

Conventie Complexe Chirurgie van de Pancreas: Globaal eerste jaarrapport

OVEREENKOMST: CONCENTRATIE COMPLEXE PANCREASCHIRURGIE IN 15 ERKENDE CENTRA

Op 1 juli 2019 startte het RIZIV een driejarige overeenkomst met 15 gespecialiseerde centra voor complexe heelkundige ingrepen aan de pancreas en peri-ampullaire regio. Deze centra liggen verspreid over België, met 2 centra in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest, 9 in het Vlaams Gewest, en 4 in het Waals Gewest (zie Tabel 1). Het uitgangspunt van deze overeenkomst is het voorzien van een kwaliteitsvolle en performante zorg.

Wetenschappelijke literatuur toont aan dat gespecialiseerde zorg, in het bijzonder complexe heelkundige ingrepen, enkel op een kwaliteitsvolle wijze kan aangeboden worden in een aangepaste omgeving waar voldoende klinische en wetenschappelijke expertise aanwezig is die continu wordt toegepast en verbeterd. Cijfers van het Kankerregister met betrekking tot de sterfte van patiënten met (peri-)pancreaskanker 90 dagen na chirurgie ondersteunden deze statements. Terwijl het nationaal sterftecijfer 7,8% bedroeg, was dit 5,6% in de verplegingsinrichtingen die minstens 20 ingrepen per jaar uitvoerden (periode 2008-2015). Daarom werden de complexe chirurgische ingrepen voor benigne, premaligne en maligne aandoeningen van de pancreas en peri-ampullaire regio geconcentreerd in een beperkt aantal centra.

Tabel 1: Centra voor complexe pancreaschirurgie.

Centrum voor complexe pancreaschirurgie	Samenwerking met: (periode 1/07/2019 - 31/12/2019)
Brussels Hoofdstedelijk Gewest	
CU Saint-Luc	
Hôpital Erasme	
Vlaams Gewest	
AZ Sint-Jan Brugge-Oostende	AZ Delta
AZ Groeninge Kortrijk	
UZ Gent	AZ Sint-Lucas
ASZ Aalst	
UZA	AZ Klina
Imeldaziekenhuis	HHZH Lier
GZA Ziekenhuizen	ZNA
UZ Leuven	
Jessa Ziekenhuis	Ziekenhuis Oost-Limburg; Mariaziekenhuis Noord-Limburg
Waals Gewest	
CH Jolimont	Grand Hôpital de Charleroi; CHwapi
CHU UCL Namur Godinne	Clinique St-Luc Bouge; CHU UCL Namur Ste-Elisabeth
CHU de Liège	
CHC Liège	CHR Verviers; CHU UCL Namur Dinant

De overeenkomst ging gepaard met de introductie van twee groepen van nieuwe verstrekkingen:

- Multidisciplinair consult (MC) voor complexe pancreasaandoeningen, waar wordt beoordeeld of een patiënt al dan niet in aanmerking komt voor een heelkundige behandeling.
- Selectie complexe chirurgische ingrepen voor aandoeningen van de pancreas en peri-ampullaire regio:

- 242830-242841: Pancreaticoduodenectomie
- 242852-242863: Hemipancreatectomie links met jejunale anastomose van het snedevlak van de pancreas, of nagenoeg totale pancreatectomie (95 pct)
- 242874-242885: Hemipancreatectomie links
- 242896-242900: Enucleatie van een pancreastumor

Deze verstrekkingen worden enkel terugbetaald door het RIZIV indien uitgevoerd in een centrum voor complexe chirurgie dat toegetreten is tot de conventie. Gedurende de eerste zes maanden van de overeenkomst werd toegestaan om complexe chirurgische ingrepen nog uit te voeren in een ziekenhuis waarmee een van de 15 centra een samenwerkingsakkoord had afgesloten (zie Tabel 1).

Registratie via het Kankerregister is verplicht voor alle patiënten besproken op een MC, ook indien geen heilkundige behandeling plaatsvindt. Voor geopereerde patiënten omvat de registratie gegevens tot 90 dagen na de chirurgie. Jaarlijks worden een aantal vooraf bepaalde indicatoren berekend op basis van de geregistreerde gegevens en samengevat in centrum-specifieke jaarrapporten. Het voorliggende rapport biedt een beknopte samenvatting van de resultaten na het eerste jaar van de conventie van alle centra tezamen. De publicatie van centrum-specifieke resultaten kan pas gebeuren wanneer de patiëntaantallen per centrum hoog genoeg zijn om een statistische correctie voor eventuele verschillen in de samenstelling van de patiëntgroepen mogelijk te maken. Dergelijke correctie is nodig om centrum-specifieke resultaten met elkaar te kunnen vergelijken.

OVERZICHT VAN DE MULTIDISCIPLINAIR BESPROKEN PATIËNTEN, MET EN ZONDER CHIRURGIE

Gedurende het eerste jaar van deze conventie, de periode van 1 juli 2019 tot 30 juni 2020, werden 1911 patiënten met een aandoening van de pancreas of peri-ampullaire regio besproken op een chirurgisch MC overleg. 43% (N=827) van deze patiënten werd vanuit een ander ziekenhuis doorverwezen naar één van de 15 gespecialiseerde centra.

Van het totaal aantal besproken patiënten ondergingen er 774 een chirurgische ingreep in een gespecialiseerd of samenwerkend centrum, waarvan 76% (N=589) voor een maligne indicatie (zie Tabel 2). Voor 1137 patiënten besliste men op het MC dat chirurgie geen deel zou uitmaken van de behandelingsstrategie, 63% (N=719) hiervan betrof maligne pathologie.

Tabel 2: Aantal patiënten besproken op een MC, per type chirurgie en indicatie.

Patiëntengroep	N	%
<i>N patiënten besproken op een MC</i>	1911	-
<i>N patiënten met chirurgie</i>	774	41^a
Maligne tumor	589	76 ^b
Benigne tumor	125	16 ^b
Niet-tumoraal	60	8 ^b
<i>N patiënten zonder chirurgie</i>	1137	59^a
Maligne tumor	719	63 ^b
Benigne tumor	260	23 ^b
Niet-tumoraal	158	14 ^b

^a percentage relatief tot het totaal aantal patiënten besproken op een MC

^b percentage relatief tot het aantal patiënten met of zonder chirurgie

KARAKTERISTIEKEN VAN DE PATIËNTEN MET EEN MALIGNE TUMOR

De grootste groep van besproken patiënten zijn deze met een maligne tumor (N=1308). Op basis van vergelijking met de jaarlijkse incidentie van maligne tumoren van de (peri-)pancreas (2018, N=2583 invasief + *in situ*), kan men afleiden dat de referentiecentra ongeveer 50% van het totaal aantal nieuwe patiënten met (peri-)pancreaskanker in het eerste conventiejaar hebben besproken op een chirurgisch MC overleg.

Tabel 3 geeft een overzicht van de algemene kenmerken voor de totale besproken populatie evenals voor de patiënten die complexe chirurgie ondergingen.

De geopereerde patiënten waren in 54% mannen en nagenoeg driekwart was 60 jaar of ouder op het moment van bespreking op het MC (74%). In 97% van de gevallen betrof het te behandelen letsel in de (peri-)pancreas een primaire tumor (N=572), in 2% een herval van een tumor en in 0,8% een metastase van een elders gelegen primaire tumor. De meerderheid van de tumoren waren adenocarcinomen (83%), gevolgd door neuroendocriene tumoren (11%). Bijna de helft van de

Tabel 3: Beschrijving van enkele patiënt- en tumorkarakteristieken voor alle patiënten besproken op een MC (met en zonder chirurgie) in vergelijking met enkel de patiënten die een chirurgische ingreep ondergingen in het eerste jaar van de overeenkomst.

Karakteristiek	Alle patiënten besproken op een MC		Patiënten met chirurgie	
	N	%	N	%
Totaal	1308	100	589	100
Geslacht				
Mannelijk	699	53	319	54
Vrouwelijk	609	47	270	46
Leeftijd bij MC				
Ontbrekend	3	0,2	0	0
<=49	89	7	54	9
50-59	186	14	97	17
60-69	401	31	194	33
70+	629	48	244	41
Te behandelen letsel (in (peri-)pancreas)				
Primaire tumor	1271	97	572	97
Herval van primaire tumor	25	2	12	2
Metastase	12	1	5	1
Morfologie				
Adenocarcinoom	1041	79	491	83
Neuroendocriene tumor	127	10	64	11
Andere of niet-gespecificeerd	140	11	34	6
Primaire tumorlokalisatie				
C17.0 Duodenum	53	4	36	6
C24.0 Extrahepatische galwegen	62	5	40	7
C24.1 (Peri-) ampullaire regio	61	5	49	8
C25.0 Pancreaskop	600	46	293	50
C25.1 Pancreaslichaam	142	11	32	6
C25.2 Pancreasstaart	174	13	73	12
C25.3 Ductus pancreaticus	5	0,4	5	1
C25.7-9 Andere niet-gespecificeerde pancreasdelen	163	12	41	7
Andere	48	4	20	3

Klinisch stadium				
0	10	1	9	1
I	359	27	264	45
II	226	17	134	23
III	172	13	58	10
IV	345	26	11	2
X	150	12	88	15
TNM niet toepasbaar of herval	46	4	25	4

geopereerde letsels ging uit van de pancreaskop (50%) gevolgd door letsels van de pancreasstaart (12%). Voornamelijk de tumoren in een minder ver gevorderd stadium bij diagnose werden geopereerd: 45% van de geopereerde populatie betrof klinisch stadium I, 23% stadium II en 10% stadium III. In ongeveer één vierde van alle patiënten die besproken werden op een MC, ging het over een klinisch stadium IV.

DALING VAN DE POSTOPERATIEVE MORTALITEIT IN EERSTE CONVENTIEJAAR

Het ultieme doel van deze conventie is om de algehele kwaliteit van de geleverde zorg (keuze behandelingsstrategie, postoperatieve zorgen, ...) te verbeteren. Hierbij is de sterftekans na het ondergaan van een chirurgische ingreep een belangrijke indicator om op te volgen. Gedurende dit eerste conventiejaar stierven er van de patiënten met een nieuw gediagnosticeerde (peri-)pancreastumor die geopereerd werden (N=572), 15 patiënten binnen de 30 dagen en 30 patiënten binnen de 90 dagen na het ondergaan van de complexe chirurgische ingreep. Deze absolute aantallen komen overeen met een geobserveerde postoperatieve mortaliteit van 2,6% op 30 dagen, en 5,2% op 90 dagen.

De analyses van het Kankerregister die werden uitgevoerd ter voorbereiding van de conventie (periode 2008-2016) stelden een geobserveerde postoperatieve mortaliteit op 30 en 90 dagen vast voor patiënten met nieuwe (peri-)pancreaskankerdiagnoses van respectievelijk 4,3% en 7,9%.¹ Hieruit blijkt dat de centralisatie in het eerste conventiejaar alvast een significante daling van de geobserveerde 90-dagen postoperatieve mortaliteit heeft ingezet (verschil = -2,6 pp; p = 0,023; 95% CI = [-4,4;-0,4] pp).

Van de 125 patiënten die geopereerd werden voor een benigne tumor van de (peri-)pancreas stierf er niemand gedurende het eerste conventiejaar binnen de 30 of 90 dagen na de operatie. 60 patiënten werden geopereerd voor een niet-tumorale aandoening van de pancreas of peri-ampullaire regio: 1 overlijden werd geobserveerd binnen 30 dagen en 3 overlijdens binnen 90 dagen na de ingreep, overeenstemmend met een geobserveerde postoperatieve mortaliteit van respectievelijk 1,7% en 5%. Voor deze benigne tumorale of niet-tumorale aandoeningen zijn er geen voorgaande cijfers beschikbaar om mee te vergelijken.

EFFECT COVID-19 OP GESPECIALISEERDE ZORG VOOR COMPLEXE PANCREASAANDOENINGEN

De eerste golf van COVID-19 trof de ziekenhuizen in ons land aan het einde van het eerste conventiejaar. Als gevolg van de maatregelen werd de zorg van patiënten op meerdere vlakken bemoeilijkt en/of uitgesteld. Zo werd de beschikbaarheid van faciliteiten gereduceerd waardoor diagnoses mogelijk pas in een later stadium werden gesteld. Anderzijds is het ook mogelijk dat de keuze voor behandelingsstrategie hierdoor werd beïnvloed.

Het totaal aantal chirurgieën voor een primaire maligne (peri-)pancreastumor in het eerste conventiejaar (N=572) lag iets lager dan verwacht (N=609). Deze voorspelling is gebaseerd op het stijgend aantal operaties uitgevoerd per jaar voor een primaire maligne (peri-)pancreastumor gedurende de periode 2008-2016 (N=382 in 2008; N=588 in 2016).¹ Tijdens de eerste COVID-19 golf was er in het maandelijks aantal uitgevoerde complexe pancreasoperaties geen grote daling waarneembaar. Desalniettemin kunnen we niet uitsluiten dat individuele centra toch sterk getroffen kunnen zijn in deze periode.

Verdere analyses, onder meer op de data van het tweede conventiejaar, zullen een duidelijker beeld scheppen van de precieze invloed van de COVID-19 pandemie op de diagnose, behandelingsstrategie, chirurgie en (postoperatief) sterfterisico van patiënten met pancreasaandoeningen.

BLIK OP DE TOEKOMST

In het voorjaar van 2022 zullen de cijfers van het tweede conventiejaar beschikbaar zijn. Bij voldoende hoge patiëntaantallen zullen dan zowel voor de conventie in het algemeen als individueel per centrum rapporten opgesteld worden met de vooraf bepaalde proces- en outcome-indicatoren. Outcome-indicatoren zoals mortaliteit en overleving zullen dan ook kunnen gestandaardiseerd worden voor verschillen in de samenstelling van de patiëntenpopulatie (bv. voor geslacht, leeftijd, tumorstadium, etc.), wat een meer representatieve vergelijking zal mogelijk maken. De invloed van de COVID-19 crisis op deze conventie wordt verder opgevolgd.

¹ Postoperative mortality and survival in surgically treated (peri-)pancreatic cancer patients, 2008-2016. Belgian Cancer Registry, Brussels, June 2019, https://www.riziv.fgov.be/SiteCollectionDocuments/convention_complex_pancreas.pdf