



NATIONELLA KVALITETSREGISTRET INOM GYNEKOLOGISK KIRURGI

Tumörregistret Återrapport 2012 Operationsdatum t o m 2012-12-31

Christer Borgfeldt

Docent, överläkare och delregisteransvarig för tumörregistret Gynop,
Kvinnokliniken, Skånes Universitetssjukhus, Lund

Thomas Högberg

Docent överläkare och delregisteransvarig för tumörregistret Gynop,
Tidigare på Avd för Cancerepidemiologi
Lunds Universitet

Distribuerad mars 2013 (reviderad april 2013)

Innehållsförteckning

Förord.....	3
Allmänt.....	3
Deltagande kliniker och registrerade patienter 2007-2012	4
Preoperativ bedömning av de patienter som registreras i tumörsträngen	5
PAD-resultat för patienter som pre- eller peroperativt bedömts som misstänkt eller säkerställt malignt	5
Diagnoser - registrerade gyncanceroperationer 2007-2012	5
Antal operationer från respektive sjukhus 2011-2012 i detaljanalyserna	6
Operationstider per sjukhus 2011-2012	8
Peroperativ blödning per sjukhus 2011-2012.....	12
Vårdtider från operation till utskrivning 2011-2012	16
Tid från operationsdag till PAD 2011-2012.....	20
Komplikationer 2011-2012 per cancertyp.....	21
Tid från operation till normal ADL rapporterat av patienterna.....	22
Jämförelser abdominell och laparoskopisk operation vid endometrie- och cervixcancer.....	26
Operationsresultat vid avancerad ovarialcancer stadium IIIC och IV	28
Preoperativ användning av CA-125 och RMI.....	30
Avslutande kommentarer:	31
Kvalitetsindikatorer i dansk gynekologisk cancerdatabas.....	32
Ordlista.....	33

Förord

Denna rapport baseras på *rapporterade* gynekologiska tumöroperationer i Gynop-registret. Registret har finansiellt anslag från Sveriges Kommuner och Landsting, vilka bidrar till att denna rapport har kunnat sammanställas.

Rapporten visar resultaten för deltagande klinikers gynekologiska canceroperationer och uppföljningsdata samt patientrapporterade utfallsmått (PROM) vilket är unikt i världen för gynekologisk cancer. Alla som rapporterat ska känna sig delaktiga och mycket stolta över inrapporterade data som förhoppningsvis kommer att föra den gynekologiska cancerkirurgin framåt och förbättra för patienterna.

Rapportens syfte är att visa på hur den gynekologiska cancerkirurgin fungerar idag i stora delar av Sverige. Rapporten ska även ge data till verksamheterna och patienterna för att förbättra och driva utvecklingen framåt inom den gynekologiska cancerkirurgin i Sverige.

Författarna

Christer Borgfeldt och Thomas Högberg

2013-04-12

Allmänt

Första operationen i tumörsträngen registrerades 2005-08-08. Umeå startade då pilotregistrering. I nu aktuellt uttag finns operationer registrerade fram t o m 2012-12-31.

I tumörsträngen (definierat som registreringar där operatören på grundval av den peroperativa bedömningen öppnat och registrerat i tumördata) fanns 10 819 operationer registrerade från 60 enheter. GKR-data från Stockholms och Karlstads sjukhus finns med i översikten "Deltagande kliniker och registrerade patienter 2007-2012" men är borttagna i analyserna för respektive sjukhus då dataöverföringen från GKR till Gynop varit ofullständig. Denna rapport har koncentrerat analyserna på åren 2011-2012 för att få aktuella förhållanden samt även tillräckligt med patienter att analysera för de sjukhus som har små volymer av patienter.

Pga. fel vid databasuttag saknas tyvärr Gävles rapporterade data i denna rapport. Alla inrapporterade data från Gävle finns kvar för framtiden. En stor ursäkt har framförts och framförs här ånyo till Gävles rapporterande kollegor.

Observera att vid läsning av alla diagram visas medianvärde för kliniken och 95 % konfidensintervall (CI) (tunt streck) om inte annat anges.

Stort 95 % CI talar för få patienter i materialet för sjukhuset och frånvaro av CI för att endast en patient registrerats

Separatanalyser för laparoskopisk kirurgi och abdominell kirurgi finns i ett eget avsnitt.

Deltagande kliniker och registrerade patienter 2007-2012

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	Total
Linköping	258	254	254	245	290	325	1626
Lund	1	1	5	192	237	335	771
Umeå	99	114	124	136	117	129	719
Sundsvall	108	120	126	100	104	94	652
Falun	112	90	92	78	83	80	535
Trollhättan NÄL	107	90	90	87	79	47	500
Solna KS	0	0	45	139	270	23	477
Skövde	95	79	89	83	64	67	477
Karlskrona	0	87	93	75	79	77	411
Helsingborg	63	65	62	49	71	60	370
Luleå Sunderbyn	18	60	61	56	76	67	338
Borås	19	80	63	51	51	54	318
Uppsala	111	80	93	6	1	4	295
Göteborg Sahlg	76	83	78	36	8	8	289
Östersund	50	34	48	48	39	47	266
Halmstad	42	56	48	36	38	39	259
Kalmar	29	42	36	41	40	41	229
Jönköping	34	37	32	35	29	32	199
Västervik	43	30	28	29	20	30	180
Eksjö	40	30	27	34	17	28	176
Hudiksvall	2	29	44	29	39	30	173
Kristianstad	0	0	43	42	50	19	154
Nyköping	37	18	34	28	12	17	146
Varberg	23	38	27	14	20	3	125
Huddinge KS	0	0	5	3	81	33	122
Örebro USÖ	14	9	5	1	16	75	120
Värnamo	22	20	15	24	16	14	111
Örnsköldsvik	18	22	14	18	17	14	103
Skellefteå	9	17	16	16	19	17	94
Karlstad	0	0	0	0	58	30	88
Mora	22	15	15	11	4	6	73
Eskilstuna	0	0	0	0	11	52	63
Växjö	3	2	0	3	31	22	61
Stockholm SöS	0	0	3	5	25	18	51
Lycksele	5	8	10	12	10	5	50
Norrköping	6	7	3	6	7	7	36
Danderyd	0	0	0	2	17	11	30
Ljungby	1	0	1	9	11	7	29
Malmö	1	2	1	3	0	20	27
Södertälje	0	0	0	1	12	1	14
Visby	0	0	0	0	8	3	11
Göteborg Carl	0	0	0	0	0	10	10
Gällivare	0	0	2	1	3	2	8
Stockholm Sabb	0	0	0	0	2	5	7
Göteborg Östra	0	1	1	2	1	1	6
Norrtälje	0	0	0	0	2	2	4
Ystad	2	0	0	2	0	0	4
Stockholm Sophia	0	0	0	0	0	3	3
Lidköping	0	0	0	0	2	1	3
Karlskoga	0	1	0	1	1	0	3
Stockholm GynSth	0	0	0	0	2	0	2
Motala	1	0	0	0	0	0	1
Total	1471	1621	1733	1789	2190	2015	10819

Preoperativ bedömning av de patienter som registreras i tumörsträngen

Opindikation	2007		2008		2009		2010		2011		2012		Total	
Benign	84	6 %	83	5 %	94	6 %	82	5 %	76	4 %	94	5 %	513	5 %
Malignitetsmisstänkt	663	46 %	667	42 %	701	42 %	733	45 %	725	43 %	758	42 %	4247	43 %
Känd malignitet	687	47 %	799	50 %	834	50 %	773	48 %	879	52 %	925	52 %	4897	50 %
Uppgift saknas	17	1 %	34	2 %	38	2 %	27	2 %	10	1 %	11	1 %	137	1 %
Total	1451	100 %	1583	100 %	1667	100 %	1615	100 %	1690	100 %	1788	100 %	9794	100 %

Fem procent av de registrerade i Gynop-registret hade en preoperativ benign indikation.

PAD-resultat för patienter som pre- eller peroperativt bedömts som misstänkt eller säkerställt malignt

PAD-diagnos	2007		2008		2009		2010		2011		2012		Total	
Normalt/benign t	353	25 %	323	21 %	328	20 %	331	20 %	406	20 %	436	25 %	2177	22 %
Precanceröst	68	5 %	51	3 %	76	5 %	55	3 %	77	4 %	78	5 %	405	4 %
Malignitet	1004	70 %	1147	75 %	1237	75 %	1286	77 %	1530	76 %	1210	70 %	7414	74 %
Total	1425	100 %	1521	100 %	1641	100 %	1672	100 %	2013	100 %	1724	100 %	9996	100 %

Samtliga patienterna har således peroperativt bedömts ha maligna eller malignitetssuspekta förändringar. I 22 % av fallen visade PAD på normala förhållanden eller benigna förändringar.

Diagnoser - registrerade gyncanceroperationer 2007-2012

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	Total
Endometriecancer	538	625	674	681	884	614	4016
Ovarialcancer	244	293	270	293	290	287	1677
Cervixcancer	64	95	100	93	115	120	587
Vulvacancer	35	28	37	52	77	52	281
Total	881	1041	1081	1119	1366	1073	6561

Antal operationer från respektive sjukhus 2011-2012 i detaljanalyserna

Endometrieccancer 2011-12

Sjukhus	Antal	Procent
Linköping	193	14,8%
Lund	168	12,9%
Sundsvall	114	8,8%
Helsingborg	65	5,0%
Skövde	60	4,6%
Karlskrona	59	4,5%
Falun	55	4,2%
Luleå Sunderbyn	54	4,2%
Borås	50	3,8%
Örebro USÖ	45	3,5%
Hudiksvall	42	3,2%
Trollhättan NÄL	40	3,1%
Umeå	39	3,0%
Kalmar	33	2,5%
Östersund	32	2,5%
Eskilstuna	25	1,9%
Jönköping	25	1,9%
Växjö	25	1,9%
Kristianstad	25	1,9%
Halmstad	23	1,8%
Västervik	20	1,5%
Värnamo	16	1,2%
Örnsköldsvik	16	1,2%
Skellefteå	15	1,2%
Eksjö	14	1,1%
Ljungby	9	0,7%
Varberg	8	0,6%
Mora	8	0,6%
Nyköping	5	0,4%
Lycksele	5	0,4%
Malmö	4	0,3%
Göteborg Sahlg	3	0,2%
Visby	2	0,2%
Göteborg Carl	2	0,2%
Norrköping	1	0,1%
Gällivare	1	0,1%
Totalt	1301	100,0%

Ovarialcancer 2011-12

Sjukhus	Antal	Procent
Lund	128	22,2
Linköping	122	21,1
Falun	35	6,1
Umeå	34	5,9
Sundsvall	26	4,5
Helsingborg	24	4,2
Kalmar	22	3,8
Karlskrona	21	3,6
Örebro USÖ	20	3,5
Borås	15	2,6
Halmstad	14	2,4
Jönköping	13	2,3
Eskilstuna	12	2,1
Västervik	11	1,9
Luleå	11	1,9
Sunderbyn	11	1,9
Skövde	10	1,7
Eksjö	9	1,6
Trollhättan NÄL	9	1,6
Östersund	9	1,6
Nyköping	7	1,2
Växjö	6	1,0
Kristianstad	5	,9
Värnamo	3	,5
Ljungby	3	,5
Varberg	2	,3
Lidköping	2	,3
Norrköping	1	,2
Göteborg Sahlg	1	,2
Örnsköldsvik	1	,2
Gällivare	1	,2
Total	577	100,0

Cervixcancer 2011-12

Sjukhus	Antal	Procent
Linköping	73	36,7
Lund	65	32,7
Umeå	28	14,1
Karlskrona	16	8,0
Örebro USÖ	4	2,0
Kristianstad	3	1,5
Borås	2	1,0
Norrköping	1	,5
Växjö	1	,5
Västervik	1	,5
Malmö	1	,5
Halmstad	1	,5
Skövde	1	,5
Lidköping	1	,5
Falun	1	,5
Total	199	100,0

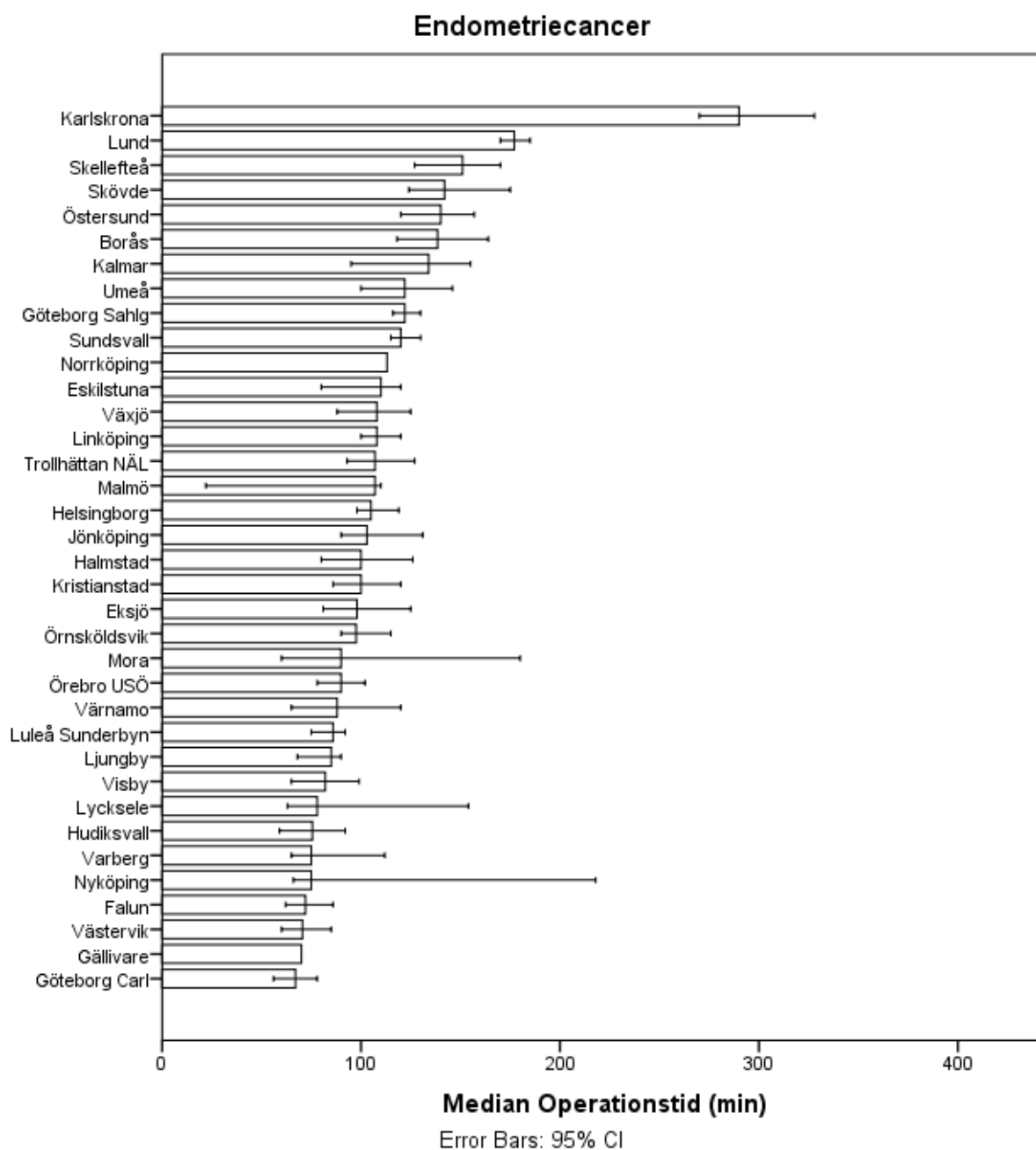
Vulvacancerpatienter 2011-12

Sjukhus	Antal	Procent
Linköping	44	43%
Lund	41	40%
Karlskrona	12	12%
Umeå	3	3%
Total	100	100%

I vulvacancer materialet visas antal patienter. Om patienten är opererad flera gånger pga. snäva marginaler, lymfkörtelutrymning i andra seans eller pga. recidiv är borttagna.

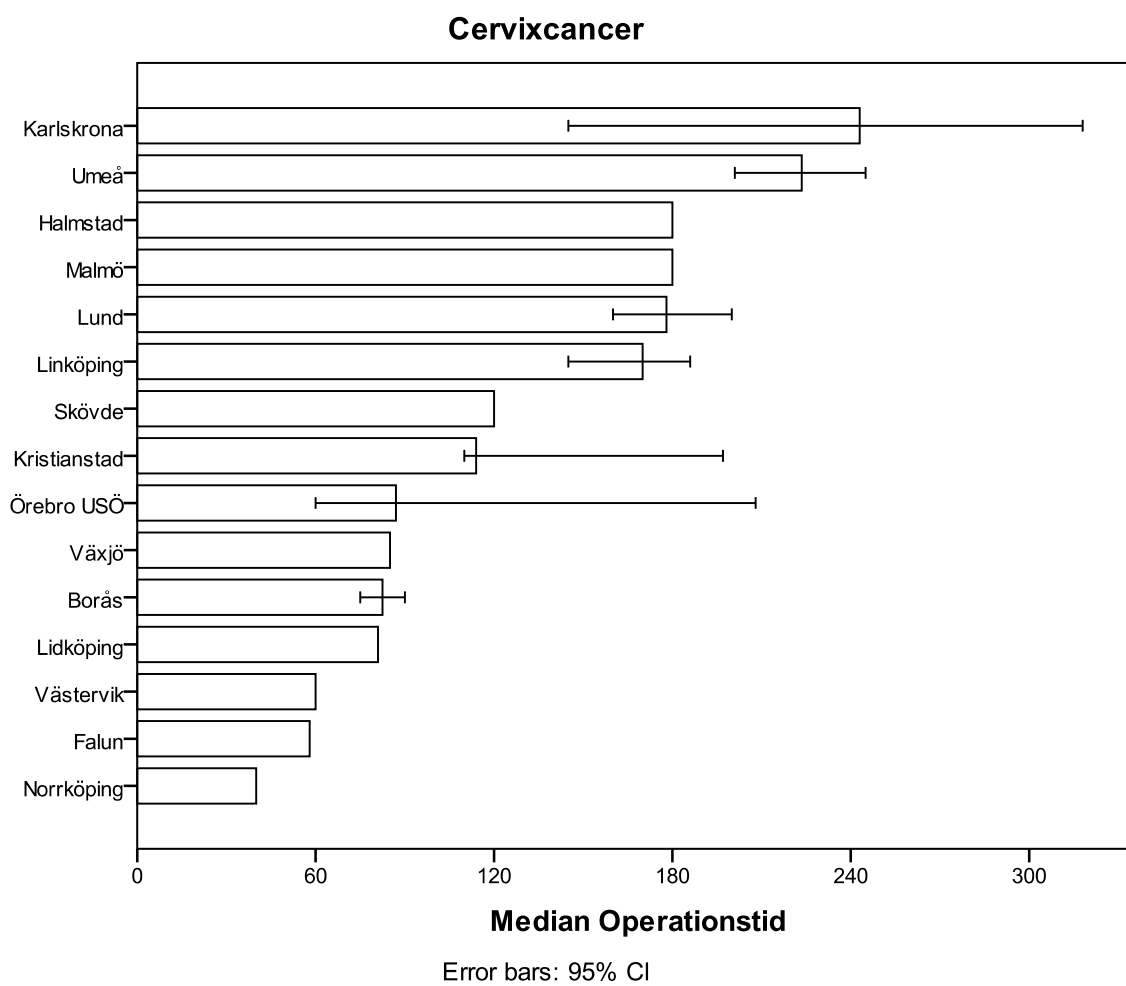
Operationstider per sjukhus 2011-2012

Operationstid endometrie cancer



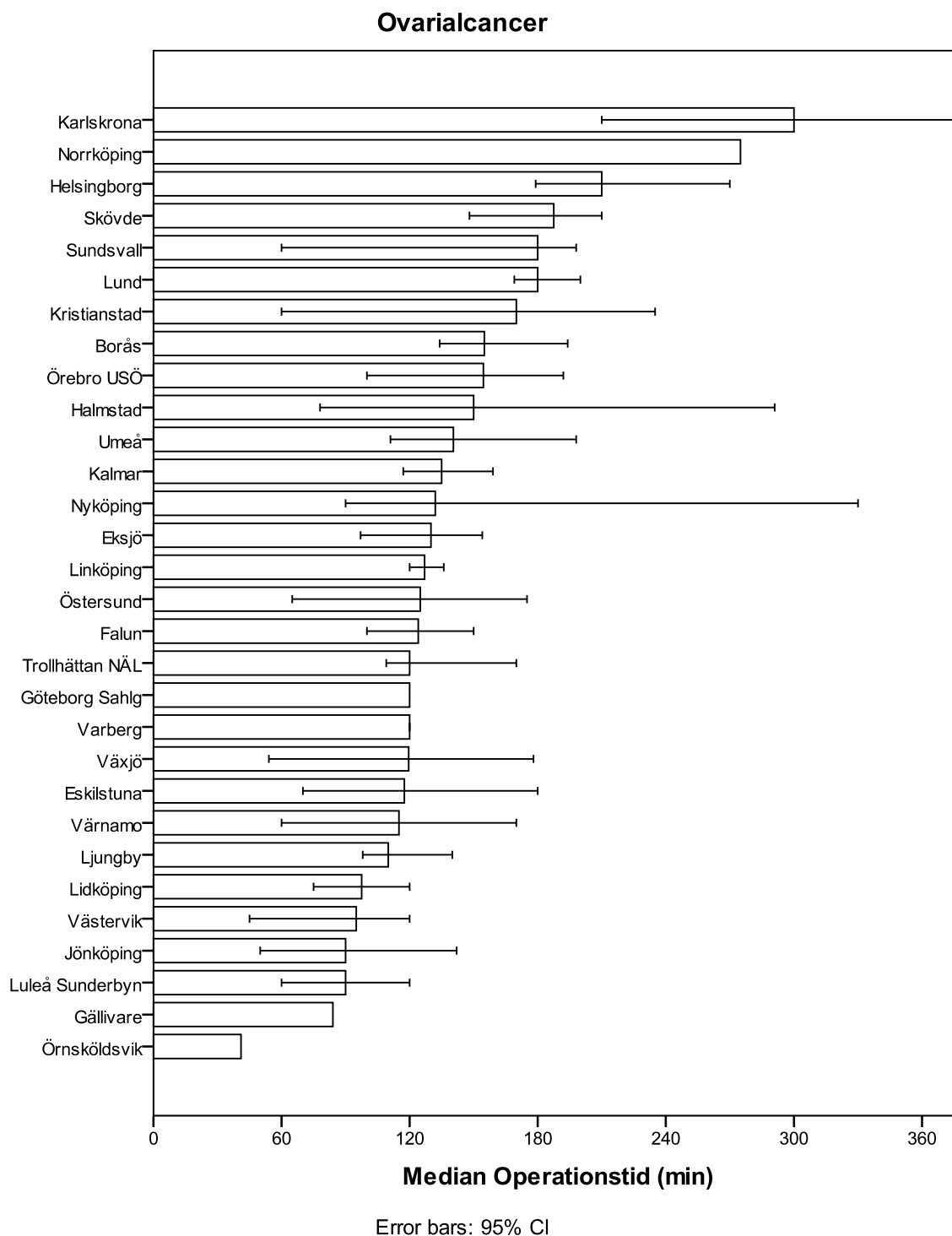
Operationstider är angivet i minuter. Separatanalyser för laparoskopisk kirurgi och abdominell kirurgi finns i ett eget avsnitt.

Operationstid cervixcancer

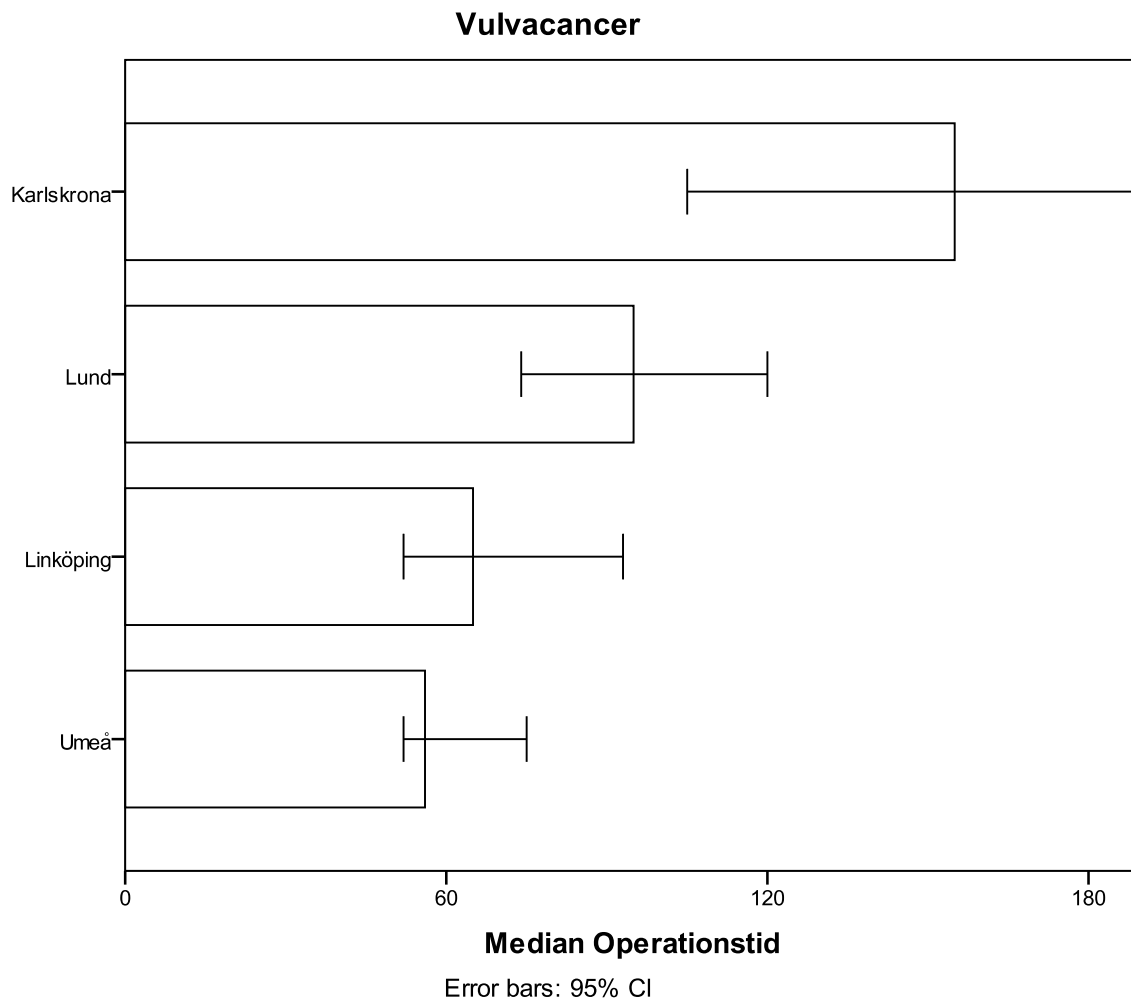


Separatanalyser för laparoskopisk kirurgi och abdominell kirurgi finns i ett eget avsnitt.

Operationstid ovarialcancer

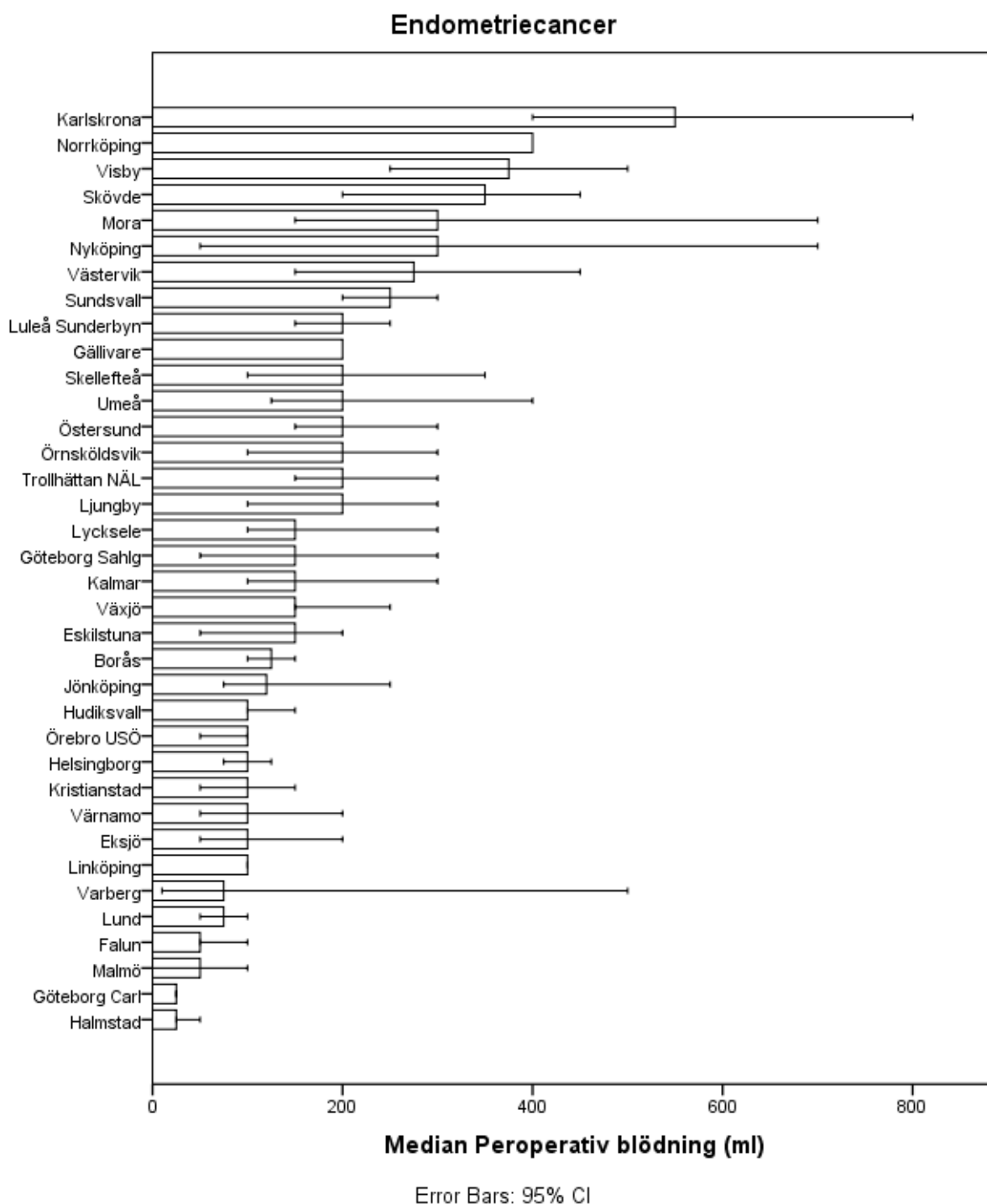


Operationstiden vid ovarialcancer varierar avsevärt beroende på ingreppets omfattning varför tider under 120 min talar för standardingrepp såsom bilateral SOE, hysterektomi, omentektomi och appendektomi medan längre operationstider många gånger samvarierar med mer avancerade ingrepp såsom peritoneoektomi av diafragma, tarmkirurgi och eventuell mjältextirpation samt lymfkörtelutrymning i bäckenet och paraaortalt. Göteborg Sahlgrenska har endast en patient registrerad då de registrerar i Gynekologiska kvalitetsregistret för onkologi i INCA-plattformen.

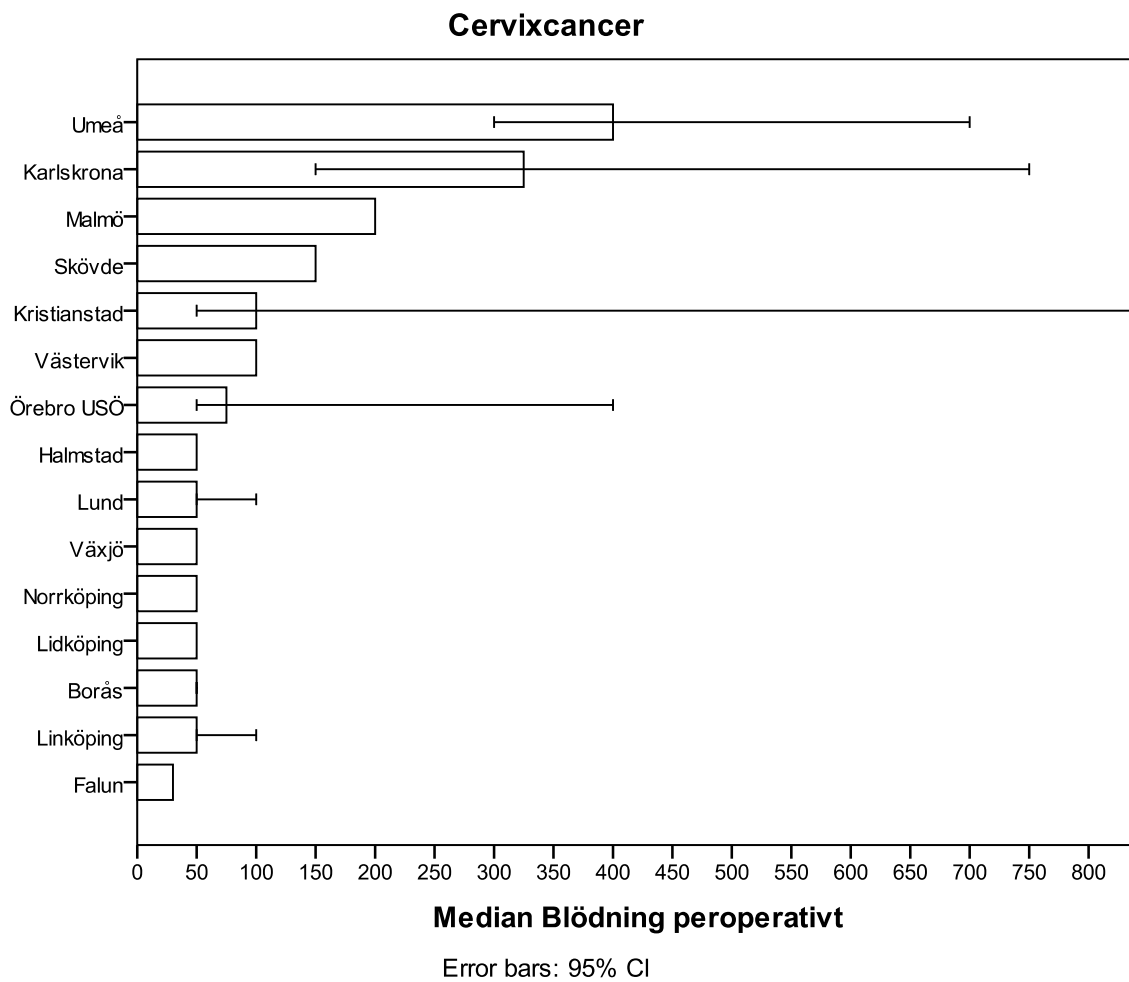


Operationstiden vid vulvacancer beror till stor del på om lymfkörtelutrymning en- eller dubbelsidigt har utförts vid primäroperationen. Enbart primäroperationer redovisas ovan; dubbelt opererade pga snäva marginaler, lymfkörtelutrymning i andra seans eller recidiv är borttagna.

Peroperativ blödning per sjukhus 2011-2012



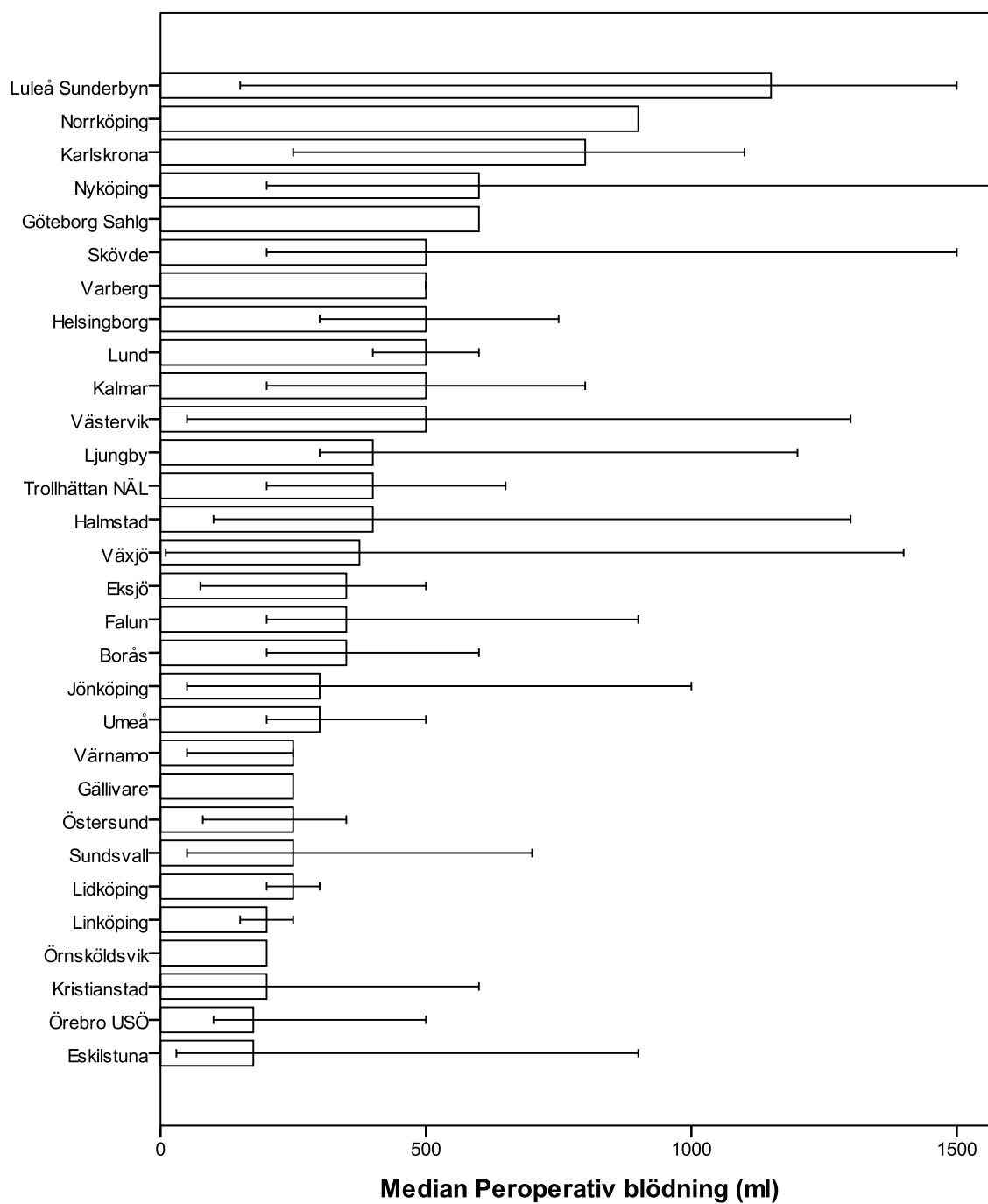
Separatanalyser för laparoskopisk kirurgi och abdominell kirurgi finns i ett eget avsnitt.



Separatanalyser för laparoskopisk kirurgi och abdominell kirurgi finns i ett eget avsnitt.

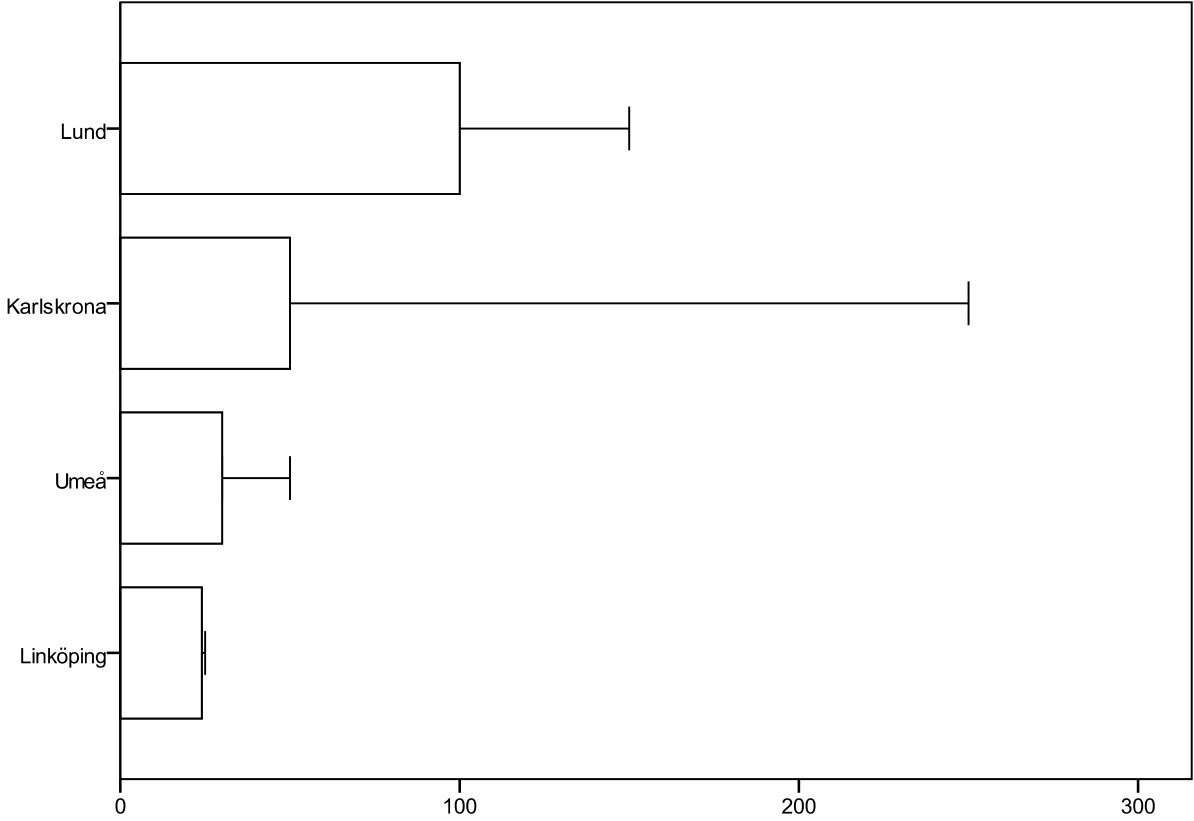
Sjukhus utan CI har endast registrerat en patient som oftast varit en tidig cervixcancer stadium 1A1.

Ovarialcancer



Blödningsvolymen vid ovarialcancer varierar avsevärt beroende på ingreppets omfattning, se kommentar avseende operationstid. I ovanstående graf för alla ovarialcanceropererade är medianen 375 ml

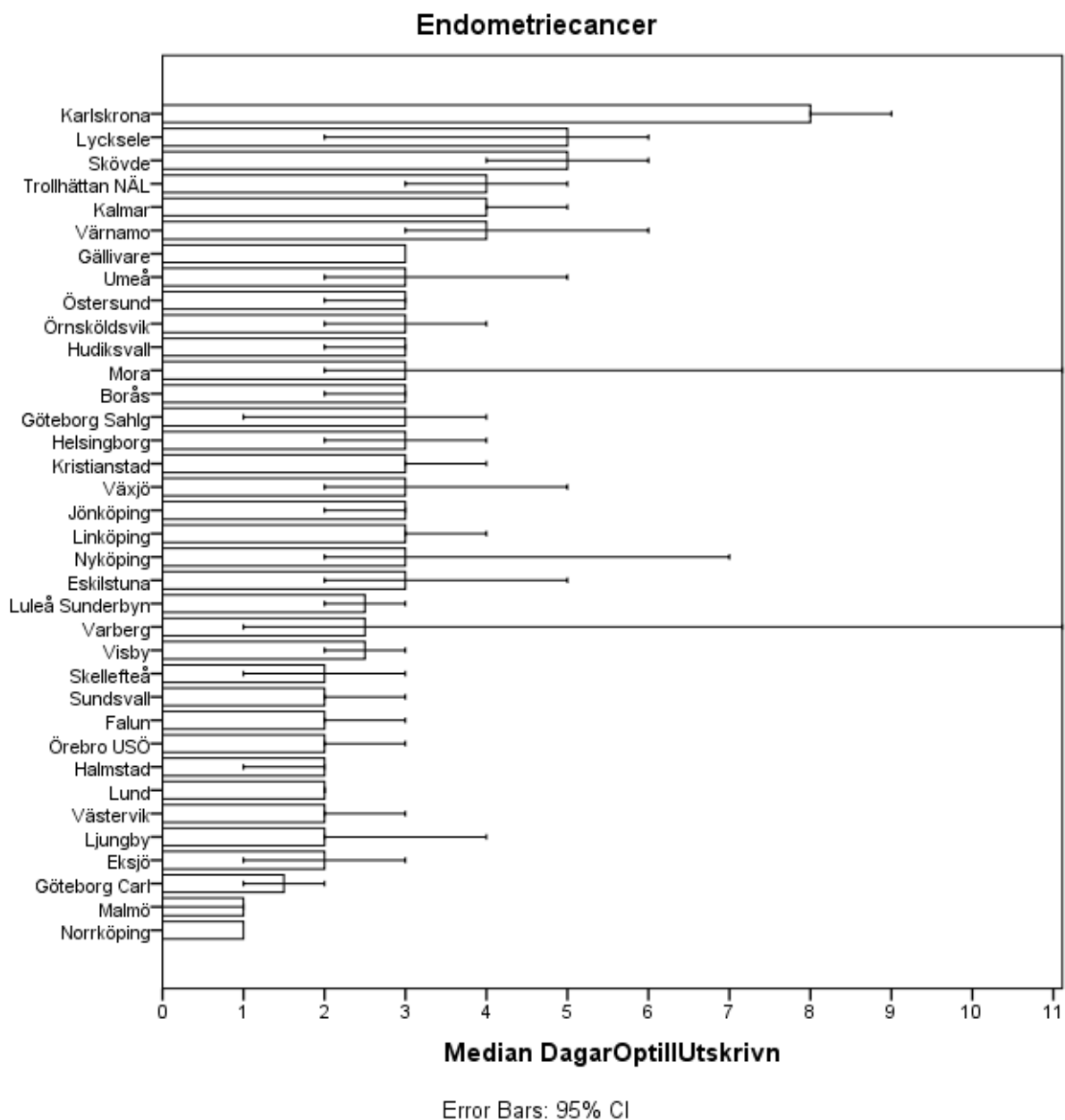
Vulvacancer



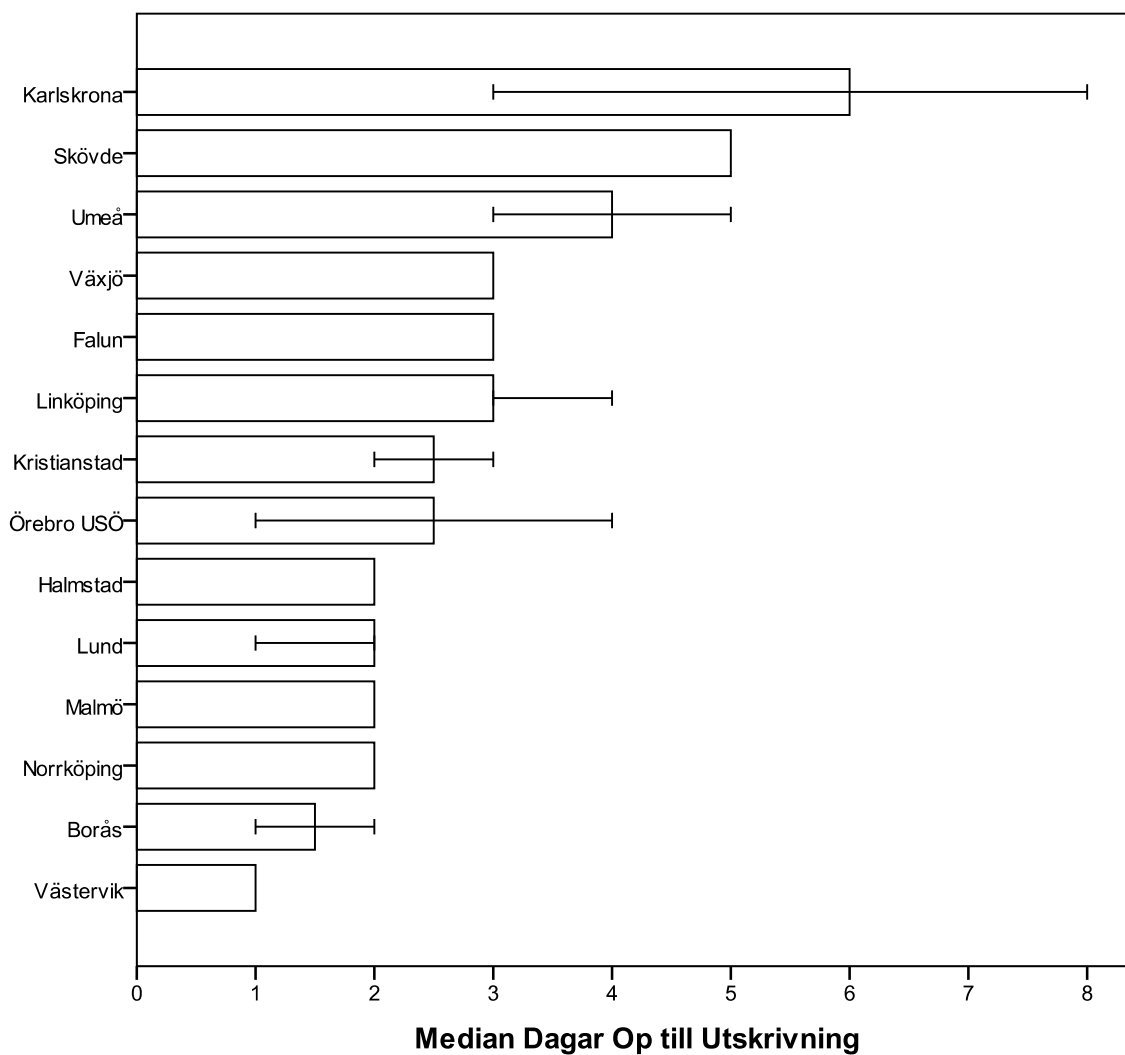
Median Peroperativ blödning (ml)

Error bars: 95% CI

Vårdtider från operation till utskrivning 2011-2012



Cervixcancer

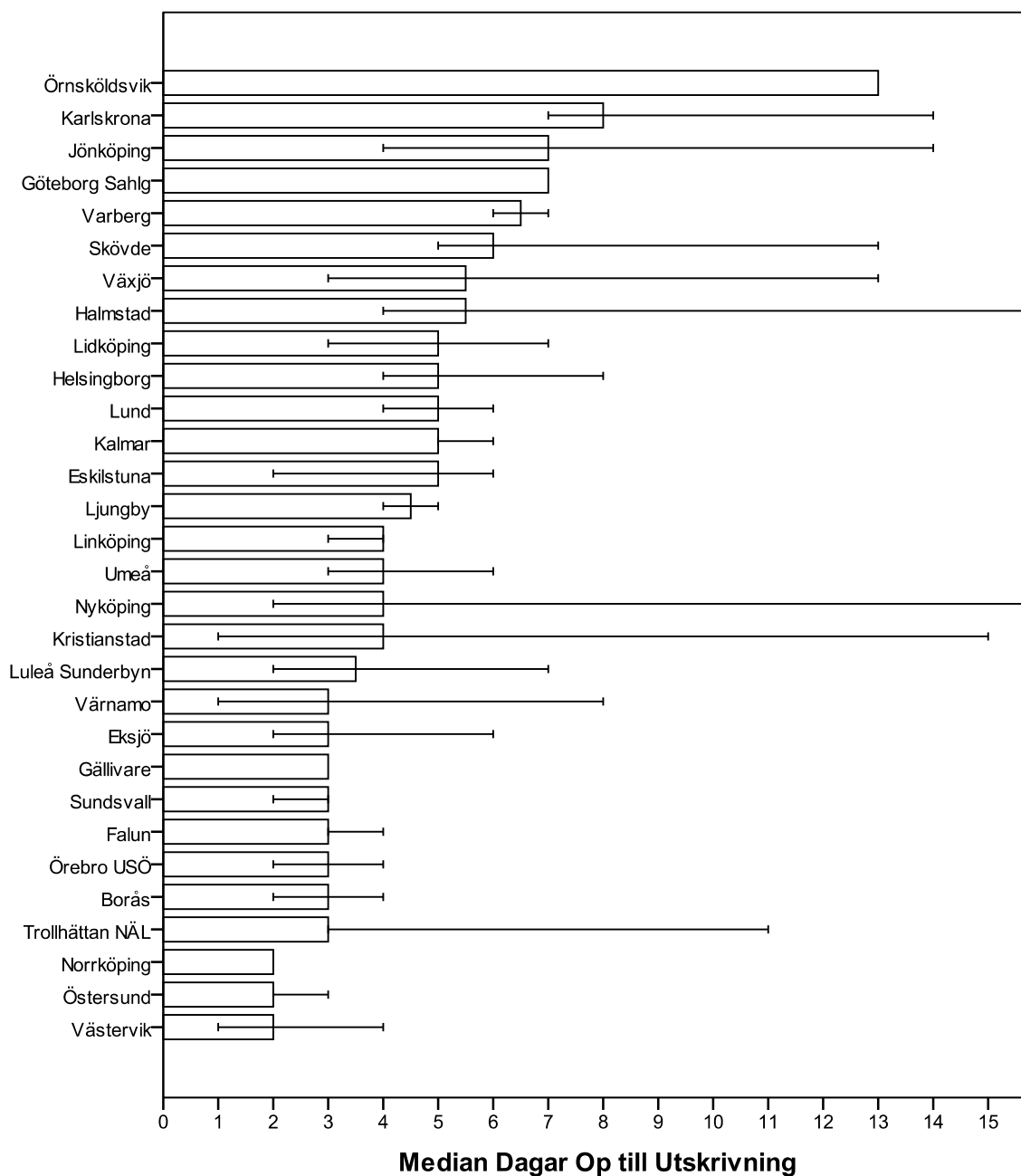


Error bars: 95% CI

Flera av de sjukhus som registrerat 1-3 operationer har utfört dessa på cervixcancer stadium 1a1 dvs mycket tidiga tumörer där inte lymfkörtelutrymning ska utföras enligt vårdprogram.

Skillnader i vårdtider hänger till stor del samman med om patienten opererats med laparoskopisk eller öppen teknik vid endometrie- och cervixcancer. Se avsnittet med separatanalyser för laparoskopisk och abdominell kirurgi.

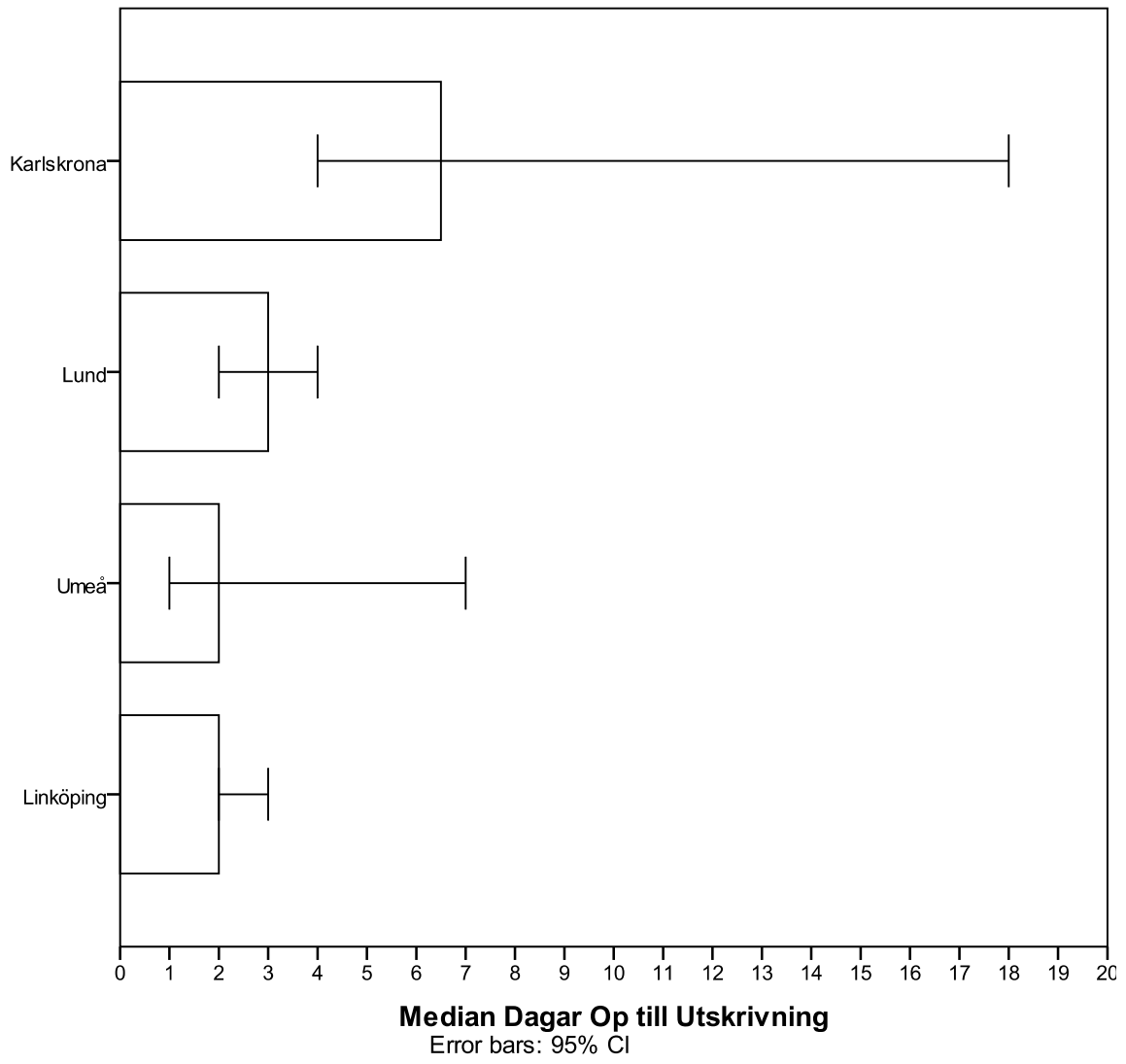
Ovarialcancer



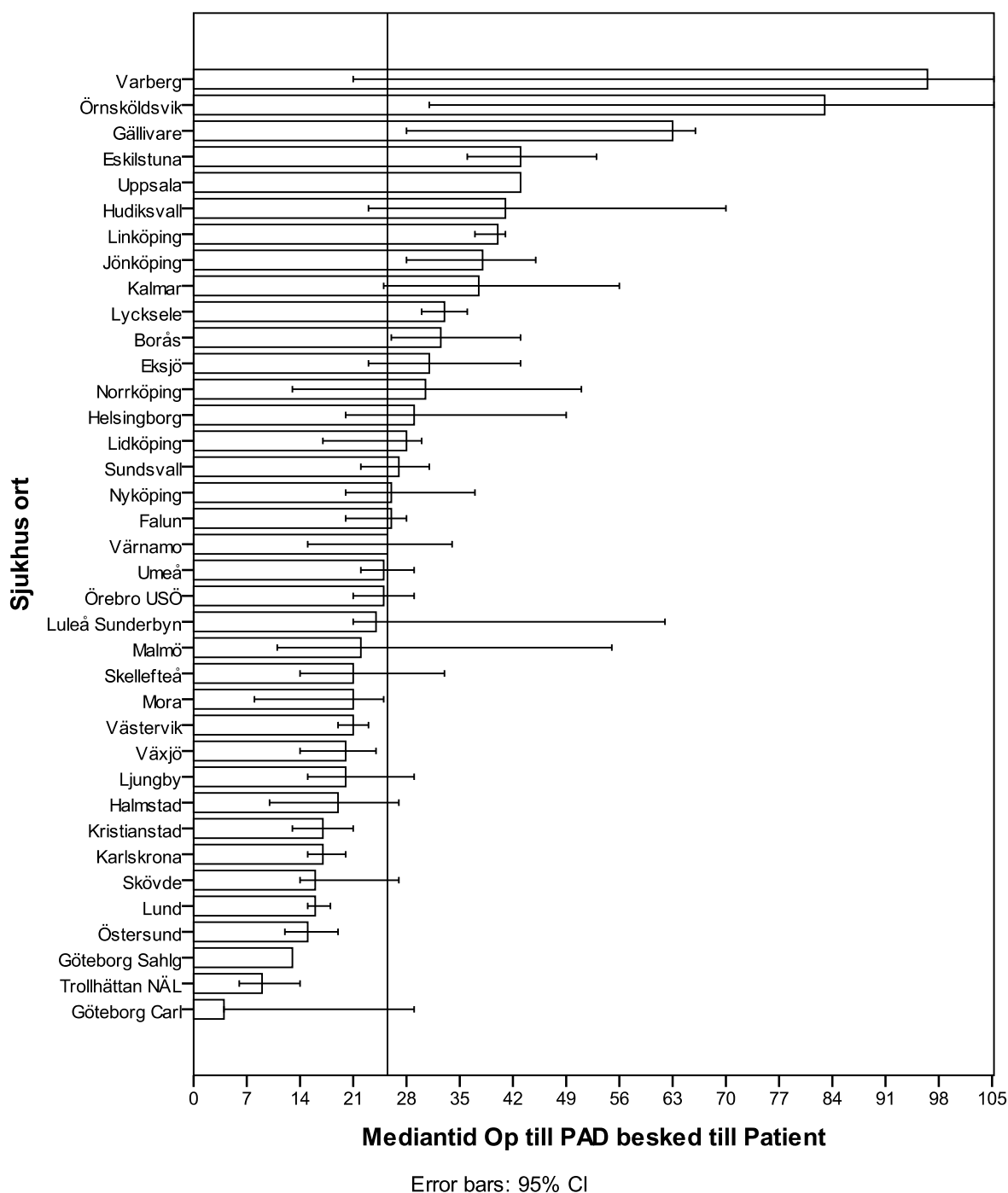
Error bars: 95% CI

Vårdtiden vid ovarialcancer varierar beroende på ingreppets omfattning samt lokala traditioner. Enhanced recovery after surgery (ERAS) program har introducerats på flera sjukhus och kan i framtiden förväntas minska både vårdtider och komplikationsfrekvensen.

Vulvacancer



Tid från operationsdag till PAD 2011-2012



Figur mediantid i dagar från operation till PAD-besked till patienten 2011-2012. Linjen visar på medianvärdet för hela kohorten.

Svarstiden till patient hänger både på kvinnoklinikernas och på patologens interna organisation.

I 50 % av fallen har patienten meddelats inom 25 dagar. Vad är rimligt? Vid personliga observationer från Tromsö ses att PAD besked lämnas senast inom 12 kalenderdagar från operation. Inget sjukhus i Sverige uppnår detta stadigvarande, varför? Är det rimligt ur patientsynpunkt att vänta mer än 14 dagar på ett eventuellt cancerbesked? Det är visat vid ovarialcancer att de patienter som är makroskopiskt radikalt opererade att startar cytostatika senare än 19 dagar har sämre prognos (Mahner et al, 2013)).

De sjukhus som har tid till PAD-besked till patienten över 20 dagar bör se över sina rutiner.

Komplikationer 2011-2012 per cancertyp

Patientrapporterade komplikationer fås fram via 8-veckorsenkäten och kan jämföras med komplikationer bedömda av läkarna.

Två av tre patienter har komplikationer i samband med canceroperation enligt den egna uppfattningen vilket stämmer relativt väl med läkarnas uppfattning! Andelen allvarliga komplikationer skiljer sig åt mellan patienternas och läkarnas uppfattning men 14 % har enligt läkarna allvarliga komplikationer. Andelen är högre hos cervix- (21 %) och vulvacancerpatienterna (29 %).

Cancerpatienterna har i 20 % sökt sjukvården pga. komplikation.

De allvarliga patientrapporterade komplikationerna består främst i djup ventrombos 1,1 % och sårruptur 1,9 %.

Dessa komplikationsfrekvenser är klart högre än vad man finner i många publicerade studier vilka dock inte använder sig av patientrapporterade svar. Komplikationsfrekvensen skiljer sig relativt lite åt mellan sjukhusen. Ytterligare analyser avseende komplikationer kommer att utföras.

Sökt sjukvården pga komplikation,	Patientrapporterat		Patientrapporterat		Totalt
	Komplikation ej sökt sjukvården		Komplikation sökt sjukvården		
	n	%	n	%	
Endometriecancer	90	9%	193	20%	971
Ovarialcancer	44	10%	63	15%	433
Cervixcancer	25	15%	46	27%	170
Vulvacancer	11	11%	38	39%	98
Totalt	170	10%	340	20%	1672

	Patientrapporterade			
	Komplikationer n			
	Lindriga	Allvarliga	Inga	Totalt
Endometriecancer	671	302	525	1498
Ovarialcancer	313	121	143	577
Cervixcancer	92	78	65	235
Vulvacancer	49	49	31	129
Totalt	1125	550	764	2439

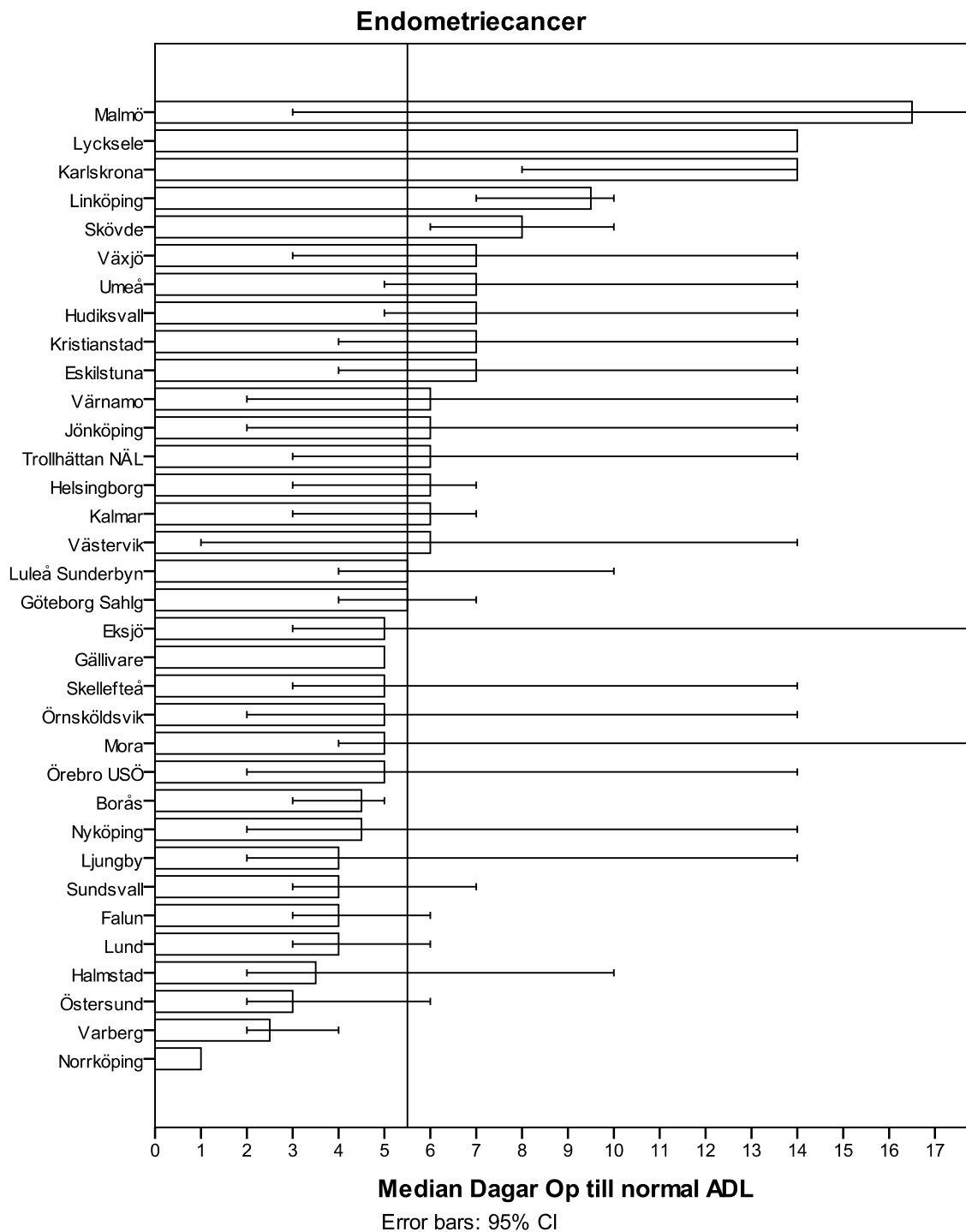
	Komplikationer %			
	Lindriga	Allvarliga	Inga	Totalt
Endometriecancer	45%	20%	35%	100%
Ovarialcancer	54%	21%	25%	100%
Cervixcancer	39%	33%	28%	100%
Vulvacancer	38%	38%	24%	100%
Totalt	46%	23%	31%	100%

	Läkarrapporterade			
	Komplikationer n			
	Lindriga	Allvarliga	Inga	Totalt
Endometriecancer	813	182	503	1498
Ovarialcancer	377	71	129	577
Cervixcancer	135	49	51	235
Vulvacancer	62	37	30	129
Totalt	1387	339	713	2439

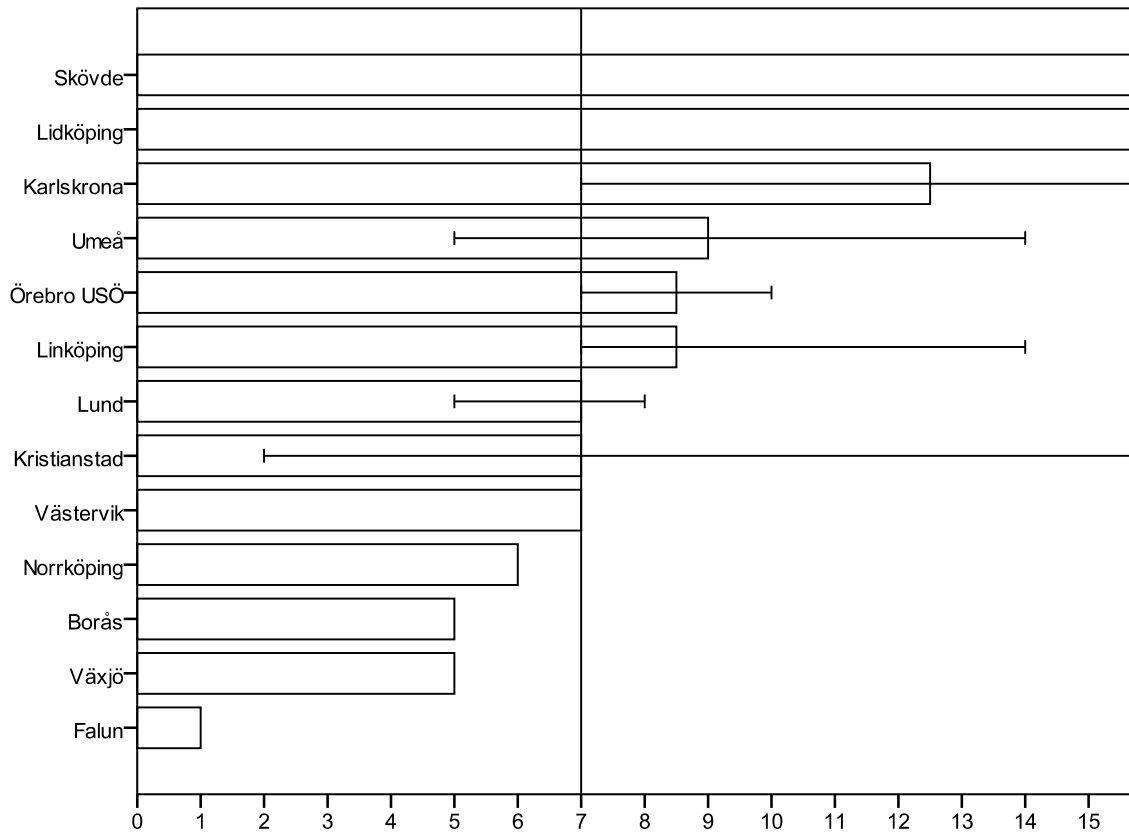
	Komplikationer %			
	Lindriga	Allvarliga	Inga	Totalt
Endometriecancer	54%	12%	34%	100%
Ovarialcancer	65%	12%	22%	100%
Cervixcancer	57%	21%	22%	100%
Vulvacancer	48%	29%	23%	100%
Totalt	57%	14%	29%	100%

Tid från operation till normal ADL rapporterat av patienterna

Linjen i figurerna visar medianvärdet för alla patienter inkluderade i respektive analys.



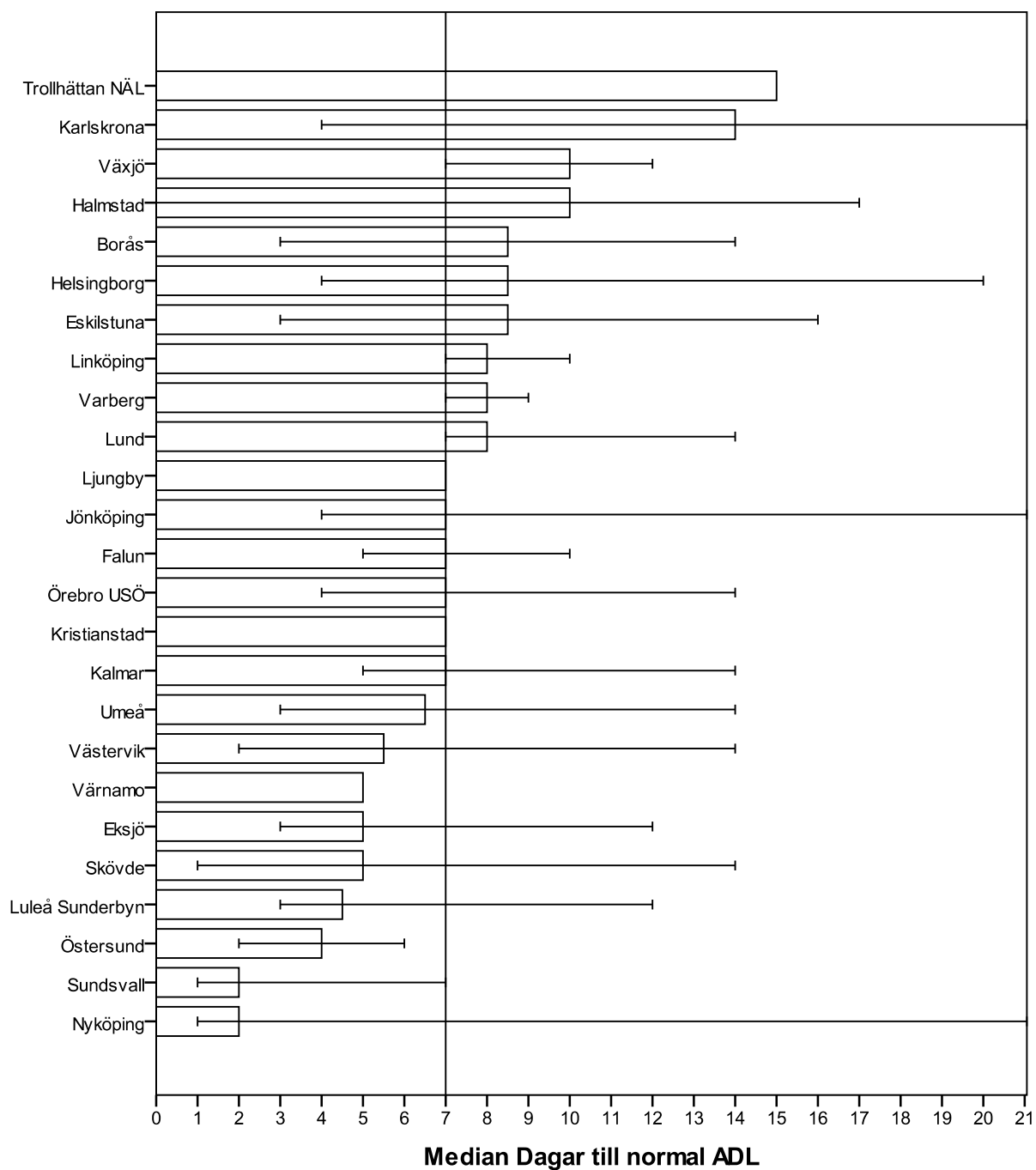
Cervixcancer



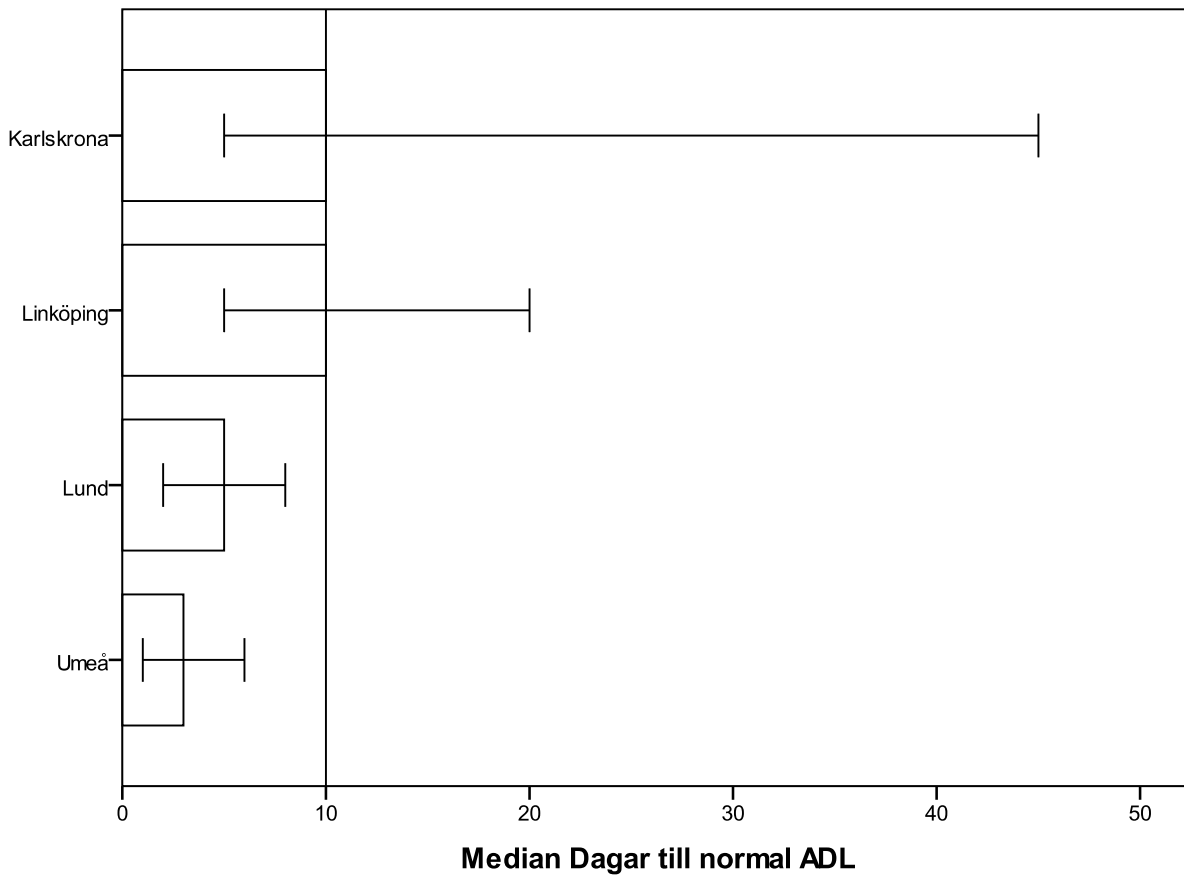
Median Dagar till normal ADL

Error bars: 95% CI

Ovarialcancer



Vulvacancer



Error bars: 95% CI

Med normal ADL menas när patienten kan utföra normala vardagliga aktiviteter och klara sig själv utan mer hjälp än före operationen t.ex. sköta personlig hygien, laga mat till sig själv, bädda sängen, ta korta promenader. För endometrie- och cervixcancer hänger detta främst samman med om patienten är opererad med laparoskopisk eller öppen teknik, se avsnitt ovan ”Jämförelser abdominell operation med laparoskopisk operation ”

För ovarial- och vulvacancer verkar tid till normal ADL variera med ingreppets omfattning samt lokala traditioner. Det finns inga publicerade data att jämföra med, men det är intressant att se att mediantiden för ovarialcancerpatienter till normal ADL är 7 dagar. Varför väntar man med att ge patienterna cytostatika ofta mer än 14 dagar eller mer än 3 veckor efter operation?

Jämförelser abdominell och laparoskopisk operation vid endometrie- och cervixcancer

Endometriecancer

Analysen innehåller alla endometriecanceroperationer med eller utan lymfkörtelutrymning. I den laparoskopiska gruppen ingår både konventionell (n=161) och robotassisterad (n=190) laparoskopi. Andelen patienter med lymfkörtelutrymning där man histopatologiskt analyserat minst 5 paraaortala lymfkörtlar var i den abdominella gruppen 10-12 % och 13-19% i den laparoskopiska gruppen beroende på parameter som analyserats i nedanstående tabell.

	<u>Abdominell</u>			<u>Laparoskopiskt</u>			P värde
	n	Medelvärde	SD	n	Medelvärde	SD	
Dagar op till utskrivning	1158	4,9	5,8	339	2,2	2,0	P<0,001
Dagar till normal ADL	689	9,8	9,9	166	5,8	5,8	P<0,001
Peroperativ blödning (ml)	1172	328	435	345	104	255	P<0,001
Operationstid (min)	1172	133	76	348	133	68	ns
BMI	834	29,1	9,6	222	28,2	6,0	ns

För abdominell operation av endometriecancer är postoperativa sjukhusvistelsen 2,7 dagar längre samt tiden till normal ADL 4 dagar längre än vid laparoskopisk operation (inkluderat robotassisterad laparoskopi). Internationella studier har inte kunnat visa på skillnader i återfall eller överlevnad vid jämförelser mellan abdominell och laparoskopisk kirurgi, men däremot finns enstaka studier som visar på förbättrad livskvalitet vid laparoskopisk kirurgi jämfört med abdominell kirurgi (Wright et al 2012 och Zulio et al 2009). Blödningsmängden är vid laparoskopisk kirurgi 104 ml jämfört med 328 ml vid abdominell operation men operationstiden skiljer sig inte statistiskt mellan laparoskopisk eller öppen kirurgi.

Vid analys av allvarliga komplikationer bedömda av läkare efter 8 veckor postoperativt var dessa 160/1172 (14 %) i den abdominella gruppen jämfört med 26/350 (7 %) i den laparoskopiska gruppen (Fisher´s exakta test p<0,001).

I Nationellt Vårdprogram för Behandling av Endometriecancer rekommenderas laparoskopisk kirurgi.

Varför erbjuds inte alla kvinnor laparoskopisk endometriecanceroperation 2013?

Cervixcancer

I den laparoskopiska gruppen ingår både konventionell (n=25) och robotassisterad (n=61) laparoskopi.

	<u>Abdominellt</u>			<u>Laparoskopiskt</u>			P värde
	n	Medelvärde	SD	n	Medelvärde	SD	
Dagar op till utskrivning	97	5,8	14,7	80	2,0	1,2	P=0,02
Dagar till normal ADL	76	12,3	9,0	52	8,7	8,0	p=0,02
Peroperativ blödning (ml)	99	488	924	86	81	75	P<0,001
Operationstid (min)	99	194	95	86	187	67	ns
BMI	87	25,7	4,8	73	25,6	6,5	ns

För abdominell cervixcanceroperationer är den postoperativa sjukhusvistelsen 3,8 dagar längre samt tiden till normal ADL mer än 3 dagar längre än vid laparoskopisk operation. Blödningsmängden är vid laparoskopisk kirurgi 81 ml jämfört med 488 ml vid abdominell operation men operationstiden skiljer sig inte statistiskt mellan laparoskopisk eller öppen kirurgi.

Vid analys av allvarliga komplikationer bedömda av läkare 8 veckor postoperativt var dessa 26/99 (26 %) i den abdominella gruppen jämfört med 17/86 (20 %) i den laparoskopiska gruppen (Fisher's exakta test visar ingen skillnad).

Det finns inga internationella studier som analyserat överlevnadsskillnader vid cervixcancer mellan abdominell och laparoskopisk kirurgi och heller inga studier avseende livskvalitet. Detta är den första rapporten som visar på direkt patientrelaterade mått avseende den första postoperativa tiden avseende cervixcancer.

Varför erbjuds inte alla kvinnor som ska kirurgiskt behandlas för cervixcancer laparoskopisk operation 2013?

Operationsresultat vid avancerad ovarialcancer stadium IIIC och IV

Endast primäropererade patienter i tumörsträngen med ovarialcancer där operationsintentionen har angetts som kurativ och som registrerats med makroskopisk tumör överstigande 2 cm i övre delen av buken (stadium IIIC-IV) finns med i denna analys.

Andel makroskopiskt radikalt opererade med avancerad ovarialcancer

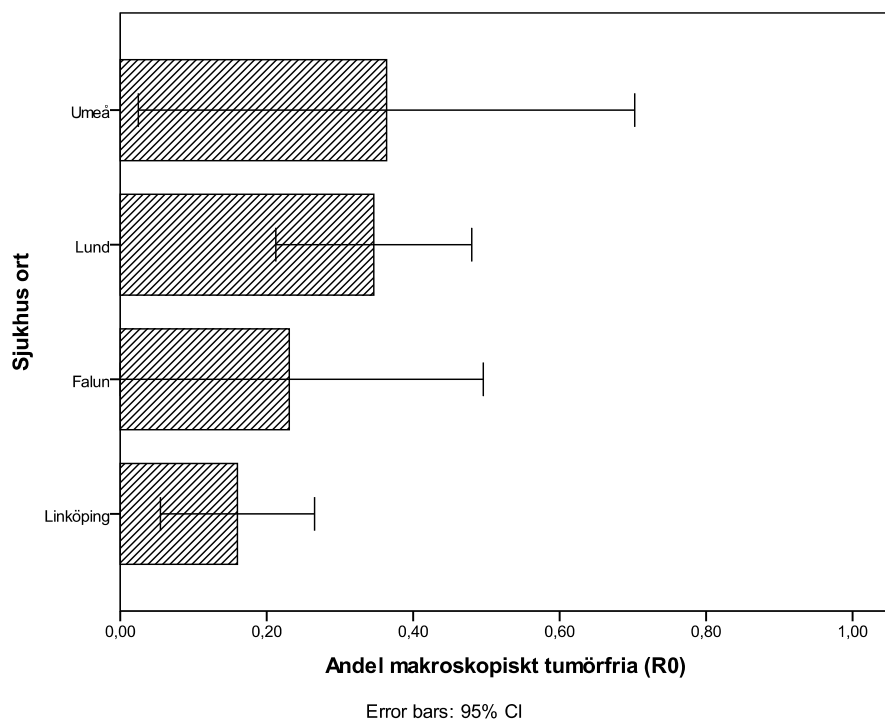
Ovarialcancer stadium IIIC och IV opererade 2011 och 2012

Sjukhus	R0*	R>0	Totalt	*%
Lund	18	34	52	35%
Linköping	8	42	50	16%
Falun	3	10	13	23%
Umeå	4	7	11	36%
Kalmar	3	5	8	
Karlskrona	3	4	7	
Helsingborg	4	3	7	
Jönköping	0	6	6	
Örebro USÖ	5	1	6	
Sundsvall	0	6	6	
Halmstad	2	2	4	
Borås	2	2	4	
Luleå Sunderbyn	0	4	4	
Eskilstuna	0	3	3	
Växjö	2	1	3	
Ljungby	0	3	3	
Trollhättan NÄL	2	1	3	
Skövde	0	3	3	
Västervik	0	2	2	
Nyköping	1	0	1	
Eksjö	0	1	1	
Göteborg Sahlg	0	1	1	
Lidköping	0	1	1	
Totalt	57	142	199	29%

*R0 = ingen makroskopisk kvarvarande tumör

Andelen makroskopiskt radikalt (R0) opererade har ökat från 13 % 2006 till 29 % 2011-2012.

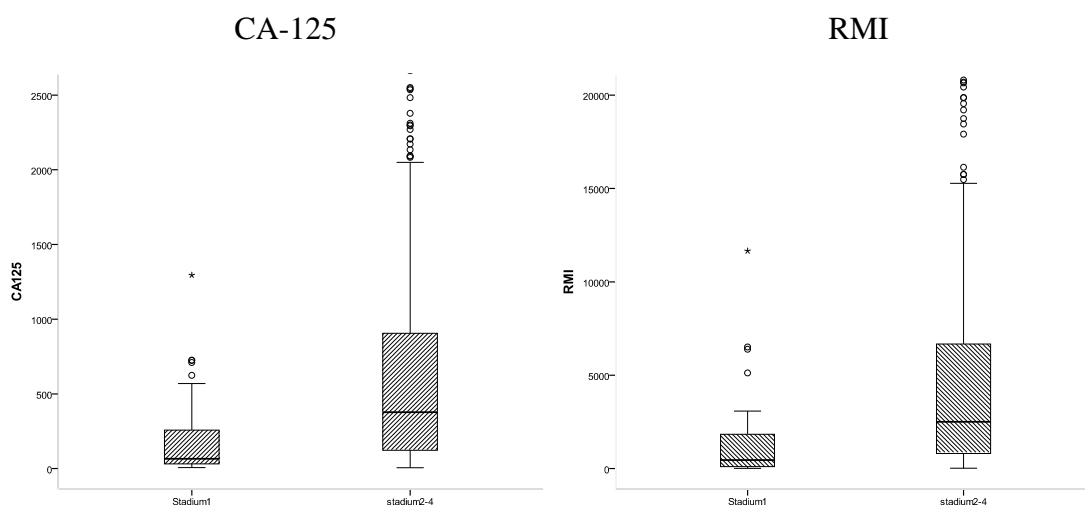
För sjukhus med färre än 10 registrerade avancerade ovarialcanceroperationer under de senaste 2 åren har inte procentuella andelen makroskopisk tumörfrihet angetts då beräkningsgrunden blir för liten.



Figur 2. Andel makroskopiskt tumörfria (R0) för patienter med ovarialcancer vid primäroperation, där tumörbördan i bukens övre del vid operationens inledning angetts till >2 cm (FIGO stadium IIIC-IV). Horisontella linjerna anger 95 % konfidensintervall. Endast enheter med minst 10 registrerade operationer har medtagits. Antal registrerade operationer ses i tabell ovan.

Dansk gynekologisk cancer databas anger som kvalitetsindikator för ovarialcancer st IIC-IV att målet för makroskopisk tumörfrihet är 40 %. I EORTC-studien med ovarialcancer stadium IIIC-IV uppnåddes R0 i 21 % hos dem som primäropererades och hos dem som hade fått neoadjuvant cytostatika 53 % (Vergote et al NEJM 2010). Det finns ett flertal studier som visar på att överlevnadsdata är klart bättre för de patienter som uppnår R0 varför det måste vara målet vid avancerad ovarialcancerkirurgi med beaktande av patientens preoperativa allmäntillstånd och co-morbiditet (Aletti et al, Obstet Gynecol 2006 107:77-85; Chi et al, Gynecol Oncol 103 (2006) pp559-564; Du Bois et al Cancer. 2009 Mar 15;115(6):1234-44).

Preoperativ användning av CA-125 och RMI



“Risk of malignancy-index” RMI vid ovarialcancer

RMI	2007	2008	2009	2010	2011	2012	Total	%
<200	16	31	22	32	27	34	162	16%
≥200	115	130	151	157	151	133	837	84%
Total	131	161	173	189	178	167	999	100%

De som har RMI över 200 är i 43 % opererade på universitetssjukhus åren 2011-2012 mot 35 % 2007-2010. Enligt det nya nationella vårdprogrammet för äggstockscancer ”bör kvinnor med RMI>200 och/eller malignitetssuspekt adnexexpansivitet enligt ultraljudsbild (oavsett RMI) remitteras till tumörkirurgisk enhet där det finns certifierade gynekologer som genomgått godkänd utbildning i gynekologisk tumörkirurgi med cancervård eller ESGO-EBCOGs “subspecialist trainingprogram” eller har motsvarande kompetens.”

Det finns många skäl både vetenskapligt och ur patientsynpunkt att följa det nya Nationella vårdprogrammet för Äggstockscancer.

Avslutande kommentarer:

Det är vår förhoppning denna rapport leder diskussioner om den gynekologiska cancerkirurgin. Hur den är organiserad och vilka förbättringspotentialer som finns för patienterna. Det gäller både hur RMI används, hur andelen makroskopisk tumörfrihet vid avancerad ovarialcancer kan ökas, hur andelen endometrie- och cervixcancerpatienter som opereras laparoskopiskt ökas och hur komplikationerna minskas samt de patientrapporterade data såsom tid till normal ADL förbättras.

Alla intressenter i gynekologiska cancerprocesser är mycket välkomna med kommentarer, kritik eller förbättringsförslag.

Christer Borgfeldt christer.borgfeldt@med.lu.se

Delregisteransvarig för tumörregistret Gynop

Thomas Högberg thomas.hogberg@med.lu.se

Delregisteransvarig för tumörregistret Gynop

Kvalitetsindikatorer i dansk gynækologisk cancerdatabas

Høgdall CK, Nielsen MLS, Taaning L: Årsrapport – Dansk Gynækologisk Cancer Database - Landsdækkende klinisk database for kræft i æggestokke, livmoder og livmoderhals. Udgivet af Dansk Gynækologisk Cancer Database Januar 2012.

Indikator 2: Peroperativt blodtab ved cervixcancerkirurgi

Standard: ≤ 500 ml

Afgrænsning: Radikalt hysterektomerede cervixcancerpatienter. DCG 2005-2010 58% (n=582), 2010 54% (n=71)

Indikator 3: Postoperative komplikationer ved cervixcancerkirurgi

Standard: Maksimalt 10% postoperative komplikationer

Afgrænsning: Radikalt hysterektomerede cervixcancerpatienter. DCG 2005-2010 13% (n=579), 2010 16% (n=70)

Indikator 4: Ovariecancer: Makroradikal abdominal operation

Standard: Minimum 40%

Afgrænsning: Opererede ovariecancerpatienter st. IIIC og st. IV. DCG 2005-2010 27,1% (n=1 367), 2010 42% (n=184).

Indikator 6: Ovariecancer: Ventetid på kemoterapi

Standard: ≤ 28 dage

Afgrænsning: Opererede ovariecancerpatienter st. IIIC og st. IV. 2005-2010 median 19 (1-59) (n=1 194), 2010 median 13 (1-56) (n=122).

Indikator 7: Ovariecancer: Postoperative komplikationer

Standard: Maksimum 20% postoperative komplikationer i alt, herunder medicinske komplikationer

Afgrænsning: Opererede patienter med ovarietumor, tubacancer eller peritonealcancer. DCG 2005-2010 13% (n=3 506), 2010 8,2% (n=511).

Indikator 8: Peroperativt blodtab ved operation for ovariecancer st IIIC

Standard: ≤ 500 ml

Afgrænsning: Ovariecancerpatienter med st. IIIC der har fået foretaget en primær eksplorativ laparotomi. DCG 2005-2010 48% (n=960), 2010 44% (n=120)

Indikator 9: Peroperativt blodtab ved kirurgi for corpuscancer st. I

Standard: ≤ 200 ml

Afgrænsning: Eksplorativ laparotomi ved corpuscancer St I. DCG 2005-2010 66% (n=2 427), 2010 75% (n=337).

Ordlista

Sökord	Beskrivning
ADL	Activities of Daily Living, aktiviteter i dagliga livet
Appendektomi	Borttagande av blindtarmen
Benign	Godartad
Bilateral	Dubbelsidigt, används om pariga organ, t ex äggstockar, njurar. Ex bilateral SOE, både höger och vänster äggstock och äggledare tas bort.
Cervixcancer	Cancer i livmodertappen
Corpuscancer	Cancer i livmoderkroppen
Cytostatika	Cellgift
Diafragma	Mellangärde, muskel i brösthålans botten
Enhanced recovery after surgery (ERAS)	Behandlingsprogram för att säkerställa att patienten efter större kirurgi bl a upplever bästa möjliga rehabilitering, så tidig återhämtning och utskrivning från sjukhus, så att de kan återvända till sina normala aktiviteter snabbare.
FIGO-stadium	En internationell klassificering av som anger hur spridda de gynekologiska cancersjukdomarna är i kroppen
Hysterektomi	Avlägsnande av livmodern
Intraabdominell	I buken (t ex blödning)
Kurativ	Botande
Makroskopisk	För ögat synlig
Malign	Elakartad
Neoadjuvant cytotatika	Neoadjuvant behandling är läkemedelsbehandling som utförs före en operation eller strålbehandling. T.ex. används ofta cellgifter innan man opererar eller strålar större cancertumörer.
Oment	Bindvävsveck i buken
Ovarialcancer	Cancer i äggstockarna
PAD	Patologisk anatomisk diagnos
Para-aortal lymfkörtelutrymning	Avlägsnande av lymfkörtlar längs stora kroppspulsådern
Pelvin lymfkörtelutrymning	Avlägsnande av lymfkörtlar i bäckenet
Peritoneektomi	Kirurgiskt borttagande av bukhinnan
Peroperativt	Under operationen
Postoperativt	Efter operationen
Preoperativt	Före operation
Radikal hysterektomi	Avlägsnande av livmodern tillsammans med vävnad omkring livmodertappen
Residualtumör R0	Kvarvarande tumör efter operation R0=Ingen kvarvarande synlig tumör
RMI	”Risk of Malignancy Index” ofta benämnt ”Jacob’s index: Malignitetsindex, som beräknas utifrån CA125-värde, menopausstatus och ultraljudsfynd CA125: Tumörmarkör, som mäts i blodprov och som vanligen är förhöjt vid ovarialcancer
SOE	Salpingo-ooforektomi: borttagande av äggstock och äggledare
Ventrombos	Blodpropp
Vulvacancer	Cancer i blygdläpparna