



Réseau Africain des Registres de Cancer

# Guide d'utilisateur du TNM ESSENTIEL (E TNM)

Version 3\_8 Sites de Cancer  
(Avril 2022)

**Ce livret est uniquement à des fins de formation.  
Pas pour la distribution ou toute autre utilisation  
commerciale.**

Ce guide de l'utilisateur a été élaboré par les équipes Essential TNM du Centre International de Recherche sur le Cancer et de l'Union internationale pour la lutte contre le cancer

## Table des matières

<b>Introduction .....</b>	<b>3</b>
<b>Principes du TNM Essentiel .....</b>	<b>3</b>
<b>Codage des Composants du TNM Essentiel .....</b>	<b>4</b>
<b>Attribution des Groupes de Stade du TNM essentiel .....</b>	<b>6</b>
<b>Saisie du TNM Essentiel dans la base de donnée .....</b>	<b>7</b>
<b>Cancer du sein TNM Essentiel.....</b>	<b>8</b>
Points clés pour la stadification du cancer du sein .....	8
<b>Cancer du col TNM Essentiel.....</b>	<b>9</b>
Points clés pour la stadification du cancer du col de l'utérus .....	9
<b>Cancer colorectal TNM Essentiel.....</b>	<b>10</b>
Points clés pour la stadification du cancer colorectal .....	10
<b>Cancer du foie TNM Essentiel .....</b>	<b>11</b>
Points clés pour la stadification du cancer du foie.....	11
<b>Lymphome TNM Essentiel .....</b>	<b>12</b>
Points clés pour la stadification des lymphomes .....	12
<b>Cancer de l'œsophage TNM Essentiel .....</b>	<b>13</b>
Points clés pour la stadification du cancer de l'œsophage .....	13
<b>Cancer de l'ovaire TNM Essentiel.....</b>	<b>14</b>
Points clés pour la stadification du cancer de l'ovaire .....	14
<b>Cancer de la prostate TNM Essentiel.....</b>	<b>15</b>
Points clés pour la stadification du cancer de la prostate.....	15
<b>Bibliographie .....</b>	<b>16</b>

## Introduction

Ce guide fournit des instructions générales pour extraire des informations sur l'étendue de la maladie à l'aide du TNM Essentiel. Des organigrammes de codage spécifiques au site ont été fournis pour certains cancers. Des sites de cancer supplémentaires seront ajoutés au fur et à mesure qu'ils seront disponibles.

## Principes du TNM Essentiel

Le TNM Essentiel est destiné aux registraires du cancer lorsque le groupe de stade TNM classique (ou complet) (I, II, III ou IV) ou les composants de stadification TNM (T, N et M) n'ont pas été explicitement enregistrés dans le dossier du patient. .

Le TNM essentiel suit un cheminement logique qui documente l'étendue la plus éloignée de la maladie chez chaque patient atteint d'un cancer en utilisant les informations cliniques et/ou opératoires/pathologiques combinées disponibles après la chirurgie (si elle a eu lieu).

Si T, N ou M ont été explicitement enregistrés par le clinicien traitant, ceux-ci doivent être extraits par le registraire. Cependant, si un ou plusieurs de ces composants est basé sur une évaluation clinique (c TNM) et que des informations chirurgicales / pathologiques sont devenues disponibles à une date ultérieure, le registraire peut enregistrer le code TNM Essentiel approprié, s'il diffère de celui figurant dans le dossier.

En cas de thérapie néoadjuvante (c'est-à-dire une thérapie systémique avant une intervention chirurgicale), les informations utilisées à des fins de stadification ne doivent inclure que les procédures et les dossiers antérieurs à l'initiation de cette thérapie.

Le TNM essentiel est composé de trois éléments clés qui, ensemble, résument l'étendue du cancer chez le patient au moment du diagnostic. Ces composantes sont les suivantes:

M : Présence ou absence de métastases à distance

N : Présence ou absence de métastase/atteinte des ganglions lymphatiques régionaux.

T : degré d'invasion et/ou taille de la tumeur.

L'extraction des données des dossiers médicaux est facilitée par l'utilisation d'organigrammes qui comprennent des questions et des chiffres pertinents pour aider à identifier l'étendue de la maladie dans différents cancers. Ces organigrammes correspondent à la 8ème édition de la classification TNM de l'UICC.

## Codage des Composants du TNM Essentiel

Les composantes du TNM essentiel suivent la 8ème édition du TNM complet et sont les suivantes :

### Métastase (M)

**M+** Présence de métastases à distance, clinique ou pathologique.

**M-** Aucune mention de métastases à distance

- Une métastase à distance (M) signifie que la tumeur d'origine (primaire) s'est propagée à des organes distants ou à des ganglions lymphatiques distants (non régionaux).
- M se fonde sur les meilleures informations disponibles, qu'elles soient cliniques, chirurgicales, d'imagerie ou pathologiques.
- Si des informations pathologiques sont disponibles pour éclairer la décision concernant l'atteinte du cancer, les préférer à l'évaluation clinique de la même localisation tumorale.
- Pour le codage M, les signes et les résultats cliniques sont suffisants pour justifier M + en l'absence de la confirmation pathologique des lésions métastatiques
- Ne pas coder les métastases dont on sait qu'elles se sont développées après l'établissement du diagnostic.
- Si il n'y a aucune mention de la métastase, enregistrer comme M-.
- Si des métastases à distances peuvent être établies, il n'est pas nécessaire de chercher l'atteinte des ganglions régionaux ou la taille/extension de la tumeur plus loin dans l'enregistrement

### Métastases/envahissement des ganglions régionaux (N)

**R+** Présence de métastases/envahissement des ganglions régionaux, clinique ou pathologique

**R2** – métastases ganglionnaires régionales avancées

**R1** – métastases ganglionnaires régionales limitées

**R-** Aucune mention de métastases ganglionnaires

- L'envahissement des ganglions lymphatiques implique que la tumeur s'est propagée via le système lymphatique et que les cellules cancéreuses se trouvent dans les ganglions lymphatiques qui drainent l'organe spécifique.
- N est basé sur les données les plus précises disponibles pour confirmer la présence ou l'absence d'envahissement ganglionnaire régional et est généralement codé du rapport d'anatomo-pathologie. Un ganglion «grossit» ou «palpable» ne constitue pas, se fondant uniquement ces mots, un ganglion envahi,.
- N peut être codé à partir de dossier clinique, d'une imagerie typique ou au cours d'une observation chirurgicale, en l'absence de confirmation pathologique.
- La définition de «ganglions régionaux» est spécifique par site de cancer, comme on peut le voir dans les figures pour chaque cancer.
- Coder R + en présence d'une atteinte documentée des ganglions régionaux, sinon R-.

- Si des informations plus détaillées sont disponibles et pertinentes pour un site de cancer donné, R + Peut être classé comme R2, représentant un envahissement ganglionnaire avancé ou R1 représentant envahissement ganglionnaire limité.
- Si l'atteinte des ganglions lymphatiques (R+) a été établie mais qu'aucune autre information n'est disponible sur le nombre de ganglions et leur localisation, on suppose R+. Dans ce cas, il sera attribué à la catégorie des niveaux stade inférieure (selon la règle 4 de la TNM).

### Degré d'invasion et/ou taille de la tumeur (T)

**A** Degré d'invasion et/ou taille de la tumeur (T) est Avancé  
**A2** – degré d'invasion et / ou la taille de la tumeur est très avancé  
**A1** – degré d'invasion et / ou la taille de la tumeur est avancé

**L** Degré d'invasion et / ou la taille de la tumeur est Limité  
**L2** - degré d'invasion et / ou la taille de la tumeur est limité  
**L1** - degré d'invasion et / ou la taille de la tumeur est très limité

**X** degré d'invasion et / ou la taille de la tumeur ne peut être évalué

- T est basé sur les données les plus spécifiques disponibles pour confirmer le degré d'invasion à l'intérieur / à travers l'organe concerné et / ou la taille de la tumeur primitive (selon le site du cancer).
- Il est généralement codé du rapport d'anatomo-pathologie et classe l'étendue, grosso modo, comme avancé ou limité.
- T peut être codé du dossier clinique (endoscopie, Radiologie, etc.) en l'absence de confirmation pathologique.
- La définition du degré d'invasion est spécifique par site de cancer.
- Utiliser la figure propre au site pour aider au codage du degré d'invasion pour la catégorie la plus spécifique possible.

### Absence d'information spécifique sur des Métastases, des Ganglions, la taille/extension Tumeur

- Le codage est basé sur ce que vous savez du dossier
- Pour M et N, s'il n'y a aucune information sur leur présence, les supposer absents (M -, R -).
- Si les ganglions régionaux sont mentionnés, mais vous ne pouvez pas faire la distinction entre les métastases avancés ou limitées, coder R +.
- D'une manière similaire, si vous ne pouvez pas distinguer des degrés de l'invasion tumorale (2 ou 1) T doit être codé simplement comme A ou L (selon le site du cancer, voir les organigrammes).
- Reférez-vous aux sites spécifiques pour évaluer l'état localisé ou avancé.
- Pour T, doit être enregistré comme X si la tumeur primitive est connue, mais il n'y a pas de description de sa taille ou son étendue.

## Attribution des Groupes de Stade du TNM essentiel

Une fois les éléments de TNM essentiel codés, les éléments peuvent être combinés en groupes de STADE, allant de I à IV avec l'augmentation de la sévérité de la maladie.

- le Stade IV pour les cancers avec métastases à distance.
- les Stades III et II pour les cancers avec l'augmentation de la participation des ganglions locaux et régionaux
- Stade I est généralement attribué à des cancers avec une étendue limitée à l'organe d'origine
- les règles pour combiner les éléments TNM essentielles dans les groupes de Stade (I-IV) sont fournies sur une base spécifique au site.

Les groupes de stade ont été conçus pour regrouper les patients atteints de cancer dont le pronostic est similaire.

## Directives pour l'extraction à partir des dossiers médicaux

Les lignes directrices suivantes visent à aider à l'extraction des informations sur le stade à partir des dossiers médicaux.

- Passer rapidement en revue l'ensemble du dossier pour l'organisation globale. Notez les dates, et les différents établissements impliqués dans les soins du patient
- Identifier les rapports définitifs (opératoires, pathologiques, d'imagerie), et noter les dates et les résultats.
- Essayer d'exclure d'abord les métastases à distance - rappelez-vous qu'en TNM Essentiel, si "M" peut être codé M +, il n'y a pas besoin de chercher plus d'informations.
- Comme les métastases sont plus fréquentes dans les os, les poumons ou dans le cerveau, il est pratique de regarder dans:
  - o Les compte-rendus d'imagerie pour toute mention de métastase à distance. Si la métastase est mentionnée, n'oubliez pas de vérifier si cela était proche du moment du diagnostic.
  - o Les compte-rendus / notes opératoires pour toute indication de métastase hépatique ou de lésion tumorale indiquant des métastases à distance.
- Les ganglions lymphatiques régionaux: Les expressions courantes qui impliquent la propagation aux ganglions lymphatiques régionaux sont la métastase ganglionnaire et l'envahissement des ganglions lymphatiques locaux.
- Comme l'illustrent les organigrammes (Figures 1-4), les noms des ganglions lymphatiques régionaux sont spécifiques à chaque type de tumeur et doivent être vérifiés par rapport au dossier clinique. Si le ganglion envahi ne figure pas dans la liste régionale, le considérer comme un ganglion distant.

## Saisie du TNM Essentiel dans la base de donnée

Pour des raisons pragmatiques, il est acceptable d'utiliser les champs déjà existants pour coder le groupe de stade TNM et les composants TNM s'ils existent, et d'entrer les codes utilisés pour le TNM essentiel comme décrit ci-dessus : M+, M-, R+, R-, R2, R1, A, A2, A1, L, L2, L1. En fonction de l'extension de la tumeur, le nombre de composants à saisir dans la base de données variera : s'il existe des preuves de métastases à distance, il peut s'agir uniquement de M+.

Pour les bases de données qui ne permettent pas de faire varier la longueur des codes (1 ou 2 caractères), deux caractères doivent être utilisés pour tous les codes. Dans ce cas, il est recommandé de coder A, L, et X comme AX, LX, et XX. Nous recommandons d'inclure un dictionnaire conforme à la description du tableau 1. afin que l'utilisateur puisse sélectionner le code requis dans un menu.

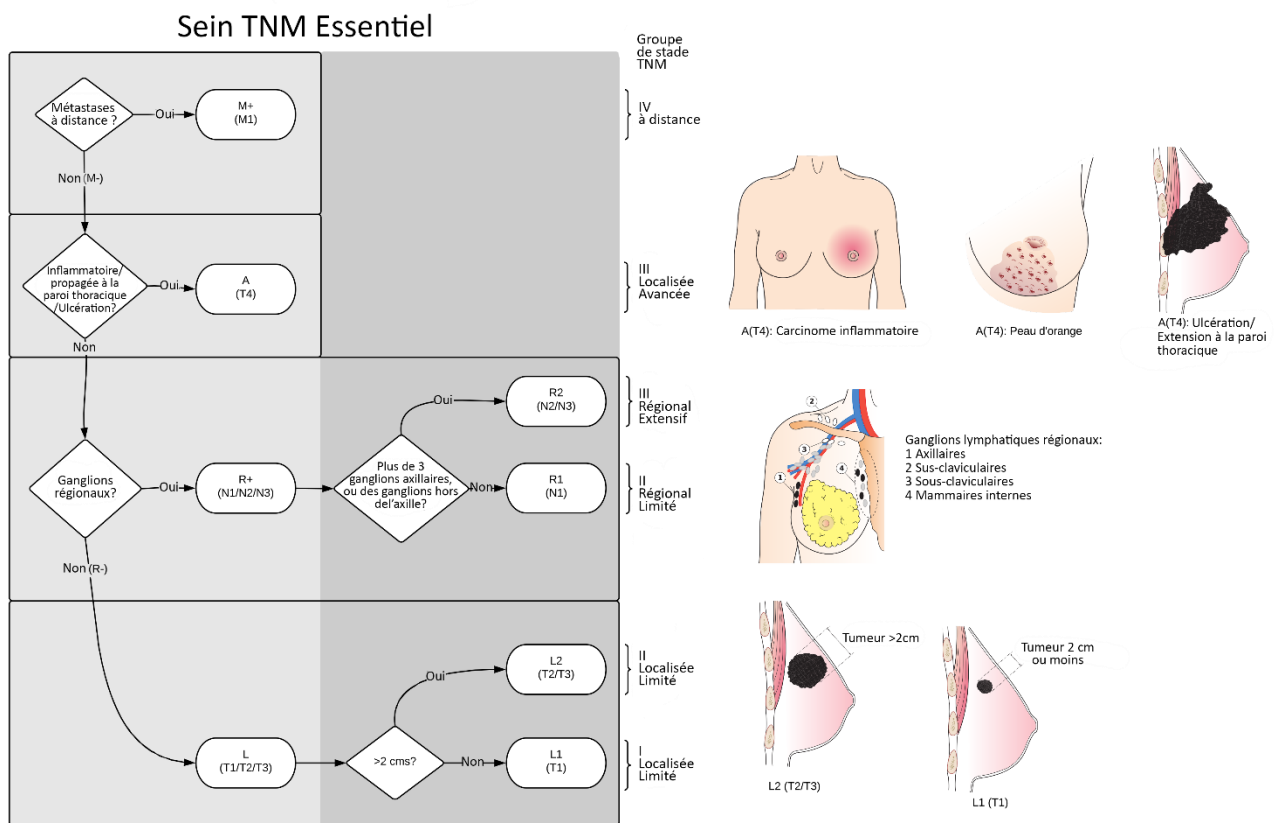
Table .Codes recommandés pour les champs T, N, M.

<i>T</i>		<i>N</i>		<i>M</i>	
<i>code</i>	<i>stade</i>	<i>code</i>	<i>stade</i>	<i>code</i>	<i>stade</i>
<i>X</i>	<i>Tx</i>	<i>0</i>	<i>N0</i>	<i>0</i>	<i>M0</i>
<i>1</i>	<i>T1</i>	<i>1</i>	<i>N1</i>	<i>1</i>	<i>M1</i>
<i>1A</i>	<i>T1A</i>	<i>1A</i>	<i>N1A</i>	<i>X</i>	<i>MX</i>
<i>1B</i>	<i>T1B</i>	<i>1B</i>	<i>N1B</i>	<i>+</i>	<i>M+</i>
<i>1C</i>	<i>T1C</i>	<i>1C</i>	<i>N1C</i>	<i>-</i>	<i>M-</i>
<i>2</i>	<i>T2</i>	<i>2</i>	<i>N2</i>		
<i>2A</i>	<i>T2A</i>	<i>2A</i>	<i>N2A</i>		
<i>2B</i>	<i>T2B</i>	<i>2B</i>	<i>N2B</i>		
<i>2C</i>	<i>T2C</i>	<i>2C</i>	<i>N2C</i>		
<i>3</i>	<i>T3</i>	<i>3</i>	<i>N3</i>		
<i>3A</i>	<i>T3A</i>	<i>3A</i>	<i>N3A</i>		
<i>3B</i>	<i>T3B</i>	<i>3B</i>	<i>N3B</i>		
<i>3C</i>	<i>T3C</i>	<i>3C</i>	<i>N3C</i>		
<i>4</i>	<i>T4</i>	<i>4</i>	<i>N4</i>		
<i>4A</i>	<i>T4A</i>	<i>4A</i>	<i>N4A</i>		
<i>4B</i>	<i>T4B</i>	<i>4B</i>	<i>N4B</i>		
<i>4C</i>	<i>T4C</i>	<i>4C</i>	<i>N4C</i>		
<i>Lx</i>	<i>L</i>	<i>R+</i>	<i>R+</i>		
<i>L1</i>	<i>L1</i>	<i>R-</i>	<i>R-</i>		
<i>L2</i>	<i>L2</i>	<i>R1</i>	<i>R1</i>		
<i>Ax</i>	<i>A</i>	<i>R2</i>	<i>R2</i>		
<i>A1</i>	<i>A1</i>				
<i>A2</i>	<i>A2</i>				

## Cancer du sein TNM Essentiel

### Points clés pour la stadification du cancer du sein

1. La métastase est fréquente dans les os, les poumons et le cerveau. Chercher des preuves sur l'imagerie.
2. Se rappeler que les ganglions lymphatiques situés du côté opposé (c'est-à-dire controlatéral) ou dans le cou sont des métastases à distance (M+).
3. Si M+, le stade IV peut être attribué et il n'est pas nécessaire de rechercher d'autres informations.
4. Rechercher l'extension de la tumeur à la peau du sein (epiderme).
5. Les ganglions régionaux sont axillaires (y compris intramammaire), infra claviculaires, mammaires internes et supra claviculaires du même côté que la tumeur (voir les images dans l'organigramme).
6. Si l'atteinte des ganglions lymphatiques (R+) a été établie, mais qu'aucun autre renseignement n'est disponible sur le nombre de ganglions et leur localisation, supposer R+. Dans une telle situation, le cas sera attribué à la catégorie des niveaux inférieurs (suivant la règle 4 de TNM), p. ex., au stade II Régional Limité.
7. La taille de la tumeur est un aspect décisif et une tumeur de moins de 2 cm est « très limitée » (stade I).
8. Si deux tumeurs malignes sont présentes dans le même sein, utilisez celle qui a la plus grande taille pour la stadification.



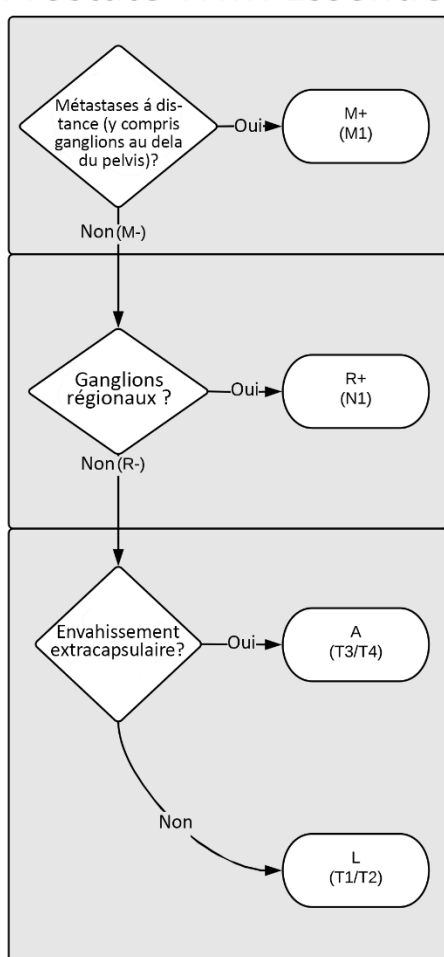


## Cancer du col TNM Essentiel

### Points clés pour la stadification du cancer du col de l'utérus

1. La métastase est fréquente dans les os, les poumons et le cerveau. Rechercher des preuves sur l'imagerie.
2. L'extension de la tumeur dans la vessie, le rectum ou au-delà du pelvis est (A2) très avancée et considérée comme de stade IV
3. Les ganglions régionaux sont ceux du pelvis: para cervical, paramétrique, hypogastrique (iliaque interne, obturateur), iliaque commun et externe, ganglion pré et latéro-sacral.  
Lorsque vous recherchez des informations sur les ganglions régionaux, recherchez également la mention des ganglions para-aortiques.
4. Rechercher l'extension de la tumeur au tiers inférieur du vagin, à la paroi du pelvis, ou l'hydronéphrose due à l'obstruction de l'uretère
5. La plupart des cancers du col utérin sont classés par stade en utilisant la FIGO pour laquelle les codes du stade (I-IV) sont par ailleurs identiques à ceux de la TNM.

## Prostate TNM Essentiel



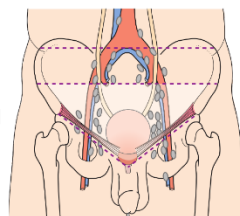
Groupe de stade TNM

IV à distance

IV Régional

III Localisée Avancée

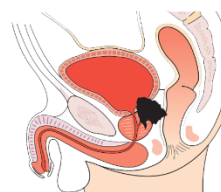
I/II Localisée Limitée



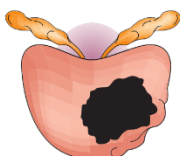
Ganglions régionaux (le bassin en dessous de la bifurcation des artères iliaques)



A (T3): Invasion des vésicules séminales



A (T4): Tumeur envahit d'autres structures (vessie, rectum)



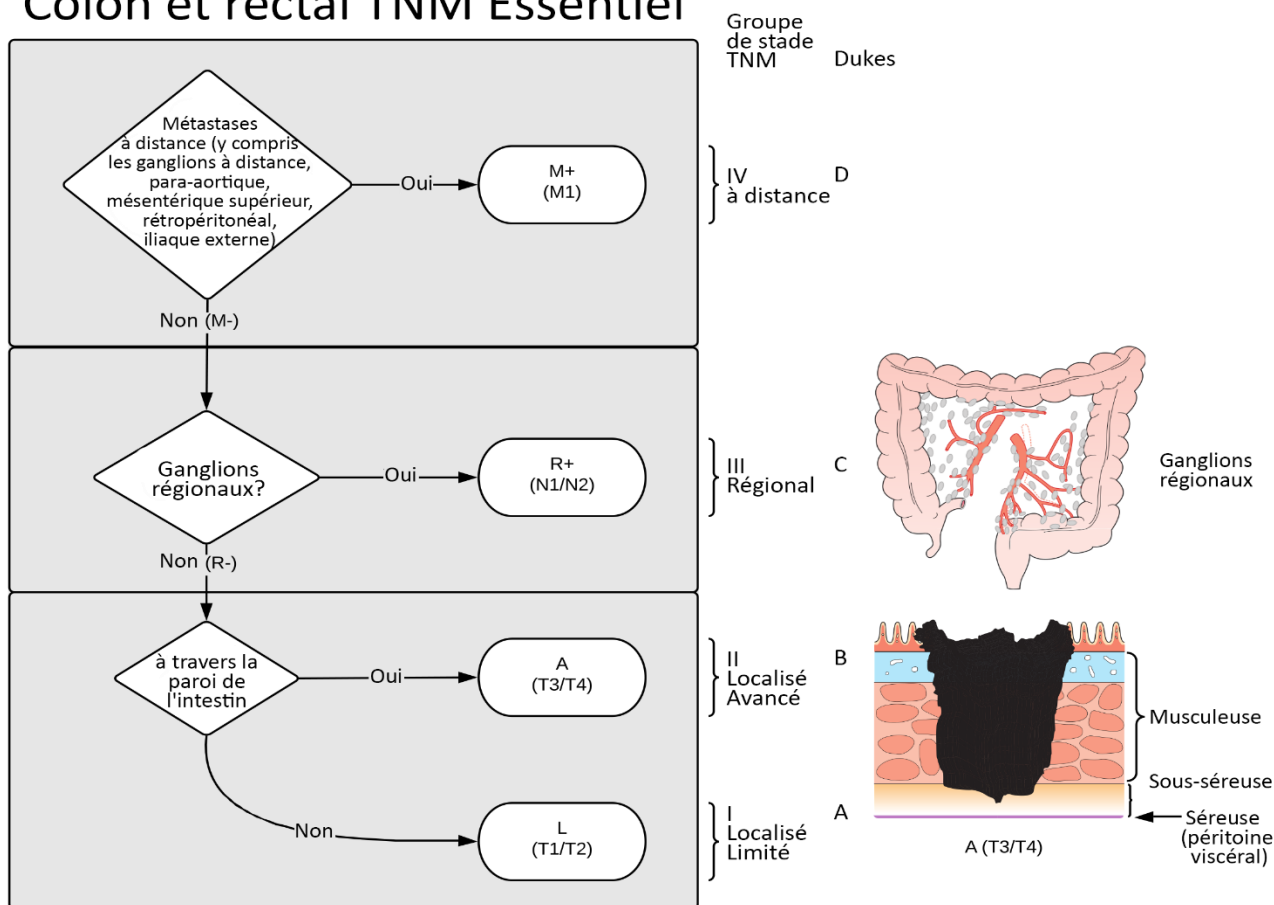
L (T1/T2): Tumeur confinée à la prostate

## Cancer colorectal TNM Essentiel

### Points clés pour la stadification du cancer colorectal

1. Les métastases sont souvent au foie. Cela peut être cliniquement documenté dans les comptes-rendus opératoires ou sur l'imagerie.
2. Les ganglions régionaux sont spécifiques au site pour chaque segment du côlon/rectum et sont nommés en conséquence (épocolique, mésentérique, paracolique, iléocolique, rectal, voir table plus bas).
3. Les lésions tumorales (satellites) sont des nodules cancéreux distincts de la tumeur primitive, situés dans la même zone que les ganglions lymphatiques régionaux (tissus péri-coliques / péri-rectaux). Supposer qu'ils sont vraiment des lésions métastatiques des ganglions lymphatiques, et le code est ainsi R +
4. Cherchez l'extension à travers la paroi du côlon / rectum dans la sous-séreuse ou au-delà, plutôt que la taille de la tumeur.

### Côlon et rectal TNM Essentiel



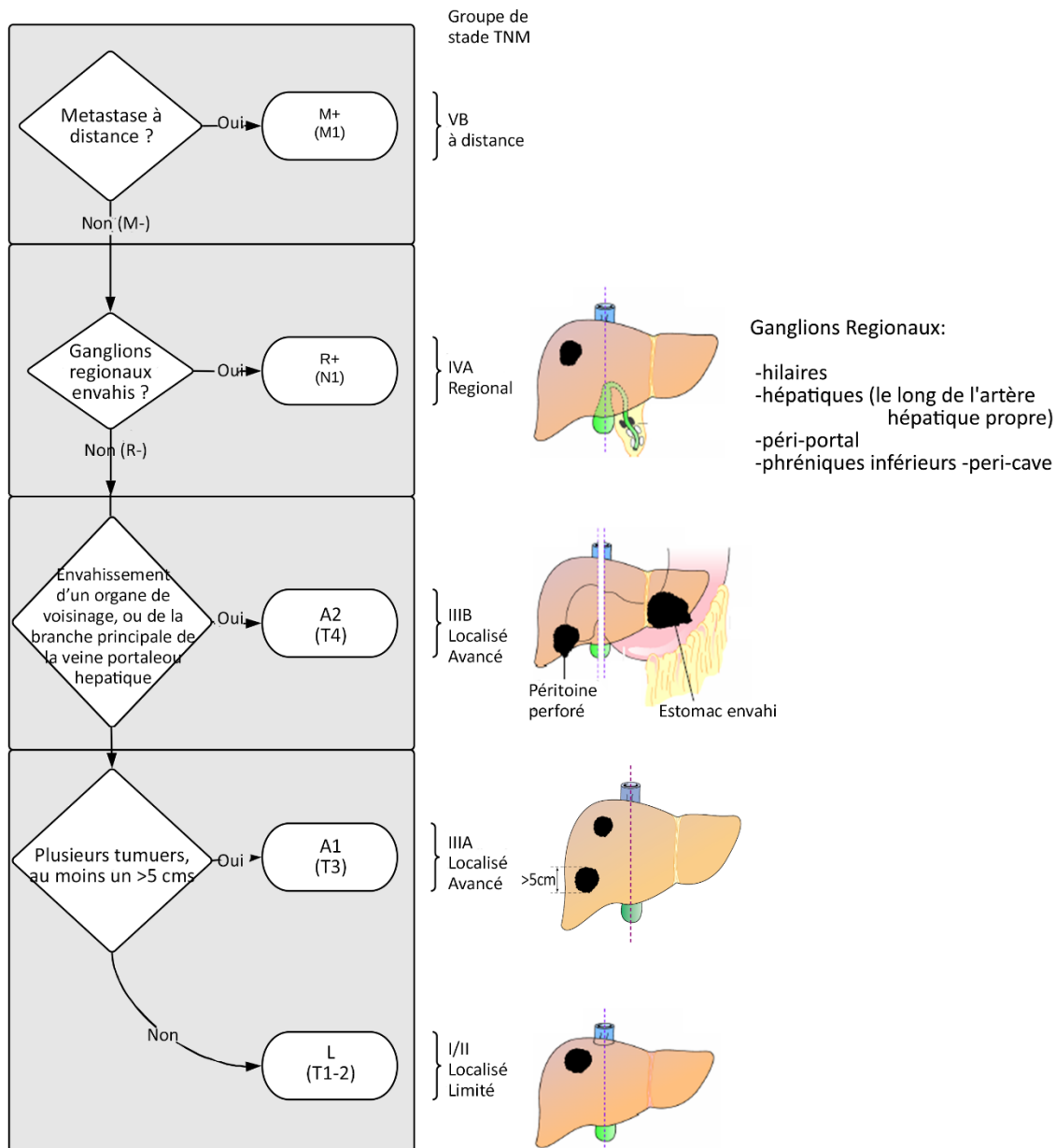
Organe	Segment	Ganglions lymphatiques régionaux
Côlon	<b>Caecum</b>	Péricalique, iléocolique, colique droit
	<b>Côlon ascendant et flexion hépatique</b>	Péricalique, iléocolique, colique droit, colique moyen
	<b>Côlon transverse et flexion splénique</b>	Péricalique, colique moyen, colique gauche
	<b>Côlon descendant</b>	Péricalique, colique gauche, sigmoïde, mésentérique inférieur
	<b>Sigmoïde et rectosigmoïde</b>	Péricalique, sigmoïde, inférieur mésentérique, supérieur rectal (hémorroïdal)
<b>Rectum</b>	<b>Rectum</b>	Mésorectal, supérieur rectal (hémorroïdal), mésentérique inférieur, iliaque interne, inférieur rectal

## Cancer du foie TNM Essentiel

### Points clés pour la stadification du cancer du foie

1. La classification concerne les carcinomes hépatocellulaires et vise à diviser les cancers en ceux qui sont opérables (localisés/limités) et ceux qui ne le sont pas.
2. Les métastases sont plus fréquentes au niveau des poumons, du cerveau et des ganglions lymphatiques distants.
3. Les ganglions lymphatiques régionaux sont les ganglions hilaires, hépatiques (le long de l'artère hépatique propre), péri-portaux (le long de la veine porte), phréniques inférieurs et peri-cave (le long de la veine cave).
4. Recherchez une extension de la tumeur dans une branche principale de la veine porte ou de la veine hépatique, une invasion directe des organes adjacents - autres que la vésicule biliaire - (y compris le diaphragme), ou une perforation du péritoine viscéral : la tumeur est AVANCÉE (T4).
5. Si elle ne concerne que le foie et la vésicule biliaire, elle est LIMITÉE.

### Foie TNM Essentiel

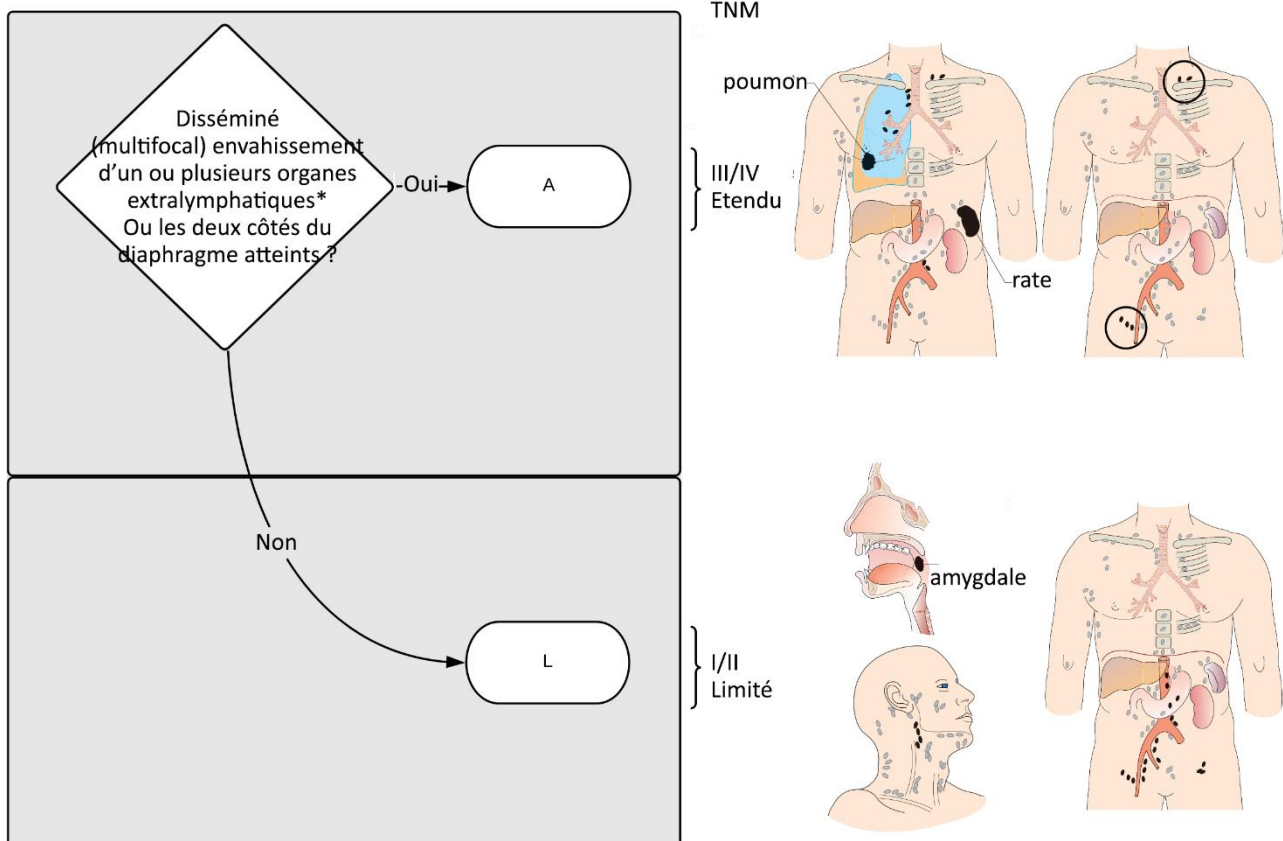


## Lymphome TNM Essentiel

### Points clés pour la stadification des lymphomes

1. La classification TNM et TNM essentiel pour les lymphomes s'applique aussi bien aux lymphomes hodgkiniens qu'aux lymphomes non hodgkiniens.
2. Rappelez-vous que les lymphomes peuvent présenter une maladie lymphatique et extra-lymphatique. La maladie lymphatique concerne les ganglions lymphatiques ainsi que d'autres structures lymphatiques comme l'anneau de Waldeyer (amygdales), la rate, l'appendice, le thymus et les plaques de Peyer (tissu lymphoïde de l'intestin grêle).
3. La stadification des lymphomes peut inclure un rapport initial d'une biopsie de la moelle osseuse.
4. Recherchez la documentation de l'atteinte d'organes extra lymphatiques tels que le foie ou le poumon ; si l'un ou l'autre est atteint, il s'agit d'une maladie multifocale disséminée.
5. Rechercher une atteinte des ganglions lymphatiques des deux côtés du diaphragme; si les deux côtés du diaphragme sont atteints, il s'agit d'une maladie multifocale disséminée.

## Lymphomes TNM Essentiel



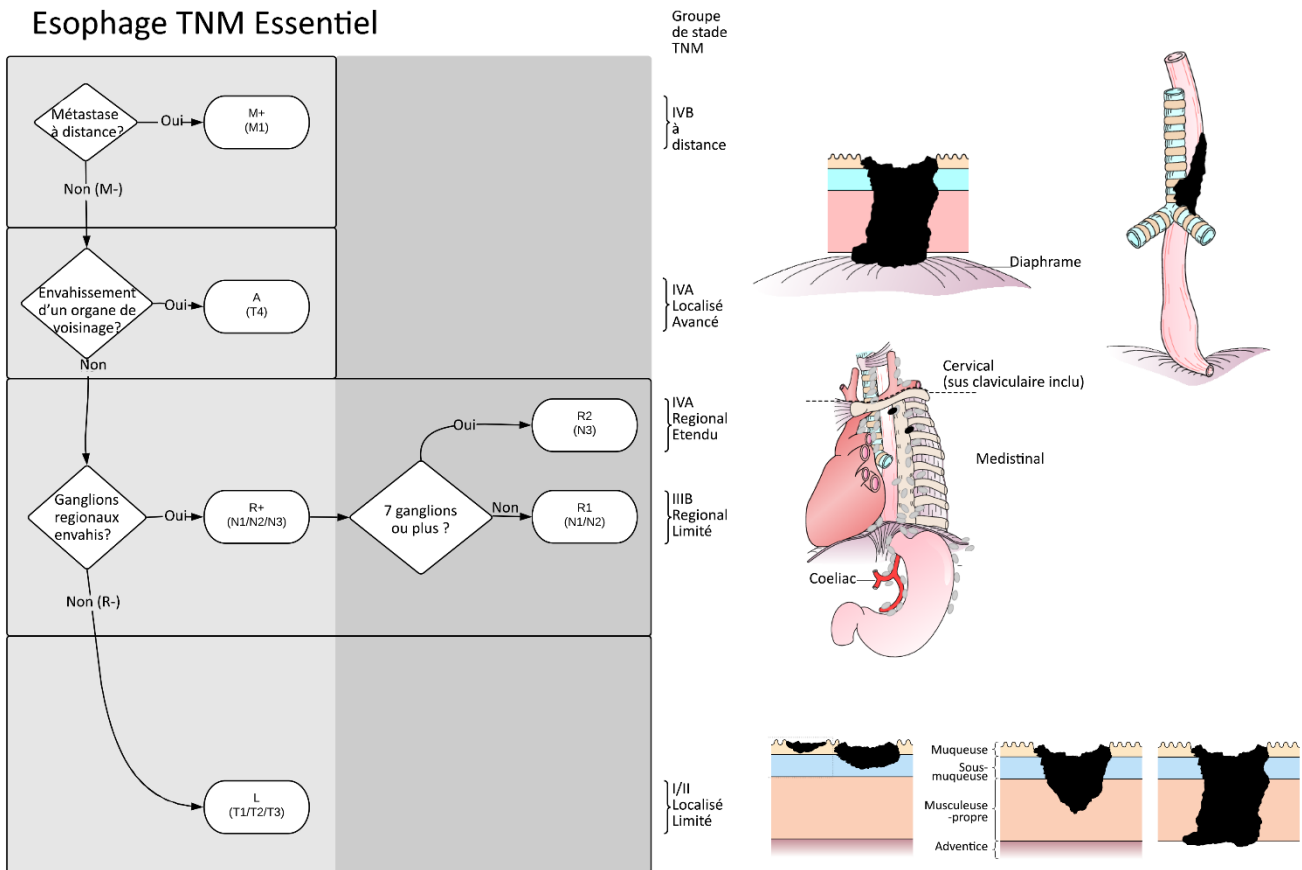
\* Organes extralymphatiques tel que le foie, le poumon

## Cancer de l'œsophage TNM Essentiel

### Points clés pour la stadification du cancer de l'œsophage

1. La classification concerne les carcinomes épidermoïdes et vise à diviser les cancers en ceux qui sont opérables (localisés) et ceux qui ne le sont pas.
2. Les métastases sont plus fréquentes dans le foie, les poumons, aux ganglions lymphatiques distants et aux os.
3. Les ganglions lymphatiques régionaux sont ceux de la zone de drainage de l'œsophage, y compris les ganglions de l'axe cœliaque et les ganglions para-œsophagiens du cou, mais pas les ganglions supra-claviculaires.
4. Rechercher une extension de la tumeur aux organes adjacents (plèvre, péricarde, veine azygos, diaphragme, péritoine, aorte, corps vertébral, trachée) : la tumeur est AVANCÉE (T4).

### Esophage TNM Essentiel

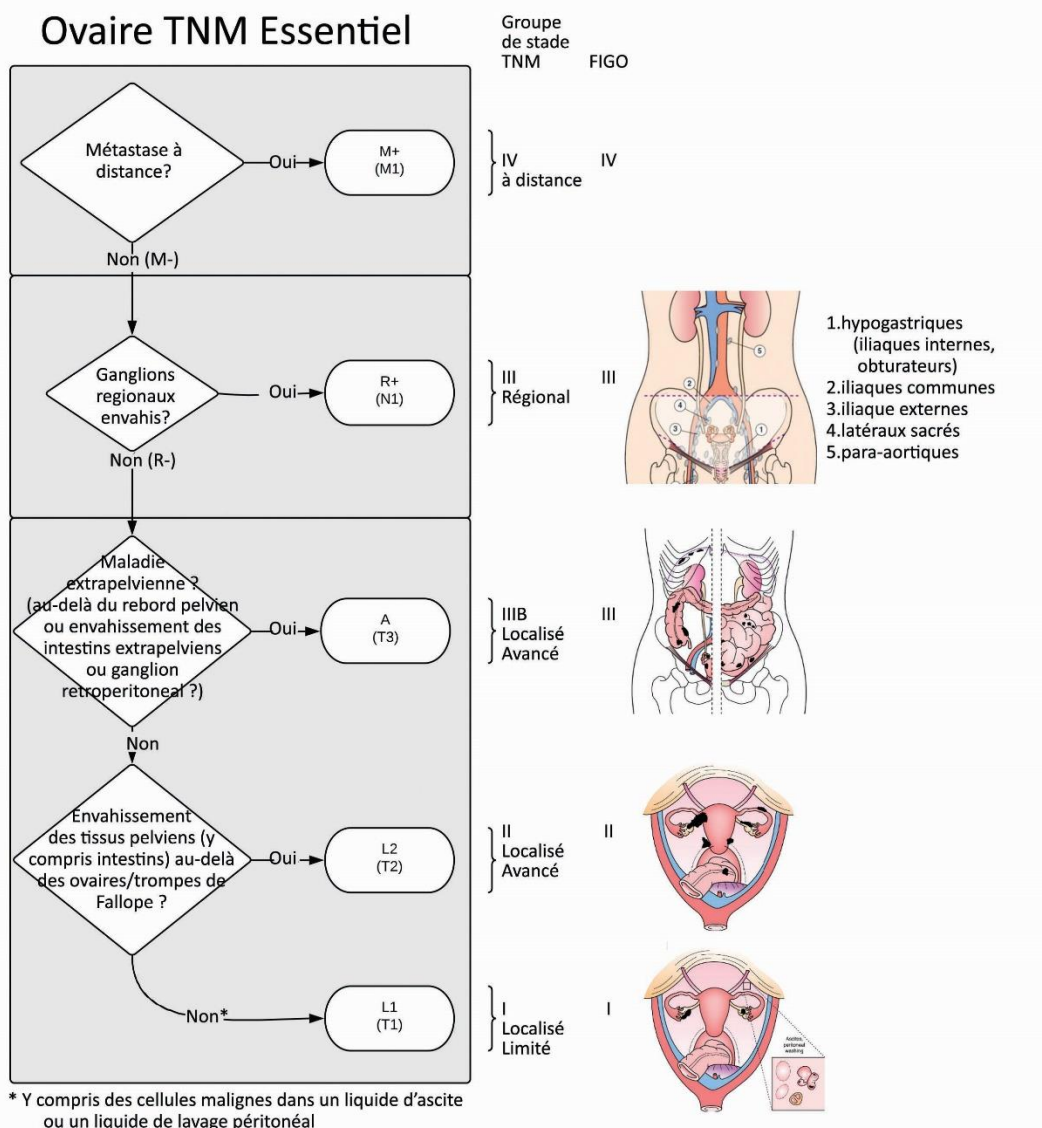


## Cancer de l’ovaire TNM Essentiel

### Points clés pour la stadification du cancer de l’ovaire

1. La classification s'applique aux néoplasmes ovariens malins d'origine épithéliale et stromale, y compris ceux qui sont à la limite de la malignité ou à faible potentiel malin. Elle doit également être utilisée pour les carcinomes des trompes de Fallope.
2. Les métastases dans l'abdomen doivent concerner le parenchyme (partie interne) des organes (en particulier le foie) et pas seulement la capsule externe. La propagation aux organes extra-abdominaux et aux ganglions lymphatiques en dehors de la cavité abdominale (y compris les ganglions lymphatiques inguinaux) est métastatique. La propagation de la tumeur au péritoine est une propagation locale.
3. Les ganglions lymphatiques régionaux sont les ganglions paracervicaux, paramétriaux, hypogastriques (iliaques internes, obturateurs), iliaques communes et externes, présacrés, sacrés, latéraux et para-aortiques.
4. Recherchez une extension de la tumeur au-delà du pelvis (y compris vers le péritoine), ou vers les ganglions lymphatiques rétropéritonéaux : la tumeur est AVANCÉE. Si elle est toujours dans le pelvis - même si elle s'est étendue à l'intestin et/ou au péritoine: elle est LOCALISÉE.
5. La plupart des cancers de l'ovaire sont stadifiés selon la FIGO qui ne prend pas en compte l'atteinte des ganglions lymphatiques régionaux, mais pour laquelle les codes I-IV sont par ailleurs identiques au TNM.

### Ovaire TNM Essentiel



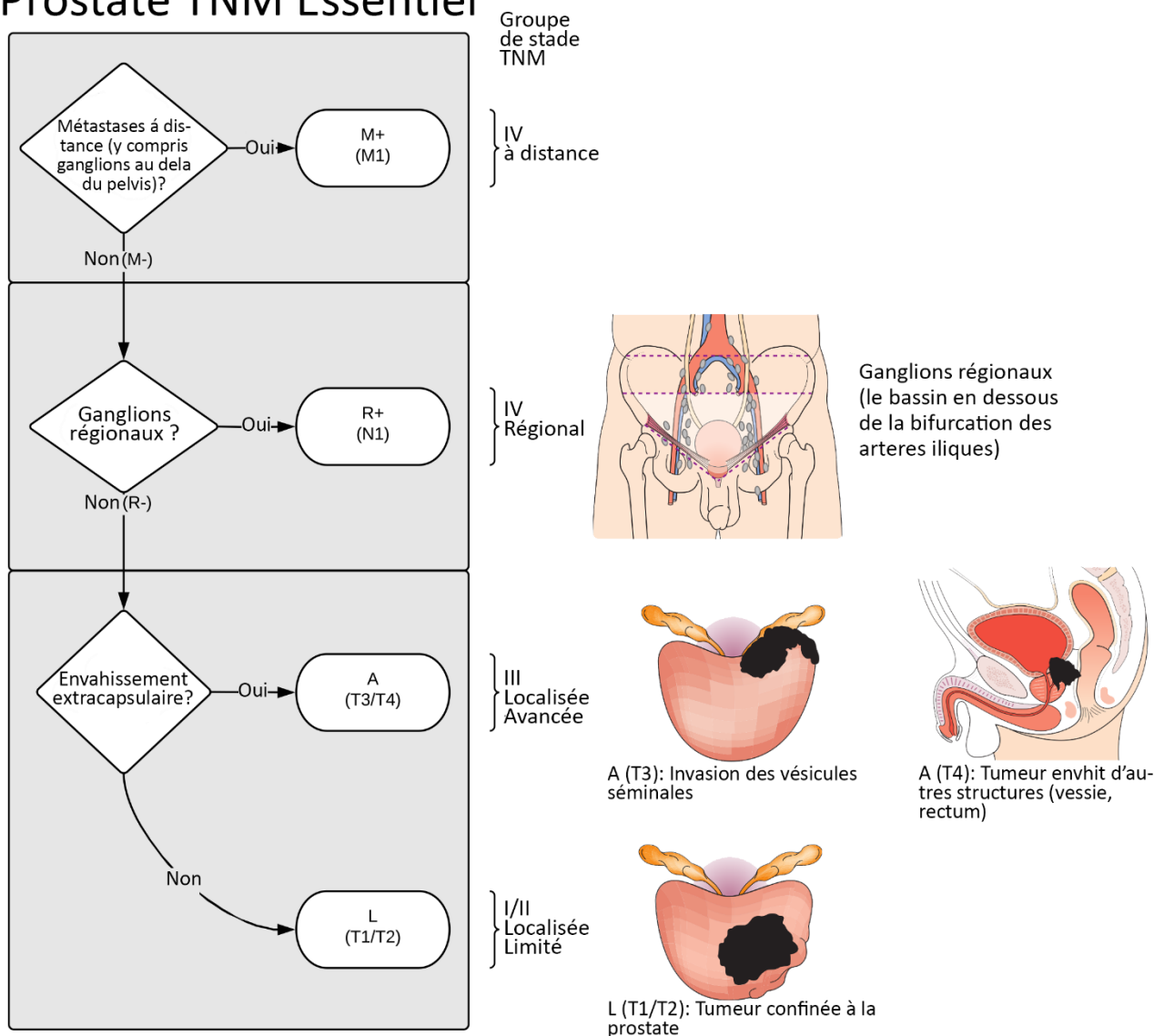


## Cancer de la prostate TNM Essentiel

### Points clés pour la stadification du cancer de la prostate

1. Les métastases sont très fréquentes dans les os. En chercher des preuves sur l'imagerie.
2. Se rappeler que les ganglions distaux au-delà du pelvis sont M +; ils comprennent les ganglions suivants: aortique (para-aorto-lombaire), iliaque commune, inguinale (fémorale et profonde), supraclaviculaire, cervicale, scalène et rétropéritonéale
3. Les ganglions régionaux sont ceux du véritable pelvis (les ganglions pelviens au-dessous de la bifurcation des artères iliaques communes : obturateur, périprostatique, perivesical, pelvien, iliaque, sacré, hypogastrique).
4. Rechercher une extension de la tumeur est au-delà de la capsule de la prostate ; si elle est confinée à la prostate, la tumeur est Localisée(L).

## Prostate TNM Essentiel



## Bibliographie

Brierley J, Gospodarowicz M, Wittekind Ch, editors. TNM Classification of Malignant Tumours. Eight ed. Chichester, West Sussex, UK: Wiley Blackwell; 2017.

Wittekind, Ch (Christian); Asamura, H; Sobin, L H. TNM atlas: illustrated guide to the TNM classification of malignant tumours. Sixth edition. Chichester, West Sussex, UK: Wiley Blackwell, 2014.