

Registermanual
Svenska Kvalitetsregistret
för
Gynekologisk Onkologi
endometriecancer och corpuscarcom



INNEHÅLLFÖRTECKNING

1. Dokumentets versionshantering	3
2. Andra dokument som stöd för användare av kvalitetsregisteret.....	3
3. Allmän beskrivning av inrapporteringen till kvalitetsregistret	4
4. Beskrivning av omfattningen av kvalitetsregistret.....	5
4.1. Inklusionkriterier	5
5. Datainsamling.....	6
5.1. Blankett 1 - Anmälan	6
5.2. Blankett 2 – Kirurgisk behandling	12
5.3. Blankett 3 – Avslutad primärbehandling	14
5.4. Blankett 4 – Avslutad icke-kirurgisk recidivbehandling	17
5.5. Blankett 5 – Uppföljning.....	20
6. Frågor och svar	21
7. Speciella anvisningar för OC-monitorer.....	22
7.1 Hur monitor kopplar inkomna blanketter	22

1. Dokumentets versionshantering

Datum	Version	Utfört av	Ändring (Sida, avsnitt)
2009-05-29	Preliminär	Thomas Högberg	
2010-01-01	Definitiv	Thomas Högberg	

2. Andra dokument som stöd för användare av kvalitetsregistret

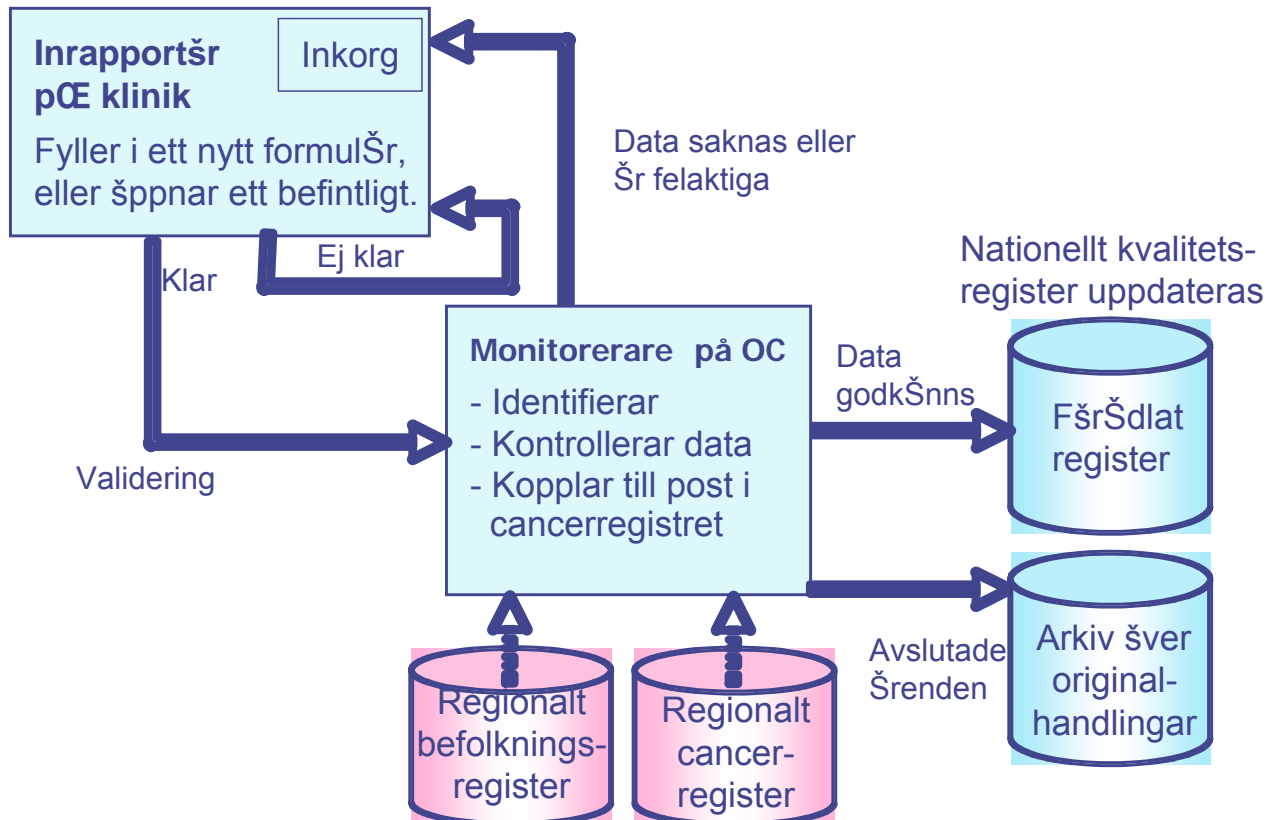
Registermanualen tillsammans med nedanstående dokument beskriver syfte, innehåll och handhavande av kvalitetsregistret.

- Styrdokument för Svenska kvalitetsregistret för gynekologisk onkologi
- Formulär
- Variabelbeskrivning
- Inrapportörsmanual för INCA

3. Allmän beskrivning av inrapporteringen till kvalitetsregistret

Bilden nedan beskriver inrapporteringsflödet till kvalitetsregistret. En monitor är den person på Onkologiskt Centrum (OC) som granskar inrapporterade ärenden, begär kompletteringar, godkänner och sparar uppgifterna i det "förädlade" kvalitetsregistret.

Ärendehantering - inrapportering och granskning



4. Beskrivning av omfattningen av kvalitetsregistret

I styrdokumentet för Svenska kvalitetsregistret för gynekologisk onkologi framgår bakgrund och syfte med registret. Detta register är ett av flera delregister inom den gynonkologiska vården. Registret omfattar fem blanketter; anmälan, kirurgisk behandling (används såväl vid primärt terapeutiskt ingrepp som vid senare terapeutiska kirurgiska ingrepp), avslutad primärbehandling, recidivdiagnos/icke-kirurgisk recidivbehandling och uppföljning. Anmälningsblanketten innehåller de uppgifter som ingår i Socialstyrelsens canceranmälan och ersätter denna.

Onkologiskt centrum (OC) i Västra sjukvårdsregionen är det nationellt samordnande OC:t för detta register. Registerhållare är Thomas Högberg, Onkologiskt centrum i södra sjukvårdsregionen.

4.1. Inklusionkriterier

Registret omfattar patienter med följande diagnos och tillhörande ICD-10 kod:

Malign tumör i livmoderkroppen, carcinoma/carcinosarcoma/sarcoma corporis uteri. C54.9

Om sarcom eller carcinom föreligger kan inte avgöras av ICD-10 koden enbart.

ICD-10-koder som kan användas vid tumör eller tumörliknande tillstånd i livmodern anges nedan under punkt **5.1 Blankett 1 – Anmälan**.

Vanliga morfologier.

Carcinom

Adenokarcinom
Klarcelligt adenokarcinom
Seröst adenokarcinom
Adenoskvamöst karcinom
Anaplastiskt (odifferentierat) karcinom

Carcinosarcom

Blandtumör av Müllers typ (inkluderar carcinosarkom, mesodermal blandsvulst)

Sarcom

Leiomyosarcom
Stromacellssarcom
Adenosarkom

Andra mer ovanliga morfologier kan förekomma och patienterna inkluderas om morfologin bedöms som malign (har malignitetsgrad=3; 5:te siffran i morfologikoden). Morfologikod åsätts av monitor på cancerregistret med ledning av PAD och klinikerns uppgifter. Endometriehyperplasi med atypier är registreringspliktiga i cancerregistret, men inkluderas inte i kvalitetsregistret. Tumörer upptäckta vid obduktion ingår inte.

Socialstyrelsens föreskrifter om ändring i föreskrifterna och allmänna råden (SOSFS 2003:13) om uppgiftsskyldighet till cancerregistret vid Socialstyrelsen (10 oktober 2006).

6 § Uppgifter om följande tumörer och tumörliknande tillstånd skall lämnas:

1. maligna solida tumörer inklusive basalcellscancer (basaliom)
2. ...
3. precancerösa förändringar av typ grav atypi/dysplasi samt epiteliala och melanocytära in situ-förändringar
4. förändringar som inger stark misstanke om malignitet.

5. Datainsamling

Registreringen sker via webben direkt i INCA-systemet eller via blankett.

5.1. Blankett 1 – Anmälan

Canceranmälan skall göras av såväl primärt diagnostiserande enhet som av gyn onkologisk enhet. Gyn onkologiska enheten kan ha tillgång till ny information (t ex eftergranskning av referenspatolog) som ändrar diagnos, morfologiklassificering och stadieindelning. Cancerregistret använder bästa tillgängliga information.

Ansvarig läkare
Den läkare som ansvarar för att uppgifterna i anmälningsblanketten/canceranmälan är korrekta. Obligatorisk uppgift för att anmälan skall kunna gälla som canceranmälan
Datum för ifyllande
Obligatorisk uppgift för att anmälan skall kunna gälla som canceranmälan
Diagnosdatum
Enligt rekommendation från ENCR (European Network of Cancer Registries; http://www.enccr.com.fr) <ol style="list-style-type: none">1. Datum från första histologi- eller cytologibedömningen. Om flera datum finns att välja på väljs i ordningen;<ol style="list-style-type: none">a) provtagningsdatumb) ankomstdatum till morfologilaboratoriumc) rapportdatum från ovannämnda. <p>Andra möjliga alternativ till diagnosdatum (om cytologisk eller histologisk undersökning ej föreligger) kan vara enligt ENCR;</p> <ol style="list-style-type: none">2. Inskrivningsdatum på sjukhus pga tumörsjukdom3. Polikliniskt mottagningsbesök pga tumörsjukdom4. Diagnosdatum, annat än punkt 1, 2 eller 3 ovan5. Dödsdatum (tumörsjukdomen <u>kan</u> ha varit känd tidigare, men dokumentation om detta föreligger ej)6. Dödsdatum då tumörsjukdom upptäckts först vid obduktion <p><u>Diagnosdatum</u> senare än behandlingsstart eller datum för beslut att avstå från behandling eller datum senare än dödsdatum <u>får ej väljas</u>. Detta gäller främst då diagnosdatum från kvalitetsregisterblankett eller annan likvärdig handling används.</p>
Tumörens lokalisering
Tumörens lokalisering anges i klartext så specifikt som möjligt (t ex <i>corporis uteri, endometrium</i>) <ul style="list-style-type: none">• Malign tumör i livmodern med oklar utgångspunkt där man inte kan avgöra om den utgår från cervix eller corpus uteri kodas, om det inte av anamnesen och kliniska undersökningsfynd går att göra sannolikt vilken av lokalerna som är primär, under malign tumör i livmodern med

icke specificerad lokalisation (C55). Skall inte registreras i kvalitetsregistret

- Tumör i livmodern och i äggstock med oklar utgångspunkt (corpus uteri och ovarium) kodas, om det inte av anamnesen och kliniska undersökningsfynd går att göra sannolikt vilken av lokalerna som är primär, under malign tumör i de kvinnliga könsorganen med övergripande växt (C57.8). Skall inte registreras i kvalitetsregistret.

ICD-10 koder	
D25.9	Uterusmyom (registreras inte)
D26.1	Annan benign tumör i livmodern, neoplasma benignum corporis uteri (registreras inte)
N85.0	Glandulärcystisk hyperplasi av endometriet (registreras inte)
N85.1	Adenomatös hyperplasi av endometriet utan atypier (registreras inte)
D39.0	Adenomatös hyperplasi av endometriet med atypier (registreras inte i kvalitetsregistret men är anmälningspliktig till cancerregistret)
D07.0	Cancer in situ i uterus (registreras inte men skall anmälas till cancerregistret)
C54.9	Malign tumör i livmoderkroppen, carcinoma/carcinosarcoma/sarcoma corporis uteri.
C55	Malign tumör i livmodern med icke-specificerad lokalisation (registreras inte skall anmälas till cancerregistret)
<ul style="list-style-type: none"> • Till koden C54.9 skall endast föras sådana fall, där det är klart att det rör sig om en malign tumör utgången från slemhinnan eller muskeltväggen (stromat) i livmoderkroppen. • Fall där man inte kan avgöra om det rör sig om cervix- eller corpuscancer kodas under C55 (malign tumör i uterus) (registreras inte i kvalitetsregistret men skall anmälas till cancerregistret). • Tumör i livmodern och i äggstock med oklar utgångspunkt kodas, om det inte av anamnesen och kliniska undersökningsfynd går att göra sannolikt vilken av lokalerna som är primär, under diagnosen neoplasma malignum corporis uteri et ovarii C57.8 (malign tumör i de kvinnliga könsorganen med övergripande växt) (registreras inte i kvalitetsregistret men skall anmälas till cancerregistret). • Skivepitelcancer är ytterst ovanligt och accepteras endast efter noggrann kontroll av patologutlåtande. Där det är oklart om den är utgången från cervix eller corpus bedöms den som cervixcancer och kodas under C53.9 (malign tumör i livmoderhalsen). • Myom av osäker malignitetsgrad kodas som myom D39.0. Malignitetsgraden anges med sista siffran i ICD-O koden som blir =1 (t. ex. 88901 leiomyom) (registreras inte i kvalitetsregistret men skall anmälas till cancerregistret) • Carcinom såväl som carcinosarkom och sarcom kodas under C54.9. De kan återfinnas i registret med hjälp av morfologikoderna (i cancerregistrets kan andra koder användas) • Choriocarcinom i uterus kodas C58.9 (registreras inte i corpusregistret skall anmälas till cancerregistret). 	
FIGO-stadium	
Kirurgisk stadiindelning av carcinoma och carcinosarcoma corporis uteri (FIGO 2009). Om uppgifter saknas som gör att stadiindelning ej kan göras sättes stadium till X	
Stadium I* Tumören är begränsad till corpus uteri	
IA*	Ingen myometrieinvasion eller <50 % av myometriet
IB*	Invasion ≥50 % av myometriet
Stadium II* Tumören invaderar stromat i cervix, det finns ingen spridning utanför uterus**	
Stadium III* Lokal och/eller regional utbredning av tumören	
IIIA*	Tumören invaderar serosan på corpus uteri och /eller adnexa***
IIIB*	Utbredning till vagina och/eller parametrier***
III C Metastaser till pelvina och/eller para-aortala lymfkörtlar ***	
IIIC1*	Positiva pelvina körtlar

IIIC2* Positiva para-aortala lymfkörtlar med eller utan positiva pelvina lymfkörtlar

Stadium IV* Tumören invaderar blås- och/eller tarmmukosa, och/eller distans-metastaser

IVA* Tumörinvasion av blås- och/eller tarmmukosa

IVB* Distansmetastaser, inkluderande intra-abdominala metastaser och/eller inguinala lymfkörtel-metastaser

*Antingen Grad 1, Grad 2, or Grad 3.

**Endocervikal utbredning som enbart involverar slemhinna och körtlar skall hänföras till stadium I och inte längre stadium II, som i 1988 års stadiindelning.

***Positiv cytologi skall rapporteras separat utan att ändra stadiet.

Kirurgiskt stadium registreras som **X** om adekvata undersökningar ej gjorts

FIGO stadieindelning för sarcoma uteri (uterussarcom) 2009

(1) Leiomyosarcom

Stadium I Tumören begränsad till uterus

- IA Tumörstorlek <5 cm
- IB Tumörstorlek >5 cm

Stadium II Tumörutbredning i bäckenet

- IIA Tumörutbredning till adnexa
- IIB Tumörutbredning till andra extrauterina pelvina vävnader

Stadium III Tumörutbredning till abdominala vävnader (att tumören pga sin storlek sticker upp i buken utan överväxt på bukorgan berättigar inte att en tumör klassificeras som stadium III).

- IIIA En tumörförändring
- IIIB Mer än en tumörförändring
- IIIC Metastaser till pelvina och/eller paraaortala lymfkörtlar

Stadium IV

- IVA Tumören invaderar blåsa och/eller rectum
- IVB Spridning av tumörväxt till avlägsna organ (distansmetastaser)

(2) Endometriestromasarcom (ESS) och adenosarcom*

Stadium I Tumören begränsad till uterus

- IA Tumören begränsad till endometriet/endocervix utan myometrieinvasion
- IB Mindre eller lika med 50 % myometrieinvasion
- IC Mer än 50 % myometrieinvasion

Stadium II Tumörutbredning i bäckenet

- IIA Tumörutbredning till adnexa
- IIB Tumörutbredning till andra extrauterina pelvina vävnader

Stadium III Tumörutbredning till abdominala vävnader (att tumören pga sin storlek sticker upp i buken utan överväxt på bukorgan berättigar inte att en tumör klassificeras som stadium III).

- IIIA En tumörförändring
- IIIB Mer än en tumörförändring
- IIIC Metastaser till pelvina och/eller paraaortala lymfkörtlar

Stadium IV

- IVA Tumören invaderar blåsa och/eller rectum
- IVB Spridning av tumörväxt till avlägsna organ (distansmetastaser)

(3) Carcinosarcom

Carcinosarcom i corporis uteri skall stadieindelas som carcinom i corporis uteri.

*Anmärkning:

Samtidiga tumörer i corporis uteri och ovarium/pelvis associerade med ovariell/pelvin endometriosis skall klassificeras som multipla primära tumörer.

Klinisk stadiindelning (FIGO 1988). Om uppgifter saknas som gör att stadiindelning ej kan göras sättes stadium till X	
Stadium I	Tumör i corpus uteri.
Stadium IA	Sondmått ≤ 8 cm.
Stadium IB	Sondmått > 8 cm.
Stadium II	Tumörnedväxt i cervix.
Stadium III	Tumören har invaderat utanför uterus men ej utanför bäckenet.
Stadium IV	Tumörutbredning utanför bäckenet eller tumörengagemang av blåsslemhinna eller rektalslemhinna.
Stadium IVA	Överväxt på intilliggande organ som urinblåsa, rektum, sigmoideum eller tunn-tarm.
Stadium IVB	Fjärrmetastaser.
Kliniskt stadium registreras som X om adekvata undersökningar ej gjorts	
Diagnosgrund	
Diagnosgrund är en variabel som är oberoende av diagnosdatum. Det föreligger ofta flera olika diagnosgrunder. Val av diagnosgrund ska göras så att den säkraste grunden prioriteras, dock skall obduktion ej väljas om annan diagnosgrund finns. Patologi anses säkrare än cytologi och röntgen eller datortomografi anses säkrare än en klinisk undersökning.	
Diagnosgrunden "annan laboratorieundersökning" möjliggör en mer specifik SNOMED-kod än diagnosgrund "klinisk undersökning", "röntgen etc", "operation utan histopatologisk undersökning" och "obduktion utan histopatologisk undersökning" och bör därför väljas framför dessa alternativ. Denna diagnosgrund används f n sällan.	
Cytologisk undersökning är ofta den första diagnosgrunden. Om ingrepp med PAD därefter görs, bör diagnosgrunden uppgraderas till patologi. Diagnosdatum blir dock oförändrat.	
Morfologisk diagnos	
Anges i klartext (t ex seröst adenocarcinom)	
Diagnostiserande patologi- eller cytologiavdelning	
Klartext	
Preparatnummer	
Ange det första PAD/CYT som är grundval för diagnosen	
Morfologi bedömt av referenspatolog (eftergranskat)	
Vid anmälan från gynkliniken vet man ofta inte om PAD kommer att eftergranskas eller inte och markerar då okänt. Anmälningsblankett skall också inskickas från gynonkologisk enhet och uppgifterna kan då kompletteras	
Patologi- eller cytologiavdelning för eftergranskat preparat	
Kan vara samma avdelning som ovan	
Remiss till gynonkologisk enhet	
Uppgiften hjälper monitor att vid behov eftersöka ytterligare blanketter	
Var planeras primäroperation utföras/var har den utförts	
Uppgiften hjälper monitor att vid behov eftersöka kirurgblankett	
Remiss till annan sjukvårdsenhet/motsv	
Uppgiften hjälper monitor att vid behov eftersöka ytterligare blanketter	
Underskrift	
För att anmälan till kvalitetsregistret skall gälla som canceranmälan måste anmälan signeras av ansvarig läkare (på papper eller elektroniskt)	

5.2. Blankett 2 – Kirurgisk behandling

Formuläret fylls i av opererande gynekolog efter varje operation. Formuläret kan dock inte fullbordas förrän PAD-svar från operationen anlänt. Mindre diagnostiska ingrepp som t ex abrasio registreras inte. Mindre terapeutiska ingrepp som t ex laparocentes registreras inte heller. Om kliniken deltar i tumörsträngen i Gynopregistret, behöver detta formulär inte fyllas, eftersom uppgifterna insamlas via gynopregistret och inhämtas därifrån.

Inrapportör
Den som fyller i uppgifterna
Ansvarig läkare
Den läkare som godkänner registreringen för att sändas in
Terapeutiskt kirurgiskt ingrepp utfört
Större ingrepp som t ex restagingkirurgi innefattas. Mindre ingrepp som t ex abrasio eller laparocentes innefattas inte.
Datum för information till patienten om behandlingsbeslut
Det datum patienten informeras om planerad behandling. Används för ledtidsberäkning.
Datum för kirurgi
Operationsdatum
Opererande klinik
Behöver inte vara samma som rapporterande enhet
Typ av kirurgi
Primär operation: Primärt terapeutiskt ingrepp innefattande tumörreducerande kirurgi. "Restaging" operation: Kirurgi för stadielindelning, där optimal stadielindelning ej utförts vid primäroperationen. Fördröjd primäroperation (primär operation efter neoadjuvant kemoterapi): 2-4 cykler med kemoterapi och sedan kirurgi med avsikt att tumörreducera inom 6 veckor. I senare skede kan annan behandling förekomma. Explorativ laparotomi kan ha gjorts före kemoterapi. Intervalloperation: En operation med avsikt att tumörreducera som utförs efter några cykler med kemoterapi, hos patienter, där man inte kunnat utföra optimal tumörreduktion trots allvarligt försök att göra detta. "Second look"-operation: Explorativ laparotomi för kirurgisk responsbedömning för patienter i komplett klinisk remission efter en avslutad kemoterapiregim. Operation vid progress (sekundär ("second effort") kirurgi): T ex tumörreducerande ingrepp vid recidiv eller palliativ tarmkirurgi. Explorativ operation: operation som utförs för diagnos eller för att utreda om tumörreduktion kan utföras. Kan innefatta t ex omentresektion eller ooforektomi för histologi. Något allvarligt försök till tumörreduktion utförs inte.
Operationsintention
Kurativ intention: Inkluderar tumörreduktion med avsikt att åstadkomma optimal reduktion. Palliativ intention: T ex en operation för att utföra en avlastning på en patient med ileus. Diagnostisk intention: En operation där man t ex tar ett ovarium och/eller en bit oment för diagnos utan att göra något försök till tumörreduktion faller inom denna kategori. T ex en explorativ laparotomi som utförs för att fastställa diagnosen eller för att utreda om en tumörreduktion kan utföras.
Medverkan av operatör som ...
Det kan vara en mer erfaren operatör som handleder en med mindre erfarenhet. I dessa fall anger men handledarens kompetens.
Teknik
Ovarier, tubor
Utförda ingrepp anges separat per sida

Uterus
Oment
<p>Infracolisk omentresektion: Avlägsnande av omentet infracoliskt till nivå med colon transversum (omentrester finns kvar supracoliskt).</p> <p>Infra- och supracolisk omentresektion: Avlägsnande av större delen av omentet dvs ovanför colon transversum mot ventrikelkurvaturen, men rester kan finnas kvar av t ex de mest laterala delarna.</p> <p>Omentektomi: Ett mycket noggrant avlägsnande av hela omentets omfattning (kvarlämnar inte marginalkärnen vid ventrikeln och omentet avlägsnas mot gallbädden och ut mot duodenum och leverns hö omfång).</p> <p>Omentbiopsi: Endast en bit av omentet tas.</p>
Peritonealexcision
<p>Avser större peritonealexcisioner. Avlägsnande av smärre tumörförändringar på peritoneum eller parietonealbiopsier registreras inte här.</p> <p>Bäckenet: Stora delar eller hela peritoneum i lilla bäckenet mot urinblåsan och laterala bäckenväggar har exciderats.</p> <p>Subdiafragmalt: Stora delar av peritoneum mot diafragma har exciderats.</p> <p>Främre bukväggen: Stora delar av peritoneum mot främre bukväggen har exciderats.</p> <p>Paracoliska rännorna: Stora delar av peritoneum längs med colon ascendens och/eller descendens har exciderats.</p> <p>Total: En total peritonealektomi har utförts med excision av all makroskopisk tumörmisstänkt peritoneal vävnad i multipla lokaler enligt ovan.</p>
Förstorade/palpabla retroperitoneala pelvina lymfkörtlar vid inledningen av kirurgi
Förstorade/palpabla retroperitoneala para-aortala lymfkörtlar vid inledningen av kirurgi
Provtagning från pelvina lymfkörtlar
Provtagning från para-aortala lymfkörtlar
Vid provtagning från para-aortala lymfkörtlar skedde detta
Det är av intresse att veta hur högt upp man går vid para-aortala lymfkörtelutrymningar och korrelera detta med metastasering och senare progressionsmönster
Bukvätska till cytologi
I stadiindelningen (FIGO 2009), där resultatet av cytologi på bukskölvätska inte påverkar stadium rekommenderar man fortsatt att ta bukskölvätska
Längsta tumördiameter för metastatiska lesioner utanför uterus vid operationens inledning (cm))
Här anges största diameter för tumörer utanför uterus
Makroskopiskt radikal operation
Tumördiameter för största kvarvarande lesion vid operationens avslutande
Antal kvarvarande tumörlesioner
Excenteration
Ett excenterationsingrepp innebär att man förutom att avlägsna tumören tar med ett antal omkringliggande organ. Främre excenteration brukar t ex innebära att man tar med tumören, vagina och blåsa samt anlägger en urindeviation.
Annan kirurgi

5.3. Blankett 3 – Avslutad primärbehandling

Formuläret fylls vanligen i av gyn onkolog efter avslutad primärbehandling (se definition nedan) och responsbedömning.

Primärbehandling avser den behandlingssekvens som initialt planeras och ges. Den inkluderar inte t ex konsoliderande behandling. Om progress inträffar under primärbehandling eller stabil sjukdom leder till byte till t ex annan kemoterapi definieras datum för avslutad primärbehandling som datum när sista administreringen av först planerade behandlingen sker. Ofta kontrolleras behandlingsresultatet med klinisk undersökning och eventuella röntgenundersökningar och patienten fortsätter sedan att kontrolleras på mottagningen. Datum för avslutad primärbehandling definieras även då som datum när sista administreringen av primära behandlingen sker.
Ansvarig läkare Den läkare som godkänner registreringen för att sändas in
Datum för ev endometriebiopsi Provtagningsdatum (vanligen=diagnosdatum)
Datum för PAD-svar endometriebiopsi Datum när PAD-remissen är tillgänglig för bedömning (ankomsttdatum till enheten)
Datum för ev fraktionerad abrasio Provtagningsdatum (vanligen=diagnosdatum)
Datum för PAD-svar fraktionerad abrasio Datum när PAD-remissen är tillgänglig för bedömning (ankomsttdatum till enheten)
Morfologiskt verifierade positiva lymfkörtlar Denna fråga besvaras om prov tagits från lymfkörtlar
Lokal för positiva lymfkörtlar (flera alternativ möjliga) Denna fråga besvaras om prov tagits från lymfkörtlar enligt ovan
Om positiva para-aortala körtlar – lokal för positiva lymfkörtlar Se ovan
Antal undersökta pelvina/para-aortala körtlar Patologen skall räkna antalet körtlar i preparatet
Antal positiva pelvina/para-aortala körtlar
Metastaser
Läge för metastaser Flera alternativ möjliga
Differentieringsgrad Enligt FIGO
Patienten har bedömts på gyn onkologisk enhet Datum för remissankomst till gynonkologisk enhet används för ledtidsberäkningar
Datum för information till patienten om behandlingsbeslut för onkologisk behandling Det datum man informerar patienten vilken behandling patienten skall ha. Kan sammanfalla med datum för behandlingsstart. Används för ledtidsberäkningar.
Myometrieinfiltration
Cytologi på buksköljväska
Kärlinfiltration

DNA-ploidi
S-fas
DNA-analysmetod
DNA-analysen utförd på
Preparattyp (vid flödescytometri)
Färskfruset eller deparaffiniserat tumörmaterial
P53 (immunhistologi)
P53 (mutationsanalys)
ER/PR-status
Given primärbehandling (enligt FIGO-definitioner)
Sammanfattande variabel för behandlingen som avses användas för rapportering till FIGO Annual Report
Kirurgi enbart: i senare skede kan annan behandling förekomma,
Radioterapi enbart: ingen ytterligare behandling inom 180 dagar i senare skede kan annan behandling förekomma
Neoadjuvant kemoterapi + kirurgi: 2-4 cykler med kemoterapi och sedan kirurgi inom 42 dagar i senare skede kan annan behandling förekomma
Kirurgi + adjuvant radioterapi: radioterapi inom 90 dagar efter kirurgi
Kirurgi + kemoterapi: kemoterapi inom 90 dagar efter kirurgi
KOMPLETTERAS
Adjuvant hormonell behandling i tillägg till något av ovanstående
Primärbehandling planerad enligt vårdprogram
Primärbehandling planerad inom ramen för klinisk prövning/studie
Sjukdomsstatus före start av icke-kirurgisk primärbehandling
Kemoterapi
Om kemoterapin består av den vanligaste kombinationen, paklitaxel/karboplatin, kan detta kryssas direkt, annars kryssas använda preparat av. Preparaten ordnade i bokstavsordning enligt FASS-grupperingar. Flera alternativ möjliga. Planerad behandling registreras. Om denna inte kan genomföras registreras att planerad regim inte kunde genomföras och orsak till detta enligt nedan. Vilken eventuell regim man byter till registreras inte.
Datum för start av kemoterapi
Datum för avslutande av kemoterapi
Administrationsätt
Flera alternativ möjliga
Planerad regim fullföljd
Viktigaste orsak till att planerad regim ej fullföljts
Om avsteg från initialt planerad behandling behövt göras anges <u>viktigaste</u> orsak här.
Radioterapi

Datum för start av radioterapi
Datum för avslutande av radioterapi
Typ av radioterapi
Flera alternativ möjliga
Endokrin antitumoral terapi (ET)
ET avslutad
Ofta kan endokrina terapier pågå under mycket lång tid. För att inte behöva vänta med att fylla i primärbehandlingsrapporten kan man här ange att ET planeras fortsätta t v
Datum för start av endokrin terapi
Datum för avslutande av endokrin terapi
Kan i en del fall ej anges (se ET avslutad)
Typ av endokrin terapi
Hormoner
Antihormoner
Enzymhämmare
Annan primär antitumoral onkologisk behandling
Behandlingsevaluering efter avslutad behandling
Datum för behandlingsevaluering
Sjukdomsstatus före start av icke-kirurgisk primärbehandling
Bedömning av tumörrespons/status efter primärbehandling (endast 1 alternativ)
Här accepteras en klinisk responsbedömning, men som rimligt väl följer RECIST-kriterier
Metod för behandlingsevaluering
Flera alternativ möjliga

5.4. Blankett 4 – Recidivdiagnos/Icke-kirurgisk recidivbehandling

Formuläret fylls vanligen i av gynekolog efter avslutad behandling. Eventuell kirurgisk behandling recidivbehandling dokumenteras på samma kirurgiblankett som ovan och fylls i av opererande gynekolog (om inte registreringen sker via Gynopregistret). Registrering av 2:nd line är obligatorisk, medan registrering senare linjers behandlingar är frivillig.

Registrering av första recidivbehandling obligatorisk. Registrering av tredje linjens och följande behandlingar är frivilligt.
Ansvarig läkare
Den läkare som godkänner registreringen för att sändas in
Datum för diagnos av recidiv
Först förekommande datum för klinisk eller radiologisk undersökning eller PAD/CYT som påvisar recidiv. Även i recidivsituationen skall man om möjligt försäkra sig om PAD-verifikation.
Morfologiskt verifierat med PAD/CYT
Recidiv föregånget av period av NED
En föregående period av NED krävs för att registrera recidivbehandling
Diagnosgrundande undersökningar
Flera alternativ möjliga.
Recidivlokal
Flera alternativ möjliga. Lokoregionalt definieras enligt TNM och innefattar för endometriecancer bäckenet samt retroperitoneala lymfkörtlar upp till aortabifurkationen.
Fjärrmetastaser lokal
Flera alternativ möjliga
Vid metastaser till para-aortala körtlar
Lokalisering i relation till a mesenterica inferior är av intresse (se kirurgiblankett 2)
Sjukdomsstatus
Tumörrelaterade symptom
Recidivbehandling
Flera alternativ möjliga
Orsak till att ingen behandling givits
Ange viktigaste orsak, dvs. endast ett alternativ möjligt
Datum för start av återbehandling
Datum för avslutande av återbehandling
Primärbehandling planerad enligt vårdprogram
Behandlingen planerad inom ramen för klinisk prövning/studie

Kemoterapi
Om kemoterapin består av den vanligaste kombinationen, paklitaxel/karboplatin, kan detta kryssas direkt, annars kryssas använda preparat av. Preparaten ordnade i bokstavsordning enligt FASS-grupperingar. Flera alternativ möjliga. Planerad behandling registreras. Om denna inte kan genomföras registreras att planerad regim inte kunde genomföras och orsak till detta enligt nedan. Vilken eventuell regim man byter till registreras inte.
Datum för start av kemoterapi
Datum för avslutande av kemoterapi
Administrationssätt
Flera alternativ möjliga
Planerad regim fullföljd
Viktigaste orsak till att planerad regim ej fullföljts
Om avsteg från initialt planerad behandling behövt göras anges <u>viktigaste</u> orsak här. Endast ett alternativ kan väljas.
Radioterapi
Datum för start av radioterapi
Datum för avslutande av radioterapi
Typ av radioterapi
Flera alternativ möjliga
Endokrin antitumoral terapi (ET)
ET avslutad
Ofta kan endokrina terapier pågå under mycket lång tid. För att inte behöva vänta med att fylla i primärbehandlingsrapporten kan man här ange att ET planeras fortsätta t v
Datum för start av endokrin terapi
Datum för avslutande av endokrin terapi
Kan i en del fall ej anges (se ET avslutad)
Typ av endokrin terapi
Hormoner
Antihormoner
Enzymhämmare
Annan primär antitumoral onkologisk behandling
Behandlingsevaluering efter avslutad behandling
Datum för behandlingsevaluering
Bedömning av tumörrespons/status efter primärbehandling (endast 1 alternativ)
Här accepteras en klinisk responsbedömning, men som rimligt väl följer RECIST-kriterier
Metod för behandlingsevaluering

Flera alternativ möjliga

5.5. Blankett 5 – Uppföljning

Formuläret fylls i av kontrollerande enhet efter varje återbesök.

Ansvarig läkare
Den läkare som godkänner registreringen för att sändas in
Vid mer än en gynecancerdiagnos anges den diagnos som uppföljningen avser
Uppföljningsblanketten är gemensam för olika gynecancerdiagnoser. Om patienten har flera gynecancerdiagnoser måste man veta vilken diagnos blanketten avser. En blankett fylls i per gynecancerdiagnos.
Sjukdomsstatus
Här finns bara alternativen att patienten är kliniskt tumörfri , dvs. att ingen kliniskt detekterbar tumörmanifestation förekommer. Om detta inte är aktuellt har patienten kliniskt detekterbar tumör; ej kliniskt tumörfri . Om uppföljningen sker per telefon eller via befolkningsregistret kan det tredje alternativet; tumörstatus okänt , användas.
Information om nästa kliniska kontroll
Viktig information för att kunna skicka frågor avseende saknad uppföljning till rätt instans
Progressions/recidivlokal
Flera alternativ möjliga. Vagina som separat lokal är av intresse för endometrie-cancer. Vid enbart vaginal lokalisering anger man "vaginalt" och "lokalt". Lokalt definieras som i ursprungsorganet (om ej avlägsnat) eller omedelbara omgivningen. Regionalt definieras enligt TNM-definitioner och innefattar för endometrie-cancer bäckenet och pelvina körtlar upp till aortabifurkationen.
Fjärrmetastaser lokal
Flera alternativ möjliga
Datum för första recidiv/progress
Endast första recidiv/progress registreras på denna blankett. På blankett 3 kan upprepade recidiv/progressioner registreras
Dödsdatum
Dödsorsak
Detta är tyvärr en viktig information som kan vara svår att få tag i.

6. Frågor och svar

Här kommer vanliga och ovanliga frågor och svar samlas successivt.

7. Speciella anvisningar för OC-monitorer

Dessa anvisningar är som stöd för monitorerna vid OC som tar hand om anmälningarna från inrapportörerna och godkänner vad som skall uppdatera kvalitetsregistret.

För blankett 1 – Anmälan, 3 – Avslutad primärbehandling och 5 – Uppföljning, kan endast en version per diagnos sparas i registret. Inkommer flera versioner av dessa blanketter som rör samma diagnos är det monitors uppgift att välja vilka uppgifter som skall föras in i registret. Det kan således finnas flera versioner av t.ex. 1 – Anmälan vilket genererar flera originalhandlingar men registerposten innehåller en sammanfattning av dessa originalhandlingar som bestämts av monitor. Uppstår oklarheter eller frågor om vad som skall väljas ingå i registerposten får kompletterande information efterhöras från inrapportörerna eller avstämning göras mot regionalt ansvarig läkare för registret. När det gäller uppföljningsuppgifterna i registret så skall de uppdateras med senast inkommen uppföljningsblankett.

Blankett 2 – Kirurgisk behandling och 4 – Avslutad icke-kirurgisk recidivbehandling, tillåts finnas i flera versioner i registret men skall då innehålla behandlingsuppgifter från olika tillfällen.

7.1 Hur monitor kopplar inkomna blanketter

Den första blanketten som godkänns och kopplas mot cancerregisterposten måste vara 1 – Anmälan, 3 – Avslutad primärbehandling eller 5 – Uppföljning. Vanligtvis skall först inkommen blankett vara 1 – Anmälan. Inkommer blankett 3 eller 5 först så kan de kopplas och göras klara men samtidigt skall man skicka ut en påminnelse av blankett 1.

Efter att första blanketten har kopplats och gjorts klar så har också "huvudregisterposten" skapats. Den har plats för uppgifterna från blanketterna 1, 3 och 5. När någon av dessa blanketter därefter inkommer kopplar monitor dem mot denna huvudregisterpost. När sedan blankett 2 eller 4 inkommer kopplar monitor också dem mot huvudregisterposten och när monitor väljer åtgärden "klar" så skapas en underliggande registerpost till huvudregisterposten. För varje ny blankett 2 eller 4 som kopplas till huvudregisterposten så skapas det en ny "underregisterpost". Om en inkommen blankett 2 eller 4 skall ersätta/komplettera en tidigare inrapporterad blankett 2 eller 4 så skall koppling göras till motsvarande underregisterpost. I det läget skall man också jämföra inkommen blankett mot befintlig underregisterpost och man skall markera de variabler som skall uppdateras i underregisterposten.

Bilden nedan visar en patientöversikt där det har rapporterats in alla 5 blanketterna för en patient och där det framgår att blankett 1, 3 och 5 hamnat i huvudregisterposten och att det är två underregisterposter för blankett 2 respektive blankett 4.

OBS! Bortse från att detta är en kvinnlig testpatient med ett manligt namn och att det är en bröstcancer i cancerregistret som ovarialcancer är kopplad till.

Dölj (Ö)versikt

Ny (P)atient

(N)ytt Formulär

(R)egisterlista

- [-] [📄] 15530718-2187 SCROLLBAR EVERT ROLF
- [-] [📁] Personuppgifter
- [-] [📁] 2001-12-18;1709;;9;81203
 - [-] [📁] Tumöruppgifter i det regionala cancerregistret
 - [-] [📄] Ovarial Anmälan-Primärbehandling-Uppföljning - Regist
 - [-] [📁] Originalhandlingar Formulär:Ovarial - Anmälan
 - [-] [📁] Originalhandlingar Formulär:Ovarial - Avslutad primä
 - [-] [📁] Originalhandlingar Formulär:Ovarial - Uppföljning
 - [-] [📄] Ovarial Icke-kirurgisk recidivbehandling - Registerpo
 - [-] [📁] Originalhandlingar Formulär:Ovarial - Icke-kirurg
 - [-] [📄] Ovarial Kirurgisk behandling - Registerpost
 - [-] [📁] Originalhandlingar Formulär:Ovarial - Kirurgisk b
- [📁] [Väst]
- [📁] [🔗] Ej kopplade till tumör
- [📁] [🗑️] Makulerade originalhandlingar
- [-] [📁] Pågående ärenden