

Nasopharynxkarzinom NPC – 2016 Register

Studienleitung: Prof. Dr. U. Kontny, Sektion Pädiatrische Hämatologie, Onkologie und Stammzelltransplantation
 Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Uniklinik RWTH Aachen,
 Pauwelsstr. 30, D-52074 Aachen, Tel. 0241 / 80-88892, Fax: 0241 / 80-82481, E-Mail npc@ukaachen.de

In Zusammenarbeit mit dem Deutschen Kinderkrebsregister am IMBEI, 55101 Mainz,
 Tel.: 06131 /17-4432, Fax: 06131 / 17-4462

Name, Vorname _____ Geschl. _____ Geb.datum _____
 |_____ | (1=m,2=w) |_____|._____|._____| (TT.MM.JJJJ)

Pat.nr. |_____| MaligID (DKKR): |_____|._____|._____| Klinik (KKR): |_____|._____|._____|

Bitte beachten Sie, dass vor der Weiterleitung dieses Bogens die schriftliche Einwilligung zur Übermittlung der Daten und zur Speicherung vorliegen muss!!

Anlass der Erfassung:	<input type="radio"/> Tumorbezogene Symptomatik führte zum Arztbesuch <input type="radio"/> Vorsorgeuntersuchung (U1 – J2) <input type="radio"/> Befunde bei anderweitiger Untersuchung (Zufall)
Familiäre Belastung (Maligne Erkrankung, Immundefekt, Syndrome, Pfeiffersches Drüsenfieber, Chron. aktive EBV-Infektion, Multiple Sklerose)	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja, Eltern: welche: _____ <input type="radio"/> Ja, Geschwister: welche: _____ <input type="radio"/> Ja, sonstige: welche: _____
Anzahl der Geschwister des Patienten	_____ Zwilling: <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja, eineiig <input type="radio"/> Ja, zweieiig
Geburtsjahr der Eltern:	Mutter: _____ ._____ ._____ (Jahr) Vater: _____ ._____ ._____ (Jahr)
Ethnische Herkunft:	_____
Vorausgegangene Tumor-Erkrankung:	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja, welche: _____ Diagnosedatum: _____ ._____ ._____ Chemotherapie <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja, welche: _____ Radiotherapie <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja, Dosis: _____ Feld: _____
Fehlbildungen:	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja, welche _____
Allgemeinzustand bei Diagnosestellung:	<input type="radio"/> Normale Aktivität, keine Beeinträchtigung <input type="radio"/> Geringe Beeinträchtigung, jedoch keine zusätzl. Hilfe erforderlich <input type="radio"/> Altersentsprechende Aktivität stark eingeschränkt (z.B. kein regelmäßiger Kindergarten-bzw. Schulbesuch möglich) <input type="radio"/> Bettlägerig, pflegebedürftig <input type="radio"/> Intensive Behandlung notwendig, schwerstkrank, moribund
Initialsymptome:	<input type="radio"/> Lymphknoten-Schwellung <input type="radio"/> Nasale Obstruktion <input type="radio"/> Epistaxis <input type="radio"/> Hörstörung <input type="radio"/> Kopfschmerzen <input type="radio"/> Hirnnervenausfall, wenn ja welche(r): _____ <input type="radio"/> andere: _____
Vorbehandlung:	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja, wo: _____ <input type="radio"/> Chemotherapie, welche: _____ <input type="radio"/> Radiotherapie: Dosis: _____ Feld: _____ <input type="radio"/> Operation, Typ: _____
Datum der definitiven Diagnosestellung:	_____ ._____ ._____ (TT.MM.JJJJ)

Initiale Bildgebung des Primärtumors: MRT CT **Datum:** |_|_|. |_|_|. |_|_|_|_| (TT.MM.JJJJ)

Tumorgröße: |_|_|, |_|_| cm x |_|_|, |_|_| cm x |_|_|, |_|_| cm **Suspekte LK:** nein links rechts beidseits

Metastasen bei Diagnosestellung: Ja: Lymphknoten Lunge Leber Knochen
 Nein Sonstige: _____

TNM-Klassifikation: Klassifikation des Nasopharynxkarzinom (AJCC* 8th Edition 2018) (s.a. Register S.13)

- T 1** Tumor auf Nasenhaupthöhle oder Oropharynx begrenzt, ohne parapharyngeale Ausbreitung
- T 2** Tumor mit parapharyngealer Ausbreitung
- T 3** Tumor mit Infiltration der paranasalen Sinus oder knöcherner Strukturen
- T 4** Tumor mit Invasion nach intracraniell, u/o Infiltration von Hirnnerven, Fossa infratemporalis, Hypopharynx, Orbita oder Spatium masticatorium

- N 0** Keine Evidenz für einen Befall regionärer Lymphknoten (LK)
- N 1** Ipsilaterale(r) cervik. LK, ≤ 6 cm, über kaudale Ringknorpelgrenze, uni/bilaterale(r) retropharyng. LK ≤ 6 cm
- N 2** bilaterale LK ≤ 6 cm, über kaudale Ringknorpelgrenze
- N 3** Lymphknoten > 6 cm ober- und unterhalb der kaudalen Ringknorpelgrenze

- M 0** Keine Evidenz für Fernmetastasen
- M 1** Fernmetastasen vorhanden (Lunge, Knochen, Leber, andere Lokalisation)

- Low-risk-Gruppe: Stadium I T1 N0 M0
- High-risk-Gruppe: Stadium II T1 N1 M0 oder T2 N0-1 M0
 Stadium III T1-2 N2 M0 oder T3 N0-2 M0
 Stadium IV T1-4 N3 M0 oder T4 N0-2 M0 oder T1-4 N0-3 M1

*) American Joint Committee on Cancer

Prätherapeutische diagnostische Verfahren:

	o.p.B.	p.B.	fraglich	n.d.	(o.p.B. = ohne patholog. Befund, p.B. = patholog. Befund, n.d.= nicht durchgeführt)
MRT/CT-lokal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Befund: _____
PET	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Befund: _____
CT-Thorax	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Befund: _____
MRT-Abdomen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Befund: _____
Sonstige: _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Befund: _____

Referenzversand: Nein Ja

Epstein-Barr-Virus-Diagnostik: Lokale Diagnostik Referenzdiagnostik (Hannover)

	negativ	positiv	Konz. bzw. Titer	nicht durchgeführt
EBV-DNA (PCR): <input type="radio"/> IU/ml <input type="radio"/> _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	<input type="radio"/>
Anti-VCA-IgA:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	<input type="radio"/>
Anti-EA-IgA:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	<input type="radio"/>
Sonstige: _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	<input type="radio"/>

Referenz-Histologie: Datum der Untersuchung: |_|_|. |_|_|. |_|_|_|_| (TT.MM.JJJJ)

Institut: _____ **Journal-Nr.:** _____

Histologischer Befund:

- Plattenepithelkarzinom verhornend Type I
- Plattenepithelkarzinom, nicht verhornend
 - Ohne lymphoide Infiltration Type II a
 - Mit lymphoide Infiltration Type II b
- Undifferenziertes (anaplastisches) Karzinom
 - Ohne lymphoide Infiltration Type III a
 - Mit lymphoide Infiltration Type III b

Bitte histologische Befunde beilegen !

2/3

3/3

Chirurgisches Vorgehen:

Biopsie durchgeführt: Nein Ja: Datum: |_|_|.|_|_|.|_|_|_|_|_| (TT.MM.JJJJ)

Lokalisation der Biopsie: Primärtumor Lymphknoten Tumormetastase

Sonstige Operation: Nein Ja, welche: _____

Komplikationen: Nein Ja, welche: _____

Organfunktion bei Diagnose:

Audiometrie: normal verändert: _____

Nierenfunktion: normal verändert: _____

Herzfunktion: normal verändert: _____

Bemerkungen: Patient lebt am: |_|_|.|_|_|.|_|_|_|_|_| (TT.MM.JJJJ)

Patient verstorben am: |_|_|.|_|_|.|_|_|_|_|_| (TT.MM.JJJJ)

Todesursache:

Tumor Rezidiv Therapie

andere Ursache: _____

Stempel

Datum

Unterschrift

Angaben durch:

Name: _____ **Telefon:** _____

FAX: _____ **Email:** _____