

Corso AIRTUM – 10 maggio 2010 – RHO

PRINCIPI DI CODIFICA E REGISTRAZIONE

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

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

CLASSIFICAZIONI

● WHO



....

● ICD-8 (1967) →

■ ACS

■ MOTNAC
(1968)

● ICD-9 (1976) →

ICD-O (1976) →

■ CAP

■ SNOMED (1977)
MORFOLOGIA

● ICD-10 (1992) →

ICD-O-2 (1990) →

■ SNOMED III (1993)

ICD-O-3 (2000) →

■ SNOMED RT
(2000)

■ SNOMED CT (2002)

■ NCHS

■ ICD-9-CM (1979)

■ ICD-10-CM (2003)

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 1990 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)**

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

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 comport- grado
tamento

Esempio: Adenocarcinoma ben differenziato

M-8140 / 3 1

**Tipo cellulare del tumore
(*adeno-*)**

**Comportamento
(*carcinoma*)**

**Differenziazione
(*ben differenziato*)**

Le modifiche di Topografia rispetto all' ICD-10 comprendono:

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

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/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 **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) **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/IARC

N.B. la sopravvivenza 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
- codice comportamento /3



SI

Tumori intracranici-intraassiali

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



SI
SI

Patologie emolinfopoietiche

- morfologia M-8000-M-9899 dell'ICD-O
- intervallo 200-208 e 270-289 dell' ICD-9



SI solo se /3

Tumori vescicali e delle sedi soggette a screening

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



SI solo per VESCICA

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 anche una guida per identificare le variabili obbligatorie
E' uno strumento sufficiente, ma non esaustivo, in quanto

- altre banche dati richiedono variabili suppletive
(esempio EUROCIM richiede TNM o TNM condensed)
- gli studi di approfondimento richiedono variabili cliniche aggiuntive
- alcune informazioni possono servire nel monitoraggio delle attività locali
(screening, etc)

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.

Dal momento che più categorie sono state assegnate alle neoplasie nell'ICD-10 rispetto all'ICD-9, alcune precedenti categorie a tre cifre sono state sostituite da categorie a due-tre caratteri.

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**

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.**

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	Ipofaringe	
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	

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 C02	base della lingua altre e non specificate parti della lingua	C02.9
C00 C03 C04 C05 C06	labbro gengiva pavimento della bocca palato altre e non specificate parti della bocca	C06.9
C09 C10 C12 C13 C14	tonsilla orofaringe seno piriforme ipofaringe altre e mal definite sedi delle labbra, del cavo orale e del faringe	C14.0
C19 C20	giunzione rettosigmoidea retto	C20.9
C23 C24	colecisti altre e non specificate parti delle vie biliari	C24.9
C33 C34	trachea bronchi e polmoni	C34.9
C40 C41	ossa, articolazioni e cartilagini articolari delle estremità ossa, articolazioni e cartilagini articolari di altre e non specificate sedi	C41.9
C65 C66 C67 C68	pelvi renale uretere vescica altri e non specificati organi dell'apparato urinario	C68.9

**Da usare solo se
La diagnosi dei 2
tumori è sincrona**

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 circostanziata (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)**
- NB 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)**

IL CODICE 8050/3 VA RISERVATO ALLE NEOPLASIE AD EPITELIO SQUAMOSO

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 8-9-10-12-12-13
 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
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 ematopoietico 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 istiociti 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, 9260-9365, 9380-9539
(17.)	tipi non specificati di tumore 8000-8005

Cambiamenti intercorsi 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)

classificate tra i 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 intercorsi tra 2.a e 3.a edizione ICD-O – Tumori solidi

- * In 2.a edizione i carcinomi basocellulari erano accorpati 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)

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 Maligno, sede secondaria
/9*	Maligno, incerto se di sede primaria o metastatica

* Non utilizzati dai registri tumori

CODICE DI COMPORTAMENTO

Tabella 3. Registrosioni multiple in base al comportamento

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

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/intrassiali, il primo caso è quello che va in incidenza

- I casi registrati come /1 in quanto NSE
- I casi registrati come /1 o /2 che hanno dato luogo a diffusione metastatica



Deve essere modificato il caso registrato, che diventa vero incidente con quella data

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

Codice

1	Grado I	Ben differenziato Differenziato, NAS
2	Grado II	Moderatamente differenziato Moderatamente ben differenziato A differenziazione intermedia
3	Grado III	Poco differenziato
4	Grado IV	Indifferenziato Anaplastico

9 **Grado o differenziazione indeterminato, non definito o non applicabile**

Tavola 22 - immunofenotipo di linfomi e leucemie

Codice

5	Cellule T
6	Cellule B Pre-B Precursori B
7	Cellule null Non T-non B
8	Cellule NK Cellule Natural Killer
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	Grado WHO	ICD-O	(5.a cifra)				
Neoplasie astrocitarie (Astrocitomi)				Tumori neuronali/gliali							
Subependimale, a cellule giganti	I	9384	1	Gangliocitoma	I	9492	0				
Pilocitico	I	9421	1	Ganglioglioma	I-II	9505	1				
Basso grado	II	9400	3	Ganglioglioma anaplastico	III	9505	3				
Xantoastrocitoma pleomorfo	II-III	9424	3	Ganglioglioma desmoplastico	I	9412	1				
Anaplastico	III	9401	3	Tumore neuroepiteliale disembrionoplastico	I	9413	0				
Glioblastoma	IV	9440	3	Neurocitoma centrale	I	9506	1				
Oligodendrogliomi				Tumori pineali							
Basso grado	II	9450	3	Pineocitoma	II	9361	1				
Anaplastici	III	9451	3	Tumore pineale parenchimale a differenziazione intermedia	III-IV	9362	3				
Oligoastrocitomi				Pinealoblastoma							
Basso grado	II	9382	3		IV	9362	3				
Anaplastici	III	9382	3	Tumori embrionali							
Tumori ependimali (Ependimomi)				Medulloblastoma							
Subependimoma	I	9383	1		III	9470	3				
Mixopapillare	I	9394	1	Altri PNET	III	9473	3				
Basso grado	II	9391	3	Medulloepitelioma	III	9501	3				
Anaplastico	III	9392	3	Neuroblastoma	III	9500	3				
Tumore dei plessi corioidei				Ependimoblastoma							
Papilloma	I	9390	0		III	9392	3				
Carcinoma	III-IV	9390	3	Tumori dei nervi craniali e spinali							
NB : tenere presenti Linee guida ENCR				Schwannoma							
					I	9560	0	Tumore maligno delle guaine nervose periferiche			
					III-IV	9540	3	Tumori meningei			
				Meningioma					I	9530	0
				Meningioma atipico					II	9539	1
				Meningioma papillare					II-III	9538	3
				Emangiopericitoma					II-III	9150	3
				Meningioma anaplastico					III	9530	3

BASE DI DIAGNOSI

Tabella 4. Base della diagnosi

Codice	Descrizione	Criteri
0	DCO (Death certificate only)	l'informazione disponibile viene da un certificato di morte
<i>diagnosi non microscopica</i>		
1	clinica	diagnosi effettuata prima della morte, ma senza alcuno dei codici seguenti (codici 2-7)
2	indagini 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 dell'osservazione diretta del tumore in fase autoptica)
4	marker tumorali specifici	diagnosi effettuata tramite marcatori biochimici e/o immunologici che sono specifici per una certa sede tumorale
<i>diagnosi microscopica</i>		
5	citologia	esame di cellule prelevate da una sede tumorale primitiva o secondaria (inclusi agoaspirato 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, ivi compresi i campioni autoptici
7	istologia su tumore primitivo	esame istologico di tessuto dal tumore primitivo, comunque ottenuto, ivi comprese qualsiasi tecnica di escissione e biopsie osteomidollari; comprende anche campioni autoptici del tumore primitivo
8	autopsia con istologia concomitante o precedente	categoria aggiunta rispetto alla tabella IARC/IACR, per separare il dato dell'osservazione diretta del tumore in fase autoptica
9	modalità di diagnosi sconosciuta	

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 autoptica 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

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	pazienti 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 KAPOSÌ 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 Gonadotrophin (HCG)	coriocarcinoma (>100,000 IU nelle urine)
alfafetoproteina (AFP)	carcinoma epatocellulare (>200 ng/ml nel siero)
prodotti di degradazione delle catecolamine (HVA, VMA)	neuroblastoma
immunoglobuline nel siero	❖ mieloma (IgG >35g/l o IgA >20g/l) ❖ macroglobulinemia di Waldenström (IgM >10g/l)
immunoglobuline urinarie	mieloma (escrezione di catene leggere >1g/24h)
ormoni ipofisari	tumori ipofisari
gastrina e altri ormoni polipeptidici dell'apparato gastroenterico	tumori delle cellule insulari, 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

ELEMENTI DIAGNOSTICI

Nell' ICD-O-3 on 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 c'è accertamento microscopico e se il ricovero è avvenuto oltre i 3 mesi dopo **E LA DIAGNOSI E' DI CERTEZZA**

4.a scelta – ALTRE DATE (data di inizio chemio o radioterapia, data di ammissione alle cure palliative, data di diagnosi oncologica)

- 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

Il sistema di stadiazione può variare nel tempo, ed è opportuno annotarlo.

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)

9 – stato di screening dubbio o non classificabile

CASI NON SCREENING

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

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, citoreducente, 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 Data

INNOVAZIONI SIGNIFICATIVE NELL'ICD-O 3.A EDIZIONE

Nelle slides successive sono indicate solo alcune delle principali innovazioni introdotte nel passaggio da ICD-O-2 a ICD-O-3.

La IARC ha richiesto la sottomissione dei casi 1998-2002 come ICD-O-3

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.

INNOVAZIONI SIGNIFICATIVE NELL'ICD-O 3.A EDIZIONE

NEOPLASIE NEUROENDOCRINE

- Con la comparsa della nosologia **Carcinoma neuroendocrino a piccole cellule (M-8041/3)**, diventa chiaro come il successivo codice **M-8042/3** corrispondente al **Carcinoma a cellule a chicco d'avena (Oat cell carcinoma, microcitoma)** sia anch'essa una neoplasia su base neuroendocrina. Clinicamente essa determina le sindromi paraneoplastiche nel tumore del polmone.
- Compaiono il **Carcinoma** e l' **Adenoca a diff. Neuroendocrina (M-8574/3)**

CARCINOIDI

- * Si differenzia tra **Carcinoide tipico e NAS, M-8240/3** e **Carcinoide ad incerto potenziale di malignità (M-8240/1)**, di cui il **Carcinoide dell'appendice NAS** è termine equivalente come il **Carcinoide argentaffine NAS**
- * Insieme al **C. argentaffine maligno (M-8241/3)**, vengono posti il **C. a cellule enterocromaffini (EC)**, o **produttore serotonina**, in quanto sinonimi
- * **Carcinoide a cellule enterocromaffino-simili (ECL)** è new entry (**M-8242/3**)
- * New entry è il **Carcinoide tubulare** con comportamento **/1 (M-8245/1)**
- * New entry è il **Tumore carcinoide atipico (M-8249/3)**

INNOVAZIONI SIGNIFICATIVE NELL'ICD-O 3.A EDIZIONE

TUMORI DEL POLMONE

- Con la comparsa della nosologia **Carcinoma neuroendocrino a piccole cellule (M-8041/3)**, diventa chiaro come il successivo codice **M-8042/3** corrispondente al **Carcinoma a cellule a chicco d'avena (Oat cell carcinoma, microcitoma)** sia anch'essa una neoplasia su base neuroendocrina. **Clinicamente essa determina le sindromi paraneoplastiche nel tumore del polmone.**
- New entry:
 - Carcinoma non a piccole cellule M-8045/3**, noto anche con la sigla **NSCLC**.
E' un codice frequentemente utilizzato ed importante, perché esclude una nosologia non trattata chirurgicamente
 - Tumore miofibroblastico peribronchiale, anche congenito M-8827/1**
- Il **Carcinoma a cellule piccole e grandi (M-8045/3)** prima specifico per il polmone, viene modificato e arricchito di nuovi sinonimi ed equivalenti, tra cui il **Ca misto o combinato a piccole cellule**, il **Ca combinato a piccole cellule e adenoca**, il **Ca combinato a piccole cellule e a cellule squamose**

INNOVAZIONI SIGNIFICATIVE NELL'ICD-O 3.A EDIZIONE

TUMORI DEL POLMONE – segue

- Alle nuove forme definite di **Carcinoma Bronchiolo-alveolare** sono date 3 codici:
 - M-8252/3 Non mucinoso, a Cell. Di Clara, a Pneumociti di II tipo**
 - M-8253/3 Mucinoso, a Cell. Caliciformi**
 - M-8254/3 Misto, a Tipo indeterminato**
- Il **Carcinoma Bronchiolo-alveolare intravascolare (M-9134/1)** diventa sinonimo dell'**Emangioendotelioma epitelioides maligno (M-9133/3)** con comportamento /3

MESOTELIOMI

- Compaiono nuovi sinonimi del **Mesotelioma fibroso NAS o maligno (M-9051/3)** :
M. a cellule fusate, sarcomatoide, desmoplastico
- Compaiono nuovi sinonimi del **Mesotelioma epitelioides benigno (M-9052/0)** :
M. papillare ben differenziato benigno, o Papilloma mesoteliale
- New entry: **Mesotelioma cistico (multicistico) benigno (M-9055/0)**
- Scompare il **Mesotelioma bifasico benigno (M-9053/0)**

INNOVAZIONI SIGNIFICATIVE NELL'ICD-O 3.A EDIZIONE

NEOPLASIE MAMMARIE

-Codificazione di diverse morfologie in situ ed invasive.

Le forme definite come “Duttali tipo -----” seguono la morfologia del tipo

Cribriforme	M-8201/2	M-8201/3
Solido	M-8230/2	
Micropapillare o “clinging”	M-8507/2	
Cistico ipersecretorio		M-8508/3
Midollare atipico		M-8513/3

-Codificazione delle forme associate

Duttale infiltrante con altri tipi diversi dal lobulare	M-8523/3
Lobulare infiltrante con altri tipi, diversi dal duttale	M-8524/3

INNOVAZIONI SIGNIFICATIVE NELL'ICD-O 3.A EDIZIONE

TUMORI DELL'APPARATO DIGERENTE vedi anche Tumori endocrini

FEGATO

- Nuove forme specificate di **Carcinoma Epatocellulare** sono date a 4 nuovi codici

Scirroso, Sclerosante M-8172/3

Variante a cellule fusate, Sarcomatoide M-8173/3

Tipo a cellule chiare M-8174/3

Tipo pleomorfo M-8175/3

GASTROINTESTINALI

- New entry:

Neoplasia anale intraepiteliale grado III, AIN III M-8077/2

Polipo misto adenomatoso e iperplastico, Adenoma serrato M-8213/0

Carcinoma e Adenocarcinoma a cellule parietali M-8214/3

Adenocarcinoma delle ghiandole o dei dotti anali M-8215/3

Papillomatosi ghiandolare e biliare (C22.1, C24.0) M-8264/0

Tumore stromale gastrointestinale benigno, GIST benigno M-8936/0

**T. stromale gastrointestinale NAS o a incerto potenziale di malignità, GIST NAS,
Tumore gastrointestinale dei nervi autonomi o a cell. peace-maker, GANT** M-8936/1

**T. stromale gastrointestinale maligno, GIST maligno, Sarcoma stromale
gastrointestinale** M-8936/3

- **Adenomi e papillomi VILLOSI (M-8261/1)** passano da comportamento /1 a /0

INNOVAZIONI SIGNIFICATIVE NELL'ICD-O 3.A EDIZIONE

PANCREAS

-New entry:

- * Tumore cistico mucinoso con displasia moderata (C25._ M-8470/1)
- * Cistoadenocarcinoma mucinoso non invasivo (C25._ M-8470/2)
- * Carcinoma solido pseudopapillare (C25._ M-8452/3)
- * Adenoma intraduttale papillare mucinoso (C25._ M-8453/0)
- * Tumore intraduttale papillare mucinoso con displasia moderata (C25._ M-8453/1)
- * Ca intraduttale papillare mucinoso non invasivo (C25._ M-8453/2)
- * Ca intraduttale papillare mucinoso invasivo (C25._ M-8453/3)

-Nuovi sinonimi del Tumore cistico papillare (C25._ M-8452/1) sono il Tumore solido pseudopapillare, Tumore solido e cistico, e la Neoplasia epiteliale solida e papillare

PERITONEO

-Inserito il Ca papillare sieroso primitivo M-8461/3 (con quello di superficie)

- Lo Pseudomixoma con sito primitivo sconosciuto è da codificare C-80.9

INNOVAZIONI SIGNIFICATIVE NELL'ICD-O 3.A EDIZIONE

NEOPLASIE OVARICHE

-New entry:

- * **Cistoadenoma sieroso papillare di superficie a malignità potenziale** M-8463/1
- * Cistoadenoma a cellule chiare M-8443/0
- * **Tumore cistico a cellule chiare a malignità potenziale o Tumore a cellule chiare proliferativo atipico** M-8444/1
- * **Adeno e Cistadenofibroma a cell. chiare a malignità potenziale** M-8313/1
- * **Adeno e Cistadenocarcinoma a cell. chiare** M-8313/3
- * **Carcinoma sieroso micropapillare, equivalente del papillare (M-8460/3)**
- * **Fibroma cellulato** M-8810/1

- il comportamento è declassato a /1 per

CISTOADENOMA SIEROSO A MALIGNITA' POTENZIALE	(M-8442/3)
“ PAPILLARE A MALIGNITA' POTENZIALE	(M-8451/3)
“ SIEROSO PAPILLARE A MALIGNITA' POTENZIALE	(M-8462/3)
“ MUCINOSO A MALIGNITA' POTENZIALE	(M-8472/3)
“ MUCINOSO PAPILLARE A MALIGNITA' POTENZIALE	(M-8473/3)

NB - PROBLEMA IMPORTANTE: LA NOSOLOGIA ERA STATA PORTATA A /3 NELLA 2.A EDIZIONE

-Nel **Tumore a cell. della granulosa** 2 varianti nuove: **Tipo adulto**, sinonimo del **NAS (M-8620/1)**, e **Sarcomatoide**, equivalente di **Maligno (M-8620/3)**

INNOVAZIONI SIGNIFICATIVE NELL'ICD-O 3.A EDIZIONE

NEOPLASIE RENALI

- * Nuove varianti specifiche del **Carcinoma a cellule renali** vanno a 4 nuovi codici

Associato a cisti	M-8316/3
Tipo cromofobo o A cell. Cromofobe	M-8317/3
A cellule fusate o Sarcomatoide	M-8318/3
Dei dotti collettori o Dei dotti di Bellini	M-8319/3

- **Ca. papillare a cell. Renali (M-8260/3)**, nuovo equivalente dell'**Adenoca papillare**

- * Dal **Nefroblastoma (M-8960/3)** originano 3 new entry

Nefroma cistico benigno	M-8959/0
Nefroblastoma cistico parzialmente differenziato	M-8959/1
Nefroma cistico maligno, anche multiloculare	M-8959/3

- **Altre new entry relative al rene a codice di comportamento /0:**

Adenoma metanefrico	M-8325/0
Adenofibroma nefrogenico	M-8965/0
Tumore a cell. Intestiziali o Fibroma della midollare renale	M-8966/0
Tumore renale ossificante	M-8967/0

- * **Reninoma e Tumore iuxtaglomerulare (C64.9 M-8361/1) si declassano a /0**

INNOVAZIONI SIGNIFICATIVE NELL'ICD-O 3.A EDIZIONE

NEOPLASIE UROGENITALI Per CIN III, VIN III, VAIN III e **PIN III** vedi Carcinomi in situ

* Viene ufficializzata l'equivalenza tra la dizione **"A cellule transizionali"** e la dizione **"Uroteliale"**.

- **Carcinoma a cell. Transizionali micropapillare** nuova voce **M-8131/3**
- **Ca a cell. Transizionali sarcomatoide** nuovo sinonimo di quello **A cellule fusate (M-8122/3)**
- Cinque new entry, di cui 2 varianti specifiche dell'**Adenoca endometrioide**

Adenoca endometrioide variante secretoria	M-8382/3
“ “ variante a cell. ciliate	M-8383/3
Adenocarcinoma tipo endocervicale	M-8384/3
“ mucinoso tipo endocervicale	M-8482/3
Ca basocellulare adenoide (C53._)	M-8098/3
Rabdomioma genitale C51._, C52.9	M-8905/0
- **Tumore endometrioide proliferativo atipico** nuovo sinonimo dell'**Adenoma endometrioide a malignità potenziale (M-8380/1)**
- **Tumore del dotto di Wolff** è nuovo sinonimo del **Tumore mesonefrico NAS M-9110/1**

CARCINOMA IN SITU E CIN III

Definizioni comunemente usate

- carcinoma in situ M-8070/2
- neoplasia intraepiteliale grado III
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)**

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 ICCC** (*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 linfocitica non acuta	011
	IA	Leucemia linfocitica acuta	012
	IB	Leucemia acuta non linfocitica	013
	IC	Leucemia mieloide cronica	015
	ID	Altre leucemie specificate	016
	IE	Leucemia, NAS	017
Linfomi e neoplasie reticolo-endoteliali	IIA	Linfoma di Hodgkin	021
	IIB	Linfoma non-Hodgkin	022
	IIC	Linfoma di Burkitt	023
	IID	Altre neoplasie reticoloendoteliali	024
	IIE	Linfoma, NAS	025
Neoplasie del SNC e intracraniche-intraassiali	IIIA	Ependimoma	031
	IIIB	Astrocitoma	032
	IIIC	Tumori neuroectodermici primitivi	033
	IIID	Altri glomi	034
	IIIE	Neoplasie intracraniche e intraspinali- miscelanea (escl. a cellule germinali = XA)	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	VIA	Tumore di Wilms, Sarcoma rabdoide e a cellule chiare	061
	VIB	Carcinoma renale	062
	VIC	Tumori maligni del rene non specificati	063