

# Tyreoidcancer

Årsrapport nationellt kvalitetsregister, 2016

Diagnosår: 2015

Nationellt kvalitetsregister för Thyreoidcancer



REGIONALT  
CANCERCENTRUM  
VÄST

Regionalt Cancercentrum Väst  
Sahlgrenska Universitetssjukhuset  
SE-413 45 GÖTEBORG

rccvast@rccvast.se



ISBN 978-91-87663-08-6

9 789187 663086

## Innehållsförteckning

<b>1</b>	<b>Inledning</b>	<b>6</b>
<b>2</b>	<b>Organisation</b>	<b>7</b>
2.1	Styrgruppen	7
2.2	Nationellt stödteam	7
2.3	Årsrapport	7
<b>3</b>	<b>Bakgrund</b>	<b>8</b>
<b>4</b>	<b>Process- och resultatmått</b>	<b>9</b>
<b>5</b>	<b>Redovisade resultat</b>	<b>10</b>
5.1	Täckningsgrader	10
5.2	Antal fall och demografiska data	11
5.3	Diagnosspecifika data	13
5.4	Kvalitetsindikatorer	18
5.4.1	Namngiven kontaktsjuksköterska	18
5.5	Ledtider	19
5.5.1	Tid från remissankomst till första besök hos behandlande specialist	19
5.5.2	Tid från behandlingsbeslut till behandlingsstart	21
5.5.3	Tid från första besök hos behandlande specialist till behandlingsstart	24

## Tabeller

1	Täckningsgrad mot cancerregistret, aug 2016. Region anger den region där patienten var folkbokförd vid diagnosen. . . . .	10
2	Täckningsgrad mot cancerregistret, per sjukhus, september 2015. Sjukhusen redovisas enligt den sjukvårdsregion de tillhör. För varje region redovisas sjukhus som anmält färre än 4 fall per år 2013-2015 till cancerregistret samlat som 'Övriga sjukhus'. . . . .	10
3	Antal inrapporterade fall med diagnosår 2013-2015 per region. . . . .	11
4	Fördelning av tumörtyper för patienter som fått diagnos 2013-2015. . . . .	13
5	T-stadium och grund för bedömning för patienter som fått diagnos 2015. . . . .	14
6	Antal och andel där fullständig TNM klassifikation har registrerats uppdelat efter region för patienter som fått diagnos 2015. . . . .	14
7	N-stadium och grund för bedömning för patienter som fått diagnos 2015. . . . .	15
8	M-stadium för patienter som fått diagnos 2015. . . . .	15
9	Har malignitet fastställts preoperativt för patienter med papillär eller medullär cancer och patologisk T-stadium $\geq T1b$ . Patienter som fått diagnos 2015. Uppdelat efter region. . . . .	16
10	Förekommande Bethesda-klassifikationer hos patienter för patienter med papillär eller medullär cancer och patologisk T-stadium $\geq T1b$ som fått diagnos 2015. . . . .	16
11	Antal och andel där fall som diskuterats vid MDK uppdelat efter region för patienter som fått diagnos 2015. . . . .	17
12	Antal och andel som följt behandlingsrekommendation per inrapporterande region. Patienter som fått diagnos 2015. Informationen saknas för 4 fall. . . . .	17

## Figurer

1	Åldersstandardiserad incidens för tyreoideacancer per 100 000 män och kvinnor i Sverige. Till varje punkt anges antalet nyanmälda fall. Källa: Nordcan, 2016-09-28. . . . .	8
2	Åldersfördelning för patienter med diagnos 2013-2015. . . . .	12
3	Åldersfördelning för män och kvinnor med med diagnos 2013-2015. . . . .	12
4	Andel som följt behandlingsrekommendation per inrapporterande region . Patienter med diagnos 2013-2015. . . . .	18
5	Andel patienter som har tillgång till namngiven kontaktsjuksköterska enligt anmälningsformuläret. Patienter med diagnos 2014-2015. . . . .	18
6	Andel patienter som har tillgång till namngiven kontaktsjuksköterska enligt anmälningsformuläret. Patienter med diagnos 2014-2015 och patologisk T-stadium $\geq T1b$ . . . . .	19
7	Tid från remissankomst till första besök hos behandlande specialist för patienter där malignitets fastställts preoperativt och som haft första besök hos specialist 2013-2015. . . . .	20
8	Tid från remissankomst till första besök hos specialist för patienter där malignitet fastställts preoperativt och som haft första besök hos specialist 2013-2015. Uppdelat efter rapporterade sjukhus. Observera att sjukhus där ledtiden finns rapporterat för färre än 4 fall av denna typ per år 2013-2015 redovisas samlat som 'Övriga sjukhus'. . . . .	20
9	Tid från remissankomst till första besök hos behandlande specialist för patienter där malignitet ej fastställts preoperativt och som haft första besök hos specialist 2013-2015. . . . .	21
10	Tid från remissankomst till första besök hos specialist för patienter där malignitet ej fastställts preoperativt och som haft första besök hos specialist 2013-2015. Uppdelat efter rapporterade sjukhus. Observera att sjukhus där ledtiden finns rapporterat för färre än 4 fall av denna typ per år 2013-2015 redovisas samlat som 'Övriga sjukhus'. . . . .	21
11	Tid från behandlingsbeslut till behandlingsstart för patienter som påbörjat behandling 2013-2015. Uppdelat efter region. . . . .	22
12	Tid från behandlingsbeslut till behandlingsstart för patienter som påbörjat behandling 2013-2015. Uppdelat efter rapporterade sjukhus. Observera att sjukhus där ledtiden finns rapporterat för färre än 4 fall per år 2013-2015 redovisas samlat som 'Övriga sjukhus'. . . . .	22
13	Tid från behandlingsbeslut till behandlingsstart för patienter där malignitet fastställts preoperativt och som påbörjat behandling 2013-2015. Uppdelat efter region. . . . .	23
14	Tid från behandlingsbeslut till behandlingsstart för patienter där malignitet fastställts preoperativt och som påbörjat behandling 2013-2015. Uppdelat efter rapporterade sjukhus. Observera att sjukhus där ledtiden finns rapporterat för färre än 4 fall per år 2013-2015 redovisas samlat som 'Övriga sjukhus'. . . . .	23
15	Tid från behandlingsbeslut till behandlingsstart för patienter där malignitet ej fastställts preoperativt och som påbörjat behandling 2013-2015. Uppdelat efter region. . . . .	24
16	Tid från behandlingsbeslut till behandlingsstart för patienter där malignitet ej fastställts preoperativt och som påbörjat behandling 2013-2015. Uppdelat efter rapporterade sjukhus. Observera att sjukhus där ledtiden finns rapporterat för färre än 4 fall per år 2013-2015 redovisas samlat som 'Övriga sjukhus'. . . . .	24
17	Tid från första besök hos behandlande specialist till behandlingsstart för patienter som påbörjat behandling 2013-2015. Uppdelat efter region. . . . .	25
18	Tid från första besök hos behandlande specialist till behandlingsstart för patienter som påbörjat behandling 2013-2015. Uppdelat efter rapporterade sjukhus. Observera att sjukhus där ledtiden finns rapporterat för färre än 4 fall per år 2013-2015 redovisas samlat som 'Övriga sjukhus'. . . . .	25

# 1 Inledning

Till årets registerrapport har de regioner som inväntat automatisk journalöverföring efter beslut i styrgruppen en efter en börjat komplettera data manuellt då planerade överföringar automatiskt inte fungerat tillfredsställande och dragit ut på tiden, vilket glädjande givit att vi förutom de tidigare fungerande inrapporteringarna för regioner med >90 % täckning och som fortsatt leverera detta har Uppsala/Örebro som kom upp i data redan i fjol nu kompletterat retroaktivt och har en fungerande inrapportörskedja. Likaledes har i år Sydöstra också fått logistik i inrapporteringen och är med i årets rapport också avseende subanalyser. Södra regionen är enligt rapport igång med manuell registrering, men data har inte levererats inför årsrapportdatum så täckningsgraden är här inte adekvat för att ingå tillförlitligt i subanalyserna. Vi tror och hoppas dock på att man kommit till rätta med denna logistik till nästa årsrapport och då även manuellt kompletterat med data för perioden 2013-15 och att därmed registret komplett har inrapportering på stipulerade 95 % för täckning inom alla regioner. Uppföljningsblanketter 1 och 2 år har inte tagits med till årsrapporten då registreringen varierat även och det behövs ses över inför kommande rapport för att kunna göra en ändamålsenlig analys. Detta kommer dock att vara ett högt prioriterat mål inför nästa årsrapport.

Sammanfattningsvis kan sägas att såväl följsamhet till Vårdprogram och ledder är ganska samlat och väl hållet även om vissa inter- och intraregionala skillnader kan skönjas föreligga. Detta och ett ökat antal tyreoidacancerfall totalt, om än utplanat, talar för nödvändigheten av såväl ett heltäckande nationellt tyreoidacancerregister som ett aktuellt nationellt vårdprogram med möjlighet till såväl forskning som kvalitetsuppföljning och öppna jämförelser. Det nationella vårdprogrammet för sköldkörtelcancer har i år genomgått en revision och registret kommer under 2017 att uppdateras och ses över variabelmässigt med hänsyn till nu gällande vårdprogramsförändringar, viss justering och anpassning av blankett 1 har redan skett under innevarande höst.

Målnivåer avseende preoperativ cytologisk fastställande av malignitet och tillgång för tyreoidacancerpatienter till namngiven kontaktsköterska har förbättringspotential till de i Nationellt Vårdprogram angivna målnivåerna, men det kan noteras att uppstramningen och införandet av Bethesdakategorisering avseende preoperativ cytologi verkar ha haft en avsedd gynnsam effekt och ser bättre ut.

Joakim Hennings

Registerhållare,

Nationellt kvalitetsregister för tyreoidacancer

## 2 Organisation

### 2.1 Stygruppen

#### Ordförande

Joakim Hennings, kirurgi, Östersunds sjukhus

#### Ledamöter

##### Norra regionen

Joakim Hennings, kirurgi, Östersunds sjukhus

Maria Sandström, onkologi, Norrlands Universitetssjukhus, Umeå

##### Uppsala/Örebro regionen

Peter Stålberg, Kirurgiska kliniken, Uppsala Akademiska sjukhus

Göran Wallin, Kirurgiska kliniken, USÖ

##### Stockholm-Gotland regionen

Catharina Ihre Lundgren, Endokrin kirurgi, KUS

Maria Hellström, kontaktsjuksköterska, Endokrin-, NET- och sarkomkirurgi, KUS

##### Sydöstra regionen

Oliver Gimm, Kirurgiska kliniken, USL

Anders Höög, Klin patologi och cytologi, USL

##### Västra regionen

Jakob Dahlberg, Kirurgiska kliniken, Sahlgrenska universitetssjukhuset, Göteborg

Johanna Svensson, Onkologiska kliniken, Sahlgrenska universitetssjukhuset, Göteborg

##### Södra regionen

Erik Nordenström, Docent Kirurgiska Kliniken, Skånes Universitetssjukhus i Lund

Jan Tennvall, Professor Skånes onkologiska klinik, Skånes Universitetssjukhus i Lund

Johan Wennerberg, ÖNH-kliniken, Skånes universitetssjukvård

Henryk Domanski, Cytologi, Skånes Universitetssjukhus i Lund

Lennart Greiff, ÖNH-kliniken, Skånes Universitetssjukhus i Lund

Pernilla Asp, Onkologi, Skånes Universitetssjukhus i Lund

##### RCC-representation

Lena Damber, Regionala Cancercentrum i samverkan

Erik Holmberg, Regionalt Cancercentrum väst

##### Patientrepresentat

Peter Lakwijk, ordförande i Svenska Sköldkörtelföreningen

### 2.2 Nationellt stödteam

#### Regionalt Cancercentrum väst

Nils Conradi, verksamhetschef, Regionalt Cancercentrum väst (teamansvarig)

Susanne Amsler Nordin, registeradministratör, Regionalt Cancercentrum väst

Katrín Ásta Gunnarsdóttir, statistiker, Regionalt Cancercentrum väst

Marie Blom, registerproduktägare, Regionalt Cancercentrum väst

### 2.3 Årsrapport

Rapporten baseras på datauttag från Nationellt kvalitetsregister för tyreoidacancer på INCA platformen 2016-09-27. Dessutom har täckningsgrad mot cancerregistret levererats från de sex regionala cancercentrum i september 2015. Analyser och beräkningar är gjorda i R-3.0.3 och rapporten är sammanställd i L<sup>A</sup>T<sub>E</sub>X.

Årsrapporten publicerades 2016-10-14.

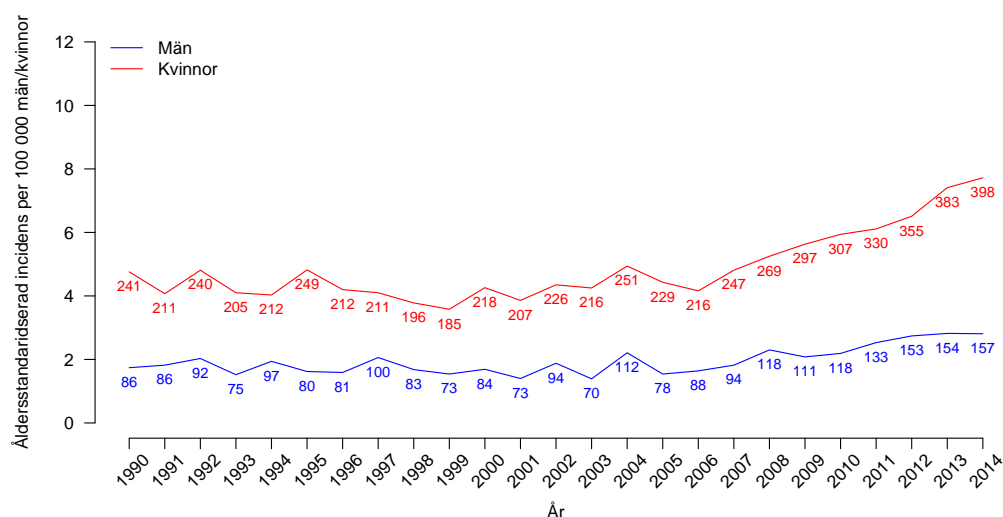
### 3 Bakgrund

Tyreoidacancer (TC) är den vanligaste cancerformen i endokrina körtlar. Incidensen har under lång tid legat på ungefär 4 fall/100000/år, men har ökat markant senaste åren. Joniserande strålning från t.ex. radioaktiva källor är en orsaksfaktor och på senare tid har en drastisk incidensökning drabbat befolkningen runt kärnkraftverket i Tjernobyl. Även från många andra håll i världen, utan reaktorhaverier, rapporteras om stigande incidens vars orsaker inte är fullt klarlagda. Enligt databasen Nordcan (<http://www-dep.iarc.fr/NORDCAN/SW/frame.asp>) har den årliga incidensökningen i de nordiska länderna under den senaste 10 årsperioden varit i genomsnitt 2,2 % för kvinnor och 2,3 % för män och en reell ökning i incidens av hittills oklar genes har konstaterats och antalet fall per år ökat från ca 350 till över 550 i Sverige, något som väl överensstämmer med de data vi sett i tyreoidacancerregistret sedan starten 2013.

Prognosen varierar mellan olika tumörtyper. Ett genomgående problem när det gäller utvärdering av optimal handläggning av TC är att det saknas välgjorda randomiserade studier där olika behandlingar jämförts. Oklarheter finns därför om kirurgins omfattning, vem som bör erbjudas radiojodbehandling etc. Det nationella vårdprogrammet för behandling av TC som tillämpas sedan 2013 har under året genomgått stadgeenlig planerad revision med hänsyn taget till nytukomna riktlinjerna från den amerikanska tyreoidaorganisationen (ATA). Syftet med det nationellt register är att fortlöpande följa upp och utvärdera behandlingsresultaten vid tillämpandet av de i vårdprogrammet fastlagda riktlinjerna och därigenom kunna dra slutsatser om behandlingsresultat och eventuellt justera behandlingsstrategierna.

Tyreoidacancerregistret syftar till att vara ett rikstäckande register med placering på den nationellt gemensamma IT-plattformen (INCA) där alla nyupptäckta fall med tyreoidacancer i Sverige skall inkluderas från och med 2013. Genom regelbunden analys av data i registret som återkopplas till behandlande enheter i landet och till den nationella styrgruppen kan principerna i vårdprogrammet följas upp och utvärderas samt vid behov ändras i kvalitetshöjande syfte.

**Figur 1.** Åldersstandardiserad incidens för tyreoidacancer per 100 000 män och kvinnor i Sverige. Till varje punkt anges antalet nyanmälda fall. Källa: Nordcan, 2016-09-28.





## 4 Process- och resultatmått

De process- och resultatmål som används och utvärderas i registret är bl a:

- En följsamhet till det nationella vårdprogrammet på mer än 90 % för alla fall av nyupptäckt tyreoideacancer i Sverige.
- En täckningsgrad på över 95 % för primärregistrering i det nationella kvalitetsregistret för tyreoideacancer.
- Uppnå enlighet i histopatologisk klassificering enligt TNM-klassificering till mer än 90 % i landet.
- Att uppnå sant positiv preoperativ cytologisk malignitetsdiagnos hos mer än 80 % av icke ockult, icke follikulär tyreoideacancer (>T1a).
- Att mer än 85 % av patienterna blir behandlade inom de i vårdprogrammet angivna ledtiderna.
- Att >90 % av patienterna med icke ockult fastställd tyreoideacancer (>T1a) har en namngiven kontaktsköterska.

## 5 Redovisade resultat

### 5.1 Täckningsgrader

Inrapportering till registret startade januari 2013. Några regioner valde initialt att avvakta till det fungerat med direktöversäkring automatiskt från det sedan 2004 välfungerande kirurgiska Skandinaviska Tyreoidea-/paratyreoidearegistret (SQRTPA) för att därigenom undvika dubbelarbete i registreringen. Detta försök till automatiskt överförande av data har haft stora tekniska och logistiska problem har gjort att det fullt ut inte fungerat varför vi i styrgruppen beslutade att man ska lägga upp registerblankett i samband med MDK manuellt och med början hos Uppsala/Örebroregionen gjort detta och de kunde inkluderas redan i fjolårets årsrapports undergruppsanalyser. Man har även uppdaterat data från 2013 och 2014 retroaktivt i Uppsala/Örebro-regionen. Sydöst har sedan fått detta att fungera bättre under hösten börjat göra detta och nu hunnit upp i önskvärd täckning för årets data men inte hunnit komplettera upp de föregående åren ännu. Region Syd har börjat med manuell inmatning och fått rutin, men av lite oklar anledning har det inte vidare rapporterats in till register och registeradministratör. Data finns och regionansvarig har styrt upp det och lovat att regionen kommer att komplettera så att det finns för kommande årsredovisning och förhoppningsvis även då retroaktivt från 2013 så att alla regioner uppvisar samma goda täckningsgrader. Tre regioner har dock alltså rapporterat in data från start med god täckning (Väst, Stockholm/Gotland och Norr) där vi har en täckningsgrad på en god bit över 90 % i samtliga dessa regioner alltså.

**Tabell 1.** Täckningsgrad mot cancerregistret, aug 2016. Region anger den region där patienten var folkbokförd vid diagnosen.

Region	2013			2014			2015			Totalt		
	CAREg	Kvalreg	Tgrad	CAREg	Kvalreg	Tgrad	CAREg	Kvalreg	Tgrad	CAREg	Kvalreg	Tgrad
Norr	50	50	100.0	55	55	100.0	68	61	89.7	173	166	96.0
Sthlm/Gotland	123	119	96.7	98	97	99.0	119	112	94.1	340	328	96.5
Syd	116	13	11.2	118	42	35.6	115	34	29.6	349	89	25.5
Sydöstra	54	37	68.5	55	40	72.7	37	33	89.2	146	110	75.3
Uppsala/Örebro	76	73	96.1	82	80	97.6	90	80	88.9	248	233	94.0
Väst	123	123	100.0	168	168	100.0	147	147	100.0	438	438	100.0
Totalt	542	415	76.6	576	482	83.7	576	467	81.1	1694	1364	80.5

**Tabell 2.** Täckningsgrad mot cancerregistret, per sjukhus, september 2015. Sjukhusen redovisas enligt den sjukvårdsregion de tillhör. För varje region redovisas sjukhus som anmält färre än 4 fall per år 2013-2015 till cancerregistret samlat som 'Övriga sjukhus'.

	2013		2014		2015		Totalt	
	CAREg	Tgrad	CAREg	Tgrad	CAREg	Tgrad	CAREg	Tgrad
<b>Norr</b>								
NUS Umeå		25 100.0		20 100.0		34 82.4		79 92.4
Sunderby sjukhus		14 100.0		15 100.0		6 100.0		35 100.0
Sundsvall sjukhus		4 100.0		10 100.0		11 100.0		25 100.0
Östersunds sjukhus		7 100.0		8 100.0		14 100.0		29 100.0
Övriga Norr		1 100.0		2 100.0		3 66.7		6 83.3
<b>Stockholm/Gotland</b>								
Karolinska US		119 97.5		92 98.9		102 94.1		313 96.8
Övriga Stockholm/Gotland		4 75.0		6 100.0		15 106.7		25 100.0
<b>Syd</b>								
Helsingborg		9 0.0		4 25.0		7 14.3		20 10.0
Kristianstad		11 0.0		8 0.0		10 40.0		29 13.8
Lund		78 12.8		79 45.6		78 37.2		235 31.9
Övriga Syd		20 25.0		27 18.5		20 0.0		67 14.9

Tabell 2. (continued)

	2013		2014		2015		Totalt	
	CAreg	Tgrad	CAreg	Tgrad	CAreg	Tgrad	CAreg	Tgrad
<b>Sydöstra</b>								
Jönköping	8	0.0	5	0.0	8	100.0	21	38.1
Kalmar	10	20.0	9	33.3	6	100.0	25	44.0
Linköping	24	95.8	25	96.0	14	71.4	63	90.5
Övriga Sydöstra	12	100.0	16	81.2	10	100.0	38	92.1
<b>Uppsala/Örebro</b>								
Akademiska sjukhuset	16	93.8	24	100.0	17	100.0	57	98.2
Central sjukhuset i Karlstad	14	100.0	12	100.0	14	71.4	40	90.0
Centrallasarettet i Västerås	16	100.0	17	94.1	15	100.0	48	97.9
Gävle sjukhus	7	71.4	7	100.0	13	92.3	27	88.9
Nyköpings lasarett	10	100.0	7	100.0	11	100.0	28	100.0
Örebro Universitetssjukhus	6	100.0	6	100.0	10	90.0	22	95.5
Övriga Uppsala/Örebro	6	100.0	9	88.9	8	50.0	23	78.3
<b>Väst</b>								
NU-sjukvården, NÄL	12	100.0	24	100.0	16	100.0	52	100.0
SkaS/Skövde	13	100.0	17	100.0	14	100.0	44	100.0
SU/Sahlgrenska	68	100.0	84	100.0	69	100.0	221	100.0
SÄS-Borås lasarett	25	100.0	31	100.0	33	100.0	89	100.0
Övriga Väst	3	100.0	12	100.0	16	100.0	31	100.0

## 5.2 Antal fall och demografiska data

Befintliga registerdata avseende antalet fall indikerar med ytterligare förbättrad datagrund i form av täckningsgrader även i denna årsrapport att incidensen tyreoidcancer verkar vara ökad om än att den planat av under de år registret varit i bruk (n=576 fall 2015, exakt samma som 2014). I förhållande till befolkningsunderlag ses även i år ett anmärkningsvärt högt antal fall (n=147 st 2015) i Region Väst med en numerär överstigande Stockholm/Gotland. Orsaken till denna incidensökning nationellt av tyreoidcancer kan vara mångfacetterad och diskuteras nedan, men en förfinad diagnostik med utnyttjande av ultraljud och radiologi i större omfattning kan definitivt spela en roll, ffa för upptäckt av de storleksmässigt mindre cancerarna. En mindre osäkerhets faktor avseende fördelning av fall mellan regionerna som dock inte påverkar totalincidensen är att registrering sker på mantalsskrivningsort vid tiden för cancerdiagnos och inte på den ort var en behandling/operation sker. Demografiska data verkar dock tämligen väl överensstämma med tidigare data

I tabell 3 redovisas antalet rapporterade fall med diagnos år 2013-2015 per inrapporterande region.

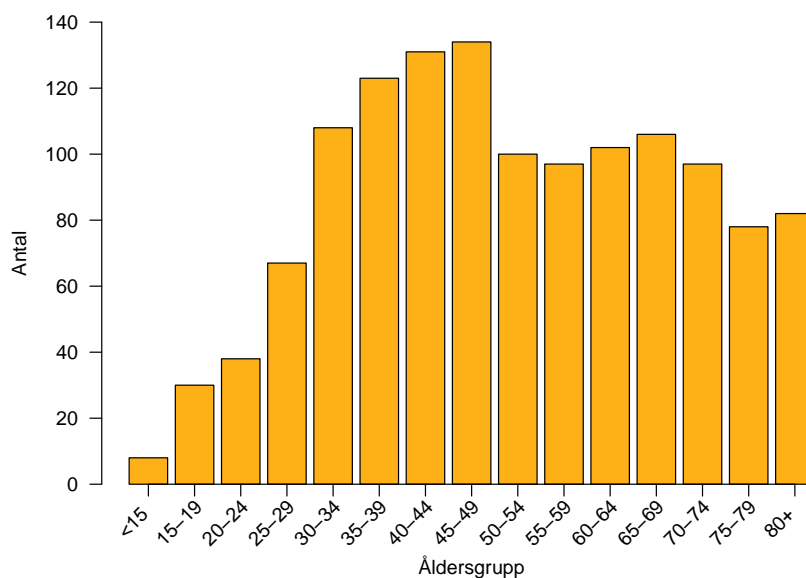
Tabell 3. Antal inrapporterade fall med diagnosår 2013-2015 per region.

	2013 (%)	2014 (%)	2015 (%)	Total (%)
<b>Region</b>				
Norr	51 (11.7)	60 (12.2)	59 (12.7)	170 (12.2)
Sthlm/Gotland	118 (27.0)	101 (20.6)	109 (23.4)	328 (23.6)
Syd	13 ( 3.0)	43 ( 8.8)	34 ( 7.3)	90 ( 6.5)
Sydöstra	43 ( 9.8)	40 ( 8.2)	33 ( 7.1)	116 ( 8.3)
Uppsala/Örebro	80 (18.3)	78 (15.9)	83 (17.8)	241 (17.3)
Väst	132 (30.2)	168 (34.3)	147 (31.6)	447 (32.1)
Total	437 ( 100 )	490 ( 100 )	465 ( 100 )	1392 ( 100 )

Enligt ovan, tillsammans med täckningsgrad mot cancerregistret (tabell 1), ses att inrapporte-

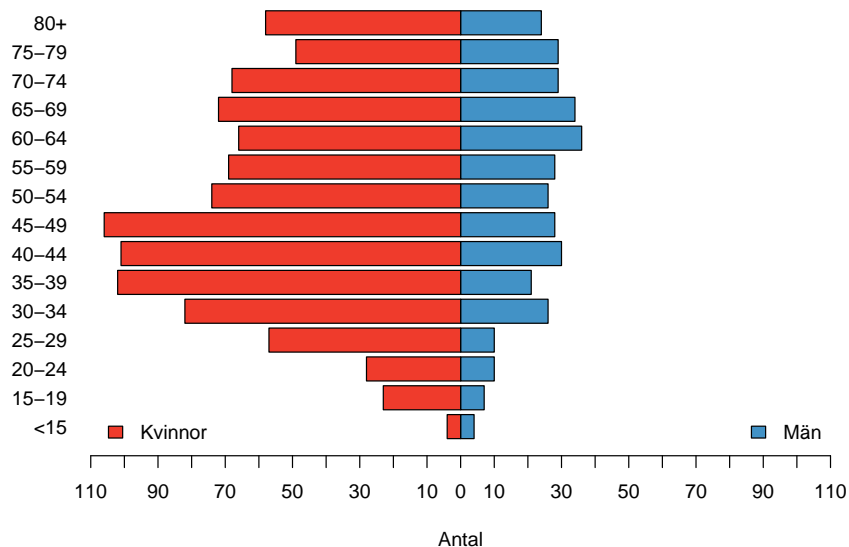
ring i registret i full omfattning ej är påbörjad i alla regioner och Syd fattas. All avrapportering kommer för närvarande enbart att omfatta de regioner där täckningsgrad mot cancerregistret är minst 75 %, dvs. Norr, Sthlm/Gotland, Sydöstra, Uppsala/Örebro och Väst, dvs. 1302 fall.

**Figur 2.** Åldersfördelning för patienter med diagnos 2013-2015.



Av de 1302 anmälda fall är 342 män (26.3 %) och 960 kvinnor (73.7 %). Åldersfördelningen för män och kvinnor ses i figur 3.

**Figur 3.** Åldersfördelning för män och kvinnor med med diagnos 2013-2015.



### 5.3 Diagnosspecifika data

Fördelningen av tumörtyper (tabell 4) avviker inte nämnvärt från förväntad distribution och är oförändrad jämfört med fjolårets rapport med en ca 74 % förekomst av papillär cancer som helt dominerande typ. Gruppen follikulär cancer har gjorts om i enlighet med senaste registeruppdateringsmall och retroaktivt subklassificerats till minimalt invasiva respektive massivt infiltrerande typer för att kunna göra en framtida utvärdering med hänsyn till riskprofil. I gruppen blandad tumörtyper kan inte uteslutas att tumörer med olika grad av dedifferentiering med inslag av såväl lågdifferentierad som anaplastisk cancer har klassats istället för att de hamnat i respektive subgrupp, men även här kan återfinnas PAD-klassade mixed cell tumours. Differensen i antalet lågdifferentierade cancrar ligger inom felmarginal (5-12 st), men kan också vara ett uttryck för viss diskrepans i att strikt tillämpa de patologiska kriterierna och skillnaderna mellan lågdifferentierad cancer och odifferentierad cancer särskilt i de fall som inte genomgår operation med PAD utan enbart genomgått cytologisk utvärdering och klinisk bedömning inför palliativ behandling.

**Tabell 4.** Fördelning av tumörtyper för patienter som fått diagnos 2013-2015.

	Tumörtyper			Total (%)
	2013 (%)	2014 (%)	2015 (%)	
Anaplastisk	9 ( 2.1)	12 ( 2.7)	12 ( 2.8)	33 ( 2.5)
Blandad	7 ( 1.7)	11 ( 2.5)	10 ( 2.3)	28 ( 2.2)
Follikulär - massivt infiltrerande	24 ( 5.7)	24 ( 5.4)	18 ( 4.2)	66 ( 5.1)
Follikulär - minimalt invasiv	35 ( 8.3)	48 (10.7)	44 (10.2)	127 ( 9.8)
Lågt differentierad	7 ( 1.7)	5 ( 1.1)	12 ( 2.8)	24 ( 1.8)
Medullär	15 ( 3.5)	12 ( 2.7)	13 ( 3.0)	40 ( 3.1)
Papillär	321 (75.7)	335 (74.9)	319 (74.0)	975 (74.9)
Övriga	5 ( 1.2)	0 ( 0.0)	0 ( 0.0)	5 ( 0.4)
Saknas	1 ( 0.2)	0 ( 0.0)	3 ( 0.7)	4 ( 0.3)
<b>Total</b>	<b>424 ( 100 )</b>	<b>447 ( 100 )</b>	<b>431 ( 100 )</b>	<b>1302 ( 100 )</b>

När det gäller T-stadium (tabell 5) ses gruppen T1a (<1cm) utgöra 27.4 % och om även de som rapporterats in som ospecificerad T1 (2.1 %), där det behöver ses över vad som ligger bakom detta och varför det inte är klassat som T1a/b, också skulle vara T1a enkom kan inte alls hela incidensökningen av tyreoidcancer synas helt tillhöra de minsta tumörerna, vilket då t ex skulle kunna spegla det mer frekventa användandet av ultraljud i primärdiagnostiken där fler små tumörer kan upptäckas. Kliniska större tumörer T1b-T3 synes alltså vara ökat jämfört gamla data och utgör tillsammans ca 62 % av cancrarna i PAD. Orsaken till detta kvarstår att närmare undersöka.

**Tabell 5.** T-stadium och grund för bedömning för patienter som fått diagnos 2015.

	Grund för bedömning			Total (%)
	Klinisk (%)	Patologisk (%)	Saknas (%)	
T0	0 ( 0.0)	0 ( 0.0)	0 ( 0.0)	0 ( 0.0)
T1	0 ( 0.0)	9 ( 2.2)	0 ( 0.0)	9 ( 2.1)
T1a	2 (18.2)	115 (28.3)	1 ( 7.1)	118 (27.4)
T1b	0 ( 0.0)	63 (15.5)	2 (14.3)	65 (15.1)
T2	0 ( 0.0)	89 (21.9)	2 (14.3)	91 (21.1)
T3	0 ( 0.0)	111 (27.3)	1 ( 7.1)	112 (26.0)
T4a	3 (27.3)	11 ( 2.7)	1 ( 7.1)	15 ( 3.5)
T4b	4 (36.4)	7 ( 1.7)	0 ( 0.0)	11 ( 2.6)
TX	2 (18.2)	1 ( 0.2)	0 ( 0.0)	3 ( 0.7)
Saknas	0 ( 0.0)	0 ( 0.0)	7 (50.0)	7 ( 1.6)
<b>Total</b>	<b>11 ( 100 )</b>	<b>406 ( 100 )</b>	<b>14 ( 100 )</b>	<b>431 ( 100 )</b>

Vidare ses ifrån inrapporterade regioner en större konformitet och följsamhet jämfört starten 2013 mellan dessa avseende målvariabeln "fullständig TNM" - mindre än 2 % saknar M-stadium nu där det finns som klinisk variabel. Det speglar sannolikt också till en del skillnad i genomgången MDK där detta ofta fastställs. Alltjämt saknas det i några % och bör noteras att det fylls i rätt i samband med MDK.

Tabell 6 visar antal och andel patienter per region där fullständig TNM-klassifikation har registrerats, dvs. där T-stadium är ifyllt med något av alternativen *T0*, *T1*, *T1a*, *T1b*, *T2*, *T3*, *T4a*, *T4b*, *TX*; N-stadium är ifyllt med något av alternativen *N0*, *N1*, *N1a*, *N1b*, *NX* och M-stadium är ifyllt med något av alternativen *M0*, *M1*.

Översyn av variabelista kommer att ske vid revision av variabler i samband med att den reviderade versionen av nationellt vårdprogram tas i bruk under året för att göra det än mer klart. Variabel T1 och N1 kan antagligen vara en källa till vissa registerproblem att kunna välja utan att definiera det som T1a/b respektive N1a/b och åskådliggörs även i viss mån för N-status i tabell 7 där variabel N1 saknas som grupp.

**Tabell 6.** Antal och andel där fullständig TNM klassifikation har registrerats uppdelat efter region för patienter som fått diagnos 2015.

	Finns fullständig TNM?		Total
	Ja (%)	Nej (%)	
Norr	56 ( 94.9)	3 ( 5.1)	59 ( 100 )
Sthlm/Gotland	105 ( 96.3)	4 ( 3.7)	109 ( 100 )
Sydöstra	31 ( 93.9)	2 ( 6.1)	33 ( 100 )
Uppsala/Örebro	83 (100.0)	0 ( 0.0)	83 ( 100 )
Väst	145 ( 98.6)	2 ( 1.4)	147 ( 100 )
<b>Total</b>	<b>420 ( 97.4)</b>	<b>11 ( 2.6)</b>	<b>431 ( 100 )</b>

Tabellerna 7 och 8 visar fördelningen av N och M-stadium.

En hög nivå ”patologisk” NX kan återspegla skillnader avseende hur omfattande central körtelutrymning gjorts, men också i patologienhetens granskning. Också här har genomgång av MDK och eventuell eftergranskning av endokrinpatolog sannolik påverkan på utfallet. Någon skillnad mellan grund för NX (exempelvis ej alls gjord central körtelutrymning visavi 5 friska körtlar borttagna) har inte gjorts.

**Tabell 7.** N-stadium och grund för bedömning för patienter som fått diagnos 2015.

	Grund för bedömning			Total (%)
	Klinisk (%)	Patologisk (%)	Saknas (%)	
N0	35 (38.5)	112 (35.2)	7 (31.8)	154 (35.7)
N1a	1 ( 1.1)	63 (19.8)	0 ( 0.0)	64 (14.8)
N1b	4 ( 4.4)	48 (15.1)	2 ( 9.1)	54 (12.5)
NX	51 (56.0)	95 (29.9)	7 (31.8)	153 (35.5)
Saknas	0 ( 0.0)	0 ( 0.0)	6 (27.3)	6 ( 1.4)
<b>Total</b>	<b>91 ( 100 )</b>	<b>318 ( 100 )</b>	<b>22 ( 100 )</b>	<b>431 ( 100 )</b>

**Tabell 8.** M-stadium för patienter som fått diagnos 2015.

	Antal	(%)
M0	407	( 94.4)
M1	15	( 3.5)
Saknas	9	( 2.1)
<b>Total</b>	<b>431</b>	<b>(100.0)</b>

Avseende preoperativt fastställd malignitet skiljer det mellan inrapporterade regioner där Stockholm/Gotland (94 %) som tidigare bäst ställt denna diagnos cytologiskt medan det är mindre andel i de övriga regionerna. En skillnad både i granskning, men även i provtagningsrutin kan ligga bakom detta och bör föranleda ytterligare utvärdering. Till denna årsrapport har vi valt bort pT1a och follikulär neoplas (där vi i det senare fallet då vi valt Bethesda V & VI för att få registrera som preoperativt känd cancer inte kan komma upp i högre än Bethesda IV vid follikulär neoplas) i subanalys av differentierade cancrarna och då noterar vi att första registerårets skillnad mellan regionerna krympt ihop för dessa något större tumörer som oftast inte är ockulta postoperativa fynd eller smärre ultraljudsfynd. Den helt dominerande gruppen i årets subanalys kommer således att vara PTC >T1a. Alltjämt noteras något anmärkningsvärt att även för dessa större tumörer, som till stor del torde vara palpabla och åtkomliga för diagnostik, så är endast cirka hälften preoperativt diagnostiserade som cancer vid i såväl Väst som Uppsala/Örebro och anmärkningsvärt låg i Sydöst. Detta måste efterundersökas då totalantalet även om vi räknat bort små cancrar och follikulär cancer är väldigt litet för PTC <T1a varför data bör kontrolleras ytterligare på respektive enhet. I tabell 10 framkommer dock också att nästan 8 % fått en Bethesda III- kategorisering, dvs en grupp som hos van cytolog ska vara låg och att i gruppen Bethesda IV säkert döljer sig en del fall av PTC av follikulär typ och som hamnat i undergruppen som inte uppfyller kriterier för preoperativt fastställd malignitet, men kliniskt ändå kommer att bli föremål för en operation, om än i två seanser. Den totala delen som

med årets urval som fått en benign preoperativ cytologi stannar vid <9 % och får anses lovande. Region Norr har efter införandet av Bethesda kategorisering som standard för cytologisvar och efter att aktivt ha jobbat med sin tidigare utstickande sämre preoperativa cytologi i tidigare årsrapporter kommit upp i betydligt bättre siffror avseende den preoperativa cytologins träffsäkerhet (78 %) om än inte upp till Sthlm/Gotlandes siffror. Det indikerar en förbättringspotential med relativt små medel. En högre kvalitet på den preoperativa diagnostiken kan i högre grad medföra att ett större antal patienter får en kirurgisk komplett behandling i en seans i framtiden och att målnivån avseende preoperativ diagnos kan nås. Förhoppningsvis kommer vi att kunna se till kommande årsrapport en ökad frekvens preoperativt fastställd malignitet inom gruppen icke-follikulär tyreoidcancer >T1a och måluppfyllelse.

Enligt tabell 5 har patologisk T-stadium  $\geq T1b$  registrerats för 281 fall med diagnos 2015. Huruvida maligniteten har fastställts preoperativt för dessa ses i tabell 9.

**Tabell 9.** Har malignitet fastställts preoperativt för patienter med papillär eller medullär cancer och patologisk T-stadium  $\geq T1b$ . Patienter som fått diagnos 2015. Uppdelat efter region.

	Preop fastställd malignitet?			Total
	Ja (%)	Nej (%)	Saknas (%)	
Norr	25 (78.1)	7 (21.9)	0 (0.0)	32 (100)
Sthlm/Gotland	50 (94.3)	3 (5.7)	0 (0.0)	53 (100)
Sydöstra	2 (15.4)	10 (76.9)	1 (7.7)	13 (100)
Uppsala/Örebro	17 (47.2)	19 (52.8)	0 (0.0)	36 (100)
Väst	30 (44.8)	37 (55.2)	0 (0.0)	67 (100)
Total	124 (61.7)	76 (37.8)	1 (0.5)	201 (100)

För de 281 fall med patologisk T-stadium  $\geq T1b$  under diagnosår 2015 har Bethesda kategorisering rapporterats för 239 svarande till att Bethesda kategori har lämtats blank för 42 fall (15 %). Arbetet med att implementera obligat Bethesda kategorisering på all tyreoidcytologi behöver således fortskrida.

**Tabell 10.** Förekommande Bethesda-klassifikationer hos patienter för patienter med papillär eller medullär cancer och patologisk T-stadium  $\geq T1b$  som fått diagnos 2015.

	Antal	(%)
I. Ej diagnostiskt eller otillfredställande utbyte	1	(0.6)
II. Benigt utbyte	15	(8.8)
III. Atypi av oklar signifikans eller oklar follikulär förändring	13	(7.6)
IV. Follikulär neoplasi eller misstanke om follikulär neoplasi	18	(10.5)
V. Misstanke om malignitet	27	(15.8)
VI. Malignt	88	(51.5)
Uppgift saknas	9	(5.3)
Total	171	(100.0)

Noteras också en diskrepans bland enheterna i antalet fall som gått genom multidisciplinär konferens (MDK) där vissa har en bra rondtäckning (Norr, Sthlm/Gotland, Väst) medan andra



har betydligt lägre (Sydöst och Uppsala/Örebro). Detta kan ju också enligt ovan möjligen återspeglas i fullständigheten vid TNM-klassificering och regionerna ovan behöver trots potentiella logistikproblem lösa detta för framtiden. Glädjande finns dock MDK etablerad vid samtliga inrapporterande regioner, även Syd som dock enligt ovan tyvärr inte presenterat data för att ingå i subanalys till årets rapport.

**Tabell 11.** Antal och andel där fall som diskuterats vid MDK uppdelat efter region för patienter som fått diagnos 2015.

	Har fallet diskuterats vid MDK?			Total
	Ja (%)	Nej (%)	Saknas (%)	
Norr	52 (88.1)	6 (10.2)	1 ( 1.7)	59 ( 100 )
Sthlm/Gotland	106 (97.2)	3 ( 2.8)	0 ( 0.0)	109 ( 100 )
Sydöstra	13 (39.4)	18 (54.5)	2 ( 6.1)	33 ( 100 )
Uppsala/Örebro	42 (50.6)	40 (48.2)	1 ( 1.2)	83 ( 100 )
Väst	122 (83.0)	25 (17.0)	0 ( 0.0)	147 ( 100 )
Total	335 (77.7)	92 (21.3)	4 ( 0.9)	431 ( 100 )

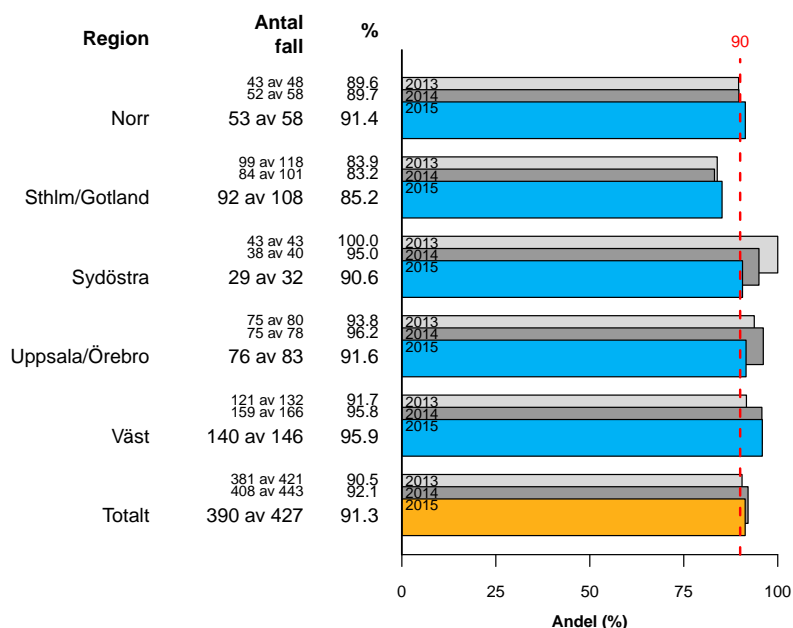
Vi ser dock att även om vissa minimala skillnader regionerna emellan så är följsamhet till givna behandlingsrekommendationer (Nat Vårdprogrammet) god och tämligt lika mellan regionerna. Avsteg finns i regel motiverade vid MDK och målnivå 90 % nås i stort (fig 4).

Information om huruvida behandlingsrekommendation enligt vårdprogram har följts finns för 1291 fall och ses i tabell 12 och figur 4.

**Tabell 12.** Antal och andel som följt behandlingsrekommendation per inrapporterande region. Patienter som fått diagnos 2015. Informationen saknas för 4 fall.

	Följt behandlingsrekommendation?		Total
	Ja (%)	Nej (%)	
Norr	53 (91.4)	5 ( 8.6)	58 ( 100 )
Sthlm/Gotland	92 (85.2)	16 (14.8)	108 ( 100 )
Sydöstra	29 (90.6)	3 ( 9.4)	32 ( 100 )
Uppsala/Örebro	76 (91.6)	7 ( 8.4)	83 ( 100 )
Väst	140 (95.9)	6 ( 4.1)	146 ( 100 )
Total	390 (91.3)	37 ( 8.7)	427 ( 100 )

**Figur 4.** Andel som följt behandlingsrekommendation per inrapporterande region . Patienter med diagnos 2013-2015.

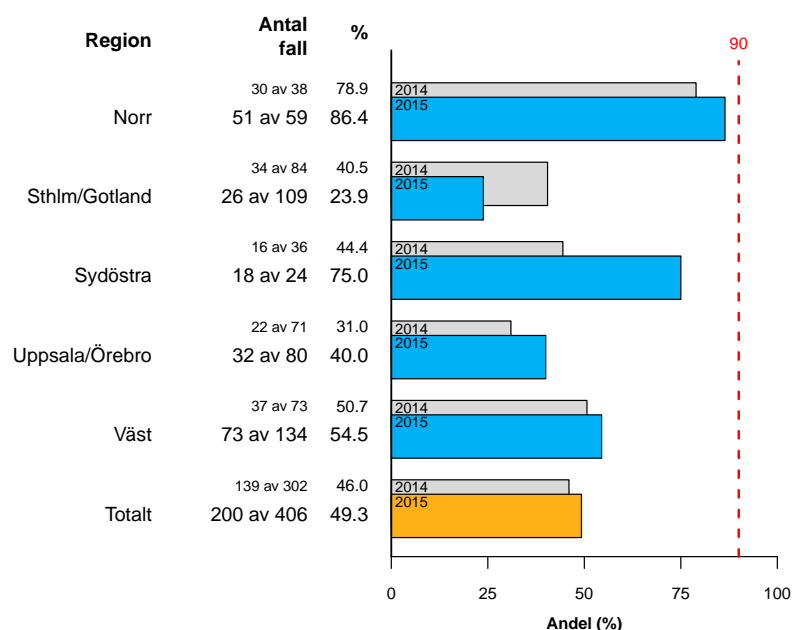


## 5.4 Kvalitetsindikatorer

### 5.4.1 Namngiven kontaktsjuksköterska

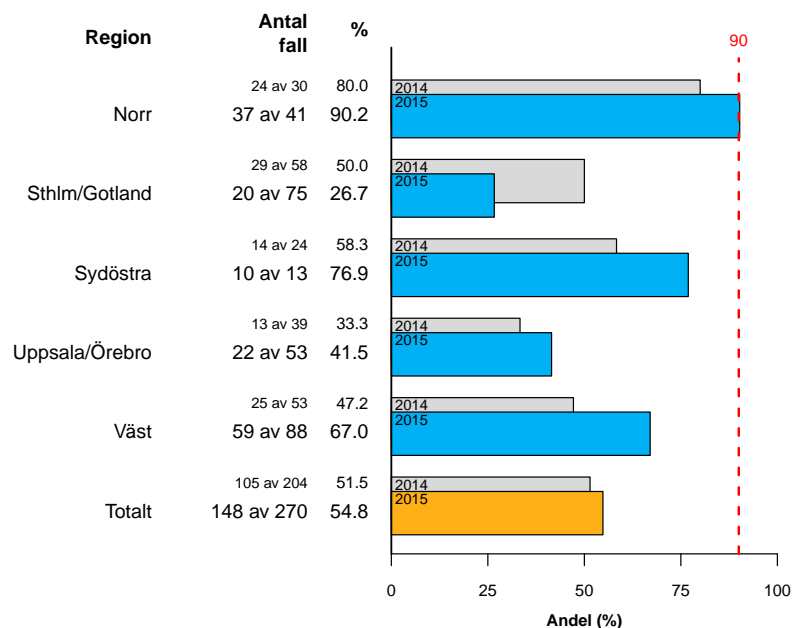
Information om tillgång till namngiven kontaktsjuksköterska finns ifyllt för 406 patienter som fått diagnos 2015, dock har alternativet 'Uppgift saknas' angetts för 19 av dessa, vilket bör förbättras i registreringen (Fig 5). Patienter med okult cancer (T1a) behöver dock inte ha en namngiven kontaktsköterska, varför ytterligare subanalys gjorts (Fig 6).

**Figur 5.** Andel patienter som har tillgång till namngiven kontaktsjuksköterska enligt anmälningsformuläret. Patienter med diagnos 2014-2015.



Information om tillgång till namngiven kontaktsjuksköterska finns ifyllt för 270 patienter som fått diagnos 2015 och som hade patologisk T-stadium  $\geq T1b$ , dock har alternativet 'Uppgift saknas' angetts för 14 av dessa (Fig 6). Även och i synnerhet här bör registreringen förbättras och ställning tas till om patienten verkligen inte fått namngiven kontaktsköterska eller att det bara inte finns dokumentation vid registreringen. Här rör det dock sig om en icke-ockult cancer och målnivån 90 % på namngiven kontaktsköterska nås bara av Region Norr. Sthlm/Gotland har t o m halverat sin nivå för gruppen och det illustrerar vikten av att detta kopplas till en funktion och inte till en person då någon slutar eller är ledig för att målen ska bibehållas.

**Figur 6.** Andel patienter som har tillgång till namngiven kontaktsjuksköterska enligt anmälningsformuläret. Patienter med diagnos 2014-2015 och patologisk T-stadium  $\geq T1b$ .

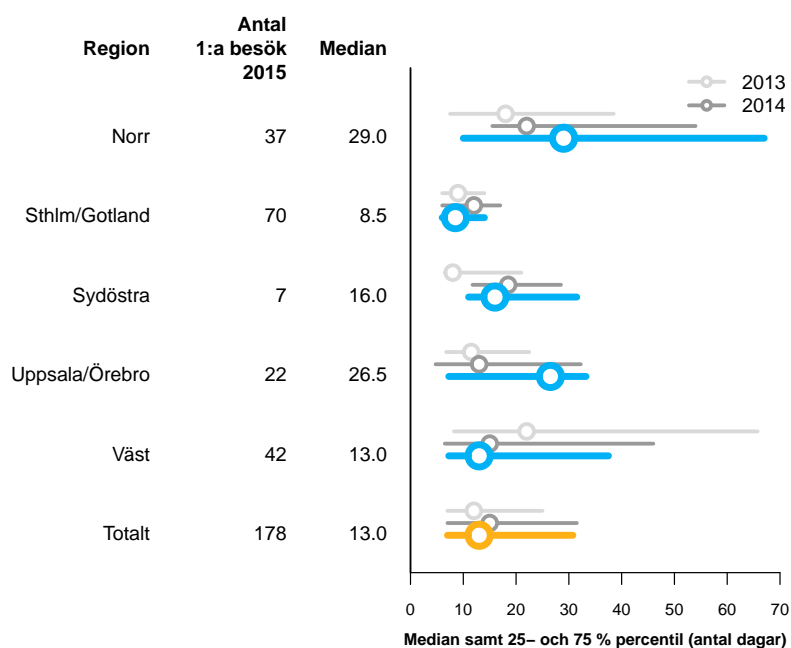


## 5.5 Ledtider

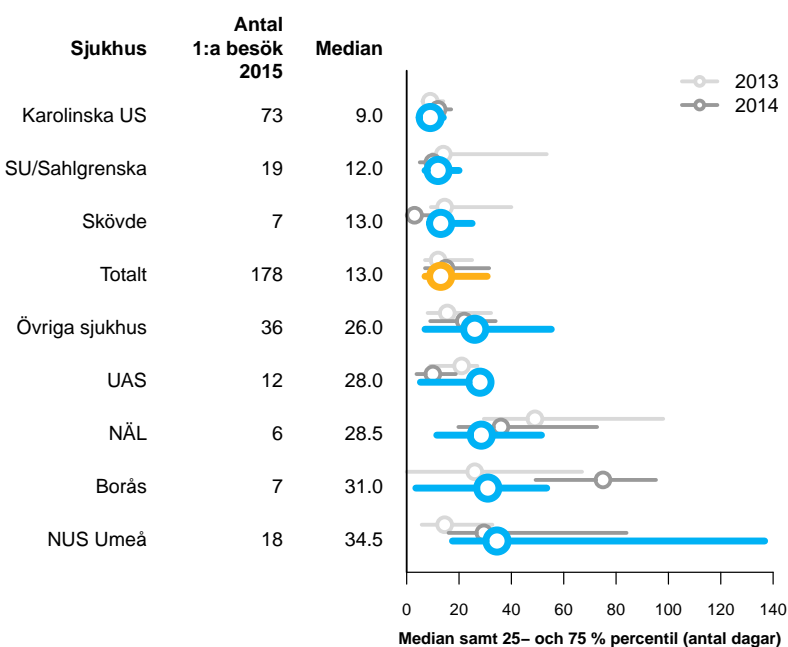
### 5.5.1 Tid från remissankomst till första besök hos behandlande specialist

Tider från remiss till första besök visar viss varians men tämligen samlat och inom vårdprogrammets rekommendationer i de flesta fall. Från och med januari 2017 då det reviderade vårdprogrammet börjar gälla kommer även standardiserat vårdförlopp (SVF) att starta för tyreoidacancer med ledtider som mäts. Det föreligger ju olika ledrutiner och där det kan vara en viss påverkan av att det i vissa regioner medföljer ultraljuds- och cytologisvar med inremiss och på andra helt utan dessa uppgifter vid remisshantering och cytologi och ev ultraljud görs i samband med första specialistbesök. Hur som helst kommer vårdprogram och SVF att harmoniera och det ställs krav på ledtiderna.

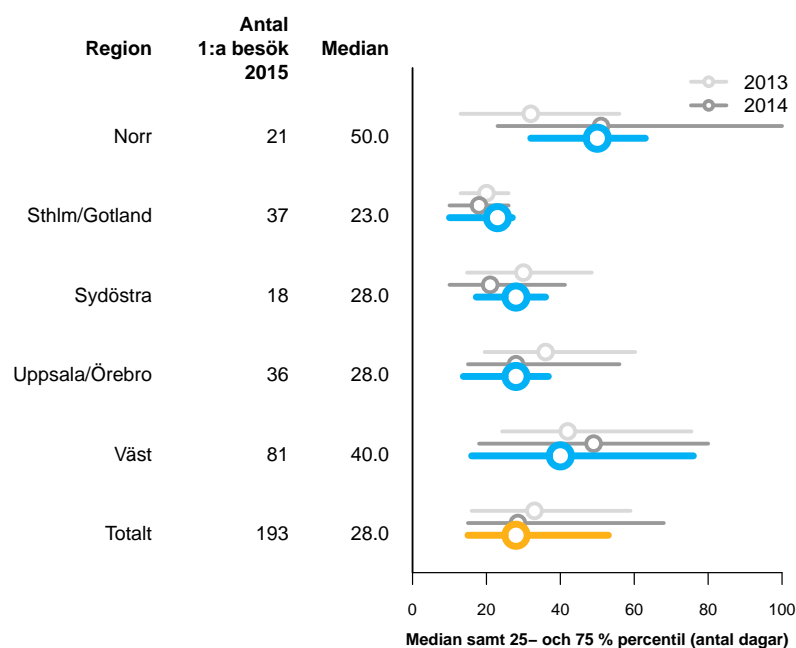
**Figur 7.** Tid från remissankomst till första besök hos behandlande specialist för patienter där malignitetens fastställts preoperativt och som haft första besök hos specialist 2013-2015.



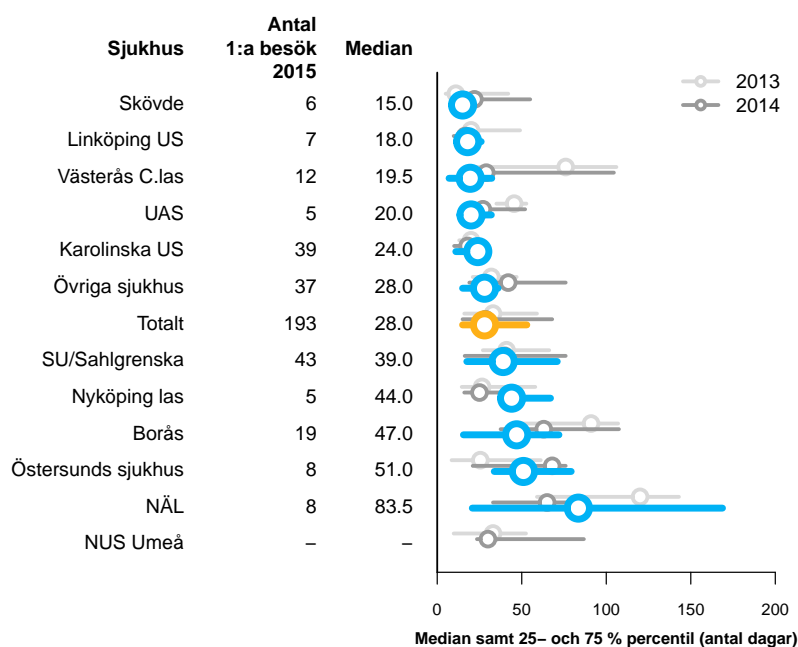
**Figur 8.** Tid från remissankomst till första besök hos specialist för patienter där malignitet fastställts preoperativt och som haft första besök hos specialist 2013-2015. Uppdelat efter rapportrande sjukhus. Observera att sjukhus där ledtiden finns rapporterat för färre än 4 fall av denna typ per år 2013-2015 redovisas samlat som 'Övriga sjukhus'.



**Figur 9.** Tid från remissankomst till första besök hos behandlande specialist för patienter där malignitet ej faststälts preoperativt och som haft första besök hos specialist 2013-2015.



**Figur 10.** Tid från remissankomst till första besök hos specialist för patienter där malignitet ej faststälts preoperativt och som haft första besök hos specialist 2013-2015. Uppdelat efter rapporterande sjukhus. Observera att sjukhus där ledtiden finns rapporterat för färre än 4 fall av denna typ per år 2013-2015 redovisas samlat som 'Övriga sjukhus'.

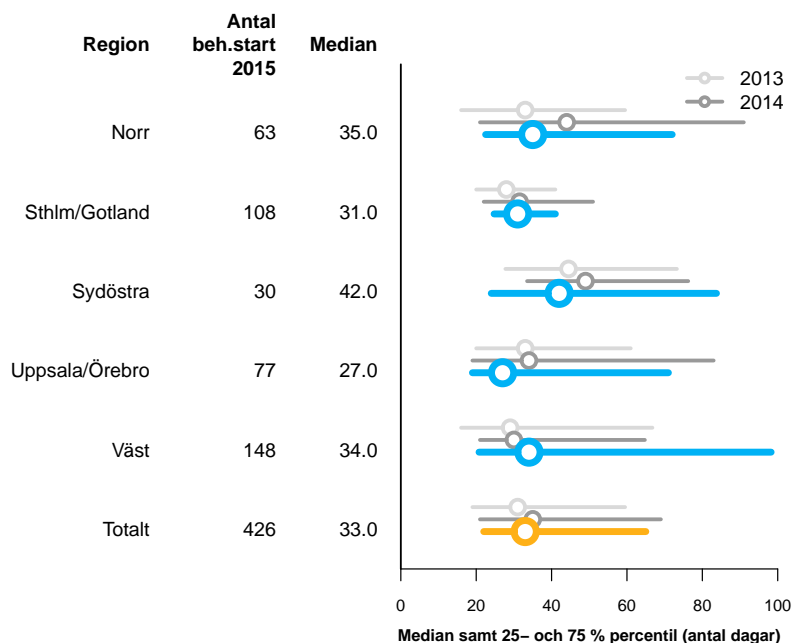


### 5.5.2 Tid från behandlingsbeslut till behandlingsstart

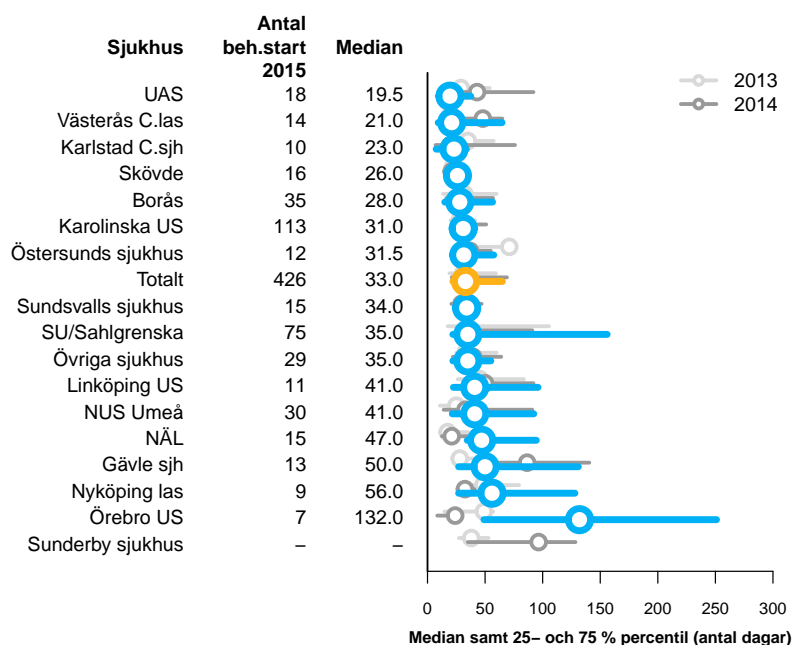
Vi kan notera att ledtiderna från behandlingsbeslut till start av behandling genomgående i de fall malignitet var känd preoperativt väl håller sig inom stipulerad kommande målnivå för Vårdprogram och SVF (21 dagar) medan i de fall preoperativ diagnostik inte visat malignitet har ledtiderna i vissa fall varit betydligt längre. Detta understryker behovet av en god och säker

preoperativ diagnostik.

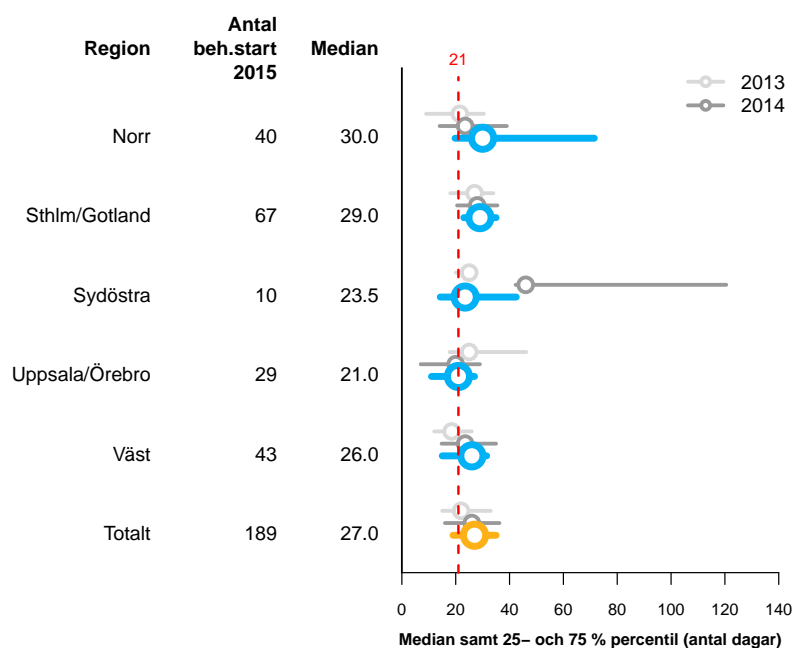
**Figur 11.** Tid från behandlingsbeslut till behandlingsstart för patienter som påbörjat behandling 2013-2015. Uppdelat efter region.



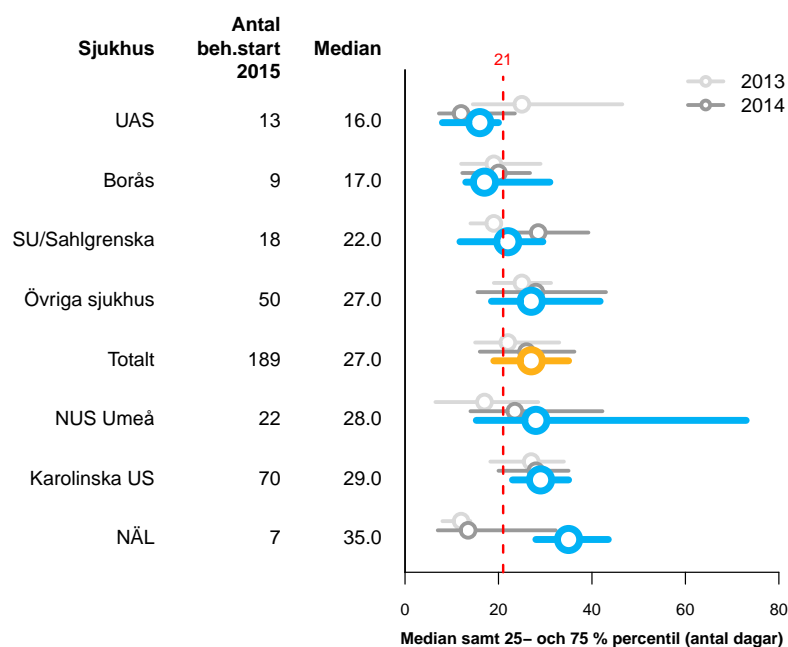
**Figur 12.** Tid från behandlingsbeslut till behandlingsstart för patienter som påbörjat behandling 2013-2015. Uppdelat efter rapporterende sjukhus. Observera att sjukhus där ledtiden finns rapporterat för färre än 4 fall per år 2013-2015 redovisas samlat som 'Övriga sjukhus'.



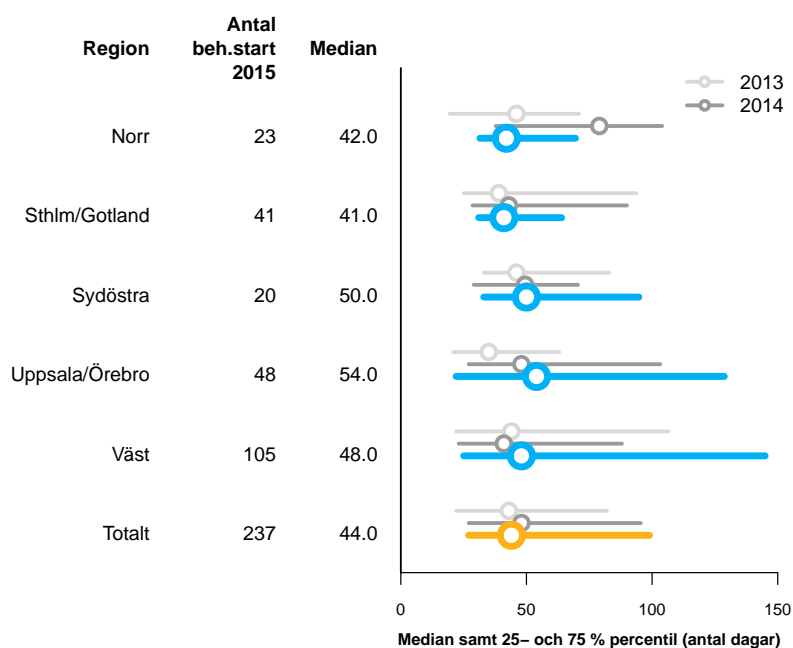
**Figur 13.** Tid från behandlingsbeslut till behandlingsstart för patienter där malignitet fastställts pre-operativt och som påbörjat behandling 2013-2015. Uppdelat efter region.



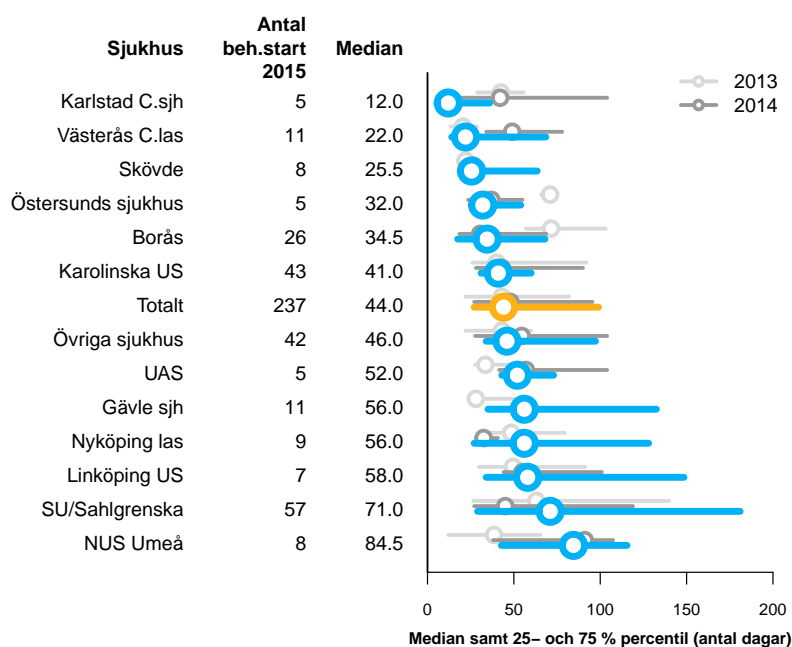
**Figur 14.** Tid från behandlingsbeslut till behandlingsstart för patienter där malignitet fastställts pre-operativt och som påbörjat behandling 2013-2015. Uppdelat efter rapporterande sjukhus. Observera att sjukhus där ledtiden finns rapporterat för färre än 4 fall per år 2013-2015 redovisas samlat som 'Övriga sjukhus'.



**Figur 15.** Tid från behandlingsbeslut till behandlingsstart för patienter där malignitet ej fastställts preoperativt och som påbörjat behandling 2013-2015. Uppdelat efter region.



**Figur 16.** Tid från behandlingsbeslut till behandlingsstart för patienter där malignitet ej fastställts preoperativt och som påbörjat behandling 2013-2015. Uppdelat efter rapporterende sjukhus. Observera att sjukhus där ledtiden finns rapporterat för färre än 4 fall per år 2013-2015 redovisas samlat som 'Övriga sjukhus'.



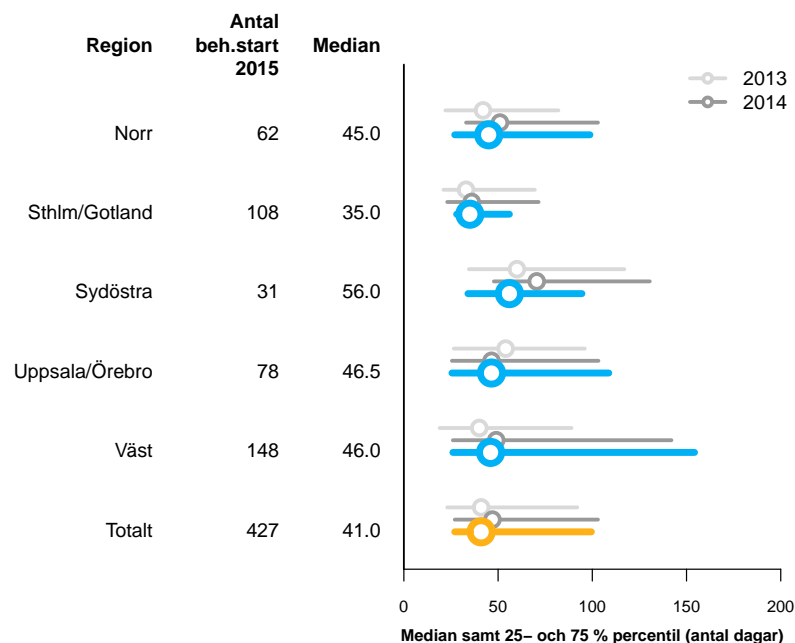
### 5.5.3 Tid från första besök hos behandlande specialist till behandlingsstart

Tider från specialistbesök till behandlingsstart (i regel operation) kan variera och bero på köer, men här kan enligt ovan också misstänkas att andelen preoperativt icke känd malignitet spela roll där man med en falskt benign cytologi och okänd cancer givit patienter en lägre prioritetsgrad och därmed senare operation. Detta måste också närmare granskas för att kunna fastställas och



kommer att bli intressant att följa till såväl nästa årsrapport med tanke på trenden av bättre preoperativ cytologi samt inom ramen för SVF.

**Figur 17.** Tid från första besök hos behandlande specialist till behandlingsstart för patienter som påbörjat behandling 2013-2015. Uppdelat efter region.



**Figur 18.** Tid från första besök hos behandlande specialist till behandlingsstart för patienter som påbörjat behandling 2013-2015. Uppdelat efter rapporterande sjukhus. Observera att sjukhus där ledtiden finns rapporterat för färre än 4 fall per år 2013-2015 redovisas samlat som 'Övriga sjukhus'.

