



T.C. Sağlık Bakanlığı
Türkiye Halk Sağlığı
Kurumu

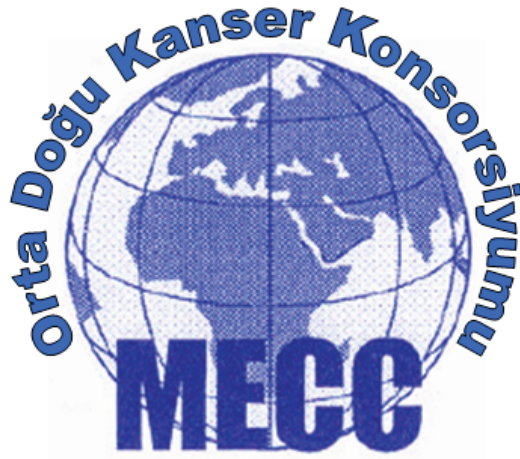
KANSER KAYITÇILIĞINDA STANDARTLAR İÇİN EL KİTABI

Ortadoğu Kanser Konsorsiyumu

ANKARA
2013

MECC Kodlama ve Evreleme Kılavuzu
Beşinci Basım
Kasım 2008

Prof. Michael Silberman
Executive Director (Yürütücü Müdür)
Orta Doğu Kanser Konsorsiyumu
P.O.B. 7495
Haifa 31074
İsrail



Editörler

John L. Young, Jr. DrPH, CTR
Epidemiyoloji Profesörü
Rollins Halk Sağlığı Okulu,
Epidemiyoloji Bölümü
Emory Üniversitesi
1462 Clifton Road, NE, 504
Atlanta, Georgia 30322 ABD

Kevin C. Ward, PhD, CTR
Epidemiyoloji Doçenti
Rollins Halk Sağlığı Okulu,
Epidemiyoloji Bölümü
Emory Üniversitesi
1462 Clifton Road, NE, 507
Atlanta, Georgia 30322 ABD

Çeviri

Doç.Dr.Sultan Eser ve Dr.Saniye Özalan
İzmir Kanser Kayıt Merkezi
İzmir Halk Sağlığı Müdürlüğü
Kanser Şubesi

Bu rehberdeki yönergeler, 1 Ocak 2007 ve sonrasında tanı alan olgular için kullanılacaktır.

Bu kodlama standartları başlangıçta Orta Doğu Kanseri Konsorsiyumu ile Amerika, Atlanta, Georgia'daki Emory Üniversitesi Epidemiyoloji Bölümüne bağlı Rollins Halk Sağlığı Okulu arasında yapılan sözleşme ile geliştirildi.

İlk basım Aralık 1998' de MECC Birleşik Kanseri Kayıt Merkezleri Projesi Yönetim Kurulu İkinci Yarı Yıl Toplantısında dağıtıldı, gözden geçirildi ve revize edildi.

İkinci basımda küçük değişiklikler söz konusu idi ve MECC'e bağlı kanseri kayıt merkezlerine yaygın olarak dağıtıldı.

Üçüncü basım ICD-O-3 ve Özet Evre 2000 değişikliğini belgeledi ve 2002 Ocak'ta MECC Yönetim Kurulu Toplantısında dağıtılıp kullanıma sunuldu.

Dördüncü basım 2005 Mart' ta yayımlandı ve primer yerleşim yeri, histoloji ve derece (grade) kodlama yönergeleri genişletildi.

Bu beşinci basım ise 2008 Kasımında Güney Kıbrıs, Larnaka'da yapılan Yönetim Kurulu Toplantısında benimsendi. Bu basımda Uluslararası Kanseri Kayıtçıları Birliği (IACR) nin yeni çoğul primer kuralları yer almakta. Aynı zamanda 1 Ocak 2007 de ve sonrasında tanı almış tüm olgular için tedavi ve son izlem verileri "gerekli" veriye dönüştürüldü.

İÇİNDEKİLER

MECC'e Katılan Ülkelerin ve İletişim Kurulabilecek Kişilerin Listesi	v-vi
MECC'in ve Kanser Kayıt Merkezleri Projesinin Kısa Tarihçesi	vii
Giriş	1
“Kanser” Nedir?; “Kanser Kayıt Merkezi” Nedir?; Kanser Tanısı Nedir?	1
Kanserin Rapor Edilebilirliğine Karar Verirken Muğlak (Belirsiz) Terminolojinin Kullanımı	2
Tanı Koydurucu Başlıklar Ne Kadar Değişebilir?	2
MECC'e Göre Rapor Edilecek Kanser Nedir?	2
Referans Tarihi: MECC'in Kapsadığı Tanı Tarihleri Nelerdir?	3
Hastanın İkametgahı Rapor Edilebilirliği Etkiler mi?	3
Birden Fazla Kanser Varsa İzlenecek Yol Nedir?	3
Çoğul Primer Kanserler Nasıl Belirlenir?	3
Çoğul Primer Kanserleri Belirleme Kuralları	7
Veri Başlıkları: GEREKLİ, ZORUNLU veya İSTEĞE BAĞLI	8
MECC KAYIT MERKEZİ NUMARASI — <i>Gerekli</i>	9
KAYIT MERKEZİ HASTA NUMARASI — <i>Gerekli</i>	10
SIRA NUMARASI — <i>Gerekli</i>	11
HASTANIN ADI — <i>Zorunlu</i>	12
HASTANIN ULUSAL KİMLİK NUMARASI — <i>Zorunlu</i>	13
TANI SIRASINDA YAŞ — <i>Gerekli</i>	14
DOĞUM TARİHİ — <i>Gerekli</i>	15
CİNSİYET — <i>Gerekli</i>	16
MEDENİ DURUM (tanı sırasında) — <i>İsteğe Bağlı</i>	17
HASTANIN ADRESİ (tanı sırasında) — <i>Zorunlu</i>	18
HASTANIN TELEFON NUMARASI (güncel) — <i>İsteğe Bağlı</i>	20
İKAMET DURUMU (güncel) — <i>Gerekli</i>	21
DOĞUM YERİ — <i>İsteğe Bağlı</i>	22
ETNİK KÖKEN — <i>İsteğe Bağlı</i>	23
DİN — <i>İsteğe Bağlı</i>	24
SİGARA İÇME ÖYKÜSÜ — <i>İsteğe Bağlı</i>	25
MESLEK — <i>İsteğe Bağlı</i>	26
TANI TARİHİ — <i>Gerekli</i>	27
TANI YÖNTEMİ — <i>Gerekli</i>	30
LATERALİTE — <i>İsteğe Bağlı</i>	32
PRİMER YERLEŞİM YERİ METNİ — <i>Zorunlu</i>	34
PRİMER YERLEŞİM YERİ KODU — <i>Gerekli</i>	35
MORFOLOJİ METNİ — <i>Zorunlu</i>	40
MORFOLOJİ KODU — <i>Gerekli</i>	41
HİSTOLOJİK TİP — <i>Gerekli</i>	42
DAVRANIŞ — <i>Gerekli</i>	47
DERECE, DİFERANSİYASYON VEYA HÜCRE GÖSTERGESİ — <i>Gerekli</i>	50
TANI SIRASINDA ÖZET EVRE — <i>Gerekli</i>	58
HASTANE VERİ BAŞLIKLARI — <i>Zorunlu</i>	61
TEDAVİ VERİLERİ — <i>Gerekli*</i>	62
KANSER TEDAVİSİNİN İLK KÜRÜNÜN BAŞLADIĞI TARİH — <i>Gerekli*</i>	67
KANSERE YÖNELİK CERRAHİ — <i>Gerekli*</i>	69
RADYOTERAPİ — <i>Gerekli*</i>	70
KEMOTERAPİ — <i>Gerekli*</i>	71
HORMONAL TEDAVİ — <i>Gerekli*</i>	73

İMMÜNÖTERAPİ [BİYOLOJİK YANIT DEĞİŞTİRİCİ (BRM)] — <i>Gerekli*</i>	75
DİĞER TEDAVİLER — <i>Gerekli*</i>	78
SON İZLEM VEYA ÖLÜM TARİHİ — <i>Gerekli*</i>	80
HAYATİ DURUM — <i>Gerekli *</i>	81
ÖLÜM NEDENİ — <i>Gerekli*</i>	82
EK 1: LENFOMLAR VE LÖSEMİLER İÇİN YENİ HİSTOLOJİ KODLAR	83
EK 2: OLGU BULMA İÇİN ICD-10 KODLARI	85

* 1 Ocak 2007 de ve sonrasında tanı almış olgular için “Gerekli”

MECC'e Katılan Ülkelerin ve İletişim Kurulabilecek Kişilerin Listesi

Güney Kıbrıs

Dr. Pavlos Pavlou
Sağlık Bakanlığı
Sağlık İzleme Birimi Koordinatörü
Prodromou 1 & Chilonos 17
1448 Nicosia , Kıbrıs Rum Yönetimi

Mısır (Tanta, Gharbia)

Dr. Ibrahim Abdel-Bar Seif Eldein
Halk Sağlığı Bakanlığı Tanta Kanser Merkezi Müdürü
6 Dr. Nagati st., PO Box 295
Tanta, Mısır

İsrail

Dr. Micha Barchana
Müdür, İsrail Kanser Kayıt Merkezi
Sağlık Bakanlığı
4 Shalom Yehuda st.
Kudüs 91090 İsrail

Ürdün

Dr. Mohammed Tarawneh
Sağlık Bakanlığı
Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar Şubesi Müdürü
P. K. 961750
Amman, Ürdün 11196

Filistin Özerk Yönetimi – Batı Şeria

Dr. Abdel Razzaq Salhab
Müdür, Kanser Kayıt Merkezi
Onkoloji Bölüm Başkanı
Beit Jala Hastanesi
Bethlehem, Batı Şeria
Filistin Özerk Yönetimi

Turkey (İzmir)

Doç. Dr. Sultan Eser, PhD
Sağlık Bakanlığı
İzmir Halk Sağlığı Müdürlüğü
Kanser Şubesi, Müdür
Zübeyde Hanım cd. No 100
35600 Karşıyaka
İzmir, Türkiye

MECC'e Katılan Ülkelerin ve İletişim Kurulabilecek Kişilerin Listesi

Cyprus

Dr. Pavlos Pavlou
Coordinator
Health Monitoring Unit
Ministry of Health
Prodromou 1 & Chilonos 17
1448 Nicosia , Republic of Cyprus

Egypt (Tanta, Gharbia)

Dr. Ibrahim Abdel-Bar Seif Eldein
Director, Tanta Cancer Center
Ministry of health & Population
6 Dr. Nagati Street, PO Box 295
Tanta, Egypt

Israel

Dr. Micha Barchana
Director, Israel Cancer Registry
Ministry of Health
4 Shalom Yehuda Street
Jerusalem 93480 Israel

Jordan

Dr. Mohammed Tarawneh
Director, Non-Communicable Disease Directorate
Ministry of Health
P.O. Box 961750
Amman, Jordan 11196

Palestinian Authority - West Bank

Dr. Abdel Razzaq Salhab
Director, Oncology Center
Beit Jala Hospital
Bethlehem, West Bank
Palestinian Authority

Turkey (Izmir)

Associate Professor Dr. Sultan Eser
Director, Cancer Department
Of Izmir Health of Population Directorate,
Ministry of Health
Zübeyde Hanım Street No 100
35600 Karşıyaka
İzmir, Turkey

Orta Doğu Kanser Konsorsiyumu (MECC)' nun Kısa Tarihçesi:

Orta Doğu Kanser Topluluğu, 1994'te Mısır'ın başkenti Kahire'de, aralarında Dr. Kahan, El-Bolkainy, Ibrahim, El-Najjar ve Polliack'ın da bulunduğu bazı doktorlar arasında bir düşünce olarak başladı. Dr. Klausner'in Kıbrıs ve İsrail Sağlık Bakanları ile birlikte katıldığı Kahire, Bethesda ve İsrail'deki toplantıların ardından, **Orta Doğu Kanser Konsorsiyumu** kavramı ortaya çıktı.

Böylece, 20 Mayıs 1996 da İsviçre'nin Cenevre kentinde varılan bir anlaşmayla yeni bir hükümetler arası organizasyon olan Orta Doğu Kanser Konsorsiyumu (MECC) kuruldu.

Anlaşma aşağıdaki ülkelerin Sağlık Bakanları tarafından imzalandı;

- Güney Kıbrıs
- Mısır
- İsrail
- Ürdün
- Filistin Özerk Yönetimi (Gazze ve Batı Şeria)

Birleşik Devletler Sağlık ve İnsan Hizmetleri sekreteri ve Birleşik Devletler Ulusal Kanser Enstitüsü Müdürü anlaşmaya tanıklık etti.

Türkiye resmi olarak 2004 Haziranında konsorsiyuma katıldı.

MECC' in amacı Orta Doğuda kansere ilişkin farkındalığı arttırmak ve sonuç olarak da bölgedeki kanser yükünü azaltmaktır. Yetki alanına giren altı ülkenin hepsinde yaptığı ilk aktivite nüfus tabanlı kanser kayıt merkezleri kurmak ya da mevcut kanser kayıt merkezlerinin gelişimini desteklemek olmuştur.

Kanser Kayıt Merkezleri Projesi

MECC Kanser Kayıt Projesi (CRP) 1 Ocak 1998' de başlamıştır. Projenin temel amacı, bağlı ülkeler arasında güvenilir karşılaştırmalar yapmayı sağlamak için başlıkları, tanımları ve kodları standardize etmektir.

GİRİŞ

Tanımlar

“Kanser” Nedir?

“Kanser”in ayrıntılı pek çok tanımı vardır. Bu tanımlardan en kolay olanı, “kanser”in kontrolsüz büyüme ve anormal hücre yayılımı ile karakterize bir hastalık grubu olduğudur. Eğer yayılım kontrol edilemezse, ölüme sonuçlanabilir. Kayda değer neoplazmları tanımak amacıyla *Hastalıkların Uluslararası Sınıflandırması, Onkoloji, Üçüncü Basım (ICD-O-3)*'da, bütün tümörler bir davranış kodu (beşinci basamak) ile birlikte listelenmiştir. Davranış kodu 2 ya da 3 olanlar rapor edilmesi gerekli bir neoplazm sayılır.

“Kanser Kayıt Merkezi” Nedir?

Kanser kayıt merkezleri, kanserli kişilere ait verilerin toplanması, saklanması, analizi ve yorumlanması için organize edilmiş sistemler olarak tanımlanmıştır, genellikle bir hastaneyi ya da hastaneler grubunu kapsar. Nüfus tabanlı bir kanser kayıt merkezi tanımlanmış bir coğrafik alandaki birçok hastaneden ve hastane dışı kaynaktan veri toplar ve farklı yerleşim yerleri kanserlerinin zaman içindeki veya nüfusun alt-bölümleri arasındaki insidans eğilimlerinin gösterilmesine hizmet eder. Bu bilgiyle insidans hızları hesaplanabilir. Daha sonra olgular düzenli olarak izlenirse hastalığa dair hafifleme, şiddetlenme, prevalans ve sağkalım bilgileri elde edilebilir.

Kayıt merkezleri,

- Kanser kümelerinin oluşumunu doğrulama ve analiz etmede,
- Kısıtlı toplum fonlarının en iyi şekilde kullanılmasını sağlamak için halk sağlığı programlarını (eğitim, tarama vb) hedeflemede,
- Farklı kanser tedavilerinin (hastane, yerel, devlet, ulusal, uluslararası) kabul hızlarını ve sonuçlarını karşılaştırmada önemli halk sağlığı araçlarıdır.

Kanser Tanısı Nedir?

Bu soruya yanıt vermenin en basit yolu, doktor hastaya kanser olduğunu söylemişse, hastanın kanser olduğunu kabul etmektir. Bundan sonra tıbbi kayıtlardan doktorun kanser tanısı koyduğunun nasıl anlaşılacağı sorusu gelir. Birçok olguda hastanın kayıtları, kanserle eş anlamlı özgül terimler kullanarak tanıyı açıkça ortaya koyar. Ne var ki doktor her zaman emin, kayıt dili de kesin değildir. Belirsiz veya yetersiz tanısız terminoloji kullanımına dair kurallar aşağıdadır:

Kanserin Rapor Edilebilirliğine Dair Karar Verirken Muğlak (Belirsiz) Terminolojinin Kullanımı

Kanser tanısı ile ilişkili olduğunu düşün

görünüşe göre
açık, aşikar
.... ile karşılaştırılabilir
.... ile uyumlu, tutarlı
destekliyor, lehine
malign görünümlü
büyük olasılıkla
varsayılabılır
çok mümkün
kuşkulu
şüphesi veren
... için tipik

*Ek bilgi yoksa kanser tanısı ile ilişkili olduğunu düşünme**

dışlanamaz
belirsiz
olabilir
potansiyel olarak malign
tartışılabilir
dışında
düşündürüyor
kaygısı veriyor

*Yalnızca bu terimlerle tanı konulmuş hastaları almayın. Eğer “kuvvetle düşündürüyor” ya da “yüksek derecede kaygı verici” gibi ifadeler kullanılırsa betimleyicileri (kuvvetle, yüksek derecede) göz önüne almayın ve asıl terime ait yukarıdaki bilgiyle ilgilenin.

Tanı Koydurucu Başlıklar Ne Kadar Değişebilir?

Tanı koydurucu bilgi başlıklarının çoğu eldeki bilgiyle veya her başlık için tanımlanmış zamanda gerçekleştirilen prosedürlerle sınırlıdır. Bununla birlikte, zamanla hastanın tıbbi kayıtlarında başlangıçta kayıp ya da belirsiz olan bilgi giderek tamamlanır. Bu sayede en eksiksiz veya ayrıntılı bilgiye sahip olunduğu anda olgu hakkındaki görüş ve bilgiyi alma pratiği yerleşir. Böylece bilgi daha belirli (kesin) oldukça, primer yerleşim yeri, histoloji, hastalığın yayılımı, ikametgah vb. kodlamasında değişiklikler olabilir.

Bazen tıbbi kayıtların dikkatle yeniden gözden geçirilmesi, başlangıçta kanser diye bildirilen bir olgunun aslında malign olmadığını gösterir. Bu, en sık muğlak (belirsiz) terimler kullanıldığında ya da olgu yalnızca ölüm belgesi ile bulunduğu ortaya çıkar. Böyle olgular dosyadan silinmeli ve geriye kalan olguların sıra numarası uygun şekilde ayarlanmalıdır. Diğer yandan önceki durumun tıbbi ve/veya patolojik olarak yeniden gözden geçirilmesi ile hastanın daha önceki bir tarihte kanserinin olduğuna kanaat getirilirse o zaman önceki tarih, tanı tarihi olur yani tanı tarihi geçmiş bir tarihtir.

MECC’e Göre Rapor Edilecek Kanser Nedir?

Hastalıkların Uluslararası Sınıflandırması, Onkoloji, Üçüncü Basım (ICD-O-3)’da davranış kodu ‘2’ veya ‘3’ olan tüm olgular rapor edilmeye değer neoplazmlardır. Bununla birlikte aşağıdakilerin rapor edilmesi kanser kayıt merkezlerinin seçimine bağlıdır:

- 8050 – 8082 Derinin papiller ve skuamöz hücreli karsinomları (C44.0 – C44.9)
- 8090 – 8110 Derinin bazal hücreli karsinomları (C44.0 – C44.9)
- Servikte Karsinoma in situ (_ _ _ _ / 2) ve CIN III (C53.0 – C53.9)

Not 1: Yukarıdaki lezyonlar genital bölgelerin derisinde olduğunda rapor edilmelidir: vajina, klitoris, vulva, prepisyum, penis ve skrotum (C52.9, C51.0 - C51.9, C60.0, C60.9, C63.2).

Not 2: Eğer ICD-O-3'te davranış kodu '0' veya '1' olan bir neoplazm patoloğ tarafından *in situ* ya da *malign* olarak belirtilmişse, olgu rapor edilmelidir.

Not 3: Bazal veya skuamöz hücreli deri kanserleri diğer malignitelerle sıralanmamalıdır. Uterus serviksini *in situ*/CIN III lezyonları diğer malignitelerle sıralanmamalıdır. "Tümör Sırası"na bakınız.

Pek çok hastane, çıkış tanılarını kodlamada ICD-10 kodlarını kullanır. Rapor edilmesi gereken tüm kanser olgularını belirlemek için gözden geçirmeniz gereken ICD-10 listesi Ek II de verilmiştir.

Referans Tarihi: MECC'in Kapsadığı Referans Tarihleri Nelerdir?

Genel olarak, MECC için referans tarihi 1 Ocak 1996'dır. Fakat İsrail için referans tarihi 1 Ocak 1960'tır. Türkiye (İzmir) için 1 Mayıs 1992, Filistin Yönetimi ve Kıbrıs için 1 Ocak 1998, Mısır (Tanta, Gharbia) için ise 1 Ocak 1999'dur.

Hastanın İkametgahı Rapor Edilebilirliği Etkiler mi?

Tanı konduğu sırada kayıt merkezi bölgesinde ikamet etmekte olan kişilerdeki tanı konan ve/veya tedavi edilen tüm kanserler hangi bölgede ya da ülkede tanı konduğuna bakılmaksızın rapor edilmelidir. Dahası belirtilen bölgede oturmayan ama burada tanı konan ve/veya tedavi edilenler de bildirilmelidir. Ancak bunlar insidans hızları hesabına dahil edilmezler. Bu olgular ülkenin gerçek kanser yükünü ölçmek için ülkedeki tüm sağlık kurumlarında tanı konan ve/veya tedavi edilen hasta sayısını hesaplamada kullanılmalıdır.

Birden Fazla Kanser Varsa İzlenecek Yol Nedir?

Bir hastanın kaç tane primer kanseri olduğunu belirlemek elbette tıbbi bir karardır, fakat tüm katılımcıların kayıtlarının tutarlılığını arttırmak için operasyonel kurallara gereksinim vardır. Neoplazmın köken aldığı yerleşim yeri, tanı tarihi, histolojik tipi ve davranışı (örn; *in situ* ya da *malign*) temel faktörlerdir.

Genelde, kanserin köken aldığı yer farklı ise tanı tarihleri ve histolojideki farklar ne olursa olsun, ayrı bir primer olup olmadığını belirlemek oldukça kolaydır. Aynı şekilde, eğer histolojide kesin bir farklılık varsa yerleşim yeri ve tanı tarihi gibi diğer veriler esas alınmaz. Bununla birlikte, bazı neoplazmlarda aynı hastalık sürecinin ilerleyen evre veya fazlarını tanımlamak için "...'nın lösemik fazı" veya "...'e dönüşen" gibi histolojik terimler kullanıldığından dikkatli olunmalıdır.

Çoğul Primer Kanserler Nasıl Belirlenir?

MECC'te, primer kanser sayısını belirlemek için Uluslararası Kanser Kayıtçıları Birliği (International Association of Cancer Registries)'nin önerdiği kurallar kullanılacaktır. Genellikle bir hastanın yaşamı boyunca primer yer başına yalnızca bir kanser (aşağıdaki tanımdan yararlanarak) bildirilir. Bununla beraber, farklı bir histolojik gruptan ikinci bir primer (aşağıdaki tanımdan yararlanarak) birinciye eş zamanlı ya da daha ileri bir tarihte ortaya çıkarsa, aynı yerleşim yerinde ikinci bir primer olarak kaydedilmelidir.

Tanımlar:

1. **Yerleşim yeri farklılıkları:** *ICD-O-3*'te tanımlandığı gibi her primer yerleşim yeri kategorisinin (ilk üç rakam) ayrı bir yerleşim yeri olduğu düşünülür. *ICD-O*'nun ilk basımında birleştirilmiş olan bazı alanlar bu kuralın istisnasıdır. İkinci istisna tamamı değişici epitelle örtülü olan ve çoğul tümörlerin sıkça görüldüğü üriner sistemi kapsar. *ICD-O*'nun birinci ve ikinci basımları arasında, *ICD-O*'nun ilk basımında ilk üç karakteri aynı kod numarası olan bazı alt kategoriler, *ICD-O-2* ve *-3*'te ayrı üç karakterli kategorilere bölündü ve ilk üç karakteri farklı kod numarası olan bazı alt kategoriler aynı ilk üç karakter altında gruplandı. Zamanla kanser sayılarında yerleşim yeri yüzünden hatalı olarak yapılacak değişiklikten kaçınmak için başlangıçta *ICD-O-1*'de tanımlandığı gibi alt kategoriler tanımlanmalıdır. Çoğul primerleri ve primer yerleşim yeri kodunu belirlemede aynı grup içinde olduğu düşünülen *ICD-O-3* yerleşim yeri kodları aşağıdadır:

Çoğul primer kanserlerin tanımlanmasında tek bir yerleşim yeri olarak kabul edilen topografi kod grupları

ICD-O-3 yerleşim yeri kodu	Tanım	Eğer farklı zamanlarda tanı almışlarsa, ilk tanıyı kodlayın. Aynı zamanda tanı almışlarsa aşağıda verilen kodu kullanın
C01	Dil kökü	
C02	Dilin diğer bölümleri	C02.9
C00	Dudak	
C03	Dişeti	
C04	Ağız tabanı	
C05	Damak	
C06	Ağzın diğer ve tanımlanmamış bölümleri	C06.9
C09	Tonsil	
C10	Orofarinks	C10.9
C12	Sinus priformis	
C13	Hipofarinks	
C14	Dudak, ağız boşluğu ve farinkteki diğer ve kötü tanımlanmış yerleşim yerleri	C14.0
C19	Rektosigmoid bileşke	
C20	Rektum	C20.9
C23	Safra kesesi	
C24	Safra kanallarının diğer ve spesifik olmayan bölümleri	C24.9
C33	Trakea (soluk borusu)	
C34	Bronşlar ve akciğer	C34.9
C40	Kemikler, eklemler ve ekstremitelerin eklem kıkırdakları	
C41	Kemik, eklem ve eklem kıkırdaklarına ilişkin diğer ve iyi tanımlanmamış yerleşim yerleri	C41.9
C65	Böbrek pelvisi	
C66	Üreter	
C67	Mesane	
C68	Diğer ve spesifik olmayan üriner organlar	C68.9

2. **Histolojik grup farklılıkları:** Çoğul primer kanserlerin tanımlanmasında histolojik olarak “farklı” kabul edilen malign neoplazm grupları:

Karsinomlar

1	Skuamöz ve değişici hücreli karsinom	8051–8084, 8120-8131
2	Bazal hücreli karsinom	8090–8110
3	Adenokarsinomlar	8140–8149, 8160–8162, 8190–8221, 8260–8337, 8350–8551, 8570–8576, 8940, 8941
4	Diğer özgül karsinomlar	8030–8046, 8150–8157, 8170–8180, 8230–8255, 8340–8347, 8560–8562, 8580–8671
(5)	Özgül olmayan karsinomlar (BBT)	8010–8015, 8020–8022, 8050
6	Sarkomlar ve diğer yumuşak doku tümörleri	8680–8713, 8800–8921, 8990, 8991, 9040–9044, 9120–9125, 9130–9136, 9141–9252, 9370–9373, 9540–9582
7	<i>Mezotelyom</i>	9050-9055

Hematopoetik ve lenfatik dokuların tümörleri

8	Miyeloid	9840, 9861–9931, 9945, 9946, 9950, 9961–9964, 9980–9987
9	B-hücreli neoplazmlar	9670–9699, 9728, 9731–9734, 9761–9767, 9769, 9823–9826, 9833, 9836, 9940
10	T-hücreli ve NK-hücreli neoplazmlar	9700–9719, 9729, 9768, 9827–9831, 9834, 9837, 9948
11	Hodgkin lenfoma	9650–9667
12	Mast-hücreli tümörler	9740–9742
13	Histiyositler ve aksesuar lenfoid hücreler	9750–9758
(14)	Özgül olmayan tipler	9590, 9591, 9596, 9727, 9760, 9800, 9801, 9805, 9820, 9832, 9835, 9860, 9960, 9970, 9975, 9989
15	<i>Kaposi sarkomu</i>	9140
16	Kanserin <i>diğer özgül</i> tipleri	8720–8790, 8930–8936, 8950–8983, 9000–9030, 9060–9110, 9260–9365, 9380–9539
(17)	Kanserin <i>özgül olmayan</i> tipleri	8000-8005

Not: Grup 5, 14 ve 17 özgül olmayan gruplardır ve diğer gruplardan kesin olarak ayırt edilemezler. Eğer grup 5, 14 veya 17’de sınıflanmış bir kanser 1-4 gruplardan bir kanserle eş zamanlı ya da daha sonra oluşursa açıkça tanımlanmamış kanseri dikkate almayın.

Çoğul Primer Kanseri Belirleme Kuralları

1. Tek bir histolojik tipe ait tek bir lezyon, yerleşim yeri sınırlarını geçse bile tek bir primer olarak düşünülür.
2. Birden fazla histolojik tipten oluşmuş tek bir lezyon tek bir primer olarak düşünülür.
3. Eğer aynı yerde daha önceki ile aynı histolojik gruptan yeni bir kanser tanısı konulduysa bunun aynı primer kanser olduğu düşünülür.

İSTİSNA 1: Eğer bir in situ tümörden iki aydan fazla bir zaman sonra aynı yerde invaziv bir kanser ortaya çıkarsa rekürrens olduğu belirtilse bile iki primer olarak kaydediniz. İnvaziv primer tümör invaziv tanısını aldığı tarihle kaydedilmelidir.

4. Aynı histolojik tipte çoğul lezyon

- a. Aynı histolojik grubun aynı yerleşim yerinde aynı zamanda ortaya çıkmış çoğul lezyonları (örn. multifokal tümörler) tek bir primer olarak düşünülecektir. Dahası, eğer bu lezyonlardan birinin davranışı in situ ve diğerinin malign ise davranışı malign olanın tek bir primer olduğu düşünülecektir.
- b. Farklı primer yerleşim yerlerinde ortaya çıkan aynı histolojik gruptan çoğul lezyonların metastatik olduğu belirtilmediği durumda ayrı primerler olduğu düşünülür.

5. Farklı histolojik grupların çoğul lezyonları

- a. Tek bir yerleşim yerindeki farklı histolojik grupların çoğul lezyonlarının aynı zamanda ya da farklı zamanlarda oluşup oluşmadığına bakılmaksızın ayrı primerler olduğu düşünülür.
- b. Farklı yerleşim yerlerinde oluşan farklı histolojik grupların çoğul lezyonlarının aynı zamanda ya da farklı zamanlarda oluşup oluşmadığına bakılmaksızın ayrı primerler olduğu düşünülür.

VERİ BAŞLIKLARI

Bir kanser kayıt merkezinin veya kanser srveyans sisteminin toplayabileceği pek çok veri başlığı vardır. Aşağıdakiler MECC tarafından kabul edilen veri başlıklarıdır.

GEREKLİ, ZORUNLU veya İSTEĞE BAĞLI

“Gerekli” terimi, bu veri başlığının MECC’e uymak için GEREKLİ olduğunu gösterir.

“Zorunlu” terimi, bu veri başlığının MECC’in gereksiniminden değil, kanser kayıt merkezi ve kanser sürveyansının amaçları için asıl ZORUNLU veri başlığı olduğunu gösterir.

“İsteğe Bağlı” terimi, bu veri başlığının MECC için çok da gerekli olmadığını, bir kanser kayıt merkezinin belli bir amacına ya da yararına yönelik İSTEĞE BAĞLI olarak toplanabileceğini gösterir.

Herhangi bir ZORUNLU ya da GEREKLİ veri başlığı kayıt merkezinin isteği doğrultusunda istenildiği kadar ayrıntılı toplanabilir, fakat GEREKLİ veri başlıkları bu kılavuzdaki kodlar kullanılarak MECC’e teslim edilmek zorundadır. Eğer bir kayıt merkezi İSTEĞE BAĞLI veri başlıklarını toplamaya karar verirse, diğer kayıt merkezleriyle karşılaştırma yapmayı sağlayacak biçimde, bu kılavuzda önerilen kodlara dönüştürülebilecek Şekilde toplamalıdır.

MECC KAYIT MERKEZİ KİMLİK NUMARASI — *Gerekli*

Tanım:

MECC'e bağlı her kayıt merkezine özgül 2-rakamlı bir kod verilmiştir. Bu numara ile o kayıt merkezinin hasta numarasının birleşimi MECC'in veri tabanındaki tek bir hastayı gösterir.

Kodlar:

- 01 Güney Kıbrıs
- 02 Mısır (Gharbia)
- 03 İsrail
- 04 Ürdün
- 05 Filistin Yönetimi – Gazze
- 06 Filistin Yönetimi – Batı Şeria
- 07 Türkiye

KAYIT MERKEZİ HASTA NUMARASI — *Gerekli*

Tanım:

Kayıt Merkezi Hasta Numarası, kişileri tek tek tanımak için kayıt merkezi tarafından verilir. Aynı kişiye ait tüm bilgisayar kayıtları aynı Kayıt Merkezi Hasta Numarası'na sahip olmalıdır. Bu numara elle ya da bilgisayar aracılığıyla verilebilir.

Kayıt Merkezi Hasta Numarası tek bir hastayı tanıtır. Kayıt Merkezi Hasta Numarası ARTI Sıra Numarası tek bir kanser ifade eder.

Not: Herhangi bir nedenle bir hasta kayıt merkezinden silinirse, bu hastanın Kanser Kayıt Merkezi Numarası yeniden başka bir kişiye verilmemelidir.

SIRA NUMARASI (Tümör Sıra Numarası) — *Gerekli*

Tanım:

Sıra numarası, bir kişinin nüfus tabanlı kanser kayıt merkezinin başlangıcından önceki yıllar da dahil, bütün yaşamı boyunca malign ve/veya in situ tüm primer kanserlerinin kronolojisini tanımlar.

Eğer iki veya daha fazla bağımsız primere aynı zamanda tanı konursa en düşük sıra numarası en kötü prognozu olana verilecektir. Bu, hastalığın yayılımının ve morfolojisinin göz önüne alınması gerektiği anlamına gelir. Prognozlarında belirgin bir fark yoksa isteğe göre karar verilmelidir.

Not: Daha önce yalnızca bir primer kanseri olduğu şeklinde kaydedilmiş bir hasta ikinci bir primer tanısı ile kaydedildiğinde, birinci kanserin sıra numarası “00” dan “01” e değiştirilmelidir.

Derinin bazal hücreli karsinomları, skuamöz hücreli karsinomları ve uterus serviksini in situ karsinomları diğer in situ veya malign primer kanserler gibi sıralanmaz. Hastanın yaşamı boyunca yalnızca bir bazal hücreli karsinom kaydedilmelidir ve buna verilecek sıra numarası 97 olmalıdır. Benzer şekilde, hastanın yaşamı boyunca yalnızca bir kez skuamöz hücreli karsinom kaydedilmelidir ve buna verilecek sıra numarası 98 olmalıdır.

Eğer toplanırsa, beynin ve SSS'nin benign tümörleri de diğer kanserler gibi sıralanmaz.

Kodlar:

- 00 Sadece bir primer
- 01 Çoğul primerin birincisi
- 02 Çoğul primerin ikincisi
- ...
- ...
- ...
- 10 Çoğul primerin onuncusu
- ...
- ...
- 95 Beynin veya sinir sisteminin benign tümörü (isteğe bağlı toplama)
- 96 Uterus serviksinde karsinoma in situ (isteğe bağlı toplama)
- 97 Derinin bazal hücreli karsinomu (isteğe bağlı toplama)
- 98 Derinin skuamöz hücreli karsinomu (isteğe bağlı toplama)
- 99 Tanımlanmamış sıra numarası

HASTANIN ADI — Zorunlu

Tanım:

Hastanın adını, tıbbi dokümanlarda nasılsa öyle kaydedin.

Ülkeye Özgü Ayrıntılar:

Güney Kıbrıs:

Hastanın Adı	(15 alfabetik karakter)
Hastanın Soyadı	(15 alfabetik karakter)
Hastanın Baba Adı	(15 alfabetik karakter)

Kıbrıs Kanser Kayıt Merkezinin kullanmakta olduğu bilgisayar programı adların Grekçe kaydedilmesine olanak vermemektedir. UN standart ELOT-743 kullanılarak Grekçe isimler Roman harflerine çevrilerek yazılmaktadır.

Mısır, Ürdün ve Filistin Yönetimi:

Hastanın Adı	(12 alfabetik karakter)
Hastanın Son (Soy) Adı	(12 alfabetik karakter)
Hastanın Baba Adı	(12 alfabetik karakter)
Hastanın Dede Adı	(12 alfabetik karakter)
Kadın Hastalar için: Hastanın Kocasının Adı	(12 alfabetik karakter)

Kullanılmakta olan CanReg3 adların İngilizce kaydedilmesini gerektirmektedir. CanReg4 ve CanReg5 ile isimler Arapça kaydedilebilmektedir.

İsrail:

Hastanın Adı	(30 alfabetik karakter)
Hastanın Soyadı	(30 alfabetik karakter)
Annesinin Adı	(30 alfabetik karakter)
Babasının Adı	(30 alfabetik karakter)

İsrail Kanser Kayıt Merkezinin kullanmakta olduğu bilgisayar programı adların İbranice kaydedilmesine olanak vermektedir.

Türkiye:

Hastanın Adı	(12 alfabetik karakter)
Hastanın Soyadı	(13 alfabetik karakter)
Babasının Adı	(10 alfabetik karakter)

İzmir Kanser Kayıt Merkezinin kullanmakta olduğu bilgisayar programı adların Türkçe kaydedilmesine olanak vermektedir.

HASTANIN ULUSAL KİMLİK NUMARASI — Zorunlu

Tanım:

Hastanın tek Ulusal Kimlik Numarasını kaydedin.

Ülkeye Özgü Ayrıntılar:

Güney Kıbrıs: (10 sayısal karakter)

Güney Kıbrıs'ta, Ulusal Kimlik Numarası doğumda verilir ve yedi rakamlıdır. Ulusal Kimlik Numarasına 1960'ta bağımsız olduktan sonra başlandı. Bu numaranın doğumda verilmesine 2000 yılında başlandı. Bu numaranın yokluğunda aşağıdaki alternatifler kullanılabilir:
a-Annenin kimlik numarasına çocuğun doğumunun göstergesi olarak sekinci rakam eklenir
b-Pasaport numarası
c-Diğer kişiye özgü numara (yöntemine karar verilecek)

Mısır (Garbia): (14 sayısal karakter)

İsrail: (9 sayısal karakter)

Ürdün: (10 sayısal ve 1 alfabetik karakter)

Filistin Yönetimi: (9 sayısal karakter; bazen yalnızca 8-rakam kaydedilir)

Filistin Yönetimi'nin Batı Şeria bölgesinde, Ulusal Kimlik Numarası 1967'de başlatıldı. 9 ile başlayan tüm ID numaraları 1967 ile 1989 arasında verildi. 1990–1994 arasında 8 ile başlayanlar verildi. 1995'den bugüne kadar verilen tüm ID numaraları 4 ile başlar.

Türkiye: (11 sayısal karakter)

TANI SIRASINDA YAŞ — *Gerekli*

Tanım:

Hastanın tanı sırasındaki yaşı, örneğin son doğum günündeki yaşı gibi hayatın tamamlanmış yıllarına göre hesaplanır. Bir yaşından küçük hastalar için yaşı 000 kodlayın. Yaşı tam olarak bilinmeyenler için 999, 99 yaşındaki hastalar içinse 099 kodlayın.

Eğer yaş bilinmiyorsa veya belirtilmemişse fakat doğum yılı ve tanı yılı biliniyorsa tanı sırasındaki yaşı hesaplayın.

Kodlar:

(3 sayısal karakter)

000 Bir yaşından küçük

001 Bir yaşında ama ikiden küçük

002 İki yaşında

...

... (Yıllar içindeki gerçek yaş)

...

099 Doksan dokuz yaşında

100 Yüz yaşında

...

...

120 Yüz yirmi yaşında

...

...

999 Yaşı bilinmeyen

DOĞUM TARİHİ — *Gerekli*

Tanım:

Hastanın doğum tarihini gösterir. Doğum tarihi 8 rakamlı bir alandır. İlk iki rakam günü, sonraki iki rakam ayı ve son dört rakam yılı gösterir. Yalnızca GG/AA/YYYY (2-rakam gün / 2-rakam ay / 4-rakam yıl) formatını kullanın. Örneğin, bir hastanın 10 Ağustos 1939 olan doğum tarihi 10/08/1939 olarak kaydedilmelidir.

Eğer doğum tarihi bilinmiyorsa içinde bulunulan yıldan yaşı çıkartarak doğum yılını hesaplayın ve gün ve ayı 00 olarak kodlayın. Eğer yaş da bilinmiyorsa yılı da 0000 olarak kodlayın.

Kodlar ve Ayrıntılar:

GÜN	(iki-rakam gün)
00	Bilinmeyen gün
AY	01 Ocak
	02 Şubat
	03 Mart
	04 Nisan
	05 Mayıs
	06 Haziran
	07 Temmuz
	08 Ağustos
	09 Eylül
	10 Ekim
	11 Kasım
	12 Aralık
	00 Bilinmeyen ay
YIL	Dört rakam yıl
0000	Bilinmeyen yıl

CİNSİYET — *Gerekli*

Tanım:

Hastanın cinsiyetini tıbbi dokümanlardan kaydedin.

Kodlar:

- 1 Erkek
- 2 Kadın
- 3 Hermafrodit * (isteğe bağlı)
- 9 Bilinmeyen

*Hermafroditizm bir genetik anomalidir, aynı kişide hem erkek hem kadın seks organları birlikte bulunur. Nispeten nadir bir durum olsa da (yaklaşık 250,000 kişide 1) hermafroditlerde farklı ve eşi olmayan bir kanser paterni olduğu bilinir ve bu yüzden hermafroditlerle çalışmak ilginçtir.

MEDENİ DURUM (tam sırasında) — İsteğe Bağlı

Tanım:

Hastanın tanı sırasındaki medeni durumuna ait bilgi toplayın ve kodlayın.

Uzun süredir birlikte yaşayan karşı cinsten kişiler “2-evli” olarak kodlanmalıdır.

Uzun süredir birlikte yaşayan aynı cinsten kişiler yasal durumlarına göre (genellikle bekar, ayrılmış, boşanmış veya dul) kodlanmalıdır.

Kodlar:

- 1 Bekar, hiç evlenmemiş
- 2 Evli
- 3 Ayrılmış
- 4 Boşanmış
- 5 Dul
- 9 Bilinmeyen

HASTANIN ADRESİ (tanı sırasında) — Zorunlu

Tanım:

Hastanın tanı konulduğu sırada yaşadığı yeri kaydedin. Örneğin, bir kişi Suudi Arabistan'da oturuyor ya da oranın vatandaşıysa fakat tanı konulduğu sırada Ürdün'de yaşamakta ve çalışmaktaysa bu kişi yasal olarak Ürdün'de oturuyor görünmese de adresini Ürdün olarak kaydedin. İkamet durumu, ikamet durumu alanına kaydedilir.

Ülkeye Özgü Ayrıntılar:

Güney Kıbrıs:	Cadde adı Cadde kodu Ev numarası Posta kodu Belediye, Şehir, Köy veya cemaat	(30 alfanümerik karakter – sola yanaşık, (8 alfanümerik karakter – sola yanaşık, kod listesinden) (4 alfanümerik karakter – sola yanaşık) (4 sayısal karakter) (6 alfanümerik karakter – sola yanaşık, kod listesinden). İlk rakam ili gösterir.
Mısır:	Cadde adı Ev numarası Posta kodu Şehir veya Köy İdari Bölge	(30 alfanümerik karakter – sola yanaşık) (4 alfanümerik karakter – sola yanaşık) (5 sayısal karakter) (15 alfanümerik karakter) (15 alfanümerik karakter)
İsrail:	Yerleşim alanı veya şehir kodu Cadde adı Ev numarası	(4 karakter) [Bölge koduna dönüştürülebilir] (30 alfanümerik karakter) (4 alfanümerik karakter)

İsrail'de hastanın adresi kimlik numarası yoluyla Nüfus Kayıt Merkezi'nden alınır. Hastanın geçmişteki tüm adresleri tutulur.

Ürdün:	Şehir adı Köy adı	(12 alfabetik karakter) (12 alfabetik karakter)
---------------	----------------------	--

Filistin Yönetimi:	Cadde adı (varsa) ve Köy	(13 alfabetik karakter – sola yanaşık)
	Batı Şeria'da ev numarası yoktur. Cadde ve köy adları İngilizce kaydedilir.	

HASTANIN ADRESİ (tam sırasında) — Zorunlu - Devamı

Türkiye: Ev numarası, cadde adı ve köy adı (varsa) – (37 alfanümerik karakter)
İl (2 sayısal karakter)
İlçe (2 sayısal karakter)
İzmir içindeki ilçe (2 sayısal karakter)
Köy (2 sayısal karakter)

HASTANIN TELEFON NUMARASI (güncel) — İsteğe Bağlı

Tanım:

Hastanın en güncel telefon numarasını elde edin ve kodlayın. Bu, hastanın izlemi için yararlı olabilir.

Ülkeye Özgü Ayrıntılar:

16-rakam sayısal karakter (rakamları sola yaslayın)

Güney Kıbrıs: (8 sayısal karakter)

Mısır: (10 sayısal karakter)

İsrail: Toplanmıyor / kaydedilmiyor

Ürdün: (10 sayısal karakter)

Filistin Yönetimi:

Gazze: (9 sayısal karakter)

Batı Şeria: (9 sayısal karakter)

Türkiye: (10 sayısal karakter)

İKAMET DURUMU (güncel) — Gerekli

Tanım:

Hastanın ikametgahını tıbbi dokümanlardan kaydedin.

Ülkeye Özgü Ayrıntılar:

- Güney Kıbrıs:** Kanser tanısı sırasında hastanın yasal ikametgahının ne olduğu “Kıbrıs’ta Oturma İzni” olmasına bağlıdır.
- Mısır:** Kayıt kimlik numarasına bağlıdır – 6 ay ikamet zorunludur.
- İsrail:** Yasal ikametgah Ulusal Kimlik Numarasına dayanır. Eğer hastaya kimlik kartı verilmişse o artık İsrail’de oturuyor demektir. İsrail’de oturmayanlar pasaport numarası veya diğer bazı belgelere göre belirlenebilirler.
- Ürdün:** Yurt dışında yaşayan Ürdünlüler, Ürdün’de tanı konulduğu sırada ikamet ettikleri yere, Ürdün’deki Ürdünlüler tanı tarihinde ikamet etmekte oldukları yere kaydedilir.
- Filistin Yönetimi:** — bilgi yok —
- Türkiye:** Hasta kayıtlarında ikamet yeri olarak kaydedilmiş adres (ki hasta tarafından verilmiştir) ikamet yeri olarak kaydedilir.

DOĞUM YERİ — İsteğe Bağlı

Tanım:

Hastanın doğum yerini tıbbi dokümanlardan kaydedin.

Ülkeye Özgü Ayrıntılar:

- Güney Kıbrıs:** Bir Kıbrıslı için doğum yeri şehir veya köy adıdır, eğer yurt dışında doğmuşsa ülke adıdır. Yabancılar için ülke adı kaydedilir. Tekst alınır ve sonra kaydedilir.
- Mısır:** Doğduğu idari bölge kaydedilir. 1'den 29'a kadar kodlanmış 29 idari bölge vardır.
- İsrail:** Yurt dışında doğanlar için doğduğu ülke (kodlama listesi) İsrail'de doğmuşsa — bilgi yok —
- Not: Yurt dışında doğanlar için “Aliya” (İsrail'e göç) tarihi de toplanır.
- Ürdün:** Toplanmıyor.
- Filistin Yönetimi**
Batı Şeria: Filistin Yönetimi'nde doğmuşsa, idare bölge kodlanır. Filistin Yönetimi dışında doğmuşsa, ülke kodu kullanılarak doğduğu ülke kodlanır. Ülke ve köy adı İngilizce kaydedilir.
- Türkiye:** İzmir ve çevresindeki Ege illerinde doğmuşsa bu bilgi ilçe ayrıntısı dahil olmak üzere kaydedilir (kodlanır), doğum yeri diğer iller olan olgular için yalnızca il kodlanacaktır. Türkiye dışında doğanlar için 0010 kodlanır.

ETNİK KÖKEN — İsteğe Bağlı

Tanım:

Hastanın etnik kökenini tıbbi dokümanlardan kaydedin.

Ülkeye Özgü Ayrıntılar:

Güney Kıbrıs:

Kıbrıslılar

- 1 Yunan
- 2 Türk
- 3 Maronite
- 4 Ermeni
- 5 Latin (Katolik)
- 6 Diğer Kıbrıslılar

Yabancılar

- 7 Yabancı, Avrupa Birliği dışından
- 8 Avrupa Birliğinden

Mısır:

Toplanmıyor.

İsrail:

Toplanmıyor / kaydedilmiyor.

Doğduğu ülke, Aşkenazi vb gibi “ırksal grubu” göstermek için kullanılır. Araplar için, İsrail’de doğduğunu ve Arap olduğunu gösteren belirli bir kod vardır.

Ürdün:

Toplanmıyor.

Filistin Yönetimi:

Toplanmıyor.

Türkiye:

Toplanmıyor.

DİN — İsteğe Bağlı

Tanım:

Hastanın dinini tıbbi dokümanlardan kaydedin.

Ülkeye Özgü Ayrıntılar:

Mısır'da aşağıdaki kodlar kullanılıyor:

- 0 Dinsiz
- 1 Hıristiyan (Koptik, Yunan Ortodoks, Roman Ortodoks, Protestan dahil)
- 2 Yahudi
- 3 Müslüman
- 9 Bilinmeyen

Filistin Yönetimi'nde aşağıdaki kodlar kullanılıyor:

- 0 Dinsiz
- 1 Hıristiyan (Koptik, Yunan Ortodoks, Roman Ortodoks, Protestan dahil)
- 2 Yahudi
- 3 Müslüman
- 8 Diğer (Samery, vs)
- 9 Bilinmeyen

İsrail, Ürdün, Güney Kıbrıs ve Türkiye'de din bilgisi toplanmıyor.

SİGARA İÇME ÖYKÜSÜ — İsteğe Bağlı

Tanım:

Puro, pipo ve nargile içmek de yanlışlıkla bu öyküye dahil edilse de ideal olarak bu alana yalnızca sigara içiciliği kaydedilmelidir.

Kodlar:

- 0 Hiç içmemiş
- 1 Hala içiyor
- 2 Eskiden içmiş
- 9 Bilinmeyen

Not: İsrail yukarıdakinden daha ayrıntılı bilgi toplamaktadır (burada verilmemiştir).

MESLEK (İŞ) — İsteğe Bağlı

Tanım:

Meslek (iş) bilgisini, tıbbi kayıta veya ölüm belgesinde belirtildiği gibi, metin şeklinde (yazılı olarak) kaydedin. Eğer hastanın birden fazla mesleği (işi) varsa ideal olarak en uzun yaptığı iş kaydedilmelidir. Kayıt merkezi, kanser riskini anlamak için sözü edilen meslekten çok, yapılan işin tipiyle ilgilenir. Örneğin bir hasta, mesleğinin öğretmenlik olduğunu fakat yaşamı boyunca en uzun süre taksi şoförlüğü yaptığını ifade ederse, o hasta genel taşımacılık işi yapan bir sürücü olarak kaydedilmelidir.

Ayrıntılar:

Bu veri başlığının altında 25 harfli boş yer ayrılmıştır. Uygun dilde kaydedilir.

Güney Kıbrıs ve İsrail kendi özel Meslek ve Endüstri kodlarını (3 rakamlı kodlar) kullanmıştır.

Mısır (Garbia) hem yazılı hem de kendi özel kodlarıyla kaydeder.

Ürdün ve Gazze yazılı olarak kaydeder.

Türkiye’de bu veri toplanmamaktadır.

TANI TARİHİ — *Gerekli*

Tanım:

Tanı tarihi, bir kanserin bilinen herhangi bir tıp doktoru tarafından ilk defa tanınması anlamına gelir. Bu çoğunlukla klinik bir tanıdır ve histolojik olarak hiç doğrulanmayabilir. Sonradan doğrulansa bile tanı tarihi, doğrulandığı tarih değil, ilk klinik tanının konduğu tarihtir. Daha önceki bir durum tıbbi ve/veya patolojik olarak yeniden gözden geçirildiğinde hastanın kanserinin daha önceki bir tarihten beri varolduğu görülürse o zaman tanı tarihi önceki tarihtir, yani tanı tarihi geriye çekilir.

Ayrıntılar:

GÜN	İki-basamaklı gün 00 Bilinmeyen gün
AY	01 Ocak 02 Şubat 03 Mart 04 Nisan 05 Mayıs 06 Haziran 07 Temmuz 08 Ağustos 09 Eylül 10 Ekim 11 Kasım 12 Aralık 00 Bilinmeyen ay
YIL	Dört rakam yıl 0000 Bilinmeyen yıl

Kodlama Yönergesi:

Tanı tarihi, bir hekimin hastaya ilk tanıyı koyduğu tarihtir.

1. Bu kanser için tanı tarihini kodlayın.
2. Kanser ilk tanısı klinik olarak konmuş olabilir (örn. fizik muayeneye, taramalara (scan) veya hematopoetik maligniteler için laboratuvar sonuçlarına dayanıyor olabilir).
 - a. Klinik bir tanı daha sonra pozitif sitoloji veya histolojiyle doğrulansa da tanı tarihini değiştirmeyin.

Örnek: Doktor 15 Mayıs 2004'te klinik bulgulara dayanarak hastada akciğer kanseri olduğunu belirtiyor. Hastanın 3 Haziran 2004 tarihli akciğer biyopsisi pozitif. Tanı tarihi 15 Mayıs 2004 olarak kalır (15052004).

TANI TARİHİ — *Gerekli - Devamı*

- b. Hasta ilk tedavi kürünü almışsa ve tanı tarihiyle ilgili herhangi bir bilgi yoksa hastaneye kabul tarihini tanı tarihi olarak kullanın.
- c. Hasta ilk tedavi kürünü almışsa, tanı tarihiyle ve hastaneye kabul tarihiyle ilgili herhangi bir bilgi yoksa, ilk tedavi kürünün başladığı tarihi tanı tarihi olarak kaydedin.
3. Tümör belirleyicilerinin pozitifliği, kanser için tek başına tanısal değerde değildir. Klinik, histolojik, pozitif sitolojik doğrulama tarihini tanı tarihi olarak kaydedin.
4. Şüpheli sitoloji de kanser için tek başına tanısal değerde değildir. Klinik, histolojik, pozitif sitolojik doğrulama tarihini tanı tarihi olarak kaydedin.
5. Eğer bir hekim, geçmişe dönük olarak, daha önceki bir tarihte hastada kanser olduğunu söylüyorsa, tanı tarihi olarak bu, önceki tarihi kodlayın. İlk tanıdaki patoloji preparatları tekrar gözden geçirilip kanser tanısı doğrulanmışsa, tanı tarihi olarak ilk patoloji tarihini alın.

Örnek: Hasta Ocak 2004'te benign fibröz histiyositom eksizyonu geçirmiş. Altı ay sonra geniş rezeksiyon sonrası tanı malign fibröz histiyositom olarak değişiyor. Hasta dosyasına hekim daha önceki tanının aslında malign olması gerektiğini kaydediyor. Tanı tarihini Ocak 2004 olarak kaydedin.

6. Değiştirilmiş bir kanser tanısından sonra, önceki patoloji preparatları tekrar gözden geçirilmemiş ve dosyada daha önceki tümörün de malign olduğunu belirten bir doktor notu yoksa ya da önceki tümörle ilgili bilgi belirsizse, tanı tarihini önceki tanının tarihiyle değiştirmeyin.

Örnek: Hasta Temmuz 2004'te overlerinde papiller kistadenom patoloji tanısıyla total histerektomi ve bilateral salpingo-ooferektomi (TAH-BSO) operasyonu geçirmiş. Aralık 2004'te hastada yaygın metastatik papiller kistadenokarsinom tespit edilmiş. Patoloji preparatları tekrar gözden geçirilmemiş ve hasta dosyasında önceki tümörün malign olduğunu belirten bir doktor notu yok. Tanı tarihi Aralık 2004'tür.

7. Şu durumlarda tanı tarihi için ölüm tarihini kullanın.
 - a. Sadece otopsi olguları
 - b. Sadece ölüm bildirim olguları
8. Kesin bir tarih yoksa tanı tarihini tahmin edin.
 - a. 'Tanı ayı'nı tahmin etme
 - i. "...baharı" Nisan olarak kodlayın.
 - ii. "...yazı" veya "yıl ortası"nı Temmuz olarak kodlayın.
 - iii. "...sonbaharı" veya "güz"ü Ekim olarak kodlayın.
 - iv. "...kışı" ifadesinde doktorun yılın başını mı sonunu mu kastettiğini belirlemeye çalışın ve Aralık ya da Ocak olarak kodlayın.
 - v. "yılın başı"nı Ocak olarak kodlayın.
 - vi. "yılın sonu"nu Aralık olarak kodlayın.

TANI TARİHİ — *Gerekli - Devamı*

- vii. Tanı ayını belirlemek için var olan her türlü bilgiyi kullanın.
 - viii. Tahmin için herhangi bir bilgi bulamazsanız hastaneye kabul tarihini kodlayın.
 - ix. Ayı yaklaşık olarak bile belirleyebilmek imkansız olduğunda 00 olarak kodlayın.
- b. Yılı tahmin etme
- i. “bir iki yıl”ı iki yıl öncesi olarak kodlayın.
 - ii. “birkaç yıl”ı üç yıl öncesi olarak kodlayın.
 - iii. Tanı yılını belirlemek için varolan her türlü bilgiyi kullanın.
 - iv. Tahmin için herhangi bir bilgi bulamazsanız hastaneye kabul tarihini kodlayın.
 - v. Yılı yaklaşık olarak bile belirleyebilmek imkansız olduğunda 0000 olarak kodlayın.
- c. Yılı ve ayı birlikte tahmin etme; ulaşabildiğiniz her türlü bilgiyi tanı ay ve yılını tahmin etmek için kullanın.

TANI YÖNTEMİ — Gereklİ

Tanıım:

Tanı yöntemi, varolan kanserin morfolojisinin hastanın tıbbi geçmişı boyunca HERHANGİ BİR ZAMANDA mikroskopik olarak doğrulanıp doğrulanmadığını gösterir. Aynı zamanda mevcut en iyi kanıtın türünü de gösterir.

Ayrıntılar ve Kodlar:

Mikroskopik

- 00 Mikroskopik, BBT
- 01 Histoloji (primer)
- 02 Histoloji (metastaz)
- 04 Sitoloji

Mikroskopik olmayan

- 05 Spesifik tümör belirleyicileri
- 6a Tanısal cerrahi (eks. laparotomi, endoskopik yöntemler, vb)
- 6b Klinik araştırma (radyoloji, USG, BT, MR, vb)
- 07 Klinik muayene
- 08 Ölüm bildirimini
- 09 Bilinmiyor

Kodlama Yönergesi:

1. Kodlar öncelik sırasına göre; kod 01 en yüksek öncelik sırasındadır. Kanser birden çok tanı yöntemiyle doğrulanmışsa, her zaman kod numarası daha küçük olan işlemi kodlayın.
2. Hastalığın seyri sırasında HERHANGİ BİR ZAMANDA tanı daha yüksek öncelik sırasına sahip (kodu daha küçük olan) bir tanı yöntemiyle doğrulanırsa kodu daha yüksek önceliğı olan (daha küçük olan) kodla değıştirin.
3. Olgu aşığıdaki maddelerde yer almayan herhangi bir klinik tanı yöntemiyle tanı almışsa “07-Klinik muayene”yi kodlayın. Hastalığın varlığı yalnızca hekimin klinik tanısına dayanıyorsa Kod 07’yi kodlayın.
4. Malignitenin tanısı yalnızca tanısal görüntülemeyle (Bilgisayarlı aksiyel tomografi-BT, manyetik rezonans görüntüleme-MRG, ultrason, sonografi) doğrulanmışsa “6b-Klinik araştırma”yı kodlayın.
5. Tanı yalnızca aşığıdakilere dayanıyorsa “6a-Tanısal cerrahi”yi kodlayın:
 - a. Cerrahın cerrahi eksplorasyon veya endoskopiye (kolonoskopi, mediastinoskopi, peritonoskopi) dayalı operasyon raporuna dayanıyor ve dokunun patoloji incelemesi yoksa.
 - b. Genel otopsi bulguları (doku veya sitolojik doğrulama yok)
6. Kanser tanısı spesifik kanserler için tanısal olan laboratuvar testleri veya tümör belirleyicisi çalışmalarıyla konulmuşsa “05-Spesifik tümör belirleyicileri” kodlayın.

TANI YÖNTEMİ — *Gerekli - Devamı*

Örnek 1: Karaciğer kanseri için alfa-fetoprotein varlığı

Örnek 2: Multipl miyelom veya Waldenström makroglobulinemisi için spesifik elektroforez sonuçları

Örnek 3: PSA'sı yüksek olan bir prostat kanserli hastada başka bir inceleme yapılmamış. Tanı ve/veya tedavi yalnızca bu yüksek PSA değerine dayanılarak yapılıyor. Tanısal doğrulamayı Kod 05 olarak kodlayın.

7. Mikroskopik tanı aşağıdakilere dayanıyorsa “04-Sitoloji” yi kodlayın.
 - a. Hücrelerin incelenmesi (dokunun değil): Balgam sitolojisi, bronşiyal fırçalamalar, bronşiyal yıkamalar, prostatik sekresyonlar, meme sekresyonları, gastrik sıvı, spinal sıvı, peritoneal sıvı, plevral sıvı, üriner sediment, servikal smear ve vajinal smear incelemelerini içerir (bunlarla sınırlı değil).
 - b. Yoğunlaştırılmış spinal, plevral, peritoneal sıvıdan parafin blok örnekleri
8. Mikroskopik tanı aşağıdakilere dayanıyorsa “01-Histoloji (primer) ya da “02-Histoloji (metastaz)” ı kodlayın.
 - a. Biyopsi, frozen kesit, cerrahi, otopsi veya DC (küretaj) doku örneklerinin incelenmesi
 - b. Kemik iliği örnekleri (aspirasyon ve biyopsi)
 - c. Yalnızca lösemi için periferik yayma, CBC ve WBC gibi pozitif hematolojik bulgular
9. Olgu yalnızca ölüm bildirimini ile yakalanmışsa “08-Ölüm bildirimini”ni kodlayın.
10. Tanının nasıl koyulduğu bilinmiyorsa “09-Bilinmiyor”u kodlayın.

LATERALİTE — İsteğe Bağlı

Tanım:

Çift “yerleşim yeri/organlar”da oluşan kanserlerin köken aldığı tarafı bulun ve kaydedin.

Kodlar:

- 0 Gereksiz (çift organ değil)
- 1 Sağ
- 2 Sol
- 3 Yalnızca tek tarafta tutulum var, tutulumun sağ ya da solda mı olduğu bilinmiyor
- 4 Sağ + Sol, tutulum her iki tarafta, fakat hangi taraftan köken aldığı bilinmiyor: tek bir primer olarak belirtilmiş
Her iki over aynı anda tutulmuş, histoloji tek
Bilateral retinoblastom
Bilateral Wilms tümörü
- 9 Çift organ/yerleşim yeri, fakat lateraliteye dair bilgi yok; orta hat tümörü

Parantez içinde belirtilenler hariç aşağıdaki yerleşim yerleri için 1’den 9’a kadar olan lateralite kodları kullanılmalıdır. Yalnızca ICD-O-3’teki ana başlıklar listelenmiştir. Bununla birlikte, özel olarak dışlanmadıkça ICD-O-3’teki tüm anatomik alt-alanlar için de lateralite kodlanmalıdır. Böyle özel olarak dışlananlar için ‘0’ kodlanmalıdır.

- | | |
|---------------|--|
| C07.9 | Parotis bezi |
| C08.0 | Submandibuler bez |
| C08.1 | Tonsil çukuru |
| C09.1 | Tonsil sütunu |
| C09.8 | Tonsilin aşan lezyonu |
| C09.9 | Tonsil, BBT |
| C30.0 | Nazal kavite (nazal kıkırdak, nazal septum hariç) |
| C30.1 | Orta kulak |
| C31.0 | Maksiler sinüs |
| C31.2 | Frontal sinüs |
| C34.0 | Ana broşlar (karina hariç) |
| C34.1 – C34.9 | Akciğer |
| C38.4 | Plevra |
| C40.0 | Üst ekstremitenin uzun kemikleri, skapula ve ilişkili eklemler |
| C40.1 | Üst ekstremitenin kısa kemikleri ve ilişkili eklemler |
| C40.2 | Alt ekstremitenin uzun kemikleri ve ilişkili eklemler |
| C40.3 | Alt ekstremitenin kısa kemikleri ve ilişkili eklemler |
| C41.3 | Kaburga, klavikula (sternum hariç) |
| C41.4 | Pelvik kemikler (sakrum, koksiks ve simfizis pubis hariç) |
| C44.1 | Göz kapağı derisi |
| C44.2 | Dış kulak derisi |
| C44.3 | Yüzün diğer ve tanımlanmamış bölümlerin derisi (eğer orta hattaysa, ‘9’ kodunu kullanın) |
| C44.5 | Gövde derisi (eğer orta hattaysa, ‘9’ kodunu kullanın) |

LATERALİTE — İsteğe Bağlı - Devamı

C44.6	Üst ekstremitte ve omuz derisi
C44.7	Alt ekstremitte ve kalça derisi
C47.1	Üst ekstremitte ve omuzun periferik sinirleri ve otonom sinir sistemi
C47.2	Alt ekstremitte ve kalçanın periferik sinirleri ve otonom sinir sistemi
C49.1	Üst ekstremitte ve omuzun bağ dokusu, subkutan doku ve diğer yumuşak dokuları
C49.2	Alt ekstremitte ve kalçanın bağ dokusu, subkutan doku ve diğer yumuşak dokuları
C50.0 – C50.9	Meme
C56.9	Over
C57.0	Fallop tüpü
C62.0 – C62.9	Testis
C63.0	Epididim
C63.1	Spermatik kord
C64.9	Böbrek, BBT
C65.9	Renal pelvis
C66.9	Üreter
C69.0 – C69.9	Göz
C70.0	Serebral meninksler, BBT*
C71.0	Serebrum*
C71.1	Frontal lob*
C71.2	Temporal lob*
C71.3	Parietal lob*
C71.4	Oksipital lob*
C72.2	Olfaktör sinir*
C72.3	Optik sinir*
C72.4	Akustik sinir*
C72.5	Kranial sinirler, BBT*
C74.0 – C74.9	Adrenal bez
C75.4	Karotis cisimciği

* 1/1/2005 den itibaren.

Yukarıdakilerden başka yerleşim yerleri için de lateralite kodlanabilir, örneğin, “sağ kolon” ve “sol kolon”; “sağ servikal lenf nodları”.

PRİMER YERLEŞİM YERİ METNİ — Zorunlu

Tanım:

Kanserin kesin (primer) yerini lateralitesiyle birlikte kaydedin. Uygun ya da mümkün olduğunda standart kısaltmaları kullanın. Örneğin, kanserin primer yeri “sağ memenin üst dış kadranı” ise;

Sağ memede ÜDK olarak kaydedin.

Ayrıntılar:

25 alfabetik karakterlik alan

Not: Bu alandaki metin bilgisi kesin yerleşim yerini gösterir ve primer yer kodu için ICD-O-3’ ün önerdiği terimi atayan CanReg veya diğer yazılımlar tarafından yaratılan yerleşim yeri etiketinden farklı olabilir.

Örnek 1: Primer yerleşim yeri metni kardioözefagial bileşke. Atanmış ICD-O-3 topografi kodu C16.0 olacak. C16.0 için bilgisayarın yarattığı etiket ICD-O-3’ ün de önerdiği gibi “kardia, BBT” olacak.

Örnek 2: Primer yerleşim yeri sağ işaret parmak derisinin malign melanomu. Atanmış ICD-O-3 kodu C44.6. Bilgisayarın yarattığı etiket ICD-O-3’ ün de önerdiği gibi “Üst ekstremitte ve omuz derisi” olacak.

PRİMER YERLEŞİM YERİ KODU — Gerekli

Tanım:

Hastalıkların Uluslararası Sınıflandırması, Onkoloji, Üçüncü Basım (ICD-O-3)'ın Topografi bölümü raporlanabilir tüm kanserlerin primer yerleşim yerini kodlamak için kullanılır. Yerleşim yeri kodları *ICD-O-3*'ün Sayısal Bölümünün Topografi kısmında ya da hem Topografi hem de Morfoloji terimlerinin yer aldığı Alfabetik İndeksinde bulunabilir. Topografi kodları 'C' ile başlar. Uygun topografi kodunu belirlerken *ICD-O-3*'teki tüm yerleşim yeri kodları için, ondalık kısmı önemsemeyin.

Olguları metastatik yere göre değil, YALNIZCA primer yerleşim yerlerine göre belirleyin. Eğer köken aldığı yer kesin olarak belirlenemiyorsa bir organ sisteminin BBT kategorisini ya da Kötü Tanımlanmış Yerleşim Yerlerini ('C76.0'-'C76.8') kullanmak mümkün olabilir (bakınız *ICD-O-3*, sayfa 53). Primer yer bilinmiyorsa ya da eldeki tek bilgi metastatik yerle ilgiliyse "primer yerleşim yeri bilinmeyen" olarak kodlayın ('C80.9').

Ayrıntılar ve Kodlar:

Hastalıkların Uluslararası Sınıflandırması, Onkoloji, Üçüncü Basım (ICD-O-3)'ı kullanın.

Kodlama Yönergesi:

Primer tümörlerin sayısını belirlemek için bu kılavuzun ilk bölümünde yer alan "Çoğul Primerleri Belirleme Kuralları" bölümüne bakın. Tek primerde, yerleşim yerini belirlemek için tümörle ilgili bütün bilgiyi kullanın.

1. Bitişik bir "altbölge" ye uzanmış olsa bile primer tümörün köken aldığı yerleşim yerini kodlayın.
2. Şu nadir durumlarda primer yerleşim yerini kodlamak için "Çoğul Primerleri Belirleme Kuralları" bölümündeki MECC Yerleşim Yeri Gruplandırma Tablosu'nda belirtilen yerleşim yerini kullanın:
 - a. Aynı gruptaki bitişik yerleşim yerlerinde aşan tek tümör
 - b. Aynı gruptaki bitişik yerleşim yerlerinde tek primer olarak rapor edilen çoğul tümörler

Örnek: Hastanın dil tabanında ve dilin anterior 2/3'ünde yerleşmiş 5 cm.lik bir aşan lezyonu var. Doğru primer yerleşim yerini (C02.9 Dil, BBT) kodlamak için MECC Yerleşim Yeri Gruplandırma Tablosunu kullanın.

3. Tek bir tümör organın bitişik altbölgelerine uzanıp aşan lezyon oluşturmuşsa ve tümörün köken aldığı yer belirlenemiyorsa primer yerleşim yeri kodunun son basamağını '8' olarak kodlayın.

Örnek: Hastada dilin dorsal yüzeyini ve anterior 2/3'ünü kaplayan 5 cm.lik tümör var. Primer yerleşim yerini C02.8 (dilde aşan lezyon) olarak kodlayın.

PRİMER YERLEŞİM YERİ KODU — *Gerekli - Devamı*

4. Aynı anatomik bölgenin farklı altbölgelerinden köken alan çoğul tümörlerde tek primerler için primer yerleşim yeri kodunun son basamağını ‘9’ olarak kodlayın.

Örnek 1: TUR-M sırasında, mesane boynunda (C67.5) ve mesane yan duvarında (C67.2) multipl papiller tümörler fark ediliyor. Primer yerleşim yerini mesane, BBT (C67.9) olarak kodlayın.

Örnek 2: Hastanın sağ meme üst dış kadranında (C50.4) ve alt iç kadranında (C50.3) infiltratif duktal karsinomu var. Primer yerleşim yeri olarak meme, BBT (C50.9) kodlayın.

5. ICD-O-3’teki bazı histoloji/davranış terimleri parantez içinde ilgili yerleşim yeri kodları içerir; örnek: hepatom (C22.0).

- a. Yerleşim yerini tıbbi kayıtlardakine göre kodlayın, kayıtlarda özel bir primer yerleşim yerinden söz ediliyorsa önerilen yerleşim yerini göz ardı edin.
- b. Primer yerleşim yeri önerilen yerleşim yeri koduyla aynı ise veya bilinmiyorsa ICD-O-3’ de önerilen yerleşim yeri kodunu kullanın.

Örnek 1: Biyopsi hepatom tanısı almış ancak primer yerleşim yeriyle ilgili herhangi bir bilgi yok. Primer yerleşim yerini ICD-O-3’te önerildiği gibi karaciğer (C22.0) olarak kodlayın.

6. Metastazı değil, primer yerleşim yerini kodlayın. Eğer metastatik bir tümör var ve primer yerleşim yeri bilinmiyorsa primer yerleşim yerini, primer yerleşim yeri bilinmeyen (C80.9) olarak kodlayın.

7. Tıbbi kayıtlarda primer yerleşim yerini belirleyebilmek için yeterli bilgi yoksa;

- a. Yerleşim yeri kodunu belirlemek için bir hekime danışın.
- b. Hekim de bir primer yerleşim yeri belirleyemezse ilgili organ sisteminin BBT kodunu veya iyi tanımlanmamış yerleşim yerleri kodlarını (C76.0–C76.8) kullanın.
- c. Bir BBT veya iyi tanımlanmamış yerleşim yeri kodu belirleyebilmek için yeterli bilgi de yoksa “Primer Yerleşim Yeri Bilinmeyen (C80.9)” olarak kodlayın.

Lösemi

1. Lösemi primerlerini kemik iliğine kodlayın (C42.1); kan hücreleri kemik iliğinden köken alırlar.

Lenfoma

Tanımlar:

Ekstralenfatik: Lenfatik sistem dışındaki doku veya organlardan köken alan.

Ekstranodal lenfoma: Lenf nodları dışında bir organ ya da dokudan köken alan lenfoma. Lenfatik sistem organları ekstranodal olabilir (örn. dalak lenfatik sistemin bir parçasıdır ve aynı zamanda ekstranodaldır).

Lenfatik sistem: Lenf nodları, dalak, timus, tonsiller, Waldeyer halkası ve Peyer plaklarını içine alan bir şemsiye terimdir.

Nodal lenfoma: Lenf nodlarından köken alan lenfomadır.

Lenfoma Kodlama Yönergesi

1. Tek lenf nodu zinciri tutulmuşsa primer yerleşim yeri olarak bu lenf nodu zincirini kodlayın.
2. Tanı sırasında birden fazla lenf nodu zinciri tutulmuşsa, biyopsi yapılan lenf nodu zincirini primer yerleşim yeri olarak kodlamayın:
 - a. Hastalığın başladığı lenf nodu zincirini belirlemek mümkünse, bu lenf nodu zincirini kodlayın.
 - b. Eğer aynı lenf nodu bölgesinde (örn. aynı primer yerleşim yeri kodu) birden çok lenf nodu zinciri tutulmuş ve hastalığın köken aldığı lenf nodu zincirini belirlemek mümkün değilse primer yerleşim yerini bu lenf nodu bölgesi olarak kodlayın (C77._).
 - c. Farklı lenf nodu bölgelerindeki birden çok lenf nodu zinciri tutulmuşsa C77.8 (birçok bölgenin lenf nodu) kodlayın.
3. Lenfoma ekstranodal ve;
 - a. Köken aldığı organa sınırlıysa, o organı kodlayın.

Örnek: Bir mide rezeksiyonu patolojisi lenfoma olarak gelmiş. Başka bir patolojik veya klinik hastalık saptanmamış. Primer yerleşim yeri olarak mide, BBT (C16.9) kodlayın.

- b. Ekstranodal bir organ/yerleşim yerinde ve bu organ/yerleşim yerinin lenf nodlarındaysa bu ekstranodal organ/yerleşim yerini primer yerleşim yeri olarak kodlayın.

Primer olarak bir ekstranodal organ/yerleşim yerinde olan lenfomalar o organ/yerleşim yerinin bölgesel lenf nodlarına metastaz yapabilir. Nadir olarak lenf nodundaki bir

PRİMER YERLEŞİM YERİ KODU — *Gerekli - Devamı*

lenfoma, doğrudan yayılımla ektranodal yerleşim yeri veya ekstralenfatik bir organa yayılabilir.

Örnek 1: Dalakta ve dalağın lenf nodlarında lenfoma var. Primer yerleşim yeri olarak dalağı kodlayın (C42.2)

Örnek 2: Mide ve midenin lenf nodlarında lenfoma var. Primer yerleşim yeri olarak mideyi kodlayın (C16.9).

- c. Lenfoma ektranodal organ(lar)/yerleşim yer(ler)i ve bölgesel olmayan lenf nodlarındaysa primer yerleşim yerini saptamak için hekime danışın. Bir yerleşim yeri belirlenemezse primer yerleşim yeri olarak lenf nodu, BBT (C77.9) kodlayın.
4. Eğer primer yerleşim yeri bilinmiyor veya belirtilmemişse:
 - a. Retroperitoneal kitleyi retroperitoneal lenf nodları olarak kodlayın.
 - b. İnguinal kitleyi inguinal lenf nodları olarak kodlayın.
 - c. Mediastinal kitleyi mediastinal lenf nodları olarak kodlayın.
 - d. Mezenterik kitleyi mezenterik lenf nodları olarak kodlayın.
 - e. Primer yerleşim yeri bilinmiyorsa lenf nodu, BBT (C77.9) olarak kodlayın.

İstisna: Yalnızca, lenf nodlarında lenfoma kanıtı olmadığında ve/veya hasta dosyasında doktorun, bunun ektranodal bir lenfoma olduğundan şüphelendiği bilgisi bulunduğu primeri bilinmeyen (C80.9) olarak kodlayın.

Özofagus

Özofagusu üç altbölgeye ayıran iki ayrı sistem vardır. Birinci sistem özofagusu üst üçte bir, orta üçte bir ve alt üçte birlik bölümler halinde tanımlar. İkinci sistem altbölgeleri servikal özofagus, torasik özofagus ve abdominal özofagus olarak tanımlar. Bu iki sistemin altbölgeleri birbirinden farklıdır. Hasta dosyasındaki primer yerleşim yerini tanımlayan ICD-O-3 topografi kodunu kaydedin.

Kaposi Sarkomu

Kaposi Sarkomu nadir görülür. AIDS'le ilişkisi olmadığında primer yerleşim kolaylıkla belirlenebilen lokalize bir hastalıktır.

AIDS'le ilişkili Kaposi sarkomu genellikle mukozal yüzeylerin, organların visseral yüzeylerinin ve derinin tutulduğu yaygın bir hastalıktır. Tanı aşamasındaki tüm raporları gözden geçirmek tutulumun yaygınlığını belirlemek için önemlidir. Tek bir rapor, hastalığın yalnızca o anda tedavi edilen yerleşim yerini gösterebilir.

1. Kaposi sarkomunu ortaya çıktığı bölgeye kodlayın.
2. Deride ve aynı zamanda başka bir yerleşim yerinde Kaposi sarkomu varsa, yerleşim yerini, belirtilen deri bölgesine kodlayın (C44._).
3. Primer yerleşim yeri bilinmiyor veya belirlenemiyorsa, deri, BBT (C44.9) olarak kodlayın.

PRİMER YERLEŞİM YERİ KODU — *Gerekli - Devamı*

Sarkom

Sarkomların büyük bölümü kas iskelet sisteminin mezenkimal veya bağ dokusunda yerleşimlidir. Kas iskelet sistemi yağ, kaslar, kan damarları, derin cilt dokusu, sinirler, kemikler ve kırıldaktan oluşur. Primer yerleşim yeri bilinmeyen sarkomlar C80.9'dan ziyade C49.9 olarak kodlanmalıdır.

Sarkomlar içi boş organların duvarlarından ve organı çevreleyen vissera'dan da köken alabilirler. Primer yerleşim yeri olarak köken aldığı organı kodlayın.

Örnek: Patoloji, uterusta mikst müllerian tümör belirlemiş. Yerleşim yerini uterus, BBT (C55.9) olarak kodlayın.

MORFOLOJİ METNİ — Zorunlu

Tanım:

Kanserin kesin histolojik tipini, davranışını ve derece/diferansiyasyon/hücre tipini kaydedin. Uygun ya da mümkün olduğunda standart kısaltmaları kullanın. Örneğin, “kötü diferansiye skuamöz hücreli karsinom” aşağıdaki gibi kaydedilebilir:

KD SCC

Ayrıntılar:

25 alfanümerik karakter

MORFOLOJİ KODLARI — *Gerekli*

Tanım:

Tüm kanserlerin morfolojilerini kodlamak için *Hastalıkların Uluslararası Sınıflandırması, Onkoloji, Üçüncü Basım (ICD-O-3)* kullanılır. Alfabetik İndekste tüm morfoloji kodları kod numarasının önünde bir ‘M-’ işareti ile gösterilir. ‘M-’ kodlanmamalıdır. Histoloji ve davranış kodları arasında görünen ‘/’ işareti de kaydedilmez.

Morfoloji (histoloji, davranış ve derece) kodlamak için, patoloji raporunun tamamındaki bilginin (mikroskopik tarif, son tanı, yorumlar) en iyisini kullanın. Eğer son tanı özgül bir histoloji veriyorsa bunu kodlayın. Benzer şekilde son tanıda derece belirtilmişse kodlayın. İstisnalar ilerideki sayfalarda “Histolojik Tip”, “Davranış Kodu” ve “Derece, Diferansiyasyon veya Hücre Göstergesi” başlıkları altında anlatılmaktadır.

Ayrıntılar ve Kodlar:

Morfoloji üç bölümden oluşan 6-basamaklı bir koddur:

- A Histolojik tip (4 basamak)
- B Davranış kodu (1 basamak)
- C Derecelendirme veya diferansiyasyon veya hücre göstergesi (1 basamak)

Not: Tümörün morfolojisi, yalnızca çoğul primerler ile ilgili karar kesinleştikten sonra kodlanabilir (Çoğul primerlerin sayısını belirlemek için “Çoğul Primerleri Belirleme Kuralları”na bakın).

Hastalıkların Uluslararası Sınıflandırması, Onkoloji, Üçüncü Basım (ICD-O-3)’a başvurun ve kullanın.

Tanım:

Histolojik Tip verisi, belirli bir primerin hücre ve/veya dokularının mikroskopik bileşimini tanımlar. Nadir olarak, doku patolojisinin mevcut olmadığı bazı durumlarda, klinik hekiminin tümörü tarif etmek için kullandığı histoloji kodlanır. Tümör tipi veya histolojisi evreleme ve tedavi seçeneklerini belirlemek için esastır. Hastalığın prognozunu ve seyrini etkiler.

Histolojik tip kodlanırken genellikle SON patolojik tanı kodlanır. Düşünülmekte olan primere uygun tüm patoloji raporları kullanılmalıdır. Genellikle en tipik dokudan yazılmış rapor en iyisi olsa da, bazen kanserli dokunun tamamı biyopsiyle (eksizyonel biyopsi) ortadan kaldırılmış olabilir ve bu durumda biyopsi raporunun kullanılması gerekir. Eğer mikroskopik tarifte ya da yorumda daha özgül bir histolojik tipe (ICD-O-3'te kodu daha yüksek) dair kesin bir ifade varsa o zaman daha özgül olan histolojik tanı kodlanmalıdır.

Ayrıntılar ve Kodlar:

Hastalıkların Uluslararası Sınıflandırması – Onkoloji, Üçüncü Basım (ICD-O-3) 2001 ve sonrası tanı konmuş tümörlerin histolojisinin kodlanmasında standart bir referanstır. Histoloji kodunun başındaki “M” harfini kodlamayın. Histolojiyi kodlarken ICD-O-3 kılavuzundan yararlanın. “Topografi ve Morfoloji için Kodlama Rehberleri” bölümüne ve “ICD-O-3 Üçüncü Basım için Başlıca Temel Kullanım Kurallarının Özeti” bölümüne bakın.

Histoloji ancak çoğul primerlerin olup olmadığı saptandıktan sonra kodlanabilir.

Tanımlar:

Kanser, BBT (8000) ve karsinom, BBT (8010) birbirinin yerine **kullanılamaz**.

Karsinom, BBT (8010) ve adenokarsinom (8140) birbirinin yerine **kullanılabilir** (ICD-O-3'e bakın).

Kompleks histoloji (mikst, kombine) histoloji: Patologlar bir tümörü tanımlamak için birçok histolojik terim kullanır. Histolojik terimler sıklıkla “ve” sözcüğüyle bir araya gelirler (örnek duktal ve lobuler karsinom).

Farklı altgruplar: BBT hücre tiplerinin genellikle birçok alttipi vardır; örneğin, skiröz adenokarsinom (8141), adenokarsinom, intestinal tip (8144), linitis plastica (8142) Adenokarsinom, BBT (8140)'nin alttipleridir.

Mikst/kombine histoloji: Bir tümörde farklı hücre tipleri; terimler birbirinin yerine kullanılabilir. Birçok olguda mikst ve kombine terimleri eşanlamlı olarak kullanılır; bununla birlikte mikst terimi spesifik bir tümörü de gösterebilir.

BBT: “Başka bir Biçimde Tanımlanmamış”

HİSTOLOJİK TİP — *Gerekli - Devamı*

Tümörün Çoğunluğu:

Tümörün çoğunluğunu gösteren terimler

Çoğunlukla

...’nın özellikleri ile birlikte

Esas (major)

Tip 1

... diferansiyasyon 1 ile birlikte

Tümörün çoğunluğunu göstermeyen terimler

... odakları ile birlikte

... odağı/odaksal (fokal)

... alanları

... ’nın elemanları

... bileşeni

Kodlama Yönergesi:

Primer tümörlerin sayısını belirlemek için bu kılavuzun ilk bölümündeki “Çoğul Primerleri Belirleme Kuralları”ndan yararlanın. Tek bir primerin histolojisini kodlamak için eldeki tüm bilgiyi kullanın.

1. Tümör doku örneği (spesmeni) yoksa klinisyen tarafından belirtilen histolojiyi kodlayın.

Örnek1: Hastanın, glioblastoma multiforme tanısı koyduran bir beyin BT taraması sonucu var (9440). Hasta bundan sonraki tüm tetkikleri ve tedaviyi reddediyor. Histolojiyi glioblastoma multiforme (9440) olarak kodlayın.

Örnek 2: Hekim hastada karsinom olduğunu belirtiyorsa karsinom, BBT (8010) olarak kodlayın.

2. Patoloji raporunun tanı bölümündeki histolojiyi kullanın. Primer tümörün çoğunluğunun rezeksiyonunun yapıldığı işlemin patolojisini kullanın. Patoloji raporunun mikroskopi veya yorum bölümünde daha özgül bir histolojik tip tam olarak tanımlanmışsa, bunu kodlayın.
3. Lenfomalar WHO sınıflandırması, REAL sistemi, Rapaport veya “Working Formulation”a göre sınıflandırılabilirler. WHO sınıflandırması tercih edilir. Hematolojik maligniteler için ICD-O-3’te 12. sayfaya bakın.
4. MECC’e bildirilen olguların davranış kodları metastatik (/6) olamaz. Eğer tek patoloji örneği metastatik bölgeden alınmışsa rapordaki histoloji kodunu (/3) malign davranış koduyla kaydedin. Primer ve metastatik yerleşimlerin temel histoloji kodları aynıdır.

Tek bir Tümör için Histoloji Kodlama Kuralları:

- Kurallar hiyerarşik sıradadır. Kural 1 en yüksek önceliğe sahiptir.
- Kuralları öncelik sırasına göre kullanın.
- Olguya uygulanabilen ilk kuralı kullanın (Başka ek bir kural uygulamayın).

1. Patoloji raporunda tek bir tipten söz ediliyorsa bu histolojiyi kodlayın.
2. İnvaziv ve in situ tümörlerin her ikisinin varlığında invaziv histolojiyi kodlayın.

HİSTOLOJİK TİP — *Gerekli - Devamı*

Örnek: Patoloji raporunda infiltratif duktal karsinom ve kribriform duktal karsinom in situ yazıyorsa, invaziv histolojiyi kullanın: 8500/3.

İstisna: İnvaziv komponentin histolojisi bir ‘BBT’ terimse (örn. karsinom, adenokarsinom, melanom, sarkom), in situ bileşene ait spesifik terimi invaziv davranış koduyla kodlayın.

3. Eğer varsa mikst histoloji kodunu kullanın.

Mikst kodlara örnekler: (Bu tam bir liste değildir, yalnızca örnektir)

8490	Mikst tümör, BBT
9085	Mikst germ hücreli tümör
8855	Mikst liposarkom
8990	Mikst mezenkimal sarkom
8951	Mikst mezodermal tümör
8950	Mikst Mullerian tümör
9362	Mikst pineal tümör
8940	Mikst tükrük bezi tümörü, BBT
9081	Teratokarsinom, Mikst embriyonal karsinom ve teratom

4. Eğer varsa birleşik histoloji kodlarını kullanın.

Birleşik histoloji kodlarına örnekler: (Bu tam bir liste değildir, yalnızca örnektir)

8255	Renal hücreli karsinom, mikst “clear cell” ve kromofob tipler
8523	İnfiltratif duktal karsinom, diğer karsinom tipleriyle birlikte (“mikst”)
8524	İnfiltratif lobuler karsinom, diğer karsinom tipleriyle birlikte (“mikst”)
8560	Adenoskuamöz karsinom
8045	Kombine küçük hücreli karsinom, kombine küçük hücreli – büyük hücreli karsinom

5. Terimlerden birisi BBT ve diğeri aynı histolojinin daha özgül tanımı ise, daha özgül olan terimi kodlayın.

Örnek 1: Patoloji raporunda “kötü diferansiye karsinom, olasılıkla skuamöz tabiatta” ifadesi yer alıyor. Histolojiyi “karsinom” değil, daha özgül olan “skuamöz hücreli karsinom” olarak kodlayın.

Örnek 2: Patoloji raporunda nefrektomi materyalinin bir bölümü renal hücreli karsinom (8312) (“renal hücre” histolojik hücre tipinden çok, etkilenen organ sistemini tanımlar), diğer bölümü ise saydam hücreli “clear cell” karsinom (8310) (histolojik hücre tipi) olarak belirtilmiş. Histolojik tip olarak saydam hücreli (clear cell) karsinomu kodlayın. Çünkü renal hücreli karsinom terimi, histolojik tipten çok, etkilenen organ sistemini belirten daha az özgül bir koddur.

6. Tümörün çoğunluğunu,
 - a. Tümörün patoloji raporundaki tanımına,
 - b. Tümör çoğunluğunu gösteren terimlerin kullanımına göre kodlayın (“Tümörün çoğunluğu” teriminin açıklamasına bakın).
7. Nümerik olarak büyük olan ICD-O kodunu kullanın. Bu kural en düşük öncelik sırasındadır ve nadir kullanılmalıdır.

Aynı Organda Tek Primer Olarak Bildirilen Farklı Davranışlardaki Çoğul Tümörlerin Histoloji Kodlama Kuralları

1. Bir lezyon in situ (/2), diğeri invazivse (/3) invaziv tümörün histolojisini kodlayın.

Örnek: 2 cm.lik invaziv duktal karsinomun çıkarılması için yapılan mastektomide 5 cm.lik intraduktal karsinom da rapor edilmiş. Histoloji ve davranışı invaziv duktal karsinom olarak kodlayın (8500/3).

Aynı Organda Tek Primer Olarak Bildirilen Çoğul Tümörlerin Histoloji Kodlama Kuralları

1. Tümörlerin histolojisi aynıysa bu histolojiyi kodlayın.
2. Kolon veya rektumun aynı segmentinde, adenokarsinom ve polipte adenokarsinom (8210/_, 8261/_, 8263/_) varsa histolojiyi adenokarsinom (8140/_; in situ veya invaziv) olarak kodlayın.
3. Kolon veya rektumun aynı segmentinde karsinom (8010/_) ve polipte karsinom (8210/_) varsa histolojiyi karsinom (8010/_; in situ veya invaziv) olarak kodlayın.
4. Aşağıdakiler için kombinasyon kodu kullanın:
 - a. Mesane: Papiller ve ürotelyal (transisyonel hücreli) karsinom (8130)
 - b. Meme: Paget Hastalığı ve duktal karsinom (8541)
 - c. Meme: Duktal karsinom ve lobuler karsinom (8522)
 - d. Tiroid: Folliküler ve papiller karsinom (8340)
5. Terimlerden biri BBT, diğeri aynı histolojiyi daha özgül açıklayan bir terimse, özgül olan terimi kodlayın.
6. Farklı histolojileri olan diğere bütün çoğul tümörleri çoğul primerler olarak kodlayın.

Lösemi / Lenfoma (Kronik Lenfositik Lösemi [**KLL**] ve Küçük Lenfositik Lenfoma [**SLL**])

Kronik lenfositik lösemi (9823/3) ve/veya küçük lenfositik lenfoma (9670/3) tanılarını, pozitif lenf nodları veya diğer organ veya dokularda lenfoma/lösemi depozitleri varsa **SLL olarak kodlayın**. Pozitif kan tahlili veya pozitif kemik iliği bulgusundan ayrı, hastalığa ait fiziksel bir bulgu yoksa histolojiyi **KLL olarak kodlayın**.

Mikroskopik doğrulaması olmayan olgularda histoloji

Mikroskopik doğrulaması olmayan olgularda spesifik bir histolojiden söz edilirse o histolojiyi kodlayın. Bazı kanserlerde radyolojik görünümle (astrozitom), biyokimyasal ve laboratuvar testleriyle (multipl miyelom) veya gözlemlen (Kaposi sarkomu) özgül histolojiyi belirlemek olasıdır.

Tanım:

Kullanılan davranış kodları *ICD-O-3*'ün hem sayısal hem de alfabetik indeksinde histoloji kodunun arkasında yer alır. Eğer bir patoloğun in situ ('2') veya malign ('3') dediği kanserin davranışı *ICD-O-3*'te yoksa, patoloğun söylediği davranışı kodlayın (*ICD-O-3*'te sayfa 24, Tablo 18'e bakınız).

Ayrıntılar ve Kodlar:

- 0 Benign (İsteğe bağlı olarak, yalnızca intrakraniyal ve SSS bölgelerinin rapor edilmesi için)
- 1 Benign ya da malign olduğu bilinmeyen, sınırdan (borderline) malignite, düşük malign potansiyel ve şüpheli malign potansiyel (İsteğe bağlı olarak, yalnızca intrakraniyal ve SSS bölgelerinin rapor edilmesi için)
- 2 İn situ karsinom; intraepitelial; noninfiltratif; noninvaziv
- 3 Malign, primer yerleşim yeri (invaziv)

Kodlama Yönergesi

0 (benign) ve 1 (sınırdan) davranış kodları, yalnızca isteğe bağlı olarak, intrakraniyal ve SSS bölgelerinin rapor edilmesi içindir.

'6' ya da '9' davranış kodlarını kullanmayın. Eğer yalnızca metastatik yerden tanı örneği varsa, buradan elde edilen histolojik tip ve davranış için de '3' kodlayın. Çünkü primer yerin histolojik tipi ile metastatik yerin histolojik tipinin aynı olduğu varsayılır.

Metastatik ve Non-primer Yerleşim Yerleri

MECC'e bildirilen olguların davranış kodları metastatik (/6) olamaz. Eğer tek patoloji örneği metastatik bölgeden alınmışsa uygun histoloji kodunu (/3) malign davranış koduyla kaydedin. Primer yerleşim yeri ve metastatik yerleşim(ler)inin temel histoloji kodları aynıdır. İzleyen sayfadaki Krukenberg tümörü konusuna bakınız.

İn situ

Klinik kanıtlar tek başına davranışın in situ olduğunu belirleyemez. İn situ kodu patolojik inceleme ve rapora dayanmalıdır.

İn situ ve İnvaziv

Primer tümörün herhangi bir kısmı, hangi boyutta olursa olsun invazivse (örn. mikroinvazyon) davranışı malign /3 olarak kodlayın.

Örnek: Mastektomi patoloji raporu: İçinde tek fokal invazyon bulunan, intraduktal karsinom içeren büyük kitle. Davranışı malign /3 olarak kodlayın.

ICD-O-3 Histoloji / Davranış Kod Listesi

ICD-O-3'te belirli bir histoloji için in situ veya malign, tek bir davranış kodu listelenmiş olabilir. Patoloji raporunda davranış in situ /2 belirtilmiş ve ICD-O-3'te histoloji kodu yalnızca malign /3 davranış koduyla listelenmişse, histoloji kodunu ICD-O-3'teki gibi kaydedin, davranış kodunu patoloji raporuna göre değiştirip in situ /2 olarak kodlayın. Patoloji raporu histolojiyi malign /3 olarak belirtiyor ve ICD-O-3'te histoloji yalnızca in situ davranış koduyla listelenmişse, histoloji kodunu ICD-O-3'teki gibi kaydedin, davranış kodunu patoloji raporuna göre değiştirip malign /3 olarak kodlayın. ICD-O-3'te 25.sayfadaki Morfoloji ve Davranış Kodu matrisi bölümüne bakın.

Örnek: Patoloji raporunda büyük hücreli karsinoma in situ tanısı var. ICD-O-3 büyük hücreli karsinomu yalnızca malign davranışla 8013/3 olarak alıyor. Davranışı /3 değil, patoloji raporuna göre /2 olarak kaydedin (8013/2).

Not: “In situ” histolojik kanıtı dayalı bir kavramdır. Bu nedenle yalnızca klinik kanıtla bu terim kullanılamaz.

In situ ile eş anlamlı terimler (davranış kodu '2'):

AIN III (C21.1)
Bowen Hastalığı (C44.0 – C44.9 için bildirim zorunlu değil)
Clark'ın level 1 melanomu (epitele sınırlı)
Epilete sınırlı
Hutchinson'un melanotik çili, BBT (C44._)
intrakistik, non-infiltratif
intraduktal
intraepidermal, BBT
intraepiteliyal, BBT
bazal membrana ulaşmış, ancak burayı tutmamış
lentigo maligna (C44._)
lobuler, noninfiltratif (C50._)
noninfiltratif
noninvaziv
stromal invazyon yok
papiller, noninfiltratif veya intraduktal
prekanseröz melanozis (C44._)
Queyrat eritroplazisi (C60._)
VAIN III (C52.9)
VIN III (C51._)
CIN III (C53._) (Raporlama isteğe bağlı)

Krukenberg Tümörü

Overde metastatik tümörler nadirdir. Overin Krukenberg tümörü denilen durum, overde bir adenokarsinom metastazıdır ve primer over tümörüne benzer şekilde büyük bir kitle görünümündedir. Taşlı yüzük histolojisine sahip olan bu tümör çoğunlukla gastrointestinal sistemdeki (GİS) bir primer tümörün (en çok mide) metastazıdır. Kanser kayıt elemanları esas olarak sadece in situ (davranış kodu 2) ve invaziv (davranış kodu 3) kanserleri topladığından davranış kodu 6 olan Krukenberg tümörü deneyimsiz kayıt elemanlarını çok yanıltır. /6 davranış kodu açıkça Krukenberg tümörünün bir metastaz olduğunu gösterir, morfoloji kodunun yanında parantez içinde önerilen (C56.9) yerleşim yeri kodu da bu metastazın bulunduğu organın over olduğunu ifade eder. Oysa Kanser kayıt elemanı metastatik tümörü değil primer tümörü kaydetmek zorundadır. Yani Krukenberg tümörünün morfoloji kodu M 8490/3, primer yerleşim yeri kodu da, tümör GİS'in neresinden köken aldıysa orası olmalıdır. Hasta bilgileri dikkatle incelendiğinde GİS'deki tümörün kesin lokalizasyonu çoğunlukla ortaya çıkarılır. Kesin yeri bulunamazsa topografi GİS, BBT (C26.9) olarak kodlanmalıdır.

Tanım:

Derece, Diferansiyasyon (Kodlar 1, 2, 3, 4, 9)

Patolojik inceleme tümörün derecesini veya diferansiyasyonunu belirler. Kanserler için derece, tümör hücrelerinin köken aldıkları dokuya ne kadar benzediğinin ölçüsüdür. İyi diferansiye tümör hücreleri köken aldıkları organın dokusuna çok benzerler. Az diferansiye ve andiferansiye tümör hücreleri dezorganize ve anormal görünürler ve köken aldıkları organın dokusuna çok az benzer veya hiç benzemezler.

Patologlar tümörün derecesini benzerlik düzeyleriyle tanımlarlar. Patologlar iki benzerlik düzeyi (iki-dereceli sistem, kolon), üç benzerlik düzeyi (üç-dereceli sistem) veya dört benzerlik düzeyi (dört-dereceli sistem) tanımlayabilirler. Dört dereceli sistemde tümör derece I, II, III, IV olarak tanımlanır (iyi diferansiye, orta derece diferansiye, az diferansiye ve andiferansiye/anaplastik olarak da adlandırılır). Bu benzerlikler/farklılaşmalar, kullanılan derecelendirme sistemine göre patern (yapı), sitoloji veya nükleer özellikler veya bunların kombinasyonuna dayanır. Bu verideki bilgi prognozu belirlemede kullanışlıdır.

Hücre Göstergesi (Kodlar 5, 6, 7, 8, 9)

Malign hale gelen hücrenin köken ve fenotipini tanımlar. Hücre göstergesi kodları lenfoma ve lösemiler için kullanılır ve bu tanımlar için derece/diferansiyasyondan üstündür.

Kodlar:

1. Derece I; derece i; derece 1; iyi diferansiye; diferansiye; BBT
2. Derece II; derece ii; derece 2; orta derece diferansiye; orta derece iyi diferansiye; intermediyer diferansiyasyon
3. Derece III; derece iii; derece 3; kötü diferansiye; dediferansiye
4. Grade IV; derece iv; derece 4; andiferansiye; anaplastik
5. T-hücreli; T-prekürsör
6. B-hücreli; Pre-B; B-prekürsör
7. Null hücreli; non T–non B
8. NK hücreli (natural killer hücreli)
9. Hücre tipi saptanmamış, belirtilmemiş

Genel Kodlama Kuralları:

1. Yerleşim yerine özel kodlama esasları aynı zamanda şu primerler için derece kodlama kurallarını da içerir: meme, prostat, böbrek, lenfoma, lösemi, astrositom ve sarkomlar.
2. Patoloji raporunun tanı kısmındaki dereceyi kodlayın. Birden fazla patoloji raporu var ve tanı bölümlerindeki dereceler birbirinden farklıysa, primer yerleşim yeri için en yüksek dereceyi kodlayın.
3. Patoloji raporunun tanı kısmında derece belirtilmemişse raporun mikroskopi, ek veya yorum bölümündeki bilgiyi kullanın.
4. Tek bir tümör için birden fazla derece kaydedilmişse, fokal bile olsa en yüksek dereceyi kodlayın.

Örnek: Patoloji raporu; Fokal andiferansiye adenokarsinom içeren derece II adenokarsinom. Tümör derecesini 4 olarak kodlayın.

5. Derece kodlamasını metastazdan veya tümör rekürrensinden değil, **yalnızca primer tümörden** yapın.
6. Histolojisinden derecesi açıkça belli olmadıkça (örn. histolojisi anaplastik karsinom ise derecesinin “4” olduğu açıkça bellidir) bütün primeri bilinmeyenler için dereceyi 9 (derecesi bilinmiyor) kodlayın.
7. Tümör invaziv ve in situ bileşenler içeriyorsa, invaziv bileşenin derecesini kodlayın. Eğer invaziv bileşenin derecesi bilinmiyorsa, dereceyi “9, bilinmiyor” olarak kodlayın.
8. Patoloji örneği konsültasyon için belli bir konuda uzmanlaşmış bir patoloğa gönderilmişse, dereceyi bu konsültasyon sonucuna göre kodlayın.
9. Birden fazla patoloji konsültasyonu varsa, dereceyi kodlamak için hangisinin kullanılacağını bir patolog veya hekime danışın.
10. Displazi için belirtilmiş olan derecelendirmeyi kodlamayın, örn. Yüksek dereceli displazinin (in situ adenokarsinom) derecesi 9 olarak kodlanacaktır.

Patolojik veya Sitolojik Doğrulaması Olmayan Olguların Derecesinin Kodlanması

Doku tanısı olmadığında (patoloji veya sitoloji) Manyetik Rezonans Görüntüleme (MRG) veya Pozitron Emisyon Tomografi (PET) raporlarında belirtilen dereceyi kodlayın. MRG ve PET raporlarını yalnızca patoloji ve sitoloji tanısı olmadığı zaman kullanın.

İn situ Tümörler

İn situ tümörler her zaman derecelendirilmez. İn situ tümör için belirtilmiş bir derece varsa kodlayın (tümörün invaziv bir bileşeni yoksa!). Tümörün hem in situ hem de invaziv bileşenleri varsa in situ için belirtilen dereceyi kodlamayın.

Terminoloji Çevrim Tablosu

Tanım	Derece	Kod
Diferansiye, BBT	I	1
İyi diferansiye	I	1
Oldukça diferansiye	II	2
Orta derecede diferansiye	II	2
Düşük derece	I – II	2
Orta diferansiye	II	2
İlımlı diferansiye	II	2
Orta derecede iyi diferansiye	II	2
Kısmen diferansiye	II	2
Kısmen iyi diferansiye	I – II	2
Göreceli veya genel olarak iyi diferansiye	II	2
Orta derecede, intermediate derece	II – III	3
Orta derecede az diferansiye	III	3
Orta derecede andiferansiye	III	3
Pleomorfik	III	3
Az diferansiye	III	3
Göreceli az diferansiye	III	3
Göreceli andiferansiye	III	3
Hafifçe diferansiye	III	3
Dediferansiye	III	3
Yüksek derece	III – IV	4
Andiferansiye, anaplastik, diferansiye değil	IV	4
Yüksek olmayan derece		4

İki-Dereceli Sistem

Bazı kanserler iki dereceli sistem kullanılarak derecelendirilir, örneğin, kolon kanseri. Derece 1/2 veya düşük derece olarak verilmişse 2, derece 2/2 veya yüksek derece olarak verilmişse 4 kodlayın.

“İki-Dereceli” Çevrim Tablosu

Derece	Diferansiyasyon / Tanım	Kod
1/2, I/II	Düşük dereceli	2
2/2, II/II	Yüksek dereceli	4

Üç-Dereceli Sistem

Periton, endometriyum, fallop tüpleri, prostat, mesane ve yumuşak doku sarkomları gibi birçok yerleşim yerindeki tümörler için üç dereceli sistem kullanılır. Hücre büyüme paternleri 1, 2, 3 (düşük, orta, yüksek) dereceli bir ölçekle değerlendirilir. Bu sistem büyüyen ve yeni kanser hücreleri oluşturan kanser hücrelerinin oranını ve bunların köken aldıkları dokuya benzerliklerini ölçer. Dört dereceli sisteme benzerdir ancak farklı olarak ölçülendirmeyi 4 yerine basitçe 3 kategoriye ayırır (Aşağıdaki üç-dereceli sistem çevrim tablosuna bakınız). Beklenen sonuç düşük dereceler için daha uygundur.

2/3 olarak yazılan bir derece, üç dereceli bir sistemde derece 2 demektir. Yazılan dereceyi doğrudan kodlamayın, derecenin SEER kodunu bulmak için aşağıdaki çevrim tablosunu kullanın.

Üç-Dereceli Konversiyon Tablosu

Derece	Diferansiyasyon / Tanım	Kod
1/3, I/III	Düşük dereceli	2
2/3, II/III	Orta dereceli	3
3/3, III/III	Yüksek dereceli	4

Meme primerleri için kullanmayın.

Meme Kanseri

Meme Kanserinde Derece Kodlaması için Öncelik Sıralaması

Dereceyi aşağıdaki öncelik sıralamasına göre kodlayın:

1. Bloom-Richardson 3–9 dereceye çevrilir (tabloya bakın)
2. Bloom-Richardson derece (düşük, orta, yüksek)
3. Yalnızca nükleer derece
4. Terminoloji
 - a. Diferansiyasyon (iyi diferansiye, orta derece diferansiye, vs).
5. Histolojik derece
 - a. Derece 1/I/i, derece 2/II/ii, derece 3/III/iii, derece 4/IV/iv

Bloom-Richardson (BR)

1. **BR aynı zamanda** modifiye Bloom-Richardson, Scarff-Bloom-Richardson, SBR derecelendirme, BR derecelendirme, Bloom Richardson skorunun Elston-Ellis modifikasyonu, Bloom Richardson skorunun Nottingham modifikasyonu, Nottingham-Tenovus veya Nottingham derecelendirmesi olarak da adlandırılabilir.
2. BR **skor** olarak da gösterilebilir (aralık 3 – 9).
3. Skor “özel bir tipi olmayan invaziv” meme kanserlerinin üç morfolojik özelliğine dayanır (tümör hücrelerinin tübül formasyon derecesi/histolojik derecesi, mitotik aktivitesi, nükleer pleomorfizmi).
4. Skor, derece veya terimi MECC koduna çevirmek için Meme Derecelendirme Çevrim Tablosunu kullanın.
5. BR **derece** olarak da gösterilebilir (düşük, intermediate, yüksek).
6. BR derecesi BR skorundan elde edilir. Meme için kullanılan düşük, orta ve yüksek derecenin çevriminin diğer bütün tümörler için kullanılan çevrimden farklı olduğuna dikkat edin.

Meme Derecelendirme Çevrim Tablosu

BR skoru	BR derecesi	Nükleer derece	Terminoloji	Histolojik derece	Kod
3–5	Düşük	1/3; 1/2	İyi diferansiye	I/III; 1/3	1
6, 7	Intermediate	2/3	Orta derece diferansiye	II/II; 2/3	2
8, 9	Yüksek	3/3; 2/2	Az diferansiye	III/III; 3/3	3

Böbrek Kanseri

Böbrek Kanserinde Derece Kodlaması için Öncelik Sıralaması

Dereceyi aşağıdaki öncelik sıralamasına göre kodlayın:

1. Fuhrman derece
2. Nükleer derece
3. Terminoloji (iyi diferansiye, orta diferansiye)
4. Histolojik derece (derece 1, derece 2)

Bu öncelik kuralları Wilms tümörüne (8960) uygulanmaz. Wilms tümörü derecelendirmesi için genel kuralları uygulayın.

Prostat

Prostat Kanserinde Derece Kodlaması için Öncelik Sıralaması

Dereceyi aşağıdaki öncelik sıralamasına göre kodlayın:

1. Gleason derecesi (Gleason derecesini uygun koda çevirmek için tabloyu kullanın)
2. Terminoloji
 - a. Diferansiyasyon (iyi diferansiye, orta diferansiye, vs.)
3. Histolojik derece
 - a. Derece 1/I/i, derece 2/II/ii, derece 3/III/iii, derece 4/IV/iv
4. Yalnızca nükleer derece

Gleason Paterni

Prostat kanserleri genellikle Gleason paterni veya skoruyla derecelendirilir. Gleason derecelendirmesi 5 histolojik paterne dayanan, 5-bileşenli bir sistemdir. Patolog, tümör için primer ve sekonder paternleri değerlendirir. Patern bir aralık olarak yazılır, ilk yazılan primer patern, ikinci yazılan sekonder paterndir.

Örnek: Gleason patern 2 + 4 primer patern 2, sekonder patern 4 anlamına gelir.

Gleason Skoru

Paternler bir skor oluşturmak üzere toplanır.

Örnek: Patern 2 + 4 ise, patern skoru 6'dır (2 + 4).

1. Patoloji raporu **5 veya 5' ten küçük tek bir sayı** içeriyorsa, bu bir paterndir.
2. Patoloji raporu **5' ten büyük tek bir sayı** içeriyorsa, bu skordur.
3. Patoloji raporu 10 üzerinden değerlendirilen özel bir sayı içeriyorsa bu sayı skordur.

Örnek: Patoloji raporunda "Gleason 3/10" var. Gleason skoru 3 olacaktır.

4. Patoloji raporunda 10'dan farklı iki sayı varsa, bunları iki patern olarak ele alın. İlk sayı primer patern, ikinci sayı sekonder paterndir.

Örnek: Patoloji raporunda "Gleason 3 + 5" varsa Gleason skoru 3 ve 5' in toplamı 8 olacaktır.

Gleason paterni veya skorunu MECC kodlarına çevirmek için aşağıdaki tabloyu kullanın.

Gleason Çevrim Tablosu

Gleason skoru	Gleason paterni	Histolojik derece	Terminoloji	Kod
2, 3, 4	1, 2	I	İyi diferansiye	1
5, 6	3	II	Orta derece diferansiye	2
7, 8, 9, 10	4, 5	III	Az (kötü) diferansiye	3

Not: Gleason skoru 7, daha önce orta derece diferansiye (2) olarak kodlanırdı. **1/1/2005'** ten sonraki olgular için geçerli olmak üzere, Gleason skoru 7, az diferansiye (3) olarak kodlanmaktadır.

Astrositom

Astrositomları ICD-O-3 kurallarına göre derecelendirin.

1. **WHO derecelendirmesini** kullanmayın.
2. **Glioblastoma multiforme'** yi otomatik olarak derece IV kodlamayın. Derece verilmemişse "bilinmiyor, 9" olarak kodlayın.
3. Eğer **derece belirtilmemişse** "bilinmiyor, 9" olarak kodlayın.

Lenfoma ve Lösemi

1. Diferansiyasyonu kodlamak için “yüksek derece”, düşük derece” ve “orta derece (intermediate)” terimlerini kullanmayın.

Bu terimler dereceyi değil histolojiyi belirtir.

2. T-hücre, B-hücre, “null” hücre veya NK hücre tanımları herhangi bir diferansiyasyon ifadesinden üstündür.

a. **T-hücre, B-hücre, “null” hücre veya NK hücrelerle ilgili her türlü ifadeyi kodlayın.**

T-hücre (kod 5)

Kortikal T
Matür T
Pre-T
Pro-T
T-hücre fenotip
T-prekürsör

B-hücre (kod 6)

B-hücre fenotip
B-prekürsör
Pre-B
Pre-pre-B
Pro-B

Null-hücre; Non-T non-B (kod 7)

Null-hücre
Non-T non-B
“Common” hücre

NK (Natural Killer) hücre (kod 8)

NK / T hücre

Hücre tipi belirlenmemiş, belirtilmemiş veya uygulanamaz (kod 9)

Kombine B hücre ve T hücre

b. Hasta dosyasında marker çalışmaları olsun ya da olmasın, hücre tipi bilgisini kodlamak için her türlü kaynağı kullanın.

Örnek: Hasta dosyasında, hastada T-hücreli lenfoma olduğu kayıtlı ve dosyada marker çalışması yok. Dereceyi T-hücre olarak kodlayın.

Sarkom

Sarkom, patolog tarafından düşük, orta veya yüksek derece olarak belirtilmişse üç-dereceli sistem tablosunu kullanın.

TANI SIRASINDA ÖZET EVRE — Gerekli

Tanım:

Özet evreyi saptamak için Amerika Birleşik Devletleri Ulusal Kanseri Enstitüsü'nün SEER programı tarafından yayımlanan *SEER Özet Evre Kılavuzu [SEER Summary Staging Manual - 2000]* (SSSM 2000) kullanılmalıdır. SSSM 2000, 1 Ocak 2004 tarihinde ve sonrasında tanı almış olgularda kullanılmalıdır.

Özet Evreyi saptarken, süresi daha uzun olanı tercih etmek kaydıyla, kanserin tanı tarihinden sonraki dört ay içerisinde ya da ilk tedavi küründe yer alan cerrahinin (cerrahilerin) tamamlanması sırasında elde edilmiş bütün klinik ve patolojik bilgiyi, bu bilgi tanı sonrasında gelişmiş olan bir ilerlemeden söz etmediği sürece, hesaba katın. Tanı konduktan sonra geliştiği bilinen metastazlar değerlendirmeye dahil edilmemelidir.

Bilgiyi kullanırken öncelik sırası patoloji, cerrahi ve klinik bulgular şeklindedir. Otopsi raporları, aynı dahil etme ve dışlama kuralları uygulanarak hastalığın yayılımını kodlamada kullanılabilir.

Ayrıntılar ve Kodlar:

- 0 İn situ
- 1 Lokalize (Lenfomalar için Evre I)
- 2 Bölgesel, yalnız doğrudan yayılım
- 3 Bölgesel, yalnız lenf nodları tutulumu
- 4 Bölgesel, hem doğrudan yayılım hem lenf nodu tutulumu
- 5 Bölgesel, BBT (Lenfomalar için Evre II)
- 7 Uzak yer(ler)in/nod(lar)ın tutulumu (Lenfomalar için Evre III veya IV)
- 8 (Beyin ve merkezi sinir sisteminin benign ve davranışı belirsiz tümörleri için isteğe bağlı kod)
- 9 Bilinmeyen, saptanmamış

Lösemi ve multipl miyelomlar sistemik kabul edilir ve '7' olarak kodlanmalıdır.

Yeri bilinmeyen kanserler ('C80.9') '9' olarak kodlanmalıdır.

Yalnızca Ölüm Bildirimi ile saptanan olgular '9' olarak kodlanmalıdır.

Not: Primer akciğer kanserinde ('C34._') malign plevra efüzyonu, metastatik hastalık için tanı koydurucu kabul edilir. Bu nedenle eğer malign plevra efüzyonu varsa özet evreyi '7' olarak kodlayın.

Özet evreyi belirlemede muğlak(belirsiz) terminolojinin kullanımı:

Kanser evresini belirlemek, kanserin ne kadar uzağa yayıldığıının hem objektif hem de subjektif bir değerlendirmesidir. Bazen klinisyen kanserin belli bir organ veya dokuyu tutup tutmadığını açıkça ifade etmekte tereddüt eder ve kayıt elemanı için muğlak terminoloji olarak adlandırılan terimleri kullanır. Aşağıdaki liste genellikle klinisyenin neyi kastettiğini yorumlamak için kullanılmaktadır; bununla birlikte her bir klinisyen bu terimleri farklı anlamda kullanabilir, bu yüzden klinisyenin tanımlarını ve tedavi seçimini de bilmek gereklidir. Eğer tanı ile ilgili raporlarda kullanılan terim aşağıdaki listede yoksa, ne demek istediğini anlamak için ilgili klinisyene danışın.

Tutulum olduğunu DÜŞÜNÜN

yapışık
görünüşe göre
..görünen
...ile karşılaştırılabilir
...ile uyumlu
...ile devam eden
üzerine sokulan*
dışına, içine, üzerine uzanan
...özelliklerini
başka bir yapıya fikse**
fikse**
perforasyon olmak üzere
...-e çarpan
üstüne binen
invazyon başlangıcı
sertleşme
ihlal edilen
içine*
zorla sokulan
dışına, içine, üzerine invazyon
büyük olasılıkla
üzerine*
aşan
tahminen
muhtemelen
içeriye çıkıntı (kapsüllü değilse)
şüpheli
kuşkulu
....-e*
....-e kadar

Tutulum olduğunu DÜŞÜNMEYİN

bitişik
yaklaşmış
takılmış
dışlanamaz
silme, ortadan kaldırma
kaplı
kuşatılmış, sarılmış
sıkışmış
belirsiz
invazyon, tutulum olmaksızın uzanım
değmek
keçeleşmiş (lenf nodları hariç)
makul
tartışmaya açık
ulaşan
reddetmek
önerir
...-e çok yakın
endişe verici

* söz edilen bilginin klinik ya da patolojik/operatif olup olmadığına göre tutulum olduğu şeklinde yorumlanır..

** diğer organ veya dokuda tutulum olduğu şeklinde yorumlanır.

TANI SIRASINDA ÖZET EVRE — Gerekli-Devamı

İlaveten, 2008 yılında Güney Kıbrıs, Larnaka’da gerçekleştirilen MECC Yönetim Kurulu Toplantısında aşağıdaki terimlerin de MECC kayıt merkezlerinde kullanılmasına karar verilmiştir:

Tutulum olduğunu DÜŞÜNÜN

yanan
...-den ayrıştırılamaz
aşındıran
etkileyici
çentik
...-den ayrılamaz
tutmak
lokal olarak ilerlemiş
lezyon ve tıkanıklık arasında bölünme çizgisi yok
infiltrate görünümde

Tutulum olduğunu DÜŞÜNMEYİN

bastırır
...ile yer değiştirir
yakından ilişkili
ile tutmak
dokunan

HASTANE VERİ BAŞLIKLARI — Zorunlu

İLK TANI YERİ (HASTANE) — Zorunlu

24 alfanümerik karakter, sola yanaşık

Hastanın başlangıç (ilk) tanısını koyan hastanenin adını kaydedin.

TIBBİ KAYIT NUMARASI (PROTOKOL NUMARASI) — Zorunlu

10-basamaklı alfanümerik tıbbi kayıt numarası

Boşluğun soluna yanaşık

GÖNDEREN HASTANE (Kod) — Zorunlu

Hastayı (kaydının yapıldığı kuruma) gönderen hastanenin kod numarasını kaydedin.

Kıbrıs, Mısır, Ürdün ve Gazze' de 3 basamaklı kod

Batı Şeria' da 2 basamaklı kod

İsrail' den bilgi yok

Türkiye (İzmir)' de bu bilgi toplanmıyor.

GÖNDERİLEN HASTANE (Kod) — Zorunlu

Hastanın (kaydının yapıldığı kurumdan) gönderildiği hastanenin kod numarasını kaydedin.

Kıbrıs, Mısır, Ürdün ve Gazze' de 3 basamaklı kod

Batı Şeria' da 2 basamaklı kod

İsrail' den bilgi yok

Türkiye (İzmir)' de bu bilgi toplanmıyor.

İZLEYEN DOKTOR — Zorunlu

Metin boşluğu – 25 alfanümerik karakter

Hastadan sorumlu olan kıdemli doktorun adını kaydedin.

Bu bilgi izlem için yararlıdır.

“KANSERE YÖNELİK TEDAVİNİN İLK KÜRÜ” nün Tanımı:

Benign ve borderline intrakraniyal ve santral sinir sistemi tümörleri dahil,
Lösemi ve hematopoetik hastalıklar hariç

TÜM HASTALIKLAR için

Tanımlar

Tanımlar

Kanser dokusu: Malign hücrelerin çoğalması; malign hücrelerin aktif olarak ürettiği alan. “Kanser dokusu” primer tümörü ve kanser dokusunun çoğaldığı metastatik alanları içerir. Plevral sıvı veya asit sıvısındaki kanser hücreleri, bu sıvılarda büyüüp çoğalmadıkları için, “kansere dokusu” değildirler.

Hastalık rekürrensi: Hastada hastaliksız bir dönemi veya remisyonu (klinik olarak kanserin saptanmadığı) takiben ilk/orijinal tümörün tekrar çoğaldığının belgelenmesi.

İlk tedavi kürü: Asıl kanser tanısı konduktan sonra, kanser dokusunun yok edilmesi veya küçültülmesi için hastaya bir seferde uygulanan tüm tedaviler. Zamanlama ve tedavi planı belgelenmesi hakkında ayrıntılı bilgi için aşağıya bakın.

Palyatif tedavi: Dünya Sağlık Örgütü, ağrıyı/acıyı azaltarak veya önleyerek yaşam kalitesini arttırmaya yönelik tedavileri palyatif bakım/koruma olarak tanımlamaktadır. Palyatif tedavi, kanser dokusunu yok ettiği veya küçülttüğü durumlarda, aynı zamanda ilk tedavi kürünün bir parçasıdır. Palyatif tedavi hızla çoğalan kanser dokusunu harap ettiğinde de ilk tedavi kürünün bir parçası olabilir.

Örnek: Hasta evre IV prostat kanseri tanısı alıyor ve ağrılı kemik metastazları var. Hastanın kemiğindeki tümör kitlesinin küçültülmesi ve ağrısının azaltılması için radyoterapiye başlanıyor. Radyasyon tedavileri kemik ağrısını azalttığı için palyatiftir. Radyasyon tedavisi aynı zamanda çoğalan kanser dokusunu yok ettiği için de ilk tedavi kürüdür.

Tedavi: Primer (primer yerleşim yeri) veya sekonder (metastatik) kanser dokusunu yok eden veya değiştiren işlemler.

Tedavi başarısızlığı: Tedavi modaliteleri kanser dokusunu yok etmemiş veya değiştirmemiştir. Tümör tedaviden sonra daha da büyür (hastalığın progresyonu) ya da aynı boyutta kalır.

Aktif İzlem (Tetikte bekleme): Prostat kanseri ya da kronik lenfositik lösemi (KLL) gibi yavaş ilerleyen hastalıklarda bir tedavi seçeneğidir. Hekim hastayı yakından izler ve hastalık semptomatik oluncaya veya PSA artışı gibi hastalığın progresyonuna ait başka kanıtlar ortaya çıkıncaya kadar tedaviyi erteler.

Tedavi Zamanlaması

Aşağıdaki açıklamaları hiyerarşik sıraya göre kullanın.

1. Tıbbi kayıtlarda belgelenmiş olan ilk tedavi kürünü kullanın. İlk tedavi kürü tedavi planı tamamlandığı zaman biter (tedavi planının tamamlanmasının ne kadar sürdüğü önemli değildir).

Örnek 1: Çocukluk çağı lösemilerinin ilk tedavi kürü, tipik olarak indüksiyon ve konsolidasyondan idameye kadar iki yıl sürer.

Örnek 2: Meme kanseri hastası için ilk tedavi kürü cerrahi, kemoterapi ve radyoterapiyi içerir. Hastaya cerrahi ve kemoterapi uygulanır. Kemik metastazlarına radyoterapiden önce tanı konur ve hekim hastada planlandığı gibi radyoterapiye başlanacağını belirtir. Radyoterapi planlanan tedavi kapsamında ve tedavi planı hastalığın progresyonu nedeniyle değiştirilmemişse radyoterapiyi ilk tedavi kürüne dahil edin.

2. Hastalığın progresyonu, rekürrens veya tedavi başarısızlığına ait tıbbi bir kayıt varsa ilk tedavi kürü sona erer.

Örnek 1: Hasta dosyasındaki kayıtlarda sarkom için kemoterapi, cerrahi ve cerrahi sonrası patoloji raporuna göre radyoterapi veya kemoterapi planlanıyor. Taramalarda kemoterapi sonrası tümörün gerilemediği görülüyor. Cerrahi tedaviden vazgeçilip farklı bir kemoterapi uygulanmaya başlanıyor. İlk tedavi kürü olarak ilk verilen kemoterapiyi kodlayın. İkinci kemoterapiyi, tedavi başarısızlığından sonra başladığı için, ilk tedavi kürüne dahil etmeyin.

Örnek 2: Lokal ilerlemiş meme kanserli bir hastada tıbbi kayıtlardaki tedavi planı mastektomi, kemoterapi, göğüs duvarı ve aksillaya radyoterapi ve hormon tedavisidir. Hastaya mastektomi sonrası kemoterapi uygulanır. Radyoterapi sırasında hastanın karaciğer enzimleri yükselir. İncelemeler karaciğer metastazı varlığını kanıtlar. Hekim radyoterapiyi sona erdirir ve hormon tedavisinden vazgeçer (tedavi planı değişir). Hasta metastatik meme kanseri için Herceptin tedavisi denenen bir klinik çalışmaya dahil edilir. İlk tedavi kürü olarak mastektomi, kemoterapi ve radyoterapiyi kodlayın. Herceptin tedavisi tıbbi kayıtlara geçmiş hastalık progresyonundan sonra uygulandığı için ilk tedavi kürüne kodlanmayacaktır.

3. Tedavi planının, bir progresyonun, rekürrensin veya tedavi başarısızlığının tıbbi kaydı yoksa, ilk tedavi kürü tanı tarihinden bir yıl sonra bitmiş kabul edilir. Tıbbi kayıtlara geçmiş bir tedavi planı veya uygulanan bir tedavi standardı yoksa, bu bir yıldan sonra uygulanan bütün tedaviler tedavinin ikinci kürü olarak kabul edilir.

Kodlama Yönergesi:

1. Eğer hekim prostat kanserli bir hastayı izleme almaya karar vermişse ilk tedavi kürü “tedavi yapılmadı” olarak kodlanır. Bütün tedavi alanlarını “0–yapılmadı” olarak kodlayın. Hastalık progresyon gösterip semptomatik hale gelirse; uygulanacak herhangi bir tedavi, tedavinin ikinci kürüdür.
2. Eğer hasta tedaviyi kabul etmiyorsa ilk tedavi kürü yapılmamıştır. Tedavi alanlarını “kabul etmedi, 7” olarak kodlayın. Hasta daha sonra fikrini değiştirip kendisine önerilen tedaviyi almaya karar verirse;
 - a. Hastalığın tanı tarihi üzerinden bir yıl geçmemiş ve tıbbi kayıtlarda progresyondan söz edilmiyorsa yapılan tedaviyi ilk tedavi kürü olarak kodlayın.
 - b. Hastalığın tanı tarihi üzerinden bir yıldan fazla zaman geçmiş veya tıbbi kayıtlarda progresyondan söz ediliyorsa verilen tedaviyi tedavinin ikinci kürü olarak kodlayın.
3. Başlamış ya da verilmiş bütün tedaviyi kodlayın.

Örnek: Hasta planlanan 30 günlük kemoterapi rejiminin yalnızca ilk dozunu almış. Kemoterapi yapıldı olarak kodlayın.

4. Bir hastada çoğul primer kanserler varsa ve bir primere yönelik tedavi diğer primer tümörü de etkiliyor/tedavi ediyorsa her iki primer için de tedaviyi kodlayın.

Örnek 1: Hastanın prostat ve mesane kanserleri var. Mesane kanseri TUR-M ile tedavi ediliyor. Prostat kanseri prostat ve pelvise radyasyon verilerek tedavi ediliyor. Pelvik radyasyon mesanenin bölgesel lenf nodlarını da içerir. Radyoterapi mesane ve prostat primerlerinin her ikisi için de kodlanmalıdır.

Örnek 2: Hastaya over kanseri nedeniyle histerektomi yapılmış. Patoloji raporu servikte daha önce şüphelenilmeyen mikroinvaziv bir kanserin varlığını açığa çıkartıyor. Histerektomiye over ve serviks primerlerinin her ikisi için de cerrahi tedavi olarak kodlayın.

5. Bir hastada çoğul primer kanserler varsa ve verilen tedavi yalnızca bir primeri etkiliyorsa yalnızca etkilenen yerleşim yeri için tedaviyi kodlayın.

Örnek: Hastada kolon ve tonsil primerleri var. Kolon kanseri hemikolektomiyle ve tonsildeki primer tonsile ve bölgesel lenf nodlarına radyasyon verilerek tedavi ediliyor. Kolon için radyoterapiyi ve tonsil için cerrahi tedaviyi kodlamayın.

TEDAVİ VERİLERİ — *Gerekli (1 Ocak 2007 ve sonrasında tanı alan olgular)- Devamı*

6. Eğer bir hastada primeri bilinmeyen tümör saptanıp tedavi verilmişse, doğru primer yerleşim yeri sonradan bulunmuş olsa bile ilk verilen tedaviyi ilk tedavi kürü olarak kodlayın.

Örnek: Hasta primeri bilinmeyen metastatik karsinom tanısı almış. Tam kür kemoterapi sonrası primer yerleşim yerinin prostat olduğu saptanmış ve hormon tedavisi başlanmış. İlk tedavi kürü olarak kemoterapiyi kodlayın. Hormon tedavisi tedavinin ikinci kürüdür.

Lösemi ve Hematopoetik Hastalıklar için İlk Kür (1/2001 ve sonrası tanı konulanlar)

Lösemi:

Lösemiler, hastalığın gelişme hızı ve kötüleşmesine göre gruplandırılır/teplendirilir. Kronik lösemi daha yavaş kötüleşir. Akut lösemi hızla kötüleşir.

Lösemiler, aynı zamanda, etkilenen beyaz kan hücrelerinin tipine göre de gruplandırılır. Gruplar: lenfoid lösemi ve myeloid lösemidir.

Tanımlar

Konsolidasyon (pekiştirme): Remisyondan hemen sonra verilen, tekrarlayan kemoterapi dozları.

İndüksiyon: Tedavinin başında verilen yoğun kemoterapi kürü.

İdame: Remisyonu sürdürmek için, remisyon süreci içinde (ay veya yıl) verilen kemoterapi.

Remisyon: Kemik iliği %5'ten az blast içerir, normosellülerdir, hastalığa ait belirti ve semptomlar bulunmaz, santral sinir sistemi lösemisi veya diğer ekstremiteler tutulumuna ait belirti veya semptomlar yoktur ve aşağıdaki laboratuvar incelemelerinin tüm değerleri normal sınırlardadır: beyaz kan hücresi sayımı, periferik yayma, hematokrit/hemoglobin düzeyi, trombosit sayımı.

Lösemi tedavisi üç fazdan oluşur:

1. Remisyon indüksiyonu (kemoterapi ve/veya biyolojik yanıt değiştiriciler)
2. SSS profilaksisi veya konsolidasyon (beyin irradyasyonu, kemoterapi)
3. Remisyon sürdürücü (kemoterapi veya kemik iliği transplantasyonu)

Lösemi ve Hematopoetik Hastalıklar için İlk Tedavi Kürünün Kodlanması:

1. Eğer ilk tedavi kürü esnasında hastada kısmi (parsiyel) veya tam (komplet) remisyon olursa:
 - a. Bütün "remisyon indükleyici" tedavileri,
 - b. Bütün "konsolidasyon" tedavileri,
 - c. Bütün "idame" tedavileriilk tedavi kürü olarak kodlayın.

Not: Relapstan sonra verilen tedavileri kodlamayın (hasta artık remisyonda değildir).

2. Bazı hastalar remisyona girmez. Tedavi planındaki bir değişiklik remisyon indükleyici tedavinin başarısız olduğunu gösterir. Eğer hastada remisyon yoksa:
 - a. Remisyon indüksiyonu için verilen tedaviyi kaydedin.
 - b. Tedavi planındaki değişiklikten sonraki tedaviyi kaydetmeyin.

Diğer Hematopoetik

Tüm tedavileri yukarıda belirtildiği şekilde kaydedin. Aşağıdaki tedavileri, her ne kadar çoğalan kanser dokusunu “değiştiriyor, kontrol ediyor, ortadan kaldırıyor, yok ediyor” olmasalar da “diğer” olarak diğer tedavi bölümüne kodlayın.

Tedavileri belirlemek için Hematopoetik Hastalıklar için Özetleme ve Kodlama Kılavuzundaki esasları kullanın. “Diğer” tedaviye bazı örnekler:

Örnek 1: Flebotomi kanın uzaklaştırılması, kan alma veya veniseksiyon olarak da adlandırılabilir.

Örnek 2: Transfüzyonlar tam kan, eritrosit, trombosit, tromboferez, taze donmuş plazma (TDP), plazmaferez ve kriyopresipitat şeklinde olabilir.

Örnek 3: Aspirin (ASA, asetil salisilik asit olarak veya ticari ismiyle anılabilir) esansiyel trombositemi tedavisi için kullanılır.

1. Aspirin tedavisini yalnızca trombositeminin semptomatik kontrolü için kanı inceltmek (sulandırmak) amacıyla verilmişse kaydedin. Aspirinin trombositemide kanı inceltmek amacıyla mı, yoksa ağrı kontrolü ya da kardiyovasküler koruma amacıyla mı verildiğini belirlemek için şu esasları göz önünde bulundurun:
 - a. Esansiyel trombositemi için aspirin tedavisi düşük dozludur, yaklaşık 70–100 mg/gün.
 - b. Ağrı kontrolü için dozaj her 3–4 saatte bir yaklaşık 325–1000 mg'dır.
 - c. Kardiyovasküler koruma yaklaşık 160 mg/gün dozunda başlar.

KANSER TEDAVİSİNİN İLK KÜRÜNÜN BAŞLADIĞI TARİH — *Gerekli (1 Ocak 2007 ve sonrasında tanı alan olgular)*

Tanım:

Kansere yönelik ilk tedavi kürünün başladığı tarih 8-basamaklı bir alandır. İlk iki basamak günü, sonraki iki basamak ayı ve son dört basamak yılı gösterir.

Ayrıntılar ve Kodlar:

Şekline bakmaksızın kansere yönelik ilk tedavi kürünün en erken tarihini kaydedin. Bazı olgularda tanı tarihi ile kansere yönelik ilk tedavi kürünün tarihi aynı olabilir. İlk tedavi kürü genellikle iki ila dört aylık bir süreçte gerçekleşir ve hastalığın tanı sırasındaki evresine dayanır. İlk tedavi kürünün başladığı tarihi belirlerken, planlanan ilk tedavi kürünün parçası olduğu ifade edilen tüm tedavileri dikkate alın, hastalığın ilerlemesi veya ilk tedavinin başarısız olması yüzünden verilen tedavileri saymayın.

GÜN	İki-basamaklı gün
	00 Bilinmeyen gün
AY	01 Ocak
	02 Şubat
	03 Mart
	04 Nisan
	05 Mayıs
	06 Haziran
	07 Temmuz
	08 Ağustos
	09 Eylül
	10 Ekim
	11 Kasım
	12 Aralık
	00 Bilinmeyen ay
YIL	Dört basamaklı yıl
	0000 Bilinmeyen yıl

Kodlama Yönergesi

1. Kansere yönelik tedavi yapılmadıysa 00/00/0000 kodlayın.
 - a. İlk kür tedavisi yapılmadıysa; örneğin, hastaya yalnızca biyopsi, by-pass yapıldıysa veya izlemdeyse.
 - b. Yalnızca otopsi olguları.

KANSER TEDAVİSİNİN İLK KÜRÜNÜN BAŞLADIĞI TARİH – Gerekli (1 Ocak 2007 ve sonrasında tanı alan olgular) -Devamı

2. Kansere yönelik ilk tedavinin başladığı tarihi kodlayın. Kansere yönelik ilk tedavi aşağıdakilerden herhangi birine kodlanabilir:
 - * Cerrahi (primer yere, diğer yerlere veya lenf nodlarına uygulanabilir)
 - * Radyasyon Tedavisi
 - * Kemoterapi
 - * Hormon Tedavisi
 - * İmmunoterapi
 - * Diğer Tedavi
3. Eğer ilk tedaviyse eksizyonel biyopsi tarihini tedavinin başladığı tarih olarak kodlayın. Daha sonra yapılan cerrahide kalıntı saptanmamışsa veya yalnızca mikroskobik kalıntı varsa, öncesinde insizyonel olarak belirtilmiş olan biyopsi tarihini ilk tedavi tarihi olarak kodlayın.

Örnek: Meme kalın iğne biyopsisi sonucu infiltratif duktal karsinom gelmiş, yapılan re-eksizyonda kalıntı (rezidüel) tümör yok. Eksizyonel biyopsi tarihi olarak iğne biyopsisi tarihini kodlayın.
4. İlk olarak uygulanan tedavi alternatif bir tedavi ise, bu tedavinin başladığı tarihi ilk tedavinin başladığı tarih olarak kodlayın.
5. İlk tedavinin başladığı kesin tarih bilinmiyorsa, yatarak veya ayaktan tedavi için hastanın hastaneye kabul tarihini kodlayın.
6. Şu durumlarda 00/00/0000 kodlayın:
 - a. Hastanın ilk tedavi kürünü aldığı biliniyor fakat tarihinin tahmin edilmesi mümkün değilse,
 - b. Yalnızca ölüm bildirim olguları.

Tanım:

Kansere yapılan cerrahi kaydedin. Kansere dokusunu değiştirmek, kontrol etmek, ortadan kaldırmak ya da yok etmek için yapılan cerrahi girişimler kansere yönelik tedavi olarak ele alınır. Bu girişimler primer organa, bölgesel lenf nodlarına bölgesel organlara, uzak organ ve/veya lenf nodlarına yapılmış olabilir.

Ayrıntılar ve Kodlar:

- 0 Yapılmadı
- 1 Yapıldı
- 7 Hasta reddetti
- 8 Önerildi, uygulanıp uygulanmadığı bilinmiyor
- 9 Bilinmiyor

Kodlama Yönergesi

1. Primer organa, bölgesel lenf nodlarına bölgesel organlara, uzak organ ve/veya lenf nodlarına yönelik cerrahi uygulanmadıysa veya olgu otopside tanı aldıysa **0** kodlayın.
2. Şu durumlarda **7** kodlayın:
 - a. Hasta önerilen ‘kansere yönelik cerrahi tedaviyi’ reddettiyse.
 - b. Hasta önerilen tüm tedavileri reddettiyse.
 - c. Hasta herhangi bir tedavi önerilmeden, tedavi olmayı reddettiyse.
1. Hekim kansere yönelik cerrahi tedavi önermiş ancak yapıldığına dair bilgi yoksa **8** kodlayın.
3. Aşağıdaki durumlarda **9** kodlayın:
 - a. Cerrahi tedavi önerildiğine ya da yapıldığına dair bir belge yoksa.
 - b. Yalnızca ölüm sertifikası olan olgularda.

Tanım:

Kansere yönelik radyasyon tedavisini kaydedin. Radyoterapi ışın ve aşılama şeklinde olur. Erkek memesine, memeyi küçültmek için dişi hormonu uygulanmasından sonra verilen radyoterapiyi kaydetmeyin.

Ayrıntılar ve Kodlar:

- 0 Yapılmadı
- 1 Yapıldı
- 7 Hasta reddetti
- 8 Önerildi, uygulanıp uygulanmadığı bilinmiyor
- 9 Bilinmiyor

Kodlama Yönergesi

2. Şu durumlarda 0 kodlayın:
 - a. Hastanın dosyasında radyasyonla ilgili herhangi bir bilgi yok VE
 - i. Bu kanser tipi ve / veya evresi için genellikle radyasyon kullanılmadığı biliniyor VEYA
 - ii. Hastanın radyasyon almış olabileceğinden şüphelenmek için bir neden yoksa.
 - b. Tedavi planı birçok seçenek içeriyor ve hastanın seçtiği tedavi radyasyonu içermiyorsa.
 - c. Hasta radyasyon tedavisiyle ilgili kendisiyle görüşüldükten sonra tedavi olmaktan vazgeçerse. Hastayla radyasyon tedavisiyle ilgili görüşme, bu tedavinin önerilmesi demek değildir.
 - d. Dosyadaki tek bilgi hastanın bir radyasyon onkoloğuna sevk edildiği ise (radyoterapinin önerildiği anlamına gelmez).
 - e. Aktif İzlem (prostat)
 - f. Olgu otopside tanı almışsa.
3. Şu durumlarda 7 kodlayın:
 - a. Hasta önerilen radyoterapiyi reddettiyse.
 - b. Hasta önerilen tüm tedavileri reddettiyse.
 - c. Hasta herhangi bir tedavi önerilmeden, tedavi olmayı reddettiyse.
4. Hekim radyoterapi önermiş ancak yapıldığına dair bilgi yoksa 8 kodlayın.
5. Şu durumlarda 9 kodlayın:
 - a. Radyoterapinin önerildiğine veya yapıldığına dair bir kayıt yoksa.
 - b. Yalnızca ölüm bildirimini.

Tanım:

Hastaya verilen kemoterapiyi kaydedin. Kemoterapi rejimleri tek ajanlı ve çok ajanlı olabilir.

Kemoterapötik ajanlar kanser dokusunu hormonal manipülasyonlardan farklı şekilde etkileyen kimyasallardır. Bunlar kanser hücrelerinin DNA sentezini ve mitozunu engelleyerek üremesini durdururlar. Hücre siklusuna bağlanmalarıyla ilgili olarak üç sınıfa ayrılabilirler:

1. “Hücre siklusuna özgü olmayan” alkilleyici ajanlar; Tüm hücrelere toksik olmakla birlikte özellikle çoğalan hücrelere toksiktirler.
2. “Hücre siklusuna özgü” diğer ilaçlar; Bu ilaçların etkili olabilmesi için hücrelerin çoğalıyor olması gereklidir.
3. Hücre siklusuna özgü ilaçlar aynı zamanda “hücre siklus fazına özgü” de olabilirler; Bu tür ilaçlar hücre siklusunun sadece bir evresinde aktiftir.

Kemoterapi ajanları ayrıca içeriklerine ve hücrelere saldırma yollarına göre de gruplandırılır. Bu gruplar:

1. Alkilleyiciler
2. Antimetabolitler
3. Doğal ürünler
4. Diğer çeşitler

Ayrıntılar ve Kodlar:

- | | |
|---|--|
| 0 | Yapılmadı |
| 1 | Yapıldı |
| 7 | Hasta reddetti |
| 8 | Önerildi, uygulanıp uygulanmadığı bilinmiyor |
| 9 | Bilinmiyor |

Kodlama Yönergesi

1. Yalnızca kemoterapötik etkisi olan kemoterapötikleri kaydedin.
2. Kemoterapötik ajanlar radyoduyarlayıcı veya radyasyondan koruyucu olarak kullanıldıklarında düşük dozlarda verilirler ve kanseri etkilemezler. Radyoduyarlayıcılar ve radyasyondan koruyucular, yardımcı ilaç olarak kabul edilir. Bunları kemoterapi olarak kodlamayın.
3. Doktor, hasta tolere edemezse ilk tedavi kürü sırasında bir ilacı değiştirebilir. Eğer verilen ilaç, değiştirilen ilaçla aynı gruptansa (alkilleyici, antimetabolit, doğal ürünler, diğer çeşitli) ilk tedavi kürünün devamı olarak kabul edilir.
4. Şu durumlarda 0 kodlayın:
 - a. Hastanın dosyasında kemoterapiyle ilgili herhangi bir bilgi yok VE
 - i. Bu kanser tipi ve/veya evresi için genellikle kemoterapi kullanılmadığı biliniyor VEYA
 - ii. Hastanın kemoterapi almış olabileceğinden şüphelenmek için bir neden yoksa.

- b. Tedavi planı birçok seçenek içeriyor ve hastanın seçtiği tedavi kemoterapi içermiyorsa.
- c. Hasta kemoterapi tedavisiyle ilgili kendisiyle görüşüldükten sonra tedavi olmaktan vazgeçerse. Hastayla kemoterapiyle ilgili görüşme, bu tedavinin önerilmesi demek değildir.
- d. Dosyadaki tek bilgi hastanın bir klinik onkoloğuna sevk edildiğiyse (kemoterapinin önerildiği anlamına gelmez).
- e. Aktif İzlem (KLL)
- f. Olgu otopside tanı almışsa.

Örnek: Hasta multipl miyelom tanısı almış. Tıbbi kayıtlarda tedaviden veya tedavi planından söz edilmiyor. Geriye dönük araştırmada hastanın tanıdan üç ay sonra öldüğü bulunuyor. Başka bir kayıt veya uygun bilgi bulunamıyor. Hastanın tedavi almış olduğunu düşündürecek bir bilgi olmadığı için 0 kodlayın.

5. Şu durumlarda **7** kodlayın:

- a. Hasta önerilen kemoterapiyi reddettiyse.
- b. Hasta önerilen tüm tedavileri reddettiyse.
- c. Hasta herhangi bir tedavi önerilmeden tedavi olmayı reddettiyse.

6. Hekim kemoterapi önermiş ancak yapıldığına dair bilgi yoksa **8** kodlayın.

7. Şu durumlarda **9** kodlayın:

- d. Kemoterapinin önerildiğine veya yapıldığına dair bir kayıt yoksa.
- e. Yalnızca ölüm bildirimi.

Tanım:

Hastaya verilen hormon tedavisini kaydedin (Çoklu ajan kemoterapi kombinasyonlarında sıklıkla kullanılan Prednizon dahil). Prostat kanserinde uygulanan hormonal orşiektomi gibi hormonal cerrahileri de kaydedin.

Hormonlar üç kategoriye ayrılır:

1. Hormonlar
2. Antihormonlar
3. Adrenokortikotropik ajanlar

Ayrıntılar ve Kodlar:

- 0 Yapılmadı
- 1 Yapıldı (örn. MOPP gibi bir kemoterapi prosedürü içinde verilen prednizon ve orşiektomi ve ooferektomi gibi hormonal cerrahiler de dahil)
- 7 Hasta reddetti
- 8 Önerildi, uygulanıp uygulanmadığı bilinmiyor
- 9 Bilinmiyor

Kodlama Yönergesi

1. Şu durumlarda 0 kodlayın:
 - a. Hastanın dosyasında hormon tedavisiyle ilgili herhangi bir bilgi yok VE
 - i. Bu kanser tipi ve/veya evresi için genellikle hormon tedavisi kullanılmadığı biliniyor VEYA
 - ii. Hastanın hormonal tedavi almış olabileceğinden şüphelenmek için bir neden yoksa.
 - b. Tedavi planı birçok seçenek içeriyor ve hastanın seçtiği tedavi hormonal tedavi içermiyorsa.
 - c. Hasta hormon tedavisiyle ilgili kendisiyle görüşüldükten sonra tedavi olmaktan vazgeçerse. Hastayla hormon tedavisiyle ilgili görüşme, bu tedavinin önerilmesi demek değildir.
 - d. Dosyadaki tek bilgi hastanın bir onkoloğa sevk edildiği ise (hormon tedavisi önerildiği anlamına gelmez).
 - e. Aktif İzlem (prostat)
 - f. Olgu otopside tanı almışsa.
2. Şu durumlarda 7 kodlayın:
 - a. Hasta önerilen kemoterapiyi reddettiyse.
 - b. Hasta önerilen tüm tedavileri reddettiyse.
 - c. Hasta herhangi bir tedavi önerilmeden tedavi olmayı reddettiyse.
3. Hekim kansere yönelik hormonoterapi önermiş ancak verildiğine dair bir bilgi yoksa 8 kodlayın.
4. Şu durumlarda 9 kodlayın:
 - a. Hormonoterapinin önerildiğine veya yapıldığına dair bir kayıt yoksa.
 - b. Yalnızca ölüm bildirimi.

HORMONAL TEDAVİ — *Gerekli* (1 Ocak 2007 ve sonrasında tanı alan olgular)-
Devamı

5. Bazı kanser tipleri vücutta doğal olarak bulunan bazı hormonlarla (östrojen, progesteron ve testosteron) büyür ve çoğalır. Bu tip kanserler antihormonlarla veya bu hormonları üreten organların (testis ve overler gibi) cerrahi olarak çıkarılması ya da bu organlara radyasyon verilmesiyle tedavi edilebilirler. Hormon maniplasyonu için organların cerrahi olarak çıkarılması bu veri alanına kodlanır.
6. Diğer bazı kanserler de hormonlarla baskılanır veya yavaşlarlar. Bu kanserler hormon verilerek tedavi edilir.

Örnek 1: Endometriyal kanser progesteronla tedavi edilebilir. Endometriyal kanserli hastalara verilen tüm progesteronu menapozal semptomlar için verilmiş olsa bile kodlayın. Progesteronun endometriyum kanserinin büyümesi ve rekürrensi üzerine etkisi vardır.

Örnek 2: Foliküler ve papiller tiroid kanserleri, serum TSH (tiroidi stimüle edici hormon) düzeyini baskılamak için sıklıkla tiroid hormonuyla tedavi edilirler. Papiller ve/veya foliküler kanserli bir hastaya tiroid hormonu verilmişse, tedaviyi bu veri alanına kodlayın.

7. Kemoterapinin bir parçası olarak verilen hormonal ajanları (örn. MOPP, COPP) kanserli hücreleri etkileyip etkilemediğine bakmaksızın kaydedin.

İMMÜNÖTERAPİ [BİYOLOJİK YANIT DEĞİŞTİRİCİ(BRM)] — Gerekli (1 Ocak 2007 ve sonrasında tanı alan olgular)

Tanım:

Bu veri alanına hastaya kanser tedavisinin ilk kürü olarak verilen **immünoterapötik** (biyolojik tedavi, biyoterapi veya biyolojik yanıt değiştirici) ajanlar kaydedilir.

İmmünoterapi, kanserle savaşmak veya bazı kanser tedavilerinin yan etkilerini azaltmak için doğrudan veya dolaylı olarak vücudun immün sistemini kullanır. Yalnızca kanser hücrelerini etkilemek üzere uygulanan tedavileri kaydedin.

İmmünoterapi;

1. Kanser hücrelerini fark edilir hale getirip immün sistem tarafından yok edilmesine daha duyarlı hale getirmek için,
2. T-hücre, NK-hücre ve makrofaj gibi immün sistem hücrelerinin öldürme gücünü arttırmak için,
3. Sağlıklı hücreler gibi davranması için kanser hücrelerinin büyüme paternlerinde değişiklik yapmak için,
4. Normal veya prekanseröz bir hücreyi kanser hücresine çeviren süreci durdurmak veya geriye çevirmek için,
5. Vücudun, kanser tedavisinin kemoterapi ve radyasyon gibi diğer formlarının hasar verdiği normal hücreleri onarma gücünü arttırmak için,
6. Kanser hücrelerinin vücudun diğer bölümlerine yayılımını önlemek için kullanılır.

Bu veri alanına ilk tedavi kürünün bir parçası olarak verilen sistemik terapötik prosedürler de kaydedilir. Bu prosedürler kemik iliği transplantasyonları (KİT), kök hücre transplantasyonları, hormonal (endokrin) cerrahi ve/veya hormonal etki için verilen radyasyon (kanser başka bir yerleşim yerinden köken alıyorsa) ve transplantasyon ve endokrin tedavi kombinasyonunu içerir.

İmmünoterapi tipleri

Kanser Aşılı: Kanser aşılı henüz deneysel aşamadadır ve tedavi verisi olarak kaydedilmez. Diğer tedavi bölümüne kodlanabilir. Bugün klinik deneylerde kanser aşısı beyin, meme, kolon, böbrek, akciğer, over kanserlerinde ve melanomlarda kullanılmaktadır.

İnterferonlar: İnterferonlar sitokinler olarak adlandırılan bir protein grubunda yer alır. Vücutta lökositler tarafından üretilirler. İnterferon-alfa immün sistemi aktive eder ve tümörün büyümesini yavaşlatabilir. Multipl miyelom, kronik miyelojenöz lösemi (KML), “hairy cell” lösemi ve malign melanom gibi birçok kanserde kullanılırlar.

İnterlökinler (IL-2) genellikle böbrek kanseri ve melanom tedavisinde kullanılırlar.

Monoklonal Antikorlar: Monoklonal antikorlar laboratuvarında üretilir. Yapay antikorlar kanser hücresi aktivitesini bulmak ve yok etmek, kansere karşı immün yanıtı arttırmak için hastaya enjekte edilir. Örneğin, Rituximab (Rituxan) non-Hodgkin lenfomada ve trastuzumab (Herceptin) belirli bazı meme kanserlerinde kullanılabilir.

Hematolojik Transplantasyon ve Prosedür Tipleri:

Kemik iliği transplantasyonu (KİT): Kemoterapi ve/veya radyasyon tarafından tahrip edilmiş kök hücreleri yerine koymak amacıyla yapılan işlemdir. Kök hücreleri yerine koyma işlemi hastanın daha yüksek dozlarda kemoterapi almasına olanak sağlar.

Allojenik KİT: Kemik iliği veya kök hücreler bir donörden alınır.

Otolog KİT: Hastanın kendi kemik iliği veya kök hücreleri kullanılır. Tümör hücreleri ayıklanıp uzaklaştırıldıktan sonra temizlenmiş kan ve kök hücre hastaya geri verilir.

Not: Meme kanseri, lenfoma, lösemi, aplastik anemi, miyelom, germ hücreli tümörler, over ve küçük hücreli akciğer kanseri için kullanılır.

Hazırlama: KİT ve kök hücre transplantasyonlarından önce, kanser hücrelerini öldürmek üzere radyasyon ile birlikte veya radyasyonsuz verilen yüksek doz kemoterapidir. Bu hazırlama, normal kemik iliği hücrelerini de öldürdüğü için bu hücrelerin yerine konması gereklidir (kurtarma). Yüksek doz kemoterapi, kemoterapi alanına kodlanır.

Hematopoetik Büyüme Faktörleri: Hematopoetik (kan hücresi) koloni formasyonunu güçlendiren bir grup maddedir: Eritropoetin, interlökin-3 ve koloni stimüle edici faktörler (CSF). Büyüme stimüle edici faktörler yardımcı ilaçlardır ve kaydedilmezler.

Non-Miyeloablatif Terapi: Kemik iliğini baskılamak için transplantasyon öncesi ve sonrasında kullanılan immünosüpresif ilaçlardır. Bunlar terapötik ajanlar olarak kaydedilmezler.

Periferik Kan Kök Hücre Transplantasyonu (PKKHT): Hazırlamadan sonra hücrelerin yerine konmasıdır.

Kurtarma: Hazırlamadan sonra yapılan asıl KİT veya kök hücre transplantasyonudur.

Kök Hücreler: Kemik iliğinde, kanda ve umbilikal kordda bulunan immatür hücrelerdir. Kök hücreler kan hücrelerine olgunlaşır.

Ayrıntılar ve Kodlar:

- 0 Yapılmadı
- 1 Yapıldı
- 7 Hasta reddetti
- 8 Önerildi, uygulanıp uygulanmadığı bilinmiyor
- 9 Bilinmiyor

**İMMÜNÖTERAPİ (BİYOLOJİK YANIT DEĞİŞTİRİCİ) — Gerekli (1 Ocak 2007
ve sonrasında tanı alan olgular)- Devamı**

Kodlama Yönergesi

1. Şu durumlarda 0 kodlayın:
 - a. Hastanın dosyasında immünoterapiyle ilgili herhangi bir bilgi yok VE
 - i. Bu kanser tipi ve/veya evresi için genellikle immünoterapi kullanılmadığı biliniyor VEYA
 - ii. Hastanın immünoterapi almış olabileceğinden şüphelenmek için bir neden yoksa.
 - b. Tedavi planı birçok seçenek içeriyor ve hastanın seçtiği tedavi immünoterapi içermiyorsa.
 - c. Hasta immünoterapiyle ilgili kendisiyle görüşüldükten sonra tedavi olmaktan vazgeçerse. Hastayla immünoterapiyle ilgili görüşme, bu tedavinin önerilmesi demek değildir.
 - d. Dosyadaki tek bilgi hastanın bir onkoloğa sevk edildiği ise (immünoterapi önerildiği anlamına gelmez).
 - e. Aktif İzlem (prostat)
 - f. Olgu otopside tanı almışsa.
2. Şu durumlarda 7 kodlayın:
 - a. Hasta önerilen immünoterapiyi reddettiyse.
 - b. Hasta önerilen tüm tedavileri reddettiyse.
 - c. Hasta herhangi bir tedavi önerilmeden tedavi olmayı reddettiyse.
3. Hekim kansere yönelik immünoterapi önermiş ancak verildiğine dair bir bilgi yoksa 8 kodlayın.
4. Şu durumlarda 9 kodlayın:
 - a. İmmünoterapinin önerildiğine veya yapıldığına dair bir kayıt yoksa.
 - b. Yalnızca ölüm bildirimidir.

Tanım:

Diğer Tedavi, cerrahi, radyasyon, sistemik tedavi veya yardımcı tedavi olarak sınıflandırılmayan tedavileri kapsar. Verilen diğer tamamlayıcı/alternatif kansere yönelik tedavileri buraya kaydedin.

Ayrıntılar ve Kodlar:

- 0 Yapılmadı
- 1 Yapıldı
- 7 Hasta reddetti
- 8 Önerildi, uygulanıp uygulanmadığı bilinmiyor
- 9 Bilinmiyor

Kodlama Yönergesi

1. Şu durumlarda 0 kodlayın:
 - a. Hastanın dosyasında diğer bir tedaviyle ilgili herhangi bir bilgi yok VE
 - i. Bu kanser tipi ve/veya evresi için genellikle diğer bir tedavi kullanılmadığı biliniyor VEYA
 - ii. Hastanın diğer tedavi almış olabileceğinden şüphelenmek için bir neden yoksa.
 - b. Tedavi planı birçok seçenek içeriyor ve hastanın seçtiği tedavi diğer bir tedaviyi içermiyorsa.
 - c. Hasta diğer tedavilerle ilgili kendisiyle görüşüldükten sonra tedavi olmaktan vazgeçerse. Hastayla diğer tedavilerle ilgili görüşme, bu tedavinin önerilmesi demek değildir.
 - d. Dosyadaki tek bilgi hastaya diğer tedaviyi göz önünde bulundurmasını sağlamak için bilgi verildiğiyseniz (diğer tedavi önerildiği anlamına gelmez).
 - e. Olgu otopside tanı almışsa.
2. Şu durumlarda 1 kodlayın:
 - a. Flebotomi, transfüzyon veya aspirin tedavisi.
 - b. Hasta daha önceki tedavi alanlarına (cerrahi, radyasyon, kemoterapi, hormon terapisi veya immünoterapi) kaydedilemeyecek bir tedavi aldıysa.
 - c. Etkinliği kanıtlanmış kanser tedavisi tiplerinden farklı herhangi bir deneysel veya yeni geliştirilmiş tedavi (örn. klinik deneyler).

Not: Hiperbarik oksijen, kanser tedavisi için klinik deneylerde kullanılmaktadır. Baş ve boyun cerrahilerinden sonra doku iyileşmesi için de kullanılır. Hiperbarik oksijen tedavisini, doku iyileşmesi için yapılmışsa diğer tedavi olarak kodlamayın.

- d. Hasta çift kör klinik çalışmaya alınmışsa, çalışma bitip tedaviler belli olduğunda olguyu tekrar gözden geçirip tedaviyi yeniden kodlayın.
- e. Geleneksel olmayan bir tedavi metodu tek başına veya geleneksel metodlardan biriyle birlikte kullanıldığında.

3. Şu durumlarda 7 kodlayın:
 - a. Hasta önerilen immünoterapiyi reddettiyse.
 - b. Hasta önerilen tüm tedavileri reddettiyse.
 - c. Hasta herhangi bir tedavi önerilmeden tedavi olmayı reddettiyse.
4. Hekim kansere yönelik diğer bir tedavi önermiş ancak verildiğine dair bir bilgi yoksa 8 kodlayın.
5. Şu durumlarda 9 kodlayın:
 - a. Diğer bir tedavinin önerildiğine veya yapıldığına dair bir kayıt yoksa.
 - b. Yalnızca ölüm bildirimidir.

Not: Aşağıdaki açıklamalar ve tanımlar “National Center for Complementary and Alternative Medicine (NCCAM)” (Ulusal Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Merkezi) web sitesinden alınmıştır. Tamamlayıcı ve alternatif tıp, NCCAM tarafından tanımlandığına göre, geleneksel tıbbın şu an için parçası olmayan bir grup farklı medikal ve sağlık koruma sistemleri, uygulamaları ve ürünleridir. Bazı tamamlayıcı ve alternatif tıp tedavi yöntemleri hakkında bilimsel kanıtlar olmasına rağmen, çoğunluğu için iyi dizayn edilmiş bilimsel çalışmalarla cevaplanması gereken birçok anahtar soru vardır – yeteri kadar güvenilirler mi veya kullandıkları tıbbi durumlar ya da hastalıklarda gerçekten işe yarıyorlar mı?

- Tamamlayıcı tıp geleneksel tıpla birlikte kullanılır. Tamamlayıcı tıba bir örnek, cerrahi tedavi sonrası hastanın rahatsızlığını azaltıcı aromaterapidir.
- Alternatif tıp geleneksel tıp yerine kullanılır. Alternatif tıba örnek, geleneksel olarak kanser tedavisi için önerilen cerrahi, radyasyon veya kemoterapi yerine hastaya, kanseri tedavi etmek için özel bir diyet uygulanmasıdır.

Tamamlayıcı ve alternatif tıp tiplerine dair tam bilgi için <http://nccam.nih.gov/health/whatiscom> adresine bakınız.

SON İZLEM VEYA ÖLÜM TARİHİ — *Gerekli (1 Ocak 2007 ve sonrasında tanı alan olgular)*

Son İzlem veya Ölüm Tarihi 8-basamaklı bir alandır. İlk iki basamak günü, sonraki iki basamak ayı ve son dört basamak yılı gösterir.

GÜN	İki-basamaklı gün
	00 Bilinmeyen gün
AY	01 Ocak
	02 Şubat
	03 Mart
	04 Nisan
	05 Mayıs
	06 Haziran
	07 Temmuz
	08 Ağustos
	09 Eylül
	10 Ekim
	11 Kasım
	12 Aralık
	00 Bilinmeyen ay
YIL	Dört basamaklı yıl
	0000 Bilinmeyen yıl

HAYATİ DURUM— *Gerekli* (1 Ocak 2007 ve sonrasında tanı alan olgular)

Hastanın sağ ya da ölmüş olduğu biliniyorsa kaydedin.

Kodlar:

- 1 Yaşıyor
- 2 Vefat
- 3 Göç
- 9 Bilinmiyor

ÖLÜM NEDENİ — *Gerekli (1 Ocak 2007 ve sonrasında tanı alan olgular)*

Tıbbi dokümanlardan ölüm nedenini kaydedin.

Kodlar:

- 0 Hasta yaşıyor
- 1 Hasta kanserden ölmüş
- 2 Hasta kanser dışı bir nedenden ölmüş
- 9 Hasta bilinmeyen bir nedenden ölmüş

EK I

LENFOMA VE LÖSEMİLER İÇİN YENİ HİSTOLOJİ KODLARI

Aşağıdaki yeni terimler, eşanlamli sözcükler ve kodlar *Hastalıkların Uluslararası Sınıflandırması, Onkoloji, Üçüncü Basım*' a eklenmiştir.

Yeni Lenfoma Terimleri

<u>ICD-O-2 Kodu</u>	<u>Terim</u>	<u>ICD-O-3 Kodu</u>
9673 / 3	Mantle hücreli lenfoma (*)	9673 / 3
9688 / 36	T-hücreden zengin B-hücreli lenfoma	9680 / 36
9708 / 3	Subkutanöz pannikülitik T-hücreli lenfoma	9708 / 3
9710 / 3	Marginal zon lenfoma, BBT	9699 / 3
9714 / 3	Anaplastik büyük hücreli lenfoma (ALCL), CD30+ (*)	9714 / 3
9715 / 3	Mukoza İlişkili Lenfoid Doku (MALT) lenfoması	9699 / 3
9716 / 3	Hepatosplenik (*) (gamma – delta) hücreli lenfoma	9716 / 3
9717 / 3	İntestinal T-hücreli lenfoma Enteropati ilişkili T-hücreli lenfoma	9717 / 3

Yeni Lösemi Terimleri

<u>ICD-O-2 Kodu</u>	<u>Terim</u>	<u>ICD-O-3 Kodu</u>
9821 / 3	Akut lenfoblastik lösemi, L1 tip (*) Akut lenfositik lösemi, L1 tip (*) Akut lenfoid lösemi, L1 tip (*) Akut lenfatik lösemi, L1 tip (*) Lenfoblastik lösemi, L1 tip (*) FAB L1 (*)	9835 / 3
9826 / 3	FAB L3 (*)	9826 / 3
9828 / 3	Akut lenfoblastik lösemi, L2 tip Akut lenfositik lösemi, L2 tip Akut lenfoid lösemi, L2 tip Akut lenfatik lösemi, L2 tip Lenfoblastik lösemi, L2 tip FAB L2	9835 / 3
9840 / 3	FAB M6 (*)	9840 / 3
9861 / 3	Akut miyeloid lösemi, BBT (*) Akut mezoblastik lösemi, BBT (*) Akut granülositik lösemi, BBT (*)	9861 / 3

EK I - Devamı

<u>ICD-O-2 Kodu</u>	<u>Terim</u>	<u>ICD-O-3 Kodu</u>
	Akut miyelojinöz lösemi, BBT (*) Akut miyelositik lösemi, BBT (*)	
9866 / 3	FAB M3 (*)	9866 / 3
9867 / 3	Akut miyelomonositik lösemi, BBT (*) FAB M4 (*)	9867 / 3
9871 / 3	Akut miyelomonositik lösemi, eosinofil içeren FAB M4E	9871 / 3
9872 / 3	Akut myeloid lösemi, minimal diferansiyasyon Akut mezoblastik lösemi, minimal diferansiyasyon Akut granülositik lösemi, minimal diferansiyasyon Akut miyelojenöz lösemi, minimal diferansiyasyon Akut miyelositik lösemi, minimal diferansiyasyon FAB M0	9872 / 3
9873 / 3	Akut myeloid lösemi, matürasyon göstermeyen Akut mezoblastik lösemi, matürasyon göstermeyen Akut granülositik lösemi, matürasyon göstermeyen Akut miyelojenöz lösemi, matürasyon göstermeyen Akut miyelositik lösemi, matürasyon göstermeyen FAB M1	9873 / 3
9874 / 3	Akut myeloid lösemi, matürasyon gösteren Akut mezoblastik lösemi, matürasyon gösteren Akut granülositik lösemi, matürasyon gösteren Akut miyelojenöz lösemi, matürasyon gösteren Akut miyelositik lösemi, matürasyon gösteren FAB M2	9874 / 3
9891 / 3	FAB M5 (*) FAB M5A (*) FAB M5B (*)	9891 / 3
9910 / 3	Megakaryoblastik lösemi, BBT (C42.1) FAB M7	9910 / 3

(*) var olan bir ICD-O-2 kodu için yeni terim(ler)

EK II

HASTALIK DİZİNİNİ TARAYARAK OLGU BULMADA ICD-10 KODLARI

Tıbbi kayıtlardan ve sağlık bilgilerinden olgu bulma, hem yatan hem ayaktan hasta listeleri kullanılarak yapılmalıdır. Tüm kayıtlarda aşağıdaki ICD-10 kodlarını gözden geçirin. * işareti olan kodlar 1 Ocak 2001 den itibaren rapor edilecek kanserler arasına girmiştir.

- B21.0-B21.9** Malign neoplazmla sonuçlanan HIV hastalığı
- C00.0-C75.9** Belirtilen yerlerin malign neoplazmları
- C76.0-C80** Kötü tanımlanmış, sekonder ve belirsiz yerlerin malign neoplazmları
- C81.0-C96.9** Lenfoid, hematopoietik ve ilgili dokunun malign neoplazmları
*C92.1 Kronik nötrofilik lösemi
- C97** Bağımsız (primer) çoğul yerlerin malign neoplazmları
- D00-D09.9** İn situ neoplazmlar
- D37.0-D48.9** Davranışı belirsiz veya bilinmeyen neoplazmlar
*D45 Polisitemi vera
*D46.0 Refraktör anemi, sideroblastsız
*D46.1 Refraktör anemi, sideroblastlı
*D46.2 Refraktör anemi, aşırı blastlı
*D46.3 Refraktör anemi, transforme aşırı blastlı
*D46.4 Refraktör anemi, tanımlanmamış
*D46.7 5 q sendromlu Miyedisplastik sendrom
Sağaltıma bağlı miyelodisplastik sendrom
*D46.9 Miyelodisplastik sendrom, tanımlanmamış
Miyelodisplazi, BBT
Prelösemi (sendromu), BBT
*D47.1 Kronik miyeloproliferatif hastalık
Miyeloid metaplazili gösteren miyeloskleroz
Refraktör sitopeni, multilineage displazili
*D47.3 Esansiyel (idiopatik) trombositemi
- *D72.1 Hipereozinofilik sendrom
- Z03.1** Malign neoplazi şüphesi için gözlem
- Z08.0-Z08.9** Malign neoplazm tedavisi sonrası takip muayenesi
- Z12.0-Z12.9** Neoplazmlar için özel tarama muayenesi
- Z29.2** Profilaktik kemoterapiler, diğer
- Z29.8** Diğer tanımlanmış profilaktik tedbirler
- Z51.0** Radyoterapi dönemi
- Z51.1** Neoplazm için kemoterapi dönemi
- Z51.2** Kemoterapiler, diğer (idame)
- Z54.1** Radyoterapi sonrası iyileşme dönemi
- Z54.2** Kemoterapi sonrası iyileşme dönemi
- Z85.0-Z85.9** Kişisel malign neoplazm öyküsü

