

ONCOLOGIE (Cours n°4)  
Professeur : Julie Villa  
Vendredi 08/01/08, à 10h30  
Ronéotypeuse : Céline Petit

**DIAGNOSTIC, CLASSIFICATION,  
BILAN D'EXTENSION DES CANCERS**

# SOMMAIRE

## **I. Introduction**

- A) Circonstances de découverte
- B) Manifestations cliniques de la maladie cancéreuse
- C) Démarche diagnostique en cancérologie

## **II. Diagnostic du cancer**

- A) Méthodes de diagnostic
  - 1- Cytologie
  - 2- Histologie
- B) Classification histologique des tumeurs
- C) Méthodes de classification histologique
  - 1- Immunohistochimie
  - 2- Compte rendu anatomo-pathologique
- D) Classification histo-pronostique

## **III. Diagnostic d'extension**

- A) Evaluation de l'extension
  - 1- Extension locale
  - 2- Extension régionale
  - 3- Extension générale
- B) Classification
  - 1- But des classifications
  - 2- Classification TNM
  - 3- Particularités de la classification pTNM
- C) Bilan loco-régional
- D) Marqueurs tumoraux
  - 1- Rôles
  - 2- Eléments d'orientation diagnostique
- E) Recherche de métastases à distance
  - 1- Bilan d'extension
  - 2- Moyens d'exploration
  - 3- Exemples

## **IV. Bilan pré-thérapeutique**

## **V. Exemple du cancer du sein**

- A) Sites anatomiques concernés
- B) Classification TNM
  - 1- Atteinte locale (tumeur)
  - 2- Atteinte ganglionnaire
  - 3- Atteinte métastatique

## **VI. Conclusion**

Tout ce qui est en *italique* dans la ronéo a été uniquement dit par la prof sans apparaître dans les diapos. Les diapos de la prof et la ronéo sont sur le site <http://clement.ad.free.fr/fac/fac.html>.

## **I. Introduction :**

### **B) Circonstances de découverte :**

- Fortuite (incidentalome)
- Examen de dépistage : mammographie, frottis cervico-vaginal, hémocult
- Surveillance dans le cadre d'un terrain à risque (exposition carcinogène, prédisposition génétique), *il s'agit d'un dépistage plus ciblé*  
*Ex : hépatocarcinome chez un patient cirrhotique, mésothéliome chez un sujet exposé à l'amiante, ...*
- Manifestations cliniques de la maladie cancéreuse (*condition de découverte la plus fréquente*)

### **B) Manifestations cliniques de la maladie cancéreuse :**

**Signes généraux :** fièvre (inexpliquée), asthénie, amaigrissement, anorexie

**Syndrome tumoral :** soit une masse tissulaire palpable (adénopathie, hépatomégalie...), soit une conséquence du syndrome clinique tumoral : hémorragie, douleur, tout symptôme persistant (toux, dysphagie, dysphonie, dyspnée...)

**Syndromes paranéoplasiques :** manifestations systémiques d'un cancer, *pas directement dues au syndrome tumoral, mais à des sécrétions de substances (hormones) par des protéines (le plus souvent) :*

- > troubles endocriniens : SIADH...
- > troubles vasculaires : thromboses...
- > troubles neurologiques
- > troubles cutano-articulaires : hippocratisme digital

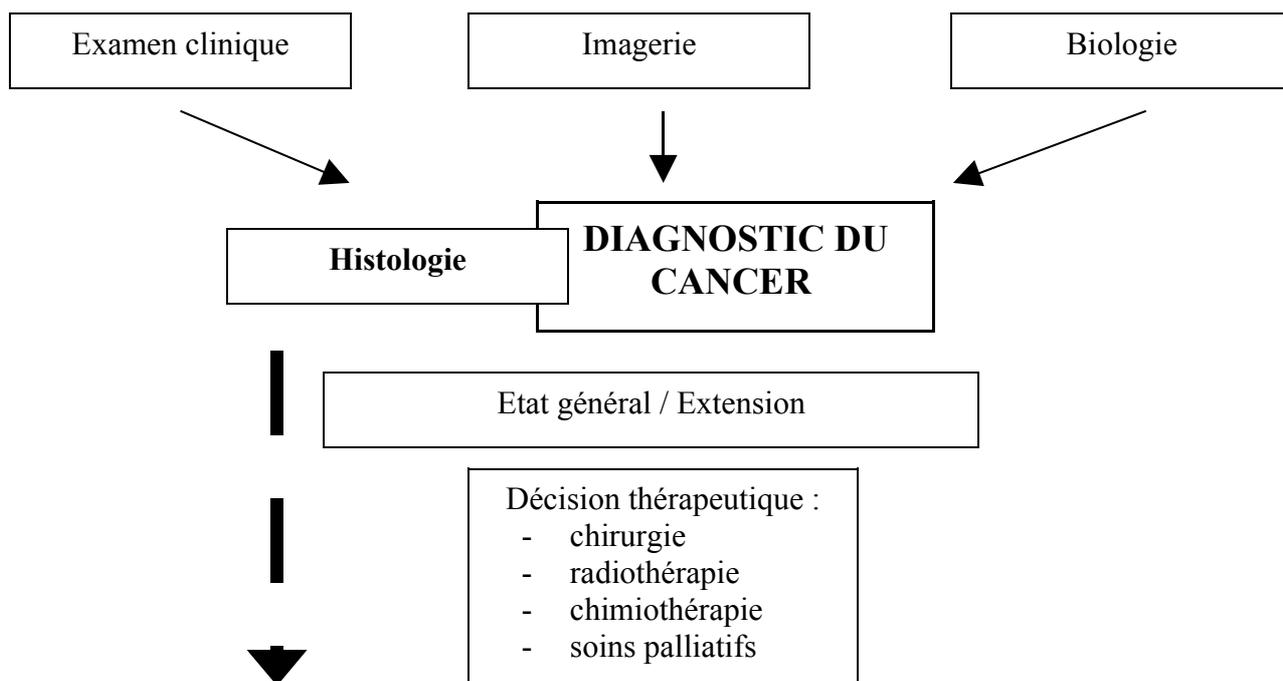
### **A) Démarche diagnostique en cancérologie :**

1. Faire le diagnostic **histologique** ou *anatomo-pathologique de cancer (une masse palpable n'est donc pas forcément synonyme de cancer)*
2. Faire un **bilan d'extension** :
  1. Local (*caractéristiques de la tumeur*)
  2. Régional (*ganglions*)
  3. Général (*métastases*)
3. Faire un **bilan du terrain** (*dans un objectif pré-thérapeutique*) :
  1. Pathologies associées
  2. Etat général
  3. Psychologique (*et contexte social*)
4. Recueillir les **facteurs pronostiques** (cliniques : stade, histologiques, biologiques,...)

>>> *Le diagnostic de cancer se rapporte donc à l'individu dans sa totalité.*

Remarque : ces étapes sont détaillées par la suite dans le cours.

## Schéma récapitulatif de la démarche diagnostique en cancérologie



*Remarque : les soins palliatifs ne sont pas l'ultime recours, à prendre en compte dès le début de la démarche thérapeutique (prise en charge du patient).*

## II. Diagnostic du cancer :

### A) Méthodes de diagnostic :

#### 1- Cytologie :

- Détermination de l'aspect des cellules (normales/anormales)
- Méthode insuffisante sauf pour les leucémies (*où seul l'aspect des cellules permet de poser le diagnostic*)
  - > *Elément d'orientation vers une preuve définitive de cancer.*
  - Ex : lorsqu'il y a plusieurs masses, et que l'on ne sait pas laquelle est la plus suspecte, la cytologie peut s'avérer utile.*

#### 2- Histologie :

- Observation de l'architecture du tissu
- Etude directe (*biopsie...*), par endoscopie ou chirurgicale (*si organe profond, comme le pancréas par exemple*)
- > Le diagnostic du cancer est **histologique**.

### B) Classification histologique des tumeurs :

Différents types tissulaires peuvent être touchés (*les plus importants étant les deux premiers cités*) :

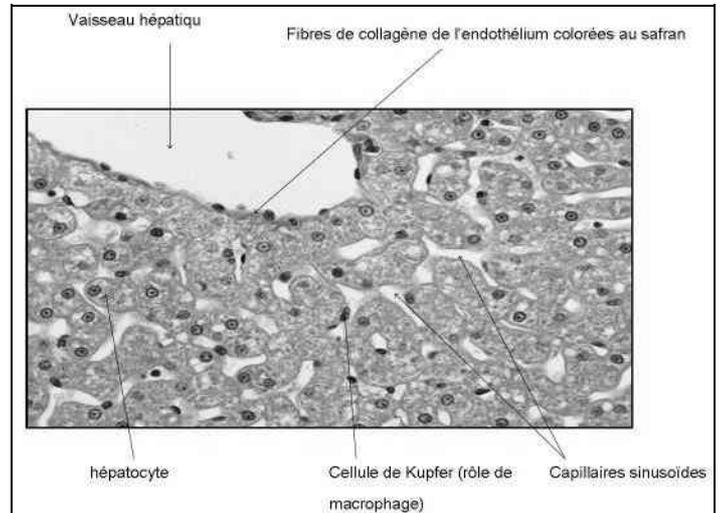
- **Tissus de soutien** (os, muscles, tissu conjonctif)
  - => **Sarcomes** : - Ostéosarcomes (os)
    - Rhabdomyosarcomes (muscles striés), léiomyosarcomes (muscles lisses),...
    - Fibrosarcomes

- **Tissus de revêtement** (épithéliums de deux types : stratifiés ou glandulaires, reposent tous sur une membrane basale)
  - => **Carcinomes** (90% des tumeurs de l'adulte) : - Carcinomes épidermoïdes (épithéliums stratifiés)
    - Ex : au niveau de la muqueuse buccale
  - Adénocarcinomes (épithéliums glandulaires)
    - Ex : au niveau du tube digestif
- Tissus sanguins : leucémies, lymphomes
- Tissus embryonnaires: séminomes, dysembryomes
- Tissus neuro-ectodermiques : SNC, mélanomes, ...

## B) Méthodes de classification histologique :

### 1- Immunohistochimie :

En routine, on effectue une **biopsie** qui permet l'étude du tissu. On utilise des colorations standards (ex : HES).



### Rappel :

- Objectif : recherche de protéines particulières (antigéniques)
- Observation : sur des coupes microscopiques tumorales
- Méthode : on dirige contre le tissu que l'on souhaite explorer, un anticorps spécifique d'une protéine d'un antigène tumoral, puis on effectue une révélation de l'anticorps par fluorescence ou coloration, permettant ainsi de vérifier la présence ou non de la protéine dans le tissu et sa localisation (membranaire ou cytoplasmique), et s'il s'agit par conséquent d'une tumeur ou non.

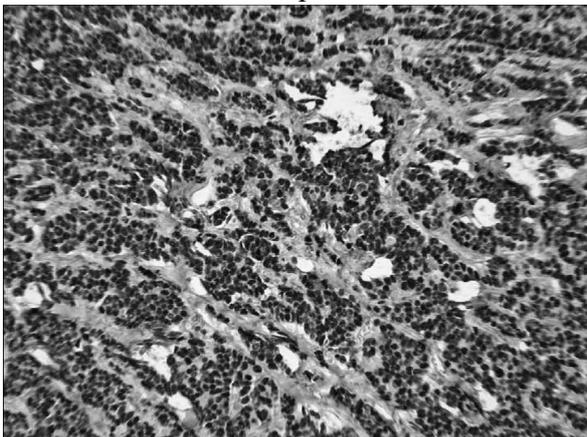
L'immunohistochimie permet donc :

- une aide au diagnostic différentiel
- recherche de micrométastases (*cellules tumorales pas encore bien organisées, pas forcément visibles en histologie standard*), permettant d'appuyer le diagnostic

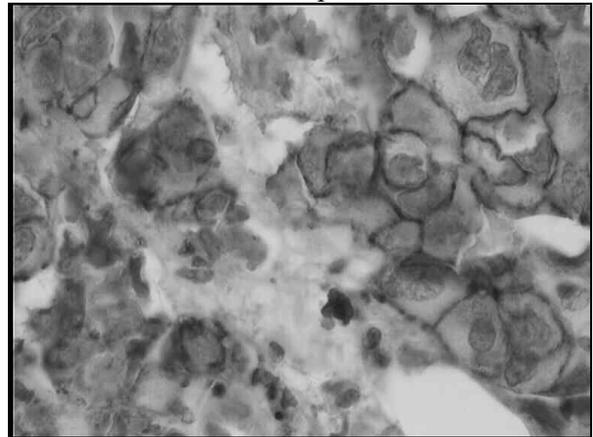
Ex : mise en évidence des récepteurs hormonaux dans le cancer du sein, utilisation de :

- l'anticorps anti-RE (Récepteurs aux Estrogènes) [Coupe 1]
- l'Anti HRE 2 [Coupe 2]

Coupe 1



Coupe 2



### 2- Compte rendu anatomo-pathologique :

- aspect macroscopique (taille, nombre, siège, extension...)
- aspect microscopique +++
  - variété histologique (*sarcomes, carcinomes, ...*)
  - infiltration ou non au-delà de la membrane basale (*envahissement d'un organe en continuité, ...*)
  - différenciation (*cancer peu ou très différencié, dans ce dernier cas, cela permet déterminer le tissu dont la tumeur est issue, ex : aspect glandulaire sur un adénocarcinome gastrique très bien différencié, c'est basé sur des caractéristiques qui permettent de dissocier l'aspect cytologique de celui histologique*)
  - grade (SBR, Gleason...)
  - emboles vasculaires ou nerveux (*facteur pronostic et de risque de rechute locale*)
  - limites de résection
  - envahissement ganglionnaire +++

#### D) Classification histo-pronostique :

Certaines caractéristiques histologiques ont une forte valeur pronostique.

- **Grade De Scarff, Bloom, Richardson (SBR)** dans le cancer du sein : grade I, II ou III (pronostic décroissant avec le grade, le grade III est donc moins grave que le grade I).

*Cette classification dépend de trois paramètres côtés (leur somme permet ainsi de définir le grade) :*

- > *l'aspect cytologique des cellules : +/- différenciées (taille du noyau, du nucléole, ...)*
- > *l'agencement des cellules (tubes, ... ou bien totalement anarchiques)*
- > *la division cellulaire (nombre de mitoses)*

- **Score de Gleason** dans le cancer prostatique (de 2 à 10), même principe que SBR

- **Indice de Breslow** dans le mélanome, en fonction de l'envahissement de l'épiderme et de sa profondeur.

### III. Diagnostic d'extension :

#### A) Evaluation de l'extension :

##### 1- Extension locale :

L'extension du cancer s'effectue dans les zones de moindre résistance (= « zones de faiblesse »)

Celle-ci peut être limitée par des « barrières » : os, muscles, aponévroses...

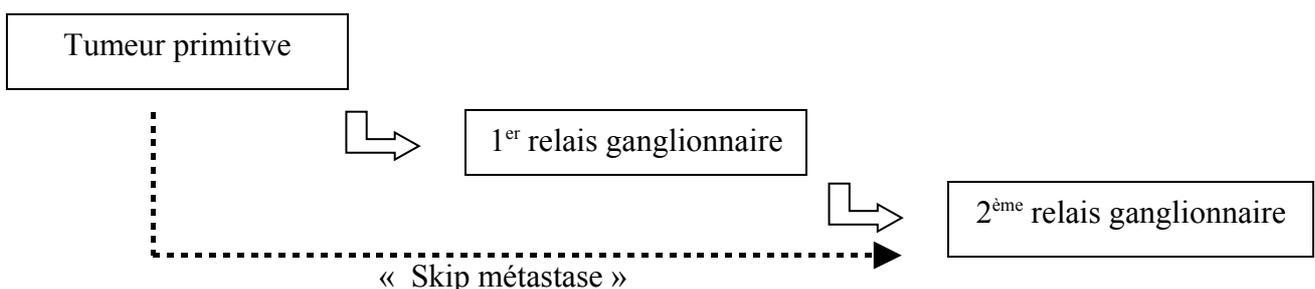
*Ex : Un cancer de l'amygdale va pouvoir remonter le long du pilier postérieur et atteindre le palais.*

*Un cancer de la vessie va être limité dans son passage hors de la vessie par la séreuse.*

> *Mise en évidence par l'imagerie (scanner, IRM).*

##### 1- Extension régionale :

Elle concerne les **métastases ganglionnaires**.



Remarque : le « skip métastase » consiste à sauter la 2<sup>ème</sup> étape (1<sup>er</sup> relais), on passe directement de la tumeur primitive au 2<sup>ème</sup> relais ganglionnaire, mais cela ne concerne pas la majorité des cas.

Ex : cancer ORL : on ne passe pas par le ganglion jugulo-carotidien mais directement au sus-claviculaire.

Un ganglion est tout particulièrement important : le **ganglion sentinelle**, il est à l'origine de la technique dite « du ganglion sentinelle » utilisée pour le diagnostic de cancer :

- Repérage et ponction du premier relais ganglionnaire ( *dans le but d'économiser le curage extensif*),
- Exérèse et analyse anatomo-pathologique du ganglion retiré :
  - > si normal : les autres ganglions sont laissés en place (diminution morbidité)
  - > si métastatique : curage afin d'enlever toutes les cellules atteintes

C'est une méthode très utilisée actuellement pour le cancer du sein (*curage axillaire*), mais aussi au niveau du canal anal et du colon (*méthode qui se répand de plus en plus*).

## 2- Extension générale :

Elles concernent les **métastases à distance**, qui peuvent atteindre tous les organes, mais surtout : les poumons, le foie, les os et le cerveau (*on sait que certaines tumeurs ont plutôt tendance à faire un certain type de métastases, cela permet d'orienter la recherche vers les sites d'extension les plus fréquents pour une tumeur donnée*).

Leur dissémination s'effectue par **voies hématogènes**.

*C'est par ce réseau que la migration des métastases est la plus fréquente. Ces voies de dissémination permettent de déduire quels sont les sites préférentiels des métastases pour un cancer donné.*

Voies les plus importantes : (*description du trajet de dissémination*)

- **Voie cave** : - Cancers du sein, ORL, des membres supérieurs > VCS  
- Cancers du pelvis, des membres inférieurs > VCI } Poumons
- **Voie Porte** : Cancers gastro-intestinaux > Foie (organe de filtration)
- **Voie artérielle** : Cancers du poumon  
Veines pulmonaires > Cœur gauche > Aorte et ses branches > Cerveau, surrénales

Autres voies de dissémination :

- Voie pleurale : par atteinte des plexus lymphatiques  
Ex : au niveau du plexus sous-pleural (cancers du sein, du poumon)
- Voie péritonéale : Cancers de l'ovaire, digestifs
  - > Cellules malignes dans le péritoine
  - > Carcinose péritonéale (*qui peut se manifester par de l'ascite et/ou de multiples nodules dans la cavité abdominale*)

## **B) Classification :**

### 1- But des classifications :

- Reproductibles
- Donner des indications sur le **pronostic**
- Aider le clinicien pour les **décisions thérapeutiques** (stratégie thérapeutique)
- Évaluer la **réponse au traitement** (surveillance de l'efficacité)
- Faciliter les échanges entre les divers intervenant médicaux (langage commun)

### 2- Classification TNM :

➤ Description :

Il s'agit de la classification la plus connue, on peut la définir pour chaque organe. Elle est basée sur les trois modes d'extension : locale, régionale et générale.

Remarque : T pour Tumor (Tumeur)

N pour lymph Nodes (Ganglions)

M pour Metastasis (Métastases)

[Diapos passées par la prof, cependant informations réutilisées par la suite...]

Cette classification repose sur la notation suivante :

> Le T : extension locale de la tumeur, qui dépend de la taille de la tumeur (pour les organes solides), de la profondeur d'infiltration (pour les organes creux et de l'extension en surface (peau).

- Tx : renseignements insuffisants pour classer la tumeur

- T0 : Tumeur indétectable

- Tis : Tumeur in situ

- T1, 2, 3, 4 : selon la taille ou l'extension locale

> Le N : ganglions régionaux :

- Nx : renseignements insuffisants

- N0 : absence de métastases ganglionnaires

- N1, 2, 3 : selon le nombre, le siège, l'extension locale, la taille ou la fixation

> Le M : métastases à distance:

- Mx : renseignements insuffisants

- M0 : absence de métastases

- M1 : présence de métastases

➤ Objectifs :

Elle permet de définir le **stade de la maladie** :

- Avant tout traitement : TNM clinique (**cTNM**) et radiologique (**uTNM**)

- Après chirurgie : TNM histologique (**pTNM** = post-opératoire)

➤ Limites :

Cette classification TNM est **non figée dans le temps**, car elle a subi des modifications de ses critères de classification au cours du temps. C'est pourquoi si on se fie uniquement aux chiffres (*taux de mortalité de T3 décroissant au cours du temps, par exemple*), on pourrait penser que l'évolution est directement due aux traitements (*de plus en plus efficaces*), ce qui n'est en réalité pas forcément le cas. Il s'agit donc d'un biais dans l'analyse des articles médicaux.

➤ Exemple de la classification TNM des mélanomes :

TNM	Epaisseur maximale de la tumeur	Envahissement
Tis	In situ (ne dépasse pas la membrane basale)	Epiderme
T1	< 0,75 mm	Derme papillaire
T2	Entre 0,75 et 1,5 mm	Interface derme papillaire/derme réticulaire
T3	Entre 1,5 et 4 mm	Derme réticulaire
T4	> 4 mm	Hypoderme

Implications de la classification TNM

Thérapeutique  
(exemple de la chirurgie)

Tableau II. – Epaisseur tumorale selon Breslow et marges chirurgicales conseillées.

Epaisseur selon Breslow	Marges chirurgicales conseillées
Intra-épidermique	0,5 cm
< 1 mm	1 cm
> 1 mm et < 2 mm	2 cm
> 2 mm	2 à 3 cm

Pronostique

Tableau III. – Risque de récurrence et risque de décès à 5 et 10 ans (à titre indicatif).

	Risque de récurrence	Risque d'être décédé 5 ans plus tard	Risque d'être décédé 10 ans plus tard
<b>Mélanome primitif, après exérèse</b>			
Intraépidermique	0 %	/	/
Breslow : 0,20-0,75 mm	< 10 %	< 5 %	< 5 %
Breslow : 0,75-1,5 mm	20 %	10 %	15 %
Breslow : 1,5-4 mm	40 %	30 %	40 %
Breslow : > 4 mm	70 %	40 %	50 %
<b>Mélanome régional, après curage</b>			
1 Adénopathie +	70 %	50 %	> 60 %
> 4 Adénopathies +	> 80 %	> 70 %	> 80 %

*Remarque :* Tableau II : les marges chirurgicales sont circonférentielles, c'est-à-dire à considérer dans l'espace à la fois en extension tangentielle et en profondeur.

*Tableau III :* plus la tumeur est avancée et plus le pronostic sera mauvais et le risque de décès augmenté (d'après le tableau : pour une tumeur T4, le risque de décéder dans les 10 ans est de 50%).

2- Particularités de la classification pTNM :

➤ Caractéristiques : [Diapo non traitée par la prof...]

Pour certaines tumeurs, le stade n'est donné que par l'étude histologique de la pièce opératoire.

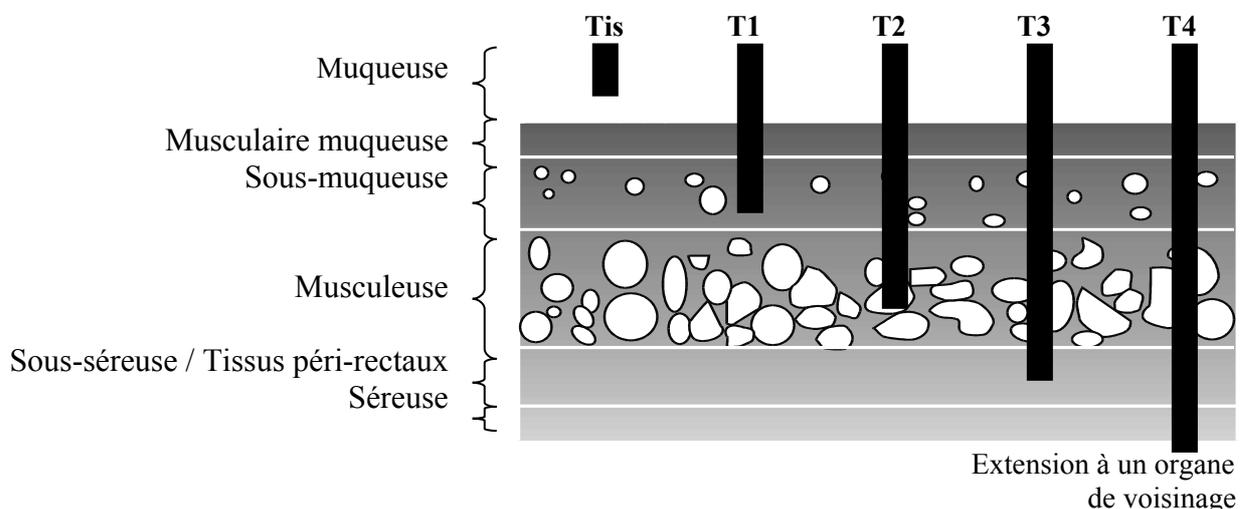
Divergences possibles entre cTNM et pTNM :

- un ganglion normal cliniquement peut être microscopiquement atteint
- inversement, un ganglion augmenté de volume peut être simplement inflammatoire.

➤ Exemple de la classification pTNM du cancer colorectal :

Cancer très fréquent (1<sup>er</sup> cancer le plus fréquent chez l'homme, 2<sup>ème</sup> chez la femme)

*Remarque schéma :* pour une tumeur T3 : dans l'intestin, elle atteint la sous-séreuse, on parlera de tissus péri-rectaux, lorsqu'elle se situe dans le rectum. Une tumeur T4 atteint la séreuse, voire un organe du voisinage, selon l'importance de l'envahissement.



C) Bilan loco-régional :

1- Interrogatoire : signes fonctionnels, ancienneté des signes, facteurs de risque comportementaux, professionnels, ATCD personnels et familiaux.

2- Examen clinique : - Inspection et palpation de la tumeur

- Palpation des aires ganglionnaires

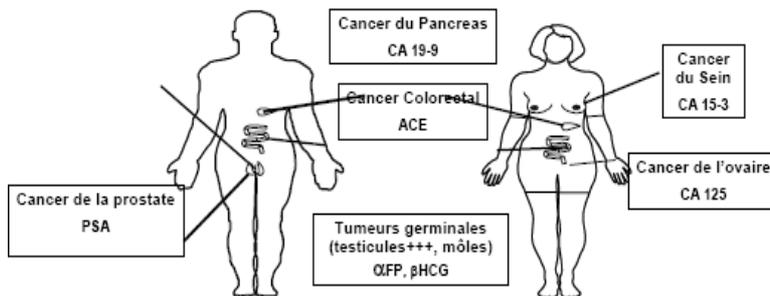
> Schéma daté, commenté (fixité, aspect, taille, *ulcération en regard...*) et signé (+/- photographe)

3- Examens complémentaires : - Biologie

- Endoscopies/échoendoscopies

- Echographies, scanner, IRM,...

#### D) Marqueurs tumoraux :



Les plus utilisés :

- PSA dans le cancer de la prostate
- CA 19-9 dans le cancer du pancréas
- ACE dans le cancer colorectal
- CA 15-3 dans le cancer du sein
- CA 125 dans le cancer de l'ovaire
- $\alpha$ FP et  $\beta$ hCG dans les tumeurs germinales (testicules +++, mûles)

#### 1- Rôles :

- **Aide au diagnostic** de certaines tumeurs

- Suivi de l'évolution : -  $\alpha$ -foeto protéine ( $\alpha$ FP) et hépatocarcinome

-  $\beta$ hCG et tumeur germinale sécrétante

- Antigène Carcino-Embryonnaire (ACE) et tumeurs digestives

#### 2- Elément d'orientation diagnostique :

*Les marqueurs tumoraux sont des substances (protéines) sécrétées par des tissus normaux (de manière habituelle) et tumoraux, dans ce dernier cas, elles sont en plus grande quantité.*

*Ex : prostate, un tissu prostatique normal sécrète du PSA, un adénocarcinome de la prostate en sécrète beaucoup plus.*

**⚠** *On peut avoir un cancer colorectal avec un taux de PSA augmenté. Ces marqueurs ne sont **ni spécifiques, ni sensibles à 100%**.*

*Ce ne sont donc pas des sécrétions spécifiques du cancer, mais la quantité et l'évolution de celles-ci sont des éléments d'orientation vers un cancer. On ne peut donc pas poser un diagnostic de cancer uniquement à partir de l'augmentation de la concentration des marqueurs tumoraux, il faut toujours se référer à l'histologie. Il n'y a que dans le cas des tumeurs germinales pour lesquelles on peut se passer d'une preuve histologique, et se contenter uniquement du dosage des marqueurs tumoraux (accompagné d'une imagerie) pour poser le diagnostic.*

En ce sens, il faut donc les considérer davantage comme des **éléments d'orientation** de forte présomption diagnostique, et dans certains cas de certitude.

*De plus, ils permettent d'apprécier l'efficacité du **traitement**. On a un diagnostic de cancer, on dose le marqueur qui est en rapport avec ce cancer, cette concentration peut être normale (sans que cela exclut le diagnostic) ou bien élevée. Dans ce dernier cas, on a recours à la thérapie (chimiothérapie, chirurgie,*

radiothérapie). A l'issue du traitement, on dose de nouveau le taux résiduel de marqueurs, soit il est diminué (par rapport à la précédente mesure) voire normal et dans ce cas le traitement s'avère efficace, soit il est élevé, et le traitement n'est donc pas adapté et à reconsidérer (changement de traitement).

Les marqueurs tumoraux aident au diagnostic, ils jouent le rôle d'**éléments de surveillance** dans le sens où, une fois le traitement terminé, on continue à les doser de manière régulière chez le patient, afin de dépister d'éventuelles rechutes (élément de surveillance à distance).

## E) Recherche de métastases à distance :

### 1- Bilan d'extension :

Le bilan d'extension est fonction :

- De l'histoire naturelle de la maladie
  - Colon → rechercher des métastases hépatiques (échographie, IRM)
  - Prostate → rechercher des métastases osseuses
- Du stade tumoral
- Des signes d'appel (cliniques, +/- biologiques)

Remarque : signes biologiques : ce sont des signes indirects (exemple : on peut rechercher une hypercalcémie, en lien avec des métastases osseuses, on sera alors amené à effectuer une scintigraphie osseuse)

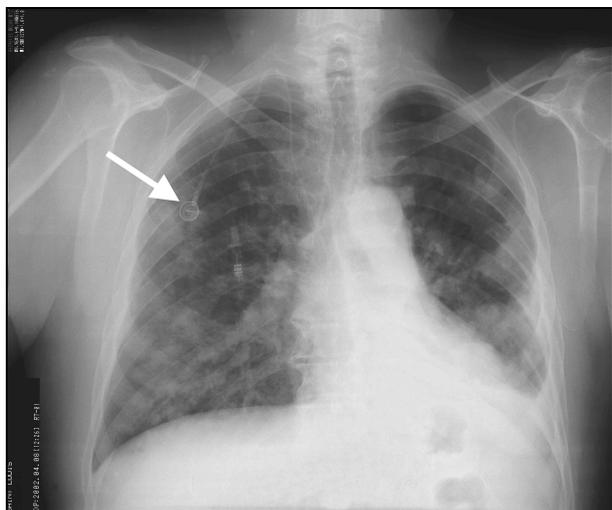
### 2- Moyens d'exploration :

Les moyens utilisés sont fonction de l'organe exploré :

- Poumon : Rx pulmonaire, scanner
- Foie : échographie, scanner, IRM (*l'échographie est souvent mieux que le scanner pour le foie*)
- Os : scintigraphie osseuse
- Cerveau : scanner, IRM
- En cours d'évaluation : PET-scan (*utilisé uniquement en complément des examens standards pour le moment*)

### 3- Exemples :

#### Métastases pulmonaires (scanner)



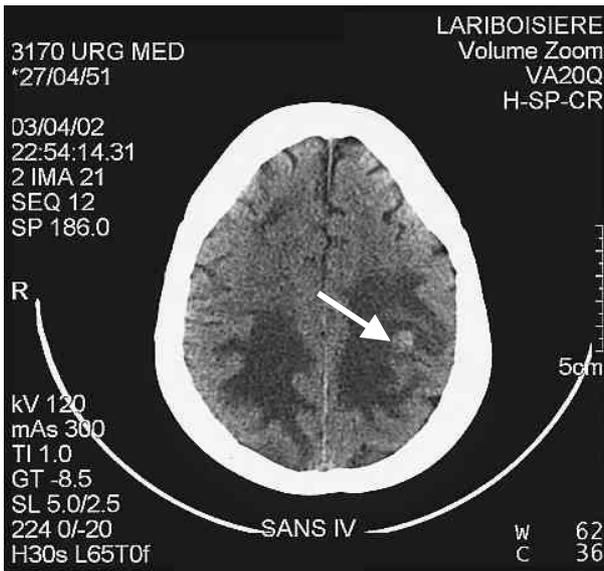
Vue antérieure

Métastases cérébrales



Coupe transversale

Métastases osseuses (vertébrales) (IRM rachidienne)



#### IV. Bilan pré-thérapeutique :

1. Altération de l'état général : Triade AAA : - Asthénie  
- Anorexie  
- Amaigrissement  
*et aussi le syndrome févreux, lorsqu'il apparaît de manière inexplicée.*

2. Echelles d'autonomie, au nombre de 3 :

Etat	Définition
0	Activité normale
1	Patient symptomatique mais ambulatoire
2	Alitement < 50% du temps diurne
3	Alitement > 50% du temps diurne
4	Alitement permanent (grabataire)

-  
**Echelle OMS** (= échelle de

performance)

*On adapte le traitement à cette classification.*

*Ex : un OMS 4 quelque soit son traitement, même s'il a une tumeur T1, ne pourra guérir.*

- **Indice de Karnovsky** (même principe que l'échelle OMS mais en plus précis)

Etat	Définition	
100	Etat clinique normal, pas de signes de maladie	Autonomie +/-
90	Activité normale possible, minimes symptômes de maladie	
80	Activité normale possible mais avec effort ou travail réduit, signes de maladie	
70	Autonomie pour les besoins personnels, incapacité d'une activité normale	Assistance +/-
60	Nécessité d'une aide occasionnelle mais capable de vivre seul	
50	Nécessité d'une aide importante et de soins médicaux fréquents / Incapacité	
40	Nécessité d'une assistance et de soins spéciaux	Grabataire +/-
30	Grabataire, hospitalisation nécessaire, décès non imminent	
20	Très grande incapacité, hospitalisation indispensable	
10	Période terminale, décès à brève échéance	
00	Décédé	

- **Classification ASA** (spécifique de l'anesthésie)

3. Capacités fonctionnelles des organes vitaux (EFR) (ex : fonctions respiratoire, hépatique, ...)
4. État nutritionnel (ex : la dénutrition : une perte de 10% du poids, peu importe sa valeur initiale doit être à considérer)
5. Retentissement psychologique
6. Retentissement socio-professionnel et familial

**V.Exemple du cancer du sein :**

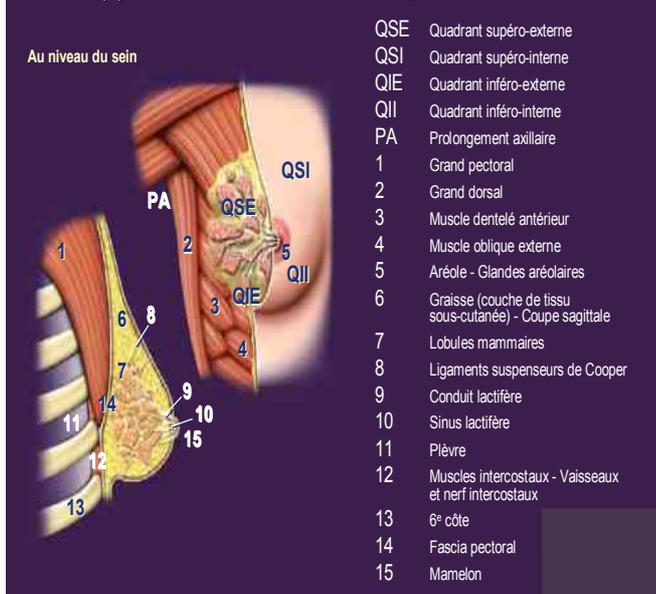
C'est le cancer le plus fréquent chez la femme, il touche u

**A) Rappels des sites anatomiques concernés :**

[Juste à titre d'information...]

- QSE : Quadrant supéro-externe
- QSI : Quadrant supéro-interne
- QIE : Quadrant inféro-externe
- QII : Quadrant inféro-interne
- PA : Prolongement axillaire
- 1 : Grand pectoral
- 2 : Grand dorsal
- 3 : Muscle dentelé antérieur
- 4 : Muscle oblique externe
- 5 : Aréole - Glandes aréolaires
- 6 : Graisse (couche de tissu sous-cutanée) - Coupe sagittale
- 7 : Lobules mammaires
- 8 : Ligaments suspenseurs de Cooper
- 9 : Conduit lactifère
- 10 : Sinus lactifère
- 11 : Plèvre
- 12 : Muscles intercostaux - Vaisseaux et nerf intercostaux
- 13 : 6<sup>ème</sup> côte
- 14 : Fascia pectoral
- 15 : Mamelon

## Rappel des sites anatomiques concernés



### Remarque schéma :

*Les glandes se jettent dans les canaux, qui convergent vers le mamelon et s'abouchent à la peau.*

*Afin d'être plus précis dans la localisation de la tumeur, le sein est divisé en 4 cadrans où l'on peut observer l'extension locale de la maladie.*

*Il est important de préciser si la tumeur est fixée ou non, sa taille, la présence ou non d'adénopathie, ...*

### **B) Classification TNM :**

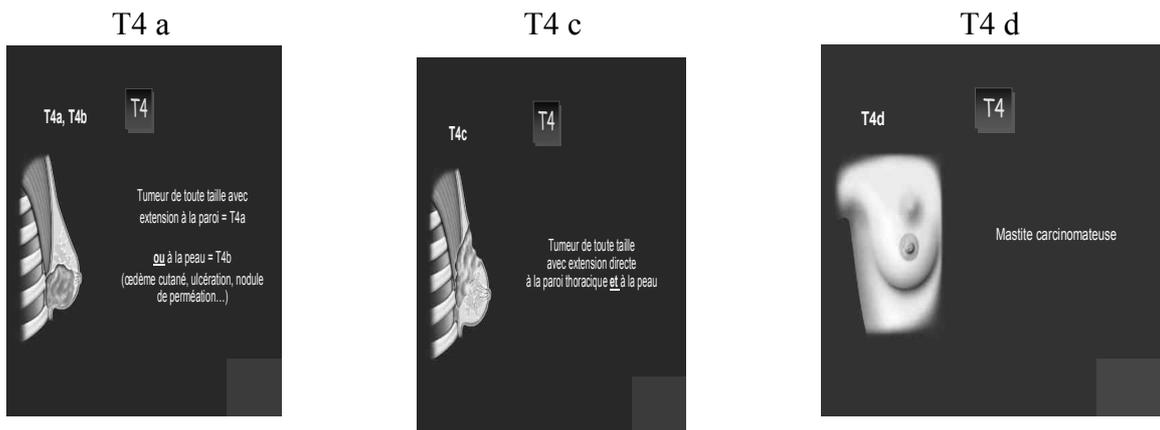
#### 1- Atteinte locale, tumeur (T) :

- T1 : Tumeur ≤ 2 cm
- T2 : Tumeur entre 2 et 5 cm
- T3 : Tumeur de plus de 5 cm
- T4 : Tumeur fixée à la peau ou au muscle pectoral ou inflammatoire

> Schéma daté, commenté et signé

Classe	Sous-classe	Taille (en mm) dans sa plus grande dimension	Caractéristiques
T0			Pas de tumeur primitive décelable
Tis			Carcinome intra-canalair ou carcinome lobulaire in situ ou maladie de Paget du mamelon sans tumeur décelable
T1	T1 mic	$\leq 0,1$	Microinvasion
	T1 a	$0,1 < T \leq 0,5$	
	T1 b	$0,5 < T \leq 1$	
	T1 c	$1 < T \leq 2$	
T2		$2 < T \leq 5$	
T3		$> 5$	
T4	T4 a		Tumeur de toute taille avec extension à la paroi
	T4 b		Tumeur de toute taille avec extension à la peau (œdème cutané, ulcération, nodule de perméation)
	T4 c		Tumeur de toute taille avec extension directe à la paroi thoracique et à la peau
	T4 d		Mastite carcinomateuse

*Remarque : Les T1 forment la majorité des cancers du sein diagnostiqués grâce aux mammographies.*



Sein gauche inflammatoire : T4 d



T4 b ou bien T3 (on pourrait à 1<sup>ère</sup> vue croire qu'il est inflammatoire donc T4 d, mais ce n'est pas le cas).

## 2- Atteinte ganglionnaire (N) :

- NO : Pas d'atteinte ganglionnaire
- N1 : Atteinte ganglionnaire axillaire non fixée
- N2 : Atteinte ganglionnaire axillaire fixée
- N3 : Atteinte mammaire interne (*para-sternale droite, souvent concomitante avec une atteinte axillaire*), le chirurgien n'enlève pas ces ganglions au jour d'aujourd'hui, cependant cela pourrait évoluer.

<u>NO</u>	<u>N1</u>	<u>N2</u>	<u>N3</u>
Pas d'adénopathie régionale métastatique.	Adénopathie(s) métastatique(s) régionale(s) axillaires(s) homolatérale(s) mobile(s).	Adénopathie(s) métastatique(s) régionale(s) axillaires(s) homolatérale(s) mobile(s), fixées entre elles ou à d'autres structures.	Adénopathie(s) régionale(s) mammaire(s) interne(s) homolatérale(s).

## 3- Atteinte métastatique (M) :

- MO : Pas de métastases identifiées au terme du bilan
- M1 : Métastases à distance (métastases osseuses, hépatiques, cérébrales, ...)

## **VI. Conclusion :**

- Diagnostic histologique
- Bilan : - Local et régional
  - Clinique (schéma daté - signé)
  - Imagerie, endoscopie⇒ Stade de la tumeur en fonction de la classification TNM
- Bilan général (ATCD, état général, état psychologique)
- Facteurs pronostiques associés

Le traitement du patient s'adapte en fonction des différentes informations ainsi recueillies.



