



Révision Qes & Réponses et cas cliniques

Thème: Mélanomes

Date de la révision : 19 novembre 2019

Registre National du Cancer Luxembourg
1a-b, rue Thomas EDISON
L - 1445 STRASSEN – Luxembourg

Atelier	17/10/2019
Question N°2	J'ai un doute par rapport au nouveau TNM 8 pour les mélanomes. Est-ce qu'il faut bien prendre le pT pour le stade clinique (p. 144)? Ça veut dire que dans la plupart des cas le pT =cT?
Réponse	Effectivement, dans le TNM8, il y a un stade clinique et un stade pathologique...mais pas de cT. Donc pour le stade clinique, il faut prendre le pT et le cNM. Le cTNM dans sa globalité est applicable, donc pour le cT, il faut encoder cTx (et pas NA). Cela évitera que les CQ relèvent une incohérence potentielle.
Atelier	17/10/2019
Question N°3	Dans le codage des mélanomes 2018, nous rencontrons régulièrement des AnaPaths qui décrivent des "Mélanomes de type à extension superficielle ou de type SSM in situ" qui sont clairement notés pTis et interprétés comme in situ par les Dermatologues et Oncologues. Dans la CIM-O-3, il n'existe pas de mélanomes type SSM in situ. Je les code donc tous en M-8720/29 (Mélanomes in situ, SAI). Est-ce exact ou bien existe-t-il un autre code plus précis dans le blue book ?
Réponse	Nous avons déjà eu cette question qui a été soumise au Comité de Codification en 2015 et la réponse transmise à l'atelier DMC du 26/03/2015. Voici la décision du Comité de Codification : « un mélanome malin de type SSM ne peut pas être in situ. Un clinicien va traiter ce cas comme un mélanome invasif donc il est plus opportun de prendre le code M-8743/3 ».
Révision 19/11/2019	La question a été resoumise au groupe de cliniciens « Cancer de la peau » lors de la réunion du 07/11/2019. Les dermatologues considèrent ce mélanome comme un mélanome <i>in situ</i> , pTis. Ils ne tiennent pas compte dans ce cas-là de l'information portant sur le type de mélanome (SSM). Le code morpho est donc M-8720/29. Réponse à revoir après la réunion « Dermatologues – anatomopathologistes ».
Atelier	17/10/2019
Question N°4	Je viens de demander au LNS l'AnaPath de la 1 ^{ère} exérèse (faite chez un dermato en ville), chez un patient qui a eu sa reprise chirurgicale au CHdN (avec dans les renseignements cliniques de notre ORL : "Mélanome Malin" Est-ce que nous codons? Si oui, quelle Morpho ? Cf. annexe 1 – question 4 de l'atelier du 17/10/2019
Réponse	Le mélanome naevoïde du 27/09/2018 est à encoder M-8720/39. Les marges de résection sont indéterminées (l'anapath n'est pas certain que les marges soient saines) donc marges inconnues. Rien à enregistrer pour le 19/10/2018 : pas de tumeur retrouvée dans le prélèvement.
Révision 19/11/2019	Complément de réponse : Le 1 ^{er} prélèvement est une biopsie par rasage, ce qui ne permet pas de déterminer l'épaisseur, ni l'état des marges, donc pTx (cf. TNM8). Le 2 ^{ème} prélèvement est une recoupe qui ne retrouve pas de reliquat tumoral.

	La recoupe étant réalisée moins d'un mois après la biopsie par rasage, les deux procédures sont à enregistrer comme chirurgie en traitement initial avec RO au final (distance inconnue).
Atelier	17/10/2019
Question N°5	Je code un mélanome malin nodulaire pour lequel deux lésions très proches l'une de l'autre ont été enlevées (toutes les deux localisées au niveau de la peau du dos): 2 x mélanomes malins, plutôt en faveur de localisations métastatiques ! L'exérèse a été faite par une Dermatologue en ville, mais le dossier a été discuté en RCP chez nous et l'excision a été faite en marge saine (mais avec une marge de 1mm, apparemment sans reprise par la Dermato - mais j'attends la confirmation du LNS qu'il n'y en a pas eu réellement !!). D'autre part, la patiente a reçu une Immunothérapie adjuvante au CHdN (du Nivolumab). Un PET-Scan a été réalisé dans le bilan d'extension, mais je n'ai pas encore le compte-rendu!! J'ai 2 questions (pour le codage en attendant d'avoir des infos supplémentaires) : • Est-ce que je code bien un C44.53 multifocal avec M-8721/39 ? Ou est-ce que je la code en C80.9 car l'AnaPath parle que l'aspect plaide en faveur de localisations métastatiques ? • Si je le code en C44.53, quelle épaisseur je considère (2 lésions de 3mm chacune - pT3a ? N0 malgré la lymphangiocarcinose ?) Cf. annexe 2 – question 5 de l'atelier du 17/10/2019
Réponse	Je pense qu'en l'absence de données cliniques évoquées pendant la RCP qui orienteraient vers une métastase, tu peux rester sur un primitif. ▪ Topo C44.53 multifocal ▪ M-8721/39 (mélanome nodulaire) ▪ TNM 8^{ème} édition (si tumeur de 2018) : ○ pT3a pour l'épaisseur de 3 mm ○ il n'y a pas de métastase dans les ganglions régionaux, mais la lymphangiocarcinose peut être considérée comme une métastase régionale intra lymphatique, je mettrais un pN1c
Atelier	17/10/2019
Remarque par rapport aux CQ	Les vérifications pour la préparation de la BDD Mélanomes 2013-2018 ont permis d'identifier une justification spécifique aux mélanomes pour un CQ portant sur la cohérence entre les variables suivantes : Incohérence entre (pN+) et (ggls examinés « NA » ou « 0 ») et (ggls positifs « NA »): justification possible pour les mélanomes cutanés ▪ TNM 7: présence de nodule satellite ou de métastase « en transit » sans ggls régionaux ➔ pN2c & ggls positifs « NA » (si aucun examiné) ou « 0 » (si au moins 1 ggl examiné)

	▪ TNM 8: présence de nodule satellite ou de métastase « en transit » <u>sans</u> ggls régionaux → pN1c & ggls positifs « NA » (si aucun examiné) ou « 0 » (si au moins 1 ggl examiné)
Atelier	19/09/2019
Question N°9	Un mélanome malin au niveau du bras droit est diagnostiqué en juillet 2014 chez une patiente d'environ 70 ans. Une résection R0 de ce mélanome est réalisée + résection complémentaire pour marge de sécurité. Un scanner cérébral est réalisé chez cette dame le 07 avril 2018 car elle présente une légère désorientation : le scanner montre des images fortement suspectes de néoplasie (éventuellement secondaire). Diverses investigations sont réalisées chez cette patiente afin de retrouver un éventuel cancer primitif dont une gastroscopie le 12.04.2018 où une biopsie duodénale est réalisée et dont le résultat est " paroi duodénale envahie par une tumeur maligne compatible avec un mélanome malin". Le mélanome de la paroi duodénale n'a jamais été considéré comme un 2^{ème} primitif par le clinicien qui a documenté au dossier un mélanome métastatique (méta cérébrale et digestive), ce cas a de plus été discuté comme tel en RCP... Du coup comment coder la survenue des métastases à distance pendant le suivi (base Diagnostique, date, et localisation des métastases à distance) pour ce mélanome ?
Réponse	Si vraiment le mélanome digestif est considéré comme une métastase à distance, on va suivre l'avis des cliniciens. Pour les métastases pendant le suivi, il faut enregistrer la 1^{ère} d'un point de vue chronologique, en l'occurrence il s'agit de la suspicion de méta cérébrale. ▪ Méta pendant le suivi : « Oui » ▪ Date de survenue de la métastase = 7 avril 2018 ▪ Base de diagnostic de la méta = 2 ▪ Pour la localisation : Cérébrale L'enregistrement des méta pendant le suivi pour un registre a un objectif vraiment épidémiologique, c'est-à-dire déterminer la survie sans maladie (<i>disease free survival</i>). Une fois qu'un évènement est notifié, qu'il y en ait un, deux ou dix, cela ne change rien. C'est un raisonnement très différent d'un raisonnement médical.
Atelier	19/09/2019
Question N°12	Quel code morpho faut-il attribuer à un mélanome malin naevoïde? il est précisé dans le CR anapath qu'il s'agit d'une variante non papillomateuse, avec maturation cellulaire. L'anapath ajoute qu'il s'agit d'une lésion non fréquente représentant 1% de tous les mélanomes. Le patient concerné est un homme de 48 ans sans antécédents particuliers et la lésion se situe au niveau de la cuisse Dte.
Réponse	D'après le Blue Book des tumeurs cutanées (2018), le mélanome naevoïde a un code morpho M-8720/3, donc non spécifique. Il y a effectivement des formes papillomateuses et non papillomateuses ! Pas de données épidémio, mais selon les sous-types c'est plus ou moins rare.

Révision 19/11/2019	Pas de nouveau code morphologique pour ce type de mélanome dans la CIM-O-3, 2 ^{ème} révision.
Atelier	20/06/2019
Question N°1	Petite question pour un code morphe en dermato: quel code morphe pour un "mélanome folliculaire"?
Réponse	On parle de mélanome folliculaire , lorsque des mélanocytes atypiques infiltrant l'épithélium des follicules pileux et traversent les structures folliculaires ainsi que le derme adjacent. A ma connaissance, il n'y a pas de code morphe spécifique, donc on garde mélanome malin SAI M-8720/39. A moins que dans le compte rendu histologique, tu aies plus d'information.
Révision 19/11/2019	Pas de nouveau code morphologique pour ce type de mélanome dans la CIM-O-3, 2 ^{ème} révision.
Atelier	15/11/2018
Question N°5	Pourriez-vous m'expliquer les stades des mélanomes cutanés ? (pages 144-145 du TNM 8). Il y a 2 stades dans le mélanome cutané : stades cliniques à encoder en fonction des pT (??) et stades histopathologiques avec la note "dans le cas où il existe des ganglions sans que la tumeur primitive ne soit retrouvée, le stade est le suivant ..." Il me semblait qu'on devait encoder "tumeur d'origine inconnue" si on ne trouvait pas de trace de la tumeur primitive (cf. cas ci-dessous) ?? Voir QES de l'atelier du 26/03/2015
Réponse	Stade clinique à encoder en fonction des pT : il faut prendre en compte le pT avec le cN et le cM. Stades histopathologiques avec la note "dans le cas où il existe des ganglions sans que la tumeur primitive ne soit retrouvée, le stade est le suivant ...": il s'agit du TNM des mélanomes cutanés donc nous pensons que c'est le cas de mélanomes cutanés pour lesquels on ne retrouve pas le site primitif (donc C44.9 ? comment c'est possible de ne pas retrouver un mélanome cutané ? on se le demande aussi...) Donc pour un mélanome pour lequel on ne retrouve pas de site primitif, et que ce mélanome peut donc être autre que cutané (digestif,...) la consigne est de coder la topographie en C80.9 et donc d'enregistrer le EOD et non le TNM.
Révision 19/11/2019	La question concernant les stades pathologiques III pour lesquels il existe des ganglions sans que la tumeur primitive ne soit retrouvée (pT0) a été posée au groupe de cliniciens « Cancer de la peau » lors de la réunion du 07/11/2019. Cette situation peut se produire lorsqu'un patient vient consulter pour une adénopathie suspecte et qu'il présente une cicatrice pour une lésion cutanée prélevée plusieurs mois voire plusieurs années auparavant, avec un diagnostic histologique de mélanome in situ et/ou en l'absence d'un diagnostic histologique de mélanome invasif. L'adénopathie doit se trouver dans la région de drainage lymphatique de la cicatrice. Le diagnostic est posé devant l'adénopathie cliniquement suspecte (parfois une métastase à distance) confirmée histologiquement comme étant une métastase d'un

	mélanome. Le prélèvement au niveau de la cicatrice ne met pas en évidence de tumeur (pT0). Aucun autre mélanome cutané n'est mis en évidence. En fonction du nombre de ganglions positifs, le stade pathologique est IIIB ou IIIC, voire IV si méta à distance. La base de diagnostic est une histologie d'une métastase (=6).
Atelier	15/11/2018
Question N°6	Patiente née en 1937, démente, venue pour une baisse de l'état général. Topo ? TNM? Echo des tissus mous du 29/01/2018 Clinique : Deux gros nodules sous-cutanés durs du bras droit. Résultats : Il s'agit de deux lésions hypoéchogènes, bosselées, tissulaires, en situation sous-cutanée, dont le plus gros mesure près de 3 cm de diamètre. L'échostructure est homogène, et au Doppler, il existe des zones vasculaires. Conclusion : Lésions tissulaires au niveau de l'avant-bras et du bras droit, dont l'aspect n'est pas évident, il y en a également un sur la fesse droite au scanner. Existe-t-il un contexte oncologique? Éventuellement une microbiopsie pourrait être effectuée pour déterminer la nature exacte de ces images et éliminer une lésion tissulaire. CR anapath de la biopsie du 01/02/2018 : site du prélèvement : Bras droit. Le tableau est suspect d'un mélanome malin avec nécrose étendue. Des immunomarquages confirment le diagnostic de mélanome malin. RCP du 19/02/2018 : nécessité d'examen complémentaire La patiente est partie en maison de repos, plus de trace dans le dossier hospitalier
Réponse	Avec les infos ci-dessus ce serait un C80.9. TNM = NA --> EOD = 6
Atelier	19/04/2018
Question N°7	Pour les mélanomes: la variable « taille histo de la tumeur » correspond-elle à l'épaisseur ou à la taille de la lésion?
Réponse	La taille histo qui est demandée est la même pour toutes les localisations de tumeur solide, dont le mélanome. Mais effectivement, elle n'a pas beaucoup d'intérêt pour les mélanomes, car c'est l'épaisseur qui est prise en compte pour déterminer le pT. Pour les mélanomes, il n'y a pas de variables spécifiques qui sont collectées.
Révision 19/11/2019	Variable spécifique à partir d'ONCOLIN 2020, pour les mélanomes à partir du 1^{er} janvier 2019 (DI).
Atelier	19/04/2018
Question N°8	Pour les mélanomes: dans quel type de traitement faut-il classer les interférons?
Réponse	Les interférons appartiennent au groupe des ANTINEOPLASIQUES ET IMMUNOMODULATEURS : immunostimulants, selon la classification ATC (Classification Anatomique, Thérapeutique et Chimique) Pour l'instant, nous avons convenu de regrouper dans « Thérapies ciblées » les immunothérapies. Selon les classifications utilisées, la séparation entre Thérapies ciblées & Immunothérapie varie.

Atelier	18/01/2018
Question N°5	Patient né en 1973 qui a présenté en 2015 une dysplasie haut grade (HSIL) au niveau de la verge (sillon balano-prépucial). Dans le cours, je vois que les cancers de la verge sont souvent des cancers de la peau (C44.5 ou C44.9, sauf pour les mélanomes pour lesquels ont met une Topo verge). Par contre, dans le document des Topo Peau, dans la catégorie C44.9, il est indiqué : Peau, SAI (à l'exclusion de la peau de la vulve C51.-, de la verge C60.9 et du scrotum) Est-ce que je considère en Topo C44 et que je ne le code donc pas ? Ou bien quelle Topo je renseigne : C60.9 ? C60.8 ?
Réponse	Le code morphologique est M-8077/2. La localisation de cette tumeur est le plus souvent la peau de la verge, mais elle peut se retrouver dans d'autres parties de la verge. Pour ce patient, il est précisé que le point de départ est le sillon balano-prépucial, mais Il n'y a pas de code topo spécifique. Il faut mettre peau de la verge : C60.9. Tumeur à enregistrer. Attention : dans le cours, il est noté que les cancers de la verge sont souvent des cancers cutanés <u>qui ne doivent pas être classés avec la peau (C44.5 ou C44.9)</u> mais pour les mélanomes de la verge: topo verge et TNM mélanomes cutanés. Donc les cancers cutanés de la verge sont toujours codés en topo C60.9. Pour le TNM : • Carcinomes cutanés de la verge : prendre le TNM de la verge. ▪ Mélanomes de la verge : prendre le TNM des mélanomes cutanés.
Révision 19/11/2019	Pas de changement entre le TNM7 et le TNM8 pour les tumeurs cutanées de la verge.
Atelier	16/11/2017
Question N°3	Homme né en 1961 - quel code morpho ? Extrait du compte-rendu anapath de la chirurgie : "Oberschenkel rechts: lésion mélanocytaire atypique compatible sur les premières coupes disponibles avec un mélanome malin type à diffusion superficielle. L'exérèse semble être complète sur le plan de coupe... Diagnostic : Mélanome malin, type à diffusion superficielle, in-situ - Clarck 1 Stade pTis - Excision complète"
Réponse	Nous avons eu un cas similaire présenté d'ailleurs au Comité de Codification du 05/03/2015. Le CR anapath présenté concluait à un mélanome malin de type SSM, in situ. En fait, un mélanome malin de type SSM ne peut pas être in situ. Un clinicien va traiter ce cas comme un mélanome invasif. La décision retenue est de prendre le code M-8743/3 & pT = pT1
Révision 19/11/2019	La question a été resoumise au groupe de cliniciens « Cancer de la peau » lors de la réunion du 07/11/2019. Les dermatologues considèrent ce mélanome comme un mélanome <i>in situ</i>, pTis. Ils ne tiennent pas compte dans ce cas-là de l'information portant sur le type de mélanome (SSM). Le code morpho est donc M-8720/29.

	Réponse à revoir après la réunion « Dermatologues – anatomopathologistes ».
Atelier	16/11/2017
Question N°4	Faut-il inclure le cas suivant dans le registre ? Homme de 29 ans, excision d'un naevus. CR LNS : examen microscopique: "In den Stufen deutlich gesteigerte pagetoide Aktivität über die gesamte Breite der Läsion. Somit sind die Kriterien eines in-situ Melanoms partiell erfüllt. Zur Rezidivprophylaxe wird eine Nachexzision mit 3 bis 5 mm Sicherheitsabstand empfohlen. Conclusion: Gluteal links - Dysplastischer junctional aktiver melanozytärer Naevus. Exzision in toto. M 8740/0" Faut-il tenir compte de la remarque sur les critères du mélanome in situ partiellement remplis dans le texte ?
Réponse	Le LNS donne comme conclusion une tumeur bénigne mais dans la description il parle de critères de mélanome in situ partiellement remplis donc la checklist pour parler d'un mélanome in situ n'est pas validée. Dans ce cas, il faut rester sur la conclusion de mélanome bénin (M-8720/0) à ne pas enregistrer. Il faudrait que les "critères" soient tous remplis pour parler d'un mélanome in situ (M-8720/2).
Atelier	16/11/2017
Question N°15	Femme de 77 ans avec un mélanome malin à la plante du pied en 2015, méta ganglionnaires au niveau inguinal en 2016 (confirmation histo): s'agit-il d'une récurrence régionale ou d'une méta à distance?
Réponse	Les ganglions inguinaux font partie des ggls régionaux pour toute la jambe, pieds compris. Donc il s'agit d'une récurrence régionale.
Atelier	16/11/2017
Question N°18	Il s'agit d'un patient de 62 ans, chez qui on enlève un mélanome nodulaire au niveau de l'avant-bras G en septembre 2016. Aucune info pour ce patient à part le CR anapath (pas de courriers médicaux, pas de bilan d'extension, pas d'analyses sanguines pas de RCP). Le CR anapath fait état d'un mélanome malin nodulaire non ulcéré infiltrant le tissu adipeux sous cutané (niveau V de Clark) et d'un indice de Breslow de 8 mm. Faut-il coder un pT1b pour le Clark V ou un pT4a pour le Breslow de 8mm? Le patient est par la suite perdu de vue (domicilié à l'étranger).
Réponse	L'indice de Breslow correspond à l'épaisseur maximale de la tumeur, et est exprimé en millimètres. Il s'agit du principal marqueur pronostic dans le mélanome. Le niveau d'invasion ou Clark est déterminé selon le niveau de pénétration de la tumeur dans les différentes « couches de la peau ». Sa valeur pronostique est moindre que celle du Breslow. Donc pour ce patient le pT = pT4a.
Révision 19/11/2019	La réponse donnée se base sur le TNM7. Même réponse pour le TNM8
Atelier	15/06/2017

Question N°6	Mélanome malin excisé en juillet 2013. Ganglion sentinelle positif le 29/07. Evidement ganglionnaire latéro-cervical le 16/09 : cette intervention doit-elle être renseignée dans une fiche traitement à part ?
Réponse	Comme l'intervention ne concerne pas la chirurgie primitive mais les ganglions (supposés régionaux ? Cela dépend de la topo de la tumeur primitive), il ne faudra pas la renseigner dans une fiche traitement. Par contre il faudra bien renseigner l'extension pathologique aux chaînes ganglionnaires régionales (s'il s'agit bien de ganglions régionaux) au moment du diagnostic (nombre de ganglions examinés et positifs...).
Atelier	18/05/2017
Question N°9	Concernant les mélanomes, faut-il encoder : - les mélanomes in situ? - les lentigos malins (état précancéreux du mélanome)?
Réponse	Les critères d'inclusion dans le RNC des mélanomes correspond aux critères d'inclusion de la majorité des tumeurs, c'est-à-dire pour ce qui est du comportement, les tumeurs in situ (/2) et invasives (/3) sont à enregistrer. Il faut donc encoder les mélanomes in situ et les lentigos malins qui sont des /2.
Atelier	18/05/2017
Question N°19	Cas de mélanome malin qui mesure, à l'histologie, 2,4 mm ce qui fait un pT3. Oncolin ne me permet pas de coder la virgule, ce qui m'oblige à coder une taille histologique de 2mm et un pT2. Est-ce qu'il ne serait pas possible de pouvoir coder la virgule pour être plus correct ?
Réponse	Pour le pT des mélanomes, c'est l'épaisseur de la tumeur qu'il faut prendre en compte et non la taille de la tumeur. Donc il n'y a pas de lien entre la taille histologique encodée et le pT pour un mélanome.
Révision 19/11/2019	Variable spécifique à partir d'ONCOLIN 2020, pour les mélanomes à partir du 1 ^{er} janvier 2019 (DI).
Atelier	17/11/2016
Question N°5	Patiente née en 1984 qui se fait enlever un naevus. Résultats N1 : un naevus mélanocytaire composé dysplasique avec atypies sévère. Résultats N2 : lésion complexe. Forme inhabituelle de naevus de Spitz, diagnostic différentiel avec un mélanome Spitzoïde M-8770. Faut-il encoder quelque chose ?
Réponse	Il n'y a rien à encoder. Le naevus mélanocytaire = M-8720/0 et le mélanome de Spitz = 8770/0.
Révision 19/11/2019	Pas de nouveau code morphologique pour ces types de mélanome dans la CIM-O-3, 2 ^{ème} révision.
Atelier	17/12/2015
Question	Cas clinique N°1 ZK – jeune fille née en 2003 – Mélanome ?
Réponse	Plusieurs avis sont rendus successivement mais avec des conclusions différentes. Dans un cas comme celui-ci, c'est le dernier avis qui prévaut, en l'occurrence le 3 ^{ème} avis. 1 ^{er} avis : nævus composé (mixte) : M-8760/0

	2 ^{ème} avis : mélanome de type SSM : M-8743/3 3 ^{ème} avis : nævus à cellules épithélioïdes et à cellules fusiformes : M-8770/0 ➔ tumeur bénigne à ne pas enregistrer.
Atelier	19/11/2015
Question	Cas clinique N°1 CHdN – homme de 68 ans – Mélanome Topo, morpho ?
Réponse	On ne trouve pas le site primitif de la tumeur donc mettre comme code topographique C80.9 - primitif inconnu (un mélanome peut se trouver sur la peau mais aussi autre part comme les intestins). Le code morphologique est celui du mélanome malin donc M-8720/39.
Atelier	21/05/2015
Question N°6	Femme 1950 - mélanome du bras Compte-rendu anapath chirurgie: "Biopsie exérèse cutanée du bras droit - mélanome malin in situ (intra-épidermique) de type SSM non ulcéré développé sur nævus composé préexistant" code morpho ? (8743/2 impossible) et pT ?
Réponse	Le nævus composé ou nævus mixte est une tumeur bénigne (M-8760/0) et l'anapath insiste sur le caractère in situ du mélanome, qui est intra-épidermique et donc sans franchissement de la membrane basale. Donc je pense que l'information prioritaire à garder compte-tenu des codes morpho disponibles est le caractère in situ du mélanome donc M-8720/2, même si on perd de l'information. Pour le pT, il s'agit donc d'un pTis.
Révision 19/11/2019	Même réponse mais raisonnement différent. La question portant sur le choix entre mélanome in situ et mélanome de type SSM toujours invasif a été resoumise au groupe de cliniciens « Cancer de la peau » lors de la réunion du 07/11/2019. Les dermatologues considèrent ce mélanome comme un mélanome <i>in situ</i> , pTis. Ils ne tiennent pas compte dans ce cas-là de l'information portant sur le type de mélanome (SSM). Le code morpho est donc M-8720/29. Réponse à revoir après la réunion « Dermatologues – anatomopathologistes ».
Atelier	23/04/2015
Question N°14	Cas d'un patient opéré une 1 ^{ère} fois pour un mélanome du dos en mai : exérèse in toto, marges de 1,25 mm pour les plus proches. En juillet de la même année il est opéré (recoupe au niveau de la cicatrice) : rien à signaler. Pas plus de précisions. Est-il correct de considérer cette 2 ^{ème} op et l'encoder comme traitement de ce mélanome ?
Réponse	Oui car il y a des normes à respecter concernant les marges pour les mélanomes et les délais sont respectés, la recoupe peut donc être encodée dans le traitement initial.
Atelier	26/03/2015
Question N°8	Mélanome non cutané. Codes topo, morpho et TNM ? Extrait du compte-rendu de l'anapath : "excision d'un nodule profond en regard du muscle grand droit macroscopique : reçu un prélèvement de 4x3x2cm avec un lambeau cutané de 2.5x1 ; aux tranches de section, on observe un nodule tumoral brunâtre de 1.9cm situé à 1cm sous la peau et arrivant à 0.7cm du plan profond comportant du

	muscle microscopique : le nodule est quasi entièrement constitué par un mélanome avec en périphérie de petites portions de tissu lymphoïde compatibles avec des restes de ganglion lymphatique ; le nodule arrive en contact du tissu musculaire et est situé en profondeur du tissu sous-cutané ; l'épiderme est sans particularité". Les cliniciens ont recherché le primitif sans succès...
Réponse	Il s'agit d'une métastase d'un primitif inconnu donc C80.9 et EOD = métastase à distance.
Révision 19/11/2019	Commentaires de RO : Il arrive qu'on ne retrouve pas le site primitif cutané d'un mélanome. On le considère alors comme un mélanome « régressif ». Cependant il a pu donner des nodules dans la peau et des métas dans les ganglions. Mais un ganglion superficiel envahi par un mélanome comme ici provient toujours d'un mélanome de la peau, même si on ne trouve pas le site primitif. Ce n'est pas le cas quand on trouve un ganglion avec mélanome situé dans l'abdomen, le médiastin etc. Je vous conseillerais de coder peau inconnue : 44.9 , cT0 N1 M0.
Atelier	26/03/2015
Question N°16	Un CR anapath conclut à la présence d'un mélanome malin type SSM in situ . Le mélanome malin type SSM correspond au mélanome à extension superficielle de code M-8743/3 mais n'existe pas en /2. Faut-il coder un 8720/2 ?
Réponse	Un mélanome malin de type SSM ne peut pas être in situ. Un clinicien va traiter ce cas comme un mélanome invasif donc il est plus opportun de prendre le code M-8743/3 (suite aux discussions avec le comité de codification).
Révision 19/11/2019	La question a été resoumise au groupe de cliniciens « Cancer de la peau » lors de la réunion du 07/11/2019. Les dermatologues considèrent ce mélanome comme un mélanome <i>in situ</i> , pTis. Ils ne tiennent pas compte dans ce cas-là de l'information portant sur le type de mélanome (SSM). Le code morpho est donc M-8720/29. Réponse à revoir après la réunion « Dermatologues – anatomopathologistes ».
Atelier	26/03/2015
Question N°17	Mélanome malin intra épidermique de type SSM développé sur naevus composé préexistant. Est-ce un 8743 /3 ou la notion de naevus associé est à considérer ?
Réponse	Il n'y a pas de code pour cet intitulé → prendre le code 8743/3. Pour info, si l'anapath ne précise pas que le mélanome se trouve sur un <u>naevus de jonction</u> → ne pas prendre le code morphologique du « mélanome malin sur naevus de jonction » M-8740/3.
Révision 19/11/2019	Mélanome malin intra-épidermique = mélanome in situ. La question portant sur le choix entre mélanome in situ et mélanome de type SSM toujours invasif a été resoumise au groupe de cliniciens « Cancer de la peau » lors de la réunion du 07/11/2019. Les dermatologues considèrent ce mélanome comme un mélanome <i>in situ</i> , pTis. Ils ne tiennent pas compte dans ce cas-là de l'information portant sur le type de mélanome (SSM). Le code morpho est donc M-8720/29. Il n'y a pas de code spécifique pour un mélanome in situ sur naevus composé. Réponse à revoir après la réunion « Dermatologues – anatomopathologistes ».
Atelier	26/09/2013

Question N°44	Comment encoder dans Movibase une taille de 0.4 mm pour un mélanome ? Selon le CodeBook, en suivant la règle des arrondis, la taille est dans ce cas 0mm! Souvent à cause de 0.2mm le TNM change.
Réponse	Pour les tailles de tumeur ≤ 1 mm: coder une taille = 1 mm et noter dans le commentaire relatif à la taille, la taille exacte (dans ce cas 0.4 mm). Il faut quand même au préalable vérifier qu'il s'agit bien de mm et non pas de cm. Une taille ≤ 1 mm est une "micro-tumeur" ou "micro-métastase" selon la localisation. Attention, pour les mélanomes, c'est l'épaisseur qui est utilisée pour déterminer le pT, et non pas la taille de la tumeur. Le pT ne change pas pour des valeurs de l'épaisseur inférieures à 1 mm; on passe de ≤ 1 mm (pT1) à > 1 mm et ≤ 2 mm (pT2), > 2 mm et ≤ 4 mm (pT3), > 4 mm (pT4). Pour les carcinomes cutanés, le pT tient compte de la taille de la tumeur.
Révision 19/11/2019	L'épaisseur de la tumeur s'exprime en mm avec une décimale. Pour le TNM8, les sous-catégories du pT1 tiennent compte du seuil de 0.8 mm d'épaisseur.
Atelier	26/09/2013
Question N°45	Mélanome d'épaisseur = 1.17mm. Si j'encode 1mm (d'après les règles du CodeBook) le TNM est différent de celui du LNS. J'ai alors un pT1 et LNS pT2.
Réponse	Pour la variable "Taille" tu as une valeur de "1 mm" (règle des arrondis) sauf si dans le compte-rendu anapath, la taille dans une autre dimension est précisée et est supérieure: par exemple, pour un mélanome qui ferait 2 mm sur la peau et 1.17 mm d'épaisseur, dans ce cas la taille est de 2 mm (prendre toujours la plus grande dimension). Mais pour le TNM du mélanome, tu utilises bien l'épaisseur donc tu as un pT2a ou pT2b, selon la présence ou non d'ulcération. Je te conseille de mettre dans le commentaire que l'épaisseur est de 1.17 mm, ce qui évitera de se poser des questions plus tard.
Révision 19/11/2019	L'épaisseur de la tumeur s'exprime en mm avec une décimale. Réponse donnée selon le TNM7. Même réponse avec le TNM8
Atelier	26/09/2013
Question	Cas clinique N°1 ZK Quel est le pTNM ? celui donné par le LNS ? ou pT2b No M ?
Réponse	DI : 30/11/2012 C44.6, latéralité : droite M-8720/39 Il n'existe pas de code morphologique spécifique pour un mélanome sur nævus. cTx N0 M0 pT2b N0 M0
Révision 19/11/2019	Ulcération – épaisseur de 1.12 mm Réponse donnée selon le TNM7. Même réponse avec le TNM8

Annexe 1 – question 4 de l'atelier du 17/10/2019

Peau du cou à droite, shave (chez un Dermatologue, cabinet privé) : prélèvement du 27/09/2018

DIAGNOSTIC

Peau, cou à droite, shave: aspects histologiques d'une prolifération mélanocytaire atypique (voir remarque).

REMARQUE: les aspects microscopiques suggèrent un mélanome malin d'aspect naevoïde. L'excision complète ne peut pas être assurée sur le matériel actuellement disponible.

INFORMATIONS CLINIQUES

Hals rechts shave Exzision. V.a. seborrhoische Keratose.

EXAMEN MACROSCOPIQUE

Deux fragments cutanés superficiels et pigmentés mesurant 0,3 x 0,3 cm chacun. Inclusion "in toto": C1. Tec: KERLI.

EXAMEN MICROSCOPIQUE

Les prélèvements correspondent à des fragments cutanés coupés tangentiellement montrant une prolifération mélanocytaire caractérisée par des amas de cellules cuboïdes à cytoplasme abondant et pigmenté et à noyau agrandi, parfois nucléolé. Dans l'épiderme, ces cellules sont disposées en thèques de grande taille, avec dissémination pagétoïde. On retrouve dans le derme des cellules cuboïdes d'aspect similaire formant des thèques de tailles variables, sans évidence de maturation en profondeur. On observe aussi la présence de mélanophages. Figures de mitose, nécrose, ulcération cutanée et invasion lymphovasculaire non identifiées. Niveau de Clark et épaisseur tumorale (indice de Breslow) non mesurables (coupes tangentielles). L'étude immunohistochimique montre que les cellules cuboïdes sont positives pour l'anticorps anti-Melan A. On note un marquage hétérogène pour l'anticorps anti-HMB45 (marquage prédominant dans les amas cellulaires épidermiques) et une perte d'expression de la protéine p16. L'indice de prolifération cellulaire Ki-67 est faible.

Reprise chez un ORL CHdN, le 19/10/2018

DIAGNOSTIC

Aspect histologique de cicatrice post chirurgicale ancienne en l'absence de reliquat tumoral. Les berges d'exérèse passent en zone non inflammatoire non tumorale.

INFORMATIONS CLINIQUES

*Melanoma atypica
myoepitheliale links*

EXAMEN MACROSCOPIQUE

Un fragment d'exérèse chirurgicale de 0,6 cm d'épaisseur revêtu par un lambeau cutané de 3,2 par 1,2 cm après fixation, centré par une lésion plane, hypo pigmentée, mesurant 0,7 par 0,4 cm et venant à 0,3 cm de la berge la plus proche. Examen sur coupes transversales étagées, colorées par l'Hématéine Eosine.

bloc C1 : recoupe des pointes

bloc C2 C3 C4 : coupes étagées sur la cicatrice

EXAMEN MICROSCOPIQUE

Histologiquement, on retrouve un foyer cicatriciel, revêtu par un épiderme aminci, montrant un effacement du relief papillaire. La couche cornée est normale en regard. Au niveau du derme, on note un foyer de prolifération fibroblastique accompagné d'un épaississement marqué des fibres de collagène. Il s'y associe des capillaires néoformés. On ne retrouve pas de reliquat de la prolifération mélanocytaire connue ni dans l'épiderme ni dans le derme.

Les berges d'exérèse latérales et profonde passent en zone saine, non inflammatoire non tumorale.

Annexe 2 – question 5 de l'atelier du 17/10/2019

CR anapath

DIAGNOSTIC

1. Exérèse peau dos à droite latérale - mélanome malin d'aspect nodulaire de 3 mm d'épaisseur et infiltrant largement le derme superficiel et moyen avec lymphangiocarcinose et indice mitotique légèrement élevé dont l'aspect histologique est plutôt en faveur d'une localisation métastatique.

2. Exérèse en deux fragments peau dos à droite médiale de 1 - deux fragments d'un mélanome malin d'au moins 3 mm d'épaisseur infiltrant largement le derme et touchant un bord d'exérèse en profondeur et accompagné d'une lymphangiocarcinose - l'aspect histologique est plutôt en faveur d'une localisation métastatique.

INFORMATIONS CLINIQUES

1. Noduläre Hautveränderung Rücken rechts lateral
2. Noduläre Hautveränderung Rücken rechts medial (w1):
Keloid?? z.A. Malignität
N.B. im Bereich der Narbe (Z.n. Exzision 2016 oder 2015 von einem gutartigen Naevus)
Auftreten von nodulären Hautveränderungen seit ca. 6 Monaten Größenprogression

EXAMEN MACROSCOPIQUE

1. L'ellipse cutanée mesure 1,6 x 1,1 x 0,4 cm avec une lésion de 1,2 x 0,9 cm légèrement surélevée allant jusqu'à 0,1 cm d'une marge chirurgicale.

A noter une incision de 1,6 cm de long.

2. Un 1er fragment de 0,9 x 0,7 x 0,3 cm et une ellipse cutanée de 1,5 x 1,1 x 0,5 cm avec une lésion de 0,9 x 0,8 cm allant jusqu'à 0,1 cm de la marge chirurgicale.

EXAMEN MICROSCOPIQUE

1. On observe une peau avec une lésion nodulaire souvent couverte d'une parakératose ou d'une squame croûte avec un épiderme aminci.

La lésion occupe le derme superficiel et moyen. Elle est composée de cellules d'assez grande taille à cytoplasme large, éosinophile.

Ces cellules sont le plus souvent polygonales parfois légèrement allongées. Les noyaux sont arrondis avec une anisocaryose modérée et on observe d'assez nombreuses mitoses.

A noter au niveau du derme superficiel la présence de capillaires ectasiques dont certaines contiennent des cellules tumorales isolées flottant à côté des hématies.

La lésion semble focalement grignoter l'épiderme par le bas mais en l'absence de véritables thèques jonctionnelles et en l'absence d'une tendance à monter au sein de l'épiderme.

Vers la profondeur on observe focalement un faible infiltrat lymphoplasmocytaire.

A côté de la lésion mais relativement bien séparée de la lésion on observe une cicatrice avec un épiderme acanthosique et un derme cicatriciel, fibrosé.

L'épaisseur de la lésion est de 3 mm. Les limites d'exérèse passent en tissu sain avec une distance minimale pour la limite d'exérèse profonde de 0,1 cm.

L'étude immunohistochimique montre une positivité de la lésion avec les anticorps contre le Melan A et la protéine S100 et un marquage plus faible avec l'anticorps dirigé contre le HMB45. Le taux de prolifération déterminé à l'aide de l'anticorps dirigé contre le Ki-67 est autour de 8 %.

2. Le petit fragment à part montre du tissu collagène largement infiltré par la même prolifération comme celle décrite ci-dessus. L'exérèse cutanée montre un épiderme souvent aminci au centre avec parfois une hyperorthokératose. Le derme est occupé dans sa totalité par une prolifération offrant les mêmes aspects comme décrit ci-dessus avec ici également des images de lymphangiocarcinose dans les petits capillaires superficiels sous-épidermiques. Sur un bord de l'exérèse mais séparée de la lésion on observe une zone cicatricielle avec un derme fibrosé.

La lésion touche largement la limite d'exérèse en profondeur.

En résumé, on se retrouve devant des fragments cutanés présentant un infiltrat nodulaire par un mélanome malin avec lymphangiocarcinose et une activité jonctionnelle très minime ressemblant plutôt à un grignotage. Ces données plaident plutôt en faveur d'une localisation métastatique - à confronter aux données cliniques.