

## WEICHTEILSARKOME – ERSTERHEBUNG – CWS-SoTiSaR

**Ärztliche Leiter der Registerstelle: Prof. Dr. E. Koscielniak, Stuttgart; Prof. Dr. T. Klingebiel, Frankfurt**

Olghospital, Klinikum Stuttgart, Kriegsbergstr. 62, D-70174 Stuttgart; Studienzentrale ☎ +49-711-278-73870; Fax +49-711-278-72749  
in Zusammenarbeit mit dem Deutschen Kinderkrebsregister am (IMBEI), D-55101 Mainz, ☎ +49-6131-17-6708; Fax: +49-6131-17-4462

**BITTE BEACHTEN SIE, DASS VOR DER WEITERLEITUNG DIESES BOGENS DIE SCHRIFTLICHE EINWILLIGUNG ZUR WEITERGABE DER DATEN UND ZUR ZENTRALEN SPEICHERUNG VORLIEGEN MUSS!**

Bitte Textfelder leserlich ausfüllen, Kästchen ankreuzen , bei fehlenden Informationen unbekannt,  
Datumsangaben bitte im Format *tt.mm.jj*

Name, Vorname	CWS Patienten-Nr.	Klinik	Geschlecht	Geburtsdatum							

MALIG ID (DKKR):

### I. ADRESSE (bitte ausfüllen, soweit festgelegt)

Verantwortlicher **Onkologe**: Name:  Abt./Klinik:

Strasse:  Ort:

Tel.:  Fax:

E-mail:

### II. AUFNAHME - ANAMNESE

**Anlass der Erfassung:**

Tumorsymptomatik führte zum Arztbesuch, kurze Beschreibung der Symptomatik:

Vorsorgeuntersuchung (U1-U9)

Befund bei anderweitiger Untersuchung

**Dauer der Anamnese:**  Tage / Wochen / Monate

**Vorbehandlung in anderer Klinik:**  Nein  Ja, mit:  OP  Chemotherapie  
(wegen der aktuellen Erkrankung)  Radiotherapie  Sonstige

**Syndrom/hereditäre Grunderkrankung:**  Nein  Ja, welche:

**Vorausgegangene Tumorerkrankung:**  Nein  Ja, welche:

Wenn ja, Therapie (wegen vorausgegangener Erkrankung) mit  OP  Chemotherapie  
 Radiotherapie  Sonstige  
 unbekannt

**Andere Erkrankungen, die eine protokollgerechte Therapie verbieten:**  Nein  Ja, welche:

**Diagnose**

**Familiäre Belastung,**  Nein  Ja, welche:  Eltern   
(Leukämie, Tumor, Immundefizienz Syndrom, FAP, Neurofibromatose)  Geschwister   
 Sonstige

**Anzahl der Geschwister des Patienten:**  **Zwillinge:**  Nein  
 Ja:  zweieiig  eineiig  unbekannt

**Geburtsjahr der Eltern: (JJJJ)** Mutter:  Vater:

**Allgemeinzustand bei Diagnosestellung:**

Normale Aktivität, keine Beeinträchtigung

Geringe Beeinträchtigung

Altersentsprechende Aktivität stark eingeschränkt (kein regelmäßiger Kindergarten-/Schulbesuch möglich)

Bettlägerig, pflegebedürftig

Schwerstkrank, intensive Behandlung notwendig, moribund

**Körpermaße bei Diagnosestellung:**

Gewicht:     kg      Größe:     cm      Körperoberfläche:   ,   m<sup>2</sup>

**Therapiebeginn:**       mit  Chemotherapie       RTX

OP (nicht Biopsie)       Sonstiges: \_\_\_\_\_

**III. LOKALISATION (PRIMÄRTUMOR)**

**Körperseite:**     rechts       links       beidseitig       Mittellinie       unbekannt

**Orbita (ohne knöcherne Arrosion!!)**

**Kopf/Hals-parameningeal**     Nasennebenhöhle       Mittelohr/Mastoid       Fossa pterygopalatina

Epipharynx       Nasopharynx       Schädelbasis

Cerebrum       Orbita (mit knöcherner Arrosion)

Sonstiges: \_\_\_\_\_

**Kopf/Hals-NICHT-parameningeal**     Nase       Wange       Zunge

Lippe       Halsweichteile

Sonstiges: \_\_\_\_\_

**Urogenital-Blase/Prostata**       Blase       Prostata       Unklar, Blase/Prostata

**Urogenital-NICHT-Blase/Prostata**     Uterus       Vagina       Vulva

Paratestikulär, wo: \_\_\_\_\_

Sonstiges: \_\_\_\_\_

**Extremitäten**

Schultergürtel       Oberarm       Unterarm

Hand       Leiste/Gesäß       Oberschenkel

Unterschenkel       Fuß

Sonstiges: \_\_\_\_\_

**Andere**

Intraabdominal       Retroperitoneal       Kleines Becken

Stamm       Intrathorakal       Mediastinal

Sonstiges: \_\_\_\_\_

**Lokalisation im Volltext:** \_\_\_\_\_

**IV. PRÄOPERATIVE TNM-KLASSIFIKATION (KLINISCH)**

<b>Präoperative klinische TNM-Klassifikation (UICC):</b>		<b>Tumorgroße:</b>	
<b>Tumor:</b>	<input type="checkbox"/> T0 Kein Anhalt für einen Primärtumor	<input type="checkbox"/> Ta <input type="checkbox"/> kleiner 3 cm	
	<input type="checkbox"/> T1 Tumor aufs Ausgangsorgan/-Gewebe beschränkt	<input type="checkbox"/> 3 bis kleiner / gleich 5 cm	
	<input type="checkbox"/> T2 Tumor <b>nicht</b> aufs Ausgangsorgan beschränkt	<input type="checkbox"/> Tb <input type="checkbox"/> größer 5 bis kleiner 10 cm	
	<input type="checkbox"/> TX Unzureichende Information	<input type="checkbox"/> 10 cm und größer	
<b>Lymph-</b>	<input type="checkbox"/> N0 Kein Anhalt für Befall der regionären Lymphknoten		
<b>knoten:</b>	<input type="checkbox"/> N1 Befall regionärer Lymphknoten, welche: _____		
	<input type="checkbox"/> NX Unzureichende Information		
<b>Metastasen:</b>	<input type="checkbox"/> M0 Kein Anhalt für Fernmetastasen		
	<input type="checkbox"/> M1 Fernmetastasen (Stadium IV)		
	<input type="checkbox"/> MX Unzureichende Information		

**V. TUMORMERKMALE**

<b>Knöcherne Arrosion durch Primärtumor:</b>	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja durch:	<input type="checkbox"/> Infiltration	<input type="checkbox"/> Druck	<input type="checkbox"/> Unklar
<b>Parameningealer Befall:</b>	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Unklar		
		<input type="checkbox"/> Tumorzellen im Liquor* (siehe VI.)			
		<input type="checkbox"/> Knöcherne Arrosion der Schädelbasis			
		<input type="checkbox"/> Hirnnervenparese			
<b>Intrakranielle Tumorausdehnung:</b>	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Unklar		
<b>Intraspinale Tumorausdehnung:</b>	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Unklar		
<b>Maligner Erguss:*</b> (siehe VI.: Metastasen)	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, wo:	<input type="checkbox"/> Pleura	<input type="checkbox"/> Aszites	
			<input type="checkbox"/> Gelenk	<input type="checkbox"/> Andere: _____	
Maligner Erguss zytologisch bestätigt:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja			

**VI. METASTASEN**

<b>Metastasen bei Diagnosestellung:</b>	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, welche:	
<input type="checkbox"/> <b>ZNS:</b>	<input type="checkbox"/> singulär	<input type="checkbox"/> multipel	
	<input type="checkbox"/> 1 Hemisphäre	<input type="checkbox"/> 2 Hemisphären	
<input type="checkbox"/> <b>Tumorzellen im Liquor*</b> (siehe auch V.: Tumormerkmale)			
<input type="checkbox"/> <b>Leber:</b>	<input type="checkbox"/> singulär	<input type="checkbox"/> multipel	
<input type="checkbox"/> <b>Knochenmark:</b>	Anteil der Tumorzellen: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> %	<i>Genaue Lokalisation(en):</i>	
<input type="checkbox"/> <b>Lunge:</b>	<input type="checkbox"/> singulär <input type="checkbox"/> multipel	1. _____	
	<input type="checkbox"/> einseitig <input type="checkbox"/> beidseitig	2. _____	
<input type="checkbox"/> <b>Netzmetastasen</b> (Omentum majus)/ <b>Peritoneum</b>		3. _____	
<input type="checkbox"/> <b>Maligner Erguss*</b> (siehe auch V.: Tumormerkmale)		4. _____	
<input type="checkbox"/> <b>Skelett:</b>	<input type="checkbox"/> singulär <input type="checkbox"/> multipel	5. _____	
<input type="checkbox"/> <b>Subcutan:</b>	<input type="checkbox"/> singulär <input type="checkbox"/> multipel	6. _____	
<input type="checkbox"/> <b>Lymphknoten (keine regionären!)</b>		7. _____	
<input type="checkbox"/> <b>Sonstige:</b> _____		8. _____	

**VII. PRIMÄRES CHIRURGISCHES VORGEHEN****Art der Primärtumor-Operation (unbedingt OP-Bericht beilegen!):** Biopsie am:         Resektion am:         Nachresektion am:        Art der Resektion:  organerhaltend nicht organerhaltend**Radikalität der Primärtumor-Operation:** R0 / Tumor makroskopisch und mikroskopisch vollständig entfernt (histopathologisch bestätigt!) R1 / Tumor makroskopisch entfernt, mikroskopisch noch Reste vorhanden R2 / Tumor inkomplett reseziert, makroskopisch noch Reste vorhanden oder nur Biopsie**Lymphknoten-Operation:** Nein Ja, Datum:         Biopsie/Sampling, welche: \_\_\_\_\_ Exstirpation/Resektion, welche: \_\_\_\_\_ Lymphadenektomie, welche: \_\_\_\_\_**Metastasen-Operation:** Nein Ja, Datum:         vollständige Entfernung aller Metastasen unvollständige Entfernung der Metastasen**OP-bedingte Komplikationen:**  Nein Ja, welche: \_\_\_\_\_**VIII. POSTOPERATIVE PTNM-KLASSIFIKATION****Tumor:** pT0 Kein Anhalt für einen Primärtumor pT1 Tumor aufs Ausgangsorgan oder -gewebe beschränkt, Exzision komplett, Ränder histologisch tumorfrei pT2 Tumor mit Invasion jenseits des Ausgangsorgans oder -gewebes, Exzision komplett, Ränder histologisch tumorfrei pT3 Tumor mit oder ohne Invasion jenseits des Ausgangsorgans oder -gewebes, pT3a mikroskopischer Residualtumor pT3b makroskopischer Resttumor oder nur Biopsie pT3c angrenzender maligner Erguss pTX Unzureichende Information**Lymphknoten:** pN0 Kein Tumornachweis bei histologischer Untersuchung der regionären Lymphknoten pN1 Befall regionärer Lymphknoten, welche: \_\_\_\_\_ pN1a komplett reseziert pN1b inkomplett reseziert oder nur biopsiert pNX histologisch nicht untersucht, unklar**Metastasen:** pM0 Keine Fernmetastasen pM1 Fernmetastasen pMX histologisch nicht untersucht, unklar

**IX. HISTOLOGIE**

**Lokaler Pathologe:** \_\_\_\_\_ **Journal-Nr.:** \_\_\_\_\_

**Referenzhistologische Untersuchung an zentraler Stelle:**  Nein  Ja:  
 Dr. Vokuhl, KT-Nr.: \_\_\_\_\_  
 Prof. Mentzel, Journal-Nr.: \_\_\_\_\_

**Datum der Referenzpathologie (definitive Diagnose):**

**Diagnose** (unbedingt Pathologiebefunde des lokalen und Referenzpathologen beilegen!):

**RMS und RMS-like**

**Non-RMS-like**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Rhabdomyosarkom ( <i>RMS</i> )                   | <input type="checkbox"/> Angiomatoides fibröses Histiozytom ( <i>AFH</i> )               |
| <input type="checkbox"/> alveolär ( <i>RMA</i> )                          | <input type="checkbox"/> Alveoläres Weichteilsarkom ( <i>ASPS</i> )                      |
| <input type="checkbox"/> embryonal ( <i>RME</i> )                         | <input type="checkbox"/> Dermatofibrosarcoma protuberans ( <i>DFSP</i> )                 |
| <input type="checkbox"/> andere: _____                                    | <input type="checkbox"/> Desmoplastisch, klein- und rundzelliger Tumor ( <i>DSRCT</i> )  |
| <input type="checkbox"/> Synovialsarkom ( <i>SySa</i> )                   | <input type="checkbox"/> Extraskellettales Chondrosarkom ( <i>ECS</i> )                  |
| <input type="checkbox"/> monophasisch                                     | <input type="checkbox"/> Epitheloides Sarkom ( <i>ES</i> )                               |
| <input type="checkbox"/> biphasisch                                       | <input type="checkbox"/> Fibrosarkom, <i>congenitales</i> ( <i>cFS</i> )                 |
| <input type="checkbox"/> o. n. A.   | <input type="checkbox"/> Fibrosarkom, <i>nicht congenitales</i> ( <i>FS</i> )            |
| <input type="checkbox"/> Tumor aus der Ewing Tumorfamilie ( <i>STET</i> ) | <input type="checkbox"/> Gastrointestinaler Stromatumor ( <i>GIST</i> )                  |
| <input type="checkbox"/> Extraossäres Ewingsarkom ( <i>EES</i> )          | <input type="checkbox"/> Inflammatorisches myofibroblastisches Sarkom ( <i>IMFS</i> )    |
| <input type="checkbox"/> pPNET  | <input type="checkbox"/> Inflammatorischer myofibroblastischer Tumor ( <i>IMFT/IMT</i> ) |
| <input type="checkbox"/> Undiff. Weichteilsarkom ( <i>UDS</i> )           | <input type="checkbox"/> Klarzellsarkom ( <i>CCS</i> )                                   |

**Seltene Weichteiltumore/**

**Rare Soft Tissue Tumour (RSTT)**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Fibromatose (aggressiv) ( <i>FBM</i> ) | <input type="checkbox"/> Liposarkom ( <i>LPS</i> )  |
| <input type="checkbox"/> Juvenile Fibromatose ( <i>JF</i> )     | <input type="checkbox"/> Malignes Mesenchymom ( <i>MMM</i> )  |
| <input type="checkbox"/> Myofibromatose ( <i>FBM</i> )          | <input type="checkbox"/> Maligner peripherer Nervenscheidentumor ( <i>MPNST</i> )   |
| <input type="checkbox"/> Lipoblastom ( <i>LPB</i> )             | <input type="checkbox"/> Maligner Rhabdoid Tumor ( <i>MRT</i> )   |
|   | <input type="checkbox"/> Myxofibrosarkom ( <i>MYX</i> )   |
|   | <input type="checkbox"/> Pleuropulmonales Blastom ( <i>PPB</i> )  |
|   | <input type="checkbox"/> Retina Anlage Tumor ( <i>RAT</i> )   |
|   | <input type="checkbox"/> Undifferenziertes (embryonales) Sarkom der Leber ( <i>ESL</i> )  |
|   | <input type="checkbox"/> Undiff. pleomorphes Sarkom (ehemals MFH) ( <i>MFH/UPS</i> )  |
|   | <input type="checkbox"/> Vaskuläres Sarkom ( <input type="checkbox"/> <i>HE</i> / <input type="checkbox"/> <i>HP</i> / <input type="checkbox"/> <i>AS</i> ) |
|   | <input type="checkbox"/> Sonstige:  |

**Grading:** nach Coindre (FNCLLC):  G1  G2  G3  
nach POG:  G1  G2  G3  
anderes System (Name, Grad): \_\_\_\_\_

**X. MOLEKULARGENETISCHE UNTERSUCHUNG**

**Untersuchung wird/wurde durchgeführt**

unbekannt       Nein       Ja, in  Stuttgart Olgahospital, Molekularbiologisches Labor  
 sonstiges molekularpathologisches Labor \* \_\_\_\_\_  
 nicht bekannt

\* Bitte Befund beilegen oder baldmöglichst nachreichen

**XI. IRS-STADIUM NACH DIAGNOSESTELLUNG**

**Stadium I** Tumor komplett entfernt (makroskopisch und mikroskopisch) **und** regionäre Lymphknoten **nicht** befallen:

**Ia** Tumor auf Ausgangsorgan oder -gewebe beschränkt  
 **Ib** Tumor **nicht** auf Ausgangsorgan oder -gewebe beschränkt

**Stadium II** Primärtumor makroskopisch entfernt, mikroskopische Tumorreste vorhanden:

**Ila** Regionäre Lymphknoten nicht befallen  
 **Ilb** Regionäre Lymphknoten befallen und komplett entfernt  
 **Ilc** Regionäre Lymphknoten befallen, makroskopisch entfernt, mikroskopische Tumorreste vorhanden

**Stadium III** Tumor inkomplett entfernt oder nur Biopsie, makroskopische Tumorreste vorhanden:

**IIla** nur Biopsie  
 **IIlb** Tumor inkomplett entfernt (> 50% der Tumormasse reseziert), makroskopische Tumorreste vorhanden

**Stadium IV** Metastasen bei Diagnosestellung

**XII. THERAPIE NACH**

**CWS-Guidance, Risikogruppe:**

**RMS**       Low       Standard       High       Very High

**RMS-like**       SySa Stad. I-II&T1,T2a       SySa Stad.I-II&T2b, III       EES-, pPNET-, UDS-Stad.I-III

**NON-RMS-like**       Low       Standard       High

**Alle Histologien**  Stadium IV

**Andere:** \_\_\_\_\_

**XII. BEMERKUNGEN UND UNTERSCHRIFT**  
(ggf. zusätzliches Blatt benutzen)

Aktueller Status des Patienten       Patient lebt       Patient verstorben am:

Weitere Therapie in anderer Klinik       Nein       Ja, wo: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 Stempel      Datum (TT.MM.JJ)      Unterschrift (Name des Dokumentierenden)

**Für die Studienzentrale unbedingt beilegen:**  
**Lokal- und Referenzpathologischer Befund, OP-Bericht(e), Radiologiebefunde, Arztbriefe**