

Conventie Complexe Chirurgie van de Slokdarm: Globaal eerste jaarrapport

OVEREENKOMST: CONCENTRATIE COMPLEXE SLOKDARMCHIRURGIE IN 10 ERKENDE CENTRA

Op 1 juli 2019 startte het RIZIV een driejarige overeenkomst met 10 gespecialiseerde centra voor complexe heekkundige ingrepen aan de slokdarm en gastro-oesofagale junctie. Deze centra liggen verspreid over België, met 2 centra in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest, 5 in het Vlaams Gewest, en 3 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 heekkundige 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 slokdarmkankerpatiënten 90 dagen na chirurgie ondersteunden deze statements. Terwijl het nationaal sterftecijfer 9,3% bedroeg, was dit 5,2% in de verplegingsinrichtingen die minstens 20 ingrepen per jaar uitvoerden (periode 2008-2015). Daarom werden de complexe chirurgische ingrepen voor slokdarmtumoren, gastro-oesofagale junctie tumoren en niet-oncologische aandoening van de slokdarm geconcentreerd in een beperkt aantal centra.

Tabel 1: Centra voor complexe slokdarmchirurgie.

Centrum voor complexe slokdarmchirurgie	Samenwerking met: (periode 1/07/2019 - 31/12/2019)
Brussels Hoofdstedelijk Gewest	
CU Saint-Luc	
Hôpital Erasme	
Vlaams Gewest	
AZ Delta	AZ Sint-Jan Brugge-Oostende
UZ Gent	AZ Sint-Lucas
UZA	ZNA
UZ Leuven	
Ziekenhuis Oost-Limburg	Jessa Ziekenhuis
Waals Gewest	
CHwapi	Grand Hôpital de Charleroi
CHU UCL Namur Godinne	Clinique St-Luc Bouge
CHU de Liège	

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

- Multidisciplinair consult (MC) voor complexe slokdarmaandoeningen, waar wordt beoordeeld of een patiënt al dan niet in aanmerking komt voor een heekkundige behandeling.
- Selectie complexe chirurgische ingrepen voor aandoeningen van de slokdarm en gastro-oesofagale junctie:
 - 228270-228281: Thoracale of thoraco-abdominale oesofagectomie of gastro-oesofagectomie in één operatietijd met herstellen van de continuïteit
 - 228292-228303: Subtotale oesofagectomie tot op het niveau van de arcus aortae, met herstellen van de continuïteit

- 228314-228325: Thoracale of thoraco-abdominale oesofagectomie of gastro-oesofagectomie in één operatietijd met herstellen van de continuïteit en uitgebreid klierevidement
- 228336-228340: Subtotale oesofagectomie tot op het niveau van de arcus aortae met herstellen van de continuïteit en uitgebreid klierevidement

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 10 centra een samenwerkingsakkoord had afgesloten (zie Tabel 1).

Registratie via het Kankerregister is verplicht voor alle patiënten besproken op een MC, ook indien geen heelkundige 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 1004 patiënten met een aandoening van de slokdarm of gastro-oesofagale junctie besproken op een chirurgisch MC overleg. 64% (N=644) van deze patiënten werd vanuit een ander ziekenhuis doorverwezen naar één van de 10 gespecialiseerde centra.

Van het totaal aantal besproken patiënten ondergingen er 430 een chirurgische ingreep in een gespecialiseerd of samenwerkend centrum, waarvan 94% (N=406) voor een maligne indicatie (zie Tabel 2). Voor 574 patiënten besliste men op het MC dat chirurgie geen deel zou uitmaken van de behandelingsstrategie, 95% (N=546) hiervan betrof maligne pathologie.

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

Patiëntengroep	N	%
N patiënten besproken op een MC	1004	-
N patiënten met chirurgie	430	43^a
Maligne tumor	406	94 ^b
Niet-maligne pathologie	24	6 ^b
N patiënten zonder chirurgie	574	57^a
Maligne tumor	546	95 ^b
Niet-maligne pathologie	28	5 ^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 overgrote meerderheid van besproken patiënten zijn deze met een maligne tumor (N=952). Op basis van vergelijking met de jaarlijkse incidentie van maligne tumoren van de slokdarm en gastro-oesofagale junctie (2018, N=1868 invasief + *in situ*), kan men afleiden dat de referentiecentra ongeveer 50% van het totaal aantal nieuwe kankerpatiënten 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 78% mannen en ongeveer driekwart was 60 jaar of ouder op het moment van bespreking op het MC (76%). In 95% van de gevallen betrof het te behandelen letsel in de slokdarm of gastro-oesofagale junctie een primaire tumor (N=386) en in 5% een hervat van een tumor. De meerderheid van de tumoren waren adenocarcinomen (74%), gevolgd door spinocellulaire carcinomen (25%). Iets meer dan de helft van de geopereerde letsels ging uit van het onderste derde deel van de slokdarm (52%) gevolgd door letsels van de gastro-oesofagale junctie (28%).

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	952	100	406	100
Geslacht				
Mannelijk	731	77	318	78
Vrouwelijk	221	23	88	22
Leeftijd bij MC				
<=49	50	5	32	8
50-59	155	16	64	16
60-69	353	37	171	42
70+	394	42	139	34
Te behandelen letsel (in slokdarm/gastro-oesofagale junctie)				
Primaire tumor	910	96	386	95
Hervat van primaire tumor	42	4	20	5
Morfologie				
Adenocarcinoom	600	63	300	74
Spinocellulair carcinoom	334	35	100	25
Andere, niet-gespecificeerd of ontbrekend	18	2	6	1
Primaire tumorlokalisatie				
C15.0/C15.3 Cervicaal/bovenste derde deel slokdarm	92	10	17	4
C15.1/C15.4 Thoracaal/middelste derde deel slokdarm	148	15	47	12
C15.2/C15.5 Abdominaal/onderste derde deel slokdarm	459	48	213	52
C15.8 Overlappende lokalisatie van slokdarm	13	1	1	0.2
C15.9 Slokdarm, niet nader omschreven	27	3	7	2
C16.0 Gastro-oesofagale junctie	198	21	115	28
Andere	15	2	6	1

Klinisch stadium				
0	21	2	4	1
I	106	11	43	11
II	132	14	63	15
III	279	29	181	45
IV	262	28	79	19
X	49	5	7	2
TNM niet toepasbaar of herval	103	11	29	7

Nagenoeg twee derde van de geopereerde populatie bevond zich in een verder gevorderd stadium bij diagnose: 45% betrof klinisch stadium III en 20% stadium IV. Bijna driekwart van alle chirurgisch behandelde patiënten kreeg weliswaar chemo- en/of radiotherapie voorafgaand aan de chirurgische ingreep. In ruim 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 slokdarm- of gastro-oesofagale junctietumor die geopereerd werden (N=386), 12 patiënten binnen de 30 dagen en 25 patiënten binnen de 90 dagen na het ondergaan van de complexe chirurgische ingreep. Deze absolute aantallen komen overeen met een geobserveerde postoperatieve mortaliteit van 3,1% op 30 dagen, en 6,5% 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 slokdarm- of junctiekankerdiagnoses van respectievelijk 4,1% en 9,5%.¹ Hieruit blijkt dat de centralisatie in het eerste conventiejaar alvast een daling van de geobserveerde 90-dagen postoperatieve mortaliteit heeft ingezet (verschil = 3,0 pp; $p = 0,051$; 95% CI = [-5,3;0,1] pp).

Van de 24 patiënten die geopereerd werden voor een niet-maligne aandoening van de slokdarm of gastro-oesofagale junctie stierf er niemand gedurende het eerste conventiejaar binnen de 30 of 90 dagen na de operatie. 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 SLOKDARMAANDOENINGEN

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 in het eerste conventiejaar voor een primaire maligne tumor van de slokdarm of gastro-oesofagale junctie (N=386) lag iets hoger dan verwacht (N=372). Deze voorspelling is gebaseerd op het gemiddelde aantal operaties uitgevoerd per jaar voor een primaire

maligne slokdarm- of junctietumor gedurende de periode 2008-2016.¹ Tijdens de eerste COVID-19 golf was er in het maandelijks aantal uitgevoerde complexe slokdarmoperaties 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 slokdarmaandoeningen.

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 oesophageal and gastro-oesophageal junction cancer patients, 2008-2016. Belgian Cancer Registry, Brussels, June 2019, https://www.riziv.fgov.be/SiteCollectionDocuments/convention_complex_oesophage_slokdarm.pdf