



WISSEN KOMPAKT
UROLOGISCHE TUMORE

Prostata





UROLOGISCHE TUMORE - Prostata

ICD-10-Diagnose und ICD-O-3-Topographie (Nur gesicherte Diagnosen sind meldepflichtig.)

ICD-10-GM				ICD-O-3-T
Neubildungen an	Bösartige Neubildungen	In-situ-Neubildungen	Neubildungen unsicheren oder unbekanntem Verhaltens	
Prostata	C61	D07.5	Nicht meldepflichtig	C61.9

ICD-O-3-Morphologie (keine vollständige Aufzählung)

- Bei invasiven Tumoren: Kode endet mit /3 und ergibt eine C-Diagnose (ICD-10)
- Bei In-situ-Tumoren: Kode endet mit /2 und ergibt eine D-Diagnose (ICD-10)
- Häufigste Morphologie:
 - 8140/3 (Azinäres) Adenokarzinom
 - 8500/3 Duktales Adenokarzinom
 - 8148/2 Prostatistische intraepitheliale Neoplasie (PIN) Grad III
 - 8500/2 Intraduktales Karzinom
 - 8120/3 Urothelkarzinom
- Keine Anwendung findet der Morphologie-Kode 8550/3 Azinäres Adenokarzinom
- Selten sind platteneitheliale, neuroendokrine, mesenchymale, hämatologische und sonstige Tumoren sowie Lymphome

Grading

- Histopathologisches Grading
- Gleason-Score (s. organspezifisches Modul)

TNM/weitere Klassifikationen

- Nur bei Adenokarzinomen anzuwenden
- Übergangszellkarzinome der Prostata sind nach Tumoren der Urethra zu klassifizieren.
- Ist eine TNM-Kategorie nicht eindeutig festzulegen → niedrigere Kategorie wählen
- Sind klinisch keine regionären Lymphknotenmetastasen nachweisbar → cN0 angeben
- Sind keine Angaben zu Fernmetastasen vorhanden → cM0 angeben
- Bei Fernmetastasen M1 → Lokalisation angeben:
 - M1a → Nicht regionäre(r) Lymphknoten
 - M1b → Knochen
 - Wenn Metastasen in mehr als einer Lokalisation nachweisbar sind → M1c (andere Lokalisation(en)) angeben
- Nach Primärtumor-Operation → „pT“ und nach neoadjuvanter Therapie → „y“ angeben
- Nicht anwendbare Ausprägungen sind: c/pTis, pT1, c/pMX und pM0
- PD-L1, KI-67% sowie der Regressionsgrad sind unter „Weitere Klassifikationen“ zu dokumentieren.

Therapien (keine vollständige Aufzählung, erläutert werden lediglich einige Ausprägungen des einheitlichen onkologischen Basisdatensatzes)

Operation

- Eine Operation ist in der Regel definiert durch einen Operationstag, die Dokumentation von mehreren OPS-Kodes ist möglich.
- Therapien, die zur Resektion oder Zerstörung von Tumorgewebe beitragen
- Operation des Primärtumors: Histologie und pTNM angeben sowie organspezifisches Modul Prostata ausfüllen
- Häufige OPS-Kodes aus dem Kapitel 5 Operationen des OPS-Katalogs:
 - 5-601 Transurethrale Exzision
 - 5-604 Radikale Prostatovesikulektomie
- Hochintensiver fokussierter Ultraschall (HIFU) mit OPS-Kode 5-602.1 nur dann meldepflichtig, wenn er tumorspezifisch angewandt wird
- Liste der tumorspezifischen OPS-Kodes inkl. zulässiger Lokalisationen und Erwartbarkeit der Angabe einer R-Klassifikation unter www.landeskrebsregister.nrw
- Zu einer Operation können mehrere Komplikationen dokumentiert werden.

Systemische Therapie

- Bei Therapien, die sich aus mehreren Zyklen zusammensetzen (z. B. Chemotherapien), sind nicht die einzelnen Zyklen, sondern lediglich Beginn und Ende des Gesamtprotokolls zu melden.
- Lokale Therapien mit „lokal“ im Substanzfeld getrennt von Substanz melden
- Bei „Active Surveillance“ und „Wait and See“ ist keine Angabe zu Protokoll und Substanzen nötig.
- Referenzliste Substanzen als Arbeitshilfe unter www.landeskrebsregister.nrw

Strahlentherapie

- Eine Strahlentherapie kann aus mehreren Teilen ggf. mit unterschiedlichen Verfahren und in unterschiedlicher Dosierung bestrahlter Regionen zusammengesetzt sein.
- Akute Nebenwirkungen bis zum 90. Tag nach Bestrahlungsbeginn sind zu dokumentieren.
- Für die Dokumentation eines Boosts (lokale Dosisaufsättigung innerhalb eines definierten Zielvolumens) sollte als Minimalvariante „simultan integrierter Boost“ dokumentiert werden können.
- Seed-Implantation nur mit Behandlungsbeginn melden
- Brachytherapien und anschließende perkutane Bestrahlung getrennt voneinander melden

Für systemische Therapien sowie Strahlentherapien gilt:

- Meldeanlass: Behandlungsbeginn und/oder Behandlungsende
- Bei einer kombinierten Radio- und Chemotherapie ist eine separate Meldung für die Strahlentherapie sowie für die systemische Therapie vorzunehmen.
- Bei Nebenwirkungen ab CTCAE Grad 3 oder höher sind diese detailliert aufzuschlüsseln. Andernfalls reicht die Angabe des höchsten aufgetretenen Grades ohne Angabe einer Art.

Verlauf

- Meldeanlass: Statusänderung (Rezidiv, Metastase, Progress) und/oder Statusmeldung
- Meldepflicht der Statusmeldung richtet sich nach den Nachsorgeempfehlungen der S3-Leitlinien
- Statusänderung ist immer zu melden

Fortsetzung s. Rückseite

Organspezifisches Modul

- Gleason-Score beim Adenokarzinom der Prostata:
 - Angaben aus Stenzen im Rahmen von Primär- und Verlaufsdiagnostik solange Prostatagewebe vorhanden ist sowie aus Operationen
- Stenzen:
 - Informationen zu stattgefundenen Stenzen während der Primärdiagnostik und im weiteren Verlauf
- PSA-Wert:
 - Primär- und Verlaufsdiagnostik, Kontrolle nach Therapie
 - Tumorstatus zeigt keine Veränderung → Statusmeldung
 - Veränderungen im Tumorstatus → Statusänderung
- Postoperative Komplikationen:
 - Clavien-Dindo Grade III oder IV innerhalb der ersten 6 Monate nach radikaler Prostatektomie (RPE), Ergänzung des Felds „Komplikation“ in der Meldung zur Operation

Weitere (organspezifische) Hinweise

- Die Patienteninformation über die Meldung an das Krebsregister ist in jeder Meldung im Feld „Meldebe-gründung“ zu dokumentieren.

Quellen:

- Veröffentlichte §65c Plattformbeschlüsse: siehe www.landeskrebsregister.nrw/melder
- Onkologische Leitlinien: siehe www.leitlinienprogramm-onkologie.de/leitlinien
- Einheitlicher onkologischer Basisdatensatz inklusive seiner Zusatzmodule: siehe <https://basisdatensatz.de>
- Ch. Wittekind (Hrsg.): TNM-Klassifikation maligner Tumoren. 8. Auflage. Wiley-VCH, Weinheim 2017, ISBN 978-3-527-34280-8., inklusive des TNM-Supplement und TNM Atlas
- WHO-Klassifikation
- Aktuelle ICD-10-GM sowie ICD-O-3: siehe www.dimdi.de/dynamic/de/klassifikationen
- § 65 c SGB V

Stand 12/2022