

## CHECKLIST POUR LES PROGRAMMES DE SOINS (non utilisateurs de la WBCR)

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?
- 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")

- 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)?
- Toutes les tumeurs non-invasives (y compris celles avec un faible potentiel de malignité (comportement /1)) de la vessie sont-elles enregistrées ?

*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

- Carcinome du sein chez l'homme: correct? Eventuellement, noter une brève confirmation dans le champ "comments" (pas d'obligation mais vivement recommandé)
- Toutes les leucémies et les myélomes multiples sont-ils notés dans la moelle osseuse (C42.1) ? (Remarque : la maladie de Waldenström est quasi la seule à être codée dans le sang 'C42.0')
- Tous les lymphomes, qu'ils soient ganglionnaires ou extra-ganglionnaires sont-ils enregistrés? Attention à la localisation, un lymphome diagnostiqué dans la moelle osseuse est déjà un stade IV.
- 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
- Carcinome papillaire de la glande thyroïde : à coder 8260/3
- Carcinome papillaire rénal : à coder 8260/3
- Carcinome papillaire de l'ovaire : à coder 8450/3
- Adénome de l'hypophyse : à coder 8272/0 (et non 8140/0)
- Adénocarcinome du côlon : à coder 8140/3 ; 8144/3 est réservé pour les adénoca de type intestinal qui surviennent surtout dans l'estomac et les sinus...
- Adénocarcinome acinaire dans la prostate : à coder 8140/3 (et non 8550/3)
- Carcinome canaliculaire du sein : à coder comme carcinome canalaire du sein (8500/3)
- Lymphomes et leucémies : à spécifier suffisamment (cellules B ou T ? lymphoïde ou myéloïde ? Hodgkin ou non Hodgkin ?)

### 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.)
- Pas de base de diagnostic '2' en combinaison avec le code topo 'C80.9'

### 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 (1, 2, 3, 4) pour les tumeurs de comportement /2
  - normalement, un pT invasif n'est pas compatible avec des tumeurs de comportement /1 sauf pour les tumeurs borderlines 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 7<sup>e</sup> édition et les FAQ sur le site web [www.registreducancer.org](http://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')

### 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 enlèvement coloscopique in toto d'un polype dégénéré malin) peut tout à fait être enregistrée comme "chirurgie" ou "10".
- 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)