

RCP Mélanomes- Stade initial

Professeur Céleste LEBBE (Version Avril 2010)

Date de la RCP :

Identification du patient :

Identification du médecin référent :

Docteur

Dossier présenté par :

Docteur

DESTINATAIRES :

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

HISTOIRE DE LA MALADIE :

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

Phototype : I II III IV V VI Mélanome primitif inconnu : oui non

Topographie :

visage cou cuir chevelu tronc muqueuse
 membres supérieurs membres inférieurs main pied autre

Côté : droit gauche

Histologie : ambigu SSM NM LMM ALM muqueux Achromique Inclassable Rare

Histologie rare : desmoplastique naevoïde spitzoïde ball cellulaire myxoïde animal type ring cell
 sarcome à cellules claires

BIOPSIE EXERESE COMPLETE EXERESE INCOMPLETE **Date du diagnostic :**

2^{ème} mélanome : oui non

Si oui, Topographie :

visage cou cuir chevelu tronc muqueuse
 membres supérieurs membres inférieurs main pied autre

Côté : droit gauche

Histologie : ambigu SSM NM LMM ALM muqueux Inclassable Rare

Histologie rare : desmoplastique naevoïde spitzoïde ball cellulaire myxoïde animal type ring cell
 sarcome à cellules claires

CARACTERISTIQUES HISTOPRONOSTIQUES :

Indice de Breslow (mm) : Index mitotique : Ulcération oui non

Régression oui non

Clark : I II III IV V

BRAF : sauvage muté non étudié

CKIT : sauvage muté non étudié

NRAS : sauvage muté non étudié **Classification AJCC** :

Antécédents : personnels de mélanome auto-immunité familiaux de mélanome
 Conseil génétique à programmer

BILAN D'EXTENSION :

.....

.....

.....

.....

PROPOSITION THERAPEUTIQUE AU MOMENT DE LA RCP :

- CHIRURGIE
- REPRISE CHIRURGICALE avec marges de (cm) : Date
- GANGLION SENTINELLE : Date
- Résultats :* négatif < 0.5 mm 0.1 < taille GS > 1 mm > 1 mm
- Localisation* sinusale parenchymateuse capsulaire envahissement extracapsulaire
- CURAGE GANGLIONNAIRE Date :
- Résultat du curage : ganglions atteints/retirés :
- Rupture capsulaire : oui non
- Taille maximale des ganglions (cm) :
- Classification AJCC :
- RADIOTHERAPIE. Site irradié : Doses (Gy) :
- INTERFERON Date :
- INCLUSION DANS UN PROTOCOLE : Nom du protocole :
- SURVEILLANCE 3 mois 6 mois 1 an

CONCLUSION :

.....

.....

.....

.....

.....

.....