

Manuel d'enregistrement des Tumeurs

Aide à la codification

Définitions : Date d'incidence ; Base de diagnostic

Version 2.1 du 25 mars 2023

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	16/06/2022	Mise à jour de la définition de la date d'incidence, en accord avec les recommandations de l'ENCR publiées en mars 2022. Cette mise à jour a été présentée lors de l'atelier DMC du 16/06/2022.
V2.1	25/03/2023	Mise à jour de la définition de la base de diagnostic, en accord avec les recommandations de l'ENCR publiées en octobre 2022. Cette mise à jour a été présentée lors de l'atelier DMC du 15/12/2022. Intégration et mise à jour du tableau « Combinaisons acceptables Morphologies spécifiques et bases de diagnostic non microscopiques ». Ce tableau était précédemment présenté dans un document d'aide à la codification séparé. Changement du nom du fichier « RNC_Définition DI & autres dates » en « RNC_Définitions_DI & Base de diagnostic ». Cette nouvelle version de la note explicative a été validée par l'ensemble des DMC lors de l'atelier du 23 mars 2023.

Sommaire

Tableau de mise à jour	2
Sommaire.....	3
1. Date d'incidence	4
Référence.....	4
Définition	4
Liste des évènements prioritaires – ENCR 2022	5
Liste des évènements prioritaires – ENCR 1997	6
Exemples de détermination de la DI.....	7
2. Base du diagnostic	8
Référence.....	8
Définition	8
Entrée en vigueur	8
Liste des codes pour la base de diagnostic – ENCR 2022	9
Principales modifications apportées par la recommandation ENCR 2022	10
Liste des codes pour la base de diagnostic – ENCR 1999	11
Règles et explications	12
Cancers enregistrables avec une morphologie spécifique mais sans confirmation microscopique.....	15
3. Date du diagnostic	20
4. Date du prélèvement	20
Annexe	21
Combinaisons acceptables morphologies spécifiques et bases du diagnostic non microscopiques.....	21

1. Date d'incidence

Référence

La date d'incidence (DI) est une variable obligatoire pour le RNC et répondant à une définition internationale. C'est à partir de la DI que sont estimés les indicateurs épidémiologiques (incidence, prévalence, survie).

L'European Network of Cancer Registries (ENCR) a publié une 1^{ère} définition en 1995, révisée en **1997**.

Pheby D, Martinez C, Roumagnac M, Schouten L. Recommendations for coding Incidence Date. ENCR; 1997. <https://encr.eu/sites/default/files/pdf/incideng.pdf>

En **2022**, une nouvelle recommandation a été publiée par l'ENCR pour tenir compte des nouvelles méthodes diagnostiques. Les mises à jour ont porté sur la liste des événements prioritaires permettant de déterminer la DI.

ENCR Recommendations for coding Incidence Date – 2022.
https://encr.eu/sites/default/files/Recommendations/ENCR%20Recommendation%20DOI%20Mar2022_FR.pdf

Définition

La DI est la date du 1^{er} événement survenu qui a permis de poser le diagnostic de tumeur primitive. Les événements potentiels sont classés par ordre prioritaire.

La DI est la date du 1^{er} événement survenu parmi les événements prioritaires énumérés ci-après.

Si un événement de priorité supérieure survient **au cours des trois mois** suivant la date initialement choisie, la date de l'événement de priorité supérieure est retenue.

Si un événement de priorité supérieure survient **au-delà des trois mois** suivant la date initialement choisie, la date initialement choisie est retenue.

La date d'incidence ne peut pas être antérieure à la date de naissance. En cas de diagnostic anténatal de la tumeur ➔ « Date d'incidence » = « Date de naissance ».

La date d'incidence ne peut pas être postérieure à la date du décès.

La date d'incidence ne doit pas être postérieure à la date du début du traitement, ou à la date où la décision a été prise de ne pas traiter.

Le choix de la date d'incidence ne détermine en aucun cas le codage de l'item "Base de diagnostic".

La date est codée sous le format jour/mois/année.

Liste des événements prioritaires – ENCR 2022

Cette liste des événements prioritaires doit être utilisée pour les nouveaux diagnostics de cancer **à partir de l'année d'incidence 2022.**

Événements par ordre décroissant de priorité (Changements par rapport à la liste de 1997):

1. Date de la **1^{ère} confirmation histologique ou cytologique** (y compris cytométrie de flux, biopsie en milieu liquide) de la pathologie maligne (exception faite de l'histologie ou la cytologie obtenue au cours d'une autopsie). Cette date sera, dans l'ordre suivant:
 - (a) Date de prélèvement du spécimen (biopsie ou intervention chirurgicale)
 - (b) Date de réception du prélèvement par le pathologiste
 - (c) Date du rapport pathologique.
2. Date du **1^{er} test génomique / moléculaire positif** pour le diagnostic de la pathologie maligne
3. Date de la **1^{ère} admission** dans un établissement de soin pour la pathologie maligne.
4. Si la prise en charge est uniquement ambulatoire : date de la **1^{ère} consultation** avec un médecin (spécialiste ou généraliste) pour la pathologie maligne.
5. Date de diagnostic autre que les situations 1, 2, 3 ou 4, par exemple :
 - (a) Date du **1^{er} marqueur tumoral diagnostique positif** pour la pathologie maligne
 - (b) Date de la **1^{ère} imagerie** (inclus PET, CT-scan ou IRM) diagnostiquant la pathologie maligne
 - (c) Date de la RCP réalisée pour la pathologie maligne
6. **Date du décès**, s'il n'existe aucune autre information que celle qui notifie que le patient est décédé d'une pathologie maligne.
7. **Date du décès**, si la pathologie maligne est découverte lors d'une autopsie.

Quelques exemples

2. Date du 1^{er} test génomique / moléculaire positif pour le diagnostic de la pathologie maligne

Exemples de tests moléculaires utilisables pour définir la DI :

- Réarrangement des récepteurs des cellules T → Lymphome des cellules T
- Gène de fusion BCR-ABL (chromosome Philadelphie) → Leucémie myéloïde chronique, leucémie lymphoblastique aiguë, et leucémie myéloïde aiguë
- Mutation du gène JAK2 → néoplasies myéloprolifératives
- Gène de fusion PML / RAR α → Leucémie aiguë promyélocytaire
- ADN tumoral circulant (ctDNA) → dépistage et diagnostic du cancer à l'avenir

5. Date du diagnostic autre que les situations 1, 2, 3 ou 4, par exemple:

(a) Date du 1^{er} marqueur tumoral diagnostique positif pour la pathologie maligne

Exemples:

- α FP pour le cancer du foie
- Calcitonine pour le cancer médullaire de la thyroïde
- Chromogranine A pour les tumeurs neuroendocrines....

Liste des événements prioritaires – ENCR 1997

Cette liste des événements prioritaires doit être utilisés pour les nouveaux diagnostics de cancer jusqu'à l'année d'incidence 2021 incluse.

Événements par ordre décroissant de priorité :

1. Date de la **1^{ère} confirmation histologique ou cytologique** de la pathologie maligne (exception faite de l'histologie ou la cytologie obtenue au cours d'une autopsie). Cette date sera, dans l'ordre suivant:
 - (a) Date de prélèvement du spécimen (biopsie ou intervention chirurgicale)
 - (b) Date de réception du prélèvement par le pathologiste
 - (c) Date du rapport pathologique.
2. Date de la **1^{ère} admission** dans un établissement de soin pour la pathologie maligne.
3. Si la prise en charge est uniquement ambulatoire : date de la **1^{ère} consultation** avec un médecin (spécialiste ou généraliste) pour la pathologie maligne.
4. Date de diagnostic autre que les situations 1, 2, ou 3
5. **Date du décès**, s'il n'existe aucune autre information que celle qui notifie que le patient est décédé d'une pathologie maligne.
6. **Date du décès**, si la pathologie maligne est découverte lors d'une autopsie.

Exemples de détermination de la DI

Exemple N°1:

12/02/2012 : résultat de cytologie : cellules malignes

25/03/2012 : examen anatomopathologique : adénocarcinome

Date d'incidence : 12/02/2012 (= date de confirmation cytologique de la malignité)

Exemple N°2 :

12/02/2012 : consultation chez le spécialiste : confirmation clinique de cancer

25/03/2012 : examen anatomopathologique : adénocarcinome

Date d'incidence : 25/03/2012 (=date de confirmation histologique, au cours des 3 mois après la confirmation clinique)

Exemple N°3 :

04/04/2012 : diagnostic clinique

05/07/2012 : diagnostic histologique

Date d'incidence : 04/04/2012 (confirmation histologique survenue plus de 3 mois après le diagnostic clinique).

Une biopsie peut donner des résultats de cytologie ou d'histologie :

Biopsie ou cytologie + opération chirurgicale moins de 3 mois après la biopsie

- Si cytologie (résultats de la cytologie: suspect) → Coder date d'incidence = date de la cytologie.
- Si histologie (résultats de la biopsie : adénocarcinome) → Coder date d'incidence = date de la biopsie.

Biopsie (cytologie ou histologie) avec une suspicion de cancer + une confirmation du cancer (opération) plus de 3 mois après la biopsie → Coder date d'incidence = date de la biopsie

Si cytologie (résultat non contributif / indéterminé / caractère malin non déterminé) + histologie (confirmation cancer) après la cytologie → Coder date d'incidence = date de l'histologie (quel que soit le délai entre date cytologie et date histologie).

2. Base du diagnostic

Référence

La base de diagnostic est une variable obligatoire pour le RNC et répondant à une définition internationale.

L'*European Network of Cancer Registries* (ENCR) a publié une 1^{ère} définition en **1999**.

Recommendations for coding Basis of diagnosis. ENCR; 1999.

<https://encr.eu/sites/default/files/pdf/basisd.pdf>

En **2022**, une nouvelle recommandation a été publiée par l'ENCR pour tenir compte des nouvelles méthodes diagnostiques et être en cohérence avec la nouvelle définition de la date d'incidence, publiée également en 2022..

ENCR Recommendations for coding Basis of diagnosis – 2022.

https://encr.eu/sites/default/files/Recommendations/ENCR%20Recommendation%20BoD_Oct2022_FR.pdf

Définition

La base du diagnostic indique la procédure diagnostique la plus valide utilisée pour confirmer la tumeur primitive.

L'objectif de la base de diagnostic est de fournir un niveau de certitude quant au diagnostic du cancer. Ceci est particulièrement important en l'absence de confirmation anatomopathologique du cancer. La proportion de diagnostics cliniques (base de diagnostic 1-4) est un indicateur de la qualité des données. Si une proportion élevée de diagnostics cliniques dans un registre du cancer peut refléter le niveau de réalisation des examens cliniques et anatomopathologiques dans la zone d'enregistrement, notamment dans les pays en développement, elle peut également indiquer une surestimation de l'incidence du cancer. A l'inverse, dans les registres où la proportion de diagnostics cliniques est très faible, l'incidence du cancer peut être sous-estimée.

Entrée en vigueur

Les recommandations publiées en octobre 2022 doivent être appliquées à toutes les tumeurs **à partir de l'année d'incidence 2023.**

Liste des codes pour la base de diagnostic – ENCR 2022

Tableau 1 : Codes pour la base de diagnostic à utiliser à partir de l'année d'incidence 2023.

(Changements par rapport aux codes de 1999)

Code	Libellé	Signification
<u>Base du diagnostic non-microscopique</u>		
0	Certificat de décès seul (DCO)	Les informations fournies proviennent d'un certificat de décès.
1	Clinique	Diagnostic effectué avant le décès, mais sans aucun des éléments suivants (codes 2-8).
2	Investigations cliniques	Toutes les techniques de diagnostic, y compris la radiographie, l'endoscopie, l'imagerie, l'échographie, la chirurgie exploratoire (comme la laparotomie) et l'autopsie, sans diagnostic tissulaire.
4	Marqueurs tumoraux spécifiques	Y compris les marqueurs biochimiques et/ou immunologiques qui sont spécifiques d'un site tumoral (cf. Tableau 4).
<u>Base du diagnostic microscopique</u>		
5	Cytologie	Examen de cellules provenant d'un site primitif ou secondaire, y compris les fluides aspirés par endoscopie ou par aiguille ; comprend également l'examen microscopique de sang périphérique et de ponction de moelle osseuse, l'immunophénotypage par cytométrie de flux et la biopsie liquide [#] en l'absence d'anatomopathologie.
6	Histologie d'une métastase	Examen histologique d'un tissu provenant d'une métastase, dont les prélèvements au cours d'une autopsie.
7	Histologie de la tumeur primitive	Examen histologique du tissu provenant de la tumeur (primitive ou métastatique), quel que soit le mode d'obtention, y compris toutes les techniques de coupe et les biopsies de moelle osseuse ; comprend également les tissus prélevés lors d'une autopsie.
8	Tests cytogénétiques ou moléculaires	Détection d'anomalies génétiques spécifiques à la tumeur ou de modifications génétiques dans la tumeur, y compris des techniques telles que le caryotypage, la FISH (hybridation in situ en fluorescence), la PCR (réaction en chaîne par polymérase), le séquençage de l'ADN.
9	Inconnu	

[#] Une biopsie liquide est un échantillon de sang ou d'un autre fluide corporel utilisé pour détecter la présence de cellules cancéreuses ou de fragments d'ADN de cellules tumorales

Tableau 2 : Codes complémentaires pour les cas diagnostiqués par histologie à partir de l'année d'incidence 2023.

Code	Libellé	Signification
7.1	Histologie de la tumeur primitive	Examen histologique du tissu provenant de la tumeur primitive, quel que soit le mode d'obtention, y compris toutes les techniques de coupe et les biopsies de moelle osseuse.
7.2	Histologie d'une métastase	Pas d'histologie de la tumeur primitive.
7.3	Histologie obtenue à l'autopsie	pas d'histologie avant l'autopsie.

Remarque : le code « 7.2 » correspond à l'ancien code « 6 = Histologie d'une métastase »

Principales modifications apportées par la recommandation ENCR 2022

- La catégorie 6 - « Histologie d'une métastase » a été supprimée.
- Une nouvelle catégorie a été ajoutée : 8 – « Tests cytogénétiques ou moléculaires. »
- La catégorie 7 a été reformulée et comprend maintenant des sous catégories :
 - 7.1 Histologie de la tumeur primitive
 - 7.2 Histologie d'une métastase
 - 7.3 Histologie obtenue à l'autopsie

Ces sous-catégories sont optionnelles mais l'ENCR s'attend à ce qu'elles soient utilisées.

Liste des codes pour la base de diagnostic – ENCR 1999

Codes pour la base de diagnostic à utiliser jusqu'à l'année d'incidence 2022 incluse.

Code	Libellé	Signification
<u>Base du diagnostic non-microscopique</u>		
0	Certificat de décès uniquement	La seule information disponible provient du certificat de décès
1	Clinique	Diagnostic fait avant le décès, mais sans un des moyens des modalités de réponses 2 à 7. Seuls l'anamnèse et l'examen clinique ont été faits
2	Investigation clinique	Inclure toutes les techniques diagnostiques, dont la radiologie, l'endoscopie, l'imagerie, l'échographie, la chirurgie exploratoire (ex. laparotomie) et l'autopsie, sans un diagnostic tissulaire.
4	Biomarqueurs tumoraux spécifiques	Inclure les marqueurs biochimiques et/ou immunologiques spécifiques d'une localisation tumorale (ex. hCG, PSA, α FP, HVA, VMA, Ig)
<u>Base du diagnostic microscopique</u>		
5	Cytologie	Examen de cellules provenant d'une localisation primitive ou secondaire, incluant les liquides d'aspiration sous endoscopie ou par aiguille. Inclure l'examen microscopique du sang et l'aspiration de la moelle osseuse.
6	Histologie d'une métastase	Examen histologique d'un tissu provenant d'une métastase, dont les prélèvements au cours d'une autopsie.
7	Histologie de la tumeur primitive	Examen histologique d'un tissu provenant d'une tumeur primitive, quelle que soit la méthode de prélèvement, dont les biopsies de la moelle osseuse.
9	Inconnu	

Règles et explications

Règles générales

- Les codes pour la base de diagnostic sont hiérarchiques : le code le plus élevé (en dehors du code « 9 ») correspond à la base du diagnostic la plus valide.
- Les codes 1 à 4 correspondent à des bases de diagnostic non-microscopiques, et les codes 5 à 8 (à 7 si DI < 01/01/2023) correspondent à des bases de diagnostic microscopiques.
- Si plusieurs techniques pour établir le diagnostic ont été utilisées, la base du diagnostic la plus valide est établie selon l'ordre de priorité croissant : 1 < 2 < 4 < 5 < 6 < 7 < 8, la modalité de réponse « 8 = Tests cytogénétiques ou moléculaires » étant la base la plus fiable (Modalité de réponse « 7 histologie de la tumeur primitive » si DI < 01/01/2023).
- Une biopsie peut donner des résultats de cytologie ou d'histologie :
 - Si cytologie (résultats de la biopsie: tumeur maligne) → Coder « 5 »
 - Si histologie (résultats de la biopsie : adénocarcinome) → Coder « 7 »
- Il n'y a pas de notion de temps pour la détermination de la base du diagnostic.
- Le choix de la base de diagnostic la plus valide ne détermine en aucun cas le codage de l'item "Date d'incidence ".

Exemple :

12/02/2022 : résultat de cytologie : cellules malignes

25/03/2022 : examen anatomopathologique : adénocarcinome

Date d'incidence : 12/02/2022 (= date de confirmation cytologique de la malignité)

Base du diagnostic : « 7 » (= histologie de la tumeur primitive)

Code de la base de diagnostic = « 0 »

- Utiliser le code 0 lorsque la recherche du cancer à partir du certificat de décès n'est pas possible. Les cas DCO doivent être enregistrés avec le code morphologique 8000, sauf si le code morphologique peut être déduit du code CIM (C43 [8720/3], C45 [9050/3], C46 [9140/3] et C81-C96/D45-D47 [9590/3-9989/3]) ou du texte du certificat de décès (par exemple, "adénocarcinome de l'estomac" ou "rhabdomyosarcome"). Ce code n'est en principe utilisé que par l'équipe du RNC après croisement de la base de données RNC avec celle des certificats de décès.

Codes de la base de diagnostic = « 1 ou 2 »

- Le code **1** ne doit être utilisé que pour les cancers qui ne sont détectés que par un examen clinique.
 - Cela inclut les cancers de la tête et du cou, de l'œil, du sein, de la peau et des tissus mous superficiels, des organes génitaux externes, du vagin, du col de l'utérus, de l'anus, du rectum et de la prostate.
 - Il est pratiquement impossible de diagnostiquer un cancer dans la plupart des organes internes (tels que le poumon, l'estomac, le côlon ou le rein) par le seul examen clinique, mais de rares exceptions sont possibles.
- Le code **2** est généralement non applicable pour le diagnostic des Hémopathies malignes.
- Les codes **1 et 2** peuvent être utilisés lorsqu'un diagnostic de cancer est au moins probable ("probablement un cancer").
 - Si les examens cliniques révèlent qu'un diagnostic de cancer est possible, le cas ne doit pas être enregistré en l'absence de confirmation cytologique ou histologique (base de diagnostic **5-8**).
- Les cancers enregistrés avec une base de diagnostic **1 ou 2** doivent être enregistrés avec le code morphologique 8000/3 (8000/0 ou 8000/1 pour les tumeurs bénignes ou imprévisibles du système nerveux central). Les exceptions à cette règle sont énumérées dans le **tableau 3**.
 - Ces exceptions ne s'appliquent qu'aux cas pour lesquels le diagnostic spécifique est au moins probable.
 - Si un diagnostic spécifique n'est que "possible" ou si plus d'un diagnostic est mentionné dans le dossier médical, le cas doit être enregistré avec le code morphologique 8000/3 (8000/0 ou 8000/1 pour les tumeurs bénignes ou imprévisibles du système nerveux central).
- Les cas qui peuvent être enregistrés avec une morphologie spécifique sur base d'informations cliniques (= **1**) ou d'investigations cliniques (= **2**) comprennent:
 - Tumeurs solides pédiatriques
 - NET
 - Mélanomes
 - Carcinome hépatocellulaire
 - SNC (dont les lymphomes et les tératomes)
 - Sarcomes
 - Cholangiocarcinome

Code de la base de diagnostic = « 4 = marqueurs tumoraux spécifiques »

- Le code **4** (marqueurs tumoraux spécifiques) doit toujours être utilisé en association avec un diagnostic clinique de cancer et/ou une investigation clinique révélant un cancer, car de nombreux marqueurs tumoraux, comme par exemple l'antigène spécifique de la prostate (PSA), peuvent également être augmentés en l'absence de cancer.
- Les cancers qui peuvent être enregistrés avec une base de diagnostic **4** sont énumérés dans le **tableau 4**.

Code de la base de diagnostic = « 5= cytologie »

- La cytométrie en flux est souvent utilisée pour le diagnostic des leucémies et des lymphomes, par exemple la leucémie lymphocytaire chronique.
- Si une anomalie génétique spécifique du cancer est découverte au moyen d'une biopsie liquide (en association avec un diagnostic clinique de cancer, mais en l'absence de confirmation anatomopathologique), la base de diagnostic 5 doit être utilisée.
- Quand on ne sait pas si la cytologie a été faite à partir d'un examen des cellules de la tumeur primitive ou d'une métastase → Coder « 5 »
- Quand on ne sait pas s'il s'agit d'une cytologie ou d'une histologie → Coder « 5 »

Code de la base de diagnostic = « 7= histologie »

- Quand on ne sait pas si l'examen histologique a été fait à partir d'un tissu provenant d'une métastase ou de la tumeur primitive → Coder « 7 »

Code de la base de diagnostic = « 8= Tests cytogénétiques ou moléculaires »

- La base de diagnostic « 8 » : Détection d'anomalies génétiques spécifiques à la tumeur ou de modifications génétiques dans la tumeur, y compris des techniques telles que le caryotypage, la FISH (hybridation in situ en fluorescence), la PCR (réaction en chaîne par polymérase), le séquençage de l'ADN.
- La base de diagnostic « 8 » doit être associée à une **cytologie / histologie**.
- De nombreuses tumeurs présentent des anomalies génétiques. Seules quelques-unes sont spécifiques de certains cancers. La base de diagnostic 8 ne doit être utilisée que lorsque **l'anomalie génétique est spécifique de ce cancer**.
- Dans la plupart des cas, l'anomalie doit être présente (par exemple, LMC, BCR-ABL1+ : 9875/3), mais il existe également des diagnostics de cancer qui sont caractérisés par **l'absence d'anomalie génétique** (par exemple, glioblastome IDH sauvage : 9445/3). La base de diagnostic 8 s'applique aux deux exemples.
- Exemples :
 - Leucémie myéloïde aiguë, inv(16)(p13;q22)
 - Leucémie myéloïde aiguë avec t(8;21)(q22;q22); RUNX1-RUNX1T1
 - Medulloblastome, SHH-activé et TP53-sauvage
 - Oligodendrogliome, IDH-muté et 1p/19q-codélété
 - Néoplasie myéloïde avec réarrangement PDGFRB
 - Pas encore de code spécifique dans la CIM-O-3.2:
 - Sarcome CIC-réarrangé
 - Sarcome à cellules rondes avec EWSR1-non-ETS fusions

Cancers enregistrables avec une morphologie spécifique mais sans confirmation microscopique.

Les **tableaux 3 & 4** de la recommandation ENCR 2022 présentent les cancers enregistrables avec une morphologie spécifique :

- Sur la base d'informations cliniques (base de diagnostic **1**) (**Tableau 3**)
- Ou d'investigations cliniques (base de diagnostic **2**) (**Tableau 3**)
- Et les cancers diagnostiquables sur la base d'un marqueur tumoral élevé (base de diagnostic **4**), en combinaison avec les investigations cliniques. (**Tableau 4**)

Les **tableaux 3 & 4** remplacent le tableau précédemment disponible dans le document d'aide à la codification « Combinaisons acceptables morphologies spécifiques et bases de diagnostic non microscopiques ».

L'ancien tableau est en annexe de ce document, car il apporte certains critères cliniques complémentaires qui peuvent orienter la discussion (ex. Hémangioblastome : Signe en faveur : syndrome de Von-Hippel-Lindau).

Tableau 3 : Cancers enregistrables avec une morphologie spécifique sur la base d'informations cliniques (base de diagnostic **1**) ou d'investigations cliniques (base de diagnostic **2**).

Type de cancer	Base de diagnostic	Code topographique	Code morphologique
Mélanome			
▪ Mélanome cutané	1	C44	8720/3
▪ Mélanome de l'œil	1 ou 2	C69.0, C69.3, C69.4	8720/3
Tumeurs solides de l'enfant (âge <15)			
▪ Néphroblastome	2	C64	8960/3
▪ Hépatoblastome	2	C22	8970/3
▪ Rétinoblastome	1 ou 2	C69.2	9510/3
Carcinome hépatocellulaire	2	C22.0	8170/3
Cholangiocarcinome	2	C22.1, C24.0, C24.9	8160/3
Tumeurs neuroendocrines (TNE) non fonctionnelles			
▪ TNE non fonctionnelle du pancréas	2	C25.4	8150/3
▪ TNE non fonctionnelle de l'intestin grêle	2	C17	8240/3
Néoplasme intracanalair mucineux et papillaire	2	C25	8453/2, 8453/3
Sarcome			
▪ Sarcome, sans autre indication	2	*	8800/3
▪ Liposarcome	2	*	8850/3
▪ Léiomyosarcome	2	*	8890/3
▪ Angiosarcome	1** ou 2	*	9120/3
▪ Sarcome de Kaposi cutané	1	C44	9140/3
▪ Ostéosarcome	2	C40, C41	9180/3
▪ Chondrosarcome	2	C40, C41	9220/3
▪ Chordome	2	C41.0	9370/3
Tumeurs du système nerveux central			
▪ Tératome mature, tératome kystique	2	C71, C75.1, C75.3	9080/0
▪ Tératome, SAI	2	C71, C75.1, C75.3	9080/1
▪ Tératome immature, tératome malin	2	C71, C75.1, C75.3	9080/3
▪ Hémangioblastome	2	C71, C72.0	9161/1
▪ Craniopharyngiome	2	C75.2	9350/1
▪ Pinéalome	2	C75.3	9360/1

Type de cancer	Base de diagnostic	Code topographique	Code morphologique
▪ Pinéaloctome	2	C75.3	9361/1
▪ Pinéoloblastome	2	C75.3	9362/3
▪ Gliome, SAI	2	C71, C72.0	9380/39
▪ Gliome de bas grade	2	C71, C72.0	9380/32
▪ Gliome de haut grade	2	C71, C72.0	9380/33
▪ Gliome sous-épendymaire	2	C71.5, C71.7	9383/1
▪ Astrocytome sous-épendymaire à cellules géantes	2	C71.5, C71.7	9384/1
▪ Papillome des plexus choroïdes	2	C71.5, C71.7	9390/0
▪ Papillome atypique des plexus choroïdes	2	C71.5, C71.7	9390/1
▪ Carcinome des plexus choroïdes	2	C71.5, C71.7	9390/3
▪ Ependymome	2	C71.5, C71.7, C72.0	9391/3
▪ Ependymome anaplasique	2	C71.5, C71.7, C72.0	9392/3
▪ Ependymome myxopapillaire	2	C72.0, C72.1	9394/1
▪ Tumeur papillaire de la région pinéale	2	C75.3	9395/3
▪ Astrocytome, SAI	2	C71, C72.0	9400/39
▪ Astrocytome de bas grade	2	C71, C72.0	9400/32
▪ Astrocytome de haut grade / anaplasique	2	C71, C72.0	9400/33
▪ Astrocytome desmoplasique infantile / gangliogliome desmoplasique infantile	2	C71	9412/1
▪ Tumeur neuroépithéliale dysembryoplasique	2	C71	9413/0
▪ Astrocytoma pilocytique	2	C71, C72.0	9421/1
▪ Gliome du nerf optique, gliome du chiasma optique chez l'enfant	2	C72.3	9421/1
▪ Glioblastome	2	C71, C72.0	9440/3
▪ Oligodendrogliome, SAI	2	C71	9450/39
▪ Oligodendrogliome de bas grade	2	C71	9450/32
▪ Oligodendrogliome de haut grade / anaplasique	2	C71	9450/33
▪ Médulloblastome, SAI	2	C71.6	9470/3
▪ Tumeur neuroectodermique primitive centrale (CPNET), SAI	2	C71, C72.0	9473/3
▪ Gangliocytome	2	C71, C72.0, C75.1	9492/0
▪ Gangliocytome dysplasique du cervelet	2	C71.6	9493/0
▪ Gangliogliome	2	C71, C72.0	9505/1

Type de cancer	Base de diagnostic	Code topographique	Code morphologique
▪ Neurocytome	2	C71	9506/1
▪ Tumeur neuronale multinodulaire à vacuoles	2	C71	9509/0
▪ Tumeur glioneuronale	2	C71, C72.0	9509/1
▪ Méningiome, SAI	2	C70	9530/0
▪ Méningiome atypique	2	C70	9539/1
▪ Méningiome anaplasique (malin)	2	C70	9530/3
▪ Schwannome	2	C72.4, C72.5	9560/0
Hémopathies malignes			
▪ Lymphome primitif du système nerveux central	2	C71	9590/3
▪ Histiocytose à cellules de Langerhans	2	C34, C41, C71***	9751/3

* Les sarcomes peuvent être localisés à n'importe quel endroit, mais ils surviennent principalement dans les tissus mous, y compris le rétropéritoine et le médiastin.

** Angiosarcome du sein (peau du sein) après radiothérapie du sein.

*** D'autres sites possibles.

D'autres cancers spécifiques (ne figurant pas dans cette liste) peuvent être diagnostiqués par des investigations cliniques ; un code morphologique spécifique ne doit être appliqué qu'après évaluation du cas par un expert en codage du registre du cancer → cas à discuter en atelier.

Tableau 4 : Cancers diagnostiqués sur la base d'un marqueur tumoral élevé (base de diagnostic 4) (en combinaison avec des investigations cliniques).

Type de cancer	Marqueur tumoral	Code morphologique
Cancer colorectal	Antigène carcino-embryonnaire (ACE)	8000/3
Carcinome hépatocellulaire	Alpha-foetoprotéine (AFP)	8170/3
Cancer pancréatique, de la vésicule biliaire / des voies biliaires	Antigène carbohydre 19-9 (CA 19-9)	8000/3
cancer de l'ovaire	Antigène carbohydre 125 (CA-125)	8000/3
Cancer de la prostate	Antigène spécifique prostatique (PSA)	8000/3
Choriocarcinome du placenta	Gonadotrophine chorionique humaine (HCG)	9100/3
Tumeurs germinales	HCG	9064/3
	AFP (+/- HCG)	9065/3
Tumeur neuroendocrine	Chromogranine A	8240/3
Tumeurs neuroendocrines fonctionnelles (à l'exclusion des tumeurs de l'hypophyse)	Insuline	8151/3
	Glucagon	8152/3
	Gastrine	8153/3
	Peptide intestinal vasoactif (VIP)	8155/3
	Somatostatine	8156/3
	Sérotonine	8241/3
	Hormone adrénocorticotrope (ACTH) et autres hormones	8158/3
Carcinome médullaire de la thyroïde	Calcitonine	8345/3
Neuroblastome	Produits de dégradation des catécholamines (acide homovanilique [HVA], acide vanillylmandélique [VMA])	9500/3
Prolactinome	Prolactine	8271/3
Autres tumeurs fonctionnelles de l'hypophyse	Hormone de croissance, hormone folliculostimulante (FSH), hormone lutéinisante (LH), ACTH, hormone stimulante de la thyroïde (TSH)	8272/0
Phéochromocytome	Catécholamines, chromogranine A	8700/3
Myélome multiple	Protéine monoclonale (IgG, IgM, IgA) >30g/L	9732/3
Macroglobulinémie de Waldenström	IgM	9761/3

3. Date du diagnostic

Pour les cliniciens, la date du diagnostic est le plus souvent la date de confirmation histologique du diagnostic de cancer. Elle peut être basée sur un résultat de cytologie, d'histologie ou d'un examen anatomopathologique d'une pièce opératoire. Elle devrait correspondre à la date du prélèvement, et non pas à la date de réception du compte-rendu.

Cette date n'est pas collectée au niveau du RNC, car tous les cancers n'ont pas été confirmés histologiquement, et il n'y a pas de définition internationale de la date de diagnostic. Pour un registre, lorsque l'on parle de date du diagnostic, on fait référence à la date d'incidence.

4. Date du prélèvement

Dans le RNC, certaines dates de prélèvement sont collectées.

Pour tous les cancers :

Si une intervention chirurgicale de la tumeur primitive a été réalisée en tant que traitement initial, la **date de l'opération** est collectée. Si la tumeur a été réopérée au cours du traitement initial, toutes les dates des interventions sont collectées.

Un traitement est considéré comme faisant partie du traitement initial:

- S'il est initié au cours des 6 premiers mois suivant la date d'incidence.
- Ou, en cas de traitement séquentiel, au cours des 3 mois suivant le dernier jour du traitement précédent.

Le traitement initial peut être à visée curative ou palliative.

Cancer du sein :

Date de la cytologique : date de la 1^{ère} cytologie réalisée au cours du bilan initial. Le prélèvement a été fait sur la tumeur primitive et/ou une adénopathie régionale et/ou une métastase à distance.

Date de la biopsie : date de la 1^{ère} biopsie réalisée au cours du bilan initial. Le prélèvement a été fait sur la tumeur primitive et/ou une adénopathie régionale et/ou une métastase à distance.

Cancer du poumon :

Date de la cytologique : définition idem.

Date de la biopsie : définition idem.

Cancer de la prostate :

Date de la biopsie : définition idem.

Le bilan initial est fait au cours des 3 mois précédant la date d'incidence, ou au cours des 3 mois suivant la date d'incidence, mais avant la mise en route de tout traitement initial de la tumeur primitive (chirurgie, radiothérapie, chimiothérapie, hormonothérapie, thérapie cible) (cf. Document d'aide à la codification « Bilans, traitement initial & délais)

Annexe

Combinaisons acceptables morphologies spécifiques et bases du diagnostic non microscopiques

Document d'aide à la codification du RNC – version du 18/05/2017

Code M	Libellé	BD la plus valide	Critères RNC
9384/1	Astrocytome sous-épendymaire à cellules géantes	2	Patient avec sclérose tubéreuse
9421/1	Astrocytome pilocytique	2	Topo = C71 Age = 0-14 ans Diagnostic par neuro-radiologue
8170/3	Carcinome hépatocellulaire	4	AFP élevée > 200 ng/ml
9100/3	Choriocarcinome	4	Sexe = femme Age = 15-49 ans HCG élevé (en général > 100 000 /U dans l'urine)
9350/1	Craniopharyngiome	2	Topo = C75.1 ou C75.2
9380/3	Gliome	2	Topo = C71.7
9161/1	Hémangioblastome	2	Topo = C71.6 ou C71.7 ou C72.0 Diagnostic par neuro-radiologue Signe en faveur : syndrome de Von-Hippel-Lindau
8150/3 – 8154/3	Insulinome, glucagonome gastrinome	4	
9590/3	Lymphome SAI	1 ou 2	Topo = C71
9761/3	Macroglobulinémie de Waldenström	4	Age ≥ 50 ans Globuline du sérum élevée (IgM > 10g/l)
8720/3	Mélanome	1 ou 2	
9530/0 – 9539/3	Méningiome	2	Topo = C70
9732/3	Myélome	4	Age ≥ 40 ans + cf. manuel codification HM dans le RNC
8960/3	Néphroblastome	2	Age = 0-8 ans
9560/0	Neurinome	2	Topo = C72.4 ou C72.5 Signe en faveur : neurofibromatose type II
9500/3	Neuroblastome	2 ou 4	Age = 0-9 ans
9510/3	Rétinoblastome	2	Age = 0-5 ans
9140/3	Sarcome de Kaposi	1 ou 2	HIV positif
8800/3	Sarcome SAI	2	
8270/0 – 8281/3	Tumeurs pituitaires	4	Topo = C75.1

ENCR.JRC Technical Reports. A proposal on Cancer Data Quality Checks: one common procedure for European Cancer Registries. November 2014. Disponible sur :

<http://publications.jrc.ec.europa.eu/repository/bitstream/JRC93456/lbna27008enn.pdf>

Guides d'enregistrement et de codage FRANCIM, Fiche synthétique sur les cas sans confirmation microscopique version 1.00 d'octobre 2016