

Blåscancer – Nationell Rapport 2009

Något försenad, tyvärr, är 2009 års rapport utlagd på OC syds hemsida:

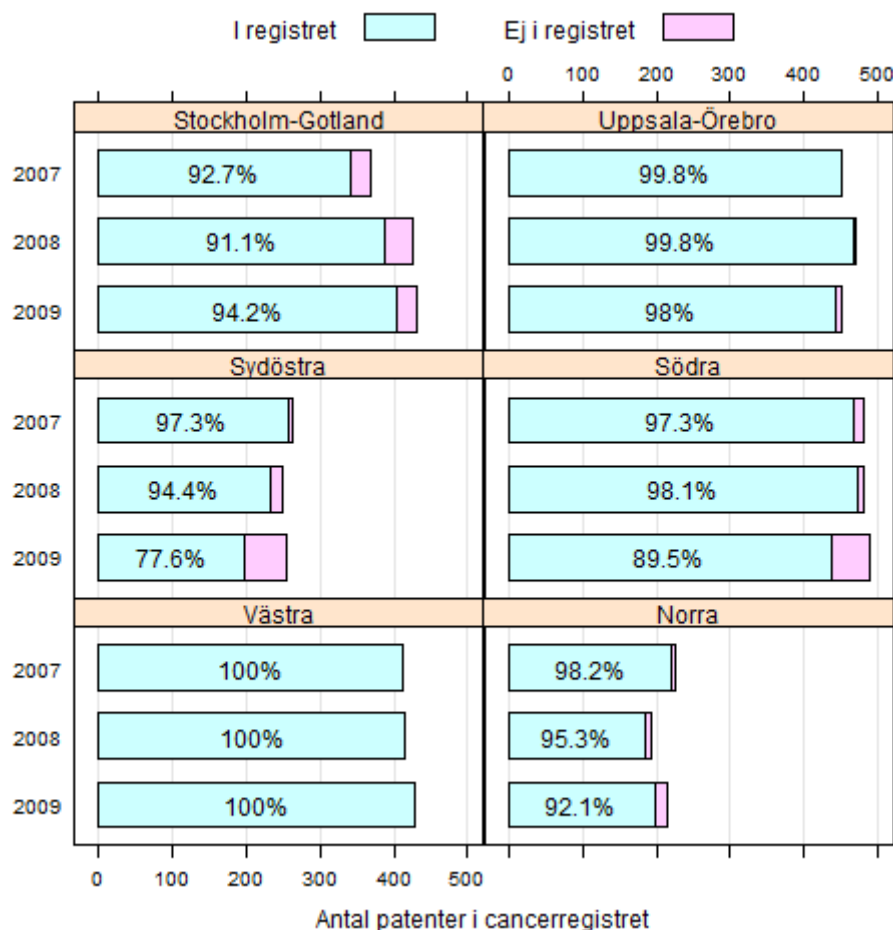
<http://www.ocsyd.se/VP-verksamhet/Kvalitetsreg/blascancerrapport2009.pdf>

På hemsidan finns också samtliga figurer i rapporten i ett format som är lätt att ladda ned:

http://www.ocsyd.se/VP-verksamhet/Kvalitetsreg/Blasca2009_Bilder.htm

Rapporten har liksom förra årets rapport fått ny layout när det gäller diagram och figurer. Det tar kanske lite tid att lära sig att titta på dessa figurer och att lära sig att se alla detaljer och alla möjligheter till jämförelser i de figurer som finns. Det är dock mödan värt att sätta sig i hur man läser dessa diagram och figurer eftersom informationsinnehållet är stort och när man väl vant sig blir det lättläst och lätt studerat i framtiden.

Täckningsgrad mot Cancerregistret och ledtider

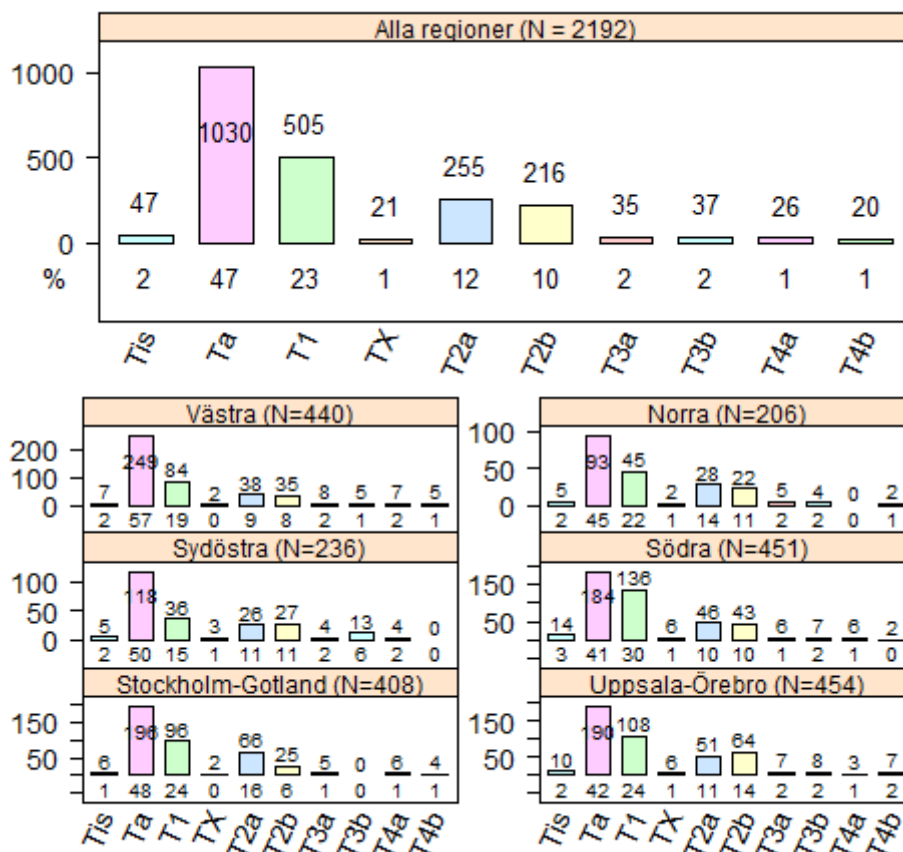


Figur 1: Täckningsgrad mot cancerregistret

När det gäller innehållet kan noteras att täckningsgraden är glädjande hög i de flesta regioner särskilt då Stockholm/Gotlandregionen men förbättringsutrymme finns fortfarande. Många sjukhus

som handlägger blåscancerpatienter har låg volym och i de flesta regioner har man fortfarande en besvärande lång väntetid från remiss till besök hos specialist och från besök till operation. Krafttag bör tas för att förbättra dessa siffror.

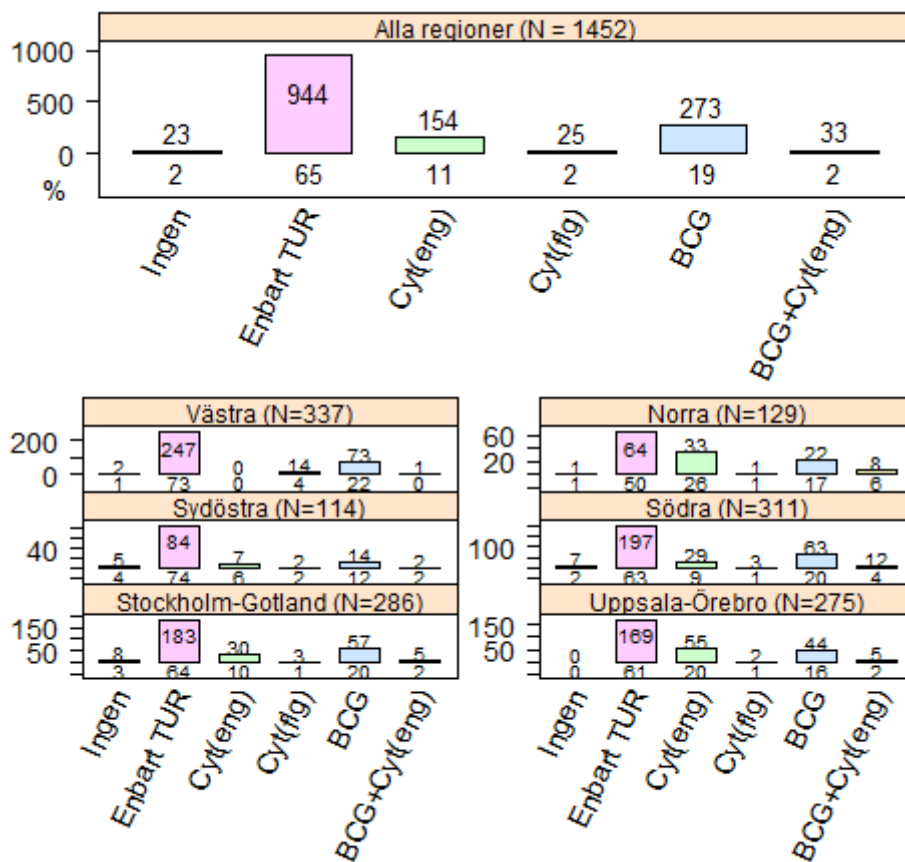
T-kategori, differentieringsgrad, N- och M-kategori



Figur 2: Ta-tumörer 2009 efter region

Ta-tumörer är vanligast men fördelningen av alla grupper inom regioner och landet som helhet ändras inte mycket över tiden. Kvinnor har lite mer allvarliga tumörer än män vid under de flesta år av den studerade tidsperioden. LMP tumörer fortfarande ovanliga oftast <5 % av samtliga tumörer medan G3 tumörer är vanligast med cirka 40 % av samtliga tumörer under de år registreringen pågått. Cirka 10 % av alla patienter med muskelinvasiv sjukdom har N+ eller M+ tumörer och så ha varit fallet under hela registreringsperioden.

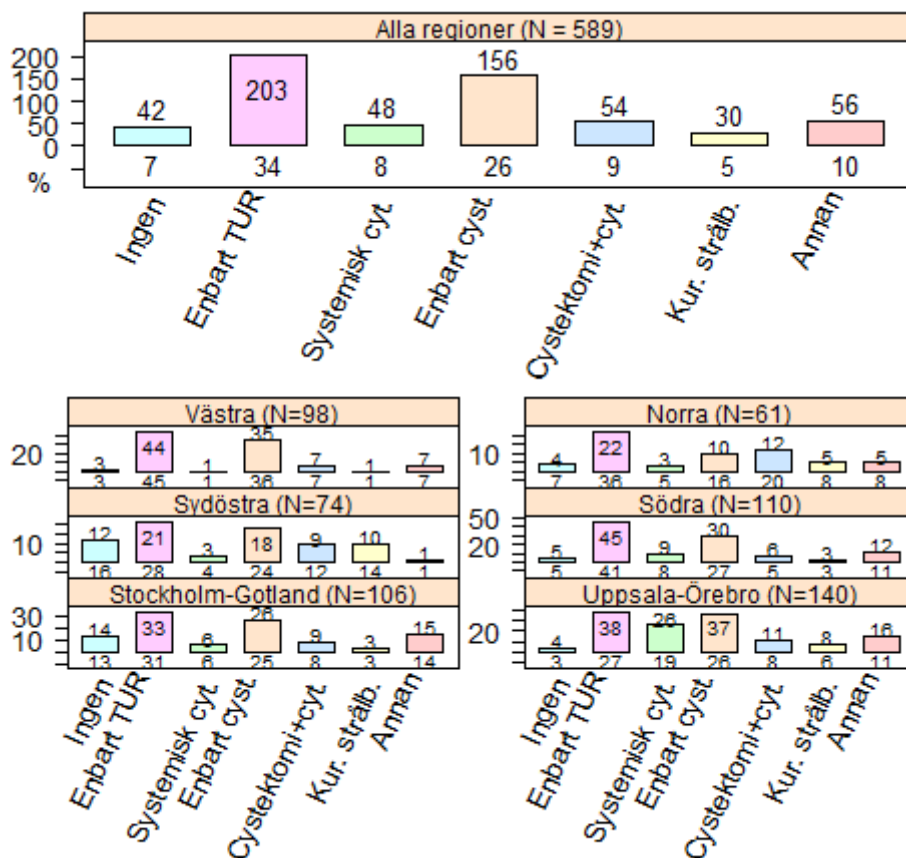
Primärbehandling icke muskelinvasiva tumörer



Figur 3: Primärbehandling 2009 av icke muskelinvasiva tumörer

Engångsinstillation cytostatika ges vid TaG1-G2 till 13 % av patienterna i hela landet med stora variationer mellan olika regioner. (Figur 3 ovan visar alla ickeinvasiva tumörer, varför siffran skiljer sig en aning. Se Figur 21 i rapporten för en särredovisning av TaG1-G2-tumörer.) Vid T1- och TaG3-tumörer ges BCG i ökad omfattning i vissa regioner framförallt sydöstra regionen medan andra regioner såsom Norra och Uppsala-Örebroregionen ligger mer stilla i utvecklingen. BCG bör ges till fler patienter med dessa tumörformer och en optimal nivå för dessa instillationer bör fastställas eftersom alla patienter inte kan eller ens bör få behandlingen pga ålder och haubitus men denna andel är inte helt känd.

Primärbehandling av muskelinvasiva tumörer



Figur 4: Primärbehandling 2009 av muskelinvasiva tumörer per region

Cystektomi med eller utan cytostatika ges till 34 % i hela landet med variationer från 28 % i Sydöstra regionen till 45 % i Västra regionen. Tidserier visar att frekvensen cystektomi pendlat mellan 30 % och 40 % årligen under hela den registrerade perioden. Bricker är oförändrat den vanligaste deviationsmetoden med cirka 80 % av alla deviationer. Endast 24 % har fått cystektomi eller kurativ strålbehandling inom 60 dagar. En förbättring bör kunna ske snarast. Andelen patienter med muskelinvasiv tumör som genomgår kurativt syftande behandling med cystektomi eller strålbehandling har ökat från 36 % 1997 till 43 % 2009 och motsvarande siffror för patienter under 80 år var 51 %-1997 och 59 %-2009. Ytterligare ökning möjlig?

För styrgruppen för Nationellt Kvalitetsregister för Blåscancer
Staffan Jahnson