

Matstrupscancerkirurgi bör centraliseras

Stor operationsvolym gagnar patienterna



JESPER LAGERGREN, professor i kirurgi, Karolinska institutet; överläkare i kirurgi, Karolinska Universitetssjukhuset Solna, Stockholm
jesper.lagergren@ki.se

Operation är den enda etablerade behandling som ger chans till bot vid matstrupscancer. Operationen är dock ett av de mest avancerade kirurgiska ingreppen, och forskning har etablerat ett tydligt samband mellan stor operationsvolym och bättre korttidsresultat vad gäller dödlighet och komplikationer. England har världens högsta andel nysjuknande i den snabbt ökande tumörformen körtelcancer (adenokarcinom) i matstrupen. Det nationella engelska sjukvårdssystemet (National Health Service) rekommenderar sedan år 2001 att sjukhus som tar emot patienter med matstrupscancer bör handlägga minst 100 sådana patienter årligen, motsvarande cirka 40 operationer.

En utvärdering av 11 838 matstrupscanceroperationer i England under perioden 1997–2004 visar att sjukhusdödligheten var betydligt lägre vid sjukhus med stor årlig volym än vid sjukhus med mindre volym [1]. Detta stämmer med tidigare studier, inklusive färskas svenska befolkningsbaserade resultat [2].

Den engelska utvärderingen visar att under studieperioden hade andelen sjukhus med liten volym minskat, korttidsöverlevnaden förbättrats och andelen patienter med matstrupscancer som opereras minskat [1]. Alla dessa resultat stämmer mycket väl med nyligen kartlagda svenska förhållanden [3].

Men även om antalet sjukhus med liten volym har minskat i England, har man långt kvar till målsättningen att all denna kirurgi ska utföras vid storvolymssjukhus med minst 40 operationer per år.

I en annan brittisk studie från Skott-

land undersöktes sjukhusvolym av matstrupscancerkirurgi i relation till chans till långtidsöverlevnad [4]. Här är tidigare forskning begränsad, och något etablerat samband finns inte. Huvudresultatet var att stor sjukhusvolym inte medför någon förbättrad långtidsprognos.

Den brittiska studien får stöd i en svensk studie, där vi nyligen funnit att efterjustering för tumörstadium och andra prognostiska faktorer spelar inte sjukhusvolym någon avgörande roll för långtidsöverlevnaden [5].

Den överlevnadsvinst som ses med lägre korttidsdödlighet verkar spådas ut av den generellt dåliga långtidsprognosen vid matstrupscancer. Prognosen på längre sikt är i stället mer avhängig tumörstadiet vid diagnostillfället.

Trots avsaknad av samband mellan operationsvolym och långtidsöverlevnad, visar dock de bättre korttidsresultaten på att centralisering bör eftersträvas. En sådan centralisering ger även bättre underlag för korrekta beslut om patienturval till operation eller inte.

Vid en jämförelse mellan matstrupscancerkirurgi i Storbritannien och Sverige har vi i Sverige idag inga storvolymssjukhus enligt brittiska kriterier [3], vilket beror på låg befolkningsmängd och låg andel nysjuknande i matstrupscancer i kombination med avsaknad av nationella riktlinjer om centralisering.

En avslutande personlig reflektion grundar sig på att jag har förmånen att deltid arbeta som gästprofessor vid ett verkligt storvolymssjukhus, Bristol Royal Infirmary i Bristol i England. Förra året genomförde vi där 70 matstrupscanceroperationer i botande syfte.

Efter mina vistelser i Bristol är jag övertygad om att centralisering är av värde för patienterna, eftersom det stora patientunderlaget ger goda möjligheter till stora randomiserade prövningar och till att bygga upp ett välfungerande mul-

tidisciplinärt team och genomföra välbesökta behandlingskonferenser med hög klinisk kompetens, där ett stort antal patienter diskuteras (i genomsnitt 25 patienter med matstrupscancer varje vecka i Bristol).

Centralisering till ett fåtal storvolymssjukhus med hög forskningsaktivitet och tillgång till alla kringresurser och behandlingsalternativ skulle vara till förmån för de patienter (cirka 400 per år) som drabbas av matstrupscancer i Sverige.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

REFERENSER

1. Al-Sarira AA, David G, Willmott S, Slavin JP, Deakin M, Corless DJ. Oesophagectomy practice and outcomes in England. *Br J Surg.* 2007;94:585-91.
2. Rouvelas I, Jia C, Viklund P, Lindblad M, Lagergren J. Surgeon volume and postoperative mortality after oesophagectomy for cancer. *Eur J Surg Oncol.* 2007;33:162-8.
3. Rouvelas I, Zeng W, Lindblad M, Viklund P, Ye W, Lagergren J. Survival after surgery for oesophageal cancer: a population-based study. *Lancet Oncol.* 2005;6:864-70.
4. Thompson AM, Rapson T, Gilbert FJ, Park KGM. Hospital volume does not influence long-term survival of patients undergoing surgery for oesophageal or gastric cancer. *Br J Surg.* 2007;94:578-84.
5. Rouvelas I, Lindblad M, Zeng W, Viklund P, Ye W, Lagergren J. Impact of hospital volume on long-term survival after esophageal cancer surgery. *Arch Surg.* 2007;142:113-7.

■ SAMMANFATTAT

Färskas utvärderingar av matstrupscanceroperationer i England och Sverige visar att sjukhusdödligheten är betydligt lägre vid sjukhus med stor årlig volym än vid sjukhus med mindre volym. Stor sjukhusvolym medför dock inte någon förbättrad långtidsprognos. **Jämfört med England** saknas det i Sverige verkliga storvolymscentra för matstrupscancerkirurgi. **Centralisering** till ett fåtal välutrustade universitetssjukhus med stor forskningsaktivitet inom området skulle vara till förmån för patienter som drabbas av matstrupscancer.