

DOKUMENTATION VON UROTHELIALEN TUMOREN

Thorsten Wicker | Dr. Uta Stötzer | Carolin Luh

www.mediaserver.hamburg.de / Datenland Architektursimulation / Erik Recke

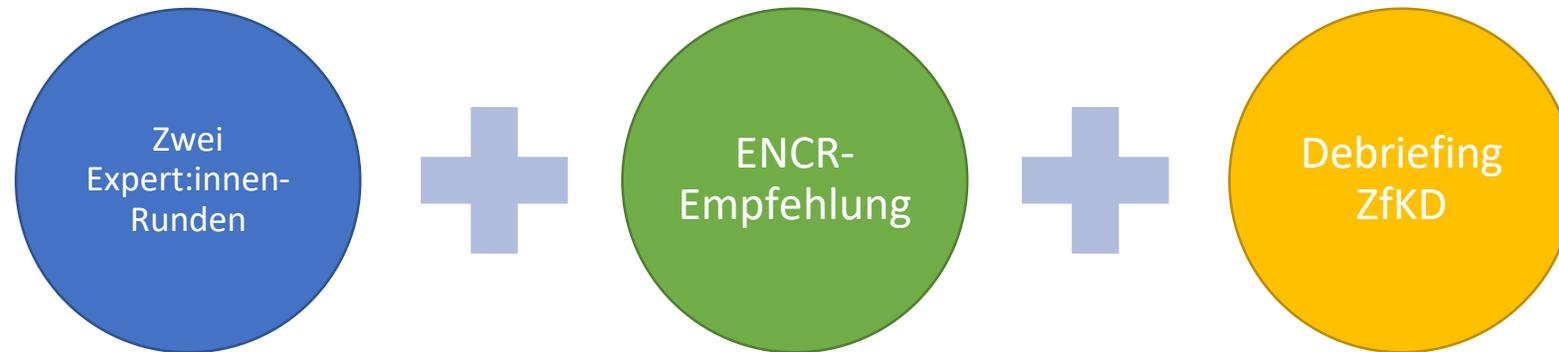
AGENDA

- 01 Hintergrund
- 02 Anatomie, Stadien, Zellbilder und Prognose
- 03 Behandlung von Urotheltumoren
- 04 Gegenüberstellung der Erfassungsregeln
- 05 Umsetzung der ENCR-Recommendation in Deutschland
- 06 Regeln zur klinischen Fallbildung mit Beispielen zur Dokumentation

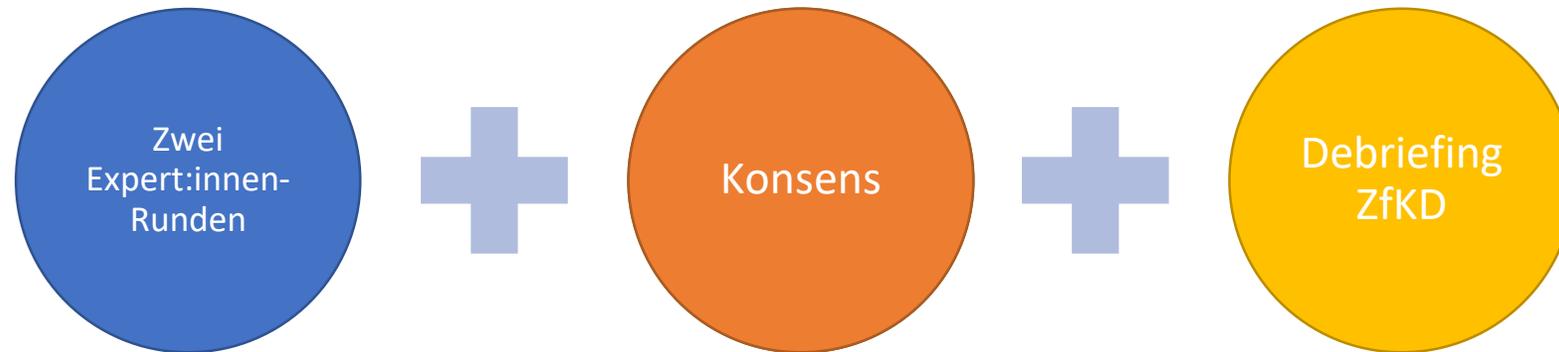
HINTERGRUND



HINTERGRUND – 2022



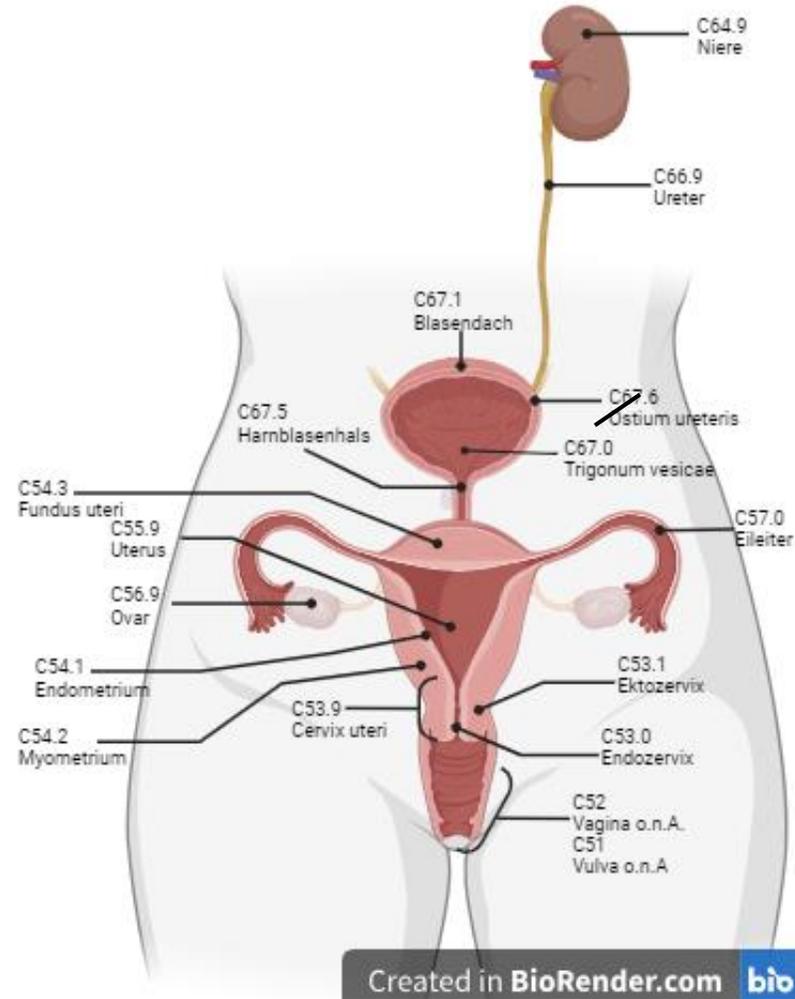
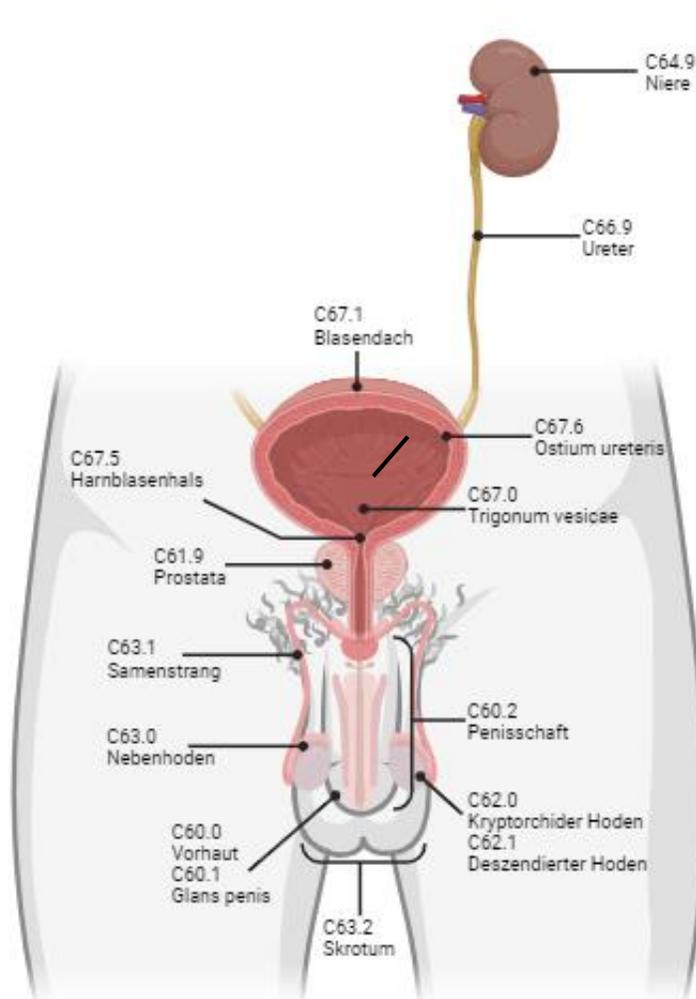
HINTERGRUND – 2022



ANATOMIE, STADIEN,
ZELLBILDER UND
PROGNOSE



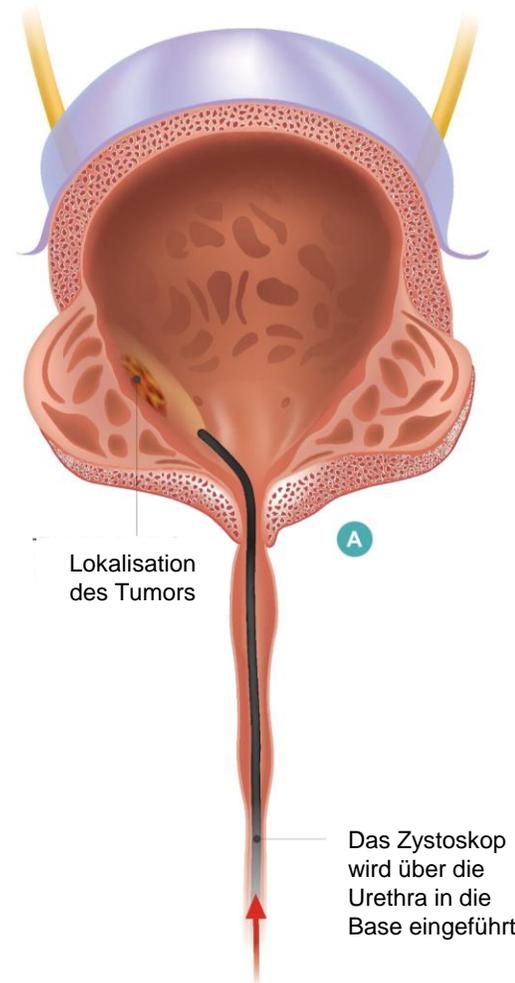
ANATOMIE DES UROGENITALTRAKTES



Created in BioRender.com 

<https://help.biorender.com/en/articles/3619405-how-do-i-cite-biorender>

ZYSTOSKOPIE BEI HARNBLASENTUMOREN

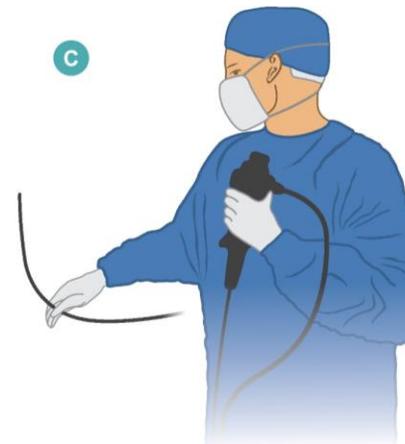


Oberflächentumor der lateralen Blasenwand

Tumoren auf der Oberfläche der Harnblase werden durch das Zystoskop sichtbar

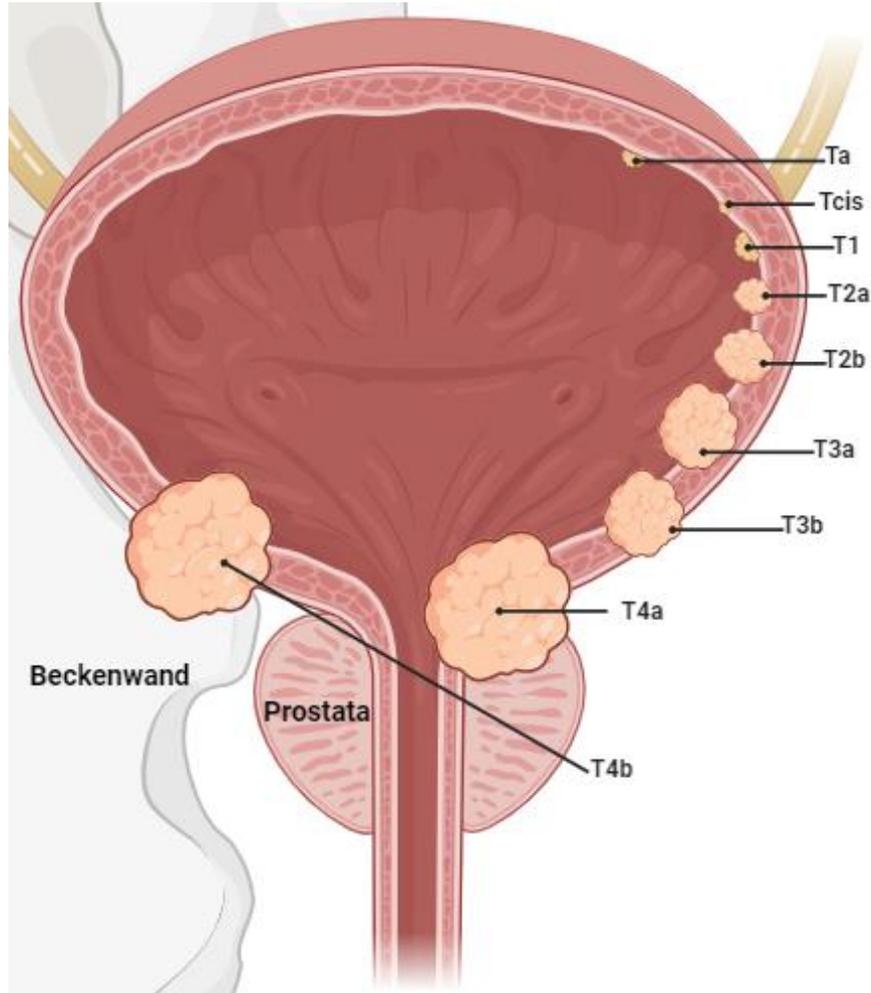


Sichtfeld durch das Zystoskop (Monitor)



© colourbox.de/Pattarawit Chompipat

EINDRINGTIEFE UROTHELIALER NEOPLASMIEN



T/pT	Beschreibung des Primärtumors
Ta	Nichtinvasives papilläres Karzinom
Tis	Carcinoma in situ: "flacher Tumor"
T1	Tumor dringt in subepitheliales Bindegewebe
T2	Tumor infiltriert Muskulatur
T2a	Tumor infiltriert oberflächliche Muscularis propria (innere Hälfte)
T2b	Tumor infiltriert tiefe Muscularis propria (äußere Hälfte)
T3	Tumor infiltriert perivesikales Gewebe
T3a	mikroskopisch
T3b	makroskopisch (extravesikaler Tumor)
T4	Tumor infiltriert Prostatastroma, Samenblase(n), Uterus, Vagina oder Becken- oder Bauchwand
T4a	Tumor infiltriert Prostatastroma, Samenblase(n), Uterus oder Vagina
T4b	Tumor infiltriert Becken- oder Bauchwand

<https://help.biorender.com/en/articles/3619405-how-do-i-cite-biorender>

Zellbilder - Differenzierungsgrade (= Grading)

A
R
C
H
I
T
E
K
T
U
R



Gesunde Zelle



PUNLMP

Die Papillen sind von verdicktem Urothel ausgekleidet und weisen leichte zytologische Atypien und minimale architektonische Störungen auf.



Ta low-grade

vermehrte Architekturstörung des Urothels, dennoch eine deutliche zytologische Übereinstimmung zu normalem Urothel erkennbar, genetisch stabile Tumoren



Ta high-grade

Häufigere Mutationen und damit verbundener genetischer Instabilität, die sich morphologisch in Kernpleomorphie und Architekturstörung zeigen.



Tis (high-grade)

flache und nicht-papilläre Läsion, zeigt ausgeprägte, atypische Zellveränderungen ähnlich wie ein nichtinvasives papilläres high-grade-Karzinom



≥pT1

äußerst aggressive Tumoren mit hoher genetischer Instabilität und Metastasierungstendenz



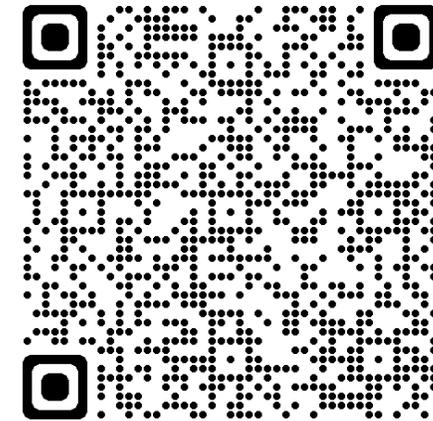
Äpfel © Colourbox

PROGNOSE VON UROTHELIALEN NEOPLASIEN

Wahrscheinlichkeit von Rezidiv und Progress des nicht-muskelinvasiven Harnblasenkarzinoms nach dem Punkte-Score der EORTC-Risikoklassifikation

EORTC-Risikoscoring für nicht muskelinvasive Harnblasenkarzinome

Verschiedene „Gradings“ (Zellbilder) machen deutliche Unterschiede in der Prognose bei oberflächlichen Urothelkarzinomen aus und müssen daher aufgrund dieser unterschiedlichen Zellbilder trotz gleicher Eindringtiefe (T-Kategorie) und identischem histologischen Typ unterschiedlich aggressiv behandelt werden.



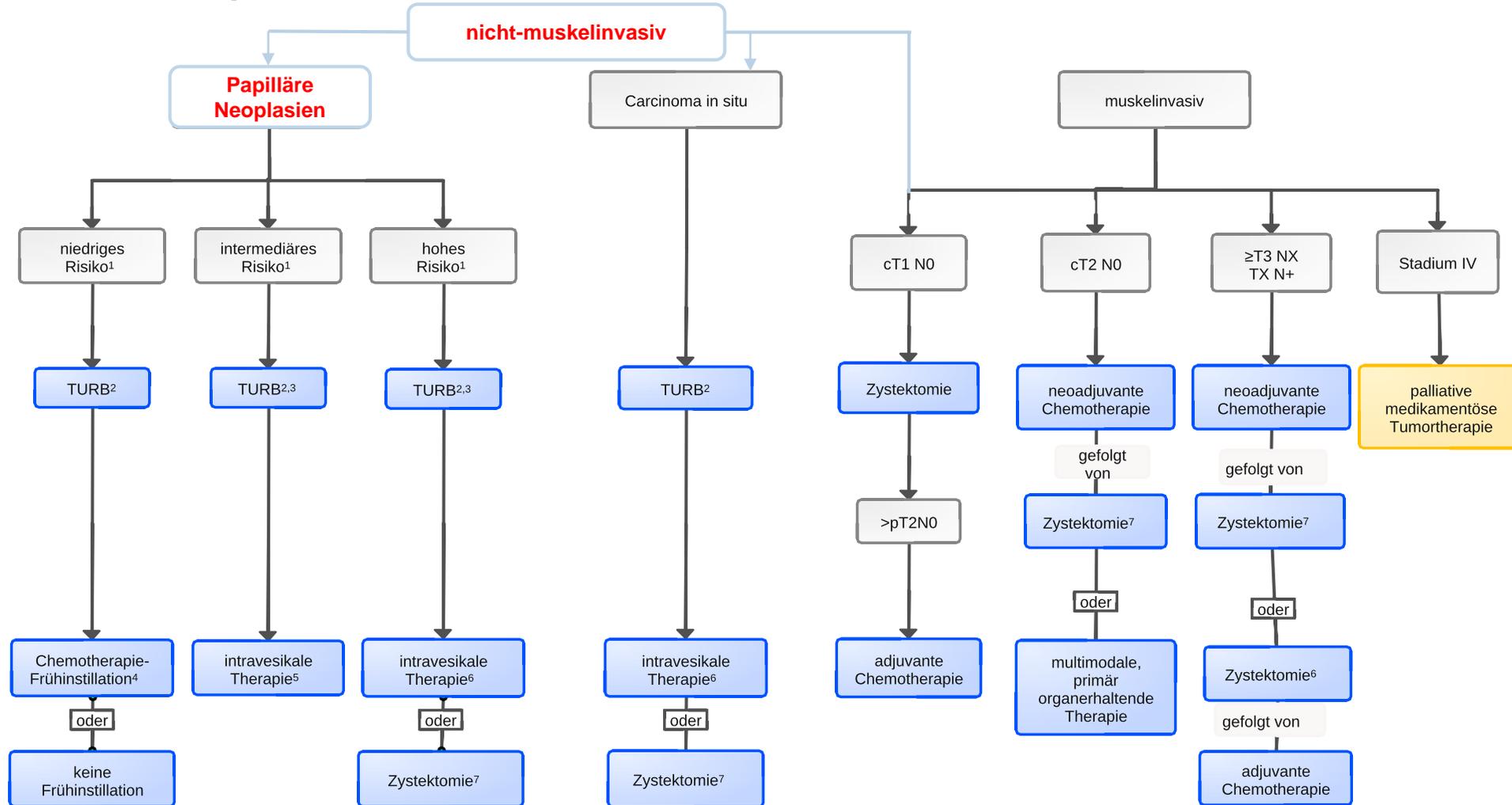
[Blasenkarzinom \(Urothelkarzinom\) – Onkopedia](#)

BEHANDLUNG VON UROTHELTUMOREN



BEHANDLUNG VON UROTHELIALEN NEOPLASIEN

Erstlinientherapie des Harnblasenkarzinoms



Legende:

- █ kurative Intention;
- █ palliative Intention;
- 1 siehe Tabelle 5 und 6;
- 2 TURB – transurethrale Blasenresektion
- 3 Kontrolle mit transurethraler Nachresektion bei Tumoren mit hohem Risiko, ggf. auch bei intermediärem Risiko empfohlen
- 4 Chemotherapie-Frühinstillation – einmalig bei der TURB mit Mitomycin C, alternativ auch mit Doxorubicin
- 5 intravesikale Therapie mit Mitomycin C oder BCG über 1 – 3 Jahre;
- 6 intravesikale Therapie mit BCG über 1 – 3 Jahre;
- 7 plus bilaterale pelvine Lymphadenektomie mit Entnahme von 10-16 Lymphknoten

Quelle: blasenkarzinom-urothelkarzinom-Abbildung4.svg

GEGENÜBERSTELLUNG DER ERFASSUNGSREGELN



GEGENÜBERSTELLUNG DER ERFASSUNGS- REGELN ANHAND ICD, GRADING UND T-STADIUM

	Manual 2008	Manual 2019	ENCR 2022
Epidemiologisch	<ul style="list-style-type: none"> • Es fließen alle Befunde (Diagnose, Pathologie, Todesbescheinigung (DC-Recherche)) zu D41, D09 und C67 in die Berechnung der Inzidenz mit ein. • Der erste aufgetretene Harnblasentumor ist unabhängig von der Dignität inzidenzrelevant. • IARC-Regeln für multiple Primärtumoren werden angewendet. • Für spezielle Auswertungen hinsichtlich Invasionsgrad getrennte Darstellung nach D41, D09 und C67 • C65-C68.0 <ul style="list-style-type: none"> • synchron = C68.9 • metachron = Sitz des ersten Tumors 	<ul style="list-style-type: none"> • Es fließen alle Befunde (inkl. Therapie und Verlauf) zu D41, D09 und C67 in die Berechnung der Inzidenz mit ein. • Der erste aufgetretene Harnblasentumor ist unabhängig von der Dignität inzidenzrelevant. • C65-C68.0 <ul style="list-style-type: none"> • synchron = C68.9 • metachron = Sitz des ersten Tumors 	<ul style="list-style-type: none"> • Es fließen alle Befunde (inkl. Therapie und Verlauf) zu D41, D09 und C67 in die Berechnung der Inzidenz mit ein. • Der erste aufgetretene Harnblasentumor ist unabhängig von der Dignität inzidenzrelevant. • C65-C68.0 <ul style="list-style-type: none"> • synchron = C68.9 • metachron = Sitz des ersten Tumors

GEGENÜBERSTELLUNG DER ERFASSUNGS- REGELN ANHAND ICD, GRADING UND T-STADIUM

	Manual 2008	Manual 2019	ENCR 2022
Klinisch	—	<ul style="list-style-type: none"> • Separierte Erfassung nach Organen (C65, C66, C67 und C68.0) und innerhalb der Organe: <ul style="list-style-type: none"> • D41.4 • D09 pTa low grade • D09 pTa high grade • D09 pTis high grade • C67 pT1-4 	<ul style="list-style-type: none"> • Separierte Erfassung nach Organen, Progressionsstufen (C65, C66, C67 und C68.0) und innerhalb der Organe: <ul style="list-style-type: none"> • D41.4 • D09 pTa low grade • D09 pTa high grade • D09 pTis high grade • C67 pT1 (nicht muskelinvasiv) • C67 pT2-4

UMSETZUNG DER ENCR- RECOMMENDATION IN DEUTSCHLAND

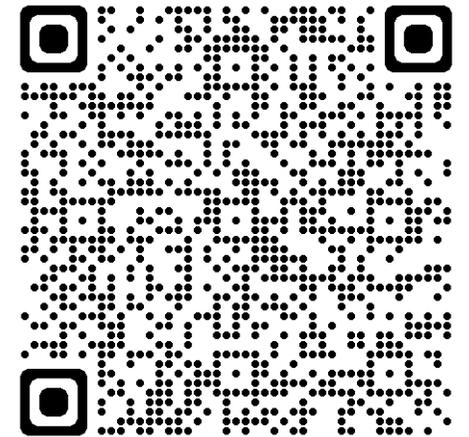


UMSETZUNG DER ENCR-RECOMMENDATION IN DEUTSCHLAND

(PUNLMP) → nicht-invasive, low-grade (TaG1) → nicht-invasive, high-grade (TaG3) → in situ (Tis) →
→ invasive, oberflächlich (T1) → Muscle-invasive (T2+)

Ein gezählter epidemiologischer Fall aus maximal fünf bis sechs klinischen Fällen pro Lokalisation des Harntraktes

Es ist wichtig, zwischen der Erfassung (Registrierung) und der Meldung (Zählung) von Tumoren zu unterscheiden. Im Krebsregister können mehrere Tumoren des Urothels (mit unterschiedlicher Lokalisation, Dignität, Grading oder Invasion) desselben Patienten erfasst werden, aber nach internationalen Kriterien und zum Zwecke der Vergleichbarkeit wird dennoch nur ein oder ein Teil davon tatsächlich gemeldet. Für die Erfassung besteht daher die Notwendigkeit, das Auftreten von Tumoren urothelialen Ursprungs in den einzelnen Lokalisationen und Stufen zu unterscheiden.



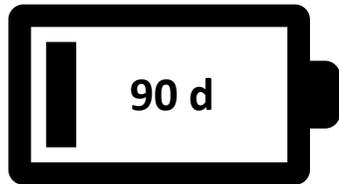
ENCR-Recommendation
“Recording and Reporting
of Urothelial Tumours”

REGELN ZUR KLINISCHEN
FALLBILDUNG MIT
BEISPIELEN ZUR
DOKUMENTATION

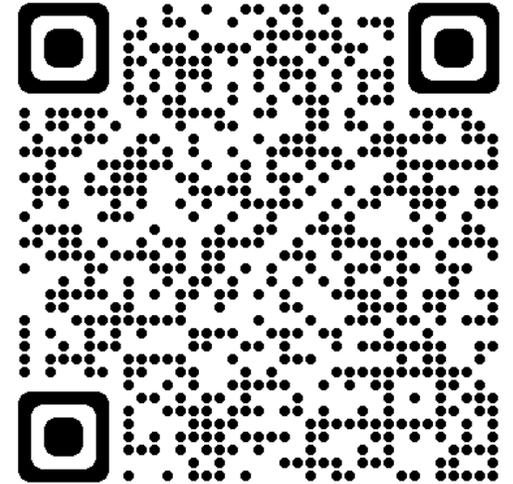


REGELN ZUR KLINISCHEN FALLBILDUNG

- Expansion des Diagnosezeitraums



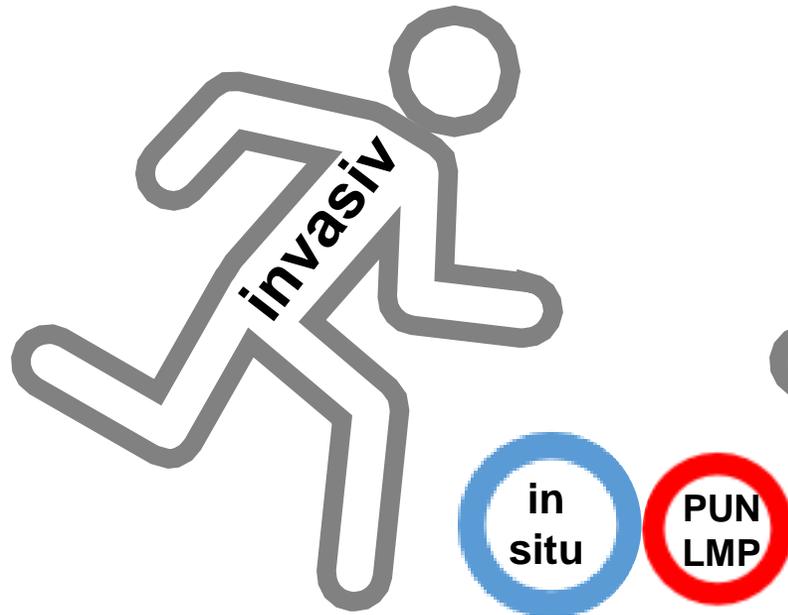
- Gilt nur für die Morphologie-Codes
 - 8120/2, 8120/3, 8130/1, 8130/2, 8130/3
 - Sonderformen: 8020/3, 8082/3, 8031/3, 8121/3, 8131/3.



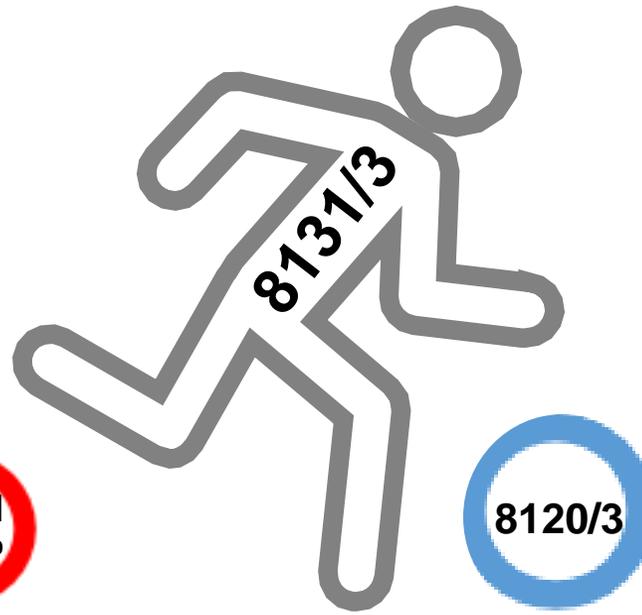
BfArM: ICD-O-3.2

REGELN ZUR KLINISCHEN FALLBILDUNG

Ranking der Morphologie-Codes



C-Code > D-Code >
PUNLMP

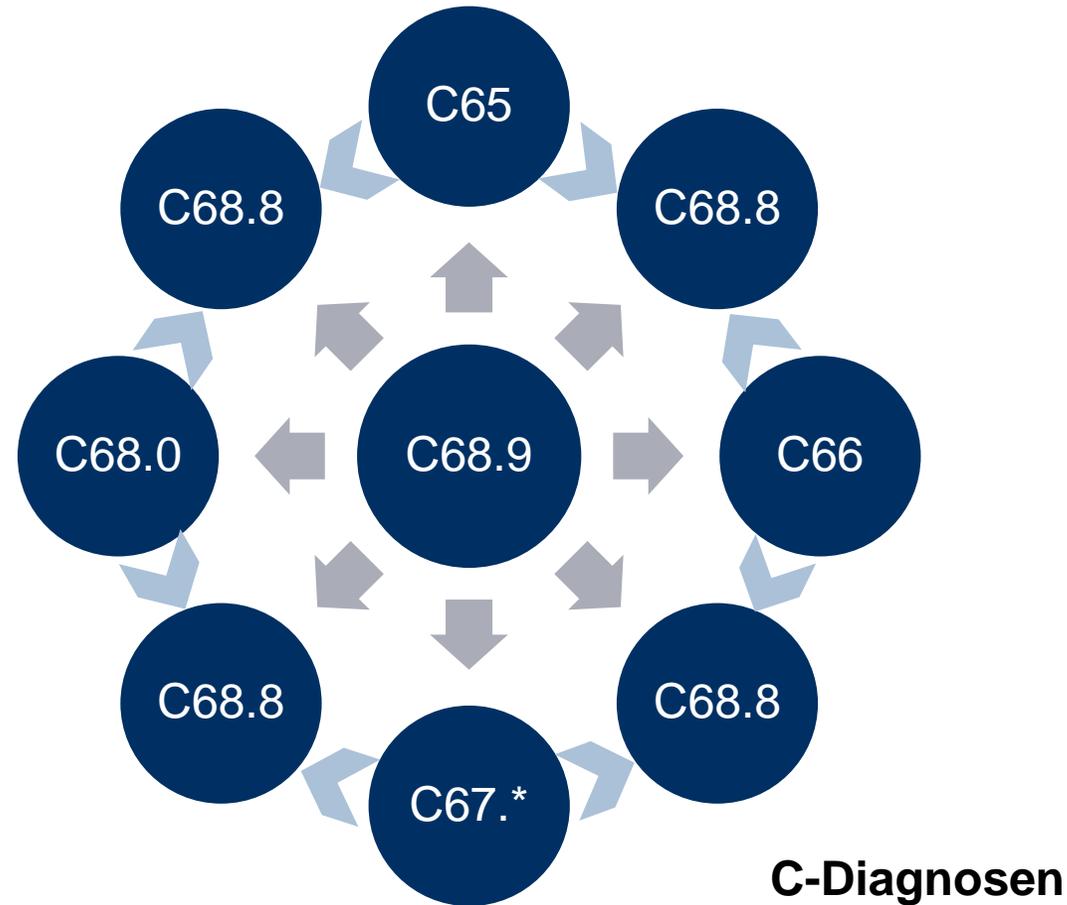


bigger No. > smaller
No.

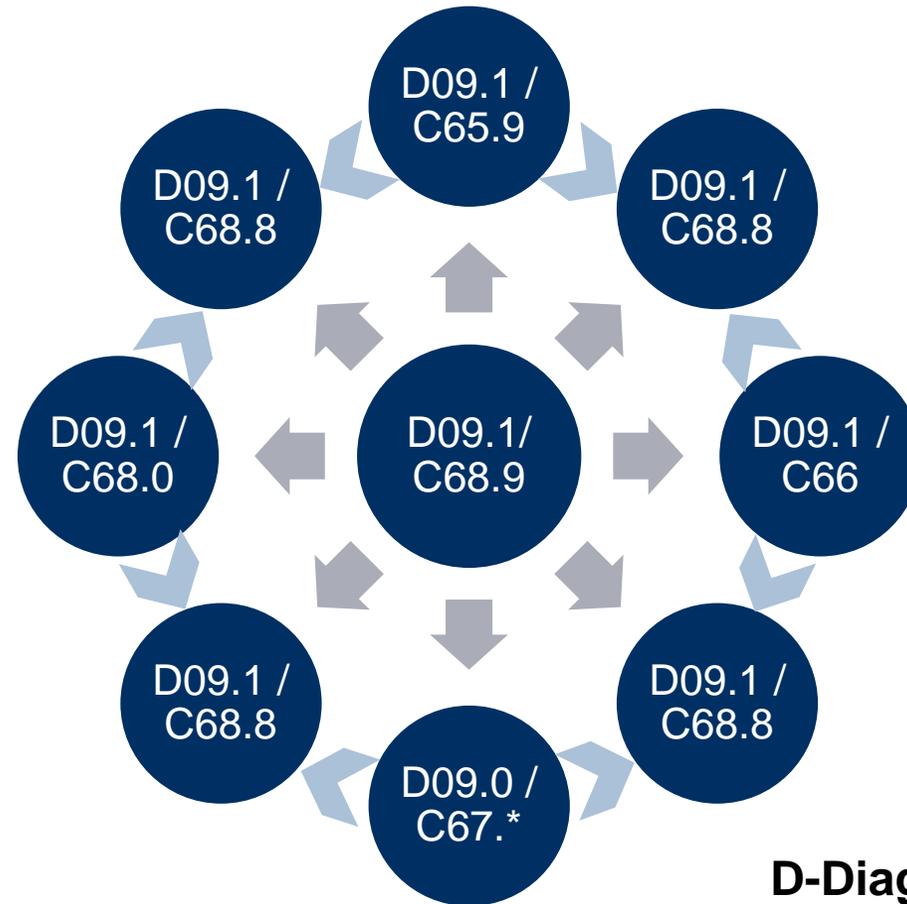


Ausnahme: 8120/2 >
8130/2

REGELN ZUR KLINISCHEN FALLBILDUNG



REGELN ZUR KLINISCHEN FALLBILDUNG



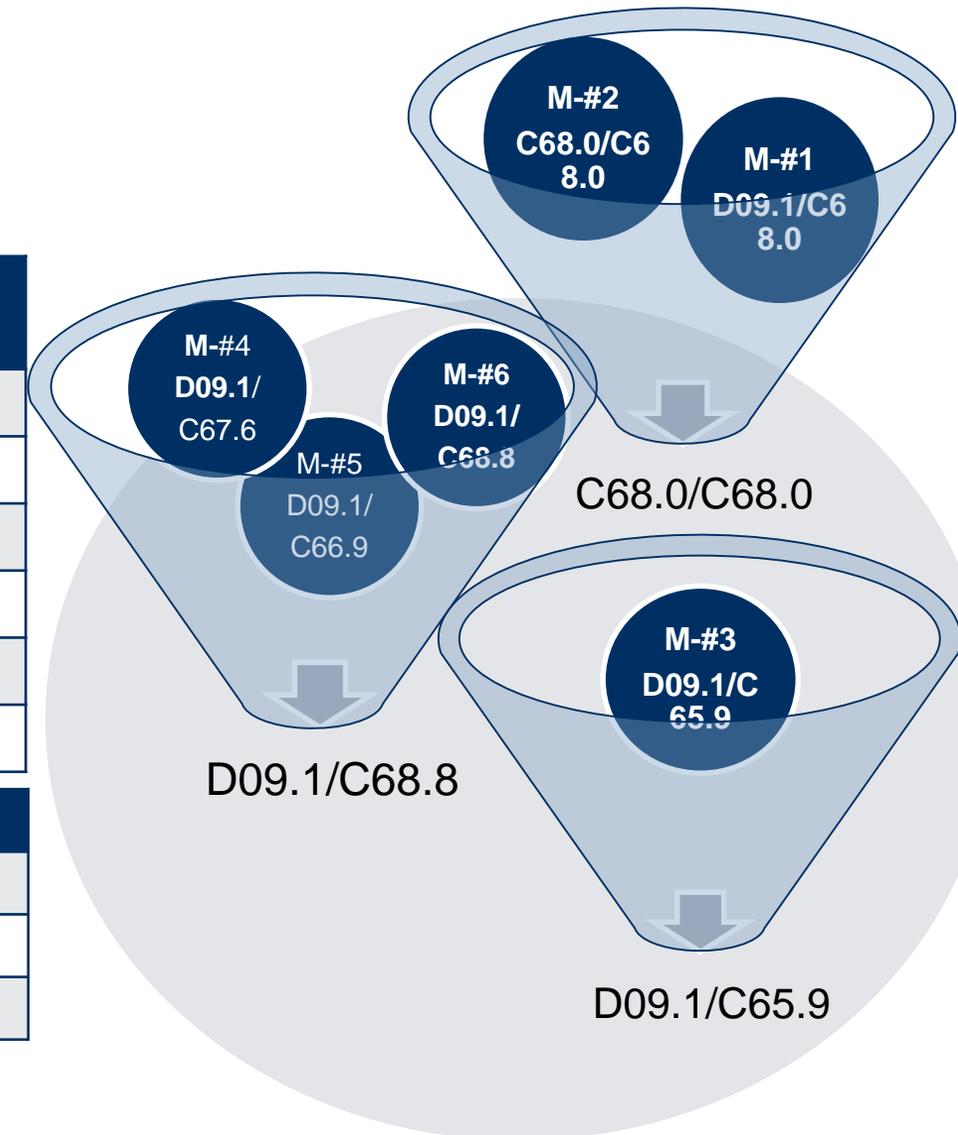
**D-Diagnosen mit ICD-O-
Topographie**

REGELN ZUR KLINISCHEN FALLBILDUNG

Beispiel

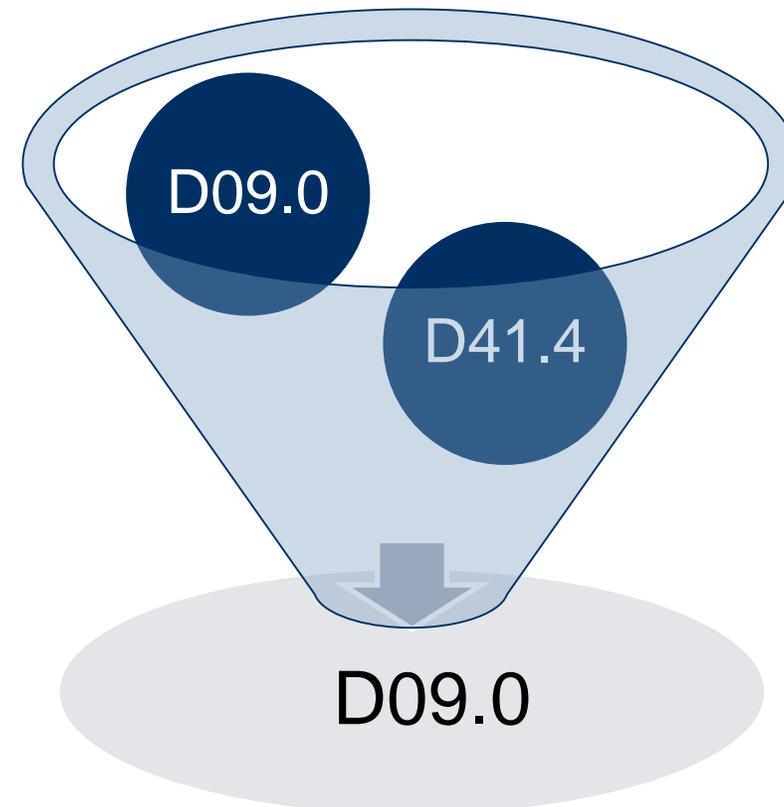
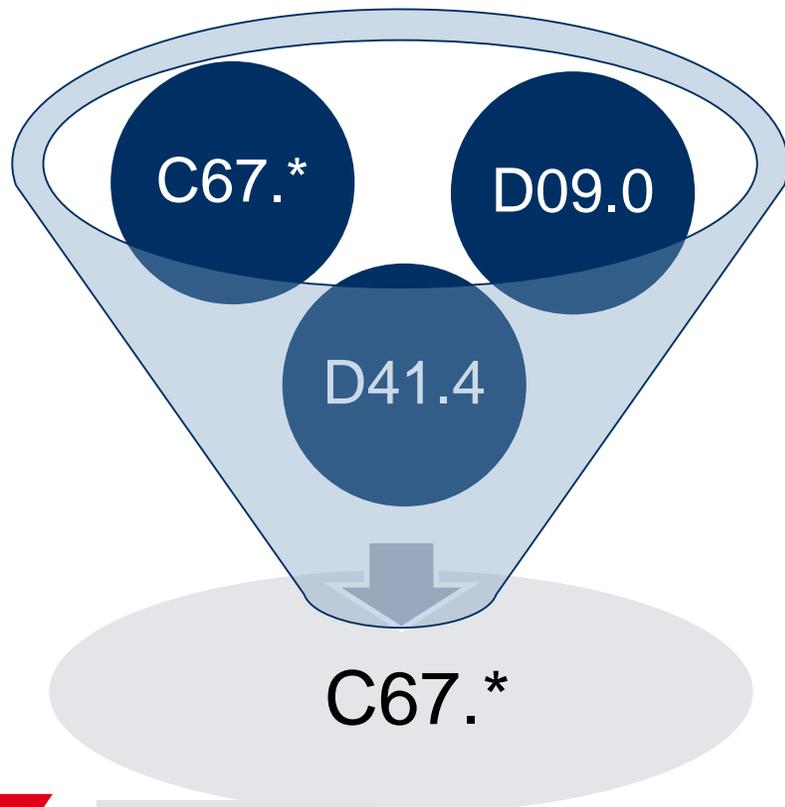
Meldung #	ICD-10	ICD-O-Lokalisation	Diagnosedatum	Fall #
1	D09.1	C68.0	15.02.23	1
2	C68.0	C68.0	15.03.23	1
3	D09.1	C65.9	21.02.23	2
4	D09.1	C67.6	20.04.23	3
5	D09.1	C66.9	20.04.23	3
6	D09.1	C68.8	23.04.23	3

ICD-10	ICD-O-Lokalisation	Diagnosedatum	Fall #
C68.0	C68.0	15.02.23	1
D09.1	C65.9	21.02.23	2
D09.1	C68.8	20.04.23	3



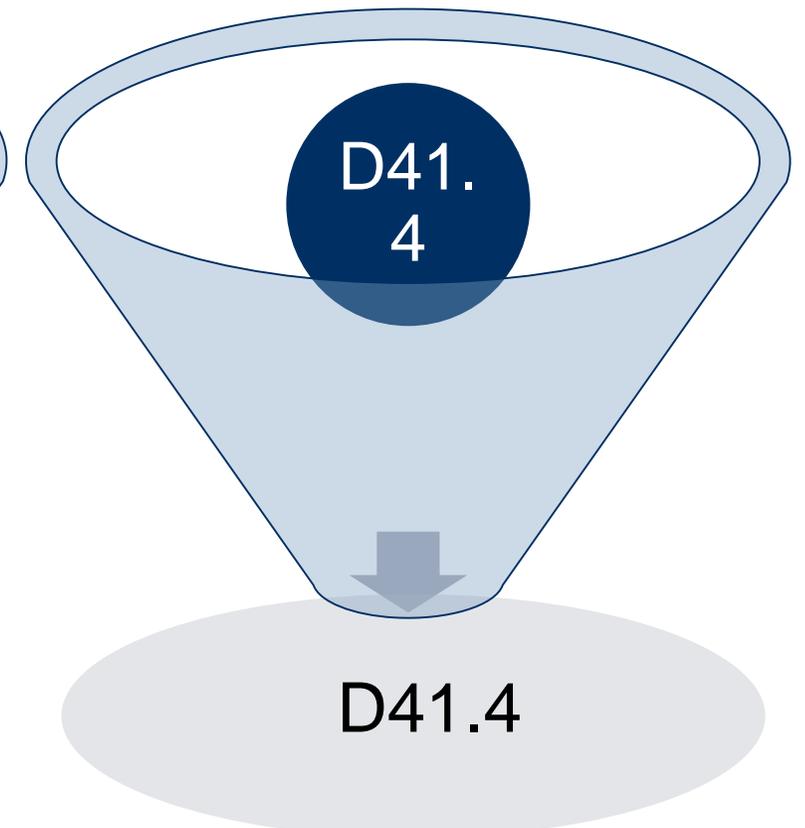
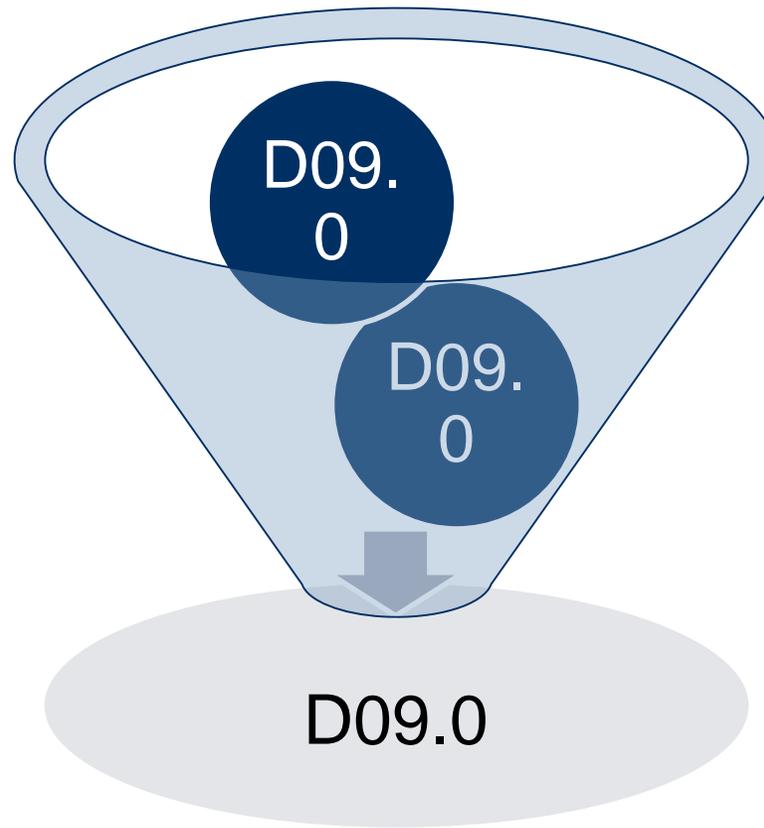
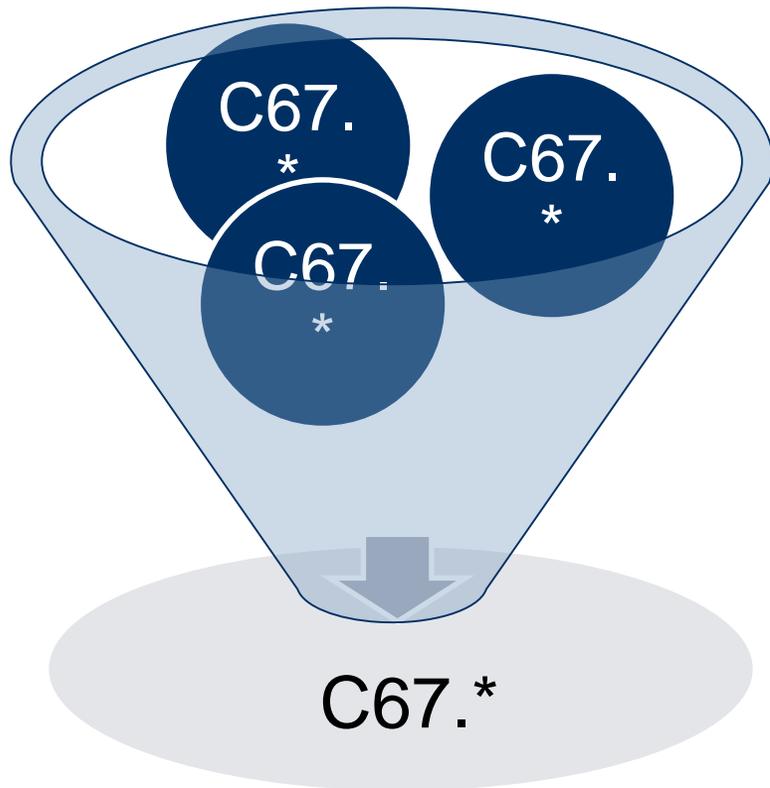
SONDERREGEL HARNBLASE ZUR KLINISCHEN FALLBILDUNG

Synchrones Auftreten: C-Diagnosen – höhere Dignität > kleinere Dignität



SONDERREGEL HARNTRAKT ZUR KLINISCHEN FALLBILDUNG

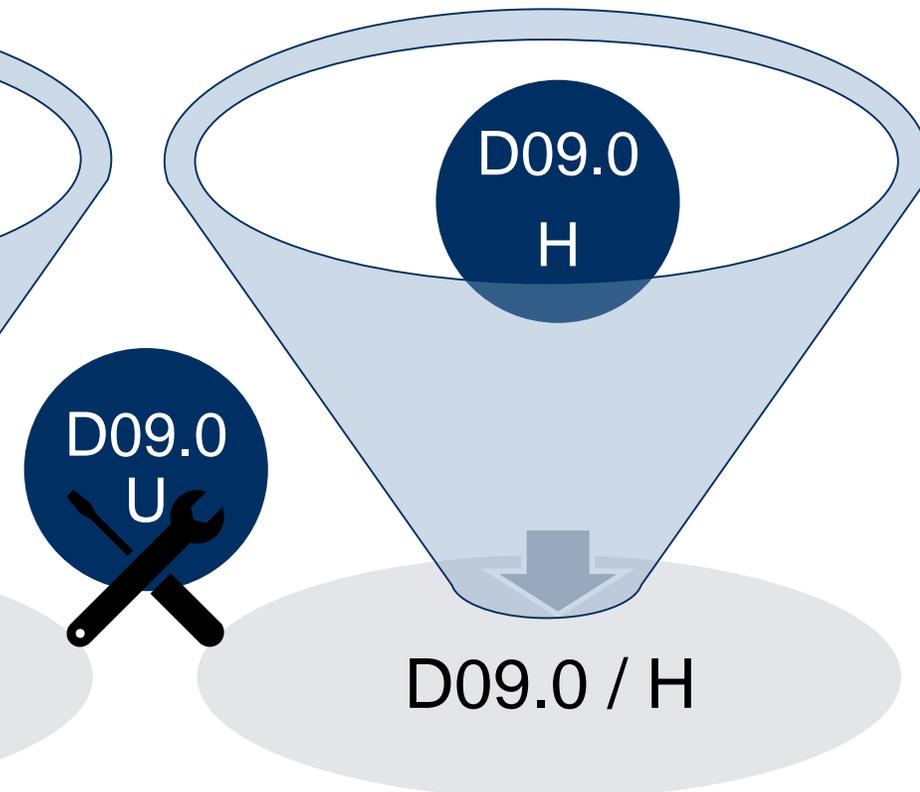
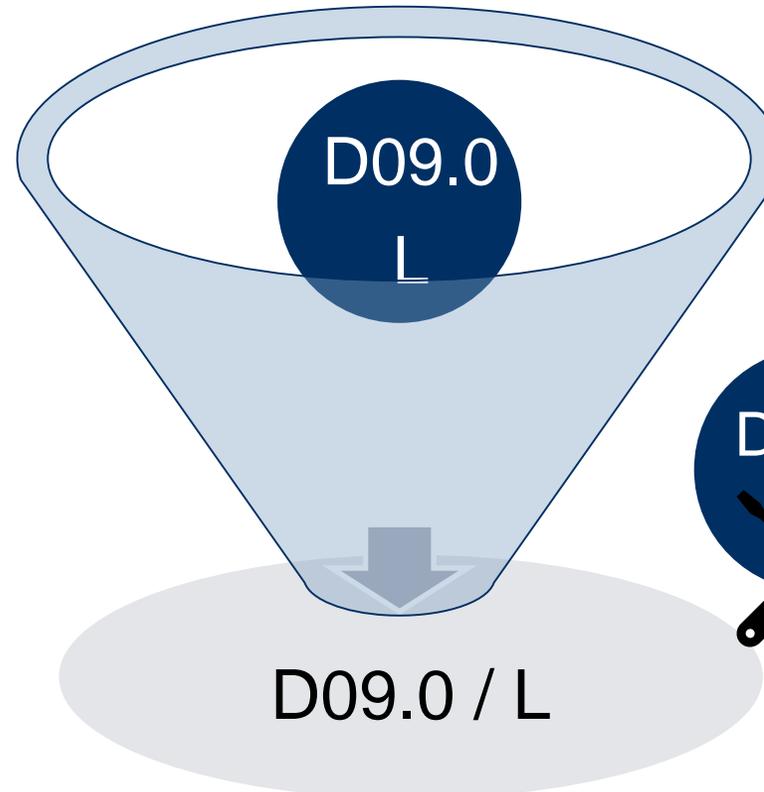
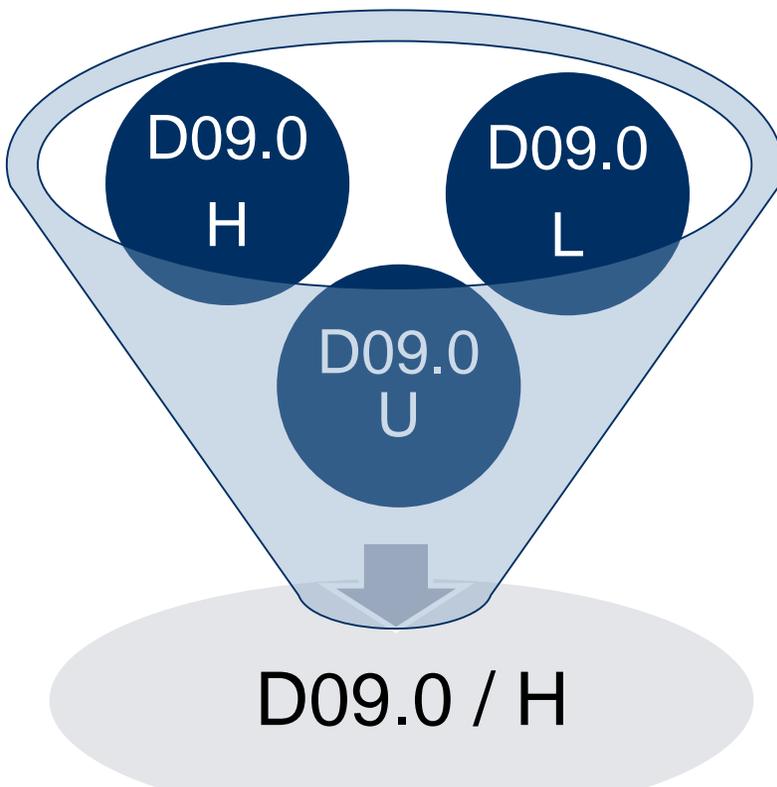
Metachrones Auftreten: C-Diagnosen – höhere Dignität > kleinere Dignität



SONDERREGEL pTa ZUR KLINISCHEN FALLBILDUNG

**Synchrones Auftreten: Grading-
highgrade (H) > low-grade (L)**

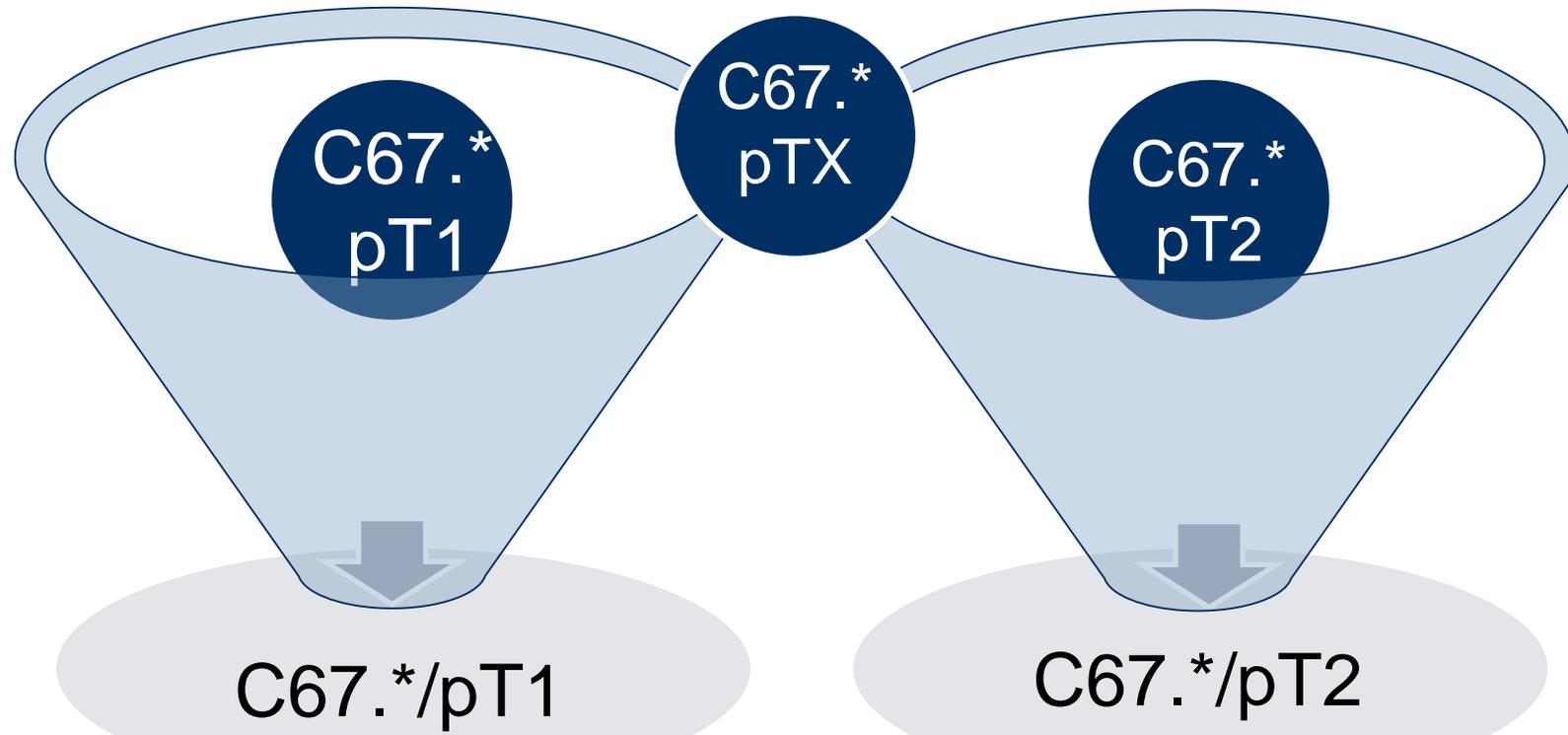
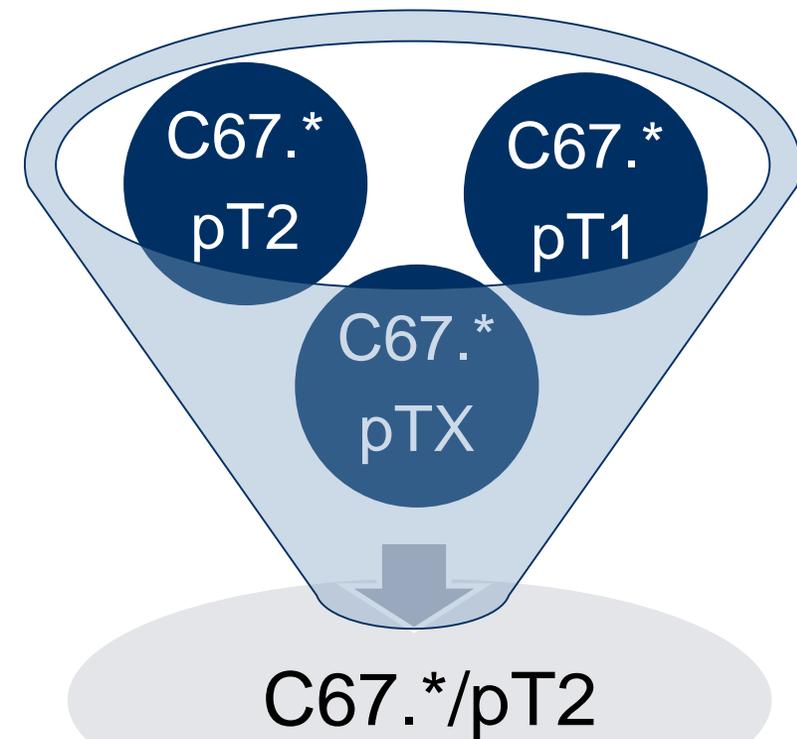
**Metachrones Auftreten: C-Diagnosen –
höhere Dignität > kleinere Dignität**



SONDERREGEL $PT \geq 1$ ZUR KLINISCHEN FALLBILDUNG

**Synchrones Auftreten:
pT-Stadium ≥ 1**

**Metachrones Auftreten:
pT-Stadium ≥ 1**



SONDERREGEL PROGRESSSTUFEN

**Der früheste Fall gibt vor, an welcher Stelle der Stufen begonnen wird.
Die Progressstufen sollen nur aufsteigend dargestellt werden.
Klinische Fälle, der gleichen oder geringeren Progressstufe werden ignoriert.**

Stufe	ICD-10	Histologie	Grading	T-Wert
1	D09.0 / D09.1	8130/2	1, 2 oder L	A
2	D09.0 / D09.1	8130/2	3 oder H	A
3	D09.0 / D09.1	8120/2	H, T, X oder U	Is
4	C65, C66, C67.*, C68.0	Urothelkarzinom	1, 2, 3, X, U	1
5	C65, C66, C67.*, C68.0	Urothelkarzinom	1, 2, 3, X, U	2, 3, 4

Referenz Progressionsstufen

Die Progressstufen sollen für jedes Organ (rechtes und linkes Becken, rechter und linker Harnleiter, Blase und Harnröhre) separat entsprechend der Gruppierung der Kategorien (Zeilen 1, 2, 3, 4 und 5) zusammengefasst werden. Somit stellt ein invasives Urothelkarzinom (8120/3) des linken Nierenbeckens (C65) keine Progressstufe eines in der Vorgeschichte bekannten urothelialen In-situ-Karzinoms (8210/2) der Harnblase (D09.0 / C67.*) dar.

DOKUMENTATIONSBEISPIEL - PROGRESSIONSSTUFEN

1 Patient – 1 epidemiologischer und 5 klinische Fälle

Diagnose- datum	ICD-10	ICD-O	Histologie	Grading	T-Wert	# Fall (klin.)	# Fall (epi.)	Stufe / # Fall (klin.)
01.03.2021	D09.0	C67.8	8130/2	L	A	1	1	1 / 1
15.08.2021	D09.1	C65.9	8120/2	T	Is	2	1	3 / 2
09.01.2022	D09.0	C67.9	8120/2	H	A	3	1	2 / 1
20.05.2022	C67.2	C67.2	8120/3	1	1	4	1	4 / 1
22.06.2022	D09.0	C67.9	8120/2	H	A	4	1	-
25.07.2022	C65	C65.9	8120/3	2	3	5	1	5 / 2

Recording 5 klin. Fälle
und 2 klin. Fälle mit
den jeweiligen
Progressstufen

Diagnose- datum	ICD-10	ICD-O	Histologie	Grading	T-Wert
01.03.2021	D09.0	C67.8	8130/2	L	A

Reporting epi. Fall

ZUSÄTZLICHE PLAUSIBILISIERUNG

- Tumorangaben prüfen – Ändern sich Diagnosedaten durch Angaben im Verlauf
- Übergänge: C67.5 und C68.0, C66 und C67.6 oder C65 und C66 bei einem Patienten – 1 Fall oder 2 Fälle?, Rezidiv oder Neuerkrankung?

ALLZEIT GUTE DOKUMENTATION

DAS WISSEN ÜBER UROTHELIALE TUMOREN UND DEREN
KLASSIFIZIERUNG HAT SICH IN DEN LETZTEN ZWEI
JAHRZEHNEN ENTSCHEIDEND ERWEITERT, DAHER
SOLLTEN DIESE AUCH ENTSPRECHEND DIFFERENZIERTER
REGISTRIERT WERDEN.

www.mediaserver.hamburg.de / Maxim Schulz