



DT9359

**TESTICULE**  
Version 3.3.0.0

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 :	<input type="checkbox"/> Orchiectomie radicale page 1	<input type="checkbox"/> Lymphadénectomie rétro-péritonéale (note A) page 5
-----------------------	--	--

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.

<b>TESTICULE : Orchiectomie radicale</b>
<b>Latéralité du spécimen</b>
<input type="checkbox"/> Droit <input type="checkbox"/> Gauche <input type="checkbox"/> Non précisée
<b>Nombre de foyers tumoraux</b>
<input type="checkbox"/> Tumeur unifocale <input type="checkbox"/> Tumeur multifocale
<b>Taille de la tumeur</b>
Plus grande dimension de la masse tumorale principale : ____ cm + Autres dimensions : ____ x ____ cm Plus grandes dimensions des autres nodules tumoraux (seulement si applicable) : ____ cm, ____ cm, etc. <input type="checkbox"/> Ne peut être précisée (voir « Commentaire(s) »)
<b>Extension tumorale macroscopique (sélectionner tous les éléments applicables)</b>
<input type="checkbox"/> Limitée au testicule <input type="checkbox"/> Infiltré les tissus mous hilaires <input type="checkbox"/> Infiltré la tunique vaginale (perfore le mésothélium) <input type="checkbox"/> Infiltré l'épididyme <input type="checkbox"/> Infiltré le cordon spermatique <input type="checkbox"/> Autre (préciser) : _____ <input type="checkbox"/> Ne peut être évaluée
<b>Type histologique (sélectionner tous les éléments applicables) (notes A et B)</b>
<input type="checkbox"/> Néoplasie germinale intra-tubulaire, non-classifiée <input type="checkbox"/> Séminome, type classique <input type="checkbox"/> Séminome avec cicatrice associée (note C) <input type="checkbox"/> Séminome avec syncytiotrophoblastes <input type="checkbox"/> Tumeur germinale mixte (préciser les types et les pourcentages approximatifs) : _____ _____
<i>Suite de la section à la page suivante</i>

**Type histologique (sélectionner tous les éléments applicables) (notes A et B) – suite**

- Carcinome embryonnaire  
 Tumeur du sac vitellin (tumeur du sinus endodermique)  
 Choriocarcinome biphasique  
 Choriocarcinome monophasique  
 Tumeur trophoblastique du site placentaire  
 Tératome  
 Tératome avec composante maligne de type somatique (préciser le type) : \_\_\_\_\_  
 Tératome monodermique, carcinoïde  
 Tératome monodermique, tumeur primaire neuroectodermique  
 Tératome monodermique, autre (préciser) : \_\_\_\_\_  
 Séminome spermatocytaire  
 Séminome spermatocytaire avec composante sarcomateuse  
 Tumeur mixte avec composante germinale et composante du cordon sexuel/stromal, gonadoblastome  
 Tumeur mixte avec composante germinale et composante du cordon sexuel/stromal, autre (préciser) : \_\_\_\_\_  
  
 Cicatrice testiculaire (note C)  
 Cicatrice seulement  
 Cicatrice avec néoplasie germinale intra-tubulaire  
 Tumeur du cordon sexuel/stromal  
 Tumeur à cellules de Leydig  
 Tumeur à cellules de Sertoli  
 Classique  
 Sclérosante  
 Calcifiante à grandes cellules  
 Tumeur de la granulosa  
 Type adulte  
 Type juvénile  
 Mixte, avec composantes (préciser les composantes et les pourcentages approximatifs) : \_\_\_\_\_  
  
 Inclassable  
 Tumeur maligne, dont le type ne peut être déterminé  
 Autre (préciser) : \_\_\_\_\_

**Marges****Marge du cordon spermatique**

- Ne peut être évaluée  
 Atteinte par la tumeur  
 Exempte de tumeur

**Autre(s) marge(s)**

- Ne peu(ven)t être évaluée(s)  
 Atteinte(s) par la tumeur (préciser) : \_\_\_\_\_  
 Exempte(s) de tumeur (préciser) : \_\_\_\_\_  
 Non applicable

N° de rapport

N° de dossier

**Extension tumorale microscopique (sélectionner tous les éléments applicables) (note D)**

- Rete testis
- Épididyme
- Graisse hilaire
- Cordon spermatique
- Tunique vaginale (perfore le mésothélium)
- Paroi scrotale
- Autre (préciser) : \_\_\_\_\_
- Ne peut être évaluée
- Non décelée

**Envahissement lymphovasculaire (note E)**

- Absent
- Présent
- Indéterminé

**Stade pathologique (pTNM) (note F)**

**Descripteurs TNM (seulement si applicables) (sélectionner tous les éléments applicables)**

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

**Tumeur primaire (pT)**

- pTX : Ne peut être évaluée
- pT0 : Aucune évidence de tumeur primaire
- pTis : Néoplasie germinale intra-tubulaire (carcinome in situ)
- pT1 : Tumeur limitée au testicule et/ou à l'épididyme sans envahissement lymphatique/vasculaire; la tumeur peut envahir la tunique albuginée, mais pas la tunique vaginale
- pT2 : Tumeur limitée au testicule et/ou à l'épididyme avec envahissement lymphatique/vasculaire, ou tumeur étendue au-delà de l'albuginée avec invasion de la tunique vaginale
- pT3 : Tumeur envahissant le cordon spermatique, avec ou sans envahissement lymphatique/vasculaire
- pT4 : Tumeur envahissant le scrotum avec ou sans envahissement lymphatique/vasculaire

**Ganglions lymphatiques régionaux (pN)**

- pNX : Ne peuvent être évalués
- pN0 : Ganglions lymphatiques régionaux exempts de métastase
- pN1 : Métastase avec une masse ganglionnaire de 2 cm ou moins dans sa plus grande dimension et 5 ganglions métastatiques ou moins (dont aucune métastase n'est de plus de 2 cm dans sa plus grande dimension)
- pN2 : Métastase avec une masse ganglionnaire de plus de 2 cm mais moins de 5 cm dans sa plus grande dimension; ou plus de 5 ganglions métastatiques (dont aucune métastase n'est de plus de 5 cm dans sa plus grande dimension); ou présence d'extension tumorale extraganglionnaire
- pN3 : Métastase(s) avec une masse ganglionnaire de plus de 5 cm dans sa plus grande dimension
- Aucun ganglion soumis ou retrouvé

Nombre de ganglions lymphatiques examinés

Préciser : \_\_\_\_\_

Nombre ne peut être déterminé (expliquer) : \_\_\_\_\_

Nombre de ganglions lymphatiques atteints :

Préciser : \_\_\_\_\_

Nombre ne peut être déterminé (expliquer) : \_\_\_\_\_

S'il existe des ganglions atteints, préciser le type histologique impliqué : \_\_\_\_\_

**Suite de la section à la page suivante**

N° de rapport

N° de dossier

**Stade pathologique (pTNM) (note F) – suite****Métastase(s) à distance (pM)**

- Non applicable
- pM1 : Présence de métastase(s) à distance
- pM1a : Métastase pulmonaire ou métastase à un ganglion lymphatique non régional
- pM1b : Métastase à distance autre que métastase pulmonaire ou à un ganglion lymphatique non régional
- +  Préciser le(s) site(s), si connu(s) : \_\_\_\_\_

**+ Marqueurs tumoraux sériques pré-orchectomie (sélectionner tous les éléments applicables) (notes F et G)**

- +  Inconnus
- +  Marqueurs sériques dans les limites de la normale
- +  Alpha-foetoprotéine (AFP) élevée
- +  Beta-hCG élevée
- +  Lactate déshydrogénase (LDH) élevée

**+ Marqueurs tumoraux sériques post-orchectomie (sélectionner tous les éléments applicables) (notes F et G)**

- +  Inconnus
- +  Marqueurs sériques dans les limites de la normale
- +  Alpha-foetoprotéine (AFP) élevée
- +  Beta-hCG élevée
- +  Lactate déshydrogénase (LDH) élevée

**+ Marqueurs tumoraux sériques (S) (note G)**

- +  SX : Marqueurs sériques non disponibles ou non évalués
- +  S0 : Marqueurs sériques dans les limites de la normale

	LDH		HCG (mIU/mL)		AFP (ng/mL)
+ <input type="checkbox"/> S1 :	< 1.5 X N*	et	< 5 000	et	< 1 000
+ <input type="checkbox"/> S2 :	1.5 - 10 X N	ou	5 000 - 50 000	ou	1 000 - 10 000
+ <input type="checkbox"/> S3 :	> 10 X N	ou	> 50 000	ou	> 10 000

\* N indique la limite normale supérieur de la LDH

**+ Autres constatations pathologiques (sélectionner tous les éléments applicables) (note H)**

- +  Aucune
- +  Sidérophages
- +  Atrophie
- +  Autre (préciser) : \_\_\_\_\_

**+ Commentaire(s) :**

N° de rapport

N° de dossier

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.

TESTICULE : Lymphadénectomie rétropéritonéale (note A)
<b>+ Traitement prélymphadénectomie</b>
<input type="checkbox"/> Chimio/radiothérapie <input type="checkbox"/> Aucune chimio/radiothérapie <input type="checkbox"/> Information non disponible
<b>+ Marqueurs tumoraux sériques (sélectionner tous les éléments applicables) (note G)</b>
<input type="checkbox"/> Inconnus <input type="checkbox"/> Marqueurs sériques dans les limites de la normale <input type="checkbox"/> Alpha-foetoprotéine (AFP) élevée <input type="checkbox"/> Beta-hCG élevée <input type="checkbox"/> Lactate déshydrogénase (LDH) élevée
<b>+ Site(s) du/des spécimen(s)</b>
+ Préciser : _____
<b>+ Nombre de groupes ganglionnaires présents</b>
+ Préciser : _____ <input type="checkbox"/> Ne peut être déterminé
<b>Taille du plus grand dépôt métastatique ganglionnaire</b>
Plus grande dimension : _____ cm + Autres dimensions : _____ x _____ cm
<b>Viabilité histologique de la tumeur (seulement si applicable) (sélectionner tous les éléments applicables)</b>
<input type="checkbox"/> Tératome viable présent <input type="checkbox"/> Tumeur non tératomeuse viable présente <input type="checkbox"/> Absence de tumeur viable
<b>Type histologique de tumeur métastatique (note B)</b>
<input type="checkbox"/> Séminome, type classique <input type="checkbox"/> Séminome avec syncytiotrophoblastes <input type="checkbox"/> Tumeur germinale mixte (préciser les types et les pourcentages approximatifs) <input type="checkbox"/> Carcinome embryonnaire <input type="checkbox"/> Tumeur du sac vitellin (tumeur du sinus endodermique) <input type="checkbox"/> Choriocarcinome, biphasique <input type="checkbox"/> Choriocarcinome, monophasique <input type="checkbox"/> Tumeur trophoblastique kystique <input type="checkbox"/> Tumeur trophoblastique du site placentaire <input type="checkbox"/> Tératome <input type="checkbox"/> Tératome avec composante maligne de type somatique (préciser le type) : _____ <input type="checkbox"/> Tératome monodermique, (préciser le type) : _____ <input type="checkbox"/> Séminome spermatocytaire <input type="checkbox"/> Séminome spermatocytaire avec composante sarcomateuse <input type="checkbox"/> Tumeur maligne, dont le type ne peut être déterminé <input type="checkbox"/> Autre (préciser) : _____

