



Révision Qes & Réponses et cas cliniques

Thème: Révision du diagnostic

Date de la révision : 15 juin 2023

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

1. Historique des modifications

Version	Date de validation	Objet de la modification
1.0	15/06/2023	Nouveau document et 1 ^{ère} révision

2. Questions/réponses

Atelier	15/06/2023
Question N°18	(Mail du 11/04/2023) Poumon Voici un cas "poumon" de 2021 à discuter. La patiente, 72 ans, a comme ATCD un néo sein en 2015; lobulaire, ER et PR positive, Her2neu négatif, KI67% <10%. La patiente a eu une mastectomie avec curage (0/9 ggl's) et a été mise sous Arimidex. Pas de radiothérapie, vue la mastectomie. En 2018, lors d'un follow-up du cancer du sein, des nodules pulmonaires sont apparus; hypermétabolisme au Pet-Scan. Biopsie des nodules faite le 14/08/2018 avec le diagnostic suivant: "prolifération cellulaire alvéolaire (TTF-1 +) atypique avec croissance lépidique, suggérant un adénocarcinome pulmonaire lépidique infiltrant non-mucineuse." Suite à la demande du pneumologue, une recherche EGFR et ALK a été effectuée: EGFR négatif, ALK non-interprétable. Suite à la demande de l'oncologue, une recherche des récepteurs d'œstrogènes et de progestérones a été effectuée: ER 5%; PR 10%; Her2neu 10%. Les nodules ont été considérés comme métastases du néo du sein de 2015 et la patiente a été mise sous Faslodex et Ibrance. Le prochain PET-Scan en février 2019 a montré une régression et bonne réponse partielle sur les nodules pulmonaire. Le Pet-Scan en novembre 2019 s'est montré "évolutif" et un Ct thorax en novembre 2019 a montré des nodules spiculés de 18mm. Ibrance a été stoppé et on a débuté la chimio en iv. Entre 2019 et 2021 2x changement de traitement chimio car les nodules étaient à nouveau évolutifs. En mai 2021 début de la Radiothérapie et là le radiothérapeute note dans le courrier qu'il s'agisse d'un adénocarcinome du poumon (LSD). Entre 2018 et 2021 pas de nouvelle biopsie effectuée. Par après aucune note dans le dossier médical, s'il s'agisse d'une métastase ou d'un 2ième cancer. Nouveau traitement Tecentriq/Avastin débuté en juillet 2021. Question: comment coder ce cas? Comme nouvelle tumeur, comme suivi de métastase du néo sein de 2015 ou révision?
Réponse	2015 : Cancer du sein : carcinome lobulaire invasif Biopsie du 14/08/2018 : nodules pulmonaires à enregistrer comme des métastases pulmonaires à distance survenues pendant le suivi, selon l'avis des cliniciens et le traitement mis en route. <i>(Ibrance (inhibiteur des protéines kinases) est indiqué dans le traitement du cancer du sein localement avancé ou métastatique, positif aux récepteurs hormonaux (RH+) et négatif au récepteur du facteur de croissance épidermique humain-2 (HER2-négatif), en association avec le fulvestrant (FASLODEX) chez les femmes ayant été traitées antérieurement par hormonothérapie).</i> Février 2019, le PET-scan montre une évolution favorable des nodules pulmonaires.

Novembre 2019 (PET-Scan et CT thorax) : potentielle tumeur primitive pulmonaire

Eléments en faveur d'un cancer primitif du poumon :

- Les nodules spiculés ; évolutifs sous traitement pour cancer du sein métastatique, à partir de novembre 2019
- Courrier du radiothérapeute en mai 2021
- Changement de chimio pour un traitement orienté cancer du poumon en juillet 2021.
- La description histologique donnée par l'anapth est plutôt en faveur d'un primitif du poumon
- TTF1 positif pour un ADK pulmonaire.

La description histologique de la lésion tumorale faite par l'anapth en aout 2015 n'avait pas suffi à orienter le diagnostic vers un cancer primitif du poumon.

Eléments en défaveur d'un cancer primitif du poumon :

- L'avis des cliniciens après le résultat de l'histologie des nodules pulmonaires et des marqueurs tumoraux
- Une 1^{ère} réponse positive au traitement initié en 2018 pour un cancer du sein métastatique
- La présence d'un autre primitif invasif en 2015 (donc 3 ans seulement avant l'apparition des nodules pulmonaires en 2018)
- Pas d'évocation de ganglions régionaux pulmonaires

A partir de novembre 2019, deux diagnostics sont possibles :

- 1) Une progression de la maladie métastatique du cancer du sein de 2015
- 2) Une nouvelle tumeur primitive du poumon, pour laquelle il y aurait une révision du diagnostic sur la date d'incidence (car il y a eu un 1^{er} traitement réalisé sur le diagnostic de méta pulmonaire d'un cancer du sein, puis un 2^{ème} diagnostic de cancer primitif). Il faudrait enregistrer de la façon suivante :

Pas de méta pulmonaire dans le suivi du cancer du sein mais une 2^{ème} tumeur : cancer primitif du poumon avec :

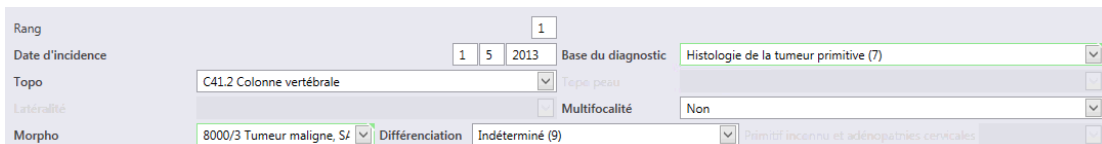
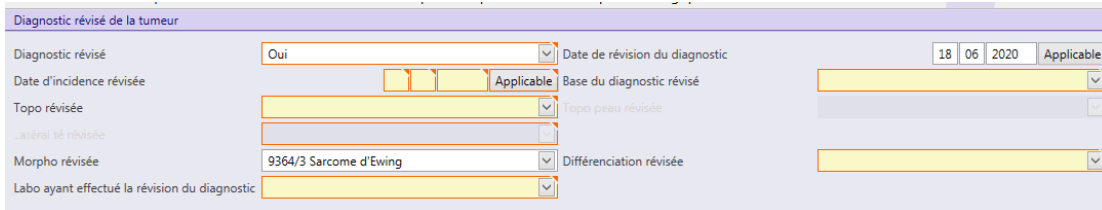
- o Date d'incidence = date du PET-scan évolutif de novembre 2019
- o Topo LSD C34.1 Dt
- o Morpho : ADK invasif non mucineux à schéma de croissance lépidique M-8250/39
- o Base de diagnostic = 7
- o Pour le TT, il faut noter le 1^{er} traitement donné après novembre 2019
- o Puis une révision du diagnostic (il y a eu une « erreur » dans le diagnostic posé en aout 2018 avec un traitement entre ce 1^{er} diagnostic et le diagnostic révisé) avec :
 - Date de la révision = date du PET-scan évolutif de novembre 2019
 - Date d'incidence révisée = date de la biopsie du 14/08/2018 ou la date de la 1^{ère} imagerie qui met en évidence les nodules pulmonaires si cette date est connue et antérieure de plus de 3 mois à la date de la biopsie
 - Les autres items (topo, morpho, base de diagnostic...restent inchangés)

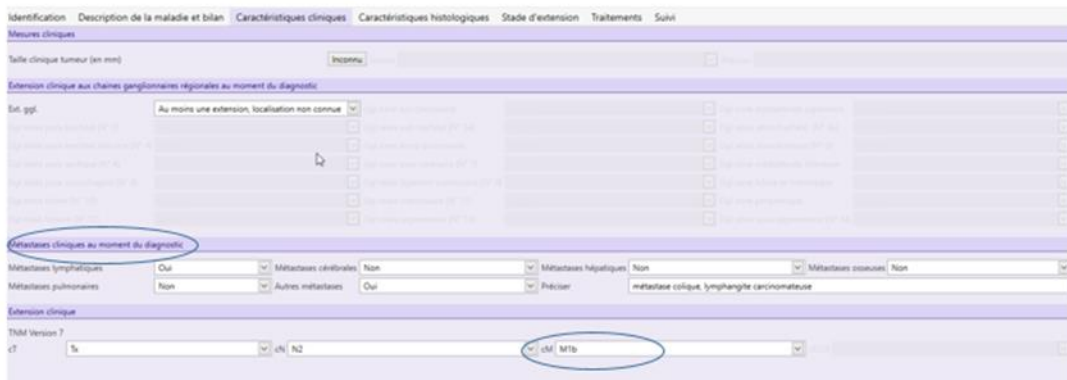
Néanmoins, la progression de la maladie métastatique du cancer du sein est la plus probable. Il faut donc enregistrer une Métastase pulmonaire dans le suivi du cancer du sein, date de la survenue de la méta = date de la biopsie du 14/08/2018 ou la date de l'imagerie qui met en évidence les nodules

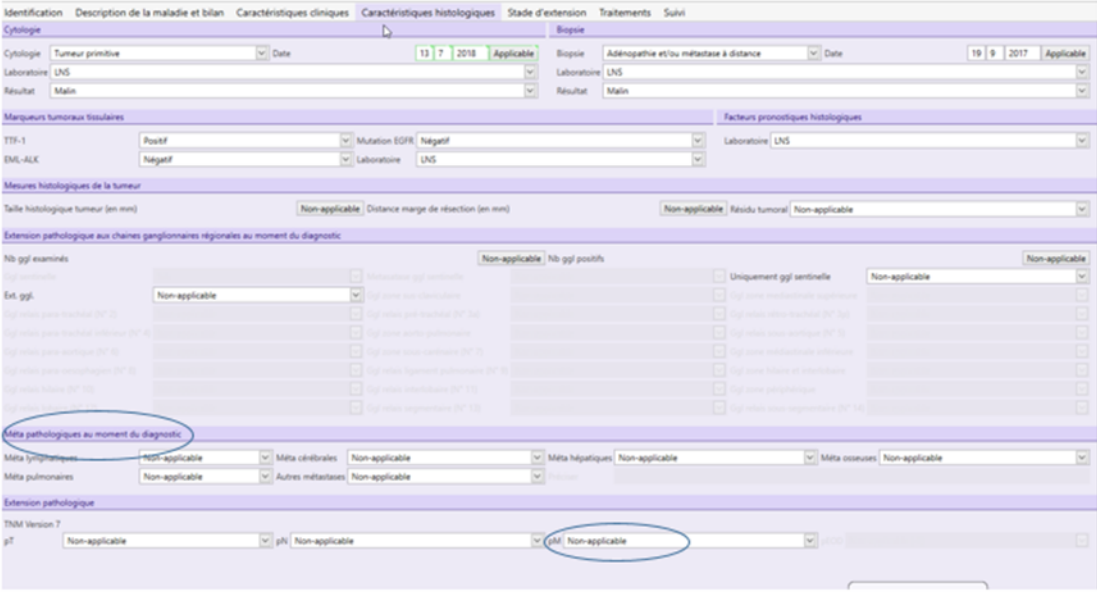
	pulmonaires si cette date est connue et antérieure de plus de 3 mois à la date de la biopsie. Base de diagnostic = 6 « histologie d'une métastase »
Atelier	15/06/2023
Question N°19	(Mail du 11/04/2023) Révision du diagnostic ? Pourrais-tu m'indiquer s'il faut faire une révision pour le cas suivant ? Il s'agit d'un patient âgé de 72 ans pour lequel on réalise une CT scan le 07.08.20 suite à une altération de son état général, perte poids et gêne basithoracique D. Le radiologue décrit alors une masse pulmonaire droite de 85 mm avec envahissement pariétal et lyse de l'arc antéro-latéral de la 3ème côte droite, une adp hilare D de 22mm, épanchement pleural du côté droit, implants tumoraux pleuraux droits ainsi qu'une masse postérieure D de 42mm avec lyse de la 4ème côte droite, une masse de l'angle cardio-phrénique droit de 45mm associée à des adénomégalies de l'angle cardio-phrénique homolatérale, une masse para pulmonaire en arrière de la veine cave inférieure de 27 mm. Une biopsie faite le 13.08.20 de la masse pleuro parenchymateuse du LSD montre un carcinome indifférencié à grandes cellules avec immunohistochimie plaidant pour une T urothéliale primitive !!! Les résultats de mutation EGFR, recherche de mutations somatiques par séquençage de 15 gènes est impossible car quantité d'ADN insuffisante... Le TTF1 est (-), PDL 30%. Le patient est alors mis sous immunothérapie chimio le 18.09.20 Pembrolizumab, Alimta, carboplatine. (L'oncologue indique traiter ce patient comme un ca pulmonaire non à petites cellules avancé). Les scanners réalisés par après montrent une progression de la masse principale supérieure D et envahissement pariétal avec progression des autres masses, motivant un switch pour docetaxel en janvier 2021, puis initiation d'un traitement par gemcitabine + bevacizumab en avril 2021. Le 17.08.21, un prélèvement biopsique de la plèvre montre des aspects compatibles avec une carcinomatose pleurale "prolifération carcinomateuse peu différenciée". Une étude immunohistochimique est alors réalisée qui démontre un profil immunohistochimique très suggestif d'un mésothéliome malin épithélioïde. En commentaire, l'anapath indique que les lames de la biopsie pulmonaire de 2020 démontrent des aspects similaires mais matériel faible ne permettant pas l'étude complémentaire pour confirmer le même profil. Un 2ème avis externe est demandé au CHRU de Nancy avec comme conclusion : mésothéliome épithélioïde de haut grade (OMS 2021). Faut-il faire une révision de la tumeur pulmonaire diagnostiquée en 2020 enregistrée initialement comme carcinome indifférencié du LSD (morphologie révisée = mésothéliome) ?
Réponse	En 2018, le diagnostic retenu par l'oncologue est une tumeur primitive du poumon : « carcinome indifférencié à grandes cellules » : M-8012/3 pour carcinome à grandes cellules (morphologie non recommandée car non spécifique) ou M-8020/3 pour carcinome indifférencié ➔ code morpho le plus élevé M-8020/33. Base de diagnostic : biopsie pulmonaire donc 7. Traitement mis en route.

	17/08/2021 : suspicion d'un mésothéliome malin épithélioïde de haut grade. Puis avis d'expert qui confirme le diagnostic. Relecture des lames de la biopsie pulmonaire de 2020 → en faveur d'une révision du diagnostic initial. Révision du diagnostic (car correction de la topo et de la morpho car groupe de Berg différent): ▪ Topo révisée : Plèvre C38.4 ▪ Morpho révisée M-9052/33 pour mésothéliome épithélioïde de haut grade
Atelier	25/05/2023
Question N°6	(Mail 25/11/2022) Primitif inconnu Petite question codage à propos du choix du primitif : Primitif inconnu ? (avec éventuelle Topo révisée en "Peau") ? Patient de 83 ans • 23.11.2017 : biopsie d'un ggl axillaire G : métastase d'un carcinome épidermoïde • 29.12.2017 : Pet-scan : "volumineuses adénopathies franchement hyper-métaboliques axillaires G et adénopathie unique para-pharyngée D, sans primitif individualisé (notamment pulmonaire, œsophagien et ORL) et sans foyer suspect à distance" • Le CT-scan décrit des adénopathies (spécifiques ?) en para-mandibulaire D et parahilaire D mais sans corrélation avec le pet-scan ni avec l'examen ORL qui est revenu normal. • 05.01.2018 : début de chimio Taxol-carboplatine • 12.01.2018 : Discussion RCP : CUP à expression axillaire G - EOA épidermoïde --> Approbation polychimio 1ère (Taxol et carboplatine) puis éventuellement OP ou radiothérapie, à discuter après le bilan post-chimio • 27.04.2018 : "biopsie/exérèse peau" (cf print screen AnaPath) • Décès du patient le 11.05.2018, pas d'autre investigation sur le primitif <u>DIAGNOSTIC</u> Sites des prélèvements: voir vos renseignements cliniques: 1. Tissu osseux spongieux remanié. Fibrose des espaces intertrabéculaires. Présence de quelques groupes isolés de cellules épithélioïdes atypiques, compatibles avec la malignité. Il s'agit de cellules fort semblables à celles observées dans le prélèvement no. 2 (au niveau duquel un examen immunohistochimique est en cours). 2. Fragment de peau focalement ulcérée, infiltrée par une tumeur maligne peu différenciée. Un carcinome épidermoïde peu différencié est possible mais il sera confirmé par des immunomarquages en cours (exclusion d'un mélanome malin ou d'une autre lésion maligne peu différenciée). Une lésion métastatique n'est pas exclue (lire Commentaire). L'exérèse de la tumeur est incomplète, avec marge latérale, profonde et une marge polaire contenant de la tumeur.

	Commentaire: Un immunomarquage est en cours pour confirmer le type histologique de la tumeur. La tumeur maligne est ulcérée à la surface de l'épiderme mais latéralement l'épiderme ne montre pas d'atypies nucléaires marquées. En plus le tissu néoplasique semble avoir une architecture multinodulaire. Pour cette raison une métastase ne peut pas être exclue. Tenir compte de la clinique. Enfin dans la biopsie no. 1 (tissu osseux) il y a quelques amas de cellules malignes mais elles sont détachées de l'os et des espaces intertrabéculaires. Pour cette raison pour affirmer une métastase osseuse il faut tenir compte de la radiologie et être sûr qu'il n'y a pas eu de contamination à partir de la peau au moment du prélèvement. Diagnostic après Immunomarquage (pour le type histologique de la tumeur) : Il s'agit d'un carcinome épidermoïde peu différencié positif pour les cyto kératine cocktails, la cyto kératine 5/6 et, également, la cyto kératine 7, la protéine P40 et pour EMA. Une métastase n'est pas exclue. L'exérèse est incomplète. Les immuno marquages pour les antigènes mélanocytaire ont été négatifs ainsi que le CD31 et CD34. cliniques et hypothèse(s) diagnostique(s) clinique(s)* (en MAJUSCULES svp) lité: ① Biopsie Tibia l'ind. ② Excision Haut-tumeur Brûlé (P2 ressection) ③ Arginot Blat pour l'os Tibia. Haut-tumeur de l'Axilla Métastase l'os intercostal. ☐ CD ☐ radiologie ☐ l'os ☐ l'os EXAMEN MICROSCOPIQUE ET DIAGNOSTIC Site du prélèvement : voir vos renseignements cliniques : Matériel lytique. Présence de groupes cohésifs tridimensionnels d'allure plutôt épithéliale, compatibles avec un carcinome peu différencié (immunomarquage en cours sur les biopsies 18H21393) Etant donné que les cellules atypiques sont relativement nombreuses et observées dans un contexte lytique, une localisation métastatique de l'os est possible si le contexte clinique est approprié. (voir également la biopsie 18H21393, flacon N°1).
Réponse	Il s'agit d'un carcinome épidermoïde de primitif inconnu découvert sur métastases ganglionnaires, donc en C80.9. Le caractère primitif de la tumeur à partir du prélèvement fait au niveau de la peau n'est pas certain. Donc je ne ferais pas de révision du diagnostic pour mettre une topo peau.
Atelier	25/05/2023
Question N°13	(Mail du 27/01/2023) Poumon – Tumeurs à réviser ? Ma question concerne 2 tumeurs pulmonaires synchrones chez une patiente née en 1942. Un scanner thoracique est réalisé en octobre 2014 chez cette patiente : 1 tumeur au niveau de la

	bronche souche à Dte biopsiée le 05.11.2014 : 8140/32 + 1 tumeur au niveau du LSG considéré comme un 2e primitif par le clinicien et non biopsié. Cette tumeur G a donc été codée en 8000/3. La patiente a été traitée à l'époque par chimiothérapie et radiothérapie (pour les 2 tumeurs). Des biopsies ont de nouveau été réalisées à Dte en 2017 et 2021: elles étaient négatives. A partir de juillet 2022 les CEA augmentent, un contrôle pet scan est réalisé en novembre 2022: augmentation de l'intensité de la fixation pathologique et augmentation du nombre de fixations pathologiques la plus importante se situant à G. Une biopsie d'un lobe G (sans plus de précision) est réalisée le 12.12.2022: carcinome non à petites cellules. J'ai donc maintenant un code morpho et une base diagnostique plus précise pour la tumeur à G. Faut-il corriger la BD et le code morpho ou faut-il faire une révision? Faut-il considérer que c'est une récurrence (la patiente n'a pas été opérée et je ne trouve pas de notion de rémission au dossier) ou faut-il considérer que c'est la maladie que c'est la maladie qui progresse?
Réponse	Après le traitement initial, les contrôles réalisés ne montraient plus de signes de la tumeur à droite (biopsies négatives à droite), on peut supposer qu'il n'y avait pas de signes cliniques à gauche sinon une biopsie aurait probablement été faite. Pas d'élévation du marqueur tumoral jusqu'en 2022. Donc on peut considérer les lésions de 2022, à gauche et à droite comme des récurrences des 2 tumeurs de 2014. Pour la récurrence à gauche, il y a une confirmation histologique.
Atelier	17/11/2022
Question N°3	(Mail du 16/12/2021) Diagnostic révisé On se pose des questions pour encoder un diagnostic révisé. Le patient opéré à l'étranger, on n'avait pas plus d'information lors de l'encodage du dossier en 2017 Voici ce que l'on a encodé :  Dans le courrier de suivi du 18/06/2020, le radiologue précise : sarcome d'Ewing --> la morpho doit être encodée dans la révision du diagnostic car le dossier a été exporté au RNC  Comment compléter les cases vides ?
Réponse	Ce n'est pas vraiment une révision du diagnostic : le diagnostic était le même mais tu n'avais pas l'information.

	Effectivement, les données 2013 ont déjà été traitées par le RNC, et il faudrait donc considérer comme une révision. Néanmoins, comme il y a eu déjà des modifications par rapport à la 1^{ère} base de données traitée par le RNC pour 2013, tu peux corriger directement la morphologie. S'il fallait faire une révision du diagnostic, les champs qui n'ont pas été révisés doivent être encodés comme les données d'identification initiales.
Révision 15/06/2023	« Effectivement, les données 2013 ont déjà été traitées par le RNC, et il faudrait donc considérer comme une révision. » ceci n'est plus un critère pour décider s'il y a besoin de faire une réunion. Ceci n'est pas une révision. L'information était non connue au moment de l'enregistrement du cas mais elle n'a pas changé par rapport au diagnostic médical initial. Il faut corriger les données initiales d'identification de la tumeur. Morphologie initiale à changer en sarcome d'Ewing.
Atelier	17/11/2022
Question N°4	(Mail du 21/07/2022) Diagnostic révisé J'ai une question concernant le codage dans Oncolin de caractéristiques histologiques de Métastases: En 2017, découverte par biopsie colique chez une dame de 54 ans d'une métastase d'un adénocarcinome papillaire. La lésion est tout d'abord classée en primitif inconnu. Mise en route d'une chimiothérapie et d'une thérapie ciblée. En 2018, une cytologie pulmonaire permet à l'anapath de conclure qu'il s'agit d'une tumeur primitive pulmonaire. Pas d'intervention chirurgicale. Est-ce que le codage des caractéristiques cliniques et histologiques dans Oncolin (cf Pièces jointes) est correct, ainsi que le cM et le pM? 

	
Réponse	Tu as typiquement un cas de révision du diagnostic : - tu as eu un 1^{er} diagnostic posé : métastase d'un ADK papillaire avec un primitif inconnu avec une base de diagnostic = 6 (histo d'une méta) ; - Un traitement par chimio et thérapie ciblée. - Puis une révision du diagnostic : date de la révision = date de la cytologie pulmonaire en 2018 ; la topographie est révisée en pulmonaire avec une base de diagnostic qui reste à 6 car le code pour histo d'une métastase est plus élevé que le code « 5 » pour cytologie. On garde la base de diagnostic la plus valide. Par rapport aux informations obtenues en 2018, tu ne corriges rien sur le diagnostic initial de primitif inconnu diagnostiqué sur méta, ni sur les autres info (EOD pas un TNM...) Tu n'enregistres les informations de 2018 que dans le suivi à la rubrique « Révision du diagnostic ».
Atelier	23/09/2021
Question N°7	(Mail du 31/05/2021) Mélanome Patiente née en 1968 17/02/2020 biopsie ganglion axillaire D : mélanome d'origine inconnue La patiente a été opérée d'un nævus à l'avant-bras droit le 14/06/2017. Un médecin demande la relecture de l'anaph 2017 : en fait il s'agissait d'un mélanome et pas d'un nævus. Comment encoder ? A. DI 14/06/2017, base diag 7, M8720/0 nævus de l'avant-bras droit (C44.61) avec révision de la morpho (mélanome)

	B. DI 17/02/2020, base diag 6, M8720/3 mélanome d'origine inconnue (C80.9), avec révision de la DI (2017), base diag (7)
Réponse	L'option A ne convient pas car l'enregistrement initial ne répond pas au critère d'inclusion. Je garderais donc l'option B avec une topo révisée aussi de l'avant-bras droit.
Révision 15/06/2023	C'est une révision du diagnostic mais avec une tumeur initiale qui ne rentre pas dans les critères d'inclusion du RNC. ▪ En 2017, 1^{er} diagnostic posé : nævus de l'avant-bras droit → Tumeur bénigne hors critère d'inclusion du RNC ▪ Créer une nouvelle tumeur: DI: 14/06/2017, mélanome M-8720/3 de l'avant-bras droit C44.61, base de diagnostic = « 7 » ; ▪ Traitement initial : résection chirurgicale le 14/06/2017 ▪ Dans le suivi → récurrence ➢ Récurrence régionale à la date du 17/02/2020 (ganglion axillaire droit: aire ganglionnaire régionale pour l'avant-bras droit) ➢ Base de diagnostic de la récurrence «6 » (histologie d'une méta).
Atelier	25/02/2021
Question N°6	(Mail du 20/11/2020) Cancer ORL Carcinome kystique épidermoïde chez une patiente née en 1979 (33 ans en 2013, lors du début de cette prise en charge ORL) Mes questions pour le codage : • DI 2013 ? 2017 ? 2018 ? Revision date d' incidence? • En fonction de la date d'incidence, traitement à coder ? • Topo ? Historique de la prise en charge ORL du patient : • 30/01/2013 : ablation cou lésion sous-mandibulaire gauche (entre le versant interne et inférieur de la parotide, la sous-maxillaire, le sterno-cléido-mastoïdien et le versant proximal des carotides secondaires) (IRM : a priori compatible avec un kyste) : histo "ablation kyste" : <u>kyste branchial</u> • 10/2017 : gonflement côté gauche (conglomérat d'adénopathies d'aspect très suspect au scanner, sous le muscle sterno-cléido-mastoïdien) - Curage ggl cervical gauche 25/10/2017 : histo : <u>kyste branchial récidivant</u> (latéral du cou) • 01/2018 : progression gonflement avec nodule/ggl avec, au CT-scan : "conglomérat hétérogène de 5cm versant interne du sterno-cléido-mastoïdien gauche, sous la mastoïde", et à l'IRM : "masse hautement suspecte base de la langue gauche, 26mm T2 N2 avec multiples

	formations ggls jugulo-carotidiennes et sous-sterno-cléïdo-mastoïdiennes droites dont certaines kystiques" - Curage ggs 24/01/2018 Histo : <u>Carcinome épidermoïde de type kystique, ganglionnaire et périganglionnaire</u> HPV positif (Primitif langue ou méta ???) --> Envoyé à Hombourg pour bilan complémentaire : biopsies multi-étagées loge amygdalienne G et base de la langue G avec échographie cervicale. il s'agit bien d'un carcinome épidermoïde dans une forme kystique (assez spécial) L'échographie montre des adénopathie suspecte niveau III et supra-claviculaires G Décision RCP CHdN/CFB - <u>Radio-chimio (débutée le 03/05/2018)</u> --> Chimio Cisplatine et radiothérapie 70 Gy • <u>Après</u> la Radio-chimio : le LNS a envoyé les lames à Bruxelles pour révision de toutes les lames : il s'agissait finalement : - En 2013 : d'un carcinome épidermoïde kystique invasif focalement kératinisant - En 2017 : d'une métastase ganglionnaire d'un carcinome épidermoïde - En 2018 : d'une métastase ganglionnaire d'un carcinome épidermoïde kératinisant
Réponse	Ce cas a été considéré comme un kyste branchial (tumeur bénigne) jusqu'en 2018. En 2018, le diagnostic de carcinome épidermoïde a été posé. Une relecture des lames histologiques de 2013 et 2017 entraîne une révision du diagnostic : seule la date d'incidence est révisée. ▪ Date d'incidence initiale : 24/01/2013 ▪ Base de diagnostic sur histologie de métastase = 6 ▪ Le point de départ exact de la tumeur est inconnu. La description clinique évoque une tumeur multifocale (base de la langue, loge amygdalienne) à point de départ ORL, le code topo à retenir est le C14.8 (lésion dont le point de départ ne peut être attribué à aucune catégorie de C00 à C14.2). ▪ Carcinome épidermoïde kystique invasif focalement kératinisant, M-8071/39 (épidermoïde kératinisant, pas de code avec la notion kystique) ▪ Traitement initial en 2018 (RT et chimiothérapie) ▪ Après le TT initial : envoi des lames à Bruxelles ➔ Révision du diagnostic (Date de révision du diagnostic = date du rapport de relecture des lames) : seule la date d'incidence est révisée au 30/01/2018. Les autres variables d'identification de la tumeur restent inchangées (topo, morpho...). La base de diagnostic reste sur histologie de métastase, car il n'y a pas d'information sur le caractère primitif du site de prélèvement en 2013.
Révision 15/06/2023	la DI révisée : 30/01/2013 (erreur de frappe dans la réponse)
Atelier	23/05/2019

Question N°8	Voici la suite du cas HRS n°1 que nous avons discuté à l'atelier du 16.11.2017 (je te joins le cas et ci-dessous la conclusion de l'atelier) (<i>See attached file: 2017.11.16 - Cas 1 HRS.pdf</i>) <i>Cas HRS N°1 : patiente née en 1954. Tumeur <u>mucineuse</u> appendiculaire d'un potentiel malin indéterminé</i> <u>Questions : Tumeur à encoder ? si oui, TNM ?</u> Tumeur <u>mucineuse</u> SAI à faible potentiel malin : M-8472/1. Cette tumeur n'entre pas dans les critères d'inclusion du RNC. La patiente a fait une laparoscopie le 29/03/2019, voici la conclusion du compte-rendu de l'anapth Péritoine: 1. Histologie: localisation péritonéale d'un adénocarcinome mucineux dont le profil immunohistochimique est compatible avec une localisation secondaire de la tumeur mucineuse appendiculaire connue. Est-ce qu'il s'agit d'une nouvelle tumeur en 2019 (avec M8480/3) ? ou faut-il encoder la tumeur de 2017 avec une révision du diagnostic en 2019 ?
Réponse	En 2017, la patiente avait une LAMN (tumeur mucineuse de bas grade de l'appendice) M-8480/1. Nous n'enregistrons les LAMN qu'à partir de la date d'incidence 01/01/2018 en accord avec le TNM 8^{ème} édition. Donc la tumeur de 2017 n'est pas à enregistrer. En 2019, nous avons maintenant une tumeur invasive /3 sans savoir précisément à quel moment la tumeur a évolué d'un /1 à un /3. Comme la tumeur de 2017 a été réséquée avec des marges saines, je propose que nous codions comme pour les tumeurs in situ, avec plus de 3 mois après une tumeur invasive : nous enregistrons la tumeur in situ & la tumeur invasive. Dans ce cas : La tumeur de 2017 n'est pas enregistrée car elle n'entre pas dans les critères d'inclusion du RNC. 2019 : nouvelle tumeur : DI : 29/03/2019 En 2017, il y a eu une résection complète de l'appendice. La limite de résection chirurgicale est le caecum. Donc la topo est le caecum C18.0 M-8480/39 Base de diagnostic = 6 – prélèvement sur méta péritonéales.
Atelier	16/11/2017
Cas clinique HRS N°4	Cas clinique HRS N°4 Patiente née en 1949. Tumeur du pancréas

	<u>Questions : DI ? BD ? Topo ? Diagnostic révisé ?</u>
Réponse	Tumeur intracanalair papillaire et mucineuse du pancréas (TIPMP) des canaux secondaires. Surveillance d'une TIPMP entre 2013 & 2017 en raison du risque de transformation maligne. Le 19/09/2017: intervention chirurgicale en raison d'une extension plus étendue de la lésion. A l'anapath, néoplasie mucineuse papillaire intra-ductale, de bas grade: M-8453/0. Référence: Blue Book de l'OMS (<i>Bosman F.T., Carneiro F., Hruban R.H., Theise N.D. (Eds.): World Health Organization Classification of Tumours of the Digestive System (4th edition). IARC: Lyon 2010</i>). Cf. fiche topographique « Cancer du pancréas ».
Révision 15/06/2023	Remarque. Dans le compte-rendu anapath, deux entités sont décrites : ▪ Néoplasie mucineuse papillaire intra-ductale (=intracanalair), sous-type gastrique, sans composante invasive M-8453/* ▪ Néoplasie intraductale de bas grade M-8148/0 Le grade de la 1^{ère} entité n'étant pas précisé, il est possible de supposer qu'il s'agisse d'un bas grade et donc un code morpho M-8453/0 (à ne pas enregistrer), alors qu'un grade élevé correspondrait à M-8453/2 (à enregistrer) (classification OMS des Tumeurs du système digestif (5^{ème} édition, 2019).
Atelier	15/12/2016
Question N°3	(Mail du 24/11/2016) diagnostic révisé ? Patiente de 72 ans, éthylique chronique présentant en août 2015 un tableau de cirrhose avec des marqueurs tumoraux très élevés (ca19.9 = 105 - ca125 = 1652 - ca15.3 = 132). Une ponction d'ascite est réalisée mais non contributive et le CT abdo réalisé le 09.08.15 montre "la présence d'une grosse masse tumorale largement kystique cloisonnée de l'ordre de 10 x 12 cm de dimensions dans la région ovarienne gauche avec d'importants implants péritonéaux notamment de l'hémi-abdomen gauche et de la partie antérieure de l'abdomen compatible avec une carcinomatose péritonéale généralisée dans le cadre d'une néoplasie ovarienne." Il est prévu une chimio néo adjuvante qui est réalisée du 20.08.15 au 15.10.15 puis une chirurgie qui sera repoussée car altération de l'état général. Par conséquent, la chimiothérapie est poursuivie au long cours (caelyx toutes les 2 semaines) et la patiente est finalement opérée le 17 juin 2016. Diagnostic : ADK séreux bilatéral des ovaires + carcinose péritonéale (infiltration massive de l'épiploon). Je pensais coder : DI : 09.08.2015 (date d'hospitalisation) ; BD : 2 ; topo : 56.9 ; latéralité G ; morpho : 8000/3 Puis en diagnostic révisé (car patiente traitée) : BD : 7 ; date de la révision : 17.06.16 (date op) ; topo : 56.9 ; latéralité : bilatérale ; morpho : 8441/39

Réponse	Dans ce cas, il n'y a pas d'erreur dans le diagnostic. La confirmation histologique a apporté plus de précisions au diagnostic. Dès le début on pense à une néoplasie ovarienne qui se confirme à la chirurgie. Le traitement prévu est constitué par une chimiothérapie suivie d'une chirurgie qui confirme le diagnostic de départ. La morpho est passée de 8000 à 8441, elle est plus précise. La latéralité est passée de gauche à bilatérale, probablement que le cancer a évolué en un an... On aurait trouvé un cancer du côlon à l'OP alors qu'on s'attendait à un cancer de l'ovaire, alors dans ce cas oui il faut faire une révision de diagnostic. Les révisions de diagnostics doivent vraiment se faire quand on s'est "trompé", qu'on a traité pour un cancer donné et qu'il s'avère que c'est un autre type de cancer. C'est (en principe) rare et ce n'est pas le cas ici.
Révision 15/06/2023	Ne pas oublier de corriger la base de diagnostic initiale de « 2 » à « 7 » (pour rappel la base de diagnostic est indépendante de la DI).
Atelier	22/09/2016
Question N°3	(Mail du 28/07/2016) CCR Une biopsie sigmoïdienne est réalisée en octobre 2015 chez un patient âgé de 75 ans présentant des troubles du transit. Le résultat de la biopsie est en faveur d'un carcinome peu différencié d'aspect inhabituel pour un adénocarcinome colique primitif. Une rectosigmoïdectomie est réalisée chez ce patient en décembre 2015 et le CR histo de l'opération conclut à une infiltration pariétale complète vraisemblablement extrinsèque par un carcinome peu différencié probablement prostatique primitif (avec nécessité de confrontation avec les données anatomo-biologiques et radio clinique). Une chimiothérapie adjuvante à base de taxotère + hormonothérapie (zoladex) sont débutés en janvier 2016. Un bilan urologique complet est réalisé et conclut à l'absence d'une atteinte prostatique (PSA normale, IRM pelvienne : absence de maladie prostatique, scintigraphie osseuse normale, avis urologue : RAS). Les cliniciens statuent donc sur une origine colique de la tumeur. Faut-il tout de même encoder ce traitement chimio et hormono ?
Réponse	Au départ, la tumeur a été considérée comme un cancer de la prostate et a été traitée comme tel. C'est après le traitement que les cliniciens statuent sur un site différent. Il faut donc enregistrer la tumeur prostatique comme tumeur primitive, le traitement donné en traitement initial et la tumeur colique dans la fiche du diagnostic révisé (définition du diagnostic révisé à revoir).
Atelier	22/09/2016
Question N°12	(Mail du 09/09/2016) cancer du poumon / ovaire Patiente de 65 ans prise en charge à la ZithaKlinik et qui a été envoyée au CHdN uniquement pour une bronchoscopie EBUS. J'ai reçu aujourd'hui les AnaPath (Biopsie et Opération) réalisées à la ZithaKlinik. 17.06.2014 : Bronchoscopie EBUS : cellules tumorales d'un carcinome non à petites cellules 16.07.2014 : Biopsie bronchique : infiltration par un carcinome non à petites cellules 09.01.2015 : Pièce opératoire : lobe inférieur droit et lobe moyen (Status post-chimiothérapie faite à

	la Zitha - Cisplatine et Docetaxel - Chimio pour NSCLC ??? Débutée le 19.08.2014) : Double tumeur Poumon (LID + LM) présumée secondaire d'un adénocarcinome présumé d'origine ovarienne, angioinvasif et avec des invasions périnerveuses, sans atteinte pleurale et avec envahissement du tissu conjonctif, vasculaire et nerveux péri-oesophagien. Adénopathies confirmées aux Niveaux 7 + 4R. Biopsie-exérèse d'un nodule intrahépatique : métastase d'un adénocarcinome non à petites cellules présumé d'origine ovarienne. Comment coder ce cancer ? Primitif "Ovaire" avec DI = 17.06.2014 Traitement : 19.08.2014 : Chimiothérapie 1ère (ciblée cancer Poumon) Pas d'autre traitement initial (ou en tout cas, pas d'autre traitement que nous connaissons au CHdN), car l'opération Poumon est dès lors l'opération d'une métastase...
Réponse	En effet, il s'agit bien d'un primitif ovaire avec métastase pulmonaire. Mais il faut savoir si les cliniciens avaient considéré initialement le cancer au poumon comme primitif avant le traitement initial et avaient traité comme s'il s'agissait d'un primitif poumon → dans ce cas il faut enregistrer le cancer de l'ovaire en diagnostic révisé.
Révision 15/06/2023	En fait, les cliniciens avaient considéré cette tumeur comme un primitif du poumon et le traitement donné était à visée d'un cancer du poumon. Donc il n'y a pas de révision du diagnostic, car il s'agit bien d'un primitif du poumon. Si le cancer a été enregistré comme un primitif ovaire avec métastase pulmonaire, il faut changer les données d'identification de la tumeur initiale. Avant de changer la topo de « ovaire » en « poumon », il faut vider les champs spécifiques aux ovaires comme les valeurs de BRCA1 & BRCA2. En effet, quand la topo va être changée en « Poumon », les champs spécifiques aux ovaires vont se griser mais les valeurs déjà enregistrées vont rester dans la base de données. Il faut aussi corriger les valeurs de toutes les variables qui sont liées à la topographie comme le TNM. Il faudra aussi vider les champs de la révision du diagnostic.
Atelier	28/01/2016
Question N°13	Révision du diagnostic Si le code morphologique obtenu à la biopsie diffère de celui de la chirurgie effectuée après chimio néo-adjuvante, faut-il faire une révision du diagnostic de la tumeur ?
Réponse	Dans ce cas il faut plutôt combiner les 2 informations pour trouver le code morphologique de la tumeur. La morphologie suite à la biopsie était réellement présente... il faut voir s'il existe un code morpho combiné et sinon prendre le code le plus précis. Si les 2 codes appartiennent à des groupes morpho différents il faut suivre la règle des tumeurs multiples. D'autre part, pour faire une révision de diagnostic, en plus du traitement, on avait récemment ajouté un critère pour la révision du diagnostic : les données d'identification ont été transmises du RHC au RNC, et le transfert de ces

	données n'est plus prévu ultérieurement (base de données figée pour les analyses). ce qui n'est pas le cas ici. Donc au final dans ce cas il ne faut pas faire une révision de diagnostic.
Révision 15/06/2023	<i>“D'autre part, pour faire une révision de diagnostic, en plus du traitement, on avait récemment ajouté un critère pour la révision du diagnostic : les données d'identification ont été transmises du RHC au RNC, et le transfert de ces données n'est plus prévu ultérieurement (base de données figée pour les analyses). ce qui n'est pas le cas ici. Donc au final dans ce cas il ne faut pas faire une révision de diagnostic” . ce critère n'est plus d'application.</i>
Atelier	26/02/2015
Question N°10	Question concernant la date d'incidence dans le cadre du codage d'une tumeur pulmonaire du LSG : – Le 24/05/2013 : Visualisation de quelques adénopathies hilaires notamment du côté gauche. Cardiomégalie. En fenêtre pulmonaire visualisation d'une accentuation de la trame bronchique des deux côtés avec quelques hypoventilations aux deux bases pulmonaires ainsi que l'aspect d'un emphysème centro-lobulaire avec également des images d'impaction muqueuse au niveau des bronches lobaires supérieures gauches. Pas de foyer pneumonique circonscrit décelable. Présence d'une lésion d'allure nodulaire, légèrement ovalaire et spiculée avec contact pleural de façon qu'un éventuel processus évolutif ne peut pas être exclu. – Le 25/07/2013 : scan thoracique : indication clinique : contrôle d'infiltrat pulmonaire. Par rapport à l'examen précédent du 24 mai 2013, il existe l'aspect d'une régression des hypoventilations de la base pulmonaire gauche et partiellement de la base pulmonaire droite avec également une réduction de l'épaississement de la paroi bronchique des deux côtés avec aspect de persistance de foyer d'impaction muqueuse au niveau des bronches segmentaires du lobe pulmonaire inférieur droit, respectivement supérieur gauche avec également des sécrétions au niveau de la bronche lobaire supérieure gauche et de la lingula. De même il existe l'aspect d'une diminution de taille des adénopathies réactionnelles hilaires gauches. – Décembre 2013 : scan thoracique : « La comparaison au CT du 25/07/2013 objective une augmentation significative de volume de l'opacité péri-broncho-vasculaire dans la région supra-hilaire du segment apical du lobe supérieur gauche (2,4 x 1,7 x 3,3 cm versus 1,7 x 1,1 x 1,7 cm) avec majoration de la couronne spiculée et des adhérences pleurales. » – Le 10/01/2014 : biopsie pulmonaire : carcinome à petites cellules. Faut-il considérer Mai 2013 pour la Date d'incidence ? Ou mettre ces informations dans le diagnostic révisé ? Sachant que tout sera hors délai pour le bilan d'extension et le traitement initial ce qui donnerait donc une topo 34.1 et une morpho 8000/3 révisée en 8041/3 ?
Réponse	La date d'incidence est le jour où l'on est certain que le patient a un cancer. L'imagerie du 24/05/2013 correspond à une suspicion clinique, pour le radiologue, mais qui n'a pas dû être confirmée par le clinicien, puisqu'il a attendu 2 mois pour refaire un CT scan thoracique avec comme indication « contrôle d'infiltrat pulmonaire ». Donc en mai, comme en juillet, je dirai qu'il n'y a pas eu de diagnostic clinique du cancer, et donc la date d'incidence est le 10/01/2014. Pour un diagnostic révisé, il faut qu'il y ait eu un traitement de la tumeur primitive entre la date d'incidence et la révision du diagnostic.

	Donc, si la date incidence était le 24/05/2014, il n'y aurait pas eu de traitement initial, et donc pas de révision, mais un bilan d'extension trop étalé dans le temps. En tant que code morphologique, tu peux mettre directement le code morphologique d'un carcinome à petites cellules.
Atelier	23/10/2014
Question N°16	Un diagnostic de carcinome canalaire infiltrant est posé chez une patiente (date incidence 27.01.2014). Il s'agit d'un cT4d N1 M0 et la patiente est traitée par une chimio néo adj + herceptine. Le 30.06.14, elle subit une mastectomie et on lui découvre une maladie de Paget du mamelon associé au CCI connu (l'éventualité d'une maladie de Paget n'avait jamais été évoquée avant l'op). Dois-je laisser le code morpho de départ ou réviser le diagnostic (sachant que la patiente a été traitée en néo adjuvant) ?
Réponse	Pour être précis, il faut mettre le nouveau code morphologique (M-8541/3) dans le diagnostic révisé.
Révision 15/06/2023	Ce n'est pas une révision du diagnostic. Le code morphologique plus précis M-8541/39 est à mettre directement ans le code morpho initial.
Atelier	26/09/2013
Question	Examen DMC de décembre 2012, exercice III cas 2 F 82 ans 12-12-2010 : Visite chez son médecin de famille à cause d'une tumeur dans son sein droit qu'elle a détectée elle-même. Examen physique : une tumeur de 5 cm dans le QIE du sein droit. Un ganglion axillaire homolatéral est palpable, mobile et mesure 1,5 cm. Pas d'autre ganglion palpable 17-12-2010: Mammographie : lésion de 4,8 cm dans le QIE du sein droit, BiRad 5. Pas d'autre lésion La patiente demande un RDV chez le chirurgien après le mariage de son petit-fils en février. En attendant, F débute avec l'hormonothérapie. 21-04-2011 : Examen physique : Tumeur de 3,5 cm ; le ganglion axillaire mesure <1 cm. Biopsie : cancer lobulaire infiltrant, bien différencié. Récepteurs œstrogènes et progestérones positifs ; Her-2-Neu négatif
Réponse	La patiente a été traitée (hormonothérapie) entre le diagnostic d'origine (le 12/12/2010) et le diagnostic révisé lors de la biopsie du 21/04/2011 et il y a un changement au niveau de certaines données d'identification de la tumeur → on considère que les données d'identification « base de diagnostic », « morphologie » et « différenciation » de la tumeur ont été révisées. NB : la date d'incidence est le 12/12/2010 (date de visite chez le médecin) et non le 17/12/2010 (date de mammographie) car la date de consultation est prioritaire sur les examens d'investigation clinique (cf. cours sur la date d'incidence).

	Variable	Identification	Révision
	Date révision	---	21/04/2011
	Date incidence	12/12/2010	12/12/2010
	Base diagnostic	2	7
	Topographie	50.5	50.5
	Morphologie	8000/3	8520/3
	Différenciation	9	1
	Latéralité	D	D
	cTNM	NA	---
	pTNM	NA	---
Révision 15/06/2023	Il n'y a pas de révision du diagnostic puisque le diagnostic initial était un cancer du sein et que la biopsie a confirmé le diagnostic en apportant plus de précision. Le fait que la patiente a reçu de l'hormonothérapie avant la biopsie pourrait avoir altéré les résultats histologiques par rapport à des résultats obtenus avant le démarrage de l'hormonothérapie. Mais pour cette patiente, il n'y avait pas de résultat histologique avant l'hormonothérapie.		
Atelier	26/09/2013		
Question	Examen DMC de décembre 2012, exercice III cas 5 H 66 ans 05-07-2010: PSA : 6X élevé 06-06-2011 : PSA : 10X élevé. 10-06-2011 : Examen physique : Toucher rectal : une tumeur de 4cm dans le lobe droit de la prostate 12-06-2011 : Biopsie : adénocarcinome indifférencié, Gleason 9 20-06-2011 : Prostatectomie classique : adénocarcinome dans le lobe droit de 4,2 cm envahissant le lobe gauche et la vésicule séminale droite. 2/12 ganglions régionaux ont des métastases. Début hormonothérapie 26-08-2011 : Scintigraphie des os : dans la colonne vertébrale des multiples lésions très suspectes pour des métastases.		
Réponse	Deux possibilités se présentent: 1. Après le premier dosage PSA du 05/07/2010, on retrouve un commentaire du médecin disant que c'est probablement un cancer et qu'il préconise une surveillance, considérée comme traitement		

initial. La biopsie du 12/06/2011 permet donc de réviser la base de diagnostic et la morphologie de la tumeur.

- ➔ On considère que le traitement initial est une surveillance. Dans le suivi de la tumeur, on retrouve des métastases au niveau des ganglions régionaux et des os.

Variable	Identification	Révision
Date révision	---	12/06/2011
Date incidence	05/07/2010	05/07/2010
Base diagnostic	4	7
Topographie	61.9	61.9
Morphologie	8000/3	8140/3
Différenciation	9	9
Latéralité	NA	NA
cTNM	NA	---
pTNM	NA	---

2. Après le premier dosage PSA du 05/07/2010, on ne retrouve aucune information. On va commencer à saisir le cas quand on a l'information que c'est un cancer, donc le 12/06/2011 (date de biopsie) avec une base de diagnostic de 7. En revenant dans le dossier du patient, on s'aperçoit que le dosage PSA du 05/07/2010 était fortement suspect et révélateur d'un cancer alors on corrige la date d'incidence : on met celle du dosage PSA (le 05/07/2010).

- ➔ On considère que le traitement initial est une surveillance. Dans le suivi de la tumeur on retrouve des métastases au niveau des ganglions régionaux et des os.

Variable	Identification	Révision
Date révision	---	---
Date incidence	12/06/2011 puis corrigée en 05/07/2010	
Base diagnostic	7	---
Topographie	61.9	---
Morphologie	8140/3	---
Différenciation	9	---

	<table><tr><td>Latéralité</td><td>NA</td><td>---</td></tr><tr><td>cTNM</td><td>NA</td><td>---</td></tr><tr><td>pTNM</td><td>NA</td><td>---</td></tr></table>	Latéralité	NA	---	cTNM	NA	---	pTNM	NA	---									
Latéralité	NA	---																	
cTNM	NA	---																	
pTNM	NA	---																	
Révision 15/06/2023	La réponse 2 est la plus appropriée. Il n’y a pas de révision du diagnostic, mais la biopsie a apporté un diagnostic histologique plus précis.																		
Atelier	26/09/2013																		
Question	Examen DMC de février 2013, exercice III cas 2 : F 66 ans 12-12-2006 :Opérée d’un myosarcome de l’utérus. La tumeur était limitée à l’utérus mais envahissait plus de la moitié du myomètre. Pas d’autre traitement. 17-12-2010 : Mammographie : lésion de 5 cm dans le QSI du sein gauche, BiRad 5. Pas d’autre lésion dans ce sein. 14-04-2011 : La patiente demande un RDV chez le chirurgien. Elle n’a pu visiter le spécialiste plus tôt à cause du décès de son mari en janvier. Examen physique : Tumeur de 5,5 cm ; un ganglion axillaire palpable de 1 cm. Biopsie : cancer lobulaire infiltrant, bien différencié. Récepteurs œstrogènes et progestérones positifs ; Her-2-Neu négatif 15-04-2011 : X thorax : pas de métastase. Scanner de l’abdomen : pas de métastase dans le foie 21-04- 2011 : Ganglion sentinelle : positif Tumorectomie et curage axillaire : cancer canalaire in situ mesurant 3,5 cm et un component cancer lobulaire infiltrant bien différencié de 18mm. 1 des 8 ganglions est positif. 28-04-2011: Début de radiothérapie et hormonothérapie																		
Réponse	Aucun traitement n’a été instauré entre la date de la mammographie et celle de la biopsie, , il n’y a pas de révision du diagnostic. <table><tr><th>Variable</th><th>Identification</th><th>Révision</th></tr><tr><td>Date révision</td><td>---</td><td>NA</td></tr><tr><td>Date incidence</td><td>17/12/2010</td><td>NA</td></tr><tr><td>Base diagnostic</td><td>7</td><td>NA</td></tr><tr><td>Topographie</td><td>50.2</td><td>NA</td></tr><tr><td>Morphologie</td><td>8522/3</td><td>NA</td></tr></table>	Variable	Identification	Révision	Date révision	---	NA	Date incidence	17/12/2010	NA	Base diagnostic	7	NA	Topographie	50.2	NA	Morphologie	8522/3	NA
Variable	Identification	Révision																	
Date révision	---	NA																	
Date incidence	17/12/2010	NA																	
Base diagnostic	7	NA																	
Topographie	50.2	NA																	
Morphologie	8522/3	NA																	

		Différenciation	1	NA
		Latéralité	G	NA
		cTNM	T3N1M0	---
		pTNM	T1cN1aM0	---
Révision 15/06/2023	Il n'y a pas de révision du diagnostic. Il ne faut pas tenir compte du passage « et en supposant que le cas n'a pas été transféré au RNC ».			
Atelier	26/09/2013			
Question N°49	Le 26.6.2012 : patiente avec un cancer Tis du sein. Le 11.6.2013 : même sein même topographie mais pT1b. Comment enregistrer? Diagnostic révisé ?			
Réponse	D'après le codebook (p.163) « si la tumeur était initialement in situ et après plus de 3 mois elle est trouvée invasive, coder la tumeur invasive comme une nouvelle tumeur », donc il ne s'agit pas de révision.			
Révision 15/06/2023	ok, cf. Manuel d'enregistrement des tumeurs du RNC– Aide à la codification « Tumeurs multiples ».			