

Retningslinjer for ICD-10-koding av ondartede svulster og svulster av usikkert malignitetspotensial

Forfatter:

Glen Thorsen

Dato:

12. juli 2006

Reglene i ICD-10 for koding av avanserte stadier av ondartet svulst (metastaser, innvekst i naboorganer eller –strukturer og lokalresidiv) er til dels uklare, og har vært tolket noe forskjellig i forskjellige land. Etter ønske fra det onkologiske fagmiljø i Norge om endring av gjeldende nasjonale koderegler har en arbeidsgruppe oppnevnt av Sosial- og helsedirektoratet utredet disse spørsmålene og forelått endringer i nasjonale retningslinjer for ICD-10-koding på dette området. Nedenstående retningslinjer er resultat av dette arbeidet. Retningslinjer fra kapittelmerkene til kapittel II i ICD-10 som det ikke har vært problemer med har ikke vært behandlet i arbeidsgruppen, men er for fullstendighets skyld tatt med.

Retningslinjene er godkjent av Sosial- og helsedirektoratet.

1 Arbeidsgruppens sammensetning

Gruppen har vært ledet av Leidulf Segadal og foruten ham bestått av en representant fra kreftavdelingen ved ett universitetssykehus for hver helseregion: Hilde Heen-Sommer, Anne-Birgitte Jacobsen, Olav Mella, Steinar Lundgren og Jan Norum, med KITH, representert ved Glen Thorsen, som sekretariat.

2 Innledning

Denne veiledningen omfatter følgende temaer:

- Koding av primærsvulst med direkte innvekst i strukturer utenfor origo og av lokalresidiv
- Koding av metastaser med og uten persisterende primærsvulst
- Bruk av koder for svulster med ukjent eller usikkert malignitetspotensial.

På enkelte områder er retningslinjene i originalmaterialet (ICD-10 bind II og veiledning under overskriften til kapittel II i bind I) uklare og kan fortolkes på ulike måter.

Når så er tilfelle, og tolkningene internasjonalt er forskjellige, må det velges en fortolkning som passer best til våre nasjonale formål, selv om den kan avvike fra tidligere norske regler som er høygradig bokstavtro i forhold til originalen.

Dette gjelder for eksempel metastasekoding.

Men når ICD-10 har klare, entydige retningslinjer, som ikke er gjenstand for ulik tolkning internasjonalt, skal det tungtveiende grunner til for å fravike dem.

Et eksempel på dette: Bestemmelsen om at tidligere bortoperert primærsvulst ikke skal kodes, men kan refereres med en Z85-kode.

3 Koding av lokalresidiv, primærsvulst med direkte innvekst i naboorgan eller –strukturer og av svulst med overlappende utbredelse

Ut fra vanlig språkforståelse i nordiske språk er det naturlig å betrakte både direkte infiltrasjon i naboorgan eller –strukturer og lokalresidiv som sekundære manifestasjoner av ondartet svulst. Disse manifestasjonene har klinisk betydning som kunne gjøre det ønskelig å kode dem forskjellig fra primærsvulst uten slike sekundære manifestasjoner. De ville i så fall måtte kodes som metastaser (sekundær svulst), og ville ikke kunne skilles fra metastaser på annen måte enn eventuelt ved lokalisasjonen.

Siden den engelske originalteksten overhodet ikke nevner metastaser, kun ”secondary malignant neoplasm”, har spørsmålet vært reist om oversettelsen til svensk, dansk og norsk er innsnevrende i forhold til originalen. Dette er nå undersøkt internasjonalt, og det viser seg at ”secondary” i denne forbindelse i ICD-10 utelukkende sikter til metastaser. Den norske oversettelsen er således helt korrekt i forhold til originalens meningsinnhold.

Det betyr at de to nevnte manifestasjonene bare kan kodes som primær ondartet svulst.

3.1 Lokalresidiv

Lokalresidiv etter tidligere fjernet primærsvulst kan som nevnt bare kodes som primærsvulst.

Det i visse tilfelle være vanskelig å avgjøre om det dreier seg om lokalresidiv eller metastase, for eksempel når en svulst med samme morfologi som primærsvulsten tilkommer i eller ved arret etter fjernelse av mamma ved brystkreft. Men dette problemet kan kodeverket ikke løse, det er et spørsmål om klinisk og patologisk anatomisk bedømmelse.

3.2 Direkte innvekst

Også direkte innvekst i nabostruktur eller –organ kodes bare som primærsvulst.

Hvis primærsvulstens lokalisasjon er sikker eller overveiende sannsynlig, kodes som ved direkte innvekst, men i visse tilfelle kan det ikke avgjøres med noen grad av sikkerhet hvor svulsten er oppstått. For dette formål har ICD-10 firetegnskategorier for overlappende utbredelse av svulsten.

3.3 Overlappende utbredelse

I merknader under kapitteloverskriften til kapitel II er følgende oppført: ”En svulst med utbredelse over to eller flere tilstøtende regioner innenfor en tretegnskategori, og med

utgangspunkt som ikke kan henføres til noen av disse regionene, skal tilordnes underkategori.8 ("overlappende svulst") med mindre kombinasjonen av lokalisasjoner er angitt annet sted." I merknaden finnes en ufullstendig liste over slike firetegnskategorier, som her er komplettert:

- C00.8 Ondartet overlappende svulst i leppe
- C02.8 Ondartet overlappende svulst i tunge
- C04.8 Ondartet overlappende svulst i munn-gulv
- C05.8 Ondartet overlappende svulst i gane
- C06.8 Ondartet overlappende svulst i andre og uspesifiserte deler av munn
- C08.8 Ondartet overlappende svulst i store spyttkjertler
- C09.8 Ondartet overlappende svulst i mandel
- C10.8 Ondartet overlappende svulst i oropharynx
- C11.8 Ondartet overlappende svulst i nasopharynx
- C13.8 Ondartet overlappende svulst i hypopharynx
- C14.8 Ondartet overlappende svulst i leppe, munnhule og svelg
- C15.8 Ondartet overlappende svulst i spiserør
- C16.8 Ondartet overlappende svulst i magesekk
- C17.8 Ondartet overlappende svulst i tynntarm
- C18.8 Ondartet overlappende svulst i tykktarm
- C21.8 Ondartet overlappende svulst i endetarm, endetarmsåpning og analkanal
- C24.8 Ondartet overlappende svulst i galleveier
- C25.8 Ondartet overlappende svulst i bukspyttkjertel
- C26.8 Ondartet overlappende svulst i fordøyelsessystemet
- C31.8 Ondartet overlappende svulst i bihuler
- C32.8 Ondartet overlappende svulst i strupe
- C34.8 Ondartet overlappende svulst i bronkie eller lunge
- C38.8 Ondartet overlappende svulst i hjerte, mediastinum og brysthinne
- C39.8 Ondartet overlappende svulst i åndedretsorganer og intratorakale organer
- C40.8 Ondartet overlappende svulst i knokler og leddbrusk i ekstremiteter
- C41.8 Ondartet overlappende svulst i knokler og leddbrusk
- C43.8 Overlappende malignt melanom i hud
- C44.8 Ondartet overlappende svulst i hud
- C47.8 Ondartet overlappende svulst i perifere nerver og det autonome nervesystem
- C48.8 Ondartet overlappende svulst i retroperitoneum og bukhinne
- C49.8 Ondartet overlappende svulst i bindevev og bløtvev
- C50.8 Ondartet overlappende svulst i bryst
- C51.8 Ondartet overlappende svulst i ytre kvinnelige kjønnsorganer
- C53.8 Ondartet overlappende svulst i livmorhals
- C54.8 Ondartet overlappende svulst i livmorlegeme
- C57.8 Ondartet overlappende svulst i kvinnelige kjønnsorganer
- C60.8 Ondartet overlappende svulst i penis
- C63.8 Ondartet overlappende svulst i mannlige kjønnsorganer
- C67.8 Ondartet overlappende svulst i urinblære
- C68.8 Ondartet overlappende svulst i urinveisorganer
- C69.8 Ondartet overlappende svulst i øyet og øyets adneksstrukturer
- C71.8 Ondartet overlappende svulst i hjerne
- C72.8 Ondartet overlappende svulst i hjerne og andre deler av sentralnervesystemet
- C76.8 Ondartet overlappende svulst med annet og ufullstendig angitt utgangspunkt

Overlappingskategoriene finnes på to nivåer:

1. Mellom ulike deler av samme organ
2. Mellom ulike organer i samme organsystem

Som eksempel på det siste kan nevnes et lite differensiert adenokarsinom utbredt til nedre del av spiserøret og øvre del av magesekken, hvor det klinisk eller morfologisk ikke lar seg avgjøre hvor svulsten oppsto. I et slikt tilfelle er koden:

C26.8 Overlappende svulst i fordøyelsessystemet.

NB! Forutsetningen for å kode for overlappende svulstvekst mellom organer er at utgangspunktet ikke er kjent.

Således skal vanligvis en svulst som er utbredt til magesekk og tynntarm kodes som ondartet svulst i magesekk, fordi man sjelden vil være i tvil om at utgangspunktet er magesekken. Sannsynligvis vil den ha overlappende utbredelse i magesekken, i så fall:

C16.8 Overlappende svulst i magesekk

Hvis det er overlappende svulstvekst i organer som tilhører forskjellige organsystemer, finnes ingen slik.8-kode. Man er da henvist til mer uspesifikk koding basert på topografi. For eksempel blir kodingen ved en svulst som er utbredt i livmor og endetarm, uten at utgangspunktet kan identifiseres følgende:

C76.3 Ondartet svulst i bekken med annet og ufullstendig angitt utgangspunkt

4 Koding ved metastaser

Bestemmelsene om metastasekoding ble endret fra ICD-9 til ICD-10, ved at metastaser etter fjernelse av primærsvulst kodes etter metastasenes lokalisasjon, ikke etter primærsvulsten. Den tidligere primær kan da angis ved en kode fra tretegensgruppen Z85.

Det gir en mulighet for spesifisering av primærsvulsten i slike tilfelle som fra et klinisk ståsted er høyst utilfredsstillende. Det viser seg også at denne regelen forstås og praktiseres ulikt i forskjellige land, slik at hensynet til en enhetlig kodepraksis internasjonalt ikke veier tungt i dette tilfelle. Det kan derfor fastsettes retningslinjer som bedre passer til nasjonale behov.

4.1 Persisterende primærsvulst med metastaser

Ved persisterende primærsvulst kodes den som hovedtilstand, og i tillegg (som koder for annen tilstand) kodes metastaser i de lokalisasjoner de forekommer, og som er gjenstand for undersøkelse, vurdering eller behandling ved det kontaktilfelle (innleggelse, dagbehandling, poliklinisk konsultasjon) som kodingen gjelder.

4.2 Metastaser som oppdages etter avsluttet primærbehandling eller under pågående adjuvant behandling

Her velges kode for den lokalisasjon av metastaser som er viktigst for det aktuelle kontaktilfelle som hovedtilstand. Kode for primærsvulsten samt koder for eventuelle andre relevante lokalisasjoner av metastaser velges som andre tilstander.

5 Adjuvant behandling, etterundersøkelser og etterbehandling

5.1 Adjuvant behandling

På den tid ICD-10 ble utviklet, var det rådende synspunkt at når en ondartet svulst var fjernet (ved operasjon, strålebehandling eller annen behandling med radikal intensjon) var primærbehandlingen avsluttet og eventuell adjuvant behandling ble betraktet som etterbehandling.

Etter moderne onkologisk forståelse betraktes kreftsykdom mer som en systemsykdom, hvor behandling av sannsynlig, mistenkt eller mulig spredning inngår i primærbehandlingen, selv om ingen spredning er konkret påvist.

Slik *adjuvant behandling* kan ved noen svulstformer pågå i lang tid. For tiden vedvarer adjuvant behandling av noen pasientgrupper med brystkreft i fem år etter operasjon med radikal intensjon. Det er umulig å finne noen naturlig tidsgrense som skille mellom primær behandling og etterbehandling.

Av denne grunn skal i hovedsak kontaktilfelle med adjuvant behandling som formål kodes som primærsvulsten, eventuelt med tillegg av koder for metastaser som ble fjernet sammen med den.

Unntak fra denne regelen er fastsatt av Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) for poliklinisk behandling, dagbehandling og innleggelse med kjemoterapi som hovedformål, med mindre enn tre liggedager. Det er her innført underinndeling av Z51.1 med femte tegn som hovedtilstand etter nærmere definerte kjemoterapeutikakurer basert på medikamentkostnader, og med koden for primærsvulsten som annen tilstand. Bestemmelsen gjelder uavhengig av om det dreier seg om adjuvant, kurativ eller palliativ behandling. Hvilke kurer gruppene omfatter revideres ved behov. For detaljer henvises til HODs årlige publikasjon "Informasjonshefte om Innsatsstyrt finansiering".

5.2 Koding ved etterundersøkelser og etterbehandling

Ved *etterundersøkelser* som ledd i rutineopplegg, uten at det gjelder nye symptomer eller kliniske problemstillinger, brukes som hovedtilstand en firetegnkode fra gruppen:

Z08 Etterundersøkelse etter behandling for ondartet svulst

Disse kodene inkluderer medisinsk overvåking etter behandling, og kan også brukes hvis pasienten er overflyttet fra et annet sykehus hvor behandlingen ble gitt, og overflyttingen bare gjelder rutinemessig overvåking. Undersøkelser hvor det samtidig gis behandling, eller som gjelder nye symptomer eller kliniske problemstillinger kodes ikke som etterundersøkelse.

Ved *etterbehandling* menes i denne forbindelse behandling som er nødvendig som konsekvens av den primære behandlingen, og som er vanlig eller påregnelig. Det gjelder altså ikke *komplikasjoner* til primærbehandlingen, og heller ikke ved påvist eller mistenkt utvikling av primær sykdommen.

Adjuvant behandling regnes i kodesammenheng som del av primærbehandlingen, selv om den fortsetter i lang tid etter den øvrige primærbehandling. Men etterbehandling, som i eksemplene nedenfor, kan forekomme under forløpet av et adjuvant behandlingsopplegg. Hvis innleggelse eller konsultasjon gjelder begge deler, kodes den av dem som bedømmes som viktigst for kontaktilfellet som hovedtilstand og den andre som annen tilstand.

Etterbehandlingskoder skal ikke brukes når det gjelder behandling av lokalresidiv etter fjernet svulst eller tilkomne metastaser, men kan være aktuell etter behandling av slike manifestasjoner av svulstsykdommen.

Eksempler på koder som er aktuelle ved annen etterbehandling:

- Z44.0 Tilpasning og justering av kunstig arm (hel/del)
- Z44.1 Tilpasning og justering av kunstig ben (helt/del)
- Z44.2 Tilpasning og justering av kunstig øye
- Z44.3 Tilpasning og justering av utvendig protese for bryst (*mamma*)
- Z44.8 Tilpasning og justering av annen spesifisert utvendig protese
- Z44.9 Tilpasning og justering av uspesifisert utvendig protese
- Z45.1 Justering og kontroll av infusjonspumpe
- Z45.2 Justering og kontroll av hjelpemiddel for tilgang til blodkar
- Z45.3 Justering og kontroll av implantert hjelpemiddel for hørsel
- Z45.8 Justering og kontroll av annet spesifisert implantert hjelpemiddel
- Z46.5 Tilpasning og justering av ileostomi, kolostomi og annen avlastning for tarmkanal
- Z46.6 Tilpasning og justering av hjelpemiddel ved urinveis- og inkontinensproblemer
- Z48.0 Ettersyn av operasjonsbandasjer og suturer
- Z48.8 Annen spesifisert etterbehandling etter operasjon

Av ovennevnte koder brukes Z46.5-6, som i hovedsak gjelder gastrointestinale og urologiske stomier, ved rutinemessig tilpasning og justering. For funksjonssvikt og komplikasjoner ved stomier og ved nedlegging av dem kodes med firetegnskode fra:

- Z43 Kontakt med helsetjenesten for ettersyn av kunstige åpninger

For etterbehandling som omfatter plastisk kirurgi brukes firetegnskoder fra:

- Z42 Kontakt med helsetjenesten for etterbehandling som omfatter plastisk kirurgi

Ved både etterundersøkelser og etterbehandling kan det – i likhet med ved tilkomne metastaser – tilleggskodes for primærsvulsten, selv om den tidligere er fjernet.

Vedrørende særskilt koding ved poliklinikk og korttidsopphold for kjemoterapi vises det til siste avsnitt i foregående punkt om adjuvant behandling.

6 Koding av svulsters patologisk anatomiske diagnoser (ikke obligatorisk)

De fleste svulster i kapittel II er klassifisert etter godartet/ondartet vekstmåte, dernest etter topografi, altså etter hvor i kroppen de manifesterer seg. Unntak fra dette er ondartede svulster i lymfoid, hematopoetisk eller beslektet vev (inklusive leukemier), som er klassifisert etter morfologi, ikke topografi.

For enheter som har behov for registrering av morfologi eller topografi som ikke kan registreres med ICD-10-koder, tillater ICD-10 at dette gjøres med morfologi- og/eller topografikoder fra ICD-O¹, som er WHO's klassifikasjon av patologisk anatomiske svulstdiagnoser. I Norge bruker de patologisk anatomiske avdelinger Den norske SNOMED, som for svulstkoding stort sett er sammenfallende med ICD-O, med unntak av lymfomkodene. I boken er det satt inn til slutt en liste over ICD-O morfologikoder, og det finnes henvisning til ICD-O morfologikoder under kapitteloverskriften til kapittel II.

Hvis man ønsker å registrere SNOMED-koder, skal de være registrert ved patologisk anatomisk avdeling og man vil man finne dem på svarskjemaet eller få dem oppgitt derfra.

Der ICD-10-boken omtaler malignitetsgradering etter siste siffer i ICD-O-koden, er denne oppgitt som et siffer med en skråstrek foran (f. eks. /1). Disse svarer helt til siste siffer i SNOMED morfologikodene for svulster, men SNOMED-kodene er uten skråstrek.

6.1 Svulster med ukjent eller usikkert malignitetspotensial

Dette er det område innenfor svulstkoding som hittil regelmessig har vært misforstått og feilaktig anvendt i Norge.

Hovedkategoriene innenfor kapittel II (med tilhørende tretegnsgupper) er:

Ondartede svulster (C00-C97)

In situ (preinvasive) svulster (D00-D09)

Godartede svulster (D10-D36)

Svulster med usikkert eller ukjent malignitetspotensial (D37-D48)

Inndelingen bygger på svulstenes morfologi. For de tre første gruppene forårsaker dette få problemer. Som regel vil man før patologisk anatomisk diagnose foreligger ha rimelig gode holdepunkter for om en svulst er god- eller ondartet. Og for preinvasive svulster er det innlysende at den kategoriseringen vanligvis ikke kan gjøres pålitelig uten patologisk anatomisk diagnose.

Det er hovedkategorien *Svulster med usikkert eller ukjent malignitetspotensial* som i stor utstrekning misforstås, ved at den feilaktig anvendes når patologisk anatomisk diagnose ikke foreligger, særlig når biopsi- eller operasjonspreparat er sendt inn, men svar ikke er kommet enda.

¹ International Classification of Diseases for Oncology

Det er ikke dette som er meningsinnholdet i kategoriblokken (D37-D48). Denne koderekken gjelder svulster med en *morfologi* hvor malignitetspotensialet er ukjent eller hvor den morfologiske svulsttypen er kjent for noen ganger å utvikle seg ondartet, andre ganger godartet.

Dette gjelder morfologikoder som i ICD-O slutter på /1, slik det er angitt i ICD-10-boken. I Den norske SNOMED er siste siffer 1, uten noen skråstrek som skilletegn foran.

Man kan således ikke klassifisere en svulst til denne kategoriblokken uten at patologisk anatomisk diagnose foreligger, med mindre svulsten har makroskopisk eller klinisk gjenkjennelige særtrekk som sannsynliggjør at det er en svulsttype som man vet har ukjent eller usikkert malignitetspotensial.

Når man mangler eller venter på patologisk anatomisk diagnose, må man istedenfor gjøre som ellers ved diagnoser som er sannsynlige, men ikke sikkert bestemt: Man koder etter det man tror det er, og korrigerer hvis senere tilkommende informasjon fører til en revidert diagnose.

7 Svulster med funksjonell aktivitet

For svulster med funksjonell aktivitet kan en tilleggskode fra kapittel IV Endokrine sykdommer, ernærings sykdommer og metabolske forstyrrelser brukes for å angi den funksjonelle aktiviteten når den har klinisk betydning for det kontaktilfelle som kodes.

Dette gjelder i hovedsak svulster i endokrine organer eller utgående fra endokrint aktive celler i celler og vev som ikke regnes til det endokrine system. Det gjelder både godartede og ondartede svulster. Svulstkoden skal oppføres først.

For eksempel kan en karsinoid svulst i nedre del av tynntarmen med levermetastaser kodes slik:

C17.2 Ondartet svulst i ileum
C78.7 Metastase i lever
E34.0 Karsinoid syndrom

8 Ondartede svulster utgått fra ektopisk vev

Slike svulster skal kodes etter den lokalisasjonen vevet egentlig hører hjemme i. En ondartet svulst utgått fra ektopisk bukspyttkjertelvev kodes således slik:

C25.9 Ondartet svulst i uspesifisert del av bukspyttkjertel

Dette kan fortone seg som ulogisk når lokalisasjonen er kjent, men resonnementet er at kategorien for andre spesifiserte deler av bukspyttkjertel ikke kan brukes når lokalisasjonen er utenfor bukspyttkjertelen. Uspesifisert kan forklares ved at man ikke kan vite i hvilken del av bukspyttkjertelen det ektopiske vevet skulle ha hørt hjemme i.