



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
 - Minimalelement 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 |
| | | | | | |