

DÉCEMBRE 2011

Mise à jour 2011 des comptes rendus d'anatomopathologie : données minimales à renseigner pour une tumeur primitive

DISPOSITIF D'AUTORISATION DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ
POUR LA PRATIQUE DE LA CANCÉROLOGIE



L'institut National du Cancer est l'agence nationale sanitaire et scientifique chargée de coordonner la lutte contre le cancer en France.

Ce document est téléchargeable sur le site : www.e-cancer.fr.

CE DOCUMENT S'INSCRIT DANS LA MISE EN ŒUVRE DU PLAN CANCER 2009-2013



Mesure 20 :
Soutenir la spécialité d'anatomopathologie.

action 20.3 : Soutenir la démarche qualité au sein de la profession d'anatomopathologie.

Ce document doit être cité comme suit : © Mise à jour 2011 des comptes rendus d'anatomopathologie : données minimales à renseigner pour une tumeur primitive, Traitements, soins et innovations, INCa, Boulogne-Billancourt, décembre 2011.

Ce document peut être reproduit ou diffusé librement pour un usage personnel et non destiné à des fins commerciales ou pour des courtes citations. Pour tout autre usage, il convient de demander l'autorisation auprès de l'INCa en remplissant le formulaire de demande de reproduction disponible sur le site Internet www.e-cancer.fr ou auprès du département communication institutionnelle de l'INCa à l'adresse suivante : publication@institutcancer.fr.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	4
CANCERS GYNÉCOLOGIQUES	5
1. Col utérin.....	7
Col utérin (C53) - Pièces opératoires	7
2. Corps utérin.....	9
3. Ovaires	11
CANCERS DU SEIN	13
4. Sein - biopsies	15
5. Sein - pièces opératoires	17
CANCERS DU SYSTÈME DIGESTIF.....	19
6. Œsophage	21
7. Estomac.....	23
8. Côlon et rectum	25
9. Tumeur neuroendocrine du tube digestif	27
10. Foie.....	29
11. Pancréas exocrine	31
12. Tumeur neuroendocrine du pancréas.....	33
CANCERS DU POUMON	35
13. Poumon.....	37
CANCERS UROLOGIQUES ET GÉNITAUX MASCULINS.....	39
14. Prostate - biopsies.....	41
15. Prostate - pièces opératoires	43
16. Testicule	45
17. Rein	47
18. Vessie	49
MÉLANOMES CUTANÉs	51
19. Mélanome cutané	53
CANCERS DE LA THYROÏDE	55
20. Cancer de la thyroïde.....	57
CANCERS DES VOIES AÉRODIGESTIVES SUPÉRIEURES	59
21. Lèvres, cavité buccale, oropharynx	61
22. Nasopharynx- pièces opératoires	63
23. Nasopharynx - biopsies	65
24. Hypopharynx	67
25. Glandes salivaires.....	69
26. Larynx.....	71
27. Cavité nasale, sinus de la face	73
CANCERS du système nerveux central	75
28. Tumeur gliale infiltrante primitive (adulte)	77
Lymphomes	81
29. Lymphome	83
Sarcomes des tissus mous	85
30. Sarcome des tissus mous	87

INTRODUCTION

La définition d'un contenu minimum des comptes rendus anatomopathologiques s'inscrit dans le cadre de l'accompagnement du dispositif d'autorisation des établissements de santé pour les traitements du cancer, et plus précisément au sein du 3^e point des critères d'agrément pour la pratique de la chirurgie des cancers, tel qu'adoptés par le Conseil d'administration du 20 décembre 2007 : « *Le dossier du patient contient nécessairement le compte rendu de la réunion de concertation pluridisciplinaire, ainsi qu'un compte rendu anatomopathologique et un compte rendu opératoire contenant au moins les éléments définis par l'Institut National du Cancer* ».

L'accès aux données d'anatomopathologie est aujourd'hui nécessaire non seulement pour l'adéquation aux critères d'agrément, assurant la qualité de la prise en charge des patients, mais aussi pour :

- le partage de l'information diagnostique entre médecins ;
- l'évaluation de l'impact des programmes de dépistage ;
- le fonctionnement du système de surveillance des cancers et des registres ;
- l'observation continue du nombre de cas, de leur répartition et de leur typologie, permettant de disposer de données actualisées récentes pour le pilotage de la lutte contre le cancer.

Les comptes rendus d'anatomopathologie constituent un élément clef de la construction et de la réussite de ce dispositif d'ensemble.

Des comptes rendus fiches standardisés (CRFS) ont été élaborés, entre 2005 et 2007, avec la Société française de Pathologie (SFP) pour 24 localisations cancéreuses. Ils comportent à la fois des items indispensables pour la prise en charge des patients et d'autres relevant plus d'un avis expertal.

En s'appuyant sur les CRFS, l'INCa et la SFP ont défini conjointement les items minimums des comptes rendus d'anatomopathologie, correspondant aux données essentielles à la prise en charge des malades, pour 21 localisations tumorales. Ceux-ci ont été publiés en 2009.

Ces items, sous la responsabilité de l'INCa, sont relatifs à quatre types d'informations :

- des informations liées à l'identification du patient et du médecin préleveur (sous la responsabilité de l'établissement autorisé où a été effectué le prélèvement). Cette partie sera commune aux comptes rendus opératoires qui devront être insérés dans le dossier du patient, dans le cadre du 3^e point des critères d'agrément pour la pratique de la chirurgie des cancers ;
- des informations liées à l'organe prélevé (sous la responsabilité du préleveur) ;
- des informations décrivant l'histopathologie du prélèvement transmis ;
- des informations permettant de classer au mieux la tumeur (pTpN) dans la classification UICC (si applicable).

Cette nouvelle version comporte une mise à jour des items précédemment publiés ainsi que 7 nouvelles fiches comportant les items minimaux devant figurer dans un compte rendu d'anatomopathologie pour les cancers suivants :

- cancers du nasopharynx (pièce opératoire)
- cancers de la cavité nasale ou des sinus de la face
- tumeur gliale infiltrante primitive (adulte)
- lymphomes
- sarcomes
- tumeurs neuroendocrines du pancréas
- tumeurs neuroendocrines du tube digestif

CANCERS GYNÉCOLOGIQUES

1. Col utérin

DONNÉES D'IDENTIFICATION DU DOSSIER PATIENT RATTACHÉES AU COMPTE RENDU ANATOMOPATHOLOGIQUE

Établissement autorisé où a été effectué le prélèvement*

Nom de l'établissement et n° FINESS

Identifiant patient (l'établissement autorisé où a été effectué le prélèvement a la responsabilité de fournir ces données au pathologiste)*

Nom de famille (de naissance ou d'adoption)

Prénom

Nom d'usage (par exemple nom d'épouse)

Date de naissance (JJ/MM/AAAA) (en l'absence de date de naissance et par défaut : âge)

Sexe

Identifiant national de santé (INS) du patient s'il existe

Identifiant permanent du patient (IPP) attribué par l'établissement autorisé où a été effectué le prélèvement

Code postal de résidence

Identifiant médecin demandeur (l'établissement autorisé où a été effectué le prélèvement a la responsabilité de fournir ces données au pathologiste)*

Nom du préleveur

Date de prélèvement

COMPTE RENDU ANATOMOPATHOLOGIQUE DONNÉES MINIMALES À RENSEIGNER POUR UNE TUMEUR PRIMITIVE COL UTÉRIN (C53) - PIÈCES OPÉRATOIRES

Identifiant médecin pathologiste

N° de compte rendu

Nom de la structure d'anatomie et cytologie pathologiques et n° FINESS

Signataire du compte rendu

Date de signature du compte rendu

Compte rendu de la pièce opératoire

Description de la pièce opératoire (sous la responsabilité du préleveur)*

Type de prélèvement

Colpectomie/colpohystérectomie/hystérectomie + annexectomie/autre

Organe/région anatomique

Col utérin

Localisation de la/des tumeur(s) dans l'organe :

Exocol/jonction/endocol/autre

Description histopathologique¹

Type histologique

Carcinome épidermoïde/

Adénocarcinome mucineux endocervical/intestinal/à cellules en bague à chaton/à déviation minime/villoglandulaire

Adénocarcinome endométrioïde/Adénocarcinome à cellules claires/Adénocarcinome séreux/Adénocarcinome mésonéphrique/Carcinome indifférencié/Carcinome adénosquameux/Carcinome à petites cellules/Glassy cell carcinoma

Autre

Grade histopronostique

Extension tumorale

État des limites chirurgicales de résection : saines/envahies. Si saines : marge minimale en mm

Autres facteurs pronostiques et prédictifs

Emboles vasculaires : non/oui

Critères permettant de déterminer le pT/pN et le stade FIGOCritères relatifs à la tumeur :

Micro-invasif : invasion en profondeur en mm/invasion horizontale en mm

Invasif : taille (plus grand diamètre)/invasion en profondeur en mm

Extension extra-cervicale : vagin (2/3 sup.)/vagin (1/3 inf.)/paramètres/paroi pelvienne/vessie (muqueuse)/rectum (muqueuse)/uretère

Critères relatifs aux ganglions :

Ganglions régionaux : nombre de ganglions envahis/nombre de ganglions examinés

Si envahi(s), capsule ganglionnaire : saine/dépassée

Ganglions non régionaux : préciser localisation, nombre de ganglions envahis/nombre de ganglions examinés, pour chaque localisation

Si envahi(s), capsule ganglionnaire : saine/dépassée

En cas de procédure du ganglion sentinelle : le préciser

pT/pN² et FIGO

Notes

* Le pathologiste ne peut renseigner ces données que si elles lui ont été transmises.

Un «/» dans le texte équivaut à « ou ».

¹ Selon la classification OMS en vigueur. En son absence, la classification utilisée est à préciser.

² L'année de la classification UICC utilisée est mentionnée dans le texte à la suite du pTNM.

2. Corps utérin

DONNÉES D'IDENTIFICATION DU DOSSIER PATIENT RATTACHÉES AU COMPTE RENDU ANATOMOPATHOLOGIQUE

Établissement autorisé où a été effectué le prélèvement*

Nom de l'établissement et n° FINESS

Identifiant patient (l'établissement autorisé où a été effectué le prélèvement a la responsabilité de fournir ces données au pathologiste)*

Nom de famille (de naissance ou d'adoption)

Prénom

Nom d'usage (par exemple nom d'épouse)

Date de naissance (JJ/MM/AAAA) (en l'absence de date de naissance et par défaut : âge)

Sexe

Identifiant national de santé (INS) du patient s'il existe

Identifiant permanent du patient (IPP) attribué par l'établissement autorisé où a été effectué le prélèvement

Code postal de résidence

Identifiant médecin demandeur (l'établissement autorisé où a été effectué le prélèvement a la responsabilité de fournir ces données au pathologiste)*

Nom du préleveur

Date de prélèvement

COMPTE RENDU ANATOMOPATHOLOGIQUE DONNÉES MINIMALES À RENSEIGNER POUR UNE TUMEUR PRIMITIVE CORPS UTÉRIN (C54) - PIÈCES OPÉRATOIRES

Identifiant médecin pathologiste

N° de compte rendu

Nom de la structure d'anatomie et cytologie pathologiques et n° FINESS

Signataire du compte rendu

Date de signature du compte rendu

Compte rendu de la pièce opératoire

Description de la pièce opératoire (sous la responsabilité du préleveur)*

Type de prélèvement

Hystérectomie/hystérectomie + annexectomie bilatérale/hystérectomie + annexectomie bilatérale + lymphadenectomie/autre

Organe/région anatomique

Corps utérin

Localisation de la/des tumeur(s) dans l'organe :

Corps utérin/isthme

Description histopathologique¹

Type histologique

Adénocarcinome endométrioïde SAI/villoglandulaire/à cellules ciliées/à différenciation malpighienne/autre

Adénocarcinome mucineux/Carcinome papillaire séreux/Carcinome à cellules claires/Carcinome

épidermoïde/Carcinome indifférencié

Tumeur maligne mixte mésodermique

Autre

Grade histopronostique

FIGO : % de contingent solide non malpighien et non morulaire/atypies cytonucléaires

Extension tumorale

État des limites chirurgicales de résection : saines/envahies. Si saines : marge minimale en mm

Autres facteurs pronostiques et prédictifs

Emboles vasculaires : non/oui

Critères permettant de déterminer le pT/pN et le stade FIGO

Critères relatifs à la tumeur :

Degré d'infiltration du myomètre (en %)

Séreuse utérine : saine/envahie

Extension extra-corporelle :

- col utérin : sans invasion du chorion/avec invasion du chorion (préciser profondeur en mm)
- vagin : préciser l'état de la recoupe
- paramètres
- séreuse péritonéale
- ovarienne et/ou tubaire
- vessie et/ou intestin (muqueuse)
- autre

Cellules tumorales dans l'ascite et/ou le lavage péritonéal (ne modifie plus le stade FIGO)

Critères relatifs aux ganglions :

Ganglions régionaux :

- localisation : pelviens, para-aortiques*
- nombre de ganglions envahis/nombre de ganglions examinés pour chaque localisation

Ganglions à distance :

- localisation*
 - nombre de ganglions envahis/nombre de ganglions examinés pour chaque localisation
-

pT/pN² et FIGO

Notes

■ * Le pathologiste ne peut renseigner ces données que si elles lui ont été transmises.

■ Un «/» dans le texte équivaut à « ou ».

■ ¹ Selon la classification OMS en vigueur. En son absence, la classification utilisée est à préciser.

■ ² L'année de la classification UICC utilisée est mentionnée dans le texte à la suite du pTNM.

3. Ovaires

DONNÉES D'IDENTIFICATION DU DOSSIER PATIENT RATTACHÉES AU COMPTE RENDU ANATOMOPATHOLOGIQUE

Établissement autorisé où a été effectué le prélèvement*

Nom de l'établissement et n° FINESS

Identifiant patient (l'établissement autorisé où a été effectué le prélèvement a la responsabilité de fournir ces données au pathologiste)*

Nom de famille (de naissance ou d'adoption)

Prénom

Nom d'usage (par exemple nom d'épouse)

Date de naissance (JJ/MM/AAAA) (en l'absence de date de naissance et par défaut : âge)

Sexe

Identifiant national de santé (INS) du patient s'il existe

Identifiant permanent du patient (IPP) attribué par l'établissement autorisé où a été effectué le prélèvement

Code postal de résidence

Identifiant médecin demandeur (l'établissement autorisé où a été effectué le prélèvement a la responsabilité de fournir ces données au pathologiste)*

Nom du préleveur

Date de prélèvement

COMPTE RENDU ANATOMOPATHOLOGIQUE DONNÉES MINIMALES À RENSEIGNER POUR UNE TUMEUR PRIMITIVE OVAIRES (C56.9) - PIÈCES OPÉRATOIRES

Identifiant médecin pathologiste

N° de compte rendu

Nom de la structure d'anatomie et cytologie pathologiques et n° FINESS

Signataire du compte rendu

Date de signature du compte rendu

Compte rendu de la pièce opératoire

Description de la pièce opératoire (sous la responsabilité du préleveur)*

Type de prélèvement

Kystectomie/ovariectomie/annexectomie/hystérectomie totale avec annexectomie bilatérale/hystérectomie totale avec annexectomie bilatérale et lymphadénectomie/hystérectomie totale avec annexectomie bilatérale, omentectomie et lymphadénectomie/autre

Organe/région anatomique

Ovaires

Côté*

Droit/Gauche/bilatéral

Localisation de la/des tumeur(s) dans l'organe

Description histopathologique¹

Type histologique

Adénocarcinome séreux

Adénocarcinome mucineux expansif/infiltrant - type digestif/intestinal

Adénocarcinome à cellules claires/Carcinome à cellules transitionnelles (tumeur de Brenner)/Carcinome indifférencié

Tumeur borderline typique/Tumeur borderline micropapillaire/Tumeur borderline avec micro-invasion/Tumeur borderline avec carcinome intraépithélial

Tumeur de la granulosa adulte/tumeur de la granulosa juvénile/ fibrome et fibrothécome/ fibrosarcome/tumeur de Sertoli Leydig/autre

Tumeur germinale : préciser

Autre

Grade histopronostique

Tumeurs séreuses : haut grade ou bas grade (selon le MD Anderson)

Tumeurs endométrioïdes : grade de la FIGO selon % de contingent solide non malpighien et non morulaire/ Atypies cytonucléaires

Tératome immature : quantité de tissu immature (grade 1.2.3)

Tumeur de Sertoli Leydig : bien différenciée/moyennement différenciée/peu différenciée

Extension tumorale

Voir critères relatifs à la tumeur

Autres facteurs pronostiques et prédictifs

Emboles vasculaires : non/oui

Critères permettant de déterminer le pT/pN et le stade FIGO

Critères relatifs à la tumeur :

Atteinte ovarienne uni ou bilatérale

Taille

Capsule : intacte/rompue

Tumeur à la surface de l'ovaire : présente/absente

Cellules tumorales dans l'ascite et/ou le lavage péritonéal

Envahissement par continuité et/ou localisation à l'utérus et/ou aux trompes

Envahissement par continuité et/ou localisation(s) à d'autres organes pelviens : rectum, vessie, autre

Métastases péritonéales en dehors du pelvis : microscopiques/macrosopiques (< 2cm, > 2cm)

Critères relatifs aux ganglions :

Ganglions régionaux

- localisation*

Nombre de ganglions envahis/nombre de ganglions examinés pour chaque localisation

pT/pN² et FIGO

Notes

* Le pathologiste ne peut renseigner ces données que si elles lui ont été transmises.

Un «/» dans le texte équivaut à « ou ».

¹ Selon la classification OMS en vigueur. En son absence, la classification utilisée est à préciser.

² L'année de la classification UICC utilisée est mentionnée dans le texte à la suite du pTNM.

CANCERS DU SEIN

4. Sein - biopsies

DONNÉES D'IDENTIFICATION DU DOSSIER PATIENT RATTACHÉES AU COMPTE RENDU ANATOMOPATHOLOGIQUE

Établissement autorisé où a été effectué le prélèvement*

Nom de l'établissement et n° FINESS

Identifiant patient (l'établissement autorisé où a été effectué le prélèvement a la responsabilité de fournir ces données au pathologiste)*

Nom de famille (de naissance ou d'adoption)

Prénom

Nom d'usage (par exemple nom d'épouse)

Date de naissance (JJ/MM/AAAA) (en l'absence de date de naissance et par défaut : âge)

Sexe

Identifiant national de santé (INS) du patient s'il existe

Identifiant permanent du patient (IPP) attribué par l'établissement autorisé où a été effectué le prélèvement

Code postal de résidence

Identifiant médecin demandeur (l'établissement autorisé où a été effectué le prélèvement a la responsabilité de fournir ces données au pathologiste)*

Nom du préleveur

Date de prélèvement

COMPTE RENDU ANATOMOPATHOLOGIQUE DONNÉES MINIMALES À RENSEIGNER POUR UNE TUMEUR PRIMITIVE SEIN (C50) - BIOPSIES

Identifiant médecin pathologiste

N° de compte rendu

Nom de la structure d'anatomie et cytologie pathologiques et n° FINESS

Signataire du compte rendu

Date de signature du compte rendu

Compte rendu de la biopsie

Description de la biopsie (sous la responsabilité du préleveur)*

Type de biopsie

Microbiopsie/macrobiopsie/autre

Organe/région anatomique

Sein

Côté

Droit/gauche

Localisation dans l'organe

QSE/QIE/QSI/QII/UQS/UQE/UQInt/UQInf/mamelon/central/prolongement axillaire/sillon sous-mammaire/autre

Description histopathologique

Type histologique et grade histopronostique¹

Une ou plusieurs des lésions suivantes :

- Lésion bénigne
- Atypies épithéliales de type canalaire : métaplasie cylindrique atypique/hyperplasie canalaire atypique
- Néoplasie lobulaire *in situ* (LIN)/(CLIS) sans lésion infiltrante associée : LIN1 (HLA)/LIN2/LIN3 (CLIS)
- Carcinome canalaire *in situ* (CCIS) sans lésion infiltrante associée :
 - o grade nucléaire : bas grade/intermédiaire/haut grade
 - o avec micro-invasion : oui/non
- Carcinome(s) infiltrant(s) (CI)
 - o type : canalaire/lobulaire/autre
 - o grade de SBR (Elston et Ellis)

Autre

Autres facteurs pronostiques et/ou prédictifs

Statut des récepteurs hormonaux (œstrogènes et progestérone)²

Statut HER 2²

Notes

* Le pathologiste ne peut renseigner ces données que si elles lui ont été transmises.

Un «/» dans le texte équivaut à « ou ».

¹ Selon la classification OMS en vigueur. En son absence, la classification utilisée est à préciser.

² Si la détermination n'est pas effectuée sur biopsie alors elle devra l'être sur la pièce opératoire.

5. Sein - pièces opératoires

DONNÉES D'IDENTIFICATION DU DOSSIER PATIENT RATTACHÉES AU COMPTE RENDU ANATOMOPATHOLOGIQUE

Établissement autorisé où a été effectué le prélèvement*

Nom de l'établissement et n° FINESS

Identifiant patient (l'établissement autorisé où a été effectué le prélèvement a la responsabilité de fournir ces données au pathologiste)*

Nom de famille (de naissance ou d'adoption)

Prénom

Nom d'usage (par exemple nom d'épouse)

Date de naissance (JJ/MM/AAAA) (en l'absence de date de naissance et par défaut : âge)

Sexe

Identifiant national de santé (INS) du patient s'il existe

Identifiant permanent du patient (IPP) attribué par l'établissement autorisé où a été effectué le prélèvement

Code postal de résidence

Identifiant médecin demandeur (l'établissement autorisé où a été effectué le prélèvement a la responsabilité de fournir ces données au pathologiste)*

Nom du préleveur

Date de prélèvement

COMPTE RENDU ANATOMOPATHOLOGIQUE DONNÉES MINIMALES À RENSEIGNER POUR UNE TUMEUR PRIMITIVE SEIN (C50) - PIÈCES OPÉRATOIRES

Identifiant médecin pathologiste

N° de compte rendu

Nom de la structure d'anatomie et cytologie pathologiques et n° FINESS

Signataire du compte rendu

Date de signature du compte rendu

Compte rendu de la pièce opératoire

Description de la pièce opératoire (sous la responsabilité du préleveur)*

Type de prélèvement

pyramidectomie/tumorectomie/tumorectomie large-mastectomie partielle/mastectomie/biopsie chirurgicale/
chirurgie oncoplastique /autre

Localisation du prélèvement dans l'organe (hors mammectomie)

QSE/QIE/QSI/QII/UQS/UQE/UQInt/UQInf/mamelon/central/prolongement axillaire/sillon sous-
mammaire/autre

Organe/région anatomique

Sein

Côté

Droit/gauche

Localisation de la/des tumeur(s) dans l'organe, en cas de mammectomie (si autre, cf. supra)

QSE/QIE/QSI/QII/UQS/UQE/UQInt/UQInf/mamelon/central/prolongement axillaire/sillon sous-mammaire

Description histopathologique

Type histologique¹

Une ou plusieurs des lésions suivantes :

- Lésion bénigne
- Atypies épithéliales de type canalaire : métaplasie cylindrique atypique/hyperplasie canalaire atypique
- Néoplasie lobulaire *in situ* (LIN)/(CLIS) sans carcinome infiltrant associé : LIN1 (HLA)/LIN2/LIN3 (CLIS)
- Carcinome canalaire *in situ* (CCIS) sans carcinome infiltrant associé :
 - o taille (en mm)
 - o grade nucléaire : bas grade/intermédiaire/haut grade
 - o avec micro-invasion : oui/non
- Carcinome infiltrant (CI) : canalaire (SAI)/lobulaire/autre

Autre

Grade histopronostique¹

Grade de SBR (Elston et Ellis)

Extension tumorale

Foyers infiltrants multiples : oui/non/non évaluables

Marges d'exérèse (en mm) : non évaluables/saines/atteintes (préciser type histologique et topographie si déterminable)

Autres facteurs pronostiques et/ou prédictifs

Emboles vasculaires : non vus/présents

Statut des récepteurs hormonaux (œstrogènes et progestérone)²

Statut HER 2²

Appréciation de la réponse histologique après traitement néoadjuvant (Sataloff/autre)

Critères permettant de déterminer le pT/pN

Critères relatifs à la tumeur :

Carcinome *in situ* pur

Taille de la tumeur maligne infiltrante la plus volumineuse (en mm)

Critères relatifs aux ganglions :

- Ganglions régionaux (axillaires, intra-mammaires, mammaires internes, sous-claviculaires, sus-claviculaires)
- Pour chaque groupe examiné
 - o Nombre de ganglions examinés
 - o Nombre de ganglion (s) avec métastases
 - o Taille de la plus grande métastase
- Si procédure de ganglion sentinelle : le préciser

pT/pN³

Notes

* Le pathologiste ne peut renseigner ces données que si elles lui ont été transmises.

Un «/» dans le texte équivaut à « ou ».

¹ Selon la classification OMS en vigueur. En son absence, la classification utilisée est à préciser.

² Si la détermination n'a pas été effectuée sur biopsie, elle devra être effectuée sur la pièce opératoire.

³ L'année de la classification UICC utilisée est mentionnée dans le texte à la suite du pTNM .

CANCERS DU SYSTÈME DIGESTIF

6. Œsophage

DONNÉES D'IDENTIFICATION DU DOSSIER PATIENT RATTACHÉES AU COMPTE RENDU ANATOMOPATHOLOGIQUE

Établissement autorisé où a été effectué le prélèvement*

Nom de l'établissement et n° FINESS

Identifiant patient (l'établissement autorisé où a été effectué le prélèvement a la responsabilité de fournir ces données au pathologiste)*

Nom de famille (de naissance ou d'adoption)

Prénom

Nom d'usage (par exemple nom d'épouse)

Date de naissance (JJ/MM/AAAA) (en l'absence de date de naissance et par défaut : âge)

Sexe

Identifiant national de santé (INS) du patient s'il existe

Identifiant permanent du patient (IPP) attribué par l'établissement autorisé où a été effectué le prélèvement

Code postal de résidence

Identifiant médecin demandeur (l'établissement autorisé où a été effectué le prélèvement a la responsabilité de fournir ces données au pathologiste)*

Nom du préleveur

Date de prélèvement

COMPTE RENDU ANATOMOPATHOLOGIQUE DONNÉES MINIMALES À RENSEIGNER POUR UNE TUMEUR PRIMITIVE ŒSOPHAGE (C15) - PIÈCES OPÉRATOIRES

Identifiant médecin pathologiste

N° de compte rendu

Nom de la structure d'anatomie et cytologie pathologiques et n° FINESS

Signataire du compte rendu

Date de signature du compte rendu

Compte rendu de la pièce opératoire

Description de la pièce opératoire (sous la responsabilité du préleveur)*

Type de prélèvement

Œsophagectomie totale avec gastrectomie totale ou polaire supérieure ou pharyngolaryngectomie/œsophagectomie partielle avec gastrectomie totale ou polaire supérieure/résection endoluminale/autre

Organe/région anatomique

Œsophage

Localisation de la/des tumeur(s) dans l'organe

Œsophage cervical/œsophage intrathoracique/cardio-œsophage/autre

Description histopathologique¹

Type histologique

Carcinome épidermoïde/carcinome verruqueux/carcinome basaloïde

Carcinome à cellules fusiformes/Adénocarcinome/Carcinome adénosquameux/Carcinome mucoépidermoïde /Carcinome adénoïde kystique

Autre

Grade histopronostique

Pour les carcinomes épidermoïdes et les adénocarcinomes : bien différencié/moyennement différencié/peu différencié

Extension tumorale

État des limites chirurgicales de résection :

- État de la limite de résection proximale : saine/envahie. Si saine : marge minimale en mm
 - État de la limite de résection distale : saine/envahie. Si saine : marge minimale en mm
-

Autres facteurs pronostiques et prédictifs

Emboles vasculaires : non/oui

Infiltration péri-nerveuse : non/oui

Évaluation de la régression tumorale (après traitement néo-adjuvant)

Critères permettant de déterminer le pT/pN

Critères relatifs à la tumeur :

Degré d'infiltration de la paroi œsophagienne, péri-œsophagienne, et des organes adjacents

Critères relatifs aux ganglions :

Nombre de ganglions envahis/nombre de ganglions examinés

pT/pN²

Notes

* Le pathologiste ne peut renseigner ces données que si elles lui ont été transmises.

Un «/» dans le texte équivaut à « ou ».

¹ Selon la classification OMS en vigueur. En son absence, la classification utilisée est à préciser.

² L'année de la classification UICC utilisée est mentionnée dans le texte à la suite du pTNM.

7. Estomac

DONNÉES D'IDENTIFICATION DU DOSSIER PATIENT RATTACHÉES AU COMPTE RENDU ANATOMOPATHOLOGIQUE

Établissement autorisé où a été effectué le prélèvement*

Nom de l'établissement et n° FINESS

Identifiant patient (l'établissement autorisé où a été effectué le prélèvement a la responsabilité de fournir ces données au pathologiste)*

Nom de famille (de naissance ou d'adoption)

Prénom

Nom d'usage (par exemple nom d'épouse)

Date de naissance (JJ/MM/AAAA) (en l'absence de date de naissance et par défaut : âge)

Sexe

Identifiant national de santé (INS) du patient s'il existe

Identifiant permanent du patient (IPP) attribué par l'établissement autorisé où a été effectué le prélèvement

Code postal de résidence

Identifiant médecin demandeur (l'établissement autorisé où a été effectué le prélèvement a la responsabilité de fournir ces données au pathologiste)*

Nom du préleveur

Date de prélèvement

COMPTE RENDU ANATOMOPATHOLOGIQUE DONNÉES MINIMALES À RENSEIGNER POUR UNE TUMEUR PRIMITIVE ESTOMAC (C16) - PIÈCES OPÉRATOIRES

Identifiant médecin pathologiste

N° de compte rendu

Nom de la structure d'anatomie et cytologie pathologiques et n° FINESS

Signataire du compte rendu

Date de signature du compte rendu

Compte rendu de la pièce opératoire

Description de la pièce opératoire (sous la responsabilité du préleveur)*

Type de prélèvement

Œsogastrectomie totale/gastrectomie totale/gastrectomie proximale/gastrectomie distale/exérèse locale endoluminale/autre

Organe/région anatomique

Estomac

Localisation de la/des tumeur(s) dans l'organe

Cardia/grosse tubérosité/corps/antre/pylore/autre

Description histopathologique¹

Type histologique

Adénocarcinome tubuleux/papillaire/mucineux/à cellules indépendantes/autre

Carcinome adénoquameux/carcinome épidermoïde/carcinome indifférencié/autre

Grade histopronostique

Pour les adénocarcinomes : bien différencié/moyennement différencié/peu différencié

Extension tumorale

État des limites chirurgicales de résection :

- État de la limite de résection proximale : saine/envahie. Si saine : marge minimale en mm
- État de la limite de résection distale : saine/envahie. Si saine : marge minimale en mm

Autres facteurs pronostiques et prédictifs

Emboles vasculaires : non/oui

Infiltration péri-nerveuse : non/oui

Évaluation de la régression tumorale (après traitement néo-adjuvant)

Critères permettant de déterminer le pT/pN

Critères relatifs à la tumeur :

Degré d'infiltration de la paroi gastrique, péri-gastrique, et des organes adjacents

Critères relatifs aux ganglions :

Nombre de ganglions envahis

Nombre de ganglions examinés

pT/pN²

Notes

* Le pathologiste ne peut renseigner ces données que si elles lui ont été transmises.

Un «/» dans le texte équivaut à « ou ».

¹ Selon la classification OMS en vigueur. En son absence, la classification utilisée est à préciser.

² L'année de la classification UICC utilisée est mentionnée dans le texte à la suite du pTNM.

8. Côlon et rectum

DONNÉES D'IDENTIFICATION DU DOSSIER PATIENT RATTACHÉES AU COMPTE RENDU ANATOMOPATHOLOGIQUE

Établissement autorisé où a été effectué le prélèvement*

Nom de l'établissement et n° FINESS

Identifiant patient (l'établissement autorisé où a été effectué le prélèvement a la responsabilité de fournir ces données au pathologiste)*

Nom de famille (de naissance ou d'adoption)

Prénom

Nom d'usage (par exemple nom d'épouse)

Date de naissance (JJ/MM/AAAA) (en l'absence de date de naissance et par défaut : âge)

Sexe

Identifiant national de santé (INS) du patient s'il existe

Identifiant permanent du patient (IPP) attribué par l'établissement autorisé où a été effectué le prélèvement

Code postal de résidence

Identifiant médecin demandeur (l'établissement autorisé où a été effectué le prélèvement a la responsabilité de fournir ces données au pathologiste)*

Nom du préleveur

Date de prélèvement

COMPTE RENDU ANATOMOPATHOLOGIQUE DONNÉES MINIMALES À RENSEIGNER POUR UNE TUMEUR PRIMITIVE CÔLON - RECTUM (C18/C19/C20) - PIÈCES OPÉRATOIRES

Identifiant médecin pathologiste

N° de compte rendu

Nom de la structure d'anatomie et cytologie pathologiques et n° FINESS

Signataire du compte rendu

Date de signature du compte rendu

Compte rendu de la pièce opératoire

Description de la pièce opératoire (sous la responsabilité du préleveur)*

Type de prélèvement

Colectomie droite/colectomie transverse/colectomie gauche/sigmoïdectomie/exérèse locale
endorectale/exérèse du rectum et mésorectum/amputation abdomino-périnéale/anoproctectomie/autre

Organe/région anatomique

Côlon/Rectum

Localisation de la/des tumeur(s) dans l'organe

Côlon ascendant/angle colique droit/côlon transverse/angle colique gauche/côlon
descendant/sigmoïde/rectum/autre

Description histopathologique

Type histologique¹

Adénocarcinome lieberkühnien/carcinome indifférencié/carcinome à cellules en bague à chaton/carcinome
colloïde (mucineux)/carcinome médullaire/autre

Grade histopronostique¹

Pour les adénocarcinomes lieberkühniens : bien différencié/moyennement différencié/peu différencié

Extension tumorale

Tranches de section chirurgicales :

- État de la tranche de section distale : saine/envahie
 - Pour tumeur rectale : marge circonférentielle en mm
-

Autres facteurs pronostiques et/ou prédictifs

Emboles vasculaires : oui/non

Infiltration péri-nerveuse : oui/non

Évaluation de la régression tumorale (en cas de traitement néo-adjuvant)

Critères permettant de déterminer le pT/pN

Critères relatifs à la tumeur :

Degré d'infiltration de la paroi colorectale, péri-colorectal, et des organes adjacents

Présence d'une perforation en zone tumorale

Présence de dépôts tumoraux dans le méso

Critères relatifs aux ganglions :

Nombre de ganglions envahis/nombre de ganglions examinés

pT/pN²

Notes

* Le pathologiste ne peut renseigner ces données que si elles lui ont été transmises.

Un «/» dans le texte équivaut à « ou ».

¹ Selon la classification OMS en vigueur. En son absence, la classification utilisée est à préciser.

² L'année de la classification UICC utilisée est mentionnée dans le texte à la suite du pTNM.

9. Tumeur neuroendocrine du tube digestif

DONNÉES D'IDENTIFICATION DU DOSSIER PATIENT RATTACHÉES AU COMPTE RENDU ANATOMOPATHOLOGIQUE

Établissement autorisé où a été effectué le prélèvement*

Nom de l'établissement et n° FINESS

Identifiant patient (l'établissement autorisé où a été effectué le prélèvement a la responsabilité de fournir ces données au pathologiste)*

Nom de famille (de naissance ou d'adoption)

Prénom

Nom d'usage (par exemple nom d'épouse)

Date de naissance (JJ/MM/AAAA) (en l'absence de date de naissance et par défaut : âge)

Sexe

Identifiant national de santé (INS) du patient s'il existe

Identifiant permanent du patient (IPP) attribué par l'établissement autorisé où a été effectué le prélèvement

Code postal de résidence

Identifiant médecin demandeur (l'établissement autorisé où a été effectué le prélèvement a la responsabilité de fournir ces données au pathologiste)*

Nom du préleveur

Date de prélèvement

COMPTE RENDU ANATOMOPATHOLOGIQUE DONNÉES MINIMALES À RENSEIGNER POUR UNE TUMEUR PRIMITIVE TUMEUR NEUROENDOCRINE DU TUBE DIGESTIF - PIÈCES OPÉRATOIRES

Identifiant médecin pathologiste

N° de compte rendu

Nom de la structure d'anatomie et cytologie pathologiques et n° FINESS

Signataire du compte rendu

Date de signature du compte rendu

Compte rendu de la pièce opératoire

Description de la pièce opératoire (sous la responsabilité du préleveur)*

Type de prélèvement

Cf fiche carcinome de l'organe correspondant

Organe/région anatomique

Oesophage - Estomac - Duodénum - Jéjunum - Iléon - Appendice - Diverticule de Meckel - Côlon - Rectum --
Autre

Localisation de la/des tumeur(s) dans l'organe

Cf fiche carcinome de l'organe correspondant

Description histopathologique

Type histologique¹

Tumeur neuroendocrine G1

Tumeur neuroendocrine G2

Carcinome neuroendocrine, à petites cellules

Carcinome neuroendocrine, à grandes cellules

Carcinome adéno-neuroendocrine

Grade histopronostique¹

Grade 1 à 3

Extension tumorale

Pour tous les organes :

Niveau d'invasion dans la paroi digestive

Distance par rapport aux marges

Etat des marges : envahies / non envahies / non analysables

Pour l'appendice, indiquer en plus :

Invasion du mésoappendice : présente / absente (si présente, préciser la profondeur de l'invasion)

Extension à l'iléon - Extension au caecum

Autres facteurs pronostiques et prédictifs

Emboles vasculaires : non / oui

Infiltration péri-nerveuse : non / oui

Autres lésions à décrire

Pour l'estomac :

Gastrite chronique atrophique (avec ou sans métaplasie intestinale)

Gastrite hypertrophique

Hyperplasie endocrine dans la muqueuse non tumorale

Pour le duodénum :

Hyperplasie endocrine

Critères permettant de déterminer le pT/pN

Critères relatifs à la tumeur :

Taille tumorale (en cm)

Extension locale

Critères relatifs aux ganglions :

Nombre de ganglions envahis / Nombre de ganglions examinés

pT/pN selon UICC²³

Notes

* Le pathologiste ne peut renseigner ces données que si elles lui ont été transmises.

Un «/» dans le texte équivaut à « ou ».

¹ Selon la classification OMS en vigueur. En son absence, la classification utilisée est à préciser.

² L'année de la classification UICC utilisée est mentionnée dans le texte à la suite du pTNM.

³ la classification selon les propositions de l'ENETS (2006-2007) peut être indiquée entre parenthèses

10. Foie

DONNÉES D'IDENTIFICATION DU DOSSIER PATIENT RATTACHÉES AU COMPTE RENDU ANATOMOPATHOLOGIQUE

Établissement autorisé où a été effectué le prélèvement*

Nom de l'établissement et n° FINESS

Identifiant patient (l'établissement autorisé où a été effectué le prélèvement a la responsabilité de fournir ces données au pathologiste)*

Nom de famille (de naissance ou d'adoption)

Prénom

Nom d'usage (par exemple nom d'épouse)

Date de naissance (JJ/MM/AAAA) (en l'absence de date de naissance et par défaut : âge)

Sexe

Identifiant national de santé (INS) du patient s'il existe

Identifiant permanent du patient (IPP) attribué par l'établissement autorisé où a été effectué le prélèvement

Code postal de résidence

Identifiant médecin demandeur (l'établissement autorisé où a été effectué le prélèvement à la responsabilité de fournir ces données au pathologiste)*

Nom du préleveur

Date de prélèvement

COMPTE RENDU ANATOMOPATHOLOGIQUE DONNÉES MINIMALES À RENSEIGNER POUR UNE TUMEUR PRIMITIVE FOIE (C22) - PIÈCES OPÉRATOIRES

Identifiant médecin pathologiste

N° de compte rendu

Nom de la structure d'anatomie et cytologie pathologiques et n° FINESS

Signataire du compte rendu

Date de signature du compte rendu

Compte rendu de la pièce opératoire

Description de la pièce opératoire (sous la responsabilité du préleveur)*

Type de prélèvement

Tumorectomie/segmentectomie/lobectomie gauche/hépatectomie gauche/hépatectomie droite/transplantation/autre

Organe/région anatomique

Foie

Localisation de la/des tumeur(s) dans l'organe

Foie droit/foie gauche/segment/autre

Description histopathologique¹

Type histologique

Carcinome hépatocellulaire/cholangiocarcinome/autre

Grade histopronostique

Pour les carcinomes hépatocellulaires et les cholangiocarcinomes (grade OMS) : bien différencié/moyennement différencié/peu différencié

Extension tumorale

Tranches de section chirurgicales hépatiques, vasculaires et biliaires : saines/envahies

Si saines : préciser marges (en mm)

Autres facteurs pronostiques et prédictifs

Invasion vasculaire : non/oui

Si oui : branche majeure veineuse portale ou hépatique : non/oui

Infiltration péri-nerveuse : non/oui

Evaluation de la régression tumorale (en cas de traitement néo-adjuvant)

Critères permettant de déterminer le pT/pN

Critères relatifs à la tumeur :

Multifocalité (si oui, nombre de tumeurs)

Taille de la tumeur principale

Invasion vasculaire

Invasion de la vésicule biliaire

Invasion d'organes adjacents autres que la vésicule biliaire

Perforation du péritoine viscéral

Critères relatifs aux ganglions :

Nombre de ganglions envahis/Nombre de ganglions examinés

pT/pN²

Notes

* Le pathologiste ne peut renseigner ces données que si elles lui ont été transmises.

Un «/» dans le texte équivaut à « ou ».

¹ Selon la classification OMS en vigueur. En son absence, la classification utilisée est à préciser.

² L'année de la classification UICC utilisée est mentionnée dans le texte à la suite du pTNM.

11. Pancréas exocrine

DONNÉES D'IDENTIFICATION DU DOSSIER PATIENT RATTACHÉES AU COMPTE RENDU ANATOMOPATHOLOGIQUE

Établissement autorisé où a été effectué le prélèvement*

Nom de l'établissement et n° FINESS

Identifiant patient (l'établissement autorisé où a été effectué le prélèvement a la responsabilité de fournir ces données au pathologiste)*

Nom de famille (de naissance ou d'adoption)

Prénom

Nom d'usage (par exemple nom d'épouse)

Date de naissance (JJ/MM/AAAA) (en l'absence de date de naissance et par défaut : âge)

Sexe

Identifiant national de santé (INS) du patient s'il existe

Identifiant permanent du patient (IPP) attribué par l'établissement autorisé où a été effectué le prélèvement

Code postal de résidence

Identifiant médecin demandeur (l'établissement autorisé où a été effectué le prélèvement a la responsabilité de fournir ces données au pathologiste)*

Nom du préleveur

Date de prélèvement

COMPTE RENDU ANATOMOPATHOLOGIQUE DONNÉES MINIMALES À RENSEIGNER POUR UNE TUMEUR PRIMITIVE PANCRÉAS EXOCRINE (C25) - PIÈCES OPÉRATOIRES

Identifiant médecin pathologiste

N° de compte rendu

Nom de la structure d'anatomie et cytologie pathologiques et n° FINESS

Signataire du compte rendu

Date de signature du compte rendu

Compte rendu de la pièce opératoire

Description de la pièce opératoire (sous la responsabilité du préleveur)*

Type de prélèvement

Duodéno pancréatectomie céphalique/duodéno pancréatectomie totale/pancréatectomie partielle caudale/isthmectomie/énucléation/autre

Organe/région anatomique

Pancréas

Localisation de la/des tumeur(s) dans l'organe

Tête/crochet/isthme/corps/queue/non évaluable/autre

Description histopathologique¹

Type histologique

Adénocarcinome : canalaire/ mucineux/ à cellules indépendantes en bagues à chaton/ associé à une tumeur intracanaulaire papillaire et mucineuse/ autre

Autre carcinome : indifférencié/ adénosquameux/ épidermoïde/ sarcomatoïde/ médullaire/ à cellules acineuses/ autre

Cystadénocarcinome : séreux/ mucineux/ à cellules acineuses/ autre

Tumeur solide et pseudopapillaire maligne

Tumeur mixte : adéno-neuroendocrine/ autre

Grade histopronostique

Pour les adénocarcinomes canaux, grade histologique (G1 à G3 selon l'OMS 2010 ou Gx à G4 selon l'UICC 2010)

Extension tumorale

État des limites chirurgicales de résection :

- état de la limite de résection pancréatique : saine/envahie. Si saine : marge minimale en mm
- état de la limite de résection biliaire (si DPC) : saine/envahie. Si saine : marge minimale en mm
- état de la limite rétropéritonéale : saine/envahie. Si saine : marge minimale en mm

Pour les adénocarcinomes canaux, lésions de néoplasie intraépithéliale pancréatique : présentes/ absentes

Autres facteurs pronostiques et prédictifs

Emboles vasculaires : non/oui

Infiltration péri-nerveuse : non/oui

Critères permettant de déterminer le pT/pN

Critères relatifs à la tumeur :

Taille tumorale (en cm)

Extension tumorale au-delà du parenchyme pancréatique

Atteinte des gros vaisseaux (tronc cœliaque, artère mésentérique supérieure)

Critères relatifs aux ganglions :

Nombre de ganglions envahis/nombre de ganglions examinés

pT/pN²

Notes

* Le pathologiste ne peut renseigner ces données que si elles lui ont été transmises.

Un «/» dans le texte équivaut à « ou ».

¹ Selon la classification OMS en vigueur. En son absence, la classification utilisée est à préciser.

² L'année de la classification UICC utilisée est mentionnée dans le texte à la suite du pTNM.

12. Tumeur neuroendocrine du pancréas

DONNÉES D'IDENTIFICATION DU DOSSIER PATIENT RATTACHÉES AU COMPTE RENDU ANATOMOPATHOLOGIQUE

Établissement autorisé où a été effectué le prélèvement*

Nom de l'établissement et n° FINESS

Identifiant patient (l'établissement autorisé où a été effectué le prélèvement a la responsabilité de fournir ces données au pathologiste)*

Nom de famille (de naissance ou d'adoption)

Prénom

Nom d'usage (par exemple nom d'épouse)

Date de naissance (JJ/MM/AAAA) (en l'absence de date de naissance et par défaut : âge)

Sexe

Identifiant national de santé (INS) du patient s'il existe

Identifiant permanent du patient (IPP) attribué par l'établissement autorisé où a été effectué le prélèvement

Code postal de résidence

Identifiant médecin demandeur (l'établissement autorisé où a été effectué le prélèvement a la responsabilité de fournir ces données au pathologiste)*

Nom du préleveur

Date de prélèvement

COMPTE RENDU ANATOMOPATHOLOGIQUE DONNÉES MINIMALES À RENSEIGNER POUR UNE TUMEUR PRIMITIVE TUMEUR NEUROENDOCRINE DU PANCREAS - PIÈCES OPÉRATOIRES

Identifiant médecin pathologiste

N° de compte rendu

Nom de la structure d'anatomie et cytologie pathologiques et n° FINESS

Signataire du compte rendu

Date de signature du compte rendu

Compte rendu de la pièce opératoire

Description de la pièce opératoire (sous la responsabilité du préleveur)*

Type de prélèvement

Duodéno pancréatectomie céphalique / Duodéno pancréatectomie totale / Pancréatectomie partielle caudale / Pancréatectomie médiane / Enucléation / Autre

Organe/région anatomique

Pancréas

Localisation de la/des tumeur(s) dans l'organe

Tête / Crochet / Isthme / Corps / Queue / Non évaluable / Autre

Description histopathologique

Type histologique¹

Tumeur neuroendocrine G1

Tumeur neuroendocrine G2

Carcinome neuroendocrine, à petites cellules

Carcinome neuroendocrine, à grandes cellules

Carcinome adéno-neuroendocrine

Grade histopronostique¹

Grade 1 à 3

Extension tumorale

Tranches de section chirurgicales :

- Etat de la tranche de section pancréatique (si DPC) ou des tranches de section (si pancréatectomie médiane) : envahie(s) / non envahie(s) / non analysable(s)

Autres facteurs pronostiques et prédictifs

Emboles vasculaires : non / oui

Infiltration péri-nerveuse : non / oui

Autres lésions à décrire

Hyperplasie endocrine

Critères permettant de déterminer le pT/pN

Taille tumorale (en cm)

Extension tumorale au-delà du parenchyme pancréatique

Atteinte des gros vaisseaux (tronc cœliaque, artère mésentérique supérieure)

Nombre de ganglions envahis / Nombre de ganglions examinés

pT/pN selon UICC²³

Notes

* Le pathologiste ne peut renseigner ces données que si elles lui ont été transmises.

Un «/» dans le texte équivaut à « ou ».

¹ Selon la classification OMS en vigueur. En son absence, la classification utilisée est à préciser.

² L'année de la classification UICC utilisée est mentionnée dans le texte à la suite du pTNM.

³ la classification selon les propositions de l'ENETS (2006-2007) peut être indiquée entre parenthèses

CANCERS DU POUUMON

13. Poumon

DONNÉES D'IDENTIFICATION DU DOSSIER PATIENT RATTACHÉES AU COMPTE RENDU ANATOMOPATHOLOGIQUE

Établissement autorisé où a été effectué le prélèvement*

Nom de l'établissement et n° FINESS

Identifiant patient (l'établissement autorisé où a été effectué le prélèvement a la responsabilité de fournir ces données au pathologiste)*

Nom de famille (de naissance ou d'adoption)

Prénom

Nom d'usage (par exemple nom d'épouse)

Date de naissance (JJ/MM/AAAA) (en l'absence de date de naissance et par défaut : âge)

Sexe

Identifiant national de santé (INS) du patient s'il existe

Identifiant permanent du patient (IPP) attribué par l'établissement autorisé où a été effectué le prélèvement

Code postal de résidence

Identifiant médecin demandeur (l'établissement autorisé où a été effectué le prélèvement a la responsabilité de fournir ces données au pathologiste)*

Nom du préleveur

Date de prélèvement

COMPTE RENDU ANATOMOPATHOLOGIQUE DONNÉES MINIMALES À RENSEIGNER POUR UNE TUMEUR PRIMITIVE POUMON (C34) - PIÈCES OPÉRATOIRES

Identifiant médecin pathologiste

N° de compte rendu

Nom de la structure d'anatomie et cytologie pathologiques et n° FINESS

Signataire du compte rendu

Date de signature du compte rendu

Compte rendu de la pièce opératoire

Description de la pièce opératoire (sous la responsabilité du préleveur)*

Type de prélèvement

Poumon/poumon élargi/lobe/bilobectomie/segment/résection atypique/autre

Organe/région anatomique

Poumon

Côté

Droit/gauche

Localisation de la/des tumeur(s) dans l'organe

Proximal/parenchymateux/autre

Description histopathologique

Type histologique¹

Carcinome épidermoïde/adénocarcinome/carcinome à petites cellules/carcinome à grandes cellules/carcinome adénoquameux/carcinome sarcomatoïde/tumeur des glandes bronchiques/tumeur carcinoïde/autre

Grade histopronostique¹

Non utilisé (sauf tumeur carcinoïde)

Extension tumorale

État de la tranche de section bronchique et des recoupes vasculaires

État des limites de résection pleurale pariétale, péricardique, limites osseuses et intercostales

Autres facteurs pronostiques et/ou prédictifs

Cf. infra

Critères permettant de déterminer le pT/pNCritères relatifs à la tumeur :

Taille de la tumeur (en cm)

Distance par rapport à la section bronchique

Extension à plèvre/paroi

Extension aux organes du médiastin

Nombre de tumeurs

Critères relatifs aux ganglions :

État des ganglions pulmonaires/état des ganglions médiastinaux (latéralité par rapport à la tumeur)

pT/pN²

Notes

* Le pathologiste ne peut renseigner ces données que si elles lui ont été transmises.

Un «/» dans le texte équivaut à « ou ».

¹ Selon la classification OMS en vigueur. En son absence, la classification utilisée est à préciser.

² L'année de la classification UICC utilisée est mentionnée dans le texte à la suite du pTNM.

CANCERS UROLOGIQUES ET GÉNITAUX MASCULINS

14. Prostate - biopsies

DONNÉES D'IDENTIFICATION DU DOSSIER PATIENT RATTACHÉES AU COMPTE RENDU ANATOMOPATHOLOGIQUE

Établissement autorisé où a été effectué le prélèvement*

Nom de l'établissement et n° FINESS

Identifiant patient (l'établissement autorisé où a été effectué le prélèvement a la responsabilité de fournir ces données au pathologiste)*

Nom de famille (de naissance ou d'adoption)

Prénom

Nom d'usage (par exemple nom d'épouse)

Date de naissance (JJ/MM/AAAA) (en l'absence de date de naissance et par défaut : âge)

Sexe

Identifiant national de santé (INS) du patient s'il existe

Identifiant permanent du patient (IPP) attribué par l'établissement autorisé où a été effectué le prélèvement

Code postal de résidence

Identifiant médecin demandeur (l'établissement autorisé où a été effectué le prélèvement a la responsabilité de fournir ces données au pathologiste)*

Nom du préleveur

Date de prélèvement

COMPTE RENDU ANATOMOPATHOLOGIQUE DONNÉES MINIMALES À RENSEIGNER POUR UNE TUMEUR PRIMITIVE PROSTATE (C61) - BIOPSIES

Identifiant médecin pathologiste

N° de compte rendu

Nom de la structure d'anatomie et cytologie pathologiques et n° FINESS

Signataire du compte rendu

Date de signature du compte rendu

Compte rendu des biopsies

Description des biopsies (sous la responsabilité du préleveur)*

Type de prélèvement

Biopsies prostatiques

Organe/région anatomique

Prostate

Localisation des biopsies dans l'organe

Lobe droit/lobe gauche/apex/base/antérieur/zone de transition/postérolatéral/multifocal/autre

Description histopathologique

Type histologique¹

Adénocarcinome prostatique/adénocarcinome atrophique/adénocarcinome ductal/carcinome neuro-endocrine/carcinome à cellules spumeuses/carcinome mucineux/carcinome basaloïde/autre/

Grade histopronostique¹

Score de Gleason

Extension tumorale

Nombre de biopsies positives/siège des biopsies positives (si indiqué *)/évaluation de l'envahissement (qualitatif/semi-quantitatif)

Engainement péri-nerveux : oui/non

Extension au tissu péri-prostatique : oui/non (si tissu péri-prostatique observé)

Notes

■ * Le pathologiste ne peut renseigner ces données que si elles lui ont été transmises.

■ Un «/» dans le texte équivaut à « ou ».

■ ¹ Selon la classification OMS en vigueur. En son absence, la classification utilisée est à préciser.

15. Prostate - pièces opératoires

DONNÉES D'IDENTIFICATION DU DOSSIER PATIENT RATTACHÉES AU COMPTE RENDU ANATOMOPATHOLOGIQUE

Établissement autorisé où a été effectué le prélèvement*

Nom de l'établissement et n° FINESS

Identifiant patient (l'établissement autorisé où a été effectué le prélèvement a la responsabilité de fournir ces données au pathologiste)*

Nom de famille (de naissance ou d'adoption)

Prénom

Nom d'usage (par exemple nom d'épouse)

Date de naissance (JJ/MM/AAAA) (en l'absence de date de naissance et par défaut : âge)

Sexe

Identifiant national de santé (INS) du patient s'il existe

Identifiant permanent du patient (IPP) attribué par l'établissement autorisé où a été effectué le prélèvement

Code postal de résidence

Identifiant médecin demandeur (l'établissement autorisé où a été effectué le prélèvement a la responsabilité de fournir ces données au pathologiste)*

Nom du préleveur

Date de prélèvement

COMPTE RENDU ANATOMOPATHOLOGIQUE DONNÉES MINIMALES À RENSEIGNER POUR UNE TUMEUR PRIMITIVE PROSTATE (C61) - PIÈCES OPÉRATOIRES

Identifiant médecin pathologiste

N° de compte rendu

Nom de la structure d'anatomie et cytologie pathologiques et n° FINESS

Signataire du compte rendu

Date de signature du compte rendu

Compte rendu de la pièce opératoire

Description de la pièce opératoire (sous la responsabilité du préleveur)*

Type de prélèvement

Prostatectomie radicale/cysto-prostatectomie/autre

Organe/région anatomique

Prostate

Localisation de la/des tumeur(s) dans l'organe

Latéralité : lobe droit/lobe gauche/bilatéral

Topographie : apex/base/antérieur/postérolatéral/multifocal/autre

Description histopathologique

Type histologique¹

Adénocarcinome prostatique/adénocarcinome atrophique/adénocarcinome ductal/carcinome neuro-endocrine/carcinome à cellules spumeuses/carcinome mucineux/carcinome basaloïde/autre

Absence de tumeur résiduelle (si traitement antérieur)

Grade histopronostique¹

Score de Gleason

Extension tumorale

Limites chirurgicales : négatives/douteuses/positives/en tissu prostatique sain (si positives : préciser)

Critères permettant de déterminer le pT/pN

Critères relatifs à la tumeur :

Degré d'infiltration de la prostate (< ½ lobe/> ½ lobe/des deux lobes)

État de l'envahissement péri-prostatique et des organes adjacents

Critères relatifs aux ganglions :

État des ganglions régionaux (si communiqués)

pT/pN²

Notes

* Le pathologiste ne peut renseigner ces données que si elles lui ont été transmises.

Un «/» dans le texte équivaut à « ou ».

¹ Selon la classification OMS en vigueur. En son absence, la classification utilisée est à préciser.

² L'année de la classification UICC utilisée est mentionnée dans le texte à la suite du pTNM.

16. Testicule

DONNÉES D'IDENTIFICATION DU DOSSIER PATIENT RATTACHÉES AU COMPTE RENDU ANATOMOPATHOLOGIQUE

Établissement autorisé où a été effectué le prélèvement*

Nom de l'établissement et n° FINESS

Identifiant patient (l'établissement autorisé où a été effectué le prélèvement a la responsabilité de fournir ces données au pathologiste)*

Nom de famille (de naissance ou d'adoption)

Prénom

Nom d'usage (par exemple nom d'épouse)

Date de naissance (JJ/MM/AAAA) (en l'absence de date de naissance et par défaut : âge)

Sexe

Identifiant national de santé (INS) du patient s'il existe

Identifiant permanent du patient (IPP) attribué par l'établissement autorisé où a été effectué le prélèvement

Code postal de résidence

Identifiant médecin demandeur (l'établissement autorisé où a été effectué le prélèvement a la responsabilité de fournir ces données au pathologiste)*

Nom du préleveur

Date de prélèvement

COMPTE RENDU ANATOMOPATHOLOGIQUE DONNÉES MINIMALES À RENSEIGNER POUR UNE TUMEUR PRIMITIVE TESTICULE (C 62) - PIÈCES OPÉRATOIRES

Identifiant médecin pathologiste

N° de compte rendu

Nom de la structure d'anatomie et cytologie pathologiques et n° FINESS

Signataire du compte rendu

Date de signature du compte rendu

Compte rendu de la pièce opératoire

Description de la pièce opératoire (sous la responsabilité du préleveur)*

Type de prélèvement

Orchidectomie totale/tumorectomie/autre

Organe/région anatomique

Testicule

Côté*

Droit/Gauche

Localisation de la/des tumeur(s) dans l'organe :

Description histopathologique¹

Type histologique

Tumeur cicatricielle (« burn out germ cell tumor »)

Séminome pur/tératome/carcinome embryonnaire/tumeur vitelline/choriocarcinome/tumeur germinale mixte/néoplasie germinale intratubulaire/autre

Grade histopronostique

Non défini

Extension tumorale

Limite chirurgicale de résection sur le cordon : négative/positive

Envahissement de la vaginale testiculaire, du cordon et du scrotum.

Autres facteurs pronostiques et prédictifs

Emboles vasculaires : non/oui

Critères permettant de déterminer le pT/pN

Critères relatifs à la tumeur :

Emboles vasculaires

État de l'envahissement de la vaginale testiculaire, du cordon et du scrotum

Critères relatifs aux ganglions :

État des ganglions régionaux (si communiqués)*

Nombre de ganglions envahis/nombre de ganglions examinés

pT/pN²

Notes

* Le pathologiste ne peut renseigner ces données que si elles lui ont été transmises.

Un «/» dans le texte équivaut à « ou ».

¹ Selon la classification OMS en vigueur. En son absence, la classification utilisée est à préciser.

² L'année de la classification UICC utilisée est mentionnée dans le texte à la suite du pTNM.

17. Rein

DONNÉES D'IDENTIFICATION DU DOSSIER PATIENT RATTACHÉES AU COMPTE RENDU ANATOMOPATHOLOGIQUE

Établissement autorisé où a été effectué le prélèvement*

Nom de l'établissement et n° FINESS

Identifiant patient (l'établissement autorisé où a été effectué le prélèvement a la responsabilité de fournir ces données au pathologiste)*

Nom de famille (de naissance ou d'adoption)

Prénom

Nom d'usage (par exemple nom d'épouse)

Date de naissance (JJ/MM/AAAA) (en l'absence de date de naissance et par défaut : âge)

Sexe

Identifiant national de santé (INS) du patient s'il existe

Identifiant permanent du patient (IPP) attribué par l'établissement autorisé où a été effectué le prélèvement

Code postal de résidence

Identifiant médecin demandeur (l'établissement autorisé où a été effectué le prélèvement a la responsabilité de fournir ces données au pathologiste)*

Nom du préleveur

Date de prélèvement

COMPTE RENDU ANATOMOPATHOLOGIQUE DONNÉES MINIMALES À RENSEIGNER POUR UNE TUMEUR PRIMITIVE REIN (C64) - PIÈCES OPÉRATOIRES

Identifiant médecin pathologiste

N° de compte rendu

Nom de la structure d'anatomie et cytologie pathologiques et n° FINESS

Signataire du compte rendu

Date de signature du compte rendu

Compte rendu de la pièce opératoire

Description de la pièce opératoire (sous la responsabilité du préleveur)*

Type de prélèvement

Néphrectomie élargie/néphrectomie partielle/tumorectomie/autre

Organe/région anatomique

Rein

Côté

Droit/gauche

Localisation de la/des tumeur(s) dans l'organe

Pôle supérieur/pôle inférieur/centro-hilaire/pan-rénal/autre

Description histopathologique

Type histologique¹

Carcinome à cellules rénales claires/carcinome tubulo-papillaire de type 1/carcinome tubulo-papillaire de type 2/carcinome à cellules rénales chromophobes/carcinome des tubes collecteurs de Bellini/carcinome médullaire/autre

Grade histopronostique¹

Grade de Fuhrman

Extension tumorale

Extension extra-rénale : oui/non

Si oui, préciser si possible : graisse péri-rénale/graisse sinusale/Fascia de Gérota/autre

Voie excrétrice : saine/envahie

Surrénale : présente ou absente/saine/envahie par contiguïté/envahie par métastase

Limites chirurgicales : saines/envahies

Thrombus tumoral dans une section veineuse : oui/non

Si oui, préciser : veine rénale/veine cave sous-diaphragmatique/veine cave sus-diaphragmatique

Autres facteurs pronostiques et/ou prédictifs

Emboles vasculaires : non/oui

Critères permettant de déterminer le pT/pN

Critères relatifs à la tumeur :

Taille de la tumeur maligne la plus volumineuse

État de l'extension tumorale

Critères relatifs aux ganglions :

Ganglions régionaux : nombre de ganglions envahis (si prélevés)

pT/pN²

Notes

* Le pathologiste ne peut renseigner ces données que si elles lui ont été transmises.

Un «/» dans le texte équivaut à « ou ».

¹ Selon la classification OMS en vigueur. En son absence, la classification utilisée est à préciser.

² L'année de la classification UICC utilisée est mentionnée dans le texte à la suite du pTNM.

18. Vessie

DONNÉES D'IDENTIFICATION DU DOSSIER PATIENT RATTACHÉES AU COMPTE RENDU ANATOMOPATHOLOGIQUE

Établissement autorisé où a été effectué le prélèvement*

Nom de l'établissement et n° FINESS

Identifiant patient (l'établissement autorisé où a été effectué le prélèvement a la responsabilité de fournir ces données au pathologiste)*

Nom de famille (de naissance ou d'adoption)

Prénom

Nom d'usage (par exemple nom d'épouse)

Date de naissance (JJ/MM/AAAA) (en l'absence de date de naissance et par défaut : âge)

Sexe

Identifiant national de santé (INS) du patient s'il existe

Identifiant permanent du patient (IPP) attribué par l'établissement autorisé où a été effectué le prélèvement

Code postal de résidence

Identifiant médecin demandeur (l'établissement autorisé où a été effectué le prélèvement a la responsabilité de fournir ces données au pathologiste)*

Nom du préleveur

Date de prélèvement

COMPTE RENDU ANATOMOPATHOLOGIQUE DONNÉES MINIMALES À RENSEIGNER POUR UNE TUMEUR PRIMITIVE VESSIE (C67) - PIÈCES OPÉRATOIRES

Identifiant médecin pathologiste

N° de compte rendu

Nom de la structure d'anatomie et cytologie pathologiques et n° FINESS

Signataire du compte rendu

Date de signature du compte rendu

Compte rendu de la pièce opératoire

Description de la pièce opératoire (sous la responsabilité du préleveur)*

Type de prélèvement

Cysto-prostatectomie/cystectomie totale/cystectomie partielle/pelvectomie antérieure/autre

Organe/région anatomique

Vessie

Localisation de la/des tumeur(s) dans l'organe :

Col/trigone/face postérieure/face antérieure/face latérale droite/face latérale gauche/dôme/autre

Description histopathologique¹

Type histologique

Pas de tumeur résiduelle

Pour les tumeurs urothéliales : type selon classification OMS 2004 Carcinome à petites cellules/autre

Grade histopronostique

Pour les carcinomes urothéliaux : bas grade, haut grade selon classification OMS 2004

Extension tumorale

État des limites chirurgicales de résection : urètre/uretère gauche/uretère droit/périvésicales/autres

Autres facteurs pronostiques et prédictifs

Emboles vasculaires : non/oui

Critères permettant de déterminer le pT/pN

Critères relatifs à la tumeur :

Degré d'infiltration de la paroi vésicale, du tissu périvésical et des organes adjacents

Extension extra-vésicale :

- Uretere droit/uretere gauche/urètre
- Organes de voisinage : prostate/vésicule séminale droite/vésicule séminale gauche/utérus/vagin/paroi pelvienne ou abdominale/autre

Critères relatifs aux ganglions :

Nombre de ganglions envahis/nombre de ganglions examinés/taille du (des) ganglion(s) envahi(s)

pT/pN²

Notes

* Le pathologiste ne peut renseigner ces données que si elles lui ont été transmises.

Un «/» dans le texte équivaut à « ou ».

¹ Selon la classification OMS en vigueur. En son absence, la classification utilisée est à préciser.

² L'année de la classification UICC utilisée est mentionnée dans le texte à la suite du pTNM.

MÉLANOMES CUTANÉS

19. Mélanome cutané

DONNÉES D'IDENTIFICATION DU DOSSIER PATIENT RATTACHÉES AU COMPTE RENDU ANATOMOPATHOLOGIQUE

Établissement autorisé où a été effectué le prélèvement*

Nom de l'établissement et n° FINESS

Identifiant patient (l'établissement autorisé où a été effectué le prélèvement a la responsabilité de fournir ces données au pathologiste)*

Nom de famille (de naissance ou d'adoption)

Prénom

Nom d'usage (par exemple nom d'épouse)

Date de naissance (JJ/MM/AAAA) (en l'absence de date de naissance et par défaut : âge)

Sexe

Identifiant national de santé (INS) du patient s'il existe

Identifiant permanent du patient (IPP) attribué par l'établissement autorisé où a été effectué le prélèvement

Code postal de résidence

Identifiant médecin demandeur (l'établissement autorisé où a été effectué le prélèvement a la responsabilité de fournir ces données au pathologiste)*

Nom du préleveur

Date de prélèvement

COMPTE RENDU ANATOMOPATHOLOGIQUE DONNÉES MINIMALES À RENSEIGNER POUR UNE TUMEUR PRIMITIVE MÉLANOME CUTANÉ (C43) - PIÈCES OPÉRATOIRES

Identifiant médecin pathologiste

N° de compte rendu

Nom de la structure d'anatomie et cytologie pathologiques et n° FINESS

Signataire du compte rendu

Date de signature du compte rendu

Compte rendu pièce opératoire

Description de la pièce opératoire (sous la responsabilité du préleveur)*

Type de prélèvement

Biopsie/exérèse/amputation

Organe/région anatomique

Peau

Côté

Droit/gauche/ médian

Localisation de la/des tumeur(s) dans l'organe

Siège

Description histopathologique

Type histologique¹

Mélanome à extension superficielle (SSM)/mélanome de Dubreuilh (LMM)/mélanome acral lentigineux (ALM)/mélanome nodulaire (NM)/inclassable/autre

Grade histopronostique (de différenciation)

Non reconnu

Extension tumorale

Exérèse du mélanome complète :

- Oui
- Non : latéralement/en profondeur/latéralement et en profondeur

Autres facteurs pronostiques et/ou prédictifs

Épaisseur en mm (Breslow) (si mélanome *in situ*, répondre 0 et préciser si présence de stigmates de régression dermiques)

Ulcération : oui/non

Index mitotique : nombre de mitoses/ mm²

Critères permettant de déterminer le pT/pN²

pT : épaisseur (Breslow), ulcération, index mitotique

pN : nombre de ganglions envahis (si communiqués), métastases cutanées en transit

pT/pN²

Optionnel

Notes

* Le pathologiste ne peut renseigner ces données que si elles lui ont été transmises.

Un «/» dans le texte équivaut à « ou ».

¹ Selon la classification OMS en vigueur. En son absence, la classification utilisée est à préciser.

² L'année de la classification UICC utilisée est mentionnée dans le texte à la suite du pTNM.

CANCERS DE LA THYROÏDE

20. Cancer de la thyroïde

DONNÉES D'IDENTIFICATION DU DOSSIER PATIENT RATTACHÉES AU COMPTE RENDU ANATOMOPATHOLOGIQUE

Établissement autorisé où a été effectué le prélèvement*

Nom de l'établissement et n° FINESS

Identifiant patient (l'établissement autorisé où a été effectué le prélèvement a la responsabilité de fournir ces données au pathologiste)*

Nom de famille (de naissance ou d'adoption)

Prénom

Nom d'usage (par exemple nom d'épouse)

Date de naissance (JJ/MM/AAAA) (en l'absence de date de naissance et par défaut : âge)

Sexe

Identifiant national de santé (INS) du patient s'il existe

Identifiant permanent du patient (IPP) attribué par l'établissement autorisé où a été effectué le prélèvement

Code postal de résidence

Identifiant médecin demandeur (l'établissement autorisé où a été effectué le prélèvement a la responsabilité de fournir ces données au pathologiste)*

Nom du préleveur

Date de prélèvement

COMPTE RENDU ANATOMOPATHOLOGIQUE DONNÉES MINIMALES À RENSEIGNER POUR UNE TUMEUR PRIMITIVE THYRÔÏDE (C73) - PIÈCES OPÉRATOIRES

Identifiant médecin pathologiste

N° de compte rendu

Nom de la structure d'anatomie et cytologie pathologiques et n° FINESS

Signataire du compte rendu

Date de signature du compte rendu

Compte rendu de la pièce opératoire

Description de la pièce opératoire (sous la responsabilité du préleveur)*

Type de prélèvement

Lobectomie, lobectomie partielle, lobo-isthmectomie, thyroïdectomie totale ou subtotale, isthmectomie, biopsie, autre

Organe/région anatomique

Thyroïde

Localisation de la/des tumeur(s) dans l'organe

Droit/gauche/isthme/plurifocal/autre

Description histopathologique

Type histologique¹

Carcinome vésiculaire/carcinome papillaire/carcinome peu différencié et/ou insulaire/carcinome médullaire/carcinome anaplasique/autre

Grade histopronostique¹

Non utilisé

Extension tumorale

État de la capsule de la lésion si présente

Emboles vasculaires

Autres facteurs pronostiques et prédictifs

Critères permettant de déterminer le pT/pN

Critères relatifs à la tumeur :

Taille de la tumeur

Multifocalité

Extension extra-thyroïdienne

Critères relatifs aux ganglions :

- Nombre et localisation des ganglions régionaux envahis

pT/pN²

Notes

* Le pathologiste ne peut renseigner ces données que si elles lui ont été transmises.

Un «/» dans le texte équivaut à « ou ».

¹ Selon la classification OMS en vigueur. En son absence, la classification utilisée est à préciser.

² L'année de la classification UICC utilisée est mentionnée dans le texte à la suite du pTNM.

CANCERS DES VOIES AÉRODIGESTIVES SUPÉRIEURES

21. Lèvres, cavité buccale, oropharynx

DONNÉES D'IDENTIFICATION DU DOSSIER PATIENT RATTACHÉES AU COMPTE RENDU ANATOMOPATHOLOGIQUE

Établissement autorisé où a été effectué le prélèvement*

Nom de l'établissement et n° FINESS

Identifiant patient (l'établissement autorisé où a été effectué le prélèvement a la responsabilité de fournir ces données au pathologiste)*

Nom de famille (de naissance ou d'adoption)

Prénom

Nom d'usage (par exemple nom d'épouse)

Date de naissance (JJ/MM/AAAA) (en l'absence de date de naissance et par défaut : âge)

Sexe

Identifiant national de santé (INS) du patient s'il existe

Identifiant permanent du patient (IPP) attribué par l'établissement autorisé où a été effectué le prélèvement

Code postal de résidence

Identifiant médecin demandeur (l'établissement autorisé où a été effectué le prélèvement a la responsabilité de fournir ces données au pathologiste)*

Nom du préleveur

Date de prélèvement

COMPTE RENDU ANATOMOPATHOLOGIQUE DONNÉES MINIMALES À RENSEIGNER POUR UNE TUMEUR PRIMITIVE LÈVRES - CAVITÉ BUCCALE - OROPHARYNX (C00, C06, C10) - PIÈCES OPÉRATOIRES

Identifiant médecin pathologiste

N° de compte rendu

Nom de la structure d'anatomie et cytologie pathologiques et n° FINESS

Signataire du compte rendu

Date de signature du compte rendu

Compte rendu de la pièce opératoire

Description de la pièce opératoire (sous la responsabilité du préleveur)*

Type de prélèvement

Glossectomie subtotale/glossectomie

partielle/hémiglossectomie/basiglossectomie/pelviglossectomie/pelvectomie/mandibulectomie +/- bucco-pharyngectomie transmandibulaire/oropharyngectomie/autre

Organe/région anatomique

Lèvre/cavité buccale/oropharynx

Localisation de la/des tumeur(s) dans l'organe

Préciser le côté si besoin, le caractère médian ou l'atteinte de la ligne médiane

Description histopathologique¹

Type histologique

Absence de reliquat tumoral (après traitement néoadjuvant)

Carcinome *in situ*/carcinome épidermoïde/carcinome verruqueux/carcinome épidermoïde basaloïde/carcinome à cellules fusiformes/carcinome adénoquameux/carcinome de type salivaire (préciser)/autre

Grade histopronostique

Pour les carcinomes épidermoïdes : bien différencié/moyennement différencié/peu différencié
Pour les autres tumeurs malignes : grading en fonction du type tumoral (préciser le système de grading utilisé s'il en existe plusieurs)

Extension tumorale

État des limites de résection chirurgicales : saines/envahies/ impossible à déterminer (prélèvement ou pièce fragmentées, marges coagulées)

Si saines : marge en mm

Si envahies : carcinome *in situ*/carcinome invasif

Autres facteurs pronostiques et prédictifs

Emboles vasculaires : non/oui

Infiltration péri-nerveuse : non/oui

Critères permettant de déterminer le pT/pN**Critères relatifs à la tumeur :**

Taille de la tumeur

Envahissement :

- **Lèvre** : corticale osseuse/nerf alvéolaire inférieur/plancher de la bouche/peau/autre
- **Cavité buccale** : corticale osseuse/muscles profonds extrinsèques de la langue/sinus maxillaire/peau du visage/autre
- **Oropharynx** : larynx/muscles profonds extrinsèques de la langue/palais osseux/mandibule/autre

Critères relatifs aux ganglions :

- Localisation des groupes ganglionnaires examinés et leur latéralité*

- Pour chaque groupe examiné :

Nombre de ganglions examinés

Nombre de ganglion(s) avec métastase

Taille de la plus grande métastase ou masse tumorale

Présence / absence de franchissement de la capsule d'un (ou plusieurs) ganglion(s)

pT/pN²

Notes

■ * Le pathologiste ne peut renseigner ces données que si elles lui ont été transmises.

■ Un «/» dans le texte équivaut à « ou ».

■ ¹ Selon la classification OMS en vigueur. En son absence, la classification utilisée est à préciser.

■ ² L'année de la classification UICC utilisée est mentionnée dans le texte **à la suite du pTNM**.

22. Nasopharynx- pièces opératoires

DONNÉES D'IDENTIFICATION DU DOSSIER PATIENT RATTACHÉES AU COMPTE RENDU ANATOMOPATHOLOGIQUE

Établissement autorisé où a été effectué le prélèvement*

Nom de l'établissement et n° FINESS

Identifiant patient (l'établissement autorisé où a été effectué le prélèvement a la responsabilité de fournir ces données au pathologiste)*

Nom de famille (de naissance ou d'adoption)

Prénom

Nom d'usage (par exemple nom d'épouse)

Date de naissance (JJ/MM/AAAA) (en l'absence de date de naissance et par défaut : âge)

Sexe

Identifiant national de santé (INS) du patient s'il existe

Identifiant permanent du patient (IPP) attribué par l'établissement autorisé où a été effectué le prélèvement

Code postal de résidence

Identifiant médecin demandeur (l'établissement autorisé où a été effectué le prélèvement a la responsabilité de fournir ces données au pathologiste)*

Nom du préleveur

Date de prélèvement

COMPTE RENDU ANATOMOPATHOLOGIQUE DONNÉES MINIMALES A RENSEIGNER POUR UNE TUMEUR PRIMITIVE NASOPHARYNX (C11.0 A C11.3) - PIECE OPERATOIRE

Identifiant médecin pathologiste

N° de compte rendu

Nom de la structure d'anatomie et cytologie pathologiques et n° FINESS

Signataire du compte rendu

Date de signature du compte rendu

Compte rendu de la pièce opératoire

Description de la pièce opératoire (sous la responsabilité du préleveur)*

Type de prélèvement

Pièce d'exérèse (monobloc / fragmentée)

Organe/région anatomique

Nasopharynx

Localisation de la/des tumeur(s) dans l'organe :

Paroi supérieure/paroi postérieure/paroi latérale/paroi inférieure/autre

Description histopathologique¹

Type histologique

Absence de reliquat tumoral (après traitement néo-adjuvant)

Carcinome nasopharyngé-non kératinisant différencié / carcinome nasopharyngé non kératinisant indifférencié (ex UCNT) /carcinome nasopharyngé (épidermoïde) kératinisant / carcinome épidermoïde basaloïde/carcinome de type salivaire/ adénocarcinome de type non salivaire/autre

Grade histopronostique¹

Pour les carcinomes épidermoïdes : bien différencié/moyennement différencié/peu différencié

Pour les autres tumeurs malignes : grading en fonction du type tumoral (préciser le système de grading utilisé s'il en existe plusieurs)

Extension tumorale

État des limites de résection chirurgicales : saines/envahies / impossible à déterminer (prélèvement ou pièce fragmentés, marges coagulées)

Autres facteurs pronostiques et prédictifs

Emboles vasculaires : non/oui

Infiltration péri-nerveuse : non/oui

Critères permettant de déterminer le pT/pN

Critères relatifs à la tumeur :

Taille de la tumeur

Extension à : l'oropharynx / la cavité nasale / l'espace parapharyngé* / l'os de la base du crâne ou des sinus

Extension à : l'endocrâne / les nerfs crâniens / l'hypopharynx / l'orbite / l'espace masticateur ou infratemporal

Critères relatifs aux ganglions :

- Localisation des groupes ganglionnaires examinés et leur latéralité*

- Pour chaque groupe examiné :

Nombre de ganglions examinés

Nombre de ganglion(s) avec métastase

Taille de la plus grande métastase ou masse tumorale

Présence / absence de franchissement de la capsule d'un (ou plusieurs) ganglion(s)

pN²

pT optionnel ³

Notes

* Le pathologiste ne peut renseigner ces données que si elles lui ont été transmises.

Un «/» dans le texte équivaut à « ou ».

¹ Selon la classification OMS en vigueur. En son absence, la classification utilisée est à préciser.

² L'année de la classification UICC utilisée est mentionnée dans le texte à la suite du pTNM.

³ La détermination de l'item T du TNM nécessite la prise en compte de données cliniques et / ou de l'imagerie qui ne sont pas toujours à la disposition de l'anatomopathologiste.

23. Nasopharynx - biopsies

DONNÉES D'IDENTIFICATION DU DOSSIER PATIENT RATTACHÉES AU COMPTE RENDU ANATOMOPATHOLOGIQUE

Établissement autorisé où a été effectué le prélèvement*

Nom de l'établissement et n° FINESS

Identifiant patient (l'établissement autorisé où a été effectué le prélèvement a la responsabilité de fournir ces données au pathologiste)*

Nom de famille (de naissance ou d'adoption)

Prénom

Nom d'usage (par exemple nom d'épouse)

Date de naissance (JJ/MM/AAAA) (en l'absence de date de naissance et par défaut : âge)

Sexe

Identifiant national de santé (INS) du patient s'il existe

Identifiant permanent du patient (IPP) attribué par l'établissement autorisé où a été effectué le prélèvement

Code postal de résidence

Identifiant médecin demandeur (l'établissement autorisé où a été effectué le prélèvement a la responsabilité de fournir ces données au pathologiste)*

Nom du préleveur

Date de prélèvement

COMPTE RENDU ANATOMOPATHOLOGIQUE DONNÉES MINIMALES A RENSEIGNER POUR UNE TUMEUR PRIMITIVE NASOPHARYNX (C11.0 A C11.3) - BIOPSIE

Identifiant médecin pathologiste

N° de compte rendu

Nom de la structure d'anatomie et cytologie pathologiques et n° FINESS

Signataire du compte rendu

Date de signature du compte rendu

Compte rendu de la pièce opératoire

Description de la pièce opératoire (sous la responsabilité du préleveur)*

Type de prélèvement

Biopsie de nasopharynx

Organe/région anatomique

Nasopharynx

Localisation de la/des tumeur(s) dans l'organe :

Paroi supérieure/paroi postérieure/paroi latérale/paroi inférieure/autre

Description histopathologique¹

Type histologique

Absence de reliquat tumoral (après traitement néo-adjuvant)

Carcinome nasopharyngé-non kératinisant différencié / carcinome nasopharyngé non kératinisant indifférencié (ex UCNT) / carcinome nasopharyngé (épidermoïde) kératinisant / carcinome épidermoïde basaloïde/carcinome de type salivaire/ adénocarcinome de type non salivaire/autre

Grade histopronostique¹

Pour les carcinomes épidermoïdes : bien différencié/moyennement différencié/peu différencié

Pour les autres tumeurs malignes : grading en fonction du type tumoral (préciser le système de grading utilisé s'il en existe plusieurs)

Autres facteurs pronostiques et prédictifs

Emboles vasculaires : non/oui

Infiltration péri-nerveuse : non/oui

Notes

- * Le pathologiste ne peut renseigner ces données que si elles lui ont été transmises.
- Un «/» dans le texte équivaut à « ou ».
- ¹ Selon la classification OMS en vigueur. En son absence, la classification utilisée est à préciser.

24. Hypopharynx

DONNÉES D'IDENTIFICATION DU DOSSIER PATIENT RATTACHÉES AU COMPTE RENDU ANATOMOPATHOLOGIQUE

Établissement autorisé où a été effectué le prélèvement*

Nom de l'établissement et n° FINESS

Identifiant patient (l'établissement autorisé où a été effectué le prélèvement a la responsabilité de fournir ces données au pathologiste)*

Nom de famille (de naissance ou d'adoption)

Prénom

Nom d'usage (par exemple nom d'épouse)

Date de naissance (JJ/MM/AAAA) (en l'absence de date de naissance et par défaut : âge)

Sexe

Identifiant national de santé (INS) du patient s'il existe

Identifiant permanent du patient (IPP) attribué par l'établissement autorisé où a été effectué le prélèvement

Code postal de résidence

Identifiant médecin demandeur (l'établissement autorisé où a été effectué le prélèvement a la responsabilité de fournir ces données au pathologiste)*

Nom du préleveur

Date de prélèvement

COMPTE RENDU ANATOMOPATHOLOGIQUE DONNÉES MINIMALES À RENSEIGNER POUR UNE TUMEUR PRIMITIVE HYPOPHARYNX (C13) - PIÈCES OPÉRATOIRES

Identifiant médecin pathologiste

N° de compte rendu

Nom de la structure d'anatomie et cytologie pathologiques et n° FINESS

Signataire du compte rendu

Date de signature du compte rendu

Compte rendu de la pièce opératoire

Description de la pièce opératoire (sous la responsabilité du préleveur)*

Type de prélèvement

Pharyngectomie partielle/hémipharyngolaryngectomie/laryngectomie totale+pharyngectomie partielle/laryngectomie totale+pharyngectomie totale/autre

Organe/région anatomique

Hypopharynx

Localisation de la/des tumeur(s) dans l'organe : 3 sous-localisations

Région rétrocricoïdienne, sinus piriforme, paroi postérieure du pharynx

Préciser le côté si besoin, le caractère médian ou l'atteinte de la ligne médiane

Description histopathologique¹

Type histologique

Absence de reliquat tumoral (après traitement néoadjuvant

Carcinome *in situ*/carcinome épidermoïde/carcinome verruqueux/carcinome épidermoïde basaloïde/carcinome à cellules fusiformes/carcinome adénosquameux/carcinome lympho-épithélial/carcinome de type salivaire (préciser)/autre

Grade histopronostique

Pour les carcinomes épidermoïdes : bien différencié/moyennement différencié/peu différencié

Pour les autres tumeurs malignes : grading en fonction du type tumoral (préciser le système de grading utilisé s'il en existe plusieurs)

Extension tumorale

État des limites de résection chirurgicales : saines/envahies/ impossible à déterminer (prélèvement ou pièce fragmentée, marges coagulées)

Si envahies : carcinome *in situ*/carcinome invasif (pour carcinome épidermoïde)

Autres facteurs pronostiques et prédictifs

Emboles vasculaires : non/oui

Infiltration péri-nerveuse : non/oui

Critères permettant de déterminer le pT/pN**Critères relatifs à la tumeur :**

Taille de la tumeur

Atteinte d'une ou plusieurs sous-localisations de l'hypopharynx : région rétro-cricoidienne, sinus piriforme, paroi postérieure du pharynx

Atteinte du cartilage thyroïde/du cartilage cricoïde/de l'os hyoïde/de la glande thyroïde/de l'œsophage/du tissu mou du compartiment central/autre

Critères relatifs aux ganglions :

- Localisation des groupes ganglionnaires examinés et leur latéralité*

- Pour chaque groupe examiné :

Nombre de ganglions examinés

Nombre de ganglion(s) avec métastase

Taille de la plus grande métastase ou masse tumorale

Présence / absence de franchissement de la capsule d'un (ou plusieurs) ganglion(s)

pN²

pT optionnel ³

Notes

* Le pathologiste ne peut renseigner ces données que si elles lui ont été transmises.

Un «/» dans le texte équivaut à « ou ».

¹ Selon la classification OMS en vigueur. En son absence, la classification utilisée est à préciser.

² L'année de la classification UICC utilisée est mentionnée dans le texte à la suite du pTNM.

³ La détermination de l'item T du TNM nécessite la prise en compte de données cliniques et / ou de l'imagerie qui ne sont pas toujours à la disposition de l'anatomopathologiste.

25. Glandes salivaires

DONNÉES D'IDENTIFICATION DU DOSSIER PATIENT RATTACHÉES AU COMPTE RENDU ANATOMOPATHOLOGIQUE

Établissement autorisé où a été effectué le prélèvement*

Nom de l'établissement et n° FINESS

Identifiant patient (l'établissement autorisé où a été effectué le prélèvement a la responsabilité de fournir ces données au pathologiste)*

Nom de famille (de naissance ou d'adoption)

Prénom

Nom d'usage (par exemple nom d'épouse)

Date de naissance (JJ/MM/AAAA) (en l'absence de date de naissance et par défaut : âge)

Sexe

Identifiant national de santé (INS) du patient s'il existe

Identifiant permanent du patient (IPP) attribué par l'établissement autorisé où a été effectué le prélèvement

Code postal de résidence

Identifiant médecin demandeur (l'établissement autorisé où a été effectué le prélèvement a la responsabilité de fournir ces données au pathologiste)*

Nom du préleveur

Date de prélèvement

COMPTE RENDU ANATOMOPATHOLOGIQUE DONNÉES MINIMALES À RENSEIGNER POUR UNE TUMEUR PRIMITIVE GLANDES SALIVAIRES PRINCIPALES (C07, C08) - PIÈCES OPÉRATOIRES

Identifiant médecin pathologiste

N° de compte rendu

Nom de la structure d'anatomie et cytologie pathologiques et n° FINESS

Signataire du compte rendu

Date de signature du compte rendu

Compte rendu de la pièce opératoire

Description de la pièce opératoire (sous la responsabilité du préleveur)*

Type de prélèvement

Parotidectomie superficielle/ parotidectomie partielle /parotidectomie totale/sous-maxillectomie/autre (préciser localisation)

Organe/région anatomique

Parotide/sous-maxillaire/glande sublinguale/glandes salivaires accessoires

Côté*

Droit/gauche

Localisation de la/des tumeur(s) dans l'organe :

Description histopathologique¹

Type histologique

Carcinome muco-épidermoïde/carcinome à cellules acineuses/carcinome adénoïde kystique/adénocarcinome SAI/adénocarcinome polymorphe de faible malignité/adénocarcinome à cellules basales/carcinome sur adénome pléiomorphe/carcinosarcome/carcinome épithélio-myoépithélial/ carcinome canalaire

salivaire / adénocarcinome papillaire/carcinome oncocytaire/carcinome sébacé/myoépithéliome malin/
carcinome lymphoépithélial/ carcinome indifférencié à grandes cellules/carcinome à petites cellules/autre

Grade histopronostique

Défini selon chaque type tumoral (préciser le système de grading utilisé s'il en existe plusieurs)

Extension tumorale

État des limites de résection chirurgicales : saines/envahies/ impossible à déterminer (prélèvement ou pièce fragmentée, marges coagulées)

Autres facteurs pronostiques et prédictifs

Emboles vasculaires : non/oui

Infiltration péri-nerveuse : non/oui

Critères permettant de déterminer le pT/pN

Critères relatifs à la tumeur :

Taille de la tumeur

Extension extra-parenchymateuse : non/oui

Si oui, préciser extension macroscopique et/ou microscopique à : tissu péri-salivaire/peau/mandibule/conduit auditif externe/nerf facial/autre

Critères relatifs aux ganglions :

- Localisation des groupes ganglionnaires examinés et leur latéralité*

- Pour chaque groupe examiné :

Nombre de ganglions examinés

Nombre de ganglion(s) avec métastase

Taille de la plus grande métastase ou masse tumorale

Présence / absence de franchissement de la capsule d'un (ou plusieurs) ganglion(s)

pT/pN²

Notes

* Le pathologiste ne peut renseigner ces données que si elles lui ont été transmises.

Un «/» dans le texte équivaut à « ou ».

¹ Selon la classification OMS en vigueur. En son absence, la classification utilisée est à préciser.

² L'année de la classification UICC utilisée est mentionnée dans le texte à la suite du pTNM.

26. Larynx

DONNÉES D'IDENTIFICATION DU DOSSIER PATIENT RATTACHÉES AU COMPTE RENDU ANATOMOPATHOLOGIQUE

Établissement autorisé où a été effectué le prélèvement*

Nom de l'établissement et n° FINESS

Identifiant patient (l'établissement autorisé où a été effectué le prélèvement a la responsabilité de fournir ces données au pathologiste)*

Nom de famille (de naissance ou d'adoption)

Prénom

Nom d'usage (par exemple nom d'épouse)

Date de naissance (JJ/MM/AAAA) (en l'absence de date de naissance et par défaut : âge)

Sexe

Identifiant national de santé (INS) du patient s'il existe

Identifiant permanent du patient (IPP) attribué par l'établissement autorisé où a été effectué le prélèvement

Code postal de résidence

Identifiant médecin demandeur (l'établissement autorisé où a été effectué le prélèvement a la responsabilité de fournir ces données au pathologiste)*

Nom du préleveur

Date de prélèvement

COMPTE RENDU ANATOMOPATHOLOGIQUE DONNÉES MINIMALES À RENSEIGNER POUR UNE TUMEUR PRIMITIVE LARYNX (C32.9) - PIÈCES OPÉRATOIRES

Identifiant médecin pathologiste

N° de compte rendu

Nom de la structure d'anatomie et cytologie pathologiques et n° FINESS

Signataire du compte rendu

Date de signature du compte rendu

Compte rendu de la pièce opératoire

Description de la pièce opératoire (sous la responsabilité du préleveur)*

Type de prélèvement

Laryngectomie totale/laryngectomie partielle/corpectomie/autre

Organe/région anatomique

Larynx

Localisation de la/des tumeur(s) dans l'organe

Préciser le côté, le caractère bilatéral, le caractère médian ou l'atteinte de la ligne médiane

Étage sus-glottique : épiglote sus hyoïdienne / épiglote sous hyoïdienne / repli(s) ary-

épiglottique(s)/Cartilage(s) aryénoïde(s)/bande(s) ventriculaire(s)/Ventricule(s)

Glotte : corde(s) vocale(s)/commissure antérieure/commissure postérieure

Étage sous-glottique

Description histopathologique¹

Type histologique

Absence de reliquat tumoral (après traitement néo-adjuvant)

Carcinome épidermoïde/carcinome verruqueux/carcinome épidermoïde basaloïde/carcinome à cellules fusiformes/carcinome adénoquameux/carcinome lympho-épithélial/carcinome de type salivaire (préciser)/autre

Grade histopronostique

Pour les carcinomes épidermoïdes : bien différencié/moyennement différencié/peu différencié

Pour les autres tumeurs malignes : grading en fonction du type tumoral (préciser le système de grading utilisé s'il en existe plusieurs)

Extension tumorale

État des limites de résection chirurgicales : saines/envahies

Si saines : marge en mm

Si envahies : carcinome *in situ*/carcinome invasif (pour carcinome épidermoïde)

Autres facteurs pronostiques et prédictifs

Emboles vasculaires : non/oui

Infiltration péri-nerveuse : non/oui

Critères permettant de déterminer le pT/pN

Critères relatifs à la tumeur :

Extension : préciser le ou les côtés atteints si besoin

- Tumeur développée à partir de l'étage sus-glottique : épiglote sus-hyoïdienne/épiglotte sous-hyoïdienne/repli(s) ary-épiglottique(s)/aryténoïde(s)/bande(s) ventriculaire(s)/ventricule(s)/base de la langue/vallécule(s)/paroi interne du (des) sinus piriforme(s)/région rétro-cricoïdienne/région pré-épiglottique/espace para-glottique/érosion du cartilage thyroïde (corticale interne)/autre
- Tumeur développée à partir de la glotte : corde(s) vocale(s)/commissure antérieure/commissure postérieure/autre
- Tumeur développée à partir de l'étage sous-glottique : extension aux cordes vocales
- Items communs aux 3 étages : cartilage thyroïde/cartilage cricoïde/tissus extra-laryngés : trachée, tissus mous du cou, muscles profonds extrinsèques de la langue, glande thyroïde/autre

Critères relatifs aux ganglions :

- Localisation des groupes ganglionnaires examinés et leur latéralité*

- Pour chaque groupe examiné :

Nombre de ganglions examinés

Nombre de ganglion(s) avec métastase

Taille de la plus grande métastase ou masse tumorale

Présence / absence de franchissement de la capsule d'un (ou plusieurs) ganglion(s)

pN²

pT optionnel ³

Notes

* Le pathologiste ne peut renseigner ces données que si elles lui ont été transmises.

Un «/» dans le texte équivaut à « ou ».

¹ Selon la classification OMS en vigueur. En son absence, la classification utilisée est à préciser.

² L'année de la classification UICC utilisée est mentionnée dans le texte à la suite du pTNM.

³ La détermination de l'item T du TNM nécessite la prise en compte de données cliniques et / ou de l'imagerie qui ne sont pas toujours à la disposition de l'anatomopathologiste.

27. Cavité nasale, sinus de la face

DONNÉES D'IDENTIFICATION DU DOSSIER PATIENT RATTACHÉES AU COMPTE RENDU ANATOMOPATHOLOGIQUE

Établissement autorisé où a été effectué le prélèvement*

Nom de l'établissement et n° FINESS

Identifiant patient (l'établissement autorisé où a été effectué le prélèvement a la responsabilité de fournir ces données au pathologiste)*

Nom de famille (de naissance ou d'adoption)

Prénom

Nom d'usage (par exemple nom d'épouse)

Date de naissance (JJ/MM/AAAA) (en l'absence de date de naissance et par défaut : âge)

Sexe

Identifiant national de santé (INS) du patient s'il existe

Identifiant permanent du patient (IPP) attribué par l'établissement autorisé où a été effectué le prélèvement

Code postal de résidence

Identifiant médecin demandeur (l'établissement autorisé où a été effectué le prélèvement a la responsabilité de fournir ces données au pathologiste)*

Nom du préleveur

Date de prélèvement

COMPTE RENDU ANATOMOPATHOLOGIQUE DONNÉES MINIMALES À RENSEIGNER POUR UNE TUMEUR PRIMITIVE CAVITE NASALE - SINUS DE LA FACE (C30.0, C31.0, C31.1) - PIÈCES OPÉRATOIRES

Identifiant médecin pathologiste

N° de compte rendu

Nom de la structure d'anatomie et cytologie pathologiques et n° FINESS

Signataire du compte rendu

Date de signature du compte rendu

Compte rendu de la pièce opératoire

Description de la pièce opératoire (sous la responsabilité du préleveur)*

Type de prélèvement

...

Organe/région anatomique

Cavité nasale / sinus maxillaire / ethmoïde / sinus frontal / sphénoïde

Localisation de la/des tumeur(s) dans l'organe

Préciser le côté si besoin, le caractère médian ou l'atteinte de la ligne médiane

Cavité nasale : vestibule / plancher / paroi latérale / septum

Ethmoïde : droit / gauche

Description histopathologique¹

Type histologique

Absence de reliquat tumoral (après traitement néo-adjuvant)

Carcinome épidermoïde / carcinome verruqueux / carcinome épidermoïde basaloïde / carcinome à cellules fusiformes / carcinome adénoquameux / carcinome lympho-épithélial / adénocarcinome de type intestinal / adénocarcinome non intestinal / carcinome de type salivaire (préciser) / esthesioneuroblastome / carcinome neuroendocrine / carcinome indifférencié naso-sinusal (SNUS) / mélanome / rhabdomyosarcome (préciser) / autre

Grade histopronostique

Pour les carcinomes épidermoïdes : bien différencié/moyennement différencié/peu différencié

Pour les autres tumeurs malignes : grading en fonction du type tumoral (préciser le système de grading utilisé s'il en existe plusieurs)

Extension tumorale

État des limites de résection chirurgicales : saines/envahies / impossible à déterminer (prélèvement ou pièce fragmentés, marges coagulées)

Si envahies : carcinome *in situ*/carcinome invasif (pour le carcinome épidermoïde)

Autres facteurs pronostiques et prédictifs

Emboles vasculaires : non/oui

Infiltration péri-nerveuse : non/oui

Critères permettant de déterminer le pT/pN**Critères relatifs à la tumeur :**

Extension : préciser le ou les côtés atteints si besoin

Cavité nasale et ethmoïde: préciser si extension à plusieurs sites / à l'orbite / au sinus maxillaire / au palais / à la lame criblée / à l'endocrâne / envahissement osseux / compartiment antérieur de l'orbite / apex orbitaire / nasopharynx / clivus

Sinus maxillaire : préciser si érosion ou envahissement osseux (lister) / tissu sous cutané / peau / orbite / apex orbitaire / espace ptérygoidien / fosse infratemporelle / ethmoïde / sphénoïde / sinus frontal / lame criblée / endocrâne / nasopharynx / clivus / nerfs crâniens (lister)

Critères relatifs aux ganglions :

- Localisation des groupes ganglionnaires examinés et leur latéralité*

- Pour chaque groupe examiné :

Nombre de ganglions examinés

Nombre de ganglion(s) avec métastase

Taille de la plus grande métastase ou masse tumorale

Présence / absence de franchissement de la capsule d'un (ou plusieurs) ganglion(s)

pN²

pT optionnel ³

Notes

* Le pathologiste ne peut renseigner ces données que si elles lui ont été transmises.

Un «/» dans le texte équivaut à « ou ».

¹ Selon la classification OMS en vigueur. En son absence, la classification utilisée est à préciser.

² L'année de la classification UICC utilisée est mentionnée dans le texte à la suite du pTNM.

³ La détermination de l'item T du TNM nécessite la prise en compte de données cliniques et / ou de l'imagerie qui ne sont pas toujours à la disposition de l'anatomopathologiste.

CANCERS DU SYSTEME NERVEUX CENTRAL

28. Tumeur gliale infiltrante primitive (adulte)

DONNÉES D'IDENTIFICATION DU DOSSIER PATIENT RATTACHÉES AU COMPTE RENDU ANATOMOPATHOLOGIQUE

Établissement autorisé où a été effectué le prélèvement*

Nom de l'établissement et n° FINESS

Identifiant patient (l'établissement autorisé où a été effectué le prélèvement a la responsabilité de fournir ces données au pathologiste)*

Nom de famille (de naissance ou d'adoption)

Prénom

Nom d'usage (par exemple nom d'épouse)

Date de naissance (JJ/MM/AAAA) (en l'absence de date de naissance et par défaut : âge)

Sexe

Identifiant national de santé (INS) du patient s'il existe

Identifiant permanent du patient (IPP) attribué par l'établissement autorisé où a été effectué le prélèvement

Code postal de résidence

Identifiant médecin demandeur (l'établissement autorisé où a été effectué le prélèvement a la responsabilité de fournir ces données au pathologiste)*

Nom du préleveur

Date de prélèvement

COMPTE RENDU ANATOMOPATHOLOGIQUE DONNÉES MINIMALES À RENSEIGNER POUR UNE TUMEUR GLIALE INFILTRANTE PRIMITIVE DE L'ADULTE SNC (C25) - PIÈCES OPÉRATOIRES

Identifiant médecin pathologiste

N° de compte rendu

Nom de la structure d'anatomie et cytologie pathologiques et n° FINESS

Signataire du compte rendu

Date de signature du compte rendu

Compte rendu de la pièce opératoire

Description de la pièce opératoire (sous la responsabilité du préleveur)*

Type de prélèvement

Biopsie (stéréotaxique/à ciel ouvert) / Résection chirurgicale (macroscopiquement complète / incomplète)

Nature du fixateur : formol, formol tamponné, formol-zinc, bouin, AFA, autre

Organe/région anatomique

SNC : hémisphères / tronc cérébral / cervelet / moëlle

Localisation de la/des tumeur(s) dans l'organe

Si Tumeur hémisphérique, précision de la localisation

Côté : Droit / Gauche / médian

Lobe : Frontal / Pariétal / Temporal / Occipital / Fronto-temporo-insulaire / Autre

Atteinte: superficielle (cortex) / profonde (Noyaux gris centraux / SVZ)

Gliomatose

Antécédents

Si récurrence, préciser si radiothérapie OUI / NON / item non renseigné

Phacomatose : NF1 OUI / NON NF2 OUI / NON / item non renseigné

Description macroscopique

Nature du fixateur : formol, formol tamponné, formol-zinc, AFA, autre...

Nombre de fragments :... Taille : :.....mm (du plus grand fragment) Poids :.....g (si exérèse)

Inclusion en totalité : OUI / NON

Examen extemporané : OUI / NON

Cryopréservation : OUI / NON

Description histopathologique

Absence de tumeur sur les prélèvements examinés : OUI / NON

Tumeur gliale infiltrante primitive

Type histologique¹

Classification OMS

Astrocytome/Oligodendrogliome / Oligoastrocytome / Glioblastome / Glioblastome avec différenciation oligodendrogliale (GBMO) / gliosarcome/ inclassable/ autre...

Classification de Ste Anne (facultatif)

Grade histopronostique¹

Grade OMS: II / III / IV

Critères histopronostiques morphologiques

Mitoses	OUI / NON
Atypies marquées	OUI / NON
Nécrose palissadique	OUI / NON
Nécrose sans palissade	OUI / NON
Vascularisation endocrinoïde	OUI / NON
Prolifération endothéliocapillaire	OUI / NON
Hyperplasie endothéliale	OUI / NON
Aspect en nid d'abeille	OUI / NON
Envahissement sous pial	OUI / NON / Non analysable
Autre contingent : sarcomateux, PNEToïde...	OUI / NON / Préciser
Autres Remarques :	

Autres facteurs pronostiques et prédictifs

IHC

GFAP :	non fait / négatif / Positif	(Pourcentage)	
Olig 2 :	non fait / négatif / Positif	(Pourcentage)	
NF :	non fait / négatif / Positif	(Pourcentage)	
Ki67 :	non fait / négatif / Positif	(Pourcentage)	
P53 :	non fait / négatif / Positif	(Pourcentage)	
EGFR :	non fait / négatif / Positif	(Pourcentage)	score de Hirsch :
Internexine α	non fait / négatif / Positif	(Pourcentage)	
IDH1 R132H	non fait / négatif / Positif	(Pourcentage)	

Biologie Moléculaire

Statut 1p19q connu / non connu / Non informatif

Délétion combinée : OUI / NON

Délétion 1p : partielle / totale

Délétion 19q : partielle / totale

Absence d'anomalie du 1p et/ou du 19q

Statut IDH1/2 connu / non connu

Mutation IDH1 oui / non préciser

Mutation IDH2 oui / non préciser

Statut MGMT connu / non connu méthylé / non méthylé

Amplification EGFR connu / non connu présente / absente

Critères permettant de déterminer le pT/pN

Non relevant

pT/pN

Non relevant

Notes

- * Le pathologiste ne peut renseigner ces données que si elles lui ont été transmises.
- Un «/» dans le texte équivaut à « ou ».
- ¹ Selon la classification OMS en vigueur. En son absence, la classification utilisée est à préciser.

LYMPHOMES

29. Lymphome

DONNÉES D'IDENTIFICATION DU DOSSIER PATIENT RATTACHÉES AU COMPTE RENDU ANATOMOPATHOLOGIQUE

Établissement autorisé où a été effectué le prélèvement*

Nom de l'établissement et n° FINESS

Identifiant patient (l'établissement autorisé où a été effectué le prélèvement a la responsabilité de fournir ces données au pathologiste)*

Nom de famille (de naissance ou d'adoption)

Prénom

Nom d'usage (par exemple nom d'épouse)

Date de naissance (JJ/MM/AAAA) (en l'absence de date de naissance et par défaut : âge)

Sexe

Identifiant national de santé (INS) du patient s'il existe

Identifiant permanent du patient (IPP) attribué par l'établissement autorisé où a été effectué le prélèvement

Code postal de résidence

Identifiant médecin demandeur (l'établissement autorisé où a été effectué le prélèvement a la responsabilité de fournir ces données au pathologiste)*

Nom du préleveur

Date de prélèvement

COMPTE RENDU ANATOMOPATHOLOGIQUE DONNÉES MINIMALES À RENSEIGNER POUR UNE TUMEUR PRIMITIVE LYMPHOME - BIOPSIES ET PIÈCES OPÉRATOIRES

Identifiant médecin pathologiste

N° de compte rendu

Nom de la structure d'anatomie et cytologie pathologiques et n° FINESS

Signataire du compte rendu

Date de signature du compte rendu

Compte rendu de la pièce opératoire

Description de la pièce opératoire (sous la responsabilité du préleveur)*

Type de prélèvement

Biopsie à l'aiguille/Biopsie-exérèse/pièce opératoire

Organe/région anatomique

Ganglion lymphatique/siège non précisé

Ganglion lymphatique/siège précisé

Autre tissu ou organe : Peau, moelle osseuse, rate, thymus, Anneau de Waldeyer, Plaque de Peyer, Muqueuse digestive, foie, poumon, plèvre, gonades, glandes salivaires, Cerveau, annexes oculaires....

Localisation de la/des tumeur(s) dans l'organe

Description histopathologique

Type histologique¹

Néoplasies des précurseurs lymphoïdes : Lymphome (leucémie) lymphoblastique B/ Lymphome (leucémie) lymphoblastique T

Néoplasies lymphoïdes B matures : Leucémie lymphoïde chronique B (lymphome lymphocytaire)/ Leucémie pro-lymphocytaire B/ Lymphome de la zone marginale splénique/ Leucémie à tricholeucocytes/*Lymphome (leucémie) splénique à cellules B non classable*/Lymphome lymphoplasmocytaire/Maladie des Chaînes lourdes Mu, Alpha ou Gamma/ Lymphome de la zone marginale extranodal (lymphome de type MALT)/ Lymphome de la zone marginale ganglionnaire/ *Lymphome de la zone marginale ganglionnaire pédiatrique*/ Lymphome folliculaire/ *Lymphome folliculaire pédiatrique*/Lymphome à cellules du manteau (préciser si variante agressive blastoïde ou pléomorphe) / Lymphome diffus à grandes cellules B, NOS (Not Otherwise Specified)/ Lymphome à grandes cellules B riche en lymphocytes T et histiocytes/Lymphome à grandes cellules B primitif du Système nerveux central/ Lymphome à grandes cellules B cutané primitif, de type jambe/*Lymphome diffus à grandes cellules B du sujet âgé*/ Lymphome à grandes cellules B associé à inflammation chronique/ Granulomatose lymphomatoïde/ Lymphome à grandes cellules B primitif du médiastin (thymique)/ Lymphome à grandes cellules B intravasculaire/ Lymphome à grandes cellules B ALK+ /Lymphome plasmoblastique /Lymphome à grandes cellules B survenant dans les maladies de Castleman multicentrique HHV-8+/ Lymphome à grandes cellules B primitif des séreuses/ Lymphome de Burkitt/Lymphome B non classable avec des aspects intermédiaires entre lymphome de Burkitt et lymphome diffus à grandes cellules B/ Lymphome B non classable avec des aspects intermédiaires entre lymphome diffus à grandes cellules B et lymphome Hodgkinien Classique.

Néoplasies lymphoïdes T matures : Leucémie prolymphocytaire T/Leucémie lymphocytaire T à grains azurophiles (LGL)/*Syndrome lymphoprolifératif chronique à cellules NK*/ Leucémie NK agressive/Syndrome lymphoprolifératif systémique T EBV+ de l'enfant/Lymphome de type Hydroa -vacciniforme / Lymphome/leucémie à lymphocytes T de l'adulte (HTLV1+)/ Lymphome T/NK extra-ganglionnaire, de type nasal /Lymphome T associé à une entéropathie/ Lymphome T hépatosplénique/ Lymphome T sous-cutané de type panniculite/ Lymphome anaplasique à grandes cellules primitif cutané/Papulose lymphomatoïde/ Mycosis fungoides/Syndrome de Sezary/Lymphome primitif cutané Gamma-Delta/*Lymphome T cutané primitif CD8+ cytotoxique épidermotrope agressif*/ *Lymphome T cutané primitif à cellules petites et moyennes CD4+*/ Lymphome T périphérique NOS (Not Otherwise Specified)/Lymphome T angio-immunoblastique/ Lymphome anaplasique à grandes cellules T/NK ALK positif/ *Lymphome anaplasique à grandes cellules T/NK ALK négatif*

Lymphomes Hodgkiniens : Lymphome Hodgkinien à prédominance lymphocytaire nodulaire/lymphome Hodgkinien Classique.

Syndromes lymphoprolifératifs post-transplantation : hyperplasie plasmocytaire/Lymphoprolifération de type mononucléose infectieuse/lymphoprolifération polymorphe / lymphoprolifération monomorphe (B ou T/NK, classification à préciser)/ lymphoprolifération de type lymphome Hodgkinien classique.

Grade histopronostique¹

Non relevant en dehors des lymphomes folliculaires où il faudra préciser le grade 1-2, 3A ou 3B.

Extension tumorale

Non relevant

Autres facteurs pronostiques et prédictifs

Non relevant

Critères permettant de déterminer le pT/pN

Non relevant

pT/pN

Non relevant

Notes

* Le pathologiste ne peut renseigner ces données que si elles lui ont été transmises.

Un «/» dans le texte équivaut à « ou ».

¹ Selon la classification OMS en vigueur. En son absence, la classification utilisée est à préciser.

SARCOMES DES TISSUS MOUS

30. Sarcome des tissus mous

DONNÉES D'IDENTIFICATION DU DOSSIER PATIENT RATTACHÉES AU COMPTE RENDU ANATOMOPATHOLOGIQUE

Établissement autorisé où a été effectué le prélèvement*

Nom de l'établissement et n° FINESS

Identifiant patient (l'établissement autorisé où a été effectué le prélèvement a la responsabilité de fournir ces données au pathologiste)*

Nom de famille (de naissance ou d'adoption)

Prénom

Nom d'usage (par exemple nom d'épouse)

Date de naissance (JJ/MM/AAAA) (en l'absence de date de naissance et par défaut : âge)

Sexe

Identifiant national de santé (INS) du patient s'il existe

Identifiant permanent du patient (IPP) attribué par l'établissement autorisé où a été effectué le prélèvement

Code postal de résidence

Identifiant médecin demandeur (l'établissement autorisé où a été effectué le prélèvement a la responsabilité de fournir ces données au pathologiste)*

Nom du préleveur

Date de prélèvement

COMPTE RENDU ANATOMOPATHOLOGIQUE DONNÉES MINIMALES À RENSEIGNER POUR UNE TUMEUR PRIMITIVE SARCOMES DES TISSUS MOUS - PIÈCES OPÉRATOIRES

Identifiant médecin pathologiste

N° de compte rendu

Nom de la structure d'anatomie et cytologie pathologiques et n° FINESS

Signataire du compte rendu

Date de signature du compte rendu

Compte rendu de la pièce opératoire

Description de la pièce opératoire (sous la responsabilité du préleveur)*

Traitement avant le prélèvement

Aucun, chimiothérapie, radiothérapie, membre isolé perfusé

Type de prélèvement

Biopsie exérèse / résection / amputation

Organe/région anatomique

En clair

Profondeur de la/des tumeur(s)

Dermique, sous-cutanée, sous-aponévrotique

Description histopathologique

Macroscopie

Condition de réception du prélèvement : A l'état frais / fixé

Etat du prélèvement : Monobloc / Fragmenté

Taille (en mm)

Nécrose : Non / < 50% / > 50%

Tumorotheque

Oui/non

Type histologique¹

Classification de l'OMS 2002

Grade histopronostique¹

Grades 1 à 3 (Grade FNCLCC)

Extension tumorale

Etat des berges chirurgicales

Saines (préciser distance par rapport à la tumeur) / Non saines

Autres facteurs pronostiques et prédictifs

Immunohistochimie : Préciser les marqueurs utilisés et les résultats obtenus

Biologie et cytogénétique moléculaires : Préciser les tests demandés

Critères permettant de déterminer le pT/pN

Non relevant

pT/pN

Non relevant

Notes

* Le pathologiste ne peut renseigner ces données que si elles lui ont été transmises.

Un «/» dans le texte équivaut à « ou ».

¹ Selon la classification OMS en vigueur. En son absence, la classification utilisée est à préciser.



52, avenue André Morizet
92513 Boulogne-Billancourt Cedex
Tél. : +33 (1) 41 10 50 00
Fax : +33 (1) 41 10 50 20
www.e-cancer.fr



Édité par l'Institut National du Cancer
Tous droits réservés
Conception/Réalisation : Institut National du Cancer
Illustration : Droits réservés

Pour plus d'informations
www.e-cancer.fr

Toutes les informations
sur le Plan cancer 2009-2013
www.plan-cancer.gouv.fr

Institut National du Cancer
52, avenue André Morizet
92100 Boulogne-Billancourt
France

Tél. : 01 41 10 50 00
Fax. : 01 41 10 50 20
diffusion@institutcancer.fr