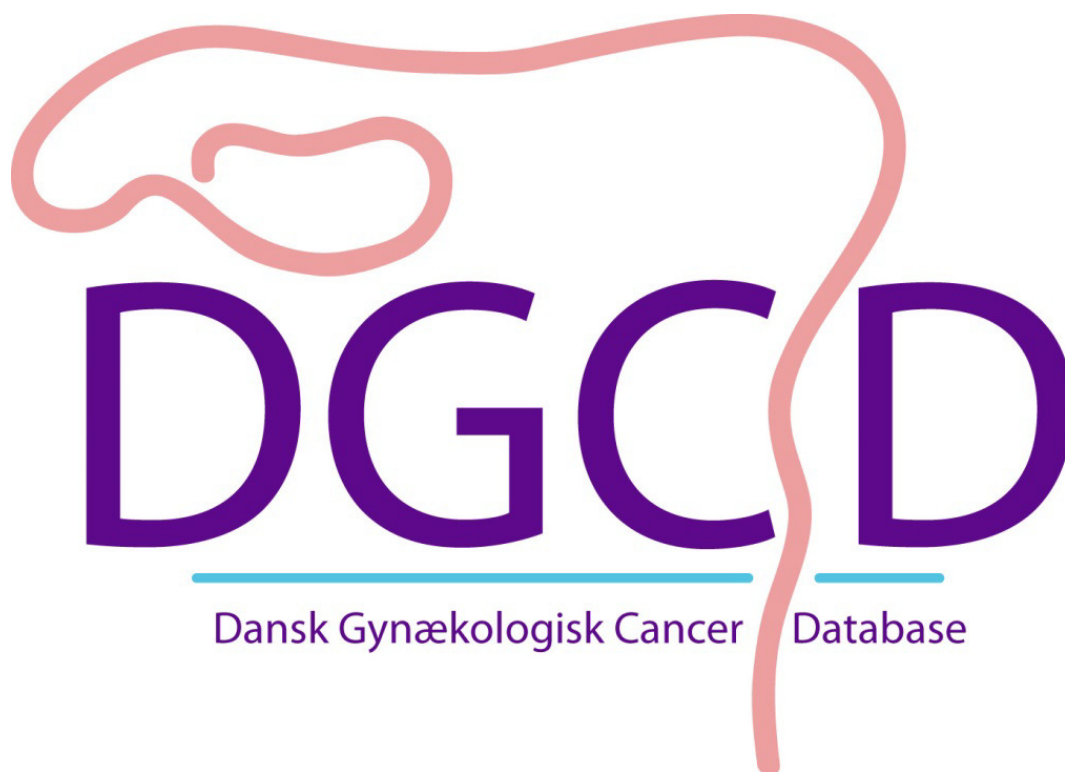


Dansk Gynækologisk Cancer Database



**Landsdækkende klinisk database for
gynækologisk kræft**

National Årsrapport 2017/2018 og 2018/2019

1. juli 2017 – 30. juni 2019



Rapporten udgår fra

Årsrapporten er udarbejdet af Afdelingen for Cancer og Cancerscreening, RKKP af datamanager Karsten Dromph og klinisk epidemiolog Marianne Steding-Jessen i samarbejde med styregruppen for Dansk Gynækologisk Cancer Database

Databasens kliniske epidemiolog er Marianne Steding-Jessen.

Databasens datamanager er Karsten Dromph.

Databasens kontaktperson er Mette Høyrup.



Indhold

Rapporten udgår fra	2
Indhold	3
1. Konklusioner og anbefalinger	5
2. Indikatorresultater	6
Indikatorområde: Cervixcancer	7
Indikator 6A: Cervixcancer, andel patienter i live 5 år efter anamnesedato, st. I.....	7
Indikator 6B: Cervixcancer, andel patienter i live 5 år efter anamnesedato, st. II og III.....	9
Indikator 7A: Cervixcancer, andel patienter med frie resektionsrande, st. IB-IIA, radikal hysterektomi.	10
Indikator 7B: Cervixcancer, andel patienter med parametriedvækst, st. IB-IIA, radikal hysterektomi .	11
Indikatorområde: Ovariecancer	12
Indikator 10A-E vedr. ovarie-, tuba- og peritonealcancer, st. IIIC-IV.....	12
Indikator 10A: Ovarie-, tuba- og peritonealcancer, makroradikal operation, st. IIIC-IV, primært opererede.....	13
Indikator 10B: Ovarie-, tuba- og peritonealcancer, makroradikal operation, st. IIIC-IV, opereret efter neoadjuverende kemoterapi.....	14
Indikator 10C: Ovarie-, tuba- og peritonealcancer, ikke opererede, st. IIIC-IV.....	15
Indikator 10D: Ovarie-, tuba- og peritonealcancer, makroskopisk radikalt opererede, st. IIIC-IV	16
Indikator 10E: Ovarie-, tuba- og peritonealcancer, primært opererede, st. IIIC-IV.....	17
Indikator 11A: Ovarie-, tuba- og peritonealcancer, lymfadenektomi, st. I-IIIA.....	18
Indikator 13: Ovarie-, tuba- og peritonealcancer, andel patienter i live 5 år efter anamnesedato, stadie I	20
Indikator 14: Ovarie-, tuba- og peritonealcancer, andel patienter i live 2 år efter anamnesedato, stadie IIIC-IV.....	21
Indikator 15: Ovarie-, tuba- og peritonealcancer, andel patienter i live 5 år efter anamnesedato, stadie IIIC-IV.....	22
Indikatorområde: Sygepleje	23
Indikator 30: Sygepleje ovariecancer – mobilisering ≥ 3 timer på postoperativ dag 1 for ikke-ekstensivt opererede.....	23
Indikator 31: Sygepleje ovariecancer - afføring ≤ 3 dage efter operation	25
Indikatorområde: Corpuscancer	27
Indikator 20B: Corpuscancer (karcinomer), fjernelse af pelvine lymfeknuder for mellem-højrisikopatienter st. I, eller st. II-III.....	27
Indikator 21: Corpuscancer, laparoskopisk eller robot assisteret operation for stadie I, lav- og mellemrisiko patienter	29
Indikator 23A: Endometriecancer patienter, andel i live 5 år efter anamnesedato	30
Indikator 23B: Endometriecancer patienter, stadie I, andel i live 5 år efter anamnesedato	31
Indikatorområde: Vulvacancer	32
Indikator 44: Vulvacancer st. IB, 3 års sygdomsspecifik overlevelse (dødsårsag C51.8-9).....	32
Indikatorområde: Trofoblastsygdom	33
Indikator 51: Trofoblastsygdom (kun mola), andel patienter med klinisk mistanke om – og efterfølgende verificeret – mola, der har fået foretaget genetisk analyse.	33
3. Beskrivelse af sygdomsområdet	34
4. Oversigt over indikatorer	35
5. Datagrundlag	36
Datakvalitet og statistiske analyser	36
Dækningsgrad og datakomplethed	37
Komplethedegrad for de enkelte indikatorer	37
6. Styregruppens sammensætning	38
Appendiks 1: Datagrundlag	39



Dækningsgrad.....	39
Appendiks 2: Beskrivelse af sygdomsområder og behandling	42
Cervixcancer	42
Ovarie-, peritoneal- og tubacancer samt borderlinetumorer.....	42
Endometriecancer og atypisk hyperplasi i endometriet	43
Vulvacancer og vaginalcancer.....	44
Trofoblasygdomme	44
Appendiks 3: Supplerende deskriptive resultater.....	45
Baggrundsoplysninger og risikomarkører	45
Cervixcancer	47
Ovariecancer.....	50
Corpuscancer	54
Vulvacancer	57
Trofoblasygdom.....	57
Appendiks 4: Overlevelse.....	58
Samlet overlevelse.....	58
Cervixcancer, overlevelse	61
Ovariecancer, overlevelse	65
Corpuscancer, overlevelse.....	70
Appendiks 6: Ordliste	74
Appendiks 7: Vejledning i fortolkning af resultater.....	76
Appendiks 8: Hørringssvar.....	77
Hørringssvar fra Region Nordjylland:	77



1. Konklusioner og anbefalinger

Traditionen tro startes denne overordnede konklusion med en vurdering af dækningsgraden. Den rapporterede dækningsgrad udregnes altid over for Landspatientregisteret (LPR), som således regnes for sandheden. Ved denne udregning har vi en historisk høj dækningsprocent på mere end 97% for perioden 2018/2019. Desværre dækker denne høje dækningsgrad over vores reelle problem med for få patienter i denne periode pga. omlægningen af LPR til LPR3. Forventeligt mangler vi ca. 200 patienter hovedsagligt fra Region Hovedstaden. Vi kan nu dog vende dækningsgraden mod DGCD som bedste sandhed, således at LPR dækningsgraden for LPR mod DGCD kun er ca. 46%. For perioderne 2014 – 2017 er dækningsgraderne 97-99%, hvilket gør DGCD til en af de mest dækkende kliniske databaser. Ved vurdering af indikatorerne og øvrige opgørelser skal perioden 2018/2019 derfor tolkes med stort forbehold og mangler, mens de tidligere perioder er dækkende med høj dækningsgrad. I Østdanmark er problemerne yderligere blevet ramt ved introduktionen af Sundhedsplatformen. Sundhedsplatformen er så tidskrævende at lægerne ikke mere har tid til indtastning mellem patientkontakterne. Dette indtastningsproblem er hidtil blevet løst ved LPR baserede mangellister. Disse lister har imidlertid ikke kunnet genereres pga. manglende uddata fra LPR i forbindelse med overgangen til LPR3. Det har således ikke været muligt at opspore de manglende patienter. Der er nu indført nye indtastningsrutiner, som dog først vil slå igennem til næste årsrapport.

DGCD udkom ikke med en årsrapport i 2019. Denne årsrapport adskiller sig fra tidligere ved at være en samlet rapport for to opgørelsesperioder, som tilsammen dækker perioden 1. juli 2017 til 31. juli 2019. Årsagen til at årsrapporten i 2019 blevet forsinket, er at der skulle der laves en opdatering af patologidelen, som gav store indtastningsproblemer. Efter længere tid blev det erkendt, at man ikke kunne programmere sig ud af problemerne. Alt skulle testes ind forfra, og ca. 1700 skemaer skulle ændres. Patologien er så central en del af databasen, at det derfor ikke var muligt at udsende årsrapporten som planlagt.

Op til denne årsrapport er der foregået et intenst arbejde i arbejdsgrupperne med gennemgang og opdatering af indikatorerne. Nye behandlingsforløb har givet anledning til at en stor del af de eksisterende indikatorer er direkte misvisende. F.eks. har sentinel teknikken medført total ændring af de indikatorer som omhandler lymfeknude fjernelse. Dertil kommer, at flere af de nye indikatorer er baseret på data fra LPR (MDT og onkologi baserede indikatorer). Den manglende LPR registrering har betydet, at disse nye indikatorer må udgå i denne rapport, men at de kommer med i næste årsrapport. Antallet af nye indikatorer er det største antal i DGCD's række af årsrapporter.

Vi udsender ikke en årsrapport med blanke tabeller som er valgt af nogle andre databaser. Misvisende tabeller er helt trukket ud. I de tilbageværende tager vi klare forbehold for nogle af resultaterne. Det er derfor vigtigt at nærlæse de afdelings- og arbejdsgruppe-specifikke kommentarer under de enkelte indikatorer, før de anvendes af kvalitetsansvarlige, politikere og anden presse. Udarbejdelse af de specifikke kommentarer er udlagt til de enkelte arbejdsgrupper og anført under de enkelte indikatorer og tabeller.

Til sidst stor tak til alle der har bidraget til denne årsrapport

Bedste hilsner

Claus K. Høgdall
Formand for DGCD



2. Indikatorresultater

Indikatorresultaterne præsenteres i følgende afsnit. I denne årsrapport vurderes opfyldelse af standard kun på landsresultatet. I de fleste af indikatorerne er antallet af patienter pr. afdeling begrænset; indikatorresultaterne er derfor behæftet med en stor grad af usikkerhed på estimatet, hvilket understreges af brede konfidensintervaller. Det er derfor besluttet, at målopfyldelsen kun vurderes på landsresultaterne.

Tabellerne i rapporten omfatter resultater for de enkelte afdelinger, regioner og landsgennemsnittet. Der gøres opmærksom på, at der pga. persondatalovens regler og de almindelige regler om tavshedspligt, ikke må offentliggøres følsomme personoplysninger i en form hvor det er muligt "alene eller sammen med andre oplysninger" at henføre det til en identificerbar person. Definitionen af en personoplysning følger af persondatalovens § 3 nr. 1. "Enhver form for information om en identificeret eller identificerbar fysisk person (den registrerede)." Som følge heraf har Sundhedsdatastyrelsen besluttet at alle resultater med persondata under 3, ikke må offentliggøres. Resultater med under 3, men over 0, i tæller eller nævner bliver erstattet med # i tabellen når årsrapporten offentliggøres på Sundhed.dk.

Vejledning til fortolkning af tabeller og diagrammer i resultat afsnittet findes i appendiks 6.



Indikatorområde: Cervixcancer

Indikator 6A: Cervixcancer, andel patienter i live 5 år efter anamnesedato, st. I

Standard: $\geq 90\%$

Cervixcancerpatienter med stadie I indgår i indikatoren. Patienter, der er i live 5 år efter anamnesedato opfylder indikatoren. Indikatoren opgøres således på patienter med anamnesedato 01.07.2013-30.06.2014 som aktuelle år. Indikatoren er opgjort på gynækologiske afdelinger.

6.1 Cervixcancer 5års overl st. I

	Std. $>90\%$ opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst (pct.)	Aktuelle år 1.7.13-30.6.14		Tidligere år 2012/13 2011/12	
				Andel	95% CI	Andel	Andel
Danmark	ja	221 / 243	2 (1)	91,0	(87-94)	95,6	93,8
Hovedstaden	ja	116 / 126	1 (1)	92,1	(86-96)	98,7	97,3
Sjælland	ja	# / #	0 (0)	100,0	(3-100)		100,0
Syddanmark	ja	54 / 57	0 (0)	94,7	(85-99)	92,2	92,0
Midtjylland	nej	34 / 38	1 (3)	89,5	(75-97)	100,0	85,7
Nordjylland	nej	16 / 21	0 (0)	76,2	(53-92)	84,6	90,9
Hovedstaden	ja	116 / 126	1 (1)	92,1	(86-96)	98,7	97,3
Herlev	ja	36 / 39	1 (3)	92,3	(79-98)	100,0	97,6
Hillerød	ja	3 / 3	0 (0)	100,0	(29-100)		100,0
Hvidovre	ja	# / #	0 (0)	100,0	(16-100)	100,0	100,0
Rigshospitalet	ja	75 / 82	0 (0)	91,5	(83-97)	98,0	96,9
Sjælland	ja	# / #	0 (0)	100,0	(3-100)		100,0
Holbæk		0 / 0	0 (0)				100,0
Næstved	ja	# / #	0 (0)	100,0	(3-100)		
Roskilde		0 / 0	0 (0)				100,0
Syddanmark	ja	54 / 57	0 (0)	94,7	(85-99)	92,2	92,0
Esbjerg		0 / 0	0 (0)			100,0	100,0
Odense	ja	54 / 57	0 (0)	94,7	(85-99)	92,0	91,5
Sønderborg		0 / 0	0 (0)				100,0
Midtjylland	nej	34 / 38	1 (3)	89,5	(75-97)	100,0	85,7
Aarhus	nej	32 / 36	1 (3)	88,9	(74-97)	100,0	84,4
Herning	ja	# / #	0 (0)	100,0	(3-100)		
Horsens	ja	# / #	0 (0)	100,0	(3-100)		
Randers		0 / 0	0 (0)			100,0	100,0
Viborg		0 / 0	0 (0)				100,0
Nordjylland	nej	16 / 21	0 (0)	76,2	(53-92)	84,6	90,9
Aalborg	nej	16 / 21	0 (0)	76,2	(53-92)	84,6	90,9

Kommentere til indikator 6A og 6B:

Indikatoren viser andelen af cervixcancerpatienter med hhv. stadie I (indikator 6A) og stadie II-III (indikator 6B), der er i live 5 år efter anamnesedato. Populationen er således patienter med anamnesedato 1/7 2013-30/6 2014.

Kommentarer til indikator 6A:

Overlevelsen efter 5 år for patienter med cervixcancer st. I (indikator 6A) er på 91 % (95 % CI: 87-94 %) på landsplan. Standarden på $\geq 90\%$ er således opfyldt på landsplan. På regionsniveau ligger indikatorværdierne mellem 76 og 100 %. Indikatorværdierne skal dog tolkes forsigtigt, da patientantallene er små.

Indikatoren er opfyldt på landsplan. I beregningen af 5 års overlevelsen for cervixcancer stadie 1 indgår patienter, der er behandlet i 2013/2014. I indikator 6A indgår patienter med en minimal sygdomsbyrde og ekstrem lav risiko for recidiv (stadie 1A) sammen med patienter hvor risiko for recidiv er noget større (stadie 1B uden lymfeknudemetastasering) og patienter med høj risiko for recidiv (stadie 1B med lymfeknudemetastasering). Årsagen til dette skal skyldes at stadieinddeling af cervixcancer frem til nu har været udelukkende klinisk. Fremadrettet vil stadieinddelingen også integrere billeddiagnostiske såvel som



patologiske fund. Cervixgruppen har derfor defineret nye indikatorer for overlevelse der i højere grad imødekommer sygdomsbyrde og risiko for recidiv.

Den nuværende indikator bliver opsplittet efter stadie, en for hver hhv. stadie IA og IB (FIGO 2018) på landsplan.

I tabellen er angivet flere afdelinger med få patienter med 100 % overlevelse. I alle tilfælde drejer dette sig om det allertidligste sygdomsstadie med overlevelse sv.t. baggrundsbefolkningen. Avanceret kirurgisk indgreb for stadie IB, der generelt har en dårligere prognose end stadie IA, var centraliseret til 6 centre tilbage i 2011/12 og i dag yderligere centraliseret til 3 centre.

En 5 års overlevelse på 91 % svarer til international standard. Pga. det relativt lille antal patienter/center anbefaler cervixgruppen at denne indikator fremad rettet alene opgøres på landsplan.



Indikator 6B: Cervixcancer, andel patienter i live 5 år efter anamnesedato, st. II og III

Standard: $\geq 45\%$

Cervixcancerpatienter med stadie II eller III indgår i indikatoren. Patienter, der er i live 5 år efter anamnesedato opfylder indikatoren. Indikatoren opgøres således på patienter med anamnesedato 01.07.2011-30.06.2012 som aktuelle år. Indikatoren er opgjort på gynækologiske afdelinger.

6.2 Cervixcancer 5års overl st. II	Std. $>45\%$ opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst (pct.)	Aktuelle år 1.7.13-30.6.14		Tidligere år 2012/13 2011/12	
				Andel	95% CI	Andel	Andel
Danmark	ja	49 / 103	3 (3)	47,6	(38-58)	54,9	63,9
Hovedstaden	ja	19 / 41	1 (2)	46,3	(31-63)	46,2	50,0
Sjælland		0 / 0	0 (0)			100,0	
Syddanmark	nej	10 / 31	0 (0)	32,3	(17-51)	54,6	70,0
Midtjylland	ja	14 / 22	2 (8)	63,6	(41-83)	61,9	76,0
Nordjylland	ja	6 / 9	0 (0)	66,7	(30-93)	60,0	70,0
Hovedstaden	ja	19 / 41	1 (2)	46,3	(31-63)	46,2	50,0
Herlev	ja	9 / 18	1 (5)	50,0	(26-74)	54,6	54,2
Hvidovre		0 / 0	0 (0)				0,0
Rigshospitalet	nej	10 / 23	0 (0)	43,5	(23-66)	40,0	47,4
Sjælland		0 / 0	0 (0)			100,0	
Holbæk		0 / 0	0 (0)			100,0	
Syddanmark	nej	10 / 31	0 (0)	32,3	(17-51)	54,6	70,0
Kolding	nej	# / #	0 (0)	0,0	(0-98)		
Odense	nej	10 / 30	0 (0)	33,3	(17-53)	54,6	70,0
Midtjylland	ja	14 / 22	2 (8)	63,6	(41-83)	61,9	76,0
Aarhus	ja	14 / 22	2 (8)	63,6	(41-83)	61,9	79,2
Silkeborg		0 / 0	0 (0)				0,0
Nordjylland	ja	6 / 9	0 (0)	66,7	(30-93)	60,0	70,0
Aalborg	ja	6 / 9	0 (0)	66,7	(30-93)	60,0	66,7
Thisted		0 / 0	0 (0)				100,0
Privat							
Ukendt		0 / 0	0 (0)				0,0

Kommentere til indikator 6A og 6B:

Indikatoren viser andelen af cervixcancerpatienter med hhv. stadie I (indikator 6A) og stadie II-III (indikator 6B), der er i live 5 år efter anamnesedato. Populationen er således patienter med anamnesedato 1/7 2013-30/6 2014.

Kommentarer til indikator 6B:

Overlevelsen efter 5 år for patienter med cervixcancer st. II-III (indikator 6B) er på 48 % (95 % CI: 38-58 %) og standarden på 45 % er således opfyldt på landsplan. På regionsniveau varierer indikatorværdierne mellem 32 og 66 %. Flere enheder samt Region Nordjylland har meget få patienter, så disse resultater skal tolkes med stor varsomhed. Overlevelsen for patienter behandlet i Odense er 32%, men med et CI:17-53 %. Dette tal afviger fra de øvrige års opgørelser fra Odense og må bero på variationer i patientgrundlaget og vi vurderer ikke, at det har noget med behandlingskvaliteten at gøre.

Indikatoren er opfyldt på landsplan, men der er betydelige forskelle i overlevelse mellem de enkelte centre. Cervixcancergruppen vurderer, at forskellene skyldes statistiske usikkerheder som giver meget usikre estimater af overlevelsen med meget brede konfidensintervaller i de enkelte centre. En samlet 5 års overlevelse på 48 % findes acceptabelt og er på linje med international standard. Cervixcancergruppen har defineret nye onkologiske indikatorer med angivelse af 5 års overlevelse for henholdsvis stadie II (FIGO 2009) med og uden lymfeknudemetastaser på landsplan.



Indikator 7A: Cervixcancer, andel patienter med frie resektionsrande, st. IB-IIA, radikal hysterektomi

Standard: > 95 %

Cervixcancerpatienter med stadie IB-IIA, der får foretaget radikal hysterektomi indgår i indikatoren. Andel der har frie resektionsrande

7.1 Cervixcancer hysterektomi frie	Std. >95% opfyldt	Tæller/nævner	Uoplyst (pct.)	Aktuelle år		Tidligere år	
				1.7.18-30.6.19 Andel	95% CI	2017/18 Andel	2016/17 Andel
Danmark	nej	79 / 91	0 (0)	86,8	(78-93)	86,2	96,0
Hovedstaden	nej	22 / 30	0 (0)	73,3	(54-88)	79,3	95,6
Sjælland	ja	# / #	0 (0)	100,0	(3-100)		
Syddanmark	ja	29 / 30	0 (0)	96,7	(83-100)	93,9	100,0
Midtjylland	nej	27 / 30	0 (0)	90,0	(73-98)	91,3	100,0
Nordjylland		0 / 0	0 (0)				83,3
Hovedstaden	nej	22 / 30	0 (0)	73,3	(54-88)	79,3	95,6
Rigshospitalet	nej	22 / 30	0 (0)	73,3	(54-88)	79,3	95,6
Sjælland	ja	# / #	0 (0)	100,0	(3-100)		
Næstved	ja	# / #	0 (0)	100,0	(3-100)		
Syddanmark	ja	29 / 30	0 (0)	96,7	(83-100)	93,9	100,0
Odense	ja	29 / 30	0 (0)	96,7	(83-100)	93,9	100,0
Midtjylland	nej	27 / 30	0 (0)	90,0	(73-98)	91,3	100,0
Aarhus	nej	27 / 30	0 (0)	90,0	(73-98)	91,3	100,0
Nordjylland		0 / 0	0 (0)				83,3
Aalborg		0 / 0	0 (0)				83,3

Kommentarer til indikator 7A:

Denne indikator er ny og fungerer som en kvalitetsindikator for kirurgisk kvalitet. Indikatoren afspejler andelen af patienter med ikke fri vaginal eller paracervikal resektionsrand. Standarden er sat højt (>95%) og bør måske i fremtiden sættes en anelse ned pga. det relative lave antal patienter der opereres for stadie IB sygdom med radikal hysterektomi i Danmark. Yderligere har indførelsen af ny stadieinddeling for cervixcancer (FIGO 2018) indhentet denne indikator, idet det i fremtiden vil være en anden population i indikatoren end den aktuelle. Cervixcancergruppen vil derfor fortsat arbejde på at få adapteret denne indikator bedre til den nye stadieinddeling.

På landsplan opfyldes indikatoren ikke (86,8%). Dette skyldes primært en lav opfyldelse på centeret i region Hovedstaden. Årsagen kan meget vel skyldes manglende indberetning pga. Sundhedsplatformen. Dette vil influere på den nationale indikatoropfyldelse.

I et nyligt stort nationalt projekt var forekomsten af positiv paracervical og vaginal rand i alt 467 patienter der var opereret for stadie IB1 cervixcancer i perioden 2009-2017 1,3% på national plan. I auditperioden er det undersøgt om forekomsten af positiv paracervical og vaginal rand i perioden 2016-2017 er i overensstemmelse med de nævnte fund. Dette viste sig at være tilfældet. Derimod ses en stigning i den efterfølgende periode 2018-2019. Forekomsten stiger derimod i den efterfølgende periode 2018-2019.

Det bemærkes i øvrigt at der må være fejlindberetninger fra Region Sjælland, idet der ikke foretages radikal hysterektomi på Næstved Sygehus.

Med baggrund i Region Hovedstadens udfordring med manglende indberetning pga. Sundhedsportalen, har vi på Rigshospitalet gennemgået vores opererede patienter med st. IB-IIA cervixcancer. Her finder vi i alt 52 patienter, alle med frie vaginale resektionsrande (1 fejl registreret i DGCD), mens 3 (sv.t 6%) er registreret korrekt med ikke frie rande paracervikalt (3 er afkræftet ved genopslag). Indikatoren i region Hovedstaden hedder således 49/52=94%. Vi vil på baggrund af ovenstående divergens lave audit på disse cases sammen med vores gynækologiske patologer.



Indikator 7B: Cervixcancer, andel patienter med parametriedvækst, st. IB-IIA, radikal hysterektomi

Standard: ≤ 5 %

Cervixcancerpatienter med stadie IB-IIA, der får foretaget radikal hysterektomi indgår i indikatoren. Andel der har parametriedvækst.

7.2 Cervixcancer hysterektomi para

	Std. <5% opfyldt	Tæller/nævner	Uoplyst (pct.)	Aktuelle år		Tidligere år	
				1.7.18-30.6.19 Andel	95% CI	2017/18 Andel	2016/17 Andel
Danmark	ja	4 / 91	0 (0)	4,4	(1-11)	1,8	4,0
Hovedstaden	nej	4 / 30	0 (0)	13,3	(4-31)	1,9	4,4
Sjælland	ja	# / #	0 (0)	0,0	(0-98)		
Syddanmark	ja	0 / 30	0 (0)	0,0	(0-12)	3,0	0,0
Midtjylland	ja	0 / 30	0 (0)	0,0	(0-12)	0,0	0,0
Nordjylland		0 / 0	0 (0)				16,7
Hovedstaden	nej	4 / 30	0 (0)	13,3	(4-31)	1,9	4,4
Rigshospitalet	nej	4 / 30	0 (0)	13,3	(4-31)	1,9	4,4
Sjælland	ja	# / #	0 (0)	0,0	(0-98)		
Næstved	ja	# / #	0 (0)	0,0	(0-98)		
Syddanmark	ja	0 / 30	0 (0)	0,0	(0-12)	3,0	0,0
Odense	ja	0 / 30	0 (0)	0,0	(0-12)	3,0	0,0
Midtjylland	ja	0 / 30	0 (0)	0,0	(0-12)	0,0	0,0
Aarhus	ja	0 / 30	0 (0)	0,0	(0-12)	0,0	0,0
Nordjylland		0 / 0	0 (0)				16,7
Aalborg		0 / 0	0 (0)				16,7

Kommentarer til indikator 7B:

Denne indikator er ny og fungerer som en kvalitetsindikator for stadieinddeling. Indikatoren afspejler andelen af patienter med parametriedvækst og er som sådan et udtryk for den præoperative stadieinddeling der udføres med henblik på at vurdere om der er parametriedvækst eller ikke. Standarden er sat højt (>5%) og bør måske i fremtiden sættes en anelse ned pga. det relative lave antal patienter der opereres for stadie IB sygdom med radikal hysterektomi i Danmark. Yderligere har indførelsen af ny stadieinddeling for cervixcancer (FIGO 2018) indhentet denne indikator, idet det i fremtiden vil være en anden population i indikatoren end den aktuelle. Cervixcancergruppen vil derfor fortsat arbejde på at få adapteret denne indikator bedre til den nye stadieinddeling.

På landsplan opfyldes indikatoren mens den regionale opgørelse indikerer en højere forekomst af parametriedvækst i Region Hovedstaden i aktuelle periode. Årsagen kan meget vel skyldes manglende indberetning pga. Sundhedsplatformen. Dette vil influere på den nationale indikatoropfyldelse.

I et nyligt stort nationalt projekt var forekomsten af parametriedvækst i i alt 467 patienter der var opereret for stadie IB1 cervixcancer i perioden 2009-2017 2,1% på national plan. I audit perioden er det undersøgt om forekomsten af parametriedvækst i perioden 2016-2017 er i overensstemmende med de nævnte fund. Dette viste sig at være tilfældet. Forekomsten stiger derimod i den efterfølgende periode 2018-2019.

Det bemærkes i øvrigt at der må være fejlindberetninger fra Region Sjælland idet der ikke foretages radikal hysterektomi på Næstved Sygehus.

Med baggrund i Region Hovedstadens udfordring med manglende indberetning pga. Sundhedsportalen, har vi på Rigshospitalet gennemgået vores opererede patienter med st. IB-IIA cervixcancer. Her finder vi i alt 52 patienter, heraf 3 (sv.t 6%) med udvækst i parametriet.



Indikatorområde: Ovariecancer

Indikator 10A-E vedr. ovarie-, tuba- og peritonealcancer, st. IIIC-IV

Indikator 10A-E skal vurderes samlet for at give et nuanceret billede af behandlingsstrategier ved avanceret ovariecancer, som påvises hos ca. 2/3 af alle patienter, der diagnosticeres med sygdommen.

Standardbehandlingen af ovariecancer er en kombination af operation og kemoterapi. I tilfælde, hvor primær operation ikke er mulig på grund af udbredt sygdom eller patientens almentilstand kan behandlingen indledes med kemoterapi. Hvis almentilstanden bedres og/eller der sker en reduktion i udbredning af sygdom, kan kemoterapi efterfølges af operation og yderligere kemoterapi, (neoadjuverende kemoterapi).

Da radikal operation er den bedste prognostiske faktor for langtidsoverlevelse (indikator 10D), er det afgørende, at så mange patienter som muligt radikalt opereres enten ved primær kirurgi (indikator 10A) eller efter neoadjuverende kemoterapi (indikator 10B).

Operation for avanceret ovariecancer er som oftest et meget ekstensivt indgreb, hvor alder, komorbiditet og almentilstand kan medføre, at patienten ikke på noget tidspunkt skønnes egnet til operation og derfor ikke tilbydes dette (indikator 10C). Behandling i disse tilfælde er ikke kurativ og har kun livsforlængede perspektiv.

I de danske kvalitetsdatabaser opgøres alle patienter med en given sygdom. Dette er unikt, men giver udfordringer med hensyn til at finde sammenlignelige opgørelser af behandlingskvalitet. Internationalt rapporteres traditionelt behandlingsresultater på udvalgte patientgrupper selekteret til en institution eller behandling. Derfor er de angivne referencestandarder skønnet ud fra internationale opgørelser.

Generelt er det vigtigt at være opmærksom på, at mange af de i rapporten angivne resultater bygger på et lille antal patienter, hvorfor direkte sammenligning af resultater f.eks. mellem de enkelte centre bør foretages med varsomhed. Indtil mere solide data foreligger, vil årsrapportens resultater danne grundlag for løbende diskussioner i ovariecancergruppen. Diskussionerne af behandlingsstrategier skal munde ud i ensartet og optimeret behandling af danske patienter med ovariecancer.

Det er bemærkelsesværdigt at 1/3 af danske kvinder med avanceret ovariecancer aldrig bliver opereret og at man blandt de opererede finder 2/3 af patienter, som behandles med neoadjuverende kemoterapi og ikke opereres up-front. Denne samlede behandlingsstrategi er markant forskellig fra internationale opgørelser og kan ikke med sikkerhed forklares af det forhold at der er tale om komplet opgørelse for en samlet population. Fundet vil derfor fremadrettet være genstand for fortsatte diskussioner i Ovariecancergruppen baseret på mere nuancerede data.



Indikator 10A: Ovarie-, tuba- og peritonealcancer, makroradikal operation, st. IIIC-IV, primært opererede

Standard: $\geq 60\%$

Indikatoren omfatter ovariecancerpatienter med stadie IIIC-IV, der er primært opererede (og altså ikke har fået neoadjuverende kemoterapi). Patienter der har opnået makroradikal operation (kirurgisk skøn) opfylder indikatoren. Indikatoren er opgjort på gynækologiske afdelinger.

10.1 Ovariecancer radikal primop	Std. $>60\%$ opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst (pct.)	Aktuelle år		Tidligere år	
				1.7.18-30.6.19 Andel	95% CI	2017/18 Andel	2016/17 Andel
Danmark	ja	46 / 55	2 (4)	83,6	(71-92)	76,9	81,5
Hovedstaden	ja	14 / 15	0 (0)	93,3	(68-100)	86,2	91,9
Sjælland		0 / 0	0 (0)			0,0	
Syddanmark	ja	21 / 26	2 (7)	80,8	(61-93)	73,1	76,0
Midtjylland	ja	11 / 12	0 (0)	91,7	(62-100)	84,6	76,9
Nordjylland	nej	# / #	0 (0)	100,0	#	55,6	50,0
Hovedstaden	ja	14 / 15	0 (0)	93,3	(68-100)	86,2	91,9
Rigshospitalet	ja	14 / 15	0 (0)	93,3	(68-100)	86,2	91,9
Sjælland		0 / 0	0 (0)			0,0	
Næstved		0 / 0	0 (0)			0,0	
Syddanmark	ja	21 / 26	2 (7)	80,8	(61-93)	73,1	76,0
Odense	ja	21 / 26	2 (7)	80,8	(61-93)	73,1	76,0
Midtjylland	ja	11 / 12	0 (0)	91,7	(62-100)	84,6	76,9
Aarhus	ja	11 / 12	0 (0)	91,7	(62-100)	84,6	76,9
Nordjylland	nej	# / #	0 (0)	#	#	55,6	50,0
Aalborg	nej	# / #	0 (0)	#	#	55,6	50,0

Kommentarer til indikator 10A:

Indikator 10A viser, at hos $>80\%$ patienter, der opereres primært, kan der opnås radikal operation. Indikatoren er dermed opfyldt på landsplan. Resultatet for Aalborg med kun få, der er primært opererede synes meget lavt. Patientgrundlaget er sparsomt og sammenligninger mellem afdelingerne bør derfor foretages med varsomhed.



Indikator 10B: Ovarie-, tuba- og peritonealcancer, makroradikal operation, st. IIIC-IV, opereret efter neoadjuverende kemoterapi

Standard: ≥ 60 %

Indikatoren omfatter ovariecancerpatienter med stadie IIIC-IV, der er opereret efter neoadjuverende kemoterapi indgår i indikatoren. Patienter der har opnået makroradikal operation (kirurgisk skøn) opfylder indikatoren. Indikatoren er opgjort på gynækologiske afdelinger.

10.2 Ovariecancer radikal op neo	Std. >60% opfyldt	Tæller/nævner	Uoplyst (pct.)	Aktuelle år		Tidligere år	
				1.7.18-30.6.19 Andel	95% CI	2017/18 Andel	2016/17 Andel
Danmark	ja	62 / 99	2 (2)	62,6	(52-72)	67,3	62,5
Hovedstaden	ja	13 / 21	0 (0)	61,9	(38-82)	85,7	65,5
Sjælland	ja	# / #	0 (0)	100,0	(3-100)		
Syddanmark	nej	26 / 47	2 (4)	55,3	(40-70)	61,5	57,1
Midtjylland	ja	14 / 20	0 (0)	70,0	(46-88)	60,0	64,7
Nordjylland	ja	8 / 10	0 (0)	80,0	(44-97)	61,5	64,3
Hovedstaden	ja	13 / 21	0 (0)	61,9	(38-82)	85,7	65,5
Rigshospitalet	ja	13 / 21	0 (0)	61,9	(38-82)	85,7	65,5
Sjælland	ja	# / #	0 (0)	#	#		
Næstved	ja	# / #	0 (0)	#	#		
Syddanmark	nej	26 / 47	2 (4)	55,3	(40-70)	61,5	57,1
Odense	nej	26 / 47	2 (4)	55,3	(40-70)	61,5	57,1
Midtjylland	ja	14 / 20	0 (0)	70,0	(46-88)	60,0	64,7
Aarhus	ja	14 / 20	0 (0)	70,0	(46-88)	60,0	64,7
Nordjylland	ja	8 / 10	0 (0)	80,0	(44-97)	61,5	64,3
Aalborg	ja	8 / 10	0 (0)	80,0	(44-97)	61,5	64,3

Kommentarer til indikator 10B:

Indikator 10B viser, at blandt patienter, som modtager neoadjuverende kemoterapi, opnås radikal operation hos 63% på landsplan. Indikatoren er dermed opfyldt på landsplan. Odense med antalmæssigt flest patienter der får neoadjuverende kemoterapi opfylder næsten standarden med 55%. Patientgrundlaget er sparsomt og sammenligninger mellem afdelingerne bør derfor foretages med varsomhed.



Indikator 10C: Ovarie-, tuba- og peritonealcancer, ikke opererede, st. IIIC-IV

Standard: ≤ 10 %

Indikatoren omfatter ovariecancerpatienter med stadie IIIC-IV. Patienter, der ikke i det primære forløb opereres opfylder indikatoren (indgår i tælleren). Diagnostiske procedurer som laparoskopi og diagnostisk laparotomi indregnes ikke i tælleren. Indikatoren er opgjort på gynækologiske afdelinger

10.3 Ovariecancer ingen operation s	Std. <10% opfyldt	Tæller/nævner	Uoplyst (pct.)	Aktuelle år		Tidligere år	
				1.7.18-30.6.19 Andel	95% CI	2017/18 Andel	2016/17 Andel
Danmark	nej	56 / 210	0 (0)	26,7	(21-33)	26,0	19,1
Hovedstaden	nej	8 / 44	0 (0)	18,2	(8-33)	20,8	13,2
Sjælland	ja	# / #	0 (0)	0,0	(0-98)	83,3	100,0
Syddanmark	nej	31 / 104	0 (0)	29,8	(21-40)	26,4	25,3
Midtjylland	nej	11 / 43	0 (0)	25,6	(14-41)	28,3	13,0
Nordjylland	nej	5 / 17	0 (0)	29,4	(10-56)	21,4	13,0
Hovedstaden	nej	8 / 44	0 (0)	18,2	(8-33)	20,8	13,2
Herlev		0 / 0	0 (0)			100,0	
Hillerød		0 / 0	0 (0)				100,0
Rigshospitalet	nej	8 / 44	0 (0)	18,2	(8-33)	19,7	11,5
Sjælland	ja	# / #	0 (0)	0,0	(0-98)	83,3	100,0
Næstved	ja	# / #	0 (0)	0,0	(0-98)	0,0	
Roskilde		0 / 0	0 (0)			100,0	100,0
Syddanmark	nej	31 / 104	0 (0)	29,8	(21-40)	26,4	25,3
Odense	nej	31 / 104	0 (0)	29,8	(21-40)	26,4	25,3
Midtjylland	nej	11 / 43	0 (0)	25,6	(14-41)	28,3	13,0
Aarhus	nej	11 / 43	0 (0)	25,6	(14-41)	28,3	11,3
Randers		0 / 0	0 (0)				100,0
Nordjylland	nej	5 / 17	0 (0)	29,4	(10-56)	21,4	13,0
Aalborg	nej	5 / 17	0 (0)	29,4	(10-56)	21,4	13,0
Privat							
Ukendt	nej	# / #	0 (0)	100,0	(3-100)		

Kommentarer til indikator 10C:

Indikator 10C viser, at 27% af danske patienter med avanceret cancer ovari ikke bliver opereret i forløbet. Indikatoren er dermed ikke opfyldt. Problematikken er genstand for regelmæssig diskussion i Ovariecancergruppen, da værdien er markant højere sammenlignet med internationale opgørelser. En analyse af årsagssammenhæng kan ikke udføres på de aktuelle tal, men er nødvendig for kvalificeret at bedømme resultatet. Patientgrundlaget er sparsomt og sammenligninger mellem afdelingerne bør derfor foretages med varsomhed.



Indikator 10D: Ovarie-, tuba- og peritonealcancer, makroskopisk radikalt opererede, st. IIIC-IV

Standard: $\geq 65\%$

Indikatoren omfatter patienter med avanceret ovariecancer, st. IIIC-IV, som opereres enten primært eller efter neoadjuverende kemoterapi. Patienter, der makro radikal opereres opfylder indikatoren. Indikatoren er opgjort på gynækologiske afdelinger

10.4 Ovariecancer makroskopisk radi

	Std. $>65\%$ opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst (pct.)	Aktuelle år		Tidligere år	
				1.7.18-30.6.19 Andel	95% CI	2017/18 Andel	2016/17 Andel
Danmark	ja	108 / 154	0 (0)	70,1	(62-77)	71,2	69,1
Hovedstaden	ja	27 / 36	0 (0)	75,0	(58-88)	86,0	76,1
Sjælland	ja	# / #	0 (0)	100,0	(3-100)	0,0	
Syddanmark	nej	47 / 73	0 (0)	64,4	(52-75)	65,4	63,5
Midtjylland	ja	25 / 32	0 (0)	78,1	(60-91)	69,7	68,1
Nordjylland	ja	8 / 12	0 (0)	66,7	(35-90)	59,1	60,0
Hovedstaden	ja	27 / 36	0 (0)	75,0	(58-88)	86,0	76,1
Rigshospitalet	ja	27 / 36	0 (0)	75,0	(58-88)	86,0	76,1
Sjælland	ja	# / #	0 (0)	100,0	(3-100)	0,0	
Næstved	ja	# / #	0 (0)	100,0	(3-100)	0,0	
Syddanmark	nej	47 / 73	0 (0)	64,4	(52-75)	65,4	63,5
Odense	nej	47 / 73	0 (0)	64,4	(52-75)	65,4	63,5
Midtjylland	ja	25 / 32	0 (0)	78,1	(60-91)	69,7	68,1
Aarhus	ja	25 / 32	0 (0)	78,1	(60-91)	69,7	68,1
Nordjylland	ja	8 / 12	0 (0)	66,7	(35-90)	59,1	60,0
Aalborg	ja	8 / 12	0 (0)	66,7	(35-90)	59,1	60,0

Kommentarer til indikator 10D:

Indikator 10D viser, at 70% af patienterne, der radikal opereres i deres forløb – enten primært eller efter neoadjuverende kemoterapi (indikator 10A+10B). Dermed kan indikatoren være en markør for udvælgelse af patienter til operation på det korrekte tidspunkt i deres samlede behandlingsforløb. Kun Odense opfylder som center ikke indikatoren i den aktuelle periode. Indikatoren er opfyldt på landsplan. Der ses en tendens til, at Rigshospitalet og Aarhus har højere tendens til radikal operation sammenlignet med de to andre centre, men tallene er små og skal fortolkes med varsomhed.



Indikator 10E: Ovarie-, tuba- og peritonealcancer, primært opererede, st. IIIC-IV

Standard: ≥ 50 %

Indikatoren omfatter patienter med avanceret ovariecancer, st. IIIC-IV. Patienter, som primært opereres opfylder indikatoren. Indikatoren er opgjort på gynækologiske afdelinger.

10.5 Ovariecancer primær kirugi	Std. >50% opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst (pct.)	Aktuelle år		Tidligere år	
				1.7.18-30.6.19 Andel	95% CI	2017/18 Andel	2016/17 Andel
Danmark	nej	55 / 158	52 (25)	34,8	(27-43)	39,6	33,8
Hovedstaden	nej	15 / 37	7 (16)	40,5	(25-58)	50,0	40,2
Sjælland	nej	# / #	0 (0)	0,0	(0-98)	100,0	0,0
Syddanmark	nej	26 / 74	30 (29)	35,1	(24-47)	32,1	32,5
Midtjylland	nej	12 / 33	10 (23)	36,4	(20-55)	37,1	27,1
Nordjylland	nej	2 / 13	4 (24)	15,4	(2-45)	40,9	27,3
Hovedstaden	nej	15 / 37	7 (16)	40,5	(25-58)	50,0	40,2
Rigshospitalet	nej	15 / 37	7 (16)	40,5	(25-58)	50,0	40,2
Sjælland	nej	# / #	0 (0)	0,0	(0-98)	100,0	0,0
Næstved	nej	# / #	0 (0)	0,0	(0-98)	100,0	
Roskilde		0 / 0	0 (0)				0,0
Syddanmark	nej	26 / 74	30 (29)	35,1	(24-47)	32,1	32,5
Odense	nej	26 / 74	30 (29)	35,1	(24-47)	32,1	32,5
Midtjylland	nej	12 / 33	10 (23)	36,4	(20-55)	37,1	27,1
Aarhus	nej	12 / 33	10 (23)	36,4	(20-55)	37,1	27,7
Nordjylland	nej	# / #	4 (24)	15,4	(2-45)	40,9	27,3
Aalborg	nej	# / #	4 (24)	15,4	(2-45)	40,9	27,3
Privat							
Ukendt		0 / 0	1(100)				

Kommentarer til indikator 10E:

Indikator 10E viser, andelen af opererede patienter, der behandles med en primær operation. På landsplan bliver 35% af stadi IIIC-IV primært opereret. Denne indikator er taget med, da der er international enighed om, at primær operation er standard behandling til patienter med avanceret ovariecancer. Standarden for indikatoren er sat ud fra internationale standarder, der som nævnt indledningsvis ikke altid er baseret på en samlet national population. Indikatoren er ikke opfyldt – hverken på landsplan eller på de enkelte centre. Der ses en tendens til, at patienter på Rigshospitalet oftere tilbydes primær operation, men tallene er små og skal fortolkes med varsomhed.



Indikator 11A: Ovarie-, tuba- og peritonealcancer, lymfadenektomi, st. I-III A

Standard: $\geq 80\%$

Ovariecancerpatienter med stadie I-III A (eksklusiv overfladeepitheliale-stromale og mucinøst adenokarcinom tumorer), der er makroradikalt opererede (kirurgisk skøn), indgår i indikatoren. Patienter der har fået foretaget lymfadenektomi (dvs. har fået fjernet både paraaortale og iliaceale lymfeknuder) opfylder indikatoren. Indikatoren er opgjort på gynækologiske afdelinger.

11.1 Ovariecancer linn st I-III A	Std. $>80\%$ opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst (pct.)	Aktuelle år		Tidligere år	
				Andel	95% CI	Andel	Andel
Danmark	nej	56 / 111	1 (1)	50,5	(41-60)	58,3	61,9
Hovedstaden	nej	22 / 33	0 (0)	66,7	(48-82)	65,6	75,0
Sjælland		0 / 0	0 (0)			0,0	
Syddanmark	nej	25 / 48	1 (2)	52,1	(37-67)	69,4	55,6
Midtjylland	nej	8 / 17	0 (0)	47,1	(23-72)	48,4	72,7
Nordjylland	nej	# / #	0 (0)	7,7	(0-36)	40,0	31,3
Hovedstaden	nej	22 / 33	0 (0)	66,7	(48-82)	65,6	75,0
Herlev	nej	# / #	0 (0)	0,0	(0-98)	0,0	0,0
Rigshospitalet	nej	22 / 32	0 (0)	68,8	(50-84)	67,7	82,8
Sjælland		0 / 0	0 (0)			0,0	
Næstved		0 / 0	0 (0)			0,0	
Syddanmark	nej	25 / 48	1 (2)	52,1	(37-67)	69,4	55,6
Odense	nej	25 / 48	1 (2)	52,1	(37-67)	69,4	55,6
Midtjylland	nej	8 / 17	0 (0)	47,1	(23-72)	48,4	72,7
Aarhus	nej	8 / 17	0 (0)	47,1	(23-72)	50,0	72,7
Herning		0 / 0	0 (0)			0,0	
Nordjylland	nej	# / #	0 (0)	7,7	(0-36)	40,0	31,3
Aalborg	nej	# / #	0 (0)	7,7	(0-36)	40,0	31,3

Kommentarer til indikator 11A:

Indikator 11A beskriver andelen af ovariecancerpatienter, eksklusiv overfladeepitheliale-stromale og mucinøst adenokarcinom tumorer, med lymfadenektomi (fjernelse af lymfeknuder fra det paraaortale og det iliaceale område).

For ovariecancerpatienter st. I-III A opfylder 51 % (95 % CI: 41-60 %) indikatoren på landsplan, og standarden på $\geq 80\%$ er således ikke opfyldt. Det bemærkes, at Aalborg kun har en andel på 8%. Patientantallene er små, og resultaterne skal derfor tolkes med stor varsomhed.

Da behandlingen er samlet på få centerafdelinger, er afdelingsresultaterne i vid udstrækning overensstemmende med regionsresultaterne. Region Sjælland patienter er for det meste behandlet i Odense.

I ovenstående opgørelser er patienter, der er henvist til operation, men hvor der ikke er oprettet et operationsskema i DGCD, ekskluderet ud fra antagelsen at de aldrig er blevet opereret, hvis et operationsskema ikke eksisterer.

Faglige kommentarer til indikator 11A:

Opfyldelsen af begge indikatorer er yderligere forbedret i forhold til tidligere årsrapporter. Standarderne overholdes ikke på nationalt niveau. På centerniveau overholdes indikator 11B på Rigshospitalet, mens de øvrige centre ikke overholder hverken indikator 11A eller B.

Indikator 11A afspejler patienter der, som led i staging procedure, har fået fjernet lymfeknuder uden synlige metastaser. Forskellen i data mellem forskellige regioner afspejler lokale forskelle i tolkninger af en ikke helt klar evidens.



Specifikke årsager til afståelse af lymfeknudefjernelse, herunder manglende indikation pga. histologisk subtype kan ikke belyses i den nuværende årsrapport. Denne variabel er beskrevet, og forventes stratificeret for i årsrapporten 2017/18.

Afvigelsen fra Aalborg skyldes uenighed med retningslinjer om systematisk lymfadenektomi ved avanceret ovariecancer. Aalborg holder sig til ESGO-guidelines, hvor der kun foretages fjernelse af makroskopisk, klinisk suspekterte lymfeknuder ved avanceret ovariecancer.



Indikator 13: Ovarie-, tuba- og peritonealcancer, andel patienter i live 5 år efter anamnesedato, stadie I

Standard: ikke fastsat

Ovariecancerpatienter med stadie I, der er blevet opereret, indgår i indikatoren. Patienter, der er i live 5 år efter anamnesedato, opfylder indikatoren. Indikatoren er opgjort efter gynækologiske afdelinger.

13 Ovariecancer 5års overl st.I	Std. opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst (pct.)	Aktuelle år		Tidligere år	
				1.7.13-30.6.14 Andel	95% CI	2012/13 Andel	2011/12 Andel
Danmark		100 / 115	0 (0)	87,0	(79-93)	78,9	85,8
Hovedstaden		35 / 39	0 (0)	89,7	(76-97)	83,6	88,1
Sjælland		# / #	0 (0)	100,0	(3-100)	50,0	96,2
Syddanmark		28 / 31	0 (0)	90,3	(74-98)	72,2	77,5
Midtjylland		28 / 32	0 (0)	87,5	(71-96)	79,4	83,8
Nordjylland		8 / 11	0 (0)	72,7	(39-94)	90,9	95,8
Hovedstaden		35 / 39	0 (0)	89,7	(76-97)	83,6	88,1
Bornholm		0 / 0	0 (0)				100,0
Herlev		# / #	0 (0)	66,7	(9-99)	84,4	89,7
Hillerød		# / #	0 (0)	100,0	(3-100)	100,0	100,0
Hvidovre		# / #	0 (0)	50,0	(1-99)	100,0	
Rigshospitalet		31 / 33	0 (0)	93,9	(80-99)	80,7	85,5
Sjælland		# / #	0 (0)	100,0	(3-100)	50,0	96,2
Holbæk		0 / 0	0 (0)			0,0	75,0
Næstved		0 / 0	0 (0)				100,0
Roskilde		# / #	0 (0)	100,0	(3-100)	66,7	100,0
Slagelse		0 / 0	0 (0)				100,0
Syddanmark		28 / 31	0 (0)	90,3	(74-98)	72,2	77,5
Esbjerg		0 / 0	0 (0)				66,7
Haderslev		0 / 0	0 (0)				100,0
Odense		28 / 31	0 (0)	90,3	(74-98)	72,2	77,4
Svendborg		0 / 0	0 (0)				100,0
Sønderborg		0 / 0	0 (0)				75,0
Midtjylland		28 / 32	0 (0)	87,5	(71-96)	79,4	83,8
Aarhus		28 / 32	0 (0)	87,5	(71-96)	81,7	83,6
Herning		0 / 0	0 (0)			33,3	100,0
Horsens		0 / 0	0 (0)				66,7
Randers		0 / 0	0 (0)				100,0
Viborg		0 / 0	0 (0)				100,0
Nordjylland		8 / 11	0 (0)	72,7	(39-94)	90,9	95,8
Aalborg		8 / 11	0 (0)	72,7	(39-94)	90,9	95,8
Privat							
Hamlet		# / #	0 (0)	0,0	(0-98)		

Kommentarer til indikator 13:

Indikatoren beskriver andelen af ovariecancerpatienter med stadie I, der er i live 5 år efter anamnesedato. Populationen er således patienter med anamnesedato 1/7 2013-30/6 2014.

Aktuelle år: Indikatoren afspejler overlevelse efter behandling af ovariecancer, stadie I i Danmark og på de enkelte centre. Resultatet må tolkes med stor forsigtighed, da der er tale om sammenligning mellem små grupper. Samlet set var 87 % (95 % CI: 79-93 %) af patienterne i live 5 år efter anamnesedatoen. Der ses stor variation i overlevelsen mellem centre men også på landsplan fra år til år. Variation mellem centrene kan delvist forklares af forskellig praksis i staging procedure mellem de forskellige centre (indikator 11A). En ikke fuldt staget patient kan teoretisk have sygdom i højere stadie med dårligere prognose, hvilket vil påvirke overlevelsen i negativ retning.



Indikator 14: Ovarie-, tuba- og peritonealcancer, andel patienter i live 2 år efter anamnesedato, stadie IIIC-IV

Standard: ikke fastsat

Ovariecancerpatienter med stadie IIIC-IV, der er blevet opereret, indgår i indikatoren. Patienter, der er i live 2 år efter anamnesedato, opfylder indikatoren. Indikatoren er opgjort efter gynækologiske afdelinger.

14 OC 2års overl st.IIIC-IV	Std. opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst (pct.)	Aktuelle år 1.7.16-30.6.17		Tidligere år 2015/16 2014/15	
				Andel	95% CI	Andel	Andel
Danmark		158 / 232	0 (0)	68,1	(62-74)	65,7	63,9
Hovedstaden		69 / 91	0 (0)	75,8	(66-84)	62,6	61,5
Sjælland		0 / 0	0 (0)			0,0	57,1
Syddanmark		48 / 74	0 (0)	64,9	(53-76)	68,6	64,0
Midtjylland		29 / 47	0 (0)	61,7	(46-75)	64,0	67,1
Nordjylland		12 / 20	0 (0)	60,0	(36-81)	73,9	64,9
Hovedstaden		69 / 91	0 (0)	75,8	(66-84)	62,6	61,5
Herlev		0 / 0	0 (0)			0,0	57,5
Rigshospitalet		69 / 91	0 (0)	75,8	(66-84)	63,0	62,5
Sjælland		0 / 0	0 (0)			0,0	57,1
Næstved		0 / 0	0 (0)				100,0
Roskilde		0 / 0	0 (0)			0,0	50,0
Syddanmark		48 / 74	0 (0)	64,9	(53-76)	68,6	64,0
Odense		48 / 74	0 (0)	64,9	(53-76)	68,6	64,2
Svendborg		0 / 0	0 (0)				0,0
Sønderborg		0 / 0	0 (0)				100,0
Midtjylland		29 / 47	0 (0)	61,7	(46-75)	64,0	67,1
Aarhus		29 / 47	0 (0)	61,7	(46-75)	63,6	67,1
Silkeborg		0 / 0	0 (0)			100,0	
Nordjylland		12 / 20	0 (0)	60,0	(36-81)	73,9	64,9
Aalborg		12 / 20	0 (0)	60,0	(36-81)	73,9	64,9

Kommentarer til indikator 14:

Indikatoren beskriver andelen af ovariecancerpatienter med avancerede sygdom, stadie IIIC-IV, der er i live 2 år efter anamnesedato. Populationen er således patienter med anamnesedato 1/7 2016-30/6 2018. Den avancerede sygdom er karakteriseret ved meget stor risiko for tilbagefald efter primær behandling. I recidiv situationen er kemoterapi som oftest behandlingstilbuddet og indikatoren afspejler således en samlet behandlingsindsats ved kombination af kirurgi og gentagne kemoterapi forløb.

Indikatoren afspejler overlevelse efter behandling inklusiv operation for avanceret ovariecancer. To års overlevelse er valgt for bedst muligt at evaluere den kirurgiske behandling af en sygdom, som både primært og i recidiv behandling anvender kombinationsbehandling med kemoterapi.

Resultaterne må tolkes med stor forsigtighed, da der er tale om sammenligning mellem små grupper.

Aktuelle år: På landsplan var 68 % (95 % CI: 62-74 %) af patienterne i live 2 år efter anamnesedatoen.

2 års overlevelsen har de seneste år været stigende fra 64% for patienter diagnosticeret 2014-2015 til 68% i aktuelle år



Indikator 15: Ovarie-, tuba- og peritonealcancer, andel patienter i live 5 år efter anamnesedato, stadie IIIC-IV

Standard: ikke fastsat

Ovariecancerpatienter med stadie IIIC-IV, der er blevet opereret, indgår i indikatoren. Patienter, der er i live 5 år efter anamnesedato, opfylder indikatoren. Indikatoren er opgjort efter gynækologiske afdelinger.

15 OC 5års overl st.IIIC-IV	Std. opfyldt	Tæller/nævner	Uoplyst (pct.)	Aktuelle år		Tidligere år	
				1.7.13-30.6.14 Andel	95% CI	2012/13 Andel	2011/12 Andel
Danmark		76 / 242	3 (1)	31,4	(26-38)	26,9	25,8
Hovedstaden		21 / 78	3 (4)	26,9	(18-38)	26,8	31,9
Sjælland		# / #	0 (0)	0,0	(0-98)	0,0	20,4
Syddanmark		22 / 67	0 (0)	32,8	(22-45)	28,7	21,0
Midtjylland		21 / 71	0 (0)	29,6	(19-42)	31,0	26,4
Nordjylland		12 / 25	0 (0)	48,0	(28-69)	18,4	18,8
Hovedstaden		21 / 78	3 (4)	26,9	(18-38)	26,8	31,9
Bornholm		0 / 0	0 (0)				0,0
Herlev		# / #	0 (0)	0,0	(0-98)	19,6	30,4
Hillerød		0 / 0	0 (0)				66,7
Hvidovre		0 / 0	0 (0)				0,0
Rigshospitalet		21 / 77	3 (4)	27,3	(18-39)	29,9	32,8
Sjælland		# / #	0 (0)	0,0	(0-98)	0,0	20,4
Roskilde		# / #	0 (0)	0,0	(0-98)	0,0	22,7
Syddanmark		22 / 67	0 (0)	32,8	(22-45)	28,7	21,0
Odense		22 / 67	0 (0)	32,8	(22-45)	29,1	21,7
Midtjylland		21 / 71	0 (0)	29,6	(19-42)	31,0	26,4
Aarhus		21 / 71	0 (0)	29,6	(19-42)	31,0	27,3
Nordjylland		12 / 25	0 (0)	48,0	(28-69)	18,4	18,8
Aalborg		12 / 25	0 (0)	48,0	(28-69)	18,4	19,0
Privat							
Hamlet		0 / 0	0 (0)				100,0
Nuuk		0 / 0	0 (0)				0,0

Kommentarer til indikator 15:

Indikator 15 beskriver andelen af ovariecancerpatienter med avancerede sygdom, stadie IIIC-IV, der er i live 5 år efter anamnesedato. Populationen er således patienter med anamnesedato 1/7 2013-30/6 2014. Den avancerede sygdom er karakteriseret ved meget stor risiko for tilbagefald efter primær behandling. I recidiv situationen er kemoterapi som oftest behandlingstilbuddet og indikatoren afspejler således en samlet behandlingsindsats ved kombination af kirurgi og gentagne kemoterapi forløb. Resultaterne må tolkes med stor forsigtighed, da der er tale om sammenligning mellem små grupper.

Aktuelle år: Samlet set var 31 % (95 % CI: 26-38 %) af de opererede stadie IIIC-IV patienter i live 5 år efter anamnesedatoen.

5 års overlevelsen har de seneste år været stigende fra 26% for patienter diagnosticeret 2011-2012 til 31% i aktuelle år.



Indikatorområde: Sygepleje

Indikator 30: Sygepleje ovariecancer – mobilisering ≥ 3 timer på postoperativ dag 1 for ikke-ekstensivt opererede

Standard: ≥ ikke fastsat

Ovariecancerpatienter, der ikke er ekstensivt opereret, er modtaget i sygeplejeafdelingen på operationsdagen eller den følgende dag, og som ikke er udskrevet på operationsdagen eller den følgende dag, indgår i indikatoren. Patienter der er mobiliseret ≥ 3 timer dagen efter operation opfylder indikatoren. Indikatoren er opgjort på gynækologiske afdelinger.

30.1 Sygepleje OC mobilisering

	Std. opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst (pct.)	Aktuelle år		Tidligere år	
				Andel	95% CI	Andel	Andel
Danmark		46 / 89	165 (65)	51,7	(41-62)	51,0	48,0
Hovedstaden		# / #	55 (98)	0,0	(0-98)	12,5	33,3
Sjælland		0 / 0	1(100)				
Syddanmark		16 / 31	86 (74)	51,6	(33-70)	56,9	46,2
Midtjylland		19 / 42	13 (24)	45,2	(30-61)	46,7	45,2
Nordjylland		11 / 15	10 (40)	73,3	(45-92)	65,7	69,4
Hovedstaden		# / #	55 (98)	0,0	(0-98)	12,5	33,3
Herlev		0 / 0	1(100)				
Rigshospitalet		# / #	54 (98)	0,0	(0-98)	12,5	33,3
Sjælland		0 / 0	1(100)				
Næstved		0 / 0	1(100)				
Syddanmark		16 / 31	86 (74)	51,6	(33-70)	56,9	46,2
Odense		16 / 31	86 (74)	51,6	(33-70)	56,9	46,2
Midtjylland		19 / 42	13 (24)	45,2	(30-61)	46,7	45,2
Aarhus		19 / 42	13 (24)	45,2	(30-61)	46,7	45,2
Nordjylland		11 / 15	10 (40)	73,3	(45-92)	65,7	69,4
Aalborg		11 / 15	10 (40)	73,3	(45-92)	65,7	69,4

Kommentarer til begge sygeplejeindikatorer, 30 og 31:

Begge sygeplejeindikatorer har fortsat et utilfredsstillende højt antal uoplyste med henholdsvis 65 % for indikator 30 og 63 % for indikator 31. Konsekvensen af det høje antal uoplyste i årsrapporten (som ikke afspejler indtastningspraksis på centrene men persisterende tekniske problemer) er, at den faglige fortolkning af resultaterne må fortages på landsgennemsnittet og med forsigtighed. Det er således – i lighed med sidste årsrapport - svært at sige noget fagligt validt om disse tal.

Kommentarer til indikator 30:

Indikator 30 beskriver andelen af patienter, der var mobiliseret i 3 timer eller mere på postoperativ dag 1. På landsplan opfylder 52 % (95 % CI: 41-62 %) af patienterne indikatoren. Det er påfaldende, at Region Hovedstaden næsten har 100% uoplyste og Odense tilsvarende 74%.

I ovenstående opgørelse er patienter, der er henvist til operation, men hvor der ikke er oprettet et operationsskema i DGCD, ekskluderet ud fra antagelsen at de aldrig er blevet opereret, hvis et operationsskema ikke eksisterer.

Af de 165 uoplyste i tabellen er 159 uoplyst, fordi der mangler oplysning om hvilken post-operativ dag, patienten blev modtaget i afdelingen, 5 mangler oplysning om varighed af mobilisering og 1 er uoplyst, fordi der mangler oplysning om hvorvidt de er henvist til operation.

Med indførelsen af ny inddeling af 'Ekstensiv kirurgigrad' i LAP 1+2+3 har sygeplejegruppen udarbejdet forslag om at justere plejeindikator 30 vedrørende mobilisering til at omfatte alle tre kirurgigrader. Fordi de



patienter der har fået foretaget Lap 3 ikke er tilbage i sengeafsnittet før dag 1 ændredes tidspunktet tilsvarende til postoperativ dag 2, hvor målsætningen er 5 timer. Dermed lyder den reviderede indikator som følger:

Indikator 30: Sygepleje ovariecancer - mobilisering > 5 timer postoperativ dag 2

Standard: > 60 %

Patienter, der er opereret for ovariecancer (Lap 1+2+3) og er modtaget i sengeafsnit senest dag 1 efter operationen indgår i indikatoren.

Patienter der er mobiliseret \geq 5 timer dag 2 efter operationen, eller udskrevet før eller på dag 2 opfylder indikatoren. Indikatoren er opgjort på gynækologiske afdelinger.

Denne ændring er imidlertid ikke slået igennem i nærværende årsrapport, og grundet ændringen i 'Ekstensiv kirurgigrad' til LAPP 1+2+3 er indikatoren ikke anført kvalitetsstandard.

Siden sidste årsrapport er smertebehandlingen yderligere systematiseret og revideret ved nationalt møde med deltagelse af repræsentanter for kirurger, sygeplejersker og anæstesiaafdelinger. Den er aktuelt under implementering på centrene undtagen i Nordjylland. Her adskiller smertebehandlingen sig fra de øvrige regioner ved at den epidurale pumpe indgiver bolus hver 45. minut fremfor kontinuerlig medicinering (og ved høj grad af målopfyldelse for mobilisering).

Indikator 31: Sygepleje ovariecancer - afføring ≤ 3 dage efter operation

Standard: ≥ 60 %

Ovariecancerpatienter der er opereret indgår i indikatoren. Patienter der har haft afføring senest på postoperativ dag 3 opfylder indikatoren. Indikatoren er opgjort på gynækologiske afdelinger.

31.1 Sygepleje OC afføring	Std. >60% opfyldt	Tæller/nævner	Uoplyst (pct.)	Aktuelle år		Tidligere år	
				1.7.18-30.6.19 Andel	95% CI	2017/18 Andel	2016/17 Andel
Danmark	nej	51 / 125	213 (63)	40,8	(32-50)	43,0	42,0
Hovedstaden	nej	# / #	83 (95)	50,0	(7-93)	57,9	40,7
Sjælland		0 / 0	2(100)			0,0	
Syddanmark	nej	20 / 46	108 (70)	43,5	(29-59)	43,0	41,2
Midtjylland	nej	18 / 57	11 (16)	31,6	(20-45)	36,1	33,3
Nordjylland	ja	11 / 18	9 (33)	61,1	(36-83)	40,5	65,7
Hovedstaden	nej	# / #	83 (95)	50,0	(7-93)	57,9	40,7
Herlev		0 / 0	1(100)				
Rigshospitalet	nej	# / #	82 (95)	50,0	(7-93)	57,9	40,7
Sjælland		0 / 0	2(100)			0,0	
Næstved		0 / 0	2(100)			0,0	
Syddanmark	nej	20 / 46	108 (70)	43,5	(29-59)	43,0	41,2
Odense	nej	20 / 46	108 (70)	43,5	(29-59)	43,0	41,2
Midtjylland	nej	18 / 57	11 (16)	31,6	(20-45)	36,1	33,3
Aarhus	nej	18 / 57	11 (16)	31,6	(20-45)	36,1	33,3
Nordjylland	ja	11 / 18	9 (33)	61,1	(36-83)	40,5	65,7
Aalborg	ja	11 / 18	9 (33)	61,1	(36-83)	40,5	65,7

Kommentarer til begge sygepleje indikatorer, 30 og 31:

Begge sygeplejeindikatorer har fortsat et utilfredsstillende højt antal uoplyste med henholdsvis 65 % for indikator 30 og 63 % for indikator 31. Konsekvensen af det høje antal uoplyste i årsrapporten (som ikke afspejler indtastningspraksis på centrene men persisterende tekniske problemer) er, at den faglige fortolkning af resultaterne må fortages på landsgennemsnittet og med forsigtighed. Det er således – i lighed med sidste årsrapport - svært at sige noget fagligt validt om disse tal.

Kommentarer til indikator 31:

Indikator 31 beskriver andelen af patienter, der havde afføring senest 3 dage efter operation. Alle patienter, der er blevet opereret, er modtaget på afdelingen 0-3 dage efter operationen og tidligst er udskrevet 3 dage efter operationen, er inkluderet i indikatoren.

På landsplan opfylder 41 % (95 % CI: 32-50 %) af patienterne indikatoren, og standarden på ≥ 60 % er således ikke opfyldt. På afdelingsniveau varierer indikatorværdien mellem 32 og 61 %.

Det bemærkes, at Rigshospitalet kun har 4 patienter, der indgår i indikatoren. Der er en meget stor andel uoplyste for denne indikator. Af de 213 uoplyste i indikator 31, er 209 uoplyst pga. manglende information om, hvilken post-operativ dag patienten er modtaget på afdelingen.

I ovenstående opgørelse er patienter der er henvist til operation, men hvor der ikke er oprettet et operationsskema i DGCD, ekskluderet ud fra antagelsen at de aldrig er blevet opereret, hvis et operationsskema ikke eksisterer.

Som en konsekvens af at indikatoren ikke har kunnet opfyldes gennem flere år, sættes standarden ned til 60 %. I Nordjylland opfyldes målet for indikator 31 dog, hvilket tillægges den høje grad af mobilisering.



En audit over brugen af præ- og postoperativ laksantia foretaget i 2019 viser betydelige forskelle, på trods af at der foreligger en klinisk vejledning på området. Denne er nu opdateret og under fornyet implementering.



Indikatorområde: Corpuscancer

Indikator 20B: Corpuscancer (karcinomer), fjernelse af pelvine lymfeknuder for mellem-høj-risikopatienter st. I, eller st. II-III

Standard: $\geq 80\%$

Corpuscancerpatienter (kun karcinomer) med mellem- eller højrisiko stadie I eller stadie II-III indgår i indikatoren. Patienter, der korrekt får fjernet pelvine lymfeknuder (både systematisk og ikke-systematisk), opfylder indikatoren. Indikatoren er opgjort på gynækologiske afdelinger.

20.2 Corpuscancer linn st. II-III	Std. $>80\%$ opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst (pct.)	Aktuelle år 1.7.18-30.6.19		Tidligere år 2017/18 2016/17	
				Andel	95% CI	Andel	Andel
Danmark	ja	201 / 247	9 (4)	81,4	(76-86)	74,1	80,4
Hovedstaden	ja	63 / 74	4 (5)	85,1	(75-92)	73,9	78,3
Sjælland	ja	21 / 26	1 (4)	80,8	(61-93)	77,3	81,0
Syddanmark	nej	44 / 57	1 (2)	77,2	(64-87)	80,4	82,5
Midtjylland	nej	26 / 39	2 (5)	66,7	(50-81)	56,6	80,8
Nordjylland	ja	47 / 51	1 (2)	92,2	(81-98)	93,3	81,5
Hovedstaden	ja	63 / 74	4 (5)	85,1	(75-92)	73,9	78,3
Herlev	ja	29 / 35	1 (3)	82,9	(66-93)	64,6	66,7
Hvidovre		0 / 0	0 (0)				0,0
Rigshospitalet	ja	34 / 39	3 (7)	87,2	(73-96)	84,1	87,8
Sjælland	ja	21 / 26	1 (4)	80,8	(61-93)	77,3	81,0
Næstved		0 / 0	0 (0)			0,0	
Roskilde	ja	21 / 26	1 (4)	80,8	(61-93)	81,0	81,0
Syddanmark	nej	44 / 57	1 (2)	77,2	(64-87)	80,4	82,5
Odense	nej	44 / 57	1 (2)	77,2	(64-87)	80,4	82,5
Midtjylland	nej	26 / 39	2 (5)	66,7	(50-81)	56,6	80,8
Aarhus	nej	26 / 39	2 (5)	66,7	(50-81)	56,6	81,9
Herning		0 / 0	0 (0)				0,0
Nordjylland	ja	47 / 51	1 (2)	92,2	(81-98)	93,3	81,5
Aalborg	ja	47 / 51	1 (2)	92,2	(81-98)	93,3	81,5

Kommentarer til indikator 20B:

Indikator 20B beskriver andelen af corpuscancerpatienter, st. I mellem-højrisikopatienter og st. II-III, der har fået foretaget korrekt lymfeknudesampling. Dette er opfyldt for 81 % (95 % CI: 76-86 %) af patienterne. Standarden på $\geq 80\%$ er dermed opfyldt på landsplan. To regioner, Syddanmark og Midtjylland opfylder ikke standarden. Der kan fra år til år ses ret store procentvise udsving, således at afdelinger, der et år ligger over 80 % det næste let kan ligge under, og omvendt. De 80 % er valgt ud fra at ikke alle patienter med sygdommen er egnede til fuld pelvin lymfadenektomi og evt. efterbehandling. Patienter kan typisk bedømmes uegnede pga. af meget høj alder eller betydende komorbiditet.

Årsager til manglende lymfeknudefjernelse blandt patienter i indikator 20B er opgjort på afdelingsniveau i nedenstående tabel. På landsplan er der angivet relevante årsager til manglende lymfeknudefjernelse for 45 af 48 patienter, der ikke har fået fjernet lymfeknuder.



Afdeling	Årsag til manglende lymfeknudefjernelse			Total
	Uoplyst	Lavrisikosygdom	Patienttilstand*	
Herlev	#	#1	6	8
Hvidovre	0	#	0	1
Rigshospitalet	#	#	#	6
Roskilde	0	3	5	8
Odense	0	3	4	7
Aarhus	0	3	4	7
Aalborg	0	#	4	5
Total	3	13	32	48

*alder, komorbiditet eller patientønske



Indikator 21: Corpuscancer, laparoskopisk eller robot assisteret operation for stadie I, lav- og mellem-risiko patienter

Standard: > 75 %

Corpuscancer: Andelen af patienter med stadie I lav- og mellem-risiko endometriecancer der opereres laparoskopisk eller med robot kirurgi, opfylder indikatoren. Indikatoren er opgjort på gynækologiske afdelinger.

21 Corpuscancer laparoskopisk ell	Std. >75% opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst (pct.)	Aktuelle år		Tidligere år	
				1.7.18-30.6.19 Andel	95% CI	2017/18 Andel	2016/17 Andel
Danmark	ja	336 / 364	1 (0)	92,3	(89-95)	91,7	91,8
Hovedstaden	ja	107 / 114	0 (0)	93,9	(88-98)	93,4	88,8
Sjælland	ja	54 / 59	1 (2)	91,5	(81-97)	93,9	93,8
Syddanmark	ja	55 / 58	0 (0)	94,8	(86-99)	88,9	95,8
Midtjylland	ja	39 / 49	0 (0)	79,6	(66-90)	89,0	89,9
Nordjylland	ja	81 / 84	0 (0)	96,4	(90-99)	94,1	92,9
Hovedstaden	ja	107 / 114	0 (0)	93,9	(88-98)	93,4	88,8
Herlev	ja	64 / 66	0 (0)	97,0	(89-100)	95,6	92,3
Hvidovre		0 / 0	0 (0)				0,0
Rigshospitalet	ja	43 / 48	0 (0)	89,6	(77-97)	90,7	88,7
Sjælland	ja	54 / 59	1 (2)	91,5	(81-97)	93,9	93,8
Næstved		0 / 0	0 (0)			100,0	
Roskilde	ja	54 / 59	1 (2)	91,5	(81-97)	93,8	93,8
Syddanmark	ja	55 / 58	0 (0)	94,8	(86-99)	88,9	95,8
Odense	ja	55 / 58	0 (0)	94,8	(86-99)	88,9	95,8
Midtjylland	ja	39 / 49	0 (0)	79,6	(66-90)	89,0	89,9
Aarhus	ja	39 / 49	0 (0)	79,6	(66-90)	89,0	89,8
Odder		0 / 0	0 (0)				100,0
Nordjylland	ja	81 / 84	0 (0)	96,4	(90-99)	94,1	92,9
Aalborg	ja	81 / 84	0 (0)	96,4	(90-99)	94,1	92,9

Kommentarer til indikator 21:

Målet med indikatoren er at opnå en høj procentdel af patienter som tilbydes operation med laparoskopi eller robot med henblik på at reducere komplikationsraten og indlæggelsestiden og tid til restitution.

Indikator 21 beskriver andelen af corpuscancerpatienter, st. I lav- og mellemrisikopatienter, der opereres laparoskopisk eller med robotkirurgi.

Aktuelle år: Samlet set blev 92 % (95 % CI: 89-95 %) af endometriecancerpatienterne, stadie I, lav- og mellemrisiko opereret laparoskopisk eller robot assisteret. Standarden på ≥ 75 % var dermed opfyldt på landsplan og for alle afdelinger. Indikator opfyldelsen har ligget meget højt de seneste år. Resultaterne må tolkes med stor forsigtighed, da der er tale om sammenligning mellem små grupper.



Indikator 23A: Endometriecancer patienter, andel i live 5 år efter anamnesedato

Standard: > 70 %

Endometriecancer: Kaplan-Meier estimatet for andelen af endometriecancerpatienter alle stadier, der er i live 5 år efter anamnesedato. Indikatoren er opgjort på gynækologiske afdelinger.

Gruppe	Døde	Total	uoplyst pct	Aktuelle år 2014- 2015		Tidligere år 2013 - 2014
				Andel	95 % CL	Andel
Danmark	131	697	0.0	81.3	(78.2-84.0)	.
Region Hovedstaden	47	223	0.0	78.9	(73.0-83.7)	.
Region Sjælland	14	106	0.0	86.8	(78.7-92.0)	.
Region Syddanmark	33	165	0.0	80.5	(73.5-85.8)	.
Region Midtjylland	26	134	0.0	80.6	(72.8-86.4)	.
Region Nordjylland	11	69	0.0	83.6	(72.2-90.6)	.
Region Hovedstaden	47	223	0.0	78.9	(73.0-83.7)	.
Herlev	19	111	0.0	82.9	(74.5-88.7)	.
Hillerød	#	#	0.0	100.0	(100-100)	.
Hvidovre	#	#	0.0	100.0	(100-100)	.
Rigshospitalet	28	110	0.0	74.5	(65.3-81.7)	.
Region Sjælland	14	106	0.0	86.8	(78.7-92.0)	.
Roskilde	14	106	0.0	86.8	(78.7-92.0)	.
Region Syddanmark	33	165	0.0	80.5	(73.5-85.8)	.
Odense	33	165	0.0	80.5	(73.5-85.8)	.
Region Midtjylland	26	134	0.0	80.6	(72.8-86.4)	.
Herning	#	#	0.0	0.0	(0.0-0.0)	.
Aarhus	25	133	0.0	81.2	(73.5-86.9)	.
Region Nordjylland	11	69	0.0	83.6	(72.2-90.6)	.
Aalborg	11	69	0.0	83.6	(72.2-90.6)	.

Kommentarer til indikator 23A og 23B:

Overlevelsen efter behandling for endometriecancer i Danmark har været uændret gennem mange år på trods af mange ændringer i behandlingsstrategi som omlægning til laparoskopisk kirurgi, indførelse af lymfeknudestaging, ophør med postoperativ strålebehandling til stadie I og indførelsen af postoperativ adjuverende behandling til patienter med spredning af deres sygdom. Det er derfor vigtigt at monitorere overlevelsen kontinuerligt for at måle om de nye behandlingstiltag øger overlevelsen, men også for at sikre at de nye behandlingstiltag ikke forringer overlevelsen. Standarden er fastsat ud fra DGCD årsrapport og de Danske guidelines for endometriecancer.

Kommentarer til indikator 23A:

For aktuelle år er standarden på $\geq 70\%$ opfyldt på landsplan og for alle fem regioner. Resultaterne må tolkes med forsigtighed, da der er tale om sammenligning mellem små grupper.



Indikator 23B: Endometrie-cancer patienter, stadie I, andel i live 5 år efter anamnesedato

Standard: > 80 %

Endometrie-cancer: Kaplan-Meier estimatet for andelen af endometrie-cancer patienter stadie I, der er i live 5 år efter anamnesedato. Indikatoren er opgjort på gynækologiske afdelinger.

Gruppe	Døde	Total	uoplyst pct	Aktuelle år 2014 - 2015		Tidligere år
				Andel	95 % CL	2013 - 2014 Andel
Danmark	63	536	0.0	88.2	(85.2-90.7)	.
Region Hovedstaden	20	164	0.0	87.8	(81.7-92.0)	.
Region Sjælland	6	88	0.0	93.2	(85.5-96.9)	.
Region Syddanmark	17	123	0.0	86.0	(78.5-91.1)	.
Region Midtjylland	12	103	0.0	88.3	(80.4-93.2)	.
Region Nordjylland	8	58	0.0	86.2	(74.3-92.9)	.
Region Hovedstaden	20	164	0.0	87.8	(81.7-92.0)	.
Herlev	12	91	0.0	86.8	(77.9-92.3)	.
Hillerød	#	#	0.0	100.0	(100-100)	.
Hvidovre	#	#	0.0	100.0	(100-100)	.
Rigshospitalet	8	71	0.0	88.7	(78.7-94.2)	.
Region Sjælland	6	88	0.0	93.2	(85.5-96.9)	.
Roskilde	6	88	0.0	93.2	(85.5-96.9)	.
Region Syddanmark	17	123	0.0	86.0	(78.5-91.1)	.
Odense	17	123	0.0	86.0	(78.5-91.1)	.
Region Midtjylland	12	103	0.0	88.3	(80.4-93.2)	.
Herning	#	#	0.0	0.0	(0.0-0.0)	.
Aarhus	11	102	0.0	89.2	(81.4-93.9)	.
Region Nordjylland	8	58	0.0	86.2	(74.3-92.9)	.
Aalborg	8	58	0.0	86.2	(74.3-92.9)	.

Kommentarer til indikator 23A og 23B:

Overlevelsen efter behandling for endometrie-cancer i Danmark har været uændret gennem mange år på trods af mange ændringer i behandlingsstrategi som omlægning til laparoskopisk kirurgi, indførelse af lymfeknudestaging, ophør med postoperativ strålebehandling til stadie I og indførelsen af postoperativ adjuverende behandling til patienter med spredning af deres sygdom. Det er derfor vigtigt at monitorere overlevelsen kontinuerligt for at måle om de nye behandlingstiltag øger overlevelsen men også for at sikre at de nye behandlingstiltag ikke forringer overlevelsen.

Kommentarer til indikator 23B:

For aktuelle år er standarden på $\geq 80\%$ opfyldt på landsplan og for alle fem regioner. Resultaterne må tolkes med forsigtighed, da der er tale om sammenligning mellem små grupper.



Indikatorområde: Vulvacancer

Indikator 44: Vulvacancer st. IB, 3 års sygdomsspecifik overlevelse (dødsårsag C51.8-9).

Vulvacancerpatienter med stadie IB indgår i indikatoren. Patienter der ikke dør af deres vulvacancer (tilgrundliggende dødsårsag ICD-10 C51.8-9) inden for tre år efter diagnose indgår i tælleren. Indikatoren er opgjort på gynækologiske afdelinger.

44.1 Vulvacancer 3års specifik døde	Std. opfyldt	Tæller/nævner	Uoplyst (pct.)	Aktuelle år 1.7.15-30.6.16		Tidligere år	
				Andel	95% CI	2014/15	2013/14
Danmark		56 / 66	1 (1)	84,9	(74-92)	90,9	89,7
Hovedstaden		25 / 28	1 (3)	89,3	(72-98)	94,4	93,8
Syddanmark		# / #	0 (0)	100,0	(3-100)		100,0
Midtjylland		29 / 36	0 (0)	80,6	(64-92)	86,5	82,6
Nordjylland		# / #	0 (0)	100,0	(3-100)	100,0	100,0
Hovedstaden		25 / 28	1 (3)	89,3	(72-98)	94,4	93,8
Herlev		# / #	0 (0)	100,0	(3-100)		100,0
Rigshospitalet		24 / 27	1 (4)	88,9	(71-98)	94,4	93,3
Syddanmark		# / #	0 (0)	100,0	(3-100)		100,0
Odense		# / #	0 (0)	100,0	(3-100)		100,0
Midtjylland		29 / 36	0 (0)	80,6	(64-92)	86,5	82,6
Aarhus		29 / 35	0 (0)	82,9	(66-93)	86,5	81,8
Silkeborg		# / #	0 (0)	0,0	(0-98)		100,0
Nordjylland		# / #	0 (0)	100,0	(3-100)	100,0	100,0
Aalborg		# / #	0 (0)	100,0	(3-100)	100,0	100,0
Privat							
Ukendt		0 / 0	0 (0)			100,0	

Kommentarer til indikator 44:

Vulvacancerpatienter udgør en lille, men ældre aldersgruppe med større komorbiditet end de øvrige gynækologiske cancergrupper. Det ønskes derfor at monitorere den sygdomsspecifikke 5 års overlevelse (andelen, der ikke dør af deres vulvacancer) for stadie IB med henblik på sammenligning med udenlandske data. Målet er > 90%.

På landsplan overlever 85% af patienterne deres vulvacancer i 3 år. Dette er lidt lavere end for de to forgående år. Sammenligninger mellem årene og mellem de to afdelinger, Aarhus og Rigshospitalet skal tolkes med forsigtighed, da der er tale om sammenligning mellem små grupper.



Indikatorområde: Trofoblasygdom

Indikator 51: Trofoblasygdom (kun mola), andel patienter med klinisk mistanke om – og efterfølgende verificeret – mola, der har fået foretaget genetisk analyse.

Standard: ≥ 90 %

Trofoblastpatienter med den histologiske diagnose mola, hvor der har været klinisk mistanke om mola, indgår i indikatoren. Patienter, der har fået sendt væv til genetisk undersøgelse, opfylder indikatoren. Indikatoren er opgjort på gynækologiske afdelinger.

51.1 Trofoblasygdom gen.analyse

	Std. >90% opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst (pct.)	Aktuelle år		Tidligere år	
				Andel	95% CI	Andel	Andel
Danmark	nej	17 / 21	3 (13)	81,0	(58-95)	70,0	56,7
Hovedstaden	ja	5 / 5	1 (17)	100,0	(48-100)	33,3	41,7
Syddanmark	nej	5 / 7	0 (0)	71,4	(29-96)	100,0	80,0
Midtjylland	nej	7 / 8	2 (20)	87,5	(47-100)	80,0	83,3
Nordjylland	nej	# / #	0 (0)	0,0	(0-98)	33,3	42,9
Hovedstaden	ja	5 / 5	1 (17)	100,0	(48-100)	33,3	41,7
Herlev	ja	4 / 4	1 (20)	100,0	(40-100)	0,0	100,0
Hillerød	ja	# / #	0 (0)	100,0	(3-100)		
Hvidovre		0 / 0	0 (0)				22,2
Rigshospitalet		0 / 0	0 (0)			100,0	100,0
Syddanmark	nej	5 / 7	0 (0)	71,4	(29-96)	100,0	80,0
Kolding	nej	# / #	0 (0)	66,7	(9-99)	100,0	75,0
Odense	ja	# / #	0 (0)	100,0	(16-100)	100,0	100,0
Svendborg	nej	# / #	0 (0)	50,0	(1-99)		
Midtjylland	nej	7 / 8	2 (20)	87,5	(47-100)	80,0	83,3
Aarhus	ja	5 / 5	1 (17)	100,0	(48-100)	87,5	80,0
Herning	ja	# / #	1 (50)	100,0	(3-100)	50,0	
Viborg	nej	# / #	0 (0)	50,0	(1-99)		100,0
Nordjylland	nej	# / #	0 (0)	0,0	(0-98)	33,3	42,9
Aalborg	nej	# / #	0 (0)	0,0	(0-98)	33,3	42,9

Klinisk-epidemiologiske kommentarer til indikator 51:

Indikator 51 viser hvor stor en andel af patienter med klinisk mistanke om mola, der har fået foretaget genetisk analyse af væv. På landsplan opfylder 81 % (95 % CI: 58-95 %) af de patienter med komplette data indikatoren. Andelen af uoplyste er reduceret i aktuelle år til 13%. Datagrundlaget er meget lille, og der bør derfor ikke tolkes på regions- eller afdelingsresultater.

Faglige kommentarer til indikator 51:

Beregningerne er lavet på meget små indberetningstal - statistisk burde der indgå ca. 80 kvinder årligt med en molagraviditet, men der er kun korrekt indberettet 22 til DGCD, modsvarende en estimeret indberetning på ca. 25 %. Heraf opfylder 81 % indikatoren med en spredning på 50 % til 100 % mellem regionerne. Den lave indberetningsfrekvens gør at tallene ikke kan tolkes. Man bør sigte mod en centralisering af indtastningen for at forbedre denne, således at valide data kan opnås.



3. Beskrivelse af sygdomsområdet

Dansk Gynækologisk Cancer Database (DGCD) udgiver nu sin 10. årsrapport, der præsenterer data fra årene 2017 – 2019. Vi håber, at resultaterne fra årsrapporten vil blive brugt til en forstærket kvalitetsudvikling og forskning inden for området, så de kan blive til gavn for patienter med gynækologiske cancersygdomme.

DGCD er en del af Dansk Gynækologisk Cancer Gruppe (DGCG), der er et samarbejde mellem Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi (DSOG), Dansk Patologiselskab (DPAS) og Dansk Selskab for Klinisk Onkologi (DSKO).

DGCG er opbygget af en bestyrelse med repræsentanter fra hvert af de tre tidligere nævnte selskaber samt repræsentanter fra Dansk Radiologisk Selskab og Danske Regioner. Derudover er der et forretningsudvalg og en række arbejdsgrupper inden for hvert sygdomsområde samt en databasestyregruppe.

Nuværende medlemmer af de forskellige udvalg og arbejdsgrupper er listet i kap. 6.

Dansk Gynækologisk Cancer Database (DGCD) er multidisciplinær og inkluderer oplysninger fra gynækologer, patologer, onkologer og sygeplejersker. DGCD har til formål:

- At indgå i kvalitetssikring og -udvikling af den patoanatomiske vurdering samt den kirurgiske, sygeplejemæssige, kemo- og radioterapeutiske behandling af gynækologisk cancer i Danmark
- At indsamle kliniske informationer til brug for statistik og fremtidig forskning i gynækologisk cancer i Danmark.

Databasen omfatter alle patienter i Danmark, som er diagnosticeret efter 1. januar 2005 med enten ovarie-, peritoneal- eller tubacancer samt borderlinetumorer, corpuscancer og hyperplasi med atypi eller cervixcancer. I 2011 begyndte registrering af sygeplejedata. I 2012 begyndte registrering af trofoblastsygdom og i 2013 registrering af vulva- og vaginalcancer.

For mere information om Dansk Gynækologisk Cancer Gruppe og Dansk Gynækologisk Cancer Database, se hjemmesiden www.dgcg.dk.

DGCD understøttes af Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (RKKP). RKKP udgør infrastruktur for støttede landsdækkende kliniske kvalitetsdatabaser, Danske Multidisciplinære Cancer Grupper (DMCG) og kompetencecentre for epidemiologi, biostatistik, sundhedsinformatik og klinisk kvalitet.

RKKP leverer support til DGCD inden for it og klinisk support/koordination, datamanagement, biostatistik og epidemiologi.

I processen omkring udarbejdelsen af årsrapporten har de relevante afdelinger fået tilsendt mangellister flere gange for at sikre, at alle data er indsamlet inden den endelige opgørelse.

Årsrapporten er sendt i høring ad to omgange. Første gang til DGCDs styregruppe samt DGCD-ansvarlige afdelingsrepræsentanter. Anden gang er den atter sendt til ovennævnte samt til de DGCD-ansvarlige på afdelingerne og til de regionale kvalitetskontorer.



4. Oversigt over indikatorer

Indikatorområde	Nr.	Navn	Standard
Cervixcancer	6A	Cervixcancer, andel patienter i live 5 år efter anamnesedato, st. I	≥ 90 %
	6B	Cervixcancer, andel patienter i live 5 år efter anamnesedato, st. II-III	≥ 45 %
	7A	Cervixcancer, andel patienter med frie resektionsrande, st. IB-IIA, radikal hysterektomi	> 95 %
	7B	Cervixcancer, andel patienter med parametriedvækst, st. IB-IIA, radikal hysterektomi	≤ 5 %
Ovariecancer	10A	Ovariecancer, makroradikal operation, st. IIIC-IV, primært opererede	≥ 60 %
	10B	Ovariecancer, makroradikal operation, st. IIIC-IV, opereret efter neoadjuverende kemoterapi	≥ 60 %
	10C	Indikator 10C: Ovarie-, tuba- og peritonealcancer, ikke opererede, st. IIIC-IV	≤ 10 %
	10D	Ovarie-, tuba- og peritonealcancer, makroskopisk radikalt opererede, st. IIIC-IV	≥ 65 %
	10E	Indikator 10E: Ovarie-, tuba- og peritonealcancer, primært opererede, st. IIIC-IV	≥ 50 %
	11A	Ovariecancer, radikal lymfadenektomi, st. I-IIIA	≥ 80 %
	13	Ovarie-, tuba- og peritonealcancer, andel patienter i live 5 år efter anamnesedato, stadie I	Ingen standard
	14	Ovarie-, tuba- og peritonealcancer, andel patienter i live 2 år efter anamnesedato, stadie IIIC-IV	Ingen standard
15	Ovarie-, tuba- og peritonealcancer, andel patienter i live 5 år efter anamnesedato, stadie IIIC-IV	Ingen standard	
Corpuscancer	20B	Corpuscancer, fjernelse af pelvine lymfeknuder for mellem-høj-risikopatienter st. I, eller st. II-III	≥ 80 %
	21	Corpuscancer, laparoskopisk eller robot assisteret operation for stadie I, lav- og mellem-risiko patienter	> 75 %
	23A	Endometriecancer patienter, andel i live 5 år efter anamnesedato	> 70 %
	23B	Endometriecancer patienter, stadie I, andel i live 5 år efter anamnesedato	> 80 %
Sygepleje	30	Sygepleje ovariecancer – mobilisering ≥ 3 timer på postoperativdag 1 for ikke-ekstensivt opererede	Ingen standard
	31	Sygepleje ovariecancer - afføring ≤ 3 dage efter operation	≥ 60 %
Vulvacancer	44	Vulvacancer st. IB, 3 års sygdomsspecifik overlevelse (dødsårsag C51.8-9)	Ingen standard
Trofoblastsygdom	51	Trofoblastsygdom (kun mola), andel patienter der har fået foretaget genetisk analyse	≥ 90 %



5. Datagrundlag

Årsrapporten inkluderer data fra 1. juli 2016 til 30. juni 2019. Den aktuelle periode dækker 1. juli 2018 – 30. juni 2019. Indikatoropgørelserne for den aktuelle periode sammenlignes med de 2 foregående perioder; 1. juli 2017-30. juni 2018 og 1. juli 2016-30. juni 2017.

Det samlede datagrundlag for de seneste 3 tidsperioder, der indgår i indikatoropgørelserne i aktuelle årsrapport udgøres af 5726 patienter med gynækologisk cancer. Disse patienter opfylder tre krav: De er alle diagnosticerede i perioden 1. juli 2016- 30. juni 2019, de er alle registrerede i DGCD, og de har alle fået angivet en cancertype i DGCD.

Det er de enkelte brugere rundt om på landets gynækologiske- og patologi-afdelinger, der står for den løbende indtastning i databasen. Databasen er etableret i det generiske IT-system Klinisk MåleSystem (KMS). DGCD er forløbsbaseret, dvs. at hver enkelt patient indgår med en række sygdomsspecifikke skemaer. Samtlige skemaer indeholder faste variable samt mulighed for fri tekst som i en papirjournal. De faste variable er delt i to kategorier: »frivillige« og »obligatoriske«. Sidstnævnte skal udfyldes, for at et skema kan indleveres.

Ved udarbejdelsen af årsrapporten sammenkøres data fra DGCD med LPR dels for at opgøre dækningsgrad, men ligeledes for at skabe det samlede datasæt der udgør årsrapporten i henhold til ovenstående. Derudover samkøres med LPR for at indhente så mange onkologiske oplysninger som muligt samt med CPR-registret for død/levende status til beregning af overlevelse. Udover LPR og CPR-registret benyttes Patologiregistret både til kørsel af mangellister til patologerne, men også aktivt i forbindelse med årsrapporten til validering og berigelse af histologiske oplysninger.

Datakvalitet og statistiske analyser

For at sikre en høj kvalitet i data, benytter DGCD blandt andet et indbygget valideringssystem, der går på tværs af de enkelte skemaer og sikrer DGCD mod modstridende indberetninger i fx operationsskema og patientoverblik, hvor diagnosekoderne genereres. Derudover er der løbende oprensning af datamaterialet, mangellister sendes ud til relevante afdelinger, efter data fra DGCD er samkørt med LPR og Patologiregisteret. Desuden bliver der tjekket for afvigende værdier i indberetningerne, f.eks. ekstreme værdier for BMI, blødning, uoverensstemmelse mellem operationsdato og dødsdato m.fl.

Indikatorerne er opgjort på afdelingsniveau i henhold til »Basiskrav for kliniske kvalitetsdatabaser« publiceret af Danske Regioner. Indikatorerne præsenteres i tabeller med lands-, regions- og afdelingsresultater. Indikatorværdierne er andele med 95 % konfidensintervaller baseret på den eksakte binomialfordeling (Clopper-Pearson). Tabellerne følger RKKP's skabelon for årsrapporter.

Appendiks 3 indeholder supplerende analyser. Først kommer deskriptive tabeller med baggrundsoplysninger og risikofaktorer. Derefter følger uddybende tabeller og kommentarer om de fem sygdomsgrupper ovarie-, cervix-, corpus- og vulvacancer samt trofoblasygdom. Alle disse tabeller er baseret på basal, deskriptiv statistik.

Appendiks 4 indeholder overlevelsesanalyser. Analyserne er ujusterede opgørelser baseret på Kaplan-Meier metoden.



Dækningsgrad og datakomplethed

Databasens dækningsgrad og datakomplethed beskrives overordnet i dette afsnit. Detaljer om datagrundlag, dækningsgrad og datakomplethed findes i appendiks 1.

DGCD er en landsdækkende klinisk database, hvilket er defineret i bekendtgørelsen om godkendelsen af landsdækkende og regionale kliniske kvalitetsdatabaser, som: »... en klinisk kvalitetsdatabase, hvor mindst 90 % af den relevante patientpopulation i Danmark registreres ...« jf. BEK nr. 459 af 16/05/2006, § 1, stk. 4. Indberetningen til DGCD er lovpligtig.

Dækningsgraden er defineret som værende andelen af patienter, der er indberettet til databasen i forhold til samtlige patienter i LPR, der opfylder inklusionskriterierne. I år har vi den højeste dækningsgrad på 97% nogensinde. Dette skyldes desværre de manglende LPR indberetninger på grund af overgangen til LPR3.

Komplethedegrad for de enkelte indikatorer

Datakompletheden for de enkelte indikatorer varierer fra 35% til 100 %.

Generelt bør datakompletheden for hver enkelt indikator være over 80 %. Af de 21 indikatoropgørelser har 18 en datakomplethed på > 80 %. Indikatorresultater med datakomplethed under 80 % skal tolkes med varsomhed.



6. Styregruppens sammensætning

Databasestyregruppen

1. Professor, overlæge, dr.med. Claus Høgdall, Gynækologisk Klinik, Rigshospitalet (formand)
2. Afdelingslæge, ph.d. Tine Henrichsen-Schnack, Gynækologisk Klinik, Rigshospitalet
3. Klinisk lektor, overlæge, ph.d. Kirsten Jochumsen, Gynækologisk afdeling, Odense Universitetshospital
4. Overlæge Doris Schledermann, Afdeling for Klinisk Patologi, Odense Universitetshospital (afgået)
5. Afdelingslæge Helle Lund, Klinisk Diagnostik, Patologi, Aalborg Universitetshospital (afgået)
6. Seniorforsker, MHH, ph.d. Lene Seibæk, Kvindesygdomme og Fødsler, Aarhus Universitetshospital
7. Overlæge, ph.d. Trine Juhler-Nøttrup, Onkologisk Klinik, Rigshospitalet
8. Overlæge, ph.d. Signe Frahm Bjørn, Gynækologisk Klinik, Rigshospitalet
9. Overlæge, dr. Med. Lone Kjeld Petersen, Gynækologisk afdeling, Odense Universitetshospital
10. Professor, overlæge, Lone Sunde, Klinisk Genetisk Afdeling, Aalborg Universitetshospital
11. Overlæge, ph. d, Katrine Fuglsang, Kvindesygdomme og Fødsler, Aarhus Universitetshospital
12. Kontaktperson, Mette Høyrup, RKKP Videncenter
13. Klinisk epidemiolog, Marianne Steding-Jessen, RKKP Videncenter

Se oversigt over de gældende arbejdsgrupper under Dansk Gynækologisk Cancer Gruppe på DGCDs hjemmeside: <http://www.dgcm.dk/index.php/om-dgcm/arbejdsgrupper>



Appendiks 1: Datagrundlag

Dækningsgrad

Dækningsgraden er opgjort som andel patienter indberettet til DGCD i forhold til antal patienter indberettet til LPR med relevant diagnosekode. Kun primære cancerdiagnoser inkluderes; recidiver tæller således ikke med i dækningsgraden. Hvis en patient med en tidligere gynækologisk cancer får en ny primær gynækologisk cancerdiagnose (i en anden diagnosegruppe) vil begge cancerdiagnoser/forløb tælle med.

Diagnosegruppe	SKS-koder (ICD-10 koder)
Cervixcancer	DC53*
Ovarie-, tuba- og peritonealcancer samt borderlinetumorer	DC48*, DC56*, DC57*, DD391A
Corpuscancer samt hyperplasi m. atypi	DC54*, DC55*, DD070*
Vulvacancer	DC51*
Vaginalcancer	DC52*
Trofoblastsygdom	DC58*, DD392*, D001*, D002*

Dækningsgraden er beregnet således:
$$\frac{(\text{Både i DGCD og LPR}) + (\text{Kun i DGCD})}{(\text{Både i DGCD og LPR}) + (\text{Kun i DGCD}) + (\text{Kun i LPR})}$$

- Patienter der er indberettet i DGCD, men ikke har en endelig diagnose i DGCD, indgår kun i dækningsgraden, hvis de har en relevant gynækologisk cancerdiagnose i LPR.
- Patienter, der er indberettet i DGCD, men ikke kan genfindes i LPR, indgår kun i dækningsgraden, hvis de har en endelig diagnose i DGCD.
- Patienter, der kun er registreret i LPR (og altså ikke indberettet i DGCD) indgår i nævneren for den aktuelle opgørelsesperiode, hvis de ikke tidligere er registreret i LPR med en gynækologisk cancerdiagnose indenfor samme diagnosegruppe.

Dækningsgrad på landsplan for de seneste 5 år

	Både i DGCD og LPR	Kun i DGCD	Kun i LPR	Dækningsgrad (%)
2018/2019	1100	592	56	97
2017/2018	1888	69	63	97
2016/2017	2036	41	44	98
2015/2016	2079	78	39	98
2014/2015	2107	104	28	99



Dækningsgrad på landsplan, regions- og afdelingsniveau 1. juli 2018-30. juni 2019

Dækningsgrad på lands- regions og afd.plan 2018-2019	DGCD og LPR	Kun DGCD	Kun LPR	Dækningsgrad (%)
Danmark	1103	587	54	97
Hovedstaden	337	164	31	94
Sjælland	27	60	13	87
Syddanmark	355	169	3	99
Midtjylland	221	136	3	99
Nordjylland	162	58	3	99
Hovedstaden	337	164	31	94
Herlev	74	43	.	.
Hillerød	5	.	.	.
Hvidovre	.	.	12	.
Rigshospitalet	258	121	19	95
Sjælland	27	60	13	87
Holbæk	.	.	4	.
Næstved	4	#	#	71
Roskilde	23	59	7	92
Syddanmark	355	169	3	99
Esbjerg	#	.	#	.
Odense	351	169	.	.
Svendborg	#	.	.	.
Sønderborg	.	.	#	.
Midtjylland	221	136	3	99
Aarhus	207	135	.	.
Herning	#	#	#	75
Horsens	.	.	#	.
Kolding	9	.	.	.
Silkeborg	#	.	.	.
Viborg-Skive	#	.	.	.
Nordjylland	162	58	3	99
Aalborg	162	58	3	99
Privat	#	.	#	.
Afd. Ukendt/uoplyst	#	.	#	.



Dækningsgrad på landsplan, regions- og afdelingsniveau 1. juli 2017-30. juni 2018

Dækningsgrad på lands- regions og afd.plan 2017-2018	DGCD og LPR	Kun DGCD	Kun LPR	Dækningsgrad (%)
Danmark	1888	69	63	97
Hovedstaden	625	43	33	95
Sjælland	96	#	10	91
Syddanmark	546	3	8	99
Midtjylland	434	14	8	98
Nordjylland	187	7	4	98
Hovedstaden	625	43	33	95
Herlev	147	#	#	99
Hillerød	5	.	3	.
Hvidovre	.	.	21	.
Rigshospitalet	473	41	8	98
Sjælland	96	#	10	91
Holbæk	.	.	3	.
Nykøbing F	.	.	#	.
Næstved	5	.	4	.
Roskilde	91	#	#	99
Syddanmark	546	3	8	99
Esbjerg	#	.	4	.
Odense	544	3	#	100
Svendborg	#	.	.	.
Sønderborg	.	.	#	.
Midtjylland	434	14	8	98
Aarhus	423	13	4	99
Herning	7	.	#	.
Horsens	.	.	#	.
Kolding	3	.	.	.
Randers	.	#	#	.
Silkeborg	#	.	.	.
Nordjylland	187	7	4	98
Aalborg	187	7	#	99
Hjørring	.	.	#	.

Fordelingen af cancertyper kan ses i tabel A3.1.1, appendiks 3.



Appendiks 2: Beskrivelse af sygdomsområder og behandling

Cervixcancer

Incidensen af cervixcancer har været faldende i en årrække og forventes at falde yderligere efter HPV-vaccination blev indført. I 2018/19 blev der i Danmark registreret 274 nye tilfælde af sygdommen. Som konsekvens af den faldende incidens er behandlingen af cervixcancer yderligere centraliseret til 3 centre i henholdsvis Aarhus, Odense og Rigshospitalet siden 1.6.2017.

Stadieinddeling af cervixcancer bygger fortsat på klinisk undersøgelse, bortset fra stadie IA, hvor diagnosen og stadiet er stillet på mikroskopi af konus. Årsrapporten viser, at stort set alle patienter med > stadie IA, bliver vurderet på højt specialiseret afdeling med gynækologisk undersøgelse i universel anæstesi i henhold til retningslinjerne.

Behandlingen er primært kirurgisk for tidlig cervixcancer, hvorimod lokal avanceret sygdom behandles med kombineret kemoterapi og strålebehandling.

Robotassisteret laparoskopisk radikal hysterektomi og pelvin lymfeknudefjernelse er implementeret på alle danske centre og patienter med cervixcancer i stadie IB får tilbudt denne operationstype.

Siden foråret 2017 er der påbegyndt studier med anvendelse af sentinel node teknikken for stadie IB sygdom. Det er planlagt, at studier med anvendelse af sentinel node metoden, vil udbredes nationalt og dermed blive tilbudt alle patienter med stadie IB sygdom.

Fertilitetsbevarende behandling af cervixcancer med radikal trakelektomi og lymfadenektomi er centraliseret på Rigshospitalet. Behandlingen er et sikkert alternativ til radikal hysterektomi, idet litteraturen ikke har påvist øget risiko for recidiv efter denne type operation.

Onkologisk behandling omfatter adjuverende ekstern strålebehandling og samtidig kemoterapi til de opererede patienter, der efterfølgende viser sig at have spredning til lymfeknuder eller har bestemte risikofaktorer hvad angår primær tumor.

Derudover tilbydes alle patienter med lokal avanceret sygdom primær onkologisk behandling, der omfatter ekstern strålebehandling og samtidig kemoterapi med efterfølgende billedvejledt brachyterapi, der nu er standardbehandling på de 3 onkologiske afdelinger, der varetager behandling af cervixcancer.

Aktuelt er dækningsgraden, hvad angår de onkologiske data desværre ikke god nok til, at der kan foretages analyse af kvaliteten af den adjuverende og primære onkologiske behandling.

Den samlede 5-års overlevelse for cervixcancer, såvel som overlevelse stratificeret efter FIGO-stadie, er i Danmark på niveau med data, der publiceres internationalt.

Ovarie-, peritoneal- og tubacancer samt borderlinetumorer

I Danmark ses årligt ca. 500 tilfælde af ovarie-, tuba- og primær peritonealcancer. Herudover kommer ca. 150 tilfælde af borderline tumorer. Ovariecancer er den 4. hyppigste cancerdødsårsag hos kvinder. Med en standardiseret incidensrate på 15 pr. 100.000 kvinder har Danmark den næsthøjeste incidensrate i verden, og livstidsrisikoen for danske kvinder er ca. 2 %.

Symptomatologien ved epitelial ovariecancer er ukarakteristisk. Over halvdelen af patienterne har haft symptomer i mindre end 6 måneder. På grund af ovariernes relative frie beliggenhed i det lille bækken, kan en ovarietumor være af betydelig størrelse før den bliver symptomgivende. Tidlige stadier af sygdommen er derfor praktisk taget asymptomatiske, og nogle ovarietumorer bliver opdaget tilfældigt ved rutinemæssig gynækologisk undersøgelse. Omkring 70 % af patienter med epitelial ovariecancer har således abdominal spredning eller fjernmetastaser (st.III-IV) på diagnosetidspunktet.

Den primære behandling af ovariecancer er kirurgisk, hvor målet er korrekt stadieinddeling og radikal operation. Den kirurgiske behandling af patienter med disse kræftsygdomme varetages i dag på gynækologiske afdelinger med højt specialiseret funktion i cancerkirurgi. I takt med den øgede centralisering, er set en stigende andel af makroradikalt opererede, og mere og mere omfattende operationer vil formentlig vise en bedre overlevelse i de kommende år.

I de senere år er kriterierne for at opnå makroradikal operation blevet bedre defineret, og præoperativt gøres en indsats for at vurdere operabiliteten. Andelen, der får neoadjuverende kemoterapi varierer, men er



generelt steget. Fremover vil data for de to grupper; primær kirurgi hhv. neoadjuverende kemoterapi, kunne analyseres og forhåbentlig give viden til en bedre selektering til de to behandlinger for patienter med st. IIIC og IV sygdom.

Alle patienter, undtagen patienter med stadie IA og IB low-grade serøse adenokarcinomer, mucinøse og clearcell adenokarcinomer, tilbydes adjuverende kemoterapi, som er carboplatin og taxanholdig kemoterapi. Alle patienter bør modtage mindst 4 behandlingsserier, med mindre der opstår progression eller uacceptabel toksicitet.

Efter operation og evt. kemoterapi vil 60-80 % af patienterne opnå klinisk komplet eller partielt respons. Ca. 80 % af disse patienter vil dog få recidiv, de fleste inden for to år efter afsluttet kemoterapi.

Behandling af recidiv har traditionelt været kemoterapi. Der pågår aktuelt et internationalt prospektivt randomiseret multicenter studie, der skal belyse, hvorvidt ekstensiv cytoreduktiv kirurgi efterfulgt af platin-baseret kombinationsterapi kan øge den samlede overlevelse sammenlignet med platin-baseret kombinationskemoterapi alene. Inklusionen er afsluttet marts 2015, og de første resultater forventes inden for 36 måneder. Alle fem centre i Danmark har deltaget i studiet

Langtidsoverlevelsen er afhængig af sygdomsstadiet på diagnosetidspunktet. Ændrede behandlingsprincipper, herunder anvendelse af kombinationskemoterapi, mere aggressiv kirurgi, muligvis den neoadjuverende kemoterapi samt pakkeforløbenes minimering af ventetider, har allerede øget korttidsoverlevelsen, og vil formentlig også vise effekt på 5-års overlevelsen indenfor de kommende få år. Sammenfattende er indsatsområderne derfor, som angivet ved indikatorerne, optimal kirurgisk behandling, dvs. makroradikal operation på højt specialiserede afdelinger, hvor ekstensiv operation i samarbejde med tilgrænsende specialer kan udføres, og en hurtig adgang til adjuverende kemoterapi.

Endometriecancer og atypisk hyperplasi i endometriet

Livmoderkræft er den 6. hyppigste kræftform blandt kvinder i Danmark og rammer ca. 2 %. Hyppigheden af livmoderkræft er forholdsvis højere i Danmark end i de øvrige europæiske lande. Sygdommen er sjælden før 45 års alderen og ses hyppigst hos kvinder efter overgangsalderen. Specielt kvinder med betydelig overvægt rammes af sygdommen. Efter overgangsalderen giver sygdommen hyppigt symptomer i form af blødning fra skeden og diagnosticeres derfor heldigvis oftest i de tidlige stadier. Således opdages ca. 80 % i det tidligste stadie (stadie 1), og når denne kræfttype opdages tidligt, har den en god prognose med høj 5-års overlevelse.

Behandlingen af livmoderkræft har ændret sig radikalt over de senere 10-15 år. Hvor livmoderkræft tidligere blev behandlet på næsten alle danske sygehuse, er behandlingen nu centraliseret på nogle få store hospitaler. Dette er for at sikre korrekt valg af operation og evt. efterbehandling. Tidligere fjernede man operativt kun livmoder, æggestokke og æggeledere, og hvis der var specielle risikofaktorer tilstede fik enkelte patienter strålebehandling i efterforløbet. I dag er den histologiske type bestemmende for om man gennemgår ekstra scanninger, idet nogle typer har større tendens til at metastasere (sprede sig) end andre. Ved sygdom med lav-risikohistologi er dybden af invasion i myometriet (livmoderens væg) bestemmende for om der skal fjernes lymfeknuder i bækkenet. Denne dybdebedømmelse foretages som oftest peroperativt af en patolog (mest præcise metode), men i nogen centre anvendes en scanningsmetode inden operationen til denne vurdering. Hvis man har sygdom med højrisikohistologi vil man som udgangspunkt altid anbefale at fjerne lymfeknuder i bækkenet og, hvis patientens tilstand tillader det, også langs aorta (hovedpulsåren). For visse typer fjernes også omentet (fedtforklæde i bughulen). Operationen kan således variere fra, at man fjerner livmoder, æggestokke og æggeledere til også at indbefatte lymfeknuder i det lille bækken, lymfeknuder langs hovedpulsåren, og fedtforklædet. Ud fra de fund man gør i det fjernede væv beslutter om patienten skal have efterbehandling med kemoterapi og/eller strålebehandling. Hvis patienterne ikke har spredning uden for livmoderen, er der også en lille gruppe af patienter med særlig høj risiko for at kræften kan komme tilbage, der tilbydes at deltage i et internationalt lodtrækningsforsøg (ENGOT). I dette studium vil man undersøge om tillæg af kemoterapi kan nedsætte risiko for tilbagefald og øge overlevelsen for disse patienter. Et sådan forsøg forgår ved at patienterne indgår frivilligt i en lodtrækning mellem efterfølgende kemobehandling eller observation uden kemobehandling. Foruden dette studium foregår der på flere centre et studium hvor man anvender Sentinel Node princip (skildvagtslymfeknuder) på visse typer patienter. Dette er for at se om man kan minimere bivirkningerne ved den kirurgiske behandling, mens man samtidig får samme vished for om sygdommen er spredt. Samme principper anvendes allerede ved andre kræftformer som f.eks. brystkræft og modermærkekræft. Metoden indebærer minutiøs undersøgelse af den/de tumordrænerende lymfeknuder. Disse nye tiltag gøres i håb om at bedre den allerede gode overlevelse for



danske kvinder med livmoderkræft, samtidig med at bivirkninger ved behandlingen minimeres. For at se om dette er tilfældet indberettes samtlige danske tilfælde af livmoderkræft til DGCD. Det vil dog stadig være mange år før man i Danmark kan svare på, om det er lykkedes at forbedre overlevelsen ved de nævnte tiltag.

Vulvacancer og vaginalcancer

I Danmark diagnosticeres mellem 80 og 100 nye tilfælde af vulvacancer årligt.

Medianalder ved diagnostetidspunktet er 60 år, dog er der observeret stigende incidens af vulvacancer hos kvinder under 60 år, formentlig med baggrund i HPV infektion.

Kløe, irritation og sår, der ikke vil læges, er de hyppigste symptomer.

60-70 % diagnosticeres i tidlige stadier (stadie IA - IB), som har en 5-års overlevelse på ca. 80 %. Vigtigste prognostiske faktor for overlevelse er lymfeknudemetastaser. 30 % af patienterne har lymfeknudemetastaser på diagnostetidspunktet. Samlet 5 års overlevelse er ca. 60 %.

Den primære behandling er oftest kirurgisk. For stadie IA tumorer (nedvækst < 1mm) er der alene tale om lokal resektion af tumor. Ved højere stadier foretages radikal resektion af tumor, hvor man tilstræber 8 mm mikroskopisk fri resektionsmargin. Ved stadie IB tumorer under 4 cm foretages sentinel node bestemmelse. Ved større tumorer fjernes alle lymfeknuder i lysken. Ved inoperable tumorer eller dissemineret sygdom vil den primære behandling bestå i strålebehandling og/eller kemoterapi.

Efterbehandling tilbydes de patienter, hvor kirurgisk sikker margin ikke kunne opnås og/eller patienter med positive lymfeknuder. Behandlingen vil bestå i strålebehandling kombineret med ugentligt kemoterapi.

I Danmark er vulvacancer kirurgi centraliseret til to højt specialiserede gynækologiske afdelinger, Rigshospitalet og Århus.

Vaginalcancer er en yderst sjælden sygdom (10-20 tilfælde/år i Danmark), der stort altid behandles med en kombination af strålebehandling og kemoterapi.

Trofoblastsygdomme

Gestationelle trofoblastsygdomme er en sjælden sygdoms enhed som optræder i omtrent 1/1000 graviditeter.

Årligt udredes og behandles omkring 75-100 danske kvinder for en trofoblastsygdom.

Den hyppigste form er mola hydatidosa, der andrager 90 % af ovenstående og som i 90 % af disse tilfælde forløber ukompliceret efter evacuatio og en efterfølgende kontrolperiode med s-hCG. En molagraviditet er enten komplet eller partiel, og genetisk som oftest hhv. diploid og triploid.

Imidlertid udvikler 20 % af patienterne med diploid mola en invasiv eller persisterende mola (PTD), der kræver billeddiagnostisk udredning og medicinsk onkologisk behandling. Sjældnere ses andre potentielt livstruende trofoblastsygdomme, som kan optræde både efter en mola men også efter en normal graviditet. Herunder forstås choriocarcinom, placental site trophoblastic tumor (PSTT), og epithelioid trophoblastic tumor (ETT).

Den rette udredning og behandling af trofoblastsygdomme kræver et tværfagligt team af eksperter inden for gynækologi, billeddiagnostik, patologi, genetik og onkologi.

Prognosen efter en behandlingskrævende trofoblastsygdom er god og der er en forventet overlevelse på næsten 100 % efter persisterende mola og 95 % efter de øvrige trofoblastsygdomme.



Appendiks 3: Supplerende deskriptive resultater

Baggrundsplysninger og risikomarkører

Tabel A3.1.1 Fordeling af cancertype 1. juli 2016– 30. juni 2019

Cancertype	2018/19		2017/18		2016/17	
	antal	%	antal	%	antal	%
Ovariecancer	150	9,2	190	9,9	236	11,6
Tubacancer	146	9,0	186	9,7	165	8,1
Peritonealcancer	16	1,0	31	1,6	25	1,2
Borderlinetumor	110	6,8	159	8,3	187	9,2
Cervixcancer	274	16,8	301	15,7	328	16,1
Vulvacancer	94	5,8	124	6,5	141	6,9
Vaginalcancer	9	0,6	18	0,9	20	1,0
Trofoblastsygdom	31	1,9	39	2,0	54	2,7
Uvis ovarie- eller peritonealcancer	114	7,0	114	5,9	139	6,8
Corpuscancer	616	37,8	646	33,7	648	31,9
Hyperplasi med atypi, kompleks	54	3,3	96	5,0	68	3,3
Hyperplasi med atypi, simpel	15	0,9	14	0,7	22	1,1
I alt	1.629	100,0	1.918	100,0	2.033	100,0

Tabel A3.1.2 ASA score fordelt på cancertype 1. juli 2018 – 30. juni 2019

ASA score	Cervixcancer		Ovariecancer		Borderline		Corpuscancer		Hyperplasi		Vulva		Vaginal		Trofoplast		I alt	
	antal	%	antal	%	antal	%	antal	%	antal	%	antal	%	antal	%	antal	%	antal	%
1. Rask	79	28,8	102	23,9	35	31,8	120	19,5	16	23,2	15	16,0	#	11,1	0	0,0	368	22,6
2. Let systemisk sygdom	56	20,4	182	42,7	36	32,7	343	55,7	39	56,5	51	54,3	#	11,1	0	0,0	708	43,5
3. Alvorlig systemisk sygdom	10	3,6	58	13,6	13	11,8	142	23,1	11	15,9	9	9,6	0	0,0	0	0,0	243	14,9
4. Livstruende systemisk sygdom	0	0,0	0	0,0	#	0,9	5	0,8	#	1,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	7	0,4
6. Uoplyst	129	47,1	84	19,7	25	22,7	6	1,0	#	2,9	19	20,2	7	77,8	31	100,0	303	18,6
I alt	274	100,0	426	100,0	110	100,0	616	100,0	69	100,0	94	100,0	9	100,0	31	100,0	1.629	100,0

Hvis ASA score er uoplyst, skyldes det i de fleste tilfælde, at patienten ikke er opereret. ASA score indberettes på operationsskemaet i forbindelse med øvrige operationsoplysninger. Hvis patienten ikke bliver opereret oprettes der ikke et operationsskema og det er således ikke muligt at indberette ASA-score.

Tabel A3.1.3 BMI fordelt på cancertype 1. juli 2018 – 30. juni 2019

BMI	Cervixcancer		Ovariecancer		Borderline		Corpuscancer		Hyperplasi		Vulva		Vaginal		Trofoplast		I alt	
	antal	%	antal	%	antal	%	antal	%	antal	%	antal	%	antal	%	antal	%	antal	%
< 18,5	8	2,9	14	3,3	#	#	10	1,6	0	0,0	#	#	#	#	0	0,0	37	2,3
18,5 <= BMI < 25	117	42,7	180	42,3	33	30,0	170	27,6	8	11,6	41	43,6	6	66,7	15	48,4	570	35,0
25 <= BMI <= 35	104	38,0	181	42,5	44	40,0	293	47,6	36	52,2	30	31,9	#	#	8	25,8	697	42,8
> 35	21	7,7	29	6,8	20	18,2	133	21,6	23	33,3	12	12,8	0	0,0	#	#	240	14,7
Ukendt/forkert	24	8,8	22	5,2	11	10,0	10	1,6	#	#	9	9,6	#	#	6	19,4	85	5,2
Middel	26,1	-	26,1	-	28,7	-	30,0	-	33,4	-	27,5	-	21,3	-	24,6	-	26,3	-
Median	24,9	-	25,1	-	26,6	-	28,7	-	32,5	-	24,8	-	21,5	-	24,0	-	26,6	-
I alt	274	100,0	426	100,0	110	100,0	616	100,0	69	100,0	94	100,0	9	100,0	31	100,0	1.629	100,0

Tuba- og peritonealcancer samt uvis ovarie- eller peritonealcancer er inkluderet i ovariecancer.

Andelen af overvægtige corpuscancerpatienter indikerer, at der delvist er tale om en livsstilssygdom. Forebyggende tiltag målrettet overvægt og inaktivitet hos kvinder efter overgangsalderen vil derfor formodentlig ad åre kunne mindske hyppigheden af denne sygdom.

Tabel A3.1.4 Rygning fordelt på cancertype 1. juli 2018 – 30. juni 2019

Rygestatus	Cervixcancer		Ovariecancer		Borderline		Corpuscancer		Hyperplasi		Vulva		Vaginal		Trofoplast		I alt	
	antal	%	antal	%	antal	%	antal	%	antal	%	antal	%	antal	%	antal	%	antal	%
Ryger	64	23,4	53	12,4	21	19,1	48	7,8	13	18,8	21	22,3	#	22,2	4	12,9	226	13,9
Eks-ryger	47	17,2	94	22,1	14	12,7	133	21,6	12	17,4	25	26,6	3	33,3	0	0,0	328	20,1
Aldrig ryger	129	47,1	219	51,4	59	53,6	381	61,9	39	56,5	42	44,7	#	22,2	16	51,6	887	54,5
Ukendt	34	12,4	59	13,8	16	14,5	54	8,8	5	7,2	6	6,4	#	22,2	11	35,5	187	11,5
Uoplyst	0	0,0	#	#	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	#	#
I alt	274	100,0	426	100,0	110	100,0	616	100,0	69	100,0	94	100,0	9	100,0	31	100,0	1.629	100,0

Tuba- og peritonealcancer samt uvis ovarie- eller peritonealcancer er inkluderet i ovariecancer

Tabel A3.1.5 Charlson Komorbiditets Indeks fordelt på cancertype 1. juli 2018 – 30. juni 2019

Komorbiditet	Cervixcancer		Ovariecancer		Borderline		Corpuscancer		Hyperplasi		Vulva		Vaginal		Trofoplast		I alt	
	antal	%	antal	%	antal	%	antal	%	antal	%	antal	%	antal	%	antal	%	antal	%
1	218	79,6	294	69,0	80	72,7	408	66,2	42	60,9	52	55,3	3	33,3	29	93,5	1.126	69,1
2	49	17,9	112	26,3	23	20,9	145	23,5	20	29,0	27	28,7	#	#	#	#	380	23,3
3	7	2,6	20	4,7	7	6,4	63	10,2	7	10,1	15	16,0	4	44,4	0	0,0	123	7,6
I alt	274	100,0	426	100,0	110	100,0	616	100,0	69	100,0	94	100,0	9	100,0	31	100,0	1.629	100,0

Tuba- og peritonealcancer samt uvis ovarie- eller peritonealcancer er inkluderet i ovariecancer



Cervixcancer

Tabel A3.2.1 Histologi for Cervixcancer

Histologi	2018/19		2017/18		2016/17	
	antal	%	antal	%	antal	%
Planocellulært karcinom	121	44,2	127	42,2	165	50,3
Adenokarcinom	29	10,6	44	14,6	59	18,0
Adenoskvamøst karcinom	5	1,8	4	1,3	8	2,4
Neuroendokrint karcinom	-	-	3	1,0	#	#
Udifferentieret karcinom	#	#	#	#	#	#
Sarkom	-	-	#	#	#	#
Anden malign morfologi	#	#	3	1,0	#	#
Uoplyst	116	42,3	117	38,9	91	27,7
I alt	274	100,0	301	100,0	328	100,0

Tabel A3.2.2 Stadietinddeling for cervixcancer

Stadie	2018/19		2017/18		2016/17	
	antal	%	antal	%	antal	%
Ia1: Stromal Invasion, mik. dybde max 3 mm, flade max 7 mm	41	15,0	39	13,0	56	17,1
Ia2: Stromal Invasion, mik. dybde > 3 og max. 5 mm, diameter max. 7 mm	9	3,3	#	#	6	1,8
Ib1: Klinisk synlig tumor <= 4 cm	109	39,8	134	44,5	129	39,3
Ib2: Klinisk synlig tumor > 4 cm	11	4,0	7	2,3	12	3,7
IIa1: Parametrier frie, spredn. øverste 2/3 af vagina, tumor <= 4 cm	5	1,8	4	1,3	3	0,9
IIa2: Parametrier frie, spredn. øverste 2/3 af vagina, tumor > 4 cm	#	#	#	#	#	#
IIb: Tydelig parametrieinvasion, ingen invasion af bækkenvæg	51	18,6	61	20,3	63	19,2
IIIa: Invasion nederste 1/3 af vagina, ingen invasion af bækkenvæg	4	1,5	3	1,0	3	0,9
IIIb: Invasion af bækkenvæg og/eller hydronefroser/nyresvigt	23	8,4	26	8,6	33	10,1
IVa Tumørvekst udover pelvis el. invasion af omkringliggende organer*	5	1,8	8	2,7	7	2,1
IVb: Fjernmetastaser	7	2,6	7	2,3	7	2,1
Ingen tegn på primærtumor	-	-	#	#	-	-
Uoplyst	8	2,9	7	2,3	7	2,1
I alt	274	100,0	301	100,0	328	100,0

*(mukosa i blære/rektum)

Tabel A3.2.3 Afdelinger ansvarlige for registrering af cervixcancerpatienter i DGCD

Afdeling	2018/19		2017/18		2016/17	
	antal	%	antal	%	antal	%
Aalborg	3	1,1	3	1,0	23	7,0
Esbjerg	#	#	-	-	5	1,5
Herlev	#	#	#	#	33	10,1
Herning	#	#	4	1,3	-	-
Næstved	#	#	#	#	-	-
Odense	102	37,2	83	27,6	78	23,8
Rigshospitalet	81	29,6	118	39,2	127	38,7
Roskilde	-	-	-	-	#	#
Silkeborg	#	#	-	-	-	-
Aarhus	81	29,6	89	29,6	59	18,0
Svendborg	-	-	#	#	-	-
Viborg-Skive	-	-	-	-	#	#
I alt	274	100,0	301	100,0	328	100,0

Tabel A3.2.4 Gynækologisk undersøgelse i universel anæstesi for Cervixcancer

GU	2018/19		2017/18		2016/17	
	antal	%	antal	%	antal	%
GU i universel anæstesi	226	82,5	257	85,4	261	79,6
GU (ikke anæstesi)	27	9,9	27	9,0	42	12,8
GU under stadienddeling	13	4,7	13	4,3	18	5,5
Uoplyst	8	2,9	4	1,3	7	2,1
I alt	274	100,0	301	100,0	328	100,0

Tabel A3.2.5 Cervixcancer st. IB i forhold til højere stadier fordelt på afdeling

St. Ib vs. højere stadiet	2018/19				2017/18				2016/17			
	stadiet IB		højere		stadiet IB		højere		stadiet IB		højere	
	antal	%	antal	%	antal	%	antal	%	antal	%	antal	%
Odense	44	57,9	32	42,1	42	61,8	26	38,2	31	50,8	30	49,2
Rigshospitalet	41	63,1	24	36,9	70	67,3	34	32,7	68	62,4	41	37,6
Aarhus	33	47,8	36	52,2	26	34,7	49	65,3	25	50,0	25	50,0
Andre	#	#	4	66,7	3	50,0	3	50,0	19	45,2	23	54,8
I alt	120	55,6	96	44,4	141	55,7	112	44,3	143	54,6	119	45,4

Tabel A3.2.6 udført operation ved cervixcancerkirurgi

	2018/2019		2017/2018		2016/2017	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Rigshospitalet						
Ingen operation	26	32,1	35	29,7	32	25,2
Simpel/total hysterectomi	9	11,1	9	7,6	12	9,4
Radikal hysterectomi	31	38,3	53	44,9	49	38,6
Conisatio	8	9,9	5	4,2	10	7,9
Trakelektomi	7	8,6	12	10,2	12	9,4
Collumamputation	0	0,0	#	#	0	0,0
Diagnostisk laparoscopi	0	0,0	#	#	11	8,7
Uoplyst/andet	0	0,0	#	#	#	#
I alt	81	100,0	118	100,0	127	100,0
Ingen operation	26	32,1	35	29,7	32	25,2
Herlev						
Ingen operation	#	#	0	0,0	11	33,3
Simpel/total hysterectomi	0	0,0	0	0,0	11	33,3
Conisatio	0	0,0	#	#	8	24,2
Uoplyst/andet	0	0,0	0	0,0	3	9,1
I alt	#	#	#	#	33	100,0
Ingen operation	#	#	0	0,0	11	33,3
Odense						
Ingen operation	37	36,3	23	27,7	26	33,3
Simpel/total hysterectomi	10	9,8	9	10,8	11	14,1
Radikal hysterectomi	32	31,4	35	42,2	23	29,5
Conisatio	14	13,7	10	12,0	11	14,1
Collumamputation	0	0,0	#	#	0	0,0
Diagnostisk laparoscopi	3	2,9	4	4,8	5	6,4
Eksplorativ laparotomi	0	0,0	0	0,0	#	#
Vaginaltop resektion	#	#	0	0,0	0	0,0
Uoplyst/andet	5	4,9	#	#	#	#
I alt	102	100,0	83	100,0	78	100,0
Aarhus						
Ingen operation	34	42,0	44	49,4	22	37,3
Simpel/total hysterectomi	6	7,4	6	6,7	3	5,1
Radikal hysterectomi	30	37,0	26	29,2	21	35,6
Conisatio	10	12,3	12	13,5	12	20,3
Diagnostisk laparoscopi	0	0,0	#	#	0	0,0
Uoplyst/andet	#	#	0	0,0	#	#
I alt	81	100,0	89	100,0	59	100,0
Aalborg						
Ingen operation	#	#	3	100,0	8	34,8
Simpel/total hysterectomi	#	#	0	0,0	#	#



	2018/2019		2017/2018		2016/2017	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Radikal hysterektomi	0	0,0	0	0,0	12	52,2
Conisatio	#	#	0	0,0	#	#
I alt	3	100,0	3	100,0	23	100,0
Andre afdelinger						
Ingen operation	#	#	4	66,7	4	50,0
Simpel/total hysterektomi	0	0,0	0	0,0	#	#
Radikal hysterektomi	#	#	0	0,0	0	0,0
Conisatio	#	#	#	#	#	#
Uoplyst/andet	#	#	0	0,0	#	#
I alt	5	100,0	6	100,0	8	100,0
Total, Danmark						
Ingen operation	102	37,2	109	36,2	103	31,4
Simpel/total hysterektomi	26	9,5	24	8,0	40	12,2
Radikal hysterektomi	94	34,3	114	37,9	105	32,0
Conisatio	34	12,4	31	10,3	44	13,4
Trakelektomi	7	2,6	12	4,0	12	3,7
Collumamputation	0	0,0	#	#	0	0,0
Diagnostisk laparoscopi	3	1,1	7	2,3	16	4,9
Eksplorativ laparotomi	0	0,0	0	0,0	#	#
Vaginaltop resektion	#	#	0	0,0	0	0,0
Uoplyst/andet	7	2,6	#	#	7	2,1
I alt	274	100,0	301	100,0	328	100,0

*Patienter, der ikke er opereret vil i de fleste tilfælde være patienter, der er sendt til onkologisk behandling efter biopsi eller patienter som på den ansvarlige afdeling er fundet tilstrækkelig behandlet for mikroinvasivt fokus på konus fra speciallæge.



Ovariecancer

Tabel A3.3.1 Patologi for ovarie-, tuba- og peritonealcancer

Histologi	2018/19		2017/18		2016/17	
	antal	%	antal	%	antal	%
Overfladeepitheliale-stromale tumor	375	88,0	435	83,5	484	85,7
Sex-cord-stromal celle tumor	20	4,7	16	3,1	15	2,7
Germinalcelletumor	6	1,4	9	1,7	5	0,9
Rete ovarii/Mesoteliale tumor	#	#	#	#	-	-
Sjældne (småcell, hepatoid, leimyosarkom)	#	#	3	0,6	-	-
Uvis histologisk type	#	#	3	0,6	4	0,7
Uoplyst	22	5,2	54	10,4	57	10,1
I alt	426	100,0	521	100,0	565	100,0

Tabel A3.3.1a Histologi for borderline tumorer

Histologi for borderline tumorer	2018/19		2017/18		2016/17	
	antal	%	antal	%	antal	%
Serøs borderline tumor	47	42,7	70	44,0	93	49,7
Mucinøs borderline tumor	21	19,1	35	22,0	50	26,7
Seromucinøs borderline tumor	#	#	#	#	#	#
Endometriode borderline tumor	#	#	3	1,9	3	1,6
Clearcelle borderline tumor	-	-	-	-	#	#
Borderline Brenner tumor	#	#	#	#	#	#
Uoplyst	39	35,5	47	29,6	37	19,8
I alt	110	100,0	159	100,0	187	100,0

Tabel A3.3.1b Histologi for overfladeepitheliale-stromale tumorer

Histologi for overfladeepitheliale-stromale tumorer	2018/19		2017/18		2016/17	
	antal	%	antal	%	antal	%
Serøst tubart intraepitelt carcinom (STIC)	#	#	6	1,4	3	0,6
Low-grade serøst adenokarcinom	18	4,8	20	4,6	23	4,8
High-grade serøst adenokarcinom	268	71,5	292	67,1	307	63,4
Serøst adenokarcinom	4	1,1	19	4,4	40	8,3
Mucinøst adenosarkom	25	6,7	27	6,2	27	5,6
Endometrioidt adenokarcinom	26	6,9	24	5,5	38	7,9
Seromucinøst adenokarcinom	#	#	#	#	3	0,6
Clear cell adenokarcinom	15	4,0	21	4,8	18	3,7
Malign Brenner tumor	-	-	#	#	3	0,6
Adenosarkom, heterolog	#	#	#	#	#	#
Karcinosarkom	11	2,9	17	3,9	12	2,5
Andre	#	#	4	0,9	5	1,0
Uoplyst	#	#	-	-	4	0,8
I alt	375	100,0	435	100,0	484	100,0

Tabel A3.3.1c Histologi for Sex-cord-stromal celle tumorer

Histologi for Sex-cord-stromal celle tumorer	2018/19		2017/18		2016/17	
	antal	%	antal	%	antal	%
Granulosa celle tumor/ adult	14	70,0	12	75,0	12	80,0
Juvenil granulosa celle tumor	#	#	3	18,8	-	-
Malig granulosa celle tumor/ metastaserende granulosa celle tumor	#	#	#	#	-	-
Højt differentierede Sertoli-Leydig celle tumor	-	-	-	-	#	#
Middelhøjt differentierede Sertoli-Leydig celle tumor	#	#	-	-	#	#
Lavt differentierede Sertoli-Leydig celle tumor	-	-	-	-	#	#
Gonade stroma tumor/ uklassificeret sex cord-stromal cell tum	#	#	-	-	-	-
I alt	20	100,0	16	100,0	15	100,0



Tabel A3.3.1d Histologi for Germinalcelletumorer

Histologi for Germinalcelletumorer	2018/19		2017/18		2016/17	
	antal	%	antal	%	antal	%
Endodermal sinustumor/ blommesæktumor	-	-	#	#	-	-
Immaturt teratom	-	-	#	#	3	60,0
Teratom med malign omdannelse/ med sekundær tumor	3	50,0	4	44,4	#	#
Malign struma ovarii/ struma ovarii med sekundær tumor	#	#	#	#	-	-
Neuroendokrint karcinom	#	#	-	-	#	#
Mixed germ cell-sex cord-stromal tumor/+dysgerminom/anden germ. Type	#	#	-	-	-	-
I alt	6	100,0	9	100,0	5	100,0

Tabel A3.3.1e Histologi for Rete ovarii/Mesoteliale tumorer

Histologi for Rete ovarii/Mesoteliale tumorer	2018/19		2017/18		2016/17	
	antal	%	antal	%	antal	%
Adenokarcinom	#	#	#	#	-	-
I alt	#	#	#	#	#	#

Tabel A3.3.2 Stadietildeling for ovarie-, tuba- og peritonealcancer

Stadie	2018/19		2017/18		2016/17	
	antal	%	antal	%	antal	%
IA: Tumor begrænset til et ovarie eller en tuba	52	12,2	62	11,9	53	9,4
IB: Tumor begrænset til begge ovarier eller begge tuba	3	0,7	5	1,0	7	1,2
IC: Tumor begrænset til begge ovarier el. tuba, m tumorceller i peritonealcavi.	53	12,4	55	10,6	58	10,3
IIA: Udvækst af tumor til uterus og/eller salpinges	9	2,1	16	3,1	23	4,1
IIB: Udvækst til andre organer/væv i det lille bækken. *	23	5,4	15	2,9	30	5,3
IIIA: Mikroskopiske metastaser uden for det lille bækken	20	4,7	27	5,2	21	3,7
IIIB: Makroskopiske metastaser <= 2cm i øvre abdomen, m/u lymfekn. metas.	21	4,9	31	6,0	26	4,6
IIIC: Metastase > 2cm i øvre abdomen, m/u lymfeknude metastaser	97	22,8	126	24,2	143	25,3
IV: Fjernmetastaser	130	30,5	172	33,0	188	33,3
Uspecificeret stadium	7	1,6	#	#	11	1,9
Uoplyst	11	2,6	10	1,9	5	0,9
I alt	426	100,0	521	100,0	565	100,0

*Primær peritonealcancer. Involvering af colon sigmoideum, til og med indvækst i tunica submucosa, men ikke ind i tunica mucosa/lumen.

#gl. FIGO stadie

Tabel A3.3.3 Stadietildeling for borderlinetumorer

Stadie	2018/19		2017/18		2016/17	
	antal	%	antal	%	antal	%
IA: Tumor begrænset til et ovarie eller en tuba	39	35,5	56	35,2	75	40,1
IB: Tumor begrænset til begge ovarier eller begge tuba	3	2,7	10	6,3	13	7,0
IC: Tumor begrænset til begge ovarier el. tuba, m tumorceller i peritonealcavi.	26	23,6	40	25,2	47	25,1
IIA: Udvækst af tumor til uterus og/eller salpinges	#	#	-	-	#	#
IIB: Udvækst til andre organer/væv i det lille bækken. *	#	#	#	#	4	2,1
IIIA: Mikroskopiske metastaser uden for det lille bækken	#	#	3	1,9	7	3,7
IIIB: Makroskopiske metastaser <= 2cm i øvre abdomen, m/u lymfekn. metas.	#	#	4	2,5	#	#
IIIC: Metastase > 2cm i øvre abdomen, m/u lymfeknude metastaser	-	-	#	#	4	2,1
IV: Fjernmetastaser	-	-	-	-	#	#
Uspecificeret stadium	-	-	#	#	3	1,6
Uoplyst	36	32,7	41	25,8	28	15,0
I alt	110	100,0	159	100,0	187	100,0

*Primær peritonealcancer. Involvering af colon sigmoideum, til og med indvækst i tunica submucosa, men ikke ind i tunica mucosa/lumen.

#gl. FIGO stadie



Tabel A3.3.4 Behandlingsstatus for ovarie-, tuba- og peritonealcancer

	2018/2019		2017/2018		2016/2017	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Herlev						
Primær operation	#	#	8	88,9	5	100,0
Kun onkologisk behandling	0	0,0	#	#	0	0,0
I alt	#	#	9	100,0	5	100,0
Rigshospitalet						
Primær operation	66	65,3	96	60,8	95	49,2
Intervalkirurgi	22	21,8	34	21,5	61	31,6
Kun onkologisk behandling	12	11,9	25	15,8	31	16,1
Ingen behandling	#	#	#	#	4	2,1
Uoplyst	0	0,0	#	#	#	#
I alt	101	100,0	158	100,0	193	100,0
Roskilde						
Primær operation	-	-	-	-	-	-
Intervalkirurgi	-	-	-	-	-	-
Kun onkologisk behandling	0	.	10	100,0	15	93,8
Ingen behandling	0	.	0	0,0	#	#
Uoplyst	0	.	10	100,0	16	100,0
I alt	0	.	10	100,0	15	93,8
Odense						
Primær operation	97	50,3	83	46,1	91	52,9
Intervalkirurgi	58	30,1	60	33,3	52	30,2
Kun onkologisk behandling	34	17,6	30	16,7	24	14,0
Ingen behandling	3	1,6	6	3,3	5	2,9
Uoplyst	#	#	#	#	0	0,0
I alt	193	100,0	180	100,0	172	100,0
Aarhus						
Primær operation	45	52,9	49	51,0	54	47,4
Intervalkirurgi	23	27,1	22	22,9	43	37,7
Kun onkologisk behandling	14	16,5	21	21,9	14	12,3
Ingen behandling	#	#	3	3,1	0	0,0
Uoplyst	#	#	#	#	3	2,6
I alt	85	100,0	96	100,0	114	100,0
Aalborg						
Primær operation	18	45,0	31	49,2	33	58,9
Intervalkirurgi	10	25,0	14	22,2	16	28,6
Kun onkologisk behandling	6	15,0	15	23,8	5	8,9
Ingen behandling	5	12,5	3	4,8	#	#
Uoplyst	#	#	0	0,0	0	0,0
I alt	40	100,0	63	100,0	56	100,0
Andre afdelinger						
Primær operation	#	#5	4	100	#	#
Intervalkirurgi	#	#	0	0	0	0,0
Kun onkologisk behandling	0	0	0	0	4	57,1
Ingen behandling	#	#	0	0	#	#
I alt	4	100	4	100	7	100,0
Total, Danmark						
Primær operation	229	53,9	271	52,1	279	49,6
Intervalkirurgi	114	26,8	130	25,0	172	30,6
Kun onkologisk behandling	66	15,5	102	19,6	93	16,5
Ingen behandling	13	3,1	13	2,5	14	2,5
Uoplyst	3	0,7	4	0,8	5	0,9
I alt	425	100,0	520	100,0	563	100,0

OBS! Patientantallene i denne tabel afviger fra de patientantal, der fremgår af indikator 10A (Ovarie-, tuba- og peritonealcancer, makroradikal operation, st. IIIC-IV, primært opererede) og 10B (Ovarie-, tuba- og peritonealcancer, makroradikal operation, st. IIIC-IV, opereret efter neoadjuverende kemoterapi). Forskellen mellem indikator 10A og antal patienter med primær operation i ovenstående tabel skyldes primært, at alle ovariecancerpatienter uanset stadie indgår i denne tabel, hvorimod indikatorerne er afgrænset til kun at inkludere ovariecancerpatienter med st. IIIC-IV.



Tabel A3.3.5A Afdelinger ansvarlige for registrering af ovarie-, tuba- og peritonealcancer i DGCD

Afdeling	2018/19		2017/18		2016/17	
	antal	%	antal	%	antal	%
Uoplyst	#	#	-	-	#	#
Aalborg	40	9,4	64	12,3	56	9,9
Esbjerg	-	-	-	-	#	#
Herlev	#	#	9	1,7	5	0,9
Herning	#	#	#	#	-	-
Hillerød	-	-	-	-	#	#
Kolding	#	#	-	-	#	#
Næstved	#	#	3	0,6	-	-
Odense	193	45,3	180	34,5	172	30,4
Randers	-	-	-	-	#	#
Rigshospitalet	101	23,7	158	30,3	193	34,2
Roskilde	-	-	10	1,9	16	2,8
Aarhus	85	20,0	96	18,4	114	20,2
I alt	426	100,0	521	100,0	565	100,0

Tabel A3.3.5B Afdelinger ansvarlige for registrering af borderline tumorer i DGCD

Afdeling	2018/19		2017/18		2016/17	
	antal	%	antal	%	antal	%
Aalborg	22	20,0	26	16,4	21	11,2
Esbjerg	-	-	#	#	-	-
Herlev	6	5,5	11	6,9	14	7,5
Herning	-	-	#	#	-	-
Hillerød	4	3,6	3	1,9	#	#
Kolding	#	#	-	-	-	-
Næstved	-	-	-	-	#	#
Odense	38	34,5	42	26,4	43	23,0
Randers	-	-	-	-	#	#
Rigshospitalet	16	14,5	37	23,3	49	26,2
Roskilde	-	-	6	3,8	19	10,2
Aarhus	23	20,9	32	20,1	37	19,8
Viborg-Skive	-	-	-	-	#	#
I alt	110	100,0	159	100,0	187	100,0

Tabel A3.3.6 Patologiafdelinger ansvarlige for registrering af ovarie-, tuba- og peritonealcancer samt borderline tumorer i DGCD

Afdeling	2018/19		2017/18		2016/17	
	antal	%	antal	%	antal	%
Aalborg, Patologi	51	9,5	74	10,9	74	9,8
Aarhus Universitetshospital, Aarhus Sygehus NBG/THG	107	20,0	125	18,4	149	19,8
Esbjerg, Patologi	#	#	-	-	#	#
Herlev, Patologisk-anatomi	10	1,9	17	2,5	25	3,3
Holstebro, Patologi	-	-	#	#	-	-
Hvidovre, Patologi	#	#	-	-	#	#
Næstved, Patologi	-	-	-	-	#	#
Odense, Patologi	223	41,6	220	32,4	213	28,3
Randers, Patologi	#	#	#	#	#	#
Rigshospitalet, Patologi	95	17,7	157	23,1	205	27,3
Roskilde, Patologi	3	0,6	6	0,9	28	3,7
Sønderborg, Patologi	#	#	-	-	-	-
Vejle, Patologi	#	#	#	#	-	-
Viborg-Skive, Patologi	#	#	#	#	#	#
Uoplyst	38	7,1	74	10,9	52	6,9
I alt	536	100,0	680	100,0	752	100,0



Corpuscancer

Tabel A3.4.1 Histologi for corpuscancer (Karcinomer)

Histologi	2018/19		2017/18		2016/17	
	antal	%	antal	%	antal	%
Endometrioidt adenokarcinom	460	77,8	510	80,4	518	83,4
Mucinøst adenokarcinom	#	#	#	#	#	#
Serøst adenokarcinom	73	12,4	57	9,0	50	8,1
Clear cell adenokarcinom	20	3,4	18	2,8	13	2,1
Blandet adenokarcinom (mixed cell adenokarcinom)	#	#	#	#	#	#
Planocellulært karcinom	-	-	-	-	#	#
Udifferentieret karcinom	#	#	3	0,5	3	0,5
Karcinosarkom, heterolog	18	3,0	16	2,5	15	2,4
Karcinosarkom, homolog	10	1,7	19	3,0	13	2,1
Karcinosarkom, inkl nos	-	-	#	#	#	#
Andre karcinomtyper	3	0,5	5	0,8	#	#
Uvis histologisk type	-	-	#	#	#	#
Uoplyst	#	#	#	#	#	#
I alt	591	100,0	634	100,0	621	100,0

Tabel A3.4.2 Histologi for corpuscancer (Sarkomer)

Histologi	2018/19		2017/18		2016/17	
	antal	%	antal	%	antal	%
Stromasarkom, lavmalignt	#	#	-	-	3	17,6
Udifferentieret endometrialt sarkom	#	#	-	-	#	#
Leiomyosarkom	5	33,3	4	44,4	7	41,2
Epiteloidt leiomyosarkom	#	#	-	-	-	-
Adenosarkom	4	26,7	3	33,3	#	#
Anden malign stromal tumor	-	-	-	-	#	#
Uvis histologisk type	#	#	#	#	#	#
Uoplyst	-	-	-	-	#	#
I alt	15	100,0	9	100,0	17	100,0

Tabel A3.4.3 Stadienddeling for endometriekarcinomer

Stadie	2018/19		2017/18		2016/17	
	antal	%	antal	%	antal	%
0: Hyperplasi uden atypi	-	-	#	#	-	-
0: Atypisk endometriehyperplasi	-	-	#	#	#	#
IA: Tumor begrænset til corpus uterii m. ingen el. < 50% indv. i myometriet	310	52,5	334	52,9	350	56,5
IB: Tumor begrænset til corpus uterii m. >= 50% indvækst i myometriet	86	14,6	87	13,8	126	20,3
II: Invasion af cervikale stroma, men afgrænset til uterus*	34	5,8	38	6,0	38	6,1
IIIA: Invasion af corpus uterii serosa og/eller adnexae **	18	3,0	12	1,9	22	3,5
IIIB: Involvering af vagina og/eller parametrium **	8	1,4	14	2,2	7	1,1
IIIC1: Positive pelvine lymfeknuder**	36	6,1	33	5,2	21	3,4
IIIC2: Positive paraaortiske lymfeknuder m/u positive pelv. lymfeknuder ***	10	1,7	10	1,6	10	1,6
IVA: Tumordinvasion i blære og/eller tarm mukosa	-	-	#	#	-	-
IVB: Fjernmetastaser inkl. intraabdominale og/el. ingvinale lymfeknudemet.	13	2,2	11	1,7	6	1,0
Uspecificeret stadie: Neoplasma malignum corporis uteri	75	12,7	87	13,8	39	6,3
Uoplyst	#	#	#	#	-	-
I alt	591	100,0	631	100,0	620	100,0



Tabel A3.4.4 Stadienddeling for leiomyosarkomer

Stadie	2018/19		2017/18		2016/17	
	antal	%	antal	%	antal	%
IB: Tumor >= 5 cm, begrænset til uterus	5	33,3	4	44,4	5	31,3
IIA: Tumor udbredt til pelvis med involvering af adnexae	-	-	-	-	#	#
IIIA: Invaderer abdominalt væv, kun ét sted	#	#	-	-	-	-
Usppecificeret stadie: Neoplasma malignum corporis uteri	-	-	-	-	#	#
Uoplyst	9	60,0	5	55,6	9	56,3
I alt	15	100,0	9	100,0	16	100,0

Tabel A3.4.5 Stadienddeling for stromale sarkomer og adenosarkomer

Stadie	2018/19		2017/18		2016/17	
	antal	%	antal	%	antal	%
IA: Begrænset til endometriet/endocervix uden myometrieindvækst	#	#	#	#	-	-
IB: Tumor begrænset til corpus uterini uden el. < 50% indvækst i myometriet	#	#	#	#	4	25,0
IC: Tumor begrænset til corpus uterini, > 50 % indvækst i myometriet	-	-	-	-	#	#
IIB: Tumor udbredt til ekstrauterint væv i pelvis	#	#	-	-	-	-
IIIA: Invaderer abdominalt væv, kun ét sted	#	#	-	-	-	-
IIIB: Invaderer abdominalt væv, flere steder	-	-	-	-	#	#
Usppecificeret stadie: Neoplasma malignum corporis uteri	-	-	#	#	-	-
Uoplyst	11	73,3	6	66,7	10	62,5
I alt	15	100,0	9	100,0	16	100,0

Tabel A3.4.6 Operationsstatus for corpuscancer og hyperplasi m. atypi

Operationstype	2018/19		2017/18		2016/17	
	antal	%	antal	%	antal	%
Primær operation	658	98,2	729	98,2	707	98,7
Intervalkirurgi	11	1,6	10	1,3	4	0,6
Recidivkirurgi	-	-	#	#	#	#
Henvist direkte til kontrol	-	-	#	#	#	#
Afstået fra behandling	#	#	#	#	#	#
I alt	670	100,0	742	100,0	716	100,0

Tabel A3.4.7 Operationstype for corpuscancer og hyperplasi m. atypi

Operationstype	2018/19		2017/18		2016/17	
	antal	%	antal	%	antal	%
Laparotomi	79	11,8	78	10,5	65	9,1
Laparoskopi	105	15,7	135	18,2	161	22,5
Robotassisteret laparoskopi	477	71,2	519	69,9	475	66,3
Vaginal	3	0,4	5	0,7	9	1,3
Uoplyst	6	0,9	5	0,7	6	0,8
I alt	670	100,0	742	100,0	716	100,0

Det kunne ikke oplyses om der blev foretaget robotassisteret operation i den gamle database. Data er efterfølgende indhentet og kan forhåbentlig indgå i fremtidige rapporter for at vise udviklingen over år. Oplysningen kan ligeledes medgives efter ønske i forskningsudtræk af Claus Høgdall.



Tabel A3.4.8 Afdelinger ansvarlige for registrering af corpuscancerpatienter og patienter med hyperplasi med atypi i DGCD

Afdeling	2018/19		2017/18		2016/17	
	antal	%	antal	%	antal	%
Aalborg	134	20,0	85	11,5	90	12,6
Herlev	95	14,2	115	15,5	88	12,3
Herning	-	-	-	-	3	0,4
Hvidovre	-	-	-	-	#	#
Kolding	-	-	-	-	#	#
Næstved	#	#	#	#	-	-
Odder	-	-	-	-	#	#
Odense	188	28,1	216	29,1	155	21,6
Rigshospitalet	87	13,0	96	12,9	114	15,9
Roskilde	74	11,0	71	9,6	113	15,8
Aarhus	91	13,6	158	21,3	149	20,8
I alt	670	100,0	742	100,0	716	100,0

Vulvacancer

Tabel A3.5.1 Histologi for vulvacancer

Histologi	2018/19		2017/18		2016/17	
	antal	%	antal	%	antal	%
Planocellulært karcinom	53	56,4	69	55,6	76	53,9
Kreatiniserende planocellulært karcinom	-	-	-	-	3	2,1
Lavt differentieret planocellulært karcinom	-	-	-	-	#	#
Basocellulært karcinom	-	-	#	#	4	2,8
Adenomkarcinom	-	-	-	-	#	#
Malignt melanom	3	3,2	#	#	#	#
Anden morfologi	#	#	3	2,4	#	#
Uoplyst	37	39,4	50	40,3	52	36,9
I alt	94	100,0	124	100,0	141	100,0

Tabel A3.5.2 Afdelinger ansvarlige for registrering af vulvacancerpatienter i DGCD

Afdeling	2018/19		2017/18		2016/17	
	antal	%	antal	%	antal	%
Aalborg	#	#	6	4,8	6	4,3
Herlev	#	#	-	-	-	-
Odense	-	-	7	5,6	#	#
Rigshospitalet	52	55,3	78	62,9	77	54,6
Silkeborg	-	-	#	#	-	-
Aarhus	38	40,4	32	25,8	55	39,0
Andre	-	-	-	-	#	#
I alt	94	100,0	124	100,0	141	100,0

Trofoblastsygdom

Tabel A3.6.1 Histologi for Trofoblastsygdom

Histologi	2018/19		2017/18		2016/17	
	antal	%	antal	%	antal	%
Komplet mola	12	38,7	12	30,8	16	29,6
Partiel mola	12	38,7	22	56,4	24	44,4
Mola udefineret	#	#	-	-	-	-
Choriocarcinom	-	-	#	#	#	#
PSTT	#	#	#	#	#	#
Andet	-	-	#	#	#	#
Uoplyst	4	12,9	#	#	11	20,4
I alt	31	100,0	39	100,0	54	100,0



Appendiks 4: Overlevelse

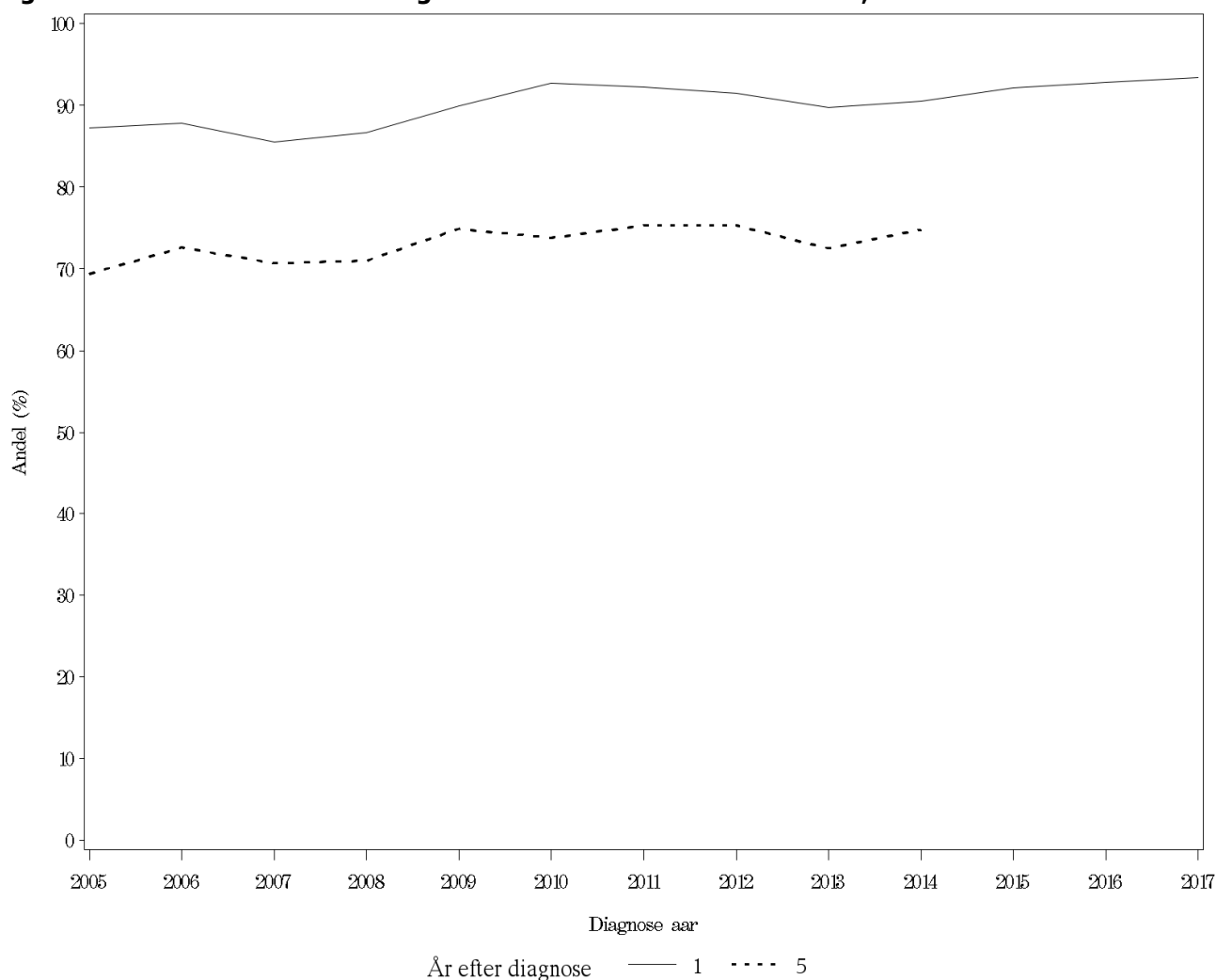
Samlet overlevelse

Tabel A4.1.1 Observeret overlevelse 1.1.2014-30.6.2017 fordelt på overordnet cancertype

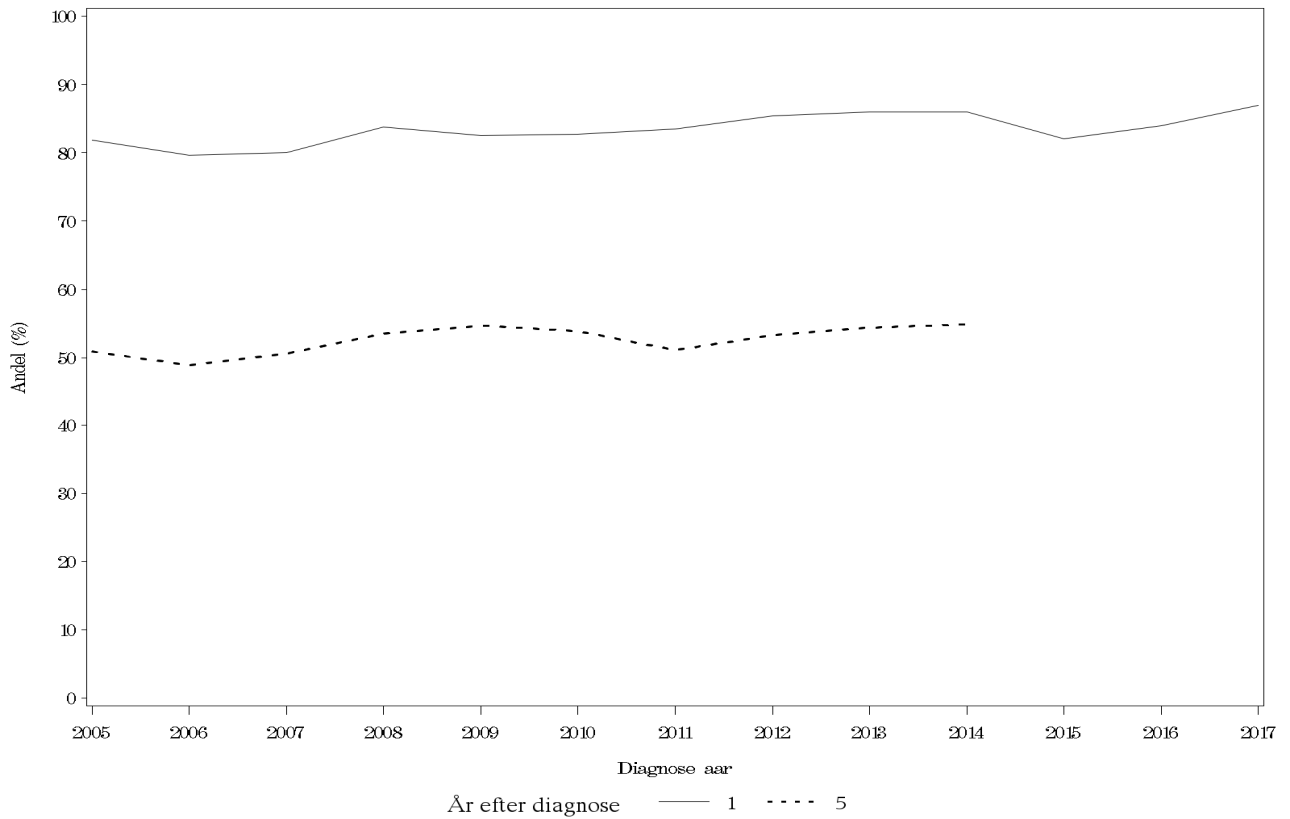
Overlevelse fordelt på cancertyper	Cervixcancer samlet			Ovariecancer samlet			Corpuscancer samlet		
	Over- levelse	Nedre CL	Øvre CL	Over- levelse	Nedre CL	Øvre CL	Over- levelse	Nedre CL	Øvre CL
I live efter 1 år (diagnosticeret 2017)	94,3	91,4	96,2	88,6	86,3	90,6	96,1	94,5	97,3
I live efter 5 år (diagnosticeret 2014)	87,5	85,1	89,5	69,0	66,1	71,7	85,5	83,7	87,1

"Nedre CL": 95 % konfidensinterval, nedre grænse, "Øvre CL": 95 % konfidensinterval, øvre grænse, "Overlevelse": Overlevsandel.

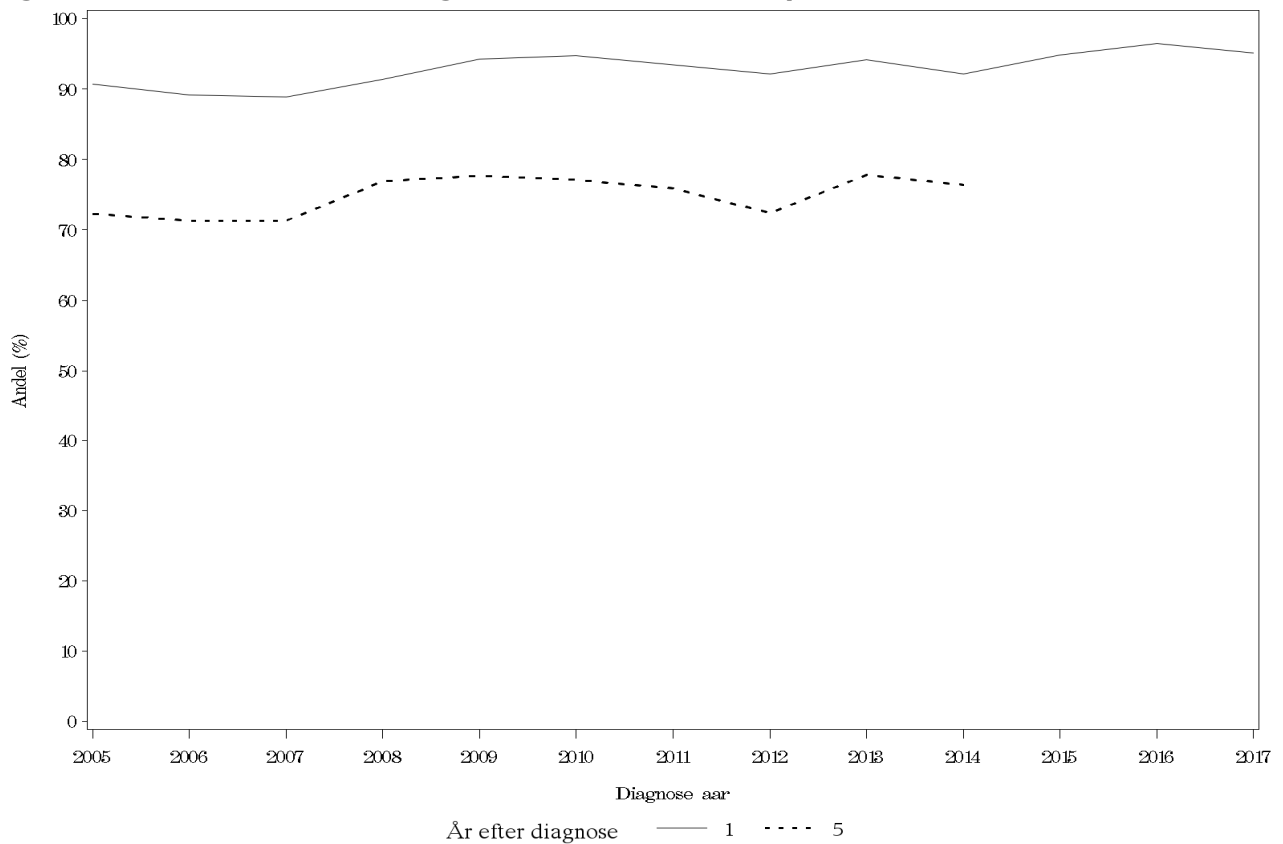
Figur A4.1.1a Timetrends for 1- og 5 års overlevelse for cervixcancer, 1.1.2005-31.12.2017



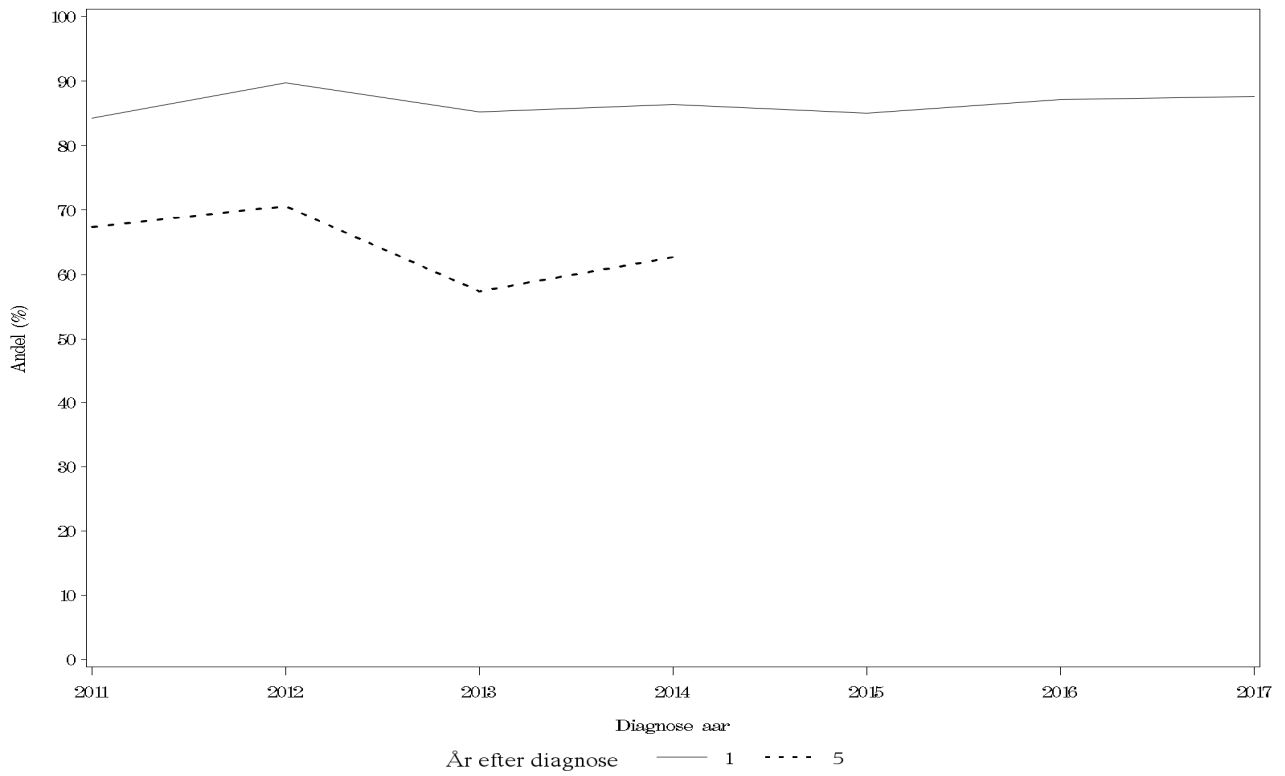
Figur A4.1.1b Timetrends for 1- og 5 års overlevelse for ovariecancer, 1.1.2005-31.12.2017



Figur A4.1.1c Timetrends for 1- og 5 års overlevelse for corpuscancer, 1.1.2005-31.12.2017



Figur A4.1.1a Timetrends for 1- og 5 års overlevelse for vulvacancer, 1.1.2011-31.12.2017

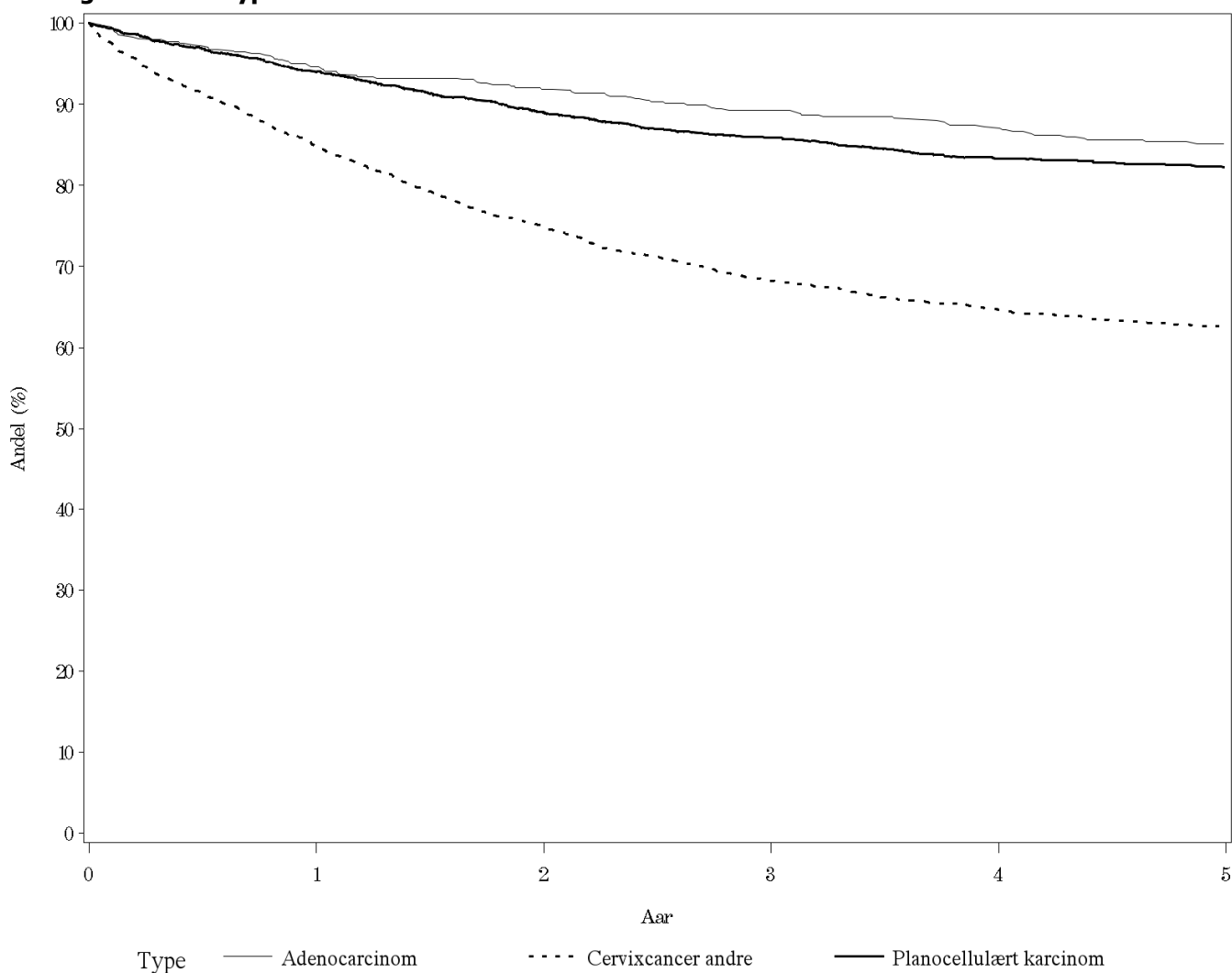


Cervixcancer, overlevelse

Tabel A4.2.1 Overlevelse for alle stadier af cervixcancer 1.7.2015-30.6.2019 stratificeret på histologiske hovedtyper

Overlevelse for Cervixcancer	Planocellulært			Adenocarcinom			Andre		
	Overlevelse	Nedre CL	Øvre CL	Overlevelse	Nedre CL	Øvre CL	Overlevelse	Nedre CL	Øvre CL
I live efter 30 dage	99.5	98.8	99.8	99.7	97.9	100	99.3	98.4	99.7
I live efter 180 dage	96.8	95.5	97.7	97.6	95.3	98.8	97.7	96.4	98.5
I live efter 1 år	93.7	91.9	95.0	95.8	93.0	97.5	95.4	93.7	96.7
I live efter 2 år	88.3	86.0	90.2	94.4	91.3	96.5	90.5	88.1	92.4
I live efter 3 år	85.5	82.9	87.7	91.9	88.1	94.5	88.5	85.8	90.7
I live efter 4 år	82.9	80.1	85.4	90.7	86.5	93.7	87.9	85.1	90.2
I live efter 5 år	81.7	78.2	84.6				87.1	84.0	89.6

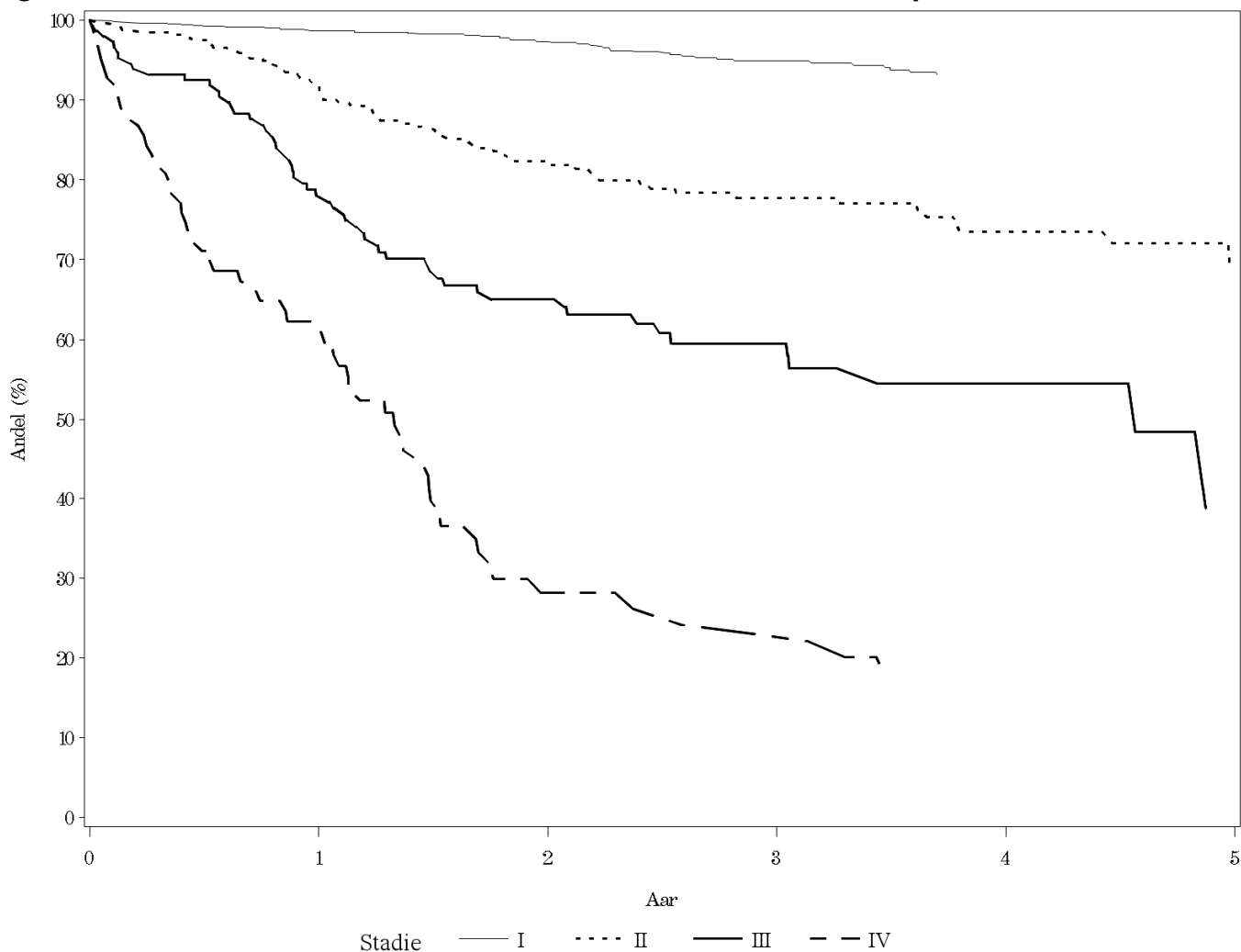
Figur A4.2.1 Overlevelse for alle stadier af cervixcancer 1.7.2015-30.6.2019 stratificeret på histologiske hovedtyper



Tabel A4.2.2 Overlevelse for cervixcancer 1.7.2015-30.6.2019 stratificeret på stadie

Overlevelse for Cervixcancer fordelt på stadier	Stadie I			Stadie II			Stadie III			Stadie IV		
	Overlevelse	Nedre CL	Øvre CL	Overlevelse	Nedre CL	Øvre CL	Overlevelse	Nedre CL	Øvre CL	Overlevelse	Nedre CL	Øvre CL
I live efter 30 dage	100	100	100	99.7	97.9	100	98.0	93.9	99.3	91.6	83.1	95.9
I live efter 180 dage	99.5	99.0	99.8	97.6	95.2	98.8	91.9	86.2	95.3	69.9	58.8	78.5
I live efter 1 år	99.1	98.5	99.5	91.9	88.3	94.5	77.4	69.6	83.5	61.1	49.7	70.7
I live efter 2 år	98.3	97.5	98.9	81.6	76.6	85.7	63.8	54.9	71.3	26.9	16.9	37.9
I live efter 3 år	96.5	95.2	97.4	77.2	71.5	81.8	58.2	48.8	66.4	23.0	13.6	34.0
I live efter 4 år	95.7	94.3	96.8	72.9	66.3	78.4	53.0	42.7	62.2	16.5	8.2	27.3
I live efter 5 år				68.5	59.1	76.1	37.7	18.7	56.7			

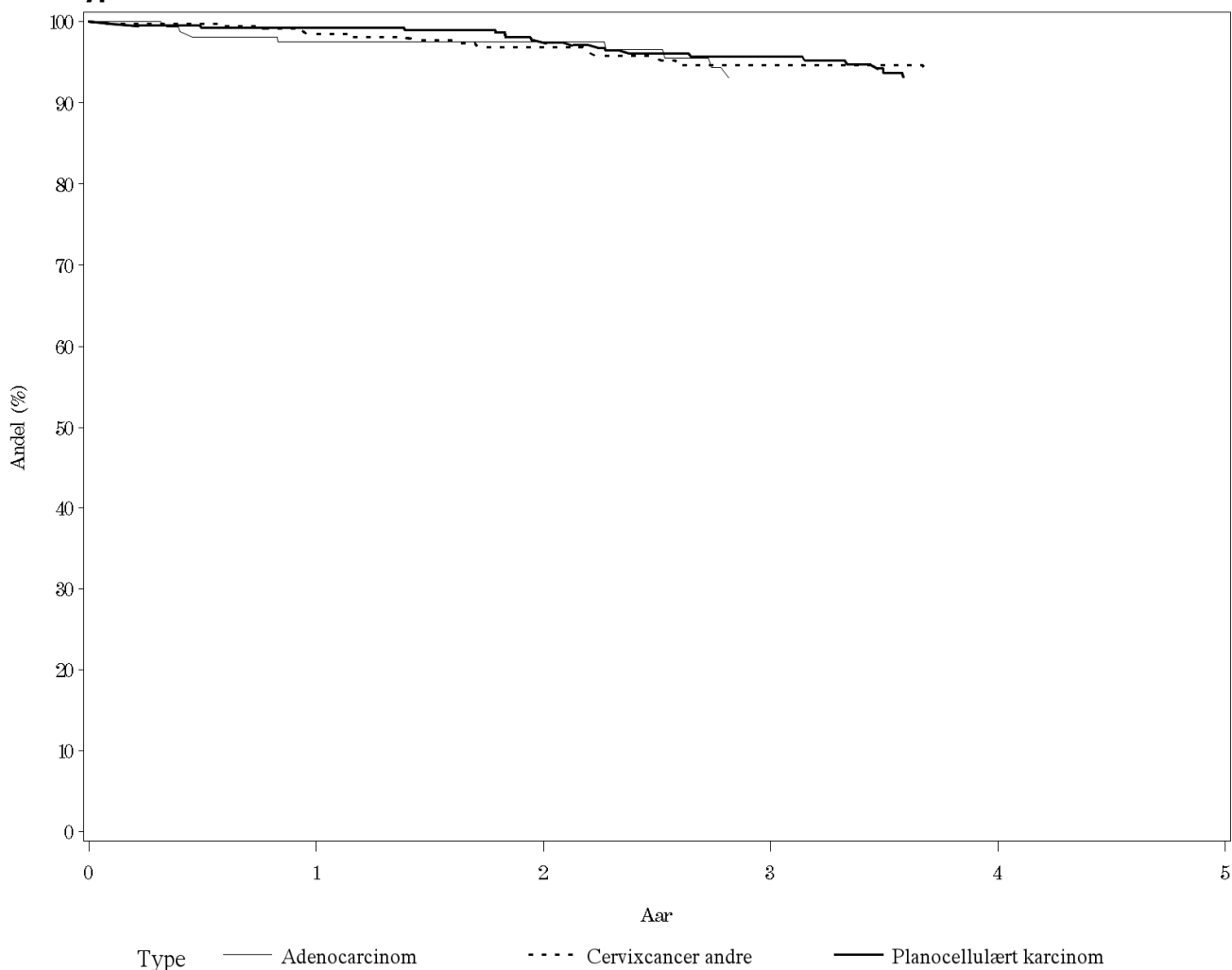
Figur A4.2.2 Overlevelse for cervixcancer 1.7.2015-30.6.2019 stratificeret på stadie



Tabel A4.2.3 Overlevelse for cervixcancer, st. I 1.7.2015-30.6.2019 stratificeret på histologisk hovedtype

Overlevelse for Cervixcancer stadie I	Planocellulært			Adenocarcinom			Andre		
	Overlevelse	Nedre CL	Øvre CL	Overlevelse	Nedre CL	Øvre CL	Overlevelse	Nedre CL	Øvre CL
I live efter 30 dage	100	100	100	100	100	100	100	100	100
I live efter 180 dage	99.5	98.4	99.8	98.9	96.6	99.6	99.8	98.9	100
I live efter 1 år	99.5	98.4	99.8	98.1	95.5	99.2	99.1	98.0	99.6
I live efter 2 år	98.3	96.8	99.1	98.1	95.5	99.2	98.4	96.9	99.1
I live efter 3 år	97.1	95.1	98.2	95.5	91.7	97.6	96.3	94.0	97.7
I live efter 4 år	95.6	93.2	97.2				95.9	93.5	97.4
I live efter 5 år									

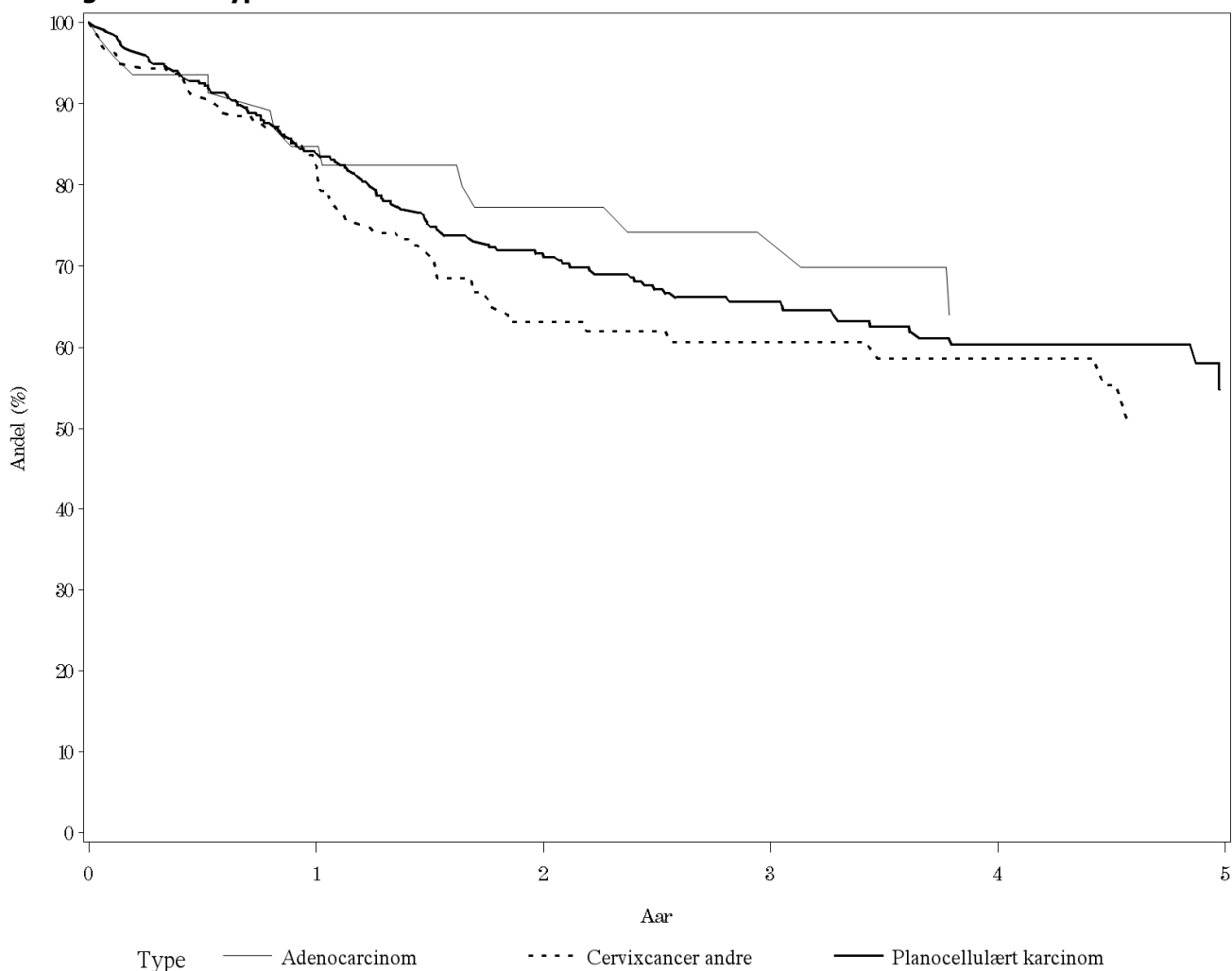
Figur A4.2.3 Overlevelse for cervixcancer, st. I 1.7.2015-30.6.2019 stratificeret på histologisk hovedtype



Tabel A4.2.4 Overlevelse for cervixcancer, st. II-IV 1.7.2015-30.6.2019 stratificeret på histologisk hovedtype

Overlevelse for Cervixcancer stadie II-IV	Planocellulært			Adenocarcinom			Andre		
	Overlevelse	Nedre CL	Øvre CL	Overlevelse	Nedre CL	Øvre CL	Overlevelse	Nedre CL	Øvre CL
I live efter 30 dage	98.6	96.7	99.4	97.8	85.3	99.7	96.9	92.8	98.7
I live efter 180 dage	92.4	89.1	94.7	93.3	80.7	97.8	90.7	85	94.3
I live efter 1 år	83.8	79.4	87.3	86.3	72.1	93.6	82.1	75.1	87.3
I live efter 2 år	70.7	65.3	75.4	78.7	62.9	88.3	62.1	53.4	69.6
I live efter 3 år	64.8	59.0	70.1	75.4	58.8	86.1	59.7	50.7	67.6
I live efter 4 år	59.6	53.1	65.5	64.8	43.9	79.5	57.6	47.9	66.1
I live efter 5 år	54.1	44.4	62.8				50.0	36.9	61.9

Figur A4.2.4 Overlevelse for cervixcancer, st. II-IV 1.7.2015-30.6.2019 stratificeret på histologisk hovedtype

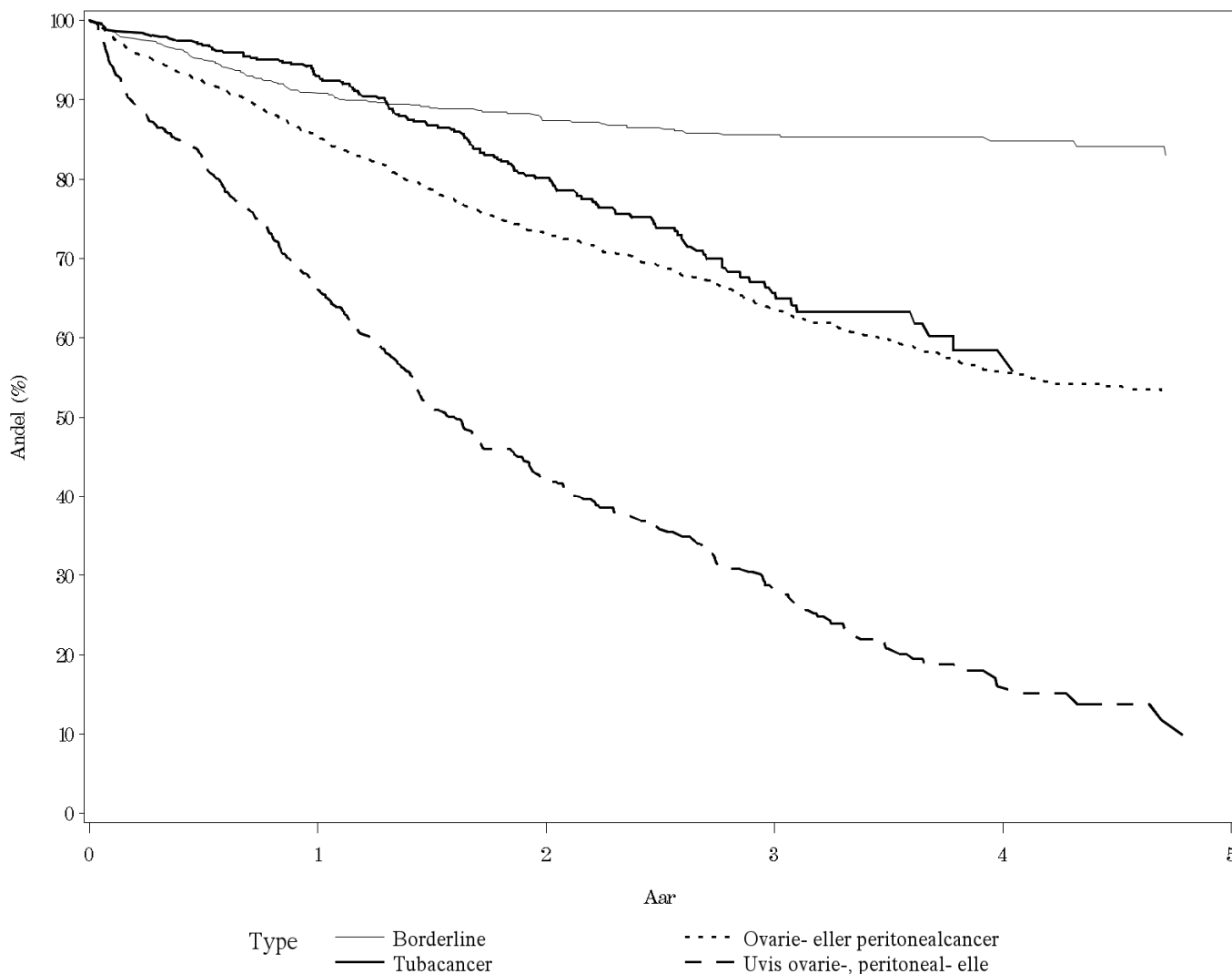


Ovariecancer, overlevelse

Tabel A4.3.1 Overlevelse 1.7.2015-30.6.2019 for ovarie/peritoneal- og tubacancer samt borderlinetumorer

Overlevelse for Ovariecancer	Ovarie/peritoneal			Borderline			Tuba			Uvis ovarie-, peritoneal-, el. tubacancer		
	Overlevelse	Nedre CL	Øvre CL	Overlevelse	Nedre CL	Øvre CL	Overlevelse	Nedre CL	Øvre CL	Overlevelse	Nedre CL	Øvre CL
I live efter 30 dage	98.8	98.1	99.2	99	98.2	99.4	98.9	97.6	99.5	95.4	93.4	96.8
I live efter 180 dage	93.5	92.2	94.6	96.4	95.1	97.4	97.1	95.4	98.1	82.7	79.5	85.5
I live efter 1 år	87.7	86.0	89.2	93.6	91.9	94.9	93.4	91.1	95.2	66.7	62.7	70.4
I live efter 2 år	77.5	75.3	79.6	91.0	89.1	92.6	81.4	77.5	84.7	42.7	38.3	47.0
I live efter 3 år	69.2	66.7	71.6	89.8	87.7	91.5	67.6	62.0	72.6	29.0	24.7	33.5
I live efter 4 år	62.6	59.8	65.3	89.4	87.2	91.2	62.1	55.1	68.3	16.7	12.2	21.9
I live efter 5 år	60.7	57.7	63.6	87.6	84.7	90.0	60.5	53.1	67.2	9.1	4.3	15.9

Figur A4.3.1 Overlevelse 1.7.2015-30.6.2019 for ovarie/peritoneal- og tubacancer samt borderlinetumorer

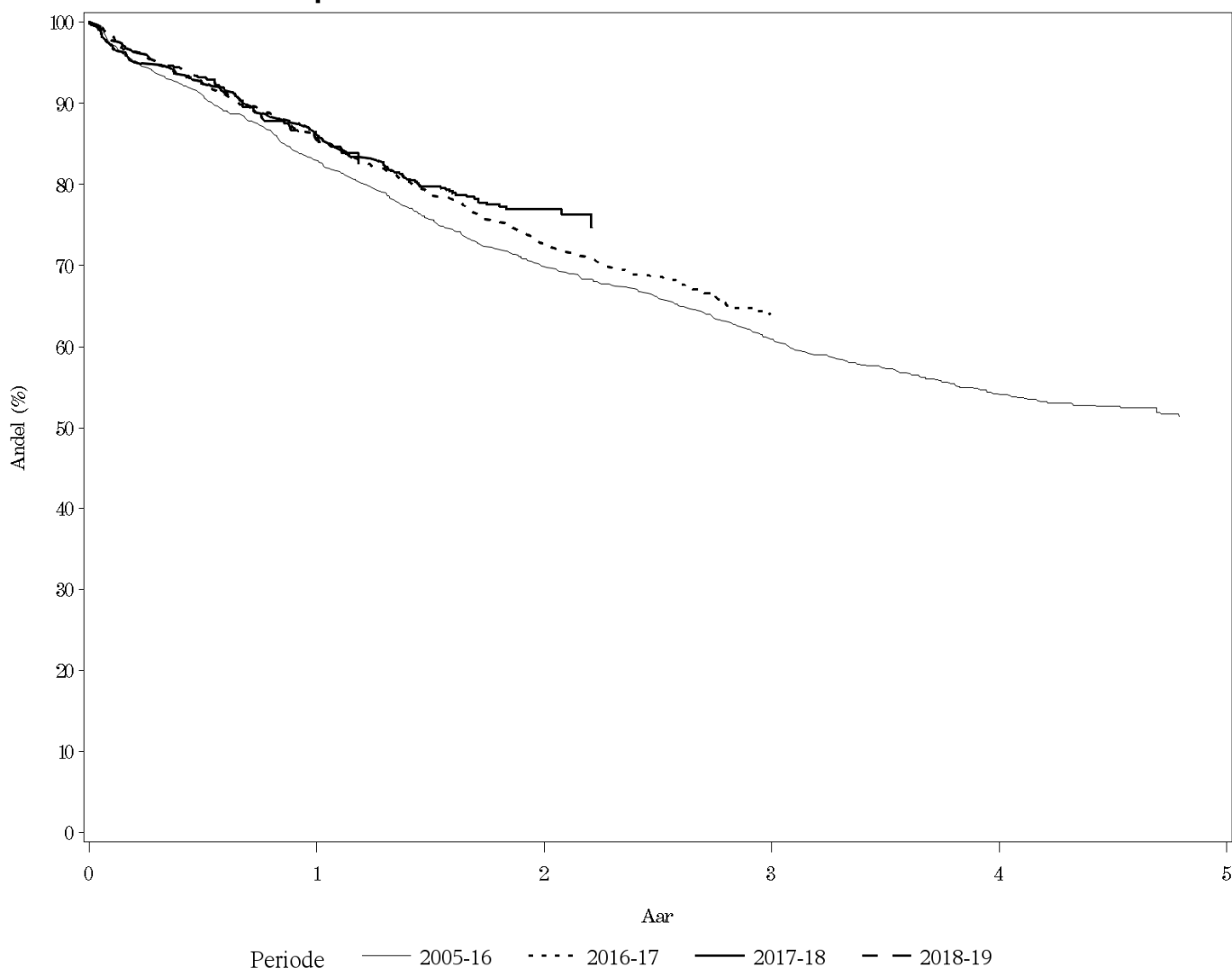


Tabel A4.3.2 Overlevelse 1.7.2015-30.6.2019 for ovarie-, tuba- og peritonealcancer samt borderlinetumorer fordelt på kontaktår

Overlevelse for Ovariecancer fordelt på kontaktår	2005 - 2016			2016 - 2017			2017 - 2018			2018-2019		
	Over- levelse	Nedre CL	Øvre CL	Over- levelse	Nedre CL	Øvre CL	Over- levelse	Nedre CL	Øvre CL	Over- levelse	Nedre CL	Øvre CL
I live efter 30 dage	98.2	97.5	98.7	99.0	98.1	99.5	97.8	96.4	98.6	98.4	96.9	99.1
I live efter 180 dage	93.1	91.8	94.1	93.3	91.4	94.8	93.3	91.2	94.9	93.5	91.1	95.3
I live efter 1 år	87.0	85.3	88.4	87.1	84.6	89.2	87.6	85.0	89.8	86.5	82.8	89.5
I live efter 2 år	76.9	74.9	78.8	75.9	72.8	78.6	79.2	76.0	82.1			
I live efter 3 år	69.6	67.4	71.7	68.1	64.6	71.5						
I live efter 4 år	64.4	62.1	66.6									
I live efter 5 år	62.0	59.6	64.4									

Bemærk at en mindre del af patienterne i perioden 2005-2014 ikke har fulde 5 års opfølgning

Figur A4.3.2 Overlevelse 1.1.2005-30.6.2019 for ovarie-, tuba- og peritonealcancer samt borderlinetumorer fordelt på kontaktår

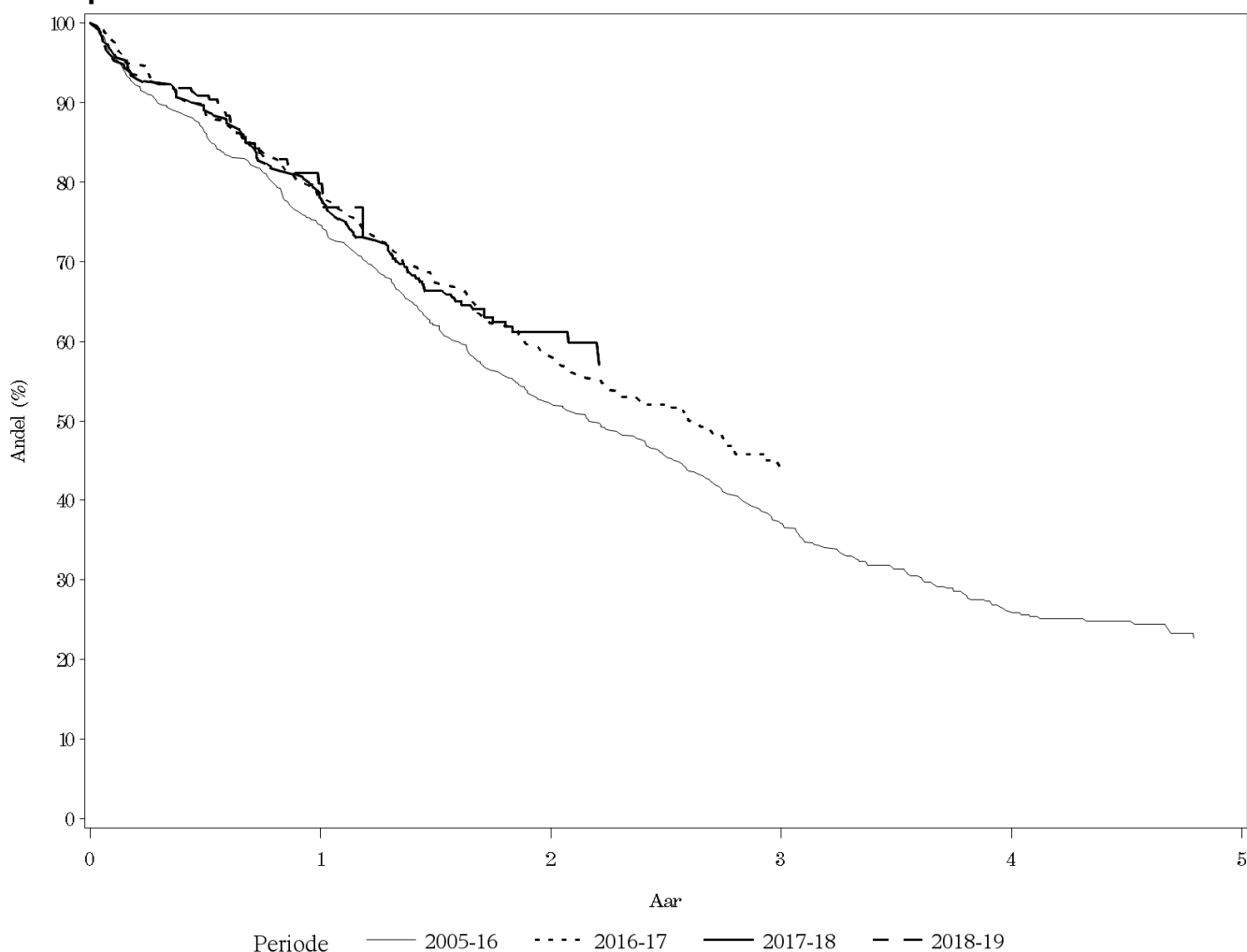


Tabel A4.3.3 Overlevelse 1.1.2005-30.6.2019 for ovarie-, tuba- og peritonealcancer st. IIIC-IV fordelt på kontaktår

Overlevelse for Ovariecancer st. IIIC-IV fordelt på kontaktår	2005 - 2016			2016 - 2017			2017 - 2018			2018-2019		
	Over- levelse	Nedre CL	Øvre CL	Over- levelse	Nedre CL	Øvre CL	Over- levelse	Nedre CL	Øvre CL	Over- levelse	Nedre CL	Øvre CL
I live efter 30 dage	97.1	95.4	98.2	98.9	96.7	99.6	96.7	93.5	98.3	96.7	92.9	98.5
I live efter 180 dage	87.7	84.8	90.1	89.9	85.6	92.9	90.1	85.6	93.2	92.9	88.1	95.8
I live efter 1 år	76.0	72.3	79.2	79.7	74.5	84.0	79.8	74.1	84.3	83.0	75.0	88.7
I live efter 2 år	54.5	50.4	58.4	59.0	53.0	64.6	65.2	58.4	71.1			
I live efter 3 år	39.2	35.2	43.1	45.3	38.7	51.6						
I live efter 4 år	27.6	23.9	31.4									
I live efter 5 år	24.8	20.9	28.8									

Bemærk at en mindre del af patienterne i perioden 2005-2014 ikke har fulde 5 års opfølgning

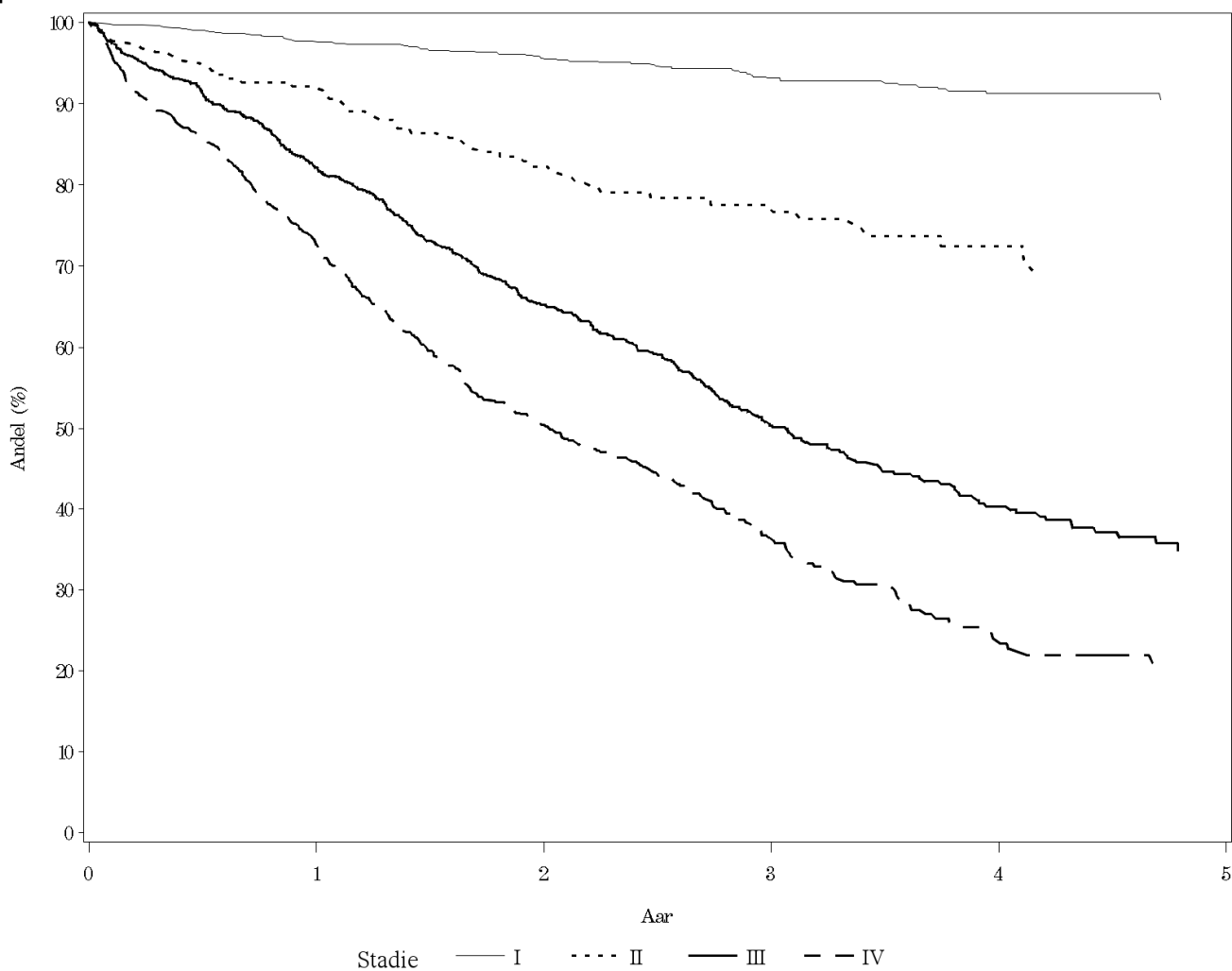
Figur A4.3.3 Overlevelse 1.1.2005-30.6.2019 for ovarie-, tuba- og peritonealcancer st. IIIC-IV fordelt på kontaktår



Tabel A4.3.4 Overlevelse 1.7.2015-30.6.2019 for ovarie-, tuba- og peritonealcancer stratificeret på stadie

Overlevelse for Ovariecancer fordelt på Stadie	Stadie I			Stadie II			Stadie III			Stadie IV		
	Overlevelse	Nedre CL	Øvre CL	Overlevelse	Nedre CL	Øvre CL	Overlevelse	Nedre CL	Øvre CL	Overlevelse	Nedre CL	Øvre CL
I live efter 30 dage	99.9	99.6	100	98.4	95.9	99.4	98.1	97.0	98.8	97.0	95.4	98.1
I live efter 180 dage	99.5	99.0	99.7	95.7	92.3	97.6	92.9	91.1	94.3	86.9	84.1	89.3
I live efter 1 år	98.8	98.1	99.2	93.2	89.3	95.7	85.0	82.5	87.2	73.9	70.2	77.2
I live efter 2 år	97.6	96.7	98.3	85.0	79.6	89.0	69.0	65.7	72.0	52.9	48.6	57.0
I live efter 3 år	95.4	94.1	96.5	81.7	75.9	86.2	55.5	51.7	59.1	38.7	34.2	43.2
I live efter 4 år	94.3	92.7	95.6	77.9	71.3	83.1	45.8	41.5	49.9	25.7	20.8	31.0
I live efter 5 år	93.3	91.3	94.9	75.5	68.2	81.4	41.0	36.2	45.7	23.4	18.3	28.8

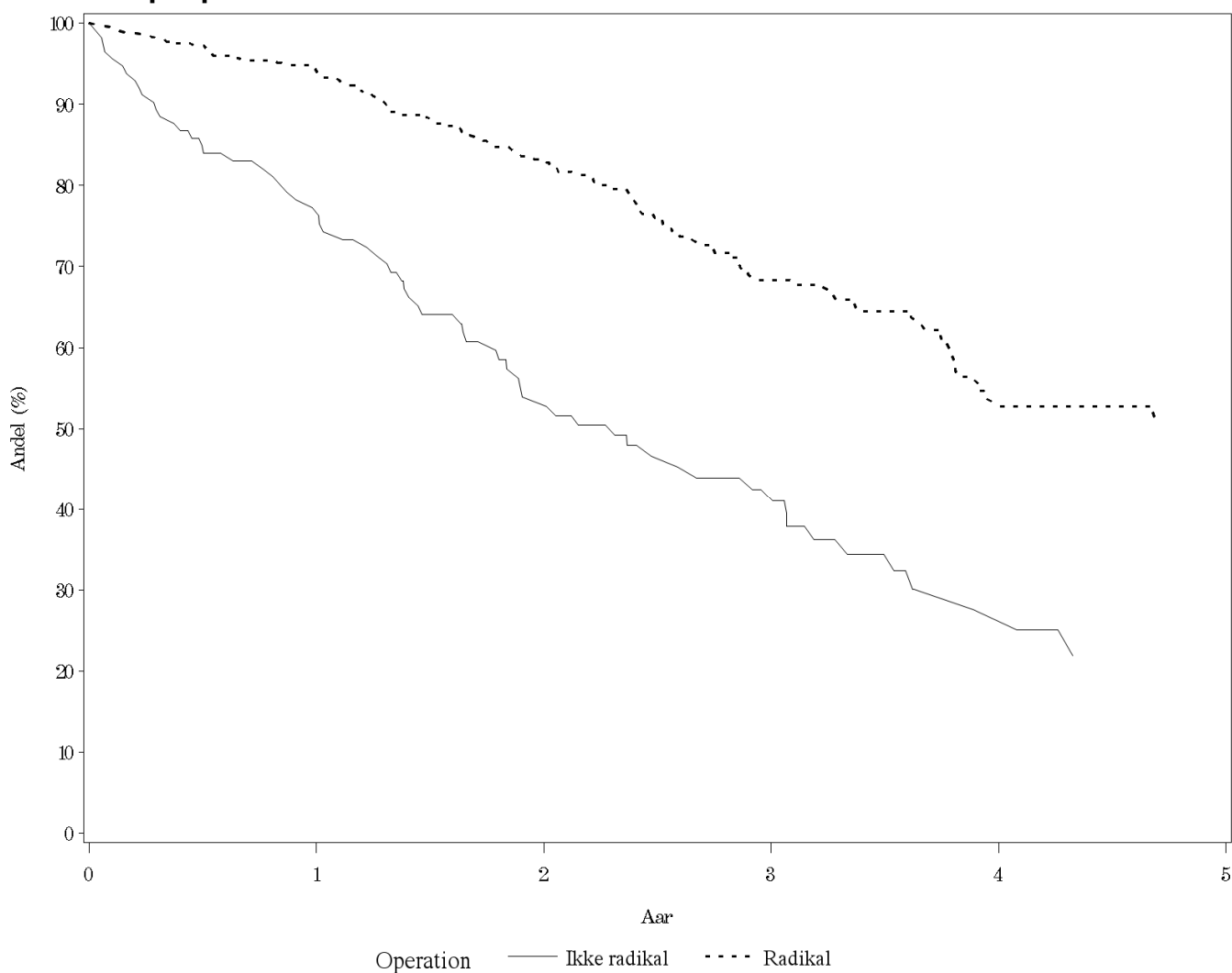
Figur A4.3.4 Overlevelse 1.7.2015-30.6.2019 for ovarie-, tuba- og peritonealcancer stratificeret på stadie



Tabel A4.3.5 Overlevelse 1.7.2015-30.6.2019 for ovarie-, tuba- og peritonealcancer st. IIIC-IV stratificeret på operativ radikalitet

Overlevelse for Ovariecancer st. IIIC-IV fordelt på operativ radikalitet	Radikalt opereret			Ikke radikalt opereret		
	Overlevelse	Nedre CL	Øvre CL	Overlevelse	Nedre CL	Øvre CL
I live efter 30 dage	99.7	97.9	100	97.0	91.0	99.0
I live efter 180 dage	97.0	94.4	98.4	86.9	78.6	92.2
I live efter 1 år	93.7	90.4	95.9	79.4	69.9	86.2
I live efter 2 år	82.0	77.0	86.0	56.1	45.1	65.7
I live efter 3 år	67.0	60.4	72.7	43.3	32.3	53.8
I live efter 4 år	51.9	44.0	59.3	27.5	16.4	39.8
I live efter 5 år	49.3	40.9	57.2	24.0	13.1	36.9

Figur A4.3.5 Overlevelse 1.7.2015-30.6.2019 for ovarie-, tuba- og peritonealcancer st. IIIC-IV stratificeret på operativ radikalitet



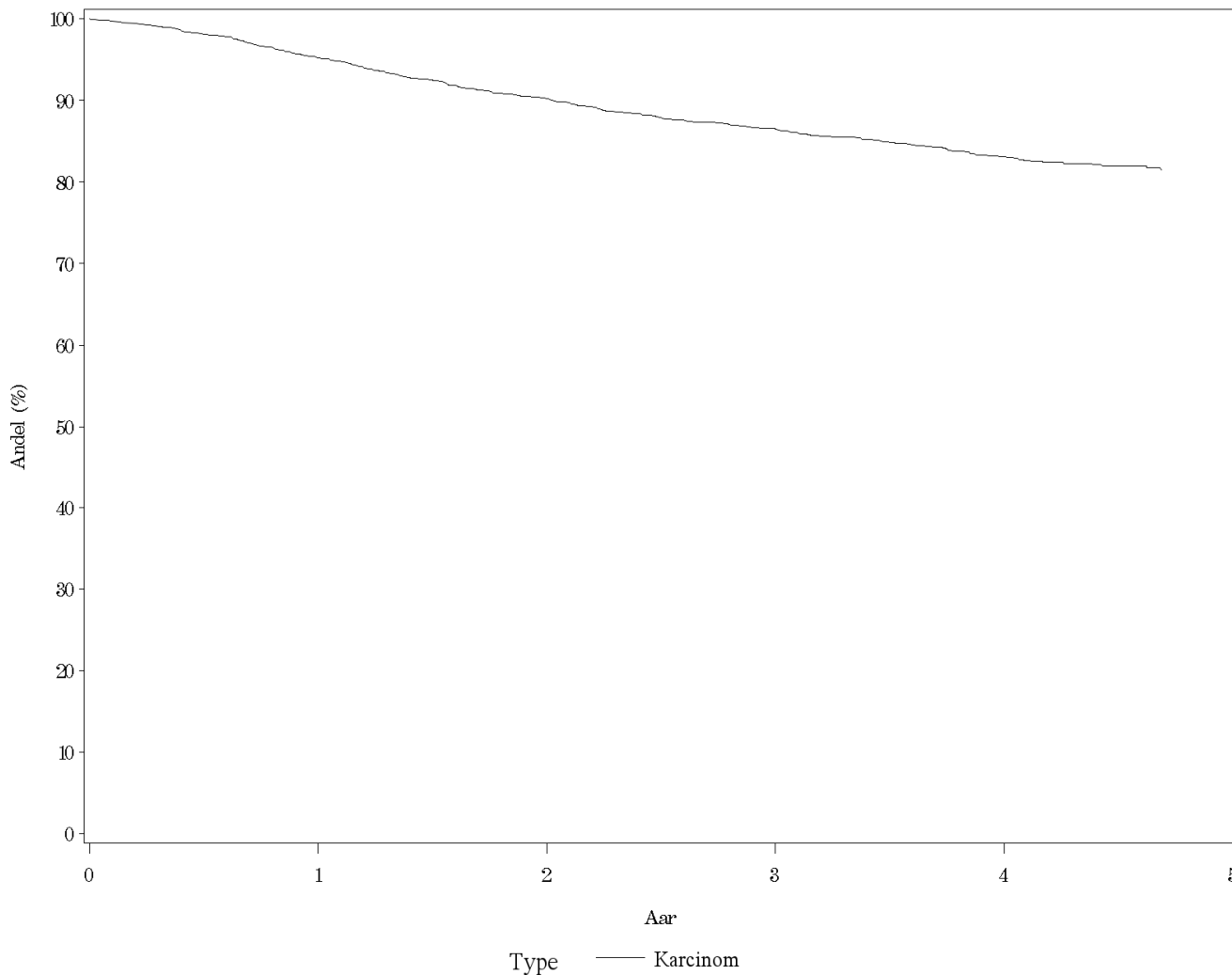
Corpuscancer, overlevelse

I overlevelsesanalyserne for corpuscancer indgår kun karcinomer. Hyperplasi med atypi er udeladt af overlevelsesanalyserne som således kun indeholder kræftpatienter.

Tabel A4.4.1 Overlevelse 1.1.2005-30.6.2017 for corpuscancer (karcinomer)

Overlevelse for Corpuscancer		Overlevelse	Nedre CL	Øvre CL
Corpuscancer	I live efter 30 dage	99.9	99.7	99.9
	I live efter 180 dage	98.6	98.3	98.9
	I live efter 1 år	96.7	96.1	97.2
	I live efter 2 år	92.9	92.1	93.6
	I live efter 3 år	90.2	89.2	91.1
	I live efter 4 år	87.7	86.5	88.8
	I live efter 5 år	86.1	84.7	87.3

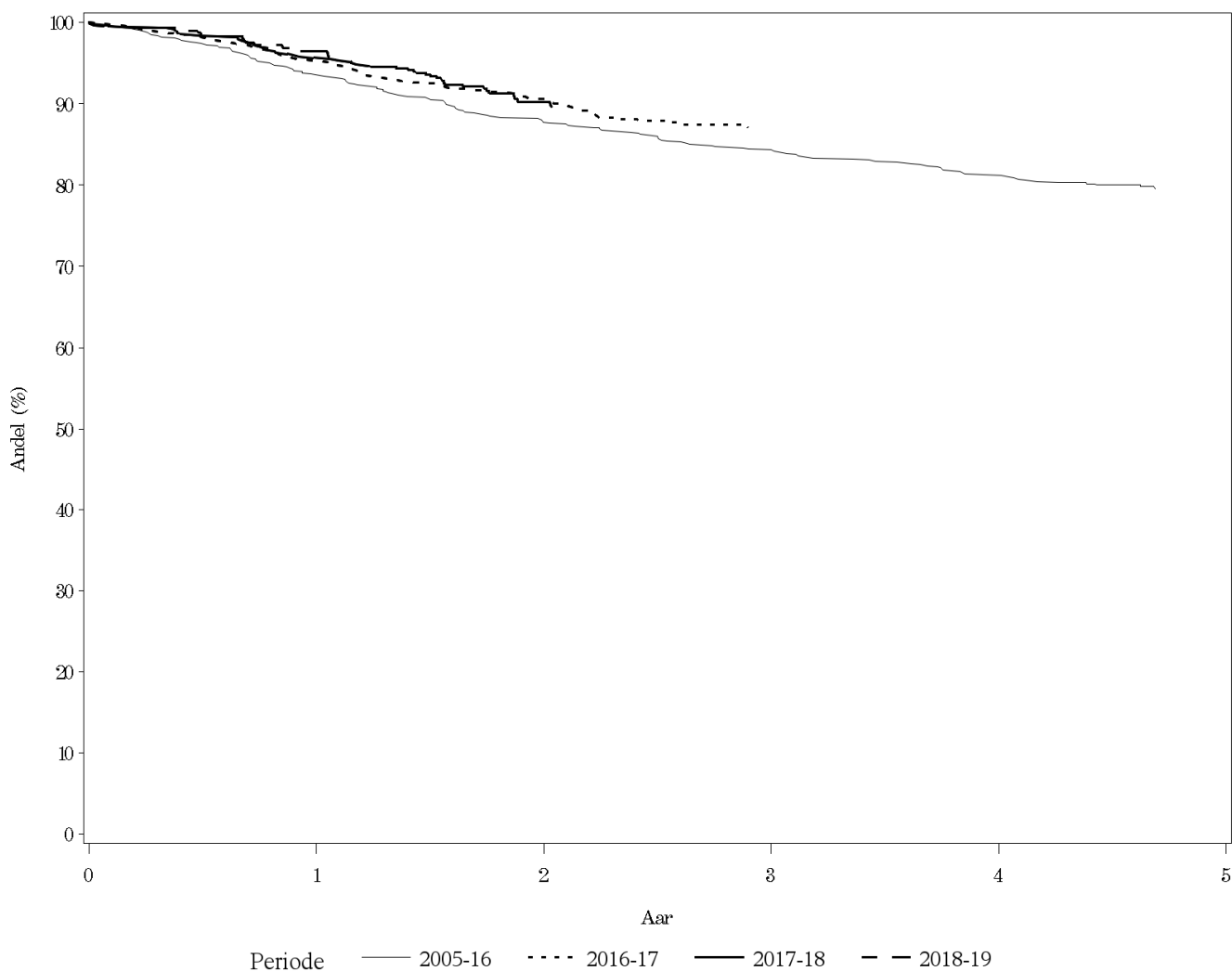
Figur A4.4.1 Overlevelse 1.1.2005-30.6.2017 for corpuscancer stratificeret på diagnose



Tabel A4.4.2 Overlevelse 1.1.2005-30.6.2019 for corpuscancer (karcinomer) fordelt på kontaktår

Overlevelse for Corpuscancer fordelt på kontaktår	2005 - 2016			2016 - 2017			2017 - 2018			2018-2019		
	Over- levelse	Nedre CL	Øvre CL	Over- levelse	Nedre CL	Øvre CL	Over- levelse	Nedre CL	Øvre CL	Over- levelse	Nedre CL	Øvre CL
I live efter 30 dage	99.8	99.3	99.9	99.9	99.1	100	99.9	99.1	100	99.7	98.7	99.9
I live efter 180 dage	98.4	97.6	99.0	98.6	97.4	99.2	98.7	97.6	99.3	98.6	97.3	99.3
I live efter 1 år	96.5	95.4	97.3	96.2	94.6	97.4	96.6	95.0	97.6	96.8	94.6	98.1
I live efter 2 år	92.3	90.8	93.6	92.2	90.1	93.9	92.2	89.9	94.1	.	.	.
I live efter 3 år	89.8	88.1	91.3	88.9	86.4	91.0	.	.	.	.	.	.
I live efter 4 år	87.5	85.7	89.2	.	.	.	.	.	.	.	.	.
I live efter 5 år	85.7	83.8	87.5	.	.	.	.	.	.	.	.	.

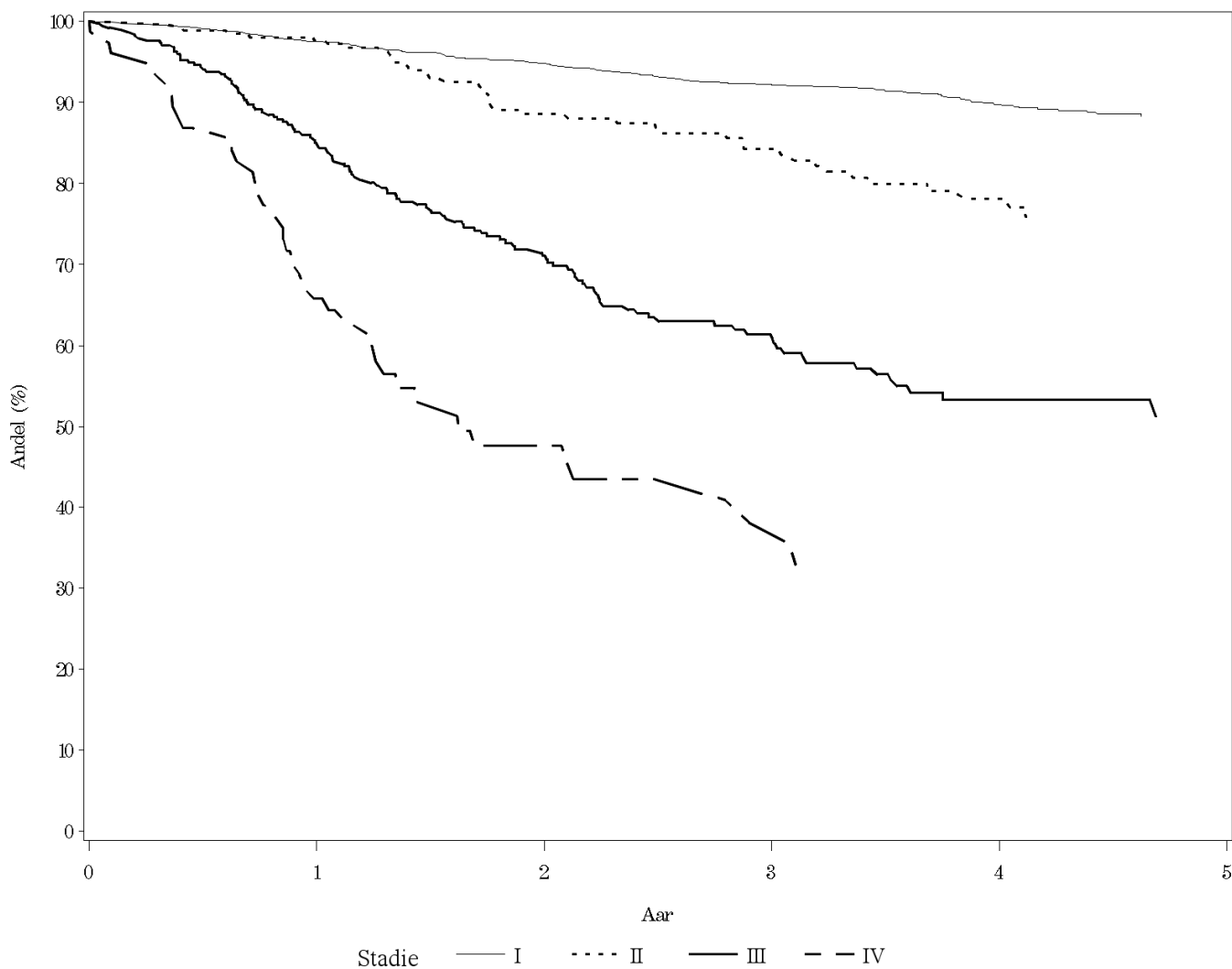
Figur A4.4.2 Overlevelse 1.1.2005-30.6.2019 for corpuscancer (karcinomer) fordelt på kontaktår



Tabel A4.4.3 Overlevelse 1.7.2015-30.6.2019 for corpuscancer (karcinomer) stratificeret på stadie

Overlevelse for Corpuscancer fordelt på stadie	Stadie I			Stadie II			Stadie III			Stadie IV		
	Over- levelse	Nedre CL	Øvre CL	Over- levelse	Nedre CL	Øvre CL	Over- levelse	Nedre CL	Øvre CL	Over- levelse	Nedre CL	Øvre CL
I live efter 30 dage	99.9	99.8	100	100	100	100	99.5	97.9	99.9	98.5	89.6	99.8
I live efter 180 dage	99.4	99	99.6	99.3	97.9	99.8	94.3	91.3	96.2	86.2	75.1	92.5
I live efter 1 år	98.3	97.8	98.7	98.4	96.7	99.2	85.5	81.2	88.8	66.7	53.5	76.9
I live efter 2 år	96.0	95.2	96.6	92.9	89.9	95.0	72.5	67.1	77.1	51.1	37.4	63.2
I live efter 3 år	93.8	92.9	94.7	90.2	86.8	92.8	63.6	57.5	69.0	40.7	26.8	54.1
I live efter 4 år	91.9	90.7	92.9	87.1	83.2	90.2	56.0	49.2	62.2	34.8	21.3	48.7
I live efter 5 år	90.1	88.7	91.3	86.0	81.8	89.4	54.2	46.8	61.0			

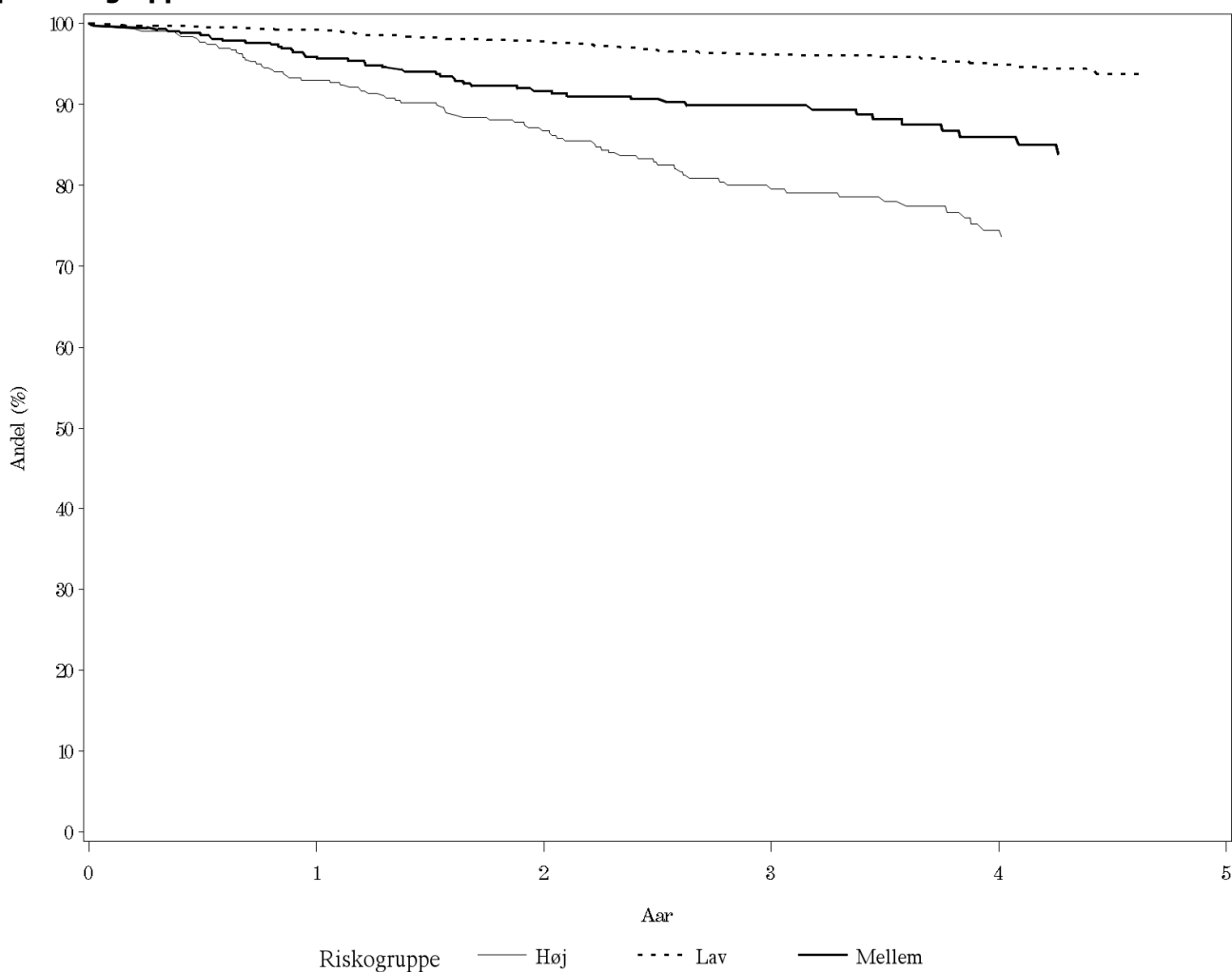
Figur A4.4.3 Overlevelse 1.7.2015-30.6.2019 for corpuscancer (karcinomer) stratificeret på stadie



Tabel A4.4.4 Overlevelse 1.7.2015-30.6.2019 for corpuscancer (karcinomer), st. I stratificeret på risikogruppe

Overlevelse for Corpuscancer st. I fordelt på risikogrupper	Lavrisiko			Mellemrisko			Højrisiko		
	Over- levelse	Nedre CL	Øvre CL	Over- levelse	Nedre CL	Øvre CL	Over- levelse	Nedre CL	Øvre CL
I live efter 30 dage	100	100	100	99.8	98.9	100	99.9	99.0	100
I live efter 180 dage	99.7	99.3	99.8	99.0	97.9	99.6	98.8	97.6	99.4
I live efter 1 år	99.4	99	99.7	97.2	95.5	98.2	96.0	94.3	97.2
I live efter 2 år	98.1	97.3	98.6	93.6	91.3	95.4	91.7	89.4	93.6
I live efter 3 år	96.8	95.9	97.6	91.5	88.7	93.5	87.2	84.3	89.6
I live efter 4 år	96.2	95.1	97.0	88.7	85.3	91.3	82.1	78.4	85.2
I live efter 5 år	93.9	92.3	95.2	87.6	83.8	90.5	81.1	77.3	84.3

Figur A4.4.4 Overlevelse 1.7.2015-30.6.2019 for corpuscancer (karcinomer), st. I stratificeret på risikogruppe



Appendiks 6: Ordliste

- ASA score** – et scoresystem til brug for klassifikation af fysisk status hos patienterne før en operation. Inddeles i: 1= rask, 2= mild systemisk sygdom – ingen funktionel indskrænkning, 3= alvorlig systemisk sygdom, 4= konstant livstruende systemisk sygdom, 5=døende
- Ascites** – ansamling af væske i bughulen
- Borderlinetumor** – tumor på ovariet, klassificeret mellem godartet og ondartet
- Cervixcancer** – kræft i livmoderhalsen
- Corpuscancer** – kræft i livmoderen
- Cystoskopi** – kikkertundersøgelse i blæren
- Cytologi** – diagnostik baseret på mikroskopisk undersøgelse tilvejebragt som skrab, finnålsbiopsi el.lign.
- BMI** – body mass index
- BSO** – bilateral salpingooforektomi, fjernelse af æggeleder og æggestok på begge sider
- Bulky Disease** – stor tumorbyrde
- Corpuscancer** – kræft i livmoderen
- Diaphragma** - mellemgulv
- Differentieringsgrad (corpuscancer)** – Grad 1 = højt differentierede karcinomer, grad 2 = moderat differentierede karcinomer, grad 3 = lavt differentierede karcinomer
- DGCD** – Dansk Gynækologisk Cancer Database
- DGCG** – Dansk Gynækologisk Cancer Gruppe
- Elektiv** - planlagt
- Endometrie** – slimhinden i livmoderen
- Eksplorativ laparotomi** – operation der udføres for at afklare forholdene om en sygdom i bughulen
- Excisio probatoria peritonei laparoscopica** – biopsi udtaget fra bughinden ved kikkertoperation.
- FIGO** – International Federation of Gynecology and Obstetrics
- Grad** – Inddeling i tre kategorier, grad I-III i forhold til grad af tumorcellernes differentiering. Benyttes ved corpuscancer for prognose og mulig behandling
- Hysterektomi** – operativ fjernelse af livmoderen
- Hysterektomi, vaginal** – fjernelse af livmoderen via vagina (skeden)
- Hysterektomi, supravaginal** – operativ fjernelse af den del af livmoderen, der sidder over livmoderhalsen
- KMS** – Klinisk MåleSystem
- Komorbiditet** – samtidig optræden af to eller flere indbyrdes uafhængige lidelser eller tilstande
- Konus** – Operativt indgreb i form af keglesnit på livmoderhals
- Laparoskopi** – kikkertundersøgelse i maven
- LAVH** – laparoskopisk assisteret vaginal hysterektomi
- LPR** – Landspatientregisteret
- Lymfadenektomi** – fjernelse af lymfeknuder
- Myometrie** – muskulaturen i livmoderen
- Neoadjuverende kemoterapi** – kemoterapi før kirurgisk behandling
- Neoplasma malignum endometrii** – kræft i livmoderslimhinden
- Neoplasma malignum fundi uteri** – kræft i bunden af livmoderen
- Neoplasma malignum isthmi uteri** – kræft i overgangen mellem livmoder og livmoderhals
- Neoplasma malignum ovarii** – kræft i æggestokken
- Neoplasma malignum peritonei** – kræft i bughinden
- Neoplasma malignum tubae uterina** – kræft i æggelederen
- Ovariecancer** – kræft i æggestok
- Paraaortalt** – langs hovedpulsåren
- Parametrier** – bindevæv der omgiver livmoderen og den øvre ende af skeden, og som er hæftet til bækkenvæggen
- Pelvis** – bækkenet
- Performance score** – en vurdering fra kirurgen af patientens tilstand og aktivitetsniveau inden operationen. Inddeles i 0 = normal aktivitet, 1 = kan ikke udføre tungt fysisk arbejde, men alt andet, 2 = oppegående mere end halvdelen af dagen og selvhjulpne, men ude af stand til at udføre fysisk arbejde, 3 = i seng eller siddende i stol mere end halvdelen af dagen, og brug for hjælp til at klare sig selv, 4 = bundet til seng eller stol og har brug for hjælp til alt
- Peritonealcancer** – kræft i bughinden
- Pleuraeffusion** – udsivning af væske over lungehinden
- Positive/negative lymfeknuder** – lymfeknuder med/uden metastaser



Radikalitet – i denne rapport dækkende over fjernelse af al synligt tumorvæv i mave og bækkenregionen under operation

Risikogruppe – Inddeling i lav-, mellem- og højrisiko for corpuscancerpatienter med stadie I. Lavrisiko = grad 1-2 og < 50 % nedvækst i muskulaturen i livmoderen (myometriet), mellemrisiko = grad 1-2 og > 50 % nedvækst i muskulaturen i livmoderen (myometriet) eller patienter med grad 3 og < 50 % nedvækst i myometriet, højrisiko = grad 3 og > 50 % indvækst i myometriet eller udifferentierede tumorer.

RKKP – Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram

Salpinx/salpinges – æggeleder/æggeledere

Sentinel Node – Skildvagtlymfeknude. Den første lymfeknuder(r), som modtager lymfatisk drænage fra primær tumor.

Sentinel Node procedure – procedure som identificerer, udtager og analyserer skildvagtlymfeknuden.

Trofoblast – væv på moderkagen hvori der kan opstå ondartede forandringer

Tubacancer – kræft i æggeleder

Uterus - livmoder

Øvre abdomen – området over bækkenet og under mellemgulvet



Appendiks 7: Vejledning i fortolkning af resultater

I det følgende gives en vejledning i, hvorledes resultaterne i årsrapporten skal læses.

Indikatorstabeller

Tabellerne i rapporten omfatter resultater for de enkelte afdelinger, regioner og landsgennemsnittet. Der gøres opmærksom på at der pga. persondatalovens regler og de almindelige regler om tavshedspligt, ikke må offentliggøres følsomme personoplysninger i en form hvor det er muligt "alene eller sammen med andre oplysninger" at henføre det til en identificerbar person. Definitionen af en personoplysning følger af persondatalovens § 3 nr. 1. "Enhver form for information om en identificeret eller identificerbar fysisk person (den registrerede)." Som følge heraf har Statens Serum Institut besluttet at alle resultater med persondata under 3, ikke må offentliggøres. Resultater med under 3, men over 0, i tæller eller nævner bliver erstattet med # i tabellen når årsrapporten offentliggøres på Sundhed.dk.

Nedenfor beskrives indholdet af tabellerne:

- **Standard:** Angiver den af styregruppen fastsatte standard for, hvor stor en andel (%) af det samlede antal patientforløb, der som minimum/højst må forventes at leve op til kravet relateret til den pågældende indikator. Et "<" foran procentværdien angiver at indikatorværdien højst må antage denne for at standard er opfyldt.
- **Standard opfyldt, Ja/Nej:** Angiver, om standarden er opfyldt for afdelingen/regionen/landet. "Ja" indikerer, at afdelings-, regions-/landsgennemsnittet opfylder standarden. "Nej" viser, at standarden ikke er opfyldt.
- **Tæller/nævner:** Angiver det samlede antal patienter der indgår i tæller og nævner i beregningen af den pågældende indikatorværdi. For alle indikatorer gælder det, at patienterne ikke indgår i beregningen af indikatoren, såfremt der for den relevante variabel i registreringskemaet er angivet "uoplyst" eller at data mangler. Ligeledes ekskluderes patienter, hvor den pågældende aktivitet er bedømt "ikke relevant". Der vil derfor være forskel i antallet af patientforløb, som indgår i beregningen af de enkelte indikatorer.
- **Andel patientforløb som opfylder kravet, % (95 % CI):** Angiver den procentvise andel af det samlede antal patientforløb, der lever op til kravet i relation til den pågældende indikator. For at få et indtryk af den statistiske usikkerhed ved bestemmelse af indikatorværdien er der anført et 95 % konfidensinterval (95 % CI), som angiver, at den "sande" indikatorværdi med 95 % sandsynlighed befinder sig indenfor det opstillede interval. Konfidensintervallets bredde afspejler med hvilken præcision, indikatorværdien er bestemt. Periodeangivelsen refererer til opgørelsesperiode.



Appendiks 8: Hørringsvar

Hørringsvar fra Region Nordjylland:

Overordnet ligger Region Nordjylland pænt i forhold til resultaterne. Der er to steder, hvor regionen afviger markant. Der er dog tale om små tal. Det drejer sig om ovariecancerpatienter, som er radikal opereret primært og som er radikal opereret, side 13, samt ovariecancer patienter, der er opereret primært side 15. Den specialeansvarlige overlæge i gynækologisk onkologi har været indberetningerne og journalerne igennem manuelt og har fundet fejl heri. Dels er der en patient, som er indberettet forkert, dels er der en patient som ikke synes at fremgå af indberetningen. De rigtige tal er således for indikator 10A (side 13): 2/3 (66%) og indikator 10C (side 15): 4/14 (28,6 %).

Det bemærkes, at regionen har opereret et stort antal corpuscancer patienter i 2019. Det skyldes, at vi har fået en del henvist fra Region Midt, da de havde operative kapacitetsproblemer.

