

Kolorektalcancer

Nationell onkolograpport för år 2013

från Svenska Kolorektalcancerregistret



Regionalt cancercentrum, Norr
Norrlands universitetssjukhus
SE-901 85 UMEÅ

rccnorr@vll.se

ISBN=91-89048-56-3

Innehållsförteckning

1 Inledning	6
2 Organisation	7
2.1 Onkologrepresentanter	7
2.2 Nationellt stöd vid Regionalt cancercentrum Norr, Umeå	7
3 Neo-adjutant och adjutant behandling	8
4 Generaliserad onkologisk behandling	41

Tabeller

1	Antal inrapporterade samt täckningsgrad, adjuvantblanketten, 2012-2013	8
2	Tid från operation till start av adjuvant behandling, koloncancer, 2013	39
3	Tid från operation till start av adjuvant behandling, koloncancer, 2009-2013	39
4	Tid från operation till start av adjuvant behandling, rektalcancer, 2013	40
5	Tid från operation till start av adjuvant behandling, rektalcancer, 2009-2013	40
6	Antal inrapporterade samt täckningsgrad, generaliserade blanketten, 2011-2013	41
7	Konvertering, första behlinjen, 2013	50
8	Palliativ intention, första behlinjen, 2013	51
9	2:a och 3:e linjens kemoterapi, 2013	52
10	Antikropp i 2:a och 3:e linjens behandling, 2013	52
11	Död inom 60 dagar från start av kemoterapi, uppdelat på behandlingslinje och region, 2013	53
12	Patientens nytta av behandlingen, uppdelat på region, 2011-2013	53

Figurer

1	Täckningsgrad, onkologblankett, 2009-2013	8
2	Andel patienter med rektalcancer som fått preoperativ strålbehandling av de som opererats med främre resektion, rektumamputation, Hartmann, TEM eller lokal excision 1995-2013	9
3	Andel patienter med rektalcancer som fått preoperativ strålbehandling av de som opererats med främre resektion, rektumamputation, Hartmann, TEM eller lokal excision, < 75 år, 1995-2013	9
4	Andel patienter med rektalcancer som fått preoperativ strålbehandling av de som opererats med främre resektion, rektumamputation, Hartmann, TEM eller lokal excision, >= 75 år, 1995-2013	10
5	Preoperativ strålbehandling för de som opererats med främre resektion, rektumamputation, Hartmann, TEM eller lokal excision 2013	11
6	Preoperativ strålbehandling för de under 75 år som opererats med främre resektion, rektumamputation, Hartmann, TEM eller lokal excision 2013	12
7	Andel patienter med rektalcancer som fått preoperativ strålbehandling för de som opererats, uppdelat på tumörnivå, 1995-2013	13
8	Andel som fått kort stråldos av de som strålats och opererats med främre resektion, rektumamputation, Hartmann, TEM eller lokal excision 2007-2013	13
9	Andel av de under 75 år som fått fördröjd kirurgi (mer än 21 dagar från strålstart) utav de som fått kort stråldos och opererats med främre resektion, rektumamputation, Hartmann, TEM eller lokal excision 2007-2013	14
10	Andel av de >= 75 år som fått fördröjd kirurgi (mer än 21 dagar från strålstart) utav de som fått kort stråldos och opererats med främre resektion, rektumamputation, Hartmann, TEM eller lokal excision 2007-2013	14
11	Typ av preop behandling för de som opererats med främre resektion, rektumamputation eller Hartmann 2009-2013. De som fått generell cytostatika utan samtidig strålbehandling ingår inte i figuren (se figur 12).	15
12	Kort strålbehandling för de som opererats med främre resektion, rektumamputation eller Hartmann 2009-2013.	16
13	Lång radiokemoterapi för de som opererats med främre resektion, rektumamputation eller Hartmann 2009-2013.	16
14	Antal fall av rektalcancer som fått generell cytostatika som preoperativ behandling, M0 som opererats 2009-2013	17

15	Tid från preop strål (kort strål) till operation hos de som opererats direkt efter den preoperativa strålbehandlingen, 1995-2013	17
16	Tid från preop strål (kort strål) till operation hos de som opererats med fördröjd kirurgi, 1995-2013	18
17	Tid från start av preoperativ CRT (utan att patienten fått generell cytostatika) till operation 2009-2013. Ett intervall på exempelvis 78-91 dagar innebär att patienten opererats 6-8 veckor efter avslutad CRT.	19
18	Adjuvant behandling, kolorektal, stadium II-III, 2009-2013	20
19	Adjuvant behandling, koloncancer, stadium II, < 75 år, 2009-2013	21
20	Adjuvant behandling, koloncancer, stadium III, < 75 år, 2009-2013	22
21	Adjuvant behandling, rektalcancer, stadium II, < 75 år, 2009-2013	23
22	Adjuvant behandling, rektalcancer, stadium III, < 75 år, 2009-2013	24
23	Adjuvant behandling, koloncancer, stadium II, >= 75 år, 2009-2013	25
24	Adjuvant behandling, koloncancer, stadium III, >= 75 år, 2009-2013	26
25	Adjuvant behandling, rektalcancer, stadium II-III, >= 75 år, 2009-2013	27
26	Adjuvant behandling, kolorektalcancer, stadium II-III, 2009-2013 uppdelat på region .	28
27	Adjuvant behandling, koloncancer, < 75 år, stadium II, 2009-2013 uppdelat på region	29
28	Adjuvant behandling, koloncancer, < 75 år, stadium III, 2009-2013 uppdelat på region	30
29	Adjuvant behandling, rektalcancer, < 75 år, stadium II, 2009-2013 uppdelat på region	31
30	Adjuvant behandling, rektalcancer, < 75 år, stadium III, 2009-2013 uppdelat på region	32
31	Adjuvant behandling, andel som fått 5 FU/CAP enbart eller 5 FU/CAP+Oxa av alla kolorektalcancerpatienter i stadium II-III 2009-2013	33
32	Andel av patienterna som startat adjuvant cytostatika, koloncancer, stadium II, 2009-2013	34
33	Andel av patienterna som startat adjuvant cytostatika, koloncancer, stadium III, 2009-2013	35
34	Andel av patienterna som startat adjuvant cytostatika, rektalcancer, stadium II, 2009-2013	36
35	Andel av patienterna som startat adjuvant cytostatika, rektalcancer, stadium III, 2009-2013	37
36	Adjuvant behandling, rektalcancer, 2009-2013 beroende på om patient fått preoperativ strålbehandling eller inte och ålder.	38
37	Onkologblankett saknas och onkologisk behandling, cM1, 2013	42
38	Kemoterapi i första linjen, 2013	43
39	Kemoterapi i första linjen, <=75 år, 2011-2013	44
40	Kemoterapi i första linjen, >75 år, 2011-2013	45
41	Andel med tillägg antikropp, första behlinjen, uppdelat på region, 2011-2013	46
42	Andel bevacizumab, kemoterapi i första linjen, Uppsala/Örebro, 2011-2013	47
43	Behandlingens syfte, kemoterapi i första linjens behandling, uppdelat på region, 2013	48
44	Antal neo-adjuvant cyt, första behlinjen, 2013	49

1 Inledning

Detta är den första rapporten för kolorektalcancer från Svenska Kolorektalcancerregistret där information från de två onkologblanketterna har använts (från och med 2015 kommer uppgifterna registreras på en blankett). Tidigare årsrapporter för koloncancer och rektalcancer från Svenska Kolorektalcancerregistret har endast innehållit begränsad information om den icke-kirurgiska behandlingen från "kirurgblanketterna". Huvudsakligen har denna varit om preoperativ strålbehandling vid rektalcancer givits eller inte, om det varit s.k. kort eller lång strålbehandling och om adjuvant cytostatisk behandling planerats. Från cirka 2007 utarbetades en separat blankett rörande icke-kirurgisk neo-adjuvant och adjuvant behandling vid kolon- och rektumcancer och från cirka 2010 en blankett rörande behandling vid generaliserad kolorektal cancer.

Täckningsgraden för inrapportering för adjuvant/neo-adjuvant-blanketten har sedan 2009 varit tillfredsställande hög vilket gör det möjligt bedöma om och vilken neo-adjuvant respektive adjuvant behandling som påbörjats och inte enbart planerats. Täckningsgraden för det senaste året, i detta fall 2013 är något lägre. Såväl den neo-adjuvanta som den adjuvanta behandlingen kan pågå upp till cirka ett halvt år och kan vara skild tidsmässigt från det kirurgiska ingreppet med upp till några månader. På grund av detta kommer en rapport som ska vara färdigställd under våren efter ett kalenderår inte uppnå fullständig täckning för det året.

Blanketten vid generaliserad sjukdom har varit svår att nå hög täckningsgrad för och det är först under 2013 som täckningsgraden är rimligt acceptabel i fem av sex sjukvårdsregioner. Eftersom täckningsgraden under åren dessförinnan varit mindre och varierat mellan regionerna är det omöjligt att i denna rapport ange tidstrender vid generaliserad sjukdom.

Inrapportering av utfallsdata måste vara ett minimikrav vid handläggning av patienter med kolorektal cancer och är en förutsättning för kvalitetsförbättring. Det har varit en stor brist att det inte funnits information om icke-kirurgiska behandlingar och deras resultat på samma sätt som med den kirurgiska behandlingen. Denna första rapport som publiceras separat från huvudårsrapporten kommer förhoppningsvis att efterföljas av senare rapporter av högre kvalitet. Avsikten är att de ska integreras i en rapport på samma sätt som handläggningen av kolorektalcancerpatienter är integrerad och till stor del styrs av diskussionerna vid multidisciplinära teamkonferenser såväl vid diagnos som vid olika tillfällen senare i sjukdomsförloppet.

De icke-kirurgiska behandlingarna är till sin natur logistiskt annorlunda än den kirurgiska behandlingen, vilken huvudsakligen sker vid ett enda tillfälle. Strålbehandling ges i regel vid ett tillfälle under ett antal dagar/veckor, medan den medicinska antitumörbehandlingen är utsträckt i tiden. Vid generaliserad sjukdom ges behandling under halvår till många år vid återkommande tillfällen i flera s.k. behandlingslinjer. Detta är en delförklaring till att det har varit svårt att få tillräckliga resurser för att med hög kvalitet rapportera in data om påbörjad onkologisk behandling. Dagens journalsystem och rutinerna tillhörande detta är inte utformade så att de utan betydande resurser går att vare sig prospektivt eller retrospektivt använda för att införa önskvärd information om de icke-kirurgiska behandlingarna och utfallen. Det är en absolut nödvändighet med datorbaserade system för att underlätta registreringen av nödvändig information för att adekvat kunna bedöma kvaliteten.

Denna rapport är framtagen av onkologrepresentanterna för Uppsala/Örebroregionen, Södra och Norra regionerna i samarbete med Robert Johansson och Lena Nathanaelsson vid Regionalt Cancercentrum i Umeå och baseras på datauttag från Svenska kolorektalcancerregistret på INCA-plattformen 2014-10-31.

2 Organisation

2.1 Onkologrepresentanter

Maria Gustafsson-Liljefors, Stockholm/Gotlandregionen

Bengt Glimelius, Uppsala/Örebroregionen

Maria Albertsson, Sydöstra regionen

Anders Johnsson, Södra regionen

Susanne Ottosson, Västra regionen

Ingrid Ljuslinder, Norra regionen

2.2 Nationellt stöd vid Regionalt cancercentrum Norr, Umeå

Gunilla Andersson, koordinator, gunilla.andersson@vll.se

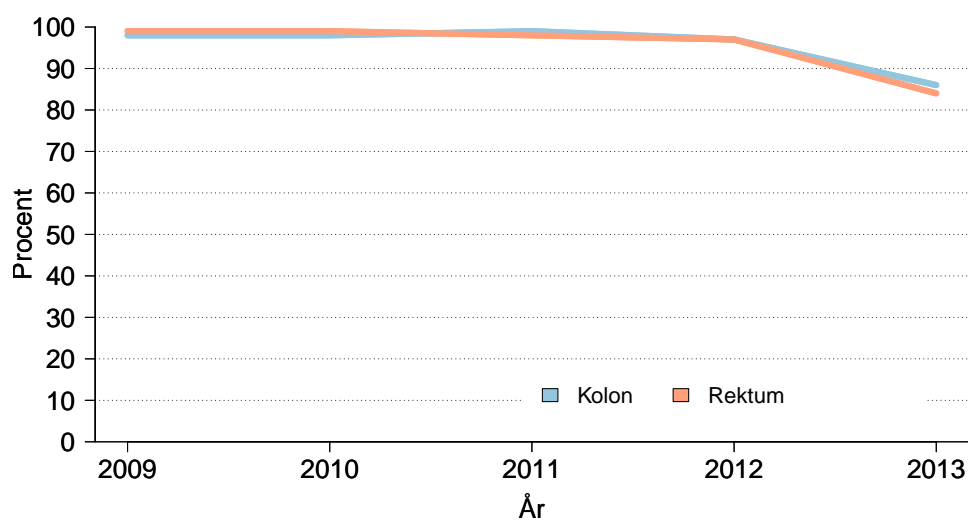
Robert Johansson, statistiker (neo-adjuvant/adjuvant-blanketten), robert.johansson@vll.se

Lena Nathanaelsson, statistiker (generaliserad blankett), lena.nathanaelsson@vll.se

3 Neo-adjuvant och adjuvant behandling

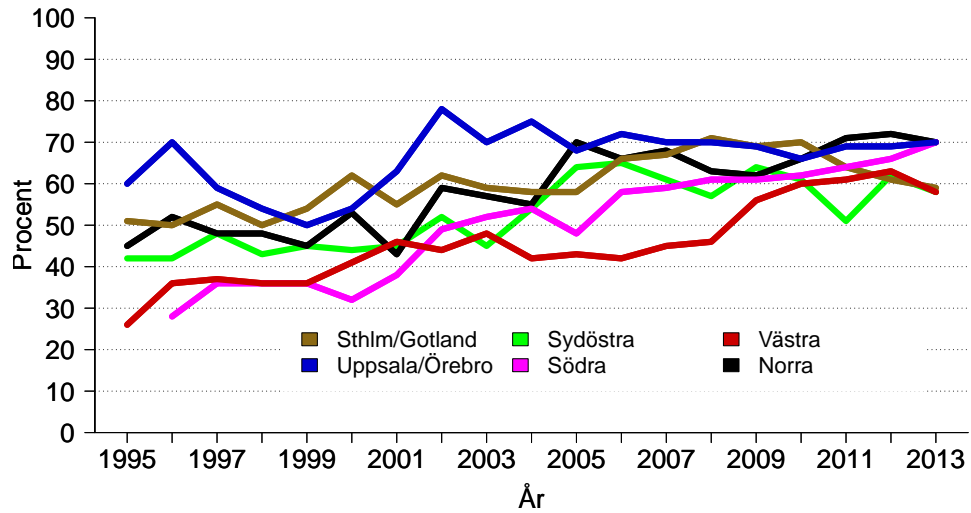
Tabell 1. Antal inrapporterade samt täckningsgrad, adjuvantblanketten, 2012-2013

	Kolon		Rektum	
	2012	2013	2012	2013
Stockholm/Gotland	140 (100)	159 (99)	175 (100)	156 (96)
Uppsala/Örebro	231 (100)	217 (96)	256 (100)	312 (97)
Sydöstra	91 (91)	53 (46)	89 (87)	44 (37)
Södra	189 (100)	175 (89)	185 (99)	188 (89)
Västra	134 (88)	146 (80)	183 (92)	145 (73)
Norra	87 (97)	75 (90)	103 (100)	102 (86)
Totalt	872 (97)	825 (86)	991 (97)	947 (84)

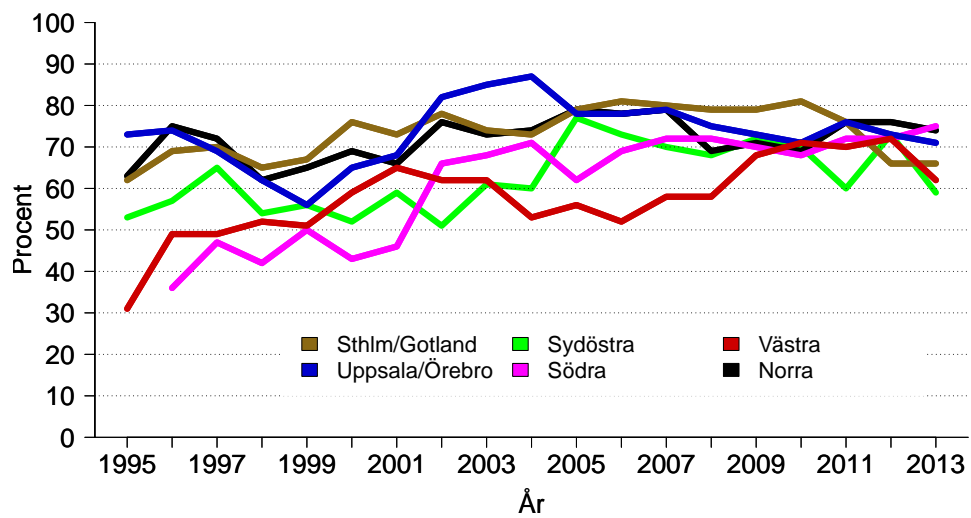


Figur 1. Täckningsgrad, onkologblankett, 2009-2013

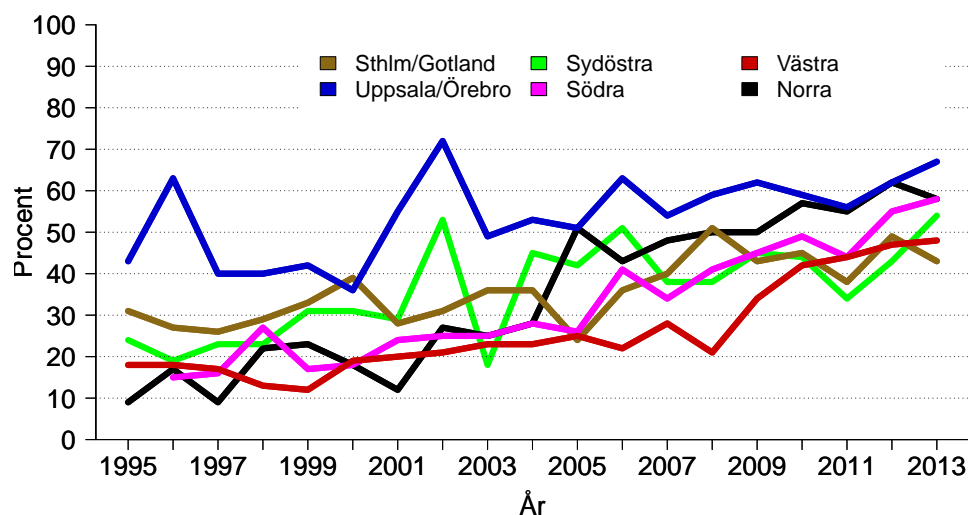
Tabell 1, Figur 1. Täckningsgraden är i förhållande till antalet fall där kirurgblanketten angivit att onkologisk behandling givits före eller efter det kirurgiska ingreppet. M1 exkluderad.



Figur 2. Andel patienter med rektalcancer som fått preoperativ strålbehandling av de som opererats med främre resektion, rektumamputation, Hartmann, TEM eller lokal excision 1995-2013

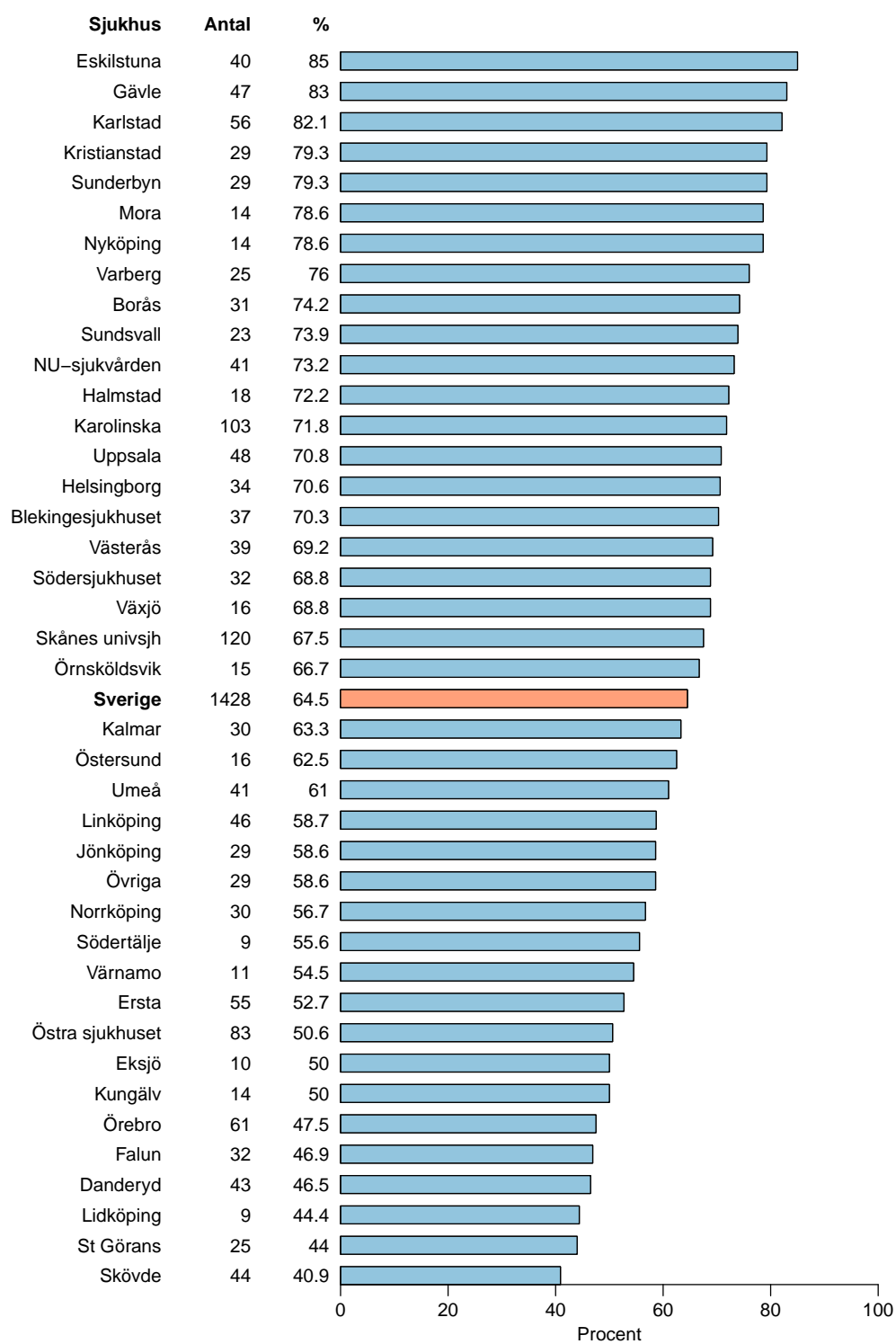


Figur 3. Andel patienter med rektalcancer som fått preoperativ strålbehandling av de som opererats med främre resektion, rektumamputation, Hartmann, TEM eller lokal excision, < 75 år, 1995-2013



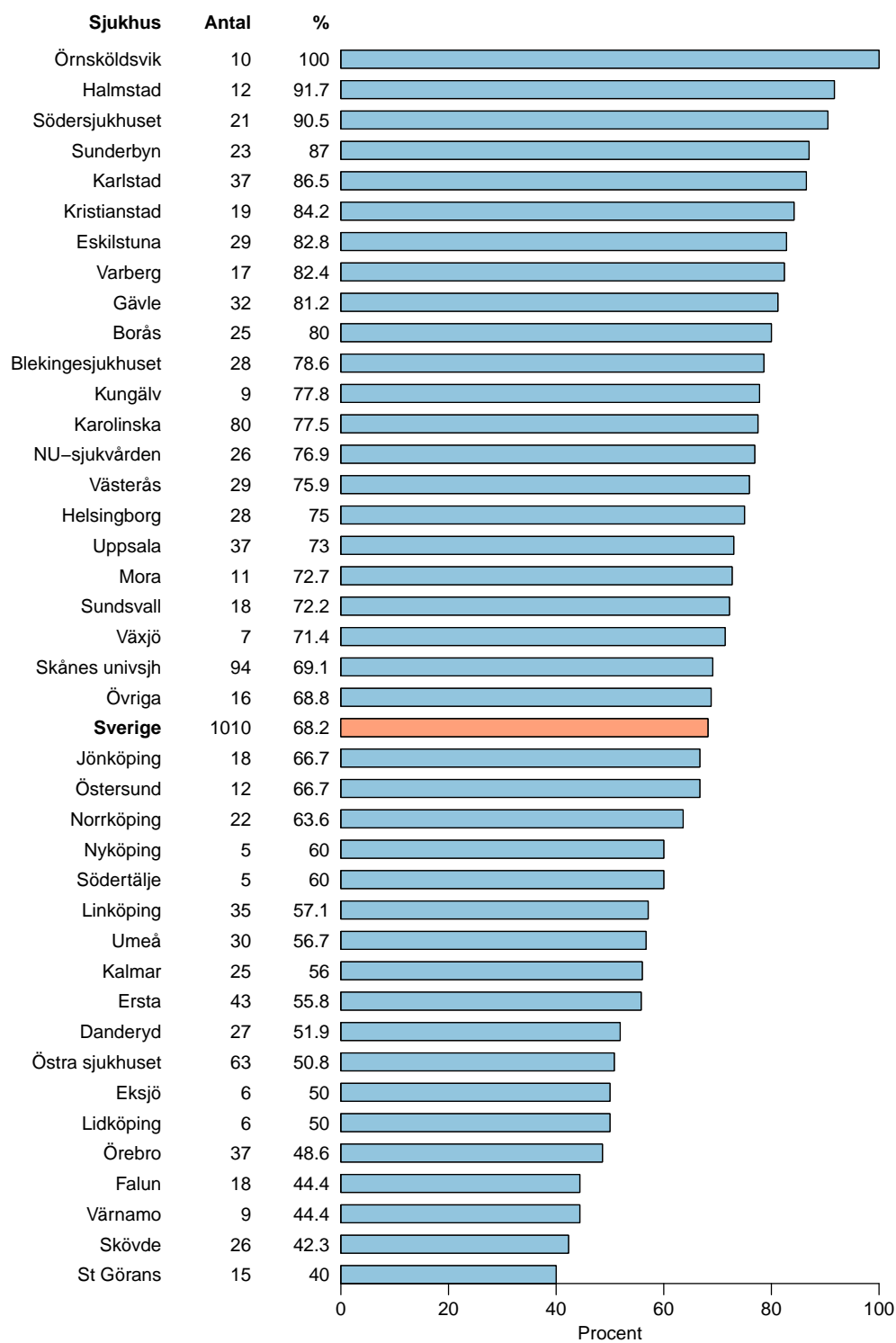
Figur 4. Andel patienter med rektalcancer som fått preoperativ strålbehandling av de som opererats med främre resektion, rektumamputation, Hartmann, TEM eller lokal excision, ≥ 75 år, 1995-2013

Figur 2-4. Figureerna är hämtade ur huvudrapporten och visar att andelen patienter som strålbehandlats före operationen och som opererats för en rektalcancer ökat med tiden både hos yngre och äldre patienter i samtliga sjukvårdsregioner. Från och med cirka 2009 har det inte skett någon ökning i andelen strålbehandlade patienter <75 år. Under 1990-talet var variationen mellan regionerna större än den varit under senare år.



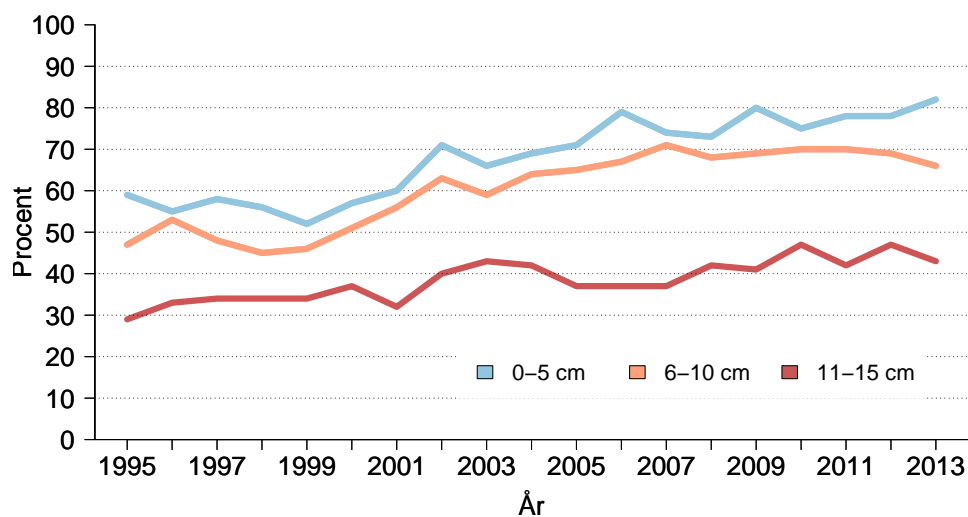
Figur 5. Preoperativ strålbehandling för de som opererats med främre resektion, rektumamputation, Hartmann, TEM eller lokal excision 2013

Figur 5. Den andel patienter som preoperativt strålbehandlas vid rektalcancer varierar från över 80% till cirka 40% vid olika sjukhus i Sverige.



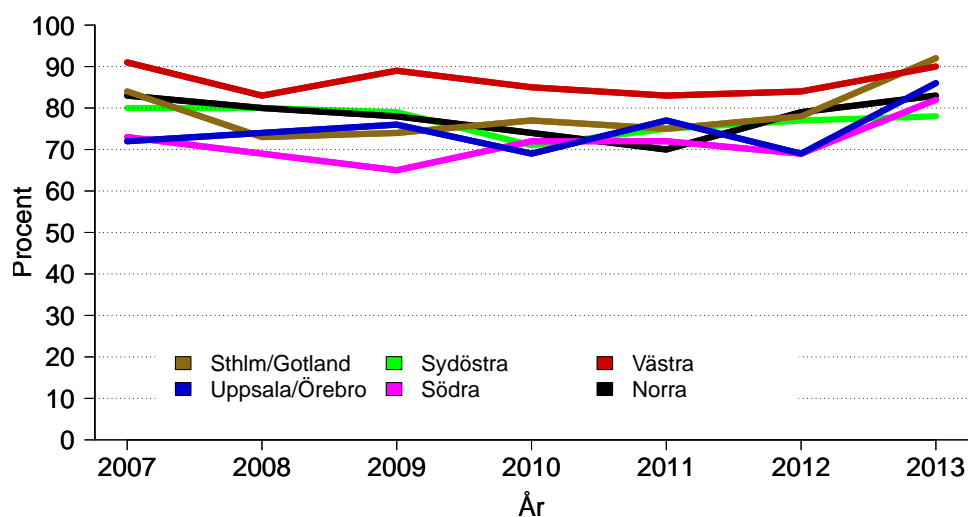
Figur 6. Preoperativ strålbehandling för de under 75 år som opererats med främre resektion, rektumamputation, Hartmann, TEM eller lokal excision 2013

Figur 6. Variationen mellan sjukhusen ses också hos patienter med rektalcancer yngre än 75 år.

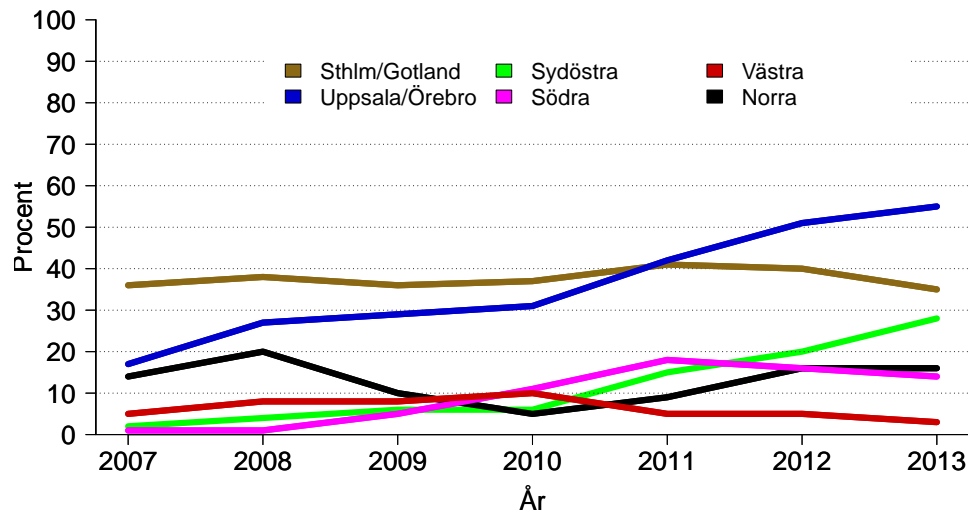


Figur 7. Andel patienter med rektalcancer som fått preoperativ strålbehandling för de som opererats, uppdelat på tumörläge, 1995-2013

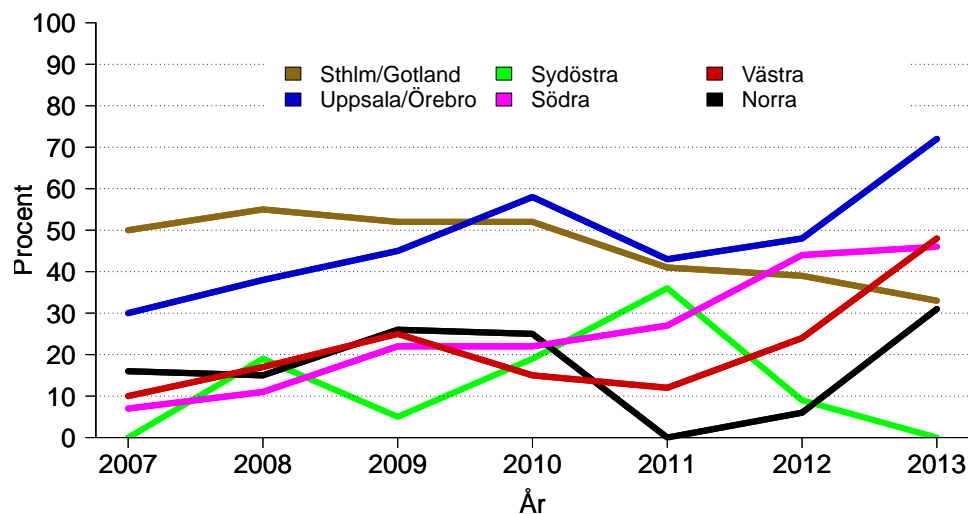
Figur 7. Andelen som fått preoperativ strålbehandling varierar med tumörläge men har med tiden ökat för samtliga nivåer fram till cirka 2007 utom i de fall tumören är högt belägen då en viss ökning fortsatt skett.



Figur 8. Andel som fått kort stråldos av de som strålats och opererats med främre resektion, rektumamputation, Hartmann, TEM eller lokal excision 2007-2013



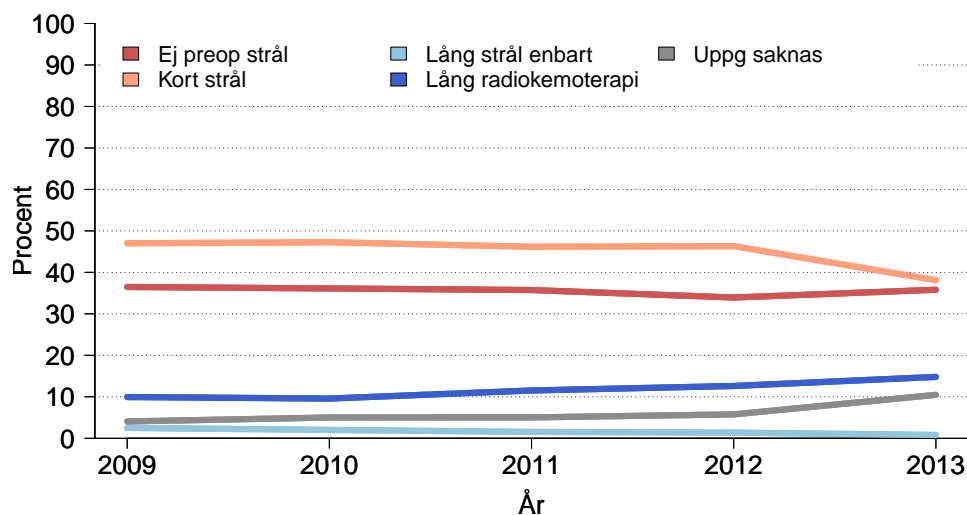
Figur 9. Andel av de under 75 år som fått fördröjd kirurgi (mer än 21 dagar från strålstart) utav de som fått kort stråldos och opererats med främre resektion, rektumamputation, Hartmann, TEM eller lokal excision 2007-2013



Figur 10. Andel av de ≥ 75 år som fått fördröjd kirurgi (mer än 21 dagar från strålstart) utav de som fått kort stråldos och opererats med främre resektion, rektumamputation, Hartmann, TEM eller lokal excision 2007-2013

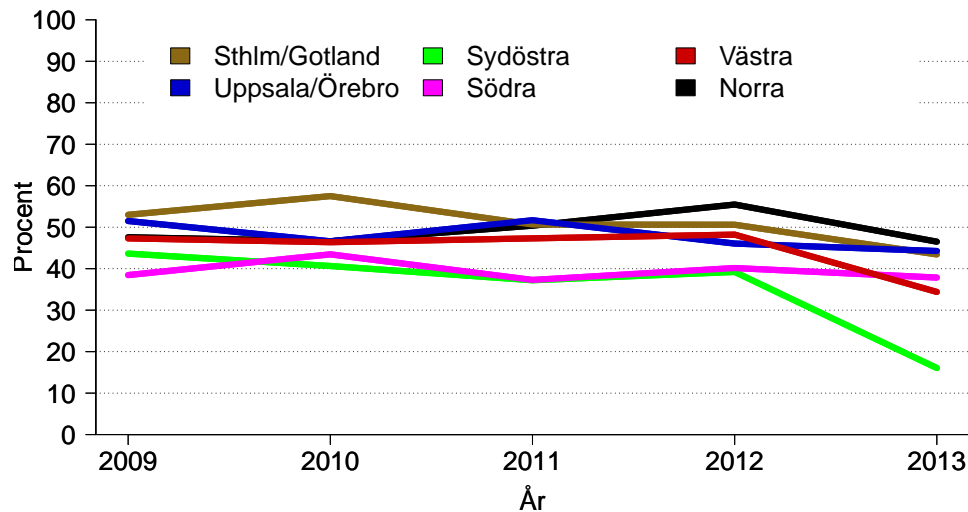
Figur 8-10. Flertalet patienter med rektalcancer som strålbehandlats preoperativt får kort strålbehandling, dvs 5 fraktioner à 5 Gy under en vecka. Flertalet av dessa opereras direkt (operationellt mindre än 21 dagar från strålstart) men en andel opereras med fördröjd kirurgi. Andelen med fördröjd kirurgi är betydligt högre i Stockholm/Gotland- och Uppsala/Örebro-regionerna, huvudsakligen p g a en pågående randomiserad studie (Stockholm III-studien). Studien avslutade patientintaget i början av 2013 och fortsatt har patienter opererats fördröjt inte bara i dessa två regioner utan också i en något ökande andel i flertalet övriga regioner. Resultat föreligger i december 2014 inte från Stockholm III-studien varför

referensbehandling för individer med resekel tumör och i skick för standardoperation är direktkirurgi. Kort strålbehandling med fördröjd kirurgi är en etablerad behandling för äldre och sjukare individer med en lokalt avancerad rektalcancer i behov av preoperativ strålbehandling.

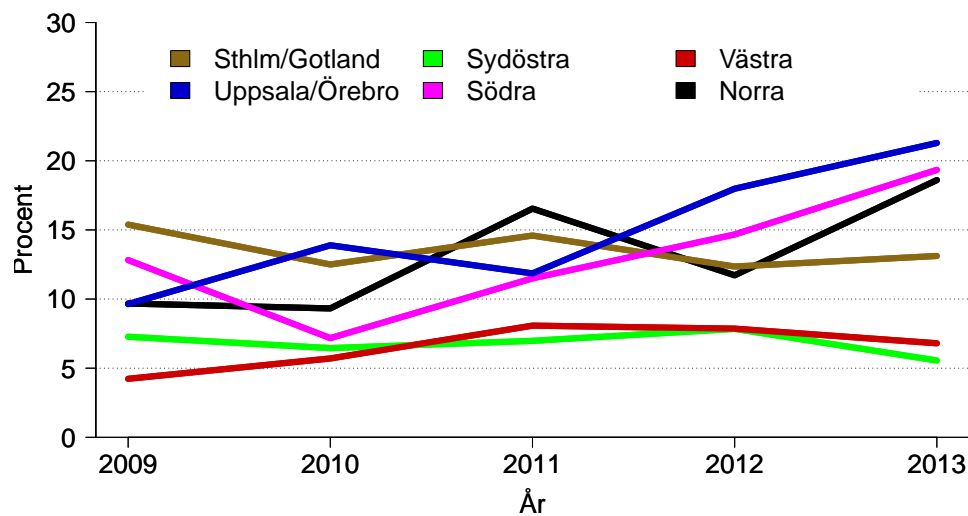


Figur 11. Typ av preop behandling för de som opererats med främre resektion, rektumamputation eller Hartmann 2009-2013. De som fått generell cytostatika utan samtidig strålbehandling ingår inte i figuren (se figur 12).

Figur 11. Den andel patienter som inte fått någon preoperativ behandling vid rektalcancer har sedan 2009 konstant legat straxt under 40%. Bruket av lång strålbehandling enbart har varit mycket begränsat under tidsperioden och har helt upphört till fördel för lång radiokemoterapi vilket överensstämmer med att det senare är mer effektivt än det förstnämnda och att kort strålbehandling med väntan är ett alternativ till lång strålbehandling enbart. Antalet fall med saknad uppgift är för högt för 2013 för att säkert bedöma utvecklingen under senaste året.

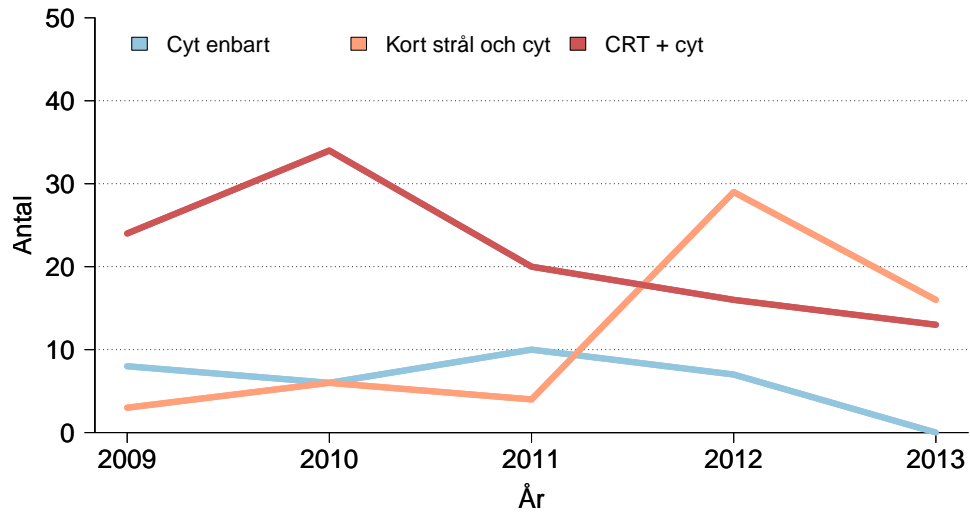


Figur 12. Kort strålbehandling för de som opererats med främre resektion, rektumamputation eller Hartmann 2009-2013.



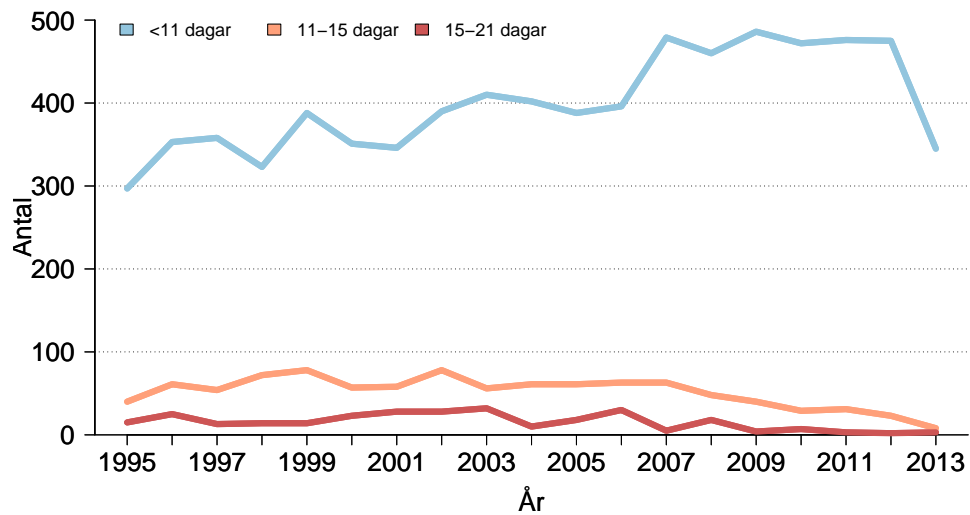
Figur 13. Lång radiokemoterapi för de som opererats med främre resektion, rektumamputation eller Hartmann 2009-2013.

Figur 12-13. Andelen patienter med rektalcancer som fått kort strålbehandling har legat konstant mellan 40-50 % sedan 2009 i samtliga regioner med en möjlig lätt nedgång under 2013, vilken, framför allt i sydöstra regionen kan förklaras av mindre god täckning. Andelen som fått lång kemoradioterapi har konstant legat lägst i sydöstra och västra regionerna och varit relativt konstant på en högre nivå i Stockholm/Gotland-regionen och ökat något i övriga regioner. Ökningen under 2013 kan bero på RAPIDO-studien.

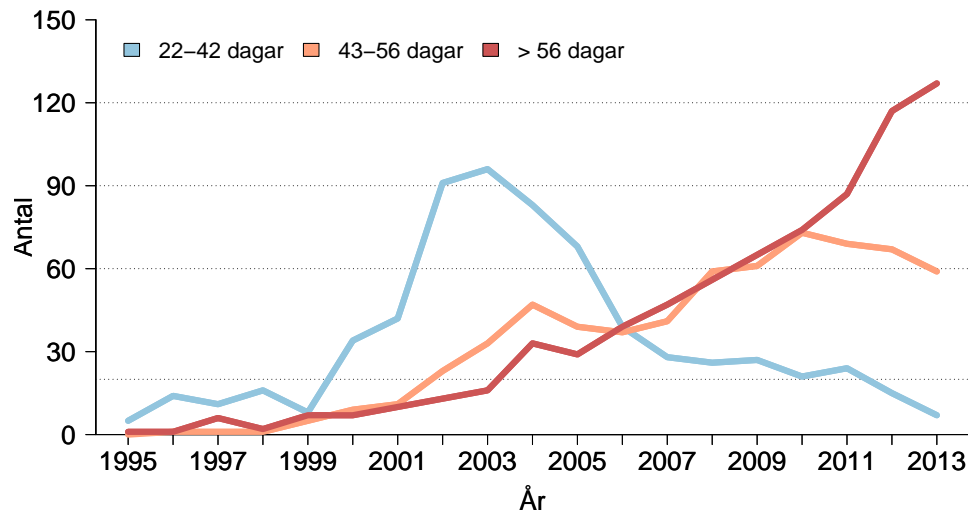


Figur 14. Antal fall av rektalcancer som fått generell cytostatika som preoperativ behandling, M0 som opererats 2009-2013

Figur 14. Mycket få fall behandlas med generell cytostatika preoperativt i avsaknad av fjärrmetastasering. Antalet fall kommer att öka redan 2014 med hänsyn till en pågående randomiserad studie, RAPIDO.

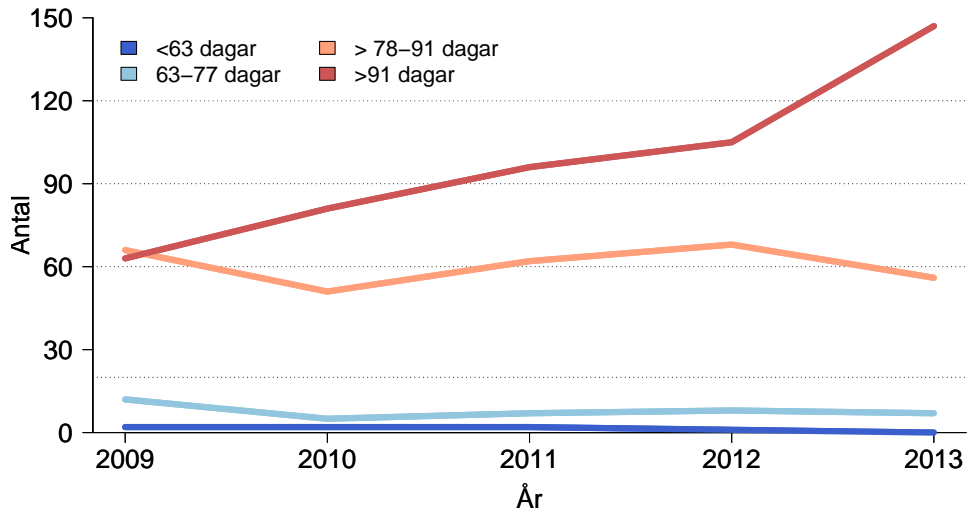


Figur 15. Tid från preop strål (kort strål) till operation hos de som opererats direkt efter den preoperativa strålbehandlingen, 1995-2013



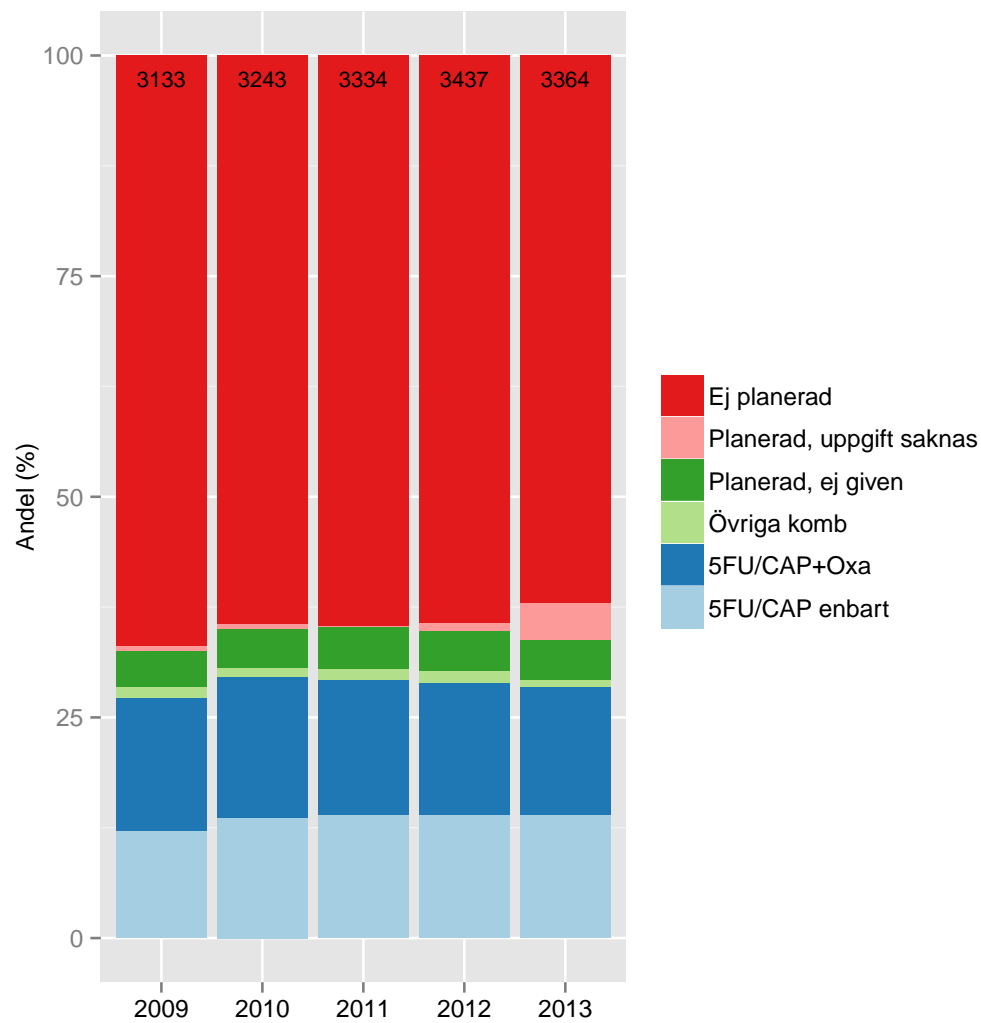
Figur 16. Tid från preop strål (kort strål) till operation hos de som opererats med fördröjd kirurgi, 1995-2013

Figur 15-16. Av de patienter med rektalcancer som fått kort strålbehandling med direkt kirurgi har majoriteten opererats inom 11 dagar från första strålfractionen. Antalet fall som opererats under kommande vecka har successivt minskat och nästan helt upphört 2013, vilket är i överensstämmelse med den dokumentation som finns från retrospektiva studier av de randomiserade studierna. När fördröjd kirurgi efter kort strålbehandling infördes runt 2000 opererades majoriteten patienter inom 4 till 6 veckor från strålstart. Kirurgin har därefter successivt fördröjts och är för år 2013 över 8 veckor för hälften av individerna och mycket få opereras inom 6 veckor. Det finns en tendens bland kirurger att vilja fördröja tiden till operation då åtminstone vissa rapporter sagt att man därigenom minskar risken för kirurgiska komplikationer. Det vetenskapliga underlaget för denna förmodan är mycket svagt och det finns andra studier som motsäger detta. Om syftet med att vänta med kirurgin är att öka chansen till organbevarande behandling finns det motiv för denna successiva förlängning av tiden till kirurgin. Om inte saknas detta motiv och det finns ingen anledning förutom hos de äldsta med en lokalt avancerad inextirpabel tumör att fördröja kirurgin längre än de 4 – 8 veckor som rekommenderas och exv angivits i Stockholm III-studieprotokollet.



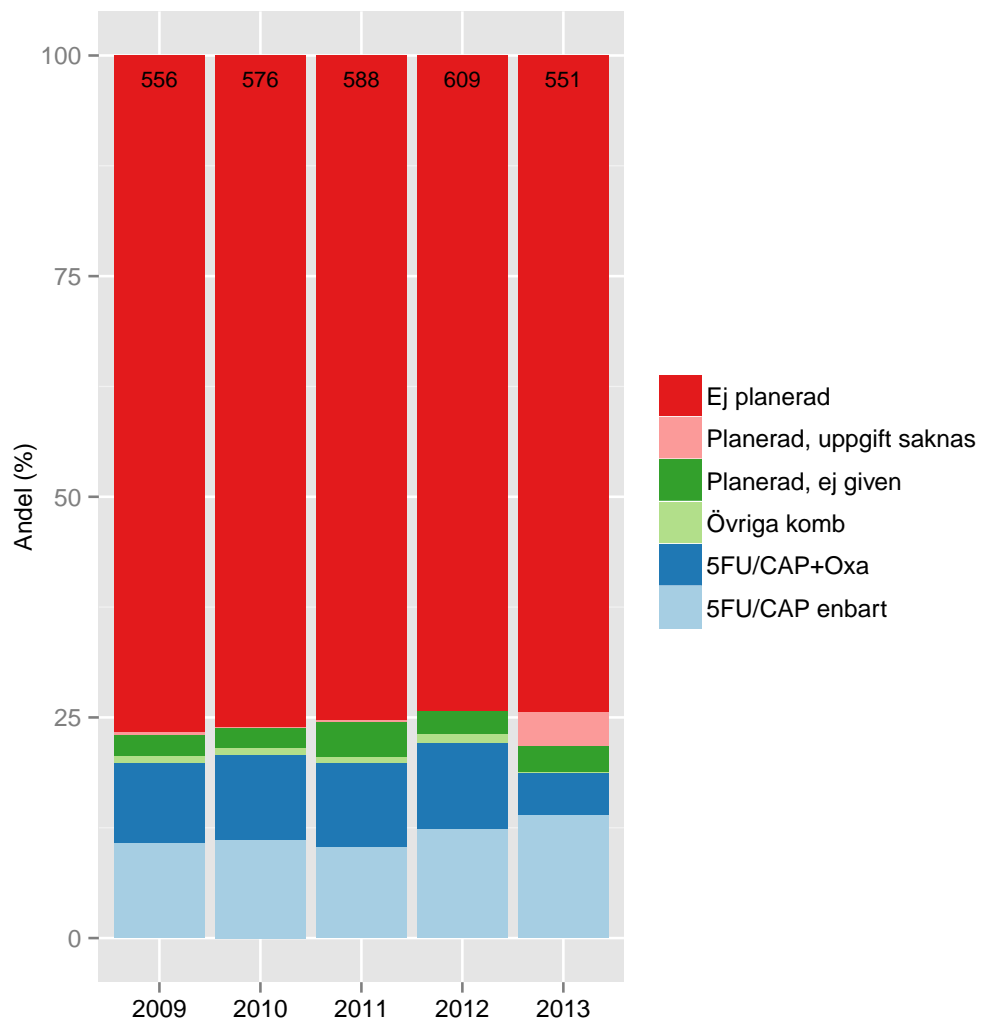
Figur 17. Tid från start av preoperativ CRT (utan att patienten fått generell cytostatika) till operation 2009-2013. Ett intervall på exempelvis 78-91 dagar innebär att patienten opererats 6-8 veckor efter avslutad CRT.

Figur 17. Kemoradioterapi ges rutinmässigt vid lokalt avancerad rektalcancer för att öka möjligheterna till radikal operation. För att undvika den akuta strålreaktionen måste kirurgin fördröjas åtminstone 4 veckor efter avslutad strålbehandling, dvs åtminstone 63 dagar efter första behandlingsdag. Som framgår har tiden från strålbehandlingen till kirurgin successivt fördröjts utan att organbevarande behandling varit huvudsyftet hos fler än möjligen någon enskilda patient. Frånsett en rapport som hävdar att de kirurgiska komplikationerna minskar med längre tidsintervall saknas dokumentation för att detta är relevant. Optimalt intervall är dock inte känt.

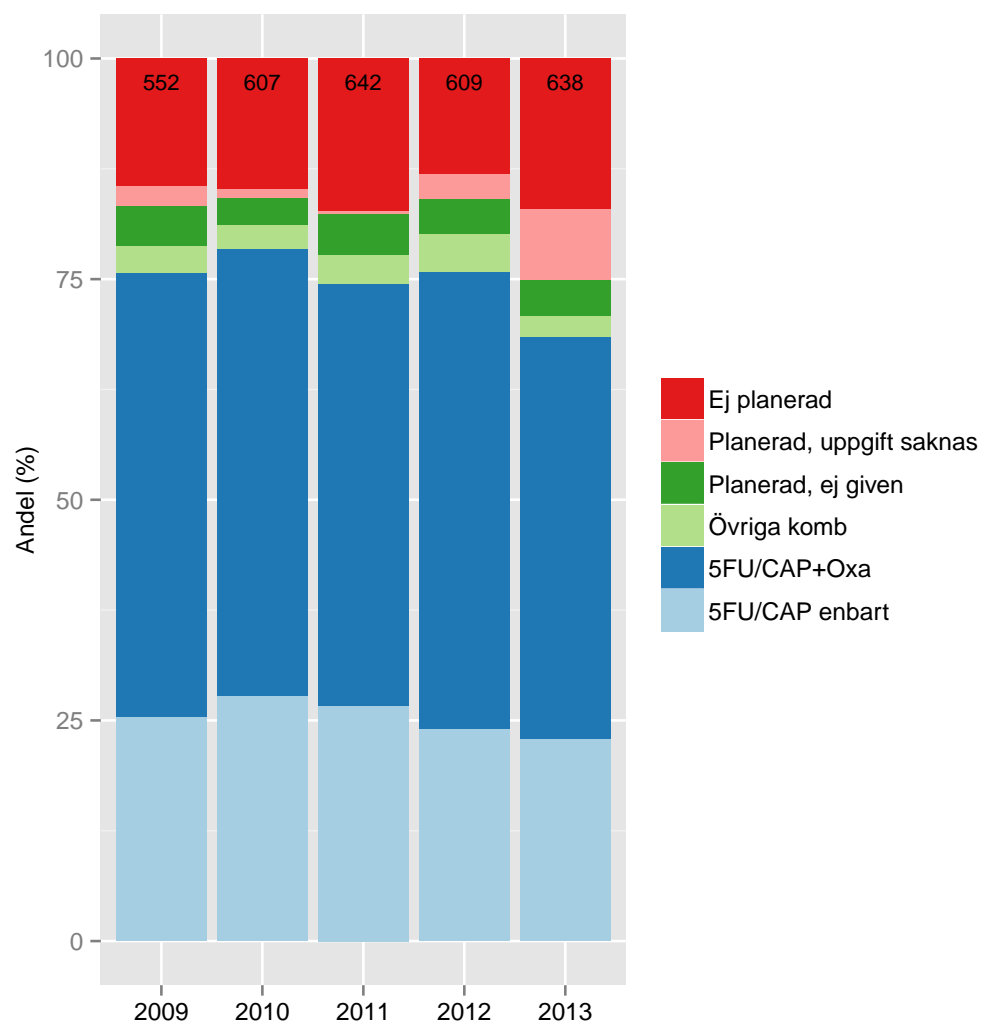


Figur 18. Adjuvant behandling, kolorektal, stadium II-III, 2009-2013

Figur 18. Av samtliga patienter som opererats med kolorektalcancer stadium II och III har drygt var fjärde fått adjuvant cytostatisk behandling. Då behandling planerats, dvs uppgiften har fyllts i på kirurgblanketten, har sådan i regel givits. Av de som fått cytostatika har aningen fler fått en kombination med oxaliplatin än enbart fluoropyrimidin.

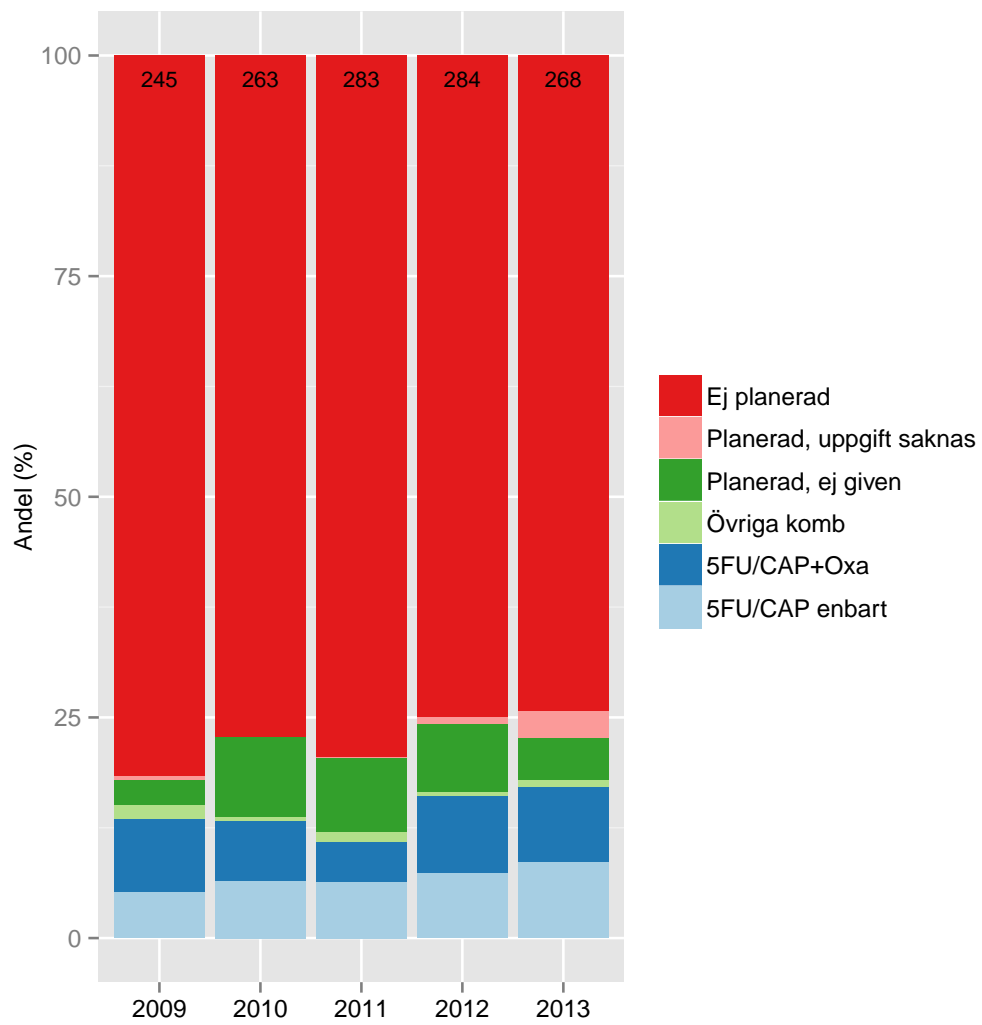


Figur 19. Adjuvant behandling, koloncancer, stadium II, < 75 år, 2009-2013

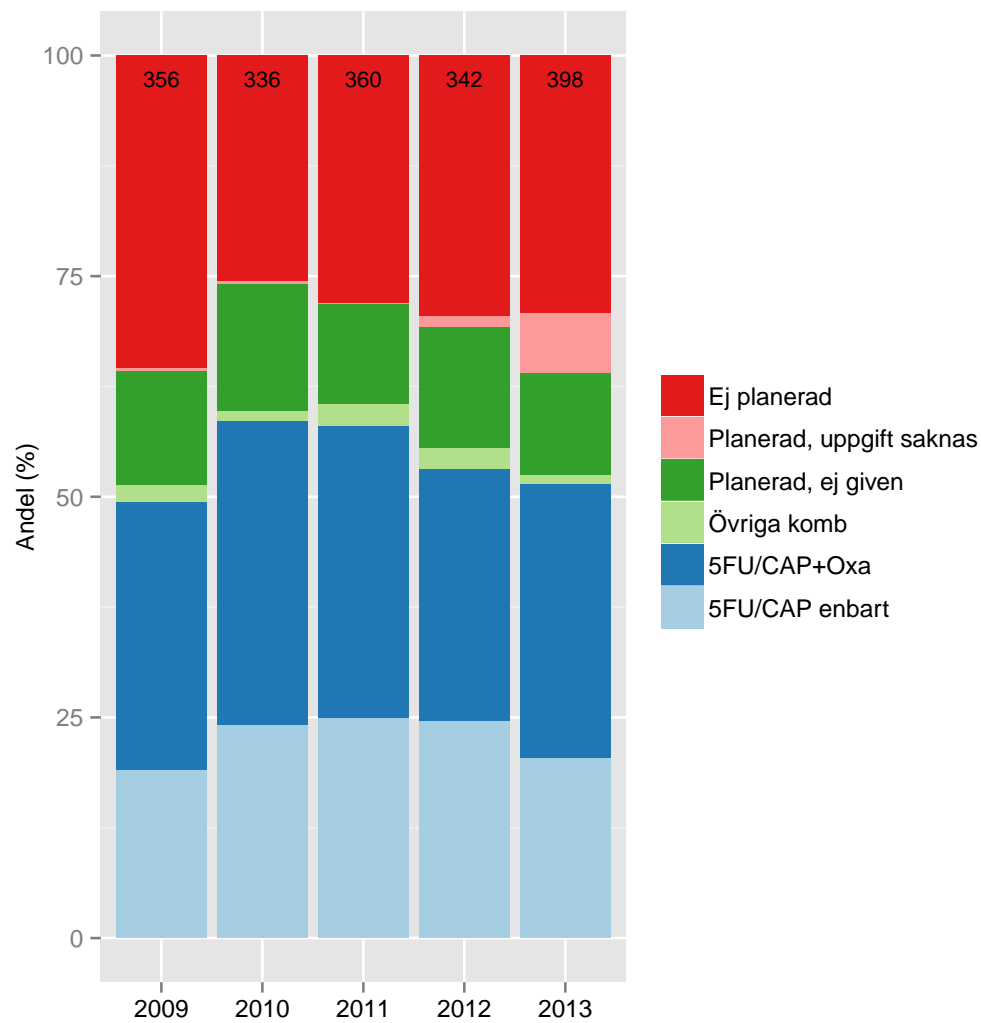


Figur 20. Adjuvant behandling, koloncancer, stadium III, < 75 år, 2009-2013

Figur 19-20. Andelen patienter med koloncancer som fått adjuvant behandling i stadium II under 75 år är cirka 20% medan den är cirka 80% i stadium III. I stadium II har flertalet patienter fått en fluoropyrimidin enbart medan flertalet fått en kombination med oxaliplatin i stadium III.

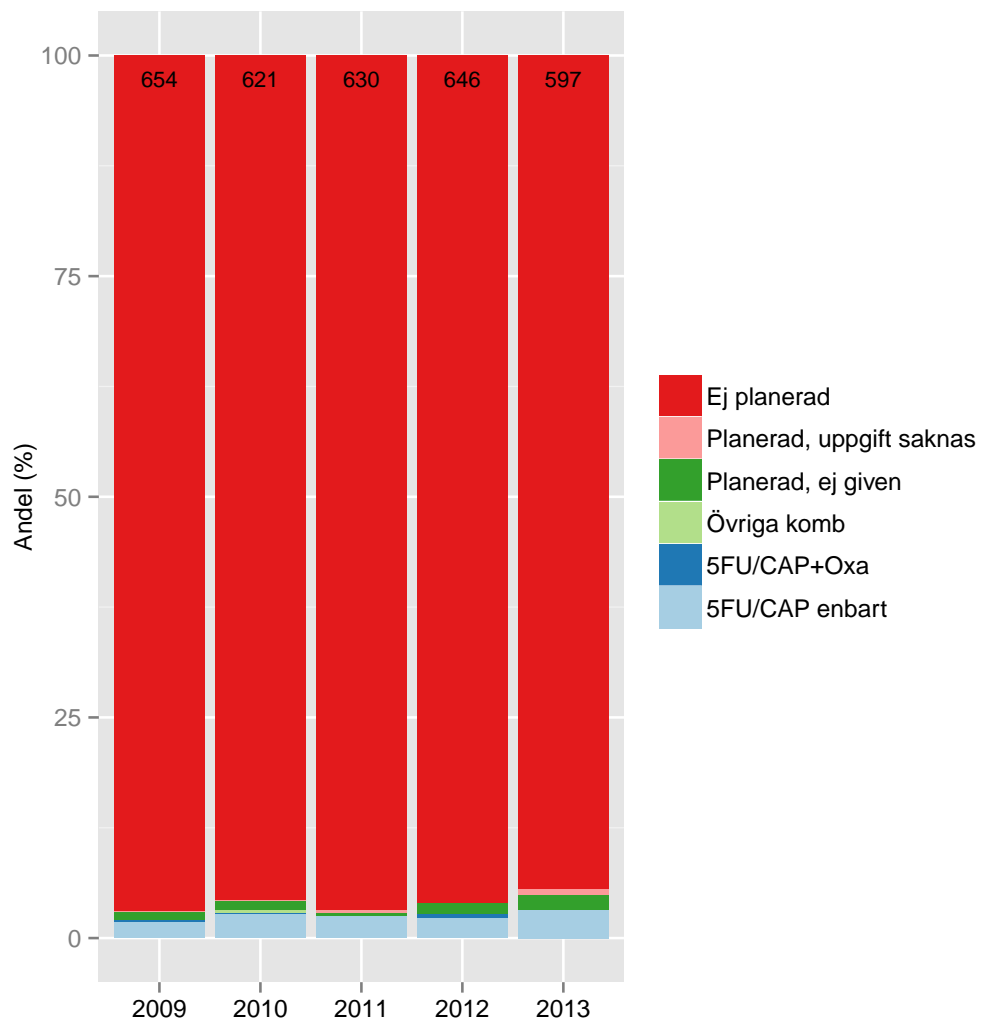


Figur 21. Adjuvant behandling, rektalcancer, stadium II, < 75 år, 2009-2013

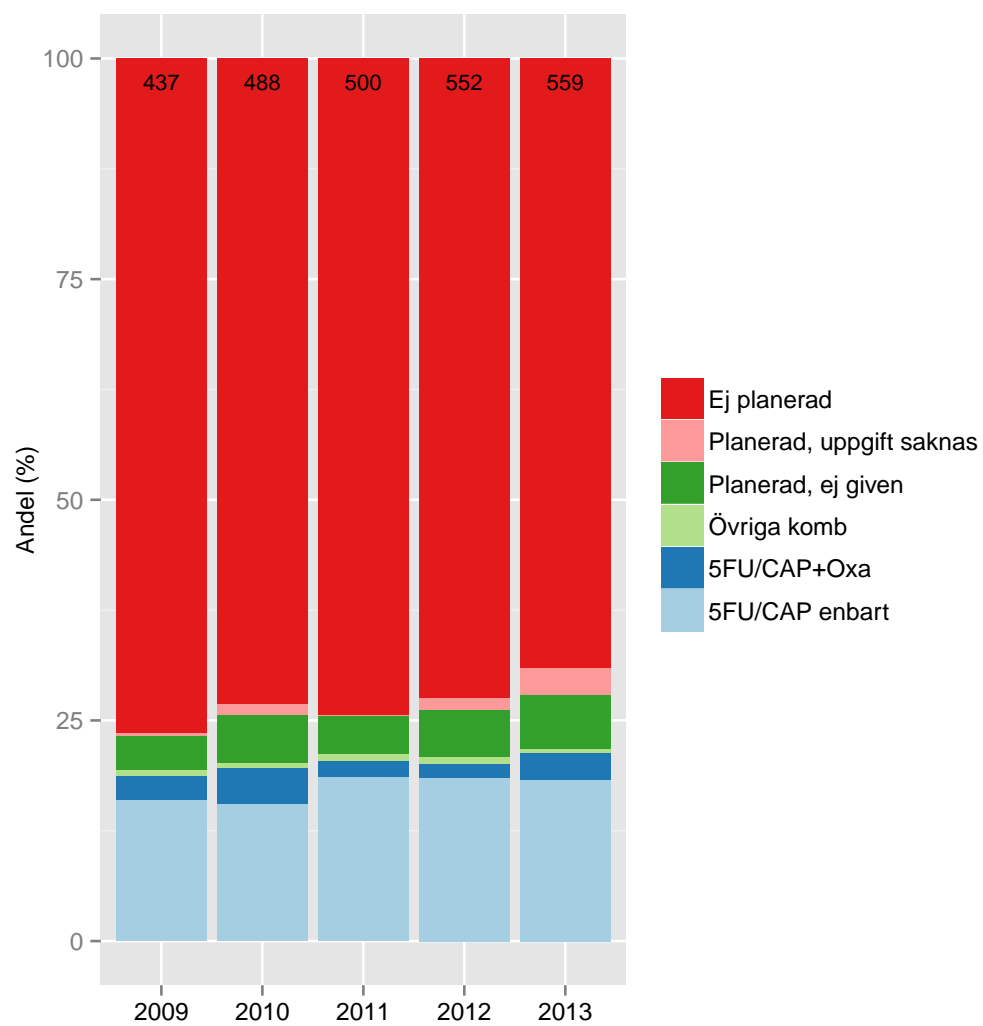


Figur 22. Adjuvant behandling, rektalcancer, stadium III, < 75 år, 2009-2013

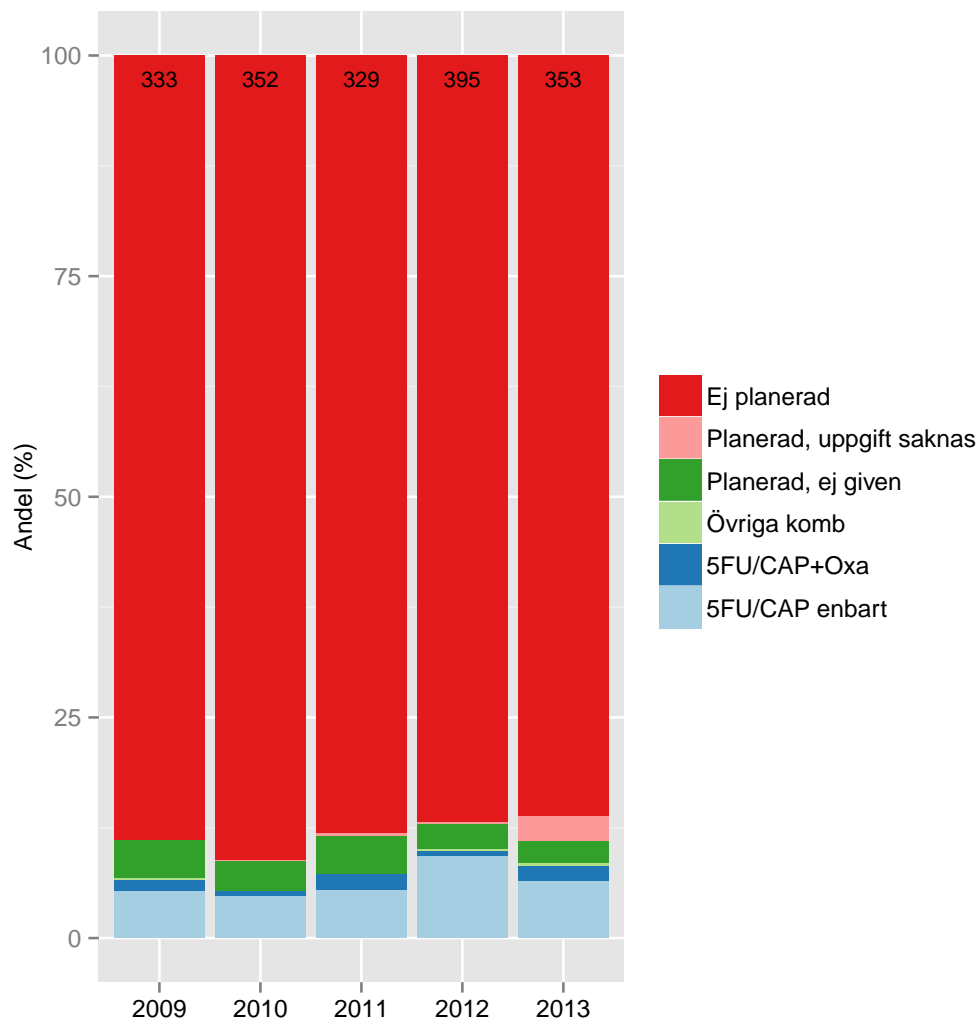
Figur 21-22. Andelen patienter som fått adjuvant cytostatika är något lägre vid rektalcancer än vid koloncancer men samma skillnad ses mellan stadium II och III.



Figur 23. Adjuvant behandling, koloncancer, stadium II, >= 75 år, 2009-2013

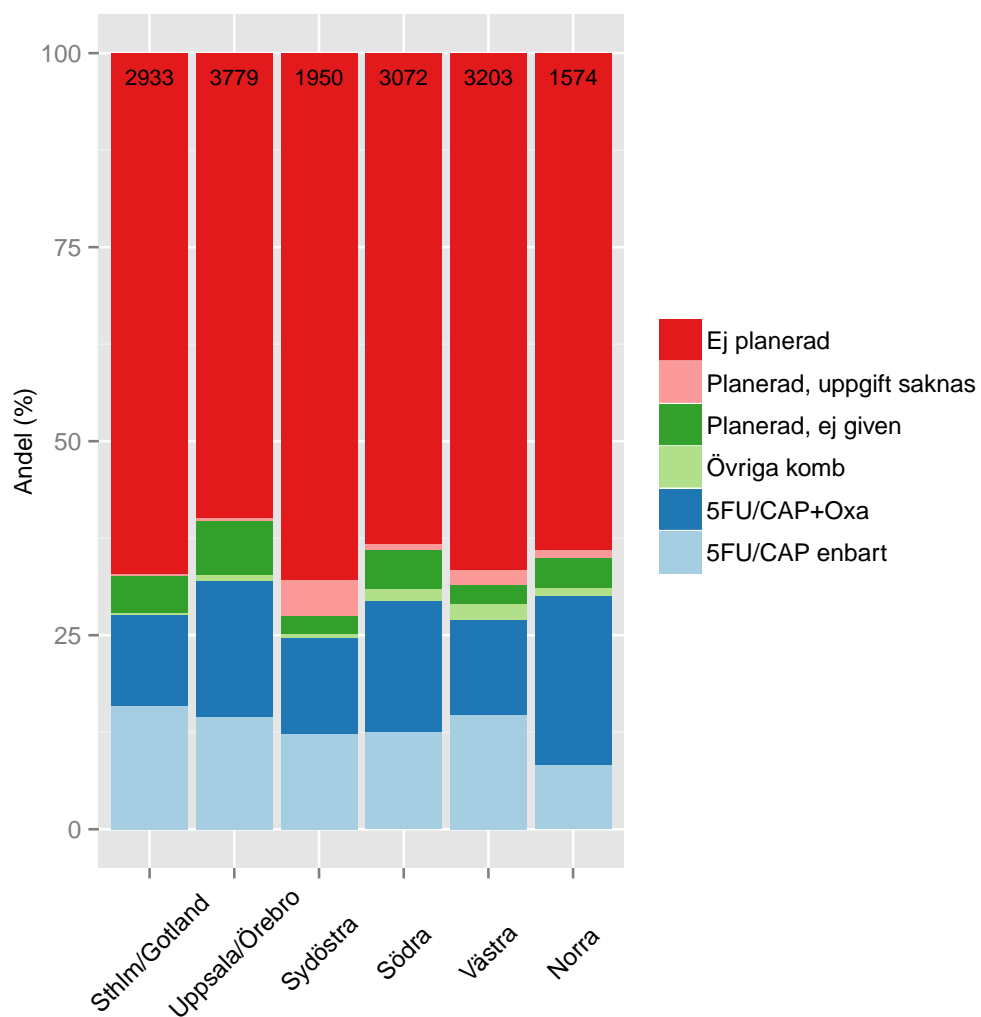


Figur 24. Adjuvant behandling, koloncancer, stadium III, ≥ 75 år, 2009-2013

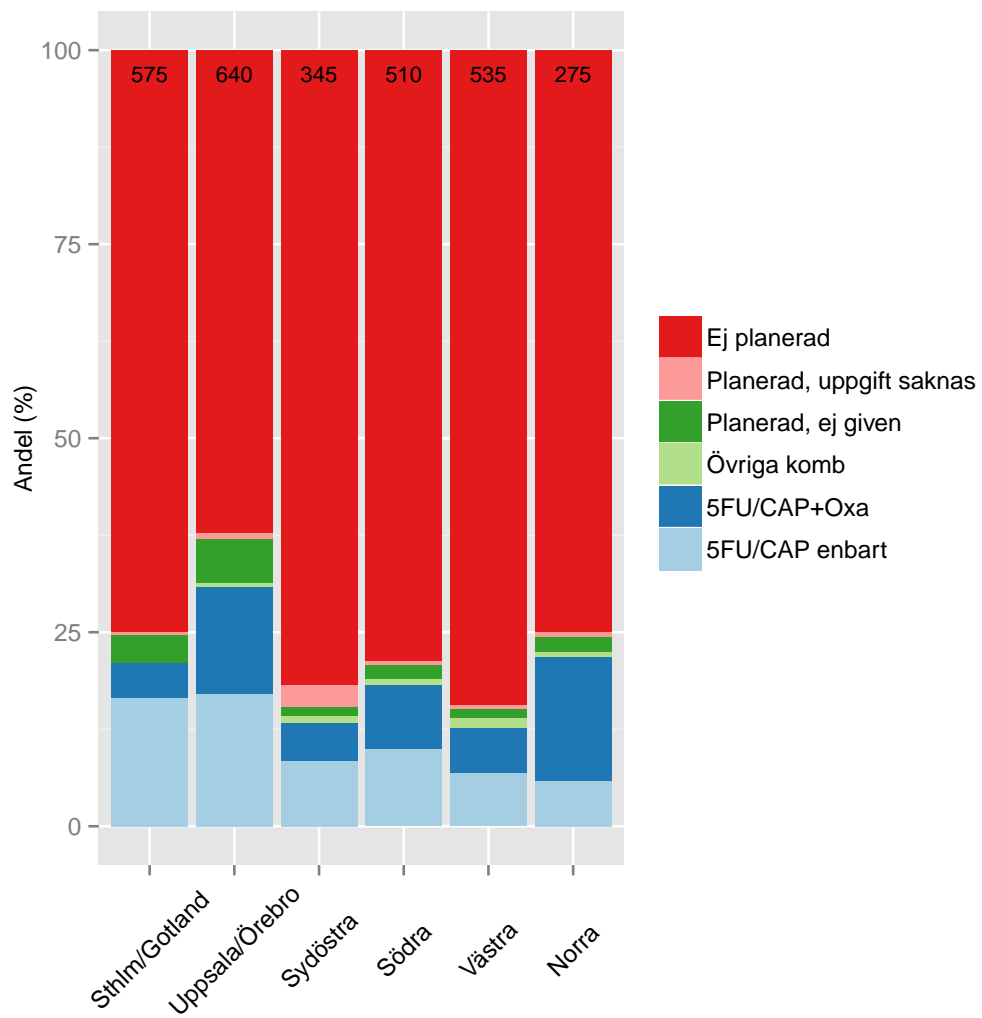


Figur 25. Adjuvant behandling, rektalcancer, stadium II-III, ≥ 75 år, 2009-2013

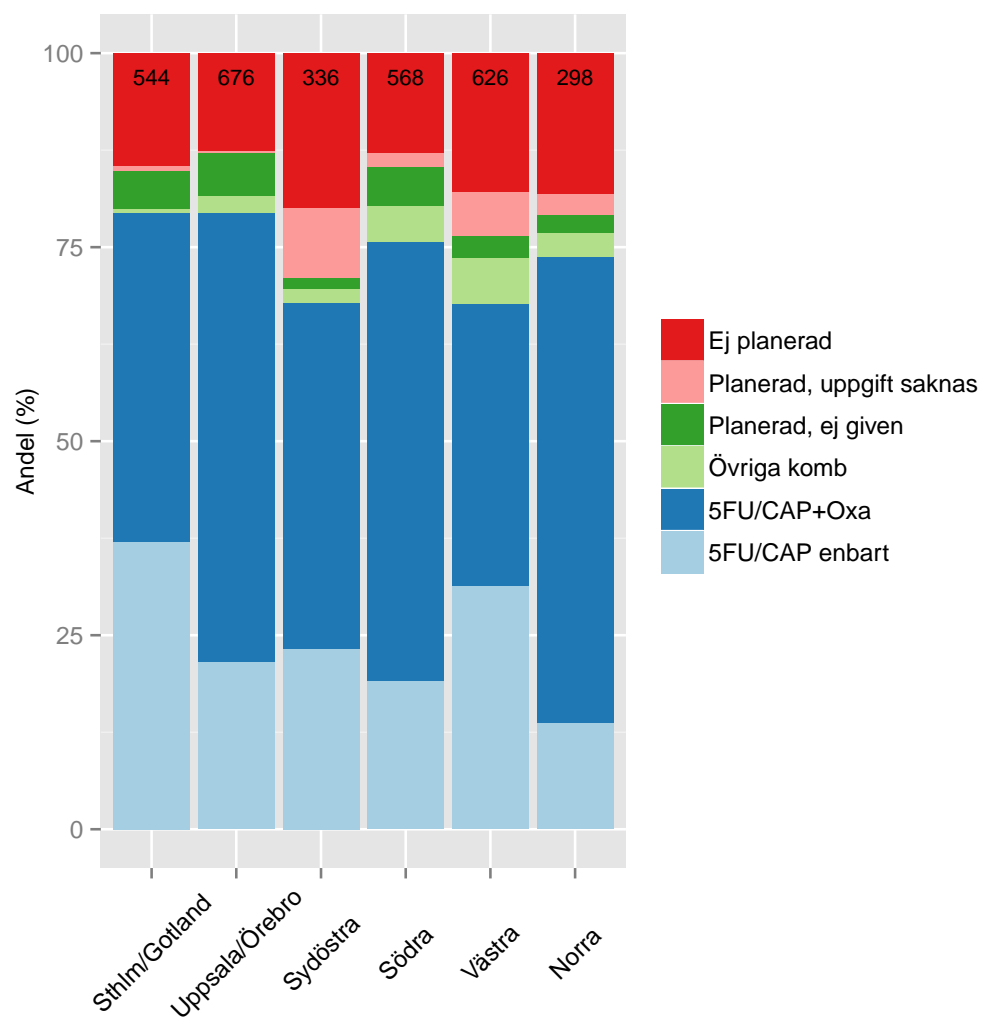
Figur 23-25. Andelen individer över 75 år som planeras för och fått adjuvant cytostatika är betydligt lägre än hos yngre individer oberoende av stadiet. I stadium III har cirka 20% av patienterna fått sådan behandling. Behandling har också givits till flertalet av dem där detta planerades, sannolikt efter diskussion vid MDT-konferens.



Figur 26. Adjuvant behandling, kolorektalcancer, stadium II-III, 2009-2013 uppdelat på region

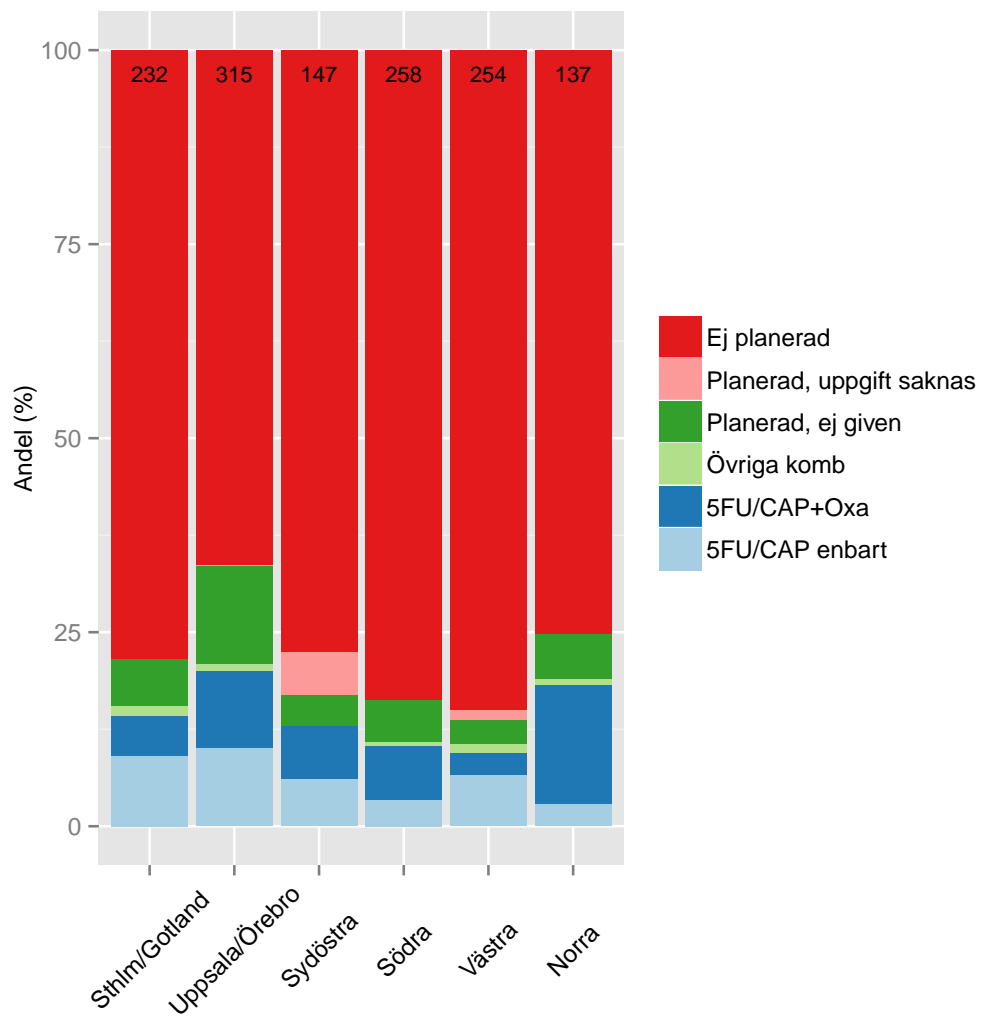


Figur 27. Adjuvant behandling, koloncancer, < 75 år, stadium II, 2009-2013 uppdelat på region

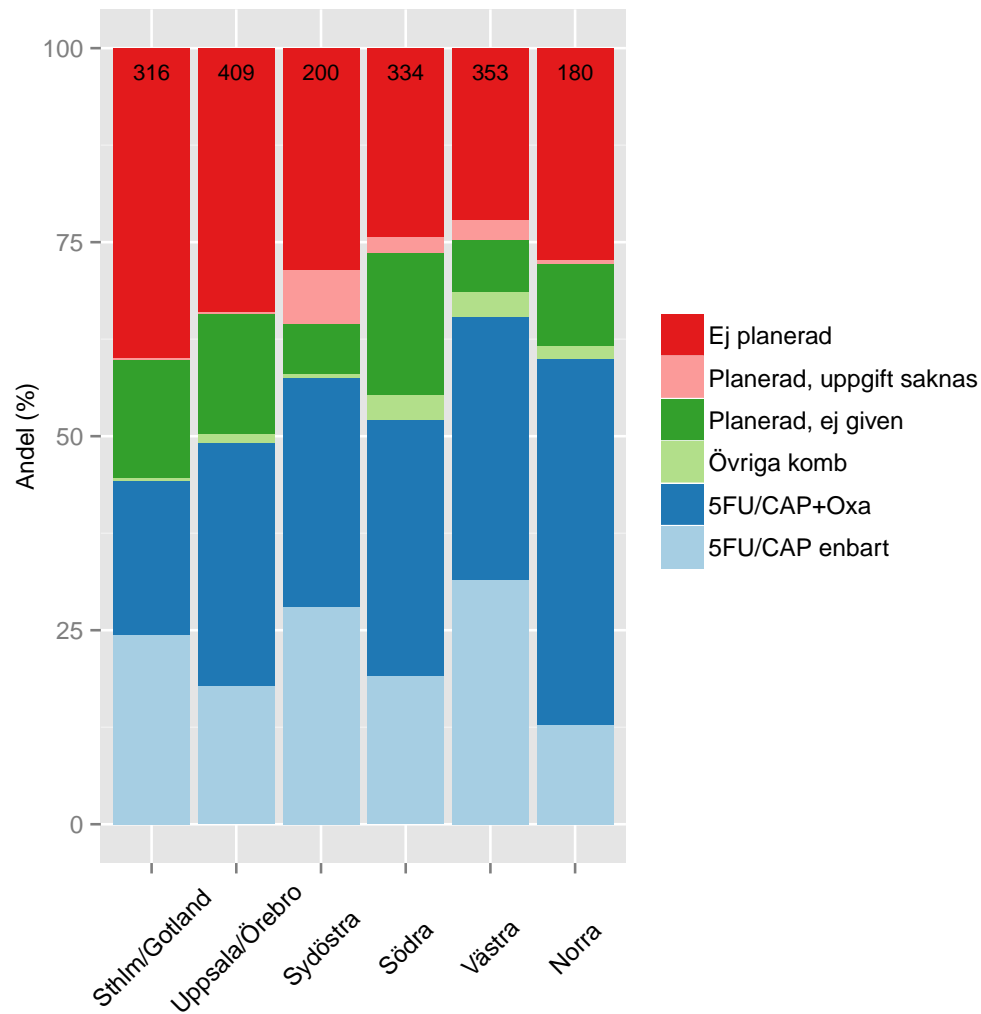


Figur 28. Adjuvant behandling, koloncancer, < 75 år, stadium III, 2009-2013 uppdelat på region

Figur 26-28. Andelen patienter som får adjuvant cytostatika är relativt likartad i regionerna. Cirka hälften av patienterna som startat adjuvant cytostatika har fått enbart 5FU/capecitabin men andelen som fått oxaliplatinibaserad behandling varierar relativt mycket mellan regionerna, både totalt och i stadium II och III hos de under 75 år.

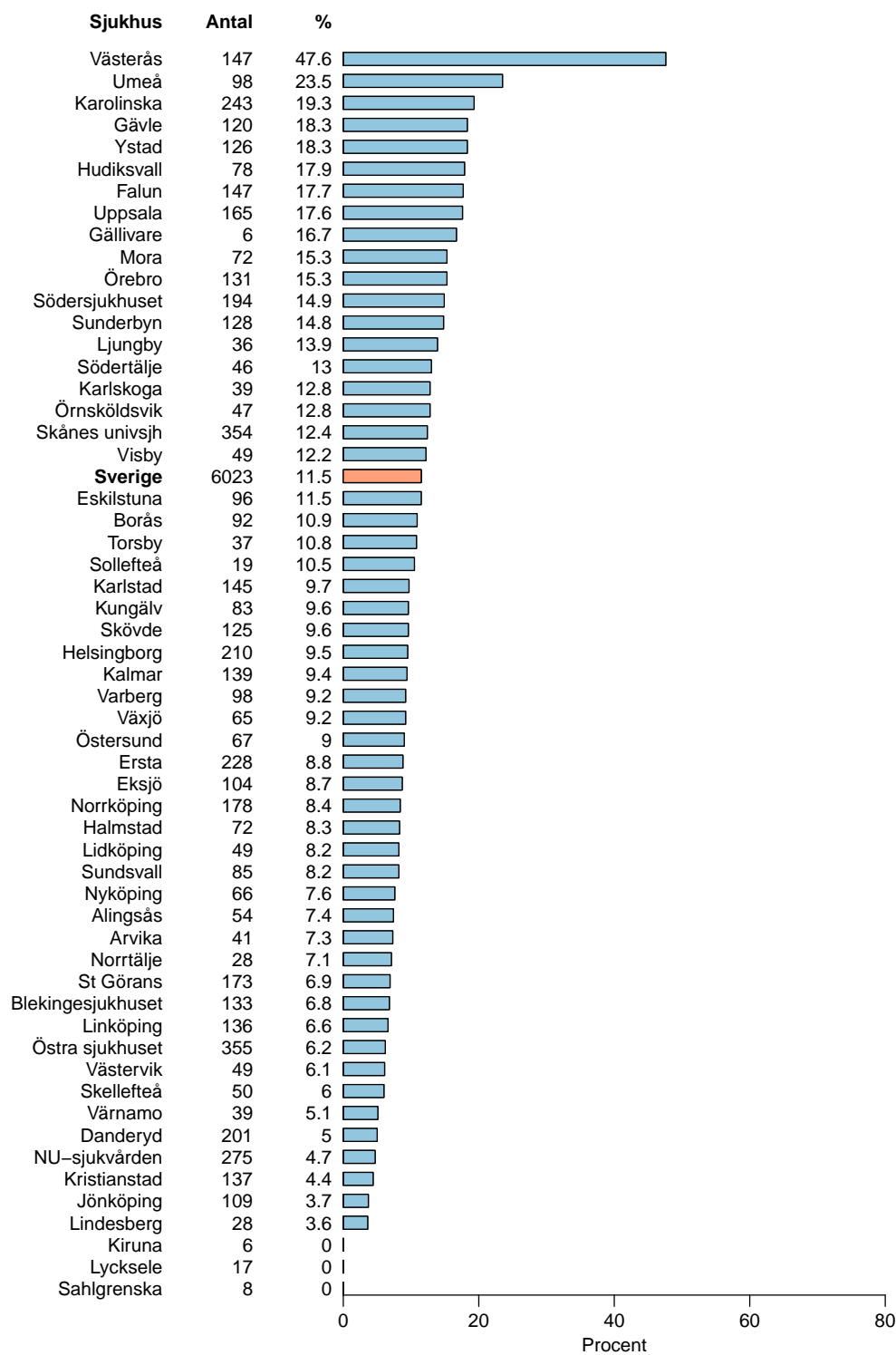


Figur 29. Adjuvant behandling, rektalcancer, < 75 år, stadium II, 2009-2013 uppdelat på region

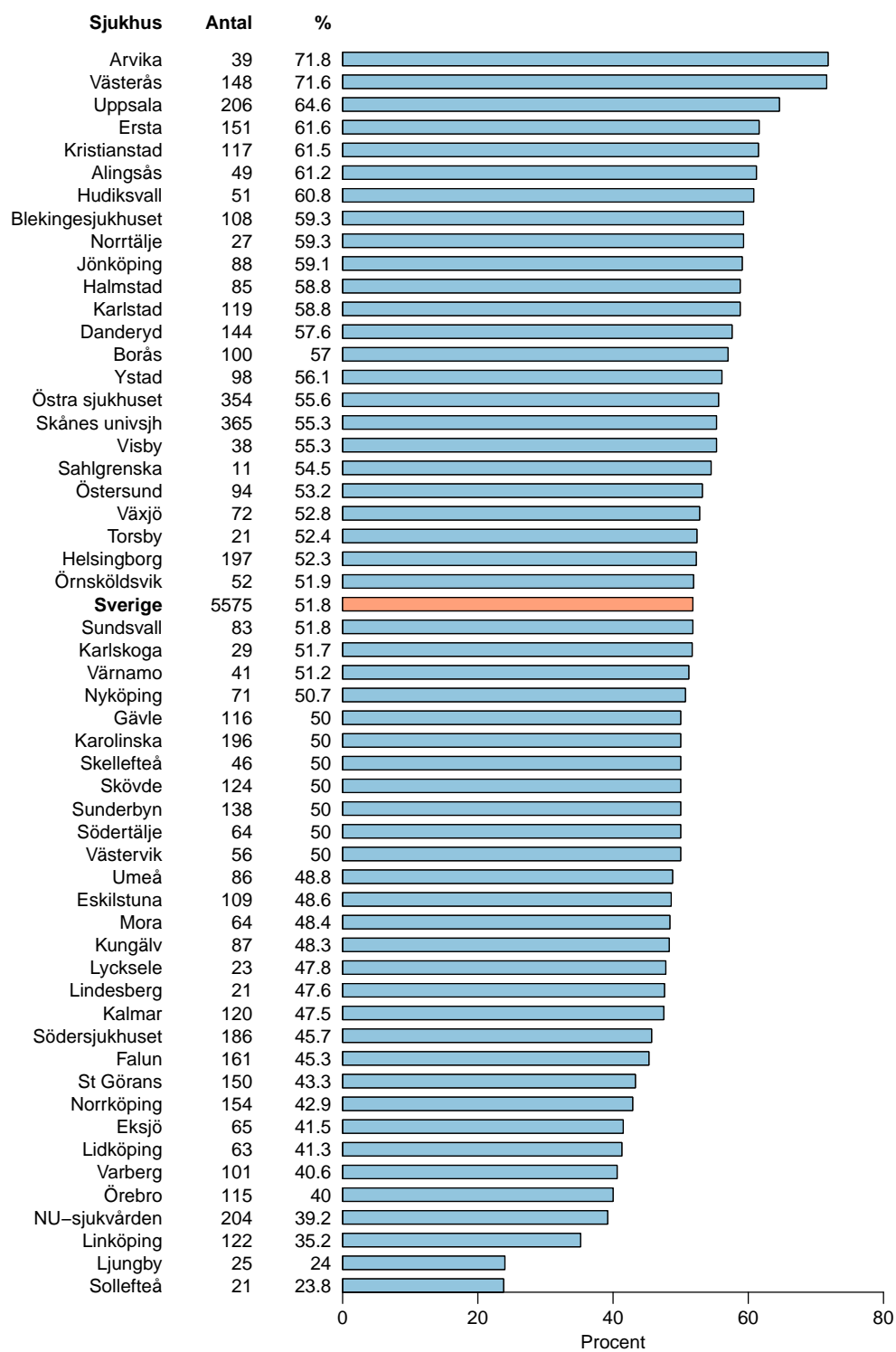


Figur 30. Adjuvant behandling, rektalcancer, < 75 år, stadium III, 2009-2013 uppdelat på region

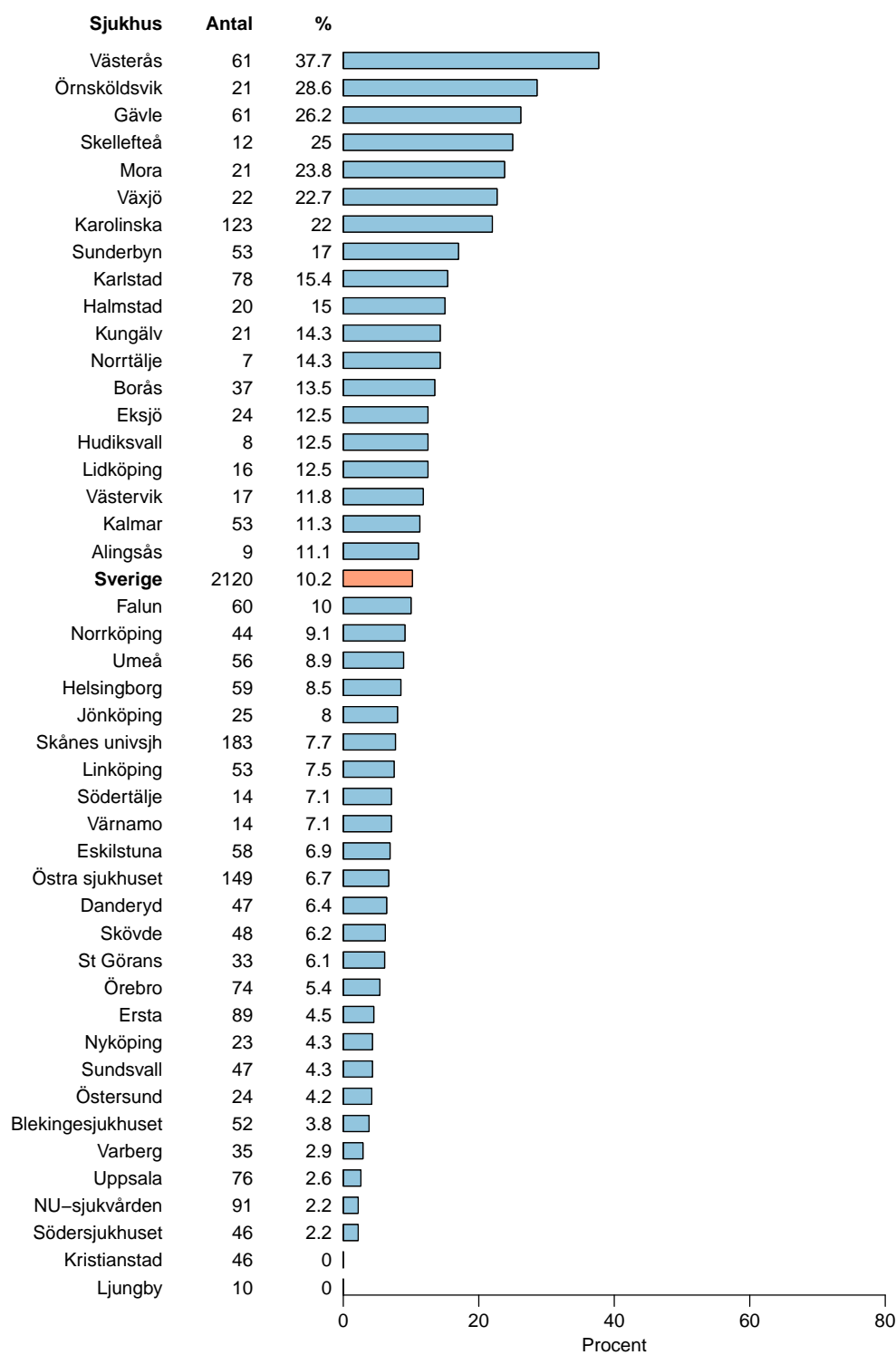
Figur 29-30. Andelen som fått oxaliplatinbaserad adjuvant behandling relativt enbart 5FU/capecitabine varierar även vid rektalcancer.



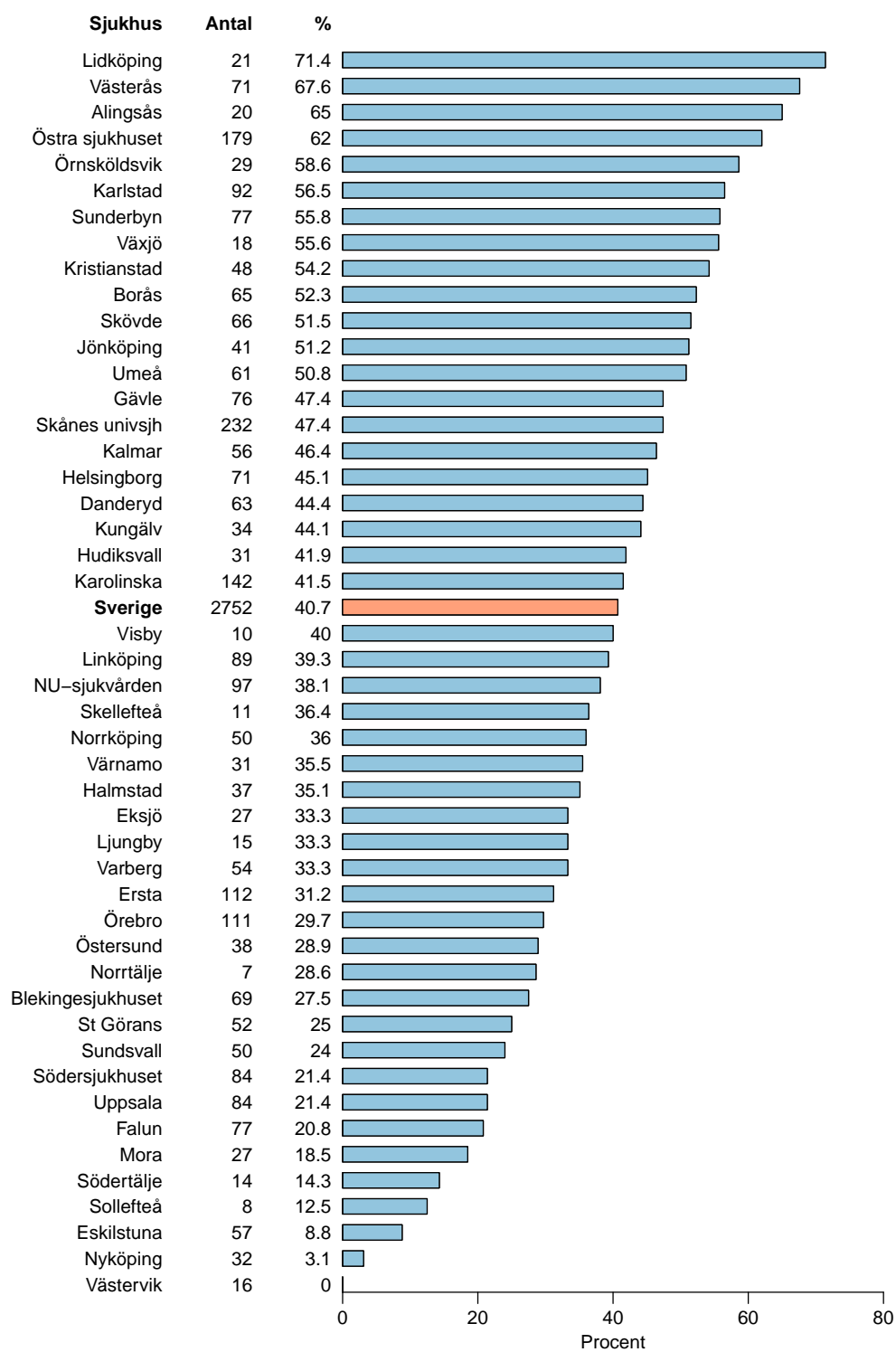
Figur 32. Andel av patienterna som startat adjutant cytostatika, koloncancer, stadium II, 2009-2013



Figur 33. Andel av patienterna som startat adjuvant cytostatika, koloncancer, stadium III, 2009-2013

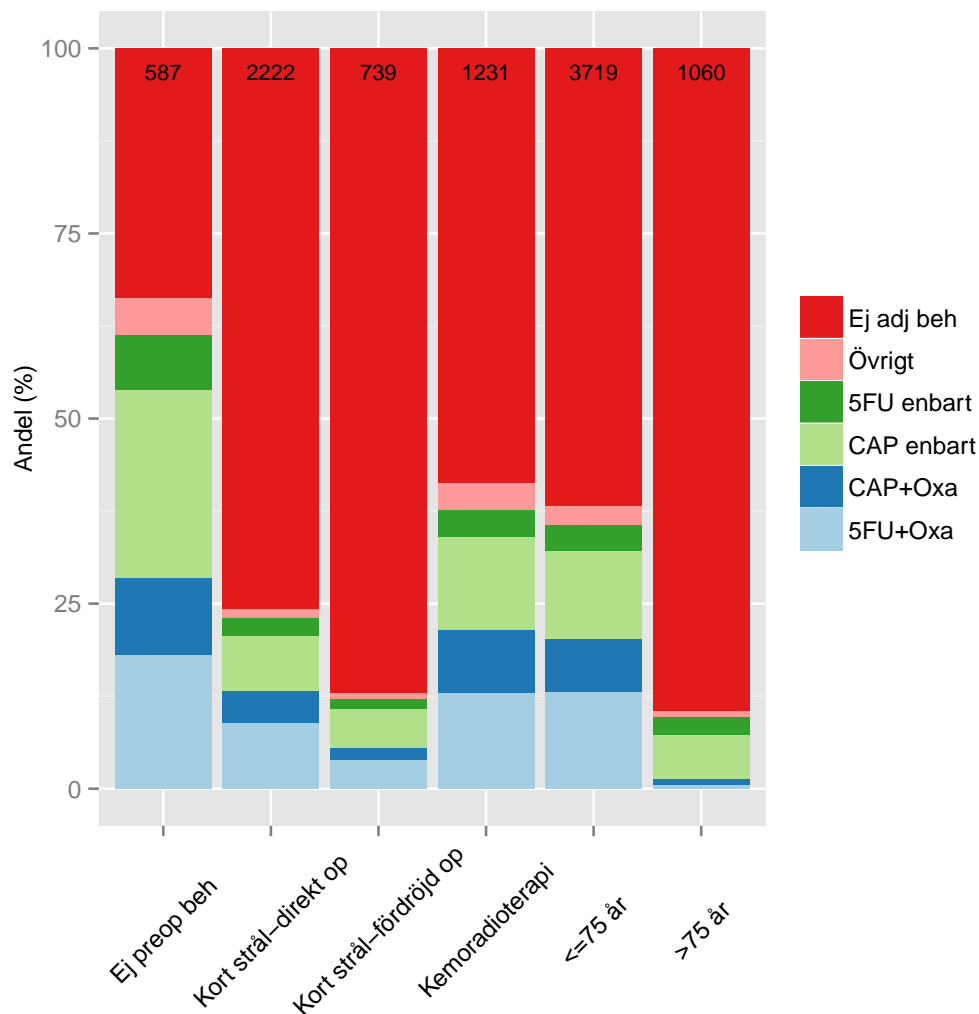


Figur 34. Andel av patienterna som startat adjutant cytostatika, rektalcancer, stadium II, 2009-2013



Figur 35. Andel av patienterna som startat adjuvant cytostatika, rektalcancer, stadium III, 2009-2013

Figur 32-35. Andelen patienter som startar adjuvant cytostatisk behandling i koloncancer stadium II/III och rektalcancer stadium II/III varierar påtagligt mellan sjukhusen.



Figur 36. Adjuvant behandling, rektalcancer, 2009-2013 beroende på om patient fått preoperativ strålbehandling eller inte och ålder.

Figur 36. Vid rektalcancer oberoende av ålder och stadium är andelen som fått adjuvant cytotatika betydligt högre om preoperativ behandling inte givits. Fler patienter har också fått adjuvant cytotatika om den preoperativa behandlingen varit kemoradioterapi än kort strålbehandling, framför allt om kirurgin varit fördröjd. Få individer över 75 år har fått adjuvant cytotatika vid rektalcancer. Evidensen för tillräcklig effekt av adjuvant cytotatika är betydligt lägre vid rektalcancer än vid koloncancer. Måttlig evidens finns för adjuvant cytotatika om patienten inte tidigare strålbehandlats, vilket oftast är fallet vid höga tumörer (se figur 7). Evidens för adjuvant cytotatika efter preoperativ kemoradioterapi är mycket låg, och omdiskuterad. En förhållandevis hög andel av dessa patienter får i Sverige adjuvant cytotatika. Äldre patienter med rektalcancer får adjuvant cytotatika betydligt mindre ofta än yngre.

Tabell 2. Tid från operation till start av adjuvant behandling, koloncancer, 2013

	<42 dagar	42-55 dagar	56-83 dagar	>= 84 dagar	Totalt
Stockholm/Gotland	20 (14)	98 (68)	22 (15)	5 (3)	145
Uppsala/Örebro	59 (31)	83 (44)	42 (22)	6 (3)	190
Sydöstra	13 (25)	22 (43)	16 (31)	0 (0)	51
Södra	32 (21)	70 (47)	40 (27)	7 (5)	149
Västra	20 (13)	77 (51)	47 (31)	8 (5)	152
Norra	20 (27)	33 (44)	20 (27)	2 (3)	75
Totalt	164 (22)	383 (50)	187 (25)	28 (4)	762

Tabell 3. Tid från operation till start av adjuvant behandling, koloncancer, 2009-2013

	<42 dagar	42-55 dagar	56-83 dagar	>= 84 dagar	Totalt
Stockholm/Gotland	98 (13)	472 (62)	165 (22)	27 (4)	762
Uppsala/Örebro	232 (23)	489 (48)	247 (24)	44 (4)	1012
Sydöstra	36 (9)	166 (41)	169 (42)	30 (7)	401
Södra	114 (15)	358 (46)	268 (35)	34 (4)	774
Västra	92 (12)	312 (42)	274 (37)	70 (9)	748
Norra	95 (24)	176 (44)	101 (25)	26 (7)	398
Totalt	667 (16)	1973 (48)	1224 (30)	231 (6)	4095

Tabell 4. Tid från operation till start av adjuvant behandling, rektalcancer, 2013

	<42 dagar	42-55 dagar	56-83 dagar	>= 84 dagar	Totalt
Stockholm/Gotland	15 (27)	28 (50)	12 (21)	1 (2)	56
Uppsala/Örebro	31 (34)	39 (42)	18 (20)	4 (4)	92
Sydöstra	1 (5)	9 (43)	11 (52)	0 (0)	21
Södra	6 (11)	28 (51)	18 (33)	3 (5)	55
Västra	4 (6)	44 (61)	19 (26)	5 (7)	72
Norra	10 (29)	15 (44)	8 (24)	1 (3)	34
Totalt	67 (20)	163 (49)	86 (26)	14 (4)	330

Tabell 5. Tid från operation till start av adjuvant behandling, rektalcancer, 2009-2013

	<42 dagar	42-55 dagar	56-83 dagar	>= 84 dagar	Totalt
Stockholm/Gotland	35 (14)	148 (59)	53 (21)	13 (5)	249
Uppsala/Örebro	90 (25)	146 (41)	106 (29)	18 (5)	360
Sydöstra	8 (5)	73 (45)	74 (46)	7 (4)	162
Södra	24 (9)	127 (48)	100 (37)	16 (6)	267
Västra	29 (8)	147 (41)	151 (42)	35 (10)	362
Norra	37 (22)	78 (46)	45 (27)	8 (5)	168
Totalt	223 (14)	719 (46)	529 (34)	97 (6)	1568

Tabell 2-5. Adjuvant behandling bör i princip kunna starta så fort patienten hämtat sig från det kirurgiska ingreppet, vilket oftast tar minst 3-4 veckor men som kan bli längre om komplikationer inträffat. Det finns ingen fastställd övre tidsgräns för när start av adjuvant behandling inte längre är tillräckligt effektiv. I Socialstyrelsens riktlinjer anges att behandlingen hos majoriteten individer bör starta inom 8 veckor och inte senare än 12 veckor. Även om andelen som startat efter 56 dagar (8 veckor) är något lägre för 2013 än för hela tidsperioden från 2009, finns det ett påtagligt förbättringsarbete i samtliga regioner.

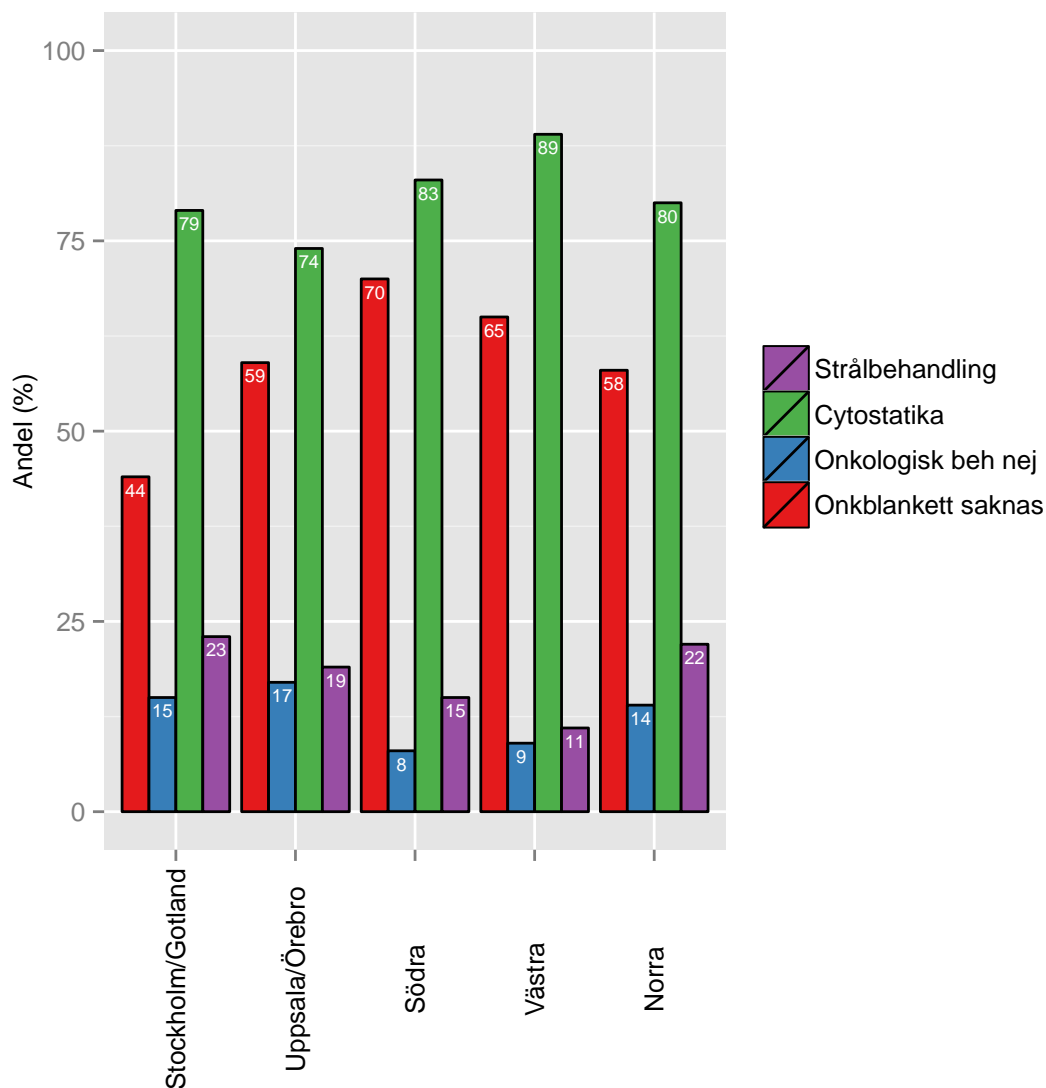
4 Generaliserad onkologisk behandling

Tabell 6. Antal inrapporterade samt täckningsgrad, generaliserade blanketten, 2011-2013

	2011	2012	2013
Stockholm/Gotland	30 (32)	75 (73)	99 (87)
Uppsala/Örebro	129 (84)	173 (88)	100 (62)
Sydöstra	26 (76)	22 (52)	2 (5)
Södra	1 (1)	16 (13)	79 (77)
Västra	0 (0)	1 (1)	55 (65)
Norra	4 (5)	15 (26)	52 (68)
Totalt	190 (32)	302 (49)	387 (67)

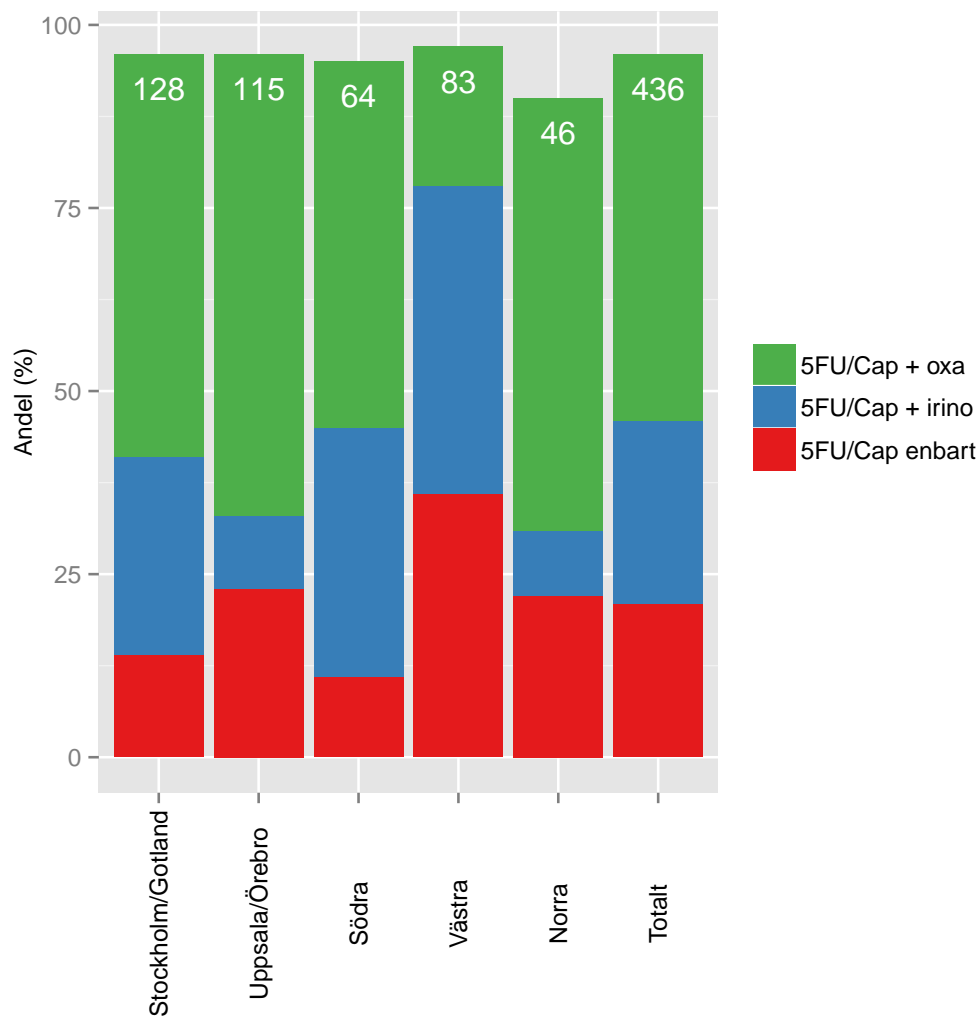
Täckningsgraden baseras på de som har palliativ behandling planerad=ja vid primärdiagnostillfället

Tabell 6. Täckningsgraden är ofullständig och har varierat mellan regionerna de tre senaste åren och därför är uppgifterna inte ännu säkert representativa för hela gruppen patienter med generaliserad cancer. Täckningsgraden är också osäker då generalisering inte enbart förekommer vid diagnos (synkron metastasering) utan också inträffar senare i förloppet (metakron metastasering) där registreringen säkert inte är lika komplett som primärt.



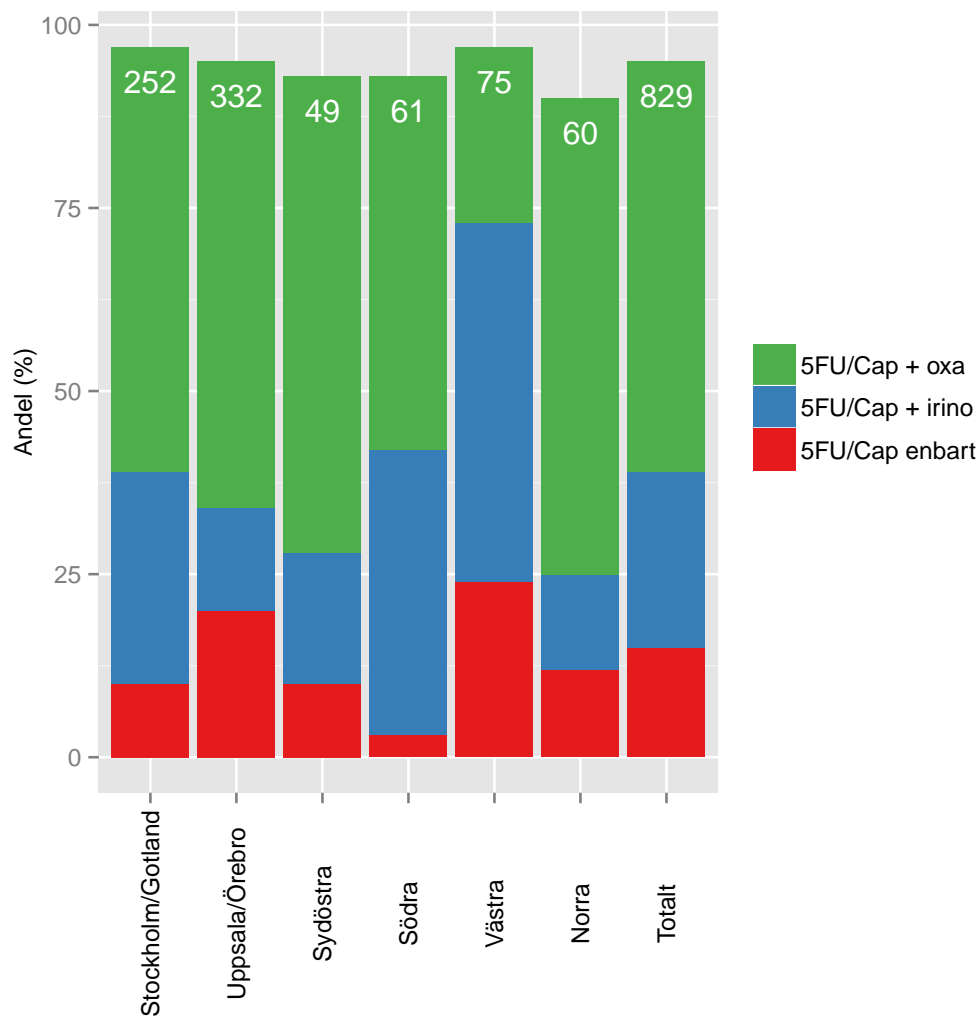
Figur 37. Onkologblankett saknas och onkologisk behandling, cM1, 2013

Figur 37. På patienter med generaliserad sjukdom vid primärdiagnostillfället för 2013 i de regioner där rimligt antal patienter inkluderats. Bortfallet är som framgår ändå ganska stort i de regioner som medtagits. Hos de individer där det finns onkologblankett framgår att en liten andel (10-15%) patienter har inte fått någon onkologisk behandling, majoriteten (75-90%) har cytostatikabehandlats och en mindre andel (10-20%) har någon gång fått strålbehandling. Några stora regionala skillnader förefaller inte finnas.



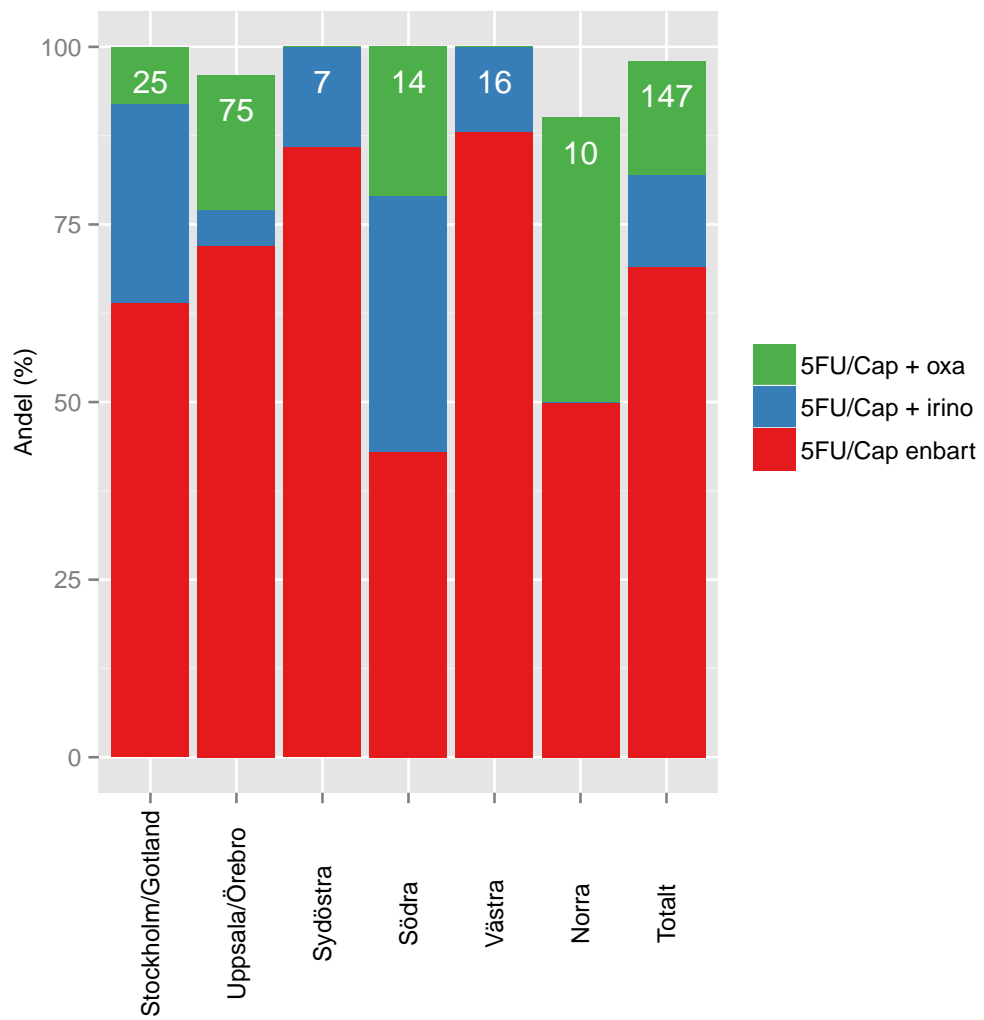
Figur 38. Kemoterapi i första linjen, 2013

Figur 38. Hos patienter som under 2013 startat cytostatika vid metastaserad sjukdom (synkron och metakron) har andelarna som fått 5FU/capecitabin enbart, 5FU/capecitabin med irinotekan eller oxaliplatin varierat påtagligt mellan regionerna. Totalt sett har 21% fått singelpreparat, 25% en irinotekankombination och 50% en oxaliplatinkombination. Antalet fall per region och totalt framgår.

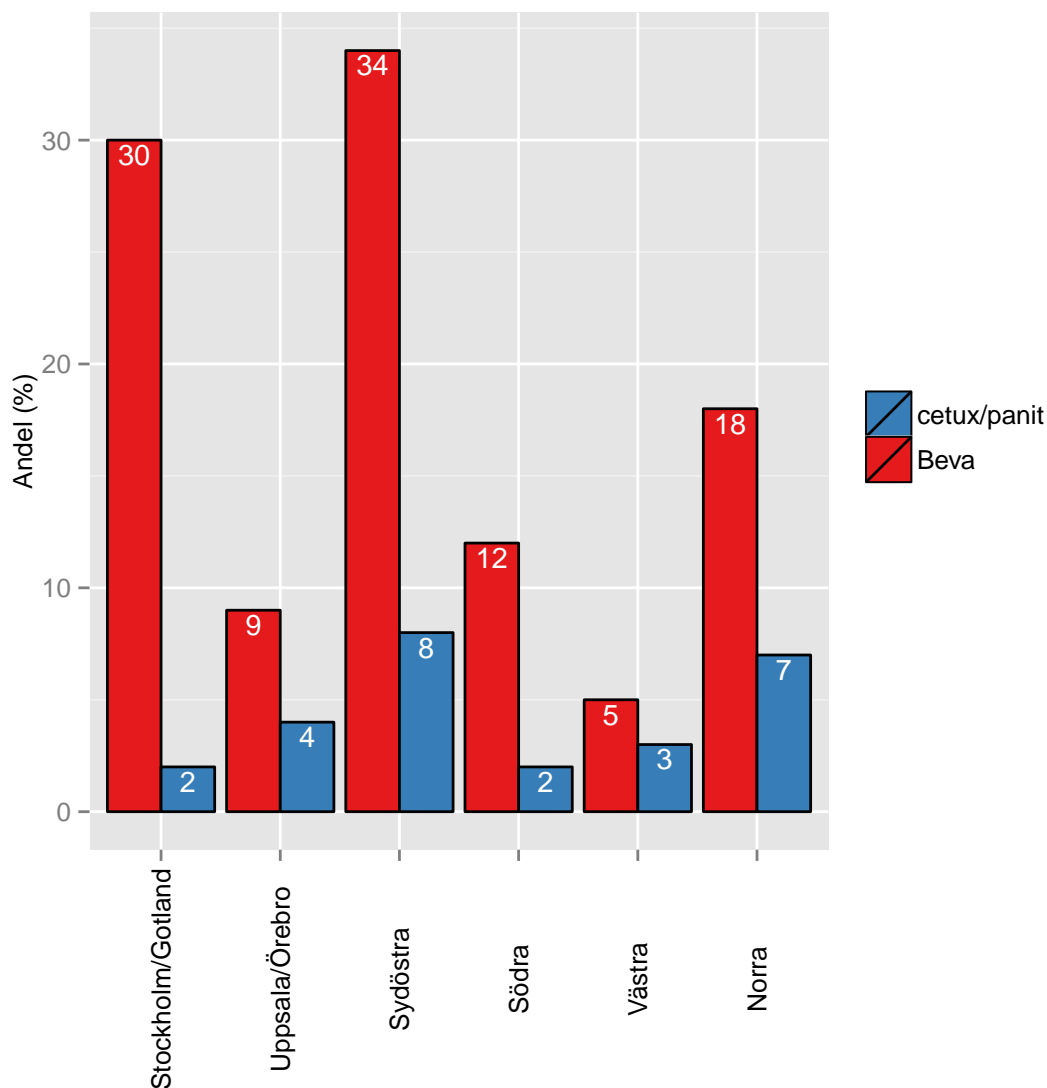


Figur 39. Kemoterapi i första linjen, ≤ 75 år, 2011-2013

Figur 39-40. Individer under 75 år har i större utsträckning fått kombinationscytostatika, oftast med oxaliplatin, än äldre individer, vilket inte är förvånande då kombinationscytostatika ger betydligt mer biverkningar än singelpreparat 5FU eller capecitabin. Överst i varje stapel anges det antalet fall där det finns ifylld blankett att cytostatika startats 2011-2013. Att antalet fall varierar kraftigt mellan regionerna beror på helt olika täckningsgrad och inte att andelen som behandlats varierar. Observera att antalet fall med uppgift hos äldre individer är mycket begränsat i alla regioner utom en.

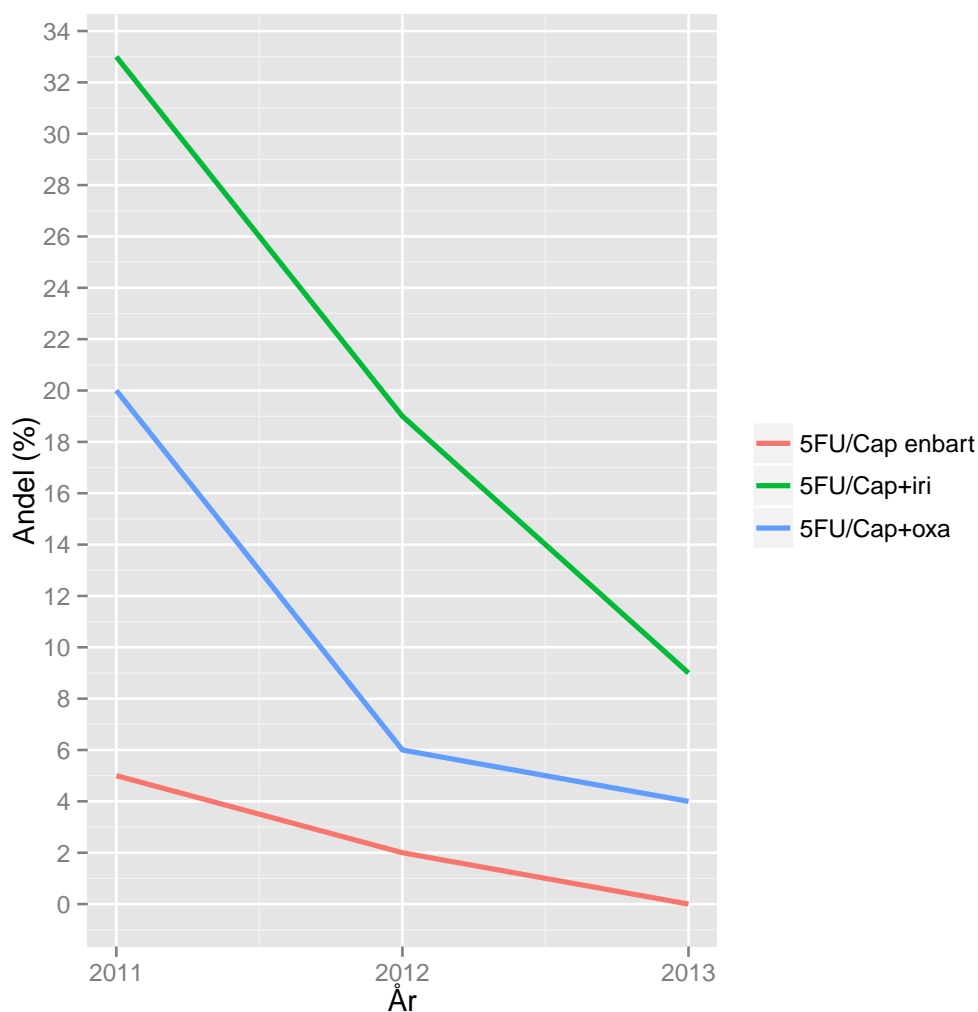


Figur 40. Kemoterapi i första linjen, >75 år, 2011-2013



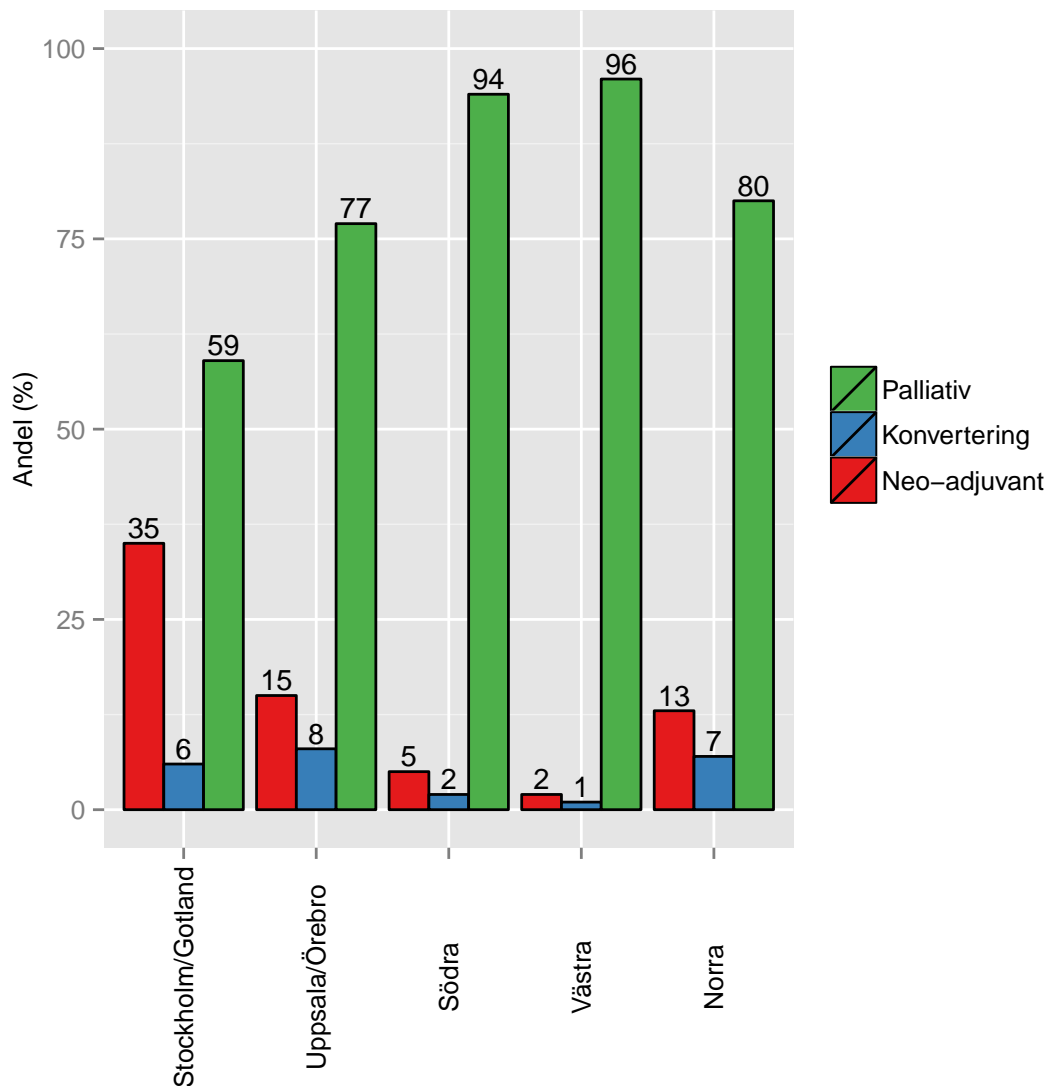
Figur 41. Andel med tillägg antikropp, första behlinjen, uppdelat på region, 2011-2013

Figur 41. Den andel patienter som får antikropp med bevacizumab och cetuximab/panitumumab varierar påtagligt mellan regionerna under de senaste tre åren. Andelen patienter som får antikropp i första behandlingslinjen är som minst i kombination med 5FU/capecitabin enbart (bevacizumab hos 0-8% i regionerna, cetuximab/panitumumab har inte alls givits och rekommenderas heller inte) och som högst i kombination med en irinotekan-innehållande kombination (bevacizumab 3-39%, EGFR-hämmare 2-21%). EGFR-hämmande antikropp har knappast givits i kombination med oxaliplatin (0-6%). Med en oxaliplatinkombination gavs bevacizumab hos 9-30%. Uppenbarligen föreligger det skillnader mellan regionerna, men antalet fall är begränsat och bortfallet stort.



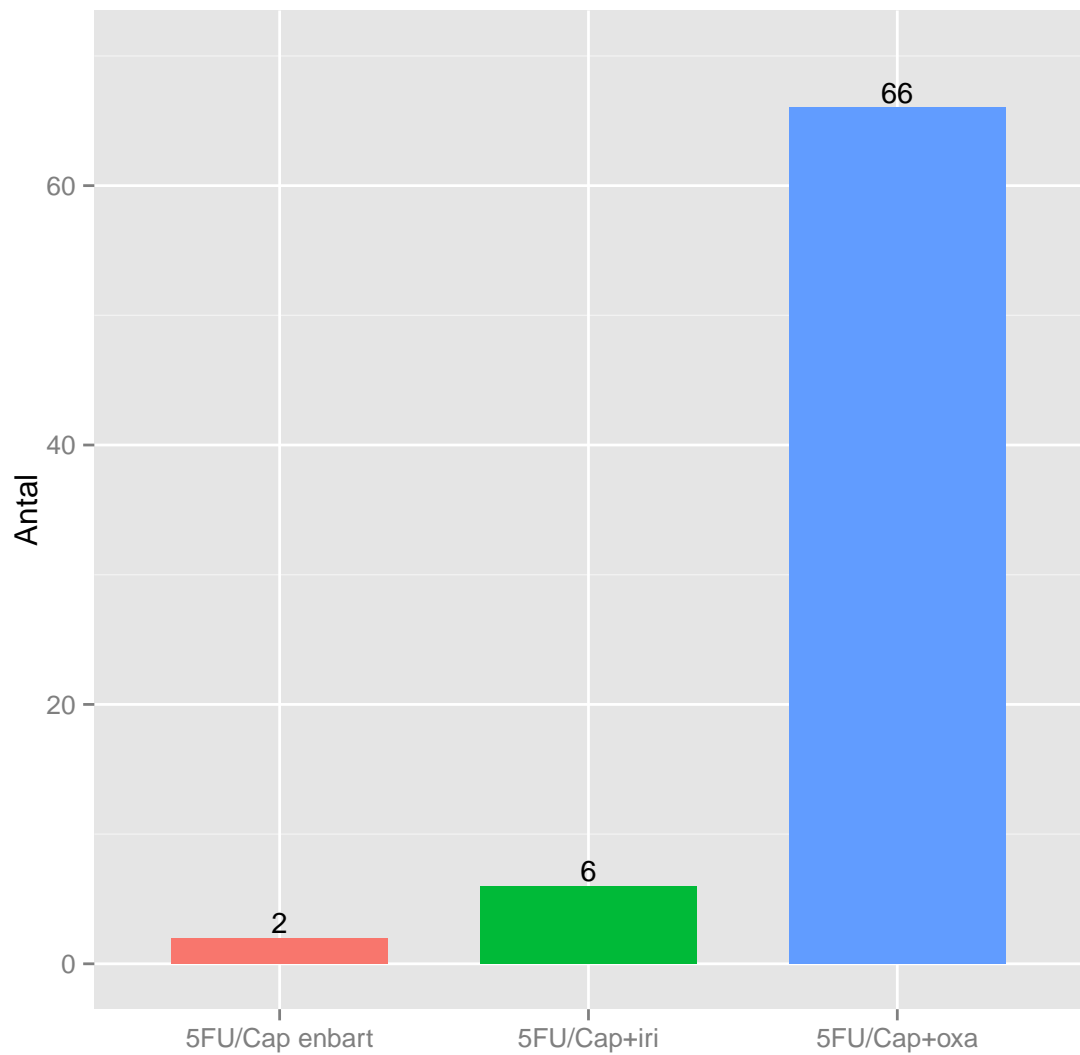
Figur 42. Andel bevacizumab, kemoterapi i första linjen, Uppsala/Örebro, 2011-2013

Figur 42. Andelen patienter som i första linjen fått tillägg av bevacizumab har i Uppsala/Örebroregionen, den enda region med rimligt god täckning samtliga tre år, sjunkit från 2011 till 2013. Användningen är högst i kombination med irinotekan och lägst om 5FU/capecitabin givits enbart. Det går inte att dra för långtgående slutsatser av figuren med hänsyn till att täckningsgraden inte är god. Det är dock förvånande att andelen i kombination med 5FU/capecitabin enbart är så låg då randomiserade studier, också specifikt till äldre och sjukare individer visat en överlevnadsvinst. EGFR-hämmare har använts i begränsad utsträckning och huvudsakligen enbart i kombination med 5FU/capecitabin + irinotekan (cirka 12-15%), vilket utgör ett förstahandsalternativ i konverteringssituationen vid RAS vildtyp-tumör.



Figur 43. Behandlingens syfte, kemoterapi i första linjens behandling, uppdelat på region, 2013

Figur 43. Den huvudsakliga anledningen till första linjens behandling är i samtliga regioner i palliativt syfte. Få individer har fått behandling i konverteringssyfte eller neo-adjutant, även om Stockholm/Gotland-regionen har en förhållandevis hög andel. Med hänsyn till begränsad täckningsgrad och att uppgiften kanske inte fyllts i konsekvent, är resultaten mycket osäkra.



Figur 44. Antal neo-adjuvant cyt, första behlinjen, 2013

Figur 44. Som neo-adjuvantbehandling har i enlighet med riktlinjerna huvudsakligen en oxaliplatinkombination givits. I konverteringssituationen (n=29) har också oftast en oxaliplatinkombination (n=17 varav i 4 fall med antikropp) använts (irinotekankombination, n=9 varav 3 med antikropp). En trippelkombination har använts till 2 patienter.

Tabell 7. Konvertering, första behlinjen, 2013

	Konvertering
5FU/Cap enbart	1 (4)
5FU/Cap+pani	0 (0)
5FU/Cap+cetux	0 (0)
5FU/Cap+beva	0 (0)
5FU/Cap+oxa	13 (57)
5FU/Cap+oxa+beva	3 (13)
5FU/Cap+oxa+pani	0 (0)
5FU/Cap+oxa+cetux	1 (4)
5FU/Cap+iri	6 (26)
5FU/Cap+iri+beva	1 (4)
5FU/Cap+iri+pani	0 (0)
5FU/Cap+iri+cetux	2 (9)
5FU/Cap+oxa+iri+beva	0 (0)
5FU/Cap+oxa+iri+pani	0 (0)
5FU/Cap+oxa+iri+cetux	0 (0)

Tabell 7. Som konverteringsbehandling är en oxaliplatinkombination enbart vanligast, färre har fått en irinotekankombination, några enstaka oxaliplatin med bevacizumab och sammanlagt tre individer kombinationscytostatika med EGFR-hämmare. Få individer men ändå intressant.

Tabell 8. Palliativ intention, första behlinjen, 2013

	Sthlm/Gotland	Uppsala/Örebro	Södra	Västra	Norra	Totalt
5FU/Cap enbart	15 (20)	27 (30)	7 (12)	30 (38)	10 (27)	89 (26)
5FU/Cap+panit/cetux	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
5FU/Cap+beva	1 (1)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (3)	2 (1)
5FU/Cap+oxa	28 (37)	48 (54)	31 (52)	14 (18)	20 (54)	141 (41)
5FU/Cap+oxa+beva	13 (17)	3 (3)	3 (5)	3 (4)	1 (3)	23 (7)
5FU/Cap+oxa+panit/cetux	0 (0)	1 (1)	0 (0)	0 (0)	1 (3)	2 (1)
5FU/Cap+iri	29 (39)	10 (11)	20 (33)	34 (42)	3 (8)	96 (28)
5FU/Cap+iri+beva	9 (12)	1 (1)	4 (7)	0 (0)	2 (5)	16 (5)
5FU/Cap+iri+panit/cetux	0 (0)	0 (0)	0 (0)	2 (2)	0 (0)	2 (1)
5FU/Cap+oxa+iri	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)

Tabell 8. Många olika behandlingsalternativ är möjliga i första behandlingslinjen vid metastaserad kolorektalcancer. Samtliga kombinationer har också använts utom 5FU/capecitabin enbart med en EGFR-hämmare och trippelkombinationen, vilka heller inte rekommenderas om intentionen är palliativ. Variationen mellan regionerna är inte anmärkningsvärd.

Tabell 9. 2:a och 3:e linjens kemoterapi, 2013

	2:a linjen	3:e linjen
Stockholm/Gotland	36 (15)	11 (5)
Uppsala/Örebro	21 (12)	8 (4)
Södra	11 (10)	2 (2)
Västra	7 (7)	1 (1)
Norra	10 (14)	2 (3)
Totalt	85 (12)	24 (3)

Tabell 9. Ger en bild av hur många som registrerats med sådan behandling med start 2013. Några övriga slutsatser kan knappast dras med hänsyn till bristande täckningsgrad.

Tabell 10. Antikropp i 2:a och 3:e linjens behandling, 2013

	2:a linjen	3:e linjen
5FU/Cap enbart		
Beva	1 (9)	1 (25)
Cetux/Panit	0 (0)	0 (0)
5FU/Cap+iri		
Beva	13 (39)	0 (0)
Cetux/Panit	6 (23)	0 (0)
5FU/Cap+oxa		
Beva	4 (18)	2 (50)
Cetux/Panit	1 (5)	0 (0)
Enbart EGFR		
	0 (0)	3 (12)
iri+EGFR		
	4 (5)	3 (12)

Tabell 10. I andra och tredje linjen har enstaka individer fått tillägg av bevacizumab och några få cetuximab eller panitumumab. Enbart EGFR-hämmare eller irinotecan med EGFR-hämmare vilka båda är referensbehandlingar har också givits till få individer.

Tabell 11. Död inom 60 dagar från start av kemoterapi, uppdelat på behandlingslinje och region, 2013

	1:a linjen	2:a linjen	3:e linjen
Stockholm/Gotland	10 (8)	4 (11)	1 (9)
Uppsala/Örebro	5 (4)	1 (5)	2 (25)
Södra	6 (9)	1 (9)	0 (0)
Västra	10 (12)	1 (14)	1 (100)
Norra	4 (9)	1 (10)	0 (0)

Tabell 11. Död inom 60 dagar från start av kemoterapi är en kvalitetsindikator. Självklart ska dödsfall orsakade av behandlingen vara så låg som möjligt eller nära noll samtidigt som den andel som dör inom 60 dagar på grund av tumörprogress inte bör vara för låg då man eljest kan misstänka att man är alldeles för restriktiv med att starta palliativ cytostatisk behandling. Antalet individer är för få men det förefaller som om runt 10% av individerna dör inom 60 dagar. Hade patienterna inkluderats i studier hade den siffran varit för hög (högst 4-5%), men i rutinsjukvård är den kanske inte orimligt hög.

Tabell 12. Patientens nytta av behandlingen, uppdelat på region, 2011-2013

	Ja	Nej	Ej bedömbär	Uppgift saknas	Totalt
Stockholm/Gotland	248 (75)	25 (8)	14 (4)	43 (13)	330
Uppsala/Örebro	194 (37)	103 (20)	27 (5)	195 (38)	519
Sydöstra	32 (43)	17 (23)	4 (5)	21 (28)	74
Södra	29 (26)	19 (17)	6 (5)	57 (51)	111
Västra	20 (21)	21 (22)	11 (11)	44 (46)	96
Norra	44 (49)	8 (9)	15 (17)	23 (26)	90
Totalt	567 (46)	193 (16)	77 (6)	383 (31)	1220

Tabell 12. Patientens nytta av behandlingen, även om den som i detta fall är registrerad av behandlande läkare (extraherad från journaluppgifter) är en viktig kvalitetsparameter och har därför införts på blanketten. Som framgår saknas uppgift på många blanketter. Den andel patienter som haft nytta av behandlingen varierar ganska påtagligt mellan regionerna men ändå har fler av de som kunnat bedömas haft nytta av densamma än inte. Trots ofullständigheten i uppgifterna har tabellen tagits med för att betona betydelsen av att nyttan bedöms och att uppgiften fyllts i för kvalitetsgranskning.