Cancer i lever och gallvägar, SweLiv

Patientrapport, 2025

Diagnosår: 2009-2024

Svenska registret för cancer i lever och gallvägar

REGIONALA CANCERCENTRUM I SAMVERKAN

Beställningsadress

Regionalt cancercentrum väst
Västra Sjukvårdsregionen
Sahlgrenska Universitetssjukhuset
SE-413 45 GÖTEBORG

Mailadress - rccvast@vgregion.se

Rapporterna kan laddas ner från
Regionalt cancercentrum väst hemsida www.rccvast.se

© 2025 Regionalt cancercentrum väst, Västra sjukvårdsregionen

Innehållsförteckning

1 INLEDNING **1**
Diagnoser 1
Behandling 1
Väntetid till behandling 2

2 LEVERCANCER **3**
Incidens och könsskillnader 3
Behandling och överlevnad 4

3 GALLVÄGSCANCER **5**
Incidens och könsskillnader 5
Behandling och överlevnad 5

4 METASTAS (DOTTERTUMÖR) I LEVER **7**

5 PATIENTRAPPORTERADE MÅTT (PROM) I SWELIV **9**

6 KOMPLIKATIONER TILL BEHANDLING **11**

7 LÄNKAR/ORDLISTA **12**

1 INLEDNING

Diagnoser

Det är förhållandevis vanligt med cancertumörer i levern, i de flesta fall är det spridning från en cancersjukdom som har sitt ursprung i ett annat organ, det vill säg dottertumörer (levermetastastaser/metastatisk sjukdom). En grov uppskattning är att mer än 10 000 personer i Sverige drabbas av levermetastaser varje år. Det kan vara spridning från exempelvis tjocktarmscancer eller bröstcancer. I många fall behandlas spridd cancersjukdom med levermetastaser med cellgiftsbehandling, men vissa levermetastaser exempelvis vid tarmcancer kan ibland behandlas lokalt och med leverkirurgi.

Cirka 1 000 personer insjuknar varje år i cancer med ursprung i lever, gallblåsa eller gallgång, så kallad primär lever- eller gallvägscancer (hepatocellulär eller kolangiocellulär cancer). Den är inte ärftlig, det vill säga risken att ens barn drabbas är liten. Sjukdomar som ger upphov till långvariga inflammatoriska tillstånd ger en ökad risk för cancer. Detta gör att lever- och gallvägscancer oftare drabbar personer med underliggande sjukdomar som exempelvis fettleversjukdom, cirros och skleroserande kolangit. Underliggande sjukdomstillstånd i lever-och gallvägar kan också påverka vilka behandlingar som lever och gallgångar tål. Vid behandlingskonferenser medverkar därför olika specialister för att diskutera förutsättningarna utifrån varje enskild patient. Vid behandlingskonferensen är det därför viktigt att patientens inställning till och förutsättningar för behandling är kända för att man skall kunna komma fram till vilken som är den bästa behandlingen.

Det finns mer information om levern, gallvägarna och cancer på 1177.se (www.1177.se/sjukdomar–besvar/cancer/cancerformer/levercancer/ och för gallvägscancer www.1177.se/sjukdomar–besvar/cancer/cancerformer/gallvagscancer/).

Detta är den tredje rapporten från kvalitetsregistret SweLiv som riktar sig till dig som patient, närstående och allmänhet. Rapporten innehåller delar av registrets årsrapport och har sammanställts av en arbetsgrupp från SweLivs styrgrupp: Fredrik Hopfgarten patientrepresentant, Jenny Drott specialistsjuksköterska och representant för Nationella Föreningen för Sjuksköterskor i Kirurgisk vård (NFSK), Malin Sternby Eilard, ordförande, Linda Lundgren, registerhållare och Jenny Lundmark Rystedt, styrgruppsrepresentant.

Behandling

Vid cancer i lever och gallvägar är kirurgiska behandlingar än så länge de enda som räknas som botande. Årsrapporten visar att andelen som får kirurgi har ökat.

Resektion, innebär att man skär bort den tumördrabbade delen, vilket ibland kan genomföras med titthålsteknik (minimalinvasivt ingrepp). Andelen minimalinvasiva leveringrepp ökar.

Ablation kan vara förstagångsbehandling för levertumörer och levermetastaser. Tumören förstörs då genom upphettning till exempel med mikrovågor och som resultat uppstår ett ärr i levern. Ablation kan dels genomföras i samband med en leveroperation men kan också genomföras som enda ingrepp via punktion genom huden. Ablationsbehandling kan begränsas av tumörens storlek och läge. Andelen behandling som genomförs med ablation ökar.

Levertransplantation innebär att hela levern tas bort och ersätts av en donerad lever. Eftersom det är ont om donerade organ kan levertransplantation bara genomföras för ett litet antal patienter enligt strikta kriterier.

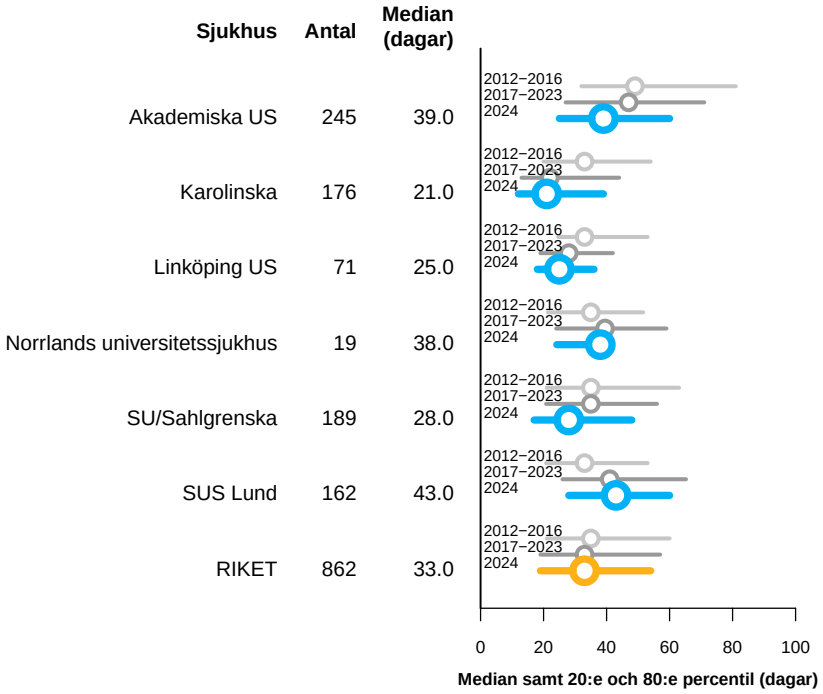
Tumörens storlek, antal eller spridning kan medföra att kirurgisk behandling inte är möjlig. Medicinsk behandling med cellgifter kan då ges för att bromsa sjukdomens utveckling. På senare år har en omfattande utveckling skett inom detta område med flera nya läkemedel och behandlingsmöjligheter.

Inför kirurgisk behandling av cancer i lever och gallvägar görs en värdering av hur stor andel av levern som kan sparas efter en operation. Oftast har man som riktmärke att minst 30 % av levern behöver finnas kvar efter ingreppet. Om den beräknade kvarvarande levervolymen inte är tillräcklig finns ibland möjligheten att genomföra ett förberedande ingrepp för att få levern att växa till inför operation.

Väntetid till behandling

Standardiserat vårdförlopp syftar till att ge en struktur för utredning och behandling och minska väntetid som inte uppfattas som meningsfull för patienten. Nationella kvalitetsregister som SweLiv är ett sätt att noggrant följa upp och redovisa, väntetider och utfall av behandling, såväl nationellt som regionalt, med målet att erbjuda jämlik vård. Nedan redovisas väntetiderna uppdelat per sjukvårdsregion för de sex orter i Sverige som genomför leverkirurgiska behandlingar. Mer information om de tider och utredningar som ingår i standardiserade vårdförlopp och vårdprogram för cancer i lever och gallvägscancer finns på: www.cancercentrum.se.

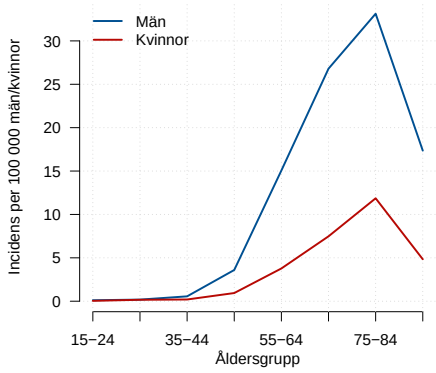
Figur 1. Figuren visar antal dagar från behandlingskonferens till behandling (operation eller ablation) för patienter med cancer i lever och gallvägar, både primära cancerformer och levermetastaser. Negativa ledtider och ledtider över 365 dagar har exkluderats, liksom patienter med planerad förbehandling innan ingrepp.



2 LEVERCANCER

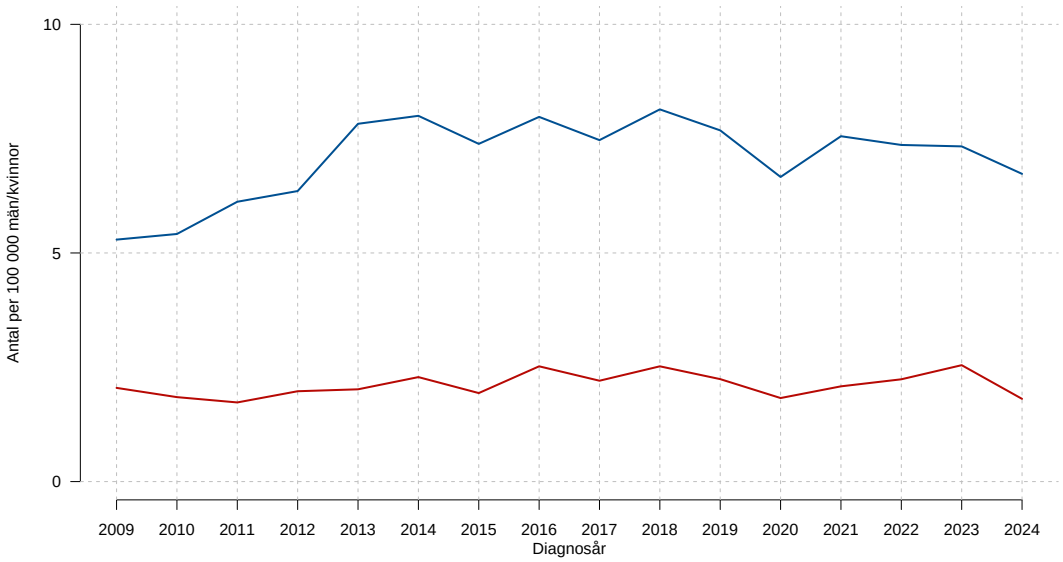
Incidens och könsskillnader

Levercellscancer (hepatocellulär cancer, HCC), som utgår från levercellerna, är den vanligaste primära levercancern. Den drabbar cirka femhundra varje år, fler män än kvinnor, se figur 3. De flesta som får levercellscancer i Sverige registreras i kvalitetsregistret SweLiv. Täckningsgraden gentemot cancerregistret är hög (95 % 2024), men det finns risk för underrapportering av till exempel äldre, över 85 år, där behandling inte är aktuellt och utredning därför inte genomförs med vävnadsprov. I cirka två tredjedelar rapporteras en underliggande leversjukdom, till exempel skrumpleversjukdom (levercirros). Socialstyrelsens statistikdatabas baserat på Cancerregistret nås via www.socialstyrelsen.se.



Figur 2. Antal fall av levercancer per 100 000, för män (blå linje) och kvinnor,(röd linje), uppdelat i åldersgrupper vid diagnos.

Figur 3. Antal kvinnor (röd linje) och män (blå linje) per 100 000 som insjuknar i levercancer varje år.



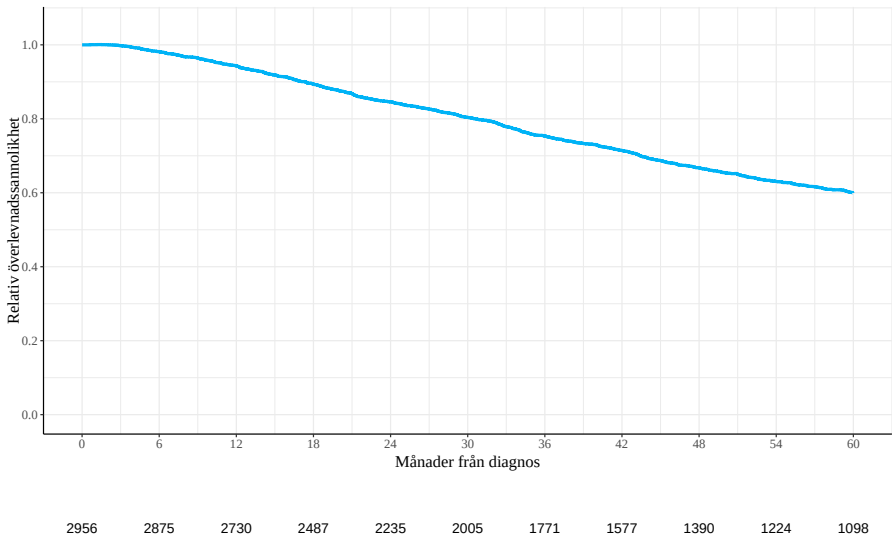
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Män	244	250	283	299	379	384	379	413	394	435	420	369	429	419	426	398
Kvinnor	105	93	90	102	107	123	105	141	126	145	133	110	126	140	161	116

Behandling och överlevnad

Överlevnaden vid levercellscancer har förbättrats i Sverige. Överlevnad efter ingrepp som ofta syftar till att vara botande framgår av figur 4. Såväl leverresektion, ablation som transplantation kan användas för att uppnå bot, men andra sjukdomar, samsjuklighet, och leverfunktion är faktorer som spelar stor roll för vilken behandling som är möjlig och lämplig för en patient. Vid levercellscancer är det relativt vanligt att återfall och nya tumörer uppstår i levern trots genomförd kirurgi, och att fler ingrepp kan behövas. Hos femton procent av patienterna finns mer än ett ingrepp registrerade.

I figur 4 ses överlevnad efter behandling av levercellscancer i Sverige. Figuren visar att tre år efter diagnos och genomförd behandling lever tre fjärdedelar av patienterna.

Figur 4. Överlevnad från diagnos för patienter med levercellscancer som genomgått behandling som syftar till att bota cancern (resektion, ablation eller levertransplantation). Patienter med diagnos 2009-2024.



Kvalitetsindikatorer har tagits fram innehållande målvärden för resultaten av registrerade data i SweLiv. Det är målvärden som uppfattas vara värdeskapande för patienten. Ett exempel på en kvalitetsindikator är överlevnad vid levercellscancer (HCC).

Kvalitetsindikator: Överlevnad vid HCC

Måltal: Femårsöverlevnad (efter HCC-diagnos) över 50 % efter leverresektion, ablation, eller transplantation.

Ettårsöverlevnad överstigande 50 % för HCC-patienter med lokal eller systemisk onkologisk behandling.

Resultat: Femårsöverlevnaden är 54 % för hela HCC-gruppen som genomgått leverresektion, ablation eller transplantation.

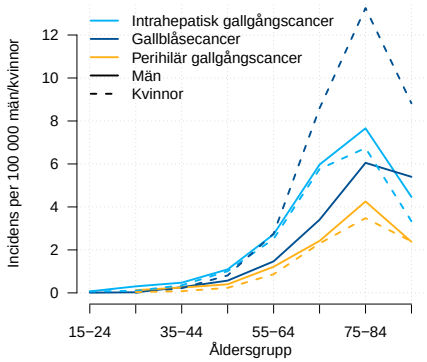
För HCC-patienter som planerades för lokal eller systemisk onkologisk behandling, är den observerade ettårsöverlevnaden 47 %.

3 GALLVÄGSCANCER

Gallvägscancer delas in i olika grupper beroende på var i gallvägarna cancern är lokaliserad. Små gallgångar inuti levern (intrahepatisk) leder gallan till allt större gallgångar mot den gemensamma gallgånggen (perihilär), de yttre gallgångarna och via bukspottkörteln ut i tolvfingertarmen. Gallblåsan är en reservoar som kan portionera ut galla i tarmen i samband med måltid. Cancer kan uppstå i olika lokalisationer i gallblåsa/gallvägar, men är en ovanlig typ av cancer. Ett hinder (till exempel en cancertumör eller gallsten) i gallvägarna leder till gulsot (ikterus).

Incidens och könsskillnader

Cirka 400 personer får cancer i gallvägarna varje år. Sedan kvalitetsregistret SweLiv startade har det rapporterats ca 2 000 fall av cancer i gallblåsa och liknande antal för cancer i gallgångar inuti levern (intrahepatisk) samt färre än 1 000 (perihilära gallgångscancer). De flesta personerna är äldre, och som figur 5 visar så är det vanligare att kvinnor får gallblåsecancer än män. För de flesta patienter rapporteras ingen underliggande sjukdom, men kronisk inflammation kan leda till ökad risk till exempel hos patienter med så kallad primär skleroserande kolangit (PSC).



Figur 5. Antal som insjuknar i gallvägscancer i förhållande till ålder och kön vid gallvägscancer inuti levern (intrahepatisk), i gallblåsa eller i gallgångar utanför levern (perihilär).

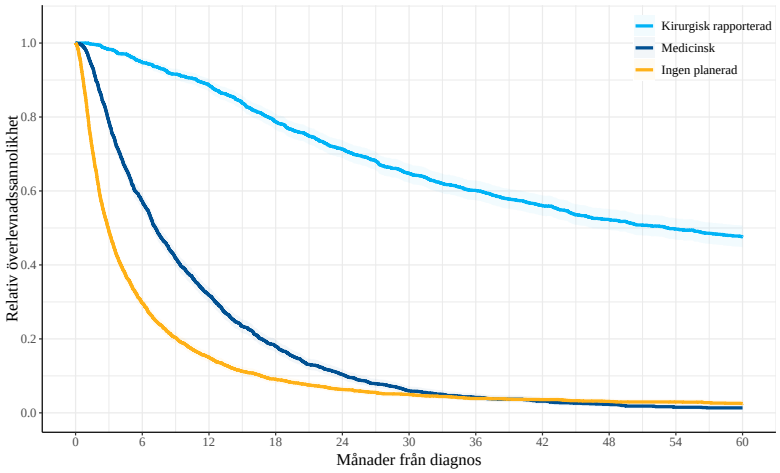
Behandling och överlevnad

Överlevnaden vid gallvägscancer i relation till typ av behandling visas i figur 6. Det finns stora skillnader mellan grupperna som genomgår respektive behandling, vad gäller både tumörutbredning och samsjuklighet. Tumörceller kan sprida sig via lymfsystemet till lymfkörtlar eller via blodet till andra delar av kroppen, exempelvis till lungorna. För att behandling skall kunna ges som syftar till att bli botande är en viktig förutsättning att tumören är lokalt begränsad.

Gallblåsecancer hittas ibland som ett oväntat bifynd vid mikroskopiundersökning, när man opererat bort gallblåsan på grund av gallstensbesvär eller inflammation i gallblåsan (kolecystit). En ny operation kan då ofta bli aktuell.

Gallvägarna har en nära relation till leverns blodkärl. När gallgångarna kommer ut ur levern och sammanstrålar till den gemensamma gallgången och den yttre gallgången ligger fortfarande leverns blodkärl tätt intill. Detta medför att det är vanligt att man vid kirurgiska ingrepp kan behöva ta bort omfattande delar av levervävnad. Risken för komplikationer ökar med storlek på ingrepp.

Figur 6. Relativ överlevnad för olika patientgrupper med gallgångscancer under perioden 2009-2024. Ljusblå linje visar patienter med begränsad cancer som genomgått kirurgisk behandling. Mörkblå linje visar patienter som erhållit medicinsk tumörbehandling. Gul linje visar patienter som till följd av samsjuklighet och/eller tumörutbredning inte har erhållit någon tumörspecifik behandling.



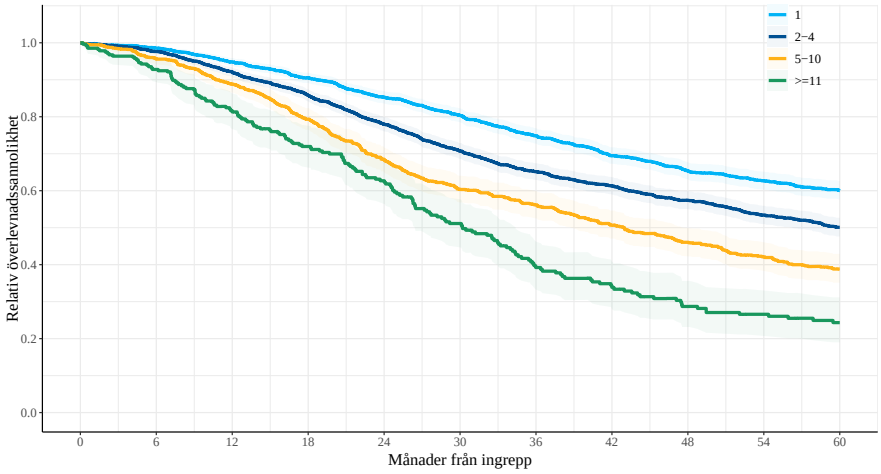
Kirurgisk rapporterad	1581	1485	1374	1166	1011	872	762	674	588	517	462
Medicinsk	2023	1147	625	331	178	92	62	44	29	18	16
Ingen planerad	2872	835	410	236	153	112	79	69	53	44	33

4 METASTAS (DOTTERTUMÖR) I LEVER

Tjock- och ändtarmscancer (kolorektal cancer) är den näst vanligaste cancerformen bland såväl kvinnor som män. Varje år drabbas drygt 7 000 personer i Sverige av tarmcancer. De flesta är lite äldre (70+). Av de som genomgår kirurgisk behandling för sin tarmcancer har cirka 20 % en spridning till levern (som oftast upptäcks under de första tre åren efter diagnos av tarmcancer). Totalt sett så räknar vi med att cirka fem procent av alla personer med cancer i tjock- och ändtarm, även genomgår behandling i levern, vilket kan vara botande.

Även vid många levermetastaser kan långtidsöverlevnad uppnås men antalet har betydelse, figur 7. I figuren ses överlevnad i förhållande till antalet metastaser men prognosen påverkas också av till exempel förekomst av lymfkörtelmetastaser vid modertumören, samsjuklighet, och tumörernas storlek.

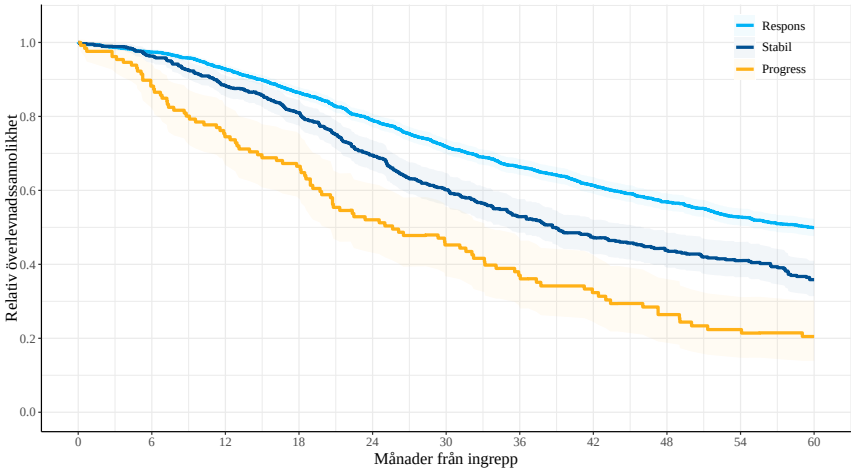
Figur 7. Överlevnaden efter kirurgisk behandling av levermetastaser av kolorektal cancer minskar med ökat antal tumörer.



1	2281	2224	2108	1927	1729	1543	1356	1192	1055	954	858
2–4	2128	2060	1907	1705	1479	1276	1127	1006	883	774	687
5–10	809	769	707	609	501	415	375	316	269	226	199
>=11	262	242	209	167	142	109	78	66	52	45	39

Om tumörerna krymper när man får cellgiftsbehandling (respons), är prognosen efter kirurgi bättre än vid oförändrad storlek (stabil sjukdom) respektive om tumörerna tillväxer eller nya tillkommer (progress). I figur 8 visas patienter med kolorektala levermetastaser som genomgått cellgiftsbehandling innan ingrepp i levern, uppdelat efter behandlingssvar.

Figur 8. Överlevnad (relativ) för patienter som genomgått ingrepp för levermetastaser av kolorektal cancer efter cellgiftsbehandling, uppdelat på behandlingssvar: respons, stabil sjukdom respektive progress i storlek och/eller antal av levermetastaser.



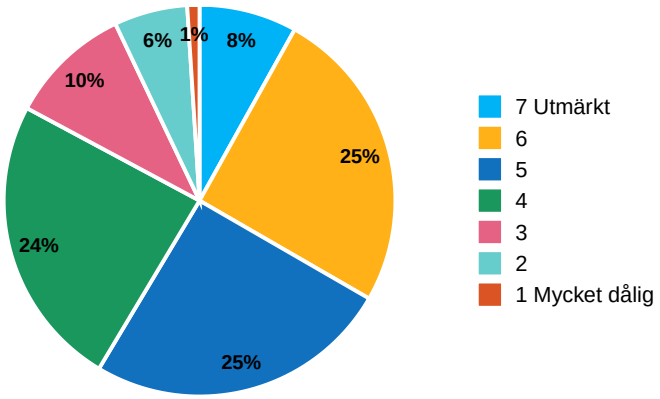
Respons	2218	2147	2026	1824	1621	1421	1277	1148	1024	907	835
Stabil	553	529	478	418	346	282	230	184	157	139	116
Progress	120	105	87	76	58	48	38	32	25	21	18

5 PATIENTRAPPORTERADE MÅTT (PROM) I SWELIV

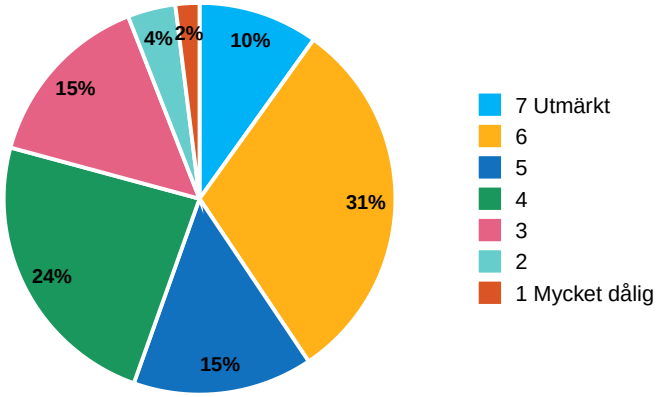
Det är vanligt med olika typer av symtom, relaterat till både sjukdom och behandlingar. Detta kan medföra både fysisk, psykisk och social påverkan i det dagliga livet. Vården har som målsättning att främja den hälsorelaterade livskvaliteten och även erbjuda god symtomlindring. Genom att både förebygga symtom och ge effektiv symtomlindring kan man förbättra livskvaliteten. Eftersom det är viktigt att uppmärksamma symtom tidigt för optimalt och individualiserat stöd, har SweLiv påbörjat ett pilotprojekt 2020 där patientrapporterade mått (PROM) används vid flera sjukhus i Sverige.

Nedan visas resultat från fyra utvalda frågor från patienter (n= 111) som besvarat PROM enkäter om sin graderade hälsa, när de fått en diagnos och inväntar en behandling för levercancer.

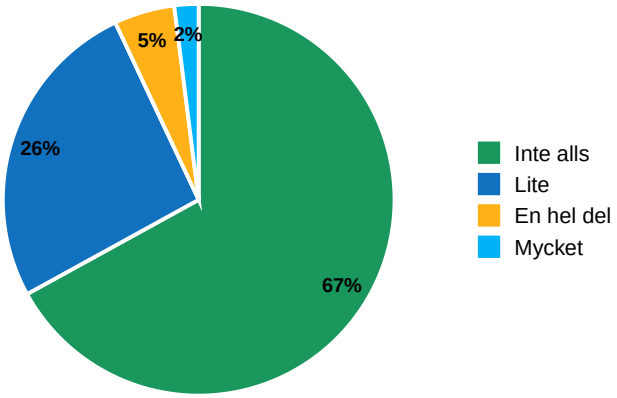
Figur 9. Hur skulle du vilja beskriva din hälsa totalt sett under veckan som gått? Antal svar 110.



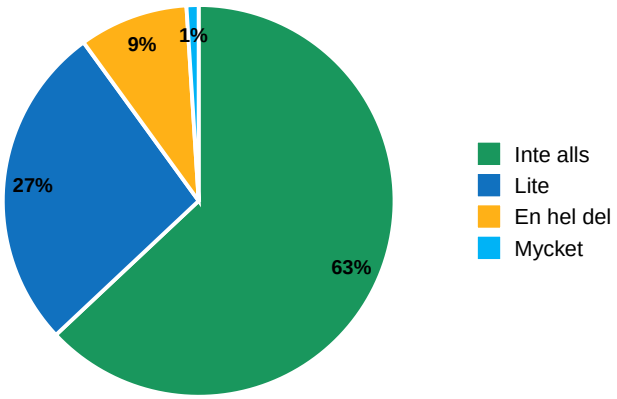
Figur 10. Hur skulle du vilja beskriva din totala livskvalitet under veckan som gått? Antal svar 110.



Figur 11. Har du haft buksmärtor? Antal svar 111.



Figur 12. Har du haft klåda? Antal svar 110.



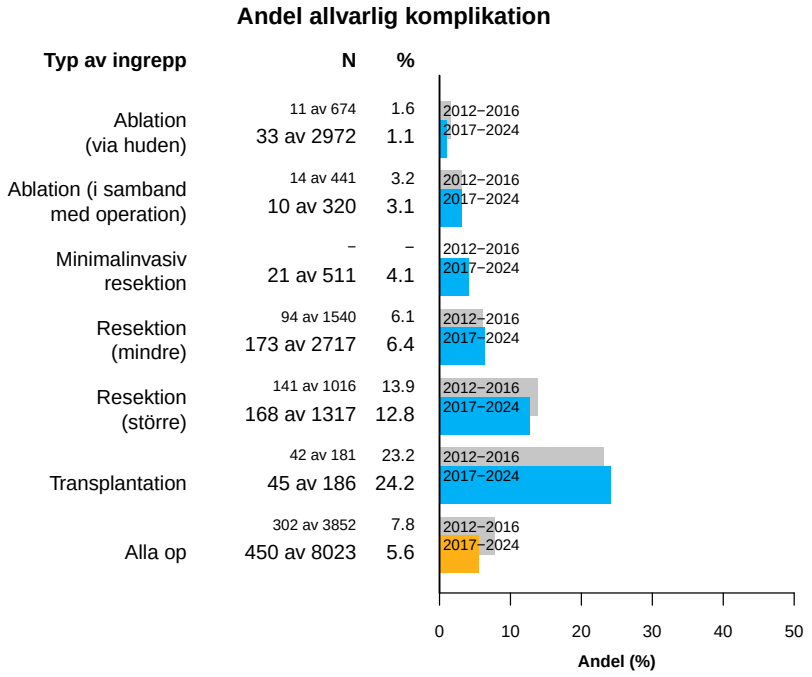
Sammanfattningsvis kan man förenklat säga att buksmärta och klåda inte alls förekommer hos två tredjedelar av patienterna och att en tredjedel av patienterna, trots cancer i lever och gallvägar, klassar sin hälsa och livskvalitet som utmärkt eller nästan utmärkt.

6 KOMPLIKATIONER TILL BEHANDLING

I kvalitetsregistret SweLiv registreras komplikationer inom 30 dagar efter transplantation, resektion och ablation. Komplikationer efter cellgiftsbehandling eller annan behandling registreras inte.

Ett vanligt sätt att mäta kirurgiska komplikationer är att mäta andelen patienter som behöver olika typer av extra åtgärder på grund av komplikationer. I SweLiv mäts alla komplikationer som kräver minst medicinsk behandling, men i årsrapporten fokuserar vi bara på mer allvarliga komplikationer, det vill säga de som kräver extra operation (reoperation) eller om patienten behöver intensivvård. Frekvensen komplikationer påverkas både av patientfaktorer som samsjuklighet som av tumörtyp och storlek, dvs hur omfattande ingrepp som har utförts. Möjligheten att välja typ av ingrepp påverkas bland annat av tumörutbredning samt eventuell samtidig leversjukdom. Figur 13 visar andel med allvarlig komplikation utifrån ingreppets storlek.

Figur 13. Andel som drabbats av komplikationer som bedöms som allvarligare (kräver till exempel behandling i narkos) inom 30 dagar efter ingrepp enligt vad som rapporterats vid uppföljning. I figuren redovisas typ av ingrepp och andel med komplikation för åren 2012-2024. Minimalinvasiv resektion redovisas endast för perioden 2020-2024 på grund av att access rapporteras i en egen variabel från 2020.



7 LÄNKAR/ORDLISTA

Information om levercancer på 1177
www.1177.se/sjukdomar–besvar/cancer/cancerformer/levercancer/

Information om gallvägscancer på 1177
www.1177.se/sjukdomar–besvar/cancer/cancerformer/gallvagscancer/

Information och rapporter om standardiserade vårdförlopp
www.cancercentrum.se

SweLivs årsrapport
www.cancercentrum.se/samverkan/cancerdiagnoser/lever-och-galla/kvalitetsregister/

SweLivs interaktiva årsrapport
https://statistik.incanet.se/SweLiv/

Incidens:
Incidensen är ett mått på hur många som nyinsjuknar i en sjukdom. Incidensen påverkas till exempel av åldersfördelning och annan sjukdomsförekomst i befolkningen. Åldersstandardiserad incidens är ett sätt att ta hänsyn till skillnader i åldersfördelning vid olika jämförelser.

Relativ överlevnad:
Den relativa överlevnaden är ett mått på överlevnad hos personer som har den studerade sjukdomen jämfört med överlevnaden hos befolkningen i stort och beskrivs ibland också som överdödlighet.

Ledtider:
För ledtider illustreras median samt 20:e och 80:e percentil i antal dagar, dvs. dag då hälften, respektive 20 % eller 80 % av fallen har slutfört ledtiden. Då ledtider redovisas för olika tidsperioder definieras tidsperioden utifrån tiden då ledtiden avslutades. Negativa ledtider och ledtider över 365 dagar exkluderas.