

Stichting Kankerregister

Belgian Cancer Registry



Handleiding voor **de registratie van een nieuwe diagnose en van een follow-up**

Hematologische Maligniteiten



Handleiding voor de registratie van een nieuwe diagnose

Hematologische Maligniteiten (HM)

Welke tumoren dient u te registreren⁽¹⁾?

ALLE nieuwe diagnoses, al dan niet besproken op een MOC, dienen geregistreerd te worden^{(2) (3)}.

Inclusiecriteria:

- Alle hematologische maligniteiten (HM) **met gedrag /3** inclusief de myeloproliferatieve neoplasmen en myelodysplastische syndromen

Inclusie mogelijk en nuttig, maar niet verplicht te registreren:

- Hemopathieën met **gedrag /1**: met onzekere maligniteit of matig potentieel tot maligniteit (meest recente lijst: <http://www.kankerregister.org/media/docs/downloads/programmedesoins/CodeshematoNewBluebookListBordeline-2018.pdf>)

Indien er 2 of meer tumoren worden gediagnosticeerd (gelijktijdig of achtereenvolgend), moet elke tumor apart geregistreerd worden, rekening houdend met de registratieregels voor multipale tumoren (zie paragraaf 6 en Handboek voor de registratie van een follow-up).

1. ADMINISTRatieve GEGEVENS VAN DE PATIENT

- **Identificatienummer van de Sociale Zekerheid (INSZ)**: Meestal komt dit nummer overeen met het rijksregisternummer dat u terugvindt op de identiteitskaart van de patiënt of op zijn/haar ziekenfondsklevertje.
- **Naam**
- **Geboortedatum**
- **Geslacht**
- **Postcode**: De postcode van de woonplaats van de patiënt wordt niet expliciet gevraagd op de formulieren voor de registratie van een nieuwe diagnose.

2. GEGEVENS IN VERBAND MET DE HEMATOLOGISCHE MALIGNITEIT

1. INCIDENTIEDATUM⁽¹⁾

De incidentiedatum is de **datum van de eerste microscopische (cytologische/histologische) bevestiging van maligniteit** (datum van afname/resectie). Dit is de meest frequente situatie.

Toch kan het uitzonderlijk voorkomen dat er geen microscopische bevestiging is of dat deze pas na de eerste behandeling volgt. In dit geval kiest u de datum van één van de volgende mogelijkheden (afnemende prioriteit):

- eerste hospitalisatie voor HM
- eerste consultatie omwille van maligniteit
- eerste klinische of technische diagnose
- begin van behandeling voor HM
- overlijden (indien geen enkele andere informatie beschikbaar)

De incidentiedatum mag nooit zodanig gekozen worden dat deze valt na de overlijdensdatum of de datum van eerste behandeling.

Bij een recidief/transformatie/evolutie van een reeds gekende hematologische maligniteit, gebruikt u het formulier voor een Follow-up; ook hierop is de incidentiedatum die van de gekende hematologische maligniteit!

De registratie van de **correcte** incidentiedatum is heel belangrijk gezien de incidentiedatum het vertrekpunt is voor heel wat analyses.

Indien enkel maand en jaar gekend is: noteer 15/MM/YYYY

Indien enkel het jaartal gekend is: noteer 01/07/YYYY

2. BASIS VAN DIAGNOSE

De basis van diagnose is de **meest betrouwbare techniek** waarmee de diagnose werd gesteld.

De basis van diagnose is:

- 1 = autopsie (enkel bij toevallige vondst, niet van toepassing bij MOC)
- 2 = histologie primaire tumor
- [3 = histologie metastase] → niet relevant voor HM
- 4 = cytologie/hematologie
- 5 = technisch onderzoek
- 6 = klinisch onderzoek
- 7 = tumormerker (bv. Ig, ...)
- 9 = onbekend

De basis van diagnose die u registreert, hoeft niet noodzakelijk gelinkt te zijn aan de incidentiedatum.

Een diagnose wordt vaak gesteld aan de hand van meerdere onderzoekstechnieken. In dit geval neemt u de meest betrouwbare **volgens afnemende prioriteit: 2 of 4 (zie hieronder) > 7 > 5 > 6**

Specifiek voor hematologische maligniteiten:

- **“Soliede HM”** (bv. lymfomen, plasmocytomen, myeloïde sarcoom, ...):
diagnose meestal door biopsie van lymfeklier/vaste weefsel massa/beenmerg.

→ voorkeur voor **histologie = 2**
- **“Vloeibare HM”** (bv. CLL, acute leukemiën (AL), myeloproliferatieve neoplasmen (MPN), myelodysplastisch syndroom (MDS), MPN/MDS, plasmacel myeloom, leukemische fase van een lymfoom, ...):
diagnose meestal door aspiratie van beenmerg/lichaamsvochten (ascites, pleura, ...)/bloed, inclusief immunologische (flow-cytometrie) en genetische analyses (karyotypering, FISH analyses, moleculaire analyses, ...).

→ voorkeur voor **cytologie/hematologie = 4**

Uitzondering: diagnose op basis van tumormerker (**BD 7**)

- plasmacel myeloom (bloed/urinair immuno-elektroforese)
 - Serum immunoglobulines (IgG, IgA, IgD, IgE)
 - Urinaire uitscheiding van een lichte keten van immunoglobuline (Kappa of Lambda)

3. WHO-SCORE

- De WHO-score is de performantiescore van de patiënt op het ogenblik van diagnose.

0 = asymptomatisch, normale activiteit

1 = symptomatisch maar ambuland

2 = symptomatisch, bedlegerig <50% per dag

3 = symptomatisch, bedlegerig >50% per dag

4 = aangewezen op volledige verzorging, 100% bedlegerig

4. LOKALISATIE OF TOPOGRAFIE

De lokalisatie is het **orgaan of weefsel of de cellen waaruit de hematologische maligniteit ontstaan is**.

Merk op dat de morfologische diagnose (histologie/cytologie, omvat ook genetische analyses) logischerwijze best eerst bepaald wordt alvorens de lokalisatie vast te leggen (zie paragraaf 6).

Indien de hematologische maligniteit bekend is, en zeker in het geval van “soliede” HM, gelieve deze dan **zo specifiek en nauwkeurig mogelijk** te omschrijven en/of te coderen.

De codes hiervoor worden voorzien door de “Internationale Classificatie van Ziekten voor Oncologie” of ICD-O, derde editie (4). Hou rekening met de ICD-O-3 updates en toekomstige nieuwe edities. Steeds consulteerbaar op de website van het Kankerregister.

([http://www.kankerregister.org/media/docs/downloads/ICD-O3derdedruk\(nieuweversie\).pdf](http://www.kankerregister.org/media/docs/downloads/ICD-O3derdedruk(nieuweversie).pdf))

Structuur van de topografiecode:

C	_ _	.	_	(C00.0 – C80.9)
Categorie	Subcategorie			

Specifiek voor hematologische maligniteiten:

Topografie voor “soliede” HM

- Wanneer de lymfeklieren de primaire lokalisatie zijn van een lymfoom, codeer dan “lymfeklieren”, C77.X, als topografie.
- Codeer extranodale lymfomen in het orgaan (maag, tonsil, huid...) waar het lymfoom is **ontstaan**, wat mogelijkterwijls **niet overeenkomt** met de **plaats van biopsie** (de plaats van biopsie komt soms overeen met de meest ‘toegankelijke’ lymfeknoep en niet de plaats van oorsprong).
- Indien het lymfoom is ontstaan in het mediastinum of retroperitoneum, noteer dan respectievelijk C38.X en C48.0.
- Indien verschillende lymfeknopen/organen samen zijn aangetast, noteer dan C77.8
- Indien de primaire lokalisatie onbekend is, noteer dan C77.9.

Opmerking: Primaire aantasting van het beenmerg door een lymfoom is zeer zeldzaam.

Aantasting van het beenmerg door een lymfoom duidt meestal op een leukemische fase van een lymfoom met een andere lokalisatie (nodaal of extranodaal).

Topografie voor “vloeibare” HM

Codeer bij afspraak in het “beenmerg”, C42.1.

Uitzondering: leukemische fase van een lymfoom → codeer de topografie van het lymfoom.

Topografie voor plasmacel neoplasmen (myeloom, plasmacytoom)

Codeer myeloom (vloeibare HM) bij afspraak in het “beenmerg”, C42.1. en een plasmacytoom (soliede HM) in het “orgaan van oorsprong” (meestal bot).

Topografie voor Macroglobulinemie van Waldenström

Codeer bij afspraak in het “bloed”, C42.0.

Topografie voor myeloïde sarcoom

Codeer in het “orgaan van oorsprong” (meestal cutaan).

5. LATERALITEIT

Het aangeven van de lateraliteit wordt gevraagd bij **alle pare organen**. Een lijst van pare organen is terug te vinden op de website.

(<http://www.kankerregister.org/media/docs/downloads/zorgprogramma/Lijstpareorganen.pdf>)

Specifiek voor hematologische maligniteiten:

Voornamelijk van belang bij lymfomen ontstaan in lymfeklieren of pare organen.

6. MORFOLOGISCHE DIAGNOSE (HISTOLOGIE/ CYTOLOGIE, OMVAT OOK GENETISCHE ANALYSES)

De diagnose dient **zo gedetailleerd mogelijk** omschreven te worden. De classificatie is gebaseerd op multidisciplinaire criteria: klinische, immunologische en genetische analyses naast cytologie/histologie. Het is daarom van fundamenteel belang om de meest precieze hematologische entiteit te kiezen, die vaak wordt bepaald door een genetische anomalie (zoals bv. acute leukemie kan myeloid, lymfoblastisch, enz. zijn).

De morfologiecodes worden geregistreerd volgens de actuele internationale classificatie (WHO blue book ‘Tumours of Haematopoietic and Lymphoid Tissues’ 4e herziene editie 2017). In deze classificatie worden nieuwe codes gebruikt die niet in ICD-O 3, 3e ed. terug te vinden zijn. In afwachting van een update van ICD-O 3 dienen deze hematologische maligniteiten met hun oude code geregistreerd te worden en dienen hun nieuwe codes in het commentaarveld vermeld te worden.

(zie recent geüpdatete lijst op de website van het Kankerregister:

<http://www.kankerregister.org/media/docs/downloads/programmedesoins/Codeshemato-NewBluebookListmalignant-2018.pdf>)

Structuur van de morfologiecode:

M	— — — —	/	—
	Histologie		Gedrag
	(8000 – 9992)		(0 – 3)

De **morfologiecode** geeft het celype van de tumor weer en bestaat uit 4 cijfers.

VOORBEELD

9983 = myelodysplastisch syndroom met overmaat van blasten

9680 = diffuus grootcellig B-cellymfoom

9732 = plasmacel myeloom

9812 = B-lymfoblastische leukemie/lymfoom met t(9;22)(q34.1;q11.2); BCR-ABL1

Het **gedrag** geeft de biologische activiteit van de tumor weer en wordt gecodeerd door het bijkomende 5de cijfer. Voor HM zijn er slechts 2 codes mogelijk voor het gedrag, nl.

1 = borderline, onzeker benigne of maligne, laag maligne potentieel, "in situ" lymfomen (**opgelet:** ondanks de benaming "in situ" lymfomen (folliculair/mantel) in WHO Blue Book ed. 2017 hebben deze tumoren wel degelijk een gedrag /1 en geen gedrag /2)

3 = maligne en invasief

→ **Bij HM kan er nooit een gedrag 2 ("in situ") voorkomen!!!**

Een zelfde histologie is soms mogelijk met verschillende gedragscodes:

VOORBEELD

9673/ 1 in situ mantelcellymfoom

9673/ 3 mantelcellymfoom

Alle hematologische maligniteiten met gedrag /3 dienen verplicht geregistreerd te worden.

Speciale gevallen:

• Indien een HM (**gedrag /3**) voorkomt na een niet-maligne hemopathie (**gedrag /1**): HM (/3) moet geregistreerd worden als een nieuwe HM= **nieuwe registratie met nieuwe incidentiedatum.**

• **Eénzelfde** ziekte kan **2 verschillende** klinische presentaties hebben:

→ **2 presentaties met dezelfde code**

VOORBEELD

9823/ 3 Kleincellig lymfocytair lymfoom/Chronisch lymfatische leukemie

9687/ 3 Burkitt-lymfoom/Burkitt-celleukemie

9673/ 3 Mantelcellymfoom/Leukemisch niet-nodaal mantelcellymfoom

(→ Differentiatie op basis van de topografiecode)

→ **2 presentaties met een verschillende code**

VOORBEELD

9671/ 3 Lymfoplasmacytair lymfoom (zonder monoclonale IgM piek)

9761/ 3 Macroglobulinemie van Waldenström (met monoclonale IgM piek)

• Een maligne (/3) of borderline (/1) hemopathie kan zich **transformeren** in verschillende HM:

→ **Meest voorkomend:** evolutie naar een acute/agressieve vorm

→ Maar ook mogelijk: transformatie naar een chronische/indolente vorm (de acute/agressieve vorm komt dan waarschijnlijk overeen met een van bij het begin getransformeerde chronische/indolente vorm)

Een HM die voorkomt na een 1^e HM moet worden beschouwd als een **transformatie** van de 1^e indien beiden afkomstig zijn van **dezelfde cellulaire lijn** (lymfoïde of myeloïde)

→ **1 enkele HM**

Indien de cellulaire lijn van de 2^e HM **verschillend** is van die van de 1^e HM, gaat dit om multiple tumoren

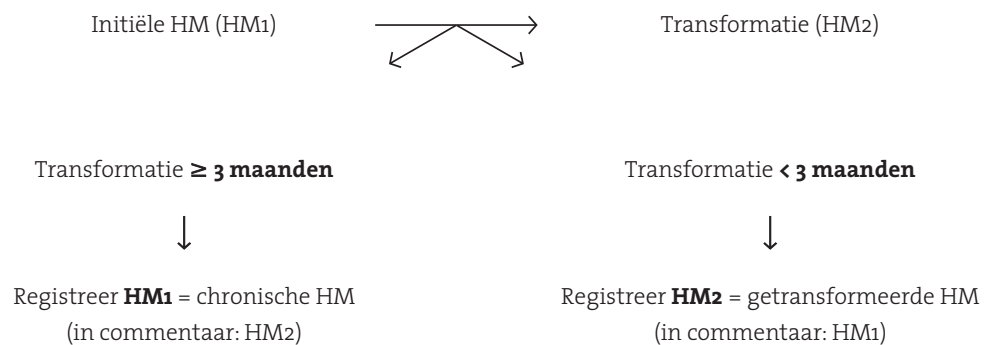
→ **2 verschillende HM**

Uitzondering: chronische myeloïde leukemie kan transformeren naar zowel **acute myeloïde leukemie** (2/3) als naar **acute lymfoblastische leukemie** (1/3)

Opgelet:

- Een **klassiek Hodgkin** lymfoom **transformeert niet**.
- Een Hodgkin lymfoom, **lymfocytenrijke vorm, nodulair** (niet-klassiek) **kan wel transformeren** naar een diffuus grootcellig B-cellymfoom (DLBCL).

Bij de registraties van hematologische transformaties/evoluties wordt de **3-maanden regel** gehanteerd:



→ Incidentiedatum = **ALTIJD** datum van HM₁

Bij twijfel: codeer de beide HM met hun meest nauwkeurige code en vraag advies aan uw contactpersoon bij het Belgisch Kankerregister.

Meer informatie omtrent transformaties en histologiecodes van hematologische maligniteiten is te vinden op de website (<http://www.kankerregister.org/media/docs/downloads/programmedesoins/Codeshemato-NewBluebookListmalignant-2018.pdf>

en

<http://www.kankerregister.org/media/docs/downloads/programmedesoins/Opleiding-hemato2018.pdf>).

7. DIFFERENTIATIEGRAAD

Voor **hematologische maligniteiten** duidt men hier niet de differentiatiegraad aan, maar wel het celtype:

5 = T-cel

6 = B-cel

7 = Null-cel

8 = Natural killer-cel

9 = Onbekend

Bij hematologische maligniteiten is de differentiatiegraad vaak geïntegreerd in de morfologiecode. De differentiatiegraad is niet noodzakelijk indien een specifieke morfologiecode wordt gebruikt, maar wel zeer nuttig indien de diagnose niet verder gespecificeerd is (lymfoom, leukemie NOS).

Opgelet: niet specifieke codes mogen enkel gebruikt worden in volgende gevallen:

- Patiënt die sterft voor het afronden van verdere onderzoeken
- Onvolledige diagnostiek door weigering van patiënt
- Verwijzing van patiënt voor tweede opinie voor uitvoeren van volledige oppuntstelling. In dit geval is een minimale codering vereist (volledige registratie in het ziekenhuis waar de patiënt zal worden behandeld, vooral belangrijk voor correcte incidentiedatum!)

8. KLINISCHE TNM

cTNM wordt niet gebruikt bij hematologische maligniteiten.

9. PATHOLOGISCHE TNM

pTNM wordt niet gebruikt bij hematologische maligniteiten.

10. ANDERE CLASSIFICATIE

1 = Ann Arbor voor non-Hodgkin en Hodgkin lymfomen (exclusief cutane lymfomen)

Table 5.5.1. – Ann Arbor staging system classification for lymphomas (Cotswold revision)^{11,12}

Stage	Definition
I	Involvement of a single node region or lymphoid structure (e.g., spleen, thymus, or Waldeyer's ring)
II	Involvement of two or more lymph node regions on the same side of the diaphragm (mediastinum is a single site; hilar lymph nodes are lateralized); the number of anatomic sites should be indicated by suffix (e.g., II ₃)
III	Involvement of lymph node regions or structures on both sides of the diaphragm
III ₁	With or without splenic, hilar, celiac or portal hepatic nodes
III ₂	With para aortic, iliac or mesenteric nodes
IV	Involvement of extranodal site(s) beyond the designated E (extranodal)
Annotations	
A	No symptoms
B	Fever, drenching sweats or weight loss
X	Bulky disease: >1/3 width of mediastinum at T5-6, or >10 cm
E	Involvement of a single extranodal site contiguous with or proximal to known nodal site of disease
CS	Clinical stage
PS	Pathologic stage

4 = Salmon Durie voor plasmacel neoplasmen

5 = (Revised-) International staging system (ISS) mag eveneens gebruikt worden voor plasmacel neoplasmen

11. DATUM VAN EERSTE BEHANDELING

De datum van eerste behandeling kan nooit vóór de incidentiedatum vallen.

De datum waarop de patiënt elke behandeling weigert of wanneer men beslist om niet te behandelen, is eveneens een geldige datum van eerste behandeling.

Het gebeurt dat een patiënt besproken wordt op een multidisciplinair oncologisch consult vooraleer een eerste behandeling toegediend wordt. Indien besloten wordt tot een biopsie/ totale resectie van het letsel, wordt bij voorkeur het resultaat van deze ingreep afgewacht om de registratie met deze bijkomende gegevens aan te vullen (precieze histologie, Ann Arbor, eventuele nood aan bijkomende behandeling, ...).

12. REEDS UITGEVOERDE BEHANDELINGEN

10 = heelkunde
15 = beenmergtransplantatie/stamceltransplantatie
20 = radiotherapie
25 = concomitante chemoradiotherapie
30 = isotopen
40 = chemotherapie / biologische agentia (bv. Imatinib ~ proteïnkine inhibitor)
50 = hormonen
60 = immunotherapie (bv. Rituximab ~ anti-CD20)
70 = symptomatisch (ook de code 85 kan hiervoor gebruikt worden)
80 = andere: specificeer
90 = geen therapie/watchfull waiting/active surveillance
95 = weigering therapie
99 = onbekend

De behandelingen dienen chronologisch ingevuld te worden. Het eerste veldje is verplicht in te vullen, vul eventueel en zo nodig "90" (Geen therapie) of "99" (Therapie onbekend) in.

Indien u te maken heeft met behandeling X **OF** behandeling Y: noteer "99" of wacht bij voorkeur met registreren tot er meer duidelijkheid is. Noteer in dat geval niet de beide keuzemogelijkheden. Noteren van meerdere codes kan enkel in geval van "EN", niet in geval van "OF".

Gelieve de code "10" enkel te gebruiken voor "heelkundige resectie van het letsel" (bvb. splenectomie) en NIET voor "afname van biopsie" (bvb. wegname lymfeknopen mag NOOIT met code "10" geregistreerd worden), noch voor "diagnostische ingrepen" zoals een exploratieve laparoscopie/laparotomie, een exploratieve thoracoscopie/thoracotomie, ...

Idealiter wordt een registratie pas naar het Kankerregister verzonden wanneer meer gegevens omtrent het behandelingsplan gekend zijn.

13. VERDER BEHANDELINGSPLAN

De behandelingen dienen chronologisch ingevuld te worden. Het eerste veldje is verplicht in te vullen. Dit betekent dat u de code "90" ("Geen therapie") of "99" (Therapie onbekend) dient in te vullen indien de patiënt voorafgaand aan de registratie nog geen therapie kreeg of wanneer onduidelijk is welke behandeling reeds werd toegepast.

Met "Reeds uitgevoerde behandelingen" en "Verder behandelingsplan" is het enkel de bedoeling om een samenvatting of overzicht te verkrijgen van het globale behandelingsplan. Om de registratie niet extra te belasten, werd er beslist om de huidige lijst van behandelingen niet verder uit te breiden. Om meer adequate informatie te verkrijgen wat betreft de behandelingen, heeft het Kankerregister immers de wettelijke toelating om te koppelen met de nomenclatuurgegevens voor toegediende medicatie of toegepaste ingreep van het Inter mutualistisch Agentschap (IMA).

(<http://www.kankerregister.org/media/docs/downloads/zorgprogramma/TIPSBIJHETINVULLENVANBEHANDELINGENOPDEKANKERREGISTRATIEFORMULIEREN-NEWjan2017.pdf>)

14. REDEN VAN MOC

De reden van MOC dient enkel ingevuld te worden voor gevallen die op een MOC werden besproken. Kies één van de voorgestelde redenen of kies “Andere” en specificieer.

Indien u gebruik maakt van de webtoepassing van het kankerregister, dan heeft u ook de mogelijkheid om “De ingevulde registratie werd niet besproken op een MOC.” aan te duiden. Na aanvinken van deze mogelijkheid zal u de formulieren in verband met de terugbetaling van de MOC niet te zien krijgen.

REFERENTIES

1. Tyczynski J., Démaret E., Parkin D.: *Standards and guidelines for cancer registration in Europe: the ENCR recommendations*. Lyon: IARC; 2003.
2. Koninklijk besluit van 21/03/2003 houdende vaststelling van de normen waaraan het zorgprogramma voor oncologische basiszorg en het zorgprogramma voor oncologie moeten voldoen om te worden erkend. Belgisch Staatsblad 2003; 22398-22411.
3. Wet houdende diverse bepalingen betreffende gezondheid van 13 december 2006. Belgisch Staatsblad 2006 ; 73786-73789.
4. Stichting Kankerregister, ICD-O Internationale Classificatie van Ziekten voor Oncologie. Gratis te verkrijgen op het Kankerregister bij deelname aan de basisopleiding. Tevens beschikbaar op de website van het kankerregister.
5. Gavin A., et al.: *Towards optimal clinical and epidemiological registration of haematological malignancies: Guidelines for recording progressions, transformations and multiple diagnoses*. European Journal of Cancer (2015) **51**, 1109-1122.
6. Sant M. et Al.: *Manual for Coding and Reporting Haematological Malignancies (Haemacare)*.
7. WHO blue book 'Tumours of Haematopoietic and Lymphoid Tissues', 4e herziene editie 2017.



Handleiding voor de registratie van een follow-up

voor hematologische maligniteiten besproken op een Multidisciplinair Oncologisch Consult (MOC)

Wat kan u registreren?

Wanneer een recidief of een transformatie/evolutie van een reeds gekende hematologische maligniteit op een MOC besproken wordt, kan het registratieformulier voor een follow-up ingevuld worden.

Het gebruik van dit specifieke formulier is verplicht in het kader van de terugbetaling van een FU-MOC (opgelet: niet alle FU-besprekingen komen in aanmerking voor terugbetaling; gelieve hiervoor de interpretatieregels, verschenen in het staatsblad, door te nemen of de mutualiteiten te contacteren).

LET OP:

1. Indien u een FU-formulier invult, is het belangrijk na te gaan of voor deze hematologische maligniteit ooit een registratie van een Nieuwe Diagnose naar het Kankerregister werd doorgestuurd!
2. Indien een nieuwe diagnose op meerdere MOC's besproken werd (bijvoorbeeld na een biopsie...), dan dient alle bekomen informatie geregistreerd te worden op één formulier voor de registratie van een Nieuwe Diagnose. Een FU kan enkel ingevuld worden indien er werkelijk sprake is van een recidief of een transformatie/evolutie!
3. Indien een hematologische maligniteit **met gedrag /3** voorkomt **na** een niet-maligne hemopathie **met gedrag /1**, dan moet de hematologische maligniteit met gedrag /3 geregistreerd worden als een **Nieuwe Diagnose** met een nieuwe registratie en een nieuwe incidentiedatum.

1. ADMINISTRatieve GEGEVENS VAN DE PATIENT

- **Identificatienummer van de Sociale Zekerheid (INSZ):** Meestal komt dit nummer overeen met het rijksregisternummer dat u terugvindt op de identiteitskaart van de patiënt of op zijn/haar ziekenfondsklevertjes.
- **Naam**
- **Geboortedatum**
- **Geslacht**
- **Postcode:** De postcode van de woonplaats van de patiënt wordt niet expliciet gevraagd op de formulieren voor de registratie van een follow-up.

2. GEGEVENS OVER DE GEKENDE HEMATOLOGISCHE MALIGNITEIT

LOKALISATIE OF TOPOGRAFIE

Dit is het orgaan of weefsel waaruit de **initiële** hematologische maligniteit ontstaan is.

De codes hiervoor worden voorzien door de "Internationale Classificatie van Ziekten voor Oncologie" of ICD-O, derde editie (1). Hou rekening met de ICD-O-3 updates en toekomstige

nieuwe edities. Steeds consulteerbaar op de website van het Kankerregister.
([http://www.kankerregister.org/media/docs/downloads/ICD-O3derdedruk\(nieuweversie\).pdf](http://www.kankerregister.org/media/docs/downloads/ICD-O3derdedruk(nieuweversie).pdf))

Zie ook “Handleiding voor de registratie van een nieuwe diagnose” voor meer bijzonderheden.

MORFOLOGISCHE DIAGNOSE (HISTOLOGIE/CYTOLOGIE, OMVAT OOK GENETISCHE ANALYSES)

De morfologiecodes worden geregistreerd volgens de actuele internationale classificatie (WHO blue book ‘Tumours of Haematopoietic and Lymphoid Tissues’ 4e herziene editie, 2017). In deze classificatie worden nieuwe codes gebruikt die niet in ICD-O 3, 3e ed. terug te vinden zijn. In afwachting van een update van ICD-O 3 dienen deze hematologische maligniteiten met hun oude code geregistreerd te worden en dienen hun nieuwe codes in het commentaarveld vermeld te worden.

(<http://www.kankerregister.org/media/docs/downloads/programmedesoins/Codeshemato-NewBluebookListmalignant-2018.pdf>)

Zie ook “Handleiding voor de registratie van een nieuwe diagnose” voor meer bijzonderheden.

INCIDENTIEDATUM

De incidentiedatum is altijd **de datum van eerste diagnose** van de initiële hematologische maligniteit! De datum van microscopische bevestiging van de diagnose heeft hierbij voorrang op de datum van technische of klinische bevestiging van de diagnose.

Het gaat dus NIET om de datum van vaststelling van een recidief of een transformatie/evolutie.

Zie ook “Handleiding voor de registratie van een nieuwe diagnose” voor meer bijzonderheden rond het noteren van een incidentiedatum.

3. FOLLOW-UP GEGEVENS

ZIEKTEVRIJ INTERVAL

Indien de patiënt een periode van volledige remissie gekend heeft, kies dan ‘ja’. Indien de hematologische maligniteit zich voortdurend heeft gemanifesteerd zonder volledig remissie (dus nooit volledig als ‘verdwenen’ werd beschouwd), kies dan ‘neen’.

DATUM EERSTE RECIDIEF (INDIEN ZIEKTEVRIJ INTERVAL)

Ook hier heeft de datum van microscopische bevestiging van de diagnose van het **eerste** recidief voorrang op de datum van technische of klinische bevestiging van de diagnose.

Ook wanneer een FU-formulier voor opeenvolgende recidieven wordt ingevuld, dient enkel de datum van het **eerste** recidief genoteerd te worden.

TRANSFORMATIE/EVOLUTIE

Bij de registraties van hematologische transformaties/evoluties wordt de **3-maanden regel** gehanteerd:

Initiële HM (HM1)



Transformatie (HM2)

Transformatie ≥ 3 maanden

Registreer **HM1** = chronische HM
(in commentaar: HM2)

Transformatie < 3 maanden

Registreer **HM2** = getransformeerde HM
(in commentaar: HM1)

→ Incidentiedatum = ALTIJD datum van HM1

Bij twijfel: codeer de beide HM met hun meest nauwkeurige code en vraag advies aan uw contactpersoon bij het Belgisch Kankerregister.

(<http://www.kankerregister.org/media/docs/downloads/programmedesoins/Opleiding-hemato2018.pdf>)

4. BEHANDELINGSPLAN IN HET KADER VAN HET HUIDIGE PROBLEEM

10 = heekunde

15 = beenmergtransplantatie/stamceltransplantatie

20 = radiotherapie

25 = concomitant chemoradiotherapie

30 = isotopen

40 = chemotherapie/biologische agentia (bvb. Imatinib ~ proteïnkine inhibitor)

50 = hormonen

60 = immunotherapie (bvb. Rituximab ~ anti-CD20)

70 = symptomatisch (ook de code 85 kan hiervoor gebruikt worden)

80 = andere: specificeer

90 = geen therapie/watchfull waiting/active surveillance

95 = weigering therapie

99 = onbekend

Vul de behandelingen chronologisch in, zoals besproken op het MOC.

Het eerste veldje is verplicht in te vullen, vul eventueel en zo nodig "90" (Geen therapie) of "99" (Therapie onbekend) in.

5. REDEN MOC

Kies één van de voorgestelde redenen of kies "Andere" en specificeer.

REFERENTIES

1. Stichting Kankerregister, ICD-O Internationale Classificatie van Ziekten voor Oncologie. Gratis te verkrijgen op het Kankerregister bij deelname aan de basisopleiding. Tevens beschikbaar op de website van het kankerregister.
2. Gavin A., et al.: *Towards optimal clinical and epidemiological registration of haematological malignancies*: Guidelines for recording progressions, transformations and multiple diagnoses. *European Journal of Cancer* (2015) **51**, 1109-1122.
3. Sant M. et al.: *Manual for Coding and Reporting Haematological Malignancies* (Haemacare).
4. WHO blue book 'Tumours of Haematopoietic and Lymphoid Tissues', 4e herziene editie 2017.

© 2018 Belgian Cancer Registry
Stichting Kankerregister – Fondation Registre du Cancer – Stiftung Krebsregister

D/2018/11.846/1
Responsible editor: Dr. Liesbet Van Eycken, Koningsstraat 215, 1210 Brussels

Design: www.magelaan.be

Use of data:
The information in this publication may be used freely on condition of correct quotation of the source and reference.

Additional information can be requested at:
Tel. 0032-2-250 10 10
Fax. 0032-2-250 10 11
E-mail: info@kankerregister.org – info@registreducancer.org

Belgian Cancer Registry



www.kankerregister.org

Koningsstraat 215

1210 Brussel

T +32 2 250 10 10

F +32 2 250 10 11

Uitgave 2018