REGIONALA CANCERCENTRUM I SAMVERKAN

Landstingens och regionernas
nationella samverkansgrupp
inom cancersjukvården

Peniscancer

Nationell rapport för kvalitetsregistret diagnosår 2009-2012

Sept 2013

REGIONALT
CANCERCENTRUM
UPPSALA ÖREBRO

Regionalt cancercentrum, Uppsala Örebro
Akademiska sjukhuset
SE-751 85 UPPSALA

Innehållsförteckning

1 Nationellt register för peniscancer **6**

2 Sammanfattning **6**

3 Bakgrund **7**
3.1 Epidemiologi 7
3.2 Förkortningar och begrepp 8

4 Antal fall, täckningsgrad och åldersfördelning **9**

5 Väntetider **11**

6 Diagnostik – tumörstadium och differentieringsgrad **12**

7 Behandling **17**

8 Lymfkörteldiagnostik/-kirurgi **21**

9 Överlevnad **31**

Tabeller

1 Antal fall per sjukvårdsregion, diagnosår 2009-2012 9
2 Antal fall och täckningsgrad i procent per sjukvårdsregion, diagnosår 2009-2012 . . . 9
3 Ålder vid diagnos per sjukvårdsregion, diagnosår 2009-2012 9
4 pT-stadium uppdelat på sjukvårdsregion, diagnosår 2009-2012 13
5 pT-stadium uppdelat på åldersgrupp (ålder vid diagnos), diagnosår 2009-2012 13
6 pT-stadium uppdelat på diagnosår, diagnosår 2009-2012 13
7 Grad uppdelat på sjukvårdsregion exklusive Tis, diagnosår 2009-2012 14
8 Grad uppdelat på diagnosår exklusive Tis, diagnosår 2009-2012 14
9 pT-stadium uppdelat på grad exklusive Tis, diagnosår 2009-2012 14
10 N-stadium uppdelat på sjukvårdsregion exklusive Tis, diagnosår 2009-2012 15
11 N-stadium uppdelat på diagnosår exklusive Tis, diagnosår 2009-2012 15
12 M-stadium uppdelat på sjukvårdsregion exklusive Tis, diagnosår 2009-2012 15
13 M-stadium uppdelat på diagnosår exklusive Tis, diagnosår 2009-2012 16
14 Behandlingsformulär täckningsgrad mot anmälan uppdelat på sjukvårdsregion, diagnosår 2009-2012 17
15 Syfte med behandling för de som har ett behandlingsformulär registrerat, uppdelat på sjukvårdsregion, diagnosår 2009-2012 17
16 Huvudsaklig behandling uppdelat på sjukvårdsregion, diagnosår 2009-2012 18
17 Lymfkörtelkirurgi per N-stadium, diagnosår 2009-2012 22
18 Lymfkörtelkirurgi=Ja fördelade på pT-stadium, diagnosår 2009-2012 22
19 Sentinelnode utfört för N0 som genomgått lymfkörtelkirurgi uppdelat på sjukvårdsregion, diagnosår 2009-2012 22
20 Lymfkörtelkirurgi för T>=1/G>=2, diagnosår 2009-2012 23
21 Lymfkörtelkirurgi för T>=1/G>=2 i sjukvårdsregion Stockholm/Gotland, diagnosår 2009-2012 23
22 Lymfkörtelkirurgi för T>=1/G>=2 i sjukvårdsregion Uppsala-Örebro, diagnosår 2009-2012 24
23 Lymfkörtelkirurgi för T>=1/G>=2 i sjukvårdsregion Sydöstra, diagnosår 2009-2012 24
24 Lymfkörtelkirurgi för T>=1/G>=2 i sjukvårdsregion Syd, diagnosår 2009-2012 . . . 24
25 Lymfkörtelkirurgi för T>=1/G>=2 i sjukvårdsregion Väst, diagnosår 2009-2012 . . 25
26 Lymfkörtelkirurgi för T>=1/G>=2 i sjukvårdsregion Norr, diagnosår 2009-2012 . . 25
27 Lymfkörtelkirurgi för T>=1/G>=2, diagnosår 2009-2012 25
28 Lymfkörtelkirurgi för T>=1/G>=2 för patienter under 70 år, diagnosår 2009-2012 . 26
29 Lymfkörtelkirurgi för T>=1/G>=2 för patienter under 60 år, diagnosår 2009-2012 . 26
30 Lymfkörtelkirurgi för T>=1/G>=2 uppdelat på behandlande sjukhus, diagnosår 2009-2012 28
31 Orsak till utelämnad lymfkörtelkirurgi vid T>=1/G>=2 uppdelat på diagnosår, diagnosår 2009-2012 29
32 Orsak till utelämnad lymfkörtelkirurgi vid T>=1/G>=2 för N+, diagnosår 2009-2012 29
33 Lymfkörtelkirurgi=Ja fördelade på pN-stadium, diagnosår 2009-2012 30
34 Lymfkörtelkirurgi=Ja fördelade på pT-stadium per pN-stadium, diagnosår 2009-2012 30
35 Inguinal utrymning per pT-stadium, diagnosår 2009-2012 30

Figurer

1 Antal fall per anmälande sjukhus och sjukvårdsregion, diagnosår 2009-2012. 10
2 Kumulativ andel: Tid mellan ankomstdatum för remiss och första besök på specialistmottagning per region i antal dagar, diagnosår 2009-2012. 11

3 Kumulativ andel: Tid mellan diagnosdatum och kirurgi per sjukvårdsregion i antal dagar, exklusive Tis, diagnosår 2009-2012. 12
4 Antal fall som opererats med laserkirurgi, partiell- eller total amputation per opererande sjukhus och sjukvårdsregion, diagnosår 2011-2012. Tis har exkluderats 19
5 Antal fall som opererats med lokal excision, laserkirurgi, partiell- eller total amputation per opererande sjukhus och sjukvårdsregion, diagnosår 2011-2012. 20
6 Antal fall som lymfkörtelutrymts för T>=1/G>=2 per sjukhus och sjukvårdsregion, diagnosår 2009-2012. 27
7 Total överlevnad för peniscancer, diagnosår 2000-2012. 31
8 Total överlevnad för peniscancer uppdelat på diagnosålder, diagnosår 2000-2012. . . 32
9 Total överlevnad för peniscancer exklusive Tis, uppdelat på diagnosålder, diagnosår 2000-2012. 32
10 Peniscancerspecifik överlevnad, diagnosår 2000-2012. 33
11 Peniscancerspecifik överlevnad uppdelat på diagnosålder, diagnosår 2000-2012. . . . 33
12 Peniscancerspecifik överlevnad exklusive Tis, uppdelat på diagnosålder, diagnosår 2000-2012. 34

1 Nationellt register för peniscancer

Syftet med det Nationella kvalitetsregistret för peniscancer är att samla erfarenhet om denna ovanliga tumörform och att utgöra ett underlag för en årlig nationell sammanställning, kvalitetssäkringsarbete och fortsatta studier. Uppgifterna till registret kommer från de urolog-, kirurg- och hudkliniker i landet som diagnostiserar och behandlar patienterna. Inrapportering av data startade januari 2000 och från år 2009 registreras samtliga fall på den webbaserade plattformen INCA. Registreringsblanketten delas sedan 2009 upp i anmälan- och behandlingsformulär samt separata formulär för femårsuppföljning och lokalt recidiv. En nationell styrgrupp har huvudansvaret för registrets utformning och datainrapportering. Regionalt cancercentrum Uppsala/Örebro har ett nationellt samordningsansvar för variabelutformning, databas och statistisk bearbetning.

2 Sammanfattning

Registret omfattar idag 1696 patienter med peniscancer. Med tanke på sjukdomens sällsynthet och med hänsyn till databasens populationsbaserade natur är materialet unikt. I denna rapport redovisas patienter som inrapporterats under åren 2009 till 2012. Täckningsgraden i registret är fortsatt mycket hög. Som i tidigare rapporter ses en viss diskrepans mellan vår behandling av patienter med peniscancer och de aktuella europeiska och nationella riktlinjerna vad gäller lymfkörtelkirurgi. Sett över perioden 2009-2012 har endast 68 % av patienterna där riktlinjerna rekommenderar lymfkörtelkirurgi (sentinel node och/eller utrymning) genomgått detta. Följsamheten är bättre för de yngre patienterna, 83 % för män yngre än 70 år och 85 % för män yngre än 60 år. Ytterligare ett område där skillnad återfinns mellan given vård och riktlinjer är organbevarande behandling. För drygt 80 % av patienterna borde, utifrån tumörstadium, organbevarande behandling vara möjlig, men sådan behandling sker i avsevärt lägre omfattning. Mot bakgrund av att studier har visat att organbevarande behandling har en mindre negativ inverkan på patientens livskvalitet än vad en amputation har är det viktigt att kvalitetssäkringsarbetet lägger fokus på detta område.

Väntetiderna är generellt långa och en översyn av dessa planeras. I det nationella vårdprogrammet har målvärden för väntetider tagits fram. Dessa får framgent följas och analyseras. Majoriteten av givna behandlingar har 2009-2012 skett vid något av de sex regionala peniscancercentra som återfinns i landet, men en stor andel behandlingar har utförts vid andra enheter. Till exempel utfördes på patienter med invasiv cancer (2011-2012) laserkirurgi, partiell eller total amputation vid totalt 24 olika sjukhus i landet, där man på flertalet sjukhus endast handlade ett eller två fall under tvåårsperioden. Detta kan vara en bidragande orsak till den identifierade bristfälliga följsamheten till riktlinjer. För att optimera omhändertagandet och samla kunskap och erfarenhet kring denna patientgrupp är det angeläget att behandlingen koncentreras, vilket också rekommenderas i de aktuella europeiska riktlinjerna samt i det nyligen publicerade nationella vårdprogrammet. För att säkerställa att alla patienter får vård med god kvalitet i enlighet med vårdprogrammet bör samtliga patienter med peniscancer handläggas på ett regionalt centrum per sjukvårdsregion. Därutöver har ett nationellt nätverk för peniscancer skapats och samarbete i en nationell multidisciplinär rond påbörjats, där ett multidisciplinärt team med deltagande från samtliga sjukvårdsregioner, via en videokonferens, samråder om lämplig utredning, behandling och uppföljning för alla patienter med peniscancer.

3 Bakgrund

3.1 Epidemiologi

Peniscancer är en ovanlig tumörform. Med undantag av primär uretracancer är det den minst vanliga maligna tumören inom urinvägarna. De fem senaste åren har det rapporterats in cirka 85 nya fall per år till det nationella cancerregistret, vilket ger en incidens på 1,6 – 2,3/100 000 män. Om cancer in situ (Tis) inkluderas blir antalet ca 140 per år och incidensen 3 per 100 000 män och år. Peniscancer är vanligast i högre åldrar med störst antal bland män mellan 60 och 80 år. Knappt en tredjedel av patienterna är dock under 60 år vid diagnos och det förekommer enstaka patienter som diagnostiseras innan 30 års ålder. Etiologin till peniscancer är oklar, men en viktig predisponerande faktor är förhudsförträngning. Infektion med humant papillomvirus (typ 16 och 18) har i studier påvisats ha samband med en ökad risk för peniscancer, och andra studier har påvisat samband mellan rökning och en ökad risk. Drygt 95% av tumörerna är skivepitelcancer, resterande fall utgörs framförallt av sarkom, basalcellscancer och malignt melanom.

3.2 Förkortningar och begrepp

EAU guidelines	Riktlinjer gällande utredning och behandling från European Association of Urology
FBR	Folkbokföringsregistret
Grad	Differentieringsgraden anger hur avvikande tumörceller är jämfört med normala celler. Högt differentierade celler (G1) är minst avvikande och lågt differentierade (G3) mest avvikande.
INCA	Webbaserad plattform för inrapportering av data till registret.
Lokal excision	Endast tumören med lite omgivande vävnad opereras bort. Jämför med partiell/total amputation, då en betydande del av eller hela penis opereras bort.
Lymfkörtelkirurgi	Kirurgi för att fastställa om spridning skett till lymfkörtlar – inkluderar sentinel node kirurgi (se nedan) och utrymning (borttagande) av lymfkörtlarna. Det senare ingreppet utförs även i behandlande syfte om spridning konstaterats.
RCC	Regionalt cancercentrum – finns sex stycken i Sverige, ett per sjukvårdsregion. RCC Uppsala-Örebro har nationellt ansvar för peniscancerregistret.
Recidiv	Återfall - cancern kommer tillbaka.
Sentinel node kirurgi	Sentinel node = portvaktskörtel. Vid kirurgin identifieras den lymfkörtel som är först i raden att dränera lymfan från penis. Körteln opereras bort och undersöks mikroskopiskt för att fastställa om det finns spridning av cancerceller eller ej.
Tis	Beteckning för cancer in situ som är ett förstadium till invasiv cancer.
TNM	Klassifikationssystem för tumörer. T anger tumörens stadium, N ev. spridning till regionala lymfkörtlar och M ev fjärrmetastaser. Sedan 2011/2012 skall Mx ej användas utan M0 skall anges om det inte föreligger klinisk misstanke om fjärrmetastaser. pT/pN anger att stadieindelningen bestämts efter mikroskopisk undersökning av tumören/lymfkörtlar. En högre siffra efter bokstaven anger i regel ett allvarligare tillstånd.
Täckningsgrad	Andel fall som rapporterats till peniscancerregistret jämfört med dem som rapporterats till cancerregistret, till vilket rapportering är lagstadgad och obligatorisk.

4 Antal fall, täckningsgrad och åldersfördelning

Registret har en hög täckningsgrad gentemot cancerregistret för anmälningsblanketten och i dagsläget finns totalt 1696 patienter i databasen. Denna rapport redovisar patienter inrapporterade till kvalitetsregistret med diagnosår 2009-2012, vilka utgör 575 patienter med en täckningsgrad på 99% (Tabell 1-2). Nya fall av peniscancer har inrapporterats från över 70 olika vårdgivare (Figur 1). Medelåldern vid diagnos var drygt 65 år med stor spridning i åldrarna, den yngsta patienten var 17 år och den äldsta 97 år. Gruppen patienter som var yngre än 60 år vid diagnos utgjorde 29 % av samtliga, men denna andel varierade mellan sjukvårdsregionerna – från 16 % i Sydöstra regionen till 38 % i Södra regionen (Tabell 3).

Tabell 1. Antal fall per sjukvårdsregion, diagnosår 2009-2012

	2009		2010		2011		2012		Totalt	
Region										
Stockholm/Gotland	34	(22)	21	(17)	48	(28)	35	(28)	138	(24)
Uppsala/Örebro	35	(23)	27	(22)	21	(12)	24	(19)	107	(19)
Sydöstra	11	(7)	11	(9)	20	(11)	19	(15)	61	(11)
Södra	29	(19)	19	(16)	35	(20)	19	(15)	102	(18)
Västra	29	(19)	34	(28)	36	(21)	19	(15)	118	(21)
Norra	16	(10)	9	(7)	14	(8)	10	(8)	49	(9)
Totalt	154	(100)	121	(100)	174	(100)	126	(100)	575	(100)

Tabell 2. Antal fall och täckningsgrad i procent per sjukvårdsregion, diagnosår 2009-2012

	Stockholm Gotland		Uppsala Örebro		Sydöstra		Södra		Västra		Norra		Totalt	
Diagnosår														
2009	34	(100)	35	(100)	11	(100)	29	(100)	29	(100)	16	(100)	154	(100)
2010	21	(100)	27	(100)	11	(100)	19	(100)	34	(100)	9	(100)	121	(100)
2011	48	(100)	21	(100)	20	(100)	35	(100)	36	(100)	14	(100)	174	(100)
2012	35	(100)	24	(96)	19	(100)	19	(100)	19	(100)	10	(100)	126	(99)
Totalt	138	(100)	107	(99)	61	(100)	102	(100)	118	(100)	49	(100)	575	(99)

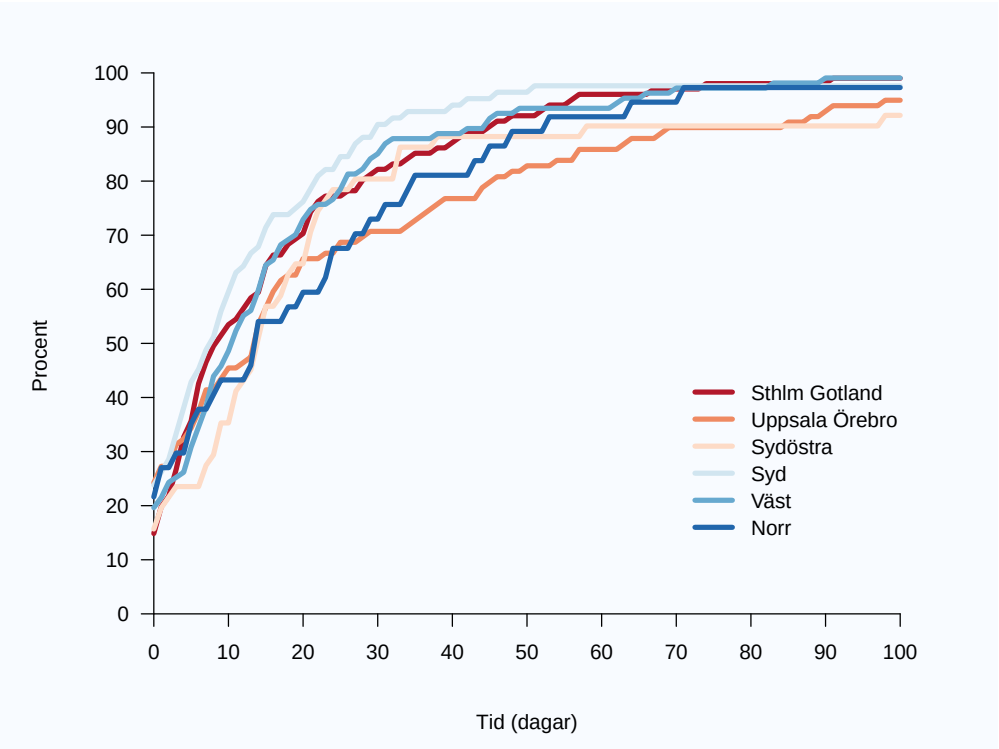
Tabell 3. Ålder vid diagnos per sjukvårdsregion, diagnosår 2009-2012

	-39		40-49		50-59		60-69		70-79		80+		Totalt
Region													
Stockholm/Gotland	19	(14)	6	(4)	21	(15)	39	(28)	30	(22)	23	(17)	138
Uppsala/Örebro	7	(7)	7	(7)	15	(14)	28	(26)	28	(26)	22	(21)	107
Sydöstra	4	(7)	1	(2)	5	(8)	23	(38)	15	(25)	13	(21)	61
Södra	8	(8)	9	(9)	22	(22)	26	(25)	22	(22)	15	(15)	102
Västra	7	(6)	8	(7)	15	(13)	36	(31)	30	(25)	22	(19)	118
Norra	2	(4)	3	(6)	6	(12)	16	(33)	13	(27)	9	(18)	49
Totalt	47	(8)	34	(6)	84	(15)	168	(29)	138	(24)	104	(18)	575

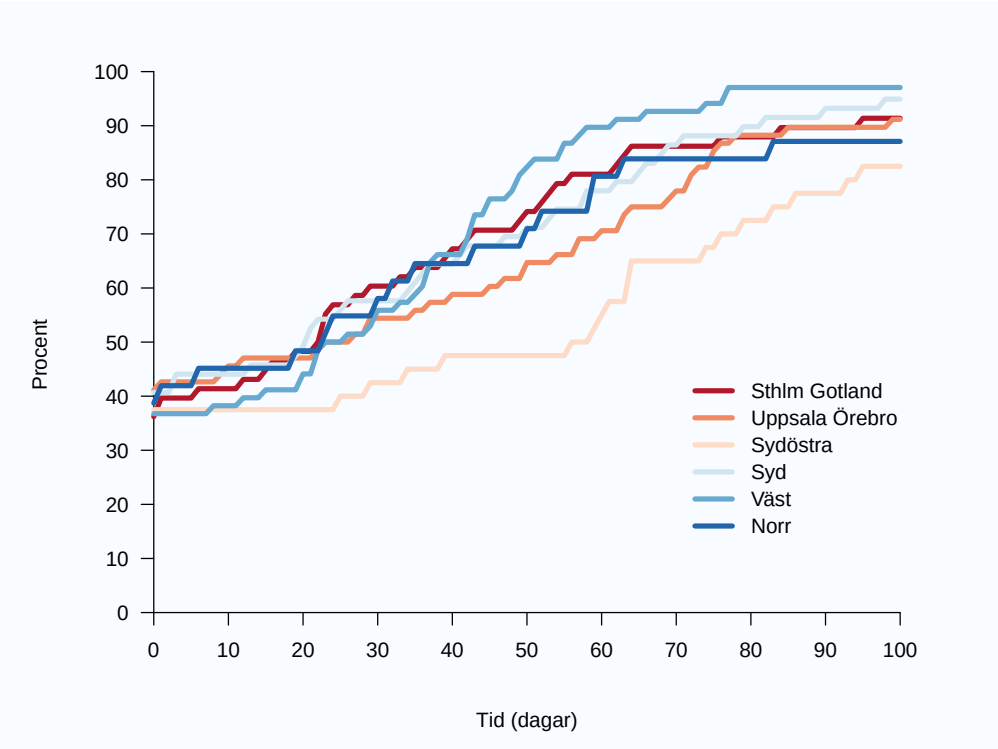
Figur 1. Antal fall per anmälande sjukhus och sjukvårdsregion, diagnosår 2009-2012.

5 Väntetider

Mellan 15 till 25 % av patienterna sågs direkt av en specialist (akut remiss eller sökt själva). För övrigt uppvisade väntetiderna mellan ankomst av remiss till första besök hos specialist stor variation mellan regionerna. Efter 22 dagar hade 80 % av patienterna i Södra regionen träffat en specialist, medan det tog 44 dagar innan 80 % av patienterna i Uppsala-Örebroregionen hade fått sitt första besök (Figur 2). Hälften av patienterna med invasiv tumör som åtgärdats kirurgiskt hade opererats inom 4 veckor från diagnos (diagnosdatum och kirurgi var detsamma för ca 40 % av patienterna) (Figur 3). Målvärden för väntetider har tagits fram i det nyligen publicerade nationella vårdprogrammet och dessa anger att minst 80 % av patienterna bör få ett första besök på specialistmottagning inom 14 dagar från remissankomst samt att >80 % av patienterna med invasiv tumör skall påbörja behandling inom 4 veckor från diagnos.



Figur 2. Kumulativ andel: Tid mellan ankomstdatum för remiss och första besök på specialistmottagning per region i antal dagar, diagnosår 2009-2012.



Figur 3. Kumulativ andel: Tid mellan diagnosdatum och kirurgi per sjukvårdsregion i antal dagar, exklusive Tis, diagnosår 2009-2012.

6 Diagnostik – tumörstadium och differentieringsgrad

Det vanligaste tumörstadiet under rapporteringsperioden var pTis följt av pT1, pT2 och pT3, medan pTa och pT4 tumörer var mer ovanliga. Vissa regionala skillnader förekom, bland annat var som tidigare andelen pTis i Stockholm/Gotland klart högre jämfört med övriga regioner (Tabell 4). pTis var något vanligare bland de yngsta patienterna (Tabell 5). Fördelningen av pT-stadium har varierat något över åren (Tabell 6). Bland invasiva tumörer var medelhögt differentierade (G2) tumörer vanligast (Tabell 7) med stabil fördelning av differentieringsgrad över åren (Tabell 8), dock saknas uppgiften alternativt är Gx angivet i 26 % av fallen vilket inte är acceptabelt. Andelen lågt differentierade tumörer (G3) ökade som förväntat med stigande tumörstadium pT1-3 (Tabell 9). Andelen patienter (pTis exkluderade) som kliniskt bedömdes ha regionala lymfkörtelmetastaser (N1-3) utgjorde 21 %, dock registrerades 36 % som Nx (ej möjlig att klassificera)(Tabell 10-11). När det gäller fjärrmetastaser har en stor andel diagnostiserats som Mx eftersom klassifikationen fram t.o.m. 2010 krävde radiologisk diagnostik för att bestämma M0 eller M1. Sedan 2011/12 skall Mx ej användas utan M0 skall anges om det inte föreligger klinisk misstanke om fjärrmetastaser (Tabell 12-13).

Tabell 4. pT-stadium uppdelat på sjukvårdsregion, diagnosår 2009-2012

	Stockholm-Gotland		Uppsala-Örebro		Sydöstra		Södra		Västra		Norra		Totalt	
pT-stadium														
pTis	71	(51)	25	(23)	19	(31)	34	(33)	45	(38)	13	(27)	207	(36)
pT0	1	(1)	2	(2)	0	(0)	2	(2)	3	(3)	1	(2)	9	(2)
pT1	22	(16)	28	(26)	19	(31)	32	(31)	31	(26)	11	(22)	143	(25)
pT2	25	(18)	24	(22)	17	(28)	19	(19)	23	(19)	13	(27)	121	(21)
pT3	17	(12)	17	(16)	2	(3)	11	(11)	10	(8)	3	(6)	60	(10)
pT4	0	(0)	3	(3)	2	(3)	0	(0)	1	(1)	2	(4)	8	(1)
pTa	1	(1)	3	(3)	1	(2)	2	(2)	2	(2)	6	(12)	15	(3)
pTX	1	(1)	5	(5)	1	(2)	2	(2)	3	(3)	0	(0)	12	(2)
Totalt	138	(100)	107	(100)	61	(100)	102	(100)	118	(100)	49	(100)	575	(100)

Tabell 5. pT-stadium uppdelat på åldersgrupp (ålder vid diagnos), diagnosår 2009-2012

	0-39		40-49		50-59		60-69		70-79		80+		Totalt
pT-stadium													
pTis	36	(17)	16	(8)	23	(11)	67	(32)	43	(21)	22	(11)	207
pT0	1	(11)	0	(0)	2	(22)	3	(33)	2	(22)	1	(11)	9
pT1	5	(3)	9	(6)	28	(20)	44	(31)	31	(22)	26	(18)	143
pT2	2	(2)	7	(6)	19	(16)	29	(24)	25	(21)	39	(32)	121
pT3	1	(2)	1	(2)	7	(12)	17	(28)	24	(40)	10	(17)	60
pT4	0	(0)	0	(0)	2	(25)	3	(38)	2	(25)	1	(12)	8
pTa	1	(7)	1	(7)	1	(7)	3	(20)	7	(47)	2	(13)	15
pTX	1	(8)	0	(0)	2	(17)	2	(17)	4	(33)	3	(25)	12
Totalt	47	(8)	34	(6)	84	(15)	168	(29)	138	(24)	104	(18)	575

Tabell 6. pT-stadium uppdelat på diagnosår, diagnosår 2009-2012

	2009		2010		2011		2012		Totalt	
Diagnosår										
pTis	43	(28)	53	(44)	63	(36)	48	(38)	207	(36)
pT0	4	(3)	2	(2)	2	(1)	1	(1)	9	(2)
pT1	49	(32)	33	(27)	37	(21)	24	(19)	143	(25)
pT2	34	(22)	20	(17)	33	(19)	34	(27)	121	(21)
pT3	17	(11)	10	(8)	23	(13)	10	(8)	60	(10)
pT4	1	(1)	1	(1)	4	(2)	2	(2)	8	(1)
pTa	3	(2)	2	(2)	6	(3)	4	(3)	15	(3)
pTX	3	(2)	0	(0)	6	(3)	3	(2)	12	(2)
Totalt	154	(100)	121	(100)	174	(100)	126	(100)	575	(100)

Tabell 7. Grad uppdelat på sjukvårdsregion exklusive Tis, diagnosår 2009-2012

	G1		G2		G3		GX		Uppgift saknas		Totalt
Region											
Stockholm/Gotland	15	(22)	24	(36)	21	(31)	0	(0)	7	(10)	67
Uppsala/Örebro	15	(18)	34	(41)	12	(15)	2	(2)	19	(23)	82
Sydöstra	5	(12)	11	(26)	7	(17)	4	(10)	15	(36)	42
Södra	16	(24)	24	(35)	6	(9)	3	(4)	19	(28)	68
Västra	19	(26)	23	(32)	13	(18)	2	(3)	16	(22)	73
Norra	13	(36)	11	(31)	4	(11)	1	(3)	7	(19)	36
Totalt	83	(23)	127	(35)	63	(17)	12	(3)	83	(23)	368

Tabell 8. Grad uppdelat på diagnosår exklusive Tis, diagnosår 2009-2012

	G1		G2		G3		GX		Uppgift saknas		Totalt
Diagnosår											
2009	25	(23)	43	(39)	16	(14)	5	(5)	22	(20)	111
2010	13	(19)	21	(31)	18	(26)	2	(3)	14	(21)	68
2011	27	(24)	35	(32)	17	(15)	2	(2)	30	(27)	111
2012	18	(23)	28	(36)	12	(15)	3	(4)	17	(22)	78
Totalt	83	(23)	127	(35)	63	(17)	12	(3)	83	(23)	368

Tabell 9. pT-stadium uppdelat på grad exklusive Tis, diagnosår 2009-2012

	G1		G2		G3		GX		Uppgift saknas		Totalt
pT-stadium											
pT0	0	(0)	0	(0)	0	(0)	3	(33)	6	(67)	9
pT1	48	(34)	51	(36)	10	(7)	4	(3)	30	(21)	143
pT2	26	(21)	51	(42)	30	(25)	1	(1)	13	(11)	121
pT3	5	(8)	21	(35)	23	(38)	1	(2)	10	(17)	60
pT4	0	(0)	3	(38)	0	(0)	0	(0)	5	(62)	8
pTa	4	(27)	1	(7)	0	(0)	1	(7)	9	(60)	15
pTX	0	(0)	0	(0)	0	(0)	2	(17)	10	(83)	12
Totalt	83	(23)	127	(35)	63	(17)	12	(3)	83	(23)	368

Tabell 10. N-stadium uppdelat på sjukvårdsregion exklusive Tis, diagnosår 2009-2012

	N0		N1		N2		N3		NX		Uppgift saknas		Totalt
Region													
Stockholm/Gotland	28	(42)	7	(10)	6	(9)	5	(7)	20	(30)	1	(1)	67
Uppsala/Örebro	33	(40)	7	(9)	8	(10)	6	(7)	28	(34)	0	(0)	82
Sydöstra	24	(57)	4	(10)	2	(5)	1	(2)	11	(26)	0	(0)	42
Södra	34	(50)	7	(10)	1	(1)	3	(4)	23	(34)	0	(0)	68
Västra	22	(30)	5	(7)	7	(10)	1	(1)	38	(52)	0	(0)	73
Norra	16	(44)	3	(8)	3	(8)	1	(3)	13	(36)	0	(0)	36
Totalt	157	(43)	33	(9)	27	(7)	17	(5)	133	(36)	1	(0)	368

Tabell 11. N-stadium uppdelat på diagnosår exklusive Tis, diagnosår 2009-2012

	N0		N1		N2		N3		NX		Uppgift saknas		Totalt
Diagnosår													
2009	44	(40)	13	(12)	9	(8)	3	(3)	42	(38)	0	(0)	111
2010	29	(43)	5	(7)	5	(7)	3	(4)	25	(37)	1	(1)	68
2011	50	(45)	8	(7)	7	(6)	7	(6)	39	(35)	0	(0)	111
2012	34	(44)	7	(9)	6	(8)	4	(5)	27	(35)	0	(0)	78
Totalt	157	(43)	33	(9)	27	(7)	17	(5)	133	(36)	1	(0)	368

Tabell 12. M-stadium uppdelat på sjukvårdsregion exklusive Tis, diagnosår 2009-2012

	M0		M1		MX		Uppgift saknas		Totalt
Region									
Stockholm/Gotland	38	(57)	3	(4)	24	(36)	2	(3)	67
Uppsala/Örebro	60	(73)	4	(5)	18	(22)	0	(0)	82
Sydöstra	36	(86)	0	(0)	6	(14)	0	(0)	42
Södra	55	(81)	3	(4)	9	(13)	1	(1)	68
Västra	44	(60)	5	(7)	24	(33)	0	(0)	73
Norra	29	(81)	1	(3)	6	(17)	0	(0)	36
Totalt	262	(71)	16	(4)	87	(24)	3	(1)	368

Alternativ MX borttagen 2012.

Tabell 13. M-stadium uppdelat på diagnosår exklusive Tis, diagnosår 2009-2012

	M0		M1		MX		Uppgift saknas		Totalt
Diagnosår									
2009	53	(48)	2	(2)	56	(50)	0	(0)	111
2010	40	(59)	4	(6)	23	(34)	1	(1)	68
2011	92	(83)	9	(8)	8	(7)	2	(2)	111
2012	77	(99)	1	(1)	0	(0)	0	(0)	78
Totalt	262	(71)	16	(4)	87	(24)	3	(1)	368

7 Behandling

Täckningsgraden för behandling beskriver hur stor andel av de patienter som anmälts till kvalitetsregistret, som även har en behandlingsblankett registrerad. Täckningsgraden för 2009-2012 är mycket bra – 98 % (Tabell 14). Vanligen utfördes behandlingen i kurativt syfte, men för drygt 2 % av fallen var behandlingen palliativ (Tabell 15). Närmare 85 % av samtliga patienter genomgick någon form av kirurgisk primärbehandling, där de vanligaste modaliteterna var lokal excision (35 %), partiell amputation (27 %), laserkirurgi (14 %) och total amputation (9 %) (Tabell 16). Andelen patienter som genomgått organbevarande behandling var dock anmärkningsvärt låg, då drygt 80 % av patienterna hade tumörstadium pTis-2 och dessutom var nästan 30 % av patienterna under 60 år vid diagnos. Jämfört med EAU Guidelines 2010 borde en större andel patienter ha varit aktuell för organbevarande behandling. Vad som är ännu mer anmärkningsvärt är att ingreppen laserkirurgi, partiell och total amputation utfördes vid 24 olika sjukhus på patienter med invasiv cancer under perioden 2011-2012, varav endast 6 sjukhus utförde 10 eller fler ingrepp (Figur 4). Figur 5 som inkluderar Tis och visar antal ingrepp med lokal excision, laser kirurgi, partiell- eller total amputation ger en ännu mer spretig bild med kirurgiska ingrepp utförda på 45 olika vårdinrättningar.

Tabell 14. Behandlingsformulär täckningsgrad mot anmälan uppdelat på sjukvårdsregion, diagnosår 2009-2012

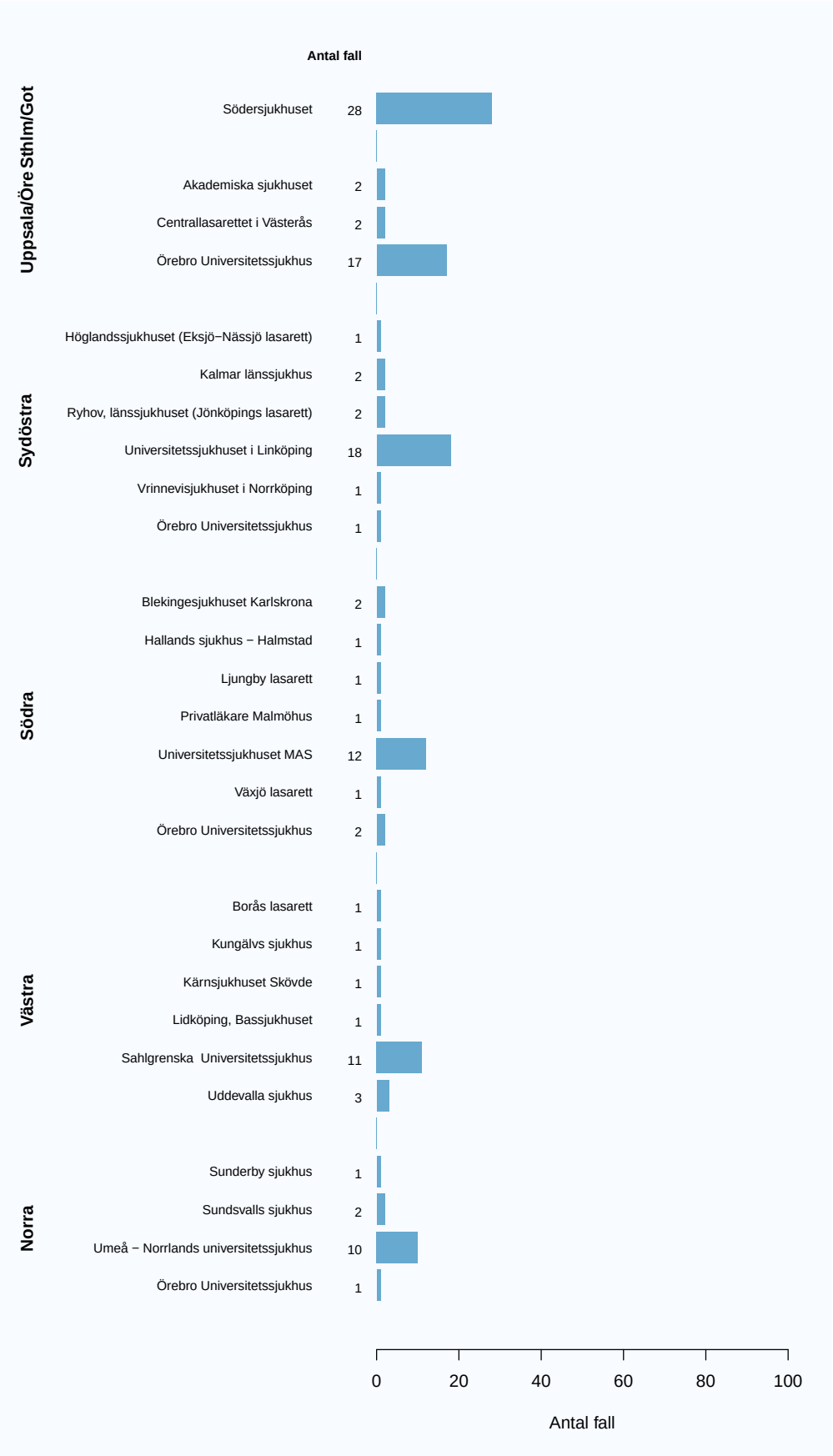
	Behandlingsformulär finns		Behandlingsformulär saknas		Totalt
Region					
Stockholm/Gotland	136	(99)	2	(1)	138
Uppsala/Örebro	107	(100)	0	(0)	107
Sydöstra	60	(98)	1	(2)	61
Södra	98	(96)	4	(4)	102
Västra	118	(100)	0	(0)	118
Norra	47	(96)	2	(4)	49
Totalt	566	(98)	9	(2)	575

Tabell 15. Syfte med behandling för de som har ett behandlingsformulär registrerat, uppdelat på sjukvårdsregion, diagnosår 2009-2012

	Kurativ behandling		Palliativ behandling		Uppgift saknas		Totalt
Region							
Stockholm/Gotland	125	(92)	2	(1)	9	(7)	136
Uppsala/Örebro	90	(84)	5	(5)	12	(11)	107
Sydöstra	54	(90)	2	(3)	4	(7)	60
Södra	91	(93)	1	(1)	6	(6)	98
Västra	108	(92)	3	(3)	7	(6)	118
Norra	42	(89)	1	(2)	4	(9)	47
Totalt	510	(90)	14	(2)	42	(7)	566

Tabell 16. Huvudsaklig behandling uppdelat på sjukvårdsregion, diagnosår 2009-2012

	Ingen behandling		Laserkirurgi		Lokal excision		Partiell amputation		Total amputation		Övriga behandlingar		Uppgift om primärbeh saknas		Totalt
Region															
Stockholm/Gotland	12	(9)	19	(14)	41	(30)	36	(26)	16	(12)	12	(9)	2	(1)	138
Uppsala/Örebro	4	(4)	23	(21)	33	(31)	31	(29)	11	(10)	5	(5)	0	(0)	107
Sydöstra	2	(3)	18	(30)	13	(21)	18	(30)	5	(8)	4	(7)	1	(2)	61
Södra	4	(4)	5	(5)	43	(42)	31	(30)	6	(6)	9	(9)	4	(4)	102
Västra	5	(4)	3	(3)	58	(49)	31	(26)	5	(4)	16	(14)	0	(0)	118
Norra	2	(4)	11	(22)	14	(29)	10	(20)	7	(14)	3	(6)	2	(4)	49
Totalt	29	(5)	79	(14)	202	(35)	157	(27)	50	(9)	49	(9)	9	(2)	575



Figur 4. Antal fall som opererats med laserkirurgi, partiell- eller total amputation per opererande sjukhus och sjukvårdsregion, diagnosår 2011-2012. Tis har exkluderats

Figur 5. Antal fall som opererats med lokal excision, laserkirurgi, partiell- eller total amputation per opererande sjukhus och sjukvårdsregion, diagnosår 2011-2012.

8 Lymfkörteldiagnostik/-kirurgi

Vid invasiv peniscancer finns en risk för spridning av sjukdomen, vilket då först drabbar lymfkörtlarna i ljumsken/-arna. Hur stor risken för spridning är beror på tumörens art, men generellt ökar risken för lymfkörtelmetastasering med stigande tumörstadium och differentieringsgrad. För att utreda om spridning föreligger i det enskilda fallet behövs kompletterande kirurgi, i första hand med sentinel node teknik. Vid bekräftad eller starkt misstänkt lymfkörtelspridning krävs en större operation av lymfkörtlarna i ljumskarna – inguinal utrymning - och ibland även i buken. Lymfkörtelutrymning medför i många fall bestående biverkningar. Sentinel node tekniken identifierar och undersöker enbart den så kallade ”portvaktskörteln”, det vill säga den första lymfkörteln i ljumsken till vilken lymfan dräneras från penis. Detta ingrepp har mycket få biverkningar. Om sentinel node är negativ, dvs. utan metastasering, behöver man inte göra en utrymning, vilket dock behövs vid påvisad metastas i sentinel node. Utav samtliga patienter diagnostiserade 2009-2012 genomgick 34 % någon form av lymfkörtelkirurgi, sentinel node och/eller utrymning och bland patienter med kliniskt misstänkta lymfkörtelmetastaser (N1-3) genomgick 77 % lymfkörtelkirurgi, (Tabell 17). Majoriteten av patienterna som genomgick lymfkörtelkirurgi hade pT1-pT2 tumörer, (Tabell18). Bland patienter utan palpabla eller synligt förstorade lymfkörtlar (N0) genomgick 86 patienter någon form av lymfkörtelkirurgi, varav 83 % undersöktes med sentinel node teknik (Tabell 19). Då lymfkörtelutrymning är potentiellt kurativt, trots lymfkörtelmetastasering, rekommenderas lymfkörtelkirurgi enligt rådande europeiska och nationella riktlinjer vid stadium pT1G2 eller högre. Följsamheten till riktlinjerna i Sverige har i detta avseende fortsatt varit låg, 68 % under perioden 2009-2012 (Tabell 20). I de olika regionerna varierade följsamheten mellan 58 och 74 % (Tabell 21-26). Följsamheten har varit något bättre de senaste tre åren (Tabell 27). Följsamheten är bättre för yngre patienter, med 83 % av patienterna yngre än 70 år som genomgått lymfkörtelkirurgi (Tabell 28) och för patienter yngre än 60 år är följsamheten 85 % (Tabell 29). Under 2009-2012 utfördes lymfkörtelkirurgi på patienter med stadium $\geq$ pT1G2 på 12 sjukhus i landet (Figur 6), men patientgruppen behandlades på ytterligare 18 enheter. Följsamheten till riktlinjer var i detta avseende avsevärt bättre vid de regionala peniscancercentra jämfört med övriga sjukhus, 78 % jämfört med 28 % (Tabell 30). Orsak till utelämnad lymfkörtelkirurgi skall registreras för denna patientgrupp. I majoriteten av fallen där uppgift lämnats har annan samtidig sjukdom (konkomitant sjukdom) respektive annan orsak angivits (Tabell 31) och fördelningen på angiven orsak såg identisk ut om patienten hade kliniskt misstänkt lymfkörtelmetastasering (Tabell 32). Tyvärr framgår inte vad ”annan orsak” står för, men från och med 2013 kan detta specificeras. Bland patienter som genomgått lymfkörtelkirurgi hade 56 % inte någon lymfkörtelmetastasering (pN0) och den andelen var högst bland patienter med tumörer med lågt tumörstadium (Tabell 33-34). Andelen patienter som genomgått lymfkörtelutrymning (inguinal utrymning – på en eller båda sidor) var högst för patienter med pT2 och pT3 tumörer (Tabell 35).

Tabell 17. Lymfkörtelkirurgi per N-stadium, diagnosår 2009-2012

	Ja		Nej		Totalt
N-stadium					
N0	86	(30)	196	(70)	282
N1	27	(79)	7	(21)	34
N2	23	(82)	5	(18)	28
N3	9	(60)	6	(40)	15
NX	46	(24)	148	(76)	194
Uppgift saknas	1	(8)	12	(92)	13
Totalt	192	(34)	374	(66)	566

Tabell 18. Lymfkörtelkirurgi=Ja fördelade på pT-stadium, diagnosår 2009-2012

	pTis		pT0		pT1		pT2		pT3		pT4		pTa		pTX		Totalt
Diagnosår																	
2009	3	(6)	1	(2)	19	(37)	18	(35)	9	(17)	1	(2)	0	(0)	1	(2)	52
2010	2	(5)	0	(0)	15	(38)	14	(35)	9	(22)	0	(0)	0	(0)	0	(0)	40
2011	1	(2)	0	(0)	13	(24)	22	(40)	17	(31)	2	(4)	0	(0)	0	(0)	55
2012	2	(4)	0	(0)	13	(29)	22	(49)	6	(13)	0	(0)	0	(0)	2	(4)	45
Totalt	8	(4)	1	(1)	60	(31)	76	(40)	41	(21)	3	(2)	0	(0)	3	(2)	192

Tabell 19. Sentinelnode utfört för N0 som genomgått lymfkörtelkirurgi uppdelat på sjukvårdsregion, diagnosår 2009-2012

	Sentinel node		Ej sentinel node		Totalt
Region					
Stockholm/Gotland	20	(100)	0	(0)	20
Uppsala/Örebro	18	(95)	1	(5)	19
Sydöstra	16	(100)	0	(0)	16
Södra	9	(53)	8	(47)	17
Västra	6	(75)	2	(25)	8
Norra	2	(33)	4	(67)	6
Totalt	71	(83)	15	(17)	86

Tabell 20. Lymfkörtelkirurgi för T>=1/G>=2, diagnosår 2009-2012

	Ja		Nej		Totalt
Lymfkörtelkirurgi					
pT1/G2	32	(63)	19	(37)	51
pT1/G3	8	(80)	2	(20)	10
pT2/G1	19	(73)	7	(27)	26
pT2/G2	33	(65)	18	(35)	51
pT2/G3	20	(67)	10	(33)	30
pT2/GX	0	(0)	1	(100)	1
pT3/G1	3	(60)	2	(40)	5
pT3/G2	17	(81)	4	(19)	21
pT3/G3	17	(74)	6	(26)	23
pT3/GX	0	(0)	1	(100)	1
Totalt	149	(68)	70	(32)	219

Tabell 21. Lymfkörtelkirurgi för T>=1/G>=2 i sjukvårdsregion Stockholm/Gotland, diagnosår 2009-2012

	Ja		Nej		Totalt
Lymfkörtelkirurgi					
pT1/G2	6	(67)	3	(33)	9
pT1/G3	3	(100)	0	(0)	3
pT2/G1	5	(83)	1	(17)	6
pT2/G2	6	(67)	3	(33)	9
pT2/G3	6	(67)	3	(33)	9
pT3/G1	1	(100)	0	(0)	1
pT3/G2	3	(50)	3	(50)	6
pT3/G3	8	(89)	1	(11)	9
Totalt	38	(73)	14	(27)	52

Tabell 22. Lymfkörtelkirurgi för T>=1/G>=2 i sjukvårdsregion Uppsala-Örebro, diagnosår 2009-2012

	Ja		Nej		Totalt
Lymfkörtelkirurgi					
pT1/G2	10	(77)	3	(23)	13
pT2/G1	3	(75)	1	(25)	4
pT2/G2	5	(42)	7	(58)	12
pT2/G3	4	(67)	2	(33)	6
pT3/G1	1	(100)	0	(0)	1
pT3/G2	8	(89)	1	(11)	9
pT3/G3	3	(50)	3	(50)	6
Totalt	34	(67)	17	(33)	51

Tabell 23. Lymfkörtelkirurgi för T>=1/G>=2 i sjukvårdsregion Sydöstra, diagnosår 2009-2012

	Ja		Nej		Totalt
Lymfkörtelkirurgi					
pT1/G2	2	(100)	0	(0)	2
pT1/G3	2	(100)	0	(0)	2
pT2/G1	1	(50)	1	(50)	2
pT2/G2	7	(100)	0	(0)	7
pT2/G3	1	(25)	3	(75)	4
pT3/G2	1	(100)	0	(0)	1
pT3/G3	0	(0)	1	(100)	1
Totalt	14	(74)	5	(26)	19

Tabell 24. Lymfkörtelkirurgi för T>=1/G>=2 i sjukvårdsregion Syd, diagnosår 2009-2012

	Ja		Nej		Totalt
Lymfkörtelkirurgi					
pT1/G2	7	(58)	5	(42)	12
pT1/G3	0	(0)	2	(100)	2
pT2/G1	5	(71)	2	(29)	7
pT2/G2	5	(62)	3	(38)	8
pT2/G3	1	(50)	1	(50)	2
pT3/G1	0	(0)	1	(100)	1
pT3/G2	4	(100)	0	(0)	4
pT3/G3	2	(100)	0	(0)	2
Totalt	24	(63)	14	(37)	38

Tabell 25. Lymfkörtelkirurgi för T>=1/G>=2 i sjukvårdsregion Väst, diagnosår 2009-2012

	Ja		Nej		Totalt
Lymfkörtelkirurgi					
pT1/G2	6	(55)	5	(45)	11
pT1/G3	2	(100)	0	(0)	2
pT2/G1	1	(33)	2	(67)	3
pT2/G2	8	(80)	2	(20)	10
pT2/G3	5	(83)	1	(17)	6
pT3/G1	1	(100)	0	(0)	1
pT3/G2	1	(100)	0	(0)	1
pT3/G3	4	(80)	1	(20)	5
pT3/GX	0	(0)	1	(100)	1
Totalt	28	(70)	12	(30)	40

Tabell 26. Lymfkörtelkirurgi för T>=1/G>=2 i sjukvårdsregion Norr, diagnosår 2009-2012

	Ja		Nej		Totalt
Lymfkörtelkirurgi					
pT1/G2	1	(25)	3	(75)	4
pT1/G3	1	(100)	0	(0)	1
pT2/G1	4	(100)	0	(0)	4
pT2/G2	2	(40)	3	(60)	5
pT2/G3	3	(100)	0	(0)	3
pT2/GX	0	(0)	1	(100)	1
pT3/G1	0	(0)	1	(100)	1
Totalt	11	(58)	8	(42)	19

Tabell 27. Lymfkörtelkirurgi för T>=1/G>=2, diagnosår 2009-2012

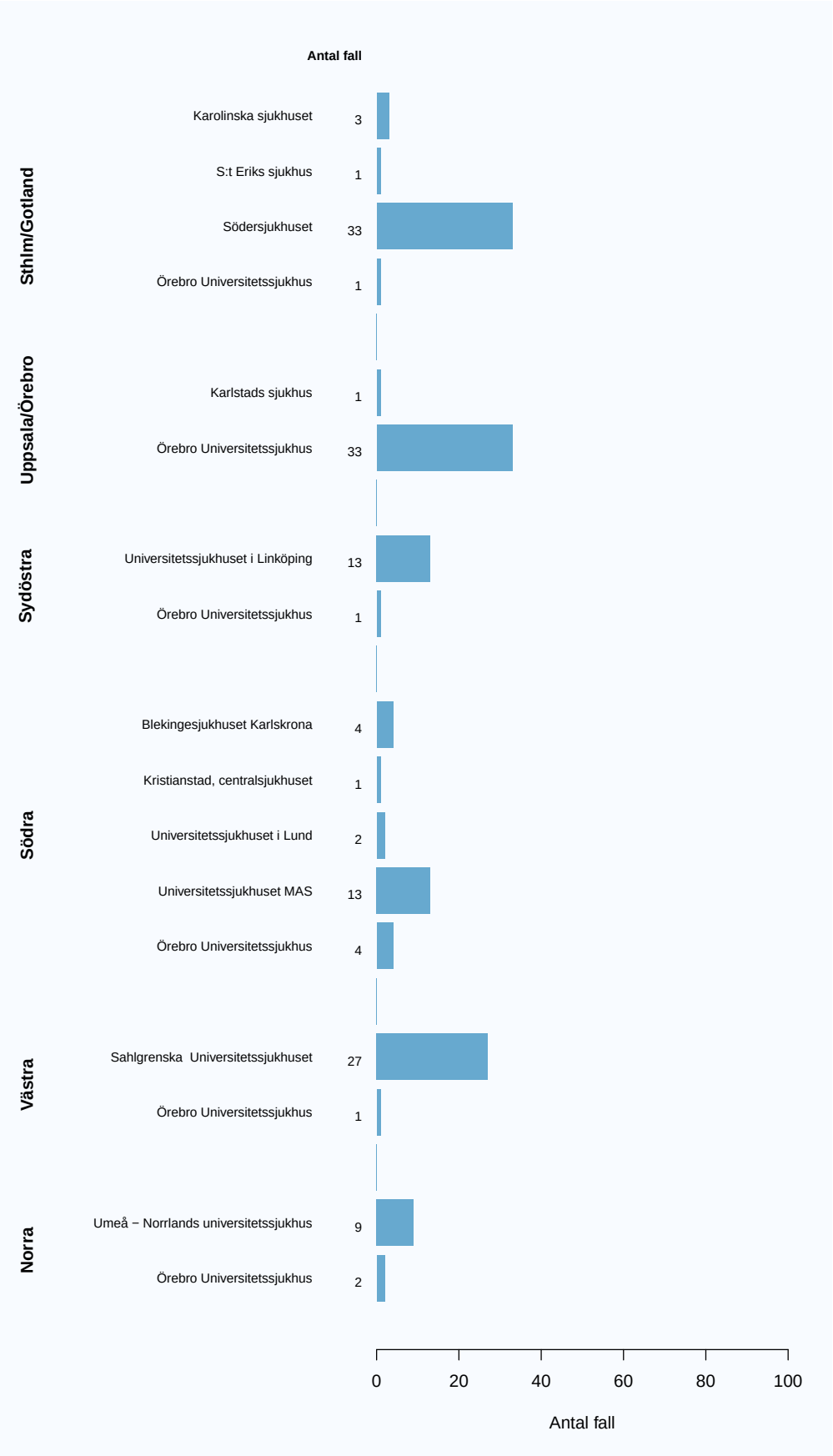
	Ja		Nej		Totalt
Diagnosår					
2009	39	(57)	29	(43)	68
2010	28	(72)	11	(28)	39
2011	46	(75)	15	(25)	61
2012	36	(71)	15	(29)	51
Totalt	149	(68)	70	(32)	219

Tabell 28. Lymfkörtelkirurgi för T>=1/G>=2 för patienter under 70 år, diagnosår 2009-2012

	Ja		Nej		Totalt
Diagnosår					
2009	24	(75)	8	(25)	32
2010	17	(81)	4	(19)	21
2011	29	(94)	2	(6)	31
2012	21	(81)	5	(19)	26
Totalt	91	(83)	19	(17)	110

Tabell 29. Lymfkörtelkirurgi för T>=1/G>=2 för patienter under 60 år, diagnosår 2009-2012

	Ja		Nej		Totalt
Diagnosår					
2009	14	(82)	3	(18)	17
2010	9	(75)	3	(25)	12
2011	13	(93)	1	(7)	14
2012	8	(89)	1	(11)	9
Totalt	44	(85)	8	(15)	52



Figur 6. Antal fall som lymfkörtelutrymts för T>=1/G>=2 per sjukhus och sjukvårdsregion, diagnosår 2009-2012.

Tabell 30. Lymfkörtelkirurgi för T>=1/G>=2 uppdelat på behandlande sjukhus, diagnosår 2009-2012

	Lymfkörtel-kirurgi		Ej lymfkör-telkirurgi		Totalt
Behandlande sjukhus					
Akademiska sjukhuset	0	(0)	2	(100)	2
Blekingesjukhuset Karlskrona	4	(67)	2	(33)	6
Borås lasarett	0	(0)	1	(100)	1
Central sjukhuset i Karlstad	1	(100)	0	(0)	1
Centrallasarettet i Västerås	0	(0)	2	(100)	2
Falu lasarett	0	(0)	2	(100)	2
Gävle sjukhus	0	(0)	1	(100)	1
Kalmar länssjukhus	0	(0)	4	(100)	4
Karolinska sjukhuset	3	(60)	2	(40)	5
Kristianstad, centralsjukhuset	1	(50)	1	(50)	2
Kärnsjukhuset Skövde	0	(0)	1	(100)	1
Lidköping, (Bas)sjukhuset	0	(0)	1	(100)	1
Ljungby lasarett	0	(0)	1	(100)	1
Mora lasarett	0	(0)	2	(100)	2
Mälarsjukhuset, Eskilstuna	0	(0)	1	(100)	1
Norrtälje sjukhus	0	(0)	1	(100)	1
Privatläkare Halland	0	(0)	1	(100)	1
S:t Eriks sjukhus	1	(100)	0	(0)	1
S:t Görans sjukhus AB	0	(0)	1	(100)	1
Sahlgrenska Universitetssjukhuset	27	(77)	8	(23)	35
Sundsvalls sjukhus	0	(0)	1	(100)	1
Södersjukhuset	33	(80)	8	(20)	41
Uddevalla sjukhus	0	(0)	1	(100)	1
Umeå - Norrlands universitetssjukhus	9	(60)	6	(40)	15
Universitetssjukhuset i Linköping	13	(93)	1	(7)	14
Universitetssjukhuset i Lund	2	(100)	0	(0)	2
Universitetssjukhuset MAS	13	(65)	7	(35)	20
Visby lasarett	0	(0)	1	(100)	1
Växjö lasarett	0	(0)	2	(100)	2
Örebro Universitetssjukhus	42	(82)	9	(18)	51
Totalt	149	(68)	70	(32)	219

Tabell 31. Orsak till utelämnad lymfkörtelkirurgi vid T>=1/G>=2 uppdelat på diagnosår, diagnosår 2009-2012

	Konkomitant sjukdom		Patienten vill ej		Annan orsak		Uppgift saknas		Totalt
Diagnosår									
2009	10	(34)	1	(3)	8	(28)	10	(34)	29
2010	5	(45)	0	(0)	3	(27)	3	(27)	11
2011	3	(20)	1	(7)	8	(53)	3	(20)	15
2012	8	(53)	1	(7)	6	(40)	0	(0)	15
Totalt	26	(37)	3	(4)	25	(36)	16	(23)	70

Tabell 32. Orsak till utelämnad lymfkörtelkirurgi vid T>=1/G>=2 för N+, diagnosår 2009-2012

	Konkomitant sjukdom		Patienten vill ej		Annan orsak		Uppgift saknas		Totalt
Diagnosår									
2009	5	(31)	1	(6)	3	(19)	7	(44)	16
2010	4	(50)	0	(0)	2	(25)	2	(25)	8
2011	2	(20)	1	(10)	6	(60)	1	(10)	10
2012	4	(50)	0	(0)	4	(50)	0	(0)	8
Totalt	15	(36)	2	(5)	15	(36)	10	(24)	42

Tabell 33. Lymfkörtelkirurgi=Ja fördelade på pN-stadium, diagnosår 2009-2012

	pN0		pN1		pN2		pN3		pNX		Uppgift saknas		Totalt
Diagnosår													
2009	27	(52)	7	(13)	8	(15)	5	(10)	1	(2)	4	(8)	52
2010	19	(48)	9	(22)	6	(15)	2	(5)	0	(0)	4	(10)	40
2011	34	(62)	7	(13)	7	(13)	4	(7)	0	(0)	3	(5)	55
2012	27	(60)	5	(11)	9	(20)	2	(4)	1	(2)	1	(2)	45
Totalt	107	(56)	28	(15)	30	(16)	13	(7)	2	(1)	12	(6)	192

Tabell 34. Lymfkörtelkirurgi=Ja fördelade på pT-stadium per pN-stadium, diagnosår 2009-2012

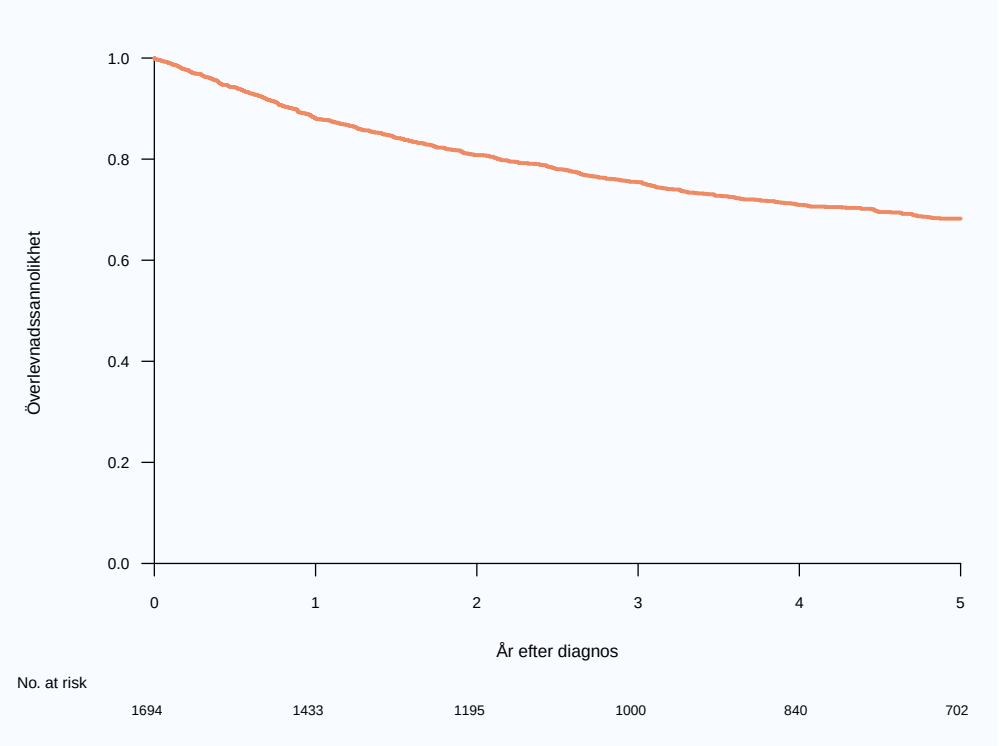
	pN0		pN1		pN2		pN3		pNX		Uppgift saknas		Totalt
pT-stadium													
pTis	5	(62)	2	(25)	0	(0)	0	(0)	0	(0)	1	(12)	8
pT0	0	(0)	0	(0)	0	(0)	0	(0)	1	(100)	0	(0)	1
pT1	45	(75)	4	(7)	6	(10)	0	(0)	0	(0)	5	(8)	60
pT2	36	(47)	14	(18)	18	(24)	6	(8)	1	(1)	1	(1)	76
pT3	19	(46)	8	(20)	5	(12)	4	(10)	0	(0)	5	(12)	41
pT4	1	(33)	0	(0)	0	(0)	2	(67)	0	(0)	0	(0)	3
pTX	1	(33)	0	(0)	1	(33)	1	(33)	0	(0)	0	(0)	3
Totalt	107	(56)	28	(15)	30	(16)	13	(7)	2	(1)	12	(6)	192

Tabell 35. Inguinal utrymning per pT-stadium, diagnosår 2009-2012

	Inguinal utrymning		Ej inguinalt utrymd		Totalt
pT-stadium					
pTis	4	(2)	199	(98)	203
pT0	1	(11)	8	(89)	9
pT1	17	(12)	123	(88)	140
pT2	48	(40)	72	(60)	120
pT3	29	(49)	30	(51)	59
pT4	2	(25)	6	(75)	8
pTa	0	(0)	15	(100)	15
pTX	2	(17)	10	(83)	12
Totalt	103	(18)	463	(82)	566

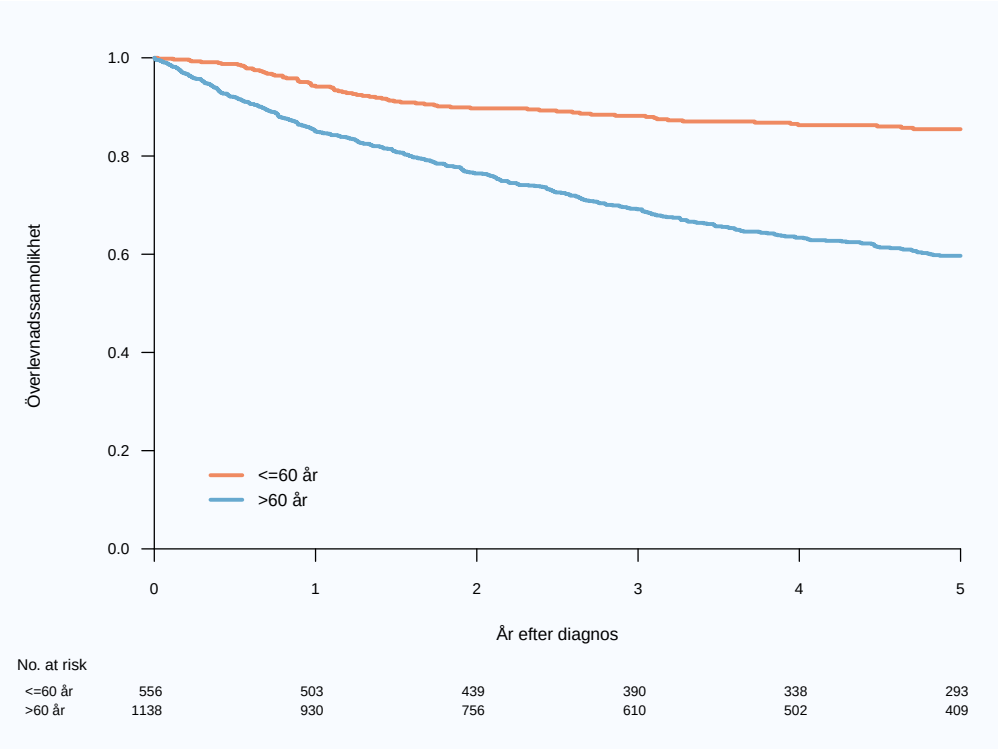
9 Överlevnad

Den totala 5-års överlevnaden för patienter diagnostiserade 2000-2012 var 68 % (Figur 7). För patienter 60 år eller yngre vid diagnos var 5-års överlevnaden 85 % och för patienter över 60 år 61 % (Figur 8). När patienter med Tis exkluderades från överlevnadsanalysen ses skillnad främst under de första 2 åren och 5-års överlevnaden för män $\leq$ 60 år var 75 % och äldre än 60 år 54 % (Figur 9). Den peniscancerspecifika överlevnaden var väsentligt bättre, vilket visar på att många patienter dog av andra orsaker än peniscancer. Total peniscancerspecifik 5-års överlevnad var 87 % (figur 10), 90 % för patienter 60 år eller yngre och 86 % för patienter äldre än 60 år (figur 11). Om Tis exkluderades var pensicancerspecifik 5-års överlevnad 82 % för patienter 60 år eller yngre och 81 % för patienter äldre än 60 år (figur 12).

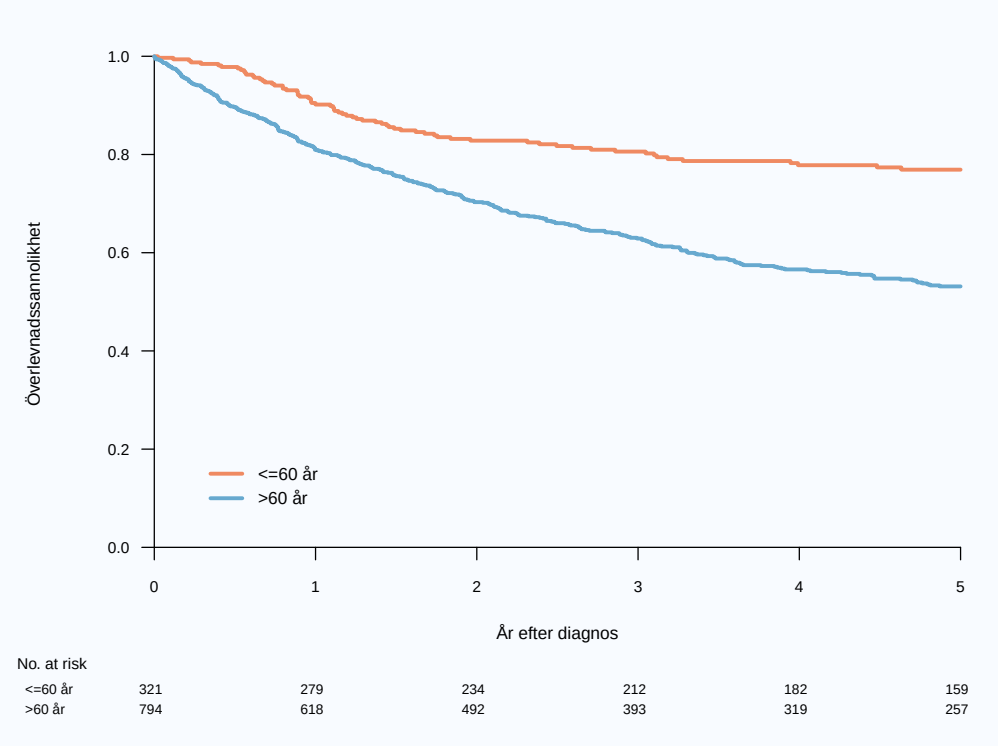


Figur 7. Total överlevnad för peniscancer, diagnosår 2000-2012.

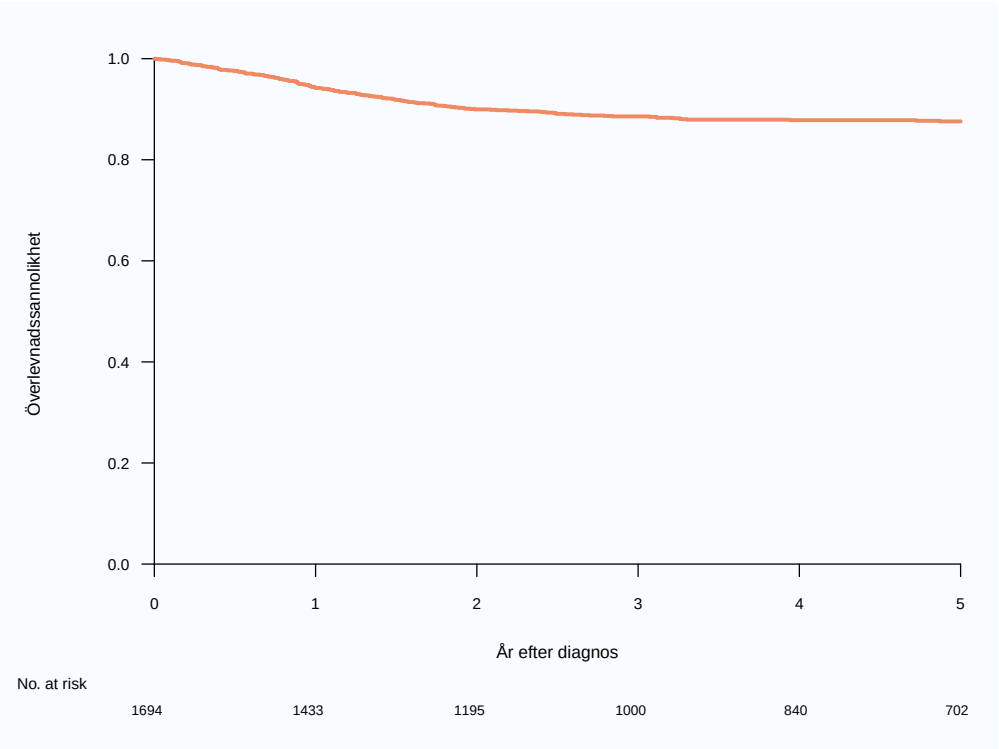
Matchning mot FBR aug-2013



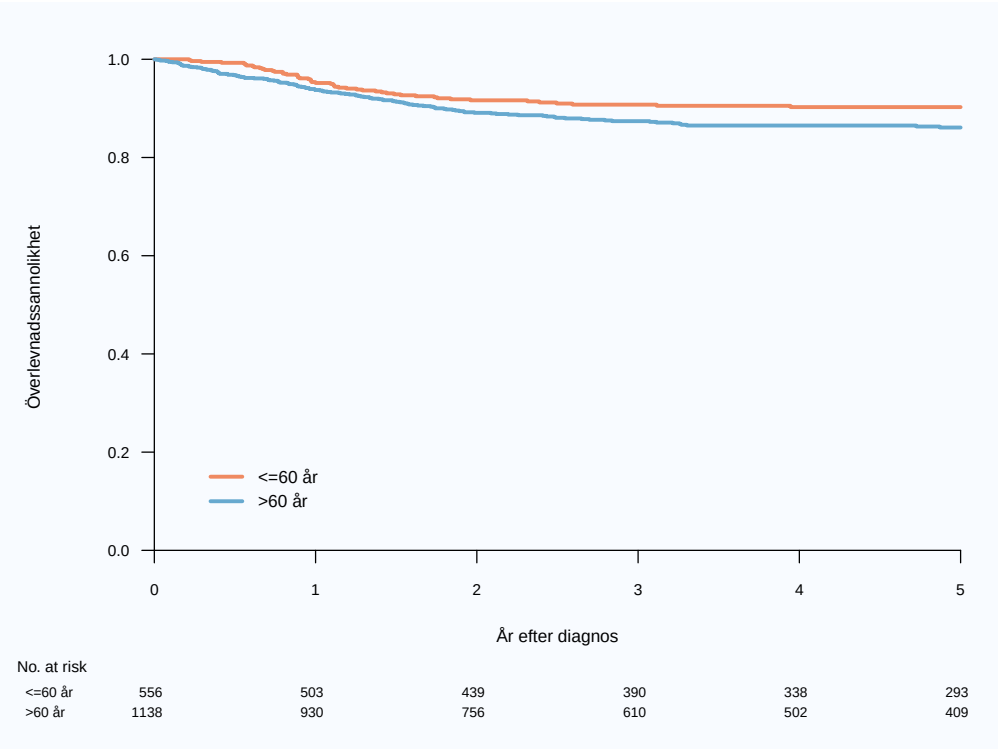
Figur 8. Total överlevnad för peniscancer uppdelat på diagnosålder, diagnosår 2000-2012.



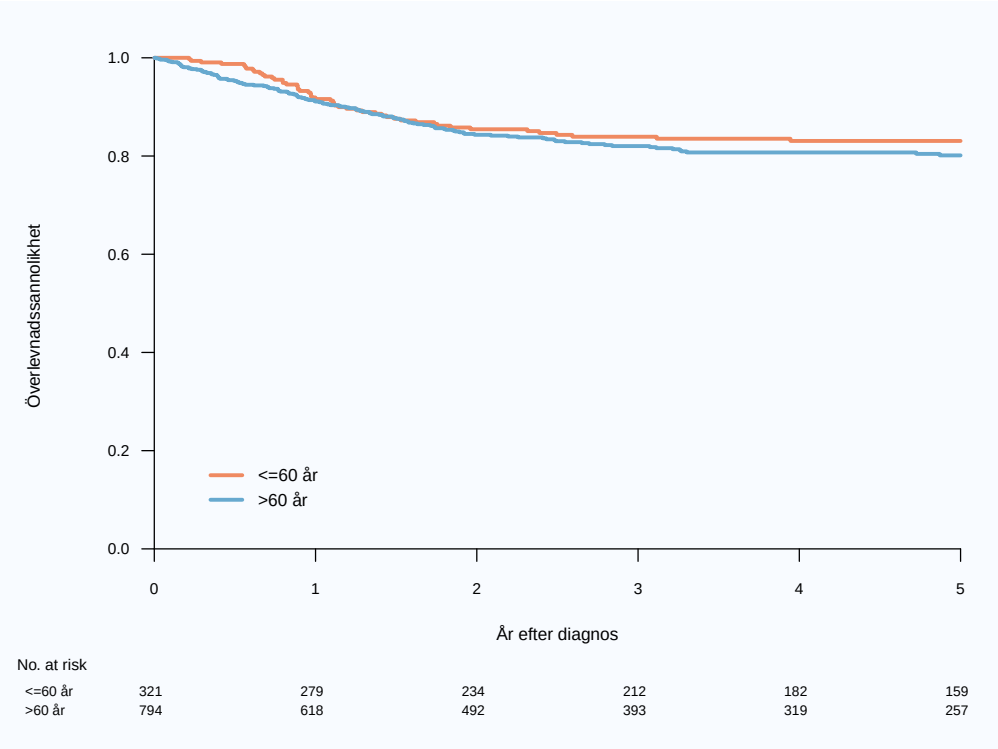
Figur 9. Total överlevnad för peniscancer exklusive Tis, uppdelat på diagnosålder, diagnosår 2000-2012.



Figur 10. Peniscancerspecifik överlevnad, diagnosår 2000-2012.



Figur 11. Peniscancerspecifik överlevnad uppdelat på diagnosålder, diagnosår 2000-2012.



Figur 12. Peniscancerspecifik överlevnad exklusive Tis, uppdelat på diagnosålder, diagnosår 2000-2012.