

FICHE RCP TUMEURS SURRENALIENNES



Date de la RCP : __/__/____

Pièces à fournir : CRA CRO IMAGERIE RESUME CLINIQUE à adresser au secrétariat du Pôle Régional

avant le vendredi à 18 h précédant la RCP

Quorum minimal obligatoire INCa (3 spécialités parmi : endocrino, chirurgien, médecin nucléaire, radiologue, radiologue interventionnel, oncologue médical, radiothérapeute, anapath avec au minimum un chirurgien, un oncologue, un radiothérapeute) : oui non

1^{ère} représentation : Oui Non Autre présentation : Oui Non

IDENTITE PATIENT :	
Nom d'usage :	Prénom : Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Date de naissance : __/__/____	Ville d'habitation :

Demandeur (Nom, prénom, ville) :	☎ :	Mail sécurisé :
Généraliste (Nom, prénom, ville) :	Spécialistes : (Nom, prénom, ville)	

ANTECEDENTS / COMORBIDITES :

Contexte héréditaire connu : Oui Non Si oui : lequel _____

TUMEUR PRIMITIVE

- Corticosurréalome**
Type de sécrétions : Glucocorticoïdes Androgènes Estrogènes Mineralocorticoïdes
- Phéochromocytome**
- Paragangliome** : Localisation : _____
- Autres** : _____

Antécédents de phéochromocytome/paragangliome : Oui Non
Antécédents familiaux de phéochromocytome/paragangliome connus : Oui Non
Sécrétant : Oui Non Génétique : Oui Non

Taille : _____ mm

Ganglions locorégionaux : Oui Non
Invasion capsulaire : Oui Non
Invasion du tissu adipeux : Oui Non
Invasion de la veine rénale/VCI : Oui Non
Invasion des organes adjacents : Oui Non

LOCALISATIONS SECONDAIRES

Foie Ganglions régionaux Ganglions à distance Os
 Péritoine Poumons Autres _____

Ki 67 : _____% Compte mitotique : _____ / 50 GC

Stade : _____ TNM : _____

Stade **E**uropean **N**etwork for **S**tudy of **A**drenal **T**umors (corticosurréalome) :
 I II III IV

Score de WEISS (corticosurréalome) > 3 ? Oui Non
Valeur du score de WEISS : _____

Score PASS (phéochromocytome) ≥ 4 ? Oui Non
Valeur du score de PASS : _____

ANAMNESE CLINIQUE

Description imagerie, pente évolutive marqueurs (dates), symptomatologie clinique :

DEMANDE A TRANSMETTRE AU SECRETARIAT DU POLE REGIONAL

Pôle régional de cancérologie de Bretagne

SITE	Adresse mail sécurisée	☎	Télécopieur
Site de Rennes	poleregionalcancerologie@telesantebretagne.org	02 99 28 99 56	02 99 28 99 68
Site de Brest	poleregionalcancerologie-brest@telesantebretagne.org	02 29 02 01 18	02 29 02 01 67

CLASSIFICATION TNM 2009 du CCS			
pI	Tumeur primitive		
pIx	Tumeur primitive non évaluable		
pT1	Tumeur < 5 cm, pas d'extension en dehors de la surrénale		
pT2	Tumeur > 5 cm, pas d'extension en dehors de la surrénale		
pT3	Tumeur quelle que soit la taille avec envahissement local, mais sans atteinte des organes adjacents (rein, diaphragme, gros vaisseaux, pancréas, foie)		
PT4	Tumeur quelle que soit la taille avec envahissement des organes adjacents (rein, diaphragme, pancréas, foie) ou envahissement des gros vaisseaux (veines rénales ou veine cave ou aorte)		
pN	Extension régionale ganglionnaire		
pNx	Ganglions régionaux non évaluable		
pN0	Absence d'extension ganglionnaire		
pN1	Présence d'une extension ganglionnaire régionale		
M	Extension métastatique à distance		
Mx	Extension à distance non évaluable		
M0	Absence de métastase à distance		
M1	Présence de métastase à distance		
R	Reliquat tumoral ou tumeur résiduelle		
Rx	Reliquat tumoral non évaluable = Marge non évaluable		
R0	Pas de reliquat = Absence de marge positive = Marge saine		
R1	Reliquat tumoral microscopique = Marge positive microscopique		
R2	Reliquat tumoral macroscopique = Marge positive macroscopique		
Classification ENSAT du Carcinome CorticoSurrénalien			
STADE	T	N	M
Stade I	T1	N0	M0
Stade 2	T2	N0	M0
Stade III	T1-T2	N1	M0
	T3-T4	N0-N1	M0
Stade IV	T1-T4	N0-N1	M1

FICHE RCP TUMEURS SURRENALIENNES



Date de la RCP : __/__/__

Pièces à fournir : CRA CRO IMAGERIE RESUME CLINIQUE à adresser au secrétariat du Pôle Régional

avant le vendredi à 18 h précédant la RCP

Capacité de vie (ECOG ou Karnofsky) : _____

Si ≥75 ans : score Oncodage G8 ____ / 17

Avis oncogériatrique : Favorable Défavorable

TRAITEMENT(S) ANTERIEUR(S)

Date, type, durée, tolérance :

Chirurgie : Oui Non Si oui : date : __/__/__

Type de chirurgie : Surrénalectomie Lymphadénectomie Néphrectomie Métastases
 Veine cave Organes adjacents Autre chirurgie : _____

Modalités: Laparotomie Laparoscopie

Qualité de l'exérèse : R0 R1 R2

Curage : Oui Non Si oui : ____N+/_N

Réponse tumorale à l'imagerie : Oui Non

Bénéfice clinique (syndrome sécrétoire, signes liés à la maladie) : Oui Non

QUESTION POSEE :

AVIS RCP :

Référentiel appliqué : ESE / ENSAT / ESMO :

Relecture TENpath à faire : Oui Non

Présentation RCP Nationale COMETE : Oui Non

Enregistrement base ENSAT : Oui Non

Autres _____

DEMANDE A TRANSMETTRE AU SECRETARIAT DU POLE REGIONAL

Pôle régional de cancérologie de Bretagne

SITE	Adresse mail sécurisée	Téléphone	Télécopieur
Site de Rennes	poleregionalcancerologie@telesantebretagne.org	02 99 28 99 56	02 99 28 99 68
Site de Brest	poleregionalcancerologie-brest@telesantebretagne.org	02 29 02 01 18	02 29 02 01 67