

CS LYMPH NODES

설명

이 필드에서는 진단시 침습된 국소림프절을 확인한다. 침습의 기준은 부위별로 다르며 침습된 국소림프절의 위치, 편측성, 크기, 개수 등을 포함한다. 일반적으로 침습된 원격림프절은 CS Mets at Dx에서 코딩한다.

Code	Description	TNM7	TNM6	SS2000
000	None; no regional lymph node involvement	N0	N0	NONE
	SITE/HISTOLOGY-SPECIFIC CODES			
999	Unknown; regional lymph nodes not stated Regional lymph node(s) cannot be assessed Not documented in patient record	NX	NX	U

CS Lymph Nodes 항목을 사용하지 않는 스키마 (규칙 10 참고)

Code	Description
988	Not applicable; Information not collected for this schema

코딩 지침(Instructions for coding)

1. 원발부위로부터 가장 멀리 침습된 국소림프절을 코딩한다.

림프절은 임상적 또는 병리학적으로 종양에 의해 침습된다. 각 스키마별로 국소림프절이 명시되어 있다. 대체로, 원발부위에서 가까운 국소림프절일수록 코드는 낮고, 멀수록 코드는 높아진다. 해당 림프절 사슬이 목록에 없는 경우에는 의학 사전이나 해부학 서적에서 동의어를 찾아본다. 그 림프절 사슬과 동의어가 CS Lymph Nodes 목록에 없다면, CS Mets at Dx에서 코딩한다.

다음 우선순위에 따라 적용 가능한 가장 높은 코드를 기록한다.

: 병리보고서 -> 영상검사 -> 신체검사

[예외] "Regional lymph nodes, NOS", "Lymph nodes, NOS", "Stated as N1, no other information", "Stated as N2a, no other information"를 표현하는 코드는 특정 국소림프절의 침습에 대한 정보가 없을 때에만 사용하여야 한다.

[예] 폐암 환자의 FNAB에서 기관지주위림프절(peribronchial lymph node)이 positive로 나왔다. CT 상으로 반대쪽 mediastinal mass가 보였지만, 생검을 하지 않았다. 환자는 첫 치료로 방사선요법을 선택했다.

→ 기관지주위림프절(peribronchial lymph node)의 코드(code 100)보다 더 높은 반

대쪽 종격림프절(mediastinal lymph node)로 코드(code 600)를 준다.

a. **전보조적치료가 없는 경우.**

환자가 수술 전에 방사선요법이나 전신요법을 받지 않은 경우, 이용가능하다면 **병리보고서로부터** 침습된 국소림프절을 기록한다.

b. **병리학 정보를 우선시 한다.**

같은 림프절에 대해 임상 정보와 병리 정보 간에 차이가 있고, 수술 전에 치료를 받지 않았다면, 병리학 정보를 우선시 한다. 림프절 침습이 없다는 것을 증명하기 위해서 침습이 의심되는 구역 내의 모든 림프절을 생검할 필요는 없다.

[예] Axillary lymphadenopathy에 대한 신체검사 결과 "suspicious for involvement"라고 기록되어 있다. axillary dissection 결과 모든 림프절이 negative로 나왔다.

→ CS Lymph Nodes code 000 (no regional lymph node involvement) (이유 : 같은 림프절에 시행한 검사에 대해 병리학 정보를 우선시 하므로)

c. **접근이 어려운(inaccessible) 국소림프절 규칙.**

아래 세 가지 경우에는 접근이 어려운 림프절에 대해서 999(Unknown)보다는 000(None)으로 코딩한다.

1. 신체검사, 치료 전 진단 검사나 외과적 검사에서 국소림프절 침습이라는 언급이 없는 경우.
2. 임상적으로 낮은 stage(T1, T2 또는 localized)인 경우.
3. 치료 접근법이 달라지지 않는다면 국소림프절 침습이 없다고 볼 수 있기 때문에 환자가 원발부위의 일반적인 치료(의사가 환자의 병기에 적절하다고 결정한 치료)를 시행하거나 제안 받았지만 거절한 경우.

Note: Code 999는 종양이 더 이상 국한적(localized)이지 않고, 국소림프절 침습에 대한 기록이 없는 상황에서만 코딩한다. 또한 접근 가능한 국소림프절의 상태에 대한 의무기록상 정보가 없을 때에만 코딩한다.

Note: 접근이 어려운 림프절 규칙이 적용되고 000으로 코딩된 경우에는 이 코드가 임상적 기준으로 N0에 부합한다고 뒷받침함으로써 CS Reg Nodes Eval 필드에서는 0으로 코딩된다.

d. **림프절로의 직접 침범.** 원발종양이 국소림프절에 직접적으로 침범되었으면, 이 필드에 침습 림프절을 코딩한다.

e. **두경부(Head & neck) 원발종양에서 침습된 다발성 림프절.** 두경부암에 대한 CS Lymph Nodes의 코드 구조는 원발부위에 따라 다양하지만 일반적으로, 다음의 코드 범주를 적용한다.

000	None
100-190	Single positive ipsilateral node involved
200-290	Multiple positive ipsilateral nodes
300-320	Positive ipsilateral nodes, unknown if 1 or >1

400-490	Bilateral or contralateral positive nodes
500-520	Regional nodes, NOS, unknown number and laterality
800	Lymph nodes, NOS

침습된 림프절이 하나라도 더 높은 범주에 속한다면, 더 높은 범주에서의 적절한 코드를 사용한다.

[예 1] 하인두암(hypopharyngeal cancer) 환자의 같은쪽 level IV의 림프절 2개와 같은쪽 level V의 림프절 1개가 positive로 나왔다. level IV 림프절은 CS Lymph Nodes code가 100 이고, level V 림프절은 CS Lymph Nodes code가 120 이다. 하나 이상의 림프절이 침습되었기 때문에 올바른 코드 범주는 200-290이다.
→ CS Lymph Nodes code 220
(이유 : 다발성 림프절이 침습되었고 최소한 그 중 하나는 code가 120이기 때문)

[예 2] 혀바닥암(Base of tongue cancer) 환자의 목 양쪽에 침습된 국소림프절이 있다.
→ CS Lymph Nodes code 400 (이유 : "Regional nodes, NOS"은 100으로 코딩하지만, 양쪽 림프절이 침습되었으므로 코드 100에 나열된 양쪽 림프절로 코딩한다.)

f. 전보조적치료를 계획하거나 시행한 경우.

수술 전(전보조적) 전신요법(화학요법, 호르몬요법, 면역요법)나 방사선요법을 받았다면, 수술 전 정보를 바탕으로 가장 멀리 침습된 국소림프절을 코딩한다.

[예] Axilla(code 510)에 단단하며(hard) 엉겨 붙은(matted) mass가 있어, 시행한 breast의 침생검 결과 ductal carcinoma가 확인됐다. 환자는 3개월간 화학요법을 받았다. 이후 시행한 변형근치유방절제술(modified radical mastectomy)의 병리보고서에서는 액와림프절(axillary lymph node)의 침습 없이(Negative, code 000) axilla에 흉터 조직만 나타났다.
→ CS Lymph Nodes code 510 (이유 : 치료 전 임상적으로는 침습된 것이 나타났고, 화학요법이 명백하게 림프절의 암세포를 없앴으므로 화학요법 전에 확인한 axillary lymph node의 코드를 준다.)

g. 전보조적치료에 대한 반응이 부분적이거나 없는 경우.

드물지만 임상적으로 침습된 국소림프절이 전보조적치료에 반응하지 않고, 실제로 치료 후 수술기록지나 병리보고서 결과상 전보조적치료를 받기 전보다 침습이 더 진행되는 경우가 있다. 이 경우에는 치료 후의 병리보고서/수술기록지를 바탕으로 가장 먼 침범을 코딩하고, CS Reg Nodes Eval code는 6을 준다. 치료에 대한 반응이 기록되어 있지 않은 경우에는 림프절의 임상적 상태를 코딩하고, CS Reg Nodes Eval을 5로 코딩한다.

[예] CT scan에서는 림프절 침습에 대한 언급이 없었고(Negative, code 000), 침생검으로 전립선암을 확인하였다. 근치적 전립선절제술(radical prostatectomy)을 시행 여부를 결정하는 동안 Lupron 치료를 받았다. 수술시 laparoscopic pelvic node 생검 결과 림프절로의 전이(Regional nodes involved, code 100)가 보고되었고, 전립선절제술(prostatectomy)은 취소되었다.
→ CS Lymph Nodes code 100
(이유 : 수술 전 치료(Lupron)가 림프절에 영향을 주지 않음)

- 국소림프절 침습에 대한 임상 정보는 없지만, 치료 후 병리보고서에서는 침습이 확인되었다.

i. 임상이가 전보조적치료에 반응이 있다고 언급한 경우

→ CS Lymph Nodes code 999 / CS Reg Nodes Eval code 5

ii. 임상이가 전보조적치료에 반응이 없다고 언급한 경우

→ CS Lymph Nodes code : 병리학적 정보를 근거로 해당 코드 부여 / CS Reg Nodes Eval code 6

h. **code 800의 사용.** 거의 모든 스키마의 CS Lymph Nodes 테이블에는 code 800(Lymph nodes, NOS)이 포함되어 있다. 이 코드는 림프절이 regional인지 distant인지 확인할 수 없을 때에만 사용한다. 또한 각 스키마는 "Regional lymph nodes, NOS"에 대한 독립된 코드를 가진다. 일반적으로 원발부위 절제술시 제거된 림프절은 국소적(regional)이며 그렇게 코딩해야 한다. 경우에 따라, 원격림프절은 원발부위로부터 별도로 제거된다. 드물지만 침습된 림프절이 regional인지 distant인지 확인되지 않는 경우에는 CS 컴퓨터 알고리즘에서 적용되는 TNM downstaging 규칙에 따라 N 범주로 매핑(mapping)되는 code 800을 준다.

2. CS Extension을 상피내암(in situ)/비침윤성(noninvasive)로 코딩하는 경우.

"상피내암(in situ)"라는 정의 자체가 비침윤성(noninvasive)을 의미하기 때문에, CS Extension 필드를 상피내암(in situ)으로 코딩하는 경우에는 림프절이 제거되지 않았더라도 code 000을 사용한다. 상피내암(in situ)으로 기술된 종양에 대한 림프절 침습의 증거가 있으면, 그것은 침습 구역을 놓친 것이고, 원발종양이 상피내암(in situ) 병변은 아니라는 뜻이다. 따라서 침습된 림프절은 케이스에 맞게 적절히 코딩한다. 종양이 침습되었다는 것을 반영하는 CS Extension 코드와 행태코드를 부여한다.

3. 림프절 침습을 의미하는 용어들.

고형암의 경우, 침습된 조직에 대한 정확한 정보 없이 "fixed"나 "matted" 그리고 "mass in the hilum, mediastinum, retroperitoneum, and/or mesentry"라는 용어들은 림프절이 침습된 것으로 본다.

a. "palpable", "enlarged", "visible swelling", "shotty", "lymphadenopathy"와 같은 용어들은 임상이가 침습되었다고 기술하지 않는 한 무시한다.

[예외] adenopathy, enlargement, mass in the hilum or mediastinum의 용어들은 원발부위가 폐인 경우에만 침습으로 코딩한다.

[예] 기관지주위림프절(peribronchial lymph node)의 미세침흡인생검에서 positive가 나왔다. CT scan에서 반대쪽 종격동의 종괴가 나타났고, 생검을 하지 않았다. 환자는 초기 치료로 방사선요법을 선택하였다.

→ 기관지주위림프절(peribronchial lymph node)보다 더 높은 침범 코드를 나타내는 반대쪽 종격동림프절(mediastinal lymph node)에 대한 코드를 사용한다.

b. **림프종의 경우,** 림프절이 양성이라는 어떠한 언급이 있어도 림프절이 침습되었다고 본다.

그러나 침습된 림프절은 **림프종의 CS Extension에서 코딩**해야 한다는 것을 명심한다.

- c. 방광, 대장, 신장, 전립선, 식도, 위, 폐, 간, 자궁 체부, 난소 등의 부위에 대한 국소림프절들은 접근이 어려워 촉진할 수 없다. 국소림프절에 대한 가장 좋은 설명은 영상검사나 집단적 수술(exploratory surgery) 또는 결정적인 외과수술시 내려진 외과의사의 평가이다. 이 부위의 영상검사나 집단적 수술에서 국소림프절에 대한 언급이 없다면, 접근이 어려운 림프절 관련 규칙에 근거하여 임상적으로 negative인 code 000을 부여한다.
- d. 같은쪽, 동측을 나타내는 "homolateral", "ipsilateral", "same side"의 용어들은 서로 혼용된다.
- e. 절제된 원발부위 검체에 포함된 확인되지 않은 림프절은 'regional lymph nodes, NOS'로 코딩한다.

4. 림프절 크기의 코딩.

침습된 국소림프절의 크기 정보가 필요한 경우에는 가능하다면 병리보고서 내용을 통해 코딩한다.

- a. 해당 부위특이적 스키마에서 따로 설명된 게 없다면, 림프절 전체가 아닌 전이의 크기를 코딩한다. 전체 림프절 크기가 코드 중 하나에 속한다면, 림프절 내 전이의 크기를 추측할 수 있다. 가령, 하나의 침습된 림프절의 크기가 1.5cm인 경우에는 림프절 내 전이 크기가 1.5cm 보다 클 수 없기 때문에 "single lymph node ≤2cm"로 코딩한다.

[예] Renal pelvis의 urothelial carcinoma 환자가 근치적 신장요관절제술(radical nephroureterectomy)을 받았다. 병리보고서에서 3개의 림프절이 침습되었고, 그 중 가장 큰 것은 최장경이 2cm이다.

→ CS Lymph Nodes code 200 (이유 : 다발성 림프절이 침습되었지만 하나의 림프절 또는 그 전이부위가 5cm 보다 크지는 않기 때문에)

- b. 림프절 내의 전이 크기를 모른다면, 주어진 침습된 림프절의 크기를 코딩한다.
- c. 병리학적 크기가 없을 경우 침습된 림프절의 임상적 크기를 코딩한다.
- d. 주어진 크기가 침범된 림프절의 크기가 바로 주어지지 않고 mass로 표현된다면 기술되어 있으면, 그 mass의 크기를 코딩한다.

[예] 6cm의 단단한 upper jugular(level II) neck mass가 있어 mass의 침생검을 한 결과 metastatic squamous carcinoma가 확인되었고, 광각내시경검사(panendoscopy)로 연구개(soft palate)에 병변이 발견되었다.

→ CS Lymph Nodes code 300 (이유 : 국소림프절이 code 100(regional lymph node, NOS)에 속하면서, single인지 multiple인지에 대한 언급이 없다.)

- e. 림프절의 위치, 수, 크기에 관한 정보가 CS Lymph Nodes 필드와 하나 혹은 그 이상의 부위특이적 요소 사이에서 나뉠 수도 있다. 가능한 한 필드를 완전히 코딩하면 컴퓨터 알고리즘은 적당한 N 범주로 분류할 것이다. 이 지침서의 부위별 schema에서 추가 정보를 통해 유방 림프절에 대한 논의를 참조하라.

5. 기술된 N 범주나 부위특이적 병기로부터 림프절 침습 추정하기.

의무기록의 림프절 침습에 대한 정보가 TNM 시스템에 따른 N 범주에 대한 의사 진술 또는 Dukes C와 같은 부위특이적 병기분류 시스템에 따른 병기뿐이라면, 적절한 "Stated as N_, NOS" 범주를 코딩하거나 부위특이적 병기분류 시스템서 숫자적으로 가장 낮은 CS Lymph Nodes 코드를 준다.

- a. 의무기록의 내용과 의사가 결정한 TNM이 다를 경우에는 의무기록을 우선시 한다. 이러한 경우는 TNM을 결정한 의사와 논의하여야 한다.
- b. 의무기록의 림프절 침습 정보가 애매모호하거나 불완전하다면, 의사가 결정한 N 범주로부터 림프절 침습을 추정할 수 있다.

6. 림프절 내의 격리 종양 세포(ITCs). TNM 7판의 여러 장에서는 격리 종양 세포(ITCs)를 언급하고 있다. ITCs는 단일 세포들이거나 전이 가능성을 모르는 국소림프절 내 상피 세포들의 작은 무리들이다. ITCs는 부위특이적 지침에 따라 코딩한다.

- a. Breast에서 ITCs는 림프절에 침습이 안된 것으로 코딩한다.
(CS Lymph Nodes code 000 or 050, which maps to pN0(i+) or pN0(mol+)).
- b. 피부 흑색종(Cutaneous melanoma)에서 ITCs는 positive인 림프절로 코딩한다.
- c. Merkel cell carcinoma에서 ITCs는 림프절에 침습이 된 것으로 코딩한다.

7. NOS 범주의 사용.

몇몇 스키마들은 N1, NOS; N2, NOS 및 달리 분류되지 않은 범주 등과 같은 것을 포함한다. 추가적인 하위범주(N1a, N1b, N1c)가 있지만 적절한 하위범주를 결정할 수 없을 때, NOS를 사용한다. 코드의 기술과 매핑(mapping) 모두에서 나타날 수 있는 NOS 명칭은 공식적인 AJCC 용어는 아니다. NOS는 특별하게 구분되는 것이 아닐 경우, 보고서와 분석에서 무시되어야 한다. 적절한 하위범주(ex. N1a or N1b)를 결정할 수 없을 때 "Stated as N1 NOS"와 같은 범주로 코딩한다.

8. 대장, 충수, 직장S상결장 집합부 그리고 직장에 생긴 불연속적인 종양 침착 (종양주위 결절).

잔여 림프절 구조의 증거가 없는 pericolic 또는 종양 결절로 perirectal fat의 종양 결절은 원발종양의 여러 양상 중 하나일 수 있다 : 불연속적 침범, 혈관 외 확산을 동반한 정맥침범 또는 완전히 대체된 림프절.

이러한 다양한 양상은 CS에서 다른 방법으로 다루어진다. 게다가, 원발부위 근처에 발견되는 불연속적인 종양 결절들에 대한 AJCC Cancer Staging Manual의 6판과 7판에서 정의가 다르다.

- a. 7판에서는 원발종양이 장기 내에 국한되어 있거나 T1 또는 T2로 변환되는 경우, 이용가능한 정보가 오직 pericolic fat 안에 종양 결절이 존재하는 것이라면, CS Lymph Nodes를 050으로 코딩한다. 또한, 종양 침착(tumor deposits)에 대한 적절한 부위특이적 요소에서 종양 침착의 전체 수를 코딩한다. 만약 종양 침착과 침습된 국소림프절들이 있다면, CS Lymph Nodes의 국소림프절의 정보, CS Lymph Nodes Positive의 positive인 림프절의 수, 종양 침착에 대한 적절한 부위특이적 요소에서의 종양 침착 수를 코딩한다.

9. 감시림프절(sentinel lymph nodes).

감시림프절에 대한 처치 과정에서 발견된 침습 림프절은 positive인 림프절로 분류하고 CS Lymph Nodes에서 코딩한다. 그러나 침습된 감시림프절이 임상적인지 병리학적인지 여부는 원발종양이 임상적 병기분류 근거를 따르는지 병리학적 병기분류 근거를 따르는지에 달려 있다. 다시 말해, 원발종양에 대한 절제술을 시행하지 않았다면, 침습된 감시림프절은 임상적으로 분류될 것이다. 더 많은 정보를 위해서, CS Reg Nodes Eval에 대한 코딩 지침을 참고한다.

10. 다음 원발부위에서는, CS Lymph Node는 항상 988(Not applicable)로 코딩한다.

Placenta

Brain and Cerebral Meninges

Other Parts of Central Nervous System

Intracranial Gland

Hodgkin and Non-Hodgkin Lymphoma

Hematopoietic, Reticuloendothelial, Immunoproliferative and Myeloproliferative Neoplasm

Other and III-Defined Primary Sites

Unknown Primary Site

11. 구역림프절 코드의 근거 내용을 문자로 기록한다.

CS LYMPH NODES EVAL

설명

이 필드는 TNM 시스템에서 N 범주에 대한 병기분류 근거를 얻기 위해 사용된다. 진단방법과 그 진단방법을 이용한 의도를 근거로 "CS Lymph Nodes" 필드의 코드가 어떤 방법으로 결정되었는지를 코딩한다.

Code	Description	Staging Basis
0	<p>AJCC pathologic staging 기준에 맞지 않음:</p> <p>검사를 위해 국소림프절을 제거하지 않음. 신체검사, 영상검사, 기타 비침습적인 임상검사를 근거로 평가내림. 부검 자료 없음.</p>	c
1	<p>다음 기준에 최소한 한 가지에 기초해 AJCC pathologic staging 기준에 맞지 않음:</p> <p>검사를 위해 국소림프절을 제거하지 않음. 내시경검사, 기타 침습적인 검사(조직검사를 하지 않은 수술적 관찰 포함)를 근거로 평가내림. 부검을 시행하지 않음.</p> <p>또는</p> <p>진단검사의 일부로 국소림프절 또는 감시림프절(sentinel lymph nodes)의 미세침흡인(fine needle aspiration), 절개생검(incisional needle biopsy), 중심핵생검(core needle biopsy), 절제생검(excisional biopsy)을 시행하였으나, 병리학적 T 분류(치료)를 위한 원발부위를 제거하지 않은 경우</p>	c
2	<p>AJCC pathologic staging 기준에 맞음:</p> <p>검사를 위해 제거한 국소림프절은 없지만, 부검을 근거로 평가내림. (부검 전에 종양을 의심받았거나 진단받음)</p>	p
3	<p>다음 기준 중에서 적어도 하나를 근거로 AJCC pathologic staging 기준에 맞음:</p> <p>국소림프절에 대한 현미경적 진단(FNA, 절개생검, 중심핵생검, 절제생검, 감시림프절생검 또는 림프절 절제술)을 시행하였으며, 병리학적 T 분류(치료)를 위한 원발부위를 제거하거나 가장 높은 T 범주를 평가하는 조직검사를 근거로 평가내림.</p> <p>또는</p> <p>T 범주 정보와 상관없이, 가장 높은 N 범주의 국소림프절에 대한 현미경적 평가</p>	p
5	<p>AJCC y-pathologic staging 기준에 맞지 않음:</p> <p>전보조적 치료 이후에 검사를 위해 제거된 국소림프절과 임상에 근거한 림프절 평가, 수술에 의한 병리 근거가 없다면(전보조적 치료 이후) 더 확장된 것으로 평가내림 (code 6 참조)</p>	c

Code	Description	Staging Basis
6	<p>AJCC y-pathologic staging (yp) 기준에 맞음:</p> <p>치료 전 임상정보보다 수술시 병리정보가 더 진행되었기 때문에, 전보조적 치료를 시행한 후 검사를 위해 제거한 국소림프절과 병리정보를 근거로 평가내림</p> <p><i>Note 1</i>을 참고한다.</p>	yp
8	<p>AJCC autopsy(a) staging 기준에 맞음:</p> <p>부검으로 평가내림; 종양을 부검 전에 의심하거나 진단내리지 않음</p>	a
9	<p>검사를 위한 국소림프절 제거 시행여부 모름</p> <p>평가할 수 없음</p> <p>평가했는지를 모름</p> <p>환자 기록에 정보 없음</p> <p>TNM 병기가 없는 부위: Not applicable. 병기분류 기준 항목은 공란으로 둔다.</p>	c

Note 1. 이 분류 근거는 “yp”로 보여진다. 그러나 필드는 문자열 입력 길이가 한 문자만 가능하기 때문에 “y”로 기록한다.

림프절에 대한 처치가 검사의 일부인 경우, 병기분류 근거는 임상적이다(CS Lymph Nodes Eval codes 0, 1, 5, 9). 국소림프절 생검이나 감시림프절 처치와 같은 림프절의 현미경적 평가(검사)가 치료 계획을 선택하기 위한 것이라면, 얻어진 정보는 임상적 병기분류의 일부이다. 이 상황에서는, 종양크기와 침범(T 범주)에 대한 정보도 임상적이며, 원발부위의 어떠한 절제술도 병리학적 T 분류 기준에 부합하지 않는다.

림프절에 대한 처치가 치료의 일부인 경우, 병기분류 근거는 병리학적이다(CS Reg Nodes Eval codes 2, 3, 6). 이 상황에서는, 병리학적 T 분류 기준에 부합하는 원발부위 절제술이 있거나 원발부위의 외과적 절제술 없어도 가장 높은 T 범주의 현미경적 확인이 존재한다.

[예 1] 유방촬영술(mammography)과 중심핵생검(core needle biopsy)으로 유방암 진단을 받았다. axilla는 임상적으로 negative이다. 환자는 감시림프절 생검과 종괴절제술을 받기로 하였고, 림프절 전이에 대해서는 negative이다.

→ CS Lymph Nodes Eval code 3

(이유 : 감시림프절 생검이 치료의 일부였기 때문에)

[예 2] 커다란 breast mass가 중심부 바늘생검(core needle biopsy)에서 암으로 확인되었다. 신체검사상 axilla가 잔뜩 부어 있었다. 감시림프절 생검 결과, 3개의 림프절 중 하나에서 미세전이를 보였다. 환자는 전보조적 화학요법을 받은 후 변형근치유방절제술(modified radical mastectomy)을 받았다. 수술 병리보고서에서, positive로 나온 림프절은 없었다.

→ CS Lymph Nodes Eval code 5 (이유 : 감시림프절 생검을 검사 목적으로 시행하였고, 전보조적치료 후 원발부위의 수술을 받았으므로)

[예 3] 목 아래 부분에 단단한 덩어리가 있고, 기관주위 림프절(paratracheal lymph

node)에 대한 내시경적 생검으로 전이성 폐암을 확인하였다. 환자에게 화학방사선요법을 시행하였다.

→ CS Lymph Nodes Eval code 1 (이유 : 내시경적 생검을 검사 목적으로 시행하였고, 환자가 원발부위 절제술을 받지 않았기 때문에)

[예 4] 대장내시경검사(colonoscopy)로 Sigmoid colon cancer가 발견되었다. 절제술 결과, 15개 중 3개의 pericolic lymph node에 전이 된 것이 확인 되었다.

→ CS Lymph Nodes Eval code 3 (이유 : 림프절 전이가 원발부위의 절제술로 발견되었으므로)

[예 5] 수질성 갑상선암(medullary thyroid carcinoma) 진단을 받고, 전갑상선절제술(total thyroidectomy)과 앞구역 림프절절제술(anterior compartment node dissection)을 시행하였다. 림프절절제술 결과 12개 중 2개의 림프절이 전이되었다.

→ CS Lymph Nodes Eval code 3
(이유 : 림프절 절제술을 원발부위의 치료 목적으로 시행하였기 때문에)

[예 6] 면도 생검(shave biopsy)으로 아래 팔(forearm)에 악성 흑색종(malignant melanoma)이 진단되었다. 침범된 액와림프절의 미세침흡인검사에서 흑색종에 의한 액와 림프절(axillary lymph node)의 침습은 없었다. 환자는 원발부위의 광범위한 절제술을 받았다.

→ CS Lymph Nodes Eval code 1
(이유 : 감시림프절 생검은 치료 방법을 결정하기 위해 시행한 것이므로)

코딩 지침(Instructions for coding)

1. 가장 멀리 침습된 국소림프절을 코딩한다.

- a. 가장 멀리 침습된 국소림프절에 대한 정보를 확인해주는 CS Lymph Nodes Eval code를 선택한다. 이것은 숫자적으로 가장 높은 코드가 아닐 수도 있다.

[예] 하인두암(Hypopharyngeal cancer)의 변형근치목절제술(modified radical neck dissection) 결과, 1개의 lower jugular node에 침습되었다(CS LN code 100, Eval code 3). 신체검사에서 단단하고 매트한 scalene(transverse cervical) node에 전이가 있는 것으로 나타났다(CS LN code 320, Eval code 0).

→ CS Lymph Nodes Eval code 0 (이유 : 더 멀리 침습된 scalene node 가 임상적인 방법으로 확인되었기 때문에)

- b. 같은 림프절 사슬에 관한 임상정보와 병리정보 간에 차이가 있다면, **병리학적 정보를 더 우선시 한다.** negative라는 것을 증명하기 위해 사슬내의 모든 림프절을 생검할 필요는 없다.

[예] 폐암 환자의 CT scan에서 같은쪽 mediastinum에 림프절의 mass를 확인하였다. 종격내시경 생검(mediastinoscopy biopsy)으로 2개의 같은 쪽 종격림프절(mediastinal lymph node)은 negative임이 나타났다.

→ CS Lymph Nodes code 000 / CS Lymph Nodes Eval code 1

(이유 : 임상적으로 의심되었던 종격림프절(mediastinal lymph node)이 내시경적 생검으로 negative임이 확인되었으므로)

c. **N 하위범주 매핑(mapping)**. 가장 진행된 N 하위범주를 결정한 방법에 해당하는 CS Lymph Node Eval code를 선택한다.

i. N에 대한 상세 하위범주가 N2b와 같이 부여된다면, 상세 하위범주에 대한 병리학적 증거가 있는지 확인한다. 병리학적 증거가 있는 경우, 원발부위의 외과적 절제술을 받았다면 “p” 병기분류 기준에 해당하는 CS Lymph Node Eval code를 선택한다.

ii. 하위범주에 대해 임상적 증거만 있는 경우, “c” 병기분류 근거에 해당하는 CS Lymph Node Eval code를 선택한다. 이 경우, 더 낮은 N 하위범주에 대한 병리학적 증거가 있더라도, Eval code를 결정하는데 고려하지는 않는다.

[예] 유방암 환자의 변형근치유방절제술(modified radical mastectomy)에서 절제된 액와 림프절(axillary lymph node) 14개의 중 10개에서 positive로 나왔다(CS Lymph Nodes code 600, Site-specific Factor 3 code 010, maps to pN3a). 또한 임상적 의에 의해 단단한 쇄골위림프절(supraclavicular node)이 만져지며, 침습된 것으로 보인다(CS Lymph Nodes code 800, maps to N3c).

→ CS Lymph Node Eval code 0

(이유 : 액와림프절절제술보다 더 높은 N 하위범주가 신체검사로 확인되었기 때문에)

2. **TNM 매핑(mapping)이 없는 경우.**

Brain 또는 Kaposi sarcoma처럼 결정된 TNM 스키마가 없는 부위/조직학에서 이 필드의 코드는 항상 9(Not applicable)이다. 유방의 sarcoma처럼 조직학(sarcoma)에 대한 TNM 스키마는 없지만 원발부위(breast)에 대한 TNM 스키마가 있는 경우, 코드 9를 주지 않는다. 이런 경우에는 진단방법을 확인하여 정확한 코드를 주며 진단방법을 모르는 경우에만 코드 9를 줄 수 있다. (다시 해석) 원문과 다름

3. **CS Lymph Nodes 필드가 결정된 방법을 가장 잘 설명하는 코드를 선택한다.**

a. 림프절이 제거되지 않았다면, code 0, 1, 9를 사용한다.

[예 1] 전립선암에 대해 복강경 림프절 생검 결과, 현미경적으로 침습된 림프절이 확인되었다. 근치적 전립선절제술(radical prostatectomy)은 취소되었다.

→ CS Lymph Node Eval code 3 (이유 : 병기분류 알고리즘은 병리학적(p)으로 정보를 확인한 것이다. AJCC에 따르면, 하나 또는 그 이상의 국소림프절 생검의 결과가 positive이면, 전립선암의 병리학적 병기분류 기준에 충족한다.)

[예 2] 폐암의 CT, MRI 결과상 반대쪽 mediastinal nodes가 침습되었다.

→ CS Lymph Node Eval code 0 (이유 : 병기분류 알고리즘은 임상적(c)으로 정보를 확인한 것이다.)

b. 림프절을 제거한 후에 다른 치료를 시행한 경우에는 code 3을 사용한다.

병리학적 T 범주에 대한 기준에 부합하는 원발부위 절제술과 함께 림프절절제술을 시행 받은 후, 다른 치료를 받은 환자의 경우에는 code 3을 사용한다.

- c. **수술전 치료를 시행한 경우.** 환자가 수술 전(전보조적) 전신요법(화학요법, 호르몬요법, 면역요법)이나 방사선요법을 받았다면, 림프절의 임상적 정보를 우선시 한다(code 5). 전보조적치료 후에 림프절절제술이 시행되지 않았다면, code 0 이나 1을 사용한다.
- d. **전보조적치료 후에 림프절 침습이 더 깊어진 (광범위해진) 경우.** 전보조적치료 후에 림프절을 평가한 경우에는 code 5나 6만 사용한다. 국소림프절 침습의 크기, 수, 침범이 전보조적치료를 받기 전에 결정되었다면, code 5를 사용한다. 그러나 전보조적치료 후의 림프절 검사에서 더 침범된 종양이 발견되었다면, code 6을 사용한다.
- e. **부검에 대한 code 2와 code 8의 사용.** 환자를 부검하였거나 림프절 침습을 결정하기 위한 시의성 규칙을 만족시키는 부검 정보가 있는 경우, 사망 전에 진단명이 알려졌거나 의심되었다면 code 2를 주고, 사망 전에 진단명이 알려지지 않았거나, 의심되지 않았다면 code 8을 준다.

4. Code 0의 정의.

Code 0은 평가 방법의 신체검사, 영상검사, 비침습적 임상적 증거를 포함한다. 침습된 림프절이 없다는 임상적 소견을 바탕으로 CS Lymph Nodes를 000으로 코딩(접근이 어려운 림프절 규칙)했다면 **임상적 M0의 기준에 부합한 기록에 대해 code 0을 사용한다.**

* Code 0 에 해당하는 영상검사의 예

표준방사선촬영(standard radiography), 특수방사선투사법, 단층촬영(tomography), 컴퓨터단층촬영(CT), 초음파검사(US), 림프조영술(lymphography), 혈관조영술(angiography), 섬광조영술(scintigraphy, nuclear scans), 자기공명영상(MRI), 양전자방출단층촬영(PET)스캔, 나선스캔(spiral scan : CT or MRI), 비침습적 조직검사.

AJCC Cancer Staging Manual 7판에 따라, 광범위한 영상검사는 임상적 병기분류 근거를 부여하는데 꼭 필요한 것은 아니다.

5. Code 1의 사용.

Code 0-3은 AJCC 병기분류 근거에 따른다. Code 1은 TNM 시스템에서 병리학적 병기분류 조건에 만족할 충분하지 못한 조직의 현미경적 검사를 포함한다. 예를 들면, 액와 림프절의 침생검에서 유방암로부터의 전이가 확인되었다. 그러나 가장 높은 N 병기를 평가할만한 충분한 수의 림프절 제거를 위한 조건에 만족하지 않는다. **상세한 분류 규칙에 대해서는 AJCC Cancer Staging Manual 7판을 참조한다.** Code 1은 대장절제술에서의 복부 검사와 같이, 국소림프절을 생검하지 않는 수술적 관찰도 포함한다. Code 1은 림프절에 대한 처치가 치료 과정을 결정하기 위한 검사 목적으로 시행되는 경우에 사용한다. 이 경우에는 병리학적 T 범주의 기준에 충분히 만족시킬만한 원발부위 절제술을 시행하지는 않는다.

6. Code 3의 사용.

Code 3은 모든 부위의 병리학적 병기분류에 매핑(mapping)된다. 림프절에 대한 처치가 국소림프절의 병리학적 병기분류 기준의 조건을 충족할 때 code 3을 사용한다. 그 조건은 침습된 림프절의 위치와 수, 침습된 림프절의 크기 및 그 밖의 특징에 관해서 부위에 따라 다양하다. 가령, 전립선암에서는 FNAB에서 하나의 림프절이 positive로 나온 경우에도 CS Lymph Nodes Eval code를 3으로 주기에 충분하다. 그 이유는 하나의 positive 림프절로도 pN1을 결정할 수 있고, N 범주가 N1뿐이기 때문이다. 반대로, 폐암과 연관된 hilar mass(N1)의 FNA검사서 positive로 나온 경우에는 CS Lymph Nodes Eval code를 1로 쥐

야 한다. 가장 높은 N 범주를 결정하기에는 그 자체로는 불충분하기 때문이다. 그러나 전이성 폐암으로 진단된 쇄골상림프절(supraclavicular node)과 같이, 가장 높은 N 범주의 현미경적 평가는 항상 병리학적이다(code 3).

7. 감시림프절(sentinel nodes).

CS Lymph Nodes Eval 필드에서 감시림프절이 positive인 경우의 코딩 지침은 부위특이적이다. 그러나 일반적으로 침습된 감시림프절이 임상적인지 병리학적인지는 원발종양이 임상적 병기분류 기준에 따르는지 병리학적 병기분류 기준에 따르는지에 달려있다. 다시 말해서, 침습된 감시림프절은 원발종양에 대한 절제가 없거나 원발부위 절제가 병리학적 T에 적절하지 않다면, 임상적으로 분류될 것이다.

- a. 원발종양의 크기, 침범이 병리학적 병기분류 기준에 부합하고 림프절을 검사목적으로 생검하거나 제거하였을 경우, 림프절에 대한 정보는 병리학적으로 고려되며 가장 높은 N 범주를 기록할 필요는 없다.

[예] 유방암 환자는 종괴절제술(lumpectomy)과 감시림프절 절제술을 받았다. 원발종양 주위 가장자리는 깔끔해졌고, 3개의 감시림프절 중 하나가 metastatic duct carcinoma에 대해 positive를 보였다.

→ CS Lymph Nodes Eval code 3 (이유 : 원발종양에 대한 처치가 병리학적 T의 기준을 충족시키고, 감시림프절은 병리학적 N의 기준을 충족시키기 때문에)

- b. 원발종양의 크기, 침범이 병리학적 병기분류 기준에 부합하지 않을 때, 단일 림프절이나 감시림프절 검사는 임상적으로 고려된다.

[예] breast에 커다란 궤양성 mass와 임상적으로 positive인 액와림프절(axillary lymph node)이 나타났다. breast mass와 액와림프절의 중심핵생검(core needle biopsy)결과 carcinoma로 확인되었다. 환자는 수술 전 화학요법에 이어 변형근치유방절제술(modified radical mastectomy)을 받았다.

→ CS Lymph Nodes Eval code 5 (이유 : 원발부위에 대한 처치가 병리학적 T의 기준에 부합하지 않고, 전보조적치료에 앞서 시행한 level I 림프절에 대한 중심부 바늘생검은 임상적이다.)

- c. 가장 높은 N 범주 내 림프절의 생검 결과가 positive로 나왔다면, 원발종양이 임상적인지 병리학적인지에 상관없이 CS Lymph Nodes Eval code는 3으로 준다.

[예] 쇄골위 종괴가 있어, 절제한 결과 metastatic squamous carcinoma가 나왔다. 추가 진단검사로 폐의 좌상엽(LUL)에서 몇 개의 또 다른 종양 결절들(satellite nodules)과 하나의 종괴를 확인하였다.

→ CS Lymph Nodes Eval code 3 (이유 : 쇄골위림프절(supraclavicular lymph node)가 가장 높은 N 범주(N3)에 속하기 때문에)

- 8. 림프절 상태를 모르는 경우, CS Lymph Nodes Eval 코딩하기. Eval 필드는 관련된 필드(Tumor Size, Regional Nodes, Mets at Dx)의 정보를 모를지라도, 그 정보가 어떻게 얻어지는지를 근거로 코딩하여야 한다. 예를 들어, 림프절 침습을 확인할 수 없고 CS Lymph Node 필드를 999로 코딩하더라도, 그 필드를 결정하기 위해 시행한 처치가 무엇인지는 알고 있다. 다시 말해, 림프절을 999로 코딩하였다고 해서 Eval 필드를 9로 코딩하지 않는다.

9. 다음 스키마는 항상 9 (Not applicable)로 코딩하거나 적용하지 않는다.

AdnexaUterineOther

Brain

CNSOther

DigestiveOther

EndocrineOther

EyeOther

GenitalFemaleOther

GenitalMaleOther

HemeRetic

IIIDefinedOther

IntracranialGland

KaposiSarcoma

Lymphoma

MelanomaSinusOther

MiddleEar

MyelomaPlasmaCellDisorder

PharynxOther

Placenta

RespiratoryOther

SinusOther

Trachea

UrinaryOther

REGIONAL NODES POSITIVE

설명

이 필드는 병리의사에 의해 검사된 양성으로 나온 국소림프절의 정확한 수를 기록한다. 이 필드는 Reg LN Pos로 불린다.

Code	Description
00	All nodes examined negative
01-89	1 to 89 nodes positive (code exact number of nodes positive)
90	90 or more nodes positive
95	Positive aspiration or core biopsy of lymph node(s). <i>규칙 6 참고.</i>
97	Positive nodes - number unspecified. <i>규칙 7 참고.</i>
98	No nodes examined. <i>규칙 8 참고.</i>
99	Unknown whether nodes are positive; not applicable; not documented in patient record.

코딩 지침(Instructions for coding)

- 국소림프절만 해당.** 이 필드는 국소림프절에 관한 정보만 기록한다. 원격림프절은 "CS Mets at Dx" 필드에 코딩한다.
- 오직 병리학적 정보만을 근거로 한다.** 이 필드는 환자가 수술 전 치료를 받았는지 여부에 상관없이 기록된다.
- 상피내암은 positive인 림프절을 가질 수 없으므로, code 00(negative)과 98(not examined)만 허용한다.** Codes 01-97과 99는 허용되지 않는다.
- 양성으로 나온 림프절의 합산.** 병리검사에서 positive로 나온 국소림프절의 전체 수를 기록한다.
 - positive로 확인된 국소림프절의 수는 치료의 첫 단계인 수술을 통해 림프절을 제거한 모든 처치에서부터 누적된다.
 - 절제술에서 positive 림프절이 나왔을 때 수술에서 제거된 같은 림프절 사슬에 속하는 림프절의 흡인이나 core biopsy에서 positive로 나온 것은 합하지 않는다. 다시 말해, 림프절절제술에서 양성으로 나온 국소림프절이 미세침흡인이나 중심핵생검에서 검사한 림프절과 같은 사슬 내에 있는 경우, 같이 계산하지 않는다. 아래의 code 95의 정의를 참고한다.

[예 1] 폐암 환자는 종격내시경을 받았고, hilar 림프절에 대한 core biopsy에서 positive가 나왔다. 이후, 우상엽절제술(right upper lobectomy)을 받았다. 그 결과 절제된

11개의 림프절 중에서 3개의 hilar 림프절과 2개의 mediastinal 림프절에서 positive가 나왔다.

→ Regional Nodes Positive code 05 / Regional Nodes Examined code 11
(이유 : core biopsy로 검사된 림프절이 수술시 절제한 것과 같은 사슬 내에 있기 때문에, core biopsy에서 검사한 것은 합하지 않는다.)

[예 2] positive로 나온 오른쪽 경부림프절(cervical lymph node) 흡인에 이어 오른쪽 경부림프절절제술에서 6개 중 1개의 림프절이 positive로 나왔다.

→ Regional Nodes Positive code 01 / Regional Nodes Examined code 06

c. 양성 흡인이나 core biopsy가 다른 림프절 구역 내의 림프절로부터 나온다면, Regional Nodes Positive의 수에 포함시킨다.

[예] 유방암 환자의 core biopsy에서 쇄골위림프절(supraclavicular lymph node)가 positive로 나오고, 액와 림프절절제술(axillary dissection)에서 8개 중 3개의 림프절이 positive로 나왔다.

→ Regional Nodes Positive code 04 / Regional Nodes Examined code 09 (이유 : 쇄골위림프절은 다른 림프절 사슬에 있지만, 국소림프절이기 때문에 포함시킨다.)

d. core biopsy나 흡인을 한 림프절의 위치를 모르다면, 수술로 제거된 림프절 사슬의 일부라고 추정하고, Regional Nodes Positive 계산에는 포함시키지 않는다.

[예] 환자기록에 core biopsy를 다른 기관에서 시행하였고 절제술에서 14개 중 7개의 국소림프절이 positive로 나왔다.

→ Regional Nodes Positive code 07 / Regional Nodes Examined code 14

5. 림프절 계산의 우선순위. positive 림프절 수에 관해 차이가 있다면, 다음의 우선순위에 따라 적용한다.

• 최종진단명 → 개괄적 보고서 (병리보고서 체크리스트) → 현미경검사 → 육안검사.

6. Code 95의 정의. 국소림프절에 대한 처치가 needle biopsy(세모학)이거나 core biopsy(조직)일 때만, code 95를 사용한다.

a. 림프절 흡인으로 positive가 나왔고, 수술로 절제된 림프절이 없는 경우에 code 95를 사용한다.

[예] 식도암 환자의 흡인 결과, positive로 나온 중간식도림프절(mid-esophageal node)이 CT scan에서도 침범된 것으로 나타났다. 환자는 방사선치료를 받았고 수술은 하지 않았다.

→ Regional Nodes Positive code 95 / Regional Nodes Examined code 95

b. 림프절 흡인으로 positive가 나왔고, 수술로 절제된 모든 림프절이 negative로 나온 경우에 code 95를 사용한다.

[예] 폐암환자의 림프절 조직에서 metastatic squamous carcinoma가 보여, 의심스러운

hilar mass에 흡인을 시행하였다. 환자는 수술 전 방사선요법에 이어 엽절제술을 받았고, 6개의 hilar lymph node가 negative로 나왔다.

→ Regional Nodes Positive code 95 / Regional Nodes Examined는 수술시 절제한 림프절의 수를 코딩한다. (Code Reg Nodes Eval as 5)

7. Code 97의 정의. 흡인, 생검, 표본 또는 절제된 림프절에서 positive가 나온 경우, 세포학이나 조직학을 근거로 침습된 림프절 수를 결정할 수 없다면, code 97을 사용한다. code 97은 세포학이나 조직학으로 확인된 positive 림프절들을 포함한다.

[예] pyriform sinus carcinoma 환자의 목 중간부분에 mass가 있다. 미세침흡인(fine needle biopsy) 결과 하나의 림프절이 positive로 나왔다. 환자는 전보조직 화학요법을 받은 후, 원발부위의 절제술과 근치목절제술(radical neck dissection)을 받았다. 근치목절제술에서 절제한 림프절 10개 중 몇 개의 림프절이 positive로 나왔다. 나머지 림프절들은 화학요법이 효과가 있었음을 보여준다.

→ Regional Nodes Positive code 97 / Regional Nodes Examined code 10 (이유 : 생검 및 절제된 positive 림프절의 전체 수를 모르기 때문에)

Note: N1, N2 등으로 매핑(mapping)하기 위해 침습된 림프절의 수를 알아야하는 원발부위에 대해서는, code 97이 N1으로 매핑(mapping)되므로 이는 피해야 한다.

Note: 흡인된 림프절이 하나뿐이고 현미경적으로 positive이라면, code 95를 사용한다.

Note: positive 림프절의 수가 실제보다 약간 적게 계산된다는 것을 의미하더라도, 가능하면 Regional Nodes Positive를 97로 코딩하는 것은 피한다.

8. Code 98의 사용. Code 98은 다음의 경우에 사용한다.

- a. 림프절을 임상적으로만 평가한 경우
- b. 절제되거나 검사된 림프절이 없는 경우
- c. 림프절 배액구역의 "dissection"이 병리검사시 림프절을 포함하지 않는 경우
- d. Regional Nodes Positive를 98로 코딩하면, Regional Nodes Examined는 보통 00으로 코딩한다.

9. 림프절 내의 고립 종양세포들(ITCs). 피부 흑색종(cutaneous melanoma)과 피부의 Merkel cell carcinoma를 제외한 모든 원발부위에서는, 미세전이나 0.2mm보다 더 큰 전이가 있는 림프절만 계산한다. 고립 종양세포들(ITCs)을 포함한다고 확인된 positive 림프절의 수는 포함시키지 않는다. 병리보고서상에 림프절은 positive로 나왔지만, 전이의 크기가 언급되어 있지 않다면, 그 크기가 0.2mm 이상일 것이라고 추측하고 positive로 나온 림프절을 계산한다.

- a. **피부 흑색종(Cutaneous melanoma)과 Merkel cell carcinoma**에서는, ITCs를 양성인 림프절로서 함께 계산한다.

10. code 99의 사용.

국소림프절이 양성(positive)인지 아닌지를 모르는 경우, code 99를 사용한다.

11. 다음의 원발부위에 대해서는 항상 99로 코딩한다. 다음의 원발부위/조직학에서는 Regional Nodes Positive 필드를 항상 99로 코딩한다.

Placenta

Brain and Cerebral Meninges

Other Parts of Central Nervous System

Intracranial Gland

Hodgkin and non-Hodgkin Lymphoma

Hematopoietic, Reticuloendothelial, Immunoproliferative and Myeloproliferative Neoplasms

Myeloma and Plasma Cell Disorders

Other and Ill-Defined Primary Sites

Unknown Primary Site

REGIONAL NODES EXAMINED

설명

이 필드는 병리의사에 의해 검사된 국소림프절의 정확한 수를 기록한다. 이 필드는 Reg LN Exam으로도 불린다.

Code	Description
00	No nodes examined
01-89	1 to 89 nodes examined (code the exact number of regional lymph nodes examined.)
90	90 or more nodes examined
95	No regional nodes removed, but aspiration or core biopsy of regional nodes performed. <i>규칙 5 참고.</i>
96	Regional lymph node removal documented as sampling, and the number of nodes unknown/not stated. <i>규칙 7 참고.</i>
97	Regional lymph node removal documented as dissection and the number of nodes unknown/not stated. <i>규칙 8 참고.</i>
98	Regional lymph nodes surgically removed, but the number of lymph nodes unknown/not stated and not documented as sampling or dissection; nodes were examined, but the number unknown. <i>규칙 3e 참고.</i>
99	Unknown whether nodes were examined; not applicable or negative; not documented in patient record.

코딩 지침(Instructions for coding)

1. **국소림프절에만 해당.** 이 항목에서는 국소림프절에 관한 정보만 기록한다. 원격림프절은 "CS Mets at Dx" 항목에서 코딩한다.
2. **오직 병리학적 정보만을 근거로 한다.** 이 필드는 환자가 수술 전 치료를 받았는지 여부에 상관없이 기록된다.
3. **Code 00의 사용.** Code 00은 다음의 경우에 사용한다.
 - i. 림프절을 임상적으로만 평가한 경우
 - ii. 절제되거나 검사된 림프절이 없는 경우
 - iii. 림프절 배액구역의 "dissection"이 병리검사시 림프절을 포함하지 않는 경우
 - iv. Regional Nodes Examined를 00로 코딩하면, Regional Nodes Positive는 보통 98로 코딩한다.

4. 절제 및 검사된 림프절의 합산. 병리의사에 의해 제거 및 검사된 국소림프절의 전체 수를 기록한다.

a. 검사된 국소림프절의 수는 code 95에 해당하는 흡인이나 중심핵생검을 제외한 치료의 첫 단계인 수술을 통해 림프절을 제거한 모든 처치에서부터 누적된다.

b. Regional Nodes Examined 에서 추가 림프절로서 수술에서 제거된 같은 림프절 사슬에 속하는 림프절의 흡인이나 core biopsy에서 검사한 림프절은 합하지 않는다.

[예] 폐암 환자는 종격내시경을 받았고, hilar 림프절의 core biopsy에서 positive가 나왔다. 이후, 우상엽절제술(right upper lobectomy)을 받았다. 그 결과 절제된 11개의 림프절 중에서 3개의 hilar 림프절과 2개의 mediastinal 림프절에서 positive가 나왔다.

→ Regional Nodes Positive code 05 / Regional Nodes Examined code 11
(이유 : core biopsy로 검사된 림프절이 수술시 절제한 것과 같은 사슬 내에 있기 때문에, core biopsy에서 검사한 것은 합하지 않는다.)

c. 양성 흡인이나 core biopsy에서 양성 결과가 다른 림프절 구역 내의 림프절로부터 나온다면, Regional Nodes Examined의 수에 포함시킨다.

[예] 유방암 환자의 core biopsy에서 쇄골위림프절(supraclavicular lymph node)가 positive로 나오고, 액와 림프절절제술(axillary dissection)에서 8개 중 3개의 림프절이 positive로 나왔다.

→ Regional Nodes Positive code 04 / Regional Nodes Examined code 09
(이유 : 쇄골위림프절은 다른 림프절 사슬에 있지만, 국소림프절이기 때문에 포함시킨다.)

d. 흡인되거나 중심핵생검된 림프절의 위치를 모른다면, 수술로 제거된 림프절 사슬의 일부라고 추정하고, Regional Nodes Examined의 수에는 포함시키지 않는다.

[예] 환자기록에 core biopsy를 다른 기관에서 시행하였고 절제술에서 14개 중 7개의 국소림프절이 positive로 나왔다.

→ Regional Nodes Positive code 07 / Regional Nodes Examined code 14

e. 림프절절제술 유형과 검사된 림프절 수를 둘 다 모를 경우에는, code 98을 사용한다.

5. 림프절 계산의 우선순위.

검사된 림프절의 수에 대해 차이가 있다면, 다음 우선순위에 따른다.

최종진단명 → 개괄적 보고서(CAP나 병리보고서 체크리스트로 알려진) → 현미경검사 → 육안검사

6. Code 95의 정의.

국소림프절에 대한 처치가 침흡인(세포학) 또는 중심핵생검(조직)일 때만 code 95를 사용한다.

[예] 흡인 결과, positive로 나온 식도암 환자의 CT scan에서 확장된 중간식도림프절(mid-esophageal node)이 발견되었다. 환자는 방사선요법을 받았고, 수술은 하지

않았다.

→ Regional Nodes Positive code 95 / Regional Nodes Examined code 95

7. 림프절 생검.

림프절 생검을 시행하였으면, 제거된 림프절의 수를 코딩한다. 생검에 의해 제거된 림프절의 수를 모른다면, code 96을 사용한다.

8. “sampling”(code 96)의 정의.

림프절 “sampling”은 일부 림프절의 제거술이다. 일부 림프절의 제거에 대한 다른 용어들은 림프절 생검, berry picking, 감시림프절 시술, 감시림프절 생검, 선택적 절제술이 있다. 일부 림프절이 제거되었으나 그 수를 모르는 경우에 code 96을 사용한다.

9. “dissection”(code 97)의 정의.

림프절 “dissection”은 원발종양 주위 구역을 배액하는 림프절 사술 내의 대부분 혹은 모든 림프절의 제거술이다. 다른 용어들은 림프절절제술(lymphadenectomy), 근치림프절박리술(radical node dissection), lymph node 박리술이 있다. 림프절을 일부 이상 제거하였지만 제거된 림프절 수를 모를 때 code 97을 사용한다.

10. 다발성 림프절 시술.

림프절 sampling, 림프절 dissection 둘 다 시행되고 검사된 림프절의 전체 수를 모른다면, code 97을 사용한다.

11. code 99의 사용. 림프절이 제거되거나 검사되었는지 모르는 경우, code 99을 사용한다.

12. 다음의 원발부위에 대해서는 항상 99로 코딩한다.

다음의 스키마에서는 Regional Nodes Examined 필드를 항상 99로 코딩한다.

- Placenta
- Brain and Cerebral Meninges
- Other Parts of Central Nervous System
- Intracranial Gland
- Hematopoietic, Reticuloendothelial, Immunoproliferative and Myeloproliferative Neoplasms
- Hodgkin and non-Hodgkin Lymphoma
- Myeloma and Plasma Cell Disorders
- Other and Ill-Defined Primary Sites
- Unknown Primary Site