

Nasopharynxkarzinom NPC – 2016 Register

Studienleitung: Prof. Dr. U. Kontny, Sektion Pädiatrische Hämatologie, Onkologie und Stammzelltransplantation
 Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Uniklink 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: Familiäre Belastung (Maligne Erkrankung, Immundefekt, Syndrome, Pfeuffersches Drüsenebe, Chron. aktive EBV-Infektion, Multiple Sklerose)	<input type="radio"/> Tumorbezogene Symptomatik führte zum Arztbesuch <input type="radio"/> Vorsorgeuntersuchung (U1 – J2) <input type="radio"/> Befunde bei anderweitiger Untersuchung (Zufall)
Anzahl der Geschwister des Patienten Geburtsjahr der Eltern: Ethnische Herkunft: Vorausgegangene Tumor-Erkrankung: Fehlbildungen: Allgemeinzustand bei Diagnosestellung: Initialsymptome:	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja, Eltern: welche: _____ <input type="radio"/> Ja, Geschwister: welche: _____ <input type="radio"/> Ja, sonstige: welche: _____ _____ Zwilling: <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja, eineiig <input type="radio"/> Ja, zweieiig Mutter: _____ _____ _____ (Jahr) Vater: _____ _____ ____ (Jahr) _____ <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: _____ <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja, welche: _____ <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 <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: Datum der definitiven Diagnosestellung:	<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: _____ _____ ._____ ._____ ._____ ._____ (TT.MM.JJJJ)

Initiale Bildgebung des Primärtumors: o MRT oCT

Datum: |__|__|.|__|__|.|__|__|__|__| (TT.MM.JJJJ)

Tumogröße: , cm x , cm x , cm x , cm **Suspekte LK:** o nein o links o rechts o beidseits

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

- o **T 1** Tumor auf Nasenhaupthöhle oder Oropharynx begrenzt, ohne parapharyngeale Ausbreitung
 - o **T 2** Tumor mit parapharyngealer Ausbreitung
 - o **T 3** Tumor mit Infiltration der paranasalen Sinus oder knöcherner Strukturen
 - o **T 4** Tumor mit Invasion nach intracraeniell, u/o Infiltration von Hirnnerven, Fossa infratemporalis, Hypopharynx, Orbita oder Spatium masticatorium
 - o **N 0** Keine Evidenz für einen Befall regionärer Lymphknoten (LK)
 - o **N 1** Ipsilaterale(r) cervik. LK, ≤ 6 cm, über kaudale Ringknorpelgrenze, uni/bilaterale(r) retropharyng. LK
 - o **N 2** bilaterale LK ≤ 6 cm, über kaudale Ringknorpelgrenze
 - o **N 3** Lymphknoten > 6 cm ober- und unterhalb der kaudalen Ringknorpelgrenze
 - o **M 0** Keine Evidenz für Fernmetastasen
 - o **M 1** Fernmetastasen vorhanden (Lunge, Knochen, Leber, andere Lokalisation)

o Low-risk-Gruppe: o Stadium I T1 N0 M0

o High-risk-Gruppe: o Stadium II T1 N1 M0 oder T2 N0-1 M0

**) 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 o o o o Befund: _____
PET o o o o Befund: _____
CT-Thorax o o o o Befund: _____
MRT-Abdomen o o o o Befund: _____
Sonstige: _____ o o o o Befund: _____

Referenzversand: Nein Ja

- o Lokale Diagnostik
- o Referenzdiagnostik (Hannover)

	negativ	positiv	Konz. bzw.Titer	nicht durchgeführt
EBV-DNA (PCR): o IU/ml o _____	o	o	_____	o
Anti-VCA-IgA:	o	o	_____	o
Anti-EA-IgA:	o	o	_____	o
Sonstige: _____	o	o	_____	o

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

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

- Histologischer Befund:**
- | | |
|---|----------------------------------|
| Plattenepithelkarzinom verhorrend | <input type="radio"/> Type I |
| Plattenepithelkarzinom, nicht verhorrend | |
| - 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 |

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:** _____