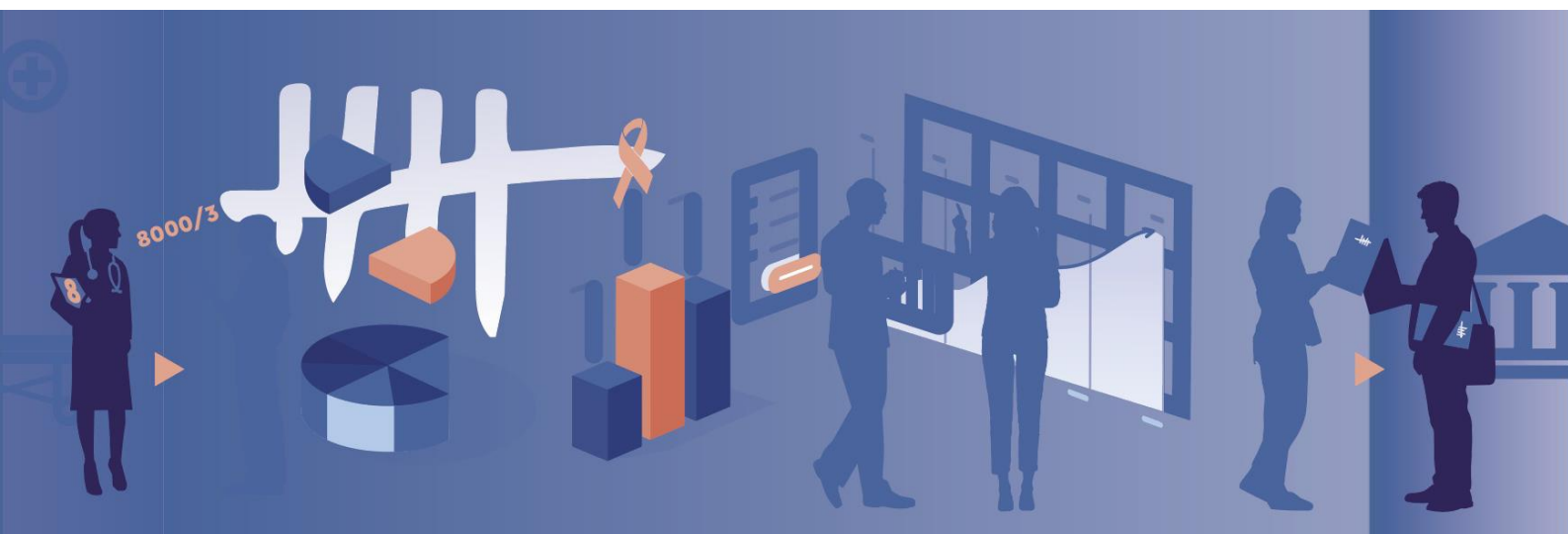


Q&A

Nieuw kankerregistratieformulier

13/10/2026



Contents

1. Algemeen	3
2. Differentiatiegraad, TNM en andere classificaties.....	10
3. Klinische studies.....	11
4. Behandelingscodes/diagnose code 5	13
a. Diagnose code 5.....	13
b. Behandelingscodes	19
c. Campusvestigingsnummer	30
d. Start- en einddatum.....	33
5. MOC-verslag	35
6. Borstspecifieke variabelen	36
a. Menopauzale status.....	36
b. Moleculaire merkers.....	36
c. Indien heerkunde	41
7. Andere	44



Het Kankerregister zal wekelijks de vragen en antwoorden aanvullen, zolang dit nodig blijkt. Er wordt dus aangeraden om wekelijks de nieuwe versie te raadplegen. Om nieuwe vragen gemakkelijk terug te vinden, beginnen recent toegevoegde Q&A-items met een *.

Algemene mededeling: Tijdens de opleiding werden enkele nieuwe behandelingscodes toegevoegd die specifiek gelden voor borsttumoren. Namelijk 12 = Borstsparende chirurgie, 13 = Mastectomie, 14 = Resectie sentinelklieren en 15 = Axillaire lymfeklierdissectie. Echter, we begrijpen dat de nieuwe code 15 tot verwarring kan leiden wanneer de oude codes nog worden gebruikt op het follow up formulier, waarbij code 15 = beenmergtransplantatie.

Om toekomstige problemen te vermijden, hebben wij de codes 12 t.e.m. 15, zoals voorgesteld tijdens de opleiding aangepast naar 120, 130, 140 en 150. Op die manier zijn er geen conflicten meer mogelijk. De PowerPoint van de opleiding werd intussen aangepast.

1. Algemeen

Waar is het nieuwe kankerregistratieformulier te vinden?

De officiële publicatie in het Belgisch Staatsblad is hier terug te vinden: [Nieuw Kankerregistratieformulier](#)

Voorzien jullie een update van de richtlijnen bij het invullen van behandelingen op de kankerregistratieformulieren voor nieuwe diagnoses?

Er zal een handleiding beschikbaar worden gesteld in de periode van de opleiding waarin de behandelingscodes worden uitgelegd.

Wanneer kunnen we de handleiding verwachten die bij het nieuwe registratieformulier hoort?

In juni zal de handleiding vanuit het Kankerregister samen met de nieuwe WBCR en het nieuwe batch bestand gedeeld worden.

Welke formulieren moeten/mogen we gebruiken voor de registraties aan het Kankerregister?

Voor Stichting Kankerregister is het verplicht het nieuwe registratieformulier te gebruiken voor borsttumoren met incidentiejaar 2026 en later. Stichting Kankerregister stelt zich flexibel op voor alle andere tumoren dan borst met incidentiejaar 2026: we aanvaarden zowel het nieuwe registratieformulier alsook het oude formulier.

Moet de bijlage 55 worden ondertekend? Zo ja, aanvaarden jullie een elektronische handtekening? Of enkel een manuele handtekening?

Dit document hoeft niet te worden ondertekend voor het Kankerregister.

Het nieuwe registratieformulier en de bijlage 55 bevatten belangrijke verschillen.

Om tegemoet te komen aan de vragen van de verschillende overheden zijn bepaalde variabelen zoals vermeld op de bijlage 55 verder in detail uitgewerkt door het Kankerregister op het nieuwe registratieformulier. Deze worden uitgebreid beschreven in de handleiding.



De mutualiteiten vragen nu al om de borsttumoren met de nieuwe formulieren aan te leveren (deze vraag dateert van april 2026). Wat met de oude formulieren die reeds weg zijn naar een mutualiteit?

Voor vragen in kader van terugbetaling verwijzen we naar [de omzendbrief van het RIZIV van 09/03/2026](#).

Verschillende datamanagers stelden vragen over hoe de mutualiteiten het nieuwe formulier zullen interpreteren, waarom er vandaag zoveel inhoudelijke weigeringen zijn, en waarom de regels van het RIZIV en het Kankerregister niet volledig op elkaar zijn afgestemd.

Kankerregistratie en het MOC-gebeuren leunen dicht bij elkaar aan, maar zijn toch twee verschillende entiteiten. Merk op dat er een onderscheid bestaat tussen registratie voor de mutualiteit (in het kader van terugbetaling) en registratie voor het Kankerregister.

Voor borsttumoren: moet het nieuwe registratieformulier toegepast worden voor borsttumoren met incidentiedatum vanaf 01/01/2026 of met een MOC vanaf 01/01/2026? In dit laatste geval ligt de incidentiedatum in 2025.

Zoals hierboven beschreven moeten borsttumoren met incidentiejaar 2026 bij het Kankerregister volgens het nieuwe formulier worden geregistreerd. Vermits het oude formulier minder informatie omvat dan het nieuwe zou het voor de ziekenhuizen haalbaar moeten zijn bij ons toch nog het oude formulier te volgen bij de registratie voor incidentiejaar 2025. Het Kankerregister stelt zich in deze specifieke situatie flexibel op: voor het beperkt aantal nieuwe diagnoses van borstkanker eind 2025 (incidentiedatum) maar die pas begin 2026 op MOC werden besproken, kan daarom ook bij ons al met het nieuwe formulier geregistreerd worden.

Waarom is er een verschil in deze bovenstaande regel? Waarom moeten voor het RIZIV borsttumoren met MOC-datum 2026 en voor het Kankerregister borsttumoren met incidentiedatum 2026 aangeleverd worden?

Het verschil tussen de regels van de verzekeringsinstellingen en het Kankerregister vloeit voort uit hun verschillende wettelijke opdracht. De verzekeringsinstellingen baseren zich op de MOC-datum omdat dit gekoppeld is aan de terugbetaling van de prestatie, terwijl het Kankerregister wettelijk verplicht is om te registreren op basis van de incidentiedatum, die internationaal wordt gebruikt voor correcte incidentiebepaling. Zoals hierboven toegelicht, leidt dit bij borstkanker in beperkte gevallen (borsttumoren incidentiedatum eind 2025 en MOC-datum begin 2026) tot afwijkende toepassingsmomenten voor het nieuwe formulier. Voor deze beperkte groep is het Kankerregister flexibel: bij voorkeur ontvangen we het oude formulier, maar indien dit niet mogelijk is, aanvaarden we ook het nieuwe formulier.

Wat is de deadline voor het aanleveren van de tumoren met incidentiejaar 2026?

Voor het Kankerregister gelden volgende aanleverdata:

Voor borsttumoren met incidentiejaar 2026 worden twee aanlevermomenten verwacht.

- Borsttumoren gediagnosticeerd vanaf 1 januari t.e.m. 30 juni 2026 moeten worden aangeleverd ten laatste op 10 januari 2027.
- Borsttumoren gediagnosticeerd vanaf 1 juli t.e.m. 31 december 2026 moeten worden aangeleverd ten laatste op 30 juni 2027.

Voor andere tumortypes 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. Zorg er wel voor dat registraties met het oude formaat ook worden ingevuld met de regels geldend van het oude registratieformulier (bv andere classificatiecodes, behandelcodes) en vice versa. Bijvoorbeeld: wanneer er een maligne melanoom met incidentiedatum 2026 wordt geregistreerd met het oude formulier, dient bij classificatie '6 = Breslow' geregistreerd te worden. Omgekeerd: wanneer een maligne melanoom met incidentiedatum 2026 wordt geregistreerd met het nieuwe kankerregistratieformulier, dient de classificatie '4 = Breslow' geregistreerd te worden.

Deze deadlines gelden zowel voor ziekenhuizen die aanleveren via de WBCR-tool als via batch files. Op langere termijn is het de bedoeling dat de zesmaandelijks registratie voor alle nieuwe tumordiagnoses in België wordt gebruikt in afwachting van de evolutie naar een meer continue gegevensdoorstroming op lange termijn.

Waarom komt er geen overgangsperiode voor de borsttumoren? Zullen alle registraties die we tot nu toe gedaan hebben moeten worden aangepast?

Er is geen overgangsperiode voorzien voor de borsttumoren omdat de overheden de gegevens voor heel 2026 nodig hebben. Deze informatie is essentieel om tijdig te kunnen beantwoorden aan vragen die rechtstreeks gekoppeld zijn aan de erkenningen van borstklinieken en om een volledig en actueel beeld te krijgen van het oncologisch landschap voor borstkanker in België. Als borsttumoren uit 2026 al met het oude formulier werden geregistreerd, dan moeten deze inderdaad worden herzien. Daarom werd eerder dit jaar aan de datamanagers gevraagd om te wachten met het registreren van borsttumoren uit 2026 bij het Kankerregister tot de nieuwe WBCR-tool/nieuwe batch file beschikbaar was. Op die manier vermijden we dubbele registraties en bijkomend werk.

Als we sneller moeten aanleveren, dan zullen jullie geen volledige gegevens hebben. Jullie zullen de gegevens wel vroeger hebben maar de datakwaliteit zal minder zijn.

Ondanks dat er meer variabelen worden gevraagd om te registreren, gaan we ervan uit dat de ziekenhuizen en datamanagers die instaan voor kankerregistratie deze data ook kwaliteitsvol zullen blijven aanleveren.



Uit de feedback van de opleiding merken we dat er veel bezorgdheden leven over het feit dat ziekenhuizen zes maanden moeten werken zonder correct invulformulier of batchbestand, terwijl ondertussen al IT-ontwikkeling moet starten op basis van een voorlopig formulier. Dat maakt het moeilijk om tijdig een eigen, correct geïmplementeerd formulier klaar te hebben, zeker nu bijkomende borstspecifieke gegevens worden gevraagd die afwijken van wat men tot nu toe kende. Daarnaast vreest men voor de praktische impact: het grote aantal registraties, het risico op onduidelijkheid over welke dossiers moeten worden heropend, de scheiding tussen facturatie en registratie, en de verschillen met mutualiteiten die nog moeten worden opgelost. Er wordt daarom gehoopt dat RIZIV en het Register extra tijd voorzien om deze veranderingen op een haalbare manier te kunnen implementeren en overbelasting van medewerkers te vermijden.

We begrijpen deze bezorgdheden volledig. Ook voor het Kankerregister is het snel schakelen. Momenteel werken we samen met een externe IT-partner om het nieuwe registratieplatform WBCR zo snel mogelijk beschikbaar te maken.

Gezien de plotse omschakeling steunde het Kankerregister dan ook expliciet de vraag vanuit meerdere ziekenhuizen die leidde tot de gedoogperiode van zes maanden die het RIZIV heeft voorzien voor de meeste kankertypes ([zie omzendbrief](#)). Voor niet-borsttumoren met een MOC-datum tot eind juni 2026 mag namelijk het oude formulier gebruikt blijven worden, en bij het Kankerregister blijft het toegelaten om het oude formulier te gebruiken voor niet-borsttumoren met incidentiedatum tot en met eind december 2026. We hopen dat dit al deels tegemoetkomt aan de vraag om extra tijd te voorzien en we hopen dat dit de overgang haalbaarder maakt voor de ziekenhuizen.

Verder zijn er bijkomende variabelen zoals diagnostische procedures en behandelingscodes toegevoegd om te kunnen beantwoorden aan nieuwe vragen vanuit de verschillende overheden. Zonder deze extra informatie is dit namelijk helaas niet mogelijk.

We beseffen dat deze veranderingen een grote impact hebben op werkdruk, planning en IT-ontwikkeling. Bij vragen blijven we uiteraard ondersteuning bieden, zodat de implementatie zo vlot mogelijk kan verlopen voor iedereen.

Is er een herziening van de financiering van de datamanager voorzien gezien de complexiteit?

Alle vragen m.b.t. financiering vallen niet binnen de bevoegdheid van het Kankerregister.

In welke mate kan er een dialoog met de ziekenhuizen voorzien worden? Waarom werden de datamanagers niet vanaf het begin betrokken bij de discussies?

In de werkgroep van het RIZIV die instond voor de herziening van de MOC waren er datamanagers van ziekenhuizen vertegenwoordigd.

Men voelt duidelijk dat er een richting wordt gekozen om zich te focussen op borstkanker voor het register. Waarom dit voorkeursregime voor borstkanker?

Naar aanleiding van de specifieke vragen van de overheden naar normeringen voor de coördinerende gespecialiseerde oncologische zorgprogramma's voor borstkanker en de geaffilieerde gespecialiseerde oncologische zorgprogramma's voor borstkanker werden er extra variabelen toegevoegd op het formulier.

Wat zijn de echte doelstellingen achter deze bijkomende gegevens die moeten worden ingevuld?

We vermoeden dat deze vraag voornamelijk gericht is op de specifieke bijkomende variabelen voor borsttumoren. De update was nodig omdat het kankerregistratieformulier van 2003 niet langer aansloot bij de huidige praktijk. Daarnaast werd in de wetgeving betreffende 'de normen waaraan het gespecialiseerd oncologisch zorgprogramma voor borstkanker moet voldoen om te worden erkend' opgelegd dat coördinerende borstklinieken de resultaten van enkele moleculaire merkers moeten registreren. Tot nu toe kon dit nog niet op een gestructureerde manier aangeleverd worden.

Verder zijn er ook vragen van de overheden in het kader van de herziene normen voor erkenningen van zorgprogramma's voor borstkanker. Daarom werden voor borsttumoren extra variabelen toegevoegd.

Als de diagnosestelling en eerste behandeling binnen vier maanden wordt afgesloten, kunnen we de gegevens dan eerder versturen of moeten we verplicht minimaal vier maanden wachten?

Ja, wanneer de primaire behandeling is afgerond en de resultaten zijn bekend (bv. histologisch subtype, pTNM, doormeter borsttumor bij heekunde), dan mogen de gegevens al verstuurd worden naar BCR.

Nu toekomstige behandelingen niet meer geregistreerd worden moet ik dan elke casus opnieuw openen om alles correct aan te vullen? En alle dossiers nadien nakijken voor einddatums of nieuwe fases therapieën? Klopt het dat ik dan niet meer kan blijven registreren na het afsluiten van de MOC's? En moet ik wachten met factureren aan de mutualiteiten of registreren bij het Kankerregister wanneer geplande adjuvante behandelingen nog geen volledige datums hebben?

Ja, het Kankerregister vraagt om de gegevens tot en met de primaire behandelingen te vervolledigen (inclusief einddatum), voor zover deze gekend zijn op het moment van aanlevering. Wanneer de primaire behandeling op dat moment nog loopt (bv. neoadjuvante therapie gevolgd door heekunde), dan mogen de ontbrekende gegevens na de aanleverdatum nog worden aangevuld, maar dit is niet verplicht. In het verleden werd er ook reeds verwacht dat er werd gewacht met registreren tot alle noodzakelijke informatie (ypTNM, adjuvante therapie, ...) bekend was.

Wat betreft de vraag over terugbetaling verwijzen we naar de verzekeringsinstellingen en/of het RIZIV.

Wanneer in het behandelplan staat dat na 12 weken chemotherapie radiotherapie zal worden toegediend en nadien nog hormonale therapie wordt opgestart, kan dit een probleem vormen voor het doorsturen of verwerken van de registratieformulieren?

Toekomstige behandelingen mogen niet meer worden geregistreerd. We verwijzen ook naar bovenstaande vraag en antwoord, waarbij we benadrukken dat de registratie maximaal 6 maanden na de incidentiedatum moet worden aangeleverd of wanneer de hoofdbehandeling(en) al vroeger afgerond is (zijn) en volledig werd(en) geregistreerd (behandelingscode, campusvestigingsnummer, startdatum, einddatum).

Een continue aanlevering is niet haalbaar gezien de vaak lange wachttijd voor pTNM.

Er zal zeker nagegaan worden hoe dit optimaal kan verlopen. Wij staan hier ook zeker open voor jullie feedback als er verbetering mogelijk is in de transitiefase.

Zal de versnelde gegevensstroom zorgen voor nog meer en frequentere QC en CC-bestanden?

De QC's die gepland zijn voor dit jaar zijn nog van toepassing voor de registraties van 2025. Informatie m.b.t. tot de QC's over incidentiejaar 2026 zal later gecommuniceerd worden. Hierbij proberen we in de mate van het mogelijke rekening te houden met het beperken van de werkbelasting.

Hoe worden ze vervolledigd in geval van een onvolledige registratie? Stuurt het Register een reeks onvolledige dossiers terug om te herzien?

Het Kankerregister stuurt geen lijst met onvolledige gegevens. De gegevens tot 6 maanden na de incidentiedatum moeten worden vervolledigd vóór de databank naar het Kankerregister wordt gestuurd. De gegevens na 6 maanden na de incidentiedatum kunnen bij de volgende indiening worden vervolledigd.

Vanaf wanneer zou het mogelijk zijn om in WBCR te registreren volgens het nieuwe registratieformulier?

Momenteel is het nog niet mogelijk om in de oude WBCR te registreren met het nieuwe registratieformulier. Deze functionaliteit wordt naar verwachting beschikbaar gesteld in de periode mei-juni. Dit wordt met jullie gecommuniceerd zodra dit mogelijk is.

Moeten nieuwe gevallen van kanker worden geregistreerd op de website van de WBCR of moeten we wachten tot de online update is doorgevoerd?

Voor Stichting Kankerregister is het verplicht het nieuwe registratieformulier te gebruiken voor borsttumoren met incidentiejaar 2026 en later. Men moet dus wachten tot de update is uitgevoerd voordat deze gevallen van kanker kunnen worden geregistreerd. Stichting Kankerregister stelt zich flexibel op voor alle andere tumoren dan borst met incidentiejaar 2026: we aanvaarden zowel het nieuwe registratieformulier alsook het oude formulier.

Kunnen we al starten met het registreren van borsttumoren op het nieuwe formulier in WBCR (of batch) of vanaf wanneer is dit mogelijk? Moeten we alle borsttumoren met incidentiejaar 2026 die we al geregistreerd hebben in WBCR dan opnieuw registreren?

Voor het Kankerregister geldt inderdaad dat borsttumoren met incidentiejaar 2026 allemaal volgens het nieuwe registratieformulier geregistreerd moeten worden. Echter, in januari communiceerden we naar de ziekenhuizen dat borsttumoren met incidentiejaar 2026 nog niet in WBCR geregistreerd mogen worden bij het Kankerregister, omdat het nieuwe formulier nog niet beschikbaar was. Dit zal mogelijk zijn vanaf juni 2026. Ziekenhuizen die kankerregistraties aanleveren via batch werden aangeraden reeds te starten met informatie te verzamelen, rekening houdend met de nieuwe variabelen van het vernieuwde formulier, tot ze deze variabelen correct kunnen registreren in het nieuwe batch bestand dat in juni beschikbaar wordt gesteld.

Als de nieuwe WBCR gelanceerd wordt begin juli, zijn dan alle oude registraties weg?

Zolang de oude WBCR nog gebruikt kan worden, kan je deze registraties nog aanpassen, verzenden en downloaden. Zodra je de nieuwe WBCR opent, zullen hier niet automatisch de registraties van de WBCR te zien zijn. Je schakelt dus best meteen over naar de nieuwe WBCR voor het registreren van nieuwe tumoren van zodra de nieuwe WBCR beschikbaar is.

De decimalen werken niet op de nieuwe bijlage. Wat te doen?

Op de nieuwe WBCR zal het wel mogelijk zijn om decimalen in te vullen bij de variabelen waarbij dit gevraagd is.

Zullen de WBCR-gegevens nog steeds 3 jaar beschikbaar blijven – GDPR?

Op de nieuwe WBCR (nieuwe online tool) met het nieuwe kankerregistratieformulier zullen ook hier de gegevens 3 jaar opgeslagen worden, nadien worden deze verwijderd. Er wordt aangeraden om tijdig een download te maken voor jullie eigen ziekenhuis indien gewenst.

Wanneer zal er een nieuwe template beschikbaar zijn voor bronnen die aanleveren via batch?

Het nieuwe bestand zal vanaf mei-juni 2026 beschikbaar zijn.

Is het batchbestand dan de nieuwe bijlage 55 die we hebben ontvangen?

Het batchbestand bestaat grotendeels uit dezelfde variabelen als het nieuwe registratieformulier gepubliceerd in het Belgisch Staatsblad. Omwille van bepaalde redenen wordt er gevraagd om enkele variabelen meer toe te lichten, zoals bijvoorbeeld het specificeren van de diagnostische procedure bij diagnose code 5.

Hoe gaan we in juni 2027 gegevens overdragen die twee verschillende formuliertypes bevatten binnen hetzelfde jaar?

In 2027 mogen er twee verschillende bestanden aangeleverd worden: borsttumoren met incidentiejaar 2026 (voor BCR) moeten volgens het nieuwe formulier geregistreerd moeten worden. Andere tumoren met incidentiedatum 2026 mogen voor BCR zowel met het oude als nieuwe formulier aangeleverd worden, maar zorg er wel voor dat registraties met het oude formaat ook worden ingevuld met de regels geldend van het oude registratieformulier (bv andere classificatiecodes, behandelcodes) en vice versa. Zie hierboven voor een voorbeeld.

Voor het aanleveringen van (oude) diagnoses van voor 2026 die we in de toekomst zullen aanleveren: deze registraties zullen cfr. nieuw formulier aangeleverd worden, ik veronderstel dat dit geen probleem is?

Je mag in de toekomst inderdaad ook oudere diagnoses aanleveren aan BCR door gebruik te maken van het nieuwe formulier.

In het verleden zijn er verschillende interpretaties gegroeid in verband met de behandelingsgegevens: WBCR en "manuele" sFTP maakte gebruik van de gegevens "nieuwe MOC", maar KWS-ziekenhuizen kregen standaard de gegevens van de laatst beschikbare "follow-up MOC" mee. In overleg met jullie diensten hebben wij daarom de laatste jaren zowel nieuwe als follow-up MOCs doorgegeven. Gezien nu de planning niet meer moet worden meegegeven, neem ik aan dat jullie ook de follow-ups willen om het ganse behandelingstraject in beeld te kunnen brengen. Hoe zien jullie dat praktisch?

Het Kankerregister vraagt om de gegevens tot en met de primaire behandelingen te vervolledigen (inclusief einddatum), voor zover deze gekend zijn op het moment van aanlevering. Wanneer de primaire behandeling op dat moment nog loopt (bv. neoadjuvante therapie gevolgd door heekunde), dan mogen de ontbrekende gegevens na de aanleverdatum nog worden aangevuld, maar dit is niet verplicht. Verder is het aanleveren van follow up formulieren niet verplicht.

Wanneer krijgen ook wij toegang tot COZO zodat we aan alle informatie kunnen.

Alle vragen m.b.t. toegangen tot COZO vallen niet binnen de bevoegdheid van het Kankerregister.

Waar kunnen we de nieuwe ICDO-4 codes vinden?

Op dit moment wordt, ook met het nieuwe registratieformulier, nog steeds ICD-O-3.2 gebruikt. ICD-O-4 zal pas later worden geïmplementeerd.

Komt er binnenkort een training voor maligne hematologische aandoeningen met uitleg hoe het nieuwe kankerregistratieformulier voor deze aandoeningen moet ingevuld worden?

Neen, de huidige opleiding voor hematologische maligniteiten kan nog steeds gebruikt worden en is beschikbaar op onze website. Borstspecifieke variabelen dienen namelijk niet ingevuld te worden bij hematologische maligniteiten, bv. een lymfoom ter hoogte van de borst.

2. Differentiatiegraad, TNM en andere classificaties

De differentiatiegraad voor hemato zit al in de morfologiecodes. Waarom moeten we deze dan opnieuw vermelden?

Niet alle differentiatiegraden zitten inbegrepen in de histologiecodes. Daarom vragen we om deze altijd, indien gekend, te registreren onder de differentiatiegraad.

Voor een batch aanlevering, dient ypTNM apart (in drie extra kolommen) aangeleverd te worden of mag deze worden ingevuld onder de normale pTNM met aanduiding in de commentaar dat het over een ypTNM gaat, zoals dit met het oude formulier gedaan werd?

Voor registraties waarvoor het nieuwe formulier van toepassing is moet een ypTNM in de aparte velden ypT, ypN en ypM geregistreerd worden in plaats van vermelding van "ypTNM" in het commentaarveld.

Hoe moeten andere classificaties (bv. Binet, Gleason, Salmon Durie) geregistreerd worden?

U kunt de andere classificaties die geen eigen classificatiecode hebben op het nieuwe registratieformulier (Gleason, Binet, Salmon Durie, Clark...) registreren met code 5 = Andere.

Waarom werd Gleason niet geïntegreerd in het nieuwe formulier?

De Gleason score is momenteel niet afzonderlijk opgenomen maar dit is wel iets dat zeker een eigen plaats verdient op het registratieformulier. Uiteraard zal dit bekeken worden indien er ooit ook voor prostaatkanker een meer specifiek registratieformulier zou komen.

3. Klinische studies

Wat is het CTIS-nummer van een klinische studie? Is dit verschillend van een EudraCT-nummer?

Ja, een CTIS-nummer en een EudraCT-nummer zijn verschillend, want ze behoren tot twee verschillende Europese registratiesystemen voor klinische studies en hebben elk een eigen nummerformaat. Het EudraCT-nummer komt uit het vroegere systeem European Union Drug Regulating Authorities Clinical Trials en volgt het formaat YYYY-NNNNNN-CC, waarbij het jaartal van uitgifte, een zes-cijferig volgnummer en een controlenummer worden weergegeven. Het CTIS-nummer behoort tot het huidige Europese platform Clinical Trials Information System en volgt het formaat EU-CT YYYY-XXXXXX-YY-ZZ, met het jaar van indiening, een uniek volgnummer, een versienummer en optioneel een landcode. Wanneer een studie zowel een EudraCT-nummer als een CTIS-nummer heeft, vragen we om uitsluitend het CTIS-nummer te registreren, omdat CTIS het nieuwe Europese standaardformaat is.

Waar kunnen we de studienummers vinden?

Normaal moet er binnen elk ziekenhuis bijgehouden worden of een patiënt deelneemt aan een studie in dat ziekenhuis. Vaak is hier een apart onderdeel voor voorzien in het EPD. Indien er in het EPD geen CTIS- of EudraCT-nummer beschreven is, kan deze opgezocht worden op de volgende officiële websites:

- CTIS: <https://euclinicaltrials.eu/search-for-clinical-trials/?lang=en>
- EudraCT: <https://www.clinicaltrialsregister.eu/ctr-search/search>

Hoe moet de startdatum van een klinische studie geïnterpreteerd worden: start screening of start toediening medicatie? En wat is voor jullie de meerwaarde van de naam van de studie?

De startdatum of naam van de studie worden niet gevraagd op het formulier. Er wordt gevraagd of de kankerbehandeling deel uitmaakt van een klinische studie en zo ja, dan vragen we deze te specificeren met het EudraCT-nummer of CTIS-nummer. Een startdatum en/of de naam van de studie dienen hier niet geregistreerd te worden. De deelname aan de studie moet ook niet opgenomen worden bij behandelingen.

In de vorige vraag staat dat studies niet moeten worden opgenomen bij behandelingen. Maar dan zal er bij behandeling telkens 90 staan terwijl de patiënt wel degelijk een behandeling krijgt. Dit is niet correct. Vroeger registreerde ik een code 80 met in commentaar studiebehandeling. Vandaar mijn vraag wat ik als startdatum dien te nemen.

Via de registratie van het studienummer kan het Kankerregister in sommige casussen afleiden welke therapie er werd toegediend. Ondanks dit niet altijd het geval is (bv. bij een RCT), moeten de behandelingen in het kader van studieverband niet extra geregistreerd worden bij de behandelingscodes.

Wat te doen bij een klinische studie als de patiënt in de controlegroep/placebogroep zit? We weten niet welke behandeling werd ontvangen. Welke behandeling moet dan worden vermeld? Een onbekende code?

Voor de registratie van klinische studies volstaat het om het studienummer te registreren, zelfs als het een studie met placebogroep betreft. We hoeven niet te weten tot welke groep de patiënt behoort. De deelname aan de studie moet niet opgenomen worden bij behandelingen.

Door bovenstaande (behandeling studie niet opnemen in behandelingscodes) kan het gebeuren dat bij een nieuwe diagnose geen aansluitende behandeling kan worden geregistreerd, wat resulteert in een onvolledige registratie en in een vertekend beeld van het behandelverloop. Is het mogelijk om studiegerelateerde behandelingen toch als ‘behandeling’ te registreren zodat de registratie van de geleverde zorg volledig en zichtbaar blijft?

Als er een studienummer wordt ingevuld is dit voor het kankerregister voldoende informatie. Deze moet dus niet herhaald worden bij de behandelingen.

Als een patiënt enkel de behandeling in een studie volgt, moet je dan enkel het studienummer registreren en bij behandelingen een behandelingscode 90? Of 80 met andere?

Behandelingen die tot een studie behoren moeten niet apart geregistreerd worden onder behandelingscodes.

Indien de patiënt een andere behandeling buiten studieverband krijgt, registreer je de bijhorende behandelingscode.

Indien de patiënt naast de studiebehandeling geen andere behandelingen krijgt, dan registreer je bij de behandelingscodes code 90 'geen therapie'.

Als een patiënt wordt behandeld ‘volgens’ een onderzoeksprotocol, moet dan toch het CTIS van het onderzoek worden ingevuld?

Als de patiënt niet deelneemt aan een klinische studie, wordt de antwoordoptie 'nee' aangeduid en moet het EudraCT- of CTIS-nummer niet ingevuld worden. De uitgevoerde behandeling moet in dit geval wel onder de behandelingscodes geregistreerd worden.

In ons ziekenhuis worden ze soms doorgestuurd voor studietherapie naar een ander ziekenhuis. Moeten we dan deze gegevens actief gaan opvragen in het ander ziekenhuis?

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.

Kunnen we bij inclusie in studie verschillende studies aanduiden? Wij hebben binnen pediatrie bvb patiënten met AML die zowel in CHIP-AML als SCRIPT-AML (SCT) studie zitten

Er kan slechts 1 studienummer worden ingevuld. In dit geval vragen we om 1 studienummer in het voorziene veld te noteren en 1 studienummer in het commentaarveld te vermelden. Gelieve enkel een studienummer in het commentaarveld te vermelden indien de patiënt wel degelijk in 2 klinische studies is geïncludeerd die gelinkt zijn aan de primaire tumor van de registratie.

*** Een patiënt wordt geïnccludeerd in een curatieve studie voor neo-adjuvante therapie en daarna (buiten die studie) wordt er heekunde verricht. Deze heekunde wordt dan als eerste behandeling bij het onderdeel van uitgevoerde behandelingen geplaatst, gezien de curatieve studiebehandelingen niet apart wordt geregistreerd. Mogen we dan ook een ypTNM registreren aangezien er geen neoadjuvante therapie staat geregistreerd?**

Indien de patiënt neoadjuvante therapie krijgt in studieverband, registreer je 'Ja' bij de vraag of de 'kankerbehandeling deel uitmaakt van een klinische studie'. Dit antwoord in combinatie met een behandelingscode voor heekunde laat toe om een ypTNM te registreren.

4. Behandelingscodes/diagnose code 5

De behandelingen moeten chronologisch worden weergegeven. Betekent dit dat we de behandelingen die plaatsvonden moeten registreren chronologisch volgens de behandelcodes (dus te beginnen met code 10, 11, ...) afhankelijk welke behandelingen plaatsvonden?

De behandelingen moeten chronologisch in tijd worden geregistreerd en niet volgens behandelingscode.

a. Diagnose code 5

In de tabel voor diagnose/behandelingscode op bijlage 55 staan er vijf lijnen. We vrezen dat dit te weinig lijnen zijn om alle diagnostische procedures en behandelingen te registreren. Als meerdere codes 5 worden ingevoerd, wat te doen als er niet genoeg lijnen zijn om de ontvangen behandelingen te noteren? Geef je prioriteit aan code 5 of aan de behandelingen?

Er zullen voldoende lijnen (meer dan 5) worden voorzien in WBCR en in het batchbestand om diagnosecode en behandelingen te registreren.

Wat als er een diagnose werd gesteld in een privékliniek? Hoe moet dit worden geregistreerd?

Elke campus is verantwoordelijk voor het registreren van diagnosecode 5, diagnostische procedure, startdatum en campusvestigingsnummer voor diagnostische procedures die op hun campus werden uitgevoerd. Er dient geen code 5 ingevuld te worden voor diagnostische procedures die werden uitgevoerd in een ander ziekenhuis of privépraktijk.

Soms wordt er een biopsie bij een huisarts of privépraktijk genomen en gaat dan via ons ziekenhuis naar het pathologisch labo waarmee we werken. Moet ik dan diagnose 5 registreren, want ons ziekenhuis is wel gelinkt aan dat biopt?

Enkel diagnostische procedures die de aanwezigheid van een borsttumor bevestigen of sterk doen vermoeden moeten geregistreerd worden. Indien deze procedures worden uitgevoerd op een locatie die geen campusvestigingsnummer heeft (zoals in dit voorbeeld een privépraktijk of huisarts), moeten diagnosecode 5, het campusvestigingsnummer en de datum niet worden geregistreerd.

Diagnostische onderzoeken in een ander centrum moeten op ons formulier niet worden ingevuld, maar worden die dan door het ander centrum doorgegeven aan jullie?

Ja, aangezien elke campus zelf verantwoordelijk is dat diagnosecode 5 wordt geregistreerd wanneer op de eigen campus een diagnostische test werd uitgevoerd die de aanwezigheid van een tumor bevestigde of een sterk vermoeden ervan aantoonde.

Alle borstpatiënten die in een geaffilieerde borstkliniek een diagnose krijgen en die nadien worden 'geMOCt' in de verbonden coördinerende borstkliniek, worden door deze laatste geregistreerd en aangeleverd aan het Kankerregister. Als wij als geaffilieerde borstkliniek een afspraak hebben met de coördinerende borstkliniek dat deze tweede kliniek alle diagnostische procedures registreert, is de geaffilieerde borstkliniek dan alsnog verplicht de diagnostische gegevens apart te registreren?

Neen, in dat geval is de *geaffilieerde* borstkliniek niet verplicht deze te registreren als de *coördinerende* borstkliniek de diagnostische procedures registreert die werden uitgevoerd in de *geaffilieerde* borstkliniek, maar enkel en alleen als dit gebeurt met het campusvestigingsnummer van de *geaffilieerde* borstkliniek. Belangrijk om te benadrukken: de *geaffilieerde* borstkliniek blijft verantwoordelijk ervoor te zorgen dat diagnosecodes 5, inclusief datum en campusvestigingsnummer, correct worden geregistreerd telkens wanneer op de eigen campus een tumor werd vastgesteld of wanneer een diagnostische test een sterk vermoeden op een tumor heeft aangetoond, ongeacht of die registratie door de eigen campus of door de *coördinerende* borstkliniek wordt uitgevoerd.

Dient de startdatum overeen te stemmen met de incidentiedatum van de tumor of kan deze er ook voor vallen? En hoe dient de einddatum geregistreerd te worden?

Voor elke diagnostische procedure met een positief resultaat (= bevestiging aanwezigheid borsttumor) moet code 5 worden geregistreerd, samen met het bijhorend campusvestigingsnummer en de startdatum (= datum wanneer de procedure werd uitgevoerd). Einddatum en commentaarveld blijven leeg. Het is dus mogelijk dat de datum van een diagnostische procedure voor de incidentiedatum ligt, bv. een echografie (met positief resultaat) waarna binnen de drie maand een biopsie van de primaire tumor wordt genomen.

Hoe moet de registratie gebeuren als er in een ander ziekenhuis een technische diagnose was en nadien in ons ziekenhuis een bevestiging via biopsie?

Elk ziekenhuis is verantwoordelijk voor het registreren van diagnosecode 5 indien de aanwezigheid van een tumor werd bevestigd met een diagnostische test uitgevoerd in het eigen ziekenhuis. Er dient geen code 5 ingevuld te worden voor diagnostische procedures die werden uitgevoerd in een ander ziekenhuis of privépraktijk.

Wat wordt er precies bedoeld met diagnostisch centrum: het centrum waar de biopsie is afgenomen of het pathologielaboratorium dat de biopsie heeft geanalyseerd?

Het campusvestigingsnummer van de campus waar de biopsie (of andere diagnostische procedure) werd uitgevoerd moet hier genoteerd worden. Hier mogen geen laboratoria geregistreerd worden.

Moeten onderzoeken zoals CT-scans, PET-CT, punctie lever... worden geregistreerd als code 5 als ze een borsttumor aantonen?

Neen, CT-scans, PET-CT's of biopsies van metastasen moeten niet geregistreerd worden als diagnostische procedure. Enkel 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.

- Biopsie van de primaire tumor (zowel een naaldbiopsie (core needle), een incisiebiopsie als een excisiebiopsie). 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

Wat met staging? Dienen deze onderzoeken ook opgenomen te worden onder code 5?

Stagingsonderzoeken moeten hier niet geregistreerd worden.

Bij ons wordt meestal de MRI borst uitgevoerd om de uitgebreidheid van de tumor te bepalen en voor verdere staging. Moet deze dan ook als 'diagnose 5' worden toegevoegd of niet indien de diagnose al bevestigd werd via echo, mammo en biopsie?

Een MRI-onderzoek van de borst (als primaire tumor) mag als een diagnostische procedure geregistreerd worden. Dit onderzoek gebeurt meestal vooraleer de eerste behandeling heeft plaatsgevonden. Een MRI-onderzoek dat louter als stagingsonderzoek gebeurt, moet niet geregistreerd worden.

Klopt het dat er meerdere malen code 5 moet worden geregistreerd bij registratie van 1 maligniteit? Vb. mammografie, punctiebiopt, mogelijks een extra aanvullende punctie.

Elke diagnostische procedure, uit de hierboven beschreven lijst, waarbij de aanwezigheid van de borsttumor wordt bevestigd of sterk wordt vermoed moet onder de variabele diagnosecode 5 worden geregistreerd. Daarnaast wordt ook het bijhorend campusvestigingsnummer en de datum wanneer de procedure werd uitgevoerd ('startdatum') gevraagd. Eén campus kan dus meerdere keren code 5 registreren als er meerdere diagnostische procedures (bevestiging aanwezigheid of (sterk) vermoeden van borsttumor) werden uitgevoerd.

Elke campus is daarom zelf verantwoordelijk dat diagnosecode 5 wordt geregistreerd als bij een patiënt de aanwezigheid van een tumor werd bevestigd of er een sterk vermoeden was met een diagnostische test die werd uitgevoerd op de eigen campus.

Als er meerdere dezelfde diagnostische procedures geregistreerd moeten worden, dan zullen jullie meerdere registraties voor dezelfde patiënt hebben?

Het meerdere keren registreren van dezelfde diagnose vormt geen probleem, het Kankerregister zal ze met elkaar verbinden.

Wat moet er in dit geval worden ingevoerd: een echografie die een laesie heeft aangetoond en vervolgens een MRI die laat zien dat er meerdere laesies zijn; er wordt een 2nd-look-echografie uitgevoerd die laat zien dat er inderdaad meerdere laesies zijn. Moeten er meerdere registraties worden gedaan voor de twee echografieën die op twee verschillende data op dezelfde campus zijn uitgevoerd?

Neen, wanneer er meerdere echografieën op dezelfde campus plaatsvinden die de aanwezigheid van de borsttumor bevestigen of sterk doen vermoeden, moet enkel de eerst uitgevoerde echografie geregistreerd worden. Deze regel is ook van toepassing voor andere identieke diagnostische procedures, bijvoorbeeld twee keer een biopsie die de tumor bevestigt (indien uitgevoerd op dezelfde campus).

Moeten alle uitgevoerde onderzoeken die bij de patiënt zijn uitgevoerd in het MOC-verslag worden opgenomen, of volstaan de diagnostische onderzoeken? Welke betekenis heeft dit voor het kankerregister?

Alle microscopische en niet-microscopische diagnostische procedures uit bovenstaande lijst die een borsttumor bevestigen of sterk doen vermoeden, moeten worden geregistreerd op het kankerregistratieformulier (bijlage 55). Als dezelfde procedure op dezelfde campus wordt uitgevoerd, volstaat het om deze één keer te registreren. Als een procedure op meerdere campussen is uitgevoerd, moet deze voor elke campus afzonderlijk worden geregistreerd. Deze informatie moet geregistreerd worden zodat, op vraag van de overheid, de volumebepalingen kunnen gedaan worden die vereist zijn voor het toekennen van erkenningen aan ziekenhuiscampussen voor borstkankerzorg.

Wat indien er twee diagnostische procedures worden uitgevoerd op dezelfde datum (bv. Mammografie gevolgd door een biopsie): dienen we dan beide door te geven? En wat als iemand biopsie, echo, mammografie, MRI, nieuwe MR biopsie ondergaat, moet dit dan allemaal apart geregistreerd worden?

Ja, elke diagnostische procedure vanuit de bovenstaande lijst waarbij de aanwezigheid van de borsttumor wordt bevestigd of sterk wordt vermoed moet onder de variabele diagnosecode 5 worden geregistreerd indien deze procedures plaatsvonden op uw campus. Dit moet ook gebeuren als er meerdere procedures op dezelfde dag hebben plaatsgevonden.

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.

Wat als echo/mammografie als resultaat heeft 'vermoeden van' tumor, zijn we dan van mening dat dit nog geen diagnose is?

Enkel borsttumoren die bevestigd zijn moeten geregistreerd worden bij het Kankerregister. Indien in de periode voorafgaand aan de diagnose er procedures werden uitgevoerd (bv met een mammografie) waar een tumor werd vermoed (maar niet bevestigd), dan moeten deze procedures inderdaad geregistreerd worden onder diagnosecode 5. Indien deze later niet werd bevestigd met een biopsie (door bijvoorbeeld algemene achteruitgang van de toestand van de patiënt), maar wel door de arts als kanker wordt beschouwd, dan moet deze ook geregistreerd worden en is de registratie van deze procedure belangrijk.

Als we een mammografieonderzoek invoeren onder diagnosecode 5 en we hebben geen informatie van de behandelende arts, vanaf welke BI-RADS- of ACR-classificatie kunnen we dan uitgaan dat dit een vermoeden is van een borsttumor? Het is duidelijk dat we al kunnen uitgaan bij een BI-RADS

5. Mijn vraag heeft dus meer betrekking op BI-RADS 3 en BI-RADS 4?

Het vorige antwoord is hier ook van toepassing. Enkel borsttumoren die bevestigd zijn moeten geregistreerd worden bij het Kankerregister. Indien in de periode voorafgaand aan de diagnose er procedures werden uitgevoerd (bv met een mammografie) waar een tumor werd vermoed (maar niet bevestigd), dan moet deze procedure inderdaad geregistreerd worden onder diagnosecode 5. Indien deze later niet werd bevestigd met een biopsie (door bijvoorbeeld algemene achteruitgang van de toestand van de patiënt), maar wel door de arts als kanker wordt beschouwd, dan moet deze tumor ook geregistreerd worden en is de registratie van deze diagnostisch procedure belangrijk.

Als het klinisch onderzoek normaal is bij diagnose van een borsttumor, moet dit dus niet vermeld worden onder diagnosecode 5?

Als de aanwezigheid van de borsttumor niet wordt bevestigd of niet sterk wordt vermoed tijdens het klinisch onderzoek (of een andere diagnostische procedure), hoeft deze procedure inderdaad niet te worden geregistreerd.

Wanneer wordt een klinisch onderzoek relevant genoeg geacht om op te nemen binnen de diagnostische procedures: wanneer een nodule te palperen is of pas wanneer inflammatoire tekenen (vb. mastitis)...? Vaak wordt na een diagnose dmv RX en biopt een klinisch onderzoek uitgevoerd door de desbetreffende gynaecoloog. Is dit ook op te nemen binnen code 5?

Je volgt hier het oordeel van de clinicus, die stelt of een palpabele nodule met voldoende zekerheid wijst op een maligne tumor of niet. Wanneer door het klinisch onderzoek de aanwezigheid van een maligne borsttumor werd bevestigd of sterk vermoed, dan dien je deze procedure te registreren onder code 5.

Voor code 5 is er geen plaats in bijlage 55 om de diagnosecode te preciseren. Bijvoorbeeld een mammografie en een echo waren positief, nadien een positieve MRI van de borst gevolgd door een punctiebiopsie die de borsttumor bevestigt. Indien deze allemaal positief zijn, dien je dus 4 x code 5 met campusvestigingsnummer met datum in te geven. Hoe kunnen jullie dan weten dat hier vier verschillende onderzoeken werden uitgevoerd? Hoe onderscheid je de verschillende onderzoeken? Moet de naam van de diagnostische procedure in het commentaarveld worden vermeld?

Er zullen velden worden voorzien in WBCR en in het batchbestand om de specifieke diagnostische procedure te registreren. Je dient deze niet apart in het commentaarveld te vermelden. Het registreren van deze variabele zal inderdaad afwijken van het officiële kankerregistratieformulier, omdat deze informatie nodig is voor de volumebepalingen die vereist zijn voor het toekennen van erkenningen aan ziekenhuiscampussen voor borstkankerzorg. Hieronder kan u een voorbeeld vinden.

Indien commentaarveld niet moet worden ingevuld (volgens Q&A): hoe weet men dan over welke diagnostische procedure het gaat? Kan er een voorbeeld gegeven worden hoe de diagnose code 5 gebruikt moet worden in combinatie met de diagnostische procedures?

Voorbeeld: 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. Op 25/02/2026 bevestigt een MRI-onderzoek in ziekenhuis A de aanwezigheid van de borsttumor en op 27/02/2026 wordt het borstcarcinoom histologisch bevestigd via biopsie.

Meer informatie voor de registratie:

- Onder de variabele diagnose code 5 wordt gevraagd de diagnostische procedure in te vullen.
- Het is niet verplicht om diagnosecode 5 te registreren voor diagnostische procedures die in een ander ziekenhuis of privépraktijk werden uitgevoerd, maar het is wel toegelaten.
- Als die voorgaande plaats geen campusvestigingsnummer heeft (zoals een privépraktijk), dan moeten de diagnosecode 5, campusvestigingsnummer en datum niet worden geregistreerd.

Het ziekenhuis A registreert het volgende:

Diagnose code 5	Campusvestigingsnummer	Startdatum
MRI	XXXX (specifiek voor campus van ziekenhuis A)	25/02/2026
Biopsie	XXXX (specifiek voor campus van ziekenhuis A)	27/02/2026

Het klinisch onderzoek van bij de huisarts moet niet geregistreerd worden, want deze heeft geen campusvestigingsnummer.

In WBCR moet de diagnostische procedure geselecteerd worden in de tabel van diagnose code 5.

In de batch template moet de diagnostische procedure als antwoordoptie geregistreerd worden onder de variabele 'diagnose code 5'.

Indien de diagnose wordt gesteld van een borsttumor m.b.v. een biopsie in ziekenhuis A, een tumorresectie werd uitgevoerd in ziekenhuis B en adjuvante chemotherapie in ziekenhuis C. Welk ziekenhuis moet de registratie uitvoeren?

Uit de volgende regels volgt dat alle ziekenhuizen in deze casus een registratie zullen moeten aanleveren aan het Kankerregister:

- a. Indien er een MOC en/of behandeling doorgaat, dan is de registratie verplicht voor dat ziekenhuis. Indien er geen MOC doorgaat en een doorverwijzing gebeurt voor verdere diagnose en/of behandeling dan mogen beide ziekenhuizen registreren. Hier is het ook mogelijk dat een afspraak tussen ziekenhuizen bepaalt wie de volledige registratie uitvoert (zie opleiding '[Wat moet geregistreerd worden](#)' slide 18). Registratie door beide ziekenhuizen vormt geen probleem, deze informatie wordt door Stichting Kankerregister gecombineerd.

Hieruit volgt dat ziekenhuis B en C moeten registreren, want daar vonden behandelingen plaats.

- b. Verder dient de diagnosecode 5 geregistreerd te worden door de campus die de diagnose heeft gesteld.

Hieruit volgt dat ziekenhuis A moet registreren, want daar werd in deze casus de diagnose gesteld.

- c. Wat betreft de behandelingen: het campusvestigingsnummer wordt ook uitdrukkelijk gevraagd te registreren 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 wordt dit niet specifiek gevraagd.

Hieruit volgt dat ziekenhuis B en C moeten registreren, want daar vonden behandelingen plaats.

b. Behandelingscodes

Zijn er maar 5 lijnen voor behandelingen? Wat als er meer behandelingen zijn?

In de batch file en in WBCR zullen voldoende lijnen (meer dan 5) voorzien worden om behandelingen te registreren.

Is het voldoende dat we de behandelingen die in ons ziekenhuis zijn gebeurd doorgeven? Andere ziekenhuizen geven dan hun behandelingen door. Dit om dubbel werk voor de ziekenhuizen te vermijden.

Als u beschikt over informatie over behandelingen die buiten uw ziekenhuis zijn uitgevoerd, vragen we om deze ook (bv. behandelingscode) te registreren zodat de registratie zo volledig mogelijk is.

In de tabel voor behandelingscodes, wat wordt er bedoeld met voetnoot 7 'diagnose, enkel voor borsttumoren'?

Voor borstregistraties moet er een extra code 5 (= diagnosecode) geregistreerd worden met het bijhorende campusvestigingsnummer waar de diagnose werd gesteld. Voor andere tumoren is diagnosecode 5 niet van toepassing.

Zijn de behandelingscodes in voetnoot 8 van toepassing voor alle tumortypes of enkel voor borsttumoren?

De behandelingscodes vermeld in voetnoot 8 gelden voor alle tumortypes, behalve code 5 'diagnose', die enkel voor borsttumoren van toepassing is.

Als de behandeling in een extern ziekenhuis heeft plaatsgevonden en de exacte startdatum is niet bekend. Moet er dan een datum geregistreerd worden die in de buurt ligt van de startdatum of moet er geen startdatum geregistreerd worden?

Als de exacte startdatum niet gekend is door therapie op een andere locatie, dient er geen startdatum geregistreerd te worden. Echter, probeer deze situatie zoveel mogelijk te vermijden.

Dienen voorgaande behandelingen geregistreerd te worden ook al werden deze uitgevoerd in een ander ziekenhuis? En welke startdatum registreer je? Voorbeeld: patiënt met diagnose en start neoadjuvante chemotherapie in een ander ziekenhuis (campus A), datums onbekend. In april 2026 komt de patiënt naar ons ziekenhuis (ziekenhuis Y (campus B)) waar zij geopereerd zal worden op 15/05/2026.

Diagnose code 5 en behandelingen worden in twee aparte tabellen geregistreerd. Indien de diagnostische procedure door ziekenhuis Y, campus B gekend is, terwijl het elders plaatsvond (ziekenhuis X, campus A), dan mag u deze registreren, maar is dit niet verplicht. In deze casus is het niet bekend, dus vullen we deze niet in.

Voor de behandelingen registreert campus B de gegevens die door hen gekend zijn:

Behandelingscode	Campusvestigingsnummer	Startdatum	Einddatum	Commentaar
40	Nr campus A	/	/	

Toekomstige behandelingen mogen niet meer geregistreerd worden. Echter, de aanleverdeadline voor deze tumor is 10/01/2027 dus de uitgevoerde heilkunde zou tegen dan wel geregistreerd kunnen worden.

Is het voldoende als we enkel de behandelingen die in ons ziekenhuis gebeurd zijn registreren bij de borsttumoren?

Indien u informatie beschikt over behandelingen die buiten uw ziekenhuis zijn uitgevoerd, wordt er gevraagd dit ook te registreren om zodoende een volledig mogelijke registratie te bekomen.

Betreffende behandelingscode 11: te gebruiken als door middel van de biopsie het letsel werd weggenomen. Klopt deze redenering of moeten we voor elke biopsie deze code gebruiken?

Inderdaad, een excisiebiopsie kan enkel geregistreerd worden na volledige resectie van de primaire tumor.

Betreffende behandelingscode 11 'excisiebiopsie': is dit voor bv. huidbiopsen, die niet echt onder 10-heelkunde vallen?

Ja, wanneer met een biopsie de volledige huidtumor werd weggenomen mag deze geregistreerd worden onder code 11.

Welke procedures vallen er onder code 11? Bijvoorbeeld: ESD, EMR, punctiebipten, mammoetombipten, poliepectomie...

Bij een excisiebipt 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 excisiebipt (deze lijst is niet exhaustief):

- Volledige endoscopische resectie tumor van het colon/endometrium/blaas/...
 - 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.
 - Poliepectomie colon
- Volledige excisie huidtumor (zonder positieve snijranden)
- LLETZ-procedure (cervix).

Dient code 11 ook gebruikt te worden als er door de algemeen chirurg een excisie wordt gedaan, en het letsel volledig verwijderd is? Of blijft dit heekunde '10'?

Excisie is eerder een algemene term die enkel betekent dat een tumor volledig werd verwijderd en maakt geen onderscheid tussen een excisiebipt en een grotere resectie. Code 11 (excisiebipt) gebruik je wanneer het gaat om een minimaal invasieve volledige verwijdering met diagnostisch of therapeutische intentie, terwijl code 10 (heekunde) wordt gebruikt wanneer een tumor volledig of zo volledig mogelijk wordt verwijderd, vaak samen met een marge normaal weefsel, soms met resectie van een deel of volledig orgaan.

Is het zo dat als code 11 wordt gebruikt als eerste behandeling en de snijmarges zijn minimaal vrij, dat we de bredere excisie (2de behandeling) dan als heekunde '10' moeten registreren?

Ja, indien een excisiebipt 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.

Voor TURB en TURP diagnostisch en therapeutisch, moet men deze nog registreren?

Diagnostische transurethrale resecties van de prostaat (TURP) en transurethrale resecties van de blaas (TURB) hoeven niet langer te worden geregistreerd. Volledige blaasresecties via TURB moeten echter wel worden geregistreerd met code 11.

Nog enkele vragen m.b.t. de nieuwe behandelingscode 11 bij blaastumoren. Ik had begrepen bij de opleiding dat een TURB niet meer onder “10” geregistreerd mag worden, maar dat dit nu onder code “11” valt. Klopt dit?

Wanneer er een TURB gebeurd is en daarna nog een reTURB: wordt er dan 11 – 11 geregistreerd?

Bij een spierinvasieve tumor vastgesteld bij TURB wordt dit nog steeds onder “80” geregistreerd?

TURB en re-TURB: dit zijn minimaal invasieve procedures, in geval van therapeutische intentie met volledige resectie van de blaastumor registreer je dit als 11 – 11.

TURB als diagnostische procedure voor een spierinvasieve tumor moet niet meer geregistreerd worden als behandelingscode (ook niet meer onder code 80).

Patiënten die een prostaatcarcinoom hebben, maar ook mictieklachten, waarvoor ze nog een TURP krijgen voor opstart radiotherapie. Moet deze TURP dan ook niet meer geregistreerd worden gezien symptomatische behandeling? Of mag dit toch nog steeds onder ‘80’?

Een TURP moet niet meer geregistreerd worden, niet als diagnostische procedure en ook niet als symptomatische behandeling.

Kan het zijn dat er in de opleiding behandelingscodes werden vermeld die niet op het nieuwe formulier staan vermeld, bv 120 - 130 - 140 – 150?

Er zijn inderdaad bijkomende variabelen zoals diagnostische procedures en behandelingscodes toegevoegd om te kunnen beantwoorden aan nieuwe vragen vanuit de verschillende overheden. Zonder deze extra informatie is dit namelijk helaas niet mogelijk. Een uitgebreide beschrijving is beschikbaar in de handleiding.

Wat is het verschil tussen resectie en dissectie van de schildwachtklier?

We maken met code 140 en 150 onderscheid tussen resectie van de sentinelklieren en dissectie van de axillaire lymfeklieren.

Code 140 = Resectie van de sentinelklieren (enkel voor borstkanker). Deze code mag enkel worden gebruikt wanneer alle sentinelklieren die “oplichten” bij detectie volledig worden verwijderd. Afhankelijk van de detectie kan het om één of meerdere schildwachtklieren gaan, maar alle gedetecteerde klieren moeten worden verwijderd.

Code 150 = Dissectie van de axillaire lymfeklieren (ook enkel voor borstkanker). Een axillaire lymfeklierdissectie bestaat uit de volledige verwijdering van de axillaire lymfeklieren (meestal niveau I-II, soms niveau III) bij bewezen of vermoede metastatische aantasting.

Wat is het verschil tussen resectie en biopsie van sentinelklieren?

Code 140 'resectie sentinelklieren' wordt uitsluitend gebruikt wanneer **alle** sentinelklieren die bij detectie “oplichten” volledig worden geresecteerd. Afhankelijk van de detectie kan dit om één of meerdere sentinelklieren gaan, maar alle opgespoorde klieren moeten worden verwijderd. De code is niet van toepassing op een sentinelklierbiopsie, omdat dit geen curatieve, maar wel een diagnostische intentie heeft. Termen zoals biopt of punctie van een sentinel-/schildwachtklier duiden op een biopsie en vallen niet onder code 140.

Als een patiënte een tumorectomie met lymfeklierverwijdering ondergaat, welke code moet dan worden ingevuld? 120 + 140 of enkel 120? En wat als dit een mastectomie met een resectie van sentinelklieren en axillaire lymfeklierdissectie is?

Inderdaad, in het eerste geval moeten zowel code 120 als code 140 geregistreerd worden. In de tweede casus moeten codes 130+140+150 geregistreerd worden, want er werden zowel een sentinelklierprocedure als een axillaire lymfeklierdissectie (al dan niet simultaan) uitgevoerd. Elke code gaat hier gepaard met de bijhorende datum en campusvestigingsnummer.

Hoe registreer je een hygiënische mastectomie?

Een hygiënische mastectomie moet niet geregistreerd worden.

In een oncologische context moeten andere ingrepen (bv tumorectomie) die wel een curatief intent hebben, wel geregistreerd worden. Een hygiënische mastectomie in niet-oncologische context moet sowieso niet geregistreerd worden.

Hoe registreer je een TAD?

Bij een TAD-procedure (=targeted axillary dissection) dient code 140 geregistreerd worden. De chemotherapie die voorafging en de heelkundige 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.

Wanneer er een toevallige vondst is van een maligniteit in de borst na bijvoorbeeld borstreductie: dient dit dan ook opgenomen te worden onder diagnosecode 5? En zo ja, onder welke subcategorie?

En welke behandelingscode krijgt deze?

Bij een borstsparende ingreep waarbij tijdens de heilkunde toevallig een tumor wordt ontdekt (bv. borstreductie), registreer je code 120. Registreer in dit geval geen diagnostische procedure onder diagnosecode 5.

Op basis van welke criteria maken jullie onderscheid tussen brachytherapie en IORT?

Brachytherapie is een vorm van interne radiotherapie waarbij één of meerdere radioactieve bronnen tijdelijk of permanent in of tegen de tumorzone worden geplaatst. Deze behandeling staat wordt niet toegepast tijdens een operatie.

Voorbeelden: Curietherapie, gefixeerde radioactieve implantaten, naalden (bv. borst), zaadjes (bv. prostaat).

Intraoperatieve Radiotherapie 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 wekedelen tumoren.

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

*** Welke behandelingscode moeten we registreren voor Herceptin en Perjeta?**

Herceptin (trastuzumab) en Perjeta (pertuzumab) zijn targeted therapieën en worden daarom geregistreerd onder de nieuwe code 45.

Welke behandelingscode moet worden gebruikt voor best supportive care?

Best supportive care kan onder palliatieve zorg worden geregistreerd als de zorg duidelijk gericht is op levenskwaliteit en comfort binnen een palliatief traject; in dat geval gebruik je code 70.

Wanneer best supportive care echter enkel bestaat uit losstaande symptomatische behandelingen zonder palliatieve context, registreer je dit niet als therapie en gebruik je code 90.

Hoe coderen we een palliatieve radiotherapie in het nieuwe formulier?

Dit moet zoals bij het vorige formulier onder twee codes geregistreerd worden, te starten met code 70, gevolgd door code 20, met elk het bijhorende campusvestigingsnummer en data.

Als een patiënt palliatieve radiotherapie krijgt gevolgd door palliatieve chemotherapie. Moet de code 70 voor elke palliatieve therapie geregistreerd worden of volstaat het dat je éénmaal de code “70” registreert?

Eén maal vooraan code 70 registreren is voldoende. In dit geval registreer je 70-20-40.

We merken dat de benaming van code 70 is gewijzigd van ‘symptomatisch’ naar ‘palliatieve zorgen’. Deze aanpassing zorgt voor verwarring. Is er een specifieke reden waarom voor deze nieuwe terminologie werd gekozen?

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 hoeven niet langer geregistreerd te worden. Daarom is code 70 enkel nog van toepassing voor een palliatieve behandeling.

In het verleden werd gecommuniceerd dat L-thyroxine bij schildkliercarcinoom wordt gebruikt als hormonale substitutietherapie en dat dit te registreren valt onder symptomatische therapie (code 70). Moet deze behandeling vanaf incidentiejaar 2026 nog geregistreerd worden?

Aangezien het in dit geval om een symptomatische behandeling gaat, hoeft deze bij gebruik van het nieuwe formulier niet langer te worden geregistreerd.

Moet een stoma wel nog geregistreerd worden als symptomatische behandeling?

Symptomatische behandelingen (bv. pijnbestrijding, anti-emetica) moeten niet meer geregistreerd worden. Voor patiënten die enkel een symptomatische behandeling krijgen mag code ‘90: geen therapie’ geregistreerd worden.

Wanneer een patiënt adjuvant systemische therapie krijgt bestaande uit twee verschillende chemotherapieschema's (bijvoorbeeld: chemotherapie type A gedurende 12 weken, wekelijks toegediend, en chemotherapie type B driewekelijks gedurende één jaar), moeten dan twee afzonderlijke registraties met code 40 worden ingevoerd, elk met eigen start- en einddatum?

Bij dezelfde patiënt staat vermeld dat radiotherapie na de 12 weken chemo zal worden gegeven en daarna nog hormonale zal worden opgestart: kan dit problemen geven met het doorsturen van de formulieren?

Vraag 1: Neen, combinatietherapieën over twee chemotherapieën moeten niet apart geregistreerd worden. Voor combinaties van systemische therapieën uit verschillende klassen (chemotherapie, immunotherapie, ...) geldt deze regel niet.

Vraag 2: Neen, dit zou geen probleem mogen opleveren. Momenteel kan je wachten met aanleveren tot de deadline: borsttumoren met incidentiedatum tussen 1 januari en 30 juni moeten worden aangeleverd ten laatste 10 januari van het volgende incidentiejaar; borsttumoren met incidentiedatum tussen 1 juli en 31 december moeten worden aangeleverd ten laatste 30 juni van het volgende incidentiejaar.

Voor een prostaatcarcinoom waarvoor ADT en ARTA wordt opgestart, moet er dan 1x of 2x code 50 geregistreerd worden?

Dit mag gecodeerd worden als zijnde combinatie van therapieën binnen dezelfde klasse (hormoontherapie). 1x registreren met code 50 met campusvestigingsnummer, de eerste startdatum en de einddatum (indien gekend) is voldoende.

Voor transplantaties (auto en allo), moet men altijd de chemo- en/of radiotherapie vermelden die deel uitmaakt van de conditioning voorafgaand aan de transplantatie?

Andere therapieën die in het kader van HSCT worden toegediend in de voorbereidende fase moeten niet afzonderlijk worden geregistreerd maar vallen onder de codes 16 en 17. Dit zijn inderdaad conditioneringschemotherapie en total body irradiation (ITB, een gespecialiseerde radiotherapiebehandeling).

Welke behandelingscode moet gebruikt worden voor Bv. Dexamethasone (corticosteroïden)? Of moet dit niet geregistreerd worden?

Meestal wordt Dexamethasone gebruikt om de effecten van chemotherapie te verlichten (het beperken van misselijkheid en braken) en dan mag het niet als een behandeling op zich worden geregistreerd. In zeldzame gevallen kan het ook bepaalde bloedziekten behandelen (bv. myeloom). Als dat inderdaad het geval is en de arts dit bevestigt, dan moet code 50 gebruikt worden.

*** Moet Dexamethasone in DRD wel nog geregistreerd worden, aangezien het een onderdeel is van de therapie?**

Dexamethasone binnen DRD vragen we wel om te registreren, aangezien dit in de context van hematologische maligniteiten (met name voor multiple myelomen) een actieve kankergerichte therapie is. In deze triple therapie mag Daratumumab onder targeted therapie (code 45) geregistreerd worden, Lenalidomide mag (voor multiple myeloom, mantelcellymfoom,...) onder immunotherapie (code 60) geregistreerd worden en Dexamethasone mag in deze context onder 'andere' (code 80) geregistreerd worden.

Kunnen we een lijst krijgen (obv ATC-class) wat jullie zien als targeted therapie, dan wel immunotherapie?

Voor targeted therapie richten we ons op de classificaties die beschreven worden op het BCFl (<https://www.bcfi.be/nl>), met onder andere: monoklonale antilichamen, antilichaam-geneesmiddelconjugaten, proteïnekinase-inhibitoren, PARP-inhibitoren, ...

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

Moet CAR-T geregistreerd worden naar analogie met beenmergtransplantatie? Dus bridging therapie wel afzonderlijk registreren en de voorbereidende conditionerings(chemo)therapie als startdatum van de behandeling en de datum van de infusie van CAR-T cellen als einddatum van de behandeling?

Inderdaad, bridgingtherapie moet in dit geval afzonderlijk geregistreerd worden, met de bijbehorende begin- en einddatum. Voor de CAR-T-behandeling is behandelingscode "60: immunotherapie" van toepassing. De startdatum van de behandeling is de datum van de start van de conditioneringstherapie, en de einddatum is de datum van de infusie van de CAR-T-cellen.

Avastin is een voorbeeld van monoklonale antilichamen, maar hoort dit nu thuis onder targeted therapy of onder immunotherapie? Zoals dat je hierboven ziet wordt dit zowel bij targeted therapy als bij immunotherapie vermeld...

Avastin is een monoklonaal antilichaam dat werkt door tumorangiogenese te remmen. Dit valt onder targeted therapie, want maakt geen gebruik van het immuunsysteem van de patiënt.

Wat met actieve opvolgingen (active surveillance)?

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 onder code 75 worden geregistreerd.

Wat valt er onder ‘actieve opvolging’?

Vb 1: HSIL cx met heilkunde en R0 - advies opvolging met uitstrijkje over 6maand = FU = geen therapie en 90?

Vb 2: HSIL cx met heilkunde en R1 en afwachtende houding - advies: strikte opvolging = actieve opvolging 75 ?

Vb 3: CIN2 bij jonge vrouw met zwangerschapswens - advies: gezien nog zwangerschapswens, opvolging = 75 / 90 ?

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 code 75 worden geregistreerd. Aangezien code 75 een primaire behandelingsstrategie betreft, mag deze niet na een andere behandelingscode worden gebruikt.

Voorbeelden 1 en 2 hebben reeds heilkunde gehad en de opvolging wordt niet beschouwd als een primaire behandeling en moet dus niet geregistreerd worden. Daarentegen wordt de actieve opvolging van voorbeeld 3 wel beschouwd als actieve opvolging en mag dus onder code 75 geregistreerd worden.

Wat met hemostatische radiotherapie?

Hemostatische radiotherapie in kader van palliatieve zorg mag onder codes 70-20 worden geregistreerd.

Hoe kunnen we toekomstige registraties vergelijken met historische gegevens, aangezien alle RT vroeger onder één code (20) viel en er nu een opsplitsing wordt gemaakt?

Toediening van radiotherapie moet steeds als behandeling worden geregistreerd. Hemostatische en antalginische radiotherapie binnen een palliatieve behandeling worden gecodeerd als 70-20. Indien de hemostatische of antalginische radiotherapie wordt toegediend met zowel een symptomatisch (hemostatisch/antalginisch) als een actief kankergericht (potentieel curatief of ziekteremmend) effect, is enkel code 20 van toepassing. Aangezien voor radiotherapie steeds code 20 wordt gebruikt, al dan niet in combinatie met code 70 in een palliatieve context, blijft de vergelijking met historische gegevens mogelijk.

Indien een klassieke opvolging volgt na bv. RALP, moeten wij dan nog 90 nadien invullen?

Opvolgingen na uitgevoerde behandelingen worden niet beschouwd als een behandeling en moeten niet geregistreerd worden.

Voor hemato (maar bv ook voor borsttumoren) wordt er vaak een combinatie gebruikt van concomitant chemo en targeted therapie, bv. De combinatie rituximab -cyclofosfamided-vincristine-prednisone: klopt het dat hier geen combinatiecode voor bestaat? Dus dat we de chemo en de targeted therapie apart moeten registreren? Dat wil ook zeggen dat bij borst er vaak geen concomitante code kan gebruikt worden. Dezelfde vraag heb ik ook voor combinatie immuno-targeted bv. de combinatie daratumumab-bortezomib-lenalidomide-dexamethasone.

Er zijn inderdaad geen combinatiecodes voorzien voor concomitant chemo- en targeted therapie of concomitant immuno- en targeted therapie. Deze dienen met de codes 40-45 respectievelijk 60-45 geregistreerd te worden.

Een metastasectomie ter hoogte van de hersenen bij een primaire longtumor wordt momenteel onder code 80 geregistreerd. Moet in dit geval ook code 70 (palliatieve zorgen) worden toegevoegd?
~~In een niet-palliatieve context moet een metastasectomie niet geregistreerd worden. In een palliatieve setting wordt er gevraagd dit te registreren onder 70-10.~~

* Bovenstaande antwoord werd herzien in september 2026:

Een chirurgische resectie van een metastase die deel uitmaakt van het behandelplan wordt opnieuw met code 80 geregistreerd, met vermelding "metastasectomie van XXX" (XXX = orgaan) in het commentaarveld horend bij code 80. Wanneer in het dossier expliciet sprake is van een palliatieve context, wordt aanvullend code 70 geregistreerd. Een palliatieve metastasectomie wordt dan geregistreerd als 70-80: met "metastasectomie van XXX" in het specifieke commentaarveld van code 80. De combinatie 70-10 is enkel van toepassing op heilkunde van een primaire tumor in een palliatieve context.

*** Moet ik de toediening van Xgeva voor de behandeling van botmetastasen registreren, en zo ja, hoe?**

‘Supportive therapy’ in de vorm van preventie van botmetastasen beschouwen we niet als een actieve kankergerichte therapie en moet daarom niet meer geregistreerd worden.

Is het correct dat er geen ‘verder behandelplan’ meer moet geregistreerd worden?

Correct, toekomstige behandelingen moeten niet meer worden geregistreerd. De registratie moet binnen 4 tot maximaal 6 maanden na de incidentiedatum worden aangeleverd, wanneer het merendeel van de behandelingen afgerond zijn en volledig kunnen geregistreerd worden (behandelingscode, campusvestigingsnummer, startdatum, einddatum).

Met het oude formulier registreer ik als volgt: bij 'reeds uitgevoerde behandelingen' registreer ik de behandelingen die uitgevoerd werden voor MOC-datum, bij 'nog uit te voeren behandelingen' registreer ik de behandelingen die uitgevoerd worden/werden na MOC-datum. Aangezien we met het nieuwe formulier moeten wachten met aanleveren tot de behandeling is voltooid en geen toekomstige behandelingen meer moeten ingeven dan stel ik mij de vraag wat er nog bij 'uit te voeren behandelingen' moet komen? Of mag je dan ook nog redeneren wat gebeurde er voor MOC-datum en na MOC-datum?

Op het nieuwe formulier voor een nieuwe diagnose staat er geen onderdeel 'verder behandelingsplan' meer. Dit kan je dus ook niet meer invullen. Op het nieuwe formulier registreer je de behandelingscode, campusvestigingsnummer, start- en einddatum van de primaire behandeling of (als de primaire behandeling nog niet is afgerond tegen de aanleverdeadline) registreer je behandelingscode, campusvestigingsnummer en startdatum zonder einddatum. De einddatum en eventueel andere variabelen (bv. ypTNM) mogen nog aangevuld worden bij een volgend aanlevermoment, maar dit is niet verplicht.

Toekomstige behandelingen moeten niet meer vermeld worden maar het doel van een MOC is juist om een behandelplan te formuleren - is dat niet contradictorisch?

Met het nieuwe registratieformulier (anders dan het MOC-formulier) zal er een duidelijk beeld zijn van de effectief uitgevoerde behandelingen. Het oude formulier omvatte ook geplande behandelingen maar een deel hiervan werd om diverse redenen nooit effectief uitgevoerd. De focus in het nieuwe registratieformulier ligt nu op het verzamelen van betrouwbare informatie over de primaire behandelingen die werden uitgevoerd.

Sommige mutualiteiten weigeren een MOC-vergoeding indien er geen verder duidelijk behandelingsplan en prognose wordt vermeld.

In het nieuwe kankerregistratieformulier (nieuwe bijlage 55) worden geplande behandelingen inderdaad niet meer bevraagd. Dit formulier is niet hetzelfde als het MOC-verslag dat wordt gestuurd naar de verzekeringsinstellingen.

Het Kankerregister vraagt om de uitgevoerde behandelingen te registreren. Wanneer deze afwijken van het voorstel van behandelingen in het MOC-verslag, weigert de adviserend arts echter het dossier. Hoe kunnen we dit probleem oplossen? Bestaat er een nota waarin deze vereiste van het register wordt toegelicht, zodat ik die aan de MOC-coördinator kan bezorgen zodat zij zich kan verantwoorden tegenover de adviserend arts.

We verwijzen naar [het officieel gepubliceerde nieuwe kankerregistratieformulier](#), waarin staat dat enkel de uitgevoerde behandelingen moeten geregistreerd worden.

In het nieuwe kankerregistratieformulier werden er nieuwe behandelingscodes toegevoegd. Deze komen niet meer overeen met de codes op het follow up formulier. Welke codes moeten we gebruiken op het follow up formulier?

Voor de registratie bij het Kankerregister mogen op het follow up formulier ook de nieuwe codes gebruikt worden, maar dit is niet verplicht.

Mogen we de follow up registraties wel al versturen zonder einddatum van de behandeling, aangezien dit formulier niet veranderd is?

Ja, het follow up formulier werd niet gewijzigd, dus een follow up registratie mag al doorgestuurd worden zonder dat de einddatum van de behandeling gekend is.

Verwachten jullie ook de behandelingen voor recidieven?

Neen, het Kankerregistratieformulier voor een nieuwe diagnose legt de focus op het primair behandelingsplan in de eerste 6 maand na diagnose.

De nieuwe behandelingscodes kan je momenteel (april 2026) ook niet in WBCR inbrengen. Dus momenteel gebruik ik de oude codes.

In de oude WBCR is het inderdaad niet mogelijk om de nieuwe behandelingscodes te gebruiken. In de nieuwe WBCR zal het nieuwe formulier geïntegreerd zijn. Voor BCR is het voor borsttumoren met incidentiedatum vanaf 01/01/2026 wel verplicht om het nieuwe formulier te gebruiken en daarom werd eerder meegedeeld aan de datamanagers in de ziekenhuizen om te wachten met registreren van deze tumoren tot de nieuwe WBCR beschikbaar is.

Zullen we een code krijgen voor de schildwachtklieën van bottumoren?

Momenteel is dit nog niet voorzien op het nieuwe registratieformulier.

*** Een patiënt krijgt eerst een aantal cycli van een combinatiebehandeling (chemotherapie + immunotherapie) en krijgt daarna immunotherapie verder als onderhoudsbehandeling. Hoe registreren we dit correct volgens de nieuwe behandelingscodes en in het nieuwe formulier waarin zowel een start- als einddatum gevraagd worden?**

Voor dit soort casussen mogen twee behandelingen worden geregistreerd: eerst wordt de combinatietherapie geregistreerd met een start- en einddatum, vervolgens wordt de onderhoudsbehandeling als een volgende behandeling geregistreerd, waarbij de startdatum gelijk is aan of na de einddatum van de eerste combinatietherapie ligt.

c. Campusvestigingsnummer

Wat betekent het campusvestigingsnummer? Is dit hetzelfde als het ziekenhuisnummer?

Het campusvestigingsnummer is een uniek identificatienummer voor een specifieke ziekenhuiscampus. Dit is niet hetzelfde als het erkenningsnummer van een ziekenhuis. Een officiële lijst met erkenningsnummers en campusvestigingsnummers van alle ziekenhuizen in België is hier terug te vinden: [Healthcare institutions | FPS Public Health](#)

Wat is het nut van de campusvestigingsnummers?

Om tegemoet te komen aan de vragen van de verschillende overheden worden de campusvestigingsnummers opgevraagd.

Beschikt Stichting Kankerregister over een overzichtsbestand zoals Excel of csv van de campusvestigingsnummers?

Binnen Stichting Kankerregister beschikken we niet over een overzichtsbestand met de campusvestigingsnummers. We kunnen enkel doorverwijzen naar de lijst van de Federale overheidsdienst Volksgezondheid hierboven beschreven.

Wat als het campusvestigingsnummer niet gekend is omwille van een behandeling in een ander ziekenhuis waarvan we niet weten welke campus?

Deze variabele wordt uitdrukkelijk gevraagd te registreren 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 wordt dit niet specifiek gevraagd.

Hoe registreren we het campusvestigingsnummer wanneer we wel weten in welk ander ziekenhuis een deel van de behandeling werd uitgevoerd, maar niet op welke specifieke campus? Begrijpen we het correct dat we in dat geval in het veld 'Commentaar' van behandelingen de naam van het ander ziekenhuis vermelden, zonder campusvestigingsnummer, start- en einddatum in te vullen?

De naam van het ziekenhuis waar de behandeling doorgaat mag ingevuld worden in het algemeen commentaarveld, niet het commentaarveld bij behandelingen. Deze laatste is enkel van toepassing voor code 80. Als de start- en einddatum niet gekend zijn mogen deze velden inderdaad leeg gelaten worden.

Welk campusvestigingsnummer moet genoteerd worden als er een combinatiebehandeling (concomitant) is die plaatsvindt op twee verschillende locaties?

Voor het Kankerregister mag u in dit geval in plaats van de combinatiecode de twee afzonderlijke behandelingscodes registreren, elk met hun eigen campusvestigingsnummer.

Voorbeeld: Concomitante chemoradiotherapie (code 25) mag chronologisch in tijd geregistreerd worden met behandelingscodes 40 en 20, telkens met bijhorende campusvestigingsnummers. Omdat de start- en einddatum gevraagd worden, is het overlap in de behandelingsperiode voor ons zichtbaar.

Concomitant chemoradiotherapie heeft niet noodzakelijk een gelijklopende start- en einddatum. Bij het opsplitsen tussen campussen gaat het niet altijd lukken om dit correct terug te vinden.

De start- en einddatum dienen niet hetzelfde te zijn. Een overlap in de periode van behandelingen is voor Stichting Kankerregister voldoende om te weten dat dit een concomitante therapie betreft.

In het kader van een actieve opvolging (active surveillance) van een prostaatadenocarcinoom, wordt behandelingscode 75 geregistreerd. Wat moet er ingevuld worden bij het campusvestigingsnummer en startdatum?

Bij een actieve opvolging (code 75), maar ook ingeval van geen therapie (code 90) of weigering van therapie (code 95) wordt het campusvestigingsnummer geregistreerd van de campus waar deze beslissing werd genomen. De startdatum van deze "behandeling" komt overeen met de datum waarop deze beslissing werd genomen.

Komt het vestigingsnummer van de campus overeen met de plaats waar de patiënt gediagnosticeerd wordt of met de plaats van de behandeling?

Dit hangt af van de gebruikte code: diagnosecode 5 of behandelingscodes 10-99.

Code 5 is een code om aan te geven waar de diagnostische procedures plaatsvonden en is enkel van toepassing voor borsttumoren. Diagnosecode 5 wordt samen met het campusvestigingsnummer waar de diagnose werd gesteld ingevuld. Bij de behandelingscodes (10-99) wordt het nummer ingevuld van de campus waar de behandeling plaatsvond.

Het campusvestigingsnummer wordt uitdrukkelijk gevraagd wanneer een behandeling plaatsvond op een campus van uw ziekenhuis. Dus alles wat elders gebeurd is, moet niet ingevuld worden wat betreft campusvestigingsnummer?

Ja. 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 campusnummer te registreren. Dit mag wel worden geregistreerd indien u dit nummer met zekerheid kent.

Een patiënt ondergaat een resectie van een huidtumor in privépraktijk en krijgt nadien in ons ziekenhuis radiotherapie. Moet ons ziekenhuis in dit geval ook de resectie registreren met de incidentiedatum maar campusvestigingsnummer blanco laten? Of moet het ziekenhuis niets noteren en enkel de radiotherapie? De resectie zal namelijk niet aangeleverd worden door een ander ziekenhuis want het vond plaats in een privépraktijk.

Een tweede deel vragen die hierbij aansluiten: Moeten we het campusvestigingsnummer van de toegediende behandeling of voorgeschreven behandeling registreren? Wat te doen bij orale behandeling? Is de campus die wordt vermeld degene die de behandeling heeft voorgeschreven?

Registreer de behandelingen chronologisch en enkel wanneer ze effectief gestart zijn. Indien er geen campusvestigingsnummer bestaat voor de plaats waar de therapie werd toegediend (bv volledige verwijdering van een huidtumor in een privépraktijk of therapie voorgeschreven door arts in een ziekenhuis, maar thuis toegediend per os), kan er inderdaad geen campusvestigingsnummer worden geregistreerd en moet het campusvestigingsnummer niet ingevuld worden.

De behandelingscodes van behandelingen uitgevoerd op andere locaties dan uw ziekenhuis moeten, indien gekend, wél geregistreerd worden (bv. resectie huidtumor in privépraktijk). Ook de startdatum moet zoveel mogelijk worden geregistreerd, maar indien deze laatste niet gekend is, moet dit veld niet ingevuld worden.

Waarom zoveel nadruk op campus? Voor ons ziekenhuis is er maar één hoofdcampus maar wel zes satellieten met dezelfde artsen. Voor ons lijkt dit dan ook totaal zinloos.

De erkenningen van coördinerende en geaffilieerde borstklinieken zijn op campusniveau en niet op ziekenhuisniveau. Om tegemoet te komen aan de vragen van de overheden hebben we de campusvestigingsnummers nodig waar de diagnostische procedures en behandelingsprocedures zijn uitgevoerd.

Als een patiënt enkel radiotherapie krijgt op mijn campus, moet ik hem dan registreren?

Ja, deze dien je te registreren, aangezien het campusvestigingsnummer uitdrukkelijk wordt gevraagd wanneer de behandeling plaatsvond op een campus die onder het erkenningsnummer van uw ziekenhuis valt. Mogelijks kan een ander ziekenhuis radiotherapie hebben geregistreerd, zonder het correcte campusvestigingsnummer. Op die manier gaat er belangrijke informatie verloren als uw eigen ziekenhuis niets zou registreren.

Een vraag die aansluit bij de vorige vraag. Wat als ziekenhuis A patiënten diagnosticeert en bespreekt op het MOC en nadien doorstuurt naar ziekenhuis B enkel en alleen voor radiotherapie, maar ziekenhuis B beschikt niet over noodzakelijke informatie om een registratie uit te voeren (bv. incidentiedatum). Hoe en wie moet dan de registratie doen?

Het is belangrijk dat de correcte informatie over de behandelingscode en het campusvestigingsnummer voor radiotherapie ons bereikt. Aangezien er effectief een behandeling plaatsvindt, moet het ziekenhuis waar de radiotherapie doorgaat een registratie aanleveren. Maar, indien het ziekenhuis waar de radiotherapie plaatsvindt niet beschikt over alle essentiële informatie om de registratie te vervolledigen, zoals de incidentiedatum, dan kan er een afspraak worden gemaakt tussen de verwante ziekenhuizen (het ziekenhuis A waar het MOC plaatsvindt en het ziekenhuis B waar de radiotherapie wordt uitgevoerd).

In dat geval kan het ziekenhuis waar het MOC plaatsvond de radiotherapie registreren met het correcte campusvestigingsnummer, of kan de noodzakelijke informatie worden bezorgd aan het ziekenhuis waar de radiotherapie plaatsvond, zodat dit ziekenhuis zelf de registratie kan vervolledigen. Belangrijk om te benadrukken: ziekenhuis waar radiotherapie plaatsvond blijft verantwoordelijk dat de behandelingscode, het campusvestigingsnummer en datums correct worden geregistreerd.

Wat als een patiënt wordt doorverwezen van ziekenhuis A naar ziekenhuis B om daar radiotherapie uit te voeren en nadien verder wordt behandeld in ziekenhuis A? Moet ziekenhuis A dan hun eigen campusnummer invullen bij code radiotherapie omdat de hoofdbehandeling wel bij ziekenhuis A doorgaat?

Neen, vul het campusvestigingsnummer in waar de radiotherapie effectief werd gegeven.

*** Voor een behandeling binnen een palliatief traject: welk campusvestigingsnummer moet er ingevuld worden bij behandelingslijn met code 70?**

Bij een palliatief traject wordt bij code 70 het campusvestigingsnummer geregistreerd waar de beslissing tot palliatieve zorgen werd genomen.

*** Een primaire tumor werd reeds verwijderd en tijdens een debulking worden de metastasen verder verwijderd. Hoe moet dit geregistreerd worden?**

Indien er geen primaire tumor meer aanwezig is en er een debulking procedure wordt uitgevoerd, wordt dit onder 80 geregistreerd. Debulking waarbij er wel een primaire tumor wordt gereseceerd wordt wel onder 10 geregistreerd.

d. Start- en einddatum

Als de startdatum niet exact gekend is van een behandeling in een ander ziekenhuis, maar wel de maand en het jaar; vullen we dan 15/maand in bij de startdatum? Of vermelden we in commentaar welke maand de behandeling plaatsvond?

Het vak van de startdatum wordt in dit geval leeggelaten. De campus van het ziekenhuis waar de behandeling plaatsvond is verplicht de juiste startdatum door te geven. De maand van behandeling hoeft niet in het algemeen commentaarveld ingevuld te worden.

Hormonale therapie wordt soms door de huisarts toegediend. Noteren we dan de hormonale therapie met het campusvestigingsnummer waar het werd voorgeschreven en met de datum van het voorschrift?

Voor een hormonale behandeling die thuis oraal wordt ingenomen, moet geen campusvestigingsnummer worden ingevuld. Als startdatum mag je de datum van het voorschrift noteren.

Het is niet verplicht om het campusvestigingsnummer leeg te laten. Hierbij kan ook gekozen worden om het campusvestigingsnummer te noteren waar de therapie werd voorgeschreven. Ondanks dat de therapie verder thuis verloopt, blijft het die campus die verantwoordelijk is voor de opvolging van de patiënt tijdens de therapie.

Welke einddatum moet er ingevuld worden als dit geen langdurige therapie is (bijvoorbeeld heilkunde)?

Bij behandelingsprocedures die op één dag plaatsvinden (bv. een chirurgische resectie van de tumor - behandelingscode 10), wordt dezelfde start- en einddatum geregistreerd.

Is een einddatum nodig bij active surveillance, watchful waiting of weigering therapie?

Indien een einddatum niet van toepassing is dient hier niets ingevuld te worden.

Welke datum moet bij het registreren van een auto- of allogene transplantatie worden vermeld: de datum wanneer de voorbereiding van het transplantaat is begonnen, of de datum wanneer de stamcellen zijn geïnjecteerd?

Voor een stamceltransplantatie mag als startdatum de eerste dag van de voorbereidende behandeling geregistreerd worden en als einddatum de dag van infusie van de stamcellen.

Wat te doen als de behandeling in de loop van de behandelperiode wijzigt? Bv. Soms wordt een 2e lijns chemotherapie gestart naar aanleiding van toxiciteit op de 1^{ste} chemotherapie. Geldt dan de einddatum van de eerste chemotherapie behandeling of de nieuwe chemotherapie behandeling?

Gebruik in deze situatie de effectieve start- en einddatum van beide toegediende chemotherapieën.

Binnen pediatrie zijn de behandelingen zelden op 6m afgerond; vb acute lymfoblasten leukemie: 2 jaar behandeling, dat wil zeggen als diagnose in januari 2026 valt, dan moeten we deze ook opnieuw doorgeven voor aanlevering van juni 2028?

We vragen om de gegevens in verband met de primaire behandelingen te vervolledigen voor zover deze gekend zijn op het moment van aanlevering. Wanneer de primaire behandeling op dat moment nog loopt dan mogen de ontbrekende gegevens na de aanleverdatum nog worden aangevuld, maar dit is niet verplicht.

Welke einddatum moet ingevuld worden als de behandeling nog lopende is bij het 2 keer per jaar doorsturen? Of mag dit dan blanco gelaten worden? Vb. 1) hormoontherapie wordt enkele jaren gegeven. Vb. 2) Neoadjuvante chemotherapie van 5-6 maanden.

1) In geval 1 kan de einddatum niet ingevuld worden voor de eerste data aanlevering.

2) In geval 2 kan de einddatum mogelijks wel ingevuld worden, afhankelijk wanneer in het jaar de incidentiedatum was. Bv. een tumor met incidentiedatum in februari moet volgens de halfjaarlijkse deadlines pas aangeleverd worden 10 januari van het volgende incidentiejaar. Hier mogen de einddatum van de neoadjuvante behandeling en mogelijks gegevens van de heerkunde nog mee worden aangeleverd bij de eerste aanleverdeadline.

Als tijdens de diagnose de behandeling is vastgesteld maar nog niet is begonnen, kan ik dan de registratie doen met vermelding van de toekomstige startdatum van de behandeling, of moet ik wachten?

Behandelingen kunnen enkel geregistreerd worden 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.

*** Voor een behandeling binnen een palliatief traject: welke startdatum moet er ingevuld worden bij behandelingslijn met code 70?**

Bij een palliatief traject wordt bij code 70 de startdatum geregistreerd wanneer de beslissing tot palliatieve zorgen werd genomen.

5. MOC-verslag

Voor de bronnen die aanleveren via batch: het MOC-verslag wordt als bijlage gevraagd. Hoe verwachten jullie dat dit wordt aangeleverd?

Voor ziekenhuizen die aanleveren via batch wordt er gevraagd om het MOC-verslag in de voorziene cel te plaatsen in de Excel/csv.

Wat als een casus meermaals besproken wordt op een MOC? Dienen dan al die MOC-verslagen te worden bijgevoegd?

Indien er meerdere MOC-verslagen voor dezelfde primaire tumor beschikbaar zijn (bv. pre- en postoperatief) binnen 6 maand na de incidentiedatum, dienen deze chronologisch achter elkaar geplaatst te worden in hetzelfde veld.

Wat moet er van het MOC-verslag worden toegevoegd?

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, voornamen en INSZ-nummers van patiënten en MOC-deelnemers.

Waarom moeten de identificatiegegevens van de patiënt, MOC-coördinator en MOC-deelnemers verwijderd worden uit het MOC-verslag? Mag het MOC-verslag voor borsttumoren gekopieerd worden zonder enige patiëntgegevens of mag het INSZ-nummer er nog op staan?

Identificatiegegevens (naam, voornaam, INSZ) moeten verwijderd worden om de privacy van de patiënt te beschermen tijdens de interne verwerking binnen het Kankerregister. Hetzelfde geldt voor identificatiegegevens van MOC-deelnemers: deze informatie is niet nodig voor de inhoudelijke verwerking van kankerregistraties en mag daarom niet in het verslag staan.

Als er geen MOC is geweest moet er dan een ander verslag bij?

Er wordt enkel een MOC-verslag gevraagd. Andere verslagen worden niet opgevraagd. De vraag naar het MOC-verslag is ook specifiek voor borsttumoren.

MOC-verslagen waren vroeger ook al verplicht, wat is er dan nieuw?

Vroeger dienden MOC-verslagen enkel opgestuurd te worden naar mutualiteiten in het kader van terugbetalingen. Sinds 2026 moeten deze voor borstkanker ook naar het Kankerregister verstuurd worden.

6. Borstspecifieke variabelen

Moet het borstspecifieke variabelen ook ingevuld worden voor een lymfoom van de borst?

Een lymfoom van de borst moet niet worden geregistreerd via het specifieke borstkankerformulier.

a. Menopauzale status

Menopauzale status: Met “bij diagnose” wordt bedoeld dat het gaat over de menopauzale status op het moment waarop de kankerdiagnose werd gesteld, en niet over de menopauzale status die kan veranderen door oncologische behandeling van de borstkanker. Gaat het hier over de incidentiedatum of de datum van de eerste diagnosecode 5?

Hier gaat het over de incidentiedatum.

Behoort een perimenopauze tot de klasse onduidelijk?

Als de patiënte in perimenopauze is, moet de optie “nee” worden geselecteerd

De menopauzestatus verschijnt bijna nooit in de rapporten van oncologen.

Als er geen informatie beschikbaar is, kan de optie “onbekend” worden geselecteerd.

b. Moleculaire merkers

Het BCR werkt samen met pathologen om een meer gestructureerde rapportering op te zetten. In de komende jaren zal de registratie-workflow regelmatig worden geëvalueerd en zal worden onderzocht of registratie via de zorgprogramma's op lange termijn een meerwaarde blijft bieden.

Moleculaire markers bij borsttumoren: welke datum moet er geregistreerd worden? Datum van de biopsie of datum van het resultaat?

Voor elk van deze moleculaire merkers registreert u de datum van de testafname, in het formaat DD/MM/JJJJ (WBCR) – jjjjmmdd (batch).

Bij de resultaten van de moleculaire markers van een borsttumor, op basis van welke informatie moet de registratie gebeuren: het biopt, het resectiestuk of de hoogste gemeten waarde?

Als het resultaat wordt gerapporteerd op meerdere staalafnames 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 biopt.

Wat in te vullen bij datum als je biopsies hebt met verschillende afname datum? Laat je ze allemaal staan op die eerste datum?

Ja, als het resultaat wordt gerapporteerd op meerdere staalafnames van de borsttumor (biopsie, chirurgische resectie), dan registreert u de datum van eerste staalafname, wat vaak de biopsie is, ook al heeft het resultaat dit staal niet de hoogste waarde (zie vraag hierboven).

Wat als er bij heilkunde een tweede tumor wordt opgemerkt en je wil deze ingeven bij de markers, dan kan je geen aparte datum ingeven?

Inderdaad. U registreert in dit geval de datum van de eerste staalafname van focus 1 samen met de resultaten van focus 1. De resultaten van de tweede focus, afkomstig uit de heilkunde, registreert u onder focus 2 zonder vermelding van de datum.

Wanneer je meerdere corebiopsies bij een multifocaal carcinoom hebt en deze zijn met verschillende datums genomen, wat doe je met de receptoren (er is een veldje tumor 1 en tumor 2 maar geen veldje voor een tweede datum).

Voor elk van de moleculaire merkers opgenomen in het registratieformulier, registreert u de datum van de eerste testafname (formaat DD/MM/JJJJ (WBCR) – jjjjmmdd (batch)).

Zijn bepaalde merker-testen verplicht?

Alle testen die werden uitgevoerd en waarvan de resultaten beschikbaar zijn, dienen geregistreerd te worden. Het is inderdaad mogelijk dat niet alle testen worden uitgevoerd.

Wanneer er geen heilkunde werd uitgevoerd, moeten we dan toch de moleculaire merkers invullen op basis van de corebiopsie?

Ja



Het is niet zo duidelijk wat er precies verwacht wordt bij ‘multifocaliteit – tumor 2’: Er staat enkel een veld voor tumor 1 en tumor 2, maar wat als er meer dan 2 foci zijn? Moeten deze dan allemaal apart geregistreerd worden?

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
- 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)
- De foci hebben een verschillende histologie
 - Er zijn 2 verschillende histologietypes aanwezig
 - > Registreer het resultaat van elk 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

Bij de moleculaire merkers moet je de hoogste score nemen, en dat kan dus van biopt zijn boven de heerkunde. Maar hoe zit dat dan voor de differentiatiegraad? Bv. bij biopt is de differentiatiegraad weinig, 1 week later na heerkunde geeft anatomopathologisch verslag weer dat de differentiatiegraad matig is. Neem je dan in dit voorbeeld ook weinig (hoogste van biopt/heerkunde en dus de waarde van het biopt)?

Indien de vraag gaat over of de differentiatiegraad moet worden meegewogen bij de keuze welk staal (biopsie vs. resectie) wordt gebruikt voor de registratie van moleculaire merkers: dan is het antwoord nee, de differentiatiegraad speelt geen rol bij de selectie van het staal. Voor moleculaire merkers volgen we uitsluitend de regel dat de hoogste waarde (of positief boven negatief) telt, met de uitzondering voor in situ.

Indien de vraag gaat over welke differentiatiegraad moet worden geregistreerd: dan primeert de differentiatiegraad van het resectiestuk. De graad van het biopt wordt in dit geval niet gebruikt als eindresultaat.

Op moleculair markerniveau is de tabel niet geschikt voor kiembaanmutaties. Hoe kunnen de resultaten op kiembaanniveau in de gepresenteerde tabel worden weergegeven?

Voor elke moleculaire merker met antwoordoptie somatische of kiembaanmutatie zullen in WBCR en in het batch bestand twee deelvragen gesteld worden, namelijk:

1) Is er een kiembaanmutatie aanwezig?

Deze vraag dient slechts eenmalig beantwoord te worden, want is niet focus-specifiek.

Antwoordopties: Geen kiembaanmutatie gedetecteerd / Kiembaanmutatie aanwezig / Niet interpreteerbaar / Niet getest of onbekend

2) Is er een somatische mutatie aanwezig?

Deze vraag moet, indien multifocaal, per focus worden beantwoord.

Antwoordopties: Geen somatische mutatie gedetecteerd / Somatische mutatie aanwezig / Niet interpreteerbaar / Niet getest of onbekend

Hoe geef ik weer dat iemand zowel BRCA1 als BRCA2 mutatie heeft? Via andere?

Op WBCR en in de batch file zullen 2 aparte variabelen voorzien worden.

Hoe moeten de resultaten van de genetica geïnterpreteerd worden:

- Enkel als er naar aanleiding van de huidige nieuwe diagnose genetisch onderzoek wordt gedaan?
- Of als de patiënte in het verleden reeds gekend is met een BRCA-2 status?

Indien deze laatste optie: hoe gaan we dan om met BRCA2-mutaties welke gekend zijn bij maternale zijde, waarbij de patiënte niet zelf is getest?

Wat betreft kiembaanmutaties: Een positieve kiembaanmutatie die in het verleden werd vastgesteld, mag geregistreerd worden als kiembaanmutatie, ongeacht waar of wanneer de test werd uitgevoerd. Indien er een familiale mutatie gekend is, maar de patiënte zelf nooit getest werd, moet “Niet getest” aangeduid worden.

Wat betreft somatische mutaties: Somatische mutaties zijn tumorspecifiek en kunnen per focus getest worden wanneer er sprake is van een multifocale tumor. Een somatische mutatie kan niet vóór de diagnosestelling van de primaire borsttumor bepaald worden. Indien er geen somatische test werd uitgevoerd, wordt “Niet getest” aangeduid.

Als de moleculaire merker niet getest is, moet je dan telkens “niet getest” invullen of mag je het ook blanco laten?

Dan vragen we om “niet getest” in te vullen, zodat wij dit ook weten.

Veld KI-67: percentage MIB is dit correct?

Ja

KI-67: Welk percentage moet je invullen als er enkel <5 of <10% wordt beschreven in het verslag?

Een waarde <5% kan beschouwd worden als een range 0-5%. Hier wordt het resultaat van 2,5% naar boven afgerond. Registreer in dit geval 3%.

Een waarde <10% kan beschouwd worden als een range 0-10%. Hier wordt 5% geregistreerd.

***KI-67: Welk percentage moet je invullen als er enkel >75% wordt beschreven in het verslag?**

KI-67>75% wordt beschouwd als range 75-100%. Het resultaat van 87,5% wordt naar boven afgerond. Dit mag dus geregistreerd worden als 88%.

Over de hormonale receptoren: wat komt overeen met positief en zwak positief?

Positief = receptorexpressie in meer dan 10% van de cellen.

Zwak positief = receptorexpressie in 1-10% van de cellen.

Negatief = geen expressie of receptorexpressie in minder dan 1% van de cellen.

Moet je bij PR en ER alleen positief/negatief invoeren of de precieze score in cijfers (bv. ER: 0/8...)?

Hierbij dien je enkel positief, zwak positief of negatief in te vullen; geen exacte cijfers. Indien de testresultaten onbekend of niet interpreteerbaar zijn, kan u het antwoord onbekend, respectievelijk niet interpreteerbaar registreren.

Worden al deze gegevens niet door de anatomopathologie-centra aangeleverd? En zo neen, zou het niet interessanter zijn om deze gegevens via die labo's te krijgen? Dat zou een extra tussenstap vermijden.

Vandaag registreert vrijwel geen enkel anatomopathologie laboratorium deze bijkomende variabelen op een gestructureerde manier. Het BCR werkt samen met pathologen om een meer gestructureerde rapportering op te zetten. In de komende jaren zal de registratie-workflow regelmatig worden geëvalueerd en zal worden onderzocht of registratie via de zorgprogramma's op lange termijn een meerwaarde blijft bieden.

Tijdens een vorige MOC in ons ziekenhuis werd er gesproken dat er vanaf juli 2026 bij alle borsttumoren een NGS-analyse moet gebeuren om de officiële papieren volledig te kunnen invullen. Moeten we vanaf nu op elke borst een NGS-analyse aanvragen?

Neen, enkel resultaten van moleculaire merkers die werden aangevraagd door de behandelende arts dienen geregistreerd te worden op het kankerregistratieformulier.

Als een HER2 IHC-resultaat een negatieve score (bv. 0-) aangeeft, maar er geen SISH-test is uitgevoerd, moet dan het vakje "niet getest of onbekend" worden aangevinkt voor HER2 SISH?

Als er geen (S)ISH-test voor "HER2-status op basis van IHC en ISH" is uitgevoerd, moet de optie "Niet getest of onbekend" worden geselecteerd.

*** Bij de genetische testen maakt men gebruik van klinische klassen van I-V. Hierbij zijn klasse 4 en 5 als pathogeen te beschouwen, ofwel mutatie aanwezig. Indien de klasse gelijk is aan 3, wijst dit op een mutatie waarvan de klinische betekenis tot op heden niet gekend is (VUS=variance of unknown significance). Hoe dienen we dit te coderen?**

Worden de benigne mutaties (klassen 1 en 2) geregistreerd als 'geen mutatie aanwezig'?

De verschillende American College of Medical Genetics and Genomics (ACMG)-classificaties behoren tot de volgende antwoordopties:

- ACMG-klasse 1-2^s: "benigne of waarschijnlijk benigne variant (geen pathogene kiembaanmutatie aangetoond)" komt overeen met antwoordoptie 'Geen kiembaanmutatie gedetecteerd'.
- ACMG-klasse 4-5^s: "waarschijnlijk pathogene of pathogene variant" komt overeen met 'Kiembaanmutatie aanwezig'.
- ACMG-klasse 3^s: "Variant of Uncertain Significance, er werd een variant in de kiembaan vastgesteld, maar er is onvoldoende bewijs beschikbaar om deze als benigne of pathogeen te classificeren" mag geregistreerd worden onder 'Niet interpreteerbaar'.
- Er valt geen ACMG-klasse onder 'niet getest of onbekend'.

^s De ACMG-classificatie beschrijft de klinische betekenis van een gedetecteerde genetische variant en niet het gedrag van de tumor.

c. Indien heilkunde

Wat betreft de gevraagde grootte van de borsttumor, moeten we rekening houden met de grootte zoals vastgesteld met echografie of MRI-scan, of is dat niet relevant?

Enkel indien er heilkunde plaatsvindt, dient de grootte van de tumor geregistreerd te worden. Dit op basis van de informatie die te vinden is in het anatomopathologisch verslag. Er dienen geen afmetingen op basis van klinische beeldvorming geregistreerd te worden voor dit onderdeel.

Kunt u uitleggen wat de minimale afstand tussen de invasieve component en de chirurgische marge is?

Dit gaat over de kleinst gemeten afstand (in millimeters) tussen het invasieve tumorweefsel en de inkt-gemarkeerde snijrand van het resectiestuk.

In het APO-verslag staan de afmetingen in decimalen afmetingen van 10.2 mm maar ook een 0.2 of een 0.6: een punt of een komma kan niet worden ingevuld in het veldje wat doen we hiermee?

In de nieuwe WBCR-applicatie zal een decimaal toegelaten zijn. In de batch file template zal ook gevraagd worden om een numerieke waarde met 1 decimaal te registreren.

Wat moet je invullen als er enkel een invasieve component is en geen in situ?

Indien er geen in situ of invasieve component aanwezig is, dan wordt de antwoordoptie 'niet van toepassing' geregistreerd.

Wat moet er ingevuld worden als er enkel een invasieve of enkel een in situ component is? Wat moet er ingevuld worden als er zowel een invasieve tumor is en een in situ component? Dienen we dan enkel de doormeter en snijrand van de invasieve door te geven of verwacht u hier dan alle 4 de vragen ingevuld indien gekend? (4 vragen: doormeter invasieve component, doormeter in situ component, afstand tot snijrand invasieve component en afstand tot snijrand in situ component)

Alle variabelen dienen altijd ingevuld te worden.

Is er geen in situ component of invasieve component aanwezig, vul dan 'niet van toepassing' in.

Is er wel een in situ component of invasieve component aanwezig maar is de doormeter of afstand tot de snijrand niet beschreven in het verslag, vul dan 'onbekend' in.

Bijkomende informatie: als de afstand tot de snijrand als negatief wordt beschouwd door de patholoog, maar er wordt geen afstand beschreven, registreer dan 'negatief'. Indien dit gespecificeerd wordt als negatief met afstand tot snijrand <1 mm, registreer dan 'negatief (<1mm)'. Indien de snijrand als negatief wordt beschouwd maar zit de tumor tot tegen de fascia, registreer dan 'negatief (fascia)'.

Bij heilkunde wordt de maximale pathologische diameter en de minimale afstand tot de snijrand gevraagd. Moeten deze gegevens alleen worden ingevuld in het geval van primaire heilkunde en dus niet bij heilkunde na een neoadjuvante behandeling?

Beide variabelen moeten worden geregistreerd, ongeacht het tijdstip van de heilkunde. Dus zowel bij primaire heilkunde als bij heilkunde na systemische therapie.

Wat verstaat u onder systemische therapie? Neo-adjuvante chemotherapie? Als het gaat om een eerste tumorectomie, kan ik dan het vakje ‘Maximale pathologische diameter van de invasieve component vóór systemische therapie’ invullen? Door de afmeting tijdens de operatie in te vullen? In dit onderdeel van de bijlage moet u geen rekening houden met het deel 'voor systemische therapie'. Ongeacht het tijdstip van de heekunde (zowel bij primaire heekunde als bij heekunde na systemische therapie), moeten de doormeters van de invasieve en/of in situ component geregistreerd worden.

Als ik het nieuwe kankerregistratieformulier erbij neem, dan wordt toch de afmeting gevraagd VOOR systemische therapie?

Dit staat inderdaad zo op het formulier dat in het Belgisch Staatsblad gepubliceerd werd. Het Kankerregister zal ook de informatie vanuit heekunde **na** neoadjuvante therapie verzamelen voor de maximale pathologische doormeters van de invasieve en in situ component.

Bij een patiënt met een biopsiediagnose van DCIS wordt een tumorectomie uitgevoerd. In het anatomopathologisch verslag worden zowel een tumorresectie als een recoupe beschreven: de diameter van de in-situ component in de hoofdresectie bedraagt 4 × 3 mm, en in de recoupe 6 × 5 mm. Welke diameter moet worden geregistreerd als ‘diameter in situ component’: de grootste gemeten diameter of de optelsom van beide (4 mm + 6 mm)? Daarnaast: wanneer de snijranden positief zijn, moet dan 0 mm worden geregistreerd als marge?

De grootste diameter moet geregistreerd worden. De opstelsom van beide mag niet geregistreerd worden. Een positieve snijrand wordt inderdaad geregistreerd als 0.0 mm. Maar bij een herresectie vragen we om de minimale afstand tot de snijrand, zoals besproken op het MOC of met de arts om de verdere behandeling te bepalen, te registreren.

Wanneer bij een recoupe de pT-categorie (tumor van 9mm in eerste coupe, met recoupe in totaal 12mm) verandert, is dit toch significant.

De residuele tumordoormeter van een herresectie mag niet zomaar worden opgeteld bij de doormeter van de eerste resectie (hier 9 mm). Het is immers niet altijd geweten of deze tumorrest gelegen was ter hoogte van het breedste deel van de oorspronkelijke tumor, of slechts ter hoogte van een smaller gedeelte. Indien er twijfel bestaat, noteer de maximale pathologische doormeter zoals uiteindelijk bepaald door de arts of in het MOC-verslag (wat hier mogelijk genoteerd werd als 12 mm). Verder mag de pT categorie pas geregistreerd worden wanneer de tumor volledig is weggenomen en wordt deze dus bepaald op basis van de informatie die uit beide resecties beschikbaar is.

Moet LCIS in rekening gebracht worden bij de heekunde variabelen?

Dit hangt af van het type LCIS. Registreer zowel de maximale pathologische doormeter als de afstand tot de snijrand van zowel een floried als pleomorf lobulair carcinoma in situ (LCIS), maar niet in geval van een klassiek LCIS.

Bij een patiënt met een invasieve tumor van 10 mm wordt in het anatomopathologisch verslag vermeld dat het DCIS beperkt blijft tot binnen de invasieve component, zonder afzonderlijke afmetingen van het in situ deel. Op het registratieformulier wordt 10 mm ingevuld als diameter van de invasieve component. Wat moet worden geregistreerd voor de in situ component wanneer geen aparte DCIS-diameter wordt gerapporteerd? Moet de patholoog in dit geval een afzonderlijke diameter van het DCIS vermelden?

Als niet alle variabelen kunnen ingevuld worden, dan duid je de optie 'onbekend' aan. Een voorbeeld hiervan is inderdaad als er geen afmeting van de tumor en marge tot snijrand bepaald werd voor de aanwezige in situ component, die gelegen is binnen de perimeter van een invasieve component.

Gelijkaardige vraag als bovenstaande: Wat registreer je voor de in situ component uit de volgende casus? Tumor 1: doormeter 18 mm, afstand tot snijrand 4 mm. Bij dezelfde patiënt: Tumor 2: 8mm met een DCIS uitbreidend 6 mm buiten de invasieve tumor.

Er is geen afmeting en marge bepaald voor de aanwezige in situ component, die deels gelegen is binnen de perimeter van een invasieve component. Wanneer de afstand tot de snijrand niet wordt beschreven in het anatomopathologisch verslag, maar als negatief wordt beschouwd, mag dit als 'negatief' worden geregistreerd. Wanneer de afstand tot snijrand niet beschreven staat in het verslag, registreer je dit als onbekend. In deze casus is het niet duidelijk of het een negatieve snijrand betreft of dit onbekend is.

Gelijkaardige vraag als bovenstaande: Hoe noteer ik een infiltrerend lobulair carcinoom van 32 mm met een LCIS-component < 5%? Welke afstand vul ik in als de minimale afstand tussen de in situ-component en de marge niet vermeld is?

In het algemeen geldt er dat als er geen afmeting en marge bepaald werd voor de aanwezige in situ component, bijvoorbeeld omdat deze gelegen is binnen de perimeter van een invasieve component, dan mag bij de in situ component 'onbekend' ingevuld worden. Echter als dit een klassiek type LCIS betreft, dient dit niet geregistreerd worden.

Resultaat na borstchirurgie voor primaire borsttumor: het tumorbed meet 2 x 1 cm langs de langste as, met een resterende neoplastische laesie die 80% van het totale tumorbed beslaat. Moet ik 80% van 2 cm registreren of 2 cm registreren?

Er is geen exacte waarde beschreven. In dit geval wordt de optie "onbekend" ingevuld.

Bij de maximale pathologische doormeter: soms is er sprake van een invasief carcinoom met toch nog een in situ component. Dienen dan beide afmetingen ingevuld te worden? Of enkel de invasieve? En als de in situ-component door de patholoog wordt gegeven als percentage van de invasieve component (omdat er meerdere haarden zijn in de invasieve component)?

Opgelet: deze vraag werd tijdens de opleiding mogelijks verkeerd begrepen en beantwoord. Hierbij vinden jullie twee verschillende interpretaties en hun antwoorden:

1) Indien er bedoeld wordt dat de in situ component gelegen is in het gebied van de invasieve component, dan dient 'onbekend' ingevuld te worden bij de in situ component.

2) Indien er bedoeld wordt dat er zowel een invasieve en in situ component is en dat van beide componenten de afmetingen bekend zijn, dan moeten de afmetingen van beide componenten worden ingevuld. Indien deze afmetingen voor een bepaalde component niet beschreven staan, dan dient er 'onbekend' ingevuld te worden.

Als er na neo-adjuvante chemotherapie heekunde wordt verricht, en er geen residuele tumor meer wordt teruggevonden (maw complete respons na NACT - ypT0), welke afmetingen voor pathologische doormeter en snijrand dienen er dan aangeleverd te worden? 0 mm?

Indien er geen invasieve component of in situ component meer aanwezig is, wordt 'niet van toepassing' (NVT) geregistreerd voor de doormeter en afstand tot snijrand.

Aantal onderzochte en positieve lymfeklieren in de sectie 'indien heekunde': betreft het hier de onderzochte lymfeklieren tijdens een klinisch onderzoek of de lymfeklieren tijdens/na de operatie?

Gegevens in de sectie 'indien heekunde' worden enkel ingevuld op basis van de informatie die verkregen wordt via de patholoog. Het betreft dus lymfeklieren onderzocht na de heekundige ingreep.

Bij een patiënt toont het sentinelklieronderzoek de aanwezigheid van geïsoleerde tumorcellen. De patholoog beschouwt dit als een negatieve sentinel. Mag de sentinel in dit geval ook als 'negatief' worden aangeduid op het registratieformulier?

Geïsoleerde tumorcellen worden inderdaad als negatieve klieren beschouwd.

Indien deze aanwezig zijn wordt een suffix toegevoegd aan de pN-categorie bij de pTNM: bv. pT1N0(i+)(sn).

7. Andere

Heeft het nieuwe kankerregistratieformulier enige invloed op de registratie van stereotactische radiotherapie via de module Stereotactische Radiotherapie (SRT)?

Het nieuwe formulier heeft geen invloed op de registratie van stereotactische radiotherapie via de module SRT.