



Viktigt med Multidisciplinära
TEAMKONFERENSER



”Studien visar att i de undersökta grupperna var MDT-konferens starkt korrelerat till behandling.”

En aktuell avhandling tittar på olika aspekter av multidisciplinära teamkonferenser (MDT) vid rektalcancer. Studien undersöker vilka patienter som diskuteras på preoperativa MDT-möten, samt om dessa påverkar val av behandling. **Fredrik Brännström**, Kirurgcentrum, Norrlands Universitetssjukhus och Institutionen för kirurgisk och perioperativ vetenskap, Umeå universitet presenterar resultaten av sin forskning.

Många framsteg har skett inom behandlingen av kolon- och rektalcancer sedan början av 80 talet. Förbättringar har skett inom strålbehandling, cytostatikabehandling och operationsteknik. Under senare år har även multidisciplinära team (MDT) konferenser införts i rutinsjukvård. Det har hittills inte funnits några bevis för att detta har någon positiv påverkan på valet av behandling och utfallet av denna.

En aktuell avhandling¹ som försvarades den 14 november 2014 tog bland annat upp frågan om vilka patienter som diskuteras på preoperativa MDT vid rektalcancer, samt om dessa diskussioner påverkar den behandling som patienterna får.

Rektalcancer är ett område där introduktionen av MD-konferenser har skett parallellt med förfinad kirurgisk teknik, förbättrade diagnostiska möjligheter och förändrade principer för onkologisk behandling. Dessa förändringar har lett till förbättrad totalöverlevnad, sjukdomsfri överlevnad och färre återfall. Endast ett fåtal studier har undersökt preoperativa MDT-konferenser vid rektalkirurgi. Det finns data som talar för att det som beslutats vid MDT-konferenser också styr i de kliniska beslut som fattas².

BAKGRUND TILL STUDIEN

Patienter som diskuterats vid preoperativa MDT-konferenser där man haft tillgång till MR-diagnostik, har en lägre risk för positiv cirkumferent resektionsmarginal (CRM+)³. Patien-

••• kolorektalcancer

ter som diskuterats vid preoperativa MDT-konferenser har också en högre sannolikhet att erhålla neo-adjuvant terapi vid lokalt avancerad rektalcancer. De kan även, vid förekomst av levermetastaser, bli aktuella för levermetastaskirurgi^{4,5}. MDT-konferenser leder också till att en högre andel patienter inkluderas i kliniska studier⁶. Det finns indikationer på att MDT-konferenser kan förbättra prognosen vid gynekologisk cancer, huvud- och halscancer samt lungcancer⁷⁻⁹.

Både vård- och patientrelaterade faktorer har föreslagits som orsaker vilka påverkar chansen för en patient att bli diskuterad vid en preoperativ MDT-konferens. Även om det inte är en lagbunden skyldighet så påbjuder de nationella riktlinjerna i Sverige, i enlighet med allt fler nationella riktlinjer, att alla patienter med rektalcancer skall diskuteras vid en preoperativ MDT-konferens.

MDT-konferenser har en del uppenbara fördelar men är också mycket resurskrävande. Det är därför viktigt att vetenskapligt utvärdera konferensernas betydelse för behandlingsbeslut och utfall av den givna behandlingen.

”Sjukhusets storlek och patientens ålder är två avgörande faktorer som påverkar chansen för en patient att bli diskuterad på ett MDT-möte.”

AVHANDLINGEN

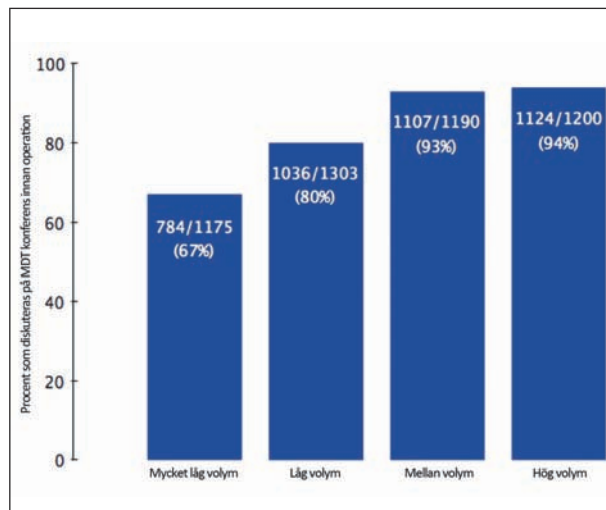
Arbetet i den aktuella avhandlingen baserar sig på data från det Svenska Kolorektalcancer Registret (SCRCR). Syftet var att studera vilka riskfaktorer som har betydelse för om en patient diskuteras vid en preoperativ MDT-konferens eller inte, samt om MDT-diskussionen påverkar vilken behandling patienten får⁰.

SCRCR startade 1995 och har nu över 99% täckning (vid jämförelse med cancerregistret). Data kring MDT har inkluderats i registret sedan 1997. Patienter från 1997 till 2010 inkluderades därför i det aktuella arbetet. Patienter med metastaserad sjukdom, som opererats akut eller där data om MDT saknades exkluderades.

SJUKHUSETS STORLEK OCH PATIENTENS ÅLDER VAR TVÅ AVGÖRANDE FAKTORER

Ett explorativt upplägg användes kring frågeställningen om vilka riskfaktorer som har betydelse för om en patient diskuteras vid en preoperativ MDT konferens. Faktorer som undersöktes var sjukhusets behandlingsvolym av rektalcancer, ASA, ålder, kön och tumörstadium. Uni- och multivariat logistisk regression utfördes.

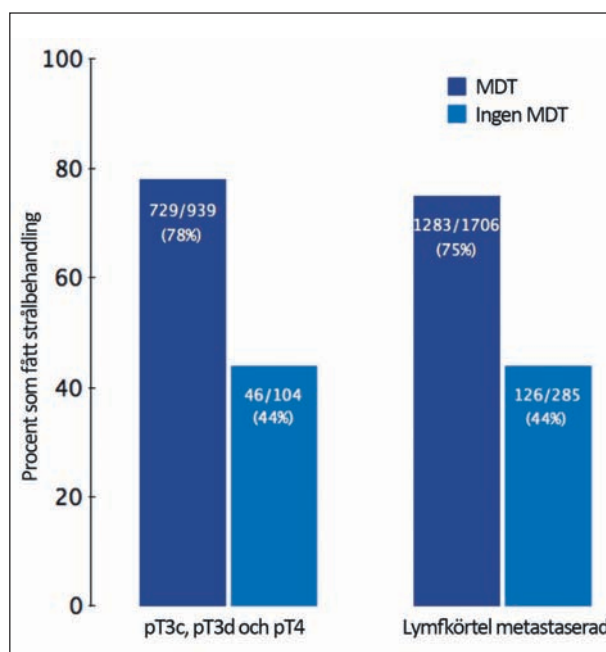
Av alla patienter med rektalcancer blev endast 78% diskuterade vid ett preoperativt MDT-möte. Den faktor som hade störst betydelse för om en patient blev diskuterad var sjukhu-



Figur 1. Andel rektalcancerpatienter som diskuteras vid ett preoperativt MDT-möte, är beroende av sjukhusets behandlingsvolym (bild tagen från referens 10).

sets behandlingsvolym. För de med mycket låg volym (färre än 29 patienter/år) var OR 0.15 (0.12-0.19). Hos de med låg volym (29-41 patienter/år) var OR 0.29 (0.22-0.38), jämfört med de med intermediär volym (Figur 1).

Även patientens ålder var diskriminerande. De som tillhörde den äldsta ålderskvartilen (de över 79 år) hade ett OR 0.45 (0.37-0.53). Även om äldre kan ha co-morbiditet som begränsar behandlingsmöjligheterna, finns det inga data som talar för att denna grupp skulle vara mindre betjänta av att diskuteras vid MDT. Särskilt inte nu, som det har kommit allt fler behandlingsalternativ med begränsade kirurgiska och radiologiska biverkningar.



Figur 2. Andel rektalcancerpatienter som fått preoperativ strålning, är beroende av om de diskuteras på ett preoperativt MDT möte eller inte (bild tagen från referens 10).

”Patienter som diskuterats vid preoperativa MDT-konferenser har en högre sannolikhet att erbjuda neo-adjuvant terapi.”

MDT-KONFERENSER PÅVERKAR VAL AV BEHANDLING

Två grupper av patienter togs ut för att besvara frågeställningen om MDT-diskussionen påverkar valet av behandling. Båda grupperna borde, utifrån PAD, ha fått preoperativ strålning enligt det då gällande nationella vårdprogrammet. Dessa var dels de med T3c-T4 tumörer och dels de med lymfkörtelpositiva tumörer. Endast de som genomgått resektionskirurgi (främre resektion (AR), abdominoperineal excision (APE) och Hartmanns operation (HA) var med i dessa analyser. Syftet med att utgå från stadium baserat på PAD var att få med både hur MDT påverkade att stadium var korrekt och att korrekt beslut (enligt vårdprogrammet) togs utifrån detta stadium. Odds att preoperativ strålning givits jämfördes mellan de som diskuterats vid ett preoperativt MDT och de som inte diskuterats med uni- och multivariat logistisk regression. För båda de undersökta grupperna var MDT-konferens starkt korrelerat till behandling. För de med T3c-T4 tumörer var OR 5.06 (3.08-8.34) och för de med lymfkörtelpositiva tumörer var OR 3.55 (2.60-4.85) även när man kompenserat för sjukhusvolym, ASA, ålder och operationstyp (Figur 2).

Preoperativa MDT-diskussioner är associerat till högre följsamhet till nationella riktlinjer och sjukhus med små behandlingsvolym diskuterar en lägre andel patienter i MDT. Det är därför av vikt att sjukhus med små behandlingsvolym får bättre möjligheter till MDT-diskussioner, till exempel genom att ha dessa möten via videokonferensteknik tillsammans med större enheter. Ytterligare studier krävs för att ta reda på vilken eller vilka faktorer vid MDT-konferensen som ökar följsamheten till de nationella riktlinjerna samt om detta leder till bättre prognos för patienterna.

REFERENSER

1. Brännström F. 2014. The impact of structural factors in colon and rectal cancer surgery. Diss., Umeå Universitet.
2. Wood JJ Metcalfe C, Paes A, Sylvester P, Durdey P, Thomas MG, Blazeby JM. An evaluation of treatment decisions at a colorectal cancer multi-disciplinary team. *Colorectal Dis* 2008;10:769-772.
3. Burton S, Brown G, Daniels IR, Norman AR, Mason B, Cunningham D. MRI directed multidisciplinary team preoperative treatment strategy: the way to eliminate postoperative circumferential margins? *Br J Cancer* 2006;94:351-57.
4. Palmer G, Martling A, Cedermark B, Holm T. Preoperative tumour staging with multidisciplinary team assessment improves the outcome in locally advanced primary rectal cancer. *Colorectal Dis* 2011;13:1361-1369.
5. Segelman J, Singnomklao T, Hellborg, Martling A. Differences in multidisciplinary team assessment and treatment between patients with stage IV colon and rectal cancer. *Colorectal Dis* 2009;11:768-774.
6. Bouvier A, Bauvin E, Danzon A, Grosclaude P, Delafosse P, Buemi A, et al. Place of multidisciplinary meetings and clinical trials in the management of colorectal cancer in France in 2000. *Gastroenterol Clin Biol* 2007;31:286-291.
7. Junor EJ, Hole DJ, Gillis CR. Management of ovarian cancer: referral to a multidisciplinary team matters. *Br J Cancer* 1994;70:363-370. *Br J Cancer* 2011;104:1246-48.
8. Friedland PL, Bozic B, Dewar J, Kuan R, Meyer C, Phillips M. Impact of multidisciplinary team management in head and neck cancer. *Br J Cancer* 2011;104:1246-1248
9. Forrest LM, McMillan DC, McArdel CS, Dunlop DJ. An evaluation of the impact of a multidisciplinary team, in a single centre, on treatment and survival in patients with inoperable non-small-cell lung cancer. *Br J Cancer* 2005;93:977-978.
10. Brännström F, Bjerregaard J, Winblad A, Nilbert Mef, Revhaug A, Wagenius G, Mörner M. Multidisciplinary Team Conferences Promote Treatment According to Guidelines in Rectal Cancer. *Acta Oncologica*. 2014 Oct 7:1-7. [Epub ahead of print]

FREDRIK BRÄNNSTRÖM, KIRURGCENTRUM, NORRLANDS UNIVERSITETSSJUKHUS OCH INSTITUTIONEN FÖR KIRURGISK OCH PERIOPERATIV VETENSKAP, UMEÅ UNIVERSITET, FREDRIK.BRANNSTROM@UMU.SE

