

Gynekologisk cancer

Nationell kvalitetsrapport
för diagnosåren 2009-Juni 2013



Beställningsadress:

Regionalt cancercentrum väst
Västra Sjukvårdsregionen
Sahlgrenska Universitetssjukhuset
413 45 GÖTEBORG

Tfn: 031-343 90 70

Fax: 031-20 92 50

E-post: mail@rccvast.se

Rapporten kan laddas ner från

www.cancercentrum.se/INCA/kvalitetsregister/gyn/

ISBN 978-91-87663-01-7



9 789187 663017

© Regionalt cancercentrum väst, Västra sjukvårdsregionen
Göteborg 2014

1	Inledning	5
1.1	Förord	5
1.2	Nationella styrgruppen	6
1.3	Svenska kvalitetsregistret för Gynekologisk cancer	7
1.4	Om rapporten	9
2	Ovarialcancer	13
2.1	Bakgrund	13
2.2	Relativ överlevnad	14
2.3	Täckningsgrad	15
2.4	Antal registrerade blanketter	17
2.5	Åldersfördelning	23
2.6	Diagnosfördelning	25
2.7	Histologi	26
2.8	Andel PAD bedömda av referenspatolog	27
2.9	Stadiefördelning	28
2.10	Ledtider	29
2.11	Multidisciplinär konferens (MDK)	31
2.12	Deltagande i kliniska behandlingsstudier	32
2.13	Given primärbehandling	33
2.14	Medverkan av erfaren tumörkirurg	36
2.15	Systematiska multipla biopsier	37
2.16	Makroskopisk tumörfrihet	38
2.17	Responsbedömning	39
2.18	Dödsorsak	40
3	Corpuscancer	41
3.1	Bakgrund	41
3.2	Relativ överlevnad	42
3.3	Täckningsgrad	43
3.4	Antal registrerade blanketter	43
3.5	Åldersfördelning	49
3.6	Morfologi	50
3.7	Differentieringsgrad	52
3.8	Stadiefördelning	53
3.9	Ledtider	54
3.10	Deltagande i kliniska behandlingsstudier	57
3.11	Primärbehandling	58
3.12	Medverkan av erfaren tumörkirurg	62
3.13	Preoperativ högrisk	62
3.14	Morfologiskt verifierade metastatiska lymfkörtlar	63
3.15	Metastaser	63
3.16	Responsbedömning	65
3.17	Dödsorsak	65

4	Cervix- och vaginalcancer	66
4.1	Bakgrund	66
4.2	Relativ överlevnad	67
4.3	Täckningsgrad	69
4.4	Antal registrerade blanketter	70
4.5	Åldersfördelning	73
4.6	Morfologi	74
4.7	Stadiefördelning	76
4.8	Ledtider för cervixcancer	78
4.9	Multidisciplinär konferens (MDK)	81
4.10	Deltagande i kliniska behandlingsstudier	82
4.11	Primärbehandling	83
4.12	Medverkan av erfaren tumörkirurg	84
4.13	Radiologiska metoder för definition av målområde för strålbehandling	85
4.14	Responsbedömning	86
4.15	Dödsorsak	87
5	Vulvacancer	88
5.1	Backgrund	88
5.2	Relativ överlevnad	89
5.3	Täckningsgrad	90
5.4	Antal registrerade blanketter	91
5.5	Åldersfördelning	94
5.6	Morfologi	95
5.7	Stadiefördelning	95
5.8	Ledtider	96
5.9	Multidisciplinär konferens (MDK)	98
5.10	Deltagande i kliniska behandlingsstudier	98
5.11	Given primärbehandling	99
5.12	Medverkan av erfaren tumörkirurg	100
5.13	Responsbedömning	100
5.14	Dödsorsak	101

1.1 Förord

Rapportens innehåll är specificerat av registerhållare Thomas Högberg och delregisterhållarna (Elisabeth Åvall-Lundqvist ovarial-, Per Rosenberg corpus-, Maria Bjurberg cervix/vagina- och Preben Kjölhede vulvaregistret) i samarbete med registrens styrgrupp. Statistiker Christian Staf på Regionalt cancercentrum väst har utformat rapporten. Innehållet är granskat och godkänt av styrgruppen 2014-09-12.

Patienter från Västmanlands- och Södermanland län remitteras till och behandlas enligt riktlinjer från den gynekologiska sektionen, Onkologiska kliniken vid Universitetssjukhuset i Linköping. I de flesta analyser har dessa patienter hänförts till Sydöstra Sjukvårdsregionen. Analyserna av relative överlevnad grundar sig på data från de regionala cancerregistren. De följer sålunda den gängse indelningen i sjukvårdsregioner varför bl.a. jämförelser mellan Sydöstra regionen och Uppsala-/Örebro-regionen måste tolkas med försiktighet.

Synpunkter på rapporten mottages tacksamt och kan skickas till thomas.hogberg@med.lu.se.

Christian Staf
Statistiker

Thomas Högberg
Registerhållare

1.2 Nationella styrgruppen

Styrgruppen för Svenska Kvalitetsregistret för Gynekologisk Cancer har beslutanderätt och ansvar för vilka data som samlas in, hur resultaten sammanställs och presenteras samt behandlar ansökningar om registeruttag. Styrgruppen initierar och samordnar forskningsprojekt inom ramen för registret.

Tabell 1.1: Ledamöter i registrens nationella styrgrupp.

NAMN	FÖRETRÄDER	UPPDRAG
Thomas Högberg	-	registerhållare, kontaktperson Gynop
Elisabeth Åvall-Lundqvist	Region Stockholm/Gotland	ordförande samt delreg. ansv. ovarial
Sahar Salehi	Region Stockholm/Gotland	ledamot
Rene Bangshøj	Region Uppsala/Örebro	ledamot
Louise Bohr	Region Uppsala/Örebro	ledamot
Karin Glimskär Stålberg	Region Uppsala/Örebro	ledamot
Bengt Tholander	Region Uppsala/Örebro	ledamot
Preben Kjölhede	Region Sydöst	delreg. ansv. vulva
Per Rosenberg	Region Sydöst	delreg. ansv. corpus
Maria Bjurberg	Region Syd	delreg. ansv. cervix/vagina
Christer Borgfeldt	Region Syd	ledamot
Pernilla Dahm-Kähler	Region Väst	ledamot
Marie Swahn	Region Väst	ledamot
Kristina Aglund	Region Norr	ledamot
Anna Ildgruben	Region Norr	ledamot
Lena Damber	Regionala cancercentrum	RCC-representant
Erik Holmberg	Regionala cancercentrum	RCC-representant
Anna-Karin Dahl	Regionala cancercentrum	representant för omvårdnads-ssk
Margaretha Sundsten	Gynsam	patientföreträdare
Mats Löfgren	Gynop	adjungerad
Maria Mering	Gyn-kvalitetsregistret (GKR)	adjungerad
Nationellt stödteam RCC		
Christian Staf	Regionalt cancercentrum väst	statistiker
Britt-Marie Landin	Regionalt cancercentrum väst	nationell koordinator
Mikael Holtenman	Regionalt cancercentrum väst	registerproduktägare

1.3 Svenska kvalitetsregistret för Gynekologisk cancer

Detta avsnitt baseras på registrens styrdokument. Det finns i sin helhet på registrens hemsida¹. Svenska kvalitetsregistret för Gynekologisk cancer är egentligen fyra nationella kvalitetsregister för specialiteterna gynekologisk onkologi, gynekologi och obstetrik.

Bakgrund

Gynekologisk cancersjukdom omfattar alla maligna tumörer som uppträder i genitalia hos kvinnan. De gynekologiska tumörsjukdomarna kan indelas i epitelial ovarialcancer, icke-epitelial ovarialcancer, tubar- och peritonealcancer, corpuscancer och sarkom, cervix-, vaginal- och vulvacancer samt tumörer utgångna från moderkakan (placenta).

Varje år diagnosticeras i Sverige knappt 3 000 kvinnor med gynekologisk cancersjukdom. Incidensen har de senaste fem åren varit relativt stabil medan prevalensen ökat med några procentenheter. Under det sista årtiondet har det organisatoriskt skett en stor förändring av den gynekologiska cancersjukvården i Sverige. Det finns därför ett stort behov av ett register som innefattar hela landet och som är multimodalt.

Syfte

Registrens syfte är att vara ett verktyg för förbättringsarbete och kvalitetsuppföljning av den gynekologiska cancersjukvården samt att vara ett stöd för kvalitetsutvecklingen vid den egna kliniken och regionalt. Registren ska belysa huruvida patienter med gynekologisk cancersjukdom erhåller sjukvård med god kvalitet, det vill säga att sjukvården är kunskapsbaserad och ändamålsenlig, säker, patientfokuserad, effektiv, jämlik och att den ges i rimlig tid. Ett viktigt syfte med registren har varit att inrapportera data till FIGO för internationella jämförelser. Registreringen kommer också utgöra en bas för framtida forskning.

Organisation

Svenska kvalitetsregistret för gynekologisk onkologi leds av en nationell styrgrupp (se avsnitt 1.2). Registerhuvudman är Regionstyrelsen Västra Götaland och RCC väst är nationellt samordnande RCC.

Alla kvalitetsregister på cancerområdet är uppbyggda på den tekniska plattformen INCA. Plattformen ägs av landsting och regioner och förvaltas och utvecklas av RCC. RCCs arbete med kvalitetsregister och INCA samordnas och leds av Arbetsgruppen för kvalitetsregister och INCA (AKI). Ett samarbetsavtal mellan Svenska kvalitetsregistret för Gynekologisk cancer och RCC i samverkan (via AKI) har tecknats. Där beskrivs parternas ansvar, åtaganden, resursbehov och tillgångar samt utvecklingsstrategier.

Den nationella styrgruppen har beslutanderätt och ansvarar för vilka patientdata som samlas in, hur dessa sammanställs och presenteras samt registeruttag. Styrgruppen är sammansatt av en gynonkolog och en gynekologisk tumörkirurg från respektive regionsjukhus, en patientföreträdare, omvårdnads-sjuksköterska samt två representanter från RCC. Styrgruppen utser ordförande och registerhållare. De regionala företrädarna utses av respektive linjeorganisation.

Förutom registerhållaren och styrgruppens ordförande finns för vart och ett av de fyra delregistren en *delregisteransvarig läkare*. Tillsammans med stödteamet från RCC Väst utgör de en *arbetsgrupp för operativa frågor* i syfte att bistå styrgruppen. Ett nära samarbete finns med de nationella vårdprogramgrupperna, bland annat via delregisteransvariga.

Inom varje klinik utses en *läkare med huvudansvar* för registret. Dessutom skall det finnas en *person med administrativt ansvar* för den elektroniska registerrapporteringen (registersamordnare). Rapport-

¹www.cancercentrum.se/INCA/kvalitetsregister/gyn/

terande klinik bestämmer i övrigt själv rutiner för rapportering till Gyncancerregistret. Registersamordnaren skall också vara klinikens kontaktperson gentemot RCC.

Register

Registret består av fyra delregister:

- Delregistret för ovarialcancer startade 2008-06-03
- Delregistret för corpuscancer (endometriecancer) och uterusarkom startade 2010-01-01.
- Delregistret för cervix- och vaginalcancer startade 2011-01-01.
- Delregistret för vulvacancer startade 2012-01-01

I delregistret ovarialcancer registreras även fall med ovarialcancer liknande histologi såsom tubarcancer och peritonealcancer, samt fall med gynekologiskt ursprung där primariteten är oklar (cancer abdominis och cancer pelvis). I detta register ingår även borderlinetumörer och icke-epiteliala ovarialtumörer.

Obduktionsfall exkluderas. Metastaser utgåendet från primär tumör utanför genitala organen skall ej registreras. Patienter med två primärtumörer registreras dubbelt.

Datainsamling

Registrering sker via webben direkt i INCA-systemet eller via blankett. Datainsamlingen sker i fem olika formulär. Den första registreringen som består av canceranmälan görs vid diagnos. Formulären för Canceranmälan respektive Uppföljning är gemensam för samtliga delregister. Alla återbesök som gäller tumörkontroll registreras. Data rörande gynekologisk tumörkirurgi kan också registreras via tumörsträngen i Gynopregistret alternativt det Gynekologiska kvalitetsregistret (GKR) varifrån data läses över månatligen till INCA.

1.4 Om rapporten

Rapporten är uppdelad i kapitel korresponderande mot respektive kvalitetsregister. Varje kapitel inleds med täckningsgrader och antal registrerade blanketter. Innehållet varierar sedan men omfattar ofta uppgifter om diagnoslokalisering, morfologi, stadiefördelning, ledtider och kvalitetsindikatorer. Rapporten är deskriptiv med kortfattade kommentarer avseende resultaten. En del kommentarer, t ex om betydelsen av referenspatolog, ges enbart i ovarialkapitlet och upprepas inte för identiska variabler i de andra registren.

Data

Datauttag gjordes 2014-06-27 och rapporten ger således en ögonblicksbild av den dagens registerinnehåll. Underlaget har därefter selekterats och enbart patienter diagnostiserade till och med den 30 juni 2013 har inkluderats. Detta beror på den eftersläpning som finns i inrapporteringen. Registrens styrgrupp har beslutat att rapportering till kvalitetsregistret ska ske senast inom ett år från diagnos.

Uppgifter för täckningsgrad bygger på jämförelser mellan regionala tumörregister och det nationella kvalitetsregistret. Denna jämförelse sker kvartalsvis och de uppgifter som presenteras i denna rapport var aktuella 2014-08-18.

Årsindelning

Årvis stratifiering ter sig ofta naturligt för att avspegla trender över tid. Med år avses i detta fall det år då diagnos ställts ("diagnosår"). Exempelvis gäller att antalet inrapporterade recidivblanketter för 2009 inte avspeglar det år då recidiven upptäcktes eller då själva blanketten registrerades utan det årtal då patienten diagnostiserades. I och med rapportens utgivning i september görs emellertid datauttaget för patienter med diagnosdatum fram till föregående halvårsskifte.

All redovisning ur kvalitetsregistret sträcker sig t.o.m. 30 juni 2013. Således avser resultaten för 2013 endast halva året. Vi har valt att data för fem konsekutiva år. För ovarialregistret 2009-2013, nästa år kommer 2010-2014 att redovisas. Övriga register startade senare och 5 år har ännu inte uppnåtts.

Dataöverföring från andra register

Regionala skillnader föreligger i intern täckningsgrad i samtliga register. Västra regionen rapporterar samtliga blanketter direkt i INCA. Övriga regioner rapporterar primärt kirurgidata till Gynop. För Stockholm/Gotland-regionen samt Karlstad inrapporteras från och med 2012 anmälningsblankett, kirurgiblanckett och uppföljningsblankett till GKR för vidare överföring till INCA.

Den 17 juni 2014 lästes data in från Gynop gällande samtliga delregister. Det är data som är registrerat i Gynop efter den 1 maj 2013, registreringar innan detta datum är ännu inte inlästa. För GKR lästes data gällande 2013 in den 7 mars 2014. För samtliga inläsningar gäller att dessa skall godkännas av monitorerna på respektive RCC, detta medför en del eftersläpning på de slutliga registreringarna i kvalitetsregistret.

Relativ överlevnad

När canceröverlevnad studeras som relativ överlevnad, innebär det att utvecklingen av totaldödlighet hos en grupp personer med cancerdiagnos studeras och jämförs med utvecklingen av dödligheten i en referenspopulation med motsvarande köns- och ålderssammansättning vid diagnostillfället. Genom detta kan överdödligheten i cancergruppen beräknas utan att vara beroende av angiven dödsorsak eller av variationer av kvaliteten på dödsorsaksdata.

En annan fördel är att all överdödlighet sekundärt till cancersjukdomen räknas in. Detta leder till att även dödsfall som vid dödstillfället missbedömts som ej cancerrelaterade inkluderas. Om kurvan för den relativa överlevnaden planar ut och blir parallell med x-axeln betyder det att sjukdomen ej längre orsakar någon överdödlighet.

Utformning av tabeller och grafer

Tabeller och grafer kommer i följande kapitel presenteras med kommentarer rörande innehåll, ej utformning. Deras utformning presenteras här.

Diagram och tabeller för täckningsgrad

Se exempel i tabell 2.2 samt vänstra delen av figur 2.2.

”Täckningsgrad” används som en etablerad term för andelen patienter i den efterfrågade populationen, som finns i registret. I vårt fall jämförs respektive kvalitetsregister mot det nationella, lagstadgade cancerregistret. För varje register finns fastställda inklusionskriterier tillgängliga via registrens hemsida² som definierar vilka patienter som ska registreras i respektive register. Nationella täckningskontroller görs två gånger årligen och uppgifterna sammanställs per diagnosår och region. Täckningsgrader räknas inte fram för cancer abdominis/pelvis (C76.2, C76.3) då dessa diagnoser i Cancerregistret även omfattar icke gynekologiska fall.

I denna rapport redovisas sammanfattande täckningsgrader, för respektive register, i figurer. I ovarialavsnittet finns också en finare diagnosuppdelning i tabellform. Tabellerna redovisar både andelar och antal medan figurerna enbart erbjuder andelar. Figurerna är så kallade ”heat diagram”. En mörkare blå färg innebär högre täckningsgrad och en ljusare (i förekommande fall vit) färg innebär lägre täckningsgrad.

Vi strävar efter så hög täckningsgrad som möjligt och i vissa regioner är detta också ett krav från huvudmannen. Målet är 100 procent. Se även stycke om dataöverföring i avsnitt 1.4.

Diagram för ”intern täckningsgrad”

Se exempel i vänstra delen av figur 2.3.

Med täckningsgrad menas som ovan en jämförelse mellan kvalitetsregistret och cancerregistret. Inom varje register redovisar vi även ”interna täckningsgrader” för varje blankett (utom anmälan, där den ”formella täckningsgraden” tillämpas).

För detta krävs en form av ”interna inklusionskriterier” eftersom inte alla patienter ska ha alla blanketter registrerade. Urvalsramen för kirurgiblancketten baseras exempelvis på de patienter som enligt anmälningsblanketten ska ha fått kirurgisk vård. Diagrammen i sig har samma utformning som de för täckningsgrad.

Observera att låg ”intern täckningsgrad” avseende kirurgiblancketten endast delvis beror på avsaknad inrapportering. I vissa regioner har kirurgiska åtgärder rapporterats till registren ”Gynop” eller ”GKR”. Det finns fortfarande en viss eftersläpning av dataöverföringen till INCA (se avsnitt 1.4).

²www.cancercentrum.se/INCA/kvalitetsregister/gyn/

Stapeldiagram för antal blanketter

Se exempel i högra delen av figur 2.3.

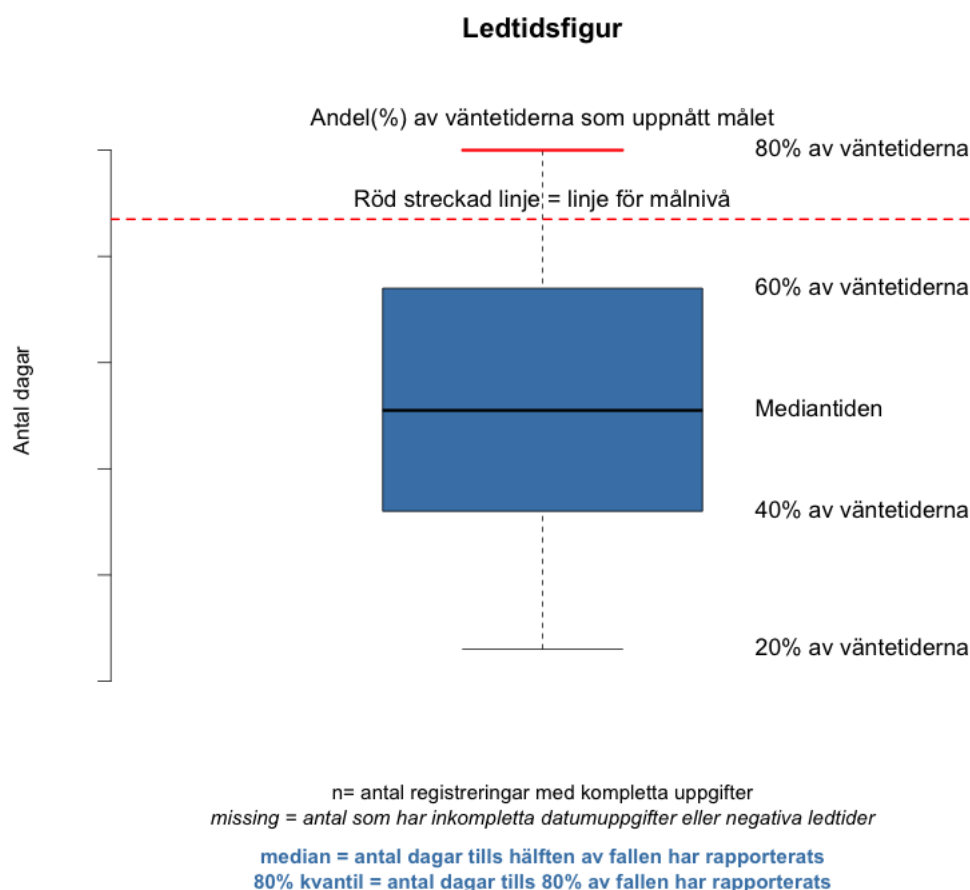
Antalet registrerade blanketter i ett register redovisas i stapeldiagram per diagnosår och region. Antalet anmälningsblanketter i ett register bör i princip sammanfalla med urvalspopulationen definierad av respektive registers inklusionskriterier.

Ledtidsdiagram

Se exempel i figur: 2.12.

En ledtid ("väntetid") definieras som tiden i dagar mellan två datum där ena datumet antas ligga före det andra (eventuellt negativa ledtider redovisas inte i denna rapport).

Ledtider redovisas i denna rapport i form av modifierade boxplotdiagram. Dessa diagram visar hur många procent av patienterna i urvalsramen som uppnår till en viss ledtid. Hur dessa boxplottar skall tolkas illustreras av figur 1.1.



Figur 1.1: Illustrerande bild för ledtidsdiagram

Dikotoma andelsdiagram

Se exempel i figur: 2.16.

Andelar (kompletterade med antal) redovisas per år. Denna redovisning tillämpas dels då redovisad frågeställning har ett i grunden dikotomt utfall d.v.s. samtliga patienter har registrerats med ett av två möjliga alternativ.

Andelsdiagram

Se exempel i figur: 2.9.

Andelsdiagrammen redovisar fördelningen bland samtliga möjliga svarsalternativ uppdelat per region eller diagnosår. I regioner med få registrerade fall kan ett fåtal enskilda fall ge stora utslag för andelarna utan att detta egentligen avspeglar några systematiska interregionala skillnader. Att ta både tabell och figur i beaktande blir därför nödvändigt för tolkning av denna information.

Tabeller

Se exempel i tabell: 2.7.

Nästan alla presenterade tabeller redovisar antal och andelar inom parentes.



2.1 Bakgrund

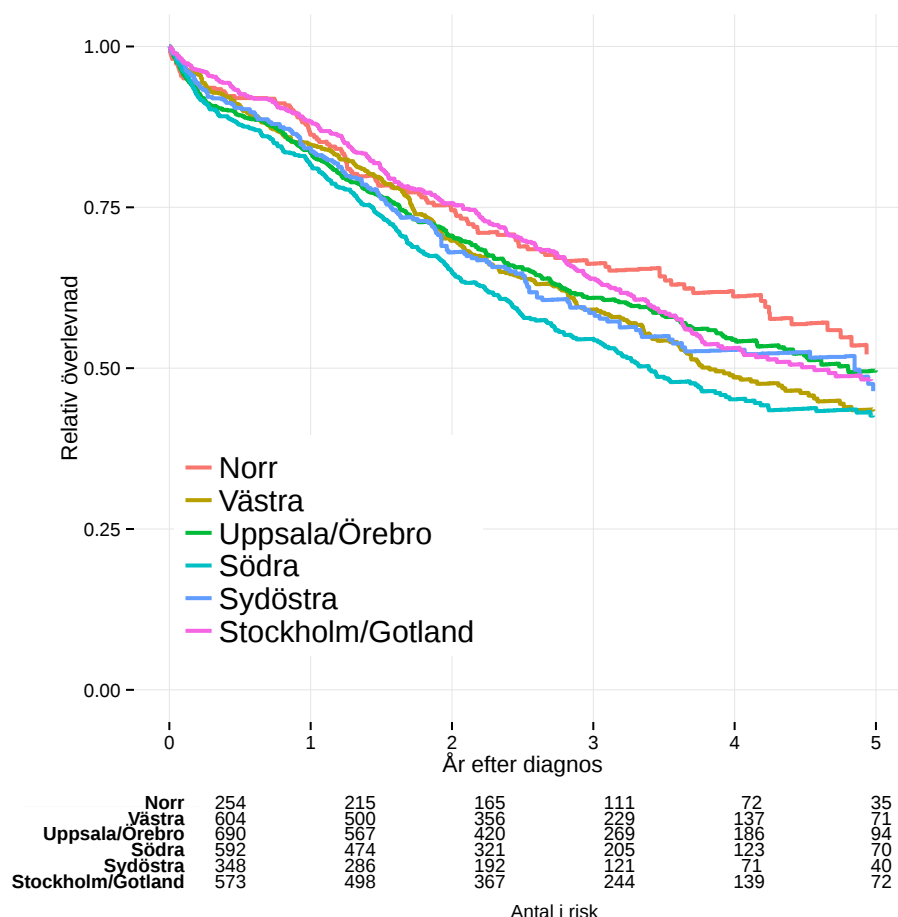
Ovarialcancerregistret startade 2008 i något olika takt i de olika regionerna. Av praktiska skäl benämns registret här som "ovarialcancerregistret" men i detta register ingår också tubarcancer, peritonealcancer, cancer pelvis och cancer abdominis (om sannolikt gynekologiskt ursprung) samt borderlinetumörer i ovarium.

Registret inkluderar endast tumörer diagnostiserade på grundval av provexcision eller operation med histopatologisk undersökning (diagnosgrund 3 i cancerregistret) eller cytologisk undersökning (diagnosgrund 5). Enbart vuxna kvinnor (18 år eller äldre) registreras.

2.2 Relativ överlevnad

Den relativa överlevnaden för epitelial ovarialcancer framkommer av figur 2.1 uppdelat på regional nivå. Relativa 1-års överlevnaden för patienter med epitelial ovarialcancer var för riket 85% med regionala skillnader mellan 82%-88%. Relativa 5-års överlevnaden är för riket 47% med regionala skillnader mellan 43% och 52%.

De regionala skillnaderna beror sannolikt på slumpen vilket återspeglas av vida konfidensintervall. Tolkningen av de regionala skillnaderna skall göras med försiktighet då de utöver behandling kan vara beroende av flera faktorer, såsom diagnosfördelning och stadiefördelning.



Figur 2.1: Relativ överlevnad för epitelial ovarialcancer (Urval: epitelial ovarialcancer och diagnosår 2008-2012)

Region	1-år	95% CI	5-år	95% CI
1 Norra	86.3%	81.9% - 90.8%	52.2%	44.2% - 61.7%
2 Västra	84.6%	81.7% - 87.7%	43.6%	38.5% - 49.3%
3 Uppsala/Örebro	83.4%	80.5% - 86.3%	49.7%	44.9% - 54.9%
4 Södra	81.5%	78.3% - 84.9%	42.7%	37.8% - 48.2%
5 Sydöstra	83.9%	80% - 88.1%	46.4%	39.4% - 54.7%
6 Stockholm/Gotland	88.2%	85.4% - 91%	47.6%	42.4% - 53.6%

Tabell 2.1: 1- och 5-års relativ överlevnad per region med 95% konfidensintervall (Urval: epitelial ovarialcancer och diagnosår 2008-2012)

2.3 Täckningsgrad

Täckningsgrader redovisas för ovarialcancerregistret uppdelat på fyra grupper (se registrets inklusionskriterier¹)

- Epiteliala ovarialmaligniteter (se tabell 2.2)
- Icke epiteliala ovarialcancermaligniteter (se tabell 2.3)
- Epiteliala borderlinetumörer (se tabell 2.4)
- Maligna tumörer i äggledare (se tabell 2.5)

En sammanfattande täckningsgrad redovisas också i vänstra delen av figur 2.2.

Observera att täckningsgraden bygger på en speciell registerjämförelse gentemot respektive regionalt cancerregister. Tabellerna och figurerna illustrerar att registreringen sker med en ibland kraftig fördröjning i vissa regioner, men att med tiden uppnår samtliga regioner en mycket god täckningsgrad.

Region	2009	2010	2011	2012	2013
Sth/G	93 % (112/120)	96 % (116/121)	91 % (86/95)	92 % (95/103)	81 % (98/121)
Up/Ö	82 % (121/148)	97 % (149/153)	98 % (125/127)	98 % (128/131)	86 % (115/133)
Sydö	100 % (66/66)	100 % (72/72)	100 % (60/60)	100 % (71/71)	94 % (50/53)
Syd	91 % (114/125)	95 % (103/108)	100 % (105/105)	94 % (101/108)	78 % (95/122)
Väst	100 % (146/146)	100 % (114/114)	100 % (108/108)	100 % (116/116)	99 % (123/124)
Norr	100 % (49/49)	98 % (54/55)	100 % (41/41)	95 % (38/40)	86 % (43/50)

Tabell 2.2: Täckningsgrad för epitelial ovarialcancer

Region	2009	2010	2011	2012	2013
Sth/G	92 % (12/13)	92 % (11/12)	67 % (10/15)	86 % (12/14)	79 % (11/14)
Up/Ö	88 % (7/8)	100 % (17/17)	100 % (8/8)	93 % (14/15)	100 % (12/12)
Sydö	100 % (7/7)	100 % (6/6)	100 % (7/7)	100 % (9/9)	88 % (7/8)
Syd	82 % (9/11)	100 % (11/11)	94 % (15/16)	100 % (7/7)	71 % (12/17)
Väst	100 % (9/9)	100 % (12/12)	100 % (4/4)	100 % (7/7)	90 % (9/10)
Norr	100 % (5/5)	100 % (11/11)	100 % (7/7)	80 % (4/5)	100 % (2/2)

Tabell 2.3: Täckningsgrad för icke epitelial ovarialmaligniteter

¹www.cancercentrum.se/INCA/kvalitetsregister/gyn/

Region	2009	2010	2011	2012	2013
Sth/G	98 % (39/40)	88 % (43/49)	91 % (43/47)	88 % (68/77)	74 % (35/47)
Up/Ö	80 % (37/46)	100 % (50/50)	94 % (45/48)	97 % (34/35)	90 % (36/40)
Sydö	100 % (26/26)	100 % (36/36)	100 % (30/30)	100 % (39/39)	96 % (27/28)
Syd	84 % (32/38)	81 % (17/21)	100 % (25/25)	100 % (27/27)	86 % (48/56)
Väst	100 % (36/36)	100 % (57/57)	100 % (46/46)	100 % (42/42)	98 % (52/53)
Norr	97 % (30/31)	100 % (43/43)	100 % (32/32)	100 % (40/40)	95 % (19/20)

Tabell 2.4: Täckningsgrad för epiteliala borderlinetumörer

Region	2009	2010	2011	2012	2013
Sth/G	100 % (20/20)	100 % (12/12)	100 % (23/23)	87 % (13/15)	61 % (11/18)
Up/Ö	100 % (8/8)	89 % (8/9)	89 % (8/9)	100 % (10/10)	92 % (24/26)
Sydö	100 % (3/3)	100 % (9/9)	100 % (6/6)	100 % (7/7)	100 % (9/9)
Syd	100 % (3/3)	88 % (7/8)	100 % (3/3)	100 % (12/12)	82 % (9/11)
Väst	100 % (2/2)	100 % (6/6)	100 % (9/9)	100 % (11/11)	100 % (15/15)
Norr	100 % (3/3)	100 % (4/4)	100 % (1/1)	100 % (2/2)	100 % (5/5)

Tabell 2.5: Täckningsgrad för maligna tumörer i äggledare

2.4 Antal registrerade blanketter

Antal registrerade blanketter redovisas här samlat, oberoende av diagnos eller annan aspekt. För respektive blankett redovisas dels antal (till höger i figuren), dels den "interna täckningsgraden" (till vänster i figuren). För anmälningsblanketten är den redovisade täckningsgraden relaterad till respektive regionalt cancerregister (antalet anmälda fall i kvalitetsregistret/antalet rapporterade fall i cancerregistret)

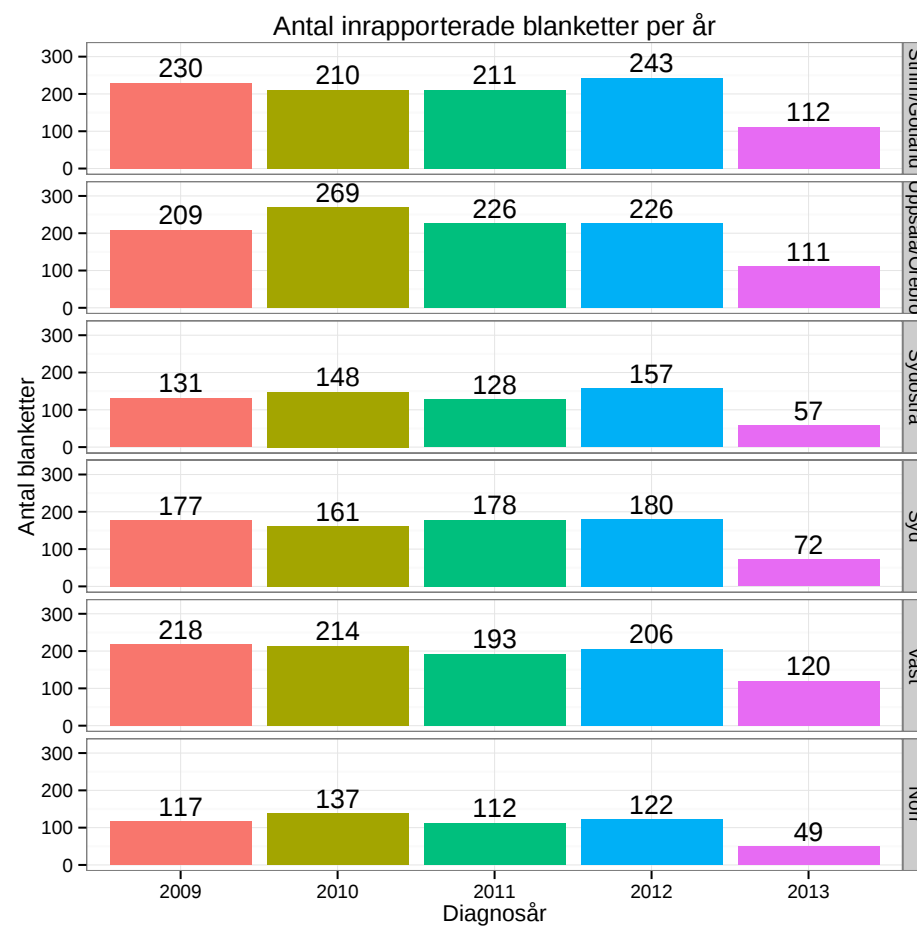
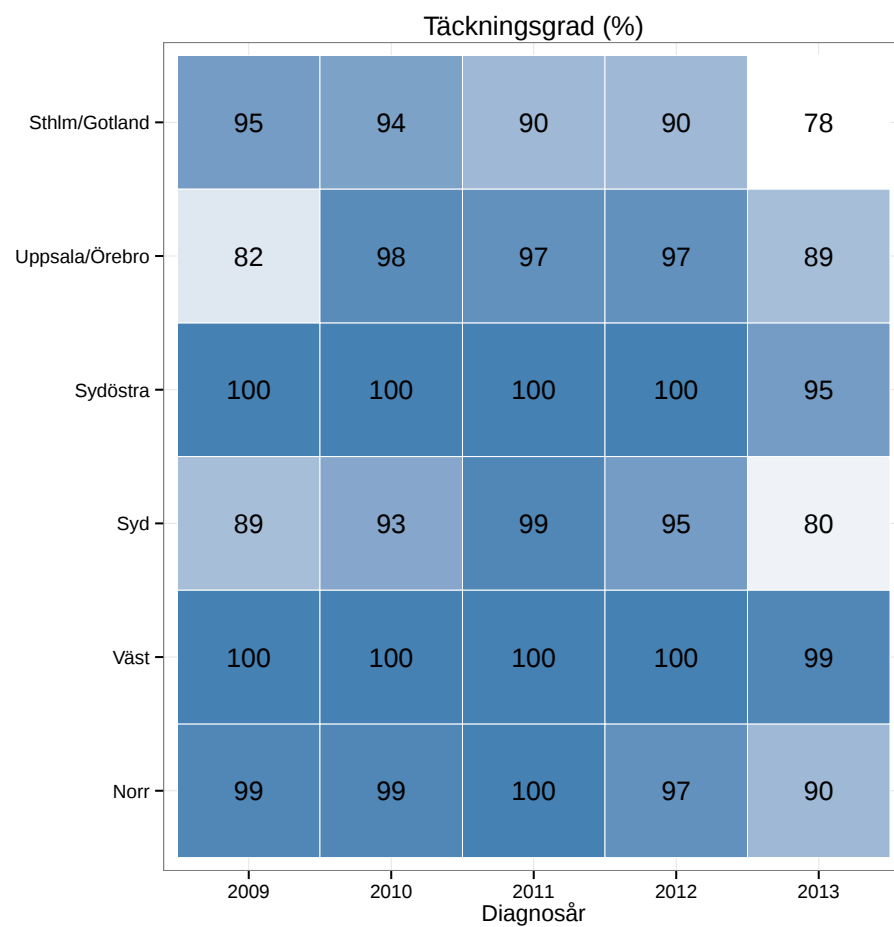
Registret har följande nationella blanketter (I region Väst finns dessutom en regional kirurgisk komplikationsregistrering):

1. Anmälan (se figur 2.2)
2. Kirurgisk behandling (se figur 2.3)
3. Avslutad primärbehandling (se figur 2.4)
4. Icke-kirurgisk återbehandling (se figur 2.5)
5. Uppföljning (se figur 2.6)

Den "interna täckningsgraden" avspeglar kontinuiteten i registreringen och beräknas som andelen ifyllda blanketter i förhållande till antalet anmälningsblanketter. För blankett 3 och fem bör det vara 100%", medan den ideala "interna täckningsgraden" för blankett 2 och 4 beror på hur stor andel av patienterna som opereras respektive får tumörrecidiv.

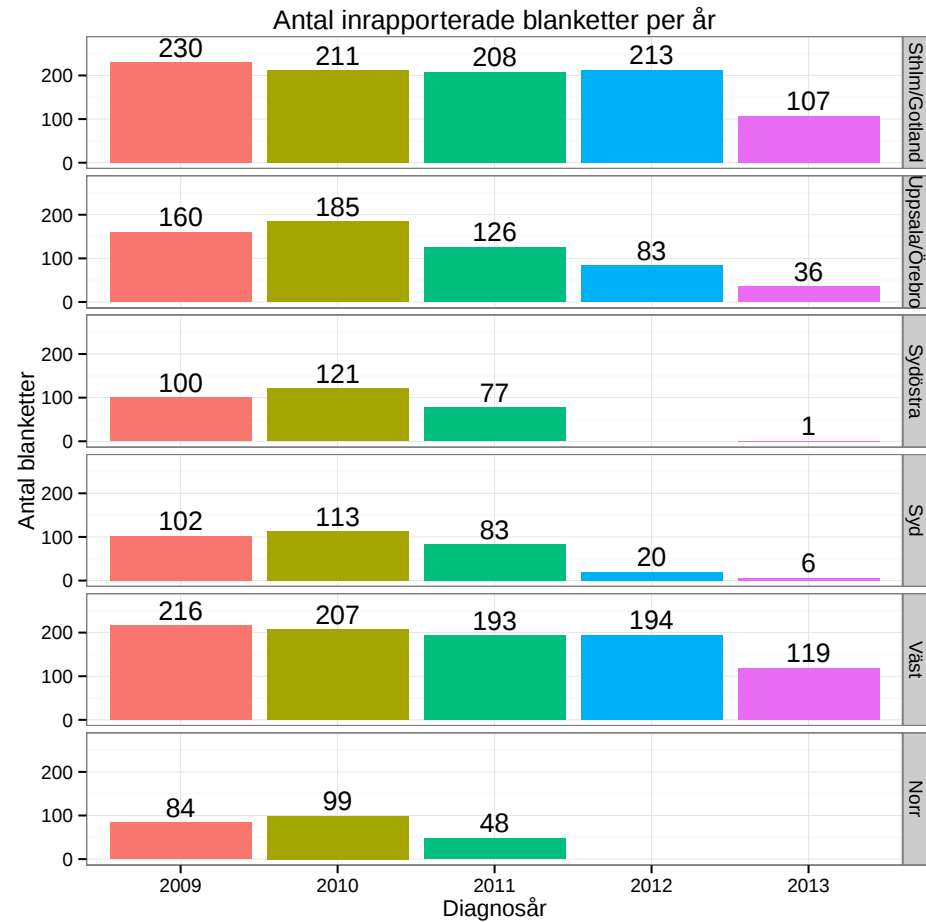
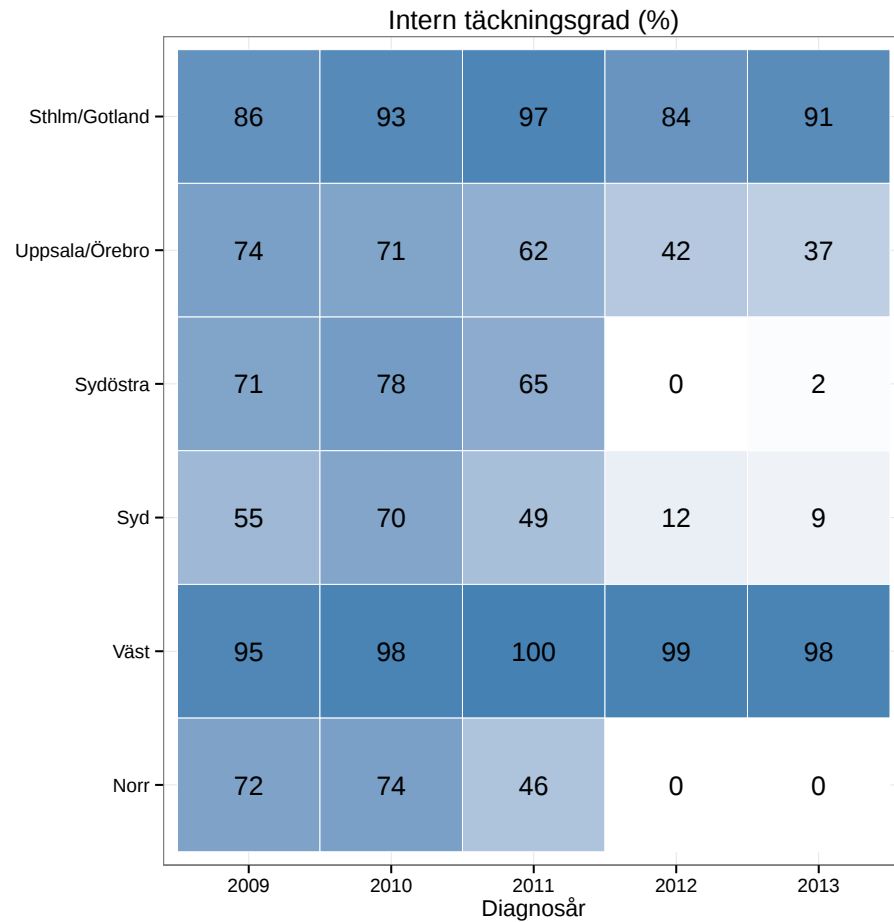
Figur 2.3: Intern täckningsgrad (procent för kirurgibankett mot kvalitetsregisteranmälda som enligt anmälan kan ha behandlats med kirurgi (t.v.) samt antal registrerade kirurgibanketter per region och år (t.h.). Observera att Sydöstra och Norra sjukvårdsregionerna enbart rapporterar kirurgidata via Gynop-registret och att överföring av data inte slutförts.

Blankett 1: Anmälan



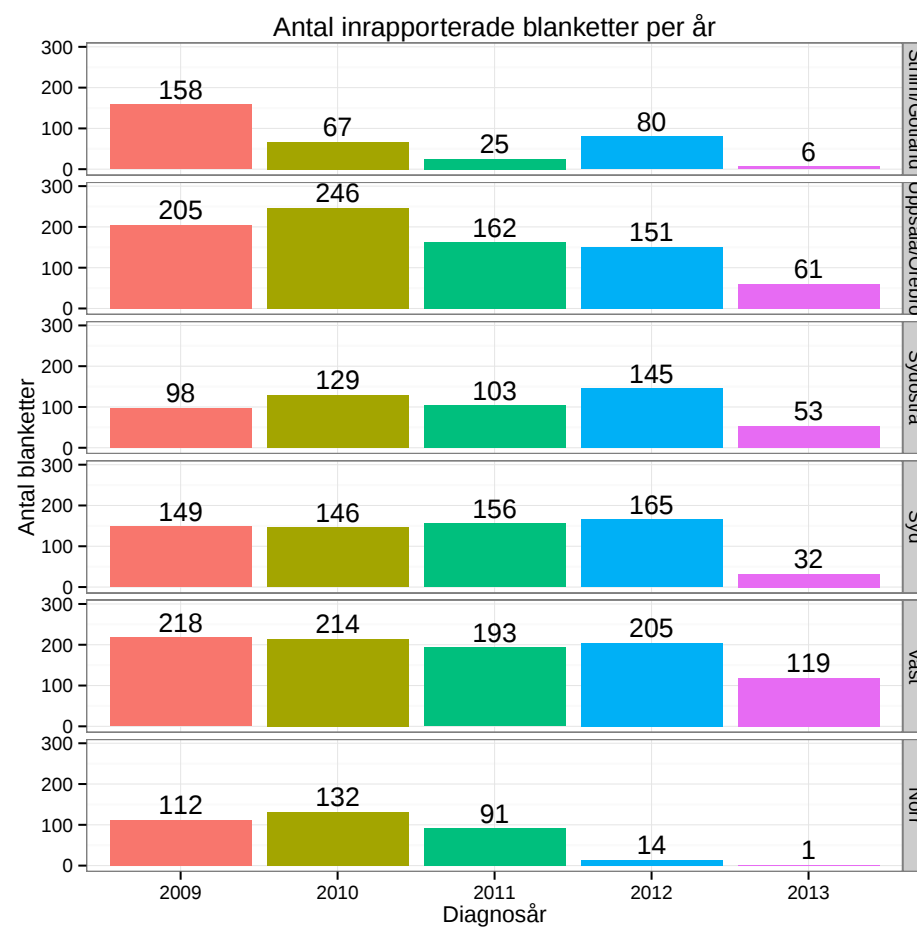
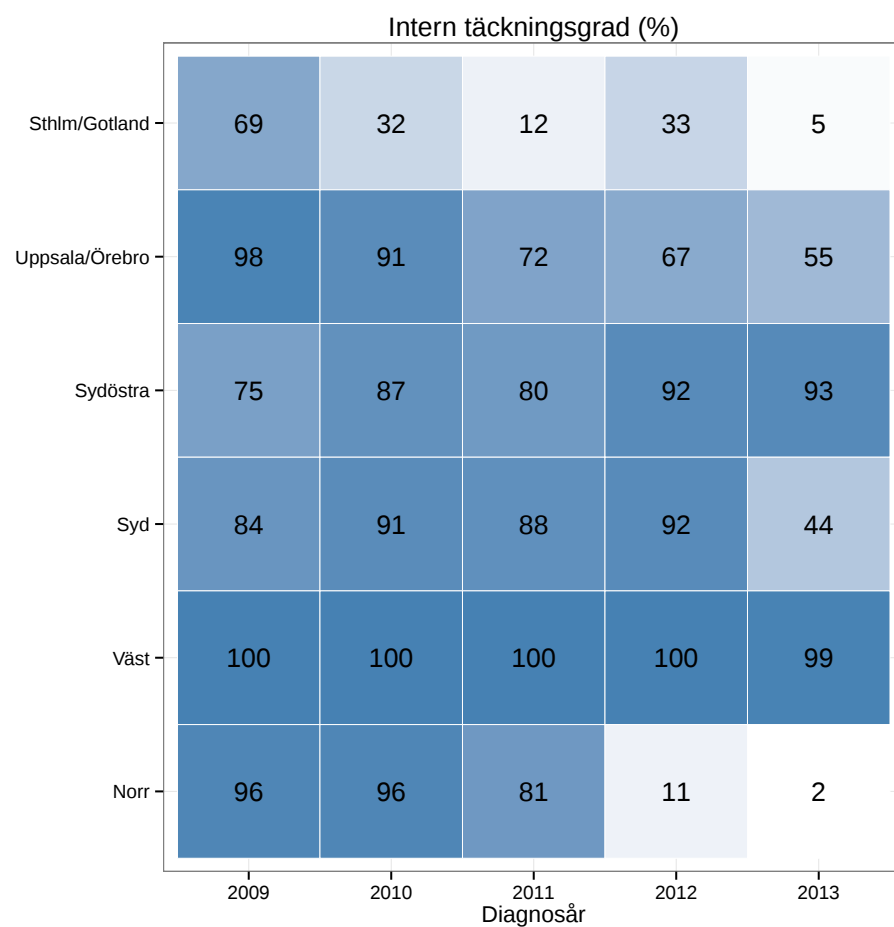
Figur 2.2: Täckningsgrad (procent) för kvalitetsregisteranmälan mot cancerregistret (t.v.) samt antal registrerade anmälningsblanketter per region och år (t.h.).

Blankett 2: Kirurgisk behandling



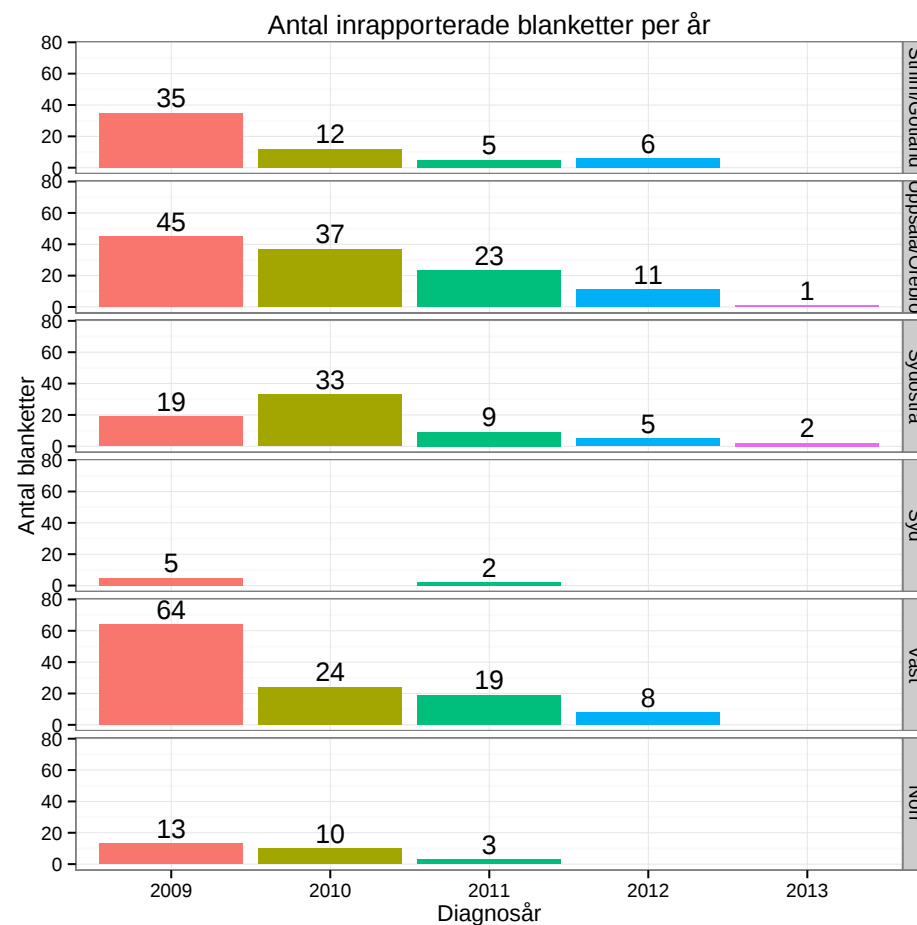
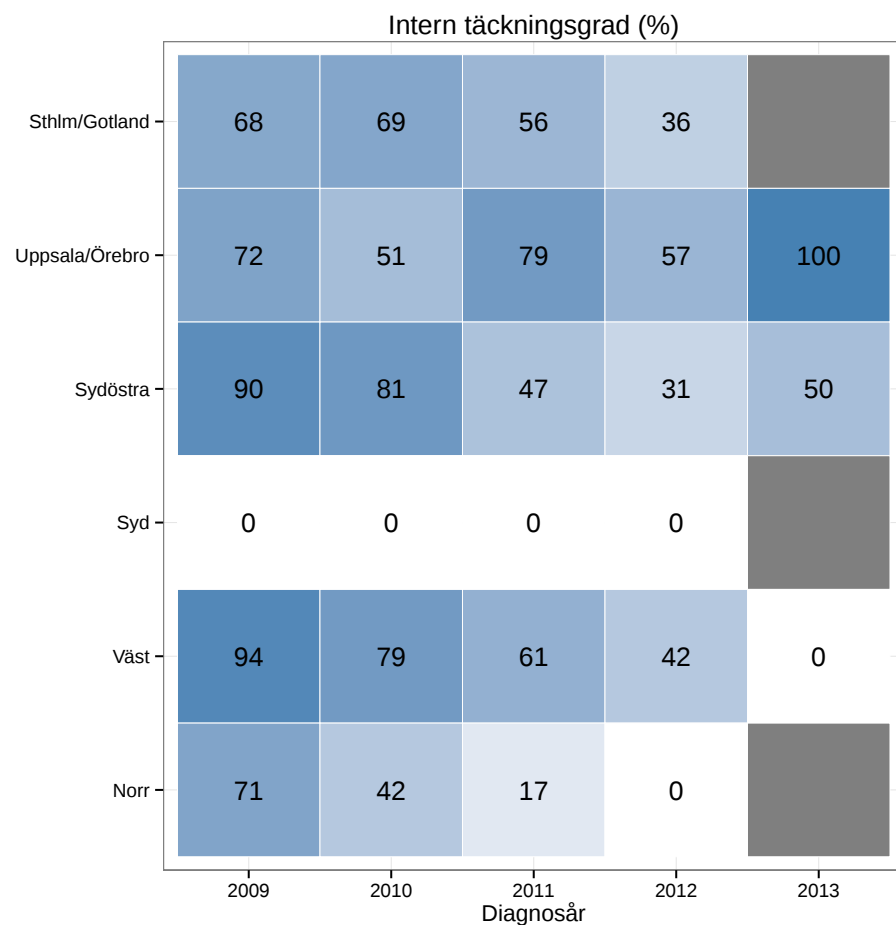
Figur 2.3: Intern täckningsgrad (procent för kirurgiblankett mot kvalitetsregisteranmälda som enligt anmälan kan ha behandlats med kirurgi (t.v.) samt antal registrerade kirurgiblanketter per region och år (t.h.).

Blankett 3: Avslutad primärbehandling



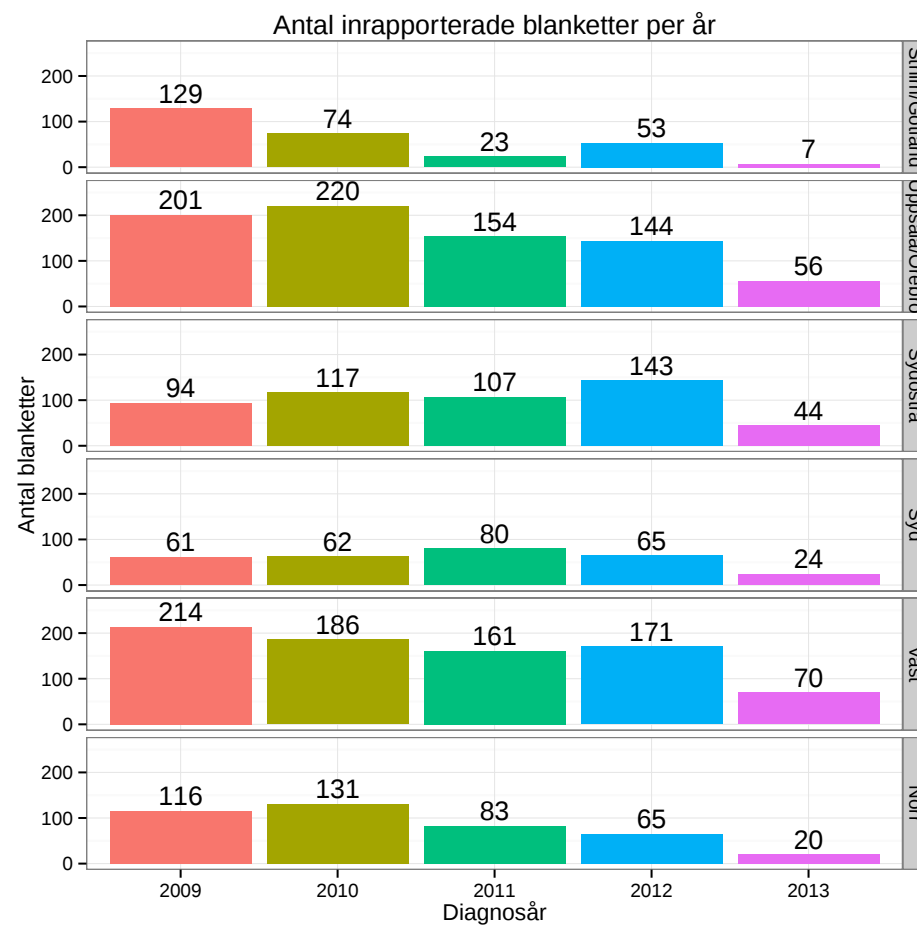
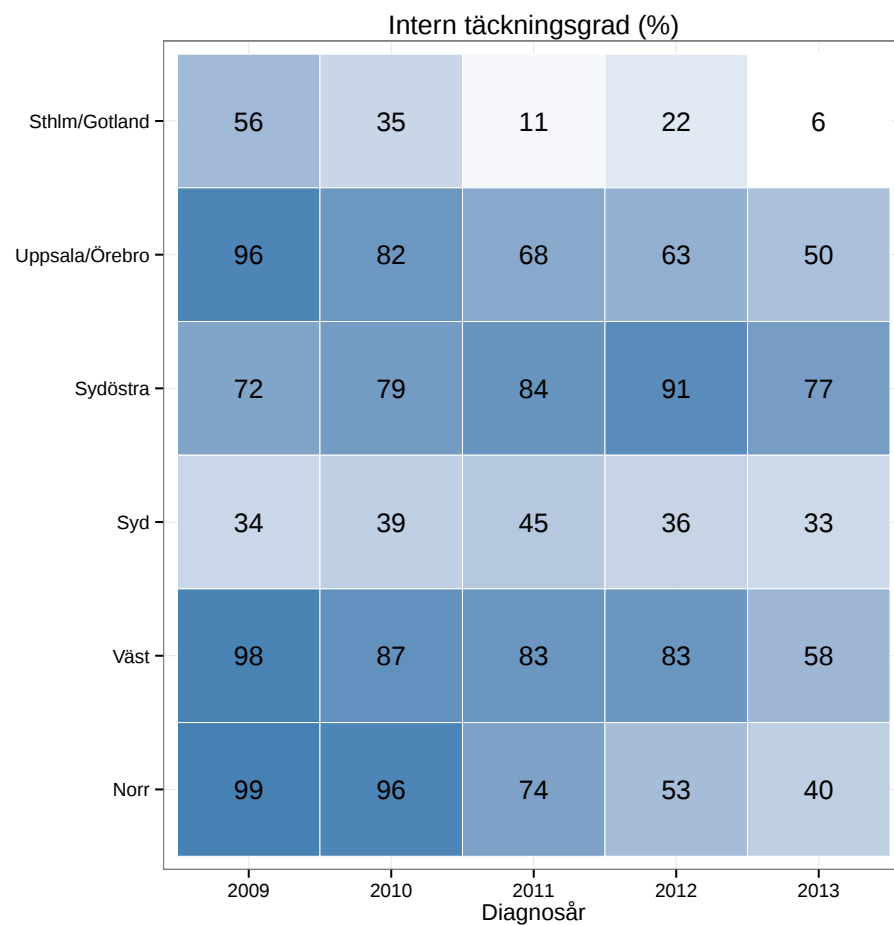
Figur 2.4: Intern täckningsgrad (procent) för primärbehandlingsblankett mot kvalitetsregisteranmälda (t.v.) samt antal registrerade primärbehandlingsblanketter per region och år (t.h.).

Blankett 4: Återbehandling



Figur 2.5: Intern täckningsgrad (procent) för återbehandlingsblankett mot kvalitetsregisteranmälda som enligt uppföljning kan ha fått recidiv (t.v.). Finns ingen indikation på recidivfall markeras detta genom utelämnad täckningsgradsruta. Antal registrerade återbehandlingsblanketter per region och år (t.h.). Data i ovanstående fig. bör tolkas med största försiktighet då innehållet beror på brister i inrapportering.

Blankett 5: Uppföljning

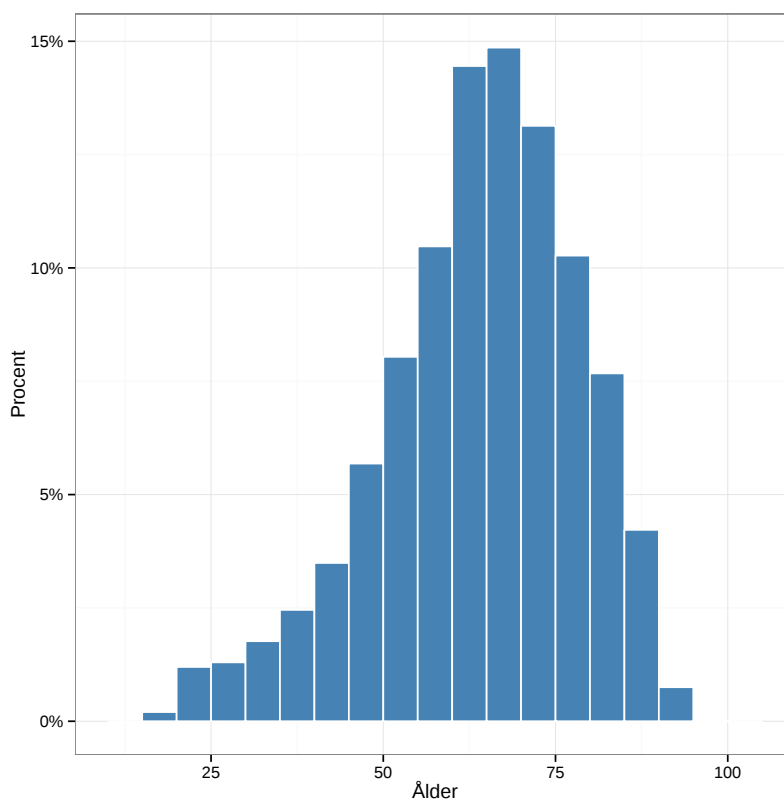


Figur 2.6: Intern täckningsgrad (procent) för uppföljningsblankett mot kvalitetsregisteranmälda (t.v.) samt antal registrerade uppföljningsblanketter per region och år (t.h.).

2.5 Åldersfördelning

Åldersfördelning för samtliga fall i registret framkommer på nationell nivå av figur 2.7. (Registrets inklusionskriterier anger att enbart patienter från 18 år och uppåt registreras.)

För samtliga fall i registret är medianåldern 65 år. Inga större regionala skillnader föreligger (tabell 2.6).

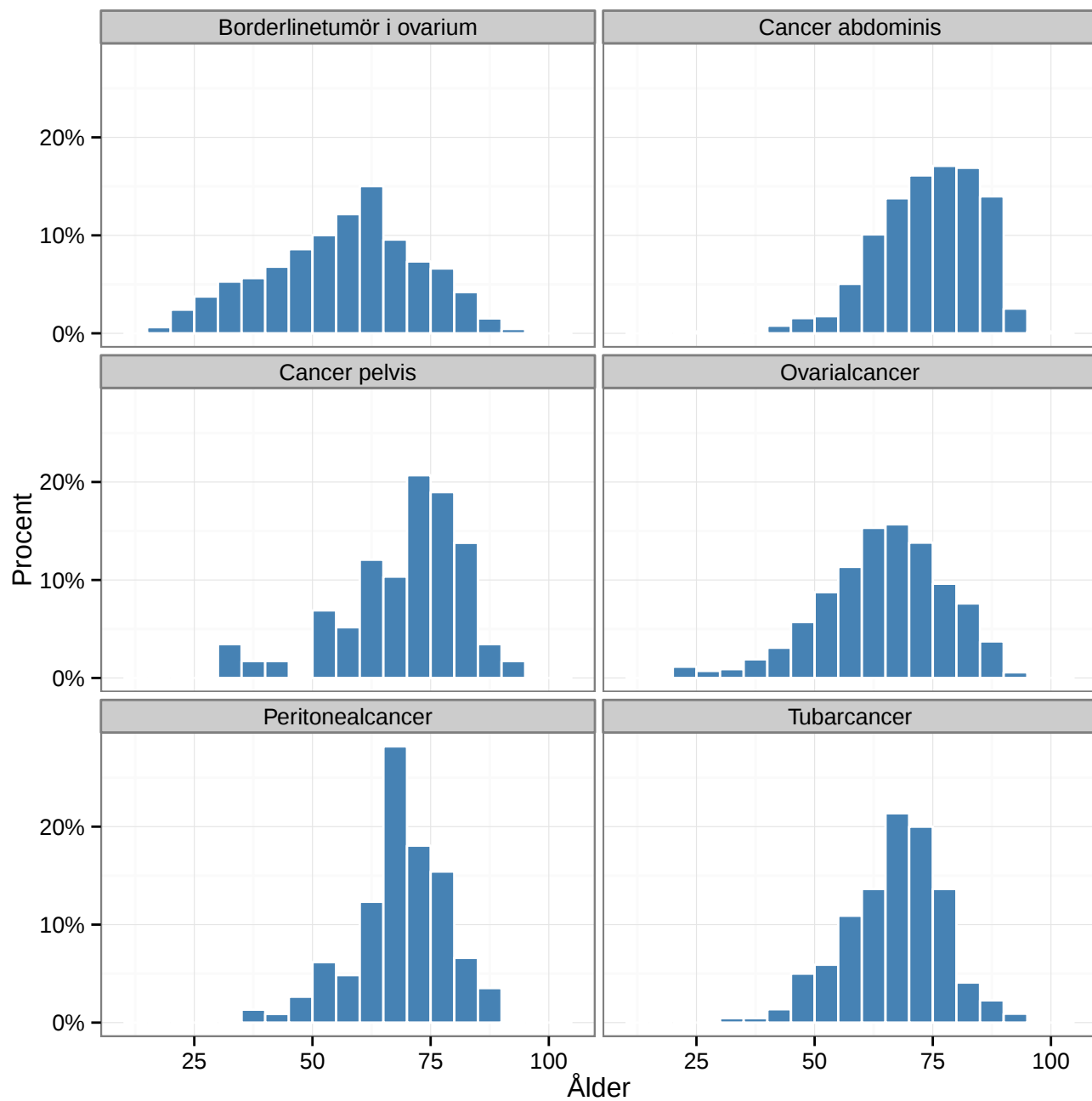


Figur 2.7: Åldersfördelning för samtliga fall i registret.

Region		Median	Minimum	Maximum
1	Sthlm/Gotland	65	18	92
2	Uppsala/Örebro	65	20	93
3	Sydöstra	65	21	92
4	Syd	66	19	96
5	Väst	65	18	93
6	Norr	65	18	92

Tabell 2.6: Median-, minimum- och maximumålder per region

Per diagnos



Figur 2.8: Åldersfördelning för samtliga fall i registret per diagnos.

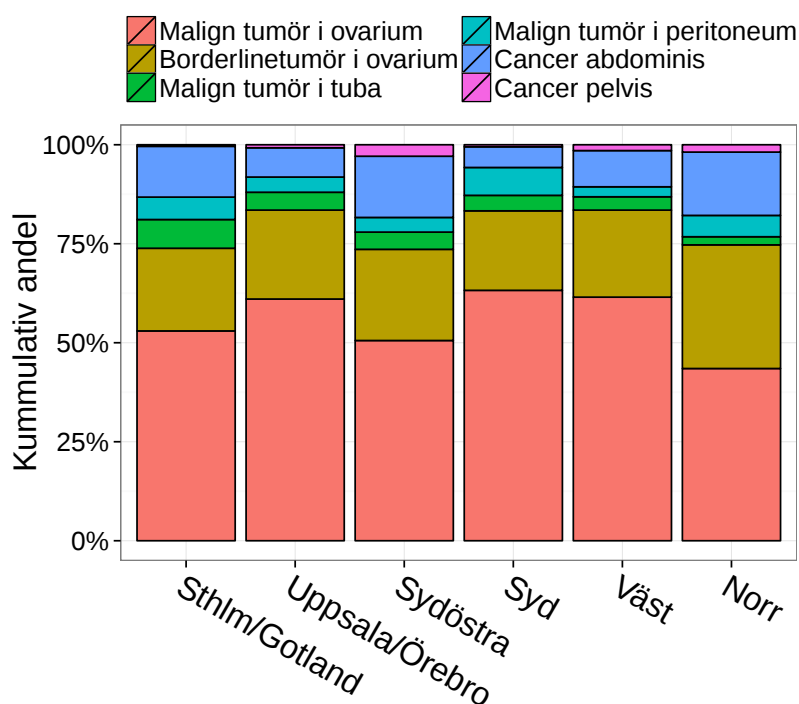
2.6 Diagnosfördelning

Hur rapporterade fall fördelar sig mellan de olika diagnoser som inkluderas i registret redovisas per år och per region i tabell 2.7 samt i figur 2.9.

Under åren 2009 till 2013 ligger andelen borderlinetumörer i ovariet på en stabil nivå på 22%, vilket är i enlighet med internationella rapporter. Någon säkerställd statistisk skillnad i diagnosfördelning mellan åren 2009 och 2012 har inte observerats. Under denna tidsperiod har ny kunskap visat att tuban, och inte ovariet, är ursprunget vid många fall av "ovarialcancer". Bruket av neoadjuvant cytostatikabehandling har ökat vilket kan medföra svårigheter i diagnossättning och därmed fler fall av cancer abdominis.

Tabell 2.7: Antal (och andel i procent) diagnostiserade fall per diagnos och diagnosår.

Diagnos	2009	2010	2011	2012	2013	(all)
Malign tumör i ovarium	649 (60)	665 (58)	572 (55)	612 (54)	289 (55)	2787 (57)
Borderlinetumör i ovarium	239 (22)	266 (23)	241 (23)	255 (22)	117 (22)	1118 (23)
Malign tumör i tuba	39 (4)	40 (4)	50 (5)	60 (5)	31 (6)	220 (4)
Malign tumör i peritoneum	44 (4)	55 (5)	57 (5)	51 (4)	20 (4)	227 (5)
Cancer abdominis	94 (9)	98 (9)	119 (11)	148 (13)	56 (11)	515 (10)
Cancer pelvis	17 (2)	14 (1)	9 (1)	9 (1)	9 (2)	58 (1)
(all)	1082 (100)	1138 (100)	1048 (100)	1135 (100)	522 (100)	4925 (100)



Figur 2.9: Andel diagnostiserade fall per diagnos och region.

2.7 Histologi

Ett stort antal histologiska former förekommer f.f.a. vid ovarialcancer, men serös ovarialcancer dominerar. Gruppen icke-epiteliala tumörer omfattar en hel del ovanliga tumörformer som inte subspecificeras här.

Tabell 2.8: Histologi per ICD (antal och andel i procent, UNS: utan närmare specifikation).

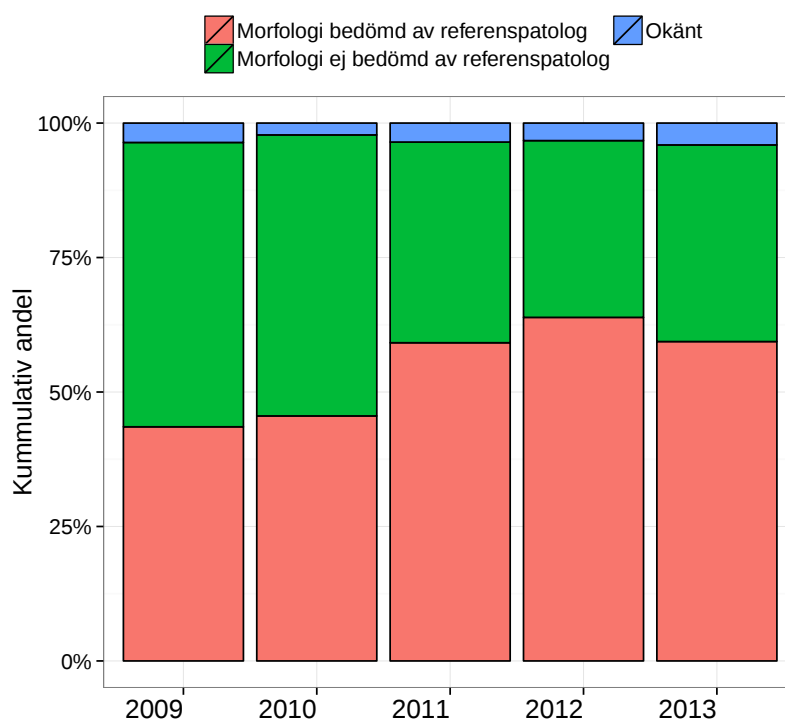
	Borderlinetumör i ovarium	Cancer abdominis	Cancer pelvis	Malign tumör i peritoneum med specificerad lokalisation	Ovarialcancer	Peritonealcancer NOS	Tubarcancer	(all)
Seröst carcinom	4 (0)	222 (45)	8 (14)	12 (100)	1493 (54)	174 (82)	168 (77)	2081 (43)
Serös borderline	542 (49)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	8 (0)	0 (0)	0 (0)	550 (11)
Mucinöst carcinom	9 (1)	9 (2)	1 (2)	0 (0)	222 (8)	3 (1)	3 (1)	247 (5)
Mucinös borderline	465 (42)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	4 (0)	0 (0)	0 (0)	469 (10)
Endometrioidt carcinom	0 (0)	5 (1)	3 (5)	0 (0)	285 (10)	1 (0)	6 (3)	300 (6)
Endometrioid borderline	13 (1)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (0)	0 (0)	0 (0)	14 (0)
Klarcelligt carcinom	0 (0)	4 (1)	1 (2)	0 (0)	164 (6)	0 (0)	1 (0)	170 (3)
Klarcellig borderline	4 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (0)	0 (0)	0 (0)	5 (0)
Adenocancer UNS	1 (0)	222 (45)	19 (34)	0 (0)	283 (10)	28 (13)	29 (13)	582 (12)
Adenenocarcinom av borderli- netyt	1 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (0)
Carcinosarcom	0 (0)	3 (1)	3 (5)	0 (0)	69 (2)	0 (0)	6 (3)	81 (2)
Cancer UNS eller malignitet UNS	0 (0)	23 (5)	9 (16)	0 (0)	38 (1)	3 (1)	4 (2)	77 (2)
Övriga epiteliala tumörer	1 (0)	5 (1)	9 (16)	0 (0)	21 (1)	1 (0)	0 (0)	37 (1)
Sarcom	0 (0)	0 (0)	2 (4)	0 (0)	4 (0)	0 (0)	0 (0)	6 (0)
Icke-epiteliala tumörer	2 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	153 (6)	0 (0)	0 (0)	155 (3)
Övriga felkodade, benigna eller ej kodade	74 (7)	0 (0)	1 (2)	0 (0)	22 (1)	2 (1)	2 (1)	101 (2)
(all)	1116 (100)	493 (100)	56 (100)	12 (100)	2768 (100)	212 (100)	219 (100)	4876 (100)

2.8 Andel PAD bedömda av referenspatolog

I Nationellt Vårdprogram Äggstockscancer utgiven juni 2012 rekommenderas att referenspatolog ska bedöma PAD vid ovarialtumörer. Med referenspatolog avses en patolog subspecialiserad på gynekologiska tumörsjukdomar. En gradvis förbättring avseende morfologi som bedömts av referenspatolog noteras mellan åren 2009 till 2013, från 44% till ca 60% 2012-2013.

Tabell 2.9: Antal och andel PAD bedömda av referenspatolog

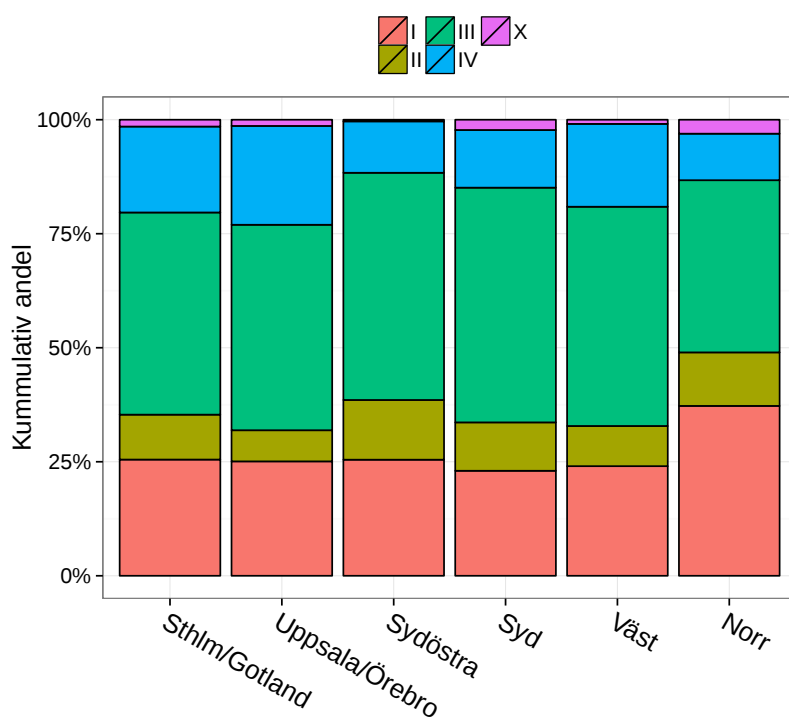
	2009	2010	2011	2012	2013	(all)
Morfologi bedömd av referenspatolog	471 (44)	517 (46)	620 (59)	725 (64)	307 (59)	2640 (54)
Morfologi ej bedömd av referenspatolog	572 (53)	593 (52)	391 (37)	373 (33)	189 (37)	2118 (43)
Okänt	39 (4)	25 (2)	37 (4)	37 (3)	21 (4)	159 (3)
(all)	1082 (100)	1135 (100)	1048 (100)	1135 (100)	517 (100)	4917 (100)



Figur 2.10: Andel PAD bedömda av referenspatolog

2.9 Stadiefördelning

Denna tumörgrupp karaktäriseras av diagnos i sent stadium, när spridning till buken redan ägt rum. Omkring 60% av patienterna diagnostiseras i stadium III-IV. Skillnader i stadiefördelning kan bero på olika komplett kirurgisk stadiindelning inkluderande systematiska biopsier och lymfkörtelutrymning inte utförs konsekvent (se också avsnitt om Systematiska multipla biopsier, avsnitt 2.15)



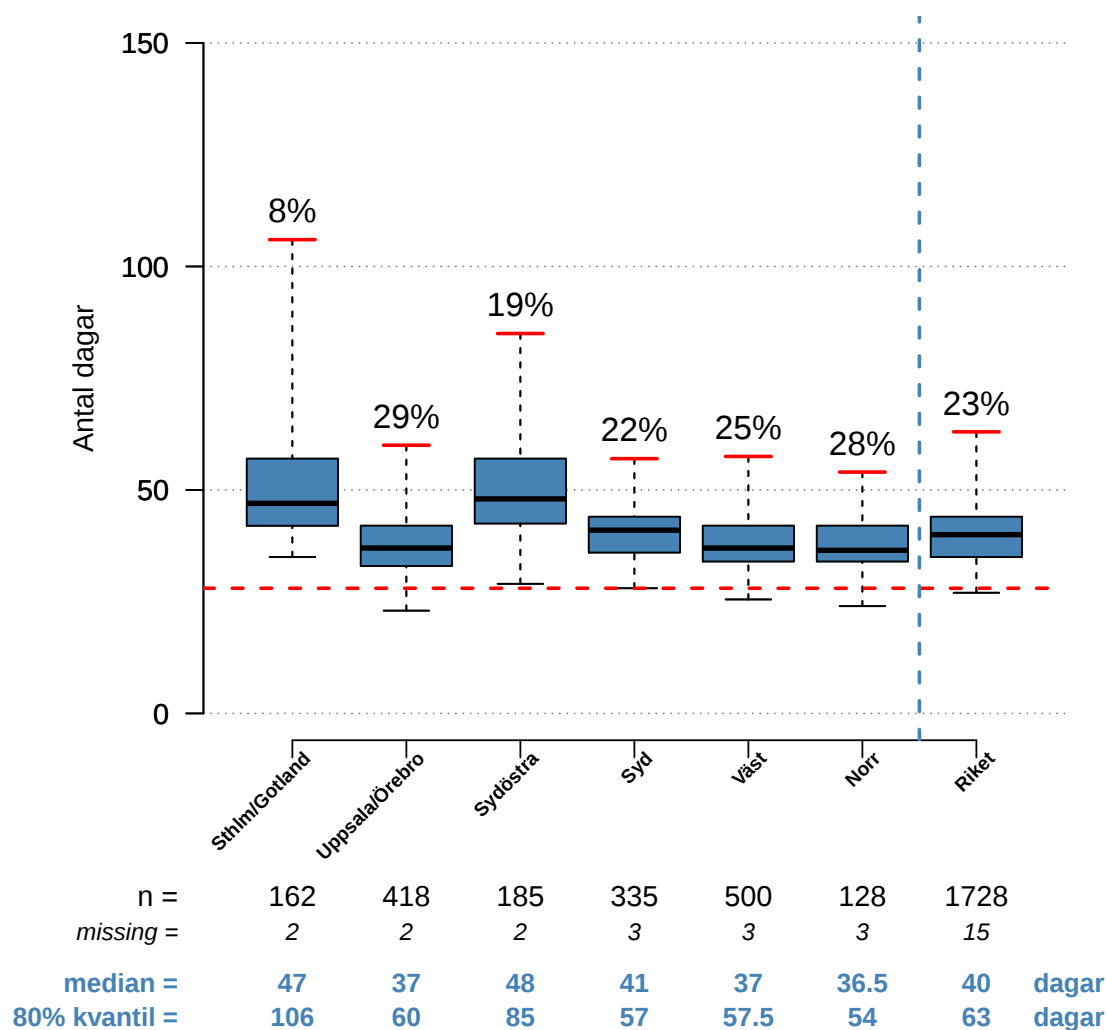
Figur 2.11: Stadiefördelning (Urval: Epitelial ovarialcancer)

2.10 Ledtider

Det finns betydande skillnader mellan regionerna vad gäller ledtider. Bakgrunden till detta bör utredas. För regioner med lång eftersläpning i registreringen kan selektionsfaktorer som avgör vilka patienter som först registreras ha betydelse. Operationsdatum saknas för patienter som registrerats i Gynopregistret, och där data ej finns tillgängliga i uttaget.

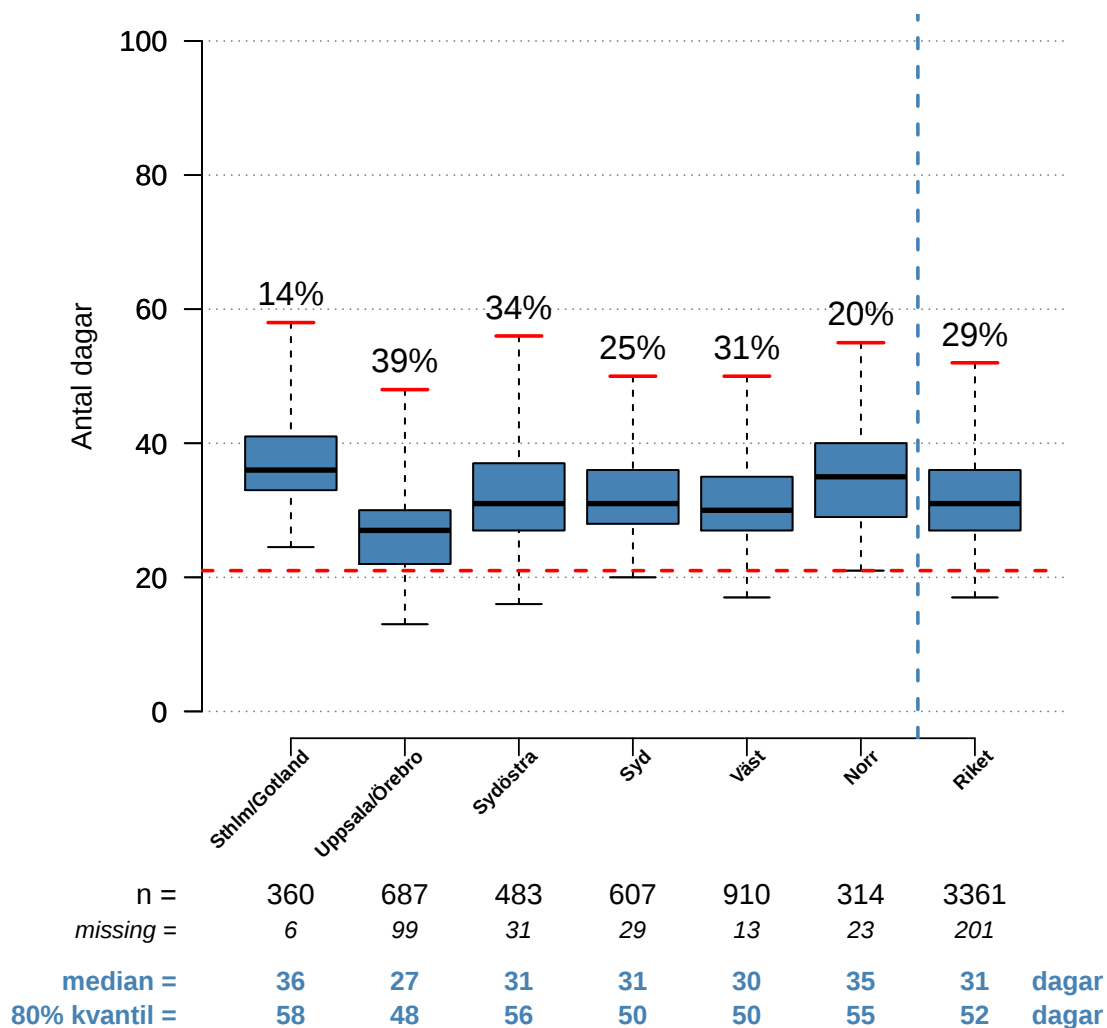
Från diagnos till start av kemoterapi

Målnivån är att starta kemoterapi inom 28 dagar från operationsdatum, som i de flesta fall är samma som diagnosdatum. Diagrammet anger tid från diagnosdatum till start av kemoterapi pga att överföring av kirurgdata från gynopregistret inte är fullständig (se avsnitt 1.4). Förbättringspotential finns för samtliga regioner. Andelen som uppnått målnivån anges högst upp i diagrammet.



Figur 2.12: Väntetiden från diagnosdatum till start av kemoterapi för patienter med ovarialcancer alla stadier som behandlats med kirurgi och kemoterapi, målnivå 28 dagar (Urval: ovarialcancerfall och ifyllt diagnosdatum och datum för kemoterapi)

Tid från diagnos till patientinformation om onkologisk behandling

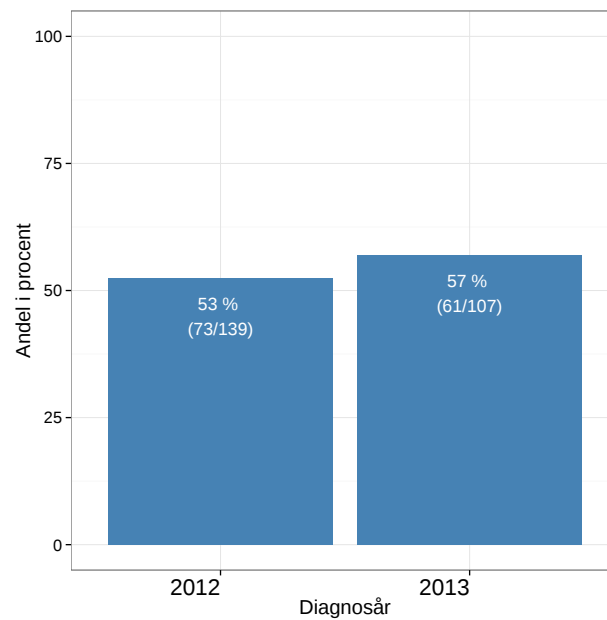


Figur 2.13: Tid från diagnos till patientinformation om onkologisk behandling, målnivå: 21 dagar (Urval: Ifylld datum för patientinformation om onkologisk behandling)

2.11 Multidisciplinär konferens (MDK)

Nationella vårdprogrammet rekommenderar att alla patienter med misstänkt avancerad ovarialcancer och patienter med sitt första recidiv bör bli föremål för MDK. Med recidiv menas i detta sammanhang insjuknande i tidigare, till synes utläkt sjukdom det vill säga komplett remission efter primärbehandling, som detekterats kliniskt minst 6 månader efter avslutad primärbehandling. Därutöver bör patientkategorier där tillstånd och behandling inte är väldefinierade och överenskomna tas upp i en MDK. Det är viktigt ur utbildningssynpunkt att även ta upp de fall där det kirurgiska utfallet avviker från den preoperativa bedömningen.

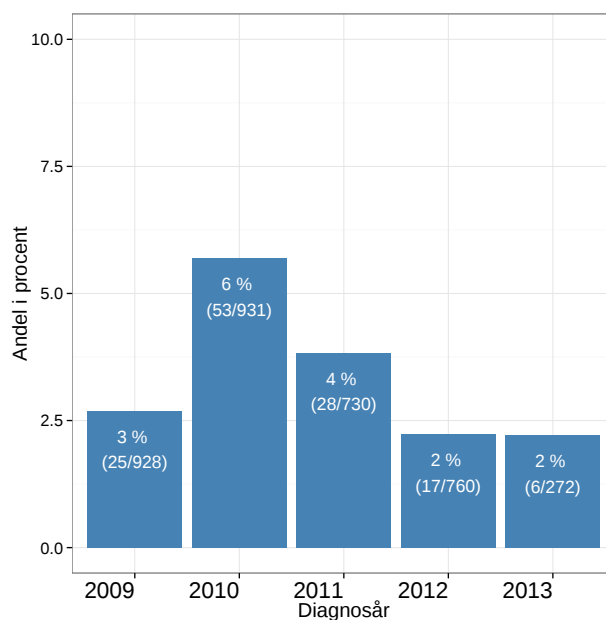
Variabeln infördes i sin nuvarande form i mitten 2012. Enligt ovan skall samtliga patienter med stadium III-IV diskuteras i MDK. Vi presenterar andelen patienter med stadium III-IV som diskuterats i MDK. Andelen har ökat från år 53% 2012 till 57% 2013.



Figur 2.14: Andel patienter bedömda på multidisciplinär konferens per år (Urval: FIGO stadium III eller IV, och ifyllt information om MDK)

2.12 Deltagande i kliniska behandlingsstudier

En förutsättning för vidare utveckling av vården är kliniska studier. Behandlingsstudier är ofta internationella multicenterstudier. Registreringen omfattar andel patienter som deltagit i klinisk behandlingsstudie vid primärbehandling. Tyvärr är det ett mycket liten andel av patienterna som deltar i kliniska behandlingsstudier.



Figur 2.15: Andel patienter deltagande i kliniska behandlingsstudier per år (Urval: Ifylld primärbehandlingsblankett samt information om deltagande i kliniska behandlingsstudier)

2.13 Given primärbehandling

Det föreligger stora regionala skillnader avseende given primärbehandling för epitelial ovarialcancer. Vid FIGO stadium I varierar utfallet för ”kirurgi enbart” mellan 20% - 56%. Bakgrunden till detta bör utredas. Vid FIGO stadium IIA-IIIB är rekommendationen kirurgi efterföljt av kemoterapi enligt nationellt vårdprogram. I riket har 85% av fallen erhållit denna behandling. För stadium IIIC-IV finns även stora regionala skillnader avseende andelen som primäropererats, som aldrig opererats och som erhållit neoadjuvant kemoterapi. Betydelsen av kirurgi till makroskopisk tumörfrihet har påvisats i metaanalyser av stora retrospektiva studier. Samtidigt finns randomiserade studier jämförande primärkirurgi vs neoadjuvant kemoterapi efterföljt av fördröjd kirurgi i selekterade fall av FIGO- stadium IIIC-IV som ej påvisat skillnad i överlevnad.

Enighet råder i Sverige att de fall med stadium IIIC som bedöms kunna opereras optimalt utan alltför stora risker bör genomgå primärkirurgi. Stockholm/Gotlandregionen ger var tredje kvinna med FIGO-stadium IIIC och IV neoadjuvant behandling att jämföras med 12% i Södra regionen. Uppsala/Örebro regionen ger enbart kemoterapi till flest antal kvinnor (16%).

Samtliga fall i registret

Tabell 2.10: Antal och andel patienter som fått behandling med respektive behandlingsmodalitet (Urval: samtliga fall i registret)

	Sthlm/Gotland	Uppsala/Örebro	Sydöstra	Syd	Väst	Norr	(all)
Annan behandling	3 (1)	1 (0)	4 (1)	1 (0)	4 (1)	6 (2)	19 (1)
Behandling ej indicerad	0 (0)	16 (2)	0 (0)	11 (2)	1 (0)	1 (0)	29 (1)
Ej behandl pga dåligt AT	12 (4)	18 (2)	4 (1)	16 (3)	17 (2)	5 (1)	72 (2)
Ej behandl pga pats önskan	4 (1)	6 (1)	0 (0)	7 (1)	6 (1)	4 (1)	27 (1)
Kemoterapi enbart	37 (13)	85 (12)	35 (8)	18 (3)	19 (3)	22 (6)	216 (7)
Kirurgi + adjuvant radioterapi	0 (0)	11 (2)	5 (1)	4 (1)	7 (1)	5 (1)	32 (1)
Kirurgi + kemoterapi	136 (46)	322 (45)	178 (40)	322 (61)	436 (58)	115 (34)	1509 (49)
Kirurgi enbart	50 (17)	192 (27)	173 (39)	112 (21)	209 (28)	137 (40)	873 (28)
Neoadjuvant kemoterapi + kirurgi + kemoterapi	52 (18)	69 (10)	45 (10)	34 (6)	54 (7)	44 (13)	298 (10)
Radioterapi enbart	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (0)	0 (0)	1 (0)
(all)	294 (100)	720 (100)	444 (100)	525 (100)	754 (100)	339 (100)	3076 (100)

Stadieindelad behandlingsmodalitet för epitelial ovarialcancer

Tabell 2.11: Antal och andel patienter per respektive behandlingsmodalitet (Urval: epitelial ovarialcancer och FIGO-stadium I (+IA, IB, IC))

	Sthlm/Gotland	Uppsala/Örebro	Sydöstra	Syd	Väst	Norr	(all)
Annan behandling	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (1)	0 (0)	1 (1)	2 (0)
Behandling ej indicerad	0 (0)	3 (2)	0 (0)	1 (1)	0 (0)	0 (0)	4 (1)
Ej behandl pga dåligt AT	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (1)	0 (0)	0 (0)	1 (0)
Ej behandl pga pats önskan	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (1)	1 (0)
Kemoterapi enbart	0 (0)	1 (1)	1 (1)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	2 (0)
Kirurgi + adjuvant radioterapi	0 (0)	1 (1)	2 (3)	0 (0)	1 (1)	3 (4)	7 (1)
Kirurgi + kemoterapi	30 (64)	99 (76)	32 (41)	52 (58)	94 (79)	30 (42)	337 (63)
Kirurgi enbart	17 (36)	26 (20)	44 (56)	35 (39)	24 (20)	32 (45)	178 (33)
Neoadjuvant kemoterapi + kirurgi + kemoterapi	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	4 (6)	4 (1)
(all)	47 (100)	130 (100)	79 (100)	90 (100)	119 (100)	71 (100)	536 (100)

Tabell 2.12: Antal och andel patienter per respektive behandlingsmodalitet (Urval: epitelial ovarialcancer och FIGO-stadium IIA-IIIB)

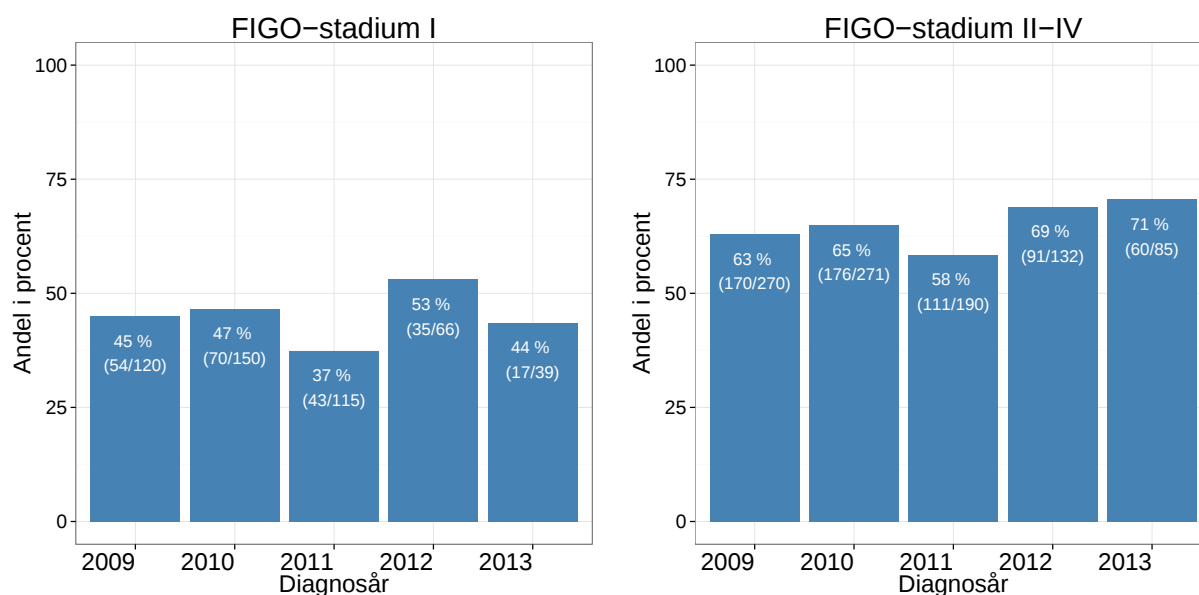
	Sthlm/Gotland	Uppsala/Örebro	Sydöstra	Syd	Väst	Norr	(all)
Ej behandl pga dåligt AT	0 (0)	0 (0)	0 (0)	3 (5)	0 (0)	0 (0)	3 (1)
Ej behandl pga pats önskan	0 (0)	0 (0)	0 (0)	2 (3)	0 (0)	1 (3)	3 (1)
Kemoterapi enbart	2 (6)	1 (2)	1 (2)	1 (2)	0 (0)	5 (17)	10 (4)
Kirurgi + adjuvant radioterapi	0 (0)	4 (6)	1 (2)	0 (0)	3 (7)	1 (3)	9 (3)
Kirurgi + kemoterapi	29 (91)	51 (77)	33 (80)	56 (86)	42 (93)	20 (67)	231 (83)
Kirurgi enbart	0 (0)	5 (8)	4 (10)	3 (5)	0 (0)	1 (3)	13 (5)
Neoadjuvant kemoterapi + kirurgi + kemoterapi	1 (3)	5 (8)	2 (5)	0 (0)	0 (0)	2 (7)	10 (4)
(all)	32 (100)	66 (100)	41 (100)	65 (100)	45 (100)	30 (100)	279 (100)

Tabell 2.13: Antal och andel patienter per respektive behandlingsmodalitet (Urval: epitelial ovarialcancer och FIGO-stadium IIIC och IV)

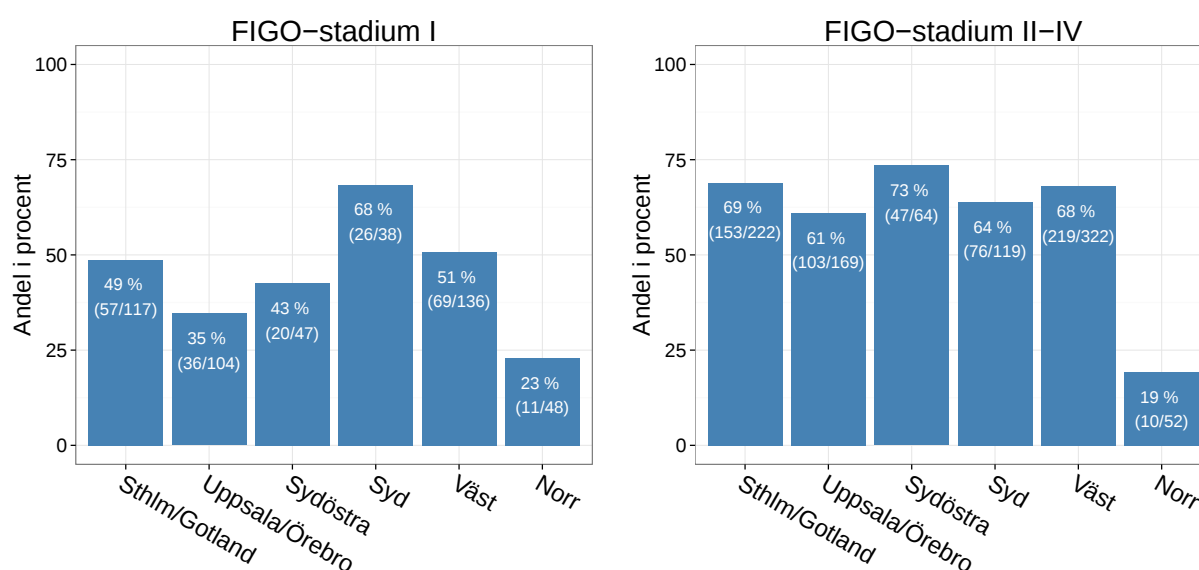
	Sthlm/Gotland	Uppsala/Örebro	Sydöstra	Syd	Väst	Norr	(all)
Annan behandling	1 (1)	1 (0)	1 (1)	0 (0)	0 (0)	1 (2)	4 (0)
Behandling ej indicerad	0 (0)	1 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (0)
Ej behandl pga dåligt AT	2 (2)	6 (3)	1 (1)	4 (2)	5 (2)	1 (2)	19 (2)
Ej behandl pga pats önskan	0 (0)	3 (1)	0 (0)	2 (1)	2 (1)	0 (0)	7 (1)
Kemoterapi enbart	7 (8)	34 (15)	2 (2)	7 (4)	5 (2)	4 (7)	59 (6)
Kirurgi + adjuvant radioterapi	0 (0)	3 (1)	2 (2)	2 (1)	2 (1)	0 (0)	9 (1)
Kirurgi + kemoterapi	50 (55)	133 (60)	75 (68)	153 (76)	223 (76)	39 (66)	673 (69)
Kirurgi enbart	1 (1)	7 (3)	9 (8)	7 (4)	18 (6)	1 (2)	43 (4)
Neoadjuvant kemoterapi + kirurgi + kemoterapi	30 (33)	35 (16)	20 (18)	25 (12)	40 (14)	13 (22)	163 (17)
(all)	91 (100)	223 (100)	110 (100)	200 (100)	295 (100)	59 (100)	978 (100)

2.14 Medverkan av erfaren tumörkirurg

Nationella vårdprogrammet för epitelial ovarialcancer rekommenderar att primäroperationen vid avancerad ovarialcancer bör utföras av ett erfaret tumörkirurgiskt gynekologiskt team där man behärskar den kirurgiska tekniken och har erfarenhet, uthållighet, kompetenta kirurgpartners och kringpersonal för att hantera dessa operationer och ibland komplicerade postoperative förlopp. Även vid tidig ovarialcancer är det av utomordentlig vikt att stadiindelningen utförs på ett korrekt sätt. Det finns stora regionala skillnader och stort utrymme för förbättringar.



Figur 2.16: Andel operationer med medverkan av erfaren tumörkirurg (operatör som utfört minst 25 Wertheimoperationer eller med subspecialitet inom gynekologisk tumörkirurgi). (Urval: ovarialcancer, primäroperation med kurativ intention och ifylld kirurgiblankett.).

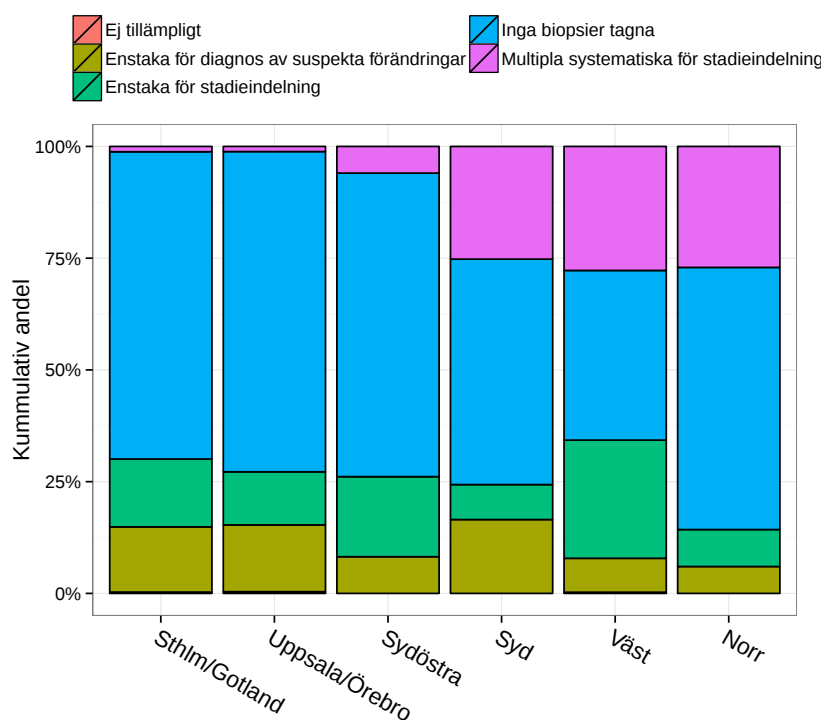


Figur 2.17: Andel operationer med medverkan av erfaren tumörkirurg per region (operatör som utfört minst 25 Wertheimoperationer eller med subspecialitet inom gynekologisk tumörkirurgi). (Urval: ovarialcancer, diagnosår 2008-2013, primäroperation med kurativ intention och ifylld kirurgiblankett.).

2.15 Systematiska multipla biopsier

Stadieindelningen vid förmodat tidig ovarialcancer är utomordentligt viktig. Ca 1/3 av patienter i stadium I kräver ingen behandling utöver kirurgi enligt Nationella vårdprogrammets kriterier. Detta förutsätter dock att en fullständig exploration av buken utförts och att multipla vävnadsprover tagits från olika delar av buken. Multipla systematiska biopsier används här som en indikator för adekvat stadieindelning.

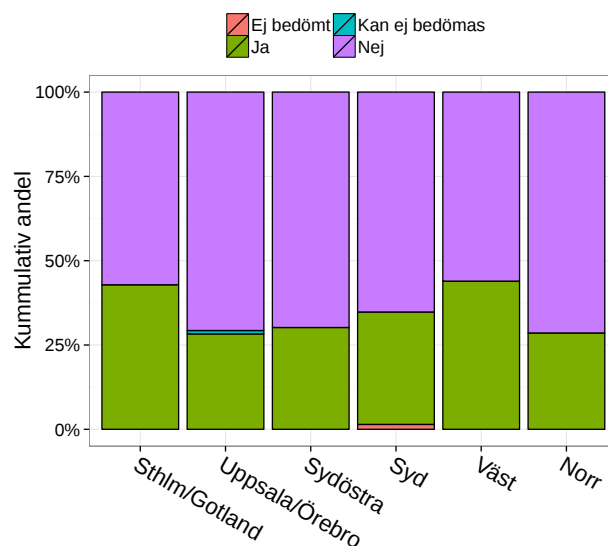
Omvänt kan patienter som har en tumorspridning och ett mer avancerat stadium identifieras. Dessa patienter kräver ytterligare behandling utöver kirurgi. Anledning till den låga andelen patienter, där man registrerat att multipla systematiska biopsier tagits måste utredas. Resultaten antyder att adekvat stadieindelning inte utförts för en stor andel av patienter med tidig ovarialcancer.



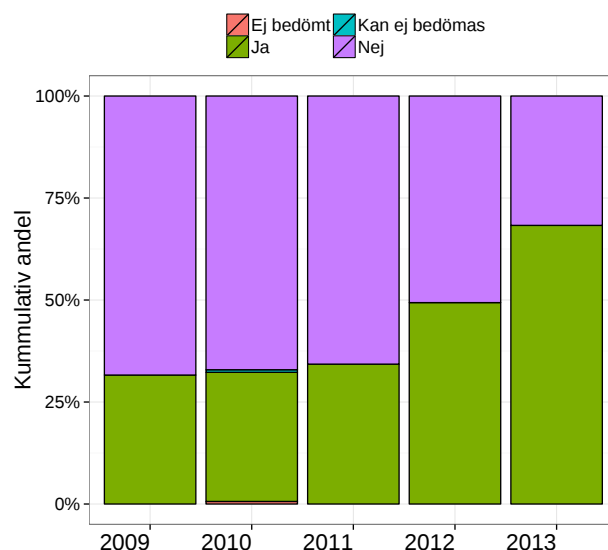
Figur 2.18: Andel patienter som genomgått systematiska biopsier (Urval: FIGO-stadium I)

2.16 Makroskopisk tumörfrihet

Den viktigaste prognostiska faktorn för patienter med ovarialcancer är att all synlig/palpabel tumör kan avlägsnas vid den primära operationen. Man kan se en klar förbättring de senaste åren. Tolkningen av resultaten och jämförelserna mellan regionerna måste göras med försiktighet. Bl. a. skiljer sig andelen patienter som genomgår primärkirurgi mellan regionerna vilket gör att det finns risk för selektionsbias.



Figur 2.19: Andel patienter som har opererats till makroskopisk tumörfrihet per region (Urval: Epitelial ovarialcancer, primäropererade och FIGO-stadium IIIC)



Figur 2.20: Andel patienter som har opererats till makroskopisk tumörfrihet per diagnosår (Urval: Epitelial ovarialcancer, primäropererade och FIGO-stadium IIIC)

2.17 Responsbedömning

Responsbedömning utförs i samband med avslutande av behandling. Det finns en registrering av om man vid inledningen av icke-kirurgiska behandlingen har mätbar/evaluerbar tumor. Urvalet i tabell 2.14 avser patienter som behandlats med kemoterapi eller kombinationer av kirurgi och kemoterapi. Här innefattas även patienter som inte haft mätbar/evaluerbar tumör vid starten av kemoterapi. Dessa kommer, om tumörprogress inte inträffar att hamna i kategorin NED. Ovarialcancer är en kemoterapikänslig sjukdom med relativt liten andel som inte svarar primärt på behandlingen.

Tabell 2.14: Tumörrespons efter primärbehandling. (Urval: ovarial-, tubar- eller peritonealcancer med FIGO-stadium II-IV som behandlats med kemoterapi enbart, kirurgi + kemoterapi, Neoadjuvant kemoterapi + kirurgi +/- kemoterapi.)

Tumörrespons efter primärbehandling	Antal	Andel
Ej bedömbart	16	1 %
Komplett respons (CR)/NED (No evidence of disease)	775	68 %
Partiell respons (PR, ≥ 30 procent krympning)	200	18 %
Progressiv sjukdom (PD, ≥ 20 procent storleksökning)	85	8 %
Stabil sjukdom (SD, <30 procent krympning eller <20 procent storleksökning)	57	5 %
(all)	1133	100 %

Tabell 2.15: Tumörrespons efter primärbehandling. (Urval: ovarial-, tubar- eller peritonealcancer med FIGO-stadium II-IV som behandlats med kemoterapi enbart, kirurgi + kemoterapi, Neoadjuvant kemoterapi + kirurgi +/- kemoterapi. med mät-/evaluerbar tumörmanifestation eller CA125-förhöjning)

Tumörrespons efter primärbehandling	Antal	Andel
Ej bedömbart	14	2 %
Komplett respons (CR)/NED (No evidence of disease)	520	61 %
Partiell respons (PR, ≥ 30 procent krympning)	187	22 %
Progressiv sjukdom (PD, ≥ 20 procent storleksökning)	75	9 %
Stabil sjukdom (SD, <30 procent krympning eller <20 procent storleksökning)	56	7 %
(all)	852	101 %

2.18 Dödsorsak

Som framgår av redovisningen av “interna täckningsgraden” (Figur 2.6) finns betydande bortfall vad gäller uppföljningsregistreringen. Registret får också information från befolkningsregistret. I registret finns 704 dödsfall registrerade, varav 47 med okänd dödsorsak. Enligt befolkningsregistret har 764 patienter avlidit.

Behandling av ovarialcancer är associerat med mycket avancerad tumörkirurgi och medikamentell behandling med kända risker för allvarliga komplikationer och mortalitet. Behandlingsrelaterad mortalitet på 4% är i linje med vad som rapporteras från större internationella cancercentra.

Tabell 2.16: Registrering av dödsorsak för patienter med registrerade dödsdatum

Dödsorsak	Antal	Andel
Annan malignitet	8	1 %
Annan orsak ej relaterad till malignitet	29	4 %
Behandlingskomplikation	27	4 %
Cancersjukdomen	593	84 %
Okänd	47	7 %
(all)	704	100 %



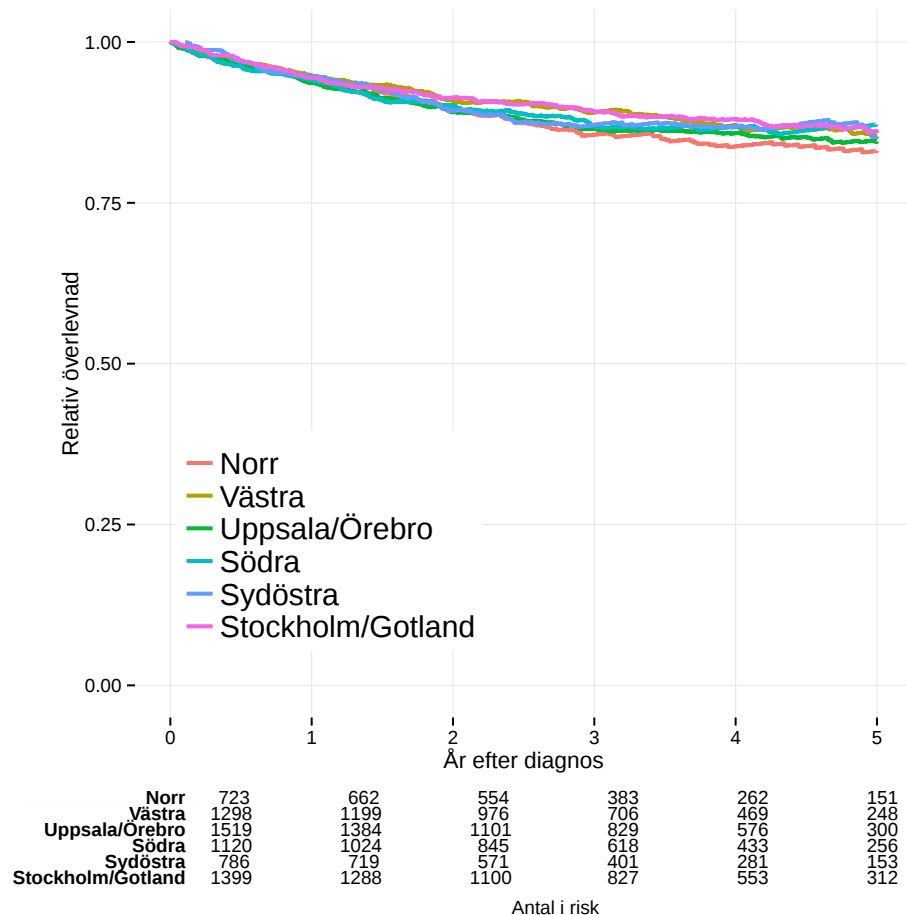
3.1 Bakgrund

Registret startade 2010-01-01. I registret ingår maligna tillstånd i uterus, både carcinom och sarcom. Se registrets hemsida¹ för fullständiga inklusionskriterier samt avsnitt 3.6 för fördelningen på olika morfologiska typer.

¹http://www.cancercentrum.se/Global/RCC%20Samverkan/Dokument/V%C3%A5rdprogram/NatVP_EndometRICancer_nov2011.pdf

3.2 Relativ överlevnad

Den relativa överlevnaden för corpuscancer framkommer av figur 3.1 uppdelat på regional nivå. Den 1-års relativa överlevnaden för patienter med corpuscancer i riket är 94% medan den 5-års relativa överlevnaden är 85%. De regionala skillnaderna beror sannolikt på slumpen vilket återspeglas av överlappande konfidensintervall. Tolkningen av regionala skillnaderna skall göras med försiktighet då de utöver behandling kan vara beroende av flera faktorer, såsom diagnosfördelning och stadiefördelning.



Figur 3.1: Relativ överlevnad för corpuscancer (Urval: Carcinom, diagnosår 2008-2012).

Region	1-år	95% CI	5-år	95% CI
1 Norra	93.9%	91.9% - 96%	83.1%	78.8% - 87.6%
2 Västra	94.7%	93.3% - 96.2%	85.2%	81.8% - 88.8%
3 Uppsala/Örebro	93.6%	92.2% - 95.1%	84.5%	81.5% - 87.6%
4 Södra	94.1%	92.4% - 95.8%	87.2%	83.9% - 90.7%
5 Sydöstra	94.6%	92.7% - 96.6%	85.3%	80.9% - 90%
6 Stockholm/Gotland	94.4%	93% - 95.9%	85.9%	82.7% - 89.2%

Tabell 3.1: 1- och 5-års relativ överlevnad för corpuscancer per region med 95% konfidensintervall (Urval: Carcinom, diagnosår 2008-2012)

3.3 Täckningsgrad

Corpusregistrets täckningsgrad framkommer av tabell 3.2 men redovisas också grafiskt i vänstra delen av figur 3.2. Definitionen av täckningsgrad baseras på registrets inklusionskriterier, vilka finns tillgängliga på registrets hemsida².

Region	2010	2011	2012	2013
Sthlm/Gotland	100 % (299/300)	90 % (251/280)	85 % (223/263)	50 % (125/250)
Uppsala/Örebro	99 % (321/324)	99 % (337/339)	99 % (337/341)	96 % (354/369)
Sydöstra	100 % (170/170)	100 % (164/164)	99 % (197/199)	99 % (145/146)
Syd	99 % (229/232)	96 % (246/255)	60 % (143/239)	80 % (192/239)
Väst	100 % (272/272)	100 % (311/311)	100 % (290/290)	100 % (287/287)
Norr	100 % (151/151)	100 % (175/175)	99 % (137/139)	96 % (181/188)

Tabell 3.2: Täckningsgrad för corpuscancer.

3.4 Antal registrerade blanketter

Antal registrerade blanketter redovisas på följande sidor (till höger i respektive figur). För varje blankett framkommer också den ”interna täckningsgraden” (i figurernas vänstra del).³

Registret har följande nationella blanketter⁴:

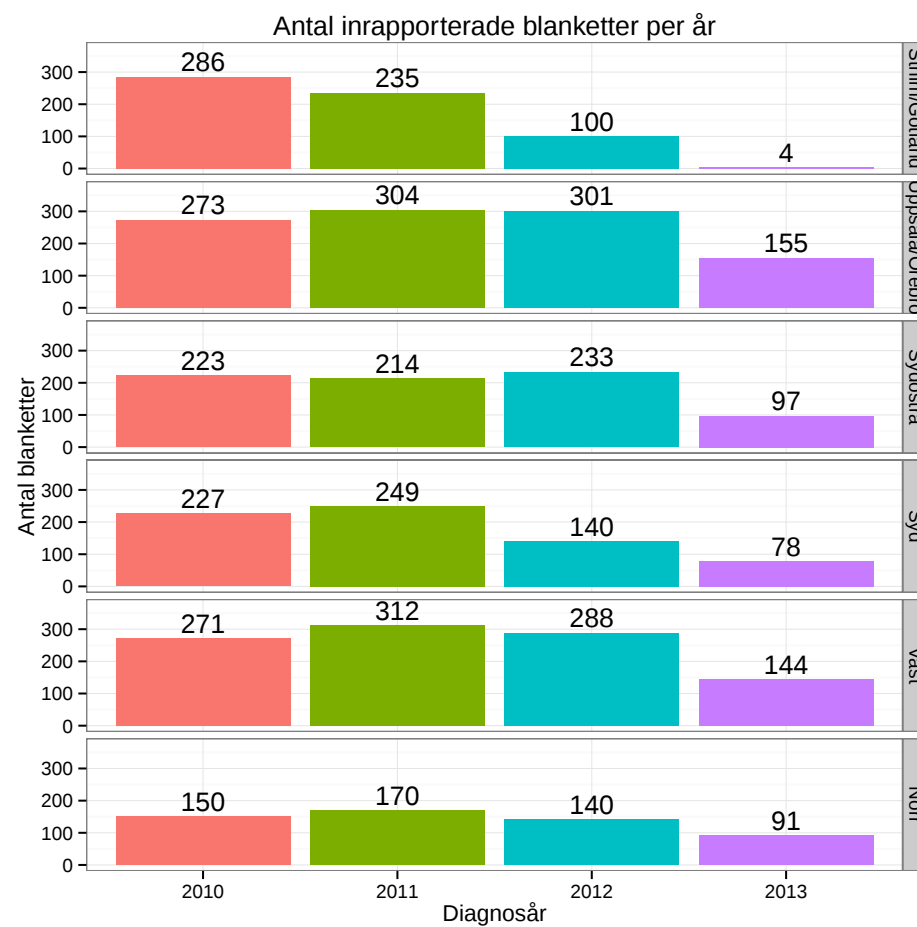
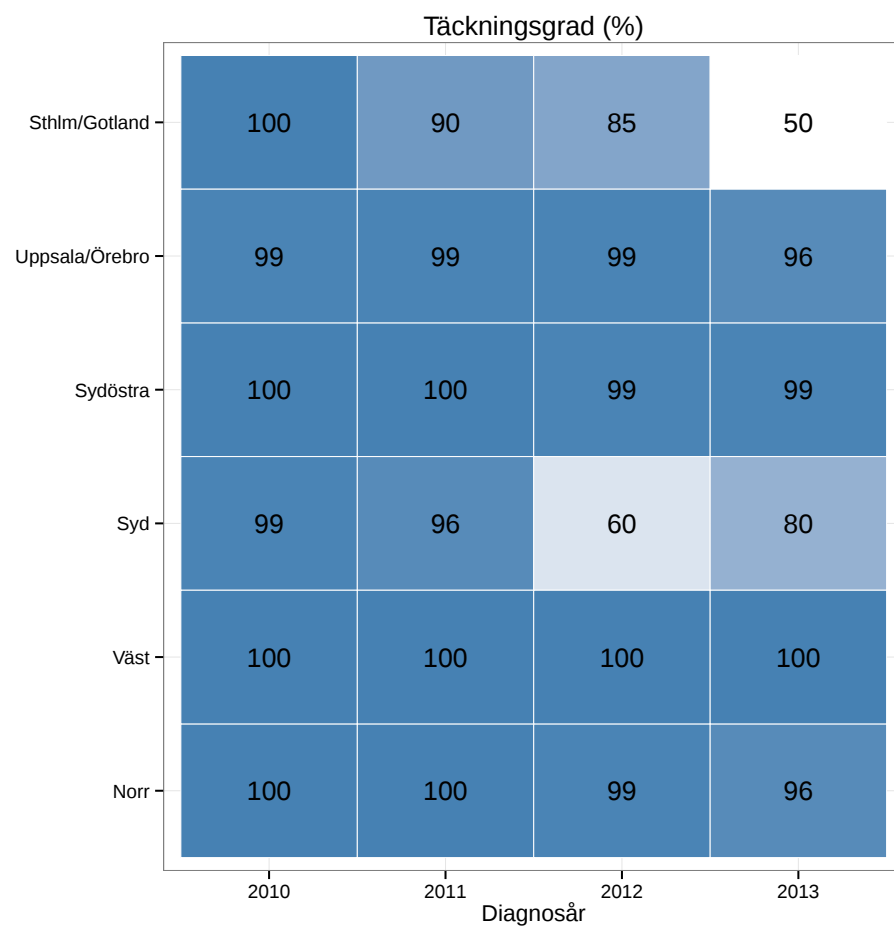
1. Anmälan (se figur 3.2)
2. Kirurgisk behandling (se figur 3.3)
3. Avslutad primärbehandling (se figur 3.4)
4. Icke-kirurgisk återbehandling (se figur 3.5)
5. Uppföljning (se figur 3.6)

²www.cancercentrum.se/INCA/kvalitetsregister/gyn/

³För anmälningsblanketten är den redovisade täckningsgraden relaterad till cancerregistret.

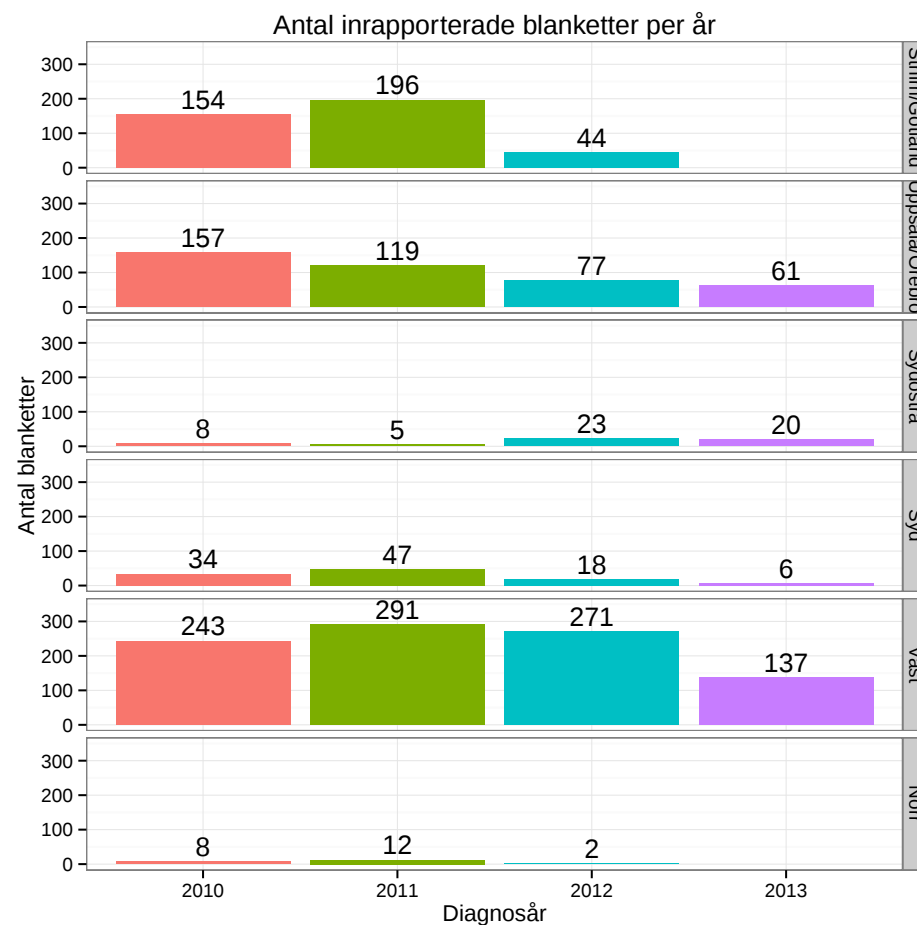
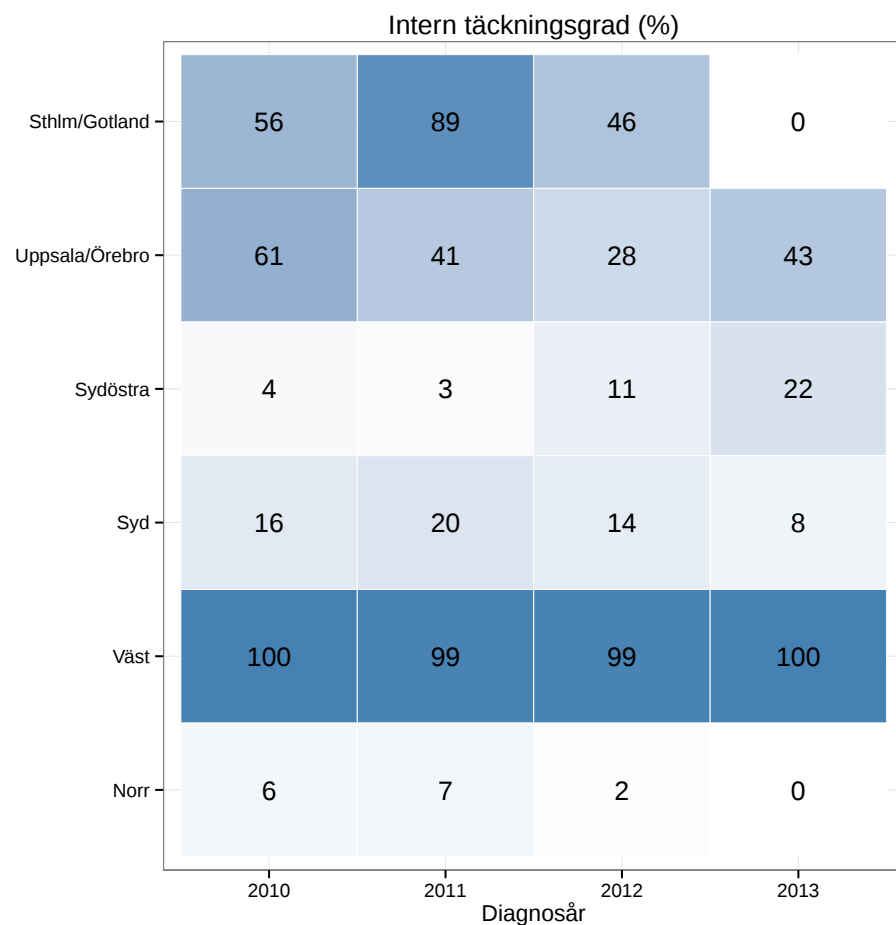
⁴I region Väst finns därutöver också en kirurgisk komplikationsregistrering

Blankett 1: Anmälan



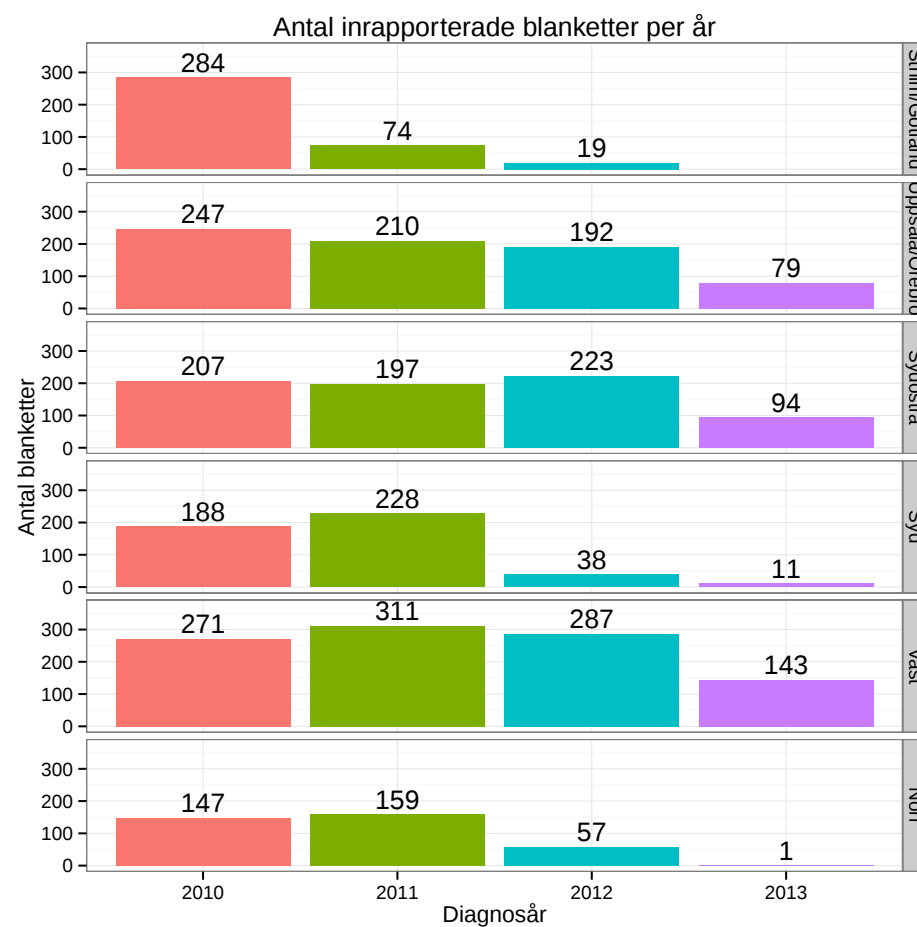
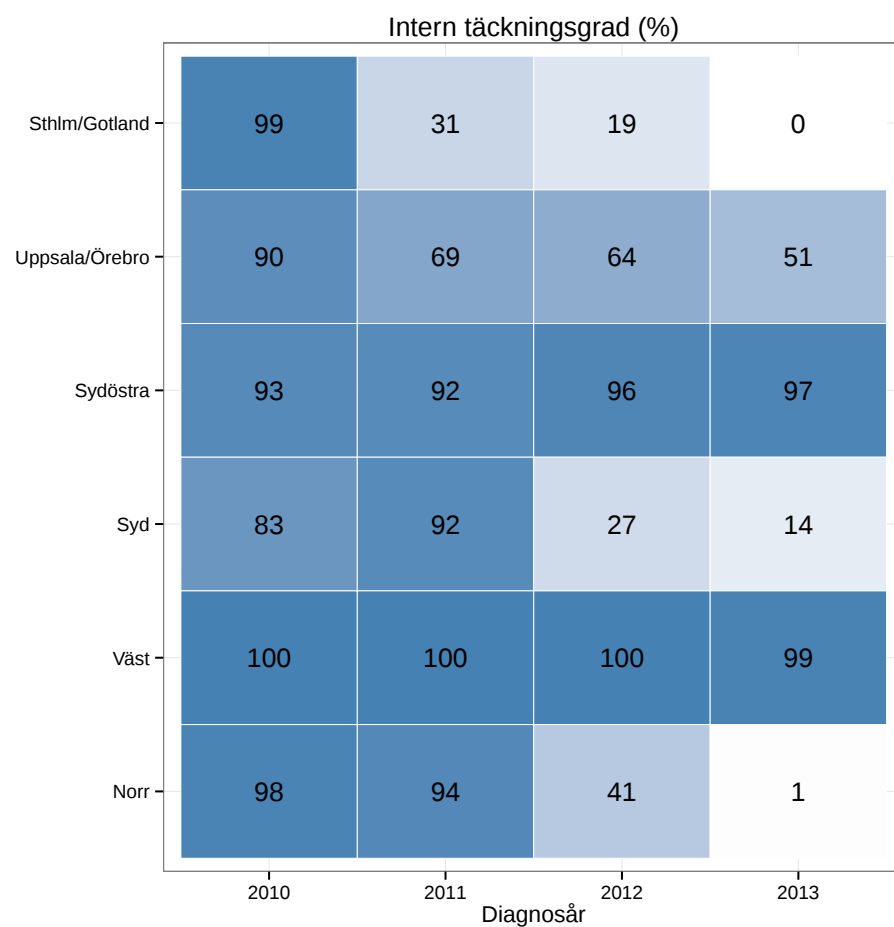
Figur 3.2: Täckningsgrad (procent) för kvalitetsregisteranmälan mot cancerregistret (t.v.) samt antal registrerade anmälningsblanketter per region och år (t.h.).

Blankett 2: Kirurgisk behandling



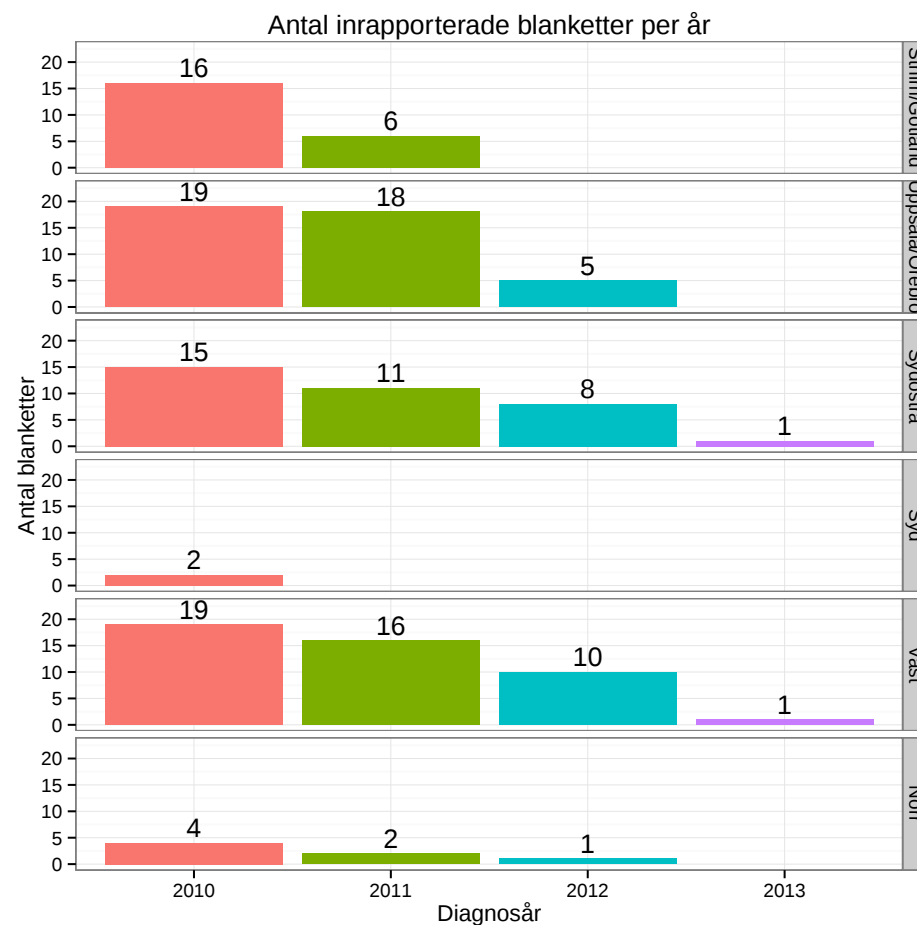
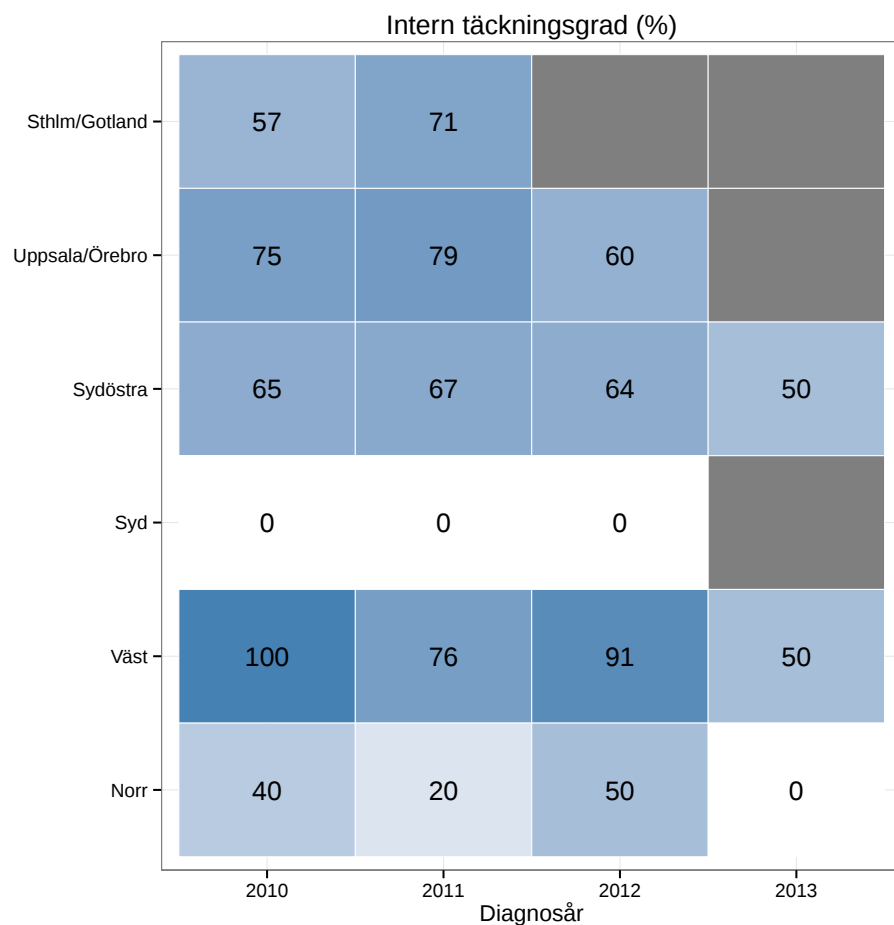
Figur 3.3: Intern täckningsgrad (procent för kirurgiblankett mot kvalitetsregisteranmälda som enligt anmälan kan ha behandlats med kirurgi (t.v.) samt antal registrerade kirurgiblanketter per region och år (t.h.). Se även avsnitt 1.4. om dataöverföring

Blankett 3: Avslutad primärbehandling



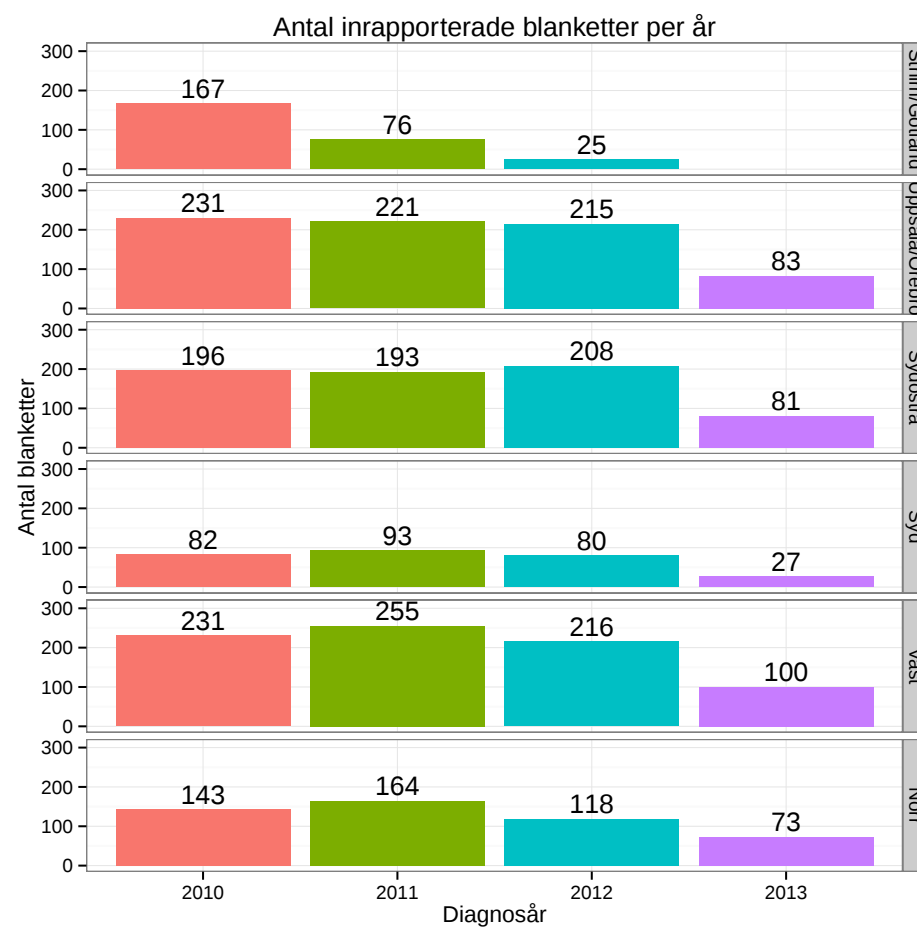
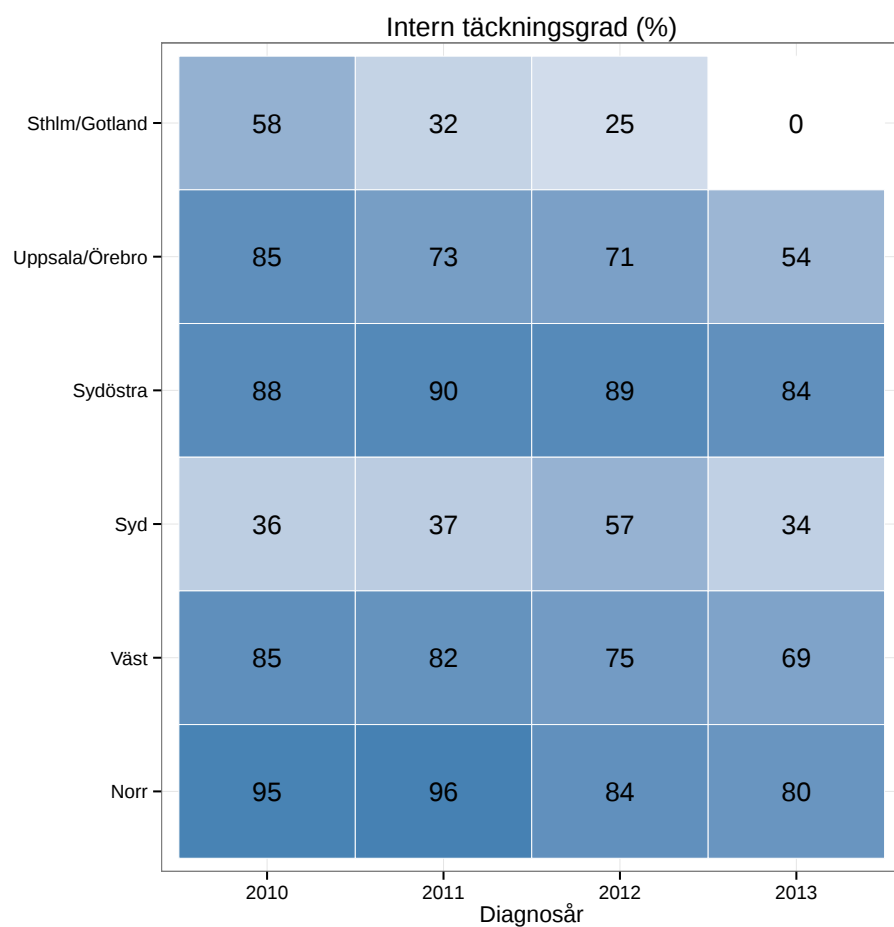
Figur 3.4: Intern täckningsgrad (procent) för primärbehandlingsblankett mot kvalitetsregisteranmälda (t.v.) samt antal registrerade primärbehandlingsblanketter per region och år (t.h.).

Blankett 4: Återbehandling



Figur 3.5: Intern täckningsgrad (procent) för återbehandlingsblankett mot kvalitetsregisteranmälda som enligt uppföljning kan ha fått recidiv (t.v.). Finns ingen indikation på recidivfall markeras detta genom utelämnad täckningsgradsruta. Antal registrerade återbehandlingsblanketter per region och år (t.h.). Om det finns inrapporterade recidivblanketter men den interna täckningsgraden ändå är noll tyder detta på att recidivdatum i uppföljningsblanketten saknas (trots att recidivanmälan finns).

Blankett 5: Uppföljning



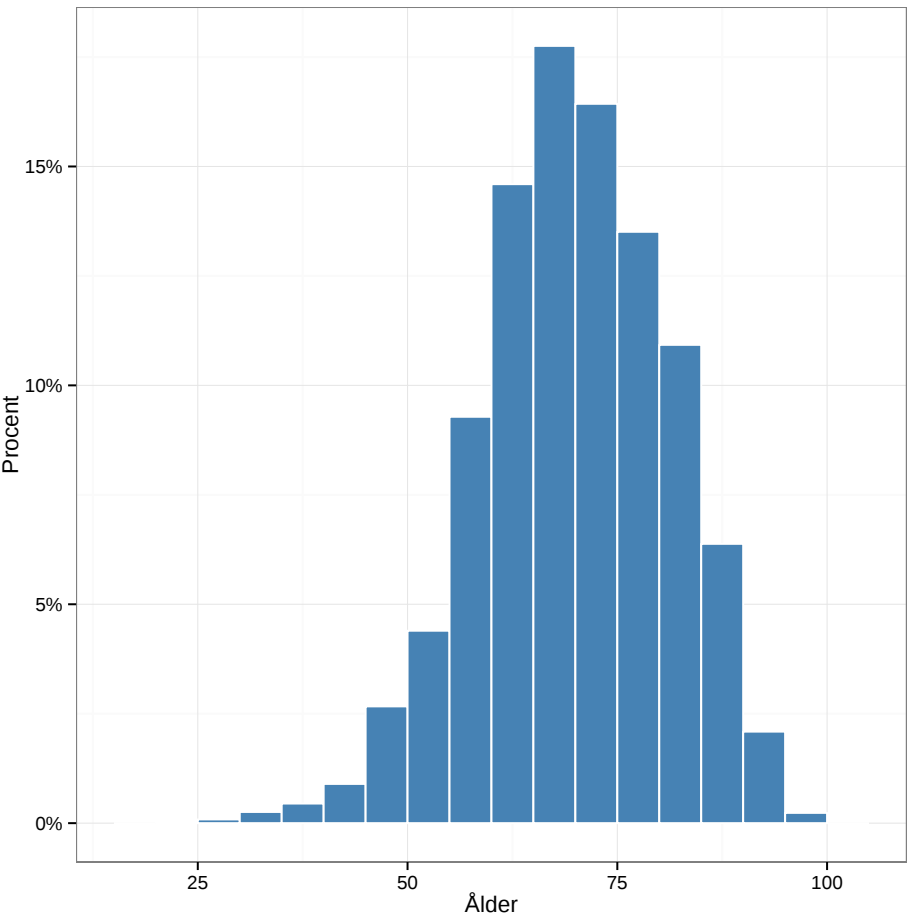
Figur 3.6: Intern täckningsgrad (procent) för uppföljningsblankett mot kvalitetsregisteranmälda (t.v.) samt antal registrerade uppföljningsblanketter per region och år (t.h.).

3.5 Åldersfördelning

Åldersfördelning för samtliga fall i registret framkommer på nationell nivå av figur 3.7 samt på regional nivå av tabell 3.3. (Registrets inklusionskriterier anger att enbart patienter från 18 år och uppåt registreras.)

Medianåldern för kvinnor som diagnostiseras med corpuscancer i riket är 69 år.

Riket



Figur 3.7: Åldersfördelning för samtliga corpuscancerfall i registret.

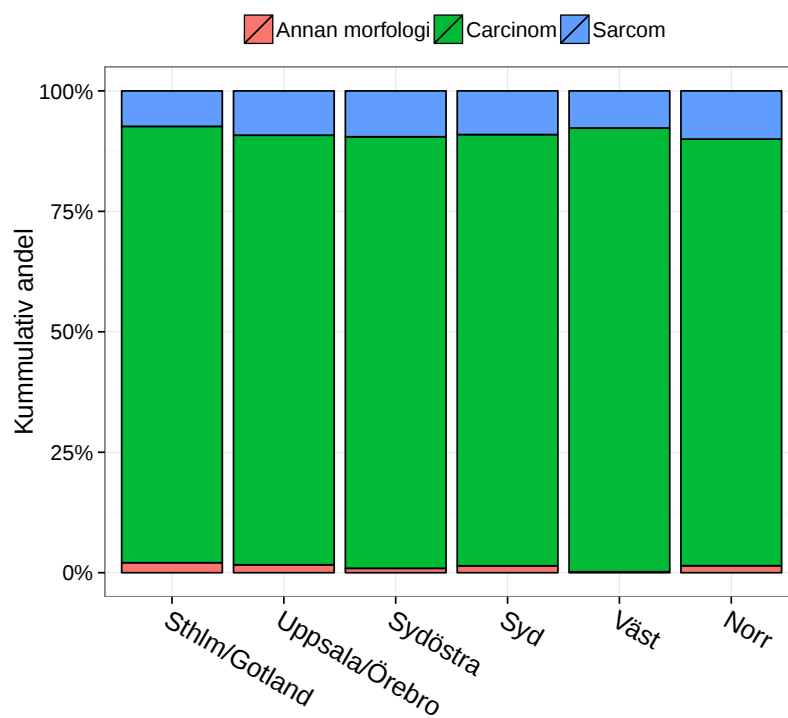
Region		Median	Minimum	Maximum
1	Sthlm/Gotland	70	30	95
2	Uppsala/Örebro	70	25	98
3	Sydöstra	70	30	96
4	Syd	69	24	96
5	Väst	69	26	94
6	Norr	69	24	95

Tabell 3.3: Median-, minimum- och maximumålder per region

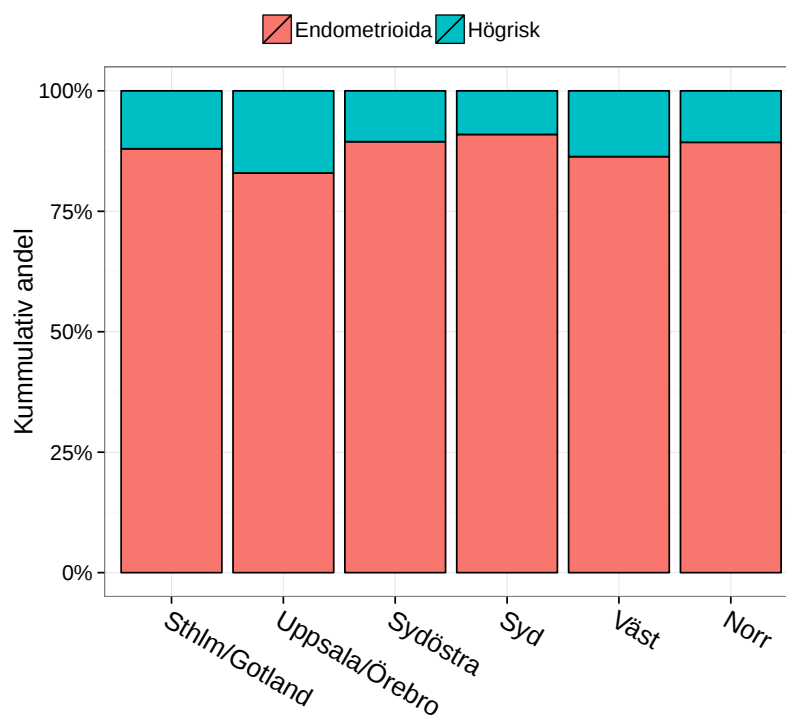
3.6 Morfologi

Tabell 3.4: Antal (och andel i procent) diagnostiserade fall per morfologi och diagnosår (Urval: Samtliga fall i registret).

Morfologi	2010	2011	2012	2013	(all)
Carcinom	1271 (89)	1334 (90)	1103 (92)	508 (89)	4216 (90)
Carcinosarcom	66 (5)	65 (4)	41 (3)	35 (6)	207 (4)
Leiomyosarcom	29 (2)	25 (2)	26 (2)	15 (3)	95 (2)
Stromacellssarcom	11 (1)	17 (1)	10 (1)	3 (1)	41 (1)
Adenosarcom	30 (2)	16 (1)	15 (1)	6 (1)	67 (1)
Annat sarcom	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (0)	1 (0)
Annan morfologi	23 (2)	26 (2)	6 (0)	2 (0)	57 (1)
(all)	1430 (100)	1483 (100)	1201 (100)	570 (100)	4684 (100)



Figur 3.8: Fördelning mellan lågriskfall (endometrioida, adenocarcinom) och högriskhistologi (serös/klarcellig adenocarcinom eller carcinosarkom) (Urval: carcinom).



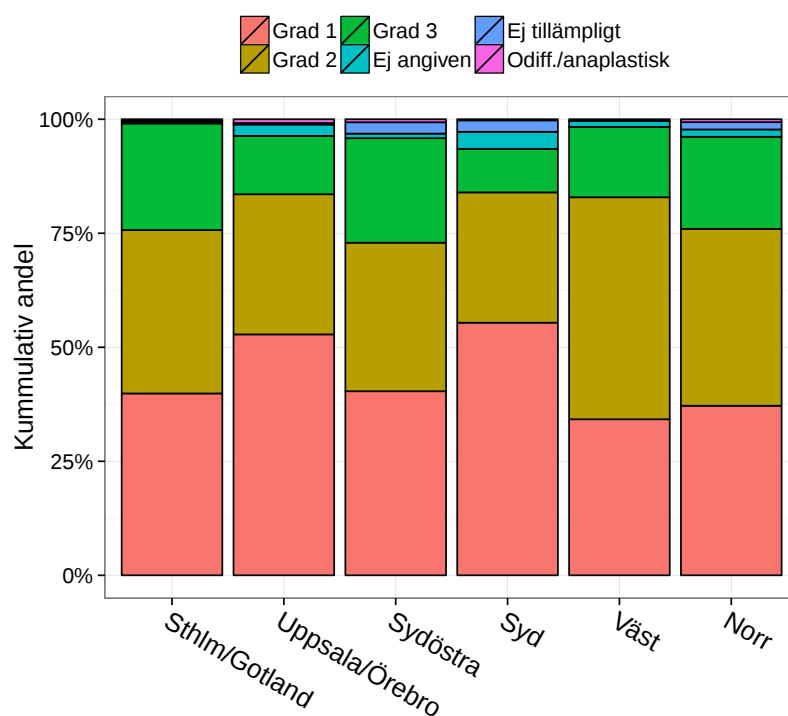
Figur 3.9: Fördelning mellan endometrioida, adenocarcinom, högriskhistologi (serös/klarcellig adenocarcinom eller carsinosarkom) samt övrig morfologi per region (Urval: Samtliga fall i registret).

3.7 Differentieringsgrad

Fördelningen av differentieringsgrad för endometroida adenocarcinom framkommer av tabell 3.5 och illustreras i figur 3.10. Differentieringsgraden anges enligt FIGO och är en stark prognostisk faktor.

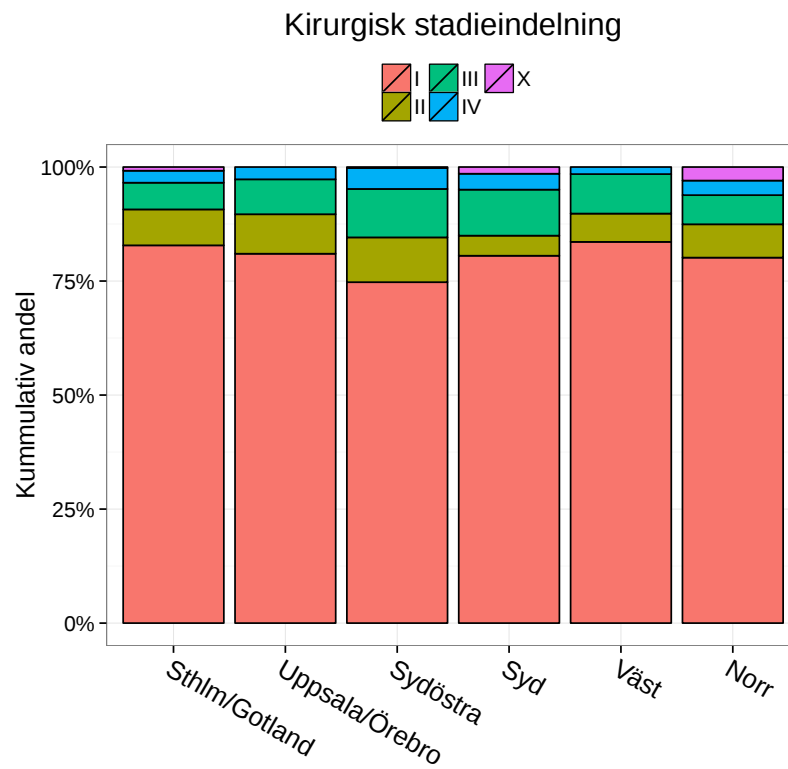
Tabell 3.5: Fördelning av differentieringsgrad (Urval: Endometroida adenocarcinom).

Differentieringsgrad	Sth/G	Up/Ö	Sydö	Syd	Väst	Norr	(all)
Grad 1	128 (40)	318 (53)	243 (40)	221 (55)	284 (34)	116 (37)	1310 (43)
Grad 2	115 (36)	185 (31)	196 (33)	114 (29)	404 (49)	121 (39)	1135 (37)
Grad 3	75 (23)	77 (13)	138 (23)	38 (10)	128 (15)	63 (20)	519 (17)
Ej angiven	1 (0)	15 (2)	6 (1)	15 (4)	11 (1)	5 (2)	53 (2)
Ej tillämpligt	1 (0)	2 (0)	15 (2)	10 (3)	3 (0)	5 (2)	36 (1)
Odiff./anaplastisk	1 (0)	5 (1)	4 (1)	1 (0)	0 (0)	2 (1)	13 (0)
(all)	321 (100)	602 (100)	602 (100)	399 (100)	830 (100)	312 (100)	3066 (100)



Figur 3.10: Fördelning av differentieringsgrad (Urval: Endometroida adenocarcinom)

3.8 Stadiefördelning

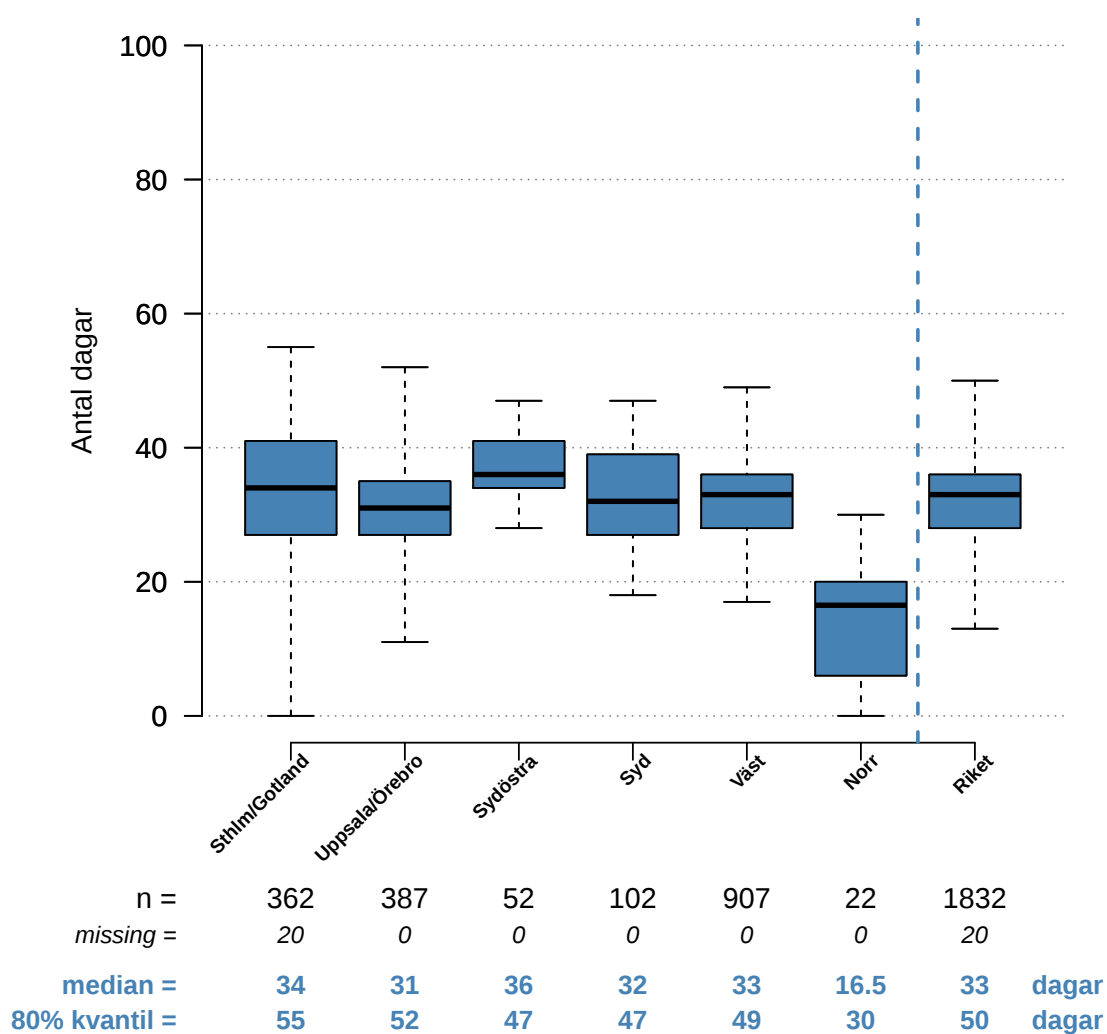


Figur 3.11: Fördelning av FIGO-stadium för endometriecarcinom.

3.9 Ledtider

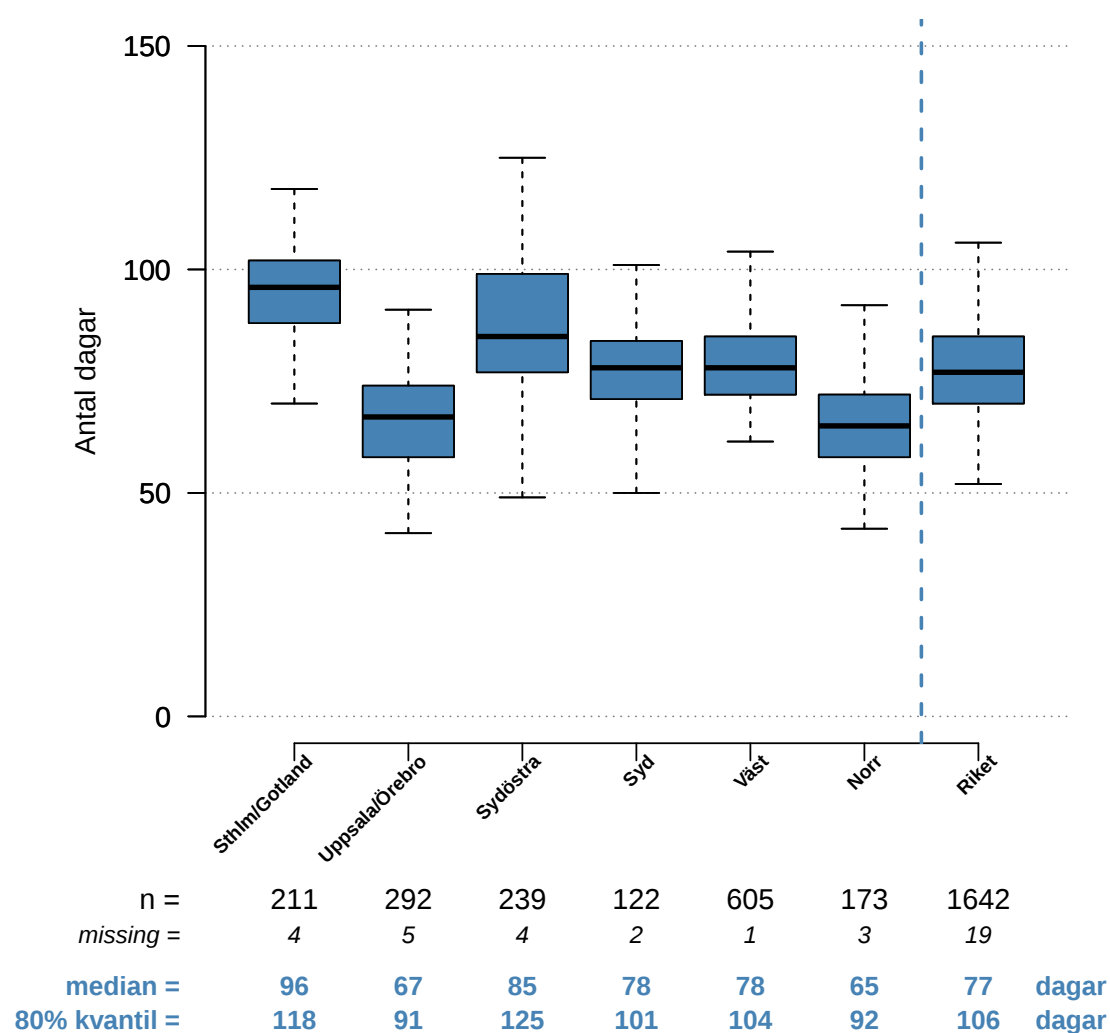
Region Norr och Stockholm/Gotlandsregionen har hög andel patienter, där man angivit operationsdatum som diagnosdatum. Detta är sannolikt ett registreringsfel. Se även stycken om fördröjt dataöverföring i avsnitt 1.4.

Tid från diagnos till primärkirurgi



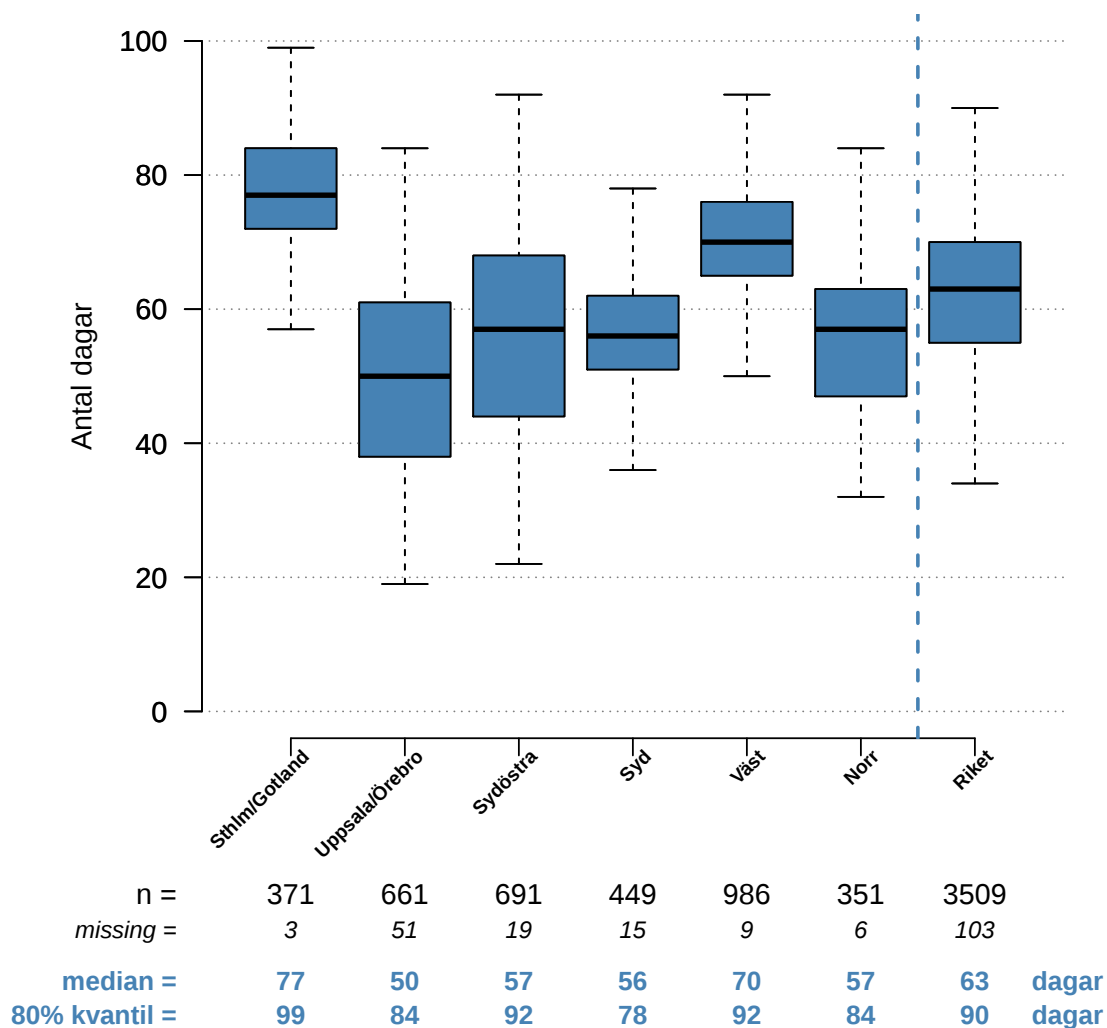
Figur 3.12: Tid från diagnos till primäroperation (Urval: ifylld kirurgiblankett)

Tid från diagnos till start av icke-kirurgisk behandling



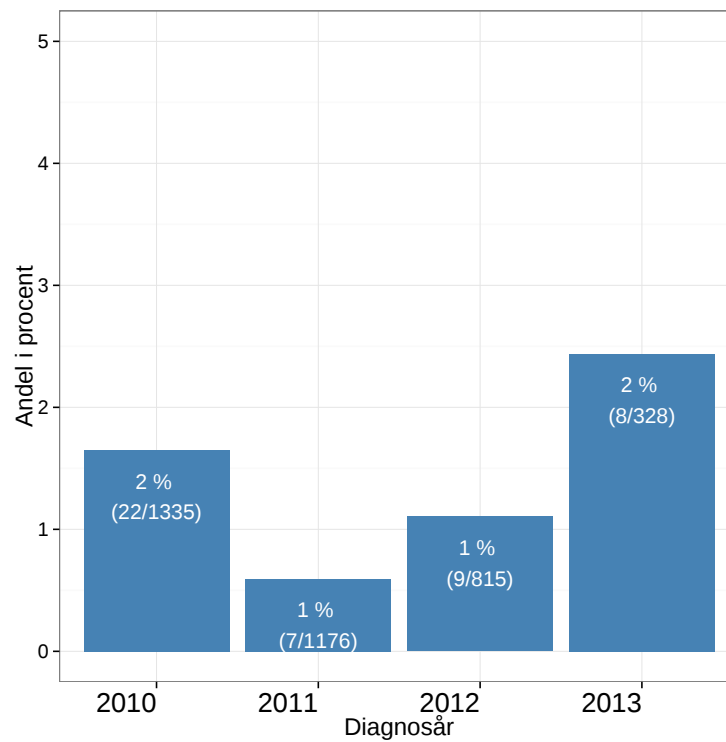
Figur 3.13: Tid från diagnos till start av icke kirurgisk primärbehandling (Urval: Ifylld datum för kemoterapi, radioterapi eller endokrin antitumoral terapi)

Tid från diagnos till patientinformation om onkologisk behandling



Figur 3.14: Tid från diagnos till patientinformation om onkologisk behandling (Urval: Ifylld primärbehandlingsblankett).

3.10 Deltagande i kliniska behandlingsstudier



Figur 3.15: Andel patienter i kliniska behandlingsstudier per år (Urval: Ifylld information om kliniska behandlingsstudier på primärbehandlingsblanketten)

3.11 Primärbehandling

Tabell 3.6: Antal och andel primärbehandlade patienter per region (Urval: Endometriecarcinom och ifylld primärbehandlingsblankett)

Prim.beh.	Sth/G	Up/Ö	Sydö	Syd	Väst	Norr	(all)
Adjuvant hormonell behandling	1 (0)	7 (1)	5 (1)	6 (2)	3 (0)	1 (0)	23 (1)
Annan behandling	8 (2)	27 (5)	16 (3)	13 (3)	22 (3)	4 (1)	90 (3)
Behandling ej indicerad	0 (0)	19 (3)	4 (1)	18 (5)	1 (0)	0 (0)	42 (1)
Ej behandl pga dåligt AT	3 (1)	12 (2)	11 (2)	11 (3)	19 (2)	13 (4)	69 (2)
Ej behandl pga pats önskan	4 (1)	4 (1)	5 (1)	10 (3)	8 (1)	6 (2)	37 (1)
Kirurgi + kemoterapi	10 (3)	25 (4)	57 (10)	55 (14)	23 (3)	27 (9)	197 (7)
Kirurgi + kemoterapi + radioterapi	36 (11)	59 (10)	59 (10)	15 (4)	144 (17)	56 (18)	369 (12)
Kirurgi + radioterapi	113 (35)	73 (13)	18 (3)	2 (1)	252 (31)	47 (15)	505 (17)
Kirurgi enbart	143 (45)	335 (59)	403 (68)	268 (67)	338 (41)	157 (50)	1644 (54)
Preoperativ radioterapi + kirurgi	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (0)	0 (0)	1 (0)
Radioterapi enbart	3 (1)	7 (1)	15 (3)	1 (0)	15 (2)	3 (1)	44 (1)
(all)	321 (100)	568 (100)	593 (100)	399 (100)	826 (100)	314 (100)	3021 (100)

Åldersindeldad primärbehandling

Hur patienter behandlats framkommer för de med ålder vid diagnos lägre än 80 år av tabell 3.7 och för de med ålder 80 år eller äldre i tabell 3.8.

Kirurgi kan ha givits som enda behandling eller i kombination med annan behandling. Hur detta fördelar sig framkommer i vänstra delen av figur 3.17. De patienter som där behandlats med "Kirurgi +" har i sin tur fått olika behandlingar, vilket framkommer i mer detalj av figurens högra del.

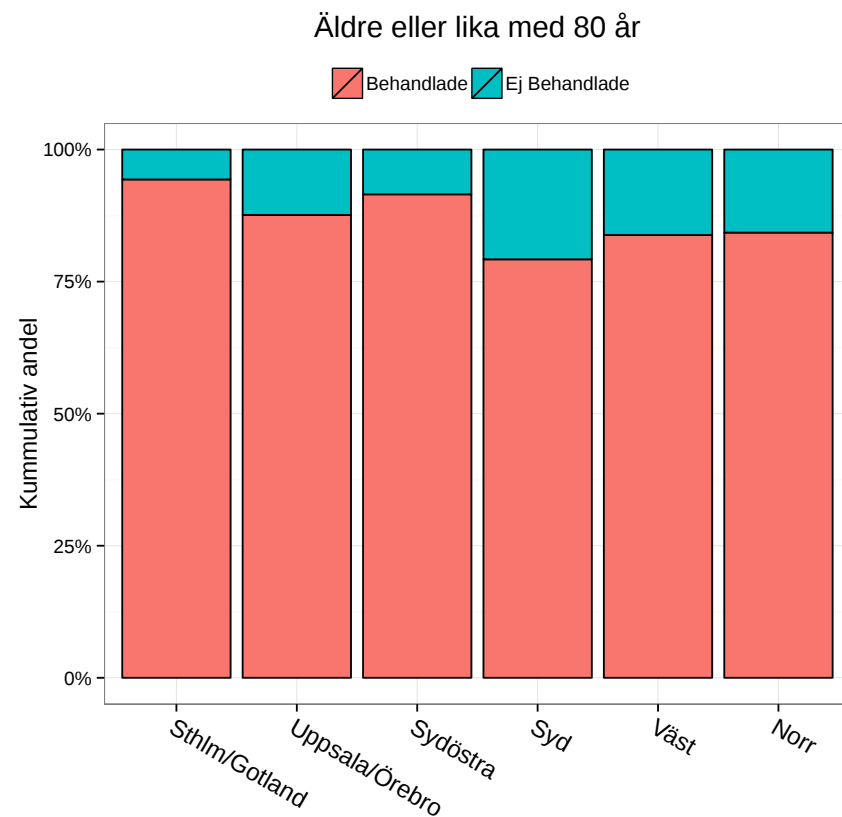
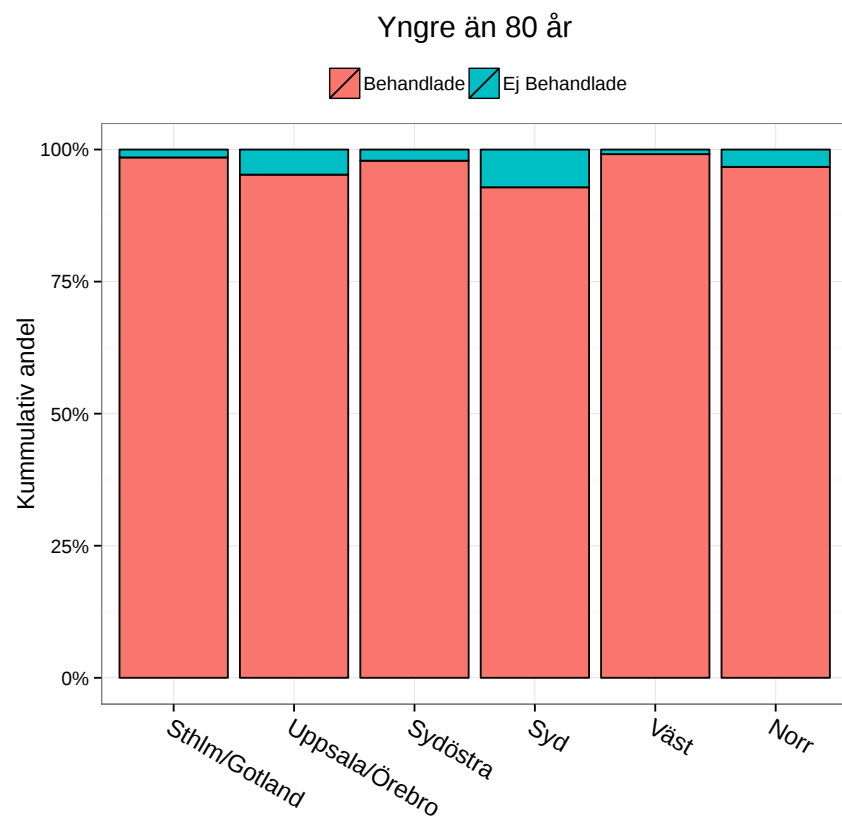
Tabell 3.7: Antal och andel primärbehandlade patienter per region (Urval: endometriecarcinom och ålder vid diagnos mindre än 80)

Prim.beh.	Sth/G	Up/Ö	Sydö	Syd	Väst	Norr	(all)
Adjuvant hormonell behandling	0 (0)	0 (0)	1 (0)	2 (1)	0 (0)	0 (0)	3 (0)
Annan behandling	2 (1)	18 (4)	7 (1)	9 (3)	17 (2)	2 (1)	55 (2)
Behandling ej indicerad	0 (0)	17 (4)	1 (0)	17 (5)	0 (0)	0 (0)	35 (1)
Ej behandl pga dåligt AT	2 (1)	5 (1)	7 (1)	5 (2)	4 (1)	5 (2)	28 (1)
Ej behandl pga pats önskan	2 (1)	0 (0)	2 (0)	1 (0)	2 (0)	3 (1)	10 (0)
Kirurgi + kemoterapi	10 (4)	23 (5)	48 (10)	50 (16)	19 (3)	16 (7)	166 (7)
Kirurgi + kemoterapi + radioterapi	36 (13)	59 (13)	57 (12)	15 (5)	133 (19)	52 (21)	352 (14)
Kirurgi + radioterapi	92 (34)	56 (12)	15 (3)	1 (0)	224 (32)	44 (18)	432 (18)
Kirurgi enbart	123 (46)	279 (60)	330 (69)	222 (69)	284 (41)	121 (50)	1359 (55)
Radioterapi enbart	1 (0)	6 (1)	7 (1)	0 (0)	7 (1)	1 (0)	22 (1)
(all)	268 (100)	463 (100)	475 (100)	322 (100)	690 (100)	244 (100)	2462 (100)

Tabell 3.8: Antal och andel primärbehandlade patienter per region (Urval: endometriecarcinom och ålder vid diagnos 80 år eller äldre)

Prim.beh.	Sth/G	Up/Ö	Sydö	Syd	Väst	Norr	(all)
Adjuvant hormonell behandling	1 (2)	7 (7)	4 (3)	4 (5)	3 (2)	1 (1)	20 (4)
Annan behandling	6 (11)	9 (9)	9 (8)	4 (5)	5 (4)	2 (3)	35 (6)
Behandling ej indicerad	0 (0)	2 (2)	3 (3)	1 (1)	1 (1)	0 (0)	7 (1)
Ej behandl pga dåligt AT	1 (2)	7 (7)	4 (3)	6 (8)	15 (11)	8 (11)	41 (7)
Ej behandl pga pats önskan	2 (4)	4 (4)	3 (3)	9 (12)	6 (4)	3 (4)	27 (5)
Kirurgi + kemoterapi	0 (0)	2 (2)	9 (8)	5 (6)	4 (3)	11 (16)	31 (6)
Kirurgi + kemoterapi + radioterapi	0 (0)	0 (0)	2 (2)	0 (0)	11 (8)	4 (6)	17 (3)
Kirurgi + radioterapi	21 (40)	17 (16)	3 (3)	1 (1)	28 (21)	3 (4)	73 (13)
Kirurgi enbart	20 (38)	56 (53)	73 (62)	46 (60)	54 (40)	36 (51)	285 (51)
Preoperativ radioterapi + kirurgi	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (1)	0 (0)	1 (0)
Radioterapi enbart	2 (4)	1 (1)	8 (7)	1 (1)	8 (6)	2 (3)	22 (4)
(all)	53 (100)	105 (100)	118 (100)	77 (100)	136 (100)	70 (100)	559 (100)

Andel behandlade

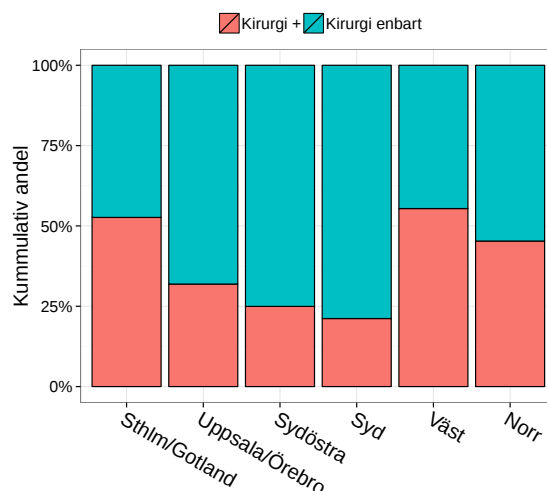


Figur 3.16: Andel behandlade för åldersgrupper <80 år samt ≥80 år (Urval: Endometriecarcinom och ifylld primärbehandlingsblankett)

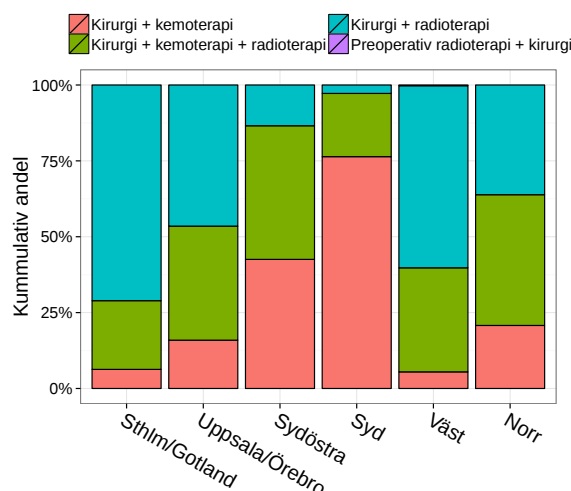
Fördelning av kirurgisk behandling

Historiskt har behandlingen av corpuscancer varierat kraftigt över inom landet. Detta gäller också internationellt. Nedanstående figurer återspeglar till största delen förhållandena före implementeringen av det *Nationella Vårdprogrammet för Endometriecancer*⁵ som publicerades 2011. Införandet av behandlingsrutinerna som föreskrivs i vårdprogrammet har införts i varierande takt i de olika regionerna.

I figur 3.17 visar att andelen patienter som behandlas med enbart kirurgi varierar från ca 50% till 75% beroende på sjukvårdsregion. I figur 3.18 visar likaså stor variation i typ av behandling för de patienter som får ytterligare behandling utöver kirurgi.



Figur 3.17: Fördelning mellan enbart kirurgi och kirurgi i kombination med annan primärbehandling för patienter med endometriecarcinom som fått kirurgi (Urval: Endometriecarcinom och erhållit kirurgi)

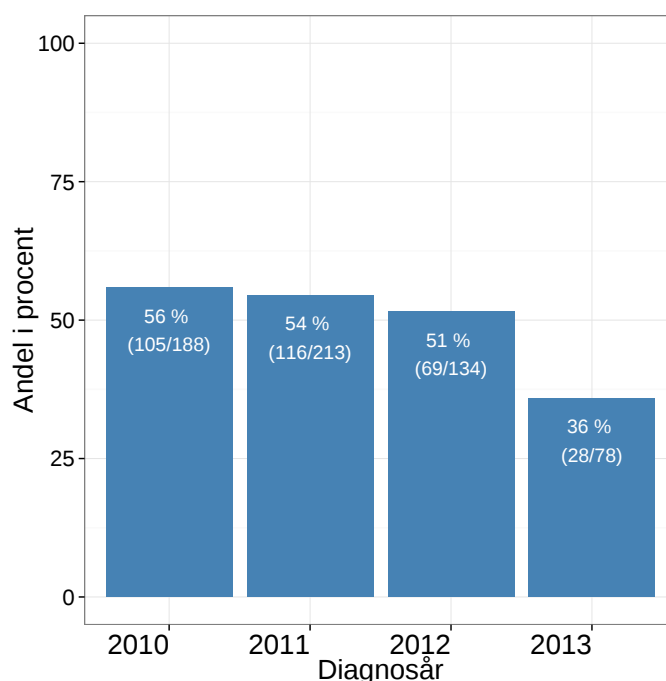


Figur 3.18: Fördelning inom den grupp som fått kirurgi + ytterligare behandling.(Urval: Endometriecarcinom och erhållit kirurgi i kombination med annan behandling)

⁵http://www.cancercentrum.se/Global/RCC%20Samverkan/Dokument/V%C3%A5rdprogram/NatVP_Endometriecancer_nov2011.pdf

3.12 Medverkan av erfaren tumörkirurg

I figur 3.19 visas andel operationer med medverkan av erfaren tumörkirurg per år för patienter som bedömts som preoperativ högrisk (se avsnitt 1.4). Möjligen siffrorna ändras när fullständig import från Gynopregistret utförts, se avsnitt 3.13.



Figur 3.19: Andel operationer med medverkan av erfaren tumörkirurg (operatör som utfört minst 25 Wertheimoperationer eller med subspecialitet inom gynekologisk tumörkirurgi). (Urval: Primäroperation med kurativ intention, ifylld kirurgiblankett och preoperativ högrisk.).

3.13 Preoperativ högrisk

Preoperativt klassificeras patienter som högrisk om en eller flera av följande faktorer finns: non-endometrioid histologi, FIGO grad 3 eller non-diploidi). I kvalitetsregistret registreras inte hur patienten klassificerats preoperativt, varför denna klassificering utförts med ledning av registreringen av ovanstående faktorer. För enstaka patienter kan histologi eller FIGO grad ändrats vid undersökning av operationspreparatet.

Tabell 3.9: Preoperativ högrisk för patienter som är opererade primärt eller explorativt (Urval: Primäroperation eller explorativ och kurativ intention).

Högrisk	Antal	Andel
Ej högrisk	1164	65 %
Högrisk	616	35 %
(all)	1780	100 %

3.14 Morfologiskt verifierade metastatiska lymfkörtlar

Av tabell 3.10 framkommer fördelning av morfologiskt verifierade metastatiska lymfkörtlar för preoperativ högrisk- och icke preoperativ högriskpatienter. Avser patienter som fått primär eller explorativ kirurgi.

Tabell 3.10: Morfologiskt verifierade positiva lymfkörtlar korstabulerat mot högrisk/ej högrisk för patienter som fått primär eller explorativ kirurgi (Urval: Primäroperation eller explorativ och kurativ operation).

Verifierade	Ej högrisk	Högrisk	(all)
Ja	9 (9)	20 (16)	29 (13)
Nej	93 (91)	103 (84)	196 (87)
(all)	102 (100)	123 (100)	225 (100)

3.15 Metastaser

I tabell 3.11 redovisas antal och andel metastaser per lokalisation för samtliga patienter i registret. Av registrets 3667 fall anges 513 (14 %) ha metastaser. En enskild primärtumör kan dock metastasera till flera lokaler varför det totala antalet i tabell 3.11 är högre.

Tabell 3.11: Antal och andelar metastaser per lokalisation (Urval: Samtliga fall i registret).

Lokal	Antal	Andel
Uterus serosayta	95	9 %
Parametrier	131	13 %
Adnexa	175	17 %
Vagina	62	6 %
Pelvina lymfkörtlar	120	12 %
Paraaortala lymfkörtlar	94	9 %
Blåsmukosa	12	1 %
Tarmmukosa	13	1 %
Inguinala lymfkörtlar	13	1 %
Övr icke regionala lymfkörtlar	24	2 %
Peritoneum	93	9 %
Lever	26	3 %
Mjälte	4	0 %
Njure	3	0 %
Lunga	86	8 %
Hjärna	5	0 %
Skelett	12	1 %
Andra metastaser	52	5 %
Totalt	1020	100 %

3.16 Responsbedömning

Tabell 3.12: Tumörrespons efter primärbehandling. (Urval: Patienter som behandlats med kirurgi enbart, radioterapi enbart, Preoperativ radioterapi + kirurgi, Kirurgi + radioterapi, Kirurgi + radioterapi + kemoterapi, Kirurgi + kemoterapi + radioterapi eller Adjuvant hormonell behandling)

Tumörrespons efter primärbehandling	Antal	Andel
Ej bedömbart	14	2 %
Ej utfört	1	0 %
Komplett respons (CR) /NED (No Evidence of Disease)	716	89 %
Partiell respons (PR; ≥ 30 procent minskning)	14	2 %
Progressiv sjukdom (PD; ≥ 20 procent storleksökning)	38	5 %
Stabil sjukdom (SD; <30 procent minskning el <20 procent storleksökning)	20	2 %
(all)	803	100 %

3.17 Dödsorsak

Som framgår av redovisningen av “interna täckningsgraden” (Figur 2.6) finns betydande bortfall vad gäller uppföljningsregistreringen. Registret får också information från befolkningsregistret. I registret finns 324 dödsfall registrerade, varav 59 med okänd dödsorsak. Enligt befolkningsregistret har 353 patienter avlidit.

Tabell 3.13: Registrering av dödsorsak för patienter med registrerade dödsdatum

Dödsorsak	Antal	Andel
Annan malignitet	13	4 %
Annan orsak ej relaterad till malignitet	43	13 %
Behandlingskomplikation	9	3 %
Cancersjukdomen	200	62 %
Okänd	59	18 %
(all)	324	100 %

4.1 Bakgrund

Cervix/vaginaregistret startade 2011-01-01. Endast maligna tumörer inkluderas, cancer in situ eller osäkert maligna eller benigna tumörer inkluderas inte. Exakta inklusionskriterier finns på registrets hemsida¹.

Observera att antalet fall för vissa regioner i en del tabeller och figurer är mycket få varför jämförelser mellan regioner ej kan göras. Det inträffar få fall av cervixcancer per år i landet, det finns i vissa regioner en eftersläpning i registreringen och dataöverföringen från Gynopregistret och Gynekologiska kvalitetsregistret (GKR) har ej avslutats (se avsnitt 1.4 om dataöverföring).

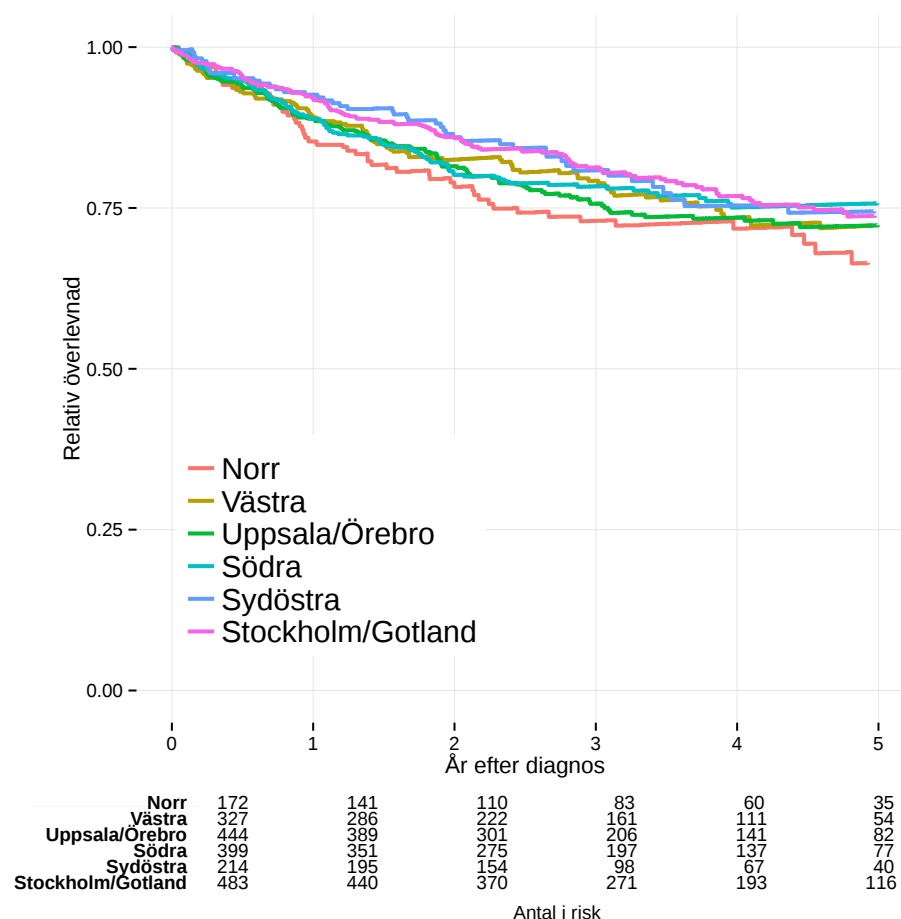
¹www.cancercentrum.se/Global/Diagnoser/cervixcancer/inklusionskriterier/INKL%20KRIT%20CERVIXVAGREG%20V1-0%20TH%202013-04-22.pdf

4.2 Relativ överlevnad

Cervixcancer

Den relativa överlevnaden för cervixcancer framkommer av figur 4.1 uppdelat på regional nivå.

Den 1-års relativa överlevnaden för patienter med cervixcancer i riket är 90% medan den 5-års relativa överlevnaden är 73%. De regionala skillnaderna beror sannolikt på slumpen vilket återspeglas av breda och överlappande konfidsintervall. Det lilla antalet fall för både cervix- och vaginalcancer gör att jämförelser mellan regioner inte kan göras.



Figur 4.1: Relativ överlevnad för cervixcancer (Urval: Adenocarcinom, skivepitelcarcinom, diagnosår 2008-2012).

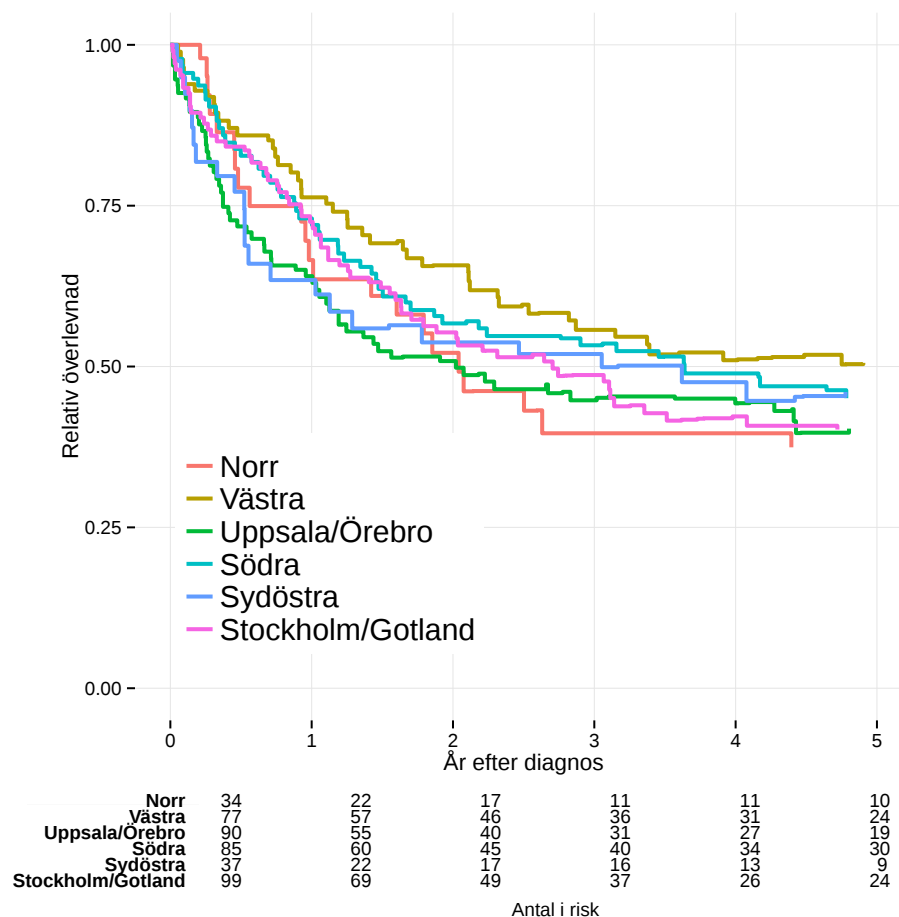
Region	1-år	95% CI	5-år	95% CI
1 Norra	84.8%	79.3% - 90.7%	66.6%	57.9% - 76.6%
2 Västra	89.1%	85.5% - 92.7%	69.7%	62.8% - 77.2%
3 Uppsala/Örebro	88.7%	85.7% - 91.9%	72.3%	67.3% - 77.6%
4 Södra	88.9%	85.7% - 92.1%	75.7%	70.9% - 80.9%
5 Sydöstra	92.2%	88.5% - 96%	74.5%	67.4% - 82.4%
6 Stockholm/Gotland	92%	89.4% - 94.6%	73.8%	69% - 79%

Tabell 4.1: 1- och 5-års relativ överlevnad för cervixcancer per region med 95% konfidsintervall (Urval: Adenocarcinom, skivepitelcarcinom, diagnosår 2008-2012)

Vaginalcancer

Den relativa överlevnaden för vaginalcancer framkommer av figur 4.2 uppdelat på regional nivå.

Den 1-års relativa överlevnaden för patienter med vaginalcancer är 72% medan den 5-års relativa överlevnaden är 46%.



Figur 4.2: Relativ överlevnad för vaginalcancer (Urval: adenocarcinom, skivepitelcarcinom, diagnosår 1998-2012).

Region	1-år	95% CI	5-år	95% CI
1 Norra	63.6%	49% - 82.4%	37.4%	23.6% - 59.5%
2 Västra	76.3%	66.9% - 87%	50.6%	39.1% - 65.4%
3 Uppsala/Örebro	63%	53.3% - 74.5%	38.6%	27.8% - 53.5%
4 Södra	72%	62.6% - 82.8%	45.5%	34.7% - 59.7%
5 Sydöstra	61.2%	46.9% - 79.9%	46%	30.4% - 69.7%
6 Stockholm/Gotland	71.5%	62.6% - 81.6%	39.1%	29.1% - 52.7%

Tabell 4.2: 1- och 5-års relativ överlevnad för vaginalcancer per region med 95% konfidensintervall (Urval: Adenocarcinom, skivepitelcarcinom, diagnosår 1998-2012)

4.3 Täckningsgrad

Täckningsgrader redovisas per region och år i tabellerna 4.3 och 4.3 samt grafiskt illustrerat i vänstra delen av figur 4.3.

Region	2011	2012	2013
Sthlm/Gotland	71 % (71/100)	16 % (17/104)	5 % (6/114)
Uppsala/Örebro	99 % (107/108)	97 % (112/115)	92 % (100/109)
Sydöstra	100 % (50/50)	100 % (58/58)	98 % (55/56)
Syd	98 % (80/82)	60 % (53/88)	96 % (69/72)
Väst	100 % (46/46)	100 % (88/88)	100 % (81/81)
Norr	100 % (35/35)	97 % (30/31)	92 % (35/38)

Tabell 4.3: Täckningsgrad för cervixcancer

Region	2011	2012	2013
Sthlm/Gotland	78 % (7/9)	29 % (2/7)	0 % (0/8)
Uppsala/Örebro	100 % (5/5)	100 % (6/6)	75 % (9/12)
Sydöstra	100 % (1/1)	100 % (1/1)	80 % (4/5)
Syd	75 % (6/8)	67 % (4/6)	100 % (3/3)
Väst	100 % (5/5)	100 % (4/4)	100 % (4/4)
Norr	NaN % (0/0)	100 % (3/3)	100 % (1/1)

Tabell 4.4: Täckningsgrad för vaginalcancer

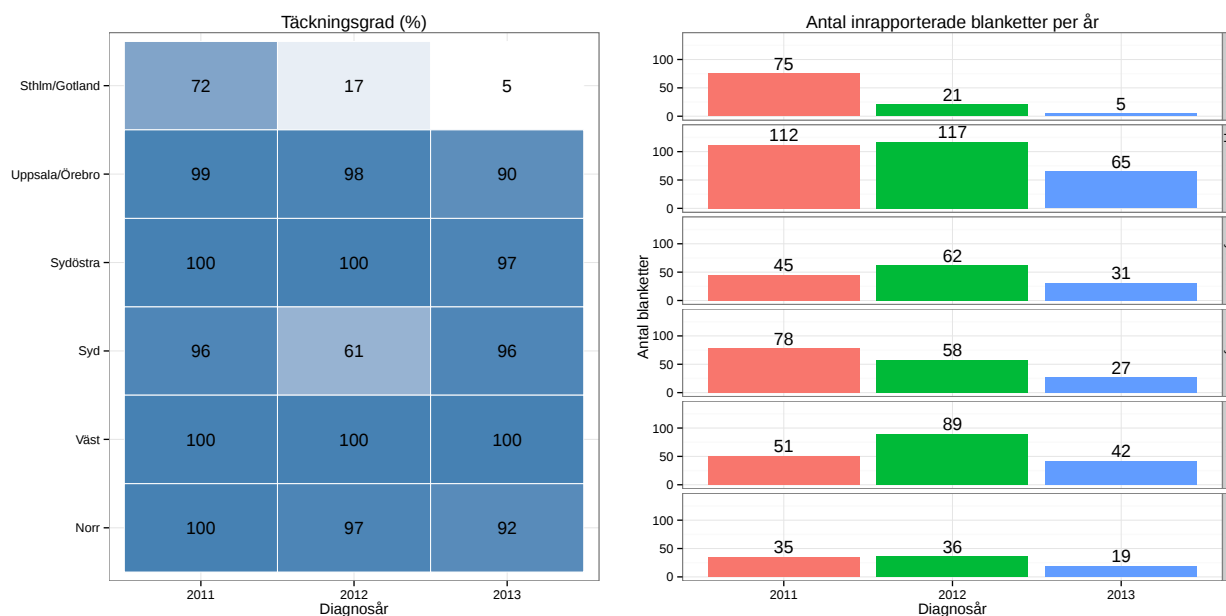
4.4 Antal registrerade blanketter

Antal registrerade blanketter redovisas på följande sidor (till höger i respektive figur). För varje blankett framkommer också den ”interna täckningsgraden” (i figurernas vänstra del).²

Registret har följande nationella blanketter:

1. Anmälan (se figur 4.3)
2. Kirurgisk behandling (se figur 4.4)
3. Avslutad primärbehandling (se figur 4.5)
4. Icke-kirurgisk återbehandling (se figur 4.6)
5. Uppföljning (se figur 4.7)

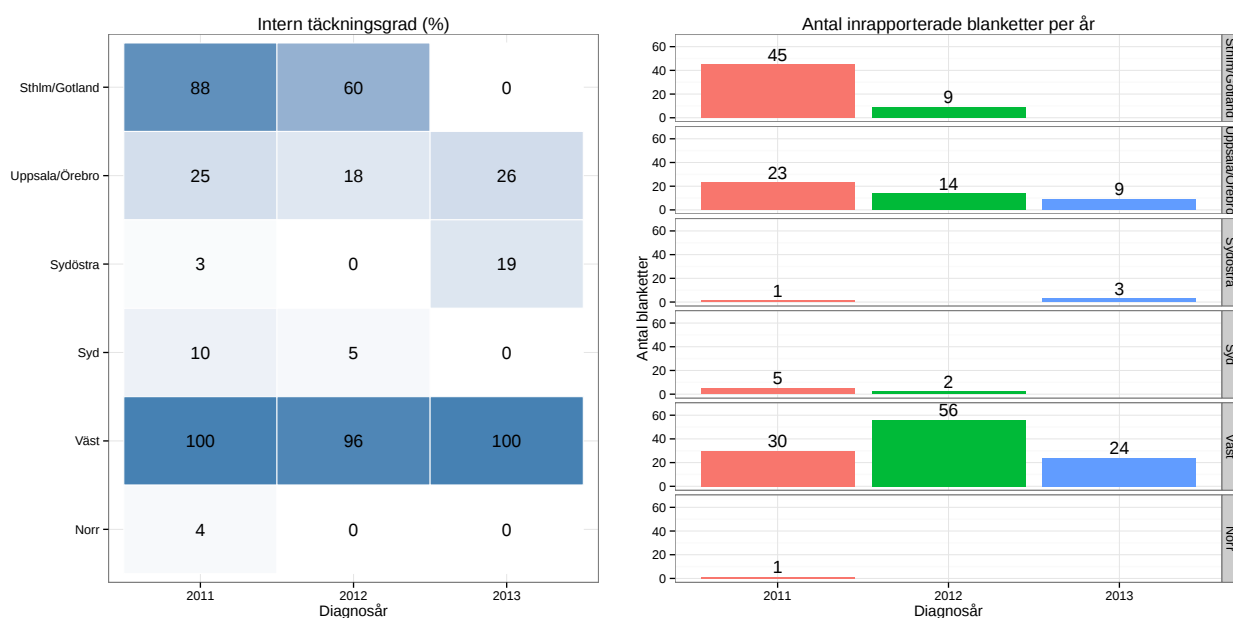
Blankett 1: Anmälan



Figur 4.3: Täckningsgrad (procent) för kvalitetsregisteranmälan mot cancerregistret (t.v.) samt antal registrerade anmälningsblanketter per region och år (t.h.). Se även stycke om dataöverföring.

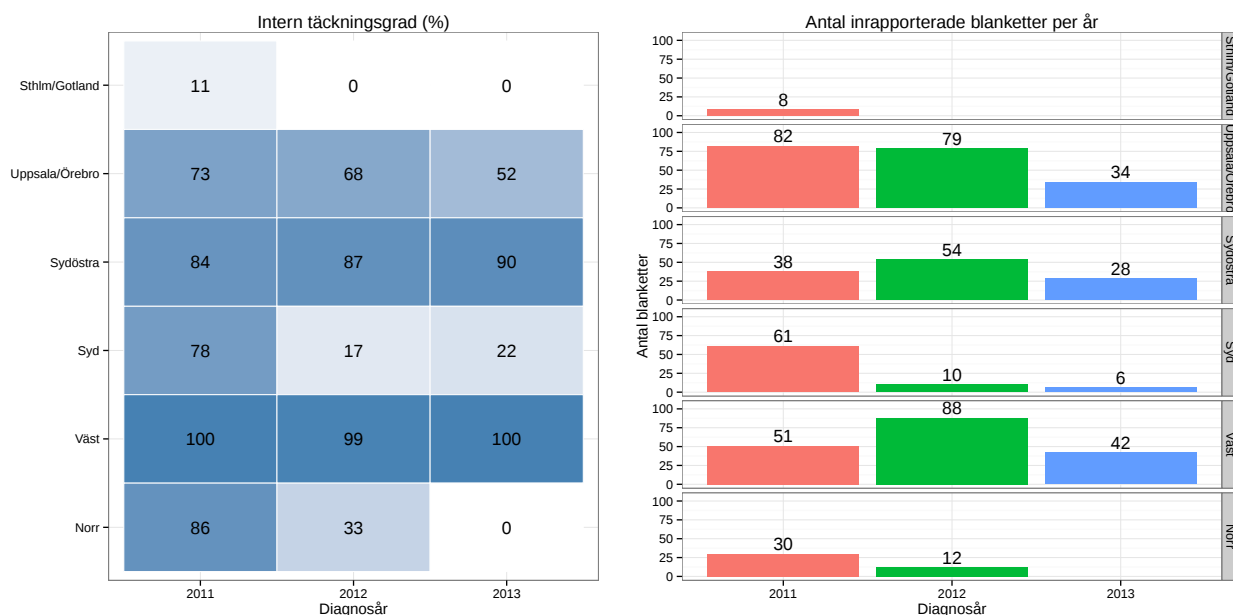
²För anmälningsblanketten är den redovisade täckningsgraden relaterad till cancerregistret.

Blankett 2: Kirurgisk behandling



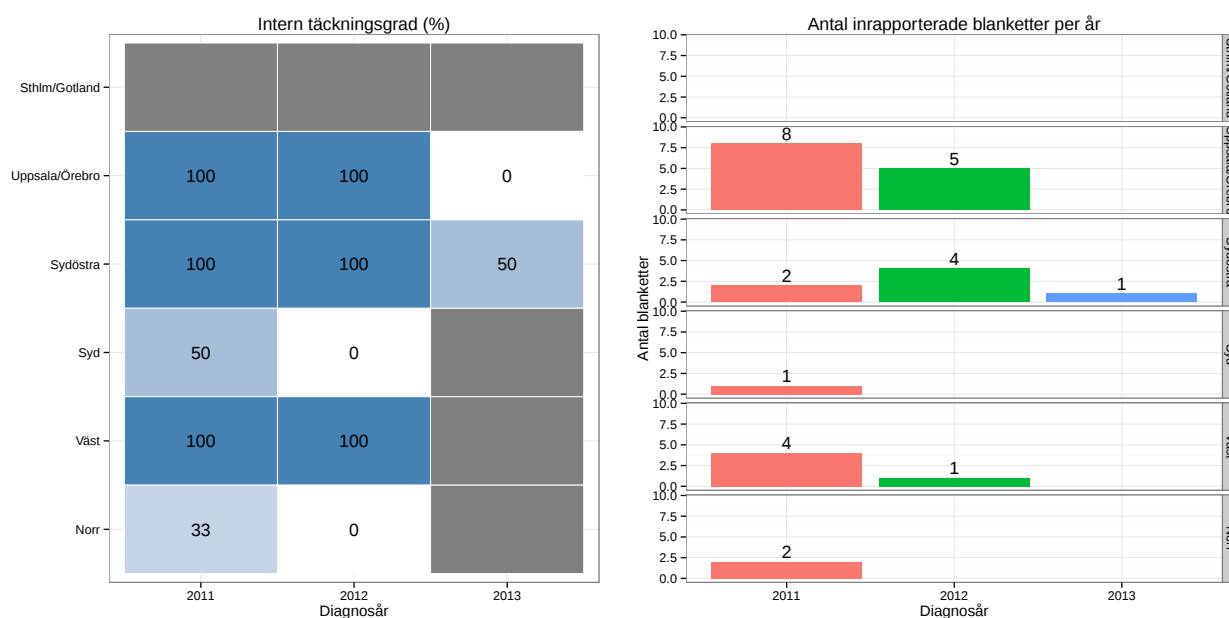
Figur 4.4: Intern täckningsgrad (procent för kirurgibblankett mot kvalitetsregisteranmälda som enligt anmälan kan ha behandlats med kirurgi (t.v.) samt antal registrerade kirurgibblanketter per region och år (t.h.). Se även stycke om dataöverföring i avsnitt 1.4.

Blankett 3: Avslutad primärbehandling



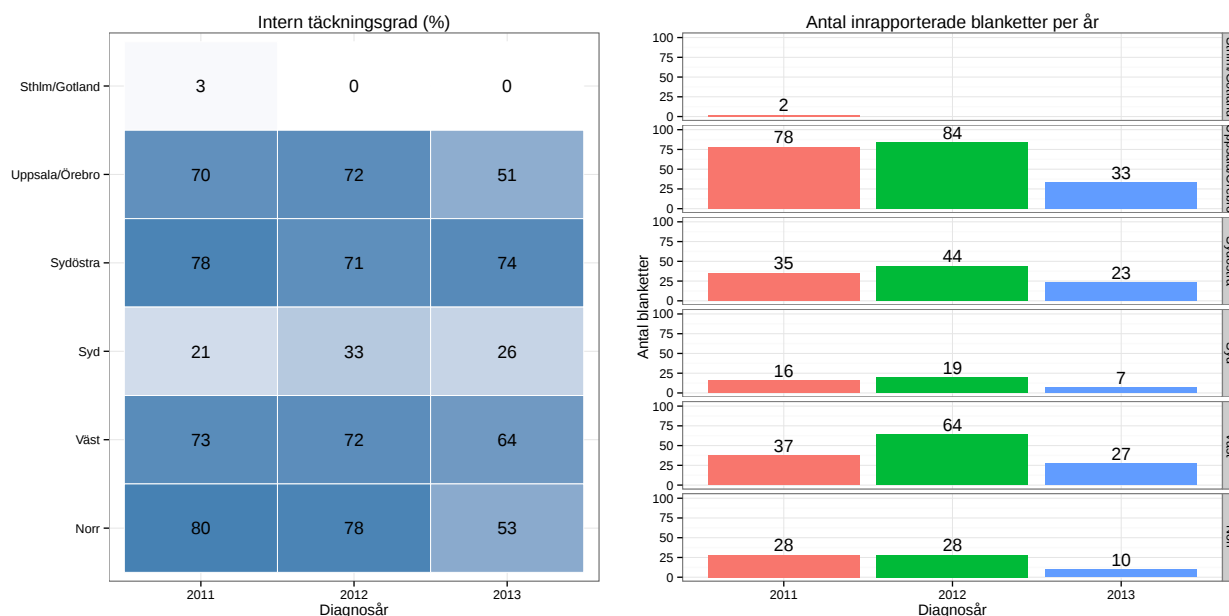
Figur 4.5: Intern täckningsgrad (procent) för primärbehandlingsblankett mot kvalitetsregisteranmälda (t.v.) samt antal registrerade primärbehandlingsblanketter per region och år (t.h.). Se även stycke om dataöverföring.

Blankett 4: Återbehandling



Figur 4.6: Intern täckningsgrad (procent) för återbehandlingsblankett mot kvalitetsregisteranmälda som enligt uppföljning kan ha fått recidiv (t.v.). Finns ingen indikation på recidivfall markeras detta genom utelämnad täckningsgradsruta. Antal registrerade återbehandlingablanketter per region och år (t.h.). Om det finns inrapporterade recidivblanketter men den interna täckningsgraden ändå är noll tyder detta på att recidivdatum i uppföljningsblanketten saknas (trots att recidivanmälan finns). Se även stycke om dataöverföring.

Blankett 5: Uppföljning

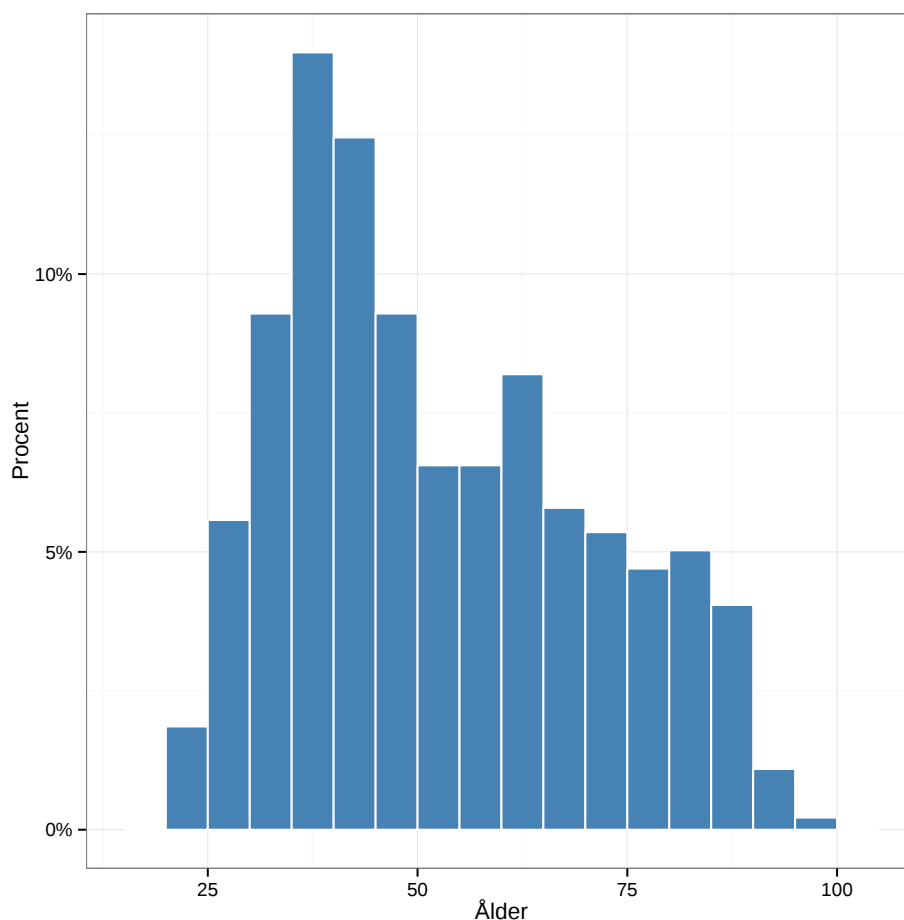


Figur 4.7: Intern täckningsgrad (procent) för uppföljningsblankett mot kvalitetsregisteranmälda (t.v.) samt antal registrerade uppföljningsblanketter per region och år (t.h.). Se även stycke om dataöverföring.

4.5 Åldersfördelning

Åldersfördelning för cervixcancer framkommer på nationell nivå av figur 4.8. (Registrets inklusionskriterier anger att enbart patienter från 18 år och uppåt registreras.)

Medianåldern för kvinnor som diagnostiseras med cervixcancer är 48 år. Underlaget för vaginalcancer är begränsat men för dessa är medianåldern 74.5 år.



Figur 4.8: Åldersfördelning för samtliga cervixcancerfall i registret.

Region		Median	Minimum	Maximum
1	Sthlm/Gotland	48	25	91
2	Uppsala/Örebro	49	23	96
3	Sydöstra	43	22	92
4	Syd	45	23	92
5	Väst	50	21	94
6	Norr	58.5	28	89

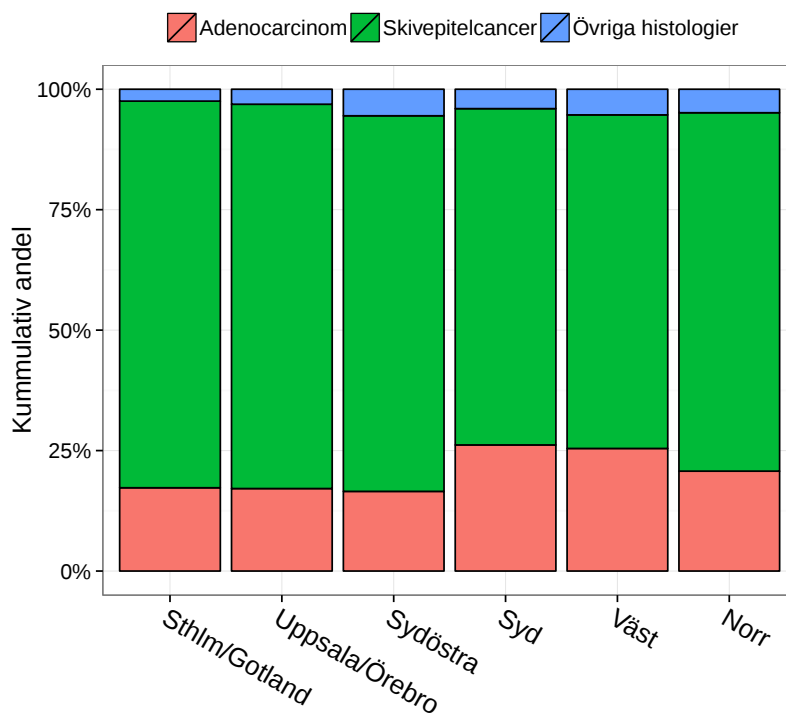
Tabell 4.5: Median-, minimum- och maximumålder per region

4.6 Morfologi

Cervixcancer

Tabell 4.6: Morfologisk fördelning (antal och andel i procent) för cervixcancer (Urval: Cervixcancer).

Histologi	Sth/G	Up/Ö	Sydö	Syd	Väst	Norr	(all)
Adenocarcinom	14 (17)	44 (17)	21 (17)	39 (26)	43 (25)	17 (21)	178 (21)
Skivepitelcancer	65 (80)	205 (80)	99 (78)	104 (70)	117 (69)	61 (74)	651 (75)
Övriga histologier	2 (2)	8 (3)	7 (6)	6 (4)	9 (5)	4 (5)	36 (4)
(all)	81 (100)	257 (100)	127 (100)	149 (100)	169 (100)	82 (100)	865 (100)

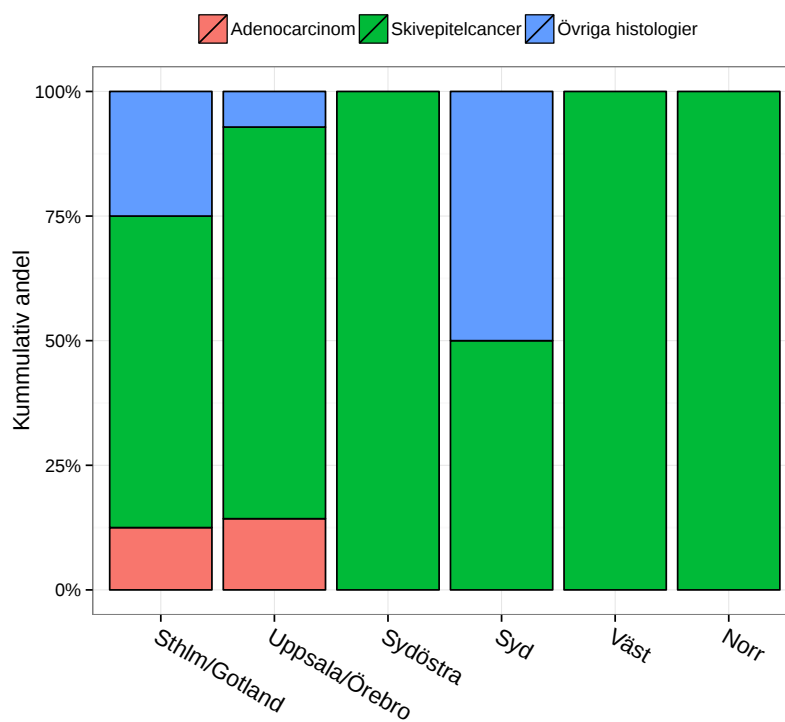


Figur 4.9: Morfologisk fördelning (andel i procent) för cervixcancer (Urval: Cervixcancer)

Vaginalcancer

Tabell 4.7: Morfologisk fördelning (antal och andel i procent) för vaginalcancer(Urval: Vaginalcancer).

Histologi	Sth/G	Up/Ö	Sydö	Syd	Väst	Norr	(all)
Adenocarcinom	1 (12)	2 (14)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	3 (7)
Skivepitelcancer	5 (62)	11 (79)	5 (100)	3 (50)	8 (100)	3 (100)	35 (80)
Övriga histologier	2 (25)	1 (7)	0 (0)	3 (50)	0 (0)	0 (0)	6 (14)
(all)	8 (100)	14 (100)	5 (100)	6 (100)	8 (100)	3 (100)	44 (100)



Figur 4.10: Morfologisk fördelning (andel i procent) för vaginalcancer (Urval: Vaginalcancer).

4.7 Stadiefördelning

Cervixcancer

Tabell 4.8: Stadiefördelning (antal och andel i procent) för cervixcancer (Urval: Cervixcancer).

Stadium	Sthlm/Gotland	Uppsala/Örebro	Sydöstra	Syd	Väst	Norr	(all)
I	52 (57)	152 (55)	89 (67)	96 (64)	108 (63)	43 (51)	540 (60)
II	18 (20)	68 (25)	29 (22)	20 (13)	29 (17)	8 (10)	172 (19)
III	7 (8)	29 (10)	7 (5)	14 (9)	23 (13)	17 (20)	97 (11)
IV	7 (8)	21 (8)	6 (5)	11 (7)	10 (6)	10 (12)	65 (7)
X/0	7 (8)	7 (3)	2 (2)	10 (7)	1 (1)	6 (7)	33 (4)
(all)	91 (100)	277 (100)	133 (100)	151 (100)	171 (100)	84 (100)	907 (100)

Tabell 4.9: Substadiefördelning (antal och andel i procent) för cervixcancer (Urval: Cervixcancer).

Stadium	Sthlm/Gotland	Uppsala/Örebro	Sydöstra	Syd	Väst	Norr	(all)
IA1	7 (8)	51 (18)	41 (31)	35 (23)	32 (19)	11 (13)	177 (20)
IA2	5 (5)	10 (4)	10 (8)	7 (5)	11 (6)	3 (4)	46 (5)
IB1	34 (37)	75 (27)	30 (23)	43 (28)	57 (33)	26 (31)	265 (29)
IB2	6 (7)	16 (6)	8 (6)	11 (7)	8 (5)	3 (4)	52 (6)
IIA1	4 (4)	14 (5)	8 (6)	3 (2)	5 (3)	2 (2)	36 (4)
IIA2	1 (1)	6 (2)	6 (5)	3 (2)	3 (2)	2 (2)	21 (2)
IIB	13 (14)	48 (17)	15 (11)	14 (9)	21 (12)	4 (5)	115 (13)
IIIA	1 (1)	6 (2)	1 (1)	2 (1)	3 (2)	3 (4)	16 (2)
IIIB	6 (7)	23 (8)	6 (5)	12 (8)	20 (12)	14 (17)	81 (9)
IVA	5 (5)	11 (4)	1 (1)	7 (5)	1 (1)	4 (5)	29 (3)
IVB	2 (2)	10 (4)	5 (4)	4 (3)	9 (5)	6 (7)	36 (4)
X	7 (8)	7 (3)	2 (2)	10 (7)	1 (1)	6 (7)	33 (4)
(all)	91 (100)	277 (100)	133 (100)	151 (100)	171 (100)	84 (100)	907 (100)

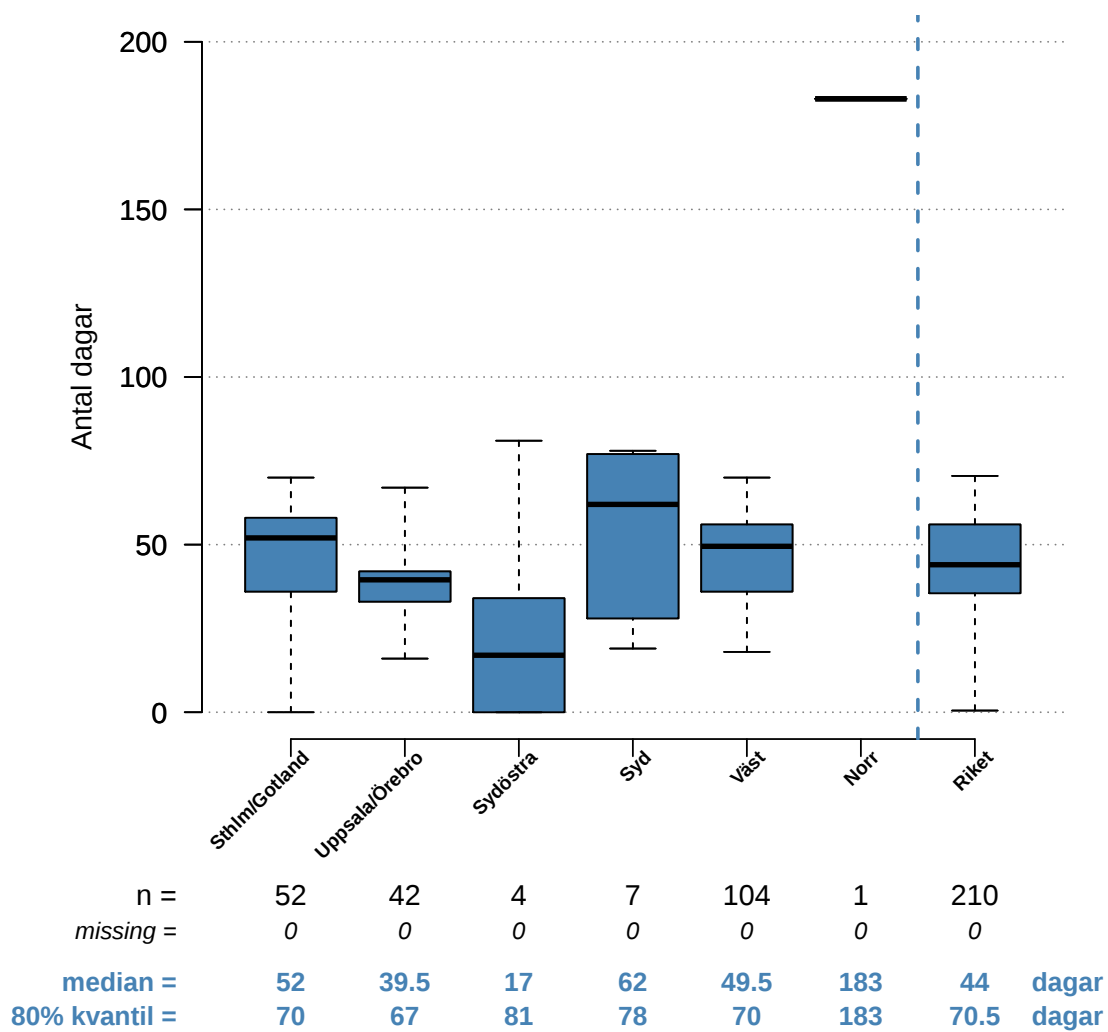
Vaginalcancer

Tabell 4.10: Stadiefördelning (antal och andel i procent) för vaginalcancer (Urval: Vaginalcancer).

Stadium	Sthlm/Gotland	Uppsala/Örebro	Sydöstra	Syd	Väst	Norr	(all)
I	3 (33)	1 (6)	1 (20)	5 (83)	5 (45)	1 (25)	16 (31)
II	0 (0)	5 (31)	2 (40)	0 (0)	4 (36)	0 (0)	11 (22)
III	2 (22)	3 (19)	0 (0)	0 (0)	1 (9)	2 (50)	8 (16)
IV	2 (22)	5 (31)	2 (40)	0 (0)	1 (9)	0 (0)	10 (20)
X/0	2 (22)	2 (12)	0 (0)	1 (17)	0 (0)	1 (25)	6 (12)
(all)	9 (100)	16 (100)	5 (100)	6 (100)	11 (100)	4 (100)	51 (100)

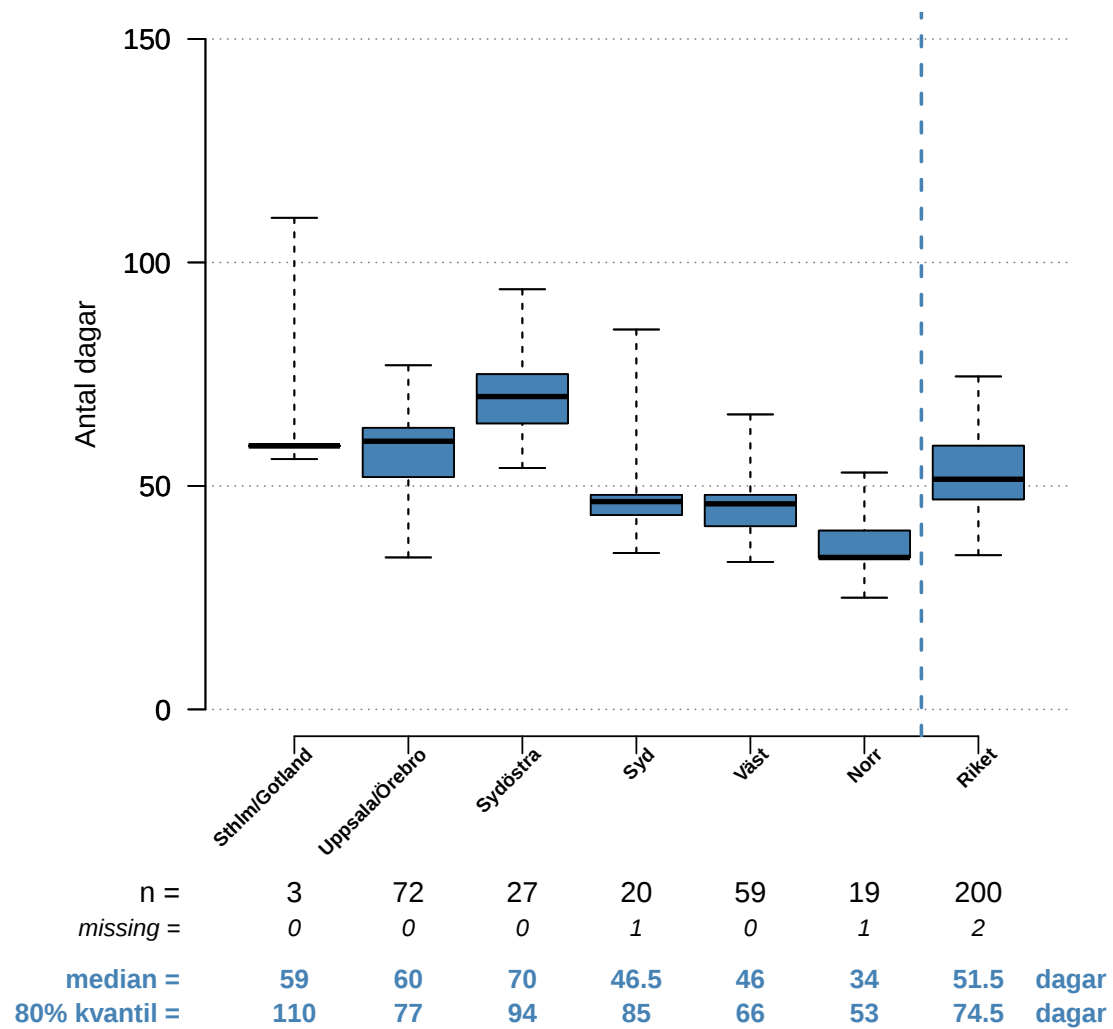
4.8 Ledtider för cervixcancer

Tid från diagnos till primärkirurgi



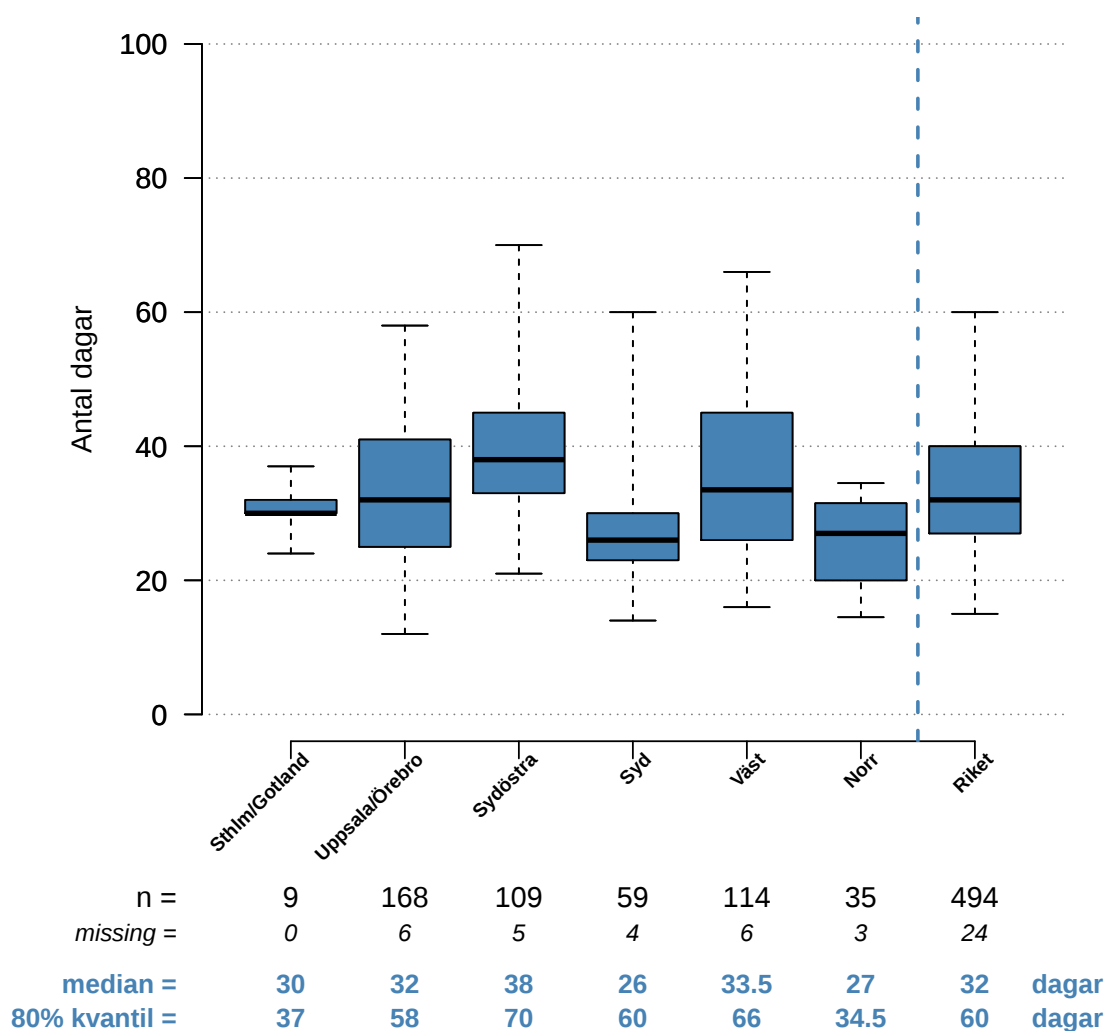
Figur 4.11: Tid från diagnos till primäroperation. (Urval: Cervixcancer och ifylld kirurgiblankett).

Tid från diagnos till start av radikal extern strålbehandling



Figur 4.12: Tid från diagnos till start av radikal extern strålbehandling (Urval: Cervixcancer, ej primär terapeutisk kirurgi utförd och datum för extern strålbehandling ifyllt).

Tid från diagnos till patientinformation om onkologisk behandling

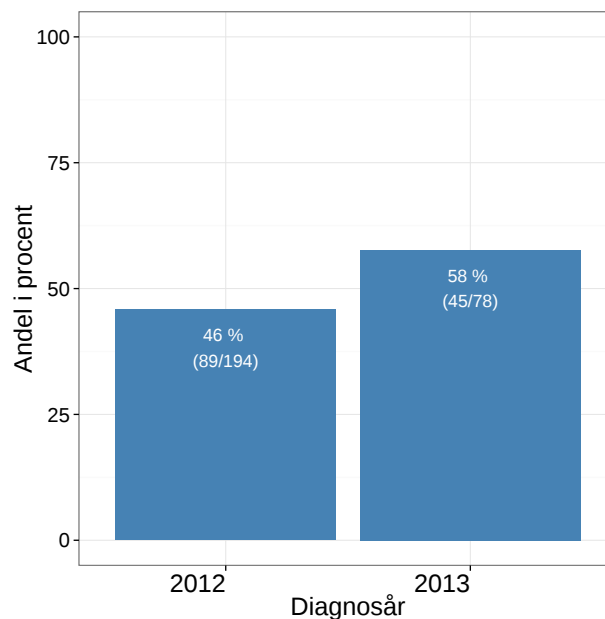


Figur 4.13: Tid från diagnos till patientinformation om onkologisk behandling (Urval: Cervixcancer och ifylld datum för patientinformation).

4.9 Multidisciplinär konferens (MDK)

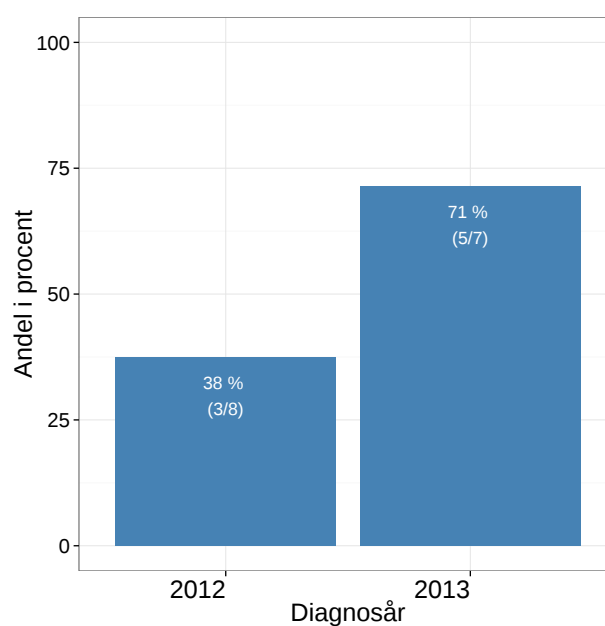
Arbete med nationellt vårdprogram pågår, varför det saknas såväl definition av vilka patienter som skall diskuteras på MDK som målnivå.

Cervixcancer



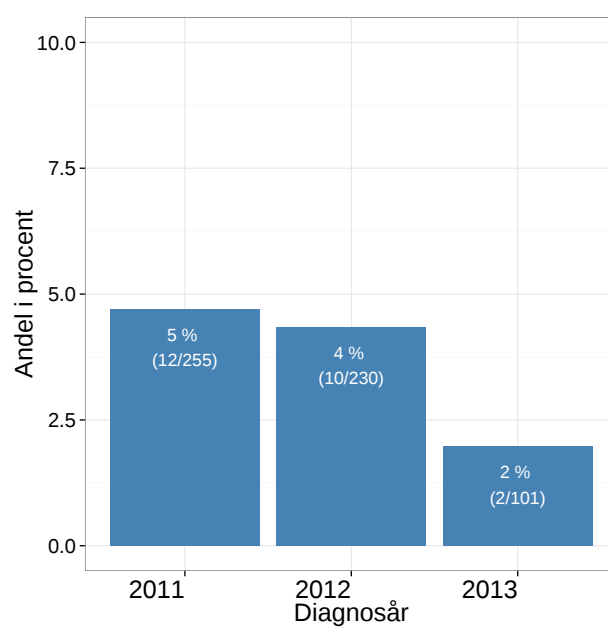
Figur 4.14: Andel patienter med cervixcancer bedömda på multidisciplinär konferens per år (Urval: Cervixcancer och ifyllt information om MDK)

Vaginalcancer



Figur 4.15: Andel patienter med vaginalcancer bedömda på multidisciplinär konferens per år (Urval: Vaginalcancer och ifyllt information om MDK)

4.10 Deltagande i kliniska behandlingsstudier



Figur 4.16: Andel patienter med cervixcancer deltagande i kliniska behandlingsstudier per år (Urval: Cervixcancer samt ifylld information om deltagande i kliniska behandlingsstudier)

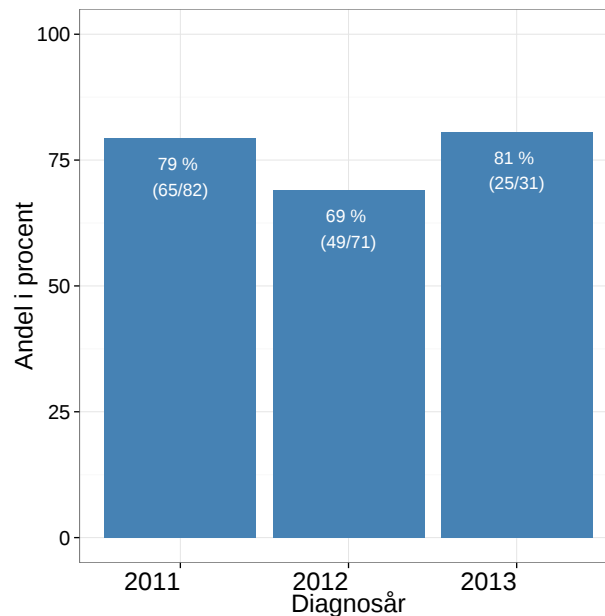
4.11 Primärbehandling

Tabell 4.11: Antal och andel patienter som fått behandling med respektive behandlingsmodalitet (Urval: Cervixcancer)

	Sthlm/Gotland	Uppsala/Örebro	Sydöstra	Syd	Väst	Norr	(all)
Neoadjuvant kemoterapi + Kirurgi o/e radioterapi	0 (0)	7 (4)	3 (3)	1 (1)	2 (1)	0 (0)	13 (2)
Primär radio(kemo)terapi	3 (33)	76 (46)	32 (28)	20 (28)	54 (34)	17 (49)	202 (37)
Annan behandling	0 (0)	4 (2)	3 (3)	1 (1)	1 (1)	1 (3)	10 (2)
Kirurgi	6 (67)	68 (41)	64 (57)	34 (48)	81 (50)	11 (31)	264 (48)
Kirurgi + adjuvant radio(kemo)terapi	0 (0)	9 (5)	11 (10)	15 (21)	23 (14)	6 (17)	64 (12)
(all)	9 (100)	164 (100)	113 (100)	71 (100)	161 (100)	35 (100)	553 (100)

4.12 Medverkan av erfaren tumörkirurg

Den kirurgiska behandlingen av cervixcancer är av tradition starkt centraliserad vilket förklarar den höga andel som opererats av tumörkirurger. En del i mycket tidigt stadium kan ha opererats av gynekologer utan särskild tumörkirurgisk kompetens.



Figur 4.17: Andel operationer med medverkan av erfaren tumörkirurg (operatör som utfört minst 25 Wertheimoperationer eller med subspecialitet inom gynekologisk tumörkirurgi). (Urval: Cervixcancer, primäroperation med kurativ intention och ifylld kirurgiblankett.).

4.13 Radiologiska metoder för definition av målområde för strålbehandling

Cervixcancer

Tabell 4.12: Radiologiska metoder för definition av målområde för extern radioterapi. (Urval: Cervixcancer och extern radioerapi).

Metod	Sthlm/Gotland	Uppsala/Örebro	Sydöstra	Syd	Väst	Norr	(all)
CT	3 (100)	53 (74)	24 (77)	34 (97)	21 (27)	5 (24)	140 (58)
MR	0 (0)	15 (21)	1 (3)	0 (0)	58 (73)	15 (71)	89 (37)
PET/CT	0 (0)	4 (6)	6 (19)	1 (3)	0 (0)	1 (5)	12 (5)
(all)	3 (100)	72 (100)	31 (100)	35 (100)	79 (100)	21 (100)	241 (100)

Tabell 4.13: Metoder för dosplan vid brachyterapi. (Urval: Cervixcancer och brachyterapi).

Metod	Uppsala/Örebro	Sydöstra	Syd	Väst	Norr	(all)
CT	14 (19)	5 (17)	0 (0)	21 (55)	1 (20)	41 (25)
MR	56 (78)	24 (80)	0 (0)	0 (0)	4 (80)	84 (52)
Röntgen	2 (3)	0 (0)	17 (100)	17 (45)	0 (0)	36 (22)
Ultraljud	0 (0)	1 (3)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (1)
(all)	72 (100)	30 (100)	17 (100)	38 (100)	5 (100)	162 (100)

Vaginalcancer

Tabell 4.14: Radiologiska metoder för definition av målområde för extern radioterapi. (Urval: Vaginalcancer och extern radioterapi).

Metod	Uppsala/Örebro	Sydöstra	Väst	Norr	(all)
CT	4 (80)	1 (100)	1 (25)	0 (0)	6 (50)
MR	1 (20)	0 (0)	3 (75)	1 (50)	5 (42)
PET/CT	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (50)	1 (8)
(all)	5 (100)	1 (100)	4 (100)	2 (100)	12 (100)

4.14 Responsbedömning

Cervixcancer

Tabell 4.15: Tumörrespons efter primärbehandling. (Urval: Cervixcancer med FIGO-stadium II-IV som behandlats med kirurgi, neoadjuvant kemoterapi, radioterapi, annan kemoterapi, brachyterapi eller extern radioterapi)

Tumörrespons efter primärbehandling	Antal	Andel
Ej bedömbart	10	8 %
Ej utfört	1	1 %
Komplett respons (CR)/NED (No Evidence of Disease)	88	72 %
Partiell respons (PR; ≥ 30 procent minskning)	8	7 %
Progressiv sjukdom (PD; ≥ 20 procent storleksökning, nytillkommen tumör)	12	10 %
Stabil sjukdom (SD; < 30 procent minskning el < 20 procent storleksökning)	3	2 %
(all)	122	100 %

Vaginalcancer

Tabell 4.16: Tumörrespons efter primärbehandling. (Urval: Vaginalcancer med FIGO-stadium II-IV som behandlats med kirurgi, neoadjuvant kemoterapi, radioterapi, annan kemoterapi, brachyterapi eller extern radioterapi)

Tumörrespons efter primärbehandling	Antal	Andel
Komplett respons (CR)/NED (No Evidence of Disease)	7	64 %
Partiell respons (PR; ≥ 30 procent minskning)	1	9 %
Progressiv sjukdom (PD; ≥ 20 procent storleksökning, nytillkommen tumör)	2	18 %
Stabil sjukdom (SD; < 30 procent minskning el < 20 procent storleksökning)	1	9 %
(all)	11	100 %

4.15 Dödsorsak

Cervixcancer

Registret får också information från befolkningsregistret. I registret finns 65 dödsfall registrerade, varav 6 med okänd dödsorsak. Enligt befolkningsregistret har 69 patienter avlidit.

Tabell 4.17: Registrering av dödsorsak för patienter med registrerade dödsdatum (Urval: Cervixcancer)

Dödsorsak	Antal	Andel
Annan malignitet	2	3 %
Annan orsak ej relaterad till malignitet	8	12 %
Cancersjukdomen	49	75 %
Okänd	6	9 %
(all)	65	99 %

Vaginalcancer

Registret får också information från befolkningsregistret. I registret finns 7 dödsfall registrerade, varav 2 med okänd dödsorsak. Enligt befolkningsregistret har 7 patienter avlidit.

Tabell 4.18: Registrering av dödsorsak för patienter med registrerade dödsdatum (Urval: Vaginalcancer)

Dödsorsak	Antal	Andel
Annan orsak ej relaterad till malignitet	2	29 %
Cancersjukdomen	3	43 %
Okänd	2	29 %
(all)	7	101 %



5.1 Bakgrund

Vulvaregistret startades 2012-01-01. Endast maligna tumörer (inklusive vulvamelanom) inkluderas. Cancer in situ eller osäkert maligna eller benigna tumörer samt basaliom och Mb Paget i vulva inkluderas inte. Exakta inklusionskriterier finns på registrets hemsida¹.

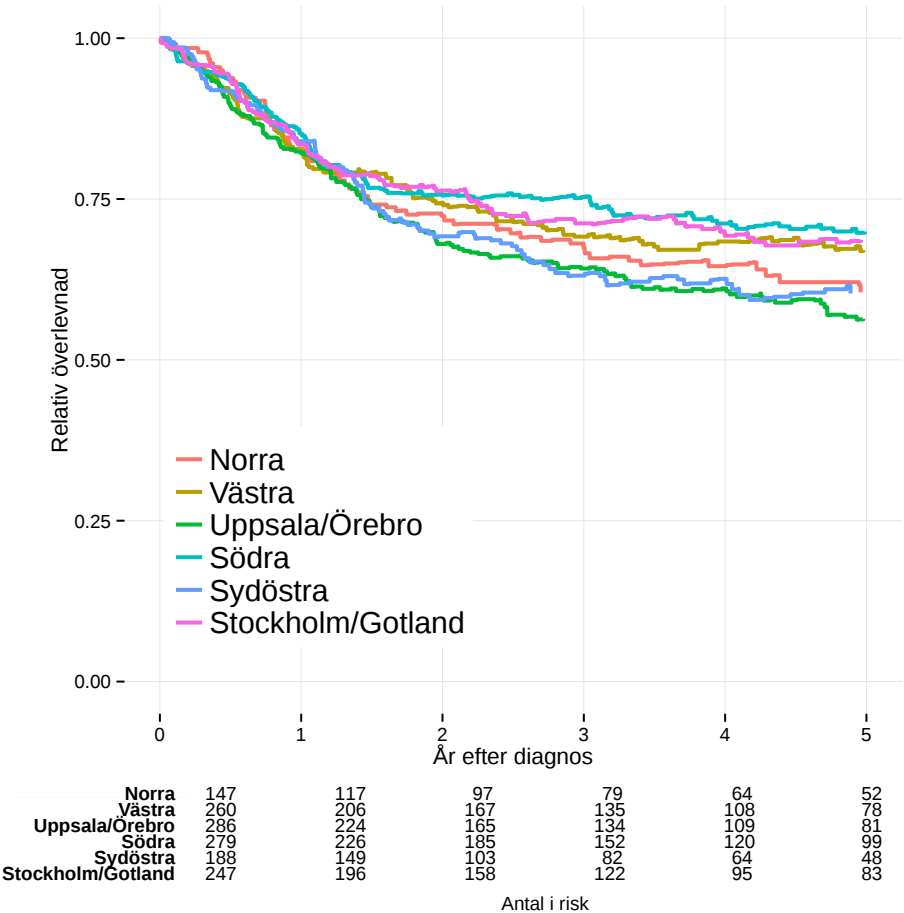
Observera att antalet fall för vissa regioner i en del tabeller och figurer är mycket få varför jämförelser mellan regioner ej kan göras. Det inträffar få fall av vulvacancer per år i landet, det finns i vissa regioner en eftersläpning i registreringen och dataöverföringen från Gynopregistret och Gynekologiska kvalitetsregistret (GKR) har ej avslutats (se avsnitt 1.4 om dataöverföring).

¹www.cancercentrum.se/Global/Diagnoser/Vulva/inklusionskriterier/INKL-KRIT-VULVAREG-V1-2-TH-2013-10-10.pdf

5.2 Relativ överlevnad

Den relativa överlevnaden för vulvacancer framkommer av figur 5.1 uppdelat på regional nivå.

Den 1-års relativa överlevnaden för patienter med vulvacancer i riket är 83% medan den 5-års relativa överlevnaden är 64%. De regionala skillnaderna beror sannolikt på slumpen vilket återspeglas av breda och överlappande konfidensintervall. Det lilla antalet fall gör att jämförelser mellan regioner inte kan göras.



Figur 5.1: Relativ överlevnad för vulvacancer (Urval: skivepitelcancer, adenocarcinom eller odifferentierad cancer och diagnosår 2003-2012).

Region	1-år	95% CI	5-år	95% CI
1 Norra	82.2%	75.6% - 89.3%	59.4%	50.2% - 70.3%
2 Västra	82.6%	77.6% - 88%	67%	59.3% - 75.7%
3 Uppsala/Örebro	82.2%	77.3% - 87.3%	56.4%	49% - 64.9%
4 Södra	84.9%	80.1% - 89.9%	69.9%	62.6% - 78.2%
5 Sydöstra	84%	78.1% - 90.3%	59.6%	50.2% - 70.9%
6 Stockholm/Gotland	83.4%	78.3% - 88.9%	68.7%	60.8% - 77.5%

Tabell 5.1: 1- och 5-års relativ överlevnad för vulvacancer per region med 95% konfidensintervall (Urval: skivepitelcancer, adenocarcinom eller odifferentierad cancer och diagnosår 2003-2012)

5.3 Täckningsgrad

Täckningsgrader redovisas för hela registret samlat per region och år i tabell 5.2 samt grafiskt illustrerat i vänstra delen av figur 5.2. Se också stycke om dataöverföring.

Region	2012	2013
Sthlm/Gotland	74 % (26/35)	67 % (14/21)
Uppsala/Örebro	93 % (28/30)	98 % (41/42)
Sydöstra	100 % (27/27)	89 % (17/19)
Syd	100 % (21/21)	100 % (41/41)
Väst	100 % (25/25)	100 % (31/31)
Norr	100 % (7/7)	100 % (14/14)

Tabell 5.2: Täckningsgrad för vulvacancer

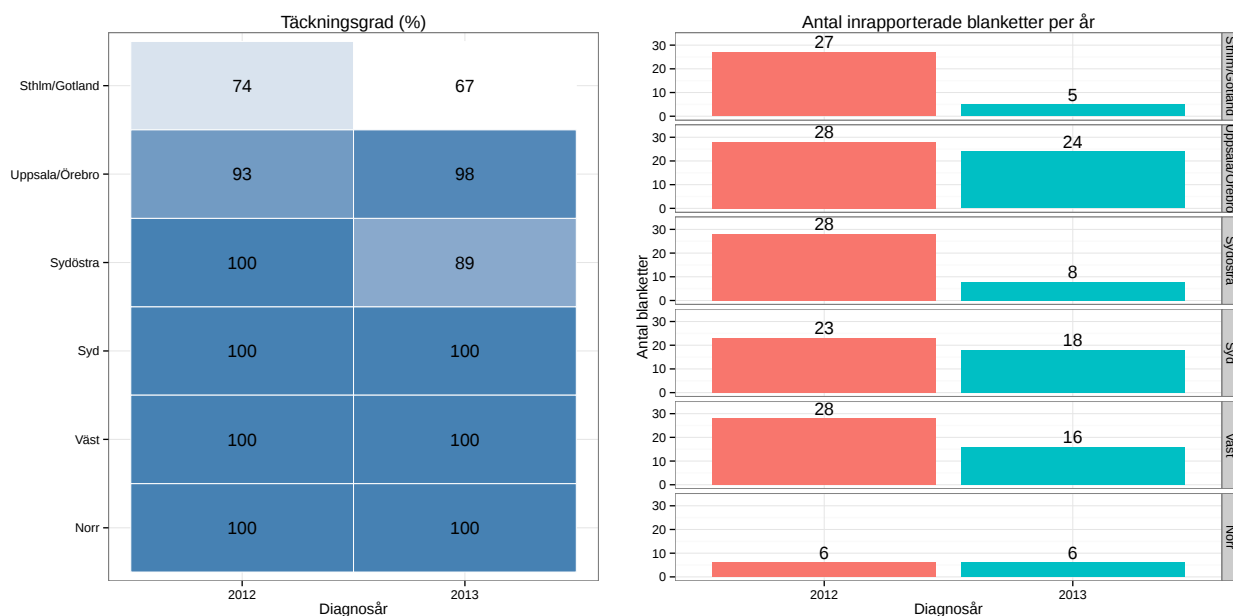
5.4 Antal registrerade blanketter

Antal registrerade blanketter redovisas på följande sidor (till höger i respektive figur). För varje blankett framkommer också den ”interna täckningsgraden” (i figurernas vänstra del).²

Registret har följande nationella blanketter:

1. Anmälan (se figur 5.2)
2. Kirurgisk behandling (se figur 5.3)
3. Avslutad primärbehandling (se figur 5.4)
4. Icke-kirurgisk återbehandling (se figur 5.5)
5. Uppföljning (se figur 5.6)

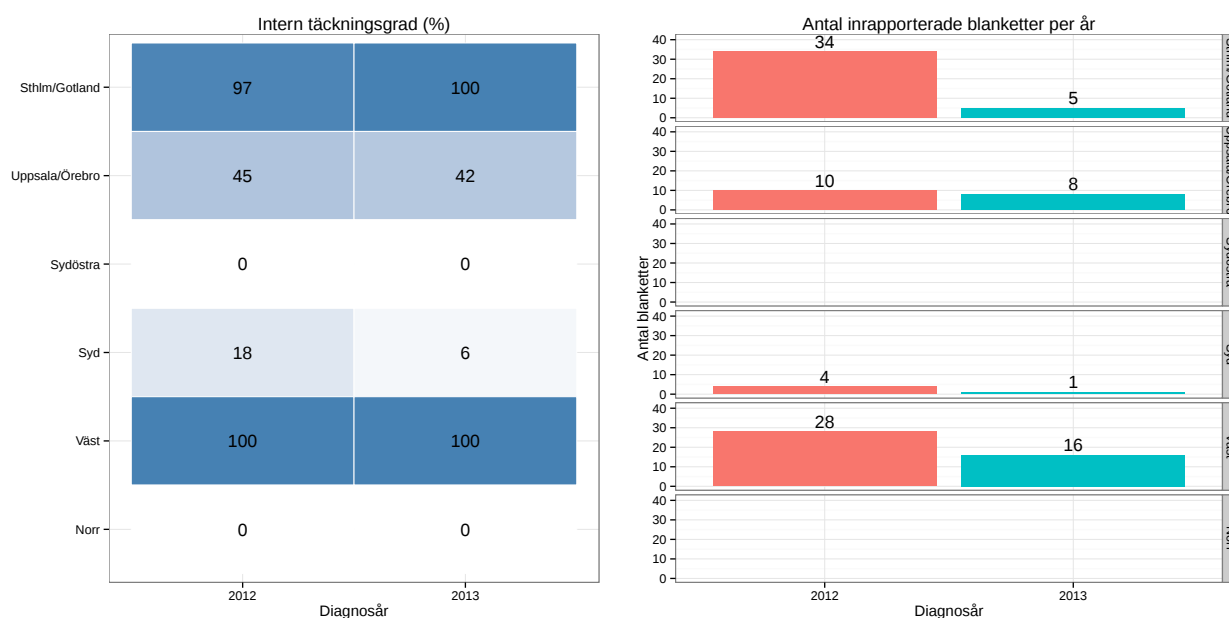
Blankett 1: Anmälan



Figur 5.2: Täckningsgrad (procent) för kvalitetsregisteranmälan mot cancerregistret (t.v.) samt antal registrerade anmälningsblanketter per region och år (t.h.).

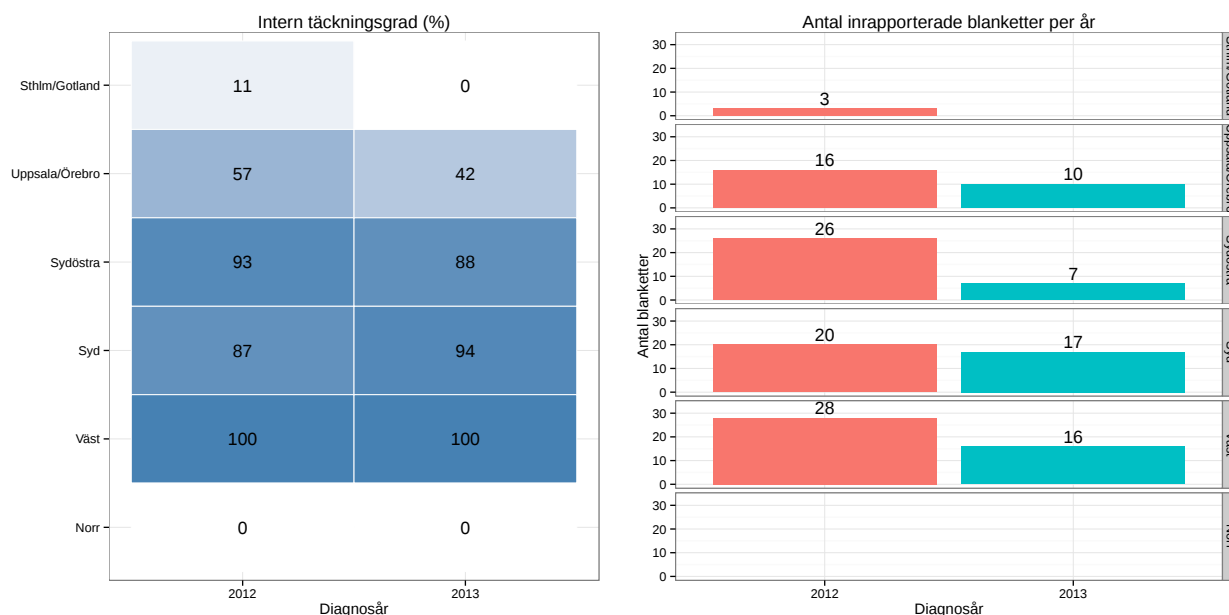
²För anmälningsblanketten är den redovisade täckningsgraden relaterad till cancerregistret.

Blankett 2: Kirurgisk behandling



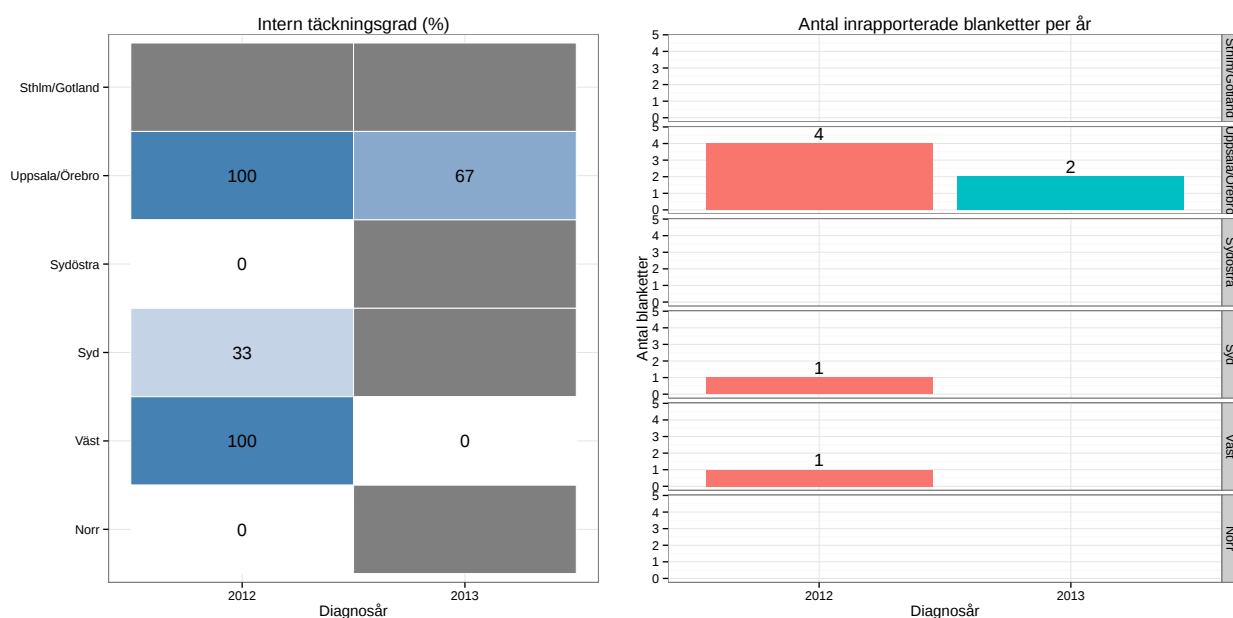
Figur 5.3: Intern täckningsgrad (procent för kirurgiblankett mot kvalitetsregisteranmälda som enligt anmälan kan ha behandlats med kirurgi (t.v.) samt antal registrerade kirurgiblanketter per region och år (t.h.).

Blankett 3: Avslutad primärbehandling



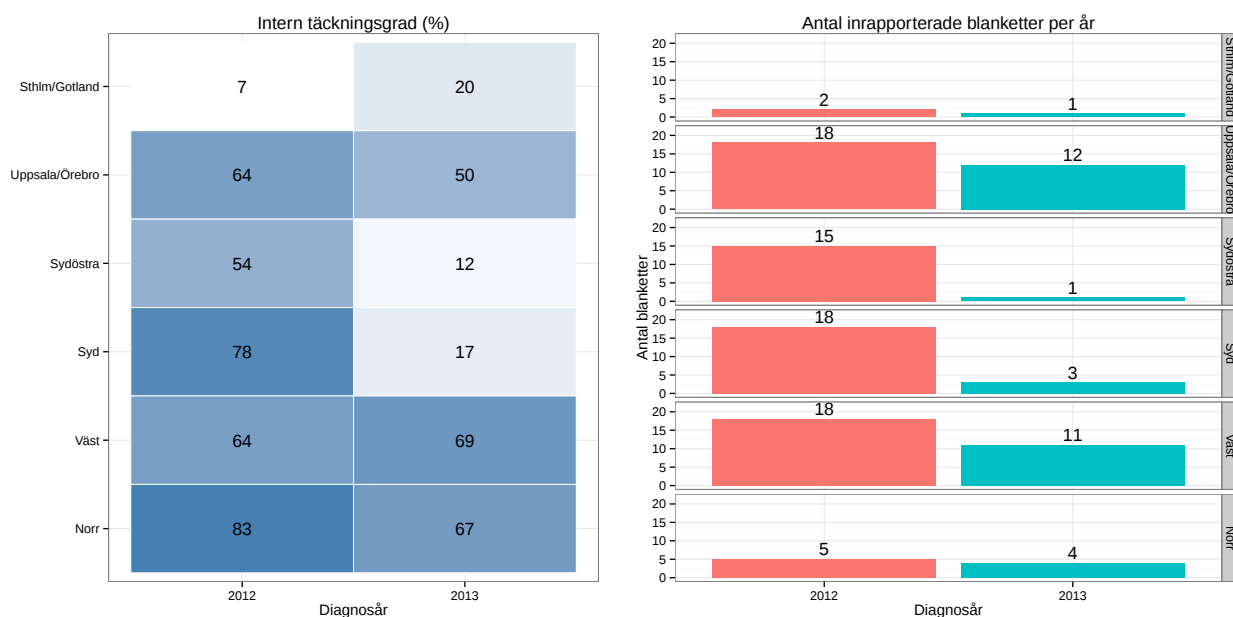
Figur 5.4: Intern täckningsgrad (procent) för primärbehandlingsblankett mot kvalitetsregisteranmälda (t.v.) samt antal registrerade primärbehandlingsblanketter per region och år (t.h.).

Blankett 4: Återbehandling



Figur 5.5: Intern täckningsgrad (procent) för återbehandlingsblankett mot kvalitetsregisteranmälda som enligt uppföljning kan ha fått recidiv (t.v.). Finns ingen indikation på recidivfall markeras detta genom utelämnad täckningsgradsruta. Antal registrerade återbehandlingabblanketter per region och år (t.h.). Om det finns inrapporterade recidivblanketter men den interna täckningsgraden ändå är noll tyder detta på att recidivdatum i uppföljningsblanketten saknas (trots att recidivanmälan finns).

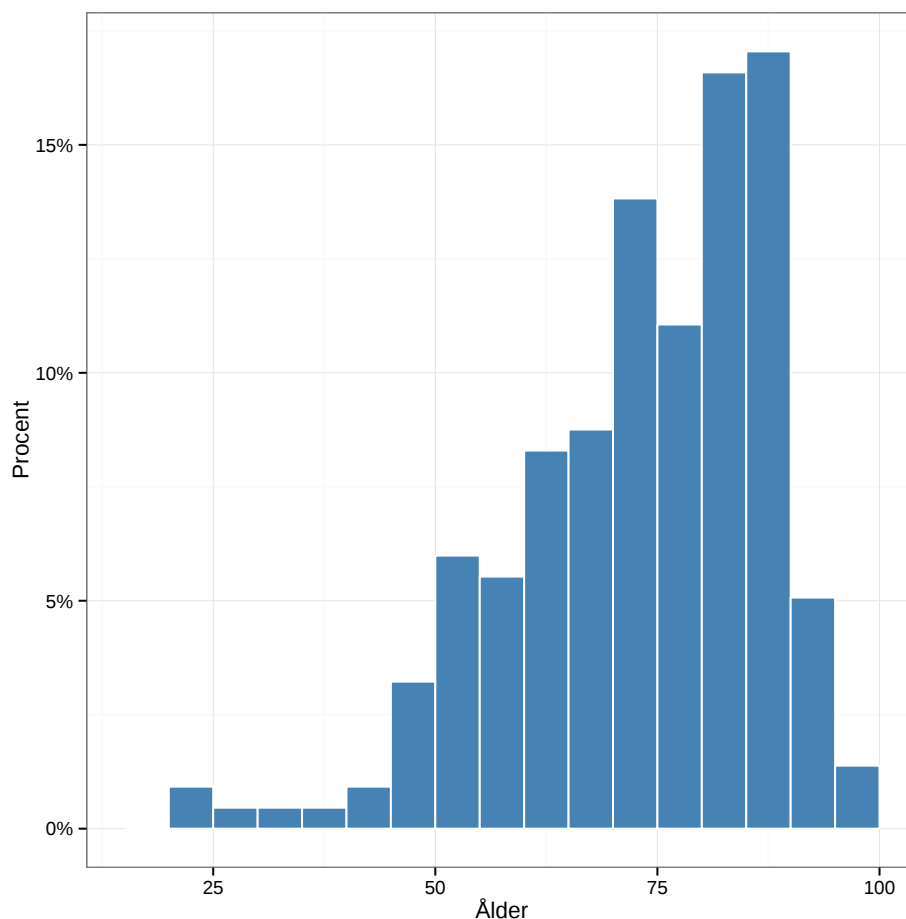
Blankett 5: Uppföljning



Figur 5.6: Intern täckningsgrad (procent) för uppföljningsblankett mot kvalitetsregisteranmälda (t.v.) samt antal registrerade uppföljningsblanketter per region och år (t.h.).

5.5 Åldersfördelning

Åldersfördelning för vulvacancer framkommer på nationell nivå av figur 5.7 (Registrets inklusionskriterier anger att enbart patienter från 18 år och uppåt registreras.). Medianåldern för kvinnor som diagnostiseras med vulvacancer är 75 år.



Figur 5.7: Åldersfördelning för samtliga vulvacancerfall i registret.

	Region	Median	Minimum	Maximum
1	Sthlm/Gotland	69.5	27	90
2	Uppsala/Örebro	75	21	95
3	Sydöstra	78	43	94
4	Syd	81	45	95
5	Väst	75	31	94
6	Norr	71	52	94

Tabell 5.3: Median-, minimum- och maximumålder per region

5.6 Morfologi

Tabell 5.4: Morfologisk fördelning (antal och andel i procent).

Histologi	Sth/G	Up/Ö	Sydö	Syd	Väst	Norr	(all)
Skivepitelcancer	28 (88)	46 (92)	30 (88)	36 (90)	39 (91)	11 (92)	190 (90)
Adenocarcinom	0 (0)	1 (2)	1 (3)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	2 (1)
Malignt melanom	2 (6)	3 (6)	2 (6)	3 (8)	2 (5)	0 (0)	12 (6)
Övriga	2 (6)	0 (0)	1 (3)	1 (2)	2 (5)	1 (8)	7 (3)
(all)	32 (100)	50 (100)	34 (100)	40 (100)	43 (100)	12 (100)	211 (100)

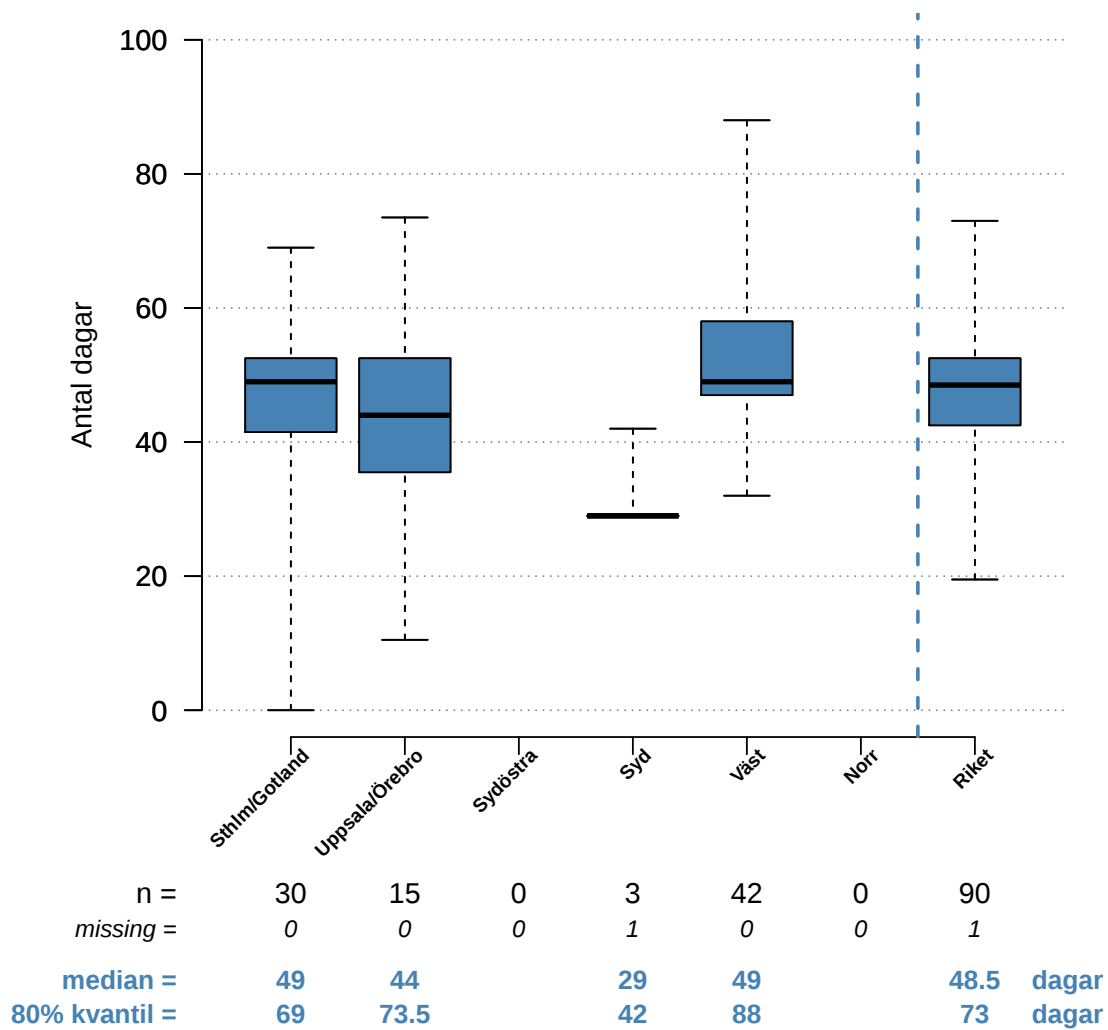
5.7 Stadiefördelning

Tabell 5.5: Stadiefördelning (antal och andel i procent).

Stadium	Sthlm/Gotland	Uppsala/Örebro	Sydöstra	Syd	Väst	Norr	(all)
I	20 (62)	21 (41)	17 (47)	16 (39)	29 (66)	5 (42)	108 (50)
II	6 (19)	12 (24)	3 (8)	12 (29)	2 (5)	2 (17)	37 (17)
III	3 (9)	9 (18)	13 (36)	7 (17)	12 (27)	3 (25)	47 (22)
IV	1 (3)	6 (12)	3 (8)	4 (10)	1 (2)	0 (0)	15 (7)
X	2 (6)	3 (6)	0 (0)	2 (5)	0 (0)	2 (17)	9 (4)
(all)	32 (100)	51 (100)	36 (100)	41 (100)	44 (100)	12 (100)	216 (100)

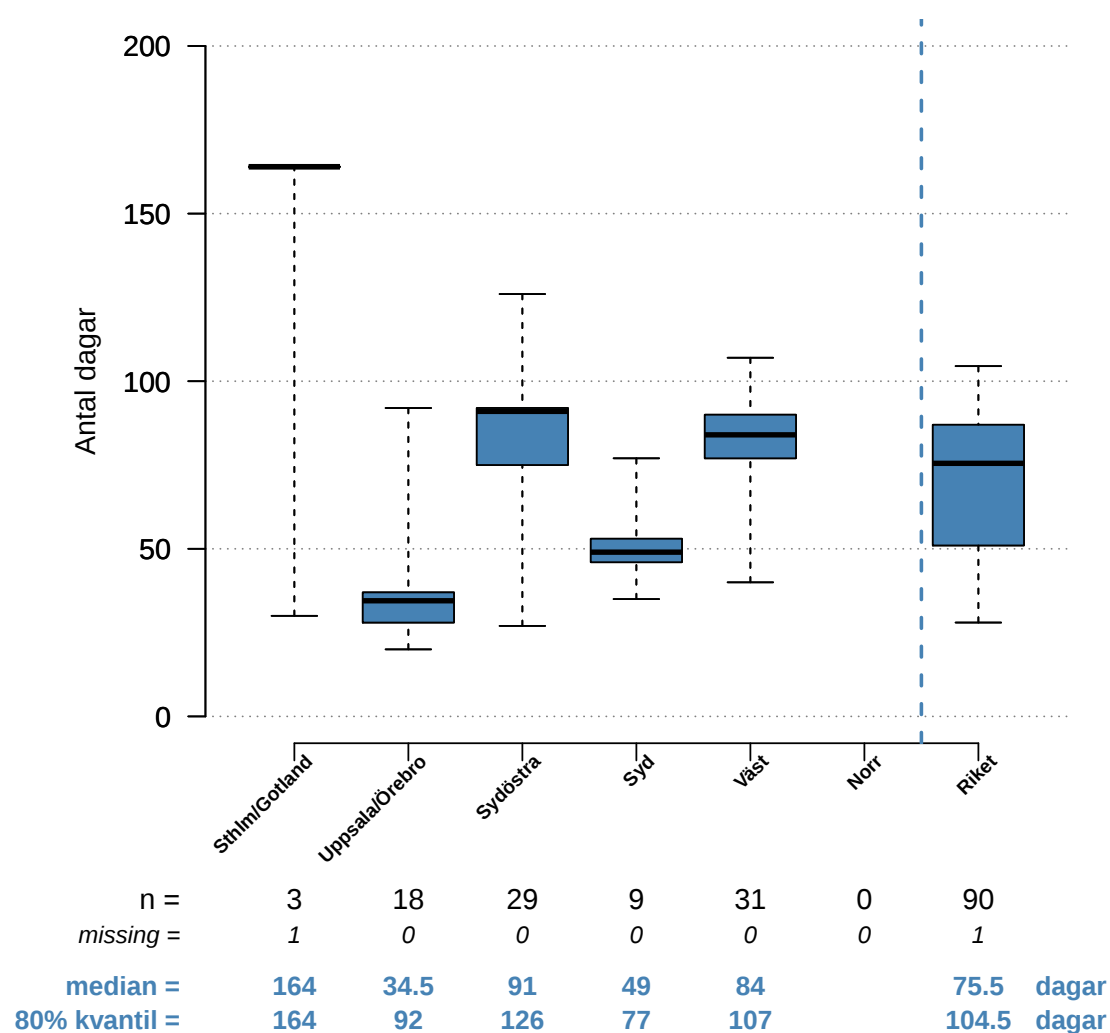
5.8 Ledtider

Tid från diagnos till primärkirurgi



Figur 5.8: Tid från diagnos till primäroperation. (Urval: Primäroperation med ifylld primärbehandlingsblankett).

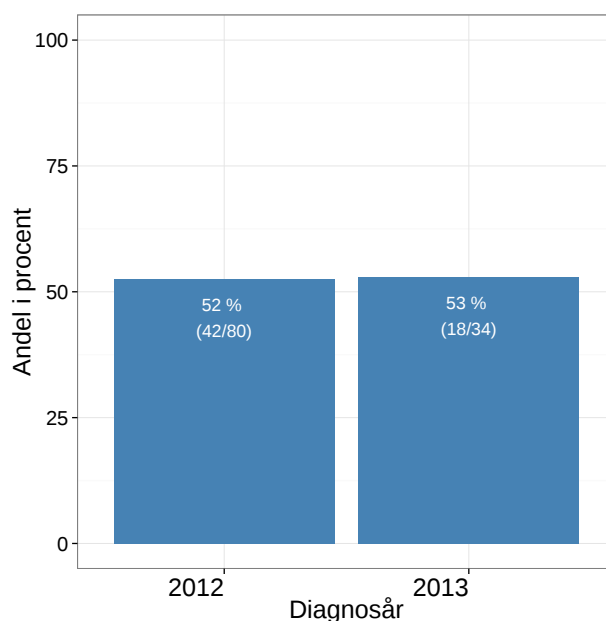
Tid från diagnos till patientinformation om onkologisk behandling



Figur 5.9: Tid från diagnos till patientinformation om onkologisk behandling (Urval: Ifylld datum för patientinformation om onkologisk behandling).

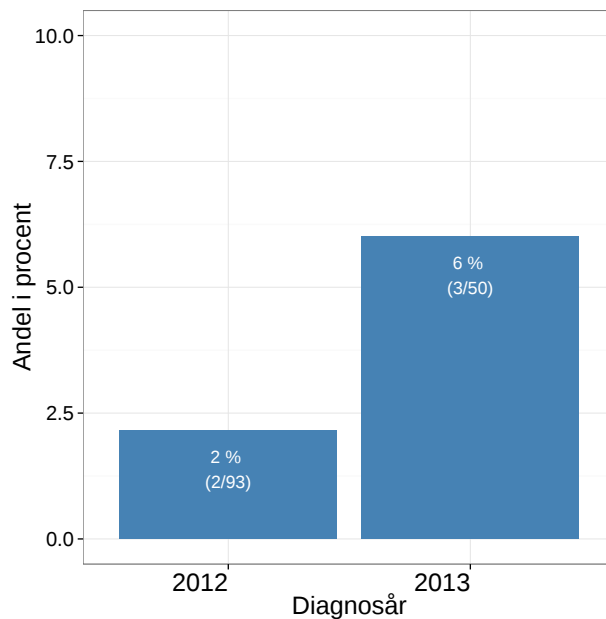
5.9 Multidisciplinär konferens (MDK)

Arbete med nationellt vårdprogram pågår, varför det saknas såväl definition av vilka patienter som skall diskuteras på MDK som målnivå.



Figur 5.10: Andel patienter bedömda på multidisciplinär konferens per år (Urval: Ifylld primärbehandlingsblankett och information om MDK)

5.10 Deltagande i kliniska behandlingsstudier



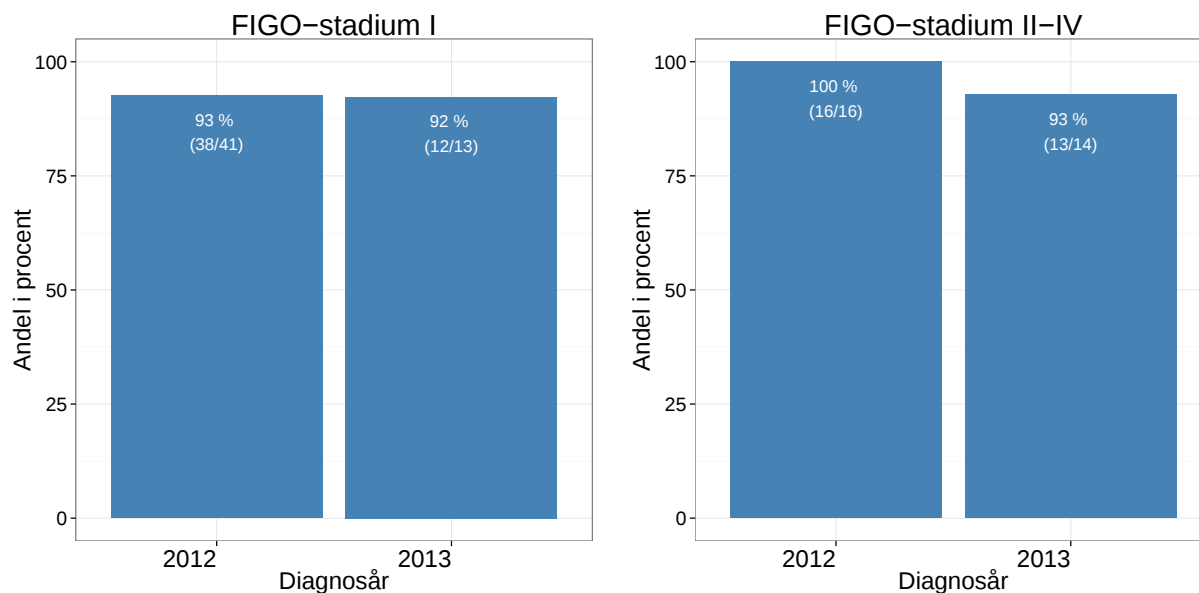
Figur 5.11: Andel patienter deltagande i kliniska behandlingsstudier per år (Urval: Ifylld primärbehandlingsblankett och information om kliniska behandlingsstudier)

5.11 Given primärbehandling

Tabell 5.6: Antal och andel patienter som fått behandling med respektive behandlingsmodalitet (Urval: Ifylld primärbehandlingsblankett)

	Sthlm/Gotland	Uppsala/Örebro	Sydöstra	Syd	Väst	(all)
Brachyterapi + Extern radioterapi	0 (0)	0 (0)	1 (3)	0 (0)	0 (0)	1 (1)
Extern radioterapi	0 (0)	6 (25)	3 (9)	0 (0)	1 (2)	10 (7)
Kirurgi	4 (100)	11 (46)	16 (50)	25 (71)	30 (67)	86 (61)
Kirurgi + Annan kemoterapi	0 (0)	1 (4)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (1)
Kirurgi + Annan kemoterapi + Brachyterapi + Extern radioterapi	0 (0)	0 (0)	1 (3)	0 (0)	0 (0)	1 (1)
Kirurgi + Extern radioterapi	0 (0)	2 (8)	4 (12)	10 (29)	13 (29)	29 (21)
Kirurgi + Radiokemoterapi	0 (0)	2 (8)	6 (19)	0 (0)	1 (2)	9 (6)
Radiokemoterapi	0 (0)	2 (8)	1 (3)	0 (0)	0 (0)	3 (2)
(all)	4 (100)	24 (100)	32 (100)	35 (100)	45 (100)	140 (100)

5.12 Medverkan av erfaren tumörkirurg



Figur 5.12: Andel operationer med medverkan av erfaren tumörkirurg per år (operatör som utfört mer än 15 vulvacanceroperationer eller med subspecialitet inom gynekologisk tumörkirurgi). (Urval: Primäroperation med kurativ intention och ifylld kirurgiblankett.).

5.13 Responsbedömning

Tabell 5.7: Tumörrespons efter primärbehandling. (Urval: Patienter som behandlats med kirurgi, neoadjuvant kemoterapi, radiokemoterapi, annan kemoterapi, brachyterapi, extern radioterapi eller annan primär antitumoral behandling)

Tumörrespons efter primärbehandling	Antal	Andel
Komplett respons (CR)/NED (No Evidence of Disease)	14	82 %
Partiell respons (PR; ≥ 30 procent minskning)	1	6 %
Progressiv sjukdom (PD; ≥ 20 procent storleksökning, ny-tillkommen tumör)	2	12 %
(all)	17	100 %

5.14 Dödsorsak

Registret får också information från befolkningsregistret. I registret finns 22 dödsfall registrerade, varav 3 med okänd dödsorsak. Enligt befolkningsregistret har 22 patienter avlidit.

Tabell 5.8: Registrering av dödsorsak för patienter med registrerade dödsdatum

Dödsorsak	Antal	Andel
Annan malignitet	1	5 %
Annan orsak ej relaterad till malignitet	1	5 %
Cancersjukdomen	17	77 %
Okänd	3	14 %
(all)	22	101 %