



R.C.P. NET MESO - MESOCLIN

Mésothéliome pleural malin

Patient(e)

NOM :

Nom d'épouse :

Prénom :

Sexe : M F

Date de naissance : / /

Lieu de naissance :

Lieu habitation :

Médecin(s) référent(s) :

Médecin traitant :

Médecin présentant le dossier si différent du référent :

Contexte

Date de la RCP : / / 20

Coordinateur régional (ou représentant) :

Dossier déjà discuté en RCP : oui non

Médecins présents : *(liste de professionnels à cocher)*

Pneumologie :

Chirurgie Thoracique :

Oncologue et Soins Support :

Radiothérapie :

Radiologie

Médecine Nucléaire

Pathologiste

Maladies Professionnelles

Visiteurs : préciser

Motif de la RCP
(Liste déroulante)

Avis diagnostique

Surveillance après traitement

Décision de traitement

Autre

2^{ème} avis

Informations cliniques/paracliniques

Cas présenté en RCP ce jour

Cases à cocher (Choix unique)

Progression du cancer

Phase initiale

progression

(Si coché) Locale régionale A distance (Métastases)

(si a distance coché) Localisation (cases à cocher)

Osseuse Hépatique Pulmonaire Pleurale

Péritonéale Méningée Ovarienne Autre

Rechute date

(Si coché) Locale régionale A distance (Métastases)

(si a distance coché) Localisation (cases à cocher)

Osseuse Hépatique Pulmonaire Pleurale

Péritonéale Méningée Ovarienne Autre

Suspicion

NA

Localisation(s) du MPM :

Gauche Droite Bilatéral Plèvre Péritoine Péricarde Autre :

(si Plèvre coché, afficher) choix multiples

Droite Gauche

Traitements antérieurs :

Non

Oui

(Si traitement antérieurs = oui, afficher le cadre si dessous)

Lieu(x) de réalisation :...

Type (s) de Traitement :

Chirurgie thoracique,

(si coché, afficher)

Chirurgie palliative

Vidéo-Thoroscopie avec Talcage + pose drain pleural à demeure

Chirurgicale (VATS) Médicale (Pleuroscopie)

Décortication pleurale palliative

Chirurgie d'exérèse

Pleurectomie / Décortication P/D élargie

PPE

Radiothérapie :

(si coché, afficher)

prophylactique des orifices pleuraux :

Duplicable

(si coché, afficher) Date: ... / ... / 20..

3 x 7Gy

à visée palliative : (si coché, afficher) Date: ... / ... / 20.. ; dose : ... Gy

Cible(s) :

à visée « curative » : (si coché, afficher) Date: ... / ... / 20.. ; dose : ... Gy

Cible(s) :

Chimiothérapie / Immunothérapie / Thérapies ciblées

(si coché, afficher)

Ligne 1 :

Nombre de cycles :

- soins courants ATU : Cisplatine Carboplatine Pemetrexed Vinorelbine Gemcitabine
Doxorubicine Nivolumab Ipilimumab Pembrolizumab Autre(s) : ... (choix multiple)

- En essai thérapeutique : Oui Non (si oui, afficher) préciser nom de l'essai + traitement(s) :

- Meilleure réponse au tr

aitement : Réponse complète Réponse partielle Stabilité Progression Non évaluable

(si coché PROGRESSION, afficher) (choix multiple possible) =>

Locale (plèvre homolatérale)

Régionale (extension par voisinage à : toute structure médiastinale, péritoine, poumon homolatéral...)

A distance (métastases)

- Toxicité(s) notable(s) induite(s) : Non Oui

(si oui, afficher) précisez :

Duplicable

Données Cliniques

Profession (s)

Exposition à l'Amiante... OUI formelle OUI probable OUI possible non ne sait pas

(si oui, afficher) choix multiples

- Amiante exposition Professionnelle Exposition domestique
 Exposition environnementale

Consultation de Pathologies professionnelles faite

oui non NSP

(si non, afficher) prévue oui non

(si oui, afficher) déjà reconnu en MP30 pour MPM oui non

Dossier FIVA pour MPM fait oui non ne sait pas déjà indemnisé pour MPM
(choix multiple)

Co-morbidité(s)

- Pas d'antécédents significatifs
 AOMI
 BPCO
 Coronaropathie
 Diabète
 Tabagisme *(si tabagisme coché, afficher) Nbre PA :* Actif Sevré non précisé
 Vapotage
 Exogénose
 Cirrhose
 HTA
 Insuffisance rénale
 AVC
 Autre(s) cancer(s) *(si coché, afficher un texte libre)*
- ATCD de radiothérapie cervico-thoracique
 ATCD de pleurésie (explorée ou non)
 Pathologie interstitielle pulmonaire *(si coché, afficher un texte libre)*
 ATCD de talcage
 Maladie auto-immune, préciser :
 Maladie inflammatoire chronique *(si coché, afficher un texte libre)*
 Autre(s) ATCD personnel(s) en clair *(si coché, afficher un texte libre)*
 ATCD familial de Mésothéliome

Circonstances de découverte

- Fortuite
- Dépistage individuel
- Dépistage organisé
- Surveillance post exposition amiante connue
- Surveillance de plaques pleurales connues
- Manifestations cliniques
 - (Si manifestations cliniques coché, afficher)*
 - Pleurales Pulmonaires Péritoine AEG
 - Perte de poids : *(si coché, afficher)* à chiffrer si possible :kg
 - Métastases :
 - Afficher si métastases coché* { Os Ganglion
 - Cerveau Foie ou surrénales
 - Autre : *(si coché, afficher)*

PS (code OMS)

0 1 2 3 4
Date de l'évaluation du PS : .../.../...

Bilan morphologique

Tumeur

SCANNER (Injecté)

(si coché, afficher)

Date : .././.. Description :

Epaisseur maximale de la plèvre tumorale :..... mm

TEP

(si coché, afficher)

Date : .././..

fixation plèvre tumorale ; *(si coché, afficher)* diffuse localisée ; SUV max :.....

Description complémentaire (si nécessaire) :

IRM

(si coché, afficher)

Date : .././..

infiltration paroi infiltration diaphragme

Description complémentaire (si nécessaire) :

Adénopathies

oui non

(si oui, afficher)(choix multiple)

Mammaire interne (homolatérale)

Médiastin Homolatéral

Médiastin controlatéral

Pariétales

Autres *(si coché, afficher un texte libre)*

FIXATION EN TEP

SUV max :

Métastase(s) ou envahissement à distance

oui non

(si oui, afficher)

Site(s) : *(choix multiple)*

Péricarde Péritoine

Os

Cerveau

Foie

Adénopathie(s), préciser site :

Autre site, préciser :

FIXATION EN TEP

SUV max :

Stade (selon la classification IASLC/UICC 2016)

(choix multiple)

cTNM :

(si coché, afficher) **T : ... N : ... M : ... → stade : ...**

(stade : calcul automatique cf. Pr Scherpereel)

(lien vers la classification cf. Pr Scherpereel)

pTNM (si pertinent) :

(si coché, afficher) **T : ... N : ... M : ... → stade : ...**

R0 (complète) R1 (incomplète microscopiquement) R2 (reliquat tumoral majeur)

(stade : calcul automatique cf. Pr Scherpereel)

inévaluable

NB : M1 = Méastase ou envahissement à distance

Explorations complémentaires

Explorations fonctionnelles respiratoires

(si coché, afficher)

- CV : ml %

- VEMS : ml % - VO2 Maxml/min/kg %

- DLCO : ml %

- pO2 mmHg; pCO2 mmHg - pH

Scintigraphie pulmonaire :

(si coché, afficher) Ventilation coté pathologique : ... % / Perfusion coté pathologique : ... %

Echographie cardiaque (si coché, afficher) - FEVG %

Remarques éventuelles :

Histologie

Date du prélèvement : ... / ... / 20...

Type du prélèvement :

Cytologie pleurale : (si coché, afficher) Négative Suspecte Diagnostique de MPM

Biopsie pleurale non chirurgicale :

(si coché, afficher)

à l'aveugle sous scanner sous échographie

Biopsie par thoroscopie médicale (pleuroscopie)

Biopsie pleurale chirurgicale

(si coché, afficher) sous Vidéo thoroscopie par abord direct

Autre (si coché, afficher) préciser :

Type histologique/cytologique du MPM (OMS 2015)

- épithélioïde
- sarcomatoïde
- biphasique (ou mixte)
- desmoplastique
- papillaire superficiel bien différencié
- autre cancer : préciser :
- autre : préciser :
- inconnu lors de la RCP

Marqueurs tumoraux d'intérêt potentiel

- perte d'expression de BAP-1
- PD-L1 (%) *(si coché, afficher) Champ 3 caractères numériques, nombre entier*
- Autre *(si coché, afficher texte libre)*

Relecture MESOPATH

- obtenue (régionale) obtenue (nationale) en cours

Déclaration Mésothéliome obligatoire faite : Oui Non « A faire » NSP
(Si non ou à faire, afficher un lien vers le formulaire de déclaration cf. Pr Scherpereel)

NB : En cas de doute, mieux vaut une déclaration par deux médecins que par aucun (pas de risque de doublon)

Proposition de prise en charge

Proposition de prise en charge selon le référentiel NETMESO

Résumé et question(s) posée(s)

Encart texte libre

Nature de la proposition : Enlever la reprise de donner

- Recours à une RCP régionale ou nationale *(si coché, afficher)*
Recours à une RCP : Régionale Nationale
- Décision reportée
- A représenter en RCP
- Arrêt des traitements
- Avis
- Nécessité d'examens complémentaires
- Surveillance
- Proposition de traitement
(si coché, afficher la liste ci-dessous en choix multiple)

Chimiothérapie exclusive *(si coché, afficher)* Préciser :
Lieu et clinicien en charge du traitement : (TL)

Chimiothérapie néoadjuvante *(si coché, afficher)* Préciser :
Lieu et clinicien en charge du traitement : (TL)

Chimiothérapie adjuvante *(si coché, afficher)* Préciser :
Lieu et clinicien en charge du traitement : (TL)

Immunothérapie *(si coché, afficher)* Préciser :

Obligatoire à la validation :
au moins 1 item coché

Lieu et clinicien en charge du traitement : (TL)

Autre traitement (*si coché, afficher*) : Préciser :
Lieu et clinicien en charge du traitement : (TL)

Inclusion dans un essai clinique (*si coché, afficher*) : Préciser :
Lieu et clinicien en charge du traitement : . . . (TL)

Chirurgie / traitement multimodal (*si coché, afficher*) : PPE Pleurectomie/décortication
Lieu et clinicien en charge du traitement : . . . (TL)

Radiothérapie palliative (*si coché, afficher*) : Lieu et clinicien en charge du traitement : (TL)

Radiothérapie prophylactique des orifices pleuraux
(*si coché, afficher*) : Lieu et clinicien en charge du traitement : (TL)

Radiothérapie (intégrée au traitement multimodal)
(*si coché, afficher*) : Lieu et clinicien en charge du traitement : (TL)

Talcage pleural par thoracoscopie
(*si coché, afficher*) : Lieu et clinicien en charge du traitement : (TL)

Talcage pleural par le drain
(*si coché, afficher*) : Lieu et clinicien en charge du traitement : (TL)

Drainage pleural à demeure (PleurX ou PAC pleural)
(*si coché, afficher*) : Lieu et clinicien en charge du traitement : (TL)

Soins de support
(*si coché, afficher*) : Lieu et clinicien en charge du traitement : (TL)

Détails / justification thérapeutique (si nécessaire et grandes lignes) :

.....
.....
.....

Prélèvements adressés à une tumorothèque (locale / MESOBANK)

Oui Non ne sait pas
(*si oui, afficher*)

Type(s) de prélèvement(s) : Tumeur : siège :
 Tissu normal ; lequel :
 Sang
 Liquide pleural
 Autre :