

# Njurcancer

Nationell Kvalitetsregisterrapport 2013

Ansvarigt Regionalt cancercentrum: Regionalt cancercentrum Stockholm Gotland

Rapporten publiceras enbart som pdf-dokument och finns att ladda ner på  
[www.cancercentrum.se](http://www.cancercentrum.se).

Njuncancer – Nationell kvalitetsregisterrapport 2013

ISBN: 978-91-85947-49-2

November 2014

# Innehållsförteckning

1. Sammanfattning .....	4
1.1 Njuncancerregistret har gett stora vinster för vården.....	5
1.2 Områden med förbättringspotential .....	5
2. Organisation.....	6
3. Inledning/Bakgrund.....	9
4. Statistisk metodik .....	10
5. Validiering.....	11
6. Täckningsgrad och antal fall .....	12
6.1 Täckningsgrad diagnosblankett .....	12
6.2 Täckningsgrad 5-årsuppföljning.....	12
7. Kvalitetsindikatorer .....	14
7.1 Väntetider .....	14
7.2 Radiologisk diagnostik.....	18
8. Diagnostiserade fall.....	19
8.1 Incidentellt upptäckta .....	20
8.2 T-stadium och tumörstorlek vid diagnos .....	21
8.3 Metastasering vid diagnos .....	24
9. Diagnostik.....	27
9.1 Patologisk diagnostik .....	27
9.2 Malignitetsgrad .....	28
10. Behandling .....	29
10.1 Kirurgisk data .....	29
10.2 Operationsvolym .....	32
10.3 Kurativ kirurgi.....	33
10.4 Kirurgisk teknik.....	36
10.5 Palliativ kirurgi .....	37
11. PROM (patientrelaterade utfallsmått).....	39
12. Recidiv .....	40
13. Överlevnadsdata .....	42
14. Bilagor.....	46
14.1 Stadiindelning av njuncancer .....	46

# 1. SAMMANFATTNING

## **Vad innehåller registret?**

Patienter som får diagnosen njurcancer registreras i det Nationella kvalitetsregistret för njurcancer sedan 2005. För åren 2005–2013 ingår 8444 patienter i registret. År 2013 registrerades 99 procent av patienter med njurcancer i samband med att de fick sin diagnos.

De flesta patienter som diagnosticeras med njurcancer är mellan 50 och 80 år. 61 procent är män och 39 procent kvinnor. Hälften av alla fall med njurcancer upptäcktes vid undersökningar/ utvärderingar för andra tillstånd eller symtom som inte direkt kan kopplas till njurcancer (detta kallas incidentellt upptäckt) och hälften diagnostiserades på grund av symtom från tumören.

Mer än hälften av patienterna hade små tumörer, T1-tumörer vid diagnos. Hur stora tumörerna är vid upptäckt skiljer sig något mellan regionerna, det finns en tendens till att tumörerna i Norra och Västra regionerna är större vid upptäckt. En tydlig minskning av medelstorlek på tumörerna noterades mellan 2005 och 2013.

## **Bättre diagnostik och tidigare diagnos**

Enligt det nationella vårdprogrammet för njurcancer bör patienterna utredas med datortomografi av buk, bröstorg och lungor (CT-buk och thorax). Mellan åren 2005 och 2012 ökade andelen av patienterna med nyupptäckt njurcancer som utreddes med datortomografi från 60 till 90 procent i hela landet. Det finns fortsatt tydliga skillnader mellan regionerna. Fem av sex regioner nådde 2013, målvärdet att minst 90 procent av alla patienter ska utredas med datortomografi av bröstorg och lungor.

## **Mer centraliserad kirurgi**

Vi ser att behandlingen med kirurgi långsamt börjar koncentreras till färre opererande enheter. En högre andel operationer utförda vid kompetenscentra leder till att modern behandling (tex njursparande kirurgi) införs i högre omfattning.

Registret har drivit på utvecklingen och det har resulterat i att de stora regionala skillnaderna av den kirurgiska behandlingen av patienter med njurcancer tydligt har minskat under de senaste åren.

## **Kirurgisk teknik**

Kurativ kirurgi kan göras med öppen teknik eller med titthålsteknik (laparoskopisk eller robotassisterad). Man kan vid båda teknikerna välja att helt avlägsna hela njuren (nefrektomi) eller genomföra njursparande kirurgi och bara ta bort den del av njuren i vilken tumören sitter (partiell nefrektomi/njurresektion).

En ökad frekvens av njursparande kirurgi för små njurtumörer sker i landet. Att spara njurfunktionen har ett stort värde för patienterna då njurfunktionsnedsättning kan resultera i ökad risk för kärl- och hjärtsjuklighet och förtidig död. Mellan 2009 och 2013 ökade andelen partiella nefrektomier i Norra, Stockholm-Gotland, Södra och Västra regionerna där alla 2013 överskred målvärdet 60

procent. Uppsala-Örebro och Sydöstra regionerna har inte ökat andelen njurresektioner och uppnådde ej målvärdet men hade ökat andelen alternativa, ej operativa, njursparande behandlingar (RF, Kryo).

### **Väntetid**

Medianväntetiden från remiss till specialistbesök var 2013 i hela landet 18 dagar och från behandlingsbeslut till operation 28 dagar. Den totala tiden från remiss till operation var 56 dagar. Norra regionen hade den kortaste medianväntetiden på drygt 40 dagar medan samma väntetid överskred 60 dagar för Uppsala-Örebro, Sydöstra och Södra regionen. Dessa väntetider för patienter med njurcancer är långa och inte acceptabla. Att ställa ökande krav och mål för att minska väntetiderna för patienterna har nu hög prioritet.

### **Återfall**

Uppföljning efter fem år eller mer av patienter som primärregistrerats 2005–2007 visade att 20 procent fått återfall (recidiv). Detta är färre än vad man förväntat sig från historiska data. Återfall i form av lungmetastaser utgjorde 52 procent. Av patienterna med recidiv fick 47 procent medicinsk behandling. Sexton procent av patienterna hade små metastaser som kunde opereras, drygt hälften av dessa operationer gjordes med syfte att bota patienten.

### **Överlevnad**

Fem år efter diagnos med njurcancer levde 83 procent av de patienter som var utan metastaser vid primärdiagnostillfället och 15 procent av de patienter som hade metastaser vid diagnos. Vi fann ingen skillnad i överlevnad mellan kvinnor och män.

## **1.1 Njurcancerregistret har gett stora vinster för vården**

Kvalitetsregistret för njurcancer har från början haft kvalitetsmål uppsatta, som efter utvärdering justerats. Kvalitetsmål visar att registret har varit av stort värde för kvalitetsförbättringar där uppsatta kvalitetsmål infriats.

Resultatet i kvalitetsregistret för njurcancer visar att registreringen, och arbetet med detta, har gett stora vinster för vården av patienter med njurcancer.

Nya moduler har införts i registret 2014 vilket kan komma att öka betydelsen av detta kvalitetsregister. Dels en registrering av systemisk behandling vilken medger beslutsstöd online. Vidare införs en modul som registrerar kvalitetsdata från kirurgiska behandlingar och som registrerar komplikationer under de första 90 dagarna efter operation.

## **1.2 Områden med förbättringspotential**

De två nya modulerna, systemisk behandling och operativa komplikationer, kan komma att påverka behandlingen av patienter med njurcancer inom landet. Fortsatt justering av registrets mål kan komma att påverka besluts- och behandlingskedjan. Ett fokusområde blir väntetiderna som kommer att vara en tydlig del i åiterrapporteringen till klinikerna.

## 2. ORGANISATION

### **Ordförande**

Börje Ljungberg, (ordförande), överläkare, Urologi och andrologi, Umeå universitet, 901 85 Umeå

[borje.ljungberg@urologi.umu.se](mailto:borje.ljungberg@urologi.umu.se)

### **Stockholm Gotlandregionen**

Ulrika Harmenberg, överläkare, Onkologiska kliniken, Karolinska Universitetssjukhuset, Solna, 171 76 Stockholm

[ulrika.harmenberg@karolinska.se](mailto:ulrika.harmenberg@karolinska.se)

Ann-Helen Scherman Plogell, överläkare, Urologiska kliniken, Södersjukhuset, 118 83 Stockholm

[ann-helen.scherman-plogell@sodersjukhuset.se](mailto:ann-helen.scherman-plogell@sodersjukhuset.se)

### **Uppsala Örebroregionen**

Benny Holmström, överläkare, Urologiska kliniken, Akademiska sjukhuset, 701 85 Uppsala

[benny.holmstrom@akademiska.se](mailto:benny.holmstrom@akademiska.se)

Per Lindblad, överläkare, Urologkliniken, Universitetssjukhuset i Örebro, 701 85 Örebro

[per.lindblad@orebroll.se](mailto:per.lindblad@orebroll.se)

Magnus Lindskog, ST-läkare, onkologiska kliniken, Akademiska sjukhuset, 751 85 Uppsala

[magnus.lindskog@akademiska.se](mailto:magnus.lindskog@akademiska.se)

Emma Ulvskog, överläkare, Onkologiska kliniken, Universitetssjukhuset i Örebro, 701 85 Örebro

[emma.ulvskog@orebroll.se](mailto:emma.ulvskog@orebroll.se)

### **Södra regionen**

Peter Elfving, överläkare, Urologiska kliniken, Skånes Universitetssjukhus Malmö, 205 02 Malmö

[peter.elfving@skane.se](mailto:peter.elfving@skane.se)

Håkan Leek, överläkare, onkologiska kliniken, Skånes Universitetssjukhus Malmö, 205 02 Malmö

[hakan.leek@skane.se](mailto:hakan.leek@skane.se)

**Sydöstra regionen**

Stina Christensen, överläkare, Urologiska kliniken i Östergötland,  
Vrinnevisjukhuset, 601 82 Norrköping  
[stina.christensen@lio.se](mailto:stina.christensen@lio.se)

Ulf Lönn, överläkare, Onkologiska kliniken, Universitetssjukhuset,  
581 85 Linköping  
[ulf.lonn@lio.se](mailto:ulf.lonn@lio.se)

**Norra regionen**

Lars Beckman, överläkare, Onkologkliniken, Länssjukhuset Sundsvall-Härnösand,  
851 86 Sundsvall  
[lars.beckman@lvn.se](mailto:lars.beckman@lvn.se)

Britt-Inger Dahlin, sjuksköterska, Urologiska kliniken, Norrlands  
Universitetssjukhus, 901 85 Umeå  
[brittinger.dahlin@vll.se](mailto:brittinger.dahlin@vll.se)

Janos Vasko, överläkare, avd för patologi, Norrlands universitetssjukhus,  
901 85 Umeå  
[janos.vasko@vll.se](mailto:janos.vasko@vll.se)

**Västra regionen**

Sven Lundstam, överläkare, Urologiska kliniken, Sahlgrenska  
Universitetssjukhuset, 413 45 Göteborg  
[sven.lundstam@vgregion.se](mailto:sven.lundstam@vgregion.se)

Ulrika Stierner, överläkare, Onkologiska kliniken, Sahlgrenska  
Universitetssjukhuset, 413 45 Göteborg  
[ulrika.stierner@vgregion.se](mailto:ulrika.stierner@vgregion.se)

**Centralpersonuppgiftansvarig myndighet (CPUA)**

Karolinska Universitetssjukhusets styrelse, Personuppgiftsombud (PUO) jurist  
Daniel Håkansson

**Adjungerade till styrgruppen**

Örjan Bäfver, monitor, RCC Stockholm – Gotland, [orjan.bafver@sll.se](mailto:orjan.bafver@sll.se)

Soheila Hosseinnia, statistiker, RCC Stockholm – Gotland,  
[soheila.hosseinnia@sll.se](mailto:soheila.hosseinnia@sll.se)

Ann-Sofi Oddestad, administratör, RCC Stockholm – Gotland,  
[ann-sofi.oddestad@sll.se](mailto:ann-sofi.oddestad@sll.se)

Bodil Westman, specialistsjuksköterska, diagnoskoordinator,  
RCC Stockholm – Gotland  
[bodil.westman@sll.se](mailto:bodil.westman@sll.se)

Mona Ridderheim, överläkare, verksamhetsutvecklare, RCC Stockholm –  
Gotland, [mona.ridderheim@sll.se](mailto:mona.ridderheim@sll.se)

Denna rapport är framtagen av Sven Lundstam och Börje Ljungberg med hjälp av stödteamet vid RCC Stockholm – Gotland; Soheila Hosseinnia, statistiker, Bodil Westman, diagnoskoordinator, Örjan Bäfver, monitor och Ann-Sofi Oddestad, administratör.



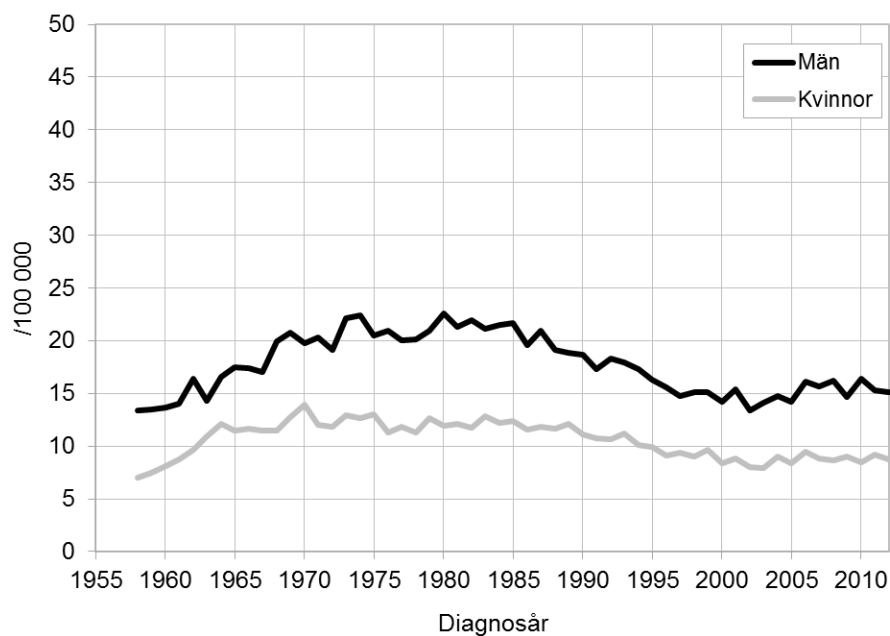
### 3. INLEDNING/BAKGRUND

Det nationella kvalitetsregistret för njurcancer har funnits sedan våren 2004. Det kom successivt igång i de olika regionerna och innefattade hela Sverige från januari 2005. Denna rapport är den sjätte rapporten från det nationella kvalitetsregistret för njurcancer och grundar sig på data 2005–2013. Med njurcancer menas cancer som klassificeras enligt ICD10 med kod C64. Identiteten njurcancer kommer sålunda att innefatta tumörer som diagnostiseras till följd av kliniska symtom eller upptäcks incidentellt men tumörer upptäckta först vid obduktion registreras ej. Idag innehåller registret data och som tillåter analyser av trender och förändringar som behövs för att redovisa resultat från registret till klinikerna och att vara en del i förbättringsarbeten.

Registret ger oss information om sjukdomsförekomst, fördelning av tumörstadium, morfologi, behandlingsmönster och förändringar över tid.

Njurcancer utgör drygt 2 % av all cancer hos vuxna i Sverige vilket gör den till den nionde respektive fjortonde vanligaste tumören bland män och kvinnor. I Sverige var 2012 den ålderstandardiserade incidensen 15,1/100 000 bland män och 8,7/100 000 bland kvinnor. Detta innebär att det upptäcks cirka 1 000 nya fall av njurcancer per år i Sverige (figur 1).

Figur 1. Ålderstandardiserad incidens av njurcancer i Sverige åren 1958–2012.



Mortaliteten i njurcancer har tidigare varit relativt konstant men under senare år ses en trend till minskad mortalitet för båda könen. Antalet individer som dör i njurcancer per år i Sverige är drygt 550.

## 4. STATISTISK METODIK

I de statistiska bearbetningarna redovisas i de fall patienten haft mer än 1 tumör, endast 1 tumör per patient och då den tumör som angetts ha högst T-stadium och största tumörstorlek.

Överlevnad är det viktigaste måttet för bedömning av prognos för den enskilda patienten och ett viktigt mått på resultat av behandling och vid jämförelse av utfall mellan regioner och enskilda kliniker. Överlevnad skulle kunna spegla kvalitet på omhändertagande, utredning och terapival men är också relaterad till befolkningens ålder och eventuell komorbiditet.

Kliniska och biologiska prognostiska faktorer hos patientgruppen påverkar också möjligheten till överlevnad.

Relativ överlevnad är en metod för att beräkna överlevnadstiden efter en cancerdiagnos utifrån populationsbaserade cancerregisterdata. Måttet relativ överlevnad är kvoten mellan den observerade överlevnaden i gruppen som fått cancer och den förväntade överlevnaden i en jämförbar grupp från befolkningen med avseende på huvudsakliga faktorer som påverkar överlevnad (kön, ålder och tidsperiod).

En relativ 5-årsöverlevnad på 50 % innebär att hälften av patienterna skulle ha varit vid liv efter 5 år om cancersjukdomen var den enda möjliga dödsorsaken.

I rapporten har Ederer II metoden för att presentera den relativa överlevnaden används. Uppföljningen för alla patienter är till och med 2013-12-31.

## 5. VALIDIERING

Vid en tidigare validering genom journalkontroll av 10 % av en årskohort fann vi en "mismatch" mellan storlek och grad i en andel av de undersökta. Detta har åtgärdats genom förändring av den elektroniska blanketten så att det ej går att ange "fel" stadium samt ett OBS vid tumörer < 1 cm och > 15 cm. Validering kommer ånyo att ske av en kommande årskohort.

## 6. TÄCKNINGSGRAD OCH ANTAL FALL

### 6.1 Täckningsgrad diagnosblankett

Tabell 1. Antal inrapporterade patienter och täckningsgrad (%) mot cancerregistret, per år och region.

	Stockholm-Gotland	Uppsala-Örebro	Sydöstra	Södra	Västra	Norra	Totalt
2005	129 (99)	183 (97)	109 (96)	154 (98)	149 (100)	88 (100)	812 (98)
2006	169 (99)	195 (100)	107 (99)	166 (100)	182 (100)	102 (100)	921 (100)
2007	156 (96)	194 (99)	123 (99)	169 (100)	203 (100)	100 (100)	945 (99)
2008	168 (98)	205 (100)	113 (98)	189 (95)	166 (100)	108 (100)	949 (98)
2009	169 (100)	183 (100)	97 (100)	191 (99)	165 (100)	100 (100)	905 (100)
2010	178 (98)	214 (100)	104 (99)	184 (97)	165 (100)	115 (100)	960 (99)
2011	188 (100)	223 (100)	106 (99)	175 (99)	179 (100)	98 (100)	969 (100)
2012	195 (100)	213 (100)	114 (99)	195 (99)	162 (100)	107 (99)	986 (100)
2013	182 (97)	246 (98)	134 (97)	152 (97)	182 (99)	101 (98)	997 (98)
<b>Totalt</b>	<b>1534 (98)</b>	<b>1856 (99)</b>	<b>1007 (99)</b>	<b>1575 (98)</b>	<b>1553 (100)</b>	<b>919 (100)</b>	<b>8444 (99)</b>

### 6.2 Täckningsgrad 5-årsuppföljning

Tabell 2. Antal uppföljda patienter och täckningsgrad (%) per år och region.

Region	2005	2006	2007	Total
Stockholm-Gotland	94 (95)	117 (91)	115 (91)	326 (92)
Uppsala-Örebro	129 (90)	139 (89)	137 (91)	405 (90)
Sydöstra	88 (100)	77 (96)	69 (72)	234 (89)
Södra	110 (90)	126 (94)	136 (95)	372 (93)
Västra	104 (99)	141 (97)	120 (79)	365 (91)
Norra	67 (99)	70 (99)	79 (99)	216 (99)
<b>Total</b>	<b>592 (95)</b>	<b>670 (94)</b>	<b>656 (88)</b>	<b>1918 (92)</b>

Tabell 3. Anmälda respektive opererade (nefrektomi och njurresektion) inom parentes.

Region	2009	2010	2011	2012	2013	Total
Stockholm-						
Gotland	169 (152)	178 (157)	188 (159)	195 (175)	182 (164)	912 (807)
Uppsala-Örebro	183 (160)	214 (178)	223 (189)	213 (176)	246 (198)	1079 (901)
Sydöstra	97 (82)	104 (87)	106 (85)	114 (92)	134 (104)	555 (450)
Södra	191 (171)	184 (169)	175 (155)	195 (163)	152 (132)	897 (790)
Västra	165 (136)	165 (132)	179 (139)	162 (119)	182 (141)	853 (667)
Norra	100 (84)	115 (100)	98 (88)	107 (92)	101 (85)	521 (449)
<b>Total</b>	<b>905 (785)</b>	<b>960 (823)</b>	<b>969 (815)</b>	<b>986 (817)</b>	<b>997 (824)</b>	<b>4817 (4064)</b>

**Kommentar:**

Sedan år 2005 har samtliga regioner deltagit i registret. För antalet patienter uppdelat/ sjukhus, se bilaga. Täckningsgraden mot cancerregistret är i medeltal 99 % (95–100 %). För åren 2005–2013 finns i registret data och resultat på 8 444 patienter, representerande 99 % av patienter med njurcancer jämfört med Cancerregistret. Konstant likvärdig och hög inrapportering i landet. Siffrorna för 2013 förväntas förbättras under året på grund av eftersläpningar i inrapportering.

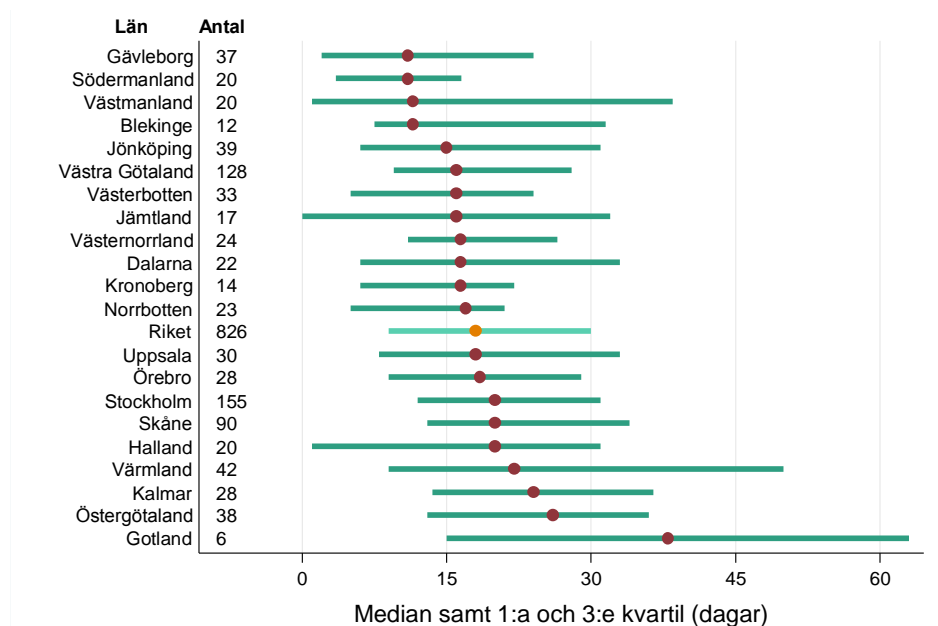
Täckningsgraden för uppföljningen av patienter med njurcancer är lägre (2005, 95 %, 2006, 94 % och 2007, 88 %) varför data får tolkas med försiktighet.

Skillnaden i täckningsgrad beror på att primärregistreringen är kopplad till den obligatoriska cancerregistreringen till skillnad från uppföljningsblanketten.

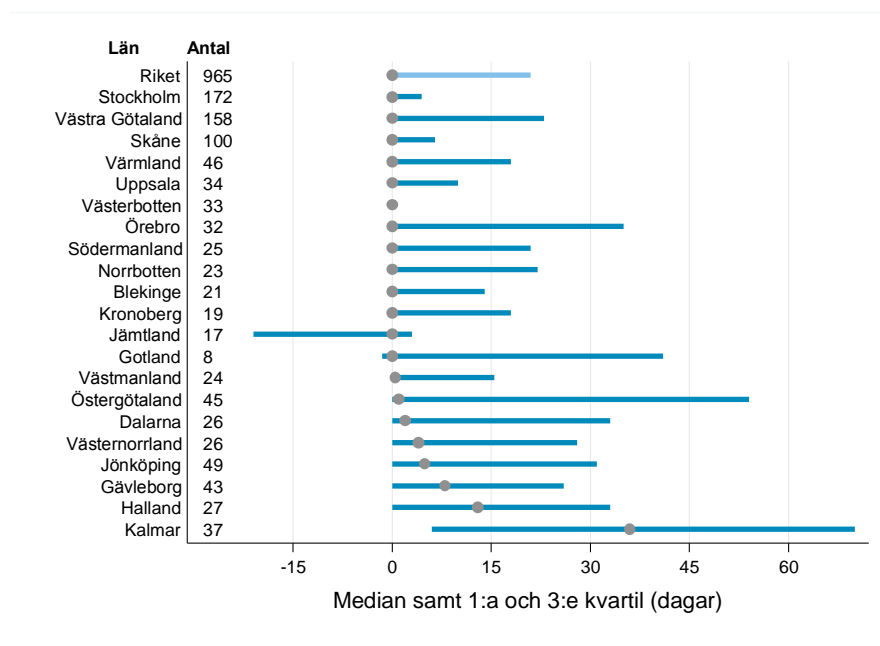
## 7. KVALITETSINDIKATORER

### 7.1 Väntetider

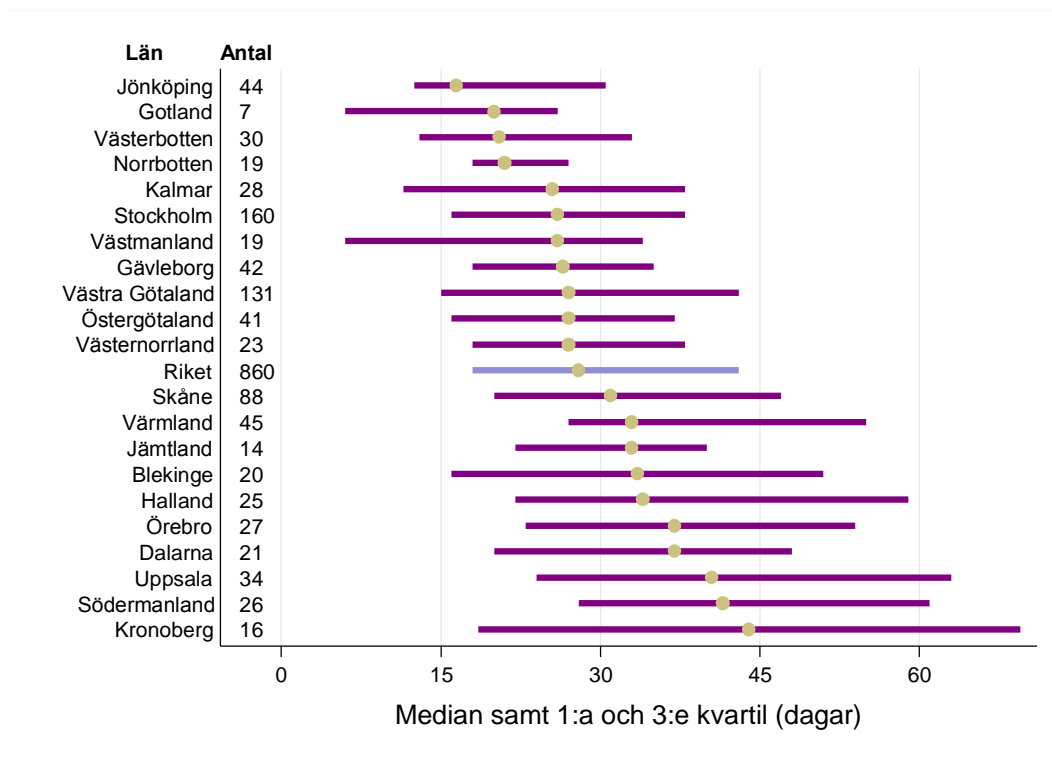
Figur 2. Remiss – specialistbesök 2013.



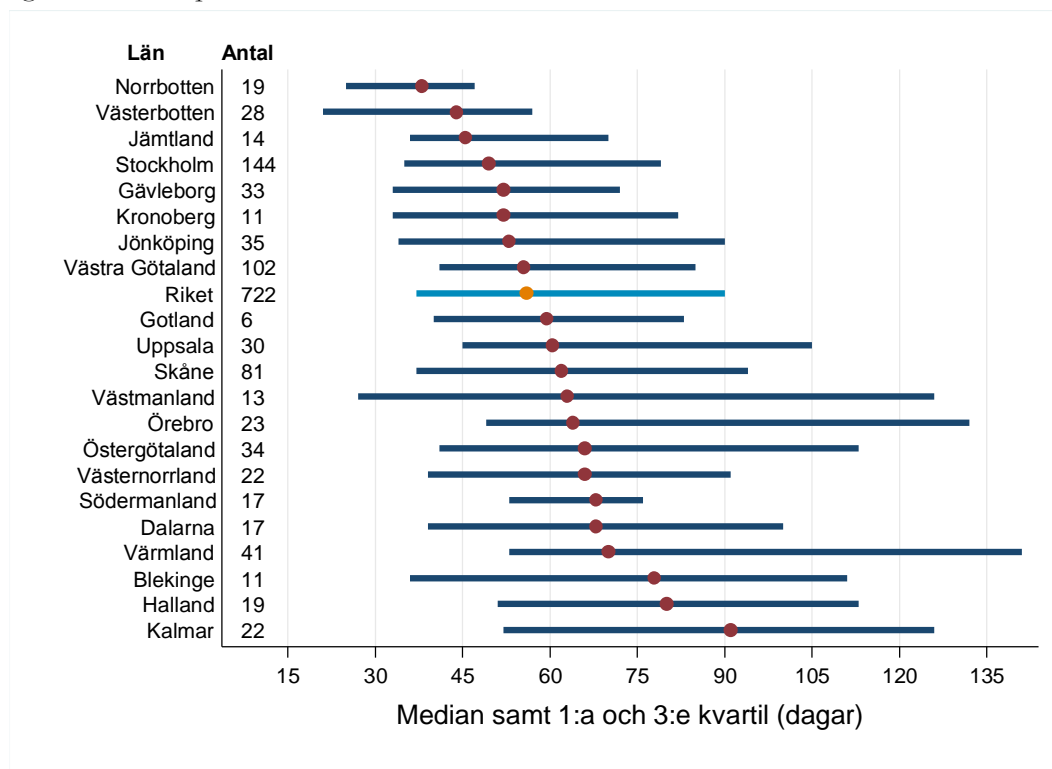
Figur 3. Specialistbesök – behandlingsbeslut 2013.



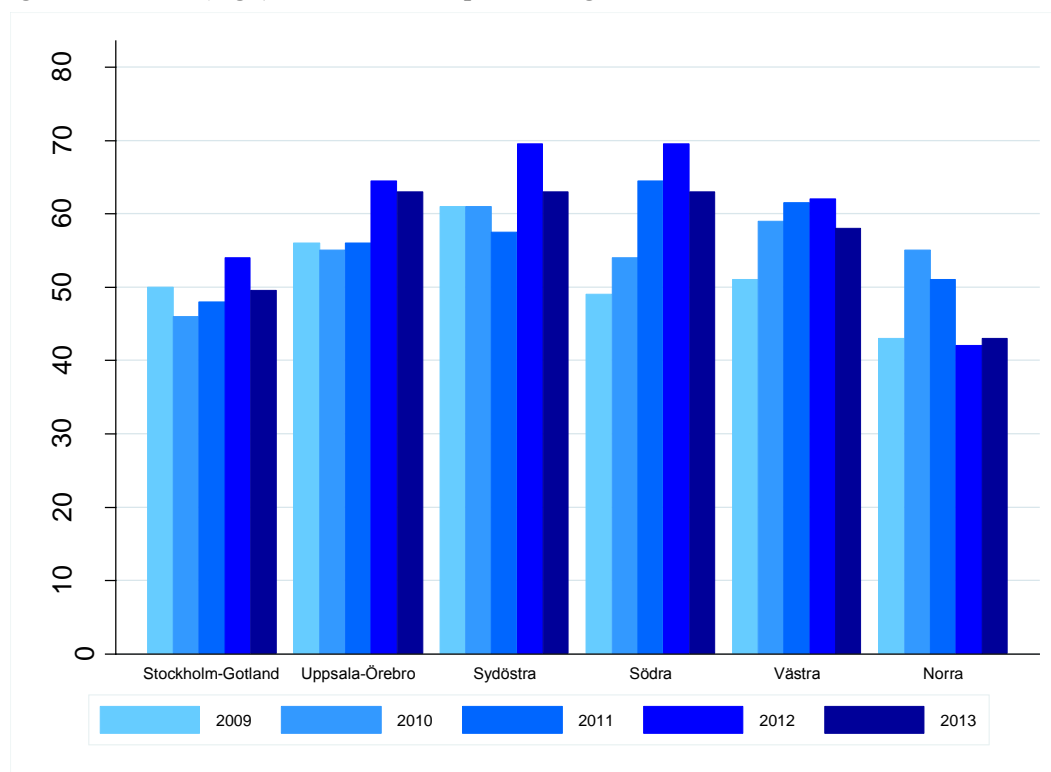
Figur 4. Behandlingsbeslut – operation 2013.



Figur 5. Remiss – operation 2013.



Figur 6. Median tid (dagar) mellan remiss och operation i regioner, 2009–2013.



Tabell 4. Tid (dagar) mellan remiss och operation 2009–2013, median samt 1:a och 3:e kvartil.

Diagnosår	Första kvartil	Median	Tredje kvartil	Antal
2009	34	51	86	739
2010	35	54	89	787
2011	36	56	86.5	768
2012	39	59	102	739
2013	37	56	90	722
<b>Total</b>	<b>36</b>	<b>55</b>	<b>90</b>	<b>3755</b>

#### Kommentar:

Väntetider är en viktig kvalitetsindikator för patienter med njurcancer och har registrerats i alla regioner sedan 2009. Vi har här valt att redovisa medianväntetider väl medvetna om att hälften av patienterna definitionsmässigt har länge väntetid.

Medianväntetiden från remiss till specialistbesök var 18 dagar i hela landet med en liten regional variation. Medianväntetiden därefter till behandlingsbeslut var 0 dagar talande för att kompletterande utredningar utförts i väntan på att patienten skall få komma till sitt första besök. Mediantiden från behandlingsbeslut till operation var 28 dagar. Även här var det små skillnader mellan regionerna. Det är dock relativt stor spridning när dessa väntetider uppdelas på län. På grund av litet antal patienter i varje grupp får skillnader tolkas med försiktighet och mer användas som stöd i det lokala processarbetet.

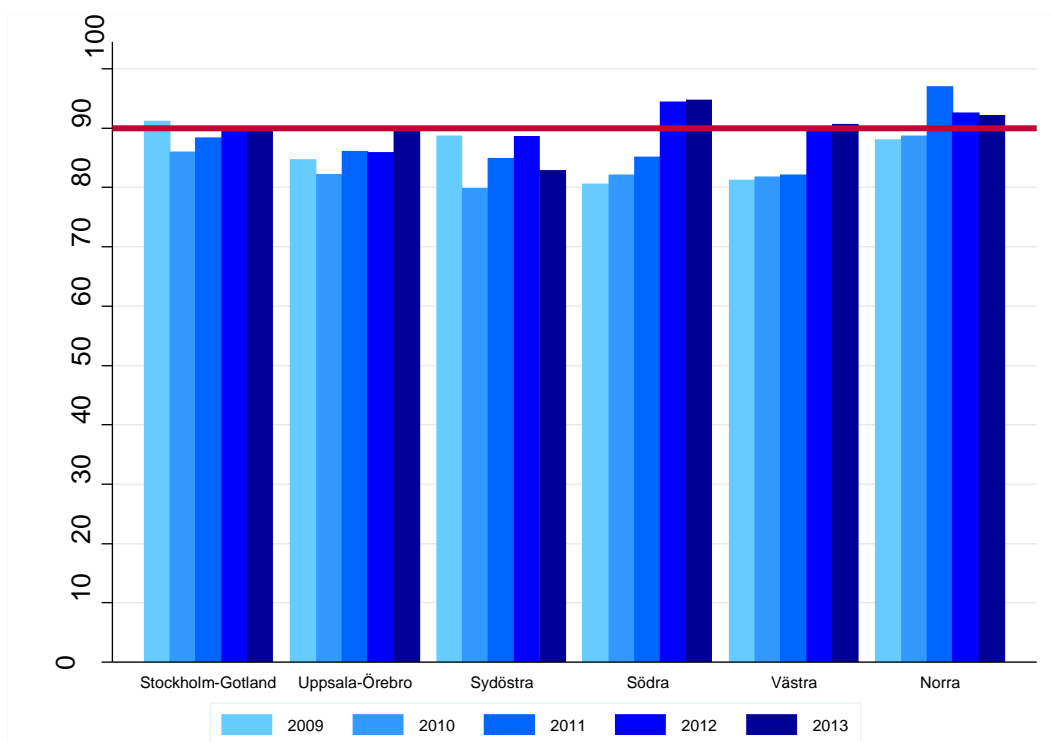


För patienterna är den totala tiden från remiss till operation viktigast. Mediantiden från remiss till operation var 2009, 51 dagar. Den ökade till 59 dagar 2012 och är 2013, 56 dagar. Södra och sydöstra regionen synes ha den längsta väntetiden och norra regionen den kortaste. Samtliga regioner hade kortare väntetid 2013 än 2012 utom norra som redan tidigare hade den kortaste väntetiden. Förhoppningsvis är det fråga om ett trendbrott. Väntetider redovisade på detta sätt är ej helt täckande då många patienter kommer in i systemet på annat sätt än genom remiss till exempel via akutmottagning. Oavsett detta är det uppenbart att väntetiderna är oacceptabelt långa. Att det 2013 tar 90 dagar (tredje kvartilen) innan patienter som remitterats för misstänkt eller diagnostiserad njurcancer opereras är orimligt. Att korta väntetiderna är av hög prioritet under de kommande åren. Skillnader mellan regionerna talar för att detta processarbete fortskridit olika långt.

Målnivå för mediantid från remiss till operation eller onkologisk behandling är 30 dagar. Kortsiktigt mål (inom 2 år) är 40 dagar för alla regioner.

## 7.2 Radiologisk diagnostik

Figur 7. CT-thorax i regioner 2009–2013. Målnivå 90 %.

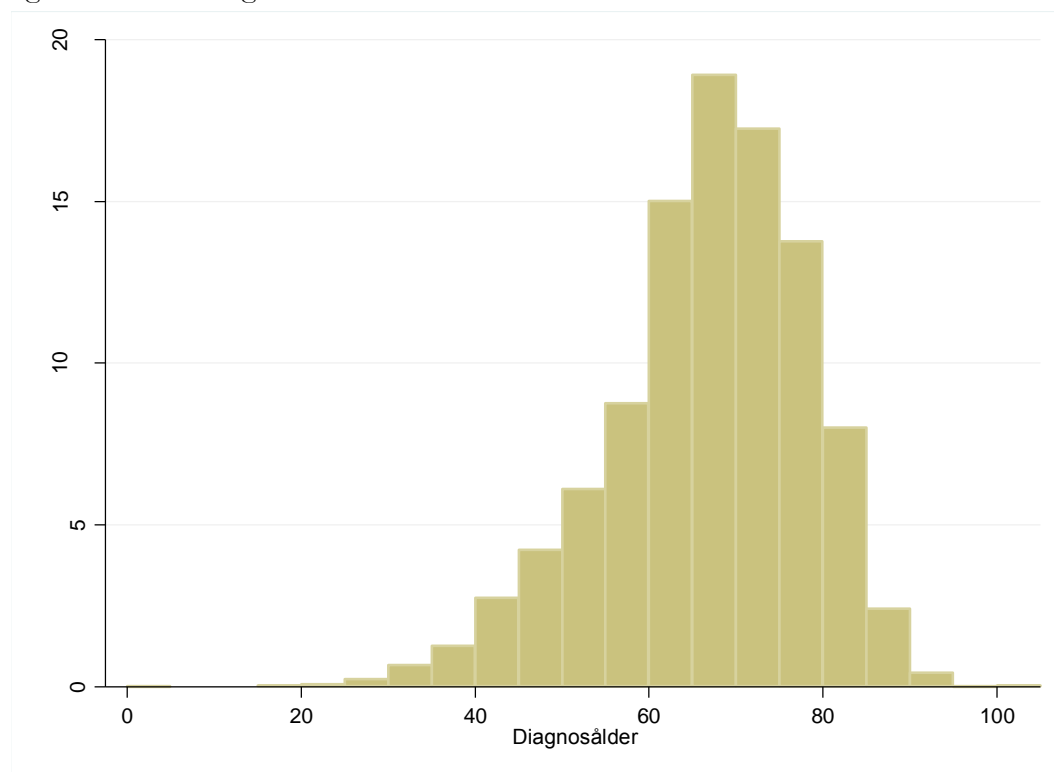


### Kommentar:

Enligt vårdprogrammet bör patienter primärt utredas med CT-thorax med ett målvärde på 90 %. Med stöd av vårdprogrammet har denna utveckling fortsatt under de senaste fem åren och för närvarande når alla regioner utom Sydöstra målvärdet. Det är viktigt att följa detta framöver så att kvaliteten bibehålles.

## 8. DIAGNOSTISERADE FALL

Figur 8. Ålder vid diagnos 2009–2013.

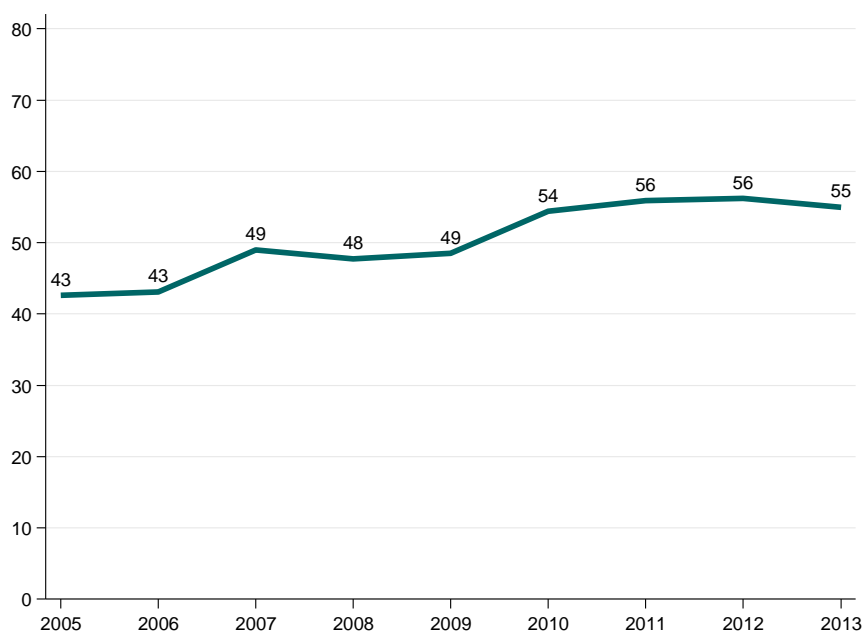


Tabell 5. Ålder vid diagnos 2009–2013.

Diagnosår	Medel- värde	Första kvartil	Median	Tredje kvartil
2009	66	59	67	74
2010	66	59	67	74
2011	66	60	67	75
2012	67	60	68	75
2013	67	60	68	75
<b>Total</b>	<b>66</b>	<b>60</b>	<b>67</b>	<b>74</b>

## 8.1 Incidentellt upptäckta

Figur 9. Incidentellt upptäckt av njurcancer åren 2005–2013.

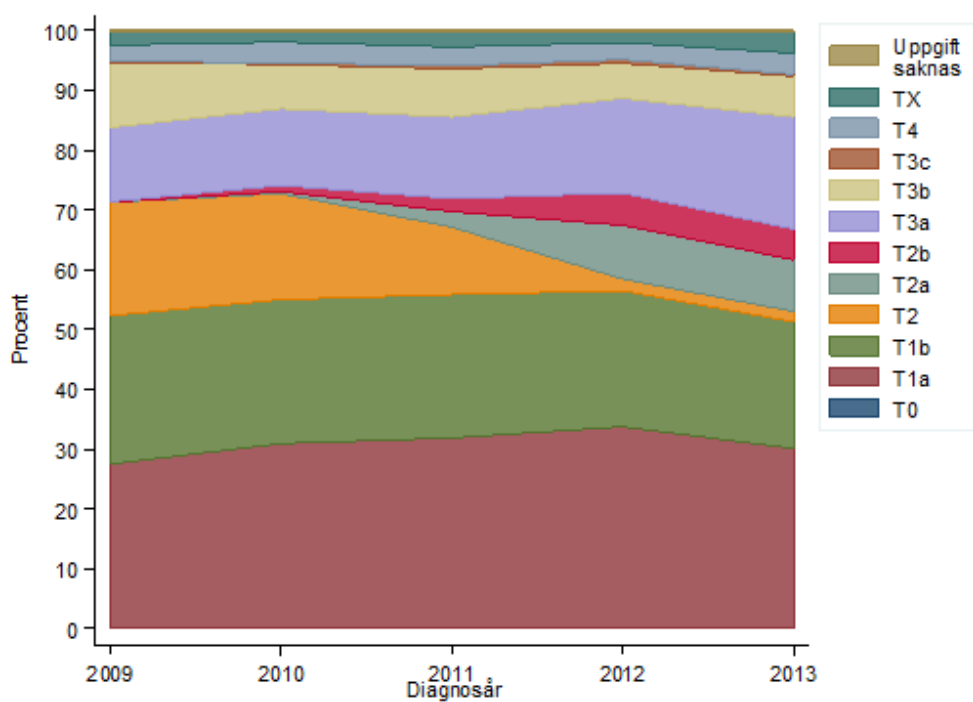


### **Kommentar:**

Andelen incidentellt upptäckta, det vill säga patienter utan symtom där njurcancerdiagnosen varit ett bifynd var 43 %, 2005 och 48 %, 2008. Denna utveckling har fortsatt under de senaste 5 åren och andelen incidentellt upptäckta var 55 %, 2013.

## 8.2 T-stadium och tumörstorlek vid diagnos

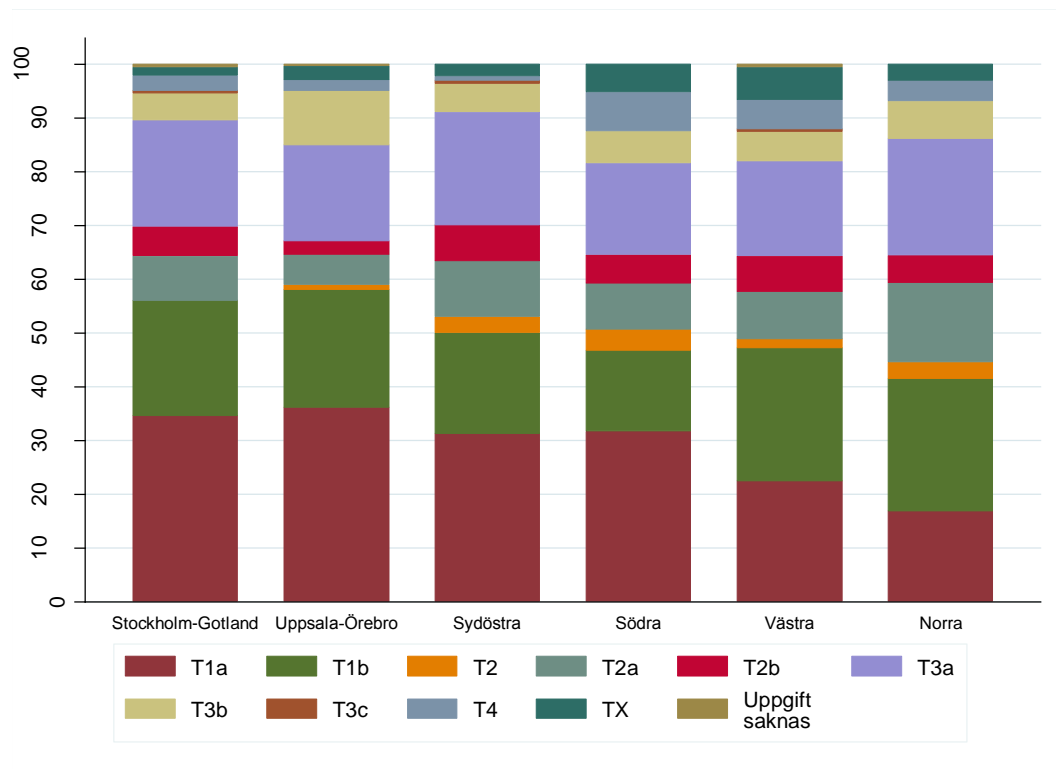
Figur 10. T-stadium 2009–2013.



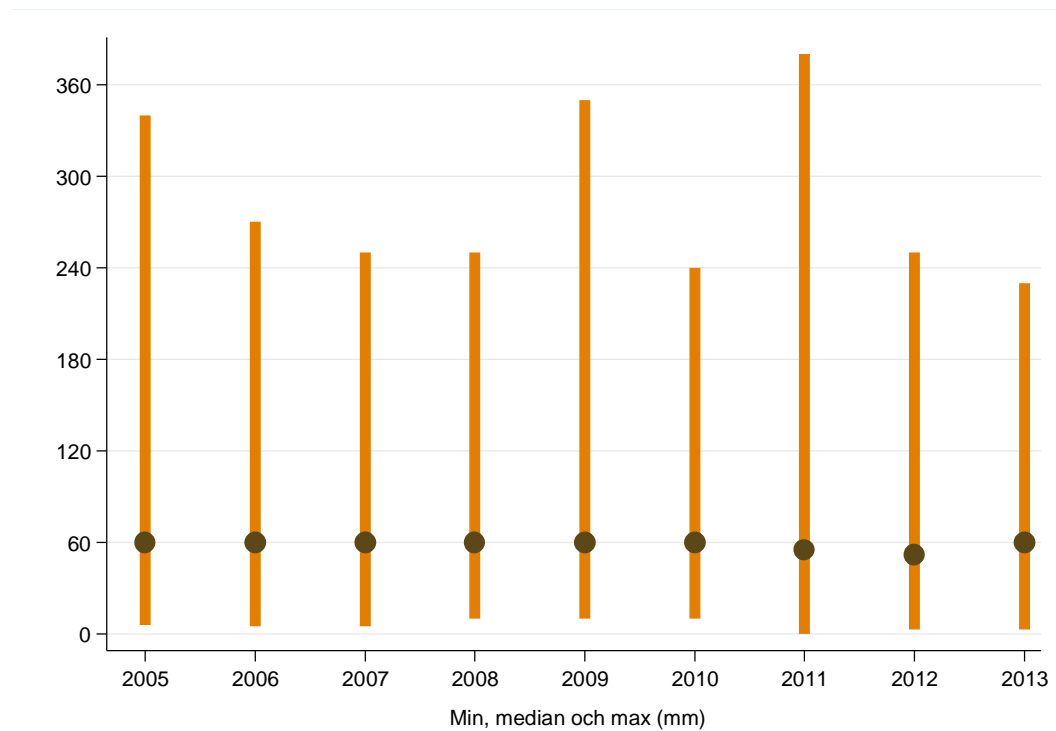
Tabell 6. T-stadium år 2013.

	Antal	(%)
T1a	300	30,1
T1b	211	21,2
T2	18	1,8
T2a	87	8,7
T2b	50	5,0
T3a	188	18,9
T3b	67	6,7
T3c	3	0,3
T4	36	3,6
TX	34	3,4
Uppgift saknas	3	0,3
<b>Total</b>	<b>997</b>	

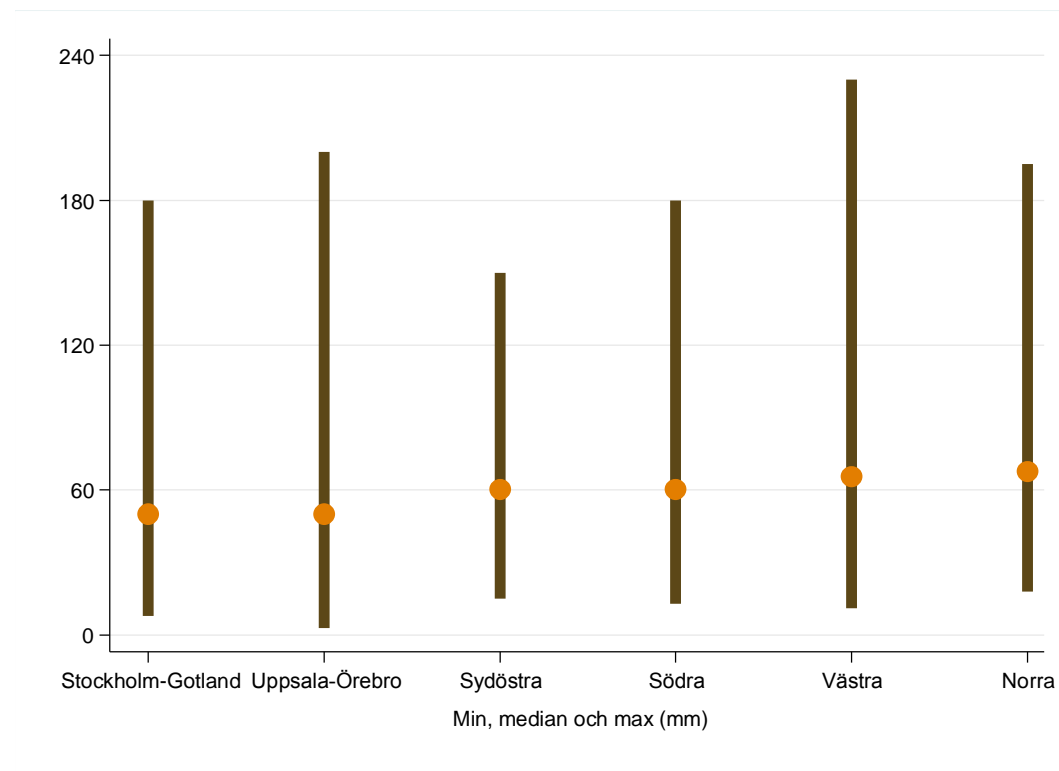
Figur 11. T-stadium 2013 per region.



Figur 12. Tumörstorlek 2005–2013.



Figur 13. Tumörstorlek i regioner 2013.

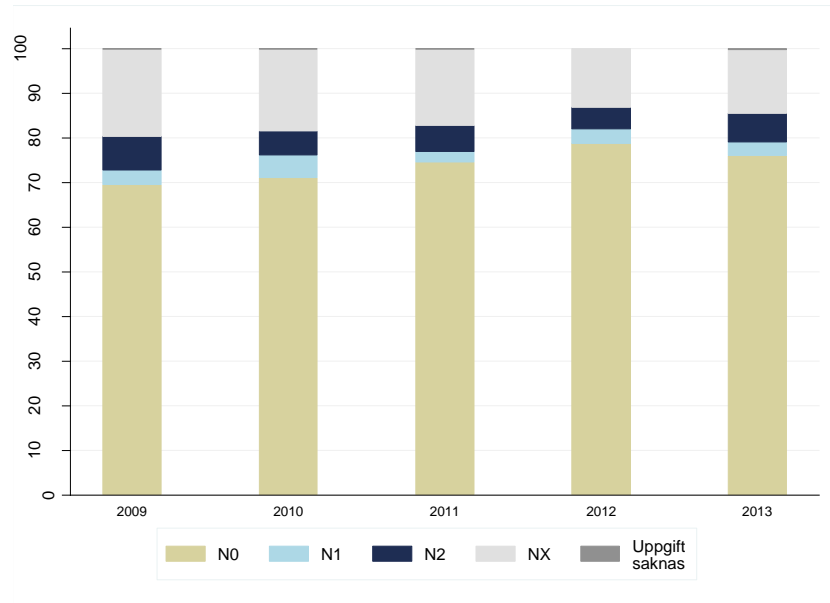


**Kommentar:**

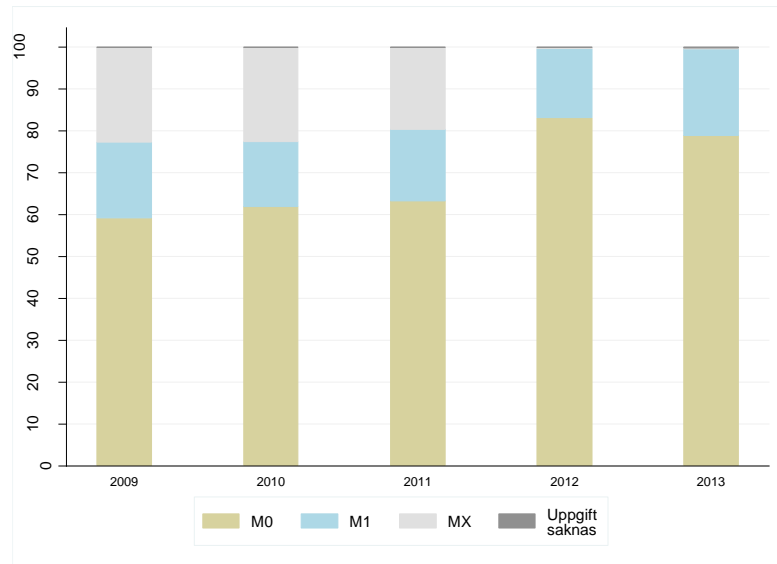
2012 ändrades definitionen av T3a–c och T2 uppdelades i T2a och T2b (se bilaga). Andelen patienter med T1-tumör var 51 % under 2013. Andelen T1a-tumörer var högst i Uppsala-Örebro och lägst i Norra regionen. Norra regionen hade flest T2-tumörer. Medelstorleken var även lägst i Stockholm-Gotland (62 mm) och Uppsala-Örebro (61 mm) medan Västra (69 mm) och Norra (71 mm) regionen hade de största tumörerna. I hela landet ökade andelen T1a-tumörer ( $\leq 4$  cm) från 22 % 2005 till 30 % 2013. Medeltumörstorleken minskade 2005–2012 från 71 till 62 mm och medianstorleken från 60 till 52 mm. Det finns en liten trend mot något större (medel 65 mm) tumörer 2013 som är ett observandum men får tolkas med stor försiktighet på grund av viss eftersläpning i registreringen. Medelstorleken för M0 var 60 mm och för M1 88 mm, för incidentellt upptäckta 55 mm och för icke incidentellt upptäckta 78 mm. Således finns regionala variationer men en stark trend mot tidigare diagnos av njurcancerpatienter i hela landet.

### 8.3 Metastasering vid diagnos

Figur 14. Lymfkörtelmetastaser (N) 2009–2013.



Figur 15. Fjärrmetastaser (M) 2009–2013.

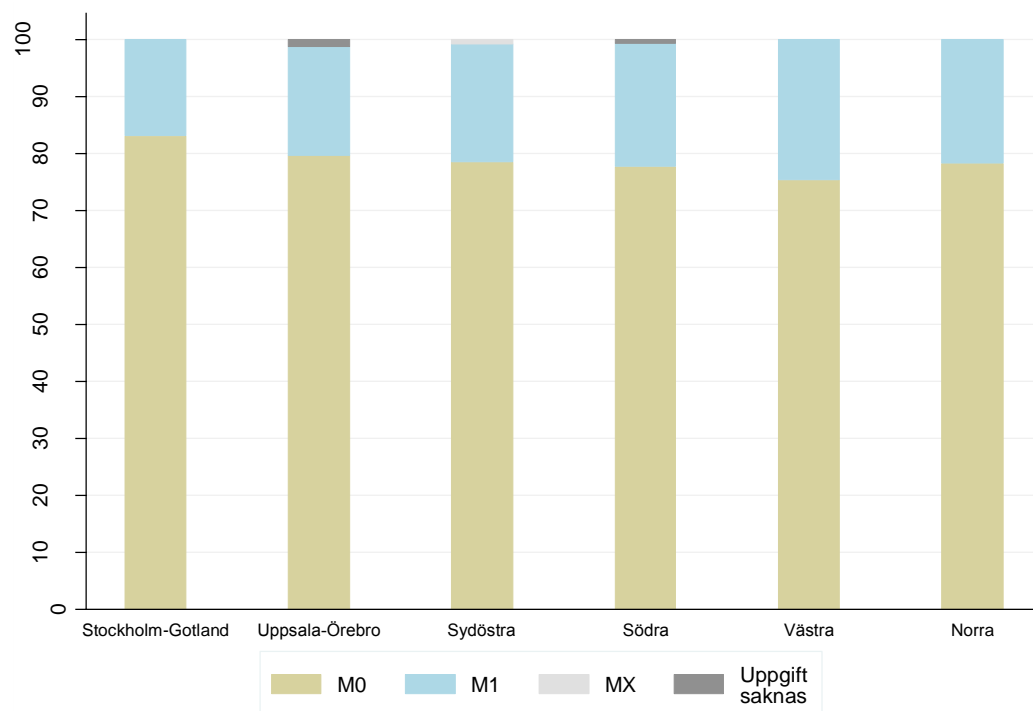




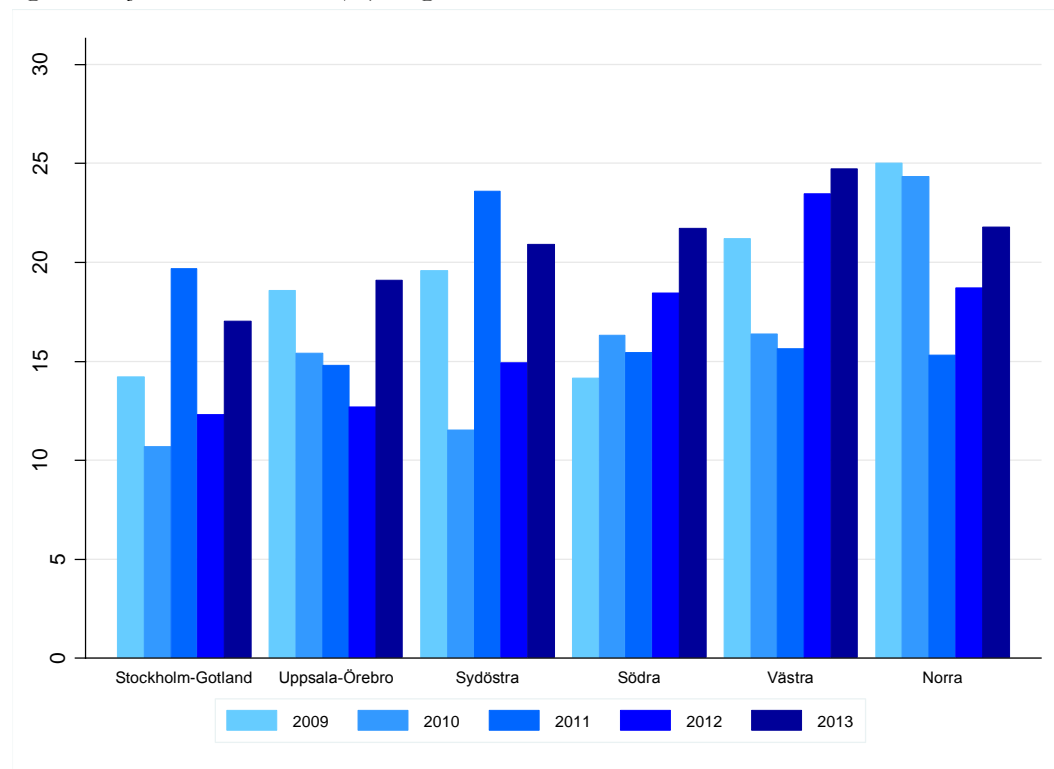
Tabell 7. M-stadium, antal och andel (%) 2005–2013.

	<b>M0</b>	<b>M1</b>	<b>MX</b>	<b>Uppgift saknas</b>	<b>Totalt</b>
2005	361 (44,5)	187 (23,0)	254 (31,3)	10 (1,2)	812
2006	456 (49,5)	206 (22,4)	255 (27,7)	4 (0,4)	921
2007	532 (56,3)	197 (20,9)	216 (22,9)	0 (0,0)	945
2008	545 (57,4)	182 (19,2)	220 (23,2)	2 (0,2)	949
2009	535 (59,1)	164 (18,1)	205 (22,7)	1 (0,1)	905
2010	594 (61,9)	149 (15,5)	215 (22,4)	2 (0,2)	960
2011	613 (63,3)	165 (17,0)	190 (19,6)	1 (0,1)	969
2012	819 (83,1)	162 (16,4)	4 (0,4)	1 (0,1)	986
2013	786 (78,8)	206 (20,7)	1 (0,1)	4 (0,4)	997
<b>Totalt</b>	<b>5241 (62,1)</b>	<b>1618 (19,2)</b>	<b>1560 (18,5)</b>	<b>25 (0,3)</b>	<b>8444</b>

Figur 16. Fjärrmetastaser (M) i regioner 2013.



Figur 17. Fjärrmetastaser M1 (%) i regioner 2009–2013.



#### Kommentar:

I kvalitetsregistret för njurcancer används klinisk stadiindelning där CT/MRT-buk är basen för N-stadieindelning om operation inte visat något annat. Tolkningen av N-stadieindelningen har varit oklar särskilt under de första åren varför andelen NX är relativt hög. Andelen har dock succesivt minskat talande för en förbättrad registrering. Cirka 10 % av patienterna klassificerades som N1 eller N2 med en något minskande trend de senaste åren.

Andelen patienter med fjärrmetastaser (M1) i Sverige minskade från 23 % 2005 till 16 % 2012 varefter en ökning skett till 21 % 2013. Data från 2013 får dock tolkas med försiktighet på grund av viss eftersläpning i registreringen. En hög andel MX (där CT-thorax ej har utförts) gör bedömningen något osäker. Från och med 2012 registrerades ej längre MX separat. Patienter med metastaserad sjukdom fanns inom alla T-stadier och varierande 2013 mellan 5 % (T1a) till 34 % (T3). Materialets storlek tillät inte uppdelning i fler subgrupper. Andelen patienter som hade N+ och/eller M+ var 23 % 2013. Se bilaga.

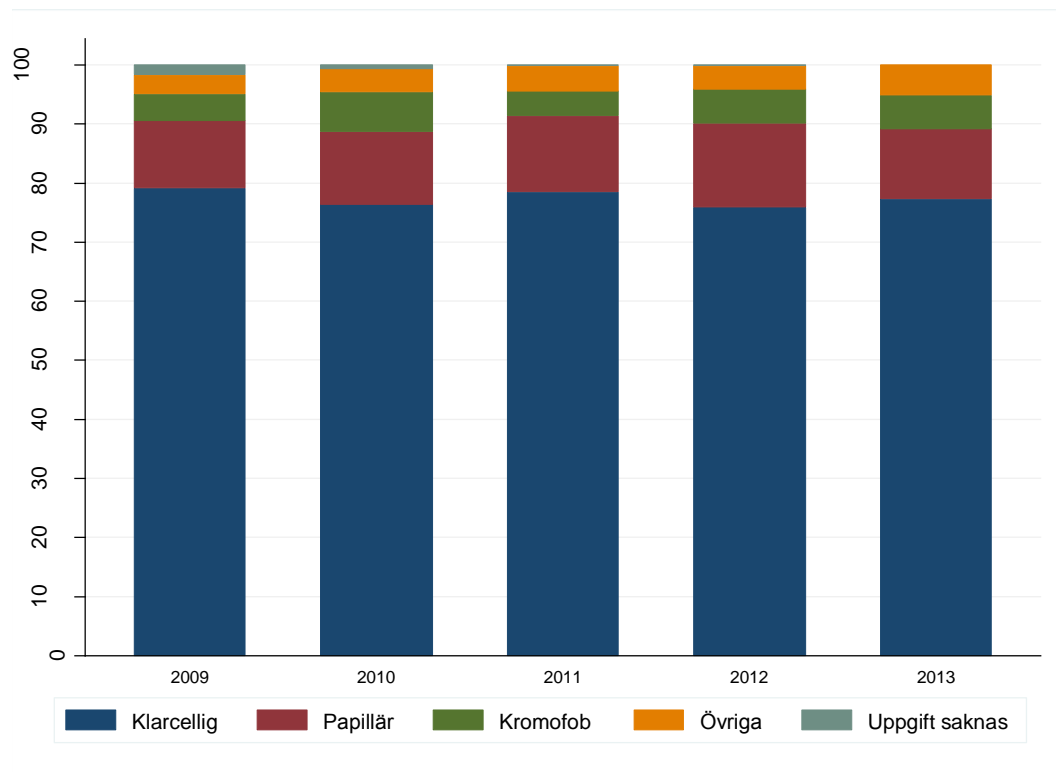
#### Slutsats:

Regionala skillnader förekommer i andelen patienter med metastaserad sjukdom vid diagnos men sammantaget finns det en tydlig trend att andelen patienter med metastaserad sjukdom vid diagnos sjunker i hela landet, vilket talar för att patienterna diagnostiseras tidigare och med ett lägre tumörstadium. Detta förbättrar generellt överlevnaden för patienter med njurcancer.

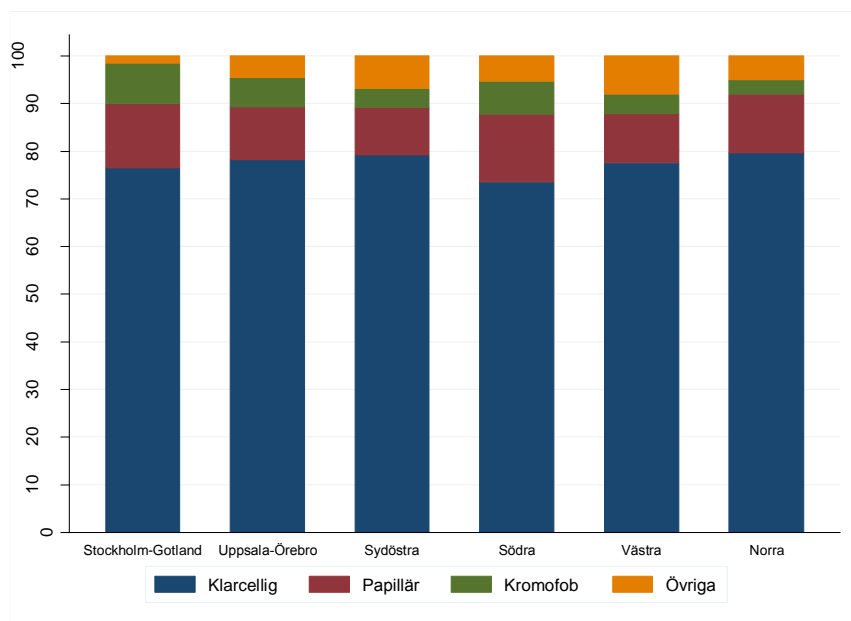
## 9. DIAGNOSTIK

### 9.1 Patologisk diagnostik

Figur 18. Morfologi 2009–2013 (endast PAD eller cytologi).



Figur 19. Morfologi i regioner år 2013 (endast PAD eller cytologi).

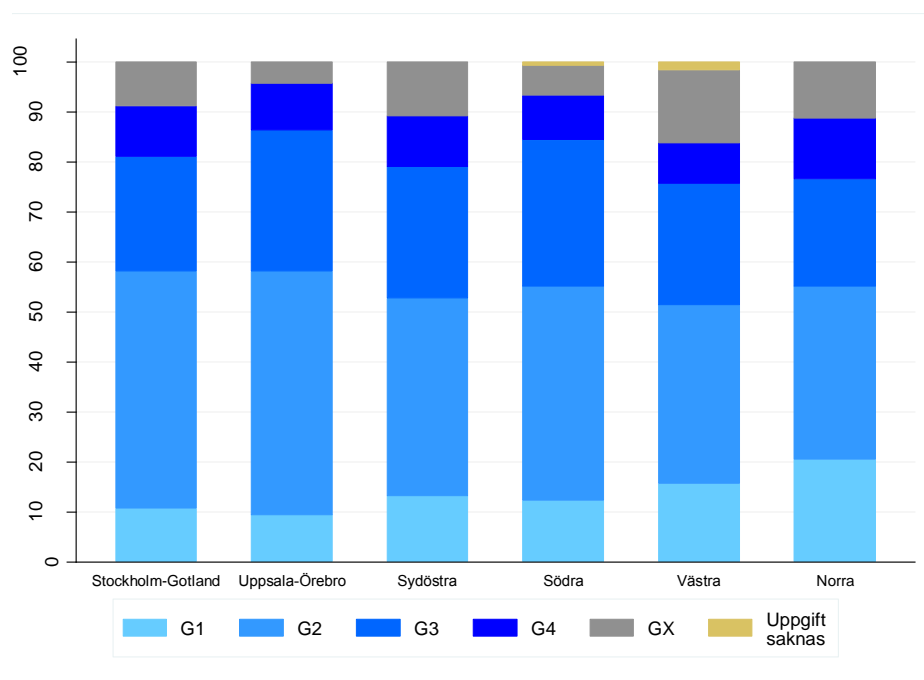


### Kommentar:

Majoriteten av alla tumörer var klarcelliga (77 %), 13 % var papillära och 5 % var kromofoba. Det är små skillnader mellan regionerna vilket talar för en likartad bedömning vid den morfologiska diagnosen. Det synes ej vara någon säker förändring av fördelningen över tid. Uppgift om morfologisk diagnos saknades bara i någon procent av fallen vilket visar att patologerna på kort tid har accepterat och besvarar frågeställningen om typ av njurcancer.

## 9.2 Malignitetsgrad

Figur 20. Region i förhållande till malignitetsgrad 2013.



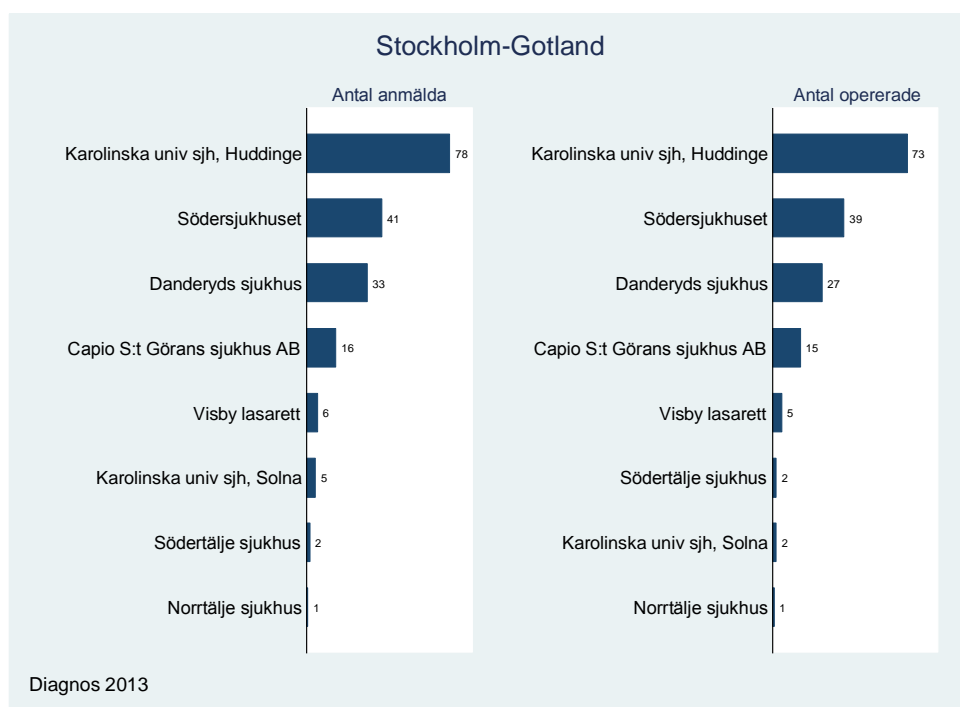
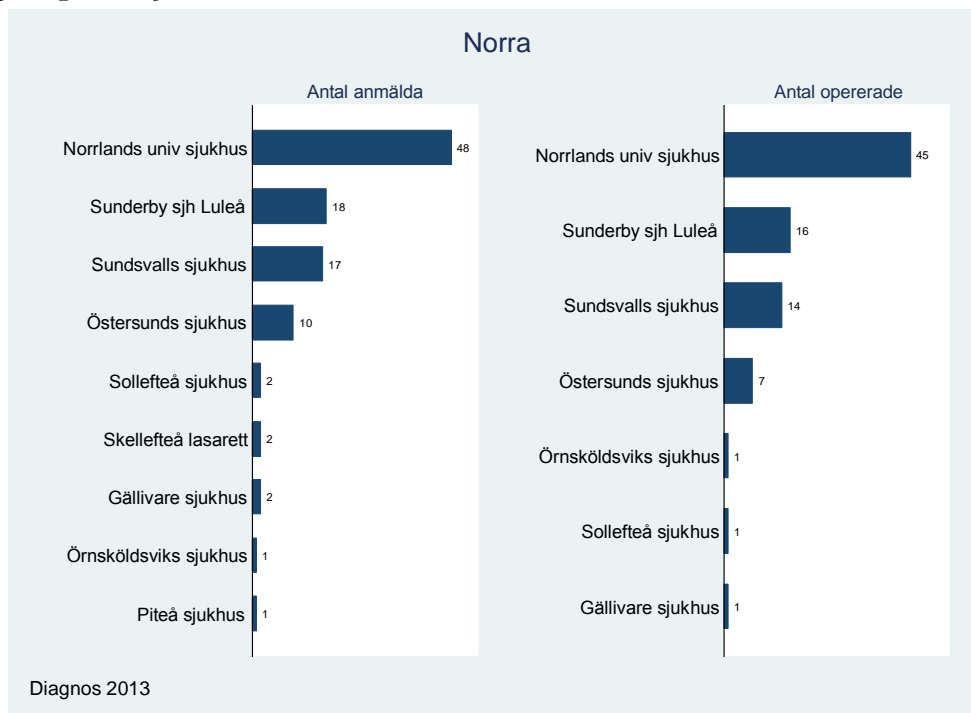
### Kommentar:

Fördelningen 2005–2012 med grad 1–4 var 11 %, 44 %, 26 % respektive 9 %. 8 % klassificerades som GX och uppgift saknades i 2,5 % som bedöms vara en låg siffra. Fördelningen av tumörgrad var likartad i de olika regionerna vilket talar för följsamhet till de patologiska kriterier som angetts i vårdprogrammet. 2013 skiljer sig ej säkert från föregående år.

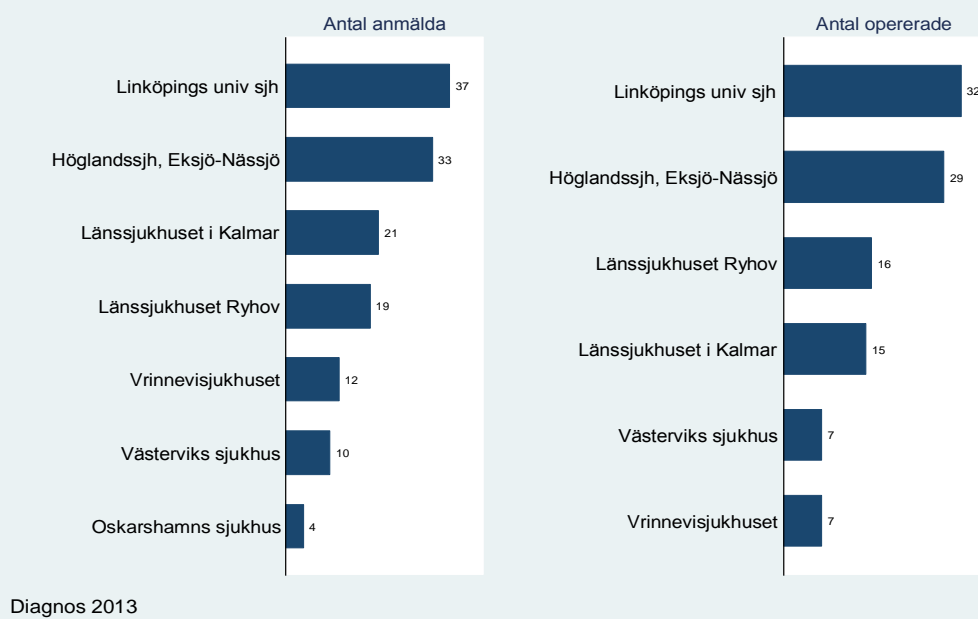
## 10. BEHANDLING

### 10.1 Kirurgisk data

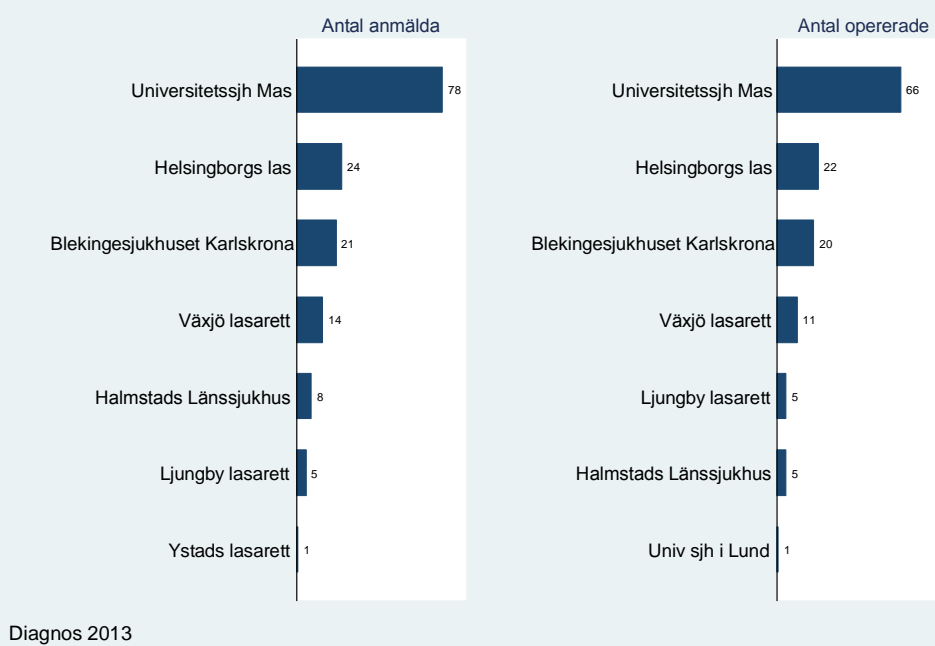
Figur 21. Antal anmälda respektive opererade (nefrektomi eller njurresektion) patienter 2013, per region och sjukhus.



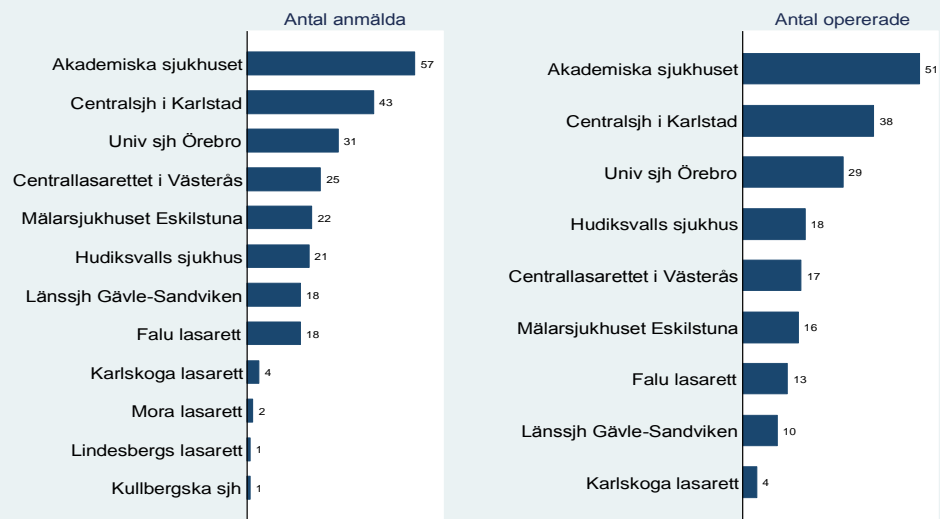
## Sydöstra



## Södra

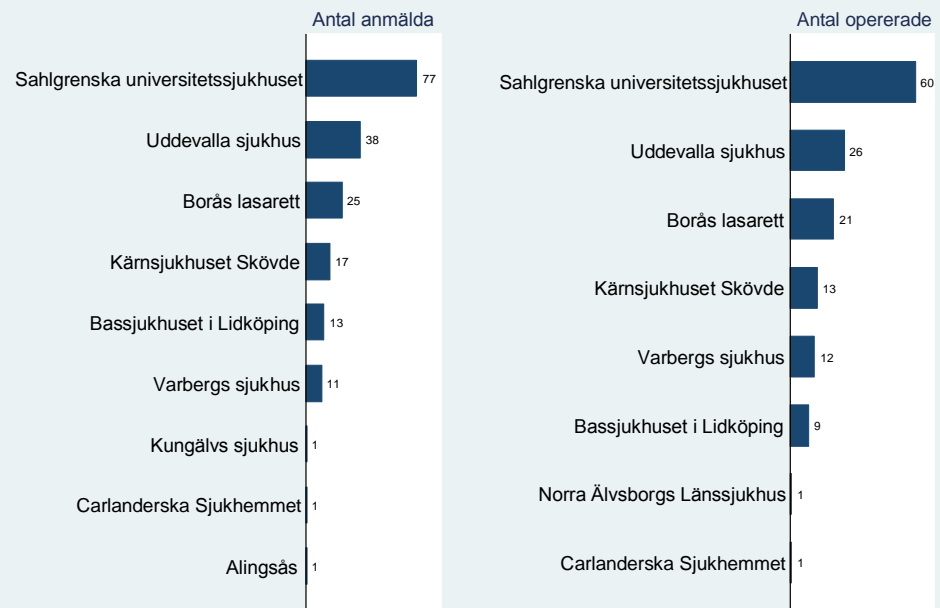


## Uppsala-Örebro



Diagnos 2013

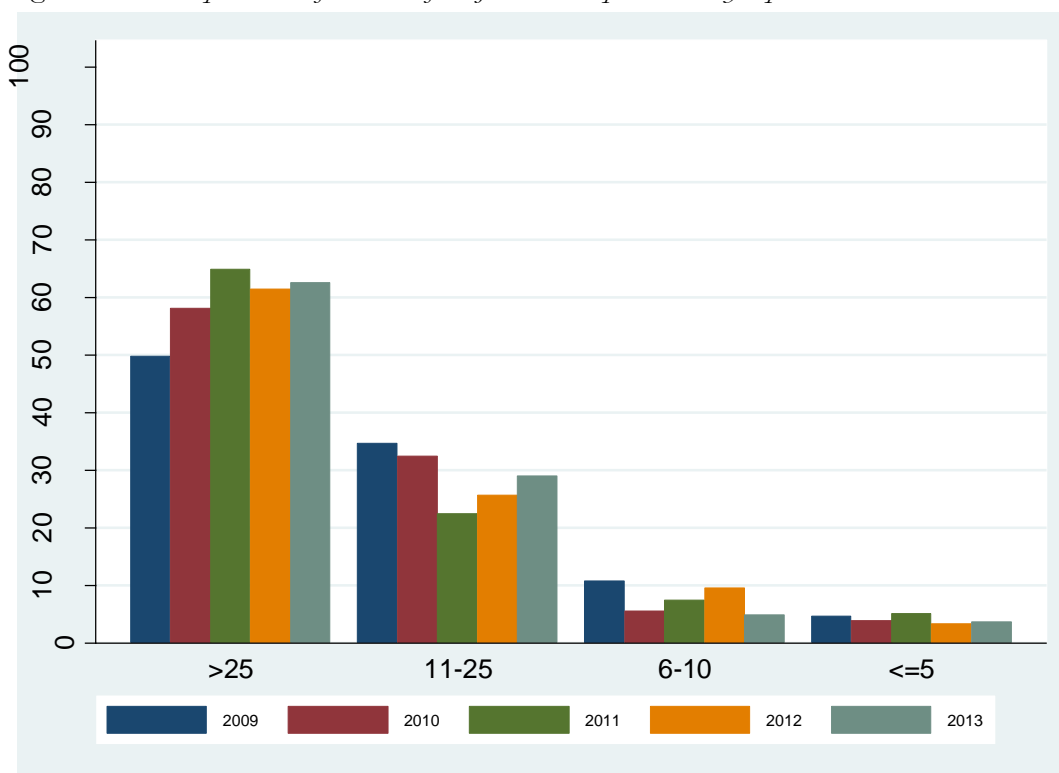
## Västra



Diagnos 2013

## 10.2 Operationsvolym

Figur 22. Andel operationer fördelade efter sjukhusens operationsvolym per år.



Tabell 8. Antal opererade patienter fördelade efter sjukhusens operationsvolym per år.

Operations Volym	Diagnosår					Total
	2009	2010	2011	2012	2013	
>25	391	478	529	502	515	2415
11-25	272	267	183	210	239	1171
6-10	85	46	61	78	40	310
<=5	37	32	42	27	30	168
<b>Total</b>	<b>785</b>	<b>823</b>	<b>815</b>	<b>817</b>	<b>824</b>	<b>4064</b>

Tabell 9. Antal opererande sjukhus fördelade efter sjukhusens operationsvolym per år.

Operations volym	Diagnosår					Total
	2009	2010	2011	2012	2013	
>25	10	11	13	11	12	57
11-25	15	17	11	13	15	71
6-10	11	6	7	10	5	39
<=5	15	14	17	12	13	71
<b>Total</b>	<b>51</b>	<b>48</b>	<b>48</b>	<b>46</b>	<b>45</b>	<b>238</b>



**Kommentar:**

Alla sjukhus som anmäler till registret opererar ej njurcancer och vissa sjukhus opererar bara ”enklare fall” medan andra patienter remitteras vidare. Antalet sjukhus som opererade njurcancer i Sverige var år 2005, 57 sjukhus och fram till 2013 hade en minskning sett till 45 sjukhus.

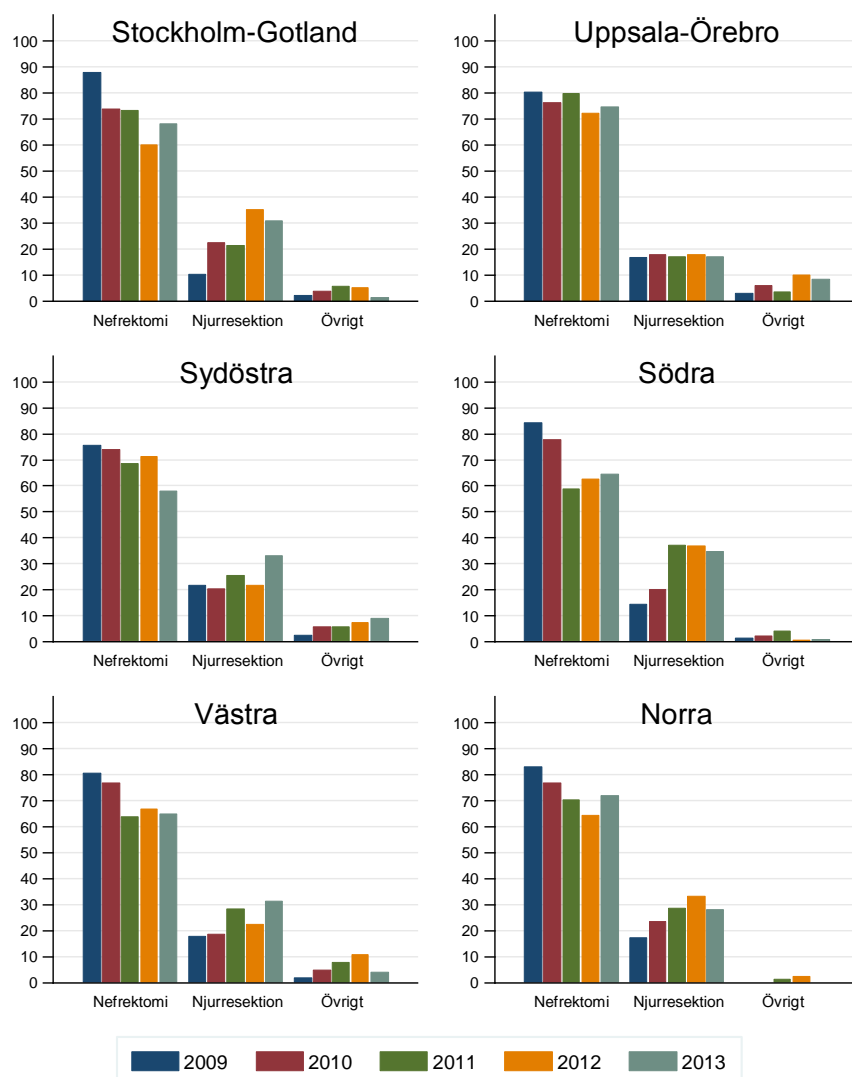
En ökning av antalet operationer har skett mellan 2005 och 2013 och denna ökning har framför allt skett på sjukhus med stor (>25/år) operationsvolym. Det har även skett en omfördelning till sjukhus med stor operationsvolym. 2005 opererades 34 % av patienterna vid sjukhus som utförde mer än 25 operationer per år, 2009 50 % och 2013 63 %. Under 2009–2013 opererades cirka 230 patienter/år vid sjukhus som utförde 11–25 operationer/år och 100 patienter vid sjukhus som utförde 10 eller färre operationer per år.

Det finns således en trend att en större proportion av patienterna erbjuds behandling vid kliniker med större operationsvolym vilket medger möjlighet till multidisciplinära bedömningar och större möjligheter att kunna erbjuda det för patienten bästa kirurgiska och onkologiska behandlingsalternativet. Det är önskvärt att denna trend fortsätter då många patienter fortfarande opereras vid sjukhus med små volymer. En sådan utveckling stöds av det nationella vårdprogrammet för njurcancer. Ett mål är att flertalet patienter opereras vid högvolumsjukhus(> 25 operationer/år).

### 10.3 Kurativ kirurgi

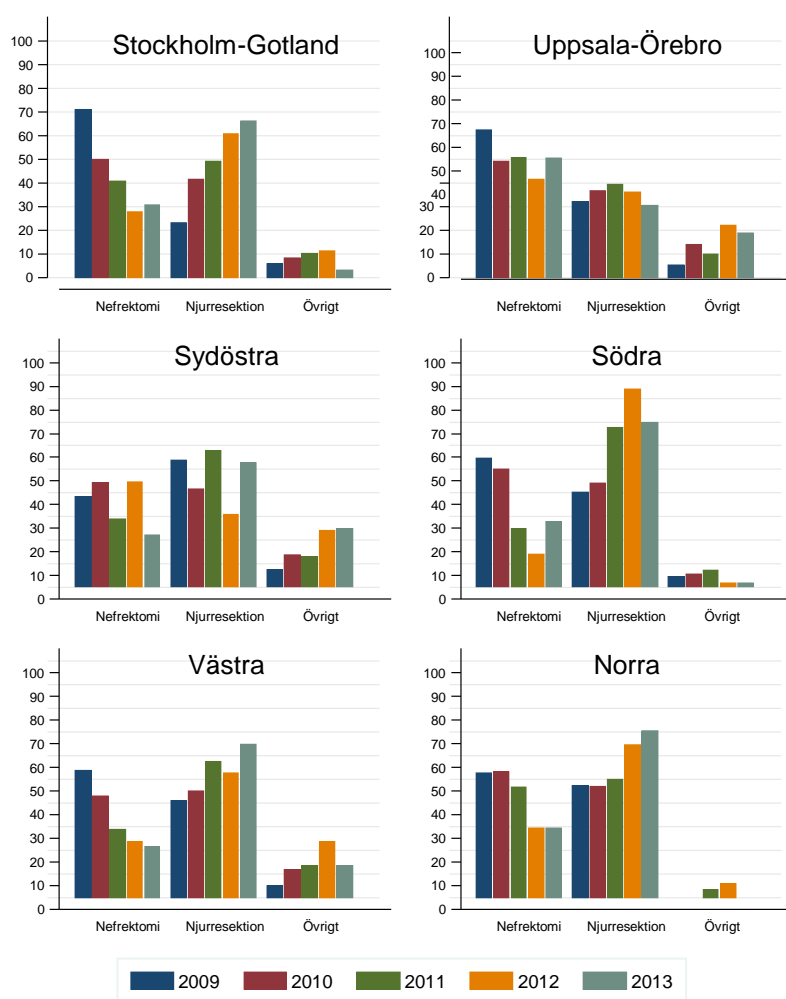
Kurativ kirurgi kan göras med öppen teknik eller med titthålsteknik (laparoskopi). Man kan vid båda teknikerna antingen helt avlägsna njuren, nefrektomi, eller bara ta bort den del av njuren i vilken tumören sitter, njurresektion (partiell nefrektomi, njursparande kirurgi). Det senare kan inte göras om tumören sitter centralt i njuren eller om tumören växer lokalt avancerat till exempel i ventrådet. Annan behandling är Kryo (kyla) eller RF(värme) som är minimalinvasiva metoder där tumören destrueras men njuren sparas. Kryo eller RF kan göras vid laparoskopi eller genom en perkutan punktion. De två sistnämnda metoderna kan inte anses likvärdiga med kirurgisk partiell njurresektion, då det mer frekvent finns kvarvarande tumör efter behandlingarna.

Figur 23. Kurativ kirurgi i regioner 2009–2013.



Övrigt består av bl. a. RF, Kryo och HIFU. Drygt 80 % av övriga behandlingar var RF under perioden.

Figur 24. Kurativ kirurgi i regioner 2009–2013, tumörstorlek  $\leq 4$  cm utan metastaser.



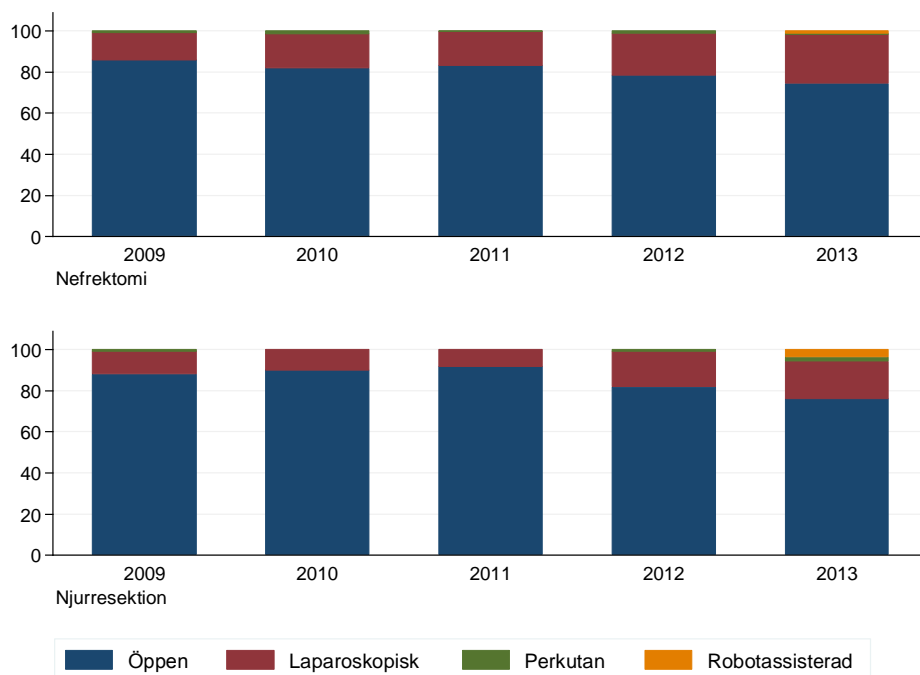
### Kommentar:

Av patienter som behandlades kurativt 2009–2013 för tumörer av alla storlekar ökade andelen njurresektioner framför allt i Stockholm-Gotland, som börjat på en låg nivå. 2013 utfördes njurresektioner i cirka 30 % av fallen i alla regioner utom Uppsala-Örebro som låg kvar under 20 % och ej ökade andelen under åren.

En särskild analys utfördes av handläggningen av patienter med småtumörer ( $\leq 4$  cm) utan metastaser (ej N1, N2 eller M1), där vinsten med att spara njurfunktion sannolikt är störst. Denna visade en kraftig ökning av njurresektioner i Stockholm-Gotland, Södra, Västra och Norra regionen där alla 2013 överskred målvärdet 60 %. Uppsala-Örebro och Sydöstra regionen hade inte ökat andelen njurresektioner nämnvärt och uppnådde ej målvärdet. De hade dock ökat andelen alternativa nefronsparande behandlingar (RF, Kryo) liksom även västra regionen. Ökningen av njurresektioner och andra nefronsparande behandlingar är mycket glädjande och är till stor del en effekt av registreringen i sig, samt en ökad anpassning till det nationella vårdprogrammet. Partiell nefrektomi (njurresektion) rekommenderas i EAU guidelines och i det Nationellt vårdprogrammet som förstahandsteknik för behandling av patienter med njurcancer i stadium T1a ( $\leq 4$  cm), detta med avsikt att spara njurfunktion vilket är av stort värde för patienterna.

## 10.4 Kirurgisk teknik

Figur 25. Kirurgisk teknik för nefrektomi respektive njurresektion 2009–2013.



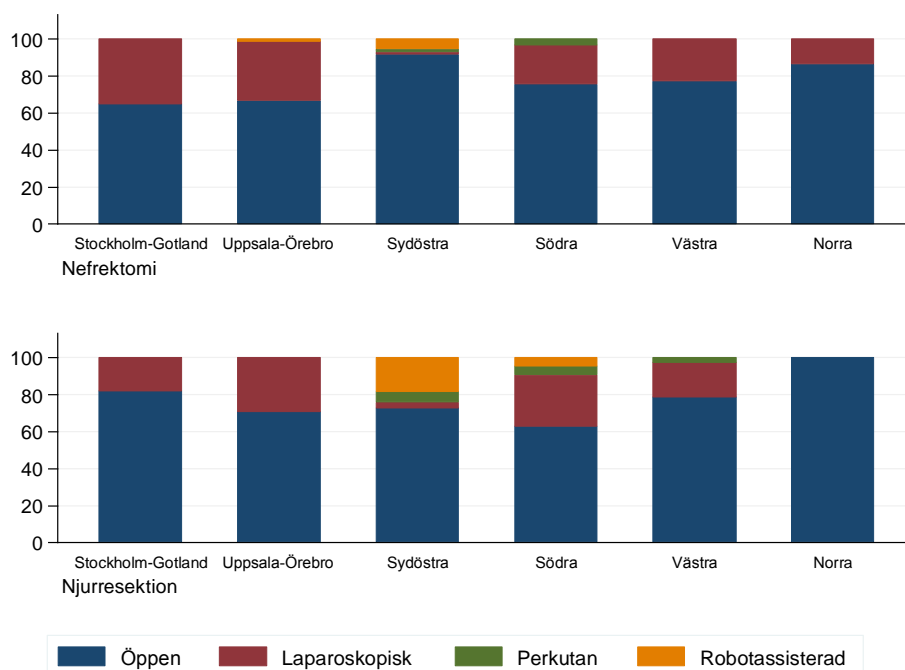
### Kommentar:

Under åren 2009–2013 gjordes 18 % av nefrektomierna laparoskopiskt. Det finns stora regionala skillnader. Exempelvis genomfördes 2013 få nefrektomier laparoskopiskt i Sydöstra regionen medan andelen i Stockholm-Gotlandregionen var 35 %. Andelen laparoskopiska nefrektomier ökade i riket från 13 % 2009 till 24 % år 2013. 2009–2013 utfördes 14 % av njurresektionerna laparoskopiskt med en ökning från 11 % 2009 till 21 % 2013. 2013 utförde Norra regionen inga laparoskopiska njurresektioner och Södra flest.

Den laparoskopiska tekniken innebär som regel mindre morbiditet, möjlighet till kortare vårdtid och snabbare återhämtning jämfört med öppen kirurgi, oklart är om metoden innebär mindre komplikationer varför en kvalitetsregistrering av kirurgi och komplikationer planeras införas i registret 2014. Laparoskopisk nefrektomi rekommenderas i EAU guidelines som förstahandsteknik för radikal nefrektomi av njurcancer i T1b- och T2-stadium när njursparande teknik bedöms olämplig. Utveckling av robotassisterad teknik gör att fler njurresektioner kan göras laparoskopiskt.

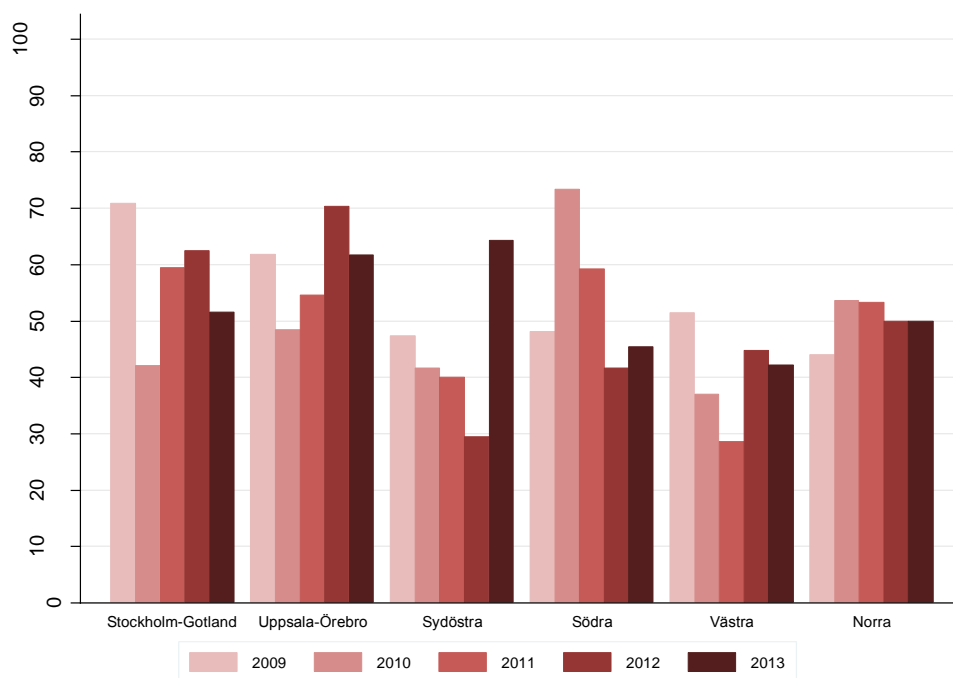
Under 2013 rapporterades ett antal operationer som robotassisterade, men det kommer inte att kunna mätas fullt ut förrän från och med 2015 varför dessa data ska ses med stor försiktighet.

Figur 26. Kirurgisk teknik i regioner för nefrektomi resp. njurresektion diagnosåret 2013.



## 10.5 Palliativ kirurgi

Figur 27. Nefrektomi för metastaserad sjukdom (M1) i regioner, år 2009–2013.



**Kommentar:**

Av de patienter som hade fjärrmetastaser (M1) vid diagnos nefrektomerades cirka 50 % med stor spridning mellan åren och regioner vilket kan återspegla varierande patientmix samt även lokal inställning till onkologisk behandling. Bortsett från enstaka år synes Stockholm-Gotland och Uppsala-Örebro ha de högsta nefrektomifrekvensen. Andelen som nefrektomerades i Norra regionen var förvånansvärt stabil över åren. Det är viktigt att följa detta även om det inte finns någon nationell eller internationell konsensus om hur stor andel av M1 patienter som bör nefrektomeraras.

Tabell 10. Nefrektomi för metastaserad sjukdom (M1) i regioner 2009–2013, antal (% andel).

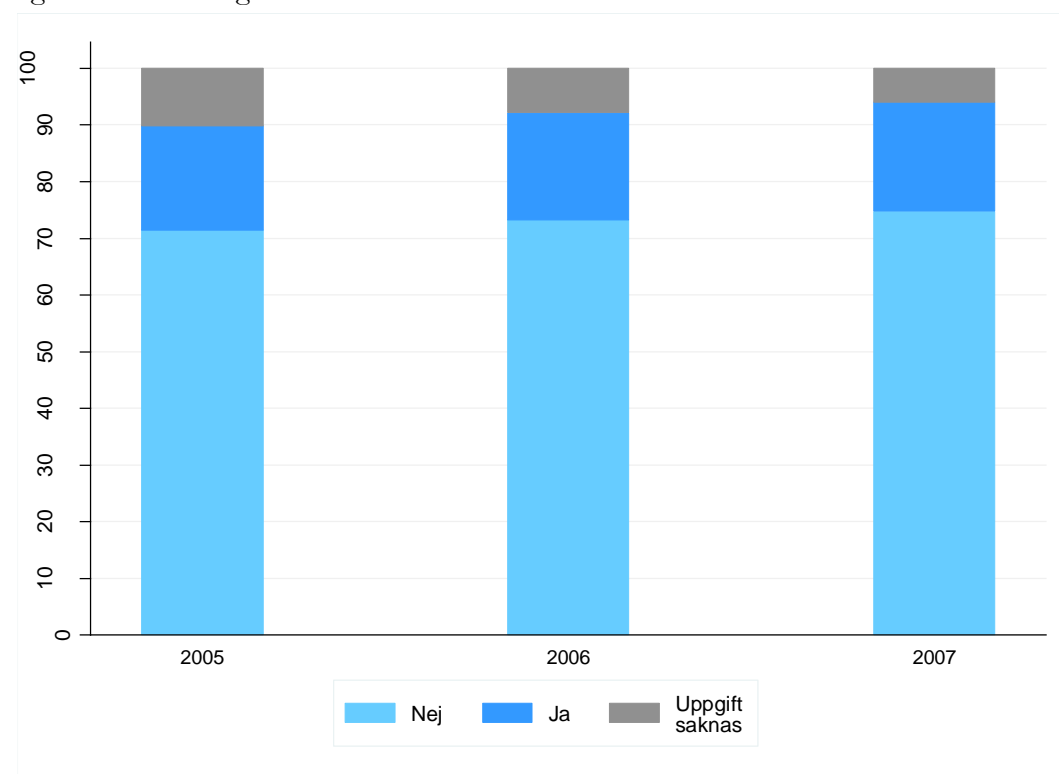
	Stockholm-Gotland	Uppsala-Örebro	Sydöstra	Södra	Västra	Norra	Totalt
2009	17 (71)	21 (62)	9 (47)	13 (48)	18 (51)	11 (44)	89 (54)
2010	8 (42)	16 (48)	5 (42)	22 (73)	10 (37)	15 (54)	76 (51)
2011	22 (59)	18 (55)	10 (40)	16 (59)	8 (29)	8 (53)	82 (50)
2012	15 (63)	19 (70)	5 (29)	15 (42)	17 (45)	10 (50)	81 (50)
2013	16 (52)	29 (62)	18 (64)	15 (45)	19 (42)	11 (50)	108 (52)
<b>Totalt</b>	<b>78 (58)</b>	<b>103 (59)</b>	<b>47 (47)</b>	<b>81 (53)</b>	<b>72 (42)</b>	<b>55 (50)</b>	<b>436 (52)</b>

## 11. PROM (patientrelaterade utfallsmått)

Arbete pågår i registret med att ta fram relevant instrument för att mäta PROM. Under året har fokusgrupper med patienter genomförts för att efterfråga synpunkter på instrument och relevanta mått. Projekt kring PROM för patienter med systemisk behandling har genomförts vid onkologiska kliniken i Stockholm och arbete med att bearbeta resultat pågår och publiceras under kommande år. Under hösten kommer även utskick för test av instrument och synpunkter kring relevanta mått att göras till patienter som genomgått kurativ operation. Registrets styrgrupp räknar med att PROM införs för de två olika patientgrupperna, kurativt opererade och patienter med systemisk behandling under 2015.

## 12. RECIDIV

Figur 28. Recidiv diagnosåren 2005–2007.



Tabell 11. Lokalisation av recidiv, antal (% andel per år).

Lokalisation av första recidiv	2005		2006		2007	
Opererade njure (efter nefronsparande kirurgi)	2	(2)	5	(4)	7	(6)
Njurloge (opererad sida)	18	(17)	13	(10)	19	(15)
Kontralateral njure	2	(2)	9	(7)	7	(6)
Lunga	55	(50)	63	(50)	71	(56)
Skelett	27	(25)	23	(18)	27	(21)
Lever	25	(23)	16	(13)	17	(13)
Binjure	6	(6)	13	(10)	7	(6)
Lymfkörtlar	16	(15)	32	(25)	29	(23)
Hjärna	9	(8)	4	(3)	10	(8)
Annan	23	(21)	18	(14)	17	(13)
<b>Totalt, recidiv</b>	<b>109</b>		<b>126</b>		<b>127</b>	

*Flera recidivlokaliseringar kan förekomma för en patient.*



**Kommentar:**

Recidiven var under de undersökta tre åren cirka 20 % vilket är lägre än historiska data. Det var ingen signifikant förändring mellan åren. Resultaten får tolkas med försiktighet på grund av låg täckningsgrad särskilt för 2007. 52 % av recidiven var lokaliserade i lunga, 21 % i skelett, 21 % i lymfkörtlar och 16 % i lever. Något anmärkningsvärt var att 14 % var lokaliserade i njurlogen efter nefrektomi. 47 % av recidiven behandlades onkologiskt med läkemedel mot spridd njurcancer och 16 % opererades med metastasektomi varav 68 % med kurativ intention. Andelen metastasektomier synes vara högre än historiska data.

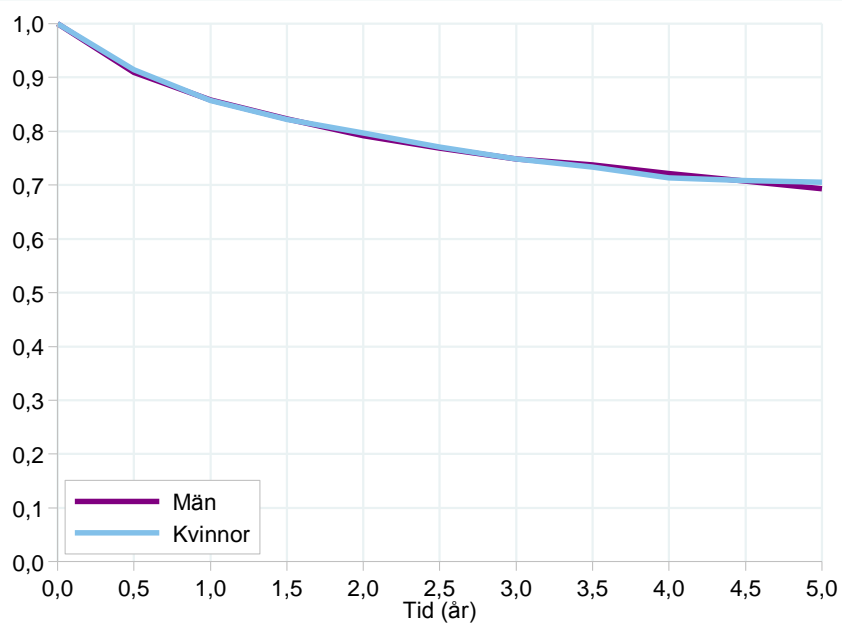
*Tabell 12. Behandling av recidiv, antal (% andel per år).*

<b>1:a recidivbehandling</b>	<b>2005</b>		<b>2006</b>		<b>2007</b>	
Kirurgi av recidiv njure	0	(0)	7	(6)	10	(8)
Metastaskirurgi	19	(17)	24	(19)	16	(13)
Onkologisk behandling	50	(46)	48	(38)	72	(57)
Exspektans (inför eventuell senare beh)	1	(1)	6	(5)	0	(0)
Ingen	23	(21)	24	(19)	25	(20)
Ingen tumörspecifik behandling	3	(3)	7	(6)	1	(1)
Avliden innan behandlingsval	5	(5)	3	(2)	1	(1)
Annan primär behandling	4	(4)	2	(2)	0	(0)
Uppgift saknas	4	(4)	5	(4)	2	(2)
<b>Totalt, recidiv</b>	<b>109</b>		<b>126</b>		<b>127</b>	

## 13. ÖVERLEVNADSDATA

I alla figurer nedan visas relativ överlevnad för patienter med njurcancer diagnostiserade 2005–2013.

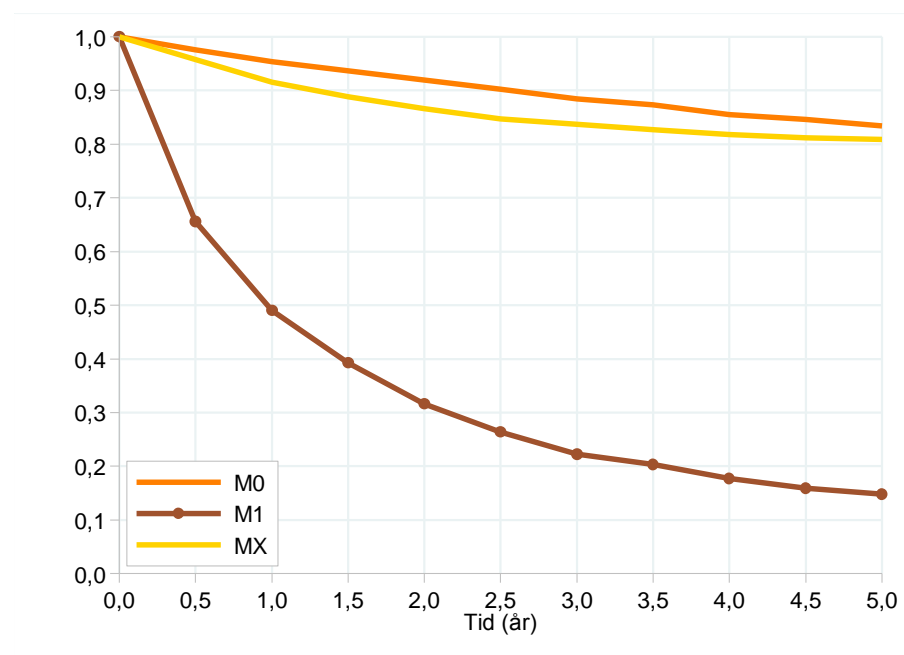
Figur 29. Relativ överlevnad för män och kvinnor med njurcancer diagnostiserade 2005–2013.



Tabell 13. Relativ 5-årsöverlevnad fördelad på kön.

Kön	Relativ överlevnad (%)	95 % KI (%)	Antal
Män	69,3	67,5 – 71,1	5176
Kvinnor	70,6	68,4 – 72,7	3261

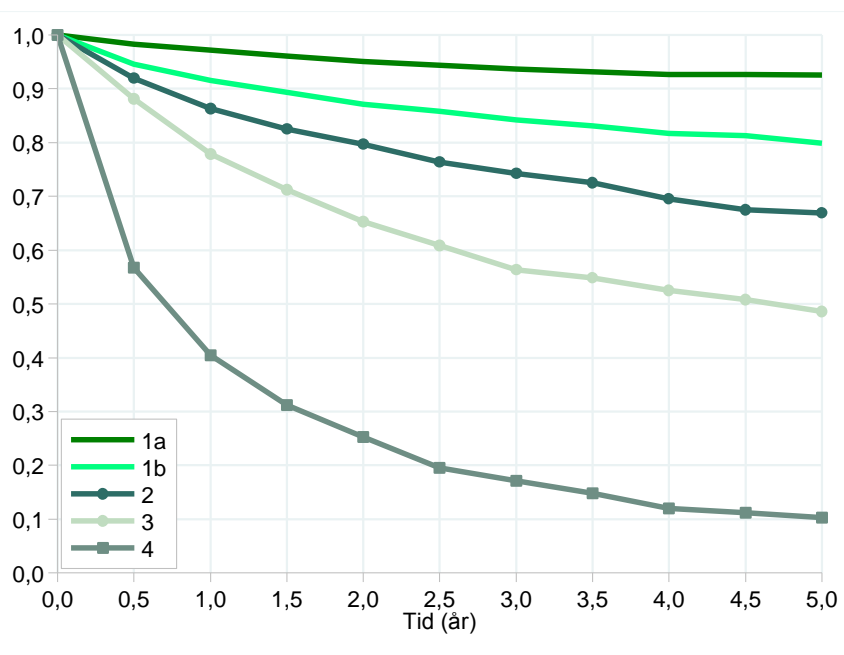
Figur 30: Relativ överlevnad i relation till M-stadium för njurcancer diagnostiserade 2005–2013.



Tabell 14. Relativ 5-årsöverlevnad för patienter utan (M0) och med (M1) fjärrmetastaser samt för patienter där metastasstatus är okänt (MX).

M-stadium	Relativ överlevnad (%)	95 % KI (%)	Antal
M0	83,4	81,6 – 85,1	5237
M1	14,9	12,7 – 17,2	1615
MX	80,9	78,0 – 83,5	1585

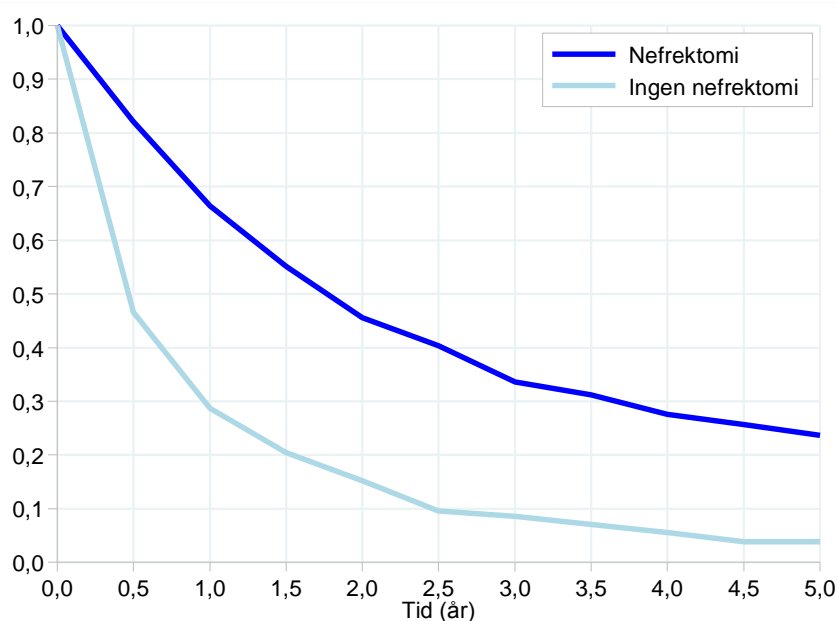
Figur 31: Relativ överlevnad i relation till T-stadium för njurcancer diagnostiserade 2005–2013.



Tabell 15. Relativ 5-årsöverlevnad för patienter i olika tumörstadier.

T-stadium	Relativ överlevnad (%)	95 % KI (%)	Antal
1a	92,6	90,5 – 94,5	2428
1b	79,9	77,0 – 82,5	1996
2	66,9	63,6 – 70,1	1500
3	48,6	45,6 – 51,6	2002
4	10,3	6,2 – 15,6	286

Figur 32. Relativ överlevnad i relation till genomförd nefrektomi för patienter diagnostiserade med fjärrmetastaser (M1) 2005–2013.



Tabell 16. Relativ 5-årsöverlevnad för patienter med fjärrmetastaser (M1) i förhållande till nefrektomi.

	Relativ överlevnad (%)	95 % KI (%)	Antal
Nefrektomi	23,6	20,1 – 27,4	864
Ingen nefrektomi	3,9	2,2 – 6,4	751

**Kommentar:**

Vi finner ingen skillnad i överlevnad mellan män och kvinnor. Femårsöverlevnaden för M0-patienter var 83 % och för M1 15 %. Överlevnaden är starkt kopplad till TNM-stadium. Framst medför förekomsten av fjärrmetastaser en dålig prognos men även patienter med mer avancerade tumörer lokalt (stadium T3 och T4) har en markerat sämre prognos. Hos patienter med fjärrmetastaserad sjukdom (M1) hade nefrektomerade patienter en femårsöverlevnad på 24 % jämfört med 4 % för icke nefrektomerade. Nefrektomerade patienter var yngre (medianålder 66 år) jämfört med icke nefrektomerade (71 år) och är resultat av en klinisk värdering i den verkliga kliniska situationen. Både patienter med metastaser som opereras eller inte opereras är således selekterade grupper av patienter.

## 14. BILAGOR

### 14.1 Stadieindelning av njurcancer

#### TNM, UICC 2002, 6th ed.

##### T – Primär tumör

TX	Otillräcklig information för stadieindelning
T0	Ingen primärtumör påträffad
T1a	Tumör ≤ 4.0 cm, begränsad till njuren
T1b	Tumör > 4.0 cm men ≤ 7.0 cm, begränsad till njuren
T2	Tumör > 7.0 cm begränsad till njuren
T3a	Tumörväxt i binjure eller perinefrisk vävnad inkl njurhilus men innanför Gerotas fascia
T3b	Tumörtromb i njurven eller muskelinnehållande segmentgren eller vena cava nedan diafragma
T3c	Tumörtromb i vena cava ovan diafragma
T4	Tumörväxt utanför Gerotas fascia

##### N – Regionala lymfkörtelmetastaser \*

NX	Körtelmetastaser inte undersökta eller kan inte bedömas
N0	Inga metastaser påvisade (kräver CT-buk)
N1	Metastaser i enstaka lymfkörtel
N2	Metastaser i mer än en lymfkörtel

##### M – Fjärrmetastaser \*\*

MX	Fjärrmetastaser inte undersökta eller kan inte bedömas
M0	Inga påvisade fjärrmetastaser (kräver CT-thorax)
M1	Fjärrmetastaser påvisade

**pTNM** Patologisk klassifikation – Motsvarar TNM-kategorierna vid registrering i det Nationella kvalitetsregistret.

*För kvalitetsregistret registreras*

*\* N0 om CT-buk inte uppvisar patologiskt förstorade lymfkörtlar och eventuella lymfkörtlar i PAD är negativa*

*\*\* M0 registreras endast om CT-thorax inte uppvisar lungmetastaser*

## **TNM, UICC 2009, 7th ed.**

### **T-Primär tumör**

TX	Otillräcklig information för stadiindelning
T0	Ingen primärtumör påträffad
T1a	Tumör ≤ 4 cm, begränsad till njuren
T1b	Tumör > 4 cm men ≤ 7 cm, begränsad till njuren
T2a	Tumör > 7 cm, ≤ 10 cm, begränsad till njuren
T2b	Tumör > 10 cm, begränsad till njuren
T3a	Tumörtromb i njurven eller muskelinnehållande segmentgren eller tumörinvasion i fettväv perirenalt eller i sinus renalis men inte utanför Gerotas fascia.
T3b	Tumörtromb i vena cava nedan diafragma
T3c	Tumörtromb i vena cava ovan diafragma, eller med direkt inväxt i vena cavas vägg.
T4	Tumörväxt utanför Gerotas fascia inkluderar direkt invasion in i ipsilaterala binjuren

### **N-regionala lymfkörtelmetastaser \***

NX	Körtelmetastaser inte undersökta eller inte kan bedömas
N0	Inga metastaser påvisade (kräver CT/MRT-buk, annars NX)
N1	Metastaser i enstaka lymfkörtel
N2	Metastaser i mer än en lymfkörtel

### **M-fjärrmetastaser (kan grunda sig på klinisk undersökning) \*\***

M0	Inga påvisade fjärrmetastaser
M1	Fjärrmetastaser påvisade

#### ***För kvalitetsregistret registreras:***

***\* N0 om CT-buk inte uppvisar patologiskt förstörade lymfkörtlar och eventuella lymfkörtlar i PAD är negativa***

***\*\* M0 registreras i alla fall där det inte finns kända fjärrmetastaser***

## **Förenklad histopatologisk gradering enligt Fuhrman**

Grad 1	Cellkärnor som är små, runda, regelbundna kärnor med små eller avsaknad av nukleoler
Grad 2	Större cellkärnor med oregelbunden kontur och små nukleoler.
Grad 3	Större cellkärnor med tydligt oregelbunden kontur och prominenta nukleoler.
Grad 4	Egenskaper som vid grad 3 med tillägg av bisarra ofta multilobulerade cellkärnor som innehåller stora kromatinaggregat
Grad X	Gradering kan ej bedömas

Tabell 17. Antal patienter 2013 per län vid diagnos.

<b>Län</b>	<b>Antal</b>
Blekinge	22
Dalarna	27
Gotland	8
Gävleborg	47
Halland	27
Jämtland	17
Jönköping	50
Kalmar	38
Kronoberg	19
Norrbottn	23
Skåne	102
Stockholm	174
Södermanland	32
Uppsala	35
Värmland	46
Västerbotten	35
Västernorrland	26
Västmanland	26
Västra Götaland	165
Örebro	32
Östergötland	46
<b>Total</b>	<b>997</b>



Tabell 18. Antal patienter 2013 per anmälade sjukhus.

Anmälade sjukhus	Antal
Akademiska sjukhuset	57
Bassjukhuset i Lidköping	13
Blekingesjukhuset Karlskrona	21
Borås lasarett	25
Capio S:t Görans sjukhus AB	16
Centrallasarettet i Västerås	25
Centralsjukhuset i Karlstad	43
Danderyds sjukhus	33
Falu lasarett	18
Halmstads Länssjukhus	8
Helsingborgs lasarett	24
Hudiksvalls sjukhus	21
Höglandssjukhuset, Eksjö-Nässjö	33
Karolinska universitetssjukhuset, Huddinge	78
Karolinska universitetssjukhuset, Solna	5
Kärnsjukhuset Skövde	17
Linköpings universitetssjukhus	37
Ljungby lasarett	5
Länssjukhuset Gävle-Sandviken	18
Länssjukhuset Ryhov	19
Länssjukhuset i Kalmar	21
Mälarsjukhuset Eskilstuna	22
Norrlands universitetssjukhus	48
Sahlgrenska universitetssjukhuset	77
Sunderby sjukhus, Luleå	18
Sundsvalls sjukhus	17
Södersjukhuset	41
Uddevalla sjukhus	38
Universitetssjukhuset Örebro	31
Universitetssjukhuset Mas	78
Varbergs sjukhus	11
Visby lasarett	6
Vrinnevisjukhuset	12
Västerviks sjukhus	10
Växjö lasarett	14
Östersunds sjukhus	10
Övriga	27
<b>Total</b>	<b>997</b>

Tabell 19. T-stadium i förhållande till N/M stadium 2013, antal (% andel i T-stadium).

	N0M0		N1		N2		M1		N+ el M+		N+ och M+		N+ och/el M+	
T1a	247	(82)	3	(1)	2	(1)	14	(5)	13	(4)	3	(1)	16	(5)
T1b	161	(76)	1	(0)	4	(2)	28	(13)	27	(13)	3	(1)	30	(14)
T2	13	(72)	1	(6)	0	(0)	3	(17)	4	(22)	0	(0)	4	(22)
T2a	60	(69)	2	(2)	3	(3)	14	(16)	11	(13)	4	(5)	15	(17)
T2b	36	(72)	1	(2)	5	(10)	10	(20)	6	(12)	5	(10)	11	(22)
T3a	111	(59)	10	(5)	20	(11)	50	(27)	42	(22)	19	(10)	61	(32)
T3b	27	(40)	5	(7)	12	(18)	35	(52)	20	(30)	16	(24)	36	(54)
T3c	0	(0)	1	(33)	0	(0)	3	(100)	2	(67)	1	(33)	3	(100)
T4	2	(6)	7	(19)	12	(33)	29	(81)	18	(50)	15	(42)	33	(92)
Tx	7	(21)	0	(0)	6	(18)	19	(56)	17	(50)	4	(12)	21	(62)
Uppg sakn	0	(0)	0	(0)	0	(0)	1	(33)	1	(33)	0	(0)	1	(33)
<b>Totalt</b>	<b>664</b>	<b>(67)</b>	<b>31</b>	<b>(3)</b>	<b>64</b>	<b>(6)</b>	<b>206</b>	<b>(21)</b>	<b>161</b>	<b>(16)</b>	<b>70</b>	<b>(7)</b>	<b>231</b>	<b>(23)</b>