Belgian Cancer Registry

CHECKLIST POUR LES PROGRAMMES DE SOINS

Avant d'envoyer vos données au Registre du Cancer, nous vous conseillons de parcourir brièvement la checklist ci-dessous. Ceci pourra certainement améliorer la qualité de l'enregistrement.

1. CHECKLIST : EXHAUSTIVITE DE L'ENREGISTREMENT

- **Date d'incidence, base de diagnostic, code topographique, code morphologique et comportement toujours complétés ?**
- **Latéralité toujours mentionnée pour tous les organes pairs (surtout pour les tumeurs du sein, du rein et de la peau) ?**
- **cTNM indiqué quand c'est possible ? Osez enregistrer un cM0 lorsqu'il n'y a pas d'argument en faveur d'une métastase à distance.**
- **pTNM indiqué après réalisation d'une chirurgie comme premier traitement ou ypTNM en cas de chirurgie après thérapie néoadjuvante ?**
    - **Important : notez 'chirurgie' comme traitement uniquement s'il s'agit de la résection d'une tumeur primaire (et non d'une biopsie ou exploration que vous pouvez toujours indiquer comme 'autre forme de traitement').**
    - **Lorsqu'une chirurgie est prévue dans le plan de traitement pour un nouveau diagnostic de tumeur, vous devez attendre le résultat de la chirurgie afin que le pTNM puisse être complété dans l'enregistrement qui est envoyé au Registre du Cancer.**
    - **Ne pas noter de pTNM suite à la résection d'une récidive.**
- **Un commentaire explicatif a-t-il bien été rajouté au niveau des tumeurs pour lesquelles la classification TNM est applicable, mais qu'aucun TNM ne peut être rempli (par exemple lors d'un transfert du patient vers un autre hôpital pour la prise en charge chirurgicale et les traitements ultérieures) ?**
- **Toutes les tumeurs malignes (COM et non COM) diagnostiquées ou traitées dans votre hôpital sont-elles présentes dans le fichier (y compris les tumeurs cérébrales et les tumeurs de la peau telles que les tumeurs spinocellulaires) ?**

- Carcinome basocellulaire : uniquement obligatoire d'enregistrer chez les enfants de 0 à 16 ans.

- Toutes les tumeurs non-invasives (y compris celles avec un faible potentiel de malignité (comportement /1)) du système urinaire et des ovaires et les tumeurs bénignes (et borderline) du système nerveux central sont-elles enregistrées ? (voir critères d'inclusion détaillés sur notre site web www.registreducancer.org.)

  - Schwannome (9560/0) : uniquement à enregistrer au niveau du système nerveux central.

- Les LAMN 8480/2 (appendice) ont-elles également été enregistrées ?
- Pour le côlon, la peau, le sein, le col de l'utérus et le système urinaire, vérifiez qu'il y a bien des tumeurs in situ /2 (fréquentes dans ces localisations).
- Les hémopathies malignes au comportement /1 ont-elles également été enregistrées (pas obligatoire, mais fortement recommandé) ?
- Est-ce que toute évolution / transformation d'une hémopathie maligne déjà enregistrée fait bien l'objet d'un nouvel enregistrement à la date de la nouvelle étape diagnostique ?
- Hémopathies malignes : les autres classifications, comme le Ann-Arbor ou le Lugano, ont-elles bien été renseignées, si applicables ?

Il est possible que le Registre du Cancer renvoie des enregistrements à compléter lorsqu'une de ces variables manque (donc aussi pour des cas spécifiques d'absence de cTNM et de pTNM).

2. CHECKLIST : CHOIX DU CODE TOPOGRAPHIQUE

- Sous-localisation toujours indiquée pour les tumeurs de l'estomac, du côlon et de la peau (C16.9, C18.9 et C44.9 sont à éviter autant que possible) ?
- Carcinome du sein chez l'homme : correct ? Merci de noter une brève confirmation dans le champ commentaire.
- Toutes les leucémies et les myélomes multiples sont-ils notés dans la moelle osseuse (C42.1) ? La maladie de Waldenström (9761/3) est, elle, codée dans le sang (C42.0) par convention.
- Les localisations des lymphomes, qu'elles soient ganglionnaires ou extra-ganglionnaires sont-elles bien enregistrées ? Notez comme localisation la moelle osseuse (C42.1) si le lymphome est en phase purement leucémique.
- Carcinome à cellules urothéliales dans le rein : pas au niveau du parenchyme rénal (C64.9) mais bien du bassinet du rein (C65.9) ?
- Méningiomes localisés au niveau des méninges (C70) et non au niveau du cerveau (C71) ?
- Codes topographiques vagues comme C76.x sont-ils présents le moins possible dans le fichier ? Eventuellement rajouter une explication en commentaire pour ces cas.

3. CHECKLIST : CHOIX DU CODE MORPHOLOGIQUE/HISTOLOGIQUE

- **Carcinome papillaire du sein : à coder 8503/3 (et non 8050/3)**
- **Carcinome papillaire de la glande thyroïde : à coder 8260/3 (et non 8050/3)**
- **Carcinome papillaire rénal : à coder 8260/3 (et non 8050/3)**
- **Adénome de l'hypophyse = PitNET : à coder 8272/3 (et non 8272/0 ou 8140/0)**
- **Adénocarcinome du côlon et de l'estomac : à coder 8140/3 ; 8144/3 est réservé pour les adénocarcinomes de type intestinal qui surviennent surtout dans les sinus**
- **Adénocarcinome acinaire dans la prostate : à coder 8140/3 (et non 8550/3)**
- **Adénocarcinome acinaire du poumon : à coder 8551/3 (et non 8550/3)**
- **Sein : nouvelle terminologie, carcinome invasif du sein de type non spécifique (NST) : à coder comme carcinome canalaire 8500/3 (et non 8140/3 ou 8010/3)**
- **CIN II sont-ils bien codés comme CIN III : 8077/2 ? Idem VIN II, VAIN II, AIN II.**
- **Lymphomes et leucémies : codes à spécifier suffisamment (cellules B ou T ? lymphoïde ou myéloïde ? Hodgkin ou non Hodgkin ?) (voir liste de codes sur notre site web** www.registreducancer.org**.) Vérifier que l'utilisation de codes aspécifiques reste minimale (9590, 9591, 9650, 9727, 9750, 9760, 9800, 9801, 9805, 9820, 9832, 9835, 9860, 9863, 9960, 9975, 9989). De plus, éviter l'utilisation de codes obsolètes (9661, 9662, 9670, 9675, 9728, 9729, 9754, 9826, 9836). En cas d'utilisation de code aspécifique : une explication claire a-t-elle été ajoutée en commentaire ?**
- **Tumeurs endocrines (8013, 8041, 8045 ; 8150-8159; 8240-8249): tous /3 sauf 8245/1, 8248/1 (code obsolète), 8150/1. Tous les paragangliomes sont /3. GIST : Ils sont tous à coder 8936/3.**
- **Poumon : ne plus utiliser le terme obsolète : carcinome bronchiolo-alvéolaire (BAC) (8250/3). Spécifier les NSCLC 8046/3 autant que possible (8070/3, 8140/3...)**
- **Adénocarcinomes du poumon : enregistrer selon le sous-type histologique prédominant pour les tumeurs opérables. Répertoriez les autres sous-types dans le champ commentaire.**
- **Sarcomes : codez la morphologie la plus spécifique possible. Evitez le code aspécifique 8800/3. Indiquez un commentaire si pas possible.**
- **Dans les ovaires, les trompes ou le péritoine, un carcinome séreux se code 8461/3 (haut grade) ou 8460/3 (bas grade). Dans les autres organes, un carcinome séreux sera à coder 8441/3.**

4. CHECKLIST : INDICATION DE LA BASE DE DIAGNOSTIC

- **Utilisez la nouvelle liste des codes histologiques spécifiques utilisables en combinaison avec les bases de diagnostic 5/6/7 (à partir de l'année d'incidence 2023).**
- **Pas de base de diagnostic 2 en combinaison avec le code topo 'C80.9'.**

- **Vérifiez les bases de diagnostic 4 avec le col de l'utérus et la vessie. Une cytologie du col ou de la vessie (frottis) nécessite une confirmation histologique, à moins que l'on n'ait des arguments cliniques suffisants (à renseigner en commentaire).**
- **Utilisez également la base de diagnostic 8 si le diagnostic est posé sur base d'un test cytogénétique et/ou moléculaire (à partir de l'année d'incidence 2023).**

Pour plus d'information sur les nouvelles recommandations concernant l'enregistrement de la base de diagnostic, voir la formation en ligne 'Nouvelles recommandations base de diagnostic' de janvier 2023.

5. CHECKLIST : CLASSIFICATION SELON LE TNM

- **pTNM compatible avec le comportement de la tumeur ?**
  - **Pas de pT0, pTis ou pTa avec des tumeurs de comportement /3 à moins qu'il ne s'agisse d'un ypTNM (dans ce cas, l'enregistrement doit montrer que la chirurgie a été précédée par une thérapie néoadjuvante ; en d'autres termes, le code '10' doit être précédé par le code '25' et/ou '20' et/ou '40').**
  - **Pas de pT invasif (pT1, pT2, pT3, pT4) pour les tumeurs de comportement /2.**
  - **Normalement, un pT invasif n'est pas compatible avec des tumeurs de comportement /1, sauf pour quelques tumeurs borderlines comme les carcinomes de l'ovaire.**
- **Pas de pT1(a/b/c) pour les tumeurs de la prostate (il n'existe, par définition, pas de pT1 pour les tumeurs prostatiques cfr. Le livre TNM 8ème édition et les FAQ sur notre site web www.registreducancer.org).**
- **Pas de pM0 (n'existe plus, à moins qu'il y ait eu autopsie, ce qui est encore indiqué par la base de diagnostic).**
- **Pas de cT possible pour les mélanomes de la peau, mais cN et cM sont bien possibles.**

6. VEUILLEZ AUSSI BRIEVEMENT VERIFIER

- **La date de premier traitement et le plan de traitement ont-ils été correctement encodés (pour plus d'info, voir la formation en ligne 'Traitements et champs commentaires' de mai 2022) ?**
- **Date de premier traitement toujours APRES la date d'incidence (dans certains cas rares, éventuellement identique à la date de traitement) ?**
- **TUR de la prostate enregistrée comme '80 : autre' (et non pas '10') ? En effet, une TURP n'équivaut pas à un traitement chirurgical du carcinome de la prostate.**
- **Pour d'autres organes (vessie, côlon), une résection endoscopique complète d'une tumeur (par ex résection coloscopique in toto d'un polype dégénéré malin ; TURB avec résection complète d'un polype de la vessie) peut tout à fait être enregistrée comme ''chirurgie'' ou ''10''.**

- **Attention si vous enregistrez un 8000/3. Nous attendons une confirmation/explication en commentaire pour la plupart des enregistrements de ce genre, a fortiori si le plan de traitement n'inclut pas de radiothérapie ou de chimiothérapie.**
- **Aucun 8000/0 ou 8000/1 pour les tumeurs malignes sans confirmation microscopique : dès que le patient est effectivement traité en tant que patient atteint de cancer, on peut noter le comportement /3 (la base de diagnostic 5/6/7 signalera que le diagnostic est moins certain que lorsqu'un examen microscopique effectif a prouvé qu'il y a malignité).**
- **Pour les adénocarcinomes du poumon : suivez les directives qui ont été communiquées durant la formation en lignée consacrée à ce sujet :** Belgian Cancer Registry — Formation en ligne (kankerregister.org)
- **Le score OMS a-t-il été enregistré pour toutes les tumeurs ? Si le score OMS est inconnu, veuillez nous en expliquer la raison en commentaire, par exemple 'Pas de score OMS, enregistrement uniquement sur base d'un rapport anapath'.**