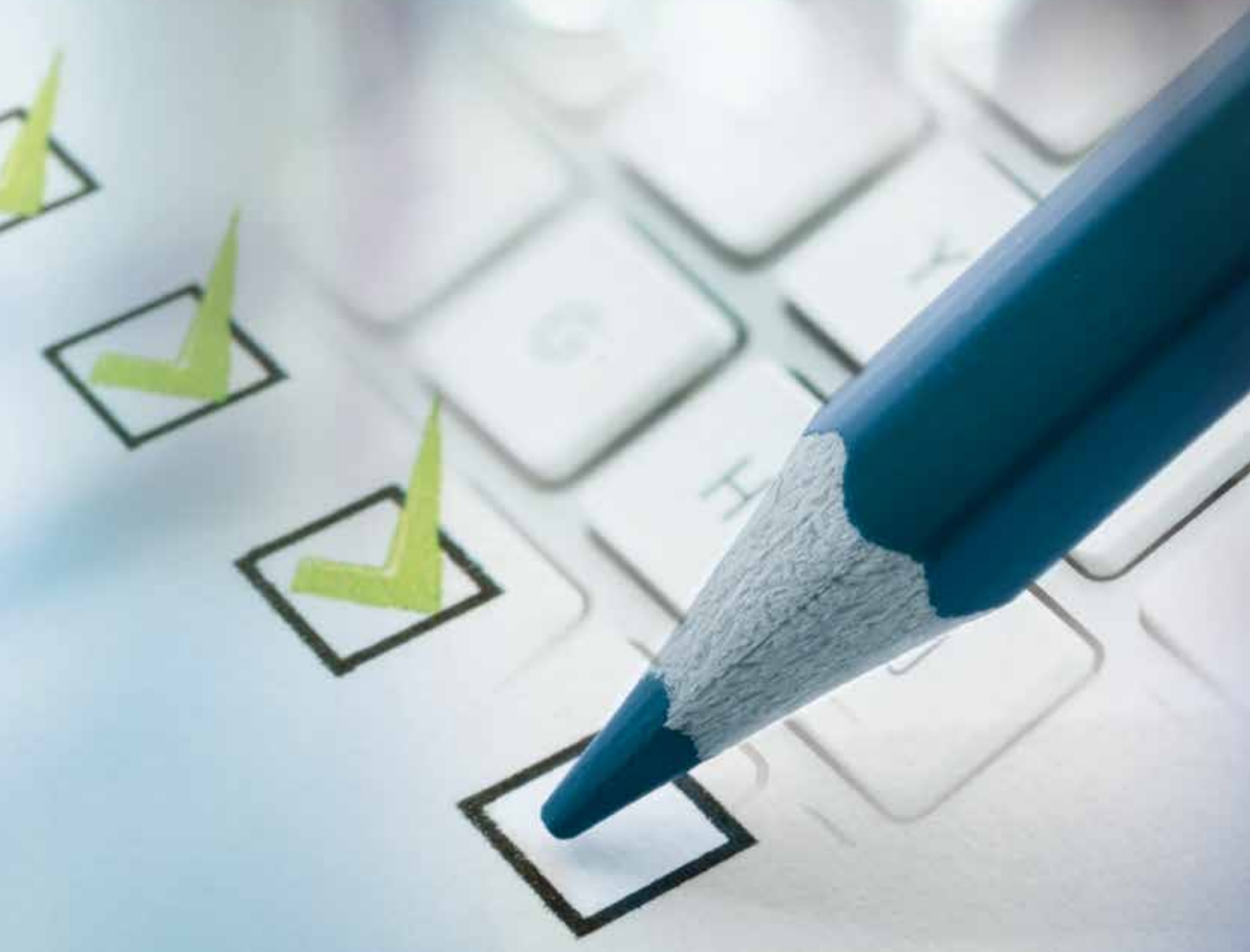


Stichting Kankerregister

Belgian Cancer Registry



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





Handleiding voor de registratie van een nieuwe diagnose

voor gevallen al dan niet besproken op een Multidisciplinair Oncologisch Consult (MOC)

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 nieuwe diagnoses van kanker, m.a.w. alle maligne tumoren, invasief of in situ (inclusief letsels met hooggradige/ernstige dysplasie of hooggradige intra-epitheliale neoplasie)
- Alle hematologische tumoren inclusief de myeloproliferatieve aandoeningen en myelodysplastische syndromen
- Alle tumoren van het centraal zenuwstelsel, inclusief meningen, ongeacht het gedrag van de tumor (benigne, borderline, maligne)
- Alle urotheelceltumoren (laag maligne potentieel, in situ en invasief)
- Ovarium: alle maligne en borderline maligne (epitheliale) tumoren

Uitzonderingen:

- Basocellulaire carcinomen dienen niet geregistreerd te worden, *tenzij bij kinderen tot 16 jaar*.
- Hemangiomen, cysten en hamartomen van het centraal zenuwstelsel dienen niet geregistreerd te worden

Indien er 2 of meerdere tumoren gediagnosticeerd worden (bv. in verschillende organen, bilaterale borsttumoren,...), dient voor elke tumor een afzonderlijke registratie verricht te worden, rekening houdend met de regels voor registratie van multipale tumoren.

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 TUMOR

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

- eerste hospitalisatie voor kanker
- eerste consultatie omwille van maligniteit
- eerste klinische of technische diagnose
- begin van behandeling voor kanker
- 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 of metastase van een reeds gekende primaire tumor, gebruikt u het formulier voor een *Follow-up*; ook hierop is de incidentiedatum die van de eerste diagnose van de **primaire** tumor!

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
- 4 = cytologie/hematologie
- 5 = technisch onderzoek
- 6 = klinisch onderzoek
- 7 = tumormerker (bvb. PSA, HCG, AFP, Ig,...)
- 9 = onbekend

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

VOORBEELD

12/01/2016 urine: cytologisch onderzoek: maligne cellen

18/01/2016 biopsie van de blaas: histologisch onderzoek: invasief urotheelcarcinoom

incidentiedatum: 12/01/2016 (= datum van eerste microscopische bevestiging van maligniteit)

basis voor diagnose: 2 (= histologie van de primaire tumor) → deze basis voor diagnose is niet gelinkt aan de incidentiedatum maar aan de meest betrouwbare techniek waarmee diagnose werd gesteld.

Een diagnose wordt vaak gesteld aan de hand van meerdere onderzoekstechnieken. In dit geval neemt u de meest betrouwbare volgens **volgende afnemende prioriteit: 2 > 3 > 4 > 7 > 5 > 6**.

Een diagnose van maligniteit die louter op een technische of klinische basis wordt gesteld, laat meestal geen specifieke histologische diagnose toe.

Indien er naast het technisch of klinisch onderzoek een anatomopathologisch onderzoek of bloedonderzoek gebeurde, codeer dan 2, 3 of 4.

3. WHO-SCORE

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

- 0 = asymptomatisch, normale activiteit
- 1 = symptomatisch maar ambulante
- 2 = symptomatisch, bedlegerig <50% per dag
- 3 = symptomatisch, bedlegerig >50% per dag
- 4 = aangewezen op volledige verzorging, 100% bedlegerig

4. PRIMAIRE TUMORLOKALISATIE OF TOPOGRAFIE

De primaire tumorlokalisatie is het **orgaan of weefsel waaruit de primaire tumor ontstaan is**.

Indien de primaire tumorlokalisatie bekend is, gelieve deze dan **zo specifiek en nauwkeurig mogelijk te omschrijven** en/of te coderen.

Voor volgende organen wordt een zo specifiek mogelijke omschrijving verwacht:

- **Farynx:** orofarynx, tongbasis, tonsil, nasofarynx, sinus piriformis, hypofarynx,....
- **Larynx:** supraglottis, glottis, subglottis,...
- **Colon:** appendix, caecum, colon ascendens, leverhoek, colon transversum, milthoek, colon descendens, sigmoïd
- **Uterus:** cervix, corpus, endometrium,....
- **Bot, huid, bindweefsel, subcutaan weefsel en overige weke delen:** naam van het bot of juiste lokalisatie en lateraliteit aangeven

VOORBEELD

Linker tibia

Rechter musculus quadriceps femoris

Huid van de rechter schouder

De codes hiervoor worden voorzien door de "Internationale Classificatie van Ziekten voor Oncologie" of ICD-O, derde editie ⁽⁴⁾. Steeds consulteerbaar op de website van het Kankerregister (www.kankerregister.org).

Structuur van de topografiecode:

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

VOORBEELD

C18.0 = Caecum

C18.2 = Colon ascendens

C18.7 = Colon sigmoideum

Opmerking 1: Bot, bindweefsel, subcutaan en andere weke delen, hersenen en lymfeklieren zijn nooit primaire tumorlokalisaties voor *carcinomen*.

Opmerking 2: Lymfeklieren (C77.X) kunnen enkel de primaire lokalisatie zijn van *lymfomen* (nooit van carcinomen, sarcomen,...)

Topografie indien primaire lokalisatie onbekend

Vul "onbekend" (C80.9 = niet gespecificeerde lokalisatie of primaire lokalisatie onbekend) in indien de primaire tumorlokalisatie niet kan bepaald worden.

Topografie voor lymfomen

Wanneer de lymfeklieren de primaire lokalisatie zijn van een lymfoom, codeer dan “lymfeklieren”, C77._, als topografie.

Codeer extranodale lymfomen in het orgaan (maag, tonsil, huid....) waar het lymfoom is ontstaan, wat mogelijk niet overeenkomt met de plaats van biopsie.

Indien de primaire lokalisatie onbekend is, noteer dan C77.9.

Topografie voor leukemieën

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

Topografie voor multipel myeloom

Codeer een multipel myeloom (ziekte van Kahler) bij afspraak in het “beenmerg”, C42.1.

5. LATERALITEIT

Het aangeven van de lateraliteit wordt gevraagd **bij alle pare organen** en is van belang bij de bepaling van multipele tumoren.

Dit is voornamelijk van belang bij borsttumoren, niertumoren, longtumoren en tumoren van huid, bot en weke delen.

Een lijst van pare organen is terug te vinden op de website (www.kankerregister.org).

6. HISTOLOGISCHE DIAGNOSE OF MORFOLOGIE

De histologische diagnose dient zo gedetailleerd mogelijk omschreven te worden. Wacht hiervoor bij voorkeur het definitief resultaat van de biopsie of de heekkundige resectie af.

Onder meer voor volgende diagnoses wordt een zo nauwkeurig mogelijke omschrijving gevraagd (voorbeelden van de minimale graad van diagnostisch detail):

- **Adenocarcinoom bij borst:** ductaal, lobulair, gemengd ductaal en lobulair,...
- **Sarcoom:** fibrosarcoom, liposarcoom, leiomyosarcoom,...
- **Lymfoom:** Hodgkin, non Hodgkin, kleincellig, grootcellig, B-cel, T-cel, diffuus, folliculair,...
- **Leukemie:** acuut, chronisch, myeloid, lymfoid,...

De histologische diagnose of morfologie wordt sinds 2002 eveneens gecodeerd volgens de “Internationale Classificatie van Ziekten voor Oncologie” of ICD-O, derde editie⁽⁴⁾. Hou rekening met de ICD-O-3 updates en eventuele nieuwe edities. Steeds consulteerbaar op de website (www.kankerregister.org).

Structuur van de morfologiecode:

M	_____	/	__
	Histologie		Gedrag
	(8000 - 9999)		(0 - 3)

De histologiecode geeft het celtypen van de tumor weer en bestaat uit 4 cijfers.

VOORBEELD

8000 = neoplasma

8010 = epitheliale tumor

8140 = adeno-

9380 = glioom

9989 = myelodysplastisch syndroom

Het gedrag geeft de biologische activiteit van de tumor weer en wordt gecodeerd door het bijkomende 5^{de} cijfer:

0 = benigne

1 = borderline, onzeker benigne of maligne, laag maligne potentieel

2 = in situ, intra-epitheliaal, hooggradige/ernstige dysplasie

3 = maligne en invasief

Een zelfde histologie is soms mogelijk met verschillende gedragscodes:

VOORBEELD

8140 / 0 adenoom

8140 / 1 atypisch adenoom

8140 / 2 adenocarcinoom in situ

8140 / 3 invasief adenocarcinoom

Indien in de tumor simultaan eenzelfde histologische component voorkomt maar met een verschillend gedrag, neem dan de hoogste index voor gedrag.

VOORBEELD

Infiltrerend ductaal carcinoom (gedrag 3) en ductaal carcinoma in situ (gedrag 2) in dezelfde borsttumor: codeer enkel het infiltrerend ductaal carcinoom (8500/3)

Wees aandachtig voor mogelijke inconsistenties tussen de histologische diagnose en de lokalisatie van de tumor of het pT-stadium.

VOORBEELD

Ductaal carcinoma in situ (8500/2) van de borst mag niet gecodeerd worden in combinatie met pT1, pT2, ...

De pT wordt in dit geval niet bepaald door de afmeting van de in situ tumor. Codeer ongeacht de grootte van de niet-invasieve component steeds pTis

Uitzondering: in het colorectum (C18-C19-C20) wordt een tumor die beperkt blijft tot de mucosa (zuiver intra-epitheliaal of met uitbreiding in de lamina propria) uitzonderlijk toch als een in situ tumor geregistreerd (/2), terwijl bij andere organen carcinomen die de basale membraan doorbreken en hierdoor uitbreiden in de mucosa, steeds als invasief (/3) worden beschouwd.

Alle tumoren met gedrag 2 en 3 dienen geregistreerd te worden.

Voor het urinair systeem en het ovarium registreert men bovendien ook de tumoren met borderline gedrag (gedrag 1).

Voor het centraal zenuwstelsel (C70 – C71 – C72 – C75.1 – C75.2 en C75.3) worden alle tumoren geregistreerd ongeacht het gedrag van de tumor (zie ook “Welke tumoren dient u te registreren?”).

Indien u een vrij **uitzonderlijke diagnose** registreert, bijvoorbeeld uitzonderlijk voor een bepaalde leeftijd of voor een bepaalde tumorlokalisatie, wordt aanbevolen deze diagnose te bevestigen door toevoeging van een opmerking.

Indien de **diagnose van kanker gesteld werd zonder microscopisch onderzoek**, codeer dan “8000/3” of “maligne neoplasma” of “kanker”.

UITZONDERINGEN:

Sommige tumoren zonder microscopische bevestiging laten op basis van zeer specifiek onderzoek wel een meer accurate tumordiagnose toe. Dit is enkel mogelijk voor volgende tumoren:

- 8150-8154 Eilandcelcarcinoom, gastrinoom
- 8170 Hepatocellulair carcinoom
- 8270-8281 Hypofysaire tumoren
- 8720 Melanoom

- 8800 Sarcoom, NNO
- 8960 Nefroblastoom of Wilmstumor
- 9100 Choriocarcinoom
- 9140 Kaposi sarcoom
- 9350 Craniofaryngioom
- 9380 Glioom
- 9384 Subependymaal reuscelastrocytoom
- 9440 Glioblastoom
- 9500 Neuroblastoom
- 9510 Retinoblastoom
- 9530-9539 Meningioom
- 9590 Maligne lymfoom, NNO
- 9732 Multipel myeloom (ziekte van Kahler)
- 9761 Macroglobulinemie van Waldenström
- 9800 Leukemie, NNO

Histologische diagnose bij urotheelceltumoren (transitioneelcelcarcinoom van het overgangsepitheel)(afgekort tot TCC).

Vlakke of non-papillaire urotheelceltumoren:

Vlakke urotheelceltumoren of tumoren waarbij het groeipatroon niet nader omschreven (NNO) is, worden als volgt gecodeerd:

Carcinoma in situ (Tis): 8010/2 of 8120/2

Invasief carcinoom (T1-T4): 8120/3

Papillaire urotheelceltumoren:

• Niet-invasief

De codering van de **niet-invasieve papillaire urotheelceltumoren** is afhankelijk van de WHO-gradering. Sommige anatoompathologen graderen deze tumoren volgens de WHO-classificatie van 1973, andere zijn ondertussen overgestapt op de ISUP-classificatie van 1998, overgenomen in de WHO-classificatie van 2004 en 2016⁽⁶⁾. Hoewel we toch het gebruik van de meest recente WHO-classificatie willen aanbevelen, geven we hieronder de codeerrichtlijnen voor beide classificaties.

WHO-gradering van 1973:

Niet-invasief papillair TCC (Ta), goed gedifferentieerd: 8130/1 differentiatiegraad 1

Niet-invasief papillair TCC (Ta), matig gedifferentieerd: 8130/2 differentiatiegraad 2

Niet-invasief papillair TCC (Ta), weinig gedifferentieerd: 8130/2 differentiatiegraad 3

ISUP-classificatie van 1998, overgenomen in de WHO classificatie van 2004 en 2016

Papillair urotheliaal neoplasma met laag maligne potentieel (PUNLMP): 8130/1

Laaggradig niet-invasief papillair TCC (Ta): 8130/2 – differentiatiegraad 1

Hooggradig niet-invasief papillair TCC (Ta): 8130/2 – differentiatiegraad 3

• Invasief

Zodra de lamina propria geïnvadeerd is, spreekt men van een **invasief papillair urotheelcercarcinoom**. Dit wordt op volgende wijze gecodeerd:

Invasief papillair urotheelcercarcinoom (T1-T4): 8130/3

7. DIFFERENTIATIEGRAAD

De differentiatiegraad duidt aan **in welke mate de tumorcellen gelijken op de cellen van het weefsel waaruit ze ontstaan zijn**. Het is een indicatie voor de graad van agressiviteit van de tumor en wordt beschreven door de patholoog:

- 1 = goed gedifferentieerd (GG) of graad I
- 2 = matig gedifferentieerd (MG) of graad II
- 3 = weinig gedifferentieerd (WG) of graad III
- 4 = ongedifferentieerd (OG)/ anaplastisch of graad IV
- 9 = gradering onbekend, niet bepaald, niet vermeld of niet van toepassing

Indien in de tumor letsels voorkomen met een verschillende differentiatiegraad, codeer dan de hoogste graad.

VOORBEELD

adenocarcinoma, matig tot weinig gedifferentieerd: neem differentiatiegraad "3" (= weinig gedifferentieerd).

Opgelet, voor **lymfomen en leukemieën** duidt men hier niet de differentiatiegraad aan, maar wel het celtype:

- 5 = T-cel
- 6 = B-cel
- 7 = Null-cel (non T – non B)
- 8 = Natural Killer-cel (NK-cel)
- 9 = Onbekend

Sommige **andere graderingen** zijn te herleiden naar een differentiatiegraad:

- **Gleasonscore (prostaat):**
 - **TNM 7^e editie (2010-2016):** Gleason 2-6 = GG; 7 = MG; 8-10 = WG
 - **TNM 8^e editie (2017-):** Noteer geen differentiatiegraad maar schrijf Gleasonscore steeds voluit
 - Steeds voluit noteren bij "andere classificatiestadia" als volgt: Gleason X=Y+Z (opgelet: Gleason 7=4+3 ≠ Gleason 7=3+4)
- **Fuhrman (nier):** 1 = GG; 2 = MG; 3 = WG; 4 = OG
- **SBR (borst):** 3-5 = GG; 6-7 = MG; 8-9 = WG

8. KLINISCHE TNM

De TNM duidt de **mate van uitbreiding van de tumor** aan. De "T" (Tumor) beschrijft de lokale uitgebreidheid van de tumor, de "N" (Nodes) beschrijft de uitbreiding in de regionale klieren en de "M" (Metastasis) beschrijft de uitbreiding op afstand.

Voor de tumoren waarvoor de TNM van toepassing is, is het registreren van de cTNM wettelijk verplicht⁽²⁾.

Een belangrijk doel van de cTNM: faciliteren van de selectie van de behandeling volgens de op evidentie gebaseerde richtlijnen en overeenkomstig de uitgebreidheid van de tumor.

De **klinische TNM** of cTNM is de TNM op het moment van diagnose. Deze mag niet meer gewijzigd worden na start van een behandeling.

Indien de standaard onderzoeken bij een bepaald type tumor geen regionale lymfeklier aantasting en/of metastasen op afstand aan het licht brengen, mag cNo en/of cMo gecodeerd worden. cMx wordt niet meer als geldige waarde aanvaard.

De klinische TNM wordt ingevuld volgens TNM, Classification of Malignant Tumours⁽⁶⁾. Het BCR volgt hierbij de UICC richtlijnen. De te gebruiken editie is afhankelijk van het incidentiejaar:

- Tumoren met incidentiejaar 2003-2009: TNM 6e editie
- Tumoren met incidentiejaar 2010-2016: TNM 7e editie
- Tumoren met incidentiejaar vanaf 2017: TNM 8e editie

In geval van twijfel (bv. T₁ à T₂, N₂ of N₃,.....), neem dan de laagste T of N.

De behandelende arts die beschikt over de resultaten van alle stagingonderzoeken is verantwoordelijk voor de registratie van de cTNM.

9. PATHOLOGISCHE TNM

De pathologische TNM of pTNM is de **TNM na resectie van de primaire tumor** of na afname van een biopt dat toelaat de hoogste pT-categorie te evalueren. Wacht hiervoor het resultaat af van het anatomopathologische onderzoek van het resectiestuk. De pTNM kan bijgevolg niet altijd ingevuld worden.

ENKELE VOORBEELDEN:

<i>longtumor, chemotherapeutische behandeling</i>	→ cTNM
<i>prostaatcarcinoom, TURP en/of hormonale therapie</i>	→ cTNM
<i>blaastumor, TURB indien volledige resectie</i>	→ cTNM én pTNM
<i>blaastumor, cystectomie</i>	→ cTNM én pTNM

De **pT** wordt ingevuld bij resectie van de primaire tumor (=behandeling '10') of na afname van een biopt dat toelaat de hoogste pT-categorie te evalueren.

De **pN** wordt ingevuld indien men de regionale klieren heeft verwijderd (ook indien het vooropgestelde aantal niet werd bereikt). Een pN kan echter enkel worden ingevuld wanneer ook een pT kon worden bepaald. Noteer geen pN voor een klieruitruiming in het kader van de diagnostische oppuntstelling. Het gaat dan immers om een cN.

De **pM** wordt ingevuld indien men een biopsie, punctie of resectie van een metastase heeft uitgevoerd. Een stadium pM₀ is niet mogelijk. Indien het pathologisch onderzoek geen metastasen kon aantonen, hoeft de pM niet ingevuld te worden. Een pM kan ingevuld worden in afwezigheid van een pT of een pN.

Men spreekt van **ypTNM** indien **neo-adjuvante behandeling** (meestal chemotherapie en/of radiotherapie) de heelkundige ingreep voorafging.

De ypTNM mag ingevuld worden in de veldjes voorzien voor de pTNM, maar geef duidelijk de volgorde van behandelingen aan. Dit vergemakkelijkt de interpretatie voor de kankerregistratie (pTNM of ypTNM). Voeg ook in een commentaarveld toe dat het gaat om een ypTNM.

De pathologische TNM wordt eveneens ingevuld volgens TNM, Classification of Malignant Tumours van de UICC⁽⁶⁾. De te gebruiken editie is afhankelijk van het incidentiejaar (cfr supra).

In geval van twijfel (bv. T₁ à T₂, N₂ of N₃,.....), neem dan de laagste T of N.

De TNM wordt niet ingevuld of aangepast bij een recidief of metastase. De TNM-classificatie heeft hiervoor wel een 'rTNM' ter beschikking, maar deze wordt op dit moment nog niet opgevraagd door het Kankerregister.

De behandelende arts die beschikt over de resultaten van alle onderzoeken, inclusief alle anatomopathologische resultaten, is verantwoordelijk voor de registratie van de pTNM. De pTNM kan niet altijd enkel door de patholoog worden opgesteld.

10. ANDERE CLASSIFICATIE

1	= Ann Arbor: voor lymfomen
[2]	= Dukes: wordt niet meer gebruikt, gelieve de TNM in te vullen
3	= FIGO: voor de gynaecologische tumoren (mag eventueel ingevuld worden, maar steeds als aanvulling van cTNM/pTNM)
4	= Salmon Durie: voor plasmaceltumoren
5	= Clark: voor melanomen (mag eventueel ingevuld worden, maar steeds als aanvulling van de cTNM/pTNM): opgelet, Clark 1 betekent dat u te maken heeft met een in situ melanoom (gedrag /2)
6	= Breslow: voor melanomen (mag eventueel ingevuld worden, maar steeds als aanvulling van de cTNM/pTNM). Indien zowel Clark als Breslow gekend zijn, noteer bij voorkeur de Breslow als aanvulling op de TNM.

Andere: kan gebruikt worden om nog een andere classificatie weer te geven en dient ook gebruikt worden om de Gleasonscore te noteren (al gaat het niet om een classificatie), zie punt 7.

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 heekundige resectie van de tumor, wordt bij voorkeur het resultaat van deze ingreep afgewacht om de registratie met deze bijkomende gegevens aan te vullen (precieze histologie, pTNM, eventuele nood aan adjuvante behandeling,...).

12. REEDS UITGEVOERDE BEHANDELINGEN

10	= heekunde
15	= beenmergtransplantatie/stamceltransplantatie
20	= radiotherapie (intern/extern)
25	= concomitante chemoradiotherapie
30	= isotopen
40	= chemotherapie / biologische agentia
50	= hormonen
60	= immunotherapie
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 de primaire tumor” en NIET voor “afname van biopsie”, noch voor “diagnostische ingrepen” zoals een exploratieve laparoscopie/laparotomie, een exploratieve thoracoscopie/thoracotomie, lymfadenectomie ter staging, wegname van metastasen zonder resectie van de primaire tumor... Een volledige resectie van een colon/blaastumor tijdens coloscopie/cystoscopie mag met de code ‘10’ geregistreerd worden.

Idealiter wordt een registratie pas naar het Kankerregister verzonden wanneer meer gegevens omtrent het behandelingsplan gekend zijn; indien dit behandelingsplan heelkundige resectie van de primaire tumor bevat, is het bovendien aangewezen de uitvoering van deze resectie (al dan niet na neoadjuvante therapie) af te wachten, om de registratie optimaal te kunnen aanvullen met (y)pTNM, informatie omtrent bijkomende behandelingen, ...

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 voor de patiënt geen verdere behandeling voorzien wordt of wanneer het verdere behandelingsplan nog niet gekend is.

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 Intermutualistisch Agentschap (IMA).

Tips om het coderen van behandelingen makkelijker te maken, vindt u op de website (www.kankerregister.org)

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 (www.kankerregister.org).
5. WHO Classification of Tumours of the Urinary System and Male Genital Organs, IARC, 2016
6. UICC, TNM Classification of Malignant Tumours. Sixth Edition, Sobin L., Wittekind C. Edn. Wiley-Liss; 2002.
UICC, TNM Classification of Malignant Tumours. Seventh Edition, Sobin L., Gospodarowicz M., Wittekind C. Edn. Wiley-Blackwell; 2009.
UICC, TNM Classification of Malignant Tumours. Eight Edition, Brierley J., Gospodarowicz M., Wittekind C. Edn. Wiley-Blackwell; 2016.



Handleiding voor de registratie van een follow-up

voor gevallen besproken op een Multidisciplinair Oncologisch Consult (MOC)

Wat kan u registreren?

Wanneer een recidief, een metastase of een progressie van een reeds gekende tumor 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 tumor ooit een registratie van een Nieuwe Diagnose naar het Kankerregister werd doorgestuurd!
- 2) Indien een Nieuwe Diagnose op meerdere MOC's besproken werd (bijvoorbeeld tijdens de diagnostische oppuntstelling, na neo-adjuvante therapie, na heelkunde..), 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, metastase of progressieve ziekte!

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 PRIMAIRE TUMOR

PRIMAIRE TUMORLOKALISATIE

Dit is het orgaan of weefsel waaruit de primaire tumor ontstaan is. Hier wordt wel degelijk de lokalisatie van de primaire tumor bedoeld, ook al is deze tumor misschien verwijderd in de voorgaande jaren. Hier wordt dus niet de lokalisatie van een metastase genoteerd!

De codes hiervoor worden voorzien door de "Internationale Classificatie van Ziekten voor Oncologie" of ICD-O, derde editie⁽⁷⁾. Steeds consulteerbaar op de website van het Kankerregister (www.kankerregister.org).

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

HISTOLOGIE VAN DE PRIMAIRE TUMOR

De histologie wordt eveneens gecodeerd volgens de ICD-O-3-classificatie (vanaf incidentiejaar 2002). Hou rekening met de updates van de ICD-O-3 en toekomstige nieuwe edities. Steeds consulteerbaar op de website van het Kankerregister (www.kankerregister.org).

Indien u de juiste histologische beschrijving of code niet terugvindt, codeer dan “8000/3” en specificeer verder in het veldje “opmerkingen” (of op het formulier indien u niet met de web-toepassing werkt).

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 primaire tumor! 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 ziekteprogressie.

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 kanker 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.

LOKAAL, REGIONAAL EN/OF METASTASE

Opgelet, het gaat ook hier enkel over het eerste recidief/metastase!

4. BEHANDELINGSPLAN IN HET KADER VAN HET HUIDIGE PROBLEEM

10 = heekunde
15 = beenmergtransplantatie/stamceltransplantatie
20 = radiotherapie (intern/extern)
25 = concomitante chemoradiotherapie
30 = isotopen
40 = chemotherapie
50 = hormonen
60 = immunotherapie
70 = symptomatisch (ook de code 85 kan hiervoor gebruikt worden)
80 = andere: specificeer
90 = geen therapie
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.

In tegenstelling tot een formulier voor een nieuwe diagnose, kan code 10 hier gebruikt worden voor resectie van een recidief/metastase en is de betekenis van code 10 dus niet langer uitsluitend ‘resectie van de primaire tumor’.

5. REDEN MOC

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

REFERENTIES

7. 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 www.kankerregister.org

Belgian Cancer Registry



www.kankerregister.org

Koningsstraat 215

1210 Brussel

T +32 2 250 10 10

F +32 2 250 10 11

Uitgave 2017