

Rektalcancer

Regional kvalitetsrapport för 2017

Uppsala-Örebroregionen

December 2018



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

INNEHÅLL

INLEDNING	6
SAMMANFATTNING	7
TÄCKNINGSGRADER	8
VÄNTETIDER	18
UTREDNING	24
BEHANDLING	25
Preoperativ behandling	25
Kirurgi, komplikationer och PAD	25
Adjuvant cytostatika	27
UPPFÖLJNING OCH ÖVERLEVAD	54
SENKOMPLIKATIONER	59
UTVECKLINGSPUNKTER	60

FIGURER

1	Täckningsgrad (per tumör) av kvalitetsregistret jämfört med Cancerregistret, per sjukhus, diagnosår 2017.	9
2	Täckningsgrad av radiologifliken, per sjukhus, diagnosår 2017.	10
3	Täckningsgrad av op-/behandlingsfliken (bland de med ej enbart klinisk diagnos), per sjukhus, diagnosår 2017.	11
4	Täckningsgrad av PAD-fliken (bland de som genomgått endoskopisk polypektomi eller operation), per sjukhus, diagnosår 2017.	12
5	Täckningsgrad av 30-dagarsuppföljningsfliken (bland de som genomgått endoskopisk polypektomi eller operation), per sjukhus, diagnosår 2017.	13
6	Antal dagar från operation till inrapportering av 30-dagarsuppföljningsfliken (bland de som genomgått endoskopisk polypektomi eller operation), per sjukhus, diagnosår 2017.	14
7	Täckningsgrad av onkologblanketten (bland cM0-patienter som getts preoperativ onkologisk behandling), per sjukhus, diagnosår 2016.	15
8	Täckningsgrad av onkologblanketten (bland M0-patienter som planerats för postoperativ onkologisk behandling), per sjukhus, diagnosår 2016.	16
9	Täckningsgrad av blanketten för onkologisk behandling vid generaliserad sjukdom (bland patienter som planerats för palliativ behandling eller som har fjärrmetastaser enligt uppföljningsblanketten), per sjukhus, diagnosår 2016.	17
10	Andel opererade patienter med högst 39 dagar mellan utfärdande av remiss och behandlingsstart (preoperativ strålbehandling/preoperativ cytostatikabehandling/operation), per sjukhus, 2015-2017.	19
11	Median antal dagar mellan utfärdande av remiss och behandlingsstart (preoperativ strålbehandling/preoperativ cytostatikabehandling/operation), per sjukhus, 2015-2017.	20
12	Median antal dagar för ingående delväntetider samt för hela kedjan från utfärdande av remiss till behandlingsstart (preoperativ strålbehandling/preoperativ cytostatikabehandling/operation), per sjukhus, 2017.	21
13	Andel patienter med högst 2 veckor mellan preoperativ multidisciplinär konferens och start av preoperativ strålbehandling, per sjukhus, 2015-2017.	22
14	Andel patienter med högst 8 veckor mellan operation och start av adjuvant behandling (postoperativ cytostatikabehandling), per sjukhus, 2015-2017.	23
15	Andel preterapeutisk staging avseende primärtumör med MR per sjukhus, 2015-2017.	24
16	Andel av samtliga patienter som inkluderats i studie, 2015-2017.	28
17	Andel preoperativ strålbehandling per sjukhus, 2015-2017.	29
18	Andel resecerade ¹ fall per sjukhus, 2015-2017.	30
19	Andel fall med fjärrmetastaser (M1) som genomgått resektion ¹ per sjukhus, 2015-2017.	31
20	Operationstyp bland resecerade fall per sjukhus, 2015-2017.	32

21	Andel laparoskopiskt opererade per sjukhus, 2015-2017.	33
22	Andel resektioner där ackrediterad kolorektalkirurg och/eller specialist med kolorektal inriktning deltagit, per sjukhus, 2015-2017.	34
23	Andel postoperativa komplikationer per sjukhus, 2012-2017.	35
24	Andel postoperativa komplikationer per typ av komplikation och sjukhus, 2015-2017.	36
25	Andel komplikationer per typ av kirurgi, 2016 respektive 2017.	37
26	Andel anastomosinsufficiens och/eller intraabdominell infektion per sjukhus, 2009-2017.	38
27	Andel sårruptur per sjukhus, 2009-2017.	39
28	Andel reoperationer per sjukhus, 2009-2017.	40
29	Antal dagar mellan operation och utskrivning (vårdtid), öppen kirurgi, 2009-2017.	41
30	Antal dagar mellan operation och utskrivning (vårdtid), laparoskopisk kirurgi, 2015-2017.	42
31	Antal dagar mellan operation och utskrivning (vårdtid), laparoskopisk kirurgi, 2015-2017.	43
32	Andel av opererade patienter som avlidit inom 90 dagar från operation, per sjukhus, 2015-2017.	44
33	Andel av opererade patienter utan fjärrmetastaser (M0) som opererats radikalt enligt både kirurg och patolog, per sjukhus, 2015-2017.	45
34	Andel tumörnära perforation bland opererade patienter, per sjukhus, 2009-2017.	46
35	Andel av opererade patienter med minst 12 undersökta körtlar, per sjukhus, 2015-2017.	47
36	Andel av opererade patienter, ej pT0, med minst 1 mm cirkumferentiell resektionsmarginal, per sjukhus, 2015-2017.	48
37	Andel adjuvant cytostatika given bland stadium II per sjukhus, 2009-2017.	49
38	Andel adjuvant cytostatika given bland patienter äldre än 75 år i stadium II per sjukhus, 2009-2017.	50
39	Andel adjuvant cytostatika given bland stadium III per sjukhus, 2009-2017.	51
40	Postoperativ cytostatika för patienter <75 år med stadium III per sjukhus, 2015-2017.	52
41	Andel adjuvant cytostatika given bland patienter äldre än 75 år i stadium III per sjukhus, 2009-2017.	53
42	Andel av patienter med godkänd 3- eller 5-årsuppföljning, per sjukhus, 2014 respektive 2012.	55
43	Andel av opererade patienter, T1-3 och M0, ej preoperativt strålbehandlade, som fått lokalrecidiv inom 3 år från operation, per sjukhus, 2012-2014.	56
44	Andel av opererade patienter, T1-3 och M0, preoperativt strålbehandlade, som fått lokalrecidiv inom 3 år från operation, per sjukhus, 2012-2014.	57
45	Relativ 3-årsöverlevnad för opererade patienter utan fjärrmetastaser (M0), per sjukhus, 2011-2017.	58
46	Andel komplikationer och kvarstående besvär 3 år efter operation, 2010-2014.	59

INLEDNING

Syftet med kolorektalcancerregistret är att förbättra omhändertagandet av individer som drabbas av kolorektalcancer. Denna rapport vänder sig därför i första hand till professionen med syftet att ge underlag för att utvärdera den egna verksamheten samt för regionalt kvalitetsarbete. Framst skall varje enhet kunna följa sin egen utveckling. Jämförelser med region- och riksgenomsnittet och andra behandlande enheter kräver kunskap om potentiella störfaktorer såsom exempelvis täckningsgrader, case-mix, komorbiditet och socioekonomiska faktorer.

I denna rapport redovisas data kring patienter med rektalcancer som diagnosticerades 2017 samt uppföljning efter 3 och 5 år, dvs. patienter diagnosticerade 2014 och 2012. I flertal figurer presenteras även sjukhusdata från de två föregående åren eller i tre treårsperioder som jämförelse, för att varje sjukhus skall kunna se hur verksamheten utvecklas. Samtliga figurer, med undantag för analyser gällande mortalitet, baseras på antal operations- eller diagnostillfällen.

Täckningsgraden för inrapportering är genomgående hög och validiteten höjs om data förs in löpande i processen. Inte minst gäller det operationsfynd och postoperativt förlopp. Registrering och kvalitetsarbete måste vara en naturlig del i den kliniska vardagen. Ett bekymmer för trovärdigheten är dock att data från flertal sjukhus inte rapporteras prospektivt "online" t.ex. vid återbesöket efter en månad, utan långt i efterhand. Täckningsgraden för radiologfiken, men även patologi och 30-dagarsuppföljning har blivit sämre. Enligt ordförande för styrgruppen lämnas därför i nuläget inga data ut för forskning.

Denna rapport utgår från de sju landstingen/regionerna i Uppsala-Örebroregionen: Dalarna, Gävleborg, Södermanland, Uppsala, Värmland, Västmanland och Örebro. Nio sjukhus resecerade totalt mellan 9–53 patienter under 2017. I Dalarna och Södermanland opererade två sjukhus vilket medförde att volymerna vid Mora och Nyköping blev låga, 9 respektive 15 resecerade patienter. Mora har nu slutat resecera patienter med rektalcancer sedan början av 2018.

Denna rapport har precis som nationella rapporten bantats ner och mer information kan sökas från nationella rapporten 2017 på www.cancercentrum.se. Övriga data kan tas ut online direkt ur INCA: <https://rcc.incanet.se/Login>. Ett urval av indikatorer finns dessutom åtkomliga i realtid under rubriken "Koll på läget" under INCA-plattformen.

Regionala rapporten är framtagen av undertecknad på uppdrag från regionala vårdprocessgruppen i samarbete med statistiker Fredrik Sandin vid Regionalt cancercentrum Uppsala Örebro och baseras på datauttag 2018-08-27 från Svenska kolorektalcancerregistret på INCA-plattformen.

Kenneth Smedh

Regional processledare

Västerås

SAMMANFATTNING

Täckningsgraden för radiologfliken är långt ifrån acceptabel där framförallt radiologklinikerna vid Universitetssjukhusen i Uppsala och Örebro inte har lagt in något utlåtande i radiologfliken för 2017. Örebro har glädjande nog börjat att registrera 2018. Kirurger fyller inte i op-/behandlingsfliken för alla patienter med cancerdiagnos. Här missas sannolikt viktiga data kring varför patienter inte opereras och vilka mindre ingrepp som utföres.

Väntetiderna är fortfarande långa, särskilt tiden mellan MDK och start av behandling. Tiden till start av adjuvant cytotostatikabehandling har ökat något i regionen med två lysande undantag men fortfarande får majoriteten starta inom 8 veckor. Standardiserade vårdförlopp (SVF) som startade under 2016 befinner sig fortfarande långt från målet men ett litet trendbrott anas i regionen där fyra sjukhus minskat ledtiden.

De kirurgiska indikatorerna varierar fortfarande betydligt mellan sjukhusen. Här finns potential till förbättring, framförallt en ärlig och prospektiv registrering online och inte att data inhämtas retrospektivt genom journalgenomgång. Andelen resecerade fortsätter att minska, framförallt för or patienter med me-tastaser. Andelen laparoskopiska resektioner ökar och bedrivs nu på alla sjukhus.

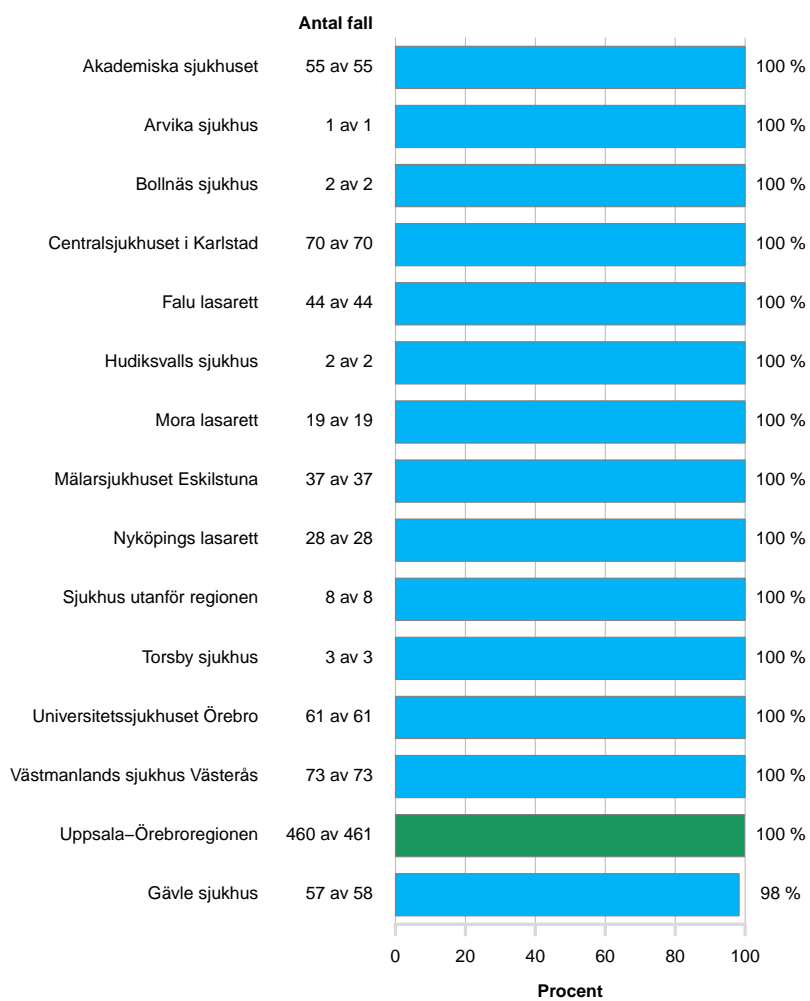
Inom RCC och i vårdprocessgruppen förespråkas att kolorektalcancer behandlas på ett sjukhus i varje län. Detta för att en viss volym är viktig för att hela vårdkedjan skall få erfarenhet och ökande kunskap om handläggningen av dessa patienter. Antalet opererande kirurger bör också begränsas för att dessa skall utveckla/behålla sin kompetens, särskilt avseende rektalcancer. Fortfarande sker behandling av rektalcancer på två sjukhus i Södermanland.

Andelen patienter som inkluderas i studier är fortfarande lågt eller lägre på flera sjukhus i regionen jämfört med åren innan. Här behöver vi ta krafttag och tänka på inklusion i de stora multicenterstudier som bl.a. finns angivna i anmälningsblanketten.

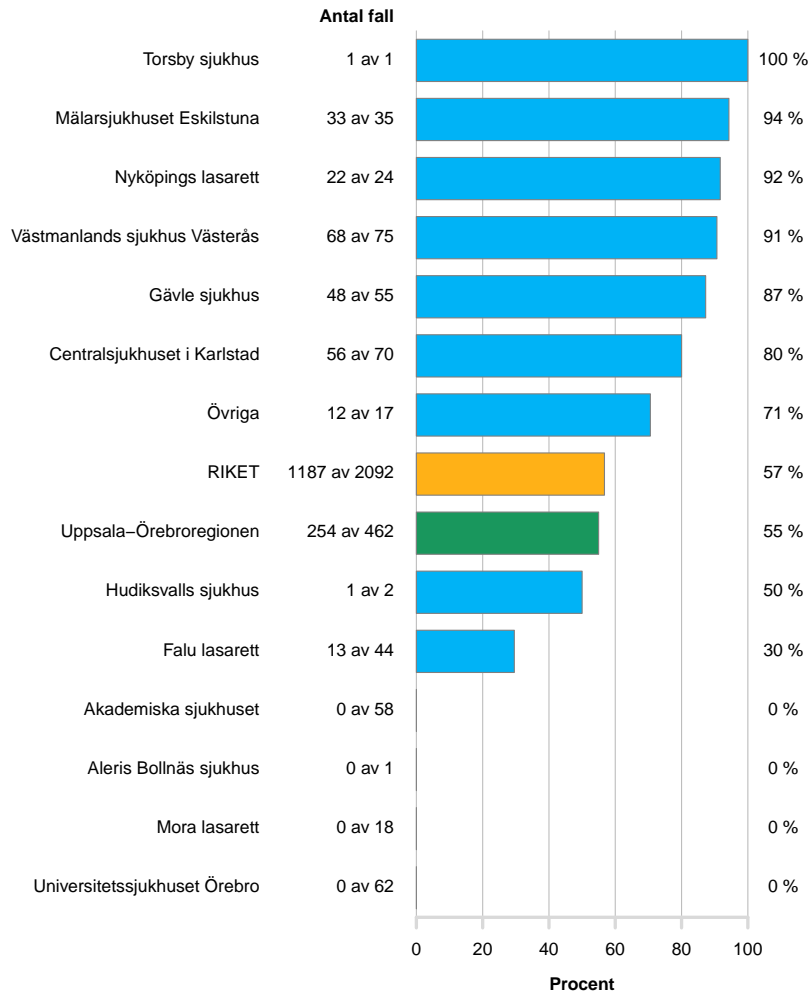
TÄCKNINGSGRADER

Täckningsgraden för anmälan till registret ligger på fina 100 % (Figur 1). Däremot är täckningsgraden för radiologfliken långt från acceptabel (55 %) där framförallt radiologklinikerna (som är ansvariga för detta) vid Universitetssjukhusen i Uppsala och Örebro inte har lagt in något utlåtande i radiologfliken för 2017 (Figur 2). Kirurgerna fyller inte i op-/behandlingsfliken för alla patienter med cancerdiagnos (Figur 3). Täckningsgraden ligger på drygt 90 % i regionen med några sjukhus nere runt 80 %. Här missas sannolikt viktiga data kring varför patienter inte opereras och vilka mindre ingrepp som utföres. Patologerna däremot registrerar klart bättre jämfört med radiologerna med en täckningsgrad på 92 %, undantaget några sjukhus (Figur 4). Täckningsgraden för 30-dagarsuppföljningen ser också bra ut med undantag för Uppsala (Figur 5). Ett stort problem för validiteten däremot, är att data från flertal sjukhus inte rapporteras prospektivt "online", t.ex. vid återbesöket efter en månad, utan långt i efterhand vilket ger registret en bister anstrykning av retropektiv registrering och klart mindre pålitliga data. I figur 6 framgår att flera sjukhus inte är online och särskilt Gävle måste titta på sina rutiner.

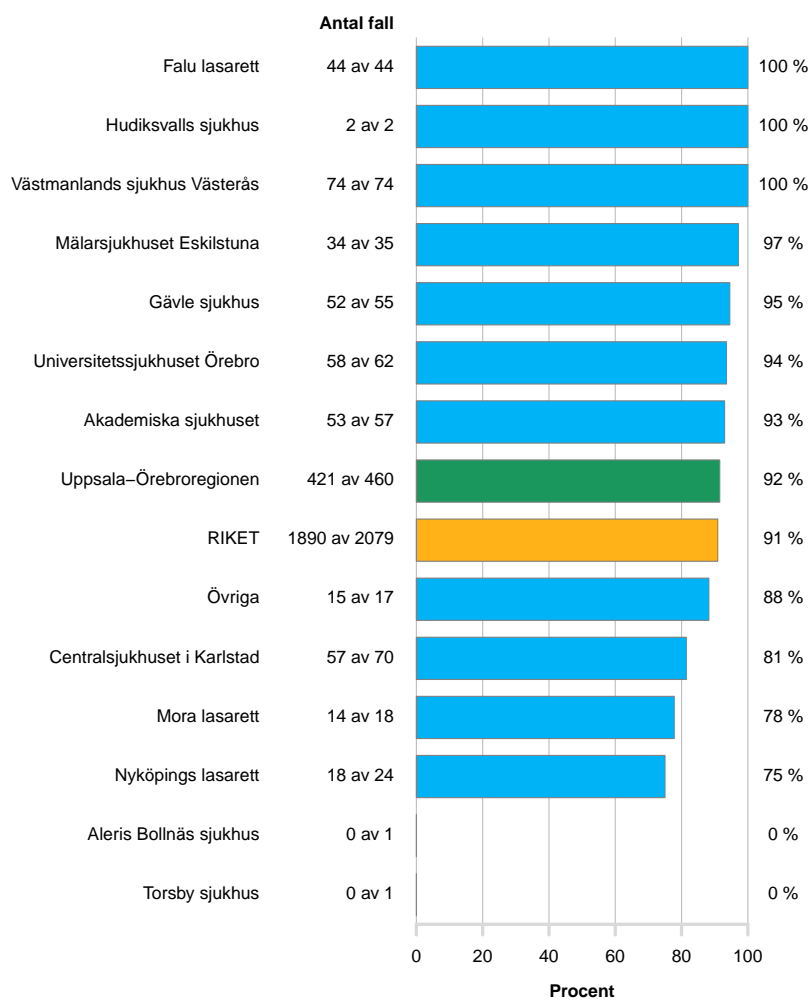
Onkologblanketten för cM0 patienter som erhållit preoperativ onkologisk behandling är nästan hundra procentig (Figur 7). För resecerade patienter utan metastaser och som planerats för adjuvant cytostatika ligger täckningsgraden på 99 % (Figur 8). Täckningsgraden för onkologisk behandling vid generaliserad sjukdom är sämre och ligger på 83 % men med stor spridning, 67–100 % (Figur 9).



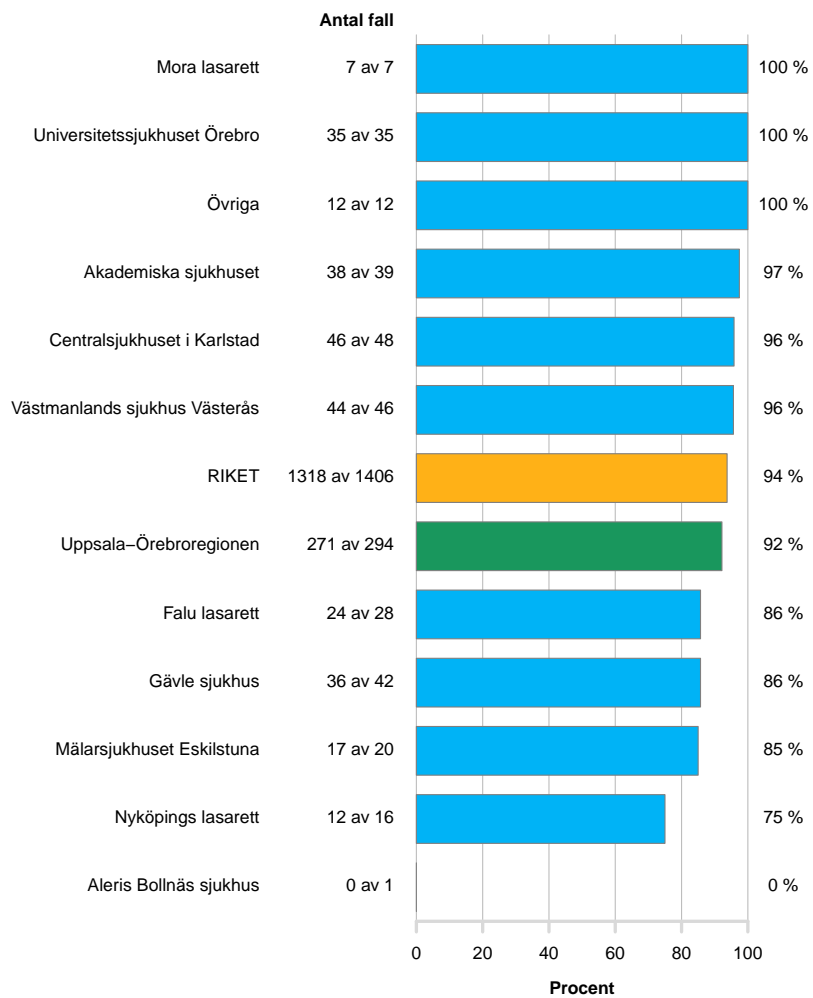
Figur 1. Täckningsgrad (per tumör) av kvalitetsregistret jämfört med Cancerregistret, per sjukhus, diagnosår 2017.



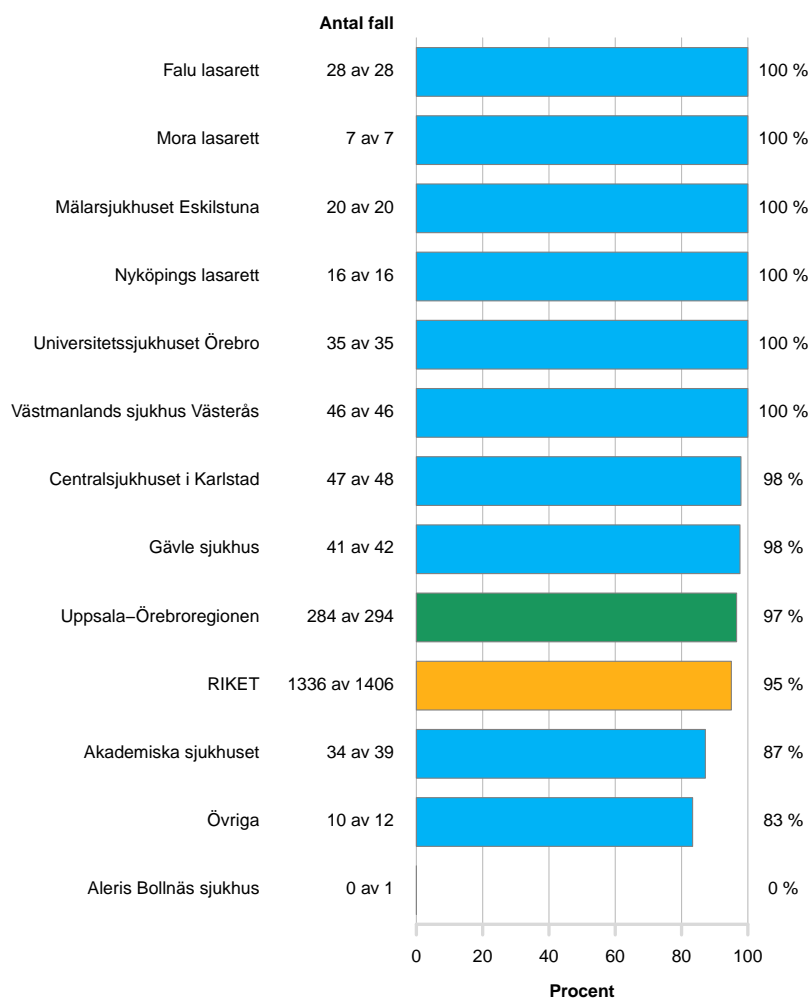
Figur 2. Täckningsgrad av radiologifliken, per sjukhus, diagnosår 2017.



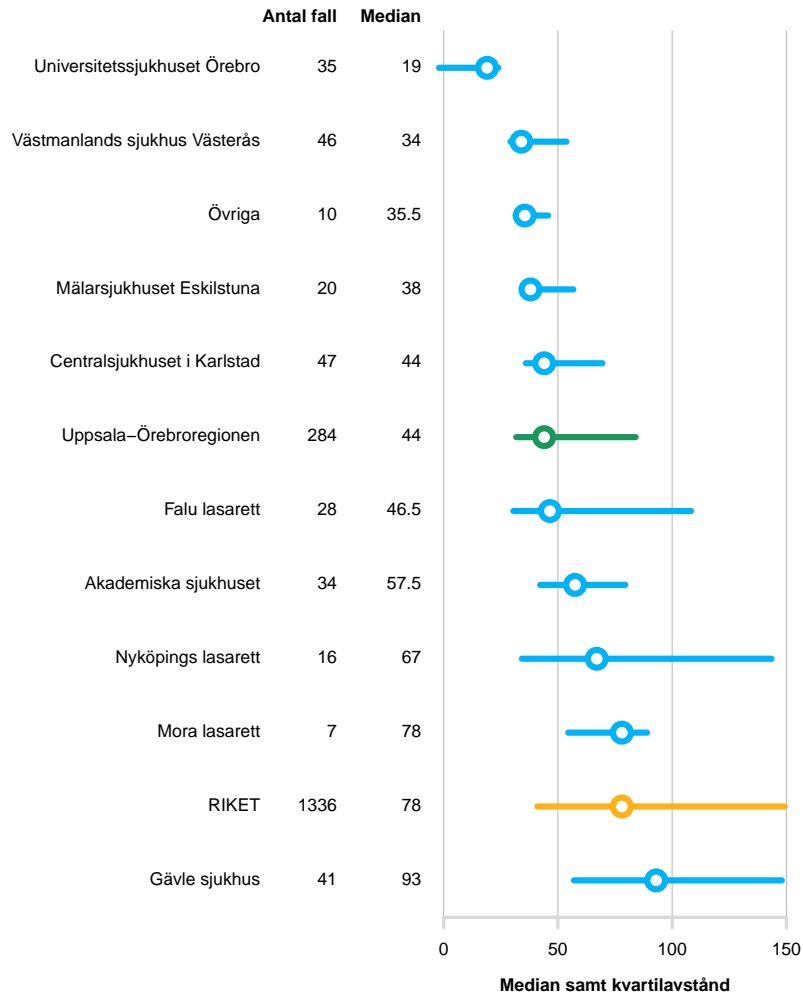
Figur 3. Täckningsgrad av op-/behandlingsfliken (bland de med ej enbart klinisk diagnos), per sjukhus, diagnosår 2017.



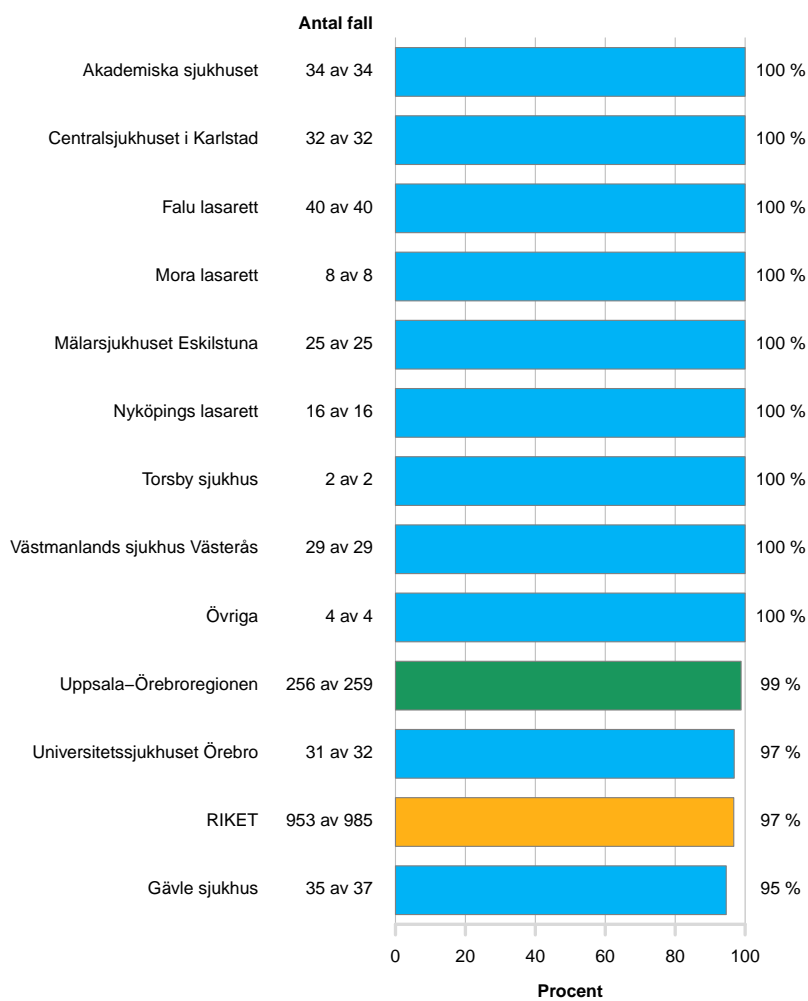
Figur 4. Täckningsgrad av PAD-fliken (bland de som genomgått endoskopisk polypektomi eller operation), per sjukhus, diagnosår 2017.



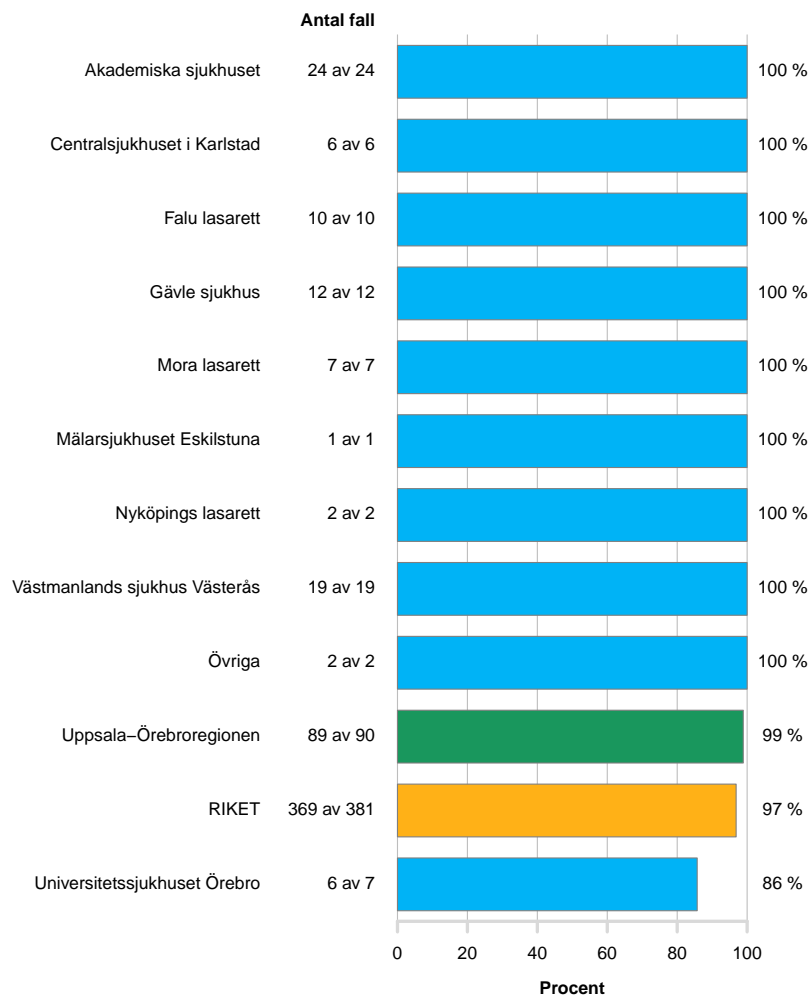
Figur 5. Täckningsgrad av 30-dagarsuppföljningsfliken (bland de som genomgått endoskopisk polypektomi eller operation), per sjukhus, diagnosår 2017.



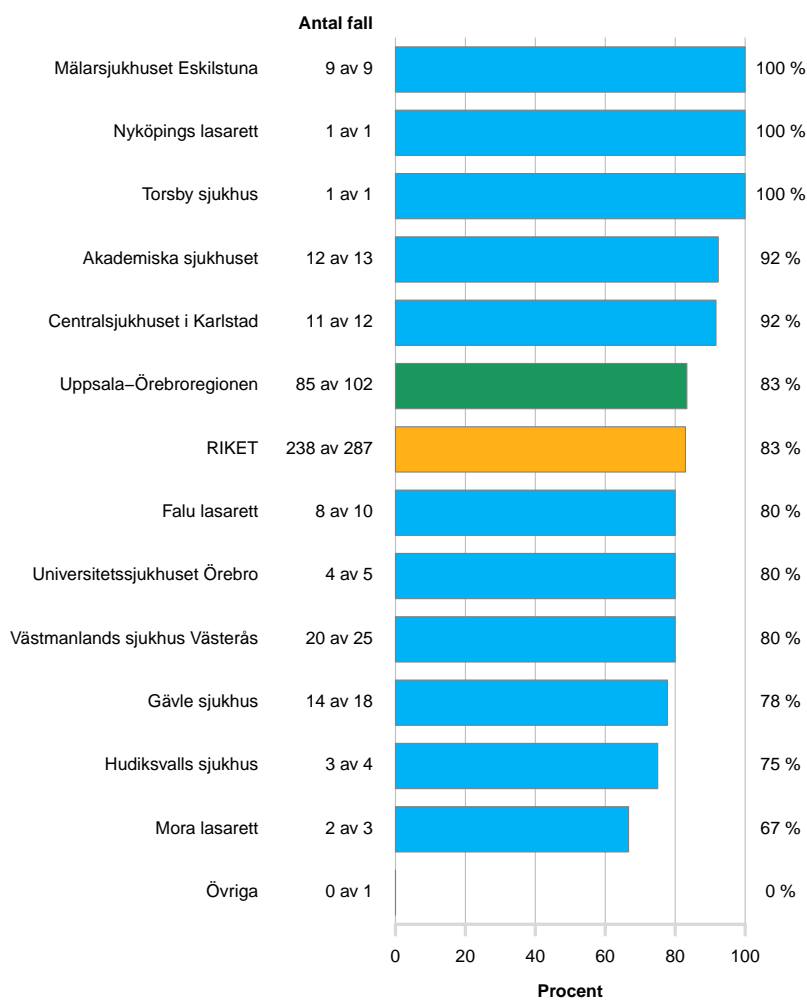
Figur 6. Antal dagar från operation till inrapportering av 30-dagarsuppföljningsfliken (bland de som genomgått endoskopisk polypektomi eller operation), per sjukhus, diagnosår 2017. (Framre resektion, rektumamputation och Hartmanns operation)



Figur 7. Täckningsgrad av onkologblanketten (bland cM0-patienter som getts preoperativ onkologisk behandling), per sjukhus, diagnosår 2016.



Figur 8. Täckningsgrad av onkologblanketten (bland M0-patienter som planerats för postoperativ onkologisk behandling), per sjukhus, diagnosår 2016.



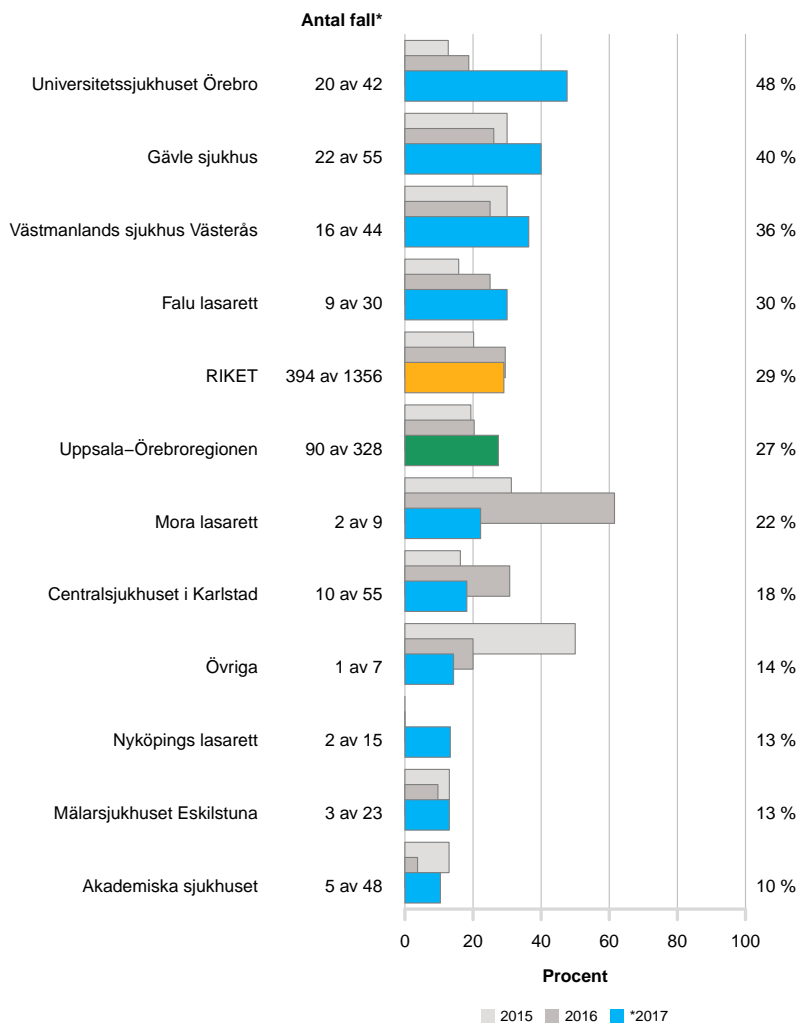
Figur 9. Täckningsgrad av blanketten för onkologisk behandling vid generaliserad sjukdom (bland patienter som planerats för palliativ behandling eller som har fjärrmetastaser enligt uppföljningsblanketten), per sjukhus, diagnosår 2016.

VÄNTETIDER

Andel opererade patienter med högst 39 dagar mellan utfärdande av remiss till start av behandling (preoperativ strålning/cytostatika eller operation) framgår av figur 10. Inget sjukhus klarar målet enligt Standardiserade vårdförlopp (SVF) men ett litet trendbrott anas i regionen där fyra sjukhus minskat ledtiden. Mediantiderna ses i Figur 11, för regionen 49 dagar men för två sjukhus över 2 månader.

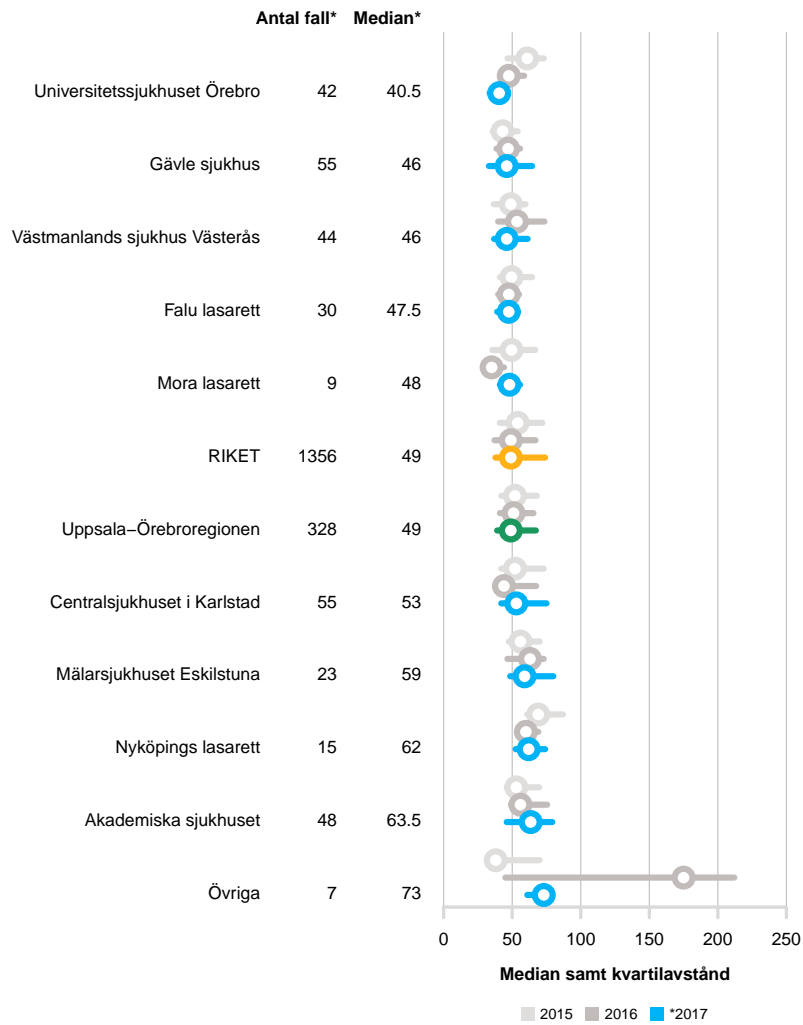
I figur 12 framgår att det som tidigare är tiden från MDK till preoperativ strålbehandling/cytostatika/operation som står för huvudparten av väntetiderna i vårdkedjan. Särskilt besvärlig är situationen i Eskilstuna. Mediantiden från remiss till diagnos är 0 dagar för sju sjukhus vilket rimligen måste innebära att patienterna i hälften av fallen presenteras med diagnos till kirurgkliniken varför ledtiderna i realiteten är längre. Några patienter blir emellertid inlagda akut för snabb diagnostik. Tittar vi på andel patienter med högst två veckor mellan MDK och start av preoperativ strålbehandling, klarar sig Örebro och Gävle bäst (Figur reffig:kvalindK1). Hos flera sjukhus kommer ingen patient till strålning inom 2 veckor.

I figur 14 redovisas andelen patienter med högst 8 veckor från operation till start av adjuvant behandling hos de sjukhus som behandlat fler än 5 patienter. De flesta patienter startar fortfarande sin adjuvans inom stipulerad tid men andelen har minskat något. Viktigt att andelen kan öka eftersom 8 veckor är bedömd som en borte gräns för effektiv adjuvans. Data från Akademiska, Mora, Eskilstuna och Nyköping redovisas inte pga. få eller inga fall registrerade.



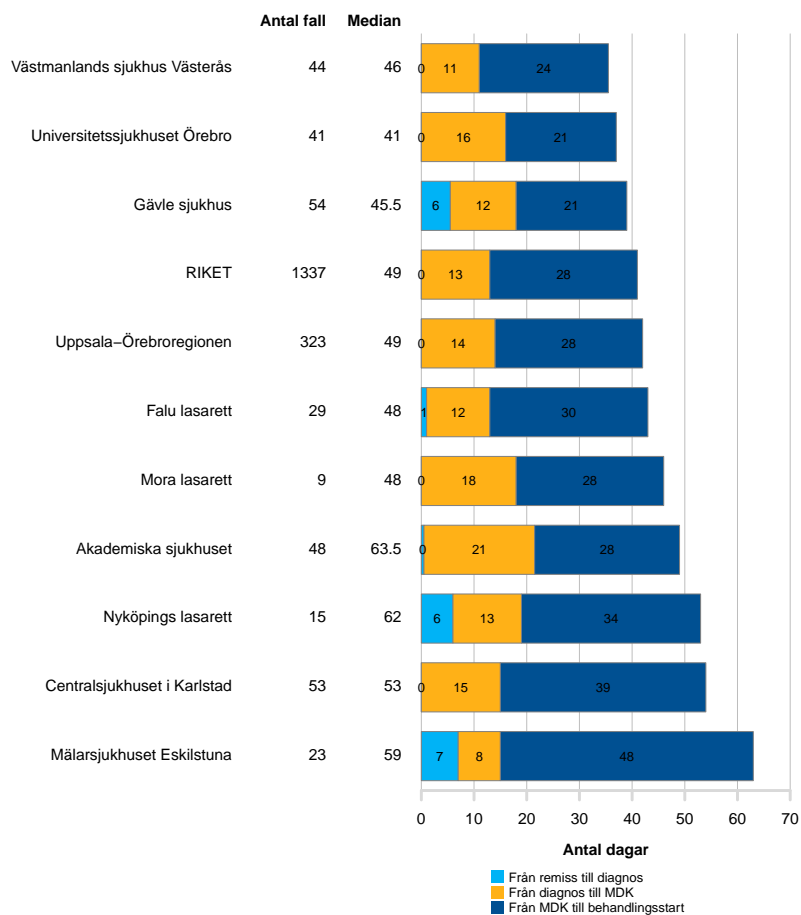
Figur 10. Andel opererade patienter med högst 39 dagar mellan utfärdande av remiss och behandlingsstart (preoperativ strålbehandling/preoperativ cytostatikabehandling/operation), per sjukhus, 2015-2017.

Sjukhus som i aktuellt urval bidrog med färre än 5 fall redovisas ej separat.

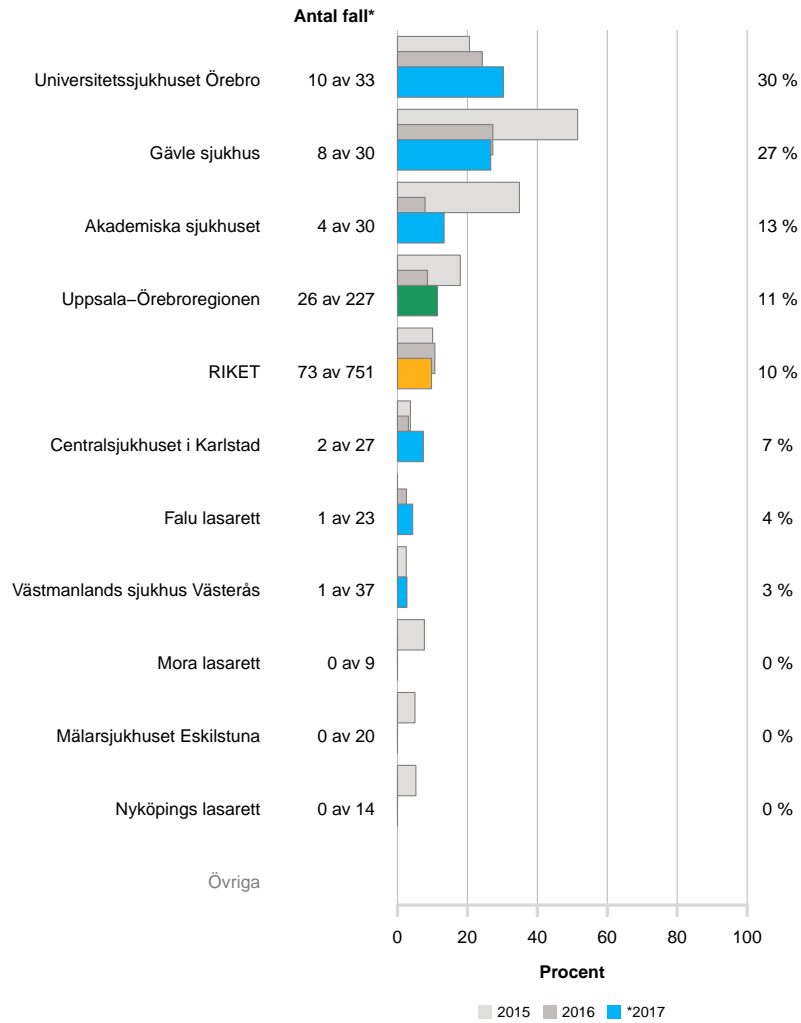


Figur 11. Median antal dagar mellan utfärdande av remiss och behandlingsstart (preoperativ strålbehandling/preoperativ cytostatikabehandling/operation), per sjukhus, 2015-2017.

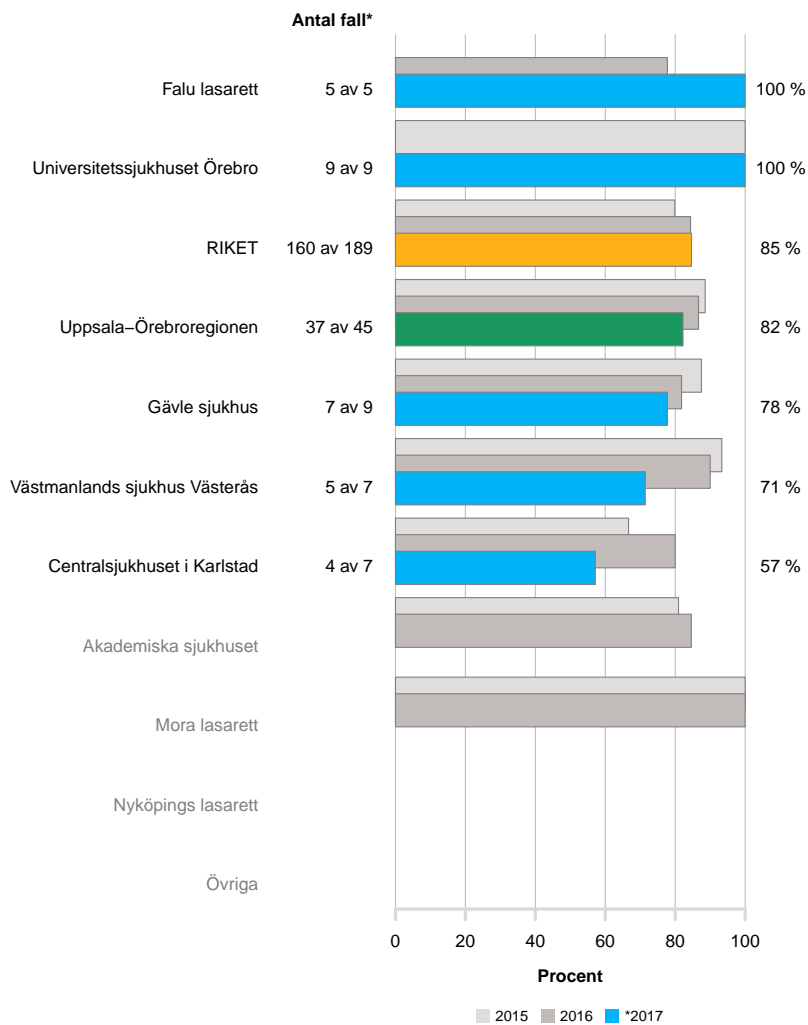
Sjukhus som i aktuellt urval bidrog med färre än 5 fall redovisas ej separat.



Figur 12. Median antal dagar för ingående delväntetider samt för hela kedjan från utfärdande av remiss till behandlingsstart (preoperativ strålbehandling/preoperativ cytostatikabehandling/operation), per sjukhus, 2017.



Figur 13. Andel patienter med högst 2 veckor mellan preoperativ multidisciplinär konferens och start av preoperativ strålbehandling, per sjukhus, 2015-2017.

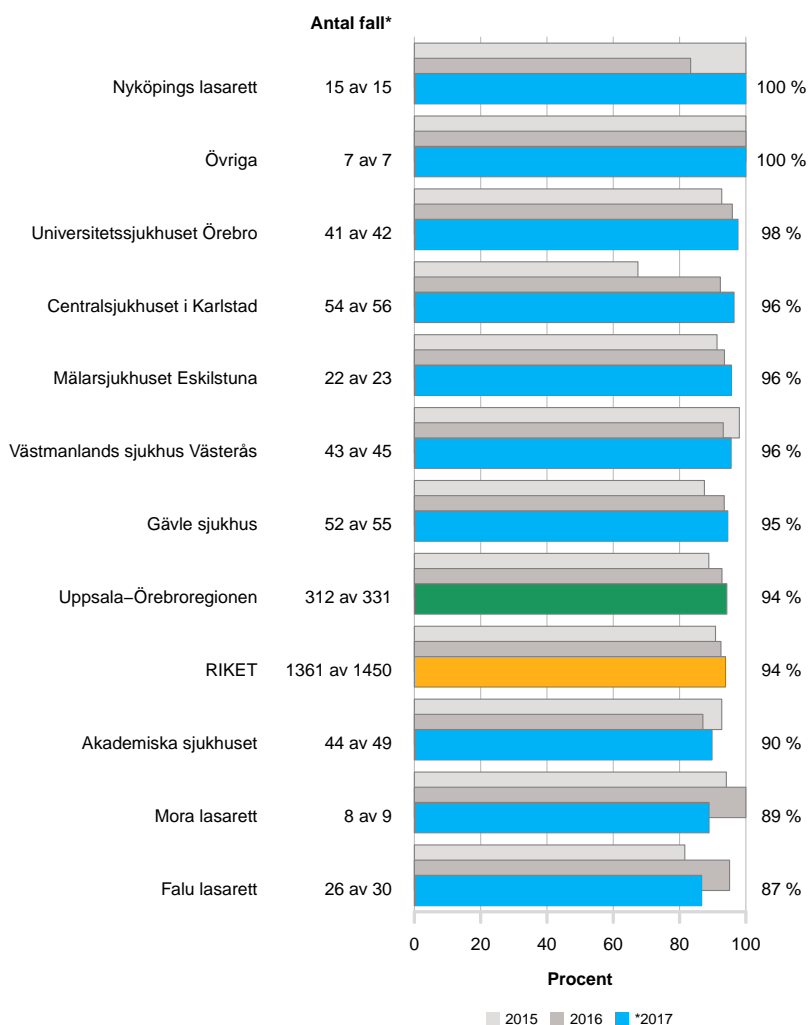


Figur 14. Andel patienter med högst 8 veckor mellan operation och start av adjuvant behandling (postoperativ cytostatikabehandling), per sjukhus, 2015-2017. (Framre resektion, rektumamputation och Hartmanns operation)

Sjukhus som i aktuellt urval bidrog med färre än 5 fall redovisas ej separat.

UTREDNING

Andelen med komplett preoperativ stadiindelning (primärtumör, lunga-lever) är hög. Alla sjukhus ligger på 96–100 %. Andelen som utreds med MR av primärtumören har ökat ytterligare något och utföres i snitt hos 94 % av patienterna i regionen (Figur 15). MR är mycket viktig i valet av eventuell neoadjuvans och operation. Viss selektion finns emellertid då vissa sjuka, sköra patienter som inte ska resecceras inte utsätts för all radiologi.



Figur 15. Andel preterapeutisk staging avseende primärtumör med MR per sjukhus, 2015-2017.

BEHANDLING

Andel patienter som inkluderats i studier har ökat något generellt i regionen sedan 2016 men är lägre än 2015. (Figur 16). Fyra sjukhus når upp till målvärdet på 30 % och här har några ökat ordentligt men fyra andra har minskat och ligger under målvärdet. Gå med i stora viktiga studier som är angivna i anmälningsblanketten. Försök också få verksamhetschefen att förstå att en forskningssköterska är ett måste i dagens pressade sjukvård. Forskningssköterskan kan sköta kvalitetsregister och fånga upp patienter på MDK till olika studier mm.

Preoperativ behandling

Andelen preoperativt strålade tumörer uppvisade som tidigare år stor spridning. I Södermanland 78–87 % ner till 50–56 % i Dalarna samt 52 % i Uppsala. (Figur 17). I regionen ligger andelen nu något lägre än förra året på 67 %. Målet bör vara att ytterligare minska andelen neoadjuvant behandlade. Vidare varierar också andelen som får radiokemoterapi mellan några procent till drygt 25 %.

I Stockholm har ansvariga nu utifrån data från Stockholm III-studien bestämt att för patienter med rektalcancer som skall erhålla 25 Gy, införa vänt på 6–8 veckor som rutin. Fördelarna är tumörregression, man vinner tid för optimering av patienten, den postoperativa komplikationsrisken minskar, man får bättre logistik samt möjlighet till "watch and wait" som skall bedrivas kontrollerat i studieform. Rutinen i Stockholm är MR efter 6 veckor, om dåligt svar resektion efter 8 veckor. Om mycket bra svar, ny MR efter 12 veckor. Operation skall inte fördröjas mer än drygt 12 veckor. MR bedömningen viktigt och svår, men professor Lennart Blomquist, KS har erbjudit sig att komma ut i regionerna och informera/utbilda våra radiologer. Den fördröjda kirurgin efter 25 Gy har kritiserats av vissa onkologer eftersom tiden till eventuell adjuvant cytostatika blir påtagligt förlängd.

Kirurgi, komplikationer och PAD

Under 2017 utfördes tumörresektion på mellan 45–76 % av patienterna i regionen, i snitt 62 % (Figur 18). Andelen som resecceras har succesivt sjunkit under senare år. Många med metastaser tas om hand ganska omgående för onkologisk behandling utan resektion. Andra faktorer är patientselektion (ändrat åldersspann, hög komorbiditet, nedsatt funktionsförmåga) och remitteringsmönster samt sakta ökande wait-and-watch-strategi eller val av lokal endoskopisk/radiologisk tumörbehandling. Generellt ligger vår region nu som rikssnittet. Av patienter med fjärrmetastaser däremot, resecceras i snitt bara 10 % i regionen mot 20 % i riket (Figur 19). Vid fyra sjukhus reseccerades ingen av totalt 30 patienter med metastaser. För att närmare studera orsakerna till den sjunkande och varierande resektionsandelen, är det viktigt att fylla i operations-/behandlingsprotokollet även på dessa ej reseccerade patienter!

Fördelningen av operationstyper för reseccerade fall varierar ofta år från år men en tendens är en ökning av abdominoperineal excision och Hartmann´s operation, framförallt en succesiv minskning av främre resektion (Figur 20). Val av operationsmetod är ofta mycket betydelsefullt för patienten avseende typ av komplikationer, funktion och ibland livskvalitet och patienten måste noga bedömas och informeras preoperativt om operationsmetoderna och deras komplikationsmönster (delat beslutsfattande).

Andelen laparoskopiskt opererade ökar fortsatt, i snitt 45 % i regionen, jämfört med 57 % i riket. Alla sjukhus har kommit igång (Figur 21).

Mycket stor variation ses vid registrering av postoperativa komplikationer, från 25 upp till 48 %. Snittet ligger på 42 %, ändå mer likartade resultat på över 40 % komplikationer för 2017 för nästan alla sjukhus, jämfört med året innan (Figur 23). I stora studier ligger frekvensen snarare bortåt 50 % och eftersom det i den här sammanställningen ingår abdominoperineala excisioner som är förenade med en mycket hög andel perineala sårinfektioner handlar det således rimligen om bristande registrering av komplikationer på vissa sjukhus. Komplikationer redovisas enligt Clavien, där 2-3a räknas som "minor" och 3b-5 räknas som "major". Tyvärr saknas fortfarande full Clavien registrering på några sjukhus, bl.a. Nyköping som redovisar lägst andel komplikationer. Komplikationsregistreringen måste bli bättre. Enligt figur 24 dominerar de kirurgiska komplikationerna stort.

Delar vi upp resektionerna i öppen och laparoskopisk kirurgi så ser vi att data här åter har ändrats något (Figur 25). Jämfört med 2016 då den laparoskopiska kirurgin var behäftad med en siffermässigt lägre postoperativ komplikationsfrekvens i regionen, är det nu tvärtom. Emellertid ses som tidigare ingen signifikant skillnad mellan öppen och laparoskopisk kirurgi.

Andelen anastomoskomplikationer (intraabdominell infektion inkluderad) varierar som tidigare påtagligt, mellan 3–25 % och här kan det vara på plats att syna själva registreringen, teknik/operatör samt även om rätt patienter selekteras till anastomos (Figur 26). Andelen sårrupturer är fortsatt för hög (5–6 %) på några sjukhus, troligen teknikfråga (Figur 27).

Andelen reoperationer har generellt ökat i regionen (Figur reffig:reop1). Man undrar över Nyköping som trots sårrupturer inte reopererat någon patient. Fördelen med laparoskopi är möjligheten till reoskopi tidigt vid misstanke på intraabdominell komplikation, vilket kan vara livräddande.

Vårdtiden efter tarmresektion ligger på median 10 (spridning på 7–14 mellan sjukhusen) dagar för öppna resektioner och på 7 (6–8) dagar för laparoskopiska (Figur 29-30). Viss selektion sker här mellan öppen och laparoskopisk men ändå inte så stor skillnad, vilket sannolikt beror på att många patienter får avlastande eller permanent stomi. Men när vi bryter ut laparoskopiska främre resektioner så minskar inte vårdtiden i regionen, fransett några sjukhus (Figur 31). Även här spelar nog avlastande stomier in men med tanke på hög komplikationsfrekvens efter stomiavlastning och nedläggning (samt hög andel stomier som aldrig blir nedlagda) borde betydligt fler patienter slippa en avlastande stomi.

I figur 32 ses den postoperativa mortaliteten under senaste 3-årsperioden angiven efter 90 dagar, 2 % i regionen. Den är högre vid Nyköping sjukhus (6 %), även om slumpvariation kan bidra. Här måste ansvariga analysera situationen.

Andelen radikalopererade enligt kirurg och patolog (M0-patienter) under 2017 ligger något lägre på runt 93 %. Mora och Örebro når inte riktigt målnivån på 90 % (Figur 33).

Andelen tumörnära perforationer, som är en känd riskfaktor för lokalrecidiv, var något högre i Nyköping och Mora jämfört med regionens 1 % (Figur 34). Två sjukhus rapporterar inga tumörnära tarmperforationer sista tre åren.

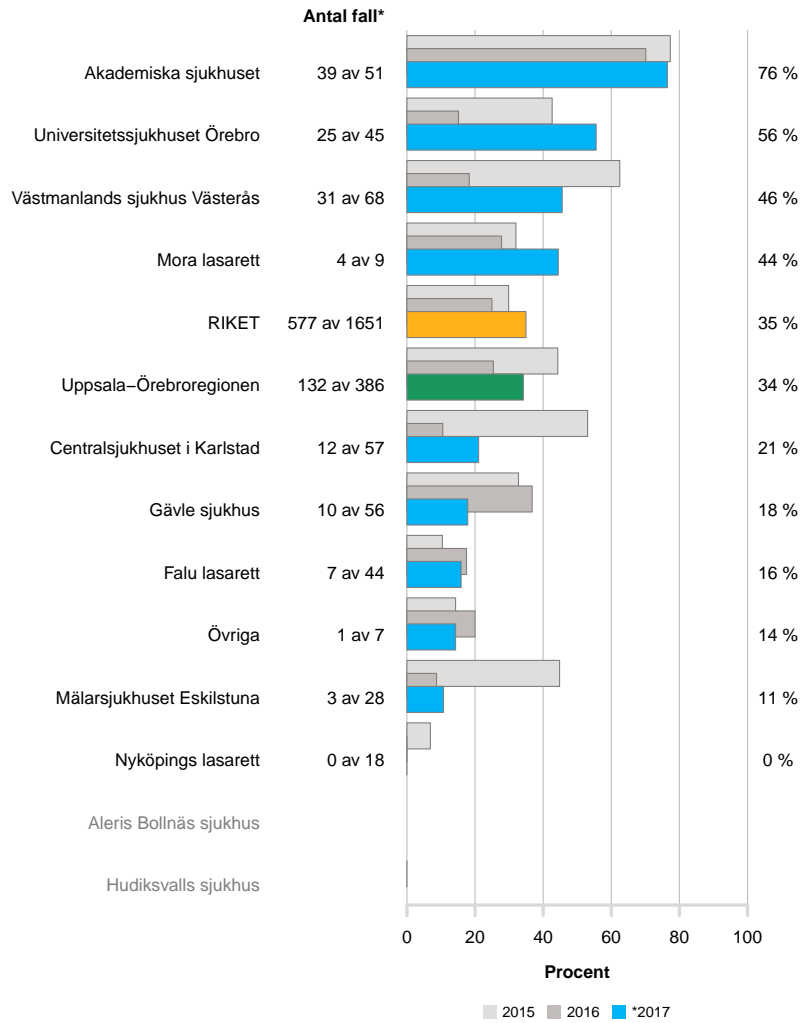
Målnivån där 95 % av resecerade tarmpreparat skall innehålla minst 12 lymfkörtlar nås av två sjukhus. Färre körtlar är en känd riskfaktor i flera studier (Figur 35).

Den cirkumferentiella resektionsmarginalen på minst 1 mm i PAD har under 2017 försämrats på alla sjukhus utom ett, jämfört med förra året då nästan alla sjukhus i regionen nådde målnivån på > 90 %. Beror det på att det är patologerna som nu skickar in data? Klar försämring även i riket (Figur 36).

Adjuvant cytostatika

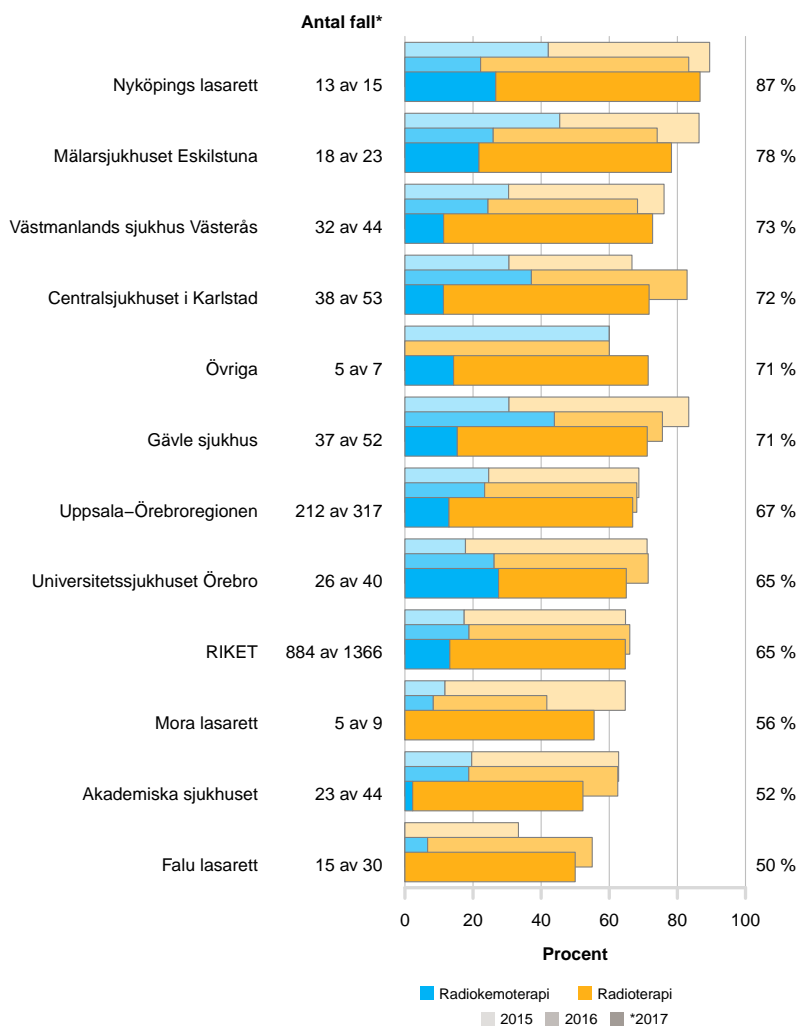
Andelen patienter med rektalcancer som erhållit adjuvant cytostatika är som tidigare lägre än vid koloncancer. Motsvarande skillnad ses mellan stadierna. I stadium II har det skett en kraftig minskning, särskilt i Västerås, Gävle, Mora och Karlstad. I regionen har andelen sjunkit från drygt 20 % ner till cirka 10 % (Figur 37). Tittar vi på patienter äldre än 75 år, är det nu bara i Västerås som en enda patient fick behandling (Figur 38). I stadium III finns fortfarande en stor variation på mellan 13 och 59 %. Några sjukhus har fortsatt minska andelen men andra sjukhus ökat andelen behandlade. (Figur 39). För patienter yngre än 75 år visar figur 40 hur behandlingen fördelas. För äldre än 75 år har andelen ökat något men i Södermanland erhåller inga adjuvans (Figur 41). Önskvärt vore att få mer enhetliga bedömningar.

Evidensen för tillräcklig effekt av adjuvant cytostatika är betydligt lägre vid rektalcancer än vid koloncancer. Måttlig evidens finns för adjuvant cytostatika om patienten inte tidigare strålbehandlats, vilket oftast är fallet vid höga tumörer. Evidens för adjuvant cytostatika efter preoperativ kemoradioterapi är svag och omdiskuterad. Den stora variationen i regionen beror på olika värderingar hos framför allt de lokala onkologerna. Bättre studier och evidens samt riktlinjer känns viktigt. Hos patienter med patologisk "complete response" liksom de som svarat dåligt på neoadjuvans, förefaller adjuvant cytostatika sakna värde. Däremot har semigruppen, som svarat hyfsat, effekt av adjuvant cytostatika. Efter RAPIDO-studien neoadjuvant bedrivs på flera sjukhus i Sverige LARCTus-studien, med 25 Gy och därefter 4 cykler cytostatika på "ugly" -tumörer.

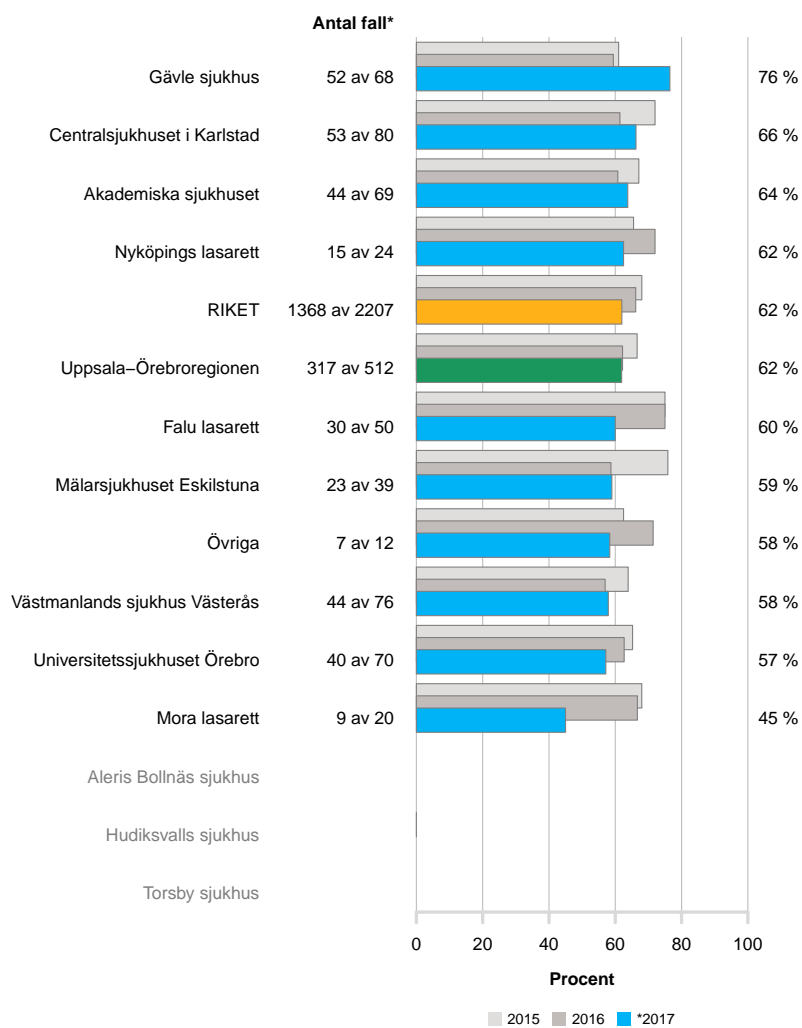


Figur 16. Andel av samtliga patienter som inkluderats i studie, 2015-2017.

Sjukhus som i aktuellt urval bidrog med färre än 5 fall redovisas ej separat.



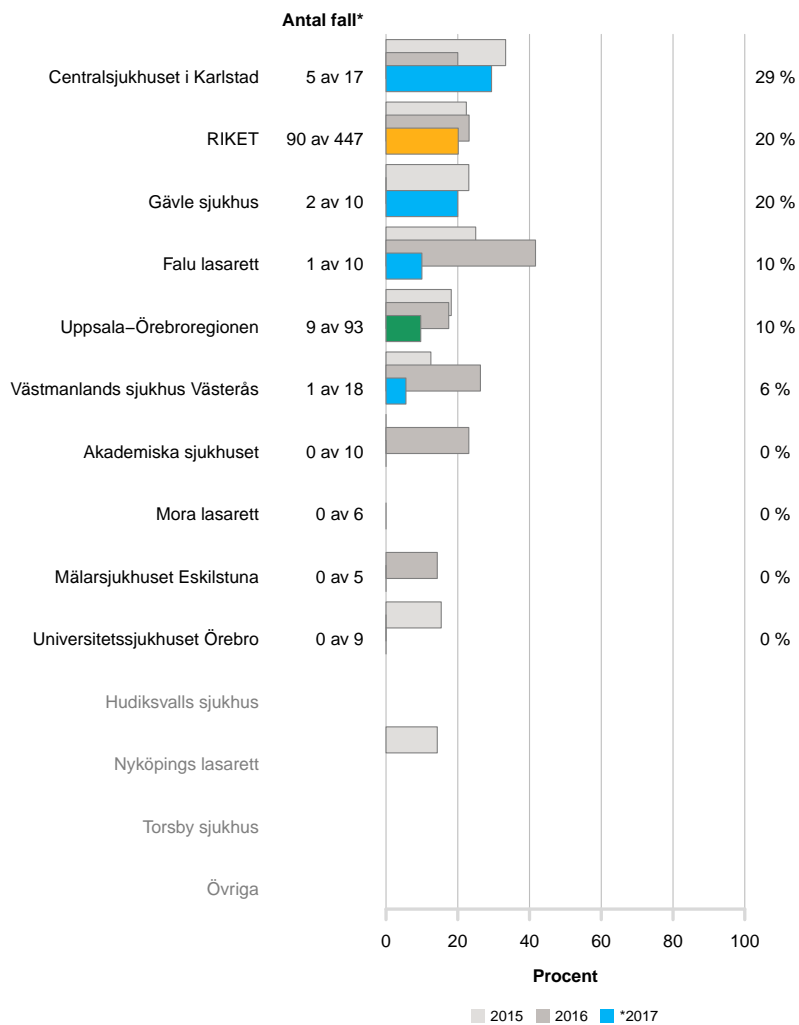
Figur 17. Andel preoperativ strålbehandling per sjukhus, 2015-2017.
(Framre resektion, rektumamputation och Hartmanns operation)



Figur 18. Andel resecerade¹ fall per sjukhus, 2015-2017.

¹ Främre resektion, rektumamputation och Hartmanns operation.

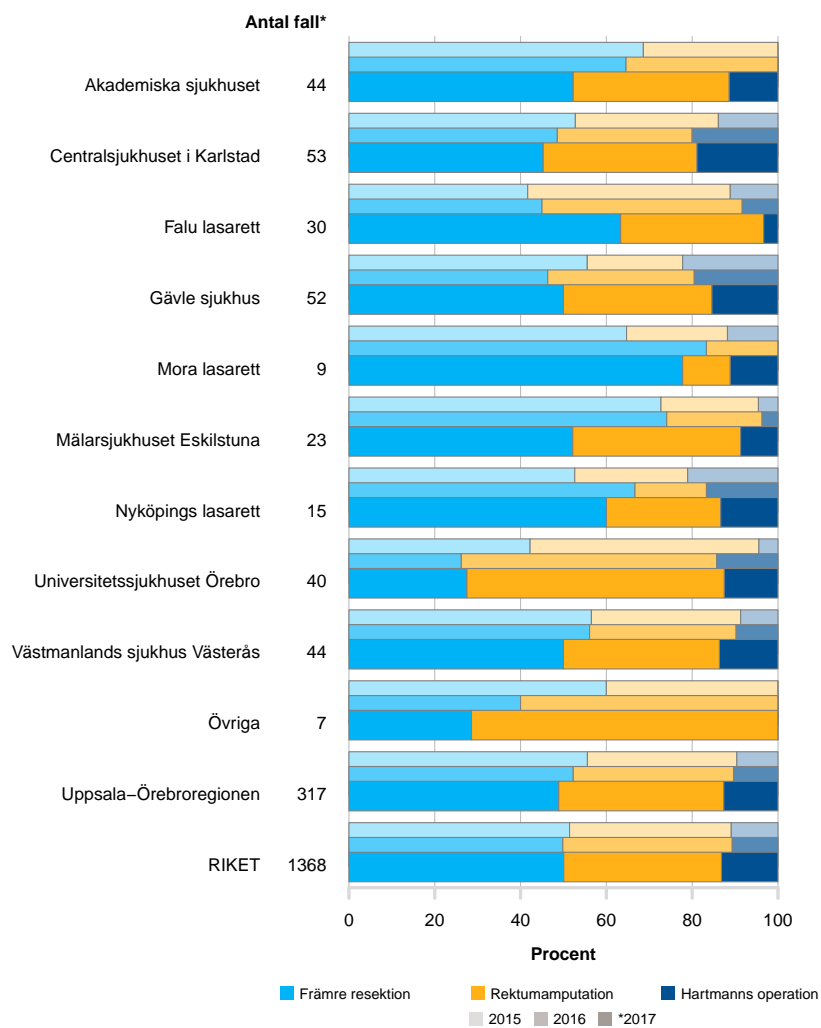
Sjukhus som i aktuellt urval bidrog med färre än 5 fall redovisas ej separat.



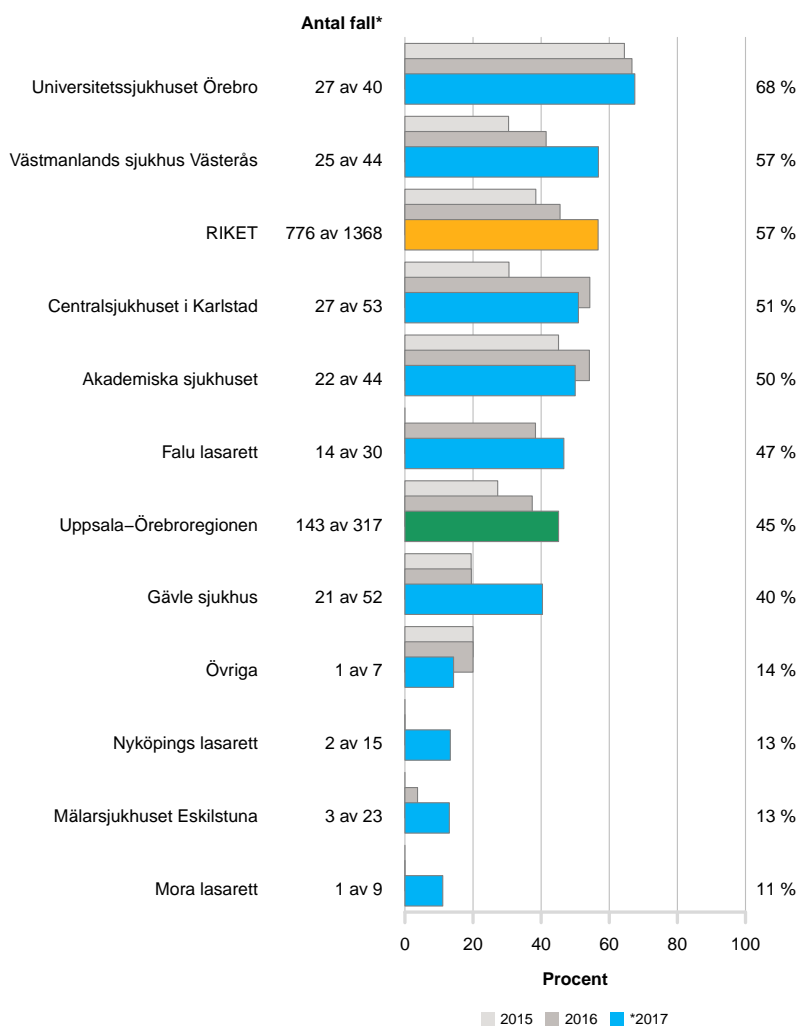
Figur 19. Andel fall med fjärrmetastaser (M1) som genomgått resektion¹ per sjukhus, 2015-2017.

¹ Främre resektion, rektumamputation och Hartmanns operation.

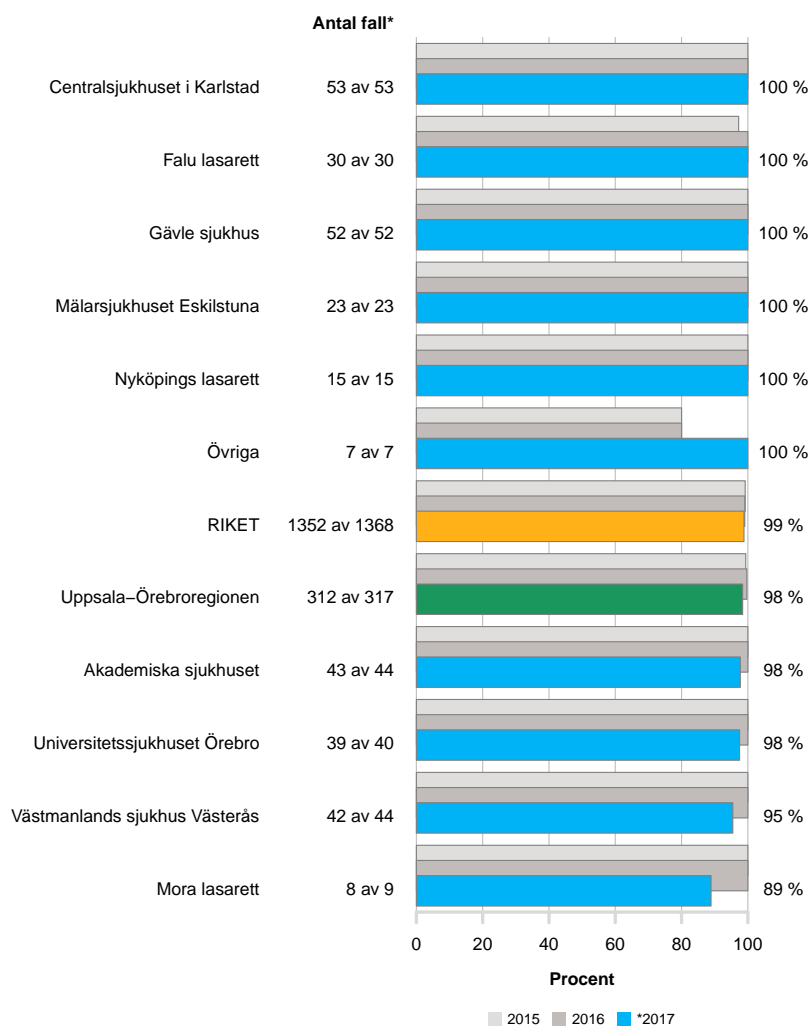
Sjukhus som i aktuellt urval bidrog med färre än 5 fall redovisas ej separat.



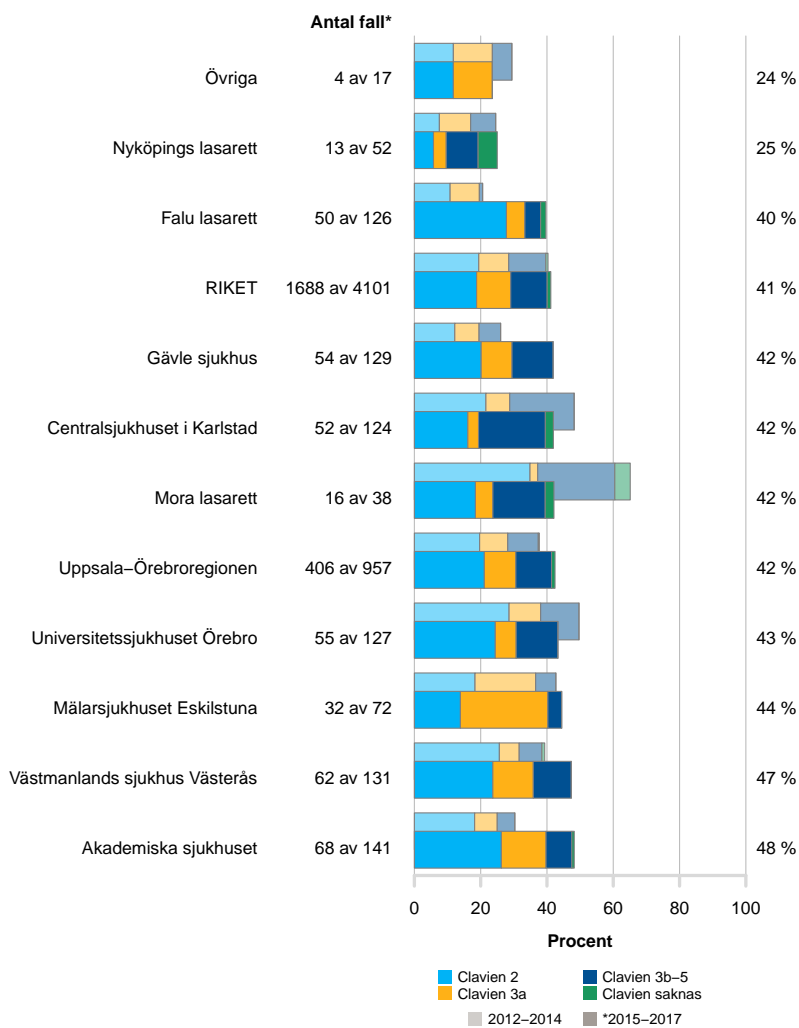
Figur 20. Operationstyp bland resecerade fall per sjukhus, 2015-2017.



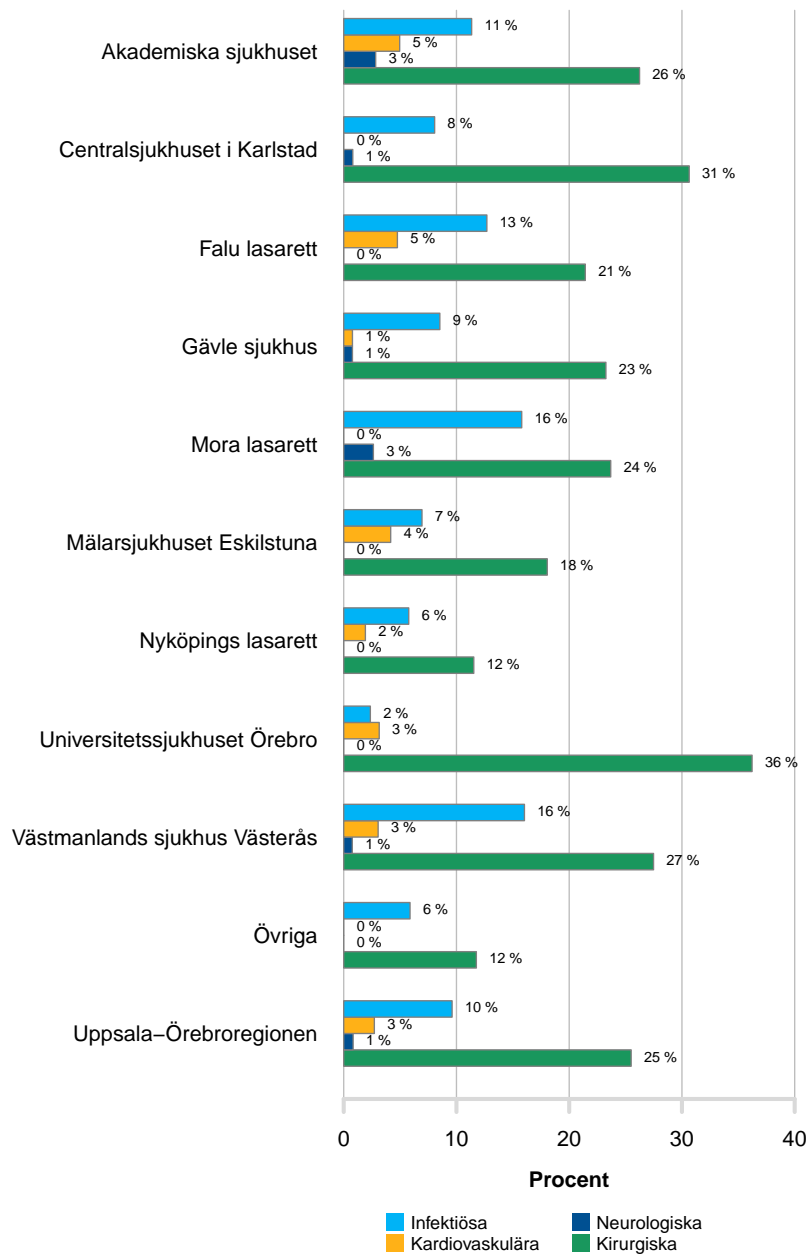
Figur 21. Andel laparoskopiskt opererade per sjukhus, 2015-2017.
 (Fämre resektion, rektumamputation och Hartmanns operation)



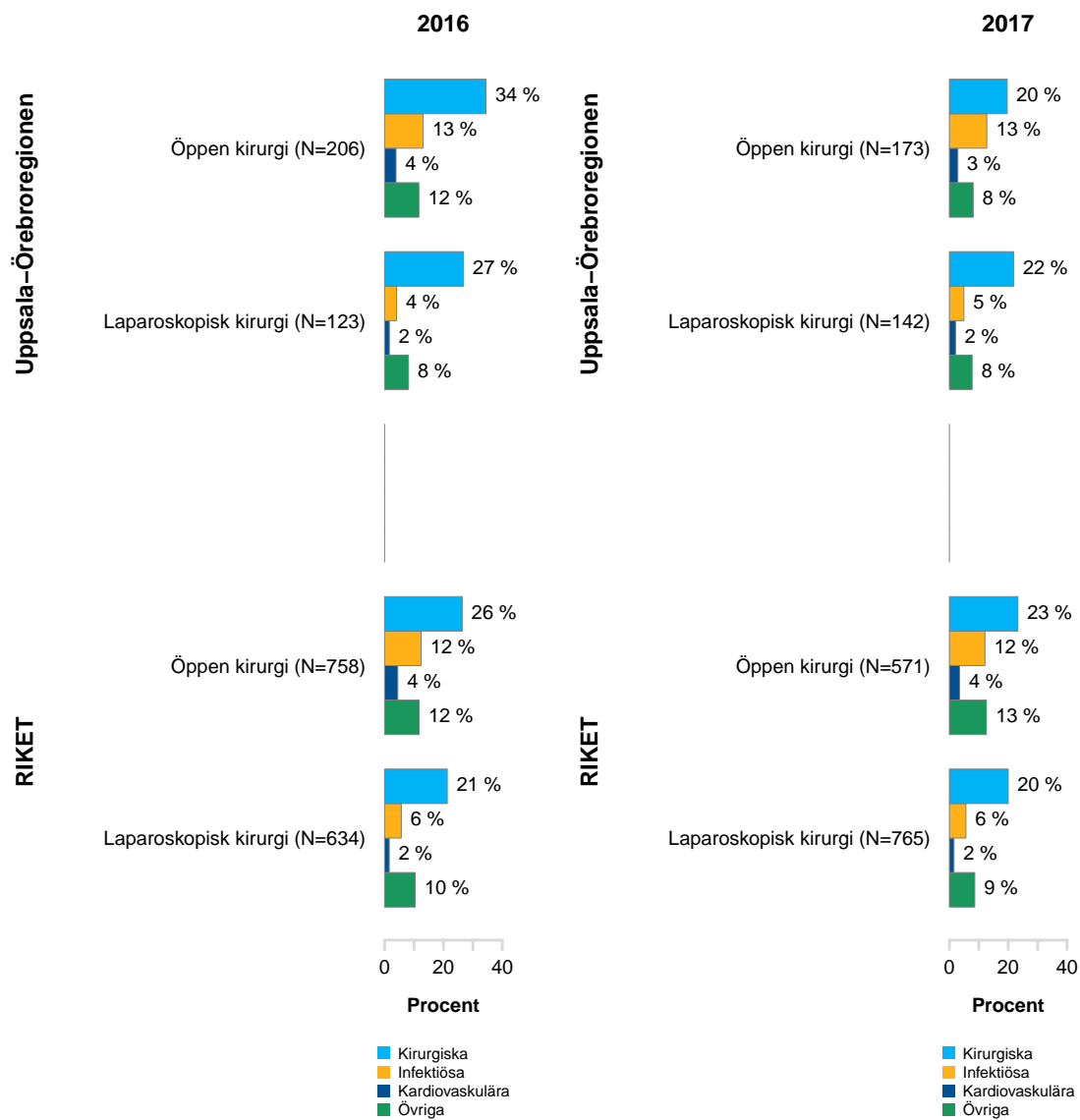
Figur 22. Andel resektioner där ackrediterad kolorektalkirurg och/eller specialist med kolorektal inriktning deltagit, per sjukhus, 2015-2017.
(Främre resektion, rektumamputation och Hartmanns operation)



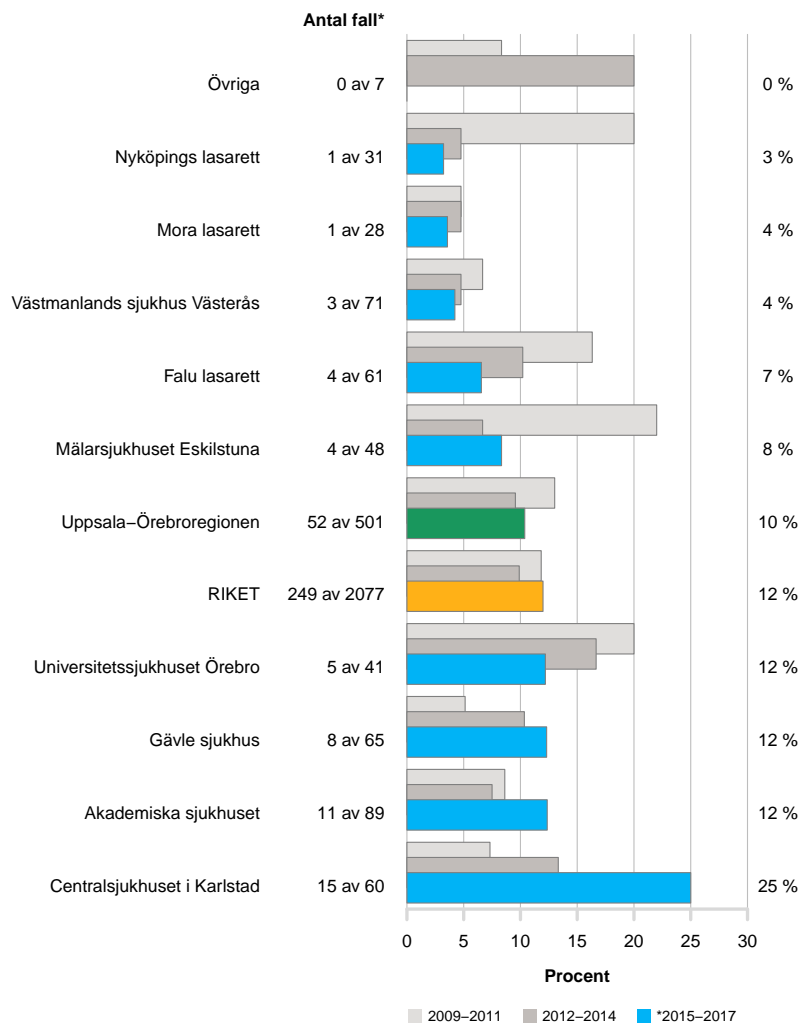
Figur 23. Andel postoperativa komplikationer per sjukhus, 2012-2017.
(Fremre resektion, rektumamputation och Hartmanns operation)



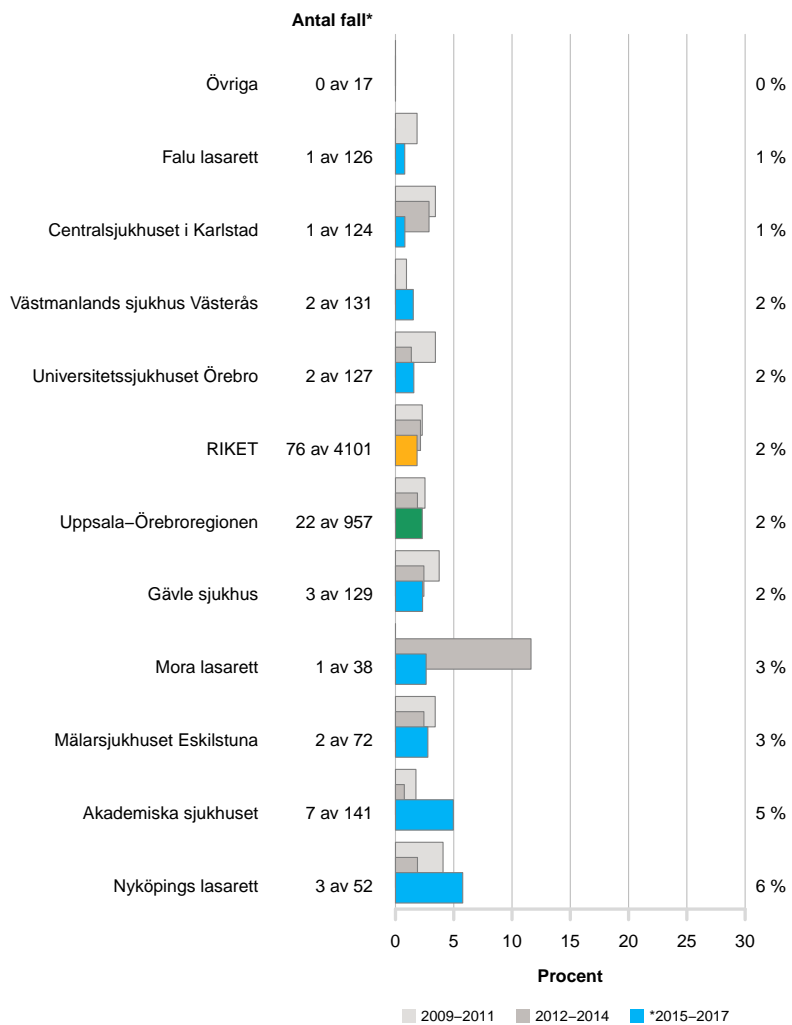
Figur 24. Andel postoperativa komplikationer per typ av komplikation och sjukhus, 2015-2017.
(Främre resektion, rektumamputation och Hartmanns operation)



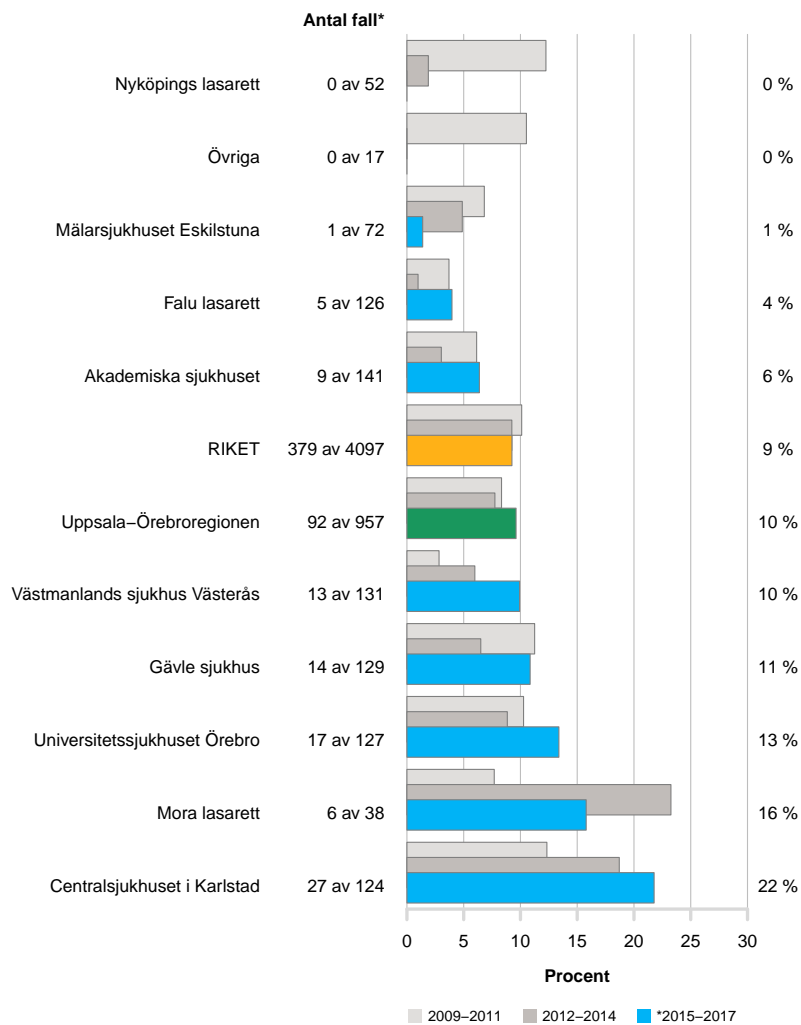
Figur 25. Andel komplikationer per typ av kirurgi, 2016 respektive 2017.
(Främre resektion, rektumamputation och Hartmanns operation)



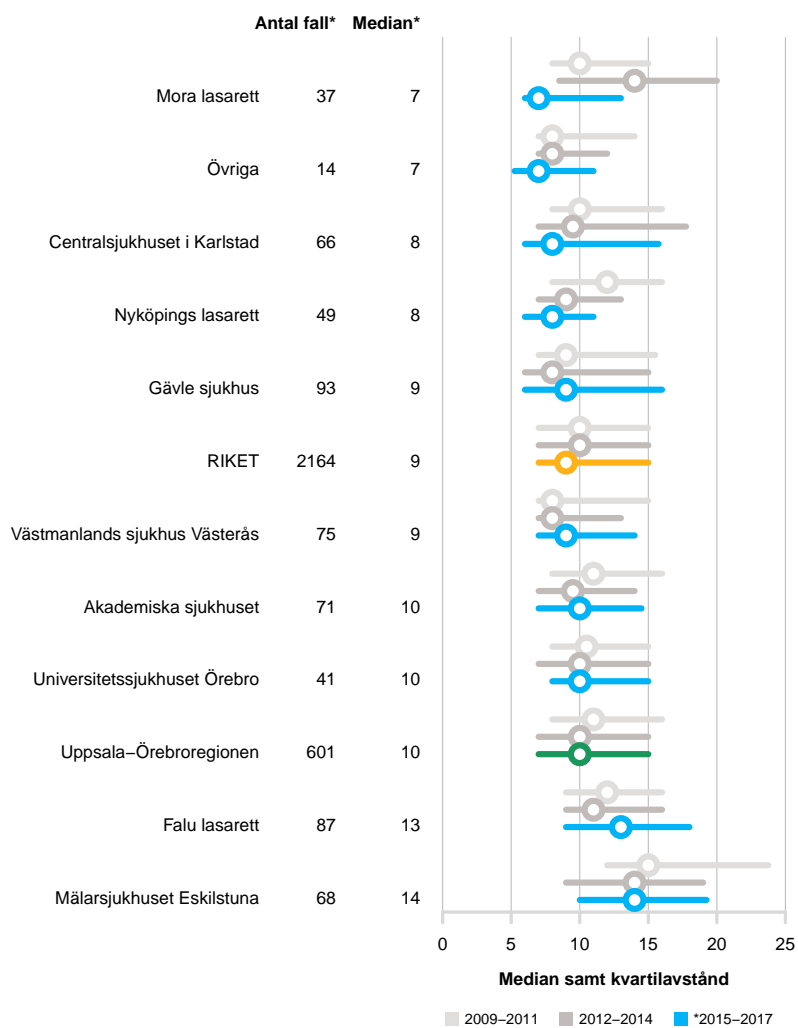
Figur 26. Andel anastomosinsufficiens och/eller intraabdominell infektion per sjukhus, 2009-2017.
(Främre resektion)



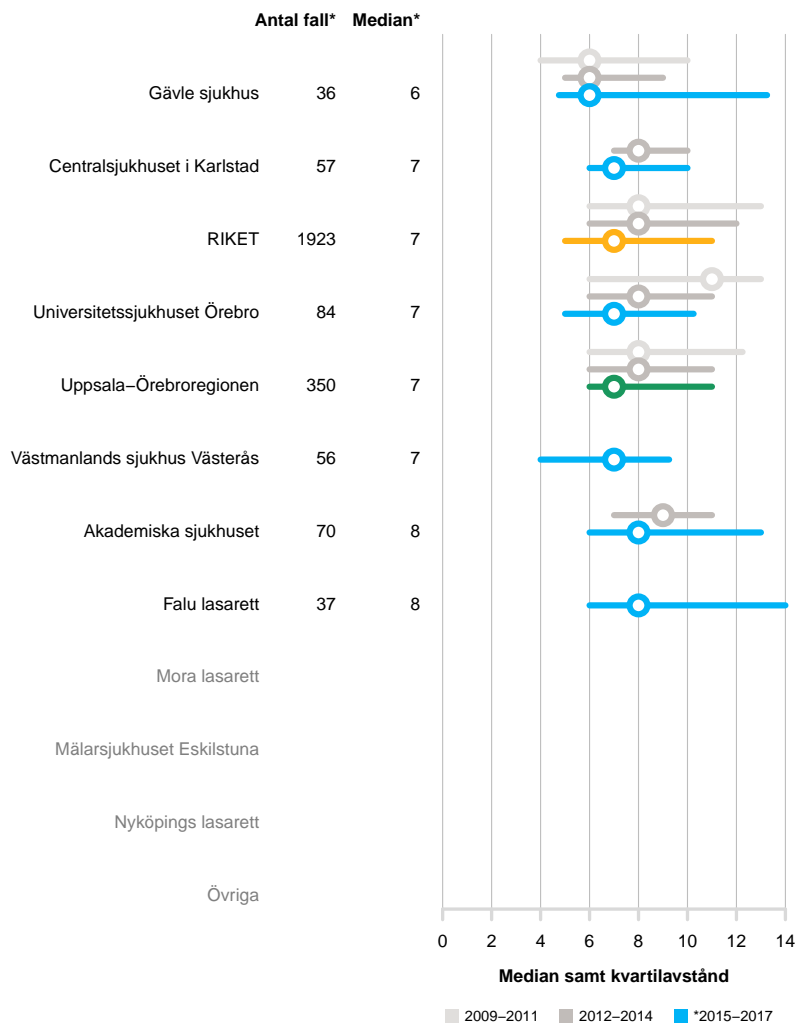
Figur 27. Andel sårruptur per sjukhus, 2009-2017.
(Fremre resektion, rektumamputation och Hartmanns operation)



Figur 28. Andel reoperationer per sjukhus, 2009-2017.
(Främre resektion, rektumamputation och Hartmanns operation)

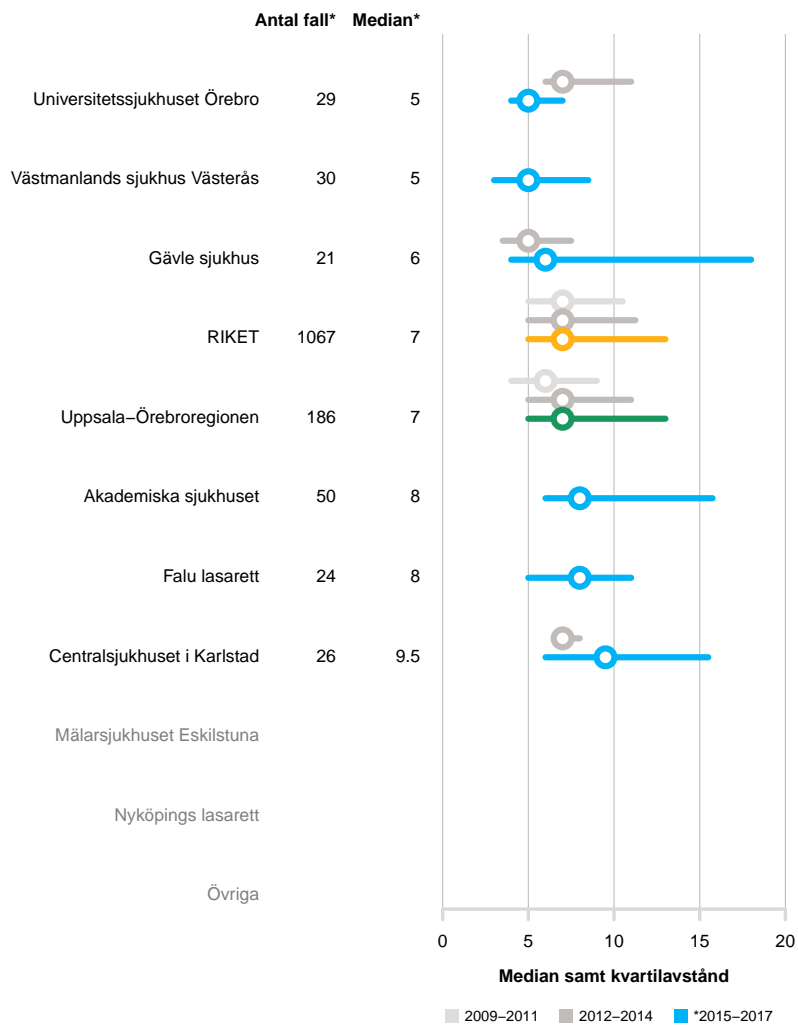


Figur 29. Antal dagar mellan operation och utskrivning (vårdtid), öppen kirurgi, 2009-2017.
 (Framre resektion, rektumamputation och Hartmanns operation)



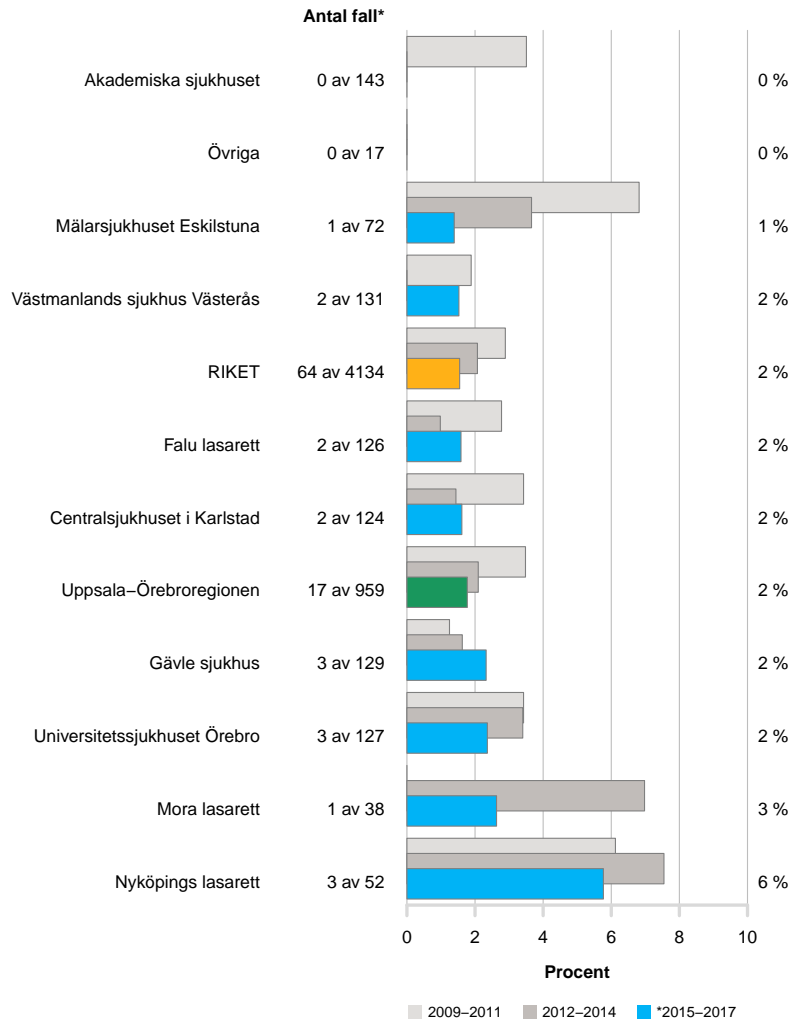
Figur 30. Antal dagar mellan operation och utskrivning (vårdtid), laparoskopisk kirurgi, 2015-2017. (Framre resektion, rektumamputation och Hartmanns operation)

Sjukhus som i aktuellt urval bidrog med färre än 5 fall redovisas ej separat.

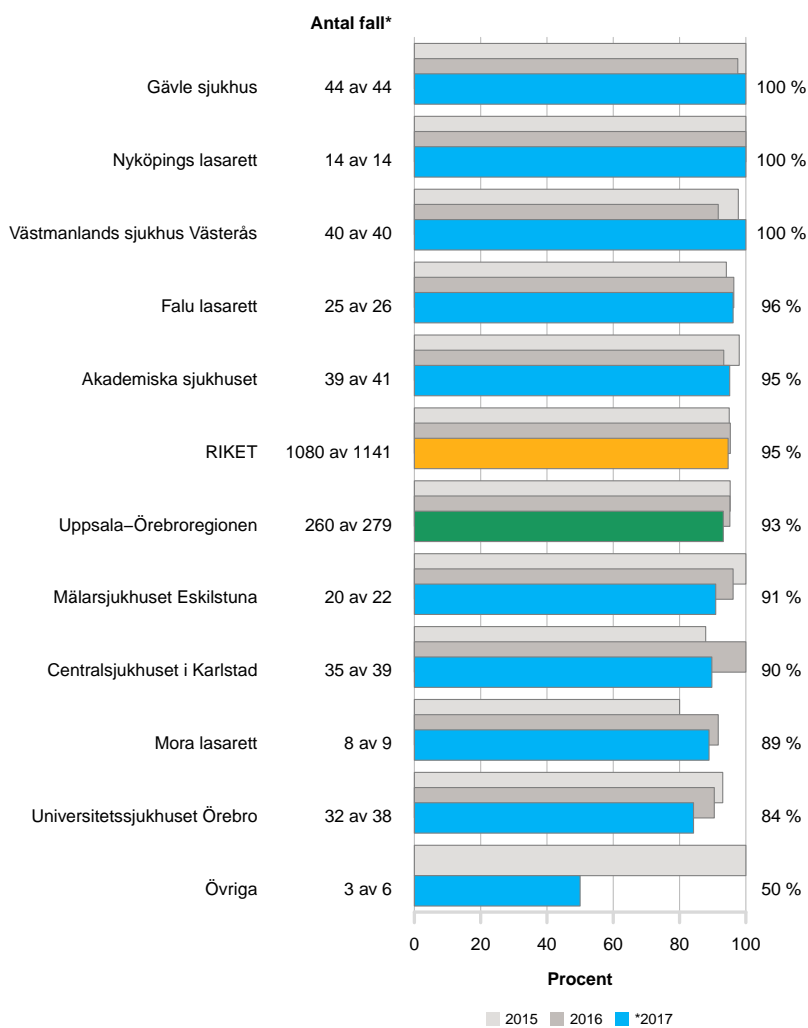


Figur 31. Antal dagar mellan operation och utskrivning (vårdtid), laparoskopisk kirurgi, 2015-2017. (Framre resektion)

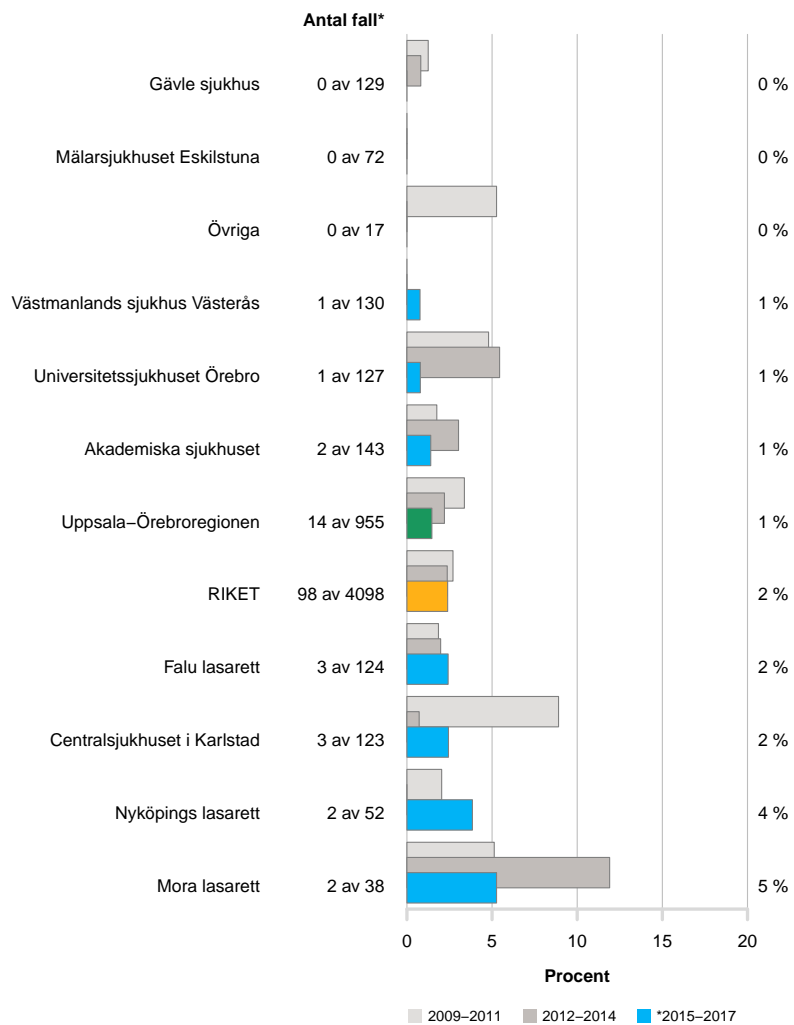
Sjukhus som i aktuellt urval bidrog med färre än 5 fall redovisas ej separat.



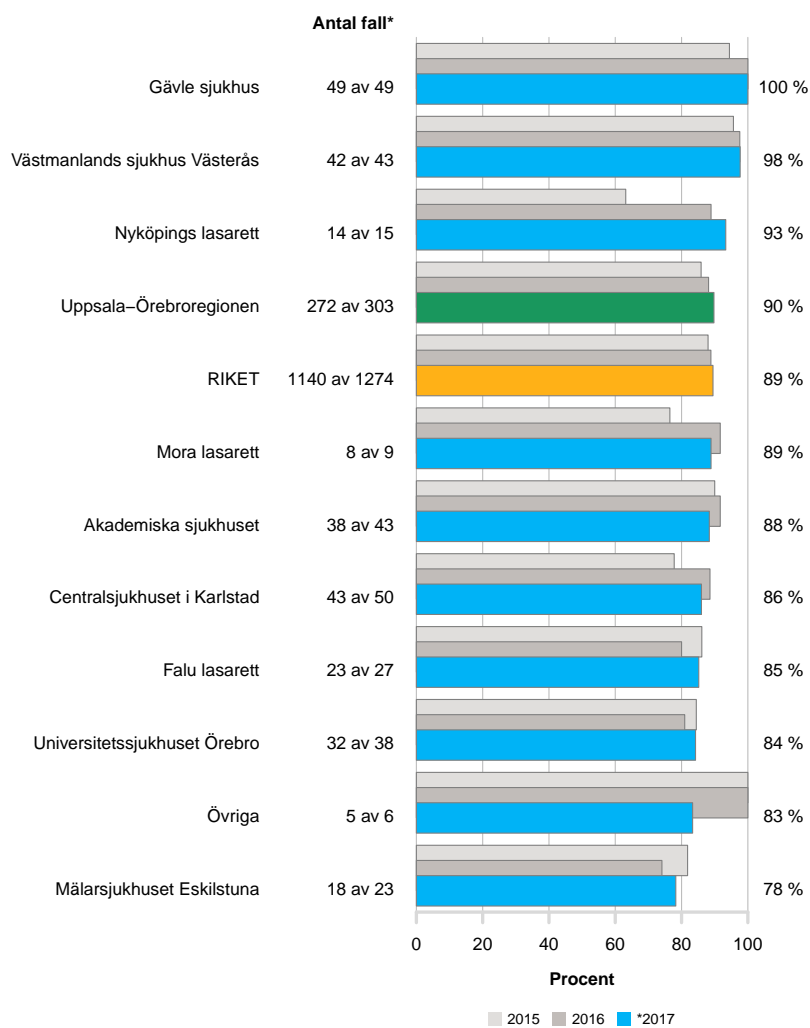
Figur 32. Andel av opererade patienter som avlidit inom 90 dagar från operation, per sjukhus, 2015-2017. (Framre resektion, rektumamputation och Hartmanns operation)



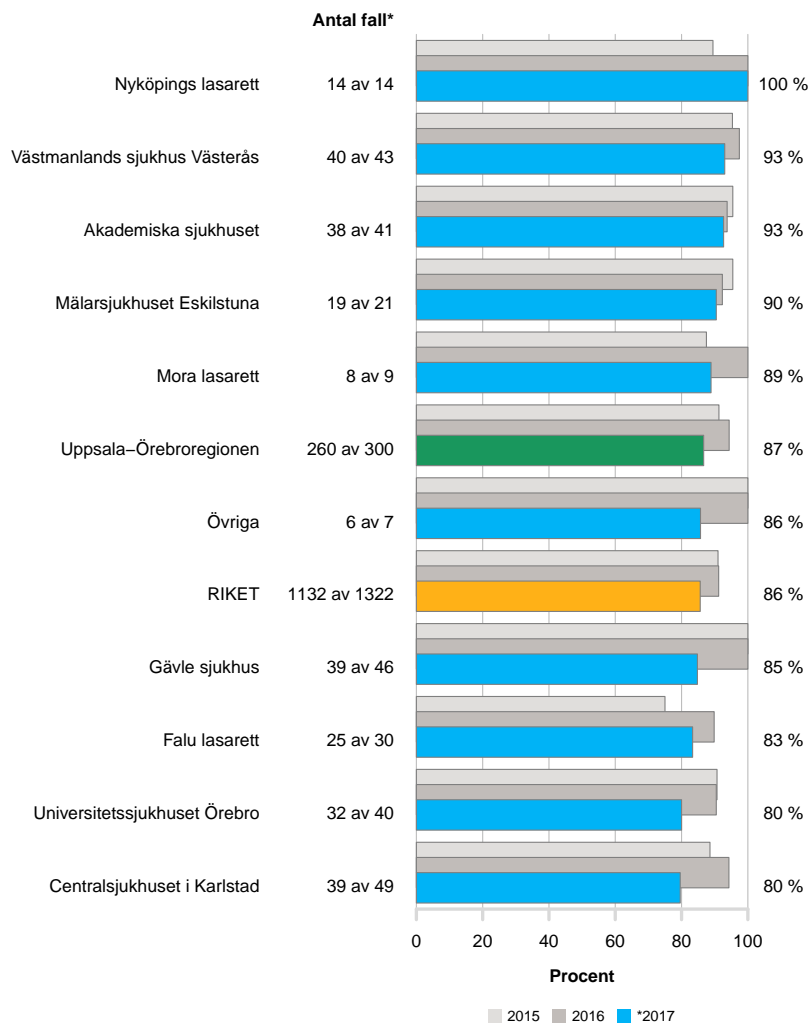
Figur 33. Andel av opererade patienter utan fjärrmetastaser (M0) som opererats radikalt enligt både kirurg och patolog, per sjukhus, 2015-2017.
(Främre resektion, rektumamputation och Hartmanns operation)



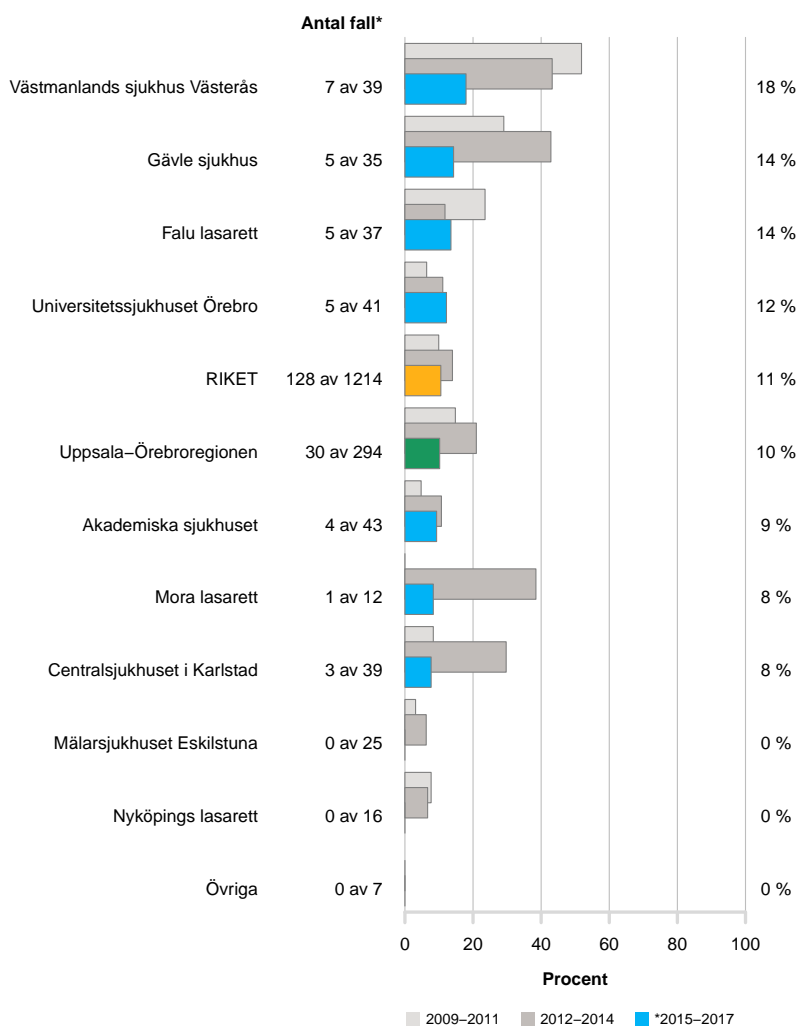
Figur 34. Andel tumörnära perforation bland opererade patienter, per sjukhus, 2009-2017.
(Främre resektion, rektumamputation och Hartmanns operation)



Figur 35. Andel av opererade patienter med minst 12 undersökta körtlar, per sjukhus, 2015-2017.
(Fremre resektion, rektumamputation och Hartmanns operation)

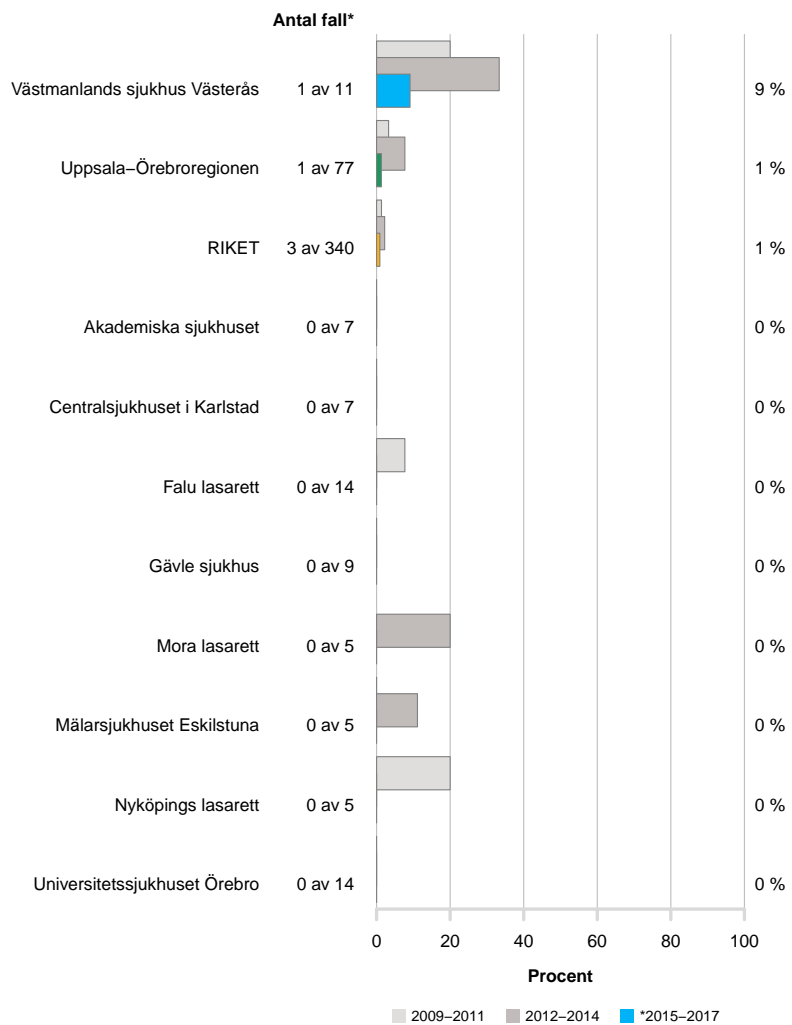


Figur 36. Andel av opererade patienter, ej pT0, med minst 1 mm cirkumferentiell resektionsmarginal, per sjukhus, 2015-2017. (Främre resektion, rektumamputation och Hartmanns operation)



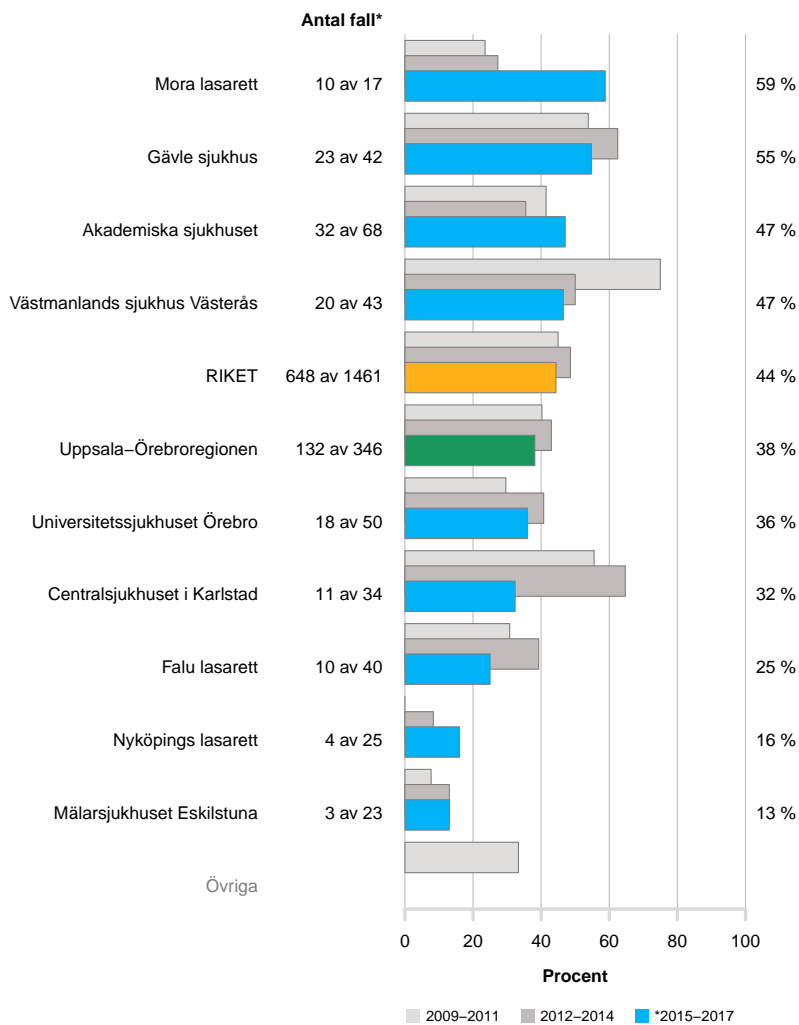
Figur 37. Andel adjuvant cytostatika given bland stadium II per sjukhus, 2009-2017.

Sjukhus som i aktuellt urval bidrog med färre än 5 fall redovisas ej separat.



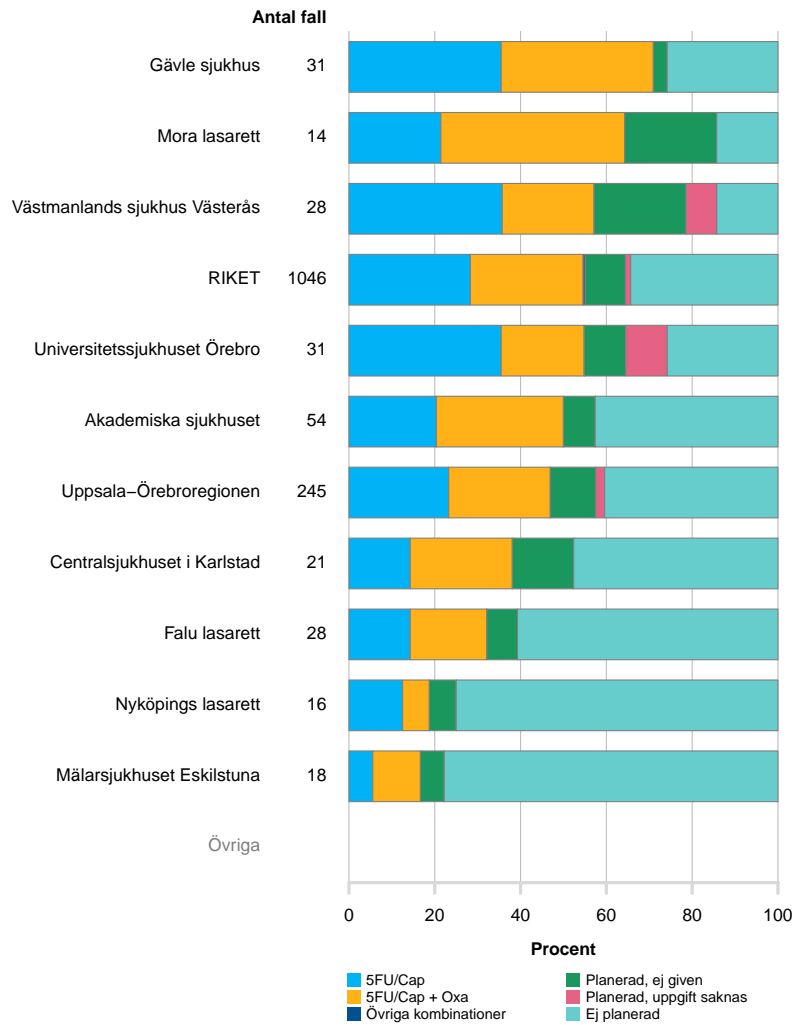
Figur 38. Andel adjuvant cytostatika given bland patienter äldre än 75 år i stadium II per sjukhus, 2009-2017.

Sjukhus som i aktuellt urval bidrog med färre än 5 fall redovisas ej separat.



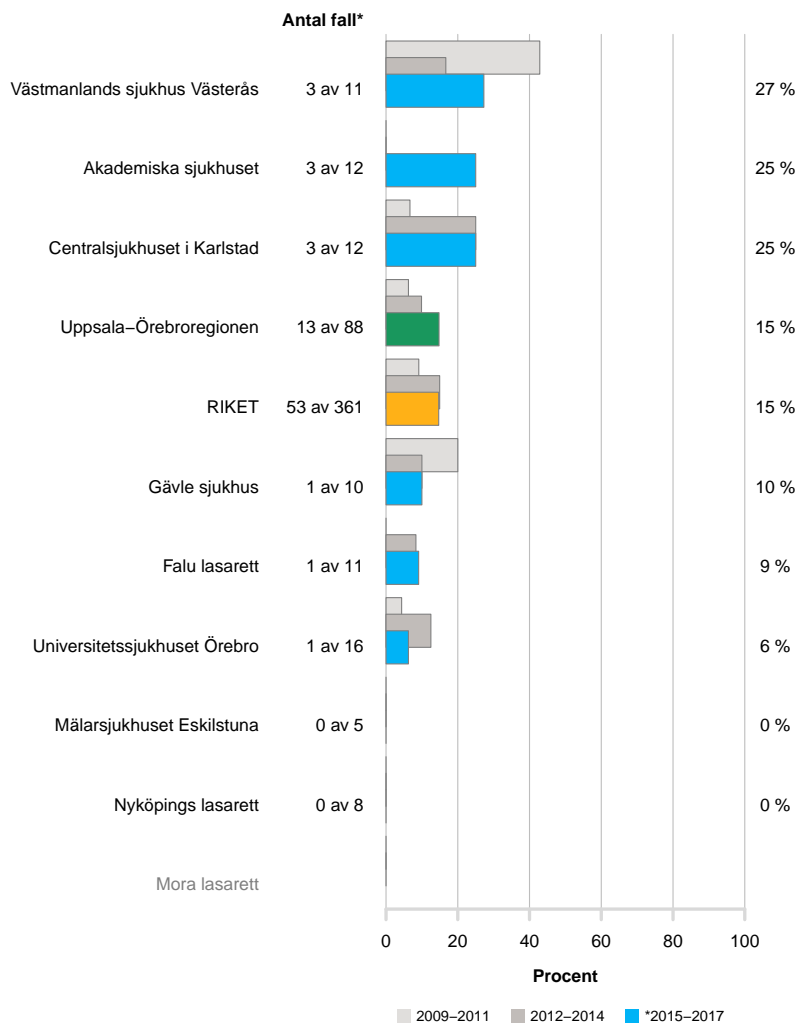
Figur 39. Andel adjuvant cytostatika given bland stadium III per sjukhus, 2009-2017.

Sjukhus som i aktuellt urval bidrog med färre än 5 fall redovisas ej separat.



Figur 40. Postoperativ cytostatika för patienter <75 år med stadium III per sjukhus, 2015-2017.

Sjukhus som i aktuellt urval bidrog med färre än 5 fall redovisas ej separat.



Figur 41. Andel adjuvant cytostatika given bland patienter äldre än 75 år i stadium III per sjukhus, 2009-2017.

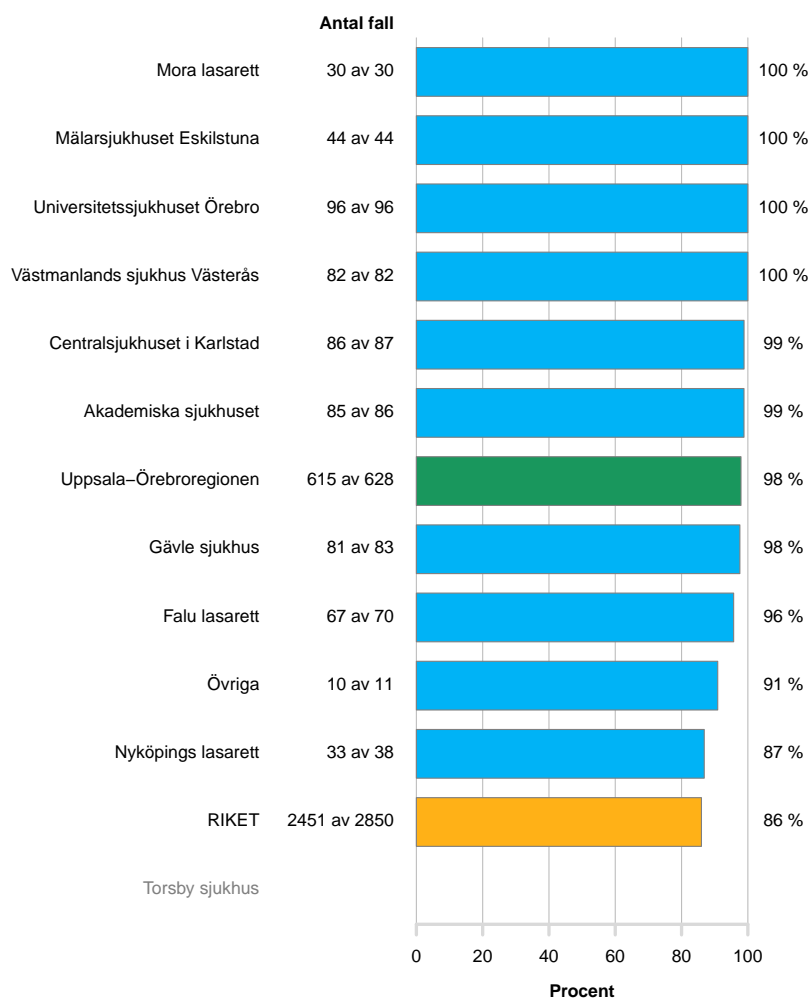
Sjukhus som i aktuellt urval bidrog med färre än 5 fall redovisas ej separat.

UPPFÖLJNING OCH ÖVERLEVNAD

Täckningsgraden för 3 eller 5-årsuppföljningen ligger i regionen på nästan 98 % för 2014 respektive 2012 (Figur 42). Notabelt är att den sjunkit till 86 % för riket, där uppföljningen fungerat särskilt dåligt i region Väst och region Norr.

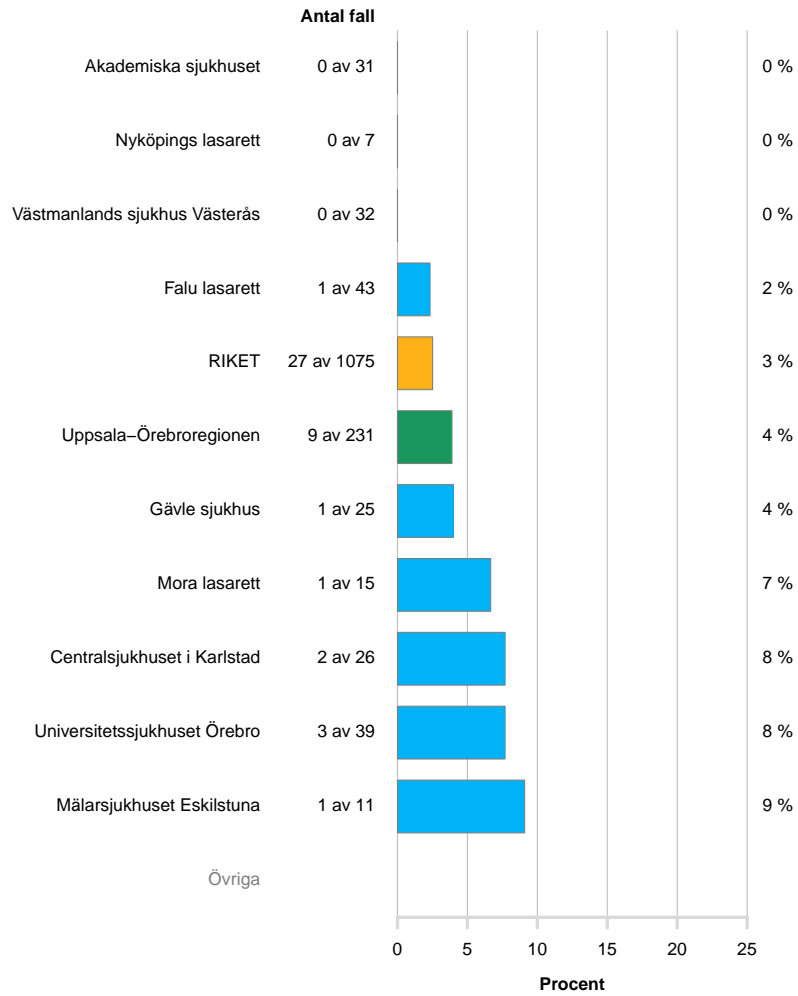
Andelen lokalrecidiv inom 3 år hos patienter med T1-3-tumör utan metastaser är något högre än riksnittet (3 %) vid fem sjukhus; mellan 4-9 % för de ej preoperativt strålade (Figur 43). På några sjukhus är den något högre även efter preoperativ strålning (Figur 44). Emellertid relativt få patienter, så ett recidiv ger ordentligt utslag, men sammantaget med några undantag mycket bra siffror. Ändå viktigt att syna teknik/operatör samt efterforska att rätt patienter fått adekvat neoadjuvant onkologisk behandling.

Den relativa 3-årsöverlevnaden för tarmresecerade utan fjärrmetastaser visar stora skillnader räknat åren 2011–2017, mellan 86–97 % (Figur 45). Relativ överlevnad är en skattning i en hypotetisk värld där rektalcancer är det enda en individ kan dö av. Den är uträknad per sjukhus utan hänsyn till eventuella skillnader i ålder, kön, stadium och ASA. Skillnader i överlevnad kan bero av många faktorer och vi har dessutom inga data på verklig komorbiditet eller socioekonomisk status.



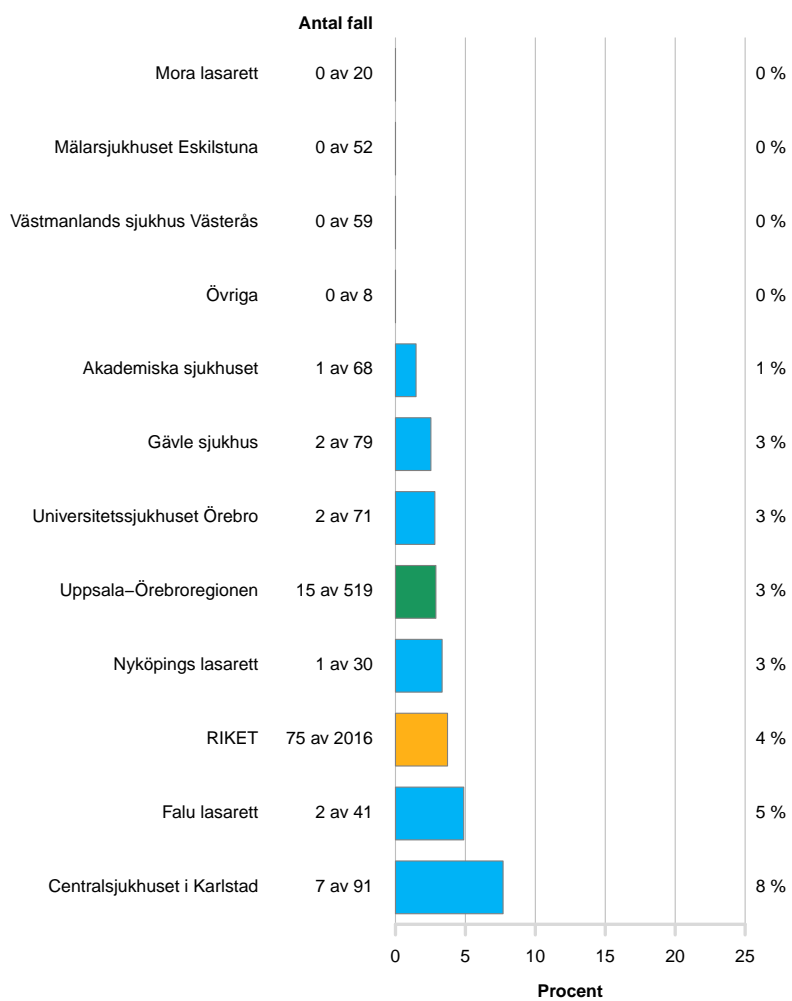
Figur 42. Andel av patienter med godkänd 3- eller 5-årsuppföljning, per sjukhus, 2014 respektive 2012.

Sjukhus som i aktuellt urval bidrog med färre än 5 fall redovisas ej separat.

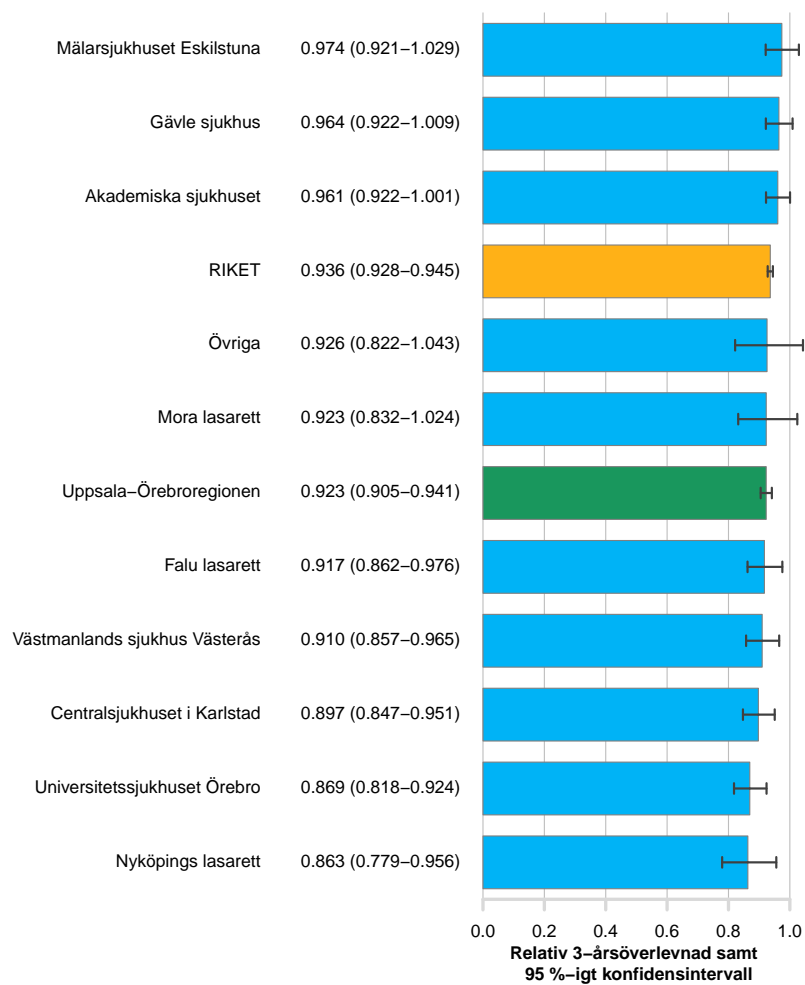


Figur 43. Andel av opererade patienter, T1-3 och M0, ej preoperativt strålbehandlade, som fått lokalrecidiv inom 3 år från operation, per sjukhus, 2012-2014.
(Framre resektion, rektumamputation och Hartmanns operation)

Sjukhus som i aktuellt urval bidrog med färre än 5 fall redovisas ej separat.



Figur 44. Andel av opererade patienter, T1-3 och M0, preoperativt strålbehandlade, som fått lokalrecidiv inom 3 år från operation, per sjukhus, 2012-2014.
(Framre resektion, rektumamputation och Hartmanns operation)



Figur 45. Relativ 3-årsöverlevnad för opererade patienter utan fjärrmetastaser (M0), per sjukhus, 2011-2017.

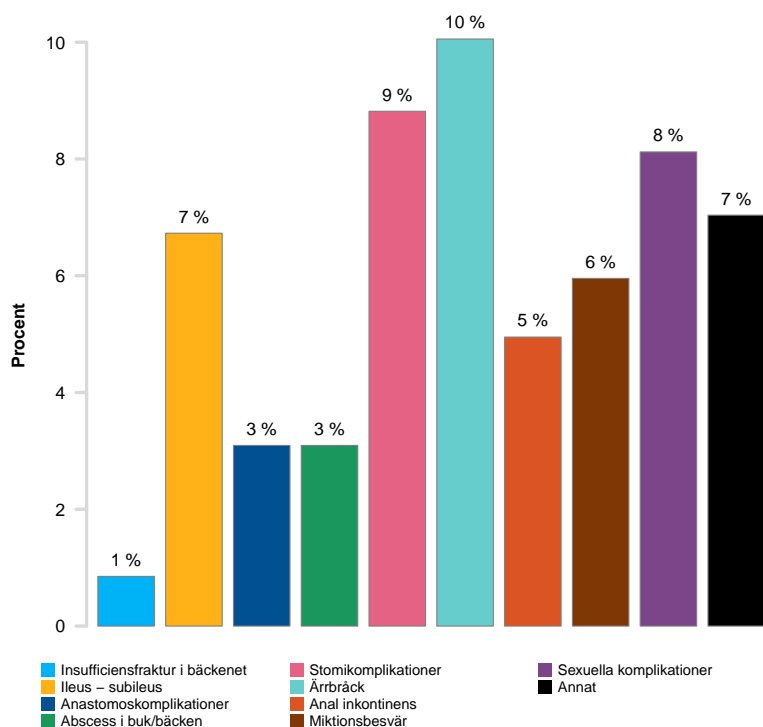
(Framre resektion, rektumamputation och Hartmanns operation)

Sjukhus med färre än 10 fall presenteras ej separat, men ingår i estimatet för hela regionen.

SENKOMPLIKATIONER

Vi har tagit fram andel komplikationer och kvarstående besvär 3 år efter operation 2010–2014 (Figur 46). Emellertid är uppföljningsdata så dåliga att figuren framstår som ett dåligt skämt. Nästan samtliga senkomplikationer ligger under 10 %. Vi vet då att enbart stomibräck ses hos runt 50 % av patienterna jämfört med 9 % i figur 46.

Magtarmförbundet har också påpekat att enligt Nationellt vårdprogram för cancerrehabilitering skall ”vid patientens alla kontakter med sjukvården, förekomsten av besvärande symptom kartläggas”! I vårdprocessgruppen försöker vi nu i samråd med en patientrepresentant i Magtarmförbundet att införa ett anpassat uppföljningsprotokoll i regionen, förhoppningsvis med stöd från RCC Uppsala-Örebro. Förhoppningen är att starta ett pilotprojekt från 2019.



Figur 46. Andel komplikationer och kvarstående besvär 3 år efter operation, 2010-2014.
(Främre resektion, rektumamputation och Hartmanns operation)

UTVECKLINGSPUNKTER

- Organisera lokalt så att inrapportering i kvalitetsregistret sker online. Detta är en förutsättning för prospektiva kvalitetsparametrar. Registreringen måste vara ärlig och komplett. Varje sjukhus bör ha en forskningssköterska som även kan sköta inrapporteringen.
- Viktigt att fortsätta engagera våra radiologer och patologer för registrering direkt i INCA.
- Komplikationsregistreringen måste bli bättre. Fortfarande stora variationer mellan sjukhusen. Andelen postoperativa komplikationer ner under 20–30 % efter rektalcancerkirurgi är tyvärr inte trovärdigt.
- En ökad uppmärksamhet och registrering av patienternas sena komplikationer och besvär är mycket viktigt och måste bli bättre. Detta för att följa Vårdprogrammet för cancerrehabilitering.
- Korta väntetiderna från diagnos till MDK, men framförallt från MDK till behandlingsstart (pre-op RT/cyto/op).
- Andelen preoperativ strålning är fortsatt för hög vid vissa sjukhus. Bör i första hand sänkas till riksnittet men sannolikt lägre.
- Behandling med adjuvant cytostatika uppvisar fortfarande stora skillnader mellan sjukhusen. Här bör onkologerna komma till consensus utifrån de studier som finns.
- Laparoskopiska resektioner ökar i regionen och sker i linje med rekommendationer från kolorektalkirurgiföreningen. Utvecklingen bör ske kontrollerat på varje sjukhus och utföras av få kirurger med erfarenhet av öppen TME-teknik.
- Andelen patienter som inkluderas i studier är fortfarande lågt eller lägre på flera sjukhus i regionen jämfört med åren innan. Vi bör tänka på inklusion i de stora multicenterstudier som bl.a. finns angivna på anmälningsblanketten.
- Södermanland har fortfarande (2017) två sjukhus som opererar rektalcancer. Enligt RCC:s cancerplan bör länen centralisera verksamheten till ett sjukhus. Volymerna i Nyköping är för låga.