

Corso di Base AIRTUM
Tarquinia - 25 novembre 2010

**INTRODUZIONE AI PRINCIPI DI
REGISTRAZIONE**

Dr. Adriano Giacomin - RT Piemonte, Provincia di Biella
(CPO)

IL MATERIALE E' RESO DISPONIBILE PER USO PERSONALE CONNESSO AL CORSO



CLASSIFICARE

E' un processo di standardizzazione in più tempi

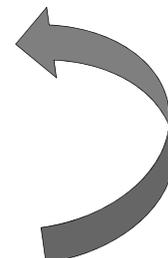
Riconoscimento di una nuova nosologia

Caratterizzazione della nosologia

Definizione univoca

Attribuzione di un codice (o più codici) alfanumerico
che la definisce come entità al di là del linguaggio

NUOVE NOSOLOGIE O VARIANTI ?



CLASSIFICAZIONI

• WHO

•

• ICD-8 (1967)

■ ACS
MOTNAC
(1968)

■ CAP

• ICD-9 (1976) → ICD-O (1976)

→ **■ SNOMED (1977)**
MORFOLOGIA

• ICD-10 (1992) → ICD-O-2 (1990)

→ **■ SNOMED III (1993)**

■ NCHS

ICD-O-3 (2000)

→ **■ SNOMED RT (2000)**

■ ICD-9-CM (1979)

■ SNOMED CT (2002)

■ ICD-10-CM (2003)

Scopi dell'ICD-O 3.a edizione

ICD-O è una Classificazione.

Come tutte le Classificazioni deve essere aggiornata alla luce di:

- nuove conoscenze ed inquadramenti di nosologia
- nuove possibilità diagnostiche,
- mediante un percorso di consenso (gruppi di lavoro di esperti)

Con i seguenti scopi

•Omogeneizzazione dei sistemi di refertazione.
La sezione morfologia è inclusa nello SNOMED

•Omogeneizzazione dei sistemi di report di morbidità
La sezione topografia ha origine dall'ICD-10, introducendo alcune modifiche (già presenti nelle precedenti edizioni), in quanto la descrizione della malattia è su 3 ASSI

sede topografica – morfologia – grado o linea cellulare

NB – Per i report IARC è fatto obbligo di usare ICDO-3
L'ISTAT codifica la mortalità dal 2003 con ICD-10
E' quindi necessario implementare le nuove classificazioni

INNOVAZIONI SIGNIFICATIVE NELL'ICD-O 3.A EDIZIONE

Nel passaggio da ICD-O-2 a ICD-O-3 ci sono state importanti innovazioni nella morfologia

Poiché le classificazioni cambiano nel tempo, le informazioni registrate in maniera completa consentono di poter effettuare conversioni a posteriori.

L'uso di nuovi termini classificativi è solitamente oggetto di validazione mediante i Blue Book del WHO.

Una nuova nosologia identificata dal WHO non è però necessariamente implementata come termine autonomo dall'ICD-O.

Tavola 7. Struttura del Codice di Topografia

C ____ . ____
sede sottosede

Esempio **C50.2**

Mammella, quadrante supero-interno

Tavola 8. Struttura del Codice di Morfologia

____ / ____
istologia compor- grado
tamento

Esempio: **Adenocarcinoma ben differenziato**

M-8140 / 3 1

Tipo cellulare del tumore Comportamento Differenziazione
(adeno-) (carcinoma) (ben differenziato)

Differenze dell' ICD-O-3 rispetto all' ICD-10 :

- l'assenza dei codici da C81 a C96 (emolinfopatie), e l'inserimento della categoria C42 (Sistema emopoietico e reticoloendoteliale, tra cui sangue, midollo e milza)
- l'assenza dei codici da D00 a D48 (neoplasie in situ, benigne ed a comportamento incerto o ignoto) sostituite dal codice di comportamento
- l'assenza dei codici C78-C79 (neoplasie maligne secondarie). I linfonodi rimangono come sede di malattia primitiva (linfomi nodali). Per i patologi la secondarietà è espressa dal codice di comportamento /6 con sede definita, per i registri ove non sia desumibile la sede di origine, si codifica come sede primitiva sconosciuta e comportamento /3
- l'eliminazione dei codici C43 (melanoma cute), C45 (Mesotelioma), C46 (Sarcoma di Kaposi) e delle sottocategorie del fegato (C22)
- Mola idatiforme da O01.9 a C58.9 M-9100/0
- Neurofibromatosi o mal. Di Von Recklinghausen non dell'osso da Q85.0 a C47/C70/C71 e M-9540/1
- Tasche branchiali da Q18.0 a C10.4 e Diverticolo di Meckel da Q43.0 a C17.3

Tavola 2. Voci dell'indice alfabetico ICD10 per le Neoplasie del polmone

	Maligna	Secondaria o Metastatica	In Situ	Benigna	Incerta e Sconosciuta
Polmone	C34.9	C78.0	D02.2	D14.3	D38.1

Tavola 3. Codifica ICD-O delle Neoplasie del polmone

Neoplasia maligna del polmone (come carcinoma)	C34.9	M-8010/3
Neoplasia metastatica del polmone (come seminoma metastatico dal testicolo)	C34.9	M-9061/6
Neoplasia in situ del polmone (come carcinoma a cellule squamose in situ)	C34.9	M-8070/2
Neoplasia benigna del polmone (come adenoma)	C34.9	M-8140/0
Neoplasia del polmone a comportamento incerto (come carcinoide di incerto comportamento)	C34.9	M-8240/1

Tavola 5 - Termini dell'ICD-10 omessi nell'ICD-O 3.a ed.

Categoria ICD-10	Termine	Codice equivalente nell'ICD-O Terza Edizione		
		Sito	Istologia	Comportamento
C43	Melanoma della cute	C44._	M-872-M-879	/3
C45	Mesotelioma	C_ _ _	M-905	/3
C46	Sarcoma di Kaposi	C_ _ _	M-9140	/3
C81-C96	Neoplasie maligne del tessuto linfatico, emopoietico e correlati	C00-C80	M-959-M-998	/3
C78	Neoplasie maligne secondarie dell'apparato respiratorio e digestivo	C15-C39	M-_____	/6
C79	Neoplasie maligne secondarie di altre sedi specifiche	C00-C14, C40-C80	M-_____	/6
D00-D09	Neoplasie in situ	C00-C80	M-_____	/2
D10-D36	Neoplasie benigne	C00-C80	M-_____	/0
D37-D48	Neoplasie a comportamento incerto e sconosciute	C00-C80	M-_____	/1
C97	Neoplasie maligne di sedi (primarie) multiple indipendenti	<i>il codice di ciascuna</i>		/3

Aspetti particolari tra ICD10 e ICD-O3 sulle emolinfopatie

Tavola 6. Codici di Topografia usati nell'ICD-O e non nell'ICD-10

C42 SISTEMI EMOPOIETICO E RETICOLOENDOTELIALE	
C42.0	Sangue
C42.1	Midollo osseo
C42.2	Milza
C42.3	Sistema reticoloendoteliale NAS
C42.4	Sistema ematopoietico NAS

Nell'ICD-10 sono stati assegnati codici separati alla **leucemia linfatica cronica B** e al **linfoma a piccoli linfociti B**.

Nell'ICD-O-3 sono appartenenti alla stessa patologia e nella presentazione dei dati queste categorie possono essere considerate congiuntamente.

Identica risoluzione è applicabile al **linfoma linfoblastico** ed alla **leucemia acuta linfoblastica**, che sono oggi considerati la stessa patologia, pur mantenendo, per le ragioni addotte, codici separati.

Lettura delle liste numeriche

Tavola 10. Esempi di formato della lista numerica

C07.9	Ghiandola parotide	
	Parotide NAS	<u>sinonimo</u>
	Dotto di Stenone	<u>termine equivalente</u>
	Dotto della ghiandola parotide	
M-8290/3	Adenocarcinoma ossifilo	
	Carcinoma oncocitico	<u>sinonimo</u>
	Adenocarcinoma oncocitico	
	Carcinoma a cellule di Hurtle (C73.9)	<u>termine equivalente</u>
	Adenocarcinoma a cellule di Hurtle (C73.9)	
	Carcinoma follicolare a cellule ossifile (C73.9)	

Il carattere in grassetto indica che questo è il (primo) termine preferito.

Sinonimo: altra definizione del (primo) termine preferito
Termine equivalente: rappresenta una sottosede anatomiche del termine principale, pur non essendo sufficientemente peculiare per possedere un proprio codice.
 Per la codifica morfologica, rappresenta una nosologia particolare del termine principale, pur non essendo sufficientemente peculiare per possedere un proprio codice.

CASISTICA ELEGGIBILE E CASI INCIDENTI

CASI ELEGGIBILI: sono oggetto di registrazione; comprendono i casi incidenti e quelli che non rientrano nell'incidenza:

- casi prevalenti (diagnosticati prima dell'inizio dell'attività del registro)
- casi di persone non residenti al momento della diagnosi
- casi "missing" (persi in anni di rilevazione già trasmessi allo IARC)
- casi multipli non classificabili come incidenti per le regole ICD-O/IARC
- casi multipli relativi a sedi già oggetto di rilevazione di un caso incidente
- casi con documentazione clinica insufficiente per confermarne la diagnosi (casi NSE)

CASISTICA ELEGGIBILE E CASI INCIDENTI

- casi prevalenti (diagnosticati prima dell'inizio dell'attività del registro) **P**
- casi di persone non residenti al momento della diagnosi **N**
- casi "missing" (persi in anni di rilevazione già trasmessi allo IARC) **M**
- casi multipli non classificabili come incidenti per le regole ICD/IARC **X**
- casi multipli relativi a sedi già oggetto di rilevazione di un caso incidente **Z**
- casi con documentazione clinica insufficiente per confermarne la diagnosi (casi NSE) **R**

CASISTICA ELEGGIBILE E CASI INCIDENTI

Casi INCIDENTI: RIENTRANO NEL CALCOLO DELL'INCIDENZA

- Casi acquisiti durante la normale registrazione sulle fonti **C**
- Casi DCO **D** (reperiti solo dalla mortalità, con trace-back negativo)
che rispettano le regole sui casi multipli ICD-O/IARC

N.B. la sopravvivenza per convenzione viene calcolata solo sul primo caso incidente

CASISTICA ELEGGIBILE → CASI INCIDENTI

Tumori invasivi SOLIDI

- intervallo 140-208 dell'ICD-9 o intervallo C00-C97 dell'ICD-10
- morfologia M-8000-M-9899 dell'ICD-O → **SI**
- codice comportamento /3

Tumori intracranici-intraassiali

- morfologia M-8000-M-9899 dell'ICD-O → **SI**
- codice di comportamento /0 o /1 (ICD-9 >209)

Patologie emolinfopoietiche

- morfologia M-8000-M-9899 dell'ICD-O → **SI** solo se /3
- intervallo 200-208 e 270-289 dell'ICD-9

Tumori vescicali e delle sedi soggette a screening → **SI** solo per VESCICA

- codice di comportamento /1 o /2 – ICD-9 230-239

Tumori a comportamento incerto /1 → **NO**

Casi NSE → **SI** solo se confermati

Casi DCO → **SI**

IL TRACCIATO DELLA BANCA DATI

Il tracciato della Banca dati non è solo un vincolo
è guida per identificare le variabili obbligatorie

Era uno strumento sufficiente per la registrazione di base, ma non esaustivo per gli attuali utilizzi di ricerca

- altre banche dati richiedono variabili suppletive (es. Eurocim, ACC-Eurocare)
- gli studi di approfondimento richiedono variabili cliniche aggiuntive
- il monitoraggio delle attività locali (screening, etc)

E' STATO QUINDI RISTRUTTURATO NEL 2010

Il sistema di codifica è uno strumento obbligatorio che consente di ottenere rapidamente gli indicatori, ma deve essere affiancato da una registrazione "in chiaro": descrizioni di sede, morfologia, note, etc.) che consentono a posteriori di controllare le informazioni ed eventualmente di ricodificarle

IDENTIFICATIVO DEL PAZIENTE E DEL CASO

E' essenziale che ogni paziente sia univocamente registrato.

Nelle attività di registrazione è necessario evitare l'inclusione accidentale di casi generati da errori di anagrafica (doppi nomi, doppi cognomi, etc.)
NB Anche i numeri terzi non sono esenti da errore...

E' essenziale che ogni caso sia univocamente registrato.

Ogni cancellazione di caso o paziente deve essere tale da rendere impossibile la riattribuzione di quel caso e/o di quel paziente.

Un consiglio è quello di non eliminare il paziente (e magari anche il caso) fino a quando non muore, dopo aver verificato che non vi sia una neoplasia nella scheda ISTAT.

CODIFICA TOPOGRAFICA

REGOLA A. Aree topografiche e sedi maldefinite: se la diagnosi non specifica la sede anatomica di origine, utilizzare il codice topografico suggerito nell'indice alfabetico per ogni sede maldefinita, preferendolo alla categoria "NAS".

Esistono rare eccezioni a questa regola, come il mento e l'avambraccio, poiché queste regioni si considerano, ai fini pratici, composte prevalentemente da cute e la categoria NAS è assegnata di conseguenza alla cute.

REGOLA B. Prefissi: se una sede topografica è modificata da un prefisso come "peri-" o "para-" o simili, non specificati in ICD-O, utilizzare l'appropriata categoria C76 (sede maldefinita), a meno che l'istotipo tumorale non ne suggerisca l'origine da uno specifico tessuto.

Questa regola generale si applica anche ad espressioni imprecise quali "area di ..." o "regione di ...".

REGOLA C. Neoplasie coinvolgenti più di una categoria o sottocategoria topografica: usare la sottocategoria (quarta cifra) “.8” quando un tumore supera il confine di due o più categorie o sottocategorie ed il suo punto di origine non può essere determinato.

Con i codici .8 e .9 si perde informazione > NON ABUSARE

- Tumori multicentrici (eccezione colon e retto)

Per i tumori estesi, ove possibile, occorre trovare soluzioni alternative senza forzare la diagnosi di sede

Es: esofago al passaggio 3° medio e inferiore >
TAC lesione sopradiaframmatica > ESOFAGO TORACICO

CODIFICA TOPOGRAFICA

REGOLA D. Codici topografici per i linfomi: se un linfoma interessa stazioni linfonodali multiple deve essere codificato C77.8 (linfonodi di regioni multiple). I linfomi extranodali vanno codificati secondo la sede di origine, che può non essere la sede di biopsia. Se di un linfoma non viene indicata alcuna sede, utilizzare la codifica C77.9 (linfonodo NAS).

REGOLA E. *Codice topografico per le leucemie:* codificare tutte le leucemie, ad eccezione del sarcoma mieloide (M-9930/3), con C42.1 (midollo osseo).

NB Solo per i tumori solidi di cui non è identificabile la sede primitiva è possibile utilizzare il codice C80.9

NEOPLASIE PRIMITIVE MULTIPLE

Le neoplasie primitive multiple presentano numerose difficoltà di codifica.

I criteri normalmente seguiti per definire un tumore multiplo sono:

• **l'esclusione di una metastasi**

• **l'appartenenza a organi e tessuti i cui primi 3 caratteri del codice topografico siano diversi**

• **se i primi 3 caratteri del codice topografico sono uguali, l'appartenenza a gruppi istologici diversi.**

CODIFICA MORFOLOGICA

REGOLA H. Termini morfologici associati a sedi topografiche specifiche: utilizzare il codice topografico indicato quando una sede topografica esplicita non è indicata nella diagnosi. Questo codice topografico dovrebbe essere ignorato allorché il tumore è invece noto come originante da altra sede. I codici sede-specifici appropriati sono indicati in parentesi dopo il termine morfologico per neoplasie che solitamente insorgono nello stesso organo o tessuto, ad esempio il retinoblastoma (C69.2). Se nessuna sede è indicata nella diagnosi specifica utilizzare detto codice suggerito in morfologia.

Se è indicata una sede di origine differente dal codice sede-specifico fornito nel campo morfologico, usare l'appropriato codice per la sede anatomica dichiarata in diagnosi, dopo accurata revisione del caso per escludere che la presenza della neoplasia nella sede menzionata sia una metastasi.

Letture delle liste numeriche

Carcinoma a cellule di Hurtle (C73.9)

Il codice topografico tra parentesi indica la sede ordinaria in cui si reperisce il tumore con la morfologia specificata

-se il patologo non riferisce la sede, il tumore va riferito alla Tiroide

-se il patologo esplicita una sede differente, e sempre che successivi o altri elementi non dimostrino il contrario, il tumore va riferito alla sede specificata dal patologo.

[obs] Termine obsoleto.

E' preferibile utilizzare il termine principale di riferimento

CODIFICA MORFOLOGICA

REGOLA J. Diagnosi morfologiche composte: cambiare l'ordine delle prefissi in un termine composto se il termine non è compreso nell'ICD-O.

REGOLA K. Codifica di morfologie multiple: quando nessun codice singolo include tutti i termini diagnostici, utilizzare il codice numerico più alto se la diagnosi di una singola neoplasia include due aggettivi caratterizzanti con differenti codici numerici.

Se un termine ha due o più aggettivi caratterizzanti con differenti codici numerici, utilizzare il codice numericamente più alto, solitamente più specifico. Vi sono alcune eccezioni, come ad esempio nelle neoplasie vescicali.

CODIFICA MORFOLOGICA

CODICE 8000/3

Di norma si riferisce a casi senza conferma microscopica (base diagnosi fino a 3).

Non è da confondere con quei casi in cui il dato è formulato in una cartella clinica o in altro documento oncologico ma il referto non è disponibile. In questi casi si usa il codice morfologico specifico se:

- se la diagnosi è circoscritta (diagnosi, grading, stadiazione, luogo e tipo di trattamento)
- oppure se la fonte è sicura (centro oncologico) e la diagnosi è generica (carcinoma, adenocarcinoma, sarcoma, epiteloma)
- NE considerare non sicure le schede ISTAT e le fonti generaliste (geriatria, lungodegenze, centri riabilitativi, ospedali minori, etc)

Con base diagnosi da 5 a 8 viene utilizzato quando il patologo non ha potuto accertare niente altro che la malignità

CODIFICA MORFOLOGICA

CODICE 8001/3 - 8002/3 - 8003/3 - 8004/3

Cellule tumorali maligne NAS o di tipo specificato (piccole, grandi, fusate)

Di norma si riferisce a casi con conferma citologica (base diagnosi 5).

Tale esito indica che il patologo ha potuto descrivere solo le caratteristiche cellulari, ma non è riuscito a caratterizzare l'istotipo.

CODICE 8050/3 Carcinoma papillare

Tale esito indica che il patologo ha enfatizzato solo le caratteristiche di crescita vegetante a papille dotate di asse e rivestite da epitelio.

Nella maggior parte delle sedi il Carcinoma papillare è attribuibile ad una morfologia specifica:

- Mammella e tiroide > 8260/3 (Adenocarcinoma papillare)
- Vie urinarie > 8130/3 (Carcinoma papillare a cellule transizionali)

CODICE DI COMPORTAMENTO

REGOLA F. Codice di comportamento nel campo morfologico: utilizzare l'appropriato codice di comportamento (quinta cifra), anche se l'esatto termine morfologico non compare nell'ICD-O.

Il codice appropriato della quinta cifra dovrebbe essere usato anche quando l'esatto termine morfologico della lesione non compare in ICD-O; per esempio la diagnosi di "Cordoma benigno" dovrebbe essere codificata M-9370/0. Se il patologo asserisce che il comportamento della lesione differisce dal comportamento usuale, stabilito dall'ICD-O, la codifica deve seguire le indicazioni del patologo.

Morfologia : 5.a cifra - codice di comportamento

Tavola 18. Quinto carattere - codice di comportamento delle neoplasie

Codice

- /0 Benigno
- /1 Incerto se benigno o maligno
 - A malignità borderline
 - A basso potenziale di malignità
 - Ad incerto potenziale di malignità
- /2 Carcinoma in situ
 - Intraepiteliale
 - Non infiltrante
 - Non invasivo
- /3 Maligno, sede primitiva
- /6* Maligno, sede metastatica
- /7* Maligno, sede secondaria
- /9* Maligno, incerto se di sede primaria o metastatica

* Non utilizzati dai registri tumori

CODICE DI COMPORTAMENTO

Tavola 3. Registros multiplo in base di comportamento

1. Caso	2. Caso dello stesso gruppo di istotipi			
	benigno (/0*) incerto se benigno/maligno (/1)	in situ (/2)	maligno (/3)	metastatico
benigno incerto se benigno/maligno /1	1 registrazione	2 registrazioni	2 registrazioni	2 registrazioni
in situ /2	1 registrazione	1 registrazione	2 registrazioni	2 registrazioni
maligno /3	1 registrazione	1 registrazione	2 registrazioni se metacroni e non ripresa di malattia	1 registrazione
metastatico	1 registrazione	1 registrazione	1 registrazione	1 registrazione

* solo intracranico/intracostale

METACRONI : l'intervallo tra 2 diagnosi è superiore a 6 mesi, a meno che non sia una recidiva

Di norma il passaggio da /1 o /2 a /3 comporta che il caso /3 vada in incidenza con la data di accertamento di malignità. Fanno eccezione:

- I casi relativi a vescica e sedi intracraniche/intracostali, il primo caso è quello che va in incidenza
- I casi registrati come /1 in quanto NSE ➡ Deve essere modificato il caso registrato, che diventa vero incidente con quella data
- I casi registrati come /1 o /2 che hanno dato luogo a diffusione metastatica ➡

GRADING

REGOLA G. Assegnare il grado o il codice di differenziazione più alto indicato nel referto diagnostico.

La sesta cifra del campo morfologico può anche essere utilizzata per identificare l'origine dei linfomi e delle leucemie (tavola 22, p.31). In questa patologia linfatica ed emopoietica l'indicazione della linea cellulare T (codice 5), B (codice 6), Null (codice 7) e NK (codice 8) ha la priorità sui codici di grado da 1 a 4.

Il grading nei tumori solidi è un sistema di codificazione della maturità cellulare sede-dipendente.

Il sistema di grading può variare nel tempo in ciascuna sede, ed è opportuno annotarlo.

Morfologia : la 6.a cifra - Grading

Un codice completo ICD-O richiede dieci cifre, per identificare la sede topografica (4 cifre), l'istotipo (4 cifre), il comportamento (1 cifra) e la differenziazione o l'immunofenotipo per le neoplasie ematologiche (1 cifra).

Tavola 21 – grading o comportamento di neoplasie solide		Tavola 22 - Immunofenotipo di linfomi e leucemie	
Codice		Codice	
1	Grado I Ben differenziato Differenziato, NAS	5	Cellule T
2	Grado II Moderatamente differenziato Moderatamente ben differenziato A differenziazione intermedia	6	Cellule B Pre-B Precursori B
3	Grado III Poco differenziato	7	Cellule null Non T-non B
4	Grado IV Indifferenziato Anaplastico	8	Cellule NK Cellule Natural Killer
9	Grado o differenziazione indeterminato, non definito o non applicabile	9	Tipo non determinabile, non definito o non applicabile

Innovazioni nell'ICD-O3 sulla 6.a cifra nelle emolinfopatie

Dati immunofenotipici
Nella classificazione WHO, la linea di differenziazione tumorale è quasi sempre implicita nel termine diagnostico utilizzato. Per esempio, un linfoma follicolare è per definizione un linfoma B linfocitario.
Questo non accadeva nella seconda edizione dell'ICD-O, ove molti termini rimanevano ambigui rispetto alla linea cellulare del tumore.

Nella terza edizione la linea cellulare è implicita nel codice morfologico a quattro cifre e la sesta cifra aggiuntiva non è richiesta.

**Unica eccezione:
leucemia linfoblastica/linfoma linfoblastico
la linea cellulare T o B dev'essere specificata.**

Tuttavia i registri possono considerare l'opportunità di mantenere la sesta cifra per identificare i casi in cui la diagnosi è supportata dalla caratterizzazione immunofenotipica.

TAVOLA 27. SISTEMA WHO PER IL GRADING (SCALA DI MALIGNITA') DEI TUMORI DEL SNC

Istotipi da codificare	Grado WHO	ICD-O	(5.a cifra)	Istotipi da codificare
Neoplasie astrocitarie (Astrocitomi)				Tumori neuronali/gliali
Subependimale, a cellule giganti	I	9384	1	Gangliocitoma
Piloitico	I	9421	1	Ganglioglioma
Basso grado	II	9400	3	Ganglioglioma anaplastico
Xantastrocitoma pleomorfo	II-III	9424	3	Ganglioglioma desmoplastico
Anaplastico	III	9401	3	Tumore neuroepiteliale disemibrioplastico
Glioblastoma	IV	9440	3	Neurocitoma centrale
Oligodendrogliomi				Tumori pineali
Basso grado	II	9450	3	Pineocitoma
Anaplastici	III	9451	3	Tumore pineale parenchimale a differenziazione intermedia
Oligoastrocitomi				Pinealoblastoma
Basso grado	II	9382	3	Tumori embrionali
Anaplastici	III	9382	3	Medulloblastoma
Tumori ependimali (Ependimomi)				Altri PNET
Subependimoma	I	9383	1	Medulloepitelioma
Mixopapillare	I	9384	1	Neuroblastoma
Basso grado	II	9391	3	Ependimoblastoma
Anaplastico	III	9392	3	Tumori dei nervi craniali e spinali
Tumore dei plessi corioidei				Schwannoma
Papilloma	I	9390	0	Tumore maligno delle guaine nervose periferiche
Carcinoma	III-IV	9390	3	Tumori meningei
				Meningioma
				Meningioma atipico

BASE DI DIAGNOSI

Tavola 4. Base della diagnosi

Codice	Descrizione	Criteri
0	DCO (Death certificate only)	Informazione disponibile viene da un certificato di morte
diagnosi non microscopica		
1	clinica	diagnosi effettuato prima della morte, ma senza alcuno dei codici seguenti (codici 2-7)
2	indagine clinico-strumentali	tutte le tecniche diagnostiche (inclusi radiodiagnostica, endoscopia, imaging, ecografia) senza successivo esame istopatologico, chirurgia esplorativa
3	autopsia senza istologia	diagnosi macroscopica (categoria aggiunta rispetto alla tabella IARC/IACR, per separare il dato dall'osservazione diretta del tumore in fase autptica)
4	marker tumorali specifici	diagnosi effettuato tramite marcatori biochimici e/o immunologici che sono specifici per una certa sede tumorale
diagnosi microscopica		
5	citologia	esame di cellule prelevate da una sede tumorale primitiva o secondaria (inclusi aspirato ed esame di fluidi estratti per via endoscopica); include inoltre l'esame microscopico del sangue periferico e degli aspirati midollari
6	istologia su metastasi	esame istologico effettuato su metastasi, in compresi i campioni autptici
7	istologia su tumore primitivo	esame istologico di tessuto del tumore primitivo, comunque ottenuto, in compreso qualsiasi tecnica di sezione e lavoro istomorfologici, comprende anche campioni autptici del tumore primitivo
8	autopsia con istologia concomitante o precedente	categoria aggiunta rispetto alla tabella IARC/IACR, per separare il dato dall'osservazione diretta del tumore in fase autptica
9	modalità di diagnosi sconosciute	

ELEMENTI DIAGNOSTICI

Nelle indicazioni dell'ICD-O-3 erano scomparse le categorie

3 – Chirurgia diagnostica/ Autopsia > rientranti al 2 – Esami clinici

8 – Autopsia con istologia concomitante o precedente > rientranti nel 6 o nel 7 – Istologia su metastasi o su tumore primitivo

Nel manuale, come visto, sono state reintrodotte.
Il problema è che, poiché la data di incidenza non può essere successiva a quella di morte, avrebbero tale data sia i casi con conferma istologica autptica che quelli operati e deceduti nella giornata.

Va indicata la più accurata modalità diagnostica.

La biologia molecolare e la citogenetica forniscono risultati analitici comparabili se non superiori (**IN PARTICOLARE PER L'ATTRIBUZIONE DELLA MORFOLOGIA A LINFOMI E LEUCEMIE**) all'istologia > **USARE CODICE 7 o 8**

ELEMENTI DIAGNOSTICI

Nell' ICD-O-3 non sono più riportati i Codici di conferma diagnostica (rimando generico ai metodi adottati in America)

Se ne consiglia l'utilizzo ed integrazione . Esempio:

CODICE	DESCRIZIONE
A	ISTOLOGIA, IMMUNOISTOCHEMICA
B	CITOLOGIA ESFOLIATIVA
C	EMATOL MIDOLLO
D	EMATOL SANGUE
E	RADIOISOTOPICA
F	RADIOGRAFICA
G	TAC
H	RMN
I	BIOCHIMICA IMMUNOLOGIA
J	ENDOSCOPICA
K	CHIRURGICA ESPLORATIVA
L	CLINICA
M	RISCONTRO AUTOPT CASUALE
N	ECOGRAFIA
O	CITOL SU VERSAMENTO
P	CITOL SU ASPIRATO
Q	ALTRO
Z	MOLECOLARE

DATA DI INCIDENZA

- 1.a scelta - DATA DEL PRIMO ACCERTAMENTO MICROSCOPICO**
* e' la data di ricezione del campione presso il laboratorio, non quella di refertazione
* di solito ha un ritardo di 1-2 giorni rispetto alla data di esecuzione del campione > controllare che non sia successiva alla data di decesso
NB se l'accertamento microscopico è autoptico > DATA DI DECESSO
- 2.a scelta - DATA DEL RICOVERO IN CUI E' STATA POSTA LA DIAGNOSI**
* da usare se non c'è l'accertamento microscopico, o se esso avviene oltre i 3 mesi dopo E LA DIAGNOSI E' DI CERTEZZA
* se il paziente decede e la diagnosi è autoptica > DATA DI DECESSO
- 3.a scelta - DATA DELL'ACCERTAMENTO CLINICO-STRUMENTALE IN CUI E' STATA POSTA LA DIAGNOSI**
* da usare se non sono disponibili le prime 3 scelte
* da usare solo se non sono disponibili le prime 3 scelte
* in caso contrario connota di certezza una diagnosi "probabile"

ESTENSIONE E STADIAZIONE

I sistemi di stadiazione sono sistemi di codifica del livello di estensione della malattia, informativi della prognosi.
Il TNM, descrittivo dei tre assi Tumore-Linfonodi-Metastasi, è sede-dipendente o morfologia-dipendente (escluse emolinfopatie). La versione Condensed introdotta da ENCR e usata per EUROCIM distingue solo tra forme localizzate e forme avanzate.

Per ciascuna sede (o nosologia nelle emolinfopatie) ci sono altri sistemi monoasse eventualmente correlati al TNM (es. Dukes, Astler-Coller)

Disease Staging è un'altra classificazione monoasse, utilizzata nel colon-retto: oltre all'estensione si considerano le condizioni cliniche (shock, perforazione, etc) perchè incidono sulla prognosi a breve

Tuttavia il confronto tra casistiche diverse può richiedere la ricostruzione del TNM. E' opportuno raccogliere quindi informazioni aggiuntive:

- dimensione del tumore
- linfonodi totali: n.esaminati, n. positivi; localizzazione (TNM clinici), presenza di micrometastasi, diagnosi molecolare
- linfonodi sentinella: n.esaminati, n. positivi, presenza di micrometastasi
- localizzazione metastasi

L'informazione esatta sulla sede di prelievo (biopsia, agobiopsia, aspirato) può servire

RAPPORTI CON LO SCREENING

L'informazione è utile se il registro viene utilizzato anche in questo contesto, ed è limitata alle sedi oggetto di campagna organizzata: mammella, cervice, colon-retto

In genere abbiamo

CASI SCREEN DETECTED

- 1 - al primo test
- 2 - ad un test successivo
- 3 - cancri-intervallo
- 4 - early recall
(invitati a ripetere il test o in follow-up -annotare intervallo in mesi)

CASI NON SCREENING

- 5 - persone che hanno rifiutato invito
- 6 - pre-screening
- 7 - escluse per età, errore, altro
- 8 - non rispondenti

9 - stato di screening dubbio o non classificabile

La posizione dovrebbe essere verificata sulla base dei listati del centro screening

TERAPIE

Gli studi di approfondimento sulla sopravvivenza richiedono informazioni di dettaglio

CHIRURGIA: tipo di intervento, modalità (laparoscopico), condizioni (urgenza), protesica (temporanea, permanente), finalità (radicale, citoriduttiva, palliativa)

CHEMIOTERAPIA: NEOADIUVANTE o ADIUVANTE o PRE-TRAPIANTO

protocolli; farmaci impiegati; se sistemica o locale; se in studio clinico o meno; data di inizio
In generale si annota quanto previsto nel piano terapeutico iniziale e la data d'inizio; altre informazioni, specie se vi sono più linee di trattamento, saranno raccolte presso gli oncologi (ideale il collegamento con le cartelle oncologiche)
Indispensabile annotare i farmaci -target (e quindi anche il test eseguito)

RADIOTERAPIA: NEOADIUVANTE o ADIUVANTE o PRE-TRAPIANTO

Data di inizio, sede di applicazione (potrebbe essere su localizzazione metastatica e non sulla sede primitiva), modalità

ORMONOTERAPIA

Farmaci, data di inizio, durata. Le informazioni possono essere dedotte anche dai referti di citologia cervico-vaginale di follow-up (annotare recettori ormonali)

ALTRI: IMMUNOTERAPIA - TRAPIANTI - RADIOFREQUENZA - TACE

Corso di base AIRTUM – Tarquinia 25.11.2010

CLASSIFICAZIONE DELLE MALATTIE E LINGUAGGI CLINICI

A CURA DI ADRIANO GIACOMIN
Registro Tumori Piemonte – Provincia di Biella (CPO)



DEFINIZIONE DI CLASSIFICAZIONE

- Attività consistente nel disporre le entità di un dato *dominio di conoscenze* in opportuni contenitori di conoscenze tra i quali si stabiliscono dei collegamenti riguardanti una o anche più relazioni
- Le attività di classificazione hanno il fine di organizzare le entità del dominio servendosi di criteri riconducibili ad una certa razionalità, fino ad avvalersi di regole precise e di procedure, e di sistemi di rappresentazione (alfa)numerica (CODIFICAZIONE). Molte classificazioni sono sottoposte a procedimenti di standardizzazione, alcune diventano standard ufficiali, altre standard de facto.
- La definizione di alcune classificazioni richiedono grande impegno e talora emergono da (o naufragano a causa di) duri scontri fra gruppi di potere o posizioni ideologiche; spesso sono frutto di compromessi.
- La collocazione delle entità nei diversi contenitori si basa (direttamente o indirettamente, ma in modo determinante) sulla individuazione di differenze di rilievo tra le entità stesse, cioè su processi di distinzione.

Parole chiave: non ambiguità, univocità, tempestività (nel recepire i cambiamenti)

WHO - FAMIGLIA DELLE CLASSIFICAZIONI INTERNAZIONALI (WHO-FIC)

CLASSIFICAZIONI DI RIFERIMENTO

- International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD, include ICD9-CM e ICD10-CM)

È stata sottoscritta da 43 nazioni dell'OMS nel 1989 ed ha iniziato ad essere utilizzata intorno al 1994. È oggi alla decima edizione (ICD-10).

L'ICD segue una serie di tentativi di classificazione ragionata, iniziata a metà dell'800. La prima redatta fu una lista di cause di morte, adottata dall'Istituto Statistico Internazionale nel 1893 (Bertillon Classification of Causes of Death). Nel 1948 vengono incluse anche le cause di morbosità.

- International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)
- International Classification of Health Interventions (ICHI) – in corso di sviluppo

CLASSIFICAZIONI CORRELATE

- International Classification of Primary Care (ICPC-2)
- International Classification of External Causes of Injury (ICECI)
- Anatomical Therapeutic Chemical Classification System (ATC/DDD)
- Technical aids for persons with disabilities: Classification and terminology (ISO9999)

CLASSIFICAZIONI DERIVATE

- International Classification of Diseases for Oncology, Terza Edizione (ICD-O-3)
- ICD-10 for Mental and Behavioural Disorders
- Application of the International Classification of Diseases to Dentistry and Stomatology, 3rd Edition (ICD-DA)
- Application of the International Classification of Diseases to Neurology (ICD-10-NA)
- International Classification of Functioning, Disability and Health for Children and Youth (ICF-CY)

ALTRE

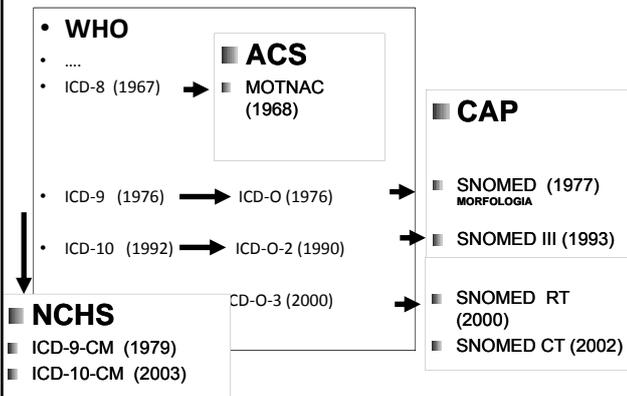
Current Procedural Terminology (CPT-4)
Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)
Health Care Procedure Coding System (HCPCS)
ICD-10 Procedure Coding System (ICD-10-PCS)
International Classification of Headache Disorders 2nd Edition (ICHD-II)
International Classification of Sleep Disorders (ICSD)
Logical Observation Identifiers Names and Codes (LOINC)
Medical Dictionary for Regulatory Activities (MedDRA)
Medical Subject Headings (MeSH)
Mendelian Inheritance in Man (OMIM)
North American Nursing Diagnosis Association (NANDA)
TIME-ITEM, topics in medical education
Unified Medical Language System (UMLS)

Systematized Nomenclature of Medicine (SNOMED)

Read Codes (PMIP - Pathology Messaging Implementation Project)

TNM Classification of Malignant Tumours

CLASSIFICAZIONI



SNOMED

- Lo SNOP fu disegnato dal Dr. Arnold Pratt per essere usato negli esami anatomico-patologici in rapporto alla loro morfologia e topografia.
- Lo SNOMED fu concepito dal Dr. Roger A. Côté come un'estensione del Systematized Nomenclature of Pathology (SNOP) valido per tutta la medicina, utilizzando un sistema multiasiale.
- Côté e Pratt propongono al CAP (College of American Pathologists) lo sviluppo di SNOMED, che evolve dal 1973 in poi.
- Con Spackman si realizza la trasformazione in un formato particolarmente dedicato all'utilizzo elettronico, lo SNOMED-CT (dal 1999 al gennaio 2002).
- Timeline:
 - 1965 SNOP
 - 1974 SNOMED
 - 1979 SNOMED II
 - 1993 SNOMED International 3.0
 - 1995 SNOMED Microglossary of Signs and Symptoms
 - 1999-98 SNOMED International versions 3.1-3.5. Nella versione 3.4, uscita nell'ottobre 1997, 32.027 termini provenienti dai codici dell'ICD-9-CM vengono aggiunti per facilitare la reportistica e l'analisi statistica.

Allo stato dei fatti SNOMED RT contiene più di 150,000 termini.

SNOMED CT Clinical finding

- I Concetti presenti in questa gerarchia rappresentano il risultato di un'osservazione, una valutazione o un giudizio clinici, ed includono stati clinici sia normali che anormali

Esempi:

Clear sputum (finding)
Normal breath sounds (finding)
Poor posture (finding)

- Questa gerarchia contiene la sotto-gerarchia *Disease*. Qui sono solo presenti stati clinici anormali, anche come aggregazioni di sottotipi gerarchici

Esempi:

Tuberculosis (disorder)
Non-Hodgkin's lymphoma (disorder)

SNOMED CT Body Structure

- In questa gerarchia sono presenti i concetti relativi a strutture anatomiche sia normali che anormali. Quelle normali possono essere usate per specificare la sede di una malattia o su cui viene effettuata una procedura

Esempi:

Mitral valve structure (body structure)
Uterine structure (body structure)

- Le alterazioni morfologiche di una struttura corporea sono contenute in una sotto-gerarchia *Body structure, altered from its original anatomical structure (morphologic abnormality)*

Esempi:

Adenosarcoma (morphologic abnormality)
Polyp (morphologic abnormality)

SNOMED CT Specimen

- Questa gerarchia contiene concetti relativi a materiali ottenuti per esami o analisi solitamente da un paziente. Possono essere definiti da attributi che specificano
 - * la struttura corporea (normale o no) da cui deriva il materiale
 - * la procedura usata per il prelievo
 - * la fonte da cui è stato raccolto
 - * il materiale di cui è composto

Esempi:

Specimen from prostate obtained by needle biopsy (specimen)
Urine specimen obtained by clean catch procedure (specimen)
Calculus specimen (specimen)
Cerebroventricular fluid cytologic material (specimen)

SNOMED CT Qualifier value

- Questa gerarchia contiene diversi dei concetti utilizzati come valori di attributi definiti da SNOMED CT. Tuttavia non è esaustiva perché valori possono essere reperiti in altre gerarchie.

Esempi:

SNOMED CT Organism

Unilateral (qualifier value)
Left (qualifier value)
Puncture - action (qualifier value)

- Questa gerarchia include organismi che hanno rilevanza in medicina umana e veterinaria. Essi servono nello SNOMED anche per la definizione delle cause di malattia; Sono presenti sotto-gerarchie, tra cui Animali, Microorganismi, Piante

Esempi:

Streptococcus pyogenes (organism)
Texon cattle breed (organism)
Bacillus anthracis (organism)
Lichen (plant) (organism)

SNOMED CT Procedure

I concetti in questa gerarchia sono relativi alle attività svolte in ambito sanitario. Sono incluse ad esempio procedure invasive (*Excision of intracranial artery (procedure)*), somministrazione di farmaci (*Pertussis vaccination (procedure)*), procedure di imaging (*Ultrasonography of breast (procedure)*); procedure di educazione alla salute (*Low salt diet education (procedure)*), e procedure amministrative (*Medical records transfer (procedure)*).

Esempi:

- *Removal of ureteral catheter (procedure)*
- *Intravenous steroid injection (procedure)*
- *Irrigation of oral wound (procedure)*
- *Appendectomy (procedure)*

SNOMED CT Staging and scales

Questa gerarchia contiene diverse sottogerarchie come le *Assessment scales*, ed il *Tumor staging*, con cui vengono definiti quali sistemi si usano.

Esempi:

Assessment scales (assessment scale) concepts:

Glasgow coma scale (assessment scale)
Stanford Binet intelligence scale (assessment scale)

Tumor staging (tumor staging) concepts:

International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO) staging
Dukes staging system (tumor staging)

SNOMED CT Observable entity

In questa gerarchia i concetti possono rappresentare un problema o una procedura che può determinare una risposta o un risultato.
Ad esempio *Left ventricular end-diastolic pressure* (observable entity) può essere sia nella domanda "che cos'è" sia nella domanda "qual è il risultato fornito"

Le entità osservabili sono elementi di una checklist o elementi a cui possiamo dare una risposta assegnando un valore.

Esempi:

- * *Colore degli occhi* (mentre "Occhi celesti" è un concetto "finding")
- * *Genere* (mentre "Genere femminile" è un concetto "finding")

SNOMED CT Substance

SNOMED CT Pharmaceutical/biologic product

- Contiene concetti che possono essere usati per registrare principi attivi. Sono "sostanze" generali e costituenti chimici di *Pharmaceutical/biologic product* (product), che è una diversa gerarchia. Tra le sottogerarchie si annoverano *Body substance* (substance), *Dietary substance* (substance); *Diagnostic substance* (substance).

Esempi:

Methane (substance)
Chromatin (substance)
Dental porcelain material (substance)
Albumin (substance)
Acetaminophen (substance).

- Questa gerarchia top-level è stata creata per distinguere chiaramente i farmaci dai loro costituenti. Ci sono più livelli di dettaglio in funzione degli usi, e sono inclusi i Virtual Medicine Product (VMP), Virtual Therapeutic Moiety (VTM) ed i Product Category. L'estensione utilizzata negli USA e nel regno Unito comprende anche gli Actual Medicinal Products (AMPs).

SNOMED CT Physical object

- I concetti sono relativi ad oggetti naturali o costruiti dall'uomo. Un uso è relativo alla definizione di procedure che utilizzano questi oggetti, ad esempio la cateterizzazione.

Esempi:

Military vehicle (physical object)
Implant, device (physical object)
Artificial kidney, device (physical object)
Latex rubber gloves (physical object)
Book (physical object)
Pressure support ventilator (physical object)
Vena cava filter (physical object)

SNOMED CT Physical force

- I concetti sono diretti a rappresentare le cause fisiche che hanno un ruolo nel determinare lesioni.

Esempi:

Spontaneous combustion (physical force)
Alternating current (physical force)
Frication (physical force)

SNOMED CT Event

- I concetti sono relativi ad eventi diversi da procedure sanitarie o interventi

Esempi:

Flood (event)
Bioterrorism attack (event)
Earthquake (event)

SNOMED CT Environments and geographic locations

- I concetti includono sia tipi di ambienti che specifiche località (paesi, stati, regioni).

Esempi:

Canary islands (geographic location)
California (geographic location)
Rehabilitation department (environment)
Intensive care unit (environment)

SNOMED CT Social context

Questa gerarchia contiene condizioni sociali e circostanze importanti per lo stato di salute ed il trattamento del paziente.

Tra le sottogerarchie, alcune delle quali sono indicate negli esempi, c'è anche lo stile di vita

Ethnic group (ethnic group): *Afro-Caribbean* (ethnic group)
Estonians (ethnic group)

Occupation (occupation): *Bank clerk* (occupation)
Carpenter, general (occupation)

Person (person): *Employer* (person)
Bodyfriend (person)
Caregiver (person)

Religion/philosophy (religion/philosophy): *Hinduism* (religion/philosophy)
Orthodox Christian religion (religion/philosophy)

Economic status (social concept): *Middle class economic status* (social concept)

SNOMED CT Linkage concept

Questa gerarchia contiene concetti usati per i linkage, e le sottogerarchie *Link assertion* e *Attribute*

Link Assertion consente l'uso di concetti SNOMED CT nell'ambito di relazioni tra asserzioni previste da sistemi intelligenti (HL7). Ad esempio "ha ragione", "ha spiegazione" sono 2 link assertion

Attribute sono utilizzati per indicare la relazione o il tipo di relazione tra 2 oggetti SNOMED CT. Alcuni sono *defining attributes* e fanno parte di modelli preordinati

* *IS_A* (attribute)

* *Concept model attribute* (attribute):

Laterality (attribute)
Procedure site (attribute)
Finding site (attribute)
Associated morphology (attribute)

Altri sono *non-defining attributes* consentendo relazioni anche temporali tra concetti (sostituito da, uguale a) o relazioni non previste dai modelli preordinati (sostituito da, valutato essere)

SNOMED CT Special concept

- Una sottogerarchia è *Inactive concept* che comprende i concetti non più validi dal punto di vista terminologico, prima ricompresi tra i concetti "attivi"

SNOMED CT Record artifact

- I record artefatti sono entità utilizzate per lo scambio di informazioni che presentano problemi. Possono essere artefatti un intero record individuale o alcune sue parti.

SNOMED CT e MORFOLOGIA

- Per la Morfologia, definizione e codici di ICD-O-2 sono gli stessi di SNOMED 2 e 3, mentre definizione e codici di ICD-O-3 sono gli stessi di SNOMED RT e SNOMED CT

- Ci sono solo alcune variazioni di formattazione
Come risultato, il codice per "Carcinoma acidofilo" può apparire in una delle seguenti forme:

Character string	Origin
M-82803	SNOMED
8280/3	ICD-O
M-8280/3	combined

- C'è una diversa gestione dei sinonimi
ICD-O non fornisce sempre un codice per ciascuna morfologia: alcuni codici contengono infatti sinonimi e sottotipi correlati all'interno di uno stesso codice. SNOMED in questi casi non assegna un valore M- , ma usa il valore R-

SNOMED CT e MORFOLOGIA

L'uso di "NOS" e di "No ICD-O Subtype"

- In ICD-O, "NOS", significa "Not Otherwise Specified": cioè non ci sono elementi che ne consentano una codificazione più precisa da parte del Registro.

Nel contesto dello SNOMED CT, poiché chi dà origine al codice è lo stesso che genera il record, "NOS" specifica invece che "non è presente nessuno degli altri sottotipi di adenocarcinoma"

SNOMED CT e STRUTTURE ANATOMICHE

Particolarità del sistema emolinfopoietico: il livello di definizione delle strutture

- **Sistema linfatico** [89890002]: sono le strutture in cui vi è un flusso di linfa: linfonodi (59441001) e vasi linfatici (83555006). Supporta findings, disorders e procedures connesse al flusso di linfa
- **Sistema linfoide** [122490001]: sono strutture con aggregati di linfociti. Include gli aggregati linfatici di intestino, midollo, fegato ed altre localizzazioni, oltre a linfonodi, milza, timo, adenoidi e tonsille. Esclude i vasi linfatici e supporta la categorizzazione dei linfomi.
- **Sistema immunitario** [116003000]: include tutto il sistema linfoide e quello fagocitico mononucleare, nonché tutte le componenti essenziali del sistema immunitario, a livello cellulare e subcellulare o comunque coinvolto nell'immunità cellulare ed umorale.
- **Sistema reticoloendoteliale** [6013009]: un termine superato che include i veri macrofagi e anche cellule endoteliali che rivestono i sinusoidi linfatici ed i tessuti ematopoietici.
- **Sistema ematologico** [414387006]: include il midollo osseo, il sistema linfoide, il sistema ematopoietico e le cellule mature da esso derivanti (globuli rossi e bianchi, piastrine, istiociti, plasmacellule, etc). Ciò significa che i disturbi di questo sistema non includono necessariamente i disturbi del sistema emostatico, anche se spesso sanguinamenti e trombosi vengono considerati ematologici.
- **Sistema ematopoietico** [57171008]: comprende strutture e cellule responsabili dell'eritropoiesi, della mielopoiesi, della trombocitopoiesi e della linfopoiesi. Deve essere distinto dal sistema ematologico, in quanto le cellule mature di ciascuna linea (eritrociti, neutrofilii segmentati, monociti, istiociti, piastrine, linfociti B- e T- mature, plasmacellule, etc) non rimangono a lungo strettamente nel sistema ematopoietico.

SNOMED CT – EVOLUZIONI ORGANIZZATIVE

- **Novembre 2005**
UK Government's NHS Connecting for health agency (NHS CFH) and SNOMED International, annunciano la loro intenzione di voler creare un'associazione indipendente (**International Healthcare Terminology Standards Development Organisation** IHTSDO®).
 - **Giugno 2006**
6 nazioni (Australia, Canada, Danimarca, Lituania, UK, e U.S.A.) si incontrano con il College of Pathologists a New York, per discutere la creazione dell'IHTSDO®.
 - **Ottobre 2006**
I potenziali membri fondatori (ora inclusa anche la nuova Zelanda) si incontrano nuovamente a Copenaghen.
 - **Marzo 2007**
Con l'approvazione dell'ultima versione dello statuto, l'associazione viene formalmente registrata in Danimarca.
- 26 Aprile 2007**
IHTSDO®, anche conosciuta come SNOMED SDO®, acquisisce la proprietà sui diritti intellettuali dello SNOMED CT®, nonché delle versioni precedenti, versando al CAP la cifra di \$7.8 milioni.

CONCLUSIONI

IN VIA GENERALE

Sia dal punto di vista metodologico che culturale il processo di standardizzazione è essenziale, e gli standard devono essere internazionali. Non è solo un problema di codici e di datawarehouse, è anche di linguaggio terminologico nell'uso clinico e di diffusione omogenea degli strumenti informativi.

- | | |
|-------------|---|
| Ma richiede | * governo del processo |
| | * referenti e gruppi di lavoro |
| | * risorse finanziarie di sistema e a livello locale |
| | * accettazione ed implementazione |

CONCLUSIONI

LOCALMENTE

- Risolvere i problemi di datawarehouse
- Standardizzare i contenuti dei referti
- Migliorare l'accessibilità ai dati
- Migliorare l'interfaccia tra Strutture di Anatomia patologica e Registri (e non solo) : consultazione in remoto, etc

- iniziare a lavorare sul linguaggio terminologico nell'uso clinico

- Lavorare sui sistemi di link :
 - * estraibilità per anagrafica > tutti i referti di residenti in...
 - * estraibilità per codice > " che contengono i numeri ...
 - * estraibilità per stringhe > " che contengono la stringa...

GLI ELEMENTI INFORMATIVI FONDAMENTALI

DESCRIZIONE DELLA LESIONE	SEDE - MORFOLOGIA FOCALITA' DIMENSIONI
DEFINIZIONE DELLE SUE CARATTERISTICHE BIOLOGICHE	GRADING N. MITOSI FORMAZIONE DI STRUTTURE PLEIOMORFISMO IMMUNOISTOCHEMICA
DEFINIZIONE DEL COMPORTAMENTO RISPETTO ALL'ORGANISMO	INVASIONE VASCOLARE – LINFATICA- PERINEURALE INFILTRAZIONE ORGANO E EXTRAORGANO DISSEMINAZIONE PER VIA EMATICA E LINFATICA
DEFINIZIONE DELLO STATUS CLINICO	STADIAZIONE CONTESTO DI STADIAZIONE

IL REFERTO E LE SUE CRITICITA'

- Individuazione esatta del soggetto (Nome, cognome, luogo e data di nascita consentono la ricostruzione del codice fiscale; comune di residenza)
- Dati di accettazione (data arrivo del campione, reparto, procedura, n° attribuito, eventuali notizie cliniche di corredo)
- Descrizione (macroscopica, microscopica, tecniche speciali utilizzate)
- Diagnosi (topografia, morfologia, grading, stadiazione)
- Indicatori prognostici e terapeutici (recettori, etc.; valutazioni su tipo di accrescimento, infiltrazione, embolizzazione)
- Codificazione
- Dati di refertazione (data, operatore, controlli di qualità eseguiti...)

IL REFERTO E LE NECESSITA' DEI REGISTRI

- Individuazione esatta del soggetto
LINK > completezza anagrafica, qualità della fonte
QUERY > estrazione per comune di residenza terminologia
- Dati di accettazione = DATA DI INCIDENZA
- Descrizione ricostruzione a posteriori della stadiazione, livello di conferma (molecolare > immunoistochimica > sola microscopica) **terminologia**
- Diagnosi QUERY > estrazione per stringhe **terminologia**
- Indicatori prognostici e terapeutici QUERY > estrazione per stringhe **terminologia**
- Codificazione QUERY > estrazione per codice **nomenclature in uso**
- **INFORMATIZZAZIONE : consultabilità (anche in remoto), estraibilità**

ESEMPIO 1 - CARCINOMA IN SITU

Definizioni comunemente usate

- carcinoma in situ M-8070/2
- neoplasia intraepiteliale grado III M-8077/2
- neoplasia squamosa intraepiteliale grado III M-8077/2
comprende sia il quadro di carcinoma in situ, che la displasia grave.

- CIN III, cervice M-8077/2
- VAIN III, vagina "
- VIN III, vulva "
- AIN III, ano " termine equivalente nuovo
- PIN III, prostata M-8148/2 new entry, con Neopl. ghiandolare intraepiteliale grado III indipendentemente dal fatto che la displasia grave sia o no menzionata.

La displasia grave della cervice uterina, senza menzione di CIN III, è codificata secondo la codifica SNOMED non tumorale NB – alcuni patologi utilizzano displasia grave come sinonimo di CIN III. E' opportuno verificare il criterio adottato dal laboratorio.

Il sistema "Bethesda" per la diagnosi citologica riconosce solo due gruppi, le lesioni squamose intraepiteliali di basso ed alto grado: quest'ultimo include la displasia moderata (CIN II), la displasia grave ed il carcinoma in situ (CIN III)

CARCINOMA IN SITU NEI TUMORI COLORETTALI

La diagnosi morfologica delle lesioni può essere oggetto di equivoci

Lesione displastica ad alto grado (grave) con atipie marcate

> **DISPLASIA AD ALTO GRADO o DISPLASIA GRAVE**
> **(ADENO)CARCINOMA IN SITU O INTRAGHIANDOLARE O INTRAEPITELIALE**

Lesione neoplastica con infiltrazione della tonaca propria e della muscularis mucosae senza suo superamento e senza infiltrazione sottomucosae
> **ADENOCARCINOMA INTRAMUCOSO**

pTis

Nella refertazione degli screening è raccomandato di comprendere ambedue le lesioni nell'ambito della displasia ad alto grado (Giscor, GIPAD)

La displasia ad alto grado potrebbe essere pre-tumorale o ca in situ

ESEMPIO 2 - definizione di specifiche morfologie

■ Nell'ambito dei tumori dello stesso gruppo "Adenocarcinoma" è importante considerare gli aspetti morfologici che hanno valenza prognostica:

- l'adenocarcinoma mucinoso è tale se la componente mucoide costituisce più del 50 % del tumore
- l'adenocarcinoma a cellule ad anello con castone è tale se questa componente costituisce più del 50 % del tumore

Solo in presenza di un'esplicitazione di tale percentuale è corretto applicare il codice specifico. % inferiori possono essere annotate, ma non incidono sulla morfologia assegnata.

- Il carcinoma adenosquamoso è tale se le due componenti sono evidenti. In caso di focale differenziazione squamosa, il tumore è Adenocarcinoma NAS

ESEMPIO 2 - definizione di morfologie e incertezza nelle dizioni

Il Seer ha anche disciplinato le dizioni tecniche dei referti anatomo-patologici

Majority of Tumor:

Terms that mean the majority of tumor	Terms that DO NOT mean the majority of tumor
Predominantly	With foci of
With features of	Focus of/focal
Major	Areas of
Type ¹	Elements of
With Differentiation ¹	Component ¹
Pattern (Only if written in College of American Pathologists [CAP] Protocol) ²	
Architecture (Only if written in College of American Pathologists [CAP] Protocol) ²	

Mentre la CAP ha definito per i principali siti un protocollo di refertazione

http://www.cap.org/cancerprotocols/protocols_intro.html

ESEMPIO 3 - INCERTEZZA NELLA REPORTISTICA

INFILTRAZIONE NON VALUTABILE

Esprime l'impossibilità di concludere la diagnosi differenziale tra tumore invasivo e tumore in situ AL DI LA' DEL CODICE UTILIZZATO Di solito tipico delle biopsie superficiali (vescica, colonretto)

DECISIONI POSSIBILI:

- Nel caso della vescica (infiltrazione indifferente per l'incidenza) in base al grading (se elevato è invasivo, se basso è in situ)
- Nel caso del colon-retto o codifica come /1 (il registro non forza) o in base al giudizio clinico (se non operato è /2, se operato, in base al pezzo operatorio)

NB Se non è previsto il codice di comportamento, attenersi alla regola F

REGOLA F. Codice di comportamento nel campo morfologico: utilizzare l'appropriato codice di comportamento (quinta cifra), anche se l'esatto termine morfologico non compare nell'ICD-O.

ESEMPIO 3 - INCERTEZZA NELLA REPORTISTICA

COMPORTEMENTO BIOLOGICO NON VALUTABILE

Esprime l'impossibilità di concludere la diagnosi come tumore francamente maligno o francamente benigno Di solito tipico di tumori ovarici, ma si riscontra anche in tumori non epiteliali

DECISIONI POSSIBILI:

- Sulla base delle precisazioni del patologo, non basta il codice
- Se non è previsto il codice di comportamento /1, attenersi alla regola F

REGOLA F. Codice di comportamento nel campo morfologico: utilizzare l'appropriato codice di comportamento (quinta cifra), anche se l'esatto termine morfologico non compare nell'ICD-O.

Il codice appropriato della quinta cifra dovrebbe essere usato anche quando l'esatto termine morfologico della lesione non compare in ICD-O; per esempio la diagnosi di "Cordoma benigno" dovrebbe essere codificata M-9370/0. Se il patologo asserisce che il comportamento della lesione differisce dal comportamento usuale, stabilito dall'ICD-O, la codifica deve seguire le indicazioni del patologo.

ESEMPIO 4 - INCERTEZZA NELLE DIZIONI

Tabella 6. Terminologia per la quale la registrazione è o non è indicata

Indicata		Non Indicata
appare come	indiscutibilmente	da seguire nel tempo
compatibile con	potenzialmente maligno	discutibile
compatibile con	presente	equivoco
con aspetto di	probabile	escluso
con evidenza di	probabilmente	incerto
con segni di malignità	ricorda	non può essere escluso
coerente con	sembra	possibile
evidente	sospetto (per)	
avvicinata	tipico (di)	lesione di natura non definita
in prima ipotesi	verosimilmente	lesione di natura da determinare

Sono termini che troviamo nei referti radiologici o patologici, ed hanno significati connessi anche allo stile di refertazione.

Nella dimissione (SDO o lettera di dimissione) o nella scheda ISTAT esprimono una reale incertezza AL DI LA' DEL CODICE UTILIZZATO

Esempi di STANDARDIZZAZIONE

Il carcinoma mammario

Informazioni diagnostiche (Sintesi Protocollo F.O.N.Ca.M. 2003)

Descrizione macroscopica:

- Dimensioni campione e tumore
- Descrizione del tumore:

- presenza o assenza di nodulo;
- margini del nodulo (espansivi, infiltranti);
- distanza tra nodulo e margini di resezione chirurgica;
- quadrante dove è localizzato il nodulo, in caso di mastectomia;
- diametro maggiore del nodulo;
- consistenza del nodulo (molle, dura).

• Descrizione parenchima residuo e cute

- Numero linfonodi pervenuti

Diagnosi istopatologica:

- Dimensioni tumore infiltrante (presenza componente in situ)
- Istotipo (WHO) e grading (Elston-Ellis)
- Margini di resezione
- Stato linfonodale
- Invasione vascolare
- Presenza di focolai multipli e microcalcificazioni
- Patologie associate
- Presenza di componente in situ
- Presenza di focolai multipli
- Presenza di microcalcificazioni
- Patologia associata

Esempi di STANDARDIZZAZIONE

GRADO ISTOLOGICO DI MALIGNITA' (Elston - Ellis, Histopathology 1991: 19: 403-410)

FORMAZIONE DI TUBULI

Diffusa: > del 75% del tumore Score 1
 Moderata: 10 - 75% Score 2
 Assente o minima: < 10% Score 3

PLEOMORFISMO NUCLEARE

Nuclei piccoli e regolari Score 1
 Moderata variabilità di forma e dimensioni Score 2
 Marcata variab. forma e dim. con nuclei prominenti Score 3

ATTIVITA' MITOTICA (calcolare area campo 40x per cut-off)

(esempio con 60-40X, diametro di campo di 0.44 mm, area =0.152 mm²)
 0-5 mitosi per 10 HPF Score 1
 6-10 mitosi per 10 HPF Score 2
 >11 mitosi per 10 HPF Score 3

I vari punteggi ottenuti da:

FORMAZIONE DI TUBULI
 PLEOMORFISMO NUCLEARE
 ATTIVITA' MITOTICA

vengono sommati ed il grado istologico finale risulta il seguente:

GRADO 1: score da 3 a 5
GRADO 2: score da 6 a 7
GRADO 3: score da 8 a 9

TNM – in che contesto

- Clinica - cTNM
- Patologica - pTNM
- Tumori multipli - mTNM
- Dopo terapia multimodale - yTNM
- Su recidiva - rTNM
- Autoptica - aTNM

TNM – informazioni facoltative

- L - invasione linfatica
 - LX non definibile; L0 assente; L1 presente
- V - invasione venosa
 - VX non definibile; V0 assente; V1 micro, V2 macro
- R - residui tumorali
 - RX non definibile; R0 assente; R1 micro, R2 macro

Fattore di conferma

Fattore "C"

- C1 mezzi diagnostici standard
- C2 mezzi diagnostici speciali (imaging, isto, cito)
- C3 esplorazione chirurgica (ev. con isto, cito)
- C4 dopo intervento chirurgico definitivo
- C5 dopo esame autoptico

LA STADIAZIONE

- Stadio 0 neoplasia in situ
- Stadio I ...assenza di metastasi linfonodali
- Stadio II ...
- Stadio III ...
- Stadio IV metastasi a distanza

CORSO DI BASE AIRTUM

Tarquinia 25.11.2010

TECNICHE DI REGISTRAZIONE IN DETTAGLIO

A CURA DI ADRIANO GIACOMIN
Registro Tumori Piemonte – Provincia di Biella (CPO)



TUMORI MULTIPLI

Con l'aumento dell'aspettativa di vita ed il miglioramento della sopravvivenza, aumenta la possibilità che una persona viva più volte l'esperienza di malattia:

Ragioni

- Nella stessa sede
-(es: controlateralmente)

FATTORE DI RISCHIO COMUNE
(es: fumo> polmone e vescica)

In un'altra sede dello stesso apparato
(es: laringe e polmome)

CAUSA GENETICA
(Es: HNPCC> colon e pelvi renale)

In un'altra sede di un altro apparato

CASO (NON
CORRELAZIONE)

NEOPLASIE PRIMITIVE MULTIPLE

Le neoplasie primitive multiple presentano numerose difficoltà di codifica.

I criteri normalmente seguiti per definire un tumore multiplo sono:

•l'esclusione di una metastasi.

La valutazione è FORMULATA DAL CLINICO ed eventualmente del patologo (CONCORDANZA IMMUNOISTOCHEMICA)

Emolinfopatie, mesotelioma e Kaposi sono malattie SISTEMICHE : non si può parlare di metastasi ma di DIFFUSIONE

•l'appartenenza a organi e tessuti i cui primi 3 caratteri del codice topografico siano diversi

se i primi 3 caratteri del codice topografico sono uguali, l'appartenenza a gruppi istologici diversi.

NEOPLASIE PRIMITIVE MULTIPLE

Le neoplasie primitive multiple presentano numerose difficoltà di codifica.

I criteri normalmente seguiti per definire un tumore multiplo sono:

•l'esclusione di una metastasi

•l'appartenenza a organi e tessuti i cui primi 3 caratteri del codice topografico siano diversi

Tuttavia poiché l'ICD-10 e la 2.a e 3.a edizione ICD-O comprendono più dettagliati codici topografici, rispetto all'ICD-9 ed alla prima edizione dell'ICD-O, per alcune sedi si porrebbe il problema di un diverso trattamento nel tempo.

A tal fine le sedi identificate da alcuni gruppi di codici sono considerati come singolo organo, allo scopo di definire i tumori multipli. (Tavola 1)

•se i primi 3 caratteri del codice topografico sono uguali, l'appartenenza a gruppi istologici diversi.

N.B. la sopravvivenza viene calcolata solo sul primo caso incidente

N.B. I TUMORI CUTANEI BASO E SQUAMOCELLULARI NON SONO DA CONSIDERARE PER I MULTIPLI

Tavola 1		Gruppi di codici topografici dalla 2.a e 3.a edizione ICD-O considerati come sede unica nella definizione dei tumori multipli. (in chiaro sono i raggruppamenti già definiti in 2.a edizione)
Seconda/Terza Edizione		Prima Edizione
C01	Base della lingua	141
C02	Altre e non specificate parti della lingua	
C05	Palato	145
C06	Altre e non specificate parte della bocca	
C07	Ghiandola parotide	142
C08	Altre e non specificate ghiandola salivari maggiori	
C09	Tonsilla	146
C10	Orofaringe	
C12	Seno piriforme	148
C13	Ipfaringe	
C19	Giunzione rettosigmoidea	154
C20	Retto	
C23	Colecisti	156
C24	Altre e non specificate parti delle vie biliari	

C30	Cavità nasali ed orecchio medio	160
C31	Seno accessorio	
C33	Trachea	162
C34	Bronchi e polmoni	
C37	Timo	164
C38.0-3	Cuore e mediastino	
C38.8	Lesioni sconfinanti del cuore, mediastino e pleura	165.8
C40	Ossa, articolazioni e cartilagini articolari delle estremità	170
C41	Ossa, articolazioni e cart. Art. di altre e non spec. sedi	
C51	Vulva	184.4
C52	Vagina	184.0
C57.7	Altre parti specificate degli organi genitali femminili	184.9
C57.8-9	Lesione sconfinante degli organi genitali femminili	184.8, 184.9
C60	Pene	187
C63	Altri e non specificati organi genitali maschili	
C64	Rene	189
C65	Pelvi renale	
C66	Uretere	
C68	Altri e non specificati organi dell'apparato urinario	
C74	Surrene	194
C75	Altre ghiandole endocrine e formazioni correlate	

Dal 2004 (ma con applicazione retroattiva):

Tabella 1b. Gruppi di codici topografici dalla Terza edizione ICD-O considerati come sede unica nella definizione dei tumori multipli (IARC 2004)

Terza edizione	Sede	Codice modificato
C01	basi della lingua	C02.9
C02	altre e non specificate parti della lingua	
C00	labbro	C06.9
C03	gengiva	
C04	pavimento della bocca	
C05	palato	
C06	altre e non specificate parti della bocca	
C09	tongola	C14.0
C10	antrofinge	
C12	sino-pilifero	
C13	ipofaringe	
C14	altre e non specificate sedi della laringe, del cavo orale e del faringe	
C19	giunzione rettosigmoidea	C20.9
C20	retto	
C23	colocisti	C24.9
C24	altre e non specificate parti delle vie biliari	
C33	trachea	C34.9
C34	bronchi e polmoni	
C40	ossa, articolazioni e cartilagini articolari delle estremità	C41.9
C41	ossa, articolazioni e cartilagini articolari di altre e non specificate sedi	
C65	polvi natiche	C68.9
C66	uretere	
C67	vescica	
C68	altre e non specificati organi dell'apparato urinario	

Da usare solo se La diagnosi dei 2 tumori è sincrona

NEOPLASIE PRIMITIVE MULTIPLE

Le neoplasie primitive multiple presentano numerose difficoltà di codifica. I criteri normalmente seguiti per definire un tumore multiplo sono:

- l'esclusione di una metastasi
- l'appartenenza a organi e tessuti i cui primi 3 caratteri del codice topografico siano diversi
- se i primi 3 caratteri del codice topografico sono uguali, l'appartenenza a gruppi istologici diversi. (tavola 2)

Le neoplasie sistemiche o multicentriche includono quattro gruppi istologici: linfomi, leucemie, sarcoma di Kaposi e mesotelioma (gruppi 7, 8, 9 e 10). Ciascuna delle neoplasie nell'ambito del suo gruppo è considerata una volta soltanto ai fini dell'incidenza. Per i linfomi e le leucemie linfatiche la questione è dibattuta.

Altri specifici istotipi – gruppi 1, 2, 3, 4, 6 e 11– sono considerati essere differenti allo scopo di identificare i tumori multipli. In conseguenza di ciò un tumore nello stesso organo con differente istotipo è considerato un nuovo tumore.

I gruppi 5 e 12 includono tumori non perfettamente caratterizzati dal punto di vista istologico e non possono pertanto essere distinti dagli altri gruppi.

NB: Ogni registro deve decidere le regole per gestire i tumori multipli, e le decisioni adottate devono essere esplicitate quando si presentano i dati (aspetto già definito dalla 2.a edizione)

Tavola 2. Gruppi di neoplasie maligne considerate come istologicamente "differenti" allo scopo di definire i tumori multipli (adattate da Berg, 1994)(24)

Carcinomi		
1.	Carcinomi squamosi	M-805–M-808, M-812, M-813
2.	Carcinomi basocellulari	M-809–M-811
3.	Adenocarcinomi	M-814, M-816, M-819–M-822, M-826–M-833, M-835–M-855, M-857, M-894
4.	Altri carcinomi specificati	M-803, M-804, M-815, M-817, M-818, M-823–M-825, M-834, M-856, M-858–M-867
(5.)	Carcinomi non specificati (NAS)	M-801, M-802
6.	Sarcomi ed altri tumori dei tessuti molli	M-868–M-871, M-880–M-892, M-899, M-904, M-912, M-913, M-915–M-925, M-937, M-954–M-958
7.	Linfomi	M-959–M-972*
8.	Leucemie	M-980–M-994, M-995, M-996, M-998
9.	Sarcoma di Kaposi	M-914
10.	Mesoteliomi	M-905
11.	Altri tipi specificati di tumore	M-872–M-879, M-893, M-895–M-898, M-900–M-903, M-906–M-911, M-926–M-936, M-938–M-953, M-973–M-975, M-976
(12.)	Tipi non specificati di tumore	M-800**, M-997

* M-975 solo nella Prima edizione dell' ICD-O
** nella Prima edizione dell'ICD-O M-9990 stava per l'attuale M-8000

**NB – Il gruppo 5 NON E' DIVERSO da 1-2-3-4
Il gruppo 14 NON E' DIVERSO da 8-9-10-12-13
Il gruppo 17 NON E' DIVERSO da tutti gli altri**

E' solo una caratterizzazione insufficiente di un tumore

Tabella 2b. Gruppi di neoplasie maligne considerate istologicamente "differenti" allo scopo di definire i tumori multipli (IARC 2004)

Gruppi	Codici morfologici	
1.	carcinomi	
1.	carcinomi squamosi e a cellule transizionali	8051-8084, 8120-8131
2.	carcinomi basocellulari	8090-8110
3.	adenocarcinomi	8140-8149, 8160-8162, 8190-8221, 8260-8337, 8350-8551, 8570-8576, 8940-8941
4.	altri carcinomi specificati	8030-8046, 8150-8157, 8170-8180, 8230-8255, 8340-8347, 8560-8562, 8580-8671
(5.)	carcinomi non specificati (NAS)	8010-8015, 8020-8022, 8050
6.	sarcomi e altri tumori dei tessuti molli	8680-8713, 8800-8921, 8990-8991, 9040-9044, 9120-9125, 9130-9136, 9141-9252, 9370-9373, 9540-9582
7.	mesoteliomi	9050-9055
	tumori dei tessuti ematopoietici e linfatico	
8.	mieloidi	9840, 9861-9931, 9945-9946, 9950, 9961-9964, 9980-9987
9.	neoplasie a cellule B	9670-9699, 9728, 9731-9734, 9761-9767, 9769, 9823-9826, 9833, 9836, 9940
10.	neoplasie a cellule T e NK	9700-9719, 9729, 9768, 9827-9831, 9834, 9837, 9948
11.	linfoma di Hodgkin	9650-9677
12.	tumori dei mastociti	9740-9742
13.	tumori degli istociti e delle cellule associate al tessuto linfatico	9750-9758
(14.)	tipi non specificati	9590-9591, 9696, 9727, 9760, 9800-9801, 9805, 9820, 9832, 9835, 9860, 9960, 9970, 9975, 9989
15.	sarcoma di Kaposi	9140
16.	altri tipi specificati di tumore	8720-8790, 8930-8936, 8950-8983, 9000-9030, 9060-9110, 9260-9265, 9280-9289
(17.)	tipi non specificati di tumore	8000-8005

Cambiamenti interscorsi tra 2.a e 3.a edizione ICD-O nelle emolinfopatie

In ICD-O 2.a edizione erano considerati sede unica i codici ICD-10:

C82-C85, C91 e C95 Forme varie di LNH e leucemia linfatica e non specificata (**criterio topografico**)

In ICD-O 3.a edizione:

* E' stato creato un gruppo Leucemie che non comprende **Malattie mieloproliferative e linfoproliferative (M-997)** > Tipi non specificati

* Sono stati separati dai Linfomi ed inseriti in Altri gruppi specificati i codici

- M-973 Tumori plasmacellulari
- M-974 Tumori mastocitici insieme alle **Malattie Immunoproliferative M-976** (non definite nella precedente edizione italiana)

(**criterio morfologico**)

Altri cambiamenti interscorsi tra 2.a e 3.a edizione ICD-O – Tumori solidi

* In 2.a edizione i carcinomi basocellulari erano accorpai agli squamosi

* Sono passati dalla categoria Adenocarcinomi ad Altri Carcinomi specificati i codici

- M-818 - Carcinoma epatocellulare combinato con colangiocarcinoma
- M-823 - Carcinoma (duttale) solido / Carcinoma simplex
- M-825 - Carcinoma e adenocarcinoma alveolare, bronchiolo-alveolare, e con sottotipi misti
- M-834 - Carcinomi papillari, midollari e misti della tiroide

* Sono stati separati dai Sarcomi i codici

- M-905 Mesoteliomi > gruppo autonomo
- M-914 Sarcoma di kaposi > gruppo autonomo
- tutti i Codici da M-926 a M-934 (Tumori odontogeni, sarcoma di Ewing, Adamantinoma delle ossa lunghe e fibroma ossificante)> **gruppo Altri tipi specificati**
- M-949 e M-950 (Neoplasie neuroepiteliomatose, esclusi tumori della retina ed olfattori) >**gruppo Altri tipi specificati**, insieme con M-951 (tumori della retina ed olfattori)

1.A PREMESSA -IDENTIFICATIVO DEL PAZIENTE E DEL CASO

E' essenziale che ogni paziente sia univocamente registrato. Nelle attività di registrazione è necessario evitare l'inclusione accidentale di casi generati da errori di anagrafica (doppi nomi, doppi cognomi, etc.) NB Anche i numeri terzi non sono esenti da errore...

E' essenziale che ogni caso sia univocamente registrato.

Ogni cancellazione di caso o paziente deve essere tale da rendere impossibile la riattribuzione di quel caso e/o di quel paziente.

Un consiglio è quello di non eliminare il paziente (e magari anche il caso) fino a quando non muore, dopo aver verificato che non vi sia una neoplasia nella scheda ISTAT.

IL SISTEMA DI REGISTRAZIONE DOVREBBE ESSERE AD ALBERO:

UNA ANAGRAFICA

UNO O + TUMORI PER PAZIENTE

UNO O + REFERTI PER TUMORE

2.A PREMESSA -CRONOLOGIA DEL PAZIENTE E DEL CASO

In linea di massima la data di incidenza è sufficiente a caratterizzare la cronologia di casi in un paziente, MA NON ESAUSTIVO RISPETTO AD ALTRI FATTORI

Sistemi aggiuntivi possibili per la sola cronologia

•NUMERAZIONE : caso 1 di 2, caso 2 di 2
semplice ma oneroso (per ogni caso in più occorre aggiornare tutte le numerazioni)

•DESCRIZIONE più complesso, ma meno oneroso.
Solo i casi I, MI, IE, ME vanno in incidenza, se rispettano le regole IARC.
Solo i casi I e IE servono per la sopravvivenza

MULTIPLO	NOTA
I	INCIDENTE
N	NON INCIDENTE (/0./1 E /2 NON VESICALE)
C	INCIDENTE CUTE EPITELIALE
IP?	INCIDENTE IPOFISI
IE	INCIDENTE EMATOLOGICO
MC	MULTIPLO CUTE EPITELIALE
ME	MULTIPLO EMATOLOGICO
MI	MULTIPLO INCIDENTE
MI?	MULTIPLO INCIDENTE IPOFISI
MNI	MULTIPLO NON INCIDENTE
MNE	MULTIPLO NON INCIDENTE EMATOLOGICO
NE	NON INCIDENTE EMATOLOGICO

← controverso

↘

3.A PREMESSA -IL CASO RISPETTO A TUTTI I FATTORI

Un campo dedicato consente di catalogare i tumori registrati in un paziente definendone il ruolo in termini chiari per la valutazione di incidenza

- casi prevalenti (diagnosticati prima dell'inizio dell'attività del registro) **P**
- casi di persone non residenti al momento della diagnosi **N**
- casi "missing" (persi in anni di rilevazione già trasmessi allo IARC) **M**
- casi multipli non classificabili come incidenti per le regole ICD/IARC **X**
- casi multipli relativi a sedi già oggetto di rilevazione di un caso incidente **Z**
- casi con documentazione clinica insufficiente (casi NSE) **R**
- Casi acquisiti durante la normale registrazione sulle fonti **C**
- Casi DCO (reperiti solo dalla mortalità, con trace-back negativo) **D**

Data nascita	Stato	Data in vita	Data fu	Data	Età	Sede	Istologia	ICD-10	ICD-O-3T	ICD-O-3M	G	fonte base	Tipo caso	class. caso	
04/1929	M	1	01/01/2009	26/01/1999	70	PETTO	ADENOCARCINOMA VILLOSO	C20	C20.9	8091.3	1	AJ	7	C	I
04/1928	M	1	01/01/2009	09/03/2000	71	DUODENO	ADENOCARCINOMA	C17.0	C17.0	8140.3	2	AF	7	C	MI
04/1928	M	1	01/01/2009	23/10/2000	72	COLON CIECO	ADENOCARCINOMA	C18.0	C18.0	8140.3	2	A	7	C	MI
04/1928	M	1	01/01/2009	23/03/2004	73	RENE	CA A CELLULE RENALI	C64	C64.9	8312.3	2	AG	7	C	MI
06/1923	M	2	04/01/1999	20/03/1992	98	VESCICA	UROTELIOMA PAPILLARE P1	C67.9	C67.9	8130.3	2	A	7	P	I
06/1923	M	2	04/01/1999	16/07/1993	70	RENE	ADENOCARCINOMA A CELLULE CHIARE P2	C64	C64.9	8312.3	1	A	7	P	MI
06/1923	M	2	04/01/1999	11/11/1997	74	POLMONE LO	CA EPIDERMODERMICA (CA SPINOCCELLULARE)	C34.0	C34.0	8070.3	3	AG	7	C	MI
03/1950	M	2	13/10/2001	21/09/2000	50	MIDOLLO OSSEO	LEUCEMIA ACUTA MIELOPLASTICA M4	C92.0	C42.1	9887.9	9	ADP/DM	7	C	IE
03/1950	M	2	13/10/2001	18/09/2001	51	LINFONODI	LINFOMA NON HODGKIN	C86.9	C77.9	9590.3	9	Q	9	C	ME
11/1920	M	2	08/07/2007	08/05/2001	60	PROSTATA	ADENOCARCINOMA ACINARE	C61	C61.9	8590.3	2	A	7	C	I
11/1920	M	2	08/07/2007	13/03/2004	63	STOMACO ANTRO	ADENOCARCINOMA	C16.3	C16.3	8140.3	3	AJ	7	C	MI
11/1920	M	2	08/07/2007	13/03/2004	63	COLON SIGMA	ADENOCARCINOMA TUBULOVILLOSO	C18.7	C18.7	8263.3	2	AJ	7	C	MI
06/1914	M	2	24/09/1999	01/01/1999	71	CUTE	CA SPINOCELLULARE	C44.9	C44.9	8070.3	3	A	7	P	C
06/1914	M	2	24/09/1999	01/08/1993	75	LARINGE	CA SPINOCELLULARE	C32.9	C32.9	8070.3	3	Q	9	P	MI
06/1914	M	2	24/09/1999	12/03/1996	63	PROSTATA	ADENOCARCINOMA	C61	C61.9	8140.3	2	A	7	C	MI
06/1914	M	2	24/09/1999	10/07/1999	66	COLON SIGMA	ADENOCARCINOMA	C18.7	C18.7	8140.3	2	AG/DM	7	C	MI

Data nascita	Stato	Data in vita	Data fu	Data	Età	Sede	Istologia	ICD-10	ICD-O-3T	ICD-O-3M	G	fonte base	Tipo caso	class. caso	
29/10/1924	M	1	01/09/2007	29/10/1999	43	CUTE TORACE	CA	C44.5	C44.5	8000.3	3	Q	9	P	C
29/10/1924	M	1	01/09/2007	05/11/1997	71	COLON CIECO	ADENOCARCINOMA	C18.0	C18.0	8140.3	2	AF	7	C	MI
29/10/1924	M	1	01/09/2007	24/01/2001	74	PROSTATA	ADENOCARCINOMA	C61	C61.9	8140.3	2	A	7	C	MI
09/02/1927	M	2	17/11/2001	20/09/1995	58	OROFARINGE-ALTRI	CA SPINOCELLULARE	C14.8	C14.8	8070.3	2	A	7	C	I
09/02/1927	M	2	17/11/2001	10/04/2000	73	LARINGE CORDA VOCALE VERA	CA SPINOCELLULARE	C32.0	C32.0	8070.3	2	A	7	C	MI
09/02/1927	M	2	17/11/2001	14/02/2001	74	POLMONE LOBO INFERIORE	ADENOCARCINOMA	C34.3	C34.3	8140.3	3	AGJ	7	C	MI
15/06/1920	M	1	28/05/2007	01/01/1975	54	LARINGE	CA	C32.9	C32.9	8000.3	3	Q	9	P	I
15/06/1920	M	1	28/05/2007	30/11/1994	74	PROSTATA	ADENOCARCINOMA TUBULOVILLOSO	C61	C61.9	8211.3	2	A	7	P	MI
15/06/1920	M	1	28/05/2007	27/01/1992	75	SIGMA RETTO	ADENOCARCINOMA P3	C15	C15.9	8140.3	2	A	7	C	MI
15/06/1920	M	1	28/05/2007	13/06/2005	34	COLON CIECO	ADENOCARCINOMA	C18.2	C18.2	8140.3	2	AJ	7	C	MI
13/11/1916	M	2	14/03/2005	07/06/2002	85	VESCICA SBROCCO	UROTELIOMA SOLIDO	C67.6	C67.6	8120.3	3	A	7	C	I
13/11/1916	M	2	14/03/2005	09/09/2002	85	URETERALE	PAPILLARE	C68	C68.9	8120.3	3	A	7	C	MI
13/11/1916	M	2	14/03/2005	09/09/2002	85	URETERE	UROTELIOMA PAPILLARE	C66	C66.9	8120.3	3	A	7	C	MI
10/06/1935	M	2	10/12/2006	09/03/1999	63	COLON SIGMA	ADENOCARCINOMA	C18.7	C18.7	8140.3	2	A	7	C	I
10/06/1935	M	2	10/12/2006	18/11/1999	64	VESCICA	CA TRANSIZIONALE PAPILLARE	C60.0	C67.9	8130.2	1	A	7	C	MI
10/06/1935	M	2	10/12/2006	26/01/2001	65	VESCICA	INFLTRANTE	C67.9	C67.9	8130.3	2	A	7	C	MI
10/06/1935	M	2	10/12/2006	19/02/2005	68	PROSTATA LOBO	ADENOCARCINOMA	C61	C61.9	8140.3	3	A	7	C	MI
23/05/1945	F	2	11/02/2002	22/01/1999	53	MIDOLLO OSSEO	LEUCEMIA LINFATICA CRONICA	C91.1	C42.1	9823.3	6	AG	7	C	IE
23/05/1945	F	2	11/02/2002	12/02/2001	54	LINFONODI	LINFOMA MALLIGNO DIFFUSO A PICCOLI NODI	C86.9	C77.0	9670.3	6	A	7	C	MI
23/05/1945	F	2	11/02/2002	12/02/2001	54	ROVACCAVARI	INFECTI	C86.9	C77.0	9670.3	6	A	7	C	MI

CASI NSE

Con l'aumento dell'aspettativa di vita aumenta la probabilità che un soggetto abbia più patologie, e quindi aumenta la possibilità che in una persona la diagnosi di un tumore non sia adeguatamente circostanziata:

- In una sede facilmente accessibile (es: mammella e vescica senza istologico) **CONDIZIONI CLINICHE**
- In una sede difficilmente accessibile (es: pancreas, encefalo) **INUTILITA' TERAPIA**
- **RIFIUTO/ESCLUSI APPROFONDIMENTI**
- **INCERTEZZA DIAGNOSI**

...OPPURE LA DIAGNOSI E' STATA FATTA IN MANIERA ADEGUATA, ma non disponiamo di alcuna documentazione

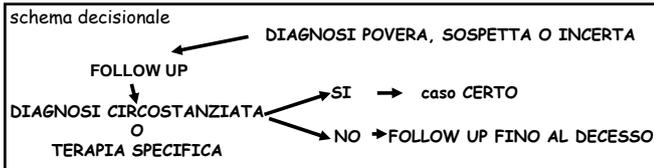


Tabella 7. Casistica dei casi NSE

Casistica	Condizioni	Inserimento nel database	Inclusione in Incidenza
diagnosi (con documentazione povera)		si	si
sospetta diagnosi (vaga, ma esplicita), non decesso nello stesso ricovero, successivamente confermata		si	si
diagnosi (con documentazione che pare smentita)		no	no
sospetta diagnosi (vaga, ma esplicita), non decesso nello stesso ricovero, successivamente smentita		si, poi cancellata	no
sospetta diagnosi (vaga, ma esplicita), non decesso nello stesso ricovero, senza successiva conferma o smentita	certificato di morte	si	si
sospetta diagnosi (vaga, ma esplicita) senza ulteriore conferma, né smentita	successivo carta o sospetto	si	si
sospetta diagnosi (vaga, ma esplicita) senza ulteriore conferma, né smentita	certificato di morte negativo	si, poi cancellata	no
sospetta diagnosi (vaga, ma esplicita) senza ulteriore conferma, né smentita	paciente in vita	si, sotto follow up	no
sospetto implicito in dizione non esplicita	certificato di morte esplicito	si	si
sospetto implicito in dizione non esplicita	senza ulteriore conferma	si, poi cancellata	no

CASI TIPICI DI INCERTEZZA NELLE DIZIONI

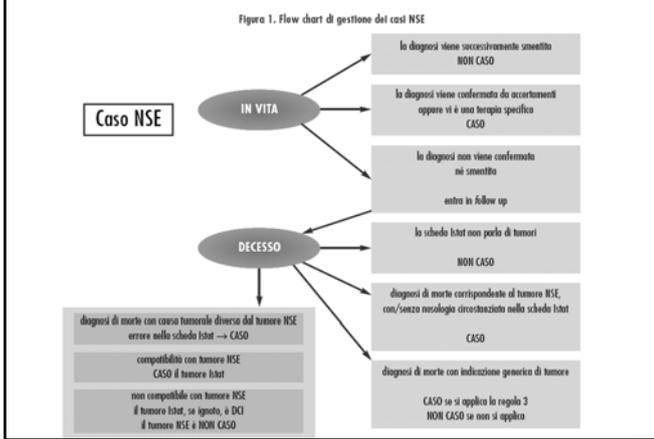
Tabella 6. Terminologia per la quale la registrazione è o non è indicata

Indicata	Non Indicata
appare come	indiscutibilmente
comparabile con	potenzialmente maligno
compatibile con	presente
con aspetto di	probabile
con evidenza di	probabilmente
con segni di malignità	ricorda
coerente con	sembra
evidente	sospetto (per)
evocante	tipico (di)
in prima ipotesi	verosimilmente
	da seguire nel tempo
	discutibile
	equivoco
	escluso
	incerto
	non può essere escluso
	possibile
	lesione di natura non definita
	lesione di natura da determinare

Sono termini che troviamo nei referti radiologici o patologici, ed hanno significati connessi anche allo stile di refertazione.

Nella dimissione (SDO o lettera di dimissione) esprimono una reale incertezza

COME SI GESTISCE



Regola 1

La decisione viene assunta in base alla scheda di morte

Evento	Caso certo	Data Incidenza	Base diagnosi
b1. diagnosi di morte corrispondente al tumore NSE	si	prima diagnosi	1
b2. diagnosi di morte con indicazione generica di tumore		vedi regola 2	
b3. diagnosi di morte non tumorale	no		
b4. diagnosi di morte con causa tumorale diversa dal tumore NSE			
- a causa di errori materiali nella scheda di morte	si		1
- compatibilità con il tumore NSE	si*		1
- non compatibilità con il tumore NSE	DCI**		

* il caso certo è quello riportato dalla scheda Istat
 ** la procedura DCI si riferisce al tumore segnalato nella scheda Istat. Le decisioni finali vengono assunte sulla base del trace back

Regola 2 o del credito

Si applica se:

- nella scheda di morte la diagnosi è poco documentata ma l'ambiente da cui proviene è ad alta credibilità
- comunque l'enunciato di morte è preciso e verosimile

Il registro deve trascrivere diagnosi, ma non può modificarle o farle o denegarle arbitrariamente

NB Se nella scheda di morte si parla di "sospetto", "probabile", etc., allora il caso non deve essere confermato

PROCEDURE OPERATIVE

E' necessario disporre di un campo in cui viene annotato che il caso è un NSE per la contabilità.

CONTABILITA'

% CASI NSE SU INCIDENTI

% CASI NSE RISOLTI SOLO AL DECESSO SU INCIDENTI

- per tutte le sedi
- per alcune sedi specifiche (151, 153-154, 155, 157, 162, 174, 183, 185, 188, 191, 200-208)

NB sono sedi frequenti o di difficile valutazione

Il rapido recupero dei casi NSE per fare i follow-up si ottiene contrassegnando il caso, per esempio dandogli il codice R

CASI DCI - Death Certificate Incidents

Di norma l'ultimo passo del registro è linkare la mortalità con i dati raccolti

Questo passaggio:

- aggiorna il follow-up
- Consente di risolvere i casi NSE
- Porta a reperire persone che presentano una diagnosi di tumore alla morte

Per questi ultimi 2 fini è necessaria una procedura particolarmente sensibile:

- controllare tutti i campi causa
- controllare per tutti i codici icd-9 o icd-10 possibili, come per le SDO

* 140-239.9
* 284, 285, 289.8

-disporre delle diagnosi in chiaro e, se c'è, del "timing"

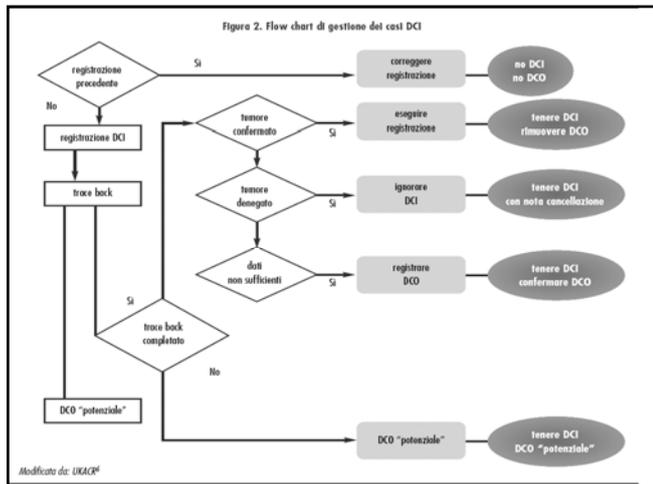
Problemi:

Per chi usa una mortalità locale

- la completezza di registrazione e dell'eventuale codificazione (almeno tutte le cause tumorali citate anche se la causa di morte non è tumorale)
- gli errori anagrafici (link falsato)
- errori materiali di data entry

Per chi usa una mortalità ISTAT

- la completezza di registrazione e dell'eventuale codificazione (almeno tutte le cause tumorali citate anche se la causa di morte non è tumorale) RISOLTO CON ICD-10
- gli errori anagrafici (link falsato) e anagrafica in chiaro
- errori di lettura nel data entry



CASI DCI- gestione

La data di incidenza è sempre quella di morte, fino a quando il trace-back non consente di individuare la documentazione utile a definire il caso come vero incidente.

Il Timing (l'intervallo tra causa e decesso riportato nella scheda) è utile solo per definire in quale periodo temporale è opportuno indirizzare la ricerca.

Altro criterio, se disponibile, è ricorrere alla data della prima esenzione 048 o della somministrazione di farmaci di cui al file F.

Per i nuovi Registri è una fase onerosa, perché tra i DCI ci possono essere molti casi prevalenti. In questo senso la disponibilità di consultazione in linea di anatomie patologiche e/o radiologia e/o cartelle cliniche informatizzate (di ospedale, di Oncologia, di radioterapia) è importante

CASI DCI- gestione

Se il registro è stato efficiente nel recupero di casi attraverso fonti plurime, e non ha scartato a priori casi NSE, il trace-back opera:

- Attraverso una revisione delle fonti utilizzate
 - casi persi per problemi di link – anagrafica
 - casi con SDO non tumorale
 - casi con referti istologici o citologici non chiaramente definiti
- Con l'utilizzo di fonti aggiuntive
 - radioterapia
 - oncologia
 - laboratorio analisi (caso di markers o ematologici)
 - diagnostica per immagini
 - esenzioni ticket
 - cure palliative, ADI, hospice
 - file F
- Interpellando il MMG o specialisti

CASI DCI- gestione

IN CASO DI TRACE-BACK NEGATIVO IL CASO DIVENTA INCIDENTE DCO (DEATH CERTIFICATE ONLY) CON DATA DI INCIDENZA=DATA DI MORTE E CODICE D.
IL CASO DCO NON E' UTILE PER I CALCOLI DELLA SOPRAVVIVENZA

Casi escludibili dai DCO dopo trace-back:

- CASI DENEGABILI
 - METASTASI O RECIDIVE DI TUMORE NOTO
 - TUMORI NON RIENTRANTI IN INCIDENZA
 - * /0, /1, /2 IN SEDI NON PREVISTE
 - * LESIONI NON TUMORALI
 - * LESIONI GENERICHE (massa, espanso)
 - * TUMORI MULTIPLI ESCLUSI IN BASE A REGOLE IARC DI TOPOGRAFIA E MORFOLOGIA (importanza di registrare anche i casi P e N)
- CASI SCARTABILI
 - TUMORI PREVALENTI DOCUMENTATI (il solo Timing sulla scheda ISTAT non ne fa un caso prevalente) usare P
 - TUMORI INSORTI QUANDO IL PAZIENTE NON ERA RESIDENTE usare N
 - TUMORI SOSPETTI (NSE) CON ISTAT CHE MANTIENE IL SOSPETTO cancellare o conservare come blank

CASI DCI E DCO - contabilità

Un'elevata presenza di DCI è indice di una ridotta capacità di case-finding anche nelle fonti comuni. Ciò può dipendere da:

- Fonti incomplete a priori
- Selezione inappropriata all'interno delle fonti (per esempio selezione dei soli casi maligni nelle SDO)
- Errate selezioni (per domicilio o assistenza, e non per residenza)
- Errori di link
- Mancato reperimento della documentazione

Altri fattori sono connessi a:

- Bassa capacità di controllo della prevalenza nei nuovi registri (questo aspetto è rilevabile anche da dati più alti di incidenza in alcune sedi)
- Elevato tasso di immigrazione (es: strutture socio-assistenziali e località balneari – importante per gli anziani; residenzialità in seconde case o solo per lavoro; residenzialità per malattia presso parenti)
- Elevata proporzione di migranti (residenti AIRE che rientrano con la malattia)
- Particolari attitudini dei medici compilatori di schede ISTAT (in genere si possono evidenziare cluster)

CASI DCI E DCO - criticità

Un'elevata proporzione dei DCO è dovuta

- in parte ai problemi evidenziati per i DCI
- in parte per l'incapacità/impossibilità a risolvere i casi con il trace-back

Indica in generale un problema di completezza dei flussi informativi necessari alla registrazione

Indica in qualche maniera la sottostima di registrazione: per un tumore con sopravvivenza dell'80%, 2 DCO corrispondono ad una stima di 8 casi persi e non ancora deceduti (il problema è minore con tumori o in fasce di età a bassa sopravvivenza)

Una proporzione bassa di DCI e DCO è sospetta invece per una selezione a priori delle cause di morte

I DCO sono da annotare come casi D e base diagnosi = 0

CASI DCI E DCO - contabilità

% DCI SU TOTALE INCIDENTI

% DCO SU TOTALI INCIDENTI

%DCO SU TOTALE DCI

Le analisi vanno condotte su:

• Tutti i tumori e per ciascuna sede.
La % di DCO totale ammissibile è in relazione anche alla dimensione del registro, e può essere un po' più alta nelle sedi più difficili da indagare

• Anche per fasce di età 0-34, 35-64, 65-74, 75 e +
La % di DCO totale può essere un po' più alta nelle età più avanzate

E' necessario studiare anche, con la stessa ripartizione, il rapporto Mortalità/Incidenza

CASI PARTICOLARI DI BASE DIAGNOSI - ELEMENTI DIAGNOSTICI

Di norma in assenza di isto-citologia si usa il codice 8000/3. Sono ammesse eccezioni

Tabella 5. Combinazioni accettabili tra morfologia e base diagnosi non microscopica

Codice	Morfologia	Condizioni
8800	sarcoma NAS	
9590	linfoma NAS	
8720	melanoma (oculare)	
9140	sarcoma di Kaposi (viscerale)	HIV positivi (escluso Africa)
8960	nefroblastoma	età 0-8 anni
9500	neuroblastoma	età 0-9 anni
9510	retinoblastoma	età 0-5 anni
9380	glioma e tumori della serie gliale	topografia C71.7 (encefalo sottotentoriale)
9384/1	astrocitoma subependimale a cellule giganti	pacienti con sclerosi tuberosa
9530-9539	meningioma	topografia C70.X
9350	craniofaringioma	
8270-8281	tumori ipofisari	topografia C75.1 (associati ad aumento di ormoni ipofisari)

In particolare con base diagnosi 1 (sola osservazione clinica) è possibile attribuire la morfologia solo per LINFOMA NAS (9590), LEUCEMIA NAS (9800), MELANOMA (8720) e SARCOMA DI KAPOSI in soggetti HIV+ non africani (9140).

NB Nelle Leucemie può essere accettata la diagnosi morfologica specifica sulla base dell'esame emocitometrico (formula, ombre di Gumprecht), ed in questo caso si deve usare la base diagnosi 2 (accertamenti strumentali)

ELEMENTI DIAGNOSTICI

Di norma in assenza di isto-citologia si usa il codice 8000/3. Sono ammesse eccezioni

Marker biologico	Diagnosi e condizioni
Human Chorionic Gonadotropin (HCG)	coriocarcinoma (>100,000 IU nelle urine)
alfa-fetoproteina (AFP)	carcinoma epatocellulare (>200 ng/ml nel siero)
prodotti di degradazione della catecolamine (HVA, VMA)	neuroblastoma
immunoglobuline nel siero	◊ mieloma (IgG >35g/l o IgA >20g/l) ◊ macroglobulinemia di Waldenström (IgM >10g/l)
immunoglobuline urinarie	mieloma (secrezione di catene leggere >1g/24h)
ormoni ipofisari	tumori ipofisari
gastina e altri ormoni polipeptidici dell'apparato gastroenterico	tumori delle cellule isololet, gastrinoma ecc.

In questi casi si usa la base diagnosi 4

L'ENCR ammetteva la possibilità anche per valori di PSA > 10 microgr/l.
In Italia si è deciso di non applicare questa parte della linea guida (datata 1999) in quanto è un indicatore non specifico, per cui è necessaria una conferma microscopica

TUMORI INFANTILI

- **Impatto importante sui tassi standardizzati**
- fondamentale l'attenzione sulla vera data di diagnosi e sulla residenza
- **Notevole rilevanza in sanità pubblica e forte impatto sulla percezione della popolazione**
- **Specifica rete di diagnosi e terapia (centri, laboratori, AIOP)**

Fino a 19 anni di età:

-Consultare sempre la documentazione clinica

- applicare anche **Classificazione dedicata ICC** (*International Childhood Cancer Classification*) e controllare sempre i casi con attenzione

-Verificare i casi con RT infantile o AIOP (se c'è una collaborazione) o ospedale pediatrico di riferimento (Istituto Rizzoli Bologna per tumori ossei) o PLS

Tabella 48. Classificazione dei tumori infantili

Codici ICC	Descrizione	Codici ICC modificati dal SEER	
Leucemie	IA	Leucemia linfocita non acuta	011
	IA	Leucemia linfocita acuta	012
	IB	Leucemia acuta non linfocitica	013
	IC	Leucemia mieloide cronica	015
	ID	Altra leucemia specificata	016
	IE	Leucemia, NAS	017
Linfomi e neoplasie reticoloendoteliali	IIA	Linfoma di Hodgkin	021
	IIB	Linfoma non-Hodgkin	022
	IIC	Linfoma di Burkitt	023
	IID	Altra neoplasia reticoloendoteliali	024
	IIE	Linfoma, NAS	025
Neoplasie del SNC e intracraniche-intrassiali	IIIA	Ependimoma	031
	IIIB	Astrocitoma	032
	IIIC	Tumori neuroectodermici primitivi	033
	IIID	Altri gliomi	034
	IIIE	Neoplasie intracraniche e intraspinali- miscelanea (escl. o cellule germinali - XX)	035
	IIIF	Neoplasie intracraniche e intraspinali non specificate	036
Tumori del SN simpatico	IVA	Neuroblastoma e ganglioneuroblastoma	041
	IVB	Altri tumori del sistema nervoso simpatico	042
Retinoblastoma	VA	Retinoblastoma	051
Tumori renali	VI A	Tumore di Wilms, Sarcoma rabdoide o a cellule chiare	061
	VI B	Carcinoma renale	062
	VI C	Tumori maligni del rene non specificati	063

Caso 1

Maschio di anni 71.

Il caso viene reperito dal tracciato di mortalità, in quanto risulta deceduto a fine giugno 2001 con codice ICD9 431 (emorragia cerebrale) e codice aggiunto 238.7 (malattia linfoproliferativa).

Il paziente risulta nato nel 1930 in comune con codice ISTAT 050802, e viene classificato come DCI, perché non reperito in precedenza.

Caso 1

Maschio di anni 71.

Il caso viene reperito dal tracciato di mortalità, in quanto risulta deceduto a fine giugno 2001 con codice ICD9 431 (emorragia cerebrale) e codice aggiunto 238.7 (malattia linfoproliferativa).

Il paziente risulta nato nel 1930 in comune con codice ISTAT 050802, e viene classificato come DCI, perché non reperito in precedenza.

Al trace-back si scopre che il paziente è immigrato nella ns. Provincia nel giugno 2001 in un indirizzo corrispondente ad una Casa di Riposo in cui risulta domiciliato dal 1997 (data iscrizione all'ASL e scelta medico nell'anagrafica sanitaria).

Il 10.2.2001 risulta altresì un referto istologico di Agobiopsia midollare "Infiltrazione midollare da Linfoma a grandi cellule B per il 40 % della cellularità" nel ns.Ospedale.

Risultano anche 5 accessi ospedalieri in regime di Day-Hospital, il primo il 15.1.2001 con SDO 202.8 e gli altri successivi (febbraio, marzo, aprile, maggio) con SDO V581 e 202.8. Le cartelle non sono recuperabili.

In base all'anagrafica sanitaria, il paziente risulta nato in Orciano (PI) Comune con codice 050023.

Quesiti:

il Linfoma deve essere registrato, e se registrato deve comparire come incidenza? E' corretto imputarne la sede come Midollo Osseo, in assenza di altre informazioni?

Come sono da gestire i dati anagrafici quando non coincidenti tra fonti ?

Quesiti:

il Linfoma deve essere registrato, e se registrato deve comparire come incidenza? E' corretto imputarne la sede come Midollo Osseo, in assenza di altre informazioni?

Come sono da gestire i dati anagrafici quando non coincidenti tra fonti ?

Il caso è un classico DCI, in cui la rilevazione iniziale non ha avuto luogo perché non residente al momento degli accertamenti istologici e dei ricoveri, ed in cui il trace-back ha dato alcune informazioni utili anche se non complete.

E' da sottolineare come la verifica sui dati di mortalità sia stata condotta anche su codici non riconducibili a neoplasie maligne e comunque non limitata alla causa di morte principale (problema della omogeneità della quantificazione di DCI e DCO).

Il primo quesito richiede una standardizzazione della procedura tra Registri. Vi sono due definizioni possibili per la valutazione di incidenza:

** residente al momento della diagnosi*

** residente nell'anno della diagnosi*

Il primo approccio, più restrittivo, ha il difetto di rendere più critica la situazione nei casi in cui è stata posto un sospetto clinico di neoplasia, ma l'accertamento diagnostico definitivo avviene dopo, quando il paziente non è più residente. Se si classifica il caso come NSE e se ne segue il follow-up, la sua morte per quella causa fa risolvere l'NSE sulla data del sospetto clinico

Il secondo approccio dal punto di vista statistico è più corretto, perché il soggetto in quell'anno entra a far parte del denominatore dei tassi di incidenza; inoltre tiene conto dei diversi casi di lungo domicilio prima della residenza (tipico di molte RSA) Tuttavia i casi insorti nello stesso anno ma dopo l'emigrazione sarebbero comunque persi e quindi ci sarebbe comunque una distorsione.

Premesso che in ogni caso la registrazione deve essere fatta in quanto necessaria per una corretta valutazione della prevalenza, la soluzione migliore è quella relativa alla residenza al momento della diagnosi.

Resta la necessità di distinguere nella registrazione:

** casi insorti prima della residenza negli anni del periodo di osservazione corrente (NON RESIDENTI ALLA DIAGNOSI)*

casi insorti in residenti con diagnosi avvenuta in periodi di osservazione precedenti già chiusi (es: 1993-1997), ma registrati solo ora (MISSING)

casi insorti in residenti con diagnosi posta prima dell'inizio del primo periodo di osservazione su cui si ha il rilevamento da parte del registro (PREVALENTI VERI).

E' corretto imputarne la sede come Midollo Osseo, in assenza di altre informazioni?

Il secondo quesito ha una risposta abbastanza semplice.

L'agobiopsia midollare ha la funzione precipua di stadiare un linfoma. In assenza di altre informazioni non è corretto valutare tale elemento diagnostico come base per definire la sede di LNH come midollo. Esistono, anche se infrequenti, linfomi extranodali a localizzazione primitiva midollare, ma l'origine extranodale deve essere esplicitata nella diagnosi (clinica e/o istologica), oppure deve essere correlata alla diagnosi morfologica (per esempi linfoma splenico, linfoma cutaneo primitivo, micosi fungoide; non i MALT ed i BALT, in quanto ICDO-3 non li assegna a sede specifica)

In questo caso si parla di "infiltrazione"(in altri casi di localizzazione) e non di sede primitiva di LNH; l'impossibilità di accedere alle cliniche comporta quindi l'applicazione di sede Topografica "Linfonodi NAS)

Come sono da gestire i dati anagrafici quando non coincidenti tra fonti ?

L'ultimo quesito non è da trascurare perché eventuali studi possono essere effettuati o controllati su base "luogo di nascita". In secondo luogo esiste un indicatore di qualità basato sulla completezza dei dati di nascita: non è possibile un'opzione del tipo "se c'è discrasia tra fonti, lasciare in bianco", ma occorre garantire una qualità intrinseca nel dato. Infine incide su link basati su codici fiscali ricostruiti

Tra le due fonti (anagrafica sanitaria ed anagrafica comunale) quella più solida è quella comunale e quella va utilizzata.

Nel caso il codice ISTAT 050802 si riferisce al Comune soppresso di Santa Luce-Orciano. Il codice 050023 nell'anagrafica sanitaria si riferisce al Comune di Orciano: è possibile che la persona abbia comunicato questo toponimo.

Tuttavia nel 1927 Orciano Pisano fu aggregato a Santa Luce, con il quale costituì il comune di Santa Luce-Orciano e riacquistò l'autonomia amministrativa solo nel 1957. Nel 1930 quindi il Comune di nascita era effettivamente Santa Luce-Orciano.

Con lo scioglimento di Santa Luce-Orciano l'ISTAT indica che la riconduzione del Codice Comunale dovrebbe essere fatta a favore di Santa Luce.

L'amministrazione fiscale indica per Santa Luce-Orciano il codice I218, ed indica la riconduzione sia ad Orciano Pisano (G090) che a Santa Luce (I217).

L'amministrazione fiscale sta riconvertendo i codici fiscali dei nati nei Comuni soppressi applicandone il codice appropriato in luogo di quello utilizzato per riconversione. I dataset sanitari basati su codice fiscale potranno quindi subire effetti di disomogeneità nel tempo.

Maschio di 79 anni

Ricovero 21.10.1999 per patologia polmonare sospetta ed esegue:

TC Cerebrale senza e con MDC "In sede parasagittale sinistra superiormente al tetto del ventricolo laterale di sinistra, estesa lesione occupante spazio di conformazione ovalare e diametri massimi sul piano assiale di circa cm 4x2, con interessamento del corpo calloso, in prima ipotesi riferibile ad alterazione eteroplastica di natura secondaria (in accordo con il quadro clinico segnalato di neoformazione polmonare."

RMN 4.11.1999: "Il processo espansivo segnalato è extraassiale, riferibile a meningioma."

2.11.1999 Scintigrafia ossea total-body negativa per lesioni ripetitive

Rx torace "Non falde di pnx. Invariato nei confronti del precedente controllo."(controllo ambulatoriale non disponibile)

Biopsia bronchiale "Mucosa bronchiale disepitelizzata, con blanda flogosi cronica del corion"

Agoaspirato bronco "Campione ematico comprendente rare cellule bronchiali normali."

Lavaggio bronchiale "Reperto riferibile a processo flogistico"

Biopsia segmento basale polmone "Minutissimi frammenti tissutali"

Agoaspirato polmone "Materiale necrotico comprendente cellule atipiche prevalentemente in citolisi"

Viene quindi dimesso con diagnosi di 162.9 e diabete

Nuovi ricoveri:

13.1.2000 Dimesso con 162.9 e mts polmonari, diabete e cardiopatia ischemica cronica

Effettua Rx torace supino: "Opacità rotondeggiante in perilare inferiore destra. BPCO. Cuore nei limiti."

Effettua TAC e RMN cerebrale, i cui referti non sono disponibili

21.2.2000 Accettazione "Episodio confusionale in pz. Con K polmone; febbre; emoftoe. Pz in trattamento radioterapico."

Dimissione con 225.2 (tumore benigno meningi cerebrali) e 162.9

Decede dopo 1 giorno.

Esegue TC cerebrale urgente senza MDC "Non evidenti alterazioni densitometriche parenchimali di natura emorragica. Si conferma lesione occupante spazio parasagittale sinistra di dimensioni sostanzialmente invariate rispetto a precedente esame tc eseguito in altra sede."

Rx torace supino "Opacità quasi completa del campo polmonare di dx con dissassamento omolaterale dell'asse tracheale."

Dimissione : edema polmonare, 162.9 e 225.2

La scheda ISTAT indica come causa di morte 162.9

Quesiti:

- 1) C'è la neoplasia polmonare?
- 2) Che lesione è quella encefalica?

Quesiti:

- 1) C'è la neoplasia polmonare?

Il primo problema è se c'è la neoplasia polmonare. Elementi indicativi:

- più ricoveri con SDO di 162.9
- l'approccio diagnostico nel primo ricovero, indicatore di una ricerca di stadiazione più che di conferma diagnostica
- 'esplicitazione nel referto TAC di diagnosi precedente di neoformazione polmonare
- l'approccio terapeutico (nel ricovero del 21.2.2000 l'accettazione parla di trattamento radioterapico)
- l'evoluzione radiologica
- la scheda di morte.

Altri elementi utili, qui non presenti, sono l'inserimento in Hospice o in programmi di cure palliative, o una diagnosi broncoscopia.

Il secondo problema è se la neoplasia polmonare sia primitiva o metastatica. Anche in questo caso le SDO costanti e l'aspetto radiologico (effetto massa con dissassamento dell'asse tracheale) indicano la presenza di una lesione principale mentre non ci sono indicazioni di più lesioni polmonari.

La diagnosi è quindi di un tumore maligno polmonare primitivo, con base di diagnosi 2 (radiologica) C34.9 8000/3

Avendo acquisito il caso come NSE, l'evoluzione e l'exitus comportano la classificazione del caso con data di incidenza all'accettazione del primo ricovero. Se fosse stata visionata una diagnosi precedente (radiologica, TAC polmonare), allora l'incidenza avrebbe dovuto essere attribuita al primo ricovero.

Quesiti:

- 1) C'è la neoplasia polmonare?
- 2) Che lesione è quella encefalica?

Il caso esaminato è piuttosto frequente. Come per il pancreas, la difficoltà di avere una conferma istologica pone notevoli difficoltà. In più il frequente ricorso ad accessi ambulatoriali, anziché a ricoveri come una volta fa perdere elementi informativi. L'insufficienza della documentazione comporta l'acquisizione iniziale del caso, sul primo ricovero come caso NSE.

Quesiti:

Che lesione è quella encefalica?

Il secondo problema è quello della lesione emersa alla TAC.

Il primo sospetto è quello di una metastasi da neoplasia polmonare, in diagnosi differenziale con il meningioma.

La TAC è meno affidabile della RMN, che pone diagnosi di meningioma. Se anche un ricovero presenta dimissione con mts cerebrali, i 2 successivi confermano il meningioma.

Seguendo le linee guida ENCR il meningioma è uno di quei tumori la cui diagnosi clinica (per immagini) consente la codifica morfologica completa. Quindi il tumore è registrabile con ICD10 D32.0 e ICDO C70.0 9530/0.

Per le sedi intracraniche ed intrassiali l'acquisizione e registrazione di tutti i casi indipendentemente dal comportamento è cosa opportuna, in quanto la prognosi può esserne indipendente. L'unica eccezione riguarda i casi di sospetto di metastasi, che vanno affrontati come i casi NSE.

NOTA BENE sui Codici ICD9cm e le sequenze di ricovero

Per quanto riguarda il problema dell'intervallo utile, prima di tutto occorre considerare la tipologia di diagnosi posta nei ricoveri. 162.9, 235.7, 239.1, V71.1 sono diagnosi che indicano una valutazione di sospetto o di diagnosi clinica di neoplasia polmonare. Se confermati nel tempo, o c'è evoluzione nella diagnosi per immagini nonostante la terapia antibiotica instaurata, il caso va riferito alla prima diagnosi.

Se i ricoveri successivi sono riferiti a patologia respiratoria di altra natura (specie se con continuità) o gli accertamenti per immagini denotano una stabilità o regressione della lesione in assenza di terapia oncologica, l'indicazione è quella di non considerare il caso come valido. Ciò non esclude che il soggetto possa avere successivamente un tumore, in quanto una storia di una patologia respiratoria cronica è spesso presente nelle neoplasie polmonari (correlazione al fumo).

Maschio nato nel 1992, cittadinanza straniera, vivente e tuttora residente
1.o ricovero in paese extraCEE 7/12/1995
Viene posta diagnosi di Leucemia linfatica acuta L1, con presenza di blasti per il
76 % della cellularità midollare. Trattato con HDMTX, poi seguito da Ematologia
Italiana.

Residenza italiana acquisita dal 05/1996

Informazioni cliniche acquisite con il flusso SDO del 1998.

Quesito: Come va gestito?

Se la residenza fosse stata assunta nel 1995, vi possono essere più logiche di scelta:

il caso viene inserito come "non residente alla diagnosi", perché in effetti è tale, anche se poi lo ritroveremo con i ricoveri successivi

il caso viene inserito come "prevalente", perché al momento della residenza è tale il caso viene inserito come "incidente", perché in quell'anno il paziente è comunque residente. Tale approccio ha il suo razionale nel fatto che egli rientra nel denominatore della popolazione di quell'anno.

Inoltre, poiché il 1995 era compreso nel periodo di report di Cancer Incidence antecedente a quando è stato reperito, e quindi il caso non era incluso in tale report, dovrebbe essere usata la definizione di "Missing" per i casi incidenti raccolti successivamente al report ufficiale. (solo IARC o anche AIRT?)

Probabilmente i diversi registri si comportano in maniera differente, e ciò può essere critico per una patologia rara, in cui un singolo caso sposta i tassi in maniera rilevante, e nelle età infantili.

*Questo problema è cruciale almeno nei seguenti casi:
presenza di aree ad elevato turn-over di residenza con l'estero (ad esempio comunità numericamente rilevanti, con rischi oncologici particolari, come nel caso di estremo-orientali)*

pazienti istituzionalizzati (Cottolengo, RSA, etc.)

presenza di strutture militari e similari

Nel ns. registro il caso è stato catalogato come "non residente alla diagnosi", definizione usata per i casi insorti in anni precedenti in soggetti allora non residenti, mentre si adottano le definizioni di "prevalente" per i casi insorti in anni precedenti in soggetti già residenti, di "incidente" per i casi insorti in soggetti che abbiano avuto residenza in qualsiasi periodo dell'anno, e di "missing" per i casi incidenti raccolti successivamente al periodo di report ufficiale IARC.

Il problema può essere risolto o con una chiara esplicitazione del criterio, o con una regola comune.

A cura di:

Adriana Mazzei

Titolo del caso

DESCRIZIONE CASO

Età	66
Sesso	maschio
Storia precedente	Da circa 3 mesi disturbi visivi, cefalea continua, difficoltà alla deambulazione, disorientamento temporo spaziale.
SDO	Ricovero 17/11/2006 x 191.9
An. Patologica	nulla
Mortalità	27/11/2006 x 191
Imaging	Tac encefalo, rmn encefalo 17/11/2006 : Processo espansivo in sede paraventricolare dx e temporale omolaterale di natura verosimilmente gliale maligna.si decide x una biopsia spereotassica.
Altre notizie	Per insorgenza di grave bradicardia il paziente è sottoposto ad intubazione oro tracheale a distanza di 10 gg decede.

SOLUZIONE

Tumori registrati	1
Tumori incidenti	1
Data(e) di diagnosi	17/11/2006
Base(i) di diagnosi	2
Sede(i) ICDO3	71.8
Sede(i) in chiaro	Lesione sconfinante dell'encefalo
Morfologia(e) ICDO3	9380/3
Morfol. In chiaro	Glioma maligno
Grading ICDO3	9

A cura di:

Adriana Mazzei

Titolo del caso

sede

DESCRIZIONE CASO

Età	86
Sesso	maschio
Storia precedente	Calo ponderale, vaghi disturbi dispeptici, anemia.
SDO	Ricovero x 151.9 -11/5/2007 x 151.9 egds Ricovero 9/7/2007 x GASTRECTOMIA PARZIALE CON ANASTOMOSI DIGIUNALE
An. Patologica	Biopsia gastrica :..... sulla parete posteriore della regione pilorica adenocarcinoma solido Intervento : adenoca solido scarsamente differenziato, infiltrante la parete muscolare interessante la regione pilorica, gastrica e 4 cm della parete duodenale.....
Mortalità	7/1/2008 x 151.9
Imaging	Egds ... a livello pilorico presenza di lesione a placca, ulcerata e facilmente sanguinante .. ; Tac addome ...preza di lesione a livello pilorico...;
Altre notizie	

SOLUZIONE

Tumori registrati	1
Tumori incidenti	1
Data(e) di diagnosi	11/5/2007
Base(i) di diagnosi	7
Sede(i) ICDO3	26.8
Sede(i) in chiaro	Tumore sconfinante apparato digerente
Morfologia(e) ICDO3	8230/3
Morfol. In chiaro	Adenoca solido
Grading ICDO3	G3

Caso n. 1 DCI

Maschio di anni 71.

Il caso viene reperito dal tracciato di mortalità, in quanto risulta deceduto a fine giugno 2001 con codice ICD9 431 (emorragia cerebrale) e codice aggiunto 238.7 (malattia linfoproliferativa); nel tracciato il paziente risulta nato nel 1930 in comune con codice ISTAT 050802, e viene classificato come DCI, perché non reperito in precedenza.

Al trace-back si scopre che il paziente è immigrato nella ns. Provincia nel giugno 2001 in un indirizzo corrispondente ad una Casa di Riposo in cui risulta domiciliato dal 1997 (data iscrizione all'ASL e scelta medico nell'anagrafica sanitaria).

Il 10.2.2001 risulta altresì un referto istologico di Agobiopsia midollare "Infiltrazione midollare da Linfoma a grandi cellule B per il 40 % della cellularità" nel ns.Ospedale.

Risultano anche 5 accessi ospedalieri in regime di Day-Hospital, il primo il 15.1.2001 con SDO 202.8 e gli altri successivi (febbraio, marzo, aprile, maggio) con SDO V581 e 202.8. Le cartelle non sono recuperabili.

In base all'anagrafica sanitaria, il paziente risulta nato in Orciano (PI) Comune con codice 050023.

Quesiti: il Linfoma deve essere registrato, e se registrato deve comparire come incidenza? E' corretto imputarne la sede come Midollo Osseo, in assenza di altre informazioni? Come sono da gestire i dati anagrafici quando non coincidenti tra fonti ?

Il caso è un classico DCI, in cui la rilevazione iniziale non ha avuto luogo perché non residente al momento degli accertamenti istologici e dei ricoveri, ed in cui il trace-back ha dato alcune informazioni utili anche se non complete. E' da sottolineare come la verifica sui dati di mortalità sia stata condotta anche su codici non riconducibili a neoplasie maligne e comunque non limitata alla causa di morte principale (problema della omogeneità della quantificazione di DCI e DCO).

Il primo quesito richiede una standardizzazione della procedura tra Registri. Vi sono due definizioni possibili per la valutazione di incidenza:

- *il caso è incidente solo se effettivamente residente al momento della diagnosi*
- *il caso entra in incidenza se nell'anno della diagnosi è stato effettivamente residente.*

Il primo approccio, più restrittivo, ha il difetto di rendere più critica la situazione nei casi in cui è stata posto un sospetto clinico di neoplasia, ma l'accertamento diagnostico definitivo avviene dopo, quando il paziente non è più residente. Se si classifica il caso come NSE e se ne segue il follow-up, la sua morte per quella causa fa risolvere l'NSE sulla data del sospetto clinico

Il secondo approccio dal punto di vista statistico è più corretto, perché il soggetto in quell'anno entra a far parte del denominatore dei tassi di incidenza; inoltre tiene conto dei diversi casi di lungo domicilio prima della residenza (tipico di molte RSA) Tuttavia i casi insorti nello stesso anno ma dopo l'emigrazione sarebbero comunque persi e quindi ci sarebbe comunque una distorsione.

Premesso che in ogni caso la registrazione deve essere fatta in quanto necessaria per una corretta valutazione della prevalenza, la soluzione che pare garantire la maggiore omogeneità tra registri è quella relativa alla residenza al momento della diagnosi.

Resta la necessità di distinguere nella registrazione:

- A. casi insorti prima della residenza nello stesso anno di diagnosi o comunque negli anni del periodo di osservazione corrente (definibili come NON RESIDENTI ALLA DIAGNOSI)*
- B. casi insorti in residenti con diagnosi avvenuta in periodi di osservazione precedenti già chiusi (es: 1993-1997), ma registrati solo ora (definibili come MISSING)*
- C. casi insorti in residenti con diagnosi posta in epoche antecedenti all'inizio del primo periodo di osservazione su cui si ha il rilevamento da parte del registro (definibili come PREVALENTI VERI).*

Le stime di prevalenza riguardano tutti questi casi, oltre a quelli regolarmente incidenti (INCIDENTI VERI).

Le stime di sopravvivenza e di trend dovrebbero essere compiute sugli INCIDENTI VERI e sui MISSING.

Il secondo quesito ha una risposta abbastanza semplice.

L'agobiopsia midollare ha la funzione precipua di stadiare un linfoma. In assenza di altre informazioni non è corretto valutare tale elemento diagnostico come base per definire la sede di LNH come midollo. Esistono, anche se infrequenti, linfomi extranodali a localizzazione primitiva midollare, ma l'origine extranodale deve essere esplicitata nella diagnosi (clinica e/o istologica), oppure deve essere correlata alla diagnosi morfologica (per esempi linfoma splenico, linfoma cutaneo primitivo, micosi fungoide; non i MALT ed i BALT, in quanto ICDO-3 non li assegna a sede specifica)

In questo caso si parla di "infiltrazione"(in altri casi di localizzazione) e non di sede primitiva di LNH; l'impossibilità di accedere alle cliniche comporta quindi l'applicazione di sede Topografica "Linfonodi NAS)

L'ultimo quesito non è da trascurare perché eventuali studi possono essere effettuati o controllati su base "luogo di nascita". In secondo luogo esiste un indicatore di qualità basato sulla completezza dei dati di nascita: non è possibile un'opzione del tipo "se c'è discrasia tra fonti, lasciare in bianco", ma occorre garantire una qualità intrinseca nel dato.

Tra le due fonti (anagrafica sanitaria ed anagrafica comunale) quella più solida è quella comunale e quella va utilizzata.

Nel caso il codice ISTAT 050802 si riferisce al Comune soppresso di Santa Luce-Orciano. Il codice 050023 nell'anagrafica sanitaria si riferisce al Comune di Orciano: è possibile che la persona abbia comunicato questo toponimo.

Tuttavia nel 1927 Orciano Pisano fu aggregato a Santa Luce, con il quale costituì il comune di Santa Luce-Orciano e riacquistò l'autonomia amministrativa solo nel 1957. Nel 1930 quindi il Comune di nascita era effettivamente Santa Luce-Orciano.

Con lo scioglimento di Santa Luce-Orciano l'ISTAT indica che la riconduzione del Codice Comunale dovrebbe essere fatta a favore di Santa Luce.

L'amministrazione fiscale indica per Santa Luce-Orciano il codice I218, ed indica la riconduzione sia ad Orciano Pisano (G090) che a Santa Luce (I217). L'amministrazione fiscale sta riconvertendo i codici fiscali dei nati nei Comuni soppressi applicandone il codice appropriato in luogo di quello utilizzato per riconversione. I dataset sanitari basati su codice fiscale potranno quindi subire effetti di disomogeneità nel tempo.

Caso n. 2 - NSE

Maschio di 79 anni

Viene ricoverato il 21.10.1999 per patologia polmonare sospetta ed esegue:

25.10.1999 TC Cerebrale senza e con MDC "In sede parasagittale sinistra superiormente al tetto del ventricolo laterale di sinistra, estesa lesione occupante spazio di conformazione ovalare e diametri massimi sul piano assiale di circa cm 4x2, con interessamento del corpo calloso, in prima ipotesi riferibile ad alterazione eteroplastica di natura secondaria (in accordo con il quadro clinico segnalato di neoformazione polmonare."

Suggerito approfondimento RM eseguito il 4.11.1999: "Il processo espansivo segnalato è extraassiale, riferibile a meningioma."

2.11.1999 Scintigrafia ossea total-body negativa per lesioni ripetitive

25.11.1999 Rx torace "Non falde di pnx. Invariato nei confronti del precedente controllo."(controllo ambulatoriale non disponibile)

29.10.1999 Biopsia bronchiale "Mucosa bronchiale disepitelizzata, con blanda flogosi cronica del corion"

28.10.1999 Agoaspirato bronco "Campione ematico comprendente rare cellule bronchiali normali."

03.11.1999 Lavaggio bronchiale "Reperto riferibile a processo flogistico"

25.11.1999 Biopsia segmento basale polmone "Minutissimi frammenti tissutali"

25.11.1999 Agoaspirato polmone "Materiale necrotico comprendente cellule atipiche prevalentemente in citolisi"

Viene quindi dimesso con diagnosi di 162.9 e diabete

Nuovi ricoveri:

13.1.2000 Dimesso con 162.9 e mts polmonari, diabete e cardiopatia ischemica cronica

21.2.2000 Accettazione "Episodio confusionale in pz. Con K polmone; febbre; emoftoe. Pz in trattamento radioterapico."

Effettua Rx torace supino: "Opacità rotondeggiante in perilare inferiore destra. BPCO. Cuore nei limiti."

Effettua TAC e RMN cerebrale, i cui referti non sono disponibili

Dimissione con 225.2 (tumore benigno meningi cerebrali) e 162.9

6.9.2000 Decede dopo 1 giorno.

Esegue TC cerebrale urgente senza MDC "Non evidenti alterazioni densitometriche parenchimali di natura emorragica. Si conferma lesione occupante spazio parasagittale sinistra di dimensioni sostanzialmente invariate rispetto a precedente esame tc eseguito in altra sede."

Rx torace supino "Opacità quasi completa del campo polmonare di dx con disassamento omolaterale dell'asse tracheale."

Dimissione : edema polmonare, 162.9 e 225.2

La scheda ISTAT indica come causa di morte 162.9

Il caso esaminato è piuttosto frequente. Come per il pancreas, la difficoltà di avere una conferma istologica pone notevoli difficoltà. In più il frequente ricorso ad accessi ambulatoriali, anziché a ricoveri come una volta fa perdere elementi informativi. L'insufficienza della documentazione comporta l'acquisizione iniziale del caso, sul primo ricovero come caso NSE.

Il primo problema è se c'è la neoplasia polmonare. Alcuni elementi sono fortemente indicativi:

- *più ricoveri con SDO di 162.9*
- *l'approccio diagnostico nel primo ricovero, indicatore di una ricerca di stadiazione più che di conferma diagnostica*
- *l'esplicitazione nel referto TAC di diagnosi precedente di neoformazione polmonare*
- *l'approccio terapeutico (nel ricovero del 21.2.2000 l'accettazione parla di trattamento radioterapico)*
- *l'evoluzione radiologica*
- *la scheda di morte.*

Altri elementi utili, qui non presenti, sono l'inserimento in Hospice o in programmi di cure palliative, o una diagnosi broncoscopia.

Il secondo problema è se la neoplasia polmonare sia primitiva o metastatica. Anche in questo caso le SDO costanti e l'aspetto radiologico (effetto massa con disassamento dell'asse tracheale) indicano la presenza di una lesione principale mentre non ci sono indicazioni di più lesioni polmonari.

La diagnosi è quindi di un tumore maligno polmonare primitivo, con base di diagnosi 2 (radiologica) C34.9 8000/3

Avendo acquisito il caso come NSE, l'evoluzione e l'exitus comportano la classificazione del caso con data di incidenza all'accettazione del primo ricovero. Se fosse stata visionata una diagnosi precedente (radiologica, TAC polmonare), allora l'incidenza avrebbe dovuto essere attribuita al primo ricovero.

Il secondo problema è quello della lesione emersa alla TAC.

Il primo sospetto è quello di una metastasi da neoplasia polmonare, in diagnosi differenziale con il meningioma.

La TAC è meno affidabile della RMN, che pone diagnosi di meningioma. Se anche un ricovero presenta dimissione con mts cerebrali, i 2 successivi confermano il meningioma.

Seguendo le linee guida ENCR il meningioma è uno di quei tumori la cui diagnosi clinica (per immagini) consente la codifica morfologica completa. Quindi il tumore è registrabile con ICD10 D32.0 e ICDO C70.0 9530/3.

Per le sedi intracraniche ed intrassiali l'acquisizione e registrazione di tutti i casi indipendentemente dal comportamento è cosa opportuna, in quanto la prognosi può esserne indipendente. L'unica eccezione riguarda i casi di sospetto di metastasi, che vanno affrontati come i casi NSE.

Per quanto riguarda il problema dell'intervallo utile, prima di tutto occorre considerare la tipologia di diagnosi posta nei ricoveri.

162.9, 235.7, 239.1, V71.1 sono diagnosi che indicano una valutazione di sospetto o di diagnosi clinica di neoplasia polmonare. Se confermati nel tempo, o c'è evoluzione nella diagnosi per immagini nonostante la terapia antibiotica instaurata, il caso va riferito alla prima diagnosi.

Se i ricoveri successivi sono riferiti a patologia respiratoria di altra natura (specie se con continuità) o gli accertamenti per immagini denotano una stabilità o regressione della lesione in assenza di terapia oncologica, l'indicazione è quella di non considerare il caso come valido. Ciò non esclude che il soggetto possa avere successivamente un tumore, in quanto una storia di una patologia respiratoria cronica è spesso presente nelle neoplasie polmonari (correlazione al fumo).

CASO N 7 NSE
MASCHIO 75 ANNI

RICOVERI

1)18.1.01 COD 7856 (INGROSSAMENTO LINFONODI)

2) 14.2.01 COD 200.0

TAC TORACE E ADDOME NEGATIVE. BIOPSIA OSSEA NELLA NORMA.

ISTOLOGIA 28.3.01

REVISIONE PREPARATI ISTOLOGICI RELATIVI A BIOPSIA DI LINFONODO INGUINALE SINISTRO. ADENOPATIE INGUINALI BILATERALI E MICROADENOPATIE ASCELLARI.

PERVENGONO VETRINI ISTOLOGICI COLORATI, ALLESTIMENTI IMMUNOISTOCHEMICI E SEZIONI IN BIANCO

MICRO

SI ESAMINA SEZIONE DI VOLUMINOSO LINFONODO CON ARCHITETTURA CONSERVATA ALLA PERIFERIA E OFFUSCATA IN AMPIA AREA CENTRALE OVE CAMPI DIFFUSI SOLCATI DA UNA RICCA TRAMA DI VENULE ANASTOMIZZATE SONO POPOLATI DA PICCOLI LINFOCITI FRAMMISTI A NUMEROSE PLASMACELLE, IMMUNOBLASTI IN DISCRETO NUMERO E CELLULE DI MEDIA DIMENSIONE ISOLATE O RACCOLTE IN PICCOLI GRUPPI.

I PREPARATI IMMUNOISTOCHEMICI ACCLUSI E LE ULTERIORI COLORAZIONI ALLESTITE NEL NOSTRO LABORATORIO DOCUMENTANO LA PREVALENZA DI ELEMENTI T RAPPRESENTATI ANCHE DALLA COMPONENTE DI MEDIE CELLULE DESCRITTA E LA DISTRIBUZIONE DEGLI ELEMENTI B CD20 IN FOLLICOLI E IN VOLUMINOSE CELLULE ISOLATE. SOSTANZIALE ASSENZA DI CELLULE RETICOLARI DENDRITICHE CD21 POSITIVE NEI TERRITORI DIFFUSI. LA RICCA COMPONENTE DI PLASMACELLE CD138 POSITIVE E' RISULTATA CLONALMENTE RISTRETTE (K/LAMBDA = 10:1).

L'ATTIVITA' PROLIFERATIVA NEI TERRITORI DIFFUSI E' MODERATA (MIB1= 20%).

DIAGNOSI

LINFOADENOPATIA ANGIOIMMUNOBLASTICA.

La impossibilita' di eseguire indagini molecolari non consente un giudizio di certezza circa la natura linfomatosa T della lesione. Lo sbilanciamento clonale delle plasmacellule potrebbe preludere alla trasformazione in linfoma di linea B.

Il caso presenta una SDO positiva ma un giudizio diagnostico non conclusivo sulla natura linfomatosa T.

Con il codice 9705/3 si identifica il Linfoma angioimmunoblastico a cellule T, che comprende anche l'AILD (Angioimmunoblastic Lymphadenopathy with Disproteinemia – termine Obsoleto) oggi denominato "Linfoma periferico a cellule T, AILD".

Al di là degli eventuali codici riportati, il caso non è ancora certo sia per la definizione adottata che per il giudizio conclusivo.

Il caso è da considerare NSE non tanto per la documentazione povera ma per l'incertezza diagnostica (potrebbe non essere un linfoma).

In effetti il paziente non ha altri istologici e ricoveri, e non è ancora deceduto.

**CASO N.9 NSE
MASCHIO DI 89 ANNI**

CANCRO DEL COLON NEL 1982, POI NESSUNA NOTIZIA FINO AL RICOVERO DEL 16.6.2001

NEL CORSO DEL RICOVERO DI RILEVANTE C'E' SOLO UN'ECOGRAFIA ECO: LA MASSA PALPABILE IN SEDE INGUINALE CORRISPONDE A STRUTTURA DISOMOGENEA E IPOECOIGENA IN PARTE A CONTENUTO LIQUIDO CON CALCIFICAZIONE E SEGNI DI VASCULARIZZAZIONE INTRALESIONALE.

REPERTO ASCRIVIBILE IN PRIMA IPOTESI A LESIONE TESTICOLARE DESTRA SOSPETTA NEOPLASTICA (TERATOCARCINOMA)?

NESSUN ALTRO ACCERTAMENTO PERCHE' IL RICOVERO SI CONCENTRA SULLA CONCOMITANTE PATOLOGIA CARDIOVASCOLARE (CARDIOPATIA ISCHEMICA, FIBRILLAZIONE ATRIALE E ICTUS CEREBRALE)

DIMESSO CON 186

MUORE IL 31.8.01 CON 4292 (MALATTIA CARDIOVASCOLARE)

Il caso presenta una SDO positiva ma un giudizio diagnostico non conclusivo sulla lesione testicolare.

Al di là degli eventuali codici riportati, il caso non è ancora certo sia per la definizione adottata "sospetto" che per il giudizio conclusivo non pervenuto in quanto non ulteriormente indagato.

Il caso è da considerare NSE per la documentazione povera (il testicolo è sede facilmente biopsiabile ed esplorabile) e per l'incertezza diagnostica

In effetti il paziente non ha altri istologici e ricoveri, e decede con causa non tumorale, per cui andrà eliminato.

CASO 10 DCO

Maschio nato nel 1909, deceduto nel 2002

1.o ricovero utile 22.8.2001 Dermatologia

Asportazione di lesione cutanea alla fronte

Istologia: Melanoma maligno nodulare a cellule epitelioidi.

Spessore 5 mm sec Clark. Livello 5 di Clark. 3 mitosi per 10 HPF

Il paziente decede nel 2002 per 162.9 > classificato come DCI

Trace-back:

Scheda ISTAT : eteroplasia polmonare da 3 anni (le regole ICD-9 impongono per il polmone la codifica come 162.9 anche se la neoplasia non è specificata come maligna)

Lentigo maligna volto

Il paziente ha avuto diversi ricoveri nel 1999 e 2000, tutti con SDO di Broncopneumopatia cronica ostruttiva.

Vi sono diversi citologici su escreato e una broncoscopia con biopsia negativi in tali ricoveri.

Quadri radiologici non dirimenti in tali anni; Rx torace 29/1/2002: diffusi addensamenti acinariformi in parte confluenti, soprattutto in campo medio dx.

Il paziente è deceduto nella casa di riposo in cui era ospite, ed il medico che ha rilasciato l'ISTAT è deceduto poco dopo.

La neoplasia melanomatosa presenta un problema di codici morfologici. La forma nodulare ha codice morfologico M-8721/3, mentre quella a cellule epitelioidi ha codice più alto (M-8771/3). Ordinariamente la definizione di nodulare si riferisce alla modalità di accrescimento, ed è più specifica dal punto di vista morfologico il fatto che sia a cellule epitelioidi, spesso associata a cellule fusate; in questi casi infatti l'aggressività è denotata specificatamente dal numero di mitosi. Tuttavia abbiamo la possibilità di stadiare la malattia.

Per quanto riguarda il polmone, il trace-back non ha dato riscontri positivi, ma neppure del tutto negativi: il sospetto clinico c'era, ma l'età e lo status di istituzionalizzato hanno comportato il non insistere con gli accertamenti. Le domande da porsi sono le seguenti:

- *esisteva una neoplasia polmonare maligna? La risposta è orientata verso il sì, stante l'attribuzione come causa di morte. La denegazione della causa di morte equivale alla denegazione della clinica, sempre vietata al registratore*
- *ma se maligna, poteva essere secondaria al melanoma? L'impossibilità di avere informazioni dal medico curante, l'assenza di dati clinici e radiologici dirimenti sul polmone, e l'assenza di informazioni sul momento della comparsa della lesione cutanea (poteva essere insorta ben prima del momento dell'asportazione), non consentono di risolvere il problema.*

La neoplasia polmonare viene quindi registrata come DCO. Come data di incidenza viene attribuita quella del decesso.

ICDO-1			ICDO-2			ICDO-3	
162.9	162.9	9990/3	C34.9	C34.9	8000/3	C34.9	8000/3
172.3	173.3	8771/3	C43.3	C44.3	8771/3	C44.3	8771/3

CASO 9 Incidenza per residenza

Maschio nato nel 1992, cittadinanza straniera, vivente e tuttora residente

1.o ricovero in paese extraCEE 7/12/1995

Viene posta diagnosi di Leucemia linfatica acuta L1, con presenza di blasti per il 76 % della cellularità midollare. Trattato con HDMTX, poi seguito da Ematologia Italiana.

Residenza italiana acquisita dal 05/1996

Informazioni cliniche acquisite con il flusso SDO del 1998.

Il caso viene proposto, più che i problemi di classificazione, per il problema metodologico sotteso. Se la residenza fosse stata assunta nel 1995, vi possono essere più logiche di scelta:

- *il caso viene inserito come “non residente alla diagnosi”, perché in effetti è tale, anche se poi lo ritroveremo con i ricoveri successivi*
- *il caso viene inserito come “prevalente”, perché al momento della residenza è tale*
- *il caso viene inserito come “incidente”, perché in quell’anno il paziente è comunque residente. Tale approccio ha il suo razionale nel fatto che egli rientra nel denominatore della popolazione di quell’anno.*

Inoltre, poiché il 1995 era compreso nel periodo di report di Cancer Incidence antecedente a quando è stato reperito, e quindi il caso non era incluso in tale report, dovrebbe essere usata la definizione di “Missing” per i casi incidenti raccolti successivamente al report ufficiale. (solo IARC o anche AIRT?) Probabilmente i diversi registri si comportano in maniera differente, e ciò può essere critico per una patologia rara, in cui un singolo caso sposta i tassi in maniera rilevante, e nelle età infantili.

Questo problema è cruciale almeno nei seguenti casi:

- *presenza di aree ad elevato turn-over di residenza con l’estero (ad esempio comunità numericamente rilevanti, con rischi oncologici particolari, come nel caso di estremo-orientali)*
- *pazienti istituzionalizzati (Cottolengo, RSA, etc.)*
- *presenza di strutture militari e similari*

Nel ns. registro il caso è stato catalogato come “non residente alla diagnosi”, definizione usata per i casi insorti in anni precedenti in soggetti allora non residenti, mentre si adottano le definizioni di “prevalente” per i casi insorti in anni precedenti in soggetti già residenti, di “incidente” per i casi insorti in soggetti che abbiano avuto residenza in qualsiasi periodo dell’anno, e di “missing” per i casi incidenti raccolti successivamente al periodo di report ufficiale IARC.

Il problema può essere risolto o con una chiara esplicitazione del criterio, o con una regola comune.

Dal punto di vista della codificazione, per la LLA vi è comunque un cambio di codice nella 3.a edizione, e l’ inserimento nella diagnosi della specifica classificazione FAB L1 o L2 non cambia il quadro, a differenza di ciò che avviene per le L3, ricondotte alla Leucemia a cellule di Burkitt

ICDO-1	ICDO-2	ICDO-3
204.0 169.1 9821/3	C91.0 C42.1 9821/3	C42.1 9835/3

CASO 10 – INCIDENZA O RECIDIVA

Maschio di anni 65.

A seguito di indagini effettuate Gastrectomia parziale il 4/3/2003 in ricovero con SDO 211.1

AP . Lesione a partenza dalla sierosa gastrica, del diametro massimo di 10 cm, apparentemente capsulata.

Quadro di leiomioma cellulato con aree epiteliomi (GIST a basso grado). 2 mitosi/10 HPF, non atipie, non infiltrazione della mucosa gastrica. Parete gastrica non infiltrata nel recoupe di allargamento.

Morfologia attribuita 8892.1 (leiomioma cellulato)

Viene registrato prima come leiomioma cellulato 8892.0 (.1 in ICD-O-1) poi corretto in GIST NAS e non entra in incidenza.

In data 4.1.2007 ECT di follow-up: in sede ipogastrica dx alla biforcazione dei vasi iliaci, lesione solida ipoecogena/anecogena, vascolarizzata di 6x5 cm di verosimile origine dal mesentere.

17.1.2007 TAC: multiple recidive patologiche nodulari tra 10 mm (legamento falciforme, adipe adiacente a 4.o e 6.o segmento epatico, in sede mediana paraombelicale) e 57 mm (indissociabile da profilo anteriore grande curva gastrica, al tratto prossimale del colon discendente, nel mesentere, nella fascia trasversale dell'addome, nel muscolo retto addominale di dx paraombelicale, nell'adipe adiacente al cieco e al tratto distale del sigma, senza adenopatie.

Non esami anatomopatologici.

Viene sottoposto a terapia con Glivec e poi, per PD, con Sutent50

Decede nel 2008 per neoplasia gastrica con mts peritoneali.

Il caso è particolare e rientra nel capitolo "gestione delle recidive", in quello delle SDO con codici benigni, ed in quello del cambiamento di comportamento tra ICD-O-1, 2 e 3.

Se il primo evento fosse stato maligno, sarebbe una recidiva e andrebbe solo annotato.

Tuttavia abbiamo

- un grande intervallo temporale dopo un intervento demolitivo***
- un istologico originario che garantisce sulla non aggressività della lesione originaria***
- l'assenza peraltro di conferme istologiche sulla malattia, ma un trattamento chemioterapico comunque orientato.***

Non si tratta quindi né di un errore o sottovalutazione originaria, ma neppure dovrebbe essere definita come una nuova malattia (così ritiene il clinico).

In questo caso le opzioni sono comunque 2:

- cambiare il codice di comportamento del GIST gastrico originario, mantenendo la data di incidenza***
- registrare un nuovo caso con data di incidenza 4.1.2007 come GIST maligno a partenza gastrica.***

La seconda soluzione mi pare ragionevole in quanto terapia e sopravvivenza sono correlati al quadro; tuttavia manca una morfologia documentata.

La relazione temporale

C16 8936.1 (gruppo 16)
C16 8000.3 (gruppo 17)

4.3.2003 oppure
4.1.2007

C16 8892.0 (gruppo 6)

Poiché il gruppo 17- o il gruppo 6- è non diverso dal 16 ai fini dell'applicazione dei tumori multipli, si può seguire l'approccio di confermare la morfologia ed attribuire comportamento /3 al secondo tumore che diventa comunque incidente.

La diagnosi di sede comunque si perfeziona con l'ISTAT.

Ancora, nelle serie storiche prima degli anni 2000 la nosologia GIST non esisteva e veniva indicata e codificata come leiomioma cellulato; con ICD-O-2 il leiomioma cellulato passa a /0, ma se tale formulazione è riferita all'apparato gastroenterico, non essendoci voce specifica, si mantiene 8892.1; solo con ICD-O-3 si passa a codice specifico in gruppo diverso (da neoplasie miomatose a neoplasie complesse miste e stremali) .

DESCRIZIONE CASO

Età	86
Sesso	maschio
Storia precedente	Calo ponderale, vaghi disturbi dispeptici, anemia.
SDO	Ricovero x 151.9 -11/5/2007 x 151.9 egds Ricovero 9/7/2007 x GASTRECTOMIA PARZIALE CON ANASTOMOSI DIGIUNALE
An. Patologica	Biopsia gastrica :..... sulla parete posteriore della regione pilorica adenocarcinoma solido Intervento : adenoca solido scarsamente differenziato, infiltrante la parete muscolare interessante la regione pilorica, gastrica e 4 cm della parete duodenale.....
Mortalità	7/1/2008 x 151.9
Imaging	Egds ... a livello pilorico presenza di lesione a placca, ulcerata e facilmente sanguinante .. ; Tac addome ...preza di lesione a livello pilorico...;
Altre notizie	

La soluzione è corretta?

Tumori registrati	1
Tumori incidenti	1
Data(e) di diagnosi	11/5/2007
Base(i) di diagnosi	7
Sede(i) ICDO3	26.8
Sede(i) in chiaro	Tumore sconfinante apparato digerente
Morfologia(e) ICDO3	8230/3
Morfol. in chiaro	Adenoca solido
Grading ICDO3	G3

Età	66
Sesso	maschio
Storia precedente	Da circa 3 mesi disturbi visivi, cefalea continua, difficoltà alla deambulazione, disorientamento temporo spaziale.
SDO	Ricovero 17/11/2006 x 191.9
An. Patologica	nulla
Mortalità	27/11/2006 x 191
Imaging	Tac encefalo, rmn encefalo 17/11/2006 : Processo espansivo in sede paraventricolare dx e temporale omolaterale di natura verosimilmente gliale maligna.si decide x una biopsia stereotassica.
Altre notizie	Per insorgenza di grave bradicardia il paziente è sottoposto ad intubazione oro tracheale a distanza di 10 gg decede.

La soluzione è corretta?

Tumori registrati	1
Tumori incidenti	1
Data(e) di diagnosi	17/11/2006
Base(i) di diagnosi	2
Sede(i) ICDO3	71.8
Sede(i) in chiaro	Lesione sconfinante dell'encefalo
Morfologia(e) ICDO3	9380/3
Morfol. in chiaro	Glioma maligno
Grading ICDO3	9