

# COHORTE DES CARCINOMES ENDOCRINES PEU DIFFERENCIES

PAGE ACCES

Avec résumé de l'étude  
Etat des enregistrements  
Personnes contact

## **IDENTIFICATION UTILISATEUR**

NOM DU CENTRE \* .....

MEDECIN RESPONSABLE \* .....

Login – Mdp

**COHORTE DES CARCINOMES ENDOCRINES PEU DIFFERENCIÉS****ENREGISTREMENT - ELIGIBILITE**

Cocher les réponses exactes et/ou écrire en clair sur les champs textes

**ENREGISTREMENT DU PATIENT**

IDENTIFIANT DU PATIENT :

NOM \* [ ] [ ] [ ] 3 1<sup>ères</sup> lettres du nom      PRENOM [ ] [ ] 2 1<sup>ères</sup> lettres du 1<sup>er</sup> prénomSEXE                      homme                       femme 

DATE DE NAISSANCE (jj/mm/aaaa) : \* [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

N° DOSSIER dans le centre .....

**Description du carcinome endocrine :**Différenciation Histologique : Peu différenciée (catégorie 3 de l'OMS 2010) **Critères de non-inclusion** : Non inclusion si réponse OUI à une des 4 questions**- ATCD de pathologie maligne diagnostiquée dans les 5 dernières années**

(sauf basocellulaire de la peau et carcinome in situ du col)

Non  Oui **- Carcinome pulmonaire à petites cellules**Non  Oui **- Tumeur mixte** (catégorie 4 de la classification OMS 2010)Non  Oui **- Tumeur ou carcinome endocrine bien différencié**

(catégorie 1 ou 2 de la classification OMS 2010)

Non  Oui **Date de diagnostic de la maladie** (jj/mm/aaaa) : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] (première histologie disponible)Sur tumeur primitive Sur métastases **Siège de la tumeur primitive :**Œsophage Estomac Duodénum/ papille Pancréas Jéjunum-Illéon Côlon Appendice Rectum Bronchique Inconnu Autres  préciser en clair .....

Demande de relecture anatomopathologique faite (TENPath)

Non  Oui 

Date d'information du patient [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

N° CODE PATIENT [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

Date d'inclusion (jj/mm/aaaa) \* [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

**N'oubliez pas d'imprimer le mail de confirmation d'enregistrement vous permettant de retrouver ultérieurement votre patient avec les 3 premières lettres de son nom et 2 premières lettres de son prénom.**

**COHORTE DES CARCINOMES ENDOCRINES PEU DIFFERENCIÉS**  
**Bandeau Avec identifiant Utilisateur – Centre + Initiales Patient – Num enregistrement**  
*(à répéter pour chaque page d'enregistrement)*

**Descriptif du Carcinome Endocrine Peu Différencié**

Cocher les réponses exactes et/ou écrire en clair sur les champs textes

**TUMEUR FONCTIONNELLE** Oui  Non

(Symptômes fonctionnels liés à la sécrétion tumorale, type paranéoplasique)

Si Oui: préciser en clair le type.....

et la date de début des symptômes |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

**MALADIE HEREDITAIRE (NEM1,...)** Oui  Non

**PREMIER SYMPTOME REVELATEUR :**

MASSE TUMORALE Oui  Non

DOULEUR Oui  Non

SECRETION HORMONALE OU PARANEOPLASIQUE Oui  Non

INCIDENTALOME Oui  Non

AUTRES, préciser en clair :..... Oui  Non

**PERTE DE POIDS > A 10%**

(dans l'année qui précède le diagnostic anatomopathologique) Oui  Non

**POIDS AU DIAGNOSTIC :** |\_|\_|\_|\_|, |\_| kg

**PS AU DIAGNOSTIC (OMS)** 0  1  2  3  4

**METASTASES** Oui  Non

**LOCALISATIONS METASTATIQUES (plusieurs choix possibles)**

FOIE , % de foie envahi : |\_|\_|\_|\_|

ADENOPATHIES  OS

PERITOINE  CERVEAU

POUMONS

AUTRE , préciser en clair : .....

**MARQUEURS TUMORAUX au diagnostic** Non  Oui

MARQUEURS TUMORAUX :		Date (jj/mm/aaaa)  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	
Marqueurs	Valeur	Norme <	Non Fait
Chromogranine A	..... Unité .....	..... Unité .....	<input type="checkbox"/>
NSE	..... Unité .....	..... Unité .....	<input type="checkbox"/>
LDH	..... Unité .....	..... Unité .....	<input type="checkbox"/>
Autre : .....	..... Unité .....	..... Unité .....	<input type="checkbox"/>

**IMAGERIE**

TDM thoracique Non Fait  Normal  Anormal

TDM abdominale Non Fait  Normal  Anormal

## COHORTE DES CARCINOMES ENDOCRINES PEU DIFFERENCIÉS

TDM pelvienne	Non Fait <input type="checkbox"/>	Normal <input type="checkbox"/>	Anormal <input type="checkbox"/>
TDM cérébrale	Non Fait <input type="checkbox"/>	Normal <input type="checkbox"/>	Anormal <input type="checkbox"/>
IRM abdomino-pelvienne	Non Fait <input type="checkbox"/>	Normal <input type="checkbox"/>	Anormal <input type="checkbox"/>
IRM rachis	Non Fait <input type="checkbox"/>	Normal <input type="checkbox"/>	Anormal <input type="checkbox"/>
TEP-FDG	Non Fait <input type="checkbox"/>	Positif <input type="checkbox"/>	Négatif <input type="checkbox"/>
Scintigraphie osseuse	Non Fait <input type="checkbox"/>	Normal <input type="checkbox"/>	Anormal <input type="checkbox"/>
Scintigraphie à l'octréotide (Octréoscan)	Non Fait <input type="checkbox"/>	Normal <input type="checkbox"/>	Anormal <input type="checkbox"/>
Echo-endoscopie	Non Fait <input type="checkbox"/>	Normal <input type="checkbox"/>	Anormal <input type="checkbox"/>

**COHORTE DES CARCINOMES ENDOCRINES PEU DIFFERENCIES****Examen anatomopathologique (lecture initiale)**

Cocher les réponses exactes et/ou écrire en clair sur les champs textes

**EXAMEN ANATOMOPATHOLOGIQUE DE LA TUMEUR ET/OU DES METASTASES :**TUMEUR PRIMITIVE Non  Oui , date examen (jj/mm/aaaa) METASTASES Non  Oui , date examen (jj/mm/aaaa) FOIE Non  Oui AUTRE Non  Oui , préciser en clair : .....CYTOLOGIE Non  Oui TAILLE DE LA TUMEUR PRIMITIVE (en mm, sur les données du scanner)  Non Précisée **CLASSIFICATION**

	TNM (UICC 2010) Non Précisée <input type="checkbox"/>		TNM (ENETS) Non Précisée <input type="checkbox"/>	
<b>Stade T</b>	Tx <input type="checkbox"/>	T0 <input type="checkbox"/> T1 <input type="checkbox"/> T2 <input type="checkbox"/> T3 <input type="checkbox"/> T4 <input type="checkbox"/>	Tx <input type="checkbox"/>	T0 <input type="checkbox"/> T1 <input type="checkbox"/> T2 <input type="checkbox"/> T3 <input type="checkbox"/> T4 <input type="checkbox"/>
<b>Stade N</b>	Nx <input type="checkbox"/>	N0 <input type="checkbox"/> N1 <input type="checkbox"/>	Nx <input type="checkbox"/>	N0 <input type="checkbox"/> N1 <input type="checkbox"/>
<b>Stade M</b>	Mx <input type="checkbox"/>	M0 <input type="checkbox"/> M1 <input type="checkbox"/>	Mx <input type="checkbox"/>	M0 <input type="checkbox"/> M1 <input type="checkbox"/>
<b>STADE TNM</b> (1 à 4 avec a, b)	I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/>	Non précisé <input type="checkbox"/>	I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/>	Non précisé <input type="checkbox"/>
<b>GRADE selon l'ENETS</b>			1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>

NOMBRE DE MITOSES PAR 10 GRANDS CHAMPS (GROSSISSEMENT 40) :  Non précisé INDICE DE PROLIFERATION (Ki67) : % Non précisé INVASION VEINEUSE : Non  Oui  Non Précisé INVASION PERINEURALE : Non  Oui  Non Précisé NECROSE Non  Oui  Non Précisé

## COHORTE DES CARCINOMES ENDOCRINES PEU DIFFERENCIES

<b>PAGE 2 – TRAITEMENTS ADMINISTRES</b>
---

**Cocher les réponses exactes et/ou écrire en clair sur les champs textes**

**Préciser les traitements administrés au patient**

**- CHIMIOOTHERAPIE NEO-ADJUVANTE :**

Non  Oui  SI Oui : Remplir les fiches 2.1.1 et 2.1.2

**- CHIRURGIE ET AUTRE TRAITEMENT PER-OPERATOIRE (Radiofréquence, CHIP..) :**

Non  Oui  SI Oui : Remplir la fiche 2.2 et 2.3

Non  Oui  SI Oui : Remplir la fiche 2.2 et 2.3 si traitement curatif

**- CHIMIOOTHERAPIE ADJUVANTE :**

Non  Oui  SI Oui : Remplir les fiches 2.4.1 et 2.4.2

**- CHIMIOOTHERAPIE PALLIATIVE :**

Non  Oui  SI Oui : Remplir les fiches 2.5.1 a 2.5.4

**- AUTRES TRAITEMENTS (radiothérapie, radiofréquence, autres...)**

**Cocher les réponses exactes et/ou écrire remplir les champs textes**

**SCHEMA DE TRAITEMENT**

Cisplatine + Etoposide

Doses de cisplatine J1 ou J2: 75 mg/m<sup>2</sup> , 100 mg/m<sup>2</sup> , autre  préciser : .....

Doses d'étoposide J1-J3 : 100 mg/m<sup>2</sup> , 120 mg/m<sup>2</sup> , autre  préciser : .....

Durée du cycle 21 jours , 28 jours , autre  préciser : .....

Carboplatine + Etoposide

Doses de carboplatine : .....

Doses d'étoposide J1-J3 : 100 mg/m<sup>2</sup> , 120 mg/m<sup>2</sup> , autre  préciser : .....

Durée du cycle 21 jours , 28 jours , autre  préciser : .....

Autre

Préciser la molécule ou le schéma : .....

Contre-indication à la chimiothérapie standard (ci-dessus) : Non  Oui

Si Oui,

Au Cisplatine ou Carboplatine, préciser la raison.....

A Etoposide, préciser la raison .....

Si Non, préciser.....

**DATE DEBUT DE TRAITEMENT J1** : **DATE DE J1 de la DERNIERE CURE**

**NOMBRE TOTAL DE CURES** :

	J1 1 <sup>ère</sup> cure	J1 dernière cure
<b>POIDS (kg)</b>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Non précisé <input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Non précisé <input type="checkbox"/>
<b>ETAT GENERAL (OMS)</b>	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> Non précisé <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> Non précisé <input type="checkbox"/>

**FACTEURS DE CROISSANCE :**

GCSF Non  Oui

EPO Non  Oui

**NOMBRE DE CURES A PLEINE DOSE** :  **NOMBRE DE CURES A DOSES REDUITES** :

**REPORT DE CURE** Non  Oui

Si Oui, Nombre de fois :  et durée maximale en jours :

**DOSES REDUITES DE CHIMIOTHERAPIE** Non  Oui

Si Oui, cause(s) de la réduction :

- Toxicité hématologique
- Toxicité digestive (diarrhée, mucite)
- Neurotoxicité ou ototoxicité
- Autre toxicité  , préciser.....
- Non liée au traitement  , préciser .....
- AEG

**CAUSE D'ARRET DEFINITIF DE LA CHIMIOTHERAPIE NEO-ADJUVANTE :**

## **COHORTE DES CARCINOMES ENDOCRINES PEU DIFFERENCIES**

- Toxicité  , préciser .....
- Maladie progressive sous chimiothérapie
- Fin du schéma néo-adjuvant
- Autre  , préciser.....



**COHORTE DES CARCINOMES ENDOCRINES PEU DIFFERENCIES****PAGE 2.1.2 – CHIMIOThERAPIE NEO-ADJUVANTE**

Cocher les réponses exactes et/ou écrire en clair sur les champs textes

AVEZ-VOUS OBSERVE DES TOXICITES  Non  Oui

TOXICITE\* Coder la toxicité maximale pendant le traitement (grade NCI-CTC 4.0) Grade METTRE UN LIEN AVEC LES TOX NCI - CTC 4.0

Toxicité	Non Observé /0	1	2	3	4	5 (décès)
ANEMIE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PLAQUETTES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LEUCOCYTES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NEUTROPHILES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NEUTROPENIE FEBRILE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
INFECTION SANS NEUTROPENIE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
INFECTION EN RAPPORT AVEC LE CATHETER	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DIARRHEE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NAUSEES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VOMISSEMENTS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MUCOSITE ORALE (STOMATITE)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CREATININEMIE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ALOPECIE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SYNDROME D'ÉRYTHRODYSESTHÉSIE PALMO-PLANTAIRE (SYNDROME MAIN/PIED)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CONJONCTIVITE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EPISTAXIS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
INFARCTUS DU MYOCARDE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PHLEBITE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
THROMBOSE/EMBOLIE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ISCHEMIE CEREBRALE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Avez-vous observé d'autres toxicités Grade 3-4 ? Non  Oui Si oui, préciser : ..... Grade

# COHORTE DES CARCINOMES ENDOCRINES PEU DIFFERENCIES

## PAGE 2.2 – TRAITEMENT CHIRURGICAL

**Cocher les réponses exactes et/ou écrire en clair sur les champs textes**

- CHIRURGIE DE LA TUMEUR PRIMITIVE : Non  Oui

Si Oui :

Date (jj/mm/aaaa) :

Type de chirurgie : .....

Nombre de ganglions prélevés :

Nombre de ganglions envahis :

Résection :      R0       R1       R2

- CHIRURGIE DES METASTASES : Non  Oui

Si Oui :

Date (jj/mm/aaaa) :

Type de chirurgie : .....

Résection :      R0       R1       R2

- AUTRE CHIRURGIE : Non  Oui

D'une rechute locale  de métastases

Date (jj/mm/aaaa) :

Type de chirurgie : .....

Résection :      R0       R1       R2

**En cas de récurrence remplir la fiche 2.5 (mettre le lien sur cette page)**

- AUTRE TRAITEMENT PER-OPERATOIRE (Radiofréquence, CHIP,...) Non  Oui

Date (jj/mm/aaaa) :

Préciser

Radiofréquence

CHIP

Autre .....

Localisation(s) : .....

# COHORTE DES CARCINOMES ENDOCRINES PEU DIFFERENCIES

## PAGE 2.3 – AUTRES TRAITEMENTS

Cocher les réponses exactes et/ou écrire en clair sur les champs textes

- **Radiothérapie** Non  Oui

Tumeur primitive

Métastases osseuses

Métastases cérébrales

Autres métastases , préciser localisation(s) : .....

.....

.....

Date du début du traitement (jj/mm/aaaa) :

Date de la fin du traitement (jj/mm/aaaa) :

Chimiothérapie concomitante : Non  Oui

- **Radiofréquence** Non  Oui

**Ne concerne que la radiofréquence réalisée hors per-opératoire. Pour description per-opératoire de la radiofréquence veuillez cliquer sur ce lien (page contenant les items radiofréquence per-opératoire)**

Cibles : .....

Date (jj/mm/aaaa) :

- **Autres traitements** Non  Oui

Type de traitement .....

Cibles : .....

Date du début du traitement (jj/mm/aaaa) :

Date de la fin du traitement (jj/mm/aaaa) :

**COHORTE DES CARCINOMES ENDOCRINES PEU DIFFERENCIES****PAGE 2.4.1 – CHIMIOTHERAPIE ADJUVANTE****Cocher les réponses exactes et/ou écrire en clair sur les champs textes****SCHEMA DE TRAITEMENT** Cisplatine + EtoposideDoses de cisplatine J1 ou J2: 75 mg/m<sup>2</sup> , 100 mg/m<sup>2</sup> , autre  préciser : .....Doses d'étoposide J1-J3 : 100 mg/m<sup>2</sup> , 120 mg/m<sup>2</sup> , autre  préciser : .....Durée du cycle 21 jours , 28 jours , autre  préciser : ..... Carboplatine + Etoposide

Doses de carboplatine : .....

Doses d'étoposide J1-J3 : 100 mg/m<sup>2</sup> , 120 mg/m<sup>2</sup> , autre  préciser : .....Durée du cycle 21 jours , 28 jours , autre  préciser : ..... Autre

Préciser la molécule ou le schéma : .....

Contre-indication à la chimiothérapie standard (ci-dessus) : Non  Oui 

Si Oui,

 Au Cisplatine ou Carboplatine, préciser la raison..... A Etoposide, préciser la raison .....

Si Non, préciser.....

DATE DEBUT DE TRAITEMENT J1 :           DATE DE J1 de la DERNIERE CURE          NOMBRE TOTAL DE CURES (habituellement 4 cures):  

	J1 1 <sup>ère</sup> cure	J1 dernière cure
<b>POIDS (kg)</b>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Non précisé <input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Non précisé <input type="checkbox"/>
<b>ETAT GENERAL (OMS)</b>	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> Non précisé <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> Non précisé <input type="checkbox"/>

**FACTEURS DE CROISSANCE :**GCSF Non  Oui EPO Non  Oui NOMBRE DE CURES A PLEINE DOSE :  NOMBRE DE CURES A DOSES REDUITES : **REPORT DE CURE** Non  Oui Si Oui, Nombre de fois :  et durée maximale en jours : **DOSES REDUITES DE CHIMIOTHERAPIE** Non  Oui 

Si Oui, cause(s) de la réduction :

- Toxicité hématologique
- Toxicité digestive (diarrhée, mucite)
- Neurotoxicité ou ototoxicité
- Autre toxicité  , préciser.....
- Non liée au traitement  , préciser.....
- AEG

## COHORTE DES CARCINOMES ENDOCRINES PEU DIFFERENCIES

### CAUSE D'ARRET DEFINITIF DE LA CHIMIOTHERAPIE ADJUVANTE :

- |                              |   |
|------------------------------|---|
| Toxicité                     | <input type="checkbox"/> , préciser ..... |
| récidive sous chimiothérapie | <input type="checkbox"/>                  |
| Fin du schéma adjuvant       | <input type="checkbox"/>                  |
| Autre                        | <input type="checkbox"/> , préciser.....  |

En cas de récurrence remplir la fiche 2.5

**COHORTE DES CARCINOMES ENDOCRINES PEU DIFFERENCIES****PAGE 2.4.2 – CHIMIOTHERAPIE ADJUVANTE**AVEZ-VOUS OBSERVE DES TOXICITES  Non  Oui

TOXICITE\* Coder la toxicité maximale pendant le traitement (grade NCI-CTC 4.0) Grade METTRE UN LIEN AVEC LES TOX NCI- CTC v.4.0

Toxicité	Non Observé /0	1	2	3	4	5 (décès)
ANEMIE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PLAQUETTES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LEUCOCYTES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NEUTROPHILES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NEUTROPENIE FEBRILE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
INFECTION SANS NEUTROPENIE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
INFECTION EN RAPPORT AVEC LE CATHETER	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DIARRHEE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NAUSEES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VOMISSEMENTS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MUCOSITE ORALE (STOMATITE)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CREATININEMIE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ALOPECIE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SYNDROME D'ÉRYTHRODYSESTHÉSIE PALMO-PLANTAIRE (SYNDROME MAIN/PIED)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CONJONCTIVITE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EPISTAXIS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
INFARCTUS DU MYOCARDE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PHLEBITE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
THROMBOSE/EMBOLIE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ISCHEMIE CEREBRALE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Avez-vous observé d'autres toxicités grade 3-4 ? Non  Oui Si oui, préciser : ..... Grade

# COHORTE DES CARCINOMES ENDOCRINES PEU DIFFERENCIÉS

**PAGE 2.5 – RECIDIVE APRES TRAITEMENT CURATIF INITIAL**

RECIDIVE :

Non

Oui

Récidive après séquence de traitement suivante :

- Chirurgie curative
- CT néoadj + chir
- CT néoadj + chir + CT adj
- Chir + CT adj

Si Oui, DATE DE LA RECIDIVE :

LIEU DE LA RECIDIVE : Locale  Régionale (adénopathies)  Métastases

**Si RECIDIVE METASTATIQUE, préciser**

FOIE  ADENOPATHIES  PERITOINE

POUMONS  OS  CERVEAU

AUTRE , préciser : .....

**COHORTE DES CARCINOMES ENDOCRINES PEU DIFFERENCIES**PAGE 2.6.1 – CHIMIOTHERAPIE PALLIATIVE DE LA LIGNE N° 

La fiche 2.6.1 est à remplir à chaque ligne de chimiothérapie  
 Cocher les réponses exactes et/ou écrire en clair sur les champs textes

 Numéro de la ligne de chimiothérapie palliative : 1  2  3  4 

 DATE DE L'EVALUATION AVANT LA CHIMIOTHERAPIE (jj/mm/aaaa) : 

 POIDS: ,  kg Non précisé 

 ETAT GENERAL (OMS): 0  1  2  3  4  Non précisé 

MARQUEURS TUMORAUX		Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>
Marqueurs	Date	Valeur	Norme <
Chromogranine A	<input type="text"/>	..... Unité .....	..... Unité.....
NSE	<input type="text"/>	..... Unité .....	..... Unité.....
LDH	<input type="text"/>	..... Unité .....	..... Unité.....

**MODE D'EVALUATION MORPHOLOGIQUE de la cible principale**
 TDM - date   IRM – date 

 Localisation..... taille :  (en mm)
**SCHEMA DE TRAITEMENT**
 Cisplatine + Etoposide

 Doses de cisplatine J1 ou J2: 75 mg/m<sup>2</sup> , 100 mg/m<sup>2</sup> , autre  préciser : .....

 Doses d'étoposide J1-J3 : 100 mg/m<sup>2</sup> , 120 mg/m<sup>2</sup> , autre  préciser : .....

 Durée du cycle 21 jours , 28 jours , autre  préciser : .....

 Carboplatine + Etoposide

Doses de carboplatine : .....

 Doses d'étoposide J1-J3 : 100 mg/m<sup>2</sup> , 120 mg/m<sup>2</sup> , autre  préciser : .....

 Durée du cycle 21 jours , 28 jours , autre  préciser : .....

 Folfiri

 Folfox

 Autre chimiothérapie (ou thérapie ciblée)

Préciser la molécule ou le schéma : .....

 Contre-indication à la chimiothérapie standard (ci-dessus) : Non  Oui 

Si Oui :

 Au Cisplatine ou Carboplatine, préciser la raison.....

 A Etoposide, préciser la raison .....

Si Non, préciser.....

 Autre(s) traitement(s) à visée anti-tumorale :

Si Oui, préciser.....

 DATE DE J1 :  DATE DE J1 de la DERNIERE CURE 

 NOMBRE TOTAL DE CURES :



# COHORTE DES CARCINOMES ENDOCRINES PEU DIFFERENCIES

**FACTEURS DE CROISSANCE**

GCSF      Non       Oui   
 EPO      Non       Oui

**NOMBRE DE CURES A PLEINE DOSE :**       **NOMBRE DE CURES A DOSES REDUITES :**

**REPORT DE CURE**      Non       Oui

Si Oui, Nombre de fois :  et durée maximale en jours :

**DOSES REDUITES DE CHIMIOOTHERAPIE**      Non       Oui

Si Oui, cause(s) de la réduction :

- Toxicité hématologique
- Toxicité digestive (diarrhée, mucite)
- Neurotoxicité ou ototoxicité
- Autre toxicité  , préciser.....
- Non liée au traitement  , préciser .....
- AEG

**PAUSE THERAPEUTIQUE**      Non       Oui

Si Oui,

date d'arrêt	date de reprise	Calculer par le logiciel semaine d'arrêt
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<b>Total</b>		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

**ARRET DEFINITIF DE LA CHIMIOOTHERAPIE :** remplir alors la fiche de fin de ligne de traitement ([lien](#))

Décision de l'arrêt       médecin       Patient

**CAUSE D'ARRET**

- Toxicité  , préciser .....
- Réponse optimale
- Progression sous chimiothérapie  , préciser clinique  et/ou imagerie
- Progression pendant une pause thérapeutique  , préciser clinique  et/ou imagerie
- Décès
- Autre  , préciser .....

Préciser la date de progression  et la date du dernier jour d'administration de la dernière cure de chimiothérapie :  (calculer par le logiciel  semaines)

**COHORTE DES CARCINOMES ENDOCRINES PEU DIFFERENCIES**PAGE 2.6.2 - DESCRIPTIF DE LA TOXICITE DE LA LIGNE N° : 

La fiche 2.6.2 est à remplir à chaque ligne de chimiothérapie  
 Cocher les réponses exactes et/ou écrire en clair sur les champs textes

AVEZ-VOUS OBSERVE DES TOXICITES  Non  Oui

TOXICITE\* Coder la toxicité maximale pendant le traitement (grade NCI-CTC v4.0) Grade  METTRE UN LIEN AVEC LES TOX CTC-NCI

Toxicité	Non Observé /0	1	2	3	4	5 (décès)
ANEMIE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PLAQUETTES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LEUCOCYTES	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NEUTROPHILES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NEUTROPENIE FEBRILE	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
INFECTION SANS NEUTROPENIE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
INFECTION EN RAPPORT AVEC LE CATHETER		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DIARRHEE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NAUSEES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
VOMISSEMENTS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MUCOSITE ORALE (STOMATITE)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CREATININEMIE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ALOPECIE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
SYNDROME D'ÉRYTHRODYSESTHÉSIE PALMO-PLANTAIRE (SYNDROME MAIN/PIED)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
CONJONCTIVITE	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EPISTAXIS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
INFARCTUS DU MYOCARDE	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PHLEBITE	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
THROMBOSE/EMBOLIE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ISCHEMIE CEREBRALE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Avez-vous observé d'autres toxicités grade 3-4 ? Non  Oui

Si oui, préciser : ..... Grade

# COHORTE DES CARCINOMES ENDOCRINES PEU DIFFERENCIES

PAGE 2.6.3 – MEILLEURE REPONSE DE LA LIGNE DE CHIMIOOTHERAPIE N°:

Remplir à chaque ligne de chimiothérapie, la meilleure réponse pendant cette ligne de chimiothérapie (pouvant être une progression)

Cocher les réponses exactes et/ou écrire en clair sur les champs textes.

DATE DE L'EVALUATION (jj/mm/aaaa) :

POIDS  kg

ETAT GENERAL (OMS) :

MARQUEURS TUMORAUX <span style="float: right;">Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/></span>				
Marqueurs	Date	Valeur	Norme <	Non Fait
Chromogranine A	<input type="text"/>	..... Unité .....	..... Unité.....	<input type="checkbox"/>
NSE	<input type="text"/>	..... Unité .....	..... Unité.....	<input type="checkbox"/>
LDH	<input type="text"/>	..... Unité .....	..... Unité.....	<input type="checkbox"/>

### MODE D'EVALUATION MORPHOLOGIQUE de la cible principale (plus grosse cible)

TDM – date

IRM – date

Localisation..... taille :  (en mm)

### REPONSE AU TRAITEMENT selon les critères RECIST

RC  RP  stabilité  progression  Non évaluable

Si Non évaluable, préciser raison.....

En cas de réponse complète en imagerie et TEP FDG initialement positif :

TEP FDG Positif  Négatif  date  Non fait

**COHORTE DES CARCINOMES ENDOCRINES PEU DIFFERENCIES**PAGE 2.6.4 – EVALUATION DE LA 1<sup>ère</sup> PROGRESSION TUMORALE A LIGNE DE CHIMIOOTHERAPIE N°: 

La fiche 2.6.4 est à remplir à chaque ligne de chimiothérapie au moment de la progression tumorale sous traitement.  
 Cocher les réponses exactes et/ou écrire en clair sur les champs textes.

Progression, préciser clinique  et/ou imagerie DATE DE L'EVALUATION (jj/mm/aaaa) : POIDS  kgETAT GENERAL (OMS) : 

MARQUEURS TUMORAUX				
Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>				
Marqueurs	Date	Valeur	Norme <	Non Fait
Chromogranine A	<input type="text"/>	..... Unité .....	..... Unité.....	<input type="checkbox"/>
NSE	<input type="text"/>	..... Unité .....	..... Unité.....	<input type="checkbox"/>
LDH	<input type="text"/>	..... Unité .....	..... Unité.....	<input type="checkbox"/>

MODE D'EVALUATION MORPHOLOGIQUE de la cible principale (*plus grosse cible*) TDM – date  IRM – date Localisation..... taille :  (en mm)

REPONSE AU TRAITEMENT selon les critères RECIST

stabilité progression Non évaluable 

Si Non évaluable, préciser raison.....

## COHORTE DES CARCINOMES ENDOCRINES PEU DIFFERENCIÉS

### PAGE 3 – ETAT DU PATIENT

Cette fiche est à remplir et à envoyer au moment du décès ou sur demande, au Centre de Randomisation et de Gestion de la FFCD, 7 Bd Jeanne d'Arc BP 87900 – 21079 DIJON Cedex

#### ETAT du patient

Vivant, date dernières nouvelles (jj/mm/aaaa) : \_\_\_\_\_

Perdu de vue, date de dernières nouvelles (jj/mm/aaaa) : \_\_\_\_\_

Décédé, date du décès (jj/mm/aaaa) : \_\_\_\_\_

et préciser cause :

évolution tumorale

toxicité

autre

inconnue

, préciser :

Merci pour votre participation

**Avez-vous enregistré votre cas sur le registre des tumeurs endocrines ?**

**Si Non, utilisez le lien suivant :**