

Huvud- och halscancer

Regional rapport för diagnosår 2011-2015

från Nationella kvalitetsregistret för huvud- och halscancer

Uppsala-Örebroregionen



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

Innehåll

1	Förord	5
2	Sammanfattning	5
3	Bakgrund	6
4	Antal fall och täckningsgrad	6
5	Utredning och diagnostik	8
5.1	Ledtider	8
6	Behandling	13
7	Överlevnad	16
8	Utvecklingspunkter	18
9	Den regionala vårdprogramgruppen	18

Tabeller

1	Antal fall per mantalsskrivningslän och diagnosår, 2011-2015	6
2	Täckningsgrad per mantalsskrivningslän och diagnosår, 2011-2015	6
3	Antal fall per diagnosgrupp och diagnosår, 2011-2015	7
4	Regional vårdprogramgrupp	18

Figurer

1	Tumörgrupper i Uppsala-Örebro-regionen respektive riket, diagnosår 2014-2015.	7
2	Beslut taget vid multidisciplinär konferens, diagnosår 2014-2015.	8
3	Väntetid från remiss till första besök hos specialist, diagnosår 2011-2015.	9
4	Väntetid från första besök hos specialist till behandlingsbeslut, diagnosår 2011-2015.	10
5	Väntetid från behandlingsbeslut till första behandling, första behandling kirurgisk, diagnosår 2011-2015.	11
6	Väntetid från behandlingsbeslut till första behandling, första behandling onkologisk, diagnosår 2011-2015.	12
7	Behandlingsintention, per mantalsskrivningslän, diagnosår 2014-2015.	13
8	Extern strålbehandling, per mantalsskrivningslän respektive behandlande län, diagnosår 2014-2015.	14
9	Kirurgi, primärtumör, operation 1, per mantalsskrivningslän respektive behandlande län, diagnosår 2014-2015.	14
10	Brachyterapi, per mantalsskrivningslän respektive behandlande län, diagnosår 2014-2015.	15
11	Medicinsk tumörbehandling, per mantalsskrivningslän respektive behandlande län, diagnosår 2014-2015.	15
12	Överlevnad för cancer i läpp, munhåla, näsa/bihåla och spottkörtlar, diagnosår 2008-2015.	16
13	Överlevnad för cancer i orofarynx, nasofarynx, hypofarynx och larynx samt malign körtel på hals, diagnosår 2008-2015.	17

1 Förord

Svenskt kvalitetsregister för huvud- och halscancer (SweHNCR) startades 2008-01-01. Det är ett officiellt register och stöds ekonomiskt av Sveriges Kommuner och Landsting (SKL). SweHNCR har under åren 2011-2015 en täckningsgrad mot Socialstyrelsens cancerregister på 99 %. Registreringen omfattar canceranmälan, ledtider, behandlingsbeslut, den primära behandlingen och uppföljning. Recidiv registreras men behandling redovisas inte. Patienten fortsätter dock att följas.

Målsättningen är att öka kunskapen om huvud- och halscancer i Sverige och peka på eventuella svagheter i utredning, behandling och uppföljning. Data ska också vara hypotesgenererande för forskning och ger möjlighet att jämföra utfall av olika behandlingsmetoder nationellt och internationellt.

SweHNCR är utvecklat och förvaltas i ett samarbete mellan specialiteterna onkologi och otorhinolaryngologi och i samverkan

med RCC-väst. Registret leds av en nationell styrgrupp med representanter från varje region samt representanter från Regionala cancercentrum (RCC). I styrgruppen ingår också patientföreträdare från Mun- och Halscancerförbundet.

Insamling av data sker via INCA-portalen som är RCC:s webbaserade inrapporteringssystem. I september 2015 publicerades det första nationella vårdprogrammet inom huvud- och halscancer. Kvalitetsregistret har varit en förutsättning för att det arbetet har kunnat genomföras. Den årsrapport som vi nu presenterar bygger på data från registret för perioden 2011-2015 (1451 patienter i Uppsala-Örebroregionen).

Här presenteras regionala data ur registret för åren 2011-2015. Den regionala vårdprogramgruppen bildades under 2015 och vi har haft två möten.

2 Sammanfattning

Huvud- och halscancer innefattar nio diagnosgrupper som är mycket olika när det gäller såväl incidens, ålder, könsfördelning, behandling och prognos. De vanligaste grupperna är munhålecancer (438) och orofarynxcancer (361). Sedan kommer larynxcancer (173). Den minst vanliga är nasofarynxcancer (26). Förutom vid munhålecancer och spottkörtelcancer (48 % kvinnor) är det stor övervikt för män, mest uttalat vid larynxcancer som har 82 % män.

Behandlingen består i huvudsak av strålbehandling och kirurgi, var för sig eller ofta

i kombination, men cytostatika förekommer också i mer avancerade fall samt som palliativ behandling vid recidiv. Brachyterapi är en väldokumenterad behandling framför allt vid tungbascancer. Fotokemi och ECT (electro-Cytherapy) förekommer också i huvudsak vid behandling av recidiv.

Eftersom risken för recidiv lokalt och regionalt är ganska stor medför behandling av dessa också mycket arbete framförallt på universitetsklinikerna. Detta redovisas inte i registret.

3 Bakgrund

Eftersom huvud- och halscancer är ovanligt och dessutom har en stor variation har man sedan många år haft en centralisering av behandlingen till universitetsklinikerna. Särskilt kirurgin kräver ett teamarbete mellan ÖNH-läkare, plastikkirurger och käkkirurger. Det krävs också en anestesiklinik samt vårdavdelning med erfarenhet från kirurgin (75

% under åren 2008-2013 har opererats i Uppsala eller Örebro). Den onkologiska behandlingen har utvecklats kraftigt de senare åren och sker oftast på universitetsklinikerna (60 %) men även på länssjukhuset (40 %) efter genomgången MDK (Multidisciplinär Konferens) i Örebro och Uppsala (där 60 % har strålbehandlats). Detta speglas väl i registret.

4 Antal fall och täckningsgrad

Huvud- och halscancer är relativt ovanligt i Sverige och utgör 2,3 % av all cancer. Det finns en långsam ökning av antalet fall sedan

flera år från 251 (2011) till 306 (2015) i regionen. Täckningsgraden i regionen ligger på 99 % jämfört med Cancerregistret.

Tabell 1. Antal fall per mantalsskrivningslän och diagnosår, 2011-2015

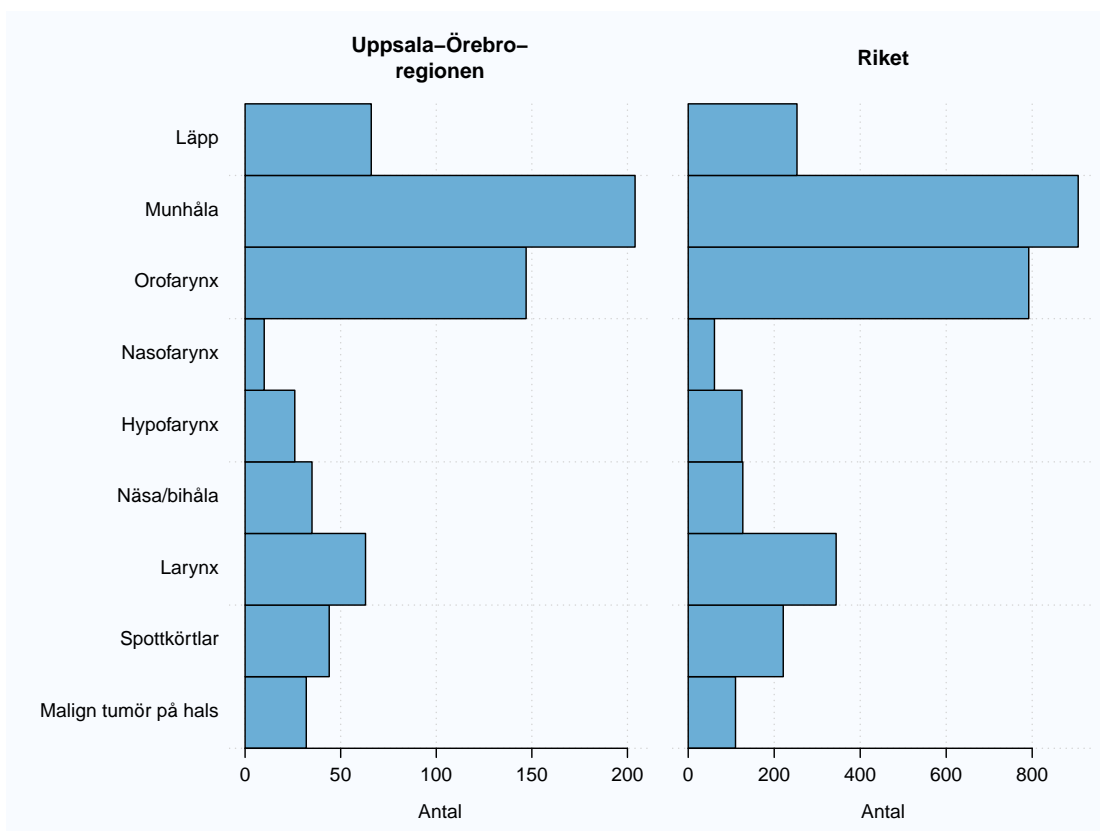
	2011	2012	2013	2014	2015	Totalt
Län						
Dalarnas län	34	37	39	39	41	190
Gävleborgs län	34	39	33	44	45	195
Södermanlands län	40	34	53	58	32	217
Uppsala län	31	47	50	45	55	228
Värmlands län	38	42	33	42	39	194
Västmanlands län	32	45	34	44	59	214
Örebro län	43	45	41	49	35	213
Övriga län	1	0	1	1	0	3
Totalt	253	289	284	322	306	1454

Tabell 2. Täckningsgrad per mantalsskrivningslän och diagnosår, 2011-2015

	2011	2012	2013	2014	2015	Totalt
Län						
Dalarnas län	100	100	100	100	100	100
Gävleborgs län	100	100	100	100	100	100
Södermanlands län	100	100	100	100	100	100
Uppsala län	100	98	100	100	98	99
Värmlands län	100	100	100	100	89	97
Västmanlands län	100	98	100	100	100	100
Örebro län	100	100	100	100	100	100
Totalt	100	99	100	100	98	99

Tabell 3. Antal fall per diagnosgrupp och diagnosår, 2011-2015

	2011	2012	2013	2014	2015	Totalt
Grupp						
Läpp	18 (7)	28 (10)	19 (7)	39 (12)	27 (9)	131 (9)
Munhåla	78 (31)	72 (25)	86 (30)	98 (30)	106 (35)	440 (30)
Orofarynx	66 (26)	70 (24)	77 (27)	70 (22)	78 (25)	361 (25)
Nasofarynx	1 (0)	10 (3)	5 (2)	6 (2)	4 (1)	26 (2)
Hypofarynx	6 (2)	7 (2)	13 (5)	16 (5)	10 (3)	52 (4)
Näsa/bihåla	11 (4)	15 (5)	15 (5)	17 (5)	18 (6)	76 (5)
Larynx	36 (14)	39 (13)	34 (12)	35 (11)	28 (9)	172 (12)
Spottkörtlar	22 (9)	33 (11)	24 (8)	23 (7)	21 (7)	123 (8)
Malign tumör på hals	15 (6)	15 (5)	11 (4)	18 (6)	14 (5)	73 (5)
Totalt	253 (100)	289 (100)	284 (100)	322 (100)	306 (100)	1454 (100)



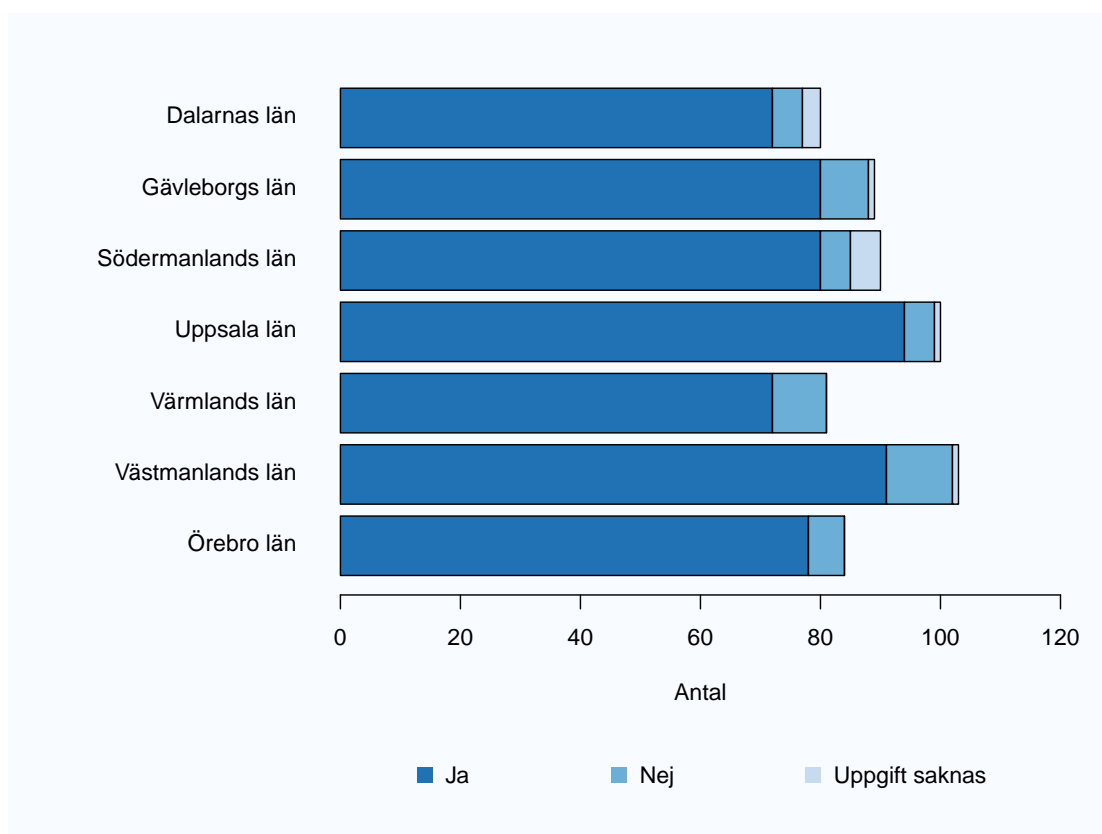
Figur 1. Tumörgrupper i Uppsala-Örebro-regionen respektive riket, diagnosår 2014-2015.

5 Utredning och diagnostik

Huvud- och halscancer utreds primärt vid ÖNH-klinikerna i regionen, företrädesvis vid centrallasaretten. Framför allt den kirurgiska behandlingen sker sedan i huvudsak på universitetsklinikerna (till 75 %) medan den onkologiska också utförs vid läns-onkologiska kliniker (till 40 %). Brachyterapi för huvud- och halscancer finns för närvarande endast i Örebro.

Fördelningen av de olika diagnosgrupperna i befolkningen i regionen är relativt jämn och några signifikanta skillnader kan inte ses. Man ska då påpeka att varje diagnosgrupp fortfarande är för liten för att man ska kunna dra några andra slutsatser.

Cirka 90 % av alla patienter passerar en MDK för behandlingsbeslut. I huvudsak är det lappcancer som inte passerar konferensen.

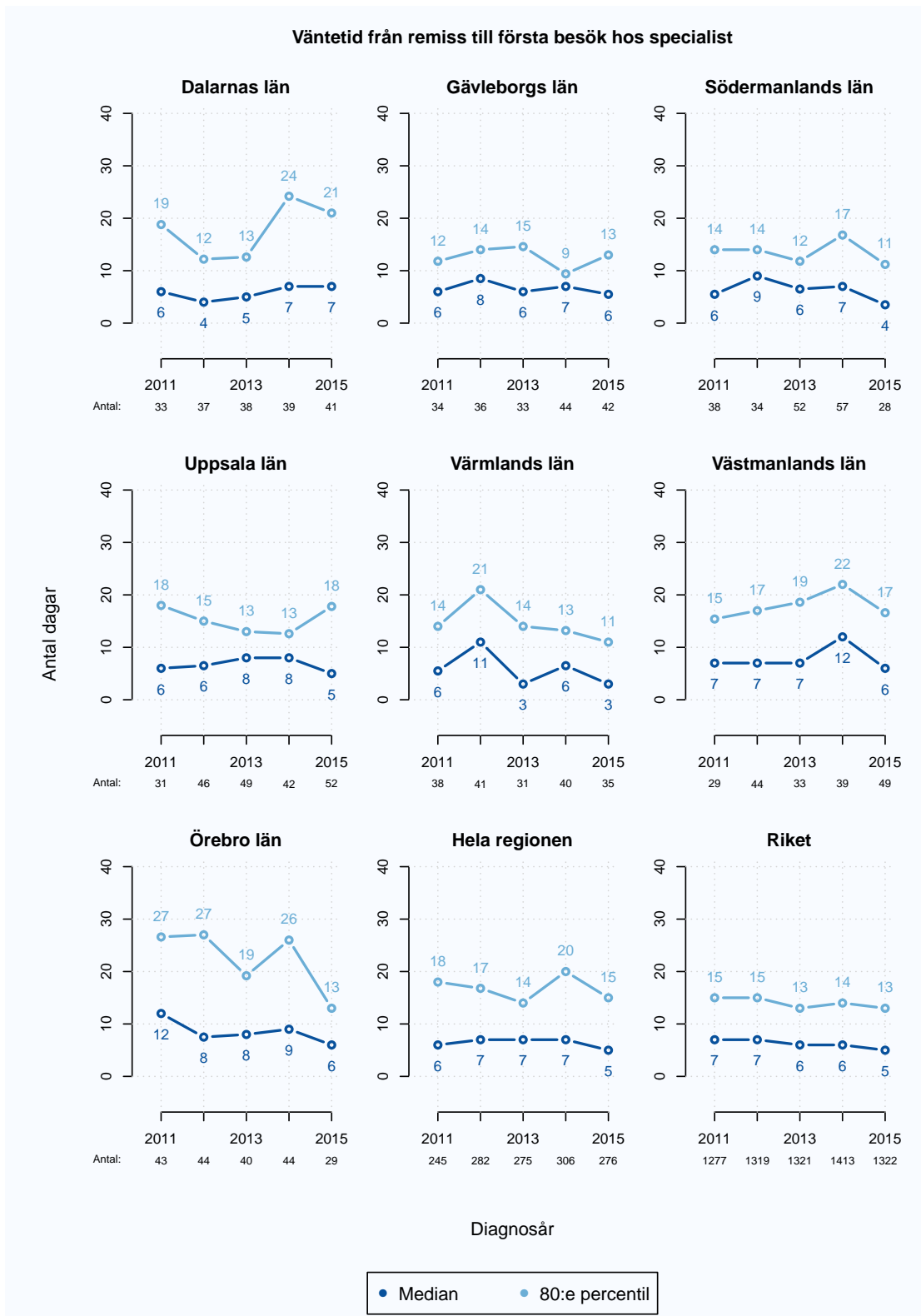


Figur 2. Beslut taget vid multidisciplinär konferens, diagnosår 2014-2015.

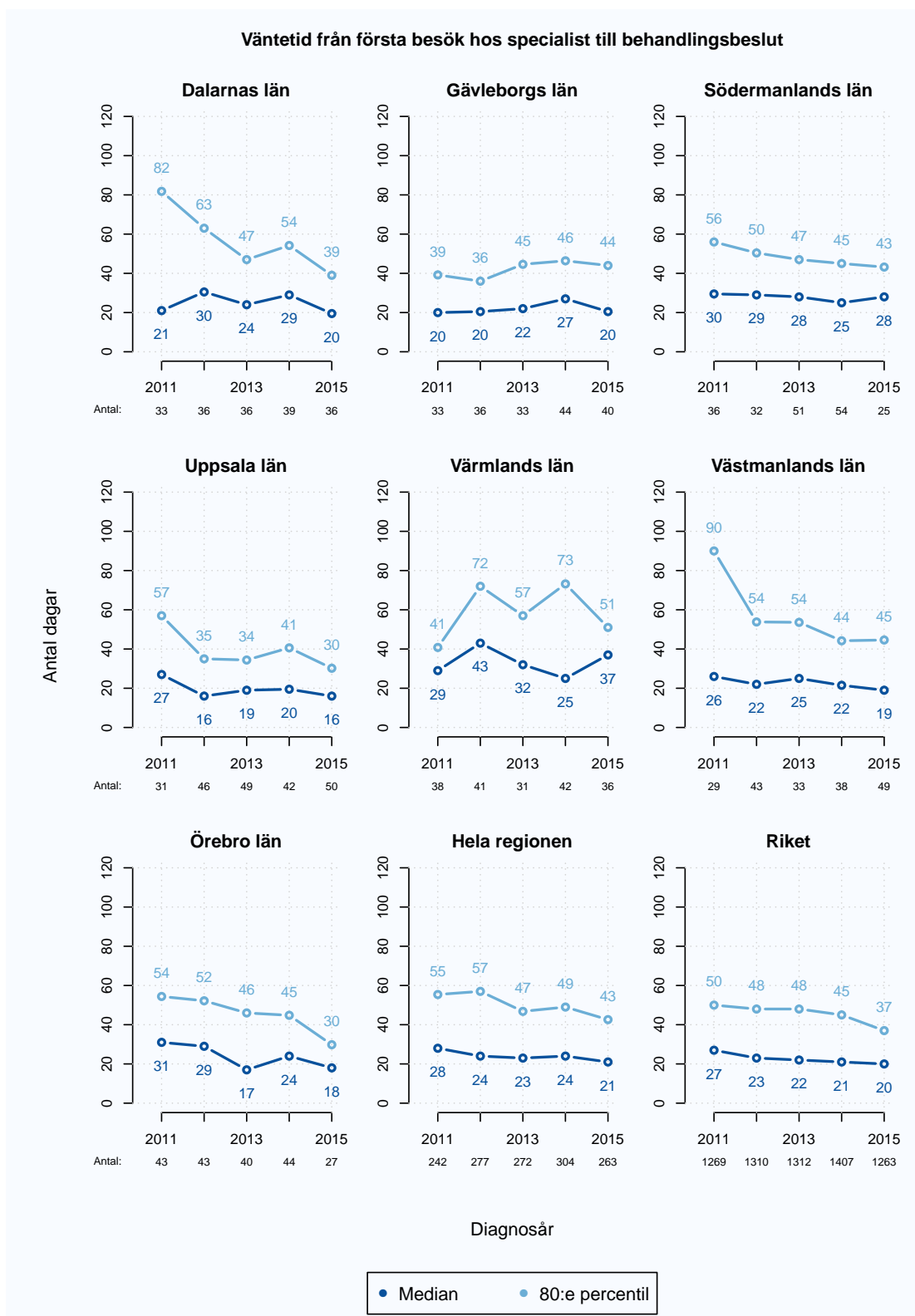
5.1 Ledtider

Ledtiderna från remiss till behandlingsstart är en kvalitetsparameter eftersom studier har visat att för varje månads fördröjning minskar möjligheten till lokal kontroll av sjukdomen. Mycket arbete har lagts ner på att korta dessa tider i samarbete med såväl röntgen som patologi och universitetsklinikerna. Under hösten 2015 startade det standardisera-

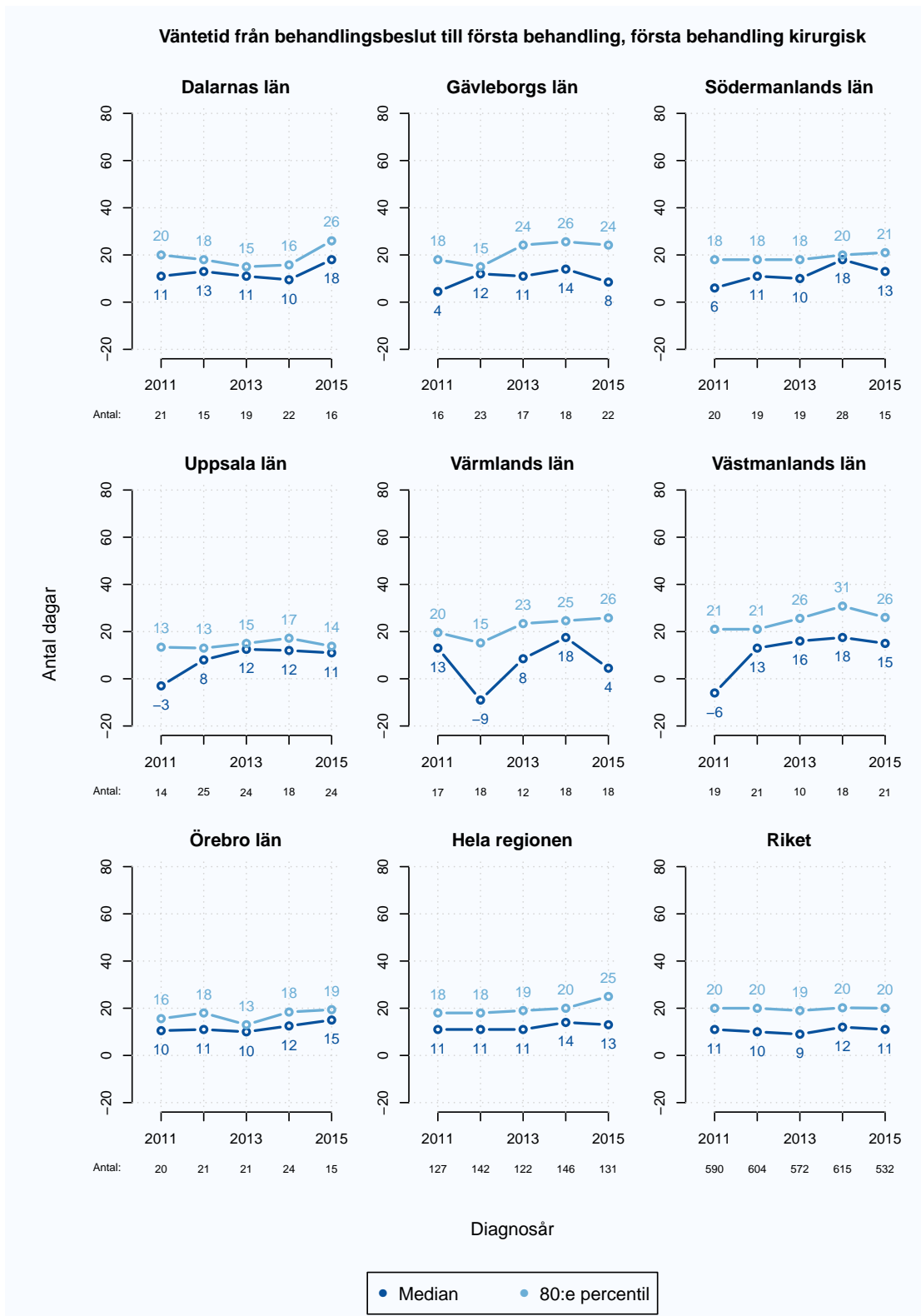
de vårdförloppet i hela sjukvårdsregionen efter ett gediget förberedelsearete. Målet är att från remissankomst till behandlingsstart ska vara 30 dagar (kirurgi) och 38 dagar. I figurerna nedan kan man följa förändringen över tid och se hur ledtiderna varierar men ändå ligger ganska konstant.



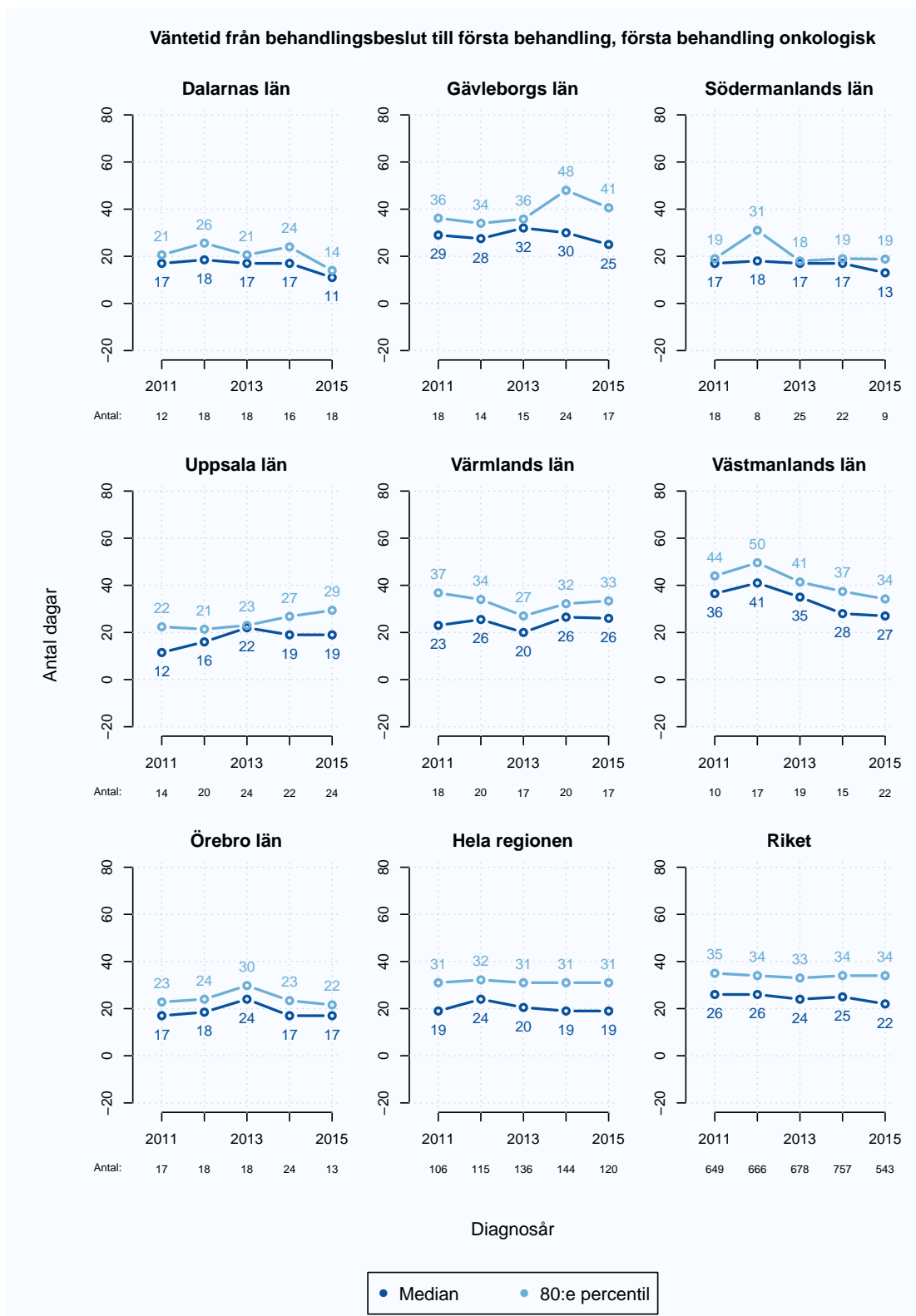
Figur 3. Väntetid från remiss till första besök hos specialist, diagnosår 2011-2015.



Figur 4. Väntetid från första besök hos specialist till behandlingsbeslut, diagnosår 2011-2015.



Figur 5. Väntetid från behandlingsbeslut till första behandling, första behandling kirurgisk, diagnosår 2011-2015.



Figur 6. Väntetid från behandlingsbeslut till första behandling, första behandling onkologisk, diagnosår 2011-2015.

6 Behandling

Behandlingssyfte: Vi ger en kurativt syftande behandling till 90-95 % av patienterna och det skiljer det sig inte åt mellan länen.

Behandling för huvud- och halscancer består i stor utsträckning av strålbehandling och kirurgi som monoterapi eller som kombinerade behandlingar.

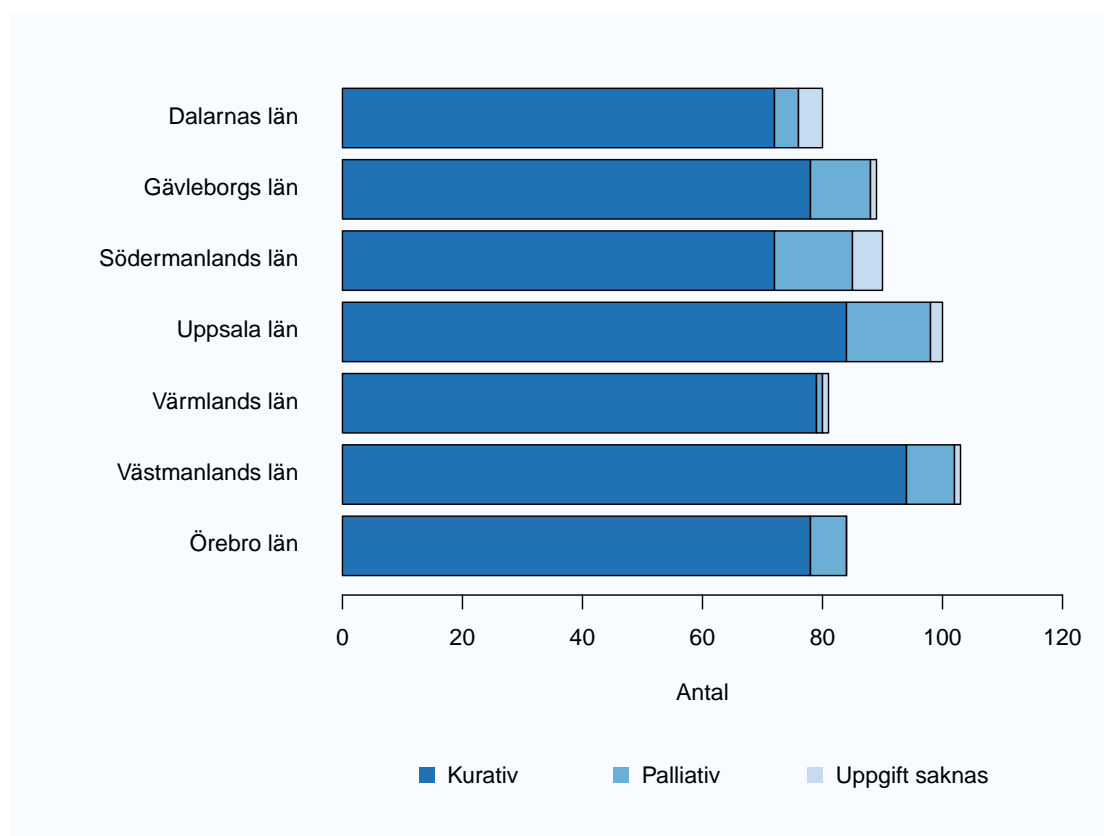
Strålbehandling ges vid universitetsklinikerna men även vid läns-onkologiska kliniker. I Dalarna finns ingen onkologisk klinik.

Kirurgin sker i stor utsträckning vid universitetssjukhusen. Mängden kirurgi vid läns-sjukhusen ser ut att minska, förutom för

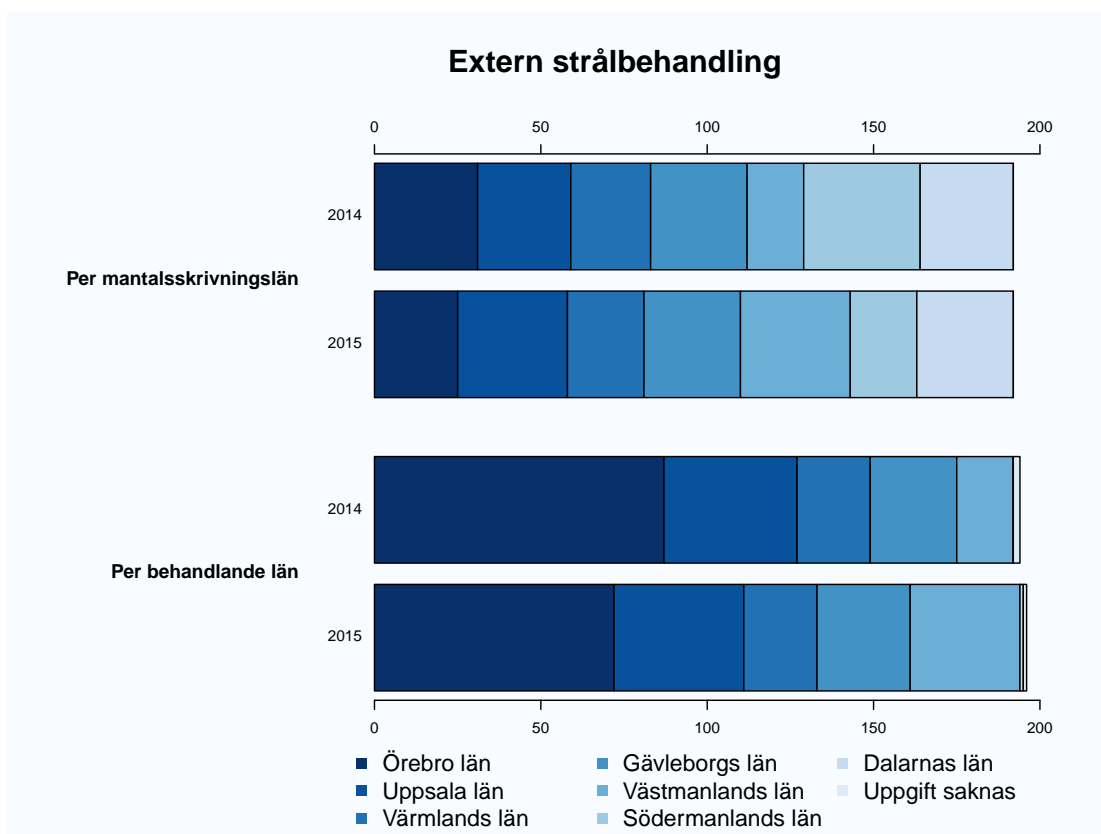
läppcancer.

Medicinsk tumörbehandling ges till mer avancerade fall och är inte så ofta förekommande. Ett undantag är nasofarynxcancer som rutinmässigt får medicinsk tumörbehandling kombinerat med strålbehandling.

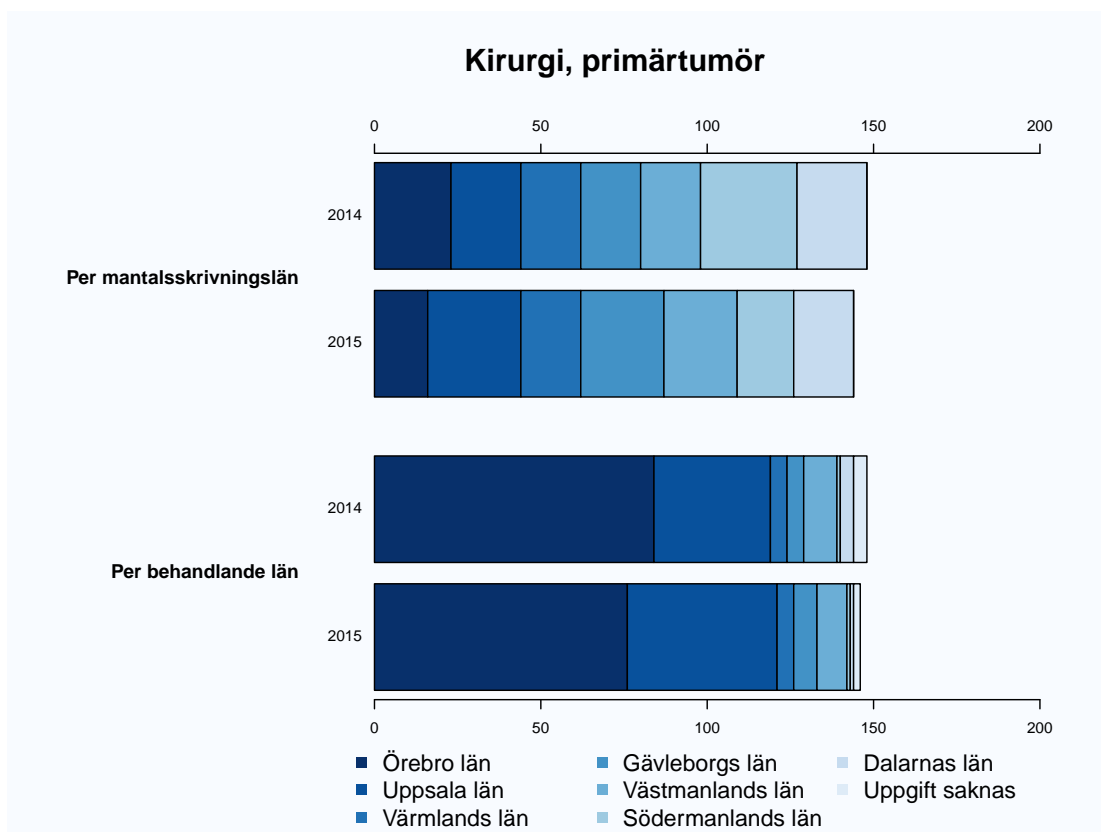
I figurerna nedan redovisas 2014 och 2015. För 2015 är behandlingarna inte fullständiga. Det saknas för de som diagnostiserats under senhösten 2015, men där behandlingen inte avslutats under året. Några stora förskjutningar mellan landstingen/regionerna tycks dock inte ha skett.



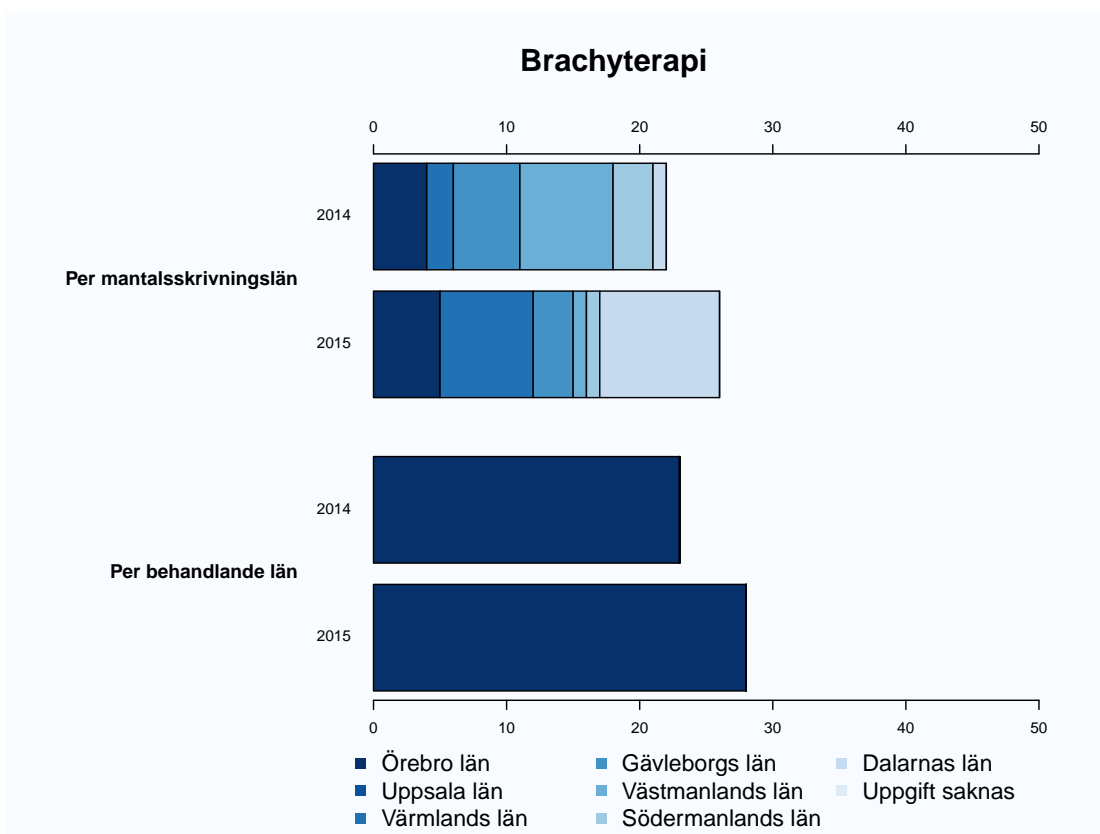
Figur 7. Behandlingsintention, per mantalsskrivningslän, diagnosår 2014-2015.



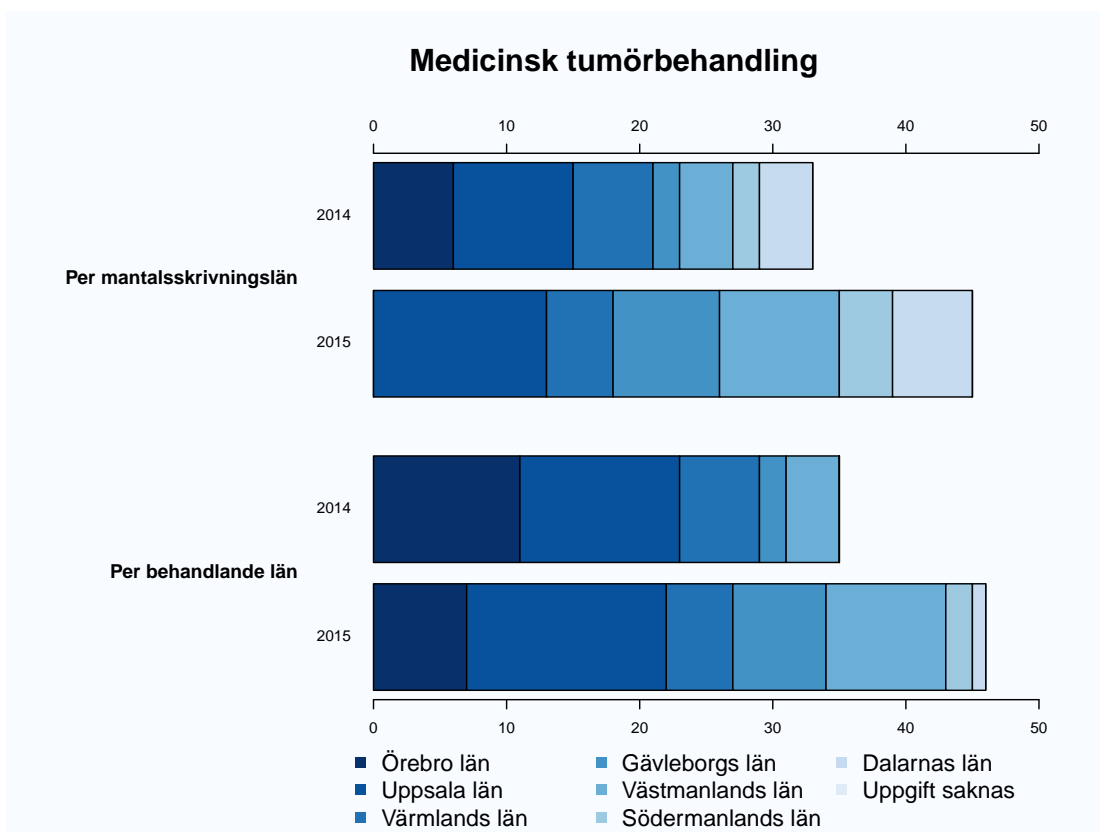
Figur 8. Extern strålbehandling, per mantalsskrivningslän respektive behandlande län, diagnosår 2014-2015.



Figur 9. Kirurgi, primärtumör, operation 1, per mantalsskrivningslän respektive behandlande län, diagnosår 2014-2015.



Figur 10. Brachyterapi, per mantalsskrivningslän respektive behandlande län, diagnosår 2014-2015.

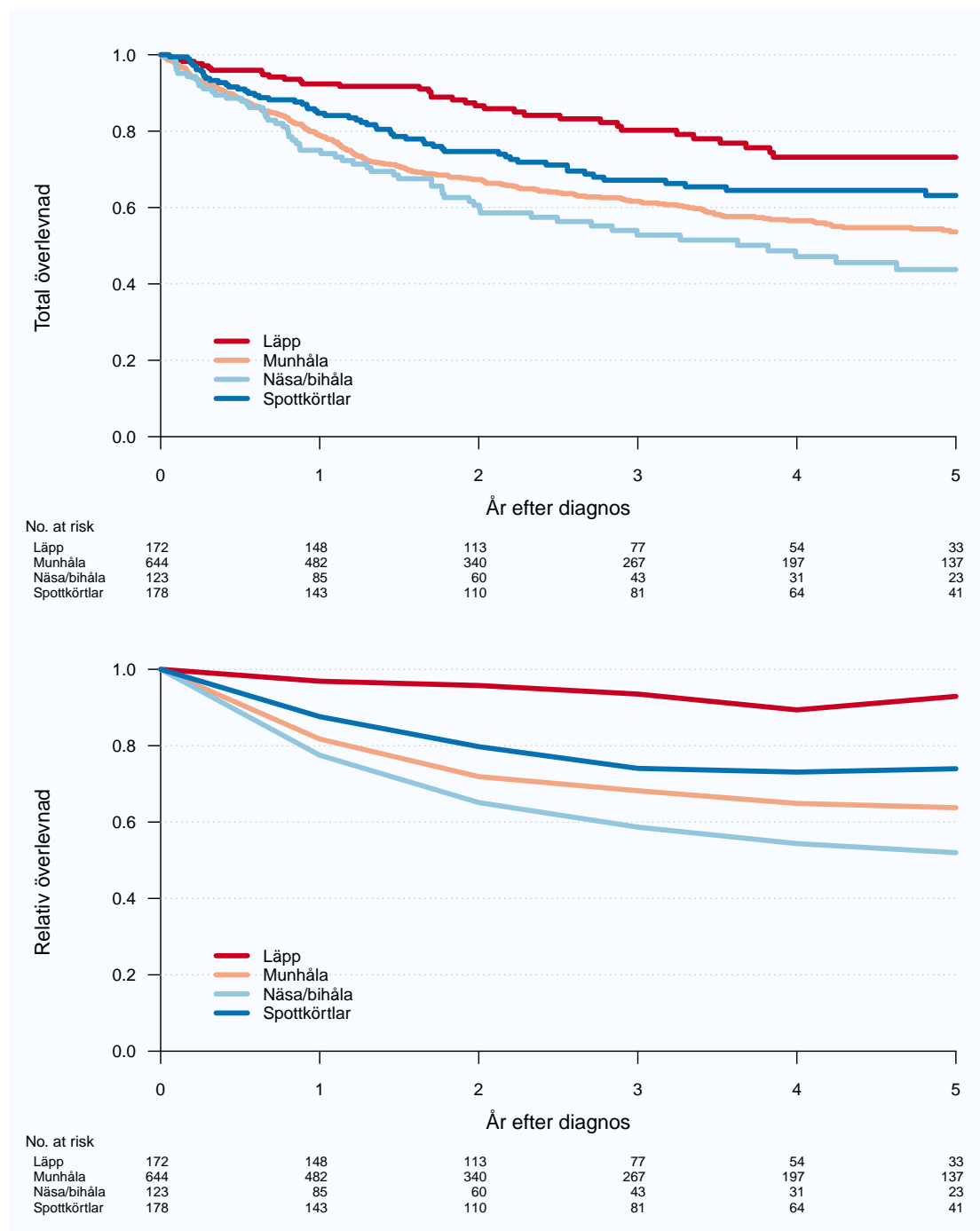


Figur 11. Medicinsk tumörbehandling, per mantalsskrivningslän respektive behandlande län, diagnosår 2014-2015.

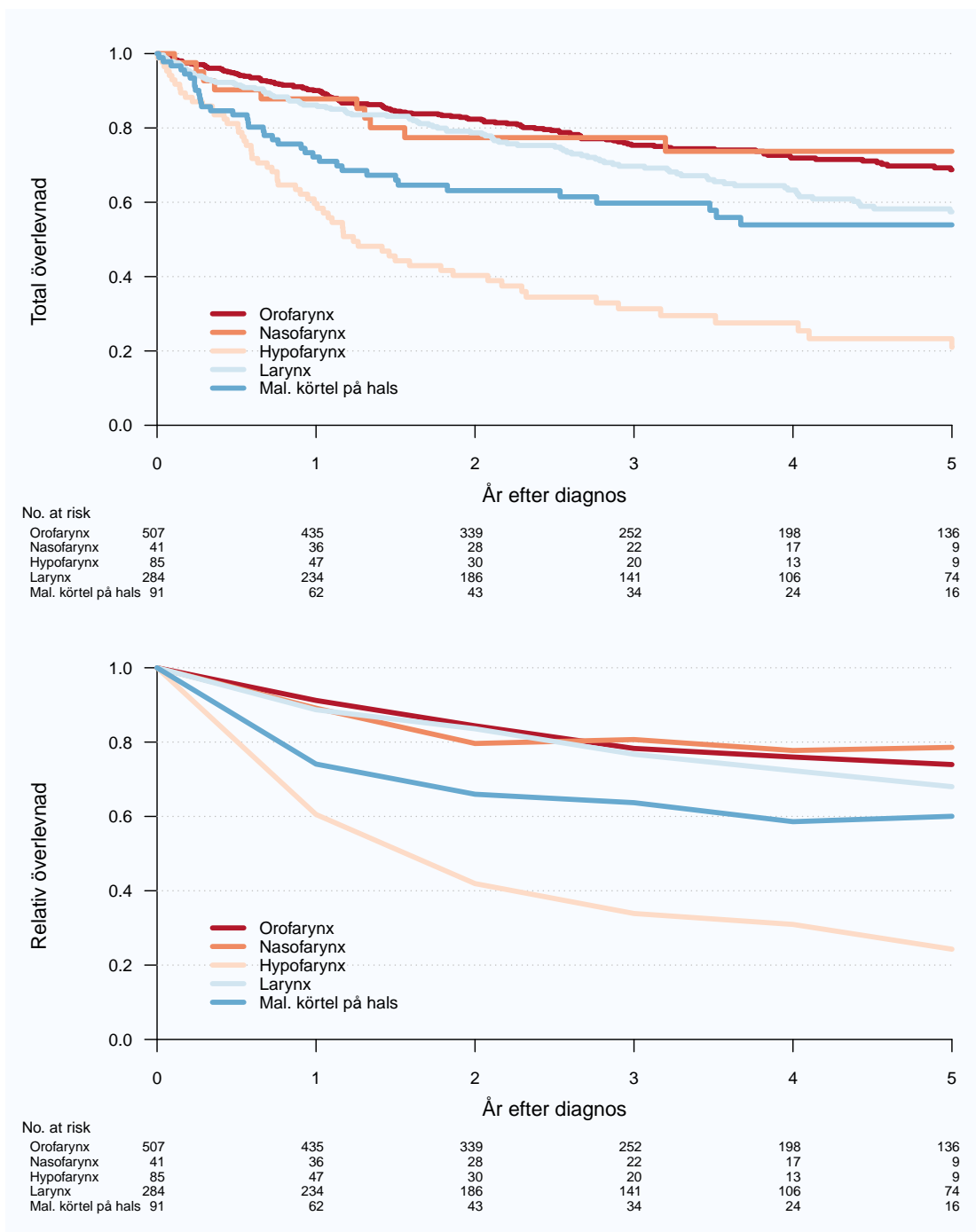
7 Överlevnad

Den relativa 5-årsöverlevnaden för huvud- och halscancer nationellt är 67 %. Det är stora skillnader i överlevnad beroende på diagnosgrupp och i vilket stadium canceren är när den behandlas. De regionala siffrorna avviker inte

från de nationella. Här presenteras relativ och total överlevnad för hela regionen, eftersom många av grupperna är för små för att ge meningsfull information på länsnivå.



Figur 12. Överlevnad för cancer i läpp, munhåla, näsa/bihåla och spottkörtlar, diagnosår 2008-2015.



Figur 13. Överlevnad för cancer i orofarynx, nasofarynx, hypofarynx och larynx samt malign körtel på hals, diagnosår 2008-2015.

8 Utvecklingspunkter

- Fortsatt implementering av det nya vårdprogrammet i regionen
- Framtagande av en individuell vårdplan
- Diskutera och besluta om nivåstrukturerings inom regionen där första steget ska vara att alla patienter med huvud- och halscancer ska passera en MDK-konferens på ett universitetssjukhus
- Igångsättande av projekt i respektive landsting för att anpassa processerna till det gemensamma standardiserade vårdförloppet (då huvud- och halscancer är pilotprojekt)
- Inventering av pågående och idéer till nya gemensamma forskningsprojekt
- Fortsatt utveckling av det standardiserade vårdförloppet (SVF)
- Kvalitetsindikatorer i samarbete med den nationella registergruppen vilka ska kunna följas på registrets hemsida via ”Koll på läget”

9 Den regionala vårdprogramgruppen

Gruppen konstituerades 2014 och hade sitt första möte i Enköping maj 2015 samt ett höstmöte i Västerås. Gruppen är uppbyggd enligt följande princip: Varje landsting/region representeras av en ÖNH-läkare med tumörintresse samt en onkolog med huvud- och halscancerintresse. Under vintern 2015-2016 har det hållit dialogmöten med samtliga kliniker inom sjukvårdsregionen.

Tabell 4. Regional vårdprogramgrupp

Funktion	Namn och region
ÖNH-läkare	Anders Westerborn, Örebro Karl Sandstörms, Uppsala Andreas Scheldorf, Dalarna Karwan Sinjawi och Odd Lind, Gävleborg Alma Gunnarsdottir, Västmanland Vakant, Södermanland Claes Theander, Värmland
Onkolog	Johan Reizenstein, Örebro Lena Cederbland, Uppsala Johanna Färlin, Gävleborg Zuzanna Lovasova, Västmanland Britta Löden, Värmland
Kontaktsjuksköterska	Anna Åberg, Örebro Barbro Linnell Vanninen, Örebro Maria Hellström, Falun Erik Elenius, Uppsala
Patientrepresentant	Staffan Hagelin, Uppsala
Kurator	Barbro Arvidsson, Örebro
Akademiforskningsrepresentant	Göran Laurell, Uppsala
Käkkirurg	Jan Nyberg, USÖ, Örebro
Plastikkirurg	Mathias Elmér, Örebro
Röntgenläkare	Alexandra Gregorius, Örebro
Patolog	Göran Elmberger, Örebro
Allmänläkarrepresentant	Björn Strandell, Örebro