

Kodierung von Rundherden (RH) oder pulmonalen Raumforderungen (RF) im Rahmen des erweiterten Vorsorgeangebotes für asbestverursachte Erkrankungen

Im Rahmen des Vorsorgeangebotes für asbestverursachte Erkrankungen wird für Versicherte die ein besonders hohes Risiko haben, an Lungenkrebs zu erkranken, in der erweiterten Vorsorge ein BMI adaptiertes LD Volumen HRCT angeboten. Das Procedere bei auffälligen Befunden (Rundherden oder Raumforderungen) wird vereinbarungsgemäß durch die NCCN Leitlinie „Lung Cancer Screening“ in der aktuellen Version bestimmt.

Zum Befund gehört zum einen die Klassifikation nach ICOERD um eine Berufskrankheit nachweisen oder ausschließen zu können, zum anderen auch die genaue Erfassung und Charakterisierung eventuell erkennbarer Rundherde oder Raumforderungen. Da deren Beschreibung nicht Bestandteil der ICOERD Klassifikation ist, ist hierfür ein eigener Kodierungsbogen (sog. „Rundherdbogen“) erforderlich.

Definition Rundherd (RH):

Rundliche oder irreguläre Verdichtung, die in allen Raumebenen einen Durchmesser bis 3 cm maximal hat und scharf- oder unscharf begrenzt ist.

Definition pulmonale Raumforderung (RF):

Rundliche oder irreguläre Verdichtung, die in allen Raumebenen einen Durchmesser > 3 cm hat und scharf- oder unscharf begrenzt ist.

Kodierung:

Sind in der Untersuchung RH oder RF erkennbar, werden diese mit dem Rundherdbogen in ihrer Größe und Bildmorphologie beschrieben. Die im Rundherdbogen angegebenen bildmorphologischen Kriterien müssen abgearbeitet werden da sie Kriterien eines potentiell benignen oder malignen Herdes darstellen. Der Rundherdbogen hat zwar rein deskriptiven Charakter aber die weitere Entscheidung über das Procedere insbesondere über invasive Maßnahmen im jeweiligen Fall basiert neben der Größe des Befundes wesentlich auch auf seiner Bildmorphologie.

Vorgehen bei der Kodierung:

A: Kodiert werden nur Läsionen, die sich in allen drei Raumebenen eindeutig als Herdformation abgrenzen lassen und die in allen drei Raumebenen eindeutig nicht der Pleura zuzuordnen sind.

B: Sind mehrere Rundherde oder Raumforderungen nachweisbar und eine okkulte pulmonale Infektion oder ein anderer entzündlicher Lungenprozess erscheint klinisch und morphologisch möglich, ist nach NCCN Leitlinie zunächst eine Antibiose mit breiter Abdeckung auch anaerober Keime in Erwägung zu ziehen, die CT Untersuchung sollte dann nach einem Monat wiederholt werden.

C: Ist eine entzündliche Erkrankung klinisch und morphologisch nicht wahrscheinlich, wird zunächst die Gesamtzahl der Rundherde, die Lokalisation aller Rundherde sowie der Durchmesser des kleinsten und der des größten Rundherdes angegeben.

D: Die **Gesamtzahl der nicht komplett verkalkten Rundherde oder Raumforderungen** wird visuell oder durch CAD System bestimmt und im Rundherdbogen dokumentiert. Dabei werden entsprechend der aktuellen NCCN Leitlinie Läsionen, die keine vorgezogene Kontrolle und solche, die einer vorgezogene Kontrolle oder Abklärung auslösen voneinander getrennt aufgelistet.

E: In der ersten Untersuchungsrunde werden im Normalfall nur planimetrische Messungen durchgeführt. Der maximale Durchmesser eines ovalen Herdes wird aus der Summe der kurzen und der langen Achse: 2 bestimmt. Bei einem ideal runden Herd wird der Durchmesser angegeben. Eine Volumetrie kann durchgeführt werden, ist aber nicht obligatorisch

F: Ab der 2. Untersuchung werden alle Rundherde volumetriert. Die Volumenverdopplungszeit (VDT) wird angegeben. Neben dem Volumen auch der maximale orthogonale Durchmesser aus der Volumetrie angegeben. Das weitere Vorgehen wird derzeit durch diesen Durchmesser bestimmt und richtet sich nach der NCCN Leitlinie in der aktuellen Fassung.

G: Die Lung RADS Kategorie ist aus den bildmorphologischen Kriterien und dem Durchmesser bestimmbar. Sie kann angegeben werden, ist aber solange es keinen zugehörigen Atlas gibt nicht verpflichtend.

Ausnahme:

Liegen bei einem Versicherten **gleichzeitig** eine **Silikose** und eine **Asbestfaserexposition** vor, kann die Gesamtzahl der Rundherde durch das Vorliegen der silikotischen Granulome nicht bestimmt werden. In derartigen Fällen werden lediglich morphologisch malignomsuspekte Befunde im Rundherdbogen kodiert. Im Kommentarfeld muss auf die Silikose hingewiesen werden.

Die beiden größten Herde werden dann im weiteren Verlauf im Rundherdbogen detailliert beschrieben.

Das Kontrollintervall wird in der Regel durch den größten Herd bestimmt, es sei denn, dieser ist homogen verkalkt, oder eindeutig als Hamartom zu identifizieren.

Lokalisation:

Um falsche Zuordnungen in den Kontrolluntersuchungen zu vermeiden, wird **zusätzlich** zur Lokalisation in der CAD als weitere Identifizierung der beiden detailliert beschriebenen Herde die Serien- und Bildnummer (IMA) der axialen Serie angegeben in der der jeweilige Herd am besten abgrenzbar ist. Der betroffene Lungenlappen und das betroffene Segment werden benannt.

Ausnahme:

Sollte ein Herd in einer anderen als der axialen Serie besser abgrenzbar sein, wird eine weitere Serien- und Bildnummer (IMA) angegeben

Ausnahme im Vorgehen:

Weist bei mehreren Rundherden ein kleinerer Herd morphologische Kriterien auf, die ein Malignom wahrscheinlich machen, wird dieser Rundherd in die detaillierte Beschreibung als

2. Herd einbezogen. wenn der größere Herde (die beiden größeren Herde) keine Kriterien eines Malignoms zeigt.

Abstand zur Pleura:

Für die beiden zu kodierenden Herde ist auch der Abstand zur Pleura an der Thoraxwand, bzw. am Lappenspalt mit < 1 cm oder > 1 cm anzugeben.

Beschreibung der Herde:

A Form:

rundlich

ovalär (wenn der max Durchmesser $\geq 2x$ minimaler Durchmesser)

B Dichte der Herde (4):

reiner Milchglasherde (nicht solider Herd):

Fokale MG Läsion, die die anatomischen Strukturen nicht überdeckt.

solider Herd:

Solide Konsolidierung, die die anatomischen Strukturen komplett maskiert.

teilsolider Herd:

Fokale Läsion, die sowohl solide als auch MG Anteile enthält.

nicht solider Herd (z.B. „ringförmige“ Läsion)

Irregulär konfigurierte dünnwandige „kavernöse“ Strukturen mit soliden oder milchglasartigen Arealen im Randbereich.

C Kontur eines soliden Herdes

glatt

spikuliert

lobuliert

unscharf

D Kriterien der Malignität:

Malignome können sowohl als spikulierter als auch als lobulierter Herd auftreten, beide Konturen zeigen sich aber auch bei benignen, z.B. entzündlichen Läsionen, die sich im Verlauf zurückbilden.

Besteht ein positives Bronchopneumogramm in einem Herd, oder bricht ein Bronchus in einer Läsion ab, ist dies ein sensitives Kriterium für ein Malignom.

Nicht solide(cystische), milchglasartige bzw. teilsolide Herde sind häufiger maligne.

**Kontrollintervalle für die erste nachfolgende LD-CT-Untersuchung
bitte aus der aktuellen NCCN Leitlinie entnehmen!**

Vorgehen bei der Kontrolle von Rundherden

Zur Befundung der Kontrolluntersuchung müssen alle Voraufnahmen **und** alle vorhandenen ICOERD -und Rundherd-Kodierungsbögen vorliegen.

Verglichen werden **alle** nachgewiesenen Rundherde. Eine CAD und vergleichende Volumetrie der Untersuchungen sind obligatorisch.

A: Besteht bei keinem der Herde eine Größenprogression oder sind Herde größenregredient wird das Kontrollintervall abhängig von der Morphologie nach der NCCN Leitlinie festgelegt.

Eine Größenprogression liegt dann vor, wenn der Durchmesser sich um mindestens 25% verlängert hat bzw. eine Verdoppelung des Volumens im Zeitraum zwischen 20 und 400 Tagen eingetreten ist

Eine Größenregression liegt vor, wenn ein Herd, dessen Volumen um 25 % oder mehr abgenommen hat.

Sollte die volumetrische Bestimmung bei reinen MG Herden oder teilsoliden Herden nicht gelingen, ist eine planimetrische Messung in den drei Raumebenen vorzunehmen.

Lässt sich volumetrisch eine Progression eines Herdes nachweisen oder ist ein Herd neu aufgetreten, richtet sich das weitere Vorgehen nach der aktuellen Fassung der NCCN Leitlinie.

