



Colorectale letsels: codering en classificatie vanaf 2020

Nieuwsbrief - Oktober 2020

1. Voorwoord

Reeds jarenlang spelen laboratoria voor pathologische anatomie een essentiële rol in de kankerregistratie. Samen met de oncologische zorgprogramma's vormen de pathologen de twee belangrijke pijlers binnen het registratienetwerk (Gezondheidswet van 13/12/2006, KB 5/12/2011 betreffende de normen voor de erkenning van de laboratoria voor pathologische anatomie).

In het kader van de vroegtijdige opsporing van kanker kreeg de Stichting Kankerregister (BCR) vanaf 2010 de wettelijke opdracht om een centraal cyto-histopathologieregister te creëren en te beheren. Dit register is cruciaal om de doeltreffendheid, de efficiëntie en de kwaliteit van screeningprogramma's te evalueren. Hiervoor wordt beroep gedaan op elk laboratorium voor pathologische anatomie om de resultaten in het kader van vroegtijdige opsporing van baarmoederhals-, borst- en dikkedarmkanker zorgvuldig te registreren.

Naar aanleiding van de WHO 2019 aanbevelingen voor classificatie van colorectale 'serrated' letsels, werden nieuwe richtlijnen voor het classificeren en het registreren uitgewerkt samen met de 'Belgian Working Group for Digestive Pathology'.

Met deze e-newsletter willen we de nieuwe codeerrichtlijnen communiceren naar de pathologen van de laboratoria voor pathologische anatomie. We maken eveneens van deze gelegenheid gebruik om de huidige BCR codeerrichtlijnen voor colorectale letsels - geïmplementeerd sinds 2014 - te herbekijken en verder te verfijnen. We nodigen u dan ook uit om deze aangepaste richtlijnen vanaf nu toe te passen.

Gezien de reeds jarenlange en goede samenwerking met de Stichting Kankerregister zijn wij ervan overtuigd dat wij opnieuw op uw medewerking mogen rekenen en dat pathologiegegevens eens te meer een kwalitatieve bijdrage zullen leveren in de strijd tegen kanker!

Pieter Demetter

Voorzitter van de Belgische Vereniging voor Pathologie

Liesbet Van Eycken

Directeur

Julie Francart

Adjunct Directeur

van de Stichting Kankerregister

Inhoud

1. Voorwoord
2. CODAP-letselcodes
3. Wat en hoeveel coderen bij synchrone letsels?
4. CODAP-orgaancodes
5. Dataset - Wanneer wordt pTNM verwacht?

Deze nieuwsbrief is gebaseerd op overleg met een werkgroep van pathologen bestaande uit Prof. Pieter Demetter (ULB, Institut Jules Bordet, Belgische Vereniging voor 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. CODAP-letselcodes

Volgens de nieuwe WHO richtlijnen (Digestive System Tumours, WHO Classification of Tumours, 5th Edition. IARC press, 2019) wordt aanbevolen om de terminologie 'sessiele serrated poliep' of 'sessiel serrated adenoom' achterwege te laten. De WHO stelt voor om colorectale serrated poliepen/letsels onder te verdelen in de categorieën 'hyperplastische poliep' (HP), 'sessiel serrated letsel' (SSL), 'sessiel serrated letsel met dysplasie' (SSLD), 'traditioneel serrated adenoom' (TSA) en 'unclassified serrated adenoom'. Deze categorieën hebben specifieke histologische en moleculaire kenmerken en verschillende voorkeurslokalisaties in het colonkader.

Voor SSLD wordt stratificatie in laaggradige en hooggradige dysplasie niet aanbevolen door de WHO vanwege de heterogeniteit van de dysplastische component. De dysplastische component in SSLD vertoont een grotere morfologische heterogeniteit dan in traditionele adenomen. Dysplasie kan zich in SSL ontwikkelen als een voorbijgaande stap tijdens de progressie naar een carcinoom. Voor TSA moet het afzonderlijk worden gerapporteerd wanneer er sprake is van hooggradige dysplasie.

Deze wijzigingen gaven aanleiding tot een aantal vragen betreffende het gebruik van specifieke codes. Om die reden werden er door de Belgian Working Group for Digestive Pathology nieuwe richtlijnen overeengekomen voor het coderen van serrated letsels en poliepen in colon en rectum (in overeenstemming met de nieuwe WHO 2019 classificatie) (**Tabel 1**). De richtlijnen voor het coderen van synchrone letsels werden eveneens geactualiseerd (**Tabel 2**).

Tabel 1 : Short-list van te coderen en te registreren colorectale letsels

Groepering letsel	Type letsel	CODAP	ICD-O-3.2
Adenomen* + SSL's + andere	Hyperplastische poliep, microvesiculair type (MVHP)	57HY	GEEN
	Hyperplastische poliep, slijmbekercel rijk type (GCHP)	57HY	GEEN
	Sessiel serrated letsel, zonder dysplasie (SSL)	NIEUW ! 57SA	8213/0
	Sessiel serrated letsel, met dysplasie (SSLD)	97SA	8213/2
	Traditioneel serrated adenoom (TSA), laaggradig	NIEUW ! 71TS	8213/0
	Traditioneel serrated adenoom (TSA), hooggradig	NIEUW ! 97TS	8213/2
	Serrated adenoom, NOS (unclassified), laaggradig	NIEUW ! 71UC	8213/0
	Serrated adenoom, NOS (unclassified), hooggradig	NIEUW ! 97UC	8213/2
	Adenomateuze poliep, laaggradige dysplasie	71AP	8210/0
	Adenomateuze poliep, hooggradige dysplasie	97AP	8210/2
	Tubulair adenoom, laaggradig	71AP	8211/0
	Tubulair adenoom, hooggradig	97AP	8211/2
	Villeus adenoom, laaggradig	71VI	8261/0
	Villeus adenoom, hooggradig	97VI	8261/2
	Tubulovilleus adenoom, laaggradig	71TV	8263/0
	Tubulovilleus adenoom, hooggradig	97TV	8263/2
	Hamartoom	53HA	GEEN
	Inflammatoire (cloacogene) poliep	57ON	GEEN
	Multipole adenomateuze poliepen	71PC	8221/0
	Juvenile poliep	57JU	GEEN
Peutz-Jeghers poliep	57PJ	GEEN	
NIEUWE CODES, TOE TE VOEGEN AAN UW APPLICATIE!			

* "Advanced adenoma" = alle adenomen groter dan 10 mm, tubulovilleus of villeus, en/of hooggradige dysplasie (hoog risico op synchrone of metachrone adenomen); er is geen aparte code voorzien om de grootte van het adenoom weer te geven.

Tabel 1 (vervolg) : Short-list van te coderen en te registreren colorectale letsels

Groepering letsel	Type letsel	CODAP	ICD-O-3.2
Carcinomen	Adenocarcinoma in situ, NOS	97AD	8140/2
	Adenocarcinoom, NOS	93	8140/3
	Serrated adenocarcinoom	93SA	8213/3
	Adenoma-like adenocarcinoom	93AP of 93TV of 93VI	8262/3
	Micropapillair adenocarcinoom	94CO	8265/3
	Mucineus adenocarcinoom	93MU	8480/3
	Zegelringcel carcinoom	93SR	8490/3
	Medullair adenocarcinoom	99MS	8510/3
	Adenosquameus carcinoom	93AS	8560/3
	Carcinoom, niet gedifferentieerd, NOS	96	8020/3
	Carcinoom met sarcomateuze component	96SA	8033/3
Neuroendocriene neoplasmata	Neuroendocriene tumor, NOS		8240/3
	Neuroendocriene tumor, graad 1	79CA	8240/3
	Neuroendocriene tumor, graad 2	79AT	8249/3
	L-cel tumor	79PY	8152/3
	Glucagon-like peptide-producerende tumor	79PY	8152/3
	PP/PYY-producerende tumor	79PY	8152/3
	Enterochromaffiene-cel carcinoïd	79CE	8241/3
	Serotonine-producerende tumor	79CE	8241/3
	Neuroendocrien carcinoom, NOS	96NN	8246/3
	Grootcellig neuroendocrien carcinoom	96NE	8013/3
	Kleincellig neuroendocrien carcinoom	96KL	8041/3
	Gemengd adeno-neuroendocrien carcinoom	99CA	8244/3
	Mesenchymale neoplasmata/andere	Gastrointestinale stromale tumor	81GI
Lipoom		62	8850/0
Fibroepitheliale poliep		57FE	GEEN
Plexiform fibromyxoom		75FM	8811/0
Leiomyoom		68	8890/0
Leiomyosarcoom		85LE	8890/3
Haemangioom		63	9120/0
Kaposi sarcoom		81KA	9140/3
Angiosarcoom		81AN	9120/3
Lymfangioom en lymfangiomatose		63LY	9170/0
Schwannoom		67NL	9560/0
Granulaire cel tumor, NOS		75GS	9580/0
Perineuriom		67PE	9571/0
Ganglioneuroom		75GN	9490/0
Ganglioneuromatose		75GT	9491/0
PECoom, benigne		63PE	8714/0
PECoom, maligne		75PE	8714/3
Gastrointestinaal heldercellig sarcoom		81CL	9044/3
Mucosaal melanoom		88	8720/3
Haematolymfoïde neoplasmata		Diffuus grootcellig B-cel lymfoom	83BG
	Mantelcel lymfoom	83BD	9673/3
	Burkitt lymfoom	83BH	9687/3
	Extranodaal NK/T-cel lymfoom	83TF	9719/3
	Systemische mastocytose, agressieve vorm	77MA	9741/3
	Mastcel sarcoom	77MS	9740/3
	Langerhans-cel histiocytose	84HX	9751/3
	Histiocytair sarcoom	84	9755/3
	Folliculair dendritisch-cel sarcoom	84FS	9758/3
	Intestinaal T-cel lymfoom	83TI	9717/3
	Plasmablastisch lymfoom	83PB	9735/3
	Niet-tumorale aandoeningen	Colitis Ulcerosa	29CU
Crohn		29CR	
Geen besluit / niet representatief staal		03NR	
Normaal staal		02	
Inflammatie		20	

3. Wat en hoeveel coderen bij synchrone letsels?

Het colorectum is een orgaan waarin frequent meerdere letsels worden vastgesteld. **Tabel 2** geeft een overzicht van prioriteitsregels voor de classificatie en registratie van synchrone letsels.

Tabel 2: Richtlijnen voor het coderen van synchrone letsels

Synchrone letsels	Minstens te coderen
Adenoom en carcinoom	Carcinoom (per colongesegment [Tabel 3], indien beschikbaar) <u>Voorbeeld:</u> <i>Sigmoid: Tubulovilleus adenoom met laaggradige dysplasie</i> <i>Rectum: Invasief adenocarcinoom</i> <i>Minstens te coderen: 43NS 93</i>
Multipele adenomen	Per colongesegment (indien beschikbaar, [Tabel 3]), tenminste alle types van adenomen en voor elk type tenminste de hoogste graad van dysplasie <u>Voorbeeld:</u> <i>Caecum: 2 tubulovilleuze adenomen: 1 met hooggradige en 1 met laaggradige dysplasie</i> <i>Colon transversum: tubulovilleus adenoom met laaggradige dysplasie en tubulair adenoom met laaggradige dysplasie</i> <i>Rectosigmoidale junctie: villeus adenoom met laaggradige dysplasie</i> <i>Minstens te coderen: 41CO 97TV 41TR 71TV 41TR 71AP 41RS 71VI</i>
Multipele serrated letsels	Per colongesegment (indien beschikbaar, [Tabel 3]), tenminste het letsel met het hoogste maligne potentieel (SSLD>SSL) <u>Voorbeeld:</u> <i>Colon descendens: sessiel serrated letsel met dysplasie en een laaggradig traditioneel serrated adenoom.</i> <i>Sigmoid: hooggradig serrated adenoom.</i> <i>Minstens te coderen 41DE 97SA 41SI 97UC</i>
Multipele hyperplastische poliepen	Codeer minstens één keer, en tenminste de meest proximale lokalisatie (indien beschikbaar, [Tabel 3]) <u>Voorbeeld:</u> <i>Colon ascendens: hyperplastische poliep</i> <i>Colon transversum: hyperplastische poliep</i> <i>Rectum: hyperplastische poliep</i> <i>Minstens te coderen: 41AS 57HY</i>
Adenoom en niet-adenoom/niet-carcinoom/niet-hyperplastische poliep	Adenoom (indien hooggradige dysplasie : per colongesegment [Tabel 3], indien beschikbaar) <u>Voorbeeld:</u> <i>Colon, leverhoek: villeus adenoom met laaggradige dysplasie</i> <i>Colon descendens: colitis</i> <i>Minstens te coderen: 41HE 71VI</i>
Gemengd adenoom/poliep	Adenoom component <u>Voorbeeld:</u> <i>Colon, milthoek: gemengd hyperplastisch-adenomateus poliepje van het tubulaire type met lichte graad van dysplasie.</i> <i>Minstens te coderen: 41SP 71AP</i>
Multipele types van niet-adenoom/niet-carcinoom/niet-hyperplastische poliep	Codeer elk type éénmalig of zoveel types als patholoog relevant vindt (≥ 1 letsel). Prioriteit voor letsels die een positieve FIT kunnen verklaren. <u>Voorbeeld:</u> <i>Rechter hemicolon: geen afwijkingen</i> <i>Sigmoid: diverticulitis</i> <i>Minstens te coderen: 41SI 21DI</i>

4. CODAP-orgaancodes

Een overzicht van de CODAP-orgaancodes voor de classificatie van de plaats van staalname is weergegeven in **Tabel 3**.

Tabel 3: Short-list van CODAP-orgaancodes voor colon en rectum

Segment	CODAP	ICD-O-3.2
Caecum	41CO	C18.0
Ileocaecale klep / junctie	41BA	C18.0
Appendix	42NS	C18.1
Colon ascendens	41AS	C18.2
Colon, leverhoek	41HE	C18.3
Colon transversum	41TR	C18.4
Colon, milthoek	41SP	C18.5
Colon descendens	41DE	C18.6
Sigmoïd colon	41SI	C18.7
Rectosigmoïdale junctie	41RS	C19.9
Rectum	43NS	C20
Rectum, NOS	43NS	C20.9
Anus en anaal kanaal		C21
Anus, NOS	43AN	C21.0
Anaal kanaal		C21.1
Cloacogene zone		C21.2
Rechter hemicolon	41RE	C18.2
Linker hemicolon	41LI	C18.6
Colon multifocaal (benigne)	41MF	
Colon, NOS	41NS	C18.9
Overlappend letsel van colon	GEEN	C18.8
Overlappend letsel van rectum, anus en anaal kanaal	43AR	C21.8

5. Dataset - Wanneer wordt pTNM verwacht?

De dataset voor de gegevensopvraging voor het (cyto)-histopathologieregister alsook voor de kankerregistratie zijn weergegeven in **Tabel 4**.

Tabel 4: Datasets voor de gegevensopvraging

Vroegtijdige opsporing van colorectale kanker ((cyto)-histopathologieregister)	Kankerregistratie (kankerregister)
Administratieve gegevens : zie Nieuwsbrief 2014	Administratieve gegevens : zie Nieuwsbrief 2014
Staalnummer	Staalnummer
Datum staalname	Datum staalname
Aanvragend ziekenhuis (O)	Aanvragend ziekenhuis (O)
Orgaancode	Orgaancode
Letselcode	Letselcode
Zekerheidsgraad (O)	Zekerheidsgraad (O)
RIZIV nummer van de aanvrager	pT (indien van toepassing, zie p.6)
Nomenclatuurcodes (O)	pN (indien van toepassing, zie p.6)
	pM (indien van toepassing, zie p.6)

(O) Optioneel

Gegevens gemeenschappelijk voor beide datasets

Gegevens specifiek voor een dataset

5. Dataset - Wanneer wordt pTNM verwacht? (vervolg)

Voor welke colorectale tumoren wordt de aanlevering van een pTNM verwacht?

Voor colorectale tumoren zijn de volgende hoofdstukken in TNM (UICC) 8^{ste} editie het meest relevant:

- Carcinomen en hooggradige neuro-endocriene carcinomen: p. 73-76
- Goed gedifferentieerde neuro-endocriene tumoren: p. 101-102
- Weke delen tumoren (uitz. angiosarcomen): p. 124-126 ('Thoracic and Abdominal Viscera')
- GIST: p. 127-128

Noot: errata TNM 8^eeditie beschikbaar

<https://kankerregister.org/down-vr-pathologen> (TNM changes and errata TNM 8e editie)

Welke procedures komen in aanmerking voor de aanlevering van een pTNM?

Algemene regel: pT enkel mogelijk na chirurgische resectie of indien het letsel volledig verwijderd werd of indien de hoogste pT-categorie kan beoordeeld worden.

- Biopsie van de primaire tumor: (meestal) geen pT mogelijk.
- Poliepectomie: pT aan te leveren indien het letsel volledig werd verwijderd.
- Hemicolectomie/Colectomie/TME/...: pT aan te leveren. Ook pN aan te leveren indien lymfadenectomie.
- Microscopisch onderzoek van metastasen: pM aan te leveren.

Dus pTNM aan te leveren voor elke procedure, waarbij een pTNM kan opgesteld worden.

Vb: poliepectomie met volledige resectie van het letsel (pT1) gevolgd door hemicolectomie met lymfadenectomie (pT0pN1)

→ pT1 aan te leveren met de gegevens van de poliepectomie en pT0N1 aan te leveren met de gegevens van de chirurgische resectie

Enkele aandachtspunten:

- In geval van neo-adjuvante therapie bij rectumtumoren: ypTNM aan te leveren. Ook registraties met ypT0 dienen aangeleverd te worden.
- In geval van chirurgische resectie met multiële tumoren ter hoogte van colon en rectum: pTNM van elke primaire tumor afzonderlijk aan te leveren, zelfs indien de verschillende primaire tumoren hetzelfde histologische type hebben en/of zich in hetzelfde colonsegment bevinden.

Vb 1: adenocarcinoom in colon ascendens en adenocarcinoom in colon transversum

→ beide adenocarcinomen aanleveren met hun respectievelijke pTNM

Vb 2: adenocarcinoom in colon ascendens en GIST in colon ascendens

→ zowel adenocarcinoom als GIST aanleveren met hun respectievelijke pTNM

Voor vragen kan u steeds terecht bij onze Teams Registratie en Screening

Stichting Kankerregister
Koningsstraat 215, bus 7
1210 BRUSSEL
Tel. +32 (0)2 250 10 10
Fax +32 (0)2 250 10 11
www.kankerregister.org
info@kankerregister.org

Met dank aan onze subsidieverstrekkers