

Dokumentasjon av variablene i Kreftregisterets data

De nedenstående variablene kan finnes flere ganger, da de inneholder informasjon om hvert enkelt sykdomstilfelle for de ulike pasientene.

Diagnosedato (dd.mm.åååå)

Dato og årstall for diagnosetidspunktet.

Som sykdommens *diagnosedato* regnes tidspunktet sykdommen ble bekreftet etter utredning. *Diagnosedato* er i databasen satt lik den tidligste av følgende datoer: Diagnosedato opplyst av kliniker på klinisk melding, dato for tidligste histologiske verifikasjon (dato for prøvetaking) og dødsdato.

DS (Diagnosens sikkerhet)

Informasjon om to forskjellige variabler: svulstens malignitetsgrad (malignitetspotensiale) og grad av sikkerhet svulstens utgangspunkt er bestemt med.

Kode	Definisjon
0	Det foreligger SVULST MED USIKKER MALIGNITET og USIKKER TOPOGRAFI
1	Det foreligger SVULST UTEN PÅVIST MALIGNITET og SIKKER TOPOGRAFI i. Det foreligger benign svulst og sikker topografi. Gjelder <i>sentralnervesystemet</i> og visse andre organer ii. Det foreligger atypi i epitel/carcinoma in situ og sikker topografi iii. Det foreligger usikker malignitetsgrad (usikkert benign/premalign/malign svulst) og sikker topografi
2	Det foreligger SVULST MED SIKKER MALIGNITET og USIKKER TOPOGRAFI (benyttes bare for solide svulster)
3	Det foreligger SVULST MED SIKKER MALIGNITET og SIKKER TOPOGRAFI
4	Der foreligger SVULST MED SIKKER MALIGNITET hos pasient som er registrert med premalign tilstand i samme organ mer enn fire hele måneder forut for diagnosemåneden til aktuelle krefttilfelle og SIKKER TOPOGRAFI
5	Det foreligger <i>KLINISK SIKKER KREFT</i> og SIKKER TOPOGRAFI
6	Det foreligger SOLID SVULST MED SIKKER MALIGNITET men USIKKERHET OMKRING SVULSTENS OPPHAV i følgende situasjoner i. Når det er usikkert om det foreligger METASTASE FRA ANNEN SVULST (TIDLIGERE ERKJENT ELLER IKKE) eller NY PRIMÆRSVULST

ii.	Når det foreligger <i>METASTASE</i> med opphav i <i>METASTASE</i> MED OPPHAV I ÉN AV TO ELLER FLERE TIDLIGERE REGISTRERTE PRIMÆRSVULSTER (uten at det vites fra hvilken) eller <i>METASTASE</i> MED OPPHAV I ANNEN ENNÅ IKKE ERKJENT PRIMÆRSVULST
7	Det foreligger <i>histologi/cytologi-melding</i> eller <i>dødsattest</i> om SVULST MED USIKKER MALIGNITETSGRAD (usikkert benign/premalign/malign svulst) og SIKKER TOPOGRAFI <i>før klinisk melding</i> er registrert

Lok Icd7

Informasjon om svulstens utgangspunkt kodet etter ICD-7 med noen modifikasjoner. Lok_ICD7 er i forskningsfilen angitt som en firesifret kode, der punktum mellom 3. og 4. siffer er fjernet.

For nærmere forklaring til kodene, se vedlegget «Lokalisasjon ICD 7.pdf».

Topografi

Informasjon om svulstens utgangspunkt, hovedsaklig kodet etter ICD-O (2. revisjon). Topografi er i forskningsfilen angitt som en tresifret kode, der punktum mellom 2. og 3. siffer er fjernet, samt første bokstav.

Referanse:

International Classification of Diseases of Oncology
Second Edition
World Health Organization
Geneva 1990
ISBN 92 4 154414 7

I tillegg finnes kodene:

- 42.7** - Leukemi (eller beslektet tilstand) er meldt, men TOPOGRAFI er uavklart.
- 77.6** - Malignt lymfom/leukemi utgått fra benmarg.
- 77.7** - Topografi foreløpig ubestemt (tilfredsstillende klinisk melding foreligger ikke). (Benyttes som purregrunnlag)

Topografi ICDO3

Informasjon om svulstens utgangspunkt kodet etter ICD-O (3. revisjon). Automatisk konvertert med utgangspunkt i Lok_ICD7 eller Topografi. Topografi_ICDO3 er i forskningsfilen angitt som en tresifret kode, der punktum mellom 2. og 3. siffer er fjernet, samt første bokstav.

Referanse:

International Classification of Diseases of Oncology
Third Edition
World Health Organization
Geneva 2000
ISBN 92 4 154534 8

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/96612/1/9789241548496_eng.pdf?ua=2

I tillegg finnes kodene:

42.7 - Leukemi (eller beslektet tilstand) er meldt, men TOPOGRAFI er uavklart.

77.6 - Malignt lymfom/leukemi utgått fra benmarg.

77.7 - Topografi foreløpig ubestemt (tilfredsstillende klinisk melding foreligger ikke).
(Benyttes som purregrunnlag.)

Hist MoTNaC

Svulsttype, eldre kodemåte av morfologi (til og med 1992).

Se «Hist_Motnac.pdf» for nærmere forklaring.

Morfologi

Svulsttype, for maligne tilstander kodes differensiering i 6. siffer (benyttet fra og med 1993). Hovedsakelig angitt som ICD-O (2. revisjon). Morfologi er i forskningsfilen angitt som en sekssifret kode, der </> mellom 4. og 5. siffer er fjernet, 6. siffer er differensieringsgrad.

Referanse:

International Classification of Diseases of Oncology

Second Edition

World Health Organization

Geneva 1990

ISBN 92 4 154414 7

I tillegg finnes det koder som er utviklet internt i Kreftregisteret, disse finnes i dokumentene «Interne KRG-koder.xls» og «Morfologi non-solide.xls».

Morfologi ICDO3

Svulsttype, for maligne tilstander kodes differensiering i 6. siffer. Automatisk konvertert med utgangspunkt i Hist_MoTNaC eller Morfologi. Hovedsakelig angitt som ICD-O (3. revisjon). Morfologi_ICDO3 er i forskningsfilen angitt som en sekssifret kode, der </> mellom 4. og 5. siffer er fjernet, 6. siffer er differensieringsgrad.

Referanse:

International Classification of Diseases of Oncology

Third Edition

World Health Organization

Geneva 2000

ISBN 92 4 154534 8

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/96612/1/9789241548496_eng.pdf?ua=2

I tillegg finnes kodene:

690099 – Mikroskopisk undersøkelse foretatt, men morfologi er ikke meldt

699999 – Mikroskopisk undersøkelse ikke foretatt, ukjent om mikroskopisk undersøkelse er foretatt

ICD10 gr

Informasjon om svulstens utgangspunkt. Konvertert med utgangspunkt i lokalisasjonskodene og morfologikodene, og angitt som ICD 10-gruppe.

Se Cancer in Norway for inndeling av ICD 10-gruppene.

www.kreftregisteret.no/no/Generelt/Publikasjoner/Cancer-in-Norway

Basis

Basis for diagnosen. Angir mest pålitelige diagnostiske metode som ligger til grunn for diagnosen.

Kode	Definisjon
00	Klinisk undersøkelse uten tilleggsundersøkelser <i>utenfor sykehus</i>
10	Klinisk undersøkelse uten tilleggsundersøkelser <i>i sykehus</i>
20	Bildediagnostikk (røntgen, UL, CT, MR)
22	Klinisk melding når det vites at det er gjort cytologisk undersøkelse av primærsvulst eller metastase som bekrefter diagnosen
23	Sykdomstilfelle generert på bakgrunn av stråleterapidata + pas.adm.data Sykdomstilfelle generert på bakgrunn av dødsattest + pas.adm.data
29	Prostata-spesifikt antigen (PSA) (basis for kreft i blærehalskjertel)
30	Biokjemisk undersøkelse, elektroforese
31	Endoskopisk undersøkelse (uansett organ, inkl. ERCP)
32	Cytologisk undersøkelse (inkl. celleblokk), punksjonscytologi, Frantzens biopsi fra primærsvulst
33	Blodutstryk (cytologisk undersøkelse av perifert blod under mikroskop)
34	Benmargsutstryk (benmargaspirat, sternalpunksjon, sternalmarg)
35	Spinalvæskeundersøkelse
36	Cytologisk undersøkelse av metastase
37	Cytologisk undersøkelse av lokalt residiv (tilbakefall av sykdommen i samme kroppsområde som primærsvulsten satt)
38	Cytologisk undersøkelse med immunfenotyping, immuncytokjemi eller cytogenetikk
39	Cytologisk undersøkelse, usikkert om fra primærsvulst eller metastase (Benyttes selv om cytologiske spesialundersøkelser er utført)
40	Operativt inngrep (eksplorativt eller terapeutisk) uten morfologisk undersøkelse
41	Obduksjon uten histologisk undersøkelse
45	Ploiditetsanalyse, flowcytometri eller billedanalyse [uten histologisk undersøkelse besvart på aktuelle remisse]
46	Hormonreceptoranalyse

47	Molekylærgenetisk undersøkelse, PCR
57	Histologisk undersøkelse av lokalt residiv (tilbakefall av sykdommen i samme kroppsområde som primærsvulsten satt)
60	Histologisk undersøkelse av metastase
(68) (kodes ikke på noen melding)	Histologisk undersøkelse av metastase og obduksjon BASIS 68 genereres automatisk i SYKDOMSTILFELLE på grunnlag av BASIS 60 og BASIS 80 eller 82 enten disse kodekombinasjoner forekommer på forskjellige meldinger, mellom SYKDOMSTILFELLE og ny melding eller mellom obduksjons-journalens to basis-koder. Benyttes kun for <i>solide</i> svulster.
70	Histologisk undersøkelse av primær solid svulst og alle non-solide svulster som ikke kodes BASIS 74, 75 eller 76. Benyttes også på residiv av non-solide svulster
(71)	Dersom, etter ordinær oppdatering av SYKDOMSTILFELLE, DS ∈ {5} og BASIS ∈ {32, 33, 34, 35, 39, 70, 74, 75, 76}, settes automatisk BASIS = 71 i <i>sykdomstilfelle</i>
72	Klinisk melding når det vites at det er gjort histologisk undersøkelse av primærsvulst eller metastase som bekrefter diagnosen (uansett om histologi-remissen er registrert eller ikke)
74	Histologisk undersøkelse med elektronmikroskopi (ultrastrukturell diagnostikk) av non-solid svulst (fra 01.01.93) og solid primærsvulst (fra 01.01.94)
75	Histologisk undersøkelse med immunfenotyping (immunhistokjemi, immunfluorescens, væskestrømcytometri) av non-solid svulst (fra 01.01.93) og solid primærsvulst (fra 01.01.94)
76	Histologisk undersøkelse med cytogenetisk/molekylærgenetisk undersøkelse / billedanalyse (D score, MNA-10, MAI) av non-solid svulst (fra 01.01.93) og solid primærsvulst (fra 01.01.94)
(78) (kodes ikke på noen melding)	Histologisk undersøkelse av primærsvulst og obduksjon basis 78 genereres automatisk i sykdomstilfelle på grunnlag av basis 70 og basis 68, 80 eller 82 enten disse kodekombinasjoner forekommer på forskjellige meldinger, mellom sykdomstilfelle og ny melding eller mellom obduksjons-journalens to basis-koder. Benyttes kun for solide svulster
79	Histologisk undersøkelse, ukjent om vevsprøven er fra primærsvulst eller metastase
80	Obduksjon med histologisk undersøkelse, obduksjon med forutgående histologisk undersøkelse
81	Tilfeldig funn ved obduksjon med histologisk undersøkelse
82	Partiell obduksjon
83	På klinisk melding anføres, i tillegg til ordinær BASIS, /83 når det vites at det er utført obduksjon (uansett obduksjonens omfang, om krefttilfellet er et tilfeldig funn ved obduksjon eller om obduksjons-rapporten er registrert eller ikke)
(84)	Historisk, benyttes ikke etter 01.01.93: Obduksjon uten restsvulst

90	Dødsmelding
98	Vevsprøve (histologisk eller cytologisk) uten svulstvev
99	Diagnosebasis ukjent

Prosjekter som mottar data fra Kreftregisteret bør vurdere om krefttilfeller innmeldt til Kreftregisteret kun ved dødsattest (basis = 90) og tilfeller tilfeldig oppdaget ved obduksjon (basis = 81) skal fjernes fra utvalget.

Dersom man kun ønsker å beholde krefttilfeller som er histologisk verifisert beholdes alle tilfeller med unntak av de med basis = 0-20, 29, 31, 40, 81, 90 og 99.

Metastase

Utbredelse på diagnosetidspunktet.

METASTASE-koder (etter omkoding) benyttet for de fleste lokalisasjoner t.o.m. 31.12.85 (og for brystkreft, C50, igjen f.o.m. 01.01.94).

Kode	Definisjon
0	Ingen direkte innvekst i omliggende vev/organ, lymfeknutemetastase eller organmetastase. Metastase innen samme organ som primærsvulsts utgangspunkt
A	Regionale lymfeknutemetastaser (klinisk eller histologisk).
B	Fjerne lymfeknutemetastaser eller organmetastaser
C	Metastase påvist, men ukjent hvor
D	Direkte innvekst i omliggende vev eller organ
9	Ukjent utbredelse på diagnosetidspunktet

METASTASE-koder med generelle definisjoner benyttet f.o.m. 01.01.86.

Kode	Definisjon
0	Ingen direkte innvekst i omliggende vev/organ, lymfeknutemetastase eller organmetastase. Metastase innen samme organ som primærsvulstens utgangspunkt
1	Lymfeknutemetastase til samme kroppsavsnitt
2	Lymfeknutemetastase utenfor samme kroppsavsnitt
3	Organmetastase til samme kroppsavsnitt
4	Organmetastase utenfor samme kroppsavsnitt
5	Mikroskopisk innvekst i nabostruktur
6	Makroskopisk innvekst i nabostruktur (alle typer undersøkelsesmetodikk)
7	Metastase påvist, men ukjent hvor
8	Mikroinvasiv vekst, karsinom med begynnende infiltrasjon
9	Ukjent utbredelse på diagnosetidspunktet

For lokalisasjonskodene 206.X og 207.X (non-solid svulster) vil metastasevariabelen stå tom eller ha fått verdien '9', da det ikke er aktuelt å kode metastase for disse lokalisasjonene. Det samme vil i noen tilfeller gjelde for lokalisasjonskoder 199.X. (ukjent utgangspunkt).

NB! Kreftregisteret har en lang periode fra starten av 1990-tallet kodet metastase = '9' dersom det ikke er gitt spesifikke opplysninger om svulstens utbredelse fra kliniker/patolog. Ukjent utbredelse kan derfor både bety at utbredelse faktisk ER ukjent på diagnosetidspunkt, men også at Kreftregisteret ikke har mottatt opplysninger om utbredelsen.

Gruppering av metastasekoder til stadier

Lokalisert: 0 og 8

Regional spredning: A, D, 1, 5 og 6

Fjernmetastaser: B, 2, 3 og 4

Annet/ukjent: C, 7 og 9

Stadium

Stadium kodes kun for **brystkreft, livmorhalskreft og lymfomer**. Variabelen er KUN relevant dersom man ønsker opplysninger om utbredelse på diagnosetidspunktet for disse kreftformene.

Ved enkelte anledninger har stadiumkode 999 blitt angitt automatisk for andre kreftformer. Dersom diagnosens sikkerhet (DS) er 0 eller 1 skal Stadium per definisjon være 0.

Brystkreft

For «Pagets disease» skal Stadium være 0. Utover dette beregnes Stadium ut i fra opplysninger om pTNM. Før 1986 er ikke pTNM registrert, og det finnes derfor ikke verdier i Stadium før 1986. Dersom man skal studere stadium før 1986 kan det vurderes om variabelen Stadium_B (se beskrivelse av neste variabel) bør benyttes.

Se tabellen under for konvertering til stadium fra pTNM.

Stadium	Kode	pTNM
0	000	TisN0M0 ¹
I	100	T1N0M0
IIA	210	T0N1M0 T1N1M0 T2N0M0
IIB	220	T2N1M0 T3N0M0 Tidligere stadium III
IIIA	310	T0N2M0 T1N2M0 T2N2M0 T3N1M0 T3N2M0 T1N3M0 T2N3M0 T3N3M0 T4N1M0 T4N2M0 T4N3M0 T4N0M0
IIIB	320	T4N?²M0 T?²N3M0
IV	400	T?²N?²M1 (dvs. alle svulster med fjernmetastaser)

Ukjent	9	T, N og/eller M kodet X eller Y (bortsett fra i kombinasjonene T4N?2M0, T?2N3M0 og T?2N?2M1)
---------------	---	---

1 pTis-svulster gis stadium 0 selv om pN og/eller pM måtte være kodet 'X' eller 'Y'

2 Enhver verdi (inklusive verdiene 'X' og 'Y') kan erstatte '?'

is=in situ

Y = ikke oppgitt, X = ukjent

Livmorhalskreft

Stadium for livmorhalskreft er kodet ut i fra kliniske og histologiske meldinger. FIGO-klassifikasjonen versjon 1986 ble tatt i bruk 01.01.91, identisk med TNM 1992-versjon:

Kode	Stadium	Definisjon
000	0	Carcinoma in situ (inkl. dysplasi)
100	I	Cervix-karsinom begrenset til uterus (spredning til corpus uteri tas ikke i betraktning)
110	Ia	Preklinisk invasivt karsinom diagnostisert kun mikroskopisk
111	Ia1	Mikroskopisk minimal stromal invasjon
112	Ia2	Infiltrasjon 5 mm eller mindre målt fra basal-membranen og horisontal spredning 7 mm eller mindre
120	Ib	Karsinomer som er større enn stadium Ia2
200	II	Cervix-karsinom med infiltrasjon utenfor uterus, men ikke til bekkenveggen eller til den ytre tredelen av vagina
210	Ila	Ingen infiltrasjon i parametriene
220	Ilb	Infiltrasjon i parametriene
300	III	Cervix-karsinom som infiltrerer til bekkenveggen og/eller til den ytre tredelen av vagina og/eller forårsaker hydronephrose eller ikke fungerende nyre
310	IIIa	Infiltrasjon i ytre tredelen av vagina, men ikke infiltrasjon til bekkenveggen
320	IIIb	Infiltrasjon til bekkenveggen og/eller hydronephrose eller ikke fungerende nyre
400	IV	Cervix-karsinom med infiltrasjon av blære- eller rectum-mucosa og/eller svulstspredning utenfor det lille bekken
410	IVa	Infiltrasjon av blære- eller rektumslimhinne og/eller infiltrasjon utenfor det lille bekken

420	IVb	Fjernmetastaser
900	Ukjent	Ukjent stadium
999	Uoppgitt	Uoppgitt/undefinert stadium

Lymfomer

Perioden 1993-2010:

Fra 1.1.1993 til 31.12.2010 ble Ann Arbor-klassifikasjonen (stadium I - IV) benyttet for beskrivelse av sykdomsutbredelse ved både non-Hodgkins lymfom og Hodgkins sykdom (lymfogranulomatose). Både lymfomets utbredelse og nærvær/fravær av konstitusjonelle symptomer ble tatt i betraktning ved stadiefastsettelsen. I tabellen nedenfor betyr affeksjon av ekstralymfatisk lokalisasjon utbredelse til organ eller struktur som ligger utenfor lymfeknute, milt, thymus, Waldeyers ring, appendix og Peyerske plaques.

Stadium er registrert systematisk fra 1.1.1993, men er også sporadisk meldt før dette.

Kode	Stadium	Lymfomets utbredelse	Konst. sympt. ¹
100	I	Stadium I uns	Ukjent
110	IA	Affeksjon av én enkel lymfeknuteregion	Nei
111	IEA	Lokalisert affeksjon av én ekstralymfatisk lokalisasjon	Nei
120	IB	Affeksjon av én enkel lymfeknuteregion	Ja
121	IEB	Lokalisert affeksjon av én ekstralymfatisk lokalisasjon	Ja
200	II	Stadium II uns	Ukjent
210	IIA	Affeksjon av to eller flere lymfeknuteområder på én side av diaphragma	Nei
211	IIEA	Lokalisert affeksjon av én ekstralymfatisk lokalisasjon og dennes regionale lymfeknuter - med eller uten affeksjon av andre lymfeknuteregioner på samme side av diaphragma	Nei
220	IIB	Affeksjon av to eller flere lymfeknuteområder på én side av diaphragma	Ja
221	IIEB	Lokalisert affeksjon av én ekstralymfatisk lokalisasjon og dennes regionale lymfeknuter - med eller uten affeksjon av andre lymfeknuteregioner på samme side av diaphragma	Ja

300	III	Stadium III uns	Ukjent
310	IIIA	Affeksjon av lymfeknuteregioner på begge sider av diaphragma	Nei
311	IIIEA	Lokalisert affeksjon av én ekstralymfatisk lokalisasjon og dennes regionale lymfeknuter samt affeksjon av lymfeknuteregion(er) på andre siden av diaphragma	Nei
312	IIISA	Affeksjon av milt og lymfeknuteregioner på begge sider av diaphragma	Nei
313	IIIESA	Lokalisert affeksjon av én ekstralymfatisk lokalisasjon og dennes regionale lymfeknuter samt affeksjon av lymfeknuteregion(er) på andre siden av diaphragma og milt	Nei
320	IIIB	Affeksjon av lymfeknuteregioner på begge sider av diaphragma	Ja
321	IIIEB	Lokalisert affeksjon av én ekstralymfatisk lokalisasjon og dennes regionale lymfeknuter samt affeksjon av lymfeknuteregion(er) på andre siden av diaphragma	Ja
322	IIISB	Affeksjon av milt og lymfeknuteregioner på begge sider av diaphragma	Ja
323	IIIESB	Lokalisert affeksjon av én ekstralymfatisk lokalisasjon og dennes regionale lymfeknuter samt affeksjon av lymfeknuteregion(er) på andre siden av diaphragma og milt	Ja
400	IV	Stadium IV uns	Ukjent
410	IVA	Disseminert sykdom (med eller uten lymfeknuteaffeksjon)	Nei
420	IVB	Disseminert sykdom (med eller uten lymfeknuteaffeksjon)	Ja
900		Stadium ukjent	Ukjent
999		Stadium uoppgitt	

¹En pasient regnes for å ha konstitusjonelle symptomer - og får B tillagt sitt stadium - dersom to av de tre følgende tilstandene er til stede:

- Uforklarlig vekttap som utgjør mer enn 10 % av den vanlige kroppsvekten i løpet av de siste 6 månedene forut for første legesøkning.
- Uforklarlig feber med temperatur over 38° (bortsett fra forbigående feber i forbindelse med kjent infeksjon).
- Nattesvette.

Perioden 2011 →:

Fra og med 1.1.2011 kodes sykdommens progresjon inn i stadier etter to ulike skalaer. Ved Hodgkins lymfom og nodalt non-Hodgkins lymfom benyttes Ann Arbor-skalaen. Ved primære ekstranodale non-Hodgkins lymfom benyttes Musshoff-skalaen.

Stadium	Lymfomets utbredelse	B-symptomer [†] :		
		Ukjent	Ja	Nei
Ann Arbor		Kode		
I	Lymfom i én lymfeknuteregion over eller under diafragma	100	120	110
II	Lymfom i to eller flere lymfeknuteregioner på samme side av diafragma	200	220	210
II E	Lymfom i én eller flere lymfeknuteregioner på samme side av diafragma med innvekst i ekstranodalt organ/vev [‡]	201	221	211
II ₁	Affeksjon av to naboregioner som naturlig inngår i ett strålefelt	203	223	213
III	Lymfom i én eller flere lymfeknuteregioner på begge sider av diafragma	300	320	310
III E	Lymfom i lymfeknuteregioner på begge sider av diafragma med innvekst i ekstranodalt organ/vev [‡]	301	321	311
IV	Diffust utbredt eller disseminert lymfom i ett eller flere ekstranodale organ/vev [‡] med eller uten lymfeknuteaffeksjon	400	420	410
Ukjent		900	920	910
Musshoff				
Pe I	Lymfom primært i ekstranodalt organ/vev	500	520	510
Pe II E	Lymfom primært i ekstranodalt organ/vev med overvekst på annet organ/vev	601	621	611
Pe II ₁	Lymfom primært i ekstranodalt organ/vev med spredning til regionale lymfeknuter	700	720	710
Pe II ₁ E	Lymfom primært i ekstranodalt organ/vev med spredning til regionale lymfeknuter og overvekst på annet organ/vev	701	721	711
Pe II ₂	Lymfom primært i ekstranodalt organ/vev med spredning til lymfeknuter utenfor de regionale, men på samme side av diafragma	800	820	810
Pe II ₂ E	Lymfom primært i ekstranodalt organ/vev med spredning til lymfeknuter utenfor de regionale, men på samme side av diafragma, samt overvekst på annet organ/vev	801	821	811

Ukjent	Lymfom primært i ekstranodalt organ/vev	900	920	910
--------	---	-----	-----	-----

‡ Affeksjon av milt, thymus og Waldeyers svelgving regnes som nodal affeksjon.

† B-symptomer defineres som ett eller flere av følgende symptomer:

- Vekttap på mer enn 10% seneste 6 måneder
- Persisterende eller residiverende feber > 38°C seneste måned
- Gjentatt kraftig nattesvette seneste måned

Referanser:

Ann Arbor-stadium

Report of the Committee on Hodgkin's Disease Staging Classification

Paul P. Carbone, Henry S. Kaplan, Karl Musshoff, David W. Smithers, Maurice Tubiana

Cancer Research 1971; 31; 1860-1861

Musshoff-stadium

Klinische Stadieneinteilung der Nicht-Hodgkin Lymphome

Karl Musshoff

Strahlentherapie 1977; 153: 218-221

(Modifisert av Nordisk lymfomgruppe 1997)

Stadium B

Stadium_B er kun relevant for **brystkreft og livmorhalskreft**.

Variabelen har de samme verdiene som Stadium, men andelen ukjente er mindre for Stadium_B ettersom man har brukt flere opplysninger om utbredelse ved diagnosetidspunktet for å sette verdier i denne variabelen. Vær oppmerksomme på at Kreftregisteret i 2013 gikk over til en ny algoritme for å generere Stadium_B. Den såkalte "relaxed"-metoden som ble brukt fram til 2013 ga en kunstig lav andel ukjente, derfor ble algoritmen endret til å bruke "semi strict"-metoden. Dette gjør at informasjon om Stadium_B fra datasett utlevert før endringen ble innført ikke er sammenliknbar med datasett utlevert etter endringen.

Brystkreft

Perioden 1953-1985:

Stadium_B settes slik stadium ble kodet i denne tidsperioden. Variabelen ble kodet direkte fra klinisk melding:

Stadium	Kode	Beskrivelse
0	000	In situ, ikke malign svulst
I	100	Kreft, ingen metastaser
II	200	Kreft, regionale lymfeknutemetastaser
III	300	Kreft, lokal infiltrasjon i hud eller omliggende vev uten fjernmetastaser (med eller uten regionale lymfeknutemetastaser)
IV	400	Kreft, fjernmetastaser

Ukjent	999	Kreft, ukjent stadium
---------------	-----	-----------------------

Perioden 1986 →:

Stadium_B er identisk med variabelen Stadium for alle andre verdier enn ukjent (999).

For ukjent Stadium settes verdiene i Stadium_B ut i fra variabelen Metastase. Se tabellen under for omkodning av Metastase til Stadium_B:

Metastase	Beskrivelse	Stadium_B
0	Ingen metastaser	100
A	Metastase(r) i regional(e) lymfeknute(r)	200
B	Metastase(r) i fjern(e) lymfeknute(r) og/eller organmetastase(r)	400
C	Metastase(r) påvist, men ukjent hvor	999
D	Lokal infiltrasjon i hud og/eller brystvegg	300
9	Ukjent utbredelse på iagnosetidspunktet	999

To spesialtilfeller som overstyrer verdiene i Stadium_B:

- Kombinasjonen pTXN0M0 med Metastase 0, C eller 9 og Basis (Basis for diagnosen) = 70,71 eller 73-78 og Kirurgi=10,11,15,17,18,25,26,28 eller 29 for perioden 1994 → antas å være stadium 1. Stadium_B settes til 100
- For 1986-1993 (uten noen opplysninger fra pTNM og Metastase) hvor Basis=70,71 eller 73-78 og Kirurgi=10-11 antas å være stadium 1. Stadium_B settes til 100.

Livmorhalskreft

Stadium_B er identisk med variabelen Stadium for alle andre verdier enn ukjent (999).

For ukjent Stadium hvor det finnes opplysninger i variabelen Metastase settes Stadium_B slik:

Metastase	Beskrivelse	Stadium_B
0	Ingen metastaser og ingen direkte innvekst i omliggende vev eller organer	100
1	Lymfeknutemetastase(r) til lille bekken (pelvis)	320
2	Lymfeknutemetastase(r) utenfor lille bekken (pelvis) inkludert abdominalhule og lysker	420
3	Organmetastase(r) til lille bekken (pelvis).	200
4	Organmetastase(r) utenfor lille bekken (pelvis)	420
5	Mikroskopisk innvekst i nabostruktur utenfor uterus/cervix (f.eks blære, rectum)	410
6	Makroskopisk innvekst i nabostruktur utenfor uterus/cercix (f.eks. blære, rectum)	410
7	Metastaser påvist, men ukjent hvor	420

8	Mikroinvasiv vekst. Karsinom med begynnende infiltrasjon	100
9	Ukjent utbredelse på diagnosetidspunktet	999

C T, C N, C M og P T, P N, P M (C = klinisk, P = patologisk)

Koding av sykdomsutbredelse på diagnosetidspunktet etter TNM-systemet er i henhold til *TNM Classification of Malignant Tumours* (4. utgave, 2. revisjon, 1992). TNM-klassifikasjonen ble tatt i bruk for alle aktuelle organer fra 01.01.94. *TNM-klassifikasjon er avhengig av klinikers utfylling av kreftmelding.*

Alder

Pasientens alder på diagnosetidspunktet.

Kirurgi

Kode	Diagnostiske inngrep
00	Intet inngrep (gammel kode)
01	Biopsi <i>uten</i> kirurgisk inngrep/eksplorasjon (basis 70, 72, 74, 75 eller 76) <i>Solide</i> svulster: Biopsi rettet mot <i>primærsvulst</i> uten kirurgisk eksplorasjon <i>Non-solide</i> svulster: Biopsi av enhver type (lymfeknutebiopsi, ekstirpasjon av overfladisk lymfeknute i diagnostisk øyemed, benmargsbiopsi, annen organbiopsi)
02	Kirurgisk åpning/eksplorasjon (f.eks. kraniotomi, torakotomi, laparotomi, osteotomi) med eller uten biopsi
07	Vaktpostlymfeknute (sentinel node): Uttak av én eller flere lymfeknuter etter injeksjon av fargestoff eller radioaktiv isotop [For C50 Brystkreft i bruk f.o.m. 22.11.2001] [For C44 Malignt melanom i bruk f.o.m. 24.03.2003]
95	Biopsi fra metastase (BASIS 60), lokalt residiv (BASIS 57), svulst som verken kan klassifiseres som primærsvulst eller metastase (BASIS 79) eller biopsi uten svulstvev (BASIS 98) på histologisk melding. Klinisk melding krever BASIS 72 (benyttes bare for <i>solide</i> svulster) [Gyldig for svulster med diagnosedato f.o.m. 01.01.2001, tatt i bruk i 2003]
96	Cytologisk prøve (celleundersøkelse ved aspirasjon av svulstceller, blodutstryk, benmargsutstryk og kroppsvæskeundersøkelser). [I bruk f.o.m. 01.02.2002]
99	Mangelfulle opplysninger om kirurgisk inngrep
Kode	Terapeutiske inngrep
01	Denne koden har spesiell betydning for brystkreft*
09	Lokal ablativ terapi av primærsvulst (behandling som ødelegger

	svulsten) med eller uten tidligere/samtidig diagnostisk biopsi. Omfatter laserbehandling (men ikke laserkniv), fotodynamisk behandling (PDT), kryokirurgi, radiofrekvensablasjon (RFA), fulgurasjon o.a. Tatt i bruk i 2003
10	Kirurgisk fjernelse av primærsvulst sammen med deler av eller hele organet (evt. med lymfadenektomi) C61: Radikal prostatektomi C44: Fjernelse av svulst i hud C50: Benyttes for kvinner ikke etter 01.01.1993 C53: Trakelektomi
11	Kirurgisk fjernelse av primærsvulst (ev. med lymfadenektomi) For C50-svulster benyttes KIRURGI 11 for kvinner bare for aberrant brystkjertel (C50.9/170.8) etter 01.01.1993
12	Lymfadenektomi (systematisk dissikering av lymfeknuter) (partielt eller totalt)
13	Prostatektomi, transvesikal (suprapubisk)
	Transvesikal reseksjon av blæresvulst (cystectomi kodes KIRURGI 10, transvesikal biopsi kodes KIRURGI 02)
14	C50: Mastektomi <i>uten</i> lymfadenektomi (kirurgi 10 t.o.m. 31.12.92) C61: Cystoprostatektomi. Fjerning av prostata og urinblære i samme seanse (Tatt i bruk 01.01.2008) C67: Cystoprostatektomi. Fjerning av prostata og urinblære i samme seanse (Tatt i bruk 01.01.2008) C73: Hemithyreoidectomi (Tatt i bruk 01.01.2010)
15	Mastektomi <i>med</i> lymfadenektomi (KIRURGI 10 t.o.m. 31.12.92)
16	Mastektomi, lymfadenektomi ikke spesifisert (KIRURGI 10 t.o.m. 31.12.92)
17	Brystbevarende kirurgi (lumpektomi, kvadrantektomi) uten lymfadenektomi, biopsi i betydningen fjernelse av hele svulsten i terapeutisk øyemed) (KIRURGI 11 t.o.m. 31.12.92)
18	Brystbevarende kirurgi (lumpektomi, kvadrantektomi) <i>med</i> lymfadenektomi (KIRURGI 11 t.o.m. 31.12.92)
19	Brystbevarende kirurgi, lymfadenektomi ikke spesifisert (KIRURGI 11 t.o.m. 31.12.92)
20	Transurethral reseksjon (TUR) (transurethral <i>biopsi</i> kodes KIRURGI 01) Konisering (inkl. laser) og amputasjon av livmorhals Gammel koding: bronkoskopi+laser ved lungecancer (brukt på DNR-meldinger) Gammel koding: Reseksjon av hjernetumores (unntatt inngrep på meningiomer, nevrinomer og hypofyseadenomer som kan kodes 11)
21 Historisk kode	Terapeutisk inngrep mot metastase (OBS: lymfadenektomi kodet KIRURGI 12)

25	Mastektomi med uttak av vaktpostlymfeknute (Tatt i bruk i 2003)
26	Mastektomi med uttak av vaktpostlymfeknute og lymfadenektomi [Kan benyttes fra 01.01.1993, tatt i bruk i 2004, bare for kvinner]
28	Brystbevarende kirurgi (lumpektomi, kvadrantektomi) med uttak av vaktpostlymfeknute (Tatt i bruk i 2003)
29	Brystbevarende kirurgi (lumpektomi, kvadrantektomi) med uttak av vaktpostlymfeknute og lymfadenektomi [Kan benyttes fra 01.01.1993, tatt i bruk i 2004, bare for kvinner]
30	Anastomose- og drenasjoeoperasjoner som etablerer ny passasje utenom tumor uten å fjerne denne. Herunder: Ventriculostomi (i hjernen), Tracheostomi, Gastrostomi, Gastro-enterostomi, Colostomi, Coecostomi, Transversostomi, Sigmoidostomi, Cholecysto-duodenostomi, Cystostomi, Nephrostomi (gammel kode)
35	Utvidet eksisjon (re-eksisjon) etter tidligere eksisjon av primærsvulst (Tatt i bruk i 2003)
40	Andre rent palliative inngrep, ikke direkte rettet mot tumor eller met. Herunder: Splenectomi, Cordotomi, Denervasjon (gammel kode)
43	Prostatacancer primært hormonbehandlet og senerer resesert transvesikalt (gammel kode)
50	Prostata resesert transurethralt (gammel kode)
97	Terapeutisk inngrep rettet mot residiv eller metastase (lymfadenektomi kodes KIRURGI 12), avlastende/palliativ kirurgisk behandling med eller uten reseksjon av primærsvulst eller metastase, annet terapeutisk inngrep som ikke er rettet mot primærsvulst, residiv eller metastase. <i>Unntak:</i> TUR av residiv i urinblære og blærehalskjertel kodes KIRURGI 20
98	Operert uns
Historisk kode	
	Andre og uspesifiserte inngrep
99	Mangelfulle opplysninger om kirurgisk inngrep

* I perioden 1993-2000 har lumpektomi på histologisk melding i stor grad blitt kodet som biopsi (kirurgi 01) for brystkreft.

Kirurgi trekkes opp i sykdomstilfellet dersom operasjonsdato er innenfor ett år (<365 dager) fra diagnosedato.

For non-solide er det ingen begrensning i tid. For brystkreft gjelder egne regler.

Brystkreft

Oppdatering av kirurgi skjer ved sammenligning av aktuell melding og sykdomstilfelle i følgende rekkefølge for både kvinner og menn:

1. Første melding oppdaterer alltid kirurgi i sykdomstilfelle.

2. Dersom basis-koden til én av kildene (sykdomstilfelle eller melding) $\in \{57\}$, velges til sykdomstilfelle kirurgi-koden fra den andre kilden.

3. Dersom basis-koden til begge kildene (sykdomstilfelle og melding) $\in \{57\}$, skjer oppdatering i henhold til pkt. 4 eller 5.

4. Dersom ingen av forutsetningene i pkt. 1-3 foreligger, skjer oppdatering av kirurgi i sykdomstilfelle i henhold til nedenstående tabell for alle personer med diagnosedato $\in \{\leftarrow, 31.12.2000\}$. Dersom en oppdatering basert på denne tabellen finner sted, avsluttes oppdateringen av kirurgi.

Kirurgi-kode 1	Kirurgi-kode 2	Tidsbegrensning	Oppdatert kirurgi i sykdomstilfelle
01	07	Ingen	28
01	12	365 dager	18

5. Dersom ingen av forutsetningene i pkt. 1-4 foreligger, skjer oppdatering av kirurgi i sykdomstilfelle i henhold til nedenstående (uansett diagnosedato):

Kirurgi-kode 1	Kirurgi-kode 2	Tidsbegrensning	Oppdatert kirurgi i sykdomstilfelle
01	35	Ingen	17
35	07	Ingen	28
35	11	Ingen	17
35	12	365 dager	18
10	07	Ingen	25
10	12	365 dager	15
10	17	Ingen	15
10	18	Ingen	15
11	07	Ingen	28
11	12	365 dager	18
12	25	Ingen	26
12	28	Ingen	29
14	07	Ingen	25
14	12	365 dager	15
14	18	Ingen	15
14	28	Ingen	25
14	29	Ingen	26
15	07	Ingen	26
18	28	Ingen	29

15	25	Ingen	26
16	07	Ingen	25
16	12	365 dager	15
16	18	Ingen	15
17	07	Ingen	28
17	12	365 dager	18
18	07	Ingen	29
18	28	Ingen	29
19	07	Ingen	28
19	12	365 dager	18
25	29	Ingen	26

Utgår 05.05.2004:

15	07	Ingen	25
15	28	Ingen	25
18	07	Ingen	28

5. Dersom kombinasjoner av kirurgi-koder ikke finnes i tabellen under pkt. 4, oppdateres kirurgi i sykdomstilfelle i henhold til følgende avtagende rekkefølge blant alle meldinger for personer med diagnosedato $\in \{\leftarrow, 31.12.2000\}$: 26, 25, 15, 14, 16, 10, 29, 28, 18, 17, 19, 35, 11, 01, 12, 07, 97, 96, 00, 99. Det er en forutsetning for oppdatering at basis på meldingen $\notin \{57\}$.

6. Dersom kombinasjoner av kirurgi-koder ikke finnes i tabellen under pkt. 4, oppdateres kirurgi i sykdomstilfelle i henhold til følgende avtagende rekkefølge blant alle meldinger for personer med diagnosedato $\in \{[01.01.2001, \rightarrow]\}$: 26, 25, 15, 14, 16, 10, 29, 28, 18, 17, 19, 35, 11, 12, 07, 01, 97, 95, 96, 00, 99. Det er en forutsetning for oppdatering at basis på meldingen $\notin \{57\}$.

Strålebehandling

Stråledata eksisterer tilbake til 1977 fra DNR og fra cirka midten av 80-tallet for de fleste andre (da de startet opp), bortsett fra Ullevål hvor vi kun har tilbake til 1997. Informasjon om strålebehandling er primært hentet fra klinisk meldeskjema. Kreftregisteret har stråledata fra alle strålemaskinene fra 1998, og dersom det ikke er gitt informasjon om stråleterapi i klinisk meldeskjema oppdateres dette feltet til «Ja» gitt at pasienten er bestrålt innen en periode på 12 måneder etter diagnosedato.

De mest vanlige stråledata-kombinasjoner er gitt i tabellen under:

Kode	Definisjon
0	Nei
1	Ja
2	Gammakniv, strålekniv

3	Radioaktivt jod (fra 2010)
4	Brachyterapi (fra 2011)
5	Protonterapi
9	Ukjent

316	Ja (Postoperativt, røntgenstråling)
0000	Nei
0001	Ja (Høyenergetisk stråling, betatronbehandling)
0003	Ja (Høyenergetisk stråling, lineærakselerator)
1000	Ja (Røntgenbehandling)
9992	Ja (Betatronbehandling, elektronstråling)
9993	Ja (Høyenergetisk stråling, lineærakselerator)
9994	Ja (Coboltbehandling)
9999	Ukjent
Blank	Ukjent

For andre stråledata-koder gjelder følgende:

Periode	Koding	
1953-ca.1970	bcd* 000*	A
ca.1970-1981	efgh 0000	B
1986-1999	Kodet om til samme koding som for 1999 →	E
1999 →	Opplysninger vist i separate felt (forklart tidligere dokumentasjon)	E

Kode	Definisjon	Perioder
b	Primær strålebehandling i relasjon til kirurgi	A
c	Stråletype	A
d	Annen primærbehandling	A
e	Røntgen	B
f	Radium	B
g	Andre isotoper	B
h	Høyenergetisk stråling	B
i	Hormonbehandling	B
j	Kjemoterapi	B
k	Strålebehandling	E
l	Hormonbehandling	E
m	Cytostatica	E
n	Annen behandling	E

Ikke-kirurgisk behandling (gammel 3-sifret kode) i bruk i periode A:

1. siffer (b): Primær strålebehandling i relasjon til kirurgi

- 1: Bare strålebehandlet
- 2: Preoperativ bestråling
- 3: Postoperativ bestråling
- 4: Pre- og postoperativ strålebehandling
- 9: Strålebehandlet, men relasjon til kirurgi ikke kjent; mangelfulle opplysninger om strålebehandling er gitt eller ikke; ingen strålebehandling

2. siffer (c): Stråletype

- 1: Røntgen
- 2: Isotoper
- 3: Både røntgen og isotoper
- 9: Strålekilde ins; mangelfulle opplysninger om strålebehandling er gitt eller ikke

3. siffer (d): Annen primærbehandling

- 0: Ingen annen behandling (herunder blodtransfusjon, jern- og arsenikk-medikasjon, smertestillende midler, dauerkateter)
- 1: Kirurgisk kastrasjon
- 2: Radiologisk kastrasjon
- 3: Inngrep på hypofysen eller binyrer
- 4: Hormonterapi. Cortison, ACTH o.l.
- 5: Kirurgisk kastrasjon og hormonterapi
- 6: Annen kjemoterapi (TEM, kvelstoff-sennepsgass, aminotemi, myeleran, Tapa-forbindelser, osv.)
- 7: Hormon- og kjemoterapi
- 8: Radiologisk kastrasjon og hormonterapi
- 9: Mangelfulle opplysninger

Ikke-kirurgisk behandling i bruk i periode B:

Røntgenbehandling (e)

- 0: Ingen røntgenbehandling
- 1: Røntgenbehandling
- 9: Ukjent

Radiumbehandling (f)

- 0: Ingen røntgenbehandling
- 1: Røntgenbehandling
- 9: Ukjent

Behandling med andre isotoper (g)

- 0: Ingen behandling med andre isotoper
- 1: Fosforbehandling
- 2: Jodbehandling
- 3: Gullbehandling
- 5: Ukjent

Høyenergetisk stråling (h)

- 0: Ingen behandling
- 1: Betatronbehandling ins
- 2: Betatronbehandling (spes. som elektron-stråling)
- 3: Behandling med lineær aksellerator
- 4: Coboltbehandling
- 5: Betatron+cobolt
- 9: Ukjent

Hormonbehandling (i)

- 0: Ikke hormonbehandlet
- 1: Kirurgisk kastrasjon
- 2: Radiologisk kastrasjon
- 3: Annen hormonbehandling
- 4: 1 + 3
- 5: 2 + 3
- 6: Andre kombinasjoner
- 9: Ukjent

Kjemoterapi (j)

- 0: Ingen kjemoterapi
- 1: Kjemoterapi
- 9: Ukjent

Hormonterapi

Kode	Definisjon
0	Nei
1	Ja
2	Orkiektomi (C61)
3	Ja («Annen hormonbehandling»)
4	Kirurgisk kastrasjon + annen hormonbehandling
5	Radiologisk kastrasjon + annen hormonbehandling
6	Andre kombinasjoner av hormonbehandling
9	Vet ikke
Blank	Vet ikke

Kjemoterapi

Kode	Definisjon
0	Nei
1	Ja
9	Vet ikke

Blank	Vet ikke
--------------	----------

Annen behandling

Kode	Definisjon
0	Nei
1	Ja
2	Benmargstransplantasjon. Høydosebehandling med autolog stamcellestøtte (HMAS)
3	Hypertermibehandling
4	Immunmodulerende behandling
9	Vet ikke
N	Nei
Blank	Vet ikke

DOED

Dødsårsak gruppert:

Kode	Definisjon
1	Død av cancer
2	Død av annet enn cancer
3	Dødsårsak ikke meldt

DAAR CANCER

Dersom den underliggende dødsårsaken er cancer vil koden for dødsårsaken være angitt i denne variabelen.

Kodeverk brukt for dødsårsaker:

1951-1957: ICD-6

1958-1968: ICD-7

1969-1985: ICD-8

1986-1995: ICD-9

1996→: ICD-10

Dødsårsak

Til og med 2004: underliggende dødsårsak er angitt med de første 4 tegnene i linjen
Fra og med 2005: underliggende dødsårsak er angitt før semikolon (;)

Det er koden for underliggende dødsårsak som bør brukes (dersom man ønsker å bruke kodene for medvirkende dødsårsaker, bør prosjektet ta kontakt med Dødsårsaksregisteret).

Kodeverk brukt for dødsårsaker:

1951-1957: ICD-6

1958-1968: ICD-7

1969-1985: ICD-8

1986-1995: ICD-9

1996→: ICD-10

Fylke

Bostedsfylke ved registreringstidspunkt.

Kode	Fylke
01	Østfold
02	Akershus
03	Oslo
04	Hedmark
05	Oppland
06	Buskerud
07	Vestfold
08	Telemark
09	Aust-Agder
10	Vest-Agder
11	Rogaland
12, 13	Hordaland
14	Sogn og Fjordane
15	Møre og Romsdal
16	Sør-Trøndelag
17	Nord-Trøndelag
18	Nordland
19	Troms
20	Finnmark

SYKEHUS

Kode	Definisjon
0305	OUS, Det Norske Radiumhospital
0320	OUS, Ullevål
0501	Sykehuset Innlandet, Gjøvik
1005	Sørlandet Sykehus, Kristiansand
1107	Stavanger Universitetssykehus
1305	Haukeland Universitetssykehus
1504	Ålesund Sykehus
1608	St. Olavs Hospital
1801	Nordlandssykehuset, Bodø
1903	UNN, Tromsø