

Datasets voor de gegevensopvraging

De dataset voor de gegevensopvraging voor het (cyto)-histopathologie-register alsook voor het kankerregister zijn weergegeven in **tabel 6**. De colorectale bestanden dienen niet langer nomenclatuurcodes te bevatten. De nomenclatuurcode is een

OPTIONELE variabele geworden en de aanlevering ervan maakt geen deel meer uit van de kwaliteitscriteria voor deze bestanden.

Let wel: voor CERVIXstalen blijft de aanlevering van nomenclatuurcodes VERPLICHT.

Tabel 6: Datasets voor de gegevensopvraging

Vroegtijdige opsporing van colorectale kanker ((cyto)-histopathologieregister)	Kankerregistratie (kankerregister)
Nationaal nummer (INSZ)	Nationaal nummer (INSZ)
Familienaam (indien geen INSZ)	Familienaam (indien geen INSZ)
Voornaam (indien geen INSZ)	Voornaam (indien geen INSZ)
Geslacht	Geslacht
Geboortedatum	Geboortedatum
Overlijdensdatum (O)	Overlijdensdatum (O)
Postcode	Postcode
Landcode	Landcode
Staalnummer	Staalnummer
Datum staalname	Datum staalname
Aanvragend ziekenhuis (O)	Aanvragend ziekenhuis (O)
Orgaancode	Orgaancode
Letselcode	Letselcode
Zekerheidsgraad (O)	Zekerheidsgraad (O)
RIZIV nummer van de aanvrager	pT (indien van toepassing)
Nomenclatuurcodes (O)	pN (indien van toepassing)
	pM (indien van toepassing)

(O) Optioneel

Gegevens gemeenschappelijk voor beide datasets

Gegevens specifiek voor een dataset

Voor specifieke vragen rond deze codeerrichtlijnen en kwaliteitscriteria kan u steeds terecht bij het team Preventie of het team Kankerregistratie van de Stichting Kankerregister.

Het team Preventie van de Stichting Kankerregister:



Isabel De Brabander, H el ene Lequeux, Julie Francart (manager), Sarah Pringels, Harm Vermeylen, Caroline Androg e, Annemie Haelens en Lynn Huyck (niet op de foto)

Met dank aan onze subsidieverstrekkers



Stichting Kankerregister

Koningsstraat 215, bus 7
1210 BRUSSEL
Tel. +32 (0)2 250 10 10
Fax +32 (0)2 250 10 11

www.kankerregister.org
info@kankerregister.org

Belgian Cancer Registry



Nieuwsbrief 2014



Dr. Liesbet Van Eycken



Prof. Dr. Claude Cuvelier

Inhoud

1. Voorwoord van Prof. Dr. Claude Cuvelier en Dr. Liesbet van Eycken
2. Kwaliteitscriteria
2. CODAP-orgaancodes
2. CODAP-letselcodes
3. Wat en hoeveel coderen bij synchrone letsels?
3. Te vermijden CODAP-letselcodes
4. Datasets voor de gegevensopvraging

Colorectale letsels: Codering en classificatie vanaf 2014

Voorwoord

Reeds jarenlang spelen laboratoria voor pathologische anatomie een cruciale rol in de kankerregistratie. Samen met de oncologische zorgprogramma's vormen de pathologen de twee belangrijke pijlers binnen het registratienetwerk zoals vermeld in de Gezondheidswet van 13 december 2006. De samenwerking met de Stichting Kankerregister is één van de vereisten om als laboratorium voor pathologische anatomie een erkenning te verkrijgen of te behouden (KB van 5 december 2011 betreffende de normen voor de erkenning van de laboratoria voor pathologische anatomie).

In het kader van de vroegtijdige opsporing van kanker kreeg de Stichting Kankerregister vanaf 2010 de wettelijke opdracht om een centraal cyto-histopathologieregister te creëren. Dit register is cruciaal om de doeltreffendheid, de efficiëntie en de kwaliteit van screeningprogramma's te garanderen. Hiervoor wordt beroep gedaan op elk laboratorium voor pathologische anatomie om de resultaten in het kader van vroegtijdige opsporing van baarmoederhals-, borst- en dikke-darmkanker zorgvuldig te registreren en te coderen. In samenspraak met een werkgroep van pathologen werd in 2011 de "CERVIBASE 2011" codering ingevoerd voor cervixstalen. In 2013 zijn er duidelijke en eenvoudige richtlijnen uitgewerkt voor de registratie en codering van colorectale stalen. Hiermee willen we een uniforme codering, classificatie en gegevenstransmissie bekomen voor de uitbouw van een performant centraal colorectaal (cyto)-histopathologieregister.

Deze nieuwsbrief werd samengesteld om u te informeren over deze nieuwe codeer- en registratierichtlijnen, voor zowel benigne als (pre)maligne colorectale letsels. Deze richtlijnen dienen ten laatste vanaf 1 mei 2014 toegepast te worden.

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

Prof. Dr. Claude Cuvelier
Voorzitter van de Belgische Vereniging voor Pathologie

Dr. Liesbet Van Eycken
Directeur van de Stichting Kankerregister

Deze nieuwsbrief is gebaseerd op overleg met een werkgroep van pathologen bestaande uit Prof. C. Cuvelier (UGent, Belgische Vereniging voor Pathologie), Prof. P. Demetter (ULB), Dr. N. De Wever (A.Z. Sint-Augustinus Veurne), Dr. P. Goddeeris (Consilium Pathologicum Belgicum), Dr. G. Jacomen (Emmaüs), Dr. C. Mestdagh (IPG-Brussel), Dr. N. Nagy (CHU Charleroi), Prof. X. Sagaert (UZ Leuven), Prof. C. Sempoux (UCL St-Luc), Dr. K. Van der Steen (OLV Aalst), Dr. J. Van Huysse (AZ St-Jan Brugge).

CODAP-orgaancodes

Een overzicht van te gebruiken CODAP-orgaancodes voor de codering van de plaats van staalname is weergegeven in **tabel 1**.

Tabel 1: Short-list van CODAP-orgaancodes voor colon en rectum

Segment	CODAP
Colon, ongespecificeerd	41NS
Colon, multifocaal	41MF
Appendix	42NS
Ileocaecale klep / Klep van Bauhin	41BA
Caecum	41CO
Colon ascendens	41AS
Rechter colon	41RE
Leverhoek / Flexura hepatica	41HE
Colon transversum	41TR
Milthoek / Flexura lienalis	41SP
Colon descendens	41DE
Linker colon	41LI
Sigmoid	41SI
Rectosigmoïdale overgang	41RS
Rectum*, NNO	43NS
Anus, NNO	43AN
Overlappende lokalisatie van rectum, anus en anaal kanaal	43AR
Anale transitiezone (ATZ)	43HU
Colostoma	41ST

* Maximaal 15 cm van anale marge verwijderd

Nieuwe code ENKEL voor goedaardige letsels, toe te voegen aan UW applicatie (contacteer evt. uw informaticus)

CODAP-letselcodes

Tabel 2 geeft een short-list¹ weer van codes die gebruikt dienen te worden voor goedaardige letsels (**tabel 2A**) en al dan niet ontaarde adenomen (**tabel 2B**) terwijl **tabel 3** focust op de (pre-)maligne letsels. Voor in situ en maligne aandoeningen dienen – indien van toepassing – ook de pTNM-variabelen² te worden geregistreerd (in de protocols maar ook in het gecodeerde bestand).

¹ Shortlist gebaseerd op WHO Classification of Tumours of the Digestive System, WHO, 2010, p132

² TNM Classification of Malignant tumours, UICC, 7th Edition, 2009

Kwaliteitscriteria

De Stichting Kankerregister heeft een aantal kwaliteitscriteria bepaald waaraan de colorectale bestanden vanaf 2014 zouden moeten voldoen. Het bedrag dat door het RIZIV is voorzien als vergoeding voor de aanlevering van de gegevens, wordt door de Stichting Kankerregister onder de laboratoria voor pathologische anatomie verdeeld rekening houdend met de mate waarin aan deze kwaliteitscriteria wordt voldaan.

De kwaliteitscriteria die gelden voor de colorectale bestanden zijn:

- 1) Aanlevering van de dataset in het gewenste formaat
- 2) Aanlevering van ALLE protocols (verslag + besluit) in 1 bestand, geanonimiseerd en voorzien van een duidelijke delimiter
- 3) Aanlevering van ZOWEL negatieve (geen abnormaliteiten), goedaardige als (pre-)maligne testresultaten
- 4) Aanlevering van het INSZ van de patiënten
- 5) Aanwezigheid van alle VERPLICHTE variabelen
- 6) Aanwezigheid van een hoog percentage gespecificeerde topografiecodes voor (pre-)maligne letsels
- 7) Gebruik van de door de Stichting Kankerregister voorgestelde CODAP (terug te vinden in deze nieuwsbrief) of SNOMED classificatie

Wat en hoeveel coderen bij synchrone letsels?

Het colorectum is een relatief groot orgaan waarin frequent meerdere letsels worden vastgesteld. **Tabel 4** geeft daarom een overzicht van prioriteitsregels voor de codering en registratie van synchrone letsels. Maligne letsels krijgen voorrang op niet-maligne letsels en letsels met een pre-maligne karakter hebben voorrang op goedaardige poliepen. Steeds dient voorrang te worden gegeven aan letsels die bloed in de stoelgang en dus een positieve FOBT (fecal occult blood test) kunnen verklaren.

Opgelet!

- Voor **in situ en invasieve tumoren** gelden onderstaande regels **per colonsegment** (twee (pre)cancereuze letsels in een verschillend colonsegment worden immers beschouwd als twee verschillende tumoren, terwijl twee (pre)cancereuze letsels in eenzelfde colonsegment registratietechnisch beschouwd worden als één tumor)
- Voor **goedaardige letsels** mag het colorectum als een geheel worden beschouwd.

Tabel 4: Samenvatting van te coderen letsels bij synchrone letsels

Synchrone letsels	Minstens te coderen
Adenoom en carcinoom	Carcinoom (per colonsegment)
Meerdere adenomen, zelfde type	Adenoom met hoogste dysplasiegraad (indien ernstige dysplasie = in situ: per colonsegment)
Meerdere types adenomen	Van elk type, het adenoom met hoogste dysplasiegraad (indien ernstige dysplasie = in situ: per colonsegment)
Adenoom en niet-adenoom/niet-carcinoom	Adenoom (indien ernstige dysplasie = in situ: per colonsegment)
Gemengd adenoom/poliep	Adenomateuze component
Meerdere types niet-adenoom/niet-carcinoom	Zoveel types als patholoog relevant acht (minstens 1 letsel) Geef voorrang aan letsels die een positieve FOBT kunnen verklaren

Te vermijden CODAP-letselcodes

Tabel 5 geeft een overzicht van codes die vanaf 2014 best niet meer gebruikt worden omwille van onvoldoende specifiek (bv. 57), onduidelijk in betekenis (bv. 71HY) of niet meer van toepassing (GIST-tumoren worden nu steeds als maligne beschouwd en hebben een specifieke aangepaste code).

Tabel 5: Te vermijden CODAP letselcodes

Te vermijden code	Betekenis	Te gebruiken code	Betekenis
57	Poliep, NNO	Conform gespecificeerde poliepen	
57ME	Metaplastische poliep	57HY	Hyperplastische poliep
71	Adenoom, NNO	Conform gespecificeerde adenomen	
71HY	Typisch adenoom	Conform gespecificeerde adenomen	
71AV	Adenovilleuze poliep	71VI	Villeus adenoom
75GI / 79GI	GIST benigne / onzeker maligne potentieel	81 GI	GIST, maligne
97	Carcinoom in situ, NNO	Conform gespecificeerde carcinomen in situ	

Tabel 2A: Short-list van te coderen en te registreren goedaardige colorectale letsels

HISTOLOGIE		CODAP
Geen graad van dysplasie in de letselcode		
Geen neoplasie	Geen conclusie / geen representatief staal	03NR
	Normaal staal	02
	Colitis ulcerosa	29CU
	Ziekte van Crohn	29CR
	Inflammatie	20 *
	Andere pathologieën of conclusies	bestaande codes
Goedaardige mesenchymale tumoren	Leiomyoom	68
	Lipoom	62
	Schwannoom	67NL
	Perineurium	67PE
	Ganglioneuroom	75GN
	Granulairceltumor	75GS
	Haemangioom	63
	Lymfangioom	63LY
Goedaardige epitheliale tumoren	Hyperplastische / metaplastische poliep	57HY
	Hamartoom	53HA
	Fibro-epitheliale poliep	57FE
	Inflammatoire poliep	57ON
	Polyposis coli	71PC

Tabel 2B: Codes te gebruiken voor adenomen (al dan niet ontaard)

Graad van dysplasie in de letselcode		Laaggradige dysplasie	Hooggradige dysplasie (pTis)	Invasief (≥ pT1)
Adenomen (polypoïde en niet-polypoïde)	Tubulair adenoom (adenomateuze poliep)	71AP	97AP	93AP
	Tubulovilleus adenoom	71TV	97TV	93TV
	Villeus adenoom	71VI	97VI	93VI
Serrated letsels	Serrated adenoom	71SA **	97SA	93SA

Opmerking:

Dysplasie***	Zwak/matig	60DL / 60DM
	Sterk	60DS

* mag specifieker gecodeerd worden indien gewenst

** traditioneel of sessiel serrated kan in het protocol gespecificeerd worden (geen aparte code voorzien)

*** te vermijden codes, eventueel te gebruiken als enige code of in combinatie met een letselcode waarin de graad van dysplasie niet vervat zit. Wanneer u twee letselcodes combineert voor hetzelfde staal, maak dan twee registraties, die identiek zijn op de letselcode na.

Nieuwe codes, toe te voegen aan UW applicatie (contacteer evt. uw informaticus)

Tabel 3: Short-list van te coderen en te registreren (pre-)maligne colorectale letsels

HISTOLOGIE		CODAP	
		In situ (pTis)	Invasief (≥ pT1)
Carcinomen	Adenocarcinoom	97AD	93
	Cribriform (comedo-type) adenocarcinoom		93CR
	Medullair carcinoom		99MS
	Papillair adenocarcinoom (al dan niet Panethcel-rijk) (zeldzaam)		94
	Micropapillair carcinoom (specifiek voor het colorectum)*		94CO
	Mucineus adenocarcinoom / colloïd carcinoom		93MU
	Zegelringcelcarcinoom		93SR
	Adenocarcinoom in een adenoom	zie tabel 2B	zie tabel 2B
	Adenosquameus carcinoma		93AS
	Spoelcelcarcinoom		96SP
	Spinocellulair carcinoom (squamous cell carcinoma)	97SP	91
	Ongedifferentieerd carcinoom		96
	'Clear cell'-carcinoom (zeldzaam)		93CC
	Choriocarcinoom (zeldzaam)		89CE
Neuro-endocrine neoplasmata	Carcinoïde / neuro-endocriene tumor goed gediff. / NET G1		79CA
	Atypische carcinoïde / neuro-endocriene tumor matig gediff. / NET G2		79AT
	Neuro-endocrien carcinoom (NEC), NNO		96NN
	Goed gedifferentieerd NEC		79CA
	Matig gedifferentieerd NEC		79AT
	Grootcellig NEC, weinig gedifferentieerd		96NE
	Kleincellig NEC, weinig gedifferentieerd		96KL
	Gemengd adeno-neuroendocrien carcinoom (MANEC)		99CA
	EC-cel, serotonineproducerende NET		79CE
Glucagonoom / PP/PYY-producerende tumor		79PY	
Mesenchymale tumoren	Angiosarcoom		81AN
	Ongedifferentieerd sarcoom		81ON
	Gastrointestinale stromale tumor (GIST)		81GI
	Kaposi-sarcoom		81KA
	Leiomyosarcoom		85LE
Lymfomen	B-cellymfoom		
	Burkitt-lymfoom		83BH
	B-cellymfoom, niet-classificeerbaar, met kenmerken tussen diffuus grootcellig B-cellymfoom en Burkitt-lymfoom		83BG
	Diffuus grootcellig B-cellymfoom (DLBCL)		83BG
	Diffuus grootcellig B-cellymfoom, immunoblastisch		83WH
	Plasmablastisch lymfoom		83PB
	Marginale zone B-cellymfoom / 'mucosa-associated lymphoid tissue lymphoma' (MALT-lymfoom)		83BF
	Mantelcellymfoom		83BD
	Folliculair lymfoom (niet-gespecificeerd)		83BE
	Folliculair lymfoom, graad 1		83F1
	Folliculair lymfoom, graad 2		83F2
	Folliculair lymfoom, graad 3		83F3
	Intestinaal T-cellymfoom		83TI
Extranodaal T-/NK-lymfoom		83TF	
Andere	<i>Carcinoma in situ, NNO</i>	<i>Enkel te gebruiken indien het niet mogelijk is verder te specificeren!</i>	97
	<i>Maligne tumor, NNO</i>	<i>Enkel te gebruiken indien het niet mogelijk is verder te specificeren!</i>	/
			80

* Niet te verwarren met de code 94MP: micropapillair carcinoma van de borst