



DT9380

**CARCINOME DES GLANDES SALIVAIRES**  
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 incisionnelle, 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.

<b>Spécimen (sélectionner tous les éléments applicables) (note A)</b>
<input type="checkbox"/> Glande parotide <input type="checkbox"/> Lobe superficiel <input type="checkbox"/> Lobe profond seulement <input type="checkbox"/> Glande parotide au complet <input type="checkbox"/> Glande sous-mandibulaire <input type="checkbox"/> Glande sublinguale <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) : _____
<b>Procédure (sélectionner tous les éléments applicables)</b>
<input type="checkbox"/> Biopsie incisionnelle <input type="checkbox"/> Biopsie excisionnelle <input type="checkbox"/> Résection, glande parotide <input type="checkbox"/> Parotidectomie superficielle <input type="checkbox"/> Parotidectomie totale <input type="checkbox"/> Résection, glande sous-mandibulaire <input type="checkbox"/> Résection, glande sublinguale <input type="checkbox"/> Dissection des ganglions lymphatiques cervicaux (préciser) : _____ <input type="checkbox"/> Autre (préciser) : _____ <input type="checkbox"/> Non précisée
<b>+ Intégrité du prélèvement</b>
+ <input type="checkbox"/> Intact + <input type="checkbox"/> Fragmenté
<b>Taille du prélèvement</b>
Plus grandes dimensions : _____ cm + Autres dimensions (si plus d'un fragment) : _____ x _____ x _____ cm

N° de rapport

N° de dossier

**Latéralité du prélèvement**

- Droite
- Gauche
- Bilatérale
- Non précisée

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

- Glande parotide
  - Lobe superficiel
  - Lobe profond
  - Glande parotide au complet
- Glande sous-mandibulaire
- Glande sublinguale
- Autre (préciser) : \_\_\_\_\_
- Non précisé

**Nombre de foyers tumoraux**

- Tumeur unifocale
- Tumeur bilatérale
- Tumeur multifocale (préciser) : \_\_\_\_\_

**Taille de la tumeur**

- Plus grandes dimensions : \_\_\_\_\_ cm  
+ Autres dimensions (si plus d'un fragment) : \_\_\_\_\_ x \_\_\_\_\_ cm  
 Ne peut être déterminée

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

- +  Encapsulée/circonscrite
- +  Envahissante
- +  Solide
- +  Kystique
- +  Autre (préciser) : \_\_\_\_\_

**+ Extension macroscopique de la tumeur (extension de l'envahissement)**

+ Préciser : \_\_\_\_\_

**Type histologique (sélectionner tous les éléments applicables) (note B)**

- Carcinome acinaire
- Carcinome adénoïde kystique
  - Bas grade
  - Grade intermédiaire
  - Haut grade
- Adénocarcinome (sans autre précision)
  - Bas grade
  - Grade intermédiaire
  - Haut grade
- Adénocarcinome à cellules basales

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

**Type histologique (sélectionner tous les éléments applicables) (note B) – suite**

- Carcinome ex-adénome pléomorphe (tumeur mixte maligne)
- Bas grade
  - Haut grade
  - Invasif
    - Minimalement invasif (note C)
    - Invasif (note C)
  - Intracapsulaire (non invasif)
- Carcinosarcome (vraie tumeur mixte maligne)
- Carcinome (hyalinisant) à cellules claires
- Cystadénocarcinome
- Carcinome épithélial-myoépithélial
- Cystadénocarcinome cribriforme de bas grade
- Carcinome lymphoépithélial
- Carcinome analogue au carcinome mammaire sécrétoire
- Adénome pléomorphe métastatique
- Carcinome muco-épidermoïde
- Bas grade
  - Grade intermédiaire
  - Haut grade
- Adénocarcinome mucineux (carcinome colloïde)
- Carcinome neuroendocrine de haut grade
- Carcinome neuroendocrine à grandes cellules
  - Carcinome neuroendocrine à petites cellules
- Carcinome myoépithélial (myoépithéliome malin)
- Carcinome oncocytaire
- Adénocarcinome polymorphe de bas grade
- Adénocarcinome cribriforme originant des glandes salivaires mineures
- Carcinome canalaire salivaire
- Adénocarcinome sébacé
- Lymphadénocarcinome sébacé
- Sialoblastome
- Carcinome épidermoïde, primaire
- Carcinome indifférencié à grandes cellules
- Autre (préciser) : \_\_\_\_\_
- Carcinome dont le type ne peut pas être déterminé

**Grade histologique (note C)**

- Non applicable
- GX : Impossible à établir
- G1 : Bien différencié
- G2 : Modérément différencié
- G3 : Peu différencié
- Autre (préciser) : \_\_\_\_\_

N° de rapport

N° de dossier

**+ Extension microscopique de la tumeur**

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

**Marges (notes D et E)**

Ne peuvent être évaluées

Marges exemptes de carcinome

Distance entre le carcinome et la marge la plus proche : \_\_\_\_\_ mm

Préciser la marge, si possible : \_\_\_\_\_

Marge(s) atteinte(s) par du carcinome

Préciser la ou les marge(s), si possible : \_\_\_\_\_

**+ Effet d'un traitement (applicable au carcinome soumis à un traitement néoadjuvant)**

+  Non décelé

+  Présent (préciser) : \_\_\_\_\_

+  Indéterminé

**Envahissement lymphovasculaire**

Non décelé

Présent

Indéterminé

**Envahissement périnerveux (note F)**

Non décelé

Présent

Indéterminé

**Ganglions lymphatiques, extension extra-ganglionnaire (note G)**

Non décelé

Présent

Indéterminé

**Stade pathologique (pTNM) (note H)**

**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 : Absence de tumeur primaire

pT1 : Tumeur de 2 cm ou moins dans sa plus grande dimension sans extension extraparenchymateuse (note I)

pT2 : Tumeur de plus de 2 cm mais ne dépassant pas 4 cm dans sa plus grande dimension sans extension extraparenchymateuse (note I)

pT3 : Tumeur de plus de 4 cm et/ou présentant une extension extraparenchymateuse (note I)

pT4a : Maladie modérément avancée. La tumeur envahit la peau, la mandibule, le canal auditif et/ou le nerf facial

pT4b : Maladie locale très avancée. La tumeur envahit la base du crâne et/ou les lames ptérygoïdiennes et/ou engaine l'artère carotidienne

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

N° de rapport

N° de dossier

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

**Ganglions lymphatiques régionaux (pN) \*(notes J à M)**

- pNX : Ne peuvent être évalués
- pN0 : Ganglions lymphatiques régionaux exempts de métastases
- pN1 : Métastase(s) à 1 ganglion lymphatique ipsilatéral, de 3 cm ou moins dans sa plus grande dimension
- pN2a : Métastase à 1 ganglion lymphatique ipsilatéral, de plus de 3 cm mais ne dépassant pas 6 cm dans son plus grand diamètre
- pN2b : Métastases à plusieurs ganglions lymphatiques ipsilatéraux, aucune de plus de 6 cm dans sa plus grande dimension
- pN2c : Métastases à des ganglions lymphatiques bilatéraux ou contralatéraux, aucune de plus de 6 cm dans sa plus grande dimension
- pN3 : Métastase à un ganglion lymphatique, de plus de 6 cm dans sa plus grande dimension
- Absence de ganglion lymphatique soumis ou trouvé

Nombre de ganglions lymphatiques examinés

Préciser : \_\_\_\_\_

Nombre impossible à déterminer (expliquer) : \_\_\_\_\_

Nombre de ganglions lymphatiques atteints :

Préciser : \_\_\_\_\_

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

Nombre impossible à déterminer (expliquer) : \_\_\_\_\_

**Métastase(s) à distance (pM)**

- Non applicable
- pM1 : Métastase à distance
- + Préciser le ou les site(s), si connu(s) : \_\_\_\_\_

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

- +  Sialadénite
- +  Prolifération lymphoïde associée à la tumeur
- +  Autre (préciser) : \_\_\_\_\_

**+ Études complémentaires (note N)**

+ 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 (préciser) : \_\_\_\_\_

