

Aanvraag gegevens ten behoeve van wetenschappelijk onderzoek

Datum

1 september 2015

Titel onderzoek

Postoperative complications, failure to rescue and mortality after oesophagogastric cancer resections.

Contactpersoon

Linde Busweiler

l.busweiler@clinicalaudit.nl

Aanvragersgroep

Drs. L.A.D. Busweiler, Dutch Institute for Clinical Auditing/Leids Universitair Medisch Centrum

Drs. D. Henneman, Dutch Institute for Clinical Auditing/Leids Universitair Medisch Centrum

Dr. M.I. van Berge Henegouwen, Academisch Medisch Centrum

Dr. N.E. Kolfshoten, Dutch Institute for Clinical Auditing/Leids Universitair Medisch Centrum

Dr. M.W.J.M. Wouters, Dutch Institute for Clinical Auditing/Antoni van Leeuwenhoek Ziekenhuis

Prof. dr. R. van Hillegersberg, Universitair Medisch Centrum Utrecht

Dr. B.P.L. Wijnhoven, Erasmus Medisch Centrum

Dr. J.W. van Sandick, Antoni van Leeuwenhoek Ziekenhuis

Namens de Dutch Upper GI Cancer Audit Groep:

Bosscha K, Cats A, Dikken JL, van Grieken NCT, Hartgrink HH, Lemmens VEPP, Nieuwenhuijzen

GAP, Plukker JT, Rosman C, Siersema PD, Tetteroo G, Veldhuis PMJF, Voncken FEM.

Beschrijving

Achtergrond van onderzoek en onderzoeksaanvraag:

Resecties voor slokdarm- en maagcarcinoom worden gerekend tot de groep hoog-complexe chirurgische ingrepen. In Nederland is slokdarmchirurgie gecentraliseerd met het doel kwalitatief hoogwaardige zorg te verlenen. Binnen de beroepsvereniging is een volumennorm van minimaal 20 slokdarmresecties per centrum per jaar afgesproken (1). Voor de chirurgische behandeling van het maagcarcinoom is begin 2012 ook een volumennorm vastgelegd: tenminste 10 resecties per jaar in 2012 en tenminste 20 resecties per jaar in 2013.

De Dutch Upper GI Cancer Audit (DUCA) geeft inzicht in de uitkomsten van slokdarm- en maagkankerchirurgie in Nederland. In het eerste DUCA jaarrapport staat beschreven dat postoperatieve complicaties veel vaker voorkomen bij patiënten die een resectie ondergingen vanwege een slokdarmcarcinoom (57%) dan bij patiënten die een resectie ondergingen vanwege een maagcarcinoom (37%) (2). De postoperatieve mortaliteit was echter hoger na maagresecties (9,4%) dan na slokdarmresecties (4,5%).

Een vergelijkbaar beeld werd gezien in de Britse landelijke slokdarm-maagcarcinoom audit (3). Deze audit beschreef in 2010 ongeveer 30% complicaties na slokdarmresecties en 20% complicaties na maagresecties met een ziekenhuissterfte van 7% na maagresecties en 5% na

slokdarmresecties. Ook gegevens van de Nederlandse Kankerregistratie 1989-2009 wijzen op een hogere postoperatieve sterfte na maagresecties in vergelijking met slokdarmresecties (4,5).

Het lijkt er op dat - indien er sprake is van een gecompliceerd beloop na de operatie - de kans op sterfte hoger is voor patiënten die geopereerd zijn vanwege een maagcarcinoom dan voor patiënten die geopereerd zijn vanwege een slokdarmcarcinoom. Oftewel er lijkt sprake van een hoger "failure-to-rescue" percentage na maagkankerchirurgie dan na slokdarmkankerchirurgie. Uit het eerste jaarverslag is bekend dat patiënten met een maagcarcinoom gemiddeld ouder zijn en meer co-morbiditeit hebben dan patiënten met een slokdarmcarcinoom in de audit. Of een bepaald type complicatie vaker dan gemiddeld leidt tot sterfte in één of beide groepen is nog niet specifiek geanalyseerd. Bovendien moet de rol van co-morbiditeit en leeftijd - in relatie tot andere factoren - worden onderzocht om dit verschil beter te kunnen duiden.

Hypothesen:

- sterfte na niet-chirurgische complicaties is relatief hoog bij patiënten met maagcarcinoom vanwege de verminderde algehele reserve in orgaanfunctie (als gevolg van hogere leeftijd en meer comorbiditeit)
- leeftijd en comorbiditeit speelt bij patiënten die een maagresectie ondergingen een grotere rol in sterfte dan bij patiënten die een slokdarmresectie ondergingen.
- Maar, ook na correctie voor leeftijd en comorbiditeit is de Odds voor failure-to-rescue / sterfte hoger bij patiënten na een maagresectie dan patiënten na een slokdarmresectie

Deze aanvraag komt voort uit de DUCA jaarrapportage 2015.

Alle patiënten die in de DUCA zijn geregistreerd (2011-2014), en bij wie werd voldaan aan een minimale gegevensinvoer, zullen worden geïncludeerd in de analyses voor dit onderzoek.

1. Het beschrijven van de samenstelling van de groep patiënten die een slokdarm- danwel maagresectie ondergingen (patiënt- en tumorkarakteristieken).
2. Het beschrijven van het type en de ernst van de complicaties na slokdarm- en maagresecties.
3. Het beschrijven van de postoperatieve mortaliteit na slokdarm- en maagresecties, en het analyseren van de onderliggende oorzaak: is de sterfte vooral geassocieerd met chirurgische complicaties (zoals naadlekkage), of vaker met niet-chirurgische complicaties (bijv. pulmonaal)?
4. Het beschrijven van de 'failure-to-rescue' percentages d.w.z. de verhouding (patiënten met een gecompliceerd beloop die overleden) / (totaal aantal patiënten met een gecompliceerd beloop) na slokdarm- en maagresecties.
5. Het identificeren van risicofactoren (leeftijd, co-morbiditeit) voor postoperatieve complicaties en sterfte na slokdarm- en maagresecties: m.a.w. wat zijn de odds ratio's voor complicaties en sterfte (c.q. 'failure-to-rescue') van hoge versus lage leeftijd, en van hoge versus lage Charlson score in beide groepen?
6. Het berekenen van de gecorrigeerde odds ratio voor 'failure-to-rescue' na maagresecties in vergelijking tot slokdarmresecties.

Aanvraag van gegevens

Van de volgende items in de DUCA dataset worden gegevens opgevraagd ten behoeve van dit onderzoek:

- Leeftijd, geslacht, lengte en gewicht
- Alle items m.b.t. co-morbiditeit (ASA, bijkomende ziekten, etc.)
- Klinisch T, N en M stadium
- Plaats tumor
- Voorbehandeling
- Aard operatie (in-opzet-curatief/palliatief)
- Type resectie
- Opnamedatum
- Ontslagdatum/datum van overlijden
- Alle items m.b.t. postoperatief beloop
- Overlevingsstatus van de patiënt (in leven/dood)
- Pathologisch T, N en M stadium

Referenties

1. <http://www.heelkunde.nl/kwaliteit/normering>
2. www.clinicalaudit.nl; Jaarrapport 2011 Dutch Institute for Clinical Auditing, sectie Dutch Upper GI Cancer Audit (p. 92-125)
3. National Oesophago-Gastric Cancer Audit, third annual report. www.augis.org/pdf/NHS-IC-OGC-Audit-2010-interactive.pdf
4. [Dikken JL](#), [Wouters MW](#), [Lemmens VE](#), [Putter H](#), [van der Geest LG](#), [Verheij M](#), [Cats A](#), [van Sandick JW](#), [van de Velde CJ](#). Influence of hospital type on outcomes after oesophageal and gastric cancer surgery. [Br J Surg](#). 2012 Jul;99(7):954-63. doi: 10.1002/bjs.8787. Epub 2012 May 9.
5. [Dikken JL](#), [Dassen AE](#), [Lemmens VE](#), [Putter H](#), [Krijnen P](#), [van der Geest L](#), [Bosscha K](#), [Verheij M](#), [van de Velde CJ](#), [Wouters MW](#). Effect of hospital volume on postoperative mortality and survival after oesophageal and gastric cancer surgery in the Netherlands between 1989 and 2009. [Eur J Cancer](#). 2012 May;48(7):1004-13. Epub 2012 Mar 27.