

Maladie de Cowden et syndromes associés (PHTS)* Formulaire de renseignements cliniques

Identite

Nom de naissance -----

Nom usuel -----

Prénom -----

Date de naissance ----- format : jj/mm/aaaa / /

Sexe ----- M F ND

Age au diagnostic clinique ----- mois ou ans

Histoire familiale

S'agit-t-il du cas index? ----- Oui Non ND
Si oui :

Si NON : Préciser le lien d'apparenté avec le cas index:

Existe-t-il une histoire familiale du PHTS ou syndrome associé? ----- Oui Non ND
(PROS, Protée, Lhermitte Duclos, Bannayan-Riley-Ruvalcaba, SOLAMEN)

Préciser le lien d'apparenté des personnes atteintes

Fils	<input type="checkbox"/>	Fille	<input type="checkbox"/>
Mère	<input type="checkbox"/>	Père	<input type="checkbox"/>
Frère	<input type="checkbox"/>	Soeur	<input type="checkbox"/>
Grand-père maternel	<input type="checkbox"/>	Grand-mère maternelle	<input type="checkbox"/>
Grand-père paternel	<input type="checkbox"/>	Grand-mère paternelle	<input type="checkbox"/>
Tante maternelle	<input type="checkbox"/>	Tante paternelle	<input type="checkbox"/>
Oncle maternel	<input type="checkbox"/>	Oncle paternel	<input type="checkbox"/>
Cousin maternel	<input type="checkbox"/>	Cousin paternel	<input type="checkbox"/>
Autre	<input type="checkbox"/>		

Autres renseignements -----

Lesions cutaneo muqueuses

Lésions cutanéomuqueuses -----
Si non à cette question, passez à la section suivante

Oui Non ND

Papules faciales péri-orificielles -----

Oui Non ND

Trichilemmomes -----

Oui Non ND

Diagnostic vérifié par biopsie -----

Oui Non ND

Nombre : -----

Papillomatose orale -----

Oui Non ND

Kératose acrale -----

Oui Non ND

Lésions verruqueuses des membres -----

Oui Non ND

Keratosis palmo-plantaire -----

Oui Non ND

Autres lésions cutanéomuqueuses -----

Oui Non ND

Taches pigmentées du pénis -----

Oui Non ND

Naevus épidermique -----

Oui Non ND

Fibromes cutanés -----

Oui Non ND

Collagénome storiforme -----

Oui Non ND

Autres renseignements cutanéomuqueuses -----

Lesions digestives

Lésions digestives -----
Si non à cette question, passez à la section suivante

Oui Non ND

Acanthosis glycogénique de l'oesophage -----

Oui Non ND

Polypes gastriques -----

Oui Non ND

Nombre : -----

Type(s): -----

ND

Glandulo-kystique

Hyperplasique

Adénome

	Hamartome	<input type="checkbox"/>	Ganglioneurome	<input type="checkbox"/>				
	Lipome	<input type="checkbox"/>	Hyperplasie lymphoïde	<input type="checkbox"/>				
Age au diagnostic	<input type="text"/>			ans				
Polypes duodénaux	Oui	<input type="radio"/>	Non	<input type="radio"/>	ND	<input type="radio"/>		
Nombre :	<input type="text"/>							
Type(s):	ND	<input type="checkbox"/>	Hyperplasique	<input type="checkbox"/>				
	Adénome	<input type="checkbox"/>	Hamartome	<input type="checkbox"/>				
	Ganglioneurome	<input type="checkbox"/>	Hyperplasie lymphoïde	<input type="checkbox"/>				
	Lipome	<input type="checkbox"/>						
Age au diagnostic	<input type="text"/>			ans				
Polypes coliques	Oui	<input type="radio"/>	Non	<input type="radio"/>	ND	<input type="radio"/>		
Nombre :	<input type="text"/>							
Type(s):	ND	<input type="checkbox"/>	Hyperplasique	<input type="checkbox"/>				
	Adénome	<input type="checkbox"/>	Hamartome	<input type="checkbox"/>				
	Ganglioneurome	<input type="checkbox"/>	Hyperplasie lymphoïde	<input type="checkbox"/>				
	Lipome	<input type="checkbox"/>						
Chirurgie colique préventive	Oui	<input type="radio"/>	Non	<input type="radio"/>	ND	<input type="radio"/>		
Si Oui, type de chirurgie :	<input type="text"/>							
Date de chirurgie colique préventive	format : jj/mm/aaaa			<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>
Autres renseignements digestives	<input type="text"/>							

Lésions thyroïdiennes

Lésions thyroïdiennes	Oui	<input type="radio"/>	Non	<input type="radio"/>	ND	<input type="radio"/>
<i>Si non à cette question, passez à la section suivante</i>						
Lésions thyroïdiennes bénignes	Oui	<input type="radio"/>	Non	<input type="radio"/>	ND	<input type="radio"/>
Goitre multi-hétéronodulaire	Oui	<input type="radio"/>	Non	<input type="radio"/>	ND	<input type="radio"/>
Age au diagnostic :	<input type="text"/>			ans		

Nodule(s) thyroïdien(s) Oui Non ND

Age au diagnostic : ans

Adénome(s) thyroïdien(s) Oui Non ND

Age au diagnostic : ans

Thyroïdite d'Hashimoto Oui Non ND

Autres lésions bénignes Oui Non ND

Si oui, type de lésion :

Age au diagnostic : ans

Lésions précancéreuses thyroïdiennes Oui Non ND

Microcarcinome papillaire thyroïdien Oui Non ND

Age au diagnostic : ans

Carcinome vésiculaire thyroïdien à l'invasion minime Oui Non ND

Age au diagnostic du carcinome vésiculaire thyroïdien à invasion minime ans

Autres lésions précancéreuses thyroïdiennes Oui Non ND

Si oui, type de lésion :

Age au diagnostic : ans

Cancer de la thyroïde Oui Non ND

Age au diagnostic : ans

Type histologique : Folliculaire

Papillaire

Médullaire

ND

Chirurgie thyroïdienne curative Oui Non ND

Si Oui, type de chirurgie:

Date de chirurgie : format : jj/mm/aaaa / /

Chirurgie préventive de type thyroïdectomie totale Oui Non ND

Date de chirurgie : format : jj/mm/aaaa / /

Autres renseignements thyroïdiens

Lesions mammaires

Lésions mammaires Oui Non ND
Si non à cette question, passez à la section suivante

Hypertrophie mammaire virginale Oui Non ND

Age au diagnostic : ans

Mastopathie bénigne complexe Oui Non ND

Age au diagnostic : ans

Cancer du sein Oui Non ND

Si OUI, atteinte:

Localisation sein droit Oui Non ND

Type histologique

Age au diagnostic ans

Type de chirurgie curative:

Date de chirurgie curative format : jj/mm/aaaa / /

Localisation sein gauche Oui Non ND

Type histologique

Age au diagnostic ans

Type de chirurgie curative:

Date de chirurgie curative format : jj/mm/aaaa / /

Chirurgie mammaire préventive de type:

Date de chirurgie préventive mammaire format : jj/mm/aaaa / /

Autres renseignements mammaires

Macrocephalie

Macrocéphalie -----	Oui <input type="radio"/>	Non <input type="radio"/>	ND <input type="radio"/>
Périmètre crânien -----	<input type="text"/> cm	+	<input type="text"/> DS
Age à la mesure du périmètre crânien -----	<input type="text"/> mois	ou	<input type="text"/> ans

Atteinte neurologique

Atteinte neurologique -----	Oui <input type="radio"/>	Non <input type="radio"/>	ND <input type="radio"/>
<i>Si non à cette question, passez à la section suivante</i>			

Syndrome de Lhermitte-Duclos -----	Oui <input type="radio"/>	Non <input type="radio"/>	ND <input type="radio"/>
Age au diagnostic : -----	<input type="text"/> ans		
Dilatation des espaces périvasculaires de Virchow-Robin -----	Oui <input type="radio"/>	Non <input type="radio"/>	ND <input type="radio"/>
Méningiome -----	Oui <input type="radio"/>	Non <input type="radio"/>	ND <input type="radio"/>
Age au diagnostic : -----	<input type="text"/> ans		
Epilepsie -----	Oui <input type="radio"/>	Non <input type="radio"/>	ND <input type="radio"/>
Retard psychomoteur -----	Oui <input type="radio"/>	Non <input type="radio"/>	ND <input type="radio"/>
Déficience intellectuelle -----	Oui <input type="radio"/>	Non <input type="radio"/>	ND <input type="radio"/>
Syndrome autistique -----	Oui <input type="radio"/>	Non <input type="radio"/>	ND <input type="radio"/>
Autre atteinte neurologique -----	<input type="text"/>		

Lipomatose et anomalies vasculaires

Lipomatose et anomalies vasculaires -----	Oui <input type="radio"/>	Non <input type="radio"/>	ND <input type="radio"/>
<i>Si non à cette question, passez à la section suivante</i>			

Lipomes sous-cutanés -----	Oui <input type="radio"/>	Non <input type="radio"/>	ND <input type="radio"/>
Nombre : -----	<input type="text"/>		
Age au diagnostic : -----	<input type="text"/> ans		
Angiolipomes -----	Oui <input type="radio"/>	Non <input type="radio"/>	ND <input type="radio"/>
Nombre : -----	<input type="text"/>		
Age au diagnostic : -----	<input type="text"/> ans		

Lymphangiomes cutanés -----

Oui Non ND

Nombre : -----

Age au diagnostic : -----

 ans

Hémangiome -----

Oui Non ND

Age au diagnostic : -----

 ans

MAV profonde ou "Shunting angio-lipoma" -----

Oui Non ND

Nombre : -----

Age au diagnostic : -----

 ans

Anomalies vasculaires intracrâniennes -----

Oui Non ND

Type d'anomalie vasculaire intracrânienne -----

Age au diagnostic : -----

 ans

Autres lésions vasculaires -----

Oui Non ND

Type d'autre lésion vasculaire -----

Age au diagnostic : -----

 ans

Hypertrophie asymétrique d'un membre -----

Oui Non ND

Traitement de lipomatose/MAV réalisée -----

- chirurgie
- radiologie interventionnelle
- thérapie ciblé anti mTOR
- thérapie ciblé anti PIK3CA
- autre (à préciser)

si autre traitement, préciser : -----

Atteintes uro genitales

Atteintes uro-génitales -----

Oui Non ND

Si non à cette question, passez à la section suivante

Kystes ovariens -----

Oui Non ND

Age au diagnostic : -----

 ans

Fibromes / Léiomyomes utérins Oui Non ND

Age au diagnostic : ans

Chirurgie préventive du risque utérin et/ou ovarien: .. hystérectomie totale annexectomie bilatérale

Date de chirurgie : format : jj/mm/aaaa / /

Autres atteintes uro-génitales

Autres maladies tumorales malignes

Autres maladies tumorales malignes Oui Non ND

Si non à cette question, passez à la section suivante

Cancer de l'endomètre Oui Non ND

Type histologique :

Si autre, préciser :

Age au diagnostic ans

Cancer ovarien Oui Non ND

Type histologique :

Si autre, préciser :

Age au diagnostic ans

Mélanome malin Oui Non ND

Age au diagnostic ans

Cancer du rein Oui Non ND

Type histologique

Si autre, préciser :

Age au diagnostic ans

Cancer colorectal Oui Non ND

Type histologique

Si autre, préciser :

Age au diagnostic ans

Autre tumeur maligne ----- Oui Non ND

Type histologique -----

Age au diagnostic ----- ans

Autres renseignements -----

Formulaire rempli par

Formulaire rempli par -----

Date de remplissage ----- format : jj/mm/aaaa / /