



DT9346

CANAUX BILIAIRES PERI-HILAIRE
Version 3.1.0.2

N° de rapport	
---------------	--

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

Type d'intervention : Résection locale ou segmentaire, résection hilaire avec ou sans résection hépatique (note A)

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.

Spécimen (sélectionner tous les éléments applicables)

- Cholédoque
- Canal hépatique droit
- Canal hépatique gauche
- Jonction des canaux hépatiques droit et gauche
- Canal hépatique commun
- Canal cystique
- Non précisé

Autres organes reçus

- Foie
- Vésicule biliaire
- Autre (préciser) : _____

Procédure

- Résection hilaire et hépatique
- Résection segmentaire des canaux biliaires
- Résection d'un kyste du cholédoque (note B)
- Hépatectomie totale
- Autre (préciser) : _____
- Non précisée

Site de la tumeur (sélectionner tous les éléments applicables)

- Canal hépatique droit
- Canal hépatique gauche
- Jonction des canaux hépatiques droit et gauche
- Canal cystique
- Canal hépatique commun
- Cholédoque
- Non précisé

N° de rapport

N° de dossier

Taille de la tumeur

Plus grande dimension : _____ cm

+ Dimensions additionnelles : _____ x _____ cm

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

Type histologique (note C)

Adénocarcinome (sans autre précision)

Adénocarcinome papillaire

Adénocarcinome mucineux

Adénocarcinome à cellules claires

Carcinome à cellules en bague

Carcinome adénoquameux

Carcinome épidermoïde

Carcinome neuroendocrine de haut grade

Carcinome neuroendocrine à grandes cellules

Carcinome neuroendocrine à petites cellules

Cystadénocarcinome biliaire

Autre (préciser) : _____

Carcinome (sans autre précision)

Grade histologique (note D)

Ne s'applique pas

GX : Ne peut être évalué

G1 : Bien différencié

G2 : Modérément différencié

G3 : Peu différencié

G4 : Indifférencié

Extension microscopique de la tumeur (sélectionner tous les éléments applicables)

Carcinome in situ/dysplasie de haut grade

Tumeur confinée au canal biliaire histologiquement

Tumeur envahit au-delà de la paroi du canal biliaire, dans le tissu conjonctif environnant

Tumeur envahit le parenchyme hépatique adjacent

Tumeur envahit la vésicule biliaire

Tumeur envahit les branches unilatérales de la veine porte (droite ou gauche)

Tumeur envahit les branches unilatérales de l'artère hépatique (droite ou gauche)

Tumeur envahit la veine porte principale ou ses branches bilatéralement

Tumeur envahit l'artère hépatique commune

Tumeur envahit les canaux biliaires de deuxième ordre

Unilatéraux

Bilatéraux

N° de rapport

N° de dossier

Marges (sélectionner tous les éléments applicables) (note E)

- Ne peuvent être évaluées
- Marges exemptes de carcinome infiltrant
Distance entre la marge la plus proche et le carcinome infiltrant : _____ mm ou _____ cm
Préciser la marge : _____
- Marge(s) atteinte(s) par le carcinome infiltrant
- Marge proximale du canal biliaire
- Marge distale du canal biliaire distal
- Marge du parenchyme hépatique
- Autre (préciser) : _____
- Dysplasie de haut grade/carcinome in situ non décelé à la marge du canal biliaire
- Dysplasie de haut grade/carcinome in situ présent à la marge du canal biliaire
- Autre (préciser) : _____

Envahissement lymphovasculaire (note F)

- Non décelé
- Présent
- Indéterminé

Envahissement périneural (note F)

- Non décelé
- Présent
- Indéterminé

Stade pathologique (pTNM) (note G)

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 : Pas d'évidence de tumeur primaire
- pTis : Carcinome in situ
- pT1 : Tumeur confinée au canal biliaire, avec extension jusqu'à la couche musculaire ou au tissu fibreux
- pT2a : Tumeur envahit la paroi du canal biliaire jusqu'au tissu adipeux environnant
- pT2b : Tumeur envahit le parenchyme hépatique adjacente
- pT3 : Tumeur envahit les branches unilatérales de la veine porte ou l'artère hépatique
- pT4 : Tumeur envahit la veine porte principale ou ses branches bilatéralement; ou l'artère hépatique commune; ou les canaux biliaires de deuxième ordre bilatéraux; ou les canaux biliaires de deuxième ordre unilatéraux avec une atteinte contra-latérale de la veine porte ou de l'artère hépatique

Suite de la section à la page suivante

N° de rapport	
---------------	--

N° de dossier	
---------------	--

Stade pathologique (pTNM) (note G) – suite

Ganglions lymphatiques régionaux (pN)

- pNX : Ne peuvent être évalués
- pN0 : Ganglions lymphatiques régionaux exempts de métastases
- pN1 : Métastase ganglionnaire lymphatique régionale y compris les ganglions le long du canal cystique, du cholédoque, de l'artère hépatique et de la veine porte)
- pN2 : Métastase ganglionnaire péri-aortique, péricave, de l'artère mésentérique supérieure et/ou de l'artère coeliaque
- Pas de ganglion soumis ou trouvé

Nombre de ganglions lymphatiques examinés

Préciser : _____

Nombre ne peut être déterminé (expliquer) : _____

Nombre de ganglions lymphatiques métastatiques

Préciser : _____

Nombre ne peut être déterminé (expliquer) : _____

Métastase(s) à distance (pM)

- Ne peuvent être évaluées
- pM1 : Métastase(s) à distance
+ Préciser le(s) site(s), si connu(s) : _____

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

- + Aucune
- + Kyste du cholédoque
- + Dysplasie
- + Cholangite sclérosante primaire (CSP)
- + Calculs biliaires
- + Autre (préciser) : _____

+ Études complémentaires

+ Préciser : _____

+ Histoire clinique (sélectionner tous les éléments applicables) (note J)

- + Cholangite sclérosante primaire (CSP)
- + Maladie inflammatoire de l'intestin
- + Calculs biliaires
- + Autre (préciser) : _____
- + Inconnu

+ Commentaire(s) :

Signature du pathologiste	N° de permis	Date	Année	Mois	Jour