

Mammatumoren.

Entscheidungshilfe zur Organspezifischen Tumordokumentation.

Version 1.1

Letzte Änderung: 14.10.2019

Table of Contents

1	Risikofaktoren und Symptomatik	3
2	Allgemeine Kodierregeln	4
2.1.	Verschlüsselung multipler Läsionen und Mehrfachtumoren	4
2.1.1	Diverse Szenarien für Morphologien der gleichen Berg-Gruppe	4
2.2	Seitenlokalisation	5
2.3	Diagnoseanlass	6
3	ICD-10 (WHO 2016) Diagnose und ICD-O-3 Topographie für Mammakarzinom	6
Topographie nach ICD-O-3.2		6
4	Histopathologie nach ICD-O-3.2	8
4.1.	Morphologiegruppen	8
3.1.1	Invasive Brustkarzinome	8
4.1.2	Seltene Typen	8
4.1.3	Epithelial-myoepitheliale Tumoren	9
4.1.4	Nicht-invasive Karzinome	9
4.1.5	Papilläre Tumoren	9
4.1.6	Mesenchymale Tumoren	9
4.1.7	Fibroepitheliale Tumoren	9
4.1.8	Maligne Lymphome	10
4.1.9	Klinische Profilierung	10
4.1.10	Tumoren der Mamille	10
4.1.11	Wenn keine genaueren Angaben möglich (nicht in WHO-Klassifikation)	10
4.2	Duktale Karzinome	10
4.3	Lobuläres Karzinom mit Subtypen	10
4.4	Kombinierte Morphologie-Kodes für Mischformen	10
4.5	Morbus Paget	11
4.6	Assoziiertes In-situ-Karzinom	11
4.7	Histopathologisches Grading (Elston-und-Ellis- oder Nottingham-Grading-System)	11
5	TNM-Klassifizierung	12
5.1.	Diskrepanz Dignität vs ypT nach neoadjuvanter Therapie	12
5.2	Lymphknoten	12
5.2.1	Der Sentinellymphknoten	12

Commented [CS1]: RTTI:

Please give some specific attention in suggesting new rules if they overlap the existing international ones they have to be compliant with them.

In addition to „Leitlinienprogramm Onkologie Deutsche Krebsgesellschaft“, we suggest to refer if possible to the ESMO guidelines, probably more adopted in Switzerland. <https://www.esmo.org/Guidelines/Breast-Cancer>

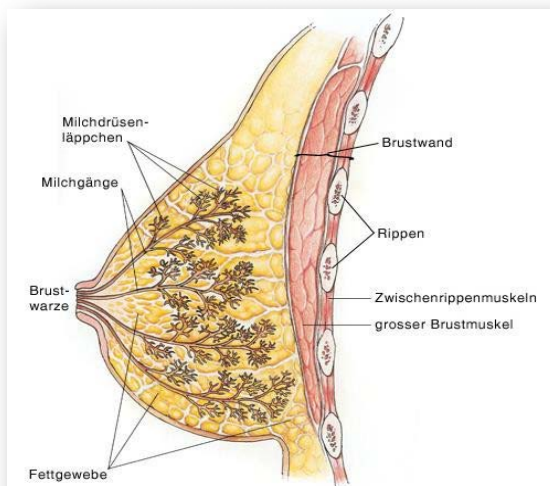
Commented [RN2R1]: Thanks, updated

Commented [CS3]: KRBE:

Unlogische Gliederung des Ablaufs

Commented [RN4R3]: Jetzt angepasst an andere Organkapitel-Schemata.

5.2.2	Regionäre Lymphknoten	12
5.2.3	Ausdehnung:.....	13
6	Hormonrezeptorstatus, HER2/neu Status und Ki-67 Proliferationsindex.....	14
6.1.	Hormonrezeptoren.....	14
6.2	HER2/neu Rezeptorstatus	14
6.3	Ki-67 Proliferationsindex	15
7	Therapie.....	15
7.1.	Operative Therapie.....	15
7.1.1	BET (Brusterhaltende Therapie)	15
7.1.2	Mastektomie / Ablatio mammae	15
7.2	Wichtige Therapieschlüssel (CHOP)	16
 <i>Abbildung 1: Algorithmus für die Primärtherapie</i>	
	19
8.....		19
9	Abbildung 2: Algorithmus für die adjuvante endokrine Systemtherapie.	20
10	Abbildung 3: Systemtherapie frühes Mammakarzinom.	21
11	Abbildung 4: Kriterien für die Empfehlung zur adjuvanten Chemotherapie.	22
12	Referenzen	23



Commented [CS5]: Dieses Bild ist nicht im Kapitel auf FR. Normal???

1 Risikofaktoren und Symptomatik.

Risikofaktoren:

- Verwandte 1. Grades ebenfalls an Brustkrebs erkrankt
- Mutationen in den Genen BRCA-1 und BRCA-2 (selten)
- frühe Menarche
- ohne Geburten (nullipara)
- Alter bei 1. Schwangerschaft > 30 Jahre
- später Eintritt in die Wechseljahre
- Alter > 50 Jahre
- Alkoholkonsum
- frühere Strahlenexposition
- Übergewicht, Bewegungsmangel
- Anwendung oraler Kontrazeptiva über mehr als 10 Jahre

Commented [RN6]: KROCH
Ovarialca in Familienanamnese, frühe Menarche, Nullapa, frühere Strahlenexposition, Übergewicht, Kontrazeption > 10 y

Symptome:

- harter schmerzfreier (indolenter) Knoten in Brust oder Axilla (in >80 % der Fälle)
- einseitige blutig-seröse Sekretion aus der Brustwarze (Mamille)
- einseitige Mamillenveränderungen (Form, Einziehungen)

2 Allgemeine Kodierregeln

Deleted: .

2.1. Verschlüsselung multipler Läsionen und Mehrfachtumoren

Zu beachten:

- Die Regeln in diesem Kapitel befolgen die ENCR Empfehlungen für Mehrfachtumoren und betreffen Registrierung (Recording) gemäss ICD-O-Regel K die numerisch höhere Morphologie-Kodenummer registrieren.
- Tumoren **unterschiedlicher Berg- Morphologie-Gruppen** werden **immer** separat erfasst, unabhängig vom Zeitpunkt der Diagnose, Dignität, Lokalisation und Abstand zueinander.
- Bei multiplen Tumorherden /Läsionen handelt es sich **immer** um die **markroskopisch** erkennbaren Tumoren.

2.1.1 Diverse Szenarien für Morphologien der gleichen Berg-Gruppe

Zu beachten:

- Bei den Definitionen für synchrone/metachrone Tumoren gleicher Histologie folgen wir (in Abweichung vom TNM Supplement) den Regeln in AJCC Cancer Staging Manual, Eighth Edition, Principles of Cancer Staging (S. 27, Synchronous Primary Cancers).

2.1.1.1 Synchrone Tumoren gleicher Dignität (Zeitabstand der Diagnostik gleich oder unter 4 Monaten):

- Ein Tumorherd: einen Fall mit nach Möglichkeit kombiniertem ICD-O-Morphologie-Code registrieren (z.B. 1 Herd duktal, 1 Herd lobulär - wird als **8522/3** Invasives duktales und lobuläres Karzinom erfasst); falls kein Kombi-Code vorhanden: dann gemäss ICD-O-**Regel K** die numerisch **höhere** Morphologie-Kodenummer registrieren.
- Mehrere Tumorherde: die Läsion mit dem grössten Tumordurchmesser (höchster pT-Wert), und bei unterschiedlichem Differenzierungsgrad – den Tumor mit dem höheren/höchsten Grading als einen Fall erfassen und die Anzahl der Läsionen in Klammern angeben: z.B. pT(2) oder pT(m).
- Mehrere Tumorherde bilateral: immer **mindestens 2** (gleiche Berg-Gruppe) oder mehrere (entsprechend unterschiedlichen Berg-Gruppen) Fälle separat erfassen.

2.1.1.2 Synchrone Tumoren verschiedener Dignität (Zeitabstand der Diagnostik gleich oder unter 4 Monaten):

- Ein oder mehrere Tumorherde (invasive und nicht invasive) werden als **1 invasiver Fall** mit einer oder mehreren **nicht invasiven** Tumorkomponente/n registriert (siehe dazu auch Variable **3.6.2** des Nationalen Krebsdatenverzeichnisses, Teil A, Variablen des Basisdatensatzes).
- Wenn ein (bioptisch) nichtinvasiver Tumor nach einer chirurgischen Behandlung

Commented [RN7]: KROCH
Muss der neuen Dokumentationssoftware vom BIT angepasst werden

Commented [RN8]: KROCH
2 Monatsfenster erscheint mir ziemlich klein => 4 Monaten

Commented [RN9R8]: Thanks, updated (we follow

als invasiv (**gleiche** Morphologie) gemeldet wird: z. B. ein zuerst "in-situ-Tumor" bei einer zweiten Biopsie oder bei histopathologischer Untersuchung des OP-Reskates **invasiv** befunden wird, wird **nur der invasive Tumor** (mit einer oder mehreren nicht invasiven Tumorkomponente/n, falls diese noch nachweisbar im resezierten Gewebe) erfasst. In solchen Fällen gilt als **Inzidenzdatum** das Datum der invasiven Diagnose. (Siehe auch Entscheidung der Schweizer Krebsregister im Diskussionsfall **ID 20** in TUaREG).

2.1.1.3 Metachrone Tumoren gleicher oder verschiedener Dignität (Zeitabstand > 4 Monate nach Diagnosestellung)

- Ein neuer Tumor in einer Brust, die wegen Karzinom bereits therapiert wurde, wird als neuer Fall des Mammatumors erfasst, wenn nicht vom behandelnden Arzt als Rezidiv/Metastase definiert.

~~Ein neuer Tumor in einer Brust, die wegen Karzinom bereits therapiert wurde, wird als neuer Fall des Mammarkarzinoms erfasst, wenn nicht vom behandelnden Arzt als Rezidiv definiert.~~

Simultane und metachrone Tumoren

~~Zeitgleich, d. h. innerhalb von 4 Monaten auftretende ("synchrone") multiple Karzinome derselben Morphologie (Ausnahme: 1 Herd ist duktal, 1 Herd lobulär, wird als 8522/3 invasives duktales und lobuläres Karzinom erfasst, zählt nicht als unterschiedliche Morphologien) innerhalb einer Brust gelten als ein Primärtumor, wobei der Tumor mit dem höchsten pT Wert beim TNM dokumentiert wird). Zusätzlich sollte angegeben werden:~~

- ~~unizentrisch nur ein Herd~~
- ~~multifokal mehrere räumlich voneinander getrennte Herde in einem Quadrant~~
- ~~bzw. Abstand ≤ 4 cm)~~
- ~~multizentrisch mehrere Herde in mehreren Quadranten bzw. Abstand > 4 cm~~

~~Siehe auch SCHB alle Altersstufen Variable "(m) Suffix bei pT" und TNM Grundsatzregel Nr. 5.~~

2.2 Seitenlokalisation

Bei bilateralen Karzinomen wird für jede Seite ein separater Tumor mit entsprechend eigenen Therapie- u Krankheitsverläufen dokumentiert, unabhängig von Morphologie oder Zeitpunkt der Diagnose.

Siehe auch im SCHB alle Altersstufen Variable «Seitenlokalisation».

Deleted: ¶
¶
Neuer Fall oder Rezidiv?¶

Deleted: brusterhaltend-

Deleted: dann-

Commented [CS12]: KRZHZG:
Überschrift passt nicht. Vielleicht: Simultane Tumoren

Deleted: Multiple-

Deleted: Primärtumoren

Commented [CS13]: RTTI:
We suggest to take the definition used in TNM: "Cancer occurring in the same organ that are identified ≤4 month apart, or that are identified at the time of surgery for the first cancer if that surgery is part of the planned first course therapy
RN: Isnt that the definition from "AJCC Principles of Cancer Staging"?

KRAG:
Multiple primary tumors: we have used a time period of 4 months guided by the recommendations given by the AJCC staging manual. It needs to be noted that in the ENCR multiple primary rules time is explicitly not valuable criterion to define multiplicity, but in my understanding these rules are made for standardizing incidence figures / reporting (not registration practice). Therefore, I think the 4 months could still be used with reference to existing international guidelines.

Commented [RN14R13]: Danke, wird auch in SCHB updated

Deleted: 2

Deleted: -und höchstem Grading-

Commented [CS15]: RTTI:
Not contain in data dictionary basis data NKRS. Please use multiple primary tumor (m suffix only) as defined in TNM and reported in NKRS basis data ☺

Commented [RN16R15]: Thanks, will be updated

Commented [RN22R21]: Thnk, will be updated. We should follow the SEER definitions, unless diagn. Workup performed inside the staging window. Will be explained in SCHB.

Commented [CS23]: KRZHZG:
Siehe oben. Begriffe?

Commented [RN24R23]: Danke. Neue Regeln vorgeschlagen, siehe oben «Verschlüsselung multipler ... [2]

Deleted: Erfolgt die Diagnose eines neuen Tumors in derselben Brust zu einem späteren Zeitpunkt

Deleted: -gilt der neue Tumor als metachroner multipler PrimärtumorTumor und wird separat- ... [1]

Commented [RN25]: KROCH
Separate Ersterkrankungen/Inzidenzen mit entspreche ... [3]

Commented [RN26R25]: Thanks, updated

Deleted: Lateralität

2.3 Diagnoseanlass

- 1 - Klinische Symptome (siehe Symptome)
- 2 - Zufallsbefund (Pat. konsultiert Arzt wegen anderer Erkrankung)
- 3 – Organisiertes Screening Programm
Mamma: Mammographie-Screening-Programm
- 4 – Opportunistisches Screening
Check-up
Screening opportunistisch
Überwachung (z. B. Nachsorge bei Z. n. Mammakarzinom)
Überwachung von Risikopatienten (z.B. bei BRC1/BRCA2-Gen-Mutation)
Mamma: Mammographie, opportunistisch
- 5 – Selbstuntersuchung
Mamma: Selbstuntersuchung (Autopalpation)
- 6 – Andere

Der Punkt «Opportunistisches Screening» kann grosszügiger angewendet werden. Haben wir z. B. Kenntnis über eine Mammographie ohne klinische Indikation (z. B. klinische Symptome) und nicht im organisierten Screening-Programm, so kann dieser Diagnoseanlass verwendet werden. Die Mammographie ist eine zu spezifische Untersuchung, als dass sie in der klinischen Routine Anwendung findet (im Gegensatz z. B. zu einer Computertomographie).

3 ICD-10 (WHO 2016) Diagnose und ICD-O-3 Topographie für Mammakarzinom

(Gemäss Schweizerischer Krebsregistrierungsverordnung vom 11.04.2018, Anhang 1.)

ICD-10	C50	Bösartige Neubildung der Brustdrüse	ICD-O-3
ICD-10	C50.0	Brustwarze und Warzenhof	ICD-O-3
ICD-10	C50.1	Zentraler Drüsenkörper <u>der</u> Brustdrüse	ICD-O-3
ICD-10	C50.2	Oberer innerer Quadrant der Brustdrüse	ICD-O-3
ICD-10	C50.3	Unterer innerer Quadrant der Brustdrüse	ICD-O-3
ICD-10	C50.4	Oberer äusserer Quadrant der Brustdrüse	ICD-O-3
ICD-10	C50.5	Unterer äusserer Quadrant der Brustdrüse	ICD-O-3
ICD-10	C50.6	Rezessus axillaris der Brustdrüse	ICD-O-3
ICD-10	C50.8	Brustdrüse, mehrere Teile überlappend	ICD-O-3
ICD-10	C50.9	Brustdrüse, nicht näher bezeichnet	ICD-O-3
ICD-10	D05	Carcinoma in situ der Brustdrüse	
ICD-10	D48.6	Neubildung unsicheren oder unbekannten Verhaltens der Brustdrüse	

Topographie nach ICD-O-3.2

Deleted: Symptome

Commented [CS27]: RTN:
(F) Il faudrait une fois m'expliquer pourquoi ce point est codé séparément ; à mon avis il s'agit d'une sous-catégorie du point 1 symptômes cliniques

(D) Ich würde gerne wissen, warum dieser Punkt separat kodiert ist; meiner Meinung nach ist er eine Unterkategorie von Punkt 1 klinische Symptome.

Commented [RN28R27]: This is an important cancer detection indicator and was defined as part of this variable according to the decision of the NKRS-BAG working group.

Commented [RN29]: KROCH
Kann unterschiedlich interpretiert definiert werden

Commented [CS30]: RTTI:
This is not clear. What do you mean?

Commented [RN31R30]: That means: since mammography is too specific and not part of routine diagnostic (without clear indication for suspected breast cancer), the imaging might have been performed due to certain factors/circumstances like e.g. family predisposition, hormonal treatment, radiation exposure and other unusual situations falling under the concept of opportunistic screening. So we assume in such cases OS.

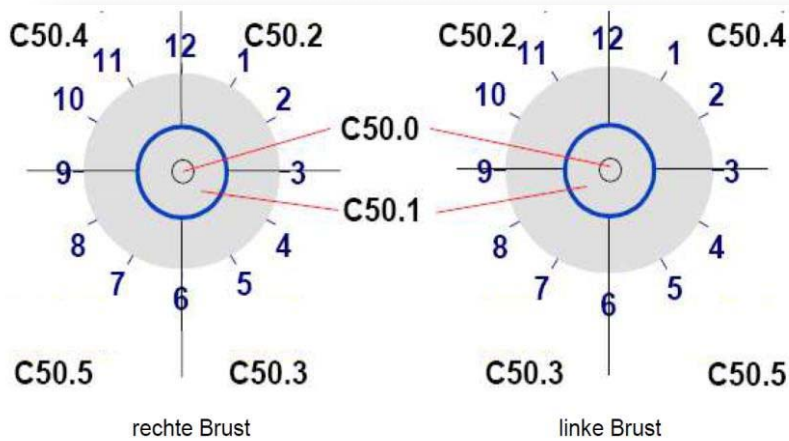
Commented [RN32]: KROCH
Aktualisieren auf 5stellige ICD0 Codes z.B. C50.83

Commented [RN33R32]: ? I only know this from Canadian version

Deleted: und

Commented [RN34]: KRLU
Werden die
- Innenbereich
- Oberbereich
--Unterbereich
-Aussenereich
-Ueberlappungen
Nicht mehr geführt? Oder ist das eine alte Tabelle?

Commented [RN35R34]: Table deleted, but it corresponded with ICD-O-3.

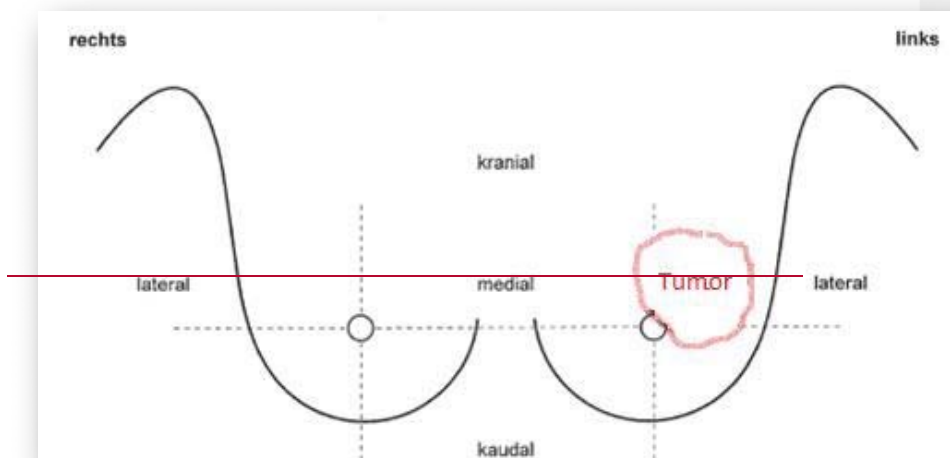


Commented [RN36]: KRLU

Werden die

- Innenbereich
- Oberbereich
- Unterbereich
- Aussenerbereich
- Ueberlappungen

Nicht mehr geführt? Oder ist das eine alte Tabelle?



Commented [CS37]: RTN:

(F) Je mettrais cette image plutôt dans le prochain chapitre
(D) Ich würde dieses Bild stattdessen in das nächste Kapitel einfügen.

C50.8 ist zu verwenden, wenn sich ein einzelner Tumor über mindestens zwei Unterregionen der Mamma erstreckt (z. B. zwischen 11 und 1 Uhr) oder auf einer Quadrantengrenze liegt (z. B. 6 Uhr).

C50.9, wenn multiple Tumoren mindestens zwei Quadranten betreffen (z. B. Läsionen eines Primärtumors in den Quadranten C50.2 und C50.3 sind von einem einzelnen Tumor

Commented [RN38]: KROCH

C50.8%

Deleted: b

Deleted: ,

Deleted:

Deleted: l

Deleted: bei

ausgggegangen).

Zu beachten: Wird in der Biopsie nur ein **In-situ-Karzinom** diagnostiziert und in der OP ein invasives Karzinom, so ist die Inzidenz **auf das OP-Datum anzupassen**. Die histologische Diagnose der Biopsie wird dann vollständig ignoriert, falls nicht mehr im OP-Resektat entdeckt, oder als in-situ-Komponente integriert, falls das nicht-invasive Gewebe noch vorhanden. **Liegen allerdings zwischen Biopsie und OP mehr als 3 Monate, wird als Inzidenz das Biopsiedatum genommen, die Kodierung erfolgt allerdings anhand des invasiven Karzinoms.**

xx

4 Histopathologie nach ICD-O-3.2

4.1. Morphologiegruppen

3.1.1 Invasive Brustkarzinome

- 8022/3 Pleomorphes Karzinom
- 8032/3 Spindelzellkarzinom
- 8035/3 Karzinom mit osteoklastenähnlichen Riesenzellen
- 8070/3 Plattenepithelkarzinom
- 8201/3 Kribriiformes Karzinom o. n. A.
- 8211/3 Tubuläres Adenokarzinom
- 8230/3 Solides Karzinom o.n.A.
- 8480/3 Muzinöses Adenokarzinom
- 8500/3 Invasives Karzinom mit nicht speziellem Typ (früher: Invasives duktales Karzinom)
- 8507/2 Intraduktales mikropapilläres Karzinom
- 8508/3 Zystisch-hypersekretorisches Karzinom
- 8510/3 Medulläres Karzinom o.n.A
- 8513/3 Atypisches medulläres Karzinom
- 8520/3 Lobuläres Karzinom o.n.A.
- 8522/3 Invasives duktales und lobuläres Karzinom (nicht in WHO-Klassifikation)
- 8523/3 Invasives duktales Karzinom gemischt m. and. Karzinom-Typen (nicht in WHO-Klassifikation)
- 8524/3 Invasives lobuläres Karzinom gemischt m. and. Karzinom-Typen (nicht in WHO-Klassifikation)
- 8571/3 Adenokarzinom mit Knorpel- und Knochenmetaplasie
- 8572/3 Adenokarzinom mit Spindelzellmetaplasie
- 8575/3 Metaplastisches Karzinom
- 8982/3 Myoepitheliales Karzinom

4.1.2 Seltene Typen

Commented [CS39]: RTTI:
Example?

Commented [CS40R39]: z. B. Quadranten C50.2 und C50.4 sind bei einem eizelnem Tumor betroffen

Deleted: betroffen

Commented [CS41]: Krag:
date of incidence in case a biopsy with an in-situ carcinoma is found first and afterwards an invasive tumor in the operation: we had discussed similar cases previously in TUAREG case ID31 and at that time, the ENCR expressed (upon our request) that the date of invasive cancer shall be registered as incidence date.
There is for sure a point in arguing that an in-situ biopsy might be a sampling error in an otherwise invasive tumor and within a certain time-frame (4 months again?) one might take biopsy date for the incidence date. But according to information in case ID 31, it might not be conforming to international guidelines. This point should probably be re-checked with the KRs (survey?) and possibly also ENCR.

Commented [RN42R41]: Thanks, I agree. We will follow the incidence date definition for such cases as proposed in the chapter "Synchrone Tumoren verschiedener Dignität".

Commented [CS43]: RTN:
(F) Depuis des décennies au RNJT nous codons dans ces cas la date de la biopsie, êtes-vous sûres de cette règle ? Je sais qu'au RVT font la même chose et j'aimerais savoir explicitement comment les autres registres abordent ce cas de figure (cette fois les registres romands aussi !!!!!). Avant de changer mes habitudes, j'aimerais être sûres qu'il y a un vrai accord sur cette règle. Merci Regina de me confirmer que tous les registres sont d'accord avec ceci. Je n'ai pas eu l'impression lors de différents CoReDay que je codait faussement cette date par rapport aux autres registres, mais.....
Pourrais-je connaître la référence internationale qui stipule cette règle ?
(D) Seit Jahrzehnten kodieren wir am RNJT das Datum der Biopsie in diesen Fällen, sind Sie sich dieser Regel siehe ... [4]

Commented [RN44R43]: We agreed upon according to ENCR recommendation for our TUAREG Cases 20 and 31 (the incidence date should be the date of confirmation of invasive component of the tumor, if both in situ and invasive ar ... [5]

Commented [CS45]: RTTI:
I suggest *Die pathologische Diagnose der Biopsie wird dann vollständig ignoriert*.

Commented [RN46R45]: Thnk, updated

Commented [CS47]: RTTI:
3 or 4 months?

Commented [RN48R47]: Thanks, rule deleted. Timing not important, since within the staging window.

Commented [RN49]: KROCH
Ggf. Auszug TNM /Kapitel Mamma
Erläuterung isolierte TZ (+), i(-), SNL (jedoch nicht mammaspez0 ... [6]

Commented [RN50R49]: Thanks. There is a detailed description in TNM/TNM supplement. Php will be extended in the next SCHB version.

8041/3 Kleinzelliges Karzinom (gemäss WHO neuroendokrines Karzinom, schlecht differenziert)
8246/3 Neuroendokrines Karzinom o. n. A. (gemäss WHO: Neuroendokriner Tumor, gut differenziert)
8290/3 Onkozytäres (Adeno-) Karzinom
8314/3 Lipidreiches Karzinom
8315/3 Glykogenreiches Karzinom
8410/3 Talgdrüsenadenokarzinom
8430/3 Mukoepidermoid-Karzinom
8502/3 sekretorisches/juveniles Mammakarzinom
8503/3 Invasives papilläres Karzinom
8525/3 Polymorphes Low-grade-Adenokarzinom, terminales duktales Adenokarzinom
8574/3 (Adeno-) Karzinom mit neuroendokriner Differenzierung

4.1.3 Epithelial-myoepitheliale Tumoren

8200/3 Adenoid-zystisches Karzinom
8983/3 Adenomyoepitheliom mit Karzinom (n. anwendbar, da nicht in ICD-O3)

4.1.4 Nicht-invasive Karzinome

8500/2 Nichtinfiltrierendes intraduktales Karzinom o.n.A. (DCIS)
8519/3 pleomorphes lobuläres Cis (n. anwendbar, da nicht in ICD-O3)
8520/2 Lobuläres Carcinoma in situ o.n.A. (LCIS)

4.1.5 Papilläre Tumoren

8503/2 nichtinvasives intraduktales papilläres Adenokarzinom, duktales papilläres Cis
8504/2 nichtinvasives intrazystisches Karzinom
8504/3 Intrazystisches (papilläres) Karzinom o.n.A, enkapsuliertes papilläres Karzinom mit Invasion
8509/2 solides papilläres Cis (n. anwendbar, da nicht in ICD-O3)
8509/3 Solides invasives papilläres Karzinom (n. anwendbar, da nicht in ICD-O3)
8520/2 intraduktales Papillom mit LCIS

4.1.6 Mesenchymale Tumoren

8850/3 Liposarkom
8900/3 Rhabdomyosarkom
8890/3 Leiomyosarkom
9120/3 Angiosarkom
9180/3 Osteosarkom

4.1.7 Fibroepitheliale Tumoren

9020/3 Maligner Phylloides-Tumor, Cystosarcoma phylloides malignum

4.1.8 Maligne Lymphome

Lymphome werden in der ICD-10 nach Typ des Lymphoms nicht nach der Lokalisation verschlüsselt. Das diffus grosszellige B-Zell-Lymphome der Mamma z. B. würde mit C83 verschlüsselt

4.1.9 Klinische Profilierung

8530/3 Inflammatorisches Karzinom

4.1.10 Tumoren der Mamille

8540/3 Morbus Paget (Paget-Karzinom)

8541/3 Morbus Paget mit invasivem duktalem Karzinom (nicht in WHO-Klassifikation)

8543/3 M. Paget mit nichtinvasivem intraduktalem Karzinom (nicht in WHO-Klassifikation)

4.1.11 Wenn keine genaueren Angaben möglich (nicht in WHO-Klassifikation)

8000/3 Maligne Neoplasie (nur bei klinischer Diagnose zulässig)

8010/3 Karzinom o. n. A.

4.2 Duktale Karzinome

Duktale Karzinome (Milchgangkarzinome) machen etwa 70 %, und lobuläre (Drüsenläppchenkarzinome) etwa 10-15% aller Mammakarzinome aus.

Duktale Karzinome werden heute meistens als Karzinom, NST (nicht spezifischer Typ) bezeichnet, da diese nach neuen Erkenntnissen nicht immer duktal entstehen.

Duktale Karzinome können

4.3 Lobuläres Karzinom mit Subtypen

Wir kodieren 8520/3 für das lobuläre Karzinom mit den Subtypen Siegelringzellen und pleomorphes Karzinom, da pleomorphe oder Siegelringzellen häufig mit dem lobulären Karzinom assoziierte Merkmale sind und nicht separat kodiert werden sollten. (Siehe auch Entscheidung zum TUA REG Fall ID 11).

4.4 Kombinierte Morphologie-Kodes für Mischformen

Es gibt Kombinationcodes für Neoplasien, die histologische Mischbilder zeigen.

Beispiele:

- 8522/2 Intraduktales Karzinom und lobuläres Carcinoma in situ (C50.-)
- 8523/3 Invasives duktales Karzinom gemischt mit anderen Karzinom-Typen (C50.-)
- 8524/3 Invasives lobuläres Karzinom gemischt mit anderen Karzinom-Typen (C50.-)

Commented [RN51]: Wird dann das In-situ als assoziiert eingetragen? Oder nur falls im OP auch vorhanden?

Commented [CS52]: KRZHZG:
Und die restlichen 15-20%?

Commented [RN53R52]: Alle restlichen Morphologien, s. oben

Commented [CS54]: RTN:
(F) Il manque ici le titre bleu clair comme pour les morphologies qui suivent
(D) Der hellblaue Titel fehlt hier wie bei den folgenden Morphologien.
Thaanks.

Commented [CS55]: RTTI:
This means that if, in the pathological report, there is diagnosis of a "carcinoma" of the breast we should codify M=85003?

Commented [RN56R55]: Good question. To my mind the reported wording should either be "ductal/NOS" or "breast carcinoma of no special type". If only "not otherwise specified", then 8010/3.

Deleted: .

Commented [RN57]: KROCH
Verweis auf die weiteren Morphologieschlüssel bzgl Mischformen: 8255/3 Adenocarcinoma Subtypen, 8523/2, 8523/3 Invasiv duct Ca gemischt mit anderen Carcinomen (mucinös, medullär,)

Commented [RN58R57]: Thanks, updated!

4.5 Morbus Paget

Der M. Paget ist eine Sonderform des duktales Cis, bei der eine Ausbreitung in die Mamille und die umgebende Haut auftritt.

a) Morbus Paget ohne assoziiertes DCIS / ohne invasives Karzinom:

ICD10=D05.7, Lokalisation C50.0, 8540/3, pTis (Paget).

b) Morbus Paget mit assoziiertem DCIS

Gemäss TNM-Supplement (Seite) und TUA REG Entscheidung (Fall ID 1): ICD10=D05.1, 8543/3, pTis (DCIS).

c) Morbus Paget mit assoziiertem invasiv duktalem Karzinom:

ICD10=C50., 8541/3, pT1-4

Zu beachten: gemäss der ICD-O-3 Regel F, wenn der Pathologe jedoch ein anderes biologisches Verhalten beschreibt, so wird entsprechend auch die Dignität kodiert.

4.6 Assoziiertes In-situ-Karzinom

Häufig wird histologisch im OP-Präparat ein begleitendes In-situ-Karzinom (intraduktal) diagnostiziert. Dieses ist nicht als eigenständiger Tumor zu erfassen, sondern als „Assoziiertes In-situ-Karzinom“ beim invasiven Karzinom.

Zu beachten:

- DCIS sollte auch mit neuroendokrinem Karzinom /NEC nicht separat erfasst werden, sondern als „Assoziiertes In-situ-Karzinom“ erwähnt werden. Grading für nicht-invasive Tumore ist nicht obligatorisch.
- LCIS: beim lobulären Karzinom ist nur ein assoziiertes lobuläres Cis zu erfassen, wenn es eindeutig so beschrieben oder eine LIN3 3 (bzw. morphologisch Lobuläre Neoplasie vom Typ: pleomorpher Typ, Siegelringzelltyp oder extensiver Typ) beschreiben ist. Der Begriff «lobuläre Neoplasie» allein ist noch kein Hinweis auf ein CIS.

4.7 Histopathologisches Grading (Elston-und-Ellis- oder Nottingham-Grading-System)

Elston-und-Ellis (Nottingham)-Grading-System ist eine Modifikation des von-Bloom-und-Richardson-Gratings. Die 3 Kriterien sind Tubulusbildung (Ausbildung röhrenartiger Tumordrüsen), Kernpleomorphie (Zellkernvariationen) und Mitoserate der Tumorzellen. Dies ist der Hauptunterschied zum WHO-UICC-Standard-Grading-System gemäss dem Differenzierungsgrad (das Ausmaß der Abweichung von dem normalen Gewebe).

Je nach **Summenscore** dieser drei Merkmale werden die Gradeinteilungen definiert:

- Score 3-5: Low Grade, gut differenziert (G1)
- Score 6-7: Intermediate Grade, mässig differenziert (G2)
- Score 8-9: High Grade, undifferenziert / schlecht differenziert (G3)

Wenn sich der Pathologe bei einem Tumor nicht klar auf einen Differenzierungsgrad festlegt

Commented [RN59]: KROCH
Derzt ok – da es den Morph in ICD-O 3.1 8540/2 (noch) nicht gibt (Paget in situ Mamille ohne Tumor)

Commented [CS60]: KRBE:
Haben alle Zugriff auf Tuareg? Sonst nützen diese Hinweise wenig

Commented [RN61R60]: Wird bald akken Kodieren gewährleistet werden.

Commented [CS62]: RTTI:
I suggest this "According to the TNM Atlas and to the TUA REG decision (Fall ID 1) this case has to be coded as: ICD10=D05.1, 8543/3, pTis (DCIS)"

Commented [RN63R62]: Thanks, updated

Deleted: i

Deleted:

Commented [RN64]: KROCH
Zukunft?? Es macht prognostisch einen Unterschied ob G3 (zB. Cis v Comedotyp) oder Cis G1

Commented [RN65R64]: Will php be updated in future (now is law-conform).

Commented [CS66]: RTTI:
The ENCR check program gives warning/errors messages?

Commented [RN67R66]: See ENCR-JRC 2018 p.31: Only malignant tumours (behaviour = 3) should be graded. The combination between a 'behaviour' code less than 3 and a 'grade' code less than 9 will be considered as an error.

Commented [RN68]: KROCH
Med. Disk. werden derzt geführt ob LIN2 bereits ebenfalls als Cis gewertet werden soll -- ?! – sollte fachspez. ggf geklärt werden

Commented [RN69R68]: Thanks, will be clarified

Commented [CS70]: RTN:
(F) Ce paragraphe me semble une répétition du prochain chapitre.
(D) Dieser Absatz scheint mir eine Wiederholung des nächsten Kapitels zu sein.

Commented [RN71R70]: Thanks!!

Commented [RN72]: KROCH
Modifiziert als Nottingham Score
NicerStat:

1	Scarff-Bloom-Richardson
2	Nottingham Histological Grades
3	Elston & Ellis
4	Ohne spezifisches Gradingssystem
5	Ohne Information

Commented [RN73]: KROCH
Modifiziert als Nottingham Score
NicerStat:

Commented [CS74]: RTN:
(F)
Pour être complet, ne serait-il pas opportun d'indiquer ... [8]

(z.B. G1-2), kodieren wir das höhere Grading (G2).

5 TNM-Klassifizierung

Siehe TNM-8 Auflage und TNM-Supplement 4 Auflage.

5.1. Diskrepanz Dignität vs ypT nach neoadjuvanter Therapie

Zu beachten:

Wird nach neoadjuvanter Therapie im OP-Präparat nur noch ein In-situ-Karzinom gefunden, so ist ein ypT0 zu erfassen. Das In-situ-Karzinom ist als assoziiertes Karzinom zu erfassen (ypTis = ypT0).

Hintergrund: Im Rahmen des jährlichen Data-Cleanings gibt es bei den ENCR-Checks eine Diskrepanz zwischen der Dignität und dem ypT. Die Dignität ist 3, somit kann kein ypTis erfasst sein. Weiterhin kann sich ein invasives Karzinom nicht wieder in ein In-situ-Karzinom zurückbilden, somit muss das CIS bereits prätherapeutisch bestanden haben, also ein assoziiertes In-situ-Karzinom.

5.2 Lymphknoten

5.2.1 Der Sentinellymphknoten

Der Schildwächterlymphknoten ist der erste Lymphknoten, der die abfließende Lymphe des Primärtumors aufnimmt. Wenn er Metastasen enthält, ist dies ein Hinweis, dass andere (nachgeschaltete) Lymphknoten ebenfalls Metastasen enthalten können. Wenn er keine Metastasen enthält, ist es wenig wahrscheinlich, dass andere (nachgeschaltete) Lymphknoten Metastasen enthalten.

Gelegentlich kann mehr als ein Schildwächterlymphknoten vorkommen.

Eine Exzisionsbiopsie eines Schildwächterlymphknotens ohne pathologische (pT) Untersuchung des **Primärtumors** ist nicht ausreichend, um die pN-Klassifikation des Schildwächterlymphknotens vollständig festzulegen und entspricht deswegen einer **klinischen Klassifikation**, z. B. cN1(sn).

Zu beachten:

Als Untersuchte/ befallene Lymphknoten ist die Summe aller exziierten und befallenen Lymphknoten (einschliesslich Sentinellymphknoten) zu erfassen.

Beispiel.: 2/2 Sentinel-Lymphknoten und 5/19 in der axillären Lymphadenektomie. Es wäre die Summe zu bilden und somit 7/21 Lymphknoten zu erfassen.

5.2.2 Regionäre Lymphknoten

Commented [CS75]: KRBE:

Erwähnung, dass gemäss Data structure der Resektionsabstand in mm angegeben werden soll?

Commented [RN76R75]: Siehe "Behandlungsbezogene Prognosefaktoren"

Deleted: in-situ-Karzinom

Deleted: in-situ-Karzinom

Commented [CS77]: RTTI:

What do you mean? That for these cases we will obtain an error/warning message from the ENCR heck program?

RTN:

(F) J'en ai discuté au dernier CoReDay à Zürich avec Francesco Giusti et si j'ai bien compris la nouvelle version des ENCR-Check tiendrait justement en compte cette discrepance. Avez-vous des nouvelles par rapport à ceci ? Je n'ai pas encore eu le temps de tester le prototype de la nouvelle version.

(D) Ich habe es am letzten CoReDay in Zürich mit Francesco Giusti besprochen und wenn ich es richtig verstanden habe, würde die neue Version des ENCR-Check diese Diskrepanz berücksichtigen. Hast du Neuigkeiten dazu? Ich hatte keine Zeit, den Prototyp der neuen Version zu testen.

Commented [RN78R77]: No, unfort. the ENCR-Check has not yet been updated for this error.

Deleted: in-situ-Karzinom

Deleted: in-situ-Karzinom

Commented [CS79]: KRBE:

Könnte man hier nicht den Abschnitt der regionären Lk einfügen?

Commented [RN80R79]: Danke, Ist als subkapitel eingeordnet.

Commented [CS81]: RTTI:

In "Untersuchte/befallen Lymphknoten" are the sentinel lymph nodes considered. Please write this.

Commented [RN82R81]: updated

Commented [CS83]: Krag:

in the example of lymph nodes positive/examined, we would code: 2/2 sentinel LN and 5/19 axillary LN -> 7/21 positive/examined overall
Or are the sentinel LN already contained in the 5/19 in your example?

Commented [RN84R83]: Thanks, corrected

Commented [CS85]: RTTI:

Is the example really necessary? I think that this rule is clear enough.

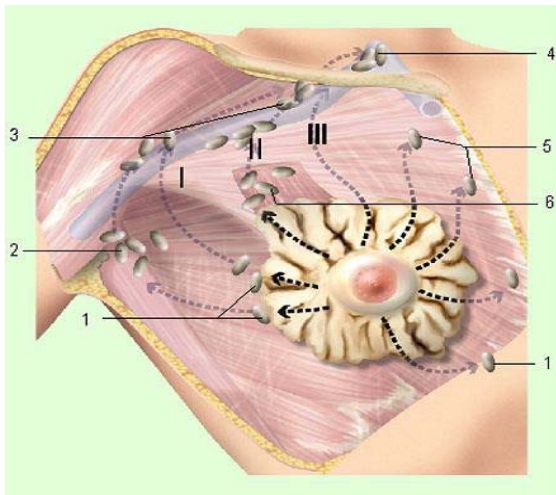
KRBE:
?

... [9]

Commented [RN86R85]: Thanks, updated

Commented [CS87]: KRBE:

Die regionären LK würde ich bei dem Abschnitt der Lymphknoten einsetzen



Level I (untere Axilla): LK lateral des des M. pectoralis minor.

1. Paramammäre/ Intramammäre Lymphknoten
2. Axilläre Lymphknoten

Level II (mittlere Axilla): Interpektorale LK

6. Interpektorale Lymphknoten

Level III (apikale Axilla): LK medial des M. pectoralis min., infra-/supraklavikulär

3. Infraklavikuläre Lymphknoten
4. Supraclaviculäre Lymphknoten
5. Parasternale Lymphknoten (entlang der Arteria Mammaria Interna)

Metastasen in allen anderen Lymphknoten, einschliesslich **zervikaler oder kontralateraler** Lymphknotenmetastasen an der Arteria mammaria interna, gelten als **Fernmetastasen** (M1).

5.2.3 Ausdehnung:

Tumorgrösse:

- Tumordurchmesser pathologisch ermittelt hat immer Vorrang, es sei denn eine neoadjuvante Therapie wurde durchgeführt.
- Die mikroskopische Untersuchung der Probe ermöglicht eine genaue Messung im Gegensatz zur makroskopischen Beurteilung (s. auch TUaREG Fall ID 11)
- Falls der Tumor inoperabel ist oder nach einer neoadjuvanten Therapie hat die klinisch ermittelte Tumorgrösse Vorrang.

Zusätzliche Deskriptoren (nur wenn explizit im Befund):

- Lymphgefässinvasion: nur mikroskopische Feststellung möglich;
- Venengefässinvasion: mikroskopische und makroskopische Feststellung

Commented [CS88]: RTN:

(F) Ce schéma avec les LK levels est très utile, merci de l'avoir prévu.

(D) Dieses Diagramm mit LK-Werten ist sehr nützlich, danke für die Planung.

Deleted:

Commented [RN89]: KROCH

Grössenbestimmung mittels bildgebender Verfahren (cT) ausschlaggebend für d Bestimmung der primären Tumorausdehnung/Stadiengrenierung VOR neoadjuvanter Therapie

Commented [RN90]: KROCH

(pT-Angabe)

Commented [RN91]: KROCH (pT Angabe)

Commented [CS92]: KRBE:

Wenn neoadjuvant behandelt wird der path. Grösse nicht mehr eingegeben?

Commented [RN93R92]: Dann hat mehr Sinn, die klinische Grösse zu registrieren,

Commented [CS94]: RTTI:

Wonderful to report the TUaREG decision! This help a lot ! thank you

Commented [RN95]: KRLU

Pathologische Grösse nach neoadjuv. nicht mehr eingeben?

Commented [RN96R95]: Danke, korrigiert. Mindestens cT hat aber dann Vorrang bei Staging-Gruppierung.

Commented [CS97]: RTN:

(F) Si nous codons le y TNM, il faut laisser vide la dimension microscopique post traitement néo-adjuvante? Le y ne se réfère que au TNM et pas à la dimension pathologique ? Dans les cas avec une thérapie néo-adjuvante il est clair que la dimension clinique est celle qui fait fois, mais la dimension post-thérapie pourrais aussi être une variable avec une certaine valeur.

(D) Wenn wir das y TNM kodieren, müssen wir die mikroskopische Dimension der post-adjuvanten neo-adjuvanten Behandlung leer lassen? Das y bezieht sich nur auf das TNM und nicht auf die pathologische Dimension? In Fällen mit neo-adjuvanter Therapie ist klar, dass die klinische Dimension diejenige ist, die einmal vorkommt, aber die Dimension nach der Therapie könnte auch eine Variable mit einem bestimmten Wert sein.

(E) If we code the y TNM, we must leave the microscop ... [10]

Commented [RN98R97]: Thanks. The statement deleted.

Commented [CS100]: RTTI:

If we have no information in the pathological report are we allowed to assume that there is no invasion?

Commented [RN101R100]: yes

Commented [RN102]: KROCH

Ggf. Tumorspezifische Tumormarker mit

... [11]

Deleted: steht

Commented [CS103]: Layout

KRBE:

... [12]

- möglich;
- Perineurale Invasion: nur mikroskopische Feststellung möglich.

Behandlungsbezogene Prognosefaktoren

Resektionsrand. Ein positiver Resektionsrand ist mit einer 2-2.5-fach erhöhten Lokalrezidivrate assoziiert.

- **R0** Resektionsränder frei von Tumorgewebe
- **R1** Resektionsränder positiv
- **0.5** Tumorzellen bis nahe an den Rand wenn Resektionsrand >0 und <1mm
- Ab 1 mm und mehr für invasive Karzinome und ab 2 mm für DCIS ohne invasive Anteile gibt es keine weitere Reduktion des Risikos eines Lokalrezidivs

6 Hormonrezeptorstatus, HER2/neu Status und Ki-67 Proliferationsindex.

Informationen über die Hormonrezeptoren, HER2 und Ki67 sind nützlich, um eine Therapie zu planen.

6.1. Hormonrezeptoren

Ein Brusttumor gilt als hormonpositiv, wenn Östrogen-Rezeptoren (ER) und/oder Progesteron- Rezeptoren (PR) nachweisbar sind.

Die Ausprägungswerte der Hormonrezeptoren, die am OP-Resektat ermittelt wurden, haben Vorrang vor solchen an der Biopsie, es sei denn, eine neoadjuvante Therapie wurde durchgeführt.

Bei multiplen Tumorfäzionen wird der höchste ER/PR Wert registriert.

6.2 HER2/neu Rezeptorstatus

HER2/neu steht für "human epidermal growth receptor 2".

Bei einem immunhistochemischen Score von 2+ wird in der Regel zusätzlich eine **FisH-Untersuchung** durchgeführt.

FisH ist Fluoreszenz-in-situ-Hybridisierung, eine Prüfmethode zum Nachweis einer HER2-Genamplifikation am Tumorgewebe. Bei diesem Verfahren wird die HER2-DNA im Zellkern durch eine spezielle Färbetechnik sichtbar gemacht.

Zu beachten:

- HER2/neu wird bei Werten unter 3+ **und** FisH -negativen Ergebnissen als **negativ** bewertet.
- Score 3+ ist eindeutig **positiv** – mehr als 30% aller Zellen sind stark angefärbt und tragen somit vermehrt HER2-Rezeptoren.
- Bei folgenden Werten ohne FisH-Untersuchung ist folgende Vorgehensweise empfohlen:
 - Score 0 und 1+ bedeuten, dass nur wenige HER2-Rezeptoren vorhanden sind. Das Ergebnis wird als **negativ** gewertet.
 - Score 2+ ist ein **fraglicher** Befund, hier sollte durch eine weitere Diagnostik des Tumormaterials mit einem zusätzlichen FisH-Test das Ergebnis konkretisiert werden, sonst gilt das als **fehlender** Wert.

Commented [CS104]: KRBE:
Warum erst am Schluss? Dies gehört unter Ausdehnung?

Commented [RN105R104]: Thanks, updated

Commented [RN106]: KROCH
R2 a/b

Deleted: ¶

Zu beachten: Das Vorhandensein einer nichtinvasiven Komponente eines Karzinoms am Resektionsrand sollte durch R1 (is) angezeigt werden. Beispiel: Invasives Brustkarzinom mit zugehöriger in situ-Komponente. Die brusterhaltende Operation war nach Angaben des Chirurgen komplett, ohne dass ein Tumor an den Operationsrändern sichtbar war. Die Histologie zeigt: a) Invasives Karzinom am Resektionsrand: **R1**; b) Invasives Karzinom vollständig entfernt, jedoch mit einer zugehörigen in situ-Komponente am Resektionsrand: **R1 (is)**.

Commented [CS111]: RTTI:
As introductory sentence we could add that "information on hormonal receptor, HER2 and Ki67 are useful to evaluate the undertaken therapies."

Commented [RN112R111]: Thanks!

Commented [CS113]: RTTI:
As introductory sentence we could add that "information on hormonal receptor, HER2 and Ki67 are useful to evaluate the undertaken therapies."

Commented [RN114R113]: Thanks, updated

Commented [CS115]: KRAG:
hormon-receptors: if not only +/- shall be registered, please indicate which percentage value shall be registered in case of differing results: surgery having priority over biopsy measurement. In case of multiple tumor nodes, shall the highest or the lowest percentage be registered?

Commented [RN116R115]: Thanks, updated

Commented [CS117]: RTN:
(F) Il faudrait peut-être préciser que ce sont les valeurs mesurées sur la pièce opératoire (si pas de thérapies néo-adjuvantes) qui prime sur la biopsie pour les récepteurs hormonaux, le HER- et le MIB-
(D) Es kann notwendig sein, anzugeben, dass die im Operationssaal gemessenen Werte (wenn keine neo-adjuvanten Therapien) Vorrang vor der Biopsie für Hormonrezeptoren, HER- und MIB- haben.

Commented [CS118]: KRBE:
Vielleicht noch erwähnen das man die Hormonrezeptoren wenn möglich vom Opspräparat nimmt? Biopsie wenn neoadjuvant behandelt wurde

Commented [RN119R118]: Thanks, updated

Commented [CS120]: RTN:
(F) Préciser comment coder les cas où le HER-2 est équivoque.
(D) Geben Sie an, wie Fälle kodiert werden sollen, in denen HER-2 nicht eindeutig ist.

Commented [RN121R120]: updated

6.3 Ki-67 Proliferationsindex

Wichtig für den Therapieentscheid ist auch Ki-67, ein Proliferationsmarker für die Wachstumsgeschwindigkeit eines Tumors.

Ab 15% gilt der Ki-67 als hoch. MIB-1 ist ein monoklonaler Antikörper, der Ki-67 anfärbt. Er färbt nur Zellkerne an, die sich gerade teilen.

Zu beachten: der Ki67-Wert wird häufig als Intervall angegeben, z. B. 10-15%. In solchen Fällen sollte immer der kleinere Wert verwendet werden, da dieser massgeblich für den Umfang der adjuvanten Therapie ist.

7 Therapie

Nur Prozeduren für den gesamten ersten Behandlungskomplex sollen erfasst werden. Die Erstbehandlung umfasst alle nach der Primärdiagnose geplanten Therapieschritte. In den meisten Fällen wird die Entscheidung für den ersten Behandlungskomplex in multidisziplinären Tumorboards diskutiert und bestimmt.

Zu beachten:

- Die Angabe des Datums der Tumorboardsitzung ist obligatorisch.
- Falls die Behandlungsentscheidung an mehr als einem Tumorboard besprochen wurde, kodieren wir das Datum **des ersten Tumorboards**.

7.1. Operative Therapie

7.1.1 BET (Brusterhaltende Therapie)

In der Regel wird eine brusterhaltende Operation bei einem Tumordurchmesser bis ca. 30 mm durchgeführt. Um eine brusterhaltende Therapie bei ungünstigem Brust-Tumor-Größenverhältnis zu ermöglichen, wird manchmal zur Reduktion der Tumorgrosse die neoadjuvante Chemotherapie angeboten.

- (Lokale) Exzision
- Lumpektomie („Weite Exzision“, Tumor und angrenzendes Gewebe wird entfernt, nur bei kleinen lokalen Tumoren, entspricht der Tumorektomie)
- Quadrantektomie/Segmentektomie
- Duktectomie(Milchgangsresektion), wird bei blutigen Sekretionen und Nachweis einer intraduktalen Raumforderung mittels Galaktographie durchgeführt)

7.1.2 Mastektomie / Ablatio mammae

7.1.2.1 Subkutane Mastektomie

Man unterscheidet zwischen

A. Mamillenerhaltende („nipple sparing“) Mastektomie

- Entfernung des Brustdrüsenkörpers, während die Haut und der Mammillen-Areolen-Komplex (Brustwarze und Warzenhof) erhalten werden
- Wird heute nur noch selten durchgeführt, da auch bei genauester Operation ca. 10 –

Deleted: wird

Deleted: abg

Commented [CS122]: RTN:

(F) Il faut préciser de quelle tumorboard il faut coder la date. Pour le sein il y a souvent un premier TB préopératoire qui statue sur la faite qu'il faut procéder à une opération. A ce stade les décisions sur le traitement adjuvant ne sont souvent pas encore prises ; elles le seront dans un TB post-opératoire, s'il n'y a pas d'autres examens à faire, dans ce cas il y aura un 3^{ème} TB : précisez quelle date il faut coder (toujours le premier préopératoire? Le TB post-opératoire ? celui qui décide la thérapie plus « complète » ?).

(D) Es ist notwendig, anzugeben, von welchem Tumorboard das Datum kodiert werden soll. Für die Brust gibt es oft eine erste präoperative TB, die darüber entscheidet, ob eine Operation notwendig ist. In diesem Stadium sind die Entscheidungen über die adjuvante Behandlung oft noch nicht getroffen; sie werden in einer postoperativen TB getroffen, wenn keine weiteren Tests durchgeführt werden müssen, wird es in diesem Fall eine dritte TB geben: gib an, welches Datum zu kodieren ist (noch die erste präoperative? Postoperative TB? derjenige, der sich für die "vollständigere" Therapie entscheidet?).

Commented [RN123R122]: Thanks, a good question©
For the sake of the uniform coding we simply take the date of the first TuBo.

Commented [CS124]: KRZHKG:

Datum, an dem sich das Tumorboard getroffen hat? Die Formulierung ist nicht ganz klar.

Commented [RN125R124]: ja, Tag der Sitzung, an dem die Entscheidungen getroffen wurden

Commented [CS126]: KRZHKG:

Vielleicht könnte man die Variablen, die dokumentiert werden müssen, jeweils besonders hervorheben.

Commented [CS127]: KRBE:

Wenn man die operative Therapie so genau aufführt, müsste man dann nicht auch auf andere Besonderheiten bei der Brustkrebstherapie, z. B. Hormontherapie, Immuntherapie Radiotherapie eingehen? Oder führt das zu weit?

Commented [CS128]: KRBE:

Unter 4 cm?

Commented [CS129]: RTTI:

Check the layout

KRZHKG:

Hier stimmt etwas mit dem Absatz nicht. Oder gibt es absichtlich ein Einzugszeichen?

Commented [RN130R129]: Thanks, sorry. corrected

Commented [CS131]: KRZHKG:

Hier ist der Absatz auch komisch.

Commented [CS132]: RTTI:

Is this really in use?

Commented [CS133]: KRZHKG:

Absatz?

Commented [RN134R133]: Thanks, corrected

15% der Brustdrüsengänge in der Brustwarze verbleiben und die meisten Brustkrebserkrankungen von den Milchdrüsengängen ausgehen, (höhere Rezidivgefahr)

B. Nicht mamillenerhaltende hautsparende („skin sparing“) Mastektomie

- Zusätzlich wird auch die Mamille (Brustwarze) entfernt und nur die Haut belassen, sodass eine Sofortrekonstruktion der Brust möglich ist.

7.1.2.2 Einfache Mastektomie (Ablatio simplex)

- Entfernung der Brustdrüse, des Mammillen-Areolen-Komplexes, des umgebenden Fettgewebes, der Pectoralisfaszie und der Haut

7.1.2.3 Modifizierte radikale Mastektomie (Patey)

- zusätzlich zur einfachen Mastektomie werden Fettgewebe und Lymphknoten der Achselhöhle (Axilla) reseziert
- zunächst SLNE* und nur wenn diese positiv ist, werden auch die restlichen Lymphknoten entfernt
- diese Methode gilt heute als Standard, wenn eine brusterhaltende Operation nicht möglich ist

~~*Anmerkung: Wird nur eine SLNE während der Mastektomie durchgeführt und diese ist negativ, d.h. es werden keine weiteren Lymphknoten reseziert ist nur eine einfache Mastektomie zu erfassen.~~

7.1.2.4 Radikale Mastektomie (Rotter-Halsted-Operation)

- zusätzlich zur einfachen Mastektomie Entfernung des M. pectoralis major (großer Brustmuskel) und gegebenenfalls des M. pectoralis minor (kleiner Brustmuskel) entfernt
- Heute nur noch selten angewandt

7.2 Wichtige Therapieschlüssel (CHOP)

Z40.3X.22	Regionale Lymphadenektomie im Rahmen eines anderen Eingriffs, axillär
Z85.0	Inzision an der Mamma (Haut)
Z85.12	Geschlossene [perkutane] [Nadel-] Biopsie an der Mamma
Z85.20	Offene Biopsie an der Mamma
Z85.21	Diagnostische Massnahmen an der Mamma, sonstige
Z85.25	Exzision oder Destruktion von Mammagewebe, n.n.bez.
Z85.26	Lokale Exzision einer Läsion an der Mamma
Z85.31	Exzision einer Brustwarze

Deleted: wird

Deleted: ¶

Commented [CS135]: KRBE:

Viele Therapieschlüssel klingen ähnlich, wird dies noch genauer definiert?

Z85.34.00	Partielle Mastektomie
Z85.34.11	Mammareduktionsplastik und subkutane Mastektomie, n.n.bez.
Z85.34.12	Mammareduktionsplastik
Z85.34.22	Subkutane Mastektomie, n.n.bez.
Z85.34.99	Hautsparende Mastektomie mit kompletter Resektion des Drüsengewebes, ohne weitere Massnahmen
Z85.37	Hautsparende Mastektomie mit kompletter Resektion des Drüsengewebes, mit Straffung des Hautmantels
Z85.39	Hautsparende Mastektomie mit kompletter Resektion des Drüsengewebes, mit Straffung des Hautmantels und Bildung eines gestielten Corium-cutis-Lappens
Z85.40	Brustwarzenerhaltende Mastektomie mit kompletter Resektion des Drüsengewebes , ohne weitere Massnahmen
Z85.41	Brustwarzenerhaltende Mastektomie mit kompletter Resektion des Drüsengewebes, mit Straffung des Hautmantels
Z85.43	Brustwarzenerhaltende Mastektomie mit kompletter Resektion des Drüsengewebes, mit Straffung des Hautmantels und Bildung eines gestielten Corium-cutis-Lappens
Z85.45.00	Subkutane Mastektomie, sonstige
Z85.45.10	Mastektomie bei Gynäkomastie
Z85.45.11	Mammareduktionsplastik und subkutane Mastektomie, sonstige
Z85.47	Mastektomie, n.n.bez.
Z85.6	Einfache Mastektomie
Z85.87.99	Modifizierte radikale Mastektomie
Z85.89.99	Radikale Mastektomie, n.n.bez.
Z85.99	Radikale Mastektomie ohne Brustwandteilresektion
Z99.25.00	Verabreichung von Zytostatikum zur Krebsbehandlung, n.n.bez.
Z99.25.51	Nicht komplexe Chemotherapie
Z99.25.52	Mittelgradig komplexe und intensive Chemotherapie
Z92.2	Therapeutische Radiologie und Nuklearmedizin
Z99.2R.01	Hormontherapie n.n.b. (nur für Krebsregistrierung).

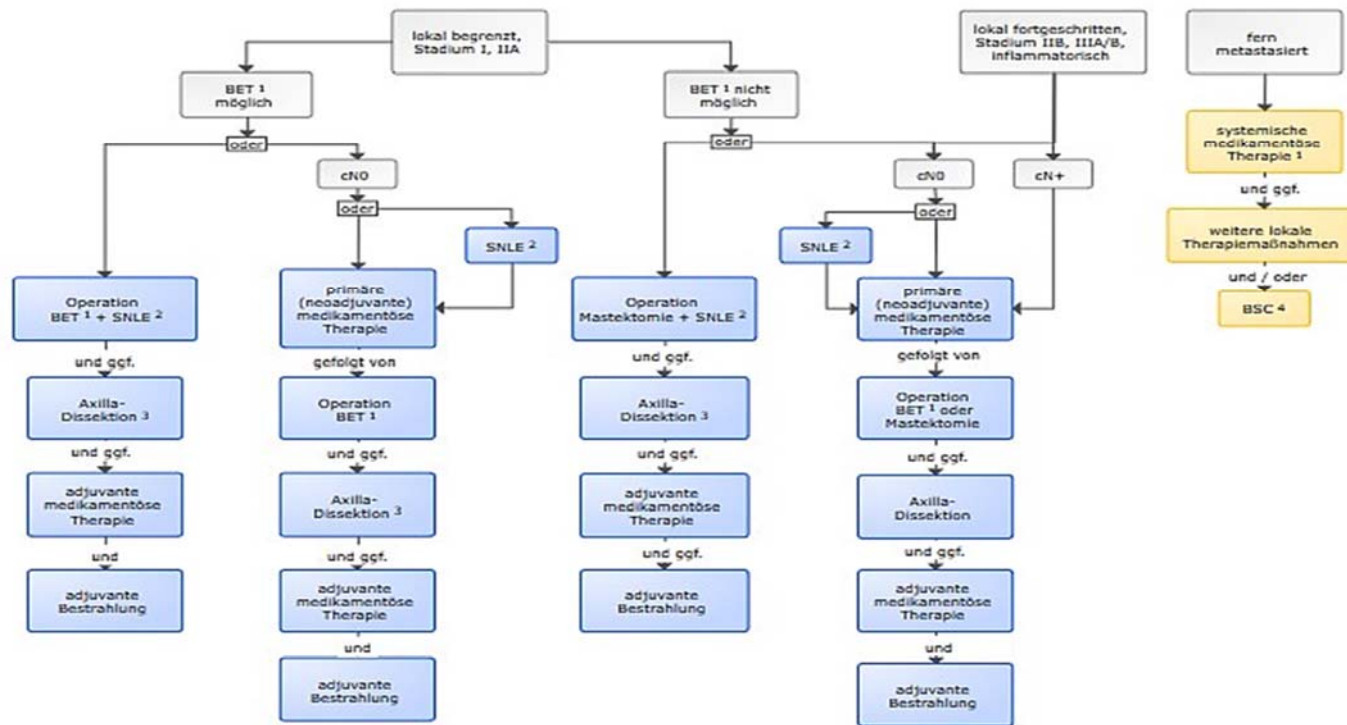
Z99.2R.02	Hormon antiöstrogen n.n.b. (nur für Krebsregistrierung).
Z99.2R.03	Hormon antiöstrogen Typ Tamoxifen (nur für Krebsregistrierung).
Z99.2R.04	Hormontherapie Typ Antiaromatase (nur für Krebsregistrierung).
Z99.2R.05	Hormontherapie Typ Inhibitor LHRH (nur für Krebsregistrierung).
Z99.2R.06	Hormontherapie andere, neue Generation (nur für Krebsregistrierung).
Z65.39	Ovarektomie, sonstige
Z99.28	Injektion oder Infusion von Biologischem Response Modifier [BRM]
Z99.99	Sonstige diverse Massnahmen (Andere Behandlung N.N.B., diverse Wirkstoffe: Kortikosteroide, antiinflammatorisch, N.N.B.)
Z99.BC	Sonstige diverse Massnahmen (Vitamine, natürliche Wirkstoffe N.N.B.)

Commented [RN136]: KROCH
Definitiver CHOP? ??

Commented [RN137R136]: CHOP will be updated yearly.

Commented [CS138]: RTTI:
Hormonal treatment? Radiotherapy?
RTN:
(F) Ils manquent totalement les chapitres concernant les thérapie hormonales quand, quelle, à qui, dans quel cas); les immunothérapies (Herceptine) et les chimiothérapies.
(D) Es gibt keine Kapitel über Hormontherapie (wann, was, zu wem, in welchem Fall), Immuntherapien (Herceptin) und Chemotherapien.

8 Abbildung 1: Algorithmus für die Primärtherapie



Legende: — kurative Therapie; — palliative Therapie;

¹ BET - Brusterhaltende Therapie, ²SNLE – Wächterlymphknotenbiopsie (Sentinel Node Technik); ³Eine Axilladisektion ist in dieser Indikation nur selten erforderlich; ⁴BSC - Best Supportive Care,

Commented [CS139]: KRBE:

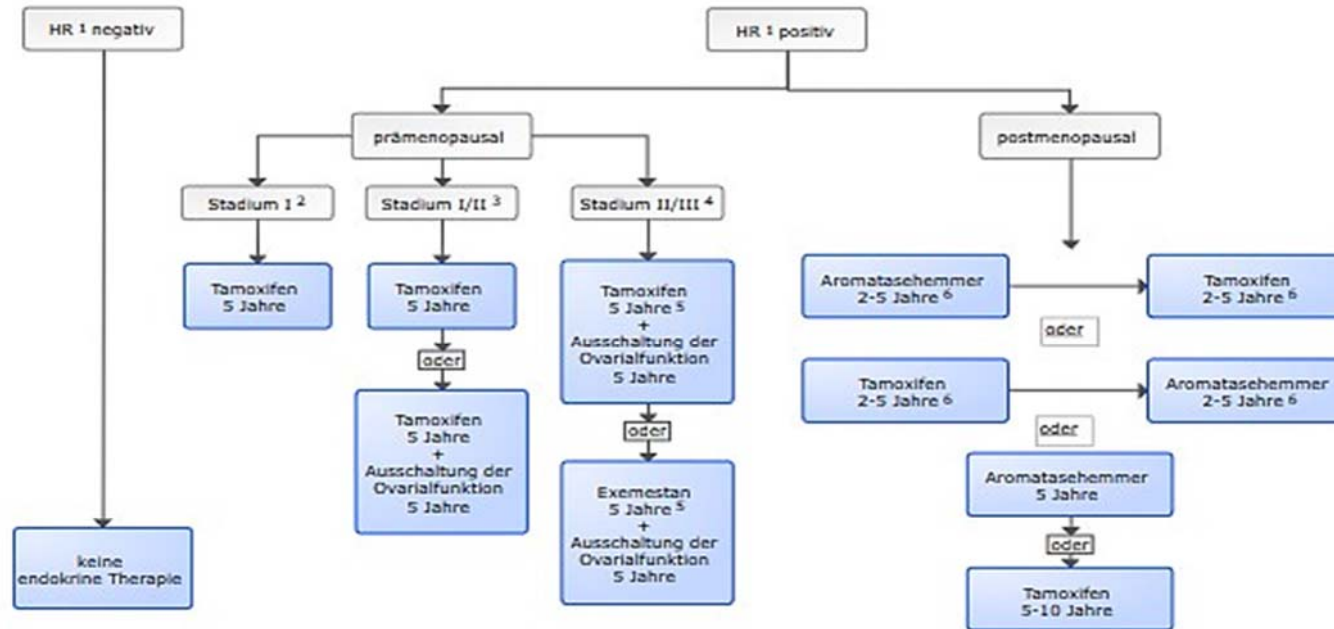
Das sind die Therapieempfehlungen der Deutschen DKG und DGGG, wie sie z. B. am Inselspital Bern verwendet werden. Aber gilt das für die ganze Schweiz?

Commented [CS140]: RTTI:

Unreadable. Write the diagram directly in word...

Deleted: ¶

9 Abbildung 2: Algorithmus für die adjuvante endokrine Systemtherapie.



Legende: ¹HR - Hormonrezeptor ²Niedrigrisiko ohne Indikation für (neo)adjuvante Chemotherapie

³erhöhtes Rezidivrisiko, bei dem auch eine (neo)adjuvante Chemotherapie erwogen wird

⁴Hochrisiko mit Indikation für (neo)adjuvante Chemotherapie

⁵Tamoxifen über 10 Jahre nach individueller Risikoabschätzung und Verträglichkeit ⁶sequenzielle Therapie;

Deleted: ¶

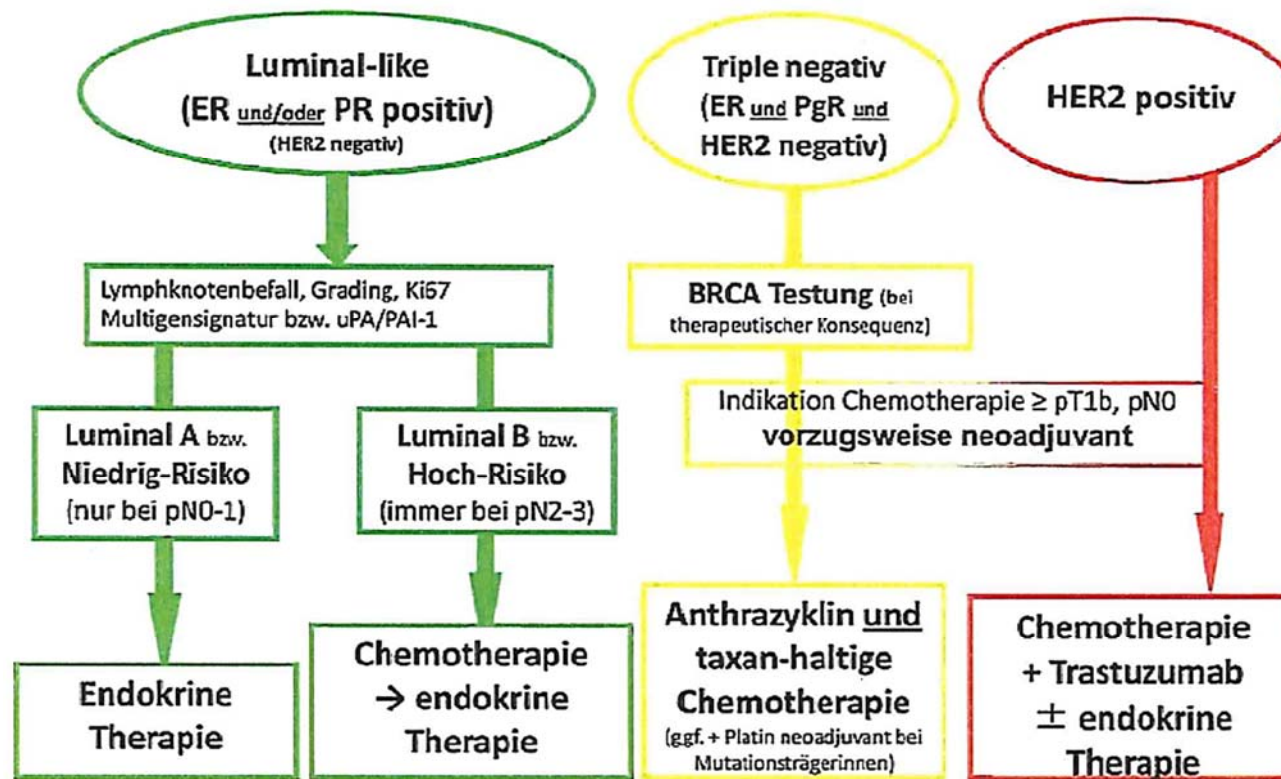
Deleted: ¶

¶

... [13]

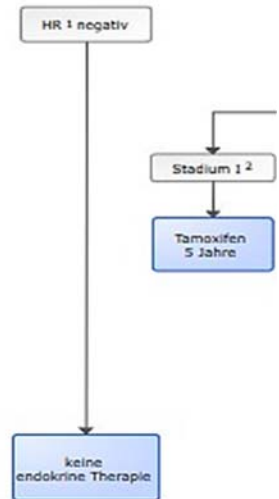
Moved (insertion) [1]

10. Abbildung 3: Systemtherapie frühes Mammakarzinom.



Commented [RN141]: KROCH
Als Ergänzung diese Grafik einfügen?

Commented [RN142R141]: Thanks, added.



Legende: ¹HR - Hormonrezeptor
³ erhöhtes Rezidivrisiko, bei c
⁴ Hochrisiko mit Indikation für
⁵ Tamoxifen über 10 Jahre na

Moved up [1]:

Deleted: ¶

Deleted: ¶

¶

¶

¶

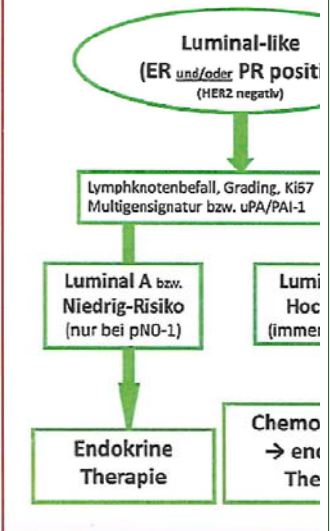
Moved (insertion) [2]

11. Abbildung 4: Kriterien für die Empfehlung zur adjuvanten Chemotherapie.

	gegen Chemotherapie	unklar	für Chemotherapie
<u>prognostisch</u>			
Primärtumor	≤2 cm		
Nodalstatus	N0	1-3 befallene LK	≥ 4 befallene LK
histologischer Grad ¹	G1	G2	G3
Gefäßinfiltration	fehlt		ausgedehnt
<u>prädiktiv und prognostisch</u>			
HR Status ²	positiv ≥50 %	positiv <50 %	negativ
HER2 Status ³	negativ	negativ	positiv
molekularer Subtyp ⁴	Luminal A		Luminal B HER2 enriched Basal like (triple negativ)
<u>weitere</u>			
Gen-Signatur ⁵	niedriges Rezidivrisiko	intermediäres Rezidivrisiko	hohes Rezidivrisiko
Proliferation (Ki67) ⁶	niedrig		hoch
uPA / PAI ⁷	niedrig		hoch

1 G – Grading; 2 ER - Östrogenrezeptor; 3 HER2 - Human Epidermal growth factor Receptor; HER2 negativ - keine HER2-Überexpression / keine HER2 Genamplifikation; HER2 positiv - HER2 Überexpression und / oder HER2 Genamplifikation; 4 molekular Subtypen 5 Genexpressionstest – Auswertung der Transkription Prognose-relevanter Gene 6 Proliferation -; 7 uPA / PAI-1 – Urokinase-Type Plasminogen Activator und Plasminogen Activator Inhibitor Type 1;

GRAFIK
Systemtherapie für Patientinnen mit fr



Moved up [2]:
Section Break (Next Page)

Deleted:
Section Break (Next Page)

Deleted: ¶ ... [14]

Genexpressionsanalysen (z. B. EndoPredict®)

Das Ergebnis dieser molekularbiologischen Analyse am Tumormaterial wird in Risikoscores ausgedrückt. Retro- und inzwischen auch prospektive Studien deuten darauf hin, dass Patientinnen mit einem HR-positiven Mammakarzinom und einem niedrigen Risikoscore auch ohne Chemotherapie eine sehr gute Prognose haben und deshalb nicht oder nur in geringem Ausmaß von adjuvanter Chemotherapie profitieren. Eine Genexpressionsanalyse kann zur Entscheidungsfindung in diesen Situationen beitragen.

- ER positiv **und** HER2 negativ **und** mindestens 1 Risikofaktor, der für eine Chemotherapie spricht

12 Referenzen

- Brierley, Gospodarowicz, Wittekind (eds.): UICC TNM Classification of Malignant Tumours, 8th Edition. 2017 by John Wiley & Sons. ISBN 978-3-527-34280-8. Wittekind, Compton, Brierley, Sobin (eds.): UICC TNM Supplement. A Commentary on Uniform use, 4th Edition. 2012 by John Wiley & Sons. ISBN 978-1-4443-3243-8.
- UICC Manual of Clinical Oncology 2015
- Wittekind, Christian; Asamura, H.; Sobin, Leslie H. (2014). TNM Atlas, Wiley-Blackwell.
- <https://www.who.int/classifications/icd/en/> [last accessed: 27.12.2018].
- <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheitsnomenklaturen/medkk/instrumente-medizinische-kodierung.html> [last accessed: 29.12.2018].
- <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheitsnomenklaturen/medkk/instrumente-medizinische-kodierung.html> [last accessed: 29.12.2018] (CHOP Klassifikation)
- Fritz A, Percy C, Jack A, Shanmugaratnam K, Sobin L, Parkin DM, Whelan S, editors. International Classification of Diseases for Oncology, Third edition, first revision. Geneva, World Health Organization, 2011.
- ENCR recommendations for coding <https://enccr.eu/working-groups-and-recommendations>
- NATIONAL CANCER DATA DICTIONARY, NKRS
- Leitlinienprogramm Onkologie (Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, AWMF): S3-Leitlinie Früherkennung, Diagnose, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms, Version 4.0, 2017 AWMF Registernummer: 032-045OL, <http://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/leitlinien/mammakarzinom/> (4.5.2.7).
- AJCC Cancer Staging Manual, Eighth Edition, Principles of Cancer Staging
- <https://www.uniklinik-freiburg.de/cccf/aerzte-fachleute/krebsregister-it/dokumentation.html>

Deleted: -

Deleted: S

Commented [CS143]: RTTI:
Layout...sentence over page number

Commented [RN144]: KROCH
Her2 Tyrosinkinasehemmer (Herceptin) Indikatin genauer erläutern siehe auch angehängte Grafik

Commented [RN145R144]: See description above in
"HER2/neu Rezeptorstatus"

Deleted: <#>Behandlungsbezogene Prognosefaktoren ¶
<#>¶
<#>Resektionsrand. Ein positiver Resektionsrand ist mit einer 2-2.5-fach erhöhten Lokalrezidivrate assoziiert.¶
<#>¶
<#>R0 Resektionsränder frei von Tumorgewebe¶
<#>R1 Resektionsränder positiv¶
<#>0.5 Tumorzellen bis nahe an den Rand wenn Resektionsrand >0 und <1mm ¶
<#>Ab 1 mm und mehr für invasive Karzinome und ab 2 mm für DCIS ohne invasive Anteile gibt es keine weitere Reduktion des Risikos eines Lokalrezidivs¶
<#>¶
<#>Zu beachten: Das Vorhandensein einer nichtinvasiven Komponente eines Karzinoms am Resektionsrand sollte durch das SuffixR1 (is) angezeigt werden. Beispiel: Invasives Brustkarzinom mit zugehöriger in situ-Komponente. Die brusterhaltende Operation war nach Angaben des Chirurgen komplett, ohne dass ein Tumor an den Operationsrändern sichtbar war. Die Histologie zeigt: a) Invasives Karzinom am Resektionsrand: R1; b) Invasives Karzinom vollständig entfernt, jedoch mit einer zugehörigen in situ-Komponente am Resektionsrand: R1 (is).¶

Page 5: [1] Deleted	Regina Nanieva	15.08.2019 12:13:00
---------------------	----------------	---------------------

~~, gilt der neue Tumor als metachroner multipler PrimärtumorTumor und wird separat dokumentiert. Die 2-Monatsgrenze sollte etwas flexibel gehandhabt werden, z. B. falls geplante Staging Untersuchungen nicht innerhalb von zwei Monaten abgeschlossen sind.[CS1][RN2]~~

Page 5: [2] Commented [RN24R23]	Regina Nanieva	15.08.2019 12:16:00
---------------------------------	----------------	---------------------

Danke. Neue Regeln vorgeschlagen, siehe oben «*Verschlüsselung multipler Läsionen und Mehrfachtumoren*» Wird auch in SCHB entsprechend erläutert.

Page 5: [3] Commented [RN25]	Regina Nanieva	16.10.2019 09:28:00
------------------------------	----------------	---------------------

KROCH

Separate Ersterkrankungen/Inzidenzen mit entsprechend eigenen Therapie- u Krankheitsverläufen.

Page 8: [4] Commented [CS43]	Chloé Sieber	06.06.2019 09:12:00
------------------------------	--------------	---------------------

RTN:

(F) Depuis des décennies au RNJT nous codons dans ces cas la date de la biopsie, êtes-vous sûres de cette règle ? Je sais qu'au RVT font la même chose et j'aimerais savoir explicitement comment les autres registres abordent ce cas de figure (cette fois les registres romands aussi !!!!). Avant de changer mes habitudes, j'aimerais être sûres qu'il y a un vrai accord sur cette règle. Merci Regina de me confirmer que tous les registres sont d'accord avec ceci. Je n'ai pas eu l'impression lors de différents CoReDay que je codait faussement cette date par rapport aux autres registres, mais.....

Pourrais-je connaître la référence internationale qui stipule cette règle ?

(D) Seit Jahrzehnten kodieren wir am RNJT das Datum der Biopsie in diesen Fällen, sind Sie sich dieser Regel sicher? Ich weiß, dass die RVT das Gleiche tut, und ich möchte ausdrücklich wissen, wie die anderen Register diesen Fall angehen (diesmal die französischsprachigen Register auch!!!!!!!!!!!!). Bevor ich meine Gewohnheiten ändere, möchte ich sicherstellen, dass es eine echte Übereinstimmung über diese Regel gibt. Danke Regina, dass du mir bestätigt hast, dass alle Register damit übereinstimmen. Ich hatte bei verschiedenen CoReDay-Meetings nicht den Eindruck, dass ich dieses Datum im Vergleich zu den anderen Registern falsch kodiert habe, aber...

Könnte ich den internationalen Bezug kennen, der diese Regel vorschreibt?

Page 8: [5] Commented [RN44R43]	Regina Nanieva	15.10.2019 15:47:00
---------------------------------	----------------	---------------------

We agreed upon according to ENCR recommendation for our TUAReg Cases 20 and 31 (the incidence date should be the date of confirmation of invasive component of the tumor, if both in situ and invasive are the same morphology).

KROCH

Ggf. Auszug TNM /Kapitel Mamma

Erläuterung isolierte TZ (i+), i(-), SNL (jedoch nicht mammaspez0

KROCH

Modifiziert als Nottihngam Score

NicerStat:

- 1 Scarff-Bloom-Richardson
- 2 Nottingham Histological Grades
- 3 Elston & Ellis
- 8 Ohne spezifisches Gradingssystem
- 9 Ohne Information

RTN:

(F)

Pour être complet, ne serait-il pas opportun d'indiquer un mini-tableau avec les score qui définissent les Grade ?

(D) Um vollständig zu sein, wäre es nicht angebracht, eine Mini-Tabelle mit den Ergebnissen anzugeben, die den Grad definieren?

RTTI:

Is the example really necessary? I think that this rule is clear enough.

KRBE:

?

RTN:

(F) L'exemple exprimé comme cela ne clarifie pas vraiment... peut-être il faudrait l'exprimer d'une manière plus claire, je vous laisse le faire en Allemand car mes connaissances de la langue de Goethe ne sont pas à la hauteur

(D) Das so ausgedrückte Beispiel verdeutlicht nicht wirklich.... vielleicht sollte es deutlicher ausgedrückt werden, ich lasse es Sie auf Deutsch tun, weil meine Kenntnisse von Goethes Sprache nicht der Aufgabe entsprechen.....

Page 13: [10] Commented [CS97]

Chloé Sieber

06.06.2019 08:57:00

RTN:

(F) Si nous codons le y TNM, il faut laisser vide la dimension microscopique post traitement néo-adjuvante? Le y ne se réfère que au TNM et pas à la dimension pathologique ? Dans les cas avec une thérapie néo-adjuvante il est clair que la dimension clinique est celle qui fait fois, mais la dimension post-thérapie pourrais aussi être une variable avec une certaine valeur.

(D) Wenn wir das y TNM kodieren, müssen wir die mikroskopische Dimension der post-adjuvanten neo-adjuvanten Behandlung leer lassen? Das y bezieht sich nur auf das TNM und nicht auf die pathologische Dimension? In Fällen mit neo-adjuvanter Therapie ist klar, dass die klinische Dimension diejenige ist, die einmal vorkommt, aber die Dimension nach der Therapie könnte auch eine Variable mit einem bestimmten Wert sein.

(E) If we code the y TNM, we must leave the microscopic dimension of the post-adjuvant neo-adjuvant treatment blank? The y refers only to the TNM and not to the pathological dimension? In cases with neo-adjuvant therapy it is clear that the clinical dimension is the one that happens once, but the post-therapy dimension could also be a variable with a certain value.

Page 13: [11] Commented [RN102]

Regina Nanieva

16.10.2019 09:37:00

KROCH

Ggf. Tumorspezifische Tumormarker mit Normbereichen angeben: Ca-15-3, Biomarker GATA3 vor allem bei invasiven luminalen Subtypen hochexprimiert.

auf MOLEKULARE SUBTYPEN eingehen (Luminal A, B Typ erläutern (siehe ergänzte Grafik bei Primärtherapie

Page 13: [12] Commented [CS103]

Chloé Sieber

05.06.2019 17:02:00

Layout

KRBE:

Woran sehe ich ob mikro oder makroskopische Feststellung gemacht wurde?

Page 20: [13] Deleted

Chloé Sieber

30.10.2019 17:33:00

Section Break (Next Page)

	gegen Chemotherapie	unklar	für Chemotherapie
<u>prognostisch</u>			
Primärtumor	≤2 cm		
nodalstatus	N0	1-3 befallene LK	≥ 4 befallene LK
histologischer Grad ¹	G1	G2	G3
Gefäßinfiltration	fehlt		ausgedehnt
<u>prädiktiv und prognostisch</u>			
HR Status ²	positiv ≥50 %	positiv <50 %	negativ
HER2 Status ³	negativ	negativ	positiv
molekularer Subtyp ⁴	Luminal A		Luminal B HER2 enriched Basal like (triple negativ)
<u>weitere</u>			
Gen-Signatur ⁶	niedriges Rezidivrisiko	intermediäres Rezidivrisiko	hohes Rezidivrisiko
Proliferation (Ki67) ⁸	niedrig		hoch
uPA / PAI ⁷	niedrig		hoch