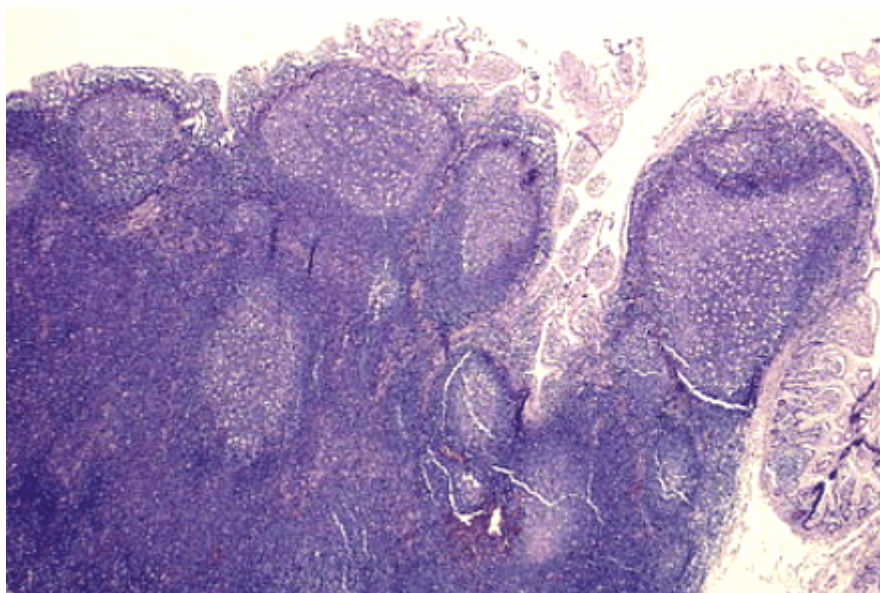




Svenska Lymfomgruppen
Sveriges Onkologiska Centra

Svenska Lymfomregistret



Rapport för år 2000-2004

www.ocsyd.lu.se

Innehåll

Introduktion.....	3
Förkortningar.....	4
Täckningsgrad.....	5
Diagnoser enligt REAL-klassifikationen	
- B-cellslymfom.....	6
- T-cellslymfom.....	9
- Ospecificerade non-Hodgkin lymfom.....	10
- Hodgkinlymfom.....	10
De 10 vanligaste lymfomtyperna 2004.....	11
Kvalitetskontroll av histopatologi.....	12
Åldersfördelning.....	14
Fördelning män/kvinnor.....	16
Stadieindelning.....	18
Primärt extranodala lymfom (Pe I-II).....	21
Internationellt Prognostiskt Index (IPI).....	23
Åldersjusterat IPI (aaIPI).....	27
Andel patienter som behandlats inom ramen för studie.....	29
Överlevnad per region.....	30
Behandlingsintention.....	34
Regionansvariga för Svenska Lymfomregistret.....	36
Medlemmar i Svenska Lymfomgruppen.....	38

Introduktion

Maligna lymfom är tumörer, utgående från immunsystemets celler. Dessa uppvisar en mångfald av histologiska och immunologiska subtyper, med varierande ursprungslokaler och spridningsmönster.

De maligna lymfomens komplexitet, i kombination med täta förändringar i principerna för klassifikation, medför att den nationella registreringen som idag sker i cancerregistret har varit otillräcklig.

Svenska Lymfomgruppen, SLG, är en nationell samarbetsgrupp, bildad 1979, vars huvudsyfte är att optimera omhändertagandet av patienter med maligna lymfom i Sverige. På uppdrag av SLG tillsattes en arbetsgrupp med målsättningen att initiera ett nationellt register.

SLG, i samarbete med onkologiska centra (OC) har haft ett övergripande ansvar för registrets utformning, drift och användning. Registeruppgifterna har insamlats via respektive OC, varefter avidentifierade data överförts till OC för södra sjukvårdsregionen. Rapporter presenteras årligen. I denna rapport presenteras data för åren 2000-2004. Om inte annat anges, avser resultaten alla patienter under dessa fem år.

Täckningsgraden för registrets första år var imponerande hög, 95-97 %. För de senaste två åren ses tyvärr en försämring inrapportering i flera regioner.

Vi vill återigen tacka alla hårt belastade kliniker för det stora arbetet med ifyllande av registerblanketter, och hoppas att nedanstående data ska komma till praktisk nytta.

Vi vill här påminna om att varje klinik har möjlighet att få fram data beträffande sina egna patienter ur det regionala lymfomregistret. Från år 2007 kommer detta att avsevärt förenklas, med införandet av elektronisk registrering, inom den sk INCA-plattformen. Samtidigt kommer en blankett för uppföljning av primärbehandling att införas, vilket ytterligare kan öka det omedelbara kliniska värdet av registret.

Kronisk lymfatisk leukemi utgör en typ av lymfoproliferativ sjukdom, där stadieindelning och andra prognostiska faktorer på ett avgörande sätt skiljer sig från andra lymfom. Dessa kommer därför att omfattas av ett separat kvalitetsregister, vilket kommer att införas under 2007.

Lund oktober 2006

Mats Jerkeman
Onkologiska kliniken

Cecilia Arnesson
Onkologiskt centrum

Viktoria Samuelsson
Onkologiskt centrum

Maria Rejmyr
Onkologiskt centrum

Eva Cavallin-Ståhl
Onkologiska kliniken

Thor A Alvegård
Onkologiskt centrum

Förkortningar

AITCL	Angioimmunoblastiskt T-cellslymfom
ALCL	Anaplastiskt storcelligt lymfom
BL	Burkittlymfom
B-LBL	B-lymfoblastlymfom
DLBCL	Diffust storcelligt B-cellslymfom
FL	Follikulärt lymfom
HCL	Hårcellsleukemi
HL	Hodgkinlymfom
IPI	Internationellt Prognostiskt Index
ITCL	Intestinalt T-cellslymfom
KLL	Kronisk lymfatisk leukemi
LD	Laktatdehydrogenas
LPCL	Lymfoplasmacytiskt lymfom
MCL	Mantelcellslymfom
MF	Mycosis fungoides
MZL	Marginalzonslymfom
PTCL	Perifert T-cellslymfom
REAL	Revised European-American Lymphoma Classification
T-LBL	T-lymfoblastlymfom

Täckningsgrad

Täckningsgraden har fram till 2003 legat på en tillfredställande hög nivå: över 95 %. För år 2004 ses en försämring i flera regioner. Vår förhoppning är att detta avspeglar en fördröjning avseende inrapportering av data till det nationella registret, och att dessa data inkommer efter hand. Det återstår att se om den kommande elektroniska rapporteringen kommer att leda till en förbättring av inrapporteringen.

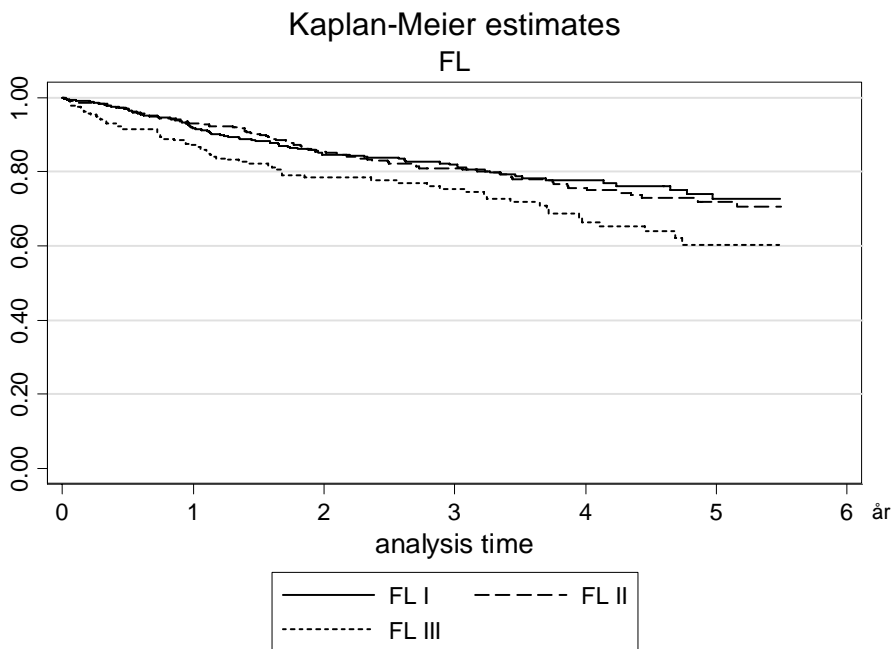
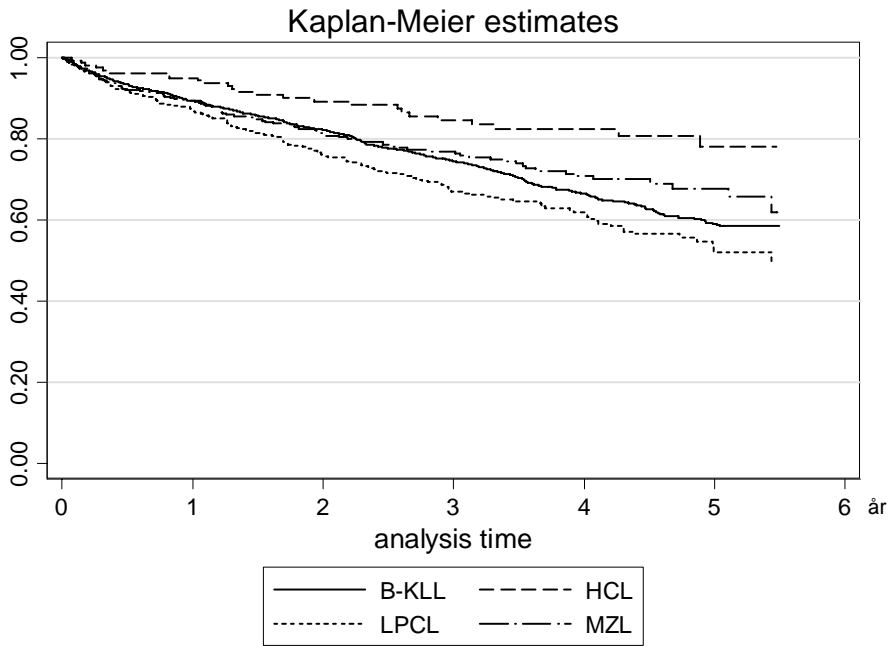
Region	Täckningsgrad				
	2000	2001	% 2002	2003	2004
Stockholm/Gotland	90	88	92	85	72
Uppsala/Örebro	98	98	98	98	97
Sydöstra	93	97	99	95	84
Södra	90	98	98	97	95
Västra	100	96	98	98	97
Norra	97	95	97	100	86
Totalt	96	97	98	95	91

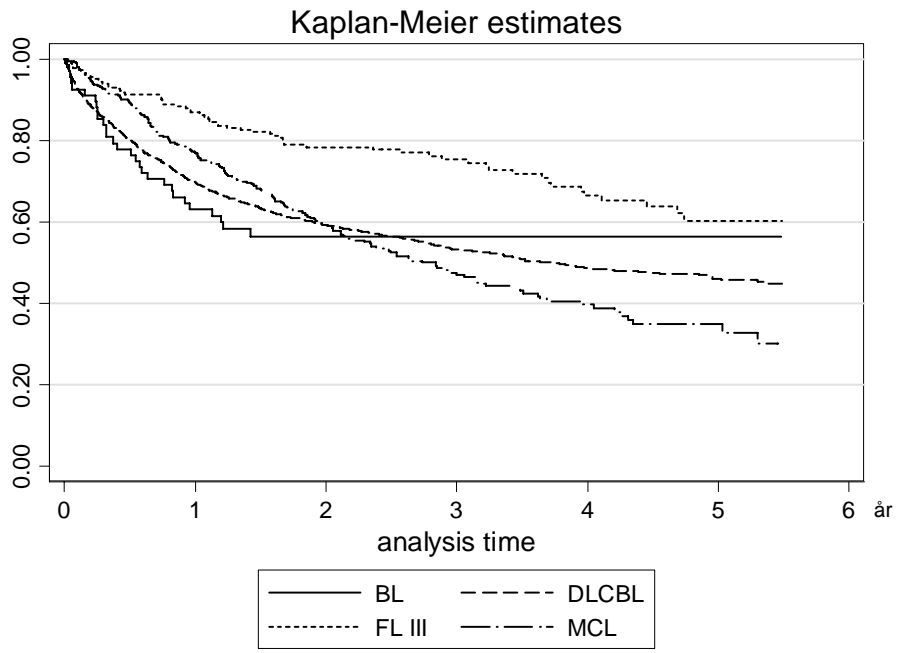
Diagnoser enligt REAL-klassifikationen

B-cellslymfom

	ICD-10	2000	2001	2002	2003	2004
B-prekursor lymfom	C83.5	5	4	6	5	1
B-KLL-lymfom, totalt	C83.8A C91.1	516	482	472	425	454
Lymfoplasmacytiskt lymfom	C83.8B	98	97	95	92	63
Mantelcellslymfom	C83.8C	69	67	84	84	71
Folikulärt lymfom grad I	C82.7A	74	81	98	89	63
Folikulärt lymfom grad II	C82.7B	102	80	97	89	89
Folikulärt lymfom grad I-II	C82.7	2	6	6	4	2
Folikulärt lymfom grad III	C82.2	45	50	33	47	58
Folikulärt lymfom ospec.	C82.9	9	8	9	7	5
Folikulärt lymfom, totalt		232	225	243	236	217
Marginalzonslymfom	C83.8D	63	91	81	66	70
Plasmocytom	C90.2	14	10	15	19	18
Diffust storcelligt B-cellslymfom	C83.3	424	452	469	522	455
Burkitts lymfom	C83.7	15	9	15	11	18
PLL	C91.3	2	3	5	2	3
Hårcellsleukemi	C91.4	34	31	29	26	40
Lågmalignt B-cellslymfom	C85.1A	90	92	80	65	62
Högmalignt B-cellslymfom	C85.1B C83.6	80	99	80	63	54
B-cellslymfom, ospec.	C85.1, C83.8	10	15	15	11	7
Totalt antal		1 652	1 677	1 689	1 627	1 533

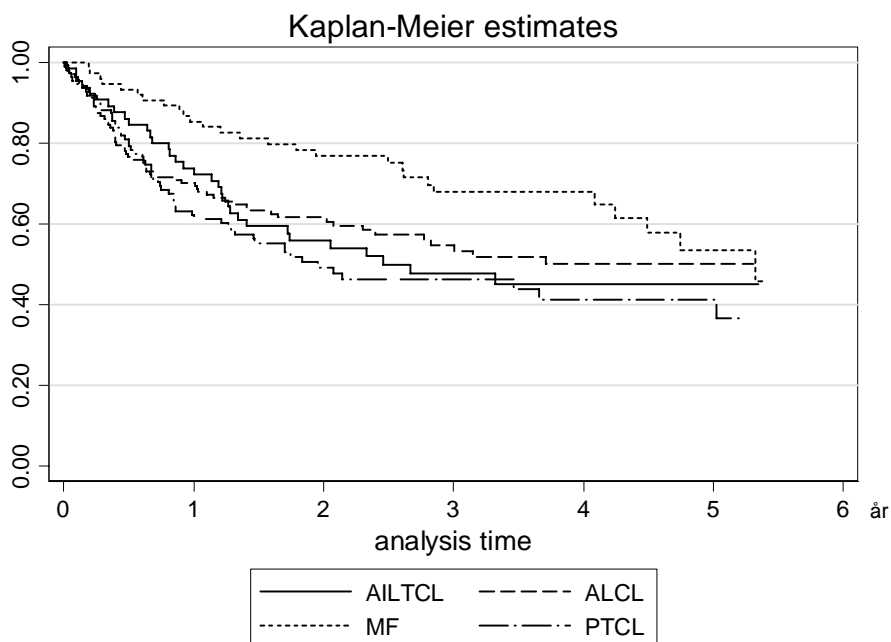
Total överlevnad B-cellslymfom 2000-2004





T-cellslymfom

		2000	2001	2002	2003	2004
T-prekursorlymfom	C84.5B	5	4	9	6	3
T-KLL	C84.5A	8	11	4	1	3
Storcellig granulerad lymfatisk leukemi	C91.7	4	2	4	3	2
Mycosis fungoides	C84.0	21	14	16	17	8
Sèzarys syndrom	C84.1	2	1	4	1	1
Perifert T-cellslymfom, ospec.	C84.3	21	22	24	14	33
Angioimmunoblastiskt/ angiocentriskt lymfom	C84.4	12	13	23	9	13
Intestinalt T-cellslymfom	C84.5C	5	7	1	3	8
Adult T-cells leukemi/lymfom	C91.5	1	0	0	1	4
Anaplastiskt storcelligt lymfom	C84.5D	25	35	19	30	29
Lågmalignt T-cellslymfom	C84.5E	3	6	9	7	4
Högmalignt T-cellslymfom	C84.5F+ C84.5	13	6	16	12	11
Totalt antal		120	121	129	104	119

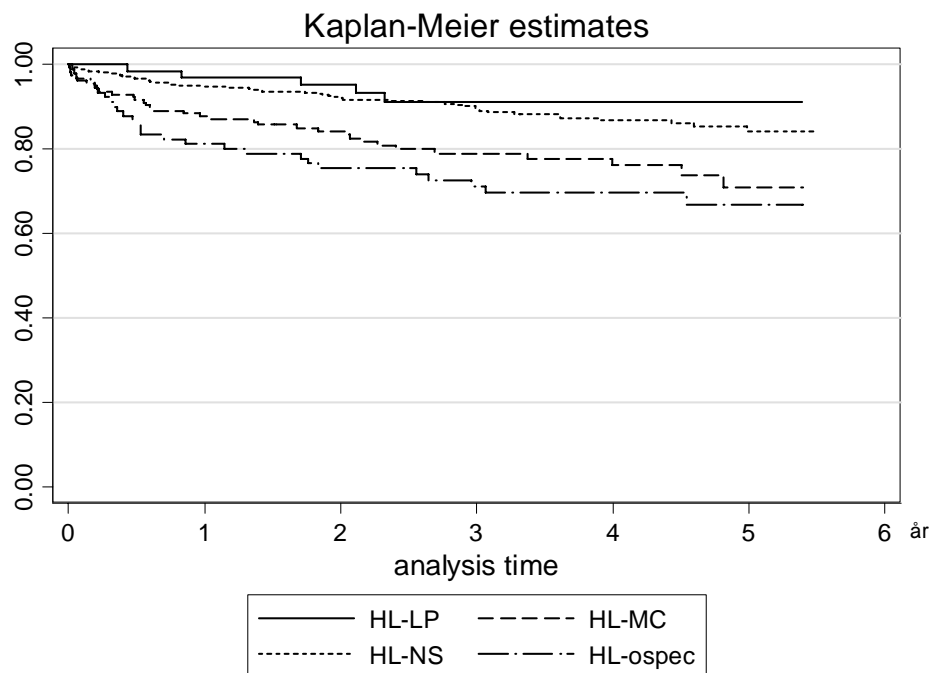
Total överlevnad T-cellslymfom

Ospecificerade non-Hodgkin lymfom

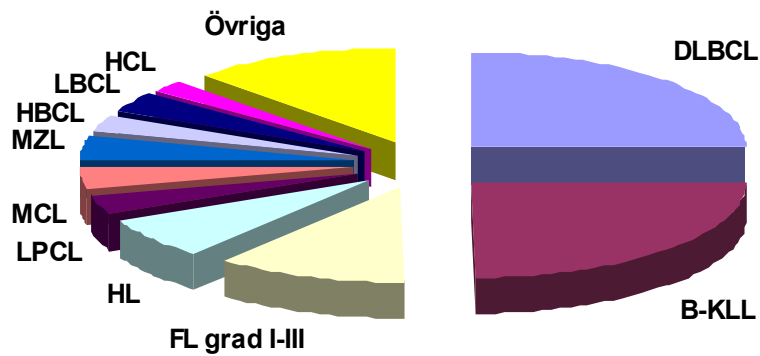
		2000	2001	2002	2003	2004
NHL, lågmalignt ospec.	C.85.9A	18	13	9	16	7
NHL, högmalignt ospec.	C85.9B	16	15	14	16	9
NHL, ospec	C85.9C	25	31	32	22	20
	C83.9					
	C85.9					
	C88.0					
	C85.9X					
Totalt antal		59	60	55	54	36

Hodgkinlymfom

		2000	2001	2002	2003	2004
Lymfocytic predominance	C81.0	6	17	17	12	12
Nodulär skleros	C81.1	95	84	108	83	93
Mixed cellularity	C81.2	28	36	23	36	32
Lymfocyte depletion	C81.3	2	0	3	3	1
Hodgkinlymfom, ospec	C81.9	22	23	17	21	7
Totalt antal		153	160	168	155	145

Total överlevnad Hodgkinlymfom

De 10 vanligaste lymfomtyperna 2004



	n	%
1. Diffust storcelligt B-cellslymfom (DLBCL)	455	24,77
2. Kronisk lymfatisk leukemi/lymfocytärt lymfom (B-KLL)	454	24,71
3. Follikulärt lymfom grad I-III (FL grad I-III)	212	11,54
4. Hodgkinlymfom, klassisk typ (HL)	126	6,86
5. Lymfoplasmacytiskt lymfom (LPCL)	63	3,43
6. Mantelcellslymfom (MCL)	71	3,86
7. Marginalzonslymfom (MZL)	70	3,81
8. Högmalignt B-cellslymfom UNS (HBCL)	54	2,94
9. Lågmalignt B-cellslymfom UNS (LBCL)	62	3,38
10. Hårcellsleukemi (HCL)	40	2,18
Totalt	1 607	85,3

Kvalitetskontroll av histopatologi

Den mest centrala parametern i lymfomregistret är en korrekt histopatologisk diagnos. För att kontrollera kvaliteten avseende denna parameter i registret, har diagnosen i registret jämförts med data som erhållits från en subgrupp av materialet som ingått i den epidemiologiska skandinaviska SCALE-studien (Scandinavian lymphoma etiology), vilken omfattade patienter mellan 18 och 74 år, med lymfom diagnosticerade mellan 1999-10-01 och 2002-04-15. Samtliga dessa fall har genomgått central eftergranskning av en panel av referenspatologer. Jämförelsen har kodats enligt följande:

1. Match – fullständig överensstämmelse
2. Minor mismatch
Avser diskrepans beträffande grad av follikulärt lymfom och subtyp av klassiskt Hodgkinlymfom.
3. Mismatch
4. Kliniskt relevant mismatch (påverkar behandlingsval).

Som framgår nedan förekommer felaktig diagnos med betydelse för behandlingsval i mellan 2,8 och 6,3 % av materialet i lymfomregistret.

Norra regionen

		Antal	%	Valida %
Valida	1	203	81,9	84,2
	2	23	9,3	9,5
	3	10	4,0	4,1
	4	5	2,0	2,1
	Total	241	97,2	100,0
Missing	System	7	2,8	
Total		248	100,0	

Uppsala/Örebro

		Antal	%	Valida %
Valida	1	337	78,7	78,7
	2	57	13,3	13,3
	3	7	1,6	1,6
	4	27	6,3	6,3
Total		428	100,0	100,0

Stockholm/Gotland

		Antal	%	Valida %
Valida	1	384	71,8	75,6
	2	44	8,2	8,7
	3	53	9,9	10,4
	4	27	5,0	5,3
	Total	508	95,0	100,0
Missing	System	27	5,0	
Total		535	100,0	

Södra regionen

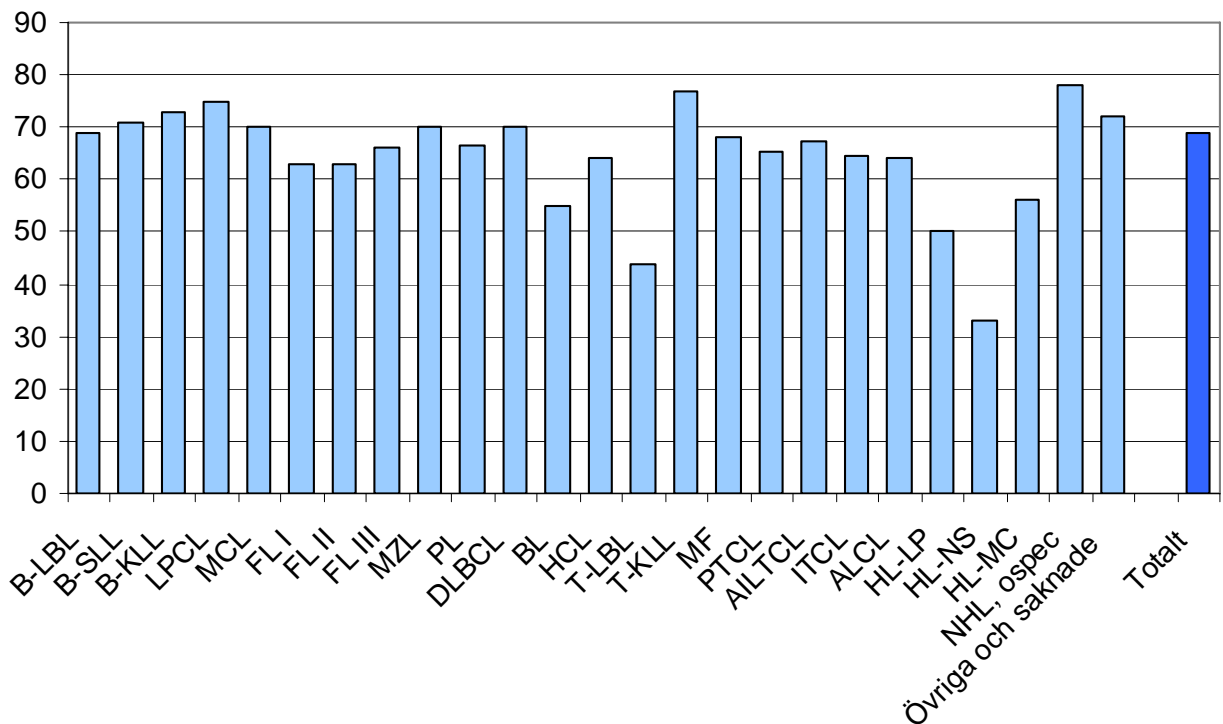
		Antal	%	Valida %
Valida	1	289	82,8	82,8
	2	13	3,7	3,7
	3	32	9,2	9,2
	4	15	4,3	4,3
Total		349	100,0	100,0

Åldersfördelning

Liksom de flesta tumörformer är lymfom en sjukdom som blir mer frekvent med ökande ålder. De olika lymfomtyperna uppvisar dock relativt skilda åldersprofiler. Den äldsta populationen återfinns bland patienter med lymfoplasmocytiska lymfom och T-KLL, och som väntat uppvisar patienter med Hodgkinlymfom, nodulär skleros, och T-lymfoblastlymfom den yngsta medianåldern. Observera att barn, inklusive unga vuxna, 16-18 år, vilka behandlas vid pediatrika kliniker, ej ingår i detta register, varför medianåldern t ex för Hodgkinlymfom är missvisande hög. Intressant att notera är att övriga Hodgkinlymfom (LP och MC) uppvisar klart högre åldersprofil än NS.

Andelen patienter <65 år redovisas för att ge en uppfattning om andelen patienter där mer intensiv terapi, exempelvis högdosbehandling, skulle kunna ingå i behandlingen. Dessutom redovisas den 25:e och 75:e percentilen.

Medianålder

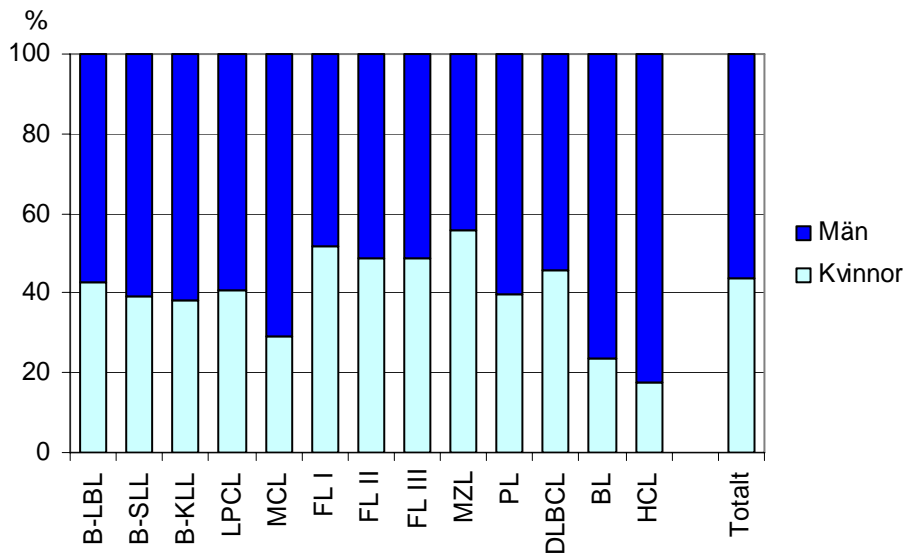


Åldersfördelning forts.

Kategori	Median	p25	p75	Antal	Andel <65 (%)
B-LBL	69	59	79	21	47,6
B-SLL	71	61	79	1 119	33,0
B-KLL	73	64	80	1 230	26,4
LPCL	75	65	80	445	24,9
MCL	70	61	78	375	31,2
FL I	63	55	72	405	54,3
FL II	63	55	73	457	54,1
FL III	66	55	76	233	45,5
MZL	70	59	78	371	39,6
PL	66,5	56	74,5	76	42,1
DLBCL	70	58	78	2 322	37,7
BL	55	37,5	73	68	67,7
HCL	64	53	76,5	160	50,6
T-LBL	44	31	68	27	70,4
T-KLL	77	68	81	27	22,2
MF	68	55,5	79,5	76	42,1
PTCL	65,5	55	75	114	46,5
AILTCL	67,5	56	77	70	42,9
ITCL	64,5	55	73,5	24	50,0
ALCL	64	49	75	138	51,5
HL-LP	50	32,5	62,5	64	76,6
HL-NS	33	24	54	463	86,6
HL-MC	56	34	71	155	62,6
NHL, ospec	78	70	86	131	17,6
Övriga och saknade	72	60	80	1 253	32,2
Totalt	69	57	78	9 824	39,5

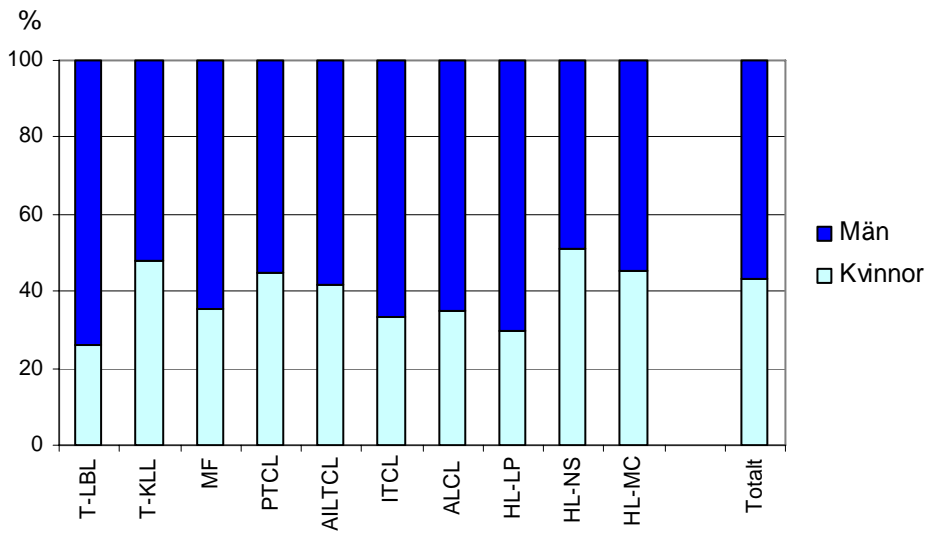
Fördelning män/kvinnor

Lymfom är vanligare hos män, allra mest utpräglat bland patienter med hårcellsleukemi, Burkitt-lymfom, och T-lymfoblastlymfom där ca 75-80 % av patienterna är män. Undantaget är patienter med marginalzonslymfom där en liten övervikt för kvinnor noteras.



Lymfomtyp	Män		Kvinnor		Totalt
	n	%	n	%	
B-LBL	12	57,14	9	42,86	21
B-SLL	680	60,77	439	39,23	1 119
B-KLL	759	61,71	471	38,29	1 230
LPCL	264	59,33	181	40,67	445
MCL	265	70,67	110	29,33	375
FL I	195	48,15	210	51,85	405
FL II	235	51,42	222	48,58	457
FL III	120	51,5	113	48,5	233
MZL	164	44,2	207	55,8	371
PL	46	60,53	30	39,47	76
DLBCL	1 255	54,05	1 067	45,95	2 322
BL	52	76,47	16	23,53	68
HCL	132	82,5	28	17,5	160

Fördelning män/kvinnor forts.



Lymfomtyp	Män		Kvinnor		Totalt
	n	%	n	%	
T-LBL	20	74,07	7	25,93	27
T-KLL	14	51,85	13	48,15	27
MF	49	64,47	27	35,53	76
PTCL	63	55,26	51	44,74	114
AILTCL	41	58,57	29	41,43	70
ITCL	16	66,67	8	33,33	24
ALCL	90	65,22	48	34,78	138
HL-LP	45	70,31	19	29,69	64
HL-NS	227	49,03	236	50,97	463
HL-MC	85	54,84	70	45,16	155
NHL, ospec	58	44,27	73	55,73	131
Övriga och saknade	666	53,15	587	46,85	1 253
Totalt	5 553	56,52	4 271	43,48	9 824

Stadieindelning

En avgörande faktor för val av behandling är lymfomsjukdomens stadium, d v s utbredning. För nodal sjukdom, d v s sjukdom begränsad till lymfkörtlar och andra lymfatiska organ, klassificeras stadium enligt Ann Arbor-klassifikationen. För sjukdom utgående från annan vävnad, primärt extranodal sjukdom, klassificeras stadium enligt Musshoffs modifikation av Ann Arbor, vilken modifierats vidare av den Nordiska Lymfomgruppen.

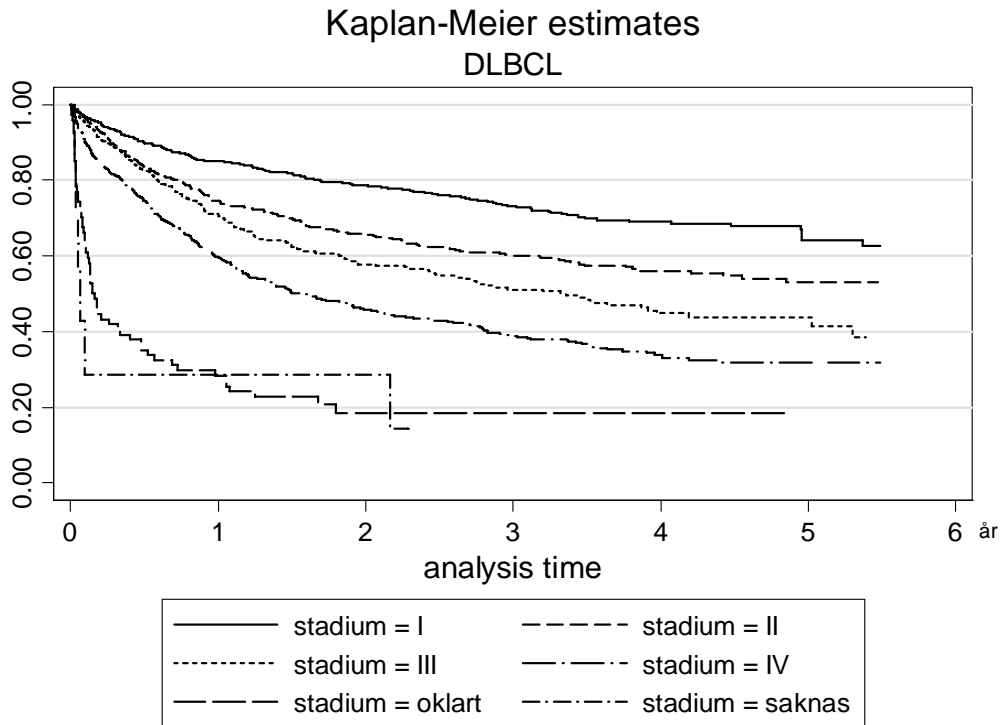
Lokaliserad sjukdom (stadium I) kan i många fall behandlas med lokal strålbehandling, i många fall i kombination med kemoterapi. Nedanstående data bekräftar till största delen kända resultat, dock noteras en överraskande hög andel med stadium I bland patienter med låggradiga follikulära lymfom, 22 %.

Till största delen har stadium ersatts av specifika prognostiska index (IPI, FLIPI). Man kan dock notera att stadium ensamt mycket väl kan prediktera total överlevnad vid DLBCL, där patienter med stadium IV har en mycket allvarlig prognos. Överlevnaden för stadium II är lägre än för stadium III, vilket också gäller för follikulära lymfom grad I-II. I FLIPI och IPI kategoriseras stadium III och IV tillsammans, vilket måhända är missvisande.

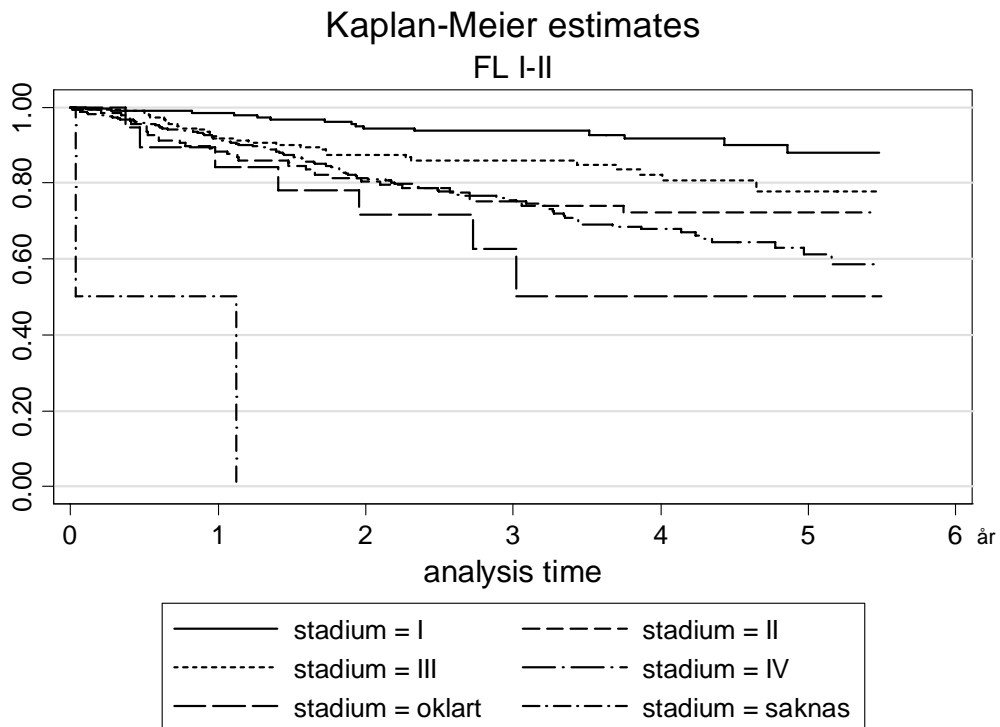
Stadium (nodala och extranodala)

Lymfomtyp	Stadium I		II		III		IV		Oklart		Saknas		Totalt n
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
DLBCL	525	22,61	565	24,33	384	16,54	762	32,82	77	3,32	9	0,39	2 322
FL,grad I-II	194	22	137	15,53	182	20,63	348	39,46	19	2,15	2	0,23	882
B-KLL	12	0,51	19	0,81	25	1,06	1 946	82,84	253	10,77	94	4	2 349
MCL	30	8	37	9,87	47	12,53	253	67,47	8	2,13	0	0	375
HL	147	18,82	343	43,92	163	20,87	117	14,98	10	1,28	1	0,13	781
LPCL	13	2,92	3	0,67	7	1,57	389	87,42	21	4,72	12	2,7	445
MZL	139	37,47	35	9,43	10	2,7	161	43,4	24	6,47	2	0,54	371
T-cell	126	21,32	86	14,55	77	13,03	245	41,46	31	5,25	26	4,4	591
Totalt	1 186	14,61	1 225	15,09	895	11,03	4 221	52,01	443	5,46	146	1,8	8 116

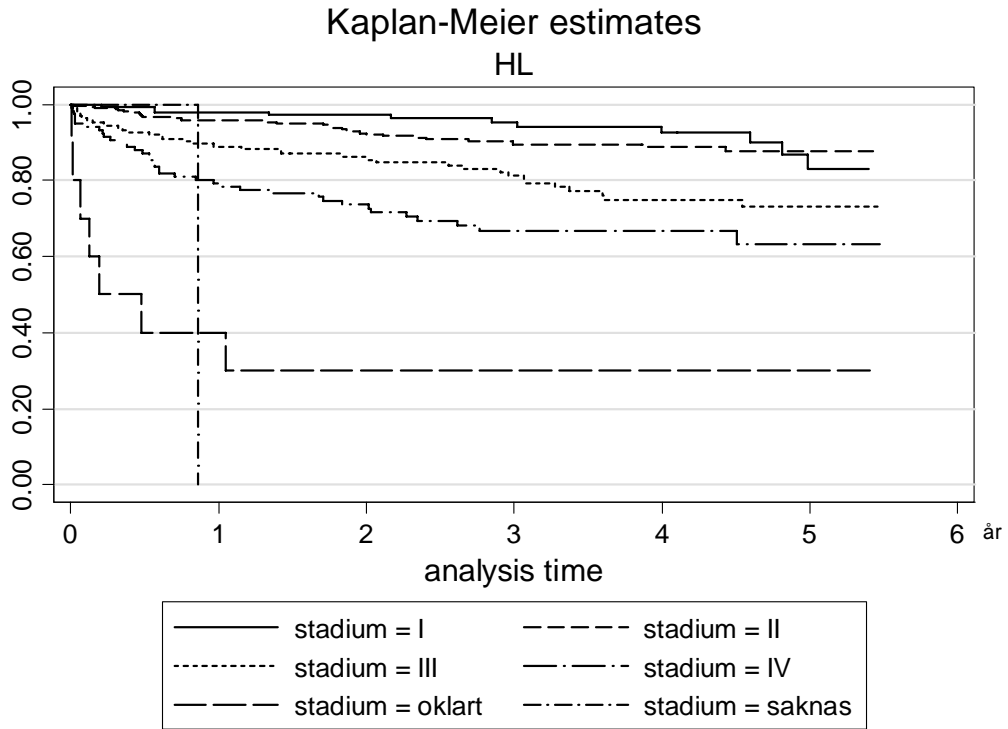
Överlevnad per stadium



Diffust storcelligt B-cellslymfom. Stadium I n=525, II n=565, III n=384, IV n=762, oklart n=77, saknas n=9.



Folikulärt lymfom. Stadium I n=194, II n=207, III n=182, IV n=348, oklart n=19, saknas n=2.



Hodgkinlymfom. Stadium I n=147, II n=343, III n=163, IV n=117, oklart n=10, saknas n=1.

Primärt extranodala lymfom (Pe I-II)

Mest frekventa lokaler, DLBCL (n=529)

	n	%
Ventrikel	85	16,07
Skelett	46	8,7
Övriga	46	8,7
CNS	41	7,75
Tunntarm	40	7,56
Testikel	35	6,62
Hud	30	5,67
Munhåla	25	4,73
Thyreoidea	23	4,35
Tjocktarm	23	4,35
Bihålor	22	4,16
Subcutis	22	4,16
Muskulatur	19	3,59
Bröst	12	2,27
Lunga	12	2,27

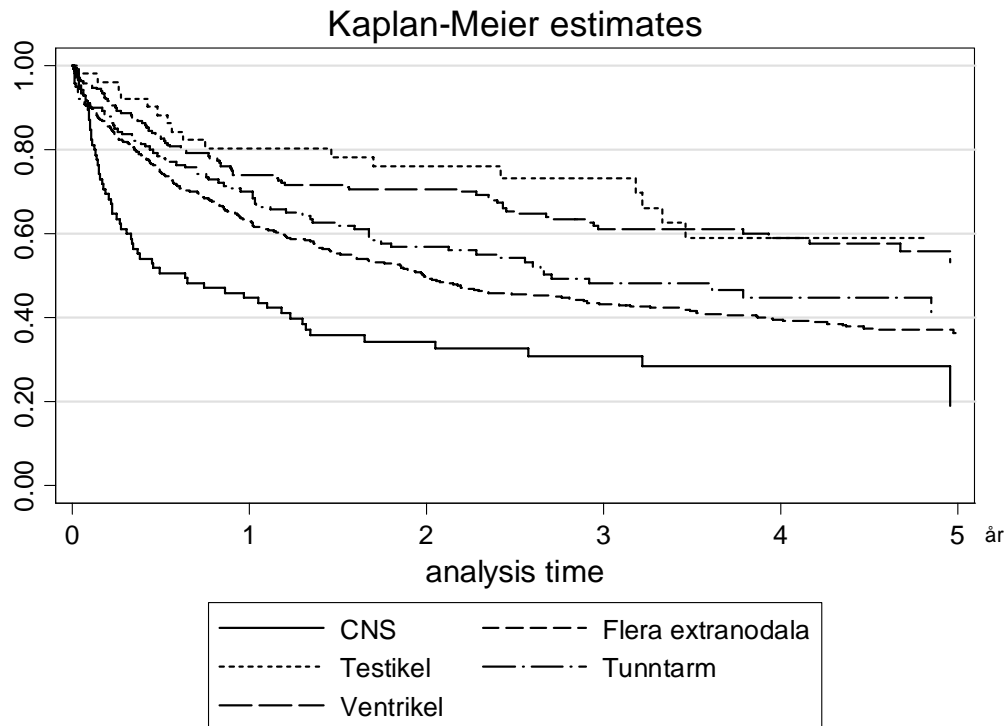
Extranodala marginalzonslymfom (n=144)

	n	%
Ventrikel	58	40,28
Orbita	19	13,19
Spottkörtlar	15	10,42
Hud	6	4,17
Munhåla	6	4,17
Tjocktarm	6	4,17
Tunntarm	6	4,17
Lunga	5	3,47
Öga	5	3,47
Bröst	4	2,78
Thyreoidea	4	2,78

Överlevnad för DLBCL med extranodal presentation

Nedanstående figur avser total överlevnad för DLBCL med skiftande extranodala presentationer. De som anges ha flera extranodala manifestationer är samtliga stadium IV, medan de övriga kan vara stadium PeI-II eller IV.

Som väntat innebär CNS-engagemang primärt en allvarlig prognos, även om det tycks finnas en fraktion med långtidsöverlevnad. Mer förvånade är kanske att patienter med testikelengagemang i detta material har en relativt gynnsam prognos.



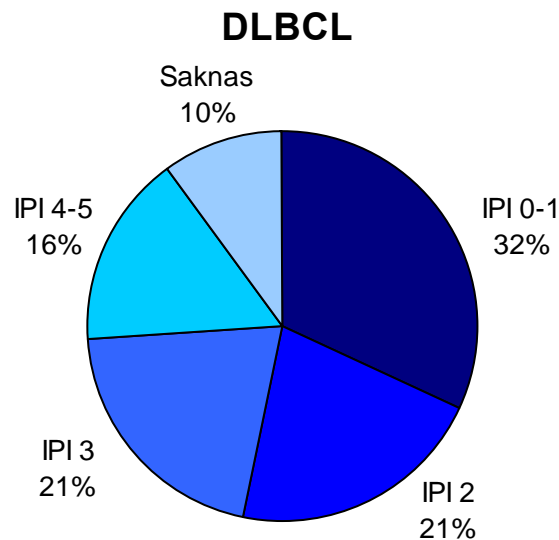
Diffust storcelligt B-cellslymfom. CNS n=36, Testikel n=34, Tunntarm n=33, Ventrikel n=74, Flera extranodala manifestationer n=54.

Internationellt Prognostiskt Index (IPI)

Detta index utgör summan av följande faktorer:

1. Ålder >60 år
2. WHO Performance Status >1
3. Stadium >II
4. Extranodala manifestationer >1
5. S-LD förhöjt

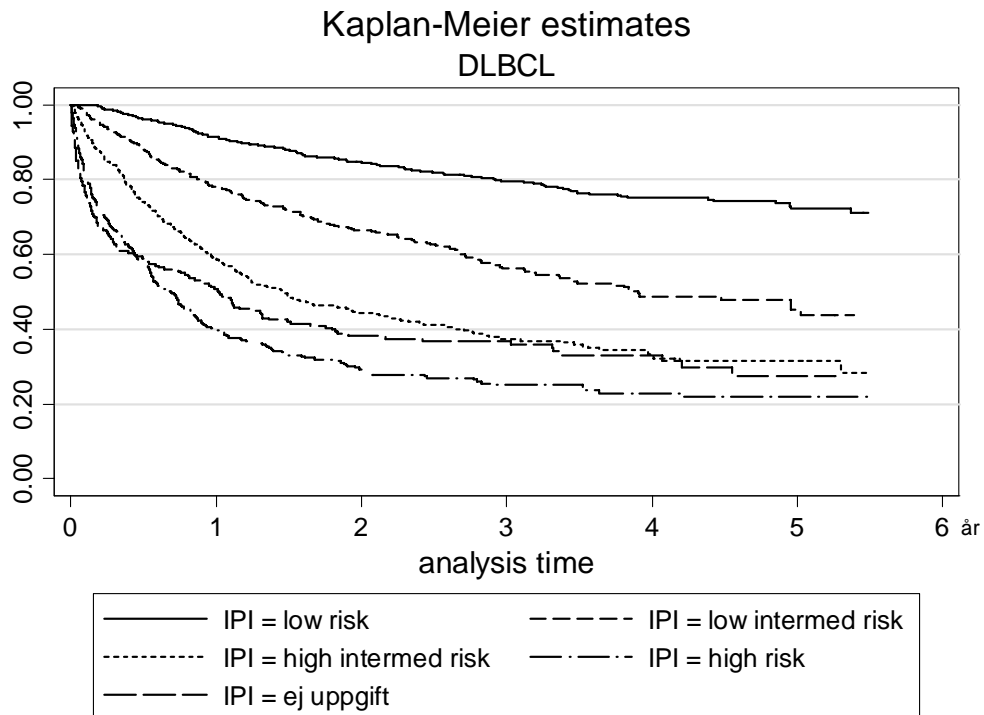
Summan kan således variera mellan 0-5, och används för gruppering enligt nedanstående tabell. IPI är ett väl validerat verktyg för prognostisering av patienter med aggressiva lymfom, i synnerhet för diffust storcelligt B-cellslymfom, och används i stor omfattning för stratifiering av patienter till olika behandlingsstrategier. Mindre etablerat är att IPI också väl predikterar överlevnad för follikulärt lymfom grad III (nedan).



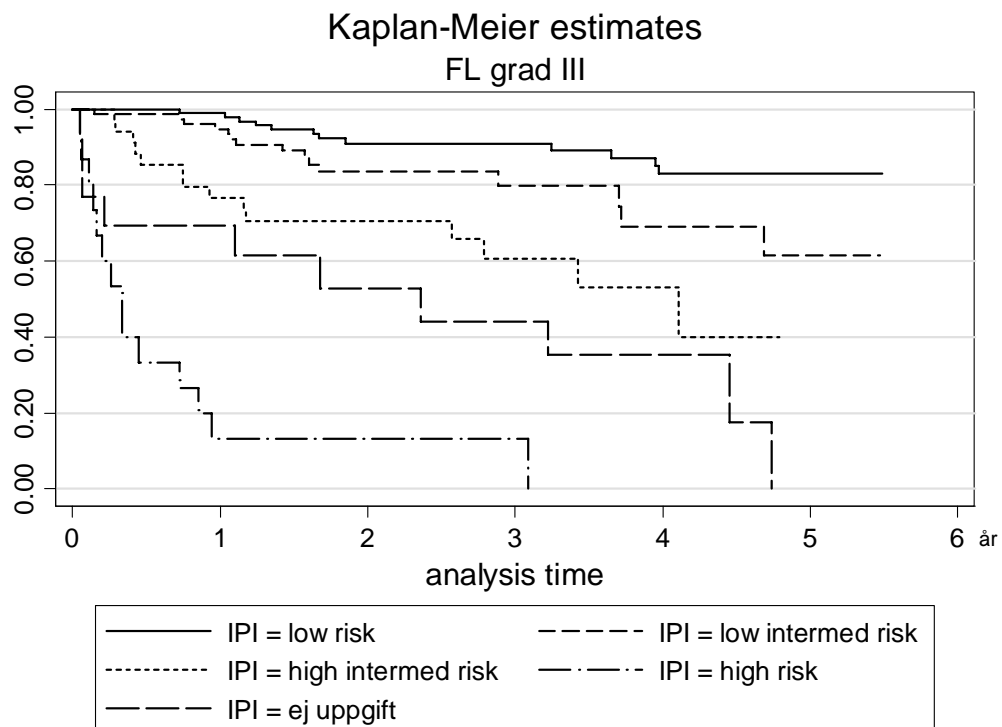
Internationellt Prognostiskt Index (IPI) forts.

Lymfomtyp	IPI 0-1 Low risk		IPI 2 Low intermediate		IPI 3 High intermediate		IPI 4-5 High risk		Saknas		Totalt n
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
FL III	95	40,77	76	32,62	34	14,59	15	6,44	13	5,58	233
DLBCL	758	32,64	477	20,54	489	21,06	372	16,02	226	9,73	2 322
Högmaligna B UNS	79	21,01	78	20,74	78	20,74	95	25,27	46	12,23	376
PTCL	21	18,42	35	30,7	27	23,68	21	18,42	10	8,77	114
AILTCL	12	17,14	17	24,29	19	27,14	12	17,14	10	14,29	70
ITCL	7	29,17	9	37,5	3	12,5	0	0	5	20,83	24
ATLL	2	33,33	2	33,33	2	33,33	0	0	0	0	6
ALCL	63	45,65	20	14,49	23	16,67	18	13,04	14	10,14	138
Högmaligt T UNS	15	26,79	12	21,43	13	23,21	6	10,71	10	17,86	56
Högmaligt UNS	18	25,71	12	17,14	13	18,57	14	20	13	18,57	70
Totalt aggressiva lymfom	1 096	31,45	747	21,43	702	20,14	554	15,9	386	11,08	3 485

Överlevnad per IPI

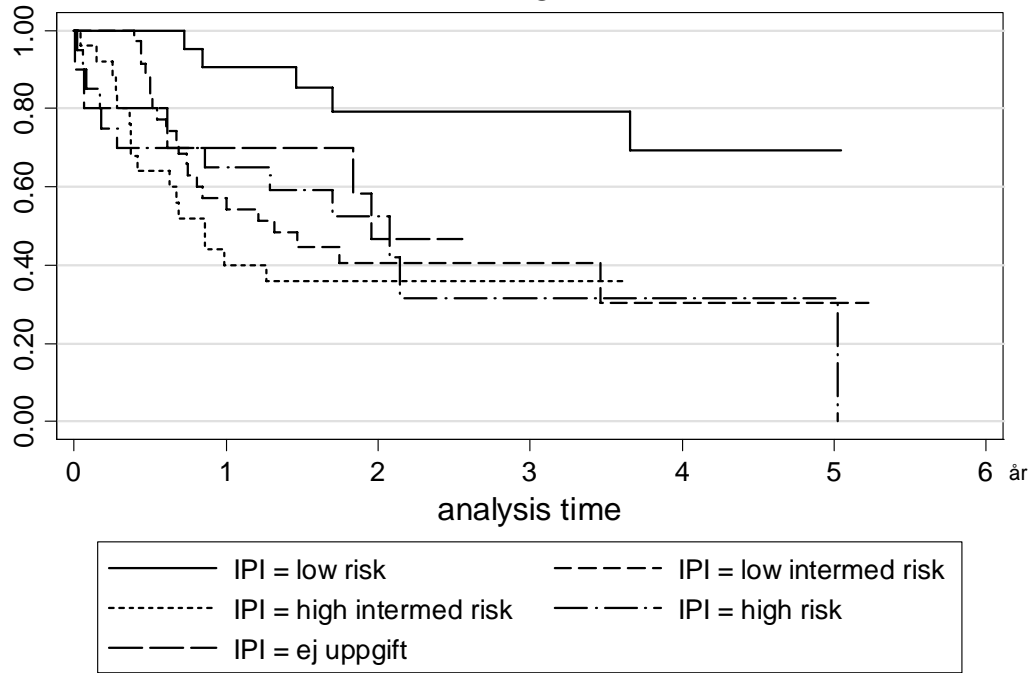


Diffust storcelligt B-cellslymfom. low risk n=758, low intermed risk n=477, high intermed risk n=489, high risk n=372, saknas n=226.



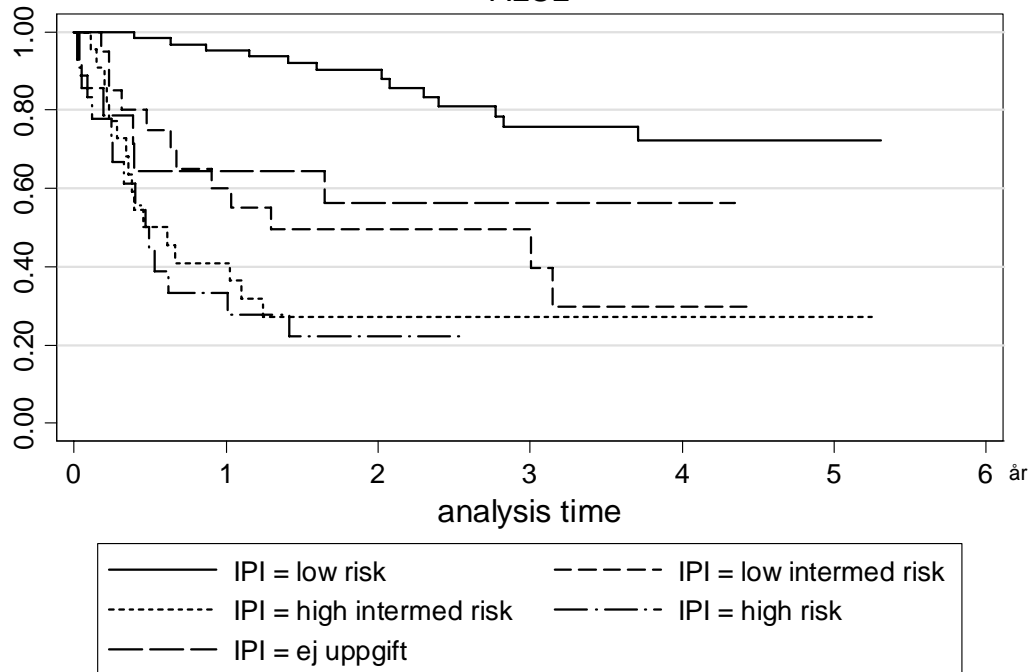
Follikulärt lymfom grad III. low risk n=95, low intermed risk n=76, high intermed risk n=34, high risk n=15, saknas n=13.

Kaplan-Meier estimates
PTCL



Perifert T-cellslymfom, ej närmare specificerat. low risk n=21, low intermed risk n=35, high intermed risk n=27, high risk n=21, saknas n=10.

Kaplan-Meier estimates
ALCL



Anaplastiskt storcelligt lymfom. low risk n=63, low intermed risk n=20, high intermed risk n=23, high risk n=18, saknas n=14.

Åldersjusterat IPI (aaIPI)

Detta index inkluderar endast patienter ≤ 60 år eller > 60 år, och utgör summan av följande faktorer:

1. WHO Performance Status > 1
2. Stadium $> II$
3. S-LD förhöjt

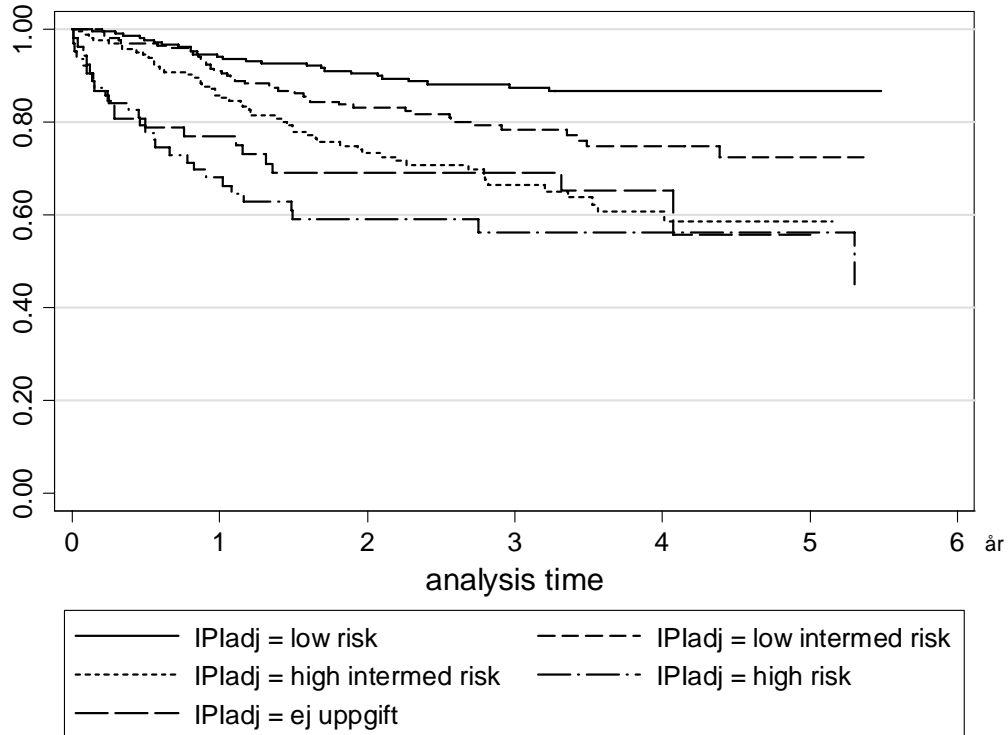
Summan kan således variera mellan 0-3, och används för gruppering enligt nedanstående tabell. Åldersjusterat IPI används i stor omfattning för stratifiering av behandling för patienter med aggressiva lymfom³.

Ålder ≤ 60 år

Lymfomtyp	aaIPI=0 low risk		aaIPI=1 low inter		aaIPI=2 high inter		aaIPI=3 high risk		Ej uppgift		Totalt n
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
FL III	30	34,09	31	35,23	23	26,14	2	2,27	2	2,27	88
DLBCL	204	30	199	29,26	162	23,82	63	9,26	52	7,65	680
Högmaligt B UNS	18	18,95	27	28,42	24	25,26	16	16,84	10	10,53	95
PTCL	5	12,5	10	25	14	35	7	17,5	4	10	40
AILTCL	7	33,33	5	23,81	5	23,81	1	4,78	3	14,29	21
ITCL	2	22,22	5	55,56	0	0	0	0	2	22,22	9
ALCL	25	41,67	16	26,67	8	13,33	6	10	5	8,33	60
Högmaligt T UNS	4	40	2	20	2	20	0	0	2	20	10
Högmaligt UNS	4	25,67	2	13,33	5	33,33	3	20	1	6,67	15
Totalt	306	29,25	302	28,87	244	23,33	98	9,37	96	9,18	1 046

Överlevnad

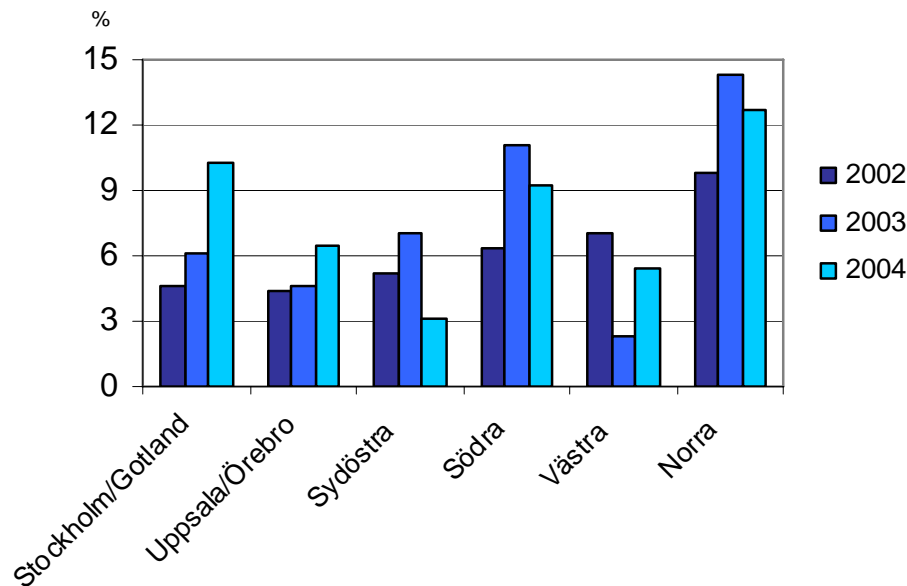
Åldersjusterat IPI (≤ 60 år)
Kaplan-Meier estimates



Diffust storcelligt B-cellslymfom. low risk n=204, low intermed risk n=199, high intermed risk n=162, high risk n=63, saknas n=52.

Andel patienter som behandlats inom ramen för studie

För endast en minoritet av lymfomtyperna finns en allmänt accepterad definition för standardbehandling. Det är därför önskvärt att en så stor andel som möjligt av patienter med lymfom behandlas inom ramen för kliniska prövningar. Som framgår nedan utgör tyvärr dessa en mycket liten andel. Det föreligger klara regionala skillnader; exempelvis är andelen i genomsnitt dubbelt så stor i norra regionen jämfört med den västra. Siffrorna nedan inkluderar inte patienter som behandlas enligt vårdprogram, och inkluderar endast patienter som angetts vara behandlingskrävande.

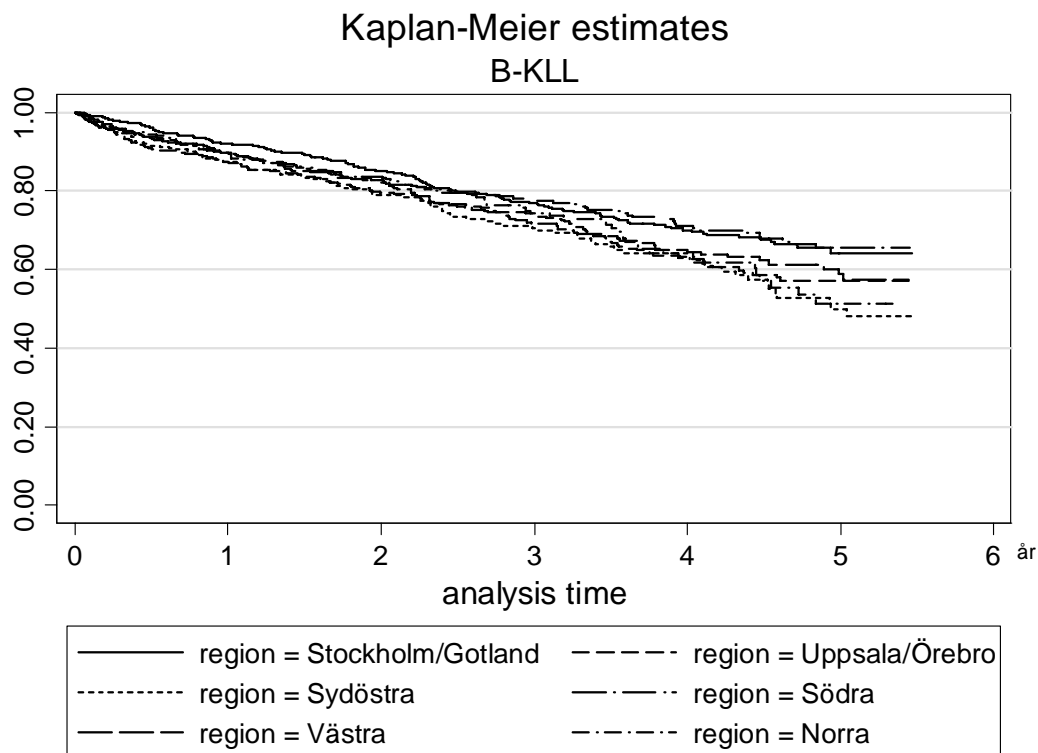


	2002 %	2003 %	2004 %
Stockholm/Gotland	4,58	6,07	10,28
Uppsala/Örebro	4,44	4,59	6,41
Sydöstra	5,16	7,09	3,1
Södra	6,37	11,11	9,27
Västra	7,06	2,26	5,43
Norra	9,77	14,29	12,75

Överlevnad per region

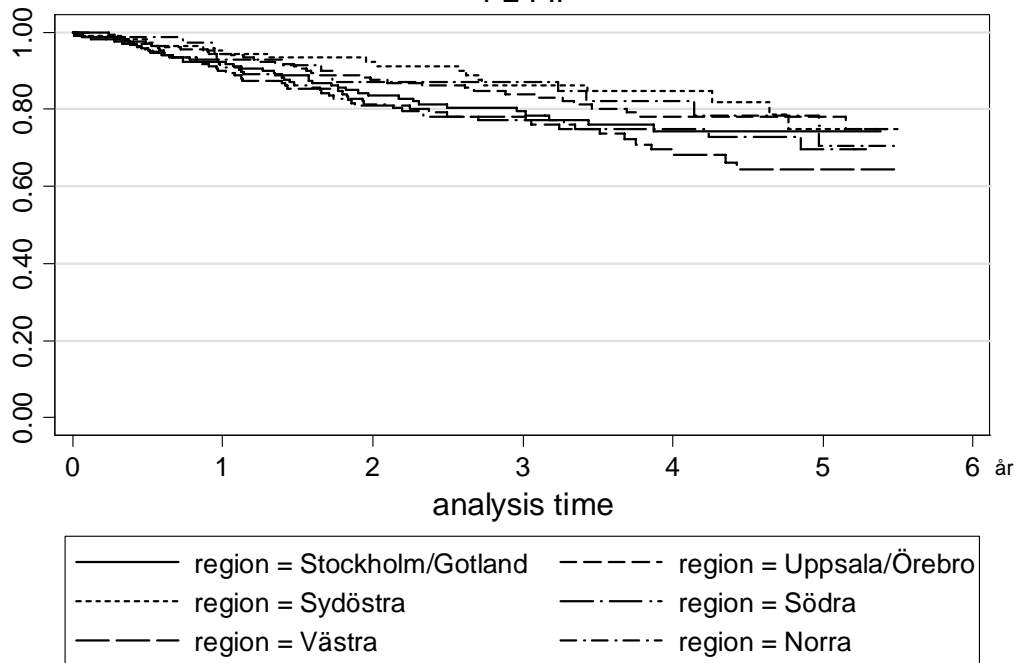
Ett av syftena med ett nationellt kvalitetsregister är att kunna göra jämförelser av utfall mellan regioner och enskilda kliniker. I denna rapport presenteras total överlevnad för de mest frekventa lymfomtyperna. De skillnader som ses kan mycket väl betingas av slumpen, eller av skillnader i populationens sammansättning. För att kunna bedöma om det finns en verklig skillnad i utfall, betingad av skilda terapeutiska strategier, krävs en fördjupad analys. För att försöka utjämna skillnader i fördelning av prognostiska faktorer presenteras för DLBCL och FL grad I-II också överlevnad, stratifierat för IPI.

Några säkra regionala skillnader beträffande överlevnad kan inte identifieras.

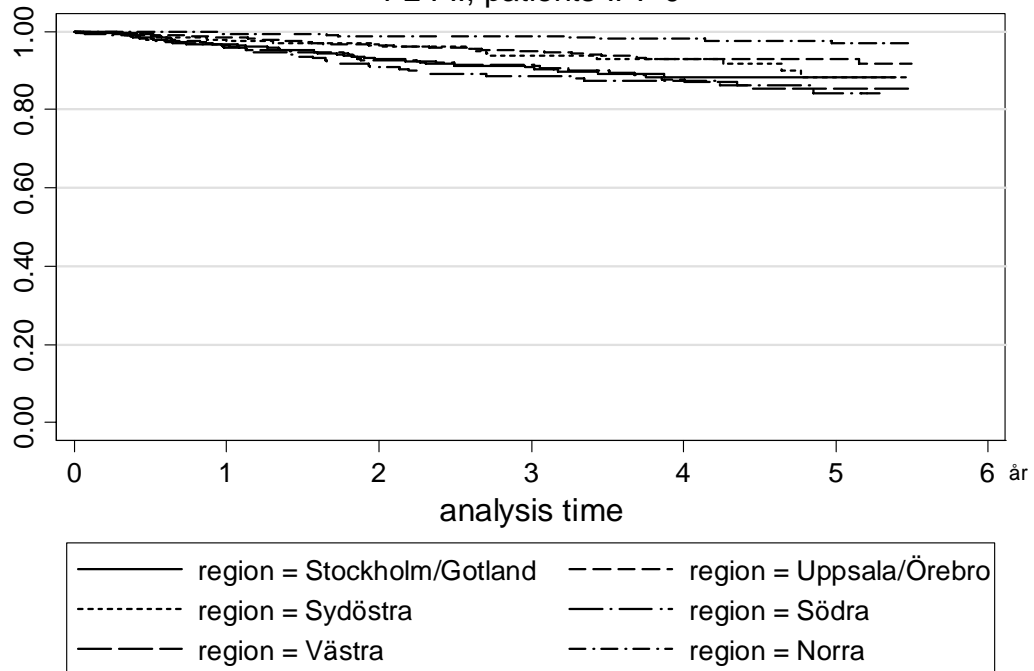


B-KLL 2000-2004. Stockholm/Gotland n=529, Uppsala/Örebro n=512, Sydöstra n=277, Västra n=397, Södra n=402, Norra n=232.

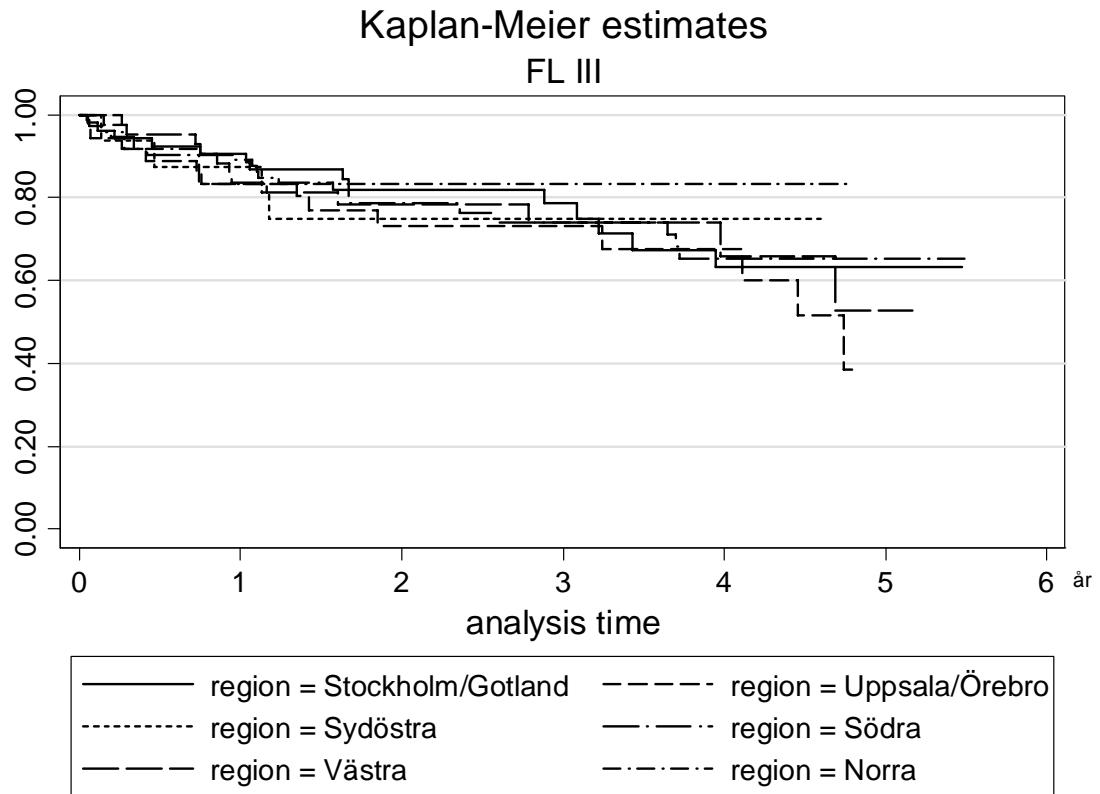
Kaplan-Meier estimates
FL I-II



Kaplan-Meier estimates
FL I-II, patients IPI=0

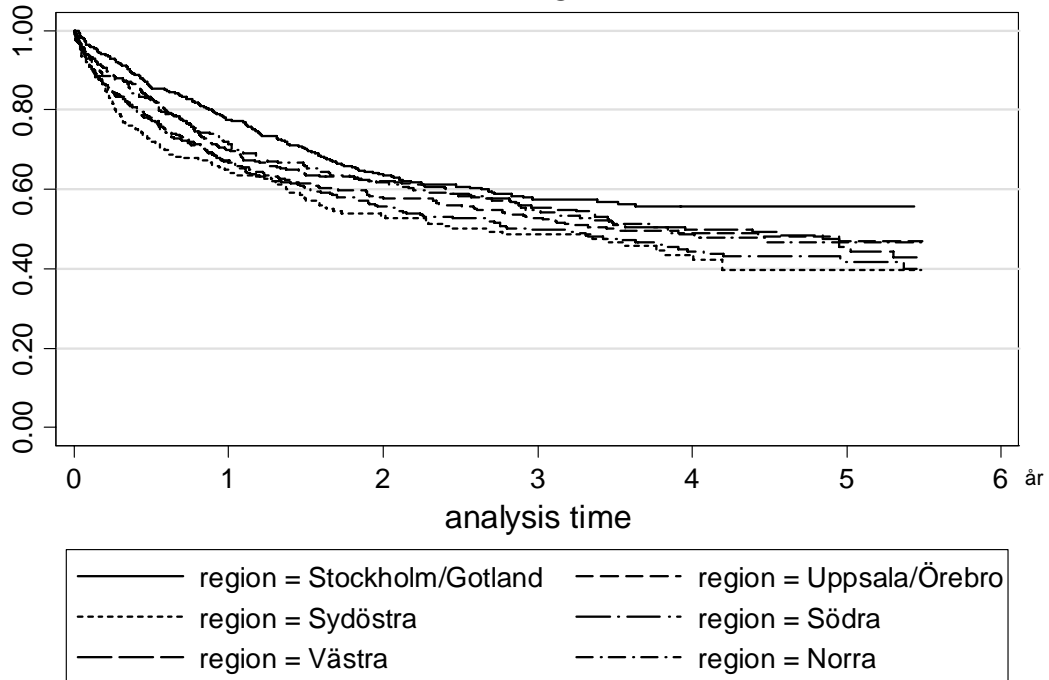


FL I-II 2000-2004. Stockholm/Gotland n=170, Uppsala/Örebro n=204, Sydöstra n=110, Västra n=171, Södra n=155, Norra n=72.

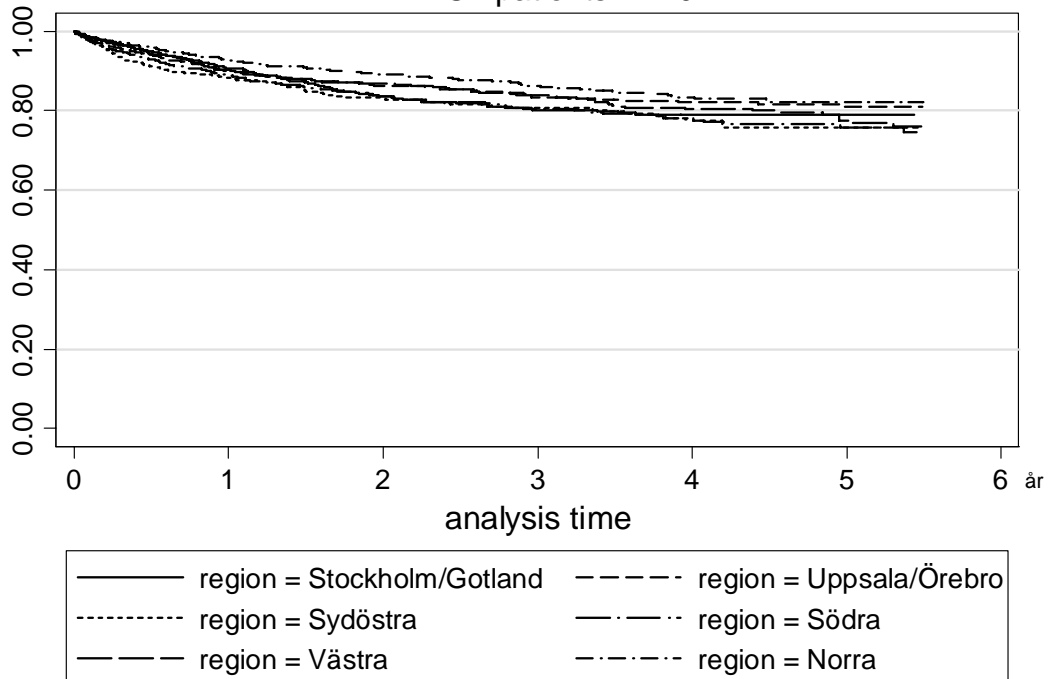


FL III 2000-2004. Stockholm/Gotland n=53, Uppsala/Örebro n=36, Sydöstra n=16, Västra n=43, Södra n=73, Norra n=12.

Kaplan-Meier estimates
DLBCL



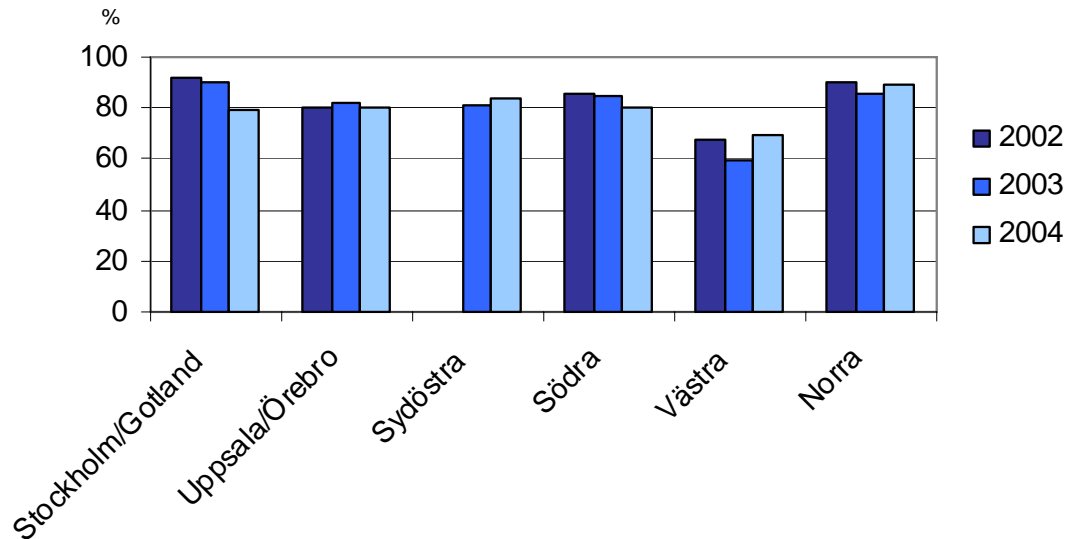
Kaplan-Meier estimates
DLBCL patients IPI=0



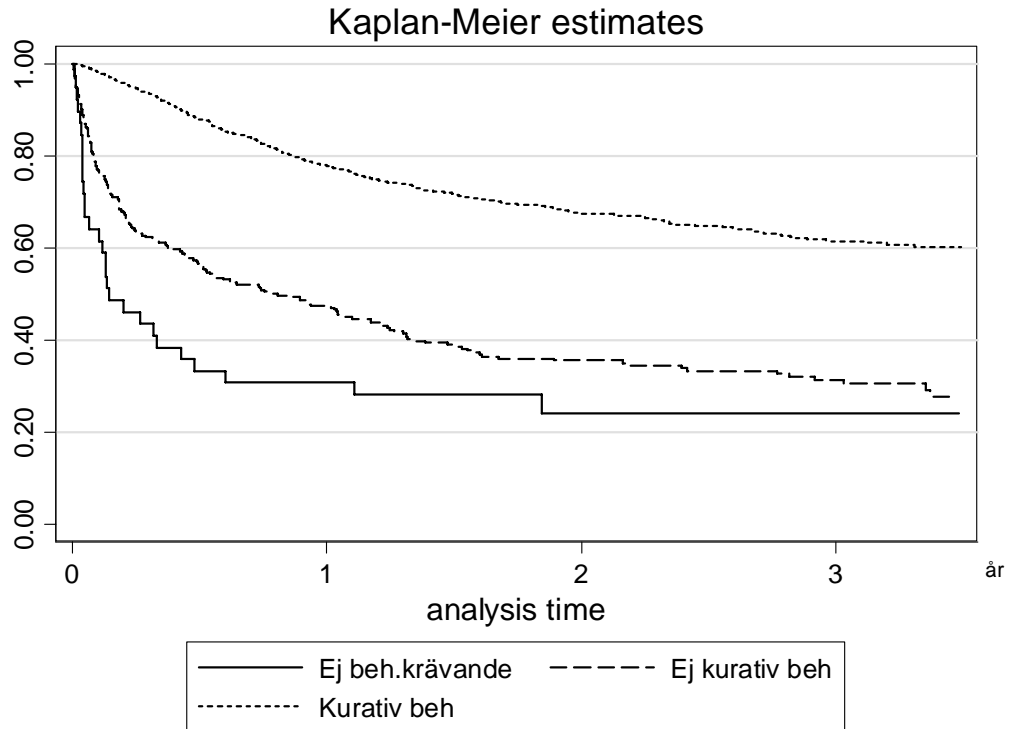
Diffust storcelligt B-cellslymfom 2000-2004. Stockholm/Gotland n=402, Uppsala/Örebro n=544, Sydöstra n=218, Västra n=483, Södra n=422, Norra n=253.

Behandlingsintention

För DLBCL har vi också undersökt om det föreligger skillnader i behandlingsintention mellan regionerna. Som framgår nedan anges i västra regionen att 60-70% behandlas med kurativ intention, jämfört med 80-90% för övriga regioner. Detta tycks dock inte ha påverkat behandlingsresultaten ovan. Nedan anges också överlevnad för patienter som behandlats med kurativ resp. palliativ intention och för patienter som angetts inte vara behandlingskrävande. Mer sannolikt har detta angetts för patienter som inte bedömts kunna tolerera behandling, då överlevnaden är sämre än för övriga grupper.



Andel som anges behandlade med kurativ intention för diffust storcelligt B-cellslymfom 2002-2004. Variabeln saknas för sydöstra regionen 2002.



Överlevnad för diffust storcelligt B-cellslymfom 2002-2004 efter behandlingsintention. Kurativ Intention (n=1 112), ej kurativ (n=263), och icke behandlingskrävande (n=39).

Regionansvariga för Svenska Lymfomregistret

Södra sjukvårdsregionen

Regional medicinsk koordinator:

Öl Mats Jerkeman

Onkologiska kliniken

Universitetssjukhuset i Lund

221 85 Lund

E-mail: mats.jerkeman@med.lu.se

Representanter för regionalt OC:

Verksamhetschef Thor A Alvegård

Onkologiskt centrum

Universitetssjukhuset i Lund

221 85 Lund

E-mail: thor.alvegard@med.lu.se

Statistiker Viktoria Samuelsson

Onkologiskt centrum

Universitetssjukhuset i Lund

221 85 Lund

E-mail: viktoria.t.samuelsson@skane.se

Suppleant:

Öl Eva Cavallin-Ståhl

Onkologiska kliniken

Universitetssjukhuset i Lund

221 85 Lund

E-mail: eva.cavallin-stahl@med.lu.se

Assistent Cecilia Arnesson

Onkologiskt centrum

Universitetssjukhuset i Lund

221 85 Lund

E-mail: cecilia.arnesson@skane.se

Data manager Maria Rejmyr

Onkologiskt centrum

Universitetssjukhuset i Lund

221 85 Lund

E-mail: maria.rejmyr@skane.se

Västra regionen

Regional medicinsk koordinator:

Dr Göran Nilsson

Medicinska kliniken

Universitetssjukhuset Sahlgrenska/Östra

416 85 Göteborg

E-mail: goran.nilsson@vgregion.se

Representanter för regionalt OC:

Verksamhetschef Nils Conradi

Onkologiskt centrum

Universitetssjukhuset Sahlgrenska

413 45 Göteborg

E-mail: [nils.conradi.@oc.gu.se](mailto:nils.conradi@oc.gu.se)

Suppleant:

Dr Monica Sender

Jubileumskliniken

Universitetssjukhuset Sahlgrenska

413 45 Göteborg

E-mail: monica.sender@vgregion.se

Assistent Lena Nilsson

Onkologiskt centrum

Universitetssjukhuset Sahlgrenska

413 45 Göteborg

E-mail: lena.nilsson@oc.gu.se

Sydöstra regionen

Regional medicinsk koordinator:

Verksamhetschef Anders Rådlund

Onkologiska kliniken

Universitetssjukhuset

581 85 Linköping

E-mail: anders.radlund@lio.se

Representanter för regionalt OC:

Verksamhetschef Kerstin Nordenskjöld

Onkologiskt centrum

Universitetssjukhuset

581 85 Linköping

E-mail: kerstin.nordenskjold@lio.se

Suppleant:

Assistent Annette Palmberg

Onkologiskt centrum

Universitetssjukhuset

581 85 Linköping

E-mail: annette.palmberg@lio.se

Stockholm/Gotlandregionen

Regional medicinsk koordinator:
Böl Christina Wedelin
Centrum för hematologi
Karolinska Universitetssjukhuset/Solna
171 76 Stockholm
E-mail: christina.wedelin@karolinska.se

Representanter för regionalt OC:
Statistiker Henrik Hellborg
Onkologiskt centrum
Karolinska Universitetssjukhuset/Solna
171 86 Stockholm
E-mail: henrik.hellborg@karolinska.se

Suppleant:
Öl Eva Kimby
Hematologiska kliniken
Karolinska Universitetssjukhuset/Huddinge
141 86 Stockholm
E-mail: eva@kimby.se

Uppsala/Örebroregionen

Regional medicinsk koordinator:
Öl Hans Hagberg
Onkologiska kliniken
Akademiska sjukhuset
751 85 Uppsala
E-mail: hans.hagberg@akademiska.se

Representanter för regionalt OC:
Verksamhetschef Lars Holmberg
Onkologiskt centrum
Akademiska sjukhuset
751 85 Uppsala
E-mail: lars.holmberg@akademiska.se

Suppleant:
Dr Gunilla Enblad
Onkologiska kliniken
Akademiska sjukhuset
751 85 Uppsala
E-mail: gunilla.enblad@akademiska.se

Forskningssjuksköterska Karin Hellström
Onkologiskt centrum
Akademiska sjukhuset
751 85 Uppsala
E-mail: karin.hellstrom@akademiska.se

Norra sjukvårdsregionen

Regional medicinska koordinator:
Öl Jack Lindh
Onkologiska kliniken
Norrlands Universitetssjukhus
901 85 Umeå
E-mail: jack.lindh@onkologi.umu.se

Representanter för regionalt OC:
Statistiker Ove Björ
Onkologiskt centrum
Norrlands Universitetssjukhus
901 85 Umeå
E-mail: ove.bjor@oc.umu.se

Suppleant:
Assistent Eva Hägglund
Onkologiskt centrum
Norrlands Universitetssjukhus
901 85 Umeå
E-mail: eva.hagglund@oc.umu.se

Medlemmar i Svenska Lymfomgruppen

Ola Lindén,

Onkologiska kliniken, Universitetssjukhuset i Lund, 221 85 Lund

Mikael Eriksson,

Onkologiska kliniken, Universitetssjukhuset i Lund, 221 85 Lund

Mats Jerkeman,

Onkologiska kliniken, Universitetssjukhuset i Lund, 221 85 Lund

Cecilia Arnesson,

Onkologiskt centrum, Universitetssjukhuset i Lund, 221 85 Lund

Herman Nilsson-Ehle,

Medicinska kliniken, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, 413 45 Göteborg

Sverker Hasselblom,

Medicinska kliniken, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, 413 45 Göteborg

Anders Rådlund,

Onkologiska kliniken, Universitetssjukhuset, 581 85 Linköping

Susanne Fredén,

Onkologiska kliniken, Länssjukhuset Ryhov, 551 85 Jönköping

Anders Österborg,

Centrum för hematologi, Karolinska Universitetssjukhuset/Solna, 171 76 Stockholm

Magnus Björkholm,

Centrum för hematologi, Karolinska Universitetssjukhuset/Solna, 171 76 Stockholm

Eva Kimby,

Hematologiska kliniken, Karolinska Universitetssjukhus/Huddinge, 141 86 Stockholm

Hans Hagberg,

Onkologiska kliniken, Akademiska sjukhuset, 751 85 Uppsala

Lena Malmberg,

Onkologiska kliniken, Centralsjukhuset, 651 85 Karlstad

Gunilla Enblad,

Onkologiska kliniken, Akademiska sjukhuset, 751 85 Uppsala

Jack Lindh,

Onkologiska kliniken, Norrlands Universitetssjukhus, 901 85 Umeå

Martin Erlanson,

Onkologiska kliniken, Norrlands Universitetssjukhus, 901 85 Umeå