

Onkologirapport 2015

från Svenska kolorektalcancerregistret

maj 2017



Regionalt cancercentrum, Norr
Norrlands universitetssjukhus
SE-901 85 UMEÅ

rccnorr@vll.se
ISBN 91-89048-67-9

Innehållsförteckning

1	Inledning	4
2	Förklaringar/Definitioner	6
3	Organisation av styrgrupp	7
3.1	Ledningsgrupp	7
3.2	Kirurgrepresentanter	7
3.3	Onkologrepresentanter	7
3.4	Patologrepresentant	7
3.5	Radiologrepresentanter	7
3.6	Sjuksköterskerepresentant	7
3.7	Seniorrepresentant	7
3.8	Patientrepresentanter	7
3.9	Nationellt stödteam vid Regionalt Cancercentrum norr, Umeå	8
3.10	RCC:s representanter i styrgruppen	8
4	Neo-adjutant/adjutant onkologisk behandling, strålbehandling	9
5	Neo-adjutant/adjutant onkologisk behandling, kemoterapi	21
6	Generaliserad onkologisk behandling	35

1 Inledning

Detta är den tredje rapporten för kolorektalcancer från Svenska Kolorektalcancerregistret där information från de två onkologblanketterna har använts (från och med 2017 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 getts 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.

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. 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. Av den anledningen är onkolograpporten fördröjd ett år jämfört med kirurgblanketten.

Nytt för i år är att data rörande onkologisk behandling enbart redovisas i onkolograpporten och inte som tidigare år då ett flertal tabeller och figurer förekom både i onkolog- och huvudrapporterna, i vissa fall baserade på olika datauttag, vilket kunde leda till olika tolkningar av resultaten.

Kring 2010 introducerades en blankett för generaliserad kolorektal cancer. Blanketten testkördes under några år i ett par regioner. Fr.o.m. 2013 har den använts allmänt i alla regioner. Att redovisa täckningsgraden för denna blankett dock är vanskligt, eftersom det är oklart vad som ska finnas i nämnaren. Därför har vi i denna rapport valt att avstå från att redovisa den. Kopplingarna mellan anmälningsblankett / uppföljningsblankett och "generaliserad-blanketten" har inte fungerat optimalt. Bl.a. har det visat sig att det på en betydande andel av patienter med metakron metastatisk sjukdom aldrig fyllts i någon "generaliserad-blankett" över huvudtaget. Pga denna osäkerhet vad gäller täckningsgrad och bortfall, så måste man också vara försiktig när det gäller tolkning och slutsatser av denna del av rapporten. Förhoppningen är att detta skall bli bättre med det nya fliksystemet där kopplingen mellan blanketterna är tydligare. Dessutom har de två separata onkologi-blanketterna nu ersatts av en blankett, vilket borde minska risken för missförstånd, fr.a. där behandlingsintentionen ((neo-)adjuvant eller palliativ) är oklar.

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. Flera initiativ har tagits under senare år för utveckling av system för direktöverföring av information från patientjournal till kvalitetsregister, men trögheten i denna process är frustrerande. . .

Denna rapport är framtagen av onkologrepresentanterna från Södra, Norra och Stockholm/Gotland i samarbete med Lena Nathanaelsson, David Norman och Erik Lindberg

vid Regionalt Cancercentrum Norr och baseras på datauttag från Svenska kolorektalcancerregistret på INCA-plattformen 2017-01-09.

2 Förklaringar/Definitioner

Diagnos/opår respektive kemostartår: I onkologirapportens avsnitt om behandling vid generaliserad sjukdom anges två olika tidsangivelser. För flertalet uppgifter är rapportåret detsamma som det år då diagnosen eller operationen skedde (diagnos/opår) för att kunna beskriva vad som hänt med individerna diagnosticerade eller opererade ett visst år (opår väljs i första hand och diagnosår i andra hand om opår saknas). För de uppgifter som rör val av läkemedel hänförs uppgifterna i stället till det år läkemedelsbehandlingen startade (kemostartår). Många behandlingar vid metastaserad cancer kan starta många år efter det att primär diagnosen ställdes, antingen pga. att metastaserna diagnosticerades först flera år senare (metakrona) eller pga. att patienten fått behandling i flera omgångar under något eller några års tid. Val av behandling måste betraktas i ljuset av den kunskap som finns då behandlingen startade, inte då primärtumören opererades.

Preoperativt stråldatum: I första hand preoperativt stråldatum från onkologblanketten, i andra hand preoperativt stråldatum från kirurgblanketten (dvs stråldatum från kirurgblanketten när stråldatum saknas på onkologblanketten). Stråldatum på onkologblanketten finns registrerat från och med år 2009 och på kirurgblanketten till och med 2012.

Preoperativ strålbehandling: I första hand är uppgiften om preoperativ strålbehandling, ensamt eller med cytostatika hämtats från onkologblanketten, i andra hand från kirurgblanketten om uppgift saknas på onkologblanketten.

Övriga sjukhus: De sjukhus som opererar färre än tio patienter ingår i gruppen "Övriga".

Stråldos:

Kort stråldos: Dos=5, fraktioner=4-5

Lång stråldos: Dos=1.7-2.3, fraktioner=20-30

Strålgrupper:

Ej preop strål: preop strål=nej och radiokemoterapi=nej

Kort strål: preop strål=ja och kort stråldos

Lång strål enbart: preop strål=ja, lång stråldos, preop cyt=nej/uppgift saknas och radiokemoterapi=nej/uppgift saknas

Radiokemoterapi: radiokemoterapi=ja och preop strål=nej/uppgift saknas

Typ av behandling:

Cyt enbart: preop cyt=ja, radiokemoterapi=nej och preop strål=nej

kort strål + cyt: preop cyt=ja, preop strål=ja och kort stråldos

CRT + cyt: preop cyt=ja, radiokemoterapi=ja, preop strål=nej och tid mellan strål och cyt ska vara minst 7 dagar

M-stadium: I första hand cM, i andra hand pM (dvs pM när cM-uppgift saknas). Men M-stadium är alltid 1 om någon av cM eller pM är 1.

Resecerade fall, kolon: Följande operationstyper ingår; ileocekal resektion, högersidig hemikolektomi, transversumresektion, vänstersidig hemikolektomi, sigmoideumresektion, kolektomi, främre resektion och Hartmann´s operation.

Resecerade fall, rektum: Följande operationstyper ingår; rektumamputation, främre resektion och Hartmann´s operation.

3 Organisation av styrgrupp

3.1 Ledningsgrupp

Ordförande: Ingvar Syk, Ingvar.K.Syk@skane.se

Forskningsansvarig: Anna Martling, anna.martling@ki.se

Forskningsansvarig from 2017: Peter Matthiessen, peter.matthiessen@regionorebrolan.se

Kolon huvudansvar: Annika Sjövall, annika.sjovall@karolinska.se

Kolon huvudansvar from 2017: Håkan Olsson, hakan.olsson@vll.se

Rektum huvudansvar: Bärbel Jung, barbel.jung@regionostergotland.se

3.2 Kirurgrepresentanter

Anna Martling och Annika Sjövall, Stockholm/Gotlandregionen

Peter Matthiessen och Kenneth Smedh, Uppsala/Örebroregionen

Niklas Zar och Bärbel Jung, Sydöstra regionen

Ingvar Syk och Mattias Söderholm, Södra regionen

Dan Asplund och Stefan Skullman, Västra regionen

Christoffer Odensten och Håkan Olsson, Norra regionen

3.3 Onkologrepresentanter

Maria Gustafsson-Liljefors, Stockholm/Gotlandregionen

Peter Nygren, Uppsala/Örebroregionen

Maria Albertsson och Karin Adolfsson (from 2017), Sydöstra regionen

Anders Johnsson, Södra regionen

Susanne Ottosson, Västra regionen

Ingrid Ljuslinder (2016) och Petra Flygare (from 2017), Norra regionen

3.4 Patologrepresentant

Vakant (2016)

From 2017: Richard Palmqvist, Norrlands Universitetssjukhus, Umeå

3.5 Radiologrepresentanter

Lennart Blomqvist, Röntgenkliniken, Karolinska Universitetssjukhuset Solna, Stockholm

Peter Kålebo, Röntgenkliniken, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg

3.6 Sjuksköterskerepresentant

Hanna Rosén, kirurgkliniken, Karolinska Universitetssjukhuset Solna, Stockholm

3.7 Seniorrepresentant

Bengt Glimelius, Uppsala/Örebroregionen

3.8 Patientrepresentanter

Christina Christoffersson, ILCO

From 2017: Maria Boqvist Olsson och Vuokko Elner, ILCO

Fredrik Hopfgarten, Söderhamn, Riksförbundet mag- och tarmsjuka

3.9 Nationellt stödteam vid Regionalt Cancercentrum norr, Umeå

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

Lisa Tykosson, Registerproduktägare, lisa.tykosson@vll.se

Lena Nathanaelsson, Statistiker (kolon), lena.nathanaelsson@vll.se

David Norman, Statistiker (rektum), david.b.norman@vll.se

3.10 RCC:s representanter i styrgruppen

Erik Holmberg, RCC Väst

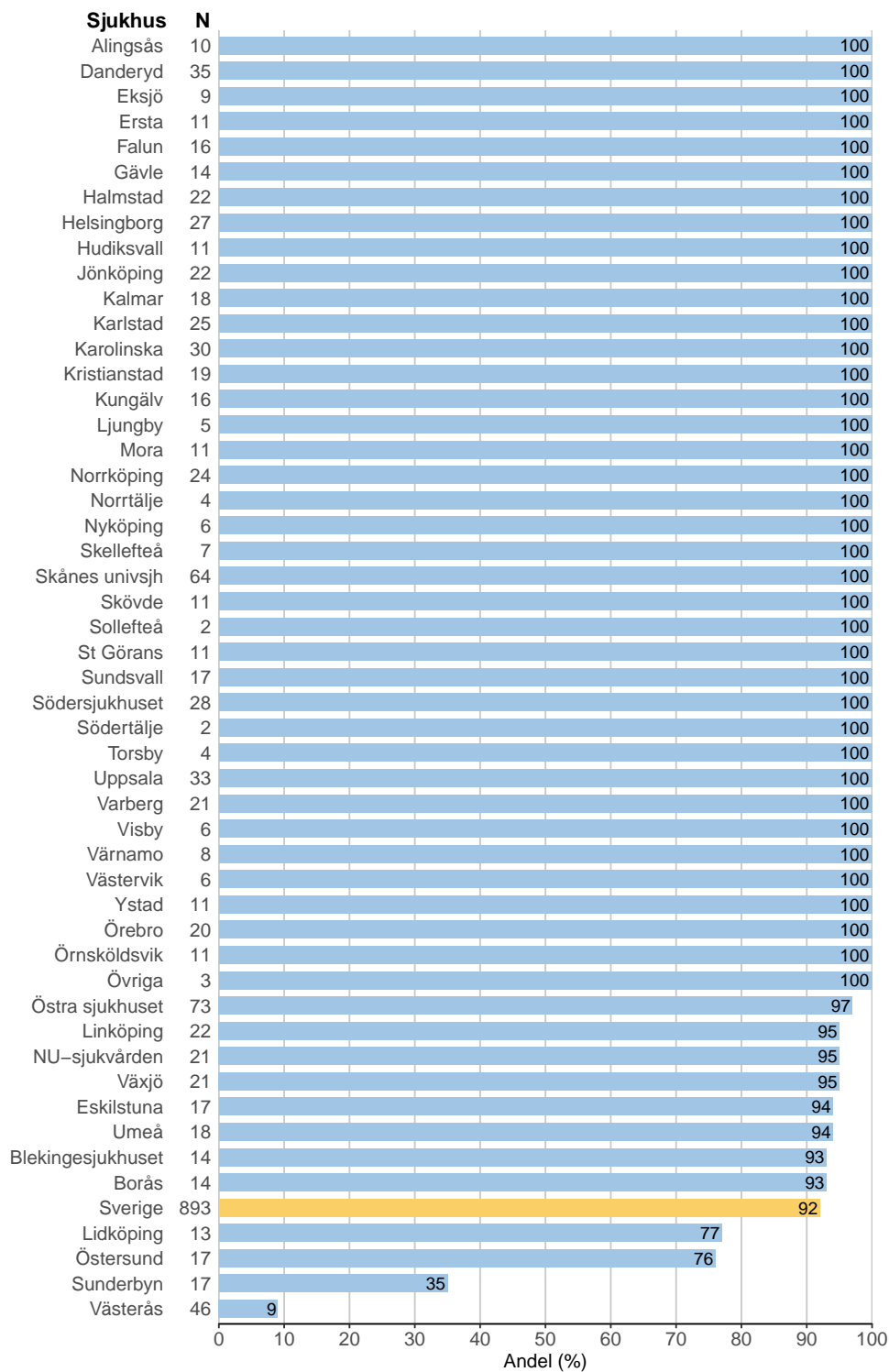
Lena Damber, nationell samordnare, kvalitetsregistren för cancer

4 Neo-adjuvant/adjuvant onkologisk behandling, strålbehandling

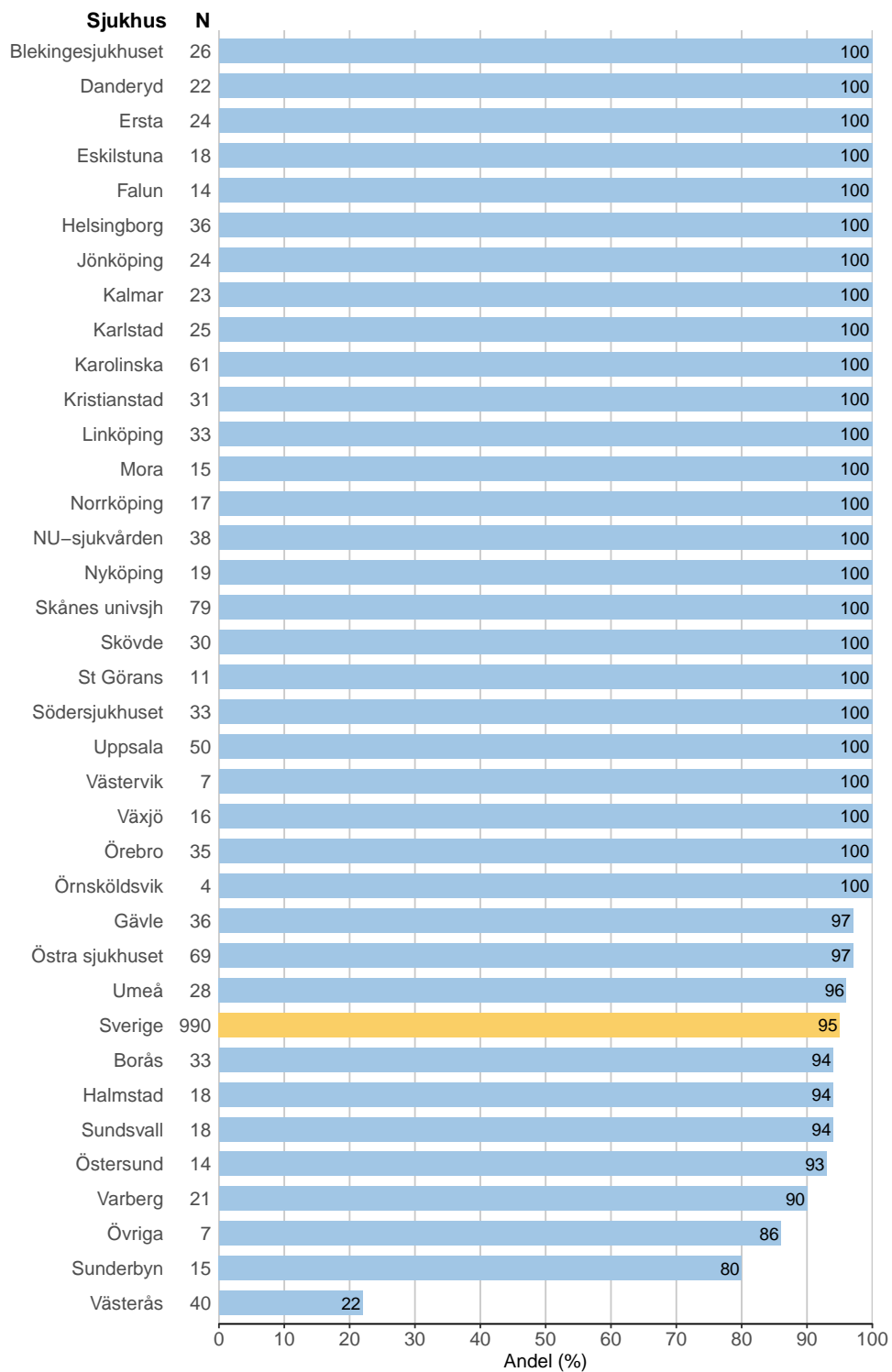
Tabell 4.1. Antal inrapporterade patienter samt täckningsgrad, neoadjuvant/adjuvanta blanketten, 2014-2015

	Kolon		Rektum	
	2014	2015	2014	2015
Stockholm/Gotland	153 (100)	127 (98)	151 (100)	149 (98)
Uppsala/Örebro	227 (100)	166 (80)	224 (99)	221 (87)
Sydöstra	101 (100)	115 (99)	121 (99)	109 (100)
Södra	183 (99)	189 (99)	182 (100)	208 (100)
Västra	156 (95)	190 (95)	171 (91)	192 (96)
Norra	71 (99)	74 (80)	100 (100)	78 (92)
Totalt	891 (99)	861 (92)	949 (98)	957 (95)

Täckningsgraden är i förhållande till antalet patienter som fått preop strålbehandling, preop cytostatika, adjuvant behandling planerad eller ytterligare behandling och förnyad bedömning med kurativ intention planerad. M1 exkluderad.

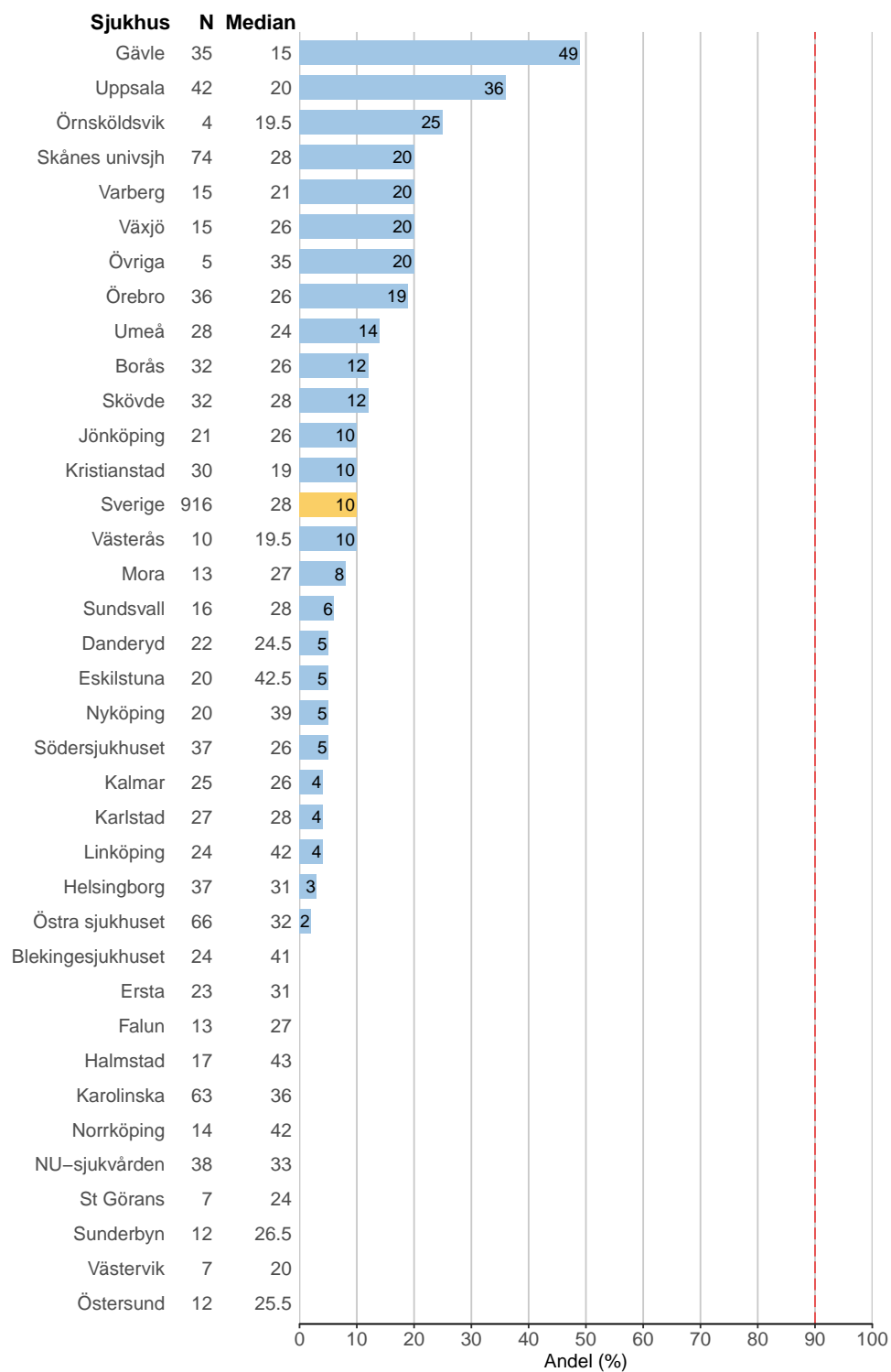


Figur 4.1. Antal inrapporterade patienter med koloncancer samt täckningsgrad, neoadjuvant/adjuvanta blanketten, 2015



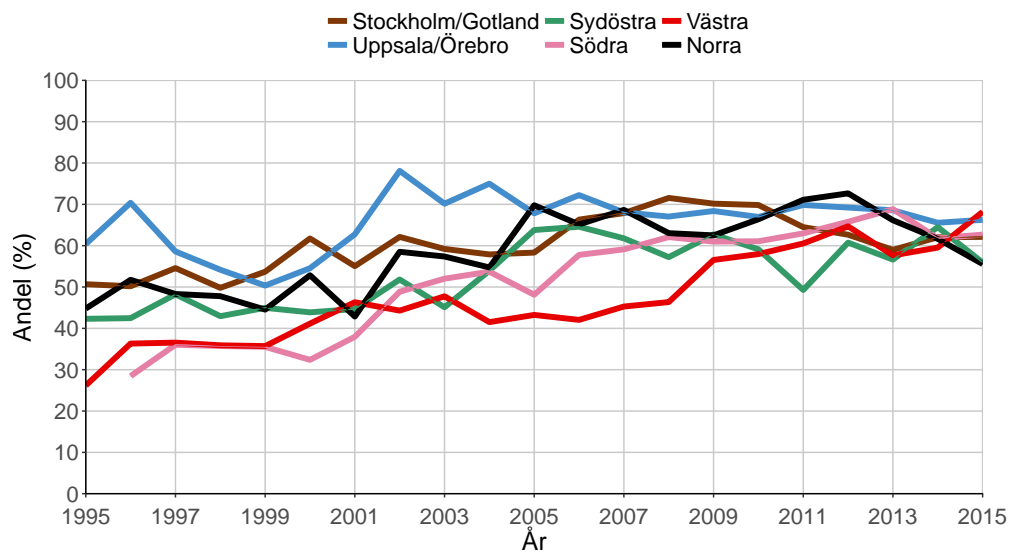
Figur 4.2. Antal inrapporterade patienter med rektalcancer samt täckningsgrad, neoadjuvant/adjuvanta blanketten, 2015

Tabell 4.1 och figur 4.1-4.2. Täckningsgraden är i förhållande till antalet fall där kirurgblanketten angivit att onkologisk behandling givits före eller efter det kirurgiska ingreppet. M1 exkluderad. Täckningsgraden är generellt mycket god, 95% i hela riket och 100% vid 25 av landets 36 onkologenheter.

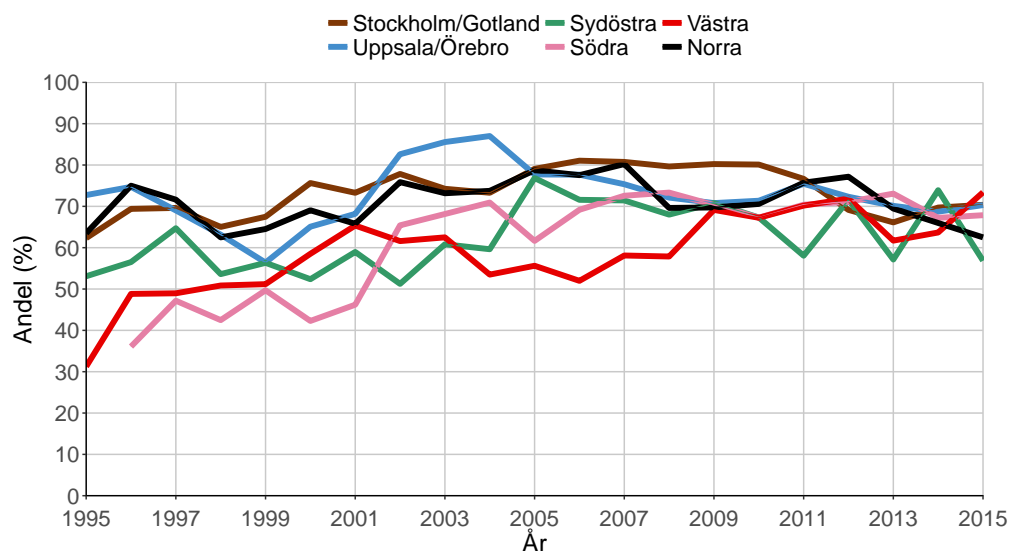


Figur 4.3. Väntetid från preoperativ MDK till start av preoperativ strålbehandling, andel inom två veckor samt mediantid (dagar), 2015 för patienter med rektalcancer. Negativa ledtider samt de som saknar uppgift är exkluderade

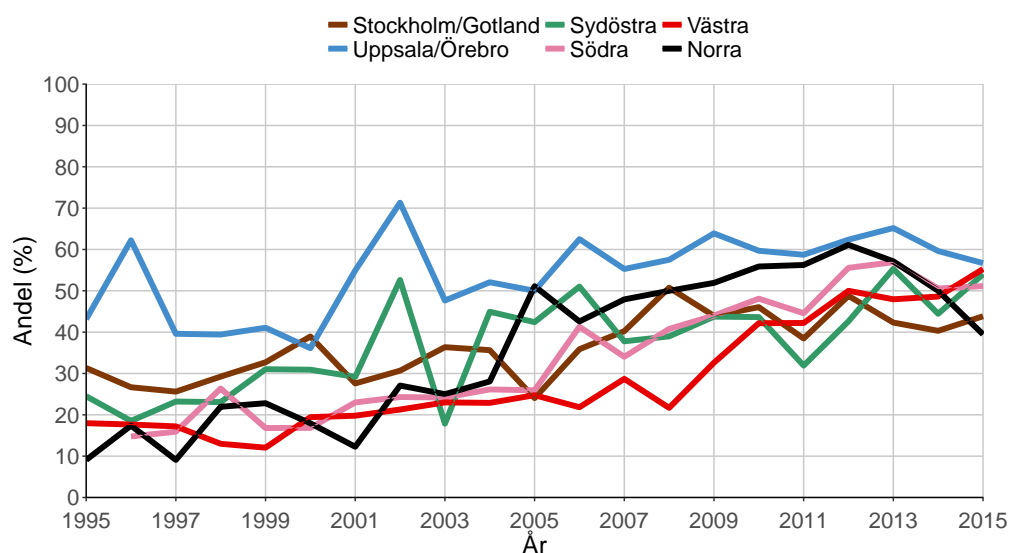
Figur 4.3. Väntetiderna för preoperativ strålbehandling av rektalcancer är fortfarande för långa i hela landet. Ingen klinik är ens i närheten av målvärdet, som innebär att 90% av patienterna startar strålbehandling inom 2 veckor från MDK. På riksnivå kan man dock skönja en tendens till förbättring. Andelen patienter som startade sin strålbehandling ”i tid” ökade från 6.9% till 10% mellan 2014 till 2015. Förhoppningen är dock att vi kommer att se en mer markant förbättring i nästa års rapport, till följd av SVF som implementerades under 2016.



Figur 4.4. Preoperativ strålbehandling för patienter med rektalcancer som opererats med främre resektion, rektumamputations, Hartmann, TEM eller lokal excision, 1995-2015

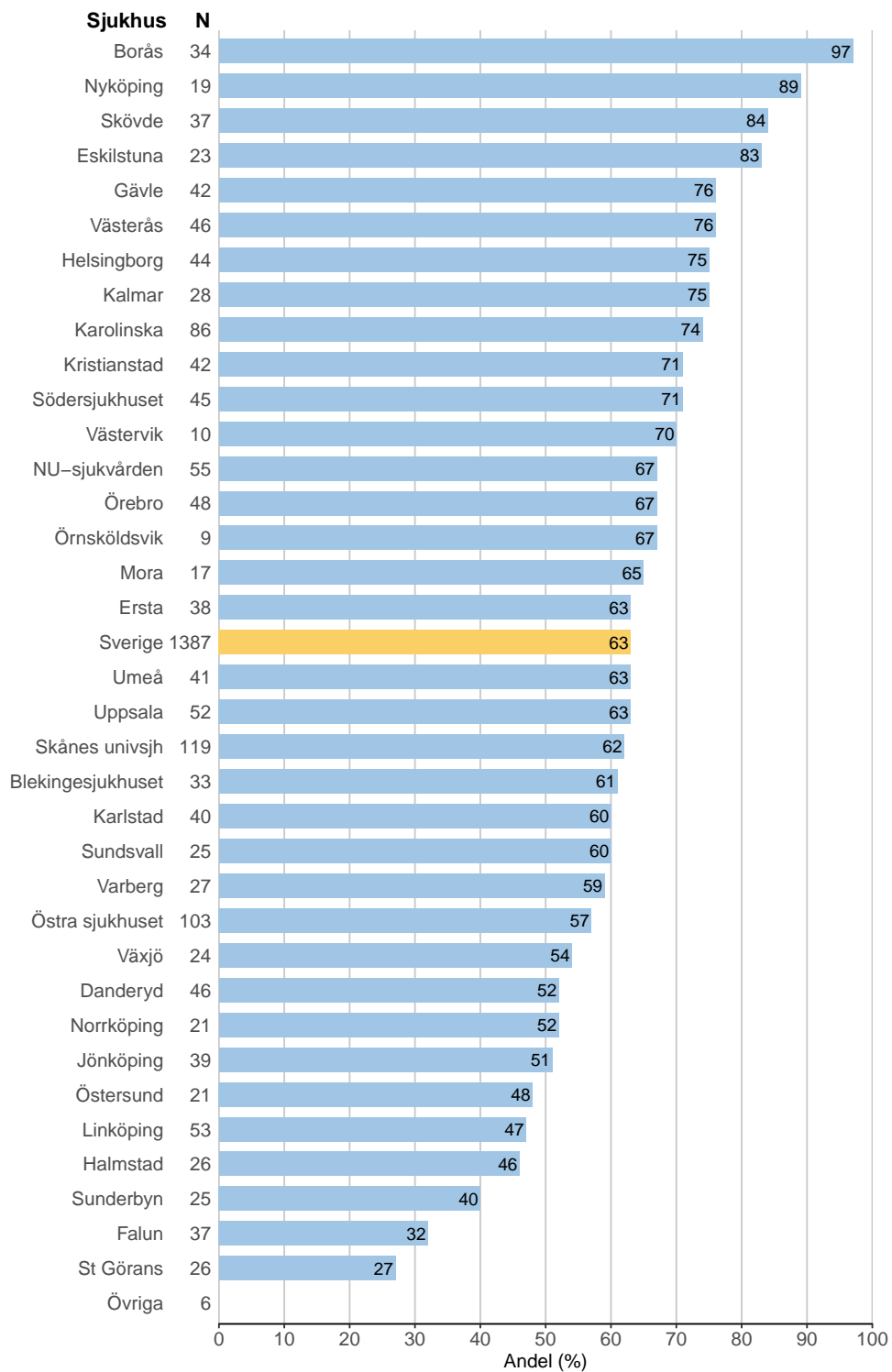


Figur 4.5. Preoperativ strålbehandling för patienter med rektalcancer som opererats med främre resektion, rektumamputation, Hartmann, TEM eller lokal excision, <75 år, 1995-2015



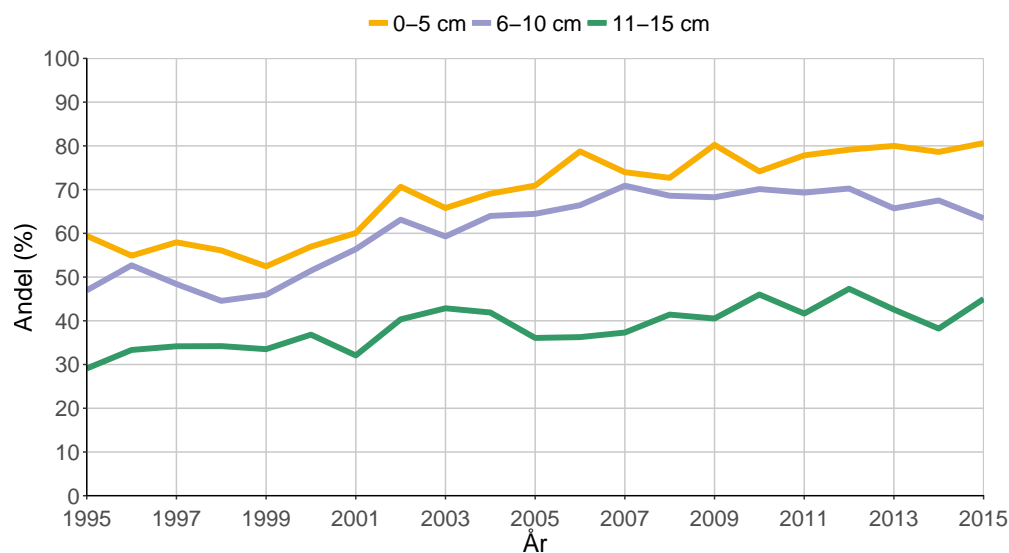
Figur 4.6. Preoperativ strålbehandling för patienter med rektalcancer som opererats med främre resektion, rektumamputation, Hartmann, TEM eller lokal excision, ≥ 75 år, 1995-2015

Figur 4.4-4.6. Figurerna visar att andelen patienter som strålbehandlats, med eller cytostatisk behandling, före operationen och som opererats för en rektalcancer ökade något mellan 1995 och cirka 2005. Därefter har andelen patienter som strålats preoperativt legat tämligen stabilt på drygt 60%. Notabelt är att variationen mellan regionerna var betydligt större på 1990-talet än på senare år, talande för en ökande samsyn i landet vad gäller selektion till preoperativ strålbehandling. Andelen äldre som strålbehandlas varierar dock fortfarande mellan regionerna.



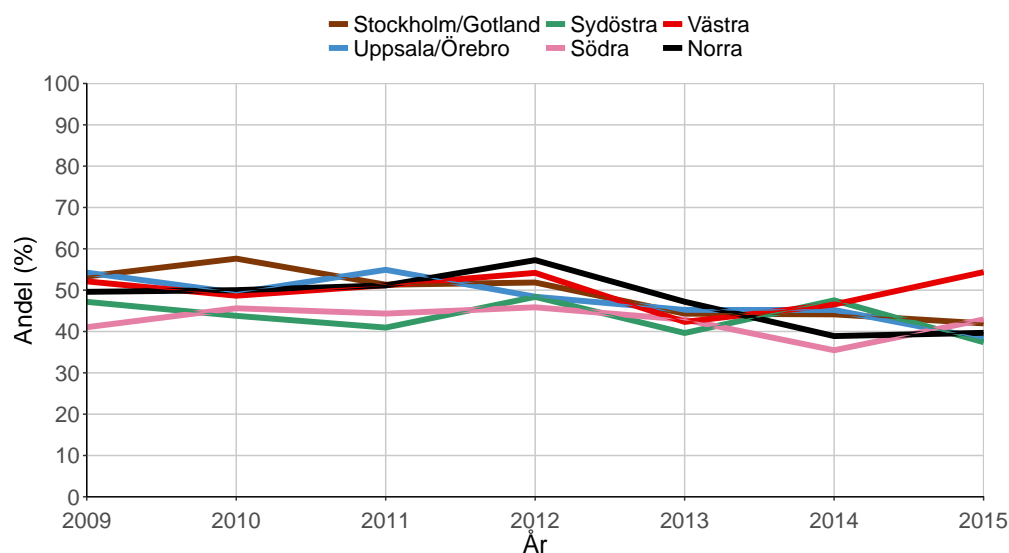
Figur 4.7. Preoperativ strålbehandling för patienter med rektalcancer som opererats med främre resektion, rektumamputation, Hartmann, TEM eller lokal excision, 2015.

Figur 4.7. Den andel patienter som preoperativt strålbehandlats vid rektalcancer varierar kraftigt, från 27% till 97%, vid olika sjukhus i Sverige. Oklart hur mycket av denna variation som beror på skillnader i "case-mix" respektive lokala terapitraditioner.

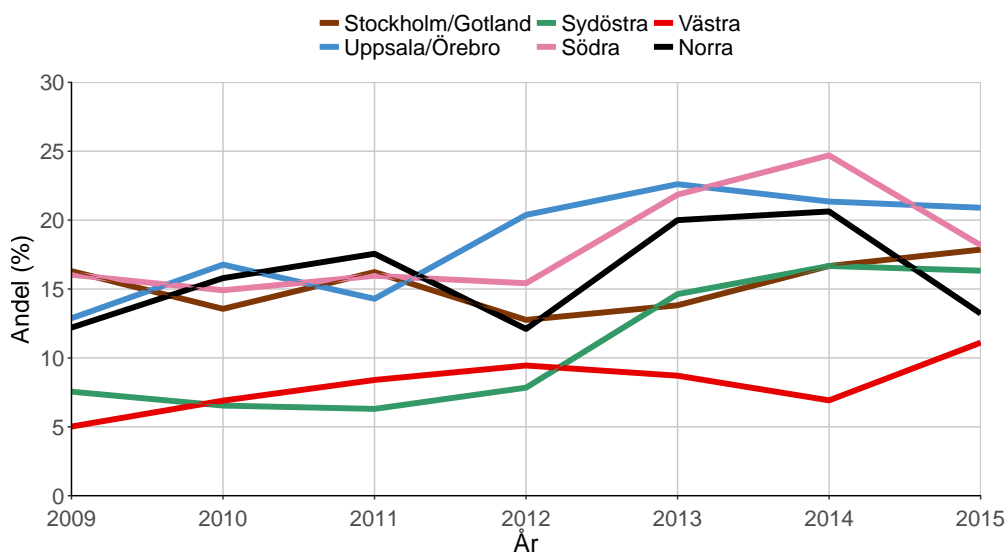


Figur 4.8. Preoperativ strålbehandling för patienter med rektalcancer som opererats med främre resektion, rektumamputation, Hartmann, TEM eller lokal excision, uppdelat på tumörläge, 1995-2015

Figur 4.8. Andelen som fått preoperativ strålbehandling varierar med tumörläge men har med tiden ökat för samtliga nivåer fram till cirka 2007 varefter kurvorna planat ut.

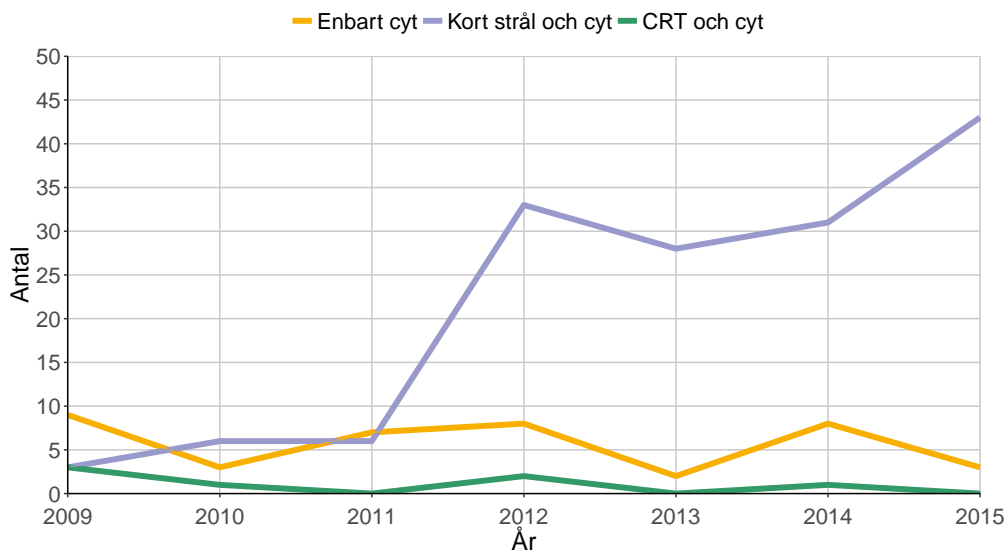


Figur 4.9. Kort preoperativ strålbehandling för patienter med rektalcancer som opererats med främre resektion, rektumamputation eller Hartmann, 2009-2015



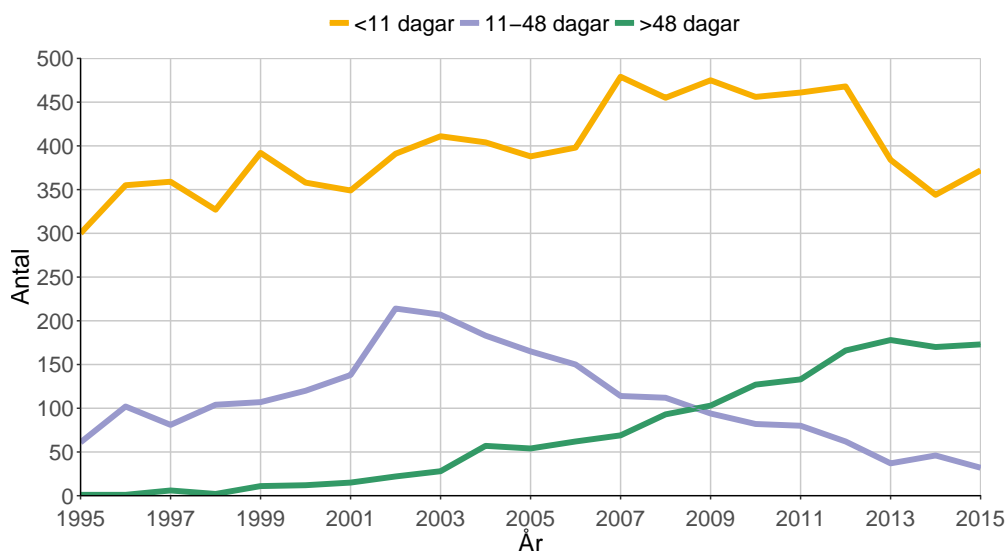
Figur 4.10. Radiokemoterapi för patienter med rektalcancer som opererats med främre resektion, rektumamputation eller Hartmann, 2009-2015

Figur 4.9-4.10. Andelen patienter med rektalcancer som fått kort strålbehandling har legat konstant mellan 40-50% sedan 2009 i samtliga regioner med en lätt nedgång sedan 2012. Andelen som fått kemoradioterapi skiljer sig åt mellan regionerna och man noterar också relativt stora variationer från år till år, vilket kan bero på RAPIDO-studien samt regionala riktlinjer som justerats efter hand.



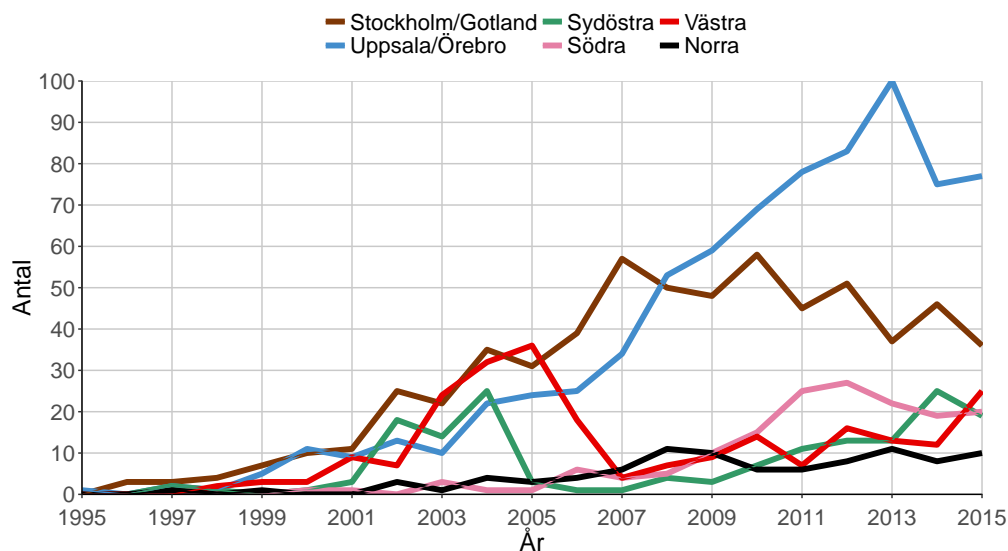
Figur 4.11. Antal patienter med rektalcancer som fått generell cytostatika som preoperativ behandling och som opererats med främre resektion, rektumamputation, Hartmann, TEM, lokal excision eller laparotomi utan resektion, M0, 2009-2015

Figur 4.11. Mycket få fall behandlas med generell cytostatika preoperativt i avsaknad av fjärrmetastasering.

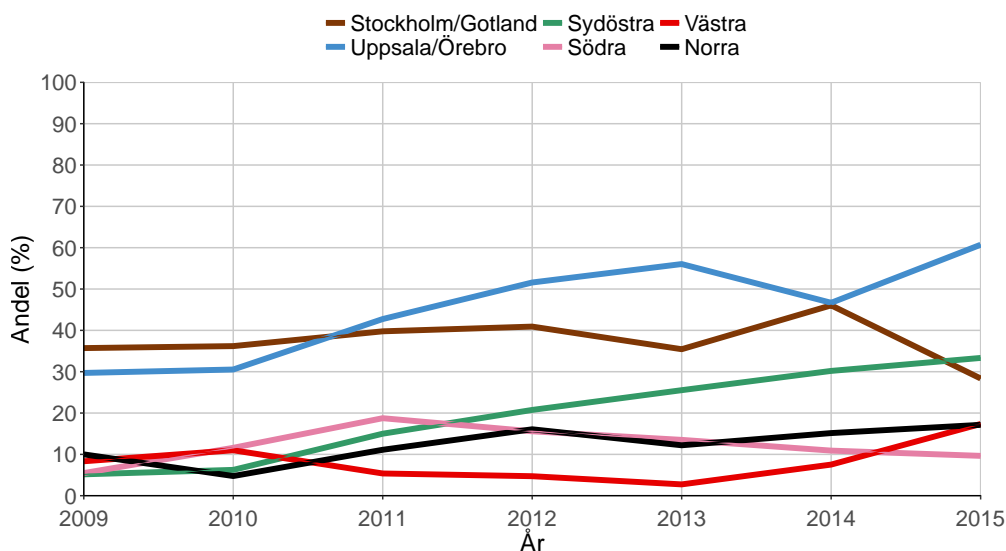


Figur 4.12. Antal patienter med rektalcancer som fått kort stråldos och som opererats med främre resektion, rektumamputation, Hartmann, TEM, lokal excision eller laparotomi utan resektion, uppdelat på kategorier av tid (dagar) från start av preoperativ strålning till operation, 1995-2015.

<11 dagar motsvarar ca 1 v efter avslutad strålbehandling, 11-48 dagar: ca 1-6 v efter avslutad strålbehandling, >48 dagar: ca >6 v efter avslutad strålbehandling.

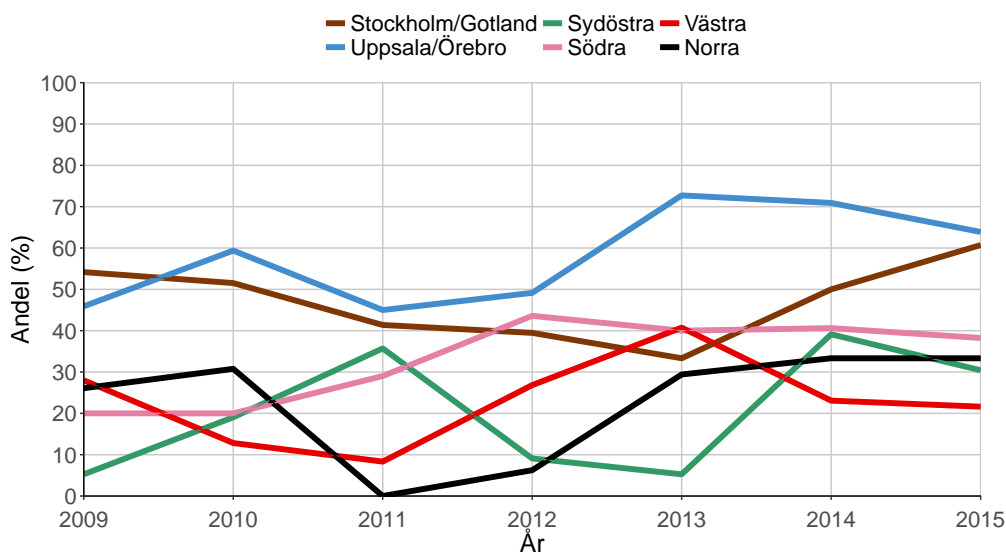


Figur 4.13. Antal patienter med rektalcancer som fått kort stråldos och som opererats med främre resektion, rektumamputation, Hartmann, TEM, lokal excision eller laparotomi utan resektion och där tid från preoperativ strålbehandling till operation är >35 dagar, 1995-2015. >35 dagar motsvarar ca >4v efter avslutad strålning.



Figur 4.14. Fördröjd kirurgi mer än 21 dagar från strålstart för patienter med rektalcancer som fått kort stråldos och opererats med främre resektion, rektumamputation, Hartmann, TEM eller lokal excision, <75 år, 2009-2015.

Mer än 21 dagar från strålstart motsvarar ca >2v.

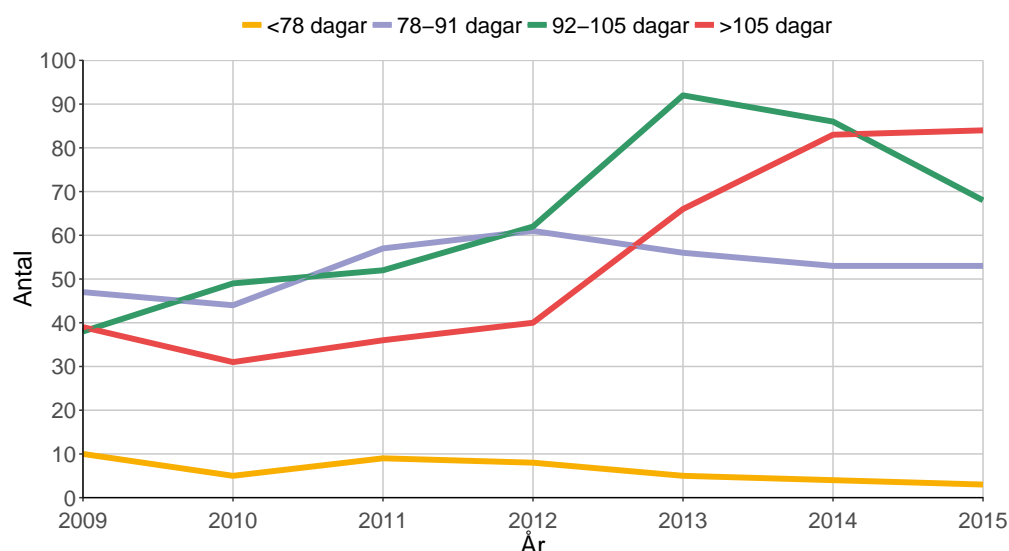


Figur 4.15. Fördröjd kirurgi mer än 21 dagar från strålstart för patienter med rektalcancer som fått kort stråldos och opererats med främre resektion, rektumamputation, Hartmann, TEM eller lokal excision, ≥75 år, 2009-2015.

Mer än 21 dagar från strålstart motsvarar ca >2v.

Figur 4.12-4.15. Flertalet patienter som får kort preoperativ strålbehandling, dvs 5 fraktioner à 5 Gy under en vecka, opereras under veckan därpå, dvs inom 11 dagar från strålstart (4.12). Antalet fall som opererats under intervallet 1-6 veckor efter avslutad strålning har successivt minskat till mycket låga nivåer, vilket är i överensstämmelse med den dokumentation som finns från retrospektiva analyser av de randomiserade studierna. Däremot har andelen som opererats >6v efter avslutad strålbehandling ökat (4.12). Andelen som opereras med fördröjd kirurgi varierar mycket mellan regionerna (4.13), både bland yngre (4.14) och äldre (4.15) patienter.

Andelen med fördröjd kirurgi är betydligt högre i fr.a. Uppsala/Örebro- men även i Stockholm/Gotland -regionerna, sannolikt drivet av Stockholm III-studien, där man fortsatt med fördröjd kirurgi även efter att patientrekryteringen upphörde 2013. Stockholm III-studien har nu rapporterats och visar ingen skillnad i lokalrecidivfrekvens beroende på om operationen gjorts direkt eller fördröjt. Inte heller ses någon överlevnadsskillnad. Däremot sågs en högre andel patologiskt kompletta remissioner samt färre kirurgiska komplikationer efter fördröjd kirurgi, men ingen skillnad sågs i postoperativ död. Några strålrelaterade komplikationer ses inte om kirurgin görs direkt medan drygt 5% av patienterna kräver inläggning på sjukhus veckorna efter strålbehandlingens avslutande om kirurgin fördröjs. En annan potentiell nackdel med fördröjd kirurgi är att det tar längre tid tills en eventuell adjuvant cytostatikabehandling kommer igång. Den tidigare standardbehandlingen för patienter med resektabel tumör och i skick för standardoperation var operation direkt efter kort strålbehandling. F.n. pågår en diskussion i landet ang. vad som skall betraktas som referensbehandling; operation direkt eller fördröjd kirurgi. För behandling av äldre och sjukare patienter med lokalt avancerad rektalcancer i behov av preoperativ tumörkrympning är däremot kort strålning med fördröjd kirurgi en etablerad behandling.

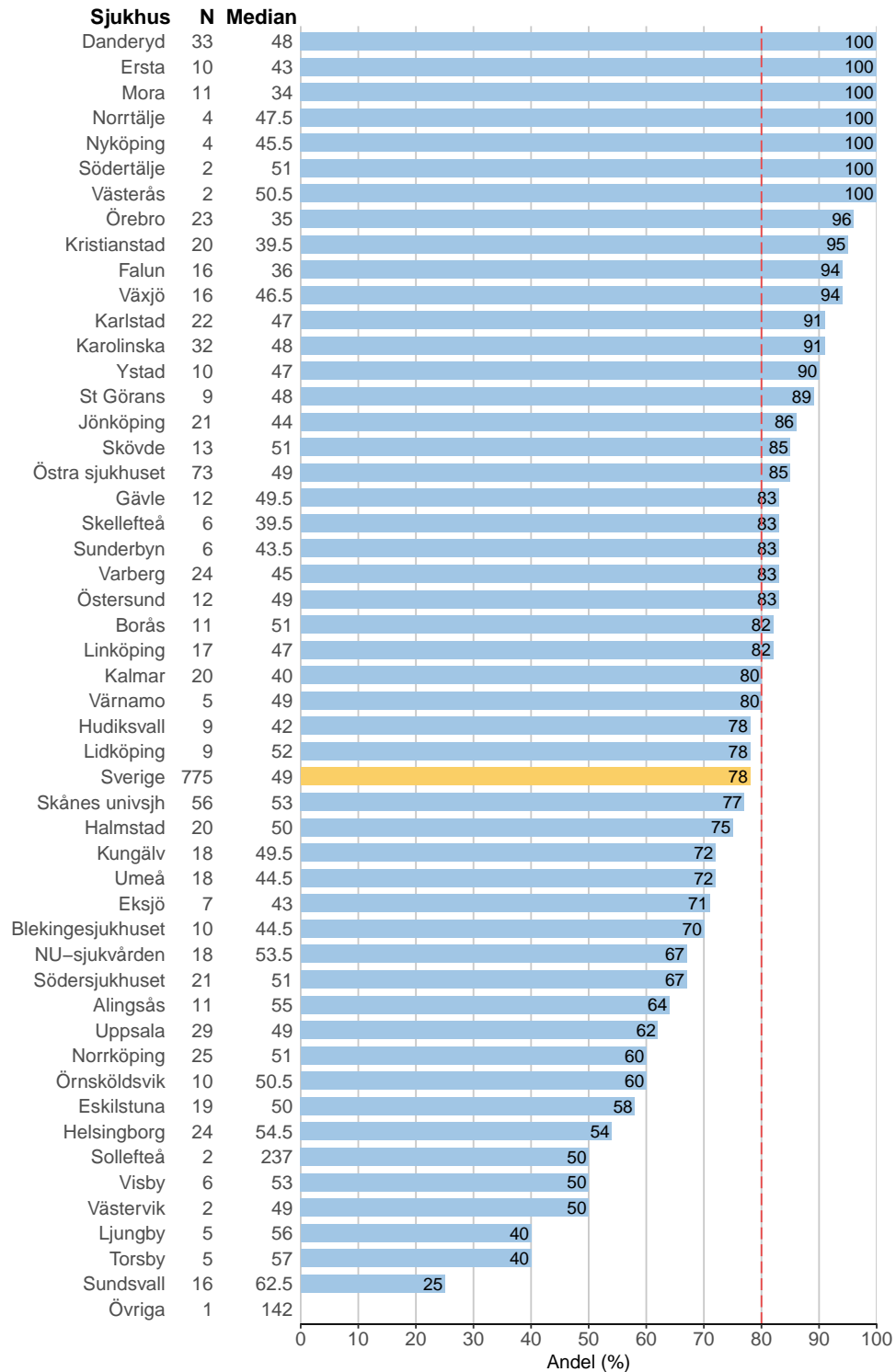


Figur 4.16. Antal patienter med rektalcancer som fått preoperativ radiokemoterapi (utan att patienten fått enbart cytostatika), uppdelat på kategorier av tid (dagar) från preoperativ radiokemoterapi till operation, 2009-2015.

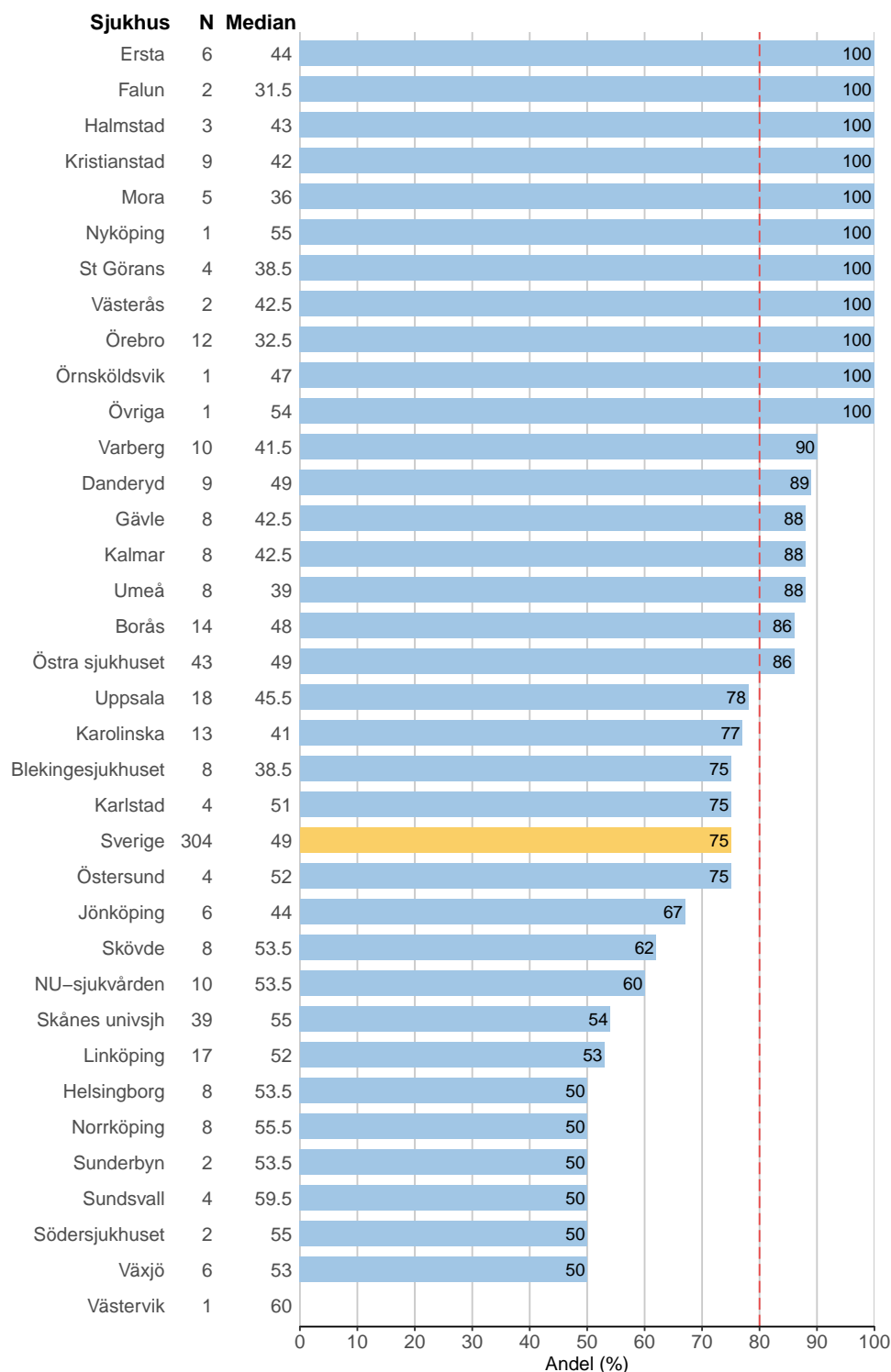
<78 dagar motsvarar ca <6 v efter avslutad radiokemoterapi, 78-91 dagar: ca 6-8 v efter avslutad radiokemoterapi, 92-105 dagar: ca 8-10 v efter avslutad radiokemoterapi, >105 dagar: ca >10 v efter avslutad radiokemoterapi.

Figur 4.16. Radiokemoterapi 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. Som framgår har tiden från strålbehandlingen till kirurgin successivt. I allt större andel har man väntat med kirurgi till >10 veckor efter avslutad strålbehandling. Två internationella studier, en fransk och en engelsk, har genomförts där man jämför operation 6-7 veckor med operation 11-12 veckor efter avslutad strålbehandling. Förhoppningsvis kommer slutresultaten från dessa att bidra till att definiera optimal tidpunkt för kirurgi efter radiokemoterapi.

5 Neo-adjutant/adjutant onkologisk behandling, kemoterapi



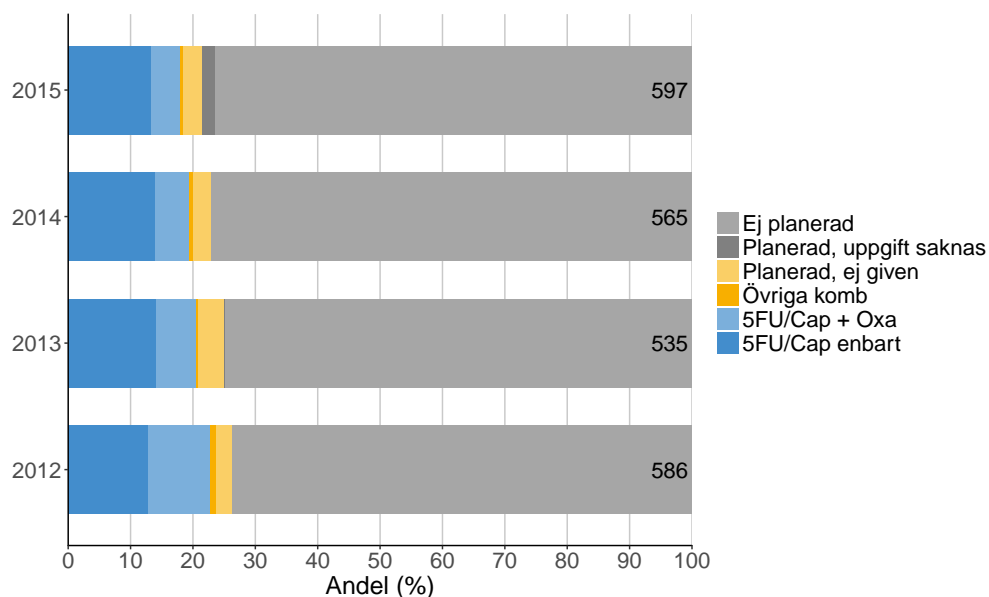
Figur 5.1. Väntetid från operation till start av adjutant behandling, andel inom 8 veckor, för patienter med koloncancer där adjutant behandling har planerats, resecerade fall, 2015. De som saknar uppgift eller har negativ ledtid är exkluderade.



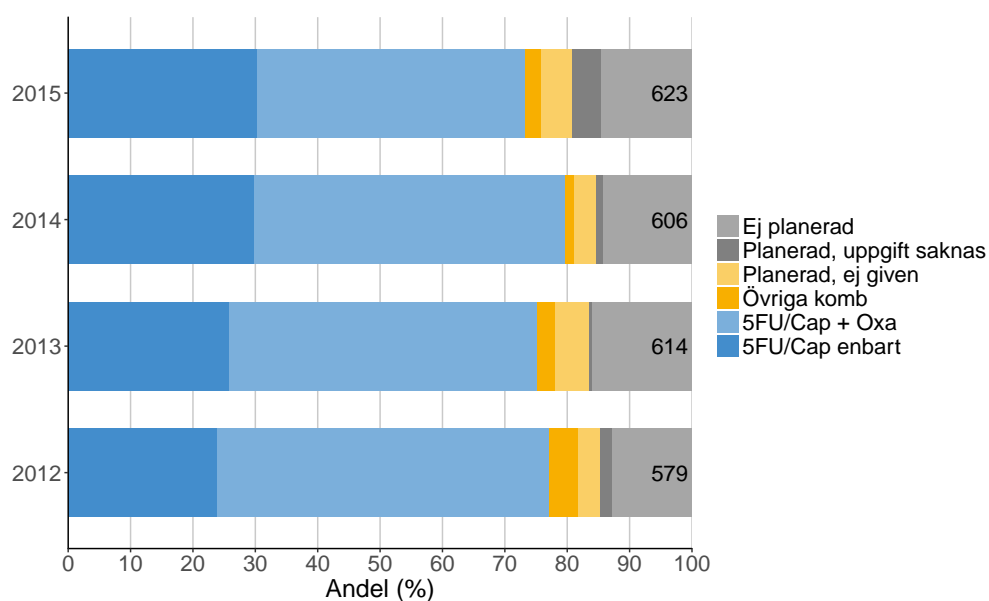
Figur 5.2. Väntetid från operation till start av adjuvant behandling, andel inom 8 veckor, för patienter med rektalcancer där adjuvant behandling har planerats, resecerade fall, 2015. De som saknar uppgift eller har negativ ledtid är exkluderade.

Figur 5.1-5.2. Adjuvant cytostatikabehandling bör i princip kunna starta så fort patienten återhämtat sig från det kirurgiska ingreppet, vilket oftast tar minst 3-4 veckor men som kan bli längre om komplikationer har tillstött. För att det adjuvanta behandlingen ska ge maximal effekt bör den påbörjas inom 8 veckor efter kirurgin. Dessa rekommendationer är i enlighet med Socialstyrelsens riktlinjer (2014), Nationellt Vårdprogram kolorektal cancer (2016) samt Standardiserat vårdförlopp (SVF) kolorektal cancer (2016). I SVF-arbetet utgör en av kvalitetsindikatorerna ett målvärde på att >80% av patienterna som startar adjuvant

cytostatikabehandling, har startat inom 8 veckor efter operationen. För vissa patienter kan det dock utifrån medicinska faktorer (framförallt komplikationer efter operationen) eller personens situation finnas skäl att starta behandlingen efter 8 veckor, dock absolut inom 12 veckor efter kirurgin. Andelen patienter som startade sin adjuvanta cytostatikabehandling i enlighet med riktlinjerna dvs inom 8 veckor efter kirurgi är fortfarande oacceptabelt låg för många enheter där det finns behov av ett påtagligt förbättringsarbete. Gällande rektalcancer ses en viss förbättring mellan åren 2014 och 2015 då andelen patienter som startade adjuvant cytostatikabehandling inom 8 veckor ökade från 69% till 75% på riksnivå och förhoppningsvis kan införandet av SVF 2016 visa ytterligare förbättring i nästa års rapport för både kolon och rektalcancer.

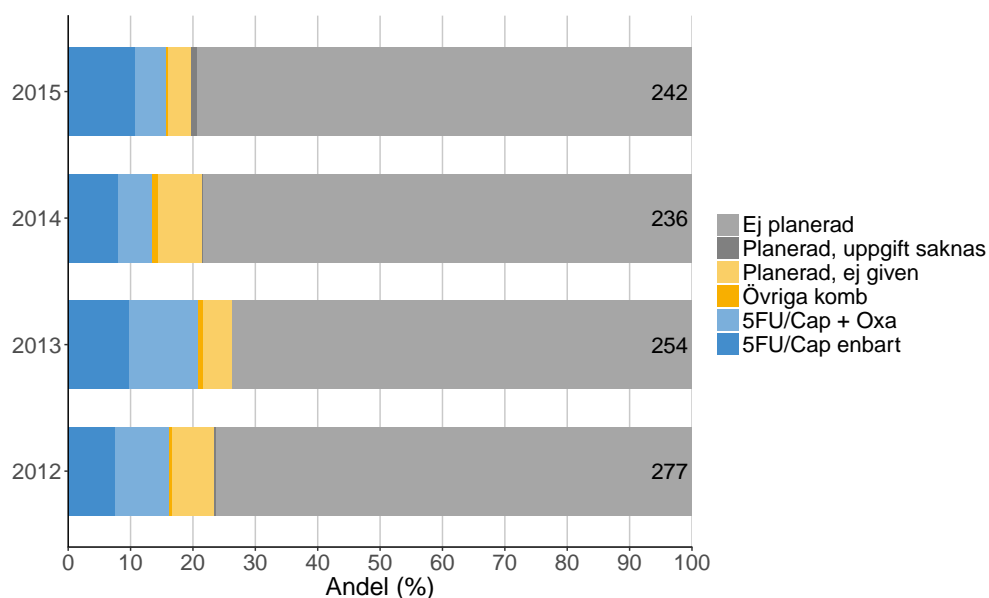


Figur 5.3. Postoperativ adjuvant behandling för patienter med koloncancer, stadium II, < 75 år, 2012-2015. Siffran vid varje stapel anger det totala antalet.

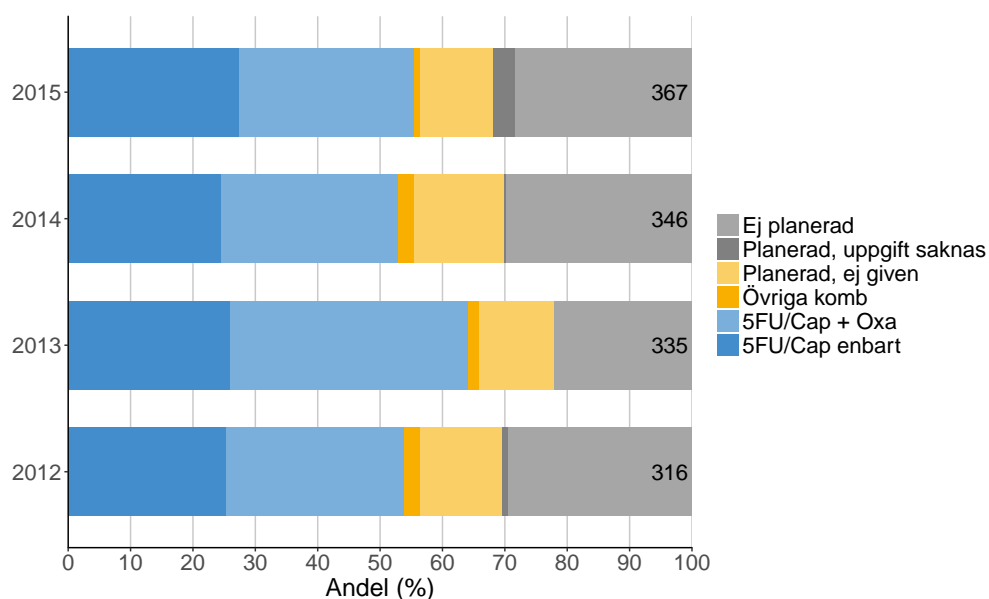


Figur 5.4. Postoperativ adjuvant behandling för patienter med koloncancer, stadium III, < 75 år, 2012-2015. Siffran vid varje stapel anger det totala antalet.

Figur 5.3-5.4. Andelen patienter med koloncancer som fått adjuvant behandling i stadium II under 75 år är cirka 20% medan den är cirka 75% i stadium III. I stadium II har flertalet patienter fått fluoropyrimidinbehandling enbart medan flertalet i stadium III, fått en kombination med oxaliplatin. Då behandling planerats, dvs uppgiften har fyllts i på kirurgblanketten, har sådan i regel givits.

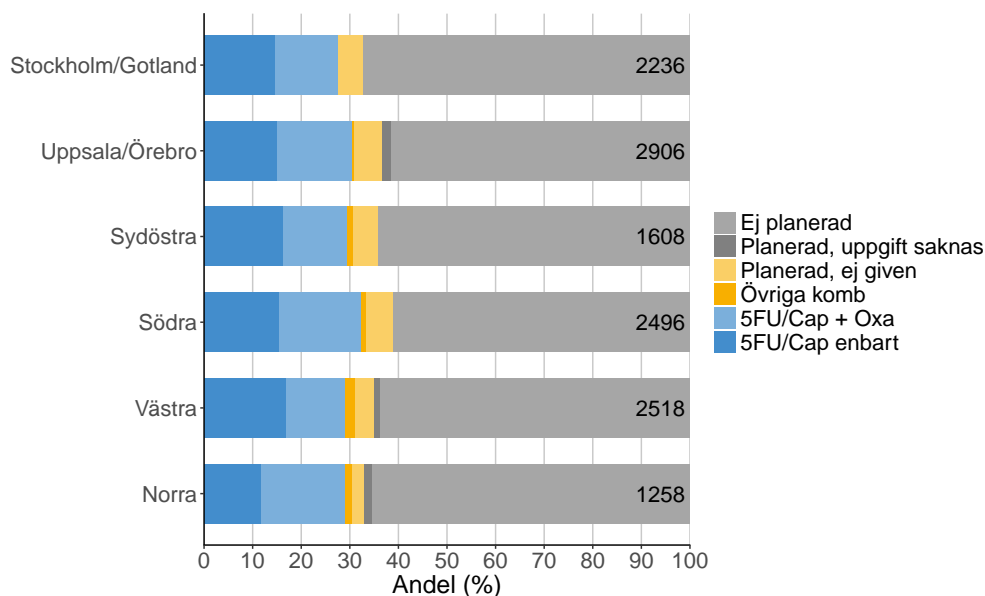


Figur 5.5. Postoperativ adjuvant behandling för patienter med rektalcancer, stadium II, < 75 år, 2012-2015



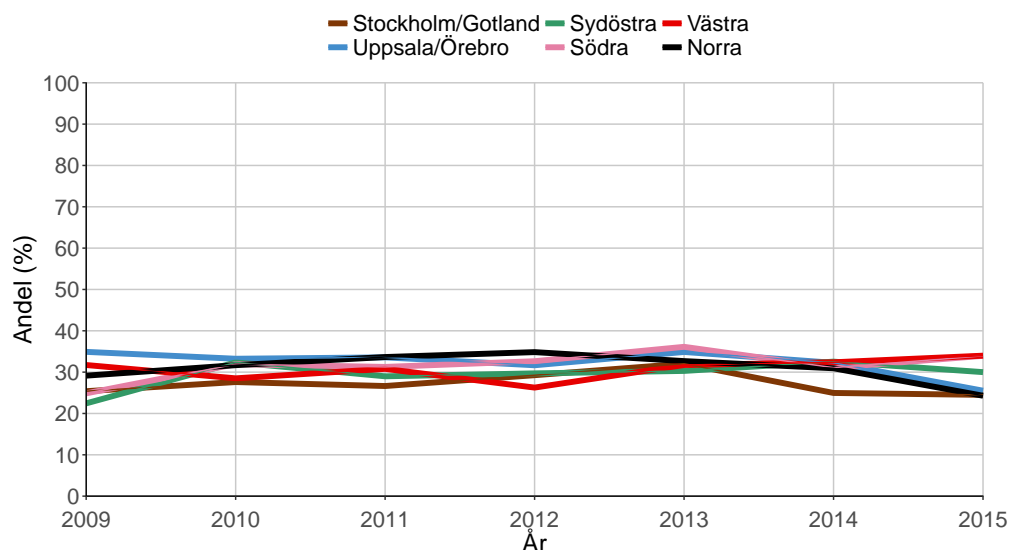
Figur 5.6. Postoperativ adjuvant behandling för patienter med rektalcancer, stadium III, < 75 år, 2012-2015. Siffran vid varje stapel anger det totala antalet.

Figur 5.5-5.6. Andelen patienter med rektalcancer yngre än 75 år som fått adjuvant cytostatika är något lägre än vid koloncancer men motsvarande skillnad ses mellan stadierna. I stadium II har cirka 15% erhållit adjuvant cytostatika och vid stadium III har knappt 60% fått sådan behandling. Noteras att en större andel patienter med rektalcancer, som planerats för adjuvant cytostatika, dvs. uppgiften har fyllts i på kirurgblanketten, inte har erhållit denna behandling jämfört med koloncancer.

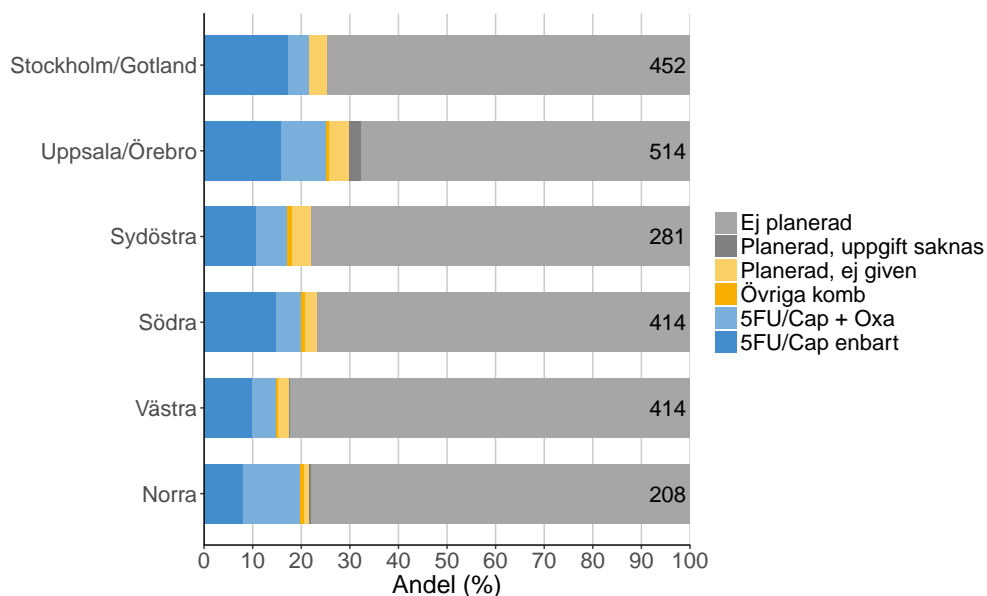


Figur 5.7. Postoperativ adjuvant behandling för patienter med kolorektalcancer, stadium II-III, 2012-2015. Siffran vid varje stapel anger det totala antalet.

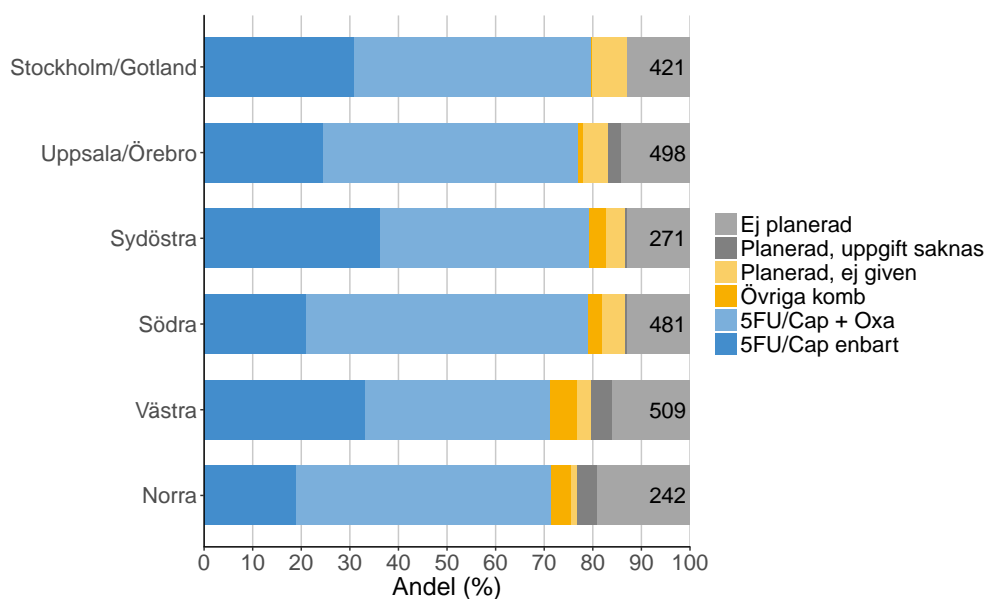
Figur 5.7. Av samtliga patienter som opererats med kolorektalcancer stadium II och III under 2012-2015 har cirka 30% fått adjuvant cytostatisk behandling och skiljer sig inte nämnvärt mellan regionerna. Då behandling planerats, dvs. uppgiften har fyllts i på kirurgblanketten, har sådan i regel givits.



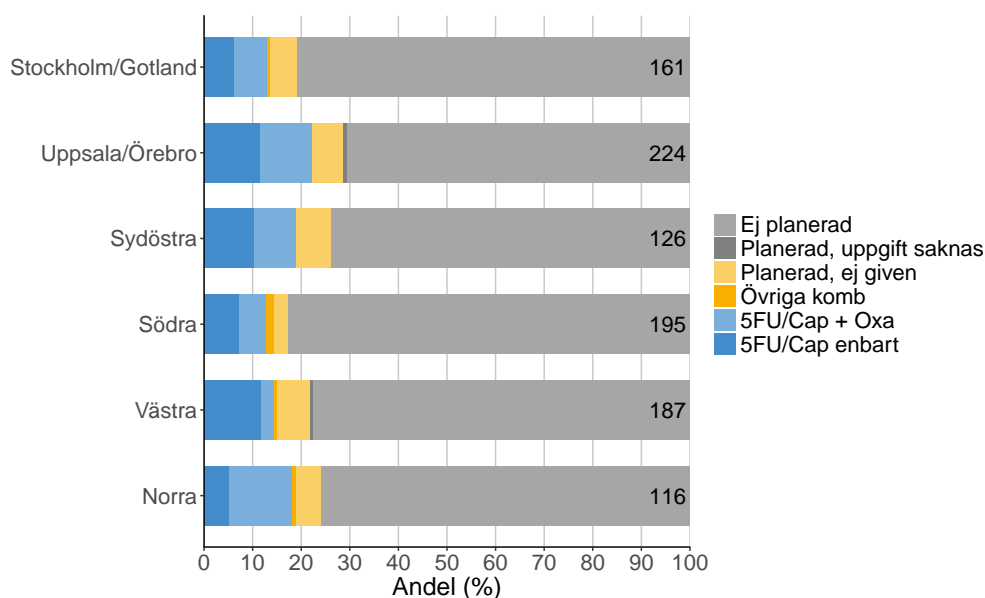
Figur 5.8. Postoperativ adjuvant behandling för patienter med kolorektalcancer, stadium II-III, 2009-2015



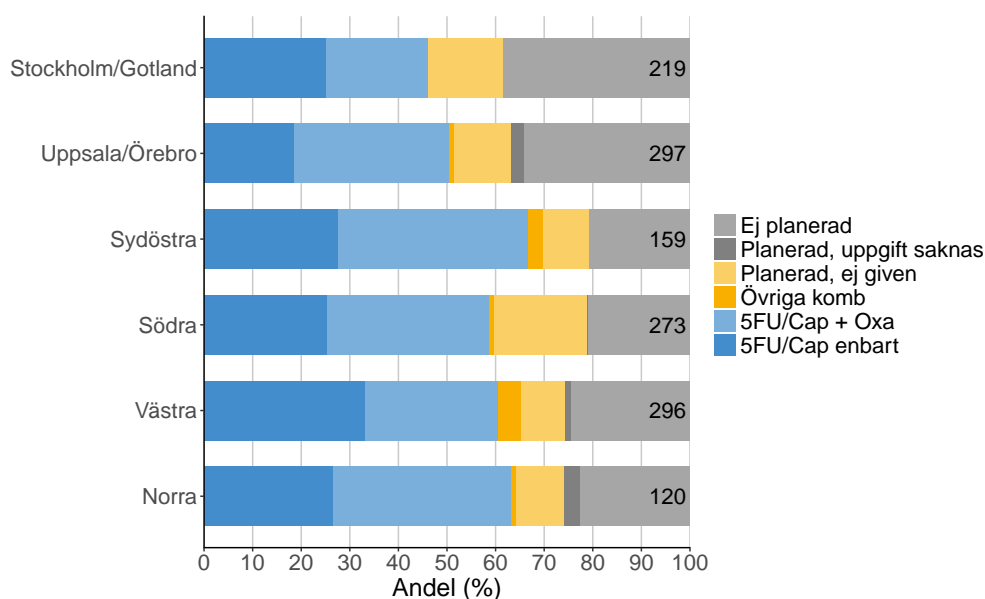
Figur 5.9. Postoperativ adjuvant behandling för patienter med koloncancer, stadium II, < 75 år, 2012-2015. Siffran vid varje stapel anger det totala antalet.



Figur 5.10. Postoperativ adjuvant behandling för patienter med koloncancer, stadium III, < 75 år, 2012-2015. Siffran vid varje stapel anger det totala antalet.

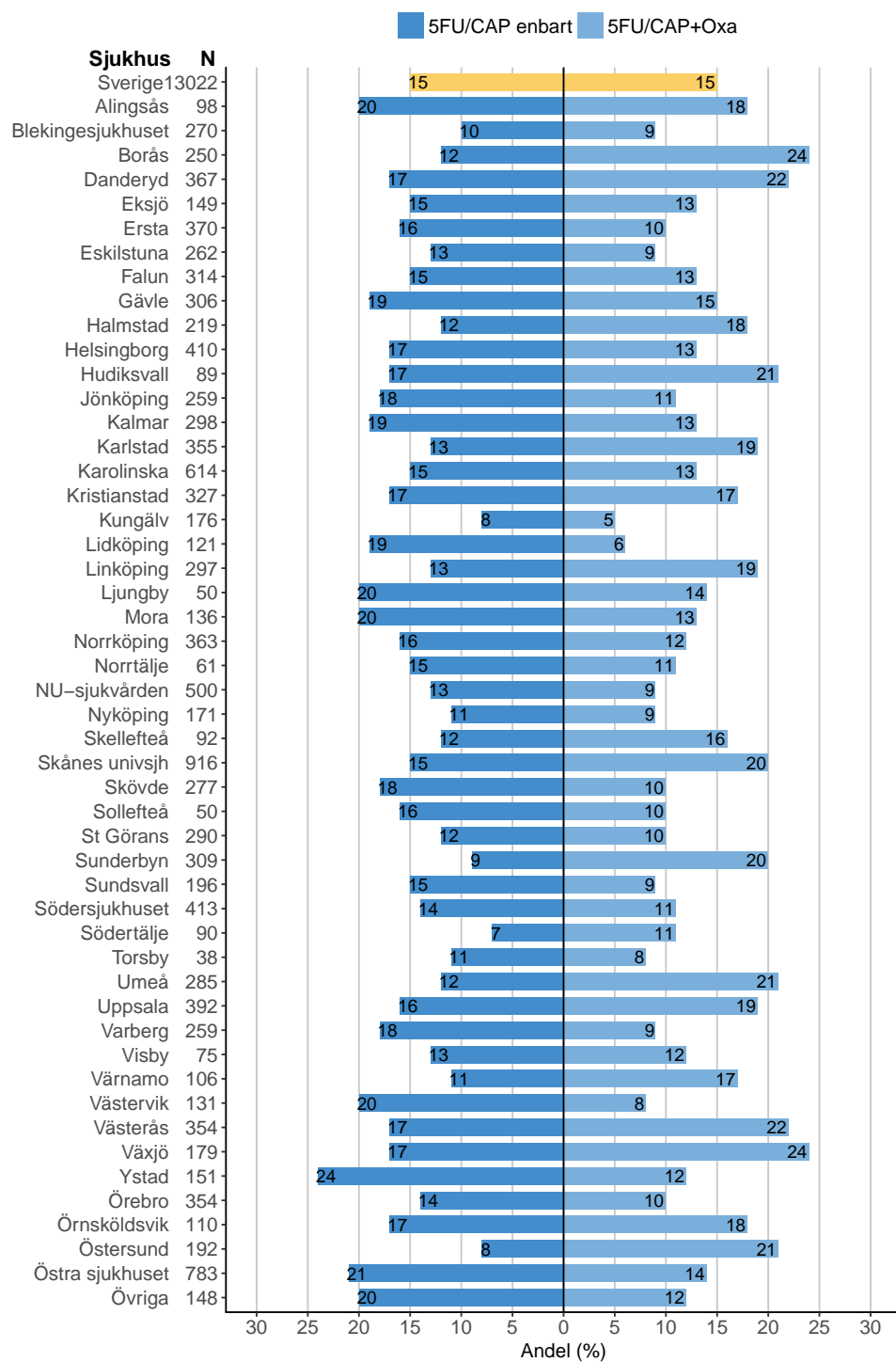


Figur 5.11. Postoperativ adjuvant behandling för patienter med rektalcancer, stadium II, < 75 år, 2012-2015. Siffran vid varje stapel anger det totala antalet.



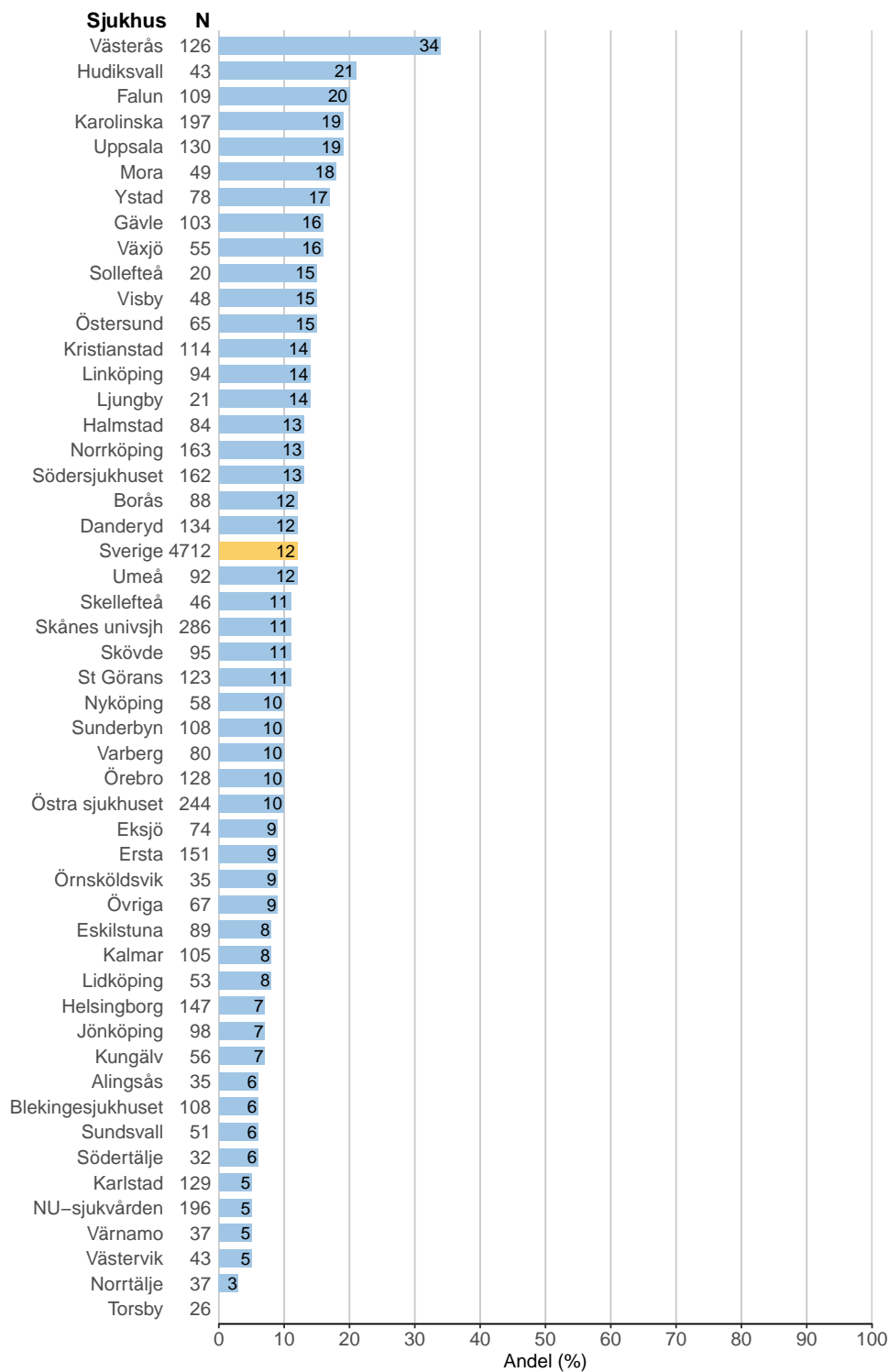
Figur 5.12. Postoperativ adjuvant behandling för patienter med rektalcancer, stadium III, < 75 år, 2012-2015. Siffran vid varje stapel anger det totala antalet.

Figur 5.9-5.12. Andelen patienter, yngre än 75 år, med koloncancer stadium II/III som fått adjuvant cytostatisk behandling under 2012-2015 skiljer sig inte nämnvärt mellan regionerna (fig 5.10 -5.11). Det finns dock en variation mellan regionerna med avseende på kombinationsbehandling med oxaliplatin än enbart fluoropyrimidin, där Norra, Södra och Uppsala/Örebro regionerna har en högre andel framförallt vid koloncancer stadium III. Andelen patienter, yngre än 75 år, med rektalcancer stadium III, som erhållit adjuvant cytostatika varierar mellan cirka 45% till knappt 70% mellan regionerna (fig 5.13). Motsvarande variation mellan regionerna med avseende på kombinationsbehandling med oxaliplatin ses även för rektalcancer. Antalet fall per region framgår.

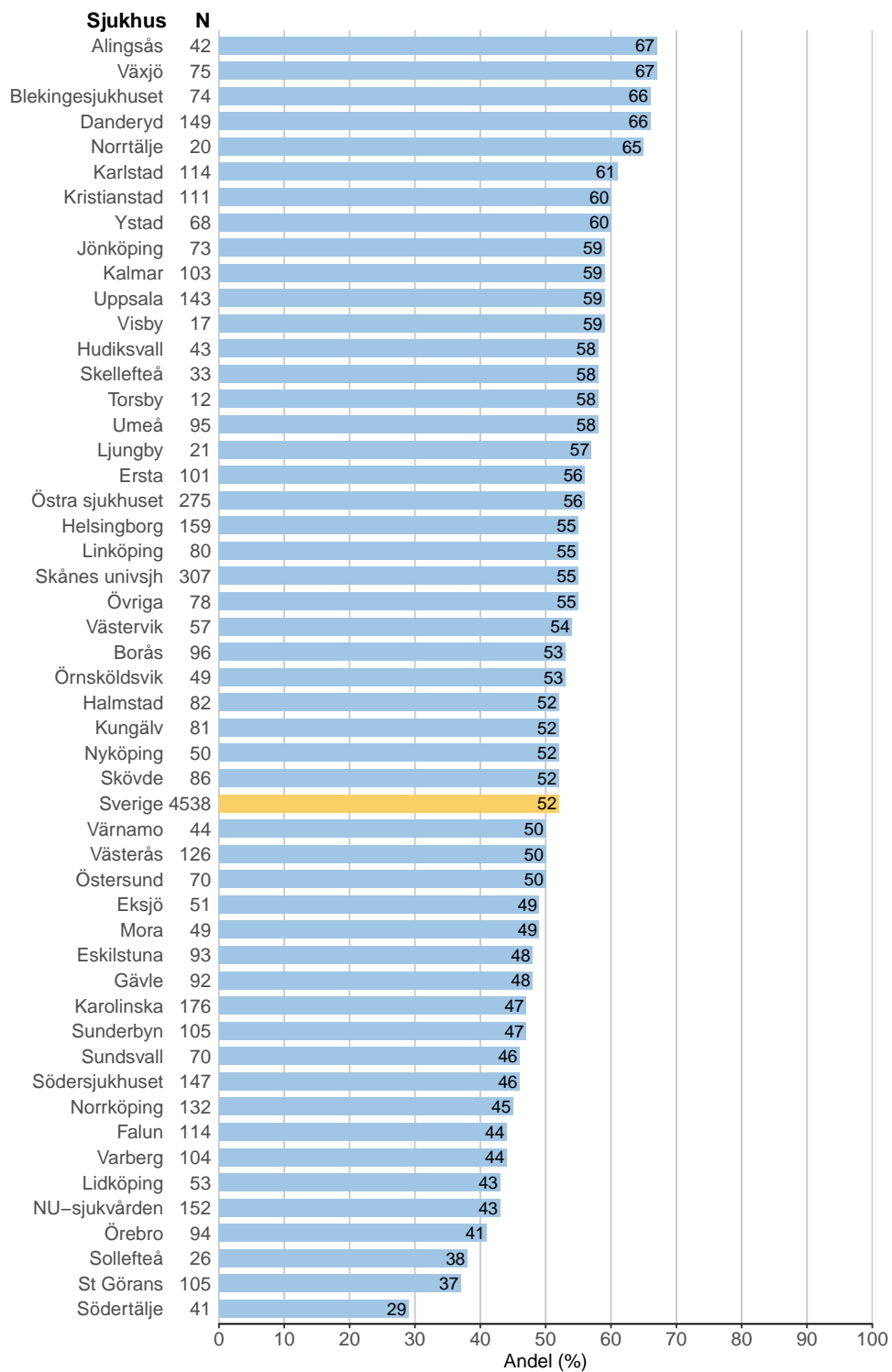


Figur 5.13. Postoperativ adjuvant behandling för patienter med kolorektalcancer, stadium II-III, 2012-2015.

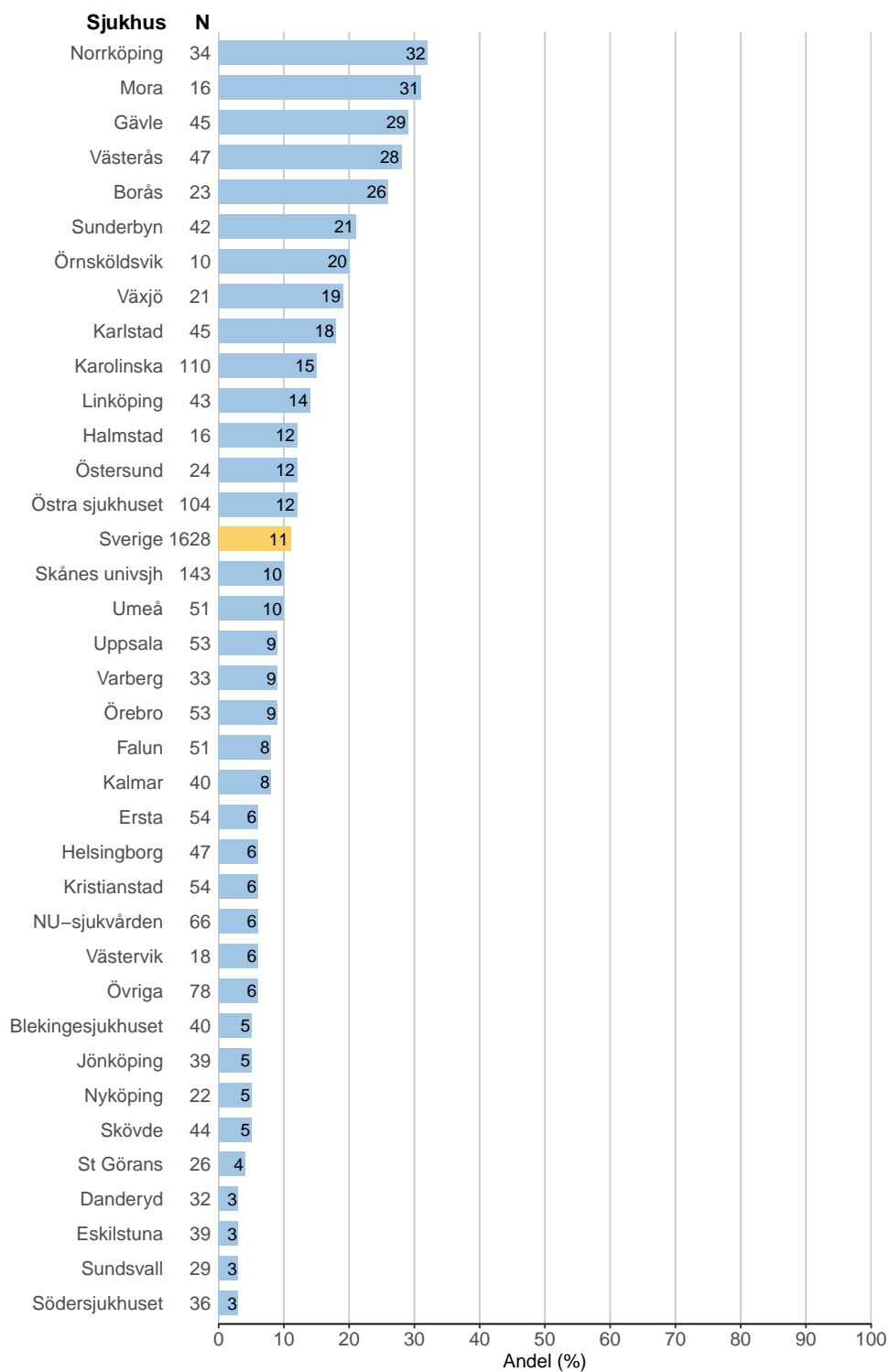
Figur 5.13. Den andel patienter som fått adjuvant cytostatika vid kolorektalcancer och den andel av dessa som fått oxaliplatinbaserad kombinationsbehandling varierar påtagligt mellan sjukhusen.



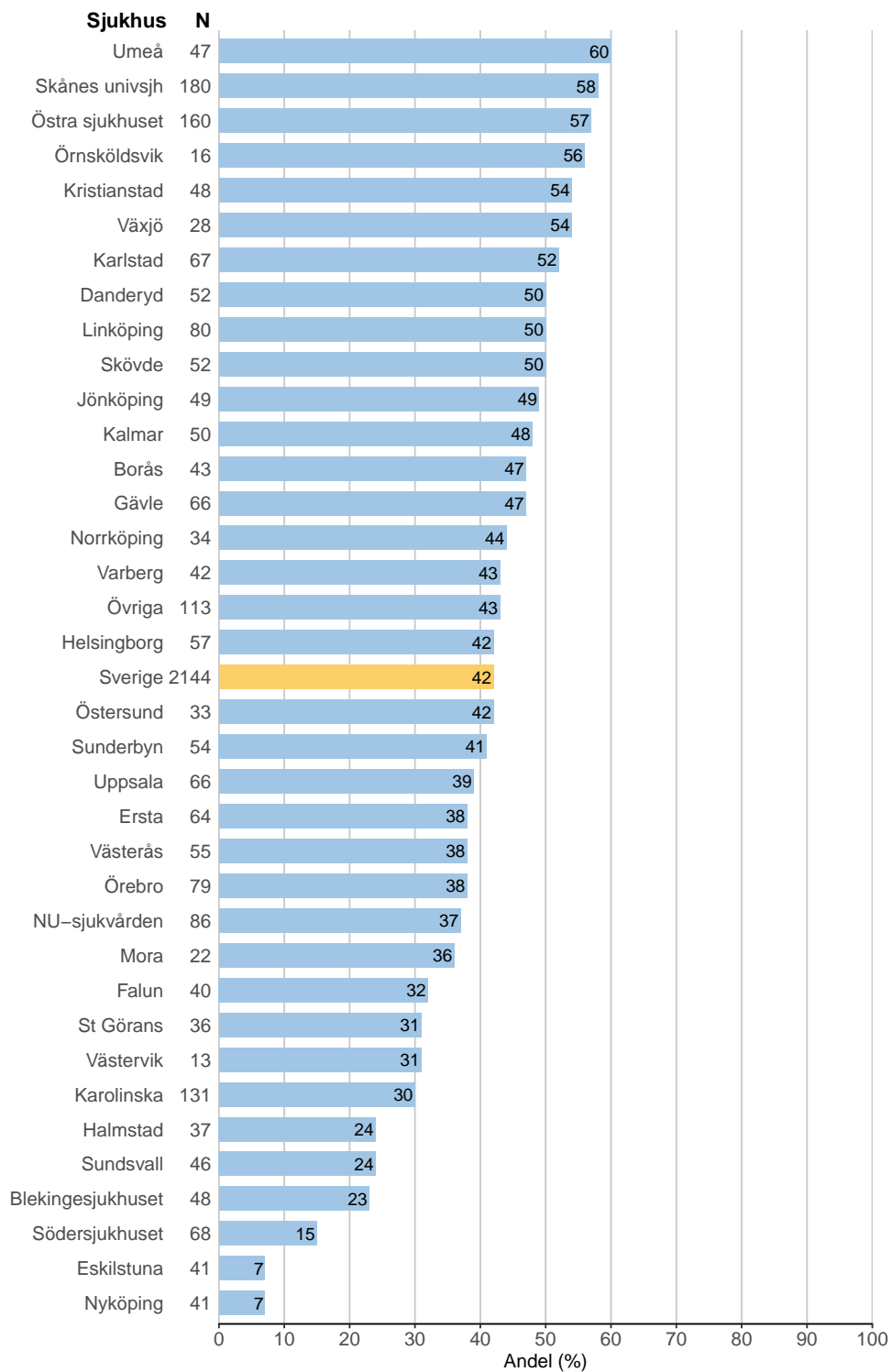
Figur 5.14. Postoperativ adjuvant behandling för patienter med koloncancer, stadium II, 2012-2015.



Figur 5.15. Postoperativ adjuvant behandling för patienter med koloncancer, stadium III, 2012-2015.

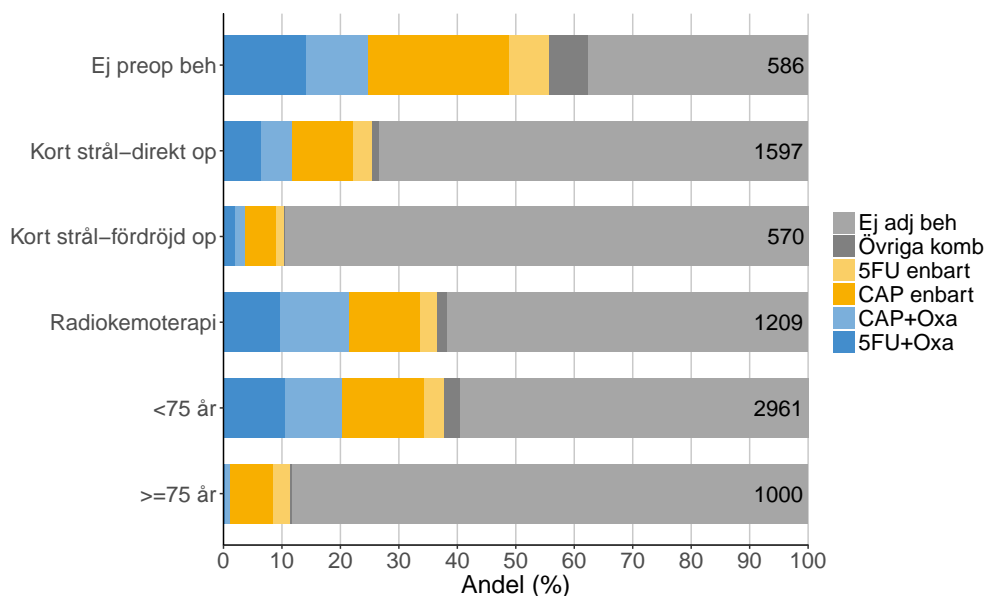


Figur 5.16. Postoperativ adjuvant behandling för patienter med rektalcancer, stadium II, 2012-2015.



Figur 5.17. Postoperativ adjuvant behandling för patienter med rektalcancer, stadium III, 2012-2015.

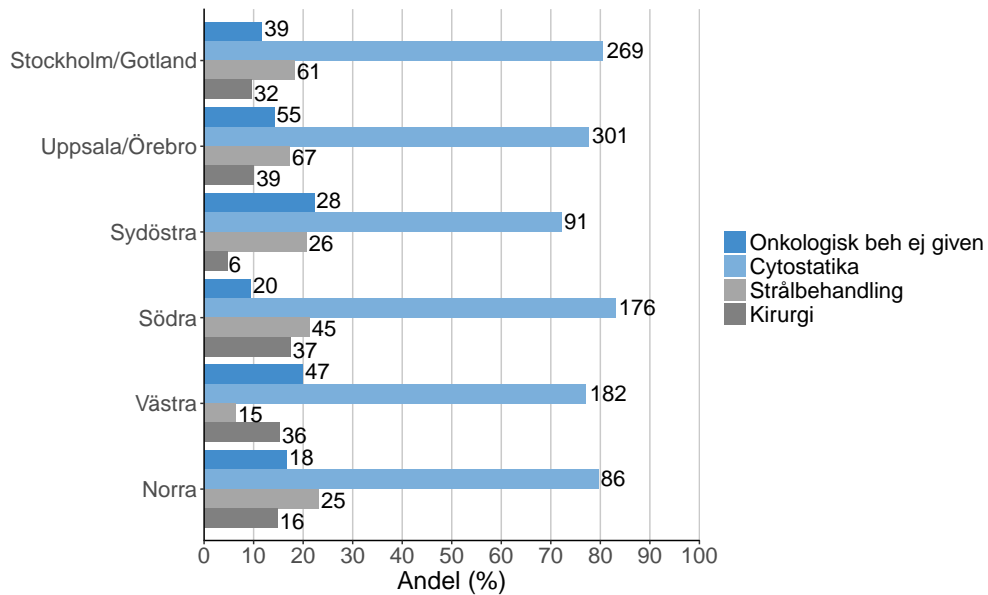
Figur 5.14-5.17 Andelen patienter som startar adjuvant cytostatisk behandling vid koloncancer stadium II/III och rektalcancer stadium II/III varierar påtagligt mellan sjukhusen, framförallt vid koloncancer stadium II och rektalcancer oavsett stadium.



Figur 5.18. Postoperativ adjuvant behandling för patienter med rektalcancer, stadium III, 2012-2015. Siffran vid varje stapel anger det totala antalet.

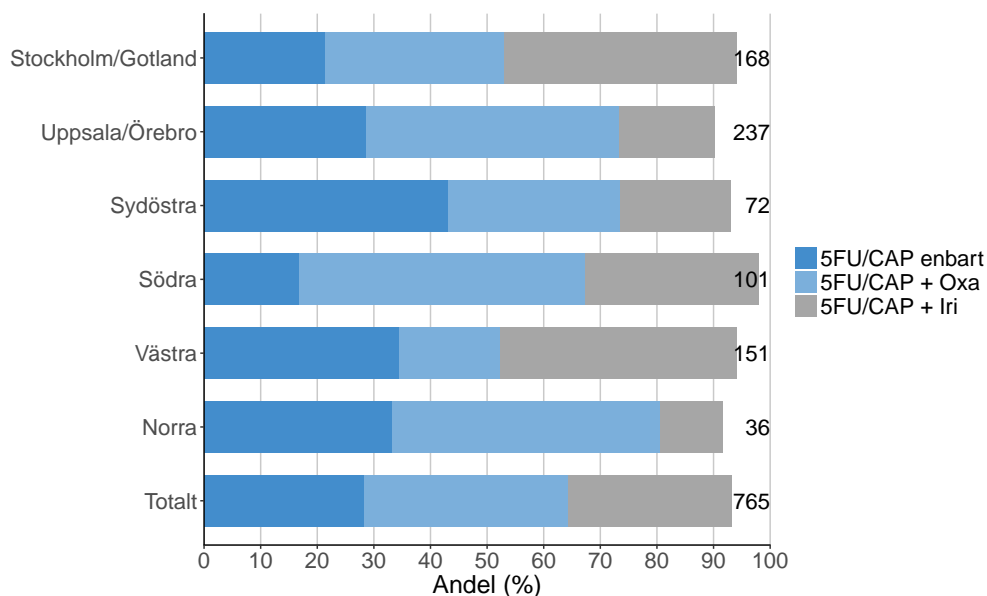
Figur 5.18. Vid rektalcancer oberoende av ålder och stadium är andelen patienter som fått adjuvant cytostatika betydligt högre om det inte gavs någon preoperativ behandling. Fler patienter har också fått adjuvant cytostatika om den preoperativa behandlingen varit radiokemoterapi än kort strålbehandling, framför allt om kirurgin varit fördröjd. Få individer över 75 år har fått adjuvant cytostatika vid rektalcancer. Evidensen för tillräcklig effekt av adjuvant cytostatika är lägre och omdiskuterad, vid rektalcancer än vid koloncancer, framförallt efter preoperativ kemoradioterapi. En förhållandevis hög andel av dessa patienter får i Sverige adjuvant cytostatika. Äldre patienter med rektalcancer får adjuvant cytostatika betydligt mindre ofta än yngre.

6 Generaliserad onkologisk behandling



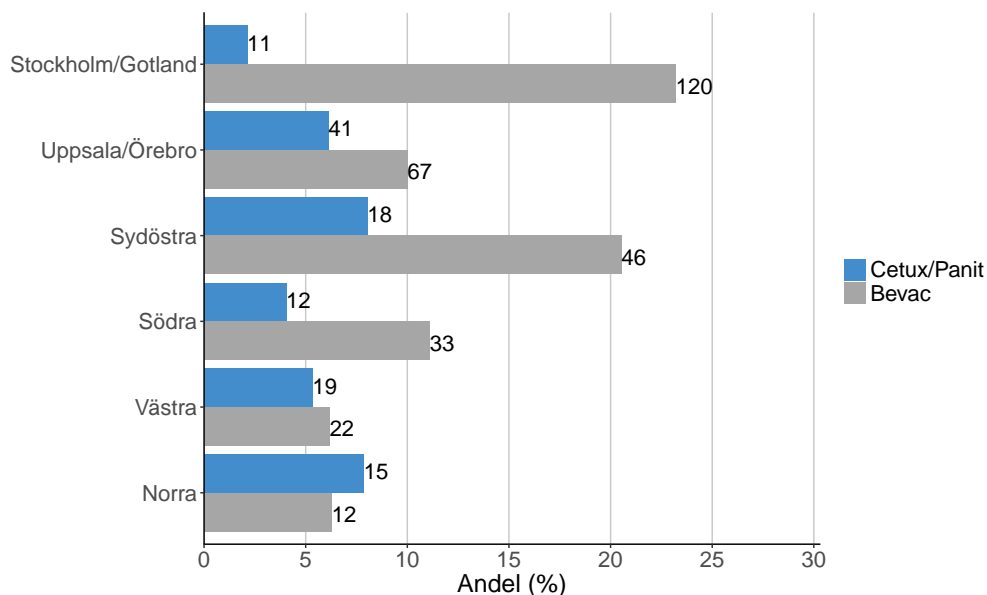
Figur 6.1. Onkologisk behandling given resp ej given för kolorektalcancer, M1, diagnos/opår 2014-2015. Siffran vid varje stapel anger antalet för respektive kategori.

Figur 6.1. För inrapporterade fall med metastaserad kolorektalcancer, diagnosticerade eller opererade 2014 – 2015, dominerar cytostatikabehandling som givits till 4 av 5 patienter, likartat i samtliga regioner. Mellan 10-20% har ej erhållit någon behandling alls. Strålbehandling har skett i 10-20% och någon form av kirurgi utförts i 8-18% av fallen. Då uppföljningen i gruppen är 1-3 år och täckningsgraden varierar är det en övervikt för de synkrona gentemot de metakrona fallen.



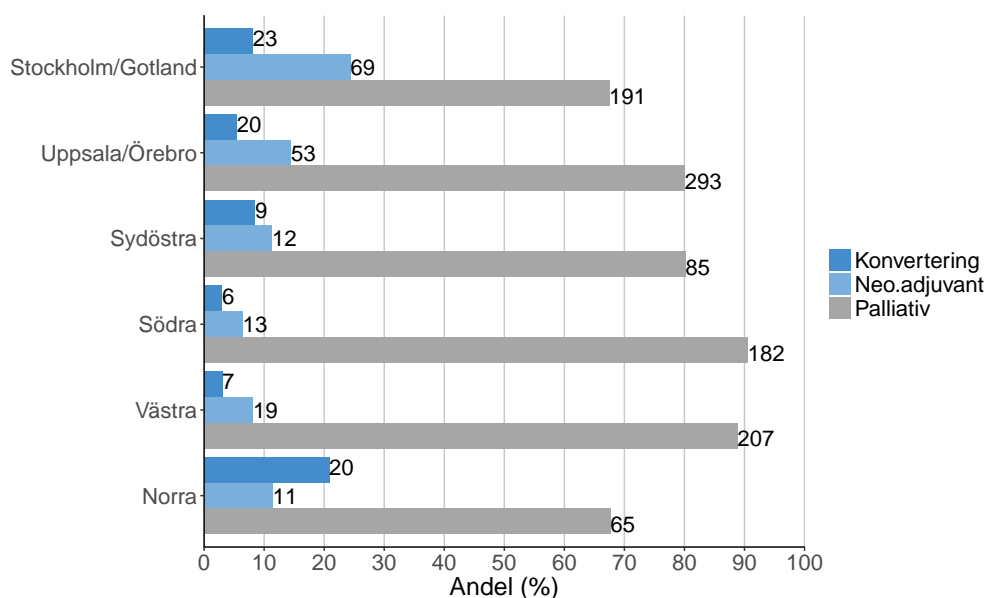
Figur 6.2. Kemoterapi i första behandlingslinjen för patienter med kolorektal cancer, kemostartår 2015. Siffran vid varje stapel anger det totala antalet.

Figur 6.2. Patienter med metastaserad kolorektalcancer, som startat första linjens behandling med cytostatika 2015, har i landet totalt erhållit singelbehandling med FU/capecitabin i 28% av fallen, en ökande andel jämfört med 2014. Som kombinationsbehandling har irinotekandublett valts i 29% av fallen, en ökning jämfört med fjolåret, men oxaliplatindublett är fortfarande vanligast och har givits till 35%. Relativ stor variation ses i landet, både för andelen singelbehandling, högst i Sydöstra regionen, irinotekankombination, som liksom tidigare dominerar i Stockholm / Gotland resp. Västra regionerna och oxaliplatinkombination, som är vanligaste valet i Södra, Uppsala/Örebro och Norra regionerna.



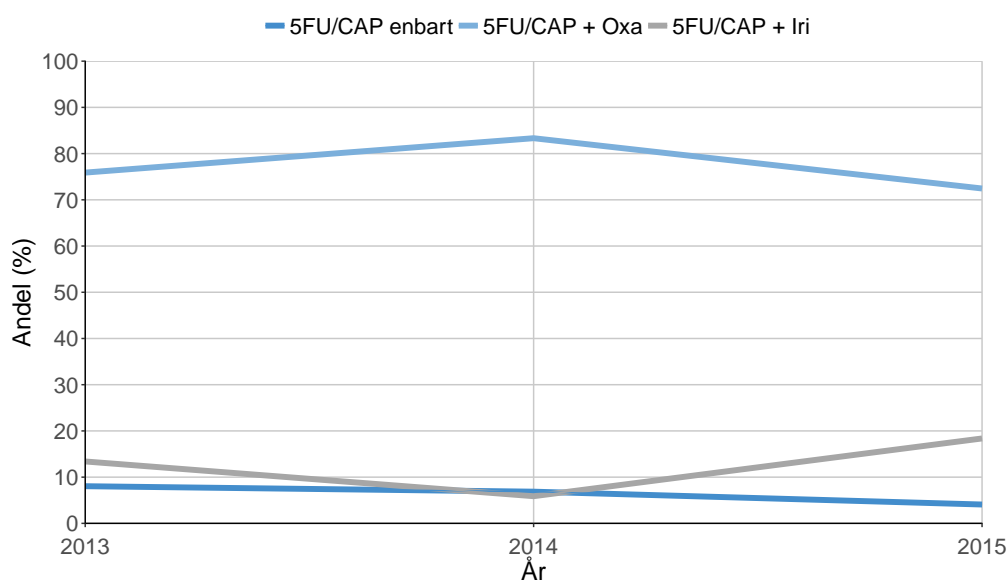
Figur 6.3. Tillägg av antikropp i första behandlingslinjen för patienter med kolorektalcancer, kemostartår 2013-2015. Siffran vid varje stapel anger antalet för respektive kategori.

Figur 6.3. Jämfört med föregående rapport är det fortsatt stor spännvidd i andelen patienter som fått bevacizumab tillägg till cytostatika i första linjens behandling. Andelen varierar mellan 6–23% i landet, högst i Stockholm/Gotland och Sydöstra och lägst i Norra och Västra regionerna. EGFR-hämmarkombination gavs i första linjen till mellan 2–8% av patienterna.



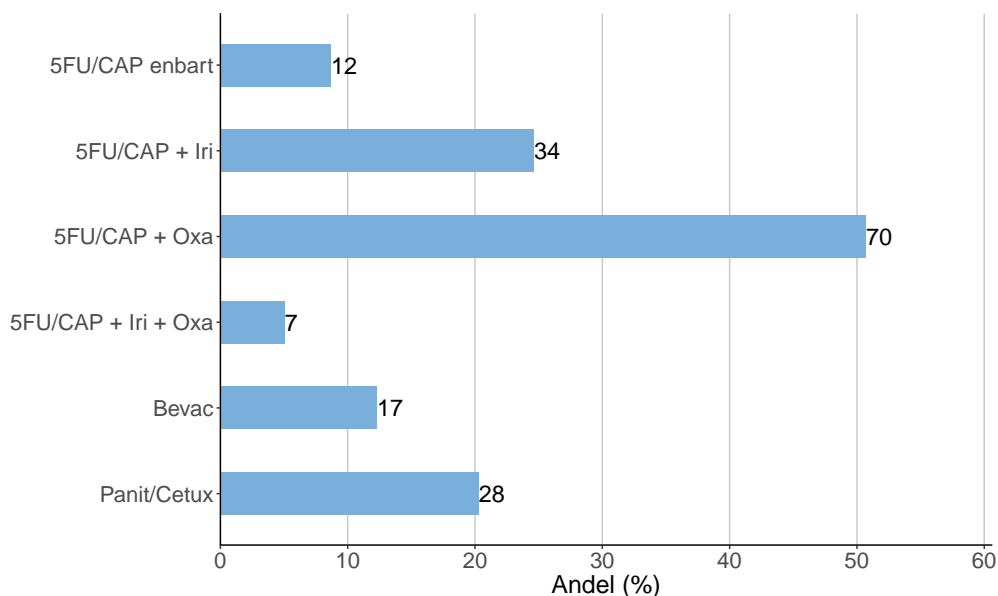
Figur 6.4. Kemoterapi i första behandlingslinjen för patienter med kolorektalcancer, uppdelat på behandlingens syfte, diagnos/opår 2015. Siffran vid varje stapel anger antalet för respektive kategori.

Figur 6.4. Figuren beskriver i vilken klinisk situation första linjes behandlingen är given, till patienter med diagnos/opår 2015, maximalt 2 års uppföljning, vilket kan ha påverkat täckningsgraden. Definitionerna av neoadjuvant (enligt instruktionen tekniskt resektabel sjukdom) och konvertering (potentiellt resektabel sjukdom om tumörregress uppnås), varierar sannolikt lokalt mellan olika MDK och uttolkare av patientdata. Palliativt syfte är den dominerande behandlingsorsaken och utgör 70–90% av fallen. Den sammanlagda andelen av neoadjuvanta och konverteringsfall varierar mycket, mellan 9–32% i regionerna.



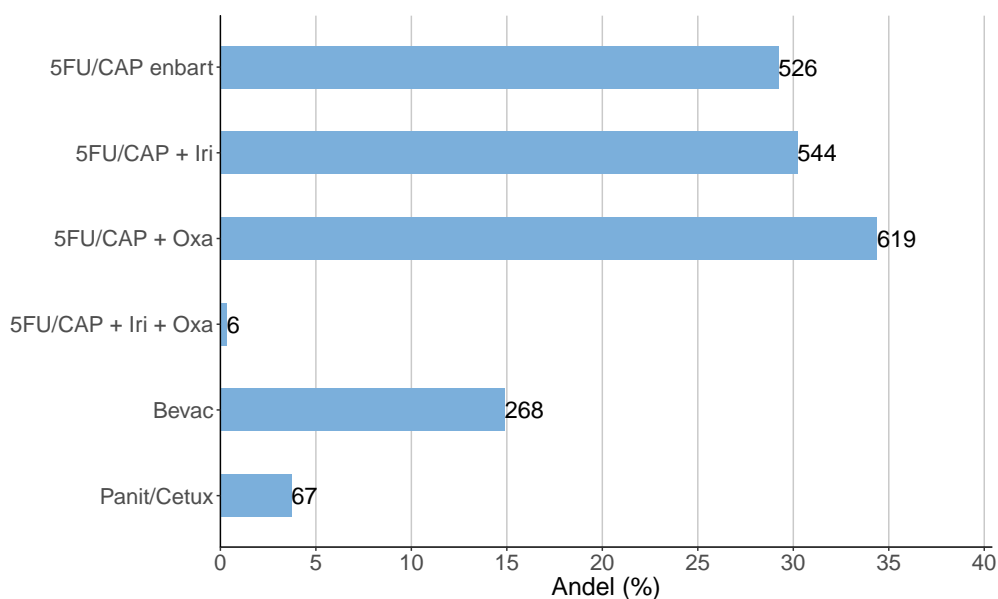
Figur 6.5. Kemoterapi i första behandlingslinjen för patienter med kolorektalcancer där syftet med behandlingen är neo-adjuvant, kemostartår 2013-2015.

Figur 6.5. Som neoadjuvant behandling har i enlighet med riktlinjerna huvudsakligen en oxaliplatinkombination givits, åren 2013-2015 till ca 77% ca patienterna.



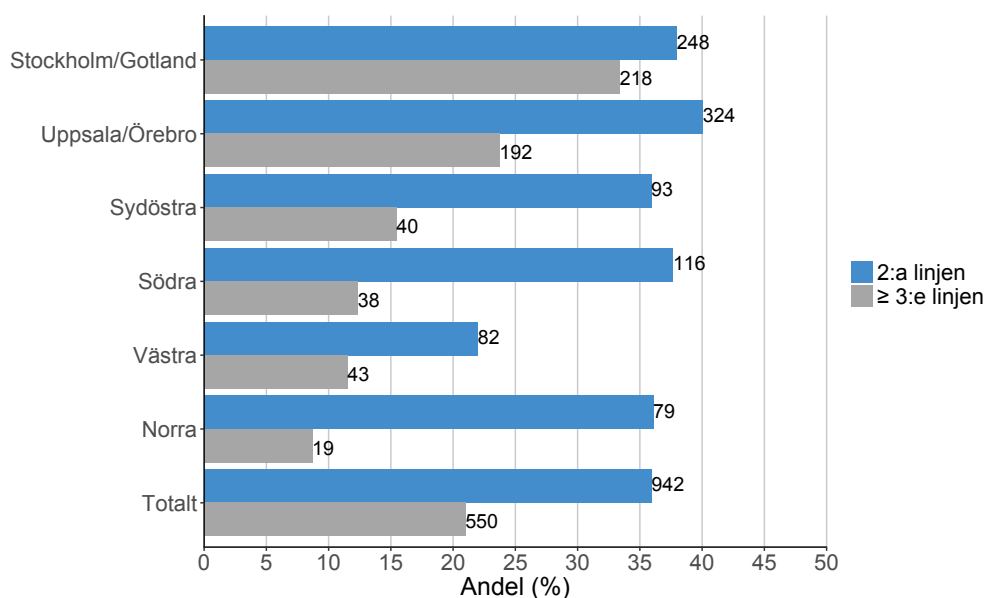
Figur 6.6. Kemoterapi i första behandlingslinjen för patienter med kolorektalcancer där syftet med behandlingen är konvertering, kemostartår 2013-2015. Siffran vid varje stapel anger antalet för respektive kategori.

Figur 6.6. Som konverteringsbehandling 2013-15 är oxaliplatinkombination enbart vanligast (51%), färre (ca 25%) har fått irinotekankombination. Jämfört med föregående rapport ökade andelen som fått EGFR-hämmare i tillägg. Färre har fått bevacizumab tillägg och få individer trippelkemoterapi.



Figur 6.7. Kemoterapi i första behandlingslinjen för patienter med kolorektalcancer där syftet med behandlingen är palliativ, kemostartår 2013-2015. Siffran vid varje stapel anger antalet för respektive kategori.

Figur 6.7. Många olika behandlingsalternativ är möjliga i första behandlingslinjen vid palliativ behandling av metastaserad kolorektalcancer. Singelbehandling med FU/Cap gavs till 30% av patienterna. En mindre övervikt ses i landet fortfarande för oxaliplatin- jämfört med irinotekandublett. (Se även Kommentar figur 6.2) Vid behandling med antikropp i palliativ syfte i första linjen var användningen av bevacizumab betydligt vanligare än EGFR-hämmare, vilket kan bero på variationer i registrering men också avspeglar möjligheten av att kombinera bevacizumab med singelbehandling med FU/Cap, enligt riktlinjerna.



Figur 6.8. Kemoterapi för patienter med kolorektalcancer, uppdelat på 2:a och ≥ 3 :e linjens behandling, kemostartår 2013-2015. Siffran vid varje stapel anger antalet för respektive kategori.

Figur 6.8. Patienter med generaliserad sjukdom registrerade på onkologblankett som startade sin behandling åren 2013–2015 (dvs 2-4 års uppföljning), får, i de flesta regionerna, 2:a linjens behandling i ca 35%. ≥ 3 linjens behandling varierar betydligt sannolikt till följd av bristande täckningsgrad, men ligger totalt över 20%!

Tabell 6.1. Död inom 60 dagar från start av kemoterapi för patienter med kolorektalcancer, uppdelat på behandlingslinje, kemostartår 2013-2015

	Stockholm/Gotland	Uppsala/Örebro	Sydöstra	Södra	Västra	Norra
1:a linjen	31 (6)	32 (5)	16 (7)	27 (9)	34 (9)	10 (5)
2:a linjen	14 (6)	14 (4)	9 (9)	6 (5)	6 (7)	1 (1)
≥ 3:e linjen	9 (4)	14 (6)	1 (2)	4 (8)	3 (6)	1 (4)

Tabell 6.1. 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 pga. tumörprogress inte bör vara för låg då man eljest kan misstänka att man är alldeles för restriktiv med att starta palliativ cytostatisk behandling. I första linjens behandling ligger andelen på 5–9%. Intressant nog verkar andelen inte ligga högre i 2:a eller 3:e linjen, med reservation för täckningsgraden.

Tabell 6.2. Död inom 60 dagar från slut av kemoterapi för patienter med kolorektalcancer, uppdelat på behandlingslinje, kemostartår 2013-2015

	Stockholm/Gotland	Uppsala/Örebro	Sydöstra	Södra	Västra	Norra
1:a linjen	60 (11)	69 (10)	37 (16)	68 (23)	69 (19)	25 (13)
2:a linjen	37 (15)	48 (15)	19 (20)	26 (22)	14 (17)	12 (15)
≥ 3:e linjen	35 (14)	30 (12)	7 (14)	14 (29)	8 (17)	5 (19)

Tabell 6.2. Död inom 60 dagar från avslut av kemoterapi kan också beskrivas som en indikator att inte behandling ges i alltför långt framskridna sjukdomsförlopp. Att avancerad kolorektalcancer, där behandlingen avbrutits, innebär ökande risk för komplikationer och snabb tumörprogress, ledande till snar död ligger i sjukdomens natur. Andelen ligger i storleksordningen 10-20%, Södra regionen ligger något högre. Inom varje region verkar andelen vara relativt lika mellan 1:a, 2:a och 3:e linjens behandling, vilket är intressant och kanske pekar mot att urvalet för vilka patienter man behandlar aktivt görs på samma sätt.

Tabell 6.3. Klinisk nytta av behandlingen där syftet var palliativ behandling för patienter med kolorektalcancer, kemostartår 2011-2015

	Ja	Nej	Ej bedömbart	Uppgift saknas	Totalt
Stockholm/Gotland	300 (81)	35 (9)	32 (9)	2 (1)	369
Uppsala/Örebro	234 (43)	135 (25)	90 (17)	85 (16)	544
Sydöstra	59 (31)	33 (17)	47 (25)	51 (27)	190
Södra	120 (44)	82 (30)	52 (19)	20 (7)	274
Västra	130 (40)	81 (25)	50 (15)	64 (20)	325
Norra	76 (50)	35 (23)	29 (19)	12 (8)	152
Totalt	919 (50)	401 (22)	300 (16)	234 (13)	1854

Tabell 6.3. Patientens nytta av behandlingen, även om den som i detta fall är registrerad av behandlande läkare, komplex att värdera ur journaluppgifter, är en viktig kvalitetsparameter och har därför införts på blanketten. Som framgår saknas uppgift på många blanketter (13%) och för 16% har det ej ansetts bedömbart. Med stor interregional variation har totalt 50% av patienterna bedömts ha haft nytta, medan 22% ej haft nytta av sin palliativa behandling.