

**Maschio di 79 anni**

**Ricovero 21.10.1999 per patologia polmonare sospetta ed esegue:**

***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.”

***RMN 4.11.1999:*** “Il processo espansivo segnalato è extraassiale, riferibile a meningioma.”

***2.11.1999 Scintigrafia ossea*** total-body negativa per lesioni ripetitive

***Rx torace*** “Non falde di pnx. Invariato nei confronti del precedente controllo.”(controllo ambulatoriale non disponibile)

***Biopsia bronchiale*** “Mucosa bronchiale disepitelizzata, con blanda flogosi cronica del corion”

***Agoaspirato bronco*** “Campione ematico comprendente rare cellule bronchiali normali.”

***Lavaggio bronchiale*** “Reperto riferibile a processo flogistico”

***Biopsia segmento basale polmone*** “Minutissimi frammenti tissutali”

***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**

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

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

Dimissione con 225.2 (tumore benigno meningi cerebrali) e 162.9

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**

**Quesiti:**

- 1) C'è la neoplasia polmonare?**
- 2) Che lesione è quella encefalica?**

## **Quesiti:**

### **1) C'è la neoplasia polmonare?**

*Il primo problema è se c'è la neoplasia polmonare. Elementi 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 neoformazione 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.*

**Quesiti:**

- 1) C'è la neoplasia polmonare?**
- 2) Che lesione è quella encefalica?**

*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.*

**Quesiti:**

**Che lesione è quella encefalica?**

***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 dimissione 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 9530/0.***

***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.***

## **NOTA BENE sui Codici ICD9cm e le sequenze di ricovero**

*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).*