



DT9383

LÈVRES ET CAVITE BUCCALE
Version 3.2.0.0

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 : Biopsie excisionnelle, 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.

Prélèvement (sélectionner tous les éléments applicables) (note A)
<input type="checkbox"/> Vermillon de la lèvre supérieure
<input type="checkbox"/> Vermillon de la lèvre inférieure
<input type="checkbox"/> Muqueuse de la lèvre supérieure
<input type="checkbox"/> Muqueuse de la lèvre inférieure
<input type="checkbox"/> Commissure labiale
<input type="checkbox"/> Bord latéral de la langue
<input type="checkbox"/> Surface ventrale de la langue, non autrement précisé
<input type="checkbox"/> Surface dorsale de la langue, non autrement précisé
<input type="checkbox"/> Deux tiers antérieurs de la langue, non autrement précisé
<input type="checkbox"/> Gencive supérieure
<input type="checkbox"/> Gencive inférieure
<input type="checkbox"/> Plancher buccal antérieur
<input type="checkbox"/> Plancher buccal (sans autre précision)
<input type="checkbox"/> Palais dur
<input type="checkbox"/> Muqueuse buccale (paroi jugale interne)
<input type="checkbox"/> Vestibule buccal
<input type="checkbox"/> Supérieur
<input type="checkbox"/> Inférieur
<input type="checkbox"/> Processus alvéolaire
<input type="checkbox"/> Supérieur
<input type="checkbox"/> Inférieur
<input type="checkbox"/> Mandibule
<input type="checkbox"/> Maxillaire
<input type="checkbox"/> Autre (préciser) : _____
<input type="checkbox"/> Non précisé
Prélèvement reçu :
<input type="checkbox"/> À l'état frais
<input type="checkbox"/> Dans le formol
<input type="checkbox"/> Autre (préciser) : _____

N° de rapport

N° de dossier

Type de prélèvement (sélectionner tous les éléments applicables)

- Biopsie excisionnelle
- Résection
 - Glossectomie (préciser) : _____
 - Mandibulectomie (préciser) : _____
 - Maxillectomie (préciser) : _____
 - Palatectomie
- Dissection des ganglions lymphatiques cervicaux (préciser) : _____
- Autre (préciser) : _____
- Non précisé

+ Intégrité du prélèvement

- + Intact
- + Fragmenté

Taille du prélèvement

- Plus grande dimension : _____ x _____ x _____ cm
+ Autres dimensions (si plus d'un fragment) : _____ x _____ cm

Latéralité du prélèvement (sélectionner tous les éléments applicables)

- Droite
- Gauche
- Ligne médiane
- Non précisée

Site de la tumeur (sélectionner tous les éléments applicables) (note A)

- Vermillon de la lèvre supérieure
- Vermillon de la lèvre inférieure
- Muqueuse de la lèvre supérieure
- Muqueuse de la lèvre inférieure
- Commissure labiale
- Bord latéral de la langue
- Surface ventrale de la langue (sans autre précision)
- Surface dorsale de la langue (sans autre précision)
- Deux tiers antérieurs de la langue (sans autre précision)
- Gencive supérieure
- Gencive inférieure
- Plancher buccal antérieur
- Plancher buccal (sans autre précision)
- Palais dur
- Muqueuse buccale (paroi jugale interne)
- Vestibule buccal
 - Supérieur
 - Inférieur
- Processus alvéolaire
 - Supérieur
 - Inférieur
- Mandibule
- Maxillaire
- Autre (préciser) : _____
- Non précisé

N° de rapport

N° de dossier

Nombre de foyers tumoraux

Tumeur unifocale

Tumeur multifocale (préciser) : _____

Taille de la tumeur

Dimension la plus grande : _____ cm

+ Autres dimensions (si plus d'un fragment) : _____ x _____ cm

Ne peut être déterminée (voir « Commentaire(s) »)

+ Profondeur de l'envahissement tumoral (tumeur pT1 et pT2) (note B)

+ Profondeur de l'envahissement tumoral : _____ mm

+ Surface muqueuse intacte : _____ ; ou surface ulcérée : _____

+ Description de la tumeur (sélectionner tous les éléments applicables)

+ Sous-type macroscopique :

+ Polypoïde

+ Exophytique

+ Endophytique

+ Ulcéré

+ Sessile

+ Autre(s) (préciser) : _____

+ Extension macroscopique de la tumeur

+ Préciser : _____ (toutes les structures anatomiques infiltrées par la tumeur)

Type histologique (sélectionner tous les éléments applicables) (note C)

Carcinome épidermoïde

Carcinome épidermoïde conventionnel

Variantes du carcinome épidermoïde

Carcinome épidermoïde acantholytique

Carcinome adénoquameux

Carcinome épidermoïde basaloïde

Carcinome épidermoïde papillaire

Carcinome épidermoïde à cellules fusiformes

Carcinome verruqueux

Carcinome épidermoïde acantholytique

Carcinome épidermoïde acantholytique

Carcinome épidermoïde acantholytique

Carcinome à cellules géantes

Carcinome lymphoépithélial (non naso-pharyngé)

Carcinome des glandes salivaires mineures

Carcinome acinaire

Carcinome adénoïde kystique

Bas grade

Grade intermédiaire

Haut grade

Adénocarcinome (sans autre précision)

Bas grade

Grade intermédiaire

Haut grade

Suite de la section à la page suivante

Nombre de foyers tumoraux – suite**Carcinome des glandes salivaires mineures – suite**

- Adénocarcinome à cellules basales
- Carcinome ex-adénome pléomorphe (tumeur mixte maligne)
- Bas grade
- Haut grade
- Invasif
- Minimalement invasif (note C)
- Invasif (note C)
- Intracapsulaire (non invasif)
- Carcinome dont le type ne peut être déterminé
- Carcinosarcome
- Adénocarcinome à cellules claires
- Cystadénocarcinome
- Carcinome épithélial myoépithélial
- Carcinome mucoépidermoïde
- Bas grade
- Grade intermédiaire
- Haut grade
- Adénocarcinome mucineux (carcinome colloïde)
- Carcinome myoépithélial (myoépithéliome malin)
- Carcinome oncocytaire
- Adénocarcinome polymorphe de bas grade
- Carcinome des canaux salivaires
- Autre(s) (préciser) : _____

Adénocarcinome de type non salivaire

- Adénocarcinome (sans autre précision)
- Bas grade
- Grade intermédiaire
- Haut grade
- Autre(s) (préciser) : _____

Carcinome neuroendocrine

- Tumeur carcinoïde typique (carcinome neuroendocrine bien différencié)
- Tumeur carcinoïde atypique (carcinome neuroendocrine modérément différencié)
- Carcinome à grandes cellules de type neuroendocrine (carcinome neuroendocrine peu différencié)
- Carcinome à petites cellules de type neuroendocrine (carcinome neuroendocrine peu différencié)
- Carcinome à petites cellules de type neuroendocrine combiné avec (préciser le type) : _____
- Mélanome muqueux
- Autre(s) (préciser) : _____
- Carcinome dont le type ne peut être déterminé

N° de rapport

N° de dossier

Grade histologique (note D)

- Non applicable
 GX : Ne peut être évalué
 G1 : Bien différencié
 G2 : Modérément différencié
 G3 : Peu différencié
 Autre(s) (préciser) : _____

+ Extension tumorale microscopique

+ Préciser : _____ (toutes les structures anatomiques infiltrées par la tumeur)

Marges (sélectionner tous les éléments applicables) (notes E et F)

- Ne peuvent être évaluées
 Exemptes de carcinome invasif
Distance de la marge la plus proche :
Préciser la distance : _____ mm
 Ne peut être évaluée
 Préciser la localisation de la marge la plus proche, selon l'orientation, si possible : _____
+ Localisation et distance d'autres marges proches (D) : _____
 Marges atteintes par le carcinome infiltrant
Préciser la ou les marge(s), selon l'orientation, si possible : _____
 Marges atteintes par du carcinome in situ (y compris la dysplasie modérée et sévère*) (note E)
 Préciser la ou les marge(s), selon l'orientation, si possible _____

* Applicable seulement au carcinome épidermoïde et ses variantes histologiques

+ Effet du traitement (applicable aux carcinomes soumis à un traitement néoadjuvant)

- + Non décelé
+ Présent (préciser) _____
+ Indéterminé

Envahissement lymphovasculaire

- Non décelé
 Présent (préciser) _____
 Indéterminé

Envahissement périnerveux (note G)

- Non décelé
 Présent (préciser) _____
 Indéterminé

Ganglions lymphatiques, extension extra-ganglionnaire (note H)

- Non décelée
 Présent (préciser) _____
 Indéterminé

Stade pathologique (pTNM) (note I)

Descripteurs TNM (seulement si applicables) (cocher tous les éléments qui s'appliquent)

- m (tumeurs primaires multiples)
 r (récidive)
 y (post-traitement)

Pour tous les carcinomes excluant les mélanomes muqueux**Tumeur primaire (pT)**

- pTX : Ne peut être évaluée
- pT0 : Aucune tumeur primaire décelée
- pTis : Carcinome in situ
- pT1 : Tumeur de 2 cm ou moins dans sa plus grande dimension
- pT2 : Tumeur de plus de 2 cm mais de moins de 4 cm dans sa plus grande dimension
- pT3 : Tumeur de plus de 4 cm dans sa plus grande dimension
- pT4a : Maladie locale modérément avancée

Lèvre : La tumeur envahit l'os cortical, le nerf alvéolaire inférieur, le plancher buccal ou la peau du visage, par exemple le menton ou le nez.

Cavité buccale : La tumeur envahit les structures adjacentes seulement (par exemple : os cortical [mandibulaire, maxillaire], dans les muscles profonds [extrinsèques], de la langue [génio-glosse, hyo-glosse, palato-glosse et stylo-glosse], le sinus maxillaire, la peau du visage).

- pT4b : Maladie locale très avancée. La tumeur envahit l'espace masticateur, les lames ptérygoïdiennes ou la base du crâne et/ou engaine l'artère carotide interne

Ganglions lymphatiques régionaux (pN)# (notes J à M)

- pNX : Ne peuvent être évalués
- pN0 : Ganglions lymphatiques régionaux exempts de métastase
- pN1 : Métastase à un seul ganglion lymphatique ipsilatéral, de 3 cm ou moins dans sa plus grande dimension
- pN2a : Métastase à un seul ganglion lymphatique ipsilatéral, de plus de 3 cm mais de 6 cm ou moins dans sa plus grande dimension
- pN2b : Métastase(s) dans de multiples ganglions lymphatiques ipsilatéraux, aucune de plus de 6 cm dans sa plus grande dimension
- pN2c : Métastase(s) à des ganglions lymphatiques bilatéraux ou contralatéraux, aucune de plus de 6 cm dans sa plus grande dimension
- pN3 : Métastase dans un ganglion lymphatique, de plus de 6 cm dans sa plus grande dimension
- Aucun ganglion lymphatique prélevé ou trouvé

Nombre de ganglions lymphatiques examinés

Préciser : _____

- Le nombre ne peut être déterminé (expliquer) : _____

Nombre de ganglions lymphatiques atteints :

Préciser : _____

+ Taille (plus grande dimension) du plus grand foyer métastatique dans le ganglion lymphatique : _____ cm (note L)

- Le nombre ne peut être déterminé (expliquer) : _____

Extension extracapsulaire (note G)

- Non décelée
- Présente

+ Distance à partir de la capsule du ganglion lymphatique : _____ mm

- Indéterminée

Pour le mélanome muqueux (note I)**Tumeur primaire (pT)**

- pT3 : Maladie confinée à la muqueuse
- pT4a : Maladie modérément avancée. La tumeur envahit les tissus mous profonds, le cartilage, l'os ou la peau sus-jacente
- pT4b : Maladie très avancée. La tumeur envahit le cerveau, la dure-mère, la base du crâne, les nerfs crâniens inférieurs (IX, X, XI, XII), l'espace masticateur, l'artère carotidienne, l'espace vertébral, les structures médiastinales

Suite de la section à la page suivante

N° de rapport	
---------------	--

N° de dossier	
---------------	--

Pour le mélanome muqueux (note I) – suite

Ganglions lymphatiques régionaux (pN)

pNX : Ne peuvent être évalués

pN0 : Ganglions lymphatiques régionaux exempts de métastase

pN1 : Métastase(s) à des ganglions lymphatiques régionaux

Métastase(s) à distance (pM)

Non applicable

pM1 : Métastase(s) à distance

+ Préciser le ou les site(s), si connu(s) : _____

+ Autres constatations pathologiques (sélectionner tous les éléments applicables)

+ Aucune

+ Dysplasie kératinisante (note N)

+ Légère

+ Modérée

+ Sévère (carcinome in situ)

+ Dysplasie non kératinisante (note N)

+ Légère

+ Modérée

+ Sévère (carcinome in situ)

+ Inflammation (préciser le type) : _____

+ Hyperplasie épithéliale

+ Colonisation

+ Fongique

+ Bactérienne

+ Autre(s) (préciser) : _____

+ Études complémentaires (note O)

+ Préciser le ou les type(s) : _____

+ Préciser le ou les résultat(s) : _____

+ Histoire clinique (sélectionner tous les éléments applicables)

+ Traitement néoadjuvant

+ Oui (préciser le type) : _____

+ Non

+ Indéterminé

+ Autre(s) (préciser) : _____

+ Commentaire(s) :

Signature du pathologiste	N° de permis	Date	Année	Mois	Jour