



Révision Qes & Réponses et cas cliniques

**Thème: Néoplasies
neuroendocrines**

Date de la révision : 13 janvier 2022

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

Atelier	13/01/2022
Question N°1	NEN Foie Homme né en 1960, quelle topo ? CR anapth de la chirurgie du 22/01/2020 : A. FOIE – LOBECTOMIE HEPATIQUE GAUCHE : CARCINOME NEUROENDOCRINE MOYENNEMENT DIFFERENCIE DE BAS GRADE (sans primitif connu) de caractère primitif ou secondaire indéterminé. A confronter à l'imagerie. Limite d'exerese saine Pas d'autre tumeur trouvée à part dans le foie. L'anapath note « primitif ou secondaire », une tumeur neuroendocrine primitive du foie est-elle possible ?
Réponse	Le foie est le site le plus fréquent de métastases des NET digestives. Les NET primitives du foie sont une entité très rare. Elles représentent environ 0,3% de toute les NET. Pour ce cas, je mettrais un primitif inconnu C80.9 car il s'agit plus probablement d'une méta hépatique, avec une morpho M-8249/32. Moyennement différencié et bas grade → c'est une NET et pas un NEC !
Atelier	16/12/2021
Question N°1	NEN CCR Compte-rendu AnaPath d'une polypectomie réalisée le 25.01.2021 chez un patient de 62 ans --> Question : quelle Morpho coderons-nous ? 1. et 2. Polypes caecum : Adénomes polypoides tubulo villeuses avec dysplasie de haute grade l'un d'eux avec petite zone de carcinome neuroendocrinien peu différencié. <u>INFORMATIONS CLINIQUES</u> 1. et 2. Polypes caecum <u>EXAMEN MACROSCOPIQUE</u> Flacon 1: Un fragment de forme polyploïde mesurant 1,5 × 1,3 × 0,8 cm. Coupes transversales. Quatre tranches. Bloc C1, inclusion in toto. Flacon 2: Un fragment mesurant 0,3 cm de grand axe. C1, inclusion in toto. <u>EXAMEN MICROSCOPIQUE</u> La tumeur exprime intensément les marqueurs neuroendocriniens, CROMO, SYN, est faiblement positif pour les cytokératines et l'indice Ki67 est de 80%. L'indice mitotique est d'environ 35 mitoses par 2 mm carré.

Réponse	Il existe 2 tumeurs de type adénome polyploïde tubulovilleux avec dysplasie de haut grade (donc in situ) avec une des 2 tumeurs qui comprend également un foyer de carcinome neuroendocrine peu différencié. - Adénome polyploïde tubulovilleux avec dysplasie de haut grade → M-8263/2 - Adénome polyploïde tubulovilleux avec dysplasie de haut grade + foyer de carcinome neuroendocrine peu différencié → MINEN M-8154/33 ; /33 car le NEC est invasif et grade 3 pour « peu différencié ». Les 2 tumeurs étant situées sur le même segment du colon (caecum), il faut enregistrer uniquement la tumeur invasive mixte. Le TNM8 à utiliser est la classification des carcinomes du CCR.
Atelier	16/12/2021
Question N°2	NEN – Intestin grêle Patient né en 1970 avec une Topo C17.2 <u>14.11.2018 Colonoscopie</u> Biopsies Iléales: un fragment de muqueuse iléale montrant dans le chorion trois nids cellulaires avec un aspect histologique compatible avec une tumeur neuroendocrine ; une étude IHC et des recoupes profondes sont en cours; un complément de compte rendu suivra pour confirmation et grading. Les autres fragments de muqueuse iléale montrent un aspect histologique dans les limites de la normale. <i>Complément du 26.11.208</i> Biopsie iléon - le marquage immunohistochimique est peu contributif en raison de la perte du matériel sur les coupes sériées (petit fragment tissulaire biopsique). L'aspect histologique sur les plans de coupe en coloration HE plaide pour le diagnostic de tumeur neuroendocrine G1 (aucune mitose n'a été identifiée). A intégrer dans le contexte clinique. <u>Chirurgie du 29.01.2019</u> Pièce d'hémi-colectomie droite - tumeur neuroendocrine G2 (NET G2, carcinome neuroendocrine bien différencié), à grandes cellules, envahissant le tissu adipeux péricollique (pT3). Trois ganglions lymphatiques métastasés parmi 15 ganglions lymphatiques (3/15) (pN1) - marges chirurgicales non affectées par la lésion (distance la plus proche (proximale): 7,5 cm). Taille de la tumeur: ☑ Plus grande dimension : 1,5 cm ☑ Tumeur neuroendocrine de bas grade de grandes cellules L'index prolifératif (Ki-67) est inférieur à 2% et on compte 5 mitoses par 10 HPF. Quoi faire avec les 3 différentes nominations? - tumeur neuroendocrine G1 (biopsie) - tumeur neuroendocrine G2 (NET G2, carcinome neuroendocrine bien différencié, à grandes cellules (chirurgie)

	3. tumeur neuroendocrine de bas grade de grandes cellules On retrouve ici du NET, du NEC (même si les NEC c'est selon nos définition G3), du bien différencier, du bas grade et grandes cellules....
Réponse	La biopsie n'a pas permis de disposer d'un fragment tissulaire assez important pour porter un diagnostic de certitude (marquage peu contributif car perte de matériel ; « plaide pour » doit être considéré comme « probablement »). Dans le compte rendu opératoire, il est question d'une Tumeur neuroendocrine G2 (NET G2). Il est fait plusieurs fois référence à « tumeur » neuroendocrine dans le CR. D'autre part, la tumeur est bien différenciée, l'index mitotique et le Ki67 sont faibles, donc il s'agit bien d'une <u>tumeur</u> et non pas d'un carcinome neuroendocrine. Il n'y a pas de code morphologique intégrant NET G2 et la présence de grandes cellules, à la différence des NEC à grandes et/ou petites cellules. En conclusion, pour ce cas, je garderais le code M-8249/32 pour NET G2.
Atelier	16/12/2021
Question N°3	NEN Appendice Patiente née en 1993 et a été opérée de l'appendice. Peux-tu me confirmer que c'est bien un NET M-8240/39? <u>DIAGNOSIS</u> Acute gangrenous perforated appendicitis and benign carcinoid tumour. <u>CLINICAL INFORMATION</u> Appendix <u>MACROSCOPIC EXAMINATION</u> An appendix measuring 6.5 cm in long axis and 1 cm in maximum diameter. The serosa is smooth with attached fibrin, with a haemorrhagic zone measuring 1.9 cm long. The meso measures 1.5 cm in maximum thickness. On section, there is an obliterated lumen. Block C1. In addition, there is a separate fragment of fatty tissue (epippon?) measuring 8 x 3 x 1.4 cm. Block C2. Block C3 = Control. With reserve. <u>MICROSCOPY</u> Microscopic examination shows appendix with evidence of acute gangrenous appendicitis with perforation of the wall. In the area of obliterated lumen evidence of tumour with appearances consistent with carcinoid. Tumour infiltrates muscularis propria. No mitosis have been seen. Immunophenotype: Chromogranin, synaptophysin positive. Ki-67 index less than 1%
Réponse	Il n'y a pas dans la classification WHO de NET bénigne de l'appendice ! Donc je en sais pas pourquoi l'anaph parle de tumeur carcinoïde bénigne.

	Chromogranine et synaptophysine positives sont des critères essentiels pour poser le diagnostic de NET, avec un Ki67 bas. Donc je mettrais bien un code M-8240/39.						
Atelier	16/12/2021						
Question N°4	NEN Sein Cas d'un carcinome mammaire infiltrant de type mucineux (variante hypercellulaire) avec différenciation neuroendocrine (pas de contingent précisé). est-ce que le code morpho 8574/3 de la CIM O-3 v2 "carcinome avec différenciation neuroendocrine" est correct ou doit-on utiliser le code 8154/3 (MiNEM) ?						
Réponse	Pour un carcinome mammaire infiltrant de type mucineux le code est le M-8480/3. La précision du type de carcinome mammaire (<i>type mucineux</i>) est prépondérante par rapport à la précision d'une caractéristique (<i>différenciation neuroendocrine</i>). D'autre part, le carcinome mammaire infiltrant mucineux de sous-type hypercellulaire présente le plus souvent une différenciation neuroendocrine associée. Donc il faut rester avec le code M-8480/39.						
Atelier	16/12/2021						
Question N°5	Patient né en 1939 avec plein de metas sans primitif connu. Dans les prises de sang aussi aucune info qui nous pourrait aider. Quel code morpho mettre dans ce cas si? <u>Scan du 24.10.2014</u> Conclusion. Localisations secondaires pulmonaires, du foie droit et de la vertèbre T11. Adénopathie inter-porto-cave et ganglions locorégionaux. Nodule surrénalien gauche. Épanchements pleuraux bilatéraux prédominant à droite. <u>Biopsie du foie le 05.11.2014</u> CR A-P <table><tr><td>Prélèv.</td><td>Entrée</td><td>Sortie</td></tr><tr><td>05/11/2014</td><td>06/11/2014</td><td>12/11/2014</td></tr></table> <u>RENSEIGNEMENTS CLINIQUES</u> Nodule hépatique  Foie Dissémination secondaire multiples (hépatique, poumons, os) sans primitif retrouvé	Prélèv.	Entrée	Sortie	05/11/2014	06/11/2014	12/11/2014
Prélèv.	Entrée	Sortie					
05/11/2014	06/11/2014	12/11/2014					

EXAMEN MICROSCOPIQUE

Le matériel biopsique ici est de qualité satisfaisante. Il comprend 3 espaces portes et 4 veines centro-lobulaires. Les espaces portes sont peu modifiés ou discrètement inflammatoires, peuplés d'éléments lymphocytaires n'agressant relativement pas la lame bordante. Les veines centro-lobulaires sont de présentation normale.

On observe un petit territoire au sein d'un espace porte où il existe quelques néo-ductules associés à une ponctuation lymphocytaire. Les hépatocytes présentent une morphologie régulière. Les travées hépatocytaires mesurent entre 1 et 2 hépatocytes d'épaisseur. Ces hépatocytes ne présentent pas de signes de souffrance. Sur l'ensemble des plans de coupes réalisés, nous n'avons pas noté d'infiltration néoplasique primitive ou secondaire.

CONCLUSION

Foie – biopsie : biopsie entreprenant un tissu hépatique sans signes de malignité. Légère portite chronique non spécifique.

2 biopsies le 19.11.2014

Biopsie :
Foie
Tumeur – métastases ?

EXAMEN ANATOMO-PATHOLOGIQUE

EXAMEN MACROSCOPIQUE

Reçu 2 flacons non intitulés :

A : 1 cylindre mesurant 0,7 cm de long et 0,1 cm de diamètre.

B : 1 cylindre mesurant 0,7 cm de long et 0,1 cm de diamètre.

EXAMEN MICROSCOPIQUE

A : histologiquement on observe un cylindre de parenchyme hépatique montrant sur un des plans de coupe, focalement des structures glandulaires mêlées aux hépatocytes sans fibrose en périphérie. Les noyaux sont agrandis polymorphes hyperchromatiques et les cytoplasmes assez abondant éosinophiles.

B : Histologiquement on observe un fragment cylindrique entièrement constitué par du tissu tumoral montrant des travées cellulaires en partie anastomosées avec focalement des lumières.

Les noyaux sont modérément polymorphes hyperchromatiques sans nucléoles bien visualisés. Les cytoplasmes sont moyennement abondant éosinophiles.

Résultat des colorations immunohistochimiques :

CK7 et CK19 positifs

CK20, marqueur hépatocytaire, PSA, PSAP et TTF1 négatifs.

CD56 focalement positif, chromogranine positif avec une proportion d'artéfacts.

Synaptophysine négatif.

CONCLUSION

Tumeurs foie – biopsies – infiltration par un carcinome d'architecture trabéculo-glandulaire avec des signes de différenciation neuro-endocrine compatibles un point de départ digestif haut (voir en premier lieu sphère pancréato-biliaire, estomac). A confronter avec les données cliniques.

Réponse	Il y a une suspicion que le point de départ soit digestif haut mais sans certitude → primitif inconnu C80.9 avec métastases à distance Base diagnostic : histo sur métastase → « 6 » Carcinome trabéculo- glandulaire avec signes de différenciation neuroendocrine → adénocarcinome avec différenciation neuroendocrine M-8574/39
Atelier	16/12/2021
Question N°6	CHEM : Revue de cas - NET / NEC Tumeur n°7985 Quel code morpho ? Patiente 80 ans, Pas de primitif retrouvé. Carcinomatose ostéocondensante diffuse du rachis axial, des grils costaux et du sternum au CT scan. Biopsie ostéomédullaire le 09.10.2020 : carcinome peu différencié avec des signes neuroendocriniens. Possible origine digestive mentionnée dans le CR anapath. DI : 09.10.2020, BD :6 Topo : 26.9 → Topo 80.9. L'origine digestive n'est pas confirmée, le primitif est inconnu Morpho : 8246/33 8574/33 ? ou 8154/33 ? M-8574/33 est pour un ADK avec différenciation neuroendocrine ; ici le carcinome présente uniquement des signes neuroendocrines, sans caractéristiques d'un autre type de carcinome → M-8013/33 pour NEC peu différencié. cEOD : M+ à distance Tumeur n°8283 Tumeur neuroendocrine bien différenciée du l'intestin grêle SAI, utiliser TNM spécifique Iléon, Jéjunum ? lorsque la localisation est l'intestin grêle sans spécifier la sous-localisation (duodénum versus jéjunum-iléon), le TNM utilisé est celui des tumeurs neuroendocrines bien différenciées de l'iléon/jéjunum. Tumeur n°6480 Infiltration métastatique du foie par un carcinome neuroendocrinien peu différencié d'origine primitive inconnue. Quel code morpho : 8013/33 ? comme indiqué dans la présentation PowerPoint du 07.10.21 (ne pas utiliser le code 8246/33...) Oui Tumeur n°4932 Cas 2017 : patiente de 60 ans, exérèse d'un nodule du LSD : tumeur carcinoïde typique. Taille tumorale 0.9x0.7x0.5 mm. Index de prolifération bas (Ki67 environ 2%). Quelle différenciation utiliser ? 8240/39 ? 8240/31 ? M-8240/39 Tumeur n°4187 Morpho ? Grade ? cTNM ?pTNM ? Cas 2016 : patiente 43 ans avec antécédent d'hystérectomie en 2014 14.06.2016 : résection au niveau d'une cicatrice de césarienne d'une métastase mésenchymateuse d'un carcinome neuroendocrine d'origine primitive inconnue.

18.07.2016 : CT abdo pelvien : motif de l'examen: possible néoplasie de l'ovaire. Hystérectomie. Masse au niveau de la cicatrice de Pfannenstiel réséquée. Captation PET au pelvis.

Le contrôle après exérèse du nodule sous-cutané sus-pubien objective la persistance d'un nodule contrastant (10 mm) au niveau de l'espace pré-vésical de Retzius paramédian droit (10 mm). Hypertrophie asymétrique de l'ovaire droit se caractérisant par une composante charnue (3,8 cm; prise de contraste modérément hétérogène).

Pas d'ascite libre ni carcinomatose péritonéale.

Pas d'argument en faveur d'une dissémination métastatique aux viscères abdominaux ni uropathie obstructive ou métastase ganglionnaire rétropéritonéale.

21.07.2016 : OP le 21/07/2016:

1) coelio expo: ovaire droit patho, plusieurs nodules de carcinose péritonéale pelvien, RAS par ailleurs.

2) laparotomie médiane:

- annexectomie droite + exérèse nodule péritoine pelvien: Extempo: tumeur maligne d'origine ovariennex2

- annexectomie bilatérale, omentectomie infra-gastrique, appendicectomie, péritonectomie pelvienne avec plaie vésicale suturée, curages pelviens, iliaques bilatéraux, lomboaortiques (jusqu'à VCI à droite et veine sous-rénale à gauche + inter-aortico-cave).

> 20 prélèvements envoyés en histo.

CR anapath :

Extempo

Localisation ovaire Dt : carcinome peu différencié de type neuro endocrine. La tumeur réalise un nodule intraovarien mesurant 3x3x2 cm avec présence d'implants millimétriques sur la séreuse ovarienne.

Présence d'un nodule tumoral (même morpho) au niveau péritonéal

Histo :

Ovaire gauche : RAS

Absence de métastase ganglionnaire, présence de multiples nodules néoplasiques dans le péritoine pelvien, rectal et également dans d'autres biopsies péritonéales dont la localisation n'est pas spécifiée. L'examen actuel suggère un pT2N0

NEC peu différencié M-8013/33 de l'ovaire droit

TNM 7 – cT1aN0M1 (métastase peau sur cicatrice) pT2bN0M1 (métastase peau sur cicatrice) & Rx en raison de la carcinose péritonéale.

Tumeur n° 3726

Cas 2017, patiente de 70 ans chez qui on effectue des biopsies au niveau du cardia. Résultat de la biopsie carcinome neuro endocrine sans plus de précisions. Des examens complémentaires précisent que le Ki67 a un indice de prolifération élevé (environ 60% des cellules tumorales). Du coup on doit coder 8046/39 ou 8013/33 ? NEC sans grade précisé → M--8246/39

Tumeur n° 5885

Morpho ?

Cas 2018 : patient 62 ans

Wedge résection effectuée pour nodule poumon LSD
CR anapath : carcinome neuroendocrine à grandes cellules composite avec un contingent adénocarcinomateux mineur (moins de 10%) de 1cm – exérèse complète
Stade tumoral : pTa1 NX M0, R0

Quel code morpho : 8244/39 ? (Carcinome adénoneuroendocrine mixte)

Il faut utiliser le code M-8013/39 : NEC à grandes cellules combiné : NEC à grandes cellules + autre carcinome

Est-il correct de dire qu'on ne peut pas utiliser le code 8154/3 (MiNEN) car contingent minoritaire est inférieur à 30% ? **oui, mais aussi car MiNEN est un code générique (toutes les NEN avec un carcinome).**

A partir de quelle année d'incidence ne doit-on plus utiliser le code 8244/3 (MANEC) ? **MANEC = NET avec ADK, on peut encore l'utiliser si les 2 contingents NET & ADK représentent au moins 30% de la tumeur. Mais on peut aussi utiliser MiNEN plus générique à partir du 1^{er} janvier 2020 (mise en production de ICD-O-3.2).**

Tumeur n°2063

Morpho ?

Cas 2017 : patient de 84 ans qui a subi une lobectomie pour poumon LSG

L'anapath indique qu'il s'agit d'un carcinome peu différencié (G3) avec des traits neuroendocrines de 8,3cm de grand axe, 1 ganglion scissural prélevé sans évidence de malignité, marges saines (marge la plus proche : 0.4cm : pT3N0M0

Quel code morpho : 8013/33 ? comme indiqué dans la présentation PowerPoint du 07.10.21 (ne pas utiliser le code 8246/33...) **M-8013/33**

Tumeur n° 1768

Tumeur 2014 : Patiente de 82 ans. Biopsies du rectum : carcinome neuro endocrine moyennement différencié. Le Ki67 est >95%.

Quel code morpho appliquer ? 8249/32 ? **oui un NEC moyennement différencié (terme incorrect) doit être codé en M-8249/32**

Tumeur n° 1049

Tumeur 2014 : Patient de 86 ans. Exérèse au niveau duodénum (découverte fortuite), d'un carcinome neuro endocrinien bien différencié de 1.1 cm (exérèse complète). La valeur du Ki67 n'est pas précisée mais l'oncologue considère qu'il s'agit d'une NET et mentionne dans une note médicale qu'il n'y a aucun critère d'agressivité au niveau du ki67.

Quel code morpho utiliser ? 8240/31 ? **oui**

Tumeur n°1469

Tumeur 2014 : Patient 77 ans : carcinose péritonéale, M+ hépatique, primitif non retrouvé.

Infiltration par une tumeur carcinoïde (grade non spécifié). On compte au moins 20 mitoses sur 10 champs au grossissement 400 x

Quel code morpho ? quel grade ? **NET grade non spécifié → M-8240/39**

Tumeur n° 1220

	Cas 2014, patient de 74 ans. Opacité de 3 cm LSG détectée au scanner + ggl médiastino-hilaire G. Biopsie de la tumeur : tumeur carcinoïde TTF1 (-). Pas de grade ni de différenciation spécifiés. L'anapath indique 8240/1 comme code morpho, rien de plus. Le patient a refusé tout traitement chirurgical. Quel code morpho attribuer ? 8240/39 ? NET grade non spécifié → M-8240/39 Tumeur n° 2459 Cas 2015 : Patiente de 90 ans adressée pour syndrome inflammatoire et suspicion de pneumonie. Au CT scan abdo, mise en évidence d'un épaississement bourgeonnant de la paroi du colon sigmoïde s'étendant sur 8 cm avec une infiltration floue de la graisse péri-sigmoïdienne et adénopathies locorégionales mésentériques, compatible avec une néoplasie. L'examen microscopique du CR anapath de la sigmoïdectomie indique qu'il s'agit d'un « adénocarcinome moyennement différencié largement ulcéré avec une composante comportant des plages plus solides et des cordons avec focalement des aspects cribiformes. Le tissu tumoral infiltre le tissu adipeux péri-colique et perforation de la séreuse mais sans tissu néoplasique visualisé à ce niveau. Les 23 ganglions prélevés sont (-) ». L'anapath conclut à un « adénocarcinome moyennement différencié avec composante moins bien différenciée avec signe de différenciation neuroendocrine (synaptophysine positive) avec envahissement vasculaire. » Il n'y a pas d'autres précisions (% contingent minoritaire, Ki67...) Quel code morpho : 8574/32 ? (adk avec différenciation neuroendocrines) ? oui c et pTNM à appliquer = celui du côlon ? cT3N1bM0, pT3N0M0 Classification TNM-7 (DI 2015) du colon-rectum cT3N1bM0 pT3N0M0 Tumeur n°726 Cas 2013 : Patiente née en 1951. Tumeur tête du pancréas, multimétastatique. Une biopsie hépatique est réalisée « dont les aspects correspondent tout à fait à une prolifération carcinomateuse neuro endocrine moyennement différenciée » et la conclusion de l'anapath est : aspect histologique et immunophénotypique compatible avec une métastase par un carcinome neuro endocrine. Quel code morpho et quel grade attribuer ? NEC moyennement différencié (terme incorrect) doit être codé en M-8249/32.
Réponse	En rouge dans le texte ci-dessus.
Atelier	02/12/2021
Question N°1	Tumeur ovarienne Tumeur de l'ovaire chez une dame de 42 ans. La date d'incidence est le 03.07.2019 --> Quel code Morpho choisir ??? M-9091/1 ? Autre ? <u>Examen microscopique AnaPath LNS:</u>

	4. À l'examen histologique on voit une prolifération néoplasique solido-kystique et hétérogène. L'une des formations kystiques est tapissée par un revêtement épithélial pavimenteux pluristratifié sans atypies accompagné de glandes sébacées, à la manière d'un kyste dermoïde. On note des petits kystes partiellement tapissés par une couche de cellules épithéliales cylindriques mucineuses, sans atypies, de type caliciforme. Ces petits kystes contiennent du matériel mucoïde, positif à la coloration d'Alcian bleu. On observe aussi des kystes dépourvus de revêtement épithélial et bordés par des macrophages. Les lésions kystiques s'accompagnent d'une prolifération cellulaire majoritairement solide formée par des travées ou trabécules de cellules cuboïdes ou cylindriques à cytoplasme abondant et éosinophile et à noyau rond ou ovoïde, avec une chromatine finement granuleuse, sans atypie marquée ou figures de mitose. Ces cellules sont séparées du stroma fibreux adjacent par des artéfacts de rétraction. L'étude immunohistochimique de la prolifération cellulaire (blocs C9 et C10) montre un marquage positif pour les anticorps anti-pancytokeratine AE1/AE3 (marquage fort et diffus), anti-cytokératine 7 (marquage fort et focal), anti-CDX2 (marquage hétérogène, de faible intensité) et anti-synaptophysine (marquage fort et diffus). Par contre, la lésion est négative pour les anticorps anti-cytokératine 20, anti-antigène épithélial membranaire (EMA), anti-PAX8, anti-CA125, anti-WT1, anti-inhibine, anti-calrétinine, anti-GATA3, anti-TTF-1, anti-chromogranine, anti-CD56, anti-C10, anti-thyroglobuline et anti-calcitonine. Le marqueur de prolifération cellulaire Ki-67 est estimé à 5%. Le tissu cortical ovarien résiduel contient un follicule ovarien kystique. La trompe utérine est d'architecture préservée. Elle s'accompagne de quelques kystes séreux simples. Absence d'éléments immatures et de critères histologiques de malignité sur les plans de coupe examinés. <u>Complément de compte-rendu LNS à la suite de réception de l'avis du spécialiste au CHU de Liège (qui a ré-examiné la pièce opératoire) :</u> Conclusion: - Curetage utérin: endomètre prolifératif. - Cytologie péritonéale: cytologie hémorragique, inflammatoire (lymphocytose), négative. - Annexe droite: masse ovarienne de 6,5 x 6 x 5,5 cm (144,2 g) avec effraction séreuse iatrogène (données macroscopiques reprises du compte-rendu de ...). Aspect histopathologique évoquant une carcinoïde primitif ovarien mixte (90 %) associé à un tératome mature (10 %) (incluant une composante de struma ovarii à 40 %). Tumeur carcinoïde primitive ovarienne mixte incluant à 65 % du carcinoïde trabéculaire, à 20 % du carcinoïde insulaire, à 10 % du struma carcinoïde et à 5 % du carcinoïde mucineux bien différencié. Absence de transformation carcinoïdeuse du struma ovarii et/ou du carcinoïde mucineux. Présence d'embolies lympho-vasculaires intra-lésionnelles. Index mitotique faible: 0-1M/10 HPF sur 50 champs analysés. Un foyer de nécrose. Ki-67 à 1 %.
Réponse	Je prendrais le code M-9091/11 pour cette tumeur mixte carcinoïde, de grade bien différencié. Cette tumeur est à enregistrer. Je ne vois pas d'éléments qui évoquerait une transformation maligne et nécessiterait d'utiliser le code M-9084/3. Ces 2 codes font partie du groupe des tumeurs ovariennes : « Tératome monodermale et tumeurs de type somatique développées à partir d'un kyste dermoïde ».
Atelier	21/10/2021
Cas clinique CHL N°1	Cas clinique CHL N°1 – Néoplasies neuroendocrines de l'atelier du 21/10/2021 NEN - CCR Patiente née en 1942. Topo, Morpho, TNM ?
Réponse	DI : 29/09/2020 Base de diagnostic = « 7 » Topo jonction recto-sigmoïdienne C19.9 Adénomatose tubulovilleuse avec dysplasie de bas grade et foyers de haut grade (donc in situ) associée à un carcinome neuroendocrine à grandes cellules peu différencié → code mixte possible M-8154/33 pour néoplasie mixte neuroendocrine non-neuroendocrine, peu différenciée.

	TNM 8 : la classification est celle des carcinomes du rectum Il y a un envahissement du chorion sans envahissement de la lamina propria, ce qui définit un cTis. Mais la présence de ganglions régionaux et de métastases à distance impose un T invasif → cTxN1aM1c, stade IV
Révision 13/01/2022	Le NEC étant un NEC à grandes cellules, il faut plutôt utiliser le code mixte de LCNEC composite : M-8013/33.
Atelier	21/10/2021
Cas clinique CHL N°2	Cas clinique CHL N°2 – Néoplasies neuroendocrines de l'atelier du 21/10/2021 NEN – Intestin grêle Patiente née en 1955. Topo, Morpho, TNM ?
Réponse	NET G2 bien différenciée de l'iléon terminal → C17.2 M-8249/32 TNM 8 classification des tumeurs neuroendocrines du tractus digestif pour jéjunum/iléon → cT1N0M0 pT1 (nodule sous muqueux)N1M0 Stade III
Atelier	21/10/2021
Cas clinique CHL N°4	Cas clinique CHL N°4 – Néoplasies neuroendocrines de l'atelier du 21/10/2021 NEN digestive Comment faut-il enregistrer le Gastrinome ? DI= 2006, Topo =C80? Code Morpho du poumon?
Réponse	Tumeur neuroendocrine de type gastrinome connu depuis 15 ans → M-8153/39 C16.9 DI : 2006 Nodule pulmonaire : métastase à distance ou tumeur primitive ? Anapht : ADK invasif moyennement différencié de types tubuleux (70%) et solide (30%) → ADK tubuleux M-8211/3, ADK solide M-8230/3 → la composante tubuleuse est prépondérante mais la composante solide est plus péjorative → M-8230/32 à enregistrer en tant que 2^{ème} cancer primitif.
Révision 13/01/2022	Les gastrinomes sont tous considérés en /3 depuis la 2^{ème} révision de la CIM-O-3 (DI ≥ 2020). Auparavant, il existait : - Gastrinome SAI M-8153/1 - Gastrinome malin M-8153/3 Le gastrinome évolue depuis 15 ans, mais il n'y a pas d'information pour savoir s'il a été jugé malin dès le diagnostic. En 2019, le gastrinome présente des lésions secondaires hépato-pulmonaires. La DI du gastrinome est hors critère d'inclusion du RNC. En tant qu'ATCD, il peut être enregistré directement en /3 avec une DI en 2006 si l'évolution de /1 à /3 ne peut pas être précisée.
Atelier	21/10/2021
Question N°1	Pourrais-tu stp me confirmer que la règle pour le TNM 7 concernant les carcinomes neuroendocrines pour lesquels le grade de différenciation n'est pas connu est bien la même que pour le TNM8, à savoir que je dois me référer au TNM de l'organe concerné (et pas au TNM des tumeurs neuroendocrines)?
Réponse	Il faut se référer à la localisation car il n'y a pas une règle générale entre le TNM7 et le TNM8, et il faut aussi tenir compte de la morphologie ! Par exemple, pour le pancréas :

	Pour le TNM7, il n'y a qu'une classification pour les carcinomes du pancréas exocrines et pour les tumeurs neuroendocrines indépendamment de leur grade de différenciation. Par contre, pour le TNM8, la classification est différente : - il y a une classification pour les carcinomes du pancréas exocrines et les <u>carcinomes</u> neuroendocrines de haut grade G3 (G4) - et une autre classification pour les <u>tumeurs</u> neuroendocrines de bas grade (bien différenciée) G1 & G2 (G3). Ensuite, cela va dépendre de la morphologie si le grade est inconnu : - Le carcinome neuroendocrinien SAI avec un grade inconnu est codé en 8246/39. Il est alors codé avec le TNM8 des carcinomes exocrines et des carcinomes neuroendocrines de haut grade du pancréas. - La tumeur neuroendocrine du pancréas SAI avec un grade inconnu est codée en 8150/39. Et elle est codée avec le TNM8 des tumeurs neuroendocrines de bas grade du pancréas. Il faut regarder les synonymes dans le tableau des codes morpho de la CIM-O-3.
Atelier	21/10/2021
Question N°2	Type Histologique : Carcinome canalaire-neuroendocrinien mixte Grade Histologique : Grade 1 (bien différencié) Cancer du pancréas Code mixte 8154 ok ? Pour le TNM, lequel ?
Réponse	C'est un carcinome mixte neuroendocrine non-neuroendocrine (MiNEN) du Pancréas M-8154/31. Pour le TNM8 : la classification TNM à utiliser est celle du carcinome exocrine.
Atelier	17/06/2021
Question N°4	Cancer du pancréas Patiente née en 1953 avec une tumeur sans histologie. Les médecins parlent d'une tumeur neuroendocrine (ce n'est pas dans le tableau des morphologies acceptables sans confirmation histologique) Quel code morpho ? <u>CT scan abd 30.03.18</u> Conclusion: Dans le processus unciné du pancréas correspond en première hypothèse à une néoplasie neuroendocrine, mais pas d'argument pour des métastases hépatiques. DD: Pas la morphologie typique d'un anévrisme. Complément de bilan par IRM ou par endodonographie recommandé.

Scintigraphie à l'Octréoscan-Indium111 (téctrotyde Tc), réalisée le 26/04/2018

Indication: Bilan masse hypervascularisée de l'uncus du pancréas. Absence de plainte clinique. Découverte d'une anomalie des marqueurs lors d'un check-up de routine.

Images planaires tronc et tomoscintigraphie SPECT / CT de la région abdominale: Visualisation physiologique des organes hémato-poétiques du foie, de la rate, ainsi que par ailleurs des reins, de la vésicule biliaire, de la vessie, de la glande thyroïde. Visualisation d'un petit foyer focalement intensément hypercaptant dans le corps du pancréas, en localisation antéro-latérale D de L12 à peu près. La vésicule biliaire est intensément captante. La thyroïde capte de façon un peu inhomogène, avec une hypercaptation caudale D.

Conclusion: Suspicion d'une tumeur présentant une haute densité en récepteurs à la Somatostatine au niveau du corps du pancréas. Indication à un PET au FDG. Indication à un bilan par scintigraphie thyroïdienne : fonctionnalité d'une lésion lobaire D basale à densité accentuée en récepteurs à la Somatostatine ? L'image de la vésicule biliaire est à priori physiologique.

Echo-Endoscopie 24.04.18

Indikation: Dringender V. a. neuroendokrinen Tumor des Pankreaskopfes.

Prämedikation: Intubationsnarkose.

Befund:

1,8 x 1,6 cm grosser relativ scharf zur Umgebung abgrenzbarer deutlich hypervaskularisierter Prozess im cranialen Pankreaskopf kurz vor dem Uebergang zum Pankreaskorpus. Der Befund ist bildmorphologisch dringend verdächtig auf einen neuroendokrinen Tumor. Unauffälliges restliches Pankreas. Keine peripankreatischen suspekten LK-Vergrösserungen sichtbar.

Intervention:

Aufgrund der ungünstigen Lage des Tumors zur Punktionsrichtung (der Prozess liegt unmittelbar hinter 2 grossen Gefässen mit dem dazwischenliegenden D. choledochus) ist eine Punktion des Befundes nicht möglich.

Befund:

Endosonographisch ebenfalls Bild eines 1,8 x 1,6 cm grossen neuroendokrinen Tumors im Pankreaskopf.

IRM 04.05.18

Beurteilung

Wie bereits im CT beschrieben dringender Verdacht auf einen neuroendokrinen Tumor im Bereich des Pankreaskopfes zum Processus uncinatus hin gelegen. Kein Hinweis auf Lebermetastasen.

RCP 09.05.2018

Surveillance

	<u>Lettre du médecin du 03.09.2019</u> Je ne reviendrai pas en détails sur son passé médico-chirurgical et son histoire de la maladie que vous connaissez. Je rappelle brièvement qu'une lésion nodulaire de la tête du pancréas avait été découverte à l'échographie au mois d'avril 2018. Un bilan comprenant chromogranine A, IRM, Octréoscan et écho-endoscopie avait, à l'exception d'une chromogranine A, été en faveur d'une tumeur neuro-endocrine de la tête du pancréas. Je rappelle que la biopsie n'avait pas été possible en raison d'interposition vasculaire.
Réponse	Pour cette patiente, le bilan a été initié en raison d'une <u>anomalie des marqueurs</u> sans symptômes cliniques. L'imagerie montre une tumeur du pancréas présentant une haute densité en <u>récepteurs à la somatostatine</u>. Pour rappel, les codes morpho M-8150/3 à M/8154/3 peuvent être utilisés avec une base de diagnostic « 4 » (cf. Manuel d'enregistrement des Tumeurs du RNC : Aide à la codification « Combinaisons acceptables morphologies spécifiques et bases du diagnostic non microscopiques », version du 18/05/2017). Comme nous n'avons pas le détail des marqueurs tumoraux, mais seulement une information indirecte via l'imagerie, je garderais le code morphologique M-8150/39 pour tumeur endocrine SAI du pancréas. Le résultat de l'imagerie ne suffit pas pour mettre le code M-8156/3 Tumeur sécrétant de la somatostatine. La base de diagnostic est « 4 ». Le TNM 8 qui s'applique est la classification TNM des tumeurs neuroendocrines bien différenciées du pancréas.
Atelier	11/03/2021
Question N°6	Cancer du sein Une biopsie sein est réalisée chez une patiente âgée d'une 60aine d'années et l'anapath mentionne : carcinome mammaire infiltrant de type mucineux (variante hypercellulaire) avec différenciation neuroendocrine. Je pensais au code 8480/39 mais du coup la notion de différenciation neuroendocrine est perdue ce qui m'embête car dans la fiche sein il est mentionné que ce sont des types morphologiques très rares. Que faire?
Réponse	Carcinome canalaire infiltrant de type mucineux : Il existe un code mixte M-8523/3 (Carcinome canalaire infiltrant et carcinome mucineux). Carcinome avec différenciation neuroendocrinienne: M-8574/3, donc code le plus élevé, à enregistrer.
Révision 13/01/2022	Carcinome mammaire infiltrant de type mucineux : M-8480/3 (WHO, 2019). La variante hypercellulaire de carcinome mucineux a des caractéristiques des NEN, mais doit être considérée comme un carcinome mammaire conventionnel → M-8480/3
Atelier	25/02/2021
Question N°11	Cancer du pancréas J'ai un patient (*07.06.1947)

	ATCDs - 2013 Maladie De Hodgkin, Sans Autre Précision, Localisation Non Précisée , - Fibrillation Auriculaire, - I10 Hypertension Essentielle (primitive), - I26.9 Embolie Pulmonaire, Sans Mention De Coeur Pulmonaire Aigu, - I50.9 Insuffisance Cardiaque, Sans Précision (12/12/2017) (décompensation) - L30.9 Dermite, Sans Précision (10/09/2019) (Dermite chronique avec ulcères veineux malodorants, probablement surinfectés, des deux jambes, avec une lésion de 35 mm de la tête du pancréas, suspect et fixant au PET-scan sans ganglions ou métastases. En conséquence, le médecin a fait une biopsie le 27.11.2018 avec le résultat suivant : <u>DIAGNOSTIC</u> 1) Biopsie gastrique : deux fragments de muqueuse gastrique avec la présence d'une exsudat fibrino-inflammatoire, aspect histologique suggèrent une gastrite réactionnelle, absence d'<i>Helicobacter pylori</i>. 2+3) Biopsies masse pancréatique : <u>suspicion de tumeur neuroendocrine</u>, voir le remarque et description microscopique. Cytologie (18C57750) : frottis modérément cellulaire avec des cellules rares dont la caractéristique nucléaire correspond au spectre des tumeurs neuroendocrines Remarque : Les deux biopsies de la masse pancréatique sont très fragmentées et contiennent un tissu minimal, ce qui est également très fragmenté. Les cellules discohésives ne présentent pas un pléomorphisme nucléaire marqué, mais la fragmentation des biopsies limite l'interprétation des caractéristiques architecturales. Le profil immunohistochimique suggère une tumeur neuroendocrine, sans possibilité à donner des détails supplémentaires sur la base de ces fragments. <u>INFORMATIONS CLINIQUES</u> 1. Estomac ulcère : biopsies. 2. } Masse pancréatique de 3cm en contact avec 3+4 } enseignements cliniques et hypothèse(s) diagnostique(s) clinique(s) : veine mésentérique. Fixation positive au PET-scan.. Cancer pancréatique suspecté. Biopsie par voie transcutanée <u>EXAMEN MICROSCOPIQUE</u> 1 : Deux fragments de muqueuse gastrique avec la présence d'une exsudat fibrino-inflammatoire, aspect histologique suggèrent une gastrite réactionnelle, absence d'<i>Helicobacter pylori</i>. 2 : Plusieurs petits fragments dans un fond hémorragique. On observe la présence des cellules relativement petites et faiblement cohésives qui sont positives pour cytokeratine AE1/AE3, synaptophysine, chromogranine A (faible et focale); elles sont négatives pour CD45. On note aussi la présence des quelques fragments de tissu fibro-conjonctif avec un petit fragment d'épithélium canalaire d'aspect normal. Il n'y a aucun signe histologique évident de malignité épithéliale. 3 : Aspect un peu plus cellulaire caractérisé par la présence de cellules discohésives relativement petites qui montre la même caractéristiques immunohistochimiques. On observe parfois des rosettes partiellement ou mal formées ou de petites structures ressemblant à des glandes Comme morpho j'ai mis un 8150/3 selon la nouvelle liste mais je ne sais pas si je devrais utiliser le TNM "normale" ou celui de la tumeur neuroendocrine bien différencié comme je ne trouve nulle part une précision dans le dossier. En plus, je pense le patient n'a pas été traité à cause de ses comorbidités et est décédé le 18.03.2020.
Réponse	Tumeur neuroendocrine SAI : M-8240/39 (bas grade, bien différencié)

	(M-8150/3 Tumeur neuroendocrine, non fonctionnelle, du pancréas) : trop spécifique par rapport à la description histologique). Les 2 codes morpho sont considérés comme bien différenciés et le TNM8 des tumeurs neuroendocrines du pancréas s'applique. Tête du pancréas : C25.0 ATCD : 2013 Maladie De Hodgkin, Sans Autre Précision, Localisation Non Précisée
Révision 13/01/2022	NET grade non spécifié = M-8240/39 sauf pour le pancréas, pour lequel on utilise le code M-8150/39. Tête du pancréas : C25.0, mais il est possible aussi d'utiliser le C25.4 pour le point de départ : cellules des Langerhans. TNM8 des tumeurs neuroendocrines bien différenciées du pancréas.
Atelier	17/12/2020
Question N°6	Tumeur de la thyroïde Carcinome médullaire de la thyroïde avec une date d'incidence 15/05/2017. Le cas a été encodé C73.9 (thyroïde) et M-8510/39 (carcinome médullaire, grade inconnu), mais le CQ94 : « certains codes Morpho sont spécifiques de la localisation du cancer » s'est déclenché à la saisie. Est-ce normal?
Réponse	Le CQ est correct. Attention, pour la thyroïde, le code pour carcinome médullaire (à stroma amyloïde) est le M-8345/3 et non pas le M-8510/3 (cf. fiche topo thyroïde). Quasiment tous les codes morphologiques sont spécifiques à la thyroïde, bien qu'il y ait des synonymes plus généraux.
Atelier	03/12/2020
Question N°6	Tumeur de la prostate Chez un patient de 81 ans. Le patient a présenté en 2012 un adénocarcinome prostatique Gleason 8 (5+3) de grade III dans les 2 lobes, qui avait été traité par radiothérapie puis hormonothérapie. • En 2018, un bilan pour hématurie macroscopique a mis en évidence une masse à hauteur du trigone de la vessie Le 17/12/2018 : TUR vessie : "Infiltration néoplasique de la part d'un carcinome peu différencié associant des aspects phénotypiques neuroendocriniens. Les colorations immunohistoch. effectuées parlent plutôt en faveur d'une origine prostatique. Absence de lésion néoplasique transitionnelle de surface visualisée." Le 05/02/2019 : IRM : "volumineuse masse charnue entreprenant les 2/3 du pelvis (11 x 11 x 9 cm) infiltrant la paroi vésicale, englobant la filière recto-sigmoïdienne, englobant au moins la vésicule séminale gauche, d'origine a priori non vésicale. Sa nature précise ne peut être appréciée." Le 06/02/2019 : Discussion RCP : A considérer comme une origine prostatique ? L'histologie semble être un départ prostate, mais de présentation différente de 2012. L'entreprise de l'ostium est responsable d'une hydronéphrose bilatérale avec insuffisance rénale de stase --> Décision d'une polychimiothérapie prudente associant VP16 puis carboplatine adapté à la fonction rénale déjà améliorée par stenting JJ du côté dro Le 15/02/2019 : PSA : 5,45 NG/ML Ma question : Tumeur de 2012 : C61.9, M-8140/3, Tumeur de 2018 : (C61.9 ?), (M-8574/3?) --> Même groupe histologique que la tumeur de 2012, donc on considère bien une récurrence du cancer prostate de 2012 et on ne le code donc pas ??? Ou bien est-ce que je dois coder les 2 tumeurs avec autre Topo et/ou autre Morpho en 2018?

Réponse	En 2012, tu avais un ADK de la prostate, traité par RT puis hormonothérapie, sans prostatectomie. En 2018, tu as une nouvelle tumeur à point de départ prostatique. Suite au TT de 2012, le type de tumeur peut avoir évolué, mais je considérerais la tumeur du 2018 comme une récurrence de 2012 et pas comme une nouvelle tumeur primitive.
Atelier	19/11/2020
Présentation	2 ^e révision de la CIM-O 3 (présentation powerpoint)
Réponse	Toutes les tumeurs neuroendocriniennes sont maintenant invasives (/3), sauf: ♣ Groupe M-815: M-8150/0 Microadénome neuroendocrine pancréatique C25.4 ♣ Groupe M-824: M-8245/1 Carcinoïde tubuleux M-8248/1 Apudome ♣ Groupe M-868-870: M-8683/0 Paragangliome gangliocytaire C17.0
Atelier	12/12/2019
Cas clinique N°1 CHdN	Cas clinique N°1 CHdN de l'atelier du 12/12/2019 NEN – ORL Patient né en 1946. Notre question : Est-ce que nous codons 2 tumeurs (2017 + antécédent 2011) ? Ou alors est-ce que nous ne codons rien, car celle de 2017 serait considérée comme une récurrence de 2011 ??
Réponse	En 2011 : Polype de la fosse nasale : Tumeur avec des cellules carcinoïdiques neuroendocrines moyennement différenciées DI 31/12/2011 – C30.0 – M8246/32 En 2017 : polypose sinusale : neuroblastome olfactif DI 12/07/2017 – C30.0 – M-9522/31 (bas grade). En 2017, le compte-rendu de 2011 a été revu et il n'y a pas eu de remise en question du diagnostic posé en 2011. Des tests immunologiques plus approfondis ont été réalisés sur le prélèvement de 2017, ce qui a permis d'obtenir un diagnostic plus précis. Il s'agit probablement de l'évolution d'une même tumeur. Néanmoins, le diagnostic de 2011 (carcinome nasal neuro-endocrinien) M-8246/3 appartient au groupe de Berg N° 4 (autres carcinomes particuliers) alors que le diagnostic de 2017 (neuroblastome olfactif) M-9522/3 appartient au groupe de Berg N°11 (autres types de cancer, spécifiés). Nous allons suivre les règles d'enregistrement des tumeurs multiples et considérer qu'il s'agit de 2 tumeurs différentes, à enregistrer.TT initial : surveillance active.
Révision 13/01/2022	En 2011 : une <u>tumeur neuroendocrine moyennement différenciée</u> : M-8249/32 des fosses nasales C30.0. En 2017 : Neuroblastome olfactif C30.0 M-9522/3. Le diagnostic de 2011 (tumeur neuroendocrine moyennement différenciée des fosses nasales) M-8249/3 appartient au groupe de Berg N° 4 (autres carcinomes spécifiés) alors que le diagnostic de 2017 (neuroblastome olfactif) M-9522/3 appartient au groupe de Berg N°16 (autres types de cancer, spécifiés).→ 2 tumeurs à enregistrer
Atelier	19/09/2019
Cas clinique N°1 HRS	Cas clinique N°1 HRS de l'atelier du 19/09/2019 Homme né en 1960 avec un cancer de la vessie en 2018.

	Est-ce que l'on a 1 ou 2 tumeurs ? Topo et Morpho ? TUR (04/06/2018): Anapath: "ADK enteroïde moyennement différencié" puis op : cystectomie partielle (10/07/2018): "ADK enteroïde moyenne à peu différencié" Biopsie (16/08/2019): "carcinome peu différencié avec différenciation neuroendocrine"
Réponse	- Topo : Dôme vésical C67.1 - Morpho : ADK moyennement à peu différencié enteroïde : M-8144/33 - Marges inconnues - Biopsie de la vessie le 16/08/2018 : carcinome peu différencié avec signes de différenciation neuroendocrine. ⇒ Progression de la tumeur. Pas de 2^{ème} tumeur à enregistrer.
Révision 13/01/2022	Biopsie de la vessie le 16/08/2018 : carcinome peu différencié avec signes de différenciation neuroendocrine → M-8013/33 → Groupe 5 de Berg : carcinomes SAI La conclusion reste la même ⇒ Progression de la tumeur. Pas de 2^{ème} tumeur à enregistrer.
Atelier	28/03/2019
Question N°6	Cancer du poumon Femme née en 1938, chirurgie d'un nodule suspect du lobe supérieur gauche du poumon. Quel code morpho ? Extrait du compte-rendu anapath de chirurgie : DIAGNOSTIC Wedge résection culmen lobe supérieur gauche – zone fibrosée discrètement inflammatoire accompagnée d'un emphysème sous-pleural tout à fait compatible avec des séquelles d'une pneumonie- découverte fortuite d'un tumorlet (cf discussion ci-dessous). EXAMEN MICROSCOPIQUE Après fixation au formol et inclusion au paraffine on retrouve une zone fibrosée proche de la zone sous-pleurale avec un faible infiltrat lymphocytaire accompagné de quelques histiocytes. Il s'agit d'une fibrose le plus souvent relativement jeune, lâche. On observe focalement des dépôts anthraco-silicotiques. Le parenchyme pulmonaire de voisinage montre une légère dilatation des alvéoles sous-pleuraux et un petit foyer d'une prolifération intrabronchiolaire très monomorphe composée de petites cellules arrondies sans atypies. A l'étude immunohistochimique ces cellules sont positives pour les anticorps dirigés contre la NSE et la synaptophysine et la pancytokératine. Il ne reste plus de tumeur sur la coupe utilisée pour l'anticorps dirigé contre la chromogranine car la tumeur ne mesure que 0,3 cm dans sa plus grande dimension. La limite d'exérèse a été examinée séparément et offre un aspect histologique un peu semblable. Absence de malignité. En résumé, on se retrouve devant la découverte fortuite d'une tumeur neuroendocrine de toute petite taille anciennement dénommé carcinoïde de type tumorlet. La dénomination actuelle classe les tumorlets dans le cadre des hyperplasies diffuses des cellules neuroendocrines du poumon.
Réponse	Cette tumeur n'est pas à enregistrer puisqu'il s'agit d'une hyperplasie et non dysplasie et néoplasie.
Atelier	24/01/2019
Question N°10	NEN – Appendice J'ai une remarque sur la fiche colorectale car ça m'a perturbé dans la réflexion d'un exercice: - page 5 " Carcinoïde de l'appendice (quel que soit le degré de différenciation : coder M8240/3 (même si la CIM-O attribue aux carcinoïdes le M8240/1)"et - page 8 "carcinoïde de l'appendice (tumeurs neuroendocrines bien différenciées = Bas grade : grade de différenciation =1 ou 2 ". Si je comprends comme il faut, toute carcinoïde est en /3 même si le TNM est différent selon que c'est une tumeur neuroendocrine bien (bas grade) ou mal différenciée (haut grade)?

Réponse	Ta question se rapporte à deux règles différentes, la 1^{ère} règle concerne le comportement et la 2^{ème} règle la différenciation de la tumeur et son impact sur le choix du TNM. <u>1^{ère} règle liée au comportement de la tumeur.</u> Selon la CIM-O-3, les tumeurs carcinoïdes CCR sont codées M-8240/3 sauf les carcinoïdes de l'appendice qui sont codés M-8240/1. Pour le RNC, les tumeurs carcinoïdes CCR sont codées M-8240/3 y compris les carcinoïdes de l'appendice. <u>2^{ème} règle liée à la différenciation de la tumeur et son impact sur le choix du TNM.</u> Tumeurs neuroendocrines bien différenciées de l'appendice = Bas grade : grade de différenciation = 1 ou 2 → M-8240/31 ou M-8240/32 → TNM spécifique (carcinoïde de l'appendice). Tumeurs neuroendocrines mal différenciées de l'appendice = haut grade : grade de différenciation = 3 ou 4 → M-8240/33 ou M-8240/34 → même TNM que les carcinomes de l'appendice.
Révision 13/01/2022	<u>1^{ère} règle OK</u> <u>2^{ème} règle liée à la différenciation de la tumeur et son impact sur le choix du TNM.</u> Tumeurs neuroendocrines bien différenciées de l'appendice G1 (M-8240/31), G2 (M-8249/32) ou grade non précisé : M-8240/39 → TNM 7 : classification spécifique des NET de l'appendice / TNM8 : classification spécifique des NET du tractus digestif Carcinomes neuroendocrines mal différenciés de l'appendice : G3 (M-8013/33), G4 (M-8041/34) ou grade non spécifié (M-8246/39) → TNM 7 & TNM 8 : classification des carcinomes de l'appendice
Atelier	18/10/2018
Question N°11	Cancer de la prostate Quel code Morpho choisir chez un patient de 66 ans atteint d'un cancer de la prostate ? L'AnaPath de la prostatectomie radicale conclut à un "Carcinome mixte endocrinien et acineux prostatique. La composante neuroendocrine est encadrée comme carcinome neuroendocrinien à petites cellules." Dans la partie microscopique de l'AnaPath, ils renseignent dans la partie "Types histologiques" : "Carcinome mixte endocrinien et acineux de la prostate (Mixed small cell-acinar prostate carcinoma)" J'ai voulu coder le code mixte M-8154/31 soit Carcinome mixte endocrinien et acineux, mais Oncolin me le surligne en orange avec le contrôle CQ94 soit "certains codes morpho sont spécifiques de la localisation cancer".
Réponse	D'après la description, il existe une composante neuroendocrine et non endocrine uniquement. De ce fait, le code M-8574/3 (ADK à différenciation neuroendocrine) est plus adéquat.
Révision 13/01/2022	Code mixte NEC petite cellules (SCNEC) + autre carcinome : M-8045/39. ADK avec différenciation neuroendocrine est plutôt à utiliser lorsque la composante NEN est assez faible, et qu'il n'est pas clairement décrit une NEN mixte.
Atelier	28/06/2018
Question N°1	Cancer du sein Patiente née en 1934, cancer du sein QSE D. Quel code morphologique enregistrer : – 21/06/2017 CR biopsie : « l'aspect histologique et le profil immunohistochimique plaident pour un carcinome papillaire solide avec différenciation neuroendocrine. »

	– 26/07/2017 CR tumorectomie : « carcinome mammaire dont les caractères morphologiques sont ceux d’un carcinome papillaire encapsulé avec une différenciation immunophénotypique de type neuroendocrine. » L’anapath a noté le code M-8343/3 qui correspond à un carcinome papillaire encapsulé, mais dans la CIM-O il est rattaché au code topo C73.9, et n’existe pas dans la liste des codes morpho pour le K sein du blue book. Je ne trouve pas de code mixte, dois-je dans ce cas précis utiliser le code morpho M-8574/3 qui est le plus haut et qui correspond à carcinome à différenciation neuroendocrine ?																																								
Réponse	Je serai plutôt d’avis de prendre le code le plus élevé car en effet il n’y a pas de code mixte qui regroupe carcinome papillaire et carcinome à différenciation neuroendocrine, et jusqu’à maintenant on n’a pas trouvé d’exception permettant de dire que le carcinome papillaire prime sur le carcinome à différenciation neuroendocrine.																																								
Révision 13/01/2022	M-8343/3 : Carcinome papillaire encapsulé de la thyroïde ! Carcinome papillaire encapsulé du sein M-8504/39. Les carcinomes papillaires du sein présentent fréquemment des caractéristiques neuroendocrines, sans pour autant devoir être classés dans les NET. Donc garder le code M-8504/3																																								
Atelier	22/03/2018																																								
Présentation	Rappels de codification suite à l’examen DMC du 08/02/2018 (présentation powerpoint) Ex 3 cas 3 : CCR Homme de 45 ans avec antécédent de dysplasie de haut grade sur adénome vilieux au colon droit en 2010 hospitalisé le 14/04/2014 pour très fortes douleurs abdominales. La coloscopie réalisée le 15/04/2014 montre : Colon gauche : biopsies : tumeur carcinoïde mal différenciée et à quelques cm un adénocarcinome moyennement différencié Colon droit : polypectomie d’un polype : adénocarcinome tubuleux sur un polype infiltrant la sous-muqueuse. R0 Colon transverse : polypectomie d’un adénome vilieux Une colectomie gauche et un curage sont réalisés le 17/04/2014 : tumeur carcinoïde mal différenciée de 15 mm envahissant la sous-muqueuse et adénocarcinome lieberkuhnien atteignant la séreuse. De multiples ganglions coliques droits contiennent des métastases. Chimiothérapie.																																								
Réponse	<table><tr><th>DI</th><th>BD</th><th>Code C</th><th>Latéralité (D/G/Bil/NA)</th><th>Code M (6 chiffres)</th><th>Multifocalité (O/N)</th><th>Extension clinique</th><th>Extension post-op</th></tr><tr><td>00/00/2010</td><td>7</td><td>18.2</td><td>NA</td><td>8261/29</td><td>N</td><td>TisNOM0</td><td>NA ou TxNoMo</td></tr><tr><td>15/04/2014</td><td>7</td><td>18.6</td><td>NA</td><td>8240/33</td><td>N</td><td>TxNOM0</td><td>T1bNOM0</td></tr><tr><td>15/04/2014</td><td>7</td><td>18.6</td><td>NA</td><td>8140/32 ou 8144/32</td><td>N</td><td>TxNOM0</td><td>T3NOM0</td></tr><tr><td>15/04/2014</td><td>7</td><td>18.2</td><td>NA</td><td>8211/39</td><td>N</td><td>TxNxM0</td><td>T1N1bM0 ggl à droite</td></tr></table> Cas rediscuté lors de l’atelier du 31/05/2018 : Le TNM appliqué à la tumeur carcinoïde mal différenciée du colon descendant (2^{ème} ligne du tableau) est celui des tumeurs carcinoïdes du colon. Cependant, ce TNM n’est applicable qu’aux tumeurs	DI	BD	Code C	Latéralité (D/G/Bil/NA)	Code M (6 chiffres)	Multifocalité (O/N)	Extension clinique	Extension post-op	00/00/2010	7	18.2	NA	8261/29	N	TisNOM0	NA ou TxNoMo	15/04/2014	7	18.6	NA	8240/33	N	TxNOM0	T1bNOM0	15/04/2014	7	18.6	NA	8140/32 ou 8144/32	N	TxNOM0	T3NOM0	15/04/2014	7	18.2	NA	8211/39	N	TxNxM0	T1N1bM0 ggl à droite
DI	BD	Code C	Latéralité (D/G/Bil/NA)	Code M (6 chiffres)	Multifocalité (O/N)	Extension clinique	Extension post-op																																		
00/00/2010	7	18.2	NA	8261/29	N	TisNOM0	NA ou TxNoMo																																		
15/04/2014	7	18.6	NA	8240/33	N	TxNOM0	T1bNOM0																																		
15/04/2014	7	18.6	NA	8140/32 ou 8144/32	N	TxNOM0	T3NOM0																																		
15/04/2014	7	18.2	NA	8211/39	N	TxNxM0	T1N1bM0 ggl à droite																																		

carcinoïdes bien différenciées. Comme il s'agit dans ce cas d'une tumeur carcinoïde mal différenciée, le TNM applicable est celui des carcinomes du colon. D'autre part, au cours de l'atelier, les participants ont trouvé plus approprié de coder le cTNM de l'adénocarcinome tubuleux du colon ascendant (4^{ème} ligne du tableau) en TxNOM0 au lieu de TxNxM0.

DI	BD	Code C	Latéralité (D/G/Bil/NA)	Code M (6 chiffres)	Multifocalité (O/N)	Extension clinique	Extension post-op
00/00/2010	7	18.2	NA	8261/29	N	TisNOM0	NA ou TxNoMo
15/04/2014	7	18.6	NA	8240/33	N	TxNOM0	T1NOM0
15/04/2014	7	18.6	NA	8140/32 ou 8144/32	N	TxNOM0	T3NOM0
15/04/2014	7	18.2	NA	8211/39	N	TxNOM0	T1N1bM0 ggl à droite

Révision 13/01/2022 L'énoncé est mal formulé car une tumeur carcinoïde est normalement bien différenciée. Si on considère qu'il s'agit d'une tumeur carcinoïde moyennement différenciée, le code morpho est M-8249/32, le TNM 7 à utiliser est la classification des NET bien différenciées du CCR.

Atelier 21/05/2015

Cas clinique HRS **Cas clinique HRS de l'atelier du 21/05/2015**
Tumeur vessie
 Homme né en 1924. Une TUR de la vessie et de l'urètre prostatique a été faite en 2014, sans autre traitement.
 Nombre de tumeurs, topo, morpho, cTNM, pTNM, récurrence ?

Réponse Une TUR de la vessie n'est pas équivalente à une biopsie, mais elle peut donner des informations qui peuvent servir à établir le cT. Ce qui est le cas dans cet exemple.
 Par contre, une TUR de la vessie ne peut jamais être considérée comme un traitement adéquat anti-cancéreux d'une tumeur de la vessie. Les résultats histologiques d'une TUR n'entrent jamais dans le pT.
 Pour le carcinome urothélial non papillaire de l'urètre prostatique, il faut prendre le TNM de l'urètre et non pas celui de la prostate.
 Puis 5 mois plus tard, il y a la survenue d'une tumeur invasive de la vessie à enregistrer.

Rang tumeur	Date d'incidence	Base de diagnostic	Topographie	Morphologie	cTNM	pTNM
1	12/03/2014	7	vessie C67.9	Carcinome papillaire à cellules transitionnelles moyennement différencié de grade II M-8130/12	cTaNoMo	/

	2	12/03/2014	7	urètre prostatique C61.9	Dysplasie sévère dans l'épithélium urothélial non papillaire M-8120/29	cTisN0M0	/
	3	06/08/2014	7	vessie C67.9	M-8246/33	cT1N0M0	/
Révision 13/01/2022	Tumeur 1 : M-8130/22 ; TNM 7 ok Tumeur 2 : Ok Tumeur 3 : Carcinome neuroendocrine peu différencié : M-8013/33.						