



DT9374

**LYMPHOME ANNEXES OCULAIRES**  
Version 3.0.0.0

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, 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>Prélèvement (sélectionner tous les éléments applicables) (note A)</b>
<input type="checkbox"/> Conjonctive <input type="checkbox"/> Tissus mous de l'orbite (orbite) <input type="checkbox"/> Glande lacrymale <input type="checkbox"/> Sac lacrymal ou canal naso-lacrymal (appareil de drainage lacrymal) <input type="checkbox"/> Paupière <input type="checkbox"/> Autre (préciser) : _____ <input type="checkbox"/> Non précisé
<b>Procédure</b>
<input type="checkbox"/> Biopsie <input type="checkbox"/> Résection <input type="checkbox"/> Autre (préciser) : _____ <input type="checkbox"/> Non précisée
<b>Échantillonnage des ganglions lymphatiques (sélectionner tous les éléments applicables) (note B)</b>
<input type="checkbox"/> Ne s'applique pas <input type="checkbox"/> Ganglion(s) lymphatique(s) régional(aux) (site pré-auriculaire/parotidien, sous-mandibulaire, ou cervical) <input type="checkbox"/> Ganglion(s) lymphatique(s) central(aux) (ganglions lymphatiques du tronc, p. ex. : médiastinal, para-aortique) <input type="checkbox"/> Ganglion(s) lymphatique(s) périphérique(s) (ganglions de sites à distance, autres que centraux) <input type="checkbox"/> Autre (préciser) : _____ <input type="checkbox"/> Non précisé
<b>+ Taille de la tumeur (peut être déterminée à partir des études radiologiques)</b>
+ Plus grande dimension : _____ cm + Dimensions additionnelles : _____ x _____ cm + <input type="checkbox"/> Ne peut être déterminée

**Type histologique (basé sur la classification de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en 2008) (note C)**

- Lymphome de la zone marginale extra-ganglionnaire des tissus lymphoïdes associés aux muqueuses (lymphome du MALT)\*
- Lymphome folliculaire
- Lymphome B diffus à grandes cellules (sans autre précision)
- Lymphome du manteau
- Leucémie lymphoïde chronique/lymphome à petits lymphocytes
- Lymphome lymphoplasmocytaire
- Autre (préciser) : \_\_\_\_\_

\* Cette catégorie inclut les lymphomes de la zone marginale qui ne possèdent pas toutes les caractéristiques clés associées aux lymphomes de la zone marginale de type MALT.

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

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

**Tumeur primaire (pT)**

- pTx : Extension du lymphome non précisée
- pT0 : Aucun signe de tumeur primaire
- pT1 : Lymphome atteignant la conjonctive seulement, sans atteinte orbitaire
- pT1a : Atteinte de la conjonctive bulbaire seulement
- pT1b : Atteinte de la conjonctive palpébrale (avec ou sans atteinte du fornix ou du caroncule)
- pT1c : Atteinte conjonctivale étendue (c'est-à-dire atteinte concomitante des conjonctives bulbaire et non bulbaire)
- pT2 : Lymphome avec atteinte orbitaire avec ou sans atteinte conjonctivale
- pT2a : Atteinte orbitaire antérieure\*, mais sans atteinte des glandes lacrymales (avec ou sans atteinte conjonctivale)
- pT2b : Atteinte orbitaire antérieure avec atteinte des glandes lacrymales (avec ou sans atteinte conjonctivale)
- pT2c : Atteinte orbitaire postérieure (avec ou sans atteinte orbitaire antérieure; avec ou sans atteinte conjonctivale; avec ou sans atteinte des muscles extra-oculaires)
- pT2d : Atteinte du système de drainage naso-lacrimal (avec ou sans atteinte conjonctivale, mais sans atteinte du nasopharynx)
- pT3 : Lymphome avec atteinte pré-septale de la paupière\*\* (avec ou sans atteinte orbitaire ou conjonctivale)
- pT4 : Le lymphome s'étend au-delà de l'orbite pour atteindre les structures adjacentes (p. ex. : os, cerveau)
- pT4a : Atteinte du nasopharynx
- pT4b : Atteinte osseuse (y compris le périoste)
- pT4c : Atteinte des sinus maxillaires faciaux, ethmoïdaux et/ou frontaux
- pT4d : Envahissement intra-crânien

\* L'orbite antérieure se définit comme la zone entre le septum orbitaire et l'équateur du globe oculaire. L'orbite postérieure se définit comme la zone postérieure à l'équateur du globe oculaire, s'étendant jusqu'à l'apex orbitaire.

\*\* Une atteinte de la paupière est considérée présente lorsque le lymphome des annexes oculaires envahit les tissus pré-septaux (c'est-à-dire les tissus antérieurs au septum orbitaire).

**Ganglions lymphatiques (pN)**

- pNX : Atteinte des ganglions lymphatiques non évaluée
- pN0 : Ganglions lymphatiques exempts de métastases
- pN1 : Atteinte des ganglions lymphatiques régionaux ipsilatéraux (pré-auriculaires/parotidiens, sous-mandibulaires, ou cervicaux)
- pN2 : Atteinte des ganglions lymphatiques contra-latéraux ou bilatéraux (pré-auriculaires/parotidiens, sous-mandibulaires, ou cervicaux)
- pN3 : Atteinte des ganglions lymphatiques périphériques ne drainant pas la région annexielle oculaire
- pN4 : Atteinte des ganglions lymphatiques centraux

Préciser : Nombre examiné : \_\_\_\_\_

Nombre atteint : \_\_\_\_\_

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

<b>N° de rapport</b>	
----------------------	--

<b>N° de dossier</b>	
----------------------	--

<b>Stade pathologique (pTNM) – suite</b>
<p><b>Métastase(s) à distance (pM)</b></p> <p><input type="checkbox"/> Ne s'applique pas</p> <p><input type="checkbox"/> pM1a : Atteinte non contiguë de tissus ou d'organes à l'extérieur des annexes oculaires (p. ex. : glandes salivaires, poumon, foie)                + Préciser le(s) site(s), si connu(s) : _____</p> <p><input type="checkbox"/> pM1b : Atteinte de la moelle osseuse</p> <p><input type="checkbox"/> pM1c : Atteinte pM1a et pM1b</p>
<b>+ Autres constatations pathologiques</b>
+ Préciser : _____
<b>Immunophénotypage (par cytométrie de flux et/ou immunohistochimie) (note E)</b>
<p><input type="checkbox"/> Effectué, voir rapport séparé : _____</p> <p><input type="checkbox"/> Effectué                Préciser méthode(s) et résultats : _____</p> <p><input type="checkbox"/> Non effectué</p>
<b>+ Études cytogénétiques (note F)</b>
<p>+ <input type="checkbox"/> Effectuées, voir rapport séparé : _____</p> <p>+ <input type="checkbox"/> Effectuées                + Préciser méthode(s) et résultats : _____</p> <p>+ <input type="checkbox"/> Non effectuées</p>
<b>+ Études génétiques moléculaires (note G)</b>
<p>+ <input type="checkbox"/> Effectuées, voir rapport séparé : _____</p> <p>+ <input type="checkbox"/> Effectuées                + Préciser méthode(s) et résultats : _____</p> <p>+ <input type="checkbox"/> Non effectuées</p>
<b>+ Commentaire(s) :</b>

<b>Signature du pathologiste</b>	N° de permis	<b>Date</b>	Année	Mois	Jour
----------------------------------	--------------	-------------	-------	------	------