

## COMPTE RENDU ANATOMOPATHOLOGIQUE STANDARDISE DES RESECTIONS LARYNGEES

Nom : _____	Prénom : _____
Nom de jeune fille : _____	Sexe: _____ N° de dossier _____
Née le _____	
Hôpital/clinique : _____	Préleveur : _____ Pathologiste : _____
Date intervention _____	Date CR anatomo-pathologique _____

### RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

<b>Stade TNM clinique:</b>				
Chimiothérapie <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Radiothérapie <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non			
<b>Type de pièce chirurgicale: (menu déroulant)</b>				
<b>Exérèse partielle du larynx:</b>				
<input type="checkbox"/> Epiglottectomie partielle	<input type="checkbox"/> droite	<input type="checkbox"/> gauche	<input type="checkbox"/> sans laser	<input type="checkbox"/> avec laser
<input type="checkbox"/> Exérèse du vestibule du larynx	<input type="checkbox"/> droit	<input type="checkbox"/> gauche	<input type="checkbox"/> sans laser	<input type="checkbox"/> avec laser
<input type="checkbox"/> Cordectomie	<input type="checkbox"/> droite	<input type="checkbox"/> gauche	<input type="checkbox"/> sans laser	<input type="checkbox"/> avec laser
<input type="checkbox"/> Arythénoïdectomie	<input type="checkbox"/> droite	<input type="checkbox"/> gauche		
<input type="checkbox"/> Exérèse infraglottique	<input type="checkbox"/> droite	<input type="checkbox"/> gauche	<input type="checkbox"/> sans laser	<input type="checkbox"/> avec laser
<b>Laryngectomie</b>				
<input type="checkbox"/> Hyo-thyro-épiglottectomie				
<input type="checkbox"/> Laryngectomie partielle verticale	<input type="checkbox"/> Droite			<input type="checkbox"/> gauche
<input type="checkbox"/> Laryngectomie frontale antérieure avec épiglotoplastie				
<input type="checkbox"/> Hémilaryngopharyngectomie	<input type="checkbox"/> Droite			<input type="checkbox"/> gauche
<input type="checkbox"/> Laryngectomie supraglottique				
<input type="checkbox"/> Laryngopharyngectomie supraglottique				
<input type="checkbox"/> Laryngectomie supraglottique étendue à la base de langue				
<input type="checkbox"/> Laryngectomie supracricoidienne avec cricohyoidopexie				
<input type="checkbox"/> Laryngectomie supracricoidienne avec crico-hyoido-épiglotopexie				
<input type="checkbox"/> Glottectomie horizontale				
<input type="checkbox"/> Laryngectomie totale	<input type="checkbox"/> étendue à la base de langue			
	<input type="checkbox"/> élargie à un trachéostome			
	<input type="checkbox"/> élargie aux muscles pharyngés			

### EXAMEN MACROSCOPIQUE

<input type="checkbox"/> Etat frais	<input type="checkbox"/> Formol	<input type="checkbox"/> Congélation
Photo macroscopique : <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Taille de la pièce : . . / . . / . . cm		
<b>Taille de la tumeur : . . / . . cm</b>	Epaisseur tumorale maximale :	
Aspect macroscopique : <input type="checkbox"/> Bourgeonnante	<input type="checkbox"/> Ulcérée	<input type="checkbox"/> Infiltrante
<input type="checkbox"/> Unique	<input type="checkbox"/> Multifocale	
		<input type="checkbox"/> Polypoïde

### EXTENSION TOPOGRAPHIQUE

<input type="checkbox"/> <b>Etage supraglottique</b>			
<input type="checkbox"/> Epiglote supra-hyoidienne	<input type="checkbox"/> Margelle	<input type="checkbox"/> Face laryngée	<input type="checkbox"/> Face linguale
<input type="checkbox"/> Repli ary-épiglottique	<input type="checkbox"/> Droit	<input type="checkbox"/> Gauche	
<input type="checkbox"/> Aryténoïde	<input type="checkbox"/> Droit	<input type="checkbox"/> Gauche	
<input type="checkbox"/> Epiglote sous-hyoidienne			
<input type="checkbox"/> Bandes ventriculaires	<input type="checkbox"/> Droite	<input type="checkbox"/> Gauche	
<input type="checkbox"/> Ventricules	<input type="checkbox"/> Droit	<input type="checkbox"/> Gauche	
<input type="checkbox"/> Extension à la loge pré-épiglottique			
<input type="checkbox"/> <b>Etage glottique</b>			
<input type="checkbox"/> Cordes vocales	<input type="checkbox"/> Droite	<input type="checkbox"/> Gauche	<input type="checkbox"/> Infiltration plan musculaire
<input type="checkbox"/> Commissure antérieure			
<input type="checkbox"/> Commissure postérieure			
<input type="checkbox"/> <b>Etage sous glottique</b>			
<input type="checkbox"/> Antérieure			
<input type="checkbox"/> Latérale	Distance au bord libre de la corde vocale :		

**Extension extra-laryngée**

Sinus piriforme                       Droit                       Gauche

Vallécules                                 Droit                       Gauche

Base de langue

Trachée

Cartilage thyroïde

Glande thyroïde

Tissus mous                                 Peau                                 Autres :

## MICROSCOPIE

pas de carcinome infiltrant résiduel                       hyperplasie épithéliale avec dysplasie légère

hyperplasie épithéliale avec dysplasie modérée                       hyperplasie épithéliale avec dysplasie sévère/CIS

**Carcinome épidermoïde classique**                       bien différencié                       moyennement différencié

peu différencié kératinisant                       peu différencié non kératinisant

**Variantes de carcinome épidermoïde:**                       verruqueux                       basaloïde                       à cellules fusiformes                      Autre:

**Autre diagnostic (classification OMS):**

**AUTRES DONNEES MICROSCOPIQUES :**

Invasions vasculaires:                       présentes                       non vues

Invasions nerveuses:                       présentes                       non vues

Nécrose:                       Oui                       Non                       Focale                       Extensive

**Berges d'exérèse sur pièce:**                       Non atteintes                      Distance minimale :                       Carcinome infiltrant                      Topographie :

Atteintes                       CIS                      Topographie :

**Lésions associées:**

Dysplasie sévère / Carcinome in situ

## CURAGE GANGLIONNAIRE

**Type de curage :**                       unilatéral                       Droit                       Gauche

Curage ganglionnaire cervical partiel unilatéral par cervicotomie

Curage ganglionnaire cervical complet unilatéral par cervicotomie

Curage ganglionnaire cervical partiel unilatéral élargi aux muscles profonds et/ou aux nerfs du cou, à l'artère carotide externe

Curage ganglionnaire cervical complet et médoastino-récurrentiel unilatéral par cervicotomie:

Curage ganglionnaire cervical complet unilatéral avec curage partiel controlatéral par cervicotomie:

bilatéral

Curage ganglionnaire cervical partiel bilatéral par cervicotomie

Curage ganglionnaire cervical complet bilatéral par cervicotomie

Curage ganglionnaire cervical complet et médiastino-récurrentiel bilatéral par cervicotomie

**Niveau I :**

**IA : ganglions sous-mentaux**                      Nombre :

Métastase                       Non                       Oui

Nombre :

Rupture capsulaire :  Non                       Oui

Micrométastase ( $\leq 2$  mm)  Non                       Oui

**IB : ganglions sous-mandibulaires**                      Nombre :

Métastase                       Non                       Oui

Nombre :

Rupture capsulaire :  Non                       Oui

Micrométastase ( $\leq 2$  mm)  Non                       Oui

**Niveau II :**

**IIA : ganglions sous-digastriques**                      Nombre :

Métastase                       Non                       Oui

Nombre :

Rupture capsulaire :  Non                       Oui

Micrométastase ( $\leq 2$  mm)  Non                       Oui

**IIB : ganglions rétro-spinaux**                      Nombre :

Métastase                       Non                       Oui

Nombre :

Rupture capsulaire :  Non                       Oui

Micrométastase ( $\leq 2$  mm)  Non                       Oui

**Niveau III :**

**ganglions jugulo-carotidiens moyens**                      Nombre :

Métastase                       Non                       Oui

Nombre :

Rupture capsulaire :  Non                       Oui

Micrométastase ( $\leq 2$  mm)  Non                       Oui

<b>Niveau IV :</b>	<b>ganglions jugulocarotidiens inférieurs</b>	Nombre :
	Métastase <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui
	Nombre :	
	Rupture capsulaire : <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui
	Micrométastase ( $\leq 2$ mm) <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui
<b>Niveau V :</b>	<b>ganglions triangle postérieur</b>	Nombre :
	Métastase <input type="checkbox"/> Non	Oui
	Nombre :	
	Rupture capsulaire : <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui
	Micrométastase ( $\leq 2$ mm) <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui
<b>Niveau VI :</b>	<b>VIA Pré-trachéaux :</b> Nombre :	
	Métastase : <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui
	Nombre :	
	Rupture capsulaire : <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui
	Micrométastase ( $\leq 2$ mm) <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui
	<b>VIA Pré-laryngés :</b> Nombre :	
	Métastase <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui
	Nombre :	
	Rupture capsulaire : <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui
	Micrométastase ( $\leq 2$ mm) <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui
	<b>VIB Récurrentiels :</b> Nombre :	
	Métastase : <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui
	Nombre :	
	Rupture capsulaire : <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui
	Micrométastase ( $\leq 2$ mm) <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui
<b>Médiastinaux antérieurs :</b>	Nombre :	
	Métastase <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui
	Nombre :	
	Rupture capsulaire : <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui
	Micrométastase ( $\leq 2$ mm) <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui
<b>Nombre total de ganglions :</b>		
<b>Nombre total de ganglions métastasés :</b>		
<b>Taille de la plus volumineuse masse ganglionnaire métastasée :</b>		
Nécrose : <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	
	<input type="checkbox"/> Focale	<input type="checkbox"/> Extensive
		<input type="checkbox"/> Totale
Infiltration des parties molles du cou	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui
Infiltration du muscle sternocléidomastoidien	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui
Infiltration pariétale de la veine jugulaire	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui
Thrombose de la veine jugulaire	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui
Emboles vasculaires	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui
Infiltration de gaines nerveuses	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui

## CONCLUSION

CODE ADICAP

CODE CIM-0

STADE TNM:

## COMMENTAIRES