

Nationellt kvalitetsregister för cancer i lever, gallblåsa och gallvägar (SweLiv)

Variabelmanual

2025-10-14

Versionshantering – aktuella förändringar

| Datum | Beskrivning av förändring |
|------------|--|
| 2020-02-28 | Manual för ombyggt register, SweLiv startdatum 2020-02-28 |
| 2021-04-07 | Första upplagan, version 1.0.0 |
| 2022 | Uppdaterade inklusionskriterier |
| 2022-12-08 | Variabelförändringar, formulärflöde |
| 2023-06-30 | Språklig textuppdatering, t o m sid 50 |
| 2025-10-14 | Variabeldelen har lyfts ut och redigerats, för att fungera som ett komplement till de nya manualerna för registeradministratör respektive inrapportör. |

Manualen är utarbetad av nationella stödteamet och styrgruppen för Nationellt kvalitetsregister för cancer i lever, gallblåsa och gallvägar (SweLiv).

Manualen utgiven av: Regionalt Cancercentrum Väst.

Oktober 2025

Innehållsförteckning

| | |
|---|-----------|
| ORDLISTA FÖRKORTNINGAR..... | 7 |
| FORMULÄREN I SWELIV | 7 |
| GEMENSAMT FÖR SAMTLIGA FORMULÄR | 8 |
| PERSONUPPGIFTER | 8 |
| INRAPPORTERINGSUPPGIFTER..... | 8 |
| ANMÄLAN INKL 1:A MDK - SAMTLIGA DIAGNOSER | 10 |
| VÅRDKONTAKT..... | 10 |
| DIAGNOS och ICD-kod | 10 |
| DEBUT | 11 |
| UNDERLIGGANDE SJUKDOM | 12 |
| BESLUT | 13 |
| PLANERAD BEHANDLING OCH INTENTION | 15 |
| FUNKTIONSSTATUS OCH LEVERFUNKTION | 17 |
| LABORATORIEVÄRDEN - tagna i anslutning till aktuell utredning | 18 |
| TUMÖRUTBREDNING | 18 |
| LYMFKÖRTLAR - N-stadium samt generella lymfkörtlar | 21 |
| ÖVRIG METASTASERING..... | 22 |
| KLINISKT TNM-STADIUM..... | 22 |
| ANMÄLAN INKL 1:A MDK - PRIMÄR CANCER I LEVER OCH INTRAHEPATISK GALLGÅNG..... | 24 |
| VÅRDKONTAKT..... | 24 |
| DIAGNOS och ICD10-kod | 24 |
| DEBUT - registreras en gång per diagnos vid diagnos av malign eller oklar tumör | 25 |
| UNDERLIGGANDE SJUKDOM – vid primär malign tumör eller oklar diagnos..... | 26 |
| BESLUT | 27 |
| PLANERAD BEHANDLING OCH INTENTION | 29 |
| FUNKTIONSSTATUS OCH LEVERFUNKTION | 32 |
| LABORATORIEVÄRDEN - tagna i anslutning till aktuell utredning, och inom 60 dagar | 33 |
| TUMÖRUTBREDNING | 35 |
| LYMFKÖRTLAR | 36 |

| | |
|---|-----------|
| METASTAS | 37 |
| KLINISKT TNM-STADIUM..... | 38 |
| ANMÄLAN INKL 1:A MDK – FÖR METASTAS I LEVERN | 39 |
| VÅRDKONTAKT..... | 39 |
| DIAGNOS OCH ICD10-KOD – LEVERMETASTASER..... | 39 |
| DEBUT | 40 |
| BESLUT | 40 |
| PLANERAD BEHANDLING OCH INTENTION | 42 |
| FUNKTIONSSTATUS OCH LEVERFUNKTION | 44 |
| LABORATORIEVÄRDEN - tagna i anslutning till aktuell utredning, och inom 60 dagar | 45 |
| TUMÖRUTBREDNING..... | 45 |
| LYMFKÖRTELMETASTASER - N-stadium samt generella lymfkörtlar | 46 |
| ÖVRIG METASTASERING..... | 46 |
| ANMÄLAN INKL 1:A MDK – PRIMÄR MALIGNITET ELLER OKLAR FÖRÄNDRING I GALLBLÅSA OCH EXTRAHEPATISK GALLGÅNG | 47 |
| VÅRDKONTAKT..... | 47 |
| DIAGNOS..... | 48 |
| DEBUT | 48 |
| UNDERLIGGANDE SJUKDOM | 50 |
| BESLUT | 51 |
| PLANERAD BEHANDLING OCH INTENTION | 53 |
| FUNKTIONSSTATUS OCH LEVERFUNKTION | 57 |
| LABORATORIEVÄRDEN | 57 |
| TUMÖRUTBREDNING..... | 58 |
| LYMFKÖRTLAR..... | 61 |
| ÖVRIG METASTASERING..... | 61 |
| KLINISKT TNM-STADIUM..... | 62 |
| ANMÄLAN INKL 1:A MDK - BENIGNA TILLSTÅND | 63 |
| VÅRDKONTAKT..... | 63 |
| DIAGNOS och ICD10-kod – benigna tillstånd..... | 63 |
| BESLUT | 64 |
| PLANERAD BEHANDLING OCH INTENTION | 66 |
| FUNKTIONSSTATUS..... | 67 |
| TUMÖRUTBREDNING..... | 67 |
| RE-EVALUERING..... | 68 |

| | |
|--|------------|
| DIAGNOS..... | 68 |
| BESLUT | 68 |
| PLANERAD BEHANDLING OCH INTENTION | 70 |
| FUNKTIONSSTATUS OCH LEVERFUNKTION | 73 |
| LABORATORIEVÄRDEN | 74 |
| TUMÖRUTBREDNING..... | 76 |
| LYMFKÖRTLAR..... | 79 |
| ÖVRIG METASTASERING..... | 80 |
| KIRURGI/ABLATION..... | 81 |
| MDK | 81 |
| INGREPP | 81 |
| RESEKTION, TRANSPLANTATION ELLER ANNAT LOKALT INGREPP INKLUSIVE LYMFKÖRTLAR | 83 |
| LYMFKÖRTLAR..... | 86 |
| ABLATIV BEHANDLING AV LEVER (JJA 43, JJA44, alt. TJJ10) | 86 |
| SAMTIDIGT INGREPP ANNAN LOKAL | 87 |
| BEDÖMNING AV RADIKALITET OCH KVARVARANDE TUMÖR VID INGREPP | 88 |
| 30-DAGARSUPPFÖLJNING | 90 |
| VÅRDTID..... | 90 |
| POSTOPERATIVA KOMPLIKATIONER INOM 30 DAGAR | 91 |
| UPPFÖLJNING OCH TUMÖRSTATUS..... | 95 |
| KLINISKT TNM 8..... | 97 |
| VÅRDPLAN | 97 |
| PAD | 98 |
| DIAGNOS OCH LOKAL..... | 98 |
| TUMÖR | 99 |
| ÖVRIG PATOLOGI LEVER | 102 |
| LYMFKÖRTLAR | 102 |
| RESEKTAT UTANFÖR LEVER/GALLVÄGAR I PAD (förutom lymfkörtlar) | 105 |
| pTNM (enbart primära maligna diagnoser, första ingrepp)..... | 106 |
| ONKOLOGI..... | 108 |
| MDK OCH BEHANDLING..... | 108 |
| EMBOISERING ELLER KEMOINFUSION I LEVER | 108 |
| SYSTEMISK ANTITUMORAL BEHANDLING..... | 109 |
| STRÅLBEHANDLING..... | 109 |

| | |
|---|------------|
| 3-ÅRSUPPFÖLJNING | 110 |
| TUMÖRSTATUS | 110 |
| AVLIDEN | 112 |
| TUMÖRSTATUS | 112 |
| BILAGA 1: TNM | 114 |
| TNM 8..... | 114 |
| TNM för hepatocellulär cancer | 114 |
| TNM för intrahepatiskt kolangiocarcinom | 115 |
| TNM för gallblåsecancer | 116 |
| TNM för perihilär gallgångscancer | 117 |

ORDLISTA FÖRKORTNINGAR

| Förkortning | Betydelse |
|-------------|--|
| AFP | Alfafetoprotein, tumörmarkör |
| CA 19-9 | Carbohydrat antigen 19-9, tumörmarkör |
| CEA | Carcinoembryonalt antigen, tumörmarkör |
| ECOG | Funktionsstatus (performance) enligt WHO/ECOG. Graderas i 0-5, där 5=död, se variabel. |
| CTCAE | Common toxicity criteria adverse events. Klassifikationssystem för biverkningar av läkemedel/behandlingar. |
| HCC | Hepatocellulär cancer (HCC) = levercellscancer. Utgår från hepatocyter (leverceller). Den vanligaste formen av primär malignitet i lever. Levercancer är ett vidare begrepp som även innefattar kolangiocarcinom i levern. |

FORMULÄREN I SWELIV

- Anmälan inkl 1:a MDK
 - Primär cancer i lever och intrahepatisk gallgång
 - Primär malignitet eller oklar förändring i gallblåsa och extrahepatisk gallgång
 - Benigna tillstånd
 - Metastaser i levern
- Re-evaluering
- Kirurgi/ablation
- PAD
- 30-dagarsuppföljning
- Onkologi
- 3-årsuppföljning
- Avliden

GEMENSAMT FÖR SAMTLIGA FORMULÄR

PERSONUPPGIFTER

| | |
|------------------------|---|
| Personnummer | Ange: ÅÅÅÅ-MM-DD-XXXX Svenskt personnummer, samordningsnummer |
| Namn och adress | Patientens för- och efternamn. Hämtas automatiskt från folkbokföringsregistret |
| Kön | K = Kvinna, M = Man. Hämtas automatiskt från folkbokföringsregistret |
| Dödsdatum | Datum hämtas automatiskt från folkbokföringsregistret |
| LKF vid anmälan | Kod för län, kommun och församling. Hämtas automatiskt från folkbokföringsregistret. Dold för inrapportör |

INRAPPORTERINGSUPPGIFTER

| | |
|--|---|
| Initierat av | Namn på person som skapar det elektroniska formuläret. Hämtas automatiskt från användarens inloggningsuppgifter på INCA. Dold för inrapportör. |
| Inrapportör | Namn på inrapportör som sänder in formuläret elektroniskt. Hämtas automatiskt från användarens inloggningsuppgifter på INCA. Dold för inrapportör. |
| Inrapporterande enhet | Inrapporterande sjukhus och klinik. Hämtas automatiskt från inloggningsuppgifter. Dold för inrapportör. |
| Inrapporterande klinik | Inrapporterande klinik, enligt kodförteckning. Hämtas automatiskt från inloggningsuppgifter. Dold för inrapportör. |
| Uppgift saknas. Komplett registrering kan inte utföras. | Kryssruta markeras endast vid inrapportering utan fullständiga uppgifter när enstaka variabel saknas och ej kan fyllas i. Meddelande om anledning ska alltid uppges i kommentarsrutan. Inlagd logik i formuläret deaktiveras. Inrapportör kan endast skicka till RCC och registeradministratör kvalitetssäkrar uppgifterna. |
| Inrapportörs kommentar | Information kan sparas om viktig upplysning för registret. |
| Anmälande läkare | Ange namn på läkare som godkänner inrapportering alternativt ansvarar för patienten |

| | |
|-----------------------------|--|
| Inrapporteringsdatum | Skapas automatiskt när formulär sparas i registret eller sänds till RCC. Dold för inrapportör |
| Monitors kommentar | Synlig endast för registeradministratör |

ANMÄLAN INKL 1:A MDK - SAMTLIGA DIAGNOSER

VÅRDKONTAKT

| | |
|--|--|
| Datum för välgrundad misstanke/debut | Ange datum för välgrundad misstanke: ÅÅ-MM-DD Ange ett alternativ med prioriterad ordning 1-4. <ol style="list-style-type: none">1. startdatum för standardiserat vårdförlopp, SVF, om kriterier föreligger2. datum då patient vidtalas3. datum för beslut om remiss4. Saknas någon av ovanstående uppgifter kan datum för första radiologiska fynd anges (motsvarar datum för när radiologiskt svar svarats ut/bedömts) Variabeln används för att jämföra ledtider med SVF i följande fall: <ul style="list-style-type: none">• diagnos primär malignitet i lever/gallvägar• diagnos cancer in situ eller vid oklar diagnos, ICD D-diagnos |
| Initiering av utredning av aktuell tumör i lever/gallblåsa/gallgång | Ange ett alternativ: <ul style="list-style-type: none">• Remiss, annan enhet har initierat utredning• Behandlad/kontrollerad på rapporterende enhet• Sökt själv till rapporterende enhet, patienten Patienten behandlas/kontrolleras på kliniken av annan orsak, då aktuell förändring påvisas. |
| Datum remiss/patient (ankomst till rapporterende enhet) | Ange datum: ÅÅ-MM-DD <ul style="list-style-type: none">• Remiss inkommer till rapporterende enhet, skriftlig eller muntlig• Första datum när patient intieras vid MDK, formell remiss kan inkomma senare• Egenremiss inkommer• Patienten sökt själv på akutmottagning• Undersökningsfynd uppmärksammas, patient följs vid klinik |
| Remitterande enhet | Ange remitterande enhet: Enligt lista med sökbara enheter, sjukhus- och klinikkod, gemensam för INCA. Remitterande enhet som saknar inrapportör anges med generell kod: tex: OC Väst (5)- Vårdcentral 1. (59998) – Klinik (999) |
| DIAGNOS och ICD-kod | |
| Övergripande diagnos kan ses i kopplingsruta: den diagnos som rapporteras på anmälan ändras inte i anmälningsformuläret även om mer precis eller korrigerad diagnos kan sättas senare i samband med t ex 30-dagarsuppföljning, PAD formulär. | |
| Diagnosdatum | Diagnosdatum skapas automatiskt från första datum då tumör påvisas radiologiskt, patologiskt med biopsi eller cytologi. |

| | |
|------------------------------|--|
| | Används för kontroll mot cancerregistret. Dold variabel för inrapportör. |
| Ålder vid diagnos | Skapas automatiskt från diagnosdatum i anmälan Dold variabel för inrapportör |
| Lokal | Ange en lokal för huvudsakligt organ där tumör/patologi är lokaliserad <ul style="list-style-type: none"> • Lever och intrahepatiska gallvägar • Gallblåsa • Extrahepatiska gallvägar <p>Notera att exempelvis dilatation av gallgångar finns under både lever och gallvägar.</p> |
| Malign/in situ/benign | Ange kategori: <ul style="list-style-type: none"> • primär malignitet • metastas, sekundär malignitet • cancer in situ/oklar malignitetspotential • benign diagnos • andra tillstånd <p>Maligna diagnoser samt cancer in situ/oklara tillstånd är canceranmälningspliktiga. Om PAD finns, och förändring inte bedöms som malign eller cancer in situ används benign diagnos i registret.</p> |
| Diagnos | Diagnos i SweLiv anges enligt ICD10 och ICD11. Vid osäker diagnos anges diagnos enligt MDK-beslut eller enligt bedömning, före ingrepp/behandlingsstart. Exempel: Oklar gallgångsförändring hos patient med primär skleroserande cholangit, PSC, får diagnos D37.6 oklar tumörförändring i gallvägar (inte PSC). |
| Lokal för primärtumör | Fritextfält fylls i om diagnos sätts till Annan. |
| DEBUT | |
| Upptäckt av tumör | Ange en orsak till upptäckt av primär malignitet eller oklar diagnos: <p>Klinisk: undersökning p g a kliniska symtom/avvikande laboratoriefynd/debut av leversjukdom</p> <p>Surveillance: undersökning som genomförts p g a redan känd underliggande lever/gallvägssjukdom</p> <p>Radiologiskt en-passantupptäckt: undersökning utförd i annat syfte, än att detektera tumör i lever/gallvägar, t ex radiologi i samband med trauma, vid hälsoundersökning, för studie av annan orsak.</p> <p>Operativt upptäckt en-passant: fynd i samband med ingrepp för annat tillstånd. Vanlig situation är gallblåsecancer som upptäcks i PAD efter kolecystektomi, som utförts utan misstanke på malignitet, eller levertransplantation där malign tumör påvisas i uttagen lever trots att det inte misstänktes före ingrepp.</p> |
| Primärtumör opererad | Ange om primärtumör är opererad: endast vid levermetastas C78.7 |

| | |
|--|---|
| Enbart vid levermetastas C78.7 | <ul style="list-style-type: none"> • Ja, oavsett om PAD visar radikalt eller inte • Nej. Avlastande stomi räknas inte som resektion |
| Synkront upptäckt metastas Enbart vid levermetastas C78.7 | <p>Ange om metastas upptäcktes inom 60 dagar från ursprunglig radiologi av primärtumör: endast vid levermetastas C78.7</p> <p>Definition: Synkront upptäckt metastas i samband med diagnos av primärtumör, inom 60 dagar från ursprunglig radiologi. Metakront upptäckt metastas om mer än 60 dagar från ursprunglig radiologi.</p> |
| Finns bekräftande cytologi eller biopsi | <p>Ange ett alternativ</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nej, biopsi ej genomförd • Nej, genomförd biopsi utan att PAD bekräftar anmäld diagnos • Ja, cytologi/biopsi, öppnar kompletterande variabler • Ja, operationspreparat, efter en-passantoperation |
| Datum för cytologi/biopsi/operation | Ange datum: ÅÅ-MM-DD, för ingrepp/provtagningsdatum |
| Analyserande laboratorium | Ange analyserande laboratorium, som besvarar cytologi eller patologi. |
| Ange preparatnummer | Ange laboratoriets identifikationsnummer på preparatet, en kombination av bokstav och siffror. |
| Ange preparatår | Ange årtal: ÅÅÅÅ |
| Histomorfologisk diagnos | Ange histomorfologisk diagnos i klartext, som anges i utlåtande från cytologi/patologi, t ex adenocarcinom. Krav för canceranmälan. |
| Åtgärdskod Operativt en-passantfynd | Ange viktigaste åtgärdskod, KVÅ, för ingrepp som ledde till fynd av en-passantupptäckt diagnos. |
| UNDERLIGGANDE SJUKDOM | |
| Cirros | <p>Ange ett alternativ vid primär malignitet:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ja, cirros har dokumenterats som diagnos • Nej • Oklart |
| Associerad lever-/gallgångssjukdom | <p>Stensjukdom räknas inte som associerad sjukdom</p> <p>Vid ja, ange: flera alternativ valbara</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alkoholsjukdom • Autoimmun hepatit • Hemokromatos • Hepatit B • Hepatit C • Koledochuscysta |

| | |
|---|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> • Kryptogen cirrhos (okänd orsak) • Maljunction mellan pancreas och gallgång • Non-alcoholic steatohepatitis (NAFLD/NASH) • Porfyri • Primär skleroserande kolangit • Primär biliär kolangit (PBC) • Annan sjukdom <p>För C22, D376, C23, C24</p> |
| Diabetes | Vid Ja, diabetes typ I eller typ II har dokumenterats som diagnos |
| Föreligger portal hypertension | <ul style="list-style-type: none"> • Ja, portal hypertension har dokumenterats som diagnos • Nej • Ej besvarat |
| BESLUT | |
| Behandlingskonferens | <p>Regional MDK = hepatobilär regional MDK, med kompetens inom leverkirurgi och radiologi, samt ofta närvaro av onkologisk, gastroenterologisk och omvårdnadskompetens.</p> <p>Lokal MDK = Annan MDK som genomförs vid respektive sjukhus oavsett vilka kompetenser som utgör det multidisciplinära.</p> <p>Transplantations-MDK = Konferens som har befogenhet att sätta upp patient på väntelista för levertransplantation.</p> <p>Nationell MDK = Konferens med deltagande av flera centra som har nationellt uppdrag, ex vid perihilar gallvägscancer.</p> <p>Beslut utan MDK = Ingen konferens har genomförts.</p> |
| Datum för MDK, beslut eller re-staging | <p>Ange datum: ÅÅ-MM-DD för multidisciplinär konferens, beslut eller re-evaluering</p> <ul style="list-style-type: none"> • datum för genomförd MDK • datum då behandling överenskommit med patient • datum som kan identifieras som datum för beslut i journalhandling/patientadministrativt system <p>Datum används i registret för att koppla diagnos och beslut till ingrepp och uppföljning, varför datum ska anges även när beslut är tagna utan MDK</p> |
| Finns beslut om rekommenderad behandling efter MDK | <ul style="list-style-type: none"> • Ja, patient kan efter överenskommelse planeras för åtgärd sättas på väntelista. • Nej, ny, annan MDK, kompletterande utredning eller bedömning krävs |
| Orsak till MDK/beslut | <ol style="list-style-type: none"> 1. Bedömning nydebuterad förändring i lever/gallvägar Avser enbart ny diagnos/ny registerpost NOTERA! Vid återfall/recidiv av tumör på samma plats som tidigare eller ny plats, som tidigare är diagnosticerad med t ex HCC, görs registrering som ett återfall/recidiv, se punkt 3 2. Evaluering Utvärdering, oftast radiologi, av pågående eller nyss given |

| | |
|--|--|
| | <p>behandling</p> <p>3. Återfall efter uppnådd tumörfrihet Ny tumör i eller utanför lever/gallvägar alt återfall på tidigare behandlad lokal efter genomförd behandling. NOTERA! När radiologi/värdering genomförs inom 60 dagar från genomförd behandling räknas det till behandlingsevaluering, dvs registreras under punkt 2.</p> <p>4. Beslut efter kompletterande utredning eller ny/annan MDK Punkt 4 ses endast på separat MDK formulär</p> <p>Anmälan görs i registret när diagnos/behandling aktualiseras. På anmälan finns enbart alternativ 1-3.</p> |
| <p>Vid behandlingsevaluering (öppnas vid val "evaluering" under "Orsak till MDK/beslut)</p> | <p>Ange respons av behandling – när orsak till MDK angetts vara behandlingsevaluering</p> <p>Medicinsk behandling</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ingen kvarvarande tumör - Respons: minst 30% minskad tumördiameter - Stabil tumörsjukdom - Progress: ny tumör och/eller 20% ökad tumördiameter - Kan ej evalueras <p>Kirurgisk behandling</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ingen kvarvarande tumör - Respons: minskad tumörbörda men finns kvarvarande tumör på preoperativt kända tumörlokaler - Stabil tumörsjukdom - Kan ej avalueras <ul style="list-style-type: none"> • Ingen kvarvarande tumör efter kirurgisk/ablativ behandling • Ingen kvarvarande tumör efter medicinsk/interventionell/strålbehandling, komplett remission om evaluering efter medicinsk behandling (behöver detta stå med?) • Respons <ul style="list-style-type: none"> - <u>medicinsk behandling</u> med minst 30% minskad tumördiameter - <u>efter kirurgisk behandling</u> finns kvarvarande tumör på preoperativt tidigare kända lokaler, men kirurgisk behandling har minskat tumörbörda • Stabil tumörsjukdom • Progress -20 % ökning av tumördiameter alt ny tumör • Kan ej evalueras <p>Sweliv rekommenderar att RECIST-kriterier används för bedömning av behandlingsrespons, som baseras på mätning av tumördiameter i ett plan. Inkludera ny länk här.</p> <p>Tumör understigande 10 mm räknas och mäts inte då levercellscancer, HCC, utvärderas. Gäller inte övriga diagnoser.</p> <p>Vid HCC och kemoembolisering korrelerar mRECIST till överlevnad, men inte RECIST. mRECIST mäter vaskulariserad del av tumör, och som behandlingsevaluering efter kemoembolisering rekommenderas därför mRECIST. Det innefattar att bedömning för ställningstagande till transplantation efter kemoembolisering görs utifrån bedömning av tumörböda mätt enligt mRECIST.</p> |

| | |
|---|---|
| <p>Vid progress (öppnas vid val "progress")</p> | <p>Ange typ: ett eller flera</p> <ul style="list-style-type: none"> • ökat antal • storlekstillväxt eller • progress annan lokal än lever/gallvägar. <p>Storlekstillväxt = >20% ökning av diameter i överensstämmelse med RECIST-kriterier</p> |
| <p>PLANERAD BEHANDLING OCH INTENTION</p> | |
| <p>Planeras behandling av lever/gallblåsa/gallgång</p> | <p>Vid nej; ange orsak</p> <ul style="list-style-type: none"> • Funktionsstatus/comorbiditet/leverfunktion Funktionsstatus (ECOG), eller komorbiditet inkluderande leverfunktion kan utgöra kontraindikation. • Underliggande lever/gallvägssjukdom • Diagnostiska kriterier för malignitet uppfylls ej/saknar indikation • Progress • Tumörbiologiskt ogynnsamt • Tumör radikalt opererad • Missbruk • Patientens eget val Eget val anges då patienten avstår från behandling trots att det medicinskt finns anledning att rekommendera behandling <p>Vid ja; ange behandling samt intention nedan</p> |
| <p>Resektionskirurgi lever/gallvägar</p> | <p>Om Ja; ange behandlingsintention</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kurativ strategi , som kan uppnås med planerat ingrepp • Kurativ, men kräver fler ingrepp • Palliativ/tumörreducerande, inte kurativ <p>Innefattar kurativ strategi, resektion av lever/gallblåsa/gallgång, samt lymfkörtelutrymning, samt planeras med syfte att påverka lokal tumörbörda. Kombination av resektion på olika lokaler, t ex ablation inför levertransplantation för att undvika progress under väntetid. Om all tumör kan avlägsnas vid ingrepp, och kombination med kemoterapi möjliggör kuration väljs alternativ 1 - Kurativ. Palliativ/tumörreducerande innefattar symtomlindring, förlängning av liv.</p> <p>Innefattar inte lokala åtgärder som stentning, portaembolisering, och här avses inte resektioner för spridd sjukdom utanför lever/galla, t ex åtgärd av lungmetastas.</p> |
| <p>Ablativ behandling</p> | <p>Om Ja; ange behandlingsintention (gäller ej vid benign diagnos eller andra tillstånd)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kurativ strategi, som kan uppnås med planerat ingrepp • Kurativ, men kräver fler ingrepp • Palliativ/tumörreducerande <p>Ablation innefattar metoder för lokal destruktion</p> <ul style="list-style-type: none"> • RF radiovågsbehandling • MWA mikrovågsbehandling • IRE irreversibel elektroporering <p>Stereotaktisk strålbehandling registreras under strålbehandling.</p> |

| | |
|---|--|
| | <p>Innefattar tvåstegs ingrepp, kombination av ablationer på olika lokaler, eller planerat förfarande, t ex ablation inför levertransplantation för att undvika tumörprogress under väntetid.</p> <p>Palliativ /tumörreducerande i syfte att uppnå symtomlindring och/eller förlängning av liv.</p> <p>Om all tumör kan avlägsnas i samband med ingrepp, och kombination med kemoterapi möjliggör kuration, väljs alternativ 1 - Kurativ.</p> |
| <p>Levertransplantation</p> | <p>Om Ja: ange behandlingsintention (gäller ej vid benign diagnos eller andra tillstånd)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kurativ strategi, som kan uppnås med planerat ingrepp • Kurativ, men kräver fler ingrepp • Palliativ/tumörreducerande <p><u>Beslut om utredning för transplantation krävs</u>, men innebär inte att levertransplantationsutredning har genomförts eller att patienten ens har remitterats till transplantationsenhet.</p> <p>Krävs fler ingrepp anger det en kurativ strategi, och att planerad transplantation är ett led i strategin, t ex är tvåstegs ingrepp, kombination av resektion och transplantation av olika lokaler.</p> <p>Palliativ/tumörreducerande anger att transplantation inte är kurativ. Det innefattar tumörreducerande ingrepp i syfte att uppnå symtomlindring och/eller förlängning av liv.</p> <p>Om all tumör kan avlägsnas i samband med ingrepp, och kombination med kemoterapi möjliggör kuration, väljs alternativ 1 - Kurativ.</p> |
| <p>Kemoembolisering (TACE), av lever</p> | <p>Om Ja: ange ett alternativ (gäller ej vid benign diagnos eller andra tillstånd)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Neoadjuvant - start innan kirurgi/ablation/transplantation • Downstaging • Postoperativt – adjunt behandling efter ingrepp • Palliativ – icke kurativt syftande behandling <p>Neoadjuvant behandling; syftar till att minska återfall eller risk för dropout under väntetid för ingrepp, men tumörbörda i sig medger ingrepp</p> <p>Downstaging; tumörutbredning medger inte kurativ strategi utan framgångsrik downsizingbehandling</p> <p>Behandlingar som innefattas i begreppet kemoembolisering, TACE;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kemoinfusion • Embolisering med resorberbara eller icke resorberbara beads eller t ex spongostan. • Beads utan eller med kemoterapi, oavsett typ av cellgift <p>Behandling med Yttrium, SIRT registreras som strålbehandling</p> |
| <p>Systemisk antitumoral behandling</p> | <p>Innefattar t ex cytostatika, tyrosinkinasiinhibitorer, antikroppsbehandling, systemisk immunterapi</p> <p>Om Ja; ange ett alternativ (gäller ej vid benign diagnos eller andra tillstånd)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Neoadjuvant behandling; syftar till att minska återfall eller risk för dropout under väntetid för ingrepp, men tumörbörda i sig medger ingrepp |

| | <ul style="list-style-type: none"> • Downstaging; nuvarande tumörutbredning medger inte kurativ strategi utan framgångsrik downsizingbehandling • Postoperativt – adjuvant behandling efter ingrepp • Palliativ – icke kurativt syftande behandling | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|----------|------------|---|--|---|--|---|---|---|---|---|--|---|-----|---|---------|
| Strålbehandling av lever/gallvägar | <p>(innefattar behandling med Yttrium, SIRT) Om Ja; ange ett alternativ (gäller ej vid benign diagnos eller andra tillstånd)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Neoadjuvant behandling; syftar till att minska återfall eller risk för dropout under väntetid för ingrepp, men tumörbörda i sig medger ingrepp • Downstaging; nuvarande tumörutbredning medger inte kurativ strategi utan framgångsrik downsizingbehandling • Postoperativt – adjuvant behandling efter ingrepp • Palliativ – icke kurativt syftande behandling | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Annan antitumoral behandling av lever/gallvägar | Ange Nej eller Ja; vid planerad annan behandling lever/gallvägar | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Planeras behandling av tumör utanför lever/gallblåsa/gallvägar | Ange ett alternativ; <ul style="list-style-type: none"> • Nej • Ja, primär tumör i annan lokal än levergallvägar • Ja, metastas i annan lokal än levergallvägar | | | | | | | | | | | | | | | | |
| FUNKTIONSSTATUS OCH LEVERFUNKTION | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Funktionsstatus performance enligt WHO | <p>Bedömning görs av läkare eller sjuksköterska. Används för att mäta patientens funktionsstatus med stor prognostisk betydelse.</p> <p>Ange grad:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>ECOG/WHO</th> <th>DEFINITION</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0</td> <td>Klarar all normal aktivitet utan begränsning</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>Klarar inte fysiskt krävande aktivitet men är uppegående och i stånd till lättare arbete</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Är uppegående och kan sköta sig själv men klarar inte att arbeta. Är uppe och i rörelse mer än 50 % av dygnets vakna timmar</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>Kan endast delvis sköta sig själv. Är bunden till säng eller stol mer än 50 % av dygnets vakna timmar</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>Klarar inte någonting. Kan inte sköta sig själv. Är bunden till säng eller stol.</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>Död</td> </tr> <tr> <td>6</td> <td>Ej känt</td> </tr> </tbody> </table> | ECOG/WHO | DEFINITION | 0 | Klarar all normal aktivitet utan begränsning | 1 | Klarar inte fysiskt krävande aktivitet men är uppegående och i stånd till lättare arbete | 2 | Är uppegående och kan sköta sig själv men klarar inte att arbeta. Är uppe och i rörelse mer än 50 % av dygnets vakna timmar | 3 | Kan endast delvis sköta sig själv. Är bunden till säng eller stol mer än 50 % av dygnets vakna timmar | 4 | Klarar inte någonting. Kan inte sköta sig själv. Är bunden till säng eller stol. | 5 | Död | 6 | Ej känt |
| ECOG/WHO | DEFINITION | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 0 | Klarar all normal aktivitet utan begränsning | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | Klarar inte fysiskt krävande aktivitet men är uppegående och i stånd till lättare arbete | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | Är uppegående och kan sköta sig själv men klarar inte att arbeta. Är uppe och i rörelse mer än 50 % av dygnets vakna timmar | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | Kan endast delvis sköta sig själv. Är bunden till säng eller stol mer än 50 % av dygnets vakna timmar | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | Klarar inte någonting. Kan inte sköta sig själv. Är bunden till säng eller stol. | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | Död | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | Ej känt | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ascites | <ul style="list-style-type: none"> • Ingen; Kliniskt ingen ascites, även om det kan finnas mindre mängd, t ex på ultraljud men inget behov av behandling • Lättbehandlad; kontrolleras med saltrestriktion och diuretika • Måttlig/svår Refraktär ascites som kräver upprepade tappningar eller transjugulär intrahepatisk portosystemisk shunt | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | |
|--|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> • Ej känt |
|--|--|

| | |
|---------------------|--|
| Encefalopati | <ul style="list-style-type: none"> • Ingen; oklarhet, förvirring eller personlighetsförändring • Lätt; uttalad slöhet, sömning men kontaktbar vid stimulering • Svår; stuporös eller värre • Ej känt |
|---------------------|--|

LABORATORIEVÄRDEN - tagna i anslutning till aktuell utredning

| | | |
|--|-----------------------------------|---|
| Laboratorievärden analyserade inom 60 dgr | Ange aktuellt värde eller Ej känt | |
| | ANALYS | DEFINITION |
| | α-fetoprotein (µg/l) | Anges vid C22, D37.6, D01.5, D13.4 |
| | CA 19-9 (U/ml) | Anges vid C22, C23, C24, D37.6, D13.4, D01.5, C78.7 |
| | CEA (µg/l) | Anges vid C22.1, C23, C24, C78.7, D37.6, D01.5, D13.4 |
| | Bilirubin (µmol/l) | Anges vid C22, C23, C24 |
| | PK (INR) | Anges vid C22, C23, C24 |
| | Albumin (g/l) | Albumin och CRP bör vara från samma provtagningstillfälle. Anges vid C22, C23, C24 |
| | Kreatinin (µmol/l) | Anges vid C22, C23, C24 Ej bedömbart vid dialys |
| | CRP | Anges vid Primär malignitet eller cancer in situ/oklar malignitet |

| | | | | |
|-------------------|-------------------------------------|----------|----------|----------|
| Child-Pugh | Child-Pugh anges automatiskt | | | |
| | A=5-6p | | | |
| | B=7-9p | | | |
| | C=≥10p | | | |
| | Faktor/Poäng | 1 | 2 | 3 |
| | Bilirubin | <34 | 34-51 | >51 |
| | Albumin | >35 | 30-35 | <30 |
| | INR | >1.7 | 1.7-2.3 | >2.3 |
| Ascites | Ingen | Mild | Svår | |
| Encefalopati | Ingen | Mild | Svår | |

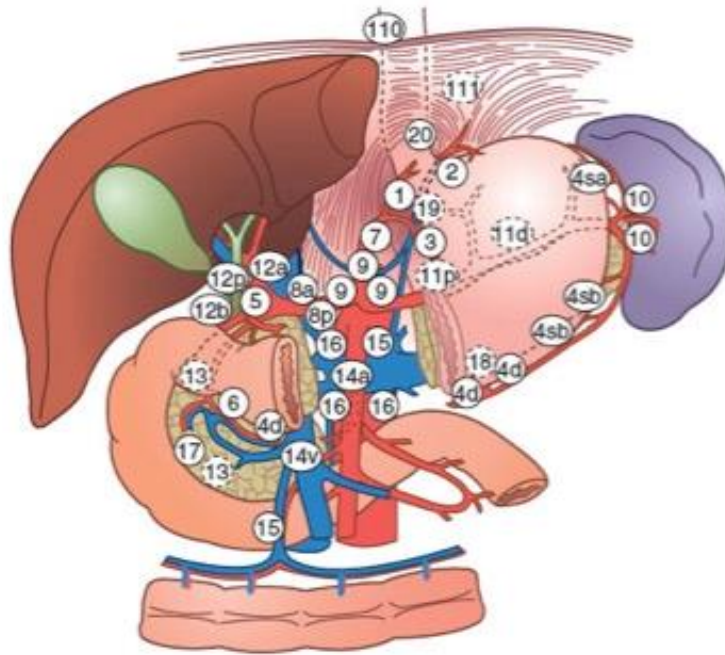
TUMÖRUTBREDNING

| | |
|--|--|
| Radiologiska undersökningar malign/oklar diagnos | <p>Ange Nej eller Ja, för samtliga undersökningar</p> <ul style="list-style-type: none"> • MR-lever • CT- Buk/Lever • PET-CT <p>Anges för C22, C23, C24, D37.6, C78.7</p> |
| Datum då tumör/förändring påvisades radiologiskt | <p>Ange datum: ÅÅ-MM-DD</p> <p>Vid malign tumör ange datum när radiologi påvisar förändring motsvarande kriterier för välgrundad misstanke. Vid benign förändring ange datum då förändring radiologiskt påvisats. Vid behandlingsevaluering ska variabeln vara blockerad, och tidigare datum för påvisad tumör ska visas</p> |
| Radiologiskt påvisad tumör, ange antal | <p>Ange antal tumörer; ett av följande, för tumörer med samma diagnos 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6 -10, 11 eller fler, eller ej känt/ ej bedömbart - tumör ses radiologiskt, men antal har ej definierats</p> <p>Tumör mindre än 10 mm räknas och mäts inte då levercellscancer, HCC utvärderas. Gäller inte övriga diagnoser.</p> |
| Finns hypervaskulära/ dysplastiska/ LIRAD 3-4 noduli utöver detta antal | <p>Definition: Ange enbart noduli, som inte räknats in i föregående variabel men som bedömts som premalign, t ex bedömd som dysplastiskt nodulus eller LIRAD 3 eller 4 nodulus, alternativt p g a storlek (<10mm).</p> <p>Anges för C22.0, D37.6</p> |
| Ange diameter för de största tumörerna | <p>Ange tumördiameter i mm (5-300), med en decimal, eller mått ej känt; Vid C22 kan diameter för max 4 tumörer anges Vid C23, C24, C78.7 anges enbart diameter på den största tumören</p> |
| Finns lokal tumörövertväxt - körtlar avses ej | <p>Om ja, ange lokal</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lever • Diafragma • Hilarplatta • Arteria hepatica • Vena porta • Vena cava • Peritoneum/bukvägg • Tarm/ventrikel • Pancreas • Övertväxt mot flera lokaler <p>Vid levermetastatisk sjukdom avser frågan att klarlägga om det finns annan påvisad spridning utanför primärtumör, än till levern.</p> <ul style="list-style-type: none"> • För C23 visas alla alternativ För C22, C787, C24 visas inte lever och hilarplatta |
| Trombos i porta- eller leverven (Malign/oklar primär | <p>Vid ja, Finns tumörtromb? Ange; Nej, Ja eller Oklart</p> <p>Tumörtromb anses föreligga då det bedömts sannolikt, t ex mot</p> |

| | |
|---|---|
| tumör i levern) | <p>bakgrund av patologiska kärl, vilka oftast kan påvisas med kontrastundersökning med ultraljud, DT eller MRT.</p> <p>För C22, D37.6</p> |
| Utbredning i extrahepatiska gallvägar | <p>Utbredning i extrahepatiska gallvägar, ange ett alternativ:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nedanför bifurkationen (Bismuth I) • Inbegriper bifurkationen (Bismuth II) • Inbegriper första delningsstället på höger sida (Bismuth IIIa) • Inbegriper första delningsstället på vänster sida (Bismuth IIIb) • Inbegriper första delningsstället på båda sidorna (Bismuth IV) • Tumör klassificeras inte enligt vanlig Bismuth • Cytologi eller PAD utan känd lokalisering i gallvägarna • Extrahepatiska gallvägar avlägsnade <p>Tumörutbredning anges i förhållande till gallgångens bifurkation, och dess vidare uppdelning på höger respektive vänster sida anges, enligt Bismuth-Coulette. Bismuth III med kontralateral kärlpåverkan alt Bismuth IV klassificeras i version 8 som TNM T4.</p> <p>För C24*, D37.6, D01.5</p> |
| Striktorens längd i extrahepatiska gallvägar | <p>Striktorens längd anges i mm (5-50) i extrahepatiska gallvägar, alternativt stenosens längd ej känd</p> <p>För C24</p> |
| Engagemang av vena porta | <p>Ange om kärlengagemang finns (>50 % av circumferensen):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Porta huvudstam • Portas bifurkation • Höger porta • Vänster porta • Både höger och vänster porta <p>För C23, C24</p> |
| Engagemang av leverartär | <p>Minst ett alternativ ska anges:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hepatica communis • Artärbifurkationen • Höger leverartär • Vänster leverartär • Både höger och vänster leverartär <p>Ange om kärlengagemang finns (>50 % av circumferensen).</p> <p>För C23, C24</p> |
| Utbredning i gallblåsa | <ul style="list-style-type: none"> • Tumör lokaliserad till peritonealsidan • Tumör lokaliserad till leversida • Ductus cysticus (diagnos ICD11: 2C14.0) • Polyp • Gallblåsa borttagen • Ingen synlig tumör i gallblåsa • Kan ej anges <p>För C23.9, D01.5, D13.5</p> |

| | |
|------------------------------|---|
| Ange diameter vid polyp (mm) | Ange polypens storlek i mm (längsta längd) (5-30) |
|------------------------------|---|

LYMFKÖRTLAR - N-stadium samt generella lymfkörtlar



Lymfkörtelmetastaser vid maligna diagnoser

Metastasmisstänkta regionala lymfkörtelstationer

- lokal lymfkörtelstation - Ja/Nej
- generell lymfkörtelstation - Ja/Nej

Definition: Radiologiskt metastasmisstänkta lymfkörtelstationer ska ha ett kortaxelmått > 20mm vid HCC, >15 mm vid cholangiocarcinom.

Lokala lymfkörtelmetastaser vid metastas avser körtlar i förhållande till lever

Bedömning vid MDK kan användas.

Lokala respektive generella lymfkörtlar anges, där generella lymfkörtlar klassificeras som M1 enligt TNM. För definition av lokal och generell, var god se nedan

Körtelstationer som räknas som lokala/regionala:

Gemensamt för diagnoserna: Körtelstation 12= körtlar utmed leverligament (ligamentum hepatoduodenale) samt körtelstation 8 (a hepatica propria).

Dessutom gäller följande tillägg för körtelstationer som betecknas som regionala:

| | |
|---|--|
| | <p>HCC: Körtlar under diafragma samt 16a pericavala körtlar ovan njrven.</p> <p>Högersidiga cholangiocarcinom: Periduodenala samt peripancreatiska körtlar inkluderas i de lokala</p> <p>Västersidiga cholangiocarcinom: inkluderar körtlar i gastrohepatiska ligamentet.</p> <p>Gallblåsecancer: Truncus celiacus samt a mesenterica superior räknas som lokala.</p> <p>Perihilär gallgång: Inga tillägg.</p> <p>Metastatisk sjukdom: Körtlar som räknas som lokala i förhållande till primärtumör skall inte anges här.</p> <p>Anges enbart för maligna diagnoser</p> |
| <h2 style="text-align: center;">ÖVRIG METASTASERING</h2> | |
| <p>Övrig metastasering - vid levermetastas avses annan lokal än lever</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Nej, har aldrig funnits • Ja, metastas finns • Ja, metastas tidigare, men nu ej påvisbar <p>Obligatorisk variabel för maligna diagnoser</p> |
| <p>Lokal för metastas</p> | <p>Om Ja, metastas finns, ange lokal, flera alternativ kan anges:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lever (alternativ för spår gallblåsa, perihilär) • Lunga • Binjure • Peritoneum • Skelett • Mjukdelar/hud • Lokalrecidiv av primärtumör (alt vid metastas) • Annan lokal <p>För alternativet peritoneum avses ej direkt överväxt från lever/gallvägar/gallblåsa.</p> <p>Vid levermetastatisk sjukdom avser frågan att klarlägga om det finns annan påvisad spridning utanför primärtumör, än till levern.</p> |
| <h2 style="text-align: center;">KLINISKT TNM-STADIUM</h2> | |
| <p>TNM 8 sedan 1 januari 2019, oavsett diagnosår, (TNM 7 2012-2017, TNM 6 2008-2011)</p> | |
| <p>TNM-stadium</p> | <p>Stadium anges enligt bilaga 1</p> <p>Ange T (TNM8) _____</p> <p>Ange N (TNM8) _____</p> <p>Ange M (TNM8) _____</p> <p><i>Logiska regler för lymfkörtlar:</i></p> <p><i>Variabeln Metastasmisstänkta regionala lymfkörtlar = ja = N1 eller N2</i></p> <p><i>Variabeln Metastasmisstänkta generella lymfkörtlar = ja = M1</i></p> |

| | |
|--|--|
| | <p><i>Metastaser:</i> <i>Generella lymfkörtelmetastaser samt Annan metastasering =M1</i></p> <p>Anges för C22.0, C22.1, C23.9, C24.0</p> |
| <p>Kommande enhet - behandling/uppföljning av patienten</p> | <p>Ange kommande sjukhus och enhet för behandling eller uppföljning.</p> <p>Välj sjukhus- och klinikkod i INCAs rullista</p> |

ANMÄLAN INKL 1:A MDK - PRIMÄR CANCER I LEVER OCH INTRAHEPATISK GALLGÅNG

VÅRDKONTAKT

| | |
|---|---|
| <p>Datum för välgrundad misstanke/debut</p> | <p>Ange datum: ÅÅ-MM-DD</p> <ul style="list-style-type: none"> • när diagnos debuterade och blev uppmärksammas • Startdatum för standardiserat vårdförlopp, SVF • datum då patient vidtalas • datum för beslut om remiss • Saknas uppgift kan datum anges för första radiologiskt fynd <p>Variabel används för att jämföra ledtider med SVF i följande fall:</p> <ul style="list-style-type: none"> • diagnoskod angivits för primär malignitet i lever/gallvägar • diagnos cancer in situ eller vid oklar diagnos, ICD D-diagnos |
| <p>Initiering av utredning av aktuell tumör i lever/gallblåsa/gallgång</p> | <p>Ange ett alternativ:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Remiss, annan enhet har initierat utredning • Behandlad/kontrollerad på rapporterende enhet • Sökt själv till rapporterende enhet, patienten <p>Patienten behandlas/kontrolleras på kliniken av annan orsak, då aktuell förändring påvisas.</p> |
| <p>Datum remiss/patient (ankomst till rapporterende enhet)</p> | <p>Ange alltid datum: ÅÅ-MM-DD</p> <ul style="list-style-type: none"> • Remiss ankommer till rapporterende enhet, skriftlig eller muntlig • Första datum när patient intieras vid MDK, formell remiss inkommer senare • Egenremiss inkommer • Patienten sökt själv på akutmottagning • Undersökningsfynd uppmärksammas, patient följs vid klinik |
| <p>Remitterande enhet</p> | <p>Ange remitterande enhet: Enligt lista med sökbara enheter, sjukhus- och klinikkod, gemensam för INCA.</p> <p>Remitterande enhet som saknar inrapportör anges med generell kod t ex: OC Väst (5)- Vårdcentral 1. (59998) – Klinik (999), eller OC Väst (5) -Enhet utan inrapportör (59999) – Okänd klinik (999)</p> |
| <h2>DIAGNOS och ICD10-kod</h2> | |
| <p>Lokal</p> | <p>Ange en lokal för huvudsakligt organ där tumör/patologi är lokaliserad</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lever och intrahepatiska gallvägar • Gallblåsa • Extrahepatiska gallvägar <p>Notera att exempelvis dilatation av gallgångar finns under både lever och gallvägar.</p> |

| | |
|---|---|
| Malign/In situ/benign | <p>Ange rätt diagnos genom att välja om tumör/tillstånd tillhör kategori:</p> <ul style="list-style-type: none"> • primär malignitet • metastas, sekundär malignitet • cancer in situ/oklar malignitetspotential • benign diagnos, neoplasier eller • andra tillstånd <p>Maligna diagnoser samt cancer in situ/oklara tillstånd är canceranmälningspliktiga. Om PAD finns, och förändring inte bedöms som malign eller cancer in situ används benign diagnos i registret.</p> |
| Diagnos | <p>Ange en diagnos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Levercellskarcinom (HCC) • Hepatoblastom (C22.2) • Kolangiokarcinom i intrahepatisk gallgång (C22.1) • Blandat hepatocellulärt karcinom och kolangiokarcinom (C22.1) • Angiosarkom (C22.3) • Andra sarkom (C22.4) • Mesotelial cancer i lever (C45.1) • Intraduktal papillär tumör med invasivt karcinom. (C22.7) • Mucinös cystisk tumör med invasivt karcinom (C22.1) • Haemangioendoteliom (C22.7) • Annan specificerad malignitet i lever (C22.7). • Odifferentierat karcinom i lever och intrahepatiska gallvägar (C22.9) • Malign tumör i gallvägarna med övergripande växt alt. ospecificerad lokal (C24.8) |
| <p>DEBUT - registreras en gång per diagnos vid diagnos av malign eller oklar tumör</p> | |
| Upptäckt av tumör | <p>Ange en orsak till upptäckt av primär malignitet eller oklar diagnos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klinik • Surveillance • Radiologiskt, en-passant • Operativt, en-passant. Åtgärdskod och ingreppsdatum ska anges <p>Klinik; undersökning p g a kliniska symtom/avvikande laboratoriefynd/debut av leversjukdom</p> <p>Surveillance; uppföljande undersökning p g a underliggande lever/gallvägssjukdom</p> <p>Radiologiskt en passant upptäckt; undersökning utförd i annat syfte, än att detektera tumör i lever/gallvägar, t ex radiologi i samband med trauma, vid hälsoundersökning, för studie av annan orsak.</p> <p>Operativt upptäckt en-passant; fynd i samband med ingrepp för annat tillstånd. Vanlig situation är gallblåsecancer som upptäcks i PAD efter kolecystektomi, som utförts utan misstanke på malignitet, eller levertransplantation där malign tumör påvisas i uttagen lever trots att det inte misstänktes före ingrepp.</p> |
| Finns bekräftande cytologi eller PAD | <p>Ange ett alternativ, som bekräftar angiven diagnos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nej, genomförd biopsi utan att PAD bekräftar anmäld diagnos • Ja, cytologi/biopsi, öppnar kompletterande variabler |

| | |
|--|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> • Ja, operationspreparat, efter en-passantoperation |
| Datum för biopsi/cytologi | Ange datum: ÅÅ-MM-DD, för ingrepp/provtagningsdatum |
| Analyserande enhet | Ange analyserande laboratorium, som besvarar cytologi eller patologi. Obligatorisk variabel. |
| Analyserande enhet | Ange analyserande laboratorium, som besvarar cytologi eller patologi. Obligatorisk variabel. |
| Preparatnummer | Ange analyserande laboratorium, som besvarar cytologi eller patologi. Obligatorisk variabel. |
| Preparatår | Ange årtal: ÅÅÅÅ. Obligatorisk variabel |
| Histomorfologisk diagnos | Ange histomorfologisk diagnos i klartext, som anges i utlåtande från cytologi/patologi ,t ex adenocarcinom enligt <i>bilaga 4</i> för PAD. Histomorfologisk diagnos är krav för canceranmälan. |
| Datum för operativt en-passantfynd | Ange datum för ingrepp: Diagnosdatum vid en-passantupptäckt tumör är datum för ingrepp. |
| Åtgärds kod för operativt en-passantfynd | Ange åtgärds kod för ingrepp som ledde till fynd av en-passantupptäckt diasgnos. Viktigaste åtgärds kod anges, = operationskod, KVÅ-kod Angiven kod presenterar aktuellt ingrepp i klartext. |
| UNDERLIGGANDE SJUKDOM – vid primär malign tumör eller oklar diagnos | |
| Cirros | Finns levercirros? Ange ett av tre alternativ vid primär malignitet: <ul style="list-style-type: none"> • Ja, kliniskt eller biopsiverifierad • Nej • Oklart Klinisk verifierad; faställd med elasticitetsmätningar av lever, en kombination av kliniska variabler, förekomst av portal hypertension, radiologi etc. |
| Associerad lever-/gallgångssjukdom | Ange: Nej eller Ja Obligatorisk variabel för diagnos C22, D376 lever/gallvägar, C23, C24, och om cirros angivits i ovanstående variabel. Ja anges vid eventuell associerad leversjukdom, Stenssjukdom räknas inte. Vid ja, ange: flera alternativ valbara <ul style="list-style-type: none"> • Alkoholsjukdom • Autoimmun hepatit • Hemokromatos |

| | |
|---------------------------------------|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> • Hepatit B • Hepatit C • Koledochuscysta • Kryptogen cirrhos (okänd orsak) • Maljunction mellan pancreas och gallgång • Non-alcoholic steatohepatitis (NASH) • Porfyri • Primär skleroserande kolangit • Primär biliär kolangit (PBC) • Annan sjukdom <p>Stensjukdom räknas inte som associerad sjukdom</p> |
| Diabetes | <p>Ange: Nej eller Ja</p> <ul style="list-style-type: none"> • diabetes typ I eller typ II har dokumenterats som diagnos • medicin med insulin eller diabetesmedicin ges <p>nyupptäckt diabetes med laboratoriemässigt belägg</p> |
| Föreligger portal hypertension | <p>Ange: Ja, Nej eller Ej besvarat</p> <p>Portal hypertension - om det föreligger minst ett av följande:</p> <ul style="list-style-type: none"> • varicer tidigare eller aktuella i esofagus eller fundus ventriculi tydande på portal hypertension • mjältförstoring utan annan känd orsak • diuretikabehandlad ascites <p>trombocytopeni som hänförs till leversjukdom</p> |
| BESLUT | |
| Behandlingskonferens | <p>Ange ett av fem alternativ:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Regional MDK • Lokal MDK • Transplantations MDK • Nationell MDK • Beslut utan MDK – ingen konferens <p>Multidisciplinär konferens, MDK/re-evaluering:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Förutsätter deltagande radiolog och kliniker • Är underlag för diagnos/staging och • Behandlingsrekommendation • <u>Rekommendation om behandling kan fattats utan multidisciplinär konferens</u> <p>Första MDK efter remissankomst. Re-evalueringsformulär inför behandling ska senaste beslutsdatum registreras för adekvata ledtider och för aktuell information om staging inför ingrepp.</p> <p>Regional MDK= hepatobilär regional MDK. Varje center med kompetens inom leverkirurgisk och radiologi, är ett minimum, men där onkologisk, gastroenterologisk och omvårdnadskompetens är andra viktiga kompetenser. Exempel: Regional konferens för patient med levermetastas av koloncancer med deltagande av leverkirurgiskt centrum= regional MDK,</p> |

| | |
|--|--|
| | <p>medan regional MDK vid metastastisk sjukdom utan deltagande av levercentrum kan definieras som lokal konferens. Lokal MDK = Annan MDK som genomförs vid respektive sjukhus oavsett vilka kompetenser som utgör det multidisciplinära. Transplantations MDK = Konferens som har befogenhet att sätta upp patient på väntelista för levertransplantation. Nationell MDK= Konferens med deltagande av flera centra som har nationellt uppdrag, ex vid perihilar gallvägscancer. Beslut utan MDK = Ingen konferens har genomförts. Ange datum för beslut: när beslut dokumenteras eller datum för överenskommelse med patient</p> |
| <p>Datum för MDK, beslut eller re-staging</p> | <p>Ange datum: ÄÄ-MM-DD; för multidisciplinär konferens, beslut eller re-staging</p> <ul style="list-style-type: none"> • datum för genomförd MDK • datum då behandling överenskommit med patient • datum som kan identifieras som datum för beslut i journalhandling/patientadministrativt system <p>Datum används i registret för att koppla diagnos och beslut till ingrepp och uppföljning, varför <u>datum ska anges även när beslut är tagna utan MDK</u></p> |
| <p>Finns beslut om rekommenderad behandling efter MDK – vid maligna, cancer in situ och oklar diagnos</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Ja, patient kan efter överenskommelse sättas på väntelista. • Nej, ny, annan MDK, kompletterande utredning eller bedömning krävs <p>Datum för MDK; startdatum för ledtid från beslut till behandlingsstart. Ger realistisk bedömning av renodlad väntetid. Inför MDK är det inte alltid möjligt att säkerställa att behandlingsrekommendation är genomförbar, t ex om patient är möjlig att behandla med kemoterapi.</p> <p>Vid nej, anges att, även om det anges förslag på behandling, så återstår kompletterande bedömning för att kunna fatta beslut.</p> <p>Anges för: maligna diagnoser, ca in situ och oklara tumörer.</p> |
| <p>Orsak till MDK/beslut</p> | <p>Ange ett alternativ som orsak till beslut:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Bedömning nydebuterad förändring i lever/gallvägar Avser enbart ny diagnos/ny registerpost NOTERA! Vid återfall/recidiv av tumör på samma plats som tidigare eller ny plats, som tidigare är diagnosticerad med t ex HCC, görs registrering som ett återfall/recidiv, se punkt 3 2. Evaluering Utvärdering, oftast radiologi, av pågående eller nyss given behandling 3. Återfall efter uppnådd tumörfrihet Ny tumör i eller utanför lever/gallvägar alt återfall på tidigare behandlad lokal efter genomförd behandling. NOTERA! När radiologi/värdering genomförs inom 60 dagar från genomförd behandling räknas det till behandlingsevaluering, dvs registreras under punkt 2. 4. Beslut efter kompletterande utredning eller ny/annan MDK Punkt 4 ses endast på separat MDK formulär |

| | |
|---|---|
| | Anmälan görs i registret när diagnos/behandling aktualiseras. På anmälan finns enbart alternativ 1-3. |
| Vid behandlingsevaluering | <p>Ange respons av behandling – när orsak till MDK angetts vara behandlingsevaluering</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ingen kvarvarande tumör efter kirurgisk/ablativ behandling • Ingen kvarvarande tumör efter medicinsk/interventionell/strålbehandling, komplett remission om evaluering efter medicinsk behandling • Respons <ul style="list-style-type: none"> - medicinsk behandling med minst 30% minskad tumördiameter - efter kirurgisk behandling finns kvarvarande tumör på preoperativt tidigare kända lokaler, men kirurgisk behandling har minskat tumörbörda • Stabil tumörsjukdom • Progress • Kan ej evalueras <p>SweLiv rekommenderar att RECIST-kriterier används för bedömning av behandlingsrespons, som baseras på mätning av tumördiameter i ett plan.</p> <p>Obs att det räcker att det finns progress i en tumör för att det enligt RECIST ska klassificeras som progress.</p> <p>Tumör understigande 10 mm mäts inte då levercancer utvärderas, medan även tumör mindre än 10 mm inkluderas då tumörantal och diameter utvärderas.</p> <p>RECIST kriterier framgår på www.recist.org</p> <p>Vid HCC och kemoembolisering korrelerar mRECIST till överlevnad, men inte RECIST.</p> <p>mRECIST mäter vaskulariserad del av tumör, och som behandlingsevaluering efter kemoembolisering rekommenderas därför mRECIST. Det innefattar att bedömning för ställningstagande till transplantation efter kemoembolisering görs utifrån bedömning av tumörbörda mätt enligt mRECIST.</p> |
| Vid progress | <p>Ange typ av progress; ett eller flera av följande alternativ</p> <ul style="list-style-type: none"> • ökat antal • storlekstillväxt eller • progress annan lokal än lever/gallvägar. <p>Storlekstillväxt = >20% ökning av diameter i överensstämmelse med RECIST-kriterier</p> |
| <p>PLANERAD BEHANDLING OCH INTENTION</p> <p>Ange planerad behandling till resektion eller ablation. Då förväntar registret ett efterföljande kirurgiformulär. Behandlingsintention styr således vad register förväntar för kommande blanketter. Notera! Rapportera enbart den behandling som planeras närmast.</p> | |
| Planeras behandling av lever/gallblåsa/gallgång | <p>Vid nej; ange orsak</p> <ul style="list-style-type: none"> • Funktionsstatus/comorbiditet/leverfunktion • Funktionsstatus (ECOG), eller komorbiditet inkluderande |

| | |
|---|---|
| | <p>leverfunktion kan utgöra kontraindikation.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diagnostiska kriterier för malignitet uppfylls ej/saknas indikation • Tumör radikalt opererad • Missbruk • Patientens eget val <p>Eget val anges då patienten avstår från behandling trots att det medicinskt finns anledning att rekommendera behandling</p> <p>Vid ja; ange behandling samt intention nedan</p> |
| <p>Resektionskirurgi lever/gallvägar</p> | <p>Om Ja; ange behandlingsintention</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kurativ strategi , som kan uppnås med planerat ingrepp • Kurativ, men kräver fler ingrepp • Palliativ/tumörreducerande, inte kurativ <p>Innefattar kurativ strategi, resektion av lever/gallblåsa/gallgång, samt lymfkörtelutrymning, samt planeras med syfte att påverka lokal tumörbörda. Kombination av resektion på olika lokaler, t ex ablation inför levertransplantation för att undvika progress under väntetid. Om all tumör kan avlägsnas vid ingrepp, och kombination med kemoterapi möjliggör kuration väljs alternativ 1 - Kurativ. Palliativ/tumörreducerande innefattar symtomlindring, förlängning av liv.</p> <p>Innefattar inte lokala åtgärder som stentning, portaembolisering, och här avses inte resektioner för spridd sjukdom utanför lever/galla, t ex åtgärd av lungmetastas.</p> |
| <p>Ablativ behandling</p> | <p>Om Ja; ange behandlingsintention</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kurativ strategi, som kan uppnås med planerat ingrepp • Kurativ, men kräver fler ingrepp • Palliativ/tumörreducerande <p>Ablation innefattar metoder för lokal destruktions</p> <ul style="list-style-type: none"> • RF radiovågsbehandling • MWA mikrovågsbehandling • IRE irreversibel elektroporering <p>Stereotaktisk strålbehandling registreras under strålbehandling.</p> <p>Innefattar tvåstegs-ingrepp, kombination av ablationer på olika lokaler, eller planerat förfarande, t ex ablation inför levertransplantation för att undvika tumörprogress under väntetid. Palliativ /tumörreducerande i syfte att uppnå symtomlindring och/eller förlängning av liv.</p> <p>Om all tumör kan avlägsnas i samband med ingrepp, och kombination med kemoterapi möjliggör kuration, väljs alternativ 1 - Kurativ.</p> |
| <p>Levertransplantation</p> | <p>Om Ja: ange behandlingsintention</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kurativ strategi, som kan uppnås med planerat ingrepp • Kurativ, men kräver fler ingrepp • Palliativ/tumörreducerande <p>Beslut om utredning för transplantation krävs, men innebär inte att levertransplantationsutredning har genomförts eller att patienten ens har remitterats till transplantationsenhet.</p> <p>Krävs fler ingrepp anger det en kurativ strategi, och att planerad transplantation är ett led i strategin, t ex är tvåstegs-ingrepp, kombination</p> |

| | |
|--|--|
| | <p>av resektion och transplantation av olika lokaler.</p> <p>Palliativ/tumörreducerande anger att transplantation inte är kurativ. Det innefattar tumörreducerande ingrepp i syfte att uppnå symtomlindring och/eller förlängning av liv.</p> <p>Om all tumör kan avlägsnas i samband med ingrepp, och kombination med kemoterapi möjliggör kuration, väljs alternativ 1 - Kurativ.</p> |
| <p>Kemoembolisering (TACE)</p> | <p>Om Ja: ange ett alternativ</p> <ul style="list-style-type: none"> • Neoadjuvant - start innan kirurgi/ablation/transplantation • Downstaging • Palliativ – icke kurativt syftande behandling • Postoperativt – adjuvant behandling efter ingrepp <p>Neoadjuvant behandling; syftar till att minska återfall eller risk för dropout under väntetid för ingrepp, men tumörbörda i sig medger ingrepp</p> <p>Downstaging; tumörutbredning medger inte kurativ strategi utan framgångsrik downsizingbehandling</p> <p>Definition av kemoembolisering, TACE; används lite slarvigt som begrepp för behandlingar som innefattar lokoregional behandling i lever med intraarteriell administration av läkemedel och/eller emboliserande ämne.</p> <p>Begreppet innefattar således kemoinfusion, embolisering med resorberbara eller icke resorberbara beads eller t ex spongostan, och beads laddade med kemoterapi, oavsett typ av cellgift.</p> <p>Inkluderas inte i begreppet TACE; Behandling med Yttrium (SIRT) genom embolisering = intern strålbehandling</p> |
| <p>Systemisk antitumoral behandling</p> | <p>Om Ja; ange ett alternativ</p> <ul style="list-style-type: none"> • Neoadjuvant - start innan kirurgi/abl/transplantation • Downstaging • Palliativ – icke kurativt syftande behandling • Postoperativt – adjuvant behandling efter ingrepp <p>Neoadjuvant behandling; syftar till att minska återfall eller risk för dropout under väntetid för ingrepp, men tumörbörda i sig medger ingrepp</p> <p>Downstaging; nuvarande tumörutbredning medger inte kurativ strategi utan framgångsrik downsizingbehandling</p> <p>Innefattar all typ av medicinsk behandling, t ex cytostatika, tyrosinkinashämmare, antikroppsbehandling, systemisk immunterapi som syftar till att påverka tumörbörd</p> |
| <p>Strålbehandling av lever/gallvägar</p> | <p>Om Ja; ange ett alternativ, samt NÄR</p> <ul style="list-style-type: none"> • Neoadjuvant - start innan kirurgi/abl/transplantation • Downstaging • Palliativ – icke kurativt syftande behandling • Postoperativt – adjuvant behandling som tillägg efter ingrepp <p>Neoadjuvant behandling; syftar till att minska återfall eller risk för dropout under väntetid för ingrepp, men tumörbörda i sig medger ingrepp</p> <p>Downstaging; nuvarande tumörutbredning medger inte kurativ strategi utan framgångsrik downsizingbehandling</p> |

| Annan antitumoral behandling av lever/gallvägar | <p>Om Ja; ange ett alternativ</p> <ul style="list-style-type: none"> • Neoadjuvant - start innan kirurgi/abl/transplantation • Downstaging • Palliativ – icke kurativt syftande behandling • Postoperativt – adjuvant behandling som tillägg efter ingrepp <p>Neoadjuvant behandling; syftar till att minska återfall eller risk för dropout under väntetid för ingrepp, men tumörbörda i sig medger ingrepp</p> <p>Downstaging; nuvarande tumörutbredning medger inte kurativ strategi utan framgångsrik downsizingbehandling</p> | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|----------|------------|---|--|---|--|---|---|---|---|---|--|---|-----|---|---------|
| Planeras behandling av tumör utanför lever/gallblåsa/gallvägar | <ul style="list-style-type: none"> • Nej, exkluderar • Ja, primär tumör - enbart för levermetastas • Ja, annan lokal | | | | | | | | | | | | | | | | |
| FUNKTIONSSTATUS OCH LEVERFUNKTION | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Funktionsstatus performance enligt WHO | <p>Funktionsstatus; bedömning av läkare eller sjuksköterska. Funktionsstatus, performance enligt WHO/ECOG. Ange grad:</p> <table border="1" data-bbox="526 936 1388 1456"> <thead> <tr> <th>ECOG/WHO</th> <th>DEFINITION</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0</td> <td>Klarar all normal aktivitet utan begränsning</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>Klarar inte fysiskt krävande aktivitet men är uppegående och i stånd till lättare arbete</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Är uppegående och kan sköta sig själv men klarar inte att arbeta. Är uppe och i rörelse mer än 50 % av dygnets vakna timmar</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>Kan endast delvis sköta sig själv. Är bunden till säng eller stol mer än 50 % av dygnets vakna timmar</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>Klarar inte någonting. Kan inte sköta sig själv. Är bunden till säng eller stol.</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>Död</td> </tr> <tr> <td>6</td> <td>Ej känt</td> </tr> </tbody> </table> <p>ECOG används då det är ett validerat instrument för att mäta patientens funktionsstatus med stor prognostisk betydelse.</p> | ECOG/WHO | DEFINITION | 0 | Klarar all normal aktivitet utan begränsning | 1 | Klarar inte fysiskt krävande aktivitet men är uppegående och i stånd till lättare arbete | 2 | Är uppegående och kan sköta sig själv men klarar inte att arbeta. Är uppe och i rörelse mer än 50 % av dygnets vakna timmar | 3 | Kan endast delvis sköta sig själv. Är bunden till säng eller stol mer än 50 % av dygnets vakna timmar | 4 | Klarar inte någonting. Kan inte sköta sig själv. Är bunden till säng eller stol. | 5 | Död | 6 | Ej känt |
| ECOG/WHO | DEFINITION | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 0 | Klarar all normal aktivitet utan begränsning | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | Klarar inte fysiskt krävande aktivitet men är uppegående och i stånd till lättare arbete | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | Är uppegående och kan sköta sig själv men klarar inte att arbeta. Är uppe och i rörelse mer än 50 % av dygnets vakna timmar | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | Kan endast delvis sköta sig själv. Är bunden till säng eller stol mer än 50 % av dygnets vakna timmar | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | Klarar inte någonting. Kan inte sköta sig själv. Är bunden till säng eller stol. | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | Död | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | Ej känt | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ascites | <p>Ange ett alternativ för ascitesbedömning:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ingen; Kliniskt ingen ascites, även om det kan finnas mindre mängd, t ex på ultraljud men inget behov av behandling • Lättbehandlad; kontrolleras med saltrestriktion och diuretika • Måttlig/svår Refraktär ascites som kräver upprepade tappningar/TIPS (transjugulär intrahepatisk portosystemisk shunt) • Ej känt | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Encefalopati | <p>Ange ett alternativ:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ingen; oklarhet, förvirring eller personlighetsförändring • Lätt; uttalad slöhet, sömning men kontaktbar vid stimulering • Svår; stuporös eller värre | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | |
|---|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> Ej känt |
| LABORATORIEVÄRDEN - tagna i anslutning till aktuell utredning, och inom 60 dagar | |
| α-fetoprotein | <p>(µg/l, 0-1 milj kan anges) eller anges α-fetoprotein ej känt.</p> <p>α-fetoprotein är stegrat i ca 70% av levercellscancer, men kan vara stegrat vid tex endokrin malignitet och hepatit. Biologisk halveringstid ca 5 dagar. Prognostiskt finns negativ korrelation mellan värde och prognos.</p> <p>Diagnosspecifikt: α-fetoprotein anges vid primär malign och oklartumör lever.</p> |
| CA 19-9 | <p>(U/ml) eller anges CA 19-9 ej känt.</p> <p>Rel ospecifik tumörmarkör för gallvägscancer som påverkas av gallstas och livsstil. Ingår i en del diagnostiska algoritmer. Prognostiskt använt även för kolorektala levermetastaser.</p> <p>Diagnosspecifikt: CA19-9 anges för primär malignitet i lever och oklar tumör i lever samt levermetastas.</p> <p>CA 19-9 värde 0-1000 accepteras</p> |
| CEA | <p>(µg/L) eller anges CEA ej känt.</p> <p>Diagnosspecifikt: CEA anges vid C221, C23, C24, C 787 samt D376</p> <p>CEA värde 0-1000 accepteras</p> |
| Bilirubin | <p>(µmol/l) eller anges Bilirubin ej känt.</p> <p>Stegrat Bilirubin anger att leverns möjlighet att ta hand om det gula färgämnet bilirubin är nedsatt, antingen pga dålig leverfunktion, gallstas eller sönderfall av blodkroppar.</p> <p>Bili anges vid C22, C23,C24</p> <p>Begränsningar i värde som skall kunna matas in: Bilirubin 1-1500 µmol/l.</p> |
| PK (INR) | <p>(INR) alternativt värde ej känt/bedömbart pga Waran</p> <p>INR mäter leverns K-vitaminberoende produktion av koagulationsfaktorer. Påverkas av waran men inte heparinmedicinering.</p> <p>PK anges vid diagnos C22, C23,C24</p> <p>PK 0,7-12 INR. Värde anges med en decimal.</p> |
| Albumin (g/l) | <p>(g/l) (värde 8-50 accepteras)</p> <p>Albuminvärde påverkas av leverfunktion, men också tex inflammation. Albumin och CRP bör vara från samma provtagningsstillfälle.</p> |

| | Albumin anges vid primär malignitet i lever, gallblåsa eller gallvägar. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---------------------------|--|----------------|--------------|---------------------------|----------|--------------------------|---|---------------------------|---|---------------------------|-----|-------|-----|---------|-----|-------|-----|-----|------|---------|------|---------|-------|------|------|--------------|-------|------|------|
| Kreatinin (umol/l) | <p>umol/l eller ej känt/bedömbart pga dialys</p> <p>Kreatinin speglar njurfunktion men låga värden kan också indikera låg muskelmassa.</p> <p>Kreatinin anges från 30-1500 µmol/l (numererärt heltal)</p> <p>Albumin anges vid primär malignitet i lever, gallblåsa eller gallvägar.</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CRP (mg/l) | <p>mg/l eller ej känt.</p> <p>CRP stiger vid inflammatoriska tillstånd, oavsett om det är orsakat av infektion eller annan inflammation inkluderande inflammation pga malignitet.</p> <p>CRP anges från 0-1000 mg/l.</p> <p>CRP anges vid primär malignitet samt vid metastas i lever, vid oklar tumör i lever.</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Child-Pugh | <p>Automatiskt genererade scoror (besvaras variabler kan anges)</p> <p>Child-Pugh</p> <p>Child A=5-6p</p> <p>B=7-9p</p> <p>C=310p</p> <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <thead> <tr> <th>Faktor/</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>poäng</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Bilirubin</td> <td><34</td> <td>34-51</td> <td>>51</td> </tr> <tr> <td>Albumin</td> <td>>35</td> <td>30-35</td> <td><30</td> </tr> <tr> <td>INR</td> <td>>1.7</td> <td>1.7-2.3</td> <td>>2.3</td> </tr> <tr> <td>Ascites</td> <td>Ingen</td> <td>Mild</td> <td>Svår</td> </tr> <tr> <td>Encefalopati</td> <td>Ingen</td> <td>Mild</td> <td>Svår</td> </tr> </tbody> </table> | Faktor/ | 1 | 2 | 3 | poäng | | | | Bilirubin | <34 | 34-51 | >51 | Albumin | >35 | 30-35 | <30 | INR | >1.7 | 1.7-2.3 | >2.3 | Ascites | Ingen | Mild | Svår | Encefalopati | Ingen | Mild | Svår |
| Faktor/ | 1 | 2 | 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| poäng | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Bilirubin | <34 | 34-51 | >51 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Albumin | >35 | 30-35 | <30 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| INR | >1.7 | 1.7-2.3 | >2.3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ascites | Ingen | Mild | Svår | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Encefalopati | Ingen | Mild | Svår | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| MELD | <p>MELDscore = $9.57 \cdot \ln(\max(\text{Kreatinin (micromol/L/88.4,1)}) + 3.78 \cdot \ln(\max(\text{bili micromol/L/17.1,1})) + 11.2 \cdot \ln(\text{INR}) + 6.43$.</p> <p>Heltal anges enbart.</p> <p>För SweLiv anges enbart MELD då Kreatinin och INR kan anges.</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| mGPS | <p>Modified Glasgow Prognostic Score (mGPS, score 0-2)</p> <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <thead> <tr> <th>mGPS</th> <th>Score</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>CRP ≤10, Albumin ≥ 35 g/l</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>CRP ≤10, Albumin < 35g/l</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>CRP >10, Albumin ≥ 35 g/l</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>CRP >10, Albumin < 35 g/l</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table> | mGPS | Score | CRP ≤10, Albumin ≥ 35 g/l | 0 | CRP ≤10, Albumin < 35g/l | 0 | CRP >10, Albumin ≥ 35 g/l | 1 | CRP >10, Albumin < 35 g/l | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| mGPS | Score | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CRP ≤10, Albumin ≥ 35 g/l | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CRP ≤10, Albumin < 35g/l | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CRP >10, Albumin ≥ 35 g/l | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CRP >10, Albumin < 35 g/l | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | |
|---|--|
| | CRP >10, Albumin < 35g/l, 2 |
| TUMÖRUTBREDNING | |
| Vilka radiologiska undersökningar har genomförts som underlag till beslut? | <p>Vilken radiologi ligger till grund för staging? Alternativ, flera alternative kan anges, ange ja och nej för samtliga:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. MR-lever 2. CT- Buk/Lever 3. PET-CT <p>Variabel visas enbart vid maligna/oklara diagnoser</p> |
| Radiologiskt påvisad tumör, ange antal | <p>0 (tumör ej påvisad radiologiskt), 1, 2, 3, 4, 5, 6-10, eller antal tumörer ej känt (tumör ses radiologiskt, men antal har ej definierats).</p> <p>Ange antal tumörer, som bedöms ha samma diagnos som anmäld tumör. Bedömning om antal tumörer anger om tumör kan påvisas vid aktuell staging. Tidigare men nu ej påvisbar förändring är således=0.</p> <p>Om tumör inte kan mätas, men då man ändå uppfattar att det finns en tumör anges det som 1. Detta innefattar tex indirekta tecken på gallgångscancer, förtjockning av gallgångs- eller gallblåsevägg utan säkert malign diagnostik.</p> |
| Diagnosdatum | <p>"Dold" variabel som konstrueras utifrån angivna datum då tumör påvisades radiologiskt eller patologiskt.</p> <p>Här definieras diagnosdatum som det datum som används för registrering i cancerregistret. Enligt regler därifrån räknas diagnosdatum som datum då förändring påvisats först, radiologiskt eller datum för cytologi/patologi. Datum då diagnos ställs kliniskt är därför ett senare datum.</p> <p>Behöver konstrueras utifrån MDK data och datum för biopsi.</p> |
| Finns dysplastiska/ LIRAD 3-4 noduli utöver detta antal? | <p>Definition: Här anges enbart noduli, som inte räknats in i föregående variabel men som bedömts som premaligna tex bedömd som dysplastiskt nodulus eller LIRAD 3 eller 4 nodulus, storlek (<10mm)</p> <p>Variabel enbart för primär malignitet lever eller oklar tumör i lever.</p> |
| Datum då tumör/förändring påvisades radiologiskt? | <p>För malign tumör anges datum då det radiologiskt påvisas förändring motsvarande kriterier för välgrundad misstanke.</p> <p>Vid benign förändring anges datum då förändring radiologiskt påvisats.</p> <p>Vid behandlingsevaluering skall variabeln vara blockerad, och tidigare datum för påvisad tumör skall visas.</p> |
| Diameter tumör 1 | <p>Alternativ ange mått (ett-fyra beroende av diagnos se nedan), alternativt att mått ej är känt.</p> <p>Tumör 1-4 mått i mm..... (mått mellan 5-300 mm accepteras) Villkor: Variabel diameter visas enbart upp då det i variabeln antal tumörer</p> |

| | |
|--|--|
| | <p>angetts att det finns tumör.</p> <p>Diagnosrelaterade begränsningar för variabler om diameter tumör:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Primär lever (benign o/e malign) , antal diameter 4 • Gallblåsa, antal diameter 1 • Perihilär gallgång antal diameter, 1 • Metastas, antal diameter, 1 |
| Diameter tumör 2 | Tumör 2, mått mm..... (5-300) Alternativt mått ej känt Enbart aktuellt vid primär levertumör. |
| Diameter tumör 3 | Tumör 3, mått mm..... (5-300) Alternativt mått ej känt Enbart aktuellt vid primär levertumör. |
| Diameter tumör 4 | Tumör 4, mått mm..... (5-300) Alternativt mått ej känt Enbart aktuellt vid primär levertumör. |
| Trombos i porta- eller lever-ven? | Visas vid malign och oklar tumör primär lever. Vid ja, skall efterföljande variabel om tumörtromb besvaras. |
| Tumörtromb? | Tumörtromb (kan påverka stadiindelning), ska besvaras: Alternativ (ett av tre): <ul style="list-style-type: none"> • Nej • Ja • Oklart Definition: Tumörtromb anses föreligga då det bedömts sannolikt radiologiskt, tex förekomst av patologiska kärl i tromb påvisade vid kontrastundersökning). |
| Tumör lokalt begränsad? | Lokalt begränsad avser om tumören är begränsad till aktuell lokal=organ. För lever innebär det att tumör växer över på vävnad som framgår av efterföljande variabel. Överväxt på gallblåsa räknas inte vid tumör i lever. |
| Ange lokal för överväxt | Ange lokal för överväxt, ange ett eller flera alternativ: <ul style="list-style-type: none"> • Lever • Diafragma • Hilarplatta • Arteria hepatica • Vena porta • Vena cava • Peritoneum/bukvägg • Tarm/ventrikel • Pancreas • Överväxt mot flera lokaler |
| LYMFKÖRTLAR | |

| | |
|-----------------------------------|--|
| <p>Lymfkörtelmetastas</p> | <p>Föreligger misstanke om lymfkörtelmetastas?</p> <p>Alternativ ja eller nej, skall besvaras för lokala samt generella lymfkörtelstationer.</p> <p>Definition av misstänkt lymfkörtelmetastas:</p> <p>Radiologiskt metastasmisstänkta lymfkörtelstationer skall ha ett kortaxelmått > 20 mm vid HCC, samt >15 mm vid kolangiocarcinom.</p> <p>Bedömning av staging vid MDK kan anges om det inte är tydligt i radiologiskt utlåtande.</p> <p>Lymfkörtelmetastaser i generella lymfkörtelstationer klassificeras som M1 enligt TNM. För definition av vilka körtelstationer som räknas som lokala och generella, se nedan.</p> <p><i>Logik: Frågan om lymfkörtelmetastaser skall enbart besvaras vid malign diagnos.</i></p> |
| | <p>Körtelstationer som räknas som lokala/regionala:</p> <p>Lokala=regionala lymfkörtelstationer</p> <p>Körtelstation 12= körtlar utmed leverligament (ligamentum hepatoduodenale) samt körtelstation 8 (a hepatica propria).</p> <p>Dessutom gäller följande tillägg för körtelstationer som betecknas som regionala:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Levercellscancer (HCC): Körtlar under diafragma samt 16a pericavala körtlar ovan njurven. • Högersidiga kolangiocarcinom: Periduodenala samt peripancreatiska körtlar inkluderas i de lokala. • Västersidiga kolangiocarcinom: inkluderar körtlar i gastrohepatiska ligamentet. |
| <p>METASTAS</p> | |
| <p>Övrig metastasering</p> | <p>Ange ett alternativ. Övrig anger att vi avser annan lokal än lymfkörtlar som efterfrågats i föregående variabel:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nej, har aldrig funnits 2. Ja, metastas finns 3. Ja, metastas tidigare men nu ej påvisbar. <p>Metastas betecknas som tumör i annan lokal. Våra möjligheter att bedöma förekomst av metastaser i lever vid primär malignitet är begränsade, och antal tumörer i lever anges därför istället.</p> <p>Alternativ 3 anges tex om metastas på annan lokal tidigare påvisats, men hav opererats bort, eller om den har gått i komplett remission på kemoterapi.</p> <p>Vid ja metastas finns, ange lokal för metastas i efterföljande variabel.</p> |
| <p>Lokal för metastas</p> | <p>Ange lokal för metastas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lunga • Binjure • Peritoneum • Skelett • Mjukdelar/hud |

| | |
|---|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> • Annan <p>För alternativet peritoneum avses ej direkt överväxt från lever/gallvägar/gallblåsa.</p> |
| <h2>KLINISKT TNM-STADIUM</h2> <p>Klinisk tumörutbredning enligt TNM (UICC) i SweLiv. TNM 6: 2008 - 2011 TNM 7: 2012 - 2017 TNM 8: 2019 - (anges i SweLiv för samtliga fall som rapporteras till SweLiv efter 1 januari 2019 oavsett diagnosår). TNM efterfrågas enbart då det anges diagnos som kan klassificeras enligt TNM enligt bilaga.</p> | |
| T-stadium | <p>Ange T-stadium.</p> <p>T-stadier framgår av bilaga.</p> <p>T-stadium finns enbart för levercellscancer och kolangiocarcinom av de primära maligniteterna i lever.</p> <p>Kontrollfunktioner finns i webformulär för att minska risk för att felaktig rapport av staging.</p> |
| N-stadium | <p>Ange N-stadium.</p> <p>N-stadier framgår av bilaga.</p> <p>Bör vara automatiskt genererad utifrån lymfkörtelvariabel</p> <p>Obligatoriskt för anmälan av diagnos C22.0, C22.1, C23.9, C24.0.</p> <p><i>Logiska regler;</i></p> <p><i>Lymfkörtlar:</i></p> <p><i>Variabeln Metastasmisstänkta regionala lymfkörtlar=ja = N1 eller N2.</i></p> <p><i>Variabeln Metastasmisstänkta generella lymfkörtlar=ja = M1.</i></p> |
| M-stadium | <p>Metastaser: Förutom generella lymfkörtelmetastaser så innebär annan metastasering=M1.</p> |
| Ange kommande enhet för behandling/uppföljning av patienten | <p>Ange sjukhus och klinik för kommande behandling/uppföljning av patienten.</p> <p>Anges då annan enhet skall ansvara, egen klinik förutsätts annars.</p> |

ANMÄLAN INKL 1:A MDK – FÖR METASTAS I LEVERN

VÅRDKONTAKT

| | |
|--|--|
| Datum för välgrundad misstanke | Ange datum: ÅÅ-MM-DD , för välgrundad misstanke när <ul style="list-style-type: none">• patient vidtalas, eller• beslut om remiss tas, eller• utredning startar, t ex när förändring påvisas radiologiskt |
| Initiering av utredning av aktuell tumör i lever/gallblåsa/gallgång | Ange ett alternativ: <ul style="list-style-type: none">• Remiss, annan enhet har initierat utredning• Behandlas/kontrolleras på rapporterande enhet av annan orsak• Sökt själv till rapporterande enhet |
| Datum remiss - ankomst av remiss eller patient till rapporterande enhet | Ange datum: ÅÅ-MM-DD - datum för remiss anges alltid <ul style="list-style-type: none">• Remiss till rapporterande enhet, skriftlig eller muntlig• Första datum när patient intieras vid MDK, formell remiss inkommer senare• Egenremiss inkommer• Patienten sökt själv på akutmottagning• Undersökningsfynd uppmärksammas, patient följs vid klinik |
| Remitterande enhet | Ange remitterande enhet: sjukhus- och klinskod enligt sökbar lista i INCA |

DIAGNOS OCH ICD10-KOD – LEVERMETASTASER

| | |
|------------------------------|--|
| Lokal för primärtumör | Ange ett alternativ: <ul style="list-style-type: none">• Kolon (C18)• Rektum (C20)• Anal (C21)• Bröst (C50)• Endokrin och neuroendokrin tumör (C254, C759)• Lunga (C34)• Lymfom (C8X/C9X)• Melanom, hud (C43)• Melanom, oculärt (C69)• Mesenkymal tumör (sarkom, GIST mm) (C49)• Okänt ursprung (C80.9)• Njuror (C64)• Gynekologisk (cervix, uterus, ovarial) (C53, C54, C56)• Pancreas (C25)• Tunntarm (C17)• Esofagus o magsäck (C15)• Gallvägar -gallblåsa/gallgång (C23/C24)• Intrahepatisk gallgång, sekundär (C22.1) |
|------------------------------|--|

| | |
|---|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> • Annan – Ange lokal för primärtumör i fritext |
| DEBUT | |
| Primärtumör opererad | <ul style="list-style-type: none"> • Nej – primärtumör finns kvar, endast biopsi, avlastande stomi utfört • Ja – resekerad tumör oavsett radikalt eller inte enligt PAD |
| Synkront upptäckt metastas | <p>Ange upptäckt av metastas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nej – metakron • Ja – synkron <p>Synkront upptäckt metastas inom 60 dagar från ursprunglig radiologi som påvisat malignitet i primär lokal.</p> <p>Därefter räknas tumören som upptäckt under tidig metakron fas.</p> |
| Finns bekräftande cytologi eller PAD | <p>Ange ett alternativ: avser metastas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nej • Ja, cytologi • Ja, operationspreparat efter en-passantoperation eller biopsi <p>En-passantoperation: I samband med ingrepp för en primärtumör upptäcks en metastas som tas bort.</p> |
| Datum för cytologi/biopsi/op-prep | <p>Ange datum: år-mån-dag</p> <ul style="list-style-type: none"> • för ingrepp med cytologi/biopsi/operationspreparat <p>Vid en-passantupptäckt tumör är datum för ingrepp = datum för diagnos.</p> |
| Analyserande patologenhet | <p>Ange laboratorium</p> <ul style="list-style-type: none"> • Analyserande patologi- eller cytologenhet |
| Preparatnummer | <p>Ange laboratoriets identifikationsnummer på preparatet, en kombination av bokstav och siffror</p> |
| Preparatår | <p>Ange årtal: ÅÅÅÅ. Obligatorisk variabel</p> |
| Histomorfologisk diagnos | <p>Ange histomorfologisk diagnos i klartext, som anges i utlåtande från cytologi/patologi, t ex adenocarcinom. Krav för canceranmälan.</p> |
| BESLUT | |
| Behandlingskonferens | <p>Ange ett av fem alternativ:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Regional MDK • Lokal MDK • Transplantations MDK • Nationell MDK |

| | |
|--|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> • Beslut utan MDK – ingen konferens <p>Multidisciplinär konferens, MDK/re-evaluering:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Förutsätter deltagande radiolog och kliniker • Är underlag för diagnos/staging och • Behandlingsrekommendation • <u>Rekommendation om behandling kan fattats utan multidisciplinär konferens</u> <p>Första MDK registreras efter remissankomst med anmälan. Re-evaluering inför behandling: senaste beslutsdatum och staging</p> <p>Definition: Regional MDK= hepatobilär regional MDK. Varje center med kompetens inom leverkirurgisk och radiologi, är ett minimum, men där onkologisk, gastroenterologisk och omvårdnadskompetens är andra viktiga kompetenser. Exempel: Regional konferens för patient med levermetastas av koloncancer med deltagande av leverkirurgiskt centrum= regional MDK, medan regional MDK vid metastastisk sjukdom utan deltagande av levercentrum kan definieras som lokal konferens. Lokal MDK = Annan MDK som genomförs vid respektive sjukhus oavsett vilka kompetenser som utgör det multidisciplinära. Transplantations MDK = Konferens som har befogenhet att sätta upp patient på väntelista för levertransplantation. Nationell MDK= Konferens med deltagande av flera centra som har nationellt uppdrag, ex vid perihilar gallvägscancer. Beslut utan MDK = Ingen konferens har genomförts. Ange datum för beslut: när beslut dokumenteras eller datum för överenskommelse med patient</p> |
| <p>Datum för MDK, beslut eller re-staging</p> | <p>Ange datum: ÅÅ-MM-DD</p> <ul style="list-style-type: none"> • för genomförd MDK • då behandling överenskommit med patient • som kan identifieras som datum för beslut i journalhandling/patientadministrativt system <p>Datum används för att koppla diagnos och beslut till ingrepp och uppföljning, varför <u>datum ska anges även när beslut är tagna utan MDK</u></p> |
| <p>Finns beslut om rekommenderad behandling efter MDK</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Ja, efter överenskommelse kan patient sättas på väntelista. • Nej, ny, annan MDK, kompletterande utredning eller bedömning krävs |
| <p>Orsak till MDK eller beslut</p> | <p>Ange ett alternativ som orsak till beslut:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Bedömning nydebuterad förändring i lever/gallvägar Avser enbart ny diagnos/ny registerpost NOTERA! Vid återfall/recidiv av tumör på samma plats som tidigare eller ny plats, som tidigare är diagnosticerad med t ex HCC, görs registrering som ett återfall/recidiv, se punkt 3 2. Evaluering Utvärdering, oftast radiologi, av pågående eller nyss given behandling 3. Återfall efter uppnådd tumörfrihet Ny tumör i eller utanför lever/gallvägar alt återfall på tidigare behandlad lokal efter genomförd behandling. NOTERA! När radiologi/värdering genomförs inom 60 dagar |

| | |
|--|--|
| | från genomförd behandling räknas det till behandlingsevaluering, dvs registreras under punkt 2. |
| Vid behandlingsevaluering ange respons | <p>Ange respons vid behandlingsevaluering</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ingen kvarvarande tumör efter kirurgisk/ablativ behandling • Ingen kvarvarande tumör efter medicinsk/interventionell/strålbehandling, komplett remission om evaluering efter medicinsk behandling • Respons <ul style="list-style-type: none"> - medicinsk behandling med minst 30% minskad tumördiameter - efter kirurgisk behandling finns kvarvarande tumör på preoperativt tidigare kända lokaler, men kirurgisk behandling har minskat tumörbörda • Stabil tumörsjukdom • Progress • Kan ej evalueras <p>SweLiv rekommenderar att RECIST-kriterier används för bedömning av behandlingsrespons, mätning av tumördiameter i ett plan.</p> <p>RECIST kriterier framgår på www.recist.org.</p> |
| Ange enhet för kommande behandling/uppföljning | Ange enhet: sjukhus- och klinikkod, enligt lista med sökbara enheter gemensam för INCA |
| <p>PLANERAD BEHANDLING OCH INTENTION</p> <p>Rapportera endast den behandling som planeras närmast</p> | |
| Planeras behandling av lever/gallblåsa/gallgång | <p>Vid nej; ange orsak</p> <ul style="list-style-type: none"> • Funktionsstatus/comorbiditet/leverfunktion Funktionsstatus (ECOG), eller komorbiditet inkluderande leverfunktion kan utgöra kontraindikation. • Diagnostiska kriterier för malignitet uppfylls ej/saknas indikation • Tumör radikalt opererad • Missbruk • Patientens eget val Eget val anges då patienten avstår från behandling trots att det medicinskt finns anledning att rekommendera behandling <p>Vid ja; ange behandlingsintention, se nedan</p> |
| Resektionskirurgi och behandlingsintention | <p>Om Ja; ange behandlingsintention</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kurativ strategi , som kan uppnås med planerat ingrepp • Kurativ, men kräver fler ingrepp • Palliativ/tumörreducerande, inte kurativ <p>Innefattar kurativ strategi, resektion av lever/gallblåsa/gallgång, samt lymfkörtelutrymning, samt planeras med syfte att påverka lokal tumörbörda. Kombination av resektion på olika lokaler, t ex ablation inför levertransplantation för att undvika progress under väntetid. Om all tumör kan avlägsnas vid ingrepp, och kombination med</p> |

| | |
|--|---|
| | <p>kemoterapi möjliggör kuration väljs alternativ 1 - Kurativ. Palliativ/tumörreducerande innefattar symtomlindring, förlängning av liv.</p> <p>Innefattar inte: stentning, portaembolisering, och inte resektioner för spridd sjukdom utanför lever/galla, t ex åtgärd av lungmetastas.</p> |
| Ablativ behandling och behandlingsintention | <p>Om Ja; ange behandlingsintention</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kurativ strategi, som kan uppnås med planerat ingrepp • Kurativ, men kräver fler ingrepp • Palliativ/tumörreducerande <p>Ablation - metoder för lokal destruktions</p> <ul style="list-style-type: none"> • RF radiovågsbehandling • MWA mikrovågsbehandling • IRE irreversibel elektroporering <p>Stereotaktisk strålbehandling registreras under strålbehandling.</p> <p>Innefattar tvåstegs ingrepp, kombination av ablationer på olika lokaler, eller planerat förfarande, t ex ablation inför levertransplantation för att undvika tumörprogress under väntetid.</p> <p>Palliativ /tumörreducerande i syfte att uppnå symtomlindring och/eller förlängning av liv.</p> <p>Om all tumör kan avlägsnas i samband med ingrepp, och kombination med kemoterapi möjliggör kuration, väljs alternativ Kurativ.</p> |
| Levertransplantation och behandlingsintention | <p>Om Ja: ange behandlingsintention</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kurativ strategi, som kan uppnås med planerat ingrepp • Kurativ, men kräver fler ingrepp • Palliativ/tumörreducerande <p>Beslut om utredning för transplantation krävs.</p> <p>Krävs fler ingrepp anger det en kurativ strategi, och att planerad transplantation är ett led i strategin, t ex är tvåstegs ingrepp, kombination av resektion och transplantation av olika lokaler.</p> <p>Palliativ/tumörreducerande anger att transplantation inte är kurativ. Det innefattar tumörreducerande ingrepp i syfte att uppnå symtomlindring och/eller förlängning av liv.</p> <p>Om all tumör kan avlägsnas i samband med ingrepp, och kombination med kemoterapi möjliggör kuration, väljs alternativ ett, Kurativ.</p> <p>Innefattar inte att levertransplantationsutredning har genomförts eller att patienten ens har remitterats till transplantationsenhet.</p> |
| Kemoembolisering (TACE) och intention | <p>Kemoembolisering (TACE) lokoregional behandling i lever med intraarteriell administration av läkemedel och/eller embolisering ämne.</p> <p>Innefattar: kemoinfusion, embolisering med resorberbara eller icke resorberbara beads eller ex spongostan, och beads laddade med kemoterapi, oavsett typ av kemoterapi</p> <p>Om Ja: ange när/varför</p> <ul style="list-style-type: none"> • Neoadjuvant - start innan kirurgi/ablation/transplantation • Downstaging • Palliativ – icke kurativt syftande behandling • Postoperativt – adjuvant behandling efter ingrepp |

| | <p>Neoadjuvant behandling; syftar till att minska återfall eller risk för dropout under väntetid för ingrepp, men tumörbörda i sig medger ingrepp</p> <p>Downstaging; tumörutbredning medger inte kurativ strategi utan framgångsrik downsizingbehandling</p> <p>Innefattar inte: Behandling med Yttrium (SIRT) genom embolisering = intern strålbehandling</p> | | | | | | |
|---|--|----------|------------|---|--|---|--|
| Systemisk antitumoral behandling och intention | <p>Om Ja; ange när/varför</p> <ul style="list-style-type: none"> • Neoadjuvant - start innan kirurgi/abl/transplantation • Downstaging • Palliativ – icke kurativt syftande behandling • Postoperativt – adjuvant behandling efter ingrepp <p>Neoadjuvant behandling; syftar till att minska återfall eller risk för dropout under väntetid för ingrepp, men tumörbörda i sig medger ingrepp</p> <p>Downstaging; nuvarande tumörutbredning medger inte kurativ strategi utan framgångsrik downsizingbehandling</p> | | | | | | |
| Strålbehandling och intention | <p>Innefattar all typ av medicinsk behandling, t ex cytostatika, tyrosinkinasiinhibitorer, antikroppsbehandling, systemisk immunterapi som syftar till att påverka tumörbörda</p> <p>Om Ja; ange när/varför</p> <ul style="list-style-type: none"> • Neoadjuvant - start innan kirurgi/abl/transplantation • Downstaging • Palliativ – icke kurativt syftande behandling • Postoperativt – adjuvant behandling som tillägg efter ingrepp <p>Neoadjuvant behandling; syftar till att minska återfall eller risk för dropout under väntetid för ingrepp, men tumörbörda i sig medger ingrepp</p> <p>Downstaging; nuvarande tumörutbredning medger inte kurativ strategi utan framgångsrik downsizingbehandling</p> | | | | | | |
| Annan antitumoral behandling, lever/gallvägar | <p>Ange Nej eller Ja vid planerad annan antitumoral behandling, som inte täcks av tidigare kategorier</p> | | | | | | |
| Planeras behandling av tumör utanför lever/gallblåsa/gallvägar | <p>Ange Nej eller Ja vid behandling utanför lever/gallblåsa/gallvägar</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nej • Ja primär tumör – enbart för levermetastas • Ja, annan lokal | | | | | | |
| FUNKTIONSSTATUS OCH LEVERFUNKTION | | | | | | | |
| Funktionsstatus performance enligt WHO | <p>Funktionsstatus; bedömning av läkare eller sjuksköterska. Funktionsstatus, performance enligt WHO/ECOG.</p> <p>Ange grad:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>ECOG/WHO</th> <th>DEFINITION</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0</td> <td>Klarar all normal aktivitet utan begränsning</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>Klarar inte fysiskt krävande aktivitet men är uppegående och i stånd till lättare arbete</td> </tr> </tbody> </table> | ECOG/WHO | DEFINITION | 0 | Klarar all normal aktivitet utan begränsning | 1 | Klarar inte fysiskt krävande aktivitet men är uppegående och i stånd till lättare arbete |
| ECOG/WHO | DEFINITION | | | | | | |
| 0 | Klarar all normal aktivitet utan begränsning | | | | | | |
| 1 | Klarar inte fysiskt krävande aktivitet men är uppegående och i stånd till lättare arbete | | | | | | |

| | | |
|---|---|---|
| | 2 | Är uppegående och kan sköta sig själv men klarar inte att arbeta. Är uppe och i rörelse mer än 50 % av dygnets vakna timmar |
| | 3 | Kan endast delvis sköta sig själv. Är bunden till säng eller stol mer än 50 % av dygnets vakna timmar |
| | 4 | Klarar inte någonting. Kan inte sköta sig själv. Är bunden till säng eller stol. |
| | 5 | Död |
| | 6 | Ej känt |
| ECOG används då det är ett validerat instrument för att mäta patientens funktionsstatus med stor prognostisk betydelse. | | |

LABORATORIEVÄRDEN - tagna i anslutning till aktuell utredning, och inom 60 dagar

| CA 19-9 för metastas | Ange CA 19-9 _____ (U/ml) eller Ej känt Värde 0-1000 accepteras | | | | | | | | | | | | |
|--|---|------|-------|---------------------------|---|--------------------------|---|---------------------------|---|---------------------------|---|---------------------------|---|
| CEA för metastas | Ange CEA _____ (µg/L) eller Ej känt (Maxvärde slopat i februari 2023.) | | | | | | | | | | | | |
| CRP (mg/l) för metastas | Ange CRP _____ mg/l eller Ej känt Värde 0-1000 mg/l CRP stiger vid inflammatoriska tillstånd, oavsett om det är orsakat av infektion eller annan inflammation pga malignitet. | | | | | | | | | | | | |
| Modifierad Glasgow Prognostic Score, mGPS | Automatiskt genererade scoror (besvaras variabler kan anges) Modified Glasgow Prognostic Score (mGPS, score 0-2) <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;">mGPS</th> <th style="text-align: left;">Score</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>CRP ≤10, Albumin ≥ 35 g/l</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>CRP ≤10, Albumin < 35g/l</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>CRP >10, Albumin ≥ 35 g/l</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>CRP >10, Albumin ≥ 35 g/l</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>CRP >10, Albumin < 35g/l,</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table> | mGPS | Score | CRP ≤10, Albumin ≥ 35 g/l | 0 | CRP ≤10, Albumin < 35g/l | 0 | CRP >10, Albumin ≥ 35 g/l | 1 | CRP >10, Albumin ≥ 35 g/l | 2 | CRP >10, Albumin < 35g/l, | 2 |
| mGPS | Score | | | | | | | | | | | | |
| CRP ≤10, Albumin ≥ 35 g/l | 0 | | | | | | | | | | | | |
| CRP ≤10, Albumin < 35g/l | 0 | | | | | | | | | | | | |
| CRP >10, Albumin ≥ 35 g/l | 1 | | | | | | | | | | | | |
| CRP >10, Albumin ≥ 35 g/l | 2 | | | | | | | | | | | | |
| CRP >10, Albumin < 35g/l, | 2 | | | | | | | | | | | | |

TUMÖRUTBREDNING

| | |
|--|---|
| Radiologiskt påvisad tumör, ange antal metastas i lever/gallväg | Ange antal metastaser i lever, eller Ej känt: <ul style="list-style-type: none"> • 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6 -10, 11 eller fler • Ej känt/ej bedömbart - tumör ses radiologiskt, men antal har inte definierats |
| Datum då tumör/förändring | Ange datum: ÅÅ-MM-DD för radiologiskt påvisas förändring, motsvarande kriterier för välgrundad misstanke. |

| | |
|---|---|
| påvisades radiologiskt | Vid behandlingsevaluering ska variabeln vara blockerad, och tidigare datum för för påvisad tumör ska visas. |
| Diagnosdatum | Diagnosdatum Dold variabel för inrapportör. Skapas automatiskt från första datum då tumör påvisats radiologiskt eller patologiskt/biopsi. Används för mappning mot cancerregistret. |
| LYMFKÖRTELMETASTASER - N-stadium samt generella lymfkörtlar | |
| Metastasmisstänkta regionala lymfkörtelstationer | Ange Nej, Ja eller Ej bedömt om lokal samt generell lymfkörtelstation. Lymfkörtelmetastas: radiologiskt metastasmisstänkt eller om det finns bekräftande cytologi/PAD. Bedömning vid MDK kan användas. Körtelstationer som räknas som lokala/regionala, lever/gallvägar Körtelstation 12: körtlar utmed leverligament,ligamentum hepatoduodenale, samt körtelstation 8, a hepatica propria. Vid metastastisk sjukdom innefattar inte körtlar i förhållande till primärtumör utanför lever/gallvägar. |
| Metastasmisstänkta generella lymfkörtelstationer | Lymfkörtelmetastas: radiologiskt metastasmisstänkt eller om det finns bekräftande cytologi/PAD. Bedömning vid MDK kan användas. Körtelstationer som räknas som lokala/regionala, lever/gallvägar Körtelstation 12: körtlar utmed leverligament,ligamentum hepatoduodenale, samt körtelstation 8, a hepatica propria. Vid metastastisk sjukdom innefattar inte körtlar i förhållande till primärtumör utanför lever/gallvägar. |
| ÖVRIG METASTASERING | |
| Övrig metastasering – vid levermetastas annan lokal än lever | Ange Nej eller Ja vid levermetastatisk sjukdom <ul style="list-style-type: none"> • Nej, har aldrig funnits • Ja, metastas finns • Ja, metastas tidigare , behandlad och nu ej påvisbar Om ja metastas finns , ange lokal för metastas: <ul style="list-style-type: none"> • Lunga • Binjure • Peritoneum • Skelett • Mjukdelar/hud • Lokalrecidiv av primärtumör • Annan Peritoneum avser inte direkt överväxt från lever/gallvägar/gallblåsa. |

ANMÄLAN INKL 1:A MDK – PRIMÄR MALIGNITET ELLER OKLAR FÖRÄNDRING I GALLBLÅSA OCH EXTRAHEPATISK GALLGÅNG

VÅRDKONTAKT

| | |
|---|--|
| <p>Datum för välgrundad misstanke/debut</p> | <p>Ange datum år-mån-dag</p> <p>Variabel fylls i antingen i samband med preanmälan eller på anmälan.</p> <p>Syfte är att fånga datum för skälig misstanke om anmäld diagnos (tumör/förändring).</p> <p>Motsvarande definition i SVF anges datum då välgrundad misstanke väcks (patient vidtalas/beslut om remiss eller då utredning startas tex då förändring påvisas radiologiskt.</p> <p>Variabeln används för att jämföra ledtider med SVF i följande fall:</p> <ul style="list-style-type: none"> • för fall där primär malignitet i lever/gallvägar anges som diagnos • för fall som enligt anmälningsformulär bedöms som cancer in situ eller oklara fall. |
| <p>Initiering av utredning (av aktuell tumör i lever/gallblåsa/gallgång)</p> | <p>Ange ett av 3 alternativ:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Remiss • Behandlad/kontrollerad på rapporterande enhet • Sökt själv till rapporterande enhet. <p>Remiss anger att annan enhet har initierat utredningen. Behandlad/kontrollerad på rapporterande enhet innefattar att patienten kontrollerats/behandlats på kliniken av annan orsak då förändring påvisas. Sökt själv till rapporterande enhet innebär att patienten sökt själv.</p> |
| <p>Datum remiss (ankomst till rapporterande enhet)</p> | <p>Ange datum år-mån-dag</p> <p>Datum för remiss anges alltid oberoende av om patienten är remitterad, eller om patienten sökt själv eller redan gått på plinik.</p> <p>Som datum anges datum då remiss ankom till rapporterande enhet, och tidigaste datum anges oavsett om remiss är muntlig eller skriftlig eller patient intieras tex vid MDK.</p> <p>Exempel:</p> <p>MDK = remissdatum då MDK är första datum för kontakt med rapporterande enhet även om formell remiss inkommer först senare.</p> <p>Datum då undersökningsfynd uppmärksammats = remissdatum då patient följs vid klinik, i likhet med definition från standardiserade vårdförlopp.</p> <p>Datum då patient sökt via akutmottagning eller egenremiss inkommit = datum för remiss.</p> |
| <p>Remitterande enhet</p> | <p>Ange remitterande enhet. Denna registreras med dels en sjukhuskod och dels en klinikkod enligt lista från RCC.</p> |

| | |
|--|--|
| DIAGNOS | |
| <p>I SweLiv databas finns tillhörande variabler kring diagnos: diagnosdatum, ålder vid diagnos etc som dolda variabler. Diagnos finns också i registret som en övergripande diagnos, med avsikt att ha en validerad diagnos som övergripande diagnos. Diagnos som rapporteras på anmälan kvarstår även om mer precis eller korrigerad diagnos kan sättas senare tex i samband med en 30-dagarsuppföljning.</p> | |
| Lokal | <p>Ange lokal för tumör/förändring.</p> <p>1 = Lever</p> <p>2 = Gallblåsa</p> <p>3 = Extrahepatiska gallvägar</p> <p>Diagnos enligt SweLiv hänförs till en enda lokal i de flesta fall. Undantag är cystisk gallgångssjukdom dil av gallgångarna anmälas såväl under lever som gallvägar. Under gallvägar återfinns också gallvägscancer med överväxt.</p> |
| Malign/In situ/benign | <p>Ange om tumör/förändring tillhör kategorin primär malignitet, metastas, cancer in situ/oklar eller benign neoplasi eller tillstånd.</p> <p>Maligna diagnoser samt oklara är i regel canceranmälningspliktiga förutom oklar klinisk diagnos som enbart skall användas då det inte finns cytologi/PAD som underlag. Om PAD finns, och förändring inte bedöms som cancer in situ eller malign bör benign diagnos användas.</p> |
| Diagnos | <p>Diagnos anges enligt appendix. Diagnoser enligt SweLiv är kompatibla med ICD 10, men SweLiv diagnos kan vara en delmängd av en ICD10-diagnos.</p> <p>Diagnoskod för tumör/förändring som utreds/skall behandlas anges. Exempel: oklar gallgångsförändring hos patient med primär scleroserande cholangit, får diagnos oklar tumörförändring i gallvägar D37.6 (och inte diagnosen primär scleroserande cholangit K83.0A).</p> <p>Vid osäker diagnos anges diagnos enligt MDK alternativt enligt bedömning innan ingrepp/behandlingsstart.</p> <p>Diagnos ligger till grund för canceranmälan, varför cancerdiagnos enbart skall användas då diagnos är sannolik.</p> <p><i>I kommande ICD 11 (införs prel 2021) överförs tumör utgående från ductus cysticus från tumör utgående från gallblåsa till extrahepatiska gallvägar, varför denna lokalisering registreras (bland variablerna).</i></p> <p><i>Logisk funktion: Varje diagnos kan enbart finnas som en registerpost för en given lokal (dvs ett anmälningsformulär). Detta innebär ex att ny levercancer flera år efter tidigare skall rapporteras under tidigare anmälan. Kolangiocarcinom kan förekomma på flera lokaler (organ). Ett nytt kolangiocarcinom på en ny lokal=ny anmälan.</i></p> |
| DEBUT | |

| (registreras en gång/diagnos för diagnoser C, D376 lever D376 gallvägar) | |
|--|---|
| Upptäckt av tumör | <p>Ange upptäckt av tumör i gallblåsa/extrahepatisk gallgång</p> <p>Ange ett alternativ:</p> <p>Klinisk= undersökning pga kliniska symtom/avvikande laboratoriefynd/debut av leversjukdom).</p> <p>Surveillance=uppföljande undersökning pga underliggande lever/gallvägssjukdom, alt pga uppföljning efter genomgången cancer.</p> <p>Radiologiskt en-passantupptäckt = radiologi, ej utförd i syfte att detektera tumör i lever/gallvägar. Inga kliniska symtom</p> <p>Operativt upptäckt en-passant= operativt fynd i samband med ingrepp för annat tillstånd</p> <p>Variabel för maligna och oklara tumörer i gallblåsa och gallgång.</p> |
| Finns bekräftande cytologi eller PAD? | <p>Finns cytologi eller biopsi som bekräftar tumör?</p> <p>Ange ett alternativ:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nej • Ja, cytologi • Ja, biopsi • Ja, operationspreparat efter en-passantoperation (leder till att kompletterande modul PAD skall fyllas i) |
| Datum (för biopsi/cytologi) | Datum då biopsi är tagen, ange år-mån-dag. Ej obligatorisk variabel. |
| Analyserande enhet | <p>Ange enhet (laboratorium) som besvarar patologi eller cytologi (obligatorisk variabel då det finns biopsi enligt föregående variabel).</p> <p>(Variabel behövs för att monitor skall kunna efterforska utlåtande för att slutföra registrering i cancerregistret.)</p> |
| Preparatnummer | <p>Ange laboratoriets identifikationsnummer för biopsi/cytologi</p> <p>Utseende är beroende av laboratorium, tex kombination av bokstav och siffror.</p> <p>Ej obligatorisk variabel, eftersom numret ibland inte överförs mellan vårdgivare, men behövs för monitors arbete med cancerregistret.</p> |
| Preparatår | <p>År då preparat bevarats.</p> <p>Obligatorisk variabel i de fall då det finns preparat.</p> |
| Datum (operativt en passantfynd) | <p>Ange datum för ingrepp:</p> <p>Diagnosdatum vid en passantupptäckt tumör sätts till datum för ingrepp.</p> |
| Åtgärds kod (operativt en passantfynd) | <p>Åtgärds kod vid en passantfynd</p> <p>Operationskod = KVÅ-kod anges, varvid ingrepp presenteras i klartext.</p> <p>Viktigaste åtgärds koden anges.</p> |

| | |
|---|--|
| Histomorfologisk diagnos | <p>Ange histomorfologisk diagnos (fritext). Ange typ av malignitet, ex adenocarcinom.</p> <p>Angivande av histomorfologi som fritext enligt krav från Cancerregistret. Klinisk diagnos anges ej här.</p> |
| <p>UNDERLIGGANDE SJUKDOM</p> <p>(registreras en gång/diagnos för diagnoser C, D376 lever D376 gallvägar)</p> | |
| Cirros | <p>Finns underliggande levercirros? Ange ett av tre alternativ:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ja • Nej • Oklart <p>Definition av cirros: Cirros anges då det kliniskt uppfattas som att patienten har denna diagnos, oavsett om cirros kan beläggas med radiologiska eller biopsimässiga kriterier. Diagnosen cirros kan ställas genom biopsi, elasticitetsmätningar av lever, en kombination av kliniska variabler och radiologi etc. Logik: Vid alt ja eller oklart, är det tvingande att fylla i något alternativ under ange lever/gallvägssjukdom (alt assoc leversjd nej skall ej accepteras)</p> |
| Associerad lever-/gallgångssjukdom? | <p>Ange eventuellt associerad leversjukdom Alternativ (1 av 2)</p> <p>Ange ja eller nej</p> <p>Som associerad lever/gallvägssjukdom anges tillstånd enligt nästföljande variabel eller annat generell lever- eller gallgångssjukdom. Stensjukdom räknas inte som associerad sjukdom. Obligatorisk för diagnos C2*, D376 lever/gallvägar, C23, C24</p> |
| Lever/gallvägssjukdom | <p>Vid ja på föregående fråga: ange ja och nej för alla nedanstående alternativ, dvs flera alternativ kan anges:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Alkoholsjukdom - Autoimmun hepatit - Hemokromatos - Hepatit B - Hepatit C - Koledochuscysta - Kryptogen cirrhos (okänd orsak) - Maljunction mellan pancreas och gallgång - Porfyri - Primär skleroserande kolangit - Primär biliär kolangit (PBC) - Non-alcoholic steatohepatitis (NASH) - Annan sjukdom |

| BESLUT | |
|-----------------------------------|--|
| Behandlingskonferens | <ol style="list-style-type: none"> 1. Regional MDK 2. Lokal MDK 3. Transplantations-MDK 4. Nationell MDK 5. Ingen MDK <p>Här redovisas...</p> <p>... om det genomförts multidisciplinär konferens (MDK) som underlag för diagnos/staging och rekommendation angående behandling. Förutsätter radiolog och kliniker.</p> <p>... eller om rekommendation om behandling har fattats utan multidisciplinär konferens (MDK).</p> <p>Första MDK efter remissankomst skall registreras i SweLiv. Sista MDK/beslutsdatum inför behandling skall också registreras.</p> <p>Definitioner:</p> <p>Regional MDK = konferens som i sin sjukvårdsregion har regionalt uppdrag.</p> <p>Leverkirurgi och ablationer skall enligt beslut i RCC samverkan och SKR bedrivs vid ett center per sjukvårdsregion (6 centra i Sverige). Regional MDK= hepatobilär regional MDK. Varje center definierar kompetens som skall ingå. Enligt vårdprogram är det ett minimum med kompetens inom leverkirurgisk och radiologi, men där onkologisk, gastroenterologisk och omvårdnadskompetens är andra viktiga kompetenser.</p> <p>Exempel: Regional konferens för patient med levermetastas av koloncancer med deltagande av leverkirurgiskt centrum= regional MDK, medan regional MDK vid metastastisk sjukdom utan deltagande av levercentrum kan definieras som lokal konferens.</p> <p>Lokal MDK = annan MDK som genomförs vid respektive sjukhus oavsett vilka kompetenser som utgör det multidisciplinära.</p> <p>Transplantations-MDK = konferens som har befogenhet att sätta upp patient på väntelista för levertransplantation.</p> <p>Nationell MDK = konferens med deltagande av flera centra som har nationellt uppdrag, ex vid perihilar gallvägscancer.</p> <p>Ingen MDK = konferens har ej genomförts. Datum för beslut skall redovisas i efterföljande variabel. (anges då beslut dokumenteras eller överenskommes med patient)</p> <p>I vårdprogram och vårdförlopp anges adekvat utredning, syfte och organisation för given diagnos. Vid kurativt syftande behandling anges som mål att alla patienter skall genomgå regional MDK.</p> |
| Datum för MDK eller beslut | <p>Ange datum för multidisciplinär konferens (MDK) eller beslut</p> <p>Datum 20xx-xx-xx</p> <p>Datum för MDK, alternativt datum då behandling överenskommit med patient (eller i andra hand annat datum som kan identifieras som datum för beslut i journalhandling/patientadministrativt system).</p> <p><i>Logik: Datum används i registret för att koppla diagnos och beslut till ingrepp och uppföljning.</i></p> |

| | |
|---|---|
| <p>Finns beslut om rekommenderad behandling efter MDK?</p> | <p>Ange ett alternativ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ja. (MDK-datum används som startdatum för ledtid från beslut till behandlingsstart, och ja innebär därmed att det bedöms att patient efter överenskommelse kan sättas på väntelista). 2. Nej, ny eller annan MDK eller kompletterande utredning kompletterande utredning krävs. <p>Variabeln syftar bla till att ge realistisk bedömning av mer renodlad väntetid.</p> <p>I registret anges första MDK, men nu också senaste datum för staging/beslut. Ytterligare utredning och ytterligare MDK och den tid som det tar, kan bättre följas i registret.</p> <p>Förutsättning är dock att datum då patient är färdigutredd registreras med MDK formulär i SweLiv.</p> <p><i>Logik: Variabel för maligna diagnoser, ca in situ och oklara tumörer.</i></p> |
| <p>Orsak till MDK eller beslut</p> | <p>Bakgrund till konferens eller beslut.</p> <p>Alternativ, ange ETT av följande:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Bedömning nydebuterad förändring i lever/gallvägar. Nydebuterad förändring=ny diagnos. Ex registreras HCC bara med en anmälan oavsett om ny tumör uppkommer med flera år senare. 2. Behandlingsevaluering. Utvärdering (oftast radiologi) av pågående eller nyss given behandling inom 60 dagar efter avslutad behandling. 3. Återfall efter uppnådd tumörfrihet. Ny tumör i eller utanför lever/gallvägar alt återfall på tidigare behandlad lokal efter genomförd behandling. Obs då ny radiologi/värdering genomförs inom 60 dagar från genomförd behandling räknas detta till behandlingsevaluering, dvs registreras under punkt 2. 4. Beslut efter kompletterande utredning eller ny/annan MDK. <p>Första anmälan i registret bör avse förhållande som är aktuella vid debut av tumörsjukdom. Det finns situationer där sådan registrering inte är möjlig, ex vid invandring .</p> <p>Anmälan skall ändå alltid göras till SweLiv när diagnos/behandling aktualiseras, och även på anmälan finns därför alternativ 1-3.</p> <p><i>Logiska kontroller: För anmälan skall alt 4 inte vara möjligt att fylla i, och varning skall finnas för alt 2+3 (med uppmaning om att om möjligt upprätta en anmälan som rör förhållande vid debut av tumörsjukdom).</i></p> |
| <p>Vid behandlings-evaluering, ange respons</p> | <p>Respons av behandling anges i de fall då orsak till MDK angetts vara behandlingsevaluering.</p> <p>Ange ett alternativ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ingen kvarvarande tumör efter kirurgisk/ablative behandling 2. Ingen kvarvarande tumör efter medicinsk/interventionell/strålbehandling (komplett remission om evaluering avser ex medicinsk behandling). 3. Respons. Vid medicinsk behandling avses minst 30% minskad tumördiameter. Efter kirurgisk behandling att det finns kvarvarande tumör på preoperativt tidigare kända lokaler men att kirurgisk behandling har minskat tumörbörda. 4. Stabil tumörsjukdom 5. Progress 6. Kan ej evalueras |

| | |
|--|--|
| | <p>SweLiv rekommenderar att RECIST-kriterier används för bedömning av behandlingsrespons. RECIST baseras på mätning av tumördiameter i ett plan.</p> <p>Partiell respons = 30% minskning av tumördiameter.</p> <p>Progress = 20% ökning av tumördiameter alt ny tumör. Obs att det räcker att det finns progress i en tumör för att det enligt RECIST skall klassificeras som progress.</p> |
| Typ av progress | <p>Ange ett eller flera av följande alternativ:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ökat antal • storlekstillväxt eller • progress utanför lever/gallvägar <p>Storlekstillväxt => 20% ökning av diameter i överensstämmelse med RECIST-kriterier.</p> |
| <p>PLANERAD BEHANDLING OCH INTENTION</p> <p>I SweLiv registras lokoregional tumörbehandling i lever/gallvägar vid primär tumör, och kirurgi samt ablationer även för metastatisk sjukdom. Planerad behandling anges samt behandlingsintention. Planerad behandling styr vad SweLiv senare efterfrågar- planeras resektion i anmälan så efterfrågar registret ett ingreppsformulär till dess ett ingreppsformulär skickas in oavsett om behandling genomförts eller ej. Orsak till eventuellt ändrad behandlingsplan kan anges på behandlingsblankett.</p> | |
| Planeras behandling av lever/gallblåsa/ gallgång | <p>Beslut om planerad behandling för aktuell diagnos.</p> <p>Vid ja skall samtliga nedanstående behandlingsalternativ besvaras. Vid nej efterfrågas orsak till att behandling ej ges.</p> |
| Främsta orsak till att ingen tumörbehandling | <p>Ingen behandling eller best supportive care, ange främsta orsak. Alternativ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Funktionsstatus/comorbiditet/leverfunktion. ECOG mer än 1, eller ibland 2 utgör ofta kontraindikation mot behandling. Komorbiditet som tex inte möjliggör sövning etc kan vara annat skäl. 2. Diagnostiska kriterier för malignitet uppfylls ej/saknas indikation 3. Tumör radikalt opererad 4. Missbruk 5. Patientens eget val. Eget val anges då patienten avstår från behandling trots att det medicinskt finns anledning att rekommendera behandling. |
| Resektionskirurgi lever/gallvägar | <p>Innefattar ingrepp som innebär resektion av lever/gallblåsa/gallgångar, och ex lymfkörtelutrymning.</p> <p>Resektion som planeras med syfte att påverka lokal tumörbörda=ja.</p> <p>Lokala åtgärder såsom stentning, portaembolisering innefattas inte, och här avses inte heller andra resektioner för spridning utanför lever/galla, ex åtgärd av lungmetastas.</p> |
| Intention resektionskirurgi | <p>Välj ett av tre alternativ som anger syfte:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kurativ: anger att den kliniska bedömningen är att man syftar till en kurativ strategi, och att detta kan uppnås med planerat ingrepp. |

| | |
|----------------------------------|--|
| | <p>2. Kurativ men kräver fler ingrepp: anger att det finns en kurativ strategi, och att planerad resektion är ett led i den strategin, men att det krävs fler ingrepp. Ex är tvåstegs-ingrepp, kombination av resektion på olika lokaler, eller planerat förfarande ex ablation inför levertransplantation för att undvika tumörprogress under väntetid.</p> <p>3. Palliativ/Tumörreducerande: anger att resektion inte är kurativ. Det innefattar tumörreducerande ingrepp i syfte att uppnå symtomlindring och/eller förlängning av liv.</p> <p>Om all tumör kan avlägsnas i samband med ingrepp, och kombination med kemoterapi kan möjliggöra kuration, skall alternativ 1 väljas.</p> |
| Ablativ behandling | <p>Ange ja eller nej.</p> <p>Ablation innefattar metoder för lokal destruktion såsom...</p> <p>... RF radiovågsbehandling</p> <p>...MWA mikrovågsbehandling</p> <p>...IRE irreversibel elektroporering</p> <p>Stereotaktisk strålbehandling registreras under strålbehandling. Intraluminal RF i gallgång registreras under RF</p> |
| Intention ablation | <p>Välj ett av tre alternativ som anger syfte:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kurativ: anger att den kliniska bedömningen är att man syftar till en kurativ strategi, och att detta kan uppnås med planerat ingrepp. 2. Kurativ men kräver fler ingrepp: anger att det finns en kurativ strategi, och att planerad ablation är ett led i den strategin, men att det krävs fler ingrepp. Exempel är tvåstegs-ingrepp, kombination av ablationer på olika lokaler, eller planerat förfarande exempelvis ablation inför levertransplantation för att undvika tumörprogress under väntetid. 3. Palliativ/Tumörreducerande: anger att resektion inte är kurativ. Det innefattar tumörreducerande ingrepp i syfte att uppnå symtomlindring och/eller förlängning av liv. <p>Om all tumör kan avlägsnas i samband med ingrepp, och kombination med kemoterapi kan möjliggöra kuration, skall alternativ 1 väljas.</p> |
| Levertransplantation | <p>Planerad levertransplantation lever/gallvägar.</p> <p>Ja anges då det finns ett beslut om utredning för transplantation. Ja innebär således inte att levertransplantationsutredning har genomförts eller att patienten ens har remitterats till transplantationsenhet.</p> |
| Intention transplantation | <p>Välj ett av tre alternativ som anger syfte:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kurativ: anger att den kliniska bedömningen är att man syftar till en kurativ strategi, och att detta kan uppnås med planerat ingrepp. 2. Kurativ men kräver fler ingrepp: anger att det finns en |

| | |
|--|--|
| | <p>kurativ strategi, och att planerad transplantation är ett led i den strategin, men att det krävs fler ingrepp. Exempel är tvåstegs ingrepp, kombination av resektion och transplantation av olika lokaler.</p> <p>3. Palliativ/Tumörreducerande: anger att transplantation inte är kurativ. Det innefattar tumörreducerande ingrepp i syfte att uppnå symtomlindring och/eller förlängning av liv.</p> <p>Om all tumör kan avlägsnas i samband med ingrepp, och kombination med kemoterapi kan möjliggöra kuration, skall alternativ 1 väljas.</p> |
| Kemoembolisering (TACE) | <p>Planerad kemoembolisering lever.</p> <p>Definition av kemoembolisering: Kemoembolisering (TACE) används här lite slarvigt som begrepp för behandlingar som innefattar lokoregional behandling i lever med intraarteriell administration av läkemedel och/eller emboliserande ämne.</p> <p>Begreppet innefattar således kemoinfusion, embolisering med resorberbara eller icke resorberbara beads eller ex spongostan, och beads laddade med kemoterapi, oavsett typ av cellgift.</p> <p>Behandling med Yttrium (SIRT) genom embolisering=intern strålbehandling inkluderas INTE i begreppet TACE.</p> |
| Intention kemoembolisering | <p>Välj ett av fyra alternativ.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Neoadjuvant (start innan kirurgi/abl/transplantation) • Downstaging • Palliativ • Postoperativt <p>Neoadjuvant = tumörbörda i sig medger ingrepp redan nu, men behandling syftar till att minska återfall eller risk för dropout under väntetid för ingrepp,</p> <p>Downstaging = nuvarande tumörutbredning medger inte kurativ strategi utan framgångsrik downsizing-behandling</p> <p>Palliativt = ett icke-kurativt syfte</p> <p>Postoperativt = adjuvant efter ingrepp (efterfrågas på uppföljningsformulär).</p> |
| Systemisk antitumoral behandling | <p>Planerad systemiskt antitumoral behandling?</p> <p>Ja= all typ av medicinsk behandling ex cytostatika, tyrosinkinashämmare, antikroppsbehandling, systemisk immunterapi som syftar till att påverka tumörbörda.</p> |
| Behandlingsintention systemisk antitumoral behandling | <p>Välj ett av fyra alternativ.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Neoadjuvant (start innan kirurgi/abl/transplantation) • Downstaging • Palliativ • Postoperativt <p>Neoadjuvant = tumörbörda i sig medger ingrepp redan nu, men behandling syftar till att minska återfall eller risk för dropout under väntetid för ingrepp,</p> <p>Downstaging = nuvarande tumörutbredning medger inte kurativ strategi</p> |

| | |
|--|---|
| | <p>utan framgångsrik downsizingbehandling</p> <p>Palliativt = ett icke-kurativt syfte</p> <p>Postoperativt = adjuvant efter ingrepp (efterfrågas på uppföljningsformulär)</p> |
| Planerad strålbehandling, av lever/gallvägar | Planerad strålbehandling lever/gallvägar. Ange ja eller nej. |
| Behandlingsintention strålbehandling, av lever/gallvägar | <p>Intention anger syfte med strålbehandling av lever/gallvägar. Här anges även NÄR behandling skall ges.</p> <p>Välj ett av fyra alternativ.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Neoadjuvant (start innan kirurgi/abl/transplantation) • Downstaging • Palliativ • Postoperativt <p>Neoadjuvant anger att behandling syftar till att minska återfall eller risk för dropout under väntetid för ingrepp, men att tumörbörda i sig redan medger efterföljande ingrepp.</p> <p>Downstaging anger att den kliniska bedömningen är att man syftar till en kurativ strategi, men att nuvarande tumörutbredning inte medger det utan framgångsrik downsizingbehandling.</p> <p>Palliativt anger att syftet inte är kurativt.</p> <p>Postoperativt anger att syftet är adjuvant som tillägg efter ingrepp.</p> |
| Planerad annan behandling, av lever/gallvägar | Planerad annan behandling av lever/gallvägar. Ange ja eller nej. |
| Behandlingsintention annan behandling, av lever/gallvägar | <p>Intention anger syfte med annan behandling av lever/gallvägar. Här anges även NÄR behandling skall ges.</p> <p>Intention anger syfte med strålbehandling av lever/gallvägar. Här anges även NÄR behandling skall ges.</p> <p>Välj ett av fyra alternativ.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Neoadjuvant (start innan kirurgi/abl/transplantation) • Downstaging • Palliativ • Postoperativt <p>Neoadjuvant anger att behandling syftar till att minska återfall eller risk för dropout under väntetid för ingrepp, men att tumörbörda i sig redan medger efterföljande ingrepp.</p> <p>Downstaging anger att den kliniska bedömningen är att man syftar till en kurativ strategi, men att nuvarande tumörutbredning inte medger det utan framgångsrik downsizingbehandling.</p> <p>Palliativt anger att syftet inte är kurativt.</p> <p>Postoperativt anger att syftet är adjuvant som tillägg efter ingrepp.</p> |

| | |
|---|---|
| Planeras behandling av tumör utanför lever/gallblåsa/gallvägar | <p>Planerad tumörbehandling annan tumörlokalisering förutom behandling lever/gallvägar</p> <p>Tre alternativ i SweLiv, men vid gallvägsmalignitet endast alternativen Ja eller Nej.</p> |
|---|---|

FUNKTIONSSTATUS OCH LEVERFUNKTION

| Funktionsstatus | <p>Funktionsstatus, enligt bedömning av läkare eller sjuksköterska. Funktionsstatus=performance anges med en skala enligt ECOG/WHO.</p> <p>Alternativ och definition (ett alternativ av sju):</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center;">ECOG/WHO</th> <th style="text-align: center;">Funktionsstatus</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">0</td> <td>Klarar all normal aktivitet utan begränsning</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">1</td> <td>Klarar inte fysiskt krävande aktivitet men är uppegående och i stånd till lättare arbete</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">2</td> <td>Är uppegående och kan sköta sig själv men klarar inte att arbeta. Är uppe och i rörelse mer än 50 % av dygnets vakna timmar</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">3</td> <td>Kan endast delvis sköta sig själv. Är bunden till säng eller stol mer än 50 % av dygnets vakna timmar</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">4</td> <td>Klarar inte någonting. Kan inte sköta sig själv. Är bunden till säng eller stol.</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">5</td> <td>Död</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Ej känt</td> </tr> </tbody> </table> <p>ECOG används då det är ett validerat instrument för att mäta patientens funktionsstatus med stor prognostisk betydelse.</p> | ECOG/WHO | Funktionsstatus | 0 | Klarar all normal aktivitet utan begränsning | 1 | Klarar inte fysiskt krävande aktivitet men är uppegående och i stånd till lättare arbete | 2 | Är uppegående och kan sköta sig själv men klarar inte att arbeta. Är uppe och i rörelse mer än 50 % av dygnets vakna timmar | 3 | Kan endast delvis sköta sig själv. Är bunden till säng eller stol mer än 50 % av dygnets vakna timmar | 4 | Klarar inte någonting. Kan inte sköta sig själv. Är bunden till säng eller stol. | 5 | Död | | Ej känt |
|------------------------|---|----------|-----------------|---|--|---|--|---|---|---|---|---|--|---|-----|--|---------|
| ECOG/WHO | Funktionsstatus | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 0 | Klarar all normal aktivitet utan begränsning | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | Klarar inte fysiskt krävande aktivitet men är uppegående och i stånd till lättare arbete | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | Är uppegående och kan sköta sig själv men klarar inte att arbeta. Är uppe och i rörelse mer än 50 % av dygnets vakna timmar | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | Kan endast delvis sköta sig själv. Är bunden till säng eller stol mer än 50 % av dygnets vakna timmar | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | Klarar inte någonting. Kan inte sköta sig själv. Är bunden till säng eller stol. | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | Död | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Ej känt | | | | | | | | | | | | | | | | |

LABORATORIEVÄRDEN

Laboratorievärden som är tagna i anslutning till aktuell utredning (inom 60 dagar).

| | |
|----------------|---|
| CA 19-9 | <p>CA 19-9 _____ (U/ml) eller anges CA 19-9 ej känt.</p> <p>Diagnosspecifikt: Rel ospecifik tumörmarkör för gallvägscancer som påverkas av gallstas och livsstil. Ingår i en del diagnostiska algoritmer. Prognostiskt använt även för kolorektala levermetastaser.</p> <p>Diagnosspecifikt: CA19-9 anges för primär malignitet i lever och oklar tumör i lever samt levermetastas.</p> |
|----------------|---|

| CEA | CEA _____ (µg/L) eller anges CEA ej känt. Diagnosspecifikt: CEA anges vid C221, C23, C24, C 787 samt D376. Begränsning: värde mellan 0-1000 accepteras. | | | | | | | | | | | | |
|--|--|------|-------|---------------------------|---|--------------------------|---|---------------------------|---|---------------------------|---|---------------------------|---|
| Bilirubin | Bilirubin _____ (µmol/l) eller anges Bilirubin ej känt. Stegrat Bilirubin anger att leverns möjlighet att ta hand om det gula färgämnet bilirubin är nedsatt, antingen pga dålig leverfunktion, gallstas eller sönderfall av blodkroppar. | | | | | | | | | | | | |
| PK(INR) | PK (INR) _____ alternativt värde ej känt/bedömbart på grund av Waran. INR mäter leverns K-vitaminberoende produktion av koagulationsfaktorer. Påverkas av waran men inte heparinmedicinering. PK anges vid diagnos C22, C23,C24 Begränsning: 0,7-12 INR. Värde anges med en decimal. | | | | | | | | | | | | |
| Albumin (g/l) | Albumin _____(g/l) Albuminvärde påverkas av leverfunktion, men också tex inflammation. Albumin och CRP bör vara från samma provtagningstillfälle. Albumin anges vid diagnos C22, C23,C24. Begränsning: 8-50 g/l. Heltal. | | | | | | | | | | | | |
| Kreatinin (umol/l) | Kreatinin _____ umol/l eller ej känt/bedömbart pga dialys Begränsning: 30-1500 µmol/l, heltal | | | | | | | | | | | | |
| CRP (mg/l) | CRP ange _____ mg/l eller ej känt CRP stiger vid inflammatoriska tillstånd, oavsett om det är orsakat av infektion eller annan inflammation inkluderande inflammation pga malignitet. | | | | | | | | | | | | |
| Child-Pugh MELD mGPS | Automatiskt genererade scorer (besvaras variabler kan anges) Modified Glasgow Prognostic Score (mGPS, score 0-2) <table> <thead> <tr> <th>mGPS</th> <th>Score</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>CRP ≤10, Albumin ≥ 35 g/l</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>CRP ≤10, Albumin < 35g/l</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>CRP >10, Albumin ≥ 35 g/l</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>CRP >10, Albumin ≥ 35 g/l</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>CRP >10, Albumin < 35g/l,</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table> | mGPS | Score | CRP ≤10, Albumin ≥ 35 g/l | 0 | CRP ≤10, Albumin < 35g/l | 0 | CRP >10, Albumin ≥ 35 g/l | 1 | CRP >10, Albumin ≥ 35 g/l | 2 | CRP >10, Albumin < 35g/l, | 2 |
| mGPS | Score | | | | | | | | | | | | |
| CRP ≤10, Albumin ≥ 35 g/l | 0 | | | | | | | | | | | | |
| CRP ≤10, Albumin < 35g/l | 0 | | | | | | | | | | | | |
| CRP >10, Albumin ≥ 35 g/l | 1 | | | | | | | | | | | | |
| CRP >10, Albumin ≥ 35 g/l | 2 | | | | | | | | | | | | |
| CRP >10, Albumin < 35g/l, | 2 | | | | | | | | | | | | |
| TUMÖRUTBREDNING | | | | | | | | | | | | | |
| Vilka radiologiska undersökningar har | Vilken radiologi ligger till grund för staging? | | | | | | | | | | | | |

| | |
|---|---|
| <p>genomförts som underlag till beslut?</p> | <p>Alternativ, flera alternativ kan anges, ange ja och nej för samtliga</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. MR-lever 2. CT- Buk/Lever 3. PET-CT <p>Enbart för maligna/oklara diagnoser.</p> |
| <p>Datum då tumör/förändring påvisades radiologiskt?</p> | <p>För malign tumör anges datum då det radiologiskt påvisas förändring motsvarande kriterier för välgrundad misstanke.</p> <p>Vid benign förändring anges datum då förändring radiologiskt påvisats.</p> <p>Vid behandlingsevaluering skall variabeln vara blockerad, och tidigare datum för datum för påvisad tumör skall visas</p> |
| <p>Diagnosdatum</p> | <p>Dold variabel som konstrueras utifrån angivna datum då tumör påvisades radiologiskt eller patologiskt.</p> <p>Variabel som också används för registrering i cancerregistret.</p> <p>Behöver konstrueras utifrån MDK data och datum för biopsi.</p> |
| <p>Radiologiskt påvisad tumör, ange antal</p> | <p>Alternativ, ange ett av följande:</p> <p>0 (tumör ej påvisad radiologiskt), 1,2 eller antal tumörer ej känt (tumör ses radiologiskt, men antal har ej definierats).</p> <p>Antal för perihilär 0-2, gallblåsa 0-1. Antal tumör är vid gallblåsemalignitet sällan aktuell, men registret behöver bekräfta om det finns radiologisk tumör, för efterföljande variabler.</p> |
| <p>Utbredning i extrahepatiska gallvägar</p> | <p>Utbredning i extrahepatiska gallvägar, ange ett alternativ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nedanför bifurkationen (Bismuth I) 2. Inbegriper bifurkationen (Bismuth II) 3. Inbegriper första delningsstället på höger sida (Bismuth IIIa) 4. Inbegriper första delningsstället på vänster sida (Bismuth IIIb) 5. Inbegriper första delningsstället på båda sidorna (Bismuth IV) 6. Tumör klassificeras inte enligt vanlig Bismuth 7. Cytologi eller PAD utan känd lokalisering i gallvägarna 8. Extrahepatiska gallvägar avlägsnade. <p>Tumörutbredning anges i förhållande till gallgångens bifurkation, och dess vidare uppdelning på höger respektive vänster sida anges, enligt Bismuth-Coulette. Bismuth III med kontralateral kärpåverkan alt Bismuth IV klassificeras i version 8 som TNM T4.</p> <p>Majoriteten av extrahepatisk gallvägscancer utgår från hilusregionen. Registret har ett gränssnitt gentemot pankreasregistret, i vilket periampullär cancer registreras. Distal gallvägscancer (utgående från gallgång nedom inmyningen av ductus cysticus) inkluderande den intrapancreatiska delen av gallgången registreras i pankreasregistret.</p> <p>(Obligatoriskt för C24*, D37.6 gallvägar, D01.5 gallvägar, släcks ner för övriga)</p> |

| | |
|--|---|
| Striktorens längd, extrahepatiska gallvägar | <p>Striktorens längd i mm i extrahepatiska gallvägar (ange i mm eller alt stenosens längd ej känd)</p> <p>Ange antal mm: (5-50mm)</p> <p>Stenosens längd ej känd</p> <p>Variabel enbart för extrahepatiska gallvägar</p> |
| Diameter tumör 1 | <p>Alternativ:</p> <p>Tumör 1, mått mm..... (5-300) Alternativt mått ej känt.</p> <p>Villkor: Anges enbart då det i variabel antal tumörer angetts att det finns mätbar tumör. Diagnosrelaterade begränsningar:</p> <p>Gallblåsa, antal tumörers diameter 1 (ange diameter på gallblåsevägg inkluderande ev inväxt i lever).</p> <p>Perihilär gallgång antal tumörers diameter, 1 (anges enbart om det finns mätbar tumör).</p> |
| Tumör lokalt begränsad? | <p>Lokalt begränsad avser om tumören är begränsad till aktuell lokal=organ. För lever innebär det att tumör växer över på vävnad som framgår av efterföljande variabel.</p> <p>Gäller för C22, C787, C23, 24, D376, samt echonococc.</p> |
| Ange vävnad vid överväxt | <p>Ange ett eller flera alternativ:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lever • Diafragma • Hilarplatta • A hepatica • V porta • Peritoneum/bukvägg • Tarm/ventrikel • Pancreas • Överväxt mot flera lokaler <p>För C23 ska alla alternativ visas. För C24 ska inte lever och hilarplatta visas, men övriga.</p> |
| Engagemang av vena porta | <p>Ange om kärlengagemang finns (>50 % av circumferensen):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Porta huvudstam - Portas bifurkation - Höger porta - Vänster porta - Både höger och vänster porta <p>För C23, C24</p> |
| Engagemang av leverartär | <p>Minst ett alternativ ska anges.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hepatica communis • Artärbifurkationen • Höger leverartär |

| | |
|--|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> • Vänster leverartär • Både höger och vänster leverartär <p>För C23, C24</p> <p>Ange om kärlengagemang finns (>50 % av circumferensen).</p> |
| Tumörutbredning i gallblåsa | <p>Ange ett av följande alternativ angående tumörutbredning i gallblåsa:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tumör lokaliserad till peritonealsidan • Tumör lokaliserad till leversida • Ductus cysticus (nu diagnos ICD 11 2C14.0) • Polyp • Gallblåsa borttagen • Ingen synlig tumör i gallblåsa • Kan ej anges <p>Anges för C239, D376 gallblåsa.</p> |
| Ange storlek vid polyp | Ange polypens storlek i mm (längsta längd), anges i mm... (5-30) |
| <h2>LYMFKÖRTLAR</h2> <p>N-stadium samt generella lymfkörtlar</p> | |
| Lymfkörtelmetastas | <p>Alternativ (ja eller nej, båda skall besvaras):</p> <ul style="list-style-type: none"> • lokal lymfkörtelstation • generell lymfkörtelstation <p>Körtelstationer som räknas som lokala/regionala:</p> <p>Gemensamt för diagnoserna: Körtelstation 12= körtlar utmed leverligament (ligamentum hepatoduodenale) samt körtelstation 8 (arteria hepatica propria).</p> <p>Dessutom gäller följande tillägg för körtelstationer som betecknas som regionala:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gallblåsecancer: Truncus celiacus samt arteria mesenterica superior räknas som lokala. • Perihilär gallgång: Inga tillägg. |
| <h2>ÖVRIG METASTASERING</h2> | |
| Övrig metastasering | <p>Ange ett alternativ:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nej, har aldrig funnits • Ja, metastas finns • Ja, metastas tidigare men nu ej påvisbar. |
| Lokal för metastas | Vid "ja metastas finns", ange lokal för metastas: |

| | |
|---|--|
| | <p>Alternativ (Flera kan anges)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lunga • Binjure • Lever (alternativ för spår gallblåsa, perihilär) • Peritoneum • Skelett • Mjukdelar/hud • Lokalrecidiv av primärtumör • Annan <p>För alternativet peritoneum avses ej direkt överväxt från lever/gallvägar/gallblåsa.</p> |
| <p>KLINISKT TNM-STADIUM</p> <p>Klinisk tumörutbredning enligt TNM (UICC) i SweLiv:</p> <p>TNM 6: 2008 - 2011</p> <p>TNM 7: 2012 - 2017</p> <p>TNM 8: 2019 – (vid rapporteras till SweLiv efter 1 januari 2019 oavsett diagnosår)</p> | |
| <p>T-stadium</p> | <p>Ange T-stadium.</p> <p>T-stadier framgår av bilaga.</p> <p>Obligatoriskt för anmälan av diagnos C22.0, C22.1, C23.9, C24.0.</p> |
| <p>N-stadium</p> | <p>Ange N-stadium.</p> <p>N-stadier framgår av bilaga.</p> <p>Bör vara automatiskt genererad utifrån lymfkörtelvariabel</p> <p><i>Logiska regler;</i></p> <p><i>Lymfkörtlar:</i></p> <p><i>Variabeln Metastasmisstänkta regionala lymfkörtlar=ja = N1 eller N2.</i></p> <p><i>Variabeln Metastasmisstänkta generella lymfkörtlar=ja = M1.</i></p> |
| <p>M-stadium</p> | <p>Metastaser: Förutom generella lymfkörtelmetastaser så innebär annan metastasering=M1.</p> |
| <p>Ange kommande enhet för behandling /uppföljning av patienten</p> | <p>Ange sjukhus och klinik för kommande behandling/uppföljning av patienten.</p> |

| ANMÄLAN INKL 1:A MDK - BENIGNA TILLSTÅND | |
|--|--|
| VÅRDKONTAKT | |
| Datum för skälig misstanke/debut | <p>Ange datum: ÅÅ-MM-DD för välgrundad misstanke</p> <ul style="list-style-type: none"> • när diagnos debuterade och blev uppmärksammas • patient vidtalas • beslut om remiss tas • startdatum för standardiserat vårdförlopp, SVF • saknas uppgift kan datum anges för första radiologiskt fynd <p>Variabel används för att jämföra ledtider med SVF i följande fall:</p> <ul style="list-style-type: none"> • diagnoskod angivits för primär malignitet i lever/gallvägar • diagnos cancer in situ eller vid oklar diagnos, ICD D-diagnos |
| Initiering av utredning av aktuell tumör i lever/gallblåsa/gallgång | <p>Ange ett alternativ:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Remiss, annan enhet har initierat utredning • Behandlas/kontrolleras på rapporterende enhet av annan orsak • Sökt själv till rapporterende enhet |
| Datum remiss Remiss eller patientankomst till rapporterende enhet | <p>Ange datum: ÅÅ-MM-DD - datum för remiss anges alltid</p> <ul style="list-style-type: none"> • Remiss till rapporterende enhet, skriftlig eller muntlig • Första datum när patient intieras vid MDK, formell remiss inkommer senare • Egenremiss inkommer • Patienten sökt själv på akutmottagning • Undersökningsfynd uppmärksammas, patient följs vid klinik |
| Remitterande enhet | <p>Ange remitterande enhet: sjukhus- och klinikkod enligt sökbar lista gemensam för INCA, upplagd av regionalt cancercentrum.</p> <p>Remitterande enhet som saknar inrapportör anges med generell kod: exempel: OC Väst (5) - Vårdcentral 1. (59998) – Klinik (999)</p> |
| DIAGNOS och ICD10-kod – benigna tillstånd | |
| Lokal | <p>Ange en lokal för huvudsakligt organ där tumör/pathologi är lokaliserad</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lever • Gallblåsa • Extrahepatiska gallvägar <p>Notera att dilatation av gallgångar finns under både lever och gallvägar.</p> |
| Malign/In situ/benign | <p>Ange rätt diagnos genom att välja om tumör/tillstånd tillhör kategori:</p> <ul style="list-style-type: none"> • primär malignitet, • cancer in situ/oklar malignitetspotential, • metastas, sekundär malignitet, • benign diagnos, neoplasi eller |

| | |
|---|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> • andra tillstånd <p>Maligna diagnoser samt cancer in situ/oklara tillstånd är canceranmälningspliktiga. Om PAD finns, och förändring inte bedöms som malign eller cancer in situ används benign diagnos.</p> |
| <p>Diagnos benigna tillstånd</p> | <p>Ange en diagnos: för förändring som utreds/ska behandlas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Leverabscess • Adenomyomatos • Benign tumör (annan) • Levercirros • Cysta (levercysta, enkel) • Echinococcus lever • Fibros i lever • Fokal nodulär hyperplasi (FNH) • Adenomatös Gallblåsepolypp • Cystisk dilatation av gallgång, inkl Carolis sjukdom (ej choledochuscystor) • Gallstenssjukdom • Gallgångsstriktur • Hamartom (leverhamartom eller biliära hamartom) • Hemangiom i lever • Hyperplastisk polyp, inflammatorisk IgG4 relaterad sjukdom (sek scleroserande cholangit, retroperitoneal fibros) • Inflammatorisk pseudotumör i lever Intraepitelial neoplasi (BillIN, lätt till måttlig dysplasi) • Kolangit • Kolecystit • Koledochuscysta • Kolesterolos (inkl kolesterolospolyp) • Leverdonator • Papillär neoplasi (Intraduktal papillär neoplasi, IPN & intraduktal mucinös och neoplasi i gallgång, IPMN-B) • Peliosis hepatis (telangiektasier i lever) • Polycystisk leversjukdom • Porslinsgallblåsa • Scleroserande kolangit primär • Annan • Desmoid, fibromatosis • Gallgångsadenom (kolangiom) och Mucinös cystisk neoplasi (MCN) • Leveradenom • Benign neopasi gallblåsa (annan) <p>Vid osäker diagnos anges diagnos enligt MDK alternativt enligt bedömning innan ingrepp/behandlingsstart.</p> |
| <p>BESLUT</p> | |
| <p>Behandlingskonferens</p> | <p>Ange ett av fem alternativ:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Regional MDK • Lokal MDK • Transplantations MDK • Nationell MDK |

| | |
|--|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> • Beslut utan MDK – ingen konferens <p>Multidisciplinär konferens, MDK/re-evaluering:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Förutsätter deltagande radiolog och kliniker • Är underlag för diagnos/staging och • Behandlingsrekommendation • <u>Rekommendation om behandling kan fattats utan multidisciplinär konferens</u> <p>Första MDK registreras efter remissankomst med anmälan. Re-evaluering inför behandling: senaste beslutsdatum och staging</p> <p>Definitioner: Regional MDK= hepatobilär regional MDK. Varje center med kompetens inom leverkirurgisk och radiologi, är ett minimum, men där onkologisk, gastroenterologisk och omvårdnadskompetens är andra viktiga kompetenser. Exempel: Regional konferens för patient med levermetastas av koloncancer med deltagande av leverkirurgiskt centrum= regional MDK, medan regional MDK vid metastastisk sjukdom utan deltagande av levercentrum kan definieras som lokal konferens. Lokal MDK = Annan MDK som genomförs vid respektive sjukhus oavsett vilka kompetenser som utgör det multidisciplinära. Transplantations MDK = Konferens som har befogenhet att sätta upp patient på väntelista för levertransplantation. Nationell MDK= Konferens med deltagande av flera centra som har nationellt uppdrag, ex vid perihilar gallvägscancer. Beslut utan MDK = Ingen konferens har genomförts. Ange datum för beslut: när beslut dokumenteras eller datum för överenskommelse med patient</p> |
| <p>Datum för MDK, beslut</p> | <p>Ange datum: ÅÅ-MM-DD</p> <ul style="list-style-type: none"> • för genomförd MDK • då behandling överenskommit med patient • som kan identifieras som datum för beslut i journalhandling/patientadministrativt system <p>Datum används för att koppla diagnos och beslut till ingrepp och uppföljning, varför <u>datum ska anges även när beslut är tagna utan MDK</u></p> |
| <p>Finns beslut om rekommenderad behandling efter MDK</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Ja, efter överenskommelse kan patient sättas på väntelista. • Nej, ny, annan MDK, kompletterande utredning eller bedömning krävs |
| <p>Orsak till MDK eller beslut</p> | <p>Ange ett alternativ som orsak till beslut:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Bedömning nydebuterad förändring i lever/gallvägar Avser enbart ny diagnos/ny registerpost NOTERA! Vid återfall/recidiv av tumör på samma plats som tidigare eller ny plats, som tidigare är diagnosticerad med t ex HCC, görs registrering som ett återfall/recidiv, se punkt 3 2. Evaluering Utvärdering, oftast radiologi, av pågående eller nyss given behandling 3. Återfall efter uppnådd tumörfrihet Ny tumör i eller utanför lever/gallvägar alt återfall på tidigare behandlad lokal efter genomförd behandling. NOTERA! När radiologi/värdering genomförs inom 60 dagar |

| | |
|--|---|
| | <p>från genomförd behandling räknas det till behandlingsevaluering, dvs registreras under punkt 2.</p> <p>4. Beslut efter kompletterande utredning eller ny/annan MDK</p> <p>Alternativ 4 ses endast på separat MDK formulär.</p> |
| Enhet för kommande behandling/uppföljning | Ange remitterande enhet: sjukhus- och klinikkod enligt sökbar lista gemensam för INCA, upplagd av Regionalt Cancercentrum. |
| <p>PLANERAD BEHANDLING OCH INTENTION</p> <p>Ange planerad behandling till resektion eller ablation. Då förväntar registret ett efterföljande kirurgiformulär. Behandlingsintention styr således vad register förväntar för kommande blanketter. Notera! Rapportera enbart den behandling som planeras närmast</p> | |
| Planeras behandling av lever/gallblåsa/gallgång | <p>Vid nej; ange orsak</p> <ul style="list-style-type: none"> • Funktionsstatus/comorbiditet/leverfunktion Funktionsstatus (ECOG), eller komorbiditet inkluderande leverfunktion kan utgöra kontraindikation. • Diagnostiska kriterier för malignitet uppfylls ej/saknas indikation • Tumör radikalt opererad • Missbruk • Patientens eget val Eget val anges då patienten avstår från behandling trots att det medicinskt finns anledning att rekommendera behandling <p>Vid ja; ange behandling, se nedan</p> |
| Resektionskirurgi lever/gallvägar | <p>Resektion av lever/gallblåsa/gallgångar, och lymfkörtelutrymning. Planeras i syfte att påverka lokal tumörbörda=ja.</p> <p>Innefattar inte: stentning, portaembolisering, och inte resektioner för spridd sjukdom utanför lever/galla, t ex åtgärd av lungmetastas.</p> |
| Ablativ behandling | <p>Ablation - metoder för lokal destruktions</p> <ul style="list-style-type: none"> • RF radiovågsbehandling • MWA mikrovågsbehandling • IRE irreversibel elektroporering <p>Stereotaktisk strålbehandling registreras under strålbehandling.</p> <p>Innefattar tvåstegsingrepp, kombination av ablationer på olika lokaler, eller planerat förfarande, t ex ablation inför levertransplantation för att undvika tumörprogress under väntetid.</p> <p>Palliativ /tumörreducerande i syfte att uppnå symtomlindring och/eller förlängning av liv.</p> <p>Om all tumör kan avlägsnas i samband med ingrepp, och kombination med kemoterapi möjliggör kuration, väljs alternativ Kurativ.</p> |
| Levertransplantation | <p>Om Ja: ange behandlingsintention</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kurativ strategi, som kan uppnås med planerat ingrepp • Kurativ, men kräver fler ingrepp • Palliativ/tumörreducerande |

| | <p>Beslut om utredning för transplantation krävs.</p> <p>Krävs fler ingrepp anger det en kurativ strategi, och att planerad transplantation är ett led i strategin, t ex är tvåstegs ingrepp, kombination av resektion och transplantation av olika lokaler.</p> <p>Palliativ/tumörreducerande anger att transplantation inte är kurativ. Det innefattar tumörreducerande ingrepp i syfte att uppnå symtomlindring och/eller förlängning av liv.</p> <p>Om all tumör kan avlägsnas i samband med ingrepp, och kombination med kemoterapi möjliggör kuration, väljs alternativ ett, Kurativ.</p> <p>Innefattar inte att levertransplantationsutredning har genomförts eller att patienten ens har remitterats till transplantationsenhet.</p> | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|----------|------------|---|--|---|--|---|---|---|---|---|--|---|-----|---|---------|
| <p>Planeras behandling av tumör utanför lever/gallblåsa/gallvägar</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Nej • Ja primär tumör – enbart för levermetastas • Ja, annan lokal | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>FUNKTIONSSTATUS</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>Funktionsstatus, performance enligt WHO</p> | <p>Funktionsstatus; bedömning av läkare eller sjuksköterska. Funktionsstatus, performance enligt WHO/ECOG. Ange grad:</p> <table border="1" data-bbox="544 987 1406 1503"> <thead> <tr> <th>ECOG/WHO</th> <th>DEFINITION</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0</td> <td>Klarar all normal aktivitet utan begränsning</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>Klarar inte fysiskt krävande aktivitet men är uppegående och i stånd till lättare arbete</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Är uppegående och kan sköta sig själv men klarar inte att arbeta. Är uppe och i rörelse mer än 50 % av dygnets vakna timmar</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>Kan endast delvis sköta sig själv. Är bunden till säng eller stol mer än 50 % av dygnets vakna timmar</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>Klarar inte någonting. Kan inte sköta sig själv. Är bunden till säng eller stol.</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>Död</td> </tr> <tr> <td>6</td> <td>Ej känt</td> </tr> </tbody> </table> <p>ECOG används då det är ett validerat instrument för att mäta patientens funktionsstatus med stor prognostisk betydelse.</p> | ECOG/WHO | DEFINITION | 0 | Klarar all normal aktivitet utan begränsning | 1 | Klarar inte fysiskt krävande aktivitet men är uppegående och i stånd till lättare arbete | 2 | Är uppegående och kan sköta sig själv men klarar inte att arbeta. Är uppe och i rörelse mer än 50 % av dygnets vakna timmar | 3 | Kan endast delvis sköta sig själv. Är bunden till säng eller stol mer än 50 % av dygnets vakna timmar | 4 | Klarar inte någonting. Kan inte sköta sig själv. Är bunden till säng eller stol. | 5 | Död | 6 | Ej känt |
| ECOG/WHO | DEFINITION | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 0 | Klarar all normal aktivitet utan begränsning | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | Klarar inte fysiskt krävande aktivitet men är uppegående och i stånd till lättare arbete | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | Är uppegående och kan sköta sig själv men klarar inte att arbeta. Är uppe och i rörelse mer än 50 % av dygnets vakna timmar | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | Kan endast delvis sköta sig själv. Är bunden till säng eller stol mer än 50 % av dygnets vakna timmar | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | Klarar inte någonting. Kan inte sköta sig själv. Är bunden till säng eller stol. | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | Död | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | Ej känt | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>TUMÖRUTBREDNING</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>Datum då tumör/förändring påvisades radiologiskt</p> <p>Diagnosdatum</p> | <p>Ange datum: ÅÅ-MM-DD</p> <p>Vid malign tumör anges datum för när radiologi påvisar förändring motsvarande kriterier för välgrundad misstanke.</p> <p>Vid benign förändring anges datum då förändring radiologiskt påvisats. Vid behandlingsevaluering ska variabeln vara blockerad, och tidigare datum för påvisad tumör ska visas</p> <p>Diagnosdatum: Dold variabel för inrapportör. Skapas automatiskt från första datum, då tumör påvisades radiologiskt eller patologiskt/biopsi.</p> <p>Används för mappning mot cancerregistret.</p> | | | | | | | | | | | | | | | | |

RE-EVALUERING

DIAGNOS

Nuvarande diagnos visas upp

BESLUT

Behandlingskonferens

Alternativ (välj ett av fem):

- Regional hepatobiliär konferens
- Lokal MDK
- Transplantationskonferens
- Nationell konferens
- Ingen MDK

Här redovisas...

... om det genomförts multidisciplinär konferens som underlag för diagnos/staging och rekommendation angående behandling

... eller om rekommendation om behandling har fattats utan multidisciplinär konferens (MDK).

Definitioner:

Konferens = multidisciplinär konferens (MDK) definierat som konferens med flera professioner deltagande med uppdrag att fastställa diagnos och behandling. Förutsätter radiolog och kliniker.

Regional MDK = konferens som har regionalt uppdrag att fatta beslut vid tumör i lever och gallvägar för aktuell diagnos, där deltagande av inremitterande kliniker är rutin.

Behandling med leverkirurgi och ablationer har enligt beslut centraliserats till ett center per sjukvårdsregion i landets 6 sjukvårdsregioner. Regional MDK här avser därför hepatobiliär regional MDK, dvs en konferens där detta center deltar, vilket då innefattar att deltagare har hepatobiliär kompetens.

Exempelvis regional konferens för patient med levermetastas av koloncancer med deltagande av leverkirurgiskt centrum = regional MDK. Regional MDK vid metastastisk sjukdom utan deltagande av levercentrum skall därför kallas för lokal konferens.

Lokal MDK = annan MDK som genomförs vid respective sjukhus, oavsett om det är klinik som också är levercentrum eller MDK vid ett länsjukhus.

Transplantationskonferens = Konferens som har befogenhet att sätta upp patient på väntelista för levertransplantation.

Nationell konferens = Konferens med deltagande av flera centra som har nationellt uppdrag, för närvarande enbart konferens för perihilar gallvägscancer.

Ingen konferens = konferens har ej genomförts.

| | |
|---|---|
| <p>Datum för MDK eller beslut</p> | <p>Multidisciplinär konferens (MDK) eller beslut, ange datum: 202x-xx-xx.</p> <p>Då ingen konferens har genomförts hänvisar datum till datum då beslut tagits. I första hand rekommenderas datum då beslut om behandling överenskommits med patient. I andra hand datum då beslut fattats. Ingen konferens kan också vara aktuell vid förnyad bedömning efter tidigare MDK för att ange beslutad behandling och startdatum för ledtid till start av behandling.</p> |
| <p>Finns beslut om rekommenderad behandling efter MDK?</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Ja (MDK startdatum för ledtid från beslut till behandling (kan sättas på väntelista efter överenskommelse med patient). • Nej, ny eller annan MDK eller kompletterande utredning kompletterande utredning krävs. <p>Syfte:</p> <p>Att få valida data avseende ledtid från beslut till start av behandling.</p> <p>Att beskriva processen, samt att få en tidsmässig sammanställning av vad kompletterande utredning eller vidareremiss för annan MDK tar i tid.</p> <p>Variabel för maligna diagnoser, cancer in situ och oklara tumörer</p> |
| <p>Orsak till MDK eller beslut</p> | <p>Bakgrund till konferens eller beslut.</p> <p>Alternativ, ange ETT av följande:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Behandlingsevaluering. Evaluering av pågående eller nyss given behandling- Ny radiologi etc inom 60 dagar från given behandling skall värderas som evaluering. 2. Återfall efter uppnådd tumörfrihet. Ny tumör i eller utanför lever/gallvägar alt återfall på tidigare behandlad lokal efter genomförd behandling. Obs då ny radiologi/värdering genomförs inom 60 dagar från genomförd behandling räknas detta till behandlingsevaluering, dvs registreras under punkt 2. 3. Beslut efter kompletterande utredning eller ny/annan MDK. |
| <p>Vid behandlingsevaluering, ange respons</p> | <p>Respons av behandling anges i de fall då orsak till MDK angetts vara behandlingsevaluering.</p> <p>Alternativ:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ingen kvarvarande tumör efter kirurgisk/ablativ behandling • Ingen kvarvarande tumör efter medicinsk/interventionell/strålbehandling (komplett remission om evaluering avser ex medicinsk behandling). • Respons. Vid medicinsk behandling avses minst 30% minskad tumördiameter. Efter kirurgisk behandling att det finns kvarvarande tumör på preoperativt tidigare kända lokaler men att kirurgisk behandling har minskat tumörbörda. • Stabil tumörsjukdom • Progress • Kan ej evalueras <p>SweLiv rekommenderar att RECIST-kriterier används för bedömning av behandlingsrespons. RECIST baseras på mätning av tumördiameter i ett plan.</p> <p>Partiell respons = 30% minskning av tumördiameter.</p> <p>Progress = 20% ökning av tumördiameter alt ny tumör</p> |

| | |
|--|--|
| | <p>Tumör understigande 10 mm mäts ej.</p> <p>RECIST kriterier framgår på www.recist.org.</p> <p>Vid HCC och kemoembolisering korrelerar mRECIST till överlevnad, men inte RECIST. mRECIST mäter vaskulariserad del av tumör, och som behandlingsevaluering efter kemoembolisering rekommenderas därför mRECIST. Detta innefattar att bedömning för ställningstagande till transplantation efter kemoembolisering görs utifrån bedömning av tumörbörda mätt enligt mRECIST.</p> |
| Typ av progress | <p>Ange ett eller flera av följande alternativ</p> <ul style="list-style-type: none"> • ökat antal • storlekstillväxt eller • progress annan lokal än lever/gallvägar. <p>Storlekstillväxt=> 20% ökning av diameter i överensstämmelse med RECIST-kriterier.</p> |
| <p>PLANERAD BEHANDLING OCH INTENTION</p> <p>I SweLiv registras lokoregional tumörbehandling i lever/gallvägar vid primär tumör, och kirurgi samt ablationer även för metastatisk sjukdom. Planerad behandling anges samt behandlingsintention. Planerad behandling styr vad SweLiv senare efterfrågar- planeras resektion i anmälan så efterfrågar registret ett ingreppsformulär till dess ett ingreppsformulär skickas in oavsett om behandling genomförts eller ej. Orsak till eventuellt ändrad behandlingsplan kan anges på behandlingsblankett.</p> | |
| Planeras behandling (av lever/gallblåsa/gallgång) | <p>Beslut om planerad behandling för att påverka den diagnos som angivits.</p> <p>Vid ja, skall samtliga behandlingsalternativ besvaras, vid nej frågan om främsta orsak.</p> |
| Främsta orsak till att ingen tumörbehandling | <p>Ingen behandling eller best supportive care, ange främsta orsak.</p> <p>Ange ett alternativ:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Funktionsstatus/comorbiditet/leverfunktion. Funktionsstatus (ECOG), eller komorbiditet inkluderande leverfunktion kan utgöra kontraindikation. • Diagnostiska kriterier för malignitet uppfylls ej/saknas indikation. • Tumör radikalt opererad. • Missbruk. • Patientens eget val. Eget val anges då patienten avstår från behandling trots att det medicinskt finns anledning att rekommendera behandling. |
| Resektionskirurgi (lever/gallvägar) | <p>Innefattar ingrepp som innebär resektion av lever/gallblåsa/gallgångar, och ex lymfkörtelutrymning.</p> <p>Resektion som planeras med syfte att påverka lokal tumörbörda=ja.</p> <p>Lokala åtgärder såsom stentning, portaembolisering innefattas inte, och här avses inte heller andra resektioner för spridning utanför lever/galla, ex åtgärd av lungmetastas.</p> |

| | |
|------------------------------------|---|
| Intention resektionskirurgi | <p>Välj ett av tre alternativ.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kurativ 2. Kurativ men kräver fler ingrepp 3. Palliativ/Tumörreducerande <p>Intention anger syfte med resektion lever/gallvägar.</p> <p>Downsizing anger att den kliniska bedömningen är att man syftar till en kurativ strategi, men att nuvarande ingrepp syftar till att tillsammans med kommande behandling inte medger det utan framgångsrik downsizingbehandling (antitumoral medicinsk eller medicinskt interventionell behandling, ex kemoterapi, radioembolisering, kemoembolisering).</p> |
| Ablativ behandling | <p>Ablation innefattar metoder för lokal destruktions såsom radiovågor, mikrovågor, irreversibel elektroporering. Däremot registreras stereotaktisk strålbehandling separat under strålbehandling.</p> |
| Intention ablation | <p>Välj ett av tre alternativ.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kurativ 2. Kurativ men kräver fler ingrepp 3. Palliativ/Tumörreducerande <p>Intention anger syfte med ablation lever/gallvägar.</p> <p>Kurativ men kräver fler ingrepp anger att den kliniska bedömningen är att man syftar till en kurativ strategi, men att det kräver fler ingrepp antingen pga tumörbörda eller leverfunktion, ex som flerstegs ingrepp, efterföljande transplantation etc i lever och/eller annan lokal.</p> |
| Levertransplantation | <p>Planerad levertransplantation lever/gallvägar</p> <p>Ja anges då det finns ett beslut om utredning för transplantation. Ja innebär således inte att levertransplantationsutredning har genomförts eller att patienten ens har remitterats till transplantationsenhet.</p> |
| Intention transplantation | <p>Välj ett av tre alternativ.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kurativ 2. Kurativ men kräver fler ingrepp 3. Palliativ/tumörreducerande <p>Kurativ men kräver fler ingrepp anger att den kliniska bedömningen är att man syftar till en kurativ strategi, men att det kräver fler ingrepp antingen pga tumörbörda eller leverfunktion, ex som flerstegs ingrepp, efterföljande transplantation etc i lever och/eller annan lokal.</p> |
| Kemoembolisering (TACE) | <p>Planerad kemoembolisering lever. Ange ja eller nej</p> |
| Intention kemoembolisering | <p>Välj ett av fyra alternativ:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Neoadjuvant (start innan kirurgi/abl/transplantation) • Downstaging • Palliativ • Postoperativt <p>Neoadjuvant = tumörbörda i sig medger ingrepp redan nu, men behandling syftar till att minska återfall eller risk för dropout under</p> |

| | |
|--|--|
| | <p>väntetid för ingrepp,</p> <p>Downstaging = nuvarande tumörutbredning medger inte kurativ strategi utan framgångsrik downsizingbehandling</p> <p>Palliativt = ett icke-kurativt syfte</p> <p>Postoperativt = adjuvant efter ingrepp (efterfrågas även på uppföljningsformulär)</p> |
| Systemisk antitumoral behandling | <p>Planerad systemiskt antitumoral behandling? Ange ja eller nej</p> <p>Ja= all typ av medicinsk behandling till exempel cytostatika, tyrosinkinasiinhibitorer, antikroppsbehandling, systemisk immunterapi som syftar till att påverka tumörbörda.</p> |
| Behandlingsintention systemisk antitumoral behandling | <p>Välj ett av fyra alternativ.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Neoadjuvant (start innan kirurgi/abl/transplantation) • Downstaging • Palliativ • Postoperativt <p>Neoadjuvant = tumörbörda i sig medger ingrepp redan nu, men behandling syftar till att minska återfall eller risk för dropout under väntetid för ingrepp,</p> <p>Downstaging = nuvarande tumörutbredning medger inte kurativ strategi utan framgångsrik downsizingbehandling</p> <p>Palliativt = ett icke-kurativt. syfte</p> <p>Postoperativt = adjuvant efter ingrepp (efterfrågas på uppföljningsformulär)</p> |
| Planerad strålbehandling av lever/gallvägar | <p>Planerad strålbehandling lever/gallvägar. Ange ja eller nej</p> |
| Behandlingsintention strålbehandling av lever/gallvägar | <p>Intention anger syfte med strålbehandling av lever/gallvägar. Här anges även NÄR behandling skall ges.</p> <p>Välj ett av fyra alternativ.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Neoadjuvant (start innan kirurgi/abl/transplantation) • Downstaging • Palliativ • Postoperativt <p>Neoadjuvant anger att behandling syftar till att minska återfall eller risk för dropout under väntetid för ingrepp, men att tumörbörda i sig redan medger efterföljande ingrepp.</p> <p>Downstaging anger att den kliniska bedömningen är att man syftar till en kurativ strategi, men att nuvarande tumörutbredning inte medger det utan framgångsrik downsizingbehandling.</p> <p>Palliativt anger att syftet inte är kurativt.</p> <p>Postoperativt anger att syftet är adjuvant som tillägg efter ingrepp.</p> |

| Planerad annan behandling av lever/gallvägar | Planerad annan behandling lever/gallvägar. Ange ja eller nej. | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|----------|-----------------|---|--|---|--|---|---|---|---|---|--|---|-----|
| Behandlingsintention annan behandling av lever/gallvägar | <p>Intention anger syfte med annan behandling av lever/gallvägar. Här anges även NÄR behandling skall ges.</p> <p>Välj ett av fyra alternativ.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Neoadjuvant (start innan kirurgi/abl/transplantation) • Downstaging • Palliativ • Postoperativt <p>Neoadjuvant anger att behandling startar innan kurativt syftande kirurgi/ablation men att tumörbörda i sig redan medger efterföljande ingrepp.</p> <p>Downstaging anger att den kliniska bedömningen är att man syftar till en kurativ strategi, men att nuvarande tumörutbredning inte medger det utan framgångsrik downsizingbehandling.</p> <p>Palliativt anger att syftet inte är kurativt.</p> <p>Postoperativt anger att syftet är adjuvant som tillägg efter ingrepp.</p> | | | | | | | | | | | | | | |
| Planeras behandling av tumör utanför lever/gallblåsa/gallvägar | <p>Planerad tumörbehandling annan tumörlokalisering innan behandling lever/gallvägar</p> <p>Tre alternativ (minst ett anges, nej exkluderar)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nej • Ja primär tumör (enbart för C787) (v) • Ja, annan lokal (v) | | | | | | | | | | | | | | |
| FUNKTIONSSTATUS OCH LEVERFUNKTION | | | | | | | | | | | | | | | |
| Funktionsstatus | <p>Funktionsstatus, enligt bedömning av läkare eller sjuksköterska. Funktionsstatus = performance anges med en skala enligt ECOG/WHO.</p> <p>Alternativ och definition (välj ett alternativ av sju):</p> <table border="1" data-bbox="529 1451 1348 2018"> <thead> <tr> <th>ECOG/WHO</th> <th>Funktionsstatus</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0</td> <td>Klarar all normal aktivitet utan begränsning</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>Klarar inte fysiskt krävande aktivitet men är uppegående och i stånd till lättare arbete</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Är uppegående och kan sköta sig själv men klarar inte att arbeta. Är uppe och i rörelse mer än 50 % av dygnets vakna timmar</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>Kan endast delvis sköta sig själv. Är bunden till säng eller stol mer än 50 % av dygnets vakna timmar</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>Klarar inte någonting. Kan inte sköta sig själv. Är bunden till säng eller stol.</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>Död</td> </tr> </tbody> </table> | ECOG/WHO | Funktionsstatus | 0 | Klarar all normal aktivitet utan begränsning | 1 | Klarar inte fysiskt krävande aktivitet men är uppegående och i stånd till lättare arbete | 2 | Är uppegående och kan sköta sig själv men klarar inte att arbeta. Är uppe och i rörelse mer än 50 % av dygnets vakna timmar | 3 | Kan endast delvis sköta sig själv. Är bunden till säng eller stol mer än 50 % av dygnets vakna timmar | 4 | Klarar inte någonting. Kan inte sköta sig själv. Är bunden till säng eller stol. | 5 | Död |
| ECOG/WHO | Funktionsstatus | | | | | | | | | | | | | | |
| 0 | Klarar all normal aktivitet utan begränsning | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | Klarar inte fysiskt krävande aktivitet men är uppegående och i stånd till lättare arbete | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | Är uppegående och kan sköta sig själv men klarar inte att arbeta. Är uppe och i rörelse mer än 50 % av dygnets vakna timmar | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | Kan endast delvis sköta sig själv. Är bunden till säng eller stol mer än 50 % av dygnets vakna timmar | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | Klarar inte någonting. Kan inte sköta sig själv. Är bunden till säng eller stol. | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | Död | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | |
|--|--|--|---------|
| | <table border="1"> <tr> <td></td> <td>Ej känt</td> </tr> </table> <p>ECOG används då det är ett validerat instrument för att mäta patientens funktionsstatus med stor prognostisk betydelse.</p> | | Ej känt |
| | Ej känt | | |
| Ascites | <p>Ange ett alternativ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 0 Ingen (Kliniskt ingen ascites även om det kan finnas mindre mängd tex på ultraljud men inget behov av ascitesbehandling) 1 Lättbehandlad (Ascites som kan kontrolleras med saltrestriktion och diuretika) 2 Måttlig/svår (Refraktär ascites som kräver upprepade tappningar/TIPS (transjugulär intrahepatisk portosystemisk shunt)) 3 Ej känt | | |
| Encefalopati | <p>Ange ett av nedanstående alternativ</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ingen = Oklarhet, förvirring eller personlighetsförändring. • Lätt = Uttalad slöhet, sömnig men kontaktbar vid stimulering. • Svår = Stuporös, eller värre • Ej känt | | |
| <p>LABORATORIEVÄRDEN</p> <p>Laboratorievärden som är tagna i anslutning till aktuell utredning (inom 60 dagar).</p> | | | |
| α-fetoprotein | <p>(µg/l)</p> <p>Diagnosspecifikt: α-fetoprotein anges vid diagnos C22 samt D376 lever</p> <p>Begränsning: 0-1 milj.</p> | | |
| CA 19-9 | <p>(U/ml)</p> <p>Rel ospecifik tumörmarkör för gallvägscancer som påverkas av gallstas och livsstil. Ingår i en del diagnostiska algoritmer. Prognostiskt använt även för kolorektala levermetastaser.</p> <p>Diagnosspecifikt: CA19-9 anges för primär malignitet i lever och oklar tumör i lever samt levermetastas.</p> | | |
| CEA | <p>(µg/L)</p> <p>Diagnosspecifikt: CEA anges vid C221, C23, C24, C 787 samt D376</p> <p>Begränsning: 0-1000.</p> | | |
| Bilirubin | <p>(µmol/l)</p> <p>Stegrat Bilirubin anger att leverns möjlighet att ta hand om det gula</p> | | |

| | färgämnet bilirubin är nedsatt, antingen pga dålig leverfunktion, gallstas eller sönderfall av blodkroppar. Begränsning: 1-1500 µmol/l. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------------------------------------|---|--------------------------|----------|----------|----------|-----------|-----|-------|-----|---------|-----|-------|-----|-----|------|---------|------|---------|-------|------|------|--------------|-------|------|------|
| PK(INR) | (INR) alternativt: värde ej känt/bedömbart pga Waran INR mäter leverns K-vitaminberoende produktion av koagulationsfaktorer. Påverkas av waran men inte heparinmedicinering. Diagnosspecifikt PK anges vid diagnos C22, C23,C24 Begränsning: 0,7-12 INR. Värde anges med en decimal. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Albumin (g/l) | (g/l) Albuminvärde påverkas av leverfunktion, men också tex inflammation. Albumin och CRP bör vara från samma provtagningsstillfälle. Diagnosspecifikt Albumin anges vid diagnos C22, C23,C24 Begränsning: 8-50 g/l. Heltal | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Kreatinin (umol/l) | umol/l eller ej känt/bedömbart pga dialys Begränsning: 30-1500 µmol/l. Heltal | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CRP (mg/l) | (mg/l) CRP stiger vid inflammatoriska tillstånd, oavsett om det är orsakat av infektion eller annan inflammation inkluderande inflammation pga malignitet. Begränsning: 0-1000 mg/l. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Child-Pugh MELD mGPS | Automatiskt genererade scoror (besvaras variabler kan anges) Child-Pugh Child A=5-6p B=7-9p C=310p <table border="1"> <thead> <tr> <th>Faktor/ poäng</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Bilirubin</td> <td><34</td> <td>34-51</td> <td>>51</td> </tr> <tr> <td>Albumin</td> <td>>35</td> <td>30-35</td> <td><30</td> </tr> <tr> <td>INR</td> <td>>1.7</td> <td>1.7-2.3</td> <td>>2.3</td> </tr> <tr> <td>Ascites</td> <td>Ingen</td> <td>Mild</td> <td>Svår</td> </tr> <tr> <td>Encefalopati</td> <td>Ingen</td> <td>Mild</td> <td>Svår</td> </tr> </tbody> </table> | Faktor/ poäng | 1 | 2 | 3 | Bilirubin | <34 | 34-51 | >51 | Albumin | >35 | 30-35 | <30 | INR | >1.7 | 1.7-2.3 | >2.3 | Ascites | Ingen | Mild | Svår | Encefalopati | Ingen | Mild | Svår |
| Faktor/ poäng | 1 | 2 | 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Bilirubin | <34 | 34-51 | >51 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Albumin | >35 | 30-35 | <30 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| INR | >1.7 | 1.7-2.3 | >2.3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ascites | Ingen | Mild | Svår | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Encefalopati | Ingen | Mild | Svår | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | <p>MELD</p> <p>MELDscore = $9.57 \cdot \ln(\text{Kreatinin}) + 3.78 \cdot \ln(\text{bili}) + 11.2 \cdot \ln(\text{INR}) + 6.43$.</p> <p>Heltal anges enbart.</p> <p>För SweLiv anges enbart MELD då Kreatinin och INR kan anges.</p> <p>Modified Glasgow Prognostic Score (mGPS, score 0-2)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>mGPS</th> <th>Score</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>CRP ≤10, Albumin ≥ 35 g/l</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>CRP ≤10, Albumin < 35g/l</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>CRP >10, Albumin ≥ 35 g/l</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>CRP >10, Albumin ≥ 35 g/l</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>CRP >10, Albumin < 35g/l,</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table> | mGPS | Score | CRP ≤10, Albumin ≥ 35 g/l | 0 | CRP ≤10, Albumin < 35g/l | 0 | CRP >10, Albumin ≥ 35 g/l | 1 | CRP >10, Albumin ≥ 35 g/l | 2 | CRP >10, Albumin < 35g/l, | 2 |
|---|--|------|-------|---------------------------|---|--------------------------|---|---------------------------|---|---------------------------|---|---------------------------|---|
| mGPS | Score | | | | | | | | | | | | |
| CRP ≤10, Albumin ≥ 35 g/l | 0 | | | | | | | | | | | | |
| CRP ≤10, Albumin < 35g/l | 0 | | | | | | | | | | | | |
| CRP >10, Albumin ≥ 35 g/l | 1 | | | | | | | | | | | | |
| CRP >10, Albumin ≥ 35 g/l | 2 | | | | | | | | | | | | |
| CRP >10, Albumin < 35g/l, | 2 | | | | | | | | | | | | |
| TUMÖRUTBREDNING | | | | | | | | | | | | | |
| Vilka radiologiska undersökningar har genomförts som underlag till beslut? | <p>Alternativ, flera alternativ kan anges, ange ja och nej för samtliga</p> <ul style="list-style-type: none"> • MR-lever • CT- Buk/Lever • PET-CT <p>Enbart för maligna/oklara diagnoser.</p> | | | | | | | | | | | | |
| Radiologiskt påvisad tumör, ange antal | <p>Alternativ, ange ett av följande:</p> <p>0 (tumör ej påvisad radiologiskt), 1, 2, 3, 4, 5, 6-10, eller antal tumörer ej känt (tumör ses radiologiskt, men antal har ej definierats).</p> <p>Ange antal tumörer, som bedöms ha samma diagnos som anmäld tumör.</p> <p>Antal anges för C*, D376, D134 lever. Antal för perihilar 0-2, gallblåsa 0-1 (underlättar logiken ang datum för påvisande av förändring radiologiskt.)</p> | | | | | | | | | | | | |
| Diagnosdatum | <p>Dold variabel som konstrueras utifrån angivna datum då tumör påvisades radiologiskt eller patologiskt.</p> <p>Variabel som också används för registrering i cancerregistret.</p> <p>Behöver konstrueras utifrån MDK data och datum för biopsi.</p> | | | | | | | | | | | | |
| Finns dysplastiska/ LIRAD 3-4 noduli utöver detta antal? | <p>Definition: Här anges enbart noduli, som inte räknats in i föregående variabel men som bedömts som premaligna tex bedömd som dysplastiskt nodulus eller LIRAD 3 eller 4 nodulus alternativt noduli som inte kan klassificeras som maligna pga storlek (<10mm).</p> <p>Variabel enbart för primär malignitet lever eller oklar tumör i lever.</p> | | | | | | | | | | | | |
| Datum då tumör/förändring påvisades radiologiskt? | <p>Datum då tumör/förändring påvisades radiologiskt enligt första MDK visas upp.</p> | | | | | | | | | | | | |

| | |
|---|---|
| <p>Datum för misstänkt första recidiv</p> | <p>Ange datum för misstänkt första recidiv.</p> <p>Vid behandlingsevaluering skall variabeln vara blockerad, och tidigare datum för datum för påvisad tumör skall visas (innebär att det kan finnas både en första påvisad tumör, och ett ev första recidiv som visas, men att man kan diskutera om fler datum skall visas upp(2021?))</p> <p>Definition av misstänkt första recidiv: Första datum då misstanke anses bekräftad. Om liten/oklar förändring har förelegat tidigare men då inte uppfattats som malign anges det datum då tex radiologi (alt cytologi, patologi eller lab) påvisade progress/tidpunkt då man kliniskt beslutade sig för att betrakta det som recidiv.</p> <p>Observera att även första recidiv enbart kan anges en gång förutom i de fall då PAD efter ingrepp innebär att misstanken om recidiv föll bort.</p> |
| <p>Datum för misstänkt recidiv (annat)</p> | <p>Datum för misstänkt annat recidiv (ej första)</p> <p>(Datum för debut och första recidiv skall finnas förifyllt om detta tidigare rapporterats.)</p> <p>Andel med recidiv som blir föremål för ny MDK kan uppdateras fram till uppföljning 3 år efter senaste ingrepp.</p> <p>Eventuellt senare återfall fångas inte om inte spontaninrapportering sker.</p> |
| <p>Utbredning i extrahepatiska gallvägar</p> | <p>Utbredning i extrahepatiska gallvägar, ange ett alternativ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nedanför bifurkationen (Bismuth I) 2. Inbegriper bifurkationen (Bismuth II) 3. Inbegriper första delningsstället på höger sida (Bismuth IIIa) 4. Inbegriper första delningsstället på vänster sida (Bismuth IIIb) 5. Inbegriper första delningsstället på båda sidorna (Bismuth IV) 6. Tumör klassificeras inte enligt vanlig Bismuth 7. Cytologi eller PAD utan känd lokalisation i gallvägarna 8. Extrahepatiska gallvägar avlägsnade. <p>Tumörutbredning anges i förhållande till gallgångens bifurkation, och dess vidare uppdelning på höger respektive vänster sida anges, enligt Bismuth-Coulette. Bismuth III med kontralateral kärpåverkan alt Bismuth IV klassificeras i version 8 som TNM T4.</p> <p>Majoriteten av extrahepatisk gallvägscancer utgår från hilusregionen. Registret har ett gränssnitt gentemot Pankreasregistret, i vilket periampullär cancer registreras. Distal gallvägscancer (utgående från gallgång nedom inmyningen av ductus cysticus) inkluderande den intrapancreatiska delen av gallgången registreras i Pankreasregistret.</p> <p>(Obligatoriskt för C24*, D37.6 gallvägar, D01.5 gallvägar, släcks ner för övriga)</p> |
| <p>Striktorens längd, extrahepatiska gallvägar (enbart för</p> | <p>Striktorens längd i mm i extrahepatiska gallvägar.</p> <p>Ange antal mm: (5-50mm) Alternativt stenosisens längd ej känd.</p> |

| | |
|--|---|
| extrahepatisk gallgång) | |
| Diameter tumör 1 | <p>Tumör 1, mått mm..... (5-300) Alternativt mått ej känt</p> <p>Villkor: Anges enbart då det i variabelantal tumörer angetts att det finns mätbar tumör.</p> <p>Tumördiameter anges i mm, med en decimal. Om annat värde än noll anges i decimalen skall kontrollfråga ställas: "Ange diameter i mm, inte cm. Konfirmera mått."</p> <p>Diagnosrelaterade begränsningar:</p> <p>Primär lever (benign och malign) , antal tumörers diameter 4</p> <p>Gallblåsa, antal tumörers diameter 1</p> <p>Perihilär gallgång antal tumörers diameter, 1</p> <p>Metastas, antal tumörer diameter, 1</p> |
| Diameter tumör 2 | Tumör 2, mått mm..... (5-300) Alternativt mått ej känt |
| Diameter tumör 3 | Tumör 3, mått mm..... (5-300) Alternativt mått ej känt |
| Diameter tumör 4 | Tumör 4, mått mm..... (5-300) Alternativt mått ej känt |
| Trombos i porta- eller lever-ven? | Visas vid malign och oklar tumör primär lever |
| Tumörtromb? | <p>Tumörtromb (kan påverka stadiindelning), välj ett av tre alternativ:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nej • Ja • Oklart <p>Definition:</p> <p>Tumörtromb anses föreligga då det bedömts sannolikt, t ex mot bakgrund av patologiska kärl vilka oftast kan påvisas med kontrastundersökning med ultraljud, DT eller MRT).</p> |
| Tumör lokalt begränsad? | <p>Lokalt begränsad avser om tumören är begränsad till aktuell lokal=organ. För lever innebär det att tumör växer över på vävnad som framgår av efterföljande variabel.</p> <p>Gäller för dia C22, C787, C23, 24, D376, echonococc.</p> |
| Ange lokal för överväxt | <p>Ange lokal för överväxt, ett eller flera alternativ:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lever • Diafragma • Hilarplatta • Arteria hepatica • Vena porta |

| | |
|---|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> • Peritoneum/bukvägg • Tarm/ventrikel • Pancreas • Överväxt mot flera lokaler <p>För C23 ska alla alternativ visas. För C22, C787, C24 ska inte lever och hilarplatta visas, men övriga.</p> |
| Engagemang av vena porta | <p>Ange om kärlengagemang finns (>50 % av circumferensen):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Porta huvudstam • Portas bifurkation • Höger porta • Vänster porta • Både höger och vänster porta <p>För C23, C24</p> |
| Engagemang av leverartär | <p>Minst ett alternativ ska anges:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hepatica communis • Artärbifurkationen • Höger leverartär • Vänster leverartär • Både höger och vänster leverartär <p>För C23, C24</p> <p>Ange om kärlengagemang finns (>50 % av circumferensen):</p> |
| Tumörutbredning i gallblåsa | <p>Ange ett av följande alternativ angående tumörutbredning i gallblåsa:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tumör lokaliserad till peritonealsidan • Tumör lokaliserad till leversida • Ductus cysticus (nu diagnos ICD 11 2C14.0) • Polyp • Gallblåsa borttagen • Ingen synlig tumör i gallblåsa • Kan ej anges <p>Anges för C239, D376 gallblåsa</p> |
| Ange storlek vid polyp | <p>Ange polypens storlek i mm (längsta längd), anges i mm.....</p> <p>Begränsning: 5-30 mm.</p> |
| <h2>LYMFKÖRTLAR</h2> <p>N-stadium samt generella lymfkörtlar. Obs kontrollfunktion gentemot N om det anges i TNM.</p> | |
| Lymfkörtelmetastas | <p>Båda skall besvaras:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lokal lymfkörtelstation: Ja/Nej • Generell lymfkörtelstation: Ja/Nej <p>Definition:</p> <p>Radiologiskt metastasmisstänkta lymfkörtelstationer skall ha ett kortaxelmått > 20mm vid HCC, >15 mm vid cholangiocarcinom.</p> |

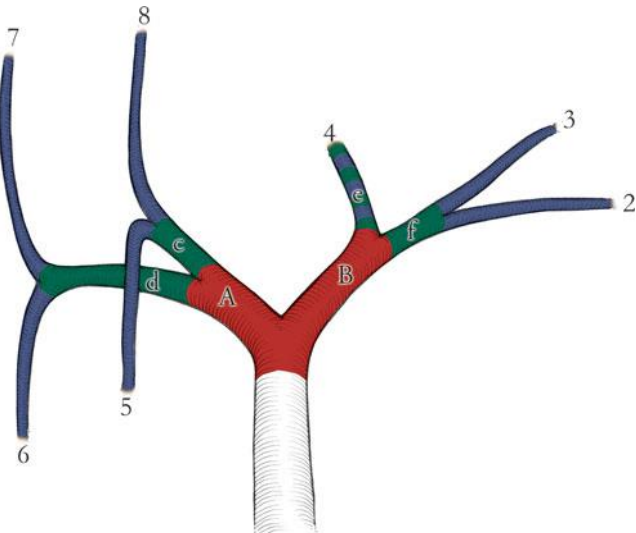
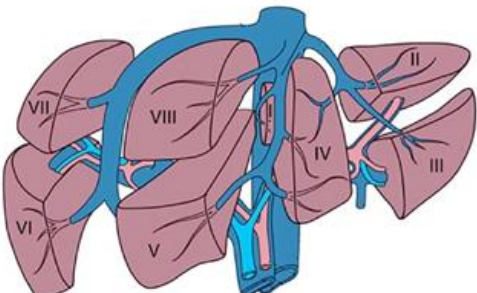
| | |
|--|--|
| | <p>Lokala lymfkörtelmetastas vid metastas avser körtlar i förhållande till lever</p> <p>Bedömning vid MDK kan användas.</p> <p>Lokala respektive generella lymfkörtlar anges, där generella lymfkörtlar klassificeras som M1 enligt TNM. För definition av lokal och generell, se nedan.</p> |
| | <p>Körtelstationer som räknas som lokala/regionala:</p> <p>Gemensamt för diagnoserna:</p> <p>Körtelstation 12 = körtlar utmed leverligament (ligamentum hepatoduodenale) samt körtelstation 8 (a hepatica propria).</p> <p>Dessutom gäller följande tillägg för körtelstationer som betecknas som regionala:</p> <ul style="list-style-type: none"> • HCC: Körtlar under diafragma samt 16a pericavala körtlar ovan njurven. • Högersidiga cholangiocarcinom: Periduodenala samt peripancreatiska körtlar inkluderas i de lokala • Västersidiga cholangiocarcinom: inkluderar körtlar i gastrohepatiska ligamentet. • Gallblåsecancer: Truncus celiacus samt a mesenterica superior räknas som lokala. • Perihilär gallgång: Inga tillägg. • Metastatisk sjukdom: Körtlar som räknas som lokala i förhållande till primärtumör skall inte anges här. <p>Anges enbart för maligna diagnoser.</p> |
| <h2>ÖVRIG METASTASERING</h2> | |
| <p>Övrig metastasering (vid levermetastas avses annan lokal än lever)</p> | <p>Ange ett alternativ:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nej, har aldrig funnits • Ja, metastas finns • Ja, metastas tidigare men nu ej påvisbar. <p>Vid ja, metastas finns, ange lokal för metastas, se nästa variabel</p> |
| <p>Lokal för metastas</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Lunga • Binjure • Lever (alternativ för spår gallblåsa, perihilär) • Peritoneum • Skelett • Mjukdelar/hud • Lokalrecidiv av primärtumör (alt vid metastas) • Annan <p>För alternativet peritoneum avses ej direkt överväxt från lever/gallvägar/gallblåsa.</p> <p>Vid levermetastatisk sjukdom avser frågan att klarlägga om det finns annan påvisad spridning utanför primärtumör, än till levern.</p> |

| KIRURGI/ABLATION | |
|---|--|
| För samtliga, där sista Anmälnings- eller Re-evalueringsformulär anger att efterföljande ablation/resektion/transplantation planeras. Detta innefattar ingrepp med syfte att med ablation, resektion eller behandla tumör i lever, gallblåsa och/eller gallvägar. | |
| MDK | |
| Ange senaste MDK inför ingrepp | Tidigare inrapporterade MDK finns angivna (rullista), men också en möjlighet att lägga in ett nytt datum. Om ett nytt datum rapporteras, kan man i översikten se att det saknas ett MDK formulär för det datumet. |
| Tumör behandlad sedan aktuell MDK (innan detta ingrepp) | Ange ja eller nej |
| Om ja, specificera behandling | <ul style="list-style-type: none"> • Kemoterapi/TACE • Ablation/resektion/strålbehandling (lever/gallvägar) • Behandling av primärtumör utanför lever/gallvägar • Behandling av metastas utanför lever/gallvägar |
| INGREPP | |
| Vilket ingrepp har genomförts? | Ange ett av följande: <ol style="list-style-type: none"> 1. Ablation (JJA43, JJA44, TJJ10) 2. Ablation+resektion (kod enl ovan+ JJB-kod) 3. Resektion (JJB-kod) 4. Resektion enbart gallblåsa/gallvägar 5. Transplantation (JJC) 6. Annat ingrepp (inklusive lymfkörtlar) 7. Explorerad men resektion/ablation/transplantation eller annat lokalt ingrepp ej genomfört 8. Inget ingrepp har genomförts |
| Datum för ingrepp | Ange datum ÅÅÅÅ-MM-DD Obs: ej aktuellt om inget ingrepp har genomförts. |
| Ange åtgärds kod | (KVÅ-kod) Ange femsiffriga operationskoder och fritext. Koder hämtas från Socialstyrelsens klassifikation av kirurgiska åtgärder. Detta är en svensk version av NOMESCO. När kod fyllts i på |

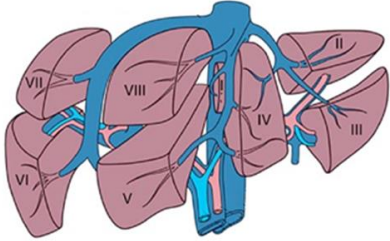
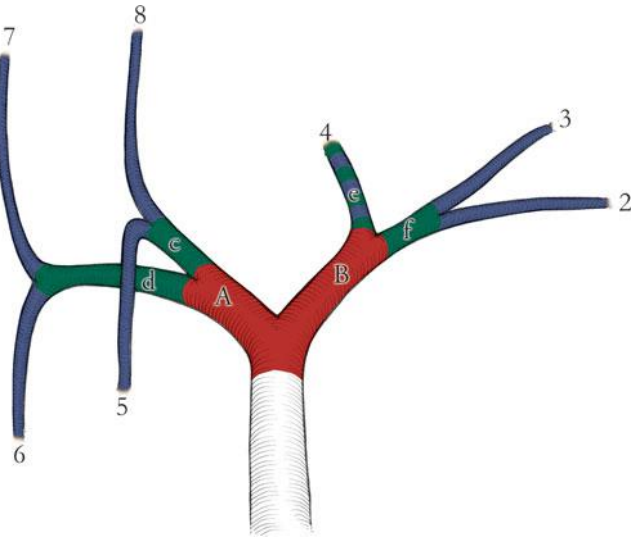
| | |
|---|---|
| | <p>webbformulär, hämtas tillhörande text. Detta möjliggör kontroll av att rätt kod angivits.</p> <p>Sju KVÅ-koder kan skrivas in och minst en måste anges.</p> |
| Nuvarande diagnos för registerposten | <p>Visas enbart i de fall då ingrepp ej genomförts eller då det enbart har genomförts ett explorativt ingrepp. Diagnos som övergripande variabel visas.</p> |
| Ska diagnos ändras (för registerposten)? | <p>Ange ja eller nej. Anges enbart vid ej genomfört eller explorativt ingrepp.</p> |
| Lokal/typ av förändring/diagnos | <p>Enligt tidigare diagnoser på anmälan/MDK</p> |
| Orsak till förändrad diagnos | <p>Ange ett av följande:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Radiologisk/klinisk bedömning • Cytologisk/patologisk bedömning • Tidigare felaktigt rapporterad diagnos <p>Observera: Cancerregistret prioriterar cytologiska/patologiska belägg för diagnos, och då histologiska belägg finns för aktuell diagnos skall detta alternativ väljas.</p> |
| Orsak till att ingrepp ej har genomförts/slutförts | <ul style="list-style-type: none"> • Malign tumör utesluten preoperativt. Ev tidigare canceranmälan skall tas bort. • Preoperativt identifierad tumör kan ej återfinnas • Större tumörutbredning i lever/gallvägar • Tumörutbredning utanför lever/gallvägar +/- progress i lever (inkluderar fynd av annan malignitet). • Tekniska problem • Allmäntillstånd • Peroperativ död • Patienten avstår från ingrepp • Kvar på väntelista <p>Välj alternativ utanför lever/gallvägar, i de fall då alternativ större tumörutbredning samt tumör utanför lever/gallvägar föreligger (eftersom det visar på en sjukdom som är spridd).</p> <p>Till lever/gallvägar räknas regionala lymfkörtlar.</p> <p>Till tumörutbredning utanför räknas spridning utanför lever/gallvägar</p> |
| Annat lokalt ingrepp | <p>Välj ett av följande ingrepp:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Steg 1 i ett tvåstegsförfarande utan leverresektion. • Portaligatur (enbart) • Deroofing levercystsjukdom • Echinococcsjukdom utan leverresektion • Hyperterm leverperfusion • Whipple |

| | |
|--|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> • Annat ingrepp (inkl lymfkörtelresektion). <p>Vid annat ingrepp, är formuläret färdigifyllt.</p> |
| Biopsi/PAD taget i samband med ingrepp? | <p>Visas vid ingreppsalternativ 1, 6 och 7 (se variabeln <i>Vilket ingrepp har genomförts?</i> ovan) .</p> <p>Vid Ja skall PAD-formulär fyllas i.</p> |
| RESEKTION, TRANSPLANTATION ELLER ANNAT LOKALT INGREPP INKLUSIVE LYMFKÖRTLAR | |
| Bekräfta access vid resektion och i komb. | <p>Bekräfta access (sätt att komma åt) för resektion.</p> <p>Alternativ (flera kan föreligga eftersom vi rapporterar ablation och resektion separat).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Öppen operation • Laparoskopi/robot (JJBX1) • Laparoskopi/robot, konverterad <p>Syfte: Att spegla access för ablation och resektion, eftersom det förväntas ha relevans för precision och morbiditet.</p> <p>Till alternativ laparoskopi räknas robotassisterade ingrepp (som också anges med tilläggs kod zxc96).</p> <p><i>Logik: Öppet ingrepp inkl samtliga JJB men utesluter JJBX1.</i></p> |
| Porta ligerad/emboliserad inför ingrepp? | <p>Innefattar att porta stängts i samband med ingrepp, med ligatur eller annan intervention.</p> <p>Anges inte för transplantation.</p> |
| Genomgått avlastning av gallvägar inför ingrepp? | <p>Vid ja ange teknik, Ange ett av 3.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Endoskopisk (ERC etc) • Percutan (PTC) • Både ERC och PTC |
| Ange ASA-klass | <ul style="list-style-type: none"> • En i övrigt frisk patient. • En patient med lindrig systemsjukdom • En patient med allvarlig systemsjukdom. • En patient med svår systemsjukdom som är ett ständigt hot mot livet • En moribund patient som inte förväntas överleva utan operation. <p>ASA=American Society of Anesthesiologists, har tagit fram denna klassifikation av morbiditet inför operation, med stort prediktivt värde. Information finns på svensk anesthesiologisk förenings hemsida, www.sfai.se</p> |
| Tumörutbredning lever | <p>Tumör i lever identifierad i samband med ingrepp? Ange ja eller nej.</p> |

| | |
|--|--|
| <p>Finns misstanke om lokal överväxt från/till intilliggande organ?</p> | <p>Vid identifierad tumör, ange misstanke om överväxt från/till intilliggande organ. Ange ja eller nej.</p> |
| <p>Resektion med friläggning av centralt kärl som skall bevaras?</p> | <p>Välj ett alternativ:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nej • Ja, <3mm från kärl/gallgång enligt skiss eller intill någon av de 3 levervensinmyningarna. <p>Definition av kärl/gallgång som innefattas: Centrala kärl som inte enbart riktar sig till ett segment. Centrala delar upp till porta/a hepatica/gallgång till höger sidas främre eller bakre skänkel (främre eller bakre sektor av höger leverlob (sektorgrenar till segment 5-6 respektive 7-8) respektive vänster sida innefattande kärl/gallgång i pars umbilicalis fram till, men inte innefattande segmentgrenar till segment 2, 3 eller 4. På vensidan innefattas tumör som ligger i anslutning till huvudstam av leverven (inom 3 cm från inflöde), liksom tumörer som ligger i anslutning till vena cava.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Okänt |
| <p>Tumör inom 3 mm i anslutning till kärl/gallgång?</p> | <p>Tumör inom 3 mm från kärl/gallgång som skall bevaras?</p> <p>Välj ett alternativ:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nej • Ja, <3mm från kärl/gallgång enligt skiss eller intill någon av de 3 levervensinmyningarna. <p>Definition av kärl/gallgång som innefattas:</p> <p>Centrala delar upp till porta/arteria hepatica/gallgång till höger sidas främre eller bakre skänkel (främre eller bakre sektor av höger leverlob (sektorgrenar till segment 5-6 respektive 7-8) respektive vänster sida innefattande kärl/gallgång i pars umbilicalis fram till, men inte innefattande segmentgrenar till segment 2, 3 eller 4. På vensidan innefattas tumör som ligger i anslutning till huvudstam av leverven (inom 3 cm från inflöde), liksom tumörer som ligger i anslutning till vena cava.</p> |

| | |
|---|---|
| |  |
| <p>Genomförd resektion/rekonstruktion av centralt kärl</p> | <p>Resektion eller rekonstruktion av centralt kärl i samband med ingrepp. Innefattar att kärl reseceras som bedöms vara vitalt för funktion, och som därför rekonstrueras, med eller utan graft. Ange ja eller nej.</p> |
| <p>Antal resektat (resecerade områden)</p> | <p>Som resektat avses antal olika kilresektat/formella resektioner. Reresektion under samma ingrepp i tidigare resecerat område pga dålig marginal/devitaliserad vävnad räknas det till tidigare resektat. (Obligatorisk då det angetts kod JJB) Alternativ: 1, 2, 3, 4, 5, 6-10, 11 = 11 eller fler.</p> |
| <p>Ange segment som reseceras</p> | <p>Ange resecerad lokal och omfattning. Obligatorisk för gruppen JJB. Ange ja och nej för varje segment:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Segment I • Segment II • Segment III • Segment IV • Segment IV A • Segment IV B • Segment V • Segment VI • Segment VII • Segment VIII <p><i>Logiska kontroller:</i> JJB50= segment 5-8 JJB 40= segm 2-4 JJB 30= 2 segment JJB53: > 4 segment tas bort JJB20= 1 segment JJB60= 3 segment bort.</p>  |

| | |
|--|--|
| Ange omfattning för varje markerat segment | Ange för varje segment som markerats i den föregående variabeln: <ul style="list-style-type: none"> • Segmentresektion • Icke-anatomisk Syfte: Beskriver ingreppets omfattning i lever, och därmed tumörens utbredning i lever. |
| LYMFKÖRTLAR | |
| Har lymfkörtel resecerats? | Vid Ja ange stationer, flera alternativ kan vara aktuella: <ul style="list-style-type: none"> • Lymfkörtelsampling (enstaka/selekterade) Detta alt utesluter andra alternativ • Leverligament (station 12+8) • Paraduodenala (station 13) • Aortocavala (station 16) • Annan regional lymfkörtelstation • Annan generell lymfkörtelstation |
| ABLATIV BEHANDLING AV LEVER (JJA 43, JJA44, alt. TJJ10) | |
| Access vid ablativ behandling | Bekräfta access (sätt att komma åt). Alternativ (flera kan föreligga eftersom vi rapporterar ablation och resektion separat). <ul style="list-style-type: none"> • Percutan ablation (TJJ10) • Öppen ablation (innefattar JJA43 som dock ibland även har använts vid percutant ingepp) • Laparoskopisk/robot Syfte: Att spegla access för ablation och resektion, eftersom det förväntas ha relevans för precision och morbiditet. |
| Metod för nålplacering | Flera alternativ kan vara aktuella: <ul style="list-style-type: none"> • Visuellt/taktilt • Ultraljud • DT-ledd/MR • Fusionssystem • Navigationssystem |
| Ange teknik för ablation | <ul style="list-style-type: none"> • Mikrovågsbehandling (MWA) • Radiovågsbehandling (RF) • Irreversibel elektroporering (IRE) • Kombinerat ingrepp/annan metod • Annan metod |
| Kombinerad metod, specificera | Ange kombination, ett av fyra alternativ: <ol style="list-style-type: none"> 1. MWA + IRE 2. MWA + Etanol |

| | |
|--|---|
| | <p>3. MWA + TACE</p> <p>4. Annan kombination/metod</p> |
| <p>Antal tumörer som abladerats</p> | <p>Ange antal, ett av följande:</p> <p>1 ,2, 3, 4, 5, 6-10, 11 och fler</p> |
| <p>Segment som engageras av ablation</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Segment I • Segment II • Segment III • Segment IV • Segment V • Segment VI • Segment VII • Segment VIII  |
| <p>Ablation i anslutning till kärl/gallgång?</p> | <p>Behandlad tumör i anslutning till centrala kärl eller gallgång?</p> <p>Alternativ, ange ett:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nej • Ja, <3 mm från kärl/gallgång enligt skiss eller intill någon av de tre levervensinmyningarna. • Ja, behandling i anslutning till annan ven ≥ 3 mm  |
| <p>SAMTIDIGT INGREPP ANNAN LOKAL</p> <p>(gemensam del efter resektion/transplantation och ablation)</p> | |
| <p>Samtidigt ingrepp utanför lever/galla</p> | <p>Gäller ej lymfkörtel. Ange ja eller nej.</p> <p>Vid ja ange lokal (flera alternativ möjliga)</p> <p>Vid ja erhålles fråga om samtidigt ingrepp för metastas eller primär tumör.</p> |

| | |
|--|--|
| Samtidigt ingrepp för metastas | Ange ja eller nej, vid metastas (annan lokal än i lever/gallvägar); Vid ja ange lokal (flera alternativ möjliga): <ul style="list-style-type: none"> • lunga • peritoneum • binjure • annan lokal |
| Samtidigt ingrepp primär tumör | Ange ja eller nej. Ingreppsformuläret är åtgärds- och inte diagnosregistrerat varför denna fråga behöver besvaras (men är inte avsedd för primära maligniteter utan enbart vid metastatisk sjukdom från primärtumör med annat ursprung). |
| BEDÖMNING AV RADIKALITET OCH KVARVARANDE TUMÖR VID INGREPP (gäller efter såväl resektion och transplantation som ablation) | |
| Föreligger lokal radikalitet av behandlad tumör? | Välj ett alternativ: <ul style="list-style-type: none"> • Ja • Nej • Oklart Syfte: Radikalitet är en kvalitetsindikator och påverkar prognos. Efterföljande kirurgi inom 30 dagar innebär att uppföljning registreras för bägge ingreppen på ett uppföljningsformulär. |
| Kvarvarande annan tumör i lever/gallvägar? | Kvarvarande annan (än den/de nu behandlade tumörerna) i lever/gallvägar? Ange ja eller nej Syfte: Radikalitet är en kvalitetsindikator och påverkar prognos. Efterföljande kirurgi inom 30 dagar innebär att uppföljning registreras för bägge ingreppen på ett uppföljningsformulär. |
| Om radikalitet ej föreligger och/eller kvarvarande tumör finns; planeras nytt ingrepp? | Vid kvarvarande tumör, ange om patienten planeras för nytt ingrepp. Ja eller nej Fråga 4: |
| Finns tumör utanför lever/gallvägar efter ingrepp? | Finns tumör utanför lever/gallvägar? Alternativ: <ul style="list-style-type: none"> • Ja • Nej • Oklart |

| | |
|---|---|
| Blödning under ingreppet (ej ablationsgruppen) | Ange blödning i milliliter. Obligatoriskt för resektion och transplantation, men skall ej besvaras vid ablation. |
|---|---|

30-DAGARSUPPFÖLJNING

Fylls i efter ingrepp.

Fylls inte i då enbart exploration har genomförts

Då flera ingrepp har genomförts inom 30 dagar utsträcks uppföljningstid till 30 dagar efter senaste ingrepp.

VÅRDTID

| | |
|---|--|
| Tumöringrepp, datum | Ange datum för ingrepp i lever/gallvägar: ÅÅÅÅ-MM-DD Originalvariabel finns på ingreppsformulär. <i>Logisk kontroll: Datumet får inte vara inom 25 dagar (komplikationer som registreras skall avspegla komplikationer inom första månaden).</i> |
| Har ytterligare tumöringrepp genomförts inom 30 dagar från senaste tumöringrepp? | Välj ett alternativ: <ul style="list-style-type: none">• Ja, ingrepp i lever/galla• Ja, ingrepp utanför lever/galla• Nej Vid ev ytterligare ingrepp i lever/galla skall komplikationer registreras 30 dagar efter senaste ingrepp. |
| Ange datum för ytterligare tumöringrepp | Ange datum för ingrepp i lever/gallvägar: ÅÅÅÅ-MM-DD Datumet används för att skapa ett ingreppsformulär för detta datum i de fall då inget finns registrerat i SweLiv (syns i översikt). |
| Utskriven från er enhet till hemmet? | Ange ett alternativ <ul style="list-style-type: none">• Ja, utskriven till hem eller annat boende.• Nej, utskriven till annan enhet• Nej, ej utskriven• Nej, avliden Utskrivning till hemmet och annat boende likställs, t.ex. utskrivning till permanent sjukhem etc. Utskrivning till annan enhet innefattar vård som ges för att behandlas och återhämta sig för att kunna skrivas ut till hem eller annat boende. |
| Datum för första utskrivning från er (behandlande) enhet | Datum för första utskrivning från er (behandlande) enhet efter ingrepp? Ange datum för utskrivning: ÅÅÅÅ-MM-DD <i>Logisk kontroll: Datum får inte vara innan ingreppsdatum, och måste vara senast inrapporteringsdatum.</i> Vid multipla tumöringrepp: Om första utskrivningsdag är före andra ingreppet, skall nytt datum anges för utskrivning efter sista ingrepp. |

| | |
|---|--|
| <p>Om ej primärt utskriven till hemmet, ange utskrivningsdag till hem</p> | <p>Ange datum för utskrivning, alternativt kan ej anges. ÅÅÅÅ-MM-DD</p> <p>Hem = tidigare känd adress eller utskriven till annat boende som avser enskilt boende.</p> |
| <p>Återinlagd inom 30-dagar?</p> | <p>Endast ett alternativ ska anges.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nej • Ja, ny vård på sjukhus inom 30 dagar. (Avser såväl planerad som akut återinläggning) • Okänt <p><i>Logisk kontroll: Skall enbart besvaras vid utskrivning inom 30 dagar.</i></p> |
| <p>Återinläggning planerad innan första utskrivning?</p> | <p>Var återinläggning planerad innan första utskrivning? Ange ja eller nej.</p> <p>Planerad återinläggning kan ske pga ingrepp för primär tumör eller annat planerat förfarande. Denna grupp exkluderas när vi redovisar oplanerad återinläggning.</p> |
| <p>POSTOPERATIVA KOMPLIKATIONER INOM 30 DAGAR</p> | |
| <p>Observera att komplikation som inträffat EFTER 30 dagar INTE skall registreras.</p> <p>Syfte:</p> <p>Att registrera komplikationer enligt Clavien grad 2 eller högre.</p> <p>Att registrera komplikationer selektivt som är lever/gallvägsrelaterade, eller som kan påverkas av process, vårdrutiner etc.</p> <p>Att ge en realistisk uppfattning om total mängd av behandlingskrävande komplikationer.</p> <p>Komplikation= komplikation enligt Claviens gradering grad 2 eller högre eller komplikation som kan definieras enligt vommon toxicity criteria adverse event (CTCAE, www.).</p> <p>Nej= ingen uppgift om att denna komplikation inträffat.</p> <p>Klassifikationen (Clavien grad 2-5), avser att gradera svårighetsgrad (konsekvens) av avvikelser från ett normalförlopp. God överensstämmelse finns mellan denna klassifikation och patientens bedömning.</p> <p>För manual se följande:</p> <p>Dindo et al Ann Surg 2004 Aug;240(2):205-13,</p> <p>Slankamenac et al Patient Safety in Surgery 2011, 5:30</p> | |
| <p>Ange Clavien</p> | <p><u>Gradera samtliga komplikationer enligt Clavien:</u></p> <p>Clavien 2: Komplikation som behandlats medicinskt.</p> <p>Clavien 3a: Komplikation som krävt invasiv åtgärd utan narkos.</p> <p>Clavien 3b: Komplikation som krävt invasiv åtgärd med narkos.</p> |

| | |
|---|---|
| | <p>Clavien 4a: Komplikation som lett till svikt av ett organsystem.</p> <p>Clavien 4b: Komplikation som lett till svikt av >1 organsystem.</p> <p>Clavien 5: Komplikation som lett till döden</p> |
| Leversvikt | <p>Efter leverresektion eller ablation:</p> <p>Leversvikt definieras enligt Balzac:</p> <p>INR >1.5 eller bilirubin >50 µmol/l dag 5 postop hos patient med preoperativt normala nivåer.</p> <p>Dessutom registreras fall med INR > 1.5 eller bilirubin >100 µmol/l efter en månad och/eller som kliniskt bedöms ha leversvikt 30 dagar efter ingrepp.</p> <p>Efter transplantation:</p> <p>Primary non function som lett till retransplantation eller förlängd IVA vård, alternativt leverfunktion INR >1.5 eller bilirubin >2 x övre referensnivå dag 30.</p> |
| Njursvikt | <p>Definition: nytillkommen njursvikt postoperativt, som krävt/kräver dialys eller prismsbehandling.</p> |
| Galläckage | <p>Definition:</p> <p>Galläckage = >3 gånger s-bilirubin i dränvätska postop dag 3 eller senare, alternativt behov av invasiv åtgärd, alternativt fått denna diagnos kliniskt.</p> |
| Ascites, blödning och övriga kirurgiska komplikationer | <ul style="list-style-type: none"> • Ascites • Blödning • Kärlkomplikation lever/gallvägar • Gallvägsstriktur • Gastrointestinal perforation • Annan tarmkomplikation • Bukväggskomplikation |
| Ascites | <p>Definition: Efter ingrepp nytillkommen ascites, behandlingskrävande med dränering alternativt diuretika.</p> |
| Postoperativ blödning | <p>Definition: Hb-fall >30g/l jämfört med preoperativt värde, behov av transfusion eller reoperation/angiografi pga blödning.</p> |
| Kärlkomplikation lever/gallvägar | <p>Definition: Kärlkomplikation i lever/gallvägar (trombos, intimaskada, knick eller striktur) som indicerat behandling med reoperation med sotning, angiografi m trombolys/stentning och/eller antikoagulantia, eller radiologiskt permanent skada av arteria hepatica inklusive dx och sin, vena porta dx och sin eller leverven.</p> |
| Gallvägsstriktur | <p>Definition: Gallvägsstriktur med påvisad striktur som krävt stent eller reoperation, eller orsakar bilirubinstegring.</p> |

| | |
|--|--|
| Gastrointestinal perforation/läckage | Definition: Förekomst av peritonit med nytillkommen, ej postoperativ eller infektionsorsakad fri gas, likställs med intraoperativt påvisad perforation. Uppkomst av fistel likaså. |
| Annan gastrointestinal komplikation (ileus, pancreatit etc) | Definition: Annan interventionskrävande problematik från gastrointestinalkanalerna såsom ventrikelretention, ileus/subileus, pancreatit m.m. |
| Bukväggskomplikation | Definition: Subkutan sårruptur eller annan bukväggskomplikation > Clavien 1. |
| Infektiösa komplikationer | Definition: Misstänkt bakteriell infektion definierat som behov av antibiotika >1 dygn eller antiviral behandling som inte är profylax. <ul style="list-style-type: none"> • Lever/gallvägar (t. ex abscess i lever, cholangit) • Buk • Blod • Lunga • Urinvägar • Sår • Annan |
| Lokal för infektion lever/gallvägar | Kliniskt mest sannolika fokus anges. Infektion utanför lever, ex abscess i buk registreras under buk även om orsaken till infektion är ingrepp i lever. |
| Lokal för infektion Blod | Blod: suspekt behandlingskrävande septikemi. Definition enligt Sepsis-3 begreppet i överensstämmelse med rek från SoS. Sepsis är ett tillstånd med livshotande organdysfunktion orsakad av ett stort systemiskt svar ("dysregulated host response") på infektion. I kriterierna för diagnostik av sepsis ingår poängberäkning enligt SOFA (Sequential Organ Failure Assessment), som används inom intensivvården för att beskriva förlopp i sviktande organsystem (ökning med minst 2 SOFA-poäng). Koden innefattar diagnos R65.1 samt R 57.2 <i>Singer M, Deutschman CS, Seymour CW, et al. The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3). JAMA: the Journal of the American Medical Association. 2016;315:801-10</i> |
| Lokal för infektion Sår/sår bukvägg | Kliniskt mest sannolika fokus anges. Sår: hudinfektion, subkutan infektion etc. |
| Lokal för infektion Lunga | Kliniskt mest sannolika fokus anges. Lunga: påvisat infiltrat som bedömts infektiöst. |
| Lokal för infektion Urinvägar | Kliniskt mest sannolika fokus anges. Urinvägar: symtomgivande, positiv nitur eller urinodling. |

| | |
|--|--|
| Lokal för infektion Annan/oklar | Kliniskt mest sannolika fokus anges Annan: behandlingskrävande infektion övriga, dels oklar lokal, eller annan lokal. |
| Kardiovaskulär komplikation | Definition: Kardiovaskulär komplikation med hjärtkomplikation eller arteriell insufficiens som ger behov av behandling eller ger upphov till funktionsinskränkning. 1. Arytmi/ Hjärtsvikt 2. Hjärtinfarkt 3. Stroke 4. Annan arteriell insufficiens |
| Kardiovaskulär komplikation Arytmi/hjärtsvikt | Definition: Efter första postoperativa dygnet (dvs icke-sinusrytm som krävt behandling med elkonvertering/anti-arytmika). Symtom och tecken på hjärtsvikt och objektiva fynd på strukturell och/eller funktionell hjärtrubbning: nedsatt systolisk och/eller diastolisk funktion på eko och/eller förhöjda nivåer av natriuretiska peptider (NT-proBNP eller BNP). |
| Hjärtinfarkt | Definition: Enligt kardiologbedömning Troponinvärde över beslutsgränsen för aktuell metod och där upprepade (>2 med >6 h intervall) troponinbest visar ett stigande eller sjunkande förlopp, plus minst ett av följande: Typiska symtom: bröstsmärta av ischemisk karaktär under mer än 15 minuter eller lungödem utan annan rimlig förklaring. Patologisk Q-våg i minst 2 EKG-avledning (duration >0,03 sek och >25 % av R-vågs amplitud). Nya ischemiska EKG-förändringar (nya ST-T-förändringar/nytt LBBB). Bilddiagnostiskt bevis för nytillkommen förlust av viabelt myocardium eller ny regional väggrörelsestörning. Typiska symtom och ST-höjning och avsaknad av möjligheter till fortsatt diagnostik. |
| Stroke | Definition: Stroke, TIA som är nytillkommen och säkerställd eller lett till behandling. |
| Annan arteriell insufficiens | Definition: annan nytillkommen arteriell ischemi som påverkar funktion eller vårdtid, till exempel extremitetsischemi. |
| Djup ventrombos eller lungemboli | Venös tromboembolisk händelse Definition: Djup ventrombos i extremiteter eller lungemboli som detekterats. Portatrombos registreras under andra kirurgiska komplikationer. |

| | |
|--|--|
| Djup ventrombos | Definition: Djup ventrombos påvisad vid flebografi eller ultraljud eller annan bilddiagnostik, eller med en klinik som tolkats som trombos, och därför lett till insättning av behandling. |
| Lungemboli | Definition: Lungemboli påvisad via bilddiagnostik eller scintigrafisk metod alternativt med klinik som tolkats som lungemboli och därför lett till insättning av behandling. |
| Lungkomplikation | <p>1. Atelektas/respiratorisk insufficiens/annan lungkomplikation</p> <p>Definition: Inkluderar resp.insuff inkl sat <90% efter första dygnet utan annan förklaring, TRALI (transfusionsreaktion), Pickwicksyndrom, nydebuterad behandlingskrävande bronchospasm efter första dygnet.</p> <p>2. Pneumothorax</p> <p>3. Pleuravätska</p> <p>Definition: Ange nytillkommen pleuravätska enligt radiologi alternativt efter dränage (behandlingskrävande med dränering alt diuretika):</p> |
| Pleuravätska | Definition: Ange nytillkommen pleuravätska enligt radiologi alternativt efter dränage (behandlingskrävande med dränering alt diuretika): |
| Pneumothorax | Definition: Pneumothorax i samband med ingrepp som klassificeras som Clavien 2 eller högre. |
| Atelektas | Definition: Inkluderar respiratorisk insufficiens inkl saturation <90% efter första dygnet utan annan förklaring, TRALI (transfusionsreaktion), Pickwicksyndrom, nydebuterad behandlingskrävande bronchospasm efter första dygnet. |
| Respiratorisk insufficiens | Definition: Inkluderar respiratorisk insufficiens inkl saturation <90% efter första dygnet utan annan förklaring, TRALI (transfusionsreaktion), Pickwicksyndrom, nydebuterad behandlingskrävande bronchospasm efter första dygnet. |
| Annan komplikation, ej angiven ovan | Annan behandlingskrävande komplikation CTCAE grad 3 eller mer utgiven av National Cancer Institute. |
| Finns IVA krävande komplikation | IVA-krävande komplikation definieras som IVA-vård efter postoperativa dygnet. |
| UPPFÖLJNING OCH TUMÖRSTATUS | |
| Uppföljd efter utskrivning | <p>Ange ett alternativ:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ja, återbesök/telefonuppföljning. • Nej, men bedömd utifrån journaluppgifter |

| Datum för kontroll och bedömning av funktionsstatus | 20ÅÅ-MM-DD | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|----------|-----------------|---|--|---|--|---|---|---|---|---|--|---|-----|---|---------|
| Funktionsstatus vid uppföljning (enligt WHO) | Alternativ och definition (ange ett alternativ): | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <table border="1"> <thead> <tr> <th>ECOG/WHO</th> <th>Funktionsstatus</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0</td> <td>Klarar all normal aktivitet utan begränsning</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>Klarar inte fysiskt krävande aktivitet men är uppegående och i stånd till lättare arbete</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Är uppegående och kan sköta sig själv men klarar inte att arbeta. Är uppe och i rörelse mer än 50 % av dygnets vakna timmar</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>Kan endast delvis sköta sig själv. Är bunden till säng eller stol mer än 50 % av dygnets vakna timmar</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>Klarar inte någonting. Kan inte sköta sig själv. Är bunden till säng eller stol.</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>Död</td> </tr> <tr> <td>6</td> <td>Ej känt</td> </tr> </tbody> </table> | ECOG/WHO | Funktionsstatus | 0 | Klarar all normal aktivitet utan begränsning | 1 | Klarar inte fysiskt krävande aktivitet men är uppegående och i stånd till lättare arbete | 2 | Är uppegående och kan sköta sig själv men klarar inte att arbeta. Är uppe och i rörelse mer än 50 % av dygnets vakna timmar | 3 | Kan endast delvis sköta sig själv. Är bunden till säng eller stol mer än 50 % av dygnets vakna timmar | 4 | Klarar inte någonting. Kan inte sköta sig själv. Är bunden till säng eller stol. | 5 | Död | 6 | Ej känt |
| ECOG/WHO | Funktionsstatus | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 0 | Klarar all normal aktivitet utan begränsning | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | Klarar inte fysiskt krävande aktivitet men är uppegående och i stånd till lättare arbete | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | Är uppegående och kan sköta sig själv men klarar inte att arbeta. Är uppe och i rörelse mer än 50 % av dygnets vakna timmar | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | Kan endast delvis sköta sig själv. Är bunden till säng eller stol mer än 50 % av dygnets vakna timmar | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | Klarar inte någonting. Kan inte sköta sig själv. Är bunden till säng eller stol. | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | Död | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | Ej känt | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Klinisk bedömning efter ingrepp vid preoperativ misstanke om recidiv | <p>Variabel för patienter där det på MDK angivits att det finns misstanke om recidiv.</p> <p>Ange ett alternativ:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recidiv bekräftat • Kliniskt bedömt som recidiv, men ej bekräftat (PAD saknas) • Inget recidiv, recidivmisstanke avskrivs • Annan malignitet <p>Vid annan malignitet skall ny anmälan ske på ett anmälningsformulär. Enpassantupptäckt fynd kan rapporteras på anmälningsformuläret och ett nytt ingreppsformulär skall inte skickas in.</p> | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Förändrad diagnos efter ingrepp | <p>Ange ja eller nej.</p> <p>I registret registreras INTE diagnos för enskilt ingrepp. Vi efterfrågar om registrets diagnos kan bekräftas genom ingrepp, eller om registrets diagnos skall omprövas, dvs om diagnos är felaktig för hela registerposten. Förändrad diagnos är alltså aktuell enbart då tidigare diagnos inte är bekräftad.</p> | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ange diagnos | <p>Lokal, malign/cancer in situ/benign samt diagnos i fritext anges då man i föregående variabel angivit att registrets diagnos skall ändras.</p> | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Orsak till ändrad diagnos | <p>Ett alternativ anges:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Radiologisk/klinisk bedömning • Cytologisk/patologisk bedömning | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | |
|---|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> • Tidigare felaktigt rapporterad diagnos |
| Finns kvarvarande tumör? | Anges såvitt patienten inte är avliden. |
| Kvarvarande tumör, ange lokal | <p>Vid kvarvarande tumör, ange lokal</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tumör i lever/gallvägar • Primärtumör (vid diagnos C78.7) • Annan |
| Annan kvarvarande tumör, ange lokal | <p>Vid annan kvarvarande tumör, ange lokal</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lunga • Peritoneum • Skelett • Recidiv primärtumör • Annat organ |
| KLINISKT TNM 8 | |
| TNM | <p>TNM mot bakgrund av information i PAD, eventuellt tidigare PAD, samt klinisk bedömning:</p> <p>Definition: Ange TNM vid primär malignitet, där sådan finns. Observera att TNM blir den sammanlagda bedömningen av det tumörstadium som patienten befinner sig i. Information från tidigare PAD, eller klinisk information kan behövas, för att bedöma TNM.</p> <p>TNM anges enbart i samband med första ingrepp efter anmälan.</p> <p>Anges vid diagnos C22.0, C22.1, C23.9, samt C24.0.</p> <p><i>Logik: Vid kvarvarande tumör utanför lever/gallvägar skall M1 anges.</i></p> |
| VÅRDPLAN | |
| Planerad behandling (adjuvant/palliativ/antitumoral) 30 dagar efter ingrepp: | <p>Flera alternativ kan anges</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ingen • Inget beslut fattat • Kemoterapi • Målriktad medicinsk antitumoral behandling • Strålbehandling • Resektion/ablation/transplantation • Annat <p><i>Logik: Variabel enbart för maligna diagnoser.</i></p> |

| | |
|---|--|
| <h2>PAD</h2> <p>Fylls i efter resektion och biopsi.</p> | |
| Datum då PAD tagits (dold variabel) | ÅÅÅÅ-MM-DD Dold variabel som sätts datum automatiskt i förhållande till datum för rapporterat ingrepp på ingreppsformulär. |
| Preparatnummer | Ange identifieringskod för PAD enligt rutin för laboratorium: Identifieringskodens utseende varierar mellan olika labb. |
| Preparatår | Ange år 20XX. År då PAD besvarats. Kommentar: Utgår från laboratoriets svarsår som alltid anges på PAD utlåtande. |
| Patologiskt laboratorium/enhet | Välj det patologiska laboratorium som har besvarat PAD utifrån en lista. Sökbarhet finns i lista. |
| <h2>DIAGNOS OCH LOKAL</h2> | |
| Ange lokal | Ange utifrån huvudsaklig lokal/ursprung för förändring/tumör (neoplasi): <ul style="list-style-type: none"> • Lever • Gallblåsa • Perihilär gallgång • Distal gallgång • Ductus cysticus (gallblåsegången) • Annan lokal <p>Lokal följer indelning enligt SNOMED-CT och ICD 11. Variabeln medger att histomorfologisk diagnos blir kompletterad med lokal då histomorfologisk diagnos inte är organspecifik.</p> <p>Perihilär gallgång, distal gallgång och ductus cysticus hanteras i logiken som extrahepatisk gallgång.</p> |
| Malignitetsgrad | Ange en kategori av diagnos utifrån malignitetsgrad : <ul style="list-style-type: none"> • Primär malignitet • Metastas • Cancer in situ/oklar malignitetspotential • Benigna tillstånd <p><i>Logik: Logiska funktioner ligger inlagda på vilka delar av formuläret som skall visas beroende av malignitetsgrad.</i></p> |






| | |
|---|--|
| Histomorfologisk diagnos | <p>Ett alternativ anges i rullgardinslistan.</p> <p>Patologer använder SNOMED-kod då histopatologisk diagnos sätts. Histologisk tumörtyp utgår från WHO Blue book, där vi använt 2019 års upplaga för att ange ett urval av diagnoser som anges i SweLiv. Ovanligare diagnoser finns inte i SweLiv, men mer kategoriska diagnoser skall då möjliggöra inrapportering.</p> <p><i>Logiska kontroller av diagnos:</i> <i>Logisk kontroll av diagnos gentemot klinisk diagnos finns ej tills vidare, men kontrollmall kan påvisa om avvikelse mellan klinisk och histomorfologiska diagnos.</i></p> |
| <p>Vid biopsi anges enbart ovanstående variabler, och formuläret är då slut här.</p> | |
| Ytterligare premalign/malign diagnos med annan histomorfologisk diagnos? | <p>Ange ja eller nej.</p> <p>Vid ja, ange lokal och histomorfologisk diagnos.</p> <p>Förekomst av ytterligare fokalitet med separat histomorfologisk diagnos och potential för utveckling till premalign/malign morfologi (t.ex. cancer in situ-förändringar, dysplastiska noduli eller adenom).</p> <p>Ny registerpost och anmälan skall också skapas då separat malign diagnos rapporteras, t.ex. HCC samt kolangiokarcinom. Malignitet med annan morfologi som upptäcks i preparat kan anmälas som en-passantupptäckt malignitet i samband med kirurgi.</p> |
| <p>TUMÖR</p> | |
| Antal tumörer (med morfologi enligt huvuddiagnos; satellit räknas som separat tumör) | <ul style="list-style-type: none"> • 0, ingen viabel tumör makro- eller mikroskopiskt • 1 • 2 • 3 • 4 • 5 • 6-10 • 11 eller fler • Ej bedömbart <p>Diagnosspecifika alternativ:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Malignitet i lever (inkl metastas): alla alternativ. • Malignitet i gallblåsa: 0, 1 • Malignitet i gallgång: 0, 1, 2. <p>Kommentarer och definitioner:</p> <p>Avsaknad av kvarvarande viabel mikroskopisk tumörvävnad anges till 0 då det till följd av behandling eller annan orsak inte kan anges någon histomorfologisk neoplastisk diagnos, även om det finns förändringar såsom kvarvarande slemsjö etc i vävnad.</p> <p>Noll (0) anges således både i situation då det är uppenbart att det har funnits en påvisbar förändring och då det inte har påvisats någon</p> |

förändring alls.

Definition av tumör: makroskopiskt synlig fokalitet som är diffust eller distinkt avgränsbar i förhållande till lever, gallblåsa eller gallgång, där mikroskopisk undersökning bekräftar neoplastiska celler.

Satellit = tumör som separeras från huvudtumör genom ett bräm av levervävnad. Satellit räknas som separat tumör. Belägen i anslutning till huvudtumör (>2cm), och med en storlek som är max hälften av modertumörens (<4cm).

HCC kan uppvisa multinodularitet, vilket är ett steg i lokal spridning (initialt med fortsatt kontakt med huvudtumör). Sådan lokaliserad multinodularitet kan betecknas som en tumör, se nedan förklarande bild från ICCR:

| | |
|--|--|
| Small nodular type with indistinct margin |  |
| Simple nodular type with distinct margin |  |
| Simple nodular type with extranodular growth |  |
| Confluent multinodular type |  |
| Margin irregular (infiltrative type) |  |

Tumördiameter

Ange maximal diameter i millimeter (längsaxelmått).

Tumördiameter tumör 1-4 i mm eller diameter saknas.

Ange om möjligt korrigerad tumördiameter = diameter korrigerad efter mikroskopisk undersökning.

Definition av diameter:

Längsta diameter mellan de yttre begränsningarna av distinkt eller diffust avgränsad tumör som kan observeras makroskopiskt.

Diameter påverkas av fixering, snitt i preparat, och kan skilja sig åt mellan mikroskopisk och makroskopisk diameter. Största diameter enligt PAD svar anges vilket innebär att mikroskopi kan påverka diameter.

Diameter av diffus tumör: Bedömd diameter bör anges.

Diameter av behandlad lesion: Konsensus finns inte om att enbart ange viabel tumördiameter, utan diameter anges i regel till total tumördiameter utan hänsyn till andel som är viabel.

Logisk kontroll: Diagnosvariabel och uppgivna antal tumörer styr hur många diametrar som skall anges.

| | |
|--|--|
| | <p>Diagnosspecifika begränsningar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Primär malignitet lever: diameter av de fyra största. • Metastas lever: en diameter • Gallgång: en diameter • Diameter anges EJ vid gallblåsecancer. |
| <p>Vaskulär invasion</p> | <p>Ange ett av följande alternativ:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ja, vaskulär invasion (makro och/eller mikro) • Nej • Ej besvarat <p>Vaskulär invasion kan påvisas makroskopiskt och/eller mikroskopiskt. Makrovaskulär invasion ses vid okulär besiktning, medan den mikrovaskulära syns först i mikroskop.</p> <p>Perineural invasion och gallgångsinvasion fångas inte i registret.</p> |
| <p>Invasion av intilliggande vävnad</p> | <p>Invasion av intilliggande lokal/vävnad utanför lokal för tumör.</p> <p>Ange ja eller nej</p> <p>Tumörens avgränsning i förhållande till den lokal (det organ) som tumören utgår från. Bekräftat spridning enligt mikroskopisk undersökning anges.</p> <p>Vid ja anges vävnad som invaderas i nästföljande variabel.</p> |
| <p>Lokal som invaderas genom lokal överväxt</p> | <p>Ange lokal/vävnad som invaderas (minst ett alternativ).</p> <p>Anges för vävnad som har bekräftats mikroskopiskt. Lokal som visas upp är till del beroende av diagnos.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lever 2. Leverligament 3. Extrahepatisk gallgång 4. Gallblåsa 5. Diafragma 6. Peritoneum 7. Oment 8. Tarm/magsäck 9. Pancreas 10. Annan <p>Logiska kontroller och avgränsningar av variabeln:</p> <p><i>Alternativ för malignitet lever: Alla alternativ utom lever.</i></p> <p><i>Alternativ för malignitet gallblåsa: Alla alternativ utom gallblåsa.</i></p> <p><i>Alternativ för perihilär gallgång: Alla alternativ förutom leverligament och extrahepatisk gallgång</i></p> |

| | |
|---|--|
| Radikalitet gentemot transektionsyta | <ul style="list-style-type: none"> • Ja • Nej • Oklart <p>Radikalitet avser bedömning av om tumör är avlägsnad radikalt. Ofta har marginal <1mm bedömts som att radikalitet inte kan säkerställas.</p> <p>Marginal mäts oftast på makroskopiskt preparat, men marginal bekräftas mikroskopiskt, vilket är det mått som skall anges.</p> <p>Anges enbart för diagnoser som är maligna eller oklara.</p> |
|---|--|

| | |
|-----------------|--|
| Marginal | <p>Minsta marginal mot transektionsyta, anges i millimeter med en decimal alternativt att marginal ej kan anges (kryssruta).</p> <p>Exempel: 0,5= en halv millimeter.</p> <p>Marginal avser invasiv tumör i någon resektionsyta (ej kapselinvasion). Minsta marginal, oavsett transektionsyta anges (levervävnad, hilarplatta, gallgång).</p> <p>Marginal mäts oftast på makroskopiskt preparat, men marginal bekräftas mikroskopiskt, vilket är det mått som skall anges.</p> <p>Transektionsytor som bedöms framgår av KVAŠT-dokument.</p> |
|-----------------|--|

ÖVRIG PATOLOGI LEVER

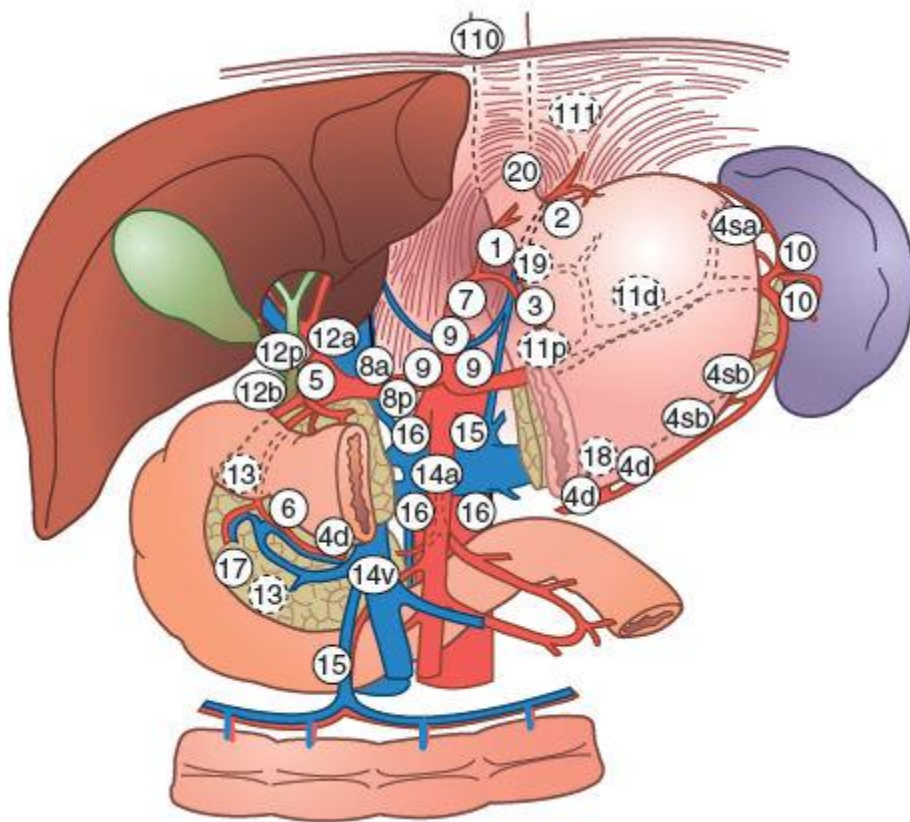
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---------------|--|---|--------------|---------|---|---------------|-------------------------|---|-------------------|-------------------|---|---------------|---|---|--------|--------|--|-----------------|--|--|-------------|--|
| Fibros | <p>Fibros gradering enligt Batts och Ludvig (se även KVAŠT dokument):</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">0</td> <td>Ingen fibros</td> <td>Normalt</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">1</td> <td>Portal fibros</td> <td>Fibrös portal expansion</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">2</td> <td>Periportal fibros</td> <td>Periportala septa</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">3</td> <td>Septal fibros</td> <td>Fibrösa septa med arkitektonisk påverkan utan uppenbar cirrhos.</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">4</td> <td>Cirros</td> <td>Cirros</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Kan ej besvaras</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Ej besvarat</td> <td></td> </tr> </table> | 0 | Ingen fibros | Normalt | 1 | Portal fibros | Fibrös portal expansion | 2 | Periportal fibros | Periportala septa | 3 | Septal fibros | Fibrösa septa med arkitektonisk påverkan utan uppenbar cirrhos. | 4 | Cirros | Cirros | | Kan ej besvaras | | | Ej besvarat | |
| 0 | Ingen fibros | Normalt | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | Portal fibros | Fibrös portal expansion | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | Periportal fibros | Periportala septa | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | Septal fibros | Fibrösa septa med arkitektonisk påverkan utan uppenbar cirrhos. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | Cirros | Cirros | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Kan ej besvaras | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Ej besvarat | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

LYMFKÖRTLAR

Lymfkörtlar kategoriseras i lokala eller generella. Vilka körtelstationer som betecknas som lokala eller generella framgår av TNM tabell (se appendix).

Lymfkörtelmetastaser i så kallade generella körtlar rapporteras i TNM som metastaser (M1).

Patologen är beroende av att klinikern märkt körtelstationer för att möjliggöra att generell respektive lokal/regional körtel kan identifieras.



Lokalisation av lymfkörtelstationer:

| Körtelstation | Beskrivning |
|---------------|--|
| 1 | Körtlar till höger om cardia |
| 3 | Körtlar utmed curvatura minor och gastrica artären |
| 8 | Körtlar vid arteria hepatica propria |
| 9 | Körtlar utmed truncus celiacus |
| 12 | Leverligament |
| 13 | Körtlar på baksidan av pancreas ovan nivå av papillen. |
| 14 | Körtlar vid mesenterica superior (mesenterialrot) |
| 16a | Para-aortala lymfkörtlar ovan nivå av vänster njurven |

Lokala körtelstationer:

Körtelstation 12 = leverligament samt körtelstation 8 (arteria hepatica propria).

Dessutom följande diagnosspecifika tillägg:

- HCC: Körtlar under diafragma samt pericavala körtlar ovan njurven.
- Högersidiga cholangiocarcinom: Periduodenala/peripancreatiska körtlar inkluderas i de lokala
- Vänstersidiga cholangiocarcinom: inkluderar körtlar i gastrohepatiska ligamentet (station 3) .
- Gallblåsecancer: Truncus celiacus samt arteria mesenterica superior räknas som lokala.
- Perihilär gallgång: Inga tillägg.

Rekommenderat antal undersökta lymfkörtlar

Rekommendation finns i TNM för antal lymfkörtlar som bör vara rimliga att undersöka, men även om antal ej uppnås så registreras frånvaro av körtelmetastaser som N0 även om antalet undersökta lymfkörtlar är lågt. Rekommendation för...

HCC: ³ 3 lymfkörtlar

Kolangiocarcinom och gallblåsecancer: ³ 6 lymfkörtlar

Perihilär cancer: ³ 15 lymfkörtlar.

Syfte: Prognostisk variabel av betydelse för TNM. För gallblåsecancer kan ett terapeutiskt värde finnas. Körtelstation 13 och 16 vid gallblåsecancer är föremål för evaluering av dess prognostiska betydelse varför dessa registreras separat.

| | |
|---|---|
| Antal regionala lymfkörtlar | Antal regionala lymfkörtlar (identifierade/undersökta) ange antal. |
| Regionala lymfkörtlar med metastaser | Ange antal lymfkörtlar med metastaser. Antal lymfkörtlar med metastaser räknas från TNM 8 som grund för indelning i N1 respektive N2 för perihilärt kolangiocarcinom och gallblåsecancer. Vid HCC kvarstår att man kategoriserar i N0, N1 och NX. |

| | |
|--|---|
| | <p>Antal översätts sedan till pN (automatisk variabel):</p> <p>N1= Regional lymfkörtelmetastasering bekräftad</p> <p>N2= 4 eller fler lymfkörtlar med lymfkörtelmetastaser. N2 kan anges vid diagnos gallblåsecancer och perihilär gallgångscancer.</p> <p>NX= Regional lymfkörtel ej undersökt histopatologiskt.</p> <p>Definition av lymfkörtelmetastas: Maligna celler i lymfkörtel påvisat som ett foci, antingen vid makroskopisk undersökning eller mikroskopisk.</p> <p><i>Logik: Skall besvaras enbart vid antal>0 på frågan om antal regionala lymfkörtlar.</i></p> |
| Generella lymfkörtlar med metastas? | Ange ja eller nej. |
| Metastas körtelstation 13 och eller 16? | Ange ja eller nej. Enbart vid gallblåsecancer, och då det angetts lymfkörtelmetastaser i variabel ovan. |
| <p>RESEKTAT UTANFÖR LEVER/GALLVÄGAR I PAD (förutom lymfkörtlar)</p> | |
| Resektat med malignitet utanför lever/gallvägar | <p>Alternativ:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nej • Ja, primär tumör (vid metastas i lever) • Ja, metastas (pM1) (resektat av metastas - ange vävnad som resecerats i påföljande variabel) • Ja, annan primär tumör <p>Avser metastas som inte är per continuitatemväxt, och enbart sådan som finns påvisad i PAD.</p> |
| Ange vävnad som resecerats | <p>Alternativ:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lever (för gallblåsa och perihilär) • Binjure • Lunga • Peritoneum • Annan lokal |
| Radikalitet (marginal) av exciderad malign tumör | <p>Radikalitet av exciderad malign tumör? Ange ja, nej eller ingen uppgift.</p> <p>Radikalitet definieras som marginal >1mm om inget annat har angetts.</p> |

pTNM (enbart primära maligna diagnoser, första ingrepp)

pT

T-stadium anges för hepatocellulär cancer, kolangiocarcinom, gallblåsecancer, perihilär gallgångscancer för första ingrepp (första TNM formulär för en registerpost).

Hepatocellulär cancer:

- T1a Solitär tumör ≤ 2 cm med eller utan vaskulär invasion
- T1b Solitär tumör > 2 cm med utan vaskulär invasion
- T2 Solitär tumör med vaskulär invasion > 2 cm dimension eller multipla tumörer, ingen mer än 5 cm i största diameter.
- T3 Multipla tumörer varav minst en tumör > 5 cm
- T4 Tumör(er) som involverar större gren av vena porta eller leverven med direkt invasion av kringliggande organ (inklusive diafragma) annat än gallblåsa eller med perforation av visceral peritoneum

Cholangiocarcinom, intrahepatiskt /

Blandtumör hepatocellulär och cholangiocarcinom:

- T1a Solitär tumör ≤ 5 cm UTAN vaskulär invasion
- T1b Solitär tumör ≥ 5 cm UTAN vaskulär invasion
- T2 Solitär tumör MED vaskulär invasion ELLER multipla tumörer med eller utan vaskulär invasion
- T3 Tumör perforerar visceral peritoneum
- T4 Tumör involverar lokalt extrahepatisk struktur genom direkt invasion

Gallblåsecancer:

T1: Tumör invaderar lamina propria eller muskellager

- T1a Tumör invaderar lamina propria
- T1b Tumör invaderar muskellager

T2: Tumör invaderar perimuskulär bindväv: ingen utbredning till serosa eller in i lever

T2a Tumör invaderar perimuskulär bindväv på peritoneala sidan utan utbredning till serosa

T2b Tumör invaderar perimuskulär bindväv på leversidan utan utbredning in i lever.

T3 Tumör perforerar serosa (visceral peritoneum) och/eller invaderar lever eller invaderar ett annat närliggande organ eller vävnad såsom magsäck, duodenum, colon, pancreas, oment, extrahepatiska gallgångar

T4 Tumör invaderar portas huvudstam eller arteria hepatica eller invaderar två eller fler extrahepatiska

| | |
|------------------|---|
| | <p>Perihilär gallvägs cancer:</p> <p>___ T1 Tumör begränsad till gallgång</p> <p>___ T2a Tumören invaderar utanför gallvägen till kringliggande fettväv</p> <p>___ T2b Tumören invaderar intilliggande levervävnad</p> <p>___ T3 Tumör invaderar unilateral gren av v porta eller arteria hepatica dx eller sin.</p> <p>___ T4 Tumör invaderar vena portas huvudgren eller dess grenar bilateralt, eller arteria hepatica communis alt unilateralt invasion av andra generationens gallgång med kontralateral invasion av invasion av vena porta eller arteria hepatica dx eller sinistra.</p> <p><i>Logik: Varningar anges om antal eller storlek i tidigare variabler anges som avviker från uppgiven T-klass.</i></p> |
| <p>pN</p> | <p>Automatiskt genererad variabel utifrån ovanstående registrerade variabler. Obs att även om inte rekommenderat antal lymfkörtlar har undersökts så klassificeras körtelstatus utifrån vad som är undersökt.</p> <p>Observera att förekomst av generella körtlar = M1.</p> <p>pN0 = Lymfkörtlar undersökta, men ingen lymfkörtelmetastasering i regional lymfkörtel</p> <p>pN1 =Lymfkörtelmetastasering i regional lymfkörtel. För hepatocellulär cancer eller intrahepatiskt kolangiocarcinom oavsett antal.</p> <p>pN2 = 4 eller fler regionala lymfkörtelmetastaser. pN2 anges enbart för gallblåsecancer och perihilär gallgångscancer.</p> <p>pNX = Lymfkörtlar ej undersökta.</p> |
| <p>pM</p> | <p>Automatiskt genererad variabel utifrån preparat.</p> <p>pMX = metastas har inte bekräftats i preparat</p> <p>pM1 = metastas har bekräftats antingen genom att vävnad utanför lever/gallvägar finns med bekräftad metastas alternativt att det finns generell lymfkörtelmetastas.</p> |

| | |
|--|--|
| <h2>ONKOLOGI</h2> <p>Samtliga patienter som ingår i registret (inkl en-passantupptäckt malignitet) och som genomgått onkologisk behandling med systemisk behandling (cytostatika, målriktad antitumoral systemisk behandling, immunmodulerande terapi) , strålbehandling eller kemoembolisering för primär malignitet i lever, gallblåsa och gallvägar.</p> <p>Formulär initieras i samband med start av ny onkologisk behandling.</p> | |
| <h2>MDK OCH BEHANDLING</h2> | |
| Datum för utförd MDK/staging | ÅÅÅÅ-MM-DD |
| Behandling startad | Om nej, ange orsak i nästa variabel |
| Orsak till att planerad behandling ej genomförts | <ul style="list-style-type: none"> • Dåligt allmäntillstånd/komorbiditet • Patientens val • Indikation saknas • Drogbruk • Avliden • Annan orsak |
| Ange startad behandling | <p>Ange ja eller nej för följande:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Embolisering etc (lokoregional antitumoral behandling, t.ex. TACE) • Systemisk antitumoral behandling • Strålbehandling <p>Om ja, fyll i de efterföljande variabler som öppnar sig för respektive behandlingsregim. Se nedan under respektive rubrik.</p> |
| <h2>EMBOLISERING ELLER KEMOINFUSION I LEVER</h2> | |
| Datum för start av behandling | ÅÅÅÅ-MM-DD |
| Behandling inom ramen för studie | <p>Ange ja eller nej</p> <p>Ja anges då aktuell behandling är föremål för studie, dvs att studien avser att studera administrerad behandling (drog). Obs således enbart behandlingsstudier.</p> <p>Syfte: Att bedöma andel som behandlas inom ramen för behandlingsstudie.</p> |
| Ange typ av lokalregional behandling | <p>Alternativ (ett eller flera kan väljas):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kemoembolisering med mikrosfärer (beads) • Kemoembolisering utan mikrosfärer |

| | |
|---|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> • Kemoinfusion (TAI) • Embolisering utan cytostatika • Yttriumbehandling (SIRT) • Annan/kombinerad behandling <p>Kategorier överensstämmer med kategorier från Re-eavlueringsformuläret.</p> |
| SYSTEMISK ANTITUMORAL BEHANDLING | |
| Uthopp till IPÖ/läkemedelsregistrering | Individuell Patientöversikt (Läkemedelsregistrering) öppnas i en separat flik. Glöm inte att gå tillbaka och spara formuläret när du är klar. |
| STRÅLBEHANDLING | |
| Datum för start av strålbehandling | ÅÅÅÅ-MM-DD |
| Behandling inom ramen för studie | <p>Ange ja eller nej.</p> <p>Ja anges då aktuell behandling är föremål för studie, dvs att studien avser att studera administrerad behandling. Observera således enbart behandlingsstudier.</p> <p>Syfte: Att bedöma andel som behandlas inom ramen för behandlingsstudie.</p> |
| Ange lokal för strålning | <p>Lokalt i lever/gallvägar:</p> <p>Ange ja eller nej</p> <p>Metastas, annan lokal:</p> <p>Ange ja eller nej</p> |

3-ÅRSUPPFÖLJNING

Formuläret rapporteras in tre år efter senaste kirurgiska ingrepp/ablation vid primär malignitet.

TUMÖRSTATUS

| | |
|---|--|
| Datum för senaste uppföljning | ÅÅÅÅ-MM-DD Som uppföljning räknas samtal med patient, klinisk eller radiologisk kontroll. |
| Funktionsstatus vid uppföljning, ange grad (enligt ECOG) | 0 = Klarar all normal aktivitet utan begränsning 1 = Klarar inte fysiskt krävande aktivitet men är uppegående och i stånd till lättare arbete. 2 = Är uppegående och kan sköta sig själv men klarar inte att arbeta. Är uppe och i rörelse mer än 50% av dygnets vakna timmar. 3 = Kan endast delvis sköta sig själv. Är bunden till säng eller stol mer än 50% av dygnets vakna timmar 4 = Klarar inte någonting. Kan inte sköta sig själv. Är bunden till säng eller stol. 5 = Död 6 = Ej känt |
| Har patienten någonsin blivit tumörfri efter behandling? | <ul style="list-style-type: none">• Ja• Nej• Okänt Nej släcker kommande frågor. Okänt kan anges då uppföljning inte har skett. Okänt kan också anges då radiologiska eller kliniska fynd föreligger, som ger en oklar bild, där sannolikheten för recidiv inte är så stor att patienten informerats om att tumören kommit tillbaka. |
| Har patienten någonsin haft recidiv? | <ul style="list-style-type: none">• Ja• Nej• Okänt Variabeln visar enbart om det inte tidigare finns inrapporterat första recidiv. |
| Om ja, ange datum för första recidiv | Ange datum eller kryssa i "ej känt". Datum anges för första tidpunkt då skälig misstanke förelåg, ofta då radiologisk misstanke finns. Om det saknas misstänkt/bekräftat datum sedan tidigare, så kan detta anges här. I de fall då det på tidigare MDK enbart finns ett misstänkt och ej bekräftat datum, så kommer detta datum att visas upp, men variabeln är inte förifylld, utan kräver att recidivet bekräftas genom denna variabel. |

| | |
|---|---|
| Lokal för recidiv | Ange ett av följande alternativ: <ul style="list-style-type: none"> • Lever/gallvägar • Lunga • Peritoneum • Skelett • Annan lokal |
| Är patienten tumörfri i samband med senaste uppföljning? | <ul style="list-style-type: none"> • Ja • Nej • Okänt |
| Recidiv Definieras här som ny tumör, med samma diagnos som tidigare rapporterats i registret, hos patient som efter behandling uppnått tumörfrihet. Begreppet inkluderar recidiv i behandlad lokal till exempel i tidigare operationsområde, men även ny de novo-tumör. | |

| AVLIDEN | |
|---|--|
| <p>Formuläret fylls i då en patient har avlidit inom fem år efter sista ingrepp. Dödsfall som inträffar senare än fem år efter sista ingrepp följs inte upp i SweLiv.</p> | |
| TUMÖRSTATUS | |
| Datum för senaste uppföljning | <p>ÅÅÅÅ-MM-DD</p> <p>Som uppföljning räknas samtal med patient, klinisk eller radiologisk kontroll.</p> |
| Är patienten tumörfri i samband med död (anmäld tumör)? | <ul style="list-style-type: none"> • Ja • Nej • Okänt |
| Har patienten någonsin blivit tumörfri efter behandling? | <ul style="list-style-type: none"> • Ja • Nej • Okänt <p>Nej släcker kommande frågor</p> <p>Okänt kan anges då uppföljning inte har skett. Okänt kan också anges då radiologiska eller kliniska fynd föreligger, som ger en oklar bild, där sannolikheten för recidiv inte är så stor att patienten informerats om att tumören kommit tillbaka.</p> <p>Om det saknas misstänkt/bekräftat datum sedan tidigare, så kan detta anges här. I de fall då det på tidigare MDK enbart finns ett misstänkt och ej bekräftat datum, så kommer detta datum att visas upp, men variabeln är inte förfylld, utan kräver att recidivet bekräftas genom denna variabel.</p> |
| Har patienten någonsin haft recidiv? | <ul style="list-style-type: none"> • Ja • Nej • Okänt <p>Variabeln visas enbart om det inte tidigare finns inrapporterat första recidiv.</p> |
| Om ja, ange datum för första recidiv | <p>Ange datum eller kryssa i "ej känt".</p> <p>Datum anges för första tidpunkt då skälig misstanke förelåg, ofta då radiologisk misstanke finns.</p> <p>Om det saknas misstänkt/bekräftat datum sedan tidigare, så kan detta anges här. I de fall då det på tidigare MDK enbart finns ett misstänkt och ej bekräftat datum, så kommer detta datum att visas upp, men variabeln är inte förfylld, utan kräver att recidivet bekräftas genom denna variabel.</p> |
| Lokal för recidiv | <ul style="list-style-type: none"> • Lever/gallvägar • Lunga |

- | | |
|--|--|
| | <ul style="list-style-type: none">• Peritoneum• Skelett• Annan lokal |
|--|--|

Recidiv

Definieras här som ny tumör, med samma diagnos som tidigare rapporterats i registret, hos patient som efter behandling uppnått tumörfrihet. Begreppet inkluderar recidiv i behandlad lokal till exempel i tidigare operationsområde, men även ny de novo-tumör.

BILAGA 1: TNM

TNM 8

Flera olika TNM-system finns i världen avseende hepatobiliär malignitet. Vi följer de rekommendationer som finns från cancerregistret, och använder oss av TNM fastställd av UICC/AJCC.

Från 2018-01-01 används i registret TNM version 8.

Ett så specificerat TNM som möjligt skall anges (SOSFS 2006:15).

T, N och M anges med siffra. In situ anges som 0.

För patologi används X då vävnad inte undersökts, till exempel NX.

TNM för hepatocellulär cancer

| Hepatocellulär cancer | TNM version 8 |
|-----------------------|---|
| T0 | Inget belägg för primär tumör |
| T1 | |
| T1a | Solitär tumör ≤2cm med eller utan vaskulär invasion |
| T1b | Solitär tumor > 2cm utan vaskulär invasion. |
| T2 | Solitär med vaskulär invasivitet, alt multipla < 5cm |
| T3 | Multipla varav en >5cm |
| T4 | Tumör(er) som involverar större gren av vena porta eller leverven med direkt invasion av kringliggande organ (inklusive diafragma) annat än gallblåsa eller med perforation av visceral peritoneum. |
| NX | Regional lymfkörtel ej evaluerad |
| N0 | Inga belägg för metastas till regional lymfkörtel * |
| N1 | Regional lymfkörtelmetastas. |
| M0 | Inga belägg för metastas |
| M1 | Fjärrmetastas, innefattar lymfkörtelmetastisering utanför regional lymfkörtelstation. |

* Regional = leverligament, periportal, caval eller under diafragma.

Kliniska alternativ N0 eller N1, där N0= avsaknad av känd lymfkörtelmetastisering (oavsett om patologiskt undersökta eller ej).

För patologi finns NX då lymfkörtlar inte har undersökts.

Lokala körtelstationer

Körtelstation 12 = leverligament samt körtelstation 8 (arteria hepatica propria).

HCC: Körtlar under diafragma samt pericavala körtlar ovan njurven.

TNM för intrahepatiskt kolangiocarcinom

| Kolangiocarcinom | TNM version 8 |
|-------------------------|---|
| T0 | Inget belägg för primär tumör |
| T1 | Solitär utan vaskulär invasivitet |
| T1a | Solitär tumör ≤5 cm UTAN vaskulär invasion |
| T1b | Solitär tumör >5 cm UTAN vaskulär invasion |
| T2 | Solitär tumor med intrahepatisk vaskulär invasion eller multipla tumörer med eller utan vaskulär invasion. |
| T3 | Tumör perforerar visceral peritoneum. |
| T4 | Tumör invaderar lokalt extrahepatiska strukturer |
| NX | Lymfkörtlar kan inte evalueras |
| N0 | Inga belägg för metastas till regional lymfkörtel* |
| N1 | Regional lymfkörtelmetastas. *Regionala körtelstationer skiljer sig åt mellan höger- och vänstersidiga tumörer. Höger= leverligament, periduodenala samt peripancreatiska Vänster= leverligament, gastrohepatiska ligamentet. Lymfkörtlar utmed truncus celiacus och aorta räknas som M1. |
| M0 | Inga belägg för metastas |
| M1 | Fjärrmetastas, innefattar lymfkörtelmetastsering utanför regional lymfkörtelstation. |

TNM för gallblåsecancer

| Gallblåsa | TNM version 8 (T2 skiljer sig från version 7 där leversida separeras från peritoneal sida). |
|-----------|--|
| T0 | Inget belägg för primär tumör |
| T1 | Tumören invaderar gallblåsans vägg |
| T1a | Tumören invaderar lamina propria |
| T1b | Tumören invaderar muscularis (muskellager) |
| T2 | Tumören invaderar perimuskulär bindväv: ingen utbredning till serosa eller in i lever. |
| T2a | Tumören invaderar perimuskulär bindväv på peritoneala sidan utan utbredning till serosa. |
| T2b | Tumören invaderar perimuskulär bindväv på leversidan utan utbredning in i lever. |
| T3 | Tumören invaderar serosa (peritoneum viscerale), och/eller invaderar lever eller ett organ såsom magsäck, duodenum, colon, pancreas, oment, extrahepatiska gallvägar. |
| T4 | Tumören invaderar portas huvudstam, arteria hepatica, eller invaderar två eller fler extrahepatiska organ eller strukturer. |
| NX | Lymfkörtlar kan inte evalueras |
| N0 | Inga belägg för metastas till regional lymfkörtel* |
| N1 | 1-3 regionala lymfkörtelmetastaser. *Regionala körtelstationer: Leverligament, truncus celiacus och körtel vid arteria mes. superior. Lymfkörtlar utmed truncus celiacus och aorta räknas som M1. |
| N2 | 4 eller fler lymfkörtlar regionalt med metastas |
| M0 | Inga belägg för metastas |
| M1 | Fjärrmetastas, innefattar lymfkörtelmetastsering utanför regional lymfkörtelstation. |

TNM för perihilär gallgångscancer

Stadieindelning (T) för extrahepatiska gallvägar (ovan och i nivå med ductus cysticus, C24).

| Extrahepatiska gallvägar – perihilära | TNM version 7 = 8 |
|---------------------------------------|--|
| Tx | Primär tumör kan inte värderas |
| T0 | Inget belägg för primär tumör |
| T1 | Tumören är begränsad till gallgången |
| T2 | Tumören invaderar utanför gallgången |
| T2a | Tumören invaderar utanför gallgång till intilliggande fett. |
| T2b | Tumören invaderar till intilliggande levervävnad |
| T3 | Tumören invaderar unilateral gren av vena porta eller gren av arteria hepatica-kärl. |
| T4 | Tumörer invaderar något av följande: portas huvudstam eller grenar bilobärt, arteria hepaticas huvudstam, eller bilobärt förbi andra greningsstället, eller unilateral spridning till andra delningen av gallgången, med kontralateral spridning till vena porta eller arteria hepatica. |
| NX | Lymfkörtlar kan inte evalueras |
| N0 | Inga belägg för metastas till regional lymfkörtel * |
| N1 | 1-3 regionala lymfkörtelmetastaser. |
| N2 | 4 eller fler lymfkörtlar regionalt med metastas |
| M0 | Inga belägg för metastas |
| M1 | Fjärrmetastas, innefattar lymfkörtelmetastsering utanför regional lymfkörtelstation. |

* Regionala körtelstationer:

Leverligament, truncus celiacus och körtel vid arteria mes. superior.

Lymfkörtlar utmed truncus celiacus och aorta räknas som M1.



**REGIONALA
CANCERCENTRUM
I SAMVERKAN**

Regionala cancercentrum – regionernas nationella samverkan inom cancervården.
Med patienter och närstående för hela människan, i dagens och framtidens cancervård.
www.cancercentrum.se