Rektalcancer 2024

Nationell kvalitetsrapport för diagnosår 2024
från Svenska Kolorektalcancerregistret

november 2025

REGIONALA CANCERCENTRUM I SAMVERKAN

Beställningsadress

Regionalt cancercentrum Norr
Norrlands universitetssjukhus
SE-901 85 UMEÅ

Tel 090-785 19 90

Mailadress - rccnorr@regionvasterbotten.se

Rapporterna kan laddas ner från
rapporter

©2024 Regionalt cancercentrum Norr, Norra sjukvårdsregionen

Innehållsförteckning

Kapitel 1:
Inledning **1**
Kapitel 2:
Organisation av styrgrupp **2**
Kapitel 3:
Förklaringar/Definitioner **3**
Kapitel 4:
Cancerregisterdata **5**
Kapitel 5:
Kvalitetsregisterdata **7**
Kapitel 6:
Ledtider **14**
Kapitel 7:
Utredning **16**
Kapitel 8:
Behandling och operation **20**
Kapitel 9:
Tumörstadium, operationsfynd och PAD **27**
Kapitel 10:
Korttidsuppföljning **36**
Kapitel 11:
Långtidsuppföljning och överlevnad **42**

KAPITEL 1
Inledning

Detta är den 23:a rektalcancerrapporten från Kolorektalcancerregistret (SCRCR). Rapporten omfattar patienter diagnosticerade 2024 och innehåller även uppföljningsdata för patienter diagnosticerade 2021 och 2019. Det finns en motsvarande årsrapport för koloncancer. Registret är även viktig källa för forskning och publicerade artiklar baserade på registret kan ses på - forskning på svenska kolorektalcancerregistret (scrcr.se). För 2024 noteras 30 publikationer på SCRCR och 6 på CRCBaSe där data från SCRCR ingår.

Registerdata presenteras också i form av interaktiva online-rapporter för rektalcancer respektive koloncancer. Sjukvårdspersonal kan även ta del av data innanför inloggningen på INCA-plattformen, t.ex. rapporten *Koll på läget* där det egna sjukhusets resultat presenteras, för valt diagnosår eller för de senaste 12 månaderna.

Denna årsrapport vänder sig i första hand till professionen och ger underlag för förbättringsarbete och utvärdering på det lokala och regionala planet. Framför allt skall varje enhet kunna följa sina resultat från år till år. Jämförelser med riksgenomsnitt och andra sjukhus kräver ofta en djupare analys och kunskap om selektionsmekanismer och potentiella störfaktorer.

Vi eftersträvar ett register som är både heltäckande och prospektivt i sann bemärkelse. Täckningsgrader redovisas för registrets samtliga delformulär, både på regional nivå och per registrerande enhet. För flera delformulär redovisas ledtiden från den kliniska ”händelsen” till inrapportering i registret. Målet är att data rapporteras in med så liten fördröjning som möjligt, för att exempelvis möjliggöra en tätare återkoppling av registerdata online.

Förutom i denna rapport samt i den motsvarande rapporten för koloncancer så presenteras registerdata i PDF-format även i onkologirapporten samt i patientrapporten, som främst vänder sig till allmänheten.

Vi hoppas att rektalcancerrapporten 2024 motsvarar era förväntningar! Återkom gärna med kommentarer och synpunkter på rapporten, eftersom vi hela tiden strävar efter att förbättra den.

Rapporten är framtagen av nationella kvalitetsregistergruppen i samarbete med statistiker vid Regionalt cancercentrum Norr och baseras på datauttag från Kolorektalcancerregistret på INCA-plattformen 2025-09-05.

Trevlig läsning!
För styrgruppen,
Martin Rutegård
Göteborg

KAPITEL 2
Organisation av styrgrupp

Ordförande: Niklas Zar, niklas.zar@rjl.se
Forskningsansvarig: Peter Matthiessen, peter.matthiessen@regionorebrolan.se
Kolonrapport huvudansvar: Mattias Söderholm, mattias.soderholm@regionblekinge.se
Rektumrapport huvudansvar: Martin Rutegård, martin.rutegard@vgregion.se
Patientrapport huvudansvar: Niklas Zar, niklas.zar@rjl.se
Onkologirapport huvudansvar: Helga Hagman, helga.hagman@skane.se, Petra Flygare, petra.flygare@rvn.se
Interaktiva rapporter huvudansvar: Mattias Söderholm och Martin Rutegård

Styrgruppens aktuella sammansättning, samt kontaktuppgifter till stödjande RCC, finns här.

KAPITEL 3
Förklaringar/Definitioner

I denna rapport är redovisningen på patientnivå. För patienter med synkrona tumörer redovisas bara den tumör som har högst T-stadium (därefter lägst belägen tumör), medan metakrona tumörer redovisas separat. Till synkrona tumörer räknas de med samma diagnosdatum eller samma operationsdatum. Patienter som opererats akut är exkluderade ur rapporten (7 patienter exkluderas 2024). Rapporten utgår ifrån diagnosår (gäller rapporter fr.o.m. 2017).

Struktur på figur-/tabelltexter är följande: täljare, nämnare, år.
Exempelvis: *Komplett preoperativ staging, opererade patienter, 2024.*

Beräkning av täckningsgraden för de enskilda inrapporteringsformulären har visat sig vara tekniskt komplicerat. I denna rapport anses ett formulär vara ”komplett” inrapporterat om följande nyckelvariabler är ifyllda:

- Radiologi: MDT-konferens/rtg-rond datum (R2_mdtrtgronddat) och Tumör (R4_tumor)
- Operation/Behandling: Kirurgisk åtgärd mot primärtumör (A2_oper) och Utförd operation (A2_optyp2)
- Patologi: Adenocarcinom (A3_adeno) eller Resektion ej utförd (A3_ejresektion)
- 30-dagarsuppföljning: [Patienten inkluderad i studie (A5_studie) eller Patienten är inkluderad i prospektiv klinisk studie med informerat samtycke (a5_klinstudie)] och Död inom 30 dagar postop eller under samma vårdtillfälle (A4_dod30) och Behandlingskrävande postop komplikation (A4_kompl)

I figurer som redovisar data på sjukhusnivå avses opererande sjukhus om inget annat anges. Med opererande sjukhus avses det sjukhus som rapporterat in operationen. Om sådant sjukhus saknas avses det sjukhus som rapporterat in anmälan. Sjukvårdsregion utgår från var det opererande sjukhuset är beläget.

Sjukhus som opererat färre än tio patienter för aktuellt rapportår, 2024, ingår i gruppen ”Övriga”. Här ingår även de sjukhus som anmält tumörer som sedan inte opererats. I årets rapport utgörs dessa av Alingsås, Eksjö, Hudiksvall, Kungälv, Ljungby, Mora, Norrköping, Nyköping, Skellefteå, Södertälje, Torsby, Visby, Västervik, Ystad, Örnsköldsvik. I gruppen ”Övriga” inkluderas även det fåtal patienter där uppgift om behandlande enhet saknas samt eventuella patienter tillhörande sjukhus som år 2024 inte längre registrerar i SCRCR.

I figurer på sjukhusnivå visas data enbart för de sjukhus som har en nämnare större eller lika med 5. För sjukhus med en nämnare mindre än 5 visas istället ”Otillräckliga data”. Alla fall ingår dock i totalen (Sverige). Sjukhus kan här även avse gruppen ”Övriga”.

Med ”resektion” avses i denna rapport följande åtgärder: Främre resektion (AR), abdominoperineal excision (APE) och Hartmanns operation (HA).

Med ”lokal resektion” avses i denna rapport följande åtgärder: Endoskopisk polypektomi, TEM och lokal excision.

I figurer över ledtider redovisas medianer i dagar.

Vid händelser som är ovanliga blir antalet observationer få och slumpvariationen stor, med följden att kurvor över tid blir instabila. För vissa händelser har vi valt att redovisa data från flera sammanslagna år för att öka patientvolymen och därmed minska slumpvariationen. Selektionen av patienter framgår av bildtexterna.

Sedan några år har vi presenterat s.k. *funnel plots* där sjukhus med mindre volym har ett bredare konfidensintervall. Som synes ligger sjukhus med större volym och därmed högre statistisk säkerhet till höger där konfidensintervallen är smalare. Enkelt uttryckt bör alla ”hålla sig inom tratten”. Vi har valt att sätta ut 95- och 99-procentiga konfidensintervall, där det senare representeras av den streckade linjen. I dessa figurer representerar den röda streckade linjen målnivån (gäller även i flera

andra figurer) och den svarta linjen genomsnittet i Sverige. Sjukhus som ligger utanför det 99-procentiga konfidensintervallet anges i figurtexten. Du kan i de flesta fall identifiera var ditt sjukhus befinner sig i grafen genom att se på patientvolym på x-axeln och på värdet av den undersökta variabeln på y-axeln. Dessa data återfinns i de flesta fall i angränsande figur.

När det gäller postoperativa komplikationer definieras milda komplikationer som Clavien-Dindo grad 2 och 3a, allvarliga komplikationer som grad 3b, 4 och 5.

Svenska Kolorektalcancerregistret har 3- och 5-årsuppföljning. Anledningen till detta är att de flesta återfall inträffar inom 3 år och att 5-årsuppföljning är internationellt etablerat. De som följs upp i registret är de som har något av följande ifyllt i anmälan:

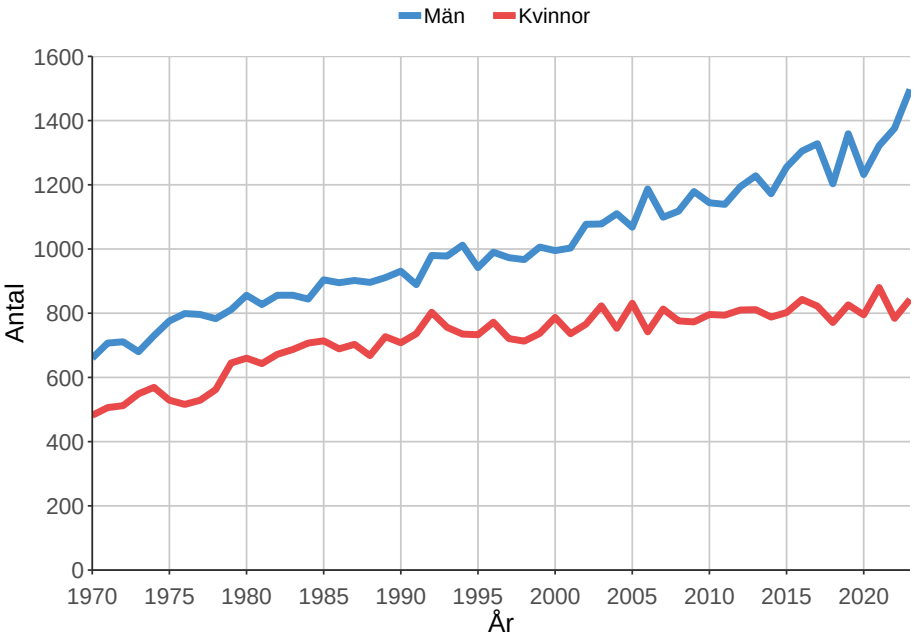
- Terapeutisk åtgärd=Ja
- Kirurgisk åtgärd=Operation eller endoskopisk polypektomi
- Ej Utförd operation=Laparotomi utan resektion
- Ej Utskriven till=Avliden
- Ej Död inom 30 dagar=Ja

Vid beräkning av täckningsgrader från och med 3-årsuppföljning 2019 och 5-årsuppföljning 2017 gäller också att ”patienten ej uppföljd”-rutan ej ska vara ikryssad samt att man inte ska ha en registrerad avlidenmarkering på 3-årsuppföljningen när man följs upp vid 5 år. Godkända uppföljningsintervall räknat från diagnos:

- 3-årsuppföljning: 35–48 månader från diagnos
- 5-årsuppföljning: 59–72 månader från diagnos.

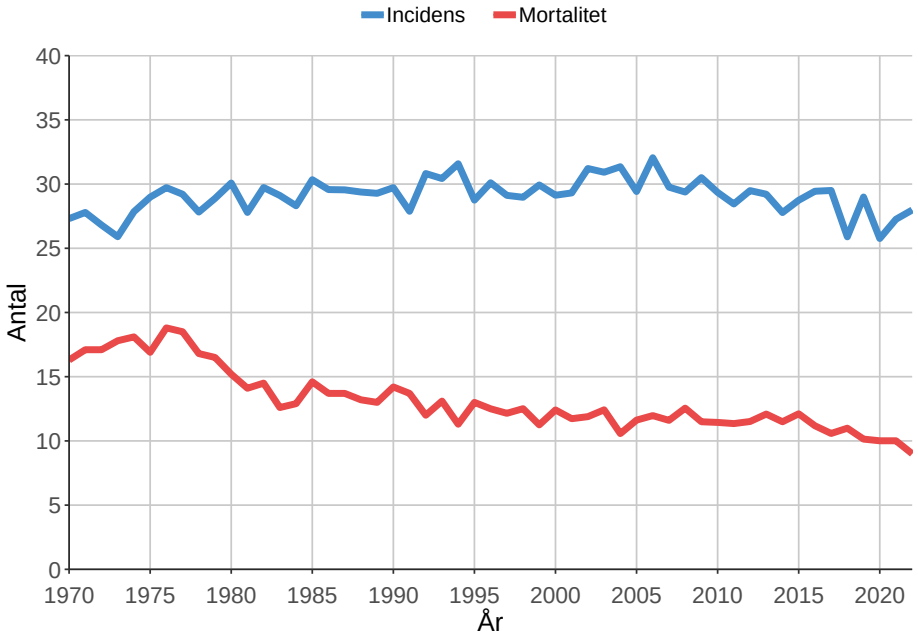
Vid registrering av lokalrecidiv finns det från och med 2022 ett recidivformulär där registrering kan ske när som helst. Det är även möjligt att registrera lokalrecidiv på uppföljningsformuläret, vilket man även gjorde tidigare år. Det är endast det första lokalrecidivet som ska registreras.

KAPITEL 4
Cancerregisterdata

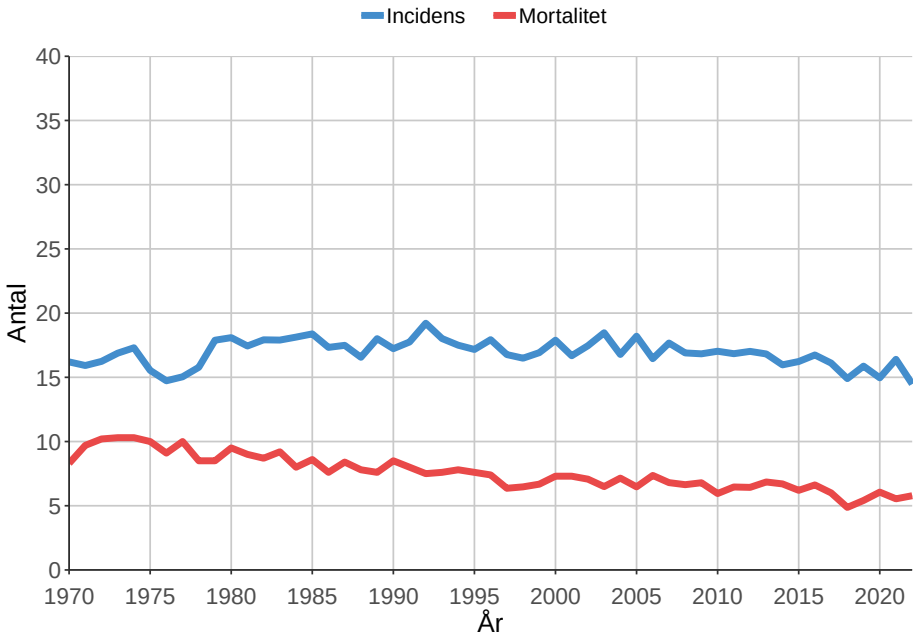


Figur 4.1. Antal fall av rektalcancer i Sverige, 1970-2023.

Figur 4.1. Detta är data från Cancerregistret, som till skillnad från Kolorektalcancerregistret även omfattar polyper med höggradig dysplasi samt andra tumörformer än adenocarcinom, liksom patienter diagnosticerade vid obduktion. Av de numera drygt 2200 patienter som årligen drabbas av rektalcancer är majoriteten män och könsskillnaden verkar öka över tid.



Figur 4.2. Ålderstandardiserad incidens och mortalitet per 100 000 invånare i Sverige, män, 1970-2022.



Figur 4.3. Ålderstandardiserad incidens och mortalitet per 100 000 invånare i Sverige, kvinnor, 1970-2022.

Figur 4.2-4.3. Den åldersstandardiserade incidensen har länge varit relativt stabil alternativt lätt minskande för både män och kvinnor, medan mortaliteten sjunkit långsamt över tid.

KAPITEL 5
Kvalitetsregisterdata

Tabell 5.1. Tabellsammanfattning, 2024.

	Män		Kvinnor		Totalt	
Antal	1468		925		2393	
Täckningsgrad						(99.5)
Komplett staging, opererade*	896	(99)	574	(99)	1470	(99)
Preterapeutisk MDK, ej end polypektomi*	904	(100)	577	(100)	1481	(100)
Opererade**	908	(62)	580	(63)	1488	(62)
Patienter som genomgått resektion**	870	(59)	556	(60)	1426	(60)
Perop tarmperforation, resecerade, 2022-2024*	116	(4.3)	71	(4.4)	187	(4.4)
Ackrediterad och/eller specinr, resecerade*	862	(100)	552	(100)	1414	(100)
Radikalt opererade enligt PAD och kirurg, resecerade, M0*	704	(95)	450	(95)	1154	(95)
Antal undersökta körtlar ≥ 12, resecerade*	758	(93)	491	(92)	1249	(93)
Postop mort inom 90 dagar, resecerade, 2022-2024	31	(1.2)	9	(0.6)	40	(0.9)
Vårdtid i dagar (median), opererade	6		5.5		6	
Postop MDK, op el end polypektomi, ej mort inom 30 dagar*	896	(99)	565	(99)	1461	(99)
Remitt till onkklin, resecerade, stad III, ≤ 75 år, 2022-2024	354	(57)	219	(62)	573	(59)
Inkluderad i kirurgiska och onkologiska studier*	185	(18)	125	(20)	310	(19)
3 års relativ överlevnad, resecerade, M0, 2018-2024		(96)		(95)		(96)
Lokalrecidiv inom 3 år, resecerade, T1-T3, 2019-2021*	92	(3.8)	60	(4.2)	152	(4)

**För dessa indikatorer är "uppgift saknas" exkluderad.*
***Vi vet av erfarenhet att dessa siffror är för låga, eftersom en del patienter i den aktuella årskohorten ännu inte hunnit bli opererade/inrapporterade vid datauttaget till rapporten. Jämför med Figur 5.3 nedan, där vi av denna anledning valt att redovisa data för patienter diagnosticerade under 2023.*

Tabell 5.1. Täckningsgraden är fortsatt mycket hög. Sedan ett längre tag opereras färre patienter med resektion. Det ses också sedan ett par år en trend för lägre forskningsdeltagande.

Tabell 5.2. Antal registrerade patienter samt täckningsgrad för anmälningsformuläret, 2024.

	Antal registrerade patienter	Täckningsgrad (%)
Stockholm/Gotland	461	99.8
Mellansverige	547	100
Sydöstra	228	98
Södra	475	98.7
Västra	459	99.8
Norra	223	100
Totalt	2393	99.5

Täckningsgraden är i förhållande till antal tumörer i Cancerregistret.

Tabell 5.2. Täckningsgraden för anmälningsformuläret är beräknad i förhållande till antalet registrerade fall av rektalcancer i Cancerregistret. Vid beräkning av täckningsgrad mot Cancerregistret används de inklusionskriterier som återfinns på Dokument (cancercentrum.se). Täckningsgraden på sjukhusnivå visas i figur 7.1 längre ner i rapporten.

Tabell 5.3. Antal registrerade patienter samt täckningsgrad för radiologiformuläret, någon preterapeutisk staging genomförd, ej endast klinisk diagnos, bedömda i preterapeutisk terapigrupp (eller saknar uppgift), 2024.

	Antal registrerade patienter	Täckningsgrad (%)
Stockholm/Gotland	352	78
Mellansverige	386	72.7
Sydöstra	51	23.4
Södra	155	34.4
Västra	375	87.4
Norra	202	94
Totalt	1521	66.3

Tabell 5.4. Antal registrerade patienter samt täckningsgrad (inom parentes) för operationsformuläret, de med endast klinisk diagnos och ingen planerad operation av primärtumör är exkluderade, 2023-2024.

	Antal registrerade patienter 2023	Antal registrerade patienter 2024
Stockholm/Gotland	366 (99.7)	392 (97)
Mellansverige	458 (99.6)	432 (96)
Sydöstra	198 (87.2)	161 (86.1)
Södra	312 (88.9)	358 (88.8)
Västra	416 (98.8)	375 (94.9)
Norra	177 (99.4)	170 (90.9)
Totalt	1927 (96.2)	1888 (93.2)

Tabell 5.5. Antal registrerade patienter samt täckningsgrad för patologiformuläret, opererade patienter och endoskopisk polypektomi (som enda åtgärd), 2024.

	Antal registrerade patienter	Täckningsgrad (%)
Stockholm/Gotland	326	98.8
Mellansverige	330	99.1
Sydöstra	120	89.6
Södra	303	92.1
Västra	333	97.9
Norra	139	97.2
Totalt	1551	96.4

Tabell 5.6. Antal registrerade patienter samt täckningsgrad för 30-dagarsuppföljningen, opererade patienter och endoskopisk polypektomi (som enda åtgärd), 30-dagars uppföljning planeras, 2024.

	Antal registrerade patienter	Täckningsgrad (%)
Stockholm/Gotland	297	96.7
Mellansverige	326	99.7
Sydöstra	98	74.2
Södra	303	96.2
Västra	316	99.4
Norra	130	97.7
Totalt	1470	96

Tabell 5.7. Antal registrerade patienter samt täckningsgrad för 3-årsuppföljningen.

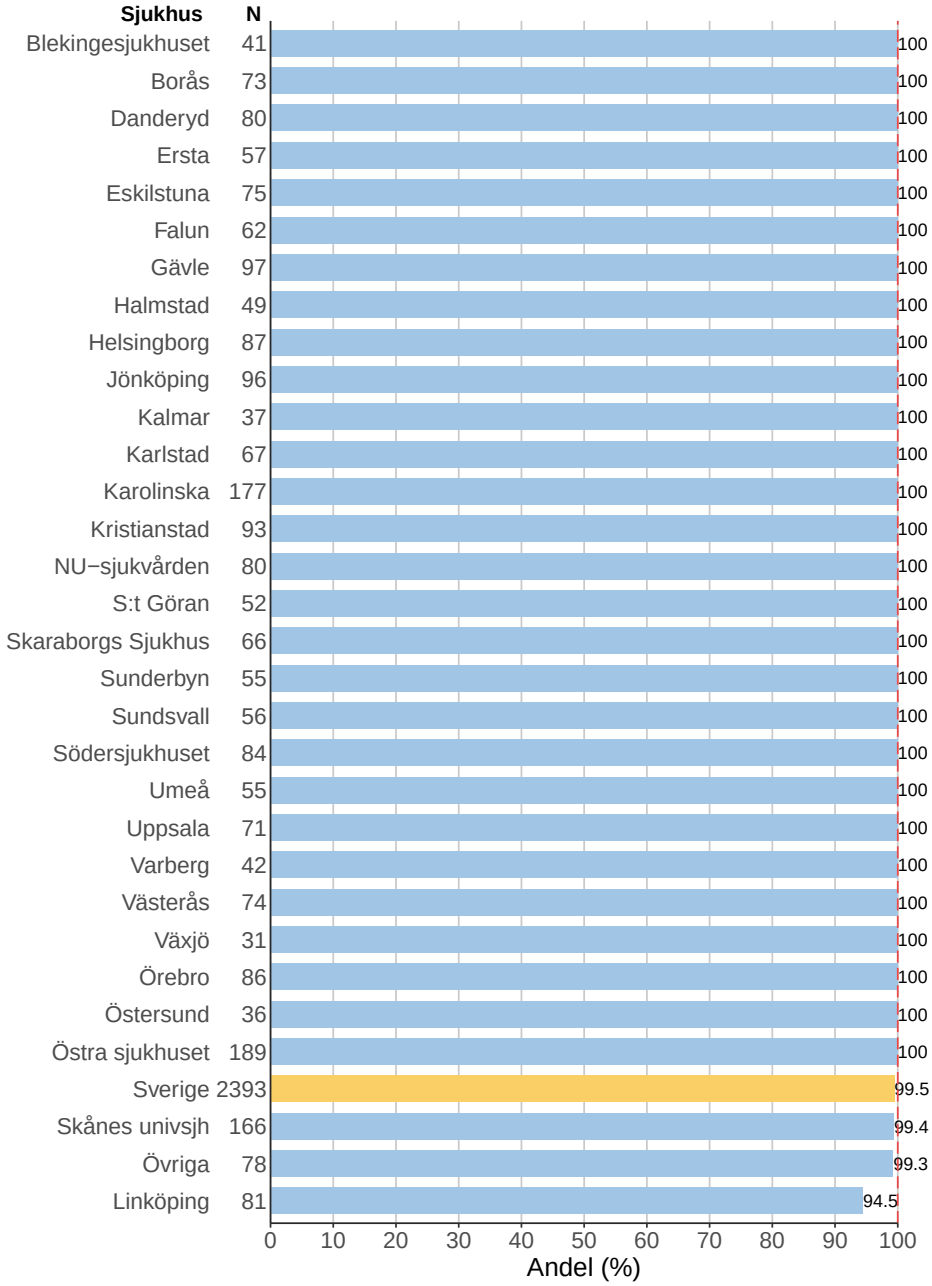
	Antal registrerade patienter	Täckningsgrad (%)
Stockholm/Gotland	238	98.3
Mellansverige	279	98.6
Sydöstra	79	49.1
Södra	251	93.7
Västra	209	92.5
Norra	108	100
Totalt	1164	90.4

Tabell 5.8. Antal registrerade patienter samt täckningsgrad för 5-årsuppföljningen.

	Antal registrerade patienter	Täckningsgrad (%)
Stockholm/Gotland	211	97.7
Mellansverige	238	99.6
Sydöstra	69	46
Södra	195	89.9
Västra	109	81.3
Norra	75	96.2
Totalt	897	86.8

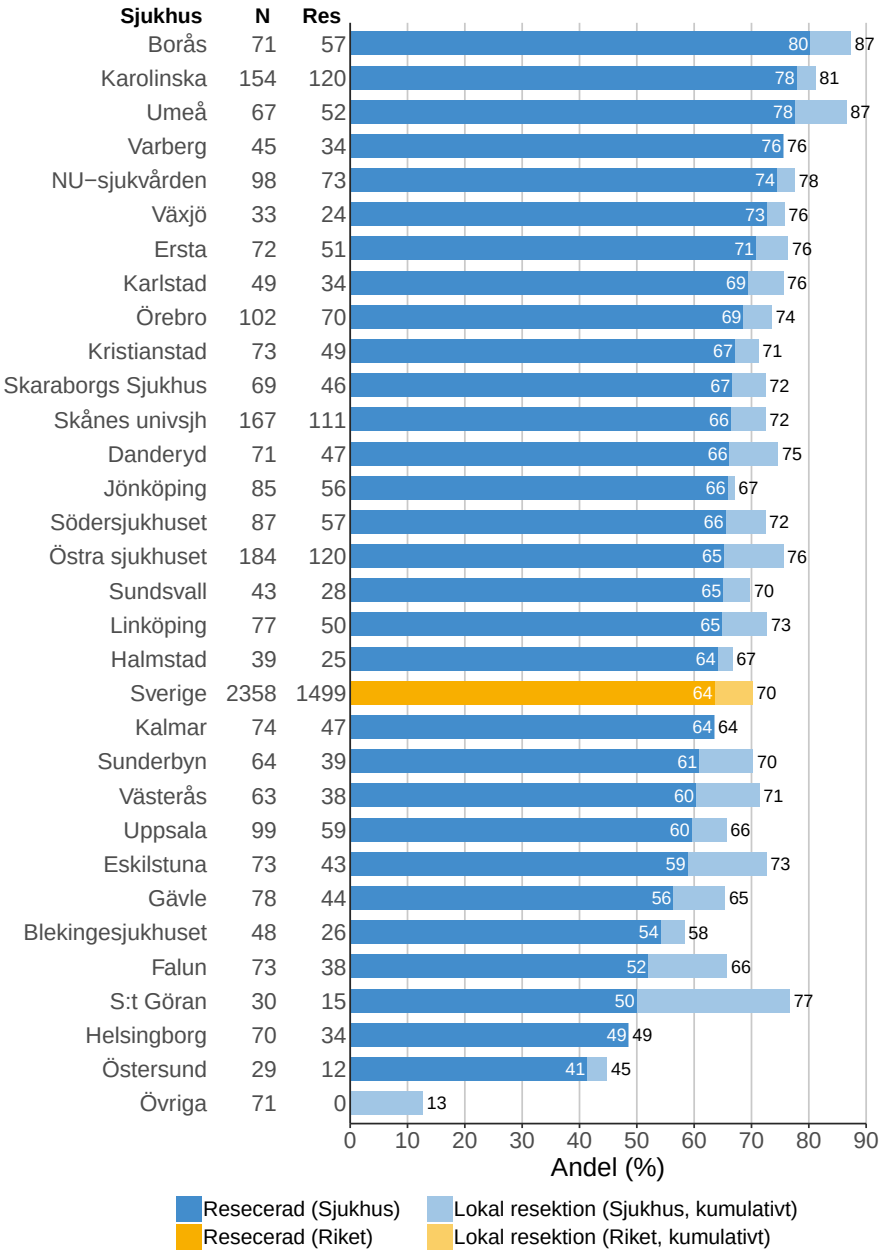
Tabell 5.3-5.8. Här presenteras täckningsgraden för de olika registerformulären på regionnivå. Täckningsgraderna på sjukhusnivå återfinns i början av respektive kapitel. Jämfört med förra året noteras en viss försämring för en sjukvårdsregion vad gäller flera formulär, i synnerhet uppföljningsformulären. Radiologiformuläret har som tidigare lägst täckningsgrad, men det noteras

en viss förbättring för den sjukvårdsregion som tidigare utmärkt sig negativt. Ett antal sjukhus har inte rapporterat in ett enda radiologiformulär (Figur 7.1). Ett av årets temablad berör aktualitet och täckningsgrad inom registret.



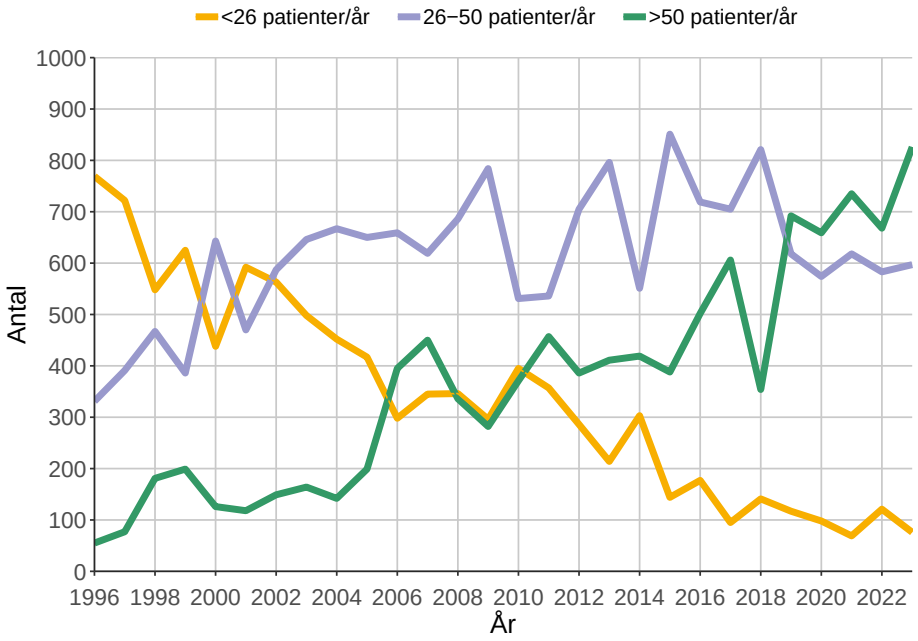
Figur 5.1. Antal registrerade patienter i kvalitetsregistret och täckningsgrad för anmälningsformuläret, 2024. Täckningsgraden är i förhållande till antal tumörer i Cancerregistret. Vilka sjukhus som ingår i ”Övriga” anges i kapitel 3.

Figur 5.1. En överväldigande majoritet av sjukhusen har en komplett täckningsgrad och det är något bättre täckning jämfört med förra året (98,8% år 2023). Sjukhusen i gruppen ”Övriga” opererar färre än tio patienter per år.



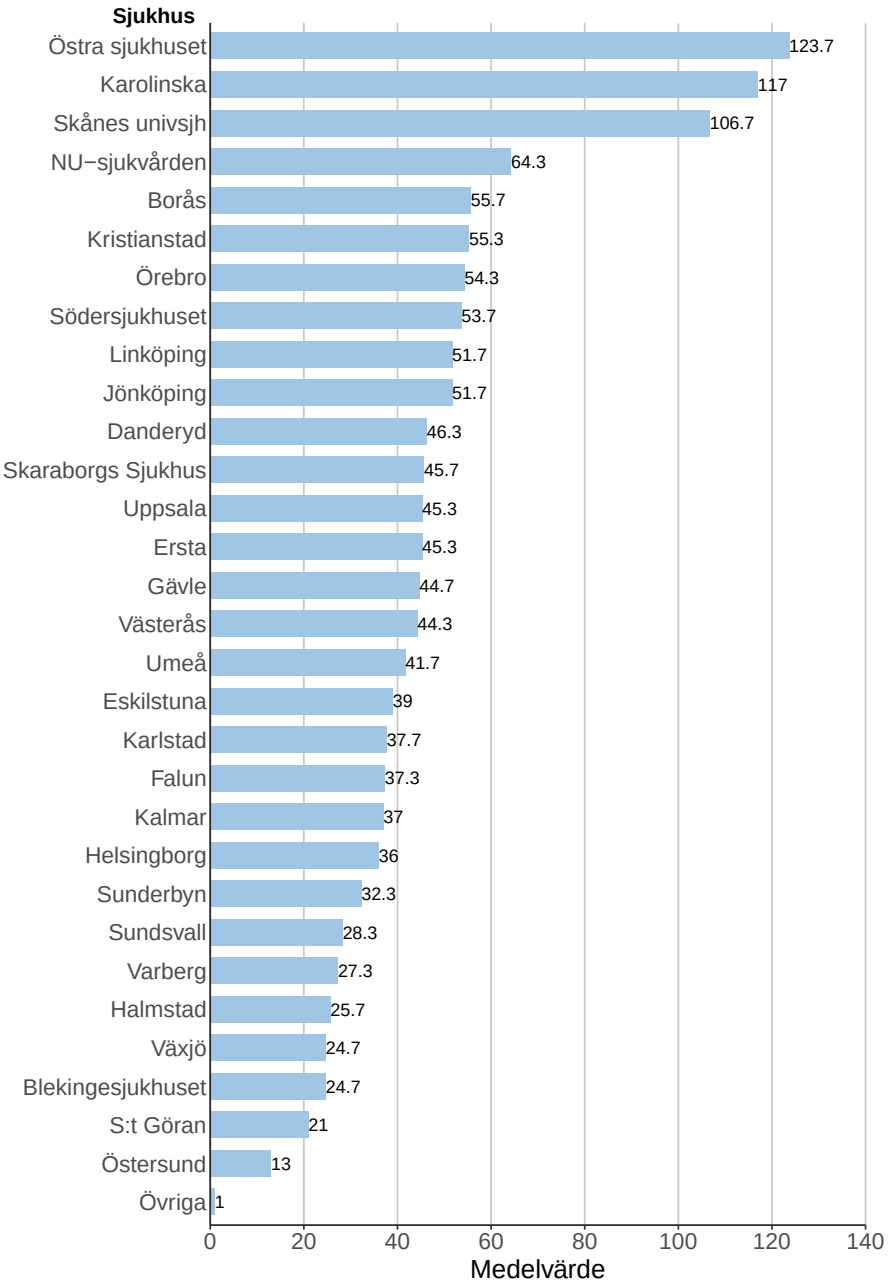
Figur 5.2. Patienter som genomgått resektion eller lokal resektion, alla patienter, 2023.

Figur 5.2. I denna figur (liksom i Figur 8.9 nedan) har vi valt att presentera data för patienter diagnosticerade under 2023 istället för 2024 för att få tillförlitliga siffror. Detta har att göra med att många patienter i en årskohort inte hunnit opereras – eller inrapporteras – vid datauttaget till rapporten i början av efterföljande år och saknas data avseende operation så faller patienten ut som ej opererad, vilket ger en felaktigt för låg resektionsfrekvens. Resektionsfrekvensen varierar mellan sjukhusen, vilket delvis torde förklaras av skillnader i patientunderlag (p g a remissströmmar t ex), men är relativt stationär sedan ett par år. Observera att kumulativ frekvens resektion (inkluderar lokala ingrepp) visas med ljusa färger. Avseende gruppen ”Övriga”, se kapitel 3.



Figur 5.3. Antal operationer med resektion av primärtumören, uppdelade på sjukhus med små, mellanstora och stora volymer, 1996-2023.

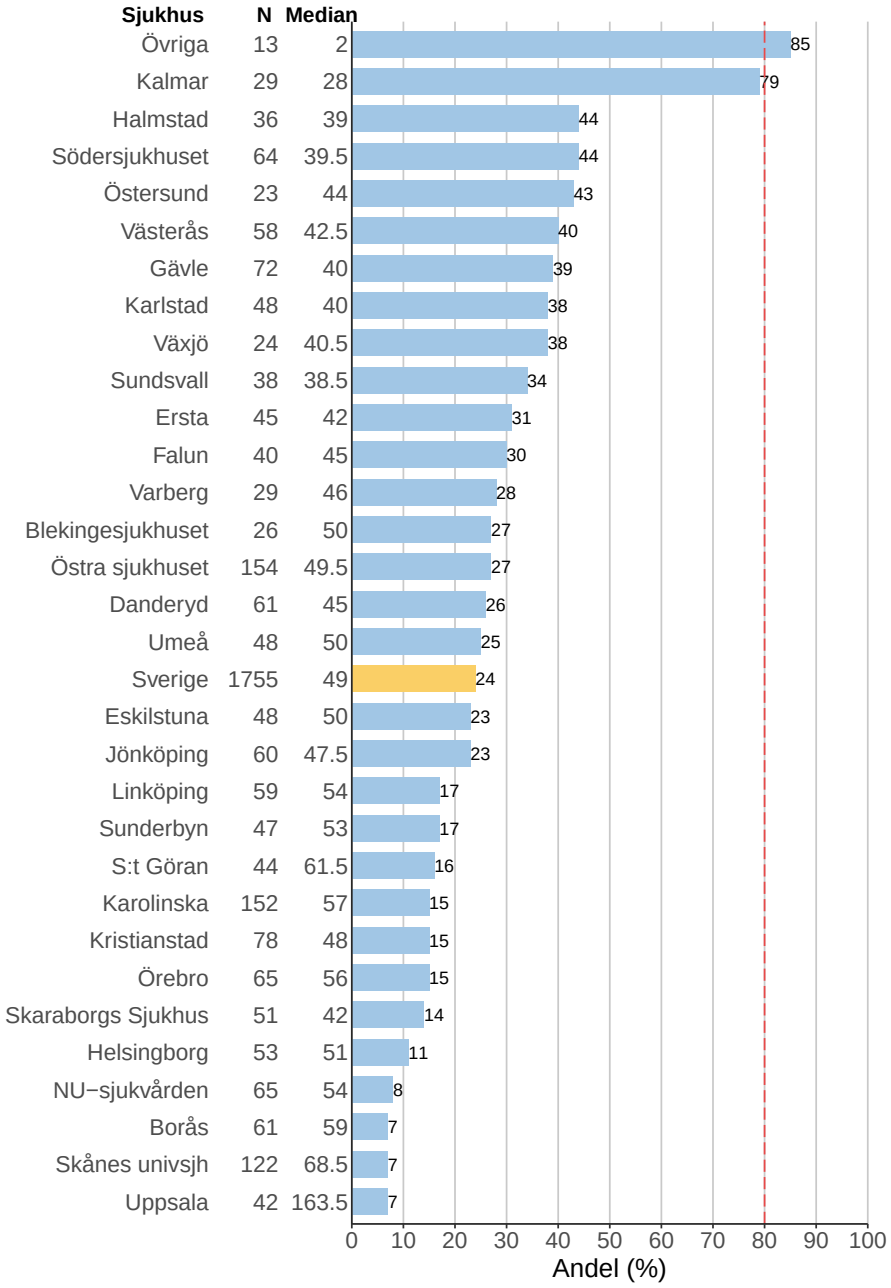
Figur 5.3. Här illustreras centraliseringen av rektalcancerkirurgin. Få patienter opereras på enheter med låg volym. Definitioner av olika kategorier volym kan diskuteras.



Figur 5.4. Genomsnittligt antal resektioner per sjukhus, 2022-2024.

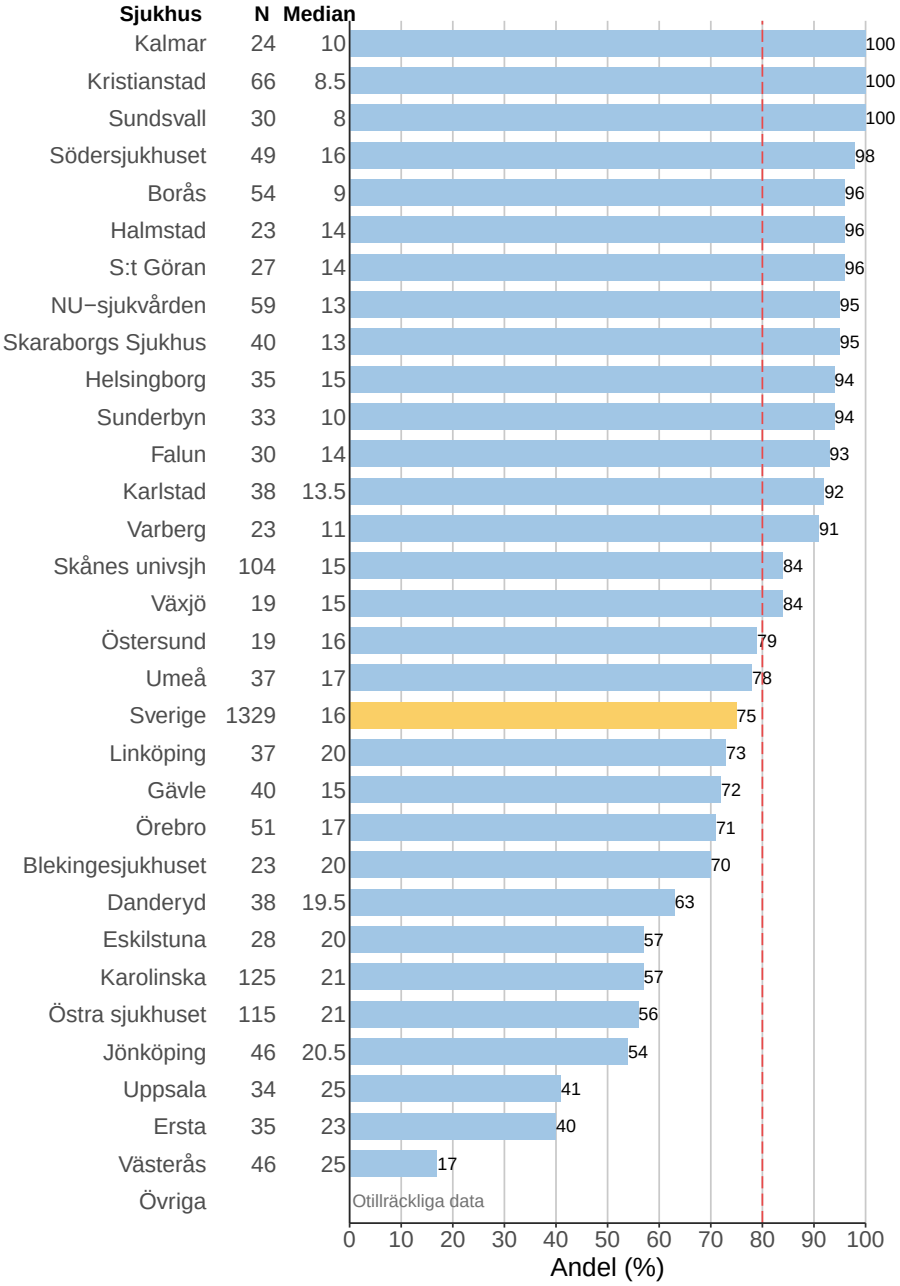
Figur 5.4. Volymen rektalcancerkirurgi är olika fördelad över riket och på enskilda sjukhus. Sannolikt är operationsvolym i sig ett kvalitetsmått, samtidigt som den kirurgi som görs rimligen inte ska spridas på alltför många händer även vid större enheter. Notera att volymen i sig inte avspeglar patientselektion och kirurgisk komplexitet, vilket kan skilja sig åt på ett påtagligt sätt mellan enheter.

KAPITEL 6
Ledtider



Figur 6.1. Väntetid från diagnos till behandlingsstart, andel inom 5 veckor, 2024.
De som saknar uppgift eller har negativ ledtid är exkluderade.

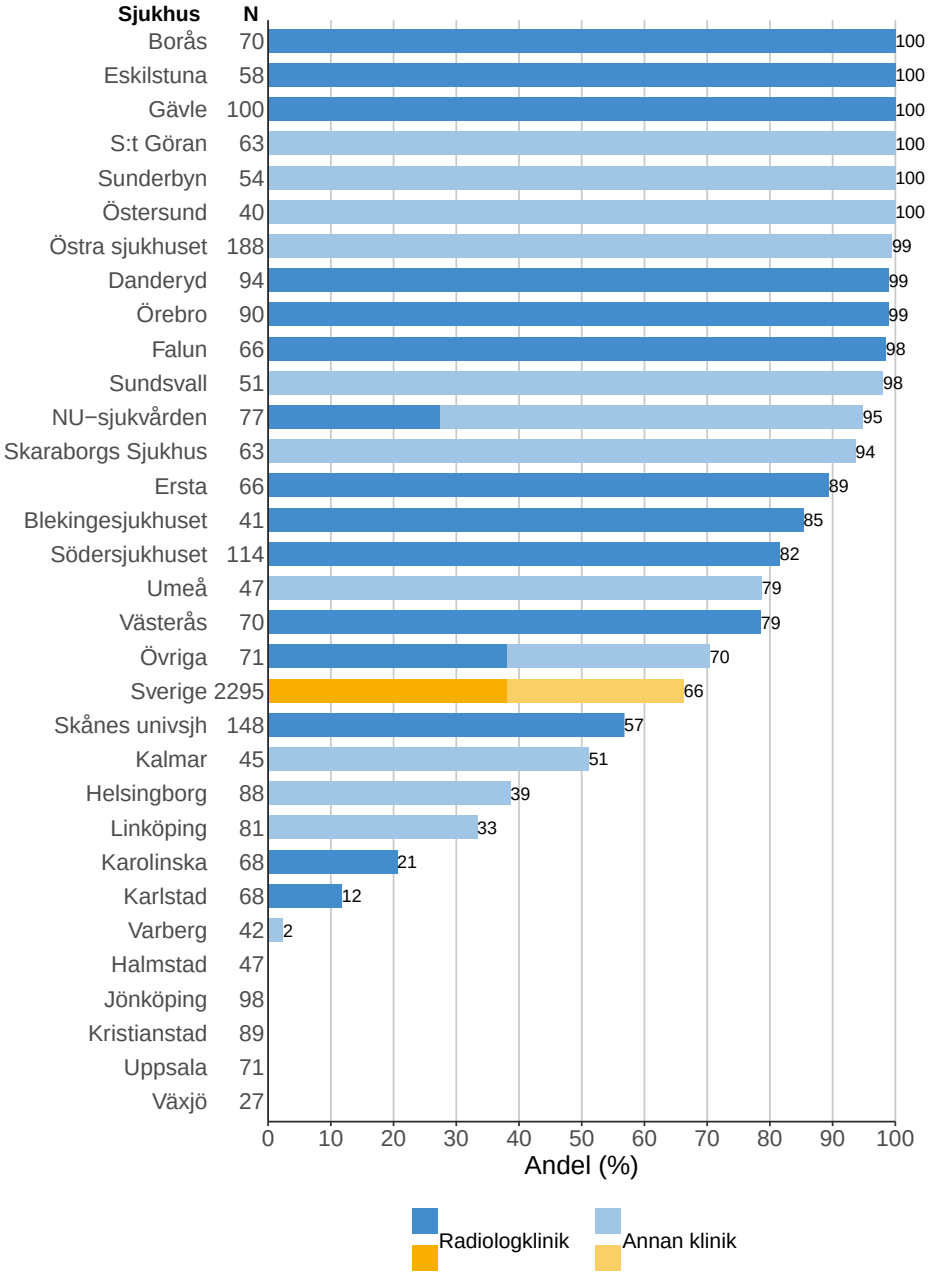
Figur 6.1. Mediantiden från diagnos till behandling (neoadjuvant behandling eller operation) är 49 dagar i riket som helhet. Detta innebär att endast en mindre andel av patienterna påbörjar behandling inom fem veckor efter diagnos. Spridningen är stor mellan sjukhusen och inte något når upp till aktuell målnivå, vilken också förändrats från fyra till fem veckor.



Figur 6.2. Väntetid från operation till PAD-svar, andel inom 3 veckor, patienter som genomgått resektion, 2024. De som saknar uppgift eller har negativ ledtid är exkluderade.

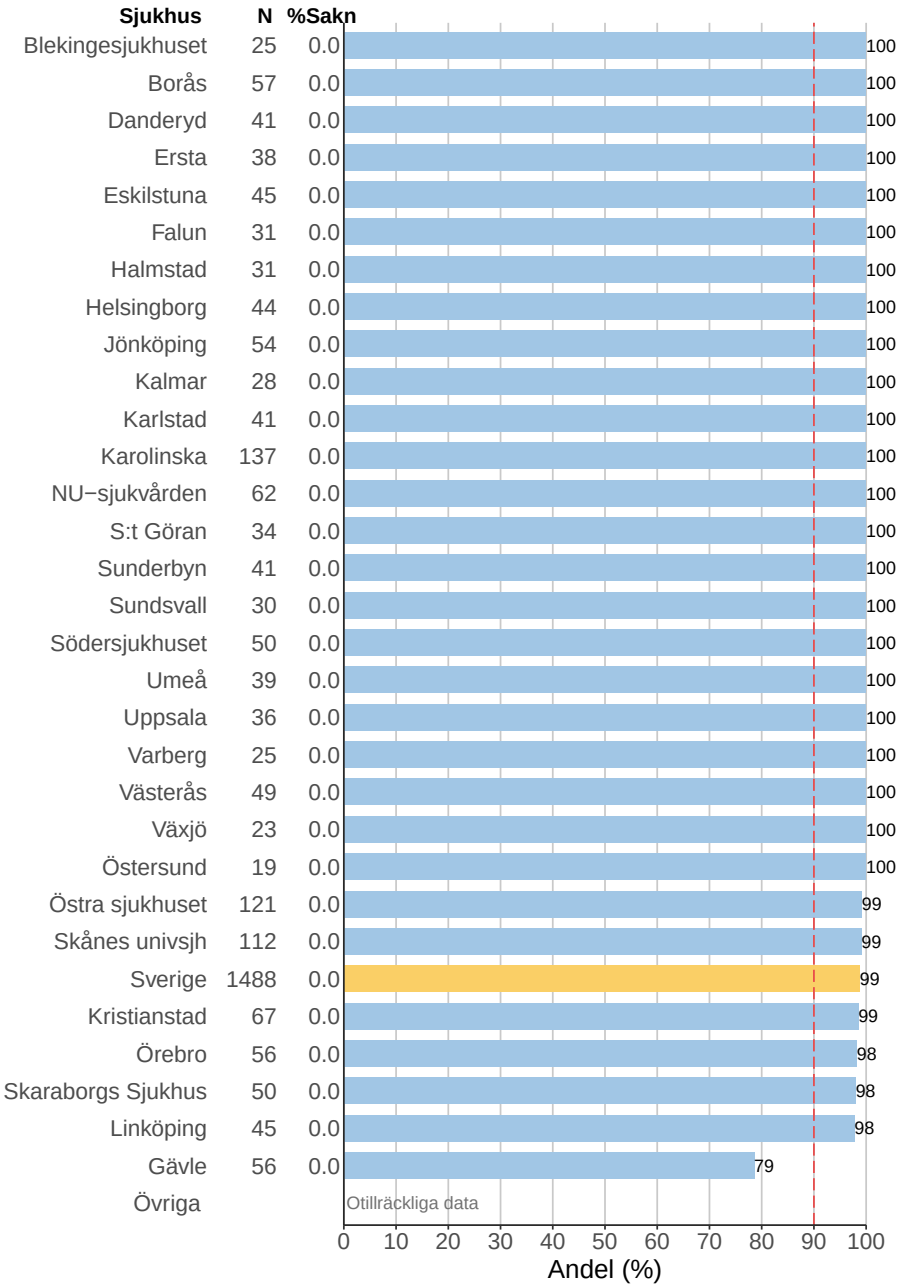
Figur 6.2. Mediantiden från operation till PAD-svar är 16 dagar i riket som helhet. En majoritet av sjukhusen når målvärdet, dvs att 80% av patienterna skall ha ett färdigt PAD-svar inom tre veckor; andelen är stationär sedan förra året, men sämre än åren dessförinnan. Det viktigaste är att PAD-svaret kommer i tillräckligt god tid för att möjliggöra start av adjuvant cytostatikabehandling inom 6–8 veckor.

KAPITEL 7
Utredning



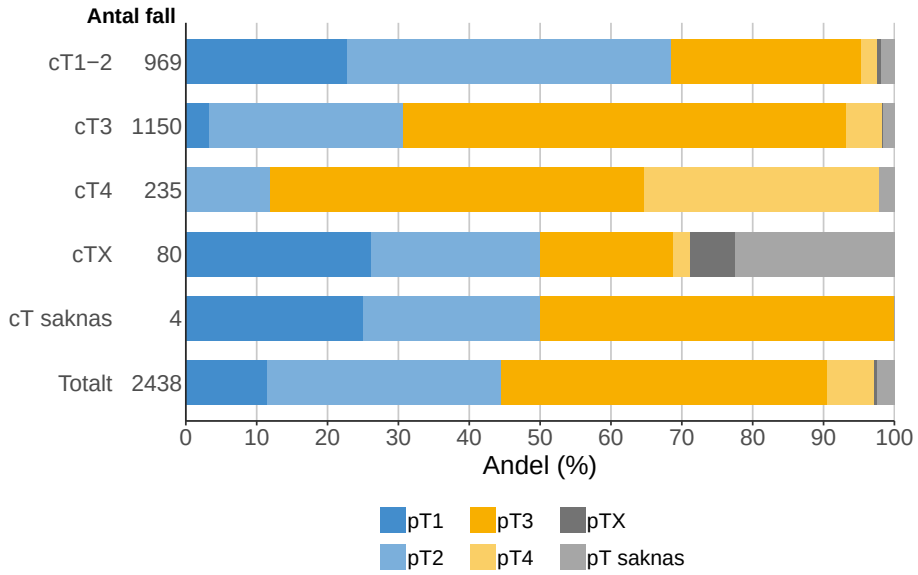
Figur 7.1. Täckningsgrad radiologiformuläret, någon preterapeutisk staging genomförd, ej endast klinisk diagnos, uppdelat på anmälande sjukhus, 2024.

Figur 7.1. Täckningsgraden för radiologiformuläret är fortsatt alltför låg på flera sjukhus och många sjukhus har inte rapporterat in några data alls. Detta påverkar registrets validitet och enbart sjukhus med god täckningsgrad kan användas för utvärdering och forskning. Av figuren framgår vilken enhet som ansvarat för inrapporteringen, radiologikliniken eller annan klinik (sannolikt oftast kirurgkliniken). Det är glädjande att se att registreringen i ganska stor utsträckning sköts av radiologiklinikerna själva och styrgruppen uppmuntrar den utvecklingen.

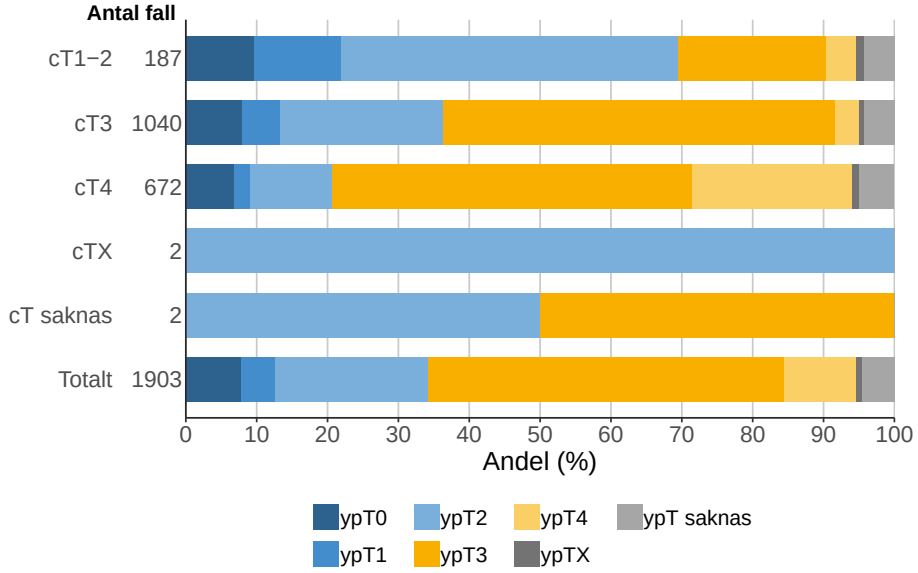


Figur 7.2. Komplett preoperativ staging, opererade patienter, 2024. ”Uppgift saknas” är exkluderad.

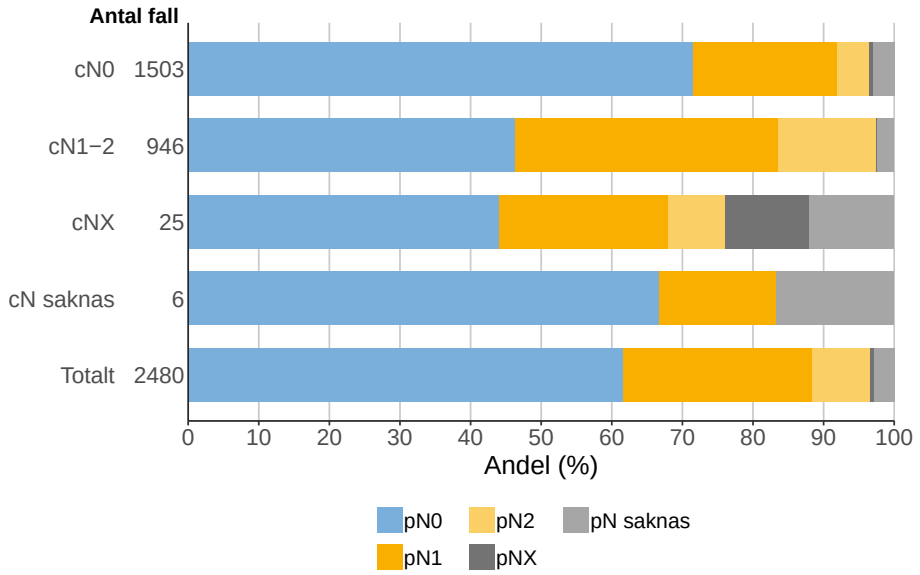
Figur 7.2. Denna variabel hämtas från anmälningsformuläret och påverkas således inte av den låga täckningsgraden för radiologiformuläret.



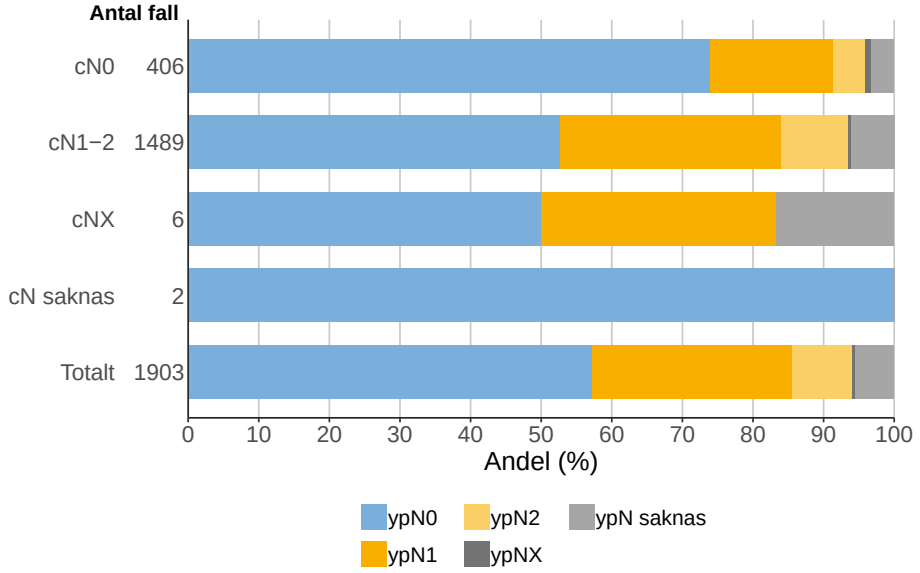
Figur 7.3. Kliniskt T-stadium mot patologiskt T-stadium, patienter som genomgått resektion utan preoperativ strålbehandling, 2021-2023.



Figur 7.4. Kliniskt T-stadium mot patologiskt T-stadium, patienter som genomgått resektion med preoperativ strålbehandling, 2021-2023.



Figur 7.5. Kliniskt N-stadium mot patologiskt N-stadium, patienter som genomgått resektion utan preoperativ strålbehandling, 2021-2023.

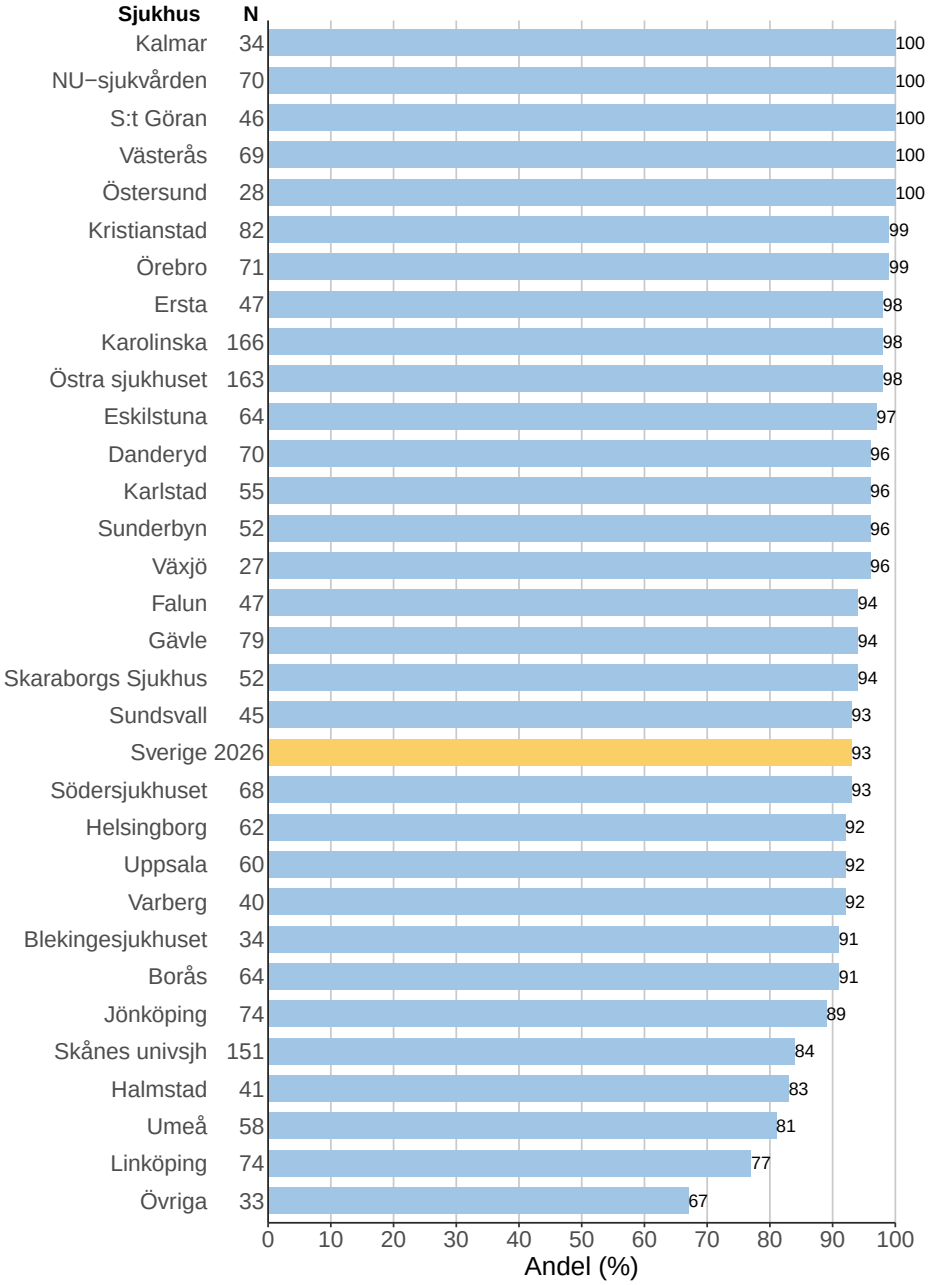


Figur 7.6. Kliniskt N-stadium mot patologiskt N-stadium, patienter som genomgått resektion med preoperativ strålbehandling, 2021-2023.

Figur 7.3-7.6. Dessa figurer visar korrelationen mellan den preoperativa stadieindelningen och patologin för ostrålade respektive strålade patienter. Man kan ana en regressionseffekt (downstaging) av strålningen och en tendens att överskatta T-och N-stadiet med MR hos ostrålade. Det finns ännu ingen registrering för T- och N-stadium efter neoadjuvant terapi.

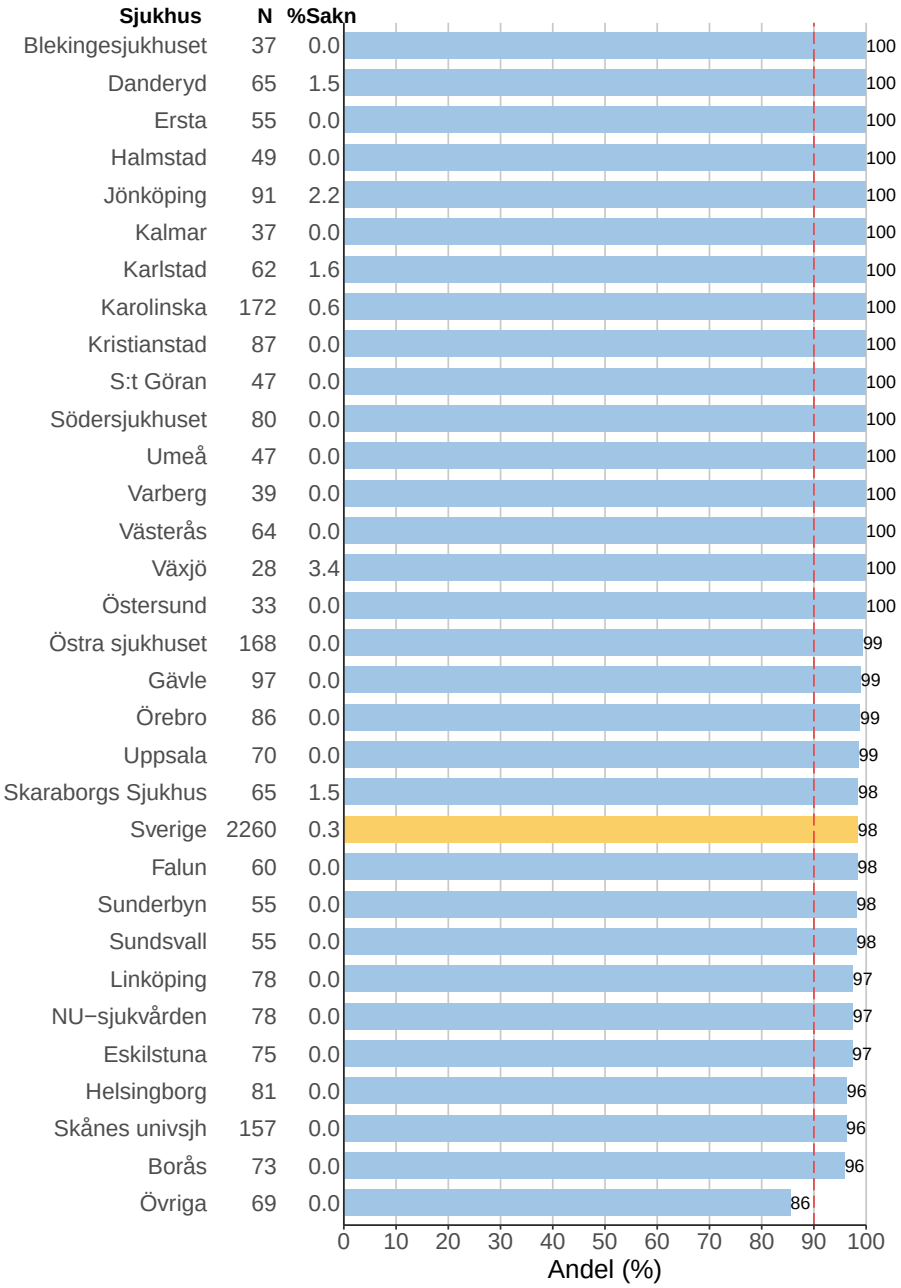
cTNM = kliniskt stadium. pTNM = patologiskt stadium. ypTNM = patologiskt stadium efter strålbehandling.

KAPITEL 8
Behandling och operation



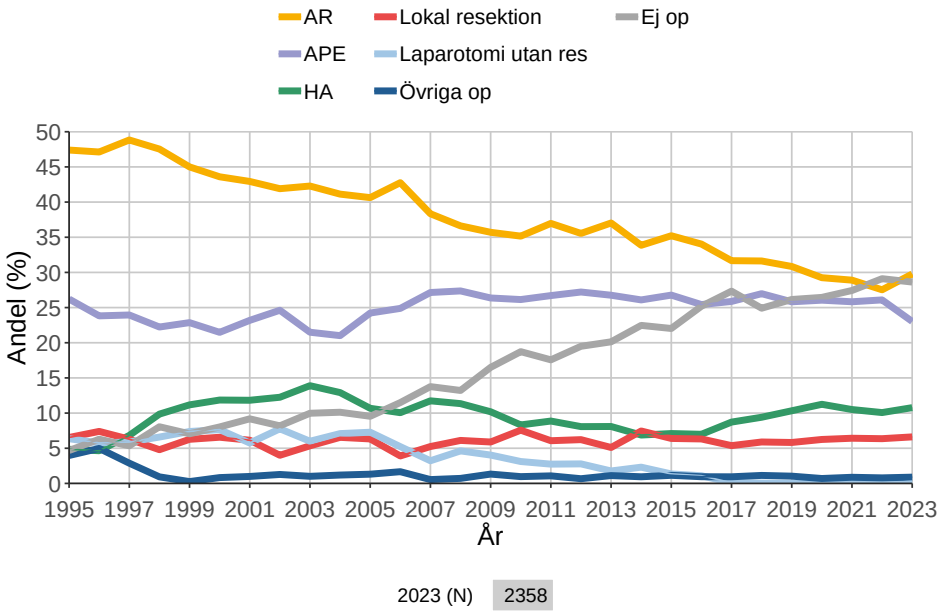
Figur 8.1. Täckningsgrad för operationsformuläret, de med endast klinisk diagnos och ingen planerad operation av primärtumör är exkluderade, 2024.

Figur 8.1. Operationsformuläret är förmodligen registrets mest centrala formulär. Täckningsgraden för år 2024 är bättre än året innan, men viktigt att veta är att det finns eftersläpning här, så att täckningsgraderna för 2023 nu är betydligt bättre (se Tabell 5.4). Sannolikt beror detta på neoadjuvant behandling med påföljande väntan och därefter kirurgi, möjligen i kombination med sen registrering av operationsformuläret.

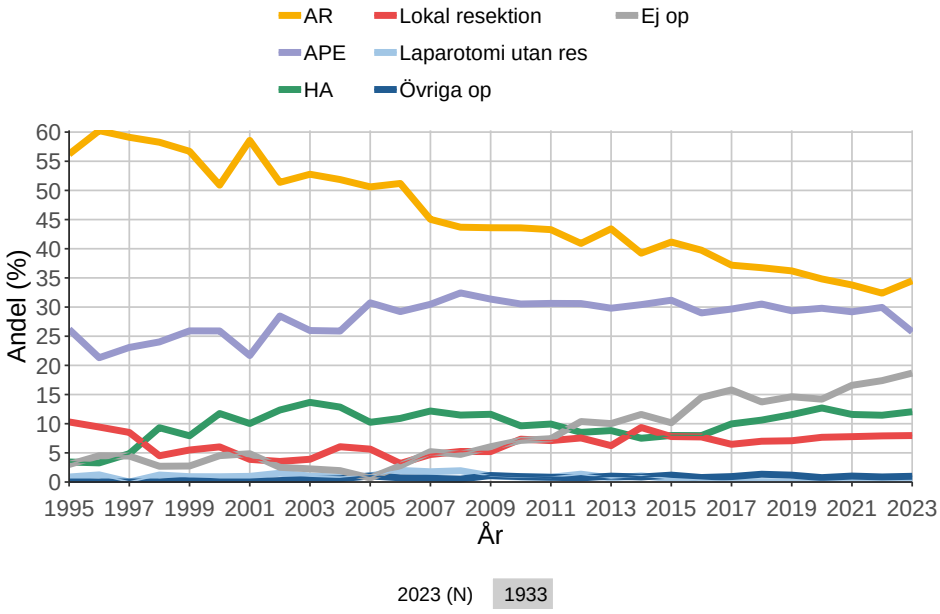


Figur 8.2. Preterapeutisk bedömning på MDK, ej endoskopisk polypektomi som enda åtgärd 2024. ”Uppgift saknas” är exkluderad.

Figur 8.2. Konceptet preterapeutisk multidisciplinär konferens är väletablerat och alla sjukhus i riket klarar målvärdet på 90%. Figuren belyser att det ofta sker en nationell likriktning över tid efter det att en ny variabel införs i registret – något som registret möjligen inte bara påvisar utan eventuellt även bidrar till.



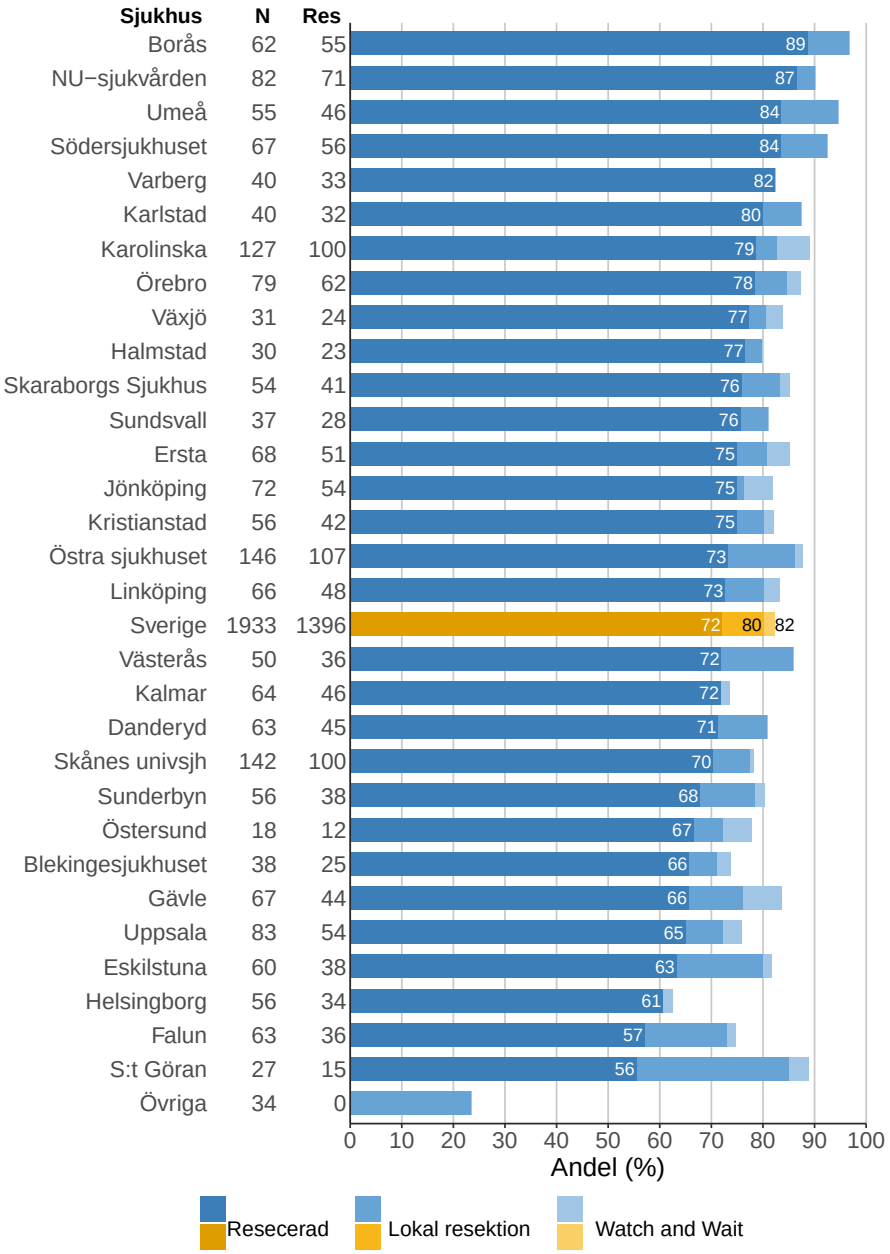
Figur 8.3. Fördelning av operationstyp, alla patienter, 1995-2023.



Figur 8.4. Fördelning av operationstyp, M0-patienter, 1995-2023.

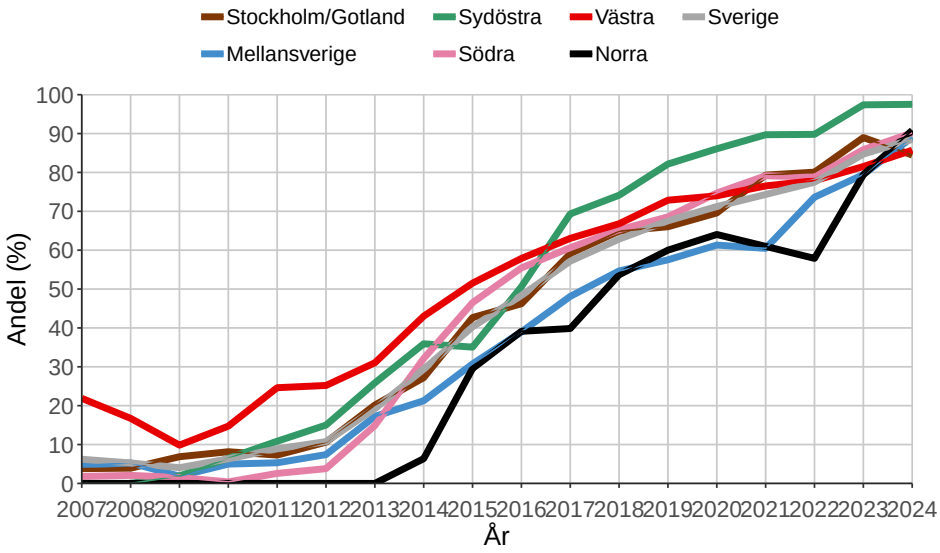
Figur 8.3-8.4. Figurerna beskriver fortsatt en minskning av andelen främre resektioner över tid samt en ökning av andelen icke opererade patienter, även i frånvaro av metastaserad sjukdom. Watch and wait och ökande andel endoskopiskt resecerade kan rimligen förklara enbart en del av ökningen av icke opererade; kanske kan ökad benägenhet att diagnosticera även åldriga patienter för sjuka för operation bidra. Ökningen ej opererade patienter manar till eftertanke. Data för 2024 presenteras inte i denna figur, eftersom alla operationsformulär för årskohorten ännu inte är inrapporterade vid datauttaget till rapporten, vilket påverkar kurvorna – saknas uppgift om operation faller patienten ut som ej opererad.

AR=främre resektion med anastomos. APE=abdominoperineal excision inklusive såväl intersfinkterisk som extralevatorisk APE. Lokal resektion = främst transanal endoskopisk mikrokirurgi, men kan även omfatta annan typ av lokal excision utan bukaccess. HA=Hartmanns operation, dvs resektion av det tumörbärande segmentet med blind förslutning av rektalstumpen och kolostomi.



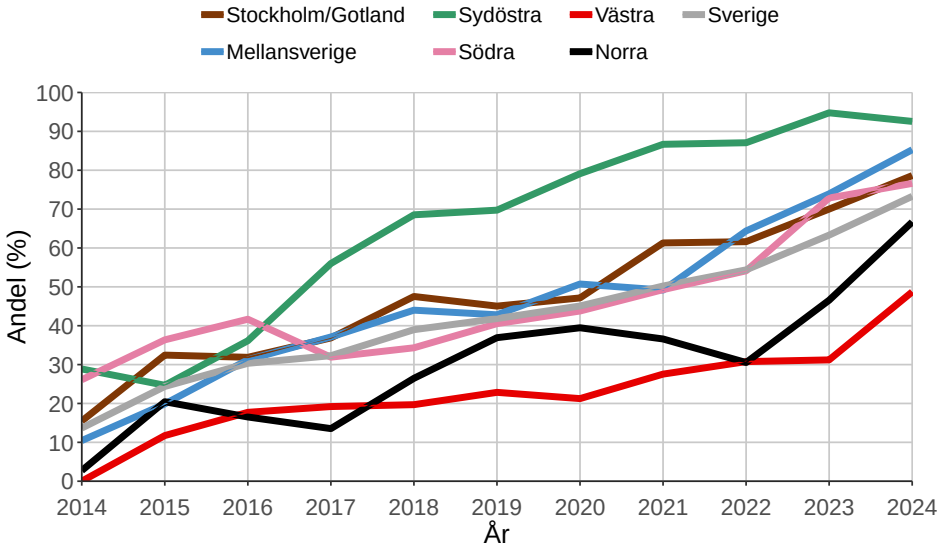
Figur 8.5. Andel resecerade, lokalt resecerade och watch and wait av alla M0-patienter, 2023.

Figur 8.5. Figuren visar andelen av samtliga M0-patienter som genomgått resektion, lokal resektion eller som påbörjat uppföljning enligt watch and wait-protokollet. Liksom i Figur 5.2 presenteras data för patienter diagnosticerade under 2023 för att få tillförlitliga siffror. Detta har att göra med att många patienter i den senaste årskohorten ännu inte hunnit opereras/inrapporteras vid datauttaget till rapporten. Avseende gruppen ”Övriga”, se kapitel 3.



	Stockholm/Gotland	Mellansverige	Sydöstra	Södra	Västra	Norra	Sverige
2024 (N)	290	292	121	295	308	120	1426

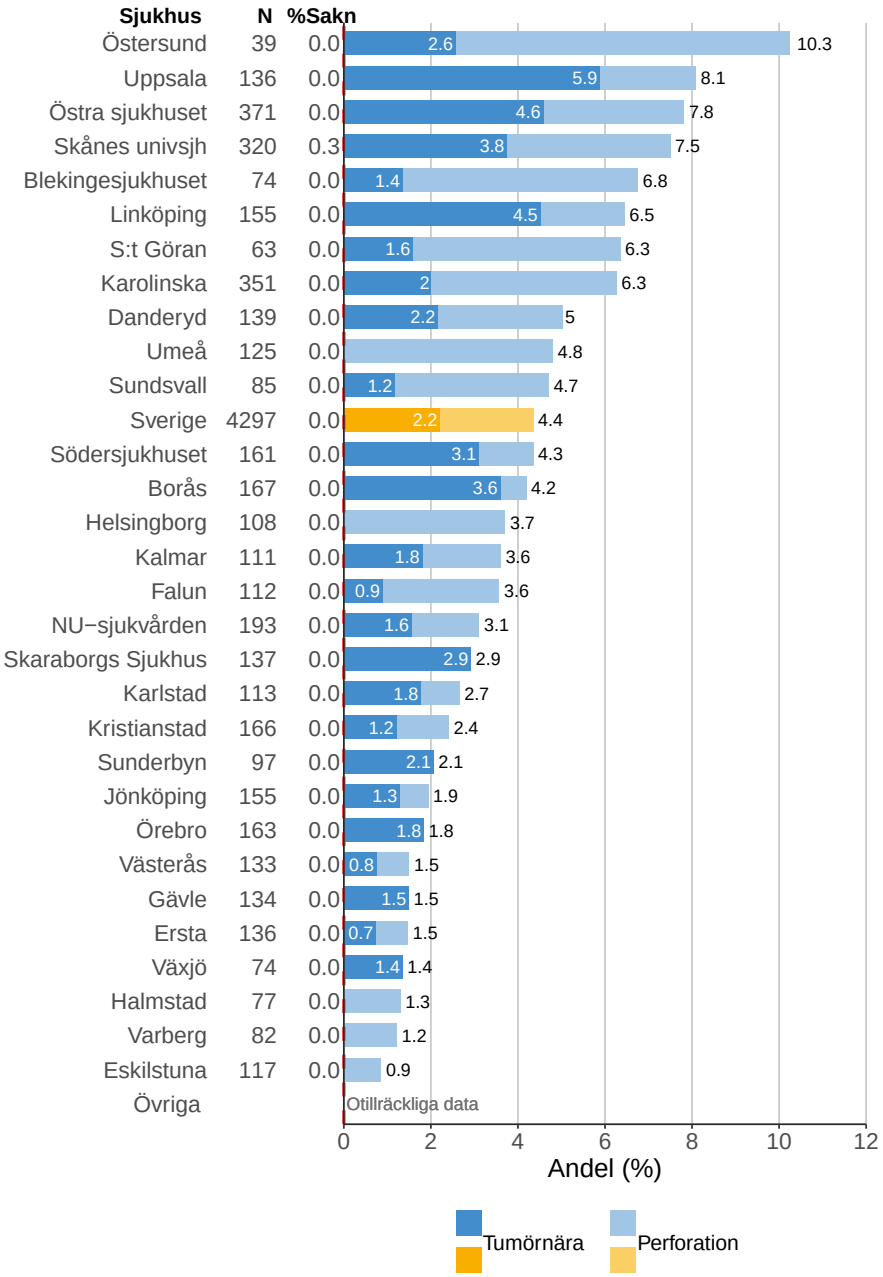
Figur 8.6. Minimalinvasivt opererade, patienter som genomgått resektion, 2007-2024.



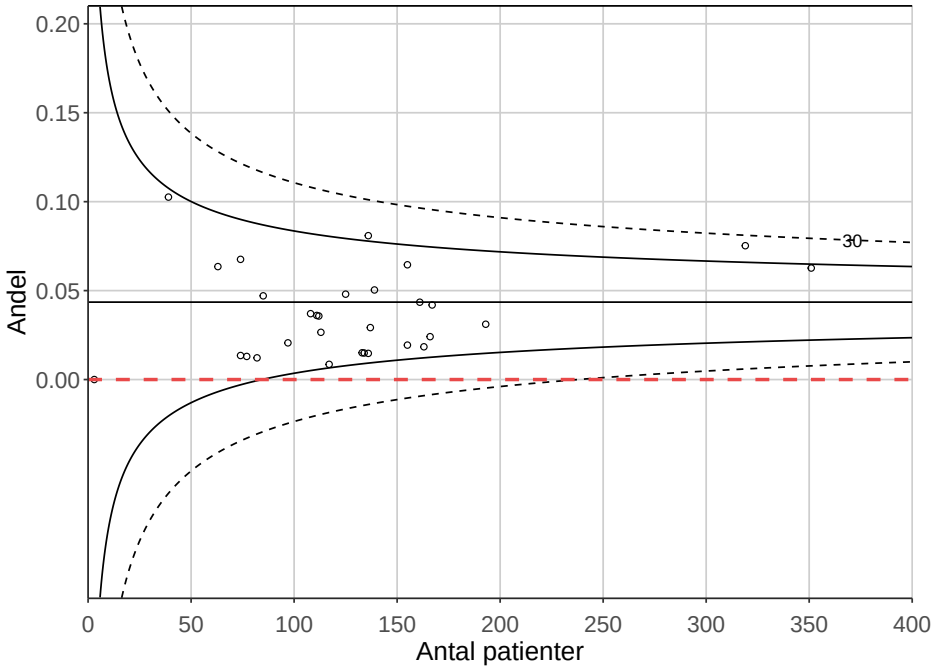
	Stockholm/Gotland	Mellansverige	Sydöstra	Södra	Västra	Norra	Sverige
2024 (N)	290	292	121	295	308	120	1426

Figur 8.7. Robotassisterad operation, andel av samtliga patienter som genomgått resektion (såväl öppet som minimalinvasivt), 2014-2024.

Figur 8.6-8.7. En allt större andel patienter opereras minimalinvasivt. Hela riket ökar sin andel och en sjukvårdsregion opererar så gott som enbart med operationsrobot, medan övriga antingen erbjuder viss öppen kirurgi alternativt konventionell laparoskopi; detta är ofta sjukhusbundet.



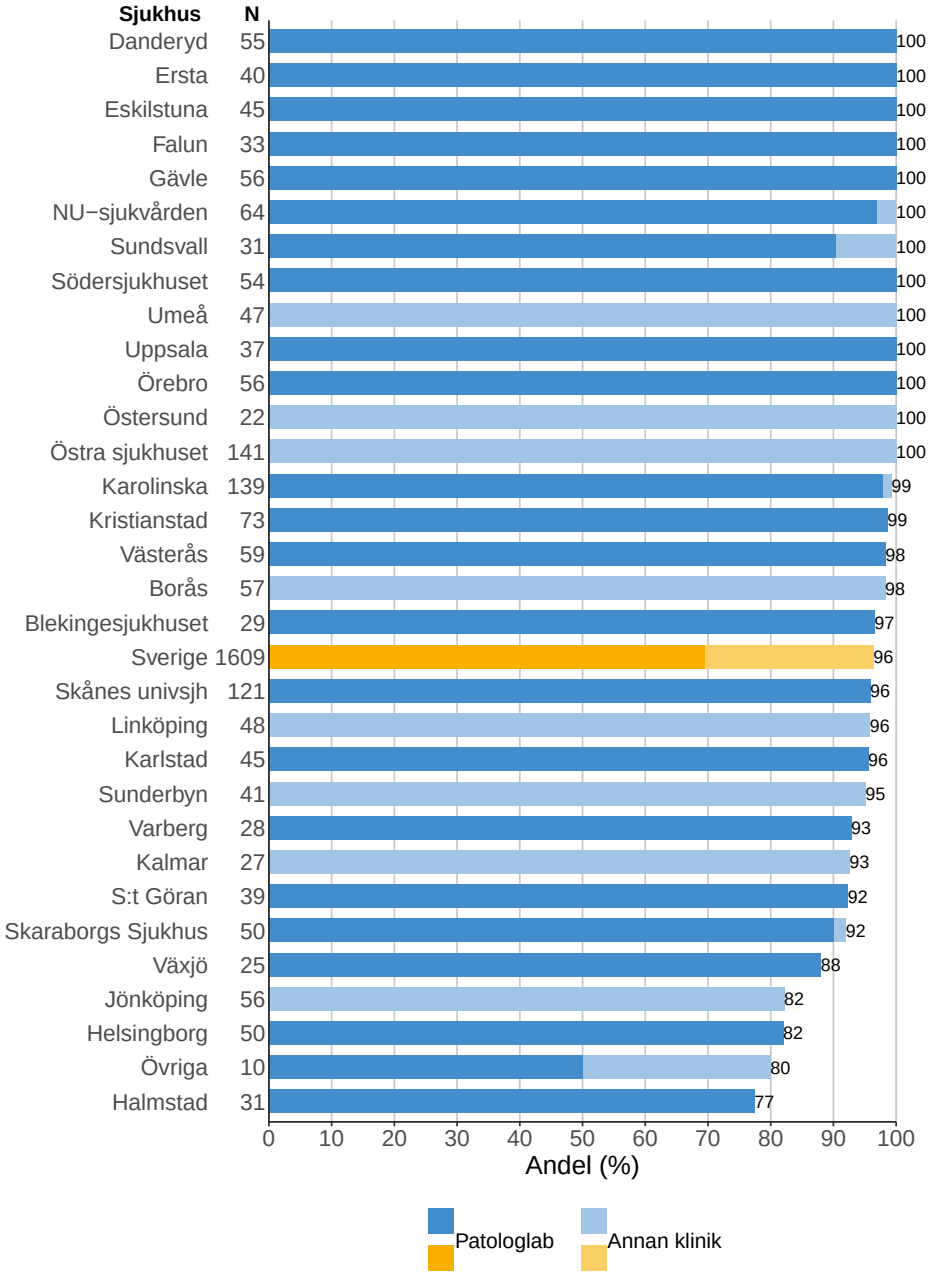
Figur 8.8. Peroperativ tarmperforation och tumörnära perforation, patienter som genomgått resektion, 2022-2024. ”Uppgift saknas” är exkluderad.



Figur 8.9. Funnel plot, peroperativ tarmperforation, patienter som genomgått resektion, 2022-2024. ”Uppgift saknas” är exkluderad.
Sjukhus utanför konfidensintervall: 30 Östra sjukhuset.

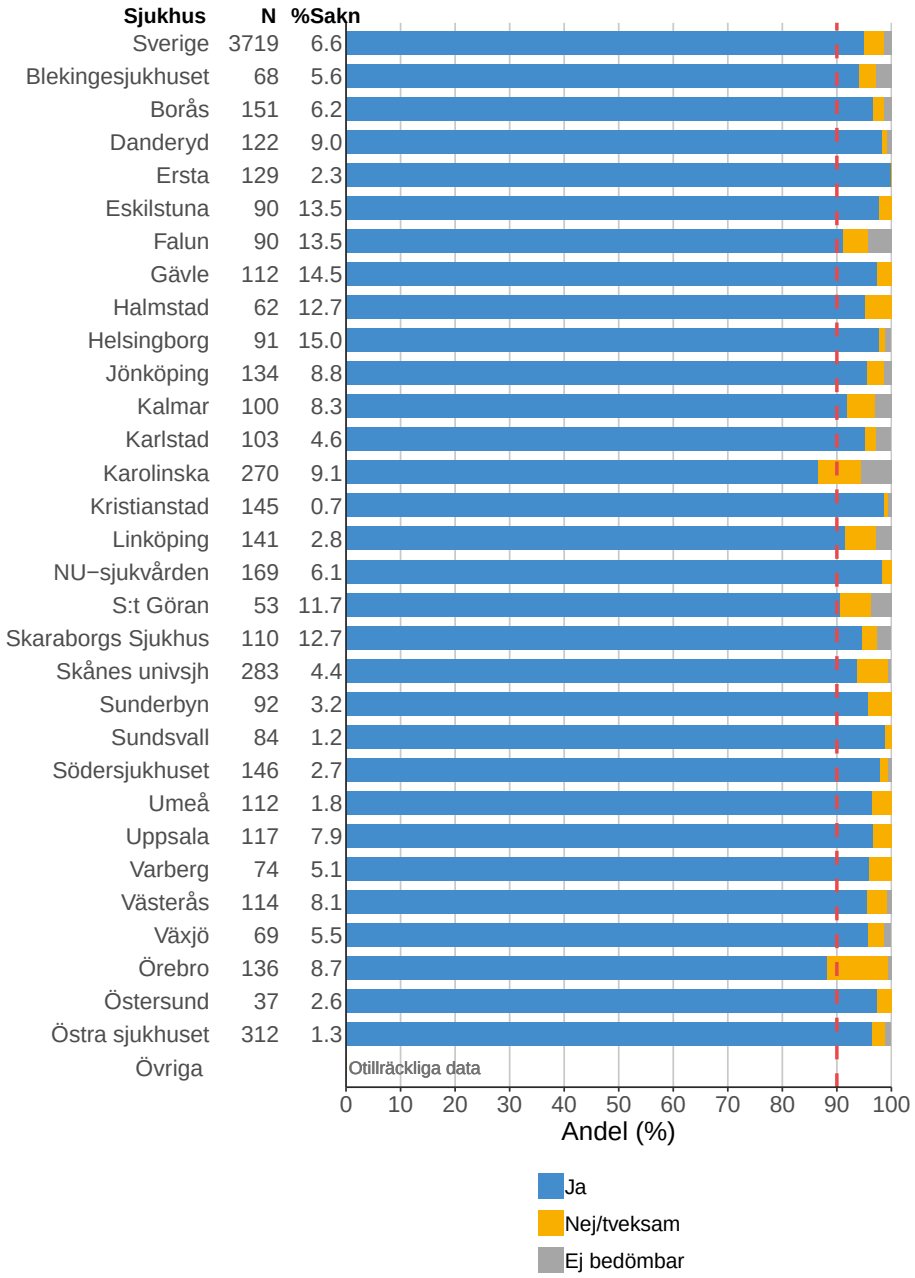
Figur 8.8-8.9. Denna variabel är en viktig kvalitetsindikator. Observera att ljusare färger indikerar kumulativ perforation (tumörnära och ej tumörnära). Ett sjukhus befinner sig utanför det 99-procentiga konfidensintervallet i denna *funnel plot* (för tolkning, se kapitel 3).

KAPITEL 9
Tumörstadium, operationsfynd och PAD

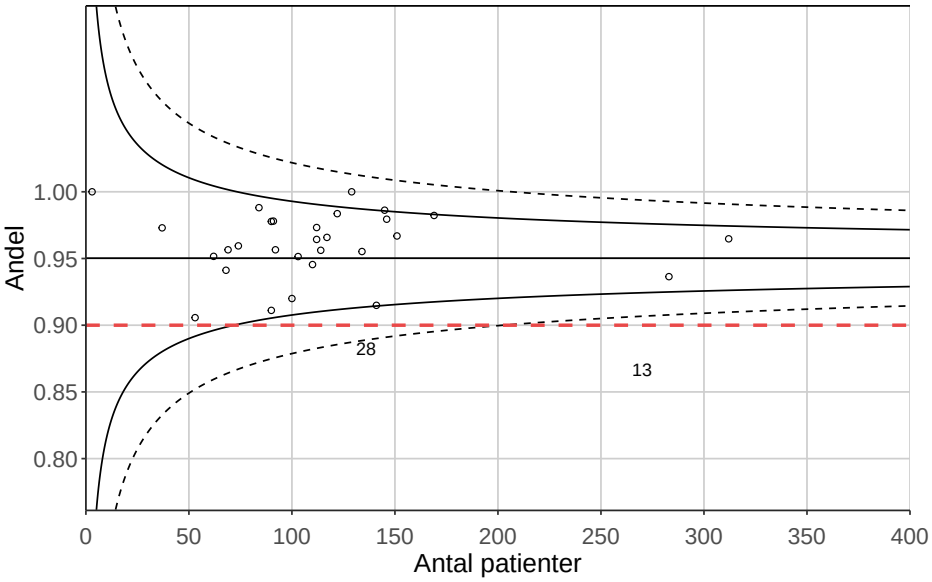


Figur 9.1. Täckningsgrad patologiformuläret, opererade patienter och endoskopisk polypektomi (som enda åtgärd), 2024.

Figur 9.1. Täckningsgraden för patologidata är bra i jämförelse med radiologidata och är ännu bättre jämfört förra året (93% år 2023). Här illustreras också att inrapporteringen kan organiseras på olika sätt. På en majoritet av sjukhusen sköts inrapporteringen av patologlaboratorierna, vilket styrgruppen ser som något positivt.

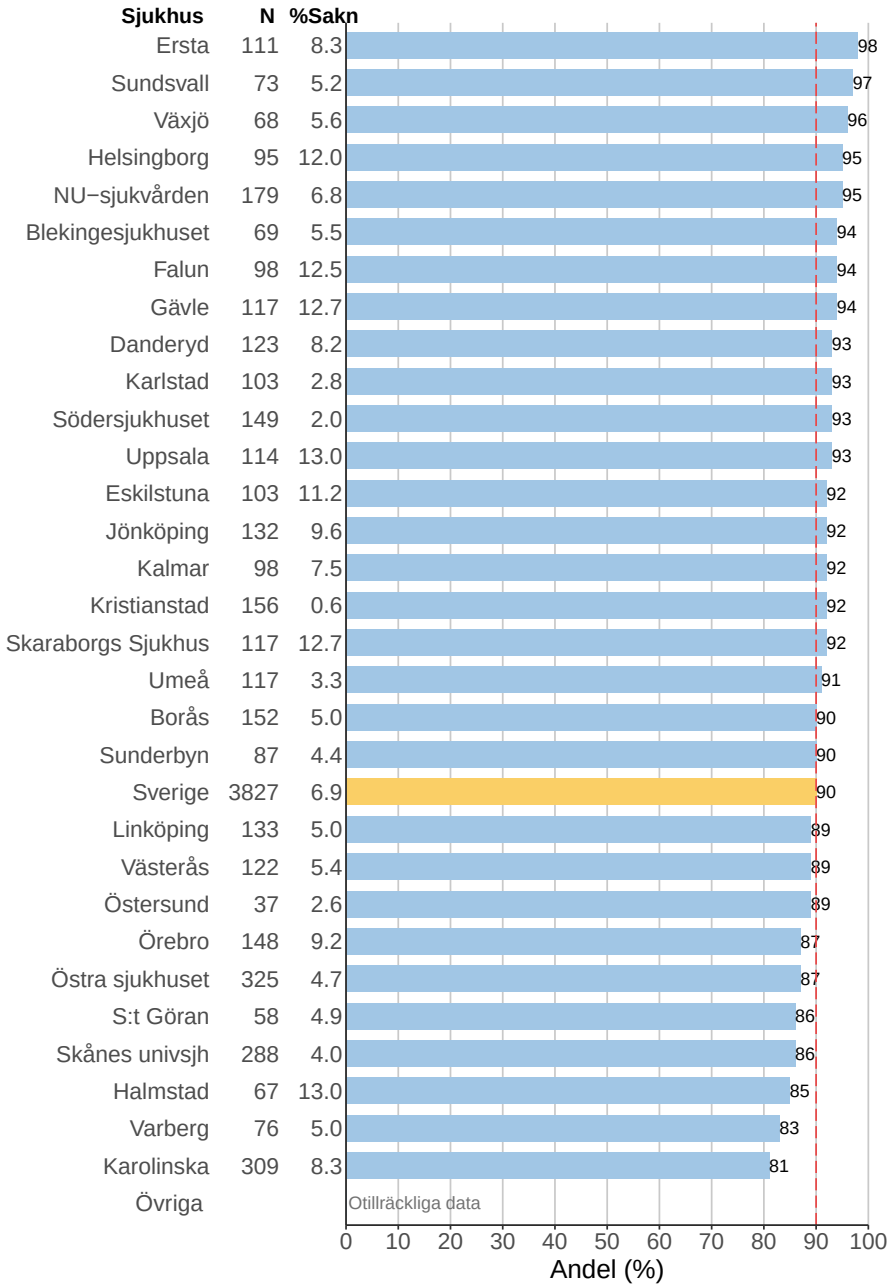


Figur 9.2. Radikalt opererade enligt kirurg och patolog, M0 patienter som genomgått resektion, 2022-2024. ”Uppgift saknas” är exkluderad.

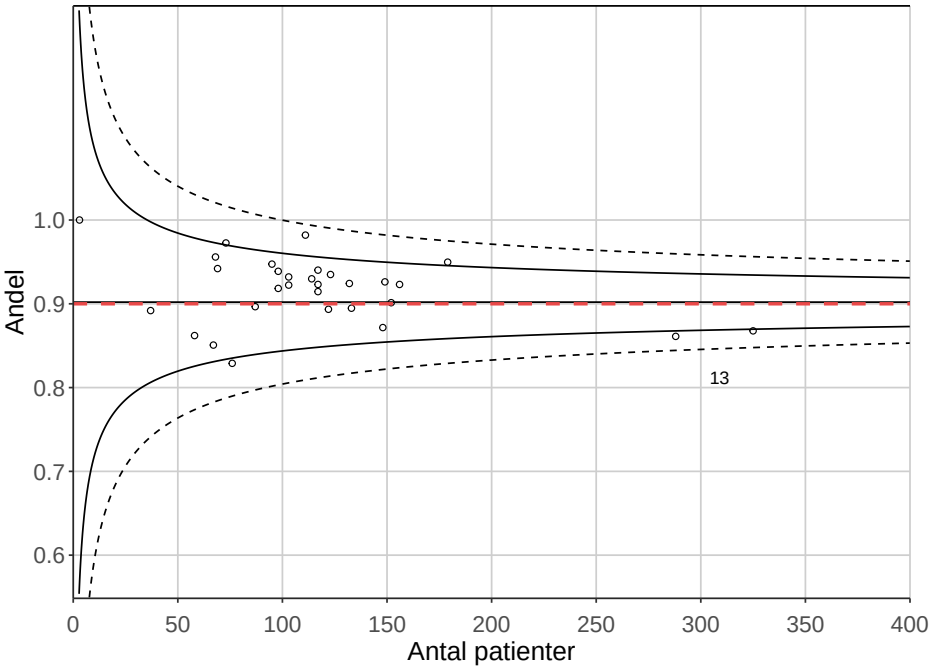


Figur 9.3. Funnel plot, radikalt opererade enligt kirurg och patolog, M0 patienter som genomgått resektion, 2022-2024. ”Uppgift saknas” är exkluderad. Sjukhus utanför konfidensintervall: 13 Karolinska, 28 Örebro.

Figur 9.2-9.3. Två sjukhus befinner sig under målnivån och är utanför det 99-procentiga konfidensintervallet i *funnel plot* (se kapitel 3 för tolkningshjälp). Bortfallet är inte obetydligt, vilket gör att siffrorna får tolkas med viss försiktighet. Notera också att radikal enligt patolog innebär att ingen tumör fanns vid resektionsranden, även om cirkumferentiell marginal kan vara $\leq$ 1 mm.

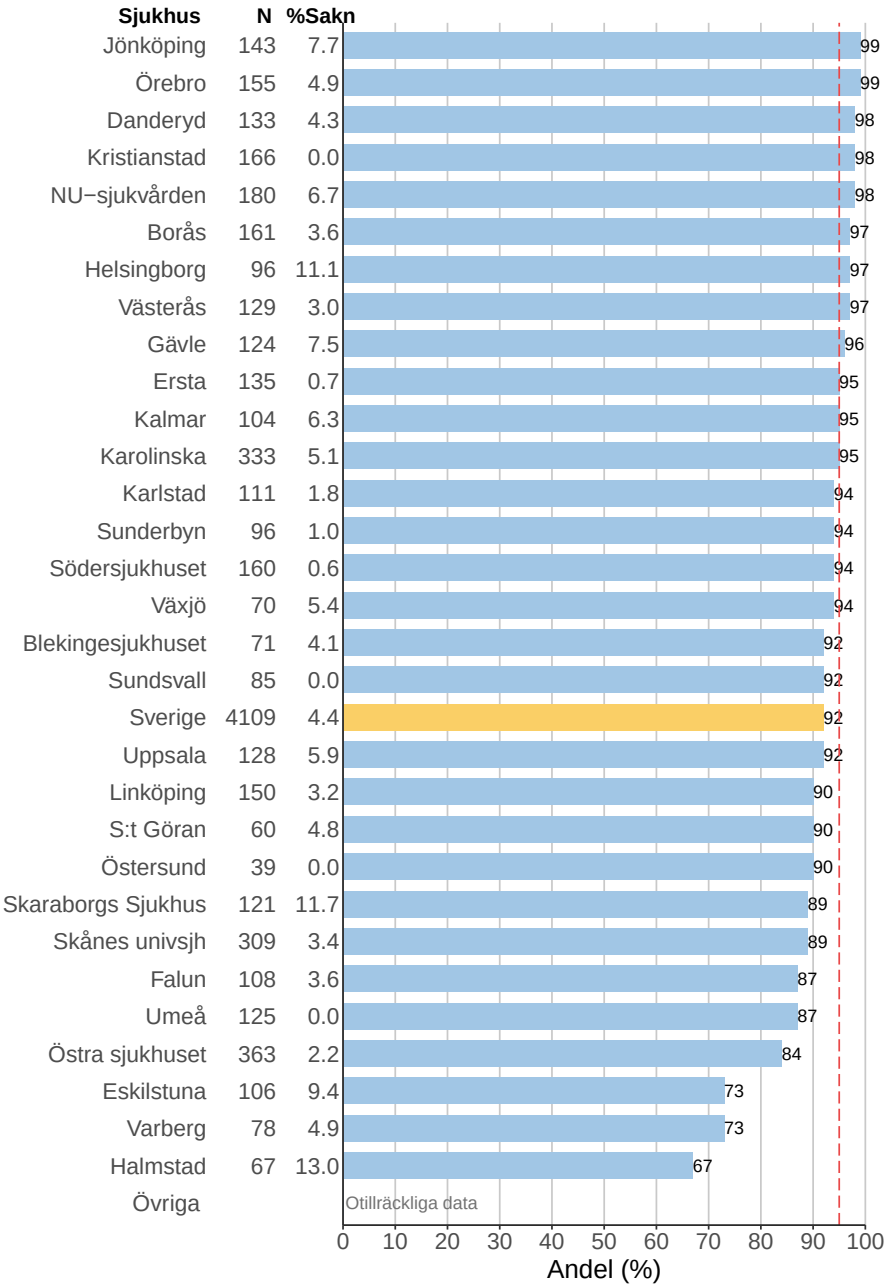


Figur 9.4. Circumferentiell marginal, andel där CRM > 1 mm, patienter som genomgått resektion, pT0 exkluderad, 2022-2024. ”Uppgift saknas” är exkluderad.

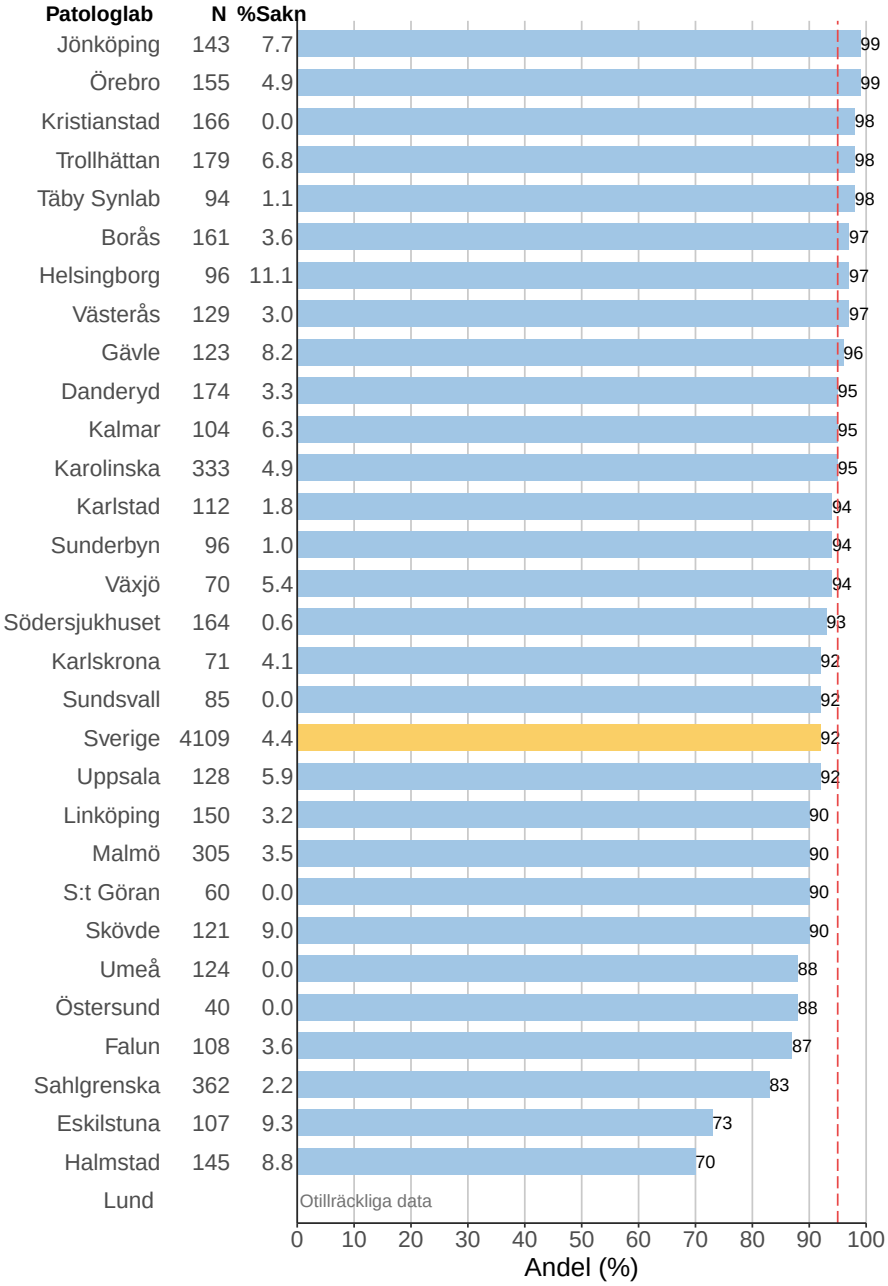


Figur 9.5. Funnel plot, circumferentiell marginal, andel där CRM > 1 mm, patienter som genomgått resektion, pT0 exkluderad, 2022-2024. ”Uppgift saknas” är exkluderad.
Sjukhus utanför konfidensintervall: 13 Karolinska.

Figur 9.4-9.5. Detta är ytterligare en viktig kvalitetsindikator. En majoritet av sjukhusen klarar målvärdet. Ett sjukhus befinner sig utanför det 99-procentiga konfidensintervallet i en *funnel plot*. Vid jämförelser mellan sjukhus får man beakta skillnader i patientunderlag (som t ex kan ha med remissströmmar att göra) liksom kanske även skillnader i selektion till behandling. Bortfallet är stort och varierande mellan sjukhusen, vilket påverkar validiteten.

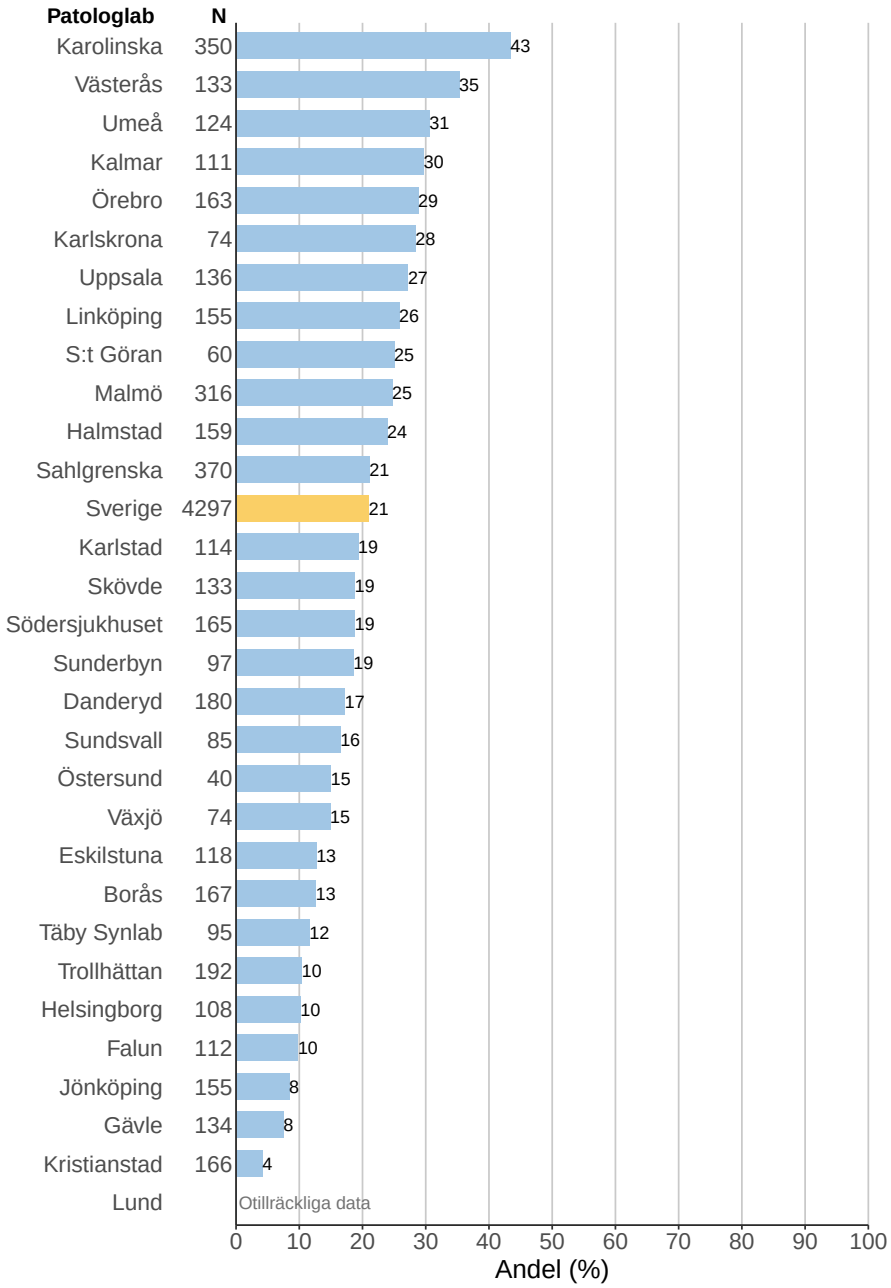


Figur 9.6. Andel med $\geq$ 12 undersökta körtlar per opererande sjukhus, patienter som genomgått resektion, 2022-2024. ”Uppgift saknas” är exkluderad.



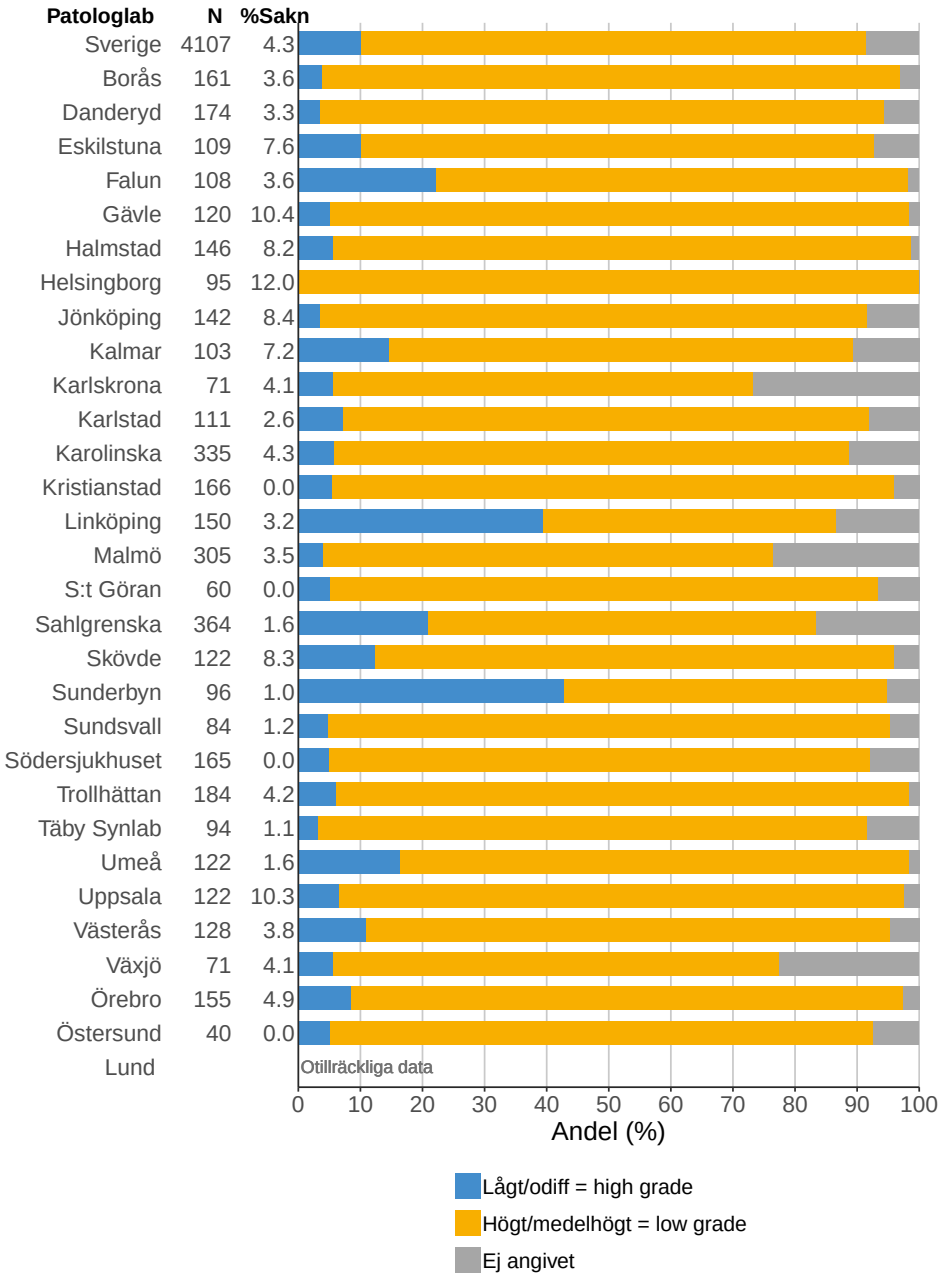
Figur 9.7. Andel med ≥ 12 undersökta körtlar per patologilaboratorium, patienter som genomgått resektion, 2022-2024. ”Uppgift saknas” är exkluderad.

Figur 9.7. En majoritet av patologilaboratorierna klarar målvärdet eller ligger strax under, men några har sämre resultat. Bortfallet är varierande och stort på flera ställen.



Figur 9.8. Extramural veninväxt (EMVI), patienter som genomgått resektion, 2022-2024.

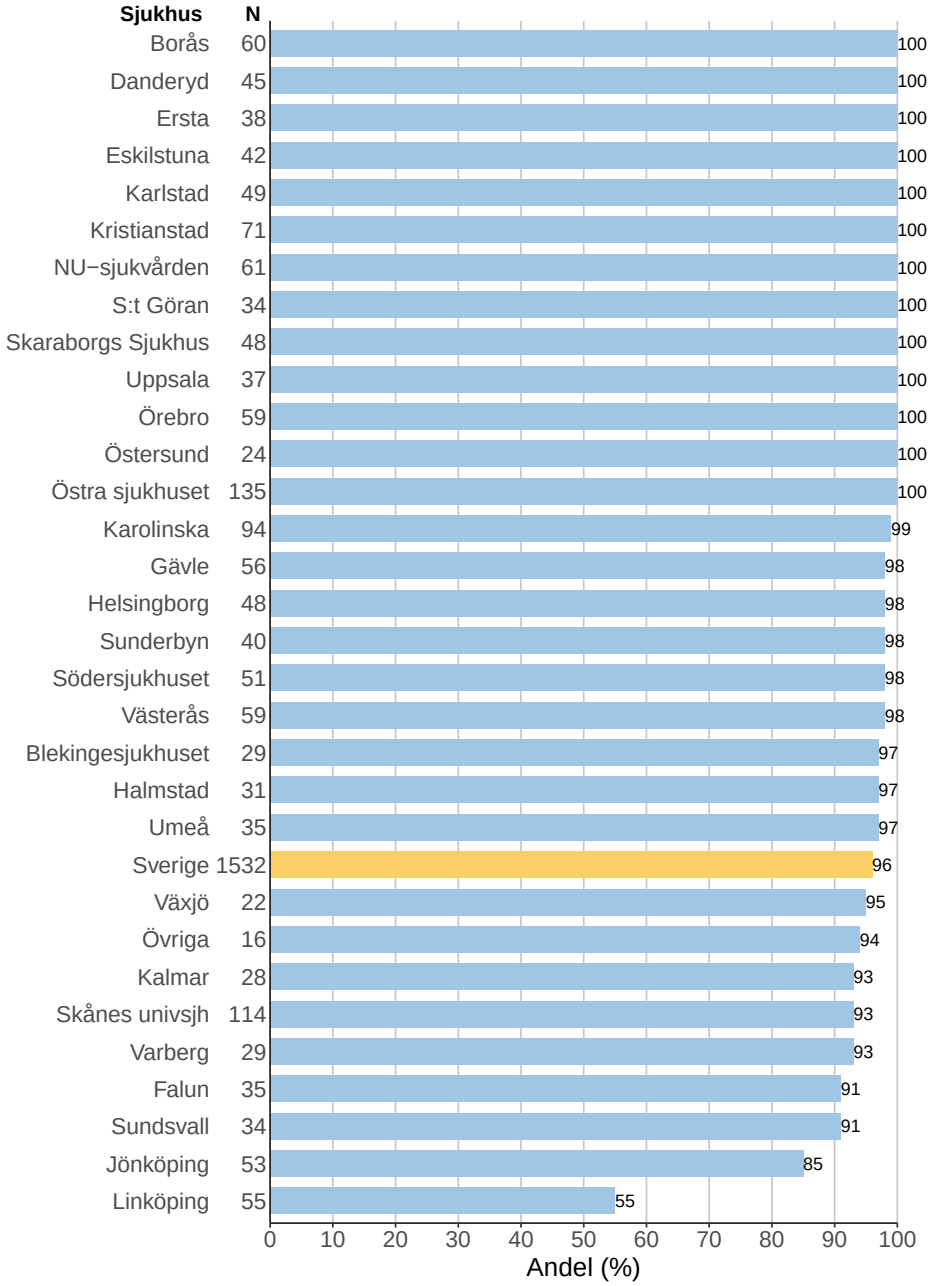
Figur 9.8. Andelen tumörer med angiven extramural veninväxt (EMVI) ökar långsamt över tid. Detta torde bero på ökad medvetenhet och noggrannhet hos patologerna. Denna variabel visar på stor variation mellan laboratorierna i landet som sannolikt inte enbart kan förklaras med biologiska skillnader.



Figur 9.9. Differentieringsgrad, patienter som genomgått resektion, 2022-2024.

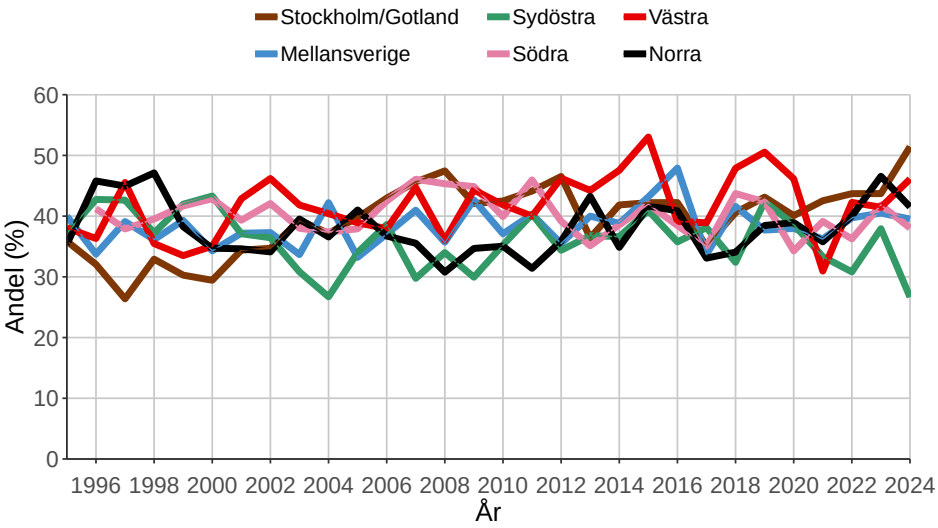
Figur 9.9. Andelen låggradig/odifferentierad cancer har över tid varit stationär. En del variationer förekommer mellan laboratorier, och likt tidigare kan detta rimligen inte förklaras utifrån biologi.

KAPITEL 10
Korttidsuppföljning



Figur 10.1. Täckningsgrad 30-dagarsuppföljningen per inrapporterande sjukhus, opererade patienter eller endoskopisk polypektomi som enda åtgärd, 2024.

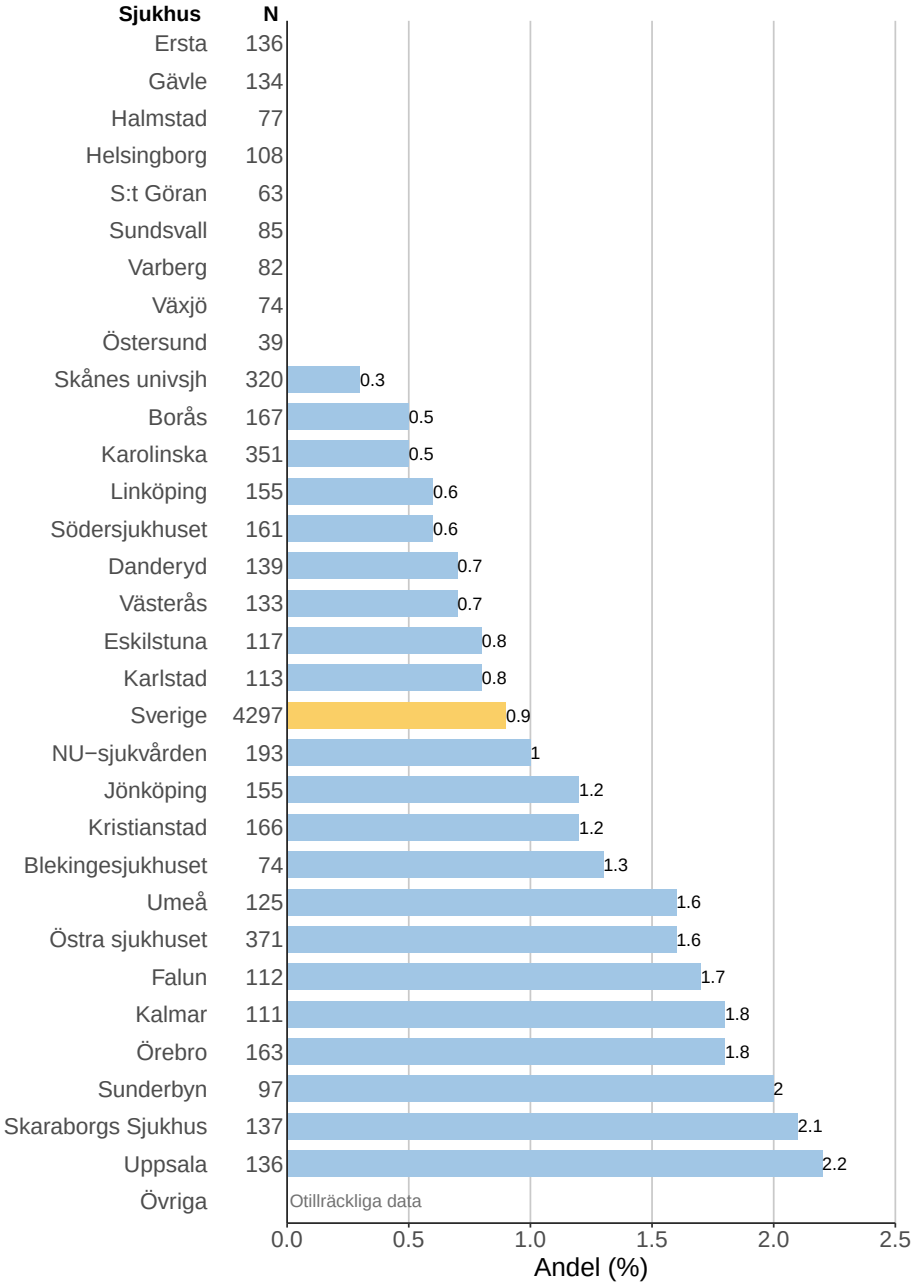
Figur 10.1. Jämfört med förra året är täckningsgraden nationellt någorlunda stationär (96% år 2023). För de mest aktuella täckningsgraderna (inkluderande efterregistrering), se gärna den interaktiva online-rapporten avseende såväl 2024 som för tidigare år.



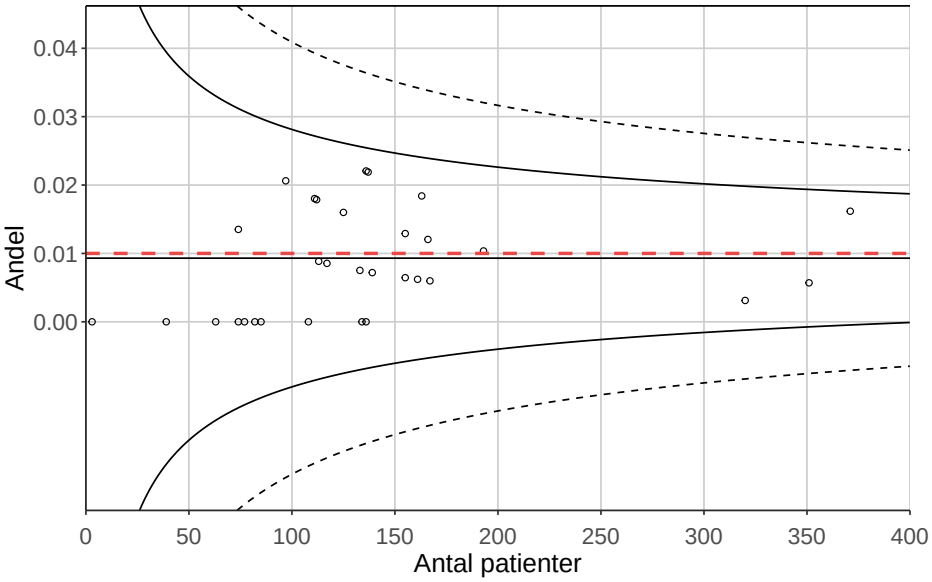
	Stockholm/Gotland	Mellansverige	Sydöstra	Södra	Västra	Norra
2024 (N)	280	291	90	284	308	118
2024 (%Sakn)	3.4	0.3	25.6	3.7	0.0	1.7

Figur 10.2. Postoperativa komplikationer, patienter som genomgått resektion, 1995-2024. ”Uppgift saknas” är exkluderad.

Figur 10.2. Postoperativa komplikationer överhuvudtaget är vanligt förekommande efter resektionskirurgi för rektalcancer. Över tid ses inga stora förändringar och variationen inom landet är måttlig. För mer detaljerad redovisning av särskilda komplikationer, såsom anastomosinsufficiens eller reoperationer, hänvisas till den interaktiva rapporten.

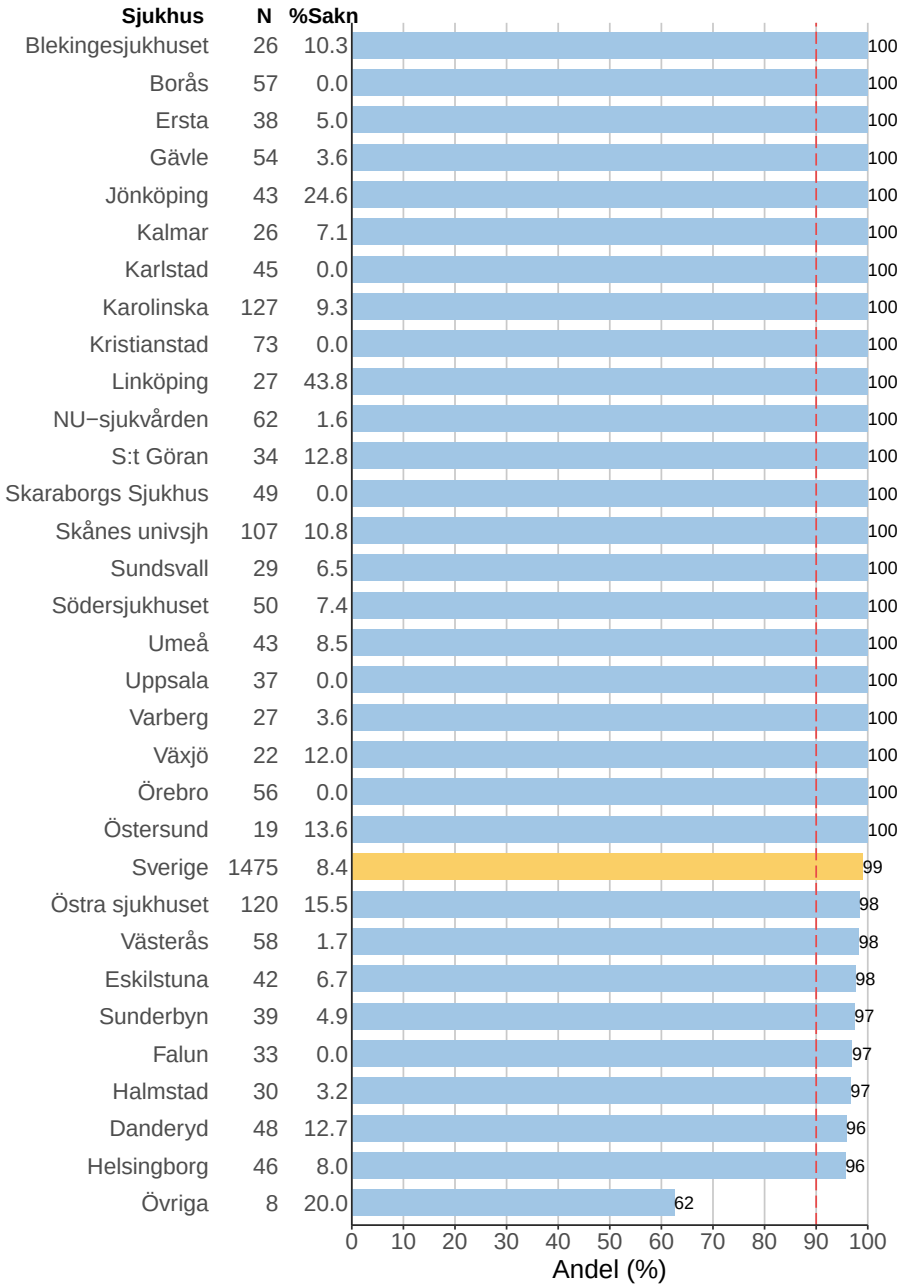


Figur 10.3. Avlidna inom 90 dagar efter operation, patienter som genomgått resektion, 2022-2024.



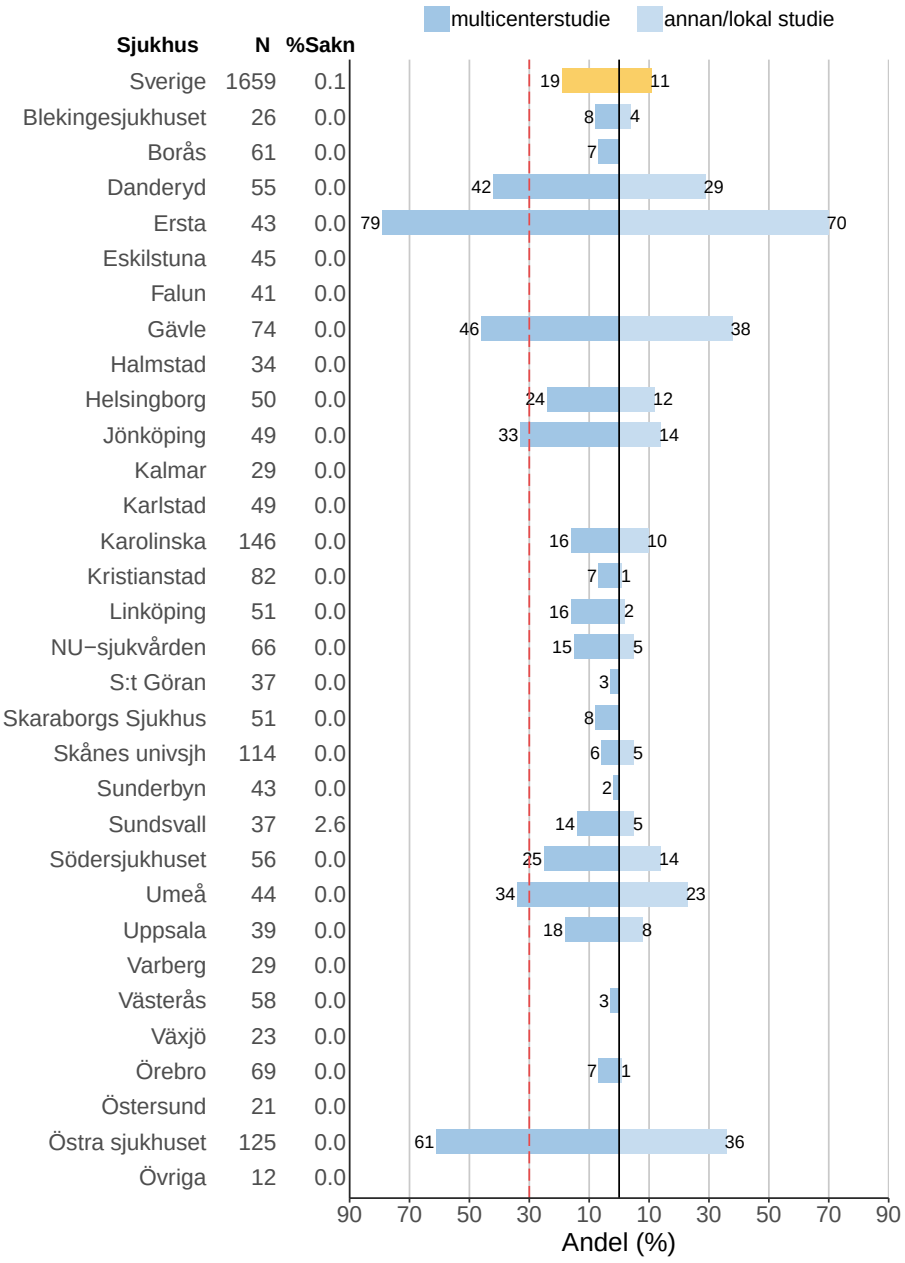
Figur 10.4. Funnel plot, avlidna inom 90 dagar efter operation, patienter som genomgått resektion, 2022-2024.

Figur 10.3-10.4. Tidig postoperativ död efter rektalcancerkirurgi är en sällanhändelse i Sverige varför slumpvariation får stor betydelse. Här presenterar därför aggregerade data för de senaste tre åren. För hjälp med tolkningen av *funnel plot*, var god se kapitel 3.



Figur 10.5. Postoperativ bedömning på MDK för opererade patienter eller där endoskopisk polypektomi varit enda åtgärd, avlidna inom 30 dagar ingår ej, 2024. ”Uppgift saknas” är exkluderad.

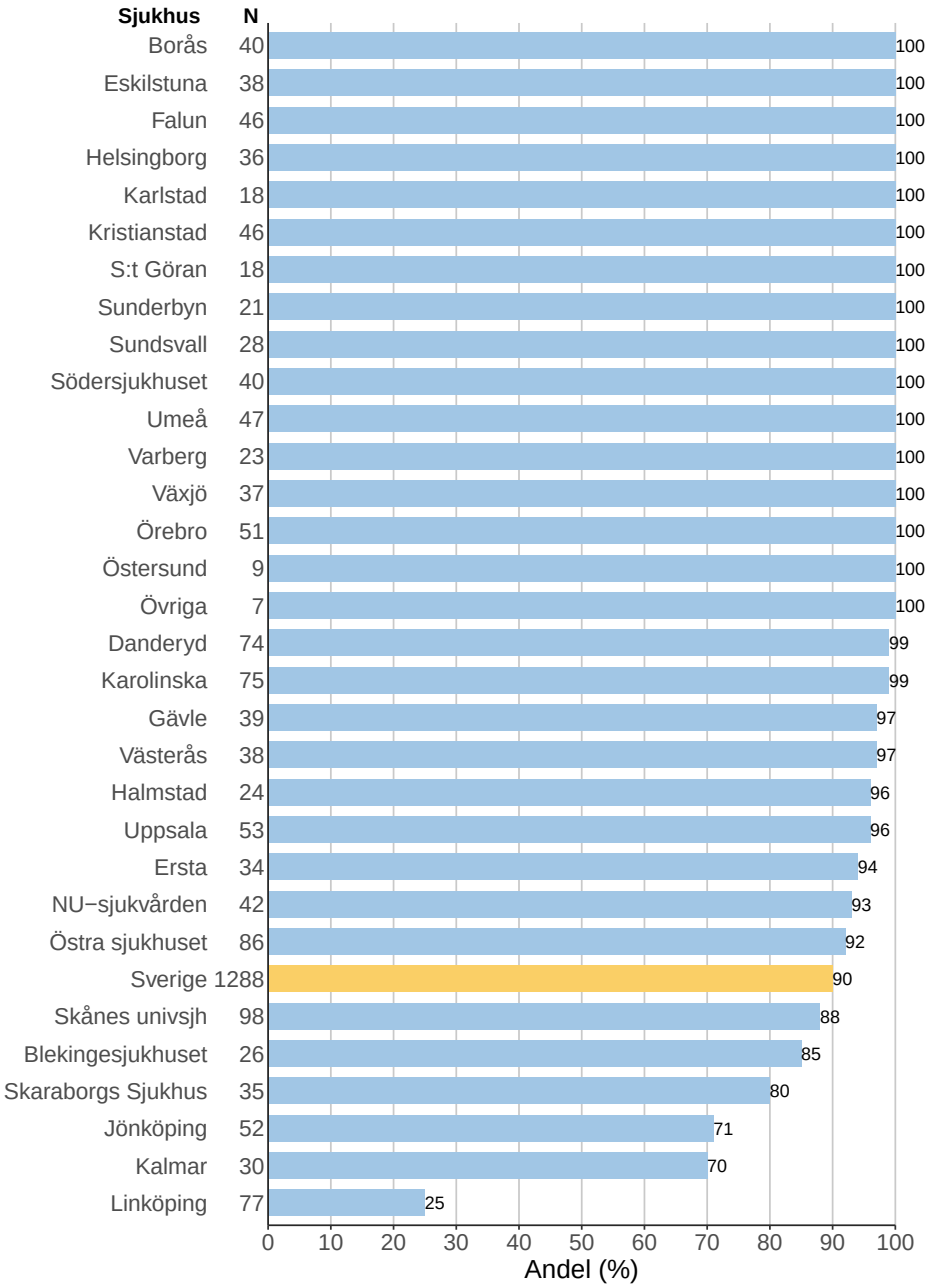
Figur 10.5. Få patienter missas, men enstaka sjukhus har anledning att försöka förbättra sig. Olika sjukhus verkar prestera olika bra olika år. Multidisciplinär diskussion om indikationen för adjuvant behandling är central.



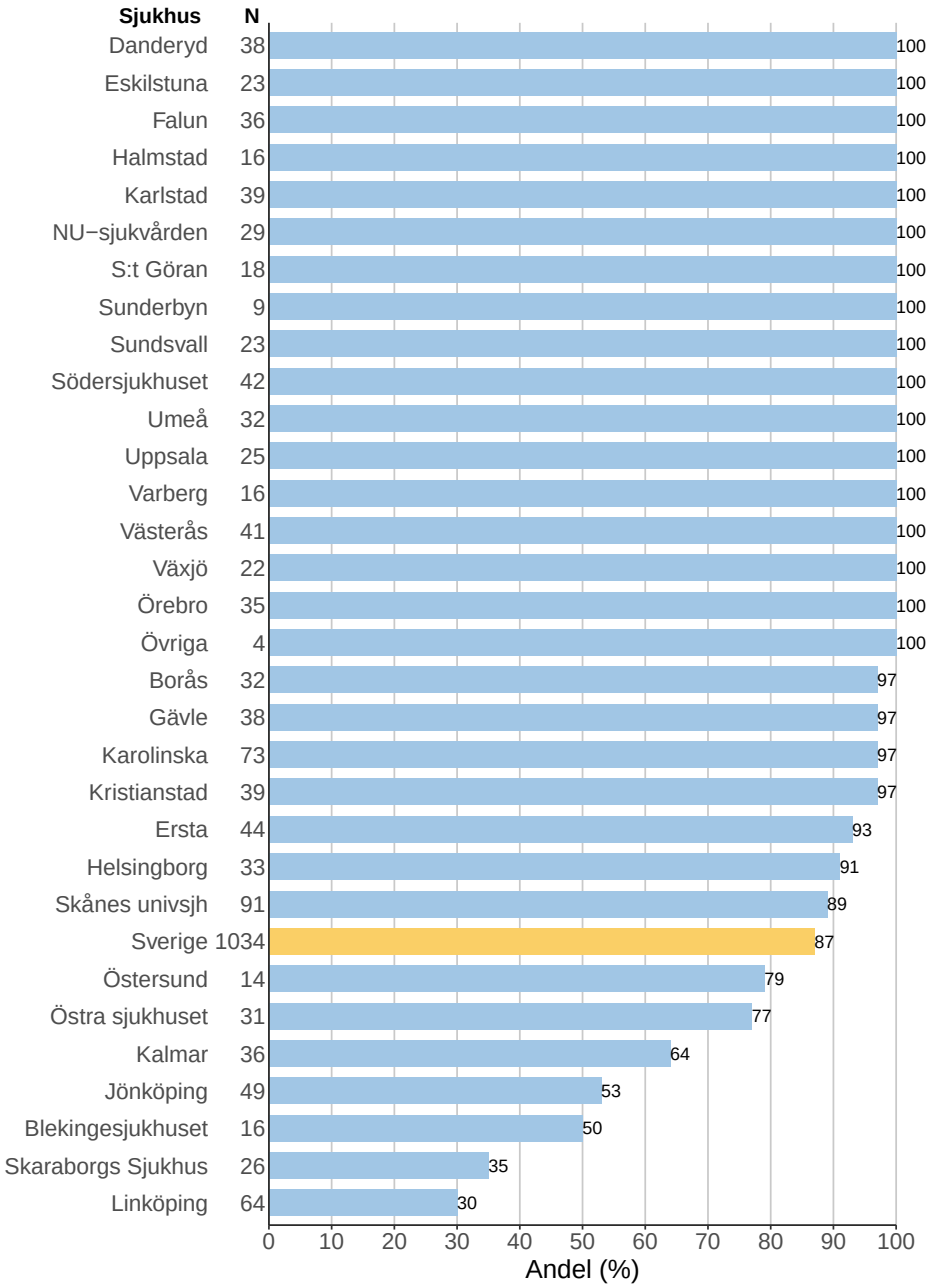
Figur 10.6. Patienter som inkluderats i kirurgiska eller onkologiska studier samt annan/lokal studie, 30-dagarsuppföljningsformulär eller ett onkologiskt formulär finns inrapporterat, 2024. ”Uppgift saknas” är exkluderad.

Figur 10.6. Studiedeltagandet är fortsatt lågt under 2024. Enstaka sjukhus inkluderar inte alls medan andra har en hög inklusionsgrad. Detta varierar också över tid, sannolikt dels beroende på avslutade studier utan efterföljare, dels beroende på bristande registrering av studiedeltagande. Det pågår ett arbete inom styrgruppen att bättre definiera denna registervariabel. Den totala andelen patienter som inkluderats i *någon* studie på respektive sjukhus kan vara högre än vad den längsta stapeln i Figur 10.6 anger.

KAPITEL 11
Långtidsuppföljning och överlevnad

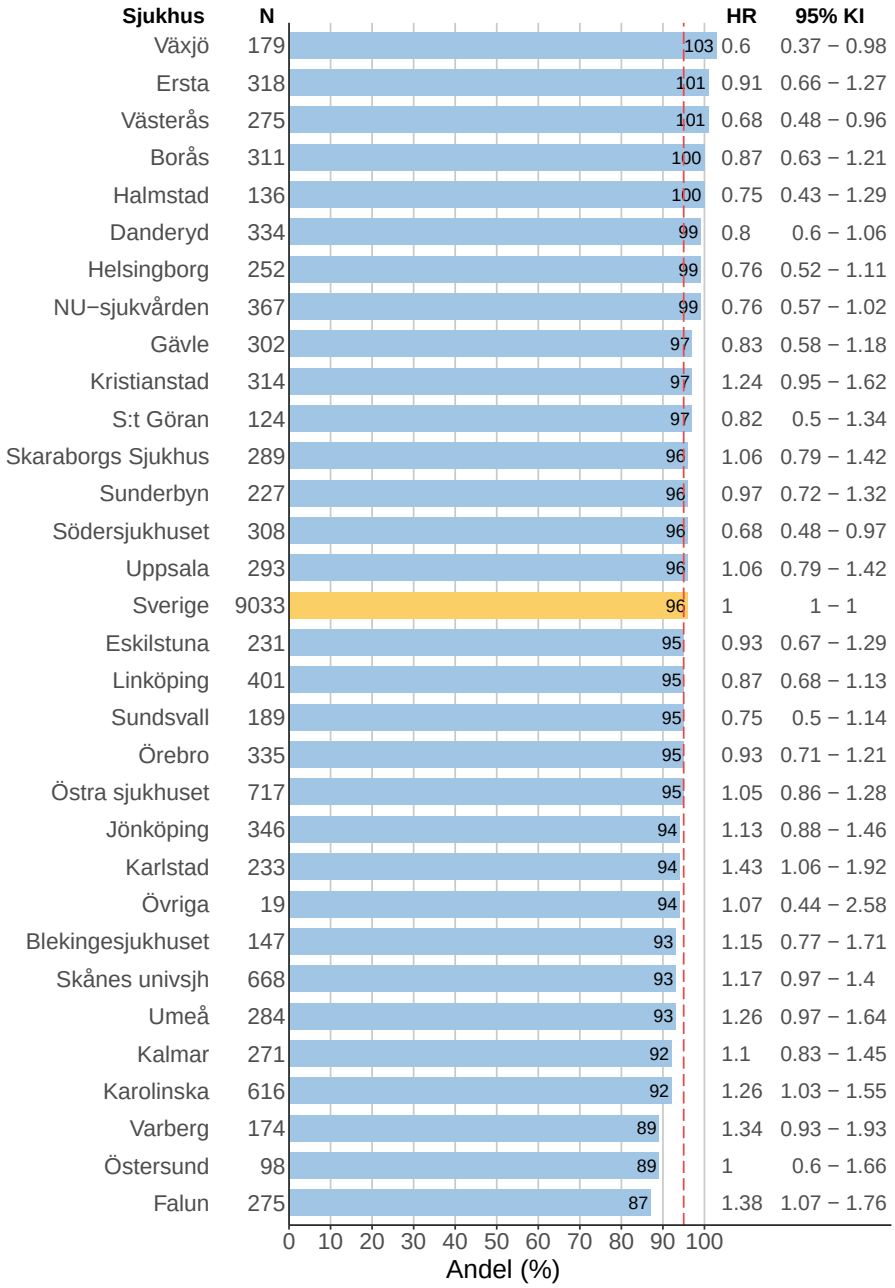


Figur 11.1. Täckningsgrad för 3-årsuppföljningen.



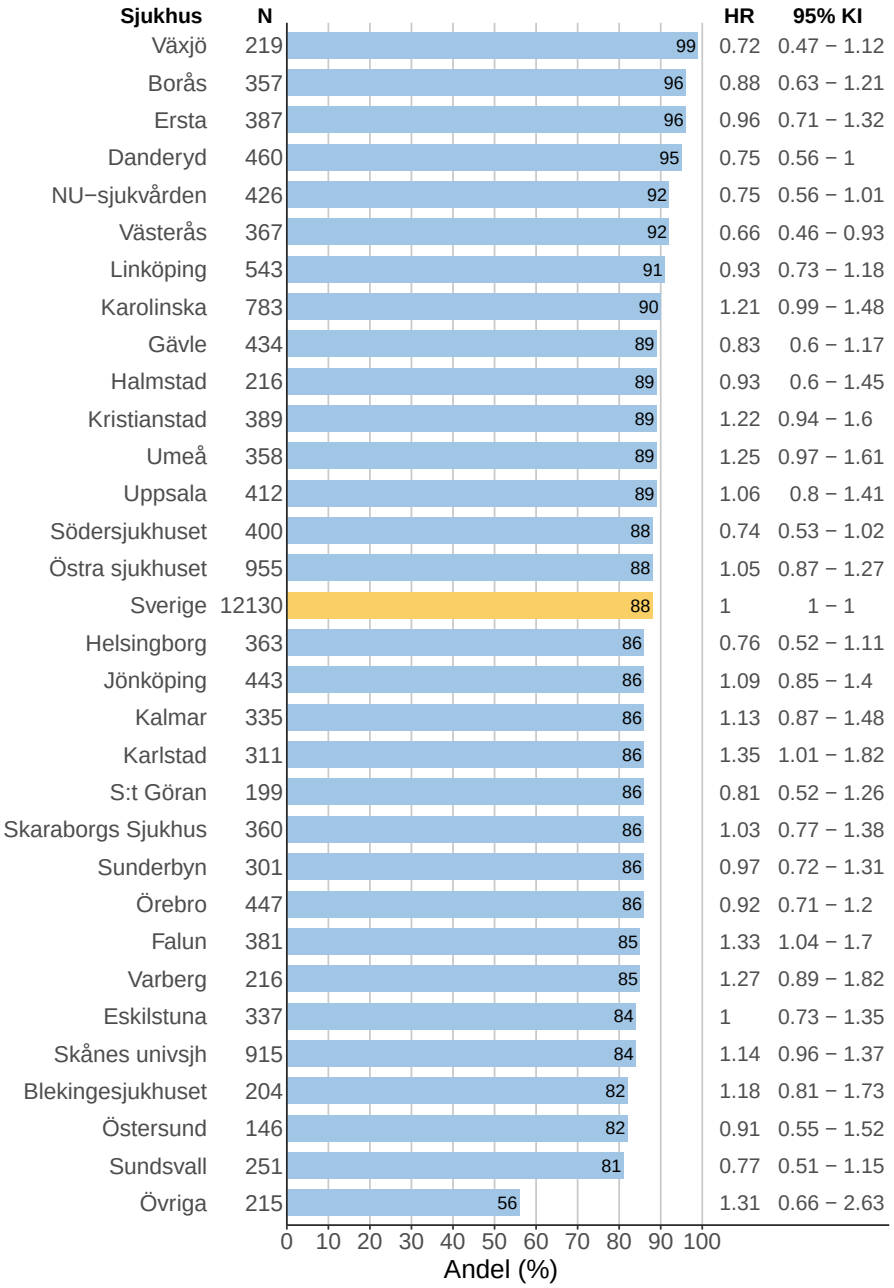
Figur 11.2. Täckningsgrad för 5-årsuppföljningen.

Figur 11.1-11.2. Täckningsgraden för 3-årsuppföljningen är stationär men bättre sedan ett par år tillbaka (89% år 2023). Samma utveckling ses för 5-årsuppföljningen (87% år 2023). Vissa sjukhus har behov att kvalitetsgranska sin registrering och det är uppenbart att förra årets underpresterare nu efterregistrerat. För att kunna värdera sällanhändelser som t ex lokalrecidiv är en hög täckningsgrad av största vikt.



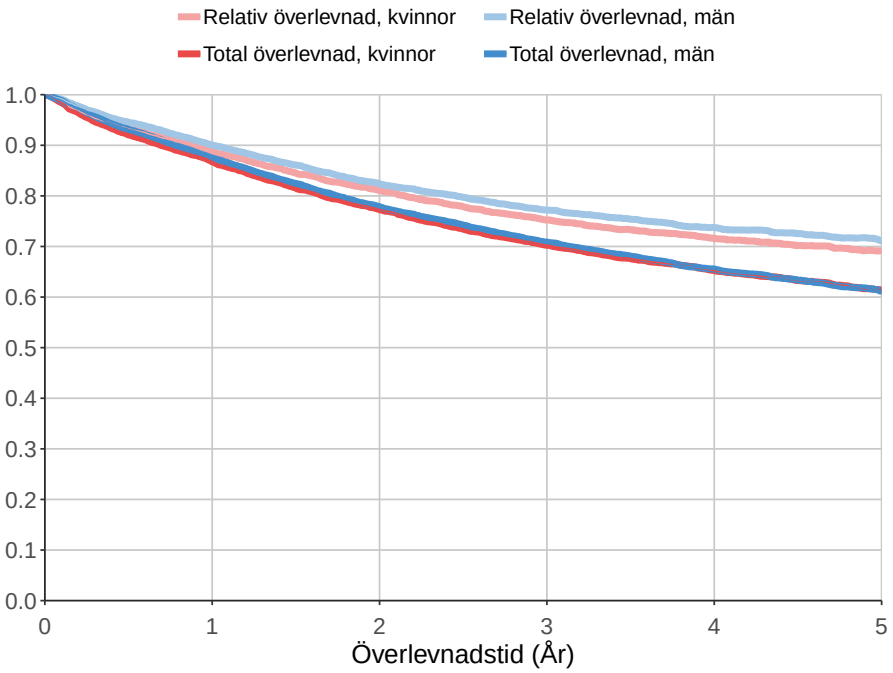
Figur 11.3. Relativ 3-årsöverlevnad, M0, patienter som genomgått resektion med diagnos 2018-2024, samt hazard ratio (död oavsett dödsorsak) justerat för ålder, kön, tumörstadium och ASA-klass.

Figur 11.3. Bra överlevnadssiffror i riket som helhet och små skillnader gentemot förra året. Faktorer utöver själva behandlingen (neoadjuvant, kirurgisk, adjuvant) kan spela in, såsom skillnader i patientunderlag (pga exempelvis remissströmmar).



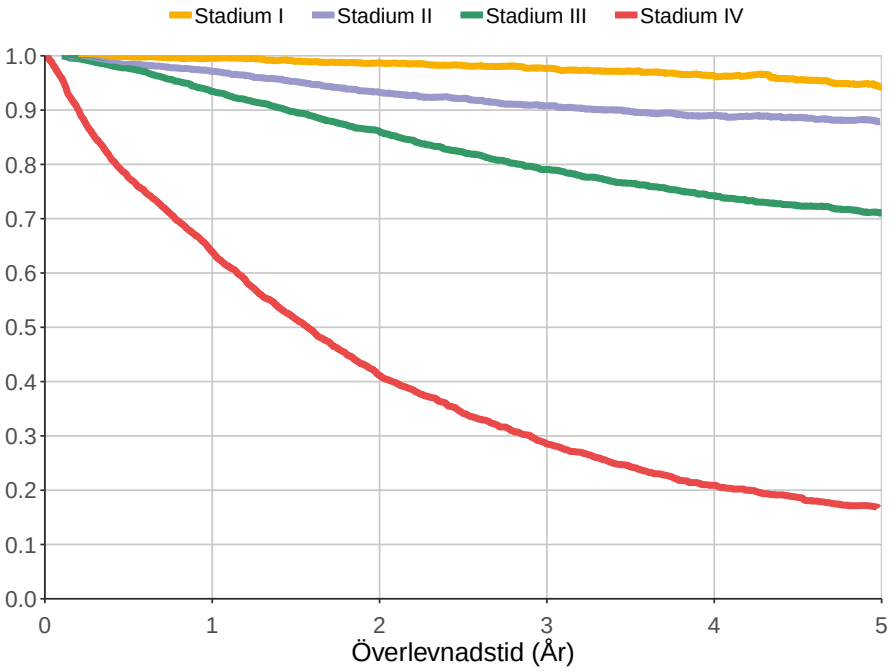
Figur 11.4. Relativ 3-årsöverlevnad, alla M0-patienter med diagnos 2018-2024, samt hazard ratio (död oavsett dödsorsak) justerat för ålder, kön, tumörstadium och ASA-klass.

Figur 11.4. Som förväntat är överlevnaden för hela patientgruppen med icke-generaliserad sjukdom lägre än för gruppen som genomgått resektion.



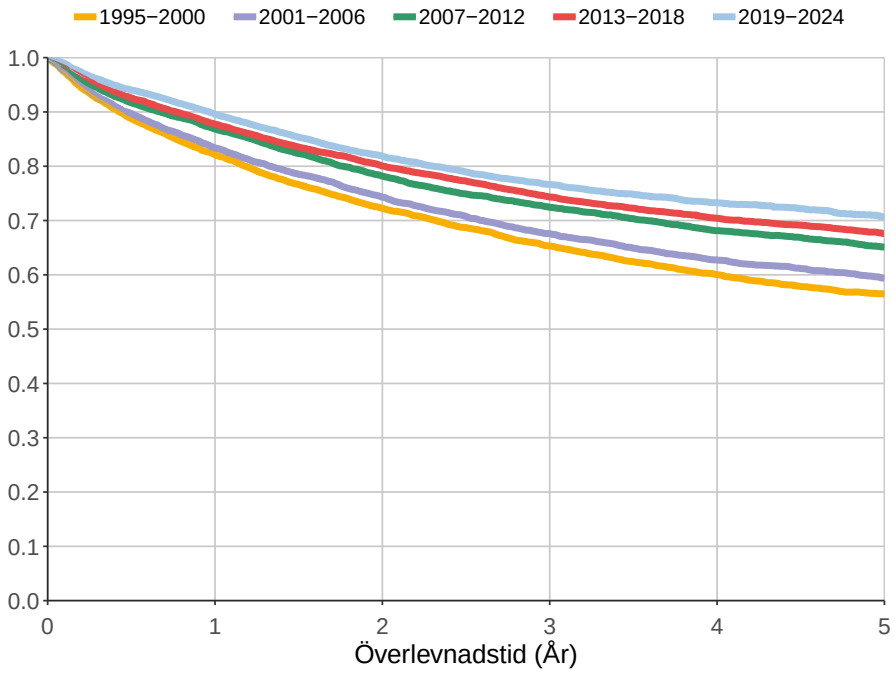
Figur 11.5. Total och relativ överlevnad, alla patienter med diagnos 2018-2024.

Figur 11.5. Det finns en liten könsskillnad när det gäller överlevnad.

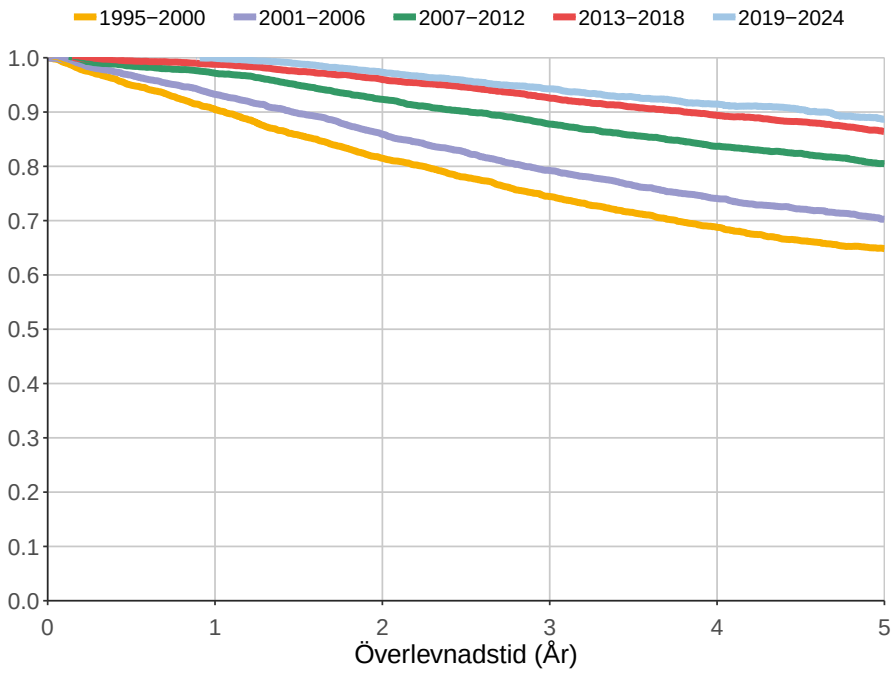


Figur 11.6. Relativ överlevnad uppdelat på stadium, alla patienter med diagnos 2018-2024.

Figur 11.6. Figuren illustrerar att överlevnaden vid rektalcancer är stadieberoende.

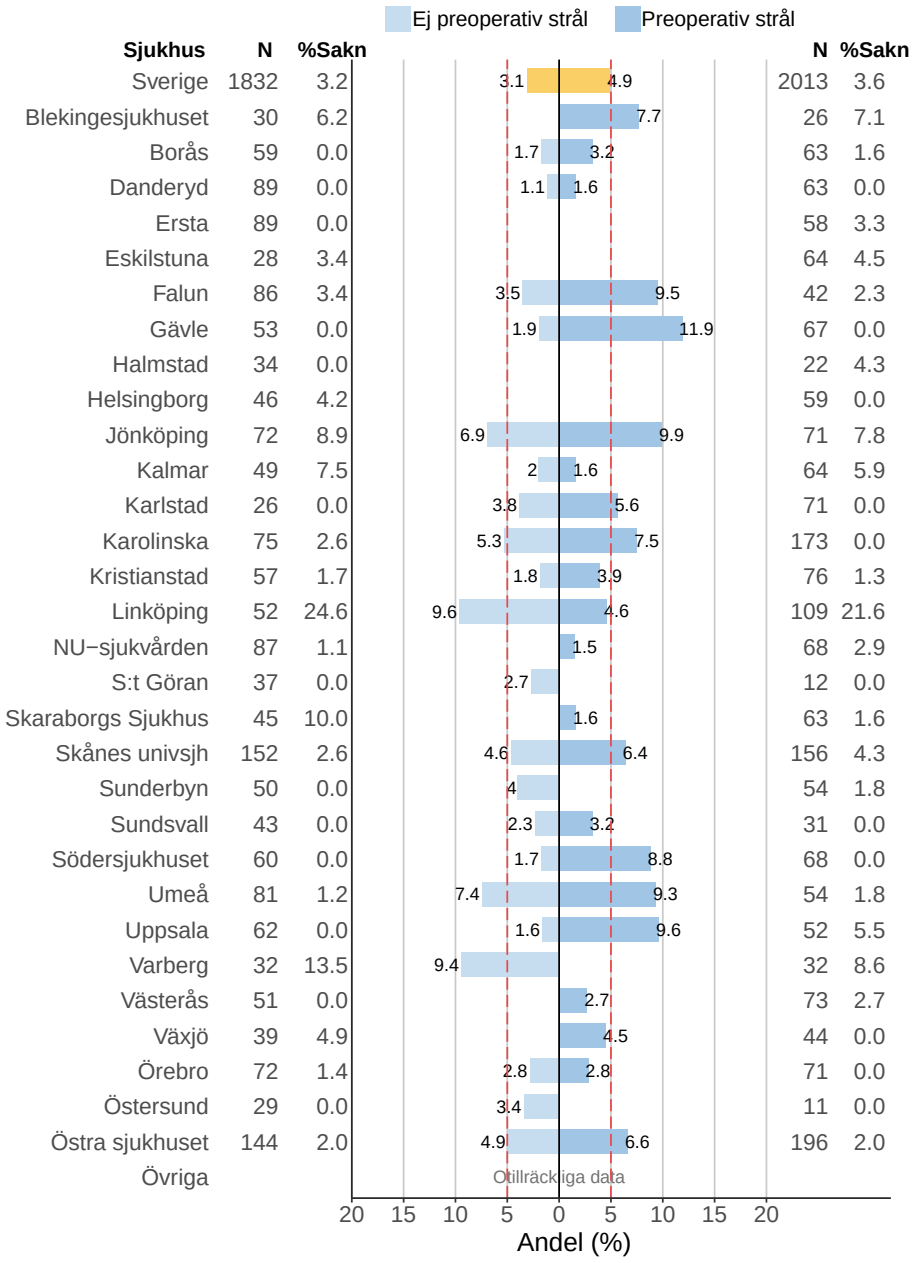


Figur 11.7. Relativ överlevnad uppdelat på tidsperiod, alla patienter med diagnos 1995-2024.

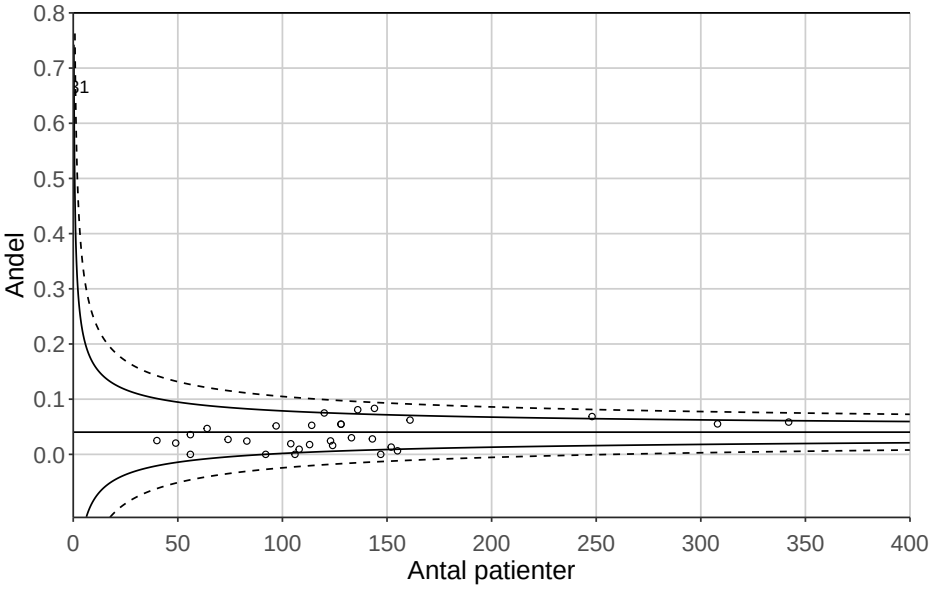


Figur 11.8. Relativ överlevnad uppdelat på tidsperiod, patienter som genomgått resektion 1995-2024.

Figur 11.7-11.8. Den relativa överlevnaden har successivt förbättrats, vilket syns tydligt när materialet delas upp i tidsperioder. Överlevnaden den senaste femårsperioden efter resektion är dock enbart obetydligt förbättrad jämfört föregående period.



Figur 11.9. Lokalrecidiv inom 3 år, T1-T3, patienter som genomgått resektion, 2019-2021. ”Uppgift saknas” är exkluderad.



Figur 11.10. Funnel plot, Lokalrecidiv inom 3 år, T1-T3, patienter som genomgått resektion, 2019-2021. ”Uppgift saknas” är exkluderad.
Sjukhus utanför konfidensintervall: 31 Övriga.

Figur 11.9-11.10. Lokalrecidivfrekvensen är en av de viktigaste kvalitetsparametrarna vid rektalcancerkirurgi. I ett internationellt perspektiv är våra resultat på populationsnivå mycket bra. Forskningsrapporter har på senare tid belyst validiteten för lokalrecidiv i registret, som av och till är suboptimal. Diskussion kring detta förs i ett av årets temablad. Det är viktigt att långtidsuppföljningen blir komplett och att man eftersöker eventuella recidiv systematiskt och omsorgsfullt. I dessa analyser avser T1-T3 patologiskt stadium. För hjälp med tolkningen av *funnel plot*, var god se kapitel 3.