Fondation Registre du Cancer

Belgian Cancer Registry

Manuel pour **l'enregistrement d'un nouveau diagnostic de cancer** et **d'un follow up**

Hémopathies Malignes

Belgian Cancer Registry

Manuel pour l'enregistrement d'un nouveau diagnostic

Hémopathies Malignes (HM)

Quelles tumeurs devez-vous enregistrer[1]?

TOUS les nouveaux diagnostics, même non discutés en COM, doivent être enregistrés[2][3].

Critères d'inclusion :

- Toutes les Hémopathies malignes (HM) **avec un comportement /3**, incluant les néoplasies myéloprolifératives et les syndromes myélodysplasiques.

Inclusion possible et utile, mais pas obligatoire à enregistrer :

- Hémopathies avec comportement /1 : potentiel malin incertain ou un faible potentiel de malignité.
  (liste la plus récente : http://www.kankerregister.org/media/docs/downloads/programmedesoins/CodeshematoNewBluebookListBordeline-2018.pdf)

Dans le cas où 2 tumeurs (ou plus) sont diagnostiquées (simultanément ou séquentiellement), un enregistrement individuel doit être réalisé pour chaque tumeur, en tenant compte des règles d'enregistrement pour les tumeurs multiples (cf paragraphe 6 et Manuel pour l'enregistrement d'un follow-up).

1. DONNEES ADMINSTRATIVES DU PATIENT

- **Numéro d'identification de la sécurité sociale (NISS) :** Ce numéro correspond souvent au numéro du registre national que vous retrouvez sur la carte d'identité du patient ou sur sa vignette de mutuelle.
- **Nom**
- **Date de naissance**
- **Sexe**
- **Code postal :** Le code postal du domicile du patient n'est pas demandé explicitement sur le formulaire d'enregistrement d'un nouveau diagnostic.

2. DONNEES EN RAPPORT AVEC L'HEMOPATHIE MALIGNE

1. DATE D'INCIDENCE[1]

La date d'incidence est la **date de première confirmation microscopique (cytologique/histologique) de malignité** (date de prélèvement/résection). Ceci est la situation la plus fréquente.

Cependant, il est exceptionnellement possible qu'il n'y ait pas de confirmation microscopique ou que celle-ci n'ait lieu qu'après la date de premier traitement. Dans ce cas, vous choisissez une des possibilités suivantes (priorité décroissante) :

- Première hospitalisation pour cette HM
- Première consultation pour cette malignité
- Premier diagnostic clinique ou technique
- Début du traitement pour cette HM
- Décès (dans le cas où aucune autre information n'est disponible)

La date d'incidence ne peut jamais être postérieure à la date de décès ni à la date de premier traitement.

Lors d'une récidive/transformation/évolution d'une hémopathie maligne déjà connue, veuillez utiliser le formulaire de *follow-up* ; la date d'incidence est ici également la date du premier diagnostic de l'hémopathie maligne connue !

L'enregistrement **correct** de la date d'incidence est très important étant donné que c'est le point de départ pour de nombreuses analyses.
Lorsque seuls le mois et l'année sont connus : notez 15/MM/AAAA
Lorsque seule l'année est connue : notez 01/07/AAAA

2. BASE DE DIAGNOSTIC

La base de diagnostic est la **technique la plus fiable** grâce à laquelle est établi le diagnostic.

La base de diagnostic est :

1 = autopsie (seulement lors d'une découverte fortuite, pas d'application pour les COM)
2 = histologie de la tumeur primaire
[3 = histologie d'une métastase] → non pertinent pour les HM
4 = cytologie/hématologie
5 = examen technique
6 = examen clinique
7 = marqueurs tumoraux (ex : Ig...)
9 = inconnu

La base de diagnostic que vous enregistrez ne doit pas nécessairement être liée à la date d'incidence.
Un diagnostic est souvent posé suite à l'utilisation de plusieurs techniques. Dans ce cas, prenez la technique la plus fiable suivant **l'ordre de priorité suivant : 2 ou 4 (voir ci-dessous) > 7 > 5 > 6**

Spécifique pour les hémopathies malignes :

- **"HM solides"** (ex. lymphomes, plasmocytomes, sarcomes myéloïdes...) **:**
  diagnostic le plus souvent posé suite à la biopsie d'un ganglion/ d'une masse tumorale / de la moelle osseuse.

  → Préférence pour l'**histologie** = **2**

- **"HM liquides"** (ex. LLC, leucémie aiguë (AL), néoplasies myéloprolifératives (MPN), syndromes myélodysplasiques (MDS), MPN/MDS, myélome plasmocytaire, phase leucémique d'un lymphome...) :
  diagnostic le plus souvent posé suite à une aspiration de moelle osseuse/ de liquides biologiques (ascites, plèvre...)/ de sang, comprenant les analyses immunologiques (cytométrie de flux) et génétiques (caryotype, analyses FISH, analyses moléculaires...).

  → Préférence pour la **cytologie/hématologie** = **4**

Exception: diagnostic sur base de marqueurs tumoraux **(BD 7)**

→ à myélome plasmocytaire (sang/immunoélectrophorèse urinaire)

- Immunoglobulines sériques (IgG, IgA, IgD, IgE)
- Excrétion urinaire d'une chaîne légère d'immunoglobulines (Kappa ou Lambda)

3. SCORE OMS

- Le score OMS est l'évaluation de l'état général du patient au moment du diagnostic.

0 = asymptomatique, activité normale
1 = symptomatique mais ambulant
2 = symptomatique, alité <50% de la journée
3 = symptomatique, alité >50% de la journée
4 = grabataire, complètement dépendant des soins

4. LOCALISATION PRIMAIRE OU TOPOGRAPHIE

La localisation primaire est **l'organe ou le tissu à partir duquel s'est développé l'hémopathie maligne**.
A noter que le diagnostic morphologique (histologie/cytologie, comprenant également les analyses génétiques) *- cf paragraphe 6 -, est de préférence déterminé avant d'enregistrer la localisation.*

Lorsque l'hémopathie maligne est connue, et surement dans le cas d'une HM « solide », veuillez la coder et/ou la décrire le **plus précisément possible.**

Les codes pour ceci sont à trouver dans la « Classification Internationale des Maladies pour l'Oncologie » ou CIM-O, 3ème édition(4). Veuillez tenir compte des mises à jours du CIM-O-3 et des nouvelles éditions. Le CIM-O-3 est consultable sur le site web du Registre du cancer *(www.registreducancer.org).*

Structure du code topographique :

C _ _ . _ (C00.0 – C80.9)
Catégorie Sous-catégorie

Spécifique pour les hémopathies malignes :

Topographie pour les HM "solides"

- Lorsque la localisation primaire d'un lymphome est un ganglion lymphatique, codez C77.**X** comme topographie.
- Pour les lymphomes extra-ganglionnaires, codez l'organe primitif / principalement atteint (estomac, amygdale, peau...), ce qui **peut différer de l'endroit de la biopsie** (qui correspond parfois au ganglion lymphatique le 'plus accessible', et non à la localisation primitive).
- Lorsque le lymphome prend naissance dans le médiastin ou le rétropéritoine, coder respectivement C38.X en C48.0.
- Lorsque plusieurs ganglions lymphatiques/organes sont atteints, codez C77.8.
- Lorsque la localisation primitive est inconnue, codez C77.9.

Remarque : L'atteinte primitive de la moelle osseuse par un lymphome est très rare.
Une atteinte de la moelle osseuse par un lymphome indique le plus souvent une phase leucémique d'un lymphome ayant une autre localisation (ganglionnaire ou extra-ganglionnaire).

Topographie pour les HM “liquides»

Codez par convention “moelle osseuse”, C42.1.
Exception: Phase leucémique d’un lymphome → codez la topographie du lymphome.

Topographie pour les néoplasies plasmocytaires (myélome, plasmocytome)

Codez le myélome (HM liquide) par convention dans la “moelle osseuse”, C42.1. et le plasmocytome (HM solide) dans “l’organe d’origine” (souvent les os).

Topographie pour la Macroglobulinémie de Waldenström

Codez par convention dans le “sang”, C42.0.

Topographie pour le sarcome myéloïde

Codez dans “l’organe primitif” (souvent cutané).

5. LATÉRALITÉ

La latéralité est demandée pour **tous les organes pairs**.
La liste des organes pairs se trouve sur notre site web (**www.registreducancer.org**).

Spécifique pour les hémopathies malignes:
Principalement important pour les lymphomes ayant pris naissance dans les ganglions lymphatiques ou les organes pairs.

6. DIAGNOSTIC MORPHOLOGIQUE (HISTOLOGIE/ CYTOLOGIE, CONTIENT AUSSI DES ANALYSES GÉNÉTIQUES)

Le diagnostic doit être le **plus détaillé possible.** La classification est basée sur des critères multidisciplinaires : en plus de la cytologie/histologie, des analyses cliniques, immunologiques et génétiques. Il est donc fondamental de choisir l’entité hématologique la plus précise, fréquemment déterminée par une anomalie génétique (comme les leucémies aiguës myéloïdes ou lymphoblastiques, etc.).

Les codes morphologiques sont enregistrés suivant la classification internationale actuelle (blue book OMS ‘Tumours of Haematopoietic and Lymphoid Tissues’ 4ème édition révisée, 2017). De nouveaux codes sont utilisés dans cette classification, qui ne sont pas présents dans le CIM-O-3, 3ème édition. En attente d’une mise à jour du CIM-O-3, ces hémopathies malignes doivent être enregistrées avec leur ancien code tout en précisant leur nouveau code dans le champ commentaire.
(voir la liste mise à jour récemment sur le site web du Registre du cancer:
http://www.kankerregister.org/media/docs/downloads/programmedesoins/Codeshemato-NewBluebookListmalignant-2018.pdf)

Structure du code morphologique :

M	_ _ _ _	/	_
	Histologie		Comportement
	(8000 – 9992)		(0 – 3)

Le **code morphologique** traduit le type cellulaire de la tumeur et est constitué de 4 chiffres.

Exemples :

9983 = syndrome myélodysplasique avec excès de blastes
9680 = lymphome diffus à grandes cellules B
9732 = myélome à cellules plasmocytaires
9812 = leucémie/lymphome lymphoblastique B avec t(9;22)(q34.1;q11.2); BCR-ABL1

Le **comportement** traduit l'activité biologique de la tumeur et est codé par le 5ème chiffre du code morphologique. Pour les HM, il n'existe que 2 codes possibles :

1 = borderline, à potentiel malin incertain, à faible potentiel de malignité, lymphomes « *in situ* » (**attention** : malgré leur dénomination, les lymphomes **« in situ »** (folliculaire/du manteau) ont bien un comportement /1 et non /2 dans le blue book OMS éd. 2017).

3 = malin et invasif

→ **Pour les HM, il n'y a jamais de comportement 2 ("in situ")!!!**

Une même histologie peut être combinée avec différents codes de comportement :

Exemples :

9673/1 = lymphome à cellules du manteau in situ
9673/3 = lymphome à cellules du manteau

Toutes les hémopathies malignes avec un comportement /3 doivent obligatoirement être enregistrées.

Cas particuliers :

- Si une HM (**comportement /3**) apparait **après** une hémopathie non maligne (**comportement /1**) : l'HM (/3) doit être enregistrée comme nouvelle HM = **nouvel enregistrement** avec **nouvelle date d'incidence**.

- **Une seule et même** maladie peut avoir **2 présentations cliniques** différentes :
  → **2 présentations avec le même code**

  Exemples:

  9823/ 3 Lymphome lymphocytaire à petites cellules/leucémie lymphatique chronique
  9687/ 3 Lymphome de Burkitt/leucémie à cellules de Burkitt
  9673/ 3 Lymphome à cellules du manteau/ Lymphome à cellules du manteau leucémique non-ganglionnaire

  (→ Différenciation selon le code topographique)

  → **2 présentations avec un code différent**

  Exemple:

  9671/ 3 Lymphome lymphoplasmocytaire (sans pic monoclonal IgM)
  9761/ 3 Macroglobulinemie de Waldenström (sans pic monoclonal IgM)

- Une hémopathie maligne (/3) ou borderline (/1) peut se **transformer** en différentes HM :
  → **Plus courant**: évolution vers une forme plus agressive/aiguë
  → Egalement possible: transformation vers une forme chronique/indolente (la forme aiguë/ agressive correspond alors souvent à une hémopathie chronique/indolente qui s'était présentée d'emblée sous sa forme transformée).

Une HM qui survient après une première HM doit être considérée comme la **transformation** de la première HM lorsque les deux sont issues de la **même lignée cellulaire** (lymphoïde ou myéloïde).

→ **1 seule HM**

Si la lignée cellulaire de la seconde HM est **différente** de celle de la première HM, on parle de **tumeurs multiples**.

→ **2 HM différentes**

Exception!: une **leucémie myéloïde chronique** peut se transformer tant en **leucémie myéloïde aiguë** (2/3) qu'en **leucémie lymphoblastique aiguë** (1/3).

Attention:

- Un **lymphome de Hodgkin classique** ne se **transforme pas**.
- Un lymphome de Hodgkin sous sa forme nodulaire riche en lymphocytes (non-classique) **peut se transformer** en lymphome à grandes cellules B diffus (DLBCL).

Pour l'enregistrement des transformations/évolutions hématologiques, il faut respecter la **règle des 3 mois** :

HM initiale (HM1) → Transformation (HM2)

Transformation **≥ 3 mois**	Transformation **< 3 mois**
↓	↓
Enregistrer l'**HM1** = HM chronique (en commentaire: HM2)	Enregistrer l'**HM2** = HM transformée (en commentaire: HM1)

→ Date d'incidence = TOUJOURS la date de l'HM1

En cas de doute: codez les deux HM avec leur code le plus précis et demandez conseil à votre personne de contact au sein du Registre du cancer.

Vous trouverez plus d'information à propos des transformations et codes histologiques des hémopathies malignes sur notre site web :
(http://www.kankerregister.org/media/docs/downloads/programmedesoins/Codeshemato-NewBluebookListmalignant-2018.pdf
et
http://www.kankerregister.org/media/docs/downloads/programmedesoins/Opleiding-hemato2018.pdf).

7. GRADE DE DIFFÉRENCIATION

Pour les **hémopathies malignes**, ce n'est pas le grade de différenciation mais le type cellulaire qui est indiqué :

5 = cellules T
6 = cellules B
7 = null-cell (non-T, non-B)
8 = Natural killer cell (NK)
9 = inconnu

Pour les hémopathies malignes, le grade de différenciation est souvent intégré au code morphologique. Le grade de différenciation n'est pas nécessaire lorsque un code morphologique spécifique est utilisé. Par contre, il est très utile lorsque le diagnostic n'est pas suffisamment spécifique (lymphome, leucémie SAI).

Attention: les codes non spécifiques ne peuvent être utilisés que dans les cas particuliers suivants:

- Patient décédé avant la mise au point complète
- Mise au point partielle par refus du patient
- Transfert du patient pour un deuxième avis avant la mise au point complète. Dans ce cas, il est indispensable de faire un enregistrement minimal (enregistrement complet dans l'hôpital où le patient sera pris en charge, particulièrement important pour que la date d'incidence soit correcte!)

8. TNM CLINIQUE

Le cTNM n'est pas utilisé pour les hémopathies malignes.

9. TNM PATHOLOGIQUE

Le pTNM n'est pas utilisé pour les hémopathies malignes.

10. AUTRE CLASSIFICATION

1 = Ann Arbor pour les lymphomes non-hodgkiniens et le lymphome de Hodgkin (à l'exclusion des lymphomes cutanés).

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., II3)
III	Involvement of lymph node regions or structures on both sides of the diaphragm
III1	With or without splenic, hilar, celiac or portal hepatic nodes
III2	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 pour les néoplasies plasmocytaires

5 = (Revised-) International staging system (ISS) peut aussi être utilisé pour les néoplasies plasmocytaires.

11. DATE DE PREMIER TRAITEMENT

La date de premier traitement ne peut jamais précéder la date d'incidence.
La date à laquelle le patient refuse toute thérapie ou la date à laquelle il décide de ne pas être traité est valable comme date de premier traitement.

Il est possible qu'un patient soit discuté lors d'une consultation oncologique multidisciplinaire avant que le premier traitement ne soit donné. Dans le cas où il a été décidé de réaliser une chirurgie de résection de la tumeur, veuillez attendre le résultat de cette chirurgie avant l'enregistrement afin de disposer des données complémentaires (histologie précise, Ann Arbor, éventuellement besoin d'un traitement néoadjuvant...).

12. TRAITEMENTS DÉJA REÇUS

10 = chirurgie
15 = greffe de moelle osseuse
20 = radiothérapie
25 = chimioradiothérapie concomitante
30 = isotopes
40 = chimiothérapie/agent biologique (ex : Imatinib ~ inhibiteur de protéine kinase)
50 = hormonothérapie
60 = immunothérapie (ex : Rituximab ~ anti-CD20)
70 = symptomatique (le code 85 peut aussi être utilise)
80 = autre : spécifier
90 = pas de thérapie/surveillance active/watchfull waiting
95 = refus de thérapie
99 = inconnu

Les traitement doivent être remplis de manière chronologique. Le premier champ doit être rempli, notez y éventuellement « 90 » (pas de thérapie) ou « 99 » (thérapie inconnue).

Lorsque vous avez à faire à un traitement X **OU** un traitement Y : notez « 99 » ou attendez d'avoir plus d'informations avant l'enregistrement. Ne notez pas les deux traitements. La notation de plusieurs codes de traitement n'est possible que dans le cas où on parle de « et », et pas dans le cas où on parle de « ou ».

Veuillez n'utiliser le code « 10 » que lorsqu'il y a une « résection chirurgicale de la tumeur primaire » (ex. splénectomie) et pas pour une « biopsie » (ex. le prélèvement d'un ganglion lymphatique ne sera JAMAIS codé « 10 »), ni pour une « intervention diagnostique » comme par exemple dans le cas d'une laparoscopie/laparotomie, thoracoscopie/thoracotomie explorative...

Idéalement, un enregistrement n'est envoyé à la FRC seulement lorsque les données concernant le plan de traitement sont connues.

13. PLAN DE TRAITEMENT ULTÉRIEUR

Les traitement doivent être remplis de manière chronologique. Le premier champ doit être rempli, notez y « 90 » (pas de thérapie) ou « 99 » (thérapie inconnue) lorsque le patient n'a pas encore reçu de thérapie au moment de l'enregistrement ou lorsqu'il il n'est pas clair quel traitement a été donné.

Le but des variables ***« traitements déjà reçus » et « plan de traitement ultérieur »*** est d'avoir un résumé, une vue d'ensemble du plan de traitement global. Pour ne pas *charger davantage l'enregistrement, nous avons décidé de ne pas allonger la liste des traitements. Pour obtenir des informations supplémentaires concernant les traitements, la FRC a l'autorisation légale de coupler ses données aux données de nomenclature de l'Agence Intermutualiste (AIM) pour les médicaments administrés et les interventions pratiquées.*

*Vous pouvez trouver des informations pour rendre le codage des traitements plus facile sur notre site web : (*http://www.kankerregister.org/media/docs/downloads/programmedesoins/CONSEILSPOURREMPLIRLESTRAITEMENTSSURLESFORMULAIRESCOM-NEWjan2017-corr.pdf*).*

14. JUSTIFICATION DE LA COM

La raison de la COM ne doit être remplie que lorsque le cas a été discuté en COM. Choisissez une des propositions ou choisissez « autre » et spécifiez.
Si vous utiliser l'application en ligne du Registre du Cancer, vous pourrez également choisir « cet enregistrement n'a pas été discuté en COM ». Dans ce cas, le formulaire pour le remboursement de la COM ne s'affichera pas.

RÉFÉRENCES

1. Tyczynski J., Démaret E., Parkin D.: *Standards and guidelines for cancer registration in Europe: the ENCR recommendations*. Lyon: IARC; 2003.
2. Arrêté royal du 21 mars 2003 définissant les normes auxquelles le programme de santé de base pour l'oncologie et le programme de soins oncologiques doivent satisfaire pour être agréés (publication 25/4/2003). Moniteur Belge 2003; 22398-22411.
3. Loi du 13 décembre 2006 portant dispositions diverses en matière de santé: l'article 39 du chapitre VI définit en détails les modalités d'enregistrement du cancer (publication 22/12/2006). Moniteur Belge 2006 ; 73786-73789.
4. Fondation Registre du Cancer, CIM-O-3 Classification Internationale des Maladies pour l'Oncologie. Disponible gratuitement au Registre du Cancer lors de la participation à la formation de base. Egalement disponible sur le site web du Registre du Cancer.
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', 4ème édition révisée, 2017.

Belgian Cancer Registry

Manuel pour l'enregistrement d'un follow-up

Pour les hémopathies malignes discutées lors d'une Consultation Oncologique Multidisciplinaire (COM)

Que pouvez-vous enregistrer?

Lorsqu'une récidive ou une transformation/évolution d'une hémopathie maligne connue est discutée en COM, vous pouvez remplir un formulaire d'enregistrement d'un follow-up.

L'utilisation de ce formulaire spécifique est obligatoire dans le cadre d'un remboursement d'une COM de FU (attention: pas toutes les discussions en COM de FU ne sont remboursées; pour cela, veuillez-vous référer aux règles d'interprétations de la Loi, ou veuillez contacter les mutualités).

ATTENTION :

1. Si vous complétez un formulaire de FU, il est important de vérifier que cette hémopathie maligne a déjà été enregistrée comme Nouveau Diagnostic et a été envoyée au Registre du Cancer.
2. Si un Nouveau Diagnostic est discuté lors de plusieurs COM (par exemple lors de la mise au point du diagnostic, après une biopsie...), il faut enregistrer toutes les informations additionnelles sur un seul formulaire d'enregistrement de Nouveau Diagnostic. Un FU ne peut être complété que lorsqu'il y a clairement une récidive ou une transformation/évolution.
3. Lorsqu'une hémopathie maligne avec un comportement /3 survient après une hémopathie non maligne avec un comportement /1, un Nouveau Diagnostic avec un nouvel enregistrement et une nouvelle date d'incidence doit être enregistré pour l'hémopathie maligne avec le comportement /3.

1. DONNEES ADMINSTRATIVES DU PATIENT

- **Numéro d'identification de la sécurité sociale (NISS) :** Ce numéro correspond souvent au numéro du registre national que vous retrouvez sur la carte d'identité du patient ou sur sa vignette de mutuelle.
- **Nom**
- **Date de naissance**
- **Sexe**
- **Code postal :** Le code postal du domicile du patient n'est pas demandé explicitement sur le formulaire d'enregistrement d'un nouveau diagnostic.

2. DONNEES EN RAPPORT AVEC L'HEMOPATHIE MALIGNE

LOCALISATION OU TOPOGRAPHIE

C'est l'organe ou le tissu dans lequel l'hémopathie maligne **initiale** a pris naissance.

Les codes prévus à cet effet sont fournis dans la "Classification Internationale des Maladies pour l'Oncologie" ou CIM-O, 3ème édition (1). Veuillez tenir compte des mises à jour du CIM-O, et des

futures nouvelles éditions. Le CIM-O est consultable sur le site web du Registre du Cancer (*www.registreducancer.org*).

Voir également le « *manuel sur l'enregistrement d'un nouveau diagnostic* » pour plus de précisions.

DIAGNOSTIC MORPHOLOGIQUE (HISTOLOGIE/ CYTOLOGIE, COMPRENANT ÉGALEMENT LES ANALYSES GÉNÉTIQUES)

Le codes morphologiques sont enregistrés suivant la classification internationale actuelle (blue book OMS 'Tumours of Haematopoietic and Lymphoid Tissues' 4ème édition révisée, 2017). De nouveaux codes sont utilisés dans cette classification, qui ne sont pas présents dans le CIM-O-3 3ème édition. En attente d'une mise à jour du CIM-O-3, ces hémopathies malignes doivent être enregistrées avec leur ancien code, tout en précisant leur nouveau code dans le champ commentaire. (http://www.kankerregister.org/media/docs/downloads/programmedesoins/CodeshematoNewBluebookListmalignant-2018.pdf)

Voir également le « *manuel sur l'enregistrement d'un nouveau diagnostic* » pour plus de précisions.

DATE D'INCIDENCE

La date d'incidence est toujours la **date du premier diagnostic** de l'hémopathie maligne initiale ! La date de la confirmation microscopique du diagnostic a la priorité sur la date de confirmation technique ou clinique. Ce n'est donc PAS la date de constatation d'une récidive ou d'une transformation/évolution.

Voir également le « *manuel sur l'enregistrement d'un nouveau diagnostic* » pour plus de précisions à propos de la notation d'une date d'incidence.

3. DONNEES DE FOLLOW-UP

INTERVALLE LIBRE

Si le patient a connu une période de rémission complète, cochez "oui". Si l'hémopathie maligne a progressé sans période de rémission complète (donc jamais considérée comme ayant tout à fait 'disparu'), cochez "non".

DATE DE LA PREMIÈRE RÉCIDIVE (SI INTERVALLE LIBRE)

Ici aussi la date de confirmation microscopique du diagnostic de la **première** récidive prime sur la date de confirmation technique ou clinique du diagnostic. Même lorsque un formulaire de follow-up est rempli pour des récidives successives, il ne faut noter que la date de la **première** récidive.

TRANSFORMATION/ÉVOLUTION

Pour l'enregistrement des transformations/évolutions hématologiques, il faut respecter la **règle des 3 mois** :

HM initiale (HM1) → Transformation (HM2)

Transformation **≥ 3 mois** ↓ Enregistrer l'**HM1** = HM chronique (en commentaire: HM2)

Transformation **< 3 mois** ↓ Enregistrer l'**HM2** = HM transformée (en commentaire: HM1)

→ Date d'incidence = TOUJOURS la date de l'HM 1

En cas de doute: codez les deux HM avec leur code le plus précis et demandez conseil à votre personne de contact au sein du Registre du cancer. (*http://www.kankerregister.org/media/docs/downloads/programmedesoins/Opleiding-hemato2018.pdf*).

4. PLAN DE TRAITEMENT EN RAISON DE LA PROBLEMATIQUE ACTUELLE

10 = chirurgie
15 = greffe de moelle osseuse
20 = radiothérapie
25 = chimioradiothérapie concomitante
30 = isotopes
40 = chimiothérapie/agent biologique (ex : Imatinib ~ inhibiteur de protéine kinase)
50 = hormonothérapie
60 = immunothérapie (ex : Rituximab ~anti-CD20)
70 = symptomatique (le code 85 peut aussi être utilise)
80 = autre : spécifier
90 = pas de thérapie/surveillance active/watchfull waiting
95 = refus thérapie
99 = inconnu

Remplissez les traitements de manière chronologique, comme discuté lors de la COM.
Le premier champ doit toujours être rempli, notez éventuellement « 90 » (pas de thérapie) ou « 99 » (thérapie inconnue).

5. JUSTIFICATION DE LA COM

Choisissez un des justificatifs proposés ou choisissez "Autre" et précisez-le.

RÉFÉRENCES

1. Fondation Registre du Cancer, CIM-O Classification Internationale des Maladies pour l'Oncologie. Disponible gratuitement lors de la participation aux formations de base au Registre du Cancer. Egalement disponible sur le site web du Registre du Cancer *www.registreducancer.org.*
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. blue book OMS 'Tumours of Haematopoietic and Lymphoid Tissues', 4ème édition révisée, 2017.

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

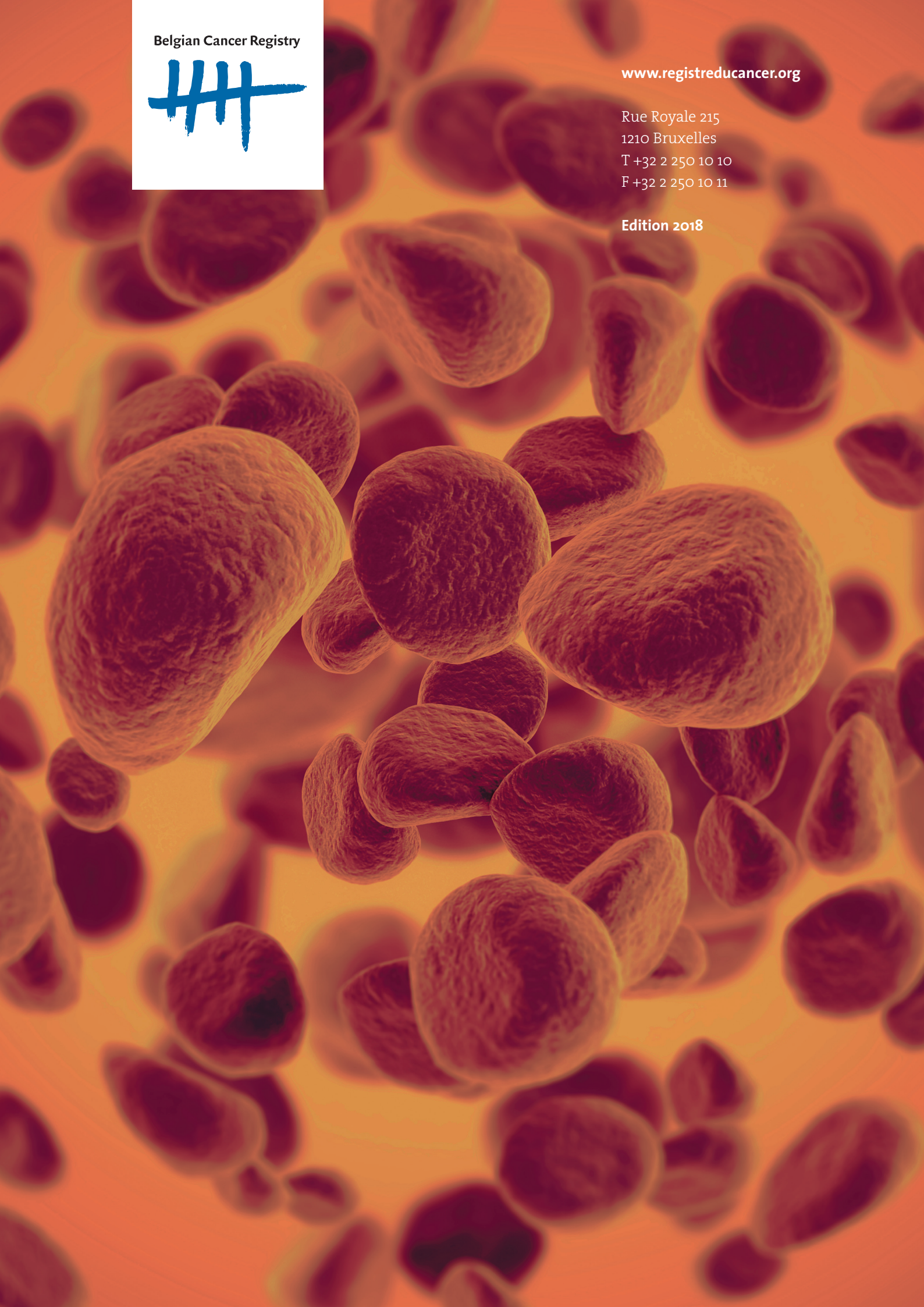
D/2018/11.846/2
Responsible editor: Dr. Liesbet Van Eycken, Koningsstraat 215, 1210 Brussels

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.registreducancer.org

Rue Royale 215
1210 Bruxelles
T +32 2 250 10 10
F +32 2 250 10 11

Edition 2018