

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 Nasenhöhle 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	<input type="radio"/> Type I
	Plattenepithelkarzinom, nicht verhornend	
	- Ohne lymphoide Infiltration	<input type="radio"/> Type II a
	- Mit lymphoider Infiltration	<input type="radio"/> Type II b
	Undifferenziertes (anaplastisches) Karzinom	
	- Ohne lymphoide Infiltration	<input type="radio"/> Type III a
	- Mit lymphoider Infiltration	<input type="radio"/> Type III b
<i>Bitte histologische Befunde beilegen !</i>		

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:	<input type="radio"/> normal	<input type="radio"/> verändert: _____
Nierenfunktion:	<input type="radio"/> normal	<input type="radio"/> verändert: _____
Herzfunktion:	<input type="radio"/> normal	<input type="radio"/> 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:** _____