

Underlag avseende nationell nivåstrukturering av kurativt syftande kirurgi vid matstrups- och övre magmuncancer

Regionala cancercentrum i samverkan beslöt 2012 att initiera en utredning avseende koncentration av operation vid matstrupscancer (esofagus-cancer) och cancer vid övre magmunnen (kardiacancer). Ett underlag har under 2013 tagits fram av styrgruppen för nationella kvalitetsregistret för esofagus- ventrikelcancer (NREV) under ledning av ordförande Lars Lundell och projektledaren Anders Thulin. Ytterligare möte med styrgruppen har hållits under 2014 med deltagare från RCC samverkansgrupp. Förslaget bordlades 2014 i avvaktan på att ytterligare sakkunnigförslag inom andra diagnosområden skulle färdigställas i enlighet med huvudmännens önskemål om samtidig remissbehandling av flera förslag. Av denna anledning har förslaget ytterligare reviderats under våren 2015 med uppdatering av registeruttag och aktuella referenser. Denna revidering har genomförts i dialog med styrgruppen för kvalitetsregistret.

Förutom nationella vårdprogrammet för esofagus- ventrikelcancer har registeruttag ur NREV 2015-03 avseende åren 2009-2013 utgjort underlag.

Del 1 – Remissförslag

Ungefär 650 patienter drabbas årligen av cancer i matstrupen eller magmunnen. Ofta upptäcks sjukdomarna då de inte längre kan botas och vården blir palliativt inriktad. Prognosen vid dessa cancerformer är generellt dålig; totalt är 5-årsöverlevnaden 10 procent och bland dem som opereras i botande syfte är den 30-35 procent.

Årligen blir 220 – 240 patienter aktuella för botande behandling som omfattar kirurgi, ofta i kombination med strålbehandling och kemoterapi. Behandlingen kräver en mycket hög kompetens inom ett flertal specialiteter för att vårdinsatserna före, under och efter kirurgin ska bli optimala.

I Sverige genomfördes under åren 2009 – 2013 i genomsnitt fler än 20 operationer per år med avlägsnande av hela matstrupen (esofagus-resektioner) vid tre sjukhus.

Ytterligare två sjukhus genomförde fler än 10 sådana operationer per år medan 21 sjukhus utförde färre än 10 operationer i botande syfte (Figur 1). Antalet sjukhus i landet som bedriver denna kirurgi har minskat successivt under det senaste decenniet. År 2007 genomförde 29 sjukhus esofagus-operationer medan motsvarande antal 2013 var 12 sjukhus.

Komplikationsfrekvensen efter kirurgin är hög (28 procent) och 5 procent av patienterna dör i samband med operationen. Målsättningen med den nedan föreslagna nationella nivåstruktureringen är att halvera komplikationsfrekvensen och dödligheten vid kirurgisk behandling av dessa cancersjukdomar.

En medicinsk sakkunniggrupp, bestående av styrgruppen för NREV, har värderat behovet av regional och nationell koncentration av behandling i botande syfte vid matstrupscancer och cancer vid magmunnen. Gruppens gemensamma bedömning är att:

1. Det finns ett klart samband mellan operationsvolym och resultat.
2. Behandling av matstrupscancer och cancer vid magmunnen med botande (kurativt) syfte kräver en optimal kirurgisk och onkologisk handläggning.
3. Den onkologiska behandlingen vid dessa sjukdomar ska genomföras inom respektive sjukvårdsregion.
4. Det finns behov av en nationell multidisciplinär konferens för matstrupscancer.
5. De sjukhus där den kirurgiska behandlingen utförs ska ha ansvar för denna nationella konferens.
6. De vårdgivare som genomför kirurgisk och/eller onkologisk behandling har ansvar för registrering i nationellt kvalitetsregister.
7. Om det vid utvärdering visar sig att resultatmålen för botande behandling inte uppnås ska den nationella nivåstruktureringen omprövas.

Sakkunniggruppen har inte kunnat enas om till hur många vårdgivare operation i botande syfte ska koncentreras.

Arbetsgruppen för nationell nivåstrukturering har behandlat frågan och beslutade 140812 enhälligt att föreslå RCC i samverkan att kurativt syftande kirurgi vid matstrups- och övre magmuncancer koncentreras till högst fyra enheter i landet.

Del 2 – Underlag för remiss med förslag

Varför nivåstrukturering?

För att optimera omhändertagandet och samla kunskap och erfarenhet kring patienter med matstrups- och magmuncancer är det angeläget att behandlingen koncentreras.

Kirurgin kommer liksom idag även inom överskådlig framtid att ha en helt dominerande roll, men komplexiteten kommer att förändras och variera. En av utmaningarna i framtiden ligger i att kunna hantera patienter som blir allt äldre.

Från det nationella vårdprogrammet gällande esofagus- och ventrikelcancer 2012 framgår:

”I den internationella litteraturen finns stöd för att strukturella och organisatoriska kvalitetsindikatorer påverkar patientens prognos vid cancerbehandling. För esofagus- och ventrikelcancer specifikt finns flera studier som berör detta, från såväl Sverige och Norden, som Europa, USA, och Japan; dessa visar alla ett likartat samband. Den strukturella faktor som i vetenskapliga studier tydligt faller ut som relevant för esofaguscancerbehandling med både signifikant lägre morbiditet och mortalitet är sjukhusvolym, d.v.s. antal opererade patienter per center och år. Sjukhusvolym är sannolikt en ”proxy”-variabel som påverkas av inte bara kirurgens och det opererande teamets erfarenhet och vana, utan också av den spetskompetens i det utredande och behandlande nätverk av specialister inom sjukhusets resurser, t.ex. inom anestesi- och intensivvård, omvårdnad, rehabilitering och nutrition. Sambandet är tydligast för esofaguscancer, och esofagektomi är också den kirurgiska åtgärd som är ojämförligt mest omfattande, resurskrävande och komplikationsbelastad jämfört med alla andra ingrepp. En internationell metaanalys av 13 studier visar att vid centra som definierats som ”lågvolym” med färre än 20 ingrepp per år utfördes förelåg en signifikant högre postoperativ mortalitet, än vid centra där fler än 20 ingrepp per år gjordes [Metzger, R., et al., *High volume centers for esophagectomy: what is the number needed to achieve low postoperative mortality?* *Dis Esophagus*, 2004. 17(4): p. 310-4.]. Detta stöds även av en svensk nationell populationsbaserad studie [Viklund, P., et al., *Risk factors for complications after esophageal cancer resection: a prospective population-based study in Sweden*. *Ann Surg*, 2006. 243(2): p. 204-11]. Viklund och medarbetare visade att esofagusresektioner gjorda av kirurger med ett mycket begränsat antal sådana årliga ingrepp, ledde till signifikant fler allvarliga kirurgiska komplikationer såsom anastomosläckage, oberoende av vilken anastomoseringsteknik som användes.”

”Ytterligare strukturering mellan landets högvolumcentra kan också vara motiverad för de ovanligare och komplicerade situationer där det krävs särskild spetskompetens både inom det kirurgiska teamet och mellan andra samarbetande specialiteter. Några exempel är:

- Hög cervikal esofaguscancer;
- T4-tumörer med överväxt på omgivande organ som kräver multiviscerala resektioner efter onkologisk behandling -”downstaging”;
- Rekonstruktion efter livsräddande resektion av esofagus/esofagussubstitut efter exempelvis postoperativ komplikation;
- Rekonstruktion med mikrokärlanastomos, exempelvis med fritt tunntarmstransplantat;
- Omhändertagande av esofago-respiratoriska fistlar utan samtidig extensiv tumörväxt.”

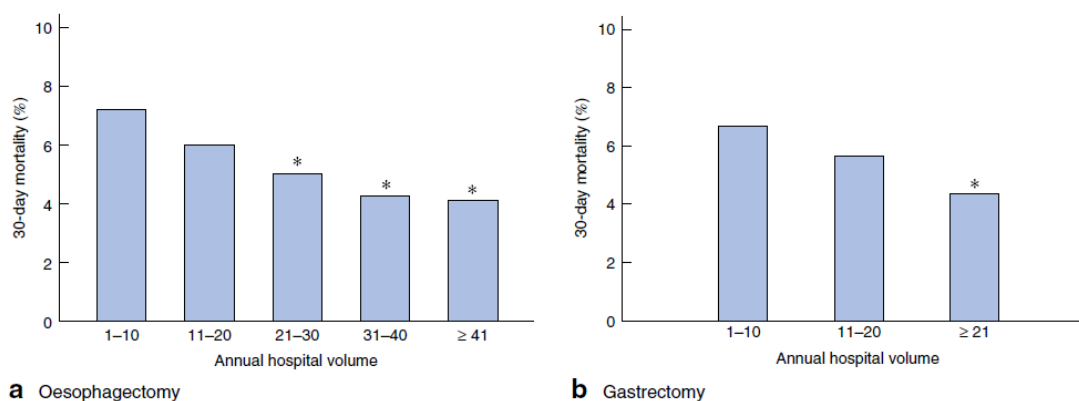
Sedan vårdprogrammet fastställdes har även ytterligare publikationer tillkommit.

Nyligen beskrevs inom överviktskirurgi betydelsen av kirurgisk skicklighet för antalet kirurgiska komplikationer (Birkmeyer *N Engl J Med* 2013; 369: 1434-1442).

Avseende resultaten av kirurgisk behandling av matstrupscancer finns samband såväl mellan antalet utförda ingrepp per kirurg (Derogar *J Clin Oncol* 2013;31:551-557) som per klinik/sjukhus (Dikken *Br J Surg* 2013; 100:83-94).

Det finns relativt stark evidens för att en koncentration av kirurgisk behandling förbättrar resultaten avseende dödlighet inom 30 dagar efter operation (Figur 1)

Fig. 3 Annual hospital volumes (procedures per year) for a oesophagectomy and b gastrectomy in the Netherlands, Sweden, Denmark and England. a,b $P < 0.001$ (χ^2 test)



Figur 1: Dikken och medarbetare: British Journal of Surgery 2013; 100: 83-94

Betydelsen av antal ingrepp per sjukhus har diskuterats och ”tröskelvärdet” har ibland beskrivits som ”förvånansvärt lågt” (s.19 ”Volym och resultat: En inventering av det vetenskapliga underlaget på kirurgins område” SBU-rapport 2011). Värdet av att samla kirurgisk terapi till färre enheter varierar dock sannolikt beroende på operationernas komplexitetsgrad. Kirurgisk behandling av cancer i matstrupe och övre magmun tillhör, som tidigare beskrivits, de tekniskt svåraste ingreppen att utföra och vikten av att koncentrera dessa har särskilt betonats (Finks, N Engl J Med 2011; 364: 2128-2137). *”For a small number of procedures associated with particularly strong direct volume–outcome relationships, such as pancreatectomy and esophagectomy, referral to high-volume centers should continue to be encouraged.”*

Vid diskussion med sakkunniggruppen framkommer olika tolkningar av ovanstående artiklar men det råder samsyn kring sambandet volym- resultat. I arbetet med nationellt vårdprogram fanns samsyn kring att mer än 20 esofagusoperationer per år bör utföras per vårdenhet. En majoritet i nuvarande sakkunniggrupp anser att 30-40 operationer bör vara det antal som ska råda vid koncentration. Motiveringen för det är att enheter måste byggas för långsiktig utveckling och forskning samt vara bemannade så att kompetens finns att tillgå dygnet runt- året runt. Detta är viktigt för att kunna åstadkomma:

- Högkvalitativ utbildning inom området profilerade kirurger, specialistkompetenta sjuksköterskor och annan nyckelpersonal.
- Fler kliniska och/eller translationella studier.

- Utveckling av minimalinvasiva kirurgiska och endoskopiska behandlingsalternativ.
- Ökad individualisering av framtidens multimodala, multidisciplinära cancer behandling exempelvis biomarkörer för att bättre definiera tumörernas biologi för bättre behandlingsdesign. Kompletta respons av kemoterapi är mycket starkt korrelerat till ökad överlevnad. Kirurgen kan komma att expandera vad gäller lokalt avancerad och eventuellt även metastaserad sjukdom.

Nedanstående artiklar belyser alla vinsten med centralisering till högvolymsenheter och till få kirurger:

Brusselsaers N, Mattsson F, Lagergren J: Hospital and surgeon volume in relation to long-term survival after esophagectomy: systematic review and meta-analysis. *Gut* 2014 Sep;63(9):1393-1400 doi;10.1136/gutjnl-2013-306074. Epub 2013 Nov 22. PMID:24270368

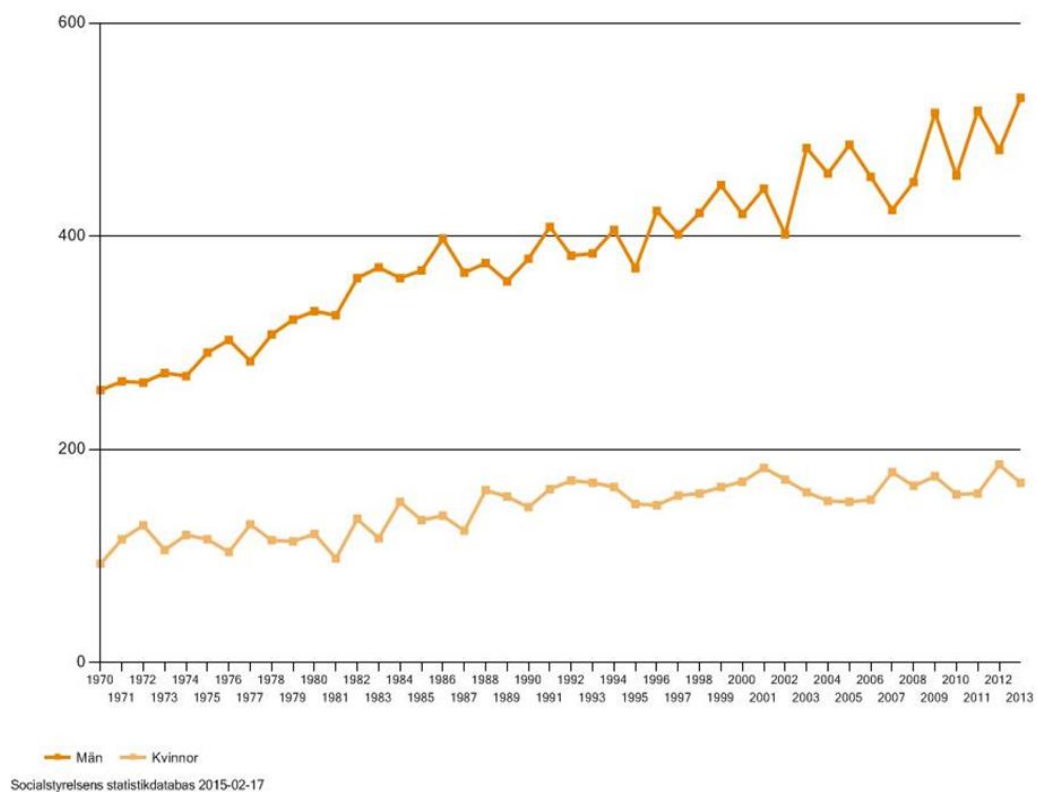
Derogar M, Sadr_Azodi O, Lagergren P, Lagergren J: Hospital and surgeon volume in relation to survival after esophageal cancer surgery in a population-based study. *J Clin Oncol* 2013 Feb 10;31(5):551-557 doi: 10.1200/JCO.2012.46.1517. Epub 2013 Jan 7. PMID: 23295792

Wouters MW, Gooiker GA, van Sandick JW, Tollenaar RA: The volume-outcome relation in the surgical treatment of esophageal cancer: a systematic review and meta-analysis. *Cancer* 2012 Apr 1;118(7):1754-1763. Doi: 10.1002/cncr.26383. Epub 2011 Aug 25. PMID: 22009562

Nuvarande vårdvolym

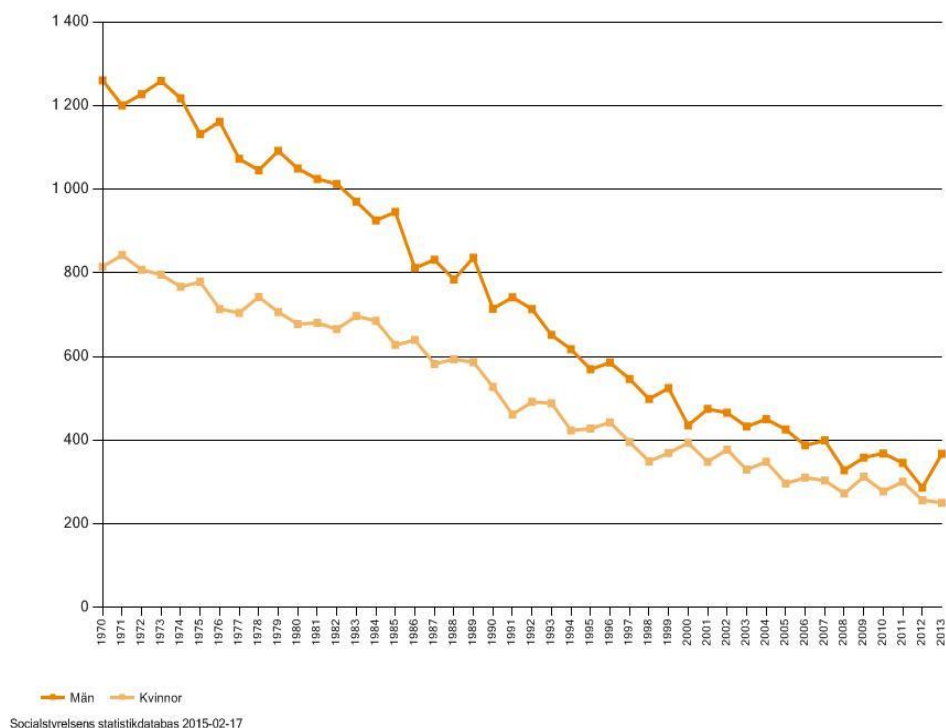
Totalt diagnostiseras ca 1300 nya fall av matstrups- och magsäckscancer per år, där cancer i matstrupe/övre magmun ökar (Fig. 2) och magsäck minskar (Fig.3).

Antal nya cancerfall, Alder: 0-85+, Riket, Diagnos:150 Matstrupe, 1511 Övre magmunnen, oavsett tumörtyp



Figur 2.

Antal nya cancerfall, Ålder: 0-85+, Riket, Diagnos:1510 Magsäck övriga delar, 1518 Magsäck, flera lokalisationer, 1519 Magsäck, ospecificerat, oavsett tumörtyyp



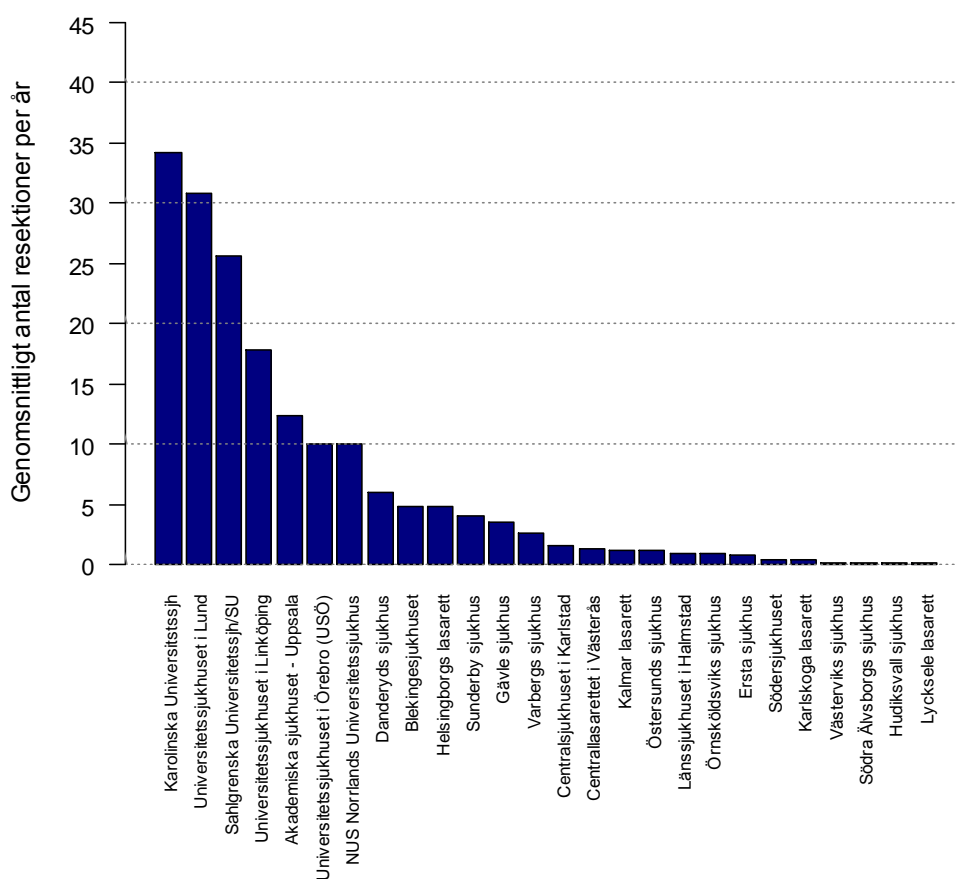
Figur 3

Kirurgiskt nuläge

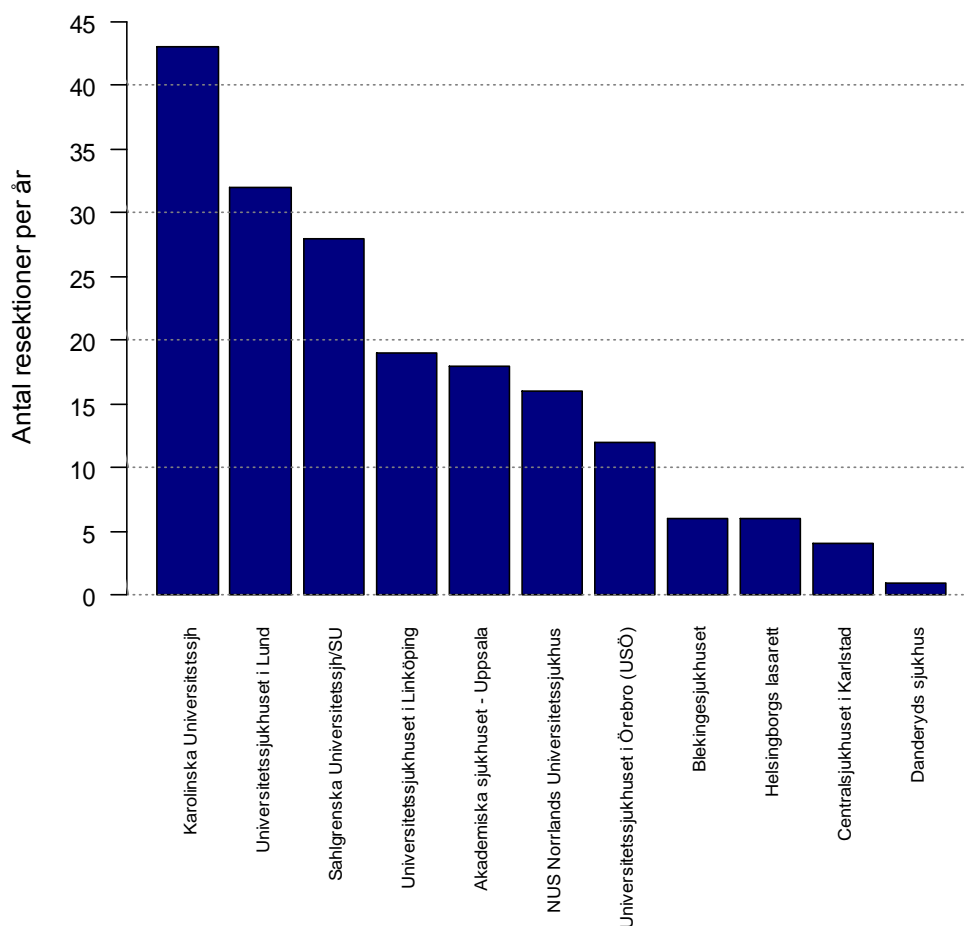
Kurativt syftande kirurgi vid matstrups- och övre magmuncancer gäller få patienter och är en komplex operation som tar lång tid att lära och innebär omfattande krav på kringresurser. Enligt NREV-data för 2006-2010 genomfördes ca 170 kurativt syftande canceroperationer per år, därtill kommer palliativa ingrepp.

Två olika typer av resektionskirurgi används – transthorakal esofaguskirurgi (TTE) och transhiatal esofagusektomi (THE). Nivåerna för komplikationer för THE och TTE är idag tämligen likvärdiga. TTE är ofta att föredra på grund av möjlighet till mer omfattande resektion utan ökad morbiditet och mortalitet.

Antalet sjukhus i landet som bedriver denna kirurgi har minskat successivt under det senaste decenniet. Under perioden 2006-2010 registrerades utförda esofagusresektioner på 31 svenska sjukhus. Under perioden 2009-2013 hade antalet minskat till 26 enheter (Figur 4). 2012 var enligt NREV antalet sjukhus där denna typ av operationer gjordes elva. Flest gjordes under 2012 på Karolinska sjukhuset Huddinge som utförde 32 esofagusresektioner för cancer (i övrigt se Figur 5).



Figur 4: Genomsnittligt antal registrerade esofagus-cardiaresektioner per år för perioden 2009-2013. Avser esofagus och cardia (dvs diagnoserna C15 och C16.0 A, B,C,X).



Figur 5: Antal registrerade esofagus och cardiaresektioner per år för 2013. Avser esofagus och cardia (dvs C15 och C16.0 A, B, C, X).

Vårdprocessbeskrivning med patientperspektiv

Före första vårdkontakt:

Målet är att allmänheten ska ha god allmän kännedom om sjukdomen samt vilka sökvägar som finns för att få en adekvat bedömning/vård. Lättillgänglig och adekvat information om cancer i matstrupen och övre magmunnen bör finnas på 1177 Vårdguiden. Med lättillgänglig information finns förutsättning för minskad ”patient delay”. Det bör klart framgå att svårigheter att svälja och/eller att maten ”fastnar” skall medföra att man omgående söker vård.

Första vårdkontakt (i regel primärvården):

Patient som söker med sjukdomarnas kardinalsymtom sväljningsbesvär bör ha hög tillgänglighet och erbjudas kompetent bedömning, undersökning och utredning. I detta ingår snabb och korrekt remittering till nästa instans, vilket vid misstanke på matstrups- eller kardiaccancer alltid innebär remiss till endoskopi.

Specialistmottagning som ej behandlar cancersjukdomar i matstrupe eller övre magmun med kurativt syfte (t.ex. endoskopimottagningar på länsdelssjukhus):

Patient som remitteras för sväljningsbesvär bör ha hög tillgänglighet och erbjudas endoskopisk behandling inom 1-2 veckor. Vid endoskopiskt fynd av misstänkt matstrups/övre magmunscancer bör en snabb och korrekt remittering ske till nästa instans. En preoperativ utredning för att kartlägga tumörens utbredning och patientens förutsättningar för att genomgå tumörbehandling bör initieras omgående av eller i samråd med specialiserad enhet för sjukdomsgruppen. På den enhet som håller i utredningen av patienten ska kontaktsjuksköterska utses och patient och anhöriga ska erbjudas kuratorskontakt.

Specialistmottagning som kurativt behandlar cancer i matstrupe och övre magmun:

Patient som remitteras för misstänkt eller verifierad matstrups/övre magmunscancer bör ha hög tillgänglighet och erbjudas kompetent bedömning, utredning och behandling i enlighet med nationella vårdprogrammet och utan väntetid. Nationell vårdenhet ansvarar för att diskussion sker på multidisciplinär rond såväl vad gäller kirurgisk åtgärd som onkologisk behandling. Omhändertagande ska ske multidisciplinärt och multiprofessionellt (kirurg, onkolog, kontaktsjuksköterska, kurator, patolog, radiolog, sjukgymnast m.fl.). Det multidisciplinära/professionella teamet bör ha god bemanning/närvaro, erfarenhet, evidensbaserat arbetssätt och bedriva utvecklingsarbete samt forskning. God muntlig och skriftlig information om behandlingsalternativ, prognos, biverkningar och uppföljning ska ges till patienten. Teamet ska ha hög tillgänglighet före, under och efter behandling.

Patienten ska ha en individuell skriftlig vårdplan och kontinuerlig kontakt med sin kontaktsjuksköterska (eller annan fast vårdkontakt). Vid återremittering ansvarar kontaktsjuksköterskan eller motsvarande kontaktperson vid behandlande enhet för informationsöverföring till utsedd kontaktsjuksköterska på hemmakliniken.

Uppföljning:

Uppföljningen skall vara individanpassad och följa befintliga riktlinjer i nationella vårdprogrammet vad gäller såväl intensitet som karaktär. Behandlingsresultat ska utvärderas i kvalitetsregister där även patientrapporterade livskvalitetsmått bör införas.

Uppföljning bör i så stor utsträckning som möjligt ske på hemorten. Vid återremittering till hemorten, från behandlande enhet, ska detta ske utan försämrad kvalitet vilket kräver god information/kommunikation mellan olika vårdgivare och personalkategorier.

Palliativ vård:

Den eventuella palliativa vården ska ske nära hemmet med gott omhändertagande, god kontinuitet och genomgående god information till patient/närstående. I det palliativa omhändertagandet ingår behandling av sväljningsbesvär med stent. Kompetens för detta bör finnas på alla länssjukhus.

Kvalitetsmål för framtiden

- Ökad täckningsgrad från >90% till >95% i det nationella kvalitetsregistret
- >80% av patienterna ska ha fått behandlingsbeslut inom två veckor efter remissankomst till behandlande enhet
- > 80% av patienterna ska ha startat behandling inom 14 dagar efter PAD-datum
- 30 dagars mortalitet efter kirurgisk behandling ska vara $\leq 3\%$
- 90 dagars mortalitet efter kirurgisk behandling ska minska med 20% ifrån dagens nivå 6.2% (medelvärde i Sverige under perioden 2008-2012)
- patientrapporterade mått ska följas
- 100 % av patienterna ska diskuteras på multidisciplinär konferens
- 100% av patienterna ska ha tillgång till kontaktsjuksköterska
- 100% av patienterna ska erhålla skriftlig individuell vårdplan
- 75% av patienterna ska ingå i etik-prövade forsknings- och utvecklingsprojekt.

Önskvärd kompetens och bemanning

Före första vårdkontakt

Information till allmänheten (exv. 1177/Vårdguiden) bör finnas och vara lättillgänglig, korrekt samt innehålla information om var patienten kan vända sig. Sådan information saknas för närvarande.

Första vårdkontakt

Sker i regel i primärvården. Uppdraget kräver god kunskap om sjukdomen, initial utredning/status, samt kännedom om remissvägar. Ansvarar för att misstänka sjukdomen och remittera för snar endoskopi. Allmän kompetensförbättring är nödvändig. Samma gäller för alternativa första vårdkontakter, exempelvis akutmottagningar.

Specialistmottagning som ej behandlar matstrups- och övre magmuncancer med kurativt syfte

Ansvarar för att skyndsamt utreda och diagnostisera sjukdomen. God specialistkompetens om sjukdomen, differentialdiagnoser samt hur sjukdomen utreds samt var sjukdomen behandlas krävs. Patienter hos vilka sjukdomen konstateras eller inte kan avfärdas remitteras vidare omgående. Efter samråd med nationell specialistklinik kan eventuellt endoskopisk behandling med stent som tillfällig behandling mot sväljningsbesvär komma ifråga. Efter att patienten återremitterats krävs god kunskap om hur sjukdomen följs upp, vilka undersökningar som bör genomföras, när komplikation eller recidiv skall misstänkas och vad som då skall göras och vem som skall kontaktas. Allmän kompetensförbättring behövs.

Nationell specialistklinik för operation

Ansvarar för att anmäld patient skyndsamt bedöms på nationell multidisciplinär konferens. Behandlar patienter med matstrups- eller övre magmuncancer på ett tillgängligt, vetenskapligt och multidisciplinärt/professionellt sätt. Ansvarar för att, när behandling och utvärdering är färdig, återremittera patienten med fullständig information om rekommenderad uppföljning samt vårdplan. Specialintresserade kirurger, specialintresserade onkologer, högkvalitativ anestesi och intensivvård samt diagnostisk/interventionell radiologi, kuratorer, kontaktsjuksköterskor, specialintresserade patologer och initierade öron-näs- halsspecialister bör finnas.

Kirurgisk, anesthesiologisk och radiologisk kompetens för omedelbar åtgärd och komplikationshantering dygnet runt/året runt ska finnas. Onkologisk bakjournskompetens bör finnas dygnet runt/året runt. Tillgång till patolog ska finnas på kontorstid hela året.

Enheten bör ha en väldefinierad struktur, korta vänte-, utrednings- och behandlingstider samt vara lättillgängligt för patient, närstående och remittent. Akademisk kompetens/organisation/verksamhet ska likaledes finnas.

Önskvärd kompetensutveckling

Nationellt centrum bör ansvara för optimering av samtliga steg i processen. Nationellt centrum ska ha ansvaret att tillgängliggöra information om tillståndet för patienter och närstående på exempelvis internet (information på 1177 Vårdguiden saknas för närvarande) och att informera och utbilda vårdpersonal i vårdprocessens samtliga steg.

Framtida ansvar

Nationellt centrum bör stå för den initiala kontrollen/kontrollerna efter nivåstrukturerad insats varefter patienten kan återremitteras till välinformerad remittent.

Vid överföringen ska det klargöras hur patienten ska följas upp? Hur ofta? Vad skall kontrolleras? Vilka undersökningar/prover skall tas? Vad skall remittenten vara observant på? Vad bör föranleda ny biopsi/röntgen/prover? När bör ny kontakt tas? Vem skall kontaktas? Ansvaret för informationsöverföring ligger på nationella centrum. Patienten skall ha en individuell vårdplan där planerad uppföljning framgår.

Komplikationer bör handläggas av eller i undantagsfall i direkt samråd med nationellt centrum.

Nationell multidisciplinär konferens

En nationell multidisciplinär konferens för ställningstagande till optimal individuellt anpassad behandling bör genomföras för samtliga patienter. Vid denna bör lokalt anmälade läkare och lokalt utsedd kontaktsjuksköterska ges möjlighet att delta, med fördel per video. Ansvaret för att organisera och leda denna faller på de enheter som får ett nationellt uppdrag. På konferensen ska onkolog, kirurg, patolog, radiolog, kontaktsjuksköterska samtliga med kompetens och intresse inom matstups/övre magmuncancer delta. Men handläggningen kan också kräva medverkan av specialister inom gastroenterologi, öron-näsa-hals-kirurgi, nukleärmedicin, genetik, nutrition, palliativ medicin och smärtbehandling.

Klinisk forskning

Nationellt centrum bör uppbära huvudansvaret för kvalitetsregistret och i detta följer även uppdraget att analysera och publicera resultat. De ska vidare även ansvara för återkoppling från verksamheten och kvalitetsregistret till övriga kliniker. Nationellt centrum ska bedriva translationell och multiprofessionell forskning samt delta i

internationella utbyten/studier. Organisationen för detta bör integreras med den verksamhet som för övrigt behövs för uppdraget.

Konsekvensbeskrivning för vårdgivare

Enhet/er som får ta emot vårdinsatser:

Uppdraget är förhållandevis litet och bör inte påverka verksamheten i någon större utsträckning förutsatt att enheten redan har en välfungerande verksamhet avseende matstups/övre magmuncancer och god bemanning. Översyn och förstärkning av bemanning; framförallt i form av specialistkompetenta sjuksköterskor, och struktur exempelvis i form av antalet tillgängliga operationssalar och vårdplatser behövs dock. Det finns även förutsättningar för att den förbättrade kirurgiska kompetensen på de nationella enheterna kommer att förbättra omhändertagandet för akutpatienter med sjukdomar i matstrupe och övre magmun samt omkringliggande organ.

Enheter som ”blir av med” vårdinsatser:

Antalet ingrepp och patienter är förhållandevis litet och idag fördelat på många sjukhus. Förlusten för det enskilda sjukhuset torde vara av mindre betydelse. Kompetensen att handha akuta sjukdomar såsom matstrupsp perforation och komplicerade blödningar i översta delen av magsäcken kan dock påverkas negativt. Med hjälp av klara riktlinjer, remitteringsvägar och snabba transporter borde detta problem kunna hanteras.

Utvecklingstendenser

Behandlingen av matstrups- och övre magmuncancer kommer att bli alltmer individualiserad utifrån patienten och användningen av minimalinvasiva kirurgiska tekniker kommer att öka. De preliminära data som finns avseende detta är lovande vad gäller såväl långsiktiga onkologiska resultat som mer postoperativ smärta, vårdtider etc. Mer långsiktigt torde andelen patienter som behöver genomgå stor kirurgi minska genom framförallt utvecklingen inom tidig diagnostik av tumörer utgåendet från Barrett-slemhinna där matstrup-sparande behandling kan komma i fråga.