



# Les lésions colorectales: Codage et classification à partir de 2020

Bulletin d'information - Octobre 2020

## 1. Introduction

Depuis des années, les laboratoires d'anatomopathologie jouent un rôle crucial dans l'enregistrement du cancer. Avec les programmes de soins oncologiques, les pathologistes forment les deux principaux piliers du réseau d'enregistrement (Loi santé du 13/12/2006, AR 5/12/2011 concernant les normes d'agrément pour les laboratoires d'anatomopathologie).

Dans le cadre de la détection précoce du cancer, la Fondation Registre du Cancer (BCR) a reçu la mission légale de créer et gérer un registre cyto-histopathologique à partir de 2010. Ce registre est crucial pour évaluer l'efficacité, l'efficience et la qualité des programmes de dépistage. Pour cela, nous faisons appel à chaque laboratoire d'anatomopathologie pour enregistrer et coder attentivement les résultats dans le cadre de la détection précoce du cancer du col de l'utérus, du sein et du côlon.

Suite aux recommandations de l'OMS 2019 relatives à la classification des lésions colorectales dentelées, de nouvelles directives pour le codage de ces lésions ont été développées en collaboration avec le 'Belgian Working Group for Digestive Pathology'.

A l'aide de ce bulletin d'information électronique, nous souhaitons communiquer ces nouvelles directives de codage aux pathologistes des laboratoires d'anatomopathologie. Nous saisissons également cette occasion pour revoir et affiner les directives actuelles de codage du BCR pour les lésions colorectales mises en œuvre depuis 2014. Nous vous invitons à appliquer dès à présent ces nouvelles directives.

Compte tenu de la longue et bonne coopération avec la Fondation Registre du Cancer, nous sommes convaincus que nous pouvons à nouveau compter sur votre collaboration et que les données anatomopathologiques pourront une fois de plus apporter une contribution de qualité dans la lutte contre le cancer!

**Pieter Demetter**  
Président de la Société Belge de Pathologie

**Liesbet Van Eycken**  
Directeur  
de la Fondation Registre du Cancer

**Julie Francart**  
Directeur Adjoint

## Contenu

1. Introduction
2. Codes morphologiques SNOMED
3. Que coder en cas de lésions synchrones?
4. Codes topographiques SNOMED
5. Set de données - Quand le pTNM est-il attendu?

Ce bulletin d'information a été rédigé en concertation **avec un groupe de travail de pathologistes** composé des Prof. Pieter Demetter (ULB, Institut Jules Bordet, Société Belge de Pathologie), Prof. Claude Cuvelier (AZ Alma Eeklo), Dr. Hélène Dano (UCL), Prof. Ann Driessen (UZA), Prof. Anne Hoorens (UGent), Dr. Pamela Baldin (UCL), Dr. Caroline Mattelaer (ZNA), Prof. Xavier Sagaert (UZ Leuven), Dr. Jacques Van Huysse (AZ Sint-Jan Brugge), Dr. Laurine Verset (Institut Jules Bordet).

## 2. Codes morphologiques SNOMED

Selon les nouvelles directives de l'OMS (Digestive System Tumours, WHO Classification of Tumours, 5th Edition. IARC press, 2019), il est recommandé d'abandonner la terminologie 'polype dentelé sessile' ou 'adénome dentelé sessile'. L'OMS propose de subdiviser les polypes/lésions colorectaux dentelés en catégories : 'polype hyperplasique' (HP), 'lésion dentelée sessile' (SSL), 'lésion dentelée sessile avec dysplasie' (SSLD), 'adénome dentelé traditionnel' (TSA) et 'adénome dentelé non classifié'. Ces catégories ont des caractéristiques histologiques et moléculaires spécifiques et différentes localisations de préférence dans le côlon.

Pour les SSLD, la stratification en dysplasie de bas et de haut grade n'est pas recommandée par l'OMS en raison de l'hétérogénéité de la composante dysplasique. La composante dysplasique dans les SSLD montre une plus grande hétérogénéité morphologique que dans les adénomes traditionnels. La dysplasie peut se développer en SSL comme une étape transitoire dans la progression vers un carcinome. Pour le TSA, il doit être rapporté séparément en cas de dysplasie de haut grade.

Ces changements ont soulevé un certain nombre de questions concernant l'utilisation de codes spécifiques. Pour cette raison, de nouvelles directives ont été approuvées par le Belgian Working Group for Digestive Pathology pour coder les lésions dentelées et les polypes du côlon et du rectum (conformément à la nouvelle classification de l'OMS 2019) (**Tableau 1**). Les directives relatives au codage des lésions synchrones ont également été mises à jour (**Tableau 2**).

**Tableau 1 : Sélection de lésions colorectales à coder et à enregistrer**

Groupe de lésions	Type de lésion	SNOMED 3.5VF	ICD-O-3.2
<b>Adénomes* + SSL's + autres</b>	Polype hyperplasique, type microvésiculaire (MVHP)	M-72042	PAS DE CODE
	Polype hyperplasique, type riche en cellules calciformes (GCHP)	M-72042	PAS DE CODE
	Lésion dentelée sessile, sans dysplasie (SSL) <b>NOUVEAU!</b>	M-82160	8213/0
	Lésion dentelée sessile, avec dysplasie (SSLD)	M-82132	8213/2
	Adénome dentelé traditionnel (TSA), de bas grade <b>NOUVEAU!</b>	M-82170	8213/0
	Adénome dentelé traditionnel (TSA), de haut grade <b>NOUVEAU!</b>	M-82172	8213/2
	Adénome dentelé, SAI (inclassable), de bas grade <b>NOUVEAU!</b>	M-82180	8213/0
	Adénome dentelé, SAI (inclassable), de haut grade <b>NOUVEAU!</b>	M-82182	8213/2
	Polype adénomateux, dysplasie de bas grade	M-82100	8210/0
	Polype adénomateux, dysplasie de haut grade	M-82102	8210/2
	Adénome tubulaire, de bas grade	M-82100	8211/0
	Adénome tubulaire, de haut grade	M-82102	8211/2
	Adénome vilieux, de bas grade	M-82610	8261/0
	Adénome vilieux, de haut grade	M-82612	8261/2
	Adénome tubulovilleux, de bas grade	M-82630	8263/0
	Adénome tubulovilleux, de haut grade	M-82632	8263/2
	Hamartome	M-75500	PAS DE CODE
	Polype inflammatoire (cloacogène)	M-76820	PAS DE CODE
	Polypes adénomateux multiples	M-82210	8221/0
	Polype juvénile	M-75662	PAS DE CODE
	Polype Peutz-Jeghers	M-75660	PAS DE CODE

**NOUVEAUX CODES, A AJOUTER A VOTRE APPLICATION!**

\* "Advanced adenoma" = tout adénome plus grand que 10 mm, tubulovilleux ou vilieux, et/ou dysplasie de haut grade (risque élevé d'adénomes synchrones ou métachrones); aucun code spécifique n'est fourni pour représenter la taille de l'adénome.

Tableau 1 (suite) : Sélection de lésions colorectales à coder et à enregistrer

Groupe de lésions	Type de lésion	SNOMED 3.5VF	ICD-O-3.2	
<b>Carcinomes</b>	Adénocarcinome in situ, SAI	M-81402	8140/2	
	Adénocarcinome, SAI	M-81403	8140/3	
	Adénocarcinome dentelé	M-82133	8213/3	
	Adénocarcinome, adénome-like	M-82103/M-82633/M-82613	8262/3	
	Adénocarcinome micropapillaire	M-82653	8265/3	
	Adénocarcinome mucoïde	M-84803	8480/3	
	Carcinome à cellules en bague à chaton	M-84903	8490/3	
	Adénocarcinome médullaire	M-85103	8510/3	
	Carcinome adénoquameux	M-85603	8560/3	
	Carcinome, indifférencié, SAI	M-80203	8020/3	
	Carcinome avec composant sarcomateux	M-80333	8033/3	
	<b>Néoplasmes neuro-endocriniens</b>	Tumeur neuroendocrinienne, SAI		8240/3
		Tumeur neuroendocrinienne, grade 1	M-82403	8240/3
Tumeur neuroendocrinienne, grade 2		M-82493	8249/3	
Tumeur à cellules L		M-81523	8152/3	
Tumeur sécrétrice de peptide Glucagon-like		M-81523	8152/3	
Tumeur sécrétrice de PP/PYY		M-81523	8152/3	
Carcinoïde à cellules entérochromaffines		M-82413	8241/3	
Tumeur sécrétrice de sérotonine		M-82413	8241/3	
Carcinome neuroendocrinien, SAI		M-82463	8246/3	
Carcinome neuroendocrinien à grandes cellules		M-80133	8013/3	
Carcinome neuroendocrinien à petites cellules		M-80413	8041/3	
Carcinome adéno-neuroendocrinien mixte		M-82443	8244/3	
<b>Néoplasmes mésenchymateux/autres</b>		Tumeur stromale gastro-intestinale	M-89363	8936/3
	Lipome	M-88500	8850/0	
	Polype fibro-épithélial	M-76810	PAS DE CODE	
	Fibromyxome plexiforme	M-88110	8811/0	
	Léiomyome	M-88900	8890/0	
	Léiomyosarcome	M-88903	8890/3	
	Hémangiome	M-91200	9120/0	
	Sarcome de Kaposi	M-91403	9140/3	
	Angiosarcome	M-91203	9120/3	
	Lymphangiome en lymphangiomatose	M-91700	9170/0	
	Schwannome	M-95600	9560/0	
	Tumeur à cellules granulaires, SAI	M-95800	9580/0	
	Périneuriome	M-95710	9571/0	
	Ganglioneurome	M-94900	9490/0	
	Ganglioneuromatose	M-94910	9491/0	
	PECome, bénigne	M-87140	8714/0	
	PECome, maligne	M-87143	8714/3	
	Sarcome gastro-intestinal à cellules claires	M-90443	9044/3	
	Mélanome muqueux	M-87203	8720/3	
	<b>Néoplasmes hématolymphoïdes</b>	Lymphome diffus à grandes cellules B	M-96803	9680/3
		Lymphome à cellules du manteau	M-96733	9673/3
		Lymphome de Burkitt	M-96873	9687/3
		Lymphome extraganglionnaire à cellules NK/T	M-97193	9719/3
Mastocytose systémique, forme agressive		M-97413	9741/3	
Sarcome à mastocytes		M-97403	9740/3	
Histiocytose à cellules de Langerhans		M-97513	9751/3	
Sarcome histiocytaire		M-97553	9755/3	
Sarcome folliculaire à cellules dendritiques		M-97583	9758/3	
Lymphome intestinal à cellules T		M-97173	9717/3	
Lymphome plasmablastique		M-97353	9735/3	
<b>Pas de néoplasie</b>		Colite ulcéreuse	M-43750	
		Crohn	M-43000/M-44000	
	Aucune conclusion/échantillon non représentatif	M-09017		
	Tissu normal	M-00100		
	Inflammation	M-40000		

### 3. Que coder en cas de lésions synchrones?

Le colorectum est un organe pour lequel il est fréquent que plusieurs lésions soient identifiées.

Le **Tableau 2** donne un aperçu des règles de priorité pour la classification et l'enregistrement des lésions synchrones.

**Tableau 2: Directives pour le codage des lésions synchrones**

Lésions synchrones	Au minimum coder
Adénome et carcinome	Carcinome (par segment colique [ <b>Tableau 3</b> ], si disponible) <i>Exemple:</i> <i>Sigmoïde: Adénome tubulovilleux avec dysplasie de bas grade</i> <i>Rectum: Adénocarcinome invasif</i> <i>Coder au moins: T-59600 M-81403</i>
Adénomes multiples	Par segment colique (si disponible, [ <b>Tableau 3</b> ]), coder au moins tous les types d'adénomes et pour chaque type, au moins le degré de dysplasie le plus élevé <i>Exemple:</i> <i>Caecum: 2 adénomes tubulovilleux: 1 avec dysplasie de haut grade et 1 avec dysplasie de bas grade</i> <i>Côlon transverse: adénome tubulovilleux avec dysplasie de bas grade et adénome tubulaire avec dysplasie de bas grade</i> <i>Jonction rectosigmoïdienne: adénome villositaire avec dysplasie de bas grade</i> <i>Coder au moins: T-59100 M-82632   T-59440 M-82630   T-59440 M-82100   T-59670 M-82610</i>
Lésions dentelées multiples	Par segment colique (si disponible, [ <b>Tableau 3</b> ]), coder au moins la lésion avec le potentiel malin le plus élevé (SSLD>SSL) <i>Exemple:</i> <i>Côlon descendant: lésion dentelée sessile avec dysplasie et un adénome dentelé traditionnel de bas grade</i> <i>Sigmoïde: adénome dentelé de haut grade.</i> <i>Coder au moins: T-59460 M-82132   T-59470 M-82132</i>
Polypes hyperplasiques multiples	Coder au moins une fois et au moins la localisation la plus proximale (si disponible, [ <b>Tableau 3</b> ]) <i>Exemple:</i> <i>Côlon ascendant: polype hyperplasique</i> <i>Côlon transverse: polype hyperplasique</i> <i>Rectum: polype hyperplasique</i> <i>Coder au moins: SNOMED: T-59420 M-72042</i>
Adénome et non-adénome/non-carcinome/polype non-hyperplasique	Coder adénome (par segment colique [ <b>Tableau 3</b> ] si dysplasie de haut grade et si disponible) <i>Exemple:</i> <i>Côlon, angle hépatique: adénome villositaire avec dysplasie de bas grade</i> <i>Côlon descendant: colite</i> <i>Coder au moins: T-59438 M-82610</i>
Adénome mixte/polype	Composante adénomateuse <i>Exemple:</i> <i>Côlon, angle splénique: polype mixte hyperplasique-adénomateux de type tubulaire avec dysplasie légère</i> <i>Coder au moins: T-59442 M-82100</i>
Types multiples de non-adénomes/non-carcinome/polype non-hyperplasique	Coder chaque type une fois ou autant de types que le pathologiste juge pertinents (≥1 lésion). Priorité aux lésions qui peuvent expliquer un FIT positif. <i>Exemple:</i> <i>Hémicôlon droit: aucune anomalie</i> <i>Sigmoïde: diverticulose</i> <i>Coder au moins: T-59470 M-40630</i>

## 4. Codes topographiques SNOMED

Le **Tableau 3** présente un aperçu des codes topographiques SNOMED à utiliser pour la classification de la localisation des prélèvements des échantillons colorectaux.

**Tableau 3: Sélection des codes topographiques SNOMED pour le côlon et le rectum**

Segment	SNOMED 3.5VF	ICD-O-3.2
Caecum	T-59100	C18.0
Valvule iléo-caecale / jonction	T-58650	C18.0
Appendice	T-59200	C18.1
Côlon ascendant	T-59420	C18.2
Côlon, angle hépatique	T-59438	C18.3
Côlon transverse	T-59440	C18.4
Côlon, angle splénique	T-59442	C18.5
Côlon descendant	T-59460	C18.6
Côlon sigmoïde	T-59470	C18.7
Jonction rectosigmoïdienne	T-59670	C19.9
Rectum	T-59600	C20
Rectum, SAI	T-59600	C20.9
Anus et canal anal	T-59900	C21
Anus, SAI	T-59900	C21.0
Canal anal	T-59900	C21.1
Zone cloacogène	T-59980	C21.2
Côlon droit	T-59400	C18.2
Côlon gauche	T-59450	C18.6
Côlon multi-focal (lésions bénignes)	T-59500	
Côlon, SAI	T-59300	C18.9
Lésion chevauchante du côlon	PAS DE CODE	C18.8
Ligne anorectale	T-59905	C21.8

## 5. Set de données - Quand le pTNM est-il attendu?

Les sets de données pour la demande de données pour le registre (cyto)-histopathologique ainsi que pour le registre du cancer sont présentés dans le **Tableau 4**.

**Tableau 4: Sets de données pour la demande des données**

Détection précoce des cancers colorectaux (registre (cyto)-histopathologique)	Enregistrement du cancer (registre du cancer)
Données administratives : cf. Bulletin d'information 2014	Données administratives : cf. Bulletin d'information 2014
Numéro de l'échantillon	Numéro de l'échantillon
Date de prélèvement de l'échantillon	Date de prélèvement de l'échantillon
Hôpital demandeur (O)	Hôpital demandeur (O)
Code topographique	Code topographique
Code morphologique	Code morphologique
Degré de certitude (O)	Degré de certitude (O)
Numéro INAMI du demandeur	pT (si applicable, cf. p.6)
Codes de nomenclature (O)	pN (si applicable, cf. p.6)
	pM (si applicable, cf. p.6)
(O) Optionnel	
Données communes pour les deux set de données	
Données spécifiques pour un set de données	

## 5. Set de données - Quand le pTNM est-il attendu? (suite)

### **Pour quelles tumeurs colorectales la livraison d'un pTNM est-elle prévue?**

Pour les tumeurs colorectales, les chapitres suivants de la 8e édition du TNM (UICC) sont les plus pertinents:

- Carcinomes et carcinomes neuroendocrines de haut grade: p. 73-76
- Tumeurs neuroendocrines bien différenciées: p. 101-102
- Tumeurs des tissus mous (à l'exception des angiosarcomes): p.124-126 ('Thoracic and Abdominal Viscera')
- GIST: p. 127-128

Remarque: errata TNM 8e édition disponible

[https://kankerregister.org/down\\_pour\\_pathologistes](https://kankerregister.org/down_pour_pathologistes) (TNM changes and errata TNM 8e editie)

### **Quelles procédures donnent lieu à la livraison d'un pTNM?**

Règle générale: pT uniquement possible après résection chirurgicale ou si la lésion a été complètement enlevée ou si la catégorie de pT la plus élevée peut être évaluée.

- Biopsie de la tumeur primaire: (généralement) pas de pT possible.
- Polypectomie: pT à livrer si la lésion a été complètement enlevée.
- Hémi-colectomie/Colectomie/TME/...: pT à livrer. pN également à livrer en cas de lymphadénectomie.
- Examen microscopique des métastases: pM à livrer.

Donc pTNM à livrer pour chaque procédure pour laquelle un pTNM peut être établi.

*Ex: polypectomie avec résection complète de la lésion (pT1) suivie par une hémi-colectomie avec lymphadénectomie (pT0pN1)*

*→ pT1 à livrer avec les données de la polypectomie et pTON1 à livrer avec les données de la résection chirurgicale*

### **Quelques points d'attention:**

- En cas de thérapie néo-adjuvante pour les tumeurs rectales: ypTNM à livrer. Les enregistrements avec ypT0 doivent également être livrés.
- En cas de résection chirurgicale avec plusieurs tumeurs au niveau du côlon et du rectum: pTNM de chaque tumeur primaire à livrer séparément, même si les différentes tumeurs primaires ont le même type histologique et/ou se situent dans le même segment colique.

*Ex 1: adénocarcinome dans le côlon ascendant et adénocarcinome dans le côlon transverse*

*→ livrer les deux adénocarcinomes avec leur pTNM respectif*

*Ex 2: adénocarcinome dans le côlon ascendant et GIST dans le côlon ascendant*

*→ livrer adénocarcinome et GIST avec leur pTNM respectif*

**Vous pouvez toujours contacter l'équipe de l'Enregistrement du Cancer et l'équipe de Prévention en cas de questions**

Fondation Registre du Cancer  
Rue Royale 215, boîte 7  
1210 BRUXELLES  
Tel. +32 (0)2 250 10 10  
Fax +32 (0)2 250 10 11  
[www.registreducancer.org](http://www.registreducancer.org)  
[info@registreducancer.org](mailto:info@registreducancer.org)

Merci à nos instances subsidiaires