

Nationellt kvalitetsregister för lymfom

Primärbehandling

Gäller fr o m 2012-03-15

Blanketten ifylls och insändes efter avslutad behandling eller senast 1 år efter diagnos till: **Regionalt Cancercentrum** i respektive region

Om aktiv tumörbehandling ej är given skall blanketten fyllas i vartannat år tills behandling är given.

Inrapporterande sjukhus/klinik

Inrapporterande läkare

Personnr: _____ - _____
år mån dag

Namn: _____

Diagnos

Reviderad diagnos

(om eftergranskad eller nya diagnostiska data har tillkommit)

Nej Ja

Om ja, datum:

år mån dag
|_|_|_|_|_| |_|_| |_|_|

Ny diagnos, morfologisk diagnos enl WHO (se baksida) SNOMED |_|_|_|_|_|

Transformation

Nej Ja

Om ja, datum:

år mån dag
|_|_|_|_|_| |_|_| |_|_|

Ny diagnos, morfologisk diagnos enl WHO (se baksida) SNOMED |_|_|_|_|_|

Datum för terapibeslut

Datum skall även anges om aktiv tumörbehandling ej är given

år mån dag
|_|_|_|_|_| |_|_| |_|_|

Aktiv tumörbehandling given

Nej Ja

Datum för behandlingsstart

år mån dag
|_|_|_|_|_| |_|_| |_|_|

Kurativt syftande behandling

Nej Ja

Behandlad inom ramen för klinisk prövning

Nej Ja Om ja, vilken?

Ifylls om man tidigare rapporterat att aktiv tumörbehandling ej är given

Reviderat terapibeslut Nej Ja

Datum för reviderat terapibeslut

år mån dag
|_|_|_|_|_| |_|_| |_|_|

Genomförd primärbehandling

Cytostatika

Nej Ja

Regim: Antal cykler:.....

Radioterapi

Nej Ja

Om ja, dos: Gy

Immunoterapi

Nej Ja

Om ja, vilken?

CNS-profylax (båda alternativen kan anges)

Intrathekal cytostatikabeh. Nej Ja

Högdos cytarabin och/ eller metotrexat Nej Ja

Annat tumörbehandling Nej Ja

Om ja, vilken?

Autolog stamcellstransplantation

Nej Ja Om ja ange datum

år mån dag
|_|_|_|_|_| |_|_| |_|_|

Indicerad ej genomförd

Datum för avslutad primärbehandling

år mån dag
|_|_|_|_|_| |_|_| |_|_|

Responsbedömning utförd

Nej Ja

PET utförd

Nej Ja

Behandlingsresultat (anges vid utförd responsbedömning)

(CR) Komplet remission

(SD) Stabil sjukdom

(PR) Partiell remission

(PD) Progressiv sjukdom

Oklart



Nationellt kvalitetsregister för lymfom

Primärbehandling

Gäller fr o m 2012-03-15

Personnr: | | | | | | | | | | - | | | | | | | | | |
 år mån dag

Ytterligare behandling utöver primärbehandling (otillräckligt svar/svikt/konsolidering/ underhållsbehandling)

Ytterligare behandling given i direkt anslutning till primärbehandlingen antingen p.g.a. otillräckligt svar eller svikt på primärbehandlingen, som konsolidering eller som underhållsbehandling anges här nedan.

Cytostatika	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	Regim:	Antal cykler.....
Radioterapi	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	Om ja, dos?	Gy
Immunoterapi	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	Om ja, vilken?	
Annan behandling	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	Om ja, vilken?	
Autolog stamcellstransplantation	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	Om ja ange datum	år mån dag
	<input type="checkbox"/>	Indicerad ej genomförd		
Datum för avslutad andra behandling			år mån dag	
Responsbedömning utförd	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja		
PET utförd	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja		
Behandlingsresultat (anges vid utförd responsbedömning)				
<input type="checkbox"/> (CR) Komplett remission	<input type="checkbox"/> (SD) Stabil sjukdom			
<input type="checkbox"/> (PR) Partiell remission	<input type="checkbox"/> (PD) Progressiv sjukdom	<input type="checkbox"/> Oklart		
Underhållsbehandling	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	Om ja, vilken?	
Patienten remitterad till sjukhus/klirik (anges bara om behandling kommer att ske på annat sjukhus/klirik än som rapporterat in anmälan)				
Ingen fortsatt behandling/uppföljning	<input type="checkbox"/>	Ange orsak.....		

Maligna lymfom, WHO-klassifikation

B-cellslymfom/leukemier	SNOMED	T/NK-cellslymfom/leukemier	SNOMED
Prekursor B-lymfoblastlymfom	97283	Prekursor T-lymfoblastlymfom	97293
Lymfocytiskt lymfom, lymfocytärt lymfom	96703	Granulär lymfatisk leukemi	98313
Lymfoplasmacytiskt lymfom/immunocytom	96713	Aggressiv NK-cellsleukemi	99483
Waldenströms makroglobulinemi	97613	Adult T-cellsleukemi/lymfom	98273
Spleniskt marginalzonslymfom	96893	Mycosis fungoides	97003
Härcellsleukemi	99403	Sézarys syndrom	97013
Diffust småcelligt B-cellslymfom i mjältens röda pulpa	95913	Kutant T-cellslymfom	97093
Härcellsleukemi variant (HLC-v)	95913	Primärt kutant anaplastiskt storcelligt lymfom	97183
Extranodalt marginalzonslymfom (MALT-lymfom)	96993	Primärt kutant gamma-delta TCL	97263
Nodalt marginalzonslymfom	96993	Primärt kutant CD8-positivt aggressivt TCL	97093
Folikulärt lymfom	96903	Primärt kutant CD4-positivt TCL	97093
grad I	96953	Lymfomatoid papulos	97183
grad II	96913	NK/T-cellslymfom nasal typ	97193
grad III	96983	T-cellslymfom, enteropatityp	97173
grad III a	96983	Hepatospleniskt T-cellslymfom	97163
grad III b	96983	Subkutant pannikulit-liknande T-cellslymfom	97083
Primärt kutant follikelcenterlymfom (PCFCL)	95973	Angloimmunoblastiskt T-cellslymfom	97053
Mantelcelllymfom	96733	Perifert T-cellslymfom, ospecificerat	97023
Diffust storcelligt B-cellslymfom	96803	Anaplastiskt storcelligt lymfom, ALK-positivt (ALCL ALK+)	97143
Diffust storcelligt B-cellslymfom associerat med kronisk inflammation	96803	Anaplastiskt storcelligt lymfom, ALK-negativt (ALCL ALK-)	97023
EBV-positivt diffust storcelligt B-cellslymfom hos äldre	96803	Blastiskt NK-cellslymfom	97273
Primärt kutant diffust storcelligt B-cellslymfom ("Leg type")	96803	Kronisk NK-lymfoproliferativ sjukdom (CLPD-NK)	98313
Primärt CNS lymfom	96803		
Oklassificerbart storcelligt B-cellslymfom intermediärt mellan DLBCL och BL	96803	Hodgkinlymfom	
ALK-positivt storcelligt B-cellslymfom	97373	Nodulärt lymfocytodominerat Hodgkinlymfom	96593
Storcelligt B-cellslymfom vid HHV8-associerad multicentrisk Castlemans sjukdom	97383	Klassiskt Hodgkinlymfom	96503
Plasmablastiskt lymfom (PL)	97353	HL, nodulärskleros	96633
Primärt mediastinalt (thymiskt) storcelligt B-cellslymfom	96793	HL, lymfocytirik typ	96513
Intravaskulärt storcelligt B-cellslymfom	97123	HL, blandad typ	96523
Primärt effusionslymfom	96783	HL, lymfocytfattig typ	96533
Burkitt lymfom	96873		
Lymfomatoid granulomatos	97661	Ospecifierade koder:	
T-cells/histocytirik B-cellslymfom (THRLBCL)	96883	Maligt lymfom UNS	95903
		Non-Hodgkinlymfom UNS (NHL)	95913
		Småcelligt/indolent NHL	959131
		Blastiskt/aggressivt NHL	959133
		B-cellslymfom	959136
		T-cellslymfom	959135
		Småcelligt/indolent NHL, B-cellslymfom	959131 och 959136
		Småcelligt/indolent NHL, T-cellslymfom	959131 och 959135
		Blastiskt/aggressivt NHL, B-cellslymfom	959133 och 959136
		Blastiskt aggressivt NHL, T-cellslymfom	959133 och 959135
Immundefektassocierade lymfoproliferativa tillstånd:			
Posttransplantorisk lymfoproliferativ sjukdom (PTLD) uns	99701		
- Tidigare lesioner	99711		
- Polymorft	99713		
KLL diagnoser			
Kronisk lymfatisk leukemi B-cellstyp	982336		
B-prolymfocytleukemi	98333		
T-prolymfocytleukemi	98343		
Prolymfocytleukemi	98323		

Förtydligande av koder för behandlingsresultat

Komplett remission (CR)

Kräver följande: Fullständig regress av alla kliniska och röntgenologiska manifestationer, samt av alla sjukdomsrelaterade symptom. Normalisering av biokemiska markörer betingade av lymfom (t ex S-LD). Alla lymfkörtlar och körtelkonglomerat skall ha minskat till normal storlek (1.5 cm) i största transversella mått, för körtlar >1.5 cm före behandlingsstart. Engagerade körtlar som var mellan 1.1 och 1.5 cm före start måste minska till 1 cm efter behandling, eller med mer än 75 % i summan av produkterna av de största diametrarna (SPD).

Vid splenomegali före behandlingsstart, måste mjälten minskat till normal storlek och ej vara palpabel. Alla röntgenologiskt påvisbara förändringar i organ skall vara försvunna. Likaledes skall alla organ som tidigare bedömts som förstörade p.g.a. lymfominfiltration ha återgått till normal storlek. Vid benmärgsengagemang, måste förnyad undersökning från samma lokal (biopsi, minst 20 mm lång och aspirat) vara fri från lymfom. Resultat från flödescytometri, cytogenetik inkluderar f n ej i responsbedömningen.

Partiell remission (PR)

Kräver nedanstående:

- 50 % minskning i SPD av de sex största körtellesionerna. Dessa väljs ut efter följande kriterier:
 - de skall vara tydligt mätbara i minst 2 perpendikulära dimensioner,
 - vara från skilda delar av kroppen, och
 - inkludera mediastinala och retroperitoneala regioner, om dessa är engagerade.
- Ingen storleksökning av andra körtlar, lever eller mjälte.
- Lesioner i mjälte eller lever måste minska med minst 50 % i SPD.
- Engagemang i övriga organ anses som ej mätbar sjukdom.
- Benmärgsengagemang är ej av betydelse för PR, dock skall celltypen specificeras.
- Avsaknad av nya lesioner.

Stabil sjukdom (SD)

Uppfyller ej kriterierna för PR, men inte heller för PD (nedan)

Progressiv sjukdom (PD)

Kräver följande:

- 50 % ökning från minsta SPD av engagerad lesion efter PR eller icke-respons.
- Uppträdan av ny lesion under eller efter behandling. *Välj detta alternativ om patienten avlidit p.g.a. tumörprogress.*