

# Symposium SFP et société anatomique Mandibulectomies

*De la macroscopie au compte-rendu anatomopathologique*

Dr Fanny Dujardin  
CHRU Tours



**Carrefour  
Pathologie  
2016**  
Palais des Congrès de Paris

## Déclarations d'intérêts

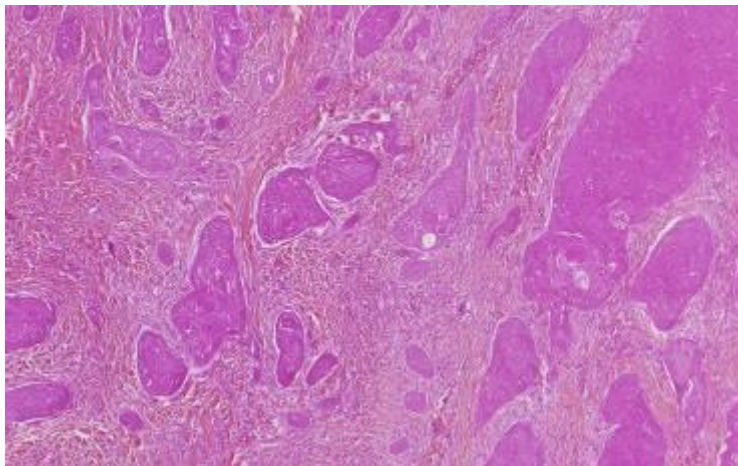
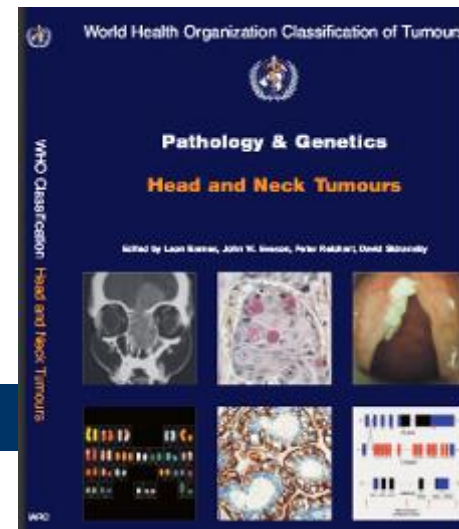
L'objectif de cette déclaration est d'exposer aux congressistes l'existence d'éventuels liens qui pourraient influencer, d'une façon ou d'une autre, votre intervention.

*Je déclare ne pas avoir de conflits d'intérêts en rapport avec mon intervention*



# Différentes lésions...

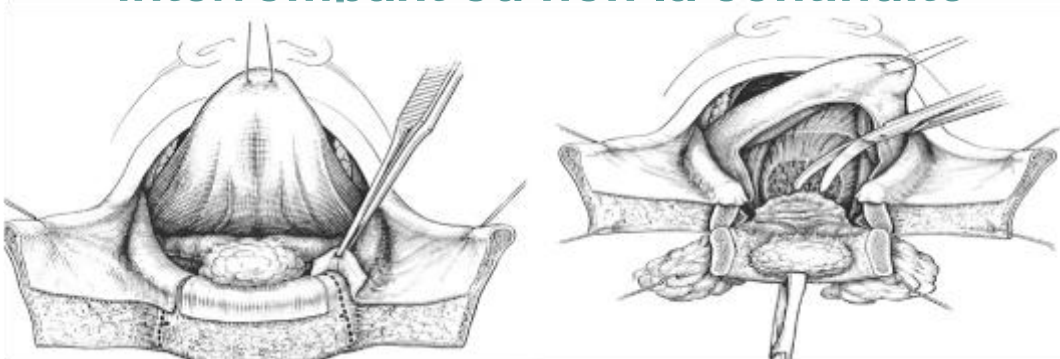
- Les « kystes »  
Problème des tumeurs odontogéniques
- Les tumeurs malignes  
> 90% carcinome épidermoïde
  - Localisation préférentielle : plancher buccal



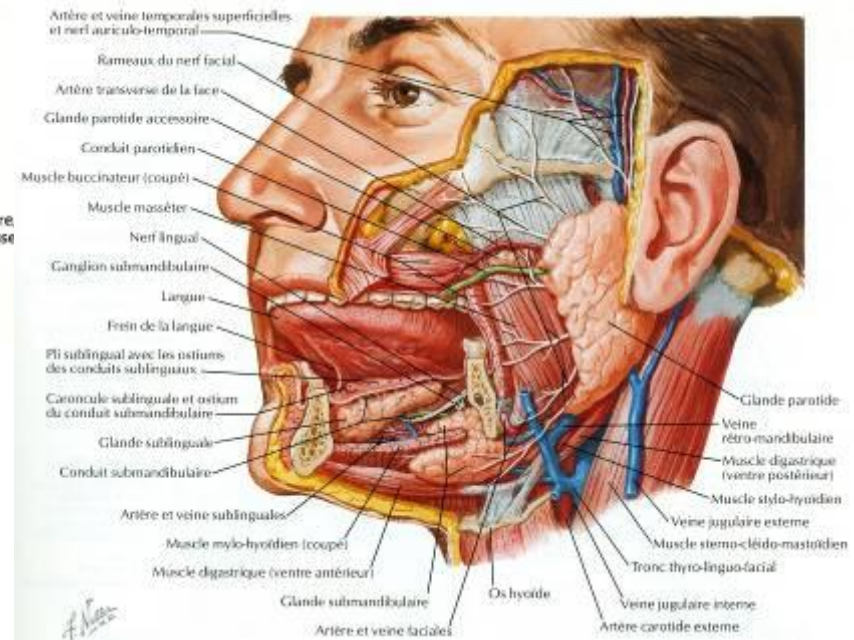
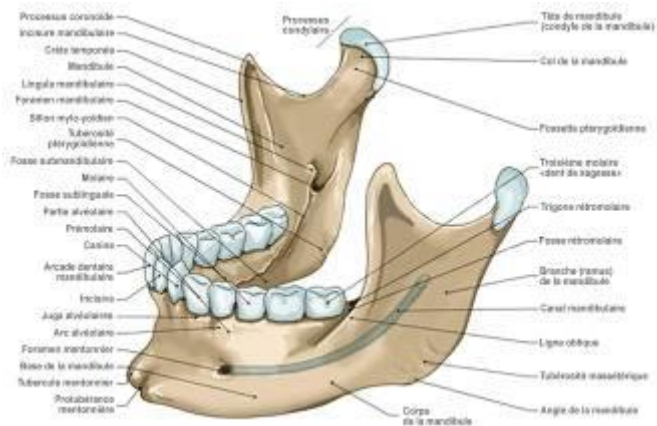
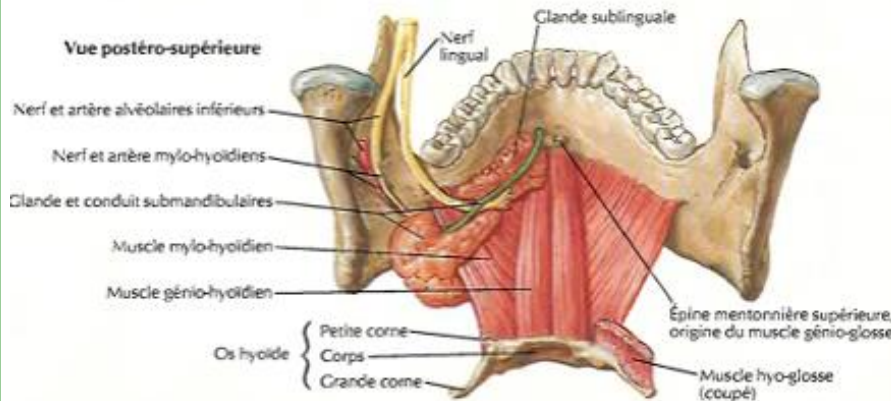
Carrefour Pathologie 2016

# ... pour différents types de pièces opératoires

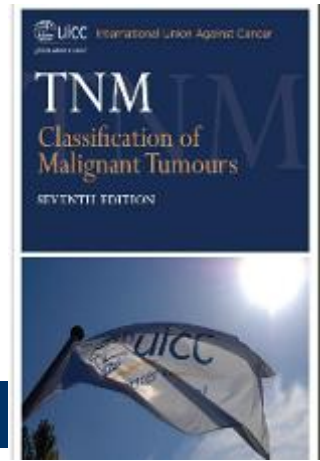
- Énucléation, voire curetage
- Exérèse monobloc à visée carcinologique
  - **Pelvi(glosso)mandibulectomie non interruptrice ou interruptrice** (pour les tumeurs du plancher buccal  $\geq T3$ )
  - **Mandibulectomie interruptrice ou non interruptrice**  
= exérèse osseuse (segment de mandibule)  
**interrompant ou non la continuité**



# Anatomie pour les pathologistes...



# Objectifs



- Prise en charge macroscopique de qualité
  - pour faire un **stade pTNM** (invasion tumorale)
  - pour évaluer la **qualité des marges chirurgicales**
- Rédiger un compte-rendu prenant en compte les Recommandations INCA 2011
- Délai de réponse < 3-4 semaines pour éventuelle radiothérapie complémentaire dans un délai postopératoire maximal de 6 semaines

# Principales difficultés

- Conservation des rapports entre l'os et les tissus mous
- Importance de la description initiale macroscopique exhaustive et des repères anatomiques
- Nécessité d'une technique standardisée notamment pour la coupe

# Plan

1. Prise en charge d'une exérèse carcinologique de la mandibule pour un carcinome épidermoïde
2. Prise en charge d'une lésion kystique de la mandibule
3. Le compte-rendu



# 1. Prise en charge d'une exérèse carcinologique de la mandibule pour un carcinome épidermoïde



- Recommandations thérapeutiques
- pTNM
- Pré-requis macroscopique

# Recommandations pour le traitement

- **Traitement curatif = standard = chirurgie**
- Fonction de la localisation de la tumeur primitive
- T1, T2 < 3cm : exérèse chirurgicale
- T2 > 3cm, T3, T4: chirurgie *avec reconstruction*
- **Radiothérapie** toujours indiquée **en postopératoire**
  - sur les aires cervicales, **en cas d'envahissement ganglionnaire**
  - sur le lit tumoral, **pour T2 >3 cm, T3, T4 et résection limite**
- **Chimiothérapie adjuvante concomitante à la radiothérapie post-opératoire**
  - seuls critères formels= **rupture capsulaire des métastases ganglionnaires et résection R1** (limite d'exérèse tumorale à l'examen microscopique) quelle que soit la taille de la tumeur ou du ganglion
  - à discuter en RCP si autres facteurs péjoratifs : >2 ou 3 ganglions envahis, invasion vasculaire et nerveuse...

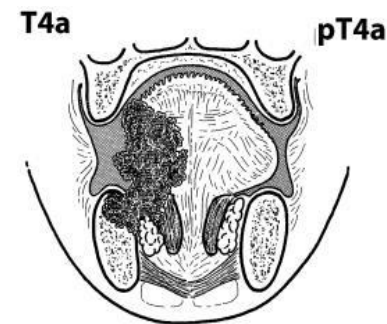
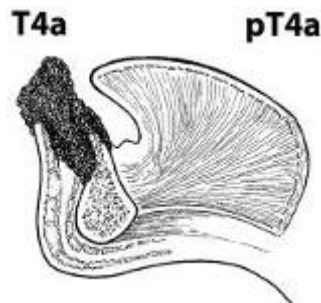
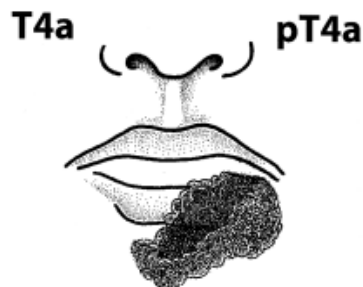
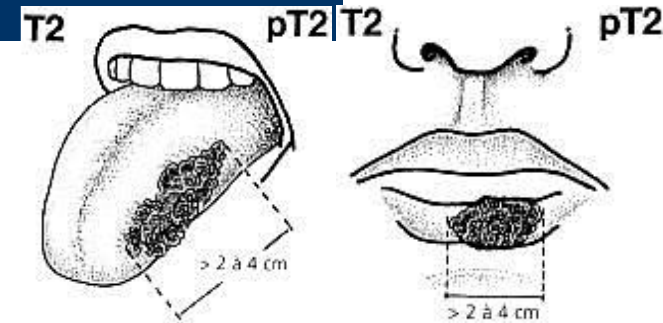
# Stade pTNM 2009 : Lèvres et cavité buccale

## T= tumeur primitive

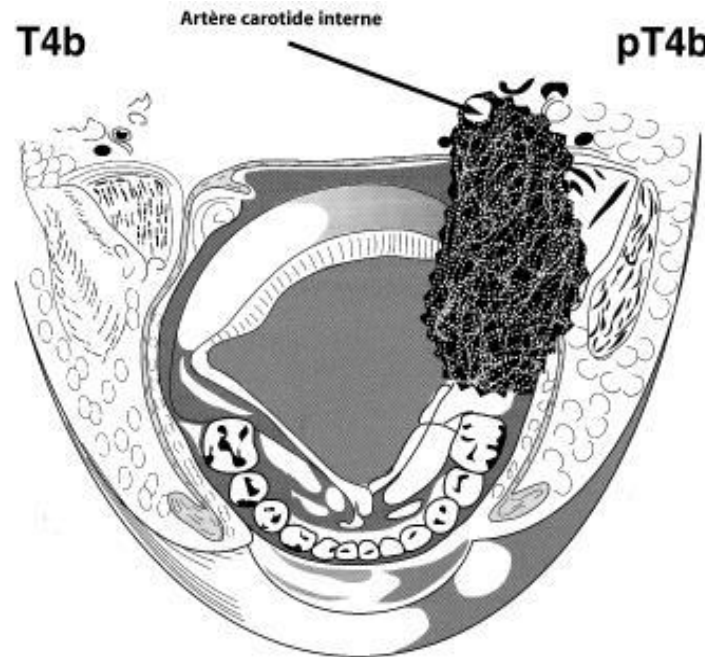
- ❖ T1 :  $\leq 2$  cm dans sa plus grande dimension
- ❖ T2 :  $> 2-4$  cm
- ❖ T3 :  $> 4$  cm

## ❖ T4 a

- **Lèvre** : tumeur envahissant la corticale osseuse, le nerf dentaire inférieur, le plancher buccal ou la peau (menton ou nez).
- **Cavité buccale** : tumeur envahissant la corticale osseuse, les muscles profonds/extrinsèques de la langue (génioglosse, hyoglosse, palato-glosse et stylo-glosse), le sinus maxillaire ou la peau du visage.



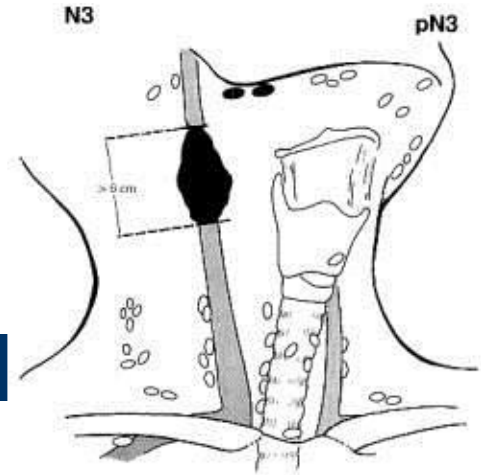
- ❖ T4b : **Lèvre et cavité buccale** : tumeur envahissant l'espace masticateur, l'aile interne de l'apophyse ptérygoïde, la base du crâne ou englobant l'artère carotide interne.



***A noter : une simple érosion superficielle de l'os ou de l'alvéole dentaire par une tumeur gingivale est insuffisante pour classer la tumeur T4***

## N = ganglions lymphatiques régionaux

- ❖ N1: Adénopathie métastatique **unique unilatérale**,  $\leq 3$  cm
- ❖ N2a: Adénopathie métastatique unique unilatérale **3 à 6 cm**
- ❖ N2b: Adénopathies métastatiques **multiples** homolatérales  $\leq 6$  cm
- ❖ N2c: ADP métastatiques bilatérales ou contro latérales  $\leq 6$  cm
- ❖ N3 : Adénopathie métastatique  $> 6$  cm



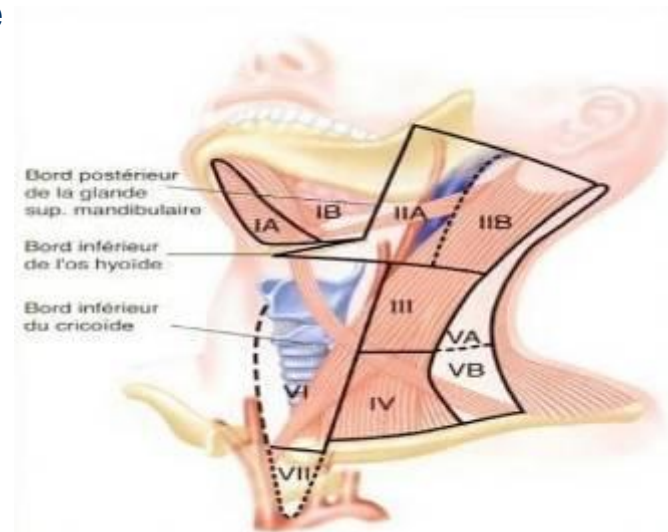
### ● A Noter:

- ganglions situés sur la ligne médiane considérés comme homolatéraux
- curage cervical **sélectif** = **6** ganglions ou plus
- curage cervical **radical** ou radical modifié = **10** ganglions ou plus
- Pour la taille, il ne faut mesurer que la métastase dans sa plus grande dimension **et non le ganglion entier**

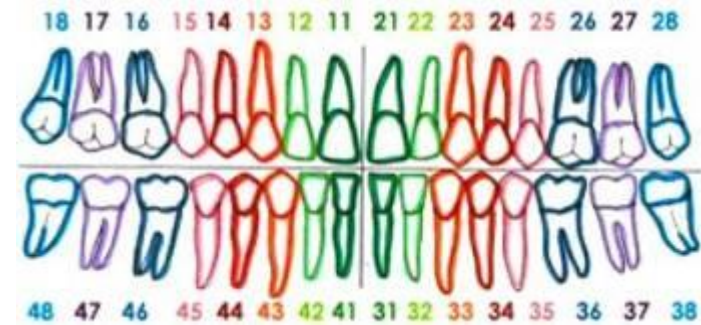
### *Tumeurs de la cavité buccale : curage bilatéral*

*dès que la tumeur atteint la ligne médiane*

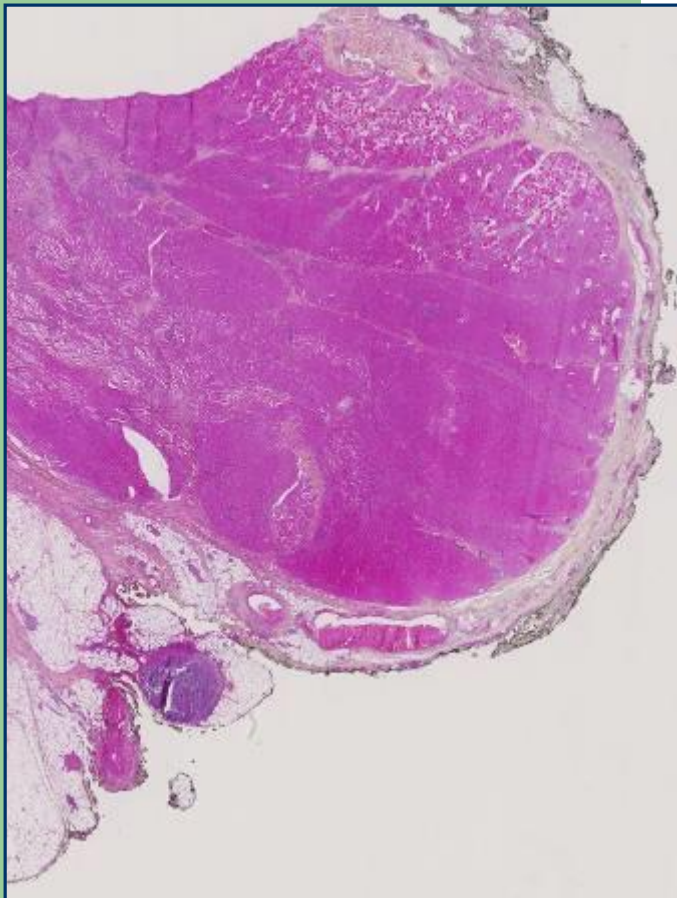
- *nœuds lymphatiques sous-mentonniers et sous-mandibulaires (I)*
- *nœuds jugulo-carotidiens (II-III-IV)*



# Etapes macroscopiques avant la coupe



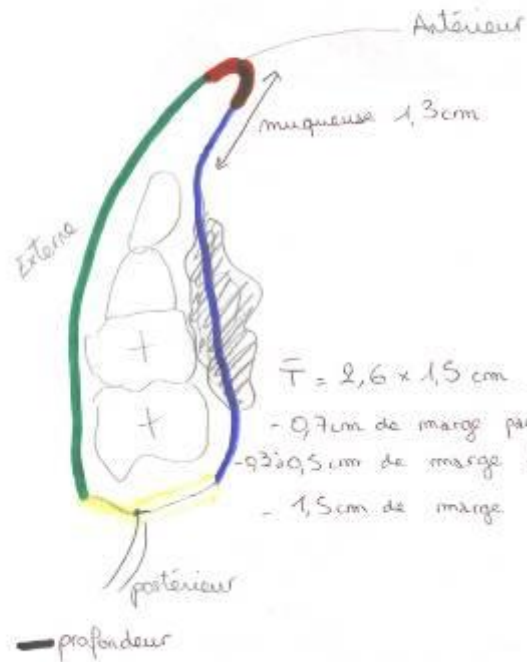
- Description à l'arrivée dans le service
  - Intérêt de l'état frais pour le maintien des couleurs naturelles
  - Orientation de la pièce
    - avec/ par le chirurgien
    - type de prélèvement
    - région anatomique concernée
  - Mensurations totales de la pièce
    - longueur x largeur x épaisseur
  - Mensurations du segment osseux et des structures anatomiques individualisables (lambeau muqueux, lingual, glande salivaire)
  - Décrire les dents (nombre et type) mais ne pas perdre son temps à les extraire!
  - Localisation exacte de la tumeur (côté, caractère médian)
  - Mensurations de la tumeur (à confirmer)
  - Réalisation de photographies macroscopiques et/ou d'un schéma
  - Badigeonnage des limites d'exérèse à l'encre de Chine (utiliser des couleurs différentes et sécher+++)



⑤ Pelvi mandibulectomie non-interruptive gauche

\* résection de 5,8 cm de long x 2,5 cm de large x 2,7 cm

\* 4 dents = 2 molaires couronnées en arrière + canine + incisive



T = 2,6 x 1,5 cm ulcère bourgeonnante

- 0,7 cm de marge par rapport à la marge ant.

- 0,5 cm de marge latérale

- 1,5 cm de marge postérieure

SH ± épaisseur 0,5 cm

# Modalités de coupe des mandibulectomies

- Après 24H de fixation
- Utilisation de la scie mécanique à ruban diamanté
  - Permet de réaliser avec précision et sécurité des **tranches fines** de 3 à 5 mm d'épaisseur: ***coupes parallèles sériées dans le petit axe (antéro-postérieur) perpendiculairement au grand axe de la pièce***
  - Capable de couper des tissus de consistances différentes dans un même plan sans déchiqueter les tissus les plus mous
  - Conserve les rapports anatomiques



**Règle d'or : toute la pièce doit être tranchée en coupes fines**

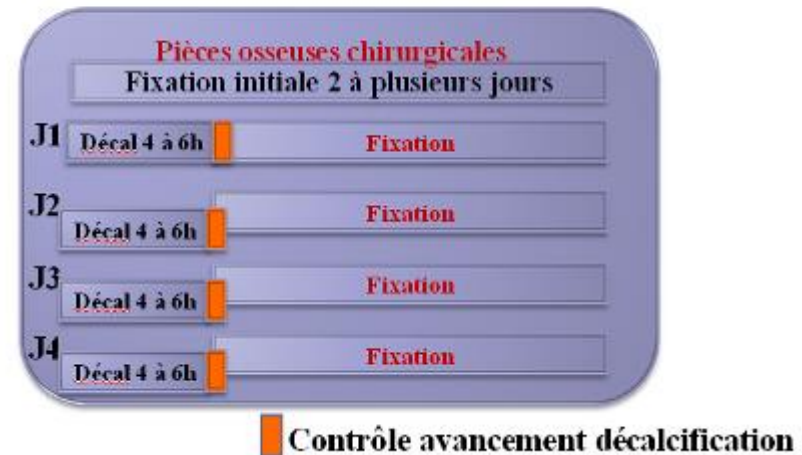


# Fixation et décalcification

- Fixation en formol neutre tamponné à 10 % (intérêt de la fixation nocturne des sections pour une fixation homogène)
- Minimum 24–48 heures selon la taille des pièces dans un contenant adapté
- Intérêt de la coupe précoce pour accélérer la pénétration du formol
- Après fixation, prélever toutes les parties « molles » pour leur éviter la décalcification
- Décalcification des tranches osseuses
  - après fixation optimale (4 jours en moyenne)
  - selon le protocole habituel
    - décalcifiants acides (acide chlorhydrique)
    - cycles de 4-6h
    - pour une durée moyenne totale de 16 jours



## DECALCIFICATION PROGRESSIVE



# Étapes macroscopiques après la coupe

- Description de la **tumeur** :
  - **Mensurations dans ses 3 dimensions**
    - intérêt pronostique de l'épaisseur
    - diamètre maximal de la tumeur
  - aspect :
    - lésion ulcérée ou exophytique
    - caractère circonscrit ou infiltrant
    - Couleur, consistance, nécrose
  - localisation (siège, côté) et rapports de la tumeur avec les structures normales adjacentes
  - localisation par rapport aux différentes limites d'exérèse (latérales, profonde) avec **mesure de la plus petite marge d'exérèse**
- **Intérêt des photographies macroscopiques** et/ou d'un schéma pour documenter les tranches de section les plus représentatives
- Fixation et décalcification

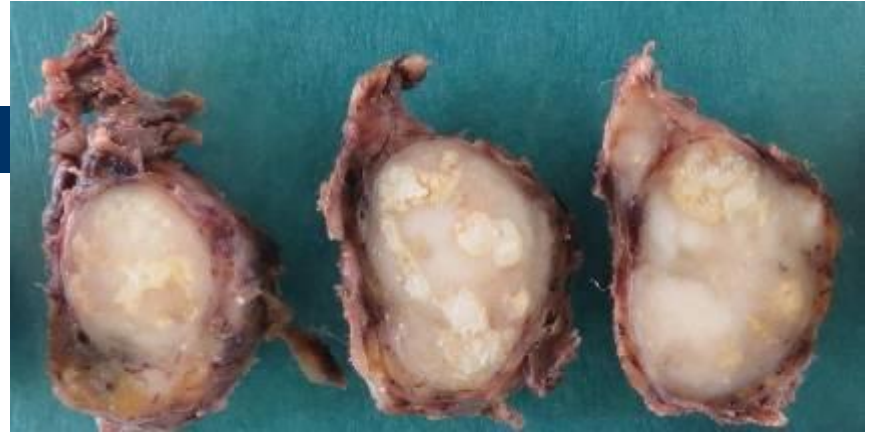


**Règle d'or : Décrire la tumeur avant de l'échantillonner**

# Échantillonnage macroscopique 1

- **Pour les « petites » pièces ( $\leq 5$  cm de grand axe) et tumeur < 1 cm:**  
intérêt de l'inclusion en totalité+++  
épaisseur maximale des tranches = 4 mm
- **Pour les pièces plus volumineuses:** échantillonnage ciblé mais coupe de la pièce en totalité y compris le segment osseux
  - Tumeur
    - Une tranche totale (*ou un bloc par cm de tumeur*)
    - Niveau d'invasion le plus profond
    - Limites d'exérèse les plus courtes(marge en millimètres)
  - Un bloc sur la muqueuse non tumorale
  - Sur l'os (segment mandibulaire): **coupes dans le petit axe**
    - **Inclusion en totalité des résections non interromptrices**
    - **Pour les résections interromptrices** :échantillonnage à adapter en fonction de la taille du segment osseux sur la zone d'infiltration macroscopique de la tumeur dans l'os et sur les limites chirurgicales (coté couleur)

# Échantillonnage macroscopique 2



- Curage(s) ganglionnaire(s)
  - Préciser la localisation du groupe ganglionnaire examiné et sa latéralité
  - Inclusion en totalité de l'ensemble des ganglions existants
  - Pour les volumineux ganglions métastatiques: mesure du plus grand axe de la métastase et échantillonnage des zones de rupture capsulaire

## ***Intérêt d'avoir des aires ganglionnaires individualisées***

- Glandes salivaires (sublinguale et/ou sous-maxillaire)
  - en l'absence d'infiltration tumorale : 1 ou 2 blocs

**Description des blocs :**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

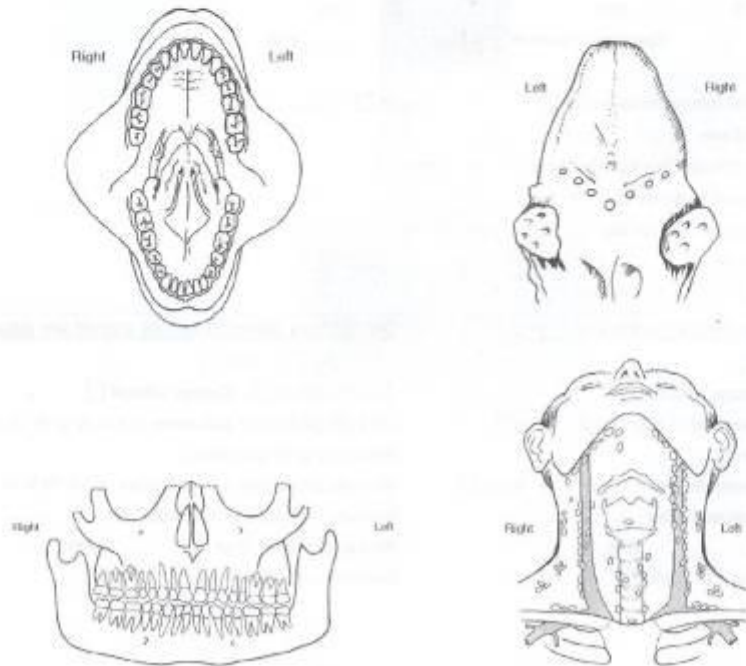
**Décalcification :**

- Date de début : .....
- Date de fin : .....
- Type de décalcifiant ou de protocole : .....
- Blocs concernés : .....

**Commentaires :**

.....  
.....  
.....  
.....

**Schéma / photo :**



n :

.....

.....

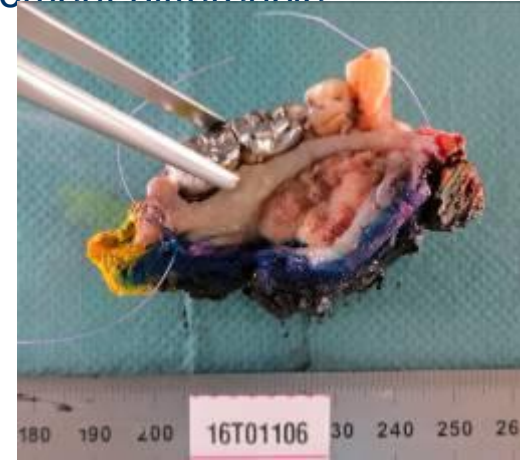
# 1. Prise en charge d'une exérèse carcinologique de la mandibule pour un carcinome épidermoïde



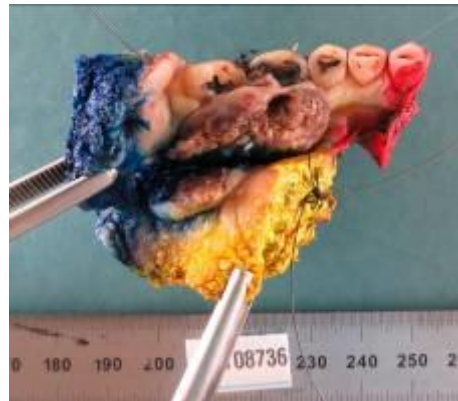
Exemples

## Pelvimandibulectomie Non Interruptrice

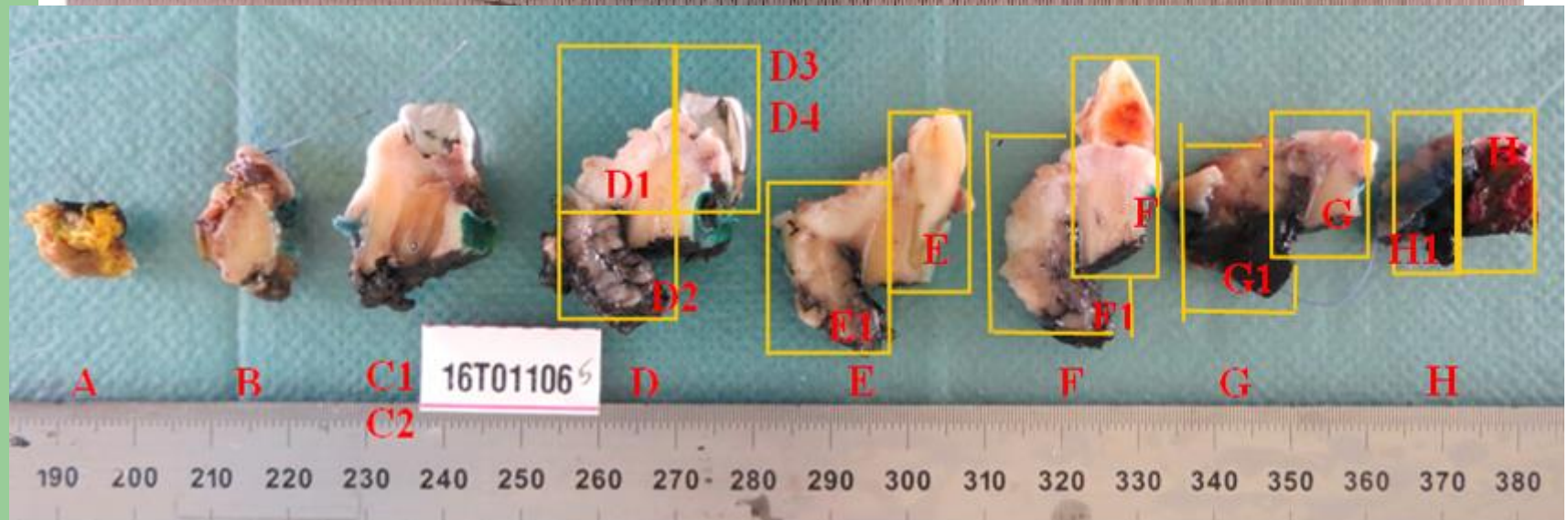
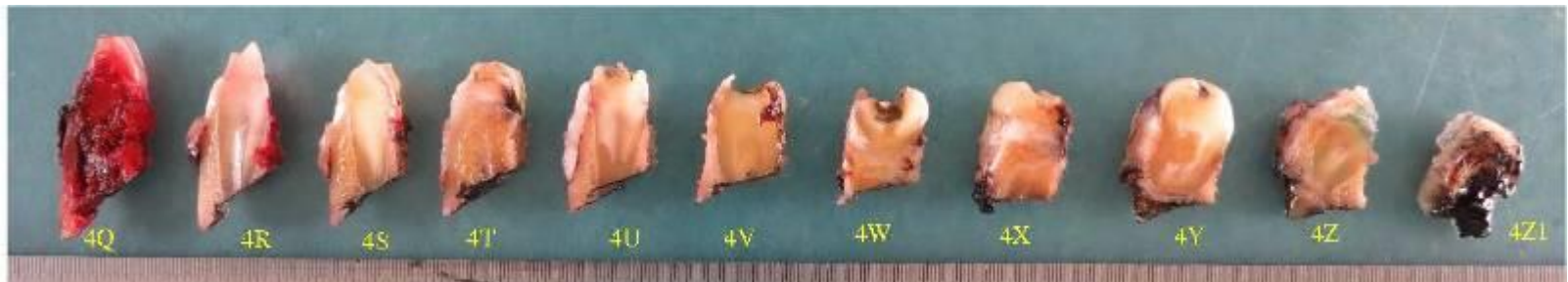
Carcinome épidermoïde ulcéré et moyennement différencié  
de 2,6 x 1,5 cm  
(5,5 mm d'épaisseur)



## Pelviglossomandibulectomie NI



# Mandibulectomies Non Interruptrices *inclusion du segment osseux en totalité*



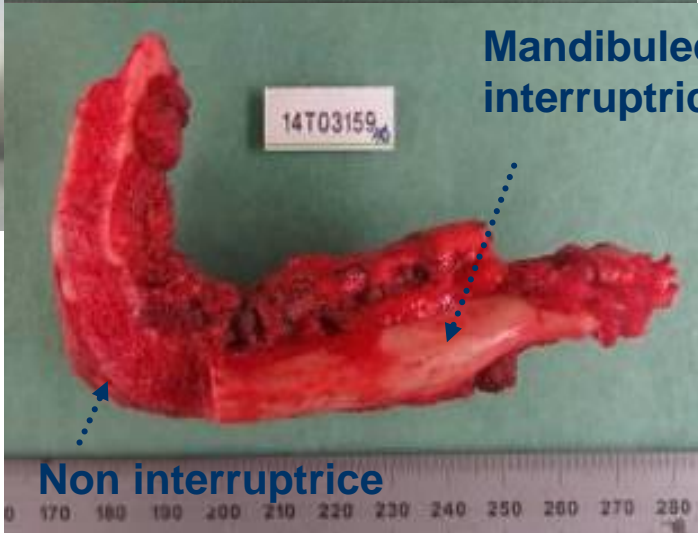


# Mandibulectomie interruptrice et non interruptrice



Carcinome verruqueux gingival de la  
branche horizontale droite  
et lésion ulcéro-bourgeonnante de la  
gencive attachée des dents 33 à 43

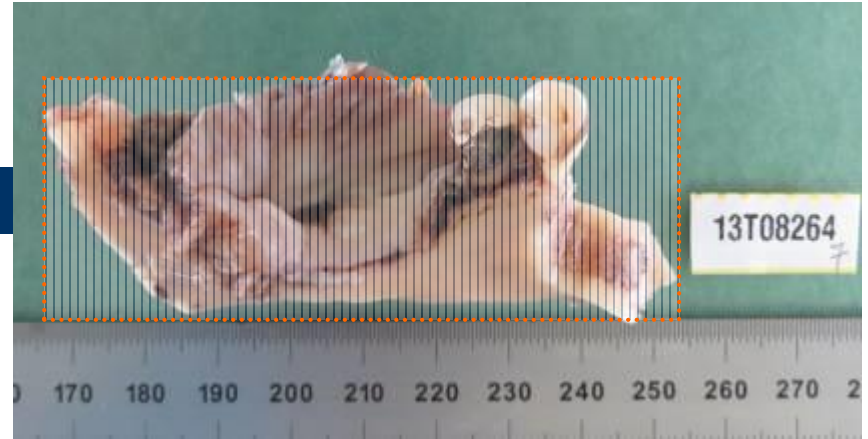
(contexte de POF)



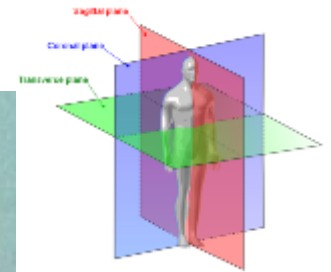
Mandibulectomie  
interruptrice

Non interruptrice

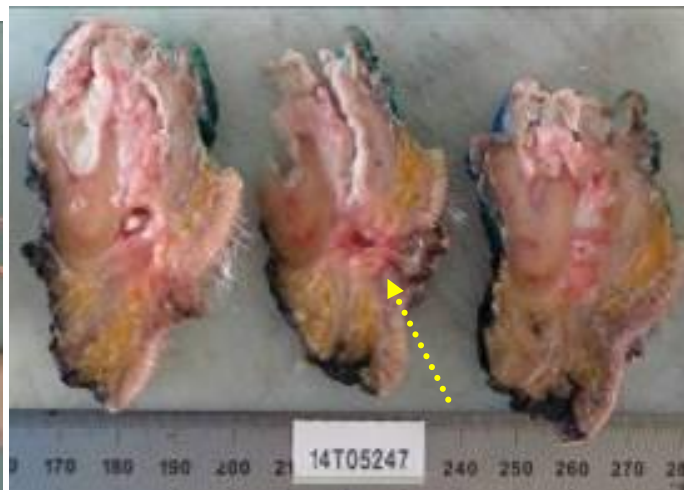
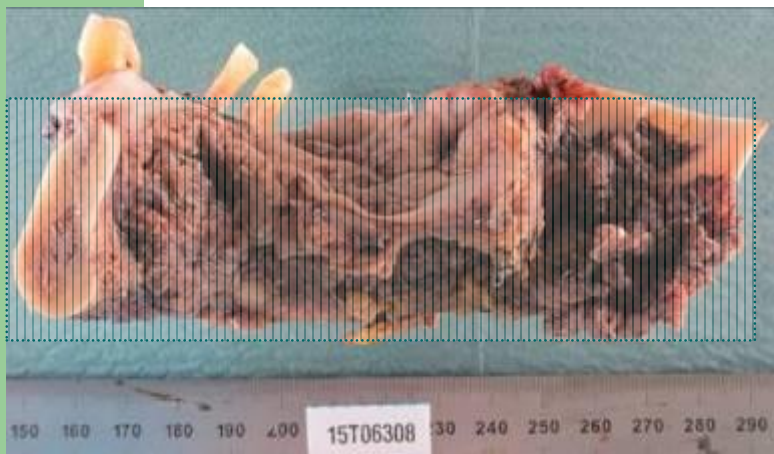
# Mandibulectomie interruptrice



- Carcinome épidermoïde de 3,4 cm de grand axe infiltrant le plan osseux mandibulaire



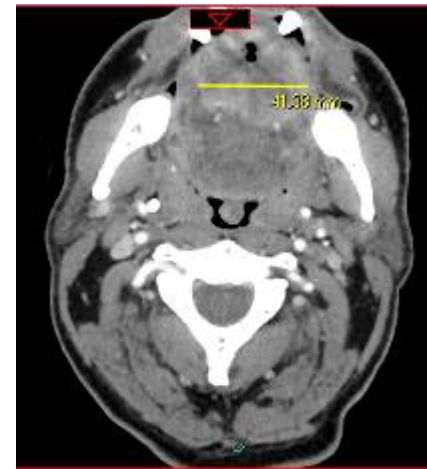
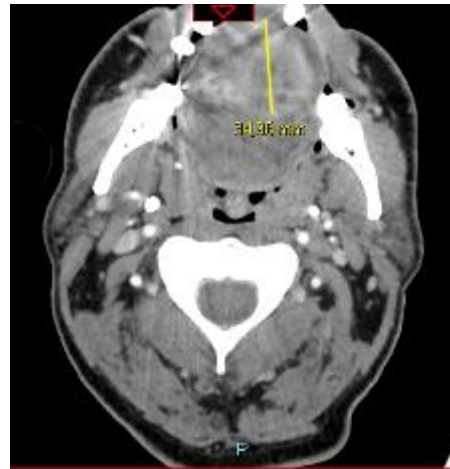
## T4a: Infiltration osseuse et/ou cutanée



# Pelviglossomandibulectomie interruptrice avec curage bilatéral monobloc

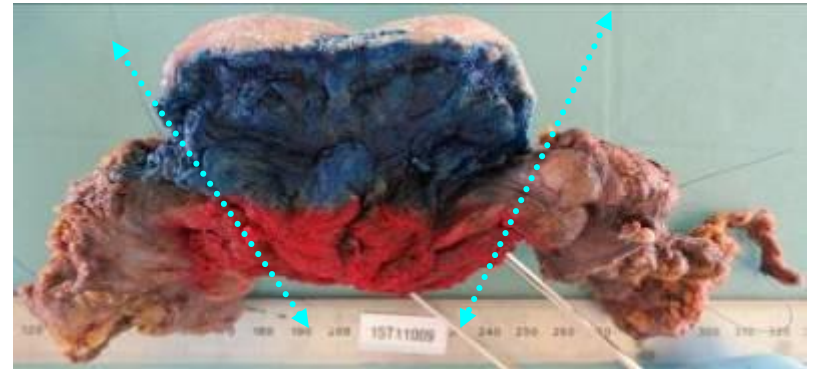


- Carcinome épidermoïde de 4 cm de grand axe du plancher buccal

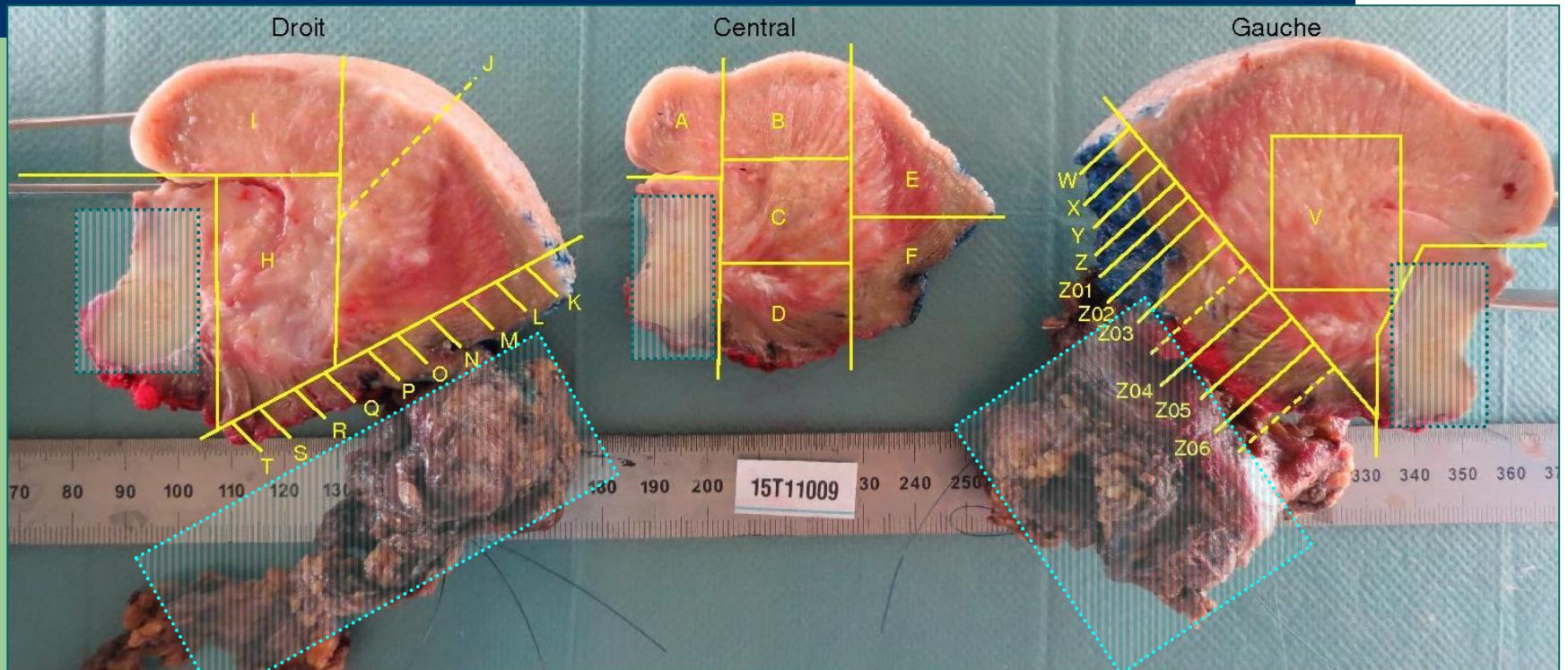




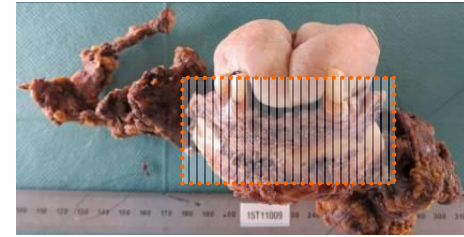
# Utilisation de la scie



# Prélèvement de la tumeur et rapports avec les limites d'exérèse



**Règle d'or : Ne pas décalcifier les tissus «mous »**



## Coupe *en totalité* de la résection mandibulaire



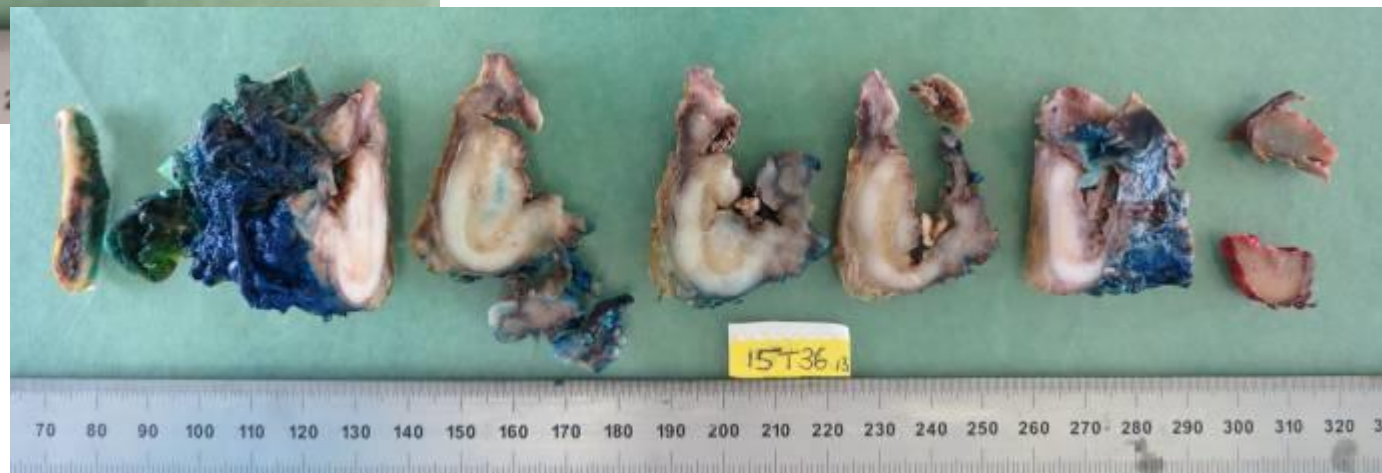
## Inclusion *en totalité* en l'absence d'infiltration macroscopique évidente



**Mr R: en 2015 mandibulectomie interruptrice pour un CE T4 avec reconstruction par lambeau tibio-péronier**



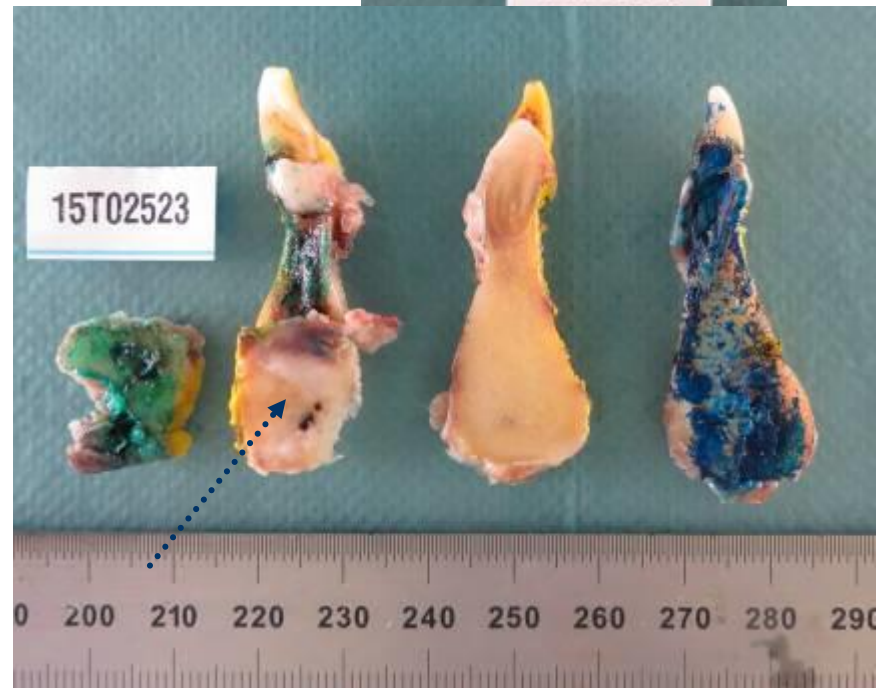
- invasion osseuse massive avec atteinte des deux sections osseuses
- pas de métastase ganglionnaire



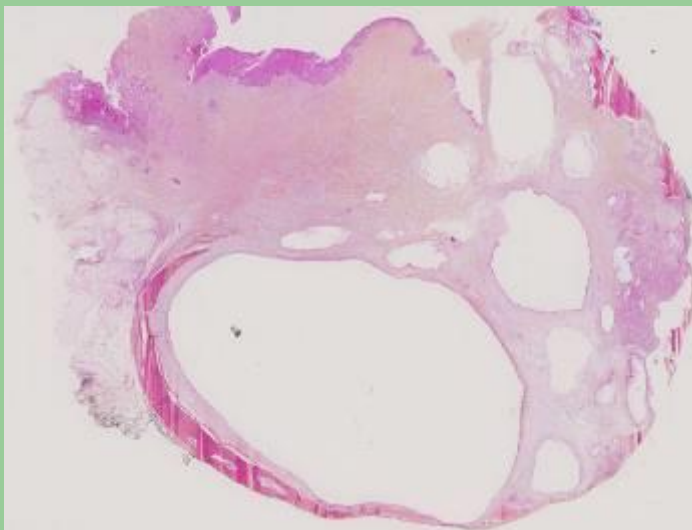


## Mr R: reprise mandibulaire à 1 mois

- Reliquat carcinomateux épidermoïde bien différencié intra osseux R0
- RTE post opératoire
- Reprise évolutive locale sur le 1<sup>er</sup> TDM de réévaluation
- Chimio adjuvante
- Actuellement, en 2016, localisations osseuses cervicales et infiltration tumorale de la base du crane



## 2. Prise en charge d'une lésion kystique de la mandibule



### WHO histological classification of odontogenic tumours

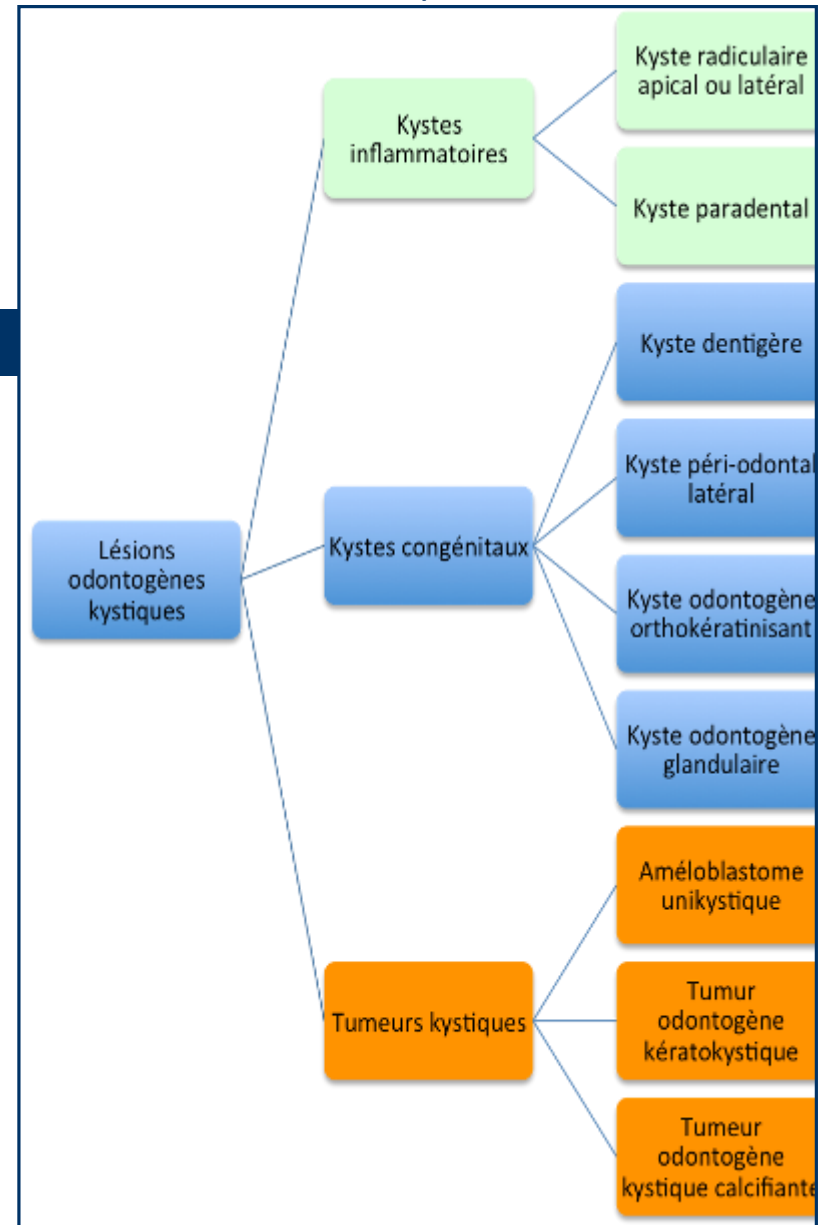
<b>MALIGNANT TUMOURS</b>			
<b>Odontogenic carcinomas</b>			
Metastasizing (malignant) ameloblastoma <sup>†</sup>	9310/0	<b>Odontogenic epithelium with odontogenic ectomesenchyme, with or without hard tissue formation</b>	
Ameloblastic carcinoma – primary type	9270/0	Ameloblastic fibroma	9271/0
Ameloblastic carcinoma – secondary type (dedifferentiated), intraosseous	9270/0	Ameloblastic fibrodentition	9290/0
Ameloblastic carcinoma – secondary type (dedifferentiated), peripheral	9270/0	Ameloblastic fibro-odontoma	9280/0
Primary intraosseous squamous cell carcinoma – solid type	9270/0	Odontoma	9282/0
Primary intraosseous squamous cell carcinoma derived from keratocystic odontogenic tumour	9270/0	Odontoma, complex type	9282/0
Primary intraosseous squamous cell carcinoma derived from odontogenic cysts	9270/0	Odontoma, compound type	9281/0
Clear cell odontogenic carcinoma	9341/0	Odontameloblastoma	9311/0
Giant cell odontogenic carcinoma	9302/0	Calcifying cystic odontogenic tumour	9301/0
		Dentrogenic ghost cell tumour	9302/0
		<b>Mesenchyme and/or odontogenic ectomesenchyme with or without odontogenic epithelium</b>	
		Odontogenic fibroma	9221/0
<b>Odontogenic sarcomas</b>		Odontogenic myxoma / myxofibroma	9220/0
Ameloblastic fibrosarcoma	9330/0	Cementoblastoma	9273/0
Ameloblastic fibrodentite-and fibro-odontosarcoma	9290/0		
		<b>Bone-related lesions</b>	
<b>BENIGN TUMOURS</b>		Ossifying fibroma	9262/0
<b>Odontogenic epithelium with mature, fibrous stroma without odontogenic ectomesenchyme</b>		Fibrous dysplasia	9261/0
Ameloblastoma, solid / multicystic type	9210/0	Ossous dysplasia	
Ameloblastoma, extraosseous / peripheral type	9210/0	Central giant cell lesion (granuloma)	
Ameloblastoma, keratocystic type	9210/0	Cherubism	
Ameloblastoma, unicystic type	9210/0	Aneurysmal bone cyst	
Squamous odontogenic tumour	9312/0	Simple bone cyst	
Calcifying epithelial odontogenic tumour	9340/0		
Adenomatoid odontogenic tumour	9300/0	<b>OTHER TUMOURS</b>	
Keratocystic odontogenic tumour	9270/0	Melanotic neuroectodermal tumour of infancy	9263/0

<sup>†</sup> Morphology codes of the International Classification of Diseases for Oncology (ICD-O) (2002) and the Systematized Nomenclature of Medicine (<http://www.medicines.org.uk>). Behaviour is coded B for benign tumours, M for malignant tumours, and F for borderline or uncertain behaviour.

# Énucléation ou curetage: être systématique

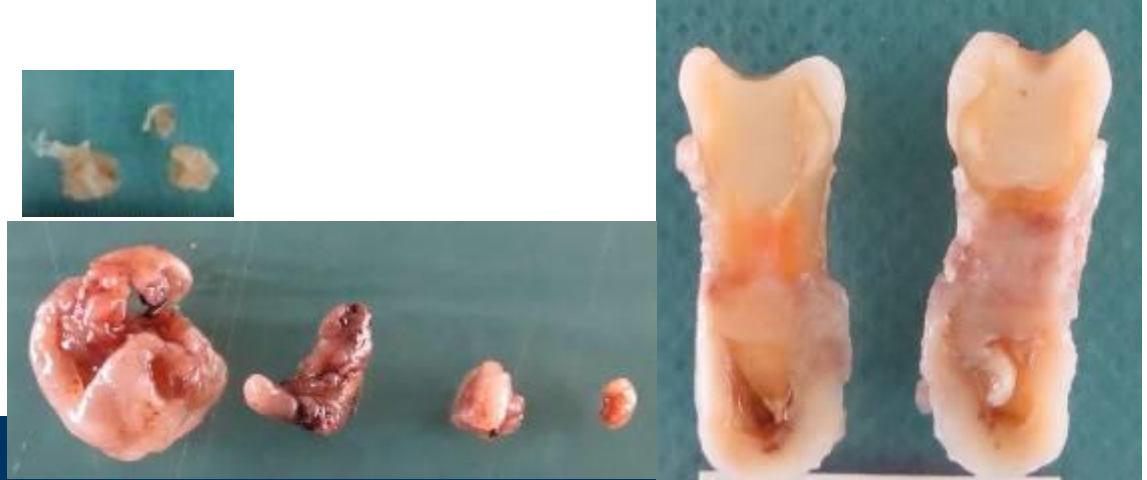
- **Inclure en totalité**
  - Pour ne pas méconnaître un kyste congénital ou une tumeur odontogénique kystique (améloblastome)
- **Décalcifier**
  - 30 minutes minimum (esquilles osseuses)
  - Plus longtemps en présence de fragments de corticale
- **Qualité de l'exérèse**
  - Le plus souvent impossible à préciser (pas d'intérêt pour les kystes inflammatoires)
  - Importance de l'exérèse monobloc pour les lésions odontogènes congénitales ou tumorales

Pr V.Costes CHU Montpellier

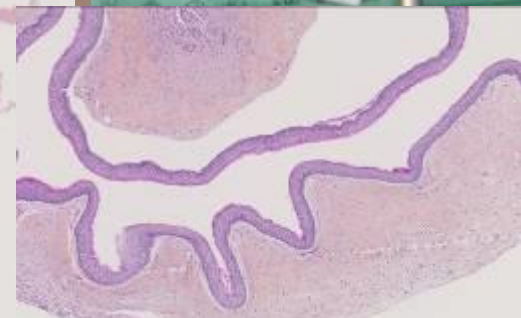
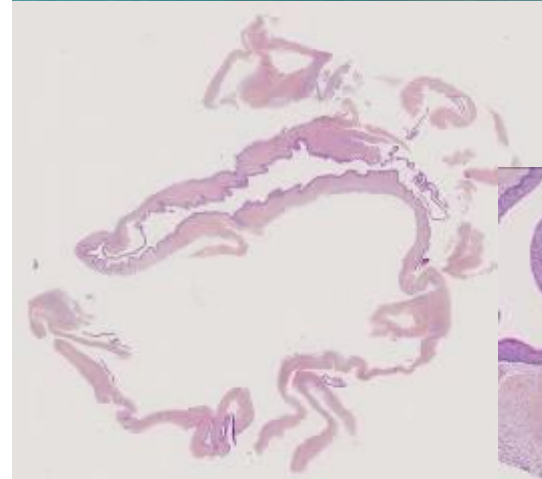


Carrefour Pathologie 2016

# Exemples

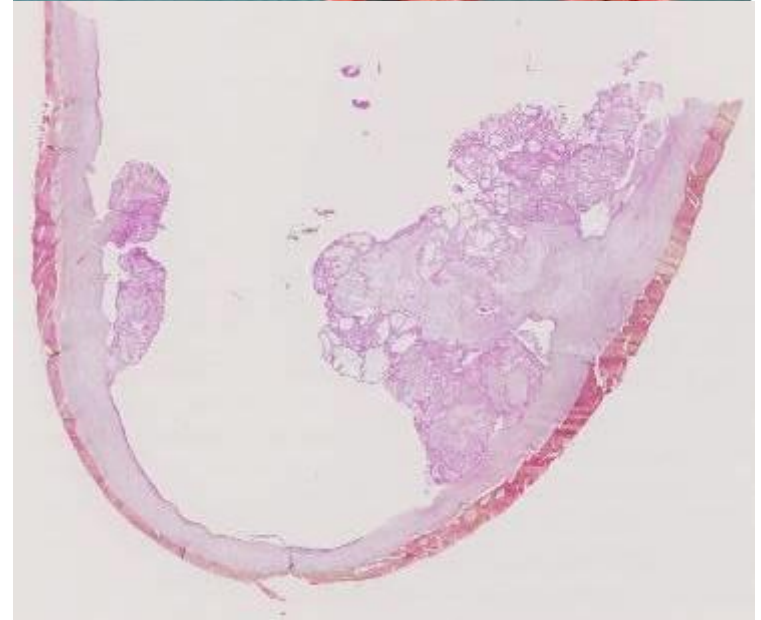


- Kyste radiculo-dentaire (curetage..., énucléation voire exérèse interruptrice !)
- Tumeur odontogène kératokystique: (= «kératokyste »)
  - kystes géants mandibulaires chez un enfant de 7 ans et un ado de 15 ans



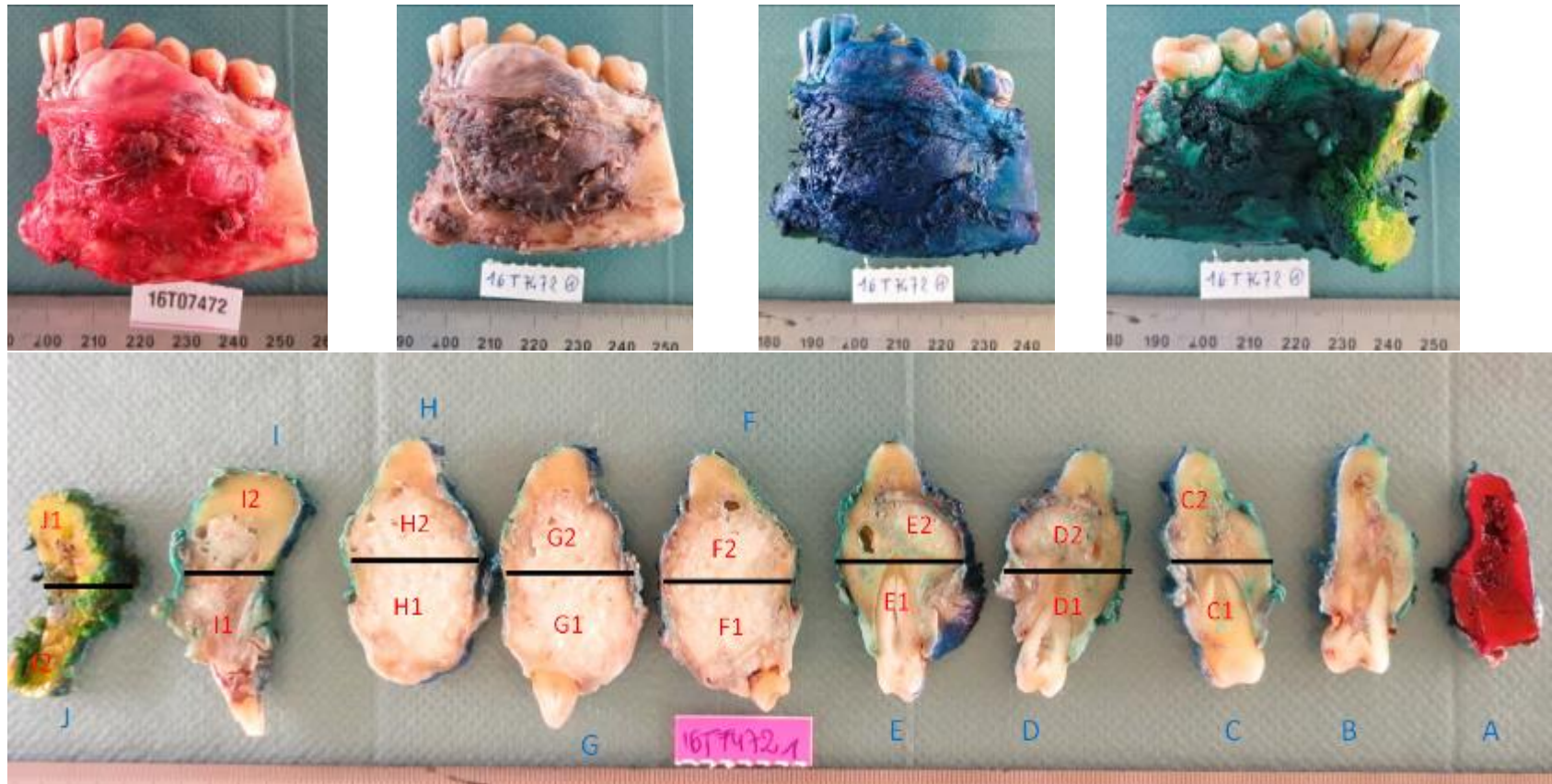
# Ameloblastome intra-osseux (ou conventionnel)

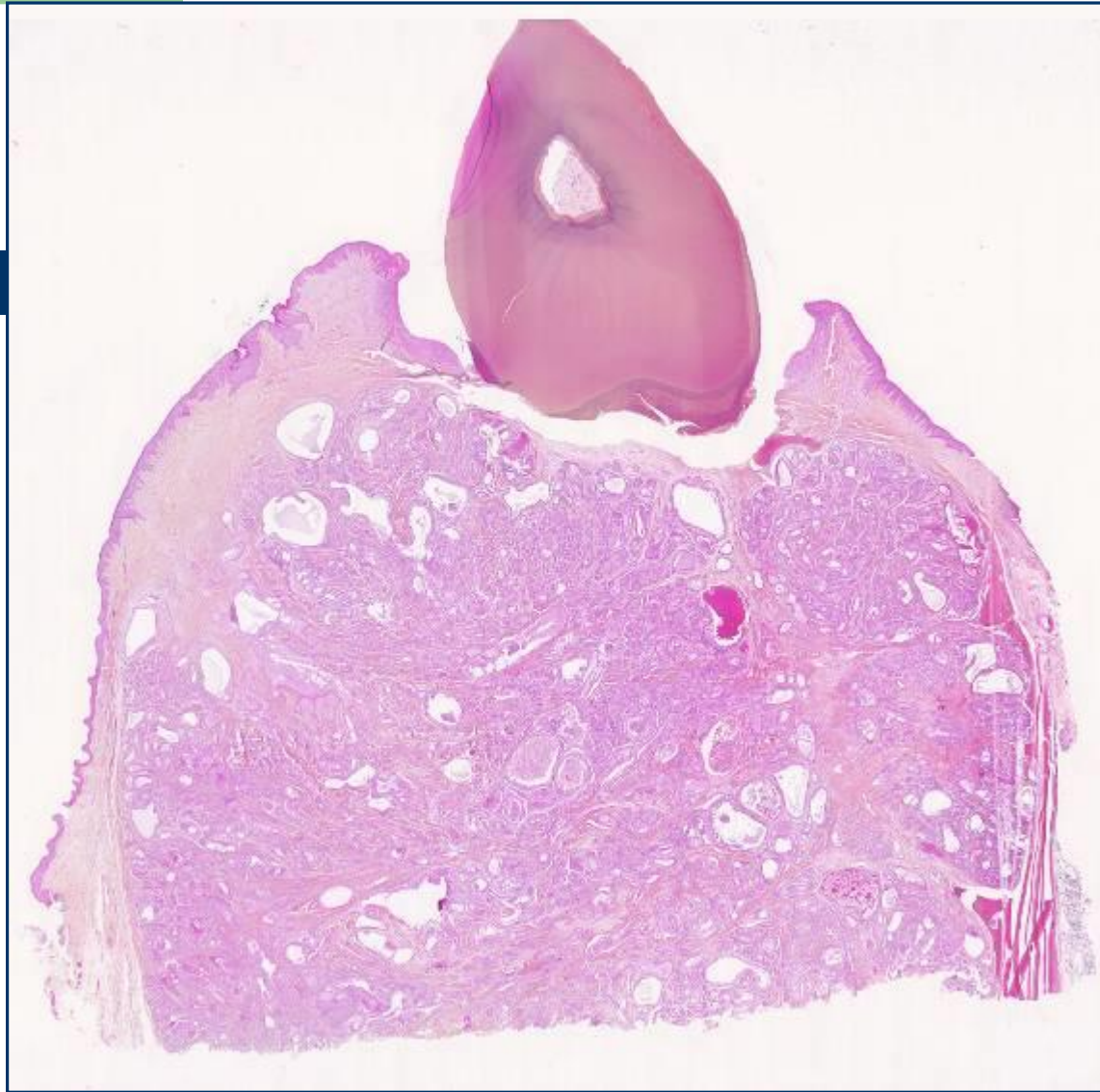
- 80 % de ces tumeurs surviennent dans la région postérieure de la mandibule
- Traitement initial : excision chirurgicale avec marges adéquates (+suivi)
- Enucléation pour la variante unikystique
- **Prise en charge macroscopique superposable** à la prise en charge des pièces de mandibulectomie pour carcinome épidermoïde



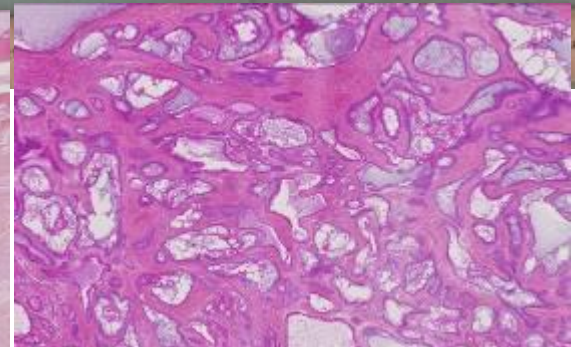
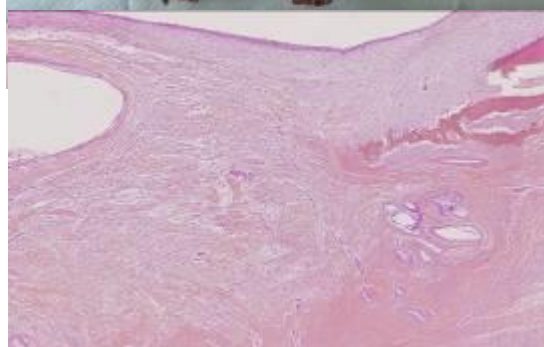
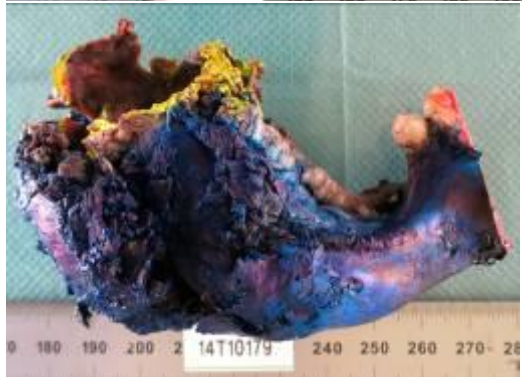
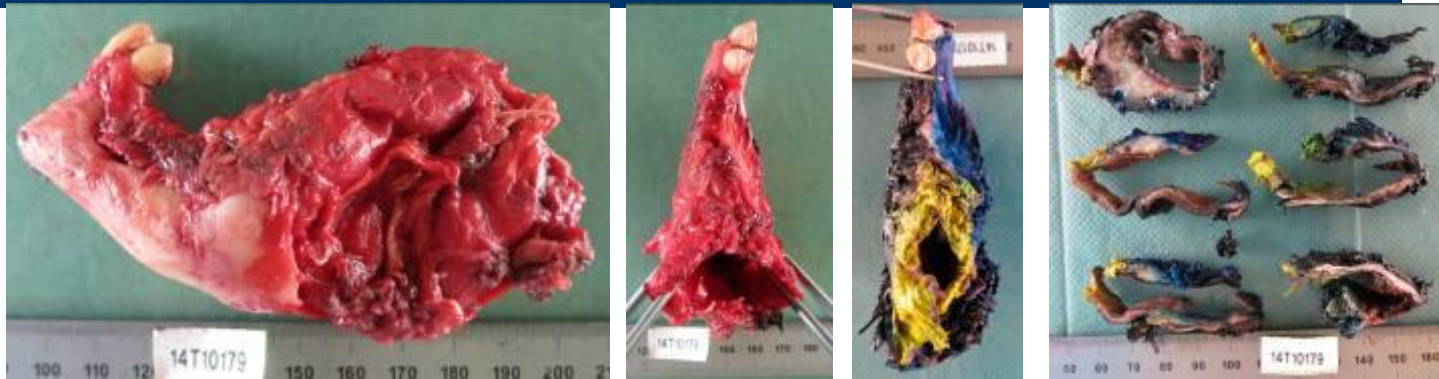
# Améloblastome solide

*après biopsie, mandibulectomie **interruptrice** d'emblée en raison de l'étendue de la lésion (3,5 cm de grand axe)*





# Améloblastome intra-osseux de 6 cm kystique et solide infiltrant de type folliculaire (première exérèse en 1973)





# Mandibulectomie *non interruptrice* de la 36 à 42



Patient de 21 ans: « énucléation en bloc »  
pour une lésion kystique de 4 cm du secteur 3

Améloblastome multikystique  
Exérèse incomplète en profondeur  
A priori, pas de récidence



## 3. Le compte-rendu



- Données minimales
- Taille de la tumeur
- Marges chirurgicales
- Invasion osseuse



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



## 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° FINIESS

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 (IHS) 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° FINIESS

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 histopathologique<sup>1</sup>

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 fragmentés, 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/pN<sup>2</sup>

Notes

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

Un +/- dans le texte équivaut à = ou =.

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

<sup>2</sup> L'année de la classification UICC utilisée est mentionnée dans le texte à la suite du pT/M.

# 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 histopathologique<sup>1</sup>

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 fragmentés, 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/pN<sup>2</sup>

---

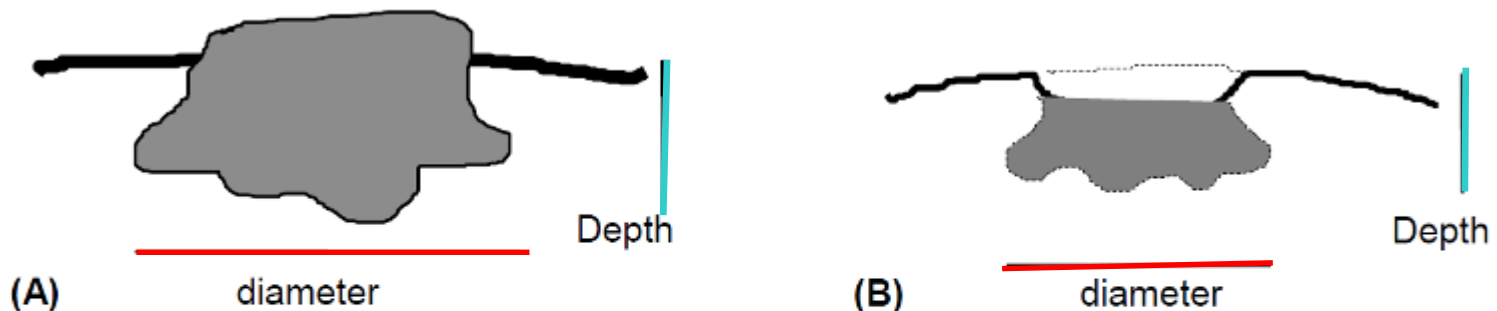
## Notes

- \* Le pathologiste ne peut renseigner ces données que si elles lui ont été transmises.
- Un «/» dans le texte équivaut à « ou ».
- <sup>1</sup> Selon la classification OMS en vigueur. En son absence, la classification utilisée est à préciser.
- <sup>2</sup> L'année de la classification UICC utilisée est mentionnée dans le texte **à la suite du pTNM.**



# Taille de la tumeur

- Diamètre maximal de la tumeur : pT
- Invasion profonde maximale ( $\neq$  épaisseur): seuil de 4 mm? Valeur pronostique

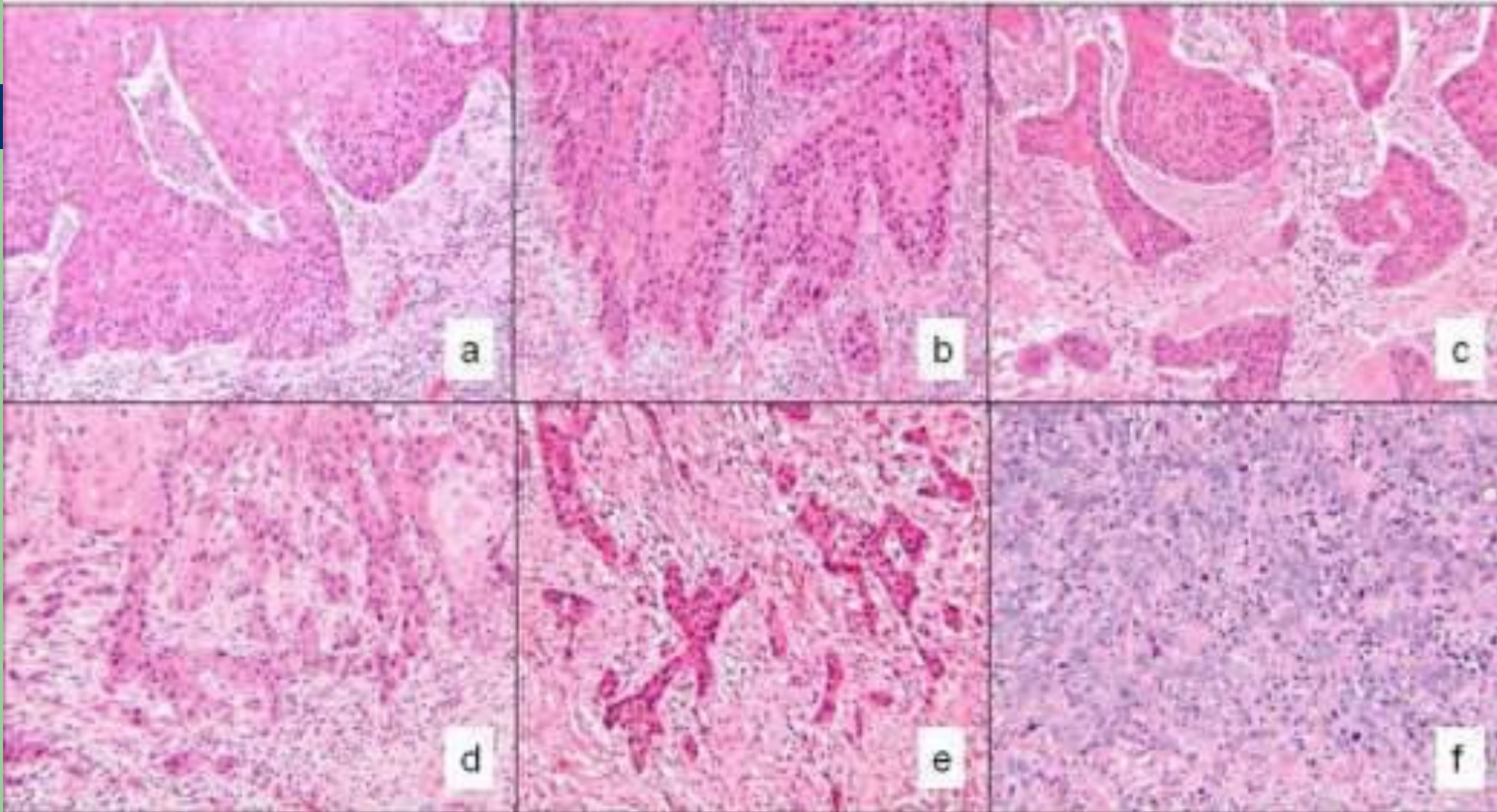


**Figure 1:** Descriptors of the size of the primary carcinoma for (A) nodular carcinoma and (B) ulcerated carcinoma. Note that depth of invasion refers to the depth of greatest spread in presumed continuity below the top of the adjacent mucosa. For both nodular and ulcerated tumours, the line of the original mucosal surface is reconstructed to determine the true thickness.

# Le pattern d'invasion ou front tumoral

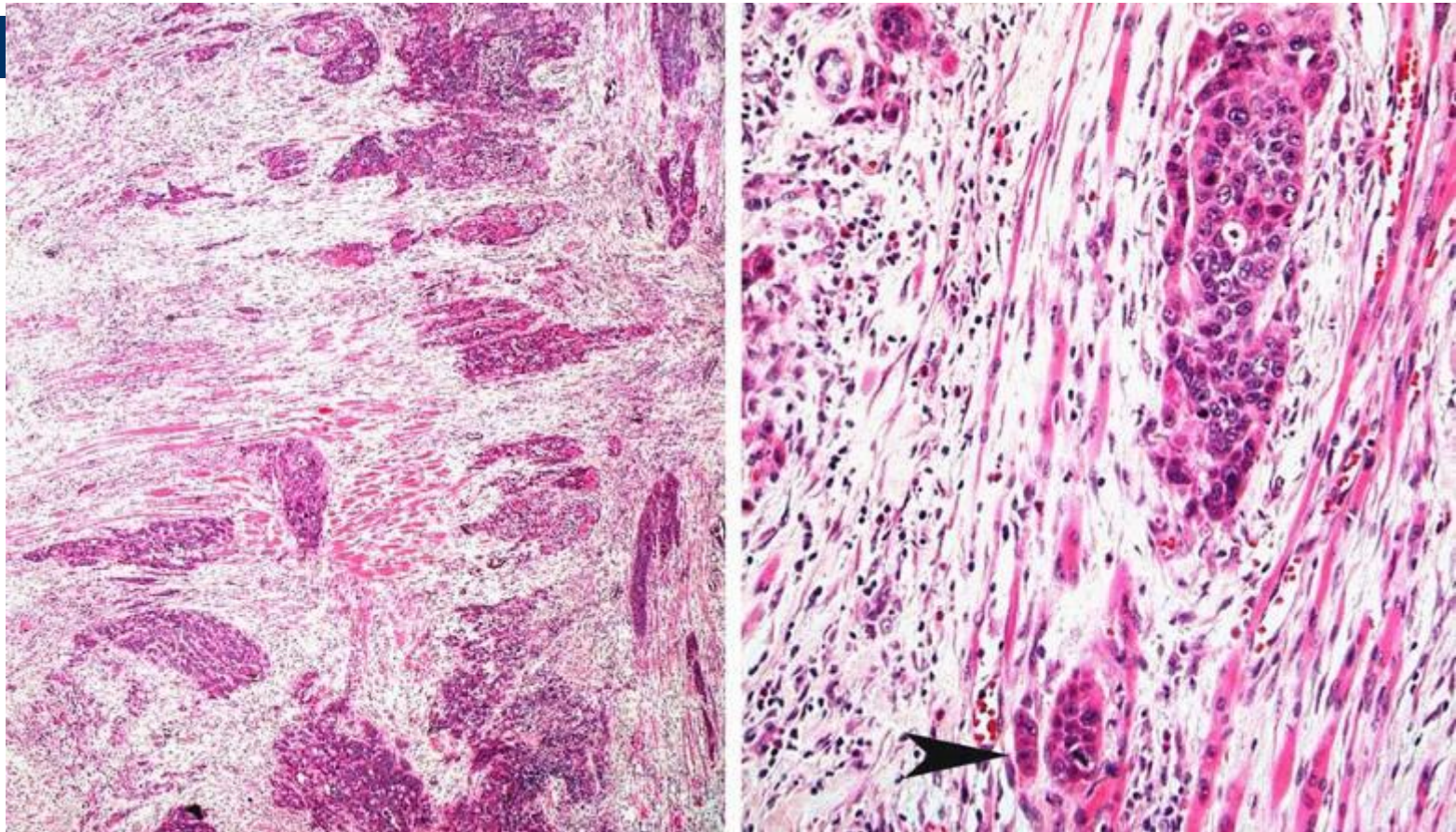
## 2 groupes

- Carcinome composé d'îlots cellulaires ou de travées cellulaires cohésives > 15 cellules  
= *pattern cohésif ou « pushing »*
- Carcinome composé de travées étroites et de cellules indépendantes ou non cohésives  
= *pattern infiltrant (ou non cohésif)*

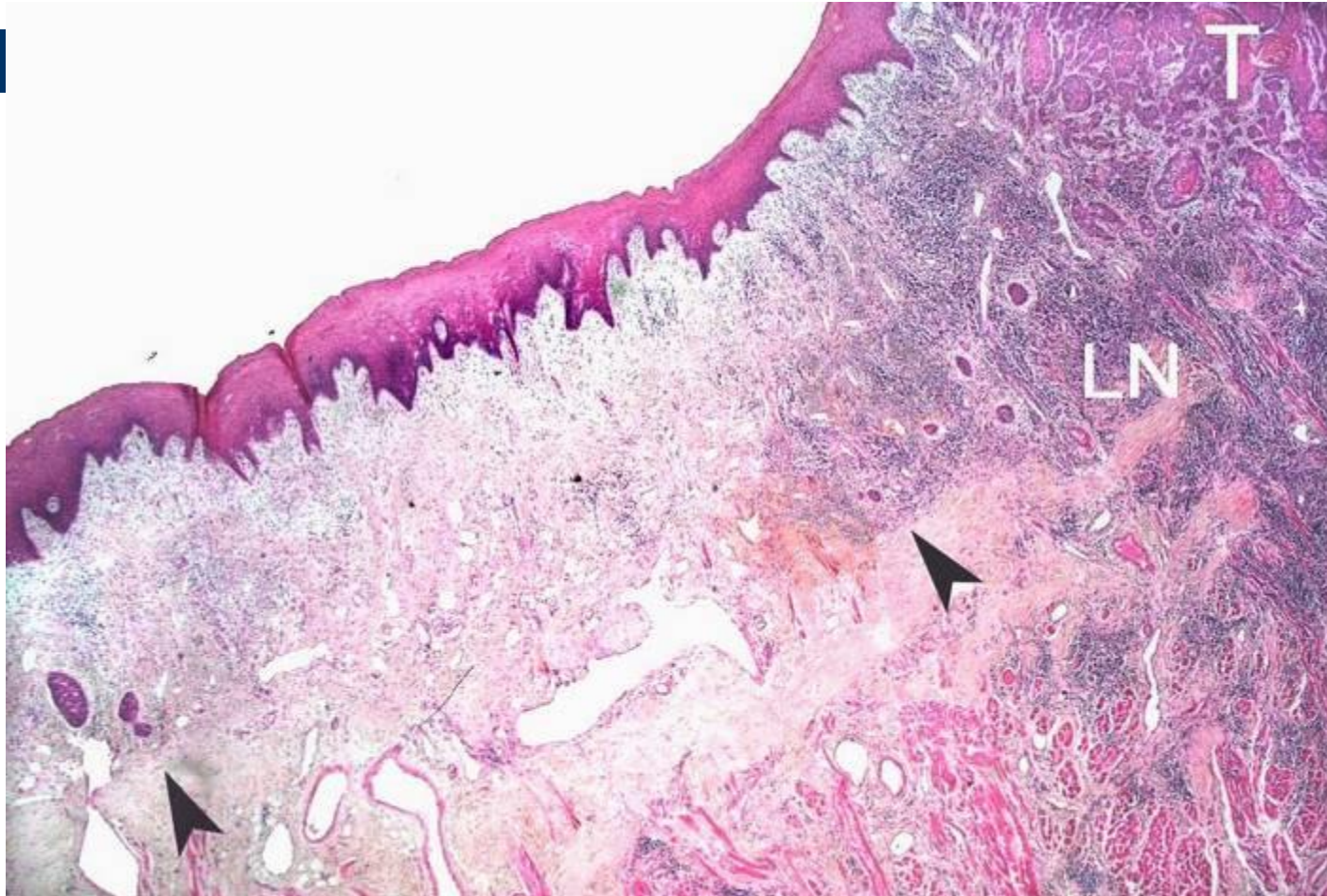


- Figures A, B, C : pattern cohésif
- Figures D, E, F : pattern non cohésif ou infiltrant

## WPOI: *worst pattern of invasion type 4*

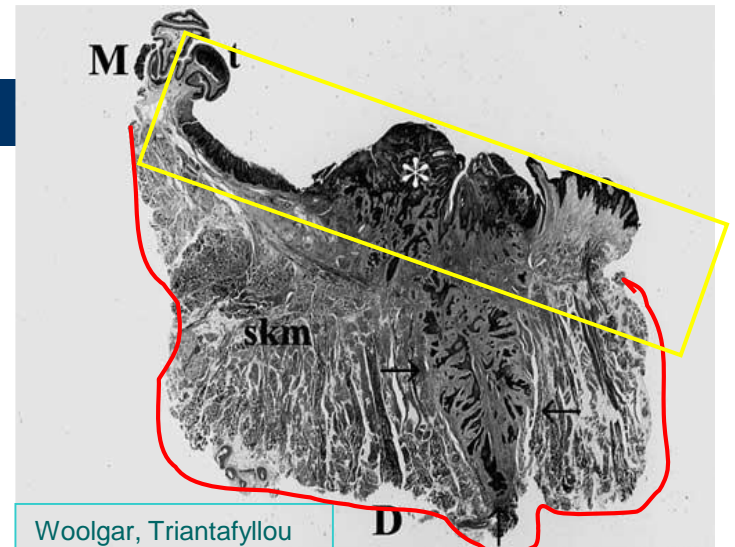


**WPOI: worst pattern of invasion type 5**  
*nodules satellites situés à  $\geq 1$  mm*

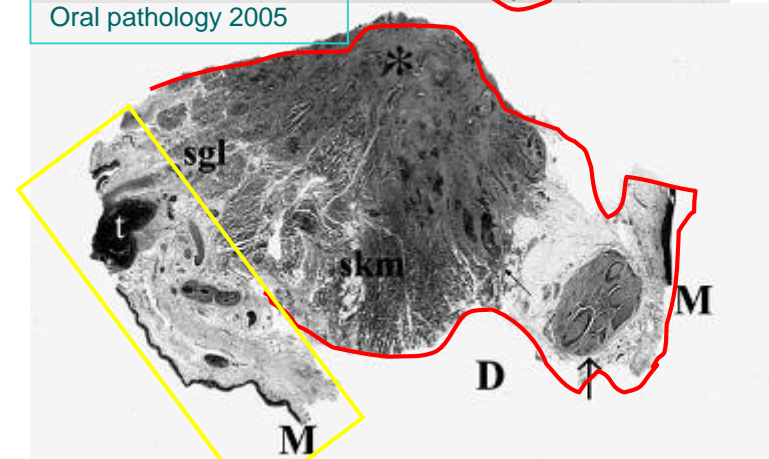


# Le statut des marges chirurgicales

- Notion de rétraction tissulaire 35% (avec seulement 10% en rapport avec la fixation formolée)
- Mesure de la marge muqueuse
- Mesure de la **marge profonde**+++
  - > **5 mm** « clear » = marge négative
  - 1-5 mm « close »
  - <1mm « involved » = marge positive
- Facteur pronostique ++ car R1 ou dysplasie sévère/CIS sur la limite d'exérèse: risque accru de récurrence locale



Woolgar, Triantafyllou  
Oral pathology 2005

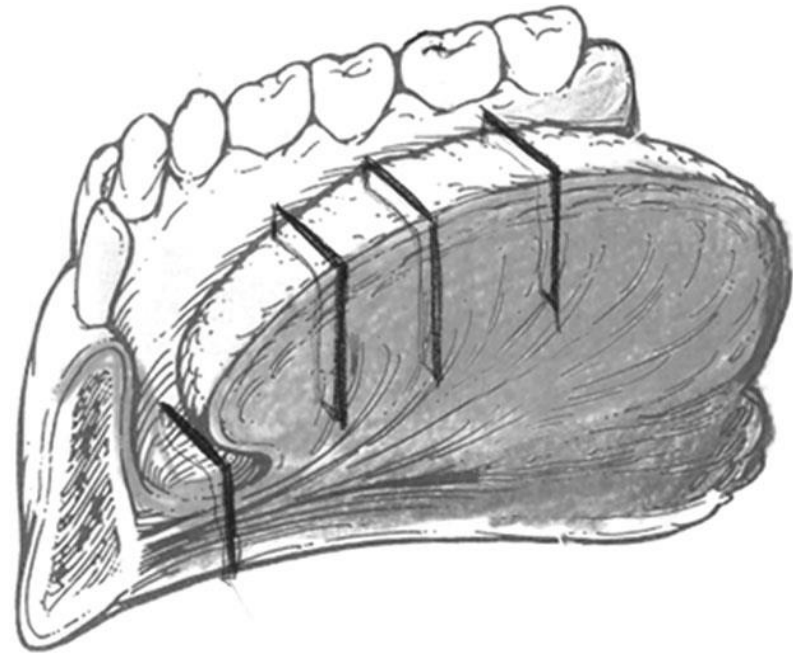


Carrefour Pathologie 2016

## Surgical margins in head and neck cancer: A contemporary review

Michael L. Hinni, MD,<sup>1</sup> Alfio Ferlito, MD, DLO, DPath, FRCSEd *ad hominem*, FRCS (Eng, Glasg, Ir) *ad eundem*, FDSRCS *ad hominem*, FHKCORL, FRCPath, FASCP, IFCAP,<sup>2</sup> Margaret S. Brandwein-Gensler, MD,<sup>3</sup> Robert P. Takes, MD, PhD,<sup>4</sup> Carl E. Silver, MD,<sup>5</sup> William H. Westra, MD,<sup>6</sup> Raja R. Seethala, MD,<sup>7</sup> Juan P. Rodrigo, MD, PhD,<sup>8,9</sup> June Corry, MD, FRACP, FRANZCR,<sup>10</sup> Carol R. Bradford, MD,<sup>11</sup> Jennifer L. Hunt, MD,<sup>12</sup> Primož Strojjan, MD, PhD,<sup>13</sup> Kenneth O. Devaney, MD, JD, FCAP,<sup>14</sup> Douglas R. Gnepp, MD,<sup>15</sup> Dana M. Hartl, MD, PhD,<sup>16,17</sup> Luiz P. Kowalski, MD, PhD,<sup>18</sup> Alessandra Rinaldo, MD, FRCSEd *ad hominem*, FRCS (Eng, Ir) *ad eundem*, FRCSGlasg,<sup>2</sup> Leon Barnes, MD, FASCP, FCAP<sup>7</sup>

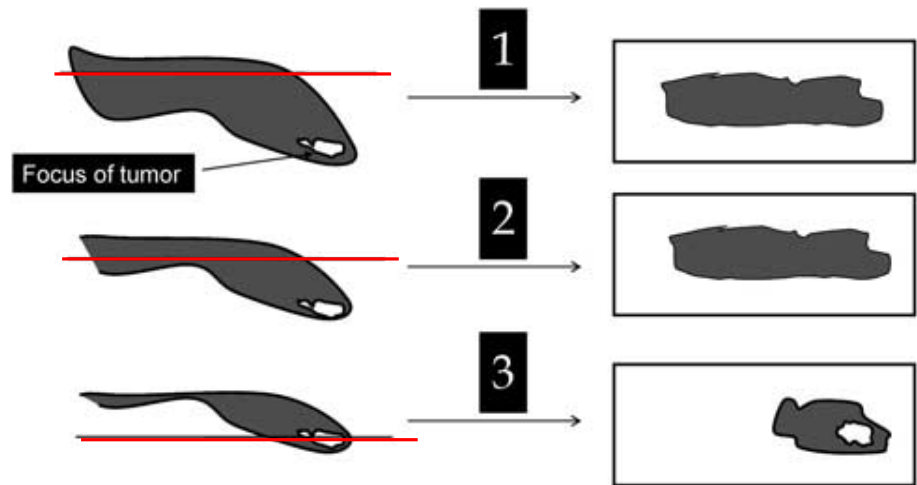
- Nécessité d'une technique standardisée
- Coupes perpendiculaires au grand axe de la pièce
- En mm
- À noter sur le CR
- Marge standard = 5 mm pour la cavité orale
- Notion de marge moléculaire sur la surface muqueuse (p53...)
- Marge positive= reprise chirurgicale si possible, sinon chimioradiothérapie adjuvante



# Examen extemporané des marges

- Pas systématique
- Muqueuse et parties molles
- Orientation++
- Recommandations:
  - Recoupe(s) isolée(s) (pas la pièce en totalité)
  - Fragment chirurgical < 10 mm de diamètre
  - Intérêt de faire 3 niveaux de coupe au cryostat

Olson, Hussaini, Lewis  
Modern Pathology 2011 24,665-670

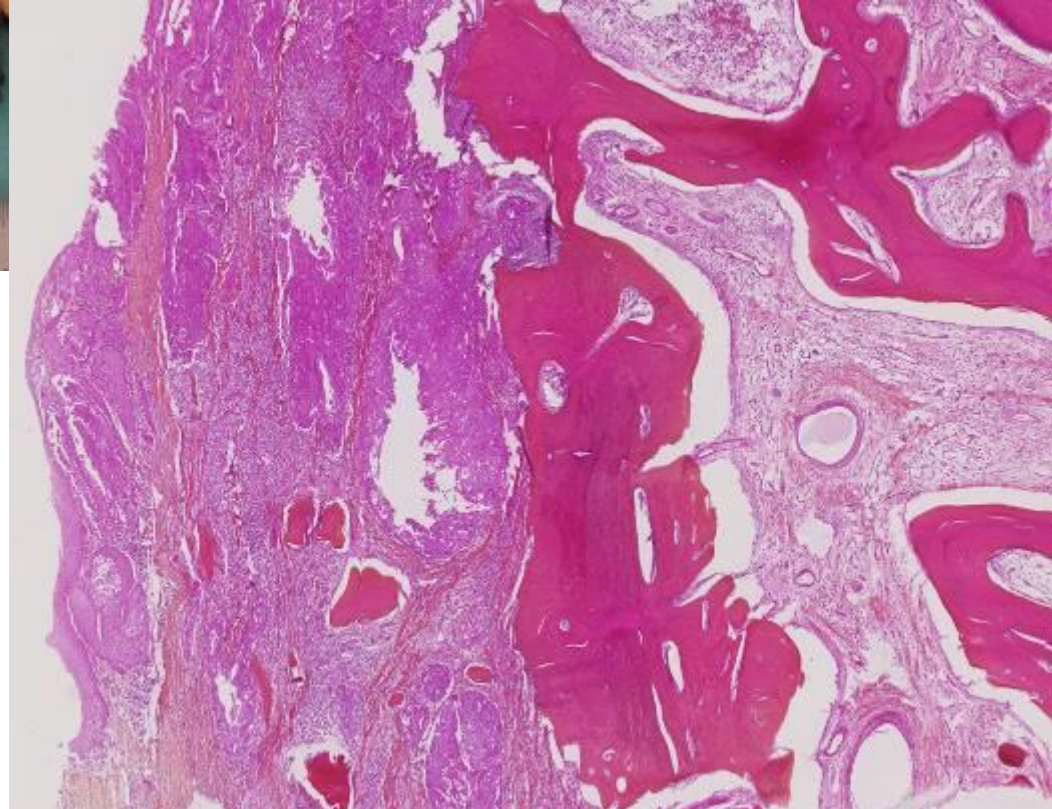
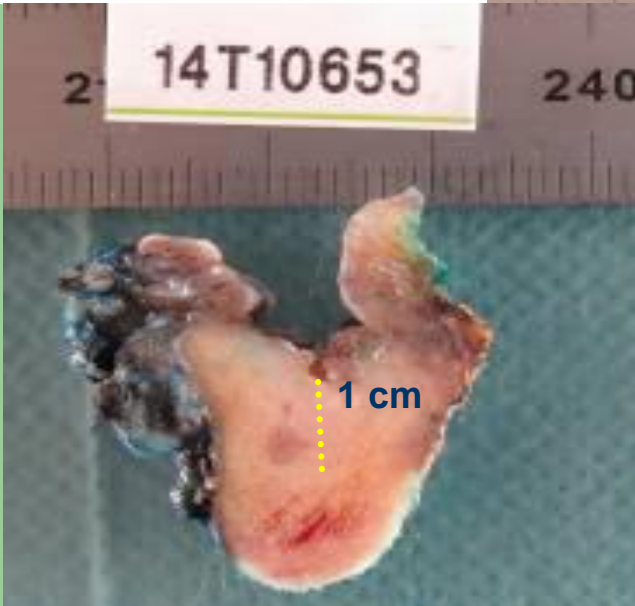
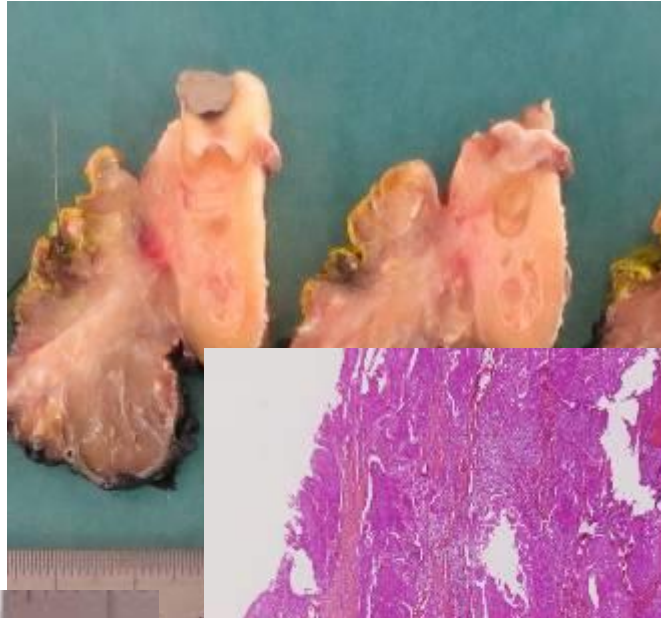


THIRD, "DEEPER" LEVEL METHOD



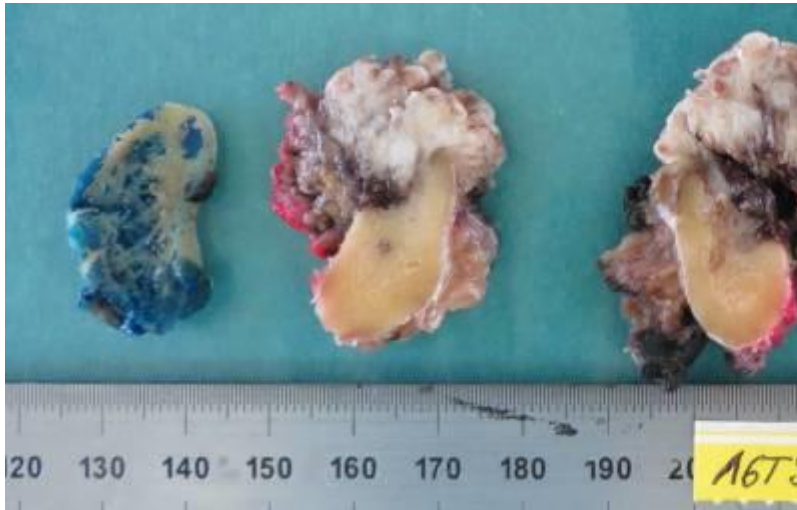
# L'invasion osseuse

- Infiltration vraie de la corticale ou infiltration de la médullaire intertrabéculaire = pT4
- S'il existe une invasion osseuse: préciser si présence ou absence de carcinome sur les limites chirurgicales osseuses

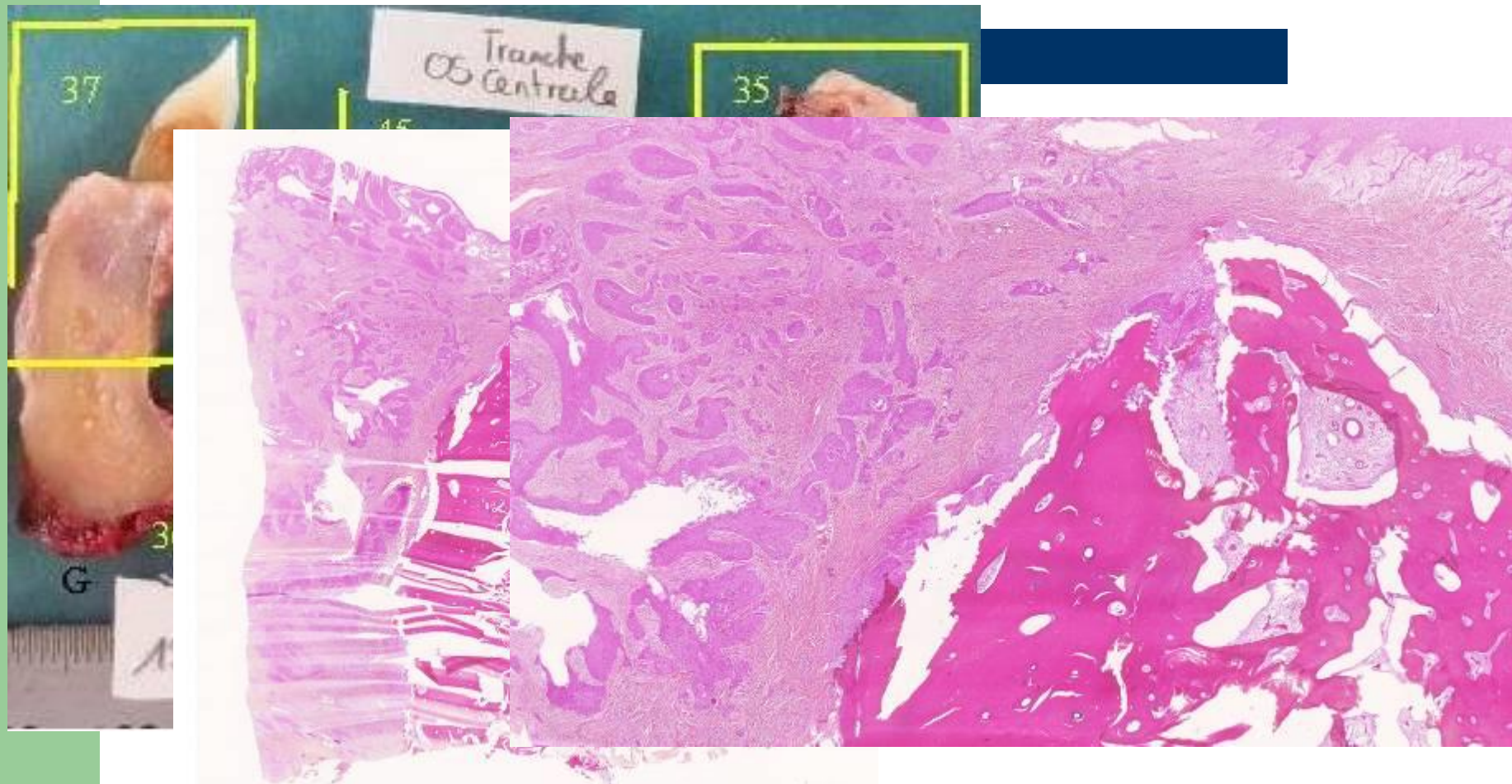


# L'érosion osseuse 1

- Erosion non invasive de la corticale  $\neq$  pT4
- Intérêt des niveaux de coupe et d'une coupe de qualité sur le tissu osseux



# L'érosion osseuse 2



# En conclusion

- **Décrire et couper les pièces** chirurgicales de façon adaptée et précoce:
  - toute la pièce chirurgicale doit être tranchée en coupes fines dans le petit axe
  - Intérêt des photographies macroscopiques et des encres de couleur différentes sur les limites chirurgicales
- **Fixer et décalcifier** de manière optimale après coupe à la scie
  - sans décalcifier les tissus mous
  - inclusion en totalité du segment osseux pour les mandibulectomies **non interruptrices**
  - échantillonnage sur la zone d'infiltration macroscopique de la tumeur dans l'os et inclusion des deux limites chirurgicales pour les mandibulectomies **interruptrices**
- **Pour le compte-rendu:**
  - Utiliser les recommandations INCA 2011 (données minimales) en faisant un stade pTNM pour les carcinomes épidermoïdes
  - Préciser l'invasion profonde de la tumeur (*et le pattern d'invasion si tumeur I ou II*)
  - Déterminer le statut des marges chirurgicales en mm



**CHRU** Tours



**Un grand merci à l'équipe technique !**

**Merci de votre attention !**

