



Belgian Cancer Registry

## Etude EFFECT

—

### Formulaire d'enregistrement prospectif

Les variables marquées d'un REQ en exposant sont des variables à remplir obligatoirement.

Les variables avec  sont des variables single-select ; on ne peut sélectionner qu'une seule option.

Les variables avec  sont des variables multi-select; on peut sélectionner plusieurs options.

Version 22/01/2016



## ***Données administratives de la patiente***

---

Nom de l'hôpital: .....  
Mutuelle: .....  
Numéro de sécurité sociale: .....  
Nom de famille: ..... Prénom: .....  
Code postal: ..... Commune: .....  
Pays: ..... Numéro organisme assureur:.....  
Date de naissance: .... / .... / .... (jj/mm/aaaa) Sexe: .....

## ***Caractéristiques de la patiente au moment de l'inclusion***

---

Score OMS au moment du diagnostic <sup>REQ.</sup>:

- 0 - Asymptomatique, activité normale
- 1 - Symptomatique, mais ambulant
- 2 - Symptomatique, alité < 50% de la journée
- 3 - Symptomatique, alité > 50% de la journée
- 4 - Complètement dépendant, grabataire
- Inconnu

Risque préopératoire: score ASA <sup>REQ.</sup>:

- 1 - Individu sain
- 2 - Maladie systémique légère, activité normale
- 3 - Maladie systémique grave, activité limitée
- 4 - Maladie mortelle, handicapée
- 5 - Mourante
- 6 - Mort cérébrale
- Inconnu



## Diagnostic

---

Date d'incidence de la tumeur primitive du corps de l'utérus<sup>REQ</sup>: ..... / ..... / ..... (jj/mm/aaaa)

Base de diagnostic<sup>REQ</sup> :  1 - Autopsie (si découverte fortuite)  
 2 - Histologie tumeur primitive  
 3 - Histologie métastase  
 4 - Cytologie/hématologie  
 5 - Examen technique (ex. RX, endoscopie, ...)  
 6 - Examen clinique  
 7 - Marqueur tumoral (ex. PSA, HCG, AFP, Ig, ...)  
 Inconnu

Localisation de la tumeur primitive<sup>REQ</sup> :  C54.0 Isthme de l'utérus  
 C54.1 Endomètre  
 C54.2 Myomètre  
 C54.3 Fond utérin  
 C54.8 Lésion à localisations contiguës du corps de l'utérus  
 C54.9 Corps utérin  
 C55.9 Utérus, SAI

Biopsie préopératoire du corps de l'utérus réalisée<sup>REQ?</sup>  Non mentionnée dans le dossier médical\*  
 Oui  
 Non\*

*\* Quand l'option 'Non mentionnée dans le dossier médical' ou 'Non' a été indiquée, veuillez compléter la variable suivante:*

Biopsie préopératoire de métastase réalisée<sup>REQ?</sup>  Non mentionnée dans le dossier médical  
 Oui  
 Non

Date de biopsie préopératoire: ..... / ..... / ..... (jj/mm/aaaa)



Stade clinique présumé (rédigé sur base des résultats cliniques, de l'imagerie et des biopsies éventuelles)<sup>REQ.</sup>:

- |  |  |  |                         |   |                                    |
|--|--|--|-------------------------|---|------------------------------------|
| <input type="radio"/> cT <sup>REQ.</sup> : | <input type="radio"/> x                | <input type="radio"/> cN <sup>REQ.</sup> : | <input type="radio"/> x | <input checked="" type="radio"/> cM <sup>REQ.</sup> : | <input checked="" type="radio"/> x |
|  | <input type="radio"/> 0                |  | <input type="radio"/> 0 |   | <input type="radio"/> 0            |
|  | <input type="radio"/> is               |  | <input type="radio"/> 1 |   | <input type="radio"/> 1            |
|  | <input type="radio"/> 1 (non spécifié) |  | <input type="radio"/> 2 |   |                                    |
|  | <input type="radio"/> 1a               |  |                         |   |                                    |
|  | <input type="radio"/> 1b               |  |                         |   |                                    |
|  | <input type="radio"/> 2                |  |                         |   |                                    |
|  | <input type="radio"/> 3 (non spécifié) |  |                         |   |                                    |
|  | <input type="radio"/> 3a               |  |                         |   |                                    |
|  | <input type="radio"/> 3b               |  |                         |   |                                    |
|  | <input type="radio"/> 4                |  |                         |   |                                    |
| <input type="radio"/>                      | Stade précoce                          |  |                         |   |                                    |
| <input type="radio"/>                      | Stade avancé                           |  |                         |   |                                    |
| <input type="radio"/>                      | Non mentionné dans le dossier médical  |  |                         |   |                                    |

A-t'on discuté de la patiente en COM<sup>REQ.</sup>?  Oui\*  
 Non

\* Quand l'option 'Oui' a été indiquée, veuillez compléter les variables suivantes:

Date de la première COM<sup>REQ.</sup>: ..... / ..... / ..... (jj/mm/aaaa)

Première COM:  COM préopératoire  
 COM postopératoire

Traitements planifiés à la suite de la première COM:

- Chirurgie
- Chimiothérapie
- Radiothérapie
- Thérapie hormonale
- Aucune thérapie
- Thérapie inconnue
- Autre

Spécifiez : .....



A-t-on discuté de la patiente pendant un **deuxième COM** ?  Oui\*  
 Non

\* Quand l'option 'Oui' a été indiquée, veuillez compléter les variables suivantes:

Date de **la deuxième COM**: ..... / ..... / ..... (jj/mm/aaaa)

- Raison de la deuxième COM:  Déviation par rapport au traitement oncologique prescrit après une évaluation de la réponse tumorale aux traitements reçus  
 Déviation par rapport au traitement oncologique prescrit sans évaluation de la réponse tumorale aux traitements reçus  
 COM postopératoire après première COM préopératoire  
 Changement soudain de l'état général de la patiente  
 Réaction inattendue au traitement oncologique prescrit  
 Transfert d'un autre hôpital  
 Autre

Autre raison de la deuxième COM: .....

Traitements planifiés à la suite de la deuxième COM:

- Chirurgie  
 Chimiothérapie  
 Radiothérapie  
 Thérapie hormonale  
 Aucune thérapie  
 Thérapie inconnue  
 Autre

Spécifiez: .....

### **Traitements néo-adjuvants (préopératoires)**

Traitement néo-adjuvant (préopératoire) réalisé?  Oui\*  
 Non

\* Quand l'option 'Oui' a été indiquée, veuillez compléter les variables suivantes:

Date de la première thérapie néo-adjuvante <sup>REQ.</sup>:

Connue

Spécifiez : ..... / ..... / ..... (jj/mm/aaaa)

Inconnue

Type de thérapie néo-adjuvante:

Non mentionné dans le dossier médical

Chimiothérapie

Radiothérapie externe

Brachythérapie (curiethérapie)

## **Chirurgie**

---

Attention : quand une chirurgie a été planifiée, veuillez attendre, avant de procéder à l'enregistrement, que la chirurgie ait été réalisée et les résultats de l'intervention soient connus, ceci afin de pouvoir compléter les variables

Chirurgie réalisée <sup>REQ?</sup>  Oui\*

Non

\* Quand l'option 'Oui' a été indiquée, veuillez compléter les variables suivantes:

Date de la chirurgie <sup>REQ.</sup>: ..... / ..... / ..... (jj/mm/aaaa)

Objectif de la chirurgie:

Diagnostique

Curatif

Contrôle des symptômes



Type de procédure <sup>REQ</sup>:

- Hystérectomie totale
- Hystérectomie totale et salpingo-ovariectomie bilatérale (hystérectomie radicale)
- Hystérectomie élargie ou colpo-hystérectomie élargie type Wertheim
- Débulking, cytoréduction
- Autre

Si 'Autre' a été indiqué, spécifiez en détail les structures enlevées : .....

.....  
.....

Accès chirurgical <sup>REQ</sup>:

- Hystérectomie vaginale
- Laparotomie, générale
- Laparotomie, conversion après laparoscopie
- Laparoscopie, non assistée par robot
- Laparoscopie assistée par robot
- Autre

Spécifiez l'autre accès chirurgical : .....

.....

Remarques pour la chirurgie: .....

.....  
.....

### ***Lymphadénectomie (curage ganglionnaire)***

---

Lymphadénectomie (curage ganglionnaire) réalisée <sup>REQ?</sup>

- Non mentionnée dans le rapport chirurgical ou d'anatomopathologie
- Oui\*
- Non

\* Quand l'option 'Oui' a été indiquée, veuillez compléter les variables suivantes:

Niveau de la lymphadénectomie (curage ganglionnaire) <sup>REQ</sup>:

- Non mentionné dans le rapport chirurgical ou d'anatomopathologie
- Ganglions lymphatiques pelviens
- Ganglions lymphatiques para-aortiques



Lorsque l'option 'Ganglions lymphatiques pelviens' a été indiquée pour 'Niveau de la lymphadénectomie' (chirurgie), veuillez compléter les variables suivantes:

Ganglions lymphatiques pelviens

Nombre total de ganglions lymphatiques prélevés <sup>REQ</sup>:

Spécifié

Nombre prélevé : .....

Non spécifié

Nombre total de ganglions lymphatiques positifs <sup>REQ</sup>:

Spécifié

Nombre positif : .....

Non spécifié

Quand le nombre de ganglions lymphatiques positifs > 0, veuillez compléter la variable suivante :

Ganglions lymphatiques pelviens – Envahissement extracapsulaire <sup>REQ</sup>:

Non mentionné dans le rapport d'anatomopathologie

Présent

Absent

Lorsque l'option 'Ganglions lymphatiques para-aortiques' a été indiquée pour 'Niveau de la lymphadénectomie' (chirurgie), veuillez compléter les variables suivantes:

Ganglions lymphatiques para-aortiques

Nombre total de ganglions lymphatiques prélevés <sup>REQ</sup>:

Spécifié

Nombre prélevé : .....

Non spécifié

Nombre total de ganglions lymphatiques positifs <sup>REQ</sup>:

Spécifié

Nombre positif : .....

Non spécifié

Quand le nombre de ganglions lymphatiques positifs > 0, veuillez compléter la variable suivante :

Ganglions lymphatiques para-aortiques - Envahissement extracapsulaire<sup>REQ</sup> :

- Non mentionné dans le rapport d'anatomopathologie
- Présent
- Absent

Quand l'option 'Non mentionné dans le rapport chirurgical ou d'anatomopathologie' a été indiquée pour 'Niveau de la lymphadénectomie (chirurgie)', veuillez compléter les variables suivantes:

Ganglions lymphatiques

Nombre total de ganglions lymphatiques prélevés<sup>REQ</sup> :

- Spécifié  
Nombre prélevé : .....
- Non spécifié

Nombre total de ganglions lymphatiques positifs<sup>REQ</sup> :

- Spécifié  
Nombre positif : .....
- Non spécifié

Quand le nombre de ganglions lymphatiques positifs > 0, veuillez compléter la variable suivante :

Ganglions lymphatiques – Envahissement extracapsulaire<sup>REQ</sup> :

- Non mentionné dans le rapport d'anatomopathologie
- Présent
- Absent

## **Anatomopathologie**

### **A. Anatomopathologie définitive**

Diagnostic histologique de la tumeur primitive<sup>REQ</sup> : .....

- Degré de différenciation <sup>REQ</sup>:  1 - bien différencié  
 2 - moyennement différencié  
 3 - peu différencié  
 4 - indifférencié / anaplasique  
 9 - inconnu

Tissu analysé par l'anatomopathologiste <sup>REQ</sup>:

- Non mentionnée dans le rapport d'anatomopathologie
- Cytologie
- Biopsie
- Exérèse chirurgicale\*
- Métastase(s) uniquement

*\*Quand l'option 'Exérèse chirurgicale' a été indiquée pour 'Tissu analysé par l'anatomopathologiste', veuillez compléter les variables suivantes :*

Profondeur de l'invasion du myomètre (littéralement mentionnée **ou calculable sans ambiguïté<sup>1</sup>**) <sup>REQ</sup>:

- Non mentionnée dans le rapport d'anatomopathologie
- Pas d'invasion du myomètre
- Moitié interne (< 1/2)
- Moitié externe (≥ 1/2)
- Tiers interne (< 1/3)
- Tiers médian (≥1/3 et <2/3)
- Tiers externe (≥ 2/3)
- Profondeur d'invasion du myomètre pas littéralement mentionnée comme dans les options précédentes

Diamètre maximal de la tumeur <sup>REQ</sup>:  Connu, spécifiez: ..... mm (1 décimale)  
 Inconnu/ Non spécifié  
 Pas de tumeur résiduelle dans le spécimen de l'hystérectomie

---

<sup>1</sup> Des informations additionnelles et des exemples peuvent être retrouvés dans le document 'Exemples pratiques pour l'enregistrement EFFECT'

Omentectomie réalisée <sup>REQ</sup> ?

- Oui
- Non

Obtention de liquide péritonéal ou lavages réalisés?

- Oui
- Non

Biopsies péritonéales réalisées?

- Oui
- Non

Invasion du col de l'utérus (stroma) <sup>REQ</sup> ?

- Non mentionnée dans le rapport d'anatomopathologie
- Oui
- Non

Invasion des annexes <sup>REQ</sup> ?

- Non mentionnée dans le rapport d'anatomopathologie
- Oui
- Non

Invasion de la membrane séreuse ?

- Non mentionnée dans le rapport d'anatomopathologie
- Oui
- Non\*

*\* Quand l'option 'Non' a été indiquée, veuillez compléter les variables suivantes:*

Distance de la tumeur par rapport à la membrane séreuse : ..... mm (1 décimale)

Invasion lymphovasculaire ?

- Non mentionnée dans le rapport d'anatomopathologie
- Oui
- Non

Stade pathologique (pTNM)<sup>REQ</sup> :

Spécifié

pT<sup>REQ</sup>:  x

0

is

1 (non spécifié)

1a

1b

2

3 (non spécifié)

3a

3b

4

pN<sup>REQ</sup>:  x

0

1

2

pM:  1

Non mentionné dans le rapport d'anatomopathologie

\* Quand l'option 'Spécifié' a été indiquée, veuillez compléter les variables suivantes:

Le pTNM a-t-il été communiqué littéralement dans le rapport d'anatomopathologie par le pathologiste<sup>REQ</sup>?  Oui  
 Non

S'agit-il d'un ypTNM<sup>REQ</sup>?  Oui (si le pTNM a été déterminé sur base d'une exérèse chirurgicale après un traitement néo-adjuvant)  
 Non (si la patiente n'a pas reçu de traitement néo-adjuvant)

Remarques pour l'anatomopathologie : .....

.....

.....



## B. Statut des récepteurs hormonaux de la tumeur primitive

Spécimen pour l'analyse des récepteurs des œstrogènes (ER)<sup>REQ</sup> :

- Biopsie\*
- Chirurgie (hystérectomie)\*
- Aucun statut de récepteurs établi

\* Quand le statut des récepteurs a été établi, veuillez compléter la variable suivante :

Conclusion de l'analyse ER:

- Non mentionnée dans le rapport d'anatomopathologie
- Positive
- Négative
- Equivoque
- Seul le score est indiqué
- Analyse effectuée, mais ne permet pas de déterminer un score

Remarques pour l'analyse ER: .....

Spécimen pour l'analyse des récepteurs de la progestérone (PR)<sup>REQ</sup> :

- Biopsie\*
- Chirurgie (hystérectomie)\*
- Aucun statut de récepteurs établi

\* Quand le statut des récepteurs a été établi, veuillez compléter la variable suivante :

Conclusion de l'analyse PR:

- Non mentionnée dans le rapport d'anatomopathologie
- Positive
- Négative
- Equivoque
- Seul le score est indiqué
- Analyse effectuée, mais ne permet pas de déterminer un score

Remarques pour l'analyse PR: .....