, N1
<i>stade IV</i>		
<i>stade IVa</i>	Tumeur envahissant la muqueuse vésicale ou rectale ou s'étendant au-delà du petit bassin, avec ou sans envahissement ganglionnaire	T4, Nx, M0
<i>stade IVb</i>	présence de métastases à distance, avec ou sans envahissement ganglionnaire	Tx, Nx, M1

Tableau 17. OMS : classification histologique des tumeurs du col de l'utérus [17]

<i>Tumeurs épithéliales</i>	
8013/3	Carcinome neuroendocrinien à grandes cellules
8015/3	Carcinome à cellules hyalines (<i>"glassy cell carcinoma"</i>)
8020/3	Carcinome indifférencié, SAI
8041/3	Carcinome à petites cellules, SAI
8051/3	Carcinome verruqueux, SAI
8052/3	Carcinome épidermoïde papillaire
8070/2	Carcinome épidermoïde <i>in situ</i> , SAI
8070/3	Carcinome épidermoïde, SAI
8071/3	Carcinome épidermoïde kératinisant, SAI
8072/3	Carcinome épidermoïde non kératinisant, à grandes cellules, SAI
8076/3	Carcinome épidermoïde micro-invasif
8077/2	Néoplasie intra-épithéliale de grade III NIC III
8082/3	Carcinome lympho-épithélial
8083/3	Carcinome épidermoïde basaloïde
8098/3	Carcinome basocellulaire adénoïde
8120/3	Carcinome à cellules transitionnelles, SAI
8140/2	Adénocarcinome <i>in situ</i> , SAI
8140/3	Adénocarcinome, SAI
8144/3	Adénocarcinome de type intestinal
8200/3	Carcinome adénoïde kystique
8240/3	Tumeur carcinoïde, SAI (<i>sauf de l'appendice M-8240/1</i>)
8249/3	Tumeur carcinoïde atypique
8262/3	Adénocarcinome villositaire
8310/3	Adénocarcinome à cellules claires, SAI
8380/3	Adénocarcinome endométrioïde, SAI
8441/3	Cystadénocarcinome séreux, SAI
8480/3	Adénocarcinome colloïde (<i>mucineux</i>)
8482/3	Adénocarcinome mucineux de type endocervical
8490/3	Carcinome à cellules en bague à chaton
8560/3	Carcinome adénosquameux
9110/3	Mésenchymatome malin
<i>Tumeurs mésenchymateuses</i>	
8805/3	Sarcome indifférencié
8890/3	Léiomyosarcome, SAI
8910/3	Rhabdomyosarcome embryonnaire, SAI
8931/3	Sarcome du stroma endométrial de bas grade
9120/3	Hémangiosarcome
9540/3	Tumeur maligne de la gaine des nerfs périphériques
9581/3	Sarcome alvéolaire des tissus mous
<i>Tumeurs mixtes épithéliales et mésenchymateuses</i>	
8933/3	Adénosarcome
8960/3	Néphroblastome, SAI
8980/3	Carcinosarcome, SAI
<i>Tumeurs mélanocytaires</i>	
8720/3	Mélanome malin, SAI
<i>Autres tumeurs</i>	
9071/3	Tumeur vitelline

Tableau 18. Classification FIGO (1988) et TNM (1992-2002) des tumeurs du corps de l'utérus

FIGO 1988	Typologie	TNM 1992-2002	Notes TNM 1993
Ia	Tumeur limitée à l'endomètre	T1a	
Ib	Tumeur ne dépassant pas la moitié du myomètre	T1b	
Ic	Tumeur envahissant la moitié du myomètre ou plus	T1c	
IIa	Tumeur envahissant la glande endocervicale, sans infiltration du stroma	T2a	
IIb	Tumeur envahissant le stroma cervical mais ne s'étendant pas au-delà de l'utérus	T2b	Y compris l'envahissement de la paroi de la vessie ou du rectum, sans envahissement de la muqueuse
IIIa	Envahissement local et/ou régional de la séreuse (couche externe) et/ou des annexes et/ou cytologie péritonéale positive pour cellules tumorales malignes	T3a	L'envahissement de la séreuse ou des annexes peut être discontinu
IIIb	Envahissement vaginal et/ou paramétrial	T3b	Y compris l'extension clinique à la paroi pelvienne
IIIc	Atteinte des ganglions lymphatiques régionaux pelviens et/ou para-aortiques	Tx, N1	
IVa	Extension à la muqueuse vésicale et/ou intestinale	T4	Extension à la muqueuse de la vessie et du rectum
IVb	Métastases à distance incluant les métastases intra-abdominales et/ou les ganglions inguinaux	Tx, Nx, M1	

Tableau 19. Classification histologique des tumeurs du corps de l'utérus [17]

<i>Tumeurs épithéliales</i>	
8020/3	Carcinome indifférencié, SAI
8041/3	Carcinome à petites cellules, SAI
8070/3	Carcinome épidermoïde, SAI
8120/3	Carcinome à cellules transitionnelles, SAI
8262/3	Adénocarcinome vilieux
8310/3	Adénocarcinome à cellules claires, SAI
8323/3	Adénocarcinome à cellules mixtes
8380/3	Adénocarcinome endométrioïde, SAI
8382/3	Adénocarcinome endométrioïde, variante sécrétoire
8383/3	Adénocarcinome endométrioïde, variante à cellules ciliées
8441/3	Cystadénocarcinome séreux, SAI
8480/3	Adénocarcinome colloïde (mucineux)
8570/3	Adénocarcinome avec métaplasie malpighienne
<i>Tumeurs mésenchymateuses</i>	
8890/3	Léiomyosarcome, SAI
8890/1	Léiomyomatose, SAI
8891/0	Léiomyome épithélioïde
8891/3	Léiomyosarcome épithélioïde
8892/0	Léiomyome cellulaire
8896/3	Léiomyosarcome myxoïde
8897/1	Tumeur des muscles lisses, à potentiel malin incertain
8898/1	Léiomyome métastasant
8930/3	Sarcome du stroma endométrial, SAI
8931/3	Sarcoma du stromal endométrial de bas grade
<i>Tumeurs mixtes épithéliales et mésenchymateuses</i>	
8933/3	Adénosarcome
8934/3	Carcinofibrome
8980/3	Carcinosarcome, SAI
<i>Maladies du trophoblaste</i>	
9100/1	Môle hydatiforme invasive, SAI
9100/3	Choriocarcinome, SAI
9104/1	Tumeur trophoblastique de siège placentaire
9105/3	Tumeur trophoblastique épithélioïde

Tableau 20. OMS : Classification histologique des tumeurs de l'ovaire [17]

<i>Tumeurs de type séreux</i>	
8441/3	Cystadénocarcinome séreux, SAI
8442/1	Cystadénome séreux à la limite de la malignité
8461/3	Carcinome séreux papillaire de surface
8462/1	Tumeur kystique séreuse papillaire à la limite de la malignité
8463/1	Tumeur séreuse papillaire de surface à la limite de la malignité
9014/1	Adénofibrome séreux à la limite de la malignité
9014/3	Adénocarcinofibrome séreux
<i>Tumeurs de type mucineux</i>	
8472/1	Tumeur kystique mucineuse à la limite de la malignité
8480/3	Adénocarcinome colloïde (mucineux)
9015/3	Adénocarcinofibrome mucineux
<i>Tumeurs endométrioïdes et variantes</i>	
8380/1	Adénome endométrioïde à la limite de la malignité
8380/3	Adénocarcinome endométrioïde, SAI
8381/1	Adénofibrome endométrioïde à la limite de la malignité
8381/3	Adénofibrome endométrioïde malin
8805/3	Sarcome indifférencié
8931/3	Sarcome du stroma endométrial de bas grade
8933/3	Adénosarcome
8950/3	Mulleroblastome
<i>Tumeurs à cellules claires</i>	
8120/3	Carcinome à cellules transitionnelles, SAI
8310/1	Adénome à cellules claires à la limite de la malignité
8310/3	Adénocarcinome à cellules claires, SAI
8313/1	Adénofibrome à cellules claires à la limite de la malignité
8313/3	Adénocarcinofibrome à cellules claires
9000/1	Tumeur de Brenner à la limite de la malignité
9000/3	Tumeur de Brenner maligne
<i>Tumeurs à cellules squameuses</i>	
8070/3	Carcinome épidermoïde, SAI
<i>Tumeurs épithéliales mixtes</i>	
8323/1	Adénome à cellules mixtes à la limite de la malignité
8323/3	Adénocarcinome mixte
<i>Tumeurs indifférenciées et non classifiables</i>	
8020/3	Carcinome indifférencié, SAI
8140/3	Adénocarcinome, SAI
<i>Tumeurs du stroma gonadique</i>	
8593/1	Tumeur du stroma gonadique avec peu d'éléments du cordon sexuel
8620/1	Tumeur de la granulosa de type adulte
8622/1	Tumeur de la granulosa juvénile
8810/1	Fibrome cellulaire
8810/3	Fibrosarcome, SAI
<i>Tumeurs à cellules de Sertoli</i>	
8631/1	Tumeur à cellules de Sertoli-Leydig, à différenciation intermédiaire
8631/3	Tumeur à cellules de Sertoli-Leydig, peu différenciée
8633/1	Tumeur rétiforme à cellules de Sertoli-Leydig
8634/1	Tumeur à cellules de Sertoli-Leydig, différenciation intermédiaire, avec éléments hétérologues
8634/3	Tumeur à cellules de Sertoli-Leydig, peu différenciée, avec éléments hétérologues
8640/1	Tumeur à cellules de Sertoli, SAI
<i>Tumeurs du stroma gonadique mixtes et non classées</i>	
8623/1	Tumeur des cordons sexuels avec tubules annulaires
8632/1	Gynandroblastome

8590/1 Tumeur des cordons sexuels et du stroma gonadique, SAI

Tumeurs à cellules stéroïdiennes

8650/1 Tumeur à cellules de Leydig, SAI
8670/3 Tumeur maligne à cellules stéroïdiennes

Tumeurs à cellules germinales

9060/3 Dysgerminome
9070/3 Carcinome embryonnaire, SAI
9071/3 Tumeur vitelline
9072/3 Polyembryome
9085/3 Tumeur mixte des cellules germinales
9100/3 Choriocarcinome, SAI

Tératomes bi-triphasiques

9080/3 Tératome malin, SAI

Tératomes monodermiques

8070/3 Carcinome épidermoïde, SAI
8140/3 Adénocarcinome, SAI
8240/3 Tumeur carcinoïde, SAI (sauf de l'appendice M-8240/1)
8243/3 Tumeur maligne mucocarcinoïde
8410/3 Adénocarcinome sébacé
8720/3 Mélanome malin, SAI
9090/3 Goitre ovarien cancérisé
9091/1 Carcinoïde ovarien
9391/3 Ependymome, SAI
9440/3 Glioblastome, SAI
9473/3 Tumeur neuroectodermique primitive, SAI
9501/3 Médulloépithéliome, SAI

Tumeurs à cellules germinales et du stroma gonadique

9073/1 Gonadoblastome

Tumeurs du rete ovarii

9110/3 Mésonéphrome malin

Autres tumeurs

8013/3 Carcinome neuroendocrinien à grandes cellules
8041/3 Carcinome à petites cellules, SAI
8090/1 Tumeur basocellulaire
8200/3 Carcinome adénoïde kystique
8576/3 Adénocarcinome hépatoïde
8693/1 Paragangliome extrasurrénalien, SAI
8960/3 Néphroblastome, SAI
9050/3 Mésothéliome malin
9100/3 Choriocarcinome, SAI
9110/1 Tumeur mésonéphrique, SAI

Tumeurs hématologiques

9734/3 Plasmocytome extramédullaire (extra-osseux)

Tableau 21. OMS : Classification histologique des tumeurs de la trompe et des ligaments [17]

<i>Tumeurs épithéliales</i>	
8020/3	Carcinome indifférencié, SAI
8070/3	Carcinome épidermoïde, SAI
8120/3	Carcinome à cellules transitionnelles, SAI
8310/3	Adénocarcinome à cellules claires, SAI
8380/1	Adénome endométriode à la limite de la malignité
8380/3	Adénocarcinome endométriode, SAI
8441/3	Cystadénocarcinome séreux, SAI
8442/1	Cystadénome séreux à la limite de la malignité
8472/1	Tumeur kystique mucineuse à la limite de la malignité
8480/3	Adénocarcinome colloïde (mucineux)
<i>Tumeurs mixtes épithéliales-mésenchymateuses</i>	
8933/3	Adénosarcome
8950/3	Mulleroblastome
<i>Tumeurs des parties molles</i>	
8890/3	Léiomyosarcome, SAI
<i>Tumeurs à cellules germinales</i>	
9080/3	Tératome malin, SAI
<i>Maladies du trophoblaste</i>	
9100/3	Choriocarcinome, SAI
9104/1	Tumeur trophoblastique du siège placentaire
<i>Tumeurs du ligament large et des autres ligaments de l'utérus</i>	
<i>Tumeurs de l'épithélium mullérien</i>	
8310/3	Adénocarcinome à cellules claires, SAI
8380/3	Adénocarcinome endométriode, SAI
8460/3	Cystadénocarcinome séreux papillaire
8480/3	Adénocarcinome colloïde (mucineux)
<i>Autres tumeurs</i>	
8933/3	Adénosarcome
9110/1	Tumeur mésonéphrique, SAI
9391/3	Ependymome, SAI

Tableau 22. OMS : Classification histologique des tumeurs du vagin [17]

<i>Tumeurs épithéliales</i>	
8020/3	Carcinome indifférencié, SAI
8041/3	Carcinome à petites cellules, SAI
8051/3	Carcinome verruqueux, SAI
8070/2	Carcinome épidermoïde in situ, SAI
8070/3	Carcinome épidermoïde, SAI
8071/3	Carcinome épidermoïde kératinisant, SAI
8072/3	Carcinome épidermoïde non kératinisant, à grandes cellules, SAI
8077/2	Néoplasie intra-épithéliale de grade III
	NIVA III
8083/3	Carcinome épidermoïde basaloïde
8098/3	Carcinome épidermoïde adénoïde
8200/3	Carcinome adénoïde kystique
8240/3	Tumeur carcinoïde, SAI (sauf de l'appendice M-8240/1)
8310/3	Adénocarcinome à cellules claires, SAI
8380/3	Adénocarcinome endométrioïde, SAI
8480/3	Adénocarcinome colloïde (mucineux)
8560/3	Carcinome adénosquameux
9110/3	Mésonephrome malin
<i>Tumeurs des parties molles</i>	
8805/3	Sarcome indifférencié
8841/1	Angiomyxome
8890/3	Léiomyosarcome, SAI
8910/3	Rhabdomyosarcome embryonnaire, SAI
8931/3	Sarcome du stroma endométrial de bas grade
<i>Tumeurs mixtes épithéliales et mésenchymateuses</i>	
8933/3	Adénosarcome
8940/3	Tumeur mixte maligne, SAI
8980/3	Carcinosarcome, SAI
<i>Tumeurs mélanocytaires</i>	
8720/3	Mélanome malin, SAI
<i>Autres tumeurs</i>	
9071/3	Tumeur vitelline
9260/3	Sarcome d'Ewing
9364/3	Tumeur neuroectodermique périphérique

Tableau 23. OMS : Classification histologique des tumeurs de la vulve [17]

<i>Tumeurs épithéliales</i>	
8041/3	Carcinome à petites cellules, SAI
8070/2	Carcinome épidermoïde in situ, SAI
8070/3	Carcinome épidermoïde, SAI
8071/3	Carcinome épidermoïde kératinisant, SAI
8072/3	Carcinome épidermoïde non kératinisant, à grandes cellules, SAI
8083/3	Carcinome épidermoïde basaloïde
8051/3	Carcinome verruqueux, SAI
8077/2	Néoplasie intra-épithéliale de grade III
	NIV III
8090/3	Carcinome basocellulaire, SAI
8120/3	Carcinome à cellules transitionnelles, SAI
8140/3	Adénocarcinome, SAI
8200/3	Carcinome adénoïde kystique
8500/3	Carcinome canalaire infiltrant, SAI
8542/3	Maladie de Paget extra-mammaire
8560/3	Carcinome adénosquameux
<i>Tumeurs des annexes cutanées</i>	
8400/3	Adénocarcinome des glandes sudoripares
8410/3	Adénocarcinome sébacé
<i>Tumeurs des parties molles</i>	
8804/3	Sarcome épithélioïde
8832/3	Dermatofibrosarcome, SAI
8841/1	Angiomyxome
8850/3	Liposarcome, SAI
8890/3	Léiomyosarcome, SAI
8910/3	Rhabdomyosarcome embryonnaire, SAI
9581/3	Sarcome alvéolaire des tissus mous
<i>Tumeurs mélanocytaires</i>	
8720/3	Mélanome malin, SAI
<i>Autres tumeurs</i>	
8247/3	Carcinome à cellules de Merkel
9071/3	Tumeur vitelline
9260/3	Sarcome d'Ewing
9364/3	Tumeur neuroectodermique périphérique

Tableau 24. Variables additionnelles à considérer pour l'enregistrement des tumeurs de la prostate

Variable	Description
latéralité	lobe droit, lobe gauche, bilatérale
score de Gleason I	score de Gleason principal
score de Gleason II	score de Gleason secondaire
grade	grade histopathologique : Gx, G1, G2, G3-G4
invasion vasculaire	absente, présente
invasion périneurale	absente, présente
NIP	absence/présence de néoplasie prostatique intra-épithéliale
extension tumeur invasive	❖ lobe droit < 50%, lobe droit > 50% ❖ lobe gauche < 50%, lobe gauche > 50% ❖ bilatérale
extension extra-prostatique	non évaluable, absente, lobe droit, lobe gauche, bilatérale
marges chirurgicales	non évaluables, non envahies, lobe droit, lobe gauche, bilatérales
vésicules séminales	non présentes, non évaluables, non envahies, envahies
organes adjacents	non envahis, envahis
ganglions pelviens examinés	numéro de ganglions total examinés
ganglions pelviens métastatiques	numéro de ganglions métastatiques
autres ganglions	siège de lymphoadénectomie
autres ganglions examinés	autres ganglions totaux examinés
autres ganglions métastatiques	autres ganglions métastatiques
stade intra-opératoire	exécution de lymphoadénectomie intra-opératoire
pT	codage complet TNM
pN	codage complet TNM
immunohistochimie stade N	exécution d'une analyse d'immunohistochimie pour le stade pN
date intervention chirurgicale	date de l'intervention chirurgicale principale
intervention chirurgicale	type d'intervention effectuée : ❖ agobiopsie unique ❖ agobiopsie multiple ❖ TURP (résection transurétrale) ❖ nodulectomie ❖ prostatectomie ❖ prostatectomie laparoscopique robotique ❖ prostatectomie radicale ❖ inconnu
date thérapie pré-opératoire	date de début de la thérapie pré-opératoire
type thérapie pré-opératoire	inconnue, non effectuée, hormonothérapie, radiothérapie

Tableau 25. Stade selon l'édition 2002 de la classification TNM des tumeurs de la prostate - Différences entre pT et cT et stade M

cT	Description	pT
TX	la tumeur primitive ne peut pas être évaluée	
T1	tumeur cliniquement non évaluable, ni palpable ni visible à travers les techniques d'imagerie diagnostique	non applicable
T1a	❖ tumeur découverte de façon fortuite dans 5% ou moins de 5% du tissu prélevé	non applicable
T1b	❖ tumeur découverte de façon fortuite dans plus de 5% du tissu prélevé	non applicable
T1c	❖ tumeur découverte sur une biopsie prostatique (par exemple, à la suite d'une valeur de PSA élevée)	non applicable
T2	tumeur limitée à la prostate (apex et capsule compris)	T2
T2a	❖ tumeur qui intéresse au plus la moitié d'un lobe	T2a
T2b	❖ tumeur qui intéresse plus de la moitié d'un lobe mais sans atteindre les deux lobes	T2b
T2c	❖ tumeur qui intéresse les deux lobes	T2c
T3	tumeur qui s'étend au-delà de la capsule prostatique	T3
T3a	❖ extension extra-capsulaire (uni- ou bilatérale)	T3a
T3b	❖ extension à la/aux vésicule/es séminale/es	T3b
T4	extension aux organes adjacents (col vésical, sphincter urétral, rectum) ou tumeur fixée à la paroi pelvienne	T4
MX	la présence de métastases à distance ne peut pas être évaluée	
M0	absence de métastases à distance	
M1	métastases à distance	
M1a	❖ ganglion(s) non régional(aux)	
M1b	❖ os	
M1c	❖ autres sièges avec ou sans atteinte osseuse	

Tableau 26. Correspondance entre degré de différenciation histopathologique et score de Gleason dans les tumeurs de la prostate

Grade	Description	Gleason
GX	le degré de différenciation ne peut pas être déterminé	
G1	bien différencié (anaplasie légère)	2-4
G2	moyennement différencié (anaplasie modérée)	5-6
G3-G4	peu différencié/indifférencié (anaplasie marquée)	7-10

Tableau 27. Stade clinique des tumeurs de la prostate

Stade I	T1a	N0	M0	G1
Stade II	T1a	N0	M0	G2, G3-G4
	T1b	N0	M0	tous G
	T1c	N0	M0	tous G
	T1	N0	M0	tous G
	T2	N0	M0	tous G
Stade III	T3	N0	M0	tous G
Stade IV	T4	N0	M0	tous G
	tous T	N1	M0	tous G
	tous T	tous N	M1	tous G



Tableau 28. Risque de tumeur prostatique en fonction du niveau de PSA

PSA >2,5 ng/ml et ≤4,0 ng/ml	20-25%
PSA compris entre 4,1 ng/ml et 9,9 ng/ml	30-35%
PSA ≥10 ng/ml	67%*

**le risque augmente avec l'augmentation du PSA*

Tableau 29. OMS : Classifications histologiques des tumeurs de l'appareil urinaire et génital masculin [22]

Classification histologique des tumeurs de la prostate et des vésicules séminales	
<i>Tumeurs épithéliales</i>	
8070/3	Carcinome épidermoïde, SAI
8082/3	Carcinome lympho-épithélial
8120/3	Carcinome à cellules transitionnelles, SAI
8140/3	Adénocarcinome, SAI
8147/3	Adénocarcinome à cellules basales
8148/2	Néoplasie intra-épithéliale glandulaire de grade III PIN III
8201/3	Carcinome cribriforme, SAI
8230/3	Carcinome solide avec production de mucine, SAI
8260/3	Adénocarcinome papillaire, SAI
8290/3	Adénocarcinome oxyphile
8480/3	Adénocarcinome colloïde (mucineux)
8490/3	Carcinome à cellules en bague à chaton
8500/3	Carcinome canalaire infiltrant, SAI
8560/3	Carcinome adénosquameux
8572/3	Adénocarcinome avec métaplasie fusocellulaire
<i>Tumeurs stromales prostatiques</i>	
8935/1	Tumeur stromale, SAI
8935/3	Sarcome stromal, SAI
<i>Tumeurs méenchymateuses</i>	
8830/3	Histiocytome fibreux malin
8890/3	Léiomyosarcome, SAI
8900/3	Rhabdomyosarcome, SAI
9120/3	Hémangiosarcome
9150/1	Hémangiopéricytome, SAI
9220/3	Chondrosarcome, SAI
9540/3	Tumeur maligne de la gaine des nerfs périphériques
<i>Autres tumeurs</i>	
8310/3	Adénocarcinome à cellules claires, SAI
8720/3	Mélanome malin, SAI
8960/3	Néphroblastome, SAI
8963/3	Sarcome rhabdoïde
9061/3	Séminome, SAI
9071/3	Tumeur vitelline
9081/3	Téatocarcinome
9100/3	Choriocarcinome, SAI
<i>Tumeurs épithéliales des vésicules séminales</i>	
8140/3	Adénocarcinome, SAI
<i>Tumeurs méenchymateuses des vésicules séminales</i>	
8830/3	Histiocytome fibreux malin
8850/3	Liposarcome, SAI
8890/3	Léiomyosarcome, SAI
9120/3	Hémangiosarcome
9150/1	Hémangiopéricytome, SAI
<i>Autres tumeurs des vésicules séminales</i>	
9100/3	Choriocarcinome, SAI

Tableau 30. OMS : Classification histologique des tumeurs de l'appareil urinaire et génital masculin [22]

Classification histologique des tumeurs de la verge	
<i>Tumeurs malignes épithéliales</i>	
8041/3	Carcinome à petites cellules, SAI
8050/3	Carcinome papillaire, SAI
8051/3	Carcinome verruqueux, SAI
8070/3	Carcinome épidermoïde, SAI
8074/3	Carcinome épidermoïde à cellules fusiformes
8083/3	Carcinome épidermoïde basaloïde
8090/3	Carcinome basocellulaire, SAI
8247/3	Carcinome à cellules de Merkel
8310/3	Adénocarcinome à cellules claires, SAI
8410/3	Adénocarcinome sébacé
8560/3	Carcinome adénosquameux
<i>Précurseurs</i>	
8077/2	Néoplasie intra-épithéliale de grade III (col de l'utérus, vulve, vagin et anus)
8080/2	Erythroplasie de Queyrat
8081/2	Maladie de Bowen
8542/3	Maladie de Paget extra-mammaire
<i>Tumeurs mélanocytaires</i>	
8720/3	Mélanome malin, SAI
Classification des tumeurs du testicule	
<i>Tumeurs à cellules germinales</i>	
9064/2	Cellules germinales intratubulaires malignes
<i>Formes pures</i>	
9061/3	Séminome, SAI
9063/3	Séminome spermatocytaire
9070/3	Carcinome embryonnaire, SAI
9071/3	Tumeur vitelline
9080/3	Tératome malin, SAI
9084/3	Kyste dermoïde avec transformation maligne
9100/3	Choriocarcinome, SAI
<i>Formes mixtes</i>	
9081/3	Tératocarcinome
9085/3	Tumeur mixte des cellules germinales
9101/3	Choriocarcinome avec autres éléments à cellules germinales
<i>Tumeurs du stroma gonadique</i>	
<i>Formes pures</i>	
8590/3	Tumeur maligne des cordons sexuels et du stroma gonadique
8591/1	Tumeur des cordons sexuels et du stroma gonadique, partiellement différenciée
8592/1	Tumeur des cordons sexuels et du stroma gonadique, formes mixtes
8620/1	Tumeur de la granulosa de type adulte
8622/1	Tumeur de la granulosa juvénile
8640/1	Tumeur à cellules de Sertoli, SAI
8640/3	Carcinome à cellules de Sertoli
8642/1	Androblastome calcifiant à grandes cellules
8650/1	Tumeur à cellules de Leydig, SAI
8650/3	Tumeur maligne à cellules de Leydig
9073/1	Gonadoblastome
<i>Autres tumeurs</i>	
8240/3	Tumeur carcinoïde, SAI (sauf de l'appendice M-8240/1)



8380/3	Adénocarcinome endométriöide, SAI
8441/3	Cystadénocarcinome séreux, SAI
8442/1	Cystadénome séreux à la limite de la malignité
8470/3	Cystadénocarcinome mucineux, SAI
8680/1	Paragangliome, SAI
8960/3	Néphroblastome, SAI

Tumeurs du canal déférent et des vaisseaux du testicule

8140/3	Adénocarcinome, SAI
--------	---------------------

Tumeurs des structures paratesticulaires

8140/3	Adénocarcinome, SAI
8806/3	Tumeur desmoplastique à petites cellules rondes
9050/3	Mésothéliome malin

Tableau 31. OMS : Classification histologique des tumeurs des voies urinaires [22]

<i>Tumeurs urothéliales</i>	
8020/3	Carcinome indifférencié, SAI
8031/3	Carcinome à cellules géantes
8082/3	Carcinome lymphoépithélial
8120/0	Papillome à cellules transitionnelles
8120/2	Carcinome à cellules transitionnelles in situ
8120/3	Carcinome à cellules transitionnelles, SAI
8121/0	Papillome schneidérien, SAI
8122/3	Carcinome transitionnel à cellules fusiformes
8130/1	Tumeur transitionnelle papillaire, à faible potentiel de malignité
8130/2	Carcinome transitionnel papillaire non invasif
8130/3	Carcinome transitionnel papillaire
8131/3	Carcinome transitionnel micro-papillaire
<i>Néoplasies squameuses</i>	
8051/3	Carcinome verruqueux, SAI
8052/3	Carcinome épidermoïde papillaire
8070/3	Carcinome épidermoïde, SAI
<i>Néoplasies glandulaires</i>	
8140/3	Adénocarcinome, SAI
8310/3	Adénocarcinome à cellules claires, SAI
8480/3	Adénocarcinome colloïde (mucineux)
8490/3	Carcinome à cellules en bague à chaton
<i>Tumeurs neuroendocriniennes</i>	
8041/3	Carcinome à petites cellules, SAI
8240/3	Tumeur carcinoïde, SAI (sauf de l'appendice M-8240/1)
8680/1	Paragangliome, SAI
<i>Tumeurs mélanocytaires</i>	
8720/3	Mélanome malin, SAI
<i>Tumeurs mésenchymateuses</i>	
8830/3	Histiocytome fibreux malin
8890/3	Léiomyosarcome, SAI
8900/3	Rhabdomyosarcome, SAI
9120/3	Hémangiosarcome
9180/3	Ostéosarcome, SAI
<i>Tumeurs hématologiques</i>	
9731/3	Plasmocytome, SAI

Tableau 32. OMS : Classification histologique des tumeurs du rein [22]

<i>Tumeurs des cellules rénales</i>	
8260/3	Adénocarcinome papillaire, SAI
8310/3	Adénocarcinome à cellules claires, SAI
8312/3	Carcinome à cellules rénales, SAI
8317/3	Carcinome à cellules rénales chromophobes
8319/3	Carcinome des tubes droits du rein
<i>Tumeurs métanéphriques</i>	
8935/1	Tumeur stromale, SAI
<i>Tumeurs néphroblastiques</i>	
8959/1	Néphroblastome kystique partiellement différencié
8960/3	Néphroblastome, SAI
<i>Tumeurs mésenchymateuses</i>	
8830/3	Histiocytome fibreux malin
8890/3	Léiomyosarcome, SAI
8900/3	Rhabdomyosarcome, SAI
8960/1	Néphrome mésoblastique
8963/3	Sarcome rhabdoïde
8964/3	Sarcome à cellules claires du rein
9120/3	Hémangiosarcome
9150/1	Hémangiopéricytome, SAI
9180/3	Ostéosarcome, SAI
<i>Tumeurs mixtes mésenchymateuses et épithéliales</i>	
8959/0	Néphrome kystique bénin
9040/3	Sarcome synovial, SAI
<i>Tumeurs neuroendocriniennes</i>	
8240/3	Tumeur carcinoïde, SAI (sauf de l'appendice M-8240/1)
8246/3	Carcinome neuroendocrinien, SAI
9364/3	Tumeur neuroectodermique périphérique
9500/3	Neuroblastome, SAI
<i>Tumeurs hématologiques</i>	
9731/3	Plasmocytome, SAI
<i>Tumeurs à cellules germinales</i>	
9080/1	Tératome, SAI
9100/3	Choriocarcinome, SAI

Tableau 33. Règles CIM-O pour l'enregistrement du grade des tumeurs du SNC

Types de tumeur à coder	Grade OMS	Code CIM-O	Code de comportement CIM-O (Vème chiffre)
Néoplasies astrocytaires (astrocytomes)			
sous-épendymaire à cellules géantes	I	9384	1
pilocytique	I	9421	1
de bas grade	II	9400	3
xantastrocytome pléomorphe	II-III	9424	3
anaplasique	III	9401	3
glioblastome	IV	9440	3
Oligodendrogliomes			
de bas grade	II	9450	3
anaplasique	III	9451	3
Oligoastrocytomes			
de bas grade	II	9382	3
anaplasique	III	9382	3
Tumeurs épendymaires (épendymomes)			
Subependymomes	I	9383	1
myxopapillaire	I	9394	1
de bas grade	II	9391	3
anaplasique	III	9392	3
Tumeur des plexus choroïdes			
papillome	I	9390	0
carcinome	III-IV	9390	3
Tumeurs neuronales/gliales			
gangliocytome	I	9492	0
gangliogliome	I-II	9505	1
gangliogliome anaplasique	III	9505	3
astrocytome desmoplastique infantile	I	9412	1
tumeur neuroépithéliale dysembryoplasique	I	9413	0
neurocytome central	I	9506	1
Tumeurs pinéales			
pinéalcytome	II	9361	1
tumeur pinéale parenchymateuse à différenciation intermédiaire	III-IV	9362	3
pinéaloblastome	IV	9362	3
Tumeurs embryonnaires			
médulloblastome	III	9470	3
autres PNETs	III	9473	3
médulloépithéliome	III	9501	3
neuroblastome	III	9500	3
épendymbblastome	III	9392	3
Tumeurs des nerfs crâniens et de la moelle épinière			
schwannome	I	9560	0
tumeur maligne de la gaine des nerfs périphériques	III-IV	9540	3
Tumeurs méningées			
méningiome	I	9530	0
méningiome atypique	II	9539	1
méningiome papillaire	II-III	9538	3
hémangiopéricytome	II-III	9150	3
méningiome anaplasique	III	9530	3

Tableau 34. OMS : Classification histologique des tumeurs du système nerveux [38]
Tumeurs du neuroépithélium
Tumeurs astrocytaires

9384/1	Astrocytome sous-épendymaire à cellules géantes
9400/3	Astrocytome, SAI
9401/3	Astrocytome anaplasique
9410/3	Astrocytome protoplasmique
9411/3	Astrocytome gémistocytaire
9420/3	Astrocytome fibrillaire
9421/1	Astrocytome pilocytique
9424/3	Xantoastrocytome pléomorphe
9440/3	Glioblastome, SAI
9441/3	Glioblastome à cellules géantes
9442/3	Gliosarcome

Tumeurs oligodendrogiales

9450/3	Oligodendrogliome, SAI
9451/3	Oligodendrogliome anaplasique

Gliomes mixtes

9382/3	Gliome mixte
--------	--------------

Tumeurs épendymaires

9383/1	Subependymome
9391/3	Ependymome, SAI
9392/3	Ependymome anaplasique
9393/3	Ependymome papillaire
9394/1	Ependymome myxopapillaire

Tumeurs des plexus choroïdes

9390/0	Papillome des plexus choroïdes, SAI
9390/3	Carcinome des plexus choroïdes

Tumeurs gliales d'origine incertaine

9381/3	Gliomatose du cerveau
9430/3	Astroblastome
9444/1	Gliome choroïde

Tumeurs neuronales et mixtes gliales-neuronales

8680/1	Paragangliome, SAI
9412/1	Astrocytome desmoplastique infantile
9413/0	Tumeur neuroépithéliale dysembryoplasique
9492/0	Gangliocytome
9493/0	Gangliocytome dysplasique du cervelet (maladie de J. Lhermitte et Duclos)
9505/1	Gangliome, SAI
9505/3	Gangliogliome anaplasique
9506/1	Neurocytome central

Tumeurs neuroblastiques

9500/3	Neuroblastome, SAI
9522/3	Neuroblastome olfactif
9523/3	Neuroépithéliome olfactif

Tumeurs pinéales

9361/1	Pinéalcytome
9362/3	Pinéaloblastome

Tumeurs embryonnaires

9392/3	Ependymome anaplasique
9501/3	Médullo-épithéliome, SAI
9470/3	Médulloblastome, SAI
9471/3	Médulloblastome nodulaire desmoplastique
9472/3	Médullomyoblastome
9473/3	Tumeur neuroectodermique primitive, SAI - PNET
9474/3	Médulloblastome à grandes cellules
9490/3	Ganglioneuroblastome
9500/3	Neuroblastome, SAI
9508/3	Tumeur rhabdoïde/tératoïde atypique

Tumeurs des nerfs périphériques

9540/0	Neurofibrome, SAI
9540/3	Tumeur maligne de la gaine des nerfs périphériques
9550/0	Neurofibrome plexiforme
9560/0	Schwannome, SAI
9571/0	Périneurome, SAI

Tumeurs méningées

Tumeurs des cellules méningothéliales

9530/0	Méningiome, SAI
9530/3	Méningiome malin
9531/0	Méningiome méningothélial
9532/0	Méningiome fibreux
9533/0	Méningiome psammomateux
9534/0	Méningiome angiomateux
9537/0	Méningiome transitionnel
9538/1	Méningiome à cellules claires
9538/3	Méningiome papillaire
9539/1	Méningiome atypique

Tumeurs mésenchymateuses non méningothéliales

8810/3	Fibrosarcome, SAI
8815/0	Tumeur fibreuse solitaire
8830/3	Histiocytome fibreux malin
8850/0	Lipome, SAI
8850/3	Liposarcome, SAI
8861/0	Angiolipome, SAI
8880/0	Hibernome
8890/0	Léiomyome, SAI
8890/3	Léiomyosarcome, SAI
8900/0	Rhabdomyome, SAI
8900/3	Rhabdomyosarcome, SAI
9120/0	Hémangiome, SAI
9120/3	Hémangiosarcome
9133/1	Hémangioendothéliome épithélioïde, SAI
9140/3	Sarcome de Kaposi
9150/1	Hémangiopéricytome, SAI
9180/0	Ostéome, SAI
9180/3	Ostéosarcome, SAI
9220/0	Chondrome, SAI
9220/3	Chondrosarcome, SAI
9210/0	Ostéochondrome

Lésions mélanocytaires primitives

8720/3	Mélanome malin, SAI
8728/0	Mélanocytose diffuse
8728/1	Mélanocytome méningé
8728/3	Mélanomatose méningée

Tumeurs d'histogénèse incertaine

9161/1	Hémangioblastome
--------	------------------



Tumeurs hématologiques

9590/3	Lymphome malin, SAI
9731/3	Plasmocytome, SAI
9930/3	Sarcome myéloïde

Tumeurs à cellules germinales

9064/3	Germinome
9070/3	Carcinome embryonnaire, SAI
9071/3	Tumeur vitelline
9080/1	Tératome, SAI
9080/0	Tératome bénin
9084/3	Kyste dermoïde avec transformation maligne
9085/3	Tumeur mixte des cellules germinales
9100/3	Choriocarcinome, SAI

Tumeurs de la région sellaire

9350/1	Craniopharyngiome
9351/1	Craniopharyngiome adamantinomateux
9352/1	Craniopharyngiome papillaire
9582/0	Tumeur à cellules granuleuses de la région sellaire



Tableau 35. OMS : Classifications histologiques des tumeurs des glandes endocrines [39] - Hypophyse

<i>Adénomes</i>	
8272/0	Adénome pituitaire, SAI (C75.1)
8272/1	Adénome pituitaire atypique
<i>Carcinome</i>	
8272/3	Carcinome pituitaire, SAI (C75.1)

Tableau 36. OMS : Classification histologique des tumeurs des glandes endocrines [39] - thyroïde et parathyroïdes

<i>Carcinomes de la thyroïde</i>	
8020/3	Carcinome indifférencié, SAI
8070/3	Carcinome épidermoïde, SAI
8260/3	Adénocarcinome papillaire, SAI
8330/3	Adénocarcinome vésiculaire (folliculaire), SAI
8345/3	Carcinome médullaire à stroma amyloïde
8346/3	Carcinome mixte médullaire et vésiculaire (folliculaire) (C73.9)
8430/3	Carcinome muco-épidermoïde
8480/3	Adénocarcinome colloïde (mucineux)
8588/3	Tumeur épithéliale fusiforme avec éléments d'allure thymique - SETTLE
8589/3	Carcinome présentant des éléments d'allure thymique - CASTLE
<i>Autres tumeurs de la thyroïde</i>	
9080/1	Tératome, SAI
8580/1	Thymome, SAI
9120/3	Hémangiosarcome
8693/1	Paragangliome extrasurrénalien, SAI
9758/3	Sarcome folliculaire à cellules dendritiques
9751/1	Histiocytose à cellules de Langerhans, SAI
<i>Tumeurs des parathyroïdes</i>	
8140/3	Adénocarcinome, SAI

Tableau 37. OMS : Classification histologique des tumeurs des glandes endocrines [39] - pancréas endocrine

<i>Tumeurs endocrines bien différenciées</i>	
8150/1	Tumeur à cellules insulaires, SAI
8150/3	Carcinome insulaire du pancréas
8151/1	Insulinome atypique
8151/3	Insulinome malin
8152/1	Glucagonome, SAI
8152/3	Glucagonome malin
8153/1	Gastrinome, SAI
8153/3	Gastrinome malin
8155/1	Vipome, SAI
8155/3	Vipome malin
8156/1	Somatostatine, SAI
8241/3	Carcinoïde malin à cellules entérochromaffines
<i>Carcinomes endocrins peu différenciés</i>	
8041/3	Carcinome à petites cellules, SAI
<i>Carcinomes mixtes exocrins-endocrins</i>	
8154/3	Adénocarcinome à cellules insulaires et à cellules exocrines

Tableau 38. OMS : Classification histologique des tumeurs des glandes endocrines [39] - glande surrénale

<i>Tumeurs du cortex surrénalien</i>	
8370/3	Corticosurrénalome malin
<i>Tumeurs de la médullosurrénale</i>	
8700/3	Phaeochromocytoma, malignant
<i>Paragangliomes extrasurréniens</i>	
8690/1	Tumeur du glomus jugulaire, SAI
8691/1	Tumeur du corpuscule aortique
8692/1	Tumeur du corpuscule carotidien
8693/1	Paragangliome extrasurrénalien, SAI
<i>Autres tumeurs surréniennes</i>	
8590/1	Tumeur des cordons sexuels et du stroma gonadique, SAI
9080/1	Téatome, SAI
9120/3	Hémangiosarcome