

Lungen- und Bronchialtumoren.

Entscheidungshilfe zur Organdokumentation

Version 1.1, letzte Änderung 11.10.2019

Inhaltsverzeichnis

1	Risikofaktoren und Symptome.....	2
2	Allgemeine Kodierregeln	2
2.1	Multiple Primärtumoren.....	2
2.2	Seitenlokalisation.....	3
2.3	Diagnoseanlass.....	3
2.4	Diagnosegrundlage	4
3	Topographie nach ICD-O-3.2 und ICD-10 (WHO 2016).	4
4	Histopathologie	4
4.1	Morphologielisten gemäss ICD-O-3.2	5
4.2	Histopathologisches Grading	9
5	TNM-Klassifikation.....	9
5.1	Stadieneinteilung bei kleinzelligem Bronchuskarzinom.....	10
5.2	Regionäre LK.....	11
6	Therapie	12
6.1	Wichtige Therapieschlüssel	12
6.2	Stadienadaptierte Therapie für das nicht-kleinzellige Lungenkarzinom (NSCLC) ...	15
6.3	Stadienadaptierte Therapie für das kleinzellige Lungenkarzinom (SCLC).....	16
7	Referenzen	16

Deleted: 09

Commented [RN1]: RNJT

Commented [RN2R1]: Thanks, updated

Deleted: 14

Deleted: 1 . Symptome . 2¶

Formatted

Formatted

Formatted

Formatted

Formatted

Formatted

Formatted

Formatted

Formatted

Formatted

Formatted

Formatted

Formatted

Formatted

Formatted

Formatted

Formatted

Formatted

Formatted

Formatted

Formatted

Formatted

Formatted

Formatted

Formatted

Formatted

Formatted

Formatted

Formatted

Formatted

Formatted

Formatted

Formatted

Formatted

Formatted

Formatted

Formatted

Formatted

Formatted

1 Risikofaktoren und Symptome

Risikofaktoren

- Rauchen generell, (aktiv aber auch passiv)
- Schadstoffbelastung im beruflichen Umfeld (z.B. Asbest, Radon, Quarz u.a.)
- Fibrose/Narben, z. B. nach Tuberkulose
- genetische Disposition (Verwandte mit Bronchialkarzinom)

Frühsymptome:

- Müdigkeit, Leistungsminderung, Appetitlosigkeit, Gewichtsverlust
- Husten, blutiger Auswurf, Bluthusten (Hämoptysen), Atemnot (Dyspnoe)
- chronische Lungenentzündung
- paraneoplastische Syndrome (typischerweise beim kleinzelligen Bronchuskarzinom: Cushing-Syndrom, SIADH, Polyglobulie, Hyperkalzämie...)

Spätsymptome:

- Schädigung des Nervus laryngeus recurrens mit Heiserkeit
- Lähmung des Nervus phrenicus mit Erschlaffung des Zwerchfells - Pleuraerguss
- Vena cava superior Syndrom (gestaute Halsvenen, geschwollener Arm)
- Thoraxschmerz

Das kleinzellige Bronchuskarzinom präsentiert sich oft durch Symptome der Metastasierung wie z.B. Bauchschmerzen bedingt durch Lebermetastasen, neurologische Symptome bei Hirnmetastasen.

2 Allgemeine Kodierregeln

2.1 Multiple Primärtumoren

Grundsätzlich folgen wir den ENCR-Empfehlungen für multiple Primärtumoren 2004.

Multiple Lungentumore

Synchron vorhandene Tumorherde der gleichen Morphologie werden gemäss TNM als multiple Läsionen eines einzigen Primärtumors gewertet und in der T- und M-Klassifikation berücksichtigt (siehe TNM-Supplement, 4. Auflage, Seite 82):

- Zwei oder mehr Tumorherde im gleichen Lungenlappen → T3
- Zwei oder mehr Tumorherde in zwei verschiedenen Tumorlappen der gleicher Lungenseite (ipsilateral) → T4
- Zwei oder mehr Tumorherde in verschiedenen Lungenseiten (kontralateral) → **M1a**
- Wenn mehrere Herde eines einzigen Tumors vorliegen, wird der Tumor mit dem **höchsten pT** oder bei gleichem pT **mit dem grössten Durchmesser** kodiert und die Multiplizität/ Anzahl der Tumorherden mit z.B. T2(m) oder T2(3) angegeben.

Multiple Tumoren können dann als synchrone separate Primärtumoren angesehen werden, wenn sie verschiedene histologische Typen aufweisen.

Multiple Tumoren eines histologischen Typs sollten nur dann als separate pT aufgefasset werden, wenn sie nach der Meinung des Pathologen unterschiedliche Subtypen desselben histologischen Typs repräsentieren.

Deleted: ¶

Commented [RN3]: KRZHZG

Rauchen generell, (aktiv aber auch passiv)

Commented [RN4]: KRZHZG

Schadstoffbelastung im beruflichen Umfeld (z.B. Asbest, Radon, Quarz u.a.)

Danke

Commented [RN5]: KRZHZG ??

Narben können zwar manchmal z.B. begünstigen die Entstehung vom Krebs, sind aber kein Risikofaktor

Commented [RN6R5]: See S3 LL DKG, Chapter

"Risikofaktoren": Tabelle 9: Zusammenstellung von Noxen, die nach deutschem Berufskrankheitenrecht als Auslöser für Lungenkarzinome in Frage kommen

Commented [RN7]: KRZHZG

Seeeeer selten.

Commented [RN8R7]: Trotzdem m.E. gutes Beispiel für nicht exponierte Patienten. Eigentlich nicht so selten, da das Risiko bis 4-fach erhöht.

Deleted: mit identischer oder ähnlicher Histologie

Deleted: werden Synchron vorhandene Tumorherde

Deleted:

Formatted: Indent: Left: 0 cm

Formatted: Font: (Default) Arial, 10 pt

Formatted: Font: (Default) Arial, 10 pt, Bold

Formatted: Font: (Default) Arial, 10 pt

↓
Bei den Definitionen synchrone/metachrone Tumoren folgen wir (in Abweichung vom TNM Supplement) den Regeln in *AJCC Cancer Staging Manual, Eighth Edition, Principles of Cancer Staging* (S. 27).

Deleted: Metachrone Tumoren werden unabhängig vom vorangehenden Tumor klassifiziert.

Siehe dazu auch den Kommentar zur Variable **(m)-Suffix bei pT im** SCHB Buch B «Variablenliste für Basisdaten».

Deleted: im

Zu beachten: die Lunge ist ein Organ, in das andere Tumoren häufig metastasieren. So ist zum Beispiel die Abgrenzung zwischen einem primären Adeno-Ca der Lunge und einer Lungenmetastase eines Adeno-Ca aus dem GIT, der Ovarien, der Niere oder Schilddrüse häufig erst mit immunohistochemischen Untersuchungen möglich. Ein Befall der Lunge findet sich auch im fortgeschrittenen Stadium von Hodgkin- oder Non-Hodgkin Lymphomen (Abgrenzung zu primärem Lymphom der Lunge).

> M.B. Amin et al. (eds.), *AJCC Cancer Staging Manual, Eighth Edition, Principles of Cancer Staging*. American College of Surgeons 2017

2.2 Seitenlokalisierung

Die Lunge gehört zu den paarigen Organen, bei welchen das Registrieren der Seitenlokalisierung aus klinischen und epidemiologischen Gründen wichtig ist.

Topographische Codes, die die Seitenlokalisationsangabe erfordern:

C34.0 Hauptbronchus, Carina, Lungenhilus

C34.1 Lungenoberlappen, Lingula, Oberlappenbronchus

C34.3 Lungenunterlappen, Unterlappenbronchus

C34.8 Lunge, mehrere Teilbereiche überlappend

C34.9 Lunge o. n. A., Bronchial o. n. A.

Deleted: ,

Zu beachten:

- Für die Topographie C34.2 ist die Seitenlokalisierung in der Regel «rechts» (Kode=1), ausser in den seltenen Fällen von Personen mit situs inversus (spiegelverkehrte Lage der Organe).
- Separate beidseitige Tumorherde von ähnlichem histologischen Aufbau werden als M1a klassifiziert.

Formatted: Font: (Default) Arial, 10 pt

Formatted: List Paragraph, Bulleted + Level: 1 + Aligned at: 0.63 cm + Indent at: 1.27 cm

Commented [RN14]: KRZHZG
Widerspricht der Beschreibung oben (M1a) ?

Commented [RN15]: KRBESO
Das widerspricht sich mit den Angaben unter «multiple Lungentumoren»

Commented [RN16R15]: deleted

Deleted: Beim Vorkommen von Tumoren in der rechten und linken Lunge werden zwei separate Tumoren

Deleted: erfasst, auch wenn sie die gleiche Morphologie aufweisen. Ausser es wurde dokumentiert, dass die beiden Tumoren demselben Primärtumor entspringen.

Deleted: ¶

Deleted: .

2.3 Diagnoseanlass

Die Variable Diagnoseanlass erfasst die **erste** Methode oder den Umstand, durch den der Fall in ärztliche Behandlung kam und der Krebs erstmals diagnostiziert wurde (siehe auch Variable "Method of first detection" in KRG Data Dictionary):

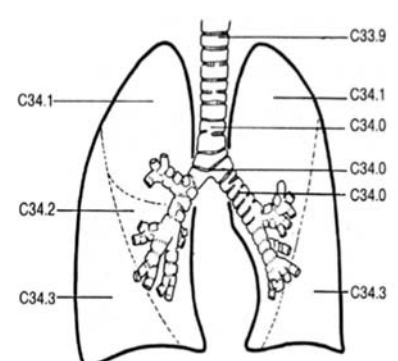
- Klinische Symptome, meist aber zu spät, erst bei Metastasierung (siehe Kapitel 1 Symptome)
- Zufallsdiagnose (anlässlich der Überwachung/Behandlung einer anderen Erkrankung, inkl. Tumornachsorge für einen früheren Primärtumor, Routineberatung / Routinekontrolle, Operation, Autopsie, Tod ohne Autopsie).

- Opportunistisches Screening (gezielte Untersuchung/Suche nach einem asymptomatischen Tumor): z.B. Empfehlung einer Vorsorge-Untersuchung während einer routinemäßigen ärztlichen Beratung/Kontrolle aufgrund eines vorhandenen erhöhten Risikos für die Entstehung von Lungenkrebs.
- Tod mit oder ohne Autopsie

2.4 Diagnosegrundlage

Grundsätzlich folgen wir der ENCR-Empfehlung als Diagnosegrundlage (1999).
Siehe auch Variable «Grundlage der Diagnose» im SCHB Teil B.

3 Topographie nach ICD-O-3.2 und ICD-10 (WHO 2016)

 <p>Quelle: Tumorklassifikation 5. Auflage, Wagner G et al (Hrsg), Springer Berlin 1993</p>	<p>Bösartige Neubildungen</p> <p>C34.0 Hauptbronchus, Carina, Lungenhilus C34.1 Lungenoberlappen, Lingula, Oberlappenbronchus C34.2 Lungenmittellappen, Mittellappenbronchus C34.3 Lungenunterlappen, Unterlappenbronchus C34.8 Lunge, mehrere Teilbereiche überlappend C34.9 Lunge o. n. A., Bronchial o. n. A.,</p> <p>Carcinoma in situ</p> <p>D02.2 Bronchus und Lunge D02.4 Atmungssystem, nicht näher bezeichnet</p> <p>Neubildung unsicheren oder unbekannten Verhaltens</p> <p>D38.1 Trachea, Bronchus und Lunge</p>
---	---

Zu beachten: Bei gewissen Untersuchungen kann der Pathologe nicht abschliessend beurteilen, ob es sich um einen Primärtumor der Lunge handelt oder um eine Metastase (z.B. bei einer Feinnadelpunktion/ nur Zytologie). In solchen Fällen kodieren wir die Topographie als C80 Bösartige Neubildung ohne Angabe der Lokalisation.

4 Histopathologie

Lungentumore sind zum grössten Teil epitheliale Tumore, die von Platten- oder Drüsene epithel ausgehen. Ca. 99 % sind Karzinome, die übrigen sind Lymphome, Sarkome, Melanome und andere.

Die Karzinome werden eingeteilt in:

- kleinzelliges Karzinom (SCLC, small cell lung cancer), 20-25 % aller Lungenkarzinome

Deleted: (gezielte Untersuchung/Suche nach einem asymptomatischen Tumor)

Deleted: Empfehlung während einer routinemäßigen ärztlichen Beratung/Kontrolle, aufgrund eines möglicherweise erhöhten Risikos für die Entstehung von Bronchial- und Lungenkarzinom (Opportunistisches Screening). Das Screening bezieht sich auf eine gezielte Untersuchung/Suche nach einem asymptomatischen Tumor.

Commented [RN19]: KRBESO
Sollte das nicht im Allgemeinen Teil des Kodierhandbuchs stehen?

Commented [RN20R19]: Yes, the table deleted

Formatted: Indent: Left: 0 cm

Formatted: German (Switzerland)

Deleted: Auflistung mit aufsteigender Validität:

Deleted: ¶

Code

... [41]

Formatted: Font: (Default) Arial, 10 pt, German (Switzerland)

Formatted: German (Switzerland)

Formatted: Font: (Default) Arial, 10 pt, German (Switzerland)

Formatted: Font: Arial, 10 pt, German (Switzerland)

Formatted: Font: (Default) Arial, 10 pt, German (Switzerland)

Formatted: Font: Arial, 10 pt, German (Switzerland)

Formatted: Font: Arial, 10 pt, German (Switzerland)

Formatted: Font: Arial, 10 pt, German (Switzerland)

Formatted: German (Switzerland)

Formatted: German (Switzerland)

Formatted: German (Switzerland)

Formatted: German (Switzerland)

Formatted: Font: Bold

Commented [RN25]: KRZHZG

Die Beschreibung Topographie und Seitenlokalisation wäre sinnvoll zusammenbringen (Kap. 2.2) und in einem Kapitel beschreiben

Formatted: Normal, Don't adjust space between Latin and Asian text, Don't adjust space between Asian text and numbers

Formatted: Font: Not Bold

Deleted: ¶

Deleted:

Deleted:

Deleted: <#>: „Topographie der Lunge nicht¶ ... [42]

Formatted

... [43]

Moved down [1]: <#>nichtkleinzelliges Karzinom

- nichtkleinzelliges Karzinom (NSCLC, non-small cell lung cancer): 75-80 % aller Lungenkarzinome.

- o Plattenepithelkarzinom: [Verhornendes, grosszelliges nicht verhornendes, Lymphoepitheliales, Basaloides]
- o Adenokarzinom: azinär, papillär, bronchiolo-alveolär, solide mit Schleimbildung
- o grosszelliges Karzinom: Riesenzellkarzinom, klarzelliges Karzinom

- andere Tumortypen: adenosquämes Karzinom, Bronchialdrüsenkarzinom, Neuroendokrine Tumoren (NET)

Die meisten Lungenkarzinome gehören zu den nichtkleinzelligen (Non Small Cell Lung Cancer = NSCLC). Dabei handelt es sich um einen Oberbegriff, der im Einzelfall möglichst zu vermeiden ist.

Zu beachten: ein nicht-kleinzelliges Karzinom ist **nicht** gleichbedeutend mit «Karzinom, grosszellig»

4.1 Morphologielisten gemäss ICD-O-3.2

Anmerkung:

Aufgrund des klinischen und biologischen Verhaltens werden Karzinome der Lunge histologisch grob in zwei Gruppen aufgeteilt: nicht-kleinzellige (NSCLC: non small cell lung cancer) Karzinome, machen ca. 80-85% der Tumoren aus, und kleinzellige Karzinome (SCLC), ca. 15-20%.

A. Prämaligne Tumoren

- 8070/2 Plattenepithel-Carcinoma in situ
- 8140/1 Bronchialadenom, o.n.A. (C34)
- 8140/2 Adenokarzinom in situ
- 8250/1 Lungenadenomatose (C34)
- 8250/2 Nichtmuzinöses Adenokarzinom in situ der Lunge (C34)
- 8253/2 Muzinöses Adenokarzinom in situ der Lunge (C34)
- 8827/1 Peribronchialer Myofibroblastentumor (C34) / Kongenitaler peribronchialer Myofibroblastentumor (C34)
- 9080/1 Teratom, o.n.A. / Unreifes Teratom der Lunge (C34)

B. Epitheliale Tumoren

1. Adenokarzinom und Subtypen:

- 8140/3 Adenokarzinom, o.n.A.
- 8144/3 Intestinales Adenokarzinom
- 8230/3 Solides Karzinom, o.n.A

Moved (insertion) [1]

Formatted: Font: (Default) Arial, 10 pt

Deleted: ¶

Formatted: Font: (Default) Arial, 10 pt

Deleted: <#>¶

Deleted: <#>spindelzellig

Formatted: Font: (Default) Arial, 10 pt

Formatted: Indent: Left: 1.27 cm

Commented [RN29R28]: Thanks, updated

Formatted: Font: (Default) Arial, 10 pt

Formatted: Font: (Default) Arial, 10 pt

Formatted: Font: (Default) Arial, 10 pt

Formatted: Indent: Left: 1.37 cm

Commented [RN30]: KRZHZG

Die sind hier nicht korrekt dargestellt => sie alle gehören zu den sog. **NICHTkleinzelligen!**

Commented [RN31R30]: Sorry, ist selbstverständlich (unglückliches cypypaste ☹)

Deleted: Karzinomarten

Deleted: Karzinoid

Deleted: ,

Deleted: ‘

Commented [RN33]: KRBESO

Die Frage ist, ob wirklich die komplette Morphologieauflistung gemäss WHO-Klassifikation erfolgen sollte oder nur die häufigsten Morphologien mit Verweis auf die ICD-O aufgeführt werden sollten. Zumal viele der hier genannten Typen extrem selten sind. Würde das Ganze lesbarer und übersichtlicher machen.

Commented [RN34]: RNJT

Je ne comprends pas le sens de faire cette liste que nous pouvons trouver dans le codeur. Si jamais je ne citerai que les morphologies plus fréquentes
I don't understand the meaning of making this list that we can find in the encoder. I would mention only the most frequent morphologies

Commented [RN35R34]: To my mind full listings would make sense due to some changes in ICD-O-3.2

Formatted: Normal, Line spacing: single

Formatted: Font: Bold

Formatted: Normal, No bullets or numbering

Formatted: Font: (Default) Arial, 10 pt

Formatted: Font: (Default) Arial, 10 pt

Formatted: Font: (Default) + Body (Calibri), 11 pt

Formatted: Normal, Line spacing: single

8250/3 Lepidisches Adenokarzinom (C34) / Bronchiolo-alveoläres Adenokarzinom, o.n.A. (C34) / Bronchiolo-alveoläres Karzinom, o.n.A. (C34) / Alveolarzellkarzinom (C34) / Bronchioläres Adenokarzinom (C34) / Bronchioläres Karzinom (C34)

8251/3 Alveoläres Adenokarzinom (C34)

8252/3 Nichtmucinöses bronchiolo-alveoläres Karzinom (C34) / Bronchiolo-alveoläres Karzinom vom Clara-Zell-Typ (C34) / Bronchiolo-alveoläres Karzinom vom Typ-II-Pneumozyten-Typ (C34)

8253/3 Mucinöses Adenokarzinom der Lunge (C34) / Mucinöses bronchiolo-alveoläres Karzinom (C34) / Nicht-Mucinöses Adenokarzinom (C34)

8254/3 Gemischtes mucinöses und nichtmucinöses Adenokarzinom der Lunge (C34) / Gemischtes mucinöses und nichtmucinöses bronchiolo-alveoläres Karzinom (obs C34) / Bronchiolo-alveoläres Karzinom vom Clara- und Becherzell-Typ (C34) / Bronchiolo-alveoläres Karzinom mit unbestimmtem Typ (C34) / Bronchiolo-alveoläres Karzinom vom Typ-II-Pneumozyten- und Becherzell-Typ (C34)

8256/3 Nichtmucinöses minimal-invasives Adenokarzinom (C34)

8257/3 Mucinöses minimal-invasives Adenokarzinom (C34)

8260/3 Papilläres Adenokarzinom, o.n.A.

8265/3 Mikropapilläres Karzinom, o.n.A. (C18._, C19.9, C20.9, C34) / Mikropapilläres Adenokarzinom (C18._, C19.9, C20.9, C34)

8333/3 Fetales Adenokarzinom

8480/3 Mucinöses Adenokarzinom (Kolloidkarzinom, Mukoides Karzinom)

8550/3 Azinuszell Adenom

8551/3 Azinuszell-Zystadenokarzinom / Azinuszell Adenokarzinom der Lunge (C34)

2. Plattenepithelkarzinom (PEC) und Subtypen

8070/3 Plattenepithelkarzinom, o.n.A. (Epidermoides Karzinom)

8071/3 Verhornendes Plattenepithelkarzinom, o.n.A.

8072/3 Grosszelliges nicht verhornendes Plattenepithelkarzinom, o.n.A.

8082/3 Lymphoepitheliales (Plattenepithel-) Karzinom

8083/3 Basaloides Plattenepithelkarzinom

3. Neuroendokrine Tumoren

8013/3 Grosszelliges neuroendokrines Karzinom

8041/3 Kleinzelliges Karzinom, o.n.A. (SCLC)

8045/3 Kombiniertes kleinzelliges Karzinom

8240/3 Neuroendokriner Tumor, o.n.A. / Bronchialadenom vom Karzinoidtyp (C34) Karzinoidtumor o.n.A. / Neuroendokriner Tumor Grad 1 / Typisches Karzinoid

8246/3 Neuroendokrines Karzinom, o.n.A. (Grad 3)

8249/3 Neuroendokriner Tumor Grad 2 /Atypischer Karzinoidtumor

4. Grosszelliges Karzinom

8012/3 Grosszelliges Karzinom, o.n.A.

5. Adenosquamöses Karzinom

8560/3 Adenosquamöses Karzinom (kombiniertes Adeno-Plattenepithel-Karzinom)

6. Pleomorphe, Spindelzell- und Riesenzellkarzinome

8022/3 Pleomorphes Karzinom

8031/3 Riesenzellkarzinom

8032/3 Spindelzellkarzinom, o.n.A.

7. Karzinosarkom

8980/3 Karzinosarkom, o. n. A.

8. Lungenblastom

8972/3 Lungenblastom (C34) / Pneumoblastom (C34.)

9. Andere und unklassifizierte Karzinome

8023/3 Nuclear protein in testis (NUT) associated carcinoma

8042/3 Haferzell-Karzinom (C34)

10. Karzinome vom Speicheldrüsen-Typ:

8430/3 Mukoepidermoid-Karzinom

11. Adenoid-zystisches Karzinom

8200/3 Adenoid-zystisches Karzinom / Zylindroides Bronchusadenom (C34) (Zylindroides Adenokarzinom)

12. Epithelial-myoepitheliales Karzinom

8562/3 Epithelial-myoepitheliales Karzinom

13. Wenn keine genaueren Angaben möglich:

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

8010/3 Karzinom, o.n.A.

8046/3 Nichtkleinzelliges Karzinom (C34) (nur verwenden, wenn keine genauere Angabe)

C. Mesenchymale Tumoren

14. Perivaskuläre Epitheloidzell-Tumoren

8714/3 Maligner perivaskulärer Epitheloidzell-Tumor (PEComa)

15. Epitheloides malignes Hämangioendotheliom

9133/3 Epitheloides Hämangioendotheliom, o.n.A. / Intravaskulärer alveolärer Bronchialtumor (C34)

16. Pleuropulmonales Blastom

8973/3 Pleuropulmonales Blastom

17. Synovialsarkom

9040/3 Synovialsarkom, o.n.A.

9041/3 Spindelzelliges Synovialsarkom

9042/3 Epitheliales Synovialsarkom

9043/3 Biphasisches Synovialsarkom

18. Sarkom der Pulmonalarterienintima

9137/3 Intimales Sarkom

19. Neoplasien der Lymphgefäße

9174/1 Lymphangioleiomyomatose

20. Fibromatöse Neoplasien

8825/1 Entzündlicher Myofibroblastentumor

21. Pulmonales myxoides Sarkom mit EWSR1-CREB1-Translokation

8842/3 Maligner Ossifizierender fibromyxoider Tumor / Pulmonales myxoides Sarkom mit EWSR1-CREB1-Translokation (C34)

22. Myoepitheliale Tumoren/Karzinome

8982/3 Malignes Myoepitheliom, Myoepitheliales Karzinom

D. Lymphohistozytische Tumoren

9699/3 Extranodales Marginalzonenlymphom des mukosa-assoziierten lymphatischen Gewebes (MALT lymphoma)

9680/3 Diffuses großzelliges Lymphom o.n.A.

9766/1 Lymphomatoide Granulomatose

9712/3 Intravaskuläres großzelliges B-Zell-Lymphom

9751/1 Pulmonale Langerhans-Zell-Histiozytose

9750/1 Erdheim-Chester-Krankheit

E. Tumoren ektopischer (nicht an typischer Stelle liegend) Herkunft

8580/3 Intrapulmonales Thymom (C34), Sklerosierendes Thymoms (C34) Malignes Thymom, o.n.A.

8720/3 Malignes Melanom, o.n.A.

Zu beachten:

- Lymphome werden in der ICD-10 nach Typ des Lymphoms und nicht nach der Lokalisation verschlüsselt. Z. B. das MALT-Lymphom der Lunge wäre mit C88 verschlüsselt.
- Sarkome (C49.3 Bindegewebe, Subkutangewebe und sonstige Weichteile des Thorax, nicht in diesem Manual behandelt) werden nach den Regeln für Weichteiltumore klassifiziert.

Deleted: Anmerkung

Formatted: Font: (Default) Arial, 10 pt

4.2 Histopathologisches Grading

Gx nicht differenzierbar
G1 gut differenziert
G2 mässig differenziert
G3 schlecht differenziert
G4 undifferenziert

Zu beachten:

Beim Fehlen eines definierten Grades kann für folgende Morphologie-Kodes (TNM-Supplement, 4. Auflage, Seite 29) immer

- ein **G1** erfasst werden:
 - 8240/3 Neuroendokriner Tumor, o.n.A. / Bronchialadenom vom Karzinoidtyp (C34) Karzinoidtumor o.n.A. / Neuroendokriner Tumor Grad 1 / Typisches Karzinoid
- ein **G2** erfasst werden
 - 8249/3 Neuroendokriner Tumor Grad 2 / Atypischer Karzinoidtumor /
- ein **G4** erfasst werden:
 - 8012/3 grosszelliges Karzinom
 - 8041/3 Kleinzelliges Karzinom

Commented [RN36]: Yvan Bergeron
If it's mentioned grade 2=evidence!

Commented [RN37R36]: ??

Deleted: Aufgrund des klinischen und biologischen Verhaltens werden Karzinome der Lunge histologisch grob in zwei Gruppen aufgeteilt: nicht-kleinzellige (NSCLC: non small cell lung cancer) Karzinome, machen ca. 85% der Tumoren aus, und kleinzellige Karzinome (SCLC). Etwa die Hälfte der nicht-kleinzelligen Lungenkarzinome (NSCLC) können mit einem chirurgischen Eingriff allein behandelt werden, da sie lokal oder lokal ausgebreitet entdeckt werden. Dagegen haben kleinzellige Lungenkarzinome (SCLC) in den meisten Fällen (ca. 80%) zum Zeitpunkt der Diagnose bereits Metastasen gebildet. ¶ Die TNM-Klassifikation wird traditionell für die NSCLC angewandt und soll möglichst auch für SCLC gebraucht werden, auch wenn letztere in der Praxis häufig als «limited» bzw. «extensive» Erkrankung klassifiziert werden.¶

Formatted: Font: Bold

Deleted: und

5 TNM-Klassifikation

Siehe UICC TNM Classification of Malignant Tumours, 8. Auflage und TNM-Supplement 4. Auflage.

Zu beachten: Karzinoide, oder gut differenzierte neuroendokrine Tumoren (NET) der Lunge werden nach Kriterien klassifiziert, die auch für die Karzinome dieser Lokalisationen verwendet werden.

5.1 Stadieneinteilung bei kleinzelligem Bronchuskarzinom

Beim kleinzelligen **Bronchial- oder Lungenkarzinom** wird im klinischen Alltag oft eine vereinfachte Einteilung in »limited disease« und »extended disease« vorgenommen. Die sonst gebräuchliche TNM-Klassifikation ist allerdings auch beim kleinzelligen Karzinom **vorzuziehen**, da hiermit eine genaue Beschreibung und Verlaufsbeobachtung möglich ist.

Deleted: Bronchuskarzinom

VALG-Klassifikation

Limited disease (30 %)

Begrenzung des Tumors auf eine Thoraxhälfte mit oder ohne Befall des Mediastinums und der gleichseitigen supraklavikulären Lymphknoten, ohne Pleuraerguß oder Einflußstauung. Die Einteilung kommt aus der Klinik, da so das ganze Tumoreareal in ein Strahlenfeld passt.

Extended disease (70 %)

Disseminierte Erkrankung, jede Ausdehnung über die Definition von Limited disease hinaus.

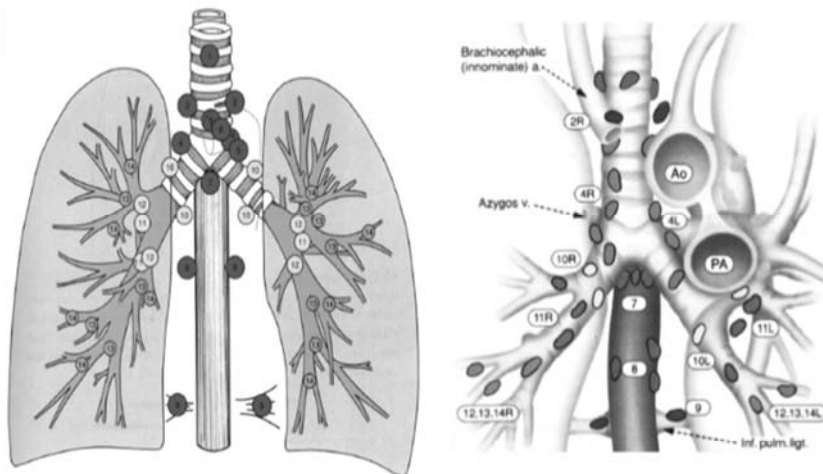
Marburger Klassifikation

Diese Klassifikation hat eine feinere Einteilung. Das jeweilige Stadium ist unter Verwendung der Abkürzung (in Klammern in untenstehender Tabelle).

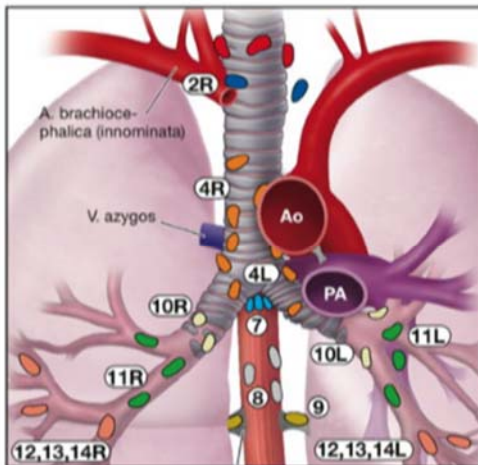
Very Limited Disease (St. VLD)	Primärtumor von Lungengewebe (T1a+b) oder visceraler Pleura umgeben mit maximal partieller Atelektase (T2a+b) Kleiner Winkelerguß ohne maligne Zellen (kein TNM) Kein Lymphknotenbefall (N0) Lymphknotenbefall hilär ipsilateral (N1)
Limited Disease (St. LD)	Primärtumor mit Thoraxwand-, mediastinaler Pleura-, oder Zwerchfellinfiltration (T3) Lymphknotenbefall mediastinal/subkarinal ipsilateral (N2) Kontralateral mediastinal/hilär, ipsi-/kontralateral Skalenus- und supraklavikulär (N3)
Extensive Disease I (St. ED I)	Primärtumor mit Infiltration von Mediastinum, Herz-, Speiseröhren- oder Wirbelsäule (T4) Recurrent-, Phrenicusparese; Vena Cava Superior Syndrom (T4) Maligner Perikarderguss (M1a) Maligner Pleuraerguss (M1a) Lymphknotenbefall supraclaviculär ipsi- oder kontralateral (N3)
Extensive Disease II a (St. ED II a)	Kontralaterale Lungenherde (M1a) Hämatogene Fernmetastasen in einem/mehreren anderen Organ(en) (M1b)

5.2 Regionale LK

Regionäre Lymphknoten: intrathorakale (mediastinale, hiläre, lobuläre, segmentale, subsegmentale), Skalenus- und supraklavikuläre Lymphknoten (siehe auch TNM-Supplement, 4. Auflage, Seite [86](#)).



Vorgeschlagene Lymphknotenzone	Lymphknotenstationen
N2-Lymphknoten	
Obere Zone	Höchste mediastinale (LK1) Obere paratracheale (LK2) Prävaskuläre, retrotracheale (LK3a und 3b) Untere paratracheale (LK4)
Aortopulmonale Zone	Subaortal (aortopulmonales Fenster) (LK5) Paraaortal (Aorta ascendens oder A. phrenica) (LK6)
Subkarinale Zone	Subkarinal (LK7)
Untere Zone	Paraösophageal (unter der Karina) (LK8) Lig. pulmonale (LK9)
N1-Lymphknoten	
Hiläre Zone	Hilär (LK10) Interlobär (LK11)
Periphere Zone	Lobär (LK12) Segmental (LK13) Subsegmental (LK14)



Oberes Mediastinum

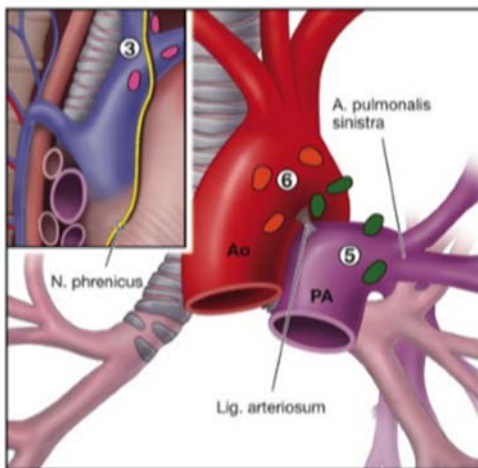
- 1. Apico-mediastinal
- 2. Paratracheal superior
- 3. Prävaskulär und retrotrachealeal
- 4. Paratracheal inferior

N2 = ipsilateral
N3 = kontralateral oder supraclavikulär

Aortale Lymphknoten

- 5. Subaortal (aortopulmonales Fenster)
- 6. Paraaortal (Aorta ascendens, Phrenicus)

Lig. pulmonale inferius



Unteres Mediastinum

- 7. Subkarinal
- 8. Paraösophageal
- 9. Ligamentum pulmonale

N1-Lymphknoten

- 10. Hilär
- 11. Interlobär
- 12. Lobär
- 13. Segmental
- 14. Subsegmental

Aus: Harrisons Innere Medizin, 18. Auflage (Copyright: ABW Wissenschaftsverlag GmbH)

Commented [RN43]: KRBESO

Vielleicht könnte man noch die typischen Fernmetastasierungsmuster mit Angabe der Häufigkeit aufführen?

6 Therapie

6.1 Wichtige Therapieschlüssel

Z32.30	Thorakoskopische anatomische Segmentresektion der Lunge
--------	---

Deleted: <#>Risikofaktoren¶

<#>¶

<#>- Nikotinabusus / Anzahl der Packungsjahre ("pack years"): Produkt aus der Anzahl der gerauchten Zigaretten in Packungen und der Dauer des Rauchens in Jahren .
- Arbeitsstoffe (z. B. Asbest) .
- Fibrose/Narben, z. B. nach Tuberkulose .
- genetische Disposition (Verwandte mit Bronchialkarzinom)

Formatted Table

Z32.39	Sonstige und nicht näher bezeichnete anatomische Segmentresektion der Lunge
Z32.41.10	Lobektomie an der Lunge, thorakoskopisch, ohne Angabe einer radikalen Lymphadenektomie, n.n.bez.
Z32.42.10	Lobektomie an der Lunge, offen chirurgisch, ohne radikale Lymphadenektomie, n.n.bez.
Z32.49	Lobektomie an der Lunge, sonstige
Z40.3X.29	Regionale Lymphadenektomie im Rahmen eines anderen Eingriffs, sonstige
Z32.50	Thorakoskopische Pneumonektomie
Z32.51.10	Pneumonektomie, offen chirurgisch, ohne einer radikalen Lymphadenektomie, n.n.bez.
Z32.50	Thorakoskopische Pneumonektomie
Z32.51.99	Pneumonektomie, offen chirurgisch, sonstige
Z32.51.20	Pneumonektomie, offen chirurgisch, mit radikaler Lymphadenektomie, n.n.bez.
Z32.51.29	Pneumonektomie, offen chirurgisch, mit radikaler Lymphadenektomie, sonstige
Z00.R3	Endoskopische Resektion eines Organs n.n.b. (nur für Krebsregistrierung).
Z00.R4	Partielle oder totale Resektion eines Organs n.n.b. (nur für Krebsregistrierung).
Z00.RC	Partielle unvollständige Exzision (nur für Krebsregistrierung).
Z00.RD	Lokale Exzision n.n.b. (nur für Krebsregistrierung).
Z00.RE	Erweiterte Exzision (nur für Krebsregistrierung).
Z00.RI	Ausgedehnter Eingriff am Tumor <u>(nur für Krebsregistrierung).</u>
Z00.RJ	Resektion mit Entfernung unvollständig (nur für Krebsregistrierung).
Z00.RK	Endoskopische Resektion des Tumors (nur für Krebsregistrierung).
Z00.RL	Resektion mit Einrichtung einer permanenten Stomaanlage (nur für Krebsregistrierung).

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
Z92.4	Intraoperative Bestrahlungsverfahren
Z92.2	Therapeutische Radiologie und Nuklearmedizin
Z99.28	Injektion oder Infusion von biologischem Response Modifier [BRM]
Z99.99	Sonstige diverse Massnahmen

Deleted: ¶

¶

Formatted: English (United Kingdom)

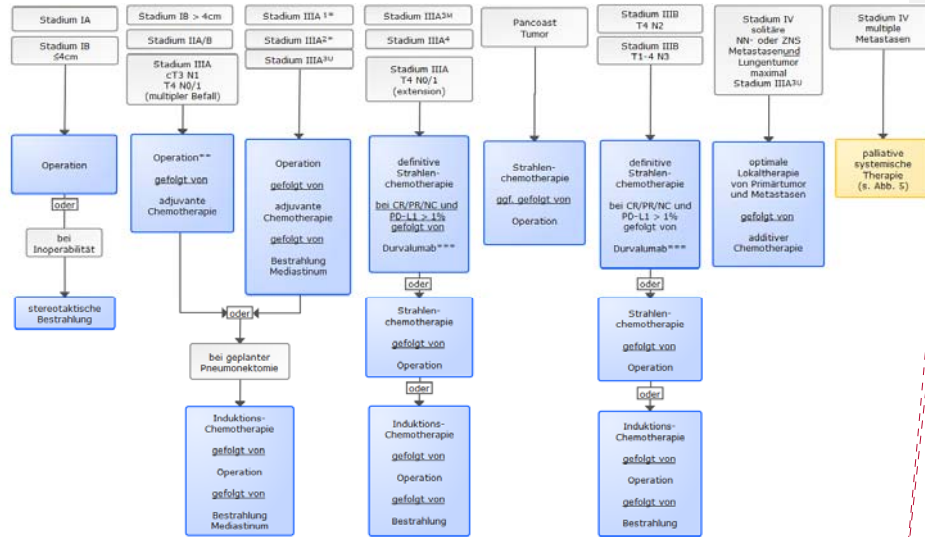
Formatted: English (United Kingdom)

Deleted: <#>¶

Formatted: Line spacing: Multiple 1.08 li

Formatted: Font: (Default) +Body (Calibri), 11 pt

6.2 Stadienadaptierte Therapie für das nicht-kleinzellige Lungenkarzinom (NSCLC)



Legende: ● kurative Intention; ● palliative Intention; * klinische Stadien;

** individuelle Konzepte bei den Stadien IIIA cT3N1 und T4N0/1 in Abhängigkeit von den benachbarten, infiltrierten Strukturen (z. B. Wirbelkörper, Mediastinum, große Gefäße)

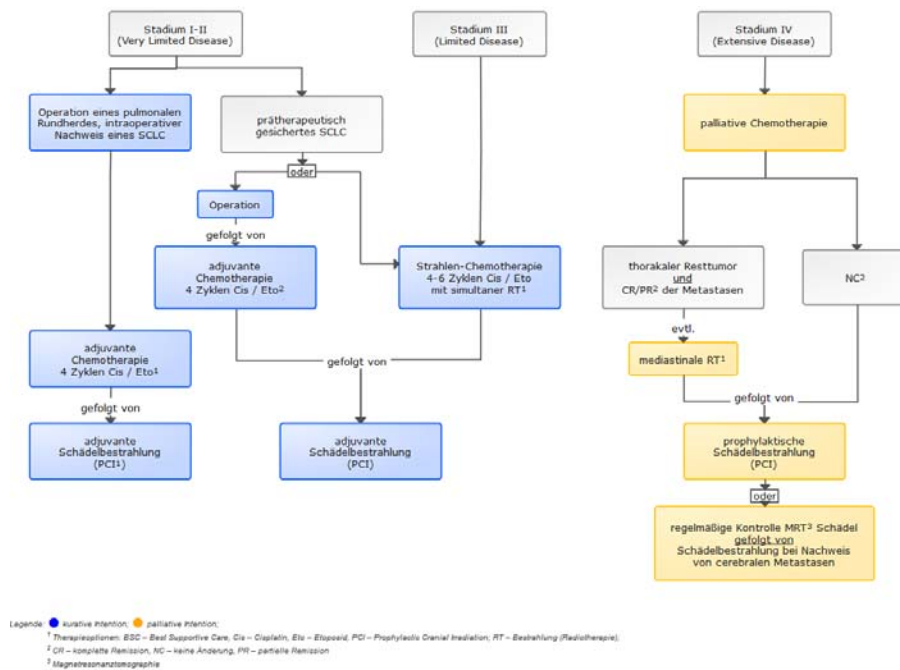
*** siehe Lungenkarzinom Zulassung; Zulassung in der Schweiz unabhängig von vom PD-L1 Status

Commented [RN49]: KRBESO

Wie auch bei den vorderen Skripten würde ich mir mehr Infos zu Chemotherapie/Immuntherapie wünschen
Schrift zu klein für Ausdruck

Commented [RN50R49]: Thanks, we will try to manage it (will follow as appendix).

6.3 Stadienadaptierte Therapie für das kleinzellige Lungenkarzinom (SCLC)



7 Referenzen

Deleted: ¶

Deleted: ¶
¶

RNJT

Déplacer le sous-chapitre "Facteur de risque" sous "symptômes et facteurs de risqué"

Move the sub-chapter "Risk Factor" to "Symptoms and Risk Factors".

1	Symptome	2
2	Allgemeine Kodierregeln	2
2.1	Multiple Primärtumoren	2
2.2	Seitenlokalisation	3
2.3	Diagnoseanlass	3
2.4	Diagnosegrundlage	3
3	Topographie nach ICD-O-3.2 und ICD-10 (WHO 2016).	4
4	Histopathologie	5
4.1	Morphologielisten gemäss ICD-O-3.2.....	5
4.2	Histopathologisches Grading.....	9
5	TNM-Klassifikation	10
5.1	Stadieneinteilung bei kleinzelligem Bronchuskarzinom.....	10
5.2	Regionäre LK.....	12
6	Therapie.....	13
6.1	Risikofaktoren.....	13
6.2	Wichtige Therapieschlüssel	14
6.3	Stadienadaptierte Therapie für das nicht-kleinzellige Lungenkarzinom (NSCLC)	16
6.4	Stadienadaptierte Therapie für das kleinzellige Lungenkarzinom (SCLC)	17
7	Referenzen	17

Default Paragraph Font, Font: (Default) +Body (Calibri), Check spelling and grammar

Default Paragraph Font, Font: (Default) +Body (Calibri), Check spelling and grammar

Default Paragraph Font, Font: (Default) +Body (Calibri), Check spelling and grammar

Default Paragraph Font, Font: (Default) +Body (Calibri), Check spelling and grammar

Default Paragraph Font, Font: (Default) +Body (Calibri), Check spelling and grammar

Page 1: [8] Formatted	Regina Nanieva	10.10.2019 10:51:00
Default Paragraph Font, Font: (Default) +Body (Calibri), Check spelling and grammar		
Page 1: [9] Formatted	Regina Nanieva	10.10.2019 10:51:00
Default Paragraph Font, Font: (Default) +Body (Calibri), Check spelling and grammar		
Page 1: [10] Formatted	Regina Nanieva	10.10.2019 10:51:00
Default Paragraph Font, Font: (Default) +Body (Calibri), Check spelling and grammar		
Page 1: [11] Formatted	Regina Nanieva	10.10.2019 10:51:00
Default Paragraph Font, Font: (Default) +Body (Calibri), Check spelling and grammar		
Page 1: [12] Formatted	Regina Nanieva	10.10.2019 10:51:00
Default Paragraph Font, Font: (Default) +Body (Calibri), Check spelling and grammar		
Page 1: [13] Formatted	Regina Nanieva	10.10.2019 10:51:00
Default Paragraph Font, Font: (Default) +Body (Calibri), Check spelling and grammar		
Page 1: [14] Formatted	Regina Nanieva	10.10.2019 10:51:00
Default Paragraph Font, Font: (Default) +Body (Calibri), Check spelling and grammar		
Page 1: [15] Formatted	Regina Nanieva	10.10.2019 10:51:00
Default Paragraph Font, Font: (Default) +Body (Calibri), Check spelling and grammar		
Page 1: [16] Formatted	Regina Nanieva	10.10.2019 10:51:00
Default Paragraph Font, Font: (Default) +Body (Calibri), Check spelling and grammar		
Page 1: [17] Formatted	Regina Nanieva	10.10.2019 10:51:00
Default Paragraph Font, Font: (Default) +Body (Calibri), Check spelling and grammar		
Page 1: [18] Formatted	Regina Nanieva	10.10.2019 10:51:00
Default Paragraph Font, Font: (Default) +Body (Calibri), Check spelling and grammar		
Page 1: [19] Formatted	Regina Nanieva	10.10.2019 10:51:00
Default Paragraph Font, Font: (Default) +Body (Calibri), Check spelling and grammar		
Page 1: [20] Formatted	Regina Nanieva	10.10.2019 10:51:00
Default Paragraph Font, Font: (Default) +Body (Calibri), Check spelling and grammar		
Page 1: [21] Formatted	Regina Nanieva	10.10.2019 10:51:00
Default Paragraph Font, Font: (Default) +Body (Calibri), Check spelling and grammar		
Page 1: [22] Formatted	Regina Nanieva	10.10.2019 10:51:00
Default Paragraph Font, Font: (Default) +Body (Calibri), Check spelling and grammar		
Page 1: [23] Formatted	Regina Nanieva	10.10.2019 10:51:00
Default Paragraph Font, Font: (Default) +Body (Calibri), Check spelling and grammar		

Page 1: [24] Formatted	Regina Nanieva	10.10.2019 10:51:00
Default Paragraph Font, Font: (Default) +Body (Calibri), Check spelling and grammar		
Page 1: [25] Formatted	Regina Nanieva	10.10.2019 10:51:00
Default Paragraph Font, Font: (Default) +Body (Calibri), Check spelling and grammar		
Page 1: [26] Formatted	Regina Nanieva	10.10.2019 10:51:00
Default Paragraph Font, Font: (Default) +Body (Calibri), Check spelling and grammar		
Page 1: [27] Formatted	Regina Nanieva	10.10.2019 10:51:00
Default Paragraph Font, Font: (Default) +Body (Calibri), Check spelling and grammar		
Page 1: [28] Formatted	Regina Nanieva	10.10.2019 10:51:00
Default Paragraph Font, Font: (Default) +Body (Calibri), Check spelling and grammar		
Page 1: [29] Formatted	Regina Nanieva	10.10.2019 10:51:00
Default Paragraph Font, Font: (Default) +Body (Calibri), Check spelling and grammar		
Page 1: [30] Formatted	Regina Nanieva	10.10.2019 10:51:00
Default Paragraph Font, Font: (Default) +Body (Calibri), Check spelling and grammar		
Page 1: [31] Formatted	Regina Nanieva	10.10.2019 10:51:00
Default Paragraph Font, Font: (Default) +Body (Calibri), Check spelling and grammar		
Page 1: [32] Formatted	Regina Nanieva	10.10.2019 10:51:00
Default Paragraph Font, Font: (Default) +Body (Calibri), Check spelling and grammar		
Page 1: [33] Formatted	Regina Nanieva	10.10.2019 10:51:00
Default Paragraph Font, Font: (Default) +Body (Calibri), Check spelling and grammar		
Page 1: [34] Formatted	Regina Nanieva	10.10.2019 10:51:00
Default Paragraph Font, Font: (Default) +Body (Calibri), Check spelling and grammar		
Page 1: [35] Formatted	Regina Nanieva	10.10.2019 10:51:00
Default Paragraph Font, Font: (Default) +Body (Calibri), Check spelling and grammar		
Page 1: [36] Formatted	Regina Nanieva	10.10.2019 10:51:00
Default Paragraph Font, Font: (Default) +Body (Calibri), Check spelling and grammar		
Page 1: [37] Formatted	Regina Nanieva	10.10.2019 10:51:00
Default Paragraph Font, Font: (Default) +Body (Calibri), Check spelling and grammar		
Page 1: [38] Formatted	Regina Nanieva	10.10.2019 10:51:00
Default Paragraph Font, Font: (Default) +Body (Calibri), Check spelling and grammar		
Page 1: [39] Formatted	Regina Nanieva	10.10.2019 10:51:00

Code	Label	Diagnostische Methoden
0	Nur Totenschein (DCO)	Die Information stammt von einem Totenschein
1	Klinisch	Klinische Prüfung undefiniert Tumor klinisch tastbar[RN1][RN2]
2	Klinische Untersuchung	Klinische Prüfung definiert Endoskopie Explorative Chirurgie und Autopsie ohne Gewebeuntersuchung
3	Bildgebung	Radiodiagnostik des Tumors (Röntgen) Echographie des Tumors (Ultraschall, Sonographie) Szintigraphie des Tumors CT-Scan des Tumors MRT-Untersuchung des Tumors Spezifische Bildgebung von Tumoren (z.B. PET/CT, SPECT, fluoreszierende optische Bildgebung) Bildgebung zur Bestimmung der Ausbreitung von Krankheiten (Metastasen) Bildgebendes NOS
4	Spezifische Tumormarker	Spezifische Marker (biochemisch oder immunologisch), Molekulare Marker (FISH, SNP, MLPA, PCR, DNA-Sequenz etc.) Zytogenetische Analyse (Karyotyp)
5	Zytologie	Zytologie NOS Zytologie des Tumors (z.B. Feinnadelpunktion (FNP), transbronchiale Nadelaspiration (TBNA), transthorakale Nadelaspiration (CT-TTNA) des Tumors, Bronchiallavage, Bronchialsekret, Bürstenzytologie, Pleurapunktion)
6	Histologie der Metastase	Biopsie der Metastasierung Biopsie lokoregionär (z.B. FNP, TBNA eines regionären Lymphknotens; oder einer Fernmetastase; Biopsie oder OP-Präparat von Lymphknoten oder Metastasen)

7	Histologie des Primärtumors	Biopsie nicht spezifiziert Biopsie des Primärtumors Biopsie und Resektion Chirurgisches Gewebe aus der Operation Autopsie mit histologischer Bestätigung
9	Unbekannt	

Page 4: [42] Deleted

Regina Nanieva

09.10.2019 18:11:00

: „Topographie der Lunge nicht

vollständig gesichert bei der Diagnosestellung[RN3][RN4]“.

Page 4: [43] Formatted

Regina Nanieva

10.10.2019 08:59:00

Default Paragraph Font, Font: (Default) Arial, 10 pt, German (Switzerland)