Registre National du Cancer LUXEMBOURG

LUXEMBOURG INSTITUTE OF HEALTH

Manuel d'enregistrement des Tumeurs

Aide à la codification

Critères d'inclusion et d'exclusion du RNC

Version 2.3 du 25 juin 2026

Registre National du Cancer Luxembourg
1a-b, rue Thomas EDISON
L-1445 STRASSEN - Luxembourg

Tableau de mise à jour

Version	Date de validation	Objet de la modification
V2.0	04/12/2020	▪ Ajout des tumeurs de la thyroide /1 dans les critères d'inclusion ▪ Reformulation sous la forme d'un tableau des informations relatives à l'inclusion des tumeurs solides /0 ou /1 ▪ Reformulation du paragraphe relatif aux néoplasies intraépithéliales de haut grade + ajout du code morphologique M-8071/2 Cette version a été validée lors de l'atelier DMC du 17/12/2020.
V2.1	14/03/2024	▪ Ajout remarque concernant les néoplasies urothéliales papillaires à faible potentiel de malignité ▪ Validé lors de l'atelier du 14 mars 2024
V2.2	12/12/2024	▪ Ajout des sarcomes /1 dans les critères d'inclusion ▪ Version validée lors de l'atelier DMC du 12/12/2024.
V2.3	25/06/2026	▪ Ajout notes post atelier DMC sur l'évolution des critères d'inclusion du RNC, discutées lors de l'atelier du 23/04/2026: création des chapitres 5 (Evolution des critères d'inclusion) & 6 (Remarques) ▪ Ajout d'un sommaire ▪ Clarification des documents de référence pour les tumeurs multiples ▪ Ajout d'une remarque concernant l'enregistrement des sarcomes /1: la régle s'applique également aux sarcomes d'organe. ▪ Version validée lors de l'atelier DMC du 25/06/2026

Sommaire

Tableau de mise à jour 2

Sommaire 3

1. Critères d'inclusion relatifs au patient 4

2. Période d'inclusion 4

3. Critères d'inclusion relatifs à la tumeur 4

4. Critères d'exclusion 7

5. Evolution des critères d'inclusion du RNC 8

6. Remarques 9

6.1. Enregistrement d'un cas suspect de cancer 9

6.2. Enregistrement des cas confirmés de cancer lorsque les DMC ne disposent que de très peu d'information 9

6.3. Autres remarques 9

Tous les nouveaux cas de cancer répondant aux critères d'inclusion suivants doivent être enregistrés dans le RNC :

1. Critères d'inclusion relatifs au patient

- Une personne résidant au Luxembourg au moment du diagnostic ;
- Une personne prise en charge (diagnostic et/ou traitement) dans un établissement hospitalier du Luxembourg ou au Centre national de radiothérapie François Baclesse (CFB), indépendamment de son lieu de résidence au moment du diagnostic.

2. Période d'inclusion

- Tous les nouveaux cas de cancers diagnostiqués (Date d'incidence) :
  - à partir du 1er janvier 2013, pour les tumeurs solides ;
  - à partir du 1er janvier 2014, pour les hémopathies malignes.
- Si, au moment de l'enregistrement d'une nouvelle tumeur, ces patients ont des antécédents de cancer répondant aux critères d'inclusion relatifs aux tumeurs, ces antécédents sont également enregistrés.

3. Critères d'inclusion relatifs à la tumeur

Seuls les cancers primitifs sont enregistrés.

Topographie & Comportement (code CIM-O-3)

- Toutes les tumeurs solides primitives *in situ* (/2) et invasives (/3) sont à enregistrer quelle que soit la topographie de la tumeur.
- Toutes les hémopathies malignes primitives /3 sont à enregistrer.

- Pour les tumeurs solides bénignes **(/0)** ou à évolution incertaine **(/1),** seules les tumeurs suivantes sont à enregistrer :

Localisation	Tumeurs à enregistrer	Date d'incidence
Appendice (C18.1)	Néoplasie mucineuse de bas grade limitée à l'appendice (LAMN) M-8480/1	à partir du 1er janvier 2018
Thymus (C37.9)	Toutes les tumeurs non invasives /1	Toutes DI
Sarcomes (C40-C41 ; C48-C49 ; C38.1-3 ; topographie spécifique pour les sarcomes d'organe (ex. Sein C50))	Tous les sarcomes non invasifs /1	à partir du 1er janvier 2020
Ovaires (C56.9)	Toutes les tumeurs à la limite de la malignité (borderline) (/1)	Toutes DI
Placenta (C58.9)	Môle hydatiforme invasive M-9100/1	à partir du 1er janvier 2015
Vessie (C67), urètre (C68.0), uretères (C66.9) et bassinet (C65.9)	Tumeur urothéliale papillaire à faible potentiel malin M-8130/1 (PUNLMP)	Vessie : Toutes DI Urètre, uretères et bassinet à partir du 1er janvier 2015 Attention : Nouvelle règle ENCR à partir de la date d'incidence 01/01/2022
Système nerveux central (C70, C71, C72) & glandes endocrines intracérébrales (C75.1 à C75.3)	Toutes les tumeurs bénignes (/0) & à évolution incertaine (/1)	Toutes DI
Thyroïde (C73.9)	Toutes les tumeurs non invasives /1	à partir du 1er janvier 2020
Système digestif	Tumeur maligne de stroma gastro-intestinal GIST SAI : M-8936/3 *	Toutes DI

** A partir de la date d'incidence du 1er janvier 2014, les GIST, SAI : M-8936/1 étaient à enregistrer. En 2015, une nouvelle règle d'enregistrement précise que tous les GIST **SAI** sont à enregistrer en M-8936/**3** avec la variable index mitotique à renseigner. Les GIST **Bénins** M-8936/**0** ne sont pas à enregistrer.*

- **Remarque : Les néoplasies intraépithéliales de haut grade (/2)**
  - **M-8077/2** Néoplasie intraépithéliale épidermoïde, haut grade
    - Du col de l'utérus (C53): CIN II et III
    - De la vulve (C51): VIN II et III
    - Du vagin (C52): VAIN II et III
    - De la verge (C60.9): PeIN II et III
    - Du canal anal (C21.1): AIN II et AIN III
  - **M-8148/2** Néoplasie intraépithéliale glandulaire, haut grade
    - De la prostate (C61.9): PIN II et III

Les néoplasies intraépithéliales de grade II pour le col de l'utérus, la vulve, le vagin, la prostate et la verge sont à enregistrer pour les cas incidents à partir du 1er janvier 2017.

Les néoplasies intraépithéliales du canal anal de grade II sont à enregistrer pour les cas incidents à partir du 1er janvier 2018.

Pour ces localisations, les néoplasies intraépithéliales de haut grade regroupent les dysplasies modérées* et les dysplasies sévères. Les termes « dysplasies modérées » & « dysplasies sévères » sont obsolètes.

**Les cas de dysplasie modérée sans plus de détails renseignés sont à discuter avec l'équipe RNC avant enregistrement.*

Nouveau code morphologique (CIM-O-3.2) : *à partir du 1er janvier 2020*

- **M-8071/2** Néoplasie intraépithéliale différenciée
  - De la vulve (C51): VIN
  - De la verge (C60.9): PeIN

Tumeurs multiples :

Tous les nouveaux cas de cancer survenant au cours de la vie du patient font l'objet d'un enregistrement séparé si :

- Ils répondent aux critères relatifs à la topographie et au comportement de la tumeur définis ci-dessus ;
- Ils répondent à la définition de tumeur multiple :
  - Pour les Tumeurs solides : cf. **document d'aide à la codification « Tumeurs multiples » du Manuel d'Enregistrement des Tumeurs du RNC**
  - Pour les HM : cf. **Manuel d'enregistrement des Hémopathies Malignes du RNC**

4. Critères d'exclusion

- Patient qui a signalé son refus de participer au RNC.

Remarque N°1 : Métastases / Récidives :

- Si un nouveau patient se présente avec des métastases à distance ➔ Enregistrer la topographie de la tumeur primitive (si inconnue : C80.9).
- Si un patient déjà enregistré se présente avec des métastases à distance inconnues au moment du diagnostic de la tumeur primitive ➔ Enregistrer les métastases dans le suivi de la tumeur.
- Idem pour les récidives locorégionales.

Remarque N°2 : Cancers de la peau :

Au cours de la réunion du 9 mars 2017 avec le groupe de cliniciens « cancer de la peau », il a été décidé que :

- Année d'incidence 2013 : tous les cancers de la peau quels que soient leurs codes morphologiques (mélanomes, épidermoïdes, basocellulaires, carcinomes à cellules de Merkel) sont à enregistrer dans le RNC.
- Année d'incidence ≠ 2013 : parmi les tumeurs solides, seuls les mélanomes de la peau (C44*) sont à enregistrer dans le RNC.
- Hémopathies malignes de la peau (C44* ; Morphologie ≥ M-9590/3) sont à enregistrer dans le RNC à partir du 1er janvier 2014 (date de début d'enregistrement des hémopathies malignes).

5. Evolution des critères d'inclusion du RNC

Depuis sa création, les **critères d'inclusion du RNC** sont les suivants :

1) Nouveaux cas de cancers diagnostiqués **dans la population résidant au Luxembourg**, à partir du 1er janvier 2013 (2014 pour les HM). Ce critère constitue le socle commun à tous les registres du cancer basés sur la population. Il permet de calculer les indicateurs épidémiologiques (Incidence, prévalence, survie). Les sources hospitalières doivent notifier ces cas incidents au RNC indépendamment du lieu de prise en charge (diagnostic, traitement, suivi) : au Luxembourg ou à l'étranger, dans un autre hôpital, en soins ambulatoires…Le patient doit être connu de l'hôpital quel qu'en soit le motif (cancer ou autre pathologie). C'est sur ces cas incidents qu'est estimée l'exhaustivité du RNC.
2) Nouveaux cas de cancers diagnostiqués et/ou traités au Luxembourg **chez des personnes non-résidentes au moment du diagnostic**, à partir du 1er janvier 2013 (2014 pour les HM). Ce critère d'inclusion a été ajouté par le RNC compte-tenu de la forte proportion de patients frontaliers pris en charge par le système de santé luxembourgeois, afin d'avoir une vue de l'ensemble des patients pris en charge pour un cancer sur le territoire luxembourgeois.

L'évolution des critères d'inclusion a porté sur les caractéristiques des tumeurs à enregistrer, en particulier par rapport au comportement de la tumeur (par ex. certaines tumeurs /1 ou non-invasives) et à la définition des tumeurs multiples (par ex. liste des organes pairs, tumeurs urothéliales…).

L'évolution de l'enregistrement des nouveaux cas de cancer **: Passage d'ONCOLIN à ONCOLIN collaboratif :**

Le passage d'ONCOLIN à ONCOLIN collaboratif n'a pas changé les critères d'inclusion mais à modifier les modalités de création d'un nouveau cas :

- Chaque cas de cancer répondant aux critères d'inclusion devait être enregistré dans ONCOLIN : Création d'une fiche PATIENT **&** d'une fiche TUMEUR.
- Avec ONCOLIN Collaboratif, chaque cas de cancer répondant aux critères d'inclusion doit être enregistré : Création d'une fiche PATIENT ou ouverture d'une fiche PATIENT déjà existante et :
  - Si une fiche TUMEUR a déjà été créé par un autre hôpital : la fiche TUMEUR doit être complétée/modifiée si nécessaire.
  - Sinon, la fiche TUMEUR doit être créée.

Pour plus d'information : se reporter au **Guide des Bonnes pratiques collaboratives**

6. Remarques

6.1. Enregistrement d'un cas suspect de cancer

Se reporter au **Document d'aide à la codification « Enregistrement des cas suspects » du Manuel d'Enregistrement des Tumeurs du RNC.**

6.2. Enregistrement des cas confirmés de cancer lorsque les DMC ne disposent que de très peu d'information

Se reporter au **Guide des Bonnes Pratiques Collaboratives**

6.3. Autres remarques

- Règle générale d'enregistrement : Il vaut mieux enregistrer un cas de cancer en trop plutôt qu'un en moins. Avec les contrôles qualité, le RNC peut identifier les tumeurs en trop (Doublon, tumeur ne répondant aux critères d'inclusion, récidive ou métastase d'une tumeur déjà connue…). Par contre, un cancer qui n'est notifié au RNC par aucune source est un cancer définitivement perdu pour le RNC. Ceci a un impact sur l'exhaustivité du RNC.
- Pour tout nouveau cas incident, il faut également enregistrer ses antécédents de cancer, même s'ils sont antérieurs à 2013 (2014 pour les HM) et indépendamment du pays de résidence du patient au moment du diagnostic.
- Lorsqu'un patient présente un cancer, répondant aux critères d'inclusion mais dont la DI est inconnue, il faut essayer d'estimer au moins l'année d'incidence. Par exemple, si un courrier médical évoque un antécédent de cancer survenu il y a une dizaine d'années : l'année d'incidence = date du courrier moins 10 ans. La DI est une variable obligatoire dont au moins l'année doit être connue. Pour les cas sans aucune information sur la DI, il a été décidé de les enregistrer par convention avec DI : 1900.
- Les DMC peuvent enregistrer des tumeurs hors critères d'inclusion par rapport au comportement (par exemple /0 ou /1) en particulier lorsque le comportement a évolué au fil du temps. Cela permet aux DMC de ne pas se reposer la question de l'enregistrement ou pas de la tumeur à chaque fois qu'une nouvelle information apparait dans le dossier du patient. Si une telle tumeur est enregistrée, les DMC doivent lui attribuer le rang « 0 ».