

Klinisches Krebsregister

NCT Heidelberg

Tumoren der Brust, der weiblichen Geschlechtsorgane und des Peritoneums

Organspezifische Dokumentation

3. Auflage

Version 1.0

Gültig ab Erstdiagnose 01.01.2014



CC 2014 KH Adzersen, N Becker, Deutsches Krebsforschungszentrum Heidelberg, DKFZ
Nicht-kommerziell - Weitergabe unter gleichen Bedingungen 3.0 Deutschland.
Link zu [CC Version 3.0](#) (CC BY-NC-SA 3.0 DE)

Autoren und Kontakt:

Dr. Karl-Heinrich Adzersen
Prof. Dr. Nikolaus Becker

NCT-Krebsregister
Deutsches Krebsforschungszentrum
Im Neuenheimer Feld 581
69120 Heidelberg

Tel.: 06221 42-4220 und -2240
ePost: n.becker@dkfz.de

Inhaltsverzeichnis

ABKÜRZUNGEN UND AKRONYME	5
1 TUMOREN DER BRUST („MAMMAKARZINOME“)	6
1.1 Geltungsbereich	6
1.2 Verschlüsselung	6
1.3 Verschlüsselung der Mehrfachtumoren, -morphologien und Histologien der Brust.....	11
1.4 Anmerkung zur Kodierung von Lymphknoten nach TNM, 7. Auflage	15
1.5 Datenfelder zur Verschlüsselung der Brusttumoren ab ED 01.01.2012 im NCT-R.....	16
Liste spezifischer Datenfelder Brusttumoren («Mammakarzinom-Felder»):	17
Diagnostizierende Pathologie.....	17
Datum Befundausgang	18
Sicherheitsabstand	18
Sicherheitsabstand - invasiver Tumor	19
Sicherheitsabstand - nicht-invasiver Tumor (Carcinoma in situ)	20
Größte Tumorausdehnung (invasive Komponente).....	21
Größte Tumorausdehnung (nicht-invasiv)	22
Östrogenrezeptor ER	22
Östrogenrezeptor - Ergebnis	24
Progesteronrezeptor PrR.....	25
Progesteronrezeptor PrR-Ergebnis.....	27
HER2/neu Bestimmung	29
HER2/neu Score	30
Gen-Amplifikation FISH	31
Anzahl Signale bei FISH.....	32
Gen-Amplifikation CISH	33
Anzahl Signale bei CISH.....	34
Anzahl Sentinel-Lymphknoten befallen.....	35
Anzahl Sentinel-Lymphknoten untersucht	36
Tumorsektion im Gesunden.....	37
Menopausen-/ Hormonstatus (bei Diagnose).....	38
2 TUMOREN DES OVARS UND DES PERITONEUMS.....	39
2.1 Geltungsbereich Ovar und Peritoneum.....	39
2.2 Verschlüsselung der Tumoren des Ovars	39
2.2.1 Ovarielle Tumor-Morphologien, die in der WHO 2003 Klassifikation fehlen.....	42
2.3 Verschlüsselung der Tumoren des Peritoneums	43
2.3.1 Geltungsbereich.....	43
2.3.2 Verschlüsselung	43
3 TUMOREN DER EILEITER (TUBA UTERINA) UND GEBÄRMUTTER-LIGAMENTE.....	44
3.1 Geltungsbereich Eileiter und Gebärmutterligamente.....	44
3.2 Verschlüsselung der Tumoren der Eileiter und Gebärmutterligamente.....	44
4 TUMOREN DER GEBÄRMUTTER (CORPUS UTERI).....	46
4.1 Geltungsbereich Gebärmuttertumoren (Corpus Uterus).....	46

4.2	Verschlüsselung der Tumoren der Gebärmutter.....	46
5	TUMOREN DES GEBÄRMUTTERHALSES (CERVIX UTERI).....	48
5.1	Geltungsbereich der Zervixtumoren.....	48
5.2	Verschlüsselung der Tumoren des Gebärmutterhalses	48
5.3	CIN2- und CIN3-Dokumentation	49
6	TUMOREN DER VAGINA.....	51
6.1	Geltungsbereich der Tumoren der Vagina	51
6.2	Verschlüsselung der Tumoren der Vagina	51
7	TUMOREN DER VULVA	53
7.1	Geltungsbereich der Tumoren der Vulva	53
7.2	Verschlüsselung der Tumoren der Vulva	53
8	KLASSIFIKATIONEN DER TUMOREN WEIBLICHER GESCHLECHTORGANE.....	55
8.1	Gültigkeitszeitraum der TNM-Klassifikation, 6. und 7. Auflage.....	55
8.2	Stadienbestimmung der Tumoren der Brust und gynäkologischen Neoplasien.....	55
9	DOKUMENTATION BEI SYNDROMEN MIT ERHÖHTEM GYNÄKOLOGISCHEM TUMORRISIKO	56
10	REFERENZEN	57

Abkürzungen und Akronyme

ALCL	Anablastische großzelliges Lymphom
AJCC	American Joint Committee on Cancer
AI	aromatase inhibitor
APBI	accelerated partial breast irradiation
AWMF	Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften
BET	brusterhaltende Therapie
BI-RADS	breast imaging reporting and data system
CAP	College of American Pathologists
CISH	Chromogene-in-situ-Hybridisierung
DCIS	Duktales Carcinoma in situ
DFS	disease free survival
DGGG	Deutsche für Gynakologie und Geburtshilfe
DGS	Deutsche Gesellschaft für Senologie
DKG	Deutsche Krebsgesellschaft
EORTC	European Organisation for Research and Treatment of Cancer
FIGO	Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique
FISH	Fluoreszenz-in-situ-Hybridisierung
HER2	Human Epidermal Growth Factor Receptor 2
IARC	International Agency for Reseach on Cancer, Intern. Krebsforschungszentrum d. WHO
ICD-10-GM 2014	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision, Version 2014
ICD-O-3	International Classification of Diseases for Oncology 3rd edition, Internationale Klassifikation der Krankheiten für die Onkologie 3. Ausgabe 2000
ICD-O-3 M	Morphologieabschnitt der ICD-O-3
ICD-O-3 T	Topographieabschnitt der ICD-O-3
IORT	Intraoperative Radiotherapie
IRS	Immunreaktiver-Score
ITC	isolierte Tumorzellen
KM-MRT	Kontrastmittel-Magnetresonanztomographie
KRBR	Krebsregister Baden-Württemberg
LCIS	Lobuläres Carcinoma in situ
LIN	lobuläre Neoplasie
LL	Leitlinie
MRM	modifizierte radikale Mastektomie
MRT	Magnetresonanztomographie
n. n. b.	nicht näher bezeichnet(e)
NACT	neoadjuvante Chemotherapie
NCCN	National Comprehensive Cancer Network
NCT	Nationales Zentrum für Tumorerkrankungen
NCT-R	Krebsregister des Nationalen Zentrums für Tumorerkrankungen
NOS	not otherwise specified
NST	no special type (duktales Karzinom NST)
PBI	partial breast irradiation (Teilbrustbestrahlung)
PNAS	Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America
RT	Radiotherapie
SLNB	Sentinel-Lymph-Node-Biopsy
UFK	Universitäts-Frauen-Klinik (Heidelberg)
UICC	Union International Contre le Cancer, International Union Against Cancer
WHO	World Health Organization

1 Tumoren der Brust („Mammakarzinome“)

1.1 Geltungsbereich

C50.0	Mamille, Areola, Brustwarze
C50.1	Zentraler Drüsenkörper der Brust, zentraler Drüsenkörper der Mamma
C50.2	Oberer innerer Quadrant der Brust, oberer innerer Quadrant der Mamma
C50.3	Unterer innerer Quadrant der Brust, unterer innerer Quadrant der Mamma
C50.4	Oberer äußerer Quadrant der Brust, oberer äußerer Quadrant der Mamma
C50.5	Unterer äußerer Quadrant der Brust, unterer äußerer Quadrant der Mamma
C50.6	Recessus axillaris der Brust, Recessus axillaris der Mamma, axillärer Ausläufer der Brust o. n. A.
C50.8	Brust, mehrere Teilbereiche überlappend; Mamma, mehrere Teilbereiche überlappend, kaudaler Anteil der Brust, kranialer Anteil der Brust, lateraler Anteil der Brust, medialer Anteil der Brust, Mittellinie der Brust
C50.9	Brust o. n. A., Brustdrüse, Mamma o. n. A.

Als Tumoren der Brust werden Tumoren mit der o. g. Lokalisationsziffer und einem biologischen Verhaltenskode /1, /2, /3 und /9 dokumentiert. Dies gilt für die weibliche und männliche Brust. Neoplasien der männlichen Brust werden im Gegensatz zur OTD-2005¹ im NCT-R ebenfalls als Mammatumoren dokumentiert. Bei Auswertungen wird über das Geschlecht diskriminiert.

1.2 Verschlüsselung

Tabelle 1 führt etwa 80 Tumorhistologien auf, die in der Brust auftreten können und die in der WHO Klassifikation der „Tumoren der Brust und weiblichen Geschlechtsorgane“ 2012² dargestellt sind. Tumoren der Dignität /1, /2 und /3, der Name des Tumors, die ICD-O-3-M-Ziffer, die ICD-3-T-Ziffer und die zugehörigen ICD-10-Diagnoseziffern sind in Tabelle 1 erfasst, gutartige Tumoren nicht. Die SEER-Validation-Liste „Breast“³ gibt 172 Tumorhistologien an, die unter C50.0-C50.6, C50.8-C50.9 akzeptiert werden („Accepted ICD-O-3 histologies“).

Tab 1 Verschlüsselung der Brusttumoren⁴ (Mamma) nach Histologie, Lokalisation und ICD-10

¹ Sinn et al 2007.

² Lakhani et al 2012.

³ Ferley 2008.

⁴ Lakhani et al 2012; ICD-O-3 2003, aktualisiert nach WHO/IARC 2011. Von der deutschen ICD-O-3 2003 abweichende Begriffe aus Lakhani et al 2012 oder eigene Ergänzungen in *Kursivschrift*. In Tab 1 nicht enthaltene Histologiekodierungen sind zulässig, z. B. im Falle fehlender genauere Informationen wie Maligne Neoplasie 8000/3.

Tumor ⁵	ICD-O-3- M	ICD-O-3- T	ICD-10- GM 2014
EPITHELIALE TUMOREN			
Invasives Karzinom der Brust			
Invasives duktales Karzinom o. n. A. (NST)(No Special Type)	8500/3	C50.0-9	C50.0-9
Pleomorphes Karzinom	8022/3	C50.0-9	C50.0-9
Karzinom mit osteoklastenähnlichen Riesenzellen	8035/3	C50.0-9	C50.0-9
<i>Karzinom mit choriokarzinomatösen Eigenschaften</i>	8500/3	C50.0-9	C50.0-9
<i>Karzinom mit melanotischen Eigenschaften</i>	8500/3	C50.0-9	C50.0-9
Lobuläre Neoplasie			
Lobuläres Carcinoma in situ			
<i>(Klassisches) Lobuläres Carcinoma in situ o. n. A. (LCIS), Nicht-invasives lobuläres Karzinom, LIN2, LIN3⁶</i>	8520/2	C50.0-9	D05.0
Lobuläres Karzinom o. n. A. (<i>invasives lobuläres Karzinom</i>)	8520/3	C50.0-9	C50.0-9
Pleomorphes lobuläres Carcinoma in situ ⁷	8519/2	C50.0-9	C50.0-9
Klassisches lobuläres Karzinom	8520/3	C50.0-9	C50.0-9
Solides lobuläres Karzinom	8520/3	C50.0-9	C50.0-9
Alveolär-lobuläres Karzinom	8520/3	C50.0-9	C50.0-9
Pleomorph-lobuläres Karzinom	8520/3	C50.0-9	C50.0-9
Tubulo-lobuläres Karzinom	8520/3	C50.0-9	C50.0-9
Gemischt-lobuläres Karzinom	8520/3	C50.0-9	C50.0-9
Tubuläres Adenokarzinom	8211/3	C50.0-9	C50.0-9
Kribriiformes Karzinom o. n. A.	8201/3	C50.0-9	C50.0-9
Muzinöses Adenokarzinom (<i>inkl. Zystadenokarzinom und hochprismatisch-zelluläres muzinöses Karzinom</i>)	8480/3	C50.0-9	C50.0-9
Karzinom mit medullären Eigenschaften			
Medulläres Karzinom o. n. A.	8510/3	C50.0-9	C50.0-9
Atypisches medulläres Karzinom	8513/3	C50.0-9	C50.0-9
Invasives Karzinomd NST mit medullären Eigenschaften	8500/3	C50.0-9	C50.0-9
Karzinom mit apokriner Differenzierung ⁸	8500/2	C50.0-9	C50.0-9
	8500/3		
	8022/3		
	8035/3		
	8520/2		
	8520/3		
	8211/3		
	8507/3		
	8510/3		
	8513/3		
	8933/3		
Mukoepidermoid-Karzinom	8430/3	C50.0-9	C50.0-9
Polymorphes Low-grade-Adenokarzinom, terminales duktales Adenokarzinom	8525/3	C50.0-9	C50.0-9
Adenoid-zystisches Karzinom (<i>low grade</i>)(<i>Ähnlichkeit mit Speicheldrüsenkarzinom</i>)	8200/3	C50.0-9	C50.0-9

⁵ Gruppierung der Tumoren nach Lakhani et al 2012.

⁶ LIN2 und LIN3 werden beide als hochgradige Neoplasien eingestuft. Für beide Läsionen besteht ein besonderes dokumentarisches Interesse im Sinne des weiteren Verlaufs der Erkrankung. Zunehmend wird eine binäre Einteilung der lobulären Läsionen in niedriggradige (LIN1) und hochgradige (LIN2, LIN3) vorgenommen. Auf dem Hintergrund des nicht seltenen Übergangs von LIN2 und LIN3 in ein lobuläres Karzinom und der zusätzlichen Assoziation mit einem DCIS und/oder einem invasiven duktalem Karzinom und/oder einem invasiven lobulären Karzinom (Sinn et al 2006) ist LIN2 im NCT-Register ab 01.01.2012 dokumentationspflichtig (Empfehlung nach persönlicher Rücksprache mit Prof. P. Sinn, Gynäkologische Pathologie, Universität Heidelberg, 14.05.2012). Dokumentiert wird bei LIN2 respektive LIN3 nach TNM, 7. Aufl. 2010, ein Tis (LCIS) Lobuläres Carcinoma in situ.

⁷ Siehe Lakhani et al 2012, S. 78 ff.

⁸ Diese Gruppe umfasst Mammakarzinome mit apokrinen Zellen (4% der invasiven Mammakarzinome sind Karzinome mit extensiver apokriner Differenzierung (O'Malley et al 2012, 53f.). Verschlüsselt wird der primäre invasive Typ (zweite Spalte der Tab 1): invasives NST, tubuläres, lobuläres, mikropapilläres oder medulläres Karzinom. Das „apokrine Adenokarzinom, 8401/3“ ist in der WHO Klassifikation 2012 nicht enthalten und sollte nicht kodiert werden.

Tumor ⁵	ICD-O-3-	ICD-O-3-	ICD-10-
	M	T	GM 2014
Karzinom mit Siegelringzell-Differenzierung ⁹		C50.0-9	C50.0-9
<i>Invasives mikropapilläres Karzinom</i> ¹⁰	8507/3	C50.0-9	C50.0-9
Inflammatorisches Karzinom	8530/3	C50.0-9	C50.0-9
Metaplastisches Karzinom o. n. A. (<i>gemischte metaplastische Karzinome und andere Typen mit mesenchymaler Differenzierung</i>)	8575/3	C50.0-9	C50.0-9
Plattenepithelkarzinom o. n. A., niedrig-gradiges und Plattenepithelkarzinom o. n. A.	8070/3	C50.0-9	C50.0-9
Adenokarzinom mit Spindelzellmetaplasie (<i>fibromatosis-ähnliches metaplastisches Karzinom</i>)	8572/3	C50.0-9	C50.0-9
Spindelzellkarzinom o. n. A.	8032/3	C50.0-9	C50.0-9
Metaplastisches Karzinom mit mesenchymaler Differenzierung			
Metaplastisches Karzinom o. n. A. (<i>gemischt-metaplastisches Karzinom</i>) und andere Typen mesenchymaler Differenzierung	8575/3	C50.0-9	C50.0-9
Adenokarzinom mit Knorpelmetaplasie (<i>chondroide Differenzierung</i>)	8571/3	C50.0-9	C50.0-9
Adenokarzinom mit Knochenmetaplasie (<i>knöcherne Differenzierung</i>)	8571/3	C50.0-9	C50.0-9
Malignes Myoepitheliom / myoepitheliales Karzinom	8982/3	C50.0-9	C50.0-9
Seltene Tumortypen			
Karzinom mit neuroendokrinen Eigenschaften			
Neuroendokriner Tumor o. n. A. (<i>gut differenziert</i>)	8246/3	C50.0-9	C50.0-9
Kleinzelliges neuroendokrines Karzinom (<i>schlecht differenziert</i>)	8041/3	C50.0-9	C50.0-9
Karzinom mit neuroendokriner Differenzierung	8574/3	C50.0-9	C50.0-9
Extrem seltene Typen und Varianten			
Sekretorisches Mammakarzinom (juvenil)	8502/3	C50.0-9	C50.0-9
Oxyphiles Adenokarzinom (<i>onkozytisches Karzinom</i>)	8290/3	C50.0-9	C50.0-9
Talgdrüsenadenokarzinom	8410/3	C50.0-9	C50.0-9
Glykogenreiches Karzinom	8315/3	C50.0-9	C50.0-9
Lipidreiches Karzinom	8314/3	C50.0-9	C50.0-9
Azinuszellkarzinom	8550/3	C50.0-9	C50.0-9
Epithelial-myoepitheliale Tumoren			
Adenomyoepitheliom mit Karzinom ¹¹	8983/3	C52.9	C52.9
Vorläufer Läsionen (precursor lesions)			
Duktales Carcinoma in situ o. n. A. (DCIS)	8500/2	C50.0-9	D05.1
Nichtinfiltrierendes intraduktales Karzinom o. n. A., Duktales Intraepitheliale Neoplasie Grad 1c (<i>DIN1c¹², DIN2, DIN3</i>) Duktales intraepitheliale Neoplasie Grad 2, Intraduktales Karzinom o. n. A. (<i>obsolet</i>) ¹³ Nicht-invasives intraduktales Adenokarzinom o. n. A. Duktales Intraepitheliale Neoplasie Grad 3			
<i>Mikroinvasives Karzinom (≤ 1 mm, meist mit DCIS)</i>	-	C50.0-9	D05.1
Intraduktales proliferative Läsionen			
Gewöhnliche duktales Hyperplasie	-	-	-
Säulenförmige Zellläsionen, einschließlich flache epitheliale Atypie	-	-	-
Atypische duktales Hyperplasie	-	-	-
Papilläre Läsionen			
Intraduktales Papillom mit duktalem Carcinoma in situ	8503/2	C50.0-9	D05.7
Intraduktales papilläres Karzinom o. n. A. Intraduktales papilläres Neoplasma mit hochgrad. intra-epithel. Neoplasie IEN3			

⁹ In Lakhani et al 2012 keine Morphologieziffer angeführt. Verschlüsselt werden soll nach der primär invasiven Komponente. Falls diese nicht beschrieben, kann „8490/3 Siegelringzellkarzinom verschlüsselt werden.

¹⁰ Die Dignität 8507/3 fehlt in der ICD-O-3-Morphologieliste, ist entsprechend Regel F der ICD-O-3 aber kodierbar.

¹¹ Neuer Kode mit /3

¹² Sinn et al 2010.

¹³ Edge et al (eds.) 2010, S. 353.

Tumor ⁵	ICD-O-3- M	ICD-O-3- T	ICD-10- GM 2014
Intraduktales papilläres Neoplasma mit hochgradiger Dysplasie Intraduktal tubulär-papilläres Neoplasma, hochgradig; <i>Synonyme:</i> nicht-invasives intraduktales papilläres Adenokarzinom, duktales papilläres Carcinoma in situ, intraduktales papilläres Adenokarzinom o. n. A., nicht-invasives intraduktales papilläres Karzinom, papilläres DCIS, intraduktales papilläres Adenokarzinom mit Invasion, invasives papilläres Adenokarzinom, invasives und papilläres Adenokarzinom			
Intraduktales papilläres Adenokarzinom mit Invasion (<i>invasives papilläres Karzinom</i>)	8503/3	C50.0-9	C50.0-9
Intraduktales Papillom mit lobulärem Carcinoma in situ	8520/2	C50.0-9	D05.7
Intraduktales papilläres Adenokarzinom			
Eingekapseltes papilläres Karzinom, nicht-invasives intrazystisches Karzinom	8504/2	C50.0-9	D05.7
Eingekapseltes papilläres Karzinom mit Invasion, intrazystisches Karzinom, intrazystisches papilläres (Adeno-)Karzinom	8504/3	C50.0-9	D05.7
Solides papilläres Carcinoma in situ	8509/2	C50.0-9	C50.0-9
Solides papilläres Karzinom mit Invasion	8509/3	C50.0-9	C50.0-9
MESENCHYMALE TUMOREN			
Agressive Fibromatose (<i>Desmoid-ähnliche Fibromatose</i>)	8821/1	C50.0-9	D48.6
Myofibroblastentumor o. n. A. (<i>inflammatorischer myofibroblastischer Tumor</i>)	8825/1	C50.0-9	D48.6
Hämangiosarkom (<i>Angiosarkom</i>)	9120/3	C50.0-9	C50.0-9
Liposarkom o. n. A.	8850/3	C50.0-9	C50.0-9
Rhabdomyosarkom o. n. A.	8900/3	C50.0-9	C50.0-9
Rhabdomyosarkom, embryonaler Typ	8910/3	C50.0-9	C50.0-9
Rhabdomyosarkom, alveolärer Typ	8920/3	C50.0-9	C50.0-9
Rhabdomyosarkom, pleomorpher Typ	8901/3	C50.0-9	C50.0-9
Osteosarkom o. n. A.	9180/3	C50.0-9	C50.0-9
Leiomyosarkom o. n. A.	8890/3	C50.0-9	C50.0-9
FIBROEPITHELIALE TUMOREN			
Phylloides Tumor mit Borderline-Malignität, <i>Phylloides Tumor o. n. A.</i>	9020/1	C50.0-9	D48.6
Maligner Phylloides-Tumor, <i>periduktaler Stromatumor, niedrig-gradig</i>	9020/3	C50.0-9	C50.0-9
TUMOREN DER BRUSTWARZE			
M. Paget der Brust ¹⁴	8540/3	C50.0	C50.0
M. Paget der Mamille, <i>in situ</i> ¹⁵	8540/2	C50.0	D05.7
MALIGNNE LYMPHOME DER BRUST¹⁶			
Diffuses großzelliges B-Zell-Lymphom, o. n. A. (DLBCL, NOS)	9680/3	C50.0-9	C50.0-9 ¹⁷ C83.3
Burkitt Lymphom o. n. A.	9687/3	C50.0-9	C50.0-9 ¹⁸ C83.3

¹⁴ In 53-60 % *mit* invasivem Karzinom NST oder in 24-43 % mit DCIS assoziiert (Lakhani et al 2012, S. 152).

¹⁵ In-situ-Paget der Mamille, nicht-invasiv. 8520/2 fehlt in ICD-O-3 und Lakhani et al 2012. Der in situ-Paget ist eine intraepitheliale Neoplasie, makroskopisch fehlt ein greifbarer Tumor; nach persönlicher Rücksprache mit Prof. P. Sinn (6/2011) wird der in situ-Paget im NCT-R dokumentiert; ein Tumor im Mammaparenchym, z. B. ein invasiv-duktales Karzinom oder ein DCIS, ist, wenn 8540/2 verschlüsselt wird, nicht bekannt. Wenn diese diagnostiziert wurden, wird 8541/3 oder 8543/3 (siehe Tabelle 1.5 Mehrfachtumoren bei Paget) verschlüsselt.

¹⁶ Diese Gruppe umfasst die Tumoren, die sich initial als dominierende Masse oder als Symptom in der Mamma, ohne vorherige Diagnose eines anderen Lymphoms, präsentieren. Lokalisation Mamma C50.0-9 wird verschlüsselt, selbst wenn bei späterem Staging ein entfernterer Tumor festgestellt wird (Lakhani et al 2012, S. 156). Bei sekundärer Beteiligung der Mamma wird entsprechend der Grundregeln der Dokumentation das *Lymphom* als Primärtumor mit seiner Primärlokalisierung verschlüsselt.

¹⁷ C50.0-9 nur, wenn primär auf die Mamma beschränkt.

¹⁸ C50.0-9 nur, wenn primär auf die Mamma beschränkt.

Tumor⁵	ICD-O-3- M	ICD-O-3- T	ICD-10- GM 2014
Reifzelliges T-Zell-Lymphom o. n. A. ¹⁹ , anaplastisches großzelliges Lymphom ALCL ALK negativ ²⁰	9702/3	C50.0-9	C50.0-9 C84.5-7
Marginalzonen-B-Zell-Lymphom o. n. A. (<i>MALT-Typ</i>) ²¹	9699/3	C50.0-9	C50.0-9 C88.4
Follikuläres Lymphom o. n. A.	9690/3	C50.0-9	C82.9

¹⁹ Selten ist die Mamma Primärlokalisierung eines T-Zelllymphoms; meist sekundäre Mitbeteiligung bei systemischem oder kutanem anaplastischem großzelligem Lymphom ALCL, negativ oder positiv, bei peripherem T-Zelllymphom o. n. A. oder T-lymphoblastischer(m) Leukämie / Lymphom [s. Adzersen, Becker 2014 (10)]. Das spezifische Lymphom wird verschlüsselt und ICD-O-3-Lokalisation C50.0-9, wenn auf Mamma als Primärlokalisierung beschränkt ist.

²⁰ In seltenen Fällen assoziiert mit Brustimplantaten; mediane Implantatzeit bis zum Auftreten des Tumors 8 Jahre (Jaffe et al 2012, S. 158).

²¹ Extranodale MALT-Lymphome können selten als primäre Lymphome in der Mamma auftreten und haben dann bei Erstdiagnose die ICD-O-3 Topographieverschlüsselung C50.0-9 [s. Adzersen, Becker 2014 (10), Tab 1.2 Marginalzonen-B-Zell-Lymphom o. n. A., Morphologie 9699/3].

1.3 Verschlüsselung der Mehrfachtumoren, -morphologien und Histologien der Brust

Es gelten die allgemeinen Regeln der Dokumentation von Mehrfachtumoren und Mehrfachmorphologien²²:

- Morphologiegruppe unterschiedlich → Mehrfache Primärtumoren;
- Tumor(en) beidseits → Mehrfache Primärtumoren;
- Rezidiv- und/oder Metastase → Verlauf des Primärtumors.

Tab 1.1 Verschlüsselungsregeln der Mehrfach-Tumoren und -morphologien der Brust²³

Ausgeschlossen: Tumoren der hämatopoietischen und lymphoiden Gewebe 9590/3–9989/3 und Kaposi-Sarkom 9140/3, die nicht primär in der Mamma auftreten.

Tumoreigenschaften, -lokalisierung und zeitliches Auftreten und: es liegt keine Metastase und kein Lokalrezidiv vor	Tumordokumentation
Unentscheidbar , ob ein oder mehrere Tumor(en)	Ein Tumor
Inflammatorisches Karzinom einer oder beider Brüste	Ein Tumor
Intraduktales (s. u. Tabelle 1.3) und/oder ein duktales Karzinom (s. u. Tabelle 1.4) und Paget (s. a. Tabelle 1.5)	Ein Tumor ; 8541/3 respektive 8543/3 zu kodieren
Lobuläres (8520/3) und intraduktales (s. Tabelle 1.3) oder duktales (s. Tabelle 1.4) Karzinom	Ein Tumor , lobuläres Karzinom kodieren
Mehrere intraduktale (s. Tabelle 1.3) und/oder duktales (s. Tabelle 1.4) Karzinome	Ein Tumor ; invasive Komponente und höhere M-Ziffer kodieren
Tumoren mit ICDO-3 Morphologiekodes, die an der ersten (xxxx), zweiten (xxxx) oder dritten Ziffer (xxxx) unterschiedlich sind	Zwei oder mehr Tumoren
Zeitliches Auftreten	
Invasiver Tumor innerhalb von drei ²⁴ Monaten nach in situ-Tumor	Ein Tumor
Tumordiagnosen mehr als fünf (5) Jahre auseinander ²⁵	Zwei oder mehr Tumoren

²² Siehe Adzersen, Becker 2014 (0), Kapitel 3.3.

²³ Nach Johnson et al 2007.

²⁴ Johnson et al 2007 (SEER) haben zwei Monate festgelegt. Dieser Zeitraum erscheint uns aus praktischen Erwägungen knapp bemessen, wenn nach Diagnose eines Carcinoma in situ weitere Untersuchungen, Nachoperationen, Staging, etc. durchgeführt werden.

²⁵ Diese Regel schlägt die Rezidivregel. Falls nach fünf (5) Jahren in derselben Brust, auch in demselben Organabschnitt, ein zweiter Tumor auftritt, wird ein neuer Tumor angelegt, auch wenn im Arztbrief oder anderen medizinischen Dokumenten „Rezidiv“ steht.

Tab 1.2 Verschlüsselungsregeln der Histologien der Mamma²⁶

Ausgeschlossen: Tumoren der hämatopoietischen und lymphoiden Gewebe 9590/3–9989/3 und Kaposi-Sarkom 9140/3, die nicht primär in der Mamma auftreten.

Tumoreigenschaften, -lokalisierung und zeitliches Auftreten	Histologiedokumentation
Ausschließlich in situ Karzinome²⁷	
Keine pathologische Histologie / keine Zytologie vorhanden ; apparative Befunde nutzen (CT, Sono, MRT, PET, etc.)	Typ der Neoplasie auf Basis Arztbrief / med. Dokumentinformation
Tumoren mit gleicher Morphologiegruppe (Tab. 2.4) ²⁸	Eine Histologie; spezifische Morphologie (höhere Morphologiezahl) kodieren
- 8010/2 Carcinoma in situ o. n. A. und ein spezifisches Carcinoma in situ	
- 8010/3 Karzinom o. n. A. und ein spezifisches Karzinom	
- 8140/2 Adenocarcinoma in situ o. n. A. und ein spez. Adenocarcinoma in situ	
- Nichtinfiltrierendes intraduktales Karzinom o. n. A. und ein spezifisches intraduktales Carcinoma in situ der Tabelle 1.3	
Kombination eines lobulären Carcinoma in situ 8520/2 und intraduktalen Carcinoma in situ der Tabelle 1.3	8522/2 Intraduktales Karzinom und lobuläres Carcinoma in situ
Kombination eines intraduktalen Carcinoma in situ und zwei oder mehr spezifischen intraduktalen Carcinomata in situ Typen (Tabelle 1.3) oder zwei oder mehr spezifische intraduktale Karzinome (s. Tabelle 1.5)	8523/2²⁹ Intraduktales Karzinom gemischt mit anderen Typen von in situ Karzinomen
Kombination eines lobulären Carcinoma in situ 8520/2 und irgendein anderes in situ Karzinom außer einem intraduktalen Karzinom der Tabelle 1.2	8524/2³⁰ lobuläres Carcinoma in situ gemischt mit anderen Typen von in situ Karzinomen
Kombination irgendeiner in situ/nicht invasiven Histologie, unter Ausschluss aller intraduktalen (in situ) Karzinome der Tabelle 1.3 und in situ lobulären Karzinome	8255/2³¹ Adenocarcinoma in situ mit gemischten in situ Mischtypen (s. a. Tab 1.5)
Invasives Karzinom und Carcinoma in situ	
Kombination Invasive und in situ Morphologie	Invasive Histologie kodieren ³²
Invasives Karzinom	
Keine pathologische Histologie / keine Zytologie vorhanden ; apparative Befunde nutzen (Mammogramm, CT, Sono, MRT, PET, etc.)	Typ der Neoplasie auf Basis des Arztbriefes; wenn nichts Spezifischeres, 8000/3 oder 8010/3
Metastasenhistologie , keine Histologie des Primärtumor	/3 der Metastasenhistologie
- 8010/3 Karzinom o. n. A. und ein spezifischeres Karzinom oder	Spezifischere Morphologie kodieren
- 8140/3 Adenokarzinom o. n. A. und ein spezifischeres Adenokarzinom oder	
- 8500/3 Invasiv-duktales Karzinom o. n. A. und ein spezifisches duktales Karzinom (8022, 8035, 8501-8508) oder	
- 8800/3 Sarkom o. n. A. und ein spezifischeres Sarkom	
Endgültige Pathohistologie besagt „inflammatorisches Karzinom“	8530/3 Inflammator. Karzinom
Lobuläres (8520/3) und intraduktales (s. Tab 1.3) oder duktales (s. Tab 1.4) Karzinom	Eine Histologie (invasive Komponente) kodieren
Zwei oder mehr duktales Karzinome der Tabelle 1.4	Höhere ICD-O-3-Ziffer kodieren
Kombination lobuläres und irgendein duktales Karzinom	8522/3 Invasives duktales und

²⁶ Nach Johnson et al 2007.

²⁷ Regel H4 (Komedo-Carcinoma in situ und irgendein anderes intraduktales Karzinom) aus Johnson et al 2007, S. 301 wird nicht berücksichtigt, da die Komedokarzinome 8501/2 und /3 in der WHO Klassifikation 2012 nicht mehr aufgeführt sind. Empfehlung: 8501/2 als DCIS 8500/2 kodieren, da das Komedokarzinom ein Subtyp dieser Histologie ist.

²⁸ Adzersen, Becker 2014 (0).

²⁹ In der ICD-O-3 nur mit Dignität /3 enthalten; nach ICD-O-3 Regel F ist 8523/2 kodier- und meldbar.

³⁰ In der ICD-O-3 nur mit Dignität /3 enthalten; nach ICD-O-3 Regel F ist 8524/2 kodier- und meldbar.

³¹ In der ICD-O-3 nur mit Dignität /3 enthalten; nach ICD-O-3 Regel F ist 8524/2 kodier- und meldbar.

³² Aus dieser Regel resultiert, dass ein lobuläres Carcinoma in situ kombiniert mit einem invasiv-duktales Karzinom mit der Ziffer 8500/3 und nicht mit 8522/3 Invasives duktales und lobuläres Karzinom verschlüsselt wird [siehe Johnson et al 2007, S. 302].

(s. Tab 1.5)	lobuläres Karzinom
Invasiv duktales Karzinom gemischt mit einem anderen Karzinom (s. Tab 1.5)	8523/3 Invasives duktales Karzinom gemischt mit anderen Karzinomtypen
Lobuläres Karzinom 8520/3 gemischt mit einem anderen Karzinom (s. Tab 1.5)	8524/3 Invasiv lobuläres Karzinom gemischt mit anderen Karzinomtypen
Mehrere Histologien, die keine duktaalen oder lobulären Morphologien einschliessen	8255/3 Adenokarzinom mit gemischten Subtypen
Mehrere Morphologiebezeichnungen – „eine“ Morphologieziffer	
Keine pathologische Histologie / keine Zytologie vorhanden ; apparative Befunde nutzen (Mammogramm, CT, Sono, MRT, PET, etc.)	Typ der Neoplasie auf Basis Arztbrief, z. B. 8000/3, 8010/3, etc.
M. Paget der Brust in situ 8540/2 und ein intraduktales Karzinom der Tabelle 1.3	8543/2 in situ M. Paget mit in situ intraduktalem Karzinom, s. Tab 1.5
M. Paget der Brust 8540/3 (oder Dignität nicht benannt) und ein intraduktales Karzinom der Tabelle 1.3	8543/3 M. Paget der Brust mit nicht-invasivem intraduktalem Karzinom, s. Tab 1.5
M. Paget der Brust 8540/3 (oder Dignität nicht benannt) und ein invasiv-duktales Karzinom der Tabelle 1.4	8541/3 M. Paget mit invasivem duktalem Karzinom s. Tab 1.5
Invasive und in situ Morphologie	8543/3 (invasive Komponente)
Kombination lobuläres Karzinom 8520/3 und invasiv-duktales Karzinom der Tabelle 1.4	8522/3 Invasives duktales und lobuläres Karzinom (s. Tabelle 1.5)
Mehrere Histologieziffern der gleichen Morphologiegruppe	Numerisch höhere Morphologieziffer

Tab 1.3 Carcinomata in situ der Brust: intraduktal (8500/2) und spezifische intraduktale Karzinome

(Liste nicht unbedingt vollständig; weitere in situ Morphologien möglich und zulässig (n. Johnson et al 2007, modifiziert))

ICD-O-3-M	Tumorbezeichnung inklusive Synonyme
8500/2	Nichtinfiltrierendes intraduktales Karzinom o. n. A. , intraduktales Karzinom o. n. A., nichtinvasives intraduktales Adenokarzinom o. n. A., duktales Carcinoma in situ o. n. A., DCIS o. n. A., DIN 3, duktales intraepitheliale Neoplasie 3
8201/2	Kribriiformes Carcinoma in situ ³³
8230/2	Solides duktales Carcinoma in situ
8401/2	Apokrines Carcinoma in situ (in ICD-O-3 nicht aufgeführt) ³⁴
8501/2	Nicht-invasives Komedokarzinom ³⁵
8503/2	Nicht-invasives intraduktales papilläres Adenokarzinom
8504/2	Nicht-invasives intrazystisches Karzinom, eingekapseltes papilläres Karzinom
8507/2	Intraduktales mikropapilläres Karzinom

³³ In der WHO Klassifikation 2012 (Lakhani et al 2012) nicht aufgeführt.

³⁴ In Lakhani et al 2012 nur das Apokrine Adenom 8401/0 aufgeführt, S. 116f.

³⁵ In der WHO Klassifikation 2012 nicht aufgeführt → DCIS 8500/2 kodieren.

Tab 1.4 Invasiv-duktales Karzinom (8500/3) und spezifische duktales Karzinome der Brust

(Liste nicht unbedingt vollständig; weitere invasive Morphologien möglich und zulässig [n. Johnson et al (eds.)2007, modifiziert])

ICD-O-3-M	Tumorbezeichnung inklusive Synonyme
8500/3	Invasives duktales Karzinom o. n. A., duktales Adenokarzinom o. n. A., duktales Karzinom o. n. A., Duktalzell-Karzinom, invasives duktales Adenokarzinom
8022/3	Pleomorphes Karzinom
8035/3	Karzinom mit osteoklastenähnlichen Riesenzellen
8501/3	Komedokarzinom o. n. A. ³⁶
8502/3	Sekretorisches Mammakarzinom
8503/3	Intraduktales papilläres Adenokarzinom mit Invasion
8508/3	Zystisch hypersekretorisches Karzinom ³⁷

Tab 1.5 Kombinierte (mischzellige) Morphologien³⁸ in einem Brusttumor

Spalte 1 und 2: Morphologie der Brusttumoren

Spalte 3: zu kodierende Kombinations-Morphologiekode nach ICD-O-3

[n. Johnson et al (eds.) 2007, modifiziert]

Morphologie 1. Tumor	Morphologie 2. Tumor	Zu kodierende M-Ziffer
Jegliche Morphologie-Kombination, <u>ausschließlich</u> lobuläre und duktales Histologien der Tabellen 1.3 und 1.4	Jegliche Morphologie, <u>außer</u> duktales und lobuläre Histologien ³⁹	8555/3 Adenokarzinom mit gemischten Subtypen ⁴⁰
Invasives duktales Karzinom	Invasives lobuläres Karzinom	8522/3 Invasives duktales und lobuläres Ca
Intraduktales 8500/2 <u>und zwei oder mehr</u> Morphologien 2. Tumortyp <u>oder zwei oder mehr</u> Tumormorphologien 2. Tumortyp	8201/2 Kribriiformes Carcinoma in situ ⁴¹ 8230/2 Solides duktales Carcinoma in situ 8401/2 Apokrines Carcinoma in situ ⁴² 8500/2 Nicht-infiltrierendes intraduktales Karzinom o. n. A. 8501/2 Nicht-invasives Komedokarzinom ⁴³ 8503/2 Nicht-invasives intraduktales papilläres Adenokarzinom 8504/2 Nicht-invasives intrazystisches Karzinom 8507/2 Intraduktales mikropapilläres Karzinom	8523/2 ⁴⁴ Intraduktales Karzinom gemischt mit anderen in situ Karzinom-Typen
Invasives duktales <u>und eine oder mehr</u> Morphologie(n) des 2. Tumors	8211/3 Tubuläres Adenokarzinom 8401/3 Apokrines Adenokarzinom 8480/3 Muzinöses Adenokarzinom („Kolloidkarzinom“) 8502/3 Sekretorisches Mammakarzinom 8503/3 Intraduktales papilläres Adenokarzinom mit Invasion	8523/3 Invasives duktales Karzinom gemischt mit anderen Karzinomtypen

³⁶ In WHO 2012 nicht mehr aufgeführt.

³⁷ In WHO 2012 nicht mehr aufgeführt.

³⁸ Dignitäten bei vorhandenen Morphologieziffern, die in der ICD-O-3 2003 nicht aufgeführt sind, sind in Tabelle 1.5 teilweise aufgenommen und sind nach Regel F der ICD-O-3 erlaubt.

³⁹ Selten in der Pathologie der Brustneoplasien

⁴⁰ Selten in der Pathologie der Brustneoplasien

⁴¹ In der WHO Klassifikation 2012 (Lakhani et al 2012) nicht mehr aufgeführt.

⁴² In Lakhani et al 2012 nur das Apokrine Adenom 8401/0 aufgeführt, S. 116f.

⁴³ Komedokarzinomtypen in der WHO 2012 nicht mehr aufgeführt.

⁴⁴ In situ 8523/2 nach Regel F der ICD-O-3 2003 kodierbar.

	8504/3	Intrazystisches Karzinom o. n. A.	
	8510/3	Medulläres Karzinom o. n. A.	
	8201/3	<i>Kribriiformes Karzinom</i> ⁴⁵	
	8490/3	Siegelringzellkarzinom	
	8211/3	Tubuläres Adenokarzinom	
	8401/3	Apokrines Adenokarzinom	
8520/3 Lobuläres	8480/3	Muzinöses Adenokarzinom	8524/3 Invasives lobuläres Karzinom gemischt mit anderen Karzinomtypen
Karzinom o. n. A. und	8502/3	Sekretorisches Mammakarzinom	
Morphologie(n) 2.	8503/3	Intraduktales papilläres Adenokarzinom mit Invasion	
Tumor	8504/3	Intrazystisches Karzinom o. n. A.	
	8510/3	Medulläres Karzinom o. n. A.	
	8540/3	M. Paget der Brust	
	8500/3	Invasives duktales Karzinom o. n. A.	
	8022/3	Pleomorphes Karzinom	
8540/3 M. Paget der	8035/3	Karzinom mit osteoklastenähnlichen Riesenzellen	8541/3 M. Paget mit invasivem duktalem Karzinom
Brust und Morphologie(n) 2. Tumor	8501/3	Komedokarzinom o. n. A.	
	8502/3	Sekretorisches Mammakarzinom	
	8503/3	Intraduktales papilläres Adenokarzinom mit Invasion	
	8508/3	Zystisch hypersekretorisches Karzinom	
	8201/2	<i>Kribriiformes Carcinoma in situ (DCIS-Subtyp)</i>	
	8230/2	<i>Solides duktales Carcinoma in situ</i>	8523/2 ⁴⁹
8540/2 M. Paget in situ der Brust und	8401/2	<i>Apokrines Carcinoma in situ (/2 fehlt in ICD-O-3)</i>	Intraduktales Karzinom gemischt mit anderen in situ Karzinom-Typen
Morphologie(n) 2. Tumor ⁴⁶	8500/2	<i>Nichtinfiltrierendes intraduktales Karzinom o. n. A.</i>	
	8501/2	<i>Nicht-invasives Komedokarzinom</i> ⁴⁷	
	8503/2	<i>Nicht-invas. intraduktales papilläres Adenokarzinom</i>	
	8504/2	<i>Nicht-invasives intrazystisches Karzinom</i>	
	8507/2	<i>Intraduktales mikropapilläres Karzinom</i> ⁴⁸	

1.4 Anmerkung zur Kodierung von Lymphknoten nach TNM, 7. Auflage

In Arztbriefen der UFK wird bei der Angabe von cTcNcM manchmal die Angabe cN+ gemacht, d. h. klinisch liegt ein positiver Lymphknotenbefund vor (Tastbefund, Sonographie, CT, MRT, PET, etc.), der aber keine Aussage über die Anzahl der LK macht.

Als Kodierkonvention legen wir, der TNM 7. Aufl. 2010 folgend, fest: ein cN+ wird mit **cN1** kodiert, da ein positiver LK-Befund vorliegt **und** mindestens ein LK positiv diagnostiziert worden ist, aufgrund einer nur klinischen Untersuchung jedoch keine Aussage zu der Anzahl der LK gemacht werden kann⁵⁰.

⁴⁵ Das „8201/3 Kribriiforme Karzinom o. n. A.“ ist in der ICD-O-3-M unter „8523/3 Invasives duktales Karzinom gemischt mit anderen Karzinomtypen, Invasives duktales und kribriiformes Karzinom C50.“ mit aufgeführt und wurde deswegen der SEER-Tabelle ergänzt.

⁴⁶ Dieser Zeilenblock ist nicht Teil der Tabelle nach Johnson et al 2007 und wurde der Tabelle 1.5 hinzugefügt (KHA).

⁴⁷ In WHO Klassifikation 2012 nicht mehr aufgeführt; 8501/2 entspricht einem Subtyp des DCIS, s. a. <http://www.med-ed.virginia.edu/courses/path/gyn/breast6.cfm>

⁴⁸ Siehe vorige Fußnote.

⁴⁹ In der ICD-O-3 als /2 nicht aufgeführt. Diese Kombination sollte „Intraduktales Carcinoma in situ mit M. Paget der Brust in situ“ heißen.

⁵⁰ Persönliche Rücksprache mit Prof. H. Junkermann, UFK Heidelberg, 13.05.2009

1.5 Datenfelder zur Verschlüsselung der Brusttumoren ab ED 01.01.2012 im NCT-R

Abschnitt 1.5 beschreibt zusätzliche Datenfelder, die für die Dokumentation der Tumoren der Mamma ab 01.01.2011 dokumentiert werden. Zusätzlich zu den Feldern der Zentraldokumentation sind einige spezifischere Datenfelder im Pathologiemodul 05 zu verschlüsseln.

Tab 1.6 Spezifische kodierpflichtige Datenfelder bei Brusttumoren im NCT-R, zusätzlich zu den Datenfeldern der Zentraldokumentation (Beginn ED 01.01.2012)

Merkmal / Feldname	Pflichtfeld Mamma des NCT-R	NCT-R Modul ⁵¹
Diagnostizierende Pathologie	1	M05
Datum Befundausgang	1	M05
Sicherheitsabstand angegeben	1	M05
Sicherheitsabstand invasiver Tumor	1	M05
Sicherheitsabstand nicht-invasiver Tumor	1	M05
Größte Tumorausdehnung (invasive Komponente)	1	M05
Größte Tumorausdehnung (in situ Komponente)	1	M05
Östrogenrezeptor ER Bestimmung	1	M05
Wenn Ja → ER-Ergebnis	1	M05
Progesteronrezeptor PrR Bestimmung	1	M05
Wenn Ja → PrR-Ergebnis	1	M05
HER2/neu Bestimmung	1	M05
Wenn Ja → Her2/neu-Score	1	M05
FISH-Gen-Amplifikation	1	M05
Wenn Ja → Anzahl der Signale	1	M05
CISH-Gen-Amplifikation	1	M05
Wenn Ja → Anzahl der Signale	1	M05
Anzahl Sentinel-LK befallen	1	M05
Anzahl Sentinel-LK untersucht	1	M05
Tumorsektion im Gesunden	1	M07
Menopausen- /Hormonstatus (bei Diagnose)	1	M02

⁵¹ Modul im NCT-Register, in dem das Datenfeld aufzusuchen ist.

Liste spezifischer Datenfelder Brusttumoren («Mammakarzinom-Felder»):**Diagnostizierende Pathologie**

FELDNAME	Diagnostizierende Pathologie
DEFINITION	Medizinische Versorgungseinrichtung, die die patho-histologische Diagnose erstellt
BEGRÜNDUNG	- Erforderlich zur weiteren Dokumentation in ORBIS - Zur Erfassung der Herkunft des patho-histologischen Befundes - Benchmarking der patho-histologischen Befunde (Mehrfachbeurteilungen)
SYNONYM	Befundendes pathologisches Institut, diagnostizierende pathologische Einrichtung,
DATENTYP	Alphanumerisch
DATENBEREICH	- Universitätsklinikum HD - Externe Klinik - Praxis / Niedergelassener Arzt - Extern o. n. A. - f. A.
BENUTZUNGSHINWEIS	1. Wenn Befunde aus dem KH Salem, KH Vincentius oder der Thoraxklinik vorliegen, wird „Externe Klinik“ verschlüsselt. 2. Wenn Befunde von einem niedergelassenen Pathologen vorliegen, wird Praxis ... verschlüsselt. 3. Wenn der Befund nicht aus der Universitäts-Pathologie Heidelberg stammt und auch sonst nicht genauer bestimmt werden kann, wird „Extern o. n. A.“ kodiert.
GÜLTIGKEITSREGELN	Katalog
PRÜFUNGSREGELN	-
REFERENZDOKUMENTE	Festlegung des NCT-R vom 21.04.2011 (07 Handbuch NCT-R Gynäkologische Tumoren)
REFERENZORGANISATION	NCT-R
KOMMENTAR	Das Datenfeld muss ausgefüllt werden, um in M05 weiter dokumentieren zu können.
NCT-REGISTER HEIDELBERG	M05

Datum Befundausgang

FELDNAME	Datum Befundausgang
DEFINITION	Tag, an dem der patho-histologische Befund das Institut verlassen hat
BEGRÜNDUNG	- Erforderlich zur Fortsetzung der Dokumentation in ORBIS
SYNONYM	Datum Versendung des Pathologischen Befundes
DATENTYP	TTMMJJJJ
DATENBEREICH	Valides Datum; 00MMJJJJ, 0000JJJJ
BENUTZUNGSHINWEIS	<ol style="list-style-type: none"> 1. Es gilt das Datum des letzten pathologischen Nachberichts zum entfernten Tumor 2. Wenn kein Pathologiebefund zu finden ist, können folgende Optionen umgesetzt werden: <ul style="list-style-type: none"> - 0000JJJJ des Jahres der Operation - Datum der OP 3. Bei mehreren Operationen und Pathologieberichten gilt der letzte Bericht als „Datum Befundausgang“, da erst dann die vollständige Op. und ihr Resultat bekannt wird.
GÜLTIGKEITSREGELN	Valides Datum oder Datenfeld ohne Eintrag
PRÜFUNGSREGELN	-
REFERENZDOKUMENTE	Festlegung des NCT-R vom 21.04.2011 (Adzersen, Friedrich)(Handbuch NCT-R Brust- und gynäkologische Tumoren, Organspez. Handbuch 06)
REFERENZORGANISATION	NCT-R
KOMMENTAR	Das Datenfeld muss ausgefüllt werden, um in M05 weiter dokumentieren zu können.
NCT-REGISTER HEIDELBERG	M05

Sicherheitsabstand

FELDNAME	Sicherheitsabstand
DEFINITION	Angabe des absoluten metrischen Abstandes zwischen Resektionsrand und Tumorgewebe vorhanden oder nicht.
BEGRÜNDUNG	Resektionsabstand gemessen und im Pathologiebefund aufgeführt; lässt Schlussfolgerungen für Qualitätssicherung zu.
SYNONYM	Resektionsrandstatus, Mindestabstand, Angabe Resektionsrand, Minimalabstand
DATENTYP	Text
DATENBEREICH	Ja Nein f. A.
BENUTZUNGSHINWEIS	<ol style="list-style-type: none"> 1. Wenn im Pathologiebericht ein Sicherheitsabstand angegeben ist, ist „Ja“ zu kodieren und die mm-Angabe im nächsten Datenfeld auszufüllen. 2. Fehlt die Angabe eines Sicherheitsabstandes im Pathologiebericht wird „Nein“ kodiert. 3. „f. A.“ bedeutet, dass keine Aussage dazu gemacht werden kann, ob Angaben vorhanden sind, weil medizinische Dokumente dazu nicht gefunden wurden.
GÜLTIGKEITSREGELN	Katalogeintrag
PRÜFUNGSREGELN	-
REFERENZDOKUMENTE	Datensatz Mammakarzinom des NCT-R (Adzersen, Bezold, Junkermann)
REFERENZORGANISATION	Brustzentrum, Universitäts-Frauenklinik Heidelberg
KOMMENTAR	Notierung erforderlich zur Fortsetzung der Dokumentation in ORBIS
NCT-REGISTER HEIDELBERG	M05

Sicherheitsabstand - invasiver Tumor

FELDNAME	Sicherheitsabstand invasiver Tumor
DEFINITION	Angabe des kleinsten Abstandes des invasiven Tumors von der Resektionskante in mm
BEGRÜNDUNG	Beurteilungskriterium für Rezidivrate und Prognose der Patientin
SYNONYM	Mindestabstand, Angabe Resektionsrand, mm-Abstand, Resektionsabstand
DATENTYP	Numerisch
DATENBEREICH	0 mm 1-99,0 mm 999 = f. A.
BENUTZUNGSHINWEIS	Die mm-Angabe wird dem Pathologiebericht entnommen. Der kleinste Abstand gilt. Bei gleichzeitig vorhandenem invasivem und nicht-invasivem Tumor ist der Abstand für jede Tumordignität einzeln zu kodieren. Bei einem kombinierten invasivem / DCIS-Tumor und nur <u>einer</u> mm-Angabe wird der geringste mm-Abstand kodiert. Falls keine Angabe in mm vorhanden ist, wird 999 für „f. A.“ kodiert.
GÜLTIGKEITSREGELN	Zahl, auch mit Komma
PRÜFUNGSREGELN	-
REFERENZDOKUMENTE	Kreienberg et al 2012 (Steuergruppe) (S3-Leitlinie) Sinn et al 2007
REFERENZORGANISATION	Deutsche Gesellschaft für Senologie e.V., Deutsche Krebshilfe e.V. NCT-R
KOMMENTAR	Der Resektionsabstand bei invasivem Tumor sollte mindestens 1 mm betragen (S-3-LL).
NCT-REGISTER HEIDELBERG	M05

Sicherheitsabstand - nicht-invasiver Tumor (Carcinoma in situ)

FELDNAME	Sicherheitsabstand bei nicht-invasivem Tumor (Carcinoma in situ)
DEFINITION	Angabe des kleinsten Abstandes des entfernten in situ Tumors von der Resektionskante in mm
BEGRÜNDUNG	Beurteilungskriterium für Rezidivrate und Prognose der Patientin
SYNONYM	Mindestabstand, Angabe Resektionsrand, mm-Abstand, Resektionsabstand
DATENTYP	Numerisch
DATENBEREICH	0 mm 0-99 mm 999 = f. A.
BENUTZUNGSHINWEIS	<ol style="list-style-type: none"> 1. Die mm-Angabe wird dem Pathologiebericht entnommen. Der kleinste Abstand von der in situ-Komponente gilt. 2. Bei gleichzeitig vorhandenem invasivem und nicht-invasivem Tumor ist der Abstand für jede Tumordignität einzeln zu kodieren 3. Bei einem kombinierten invasivem / DCIS-Tumor und nur <u>einer</u> mm-Angabe wird die kleinste mm-Angabe kodiert. 4. Falls keine Angabe in mm vorhanden ist, wird 999 für „f. A.“ kodiert.
GÜLTIGKEITSREGELN	Zahl, auch mit einer Stelle hinter dem Komma
PRÜFUNGSREGELN	-
REFERENZDOKUMENTE	Kreienberg et al 2012 (Steuergruppe) (S3-Leitlinie) Sinn et al 2003
REFERENZORGANISATION	Deutsche Gesellschaft für Senologie e.V., Deutsche Krebshilfe e.V. NCT-R
KOMMENTAR	1. Der Resektionsabstand bei nicht-invasivem, in situ-Tumor sollte mindestens 5 mm betragen (S-3-LL).
NCT-REGISTER HEIDELBERG	M05

Größte Tumorausdehnung (invasive Komponente)

FELDNAME	Invasiver Tumordurchmesser / -größe
DEFINITION	Angabe des größten Tumordurchmessers, gemessen in der größten Ausdehnung der invasiven Komponente, ohne Berücksichtigung der in situ-Komponente
BEGRÜNDUNG	- Parameter der TNM-Klassifikation - Parameter zur Festlegung des Stadiums - Prognoseparameter
SYNONYM	- Tumorausdehnung - Tumurlänge, -breite, -tiefe
DATENTYP	Numerisch
DATENBEREICH	0-99 mm 999 = f. A.
BENUTZUNGSHINWEIS	<ol style="list-style-type: none"> Der Tumordurchmesser wird in M05 im Datenfeld „Größter Tumordurchmesser“ <i>im obersten Feld „Breite“</i> eingetragen. Der größte Tumordurchmesser in mm soll eingetragen werden. Aus dem Pathologiebericht wird, falls mehrere vorhanden, aus <i>Breite (in mm), Höhe (in mm) und Tiefe (in mm)</i> (s. M05) der <i>größte</i> Wert welcher immer dies sein mag, ausgesucht und ins oberste Feld eingetragen. 999 bedeutet: „f. A.“ hinsichtlich Tumorgröße. Die Ausdehnung des Tumors in mm schließt nur die <i>invasiven</i> morphologischen Komponenten (/3) ein. Bei <i>mehreren</i> Herden wird nur die Größe <i>eines</i> Herdes erfasst, und zwar die des größten und nach obigen Angaben kodiert. Der hier angegebene Tumordurchmesser wird für die TNM-Klassifizierung zugrunde gelegt. Diese Regeln gelten ab 01.10.2011.
GÜLTIGKEITSREGELN	Zahl zwischen 0 und 99
PRÜFUNGSREGELN	Muss bei Diagnosedatum ab 01.10.2011 mit der T-Klassifikation im TNM-7 kompatibel sein: T1 ≤ 20 mm T1mi ≤ 1 mm T1a ≥ 1 mm, ≤ 5 mm T1b > 5 mm, ≤ 10 mm T1c > 10 mm, ≤ 20 mm T2 > 20 mm, ≤ 50 mm T3 > 50 mm T4 Jede Größe plus angegebene Ausbreitung
REFERENZDOKUMENTE	Kreienberg et al 2012 (Steuergruppe) (S3-Leitlinie) Sinn et al 2003 TNM Klassifikation Maligner Tumoren, 7. Aufl. 2010
REFERENZORGANISATION	NCT-R
KOMMENTAR	Invasive und in situ Komponenten jeglicher Art müssen in der Tumordokumentation getrennt dokumentiert werden ⁵² , ansonsten können Gesamtgrößenausdehnung aller Tumorkomponenten und Größenausdehnung der Operation nicht korreliert werden!
NCT-REGISTER HEIDELBERG	M05

⁵² Persönliche Rücksprache mit Prof. P. Sinn, 19.09.2011: Ausdehnung eines DCIS, lobulären Ca in situ, etc. sollen von der invasiven Komponente getrennt dokumentiert werden, um OP-Ausdehnung und Größe des Tumors aufeinander beziehen zu können.

Größte Tumorausdehnung (nicht-invasiv)

FELDNAME	Tumordurchmesser / -größe (nicht-invasiv)
DEFINITION	Angabe der größten Ausdehnung der in situ Komponente, gemessen in mm
BEGRÜNDUNG	- Prognoseparameter - Korrelierung zur Ausdehnung der OP
SYNONYM	Tumorausdehnung in situ Tumurlänge, -breite, -tiefe in situ
DATENTYP	Numerisch
DATENBEREICH	0-99 mm 999 = f. A.
BENUTZUNGSHINWEIS	<ol style="list-style-type: none"> Der Durchmesser der nicht-invasiven Komponente wird in M05 im Datenfeld „Größter Tumordurchmesser“ <i>im zweitobersten Feld „Höhe“</i> eingetragen. Die größte Ausdehnung soll in mm (Zahl) werden. Aus dem Pathologiebericht wird, falls mehrere Angaben vorhanden sind, aus der <i>größte</i> Wert der nicht-invasiven Komponente, welcher immer dies sein mag, ausgesucht und ins zweitoberste Feld (Höhe) eingetragen. 999 bedeutet: „f. A.“ hinsichtlich der in situ Komponente. Die Ausdehnung des in situ Tumors schließt nur die <i>nicht-invasiven</i> morphologischen Komponenten (/2) ein, z. B. DCIS, LCIS, etc.). Bei <i>mehreren</i> in situ Komponenten wird nur die größte Größe <i>eines</i> Herdes erfasst, und zwar die des größten und nach obigen Angaben kodiert. Der Wert der nicht-invasiven Komponente geht nicht in die T-Klassifizierung beim TNM ein! Diese Regeln gelten ab 01.10.2011.
GÜLTIGKEITSREGELN	Zahl
PRÜFUNGSREGELN	Der Primärtumor oder ein kombinierter Tumors muss eine in situ Komponente (/2) enthalten.
REFERENZDOKUMENTE	
REFERENZORGANISATION	NCT-R
KOMMENTAR	Invasive und in situ Komponenten jeglicher Art müssen in der Tumordokumentation getrennt dokumentiert werden ⁵³ , ansonsten können Gesamtgrößenausdehnung aller Tumorkomponenten und Größenausdehnung der Operation nicht korreliert werden! Durch die (notwendige) Berücksichtigung der in situ Komponente sinkt i. d. R. die Rate der BET-OP in Bezug auf die T1, T2 oder T3 Kategorisierung. Dies hat Auswirkungen auf die Einhaltung der Leitliniengerechtigkeit des Anteils der Operationen nach TNM-Stadium.
NCT-REGISTER HEIDELBERG	M05

Östrogenrezeptor ER

FELDNAME	Östrogenrezeptor ER ⁵⁴ Bestimmung
DEFINITION	Durchführung der Östrogenrezeptorbestimmung im Histologiepräparat bei Brusttumoren
BEGRÜNDUNG	- Diagnosesicherung

⁵³ Persönliche Rücksprache mit Prof. P. Sinn, 19.09.2011: Ausdehnung eines DCIS, lobulären Ca in situ, etc. sollen von der invasiven Komponente getrennt dokumentiert werden, um OP-Ausdehnung und Größe des Tumors aufeinander beziehen zu können.

⁵⁴ Estrogen Receptor

	- Prognose - Therapieplanung entsprechend Tumorzellen E2-positiv oder E2-negativ - Prognose, insbesondere bei prämenopausalem MaCa
SYNONYM	Rezeptorstatus Östrogen (KRBW), ER (Estrogen Receptor)
DATENTYP	Alphanumerisch
DATENBEREICH	- Ja - Nein - f. A.
BENUTZUNGSHINWEIS	Untersuchung des Östrogenrezeptorstatus wird im patho-histologischen Befund beschrieben
GÜLTIGKEITSREGELN	Katalog
PRÜFUNGSREGELN	Trifft nur für Mammatumoren zu
REFERENZDOKUMENTE	Sinn et al 2003
REFERENZORGANISATION	Deutsche Krebsgesellschaft e. V., ADT
KOMMENTAR	Da heute (2014) in nahezu 100 % der ER-Status bestimmt wird, sollte das Feld mit „Ja“ vorbelegt sein.
NCT-REGISTER HEIDELBERG	M05

aus dem geschätzten Anteil der positiv gefärbten Tumorzellen und der Färbeintensität (s. Tabellen unten) die *Summe* gebildet, so ergibt sich der Östrogenrezeptorstatus nach Allred von 0-8, der international gebräuchlich ist. Falls der „Allred Score“ ≥ 3 ist, gilt der Tumor als östrogenrezeptorpositiv (Harvey et al, 1999). Ein Tumor mit einem histochemischen Gesamtscore von 0-2 gilt als ER-negativ. Der niedrigst-positive Gesamtscore von 3 entspricht dem sehr geringen Wert von 1-10% schwach positiv gefärbter Tumorzellen, die höchste ER-Positivität beim Allred-Score ist 8⁵⁵.

Tab 1 Bestimmung des ER-Status durch IRS: Summen-Score ER n. Allred

Anteil posit. gefärbter Tu-Zellen („Proportionalitätsscore“)	Färbeintensität posit. Tu-Zellen „Intensitätsscore“	Summenscore aus Anteil + Intensität „Allred-Score“
0 % = 0	Keine = 0	0 = negativ
0 to < 1% = 1	Schwach positiv = 1	1 = unklar positiv
1% – 10% = 2	Intermediär = 2	> 2-8 = positiv
10% – 33% = 3	Stark = 3	
33% – 66% = 4		
>66% = 5		

Zwei weitere Bewertungsschemata werden nach Sinn et al 2007 hauptsächlich im deutschsprachigen Raum benutzt. Ein Score (nach Remmele und Stegner 1987) ist ein Multiplikationsscore, ein anderer Score (nach Reiner et al 1990) ein additiver oder Summenscore.

Tabelle 2 Berechnung des semiquantitativen Multiplikations-Scores für den immunhistologischen Rezeptorstatus (Immunreaktiver Score 0-12, IRS)(n. Sinn et al 2007)

Prozentsatz pos. Kerne	P	Färbeintensität SI	P
Keine.....	0	Keine Färbung.....	0
< 10%.....	1	Schwache Intensität.....	1
10%–50%.....	2	Mäßige Intensität.....	2
51-80%.....	3	Starke Intensität.....	3
> 80%.....	4		

P = Punkte; SI = Staining Intensity

IRS nach Remmele u. Stegner: $P \times SI = \text{Wert } 0-12$

Ein Cut-Off-Wert nicht angegeben, nach St. Gallen-Konsensus (Goldhirsch et al 2001) gilt 2 und mehr als positiv).

IRS nach Reiner et al: $PP + SI = \text{Wert } 0-7$

Schwach positiv = 3
Mittelgradig positiv = 4,5
Stark positiv = 6,7

NCT-REGISTER HEIDELBERG M05

Progesteronrezeptor PrR

FELDNAME	Progesteronrezeptor PrR Bestimmung
DEFINITION	Durchführung der Progesteronrezeptorbestimmung im Histologiepräparat bei Brusttumoren
BEGRÜNDUNG	- Diagnosesicherung - Prognose

⁵⁵ Siehe auch Kreienberg et al (Steuerung) 2012.

	- Therapieplanung
SYNONYM	Rezeptorstatus Progesteron (KRBW), PR
DATENTYP	Alphanumerisch
DATENBEREICH	- Ja - Nein - f. A.
BENUTZUNGSHINWEIS	Untersuchung des Progesteronrezeptorstatus wird im patho-histologischen Befund beschrieben
GÜLTIGKEITSREGELN	Katalog
PRÜFUNGSREGELN	Trifft nur zu bei Mammatumoren
REFERENZDOKUMENTE	Sinn et al 2003.
REFERENZORGANISATION	Deutsche Krebsgesellschaft e. V., ADT
KOMMENTAR	-
NCT-REGISTER HEIDELBERG	M05

Progesteronrezeptor PrR-Ergebnis

FELDNAME	Progesteronrezeptorbestimmung PrR - Ergebnis	
DEFINITION	Grad der PgR-Positivität im Tumorgewebe	
BEGRÜNDUNG	- Diagnosesicherung - Prognose - Therapieplanung	
SYNONYM	Rezeptorstatus_Progesteron (KRBW), PgR-Quantifizierung	
DATENTYP	Alphanumerisch	
DATENBEREICH	0	= Negativ
	1	= Unklar positiv
	2-8	= Positiv

BENUTZUNGSHINWEIS

1. Gilt nur für Mammakarzinom
2. Auffinden des PrR-Bestimmung im patho-histologischen Befund M05 und M15 Verlaufspathologie
3. Die Zuordnung der in den Pathologie- und Arztberichten angegebenen Werte für den Progesteronrezeptor zum o. g. Datenbereich ist wie folgt:

Tabelle zur Verschlüsselung der Progesteronrezeptorangaben in medizinischen Dokumenten

IRS	% posit.	Beschreibung	Kodierung NCT-R
0	0	Negativ	0
0-1	< 10%	Grenzwertig	1
1	10%–50%	Positiv	2
2-12	51-80%	Positiv	2
2-12	> 80%	Positiv	2

Begriffserklärungen

IRS Immunreaktiver Score
 % posit. Prozent positiv angefärbte Zellkerne
 Negativ Die Zellkerne sind nicht angefärbt
 Positiv Die Zellkerne sind angefärbt, die Intensität der Anfärbung ist nicht bekannt

4. Falls bei mehreren immun-histologisch untersuchten multifokalen Tumoren unterschiedliche Werte herauskommen, wird der höhere Wert kodiert, z. B. bei PrR 3 und PrR 9 wird PrR 9 kodiert.

5. Wird in einem med. Dokument von einem posit. PrR gesprochen, wird ein IRS von 2 angenommen.

GÜLTIGKEITSREGELN	Katalog
PRÜFUNGSREGELN	1. Trifft nur zu bei Mammatumoren 2. Trifft nur zu, wenn „Östrogenrezeptor ER“ mit „Ja“ kodiert ist.
REFERENZDOKUMENTE	Hammond et al 2010. Harvey et al 1999. Sinn et al 2007. Remmele und Stegner 1987. Reiner et al 1990. Goldhirsch et al 2001.
REFERENZORGANISATION	Deutsche Krebsgesellschaft e. V.
KOMMENTAR	Der PR-Rezeptorstatus wird routinemäßig immunhistochemisch bestimmt. Er sollte im patho-histologischen Befund stets als Prozentsatz positiver Kerne <u>und</u> der Färbeintensität von 0 bis 3 angegeben werden; fakultativ empfiehlt sich zusätzlich die Angabe

eines „Immunoreaktiven Scores“ (IRS) (Sinn et al 2007). Wird aus dem geschätzten Anteil der positiv gefärbten Tumorzellen und der Färbeintensität (s. Tabellen unten) die Summe gebildet, so ergibt sich der Progesteronrezeptorstatus von 0-8, der international gebräuchlich ist. Falls der der Allred-Score > 2 ist, gilt der Tumor als positiv (Harvey et al, 1999). Ein Tumor mit einem histochemischen Gesamtscore von 0-1 gilt als PrR-negativ. Der niedrigst-positive Gesamtscore von 3 entspricht dem sehr geringen Wert von 1-10% schwach positiv gefärbter Tumorzellen, die höchste PrR-Positivität, bestimmt nach den Kategorien des Allred-Scores ist 8.

Tabelle 1 Bestimmung des PR-Status durch IRS: Summen-Score ER n. Allred*

Anteil posit. gefärbter Tu-Zellen („Verhältnis-Score“)	Färbeintensität posit. Tu-Zellen „Intensitäts-Score“	Summenscore aus Anteil + Intensität „Allred-Score“
0 % = 0	Keine = 0	0 = negativ
0 to < 1% = 1	Schwach positiv = 1	1 = unklar positiv
1% – 10% = 2	Intermediär = 2	> 2-8 = positiv
10% – 33% = 3	Stark = 3	
33% – 66% = 4		
>66% = 5		

Zwei weitere Berechnungsweisen werden nach Sinn et al 2007 hauptsächlich im deutschsprachigen Raum benutzt. Die Scorebestimmung nach Remmele und Stegner multipliziert die Punktzahlen aus Prozentsatz positiver Kern und Farbintensität, die Scorebestimmung nach Reiner et al addiert sie (Summenscore).

Tabelle 2 Berechnung des semiquantitativen Multiplikations-Scores für den immunhistologischen Pr-Rezeptorstatus (Immunreaktiver 12er-Score, IRS)(n. Sinn et al 2007)

Prozentsatz pos. Kerne	P	Färbeintensität SI	P
Keine.....	0	Keine Färbung.....	0
< 10%.....	1	Schwach Intensität.....	1
10%–50%.....	2	Imäßige Intensität.....	2
51-80%.....	3	Starke Intensität.....	3
> 80%.....	4		

P = Punkte; SI = Staining Intensity

IRS nach Remmele u. Stegner: $P \times SI = \text{Wert } 0-12$

Cut-Off-Wert nicht angegeben, nach St. Gallen-Konsensus (Goldhirsch et al 2001) gilt 2 und mehr als positiv.

IRS nach Reiner et al: $PP + SI = \text{Wert } 0-7$

Schwach positiv = 3
Mittelgradig positiv = 4,5
Stark positiv = 6,7

HER2/neu⁵⁶ Bestimmung

FELDNAME	HER2/neu Bestimmung
DEFINITION	Durchführung der HER2/neu-Bestimmung durch ICH (Immun-Histo-Chemie-Bestimmung) oder FISH am Tumorgewebe durchgeführt
BEGRÜNDUNG	- Diagnosesicherung - Prognose - Therapieplanung
SYNONYM	Rezeptor Herceptin (KRBW), Her2neu-Messung
DATENTYP	Alphanumerisch
DATENBEREICH	- Ja - Nein - f.A.
BENUTZUNGSHINWEIS	Untersuchung der Her-/neu Status wird im patho-histologischen Befund beschrieben
GÜLTIGKEITSREGELN	Katalog
PRÜFUNGSREGELN	-
REFERENZDOKUMENTE	Sinn et al 2003.
REFERENZORGANISATION	Deutsche Krebsgesellschaft e. V., ADT
KOMMENTAR	Der Her2/neu Wachstumsfaktor wird z. Z. (2009) hauptsächlich bei Mamma- und kolo-rektalen Tumoren untersucht, forschungsgesellschaft e. V., ADT
NCT-REGISTER HEIDELBERG	M05

⁵⁶ Her2/neu (erb-B2, c-erbB2) = human epidermal growth factor receptor 2. Her2/neu gehört zur Familie der epidermalen Wachstumsfaktoren (EGFR)

HER2/neu Score

FELDNAME	HER2/neu Score																		
DEFINITION	Quantifizierung der Expression des Herceptinrezeptors in Tumorgewebe																		
BEGRÜNDUNG	- Diagnosesicherung - Prognose - Therapieplanung																		
SYNONYM	Rezeptor HER2 (KRBW), HER2/neu Genexpression																		
DATENTYP	Alphanumerisch																		
DATENBEREICH	0 1 2 3 999 = f.A.																		
BENUTZUNGSHINWEIS	<ol style="list-style-type: none"> Das Ergebnis des HER2/neu-Scores ist Teil des patho-histologischen Befundes und dort zu finden. In medizinischen Dokumenten finden sich unterschiedliche Schreibweisen des Her2/neu Score-Ergebnisses. Es gelten folgende Überleitungen: Überleitungstabelle <table border="1"> <thead> <tr> <th>Her2/neu Score in medizinischen Dokumenten</th> <th>NCT-R Datenbereich</th> <th>KRBW Datenbereich</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0; negativ; -</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>1+; 1; +</td> <td>1</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>2+; 2; ++</td> <td>2</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>3+; 3; +++</td> <td>3</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Keine Angabe in Dokumenten</td> <td>999</td> <td>Feld leer lassen</td> </tr> </tbody> </table> Ein ICH-Wert von 0 oder 1+ gilt als negativ. Ein ICH-Wert von 3+ gilt als positiv⁵⁷. Ein Wert von 2+ <u>und</u> einem positivem FISH-Test gilt als ebenfalls als positiv. Falls bei mehreren immun-histologisch untersuchten, multifokalen Tumoren unterschiedliche Werte herauskommen, wird der höhere Wert kodiert. Wird in einem medizinischen Dokument von einem positiven Her2/neu -Expression gesprochen, wird ein Score von 3+ (positiv) angenommen. 	Her2/neu Score in medizinischen Dokumenten	NCT-R Datenbereich	KRBW Datenbereich	0; negativ; -	0	0	1+; 1; +	1	1	2+; 2; ++	2	2	3+; 3; +++	3	3	Keine Angabe in Dokumenten	999	Feld leer lassen
Her2/neu Score in medizinischen Dokumenten	NCT-R Datenbereich	KRBW Datenbereich																	
0; negativ; -	0	0																	
1+; 1; +	1	1																	
2+; 2; ++	2	2																	
3+; 3; +++	3	3																	
Keine Angabe in Dokumenten	999	Feld leer lassen																	
GÜLTIGKEITSREGELN	Katalog																		
PRÜFUNGSREGELN	Trifft nur zu, wenn Datenfeld Her2/neu Bestimmung mit „Ja“ kodiert wurde.																		
REFERENZDOKUMENTE	Wolff et al 2007. Sinn et al 2007. Phillips et al 2008.																		
REFERENZORGANISATION	Deutsche Krebsgesellschaft e. V.																		
KOMMENTAR	<ol style="list-style-type: none"> Die Messung der Genexpression des Rezeptors kann unterschiedlich graduiert werden. Die Pathologie (Prof. Sinn) des Brustzentrums der Uni-Frauenklinik Heidelberg gibt den Score in der Dako-Einteilung⁵⁸ an. „Ein positives HER2 Ergebnis ist eine ICH-Anfärbung von 3+ (uniforme, intensive Membrananfärbung von > 30 % der invasiven Tumorzellen)“. 																		
NCT-REGISTER HEIDELBERG	M05																		

⁵⁷ Kreienberg et al (Steuerung) 2012, S. 97.

⁵⁸ Sinn et al 2007, S. B45 f.

Gen-Amplifikation FISH

FELDNAME	Gen-Amplifikation FISH
DEFINITION	Bestimmung des Grades der HER2/neu-Genamplifikation mittels der FISH-Methode (Fluoreszenz-in-situ-Hybridisierung) im Histologiepräparat bei Brusttumoren
BEGRÜNDUNG	- Bestimmung des Grades der Genexpression von Her2/neu für Therapieentscheidung mit Trastuzumab (Herceptin™) - FISH bei anderen Tumorfaktoren
SYNONYM	Fluoreszenz- <i>in-situ</i> -Hybridisierung (FISH) Sonde
DATENTYP	Alphanumerisch
DATENBEREICH	- Ja - Nein - f. A.
BENUTZUNGSHINWEIS	Untersuchung des HER2/neu Rezeptors und Anzahl der Signale mittels FISH werden im patho-histologischen Befund beschrieben
GÜLTIGKEITSREGELN	Katalog
PRÜFUNGSREGELN	Trifft nur zu bei Mammatumoren
REFERENZDOKUMENTE	Sinn et al 2007 Pardue and Gall 1969
REFERENZORGANISATION	Deutsche Krebsgesellschaft e. V. PNAS
KOMMENTAR	Anzahl der Fluoreszenzsignale pro Zellkern drückt die Anzahl der exprimierten Genkopien des epidermalen Wachstumsfaktorrezeptors (EGFR) aus.
NCT-REGISTER HEIDELBERG	M05

Anzahl Signale bei FISH

FELDNAME	Anzahl Signale bei FISH								
DEFINITION	Beschreibt die Anzahl der Fluoreszenzsignale pro Zellkern im Histologiepräparat als Ausdruck der Expressionsstärke des HER2/neu-Rezeptors								
BEGRÜNDUNG	- Bestimmung des Grades der Genexpression von Her2/neu für Therapieentscheidung mit Trastuzumab (Herceptin™)								
SYNONYM	Fluoreszenz- <i>in-situ</i> -Hybridisierung (FISH) Sonde								
DATENTYP	Alphanumerisch								
DATENBEREICH	0-99 999 f. A.								
BENUTZUNGSHINWEIS	Untersuchung des HER2/neu Rezeptors und Anzahl der Signale mittels FISH werden im patho-histologischen Befund beschrieben Wenn der FISH-Test als „positiv“ bezeichnet wird, wird in den Datenbereich 0-99 mindestens „2) eingetragen. (Alle Werte > 2 gelten als „positiv“. Ein Wert von „1“ gilt als grenzwertig, ein Wert von „0“ als negativ.								
GÜLTIGKEITSREGELN	Katalog								
PRÜFUNGSREGELN	Datenfeld kann nur ausgefüllt sein, wenn „FISH durchgeführt Ja“ kodiert ist.								
REFERENZDOKUMENTE	Wolff et al 2007 Sinn et al 2003 Pardue and Gall 1969								
REFERENZORGANISATION	Deutsche Krebsgesellschaft e. V. PNAS								
KOMMENTAR	1. Anzahl der Fluoreszenzsignale pro Zellkern drückt die Anzahl der exprimierten Genkopien des epidermalen Wachstumsfaktorrezeptors (EGFR) aus. 2. Ein FISH-Ergebnis von mehr als 6 Kopien pro Kern oder ein FISH-Verhältnis (HER2 Signal zu Chromosom-17 Signal) von mehr als 2.2 gilt als positiv. Ein FISH-Ergebnis von weniger als 4 Kopien pro Kern oder ein FISH-Verhältnis (HER2-Signal zu Chromosom-17 Signal) von weniger als 1.8 gilt als negativ ⁵⁹ . Interpretation des HER2 Status für FISH nach ASCO/CAP ⁶⁰ : <table border="1"> <thead> <tr> <th>HER2 Status</th> <th>Durchschnittliches HER2/CEP 17⁶¹ Verhältnis (FISH)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Nicht verstärkt</td> <td>< 1.8</td> </tr> <tr> <td>Zweifelhaft</td> <td>1.8-2-2</td> </tr> <tr> <td>Verstärkt</td> <td>>2.2</td> </tr> </tbody> </table>	HER2 Status	Durchschnittliches HER2/CEP 17 ⁶¹ Verhältnis (FISH)	Nicht verstärkt	< 1.8	Zweifelhaft	1.8-2-2	Verstärkt	>2.2
HER2 Status	Durchschnittliches HER2/CEP 17 ⁶¹ Verhältnis (FISH)								
Nicht verstärkt	< 1.8								
Zweifelhaft	1.8-2-2								
Verstärkt	>2.2								
NCT-REGISTER HEIDELBERG	M05								

⁵⁹ Gong et al 2009/1; Wolff et al 2007.⁶⁰ ASCO, American Society of Clinical Oncology; CAP, College of American Pathologists, s. Gong et al 2009/1.⁶¹ CEP 17 ist die Abkürzung für Centromere des Chromosome 17

Gen-Amplifikation CISH

FELDNAME	Gen-Amplifikation CIS
DEFINITION	Chromogene Bestimmung des Grades der HER2/neu-Genamplifikation mittels der CISH-Methode (Chromogene In-Situ-Hybridisierung) im Histologiepräparat bei Brusttumoren HER2
BEGRÜNDUNG	- Bestimmung des Grades der Genexpression von Her2/neu für Therapieentscheidung
SYNONYM	CISH-Sonde, dual-color chromogenic in situ Hybridisierung, dc-CISH
DATENTYP	Alphanumerisch
DATENBEREICH	- Ja - Nein - f. A.
BENUTZUNGSHINWEIS	Untersuchung des HER2/neu Rezeptors und Anzahl der Signale mittels CISH werden im patho-histologischen Befund beschrieben
GÜLTIGKEITSREGELN	Katalog
PRÜFUNGSREGELN	Trifft nur zu bei Mammatumoren
REFERENZDOKUMENTE	Gong et al 2009/1 Gong et al 2009/2 Zhao et al 2002 Laakso et al 2006 Kreienberg et al (Steuergruppe) 2012 (S3-Leitlinie)
REFERENZORGANISATION	ASCO CAP Deutsche Gesellschaft für Senologie
KOMMENTAR	Indikation zu CISH Durchführung bei zweifelhaften ICH Bestimmung von HER2 oder als Ergänzung und Validierung von FISH.
NCT-REGISTER HEIDELBERG	M05

Anzahl Signale bei CISH

FELDNAME	Anzahl Signale bei CISH								
DEFINITION	Beschreibt die Anzahl der Fluoreszenzsignale pro Zellkern im Histologiepräparat als Ausdruck der Expressionsstärke des HER2/neu-Rezeptors								
BEGRÜNDUNG	- Bestimmung des <i>Grades</i> der Genexpression von Her2/neu für Therapieentscheidung mit Trastuzumab (Herceptin™)								
SYNONYM	Fluoreszenz- <i>in-situ</i> -Hybridisierung (CISH) Sonde								
DATENTYP	Alphanumerisch								
DATENBEREICH	0-99 999 f. A. 0 1+ 2+ 3+ f. A.								
BENUTZUNGSHINWEIS	Untersuchung des HER2/neu Rezeptors und Anzahl der Signale mittels CISH werden im patho-histologischen Befund beschrieben								
GÜLTIGKEITSREGELN	Katalog								
PRÜFUNGSREGELN	Datenfeld kann nur ausgefüllt sein, wenn „CISH durchgeführt Ja“ kodiert ist.								
REFERENZDOKUMENTE	Zhao et al 2002 Laakso et al 2006 Gong et al 2009/1 Gong et al 2009/2 Kreienberg et al (Steuergruppe) 2012								
REFERENZORGANISATION	Deutsche Krebsgesellschaft e. V.								
KOMMENTAR	CISH ist definiert als HER2 Amplifikation basierend auf der absoluten Anzahl der HER2 Genkopien pro Kern, gewöhnlich ohne Korrektur für Chromosome 17 Polysomie ⁶² . Anzahl der ignale drückt die Anzahl der exprimierten Genkopien des epidermalen Wachstumsfaktorrezeptors (EGFR) aus. Interpretation des HER2 Status für CISH nach ASCO/CAP ⁶³ : <table border="1"> <thead> <tr> <th>HER2 Status Genamplifikation</th> <th>Durchschnittliche HER2 Kopienzahl (CISH)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Nicht verstärkt</td> <td>< 4</td> </tr> <tr> <td>Zweifelhaft</td> <td>4-6</td> </tr> <tr> <td>Verstärkt</td> <td>>6</td> </tr> </tbody> </table>	HER2 Status Genamplifikation	Durchschnittliche HER2 Kopienzahl (CISH)	Nicht verstärkt	< 4	Zweifelhaft	4-6	Verstärkt	>6
HER2 Status Genamplifikation	Durchschnittliche HER2 Kopienzahl (CISH)								
Nicht verstärkt	< 4								
Zweifelhaft	4-6								
Verstärkt	>6								
NCT-REGISTER HEIDELBERG	M05								

⁶² Gong et al 2009/2⁶³ ASCO, American Society of Clinical Oncology; CAP, College of American Pathologists, s. Gong et al 2009.

Anzahl Sentinel-Lymphknoten befallen

FELDNAME	Anzahl Sentinel-Lymphknoten befallen
DEFINITION	Anzahl der histologisch mit neoplastischen Zellen befallenen Wächter-Lymphknoten im Abflussgebiet des Primärtumors. Als „befallen“ gelten Sentinel-LK, in denen der Pathologe mikroskopisch und / oder histochemisch maligne Zellen des Primärtumors nachweist.
BEGRÜNDUNG	- Befall von Sentinel-LK Entscheidungskriterium für Therapiestrategie. - Prognoseparameter. - Voraussetzung für die Sentinel-N-Klassifizierung nach TNM-Klassifikation maligner Tumoren
SYNONYME	Zahl Wächter-LK befallen, Zahl Schildwächter-LK positiv
DATENTYP	Numerisch
DATENBEREICH	1-99 999
BENUTZUNGSHINWEIS	1. Sentinel-LK werden im Rahmen der TNM-Klassifikation, 6. Aufl. 2002 und 7. Auflage 2010, wie dort beschrieben, dokumentiert. pNX(sn) = Schildwächterlymphknoten histologisch nicht beurteilbar pN0(sn) = Histologisch kein LK-Befall pN1(sn) = Befall mindestens eines Schildwächterlymphknotens. 2. Angabe findet sich im patho-histologischen Bericht. 3. 999 bedeutet, dass Sentinel-Untersuchung durchgeführt wurde, aber die Anzahl positiver S-LK nicht bekannt ist. 4. Ein leeres Feld bedeutet, dass keine Informationen über eine Sentinel-Untersuchung vorhanden sind.
GÜLTIGKEITSREGELN	Zahl; ein leeres Feld gilt in der Auswertung als „missing“.
PRÜFUNGSREGELN	Wenn das Feld kodiert ist, muss das Feld „Zahl untersuchter Sentinel-LK“ kodiert sein. Feld kann nur kodiert sein, wenn OPS-Sentinel verschlüsselt ist.
REFERENZDOKUMENTE	TNM-Klassifikation, 6. Auflage 2002 TNM-Klassifikation, 7. Auflage 2010 Dudek et al (Hrsg.) 1999
REFERENZORGANISATION	UICC Deutsche Krebsgesellschaft, ADT
KOMMENTAR	Wichtiges Datenelement für alle Entitäten mit Sentinel-LK-Untersuchungen und Qualitätskontrolle (benchmarking)
NCT-REGISTER HEIDELBERG	Organspezifisch ist für bestimmte Entitäten ein Datenfeld „Anzahl befallene LK“ einzufügen. Für Auswertungen des Sentinel-LKs kann die TNM-Klassifizierung und / oder der OPS zum Auffinden des Patientenkollektivs herangezogen werden, bei dem ein Sentinel-Verfahren durchgeführt wurde. Dokumentation in M05.

Anzahl Sentinel-Lymphknoten untersucht

FELDNAME	Anzahl Sentinel-Lymphknoten untersucht
DEFINITION	Anzahl der vom Pathologen histologisch untersuchten Sentinel-Lymphknoten im Abflussgebiet des Primärtumors. Als „untersucht“ gelten Sentinel-LK, die der Pathologe mikroskopisch und / oder histochemisch auf maligne Zellen des Primärtumors untersucht hat.
BEGRÜNDUNG	<ul style="list-style-type: none"> - Bei pN0 ist die Dokumentation der Anzahl untersuchter LK ein Hinweis auf die Verlässlichkeit des Befundes; - Datenelement ist ein Qualitätskriterium bei operativer Intervention;
SYNONYME	Wächter-Lymphknoten untersucht (KRBW)
DATENTYP	Numerisch
DATENBEREICH	0-99 999
BENUTZUNGSHINWEIS	<ol style="list-style-type: none"> 1. Anzahl <i>aller</i> untersuchten Sentinel-LK werden kodiert. 2. Untersuchte Sentinel-LK werden im Rahmen der TNM-Klassifikation, 6. und 7. Auflage 2002 resp. 2010 wie folgt dokumentiert: pNX(sn) = Schildwächterlymphknoten histologisch nicht beurteilbar pN0(sn 0/2) = 2 Sentinel-LK untersucht pN1(sn 1/2) = Befall eines (der) Schildwächterlymphknotens von zwei untersuchten. 3. Wenn keine Anzahl der Sentinel-LK angegeben ist, wird 999 kodiert. 4. Angabe findet sich im patho-histologischen Bericht.
GÜLTIGKEITSREGELN	<ul style="list-style-type: none"> - Ein leeres Feld bedeutet f. A. = keine Informationen zur Anzahl der untersuchten S-LK. - 999 bedeutet, S-LK wurden untersucht, deren Anzahl ist aber nicht abstrahierbar. - Ein leeres Feld gilt in der Auswertung als „missing“.
PRÜFUNGSREGELN	<ul style="list-style-type: none"> - Wenn Feld kodiert ist, muss das Feld „Anzahl befallener Sentinel-LK“ auch verschlüsselt sein. - Feld kann nur kodiert sein, wenn OPS-Sentinel aktiv verschlüsselt wurde, eine Sentinel-Untersuchung also durchgeführt wurde.
REFERENZDOKUMENTE	TNM-Klassifikation, 6. Auflage 2002 TNM-Klassifikation, 7. Auflage 2010 Dudek et al (Hrsg.) 1999
REFERENZORGANISATION	UICC Deutsche Krebsgesellschaft, ADT
KOMMENTAR	Datenelement ist Bedingung für die Qualitätssicherung onkologischer Behandlung bei verschiedenen Entitäten
NCT-REGISTER HEIDELBERG	<ol style="list-style-type: none"> 1. Organspezifisch, wo gefordert, muss ein Datenfeld für die Angabe „Anzahl der untersuchten Lymphknoten“ eingefügt werden (s. a. „Anzahl der befallenen Lymphknoten“ oben). 2. Für Auswertungen des Sentinel-LKs kann die TNM-Klassifizierung und / oder der OPS. 3. Dokumentation in M05.

Tumorresektion im Gesunden

FELDNAME	Tumorresektion im Gesunden
DEFINITION	Mikroskopische Befundaussage des Pathologen, ob Tumor im Gesunden entfernt wurde; „im Gesunden“ heißt, dass sämtliche Resektionsränder von Tumorgewebe frei sind und im lokal-operativen Tumorgebiet kein Resttumorgewebe verblieben ist; lokale R-Situation, siehe dort.
BEGRÜNDUNG	- Prognoseparameter - Parameter weiterer Therapieentscheidungen
SYNONYM	Lokale R-Situation Lokale Residualtumorsituation Lokaler Residualtumor Lokales Tumorgeschehen „Radikalität“
DATENTYP	Alphanumerisch
DATENBEREICH	Ja Nein f. A.
BENUTZUNGSHINWEIS	<ol style="list-style-type: none"> Das Merkmal bezieht sich ausschließlich auf den lokalen OP-Befund und wird unabhängig vom „Definitiven Residual-Status“, s. dort, festgelegt. Merkmal ist ein pathologisch-mikroskopischer Befund: „Ja“ bedeutet R0 = Kein Residualtumor nachweisbar. Abstand > 1 mm → Kein Resttumor. Minimaler Abstand zwischen Tumor und Resektionsrand > 1 mm. Für jede einzelne Operation wird dieses Datenfeld ausgefüllt, d. h. das Feld kann mehrfach beim gleichen Tumor und beim gleichen Patienten mit unterschiedlichen Datumsfeldern angelegt und kodiert werden. Die definitive R-Situation umfasst den lokalen und den Metastasenbefund und wird getrennt in M03 verschlüsselt. „Nein“ bedeutet R1 = Residualtumor ist im Tumorbett verblieben und lokal pathologisch-mikroskopisch nachgewiesen. Minimaler Abstand zwischen Tumor und Resektionsrand determiniert „im Gesunden“ oder „nicht im Gesunden“. Wenn Pathologe bei einem Abstand ≤ 1 mm dennoch R0 = „im Gesunden“ festlegt, wird dieses R0 kodiert. „f. A.“ bedeutet: es liegt keine Information vor, ob eine Tumorresektion im Gesunden erfolgt ist oder nicht. Vorhandensein von Resttumor kann nicht beurteilt werden. Entspricht RX.
GÜLTIGKEITSREGELN	Ausprägungen der Merkmale im Datenbereich
PRÜFUNGSREGELN	Datenfeld kann nur ausgefüllt sein, wenn eine OP durchgeführt wurde.
REFERENZDOKUMENTE	Sinn et al 2003. Wittekind, Meyer 2010. Kreienberg et al (Steuerungsgruppe) 2012.
REFERENZORGANISATION	Deutsche Krebsgesellschaft e. V. UICC AWMF DGGG DKG Deutsche Krebsgesellschaft
KOMMENTAR	Die Bewertung „im Gesunden“ (R-Situation) bei Nachweis von isolierten Tumorzellen (ITC) oder einem molekularem Nachweis von Tumormaterial < 1 mm vom Resektionsrand für die Tumorbettsituation ist unseres Wissens nicht geklärt. Für N-Beurteilung bei isolierten Tumorzellen und molekularem Nachweis, s. Wittekind, Meyer 2010, S. 19.
NCT-KREBSEGISTER HEIDELBERG	M05, M07

Menopausen-/ Hormonstatus (bei Diagnose)⁶⁴

FELDNAME	Menopausenstatus
DEFINITION	Hormonelle Situation einer Frau in Bezug auf die letzte Menstruationsblutung zum Zeitpunkt der Diagnose
BEGRÜNDUNG	- Erfassung des hormonellen Status einer Frau in Bezug auf das Auftreten eines Mammakarzinoms und anderer gynäkologisch-hormonabhängiger Neoplasien - Bewertung des Menopausenstatus in Bezug auf eine Hormonsubstitution bzw. den Hormonstatus
SYNONYME	Der Menopausenstatus (KRBW), Regelstatus
DATENTYP	Text
DATENBEREICH	- Prämenopausal - Schwanger - Perimenopausal - Postmenopausal - HRT - Hormonelle Antikonception - Stillperiode - Keine Hormoneinnahme ⁶⁵ - Sonstiges - Unbekannt - f. A.
BENUTZUNGSHINWEIS	1. Mehrfachnennung möglich 2. Nur auszufüllen bei Patienten mit epithelialen Neoplasien (Mammakarzinome).
GÜLTIGKEITSREGELN	Katalog der Merkmale des Datenbereichs
PRÜFUNGSREGELN	-
REFERENZDOKUMENTE	-
REFERENZORGANISATION	-
KOMMENTAR	Für Meldung an das KRBW gilt hormonelle Situation bei ED: - Schwanger → prämenopausal - HRT → perimenopausal - Stillperiode → prämenopausal - Hormonelle Antikonception → prämenopausal - Keine Hormone und ohne weitere Informationen → bei Patientin ≥ 50 = postmenopausal; → bei Patientin ≤ 50 prämenopausal
NCT-REGISTER HEIDELBERG	M02

⁶⁴ Dieses organspezifische Datenfeld wird aufgrund fehlender belastbarer Daten in den medizinischen Dokumenten des ISH-med nicht dokumentiert.

⁶⁵ Östrogen und / oder Gestagene.

2 Tumoren des Ovars und des Peritoneums

2.1 Geltungsbereich Ovar und Peritoneum

C56.9 Ovar

C48.1 Näher bezeichnete Teile des Peritoneums, Excavatio rectouterina, Douglas-Raum, Mesenteriolum der Appendix, Mesenterium, Mesokolon, Omentum und näher bezeichnete Teile des Peritoneums

C48.2 Peritoneum o. n. A., Peritonealhöhle

2.2 Verschlüsselung der Tumoren des Ovars

Tabelle 2.1 enthält die in der WHO Klassifikation der „Tumoren der Brust und weiblichen Geschlechtsorganen“ 2003⁶⁶ aufgeführten Tumoren des Ovars der Dignität /1, /2 und /3, die nach Tumorarten geordneten Tumornamen, die zugehörige ICD-O-3-M-Ziffer, die ICD-3-Topographieziffer und die zugehörige ICD-10-Diagnoseziffer.

Tab 2.1 Verschlüsselung der Tumoren des Ovars⁶⁷

TUMOR	ICD-O-3-M	ICD-O-3-T	ICD-10-GM 2014
Epithelial-stromale Oberflächentumoren			
Seröse Tumoren			
Seröses Adenokarzinom o. n. A.	8441/3	C56.9	C56
Seröses papilläres Oberflächenkarzinom	8461/3	C56.9	C56
Seröses Adenokarzinofibrom	9014/3	C56.9	C56
Seröses Zystadenom mit Borderline-Malignität (<i>papillär zystischer Tumor</i>)	8442/1	C56.9	D39.1
Serös-papillärer Oberflächentumor mit Borderline-Malignität	8463/1	C56.9	D39.1
Seröses Adenofibrom mit Borderline-Malignität	9014/1	C56.9	D39.1
Muzinöse Tumoren			
Muzinöses Adenokarzinom (<i>inkl. Zystadenokarzinom u. hochprismatisch-zelluläres muzinöses Karzinom</i>)	8480/3	C56.9	C56
Muzinöses Adenokarzinofibrom	9015/3	C56.9	C56
Muzinöser zystischer Tumor mit Borderline-Malignität (<i>inkl. intestinaler Typ, endozervikal-ähnlich</i>)	8472/1	C56.9	D39.1
Muzinöses Adenokarzinom (<i>mit Pseudomyxoma peritonei</i>)	8480/3	C56.9	C56, C78.6
Endometroide Tumoren einschl. Varianten mit squamöser Differenzierung			
Endometrioides Adenokarzinom o. n. A.	8380/3	C56.9	C56
Malignes endometrioides Adenofibrom	8381/3	C56.9	C56
Maligner Müller-Mischtumor (<i>Karzinom</i>)	8950/3 ⁶⁸	C56.9	C56, C54.0-9
Adenosarkom	8933/3	C56.9	C56
Niedrigmalignes Stromasarkom des Endometriums (<i>endometrioides stromales Sarkom</i>)	8931/3	C56.9	C56
Undifferenziertes Sarkom (<i>ovariell</i>)	8805/3	C56.9	C56
Atypischer proliferativer endometrioider Tumor (<i>zystischer Tumor</i>)	8380/1	C56.9	D39.1

⁶⁶ Tavassoli, Devilee 2003

⁶⁷ Tabelle1 enthält alle Tumoren der Eierstöcke, die in der WHO Klassifikation 2003 aufgeführt sind.

⁶⁸ Horn et al 2009.

TUMOR	ICD-O-3-M	ICD-O-3-T	ICD-10-GM 2014
Endometrioides Adenofibrom mit Borderline-Malignität (<i>Zystadenofibrom</i>)	8381/1	C56.9	D39.1
Klarzellige Tumoren			
Klarzelliges Adenokarzinom o. n. A.	8310/3	C56.9	C56
Klarzelliges Adenokarzinofibrom	8313/3	C56.9	C56
<i>Zystischer Tumor Borderline</i> ⁶⁹	8310/1	C56.9	D39.1
Klarzelliges Adenofibrom (<i>und Zystadenofibrom</i>) mit Borderline-Malignität	8313/1	C56.9	D39.1
Übergangszell-Tumoren (Transitionalzell-Tumoren)			
Urothelkarzinom o. n. A. (<i>Nicht-Brenner-Typ</i>)	8120/3	C56.9	C56
Maligner Brenner-Tumor	9000/3	C56.9	C56
Brenner-Tumor mit Borderline-Malignität (<i>inkl. proliferierende Variante</i>)	9000/1	C56.9	D39.1
Plattenepithel-Tumoren			
Plattenepithelkarzinom o. n. A. (<i>inkl. Epidermoidzyste</i>)	8070/3	C56.9	C56
Gemischte epitheliale Tumoren			
Gemischtzelliges Adenokarzinom	8323/3	C56.9	C56
<i>Gemischtzelliges Adenom</i> ⁷⁰ (<i>Borderline</i>)	8323/1	C56.9	D39.1
Undifferenzierte und unklassifizierte Tumoren			
Undifferenziertes Karzinom o. n. A.	8020/3	C56.9	C56
Adenokarzinom o. n. A.	8140/3	C56.9	C56
Keimstrang-Stromatumoren			
Adulter Granulosazelltumor	8620/1	C56.9	D39.1
Juveniler Granulosazelltumor	8622/1	C56.9	D39.1
Zellreiches Fibrom	8810/1	C56.9	D39.1
Fibrosarkom o. n. A.	8810/3	C56.9	C56
Stromatumor mit geringeren Keimstranganteilen	8593/1	C56.9	D39.1
Sertoli-Stromazelltumoren			
Intermediär differenzierter Sertoli-Leydig-Zell-Tumor	8631/1	C56.9	D39.1
Intermediär differenz. Sertoli-Leydig-Zell-Tumor mit heterologen Elementen	8634/1	C56.9	D39.1
Schlecht differenzierter Sertoli-Leydig-Zell-Tumor	8631/3	C56.9	C56
Schlecht differenzierter Sertoli-Leydig-Zell-Tumor mit heterologen Elementen	8634/3	C56.9	C56
Retiformer Sertoli-Leydig-Zell-Tumor	8633/1	C56.9	D39.1
Sertoli-Zell-Tumor o. n. A.	8640/1	C56.9	D39.1
Keimstrang Stromatumoren gemischter oder unklassifizierter Zelltypen			
Keimstrangtumor mit anulären Tubuli	8623/1	C56.9	D39.1
Gynandroblastom	8632/1	C56.9	D39.1
Keimstrang-Stromatumor o. n. A.	8590/1	C56.9	D39.1
Steroidzelltumoren			
Leydig-Zell-Tumor o. n. A.	8650/1	C56.9	D39.1
Maligner Steroidzelltumor	8670/3	C56.9	C56
Keimzellzelltumoren			
Dysgerminom	9060/3	C56.9	C56
Dottersacktumor (<i>inkl. polyvesikulärer Vitellintumor, glandulärer und hepatoider Dottersacktumor</i>)	9071/3	C56.9	C56
Embryonalkarzinom o. n. A.	9070/3	C56.9	C56
Polyembryom	9072/3	C56.9	C56
Chorionkarzinom o. n. A.	9100/3	C56.9	C56
Geminaler Mischttumor (<i>inklusive Teratom und Seminom</i>)	9085/3	C56.9	C56
Malignes Teratom o. n. A.	9080/3	C56.9	C56
Monodermale Teratom- und somato-typische Tumoren assoziiert mit Dermoidzysten; Keimzell-Keimstrang-Stroma-Tumoren			
Maligne Struma ovarii	9090/3	C56.9	C56
Karzinoidtumor o. n. A. (<i>inklusive insulär und trabekulär</i>)	8240/3	C56.9	C56
Maligner Enterochromaffin-like-cell-Tumor (Malignes ECL-Zell-Karzinoid)	8242/3	C56.9	C56
Becherzellkarzinoid (Mukokarzinoidtumor, Muzinöses Karzinoid)	8243/3	C56.9	C56

⁶⁹ Borderline-Dignität /1 in der ICD-O-3 nicht aufgeführt⁷⁰ Borderline-Dignität /1 in der ICD-O-3 nicht aufgeführt.

TUMOR	ICD-O-3-M	ICD-O-3-T	ICD-10-GM 2014
Struma-Karzinoid (Struma ovarii und Karzinoid)	9091/1	C56.9	D39.1
Ependymom o. n. A.	9391/3	C56.9	C56
Primitiver neuroektodermaler Tumor o. n. A.	9473/3	C56.9	C56
Medulloepitheliom o. n. A.	9501/3	C56.9	C56
Glioblastom o. n. A. (Glioblastoma multiforme)	9440/3	C56.9	C56
Plattenepithelkarzinom o. n. A.	8070/3	C56.9	C56
Adenokarzinom o. n. A.	8140/3	C56.9	C56
Malignes Melanom o. n. A.	8720/3	C56.9	C56
Talgdrüsenadenokarzinom	8410/3	C56.9	C56
Gonadoblastom	9073/1	C56.9	D39.1
Rete ovarii-Tumoren			
Malignes Mesonephrom (Karzinom des Wolff-Ganges, Mesonephrisches Adenokarzinom, Mesonephrom o. n. A.)	9110/3	C57.7, C56.9	C56
Sonstige Tumoren			
Kleinzelliges Karzinom o. n. A. (<i>hyperkalzämischer und pulmonaler Typ</i>)	8041/3	C56.9	C56
Großzelliges neuroendokrines Karzinom	8013/3	C56.9	C56
Hepatoides Adenokarzinom	8576/3	C56.9	C56
Diffuses malignes Mesotheliom	9050/3	C56.9	C56
Nephroblastom o. n. A. (Wilms Tumor)	8960/3	C56.9	C56
Chorionkarzinom o. n. A. (<i>gestational</i>)	9100/3	C56.9	C56
Adenoid-zystisches Karzinom	8200/3	C56.9	C56
Basalzelltumor	8090/1	C56.9	D39.1
Mesonephrischer Tumor o. n. A. (<i>Ovarieller Tumor des Wolff-Ganges</i>)	9110/1	C57.7	D39.1
Extraadrenales Paragangliom o. n. A.	8693/1	C56.9	D39.1
Lymphoide und hämatopoietische Tumoren			
Maligne Lymphome (lymphoide Neoplasien)	9590/3- 9729/3	C56.9	C81.- bis C88.-
Leukämie (myeloische Neoplasien)	9800/3- 9975/1	C56.9	C91.- bis C96.-
Plasmozytom	9734/3	C56.9	C90.2- bis C90.3-

2.2.1 Ovarielle Tumor-Morphologien, die in der WHO 2003 Klassifikation fehlen

Einige Borderline-Histomorphologien (8444/1, 8451/1 und 8473/1) des Ovars sind in der WHO Klassifikation 2003 nicht enthalten. Es wird empfohlen, ab 01.01.2012 diese Morphologieziffern entsprechend Tab 2.2 zu ersetzen.

Tab 2.2 Überleitung einiger Borderline-Morphologien des Ovars, die in der WHO Klassifikation 2003 weggelassen sind und durch andere Ziffern ersetzt werden sollen

Tumor	ICD-O-3-M	ICD-O-3-T	ICD-10-GM 2014	Empfohlene Morphologie-Kodierung
Klarzelliger zystischer Tumor mit Borderline-Malignität	[8444/1]	C56.9	D39.1	8310/1 Klarzelliger zystischer Borderline Tumor oder 8313/1 Klarzelliges Adenofibrom (und Zystadenofibrom) mit Borderline-Malignität
Papilläres Zystadenom mit Borderline-Malignität	[8451/1]	C56.9	D39.1	8462/1 Serös-papillärer zystischer Tumor mit Borderline-Malignität
Muzinöses papilläres Zystadenom mit Borderline-Malignität	[8473/1]	C56.9	D39.1	8472/1 Muzinöser zystischer Tumor mit Borderline-Malignität

2.3 Verschlüsselung der Tumoren des Peritoneums

2.3.1 Geltungsbereich

- 48.1 Näher bezeichnete Teile des Peritoneums, Excavatio rectouterina, Douglas-Raum, Mesenteriolum der Appendix, Mesenterium, Mesokolon, Omentum und näher bezeichnete Teile des Peritoneums
- 48.2 Peritoneum o. n. A., Peritonealhöhle

2.3.2 Verschlüsselung

Tabelle 2.1 enthält die in der 2003 WHO-Klassifikation der „Tumoren der Brust und weiblichen Geschlechtsorganen“⁷¹ aufgeführten Tumoren des Peritoneums der Dignität /1 und /3, den Tumornamen, die ICD-O-3-M-Ziffer, die ICD-3-Topographieziffer und die zugehörige ICD-10-Diagnoseziffer.

Tab 2.3 Verschlüsselung der Tumoren des Peritoneums⁷²

Tumor ⁷³	ICD-O-3-M	ICD-O-3-Lokalisation	ICD-10-GM 2014
Mesotheliale Tumoren			
Diffuses malignes Mesotheliom (DMM)	9050/3	C48.1-2	C45.1
<i>Multizystisches Mesotheliom⁷⁴</i>	<i>9055/1</i>	C48.1-2	D48.4
Tumor unbekannter Abstammung			
Desmoplastischer kleinzelliger Tumor	8806/3	C48.1-2	C48.1, C48.2
Epitheliale Tumoren			
Seröses papilläres Oberflächenkarzinom (primäres seröses papilläres Karzinom des Peritoneums)	8461/3	C48.1-2	C48.1, C48.2

Anmerkung:

⁷¹ Tavassoli, Devilee 2003.

⁷² Tabelle 2.3 enthält alle Tumoren mit Ursprungslokalisierung Peritoneum. Das 8480/6 Pseudomyxoma peritoneum gehört *nicht* zu den primären Bauchfelltumoren sondern ist ein metastasiertes „Muzinöses Adenokarzinom“ meist der Eierstöcke oder mit unbekanntem Ursprung. Das „Pseudomyxoma peritonei“ soll unter keinen Umständen mit der ICD-O-3-T „Peritoneum“ dokumentiert werden, da das Peritoneum bisher als Ursprung eines Muzinösen Adenokarzinom nicht bekannt geworden ist.

⁷³ Offizielle Bezeichnung des Tumors nach der ICD-O-3-Morphologie. Abweichende Begriffe aus Tavassoli, Devilee 2003 oder eigene Ergänzungen in *Kursivschrift*.

⁷⁴ In der ICD-O-3 wird nur „9055/0 Multizystisches benignes Mesotheliom“ aufgeführt; in der WHO-Klassifikation 2008 wird die Dignität /0 durch /1 ersetzt.

3 Tumoren der Eileiter (Tuba uterina) und Gebärmutter-Ligamente

3.1 Geltungsbereich Eileiter und Gebärmutterligamente

C57.0	Eileiter, Tubae uterinae
C57.1-4	Ligamentum latum uteri, Mesovarium, Parovarialregion
C57.2	Ligamentum rotundum
C57.3	Parametrium, Ligamentum cardinal, Uterusband o. n. A.
C57.4	Weibliche Adnexe, Adnexe o. n. A.

3.2 Verschlüsselung der Tumoren der Eileiter und Gebärmutterligamente

Tabelle 2.1 enthält die in der WHO-Klassifikation der „Tumoren der Brust und weiblichen Geschlechtsorganen“ 2003⁷⁵ aufgeführten Tumoren der Eileiter und Gebärmutterligamente der Dignität /1, /2 und /3, die Tumornamen, die ICD-O-3-M-Ziffer, die ICD-3-Topographieziffer und die zugehörige ICD-10-Diagnoseziffer.

Tab 3.1 Verschlüsselung der Tumoren der Eileiter⁷⁶

Tumor ⁷⁷	ICD-O-3-M	ICD-O-3-T	ICD-10-GM 2014
Epitheliale Tumoren			
Seröses Adenokarzinom o. n. A.	8441/3	C57.0	C57.0
Muzinöses Adenokarzinom (<i>inkl. Zystadenokarzinom u. hochprismatisch-zelluläres muzinöses Karzinom</i>)	8480/3	C57.0	C57.0
Endometrioides Adenokarzinom o. n. A.	8380/3	C57.0	C57.0
Klarzelliges Adenokarzinom o. n. A.	8310/3	C57.0	C57.
Übergangszellkarzinom o. n. A.	8120/3	C57.0	C57.0
Plattenepithelkarzinom o. n. A.	8070/3	C57.0	C57.0
Undifferenziertes Karzinom o. n. A.	8020/3	C57.0	C57.0
Borderline Tumoren			
Seröses Zystadenom mit Borderline-Malignität (Seröser Tumor mit geringem Malignitätspotential o. n. A.)	8442/1		D39.7
Muzinöser zystischer Tumor mit Borderline-Malignität (<i>inkl. intestinaler Typ, endozervikal-ähnlich</i>)	8472/1	C57.0	D39.7
Endometrioides Adenom mit Borderline-Malignität	8380/1	C57.0	D39.7
Muzinöses Adenokarzinofibrom	9015/3	C57.0	C57.0
<i>Carcinoma in situ</i>	xxxx/2	C57.0	D07.3
Gemischt epithelial-mesenchymale Tumoren			
Maligner Müller-Mischtumor	8950/3	C57.0	C57.0
Adenosarkom	8933/3	C57.0	C57.0
Weichgewebe-Tumoren			
Leiomyosarkom o. n. A.	8890/3	C57.0	C57.0
Keimzell-Tumoren			

⁷⁵ Tavassoli, Devilee 2003

⁷⁶ Tabelle 3.1 enthält alle Tumoren der Eileiter (Tuba uterina, Tuba Fallopii, Salpinx), die in der WHO Klassifikation 2003 [Tavassoli, Devilee (eds)] aufgeführt sind.

⁷⁷ Offizielle Bezeichnung des Tumors nach der ICD-O-3-Morphologie. Abweichende Begriffe aus Tavassoli, Devilee 2008 oder eigene Ergänzungen in *Kursivschrift*.

Tumor⁷⁷	ICD-O-3- M	ICD-O-3- T	ICD-10-GM 2014
Malignes Teratom o. n. A. (Embryonales Teratom, Teratoblastom)	9080/3	C57.0	C57.0
Trophoblastische Krankheit			
Chorionkarzinom o. n. A.	9100/3	C57.0	C57.0
Trophoblastischer Plazentatumor	9104/1	C57.0	D39.7

Tab 3.2 Verschlüsselung der Tumoren des breiten Ligaments und anderer Ligamente der Gebärmutter⁷⁸

Tumor⁷⁹	ICD-O-3- M	ICD-O-3- T	ICD-10-GM 2014
Epitheliale Tumoren			
Seröses Adenokarzinom o. n. A.	8441/3	C57.1-4	C57.1-4
Endometrioides Adenokarzinom o. n. A.	8380/3	C57.1-4	C57.1-4
Muzinöses Adenokarzinom	8480/3	C57.1-4	C57.1-4
Klarzelliges Adenokarzinom o. n. A.	8310/3	C57.1-4	C57.1-4
Verschiedene Tumoren			
Mesonephrischer Tumor o. n. A. (Tumor des Wolff'schen Ganges, <i>Wolff'scher Adnextumor</i>)	9110/1	C57.7, C56.9	C57.1-4
Ependymom o. n. A.	9391/3	C56.9	C57.1-4
Adenosarkom	8933/3	C57.1-4	C57.0-4
Mesenchymale Tumoren⁸⁰	xxxx/3	C57.1-4	C57.0-4

⁷⁸ Tabelle 3.2 enthält alle Tumoren der Gebärmutterligamente (Aufhängung des Ovars und des Eileiters: breites Mutterband = Ligamentum latum uteri, Ligamentum ovarii und Mesosalpinx), die in der WHO Klassifikation 2003 aufgeführt sind.

⁷⁹ Offizielle Bezeichnung des Tumors nach der ICD-O-3-Morphologie. Abweichende Begriffe aus WHO Klassifikation 2003 oder eigene Ergänzungen in *Kursivschrift*.

⁸⁰ Zur Morphologiekodierung der mesenchymalen Tumoren: s. Adzersen, Becker 2014 (04).

4 Tumoren der Gebärmutter (Corpus uteri)

4.1 Geltungsbereich Gebärmuttertumoren (Corpus Uterus)

C54.0	Isthmus uteri, unteres Uterinsegment
C54.1	Endometrium, Glandulae uterinae, Stroma des Endometriums
C54.2	Myometrium
C54.3	Fundus uteri
C54.8	Corpus uteri, mehrere Teilbereiche überlappend
C54.9	Corpus uteri, Uteruskörper
C55.9	Uterus o. n. A., Uterin o. n. A.

4.2 Verschlüsselung der Tumoren der Gebärmutter

Tabelle 4.1 enthält die in der WHO-Klassifikation der „Tumoren der Brust und weiblichen Geschlechtsorganen“ 2003⁸¹ aufgeführten Tumoren der Gebärmutter der Dignität /1, /2 und /3, die Tumornamen, die ICD-O-3-M-Ziffer, die ICD-3-Topographieziffer und die zugehörige ICD-10-Diagnoseziffer.

Tab 4.1 Verschlüsselung der Tumoren der Gebärmutter⁸²

Tumor ⁸³	ICD-O-3-M	ICD-O-3-T	ICD-10-GM 2014
Epitheliale Tumoren und verwandte Läsionen			
Endometriumkarzinom⁸⁴			
<i>Endometriale intraepitheliale Neoplasia (Grad 3) EIN3⁸⁵</i>	8077/2	C54.1	D07.0
Endometrioides Adenokarzinom o. n. A.	8380/3	C54.1	C54.1
Adenokarzinom mit Plattenepithelmetaplasie	8570/3	C54.1	C54.1
Villöses Adenokarzinom	8262/3	C54.1	C54.1
Endometrioides Adenokarzinom, sekretorische Variante	8382/3	C54.1	C54.1
Endometrioides Adenokarzinom, Flimmerepithel-Variante	8383/3	C54.1	C54.1
Muzinöses Adenokarzinom	8480/3	C54.1	C54.1
Seröses Adenokarzinom o. n. A.	8441/3	C54.1	C54.1
Klarzelliges Adenokarzinom o. n. A.	8310/3	C54.1	C54.1
Gemischtzelliges Adenokarzinom	8323/3	C54.1	C54.1
Plattenepithelkarzinom o. n. A.	8070/3	C54.1	C54.1
Übergangszellkarzinom o. n. A.	8120/3	C54.1	C54.1
Kleinzelliges Karzinom o. n. A.	8041/3	C54.1	C54.1
Undifferenziertes Karzinom o. n. A.	8020/3	C54.1	C54.1
Andere, z. B. in situ Endometrium	xxxx/1/2/3	C54.1	D39.0, D07.0, C54.1

⁸¹ Tavassoli, Devilee 2003.

⁸² Tabelle 4.1 enthält alle Tumoren der Gebärmutter, die in der WHO Klassifikation 2003 [Tavassoli, Devilee (eds)] aufgeführt sind.

⁸³ Offizielle Bezeichnung des Tumors nach der ICD-O-3-Morphologie. Abweichende Begriffe aus Tavassoli, Devilee 2008 oder eigene Ergänzungen in *Kursivschrift*.

⁸⁴ Zu Vorläufern endometrialer und ovarieller Karzinome, s. Kurman und McConnell (2010).

⁸⁵ Die EIN3 ist in der WHO-Klassifikation der „Tumoren der Brust und weiblichen Geschlechtsorgane“ 2003 nicht aufgeführt, soll aber als endometriale Neoplasie dokumentiert werden. Die in situ-Entität EIN3 wurde deswegen in die Schlüsseltable 4.1 aufgenommen (KHA).

Tumor ⁸³	ICD-O-3- M	ICD-O-3- T	ICD-10-GM 2014
Mesenchymale Tumoren			
Endometriale Stroma- und verwandte Tumoren			
Niedrigmalignes Stromasarkom des Endometriums	8931/3	C54.1	C54.1
Stromasarkom des Endometriums o. n. A. (<i>undifferenziert</i>)	8930/3	C54.1	C54.1
Tumoren der glatten Muskulatur			
Leiomyosarkom o. n. A.	8890/3	C54.2, C55.9	C54.2
Epitheloides Leiomyosarkom	8891/3	C54.2, C55.9	C54.2
Myxoides Leiomyosarkom	8896/3	C54.2, C55.9	C54.2
Tumor der glatten Muskulatur mit fraglichem malignem Potential	8897/1	C54.0, C54.2-9, C55.9	D39.0
Leiomyomatose o. n. A. (inkl. intravenöse Leiomyomatose)	8890/1	C54.2, C55.9	D39.0
Metastasierendes Leiomyom	8898/1	C54.2, C55.9	D39.0
Gemischt epithelial-mesenchymale Tumoren			
Karzinosarkom o. n. A.	8980/3	C54.1-2, C55.9	C54.2
Adenosarkom	8933/3	C54.1-2, C55.9	C54.2
Karzinofibrom	8934/3	C54.1-2, C55.9	C54.2
Gestationale trophoblastische Krankheit			
<i>Trophoblastische Neoplasien</i>			
Chorionkarzinom o. n. A.	9100/3	C54.1	C58
Trophoblastischer Plazentatumor	9104/1	C54.1	D39.2
Epitheloider Trophoblasttumor	9105/3	C54.1	C58
<i>Molenschwangerschaften</i>			
Invasive Blasenmole (maligne, Chorionadenoma destruens, Chorionadenom, <i>metastatisch</i>)	9100/1	C54.1	D39.2
Sonstige Tumoren: Keimzell-ähnliche, neuro-ektodermale und neuro-endokrine Tumoren	xxxx/1/2/3	D39.2, D07.0, C54.0-9, C55.9	C54.0-9, C55
Tumoren des hämatopoietischen und lymphoiden Gewebes	xxxx/1/2/3	C54.0-9, C55.9	C91.-bis C96.- C81.-bis C88.-

5 Tumoren des Gebärmutterhalses (Cervix uteri)

5.1 Geltungsbereich der Zervixtumoren

Tumoren des Gebärmutterhalses („Zervix“) sind Tumoren mit dem topographischen Ursprung

- C53.0 Endozervix, innerer Muttermund, Ovula Nabothi, Zervikaldrüsen, Zervikalkanal, Zervixhöhle
- C53.1 Ektozervix, äußerer Muttermund
- C53.8 Cervix uteri, mehrere Teilbereiche überlappend, Cervixstumpf, zervikoportale Epithelgrenze
- C53.9 Cervix uteri, Cervix uteri o. n. A., Gebärmutterhals

5.2 Verschlüsselung der Tumoren des Gebärmutterhalses

Tabelle 5.1 enthält die in der WHO-Klassifikation der „Tumoren der Brust und weiblichen Geschlechtsorganen“ 2003⁸⁶ aufgeführten Tumoren des Gebärmutterhalses der Dignität /1, /2 und /3, den Tumor-namen, die ICD-O-3-M-Ziffer, die ICD-3-Topographieziffer und die zugehörige ICD-10-Diagnoseziffer.

Tab 5.1 Verschlüsselung der Tumoren des Gebärmutterhalses (Cervix uteri)

Tumor ⁸⁷	ICD-O-3-M	ICD-O-3-T	ICD-10-GM 2014
Epitheliale Tumoren			
Epitheliale Tumoren und Vorläufer			
Plattenepithelkarzinom o. n. A.	8070/3	C53.0-9	C53.0-9
Verhornendes Plattenepithelkarzinom o. n. A.	8071/3	C53.0-9	C53.0-9
Großzelliges nichtverhornendes Plattenepithelkarzinom o. n. A.	8072/3	C53.0-9	C53.0-9
Basaloides Plattenepithelkarzinom	8083/3	C53.0-9	C53.0-9
Verruköses Karzinom o. n. A.	8051/3	C53.0-9	C53.0-9
Papilläres Plattenepithelkarzinom	8052/3	C53.0-9	C53.0-9
Lymphoepitheliales Karzinom	8082/3	C53.0-9	C53.0-9
Übergangszellkarzinom o. n. A. (squamo-transitional)	8120/3	C53.0-9	C53.0-9
Mikroinvasives Plattenepithelkarzinom	8076/3	C53.0-9	C53.0-9
Cervikale intraepitheliale Neoplasie Grad 3 (CIN3)	8077/2	C53.0-9	D06.0-9
Plattenepithelzell-Carcinoma in situ o. n. A. (intraepitheliales Plattenepithelkarzinom o. n. A.)	8070/2	C53.0-9	D06.0-9
Glanduläre Tumoren und Vorläufer			
Adenokarzinom o. n. A. (inkl. frühinvasives Adenokarzinom)	8140/3	C53.0-9	C53.0-9
Muzinöses Adenokarzinom (inklusive „minimal deviation“)	8480/3	C53.0-9	C53.0-9
Endozervikales muzinöses Adenokarzinom	8482/3	C53.0-9	C53.0-9
Adenokarzinom vom intestinalen Typ	8144/3	C53.0-9	C53.0-9
Siegelringzellkarzinom	8490/3	C53.0-9	C53.0-9
Villöses Adenokarzinom	8262/3	C53.0-9	C53.0-9
Endometrioides Adenokarzinom o. n. A.	8380/3	C53.0-9	C53.0-9

⁸⁶ Tavassoli, Devilee 2003

⁸⁷ Offizielle Bezeichnung des Tumors nach der ICD-O-3 2003. Abweichende Begriffe aus Tavassoli, Devilee 2003 oder eigene Ergänzungen in *Kursivschrift*.

Tumor ⁸⁷	ICD-O-3-M	ICD-O-3-T	ICD-10-GM 2014
Klarzelliges Adenokarzinom o. n. A.	8310/3	C53.0-9	C53.0-9
Seröses Adenokarzinom o. n. A.	8441/3	C53.0-9	C53.0-9
Malignes Mesonephrom (Karzinom des Wolff-Ganges, Mesonephrisches Adenokarzinom)	9110/3	C53.0-9	C53.0-9
Adenocarcinoma in situ o. n. A.	8140/2	C53.0-9	D06.0-9
Andere epitheliale Tumoren			
Adenosquamöses Karzinom	8560/3	C53.0-9	C53.0-9
Glaszellkarzinom (glassy cell variant)	8015/3	C53.0-9	C53.0-9
Adenozystisches Karzinom	8200/3	C53.0-9	C53.0-9
Adenoides Basalzellkarzinom	8098/3	C53.0-9	C53.0-9
Neuroendokrine Tumoren			
Karzinoidtumor o. n. A.	8240/3	C53.0-9	C53.0-9
Atypischer Karzinoidtumor	8249/3	C53.0-9	C53.0-9
Kleinzelliges Karzinom o. n. A. (<i>kleinzell. neuroendokr. Karzinom</i>)	8041/3	C53.0-9	C53.0-9
Grosszelliges neuroendokrines Karzinom)	8013/3	C50.0-9	C50.0-9
Undifferenziertes Karzinom o. n. A.	8020/3	C53.0-9	C53.0-9
Mesenchymale Tumoren und tumor-ähnliche Zustände			
Leiomyosarkom o. n. A.	8890/3	C53.0-9	C53.0-9
Niedrigmalignes Stromasarkom des Endometriums	8931/3	C53.0-9	C53.0-9
Undifferenziertes Sarkom (<i>endozervikal</i>)	8805/3	C53.0-9	C53.0-9
Embryonales Rhabdomyosarkom (Sarcoma botryoides)	8910/3	C53.0-9	C53.0-9
Alveoläres Weichteilsarkom	9581/3	C53.0-9	C53.0-9
Hämangiosarkom (Angiosarkom)	9120/3	C53.0-9	C53.0-9
Maligner peripherer Nervenscheidentumor (MPNST o. n. A.)	9540/3	C53.0-9	C53.0-9
Gemischt epithelial-mesenchymale Tumoren			
Karzinom o. n. A. (<i>Maligner Müller'scher Misch tumor</i>)	8980/3	C53.0-9	C53.0-9
Adenosarkom	8933/3	C53.0-9	C53.0-9
Nephroblastom o. n. A. (Wilms-Tumor)	8960/3	C53.0-9	C53.0-9
Melanozytischer Tumor			
Malignes Melanom o. n. A.	8720/3	C53.0-9	C53.0-9
Sonstige Tumoren			
Dotterstammsacktumoren	spezifiz. xxx/1/2/3	C53.0-9	D39.1, D06.0-9, C53.0-9
Dotterstammsacktumoren	9071/3	C53.0-9	
Tumoren des hämatopoietischen und lymphatischen Gewebes			
	spezifiz. xxx/1/2/3	C53.0-9	D39.1, D06.0-9, C91.-bis C96.-, C81.-bis C88.-

5.3 CIN2- und CIN3-Dokumentation

Die **platteneithelialen Dysplasien** der Zervix uteri unterliegen einer besonderen Bewertung. Zytologische und pathohistologische Einordnungen und Beurteilungen sind in transatlantischen⁸⁸, europäischen⁸⁹ und deutschen⁹⁰ Publikationen beschrieben worden.

Die **hochgradige Dysplasie/ Dyskaryose** und das **Carcinoma in situ der Zervix (CIS)** werden allgemein unter CIN3⁹¹ zusammengefasst.

Im 2001 Bethesda-System der Einteilung der zervikalen Zytologien werden moderate und schwere Dysplasien, respektive CIN2 und CIN3 und das Carcinoma in situ, unter HSIL [**hochgradige intraepitheliale**

⁸⁸ Solomon, Nayar 2004, Bethesda 2001 System:

⁸⁹ Herbert et al 2007, Denton et al 2008

⁹⁰ s. S2-Leitlinie Zervixkarzinom 2008; Siebert et al 2006

⁹¹ Bethesda 2001; Denton et al 2008.

Plattenepithelläsion (high-grade squamous intraepithelial lesion)] zusammengefasst⁹². Ähnlich ist die Darstellung der Britischen Gesellschaft für Klinische Zytologie⁹³ (BSCC), die eine zweistufige Einteilung (niedriggradige Dyskaryose = LSIL und hochgradige Dyskaryose = HSIL) favorisiert⁹⁴.

Die Europäischen Leitlinien für die Qualitätssicherung beim Zervixkarzinom-Screening empfehlen dringend die „*moderate* mit der *schweren* Dysplasie als *hochgradige Läsionen*“ zu verbinden. Unabhängig davon, „ob oder nicht das [anschließende] klinische Management der moderaten Dysplasie von der schweren Dysplasie verschieden ist, (sollte) die moderate Dysplasie eher als hochgradige denn als niedriggradige eingestuft werden“⁹⁵.

Die Pathogenese, der Krankheitsverlauf und die therapeutischen Konsequenzen bei CIN2 und CIN3 sind ähnlich. Ein besonderes dokumentarisches Interesse im Sinne des weiteren Verlaufs der Erkrankung gilt für beide Läsionen. Eine binäre Einteilung der zervikalen Läsionen in niedriggradige und hochgradige Läsionen im Sinne des Bethesda-Systems (LSIL und HSIL) vorzunehmen, bedeutet, dass *auch CIN2 dokumentationspflichtig wird*⁹⁶. Generell besteht eine starke Tendenz innerhalb der Pathologie, die intraepithelialen Neoplasien eine zweistufige Unterteilung (niedrig- und hochgradig) vorzunehmen⁹⁷.

In der Konsequenz wird eine zervikale intraepitheliale Neoplasie dokumentationspflichtig, wenn eine hoch-gradige intraepitheliale Plattenepithelläsionen (HSIL) vorliegt; diese kann eine moderate Dysplasie, eine CIN2, eine schwere Dysplasie, eine CIN3 oder ein Carcinoma in situ sein. Dokumentationstechnisch wird eine HSIL der Zervix (provisorisch) mit 8077/2, topographisch mit C53.0-1, C53.8-9 und diagnostisch mit D06.0-1, D06.7, D06.9 verschlüsselt (s. Handbuch der allgemeinen Tumordokumentation, Tabelle 3.10).⁹⁸

⁹² Solomon et al 2002.

⁹³ Denton et al 2008; s. d. Tabelle 1.

⁹⁴ Herbert et al 2007.

⁹⁵ Herbert et al 2007.

⁹⁶ Diese Auffassung einer binären Einteilung wird von Prof. Sinn, Sektion für Gyn. Pathologie, Univ.-Klinikum Heidelberg, unterstützt (persönl. Mitteilung, 01.08.2011), da die CIN-Einteilung zunehmend obsolet wird. Es werden eher textuale (niedriggradige / hochgradige Dysplasie / Dyskaryose, intraepithale niedriggradige / hochgradige Plattenepithelläsion, LSIL und HSIL mit den entsprechenden qualitätsgesicherten zytologischen und patho-histologischen Beurteilungen) als numerische Systeme (Papanicolaou I-V, CIN1-3) empfohlen. Jene sind auch besser in das weltweit genutzte Bethesda System (TBS) übersetzbar. Die Grenzunterscheidung liegt zwischen LSIL/geringe Dysplasie/CIN1 versus HSIL/moderate/schwere Dysplasie/CIN2 und CIN3/Carcinoma in-situ. Dies zeichnet sich auch zunehmend für die intraepithelialen Vulvaneoplasien VIN2 und VIN3 ab.

⁹⁷ Persönliche Mitteilung. Prof. Sinn, Juni 2011.

⁹⁸ Adzersen, Becker 2014 (0).

6 Tumoren der Vagina

6.1 Geltungsbereich der Tumoren der Vagina

C52.9 Vagina o. n. A., Fornix vaginae, Gartner-Gang, Hymen, Scheidengewölbe

6.2 Verschlüsselung der Tumoren der Vagina

Tabelle 6.1 enthält die in der WHO-Klassifikation der „Tumoren der Brust und weiblichen Geschlechtsorganen“ 2003⁹⁹ aufgeführten vaginalen Neoplasien der Dignität /1, /2 und /3, den Tumornamen, die ICD-O-3-M-Ziffer, die ICD-3-Topographieziffer und die zugehörige ICD-10-Diagnoseziffer.

Tab 6.1 Verschlüsselung der Tumoren der Vagina

Tumor ¹⁰⁰	ICD-O-3-M	ICD-O-3-T	ICD-10-GM 2014
Epitheliale Tumoren			
Epitheliale Tumoren und Vorläufer			
Plattenepithelkarzinom o. n. A.	8070/3	C52.9	C52
Verhornendes Plattenepithelkarzinom o. n. A.	8071/3	C52.9	C52.9
Großzelliges nichtverhornendes Plattenepithelkarzinom o. n. A.	8072/3	C52.9	C52.9
Basaloides Plattenepithelkarzinom	8083/3	C52.9	C52.9
Verruköses Karzinom o. n. A.	8051/3	C52.9	C52.9
Plattenepithelliae intraepitheliale Neoplasie			
Vaginale intraepitheliale Neoplasie Grad 3 (VAIN3)	8077/2	C52.9	D07.2
Plattenepithelzell-Carcinoma in situ o. n. A. (Intraepitheliales Plattenepithelkarzinom o. n. A.)	8070/2	C52.9	D07.2,
Glanduläre Tumoren			
Klarzelliges Adenokarzinom o. n. A.	8310/3	C52.9	C52
Endometrioides Adenokarzinom o. n. A.	8380/3	C52.9	C52.9
Malignes Mesonephrom (Mesonephrisches Adenokarzinom)	9110/3	C52.9	C52.9
Andere epitheliale Tumoren			
Adenosquamöses Karzinom	8560/3	C52.9	C52.9
Adenozystisches Karzinom	8200/3	C52.9	C52
Adenoides Basalzellkarzinom	8098/3	C52.9	C52.9
Neuroendokrine Tumoren			
Karzinoidtumor o. n. A.	8240/3	C52.9	C52.9
Kleinzelliges Karzinom o. n. A. (<i>kleinzell. neuroendokr. Karzinom</i>)	8041/3	C52.9	C52.9
Undifferenziertes Karzinom o. n. A.	8020/3	C52.9	C52
Mesenchymale Tumoren und tumor-ähnliche Zustände			
Embryonales Rhabdomyosarkom (Sarcoma botryoides)	8910/3	C52.9	C52
Leiomyosarkom o. n. A.	8890/3	C52.9	C52.9
Niedrigmalignes Stromasarkom des Endometriums	8931/3	C52.9	C52.9
Undifferenziertes Sarkom	8805/3	C52.9	C52.9
Angiomyxom (aggressives A.)	8841/1	C52.9	D39.7
Melanozytischer Tumor			
Malignes Melanom o. n. A.	8720/3	C52.9	C52.9
Sonstige Tumoren			
	Zu spezifiz. xxx/1/2/3	C52.9	D39.7, D07.2, C52.9
Dottersacktumor	9071/3	C52.9	C52.9

⁹⁹ Tavassoli, Devilee 2003.

¹⁰⁰ Offizielle Bezeichnung des Tumors nach der ICD-O-3-Morphologie. Abweichende Begriffe aus Tavassoli, Devilee 2008 oder eigene Ergänzungen in *Kursivschrift*.

Tumor¹⁰⁰	ICD-O-3- M	ICD-O-3- T	ICD-10-GM 2014
Peripherer neuroektodermaler Tumor	9364/3	C52.9	C52.9
Ewing-Sarkom	9260/3	C52.9	C52.9
Tumoren des hämatopoietischen und lymphoiden Gewebes	Zu spezifiz. xxxx/1/2/3	C52.9	D39.7, D07.2, C91.-bis C96.-, C81.-bis C88.-

7 Tumoren der Vulva

7.1 Geltungsbereich der Tumoren der Vulva

- C51.0 Labium majus, Labia majora o. n. A., Bartholin-Drüse, [Haut an den großen Schamlippen]
- C51.1 Labium minus, Labia minora, Klitoris, Vulva, mehrere Teilbereiche überlappend
- C51.9 Vulva o. n. A., äußeres weibliches Genitale, Frenulum labium, [Haut an der Vulva], Labia o. n. A., Labiom o. n. A., Mons pubis, Mons veneris.

Nach TNM-7. Aufl. 2010, Deutsche Version, werden Hauttumoren und das maligne Melanom der großen Schamlippen C51.0 und der Vulva C51.9 hier eingeschlossen und nicht unter Hauttumoren geführt. Die Merkelzellkarzinome (der Haut) jedoch sind, im Gegensatz zur AJCC 7th ed. 2010¹⁰¹, ausgeschlossen (TNM 7. Aufl. 2010, S. 166).

7.2 Verschlüsselung der Tumoren der Vulva

Tabelle 7.1 enthält alle in der WHO-Klassifikation der „Tumoren der Brust und weiblichen Geschlechtsorganen“ 2003¹⁰² aufgeführten Vulva-Neoplasien der Dignität /1, /2 und /3, mit dem Tumornamen, der ICD-O-3-M-Ziffer, der ICD-3-Topographieziffer und der zugehörige ICD-10-Diagnoseziffer.

Tab 7.1 Verschlüsselung der Tumoren der Vulva

Tumor ¹⁰³	ICD-O-3-M	ICD-O-3-T	ICD-10-GM 2014
Epitheliale Tumoren			
<i>Epitheliale Tumoren und Vorläufer</i>			
Plattenepithelkarzinom o. n. A.	8070/3	C51.0-9	C51.0-9
Verhornendes Plattenepithelkarzinom o. n. A.	8071/3	C51.0-9	C51.0-9
Großzelliges nichtverhornendes Plattenepithelkarzinom o. n. A.	8072/3	C51.0-9	C51.0-9
Basaloides Plattenepithelkarzinom	8083/3	C51.0-9	C51.0-9
Verruköses Karzinom o. n. A.	8051/3	C51.0-9	C51.0-9
Basalzellkarzinom o.n. A. (Ulcus rodens, pigmentiertes Basalzellkarzinom)	8090/3	C51.0-9	C51.0-9
<i>Plattenepitheliale intraepitheliale Neoplasie</i>			
Vulväre intraepitheliale Neoplasie Grad 3 (VIN3)	8077/2	C51.0-9	D07.1
Plattenepithelzell-Carcinoma in situ o. n. A. (Intraepitheliales Plattenepithelkarzinom o. n. A.)	8070/2	C51.0-9	D07.1
<i>Glanduläre Tumoren</i>			
Extramammärer M. Paget	8542/3	C51.0-9	C51.0-9
Bartholin'sche Drüsentumoren			
Adenokarzinom o. n. A.	8140/3	C51.0-9	C51.0-9
Plattenepithelkarzinom o.n.A.	8070/3	C51.0-9	C51.0-9

¹⁰¹ Edge et al 2010.

¹⁰² Tavassoli, Devilee 2003

¹⁰³ Offizielle Bezeichnung des Tumors nach der ICD-O-3-Morphologie. Abweichende Begriffe aus Tavassoli, Devilee 2008 oder eigene Ergänzungen in *Kursivschrift*.

Tumor¹⁰³	ICD-O-3- M	ICD-O-3- T	ICD-10-GM 2014
Adenozystisches Karzinom	8200/3	C51.0-9	C51.0-9
Adenosquamöses Karzinom	8560/3	C51.0-9	C51.0-9
Übergangszellkarzinom o.n.A.	8120/3	C51.0-9	C51.0-9
Kleinzelliges Karzinom o. n. A. (<i>kleinzell. neuroendokr. Karzinom</i>)	8041/3	C51.0-9	C51.0-9
Duktales Adenokarzinom o. n. A. (<i>Adenokarzinom vom mammären Typ</i>)	8500/3	C51.0-9	C51.0-9
Adenokarzinom o. n. A. (<i>inkl. Adenokarzinom der Paraurethraldrüse und ander Typen von Adenokarzinomen</i>)	8140/3	C51.0-9	C51.0-9
Tumoren der Hautanhangsgebilde			
Schweißdrüsenadenokarzinom	8400/3	C51.0-9	C51.0-9
Talgdrüsenadenokarzinom	8410/3	C51.0-9	C51.0-9
Weichgewebetumoren			
Embryonales Rhabdomyosarkom (Sarcoma botryoides)	8910/3	C51.0-9	C51.0-9
Leiomyosarkom o. n. A.	8890/3	C51.0-9	C51.0-9
Epitheloidsarkom	8804/3	C51.0-9	C51.0-9
Alveoläres Weichteilsarkom	9581/3	C51.0-9	C51.0-9
Liposarkom o. n. A.	8850/3	C51.0-9	C51.0-9
Dermatofibrosarcoma o. n. A. (D. protuberans o. n. A.)	8832/3	C51.0-9	C51.0-9
Angiomyxom (aggressives A.)	8841/1	C51.0-9	D39.7
Melanozytischer Tumor			
Malignes Melanom o. n. A.	8720/3	C51.0-9	C51.0-9
Sonstige Tumoren			
	Zu spezifiz. xxx/1/2/3	C52.9	D39.7, D07.2, C51.0-9
Dottersacktumor	9071/3	C51.0-9	C51.0-9
Merkel-Zell-Karzinom	8247/3	C51.0-9	C51.0-9
Peripherer neuroektodermaler Tumor	9364/3	C51.0-9	C51.0-9
Ewing-Sarkom	9260/3	C51.0-9	C51.0-9
Tumoren des hämatopoietischen und lymphoiden Gewebes			
	Zu spezifiz. xxx/1/2/3	C51.0-9	D39.7, D07.2, C91.-bis C96. C81.-bis C88.-

8 Klassifikationen der Tumoren weiblicher Geschlechtsorgane

8.1 Gültigkeitszeitraum der TNM-Klassifikation, 6. und 7. Auflage

Die TNM-Klassifikation maligner Tumoren der UICC, *6. Aufl. 2002*, gilt für ein Diagnosedatum bis 31.12.2010. Die TNM-Klassifikation maligner Tumoren der UICC, *7. Aufl. 2010*, ab Diagnosedatum 01.01.2011. Die entsprechenden Änderungen der T-, N- und M- und Stadien-Klassifikationen bei den Neoplasien der Vulva, der Zervix uteri, des Uterus-Endometrium, der trophoblastäre Schwangerschaftstumoren und des neu hinzugekommene Kapitels der *Uterussarkome* sind entsprechend zu berücksichtigen.

8.2 Stadienbestimmung der Tumoren der Brust und gynäkologischen Neoplasien

Die Klassifizierung der anatomischen Größe und Ausbreitung (Staging) der Mammakarzinome erfolgt nach TNM und UICC (s. TNM 7. Aufl. 2010, S.169 ff). Das Staging der gynäkologischen Tumoren erfolgt nach TNM, UICC und FIGO, die ab 2010 untereinander vollständig kompatibel sind (s. TNM 7. Aufl. 2010, S.181 ff).

9 Dokumentation bei Syndromen mit erhöhtem gynäkologischem

Tumorrisiko

Einige gynäkologische Tumoren treten bei spezifischen vererbten Syndromen häufiger auf. Die Tabelle 8.1 enthält die wichtigsten Syndrome, bei denen das Risiko einer Krebserkrankung der Brust und der weiblichen Geschlechtsorgane erhöht ist. Patientinnen mit diesen Diagnosen werden erst dann im NCT-Register dokumentiert, wenn eine manifeste Erkrankung diagnostiziert worden ist, d. h. ein maligner Tumor aufgetreten ist.

Die in Tab. 8.1 bezeichneten, genetischen Erkrankungen sollen zusätzlich zur Neoplasiediagnose in M01 dokumentiert werden, wenn eine für das NCT-R dokumentationspflichtige Diagnose auftritt. Dieser genetische Hintergrund des Auftretens eines Tumors ist, wenn als solcher erkannt, in Arztbriefen fast immer erwähnt.

Tab 8.1 Genetische Syndrome mit erhöhtem Risiko einer Brust- oder gynäkologischen Neoplasie mit betroffenem Gen, Chromosom und ICD-10-Diagnose¹⁰⁴

Syndrom	Gen	Chromosom	ICD-10 2014 Kode	Assoziiertes Tumorerkrankungsrisiko ¹⁰⁵
Ataxia teleangiectatica (ATM assoziiertes Non-Hodgkin-Lymphom)	ATM	11q23	G11.3	Brust
Familiärer Brustkrebs	BRCA2	13q12	Z80.3	Brust (weibl., männl.), Ovar, Endometrium, Zervix, Eileiter, Peritoneum
Familiärer Brust-/ Ovarialkrebs	BRCA1	17q21	Z80.4	Brust (weiblich und männlich), Ovar, Eileiter, Melanom
Li-Fraumeni-Syndrom	TP53	17p13	Z80.8	Brust
Hereditäre Form des kolorektalen Karzinoms (HNPCC, Lynch-Syndrom), ohne Polyposis	MLH1	3p21-23		
	MSH2	2p16	Z80.0	Endometrium, Ovar
	MSH6	2p/3p		
Cowden-Syndrom	PTEN	10q23	Q85.8 ¹⁰⁶	Brust
Muir-Torre	MLH1, MSH2	3p, 2p	Z80.0	Endometrium, Ovar, Talgdrüsen
Peutz-Jeghers	STK11	19p	Q85.8	Ovar, Zervix, Brust

¹⁰⁴ Goldgar, Stratton 2003. In: Tavassoli, Devilee 2003, S. 336-7.

¹⁰⁵ Nur Brust- und andere gynäkologische Tumoren sind in Tab 8.1 berücksichtigt.

¹⁰⁶ Vgl. zur Verwandtschaft des Cowden-Syndroms und der Zuordnung zu Q85.8 als Diagnose: <http://atlasgeneticsoncology.org/Kronos/CowdenID10018.html> (abgerufen 11.11.2011)

10 Referenzen

Adzersen KH, Becker N (2014)(0).

Allgemeines Handbuch der Tumordokumentation.

NCT-Register, Abteilung Klinische Epidemiologie, Deutsches Krebsforschungszentrum, Heidelberg.

<http://www.nct-heidelberg.de/de/patienten/krebsregister/krebsregister.php>

Adzersen KH, Becker N (2014)(10).

Tumoren der hämatopoietischen und lymphoiden Gewebe. Organspezifische Dokumentation.

NCT-Register, Abteilung Klinische Epidemiologie, Deutsches Krebsforschungszentrum, Heidelberg.

<http://www.nct-heidelberg.de/de/patienten/krebsregister/krebsregister.php>

Adzersen KH, Becker N (2014)(04).

Tumoren der Weichgewebe und Knochen. Organspezifische Dokumentation.

NCT-Register, Abteilung Klinische Epidemiologie, Deutsches Krebsforschungszentrum, Heidelberg.

<http://www.nct-heidelberg.de/de/patienten/krebsregister/krebsregister.php>

Beckmann MW, Mallmann P, Prescher A, Kopp I (2008). Diagnostik und Therapie des Zervixkarzinoms.

Hrsg. Deutsche Krebsgesellschaft (DKG), Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe

(DGGG), Arbeitsgemeinschaft Gynäkologische Onkologie (AGO)

http://www.dggg.de/fileadmin/public_docs/Leitlinien/g_01_02_06_diagnostik_therapie_zervixkarzinom_s.pdf

Carlson RW, Moench SJ, Hammond ME, Perez EA, Burstein HJ, Allred DC, Vogel CL, Goldstein LJ, Somlo G, Gradishar WJ, Hudis CA, Jahanzeb M, Stark A, Wolff AC, Press MF, Winer EP, Paik S, Ljung BM (2006).

HER2 Testing in Breast Cancer Task Force: NCCN Task Force report and recommendations.

J Natl Compr Canc Netw. Jul;4 Suppl 3:S1-22.

Dalberg K, Hellborg H, Wärnberg F (2008).

Paget's disease of the nipple in a population based cohort.

Breast Cancer Res Treat Sep; 111(2):313-9

Denton KJ, Herbert A, Turnbull LS, Waddell C, Desai MS, Rana DN, Dudding N, Smith JH; British Society of Clinical Cytology (2008)

The revised BSCC terminology for abnormal cervical cytology.

Cytopathology. Jun;19(3):137-57

Dudek J, Wagner G, Grundmann E, Hermanek P (Hrsg.) (1999)

Basisdokumentation für Tumorkranke. Prinzipien und Verschlüsselungsanweisungen für Klinik und Praxis.

5. Auflage. W. Zuckschwerdt Verlag München, Bern, Wien, New York

Elston CW, Ellis IO (1991)

Pathological prognostic factors in breast cancer. I. The value of histological grade in breast cancer: experience from a large study with long-term follow-up.

Histopathology 19:403-410.

Goldgar D, Stratton MR (2003).

Familial aggregation of cancers of the breast and female genital organs. In: Tavassoli, Devilee (eds.), S. 336-7.

Jaffe ES, Harris NL, Medeiros LJ.

T-cell lymphoma.

In: Lakhani et al 2012.

Ferley J (2008).

DEPedit Version 1.0 Descriptive Epidemiology Group.

IARC Lyon, France. ferlay@iarc.fr, version Beta. Siehe: Check Program

Goldhirsch A, Glick JH, Gelber RD, Coates AS, Senn H-J (2001).

Meeting highlights: International Consensus Panel on the Treatment of Primary Breast Cancer. J Clin Oncol 19:3817-3827.

Gong Y, Sweet W, Duh YJ, Greenfield L, Fang Y, Zhao J, Tarco E, Symmans WF, Isola J, Sneige N (2009/1). Chromogenic in situ hybridization is a reliable method for detecting HER2 gene status in breast cancer: a multicenter study using conventional scoring criteria and the new ASCO/CAP recommendations. Am J Clin Pathol. 2009 Apr;131(4):490-7.

Gong Y, Sweet W, Duh YJ, Greenfield L, Tarco E, Trivedi S, Symmans WF, Isola J, Sneige N (2009/2). Performance of chromogenic in situ hybridization on testing HER2 Status in breast carcinomas with chromosome 17 polysomy and equivocal (2+) herceptest results: a study of two institutions using the conventional and new ASCO/CAP scoring criteria. Am J Clin Pathol. Aug;132(2):228-36.

Hammond ME, Hayes DF, Dowsett M, Allred DC, Hagerty KL, Badve S, Fitzgibbons PL, Francis G, Goldstein NS, Hayes M, Hicks DG, Lester S, Love R, Mangu PB, McShane L, Miller K, Osborne CK, Paik S, Perlmutter J, Rhodes A, Sasano H, Schwartz JN, Sweep FC, Taube S, Torlakovic EE, Valenstein P, Viale G, Visscher D, Wheeler T, Williams RB, Wittliff JL, Wolff AC, American Society of Clinical Oncology; College of American Pathologists (2010). American Society of Clinical Oncology / College of American Pathologists guideline recommendations for immunohistochemical testing of estrogen and progesterone receptors in breast cancer (unabridged version). Arch Pathol Lab Med. 134(7):e48-72.

Harvey JM, Clark GM, Osborne CK, Allred DC (1999).

Estrogen receptor status by immunohistochemistry is superior to the ligand-binding assay for predicting response to adjuvant endocrine therapy in breast cancer. J Clin Oncol. 17(5):1474-81.

Herbert A, Bergeron C, Wiener H, Schenck U, Klinkhamer P, Bulten J, Arbyn M (2007).

European guidelines for quality assurance in cervical cancer screening: recommendations for cervical cytology terminology. Cytopathology. Aug;18(4):213-9.

Horn LC, Dallacker M, Bilek K 2009.

Karzinom (maligne Müller-Mischtumoren) des Uterus. Morphologie, molekulare Pathogenese und morphologische Prognosefaktoren. Pathologie 2009, 30:292–301.

ICD-O-3 SEER Site/Histology Validation List - 12/04/2009 - updated from 2/9/2001. seer.cancer.gov/icd-o-3/ - 5k - 2010-01-28. Zuletzt abgerufen 24.08.2011

Johnson CH, Peace S, Adamo P, Fritz A, Percy-Laurry A, Edwards BK (2007).

The 2007 Multiple Primary and Histology Coding Rules.

National Cancer Institute, Surveillance, Epidemiology and End Results Program. Bethesda, MD.

Kreienberg R, Albert US, Follmann M, Kopp I, Kühn T, Wöckel A, Zemmler T (Steuergruppe) 2012. Interdisziplinäre S3-Leitlinie für die Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms. Langversion 3.0, Aktualisierung 2012.

Hrsg. AWMF, DKG, Deutschen Krebshilfe: <http://www.senologie.org/fileadmin/downloads/S3-Brustkrebs-v2012-OL-Langversion.pdf>

Kurman RJ, McConnell TG (2010).

Precursors of endometrial and ovarian carcinoma.

Virchows Arch. Jan;456(1):1-12.

Laakso M, Tanner M, Isola J (2006).

Dual-colour chromogenic in situ hybridization for testing of HER2 oncogene amplification in archival breast tumours.

J Pathol. Sep; 210(1):3-9.

Lakhani SR, Ellis IO, Schnitt SJ, Tan PH, van de Vijer MJ (eds.) (2012). WHO Classification of Tumours of the Breast.

World Health Organization Classification of Tumours, 4th edition, IARC Press: Lyon.

Lloyd J, Flanagan AM (2000).

Mammary and extramammary Paget's disease.

J Clin Pathol, Oct;53(10):742-9.

Nayar R, Solomon D (2004).

Second edition of 'The Bethesda System for reporting cervical cytology' - atlas, website, and Bethesda interobserver reproducibility project.

Cytojournal, Oct 21;1(1):4.

Nayar R, Solomon D. Second edition of 'The Bethesda System for reporting cervical cytology' - atlas, website, and Bethesda interobserver reproducibility project.

O'Malley F, Eusebi V, Lakhani SR (2012).

Carcinomas with apocrine differentiation.

In: Lakhani et al 2012.

Pang J, Assaad D, Breen D, Fialkov J, Antonyshyn O, Balogh J, Tsao M, Kamra J, Czarnota G, Barnes EA (2010)

Extramammary Paget disease: review of patients seen in a non-melanoma skin cancer clinic (2012).
Curr Oncol, Oct;17(5):43-5.

Pardue ML, Gall JG (1969).

Molecular hybridization of radioactive DNA to the DNA of cytological preparations.

Proc Natl Acad Sci U S A. 1969 Oct;64(2):600-4

Reiner A, Neumeister B, Spona J, Reiner G, Schemper M, Jakesz R (1990).

Immunocytochemical localization of estrogen and progesterone receptor and prognosis in human primary breast cancer.

Cancer Res 50(21):7057-61.

Remmele W, Stegner HE (1987).

Vorschlag zur einheitlichen Definition eines Immunreaktiven Score (IRS) für den immunhistochemischen Östrogenrezeptor-Nachweis (ER-ICA) im Mammakarzinomgewebe.

Pathologie 8(3):138-140.

Simon SK, Bolanca IK, Sentija K, Kukura V, Valetić J, Skrtić A. Vulvar Paget's disease--a case report. Coll Antropol. 2010 Jun;34(2):649-52

Sinn HP, Helmchen B, Aulmann S (2006).

Konzept und Problematik der lobulären Neoplasie (2006).

Pathologie: 26:373–380

Sinn HP, Helmchen B, Wittekind C (2010).

TNM-Klassifikation beim Mammakarzinom, Neuerungen und Anmerkungen zur 7. Auflage.

Pathologie 31:361–366.

Sinn HP, P. Hermanek, G. Wagner, Ch. Wittekind (2003).

Tumordokumentation, 3. Auflage. Empfehlungen zu Dokumentationsinhalten für Studien.

Internetfassung („OTD-3-Internet“). Kompletter Datensatz. Ver. 1.20, generated on: 2. März 2003

http://www.krebsgesellschaft.de/download/1_grunddaten_fuer_therapiestudien_g_aktual_3-2.pdf#page=27 (15.06.2012)

Solomon D, Davey D, Kurman R, Moriarty A, O'Connor D, Prey M, Raab S, Sherman M, Wilbur D, Wright T Jr, Young N; Forum Group Members; Bethesda 2001 Workshop.

The 2001 Bethesda System: terminology for reporting results of cervical cytology.
JAMA. 2002 Apr 24;287(16):2114-9.

Tavassoli FA, Devilee P (eds) 2003. World Health Organization Classification of Tumours. Pathology and Genetics of Tumours of the Breast and Female Genital Organs. IARC Press: Lyon.

The 2001 Bethesda System: terminology for reporting results of cervical cytology.
The Bethesda System for Reporting Cervical Cytology, Second Edition. New York: Springer-Verlag.
Zitiert nach: Virchows Arch. 456(1):1-12.

von Flüe M, Baerlocher C, Herzog U. [Perianal extramammary Paget's disease]. Praxis (Bern 1994). 1994 Nov 8;83(45):1267-9. German.

Weghaupt K. [Dystrophy and precancerous changes in the vulva: symptoms, histology and therapy].
Geburtshilfe Frauenheilkd. 1985 May;45(5):275-81

WHO/IARC (2011). Updates to the International Classification of Diseases for Oncology, third edition (ICDEO-3), 01 September 2011, S. 1-12.
<http://www.who.int/classifications/icd/updates/ICDO3Updates2011.pdf> (15.02.2012).

Wittekind C, Meyer HJ (Hrsg.) 2010.
TNM Klassifikation maligner Tumoren (UICC).
7. Aufl., Wiley-Blackwell, Weinheim.

Wolff AC, Hammond ME, Schwartz JN, Hagerty KL, Allred DC, Cote RJ, Dowsett M, Fitzgibbons PL, Hanna WM, Langer A, McShane LM, Paik S, Pegram MD, Perez EA, Press MF, Rhodes A, Sturgeon C, Taube SE, Tubbs R, Vance GH, van de Vijver M, Wheeler TM, Hayes DF (2007).
American Society of Clinical Oncology/College of American Pathologists, American Society of Clinical Oncology/College of American Pathologists guideline recommendations for human epidermal growth factor receptor 2 testing in breast cancer.
Arch Pathol Lab Med;131(1):18-43.

Zhao J, Wu R, Au A, Marquez A, Yu Y, Shi Z (2002). Determination of HER2 gene amplification by chromogenic in situ hybridization (CISH) in archival breast carcinoma.
Mod Pathol. Jun;15(6):657-65.