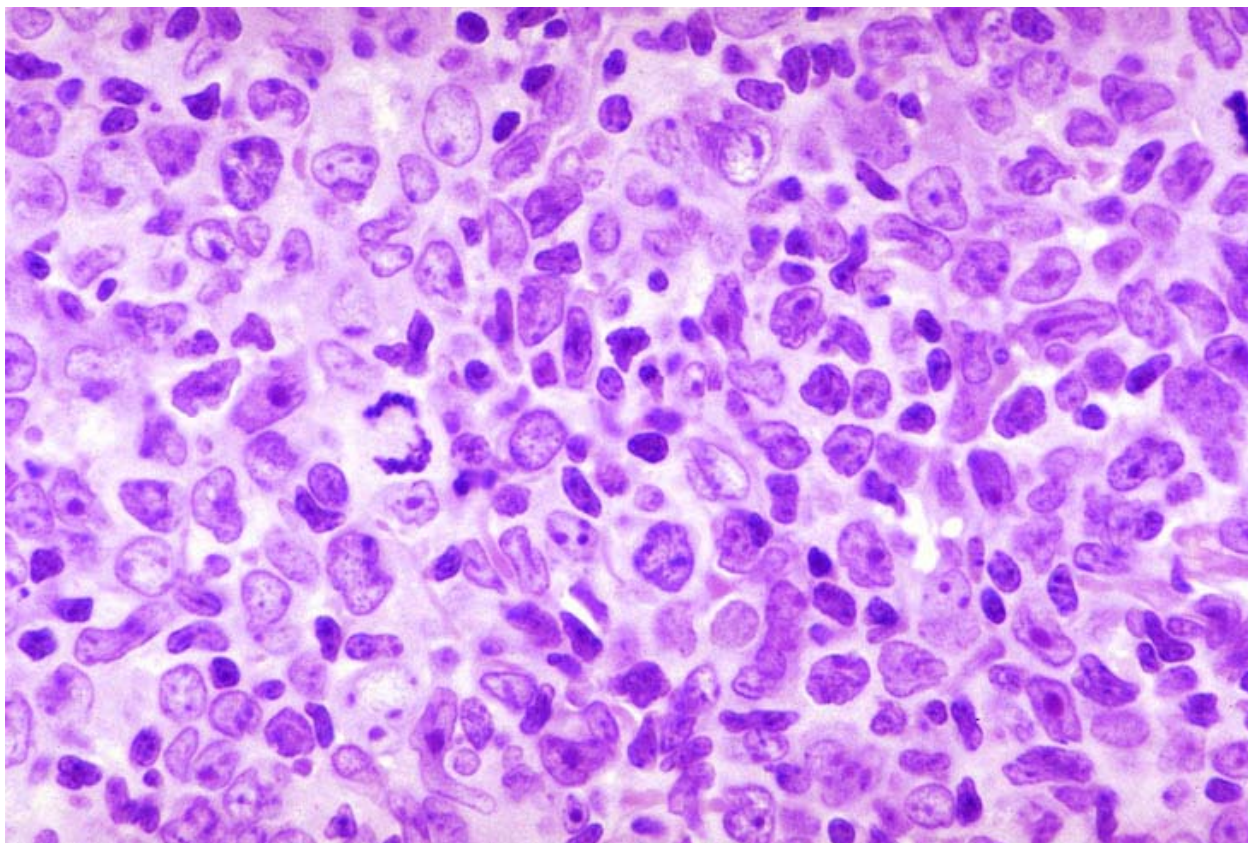




Svenska Lymfomgruppen
Sveriges Onkologiska Centra

Svenska Lymfomregistret



Rapport för år 2000-2005

www.ocsyd.lu.se

Innehåll

Introduktion.....	3
Förkortningar.....	4
Täckningsgrad.....	5
Diagnoser enligt REAL-klassifikationen	
- B-cellslymfom.....	6
- T-cellslymfom.....	8
- Ospecificerade non-Hodgkin lymfom.....	9
- Hodgkinlymfom.....	10
De 10 vanligaste lymfomtyperna 2003-2005.....	11
Åldersfördelning.....	12
Fördelning män/kvinnor.....	14
Stadieindelning.....	16
Primärt extranodala lymfom (Pe I-II).....	19
Internationellt Prognostiskt Index (IPI).....	21
Åldersjusterat IPI (aaIPI).....	24
Andel patienter som behandlats inom ramen för studie.....	25
Överlevnad per region.....	26
Longitudinella överlevnadsanalyser.....	30
Regionansvariga för Svenska Lymfomregistret.....	33
Medlemmar i Svenska Lymfomgruppen.....	35

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 registrering 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 i år kommer detta att avsevärt förenklas, med införandet av elektronisk registrering, inom den sk INCA-plattformen, vilket inletts under hösten. Samtidigt kommer en blankett för uppföljning av primärbehandling att införas, vilket ytterligare kommer att 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 från och med 2007.

Lund december 2007

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 2005 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.

Täckningsgrad i %

Region	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Stockholm/ Gotland	89,5	88,7	94	87	90,3	92
Uppsala/ Örebro	99,1	99	98,8	98,4	97,6	93,8
Sydöstra	95,7	98,3	97	94,6	96,4	91,5
Södra	93,4	98,7	98,9	96,3	96,3	92,3
Västra	99,2	95,8	96,2	95	97,4	92,7
Norra	100	100	100	99,5	90,9	78,7

Antal rapporterade fall

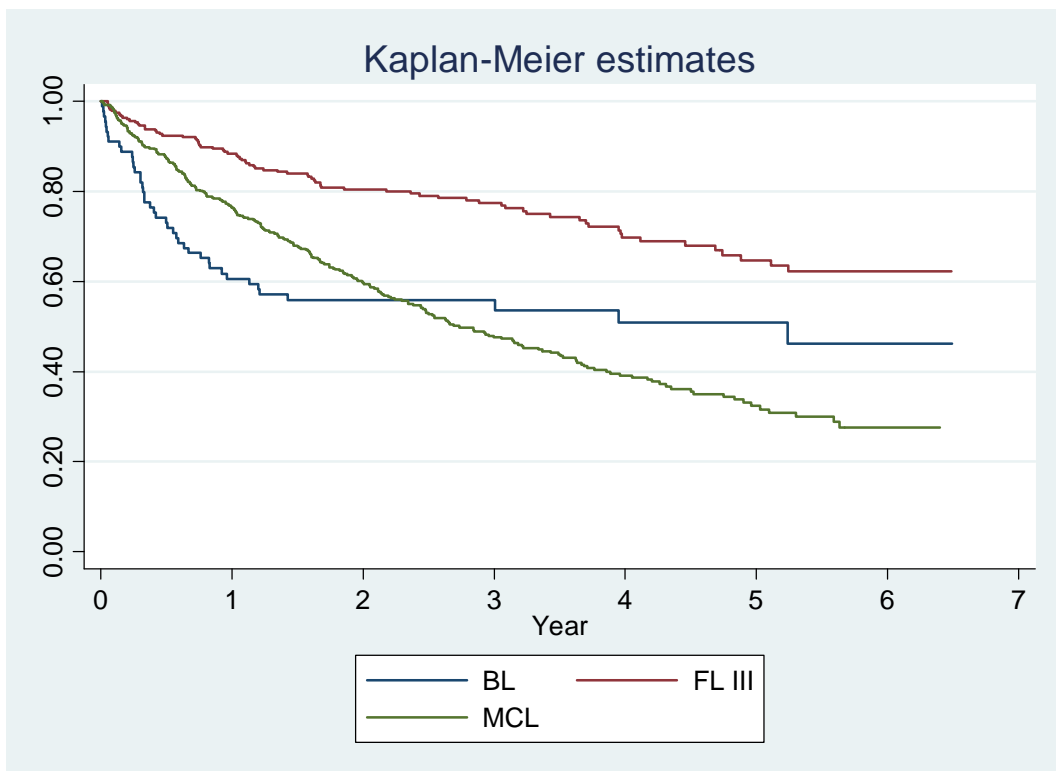
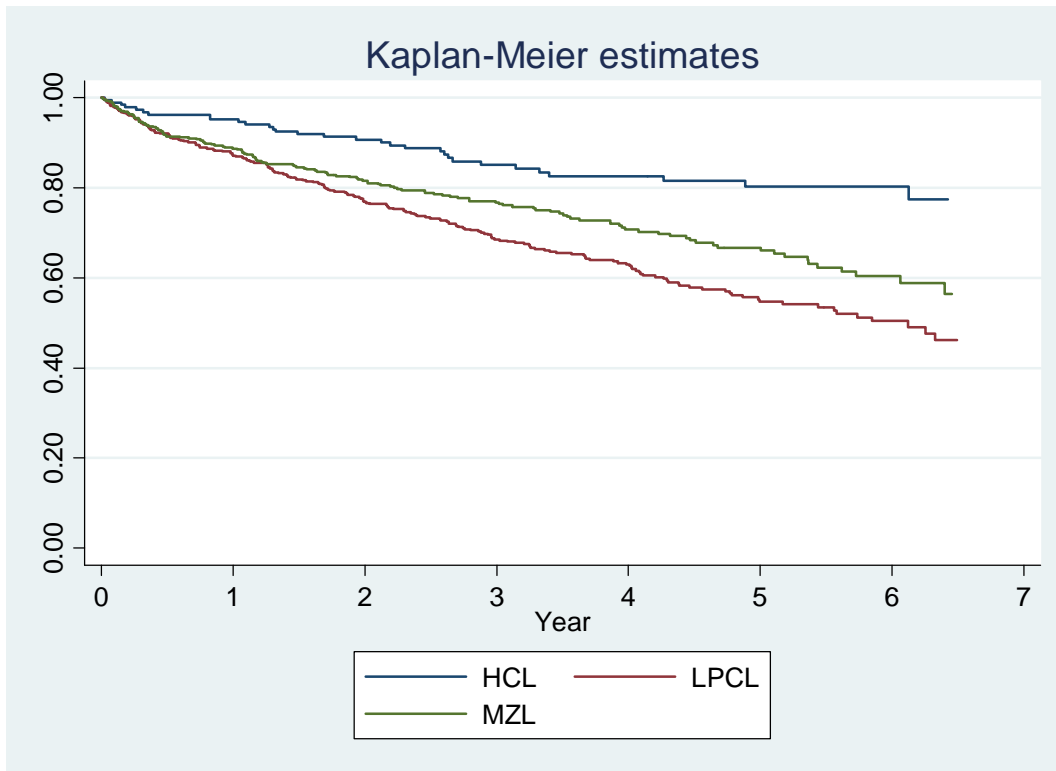
Region	2000	2001	2002	2003	2004	2005	Totalt
Stockholm/ Gotland	383	398	455	394	391	371	2 392
Uppsala/ Örebro	444	398	442	420	457	377	2 538
Sydöstra	245	231	235	204	247	228	1 390
Södra	370	390	368	366	359	373	2 226
Västra	379	368	353	362	382	367	2 211
Norra	177	237	215	211	192	199	1 231
Totalt	1 998	2 022	2 068	1 957	2 028	1 915	11 988

Diagnoser enligt REAL-klassifikationen

B-cellslymfom

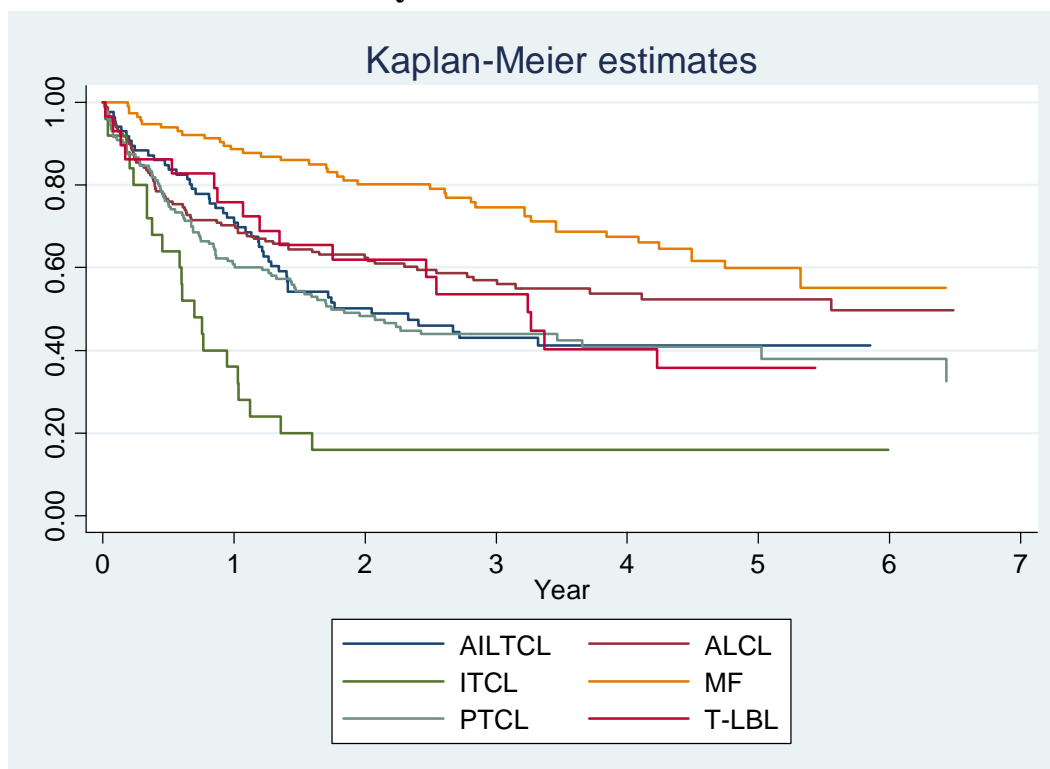
	ICD-10	2000	2001	2002	2003	2004	2005
B-prekursor lymfom	C83.5	5	4	5	5	1	1
B-KLL-lymfom, totalt	C83.8A C91.1	517	454	482	428	494	490
Lymfoplasmacytiskt lymfom	C83.8B	98	97	94	94	68	75
Mantelcellslymfom	C83.8C	70	67	84	85	82	81
Follikulärt lymfom grad I	C82.7A	76	81	99	89	65	71
Follikulärt lymfom grad II	C82.7B	103	81	97	88	93	85
Follikulärt lymfom grad I-II	C82.7	2	6	6	4	2	0
Follikulärt lymfom grad III	C82.2	45	50	33	47	61	39
Follikulärt lymfom ospec.	C82.9	9	8	13	9	15	54
Follikulärt lymfom, totalt		235	226	248	237	236	249
Marginalzonslymfom	C83.8D	64	91	82	66	80	60
Plasmocytom	C90.2	14	10	15	19	18	12
Diffust storcelligt B-cellslymfom	C83.3	422	452	473	523	506	476
Burkitts lymfom	C83.7	15	9	16	12	18	19
PLL	C91.3	2	3	5	2	3	5
Hårcellsleukemi	C91.4	35	31	29	26	42	22
Lågmalignt B-cellslymfom	C85.1A	90	91	79	65	64	7
Högmalignt B-cellslymfom	C85.1B C83.6	80	99	80	60	57	9
B-cellslymfom, ospec.	C85.1, C83.8	10	15	15	11	9	37
Totalt antal		1 657	1 679	1 707	1 636	1 678	1 542

Total överlevnad B-cellslymfom 2000-2005



T-cellslymfom

		2000	2001	2002	2003	2004	2005
T-prekursorlymfom	C84.5B	5	4	10	5	4	1
T-KLL	C84.5A	8	11	4	1	3	0
Storcellig granulerad lymfatisk leukemi	C91.7	4	2	4	3	3	1
Mycosis fungoides	C84.0	29	20	20	20	11	15
Sèzarys syndrom	C84.1	2	1	4	1	1	2
Perifert T-cellslymfom, ospec.	C84.3	21	22	24	14	35	28
Angioimmunoblastiskt/ angiocentriskt lymfom	C84.4	12	12	24	9	16	16
Intestinalt T-cellslymfom	C84.5C	5	7	1	2	9	1
Adult T-cells leukemi/lymfom	C91.5	1	0	0	1	4	0
Anaplastiskt storcelligt lymfom	C84.5D	25	35	19	30	30	19
Lågmalignt T-cellslymfom	C84.5E	3	5	9	8	4	0
Högmalignt T-cellslymfom	C84.5F+ C84.5	13	6	17	13	12	1
Totalt antal		128	125	136	107	132	84

Total överlevnad T-cellslymfom 2000-2005

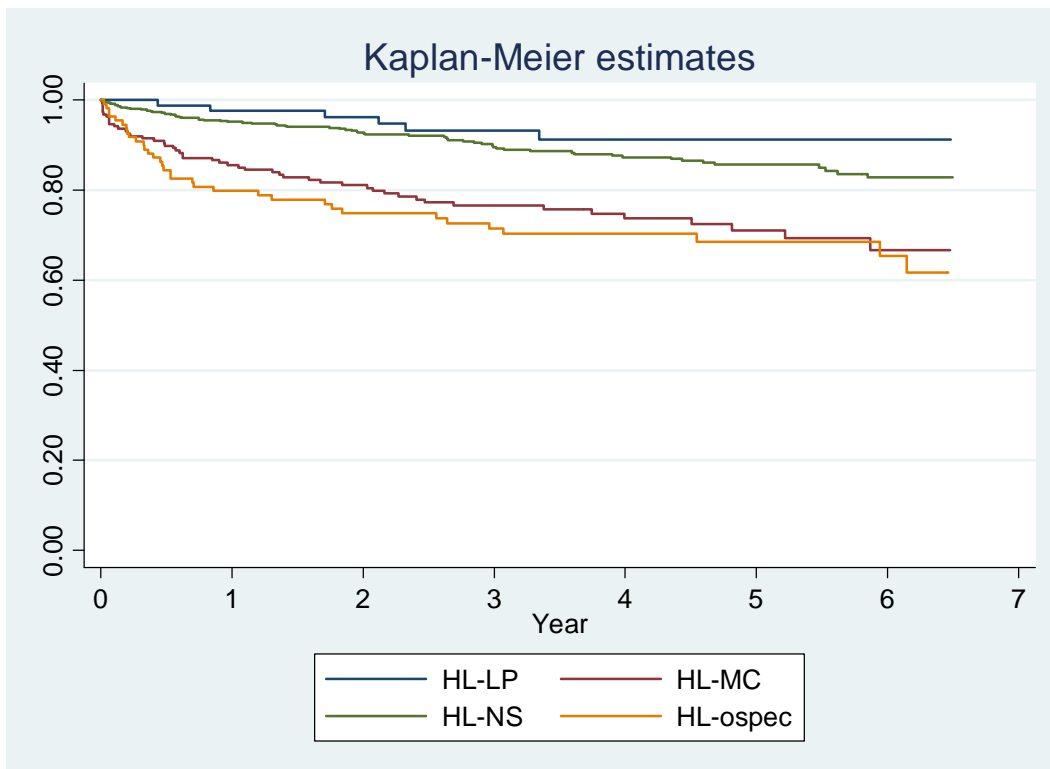
Ospecificerade non-Hodgkin lymfom

		2000	2001	2002	2003	2004	2005
NHL, lågmalignt ospec.	C.85.9A	18	13	9	16	8	8
NHL, högmalignt ospec.	C85.9B	16	15	14	17	11	17
NHL, ospec	C85.9C, C83.9, C85.9, C88.0, C85.9X	25	32	37	24	42	105
<i>Totalt antal</i>		59	60	60	57	61	130

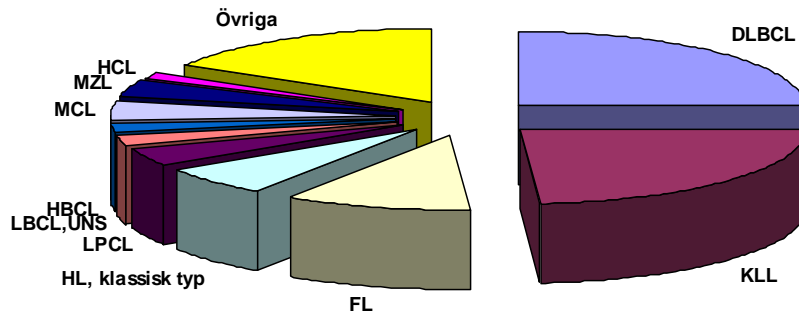
Hodgkinlymfom

		2000	2001	2002	2003	2004	2005
Lymfocytic predominance	C81.0	6	17	17	13	14	14
Nodulär skleros	C81.1	95	83	107	83	95	94
Mixed cellularity	C81.2	28	35	23	36	36	29
Lymfocyte depletion	C81.3	2	0	2	3	1	4
Hodgkinlymfom, ospec	C81.9	22	23	16	21	10	18
Totalt antal		153	158	165	156	156	159

Total överlevnad Hodgkinlymfom



De 10 vanligaste lymfomtyperna 2003-2005



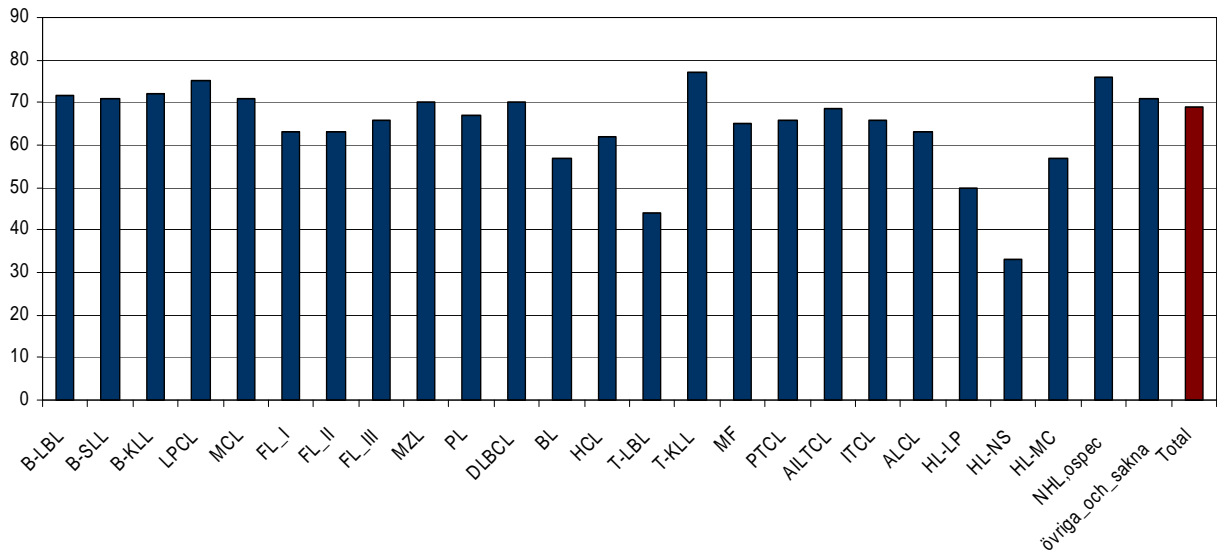
	n	%
1. Diffust storcelligt B-cellslymfom (DLBCL)	1 494	25,49
2. Kronisk lymfatisk leukemi/lymfocytärt lymfom (KLL)	1 406	23,99
3. Follikulärt lymfom (FL)	643	11,00
4. Hodgkinlymfom, klassisk typ (HL)	378	6,45
5. Mantelcellslymfom (MCL)	247	4,22
6. Lymfoplasmacytiskt lymfom (LPCL)	237	4,04
7. Marginalzonslymfom (MZL)	206	3,52
8. Lågmalignt B-cellslymfom UNS (LBCL)	135	2,30
9. Högmalignt B-cellslymfom UNS (HBCL)	123	2,10
10. Hårcellsleukemi (HCL)	90	1,53
Totalt	4959	84,6

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

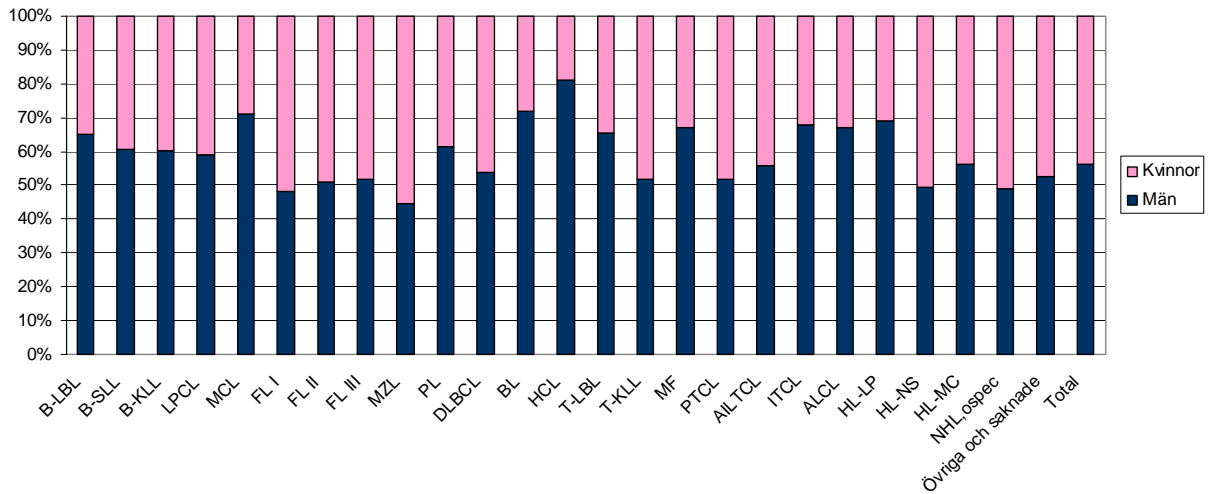


Åldersfördelning forts.

Kategori	Median	p25	p75	Antal	Andel >65 år (%)
B-LBL	71,5	60,5	80	20	60
B-SLL	71	61	79	1169	67,15
B-KLL	72	63	80	1714	72,17
LPCL	75	65	81	526	75,1
MCL	71	62	78	468	69,44
FL I	63	55,5	72	480	46,04
FL II	63	55	74	545	45,87
FL III	66	55	76	275	54,55
MZL	70	58	78	441	60,54
PL	67	57,5	75	88	59,09
DLBCL	70	59	78	2828	63,12
BL	57	39	75	89	35,96
HCL	62	52	75	185	46,49
T-LBL	44	35	66	29	31,03
T-KLL	77	68	81	27	77,78
MF	65	54	77	115	53,04
PTCL	66	56	76	143	55,94
AILTCL	68,5	57	77	86	61,63
ITCL	66	55	75	25	56
ALCL	63	51	74	158	47,47
HL-LP	50	33	62	81	22,22
HL-NS	33	24	55	554	13,54
HL-MC	57	35	71	187	39,04
NHL, ospec	76	66	83	254	76,38
Övriga och saknade	71	60	80	1414	65,98
Totalt	69	58	78	11 901	60,52

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	13	65	7	35	21
B-SLL	711	60,82	458	39,18	1 119
B-KLL	1 033	60,27	681	39,73	1 230
LPCL	311	59,13	215	40,87	445
MCL	333	71,15	135	28,85	375
FL I	231	48,13	249	51,88	405
FL II	277	50,83	268	49,17	457
FL III	142	51,64	133	48,36	233
MZL	196	44,44	245	55,56	371
PL	54	61,36	34	38,64	76
DLBCL	1 524	53,89	1 304	46,11	2 322
BL	64	71,91	25	28,09	68
HCL	150	81,08	35	18,92	160

Fördelning män/kvinnor forts.

Lymfomtyp	Män		Kvinnor		Totalt
	n	%	n	%	
T-LBL	19	65,52	10	34,48	29
T-KLL	14	51,85	13	48,15	27
MF	77	66,96	38	33,04	115
PTCL	74	51,75	69	48,25	143
AILTCL	48	55,81	38	44,19	86
ITCL	17	68	8	32	25
ALCL	106	67,09	52	32,91	158
HL-LP	56	69,14	25	30,86	81
HL-NS	273	49,28	281	50,72	554
HL-MC	105	56,15	82	43,85	187
NHL, ospec	124	48,82	130	51,18	254
Övriga och saknade	744	52,62	670	47,38	1 414
Totalt	6 696	56,26	5 205	43,74	11 901

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.

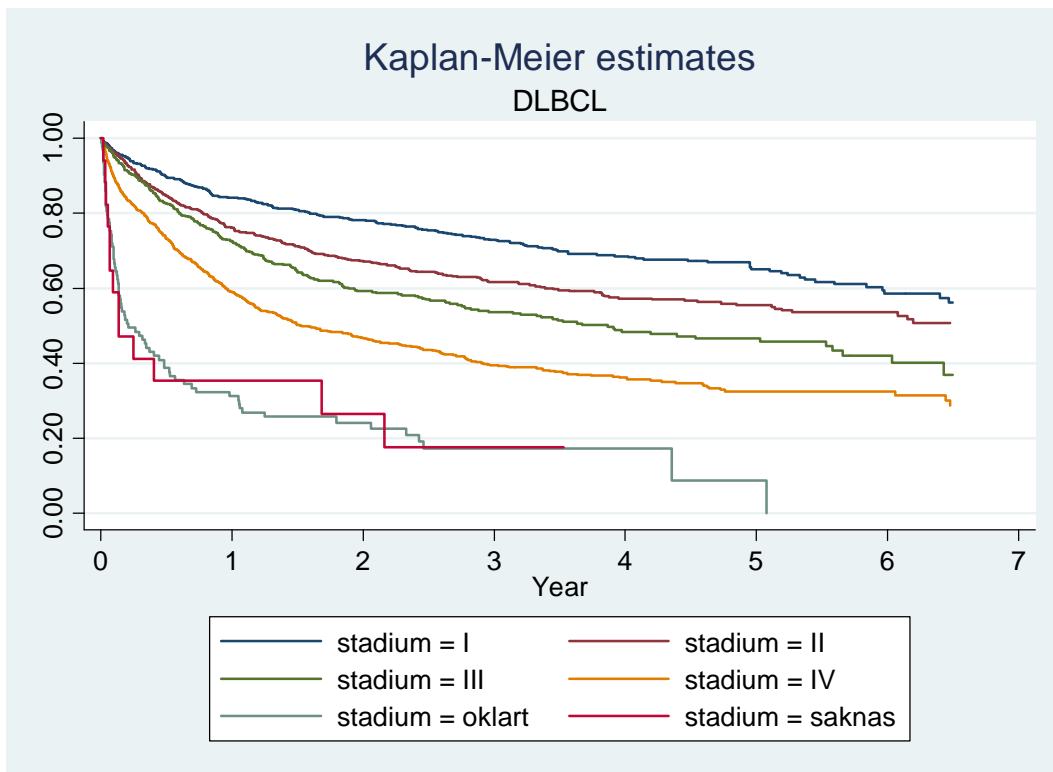
Lokaliserad sjukdom (stadium I) kan i många fall behandlas med lokal strålbehandling, i många fall i kombination med kemoterapi. Nedanstående data bekräftar till största delen kända resultat, dock noteras en överraskande hög andel med stadium I bland patienter med lågradiga follikulära lymfom, 22 %.

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.

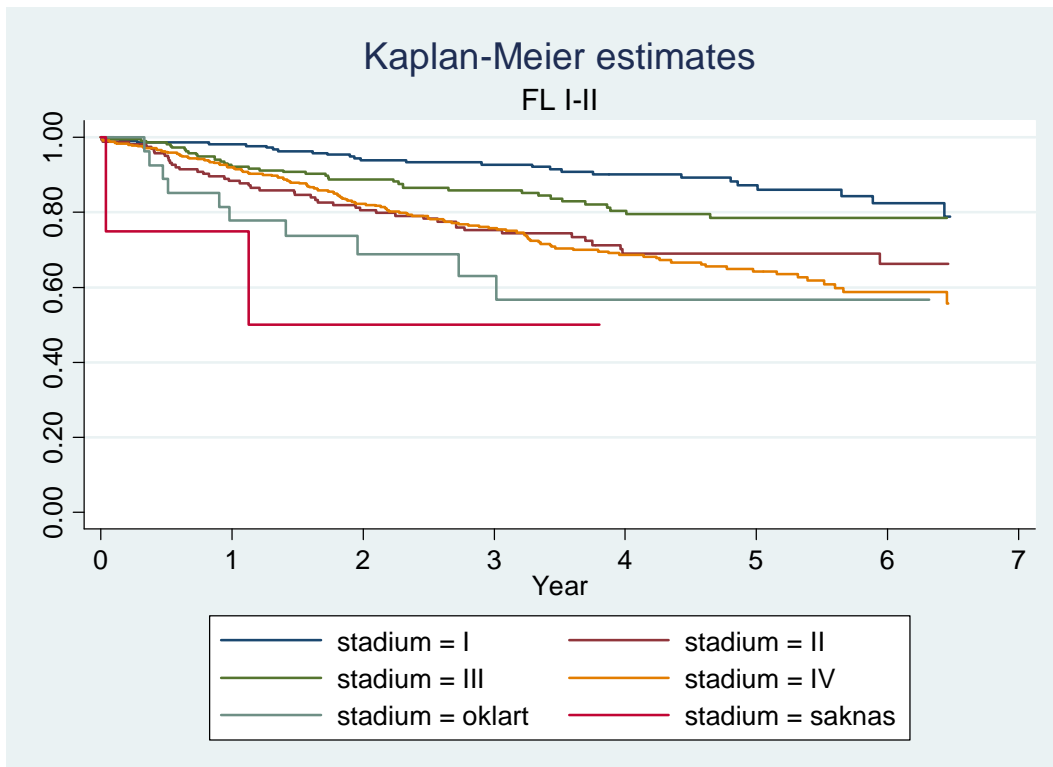
Stadium (nodala och extranodala)

Lymfomtyp	Stadium I	Stadium II	Stadium III	Stadium IV	oklart	saknas
DLBCL	620	690	471	937	93	17
%	21,92	24,4	16,65	33,13	3,29	0,6
FL,grad I-II	221	164	218	411	27	4
%	21,15	15,69	20,86	39,33	2,58	0,38
B-KLL	16	21	33	2 403	131	279
%	0,55	0,73	1,14	83,35	4,54	9,68
MCL	35	46	58	317	8	4
%	7,48	9,83	12,39	67,74	1,71	0,85
HL	169	409	209	140	11	3
%	17,96	43,46	22,21	14,88	1,17	0,32
LPCL	16	5	10	447	33	15
%	3,04	0,95	1,9	84,98	6,27	2,85
MZL	170	42	12	185	29	3
%	38,55	9,52	2,72	41,95	6,58	0,68
T-cell	154	95	86	286	49	35
%	21,84	13,48	12,2	40,57	6,95	4,96
Total	1 401	1 472	1 097	5 126	381	360
%	14,24	14,96	11,15	52,11	3,87	3,66

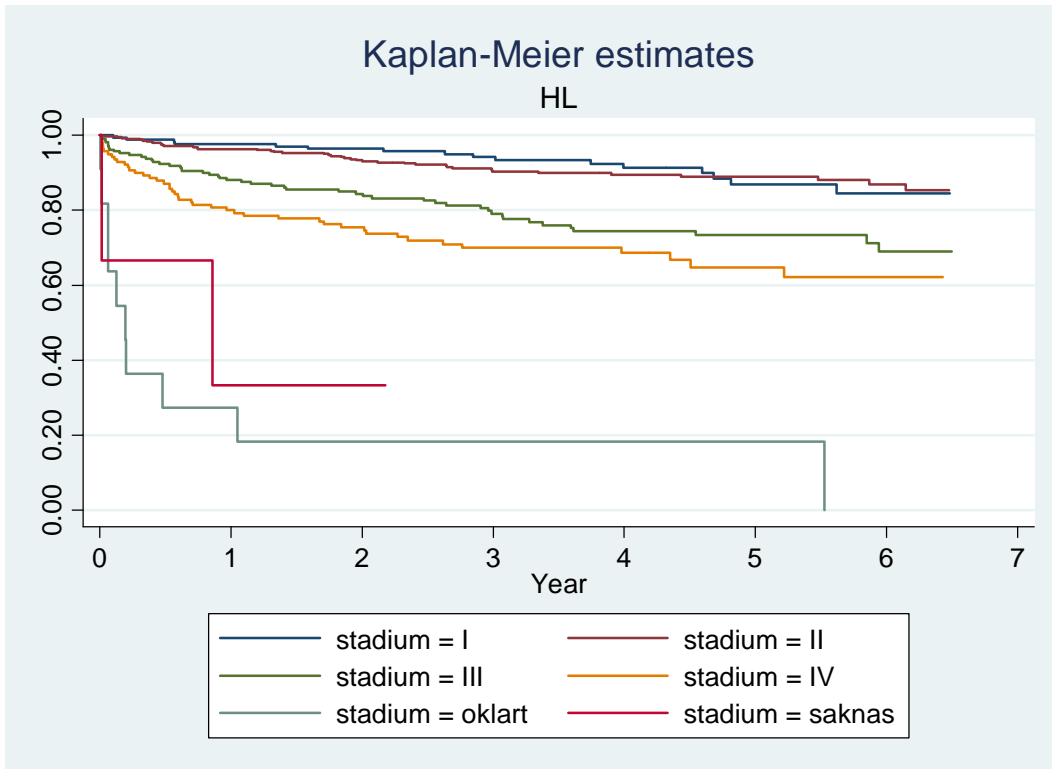
Överlevnad per stadium



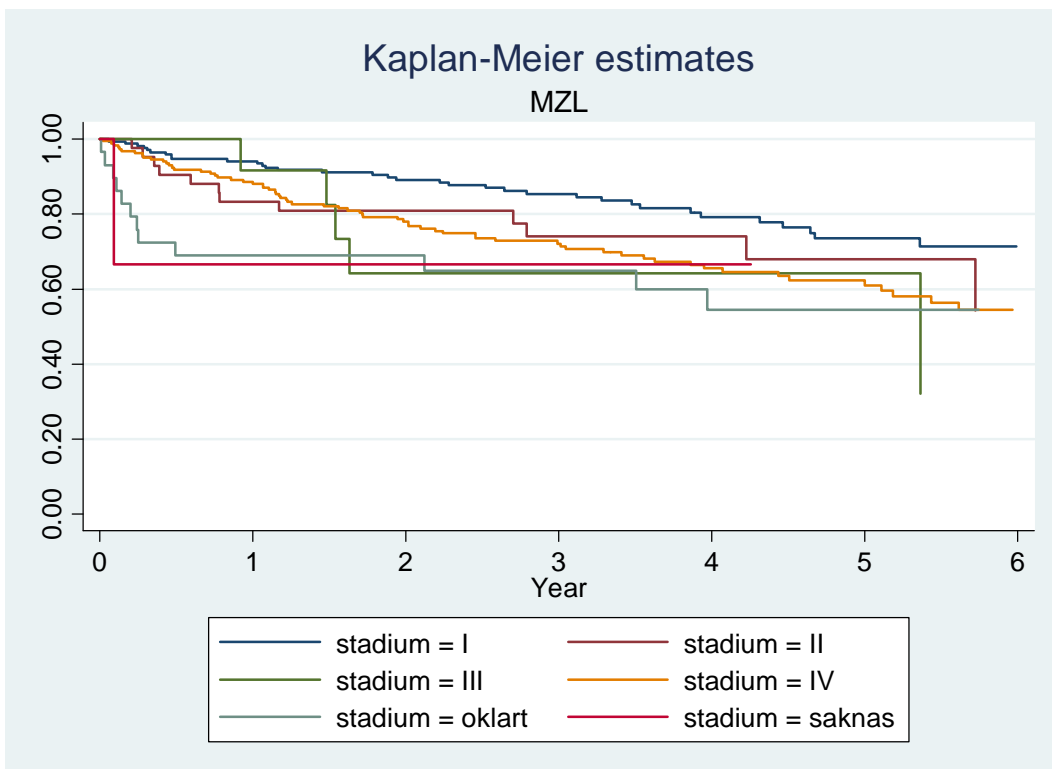
Diffust storcelligt B-cellslymfom. Stadium I n=620, II n=690, III n=471, IV n=937, oklart n=93, saknas n=17.



Folikulärt lymfom. Stadium I n=221, II n=164, III n=218, IV n=411, oklart n=27, saknas n=4.



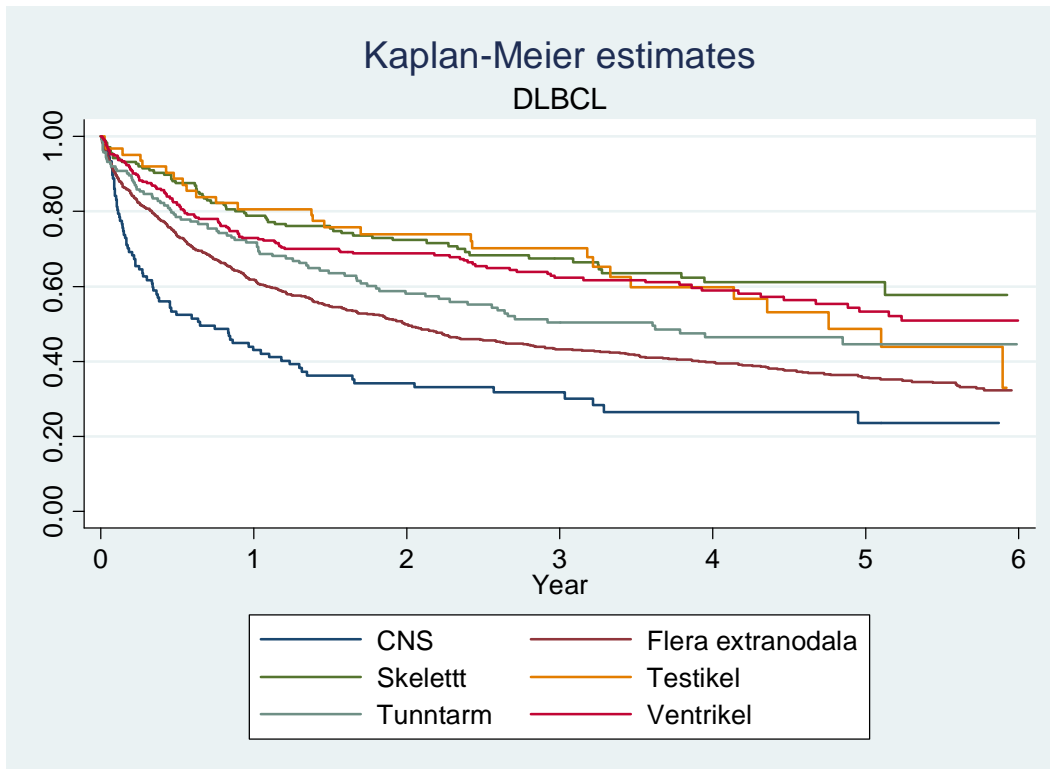
Hodgkinlymfom. Stadium I n=169, II n=409, III n=209, IV n=140, oklart n=11, saknas n=3.



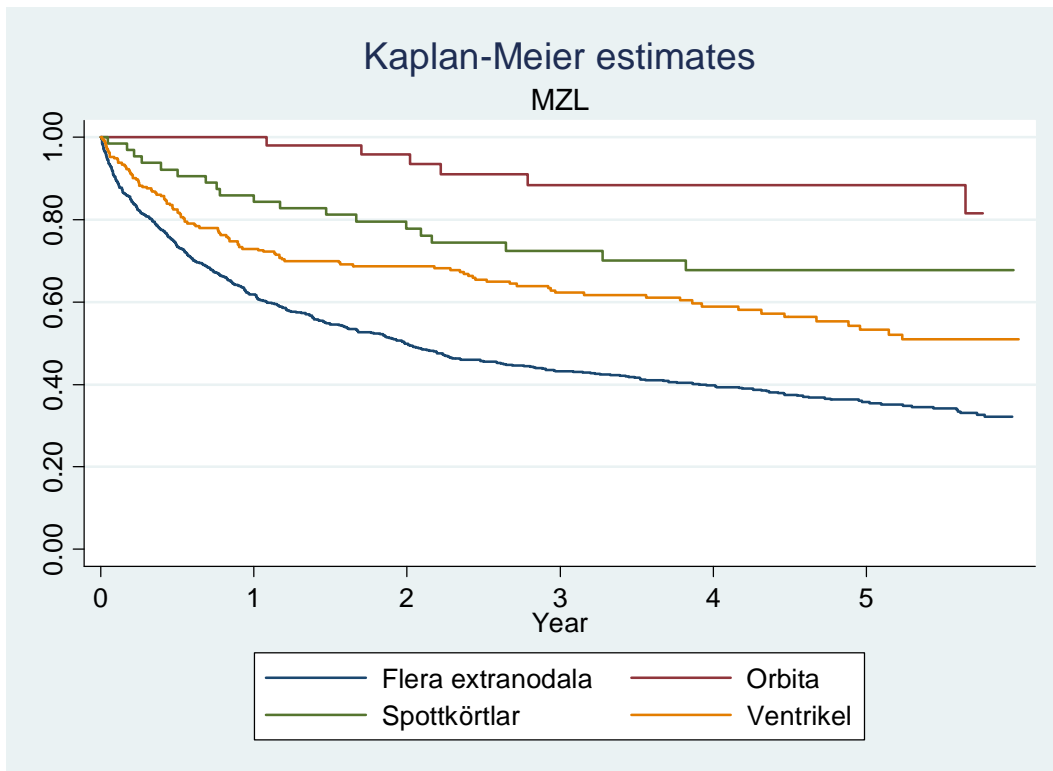
Marginalzonslymfom. Stadium I n=170, II n=42, III n=12, IV n=185, oklart n=29, saknas n=3.

Primärt extranodala lymfom (Pe I-II)

Nedanstående figurer avser total överlevnad för lymfom (DLBCL och MZL) 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 av DLBCL primärt en allvarlig prognos, även om det tycks finnas en fraktion med långtidsöverlevnad. Mer förvånade är kanske att patienter med testikelengagemang av DLBCL i detta material har en relativt gynnsam prognos.



För MZL noteras att patienter med orbital sjukdom har ett mycket indolent förlopp, medan sjukdomen är mer aggressiv vid ventrikelengagemang, möjlig p g a risk för transformation, samt vid engagemang av flera extranodala lokaler.

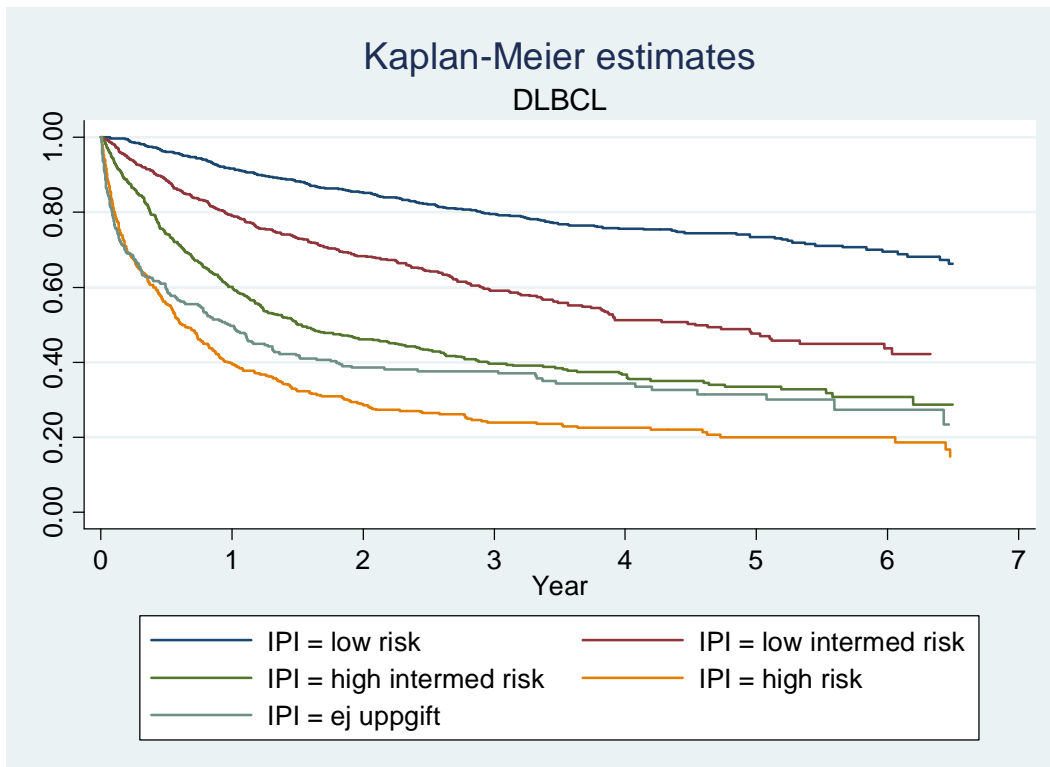
Internationellt Prognostiskt Index (IPI)

Detta index utgör summan av följande faktorer:

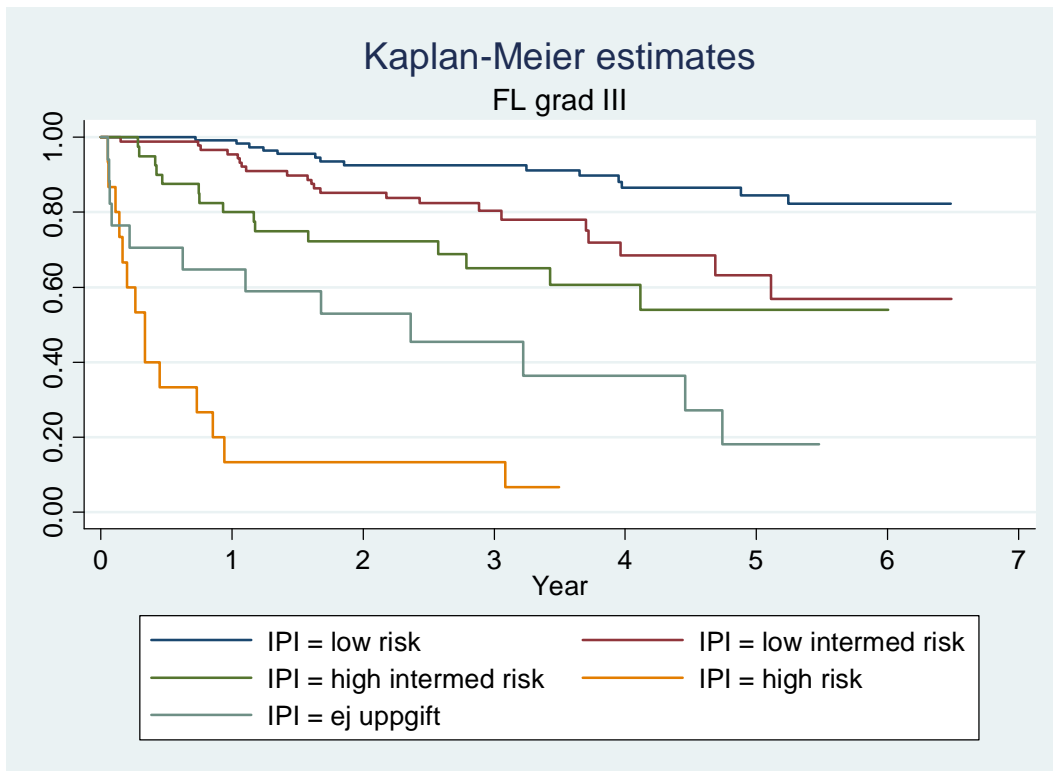
1. Ålder >60 år
2. WHO Performance Status >1
3. Stadium >II
4. Extranodala manifestationer >1
5. S-LD förhöjt

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, MCL, PTCL och ALCL (nedan).

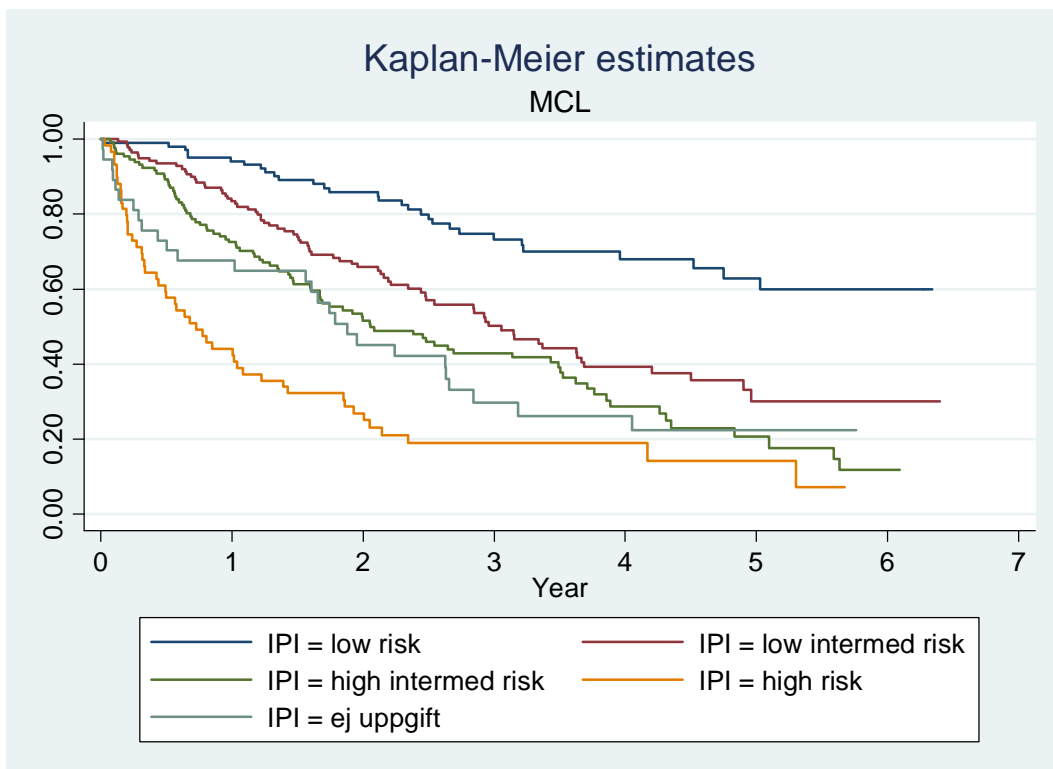
Överlevnad per IPI



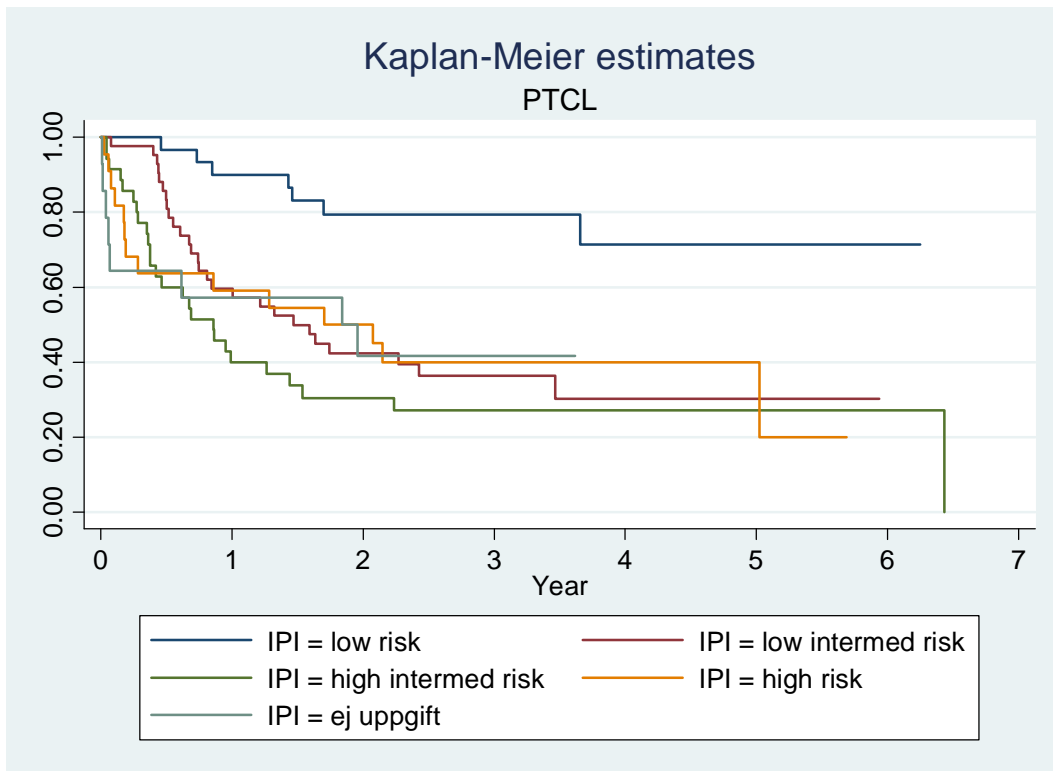
Diffust storcelligt B-cellslymfom. low risk n=905, low intermed risk n=605, high intermed risk n=595, high risk n=460, saknas n=287.



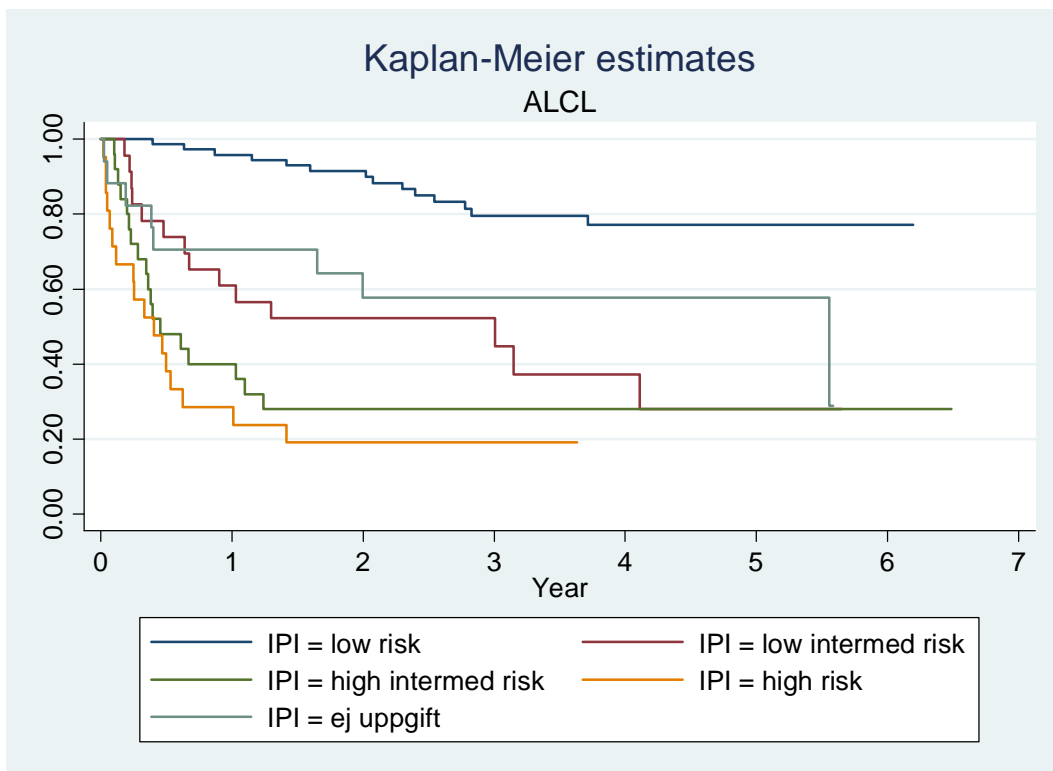
Follikulärt lymfom grad III. low risk n=114, low intermed risk n=89, high intermed risk n=40, high risk n=15, saknas n=17.



Mantelcellslymfom. low risk n=102, low intermed risk n=140, high intermed risk n=131, high risk n=59, saknas n=37.



Perifert T-cellslymfom, ej närmare specificerat. low risk n=30, low intermed risk n=42, high intermed risk n=35, high risk n=23, saknas n=14.



Anaplastiskt storcelligt lymfom. low risk n=72, low intermed risk n=23, high intermed risk n=25, high risk n=21, saknas n=17.

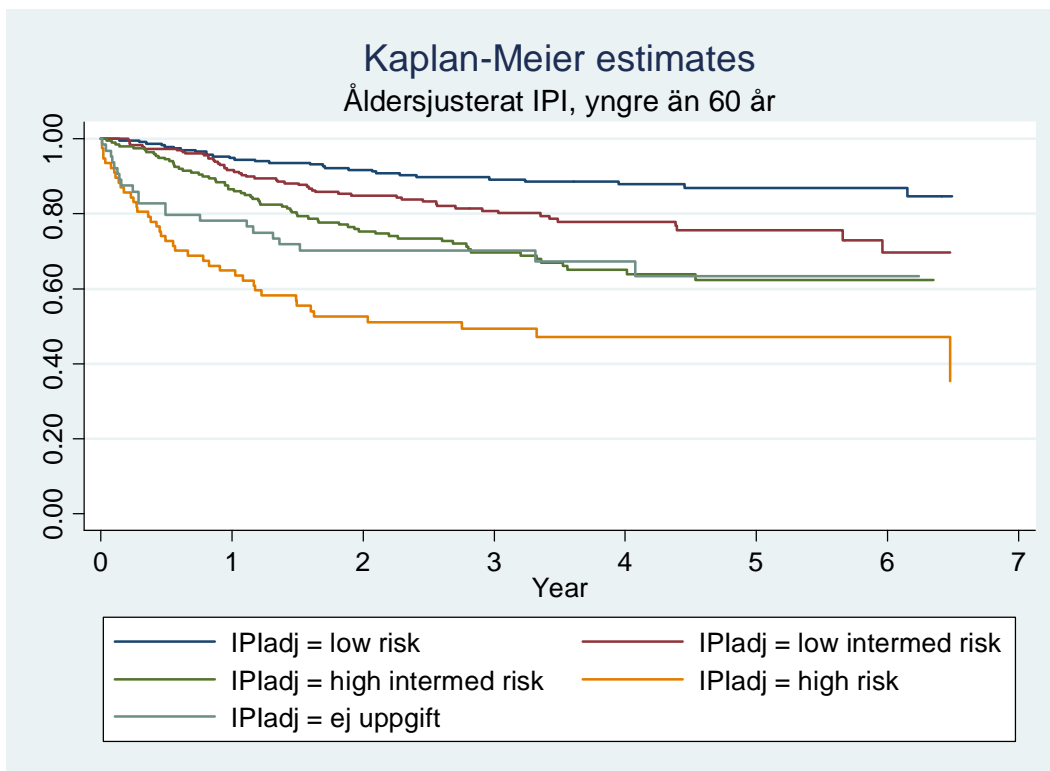
Åldersjusterat IPI (aaIPI)

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.

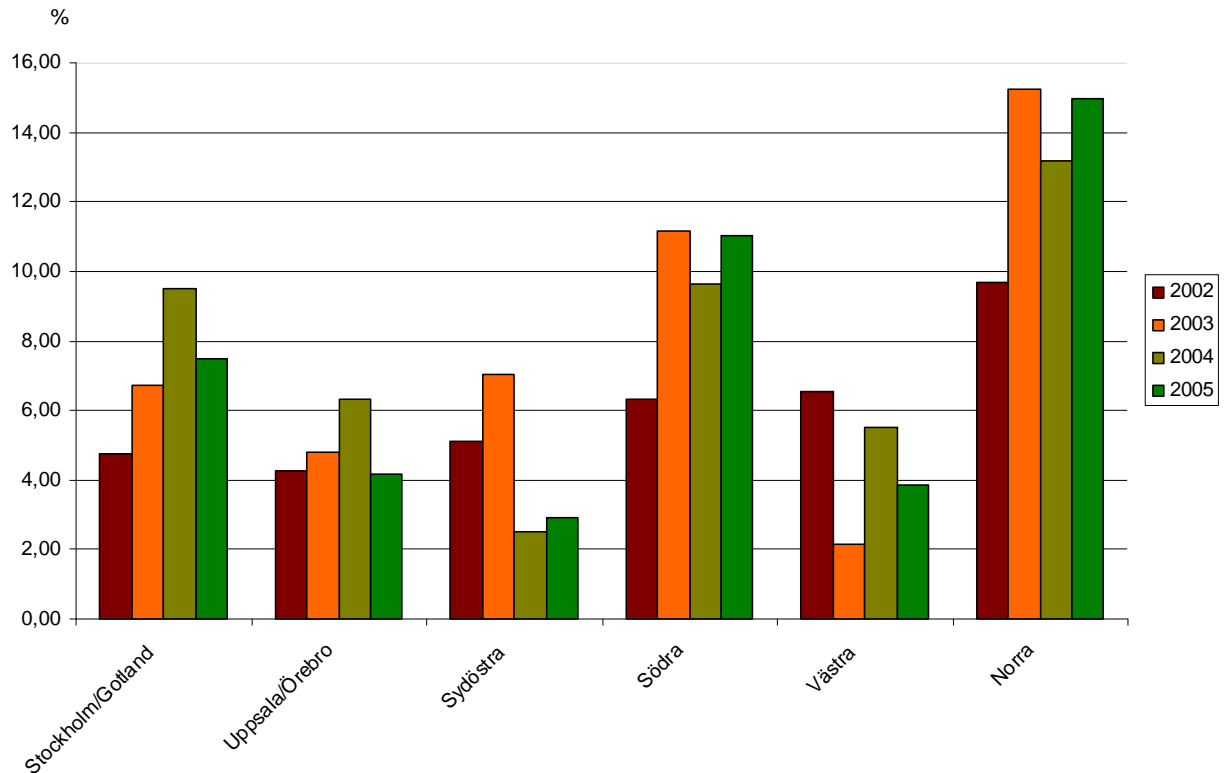
DLBCL, ålder ≤ 60 år



Diffust storcelligt B-cellslymfom. low risk n=254, low intermed risk n=234, high intermed risk n=201, high risk n=89, saknas n=60.

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.

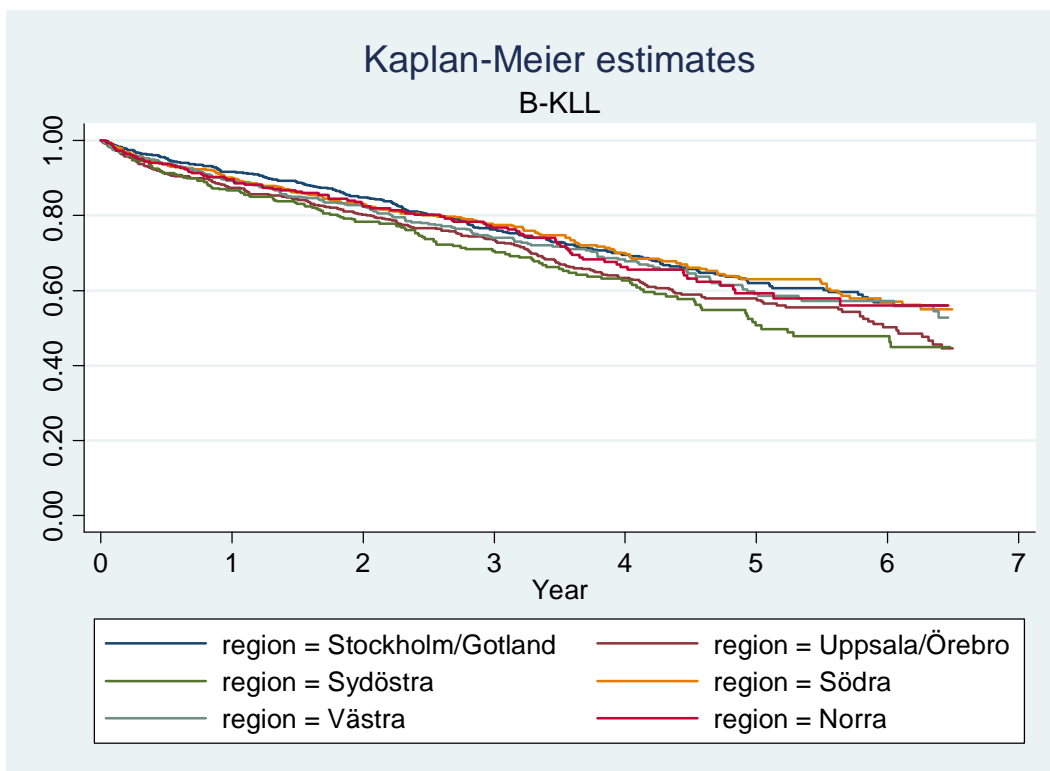


	2002	2003	2004	2005
	%	%	%	%
Stockholm/Gotland	4.76	6.72	9.52	7.48
Uppsala/Örebro	4.25	4.81	6.34	4.18
Sydöstra	5.13	7.03	2.53	2.90
Södra	6.30	11.15	9.65	11.03
Västra	6.54	2.17	5.51	3.85
Norra	9.70	15.22	13.18	14.96

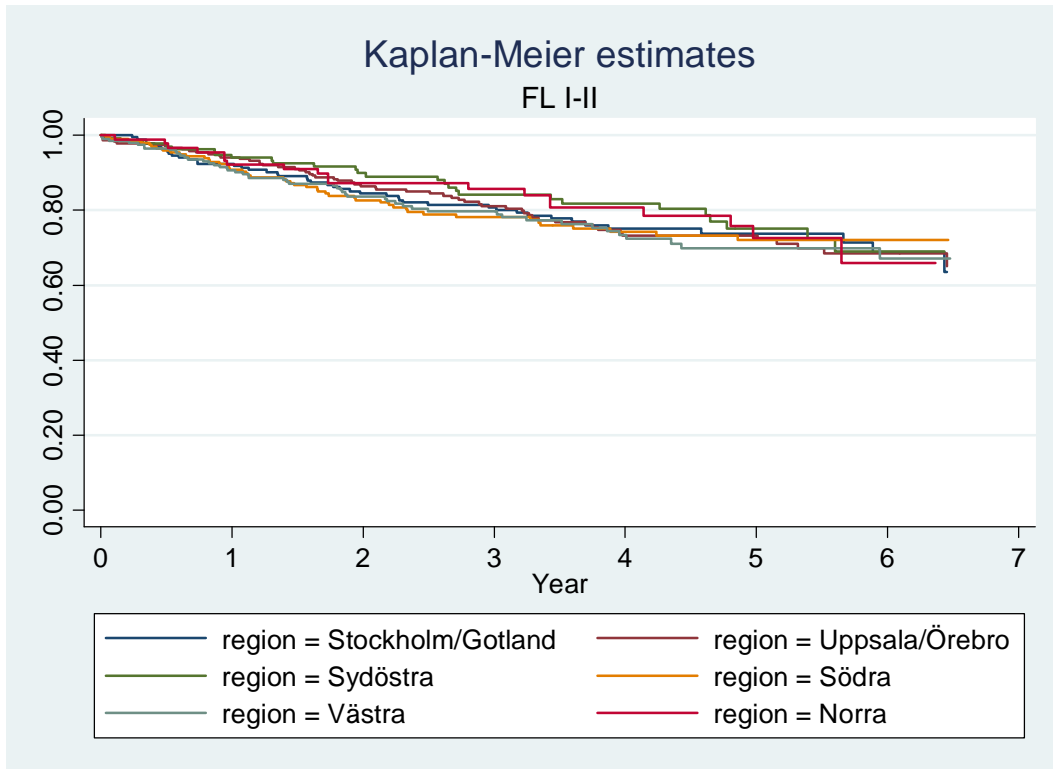
Överlevnad per region

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.

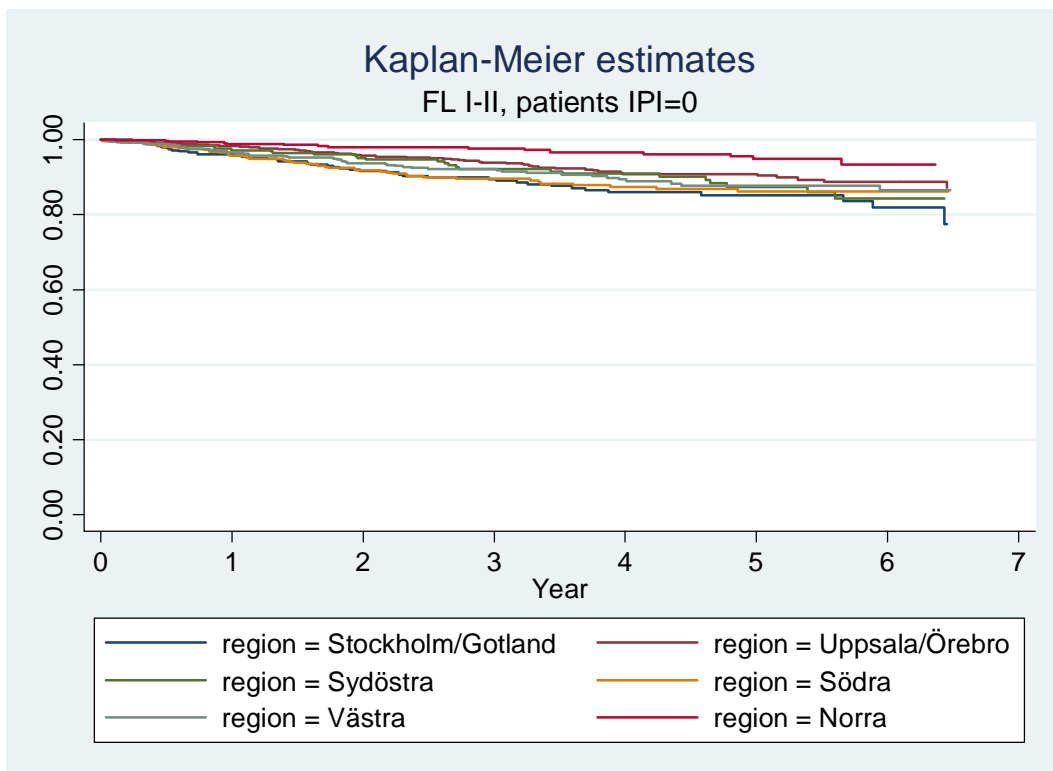
Några säkra regionala skillnader beträffande överlevnad kan inte identifieras.



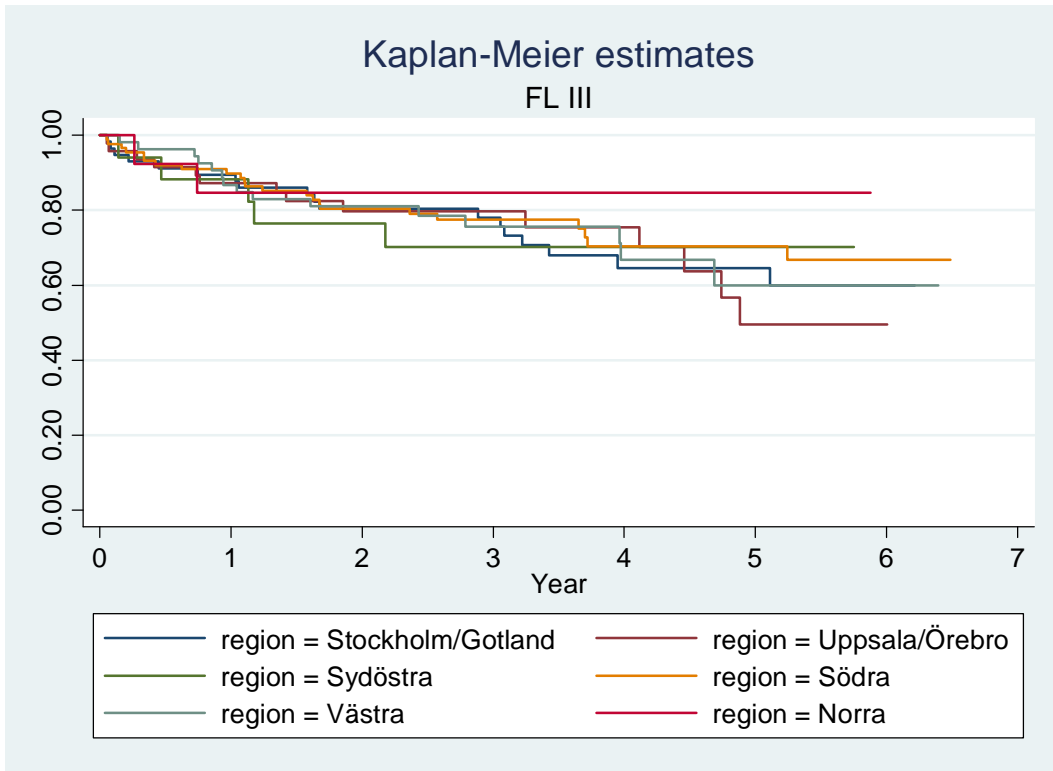
B-KLL 2000-2005.



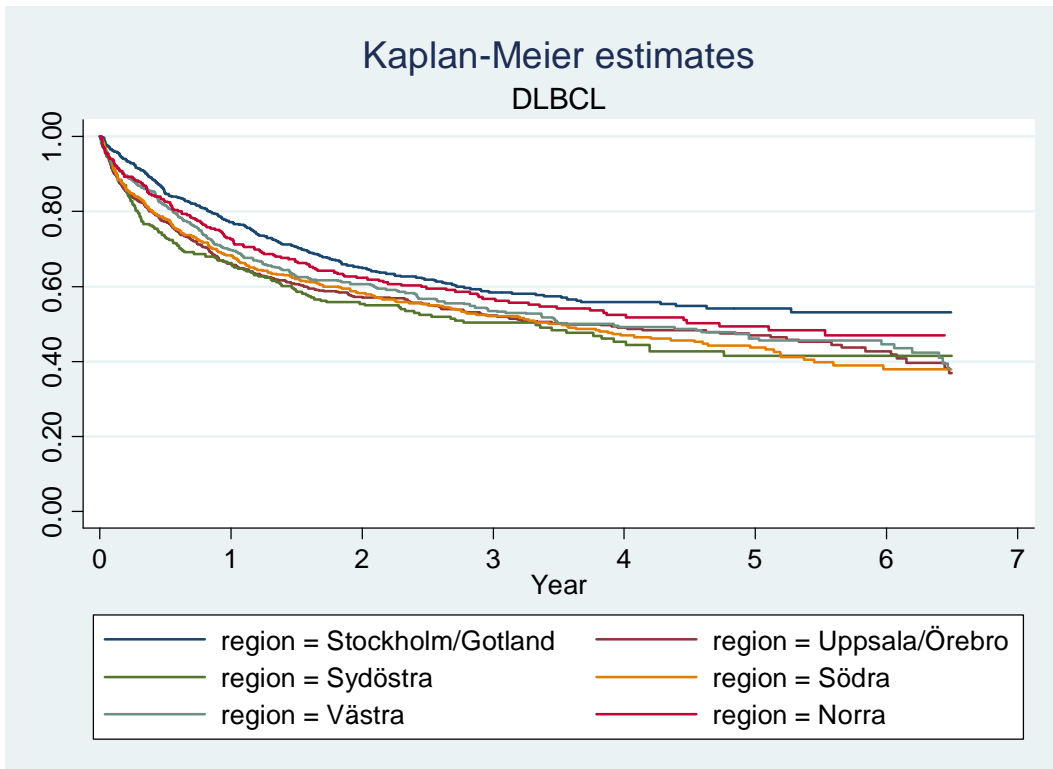
FL grad I-II 2000-2005

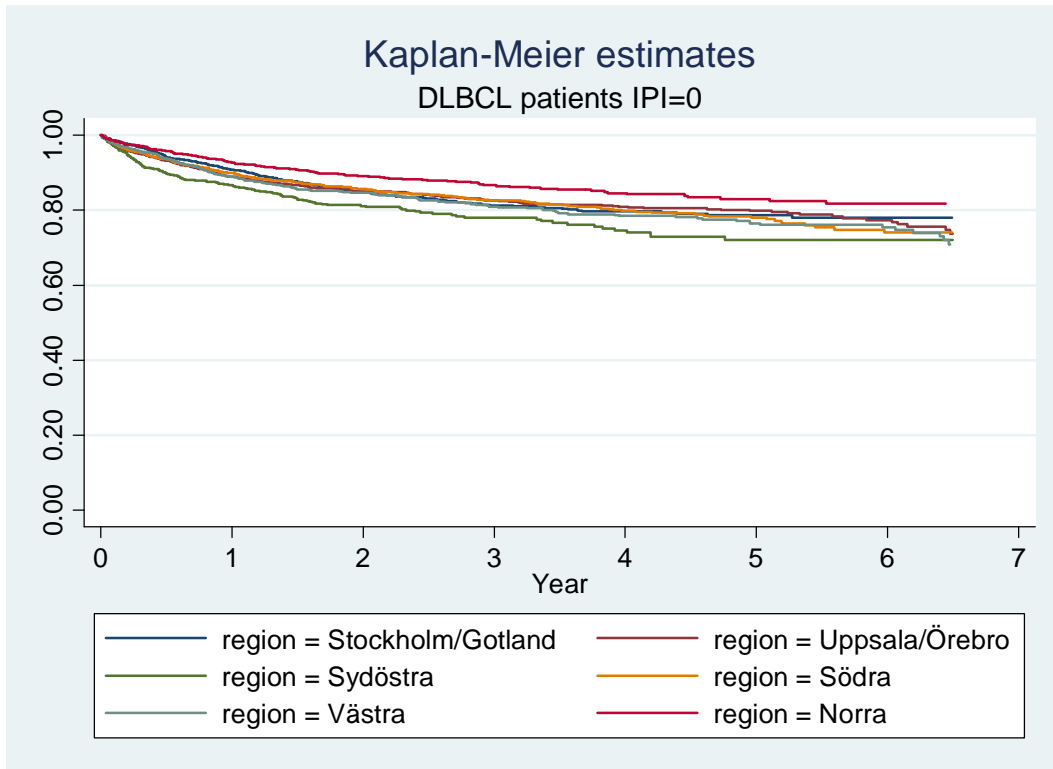


FL grad I-II, 2000-2005, justerat för IPI.



FL grad III, 2000-2005



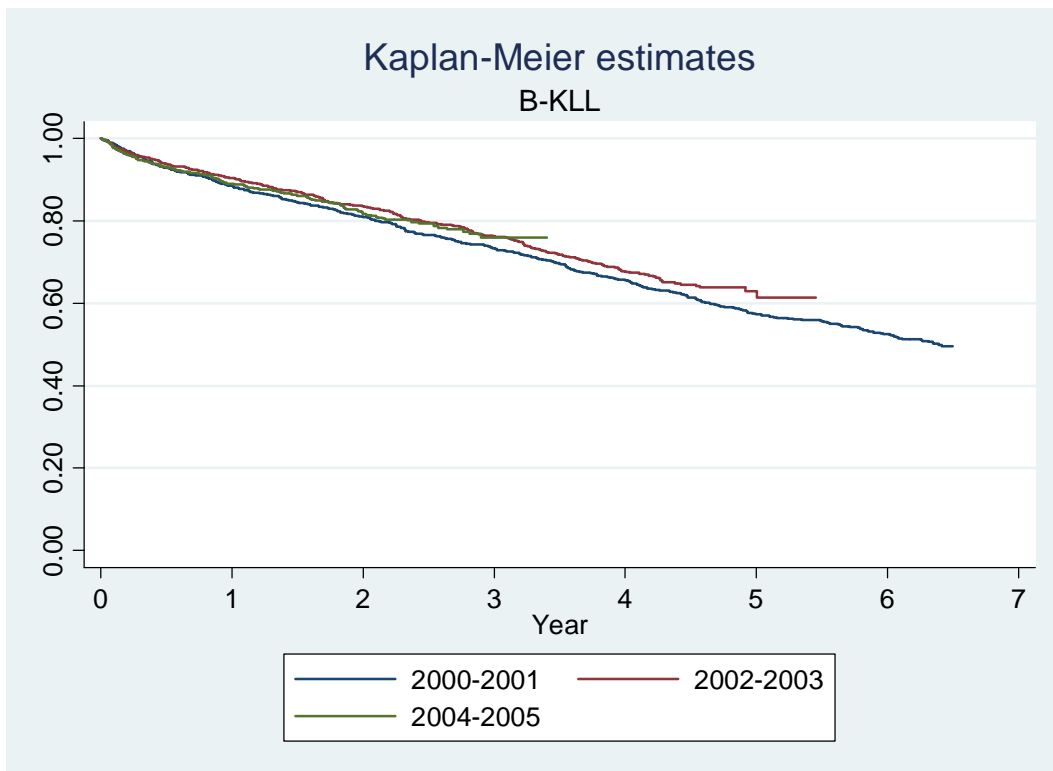


Diffust storcelligt B-cellslymfom 2000-2005, justerat för IPI.

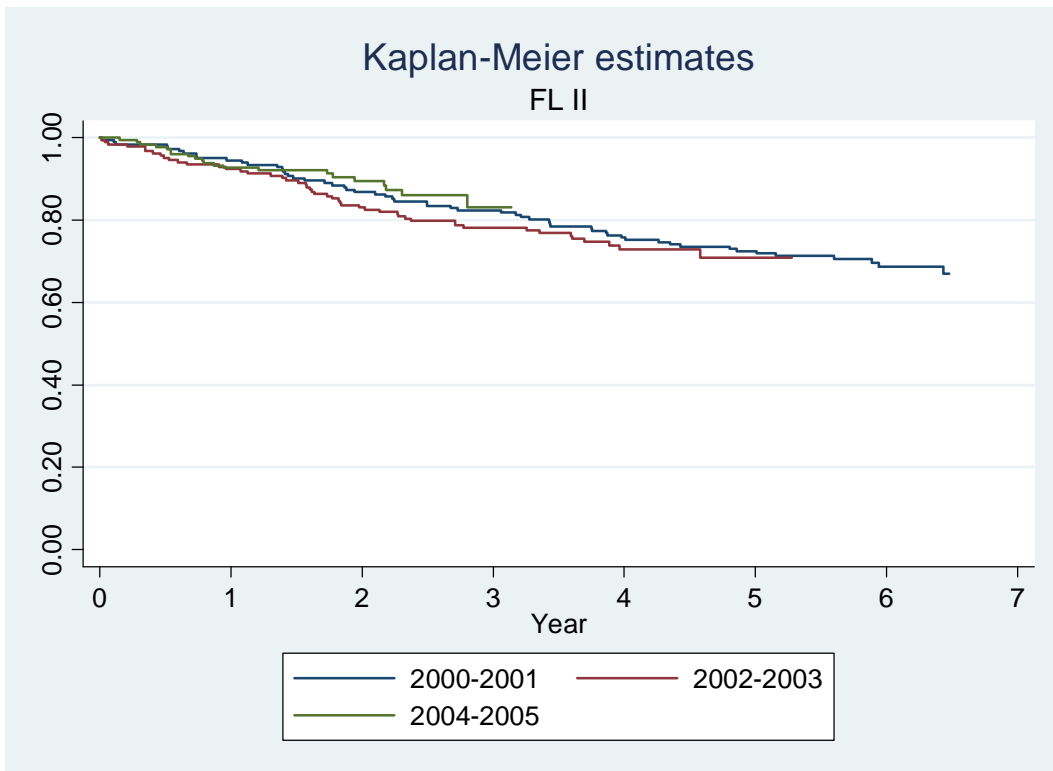
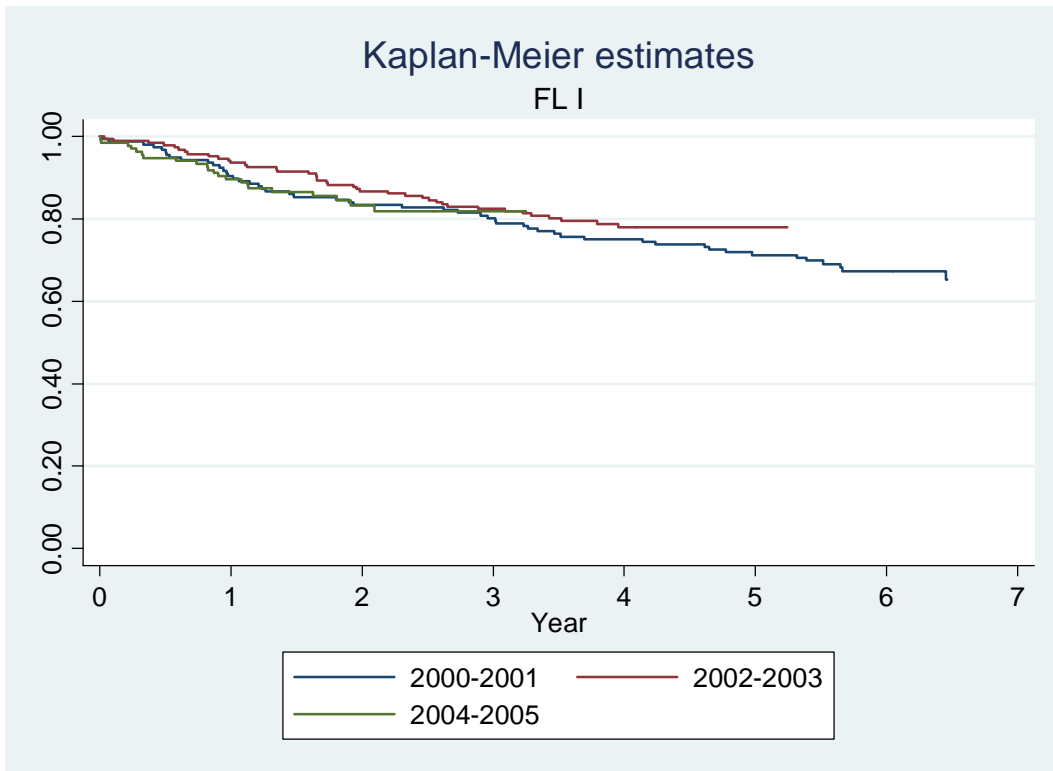
Longitudinella överlevnadsanalyser

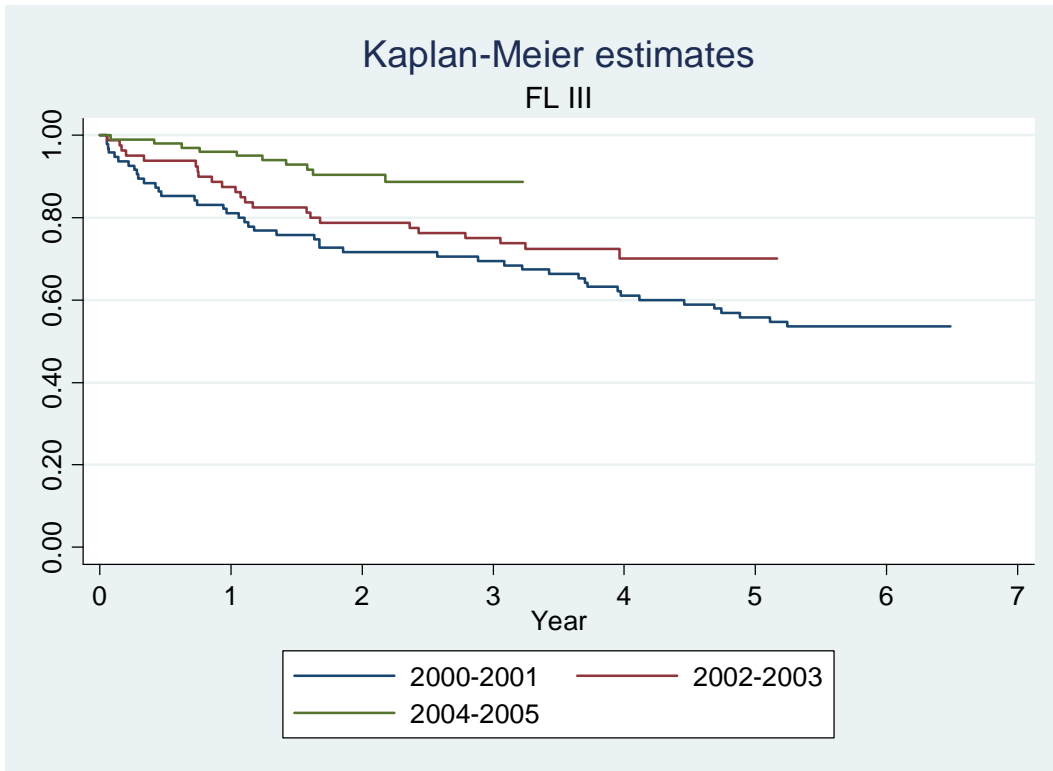
Under de senaste decenniet har lymfombehandlingen utvecklats betydligt, inte minst genom introduktion av nya läkemedel. Detta tycks återspeglas i förbättrad överlevnad, för flera diagnosgrupper. För DLBCL har 3-årsöverlevnaden förbättrats med ca 7 procentenheter från 2000-2001 till 2004-2005. För follikulära lymfom grad 3, ses en dramatisk förbättring, motsvarande ca 20 procentenheter. För att förklara skillnaderna krävs en djupare analys av behandlingsdata.

KLL

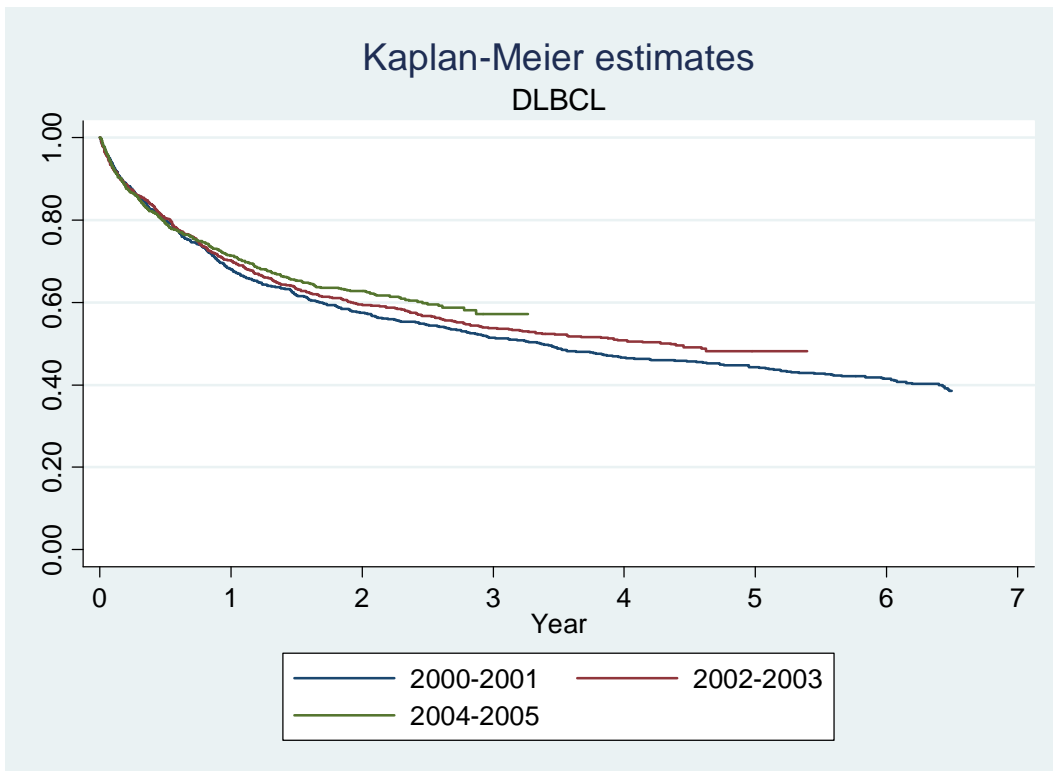


Follikulärt lymfom





Diffust storcelligt B-cellslymfom



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@vregion.se

Representanter för regionalt OC:

Verksamhetschef Nils Conradi

Onkologiskt centrum

Universitetssjukhuset Sahlgrenska

413 45 Göteborg

E-mail: nils.conradi@oc.gu.se

Suppleant:

Assistent Lena Nilsson

Onkologiskt centrum

Universitetssjukhuset Sahlgrenska

413 45 Göteborg

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

Sydöstra regionen

Regional medicinsk koordinator:

Verksamhetschef Mats Linderholm

Hematologiska kliniken

Universitetssjukhuset

581 85 Linköping

E-mail: mats.linderholm@lio.se

Suppleant:

Representanter för regionalt OC:

Verksamhetschef Hans Starkhammar

Onkologiskt centrum

Universitetssjukhuset

581 85 Linköping

E-mail: hans.starkhammar@lio.se

Assistent Annette Palmberg

Onkologiskt centrum

Universitetssjukhuset

581 85 Linköping

E-mail: annette.palmberg@lio.se

Stockholm/Gotlandregionen

Regional medicinsk koordinator:
Öl Eva Kimby
Hematologiska kliniken
Karolinska Universitetssjukhuset/Huddinge
171 76 Stockholm
E-mail: eva@kimby.se

Suppleant:

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

Sjuksköterska Marie Abrahamsson
Onkologiskt centrum
Karolinska Universitetssjukhuset/Solna
171 86 Stockholm
E-mail: marie.abrahamsson@karolinska.se

Uppsala/Örebroregionen

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

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

Representanter för regionalt OC:
Verksamhetschef Mats Lambe
Onkologiskt centrum
Akademiska sjukhuset
751 85 Uppsala
E-mail: mats.lambe@lul.se

Assistent Kristina Laanemäe
Onkologiskt centrum
Akademiska sjukhuset
751 85 Uppsala
E-mail: christina.laanemae@akademiska.se

Norra sjukvårdsregionen

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

Suppleant:

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

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

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

Lena Brandefors,

Medicinska kliniken, Sunderby sjukhus, 971 80 Luleå

Martin Erlanson,

Onkologiska kliniken, Norrlands Universitetssjukhus, 901 85 Umeå

Christer Sundström,

Avd för Patologi/Cytologi, Akademiska sjukhuset, 751 85 Uppsala

Birgitta Sander,

Klin Patologi/Cytologi, Karolinska Universitetssjukhuset/Huddinge, 141 86 Stockholm