

## Caso n. 1 DCI

Maschio di anni 71.

Il caso viene reperito dal tracciato di mortalità, in quanto risulta deceduto a fine giugno 2001 con codice ICD9 431 (emorragia cerebrale) e codice aggiunto 238.7 (malattia linfoproliferativa); nel tracciato il paziente risulta nato nel 1930 in comune con codice ISTAT 050802, e viene classificato come DCI, perché non reperito in precedenza.

Al trace-back si scopre che il paziente è immigrato nella ns. Provincia nel giugno 2001 in un indirizzo corrispondente ad una Casa di Riposo in cui risulta domiciliato dal 1997 (data iscrizione all'ASL e scelta medico nell'anagrafica sanitaria).

Il 10.2.2001 risulta altresì un referto istologico di Agobiopsia midollare "Infiltrazione midollare da Linfoma a grandi cellule B per il 40 % della cellularità" nel ns.Ospedale.

Risultano anche 5 accessi ospedalieri in regime di Day-Hospital, il primo il 15.1.2001 con SDO 202.8 e gli altri successivi (febbraio, marzo, aprile, maggio ) con SDO V581 e 202.8. Le cartelle non sono recuperabili.

In base all'anagrafica sanitaria, il paziente risulta nato in Orciano (PI) Comune con codice 050023.

Quesiti: il Linfoma deve essere registrato, e se registrato deve comparire come incidenza? E' corretto imputarne la sede come Midollo Osseo, in assenza di altre informazioni? Come sono da gestire i dati anagrafici quando non coincidenti tra fonti ?

*Il caso è un classico DCI, in cui la rilevazione iniziale non ha avuto luogo perché non residente al momento degli accertamenti istologici e dei ricoveri, ed in cui il trace-back ha dato alcune informazioni utili anche se non complete. E' da sottolineare come la verifica sui dati di mortalità sia stata condotta anche su codici non riconducibili a neoplasie maligne e comunque non limitata alla causa di morte principale ( problema della omogeneità della quantificazione di DCI e DCO).*

*Il primo quesito richiede una standardizzazione della procedura tra Registri. Vi sono due definizioni possibili per la valutazione di incidenza:*

- *il caso è incidente solo se effettivamente residente al momento della diagnosi*
- *il caso entra in incidenza se nell'anno della diagnosi è stato effettivamente residente.*

*Il primo approccio, più restrittivo, ha il difetto di rendere più critica la situazione nei casi in cui è stata posto un sospetto clinico di neoplasia, ma l'accertamento diagnostico definitivo avviene dopo, quando il paziente non è più residente. Se si classifica il caso come NSE e se ne segue il follow-up, la sua morte per quella causa fa risolvere l'NSE sulla data del sospetto clinico*

*Il secondo approccio dal punto di vista statistico è più corretto, perché il soggetto in quell'anno entra a far parte del denominatore dei tassi di incidenza; inoltre tiene conto dei diversi casi di lungo domicilio prima della residenza (tipico di molte RSA) Tuttavia i casi insorti nello stesso anno ma dopo l'emigrazione sarebbero comunque persi e quindi ci sarebbe comunque una distorsione.*

*Premesso che in ogni caso la registrazione deve essere fatta in quanto necessaria per una corretta valutazione della prevalenza, la soluzione che pare garantire la maggiore omogeneità tra registri è quella relativa alla residenza al momento della diagnosi.*

*Resta la necessità di distinguere nella registrazione:*

- A. casi insorti prima della residenza nello stesso anno di diagnosi o comunque negli anni del periodo di osservazione corrente (definibili come NON RESIDENTI ALLA DIAGNOSI)*
- B. casi insorti in residenti con diagnosi avvenuta in periodi di osservazione precedenti già chiusi ( es: 1993-1997 ), ma registrati solo ora (definibili come MISSING)*
- C. casi insorti in residenti con diagnosi posta in epoche antecedenti all'inizio del primo periodo di osservazione su cui si ha il rilevamento da parte del registro (definibili come PREVALENTI VERI).*

*Le stime di prevalenza riguardano tutti questi casi, oltre a quelli regolarmente incidenti (INCIDENTI VERI).*

*Le stime di sopravvivenza e di trend dovrebbero essere compiute sugli INCIDENTI VERI e sui MISSING.*

*Il secondo quesito ha una risposta abbastanza semplice.*

*L'agobiopsia midollare ha la funzione precipua di stadiare un linfoma. In assenza di altre informazioni non è corretto valutare tale elemento diagnostico come base per definire la sede di LNH come midollo. Esistono, anche se infrequenti, linfomi extranodali a localizzazione primitiva midollare, ma l'origine extranodale deve essere esplicitata nella diagnosi ( clinica e/o istologica), oppure deve essere correlata alla diagnosi morfologica ( per esempi linfoma splenico, linfoma cutaneo primitivo, micosi fungoide; non i MALT ed i BALT, in quanto ICDO-3 non li assegna a sede specifica )*

*In questo caso si parla di "infiltrazione"( in altri casi di localizzazione) e non di sede primitiva di LNH; l'impossibilità di accedere alle cliniche comporta quindi l'applicazione di sede Topografica "Linfonodi NAS)*

*L'ultimo quesito non è da trascurare perché eventuali studi possono essere effettuati o controllati su base "luogo di nascita". In secondo luogo esiste un indicatore di qualità basato sulla completezza dei dati di nascita: non è possibile un'opzione del tipo "se c'è discrasia tra fonti, lasciare in bianco", ma occorre garantire una qualità intrinseca nel dato.*

*Tra le due fonti ( anagrafica sanitaria ed anagrafica comunale ) quella più solida è quella comunale e quella va utilizzata.*

*Nel caso il codice ISTAT 050802 si riferisce al Comune soppresso di Santa Luce-Orciano. Il codice 050023 nell'anagrafica sanitaria si riferisce al Comune di Orciano: è possibile che la persona abbia comunicato questo toponimo.*

*Tuttavia nel 1927 Orciano Pisano fu aggregato a Santa Luce, con il quale costituì il comune di Santa Luce-Orciano e riacquistò l'autonomia amministrativa solo nel 1957. Nel 1930 quindi il Comune di nascita era effettivamente Santa Luce-Orciano.*

*Con lo scioglimento di Santa Luce-Orciano l'ISTAT indica che la riconduzione del Codice Comunale dovrebbe essere fatta a favore di Santa Luce.*

*L'amministrazione fiscale indica per Santa Luce-Orciano il codice I218, ed indica la riconduzione sia ad Orciano Pisano (G090) che a Santa Luce (I217). L'amministrazione fiscale sta riconvertendo i codici fiscali dei nati nei Comuni soppressi applicandone il codice appropriato in luogo di quello utilizzato per riconversione. I dataset sanitari basati su codice fiscale potranno quindi subire effetti di disomogeneità nel tempo.*

## Caso n. 2 - NSE

Maschio di 79 anni

Viene ricoverato il 21.10.1999 per patologia polmonare sospetta ed esegue:

25.10.1999 TC Cerebrale senza e con MDC "In sede parasagittale sinistra superiormente al tetto del ventricolo laterale di sinistra, estesa lesione occupante spazio di conformazione ovalare e diametri massimi sul piano assiale di circa cm 4x2, con interessamento del corpo calloso, in prima ipotesi riferibile ad alterazione eteroplastica di natura secondaria (in accordo con il quadro clinico segnalato di neoformazione polmonare."

Suggerito approfondimento RM eseguito il 4.11.1999: "Il processo espansivo segnalato è extraassiale, riferibile a meningioma."

2.11.1999 Scintigrafia ossea total-body negativa per lesioni ripetitive

25.11.1999 Rx torace "Non falde di pnx. Invariato nei confronti del precedente controllo."(controllo ambulatoriale non disponibile)

29.10.1999 Biopsia bronchiale "Mucosa bronchiale disepitelizzata, con blanda flogosi cronica del corion"

28.10.1999 Agoaspirato bronco "Campione ematico comprendente rare cellule bronchiali normali."

03.11.1999 Lavaggio bronchiale "Reperto riferibile a processo flogistico"

25.11.1999 Biopsia segmento basale polmone "Minutissimi frammenti tissutali"

25.11.1999 Agoaspirato polmone "Materiale necrotico comprendente cellule atipiche prevalentemente in citolisi"

Viene quindi dimesso con diagnosi di 162.9 e diabete

Nuovi ricoveri:

13.1.2000 Dimesso con 162.9 e mts polmonari, diabete e cardiopatia ischemica cronica

21.2.2000 Accettazione "Episodio confusionale in pz. Con K polmone; febbre; emoftoe. Pz in trattamento radioterapico."

Effettua Rx torace supino: "Opacità rotondeggiante in perilare inferiore destra. BPCO. Cuore nei limiti."

Effettua TAC e RMN cerebrale, i cui referti non sono disponibili

Dimissione con 225.2 (tumore benigno meningi cerebrali) e 162.9

6.9.2000 Decede dopo 1 giorno.

Esegue TC cerebrale urgente senza MDC "Non evidenti alterazioni densitometriche parenchimali di natura emorragica. Si conferma lesione occupante spazio parasagittale sinistra di dimensioni sostanzialmente invariate rispetto a precedente esame tc eseguito in altra sede."

Rx torace supino "Opacità quasi completa del campo polmonare di dx con disassamento omolaterale dell'asse tracheale."

Dimissione : edema polmonare, 162.9 e 225.2

La scheda ISTAT indica come causa di morte 162.9

*Il caso esaminato è piuttosto frequente. Come per il pancreas, la difficoltà di avere una conferma istologica pone notevoli difficoltà. In più il frequente ricorso ad accessi ambulatoriali, anziché a ricoveri come una volta fa perdere elementi informativi. L'insufficienza della documentazione comporta l'acquisizione iniziale del caso, sul primo ricovero come caso NSE.*

*Il primo problema è se c'è la neoplasia polmonare. Alcuni elementi sono fortemente indicativi:*

- *più ricoveri con SDO di 162.9*
- *l'approccio diagnostico nel primo ricovero, indicatore di una ricerca di stadiazione più che di conferma diagnostica*
- *l'esplicitazione nel referto TAC di diagnosi precedente di neof ormazione polmonare*
- *l'approccio terapeutico (nel ricovero del 21.2.2000 l'accettazione parla di trattamento radioterapico)*
- *l'evoluzione radiologica*
- *la scheda di morte.*

*Altri elementi utili, qui non presenti, sono l'inserimento in Hospice o in programmi di cure palliative, o una diagnosi broncoscopia.*

*Il secondo problema è se la neoplasia polmonare sia primitiva o metastatica. Anche in questo caso le SDO costanti e l'aspetto radiologico (effetto massa con disassamento dell'asse tracheale) indicano la presenza di una lesione principale mentre non ci sono indicazioni di più lesioni polmonari.*

*La diagnosi è quindi di un tumore maligno polmonare primitivo, con base di diagnosi 2 (radiologica) C34.9 8000/3*

*Avendo acquisito il caso come NSE, l'evoluzione e l'exitus comportano la classificazione del caso con data di incidenza all'accettazione del primo ricovero. Se fosse stata visionata una diagnosi precedente (radiologica, TAC polmonare), allora l'incidenza avrebbe dovuto essere attribuita al primo ricovero.*

*Il secondo problema è quello della lesione emersa alla TAC.*

*Il primo sospetto è quello di una metastasi da neoplasia polmonare, in diagnosi differenziale con il meningioma.*

*La TAC è meno affidabile della RMN, che pone diagnosi di meningioma. Se anche un ricovero presenta dimissioni con mts cerebrali, i 2 successivi confermano il meningioma.*

*Seguendo le linee guida ENCR il meningioma è uno di quei tumori la cui diagnosi clinica (per immagini) consente la codifica morfologica completa. Quindi il tumore è registrabile con ICD10 D32.0 e ICDO C70.0 9530/3.*

*Per le sedi intracraniche ed intrassiali l'acquisizione e registrazione di tutti i casi indipendentemente dal comportamento è cosa opportuna, in quanto la prognosi può esserne indipendente. L'unica eccezione riguarda i casi di sospetto di metastasi, che vanno affrontati come i casi NSE.*

*Per quanto riguarda il problema dell'intervallo utile, prima di tutto occorre considerare la tipologia di diagnosi posta nei ricoveri.*

*162.9, 235.7, 239.1, V71.1 sono diagnosi che indicano una valutazione di sospetto o di diagnosi clinica di neoplasia polmonare. Se confermati nel tempo, o c'è evoluzione nella diagnosi per immagini nonostante la terapia antibiotica instaurata, il caso va riferito alla prima diagnosi.*

*Se i ricoveri successivi sono riferiti a patologia respiratoria di altra natura (specie se con continuità) o gli accertamenti per immagini denotano una stabilità o regressione della lesione in assenza di terapia oncologica, l'indicazione è quella di non considerare il caso come valido. Ciò non esclude che il soggetto possa avere successivamente un tumore, in quanto una storia di una patologia respiratoria cronica è spesso presente nelle neoplasie polmonari (correlazione al fumo).*

**CASO N 7 NSE**  
MASCHIO 75 ANNI

RICOVERI

1 )18.1.01 COD 7856 (INGROSSAMENTO LINFONODI)

2) 14.2.01 COD 200.0

TAC TORACE E ADDOME NEGATIVE. BIOPSIA OSSEA NELLA NORMA.

ISTOLOGIA 28.3.01

REVISIONE PREPARATI ISTOLOGICI RELATIVI A BIOPSIA DI LINFONODO INGUINALE SINISTRO. ADENOPATIE INGUINALI BILATERALI E MICROADENOPATIE ASCELLARI.

PERVENGONO VETRINI ISTOLOGICI COLORATI, ALLESTIMENTI IMMUNOISTOCHEMICI E SEZIONI IN BIANCO

MICRO

SI ESAMINA SEZIONE DI VOLUMINOSO LINFONODO CON ARCHITETTURA CONSERVATA ALLA PERIFERIA E OFFUSCATA IN AMPIA AREA CENTRALE OVE CAMPI DIFFUSI SOLCATI DA UNA RICCA TRAMA DI VENULE ANASTOMIZZATE SONO POPOLATI DA PICCOLI LINFOCITI FRAMMISTI A NUMEROSE PLASMACELLE, IMMUNOBLASTI IN DISCRETO NUMERO E CELLULE DI MEDIA DIMENSIONE ISOLATE O RACCOLTE IN PICCOLI GRUPPI.

I PREPARATI IMMUNOISTOCHEMICI ACCLUSI E LE ULTERIORI COLORAZIONI ALLESTITE NEL NOSTRO LABORATORIO DOCUMENTANO LA PREVALENZA DI ELEMENTI T RAPPRESENTATI ANCHE DALLA COMPONENTE DI MEDIE CELLULE DESCRITTA E LA DISTRIBUZIONE DEGLI ELEMENTI B CD20 IN FOLLICOLI E IN VOLUMINOSE CELLULE ISOLATE. SOSTANZIALE ASSENZA DI CELLULE RETICOLARI DENDRITICHE CD21 POSITIVE NEI TERRITORI DIFFUSI. LA RICCA COMPONENTE DI PLASMACELLE CD138 POSITIVE E' RISULTATA CLONALMENTE RISTRETTE (K/LAMBDA = 10:1).

L'ATTIVITA' PROLIFERATIVA NEI TERRITORI DIFFUSI E' MODERATA (MIB1= 20%).

DIAGNOSI

LINFOADENOPATIA ANGIOIMMUNOBLASTICA.

La impossibilita' di eseguire indagini molecolari non consente un giudizio di certezza circa la natura linfomatosa T della lesione. Lo sbilanciamento clonale delle plasmacellule potrebbe preludere alla trasformazione in linfoma di linea B.

***Il caso presenta una SDO positiva ma un giudizio diagnostico non conclusivo sulla natura linfomatosa T.***

***Con il codice 9705/3 si identifica il Linfoma angioimmunoblastico a cellule T, che comprende anche l'AILD (Angioimmunoblastic Lymphadenopathy with Disproteinemia – termine Obsoleto) oggi denominato "Linfoma periferico a cellule T, AILD".***

***Al di là degli eventuali codici riportati, il caso non è ancora certo sia per la definizione adottata che per il giudizio conclusivo.***

***Il caso è da considerare NSE non tanto per la documentazione povera ma per l'incertezza diagnostica (potrebbe non essere un linfoma).***

***In effetti il paziente non ha altri istologici e ricoveri, e non è ancora deceduto.***

**CASO N.9 NSE**

**MASCHIO DI 89 ANNI**

CANCRO DEL COLON NEL 1982, POI NESSUNA NOTIZIA FINO AL RICOVERO DEL 16.6.2001

NEL CORSO DEL RICOVERO DI RILEVANTE C'E' SOLO UN'ECOGRAFIA ECO: LA MASSA PALPABILE IN SEDE INGUINALE CORRISPONDE A STRUTTURA DISOMOGENEA E IPOECOIGENA IN PARTE A CONTENUTO LIQUIDO CON CALCIFICAZIONE E SEGNI DI VASCOLARIZZAZIONE INTRALESIONALE.

REPERTO ASCRIVIBILE IN PRIMA IPOTESI A LESIONE TESTICOLARE DESTRA SOSPETTA NEOPLASTICA (TERATOCARCINOMA)?

NESSUN ALTRO ACCERTAMENTO PERCHE' IL RICOVERO SI CONCENTRA SULLA CONCOMITANTE PATOLOGIA CARDIOVASCOLARE (CARDIOPATIA ISCHEMICA, FIBRILLAZIONE ATRIALE E ICTUS CEREBRALE)

DIMESSO CON 186

MUORE IL 31.8.01 CON 4292 (MALATTIA CARDIOVASCOLARE)

***Il caso presenta una SDO positiva ma un giudizio diagnostico non conclusivo sulla lesione testicolare.***

***Al di là degli eventuali codici riportati, il caso non è ancora certo sia per la definizione adottata "sospetto" che per il giudizio conclusivo non pervenuto in quanto non ulteriormente indagato. Il caso è da considerare NSE per la documentazione povera (il testicolo è sede facilmente biopsiabile ed esplorabile) e per l'incertezza diagnostica. In effetti il paziente non ha altri istologici e ricoveri, e decede con causa non tumorale, per cui andrà eliminato.***



## **CASO 10     DCO**

**Maschio nato nel 1909, deceduto nel 2002**

### **1.o ricovero utile 22.8.2001 Dermatologia**

Asportazione di lesione cutanea alla fronte

Istologia: Melanoma maligno nodulare a cellule epitelioidi.

Spessore 5 mm sec Clark. Livello 5 di Clark. 3 mitosi per 10 HPF

Il paziente decede nel 2002 per 162.9 > classificato come DCI

Trace-back:

Scheda ISTAT : eteroplasia polmonare da 3 anni (le regole ICD-9 impongono per il polmone la codifica come 162.9 anche se la neoplasia non è specificata come maligna )

Lentigo maligna volto

Il paziente ha avuto diversi ricoveri nel 1999 e 2000, tutti con SDO di Broncopneumopatia cronica ostruttiva.

Vi sono diversi citologici su escreato e una broncoscopia con biopsia negativi in tali ricoveri.

Quadri radiologici non dirimenti in tali anni; Rx torace 29/1/2002: diffusi addensamenti acinariformi in parte confluenti, soprattutto in campo medio dx.

Il paziente è deceduto nella casa di riposo in cui era ospite, ed il medico che ha rilasciato l'ISTAT è deceduto poco dopo.

**La neoplasia melanomatosa presenta un problema di codici morfologici. La forma nodulare ha codice morfologico M-8721/3, mentre quella a cellule epitelioidi ha codice più alto (M-8771/3). Ordinariamente la definizione di nodulare si riferisce alla modalità di accrescimento, ed è più specifica dal punto di vista morfologico il fatto che sia a cellule epitelioidi, spesso associata a cellule fusate; in questi casi infatti l'aggressività è denotata specificatamente dal numero di mitosi. Tuttavia abbiamo la possibilità di stadiare la malattia.**

**Per quanto riguarda il polmone, il trace-back non ha dato riscontri positivi, ma neppure del tutto negativi: il sospetto clinico c'era, ma l'età e lo status di istituzionalizzato hanno comportato il non insistere con gli accertamenti. Le domande da porsi sono le seguenti:**

- **esisteva una neoplasia polmonare maligna? La risposta è orientata verso il sì, stante l'attribuzione come causa di morte. La denegazione della causa di morte equivale alla denegazione della clinica, sempre vietata al registratore**
- **ma se maligna, poteva essere secondaria al melanoma? L'impossibilità di avere informazioni dal medico curante, l'assenza di dati clinici e radiologici dirimenti sul polmone, e l'assenza di informazioni sul momento della comparsa della lesione cutanea ( poteva essere insorta ben prima del momento dell'asportazione ), non consentono di risolvere il problema.**

**La neoplasia polmonare viene quindi registrata come DCO. Come data di incidenza viene attribuita quella del decesso.**

<b>ICDO-1</b>			<b>ICDO-2</b>			<b>ICDO-3</b>	
<b>162.9</b>	<b>162.9</b>	<b>9990/3</b>	<b>C34.9</b>	<b>C34.9</b>	<b>8000/3</b>	<b>C34.9</b>	<b>8000/3</b>
<b>172.3</b>	<b>173.3</b>	<b>8771/3</b>	<b>C43.3</b>	<b>C44.3</b>	<b>8771/3</b>	<b>C44.3</b>	<b>8771/3</b>

## **CASO 9 Incidenza per residenza**

Maschio nato nel 1992, cittadinanza straniera, vivente e tuttora residente

### **1.o ricovero in paese extraCEE 7/12/1995**

Viene posta diagnosi di Leucemia linfatica acuta L1, con presenza di blasti per il 76 % della cellularità midollare. Trattato con HDMTX, poi seguito da Ematologia Italiana.

Residenza italiana acquisita dal 05/1996

Informazioni cliniche acquisite con il flusso SDO del 1998.

*Il caso viene proposto, più che i problemi di classificazione, per il problema metodologico sotteso. Se la residenza fosse stata assunta nel 1995 , vi possono essere più logiche di scelta:*

- *il caso viene inserito come “non residente alla diagnosi”, perché in effetti è tale, anche se poi lo ritroveremo con i ricoveri successivi*
- *il caso viene inserito come “prevalente”, perché al momento della residenza è tale*
- *il caso viene inserito come “incidente”, perché in quell’anno il paziente è comunque residente. Tale approccio ha il suo razionale nel fatto che egli rientra nel denominatore della popolazione di quell’anno.*

*Inoltre, poiché il 1995 era compreso nel periodo di report di Cancer Incidence antecedente a quando è stato reperito, e quindi il caso non era incluso in tale report, dovrebbe essere usata la definizione di “Missing” per i casi incidenti raccolti successivamente al report ufficiale. (solo IARC o anche AIRT?) Probabilmente i diversi registri si comportano in maniera differente, e ciò può essere critico per una patologia rara, in cui un singolo caso sposta i tassi in maniera rilevante, e nelle età infantili.*

*Questo problema è cruciale almeno nei seguenti casi:*

- *presenza di aree ad elevato turn-over di residenza con l’estero ( ad esempio comunità numericamente rilevanti, con rischi oncologici particolari, come nel caso di estremo-orientali)*
- *pazienti istituzionalizzati (Cottolengo, RSA, etc.)*
- *presenza di strutture militari e similari*

*Nel ns. registro il caso è stato catalogato come “non residente alla diagnosi”, definizione usata per i casi insorti in anni precedenti in soggetti allora non residenti, mentre si adottano le definizioni di “prevalente” per i casi insorti in anni precedenti in soggetti già residenti, di “incidente” per i casi insorti in soggetti che abbiano avuto residenza in qualsiasi periodo dell’anno, e di “missing” per i casi incidenti raccolti successivamente al periodo di report ufficiale IARC.*

*Il problema può essere risolto o con una chiara esplicitazione del criterio, o con una regola comune.*

*Dal punto di vista della codificazione, per la LLA vi è comunque un cambio di codice nella 3.a edizione, e l’ inserimento nella diagnosi della specifica classificazione FAB L1 o L2 non cambia il quadro, a differenza di ciò che avviene per le L3, ricondotte alla Leucemia a cellule di Burkitt*

	ICDO-1			ICDO-2			ICDO-3
204.0	169.1	9821/3	C91.0	C42.1	9821/3	C42.1	9835/3

## **CASO 10 – INCIDENZA O RECIDIVA**

Maschio di anni 65.

A seguito di indagini effettua Gastrectomia parziale il 4/3/2003 in ricovero con SDO 211.1

AP . Lesione a partenza dalla sierosa gastrica, del diametro massimo di 10 cm, apparentemente capsulata.

Quadro di leiomioma cellulato con aree epitelioi (GIST a basso grado). 2 mitosi/10 HPF, non atipie, non infiltrazione della mucosa gastrica. Parete gastrica non infiltrata nel recoupe di allargamento.

Morfologia attribuita 8892.1 (leiomioma cellulato)

Viene registrato prima come leiomioma cellulato 8892.0 (.1 in ICD-O-1) poi corretto in GIST NAS e non entra in incidenza.

In data 4.1.2007 ECT di follow-up: in sede ipogastrica dx alla biforcazione dei vasi iliaci, lesione solida ipoecogena/anecogena, vascolarizzata di 6x5 cm di verosimile origine dal mesentere.

17.1.2007 TAC: multiple recidive patologiche nodulari tra 10 mm (legamento falciforme, adipe adiacente a 4.o e 6.o segmento epatico, in sede mediana paraombelicale) e 57 mm (indissociabil3 da profilo anteriore grande curva gastrica, al tratto prossimale del colon discendente, nel mesentere, nella fascia trasversale dell'addome, nel muscolo retto addominale di dx paraombelicale, nell'adipe adiacente al cieco e al tratto distale del sigma, senza adenopatie.

Non esami anatomopatologici.

Viene sottoposto a terapia con Glivec e poi, per PD, con Sutent50

Decede nel 2008 per neoplasia gastrica con mts peritoneali.

**Il caso è particolare e rientra nel capitolo “gestione delle recidive”, in quello delle SDO con codici benigni, ed in quello del cambiamento di comportamento tra ICD-O-1, 2 e 3.**

**Se il primo evento fosse stato maligno, sarebbe una recidiva e andrebbe solo annotato.**

**Tuttavia abbiamo**

- **un grande intervallo temporale dopo un intervento demolitivo**
- **un istologico originario che garantisce sulla non aggressività della lesione originaria**
- **l’assenza peraltro di conferme istologiche sulla malattia, ma un trattamento chemioterapico comunque orientato.**

**Non si tratta quindi né di un errore o sottovalutazione originaria, ma neppure dovrebbe essere definita come una nuova malattia (così ritiene il clinico).**

**In questo caso le opzioni sono comunque 2:**

- **cambiare il codice di comportamento del GIST gastrico originario, mantenendo la data di incidenza**
- **registrare un nuovo caso con data di incidenza 4.1.2007 come GIST maligno a partenza gastrica.**

**La seconda soluzione mi pare ragionevole in quanto terapia e sopravvivenza sono correlati al quadro; tuttavia manca una morfologia documentata.**

**La relazione temporale**

<b>C16 8936.1 (gruppo 16)</b>	<b>4.3.2003 oppure</b>	<b>C16 8892.0 (gruppo 6)</b>
<b>C16 8000.3 (gruppo 17)</b>	<b>4.1.2007</b>	

**Poiché il gruppo 17- o il gruppo 6- è non diverso dal 16 ai fini dell’applicazione dei tumori multipli, si può seguire l’approccio di confermare la morfologia ed attribuire comportamento /3 al secondo tumore che diventa comunque incidente.**

**La diagnosi di sede comunque si perfeziona con l’ISTAT.**

**Ancora, nelle serie storiche prima degli anni 2000 la nosologia GIST non esisteva e veniva indicata e codificata come leiomioma cellulato; con ICD-O-2 il leiomioma cellulato passa a /0, ma se tale formulazione è riferita all’apparato gastroenterico, non essendoci voce specifica, si mantiene 8892.1; solo con ICD-O-3 si passa a codice specifico in gruppo diverso (da neoplasie miomatose a neoplasie complesse miste e stremali) .**