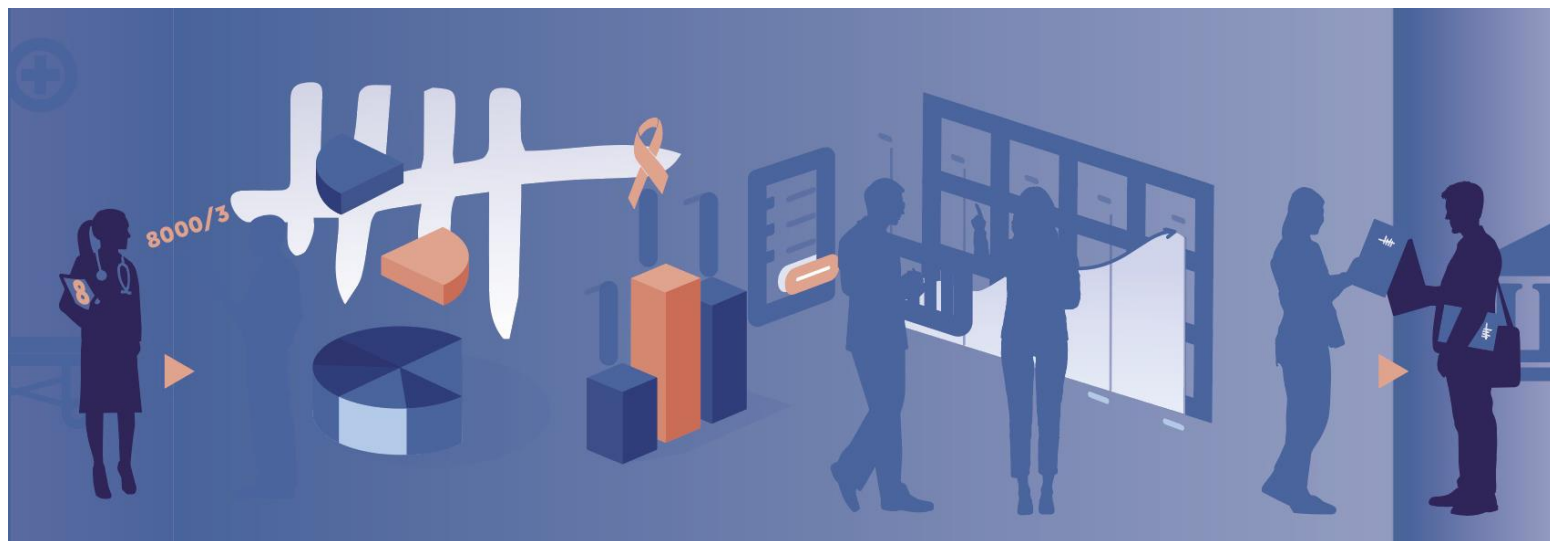


Handleiding voor de registratie van een nieuwe diagnose

VERSIE 2026.1



Inhoud

Handleiding voor de registratie van een nieuwe diagnose	1
1.1. Welke tumoren dient u te registreren?	1
1.2. Wanneer en hoe moet u deze tumoren registreren?	1
1.3. Administratieve gegevens van de patiënt	2
1.4. Kankerregistratieformulier voor een nieuwe diagnose	3
1.4.1. Incidentiedatum	3
1.4.2. Basis voor diagnose	4
1.4.3. WHO-score bij diagnose (incidentiedatum)	5
1.4.4. Primaire tumorlokalisatie	5
1.4.5. Lateraliteit	6
1.4.6. Histologische diagnose en gedrag	7
1.4.7. Differentiatiegraad	8
1.4.8. TNM-classificatie	9
A. Klinische TNM (cTNM)	9
B. Pathologische TNM (pTNM)	9
C. Pathologische TNM na neoadjuvante therapie (ypTNM)	10
1.4.9. Andere classificatie	11
1.4.10. Diagnose en primaire behandelingen	11
A. Klinische studies	11
B. Behandelingscodes	12
1.4.11. Verslagen	26
1.4.12. Commentaarveld	26
1.5. Aanvullende karakteristieken die specifiek zijn voor borsttumoren	26
1.5.1. Menopauzale status bij diagnose	27
1.5.2. Moleculaire merkers	28
A. Algemene regels	28
B. Multifocale tumor	29
C. Overzicht moleculaire merkers	30
1.5.3. Indien heelkunde	33
A. Primaire Tumor	33
B. Lymfeklieren	33

Handleiding voor de registratie van een nieuwe diagnose

Voor diagnoses al dan niet besproken op een Multidisciplinair Oncologisch Consult (MOC)

Naar aanleiding van [het vernieuwd kankerregistratieformulier voor een nieuwe diagnose](#), gepubliceerd in het Belgisch Staatsblad op 23 december 2025, biedt deze handleiding instructies voor de kankerregistraties voor Stichting Kankerregister. In deze handleiding wordt elk onderdeel van het formulier besproken, zowel voor de reeds bestaande variabelen, als de nieuw toegevoegde en aangepaste variabelen.

1.1. Welke tumoren dient u te registreren?

Alle nieuwe diagnoses, al dan niet besproken op een MOC, dienen geregistreerd te worden.

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 maligniteiten met gedrag /3 inclusief de myeloproliferatieve aandoeningen en myelodysplastische syndromen;
- Alle tumoren van het centraal zenuwstelsel (C70, C71, C72, C75.1-C75.3) ongeacht het gedrag van de tumor (benigne, borderline maligne, maligne);
- Alle urotheelceltumoren (borderline maligne, in situ en invasief);
- Ovarium: alle borderline maligne, in situ en invasieve (epitheliale) tumoren.

Uitzonderingen:

- Basocellulaire carcinomen dienen niet geregistreerd te worden, tenzij bij kinderen tot en met 15 jaar.
- Hemangiomen, cysten en hamartomen van het centraal zenuwstelsel dienen niet geregistreerd te worden, behalve dermoïd cysten (9084/0) in het centraal zenuwstelsel. Deze zijn wel verplicht te registreren.

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 multiële tumoren ([zie opleiding multiële tumoren](#)).

1.2. Wanneer en hoe moet u deze tumoren registreren?

Op het vernieuwd kankerregistratieformulier wordt vermeld dat een nieuwe diagnose steeds binnen een venster van 4 tot 6 maanden na incidentiedatum aan het Kankerregister moet worden overgemaakt. De registraties kunnen op twee manieren worden aangeleverd: via de online WBCR-tool of via gestructureerde batch aanleveringen (in een vooraf gedefinieerd formaat, na geautomatiseerde gegevensextractie uit het elektronische medische dossier van de patiënt).

Bronnen die via batch aanleveren zullen twee vaste aanlevermomenten hebben per jaar:

- Tumoren met incidentiedatum vanaf 1 januari tot en met 30 juni worden verwacht aangeleverd te worden ten laatste 10 januari van het daaropvolgende jaar.
- Tumoren met incidentiedatum vanaf 1 juli tot en met 31 december worden verwacht aangeleverd te worden ten laatste 30 juni van het daaropvolgende jaar.

Specifiek voor incidentiejaar 2026 verwacht het Kankerregister het volgende:

- Voor borsttumoren worden twee aanlevermomenten verwacht:
 - o Borsttumoren gediagnosticeerd vanaf 1 januari t.e.m. 30 juni 2026 moeten worden aangeleverd ten laatste op 10 januari 2027.
 - o Borsttumoren gediagnosticeerd vanaf 1 juli t.e.m. 31 december 2026 moeten worden aangeleverd ten laatste op 30 juni 2027.
 - o Borsttumoren met incidentiejaar 2026 moeten allemaal volgens het nieuwe registratieformulier worden geregistreerd.
 - o Opmerking: In maart 2026 verduidelijkt het RIZIV in [een omzendbrief naar alle ziekenhuizen](#) dat het nieuwe formulier gebruikt moet worden voor de MOC-facturaties voor borsttumoren met een MOC vanaf 01/01/2026. Dit wijkt af van de regel dat borsttumoren met incidentiedatum vanaf 2026 met het nieuwe formulier moeten aangeleverd worden bij Stichting Kankerregister. Bij voorkeur ontvangt het Kankerregister voor deze beperkte aantallen borstkankerdiagnoses die gediagnosticeerd zijn in 2025 en die pas begin 2026 op MOC werden besproken het oude formulier. Indien dit niet mogelijk is aanvaardt het Kankerregister ook registraties met het nieuwe formulier.
- Voor alle andere tumoren dan borsttumoren is er voor incidentiejaar 2026 slechts één aanlevermoment vereist aan het Kankerregister. Deze moeten ten laatste op 30 juni 2027 geregistreerd worden. Voor registratie bij het Kankerregister kan voor tumoren met incidentiejaar 2026 het nieuwe registratieformulier gebruikt worden, maar aanvaarden we ook nog het oude formulier. In de [omzendbrief van het RIZIV naar alle ziekenhuizen](#) werd verduidelijkt dat een gedoogperiode van zes maanden gehanteerd wordt voor de niet-borsttumoren. Hierin wordt vermeld dat “de verzekeringsinstellingen voor alle andere kankerdiagnoses -dan borsttumoren- met een MOC het oude formulier nog zullen aanvaarden tot en met 30 juni 2026”.

Deze deadlines gelden zowel voor ziekenhuizen die aanleveren via batch als via de WBCR-tool. Ziekenhuizen die aanleveren via de WBCR-tool wachten best tot de registratie zo volledig mogelijk is vooraleer deze te verzenden. Hou hierbij rekening met de bovenvermelde deadlines. Indien een registratie nog niet volledig is 6 maanden na incidentiedatum, dan mogen de resterende gegevens bij een volgende aanlevering worden aangevuld. Voorbeelden: 1) ypTNM mag later worden aangevuld indien bij neoadjuvante therapie de heilkunde nog niet werd uitgevoerd op het moment van de eerste aanlevering; 2) de primaire behandeling mag later worden ingevuld indien deze nog niet werd gestart bij de eerste aanlevering. Meer informatie kan u in het specifiek onderdeel van deze handleiding vinden.

1.3. Administratieve gegevens van de patiënt

Variabelen die verplicht zijn te registreren indien bekend:

- Voornaam
- Achternaam
- Geboortedatum
- Identificatienummer van de Sociale Zekerheid (INSZ): Meestal komt dit nummer overeen met het rijksregisternummer dat u terugvindt op de identiteitskaart van de patiënt.
- Geboortegeslacht
- Land en postcode bij incidentiedatum

Optionele variabelen die geregistreerd mogen worden:

- Overlijdensdatum
- Ander identificatienummer: Vrij te kiezen identificatienummer. Bv. Ziekenfondsnummer, uniek identificatienummer in ziekenhuis, protocolnummer...

1.4. Kankerregistratieformulier voor een nieuwe diagnose

Meer informatie over de registratie van tumoren vindt u op het professioneel platform op onze website: [Belgian Cancer Registry](https://www.belgiancancerregistry.be). De volgende variabelen zijn verplicht voor registratie.

1.4.1. Incidentiedatum

De incidentiedatum (WBCR: DD/MM/JJJJ – batch: yyyyymmdd) is de datum van eerste diagnose van de maligniteit, volgens de meest recente internationale richtlijnen van ENCR (European Network of Cancer Registries) en IACR (International Association of Cancer Registries). Hieronder vindt u de prioriteitenlijst voor het bepalen van de incidentiedatum (volgens afnemende prioriteit).

1. Datum van de eerste microscopische (cytologische/histologische) bevestiging van deze maligniteit
 1. Datum van afname biopsie/cytologie
 2. Datum van ontvangst biopsie/cytologie door patholoog
 3. Datum van het pathologieverslag
2. Datum van de eerste positieve genetische of moleculaire test voor diagnose van deze maligniteit
3. Datum van de eerste ziekenhuisopname voor kanker
4. Datum van de eerste consultatie omwille van maligniteit (indien geen hospitalisatie/ambulant)
5. Datum van de eerste positieve tumormerkertest voor deze maligniteit
6. Datum van de eerste beeldvorming voor deze maligniteit (incl. PET, CT en MRI)
7. Datum van het eerste MOC voor deze maligniteit
8. Datum van overlijden (indien geen andere informatie beschikbaar is)
9. Datum van overlijden indien maligniteit ontdekt werd tijdens een autopsie

De incidentiedatum kan niet vallen na de start van de behandeling, de beslissing om niet te behandelen (behandelingscode 90), weigering van therapie door de patiënt (behandelingscode 95) of de datum van overlijden. Als een gebeurtenis met een hogere prioriteit plaatsvindt binnen drie maanden na de oorspronkelijk gekozen datum, heeft de datum van de gebeurtenis met een hogere prioriteit voorrang.

De registratie van de correcte incidentiedatum is belangrijk gezien deze het vertrekpunt is voor heel wat analyses. Als enkel maand en jaar gekend zijn: noteer 15/MM/JJJJ. Als enkel het jaartal gekend is: noteer 01/07/JJJJ.

Bij een recidief of metastase van een reeds gekende primaire tumor gebruikt u het Follow-up formulier. De incidentiedatum die u daarbij invult, blijft steeds de incidentiedatum van de eerste diagnose van de primaire tumor.

1.4.2. Basis voor diagnose

De basis van diagnose is de meest betrouwbare techniek waarmee de diagnose werd gesteld, ongeacht het moment waarop deze techniek is gebruikt. Basis voor diagnose en incidentiedatum zijn onafhankelijk van elkaar (de data van beiden kunnen dus verschillen).

De basis voor diagnose is:

- 1 = Autopsie
- 2 = Histologie primaire tumor
- 3 = Histologie metastase
- 4 = Cytologie/hematologie
- 5 = Technisch onderzoek
- 6 = Klinisch onderzoek
- 7 = Tumormerker (bv. PSA, hCG, AFP, Ig...)
- 8 = Cytogenetische en/of moleculaire testen
- #NK = Onbekend

Basis voor diagnose 1 'autopsie' komt zelden voor, enkel bij toevallige vondst en indien de diagnose niet gekend was voor het overlijden. Ondanks dat deze code niet vermeld is op het formulier mag deze code nog steeds gebruikt worden.

Een diagnose wordt vaak gesteld aan de hand van meerdere onderzoekstechnieken. In dit geval neemt u de meest betrouwbare volgens volgende afnemende prioriteit: 8 > (1) > 2 > 3 > 4 > 7 > 5 > 6. Voor hematologische maligniteiten geldt de volgende prioriteitenlijst: 8 > (1) > 2 of 4 > 7 > 5 > 6, waarbij BD4 voorrang krijgt op BD2 bij vloeibare hematologische maligniteiten.

Een diagnose van maligniteit die uitsluitend op een technische of klinische basis wordt gesteld, laat meestal geen specifieke histologische diagnose toe. Zorg ervoor dat de basis voor diagnose steeds compatibel is met de histologiecode. Raadpleeg de lijst van tumortypes die zonder microscopische bevestiging geregistreerd mogen worden ([Codering en staging | Belgian Cancer Registry](#)).

Basis voor diagnose 8:

Basis voor diagnose 8 is een code wijzend op microscopische bevestiging die gebruikt wordt wanneer tumorspecifieke genetische afwijkingen of genetische veranderingen in de tumor worden aangetoond. Dit omvat technieken zoals karyotypering, FISH-analyse, PCR-analyse en DNA-sequencing. Code 8 mag alleen worden gebruikt als er ook een histologisch onderzoek werd uitgevoerd. Wanneer deze testen alleen op cytologisch materiaal zijn uitgevoerd is basis voor diagnose 8 niet van toepassing. Hiervoor dient code 4 (cytologie) gebruikt te worden. Veel tumoren vertonen genetische afwijkingen, maar slechts enkele zijn specifiek voor de diagnose van een bepaalde vorm van kanker. Gebruik code 8 alleen wanneer de genetische afwijking specifiek is voor die bepaalde kanker (in geval van aanwezigheid of afwezigheid van de afwijking). Een oplistingshiervan is beschikbaar op onze website: [Codering en staging | Belgian Cancer Registry](#): "lijst met tumoren die in aanmerking komen voor BD8".

1.4.3. WHO-score bij diagnose (incidentiedatum)

De WHO-performantiescore is de mate van zelfredzaamheid of functionele autonomie van de patiënt op het moment van de diagnose. De ECOG- en Zubrod-scores kunnen als synoniemen worden beschouwd en worden omgezet in een WHO-score. Bij pediatrische patiënten kan de WHO-score worden afgeleid uit de Lansky- en Karnofsky-scores door middel van [deze conversietabel](#) en wordt zo geregistreerd. Deze score wordt als volgt bepaald:

0 = Asymptotisch, normale activiteit

Volledig actief en in staat om alle werkzaamheden voorafgaand aan de ziekte zonder beperkingen uit te voeren.

1 = Symptomatisch, maar ambulant

Beperkt in fysiek inspannende activiteit, maar ambulant en in staat om werk van lichte of sedentaire aard te verrichten, bv. licht huiswerk, kantoorwerk.

2 = Symptomatisch, bedlegerig <50% per dag

Ambulant en in staat tot alle zelfzorg, maar niet in staat om enige werkactiviteiten uit te voeren, beperkt tot bed minder dan 50% per dag.

3 = Symptomatisch, bedlegerig >50% per dag

Alleen beperkte zelfverzorging, beperkt tot bed meer dan 50% per dag.

4 = Aangewezen op volledige verzorging, 100% bedlegerig

Kan geen zelfzorg uitvoeren. Beperkt tot bed of stoel.

5 = Overleden

Wordt niet gebruikt binnen kankerregistratie

#NK = Onbekend

Indien onbekend dient dit verklaard te worden in het algemeen commentaarveld

Deze score is verplicht te registreren. Ze is belangrijk voor het bepalen van zowel de behandeling als de prognose. De score wordt bovendien steeds vaker gebruikt in statistische modellen om te corrigeren voor verschillen in performantie bij diagnose. Vraag dit na bij de arts indien de score niet gekend is. Blijft er nadien nog onduidelijkheid, voeg dan een opmerking toe in het commentaarveld.

1.4.4. Primaire tumorlokalisatie

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

Structuur van de topografiecode:

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

Voorbeeld:

C50.3 = binnenste onderste kwadrant van de borst

De subcategorieën CXX.0 – CXX.7 geven een orgaanspecifieke lokalisatie weer. De subcategorieën CXX.8 en CXX.9 staan respectievelijk voor overlappende lokalisatie en niet-gespecificeerde lokalisatie. Het gebruik van deze laatste subcategorieën moet zoveel mogelijk worden vermeden.

Voor alle organen wordt een zo specifiek mogelijke topografiecode verwacht. Voor de onderstaande organen is het echter extra belangrijk om de juiste subcategorie te gebruiken:

- Gehemelte: hard gehemelte (C05.0), zacht gehemelte (C05.1), uvula (C05.2);
- Farynx: tongbasis (C01.9), tonsil (C09), orofarynx (C10), nasofarynx (C11), sinus piriformis (C12), hypofarynx (C13)...;
- Larynx: glottis (C32.0), supraglottis (C32.1), subglottis (C32.2)...;

- Maag: cardia (C16.0), maagfundus (C16.1), corpus ventriculi (C16.2), antrum pylori (C16.3), pylorus (C16.4), kleine curvatuur (C16.5), grote curvatuur (C16.6);
- Colon: appendix (C18.1), caecum (C18.0), colon ascendens (C18.2), leverhoek (C18.3), colon transversum (C18.4), milthoek (C18.5), colon descendens (C18.6), sigmoid (C18.7);
- Uterus: cervix (C53), corpus (C54), endometrium (C54.1)...;
- Bot (C40-41), huid (C44), perifere zenuwen en autonoom zenuwstelsel (C47), bindweefsel, subcutaan weefsel en overige weke delen (C49): naam van het bot of juiste lokalisatie en lateraliteit aangeven (bijvoorbeeld voor de topografie 'huid van de arm' wordt niet als C44.9 gecodeerd, maar als C44.6 met de bijhorende lateraliteit)

De topografiecodes zijn gebaseerd op de Internationale Classificatie van Ziekten voor Oncologie (ICD-O). Momenteel wordt ICD-O-3.2 gebruikt. Houd rekening met nieuwe edities van ICD-O in de toekomst.

Topografie indien primaire lokalisatie onbekend

Gebruik C80.9 wanneer de primaire tumorlokalisatie niet kan worden bepaald. C80.9 staat voor "niet gespecificeerde lokalisatie" of "primaire lokalisatie onbekend".

Topografie voor lymfomen, leukemieën en multipale myelomen

Wanneer de lymfeklieren de primaire lokalisatie zijn van een lymfoom, codeer dan de overeenkomstige lymfeklieren (C77._) als topografie. Bij extranodale lymfomen die ontstaan in de borst of een ander orgaan, kan dat orgaan als primaire lokalisatie worden gecodeerd. Indien de primaire lokalisatie van een lymfoom onbekend is, noteer dan C77.9. Alle leukemieën, multipale myelomen (ziekte van Kahler, plasmacelmyeloom) en myeloproliferatieve neoplasieën (MPN) en myelodysplastische syndromen (MDS) worden bij conventie gecodeerd in het beenmerg (C42.1) de ziekte van Waldenström in het bloed (C42.0).

Opmerkingen:

- Bot, bindweefsel, subcutaan weefsel en andere weke delen, hersenen en lymfeklieren zijn nooit primaire tumorlokalisaties voor carcinomen.
- Lymfeklieren (C77.X) kunnen enkel een primaire lokalisatie zijn voor lymfomen (nooit van carcinomen, sarcomen, ...)

1.4.5. Lateraliteit

Het aangeven van de lateraliteit wordt gevraagd bij alle pare organen en is van belang bij de bepaling van multipale 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 ([Codering en staging | Belgian Cancer Registry](#)). Er wordt een onderscheid gemaakt tussen pare organen waarvoor lateraliteit moet geregistreerd worden en pare organen bij het bepalen van multipale tumoren.

Bij een paar orgaan wordt een verschillende lateraliteit beschouwd als een afzonderlijk orgaan. Een bilaterale tumor leidt dus tot twee afzonderlijke registraties. Wanneer dezelfde tumor op meerdere plaatsen in bijvoorbeeld één borst wordt aangetroffen, wordt dit beschouwd als een multifocale borsttumor en is dus slechts één registratie nodig.

De opties voor lateraliteit zijn links (1), rechts (2), onpaar orgaan (3), middenlijn (#NK) en onbekend (#NK). Indien de tumor zich op de middenlijn bevindt (bijvoorbeeld op de neuspunt), wordt #NK geregistreerd, met de vermelding van de lokalisatie in commentaar, zoals 'neuspunt'.

1.4.6. Histologische diagnose en gedrag

De histologische diagnose dient zo gedetailleerd mogelijk gecodeerd te worden. Wacht hiervoor het definitief resultaat van de biopsie of de heilkundige resectie af. Er wordt steeds een zo specifiek mogelijke histologiecode verwacht. De histologische diagnose of morfologie wordt gecodeerd volgens de Internationale Classificatie van Ziekten voor Oncologie" (ICD-O). Momenteel wordt ICD-O-3.2 gebruikt. Houd rekening met nieuwe edities van ICD-O in de toekomst.

Structuur van de morfologiecode:

M		/	
	----		-
	Histologie		Gedrag
	(8000-9993)		(0-3)

De histologiecode geeft het cel- of tumortype weer en bestaat uit 4 cijfers. 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

Voorbeelden:

- 8010/3 = Epitheliale tumor, maligne
- 8070/2 = Plaveiselcelcarcinoom in situ
- 8500/3 = Infiltrerend ductaal carcinoom, NNO

Eenzelfde 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, codeer dan het hoogste 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 de pT-categorie.

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: pTis in combinatie met /3 is wel mogelijk in geval van neoadjuvante therapie.)

Opgelet: 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 carcinomen bij andere organen 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?](#)).

Algemene opmerkingen

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 in het commentaarveld.

Indien de diagnose van kanker gesteld werd zonder microscopisch onderzoek, codeer dan “8000/3” = “maligne neoplasme” of “kanker” en verduidelijk dit in het commentaarveld.

Sommige tumoren zonder microscopische bevestiging laten op basis van zeer specifiek onderzoek wel een meer accurate tumordiagnose toe. In deze gevallen kan een specifiekere histologiecode dan 8000/3 geregistreerd worden. Een gedetailleerd overzicht is te vinden op onze website: [basis voor diagnose](#).

Voorbeelden:

- Prostaatkanker op basis van de tumormerker prostaatspecifiek Antigeen (PSA), 8140/3 indien de arts dit beschouwt als een adenocarcinoom van de prostaat;
- Functionele neuro-endocriene tumoren (excl. tumoren van de hypofyse) op basis van de tumormerker insuline, 8151/3;
- Een retinoblastoom op basis van medische beeldvorming (9510/3).

1.4.7. Differentiatiegraad

De differentiatiegraad duidt aan in welke mate de tumorcellen gelijk zijn 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)

2 = Matig gedifferentieerd (MG)

3 = Weinig of slecht gedifferentieerd (WG)

4 = Ongedifferentieerd (OG)/anaplastisch

#NK = Differentiatiegraad onbekend, niet bepaald, niet vermeld of niet van toepassing

Indien in de tumor letsels voorkomen met een verschillende differentiatiegraad, codeer dan de hoogste graad. De differentiatiegraad bekomen via heekunde heeft prioriteit op de differentiatiegraad bekomen door middel van biopsie.

Voorbeeld:

Adenocarcinoma, matig tot weinig gedifferentieerd: neem differentiatiegraad “3” (= weinig gedifferentieerd).

Opgelet, voor lymfomen en leukemieën wordt in het veld “differentiatiegraad” het celtype aangeduid:

5 = T-cel

6 = B-cel

7 = Null-cell (niet T, niet B)

8 = Natural killer (NK)-cell

#NK = Differentiatiegraad onbekend, niet bepaald, niet vermeld of niet van toepassing

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+9^e editie (2017-heden):
 - o Noteer niets bij de differentiatiegraad
 - o Noteer de Gleasonscore steeds voluit bij “andere classificatie”: Gleason X=Y+Z
Opgelet! Gleason 7=4+3 ≠ Gleason 7=3+4
 - Fuhrman/ISUP (nier): 1 = GG; 2 = MG; 3 = WG; 4 = OG
 - WHO-graad (Centraal Zenuwstelsel): graad I - IV
 - SBR/Nottingham (borst): 3-5 = GG; 6-7 = MG; 8-9 = WG
- Indien zowel de SBR als differentiatiegraad vermeld worden, krijgt de geconverteerde SBR-score prioriteit.

1.4.8. TNM-classificatie

De TNM duidt de mate van anatomische 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.

A. Klinische TNM (cTNM)

Voor tumoren waarvoor de TNM van toepassing is, is het registreren van de cTNM volgens de TNM-criteria wettelijk verplicht. De behandelende arts die beschikt over de resultaten van alle onderzoeken is verantwoordelijk voor het bepalen van de cTNM.

Een belangrijk doel van de cTNM is het ondersteunen van de keuze van de meest geschikte behandeling, op basis van richtlijnen en in functie van de uitgebreidheid van de tumor. De cTNM is de TNM op het moment van diagnose en mag niet meer gewijzigd worden na start van een behandeling. Indien de standaardonderzoeken bij een bepaald type tumor geen regionale lymfeklier aantasting en/of metastasen op afstand aan het licht brengen, dient cN0 en/of cM0 gecodeerd te worden. De klinische TNM wordt ingevuld volgens TNM, Classification of Malignant Tumours. Het Kankerregister 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 2017-2025: TNM 8e editie
- Tumoren met incidentiejaar vanaf 2026: TNM 9e editie

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

B. Pathologische TNM (pTNM)

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

Voorbeelden:

- | | |
|--|----------------|
| - Longcarcinoom, uitsluitend chemotherapeutische behandeling | → cTNM |
| - Prostaatcarcinoom, uitsluitend TURP en/of hormonale therapie | → cTNM |
| - Blaascarcinoom, TURB indien volledige resectie | → cTNM én pTNM |
| - Blaascarcinoom, cystectomie | → cTNM én pTNM |

De pT wordt ingevuld bij resectie van de primaire tumor (=behandeling '10' of '11' of bij borsttumoren behandeling '120' of '130') of na afname van een biopsie 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, behalve in het geval van een onbekende primaire tumor. Noteer geen pN voor een klieruitruiming in 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 categorie 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.

Geïsoleerde tumorcellen (ITC) of kleine clusters van tumorcellen ($\leq 0,2$ mm) worden niet beschouwd als positieve lymfeklieren. Bij onderzoek naar ITC voegt u het achtervoegsel (i+) of (i-) toe aan de categorie pN.

Voorbeeld:

Geen metastasen in de regionale lymfeklieren, maar wel aanwezigheid van geïsoleerde tumorcellen → Registreer als pN0(i+).

Melanomen en Merkelcelcarcinomen vormen hierop een uitzondering: geïsoleerde tumorcellen in een lymfeklier(en) worden geregistreerd onder pN1a, pN2a of pN3a (melanomen) of pN1a (Merkelcelcarcinomen).

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

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

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

C. Pathologische TNM na neoadjuvante therapie (ypTNM)

Neoadjuvante therapie wordt toegediend voor de heilkunde, met als doel om onder andere de tumor te verkleinen. Veel voorkomende neoadjuvante therapieën zijn chemo-, radio-, hormoon- en immunotherapie. Wanneer een patiënt neoadjuvante therapie krijgt en nadien een geplande heilkundige ingreep ondergaat, wordt het pathologische stadium als ypTNM geregistreerd. De ypTNM wordt ook ingevuld volgens TNM, Classification of Malignant Tumours van de UICC. De te gebruiken editie is afhankelijk van het incidentiejaar (cfr. supra).

Indien voorafgaand aan de heilkunde een behandeling werd gegeven die niet bedoeld was als neoadjuvante therapie, mag de ypTNM niet gebruikt worden, maar wel een pTNM (bijvoorbeeld hormoontherapie om de periode tot aan de operatie te overbruggen).

1.4.9. Andere classificatie

Let op: de codes van de variabele “Andere classificatie” zijn aangepast ten opzichte van het vorige registratieformulier.

Andere classificatiecodes die kunnen geregistreerd worden zijn de volgende:

- 1 = Childhood Cancer Stage ([Toronto Guidelines](#))
- 2 = FIGO: voor de gynaecologische tumoren (mag eventueel ingevuld worden, maar steeds als aanvulling op cTNM/pTNM)
- 3 = Lugano: voor lymfomen
- 4 = Breslow (in mm): voor melanomen (mag eventueel ingevuld worden, maar steeds als aanvulling op de cTNM/pTNM). Indien zowel Clark als Breslow gekend zijn, noteer Breslow als aanvulling op de TNM.
- 5 = Andere: deze code kan worden gebruikt om een bijkomende classificatie weer te geven, en dient ook om de Gleasonscore te noteren (ook al is dit strikt genomen geen classificatie), [zie differentiatiegraad](#). Indien u “5 – andere classificatie” registreert, gelieve de naam van de classificatie en het stadium weer te geven in het voorziene veld.

Voorbeelden: Gleason 7=4+3, Ann Arbor: IA

1.4.10. Diagnose en primaire behandelingen

A. Klinische studies

Wanneer de patiënt in studieverband deelneemt aan een prospectief interventieonderzoek en een behandeling krijgt voor de tumor die in dit formulier wordt geregistreerd, registreert u ‘ja’ bij de vraag “Maakt de kankerbehandeling deel uit van een klinische studie?” en moet het unieke studienummer worden ingevuld. Indien de patiënt niet aan zo’n studie deelneemt of indien dit niet gekend is, registreert u respectievelijk ‘nee’ of ‘onbekend’.

Wanneer het unieke studienummer geregistreerd is, kan het Kankerregister nagaan welke behandeling eventueel werd toegediend. Het gaat uitsluitend om behandelingen met een curatieve intentie, wat zowel medicatie, chirurgie of radiotherapie kan zijn. Klinische studies waar de patiënt aan deelneemt die niet gerelateerd zijn aan deze tumor, dienen hier niet ingevuld te worden.

Zowel EudraCT- als CTIS-nummers kunnen geregistreerd worden.

- Verschil tussen EudraCT- en CTIS-nummers:
 - EudraCT-nummer: European Union Drug Regulating Authorities Clinical Trials is het oudere registratiesysteem voor klinische studies
 - CTIS-nummer: Clinical Trials Information System is het huidige Europese platform voor de indiening en registratie van klinische interventiestudies
- Formaat van studienummers:
 - EudraCT-nummer: Registreer in het formaat: YYYY-NNNNNN-CC
YYYY: jaar van uitgifte
NNNNNN: zes-cijferig volgnummer
CC: controlenummer
 - CTIS-nummer: Registreer in het formaat: YYYY-XXXXXX-YY-ZZ
YYYY: jaar van indiening
XXXXXX: uniek volgnummer
YY: tweede numeriek identificatieonderdeel
ZZ: versienummer (00 = eerste indiening, 01 = tweede indiening, ...)
- Studienummer opzoeken:
 - CTIS: <https://euclinicaltrials.eu/search-for-clinical-trials/?lang=en>
 - EudraCT: <https://www.clinicaltrialsregister.eu/ctr-search/search>

Indien een studie zowel een EudraCT nummer als een CTIS-nummer heeft, wordt uitsluitend het CTIS-nummer geregistreerd, omdat CTIS het nieuwe Europese standaardformaat is. Indien er geen EudraCT- of CTIS-nummer is toegewezen aan de studie of deze onbekend is omwille van deelname aan een studie in een ander ziekenhuis, moet het veld “EudraCT-nummer” niet ingevuld worden.

Indien de patiënt deelneemt aan 2 klinische studies die gelinkt zijn aan de primaire tumor van de registratie, dienen beide studienummers geregistreerd te worden. In dit geval vragen we om het 1^e studienummer in het voorziene veld te noteren en 2^e studienummer in het commentaarveld te vermelden.

Behandelingen uitgevoerd in studieverband moeten niet apart geregistreerd worden onder behandelingscodes. Indien de patiënt naast de studiebehandeling geen andere behandelingen krijgt, dan registreert u bij de behandelingscodes code 90 'geen therapie'. Indien de patiënt wel een andere behandeling buiten studieverband krijgt, registreert u de bijhorende behandelingscode.

Uitzondering: voor pediatrische patiënten tot 19 jaar worden behandelingen die in studieverband worden uitgevoerd voor de geregistreerde tumor wél onder de behandelingscodes geregistreerd. Naast de juiste behandelingscode worden ook het campusvestigingsnummer en de start- en einddatum (indien van toepassing) geregistreerd, zoals bij elke andere behandeling.

B. Behandelingscodes

Registreer de **behandelingen chronologisch en enkel wanneer ze effectief gestart zijn. Vul alle gestarte behandelingen aan tot de datum van aanlevering van de gegevens en niet enkel wat op het moment van het MOC bekend was.** We verwachten een registratie van **alle behandelingen die de intentie hebben een directe invloed op de tumor te hebben (actieve kankergerichte behandelingen).** Puur symptomatische behandelingen en diagnostische procedures moeten niet worden geregistreerd (uitzondering voor borst: de diagnostische procedure(s) waarmee de tumor werd bevestigd moeten geregistreerd worden met de nieuwe diagnosecode 5). De variabele “verder behandelingsplan” werd niet weerhouden op het nieuwe formulier. Lever de gegevens pas aan wanneer het primair behandelingsplan is afgerond of voor de aanleverdeadline, zodat de behandelingen zo volledig mogelijk geregistreerd zijn.

Vanaf incidentiejaar 2026 worden naast de behandelingscodes ook campusvestigingsnummer, startdatum, en einddatum gevraagd. Als u beschikt over informatie over behandelingen die buiten uw ziekenhuiscampus zijn uitgevoerd (bv. behandelingscode), dienen deze ook geregistreerd te worden, zodat de registratie zo volledig mogelijk is.

I. Behandelingscode

Ten opzichte van de vorige lijst met behandelingscodes werden zowel codes verwijderd als toegevoegd. De nieuwe lijst van behandelingscodes, inclusief hun beschrijving, vindt u hieronder:

- 5 = Diagnose (geen behandelingscode – enkel voor borst)
- 10 = Heelkunde (niet voor borsttumoren)
- 11 = Excisiebiopsie
- 120 = Borstsparende chirurgie (borsttumoren)
- 130 = Mastectomie (borsttumoren)
- 140 = Resectie sentinelklieren (borsttumoren)
- 150 = Axillaire lymfeklierdissectie (borsttumoren)
- 16 = HSCT: autoloog
- 17 = HSCT: allogeen
- 20 = Externe radiotherapie/brachytherapie
- 21 = IORT
- 22 = Hadrontherapie
- 25 = Concomitant chemoradiotherapie
- 26 = Concomitant radio-immunotherapie
- 30 = Radio-isotopen
- 35 = Fototherapie
- 36 = Topicale therapie
- 40 = Chemotherapie
- 45 = Targeted therapy
- 50 = Hormonale therapie
- 60 = Immunotherapie
- 66 = Concomitant chemo-immunotherapie
- 70 = Palliatief
- 75 = Active surveillance/watchful waiting
- 80 = Andere behandeling
- 90 = Geen therapie
- 95 = Weigering therapie
- 99 = Onbekend

5: Diagnose (geen behandelingscode)

Op het formulier staan diagnose en behandelingscode in dezelfde variabele kolom, maar ze hebben een verschillende betekenis. Daarom worden beide variabelen bij een registratie, zowel in WBCR als via batch, als een aparte variabele beschouwd. De uitleg voor behandelingscodes werd hierboven beschreven.

Registratie van diagnosecode 5 voor borsttumoren in het kader van erkenningen

Diagnosecode 5 is uitsluitend van toepassing voor borsttumoren en wordt gebruikt om aan te geven met welke diagnostische microscopische of niet-microscopische procedure(s) de aanwezigheid van de borsttumor werd bevestigd of sterk werd vermoed. Deze informatie moet geregistreerd worden zodat de volumebepalingen kunnen gedaan worden die vereist zijn voor het toekennen van erkenningen aan ziekenhuiscampussen voor borstkankerzorg. **Elke campus is er daarom zelf voor verantwoordelijk dat diagnosecode 5 wordt geregistreerd als er bij een patiënt de aanwezigheid van een tumor werd bevestigd of er een sterk vermoeden was met een diagnostische test uitgevoerd op de eigen campus.** Voor het behalen van de volumes van het stellen van borstkankerdiagnoses mogen ook patiënten met een andere nationaliteit dan de Belgische worden meegeteld. Bij deze patiënten mag diagnosecode 5 dus eveneens worden geregistreerd, samen met de borstspecifieke variabelen (zie [Aanvullende karakteristieken die specifiek zijn voor borsttumoren](#)).

Diagnostiek buiten eigen campus

Het is niet verplicht om diagnosecode 5 te registreren voor diagnostische procedures (bevestiging aanwezigheid of sterk vermoeden van borsttumor) die in een ander ziekenhuis of privépraktijk werden uitgevoerd, maar het is wel toegelaten. Indien de plaats van diagnose geen campusvestigingsnummer heeft (zoals een privépraktijk), dan moeten de diagnosecode 5, campusvestigingsnummer en datum niet worden geregistreerd.

Indien één (of meerdere) van de volgende diagnostische procedures werd uitgevoerd en de aanwezigheid van een borsttumor werd bevestigd of sterk vermoed, dient deze procedure geregistreerd te worden. Let op: een biopsie van de primaire tumor mag enkel geregistreerd worden als de aanwezigheid werd bevestigd door de patholoog in het anatomopathologisch verslag.

- Biopsie van de primaire tumor
 - o Geldt voor zowel een naaldbiopsie (core needle), een incisiebiopsie, een excisiebiopsie en een punctiebiopsie
 - o *Uitzondering: Biopsies van lymfeklieren of metastasen behoren niet tot deze categorie*
- Echografie van de primaire tumor
- Mammografie van de primaire tumor
- MRI van de primaire tumor
- Klinisch onderzoek van de primaire tumor

Andere diagnostische procedures en stagingsonderzoeken moeten hier niet geregistreerd worden.

Elke diagnostische procedure waarbij de aanwezigheid van de borsttumor wordt bevestigd of sterk wordt vermoed moet onder de variabele diagnosecode 5 worden geregistreerd (zie voorbeeld), behalve een biopsie van de primaire tumor, welke enkel mag geregistreerd worden als de aanwezigheid werd bevestigd door de patholoog in het anatomopathologisch verslag. M.a.w. een biopsie waaruit blijkt dat er een vermoeden is van een maligniteit mag hier niet geregistreerd worden. Daarnaast wordt ook het bijhorend **campusvestigingsnummer** (ziekenhuiscampus) en de **datum** wanneer de procedure werd uitgevoerd gevraagd. Einddatum en commentaarveld zijn hier niet van toepassing. Wanneer er meerdere dezelfde diagnostische procedures op dezelfde campus plaatsvinden die de aanwezigheid van de borsttumor bevestigen of sterk doen vermoeden, dan moet enkel de eerst uitgevoerde diagnostische procedure geregistreerd worden, m.u.v. biopsie indien deze enkel een vermoeden van een maligniteit vertoont.

Eén campus kan dus meerdere keren code 5 registreren als er meerdere diagnostische procedures (bevestiging aanwezigheid of (sterk) vermoeden van borsttumor) werden uitgevoerd. Het is ook mogelijk dat de datum van een diagnostische procedure voor de incidentiedatum ligt, bv. een echografie (met sterk vermoeden van de aanwezigheid borsttumor) waarna binnen de drie maanden een biopsie van de primaire tumor wordt genomen waaruit de aanwezigheid van de borsttumor wordt bevestigd.

Indien de patiënt werd doorverwezen naar de campus waarvoor u registraties aanlevert en er hier geen diagnostische procedures zijn uitgevoerd, dan moet de variabele 'diagnosecode 5' niet ingevuld worden.

Voorbeeld:

10/02/2026: Een patiënt wordt op basis van een afwijkend klinisch onderzoek bij de huisarts doorverwezen naar een ziekenhuis voor verder onderzoek, omwille van het vermoeden van een borsttumor.

20/02/2026: De patiënt krijgt in ziekenhuis A met campusvestigingsnummer 0001 een mammografie waarbij een borsttumor wordt vastgesteld.

De patiënt wordt opnieuw doorverwezen, dit keer naar ziekenhuis B met campusvestigingsnummer 0002, voor verdere diagnostiek en behandeling. Op deze laatste campus wordt op 15/03/2026 een biopsie genomen waaruit de tumor bevestigd wordt.

Ziekenhuis A campusvestigingsnummer 0001 registreert het volgende:			
Verplicht te registreren?	Diagnose code 5	Campusvestigingsnummer	Datum van diagnose
Ja	Mammografie	0001	20/02/2026

Ziekenhuis B campusvestigingsnummer 0002 registreert het volgende:			
Verplicht te registreren?	Diagnose code 5	Campusvestigingsnummer	Datum van diagnose
Nee	Mammografie	0001	20/02/2026
Ja	Biopsie	0002	15/03/2026

10+11+120+130+140+150: Heelkundige procedures

Er wordt een onderscheid gemaakt tussen **heelkunde (10)** en **excisiebiopt (11)** voor alle tumortypes. **Voor borsttumoren worden specifieke categorieën toegevoegd: borstsparende chirurgie (120), mastectomie (130), resectie sentinelklieren (140) en axillaire lymfeklierdissectie (150).** Let op: codes 120-150 stonden niet op het officiële kankerregistratieformulier maar moeten wel geregistreerd worden voor het Kankerregister.

10: Heelkunde

Heelkunde omvat alle ingrepen waarbij een tumor volledig of zo volledig mogelijk wordt verwijderd, vaak samen met een marge normaal weefsel. Het volledige orgaan of een deel van het orgaan kan hierbij verwijderd worden. Deze code is niet van toepassing voor borsttumoren. Hierbij moet de heelkunde verder gespecificeerd worden onder codes 11, 120, 130, 140 of 150 (zie onder).

Voorbeelden (deze lijst is niet exhaustief):

- Tumorectomie
- Lobectomie
- Hemicolectomie
- Laparoscopische/thoracoscopische resectie van de primaire tumor

Indien een bijkomende resectie nodig is wegens positieve snijranden, moet ook deze heelkundige procedure onder behandelingscode 10 worden geregistreerd (10 – 10). Beide ingrepen moeten geregistreerd worden met hun corresponderende campusvestigingsnummer en behandeldata.

Het ontbreken van een pTNM bij behandelingscode 10 moet verduidelijkt worden in het commentaarveld.

Wat valt NIET onder 10: heelkunde?

- **NIET voor chirurgische procedures voor borstkanker. Deze kunnen geregistreerd worden onder codes 11, 120, 130, 140 en 150.**
- NIET voor zuiver diagnostische ingrepen (bv. exploratieve laparoscopie/-tomie) zonder resectie van de tumor.
- NIET voor een ovariëctomie/orchidectomie die wordt uitgevoerd om de groei van borst- of prostaatkanker te controleren. Deze procedures worden in dat specifieke geval geregistreerd als hormonale therapie (50).

11: Excisiebiopt

Bij een excisiebiopt gaat het om een **minimaal invasieve procedure** met therapeutische of diagnostische intentie waarbij de tumor volledig werd verwijderd. Vaak kan pas na pathologisch onderzoek bevestigd worden dat deze tumor inderdaad volledig werd verwijderd.

Voorbeelden van excisiebiopt (deze lijst is niet exhaustief):

- Volledige endoscopische resectie tumor van het colon/endometrium/blaas/...
 - o Transurethrale resectie blaas (TURB) met volledige resectie primaire tumor (niet mogelijk voor spier-invasieve tumoren). Indien de tumor niet volledig werd verwijderd wordt de TURB beschouwd als een diagnostische ingreep en hoeft deze niet geregistreerd te worden.
 - o TURB en re-TURB: in geval van therapeutische intentie met volledige resectie van de blaastumor registreert u dit als 11 – 11
 - o Poliepectomie colon
- Volledige excisie huidtumor (zonder positieve snijranden)
- LLETZ-procedure (cervix).

Let op: indien een excisiebiopt de tumor volledig heeft verwijderd wordt code 11 geregistreerd. Wanneer er nadien nog een bijkomende resectie is gebeurd omdat de snijranden slechts minimaal vrij waren, wordt dit onder code 10 geregistreerd.

Wat valt NIET onder 11: Excisiebiopt?

- NIET voor een biopsie waarbij de primaire tumor niet volledig werd verwijderd
- NIET voor louter diagnostische ingrepen (bv. incisiebiopsie huidtumor)
- NIET voor TURP (= louter diagnostische procedure, de volledige tumor wordt hierbij niet verwijderd – dit kan enkel door een prostatectomie (10))
- NIET voor thoracoscopische/laparoscopische resectie van de primaire tumor → 10: Heelkunde.

Opmerking enkel van toepassing voor borsttumoren: indien bij de diagnosecode 5 ‘biopsie van de primaire tumor’ wordt geregistreerd op basis van het positief resultaat uit een excisiebiopt (als diagnostische procedure), dan moet code 11 ook geregistreerd worden (excisiebiopt als behandeling). Het excisiebiopt geldt in dit geval dan zowel als diagnostische als therapeutische procedure.

120: Borstsparende chirurgie (enkel van toepassing voor borsttumoren)

Bij een borstsparende ingreep wordt de tumor in de borst weggenomen, samen met een marge gezond weefsel, terwijl de rest van de borst behouden blijft.

Voorbeelden:

- Tumorectomie van de borst
- Lumpectomie
- Borstsparende heelkunde
- Gedeeltelijke mastectomie
- Partiële mastectomie

Wanneer na een eerdere borstsparende ingreep een bijkomende resectie nodig is, registreert u opnieuw een chirurgische code op basis van wat er tijdens de bijkomende resectie wordt uitgevoerd: opnieuw een borstsparende ingreep (code 120) of een mastectomie (code 130).

Bij een borstsparende ingreep waarbij tijdens de heelkunde toevallig een tumor wordt ontdekt (bv. borstreductie of borstsparende chirurgie in het kader van een transgenderprocedure), registreert u code 120. Aangezien het om een toevallige vondst gaat, registreert u geen diagnostische procedure onder diagnosecode 5.

130: Mastectomie (enkel van toepassing voor borsttumoren)

Een mastectomie is een ingreep waarbij de volledige borst of een groot deel ervan wordt verwijderd. Er bestaan verschillende types mastectomie. Soms worden hierbij ook okselklieren weggenomen, en in sommige gevallen kunnen huid en/of tepel worden gespaard. Het verwijderen van borstspieren gebeurt enkel bij radicale ingrepen (Halsted). Als naast de borst ook de axillaire klieren worden verwijderd moeten zowel code 130 als code 150 worden gebruikt.

Wanneer tijdens een profylactische mastectomie of een mastectomie in het kader van een transgenderprocedure toevallig een tumor wordt ontdekt, registreert u code 130 voor de mastectomie en code 150 voor de okselklierverwijdering indien deze werd uitgevoerd. Aangezien het om een toevallige vondst gaat, registreert u geen diagnostische procedure onder diagnosecode 5.

140: Resectie sentinelklieren (enkel van toepassing voor borsttumoren)

Deze code mag uitsluitend worden gebruikt wanneer sentinelklieren volledig worden geresecteerd. Dit kan om één of meerdere sentinelklieren gaan. De arts bepaalt welke klieren beschouwd worden als sentinelklieren; dit kunnen zowel klieren zijn die opgespoord werden via lymfescintigrafie of met een kleurstof, maar ook klinisch verdachte klieren die via peroperatoire palpatie geselecteerd werden voor resectie¹.

We volgen de richtlijnen van de UICC/AJCC en ICCR²: een sentinelklierprocedure bestaat uit de resectie van maximaal 5 lymfeklieren, waarvan minstens 1 sentinelklier. Vanaf 6 geresecteerde klieren mag bijgevolg ook code 150 geregistreerd worden.

De code is **niet van toepassing op een sentinelklierbiopsie** waarbij slechts een deel van het klierweefsel wordt weggenomen (bv. Core needle biopsie,...).

Let op: termen zoals 'sentinelklierbiopsie' of 'schildwachtklierbiopsie' kunnen nog steeds duiden op een volledige verwijdering van één of meerdere sentinelklieren waardoor code 140 wel van toepassing is. Lees altijd goed na of het gaat om een volledige verwijdering van een sentinelklier.

Wanneer naast een resectie van de sentinelklieren ook een borstsparende ingreep (120) of mastectomie (130) wordt uitgevoerd, moeten deze procedures ook geregistreerd worden.

Bij een TAD-procedure (= targeted axillary dissection) dient code 140 geregistreerd worden. De chemotherapie die voorafging en de heekundige ingreep die gelijktijdig plaatsvindt (borstsparende chirurgie, mastectomie) dienen ook met de bijhorende behandelingscodes geregistreerd te worden. Bijvoorbeeld: 40-120-140 = chemotherapie gevolgd door een borstsparende chirurgie en TAD-procedure.

¹ Carmon, M., Olsha, O., Rivkin, L., Spira, R. M., & Golomb, E. (2006). Intraoperative Palpation for Clinically Suspicious Axillary Sentinel Lymph Nodes Reduces the False-Negative Rate of Sentinel Lymph Node Biopsy in Breast Cancer. *The Breast Journal*, 12(3), 199–201.

² International Collaboration on Cancer Reporting Limited. (2021) Surgically Removed Lymph Nodes for Breast Tumours Histopathology Reporting Guide (Versie 1.2) [Dataset]. ICCR. <https://www.iccr-cancer.org/wp-content/uploads/2022/11/ICCR-LN-1st-ed-v1.2-bookmark-1.pdf>

150: Axillaire lymfeklierdissectie (enkel van toepassing voor borsttumoren)

Een axillaire lymfeklierdissectie (ALND) is de volledige verwijdering van oksellymfeklieren (meestal niveau I-II, en soms niveau III) bij bewezen of vermoedelijke metastatische aantasting. Bij een klassieke ALND worden er meestal 10-20 klieren teruggevonden, al kan dit aantal sterk variëren per patiënt. Zoals hierboven vermeld, wordt de leidraad van de UICC/AJCC en ICCR gevolgd zodat vanaf 6 volledig geresecteerde lymfeklieren code 150 geregistreerd wordt. Bij twijfel weegt het oordeel van de arts steeds door.

Een patiënt kan een axillaire lymfeklierdissectie ondergaan tijdens de ingreep waarbij de primaire tumor wordt verwijderd, maar ook op een later tijdstip. In beide gevallen moeten beide behandelingscodes worden geregistreerd, telkens met de bijhorende behandelingsdatum en het campusvestigingsnummer.

Wanneer zowel een sentinelklierprocedure gevolgd wordt door een axillaire lymfeklierdissectie of deze procedures simultaan worden uitgevoerd, moeten beide codes geregistreerd worden, met de bijhorende datum en campusvestigingsnummer.

15: Beenmergtransplantatie

Deze code is niet langer van toepassing. Er wordt nu een opsplitsing gemaakt tussen een autologe hematopoëtische stamceltransplantatie (HSCT) (16) en een allogene HSCT (17).

16: HSCT autoloog

Een autologe hematopoëtische stamceltransplantatie is een behandeling waarbij na intensieve chemotherapie, vooraf verzamelde stamcellen van de patiënt zelf worden toegediend aan de patiënt. Deze stamcellen kunnen afkomstig zijn uit zowel perifeer bloed als beenmerg. In het kader van HSCT worden in de voorbereidende fase andere therapieën toegediend. Deze moeten **niet afzonderlijk** worden geregistreerd maar vallen onder de codes 16 en 17:

- Conditioneringschemotherapie: Voorbereidende (vaak intensieve) chemotherapie voor een stamceltransplantatie. Deze chemotherapie wordt beschouwd als een integraal onderdeel van de stamceltransplantatieprocedure en moet niet afzonderlijk worden geregistreerd als chemotherapie.
- Total body irradiation (TBI): een gespecialiseerde radiotherapiebehandeling waarbij hoogenergetische röntgenstralen op het hele lichaam worden gericht. Deze wordt toegediend in de voorbereidende fase van een stamceltransplantatie.
- Immunosuppressiva die worden gebruikt in het kader van een stamceltransplantatie.

Indien er eerst chemotherapie werd gegeven met als doel complete remissie te bereiken (dus niet als voorbereiding op de transplantatie) wordt dit **wel afzonderlijk** met de code voor chemotherapie geregistreerd.

Voor een autologe of allogene stamceltransplantatie mag als startdatum de eerste dag van de voorbereidende behandeling geregistreerd worden en als einddatum de dag van infusie van de stamcellen. Als campusvestigingsnummer mag het campusvestigingsnummer waar de stamceltransplantatie plaatsvond geregistreerd worden.

17: HSCT allogeen

Een allogene hematopoëtische stamceltransplantatie is een behandeling waarbij na intensieve chemotherapie, stamcellen van een geschikte donor aan de patiënt worden toegediend. Deze stamcellen kunnen afkomstig zijn uit zowel perifeer bloed, beenmerg als navelstrengbloed. Ook hier moeten conditioneringschemotherapie en total body irradiation in het kader van de stamceltransplantatie **niet afzonderlijk** worden geregistreerd als respectievelijk chemotherapie en radiotherapie.

20: Externe radiotherapie/brachytherapie

Radiotherapie: voor bestraling van de primaire tumor en/of oligometastasen.

- Externe radiotherapie: Hierbij wordt de tumor op afstand bestraald.

Voorbeelden:

X-ray, cobalt, lineaire accelerator, fotonen/neutronen/elektronen, bètatron, Intensity Modulated Radiotherapy (IMRT), stereotactische radiotherapie (SRT), stereotactische radiochirurgie (SRS) (bv. Gamma Knife, Cyberknife...), profylactische bestraling (bv. profylactische hersenbestraling bij kleincellig longcarcinoom).

- Brachytherapie: Dit is een vorm van radiotherapie waarbij één of meerdere radioactieve bronnen tijdelijk of permanent in of nabij de tumorzone worden geplaatst.

Voorbeelden:

Curietherapie, gefixeerde radioactieve implantaten, naalden (bv. borst), zaadjes (bv. prostaat) oppervlakkige bestraling met Strontium, ...

Voor intra-operatieve radiotherapie (IORT) bestaat er een aparte code 21: IORT.

Hadrontherapie wordt geregistreerd met code 22: Hadrontherapie.

Radionucliden worden niet geregistreerd onder code 20, maar vallen onder 30: radio-isotopen.

Toediening van radiotherapie moet steeds als behandeling worden geregistreerd. Radiotherapie binnen een palliatief behandelingstraject wordt gecodeerd als 70-20 (zie code 70).

21: IORT (intra-operatieve radiotherapie)

Dit is een eenmalige hoge dosis bestraling die tijdens een operatie rechtstreeks op de tumorbed-zone wordt toegediend. Dit kan worden toegepast bij bv. borst-, colorectale, pancreas-, gynaecologische en wekdel tumoren.

Voorbeelden: Mobetron, Novac-7, LIAC, TARGIT-IORT.

22: Hadrontherapie

Hadrontherapie is een behandeltechniek waarbij protonen of andere geladen deeltjes, zoals koolstofionen, worden gebruikt om tumoren nauwkeurig te bestralen. Typisch gebruikt voor: pediatrische tumoren, moeilijk gelegen tumoren (dichtbij kritieke structuren)...

Voorbeeld: protontherapie.

25: Concomitant chemoradiotherapie

Chemotherapie en radiotherapie die op hetzelfde moment worden toegediend. Dit kan in neoadjuvante setting (voorafgaand aan geplande heilkunde, bv. rectum, slokdarm), maar ook als hoofdbehandeling zonder heilkunde (bv. slokdarm, hoofd- en halskanker, prostaat). De startdatum is de datum waarop de eerste behandeling wordt toegediend. De einddatum is de datum van de laatste chemo- of radiotherapietoediening.

Voor behandelingen waarvoor een combinatiecategorie (code 25, 26 en 66) van toepassing is, maar die op verschillende campussen plaatsvinden, moeten de afzonderlijke behandelingscodes worden geregistreerd met de verschillende campusvestigingsnummers en hun bijhorende start- en einddatum. Aangezien deze laatste voor beide campussen wordt geregistreerd, wijst een overlap tussen deze behandelingen op een concomitante behandeling. In geval van concomitant chemoradiotherapie op twee campussen, moeten de codes 40 en 20 worden geregistreerd.

26: Concomitant radio-immunotherapie

Radiotherapie en immunotherapie die op hetzelfde moment worden toegediend. De startdatum is de datum waarop de eerste behandeling wordt toegediend. De einddatum is de datum van de laatste immuno- of radiotherapietoediening.

Wanneer bij concomitante radio-immunotherapie de twee behandelingen in verschillende campussen doorgaan, moeten de codes 20 en 60 worden geregistreerd met de verschillende campusvestigingsnummers en hun bijhorende start- en einddatum.

30: Radio-isotopen

- Radiofarmaceutica: radio-isotopen die door radio-embolisatie (injectie van radioactief materiaal in een orgaan, bloedvat of tumor) op specifieke plaatsen in het lichaam hun straling afgeven.
Voorbeelden:
Iodine-131 (schildklier), Phosphor-32, Yttrium-90 (SIRS/SIRT - Selective Internal Radiation Therapy) (bv. lever), Strontium-89 Chloride (botmetastasen), Samarium-153 (botmetastasen), Radium-223 (botmetastasen), Lutetium-PSMA
- Radio-gelabelde monoklonale antilichamen: een monoklonaal antilichaam gekoppeld aan een radioactieve stof.
Voorbeeld: Tositumomab (Bexxar).

35: Fototherapie

Bij fototherapie wordt een lichtgevoelige stof in of op het lichaam aangebracht en vervolgens geactiveerd met licht van een specifieke golflengte. Dit zorgt ervoor dat kankercellen selectief beschadigd en vernietigd worden met minimale schade aan het omliggende gezonde weefsel.

Voorbeeld: Fotodynamische therapie (FDT) van de huid.

36: Topicale therapie

Bij topicale therapie wordt een geneesmiddel rechtstreeks op de huid of slijmvliezen aangebracht. Dit is een vorm van lokale therapie met minimale invloed op de rest van het lichaam.

Voorbeelden: Imiquimod, 5-fluorouracil (5-FU) crème, anthracycline zalf.

40: Chemotherapie

Chemotherapie moet geregistreerd worden met behandelingscode 40. We volgen de classificatie van medicatie volgens het Belgisch Centrum voor Farmacotherapeutische Informatie (BCFI). De website van [BCFI](#) kan een handige leidraad zijn om geneesmiddelen correct te classificeren.

De voornaamste categorieën zijn:

- Alkylerende middelen (ifosfamide, cyclofosfamide, dacarbazine, temozolomide...)
- Antimetaboliëten (capecitabine, gemcitabine, fluorouracil, methotrexat...)
- Antitumorale antibiotica (anthracyclines (doxorubicine, mitoxantrone...); chromomycines (dactinomycine...); miscellaneous (mitomycine, bleomycine...))
- Topo-isomerase-inhibitoren (etoposide, irinotecan...)
- Antimitotische cytostatica (cabazitaxel, docetaxel, paclitaxel...)
- Platinium-bevattende chemotherapie (cisplatinum, carboplatinum, eribuline...)
- Chemo-embolisatie

Als in een combinatieschema chemo- en immunotherapie gelijktijdig worden toegediend is behandelingscode 66 van toepassing. Als in een combinatieschema chemo- en radiotherapie gelijktijdig worden toegediend is behandelingscode 25 van toepassing. Wanneer de behandelingen echter op verschillende campussen plaatsvinden, worden de afzonderlijke behandelingscodes gebruikt (zie code 25 en code 66).

Inductiechemotherapie in het kader van een stamceltransplantatie moet niet afzonderlijk worden geregistreerd als chemotherapie. Deze chemotherapie wordt beschouwd als een integraal onderdeel van de stamceltransplantatieprocedure.

45: Targeted therapy (niet 26 of 60)

Targeted therapieën richten zich op specifieke moleculen of signaalwegen die belangrijk zijn voor de groei en overleving van kankercellen. In tegenstelling tot klassieke chemotherapie die zowel gezonde als kankercellen treft, probeert targeted therapie zo gericht mogelijk te werken. De voornaamste categorieën zijn (volgens [BCFI](#)):

- Monoklonale antilichamen: antilichamen die zich specifiek richten op kankercellen of op hun micro-omgeving (bv. trastuzumab, pertuzumab (HER2-remmers), bevacizumab);
- Antilichaam-geneesmiddelconjugaten: doelgerichte kankertherapieën die een monoklonaal antilichaam koppelen aan een cytotoxisch geneesmiddel (bv. trastuzumab-deruxtecan, sacituzumab govitecan, gemtuzumab ozogamicine, brentuximab vedotine);
- Proteïnekinase-inhibitoren (bv. lapatinib, palbociclib, ribociclib, imatinib, erlotinib, sorafenib);
- PARP-inhibitoren (bv. olaparib, larotrectinib, talazoparib, rucaparib);
- Proteasoominhibitoren (bortezomib, carfilzomib).
- ...

Gerichte immunotherapie waarbij het immuunsysteem van de patiënt wordt ingezet om tumorcellen specifiek te herkennen en te vernietigen, vaak via monoklonale antilichamen (antiPD1/PDL1) of CAR-T-cellen, moet worden gecodeerd als immunotherapie 60.

50: Hormonale therapie

Hormonale therapie is een behandeling die de invloed van hormonen (bv. oestrogeen, progesteron, ...) op de tumorgroei vermindert of blokkeert. Bij borstkanker wordt anti-hormonale therapie gebruikt wanneer de tumor ER+ en/of PR+ is. Dit is een standaardbehandeling bij hormoongevoelige borstkankers. Bij prostaatkanker wordt ook dikwijls hormonale therapie gebruikt.

Voorbeelden:

- Androgenen/oestrogenen/progestagenen;
- Selectieve oestrogeen receptormodulatoren (SERM): blokkeren de hormoonreceptor zodat oestrogeen zich niet kan binden (bv. Tamoxifen);
- Aromatase inhibitoren (AI): leggen de hormoonproductie stil doordat aromatase (het enzym dat testosteron omzet in oestrogeen) wordt geremd (v. Anastrozol, Exemestan, Letrozol);
- Gonadoreline-analogen (bv. LHRH-agonisten zoals Busereline, Leuproline, Gosereline (Zoladex), Triptoreline (Decapeptyl));
- Gonadoreline-antagonisten (bv. Degarelix);
- Anti-androgenen (bv. Bicalutamide (Casodex), Enzalutamide (Xtandi)).
- ...

Bij borstkanker kan een ovariëctomie worden uitgevoerd om de oestrogeenproductie te verlagen en zo de tumorgroei te remmen. Bij prostaatkanker kan een orchidectomie worden uitgevoerd om de testosteronproductie te verminderen. Beide ingrepen worden beschouwd als vormen van hormonale therapie en worden dus niet als 10 gecodeerd, maar wel als 50.

60: Immunotherapie

Immunotherapie activeert het immuunsysteem om een antitumorale respons op te wekken. De voornaamste categorieën zijn:

- Immuuncheckpoint-inhibitoren (zoals CTLA-4- en PD-1/PD-L1-inhibitoren, bv. Pembrolizumab);
- Celtherapie: CAR-T-celtherapie, therapie met tumorinfiltrerende lymfocyten (TIL);
CAR-T-celtherapie wordt geregistreerd naar analogie met een beenmergtransplantatie: de voorbereidende conditioneringstherapie maakt deel uit van deze behandeling en bepaalt de startdatum van de registratie. De einddatum van een CAR-T-behandeling is de datum van de infusie van de CAR-T-cellen.
Let op: wanneer er voorafgaand aan de CAR-T-procedure een overgangstherapie ("bridgingtherapie") wordt toegediend om de ziekte onder controle te houden tijdens de wachttijd, wordt deze niet als onderdeel van de CAR-T-behandeling beschouwd. De bridgingtherapie krijgt een afzonderlijke behandelingscode, begin- en einddatum.
- Bispecifieke T-cel-engagers (BiTE): worden gebruikt voor de behandeling van lymfomen, multipel myeloom, longkanker...;
- BCG – instillaties (blaaskanker);
- Kanker-vaccins, zoals bijvoorbeeld bij melanoom. Een therapeutisch kankervaccin wordt toegediend na diagnose (in tegenstelling tot het preventieve vaccin tegen baarmoederhalskanker). Ook interleukines en interferonen worden als immunotherapie geclassificeerd wanneer ze specifiek worden ingezet voor een antitumoraal effect. Wanneer ze voor een ander doel worden toegediend, worden ze niet als immunotherapie beschouwd.

Wat valt NIET onder immunotherapie?

- Colony Stimulating Factor (CSF): wordt gebruikt als ondersteunende behandeling voor patiënten die chemotherapie krijgen. CSF is een ondersteunende behandeling en hoeft niet geregistreerd te worden.

66: Concomitant chemo-immunotherapie

Bij concomitante chemo-immunotherapie worden chemotherapie en immunotherapie gelijktijdig toegediend als één gecombineerde behandeling. Hiervoor is behandelingscode 66 van toepassing. De startdatum is de datum waarop de eerste behandeling wordt toegediend. De einddatum is de datum van de laatste chemo- of immunotherapie.

Wanneer bij concomitante chemo-immunotherapie de twee behandelingen in verschillende campussen doorgaan, moeten de codes 40 en 60 worden geregistreerd met de verschillende campusvestigingsnummers en hun bijhorende start- en einddatum.

70: Palliatieve zorg

Behandelingscode 70 wordt geregistreerd wanneer een patiënt zich in een palliatief traject bevindt. In deze fase is genezing niet meer mogelijk en ligt de focus van de zorg op levenskwaliteit.

Let op: dit betekent dat code 70 **niet** meer gebruikt wordt voor puur **symptomatische behandelingen** (bv. anti-emetica), in tegenstelling tot de vermelding op het officiële kankerregistratieformulier. Voor patiënten die geen actieve kankergerichte behandeling krijgen, maar enkel een symptomatische behandeling, wordt code '90: geen therapie' geregistreerd.

Binnen een palliatief traject kunnen behandelingen worden gegeven die een directe invloed op de tumor kunnen hebben, maar die niet met een curatieve intentie worden toegediend (bv. radiotherapie in palliatieve context). In dat geval wordt code 70 gecombineerd met de code van de betreffende behandelingsmodaliteit. De volgorde hiervan is steeds: code 70 gevolgd door de code van de modaliteit, waarbij elke code op een aparte lijn wordt geregistreerd.

Enkele voorbeelden:

- **Heelkunde in palliatieve context (70-10)**

Palliatieve heelkunde heeft geen curatieve intentie en wordt geregistreerd als 70-10. Dit verschilt van 10-70, waarbij eerst een curatieve heelkundige ingreep plaatsvond en pas later palliatieve zorg werd opgestart. Het is belangrijk dat het Kankerregister een onderscheid kan maken tussen beide types chirurgie.

- **Radiotherapie in palliatieve context (70-20)**

Radiotherapie die binnen een palliatief traject wordt gegeven, wordt geregistreerd als 70-20. Deze radiotherapie is dan meestal ziekteremmend bedoeld, maar kan ook een hemostatische of antalgische intentie hebben. Indien de radiotherapie wordt toegediend met curatief opzet (dus niet in palliatieve context), is enkel code 20 van toepassing.

Merk op dat uitzonderlijk ook hemostatische en antalgische radiotherapie onderdeel kunnen uitmaken van een curatief behandelingstraject: in dat geval wordt ook dit type radiotherapie gecodeerd als 20.

Let op: aangezien code 70 uitsluitend wordt gebruikt voor palliatieve behandelingen en niet langer voor louter symptomatische zorg, is deze code niet automatisch van toepassing bij de behandeling van metastasen (in tegenstelling tot vroegere kankerregistratierichtlijnen). Radiotherapie van een metastase wordt daarom enkel gecodeerd met 70-20 indien deze in een palliatieve context gebeurt. Indien de radiotherapie een potentieel curatief doel heeft, wordt deze gecodeerd met 20.

75: Active surveillance/watchful waiting

Actieve opvolging en 'watchful waiting' worden beschouwd als primaire behandelstrategieën binnen een kankerdiagnose, waarbij bewust wordt beslist om voorlopig geen actieve behandeling op te starten, en moeten daarom als zodanig worden geregistreerd. Aangezien code 75 een primaire behandelingsstrategie betreft, wordt deze in het algemeen niet na een andere behandelingscode worden gebruikt.

Voorbeelden:

- Regelmatige PSA-metingen bij prostaatkanker
- CT/MRI opvolging bij kleine niermassa's (bij oudere patiënten)
- Bloedcontroles en klinische opvolging bij chronische lymfatische leukemie (CLL) (met behandeling pas bij symptomen)
- Regelmatige echo's, bloedonderzoek, klinische evaluatie bij kleine schildkliertumoren, ...

80: Andere behandeling

Code 80 wordt gebruikt voor behandelingen die moeilijk te classificeren zijn of waarvoor geen specifieke behandelingscode bestaat. Ook nieuwe behandelingen mogen onder code 80 worden geregistreerd. Bij gebruik van deze code moet altijd een behandelingscommentaar worden toegevoegd met de exacte omschrijving en doel van de behandeling (zie variabele "Commentaar (indien 80)").

Voorbeelden:

- Ablatie: cryoablatie, radiofrequente ablatie (RFA), microgolfablatie (MWA), LITT (laser interstitial thermal therapy), lasercoagulatie
- Embolisatie met behulp van alcohol of ander embolisatiemiddel (met uitzondering van chemo of radioactief product)
- HIPEC (Hypertherme Intra-Peritoneale Chemotherapie). HIPEC wordt vaak gecombineerd met een debulkingchirurgie. Voor de debulking moet code 10 worden geregistreerd.
- Nieuwe medicatie nog niet terug te vinden in het repertorium van de BCFI

Volgende procedures mogen niet meer onder 80 geregistreerd worden:

- Transurethrale resectie van de blaas (TURB):
 - o Indien tumor volledig werd verwijderd: met behandelingscode 11 coderen;
 - o Indien tumor niet volledig werd verwijderd (bv. spierinvasieve tumor), hoeft de procedure niet meer geregistreerd te worden, aangezien het in dit geval om een diagnostische procedure gaat.
- Transurethrale resectie van de prostaat (TURP) is altijd een diagnostische procedure en hoeft daarom niet geregistreerd te worden.

Deze en andere diagnostische procedures voor niet-borsttumoren mogen ook niet onder diagnosecode 5 geregistreerd worden, aangezien deze uitsluitend van toepassing is op borsttumoren.

85: Palliatief

Deze code is niet langer van toepassing. Een palliatieve behandeling mag met behandelingscode 70 geregistreerd worden.

90: Geen therapie

Indien geen behandeling werd uitgevoerd mag code 90 worden geregistreerd. Deze code mag niet worden gebruikt wanneer de behandeling onbekend is, in dat geval is code 99 van toepassing.

Naast deze behandelingscode worden ook het campusvestigingsnummer en de startdatum geregistreerd om aan te geven waar en wanneer dit besluit werd genomen.

95: Weigering therapie

Indien de patiënt de voorgestelde behandeling met curatieve intentie weigert mag code 95 worden geregistreerd. Code 95 kan wel nog gevolgd worden door behandelingscode 70.

Naast deze behandelingscode worden ook het campusvestigingsnummer en de startdatum geregistreerd om aan te geven waar en wanneer de patiënt de therapie heeft geweigerd.

99: Onbekend

Indien de behandeling onbekend is mag code 99 worden geregistreerd. Het gebruik van deze code moet echter zoveel mogelijk worden vermeden.

II. Campusvestigingsnummer

Voor elke behandelingscode wordt het campusvestigingsnummer gevraagd van de locatie waar de behandeling werd uitgevoerd. U kan de campusvestigingsnummers in de volgende lijst terugvinden: [Healthcare institutions | FPS Public Health](#) onder 'Praktische informatie per gewest'. Specifiek voor borsttumoren kan u gemakkelijk gebruikmaken van de beknopte lijst onder 'Borstklinieken' onderaan dezelfde webpagina. Deze variabele bestaat uit vier cijfers en moet zo volledig mogelijk worden ingevuld. Het campusvestigingsnummer **wordt uitdrukkelijk gevraagd wanneer de behandeling plaatsvond op een campus die onder het erkenningsnummer van uw ziekenhuis valt**. Voor behandelingen die plaatsvonden op de campus van een ander ziekenhuis is het niet verplicht om het campusvestigingsnummer te registreren. Dit mag wel worden geregistreerd indien u dit met zekerheid kent.

In het geval dat één behandeling over twee campussen wordt gegeven (bv. opstart in campus A en verderzetting van dezelfde behandeling in campus B), dan wordt er gevraagd om het campusvestigingsnummer te registreren waar het eerste deel van de modaliteit/behandeling werd uitgevoerd (in dit geval campus A).

Let op: indien de plaats van behandeling geen campusvestigingsnummer heeft, kan er geen campusvestigingsnummer worden geregistreerd en moet deze variabele niet ingevuld worden. Dat is bijvoorbeeld het geval bij een hormonale behandeling die thuis oraal wordt ingenomen, of bij een volledige verwijdering van een huidtumor in een privépraktijk.

Echter, de behandelingscode, start- en eventuele einddatum moeten wel geregistreerd worden voor deze behandelingen.

Let op: indien de plaats van diagnose geen campusvestigingsnummer heeft (zoals een privépraktijk), dan moeten de diagnosecode 5, campusvestigingsnummer én datum niet worden geregistreerd.

III. Startdatum

Voor elke gestarte behandeling moet de startdatum van de behandeling worden geregistreerd. Indien deze behandeling plaatsvond op een campus die onder uw erkenningsnummer valt, is het invullen van de startdatum verplicht.

Voor behandelingen die in andere ziekenhuizen werden uitgevoerd moet de startdatum zoveel mogelijk worden geregistreerd. Voor een behandeling die thuis wordt toegediend (bv. hormonale therapie) mag als startdatum de datum van het voorschrift geregistreerd worden.

Indien de startdatum niet gekend is, moet dit veld niet ingevuld worden. De behandelingen moeten echter **altijd chronologisch** geregistreerd worden.

De startdatum van een behandeling kan niet voor de incidentiedatum vallen en kan niet na de overlijdensdatum vallen.

De startdatum kan wel de datum zijn wanneer werd besloten om niet te behandelen (behandelingscode 90) of wanneer de patiënt de therapie weigerde (behandelingscode 95).

De datum van diagnose van diagnostische procedures bij code 5 kan wel voor de incidentiedatum vallen, bv. een echografie (met sterk vermoeden aanwezigheid borsttumor) waarna binnen de drie maanden een biopsie van de primaire tumor wordt genomen die de aanwezigheid bevestigt.

Let op: indien de plaats van diagnose geen campusvestigingsnummer heeft (zoals een privépraktijk), dan moeten de diagnosecode 5, campusvestigingsnummer én datum niet worden geregistreerd.

IV. Einddatum

Indien de behandeling is afgerond moet de einddatum worden geregistreerd. Wanneer de behandeling plaatsvond op een campus die onder het erkenningsnummer van uw ziekenhuis valt, wordt de registratie van de einddatum bij afgeronde behandelingen uitdrukkelijk gevraagd. Voor behandelingen die in andere ziekenhuizen werden uitgevoerd, moet de einddatum zoveel mogelijk worden ingevuld.

Enkele richtlijnen in verband met de behandelingseinddatum:

- Bij een behandelingsprocedure die op één dag plaatsvindt (bv. een chirurgische resectie van de tumor - behandelingscode 10, bij intra-operatieve radiotherapie - behandelingscode 21), wordt dezelfde start- en einddatum geregistreerd.
- Voor chemotherapie geldt dat de einddatum overeenkomt met de datum van de laatste toediening.
- Indien de einddatum niet gekend is omwille van een langdurige therapie (bv. in sommige gevallen kan hormoon- of immunotheapie 5 tot 10 jaar duren, in geval van watchful waiting, ...), moet de einddatum niet ingevuld worden.
- Concomitant chemoradiotherapie (code 25), concomitant radio-immunotherapie (code 26) en concomitant chemo-immunotherapie: De startdatum is de datum waarop de eerste behandeling wordt toegediend. De einddatum is de datum van de laatste therapietoediening.
- Deze moet NIET worden ingevuld bij diagnosecode 5.

V. Commentaar (indien 80)

Bij het gebruik van behandelingscode “80: andere behandeling” moet steeds een commentaar worden toegevoegd met een beschrijving van de specifieke behandeling.

~~VI. — Verder behandelplan~~

Deze variabele is niet langer van toepassing.

1.4.11. Verslagen

Bij de registratie van een borsttumor waarvoor een MOC plaatsvond en een MOC-verslag beschikbaar is, moet dit volledige verslag worden opgenomen in de registratie, met exclusie van namen en voornamen van patiënten, MOC-deelnemers en de MOC-verslaggever.

In WBCR moet de tekst van het MOC-verslag gekopieerd worden en in het voorziene vrije tekstveld geplakt worden. Voor ziekenhuizen die aanleveren via batch wordt er gevraagd om het MOC-verslag in het voorziene veld van het bestand te plaatsen.

Indien er meerdere MOC-verslagen voor dezelfde primaire tumor beschikbaar zijn (bv. In geval van progressie), dienen deze chronologisch achter elkaar geplaatst te worden, in WBCR in een volgend tekstveld, via batch in hetzelfde veld.

1.4.12. Commentaarveld

Het commentaarveld wordt gebruikt om meer informatie te geven.

Voorbeelden:

- Indien de WHO-score onbekend is, registreer je #NK en dient dit verklaard te worden in het algemeen commentaarveld;
- Het ontbreken van een pTNM bij behandelingscode 10 moet verduidelijkt worden in het commentaarveld.

1.5. Aanvullende karakteristieken die specifiek zijn voor borsttumoren

Binnen dit onderdeel worden alle primaire borsttumoren geregistreerd waarvoor aanvullende karakteristieken vereist zijn. Dit omvat zowel invasieve als in situ epitheliale borsttumoren met topografie C50 (ICDO 3.2) en D05 (ICD10). Ook sarcomen van de borst met topografie C50 en D05 worden binnen dit formulier opgenomen. Post-radiatie-angiosarcomen van de borst (de meest voorkomende vorm, ontstaan na radiotherapie voor een eerdere borstkanker) ontstaan meestal in de huid van de borst en worden daarom gecodeerd als C44.5. Deze tumoren vallen niet onder de criteria. Daarnaast kunnen er, minder frequent, ook primaire angiosarcomen van de borst optreden bij jongere vrouwen zonder voorgeschiedenis van borstkanker. Deze worden wél gecodeerd in C50. Voor borstlymfomen moeten deze aanvullende borstspecifieke karakteristieken niet geregistreerd worden.

1.5.1. Menopauzale status bij diagnose

Met “bij diagnose” wordt bedoeld dat het gaat over de menopauzale status op het moment van de incidentiedatum, en niet over de menopauzale status die kan veranderen door oncologische behandeling van de borstkanker.

De antwoordopties voor menopauzale status op het ogenblik van diagnose zijn:

- Ja
- Nee
- Onduidelijk
- Niet gekend
- Niet van toepassing (mannelijke patiënt)

Ja

Indien de patiënt aan één van onderstaande criteria voldoet, wordt de patiënt in deze categorie ingedeeld:

- Patiënt bevindt zich in de natuurlijke menopauze (>12 maanden amenorrhea)
- Chirurgisch geïnduceerde menopauze door bilaterale verwijdering van de eierstokken

Nee

Indien de patiënt aan één van onderstaande criteria voldoet, wordt de patiënt in deze categorie ingedeeld:

- Patiënt bevindt zich niet in de menopauze
- Patiënt bevindt zich in de perimenopauze (<12 maanden geleden nog menstruatie)

Onduidelijk

Er is informatie, maar niet éénduidig of tegenstrijdig om te beslissen of er sprake is van menopauze. Indien de patiënt aan één van onderstaande voorbeelden voldoet, beschouwen we de patiënt in deze categorie.

- Hormonale beïnvloeding door medicatie of anticonceptie
 - Gebruik van hormonale anticonceptie (pil, spiraal, prikpil) waardoor de cyclus kunstmatig wordt onderdrukt
 - Bijwerkingen van antidepressiva die menopauzale klachten kunnen nabootsen
- Medische of fysiologische omstandigheden die het hormonale beeld veranderen
 - Therapie geïnduceerde menopauze door chemo-, radio- of hormonale therapie, zowel in oncologische als niet-oncologische setting
 - Auto-immuunziekten zoals reuma
 - Schilddklierproblemen, PCOS of andere endocriene aandoeningen
 - Recent bevallen
 - Borstvoeding geven
 - Recent gestopt met roken
 - POF (Premature Ovarian Failure)
- Anatomische veranderingen door chirurgie
 - Hysterectomie zonder verwijdering van de eierstokken
- Levensstijl- en omgevingsfactoren die de cyclus verstoren of gelijkaardige klachten geven
 - Intensief sporten
 - Stress (bv. door burn-out, rouw, ...)
 - Verstoorde slaapritme (bv. door onregelmatige werkshiften)
 - Overmatig gebruik van cafeïne of alcohol (kan opvliegers, hartkloppingen en slaapproblemen veroorzaken)
 - Gastric bypass
 - Asherman syndroom

Niet gekend

Er is geen relevante informatie om de menopauzale status te bepalen. Indien de patiënt aan één van onderstaande criteria voldoet, beschouwen we de patiënt in deze categorie:

- Geen beschikbare info in dossier
- Patiënt kan geen of onvoldoende info geven

Niet van toepassing

Indien de patiënt aan onderstaand criterium voldoet, beschouwen we de patiënt in deze categorie:

- Mannelijke patiënt of transvrouw

1.5.2. Moleculaire merkers

Bij enkele moleculaire merkers worden zowel de datum (van staalname) als het tumorresultaat gevraagd.

Moleculaire merkers zijn biologische kenmerken van tumoren die een indicator zijn van onderliggende biologische processen op genomisch niveau (DNA/RNA) of op proteïneniveau. Het testen en meten van deze moleculaire merkers kan een prognostische en een predictieve waarde hebben: de resultaten kunnen de behandelingskeuze beïnvloeden of het familiale advies mee sturen. Om deze redenen worden ook in geval van borstkanker verschillende moleculaire merkers routinematig geanalyseerd in laboratoria. Sommige tests kunnen ook worden uitbesteed aan gespecialiseerde (genetische) laboratoria.

De informatie die nodig is om deze gegevens aan te vullen voor de kankerregistratie, zou aanwezig moeten zijn in het elektronisch patiëntendossier. Dit betreft onder meer de pathologieverslagen (biopsie en/of chirurgisch resectiestuk), de rapporten van andere type labo's zoals genetica of klinische biologie (bv. PCR of sequencing kan door een ander laboratorium worden uitgevoerd), de anamnese van de patiënt, bijvoorbeeld in geval van een doorverwijzing of wanneer de tumor wordt ontdekt tijdens een preventieve resectie (zoals bij een patiënt met een aangeboren BRCA-mutatie).

De status van bepaalde moleculaire merkers heeft een belangrijke invloed op de keuze van de behandeling en de analyses (immunohistochemie (IHC), in situ hybridisatie (ISH), RNA/DNAtesten zoals PCR of sequencing) worden regelmatig uitgevoerd op biopsieën.

A. Algemene regels

Als het resultaat wordt gerapporteerd op meerdere staalnames van de borsttumor (biopsie, chirurgische resectie), moet het resultaat met de hoogste waarde worden geregistreerd. Als één staal positief is en een ander negatief, wordt het resultaat als positief beschouwd. Uitzondering: als het resultaat positief is op een in situ-staal en negatief op alle geteste invasieve stalen, wordt het resultaat als negatief beschouwd omdat alleen het resultaat op de invasieve tumor de behandeling zal bepalen. Bijvoorbeeld: in geval een borstbiopsie met resultaat ER 'gering positief' wordt gevolgd door een resectie met resultaat ER 'positief', dan wordt de test als 'positief' beschouwd met als datum de test op het biop.

Voor elk van de moleculaire merkers opgenomen in het registratieformulier, wordt er gevraagd om de datum van de eerste staalname (WBCR: DD/MM/JJJJ – batch: yyyyymmdd) te registreren. Als het resultaat wordt gerapporteerd op meerdere staalnames van de borsttumor (biopsie, chirurgische resectie), dan registreert u de datum van eerste staalname, wat vaak de biopsie is, ook al heeft het resultaat op dit staal niet de hoogste waarde. Als de datum onbekend is, dan moet deze variabele niet ingevuld worden.

Als er neoadjuvante therapie plaatsvond, worden de resultaten geregistreerd van de analyses die zijn uitgevoerd op de tumorstalen vóór de behandeling. Als er neoadjuvante therapie plaatsvond, maar er geen resultaten beschikbaar zijn van het weefsel voorafgaand aan deze therapie, dan registreert u de resultaten van de stalen die na de therapie zijn afgenomen (uitgezonderd voor de merker 'Ki-67 vóór systemische therapie').

Resultaten afkomstig van een lymfeklier of metastatisch weefsel mogen alleen worden gebruikt indien er geen moleculaire merkers gekend zijn voor de primaire tumor.

B. Multifocale tumor

Als één of meerdere moleculaire merkers getest zijn op verschillende tumorfoci (multifocale tumor = een tumor waarbij de verschillende foci zich in dezelfde borst bevinden), registreert u de resultaten van de verschillende foci via 'Resultaat tumor 1' en 'Resultaat tumor 2'. Deze variabelen zijn dus enkel van toepassing voor multifocale tumoren en niet voor meerdere stalen van een unifocale tumor. Indien de testen op verschillende data plaatsvonden, registreer de datum van de eerste (vroegste) staalname van één van deze twee foci waarvan u het resultaat registreert.

Als het een multifocale invasieve tumor is met meer dan twee foci, gelden de volgende regels om te beslissen welke foci resultaten geregistreerd moeten worden*:

- De foci hebben dezelfde histologie en dezelfde differentiatiegraad:
 - Registreer het resultaat van de twee grootste foci
 - Als alle foci even groot zijn, registreer de resultaten van twee willekeurige foci
- De foci hebben dezelfde histologie en een verschillende differentiatiegraad:
 - Registreer het resultaat van de grootste focus en het resultaat van de minst gedifferentieerde focus (hoogste differentiatiegraad)
 - Als de grootste ook de minst gedifferentieerde focus is, neem dan als tweede focus de op één na grootste focus.
- De foci hebben een verschillende histologie:
 - Er zijn 2 verschillende histologietypes aanwezig:
 - Registreer het resultaat van elk histologietype
 - Als er meerdere foci zijn per histologisch type, registreer dan de resultaten van de grootste focus binnen dat histologietype.
 - Er zijn meer dan 2 verschillende histologietypes aanwezig:
 - Registreer dan alle moleculaire merkers van de foci met een positieve HER2 status op basis van IHC en ISH
 - Als er twee foci zijn met een positieve HER2 status op basis van IHC en ISH
→ Registreer dan de resultaten van deze twee foci
 - Als er meer dan twee foci een positieve HER2 status op basis van IHC en ISH hebben
→ Registreer de resultaten van de twee grootste HER2 positieve foci.
 - Als er slechts 1 focus een positieve HER2 status heeft
→ Registreer de resultaten van deze focus en van de grootste focus ongeacht histologie (of de op één na grootste focus indien de grootste focus de positieve HER2 status heeft).
 - Als er geen focus is met een positieve HER2 status
→ Registreer de resultaten van de twee grootste foci ongeacht histologie.

* Het is mogelijk dat er >2 foci zijn en dat de 2 foci die normaal geselecteerd zouden worden volgens bovenstaande selectiecriteria, niet werden getest. Als er dan ≥ 2 andere foci wel getest werden i.f.v. de moleculaire merkers, dan registreer je zo maximaal mogelijk de waarden die wel beschikbaar zijn.

C. Overzicht moleculaire merkers

Voor elk van de hieronder vermelde moleculaire merkers wordt een beschrijving en een toelichting bij de mogelijke antwoordopties gegeven. Elke moleculaire merker van “tumor 1” moet van antwoord voorzien worden. Indien de test niet interpreteerbaar is, registreert u ‘Niet interpreteerbaar’. Indien de test niet werd uitgevoerd of is het resultaat niet gekend, dan registreert u ‘Niet getest of onbekend’. Gelieve het algemeen commentaarveld **enkel** te gebruiken als geen enkele antwoordoptie voldoet.

1. Oestrogeen receptor status (ER):

Deze status geeft aan of de kankercellen oestrogeenreceptoren tot expressie brengen in de celkern.

- Positief = expressie van receptoren in meer dan 10% van de cellen
- Gering positief = expressie van receptoren in 1–10% van de cellen
- Negatief = geen expressie of expressie van receptoren in minder dan 1% van de cellen
- Niet interpreteerbaar = test uitgevoerd maar resultaat niet bepaalbaar
- Niet getest of onbekend = niet gedocumenteerd in het patiëntendossier of test aangevraagd maar resultaat onbekend

2. Progesteron receptor status (PR):

Deze status geeft aan of de kankercellen progesteronreceptoren tot expressie brengen in de celkern.

- Positief = expressie van receptoren in meer dan 10% van de cellen
- Gering positief = expressie van receptoren in 1–10% van de cellen
- Negatief = geen expressie of expressie van receptoren in minder dan 1% van de cellen
- Niet interpreteerbaar = test uitgevoerd maar resultaat niet bepaalbaar
- Niet getest of onbekend = niet gedocumenteerd in het patiëntendossier of test aangevraagd maar resultaat onbekend

3. HER2 IHC-score:

Deze score geeft aan of de kankercellen receptoren voor de humane epidermale groeifactor – HER2 (Human Epidermal growth factor Receptor 2) tot expressie brengen aan het celmembraanoppervlak, op basis van een IHC-kleuring.

- 0- = HER2 negatief = geen membraanaankleuring
- 0+ = HER2 negatief = zwakke, onvolledige membraanaankleuring in $\leq 10\%$ van de invasieve tumorcellen
- 1+ = HER2 negatief = zwakke, onvolledige membraanaankleuring in $>10\%$ van de invasieve tumorcellen
- 2+ = HER2 equivocal = zwakke tot matige volledige membraanaankleuring in meer dan 10% van de cellen, of matige tot intense onvolledige (basolaterale) membraanaankleuring of volledige intense membraanaankleuring in $\leq 10\%$ van de invasieve tumorcellen of overvloedige cytoplasmatische aankleuring die interpretatie van de membraanaankleuring bemoeilijkt. IHC wordt vaak gevolgd door een tweede test via in situ hybridisatie (ISH).
- 3+ = HER2 positief = sterke volledig circumferentiële membraanaankleuring in meer dan 10% van de invasieve tumorcellen
- Niet interpreteerbaar = test uitgevoerd maar resultaat niet bepaalbaar
- Niet getest of onbekend = niet gedocumenteerd in het patiëntendossier of test aangevraagd maar resultaat onbekend

4. HER2 status op basis van IHC en ISH:

Op basis van de gecombineerde resultaten van een IHC-kleuring en een in situ hybridisatie-test (ISH) wordt aangegeven of patiënt in aanmerking komt voor traditionele anti-HER2 behandeling.

- Positief
- Negatief
- Niet interpreteerbaar = test uitgevoerd maar resultaat niet bepaalbaar
- Niet getest of onbekend = niet gedocumenteerd in het patiëntendossier of test aangevraagd maar resultaat onbekend

Voor de volgende moleculaire merkers BRCA1, BRCA2, CHEK2, PALB2, ATM en PIK3CA moet worden aangegeven of het om een somatische of kiembaanmutatie gaat. Het verschil tussen een somatische mutatie en een (aangeboren) kiembaanmutatie/germline mutation houdt onder meer verband met de mogelijkheid om de mutatie door te geven aan het nageslacht. Een somatische mutatie is alleen aanwezig in bepaalde cellen van het lichaam (bv. tumorcellen) en is dus niet overdraagbaar op het nageslacht. Een kiembaanmutatie wordt vastgesteld via genetische testing op bloed, is aanwezig in alle lichaamscellen en kan potentieel worden doorgegeven aan het nageslacht.

Als datum voor het resultaat van deze merker kiest u voor de datum van de somatische mutatie. Is deze onbekend, dan registreert u de datum van de kiembaanmutatie.

Bij elk van deze moleculaire merkers, dient u in twee aparte vragen te registreren of het een kiembaanmutatie betreft of een somatische mutatie. Voor ziekenhuizen die aanleveren via WBCR is hier een aparte vraag voor voorzien. Voor ziekenhuizen die aanleveren via batch is er een extra variabele in een aparte kolom voorzien.

De twee vragen en antwoordopties voor de variabelen BRCA1, BRCA2, CHEK2, PALB2, ATM en PIK3CA zijn:

- 1) Is er een kiembaanmutatie aanwezig? Deze vraag dient slechts eenmalig beantwoord te worden, want is niet focus-specifiek.
 - Geen kiembaanmutatie gedetecteerd
 - Kiembaanmutatie aanwezig
 - Niet interpreteerbaar = test uitgevoerd maar resultaat niet bepaalbaar
 - Niet getest of onbekend = niet gedocumenteerd in het patiëntendossier of test aangevraagd maar resultaat onbekend

- 2) Is er een somatische mutatie aanwezig? Deze vraag moet, indien multifocaal, per focus worden beantwoord.
 - Geen somatische mutatie gedetecteerd
 - Somatische mutatie aanwezig
 - Niet interpreteerbaar = test uitgevoerd maar resultaat niet bepaalbaar
 - Niet getest of onbekend = niet gedocumenteerd in het patiëntendossier of test aangevraagd maar resultaat onbekend

5. BRCA1 status:

Deze status geeft aan of een mutatie aanwezig is in het BRCA1gen (BReast CAncer 1). De vragen en antwoordopties staan hierboven beschreven.

6. BRCA2 status:

Deze status geeft aan of een mutatie aanwezig is in het BRCA2-gen (BReast CAncer 2). De vragen en antwoordopties staan hierboven beschreven.

7. CHEK2 status:

Deze status geeft aan of een mutatie aanwezig is in het CHEK2-gen (*Checkpoint Kinase 2*). De vragen en antwoordopties staan hierboven beschreven.

8. PALB2:

Deze status geeft aan of een mutatie aanwezig is in het PALB2-gen (*Partner and Localizer of BRCA2*). De vragen en antwoordopties staan hierboven beschreven.

9. ATM:

Deze status geeft aan of een mutatie aanwezig is in het ATM-gen (*Ataxia Telangiectasia Mutated*). De aanwezigheid van een mutatie verhoogt het risico op het ontwikkelen van borstkanker op jonge leeftijd. Een verhoogde opvolging en preventieve maatregelen kunnen daarom bij deze patiënten worden aanbevolen. Deze informatie beïnvloedt de screening en de genetische counseling voor de familie. De vragen en antwoordopties staan hierboven beschreven.

10. PIK3CA status:

Deze status geeft aan of een mutatie aanwezig is in het PIK3CA-gen (*Phosphatidylinositol 4,5Bisphosphate 3Kinase Catalytic Subunit Alpha*). Deze informatie beïnvloedt de genetische counseling voor de familie. De vragen en antwoordopties staan hierboven beschreven.

11. Ki-67 (vóór systemische therapie):

Ki-67 is een merker voor de proliferatie van (tumor)cellen en bepaalt de agressiviteit van de tumor. Deze wordt uitgedrukt in een percentage; dit is het percentage cellen dat Ki-67 tot expressie brengt. Indien er geen exact percentage werd bepaald maar een range (bijvoorbeeld 5-10%), neem dan het gemiddelde van de boven- en onderwaarde van de range; met afronding naar boven indien het een kommagetal is (7,5% wordt 8%).

Ki-67: welke waarde dient geregistreerd te worden?

Algemeen geldt dat als Ki-67 van zowel een biopt als een resectiestuk beschikbaar is (en beide vóór systemische therapie) dat het hoogste percentage geregistreerd wordt.

- Bij neo-adjuvante systemische therapie: registreer de waarde van het biopt (= vóór systemische therapie).
- Bij adjuvante systemische therapie: registreer de waarde van biopt of resectiestuk, zolang deze vóór de start van de adjuvante therapie werd bepaald (hoogste percentage).
- In geval van geen systemische therapie: registreer de waarde op biopt of resectiestuk (hoogste percentage).

Als u geen resultaat hebt van Ki-67 van vóór de start van de systemische therapie, registreert u dit als 'Niet getest of onbekend'.

Antwoordopties Ki-67:

- Percentage = resultaat Ki-67, zie regels hierboven
- Niet interpreteerbaar = test uitgevoerd maar resultaat niet bepaalbaar
- Niet getest of onbekend = niet gedocumenteerd in het patiëntendossier, test aangevraagd maar resultaat onbekend of geen test vóór systemische therapie uitgevoerd.

12. Andere merkers met prognostische of predictieve waarde (specifieer):

Voor de moleculaire merker 'Andere' moet de naam van de geanalyseerde moleculaire merker geregistreerd worden.

1.5.3. Indien heilkunde

Wanneer de patiënt heilkunde onderging voor deze primaire tumor, m.a.w. wanneer een behandelingscode 120, 130 en in sommige gevallen code 11, wordt geregistreerd, dan dienen enkele microscopische kenmerken van de resectie van de primaire tumor en de lymfeklieren geregistreerd te worden in dit onderdeel op basis van de informatie die verkregen wordt via de patholoog.

A. Primaire Tumor

Registreer zowel de maximale pathologische doormeter als de afstand tot de snijrand van zowel de invasieve als de in situ component (inclusief floried en pleomorf lobulair carcinoma in situ (LCIS); niet voor klassiek LCIS) uitsluitend op basis van de informatie die te vinden is in het anatomopathologisch verslag. De tumordoormeter en de afstand tot de snijrand worden genoteerd in millimeter (mm) met 1 decimaal (bv. 2.1 mm). Voor de afstand tot de snijrand wordt steeds de kleinste afstand geregistreerd. Een positieve snijrand wordt geregistreerd als 0.0 mm.

Als er enkel een invasieve component aanwezig is en geen in situ component, wordt 'niet van toepassing' (NVT) geregistreerd bij de in situ-metingen. Het omgekeerde geldt wanneer enkel een in situ component aanwezig is. De maximale doormeter van de volledige tumor (som invasieve + in situ component) moet niet worden geregistreerd.

B. Lymfeklieren

Bij de registratie van de lymfeklieren worden zowel het totaal aantal onderzochte klieren als het aantal positieve klieren geregistreerd. Er wordt hierbij een onderscheid gemaakt tussen sentinelklieren, axillaire klieren en andere regionale klieren.

- Sentinelklieren zijn de klieren die als dusdanig zijn aangeduid door de chirurg tijdens een sentinelklierprocedure.
- Onder de axillaire klieren behoren
 - I. De non-sentinelklieren die werden verwijderd tijdens een sentinelklierprocedure (parasentinelklieren),
 - II. De lymfeklieren die werden verwijderd bij een okselklierdissectie,
 - III. Intramammaire klieren die niet zijn aangeduid door de chirurg als sentinelklier.
- Onder andere klieren vallen de intermammaire, infraclaviculaire en supraclaviculaire klieren. Deze worden zelden verwijderd.

Lymfeklieren met enkel geïsoleerde tumorcellen (ITC) [≤ 0.2 mm en ≤ 200 cellen; (i+)] worden geregistreerd als negatief.

Metastasen in niet-regionale klieren (inclusief contralaterale axillaire klieren) zijn metastasen op afstand en worden niet in deze rubriek geregistreerd.

De datum van het klieronderzoek komt overeen met de datum van staalname (WBCR: DD/MM/JJJJ – batch: yyyyymmdd). Indien deze niet beschikbaar is, wordt de datum van het anatomopathologisch verslag gebruikt.

Wat als er meerdere heekundige ingrepen hebben plaatsgevonden?

Wees aandachtig indien er meerdere heekundige ingrepen plaatsvinden. De registratie van de tumorafmetingen, afstanden tot snijrand en lymfeklieren dient te gebeuren op basis van alle informatie die beschikbaar is (zie voorbeeld A). Als een eerdere ingreep aanvullende informatie bevat die relevant blijft, wordt deze informatie meegenomen in de overeenkomstige velden. Bij een herresectie registreer je de minimale afstand tot de snijrand die de verdere behandeling heeft bepaald, zoals besproken op het MOC of met de arts.

Als een resectie van een tumor met een positieve snijrand gevolgd wordt door een shaving waarin geen residuele tumorcomponent meer aanwezig is, mag de snijrand als negatief beschouwd worden. Als de dikte van het shavingstuk op de plaats van de oorspronkelijke positieve snijrand gekend is, dan kan deze dikte worden geregistreerd als exacte afstand tot de snijrand.

Een biopsie waarbij een deel van de tumor wordt weggenomen, wordt beschouwd als een diagnostische procedure en niet als heekunde. Informatie uit zulke biopsies moet niet geregistreerd worden onder het onderdeel 'indien heekunde'. Als een biopsie een tumor volledig wegneemt (behandelingscode = 11; geen residuele tumor bij aanvullende resectie), dan dient de informatie uit het verslag van de resectiebiopsie wel in deze rubriek geregistreerd te worden.

Wat moet er geregistreerd worden als er meerdere invasieve of in situ foci zijn (multifocale tumor)?

Met betrekking tot de maximale pathologische doormeter: wanneer de patholoog meerdere invasieve foci vermeldt, wordt de grootste invasieve focus geregistreerd (zie voorbeeld B). Bij in situ componenten geldt dezelfde regel: de grootste in situ component wordt genoteerd.

Met betrekking tot de minimale afstand tot de snijrand: wanneer bij twee invasieve foci de kleine component dicht bij de snijrand ligt dan de grote component, dan moet de afstand tot de snijrand van de kleinste component geregistreerd worden (zie voorbeeld B). De kleinste afstand registreren geldt ook ingeval er meerdere in situ componenten aanwezig zijn.

Wat indien heekunde plaatsvond na systemische therapie?

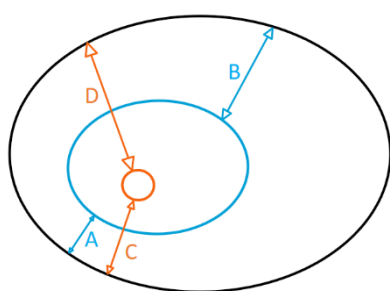
Hoewel het formulier vraagt naar gegevens van vóór de systemische therapie, moet bij een neoadjuvante setting (systemische therapie gevolgd door heekunde) de pathologische informatie van de heekundige ingreep na de systemische therapie ook worden geregistreerd. In het anatomopathologisch verslag na neoadjuvante therapie staat dit bv. als 'Doormeter van grootste continue focus van invasief carcinoom (die wordt gebruikt om de ypT op te stellen): x mm'. De doormeter van het oorspronkelijke tumorbed of de fibreuze zone van de therapierespons moet niet worden geregistreerd. Er moet dus ook informatie worden geregistreerd wanneer de heekunde ná de systemische therapie heeft plaatsgevonden. Als er in dit geval geen residuele tumor meer wordt teruggevonden bij de heekundige ingreep (m.a.w. ypT0), dan wordt er voor de doormeter en afstand tot de snijrand 'NVT' geregistreerd.

Wat als niet alle variabelen ingevuld kunnen worden?

Wanneer er informatie ontbreekt, wordt de optie 'onbekend' aangeduid (zie voorbeeld B).

Voorbeelden:

- De patholoog kon de tumordoormeter niet bepalen door resectie in meerdere fragmenten;
- De marge is niet te bepalen door fragmentatie, artefact of technische beperkingen;
- Het aantal onderzochte of het aantal positieve lymfeklieren ontbreekt in het anatomopathologisch verslag;
- Anatomopathologisch verslag is niet beschikbaar omdat de heekunde doorging in een ander zorgprogramma;
- Er is geen afmeting en marge bepaald voor de aanwezige in situ component, die gelegen is binnen de perimeter van een invasieve component (figuur 1). De afstanden C en D op figuur 1 worden in geval van deze situatie zelden opgemeten en gerapporteerd in het anatomopathologisch verslag.



Invasieve component
In situ component

Afstand tot snijrand:

A = 5.0 mm

B = 12.0 mm

C = 8.0 mm

D = 15.0 mm

Minimale afstand tot snijrand

- voor invasieve component: 5.0 mm
- voor in situ component: 8.0 mm

Figuur 1: In situ component gelegen binnen de perimeter van een invasieve component. De minimale afstand van de in situ component tot de snijrand (C = 8.0 mm) zal niet altijd worden gerapporteerd door de patholoog.

Echter, wanneer de afstand tot de snijrand niet wordt beschreven in het anatomopathologisch verslag, maar als negatief wordt beschouwd, mag dit als 'negatief' geregistreerd worden. Als de patholoog de snijrand als negatief beschouwt én de afstand tot snijrand <1mm vermeldt, registreer dit dan als 'negatief (<1mm)'.

Wanneer de tumor tot tegen de fascia zit (0 mm), maar de snijrand wordt beschreven als negatief, registreer dit dan als 'negatief (fascia)'.

Hierbij een overzicht van mogelijke antwoordopties per gevraagde variabele:

Variabele	Antwoordoptie	Uitleg
Doormeter invasieve of in situ component	Numerieke waarde	Met 1 decimaal, uitgedrukt in millimeter
	Onbekend	Wel invasieve/in situ component maar doormeter niet beschreven in verslag
	NVT	Geen in situ/invasieve component
Afstand invasieve of in situ component tot snijrand	Numerieke waarde	Met 1 decimaal, uitgedrukt in millimeter. Opmerking: 0.0 mm wordt beschouwd als positieve snijrand
	Negatief	Afstand is niet beschreven in het verslag, maar wordt als negatief beschouwd door de patholoog.
	Negatief (<1mm)	Afstand is niet beschreven in het verslag, maar wordt negatief beschouwd en omschreven als 'afstand tot snijrand <1mm'
	Negatief (fascia)	Tumor zit tot tegen de fascia (0 mm), maar de snijrand wordt beschreven als negatief
	Onbekend	Wel invasieve/in situ component maar afstand is niet beschreven in verslag
	NVT	Geen in situ/invasieve component
Aantallen voor lymfeklieren	Numerieke waarde	Zonder decimalen
	NVT	Geen lymfeklierprocedure uitgevoerd
	Onbekend	Procedure wel uitgevoerd, maar niet beschreven in protocol

Voorbeeld A:

01/05/2026: Tumorectomie met besluit een invasieve tumor van 14 mm met marge tot snijrand <1mm + sentinelklierprocedure waarvan 1 van de 2 klieren positief.

17/06/2026: Resectie van de borst (residuele invasieve tumor 2 mm met marge tot snijrand 6 mm), zonder bijkomende klierverwijdering. De afstand tot snijrand van 6 mm wordt beschouwd als uiteindelijke afstand op het MOC.

→ Registreer:

Maximale pathologische doormeter invasieve component vóór systemische therapie	14.0 mm*
Maximale pathologische doormeter in situ component vóór systemische therapie	NVT
Minimale afstand van de invasieve component tot de snijrand	6.0 mm
Minimale afstand van de in situ component tot de snijrand	NVT

*De residuele tumordoormeter van een herresectie (hier 2.0 mm) mag niet zomaar worden opgeteld bij de doormeter van de eerste resectie (hier 14.0 mm). Het is immers niet geweten of deze tumorrest van 2.0 mm gelegen was ter hoogte van het breedste deel van de oorspronkelijke tumor, of slechts ter hoogte van een smaller gedeelte. Indien er twijfel bestaat, raadpleeg de arts of de resultaten van het MOC-verslag.

	Aantal onderzocht	Aantal positief	Datum
Sentinelklieren	2	1	01/05/2026
Axillaire klieren	NVT	NVT	NVT
Andere klieren	NVT	NVT	NVT

Voorbeeld B:

Tumorectomie rechterborst: invasief multifocaal ductaal adenocarcinoom, NST. Afmetingen: 18.0x4.7x2.2 mm en 7.0x2.1x1.0 mm (mediolateraal x craniocaudaal x anteroposterior), bijkomende klassieke LCIS van 12.0x4.5x2.1 mm. De snijvlakken zijn vrij van carcinoom met een minimaal tumorvrije marge van respectievelijk 7 mm en 3 mm voor de invasieve componenten. Er werden geen lymfeklieren geresecteerd.

→ Registreer:

Maximale pathologische doormeter invasieve component vóór systemische therapie	18.0 mm
Maximale pathologische doormeter in situ component vóór systemische therapie	NVT*
Minimale afstand van de invasieve component tot de snijrand	3.0 mm
Minimale afstand van de in situ component tot de snijrand	NVT

*Klassieke LCIS moet hierbij niet in rekening gebracht worden. Een floried of pleomorf LCIS moeten hier wel geregistreerd worden.

	Aantal onderzocht	Aantal positief	Datum
Sentinelklieren	NVT	NVT	NVT
Axillaire klieren	NVT	NVT	NVT
Andere klieren	NVT	NVT	NVT