



Silvia Patriarca  
Registro Tumori Piemonte  
Cpo Piemonte



# I tumori della vescica

## Tecniche di registrazione



# Una premessa

---

- Registrare il cancro della vescica è facilissimo; forse è la neoplasia che pone meno problemi nell'individuazione e nella codifica dei casi.
  - Più complesso è interpretare i dati che dalle procedure di registrazione derivano.
  - Per questo motivo la presentazione si dividerà in due parti: nella prima parte esamineremo le regole “nude e crude”, nella seconda cercheremo di capire storicamente il perché di queste regole e proveremo a verificarne le conseguenze nell'analisi dei dati.
-

# Cosa devo registrare?

---

- ❑ Tutti i tumori maligni, esattamente come per le altre sedi.
    - ❑ Quindi, dovrò registrare tutti gli adenocarcinomi, tutti i carcinomi squamosi, tutti i sarcomi etc. etc.
    - ❑ E naturalmente dovrò registrare i carcinomi dell'urotelio, che sono le forme di gran lunga più frequenti in questa sede, siano essi invasivi, in situ o papillari non infiltranti.
-

# Che data di incidenza devo attribuire?

---

- La data della prima diagnosi morfologica certa della neoplasia, esattamente come per le altre sedi.
- E poi, a scendere, secondo la scala gerarchica delle regole internazionali di attribuzione della data di incidenza.

**E se il tumore recidiva?  
E' una recidiva, quindi non  
devo registrarla.**

---

# Che codice topografico devo attribuire?

---

## C67.

- 0 Trigono
- 1 Apice
- 2 Parete laterale
- 3 Parete anteriore
- 4 Parete posteriore
- 5 Collo
- 6 Orificio uretrale
- 7 Uraco
- 8 Lesione sconfinante
- 9 Non specificato

**Non diventiamo  
pazzi, però, per  
ricercare la sottosedo;  
nel caso dei tumori  
vescicali non ha  
grande rilevanza!**

# Che codice morfologico devo attribuire?

---

- Il codice a 4 cifre corrispondente al tipo istologico della neoplasia
  - La quinta cifra che indica il comportamento (e qui le cose si complicano un pochino, ma le regole ci aiutano...)
    - La sesta cifra che indica il grading.

**Esattamente come per tutte  
le altre neoplasie!**

---

# E veniamo alle peculiarità...

## Registrazione dei casi

---

- Per la vescica (e solo per la vescica) i tumori a comportamento incerto, che in realtà sono di incerta infiltrazione, e i tumori in situ vengono calcolati in incidenza e pertanto il caso viene inserito nell'anno di prima diagnosi di tumore vescicale, sia esso infiltrante o meno.
  
  - Ne consegue che
    - a) i tumori vescicali vanno registrati tutti
    - b) i codici vanno attribuiti con attenzione
    - c) non è possibile cambiare la data di incidenza quando un tumore da in situ diventa infiltrante (come avviene, per esempio, per i tumori mammari): un tumore infiltrante dopo un in situ andrà quindi registrato ex novo, ma non inserito nel calcolo dell'incidenza
-

# Un'altra peculiarità. La molteplicità tumorale.

## □ Regole generali

- Tempo: la molteplicità è indipendente dal tempo.
- Un tumore primitivo deve originare in una sede o tessuto e non deve essere estensione, recidiva o metastasi di una precedente neoplasia.
- Sede: sono riconosciuti multipli i tumori insorti in differenti organi, come definiti dai primi 3 caratteri dell'ICD.
- I tumori multifocali sono considerati un unico tumore
- la regola 3 non si applica in due circostanze:
  - Per le neoplasie sistemiche o multicentriche
  - In caso di differente morfologia: sono definiti multipli i tumori che rientrano in 2 diversi di 12 gruppi di morfologie appositamente definiti (gruppi di Berg)

## □ Regole per l'apparato urinario III revisione raccomandazioni ENCR 2004

- Gruppi di codici topografici considerati come unica sede nella definizione della molteplicità tumorale

C65 pelvi renale

C66 Uretere

C67 Vescica

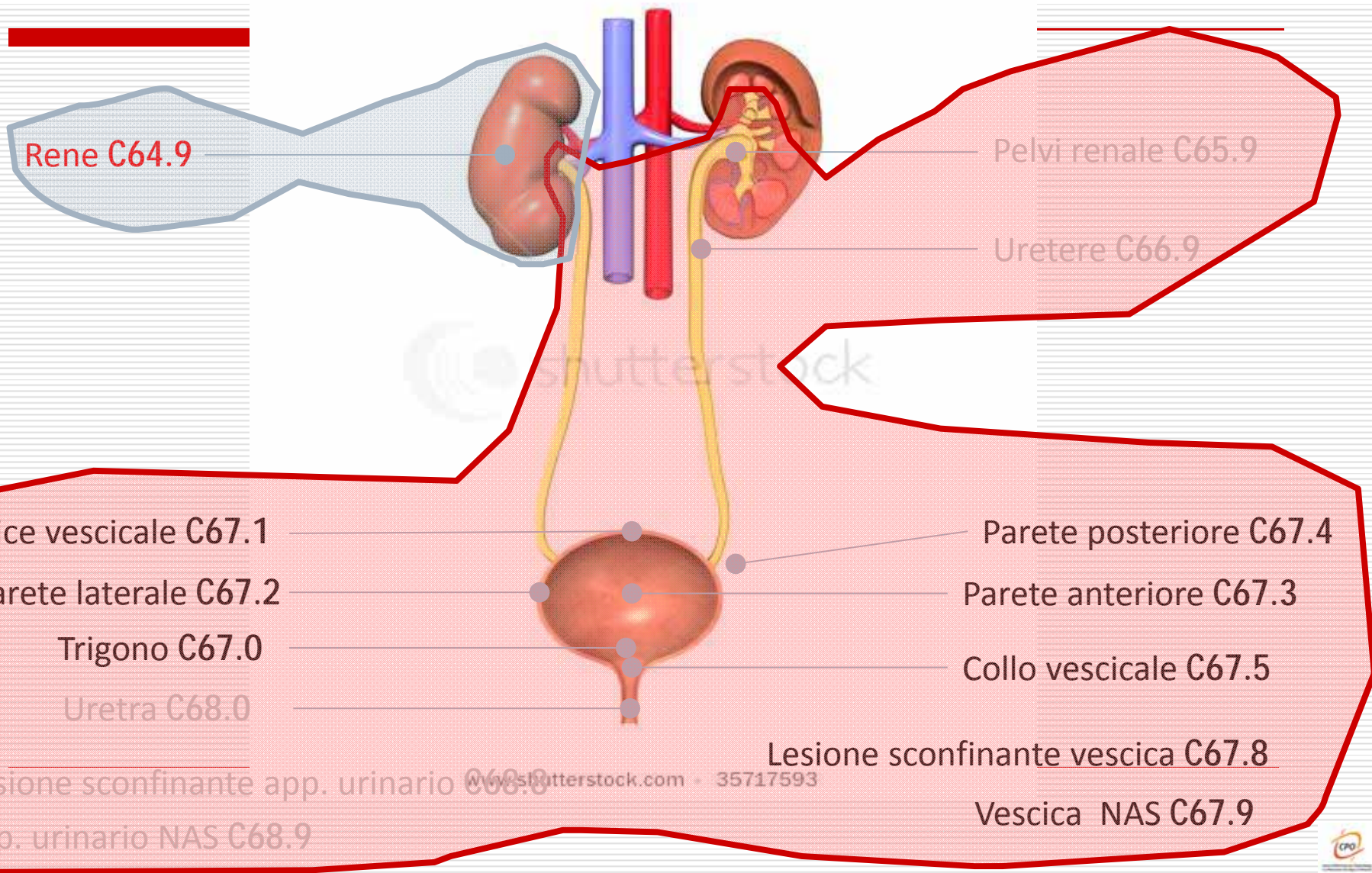
C68 Altri e non specificati  
organi urinari

**In caso di neoplasie metacrone: registrare  
quella insorta per prima**

**In caso di tumori sincroni: utilizzare  
il codice C68.9**



# Tumori multipli: Organi raggruppati in unica sede



# La morfologia

## OMS: classificazione istologica dei tumori delle vie urinarie

### ☐ **Tumori uroteliali**

- 8020/3 Carcinoma indifferenziato
- 8031/3 Carcinoma a cellule giganti
- 8082/3 Carcinoma linfoepiteliale
- 8120/0 Papilloma a cellule di transizione
- 8120/2 Carcinoma a cellule transizionali in situ
- 8123/ Carcinoma a cellule transizionali Nas
- 8121/0 Papilloma scheideriano
- 8122/3 Carcinoma a cellule transizionali fusate
- 8130/1 Neoplasia a cellule transizionali, papillare, a basso grado di malignità
- 8130/2 Carcinoma a cellule transizionali, papillare, non invasivo
- 8130/3 Carcinoma a cellule transizionali papillare
- 8131/3 Carcinoma a cellule transizionali, micropapillare

### ☐ **Neoplasie squamose**

- 8051/3 Carcinoma verrucoso
- 8052/3 Carcinoma papillare a cellule squamose
- 8070/3 carcinoma a cellule squamose Nas

### ☐ **Neoplasie ghiandolari**

- 8140/3 Adenocarcinoma Nas
- 8310/3 Adenocarcinoma a cellule chiare Nas
- 8480/3 Adenocarcinoma mucinoso
- 8490/3 Adenocarcinoma a cellule ad anello con castone

### ☐ **Tumori neuroendocrini**

- 8041/3 carcinoma a piccole cellule Nas
- 8240/3 Tumore carcinoide Nas
- 8680/1 Paraganglioma Nas

### ☐ **Tumori melanocitari**

- 8720/3 Melanoma maligno Nas

### ☐ **Tumori mesenchimali**

- 8830/3 Istiocitoma fibroso maligno
- 8890/3 Leiomioma
- 8900/3 Rhabdomyosarcoma
- 9120/2 Emangiosarcoma
- 9180/3 Osteosarcoma

### ☐ **Tumori emolinfopoietici**

- 9731/3 Plasmocitoma Nas

# La morfologia

Distribuzione per istotipo / Airtum 2009, pool dei RT.

	Maschi	Femmine	Totale	%
Ca. Squamoso	21	20	41	0,9
Ca. Uroteliale	3.465	812	4.277	89,9
Adenocarcinoma	30	10	40	0,9
Altri carcinomi	48	13	61	1,3
Sarcoma	2	0	2	0,05
Altri	2	0	2	0,05
Non specificato	246	86	332	6,9
Totale	3.814	941	4.755	100

# Classificazioni OMS dei tumori uroteliali della vescica

---

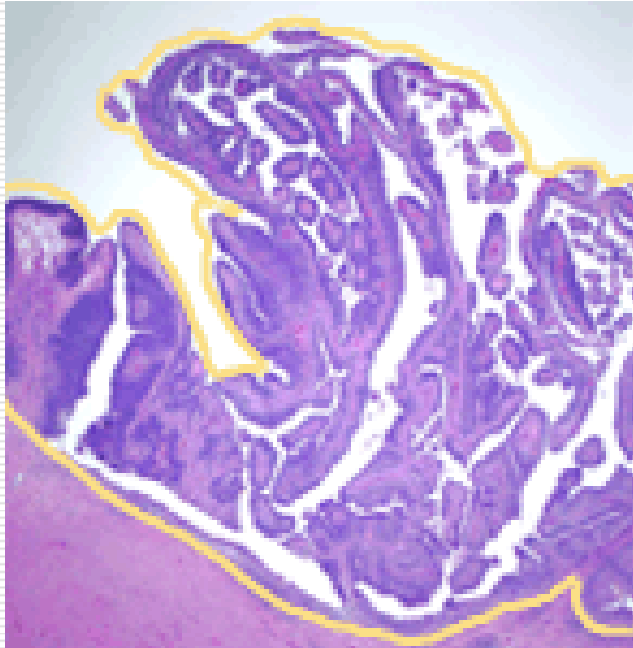
1973

- Tumori papillari uroteliali
  - Papilloma
  - Carcinoma di grado 1
  - Carcinoma di grado 2
  - Carcinoma di grado 3

2004, che recepisce la classificazione ISUP 1998

- Neoplasie uroteliali non invasive
  - Iperplasia (piana e papillare)
  - Atipia reattiva
  - Atipia di incerto significato
  - Displasia uroteliale
  - Carcinoma uroteliale in situ
  - Papilloma uroteliale
  - Papilloma uroteliale invertito
  - Carcinoma uroteliale papillare di basso grado
  - Carcinoma uroteliale papillare di alto grado
- Neoplasie uroteliali invasive
  - Con invasione della lamina propria
  - Con invasione della muscolaris mucosae

## **Carcinoma uroteliale papillare non infiltrante**

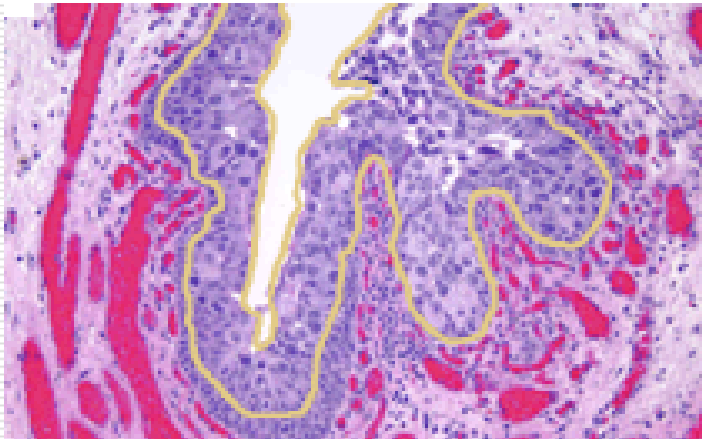


- ❑ **La maggior parte dei carcinomi uroteliali superficiali si presentano come neoplasie non infiltranti (non invadono il tessuto sottostante), papillari (con ramificazioni digitiformi), di stadio patologico pTa.**
- ❑ **Il 70% di questi tumori papillari superficiali recidiva con un prolungato decorso clinico.**
- ❑ **Il 4-8% dei casi progredisce verso un carcinoma invasivo.**
- ❑ **Questi tumori sono graduati patologicamente come G1, G2 o G3. I tumori di alto grado hanno un rischio di progressione più elevato**

# Carcinoma uroteliale piatto in situ

---

Flat Urothelial carcinoma in situ

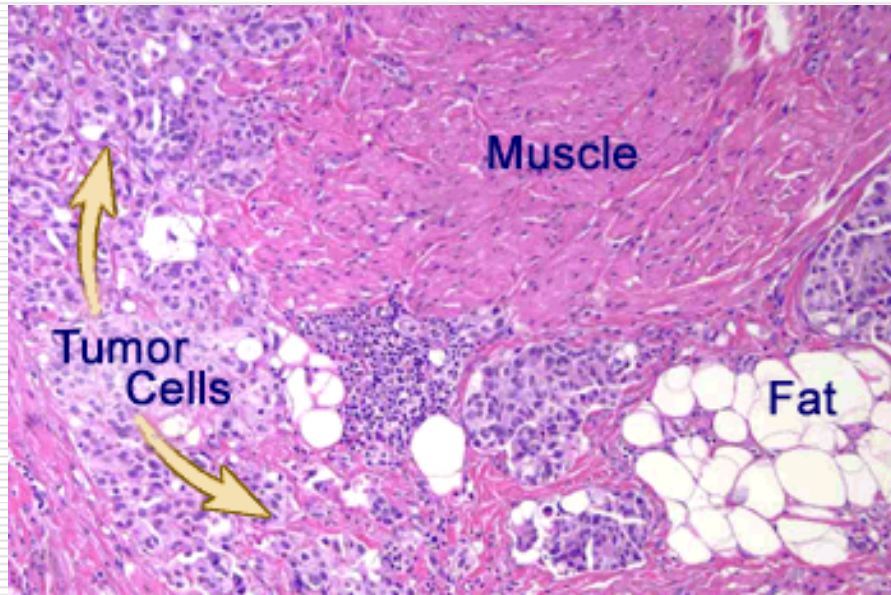


- **Il Carcinoma uroteliale piatto in situ o CIS (stadio patologico pTis) è una lesione altamente aggressiva e progredisce più rapidamente dei tumori papillari**



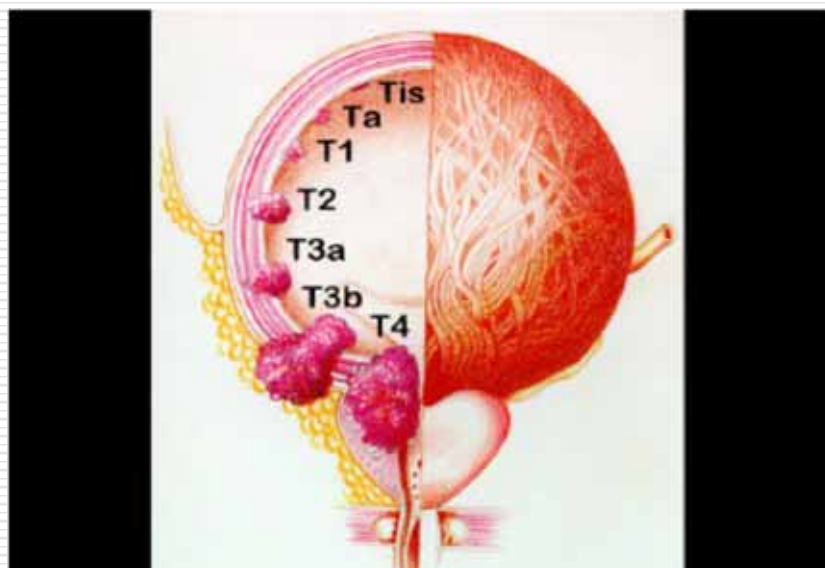
# Carcinoma uroteliale infiltrante

---



- Circa il 30 % dei tumori uroteliali alla presentazione invade il muscolo detrusore (stadi patologici pT2-pT4)
- Questi carcinomi sono altamente aggressivi: dopo aver invaso lo strato muscolare della vescica possono diffondersi per via linfatica o ematica.

# Cancro della vescica: T



<b>Ta</b>	<b>Carcinoma papillare non invasivo</b>
<b>Tis</b>	<b>Carcinoma in situ: tumore piatto</b>
<b>T1</b>	<b>Tumore che invade il connettivo sottoepiteliale</b>
<b>T2</b>	<b>Tumore che invade il muscolo</b> <b>T2a: ½ interna</b> <b>T2b: ½ esterna</b>
<b>T3</b>	<b>Tumore che invade il tessuto perivescicale</b> <b>T3a: microscopicamente</b> <b>T3b: macroscopicamente</b>
<b>T4</b>	<b>Tumore che invade qualsiasi delle seguenti strutture:</b> <b>T4a: prostata, vescicole seminali, utero vagina</b> <b>T4b: parete pelvica parete addominale</b>



# E' difficile codificare correttamente la morfologia dei carcinomi uroteliali?

---

**NO, sono sufficienti 2 informazioni**: sapere se il tumore è piano o papillare; sapere se è invasivo o non invasivo.

## **papillare: 8130**

**non infiltrante (pta) /2**

**infiltrante (pt da 1 in su) /3**

## **piatto: 8120**

**non infiltrante (in situ) ptis /2**

**infiltrante (pt da 1 in su): /3**

# Ed è difficile avere le informazioni?

- Per nulla, se si dispone del referto istologico: nella diagnosi in chiaro queste informazioni ci sono, perlopiù espresse sotto forma di pT.
- E' sostanzialmente impossibile se si dispone solo dei dati codificati perché i carcinomi non infiltranti sono sempre misclassificati.

Esami istologici di neoplasie vescicali effettuati nel 2012 dai due più importanti ospedali di Torino, codificati 8120/3 e 8130/3

Ospedale	Totale	pTa o pTis	pTx
Molinette	169	82 (48,5%)	3 (1,8%)
Mauriziano	198	83 (41,9%)	4 (2,0%)
<b>Totale</b>	<b>367</b>	<b>165 (45%)</b>	<b>7 (1,9%)</b>

NB: nessuna biopsia era codificata 8130/2

E nel caso, assolutamente remoto, che il dato sull'infiltrazione proprio non ci sia?

## L'ultima peculiarità

---

- E' lecito, per il carcinoma transizionale della vescica, utilizzare il grading tumorale come approssimazione del codice di comportamento perché i due fattori correlano molto bene.

Grading	Comportamento
1	/1
2	/2
3	/3

**NOTA BENE, NOTA MOLTO MOLTO BENE!**

**Si tratta di una forzatura da utilizzare  
solo dopo aver esplorato tutte le possibilità di ottenere  
informazioni esatte!**

---

# Qualche esempio

---

- CARCINOMA UROTELIALE DI ALTO GRADO DELLA VESCICA (G3; pT3a; pN0). INVASIONE VASCOLARE: PRESENTE, ESTESA. INVASIONE PERINEURALE: PRESENTE, FOCALE. IPERPLASIA REATTIVA IN LINFONODO PERIVESCICALE. A-B) IPERPLASIA NODULARE DELLA PROSTATA. C-D) VESCICOLE SEMINALI. E-F-G-H) IPERPLASIA REATTIVA IN LINFONODI (13 REPERITI). I-L) TRATTI DI URETERI INDENNI DA NEOPLASIA.

# Qualche esempio

---

- ❑ TUMORE EPITELIALE
- ❑ Istotipo (sec WHO): Carcinoma a cellule transizionali
- ❑ PATTERN DI CRESCITA: PAPILLARE
- ❑ GRADING sec. WHO (fonte: Bostwick, Eble - Urologic Surgical Pathology - Mosby ed., 1997):- grado 1: BEN DIFFERENZIATO
- ❑ Ta: Carcinoma papillare non invasivo

# Qualche esempio

---

- CARCINOMA PAPILLARE UROTELIALE DELLA VESCICA ALTO GRADO SEC. WHO (G2) FOCALE ED INIZIALE INVASIONE DELLA LAMINA PROPRIA pT1 NEL MATERIALE ESAMINATO (SEC. TNM 2009) PRESENZA DI ALCUNI FRAMMENTI DI TONACA MUSCOLARE, SENZA SEGNI DI INFILTRAZIONE

# Qualche esempio

---

- 1) - FRAMMENTO CON IPERPLASIA ATIPICA E DISPLASIA MEDIO-GRAVE EPITELIALE CON PICCOLO TRATTO DI CARCINOMA IN SITU A CELLULE TRANSIZIONALI.
- 2) - FRAMMENTI MULTIPLI CON CARCINOMA IN SITU A CELLULE TRANSIZIONALI, PRESENTE ANCHE NEI NIDI DI VON BRUNN. - PARETE VESCICALE CON AREE DI FLOGOSI E FIBROSI DELLA MUSCOLATURA.
- 3) - FRAMMENTO DI PARETE ESENTE DA INFILTRAZIONE NEOPLASTICA.
- 4) - FRAMMENTI DI BASE DI IMPIANTO CON AREE DI FLOGOSI E FIBROSI DELLA MUSCOLATURA. - FRAMMENTO DI MUCOSA VESCICALE CON TRATTO DI CARCINOMA IN SITU A CELLULE TRANSIZIONALI.

# Qualche esempio

---

- ❑ A: FRAMMENTI DI CARCINOMA UROTELIALE PAPILLARE DI BASSO GRADO [WHO-ISUP, 1998]. Con le limitazioni imposte dal tipo di prelievo pTaG1
- ❑ B: con i limiti imposti dalle alterazioni del materiale dovute a fenomeni del tipo dell'elettrocuzione:FRAMMENTO DI PARETE VESCICALE COMPRENDENTE CAMPO DI CARCINOMA UROTELIALE PAPILLARE DI BASSO GRADO [WHO-ISUP, 1998].Con le limitazioni imposte dal tipo di prelievo pTaG1



# Qualche esempio

## Una situazione particolare

---

- 1) - CARCINOMA, SOLIDO E PAPPILLARE, A CELLULE TRANSIZIONALI G2-3. - INFILTRAZIONE SOTTOEPITELIALE E, FOCALMENTE, DI FASCI DELLA MUSCOLATURA SUPERFICIALE. - FRAMMENTI NECROTICI E FRAMMENTI CON MARCATA FLOGOSI INTERSTIZIALE.
- 2) - FRAMMENTI DA CARCINOMA SOLIDO E PAPPILLARE A CELLULE TRANSIZIONALI G2-3. - I LEMBI DI MUSCOLATURA OSSERVABILI NON APPAIONO INFILTRATI.

# Qualche esempio

## La situazione di incertezza

---

- FRAMMENTI DI CARCINOMA PAPILLARE UROTELIALE DELLA VESCICA (G1 sec. OMS 1999, BASSO GRADO sec. WHO/ISUP 2004).

Il Manuale di tecnica di registrazione suggerisce di utilizzare il grading come approssimazione **8130/1**

---

# Qualche esempio

## Il punto veramente controverso

---

- ❑ Esame citologico urine (ripetuto 3 volte): 1-3)  
Cellule transizionali compatibili con carcinoma; si consigliano ulteriori indagini clinico-strumentali.

- 1) Verificare se ci sono istologici successivi
- 2) Se c'è un ricovero ricercare la cartella
- 3) Se non si trova null'altro ci sono 2 possibili opzioni di codifica:  
8001/3 (cellule neoplastiche maligne)  
8001/1 Cellule tumorali (incerte se benigne o maligne)

---

Il manuale di tecnica di registrazione indica: **8001/1** Base diagnosi:5

# E quando non c'è una conferma morfologica?

---

- La SDO con codice 188
    - Richiedere la cartella clinica
      - Probabilmente troveremo un esame istologico che ci era sfuggito
      - In caso questo non sia stato effettuato verificare la presenza di effettive caratteristiche di malignità
        - Se sono presenti registrare con base diagnosi 2 e codici **C67.9 8000/3**; se non ci sono: rigettare il caso
    - Nel caso la cartella clinica non sia consultabile
      - Attendere, ed accettare solo quando qualche ulteriore elemento conferma la presenza di una neoplasia maligna (Istologici successivi, altri ricoveri, il decesso)
  
  - Il DCI
    - Come per ogni altra sede, effettuare il trace-back
      - Se esito negativo, registrare come DCO con base diagnosi 0 e codici **C67.9 8000/3**
-

# Prima conclusione

---

- ❑ Non è difficile registrare il cancro della vescica
  - ❑ Si debbono seguire le regole generali ed alcune, semplici, regole particolari. Queste ultime consistono
    - 1) nell'inclusione in incidenza di tutti i carcinomi transizionali
    - 2) nel fatto di considerare la vescica un unico organo assieme alle altre vie urinarie ai fini della molteplicità tumorale
    - 3) nella facoltà di attribuire il codice di comportamento desumendolo dal grading della neoplasia, come extrema ratio, in caso questo sia ignoto.
-

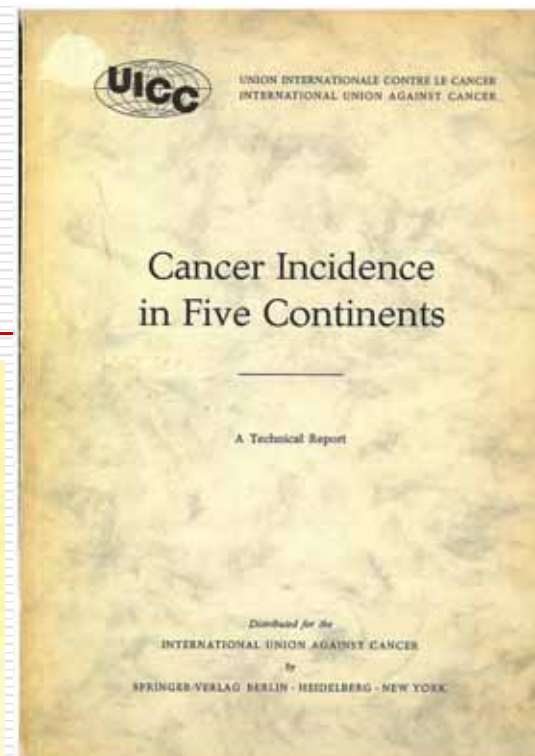
# Perché queste regole particolari?

---

- Innanzi tutto per motivi storici, in passato i tumori della vescica sono stati considerati tra quelli a maggior complessità per:
  - Succedersi, nel tempo, di numerose classificazioni
  - Storia naturale del tumore, caratterizzata dalla tendenza a recidivare
  - Problemi legati alla diagnosi: nelle forme papillari talvolta la forma intraepiteliale è difficilmente distinguibile da quella invasiva (se il frammento bioptico è troppo piccolo o troppo superficiale)
- Per il motivo, ancora attuale, della difficoltà per alcuni RT ad accedere a informazioni esaurienti.
  - In passato perché molti RT lavoravano su notifica dei casi
  - Adesso, per la crescente automazione

# La storia:

Tumours of the urinary bladder present a somewhat different problem in that there are neither clinical nor pathological criteria which allow a clear and uniform distinction to be made between papillomas that will behave like benign tumours and those that will eventually manifest malignancy. As these papillomas form a substantial proportion of all bladder tumours, and as progression can be prevented by thorough treatment, the incidence of malignant tumours will clearly be affected by differences in the efficiency of the medical services. The best solution is to register both papillomas and carcinomas of the bladder under one rubric. This, however, has not yet become standard practice and differences in procedure in this respect will affect comparison of the incidence of bladder "cancer" reported by different registries.



Nel 1966 gli editors di Cancer Incidence in Five Continents decisero di includere nelle casistiche di incidenza TUTTI i tumori dell'epitelio di transizione, anche le forme benigne e in situ.

Questa pratica è stata interrotta nella sesta edizione di CIFC, ma poi ripresa escludendo solo i tumori francamente benigni perché non c'era certezza di una corretta codifica da parte di molti registri e soprattutto per motivi di continuità nell'interpretazione dei trend.



# L'attualità:

Table 3.2. (Contd) Coding practices of the registries included in CI5 Volume X

Registry	Behaviour codes								
	Benign tumours of brain and nervous system	Carcinoma of bladder, in situ	Carcinoma of bladder, not otherwise specified	Ovarian cystadenoma of borderline malignancy	Borderline tumour of ovary	Ductal carcinoma of breast, in situ	Intraductal carcinoma of breast, not otherwise specified	Lobular carcinoma of breast, in situ	
Ireland	0	2	3	1	1	2	2	2	
Italy, Biella	0	2	1	0	1	2	2	2	
Italy, Brescia	0	2	3	1	1	2	2	2	
Italy, Catania and Messina	0	2	3	1	1	2	2	2	
Italy, Catanzaro	0	2	1	1	1	2	2	2	
Italy, Como	0	2	1	1	1	2	2	2	
Italy, Ferrara	0	2	3	1	1	2	2	2	
Italy, Florence and Prato	0	2	1	1	1	2	2	2	
Italy, Friuli-Venezia Giulia	0	2	3	0	1	2	3	2	
Italy, Genoa	0	2	3	1	1	2	2	2	
Italy, Latina	0	2	1	1	1	2	2	2	
Italy, Lecco	0	2	3	3	3	2	2	2	
Italy, Lombardy, South	0	2	3	3	3	2	2	2	
Italy, Mantua	0	2	3	3	1	2	2	2	
Italy, Milan	0	2	3	1	1	2	2	2	
Italy, Modena	0	2	3	1	1	2	2	2	
Italy, Naples	0	2	1	1	1	2	2	2	
Italy, Nuoro	0	2	1	1	1	2	2	2	
Italy, Palermo	0	2	1	1	1	2	2	2	
Italy, Parma	0	2	3	0	1	2	2	2	
Italy, Ragusa	0	2	1	1	1	2	2	2	
Italy, Reggio Emilia	0	2	3	1	1	2	2	2	
Italy, Romagna	0	2	1	1	1	2	2	2	
Italy, Salerno	0	2	1	0	1	2	2	2	
Italy, Sassari	0	2	1	1	1	2	2	2	
Italy, Sondrio	0	2	1	1	1	2	2	2	
Italy, South Tyrol	0	2	3	1	1	2	2	2	
Italy, Syracuse	0	2	3	1	1	2	2	2	
Italy, Trapani	0	2	1	1	1	2	3	2	
Italy, Trento	3	2	3	2	2	2	2	2	
Italy, Turin	0	2	3	1	1	2	2	2	
Italy, Umbria	3	3	3	3	3	3	3	3	
Italy, Varese	0	2	3	3	3	2	2	2	
Italy, Veneto	0	2	3	1	1	2	2	2	



# Dove è il problema?

---

- ❑ Il problema non è tanto nel cancro della vescica, il problema è come si colloca l'approfondimento necessario per questa neoplasia nell'organizzazione generale dei Registri Tumori.
  - ❑ Il problema è che sempre più Registri Tumori utilizzano sistemi automatici di registrazione che acquisiscono dati già codificati.
  - ❑ Il problema è che è sempre più necessario trovare il giusto equilibrio tra approfondimenti, tempestività di produzione dei dati e ampiezza della copertura territoriale e che, oggi, è impensabile fare a meno delle procedure automatiche.
  - ❑ Di conseguenza, permane, e forse si incrementa, la differenza di comportamento tra i registri e rimane drammaticamente attuale la necessità di registrare tutte le neoplasie transizionali della vescica.
-

# Conseguenze sui dati di incidenza dell'inclusione in incidenza di tutti i carcinomi uroteliali

## Nessuna

- 
- Sui tassi : di fatto, misuriamo il rischio complessivo di tumore vescicale, in situ o infiltrante.
  - Sui trend: Continuando a usare la stessa procedura non si altera artificialmente l'andamento dell'incidenza
    - *Sui trend, potrebbero invece influire le regole sulla molteplicità tumorale che sono cambiate nel 2004. E' consigliabile, pertanto per i RT che hanno lunghe serie storiche, registrare tutte le lesioni ed applicare entrambe le regole all'intera casistica utilizzando, per il secondo tumore, una variabile che consenta di distinguere il tumore multiplo secondo IARC*
  - Sui confronti geografici: Tutti i RT presenti su CIFIC si comportano allo stesso modo e quindi sono perfettamente confrontabili.

# Conseguenze sui dati di sopravvivenza dell'inclusione in incidenza di tutti i carcinomi uroteliali

## Qualcuna

---

- Il calcolo della sopravvivenza, in linea teorica, ha senso solo per i tumori invasivi. I clinici sono interessati a sapere quale è l'efficacia delle cure sulle neoplasie infiltranti. Tuttavia, per poter valutare la sopravvivenza dei soli tumori invasivi, tutti i RT dovrebbero codificare esattamente e uniformemente l'ultima cifra del codice morfologico.
    - C'è il 25% di discordanza nell'attribuzione del codice di comportamento (nella direzione di attribuire /3 a neoplasie non invasive)
    - Questo determina una sovrastima della sopravvivenza del 12% e inficia il confronto geografico, perché introduce un bias "registro/modalità di registrazione".
  - D'altro canto, calcolare la sopravvivenza su tutti i tumori è sicuramente molto meno informativo.
-

# E quindi?

---

Arrendersi non significa sempre essere deboli; a volte significa essere forti abbastanza da lasciar perdere.  
(Marilyn Monroe)



Le nostre analisi sopravvivenza **includono** anche i carcinomi a cellule transizionali non invasivi della vescica.

---



CANCER SITE	MALE									FEMALE								
	5- YEAR NET SURVIVAL			CONDITIONAL NET SURVIVAL S 1			CONDITIONAL NET SURVIVAL S 5			5- YEAR NET SURVIVAL			CONDITIONAL NET SURVIVAL S 1			CONDITIONAL NET SURVIVAL S 5		
	5-NS	95%CI		S 1-NS	95%CI		S 5-NS	95%CI		5-NS	95%CI		S 1-NS	95%CI		S 5-NS	95%CI	
Head and neck	56.7	55.8	57.7	68.0	66.1	69.8	79.9	76.3	83.0	58.3	56.8	59.8	74.3	71.4	77.0	87.3	80.5	91.8
Larynx	69.3	67.9	70.6	75.2	72.4	77.7	83.1	78.7	86.6	70.2	66.8	73.3	81.7	74.8	86.9	91.9	67.9	98.2
Stomach	30.7	29.9	31.5	52.0	49.9	54.1	90.7	86.7	93.5	33.7	32.8	34.7	55.2	52.7	57.6	89.8	86.1	92.6
Colon	65.5	64.9	66.1	78.4	77.3	79.5	93.7	91.2	95.5	65.6	65.0	66.2	78.8	77.7	79.9	94.9	93.0	96.3
Rectum	62.3	61.4	63.1	71.8	70.1	73.4	90.1	86.7	92.6	62.8	61.8	63.7	72.7	71.0	74.4	90.6	87.7	92.8
Colon-rectum	64.5	64.0	65.0	76.3	75.4	77.2	92.5	90.6	94.1	64.8	64.3	65.3	77.1	76.2	78.0	93.7	92.2	94.9
Liver	20.5	19.9	21.2	32.1	30.1	34.1	47.8	43.3	52.2	20.4	19.2	21.6	35.7	32.0	39.4	64.3	56.5	71.1
Gallbladder and extrahepatic bile ducts	16.8	15.4	18.3	36.6	31.0	42.2	74.6	64.1	82.5	15.3	14.0	16.6	39.6	33.7	45.4	86.4	76.8	92.2
Pancreas	7.2	6.7	7.8	25.9	22.7	29.2	74.7	63.6	82.9	9.3	8.6	10.0	29.7	26.1	33.4	82.8	74.4	88.7
Lung	14.5	14.1	14.9	33.2	31.8	34.6	73.2	70.2	76.0	19.4	18.9	20.0	40.5	38.6	42.3	71.2	67.6	74.5
Bone	59.7	55.6	63.6	76.4	67.4	83.2	78.7	63.4	88.2	65.0	60.7	69.0	80.9	71.9	87.3	88.6	72.4	95.6
Skin melanoma	84.6	83.7	85.5	89.6	88.1	91.0	99.1	84.9	100.0	89.0	88.2	89.7	91.4	90.0	92.5	97.7	94.9	99.0
Breast										87.0	86.7	87.3	88.8	88.1	89.3	90.2	89.1	91.2
Cervix uteri										68.1	66.9	69.4	75.1	72.8	77.2	93.2	90.8	95.0
Corpus uteri										77.3	76.5	78.1	83.9	82.5	85.3	95.2	92.3	97.0
Ovary										39.5	38.6	40.4	52.6	50.7	54.5	78.7	75.5	81.6
Prostate	91.4	91.0	91.8	94.3	93.6	94.9	95.8	94.6	96.7									
Testis	91.2	88.5	93.4	95.4	87.7	98.3	n.a.											
Kidney	70.4	69.4	71.3	83.7	81.9	85.4	92.4	88.7	94.9	72.0	70.9	73.1	85.3	83.2	87.1	88.7	85.5	91.2
Urinary bladder	79.8	79.3	80.2	85.8	84.8	86.7	88.9	87.2	90.4	78.2	77.2	79.1	84.8	83.0	86.3	92.4	89.4	94.6
Brain and CNS	22.7	21.6	23.8	41.5	38.3	44.6	77.1	71.3	81.8	25.9	24.5	27.2	46.1	42.0	50.0	79.6	73.9	84.1
Thyroid	89.9	88.6	91.1	96.7	93.9	98.2	99.5	0.3	100.0	94.7	94.0	95.2	98.4	97.1	99.1	n.a.		
Hodgkin lymphoma	81.6	80.0	83.0	89.6	87.0	91.8	95.0	90.8	97.3	86.9	85.4	88.3	93.4	90.7	95.4	97.1	92.6	98.9
Non Hodgkin lymphoma	63.5	62.5	64.4	80.5	78.6	82.3	85.8	82.6	88.4	67.3	66.5	68.2	83.3	81.8	84.8	88.5	86.2	90.5
Myeloma	50.6	49.1	52.0	56.6	53.7	59.4	63.6	58.9	67.9	51.0	49.5	52.4	56.8	53.9	59.6	62.9	58.6	66.9
Chronic lymphocytic leukaemia	72.9	71.1	74.6	77.0	73.8	80.0	75.6	70.1	80.2	76.1	74.2	77.9	78.2	74.3	81.6	77.4	72.2	81.7
Acute myeloid leukaemia	19.2	17.8	20.5	44.8	39.9	49.7	93.1	80.6	97.7	21.6	20.0	23.1	45.4	39.9	50.7	86.8	79.0	91.8
Chronic myeloid leukaemia	54.1	51.3	56.9	64.3	58.7	69.3	79.5	72.3	84.9	60.0	56.8	63.1	70.1	64.0	75.5	83.5	75.0	89.3
Leukaemias	48.1	47.0	49.1	67.3	65.0	69.5	79.0	75.2	82.2	47.1	45.9	48.3	66.0	63.3	68.6	80.9	77.4	83.9
All cancer but skin	53.5	53.3	53.7	73.1	72.7	73.5	89.4	88.7	90.0	62.6	62.4	62.7	77.7	77.4	78.0	89.9	89.3	90.5
All cancer but skin and bladder	50.5	50.3	50.7	71.3	70.9	71.7	89.6	88.8	90.2	62.1	62.0	62.3	77.5	77.1	77.8	89.9	89.2	90.4

Table 1. Pool of Italian Cancer Registries, by cancer site and gender. Five-year net survival (5-NS), Conditional five-year net survival after surviving 1 year (S|1-CNS), conditional five-year net survival after surviving 5 years (S|5-CNS), and 95% confidence intervals (95% CI). All survival indicators are age adjusted. Cases diagnosed between 2005 and 2009.

# Conclusioni

---

- ❑ Se speriamo di poter, in futuro, dire qualcosa di interessante sulla sopravvivenza del cancro della vescica è necessario raggiungere uniformità di comportamento tra registri tumori.
- ❑ Per farlo, l'unico modo è codificare la quinta cifra del codice morfologico consultando la diagnosi in chiaro.

**E' utopia?  
Continuiamo  
ad arrenderci?**

- ❑ Se pensiamo che lo sia, accordiamoci almeno sul fatto che i registri completamente o parzialmente automatizzati che ricevono solo (o prevalentemente) dati codificati lo dichiarino e che si introduca un item nella banca dati AIRTUM che consenta di indicare la fonte della codifica



# Cosa mi porto a casa?

---

- ❑ Che ai fini della molteplicità tumorale l'apparato urinario ha solo 2 organi: il rene e le vie escrettrici.
- ❑ Che devo registrare tutte le neoplasie della vescica.
- ❑ Che devo codificarle con precisione, e soprattutto devo differenziare le neoplasie francamente invasive da tutte le altre.
- ❑ Che a questo scopo devo leggere il referto istologico delle biopsie vescicali.