



Tutorat 2023-2024



FORMATION EN SOINS INFIRMIERS

PREFMS CHU DE TOULOUSE

Rédaction 2023-2024

UECP 34

Hématologie Oncologie

Classification TNM Des Cancers

Ce cours vous est proposé bénévolement par le Tutorat Les Nuits Blanches qui en est sa propriété. Il n'a bénéficié d'aucune relecture par l'équipe pédagogique de la Licence Sciences pour la Santé ni de l'IFSI. Il est ainsi un outil supplémentaire, qui ne subsiste pas aux contenus diffusés par la faculté et l'institut en soins infirmiers.

Rédigé par Mimoune Ines à partir du cours de Dr Ifad Blazevic présenté le 07/11/2023 de 8h à 10h.

Dans ce cours de multiples informations ont été recherché (sur le site de l'institut de recherche contre le cancer) pour pouvoir expliquer les mots de vocabulaires et /ou illustrer les situations, elles ne sont pas à apprendre et n'ont pas été donné par le professeur. Elles sont annotées en italique.

I. Généralité TNM

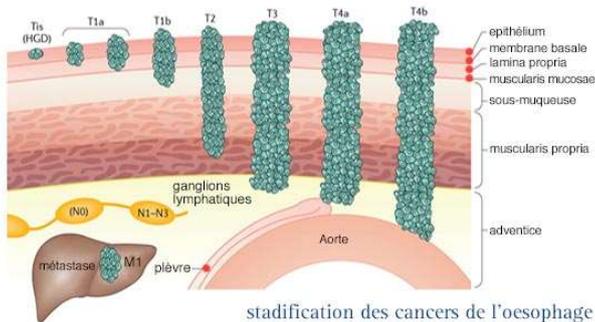
a. Définition :

TNM est une classification universelle élaboré par le chirurgien Pierre Denoix. Ces trois lettres symbolisent la propagation clinique de la maladie cancéreuse.

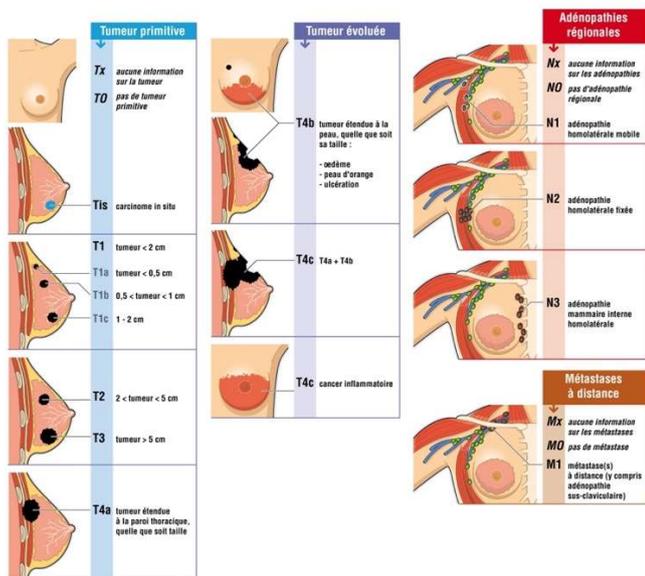
La lettre T est l'initiale de tumeur (*multiplications anormales de cellules*) et correspond à la taille de la tumeur. La lettre N est l'initiale de node qui signifie ganglion et indique si des ganglions lymphatiques ont été envahis (*signe que les cellules cancéreuses se propagent et résistent au système immunitaire*). La lettre M est l'initiale de Métastase et signale la présence ou l'absence de métastase (*propagation des cellules cancéreuses à d'autres parties du corps par le sang ou le système lymphatique*)

b. Classification sur le terrain :

- T : taille de la tumeur de T1 à T4, Tx est le stade inconnu, plus le numéro est élevé plus la tumeur est grosse, *cela peut aussi vouloir dire que la tumeur s'est développée plus en profondeur dans l'organe ou les tissus voisins (étant donné qu'elle grossi de plus en plus)*
- N : envahissement lymphatique de N1 à N3, Nx stade inconnu, il existe N0 (pas de propagation ganglionnaire) *plus le chiffres est élève plus le nombres de ganglions touchés par le cancer est grand.*
- M : présence de métastase de M0 à M1, Mx stade M inconnu, M0 signifie que le cancer ne s'est pas propagé dans d'autres parties du corps et plus le numéro est grand plus les zones impactées par le cancer sont nombreuses



Exemple pour le cancer de l'oesophage
(pour illustrer à ne pas connaître)



Exemple pour le cancer du seins (pour illustrer pas à connaître)

Le TNM a un impact sur le traitement et le pronostic (*il y a d'abord le diagnostic qui identifie la maladie puis le pronostic qui est le jugement que porte un médecin sur la durée et l'issue d'une maladie*). Par exemple il n'y aura pas le même pronostic et traitement si la tumeur est petite sans atteinte ganglionnaire et sans métastase que si elle est grande avec des atteintes ganglionnaires et avec la présence de métastase.

II. Les classifications des TNM

La classification TNM concerne essentiellement les tumeurs épithéliales (*carcinomes = cancer de la peau*). Tous les cancers n'utilisent pas la classification TNM, par exemple les cancers hématologique (*cancer développé à partir des cellules du sang*) et gliomes (*tumeur cérébrale*) ne l'utilisent pas.

- Classification clinique : notée TNM ou cTNM (*on indique le stade clinique par un c dans certains rapports médicaux*), elle est clinique ou radiologique. Elle est établie avant le traitement, elle se base sur les résultats d'exams et de tests (radiologies). On détermine les traitements en fonction du stade clinique.
- Classification pathologique : noté pTN (*p pour pathologique dans les rapports médical*), c'est l'analyse de la pièce opératoire. C'est ce qu'on apprend sur le cancer lors de la chirurgie. C'est l'observation et l'analyse tissu enlevé par la chirurgie.
- Classification échographique : notée usTNM (us pour UltraSond = échographie en anglais) , l'échographie permet d'examiner les tissus mous (rate, pancréas, reins, ganglions...) dans le cas d'une recherche de cancer on va via l'échographie rechercher si il y a une prolifération de cellules anormales dans un ou plusieurs tissus.
- Classification pathologique après traitement néo-adjuvant : notée yp TNM, le but d'un traitement néoadjuvant est de réduire la taille d'une tumeur avant de pratiquer une opération chirurgicale pour la rendre plus facile, diminuer les risques (cas où la tumeur est assez grande) puis on analyse la pièce opératoire de la même manière que pour une classification pathologique sans traitement néo-adjuvant.

III. Les 4 stades

Les stades sont définis en fonction de la classification TNM.

- Stade 1 : tumeur unique (ne se propage pas), petite taille, pas d'atteinte ganglionnaire ou métastatique.
- Stade 2 : localisation limitée à l'organe (ex : tout le pancréas est impacté et non une partie mais aucun autre organe) et quasiment jamais d'atteinte ganglionnaire.

Le stade 1 et 2 correspondent au stade localisé (le cancer ne se propage pas dans plusieurs organes)

- Stade 3 : extension ganglionnaire aux organes voisins (se propagent à plusieurs organes mais localement) et / ou atteinte ganglionnaire. C'est le stade localement avancé
- Stade 4 : atteinte métastatique à distance (ex : peut toucher le cœur, le pancréas et l'encéphale) c'est le stade métastatique.



Le stade définit le traitement choisi, l'espérance de vie, les récurrences de la maladie (la re-contracter après une guérison), la mise en place de traitements systémiques (qui agit sur l'ensemble du corps) ou locaux (agissent directement sur la région où se situe la tumeur)

IV. Les autres critères pour décider du traitement et du pronostic

a. Autres critères pour décider du traitement :

- Aggressivité de la maladie (*potentielle de décès important*)
- État général du patient
- Patient non opérable (comorbidité) : *risque de l'opération trop important par rapport aux bénéfices la comorbidité est l'atteinte de plusieurs maladies chroniques en même temps (par exemple avoir une atteinte rénale qui nécessite que le patient soit dialysé et une atteinte cancéreuse qui nécessite que le patient soit sous chimiothérapie : c'est deux traitements affaiblissent considérablement le patient et l'opérer demeure trop dangereux par rapport aux bénéfices)*
- Refus du patient d'une chirurgie

b. Autres critères pour estimer un pronostic :

- Grade histopronostique *quantifie le degré de malignité (= cancer qui s'étend dans d'autre partie du corps et qui souvent réapparaît après son retrait via une opération si pas de traitements par chimio/ radio thérapie) de la tumeur*
- Marqueurs sériques (*molécules caractéristiques à un ou plusieurs types de cancer, ce sont des marqueurs tumoraux. Par exemple si on constate qu'on retrouve ces marqueurs à plusieurs endroits on pourra dire qu'il y a une tumeur métastatique c'est-à-dire des cellules cancéreuses qui se propagent*)
- Caractéristiques moléculaires (*séquençage de l'ADN, repérer si certains gènes n'ont pas subi une mutation ce qui pourrait expliquer un cancer*)
- État général (notamment la dénutrition)
- Atteinte sévère d'un organe vital
- Comorbidité