

## **Remarque 1 – Protocole opératoire (requis)**

### **Justification/preuves**

Comme il peut y avoir plus d'une approche ou technique pour exciser ou échantillonner une tumeur à un emplacement donné dans le cœur, il est important de spécifier la nature du protocole opératoire dans la mesure du possible<sup>1</sup>.

**↑ Retour**

## **Remarque 2 – Intégrité du spécimen (recommandé)**

### **Justification/preuves**

Cet élément s'applique uniquement aux spécimens de résection et aux explants. Si le spécimen tumoral n'est pas reçu intact, préciser la nature de la perturbation (retiré en plusieurs fragments, rupture pendant la résection, etc.). Cet élément est important pour vérifier si l'ensemble de la tumeur a été retiré et s'il permet la détermination du stade et la comparaison de la taille avec les études par imagerie.

**↑ Retour**

## **Remarque 3 – Site tumoral (requis)**

### **Justification/preuves**

Le site tumoral dans le cœur a des implications en termes d'obstruction de la circulation sanguine, de dysfonctionnement valvulaire et en ce qui concerne les lits vasculaires en aval qui risquent de subir une embolisation et une extension hématogène<sup>1</sup>.

**↑ Retour**

## **Remarque 4 – Nombre de foyers tumoraux (requis)**

### **Justification/preuves**

Des tumeurs multiples peuvent être présentes sur un même site (p. ex. l'oreillette gauche dans le syndrome de Carney) ou sur des sites différents. Une même tumeur peut envahir diverses structures et donc être présente sur plusieurs sites cardiaques.

L'élément de données portant sur le nombre de foyers tumoraux clarifie cette question.

**↑ Retour**

## **Remarque 5 – Dimension maximale de la tumeur primitive (requis)**

### **Justification/preuves**

Cet élément s'applique uniquement aux spécimens de résection et aux explants pour lesquels la tumeur entière peut être mesurée. Le fait de signaler la taille d'échantillons de biopsie ou d'autres échantillons tumoraux incomplets peut prêter à confusion du point de vue clinique.

**↑ Retour**

## **Remarque 6 – Clé d'identification des blocs (recommandé)**

### **Justification/preuves**

L'origine et la désignation de tous les blocs de tissus doivent être enregistrées. Ces informations doivent être documentées dans le rapport final de pathologie. Ceci est particulièrement important au cas où un examen interne ou externe s'avère nécessaire. L'examinateur doit connaître l'origine de chaque bloc afin de pouvoir fournir un avis de spécialiste informé. Si cette information n'est pas incluse dans le rapport de pathologie final, elle doit être disponible dans le système informatique du laboratoire et transmise au pathologiste réalisant l'examen.

Consigner l'origine/la désignation des blocs de tissus facilite en outre la récupération des blocs pour réaliser d'autres analyses immunohistochimiques ou moléculaires, des études de recherche ou des essais cliniques.

**↑ Retour**

## Remarque 7 – Type histologique de la tumeur (requis)

### Justification/preuves

Il existe un grand nombre de tumeurs supplémentaires qui peuvent survenir dans le cœur, le péricarde et les gros vaisseaux<sup>2</sup>. Seules les tumeurs les plus courantes sont spécifiquement mentionnées dans cet élément, mais les autres types doivent être indiqués sous « autre » (une liste complète des types histologiques des tumeurs primitives du cœur est incluse ci-dessous). La nature néoplasique de certaines lésions formant une masse (hypertrophie lipomateuse du septum interatrial, malformations vasculaires, hamartomes de myocytes cardiaques matures, cardiomyopathie histiocytoïde, etc.) peut être mise en doute<sup>1,3</sup>. La nécessité de remplir une fiche d'ensembles de données sur ces masses est laissée à la discrétion du pathologiste. (Remarque : pour les mésothéliomes péricardiques, utiliser l'ensemble de données thoracique pour le mésothéliome pleural ; les tumeurs hémato-lymphoïdes ne sont pas couvertes par cet ensemble de données et seront traitées dans un ensemble de données ultérieur).

Le présent ensemble de données est destiné aux tumeurs primitives qui surviennent dans le cœur, le péricarde et les grandes artères. Les lésions métastatiques à ces sites ne doivent pas être consignées à l'aide de cet ensemble de données.

### Classification OMS des tumeurs du cœur<sup>a,b</sup>

Descripteur	Codes CIM-O	Descripteur	Codes CIM-O
<b>Tumeurs bénignes et pseudo-tumeurs</b>		<b>Tumeurs malignes</b>	
Rhabdomyome	8900/0	Angiosarcome	9120/3
Cardiomyopathie histiocytoïde		Sarcome pléomorphe indifférencié	8830/3
Hamartomes de myocytes cardiaques matures		Ostéosarcome	9180/3
Rhabdomyome adulte	8904/0	Myxofibrosarcome	8811/3
Myxome cardiaque	8840/0	Léiomyosarcome	8890/3
Fibroélastome papillaire		Rhabdomyosarcome	8900/3
Hémangiome, SAI	9120/0	Sarcome synovial	9040/3
Hémangiome capillaire	9131/0	Sarcomes divers	
Hémangiome caverneux	9121/0	Lymphomes cardiaques	
Fibrome cardiaque	8810/0	Tumeurs métastatiques	
Lipome	8850/0		
Tumeur kystique du nœud auriculo-ventriculaire	8454/0	<b>Tumeurs du péricarde</b>	
Tumeur à cellules granuleuses	9580/0	Tumeur fibreuse solitaire	8815/1
Schwannome	9560/0	Maligne	8815/3
		Angiosarcome	9120/3
<b>Tumeurs de comportement incertain</b>		Sarcome synovial	9040/3
Tumeur myofibroblastique inflammatoire	8825/1	Mésothéliome malin	9050/3
Paragangliome	8680/1	Tumeurs des cellules germinales	
		Tératome, mature	9080/0
<b>Tumeurs des cellules germinales</b>		Tératome, immature	9080/3
Tératome, mature	9080/0	Tumeur mixte des cellules germinales	9085/3
Tératome, immature	9080/3		
Tumeur du sac vitellin	9071/3		

a Les codes de morphologie proviennent de la Classification internationale des maladies pour l'oncologie (CIM-O). Le comportement est codé /0 pour les tumeurs bénignes, /1 pour les comportements non spécifiés, à la limite de la malignité ou incertains, /2 pour les carcinomes in situ et les néoplasies intraépithéliales de grade III et /3 pour les tumeurs malignes.

b La classification est modifiée depuis la précédente classification de l'OMS, en tenant compte de l'évolution des connaissances concernant ces lésions.

© Organisation mondiale de la Santé/Centre international de recherche sur le cancer (CIRC). Reproduit avec permission.

## Remarque 8 – Grade histologique<sup>1,2,4,5</sup> (requis)

### Justification/preuves

Cet élément s'applique uniquement aux sarcomes malins du cœur, du péricarde et des gros vaisseaux. Il capture les informations d'importance pronostique démontrée dans les sarcomes malins survenant dans d'autres sites anatomiques.

Cependant, les données disponibles ne permettent pas de déterminer si cet élément revêt la même importance dans les sarcomes du cœur, du péricarde et des gros vaisseaux.

[↑ Retour](#)

## Remarque 9 – Index mitotique

### Justification/preuves

L'index mitotique doit être exprimé au format « nombre/mm<sup>2</sup> », car les diamètres d'un champ à fort grossissement (x 40) varient considérablement selon l'objectif. Par exemple, le champ à fort grossissement d'un objectif x 40 à diamètre de champ de 0,4 mm est de 0,125 mm<sup>2</sup>, tandis que pour un objectif x 40 à diamètre de champ de 0,69 mm, le champ à fort grossissement mesure 0,374 mm<sup>2</sup>. Selon l'objectif utilisé, couvrir une surface de 1 mm<sup>2</sup> de tissu peut nécessiter entre 3 et 8 champs à fort grossissement (pour un objectif de 0,69 mm et de 0,40 mm de diamètre, respectivement). Chaque pathologiste doit déterminer le nombre de champs à fort grossissement représentant un mm<sup>2</sup> en fonction du diamètre du champ de son objectif x 40<sup>6</sup>.

[↑ Retour](#)

## Remarque 10 – Étendue de l'invasion (requis)

### Justification/preuves

Dans le cadre de cet élément de données, le péricarde pariétal représente la limite anatomique entre le tissu cardiaque et les organes adjacents. Les tumeurs qui s'étendent au-delà du péricarde pariétal doivent être considérées comme une « atteinte d'autres organes ». Les tumeurs dépassant les limites des tissus du cœur (p. ex. passant d'une cavité à l'autre, à travers une valve ou dans le péricarde) doivent être considérées comme une « atteinte de tissus adjacents »<sup>1,2</sup>.

[↑ Retour](#)

## Remarque 11 – Réponse au traitement néo-adjuvant (recommandé)

### Justification/preuves

Cet élément n'est pas requis, puisqu'il présuppose une connaissance du traitement préalable à la résection de la tumeur. Il n'est pas toujours possible de différencier la nécrose tumorale spontanée de celle liée au traitement. À l'heure actuelle, aucun niveau de réponse pathologique au traitement n'a été associé à une signification pronostique<sup>2</sup>.

[↑ Retour](#)

## Remarque 12 – Invasion lymphovasculaire<sup>7</sup> (recommandé)

### Justification/preuves

Cet élément est souvent signalé pour les tumeurs malignes, mais étant donné que la majorité des tumeurs du cœur et des gros vaisseaux existent dans le système vasculaire, elles ont un accès immédiat à la dissémination hémotogène. Cet élément doit uniquement être signalé dans le cas des tumeurs péricardiques, telles que les tumeurs des cellules germinales et les tumeurs fibreuses solitaires, qui ne surviennent pas dans le système vasculaire.

De plus en plus souvent, les centres évaluent l'invasion lymphovasculaire par immunohistochimie pour des antigènes tels que CD34, CD31 et/ou D2-40 (podoplanine). Cela peut avoir un effet du point de vue pronostique, mais des études complémentaires sont nécessaires. Cet élément n'est pas requis, mais il permettra de générer des données probantes dans ce sens.

↑ Retour

## Remarque 13 – Études connexes<sup>2</sup> (recommandé)

### Justification/preuves

Des études connexes sont de plus en plus nécessaires pour confirmer et préciser un diagnostic. Ces études ont également le potentiel d'identifier une cible thérapeutique ou de fournir des informations pronostiques utiles.

↑ Retour

## Références

- 1 Burke AP, Tavora F, Maleszewski J and Frazier A (2015). *Tumors of the Heart and Great Vessels. AFIP Atlas of Tumor Pathology, Series 4.* ARP Press.
- 2 WHO (World Health Organization) (2015). *WHO Classification of Tumours of the Lung, Pleura, Thymus and Heart. Fourth edition* Travis WD, Brambilla E, Burke AP, Marx A and Nicholson AG. IARC Press, Lyon, France.
- 3 Thiene G (2013). Chapter 2 : cardiac tumours: classification and epidemiology. In: *Cardiac Tumor Pathology*, Basso C, Valente M and Thiene G (eds), Humana Press Inc.
- 4 Trojani M, Contesso G, Coindre JM, Rouesse J, Bui NB, de Mascarel A, Goussot JF, David M, Bonichon F and Lagarde C (1984). Soft-tissue sarcomas of adults; study of pathological prognostic variables and definition of a histopathological grading system. *Int J Cancer* 33:37-42.
- 5 Tazelaar HD, Locke TJ and McGregor CG (1992). Pathology of surgically excised primary cardiac tumors. *Mayo Clin Proc* 67(10):957-965.
- 6 NHS Cancer Screening Programmes and The Royal College of Pathologists (2005). *Pathology Reporting of Breast Disease. A Joint Document Incorporating the Third Edition of the NHS Breast Screening Programme's Guidelines for Pathology Reporting in Breast Cancer Screening and the Second Edition of The Royal College of Pathologists' Minimum Dataset for Breast Cancer Histopathology.* NHSBSP Publication No 58. <http://www.cancerscreening.nhs.uk/breastscreen/publications/nhsbsp58-low-resolution.pdf>.
- 7 Rose AE, Christos PJ, Lackaye D, Shapiro RL, Berman R, Mazumdar M, Kamino H, Osman I and Darvishian F (2011). Clinical relevance of detection of lymphovascular invasion in primary melanoma using endothelial markers D2-40 and CD34. *Am J Surg Pathol* 35(10):1441-1449.