

Regional medicinsk riktlinje

Levercellscancer (HCC)- Regional tillämpning av Nationellt vårdprogram

Innehållsförteckning

Syfte.....	2
Huvudbudskap.....	2
Vårdnivå och samverkan	3
Bakgrund.....	5
Processmål	5
Förändringar sedan föregående version	6
Utredning.....	6
Behandling	7
Komplikationer	7
Klinisk uppföljning	8
Remissrutiner	8
Kvalitetsuppföljning	10
Patientmedverkan och kommunikation.....	10
Referenser	11

Syfte

Att tydliggöra ansvarsfördelning och flöden för patienter med risk för misstänkt och fastställd levercellscancer i regionen och därmed göra vården mer jämställd och effektiv.

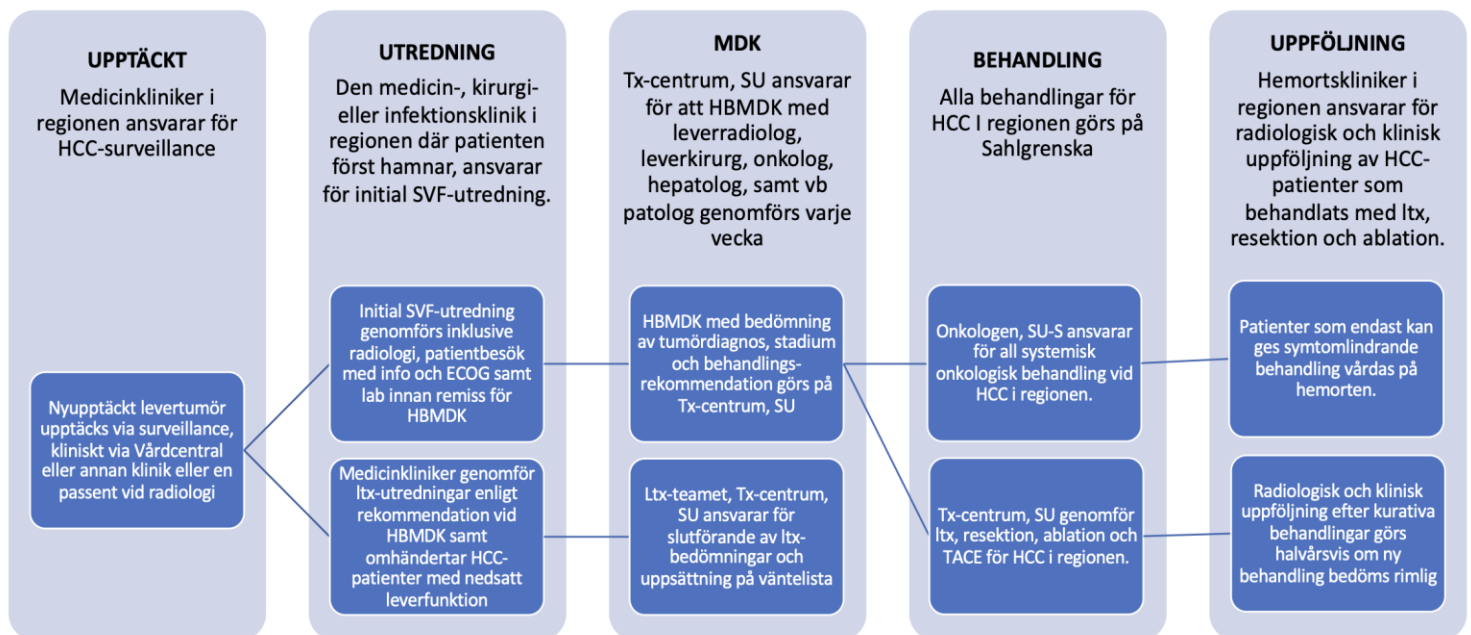
Huvudbudskap

- Övervakning (surveillance) av riskgrupper med ultraljudsundersökningar var 6:e månad ökar möjligheten att kunna ge effektiv behandling. Effektiv surveillance-verksamheten kräver både bra ultraljudsorganisation och en strategi för att identifiera målgruppen, som måste vara i skick för tänkbara behandlingar. Många patienter i denna målgrupp, med stabil leverfunktion har inget annat vårdbehov, varför de är svåra att identifiera/inkludera.
- Vilken behandling man väljer beror på tumörfaktorer, leverfunktion samt patientens funktionsstatus och övriga sjukdomar, varför adekvat information om alla dessa delar är viktig vid remittering inför behandlingsbeslut.
- Standardiserad radiologisk och klinisk utredning (SVF) genomförs på alla akutsjukhus i regionen, och följs av en centraliserad regional multidisciplinär behandlingskonferens (HBMDK, Transplantationscentrum Sahlgrenska) med ställningstaganden till både kurativt syftande och tumörbromsande behandlingar med transplantation, resektion, ablation respektive transarteriella eller systemiska behandlingar.
- Ablationer har ökat kraftigt samtidigt som tekniken blivit bättre på flera sätt. Ablation är nu första hands-rekommendation vid små HCC <3cm.
- För transplantation vid HCC har nu nya selektionskriterier införts. Metroticket 2.0 inkluderar tumörmarkören AFP och tillåter fler små tumörer samt down-staging.

- Nya tumörer är vanligt vid HCC och då många patienter kan genomgå upprepade behandlingar, är radiologisk uppföljning viktig för långtidsöverlevnaden. Vid återkommande HCC rekommenderas att transplantationsalternativet övervägs.
- Inom systemisk behandling finns nu flera nya läkemedel och kombinationer. Dessa behandlingar är i VGR centraliserade till Sahlgrenska.
- Kontaktsjuksköterska ska erbjudas alla HCC-patienter i regionen.

Vårdnivå och samverkan

SVF levercancer – processen i VGR och Halland



Välgrundad misstanke om levercancer ska leda till bedömning vid regional hepatobiliär konferens (HBMDK)

Medicin-, kirurgi- och infektionskliniker i regionen har ansvar för att standardiserad utredning genomförs skyndsamt, i regel på den klinik där patienten först identifieras.

Transplantationscentrum, Sahlgrenska ansvarar för att patienter som remitterats med misstänkt primär levercancer diskuteras vid hepatobiliär multidisciplinär konferens (HBMDK), som hålls varje vecka och kommer med bedömning avseende diagnos och rekommendationer kring ev kompletterande utredning samt behandlingsalternativ.

Transplantationscentrum, Sahlgrenska ansvarar för behandling av HCC i regionen med transplantation, resektion, ablation och kemoembolisering.

Onkologen, Sahlgrenska ansvarar för all behandling med systemisk onkologisk behandling för HCC i VGR.

Medicinkliniker i regionen ansvarar för att bedöma och genomföra levertransplantationsutredningar när detta rekommenderats vid HBMDK.

Medicinkliniker i regionen ansvarar för bedömning och optimering av patienter med nedsatt leverfunktion oavsett tumörstadium.

Varje sjukhus i regionen ansvarar för vård av HCC-patienter som endast kan ges symtomlindrande behandling.

Leverkirurgen, SU ansvarar för den första radiologiska kontrollen efter behandling (efter 3–6 mån) och återremitterar därefter patienten till hemsjukhuset, som därefter ansvarar för radiologisk och klinisk långtidsuppföljning av HCC efter transplantation, resektion och ablation. Patienter med cirros sköts av medicinkliniker och fortsätter enligt surveillance-principer, så länge ny behandling bedöms tänkbar.

Medicinkliniker i regionen ansvarar för att organisera och utföra HCC-surveillance på målgrupper i regionen.

Bakgrund

Levercellscancer (HCC) diagnosticerades hos cirka 100 personer årligen i västra sjukvårdsregionen (Västra Götalandsregionen samt norra Halland) under åren 2019–2023 (riket ca 500/år). Bortfall finns ibland vid radiologiskt påvisad HCC, särskilt vid inkomplett utredning pga avancerat sjukdomsstadium.

Underliggande leversjukdom förekom hos ca 70% av fallen, varför många är kända inom gastroenterologi- och/eller infektionsvård. I västra sjukvårdsregionen ökade andelen surveillance-upptäckt HCC, från 20% 2014–2018 till 28% 2019–2023, medan andelen av dem som kunde behandlas kurativt sjönk från 68% 2014–2018 till 59% 2019–2023.

I västra sjukvårdsregionen behandlades 38% av alla HCC-patienterna kurativt 2019–2023 (riket 42%), medan 42% av HCC-patienterna endast fick symtomlindrande behandling (riket 32%).

Femårsöverlevnaden för hela HCC-kohorten i riket har ökat från 17% (2009–2013) till ca 24% (diagnosår 2016–2020). För patienter som diagnosticerats via surveillance var den drygt 49% (diagnosår 2016–2020).

Processmål

- >95% täckningsgrad i SweLiv jämfört med cancerregistret, vilket kräver att ALLA patienter med HCC remitteras till Sahlgrenska om man inte registrerar själv
- >70% av surveillance-upptäckt HCC ska kunna behandlas kurativt, vilket ställer krav på både radiologisk kvalitet och att rätt patientgrupp identifieras.
- Ettårsöverlevnad efter diagnosdatum > 50% för aktivt palliativt behandlade patienter.
- Femårsöverlevnad efter ingrepp >40% för alla som genomgår kurativt syftande ablation, resektion eller transplantation.

- Femårsöverlevnad efter diagnosdatum för hela HCC-kohorten >25%.

Förändringar sedan föregående version

- Ablation är förstahandsbehandling vid HCC ≤ 3 cm och bevarad leverfunktion
- Nya selektionskriterier för transplantation; Metroticket 2.0, som inkluderar tumörmarkören AFP, tillåter fler små tumörer samt down-staging.
- Vid recidiv rekommenderas att transplantationsalternativet övervägs.
- Inom systemisk behandling har flera nya läkemedel och kombinationer tillkommit.
- Förtydligande kring uppföljningsansvar

Utredning

[SVF-lever-förloppet hittas på cancercentrum.se](https://www.cancercentrum.se) och inkluderar

- läkarbedömning med värdering av patientens allmäntillstånd (ECOG/WHO), samsjuklighet och leverfunktion (cirrosförekomst, portahypertension, Child-Pugh).
- Blodprovstagning (Hb, LPK, TPK, ASAT, ALAT, Bilirubin, Albumin, PK, Krea, AFP, Ca19-9, CEA)
- radiologisk utredning ska kunna ske vid regionens samtliga sjukhus (CT lever, 4-fas samt om ingrepp är tänkbart CT thorax och MR lever)
- administrativt startas SVF-förlopp och remiss märks SVF lever

HCC är den vanligaste primära maligniteten i levern, men radiologisk bild kan ibland likna tex intrahepatisk gallgångscancer, vilket är viktigt

att komma ihåg under utredningsfasen för att undvika
inkorrekt/förhastad diagnos.

Så snart undersökningsdatum för SVF-utredningen är fastställda,
remitteras patienten till Levertumör-teamet,
Transplantationscentrum, Sahlgrenska för bedömning vid
Hepatobiliär multidisciplinär tumörkonferens (HBMDK). HBMDK
hålls varje torsdag kl 1445 på kirurgens konferensrum, på
Elevhemmet, Sahlgrenska samt via videolänk som skickas ut till alla
remittenter.

Transplantationscentrum ansvarar för att organisera HBMDK så att
nödvändiga kompetenser finns representerade, att patientanmälan
görs till radiologen så att bildunderlag finns tillgängligt samt att
patientlistor finns tillgängliga så att HBMDK-deltagarna kan förbereda
sig.

Kliniker från remitterande klinik bör delta för att bidra med personlig
patientkännedom i behandlingsdiskussionen samt för att kunna
återkoppla till patienten och vid behov bidra till kompletterande
utredning.

Om aktiv tumörbehandling planeras handläggs patienten efter
HBMDK via Transplantationscentrum.

Behandling

[Se kapitel 11 Primär behandling inklusive pre- och postoperativ
behandling i NVP.](#)

För översikt över behandlingsprinciper i Sverige, se [figur 4 i avsnitt
8.4.3.3 Svensk behandlingsalgoritm, i NVP Levercellscancer.](#)

Komplikationer

[Se kapitel 11 Primär behandling inklusive pre- och postoperativ
behandling i NVP](#)

Klinisk uppföljning

- Förutsatt att ytterligare behandling av ev tumöråterfall bedöms genomförbar utifrån patientens allmäntillstånd, bör ingrepp följas upp radiologiskt.
- Leverkirurgen, SU ansvarar för första radiologiska kontrollen (3-6mån) efter ablation och resektion.
- Respektive kliniker i regionen ansvarar för fortsatt radiologisk uppföljning efter första kontrollen efter ablation och resektion för HCC, vilket rekommenderas var 6e månad under 5 år, eller tillsvidare om kriterier för HCC-övervakning (surveillance) uppfylls.
- På grund av relativt sett ökad risk för extrahepatiska tumöråterfall efter Ltx, rekommenderas CT thorax och flerfas CT buk var 6e månad i 3 år, därefter år 4 och 5 efter LTx, vilket ombesörjs av behandlande medicinklinik.

Se [tabell 10, avsnitt 17.5 Förslag till uppföljningsschema efter HCC-behandling, i NVP Levercellscancer](#)

Remissrutiner

Konsultläkare leverkirurgi: 031-342 69 95 ring vid medicinska frågor

Vårdförloppscoordinator: 031-342 66 36 ring för att komplettera tidigare remiss

Medicinsk sekreterare: 031-342 66 38 alt 343 99 84 vid administrativa/MDK-frågor

Fax Leverteamet Sahlgrenska: 031-41 97 11

OBS! För transplantationsutredning, se [Levertransplantation på intranätet](#).

Remissinformation

(OBS! Punkterna nedan är obligatoriska för att HBMDK-beslut ska kunna tas! Sammanfatta och undvik flersidiga remisser!) Ring vid frågor!!

- Socialt och ev. språkhinder
- Samsjuklighet (negeras vb) inkl alkohol- och droganamnes
- Allmäntillstånd enligt ECOG/WHO
- Aktuell sjukdom: (ev symtom, upptäckt via surveillance? en passant)
- Känd leversjukdom och funktion; Cirros? Ascites? Encefalopati? Varicer/portal hypertension?
- Labprover (PK, albumin, bilirubin, Krea, TPK, AFP, Ca19-9, CEA + ev avvikelser)
- Bilddiagnostik inklusive bokad/genomfört datum
 - flerfas-DT och/eller MR samt CT thorax
- ev PAD-kopia

Administrativt

Datum, inremitterande sjukhus, klinik:

Namn på inremitterande läkare och telefonnummer:

Patientnamn och Personnummer samt kontaktuppgifter inklusive mobilnummer.

För HBMDK-anmälan

Märk remissen ”HBMDK-anmälan”. Patienten kan då planeras för HBMDK utan fördröjning (genomförda undersökningar samt datum måste framgå).

Om lokalt beslut fattats om att endast best supportive care är rimligt, ska registrering i SweLiv och därmed cancerregistret ändå göras - gärna via remiss till Leverteamet, SU med tydlig

info om att behandlingsbeslut redan fattats samt adekvat info för registrering och **canceranmälan**.

Kvalitetsuppföljning

Alla patienter med HCC skall registreras i SweLiv, vilket då innebär automatisk överföring till Cancerregistret. Respektive sjukhus i regionen ansvarar för att patienter med primär malignitet i levern canceranmäls via SweLiv, antingen genom egen SweLiv-anmälan eller via remiss till Levertumörteamet på Transplantationscentrum.

SweLiv innehåller information om tumörkaraktäristika, patientfaktorer och behandlingar och ger möjlighet till fortlöpande kvalitetsuppföljning:

1. Interaktiv rapport från [SweLiv på INCA](#)
2. Nedladdningsbar [årsrapport från SweLiv hittas på cancercentrum.se](#)

Patientmedverkan och kommunikation

Patientinformation

På SU får HCC-patienter en skriftligt Individuell vårdplan i samband med nybesök. Arbete med nationell ”Min Vårdplan” för HCC pågår.

PALEMA patientförening är den första och hittills enda svenska cancerförening för patienter i övre gastro.

[Kontaktuppgifter till PALEMA: Palema.org](#)

E-post: info@palema.org

Se [Regional medicinsk riktlinje - Remiss inom hälso- och sjukvård](#).

Referenser

[Nationella vårdprogrammet för Levercellscancer](#)

[Nationella vårdprogrammet för gallblåse- och gallvägscancer](#)

[Nationella vårdprogrammet för palliativ vård](#)

[Nationella vårdprogrammet för levercirros](#)

[Nationella vårdprogrammet för levertransplantation](#)

[Nationella vårdprogrammet för Cancerrehabilitering](#)

Innehållsansvarig

Regional Processledare Malin Sternby Eilard, Leverkirurgen, transplantationscentrum, Sahlgrenska Universitetssjukhus, tillsammans med representanter från den regionala processgruppen för levercellscancer och Regionalt cancercentrum Väst.

Information om handlingen

Handlingstyp: Regional medicinsk riktlinje, RMR

Gäller för: Västra Götalandsregionen

Innehållsansvar: Malin Sternby Eilard, (malst2), Överläkare

Granskad av: Malin Sternby Eilard, (malst2), Överläkare

Godkänd av: Karin Looström Muth, (karlo2), Direktör

Dokument-ID: SSN11800-2140136717-935

Version: 1.0

Giltig från: 2026-03-23

Giltig till: 2028-03-23