



DT9389

HÉPATOBLASTOME

Version 3.1.1.0

Date de naissance	N° chambre	N° de dossier	
Nom			
Prénom			
N° d'assurance maladie			
Adresse			
Code postal	Ind. rég.	Téléphone	Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F

N° de rapport	
---------------	--

Type d'intervention : Résection

Les éléments de données précédés de ce symbole « + » ne sont pas obligatoires. Toutefois, ils peuvent être cliniquement importants quoique non encore validés ou utilisés régulièrement dans la prise en charge des usagers.

Sélectionner un seul élément, sauf indication contraire.

Procédure (note A)
<input type="checkbox"/> Lobectomie droite <input type="checkbox"/> Lobectomie droite étendue <input type="checkbox"/> Segmentectomie médiane <input type="checkbox"/> Segmentectomie latérale gauche <input type="checkbox"/> Lobectomie totale gauche <input type="checkbox"/> Foie explanté <input type="checkbox"/> Lobectomie droite étendue <input type="checkbox"/> Autre(s) (préciser) : _____ <input type="checkbox"/> Non précisée
Site de la tumeur
<input type="checkbox"/> Lobe droit <input type="checkbox"/> Lobe gauche <input type="checkbox"/> Lobes droit et gauche <input type="checkbox"/> Autre (préciser) : _____ <input type="checkbox"/> Non précisé
Taille de la tumeur (préciser pour chaque nodule)
Plus grande dimension : _____ cm + Dimensions additionnelles : _____ x _____ cm <input type="checkbox"/> Ne peut être évaluée (voir « Commentaire(s) »)
+ Nombre de foyers tumoraux (intrahépatiques)
+ <input type="checkbox"/> Tumeur unifocale + <input type="checkbox"/> Tumeur multifocale + <input type="checkbox"/> Nombre indéterminé + <input type="checkbox"/> Nombre ne peut être évalué

N° de rapport

N° de dossier

+ Extension macroscopique de la tumeur lors de la chirurgie (sélectionner tous les éléments applicables)

- + Tumeur envahit un/des organe(s) adjacent(s)
- + La tumeur envahit les tissus mous adjacents
 - + Diaphragme
 - + Paroi abdominale
 - + Autre (préciser) : _____
- + Essaimage tumoral peropératoire
- + Ne peut être évaluée

Type histologique (note B)

- Hépatoblastome, type épithélial fœtal (mitotiquement inactif)
- Hépatoblastome, type épithélial fœtal (mitotiquement actif)
- Hépatoblastome, type épithélial fœtal et embryonnaire
- Hépatoblastome, type épithélial macrotrabéculaire
- Hépatoblastome, type épithélial, à petites cellules indifférenciées
 - + Pourcentage de la tumeur avec ce type histologique : _____
- Hépatoblastome, type mixte épithélial et mésenchymateux sans éléments tératoïdes
- Hépatoblastome, type mixte épithélial et mésenchymateux avec éléments tératoïdes
- Hépatoblastome, type rhabdoïde
- Hépatoblastome, autre (préciser) : _____

Grade histologique (note C)

- Favorable (purement épithélial, sous-type fœtal, mitotiquement inactif avec ≤ 2 mitoses par champ sous objectif 10 X 40 au stade I)
- Moins favorable (tous les sous-types autres que ceux désignés favorables ou défavorables)
- Défavorable (petites cellules indifférenciées ou rhabdoïde comme sous-types histologiques dominants ou uniques; quel que soit le stade)

Marges (sélectionner tous les éléments applicables) (note D)

Marge(s) de résection chirurgicale

- Ne peut(vent) être évaluée(s)
- Exempte(s) de tumeur infiltrante
 - Distance entre la tumeur et la marge la plus proche : _____ mm ou _____ m
 - Préciser la (les) marge(s) : _____
- Atteinte par la tumeur infiltrante
 - Préciser la (les) marge(s) : _____

Surface de la capsule

- Ne peut être évaluée
- Exempte de tumeur infiltrante
 - Distance entre la capsule et la tumeur infiltrante : _____ mm ou _____ m
 - Préciser la marge : _____
- Atteinte par la tumeur infiltrante

+ Envahissement lymphovasculaire (sélectionner tous les éléments applicables)

- + Non décelé
- + Envahissement de la veine porte présent
- + Envahissement de la veine hépatique présent
- + Présent dans les nodules tumoraux
- + Présent dans les vaisseaux extra-tumoraux
- + Indéterminé

N° de rapport	
---------------	--

N° de dossier	
---------------	--

Ganglions lymphatiques (note E)

Ne peuvent être évalués

Ganglions lymphatiques régionaux exempts de métastase

Métastase(s) ganglionnaire(s) lymphatiques régionale(s) présente(s)
Préciser la localisation, si connue : _____

Préciser : Nombre de ganglions lymphatiques examinés : _____

Nombre de ganglions lymphatiques métastatiques : _____

Métastases à distance

Non applicable

Métastase(s) à distance présente(s) (y compris les métastases ganglionnaires de localisation : phrénique inférieure, distale par rapport au hile, ligament hépatoduodéal ou région de la veine cave)
+ Préciser le(s) site(s), si connu(s) : _____

Stade (Children's Oncology Group) (sélectionner tous les éléments applicables) (note F)

Stade I : Résection chirurgicale complète, marges macroscopiquement et microscopiquement exemptes de tumeur

Stade II : Présence de tumeur microscopique résiduelle

- Tumeur microscopique résiduelle présente à la marge de résection hépatique
- Tumeur microscopique résiduelle présente à la marge de résection extrahépatique
- Essaimage tumoral peropératoire

Stade III : Présence de tumeur macroscopique résiduelle

- Tumeur macroscopique visible à la marge de résection
- Métastase(s) ganglionnaire(s) présente(s)

Stade IV : Présence de maladie métastatique

- Tumeur primaire complètement réséquée
- Tumeur primaire non réséquée complètement

+ Autres constatations pathologiques (sélectionner tous les éléments applicables)

+ Aucune

+ Cirrhose /fibrose

+ Surcharge en fer

+ Hépatite (préciser le type) : _____

+ Autre (préciser) : _____

+ Autre (préciser) (notes G, H, et I)

+ Préciser : _____

+ Commentaire(s) :

Signature du pathologiste		N° de permis	Date	Année	Mois	Jour