



Newsletter aux laboratoires d'anatomie pathologique Décembre 2024

-
- I. INFORMATIONS GÉNÉRALES
 - II. FEEDBACKS DU BCR POUR LES LABORATOIRES
 - III. TRANSITION VERS LE DÉPISTAGE PRIMAIRE PAR TEST HPV
 - IV. STADIFICATION ET ENREGISTREMENT DES TUMEURS UROTHÉLIALES
 - V. RÉCAPITULATIF DES NOUVEAUX CODES
 - VI. PROTECTION DES DONNÉES



I. INFORMATIONS GÉNÉRALES



MISE EN PLACE D'UN CONSEIL CONSULTATIF D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Ce Conseil Consultatif d'anatomie pathologique a été mis en place par le Registre du Cancer (BCR) en 2024 et est organisé trois fois par an. L'objectif de ce Conseil est d'échanger des informations sur les projets du BCR liés à l'anatomie pathologique, mais aussi de discuter de questions plus stratégiques. Les sujets abordés sont par exemple la qualité des données, le suivi des recommandations pour les rapports standardisés, l'utilisation des données standardisées, l'évolution vers des rapports structurés, ...

Le Conseil Consultatif est composé de représentants de la Commission d'Anatomie Pathologique (CAP), de la Belgian Society of Pathology (BSP) et de l'Union professionnelle belge des médecins spécialistes en anatomie pathologique: Prof. Koen Van de Vijver, Dr. Romaric Croes, Prof. Amélie Dendooven, Dr. Gabriela Beniuga, Dr. Sandrine Rorive, Dr. Bart Lelie. D'autres membres peuvent être invités de façon ponctuelle selon l'ordre du jour.

VARIABLES LIVRÉES : POINTS D'ATTENTION

Nous constatons que certains laboratoires ne transfèrent pas ou pas suffisamment les variables suivantes au Registre du Cancer :

- **NISS du patient**
- Nomenclature
- N° INAMI du médecin demandeur

Ces informations sont notamment nécessaires au bon suivi des résultats du dépistage du cancer du col de l'utérus. Les laboratoires dont l'enregistrement est incomplet sont contactés spécifiquement afin de le compléter.



RAPPORT STANDARDISÉ CDi (Companion Diagnostic immunohistochemistry)

Une première évaluation des rapports standardisés de ER/PR/HER2 IHC a été réalisée et discutée avec la CAP et la BSP.

Les laboratoires ayant obtenu de mauvais résultats sont contactés individuellement par les collaborateurs du BCR afin de discuter des éventuels problèmes rencontrés dans la mise en œuvre des directives et de rechercher ensemble les solutions possibles.

ERRATA TNM

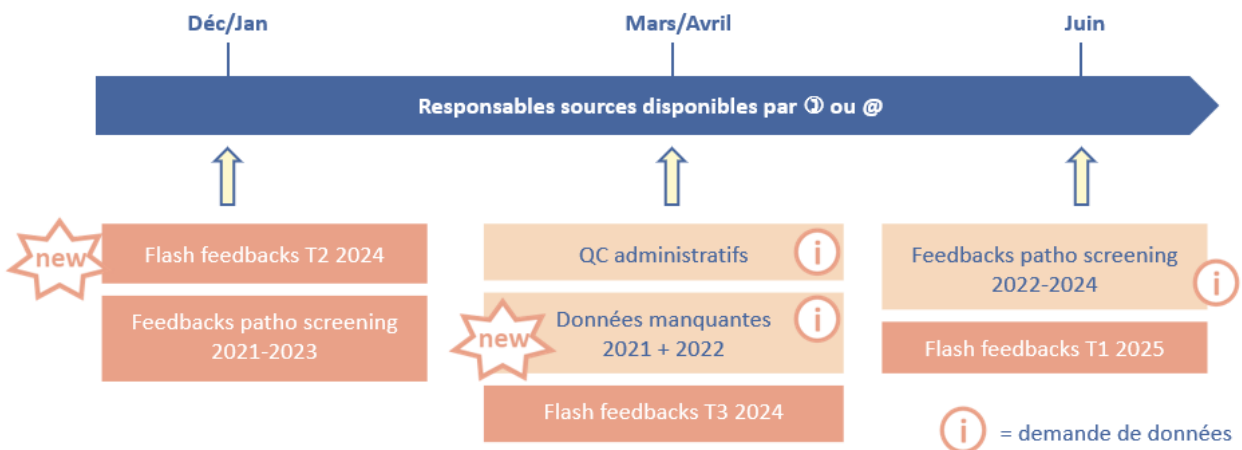
Des errata ont été publiés concernant la classification TNM UICC 8th Edition. La dernière version de juillet 2024 est disponible à cette adresse : prpltnmerrata12072024_fr.pdf



II. FEEDBACKS DU BCR POUR LES LABORATOIRES

Afin de vous informer au mieux, des feedbacks vous sont régulièrement envoyés. Vous trouverez ici la planification et les caractéristiques de chacun de ces feedbacks.

Jusqu'à juin 2025 inclus, nous prévoyons 3 périodes de feedbacks émanant du BCR vers les laboratoires d'anatomie pathologique :



Au-delà de juin 2025, le schéma évoluera en fonction des besoins rencontrés et après consultation du Conseil Consultatif d'anatomie pathologique. Vous en serez tenus informés.

Feedbacks patho screening – échantillons mammaires, colorectaux et cervicaux

Ces feedbacks concernent les échantillons mammaires, colorectaux et cervicaux que vous envoyez au BCR afin de constituer le registre cyto-histopathologique utilisé pour le soutien aux programmes de dépistage. Ces feedbacks reflètent la qualité et l'exhaustivité des livraisons en comparaison avec les données de remboursement de l'Agence Intermutualiste. Vous avez déjà reçu précédemment ce type de feedbacks.

Flash feedbacks



Outil de support aux interactions entre vous et votre personne de contact au sein du BCR. À l'aide d'un certain nombre d'indicateurs, nous évaluons la qualité et l'exhaustivité des données que vous nous envoyez (aussi bien pour l'enregistrement du cancer que pour les données du sein, du colon/rectum et du col de l'utérus, directement après chaque livraison¹ (3 fois/an, après avoir reçu les données sur les échantillons colorectaux et mammaires). Ces indicateurs vous permettront de suivre votre propre évolution et d'identifier plus facilement d'éventuelles difficultés, en collaboration avec votre responsable source au BCR. Comme il s'agit d'un nouveau type de feedback, il sera accompagné d'une méthodologie.

¹ Les données du col de l'utérus seront livrées mensuellement à partir de 2025.

Données manquantes 2021/2022



La qualité de nos bases de données est évaluée et améliorée, entre autres, grâce au couplage des données de différentes sources, comme les données des programmes de soins oncologiques ou les données de remboursement des organismes assureurs (provenant de l'Agence Intermutualiste). Pour les nouveaux diagnostics de cancers de 2021 et 2022, nous avons identifié des données manquantes pour certains laboratoires sur base de ces couplages. Nous demanderons à ces laboratoires de nous livrer les données manquantes spécifiquement pour ces patients. Comme il s'agit d'un nouveau type de feedback, il sera accompagné d'une méthodologie.

2024-2025 : feedbacks aux laboratoires et demandes de données complémentaires

| Période | Type de contact | Envoi de listes? |
|-----------------------------|---|-------------------|
| Décembre 2024/ Janvier 2025 | <ul style="list-style-type: none"> Feedback patho screening 2021-2023 (sein – colon – col de l'utérus) Flash feedbacks (T2 2024) = NEW ! Contact avec laboratoires où problème avec enregistrement de <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> NISS <input type="checkbox"/> Nomenclature <input type="checkbox"/> N° INAMI demandeur | NON |
| Mars / Avril 2025 | <ul style="list-style-type: none"> QC administratifs Données manquantes 2021 + 2022 = NEW ! Flash feedbacks T3 2024 | OUI OUI NON |
| Juin 2025 | <ul style="list-style-type: none"> Feedbacks patho 2022-2024 (screening) (sein – colon – col de l'utérus) Flash feedbacks (T1 2025) | OUI NON |

III. TRANSITION VERS LE DÉPISTAGE PRIMAIRE DU CANCER DU COL DE L'UTÉRUS PAR UN TEST HPV

À partir du 01/01/2025, le dépistage du cancer du col de l'utérus sera réorganisé selon les nouvelles recommandations (décision de la Conférence Interministérielle et implémentation coordonnée par le Centre du Cancer - Sciensano). Pour les femmes âgées entre 25-29 ans : la cytologie tous les 3 ans reste la recommandation. Pour les femmes entre 30-64 ans par contre, le dépistage primaire sera désormais un test HPV tous les 5 ans. Selon le résultat du test primaire, un test réflexe peut être recommandé ainsi que, selon le conseil intégré, un triage à 12 mois.

| Catégorie d'âges : 25-29 ans (screening) | | |
|--|-------------------------------------|---|
| Résultat de l'examen cytologique | Résultat du test réflexe hrHPV | Conseil intégré |
| NILM | S.O. | Intervalle de dépistage normal (répétition dans 3 ans) |
| ASCUS | → Négatif pour hrHPV | Le résultat du HPV réflexe, avec recommandation, suit Intervalle de dépistage normal (répétition dans 3 ans) |
| | → Positif pour hrHPV | Cytologie à répéter dans 12 mois |
| LSIL | S.O. | Cytologie à répéter dans 12 mois |
| ≥ ASCH, AGC | S.O. | À référer directement pour examen colposcopique |
| INSU | | Nouveau prélèvement dans un délai de 6 semaines au plus tôt |
| Catégorie d'âges : 30-64 ans (screening) | | |
| Résultat du test hrHPV | Résultat de la cytologie réflexe | Conseil intégré |
| Négatif pour hrHPV | S.O. | Intervalle de dépistage normal (répétition dans 5 ans) |
| Positif pour HPV 16/18 | (cytologie, pas en tant que triage) | À référer directement pour examen colposcopique Le résultat de la cytologie réflexe suit |
| Positif pour hrHPV non-16/18 | → cytologie ≥ ASCUS | Le résultat de la cytologie réflexe, avec recommandation, suit À référer directement pour examen colposcopique |
| | → cytologie NILM | Test hrHPV à répéter dans 12 mois |
| HPV _i | | Nouveau prélèvement dans un délai de 6 semaines au plus tôt |

Source: https://www.sciensano.be/sites/default/files/hpv_primaire_communication_fr_20241101_sciensano_1.pdf

Parallèlement à ces nouvelles recommandations, le programme de dépistage est revu en Flandre afin de transmettre rapidement les résultats de dépistage aux femmes participantes ainsi qu'au médecin du DMG. En Wallonie, un programme organisé voit également le jour à partir de janvier 2025. À Bruxelles, le dépistage du cancer du col de l'utérus reste un dépistage opportuniste.

Le BCR est responsable de l'enregistrement centralisé des données dans le cadre de la détection précoce du cancer ; c'est pourquoi, en collaboration avec les laboratoires d'anatomie pathologique et de biologie clinique, nous mettons en place un nouveau flux rapide de données pour répondre aux besoins du dépistage du cancer du col de l'utérus.

Concrètement, pour les laboratoires d'anatomie pathologique :

Changement important dans la fréquence des livraisons de données: livraison mensuelle, et quelques changements dans la sélection des données et leur enregistrement/codage.



Livraison des données – Deadline mensuelle

Contact pour les données du col de l'utérus par mail: nom d'utilisateur (mail) + mot de passe (lien via mail)

| Deadline livraison | Data |
|--------------------|--|
| 10/02/2025 | T3 2024 CX, CO, BR & CL (tout 2024) + H1 (jan) 2025 CX |
| 10/03/2025 | H2 (fév) 2025 CX |
| 10/04/2025 | H3 (mars) 2025 CX |
| 10/05/2025 | T1 (jan - avril) 2025 CO, BR & CL + H4 (avril) 2025 CX |
| 10/06/2025 | H5 (mai) 2025 CX |
| 10/07/2025 | H6 (juin) 2025 CX |
| 10/08/2025 | H7 (juillet) 2025 CX |
| 10/09/2025 | T2 (mai-août) 2025 CO, BR & CL + H8 (août) CX |
| 10/10/2025 | H9 (sept) CX |
| 10/11/2025 | H10 (oct) CX |
| 10/12/2025 | H11 (nov) CX |
| 10/01/2026 | H12 (déc) CX (tout 2025) |
| 10/02/2026 | T3 2025 CX, CO, BR & CL (tout 2025) + H1 2026 CX |

T: livraison quadrimestrielle
H : livraison mensuelle (CX)
CX : données col de l'utérus
CO : données colon-rectum
BR : données sein
CL : enregistrement classique du cancer

Sélection des données

- reste basée sur code organe + date
- 1ère livraison: date de prélèvement
- livraison suivante: date de prélèvement → sélection sur base de la date de validation
→ ne plus reprendre tous les échantillons de la période déterminée mais bien tous les échantillons validés depuis la livraison précédente.
- déclencheur pour l'envoi = la validation, càd, envoi au médecin demandeur par le labo
= envoi vers le BCR

Quelles données envoyer?

Les résultats de tous les échantillons du col de l'utérus doivent être envoyés, y compris

- Les résultats entièrement validés (y compris les résultats HPV et conseils intégrés)
- Les résultats partiellement validés (cytologies en attente de résultat HPV)
- Toutes les analyses primaires et réflexes réalisées dans le laboratoire
- Résultats HPV et génotypes toujours codés si connus
- Ne pas oublier les nouveaux codes COTE et 12MT (voir plus bas)
- Toutes les analyses externalisées (addenda) doivent également être livrées (idem biomarqueurs), donc attention si un prélèvement a déjà été transmis mais qu'un addendum a été ajouté après la livraison précédente

Points d'attention dans le dataset

- NISS → bien conserver le « 0 » du début
- Date du prélèvement
- N° INAMI du médecin demandeur : bien reprendre les 11 chiffres



- Code lésion et résultat HPV
 - Toujours coder les résultats et génotypes HPV s'ils sont connus
 - Ne pas utiliser les codes des biomarqueurs sauf si le statut HPV est lié à un cancer confirmé
 - #NA et enregistrement du résultat HPV = non-souhaités dans la variable lésion → privilégier la variable HPV résultat/type
 - Nouveaux codes lésions :
 - **COTE**: si la cytologie et le HPV sont réalisés, quelle que soit l'indication ou le remboursement
 - **12MT**: triage à 12 mois
- Nomenclature : important pour connaître la raison du prélèvement.

Points d'attention dans le protocole

Veillez également ajouter un des 4 codes suivants dans la conclusion de votre protocole afin que le laboratoire de biologie clinique puisse s'y référer pour l'envoi du résultat de la cytologie (analogie au fait que vous nous envoyez également le résultat HPV) :

| Code | Signification |
|-------------|--|
| NILM | Negative for intraepithelial lesion or malignancy |
| ASC-US | Atypical squamous cells of undetermined significance |
| LSIL | Low grade squamous intraepithelial lesion |
| ≥ ASC-H/AGC | More severe lesions (at least high grade) |

Vous trouverez l'infosession qui a été présentée le 21/11 via les liens suivants :



[Microsoft PowerPoint - Infosession pathologies FR V21112024.pptx20241121 -](#)



[Livraison des données : nouvelle nomenclature du dépistage du cancer du col de l'utérus"](#)

Une FAQ sera également prochainement disponible sur notre site Internet de même que la mise à jour du BCR protocol.

IV. STADIFICATION ET ENREGISTREMENT DES TUMEURS UROTHÉLIALES

Nouvelles lignes directrices ENCR (European Network of Cancer Registries)

Vous retrouvez les messages-clés de l'infosession de septembre pour les nouvelles recommandations pour l'enregistrement des tumeurs urothéliales via les liens suivants:



[Microsoft PowerPoint – Infosession pathologistes septembre 2024-protection des données et tumeurs urothéliales](#)



[2024-09-17 Infosession Protection des données/Stadification + enregistrement des tumeurs urologiques](#)



Q&A tumeurs urothéliales: [QA infosession septembre.pdf](#)

L'ENCR a édité de nouvelles règles qui indiquent que chaque progression doit être considérée comme un nouveau diagnostic à part entière. La série suivante montre l'ordre qui représente une progression²:

Non-invasive, low grade (TaG1) → Non-invasive, high grade (TaG3) → In situ (Tis)
→ Invasive, superficial (T1) → Muscle-invasive (T2+)

Toutefois, ces nouvelles recommandations n'ont pas d'impact pour les laboratoires qui doivent continuer à sélectionner l'ensemble des lésions afin de les envoyer au BCR.

Codage des néoplasies urothéliales non invasives

| | SNOMED 3.5 VF | |
|--|--------------------|--|
| Urothelial papilloma | M-81200 | Entités bénignes, non collectées dans la base de données cancer |
| Inverted urothelial papilloma, benign | M-81210 | |
| Papillary urothelial neoplasm of low malignant potential | M-81301 | Grades OMS Les codes lésions du SNOMED n'impliquent pas de grade. Codez le grade séparément dans la variable <i>differentiation grade</i> |
| Non-invasive papillary urothelial carcinoma, low-grade | M-81302 Grade 1 | |
| Non-invasive papillary urothelial carcinoma, high-grade | M-81302 Grade 3 | |
| Urothelial carcinoma in situ | M-81202 | Toujours pTis, ne pas combiner avec pTa. |

² **Source:** ENCR Recommendations – Recording and Reporting of Urothelial Tumours of the Urinary Tract (2022) <https://encr.eu/ENCR-Recommendations> Galceran J et al., The 2022 ENCR Recommendations on recording and reporting of urothelial tumours of the urinary tract. Front Oncol. 2022. <https://doi.org/10.3389/fonc.2022.1046239>

Codage des néoplasies urothéliales invasives

| | SNOMED 3.5 VF | |
|--|---------------|--|
| Invasive urothelial carcinoma | M-81203 | |
| Invasive papillary urothelial carcinoma | M-81303 | Le terme "UCC papillaire invasif" n'existe plus dans la classification de l'OMS. |
| Différenciation divergente, par exemple UCC avec différenciation squameuse, glandulaire ou trophoblastique, n'affecte pas le code de la lésion. | | |
| Micropapillary urothelial carcinoma | M-81313 | Certains sous-types ont un code lésion plus spécifique, utilisez-les le cas échéant. |
| Giant cell urothelial carcinoma | M-80313 | |
| Lymphoepithelioma-like urothelial carcinoma | M-80823 | |
| Plasmacytoid urothelial carcinoma | M-81223 | SNOMED : attention changements dans les codes M! |
| Sarcomatoid urothelial carcinoma | M-81203 | |
| Le codage de l'UCC plasmocytoïde 8122/3 a été modifié par rapport à l'édition précédente de la classification de l'OMS. ↔ 8120/3 Sarcomatoid UCC (anciennement 8122/3) | | |

Classification TNM pathologique

Urinary bladder specific requirements for pT (Source: TNM suppl 5th ed. p. 189)





pT3 or less requires pathological examination of partial or total cystectomy specimen with no gross tumour at the margins of resection (with or without microscopic involvement)

(pT4a/b requires microscopic confirmation of invasion of listed adjacent organs/structures)

- **En théorie:** AUCUNE catégorie pT ne peut être établie sur la base d'un échantillon RTUV (résection transurétrale de la vessie)
- **En pratique:** déterminer le stade pathologique le plus bas possible pour un échantillon donné
→ Noter 'pT' comme "au minimum pT..."


- Le résultat de la RTUV peut être intégré au cTNM
- Pour certains carcinomes de la vessie non invasifs sur le plan musculaire, la résection via RTUV peut être considérée comme une résection complète (pTa, pTis, pT1)

V. RÉCAPITULATIF DES NOUVEAUX CODES

| | SNOMED 3.5 VF | | CODAP 2017 | |
|---|------------------|---|---------------|--|
| Plasmacytoid urothelial carcinoma | M-81223 |  | 90PL |  |
| Sarcomatoid urothelial carcinoma | M-81203 | | 90SA | |
| Aucune tumeur dans cet échantillon, mais le patient est connu pour avoir une tumeur maligne | M-99993 | depuis 2023 | 99GT | depuis 2023 |
| ≠ 'pas de tumeur' : également utilisé chez les patients non oncologiques | ≠ M-09410 | | ≠ 03GT | |
| Pas de tumeur résiduelle après traitement néoadjuvant (ypT0) | M-09420 | | 80CR | |
| Biomarqueurs, lésion primaire inconnue | M-99998 | depuis 2023 | 99BM | depuis 2023 |
| HPV cotesting | COTE |  | COTE |  |
| HPV triage 12 mois | 12MT | | 12MT | |

VI. PROTECTION DES DONNÉES

Bien que l'enregistrement des données du cancer provenant des laboratoires et leur traitement par le BCR soient définis légalement, le RGPD reste bien sûr d'application. Cela implique que le transfert des données doit se faire de manière sécurisée. Étant donné que la circulation des mails n'offre pas suffisamment de garanties de sécurité pour les données relatives à la santé, nous demandons que tout enregistrement ou correction/ajout de données relatives au cancer soit effectué via un secure File Transfer Protocol (sFTP). Pour ce faire, vous devez vous connecter via notre site web avec un nom d'utilisateur et un mot de passe. Si vous ne les avez pas encore reçus ou si votre mot de passe a expiré, n'hésitez pas à contacter votre personne de contact au BCR.

 [Microsoft PowerPoint – Infosession pathologistes septembre 2024-protection des données et tumeurs urothéliales](#)

 [2024-09-17 Infosession Protection des données/Stadification + enregistrement des tumeurs urologiques](#)

Pour toute question, vous pouvez toujours contacter votre responsable source.