



Înregistrarea și raportarea tumorilor uroteliale ale tractului urinar

Cuprins

Introducere	2
Intrarea în vigoare	2
Recomandări pentru înregistrarea tumorilor uroteliale	2
Principii	2
Reguli.....	3
Recomandări pentru raportarea tumorii uroteliale	11
Anexa 1: Exemple privind criteriile de includere pentru înregistrare	12
Anexa 2: Comentarii	18
Anexa 3: Referințe	20
Anexa 4: Membrii grupului de lucru	21

Introducere

Mai multe studii au arătat o mare variabilitate între registre în ceea ce privește criteriile de înregistrare și raportare a tumorilor de tract urinar. În plus, în urma publicării ultimelor „Standarde și linii directoare pentru înregistrarea cancerului în Europa” în 2003, cunoștințele despre biologia și patologia tumorilor de tract urinar și clasificarea acestora au variat și au crescut substanțial.

Înregistrarea (înregistrarea, codificarea și clasificarea) și raportarea (numărarea în statisticile de incidență și supraviețuire) a tumorilor uroteliale necesită aplicarea unor criterii care să țină cont de combinarea următoarelor aspecte:

- Localizarea primară
- Morfologia tumorii
- Gradul
- Extinderea tumorii
- Multicentricitatea tumorii
- Recidive și intervalul de timp dintre tumori
- Progresia tumorii și intervalul de timp dintre tumori
- Dificultăți în obținerea rezultatului biopsiilor
- Înregistrarea stadiului
- Existența tumorilor diagnosticate înainte de perioada de înregistrare de referință a registrului
- Reședința pacienților la momentul diagnosticării fiecărei tumori
- Criterii standard pentru multiplicitate

Este important să se facă diferența între înregistrarea și raportarea (numărarea) tumorilor. Un registru de cancer poate înregistra mai multe tumori uroteliale (localizare, grad sau invazie diferit) ale aceluiași pacient, dar conform criteriilor internaționale și în scopul comparabilității, doar una sau o parte dintre ele este efectiv raportată.

Intrarea în vigoare

Noua recomandare este publicată pe site la data de 10.06.2022. Aceste recomandări trebuie aplicate tuturor tumorilor cu o dată de incidență de la 1 ianuarie 2022 sau după aceasta.

Recomandări pentru înregistrarea tumorilor uroteliale

Principii

Aceste principii se aplică tuturor tumorilor uroteliale (tumori cu celule tranziționale) (**8120-8131, 8020, 8031, 8082**) indiferent de localizarea tumorii (pelvis renal, ureter, vezică urinară sau uretră –C65 până

la C68–). Sarcoamele și alte tipuri histologice de cancer (de exemplu, adenocarcinoame, carcinoame scuamoase sau tumori neuroendocrine) ale tractului urinar nu sunt incluse în aceste recomandări, deși apar în tractul urinar și trebuie, de asemenea, înregistrate de registre.

Înregistrarea și codificarea tumorilor uroteliale includ: data incidenței, topografia, tipul morfologic, comportamentul și gradul. Este, deci, esențial să ai acces la rezultatele examenelor anatomo patologice (rapoarte). În sensul acestor recomandări, **tumorile sincrone** sunt considerate cele care sunt diagnosticate **în termen de patru luni una față de alta**. Tumorile metacrone sunt cele care sunt diagnosticate la mai mult de patru luni distanță.

Reguli

Criterii de înregistrare (inclusiune) a tumorilor uroteliale (vezi Anexa 1 pentru exemple despre ceea ce ar trebui înregistrat)

1. **Tipuri care trebuie incluse:** Următoarele tipuri de tumori care apar în tractul urinar trebuie înregistrate:
 1. Carcinom papilar urotelial neinvaziv, grad scăzut
 2. Carcinom papilar urotelial neinvaziv, grad ridicat
 3. Carcinom urotelial in situ (Carcinom in situ)
 4. Toate carcinoamele invazive
 5. Tumora cu examen histologic dar invazia nu poate fi evaluată
 6. Tumora doar cu examen citologic (vezi regula 2.b, pagina 6)
 7. Tumoră fără confirmare microscopică (vezi regula 2.c, pagina 6)

Notă: Neoplasmul urotelial papilar cu potențial malign scăzut (PUNLMP) este o tumoră urotelială papilară cu atipie minimă (cod 8130/1), deci nu este obligatorie înregistrarea acesteia. Papiloamele uroteliale, papiloamele uroteliale inversate, proliferarea urotelială cu potențial malign incert și displazia urotelială nu sunt maligne, prin urmare înregistrarea nu este recomandată într-un registru de cancer. Cu toate acestea, registrele de cancer care sunt interesate de oricare dintre aceste entități din orice motiv le pot înregistra dacă doresc, dar nu ar trebui să fie luate niciodată în calcul în rezultatele incidenței.

2. **Site-uri multiple:** Dacă un pacient prezintă mai multe tumori uroteliale (sincrone sau metacrone) în locuri diferite, înregistrați toate tumorile cu diferite locuri cu trei cifre (C65-C68) și lateralitatea (dacă pelvisul renal sau ureterul). Dacă o tumoră metacronă este diagnosticată în ureter sau uretră după cistectomie, aceasta nu trebuie înregistrată dacă a apărut la marginea chirurgicală deoarece trebuie considerată ca o recidivă locală a tumorii îndepărtate în vezica urinară, cu excepția cazului în care este o progresie. .
3. **Progresia:** Dacă un pacient prezintă mai multe tumori uroteliale în același loc topografic de trei cifre care include o anumită progresie a bolii, se înregistrează prima tumoră și apoi ulterior numai acele tumori care reprezintă o progresie cronologică. Următoarea serie arată ordinea care reprezintă o progresie:

**Neinvaziv, de grad scăzut (TaG1) → Neinvaziv, de grad înalt (TaG3) → In situ (Tis) →
→ Invaziv, superficial (T1) → Invaziv muscular (T2+)**

Datorita caracteristicilor speciale ale tumorilor uroteliale, înregistrarea diferitelor stadii trebuie făcută pentru aceste tumori pentru a cunoaște progresia lor. Amintiți-vă că ar trebui înregistrați toți pașii cunoscuți ai acestei progresii. Prin urmare, de exemplu, înregistrarea unei tumori invazive T2+ nu înlocuiește înregistrarea unei tumori invazive T1 dacă aceasta din urmă este cunoscută.

4. **Recidive:** Tumorile care reprezintă recidive (nu progresii) cu același nivel sau mai scăzut de invazie și grad **nu trebuie înregistrate**.
5. **Tumori uroteliale sincrone cu aceeași localizare și lateralitate:** Dacă un pacient prezintă mai mult de o tumoră urotelială în același loc topografic de trei cifre și lateralitate (dacă pelvis renal sau ureter) într-o perioadă scurtă de timp (≤ 4 luni – adică sincronă–), **se înregistrează doar pe cea mai agresivă dintre acestea**. (pe baza tabelului de progresie de la punctul 3 de mai sus) dar cu data diagnosticului luată de la prima tumoră.
Acest criteriu se aplică și tumorilor a căror rezecție se efectuează în două faze. În aceste cazuri, ar trebui luat în considerare și cursul temporal al investigației clinice, deoarece uneori rezecțiile inițiale nu sunt complete sau a doua examinare este uneori întârziată, în special la pacienții în vârstă.
6. **Codurile de localizare în tumorile sincrone ale vezicii urinare:** Înregistrați tumorile sincrone ale vezicii urinare folosind regula tumorii sincrone (regula 5). Dacă cel mai înalt nivel de progresie este prezent în mai mult de o tumoră și în mai multe subsitusuri (topografie cu patru cifre), codificați locul ca C67.8 chiar dacă tumorile nu sunt contigue. Dacă apar în același subsitus, codificați subsitusul-ul corespunzător.
7. **Tumori uroteliale sincrone cu diferite localizări:** Dacă un pacient prezintă mai mult de o tumoră urotelială în diferite situsuri topografice de trei cifre într-o perioadă scurtă de timp (≤ 4 luni – sincronă–), înregistrați fiecare tumoră separat, fiecare cu topografia, morfologia, codurile de comportament și incidența corespunzătoare. data (nu utilizați codul de grupare C68.9 în scopul înregistrării).
8. **Tumori bilaterale:** Dacă un pacient prezintă mai multe tumori uroteliale (sincrone sau metacrone) în ambele părți ale aceluiași organ pereche (de exemplu, pelvisul drept și stâng sau ureterul drept și stâng), înregistrați toate tumorile de pe fiecare parte a fiecărei zone cu trei cifre urmând regulile de la 3 la 6 (de exemplu, primul carcinom urotelial în ureterul drept și progresiile acestuia și primul carcinom urotelial în ureterul stâng și progresiile acestuia).
9. **Situații mixte de multiplicitate, progresii și sincronitate/metacrone:** Dacă un pacient prezintă o combinație de tumori uroteliale multiple sincrone și metacrone în aceleași și/sau locuri diferite de trei cifre, înregistrați-le conform regulilor de la 2 la 8.
10. **Prima tumoră care apare în afara zonei de înregistrare:** Un pacient se poate muta dintr-o reședință în alta, așa că locul de reședință ar trebui să fie legat de tumori și nu de pacient.

Dacă sunt disponibile informații care arată că un pacient rezident în zona de acoperire a registrului a fost diagnosticat anterior cu o tumoră (tumori) urotelială(e) atunci când locuia în afara zonei de înregistrare, înregistrați-le pe toate (cele care apar în afara zonei de înregistrare și cele diagnosticate). fiind rezident în zona registrului) în conformitate cu regulile de la 2 la 8 (care permite ca tumorile să fie marcate ca „extra-regionale” în scopul raportării).

Înregistrarea unei prime tumori diagnosticate în afara zonei de înregistrare permite registrului să știe dacă o tumoră ulterioară este o recidivă sau o progresie (înregistrată, dar nu raportată ca și caz incident).

Înregistrarea acestor informații previne supraportarea: tumorile uroteliale au tendința de a recidiva și de a progresa. Dacă o persoană a avut o primă tumoră în timp ce locuia în afara zonei de înregistrare și tumora nu este înregistrată, orice recidivă sau progresie ulterioară ar fi considerată în mod eronat ca primul cancer (raportabil), deoarece nu știm că a avut un cancer anterior.

11. **Tumora primară Prima tumoră apărută înainte de perioada de operare a registrului:** Dacă sunt disponibile informații care arată că un pacient rezident în aria de acoperire a registrului a fost diagnosticat cu una sau mai multe tumori uroteliale înainte de perioada operațională a registrului, înregistrați toate tumorile acestora (cele diagnosticate înainte și cea diagnosticată după prima dată a operației). al registrului) conform regulilor de la 2 la 8.

Înregistrarea tumorilor diagnosticate înainte de perioada de funcționare a registrului permite registrului să știe dacă tumorile ulterioare trebuie înregistrate ca progresie sau recurență (înregistrate, dar nu raportate ca incidente).

Înregistrarea acestor informații previne, de asemenea, supraportarea în cazurile de recurență.

Reguli de clasificare și codificare

- 1) **Clasificarea:** Toate tumorile uroteliale trebuie să fie codificate conform celei mai recente versiuni a *Clasificării Internaționale a Bolilor pentru Oncologie*, ediția a 3-a (ICD-O-3) (aceste clasificări sunt aproape echivalente cu clasificarea OMS).
- 2) **Morfologie, comportament și grad**
 - a) **Codurile celor mai frecvente categorii atunci când histologia este disponibilă – Îndrumări specifice privind gradele sunt în Partea e).**

Tipul tumorii	Morfologie/ Comportament	Grad
---------------	-----------------------------	------

Carcinom urotelial neinvaziv (papilar), grad scăzut	8130/2*	1
Carcinom urotelial neinvaziv (papilar), grad ridicat		3
Carcinom urotelial neinvaziv (papilar), grad necunoscut		9
Carcinom urotelial (cu examen histologic), dar invazia nu poate fi evaluată	8130/2**	1/3/9
- Este menționat termenul papilar sau aspect papilar (leziune exofitică)		
- Termenul papilar nu este menționat sau nu există informații despre aspect		8120/2 ***
- Impresia clinică este de boală invazivă	8120/3****	3
Carcinom urotelial in situ (carcinom in situ)	8120/2	3*****
Carcinoma invaziv, NOS ⁽¹⁾	8010/3	3*****
Carcinom urotelial invaziv	8120/3	3*****

⁽¹⁾ Deși majoritatea carcinoamelor tractului urinar sunt uroteliale, există și alte carcinoame, cum ar fi scuamos sau adenocarcinomul. Prin urmare, dacă celula urotelială sau de tranziție nu este specificată în raportul anatomopatologic, codificați „8010/3”. Dar dacă carcinomul urotelial neinvaziv a fost diagnosticat anterior, înregistrați (codificați) ca carcinom urotelial (8120/3), cu condiția să fie exclus carcinomul de prostată care invadează vezica urinară. De asemenea, dacă termenul urotelial se afla în descrierea tumorii, cod 8120/3 chiar dacă nu este specificat în diagnosticul final.

(*) Când termenul „papilar” nu este specificat în raportul anatomopatologic, dar raportul anatomopatologic indică un carcinom urotelial cu stadiu pTa, cod 8130/2 (plus grad, dacă este specificat)

(**) În acest caz, codificați pTa.

(***) În acest caz codul pT este pTX (și nu pTis), pentru a nu fi confundat cu Carcinomul in situ.

(****) Dacă impresia clinică este de boală invazivă, atunci folosiți codul comportamental /3 și gradul 3.

(*****) Toate carcinoamele in situ și invazive trebuie înregistrate ca grad ridicat. Deși raportul de patologie poate indica „grad scăzut” sau nu indică un grad, dacă este o tumoră in situ sau invazivă, aceasta trebuie considerată de grad ridicat.

b) Codifică atunci când este disponibil doar examenul citologic *:

Rezultate citologie	Morfologie* /Comportament**	Grad
Carcinom urotelial de grad înalt sau „suspect pentru carcinomul urotelial de grad înalt” (SHGUC din clasificarea Paris). (Vezi ANEXA 2, secțiunea „Raportarea Sistemului Paris pentru citologie urinară”, paragraful „Comportamentul tumorilor de grad înalt diagnosticate numai prin citologie”).	8130/2 (aspect papilar) sau 8120/2	3

(*) Dacă aveți doar examen citologic, încercați să aflați dacă tumora are aspect papilar (8130) sau nu (8120) revizuind imagistica.

(**) Dacă impresia clinică (de exemplu, scanări) este de boală invazivă, atunci codificați codul de comportament /3.

Notă: Celulele maligne non-uroteliale observate pe citologie trebuie codificate conform raportului de anatomopatologie și informațiilor clinice.

Dacă topografia tumorii este evidențiată pe radiologie/imagistică, codificați locul specific. În caz contrar, codificați topografia C68.9 (tract urinar, NOS).

- c) **Codurile când este disponibilă numai confirmarea non-microscopică (dovezi histo/citopatologice indisponibile):** Când dovezile histo/citopatologice nu sunt disponibile, dar aspectul clinic este confirmat de către clinician, utilizați următoarele coduri.

Tipul tumorii	Morfologie/Comportament	Grad
Fără confirmare microscopică: Tumora clinic malignă	8000/3	9
Fără confirmare microscopică: Tumora FAI	Nu înregistra *	

(*) If recorded, code: 8000/1 Grade 9

- d) **Coduri de comportament pentru nivel de invazie necunoscut.**

d1) „Țesutul conjunctiv subepitelial” nu este prezent în piesa de rezecție.

În primul rând, cereți evaluarea unui anatomopatolog. Dacă nu este posibil sau anatomopatologul nu poate da un răspuns:

- Dacă descrierea este „Papilom urotelial”: /0 (nu există nicio recomandare de înregistrare a acestei tumori).
- Dacă descrierea este „Neoplasm urotelial papilar cu potențial malign scăzut (PUNLMP)”: /1 (nu există nicio recomandare de înregistrare a acestei tumori, dar dacă este înregistrată, cod 8130/1 fără grad și pT) (unii anatomatologi pot codifica eronat pTa în PUNLMP pTa trebuie utilizat numai în carcinoame).
- Dacă descrierea este „Proliferarea urotelială cu potențial malign incert”: /1 (nu există nicio recomandare de înregistrare a acestei entități).
- Dacă descrierea este „Carcinom urotelial papilar neinvaziv” sau „Carcinom in situ”: /2
- Dacă nu sunt specificate caracteristici morfologice: /2 (Codificați morfologia 8120 (fără aspect papilar) sau 8130 (aspect papilar) în funcție de aspectul la endoscopie).

d2) „Muscularis propria” nu este prezent în piesa de rezecție.

În primul rând, cereți evaluarea unui anatomopatolog. Dacă nu este posibil sau anatomopatologul nu poate da un răspuns:

- Dacă țesutul conjunctiv subepitelial este invadat: /3.
- În caz contrar, codificarea comportamentului /2 (după caracteristicile morfologice).

e) Grad

Înregistrarea gradului este deosebit de importantă pentru carcinoamele papilare uroteliale neinvazive, unde este necesar să se facă distincția între tumorile de grad înalt (3) și cele de grad scăzut (1).

Codurile conform descrierii din raportul anatomopatologic:

Descrierea în raportul de anatomie patologică	Codifică
Grad 1	Grad scăzut (1)
Grad 1/2 (grad scăzut sau nemenționat)	Grad scăzut (1)
Grad 2 grad scăzut	Grad scăzut (1)
Grad 2 grad înalt	Grad ridicat (3)

Grad 2/3 (grad înalt sau nemenționat)	Grad ridicat (3)
Grad 3	Grad ridicat (3)

Ca urmare, codul 2 nu va mai fi folosit pentru a codifica gradul.

3) Codurile pentru carcinoamele uroteliale cu alți termeni morfologici:

a) Carcinom cu celule uroteliale cu componentă epidermoidă (diferențiere divergentă scuamoasă): 8120

Codificați **carcinomul scuamos** numai dacă este un carcinom scuamos **pur: 8070**

„Carcinoamele scuamoase pure” ar trebui înregistrate separat de carcinoamele uroteliale, deoarece sunt un tip tumoral diferit de carcinoamele uroteliale și sunt tratate diferit (1,2), chiar dacă Regulile internaționale pentru cancerle primare multiple din 2004 includ aceste două tumori în aceeași morfologie - grup.

b) Carcinom cu celule uroteliale cu componentă adenocarcinomatosa (diferențiere divergentă glandulară): 8120

Codificați **adenocarcinomul** numai dacă este un adenocarcinom **pur: 8140**

„Adenocarcinoamele pure” ar trebui înregistrate separat de carcinoamele uroteliale, deoarece sunt un tip tumoral diferit de carcinoamele uroteliale.

c) Subtipurile de carcinom cu celule uroteliale și codul specific ICD-O-3 (pot apărea noi coduri specifice în versiunile ulterioare ale Clasificării ICD-O/WHO):

- Micropapilar: **8131**
- Limfoepiteliom-like: **8082**
- Sarcomatoid: **8122**
- Celule gigante: **8031**
- Nediferențiat: **8020**

d) Carcinom cu celule uroteliale fără subtip specific în clasificarea ICD-O-3 (de exemplu, imbricat, microhistic, plasmocitoid, celule cu inel sigiliu, difuz, bogat în lipide, cu celule clare) (unele dintre acestea pot avea coduri specifice în versiunile ulterioare ale Clasificării ICD-O/OMS): 8120


e) Carcinom cu celule uroteliale cu componentă neuroendocrină (diferențiere neuroendocrină):

Codificați întotdeauna carcinomul neuroendocrin **independent de cantitatea de componentă neuroendocrină** (vezi Anexa 2: Comentarii. Tumori neuroendocrine).

- Carcinom neuroendocrin cu celule mici: **8041**
- Carcinom neuroendocrin cu celule mari: **8013**
- Carcinom neuroendocrin compozit cu celule mici și mari: **8045**
- Carcinom neuroendocrin bine diferențiat sau NET de grad scăzut: **8240**
- Carcinom neuroendocrin moderat diferențiat sau NET de grad înalt: **8249**
- Carcinom neuroendocrin, FAI: **8246**

- 4) Carcinoame specifice non-uroteliale** ⁽³⁾: Tumorile non-uroteliale ale tractului urinar, cum ar fi adenocarcinoamele (pure), carcinoamele (pure) scuamoase și tumorile neuroendocrine, melanocitare, mezenchimale sau limfoide trebuie înregistrate separat de tumorile uroteliale, urmând criteriile generale pentru alte tumori.

Tabel rezumativ al principalelor criterii de includere (în funcție de invazie, grad și existență a progresiei):

PAȘI către PROGRESIE				
				
1. Neinvaziv grad scăzut/grad necunoscut	2. Neinvaziv de grad înalt sau Invazia nu poate fi evaluată	3. In Situ	4. Invaziv (T1)	5. Invaziv (T2+)
8130/2 G1 sau 8130/2 G9	8130/2 G3 sau 8120 sau 8130/2 G3 sau 8120/2 G3	8120/2 G3	8010/3 G3 sau 8120/3 G3 sau 8000/3 G9	8010/3 G3 sau 8120/3 G3 sau 8000/3 G9
Carcinom papilar Non-invaziv , Grad scăzut	Carcinom papilar non-invazivă, grad înalt or	Carcinom urotelial in situ	Carcinom invaziv FAI sau	Carcinom invaziv FAI sau
or Carcinom papilar Non-invaziv , Grad necunoscut	Carcinom urotelial de grad înalt (la citologie) or Suspect pentru carcinomul urotelial de grad înalt (la citologie)	or Carcinom urotelial (cu examinare histologică) dar invazia nu poate fi evaluată	Carcinom urotelial invaziv sau Fără confirmare microscopică: Tumora clinic malignă	Carcinom urotelial invaziv sau Fără confirmare microscopică: Tumora clinic malignă

Pentru fiecare situs (pelvis drept și stâng, ureter drept și stâng, vezică urinară și uretră), acest tabel rezumă ce tumori trebuie înregistrate prin aplicarea regulilor de la 2 la 8. Pe scurt: după înregistrarea primei tumori (/2 sau /3.) din fiecare situs, se înregistrează numai tumorile ulterioare care reprezintă progresie, conform grupării de categorii (coloanele 1, 2, 3, 4 și 5).

Codificarea bazei diagnosticului

- Histologie (biopsie sau rezecție chirurgicală sau specimen de autopsie).....7
- Doar citologie (urină)5
- Doar examinare imagistică sau cistoscopie fără biopsie sau autopsie fără diagnostic din probă de țesut2

- Doar certificat de deces 0

În caz de îndoială, consultați Recomandările ENCR pe baza diagnosticului.

Codificarea stadiului

Înregistrați “stadiul TNM”^(1, 4) ori de câte ori este posibil și, cel puțin „categoria T”.

Acest lucru este important pentru a permite tumorilor Tis să fie ușor de distins de alte tumori cu comportament /2.

Recomandări pentru raportarea tumorii uroteliale

1. Cel mai important fapt de subliniat este că **recomandările pentru înregistrare (înregistrare) (Capitolul 2 din prezentele ghiduri) oferă datele brute care pot fi analizate ulterior.**

ENCR recomandă respectarea regulilor IARC/IACR pentru a calcula incidența și, prin urmare, ar trebui să includeți numai prima tumoră urotelială, indiferent de codul de comportament (/2 sau /3) la fiecare loc (conform „Regulilor internaționale pentru cancerul primare multiple”).

2. Datele din bazele de date din registrul cancerului pot fi utilizate pentru a efectua analize multiple ca parte a supravegherii locale a cancerului și a evaluării serviciilor sau pot fi transmise pentru proiecte naționale, europene sau internaționale.

„Protocolul de date” din proiectele internaționale ar trebui să definească foarte precis criteriile de includere a datelor care urmează a fi transmise și, de asemenea, ar trebui să explice în detaliu cum vor fi analizate datele pentru estimările de incidență și supraviețuire.

Exemple:

1. La calcularea incidenței cancerului de vezică urinară, se va număra prima tumoră urotelială a unui pacient, indiferent dacă este invazivă sau neinvazivă, sau se vor număra doar tumorile uroteliale invazive. Tumorile vezicii urinare non-uroteliale vor fi incluse și în calcul.
2. În calcularea supraviețuirii cancerului de vezică urinară, prima tumoră a oricărui pacient va fi inclusă în analiză indiferent de comportamentul acesteia sau vor fi luate în considerare numai tumorile invazive.

Anexa 1: Exemple privind criteriile de includere pentru înregistrare

Regula 2: Localizări multiple: Dacă un pacient prezintă mai multe tumori uroteliale (sincrone sau metacrone) cu localizări diferite, înregistrați toate tumorile din diferite situsuri topografice cu trei cifre (CXX).

Exemple:

Un pacient cu un „carcinom neinvaziv de grad înalt” al vezicii urinare (1) urmat de un „carcinom in situ” al pelvisului renal drept (2) urmat de un „carcinom invaziv” al uretrei (3)

	Neinvaziv Grad scăzut	Neinvaziv Grad înalt	In situ	Invaziv
Pelvisul renal drept			2	
Pelvisul renal stâng				
Ureter drept				
Ureter stâng				
Veziță		1		
Uretra				3

Acțiune: Toate cazurile trebuie înregistrate.

Un pacient cu un „carcinom non-invaziv de grad înalt” al vezicii urinare (1) sincron cu un „carcinom invaziv” al ureterului stâng (2).

	Neinvaziv Grad scăzut	Neinvaziv Grad înalt	In situ	Invaziv
Pelvisul renal drept				
Pelvisul renal stâng				
Ureter drept				
Ureter stâng				2
Veziță		1		
Uretra				

Acțiune: Toate cazurile trebuie înregistrate. Nu utilizați codul de grupare (C68.9).

Regula 3: Progresii: Dacă un pacient prezintă mai multe tumori uroteliale cu același topografie de trei cifre care include o anumită progresie a bolii, se înregistrează prima tumoră și acele tumori care reprezintă o progresie cronologică. Următoarea serie arată ordinea care reprezintă o progresie:

**Neinvaziv, grad scăzut (TaG1) → Neinvaziv, grad înalt (TaG3) → In situ (Tis) →
→ Invaziv, superficial (T1) → Invazie in musculară (T2+)**

Deși în multe cazuri, evoluția carcinoamelor papilare neinvazive de grad înalt nu urmează aceeași cale ca și carcinoamele in situ, acestea uneori se intersectează și carcinoamele in situ sunt de obicei mai agresive decât carcinoamele papilare neinvazive de grad înalt.

Exemple:

Un pacient cu un „carcinom neinvaziv de grad înalt” al vezicii urinare (1) urmat de un „carcinom invaziv” al vezicii urinare (2)

	Neinvaziv Grad scăzut	Neinvaziv Grad înalt	In situ	Invaziv
Veziță		1		2

Ațiune: Toate cazurile trebuie înregistrate.

Un pacient cu un „carcinom neinvaziv de grad înalt” al vezicii urinare (1) urmat de un „carcinom urotelial invaziv” al vezicii urinare (2) urmat de un „carcinom in situ” al vezicii urinare (3)

	Neinvaziv Grad scăzut	Neinvaziv Grad înalt	In situ	Invasive
Veziță		1		2

Ațiune: Doar primul și al doilea episod (progresia) trebuie înregistrate. Al treilea (CIS) nu este o progresie a celui de-al doilea (carcinom invaziv).

Un pacient cu un „carcinom neinvaziv de grad înalt” al vezicii urinare (1) urmat de un „carcinom in situ” al vezicii urinare (2) urmat de un „carcinom invaziv” al vezicii urinare (3)

	Neinvaziv Grad scăzut	Neinvaziv Grad înalt	In situ	Invaziv
Veziță		1	2	3

Ațiune: Toate cazurile trebuie înregistrate deoarece al doilea este o progresie a primului, iar al treilea este o progresie a celui de-al doilea.

Un pacient cu un „carcinom neinvaziv de grad scăzut” al vezicii urinare (1) urmat de un „carcinom neinvaziv de grad înalt” al vezicii urinare (2)

	Neinvaziv Grad scăzut	Neinvaziv Grad înalt	In situ	Invaziv
Veziță	1	2		

Ațiune: Toate cazurile trebuie înregistrate deoarece al doilea este o progresie a primului.

Un pacient cu un „carcinom non-invaziv de grad scăzut” al vezicii urinare (1) urmat de un „carcinom in situ” al pelvisului renal drept (2) urmat de un „carcinom non-invaziv de grad înalt” al pelvisului renal drept (3) urmat de un „carcinom invaziv” al vezicii urinare (4) urmat de un „carcinom non-invaziv de grad înalt” al uretrei (5)

	Neinvaziv Grad scăzut	Neinvaziv Grad înalt	In situ	Invasive
Pelvisul renal drept			2	
Pelvisul renal stâng				
Ureter drept				
Ureter stâng				
Veziță	1			4
Uretra		5		

Acțiune:

- Primul ar trebui să fie înregistrat. o
- Al doilea ar trebui să fie înregistrat deoarece are un alt site decât primul.
- A patra ar trebui înregistrată pentru că este o progresie a primei o
- A cincea ar trebui înregistrată pentru că are un alt loc decât primul și al doilea.
- Al treilea nu trebuie înregistrat deoarece nu este o progresie a celui de-al doilea.

Regula 4: Recidive: Dacă un pacient prezintă o tumoare urotelială urmată de una sau mai multe tumori uroteliale din același loc de trei cifre care sunt recidive (nu progresii) (același nivel sau mai scăzut de invazie și grad) ale bolii, înregistrați/ înregistrează doar prima tumora și nu recidivele.

Example:

Un pacient cu un „carcinom in situ” al vezicii urinare (1) urmat de un „carcinom non-invaziv de grad înalt” al vezicii urinare (2) urmat de un „carcinom non-invaziv de grad înalt” al vezicii urinare (3) urmat de un „carcinom in situ” al vezicii urinare (4) și urmat de un „carcinom non-invaziv de grad înalt” al vezicii urinare (5)

	Neinvaziv Grad scăzut	Neinvaziv Grad înalt	In situ	Invasive
Veziță			1	

Acțiune: Doar primul trebuie înregistrat. Toate celelalte sunt recidive, fără progresii.

Regula 5: Tumori sincrone ale aceluiași situs: Dacă un pacient prezintă două sau mai multe tumori uroteliale în același situs (definit prin primele trei cifre) într-o perioadă scurtă de timp (**≤4 luni – adică sincrone –**), înregistrați doar pe cele mai agresive dintre ele (cu tipul histologic, comportamentul și gradul său) **dar cu data diagnosticului primului.**

Exemple:

Un pacient cu un „carcinom neinvaziv de grad scăzut” al vezicii FAI (1) urmat de un „carcinom invaziv” sincron al vezicii FAI (2).

	Neinvaziv Grad scăzut	Neinvaziv Grad înalt	In situ	Invaziv

Veziță				2 (cu data de „Non- invaziv Carcinom cu grad scăzut” -1-)
---------------	--	--	--	---

Acțiune: Înregistrați carcinomul invaziv cu data carcinomului neinvaziv de grad scăzut.

Un pacient cu un „Carcinom urotelial invaziv” al vezicii urinare anterior (C67.3) (1) urmat de un „Carcinom urotelial invaziv” sincron al cupolei vezicii (C67.1) (2).

	Neinvaziv Grad scăzut	Neinvaziv Grad înalt	In situ	Invaziv
Veziță				1 (cu data „Primului carcinom invaziv ” -1-)

Acțiune: Înregistrați ca și carcinom urotelial invaziv cu data primului carcinom invaziv și cu codul C67.8 (Leziunea suprapusă a vezicii urinare).

Regula 7: Tumori sincrone de situs diferit: Dacă un pacient prezintă două sau mai multe tumori uroteliale cu situsuri diferite (definit prin primele trei cifre) într-o perioadă scurtă de timp (≤ 4 luni – adică sincronă–), înregistrați fiecare tumoră separat, fiecare cu dat diagnosticului corespunzătoare ei (**nu utilizați codul C68.9**) (vezi al doilea exemplu al Regulii 2).

Regula 8: Tumori bilaterale: Dacă un pacient prezintă mai multe tumori uroteliale (sincrone sau metacrone) în ambele părți ale aceluiași organ pereche (de exemplu, pelvis drept și stâng sau ureter drept și stâng), înregistrați prima tumoră de fiecare parte a fiecărei părți (CXX) și progresele corespunzătoare, dacă există.

Exemplu:

Un pacient cu un „carcinom neinvaziv de grad scăzut” al ureterului stâng (1a) cu un „carcinom invaziv” sincron al ureterului drept (1b) urmat de un „carcinom in situ” al ureterului stâng (2) urmat de un „Carcinom non-invaziv de grad înalt” al ureterului drept (3).

	Neinvaziv Grad scăzut	Neinvaziv Grad înalt	In situ	Invasive
Ureter stâng	1a		2	
Ureter drept				1b

Acțiune: Înregistrați tumorile 1a, 1b și 2. Tumorile 1a și 1b sunt sincrone și au apărut în două uretere diferite. Tumora 2 trebuie înregistrată deoarece este o progresie a tumorii 1a. A treia tumoră nu trebuie înregistrată deoarece reprezintă o simplă recidivă a tumorii 1b.

Regula 9: Situații mixte de multiplicitate, progresii și sincronitate/metacronicitate: Dacă un pacient prezintă o combinație mixtă de tumori uroteliale multiple sincrone și metacrone în aceleași și/sau diferite locuri topografice de trei cifre, înregistrați-le/înregistrați-le conform regulilor 2 la 8.

Exemplu:

Un pacient cu un „carcinom neinvaziv de grad scăzut” al vezicii urinare (1) urmat de un „carcinom invaziv” al vezicii urinare (2) urmat de un „carcinom in situ” al pelvisului renal drept (3) urmat de un „Carcinom non-invaziv de grad înalt” al pelvisului renal drept (4) urmat de un „carcinom invaziv” al vezicii urinare (5).

	Neinvaziv	Neinvaziv	In situ	Invaziv
	Grad scăzut	Grad înalt		
Pelvis renal drept			3	
Vezică				2 (cu data „carcinom non-invaziv grad scăzut” -1-)

Ațiune: *Tumora 1 și tumora 2 sunt sincrone, dar trebuie înregistrate numai cea invazivă (cu data diagnosticului primei tumori). Înregistrați tumora 3 pentru că a apărut într-un alt situs. Nu înregistrați tumora 4 (recurența tumorii 3) sau tumora 5 (recurența tumorii 2).*

Regula 10: Prima tumoră care apare în afara zonei de înregistrare: Dacă un pacient rezident în zona de acoperire a registrului a fost diagnosticat anterior cu una sau mai multe tumori uroteliale în timp ce rezida în afara zonei de înregistrare, înregistrați toate tumorile conform regulilor de la 2 la 8. Deoarece un pacient se poate muta dintr-o reședință în alta, locul de reședință ar trebui să fie legat de tumori și nu de pacient.

Rețineți că numai tumorile incidente (primele) care apar în interiorul zonei de înregistrare vor fi potențial luate în considerare în incidență în funcție de obiectivul urmărit. Prin urmare, registrele ar trebui să aibă posibilitatea de a semnala tumorile care au apărut în afara zonei incidente de înregistrare.

Exemple:

Un pacient cu un „carcinom non-invaziv de grad înalt” al vezicii urinare (1) diagnosticat în afara zonei de înregistrare urmat de un „carcinom in situ” al pelvisului renal stâng (2) și un „carcinom invaziv” al vezicii urinare (3), ambii diagnosticați în zona de înregistrare.

	Neinvaziv	Neinvaziv	In situ	Invaziv
	Grad scăzut	Grad înalt		
Pelvis renal stâng			2	
Vezică		1		3

Ațiune: Înregistrați tumora 1 pentru a ști că prima tumoră a acestui pacient a fost diagnosticată când pacientul nu era încă rezident în zona de înregistrare. Înregistrați tumora 2 (a apărut în alt situs) și tumora 3 (reprezintă o progresie a tumorii 1).

Un pacient cu un „carcinom invaziv” al vezicii urinare (1) diagnosticat în afara zonei de înregistrare urmat de un „carcinom in situ” al pelvisului renal drept (2) și un „carcinom neinvaziv de grad înalt” al vezicii urinare (3), ambele diagnosticate în zona de înregistrare.

	Neinvaziv Grad scăzut	Neinvaziv Grad înalt	In situ	Invaziv
Pelvis renal drept			2	
Veziță				1

Acțiune: Înregistrați tumora 1 pentru a ști că prima tumoră a acestui pacient a fost diagnosticată când pacientul nu era încă rezident în zona de înregistrare și tumora 2 (a apărut la un alt situs). Nu se înregistrează tumora 3 (este o recidivă a tumorii (1)).

Regula 11: Prima tumoră care a apărut înainte de perioada de operare a registrului: Dacă un pacient rezident în aria de acoperire a registrului a fost diagnosticat cu una sau mai multe tumori uroteliale înainte de perioada de operare a registrului, înregistrați toate tumorile acestuia (cele diagnosticate înainte și cele diagnosticate după începerea funcționării registrului) conform regulilor de la 2 la 8.

Rețineți că numai tumorile incidente (primele) care apar după perioada de operare a registrului vor fi potențial luate în considerare în incidență în funcție de obiectivul urmărit. Prin urmare, registrele ar trebui să aibă posibilitatea de a semnală tumorile care au apărut înainte de perioada de funcționare a registrului.

Exemple:

Un pacient cu un „carcinom non-invaziv de grad înalt” al vezicii urinare (1) diagnosticat înainte de perioada de operare a registrului urmat de un „carcinom in situ” al pelvisului renal stâng (2) și un „carcinom invaziv” al vezicii urinare (3), ambele diagnosticate în perioada de funcționare a registrului.

	Neinvaziv Grad scăzut	Neinvaziv Grad înalt	In situ	Invaziv
Pelvis renal stâng			2	
Veziță		1		3

Acțiune: Înregistrați tumora 1 pentru a ști că prima tumoră a acestui pacient a fost diagnosticată înainte de perioada de operare a registrului. Înregistrați și tumora 2 (a apărut la un alt situs) și tumora 3 (este o progresie a tumorii 1).

Anexa 2: Comentarii

Această anexă conține un scurt comentariu asupra stadiului actual al cunoștințelor a trei subiecte controversate și oferă o justificare pentru criteriile utilizate în cadrul acestor recomandări.

Gradul tumorilor uroteliale invazive.

Majoritatea covârșitoare a carcinoamelor uroteliale invazive sunt de grad înalt (¹). Cu toate acestea, unele variante (variante mare "cuibărită" a carcinomului urotelial) pot prezenta un aspect „pseudo-benign”, dar acest aspect este înșelător, deoarece această formă are un prognostic defavorabil. (^{5,6,7}). Pe această bază, toate tumorile uroteliale invazive ar trebui înregistrate ca „Grad 3”.

Raportarea Sistemului Paris pentru citologie din urină ^(8,9,10,11)

Categoriile de diagnostic ale Sistemului Paris:

1. Fără diagnostic/Nesatisfăcător
2. Negativ pentru carcinomul urotelial de grad înalt (NHGUC)
3. Celule uroteliale atipice (AUC)
4. **Suspect pentru carcinomul urotelial cu grad înalt (SHGUC)**
5. **Carcinom urotelial cu grad înalt (HGUC)**
6. Neoplasm urotelial cu grad scăzut (LGUN)
7. Altele: tumori maligne primare și secundare și leziuni diverse.

Categoriile 4 și 5 ar trebui considerate carcinoame uroteliale de grad înalt.

Comportamentul tumorilor de grad înalt diagnosticate numai prin citologie: În tumorile diagnosticate numai prin examen citologic, s-a convenit asupra prin consens că carcinomul urotelial cu grad înalt să fie codificat la Comportament „2”, deși s-a recunoscut că există o bază limitată de dovezi care să susțină acest lucru sau codificarea la codul de comportament „3”.

Tumori neuroendocrine.

Carcinom neuroendocrin: Termenul trebuie utilizat în toate tumorile cu histologie neuroendocrină cu celule mici sau mari în orice proporție a tumorii (¹²). Codifică:

- **8041** (carcinom neuroendocrin cu celule mici)
- **8013** (carcinom neuroendocrin cu celule mari)
- **8045** (carcinom cu celule mici și mari)
- **8240** (carcinom neuroendocrin bine diferențiat sau cu grad scăzut) – **8249** (carcinom neuroendocrin moderat diferențiat sau grad înalt) – **8246** (carcinom neuroendocrin, FAI).

Înregistrarea tipului de tumoră histologică folosind clasificarea OMS din 2016 este un element necesar, deoarece acest parametru are adesea semnificație prognostică și terapeutică. O tumoră este clasificată ca și carcinom urotelial dacă există orice diferențiere urotelială [inclusiv carcinomul urotelial asociat in situ (CIS)] cu orice alte tipuri prezente raportate cu un procent estimat. Astfel, un carcinom care prezintă 20% diferențiere urotelială și 80% diferențiere glandulară ar fi raportat sub tipul de tumoră histologică „Carcinom urotelial”. **O excepție de la această regulă este pentru cazurile cu orice cantitate de componentă neuroendocrină** (carcinom neuroendocrin cu celule mici sau carcinom neuroendocrin cu celule mari) **în care clasificarea este acum în categoria tumorii neuroendocrine.** Astfel, o tumoră mixtă cu 30% carcinom neuroendocrin cu celule mici și 70% carcinom urotelial ar fi raportată sub tipul tumorii histologice ca tumoră neuroendocrină (carcinom neuroendocrin cu celule mici). Aceasta este o problemă controversată, așa cum o reflectă diferitele abordări recomandate de OMS 2016 în capitolele privind tumorile neuroendocrine și variantele de carcinom urotelial. ICCR recomandă această din urmă abordare, dar recunoaște că procentul componentei neuroendocrine ar putea informa managementul pacientului, în special cu modalități de tratament mai noi, cum ar fi imunoterapia.

Anexa 3: Referințe

1. Moch H, Humphrey PA, Ulbright TM, Reuter VE, eds. WHO Classification of Tumours of the Urinary System and Male Genital Organs. 4th ed. Lyon, France: IARC Press; 2016. World Health Organization Classification of Tumours; vol 8.
2. Park S, Reuter VE & Hansel DE Non-urothelial carcinomas of the bladder *Histopathology* 2019, 74, 97–111.
3. Humphrey PA et al. The 2016 WHO Classification of Tumours of the Urinary System and Male Genital Organs—Part B: Prostate and Bladder Tumours. *Eur Urol.* 2016 Jul;70(1):106-119.
4. Magers M J, Lopez-Beltran A, Montironi R et al Staging of bladder cancer *Histopathology* 2019, 74, 112–134.
5. Amin MB, Smith SC, Reuter VE, et al. Update for the practicing pathologist: The International Consultation on Urologic Disease-European association of urology consultation on bladder cancer. *Mod Pathol.* 2015;28(5):612-30.
6. Lopez-Beltran A, Henriques V, Montironi R, et al. Variants and new entities of bladder cancer. *Histopathology* 2019, 74, 77–96.
7. McKenney JK. Precursor lesions of the urinary bladder. *Histopathology* 2019, 74, 68–76.
8. Barkan GA, Wojcik EM, Nayar R, et al. The Paris system for reporting urinary cytology. *Adv Anat Pathol* 2016; 23: 193e201.
9. VandenBussche CJ. A review of the Paris system for reporting urinary cytology. *Cytopathology* 2016; 27: 153e6.
10. Rosenthal DL, Wojcik EM, Kurtycz DFI. The Paris system for reporting urinary cytology. Switzerland: Springer International Publishing, 2015.
11. Owens CL, VandenBussche CJ, Burroughs FH, Rosenthal DL. A review of reporting systems and terminology for urine cytology. *Cancer Cytopathol* 2013; 121: 9e14.
12. Varma M, Srigley JR, Brimo F, Compérat E, Delahunt B, Koch M, Lopez-Beltran A, Reuter V, Samaratunga H, Shanks JH, Tsuzuki T, van der Kwast T, Webster F, Grignon D. Dataset for the reporting of urinary tract carcinoma-biopsy and transurethral resection specimen: recommendations from the International Collaboration on Cancer Reporting (ICCR). *Modern Pathology* 2019 Nov 4. doi: 10.1038/s41379-019-0403-9.

Anexa 4: Membrii grupului de lucru

Michael Eden, Laetitia Daubisse-Marliac, Jaume Galceran, Carmen Martos, Luciana Neamțiu, David Parada, Rosario Tumino and Anne Warren

Versiunea în limba română a fost tradusă de către Cert. Șt.dr. Luciana Neamțiu și verificată de către Dr. Daniela Coza, Registrul Regional de cancer Cluj, Institutul Oncologic "Prof. Dr. I. Chiricuță", Romania.