

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.

CHECKLIST : EXHAUSTIVITE DE L'ENREGISTREMENT

- Date d'incidence, base de diagnostic, code topographie, code morphologie et comportement toujours complétés ?
- Latéralité toujours mentionnée pour tous les organes pairs (surtout pour les tumeurs du sein, du rein et de la peau) ?
- Sous-localisation toujours indiquée pour les tumeurs du côlon et de la peau (C18.9 et C44.9 sont à éviter autant que possible) ?
- 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 en cas de chirurgie après thérapie néoadjuvante (ne pas noter un pTNM suite à la résection d'une récurrence !) ?

Important : noter '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")

- Si pas de TNM pour une tumeur où le TNM est applicable, merci de noter la raison en commentaire.
- Lorsqu'une chirurgie est prévue dans le plan de traitement et le patient est transféré pour la chirurgie vers un autre hôpital, vous devez indiquer en commentaire la raison de l'absence de pTNM.
- 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.
- 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 de l'ovaire et les tumeurs bénignes (et borderline) du système nerveux central sont-elles enregistrées ? Les LAMN 8480/1 doivent aussi être enregistrées. (voir critères d'inclusion détaillés sur notre site web)
- Pour le côlon, la peau, le sein, le col de l'utérus et le système urinaire, vérifier qu'il y a bien des tumeurs in situ /2 (fréquentes dans ces localisations).
- Schwannome (9560/0): uniquement à enregistrer au niveau du système nerveux central.
- Hémopathies malignes : enregistrement des borderlines /1 fortement recommandé mais pas obligatoire.
- 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 ?
- *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).*

CHECKLIST : CHOIX DU CODE TOPOGRAPHIQUE

- Les sous-localisations de l'estomac sont-elles spécifiées 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.
- TCC dans le rein : pas au niveau du parenchyme rénal (C64.9) mais bien du bassinnet 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 ?

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 : à coder 8272/0 (et non 8140/0)
- Adénocarcinome du côlon et de l'estomac : à coder 8140/3 ; 8144/3 est réservé pour les adénoca 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 le site web). 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).
- **Tumeurs endocrines (8013, 8041, 8045 ; 8150-8159; 8240-8249):** tous /3 sauf 8245/1, 8248/1, 8150/0. Tous les paragangliomes sont /3 sauf 8683/0. 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. Répertoirez les autres sous-types dans le champ commentaire.
- **Sarcomes:** coder la morphologie la plus spécifique possible. Eviter 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.**

CHECKLIST : INDICATION DE LA BASE DE DIAGNOSTIC

- Pas de base de diagnostic '5/6' combinée à un code histologique spécifique (à l'exception, par exemple, du carcinome hépatocellulaire, de la tumeur de Wilms, du glioblastome, du méningiome etc.) (liste complète des exceptions dans la formation de base)
- Pas de base de diagnostic '2' en combinaison avec le code topo 'C80.9'.
- Vérifier 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 dans un commentaire).

CHECKLIST : CLASSIFICATION SELON LE TNM

- pTNM compatible avec le comportement de la tumeur ?
 - pas de pTis ou de pTa avec des tumeurs de comportement /3 à moins qu'il s'agisse d'un y pTNM (dans ce cas, l'enregistrement doit montrer que la chirurgie a été précédée par une thérapie néoadjuvante ; en d'autres termes, '10' doit être précédé par '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 prostate (il n'existe, par définition, pas de pT1 pour les tumeurs prostatiques cfr. le livre TNM édition et les FAQ sur le 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, mais cN et cM sont bien possibles.

VEUILLEZ AUSSI BRIEVEMENT VERIFIER :

- 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, 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 plus d'informations sur les sujets abordés ci-dessus, nous vous invitons à consulter nos formations et documents disponibles sur notre site web www.kankerregister.org.