

Étude rétrospective

APACHE

(cAncer de la ProstAte Chez les HémophilEs)

CAHIER D'OBSERVATION



Antécédent de synoviorthèse radioisotopique ? Oui Non ND

Antécédent d'autre(s) cancer(s) ? Oui Non ND

↳ Si oui

Type de cancer	Année de diagnostic

II. CANCER DE LA PROSTATE : DÉPISTAGE

Praticien ayant réalisé le dépistage : Médecin traitant
 Urologue libéral
 Urologue CHU
 Médecin du CRTH
 Autre, précisez :

Circonstances du dépistage : Systématique
 Symptomatologie uro-génitale et/ou osseuse

Veillez préciser

Symptomatologie uro-génitale :

- Dysurie : Oui Non ND
- Pollakiurie : Oui Non ND
- Brûlures mictionnelles : Oui Non ND
- Douleurs à l'éjaculation : Oui Non ND
- Hématurie : Oui Non ND
- Hémospermie : Oui Non ND

Symptomatologies osseuses :

- Douleurs dorsales ou lombaires : Oui Non ND
- Altération de l'état général : Oui Non ND

Autres signes (précisez) :

Autre (préciser) :

Technique de dépistage : Clinique Biologique **Toucher rectal :** Oui Non ND

Date : |_|_| / |_|_| / |_|_|_|_|
 Jour Mois Année

Dosage des PSA : Oui Non ND

Date : |_|_| / |_|_| / |_|_|_|_|
 Jour Mois Année

Facteurs de risque connus de cancer de la prostate : Oui Non

- ↳ **Si oui :** Antécédent(s) familial(aux)
 Origine africaine
 Antécédents de MST (gonococcie, syphilis)
 Autre, précisez :

III. CANCER DE LA PROSTATE : BIOPSIE

Date de la biopsie : |_|_| / |_|_| / |_|_|_|_|
 Jour Mois Année

La biopsie a-t-elle été réalisée : En ambulatoire Au cours d'une hospitalisation
 ↳ **Si oui :** CHU CH Clinique

Nombre de jours d'hospitalisation le cas échéant : |_|_| jours

Un protocole de gestion du risque hémorragique a-t-il été mis en place ?

Oui Non ND

↳ **Si oui,** un traitement substitutif anti-hémophilique a-t-il été administré ?

Oui Non ND

↳ **Si oui :** **Traitement (nom du produit) :**

Dose préopératoire [UI/(kg)] :

Substitution d'entretien : dose totale administrée : |_|_|_|_|_| UI

nombre de jours de traitement : |_|_| jours

- | | | |
|---|--------------|---------------------|
| <input type="checkbox"/> Bi-quotidienne | Dose : | Durée : _ _ jours |
| <input type="checkbox"/> Quotidienne | Dose : | Durée : _ _ jours |
| <input type="checkbox"/> Trois fois/semaine | Dose : | Durée : _ _ jours |
| <input type="checkbox"/> Deux fois/semaine | Dose : | Durée : _ _ jours |
| <input type="checkbox"/> Autre : | Dose : | Durée : _ _ jours |

Un autre traitement avait-il été mis en place ? Oui Non ND

↳ **Si oui lequel :**

Acide tranexamique

↳ Dose quotidienne cumulative : (mg/Kg)

↳ Fréquence :

Autre :

↳ Dose :

↳ Fréquence:

↳ Durée :

Si possible décrire ci-dessous le protocole ayant encadré la biopsie (ou joindre document) :

.....

.....

.....

Y-a-t-il eu des complications liées au geste ?

Oui Non ND

↳ Si oui : Complications hémorragiques

Décès, précisez cause :

Autre, précisez :

Prise en charge

• Ayant nécessité une hospitalisation ou ré-hospitalisation : Oui Non ND

Nombre de jours : |_|_| jours

• Ayant nécessité une modification de traitement complémentaire : Oui Non ND

• Y-a-t-il eu un changement de facteur anti-hémophilique ? Oui Non ND

↳ Si oui, lequel ? :

Bi-quotidienne Dose : Durée : |_|_| jours

Quotidienne Dose : Durée : |_|_| jours

Trois fois/semaine Dose : Durée : |_|_| jours

Deux fois/semaine Dose : Durée : |_|_| jours

Autre : Dose : Durée : |_|_| jours

Résultats d'anatomopathologie (joindre le compte rendu) :

Diagnostic de cancer de la prostate confirmé ?

Oui Non

↳ **Si NON, questionnaire terminé, ne pas répondre aux autres questions.**

↳ Si oui, poursuivre le questionnaire :

Localisé : Oui Non ND

Diffus : Oui Non ND

Stade :

Métastase(s) : Oui Non ND

↳ Si oui, localisation :

Bilan d'extension

Scanner : Oui Non ND

IRM : Oui Non ND

Pet Scan : Oui Non ND

IV. CANCER DE LA PROSTATE : PRISE EN CHARGE

Traitement chirurgical

Date : / / réalisé en CHU CH Clinique
 Jour Mois Année

Type de traitement :

Classique : Oui Non ND
 Robot : Oui Non ND
 Laser : Oui Non ND

Substitution :

Pré-chirurgicale : Nom du produit :

Dose : UI/(kg)

Pendant le geste : Besoin d'injection : Oui Non ND

↳ Si oui, dose : UI/(kg)

Fréquence :

Post-chirurgicale : Dose totale administrée : UI

Nombre de jours de traitement : jours

Bi-quotidienne Dose : Durée : jours

Quotidienne Dose : Durée : jours

Trois fois/semaine Dose : Durée : jours

Deux fois/semaine Dose : Durée : jours

Autre : Dose : Durée : jours

Radiothérapie : Date : / /

Type de traitement :

Standard

Adaptée (car hémophilie) Dose : Fréquence : Durée : jours

Curiethérapie Dose : Fréquence : Durée : jours

Autre, préciser :

Dans le cas d'une prise en charge par curiethérapie y-a-t-il eu substitution ? Oui Non ND

Substitution

• Pré-implantatoire

Nom du produit :

Dose : UI/(kg)

Combien de temps avant l'intervention : min

Pendant :

Fréquence :

