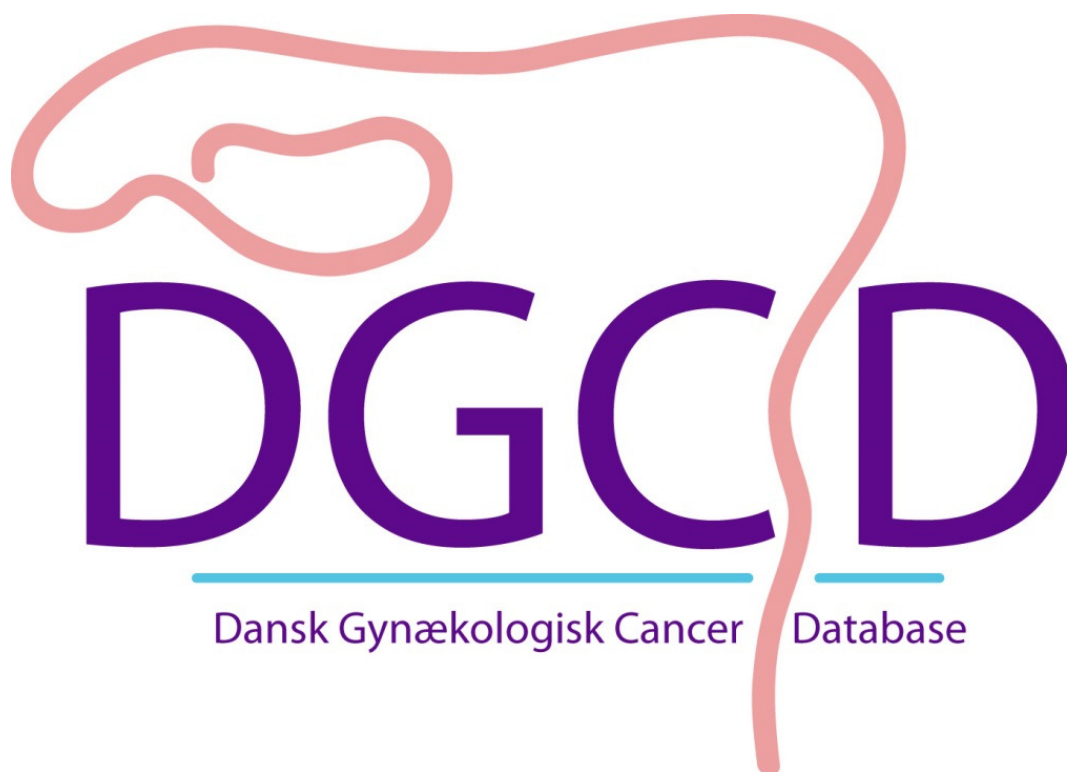


Dansk Gynækologisk Cancer Database



**Landsdækkende klinisk database for
gynækologisk kræft**

National Årsrapport 2019/2020

1. juli 2019 – 30. juni 2020



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	3
Indhold	4
1. Konklusioner og anbefalinger	6
2. Indikatorresultater	7
Indikatorområde: Cervixcancer	8
Indikator 6A: Cervixcancer, andel patienter i live 5 år efter anamnesedato, FIGO 2009 st. I.....	8
Indikator 6B: Cervixcancer, andel patienter i live 5 år efter anamnesedato, FIGO 2009 st. II og III.....	10
Indikator 7A: Cervixcancer, andel patienter med frie resektionsrande, hysterektomi eller trachlectomi..	12
Indikator 7B: Cervixcancer, andel patienter med parametriedvækst, hysterektomi eller trachlectomi ..	13
Indikator 8: Cervixcancer, andel patienter der behandles med kurativt kemo-strålebehandling, som har en behandlingsvarighed på 50 dage eller mindre.....	14
Indikatorområde: Ovariecancer	15
Indikator 10A: Ovarie-, tuba- og peritonealcancer, makroradikal operation, st. IIIC-IV, primært opererede.....	16
Indikator 10B: Ovarie-, tuba- og peritonealcancer, makroradikal operation, st. IIIC-IV, opereret efter neoadjuverende kemoterapi	17
Indikator 10C: Ovarie-, tuba- og peritonealcancer, ikke opererede, st. IIIC-IV.....	18
Indikator 10D: Ovarie-, tuba- og peritonealcancer, makroskopisk radikalt opererede, st. IIIC-IV.....	19
Indikator 10E: Ovarie-, tuba- og peritonealcancer, primært opererede, st. IIIC-IV	20
Indikator 11A: Ovarie-, tuba- og peritonealcancer, lymfadenektomi, st. I-IIIA	21
Indikator 13: Ovarie-, tuba- og peritonealcancer, andel patienter i live 5 år efter anamnesedato, stadie I	22
Indikator 14: Ovarie-, tuba- og peritonealcancer, andel patienter i live 2 år efter anamnesedato, stadie IIIC-IV	23
Indikator 15: Ovarie-, tuba- og peritonealcancer, andel patienter i live 5 år efter anamnesedato, stadie IIIC-IV	24
Indikatorområde: Sygepleje	25
Indikator 30: Sygepleje ovariecancer - mobilisering \geq 5 timer postoperativ dag 2	25
Indikator 31: Sygepleje ovariecancer - afføring \leq 3 dage efter operation	26
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 22: Andelen af patienter med stadium I højrisiko, stadium II-IV endometriecancer der kommer på MDT konference post-operativt.....	30
Indikator 23A: Endometriecancer patienter, andel i live 5 år efter anamnesedato.....	31
Indikator 23B: Endometriecancer patienter, stadie I, andel i live 5 år efter anamnesedato	33
Indikatorområde: Vulvacancer	35
Indikator 43: Vulvacancer, andelen der får foretaget Sentinel Node procedure for vulvacancer stadium IB tumor \leq 4 cm og uden tegn på spredning	35
Indikator 44: Vulvacancer st. IB, 3 års sygdomsspecifik overlevelse (dødsårsag C51.8-9).....	36
Indikator 45: Vulvacancer st. IB, 5 års sygdomsspecifik overlevelse (dødsårsag C51.8-9).....	38
Indikatorområde: Trofoblastsygdom	40
Indikator 51: Trofoblastsygdom (kun mola), andel patienter med klinisk mistanke om – og efterfølgende verificeret – mola, der har fået foretaget genetisk analyse.....	40
3. Beskrivelse af sygdomsområdet	42
4. Oversigt over indikatorer	43
5. Datagrundlag	44
Datakvalitet og statistiske analyser	44
Dækningsgrad og datakomplethed	45
Komplethedegrad for de enkelte indikatorer.....	45



6. Styregruppens sammensætning	46
Appendiks 1: Datagrundlag.....	47
Dækningsgrad.....	47
Appendiks 2: Beskrivelse af sygdomsområder og behandling.....	49
Cervixcancer	49
Ovarie-, peritoneal- og tubacancer samt borderlinetumorer	49
Endometriecancer og atypisk hyperplasi i endometriet	50
Vulvacancer og vaginalcancer	51
Trofoblastsygdomme	51
Appendiks 3: Supplerende deskriptive resultater.....	53
Baggrundsoplysninger og risikomarkører	53
Cervixcancer	55
Ovariecancer.....	57
Corpuscancer	61
Vulvacancer	64
Trofoblastsygdom.....	64
Appendiks 4: Overlevelse.....	65
Samlet overlevelse.....	65
Cervixcancer, overlevelse	68
Ovariecancer, overlevelse.....	69
Corpuscancer, overlevelse	74
Appendiks 6: Ordliste.....	78
Appendiks 7: Vejledning i fortolkning af resultater.....	80
Appendiks 8: Hørringssvar.....	81



1. Konklusioner og anbefalinger

Hermed endelig den længe ventede årsrapport for den sidste periode 1. juli 2019 til 31. juli 2020. Årsagen til forsinkelsen skyldes forskellige problemer med overførsel af LPR data til DGCD. Selvom DGCD er en indtastningsdatabase har den været ramt af omlægningen til LPR3, da databasens fejl- og mangellister er baseret på udtræk fra LPR. For 4 af de 5 regioner, Region Syddanmark undtaget, har der været problemer med overførselen fra de lokale EPJ-systemer til LPR. I Region Hovedstaden og Sjælland kunne de fleste problemer tilskrives Sundhedsplatformen (SP). LPR problemerne medførte både et stort antal manglende patienter samt manglende variable til de LPR baserede indikatorer. Manglerne blev vurderet så betydende, at der ikke kunne udgives en kvalitetsmæssig tilfredsstillende årsrapport. I stedet blev der påbegyndt en grundig gennemgang af mulige problemer i samarbejde med vores kompetence personer i RKKP, Sundhedsdatastyrelsen, SP, DGCD og ikke mindst lokalt på de berørte afdelinger. På afdelingerne blev der gennemgået DGCD og LPR lister. Successivt blev de enkelte problemer derefter løst og afdelingerne kunne starte på at tilrette forløb og indtaste manglende patienter, som nu kom op på deres mangellister. Desværre var antallet, som ventet, så stort at det var nødvendigt at afsætte ekstra måneder til indtastning. Resultatet er tilfredsstillende hvad angår forventet antal patienter og LPR variable til indikatorerne. Dækningsgraden er således i år 93% over for det samlede antal patienter i LPR og DGCD, hvilket er yderst tilfredsstillende i forhold til de tidligere LPR problemer. Løsningen af LPR problemerne har yderligere betydet, at de ønskede nye delvis LPR baserede indikatorer, kurativ strålebehandling af cervixcancerpatienter og andelen af opererede endometriumcancerpatienter, der er blevet diskuteret på MDT, ligeledes er kommet med i denne årsrapport.

Samtidig med løsning af ovenstående LPR problemer er det taget initiativ til en revision af DGCD. Der er gennem en årrække arbejdet på at erstatte DGCD patologi skemaerne med indhentning af data fra Landsregisteret for Patologi. Vi har udarbejdet oversættelser af SNOMED koderne i Patobank til DGCD, ligesom en patolog arbejdsgruppe har fået oprettet SNOMED koder i Patobank dækkende for DGCD. Vi håber at arbejdsgruppen kan fortsætte arbejdet efter sommerferien, således at dobbeltindtastning i DGCD patologiskemaet kan ophøre og data hentes fra Patobank. Samtidig er der påbegyndt et arbejde med at revidere de databeskrivelser som anvendes ved ønske om data udtræk til forskning. De nuværende databeskrivelser giver til tider problemer ved datavalg og mangler sygdomsspecifikke angivelser. Revision af disse lister forventes færdig efter sommerferien og skal dernæst danne grundlag for en mulig revision og slankning af variable i DGCD.

Konklusivt er jeg denne gang yderst positiv for de fremtidige muligheder i DGCD. Jeg føler vi har flyttet os positivt fremad i forbindelse med denne årsrapport og løsning af de problemer, som bremsede den oprindelige udgivelse. Der er blevet afdækket en lang række problemer, som nu er løst eller vil blive løst til kommende årsrapporter. I forbindelse med dette en stor tak til alle dem der har deltaget i dette arbejde ved detektivagtigt at gennemtræve forløb på afdelingerne samt tak til Marianne, Mette og Karsten fra RKKP, som har stået for dette arbejde og udarbejdelse af den nye årsrapport. De har nu gennem de sidste år tilegnet sig en uvurderlig viden om vores meget komplekse database. Forhåbentlig kan vi regne med deres DGCD tilknytning i mange år fremover og håbe på, at RKKP vil op-prioritere deres DGCD tid i forhold til deres andre database tilknytninger.

Til sidst, og ikke mindst, tak til alle de daglige indtastere. Husk at indtaste tidsnært og efter patientkontakt. Dette sparer tidskrævende efterindtastning og sikrer kvaliteten. Det må være en højt prioriteret ledelsesopgave på alle afdelinger at sikre denne tidsnære lovpligtige indtastning.

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, FIGO 2009 st. I

Standard: ≥ 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 01.07.2014-30.06.2015 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		Tidligere år	
				Andel	95% CI	2013/14 Andel	2012/13 Andel
Danmark	ja	213 / 232	3 (1)	91,8	(88-95)	91,1	95,6
Hovedstaden	ja	88 / 95	1 (1)	92,6	(85-97)	92,1	98,7
Sjælland	ja	# / #	0 (0)	#		100,0	
Syddanmark	ja	75 / 79	2 (2)	94,9	(88-99)	94,7	92,2
Midtjylland	nej	26 / 31	0 (0)	83,9	(66-95)	90,0	100,0
Nordjylland	nej	23 / 26	0 (0)	88,5	(70-98)	76,2	84,6
Hovedstaden	ja	88 / 95	1 (1)	92,6	(85-97)	92,1	98,7
Bornholm	ja	# / #	0 (0)	#			
Herlev	ja	18 / 18	0 (0)	100,0	(81-100)	92,3	100,0
Hillerød	ja	# / #	0 (0)	#	(3-100)	100,0	
Hvidovre		0 / 0	0 (0)			100,0	100,0
Rigshospitalet	ja	68 / 75	1 (1)	90,7	(82-96)	91,6	98,0
Sjælland	ja	# / #	0 (0)	#		100,0	
Næstved		0 / 0	0 (0)			100,0	
Roskilde	ja	# / #	0 (0)	#			
Syddanmark	ja	75 / 79	2 (2)	94,9	(88-99)	94,7	92,2
Esbjerg		0 / 0	0 (0)				100,0
Odense	ja	75 / 79	2 (2)	94,9	(88-99)	94,7	92,0
Midtjylland	nej	26 / 31	0 (0)	83,9	(66-95)	90,0	100,0
Aarhus	nej	23 / 28	0 (0)	82,1	(63-94)	89,5	100,0
Herning	ja	# / #	0 (0)	#		100,0	
Horsens		0 / 0	0 (0)			100,0	
Randers	ja	# / #	0 (0)	#			100,0
Nordjylland	nej	23 / 26	0 (0)	88,5	(70-98)	76,2	84,6
Aalborg	nej	23 / 26	0 (0)	88,5	(70-98)	76,2	84,6

Resultater:

Andelen af stadie I cervixcancer patienter, der er i live 5 år efter anamnesedato er på landsplan 92% (95% CI: 88-95), og dermed er standarden på 90% opfyldt på landsplan. Andelen i den aktuelle periode er på samme niveau som i forrige periode. På regionsniveau er standarden ikke opfyldt for Region Midtjylland og Region Nordjylland med andele på hhv. 84% og 89%. To afdelinger opfylder ikke standarden, Aarhus og Aalborg, med andele på 82% og 89%. For Aarhus var standarden lige akkurat heller ikke opfyldt i forrige periode, mens Aalborg ikke har opfyldt standarden i de seneste 3 perioder, men med den højeste andel i den aktuelle periode.

Diskussion og implikationer:

I indikatoren indgår patienter med en minimal sygdomsbyrde og ekstrem lav risiko for recidiv (stadium 1A) sammen med patienter hvor risiko for recidiv er noget større (stadium 1B uden lymfeknudemetastasing) og patienter med høj risiko for recidiv (stadium 1B med lymfeknudemetastasing). Årsagen til dette skal findes i, at den internationale stadieinddeling af cervixcancer frem til 2019 var baseret udelukkende på klinisk undersøgelse uanset fund ved histologisk vurdering af det fjernede præparat.

I tabellen er angivet flere afdelinger med få patienter med 100% overlevelse. I alle tilfælde drejer dette sig om det allertidligste sygdomsstadium med overlevelse sv.t. baggrundsbefolkningen. Avanceret kirurgisk



indgreb for stadium IB, der generelt har en dårligere prognose end stadium IA, var centraliseret til 6 centre tilbage i 2011/12.

Cervixcancergruppen har et ønske om at der fremover laves indikatorer relateret til hhv. stadium IA og stadium IB på landsplan.

Cervixcancergruppen har et ønske om, at der rapporteres overlevelse baseret på den højt specialiserede afdeling, som har behandlet patienten og ikke på den afdeling, som har oprettet anamnesarket.

Vurdering af indikatoren:

Den generelle 5 års overlevelse på 92 % svarer til international standard. Fremfor at rapportere indikatoren som 'antal i live' fra hver årskohorte ønsker vi et Kaplan Meier plot af overlevelsen, opgjort over en 5-årskororte, som der er lavet for patienter med vulvacancer st IB.

Denne indikator er ikke god til at beskrive forskel mellem regionale enheder, men er vigtig som samlet kvalitetsindikator for danske patienter.



Indikator 6B: Cervixcancer, andel patienter i live 5 år efter anamnesedato, FIGO 2009 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 01.07.2014-30.06.2015 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		Tidligere år	
				1.7.14-30.6.15 Andel	95% CI	2013/14 Andel	2012/13 Andel
Danmark	ja	71 / 115	4 (3)	61,7	(52-71)	47,7	55,5
Hovedstaden	ja	28 / 48	1 (2)	58,3	(43-72)	46,3	46,2
Sjælland	nej	# / #	0 (0)	#			100,0
Syddanmark	ja	21 / 28	2 (7)	75,0	(55-89)	32,3	54,6
Midtjylland	ja	18 / 26	0 (0)	69,2	(48-86)	61,5	65,0
Nordjylland	nej	4 / 11	1 (8)	36,4	(11-69)	66,7	60,0
Hovedstaden	ja	28 / 48	1 (2)	58,3	(43-72)	46,3	46,2
Herlev	ja	5 / 10	0 (0)	50,0	(19-81)	50,0	54,6
Rigshospitalet	ja	23 / 38	1 (3)	60,5	(43-76)	43,5	40,0
Sjælland	nej	# / #	0 (0)	#			100,0
Holbæk		0 / 0	0 (0)				100,0
Roskilde	nej	# / #	0 (0)	#			
Syddanmark	ja	21 / 28	2 (7)	75,0	(55-89)	32,3	54,6
Kolding		0 / 0	0 (0)			0,0	
Odense	ja	21 / 28	2 (7)	75,0	(55-89)	33,3	54,6
Midtjylland	ja	18 / 26	0 (0)	69,2	(48-86)	61,5	65,0
Aarhus	ja	18 / 26	0 (0)	69,2	(48-86)	61,5	65,0
Nordjylland	nej	4 / 11	1 (8)	36,4	(11-69)	66,7	60,0
Aalborg	nej	4 / 11	1 (8)	36,4	(11-69)	66,7	60,0

Resultater:

Andelen af stadie II og III cervixcancer patienter, der er i live 5 år efter anamnesedato er på landsplan 62% (95% CI: 52-71), og dermed er standarden på 45% opfyldt på landsplan. Det bemærkes at andelen på landsplan varierer betydeligt fra periode til periode, fra 48% til 62% i aktuelle periode. Indikatorværdierne skal tolkes med forsigtighed, da patientantallene er små. Standarden er ikke opfyldt for to regioner, Region Sjælland og Region Nordjylland. Roskilde behandler ikke patienter med lokalavanceret cervixcancer, så der må foreligge en misforståelse. I aktuelle periode har Aalborg kun en andel på 36% og få patienter, 11 i alt. For de to foregående perioder var andelen for Aalborg på 60% eller mere.

Diskussion og implikationer:

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. Der er betydende overlevelseshforskelle mellem patienter med st II og st III og der kan være en forskel på hvordan disse stadier fordeler sig afdelingerne imellem. Cervixcancergruppen har et ønske om, at der fremover laves indikatorer relateret til hhv. stadium II og stadium III på landsplan. Cervixcancergruppen har et ønske om, at der rapporteres overlevelse baseret på den højt specialiserede afdeling, som har behandlet patienten og ikke på den afdeling, som har oprettet anamnesemarket.

Vurdering af indikatoren:

Den samlede 5 års overlevelse på 62 % findes acceptabelt og er på linje med international standard.



Fremfor at rapportere indikatoren som 'antal i live' fra hver årskohorte ønsker vi et Kaplan Meier plot, opgjort over en 5-årskohorte, af overlevelsen, som der er lavet for patienter med vulvacancer st IB. Denne indikator er ikke god til at beskrive forskel mellem regionale enheder, men er vigtig som samlet kvalitetsindikator for danske patienter.



Indikator 7A: Cervixcancer, andel patienter med frie resektionsrande, hysterektomi eller trachelectomi

Standard: Ingen

Cervixcancerpatienter der har fået foretaget hysterektomi eller trachelectomi indgår i indikatoren. Andel der har frie resektionsrande

7.1 Cervixcancer hysterektomi frie	Std. opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst (pct.)	Aktuelle år		Tidligere år	
				1.7.19-30.6.20 Andel	95% CI	2018/19 Andel	2017/18 Andel
Danmark		100 / 119	0 (0)	84,0	(76-90)	88,5	78,4
Hovedstaden		41 / 53	0 (0)	77,4	(64-88)	82,4	65,4
Sjælland		0 / 0	0 (0)			100,0	
Syddanmark		30 / 35	0 (0)	85,7	(70-95)	97,6	95,4
Midtjylland		29 / 31	0 (0)	93,6	(79-99)	91,9	87,5
Hovedstaden		41 / 53	0 (0)	77,4	(64-88)	82,4	65,4
Herlev		0 / 0	0 (0)				100,0
Rigshospitalet		41 / 53	0 (0)	77,4	(64-88)	82,4	64,9
Sjælland		0 / 0	0 (0)			100,0	
Næstved		0 / 0	0 (0)			100,0	
Syddanmark		30 / 35	0 (0)	85,7	(70-95)	97,6	95,4
Odense		30 / 35	0 (0)	85,7	(70-95)	97,6	95,4
Midtjylland		29 / 31	0 (0)	93,6	(79-99)	91,9	87,5
Aarhus		28 / 30	0 (0)	93,3	(78-99)	91,9	87,5
Randers		# / #	0 (0)	#			

Resultater:

Pga. af overgangen til den nye FIGO2018 stadieklassifikation er indikatoren ændret til nu at inkludere alle patienter, der har fået foretaget hysterektomi eller trachelectomi. Der er endnu ikke fastsat en standard. Andelen med frie resektionsrande udgør på landsplan 84% (95% CI: 76%-90%). Andelen varierer mellem 77% på Rigshospitalet til 93% i Aarhus.

Indikatorværdierne for denne indikator skal tolkes med forsigtighed, da patientantallene er små.

Diskussion og implikationer:

Denne indikator er beregnet til at beskrive kirurgisk kvalitet, dvs. om kirurgen har fjernet alt kræftvævet ved operationen. Det er en ny indikator og der er fortsat usikkerhed om, hvorvidt det er de relevante patienter, der er udvalgt til nævner og tæller, samt hvilke indberetninger, der ligger til grund for værdien i tælleren. Tallene er ikke genkendelige for kirurgerne på Rigshospitalet og Odense Universitetshospital og de stemmer ikke overens med de data, som er registreret i et nationalt forskningsstudie om værdien af sentinel nodes. Tallene i tabellem må derfor gennemgås på de respektive afdelinger på individuelle personoplysninger, for at vurdere om indikatoren er defineret som det, vi ønskede.

Vurdering af indikatoren:

Indikatoren er en vi ønsker at videreudvikle, så vi kan følge kvaliteten af den kirurgiske standard.



Indikator 7B: Cervixcancer, andel patienter med parametriedvækst, hysterectomi eller trachelectomi

Standard: ≤ ingen

Cervixcancerpatienter der får foretaget hysterectomi eller trachelectomi indgår i indikatoren. Andel der har parametriedvækst.

7.2 Cervixcancer hysterectomi para	Std. opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst (pct.)	Aktuelle år		Tidligere år	
				1.7.19-30.6.20 Andel	95% CI	2018/19 Andel	2017/18 Andel
Danmark		3 / 119	0 (0)	2,5	(0,5-7,2)	4,1	1,3
Hovedstaden		# / #	0 (0)	#		5,9	1,3
Syddanmark		# / #	0 (0)	#		2,4	2,3
Midtjylland		0 / 31	0 (0)	0,0	(0-11)	2,7	0,0
Hovedstaden		# / #	0 (0)	#		5,9	1,3
Rigshospitalet		# / #	0 (0)	#		5,9	1,3
Syddanmark		# / #	0 (0)	#		2,4	2,3
Odense		# / #	0 (0)	#		2,4	2,3
Midtjylland		0 / 31	0 (0)	0,0	(0-11)	2,7	0,0
Aarhus		0 / 30	0 (0)	0,0	(0-12)	2,7	0,0
Randers		# / #	0 (0)				

Resultater:

Pga. overgangen til den nye FIGO2018 stadieklassifikation er indikatoren ændret til nu at inkludere alle patienter, der har fået foretaget hysterectomi eller trachelectomi. Der er endnu ikke fastsat en standard. Andelen med parameteriedvækst er på landsplan 2,5%, 3 ud af 119. Indikatorværdierne for denne indikator skal tolkes med forsigtighed, da patientantallene er små.

Diskussion og implikationer:

Denne indikator er beregnet til at beskrive kvaliteten af de udførte stadieinddelinger, dvs. om der er foretaget den korrekte behandlingsbeslutning. Det er en ny indikator og der er fortsat usikkerhed om hvorvidt, det er de relevante patienter, der er udvalgt til nævner.

Vurdering af indikatoren:

Opgørelsen egner sig ikke som indikator. Der er for få udfald til at man kan vurdere kvaliteten, 3 på landsplan. Denne opgørelse er dog vigtig for at beskrive god kvalitet for danske patienter og kunne med fordel rapporteres i en tabel i appendiks.



Indikator 8: Cervixcancer, andel patienter der behandles med kurativt kemo-strålebehandling, som har en behandlingsvarighed på 50 dage eller mindre.

Standard: $\geq 90\%$

Cervixcancerpatienter der modtager kurativ kemo-strålebehandling, har modtaget minimum 20 eksterne strålefraktioner og 1 brachyfraktion. Patienter med en behandlingsvarighed ≤ 50 dage indgår i tælleren.

8 Cervixcancer kurativ kemo-strå	Std. opfyldt	Tæller/nævner	Uoplyst (pct.)	Aktuelle år		Tidligere år	
				1.7.19-30.6.20 Andel	95% CI	2018/19 Andel	2017/18 Andel
Danmark		86 / 93	0 (0)	92,5	(85-97)	90,0	82,1
Hovedstaden		39 / 39	0 (0)	100,0	(91-100)	100,0	90,9
Syddanmark		22 / 26	0 (0)	84,6	(65-96)	96,4	80,0
Midtjylland		25 / 28	0 (0)	89,3	(72-98)	76,9	77,8
Hovedstaden		39 / 39	0 (0)	100,0	(91-100)	100,0	90,9
Rigshospitalet		39 / 39	0 (0)	100,0	(91-100)	100,0	90,9
Syddanmark		22 / 26	0 (0)	84,6	(65-96)	96,4	80,0
Odense		22 / 26	0 (0)	84,6	(65-96)	96,4	80,0
Midtjylland		25 / 28	0 (0)	89,3	(72-98)	76,9	77,8
Aarhus		25 / 28	0 (0)	89,3	(72-98)	76,9	77,8

Resultater:

Det er en ny indikator til vurdering af den logistiske planlægning af den kurative stråleterapi. Patienter der har modtaget min. 20 eksterne strålefraktioner og 1 brachyfraktion indenfor 50 dage opfylder indikatoren. På landsplan gennemfører 93% deres kurative stråleterapi indenfor 50 dage, og dermed er standarden opfyldt på landsplan. To regioner/afdelinger opfylder endnu ikke standarden men er tæt på med hhv. 85% for Odense og 89% for Aarhus.

Indikatorværdierne for denne indikator skal tolkes med forsigtighed, da patient antallene er små.

Diskussion og implikationer:

Det er første gang at registreringerne fra LPR af den onkologiske behandling anvendes til indikator opgørelser. Det er ikke sikkert at udtrækket fra LPR er lavet på den mest optimale måde, da der kan være en del fejkilder i LPR udtrækkene, som kan forklares klinisk og som kan have indflydelse på om indikatoren opfyldes eller ej. Der er et ønske om, at der skal registreres 2 brachyfraktioner, før patienten kan indgå i nævneren.

Indikatoren er et erstatningsmål for den endelige behandlingskvalitet, som er recidivfri overlevelse med få bivirkninger, og det er fortsat til diskussion, om det er et godt erstatningsmål.

Vurdering af indikatoren:

Indikatoren er, set i lyst af at tallene er trukket fra LPR, en start på indførelsen af onkologisk behandlingskvalitet og vi vil gerne arbejde videre med den. Umiddelbart er standarden $\geq 90\%$, sat for stramt, da patientindividuelle faktorer kan nødvendiggøre forlænget behandlingsvarighed, for at skåne patienten for alvorlige bivirkninger.



Indikatorområde: Ovariecancer

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	
				Andel	95% CI	2018/19 Andel	2017/18 Andel
Danmark	ja	65 / 81	1 (1)	80,3	(70-88)	81,6	75,9
Hovedstaden	ja	27 / 27	0 (0)	100,0	(87-100)	89,3	84,9
Sjælland		0 / 0	0 (0)			100,0	0,0
Syddanmark	ja	15 / 23	0 (0)	65,2	(43-84)	76,7	70,4
Midtjylland	ja	18 / 22	1 (4)	81,8	(60-95)	84,6	84,6
Nordjylland	nej	5 / 9	0 (0)	55,6	(21-86)	50,0	55,6
Hovedstaden	ja	27 / 27	0 (0)	100,0	(87-100)	89,3	84,9
Rigshospitalet	ja	27 / 27	0 (0)	100,0	(87-100)	89,3	84,9
Sjælland		0 / 0	0 (0)			100,0	0,0
Roskilde		0 / 0	0 (0)			100,0	0,0
Syddanmark	ja	15 / 23	0 (0)	65,2	(43-84)	76,7	70,4
Odense	ja	15 / 23	0 (0)	65,2	(43-84)	76,7	70,4
Midtjylland	ja	18 / 22	1 (4)	81,8	(60-95)	84,6	84,6
Aarhus	ja	18 / 22	1 (4)	81,8	(60-95)	84,6	84,6
Nordjylland	nej	5 / 9	0 (0)	55,6	(21-86)	50,0	55,6
Aalborg	nej	5 / 9	0 (0)	55,6	(21-86)	50,0	55,6

Resultater:

Andelen af primært opererede stadie IIIC-IV ovariecancer patienter, der opnår makroradikal operation er på landsplan 80%, hvilket er klart over standarden på 60%. Eneste region/afdeling, der ikke opfylder standarden er Region Nordjylland/Aalborg med en andel på 56%. I de to forrige perioder havde Aalborg en andel på 50-56%. Andelen der opnår makroradikal operation varierer fra 100% på Rigshospitalet til 56% i Aalborg. Region Sjællands patienter bliver behandlet i Odense, derfor indgår Region Sjælland/Roskilde med nul patienter. Indikatorværdierne for denne indikator skal tolkes med forsigtighed, da patient antallene er små.

Diskussion og implikationer:

Makroradikal operation er den vigtigste prognostiske faktor ved behandling af avanceret ovariecancer. At indikatoren er opfyldt er udtryk for at de patienter, der tilbydes primær operation kan radikal opereres. Indikatoren udtrykker ikke hvorvidt flere patienter skal tilbydes primær operation.

Vurdering af indikatoren:

Indikatoren er meget vigtig for vurdering af den operative del af ovariecancer behandlingen.



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

Standard: $\geq 60\%$

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	
				1.7.19-30.6.20 Andel	95% CI	2018/19 Andel	2017/18 Andel
Danmark	ja	81 / 114	0 (0)	71,1	(62-79)	63,1	64,8
Hovedstaden	ja	22 / 27	0 (0)	81,5	(62-94)	69,4	77,1
Sjælland		0 / 0	0 (0)			100,0	
Syddanmark	ja	34 / 51	0 (0)	66,7	(52-79)	52,8	60,4
Midtjylland	ja	21 / 30	0 (0)	70,0	(51-85)	63,0	60,0
Nordjylland	ja	4 / 6	0 (0)	66,7	(22-96)	84,6	57,1
Hovedstaden	ja	22 / 27	0 (0)	81,5	(62-94)	69,4	77,1
Rigshospitalet	ja	22 / 27	0 (0)	81,5	(62-94)	69,4	77,1
Sjælland		0 / 0	0 (0)			100,0	
Næstved		0 / 0	0 (0)			100,0	
Syddanmark	ja	34 / 51	0 (0)	66,7	(52-79)	52,8	60,4
Odense	ja	34 / 51	0 (0)	66,7	(52-79)	52,8	60,4
Midtjylland	ja	21 / 30	0 (0)	70,0	(51-85)	63,0	60,0
Aarhus	ja	21 / 30	0 (0)	70,0	(51-85)	63,0	60,0
Nordjylland	ja	4 / 6	0 (0)	66,7	(22-96)	84,6	57,1
Aalborg	ja	4 / 6	0 (0)	66,7	(22-96)	84,6	57,1

Resultater:

Andelen af stadie IIIC-IV ovariecancer patienter opereret efter neoadjuverende kemoterapi, der opnår makroradikal operation er på landsplan 71%, hvilket er klart over standarden på 60% og 7-8 procent højere end de to foregående perioder. Andelen varierer fra 67% i Odense og Aalborg til 82% på Rigshospitalet. Indikatorværdierne for denne indikator skal tolkes med forsigtighed, da patient antallene er små.

Diskussion og implikationer:

Makroradikal operation er den vigtigste prognostiske faktor ved behandling af avanceret ovariecancer. At indikatoren er opfyldt er udtryk for at de patienter, der tilbydes interval kirurgi efter neoadjuverende kemoterapi kan radikal opereres. Indikatoren skal ses i sammenhæng med indikator 10A da der foreligger en samlet vurdering af den enkelte patients optimale forløb som indbefatter kemoterapi og radikal operation – enten primært eller efter neoadjuverende kemoterapi.

Vurdering af indikatoren:

Indikatoren er meget vigtig for vurdering af den operative del af ovariecancer behandlingen.



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	
				Andel	95% CI	2018/19	2017/18
Danmark	nej	109 / 304	0 (0)	35,9	(30-42)	32,9	34,3
Hovedstaden	nej	32 / 86	0 (0)	37,2	(27-48)	34,0	33,3
Sjælland	nej	5 / 5	0 (0)	100,0	(48-100)	60,0	88,9
Syddanmark	nej	34 / 108	0 (0)	31,5	(23-41)	28,5	27,9
Midtjylland	nej	28 / 80	0 (0)	35,0	(25-46)	35,5	36,5
Nordjylland	nej	10 / 25	0 (0)	40,0	(21-61)	37,0	39,5
Hovedstaden	nej	32 / 86	0 (0)	37,2	(27-48)	34,0	33,3
Herlev		0 / 0	0 (0)			100,0	100,0
Rigshospitalet	nej	32 / 86	0 (0)	37,2	(27-48)	33,3	32,7
Sjælland	nej	5 / 5	0 (0)	100,0	(48-100)	60,0	88,9
Roskilde	nej	5 / 5	0 (0)	100,0	(48-100)	75,0	100,0
Syddanmark	nej	34 / 108	0 (0)	31,5	(23-41)	28,5	27,9
Odense	nej	34 / 108	0 (0)	31,5	(23-41)	28,5	27,9
Midtjylland	nej	28 / 80	0 (0)	35,0	(25-46)	35,5	36,5
Aarhus	nej	28 / 80	0 (0)	35,0	(25-46)	35,5	36,5
Nordjylland	nej	10 / 25	0 (0)	40,0	(21-61)	37,0	39,5
Aalborg	nej	10 / 25	0 (0)	40,0	(21-61)	37,0	39,5

Resultater:

Andelen af ovariecancer patienter stadie IIIC-IV der ikke opereres i det primære forløb er på landsplan på 36%, hvilket er en del over standarden på under 10%. Ingen afdelinger opfylder standarden. Fraset Region Sjælland, der ikke operer denne patientgruppe varierer andelen fra 32% i Odense til 40% i Aalborg. Andelen af patienter, som aldrig opereres er stabil over de seneste år.

Diskussion og implikationer:

Indikator 10C viser, at 36% af danske patienter med avanceret ovariecancer ikke bliver opereret i forløbet. Da operation er en del af den kurativt intenderede behandlings strategi betyder det, at en stor andel af patienterne kun kan tilbydes livsforlængende behandling. Indikatorstandarder er fastsat ud fra opgørelser, som modsat forholdene i Danmark ikke er populationsbaserede og dermed med stor sandsynlighed ikke kan sammenlignes med danske forhold.

Vurdering af indikatoren:

Problematikken er genstand for regelmæssig diskussion i Ovariecancergruppen, på grund af den markant højere værdi sammenlignet med internationale opgørelser. En analyse af årsagssammenhæng kan ikke udføres på de aktuelle tal, men er nødvendig for kvalificeret at bedømme resultatet. Der er mellem afdelingerne ingen signifikant forskel i andelen af ikke-opererede patienter, og forskellene bør derfor ikke være genstand for fortolkning.



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	
				Andel	95% CI	2018/19	2017/18
Danmark	ja	146 / 193	1 (1)	75,7	(69-82)	69,9	69,3
Hovedstaden	ja	49 / 54	0 (0)	90,7	(80-97)	78,1	80,9
Sjælland		0 / 0	0 (0)			100,0	0,0
Syddanmark	ja	49 / 74	0 (0)	66,2	(54-77)	61,5	63,8
Midtjylland	ja	39 / 50	1 (2)	78,0	(64-88)	70,0	69,7
Nordjylland	nej	9 / 15	0 (0)	60,0	(32-84)	76,5	56,5
Hovedstaden	ja	49 / 54	0 (0)	90,7	(80-97)	78,1	80,9
Rigshospitalet	ja	49 / 54	0 (0)	90,7	(80-97)	78,1	80,9
Sjælland		0 / 0	0 (0)			100,0	0,0
Næstved		0 / 0	0 (0)			100,0	0,0
Roskilde		0 / 0	0 (0)			100,0	
Syddanmark	ja	49 / 74	0 (0)	66,2	(54-77)	61,5	63,8
Odense	ja	49 / 74	0 (0)	66,2	(54-77)	61,5	63,8
Midtjylland	ja	39 / 50	1 (2)	78,0	(64-88)	70,0	69,7
Aarhus	ja	39 / 50	1 (2)	78,0	(64-88)	70,0	69,7
Nordjylland	nej	9 / 15	0 (0)	60,0	(32-84)	76,5	56,5
Aalborg	nej	9 / 15	0 (0)	60,0	(32-84)	76,5	56,5

Resultater:

Andelen af opererede stadie IIIC-IV ovariecancer patienter, der makro radikal opereres er på landsplan 76%, hvilket er en stigning i forhold til de forrige perioder, og klart over standarden på 65%. En afdeling, Aalborg, opfylder ikke standarden med en andel på 60%. Andelen der radikal opereres varierer fra 60% i Aalborg til 91% på Rigshospitalet, som har øget deres andel fra omkring 80% i de forrige perioder. Indikatorværdierne for denne indikator skal tolkes med forsigtighed, da patient antallene er små.

Diskussion og implikationer:

Indikator 10D viser, at 76% af patienterne radikalt opereres i deres forløb – enten primært eller efter neoadjuverende kemoterapi (indikator 10A+10B). Indikatoren anses som en markør for udvælgelse af patienter til operation på det korrekte tidspunkt i deres samlede behandlingsforløb. Der ses en positiv tendens til flere radikale operationer sammenlignet med tidligere år.

Vurdering af indikatoren:

Indikatoren er meget vigtig for vurdering af den operative del af ovariecancer behandlingen.



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

Standard: $\geq 50\%$

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	
				1.7.19-30.6.20 Andel	95% CI	2018/19 Andel	2017/18 Andel
Danmark	nej	81 / 203	101 (33)	39,9	(33-47)	35,2	38,1
Hovedstaden	nej	27 / 56	30 (35)	48,2	(35-62)	43,1	46,5
Sjælland	nej	# / #	4 (80)	#		50,0	100,0
Syddanmark	nej	23 / 76	32 (30)	30,3	(20-42)	35,3	32,1
Midtjylland	nej	22 / 55	25 (31)	40,0	(27-54)	30,2	36,1
Nordjylland	ja	9 / 15	10 (40)	60,0	(32-84)	19,1	34,6
Hovedstaden	nej	27 / 56	30 (35)	48,2	(35-62)	43,1	46,5
Rigshospitalet	nej	27 / 56	30 (35)	48,2	(35-62)	43,1	46,5
Sjælland	nej	# / #	4 (80)	#		50,0	100,0
Næstved		0 / 0	0 (0)			0,0	100,0
Roskilde	nej	# / #	4 (80)	#		100,0	
Syddanmark	nej	23 / 76	32 (30)	30,3	(20-42)	35,3	32,1
Odense	nej	23 / 76	32 (30)	30,3	(20-42)	35,3	32,1
Midtjylland	nej	22 / 55	25 (31)	40,0	(27-54)	30,2	36,1
Aarhus	nej	22 / 55	25 (31)	40,0	(27-54)	30,2	36,1
Nordjylland	ja	9 / 15	10 (40)	60,0	(32-84)	19,1	34,6
Aalborg	ja	9 / 15	10 (40)	60,0	(32-84)	19,1	34,6

Resultater:

Andelen af opererede stadie IIIC-IV patienter, der er primært opereret er 40%. En afdeling opfylder i år standarden, Aalborg med en andel på 60%. Set over de forrige perioder varierer Aalborgs andel fra 19% til 60% i seneste. Over de seneste tre perioder har Rigshospitalet ligget med en høj andel på 43-48%, 10% over landstallet. Desværre er andelen af uoplyste (mangler oplysninger om patienten er primært opereret eller stadie) stor for alle afdelinger 30-40% fraset fra Roskilde, hvilket gør indikatoren mindre valid. Indikatorværdierne for denne indikator skal tolkes med forsigtighed, da patient antallene er små.

Diskussion og implikationer:

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, hvilket kan skyldes, at man afventer resultaterne af TRUST-studiet (radomiseret studie, der sammenligner primær kirurgi med intervalkirugi ved avanceret ovariecancer), og derfor muligvis været utilbøjelig til at ændre på sektionskriterierne for valg af primærbehandling i indeværende år.

Vurdering af indikatoren:

Indikatoren er vigtig for en samlet vurdering af den kirurgiske behandling af ovariecancer.



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

Standard: $\geq 80\%$

Ovariecancerpatienter med stadie I-III (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	Std. $>80\%$ opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst (pct.)	Aktuelle år		Tidligere år	
				1.7.19-30.6.20 Andel	95% CI	2018/19 Andel	2017/18 Andel
Danmark	nej	69 / 115	1 (1)	60,0	(50-69)	53,3	58,3
Hovedstaden	nej	21 / 33	1 (3)	63,6	(45-80)	66,7	65,6
Syddanmark	nej	28 / 43	0 (0)	65,1	(49-79)	52,1	69,4
Midtjylland	nej	15 / 25	0 (0)	60,0	(39-79)	56,3	48,4
Nordjylland	nej	5 / 14	0 (0)	35,7	(13-65)	7,7	40,0
Hovedstaden	nej	21 / 33	1 (3)	63,6	(45-80)	66,7	65,6
Herlev	nej	# / #	0 (0)	#		0,0	0,0
Rigshospitalet	nej	21 / 31	1 (3)	67,7	(49-83)	68,2	67,7
Syddanmark	nej	28 / 43	0 (0)	65,1	(49-79)	52,1	69,4
Odense	nej	28 / 43	0 (0)	65,1	(49-79)	52,1	69,4
Midtjylland	nej	15 / 25	0 (0)	60,0	(39-79)	56,3	48,4
Aarhus	nej	15 / 25	0 (0)	60,0	(39-79)	56,3	50,0
Herning		0 / 0	0 (0)				0,0
Nordjylland	nej	5 / 14	0 (0)	35,7	(13-65)	7,7	40,0
Aalborg	nej	5 / 14	0 (0)	35,7	(13-65)	7,7	40,0

Resultater:

Andelen af ovariecancer patienter stadie I-III, der har fået foretaget lymfadenektomi er på landsplan 60%, og standarden på 80% er dermed ikke opfyldt. Standarden på $\geq 80\%$ er ikke opfyldt for alle afdelinger. Aalborg afviger fra de tre øvrige afdelinger med en andel på 36% mod 60-68% for de øvrige. Indikatorværdierne for denne indikator skal tolkes med forsigtighed, da patientantallene er små.

Diskussion og implikationer:

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.

Vurdering af indikatoren:

Indikatoren er vigtig for at overvåge, hvorvidt der udføres korrekt staging for ovarie cancer i Danmark. Hvis dette ikke er tilfældet, vil der være risiko for at patienter ikke tilbydes adjuverende behandling. Aktuelt foretages justering i de nationale guidelines så specielle histologiske subtyper ikke nødvendigvis skal anbefales fjernelse af lymfeknuder som led i stadie inddelingen. Dette forhold vil kunne indarbejdes i kommende årsrapporter som forventes at kunne afspejle de nationale retningslinjer mere retvisende.



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	
				1.7.14-30.6.15 Andel	95% CI	2013/14 Andel	2012/13 Andel
Danmark		111 / 127	0 (0)	87,4	(80-93)	82,6	84,0
Hovedstaden		43 / 47	0 (0)	91,5	(80-98)	87,2	87,8
Sjælland		# / #	0 (0)	#		66,7	85,7
Syddanmark		27 / 34	0 (0)	79,4	(62-91)	80,0	75,3
Midtjylland		32 / 35	0 (0)	91,4	(77-98)	83,6	84,5
Nordjylland		8 / 9	0 (0)	88,9	(52-100)	76,5	89,3
Hovedstaden		43 / 47	0 (0)	91,5	(80-98)	87,2	87,8
Herlev		6 / 6	0 (0)	100,0	(54-100)	85,0	87,3
Hillerød		0 / 0	0 (0)			100,0	100,0
Hvidovre		# / #	0 (0)	#		60,0	100,0
Rigshospitalet		37 / 40	0 (0)	92,5	(80-98)	89,1	86,4
Sjælland		# / #	0 (0)	#	)	66,7	85,7
Holbæk		0 / 0	0 (0)				50,0
Næstved		0 / 0	0 (0)				100,0
Roskilde		# / #	0 (0)	#		66,7	93,3
Syddanmark		27 / 34	0 (0)	79,4	(62-91)	80,0	75,3
Esbjerg		0 / 0	0 (0)				50,0
Odense		27 / 34	0 (0)	79,4	(62-91)	80,0	75,6
Sønderborg		0 / 0	0 (0)				80,0
Midtjylland		32 / 35	0 (0)	91,4	(77-98)	83,6	84,5
Aarhus		32 / 35	0 (0)	91,4	(77-98)	87,0	86,5
Herning		0 / 0	0 (0)			25,0	66,7
Horsens		0 / 0	0 (0)				50,0
Randers		0 / 0	0 (0)				75,0
Viborg		0 / 0	0 (0)				100,0
Nordjylland		8 / 9	0 (0)	88,9	(52-100)	76,5	89,3
Aalborg		8 / 9	0 (0)	88,9	(52-100)	76,5	88,9
Hjørring		0 / 0	0 (0)				100,0

Resultater:

Andelen af opererede stadie I ovariecancer patienter, der er i live 5 år efter anamnesedatoen er på landsplan 88% (95% CI: 80%-93%). Dette er en stigning i forhold til de tidligere perioder 83%-84%. Andelen varierer fra 79% til 93% mellem Odense og Rigshospitalet. Indikatorværdierne for denne indikator skal tolkes med forsigtighed, da patientantallene er små.

Diskussion og implikationer:

Der ses variation i overlevelsen mellem centre, som delvist kan 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.

Vurdering af indikatoren:

Indikatoren er en vigtig markør for den samlede behandling af tidlig ovariecancer i Danmark.



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		Tidligere år	
				1.7.17-30.6.18 Andel	95% CI	2016/17 Andel	2015/16 Andel
Danmark		150 / 208	0 (0)	72,1	(65-78)	67,6	63,0
Hovedstaden		53 / 70	0 (0)	75,7	(64-85)	70,4	63,4
Sjælland		# / #	0 (0)	#			50,0
Syddanmark		55 / 81	0 (0)	67,9	(57-78)	65,1	64,8
Midtjylland		21 / 33	0 (0)	63,6	(45-80)	63,1	62,3
Nordjylland		20 / 23	0 (0)	87,0	(66-97)	75,0	59,7
Hovedstaden		53 / 70	0 (0)	75,7	(64-85)	70,4	63,4
Herlev		0 / 0	0 (0)			0,0	58,3
Rigshospitalet		53 / 70	0 (0)	75,7	(64-85)	70,8	64,2
Sjælland		# / #	0 (0)	#			50,0
Næstved		# / #	0 (0)	#			100,0
Roskilde		0 / 0	0 (0)				42,9
Syddanmark		55 / 81	0 (0)	67,9	(57-78)	65,1	64,8
Odense		55 / 81	0 (0)	67,9	(57-78)	65,1	65,1
Midtjylland		21 / 33	0 (0)	63,6	(45-80)	63,1	62,3
Aarhus		21 / 33	0 (0)	63,6	(45-80)	62,7	62,8
Herning		0 / 0	0 (0)				50,0
Silkeborg		0 / 0	0 (0)			100,0	
Nordjylland		20 / 23	0 (0)	87,0	(66-97)	75,0	59,7
Aalborg		20 / 23	0 (0)	87,0	(66-97)	75,0	59,7

Resultater:

Andelen af opererede stadie IIIC-IV ovariecancer patienter, der er i live 2 år efter anamnesedatoen er på landsplan 72% (95% CI: 65%-78%). 2-års overlevelsen for denne gruppe patienter har været stigende i de seneste perioder, hvor andelen er steget med 9%. Andelen varierer fra 64% i Aarhus til 87% i Aalborg. Indikatorværdierne for denne indikator skal tolkes med forsigtighed, da patientantallene er små.

Diskussion og implikationer:

Avanceret 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 udviser en fortsat positiv tendens med en stigning i overlevelse fra 63% i 2015/16 til 72% i 2018/19. Fremgangen er størst i Region Hovedstaden og Region Nord

Vurdering af indikatoren:

Indikatoren er en vigtig markør for den samlede behandling af avanceret ovariecancer i Danmark. Indikatoren er et traditionelt mål for behandlings kvalitet som giver mulighed for sammenligning med internationale standarder. Men der foreligger kun få opgørelser der som Danmark opgør på populationsniveau, hvor samtlige patienter med kræft i æggestokkene indgår.



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	
				Andel	95% CI	2013/14	2012/13
Danmark		68 / 228	3 (1)	29,8	(24-36)	28,3	23,3
Hovedstaden		22 / 82	3 (4)	26,8	(18-38)	27,7	27,0
Sjælland		# / #	0 (0)	#		14,3	11,8
Syddanmark		22 / 71	0 (0)	31,0	(21-43)	28,6	21,4
Midtjylland		17 / 54	0 (0)	31,5	(20-46)	28,5	25,5
Nordjylland		7 / 20	0 (0)	35,0	(15-59)	30,8	16,3
Hovedstaden		22 / 82	3 (4)	26,8	(18-38)	27,7	27,0
Herlev		0 / 0	0 (0)			27,8	19,6
Hvidovre		0 / 0	0 (0)				0,0
Rigshospitalet		22 / 82	3 (4)	26,8	(18-38)	27,6	32,2
Sjælland		# / #	0 (0)	#		14,3	11,8
Roskilde		# / #	0 (0)	#		16,7	12,9
Syddanmark		22 / 71	0 (0)	31,0	(21-43)	28,6	21,4
Odense		22 / 71	0 (0)	31,0	(21-43)	28,8	22,2
Midtjylland		17 / 54	0 (0)	31,5	(20-46)	28,5	25,5
Aarhus		17 / 54	0 (0)	31,5	(20-46)	28,4	26,0
Herning		0 / 0	0 (0)			50,0	0,0
Nordjylland		7 / 20	0 (0)	35,0	(15-59)	30,8	16,3
Aalborg		7 / 20	0 (0)	35,0	(15-59)	30,8	16,4

Resultater:

Andelen af opererede stadie IIIC-IV ovariecancer patienter, der er i live 5 år efter anamnesedatoen er på landsplan 30% (95% CI: 24%-36%). Der ses en positiv udvikling i 5 års overlevelsen, hvor andelen er steget fra 23% til nu 30%. Andelen i aktuelle periode varierer fra 27% på Rigshospitalet til 35% i Aalborg. Indikatorværdierne for denne indikator skal tolkes med forsigtighed, da patient antallene er små.

Diskussion og implikationer:

Avanceret sygdom er karakteriseret ved en 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.

Vurdering af indikatoren:

Indikatoren er vigtig, da den afspejler den samlede kvalitet i behandlingen af patienter med avancerede stadier af kræft i æggestokkene. Indikatoren er et traditionelt mål for behandlings kvalitet som giver mulighed for sammenligning med internationale standarder. Men der foreligger kun få opgørelser der som Danmark opgør på populationsniveau, hvor samtlige patienter med kræft i æggestokkene indgår.



Indikatorområde: Sygepleje

Indikator 30: Sygepleje ovariecancer - mobilisering \geq 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.

30.2 Sygepleje OC mobilisering	Std. >60% opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst (pct.)	Aktuelle år		Tidligere år	
				1.7.19-30.6.20 Andel	95% CI	2018/19 Andel	2017/18 Andel
Danmark	ja	84 / 95	128 (57)	88,4	(80-94)	100,0	
Hovedstaden	ja	# / #	69 (96)	#		100,0	
Sjælland	ja	# / #	0 (0)	#			
Syddanmark	ja	33 / 39	48 (55)	84,6	(69-94)	100,0	
Midtjylland	ja	32 / 36	5 (12)	88,9	(74-97)	100,0	
Nordjylland	ja	16 / 16	6 (27)	100,0	(79-100)	100,0	
Hovedstaden	ja	# / #	69 (96)	#		100,0	
Rigshospitalet	ja	# / #	69 (96)	66,7	(9-99)	100,0	
Sjælland	ja	# / #	0 (0)	#			
Roskilde	ja	# / #	0 (0)	#			
Syddanmark	ja	33 / 39	48 (55)	84,6	(69-94)	100,0	
Odense	ja	33 / 39	48 (55)	84,6	(69-94)	100,0	
Midtjylland	ja	32 / 36	5 (12)	88,9	(74-97)	100,0	
Aarhus	ja	32 / 36	5 (12)	88,9	(74-97)	100,0	
Nordjylland	ja	16 / 16	6 (27)	100,0	(79-100)	100,0	
Aalborg	ja	16 / 16	6 (27)	100,0	(79-100)	100,0	

Resultater:

Indførelsen af den nye inddeling af 'ekstensiv kirurgigrad' i lap 1+2+3 har givet mulighed for at justere plejeindikator 30 vedrørende mobilisering til at omfatte alle tre kirurgigrader. Indikator specifikationerne er ændret i dette års opgørelse og der er fastsat en standard på, at over 60% skal være mobiliseret 5 timer eller mere dag 2 efter operation, eller udskrevet før eller på dag 2.

Desværre er der udfordringer med registrering af sygeplejeoplysningerne til DGCD, især hos Rigshospitalet og Odense med uoplyste andele på hhv. 96% og 57%. Aarhus er den afdeling med laveste andel uoplyste, 12%, og med en andel der opfylder indikatoren på 89%, hvilket er klart over den fastsatte standard. Region Sjællands ovariepatienter behandles primært i Odense, derfor det lave antal patienter.

Diskussion og implikationer:

Den stor andel uoplyste gør, at det ikke er muligt at vurdere indikatoren. Der ligger et registreringsproblem i de mange uoplyste, som skal afklares inden data fryses til næste årsrapport. Derudover har styregruppen vedtaget, at der skal udarbejdes en dækningsgradsopgørelse for at understøtte registreringerne vedr. sygeplejen for forsæt at kunne monitorere området.

Vurdering af indikatoren:

Efter ændring af indikatoren til at omfatte alle kirurgigrader ses der for første gang målopfyldelse på alle centre, dog på to af centrene på baggrund af et utilfredsstillende antal færdigregistrerede.



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	
				1.7.19-30.6.20 Andel	95% CI	2018/19 Andel	2017/18 Andel
Danmark	nej	63 / 157	216 (58)	40,1	(32-48)	41,6	42,6
Hovedstaden	nej	# / #	99 (90)	#		45,8	54,8
Sjælland	ja	# / #	0 (0)	#			0,0
Syddanmark	nej	30 / 56	94 (63)	53,6	(40-67)	47,1	43,0
Midtjylland	nej	14 / 69	13 (16)	20,3	(12-32)	30,2	36,1
Nordjylland	ja	15 / 20	10 (33)	75,0	(51-91)	56,5	39,5
Hovedstaden	nej	# / #	99 (90)	#		45,8	54,8
Herlev		0 / 0	2(100)				
Rigshospitalet	nej	# / #	97 (90)	#		45,8	54,8
Sjælland	ja	# / #	0 (0)	#			0,0
Næstved		0 / 0	0 (0)				0,0
Roskilde	ja	# / #	0 (0)	#			
Syddanmark	nej	30 / 56	94 (63)	53,6	(40-67)	47,1	43,0
Kolding		0 / 0	1(100)				
Odense	nej	30 / 56	93 (62)	53,6	(40-67)	47,1	43,0
Midtjylland	nej	14 / 69	13 (16)	20,3	(12-32)	30,2	36,1
Aarhus	nej	14 / 69	13 (16)	20,3	(12-32)	30,2	36,1
Nordjylland	ja	15 / 20	10 (33)	75,0	(51-91)	56,5	39,5
Aalborg	ja	15 / 20	10 (33)	75,0	(51-91)	56,5	39,5

Resultater:

Samme problem stilling som for indikator 30 med den store andel uoplyste, Rigshospitalet og Odense med hhv. 90% og 62%. Dog skal det bemærkes, at Aalborg har en høj opfyldelse af denne indikator på 75% sammenlignet med standarden på 60%, men med forbehold for 33% uoplyste.

Diskussion og implikationer:

Den store andel uoplyste gør, at det ikke er muligt at vurdere indikatoren. Der ligger et registreringsproblem i de mange uoplyste, som skal afklares inden data fryses til næste årsrapport. Derudover har styregruppen vedtaget at der skal udarbejdes en dækningsgradsopgørelse for at understøtte registreringerne vedr. sygeplejen for forsat at kunne monitorer området.

Vurdering af indikatoren:

Indikatoren vurderes fortsat som relevant og det faktum at man opfylder målet for Sygeplejeindikator 31 i Aalborg viser at standarden ligger på et relevant niveau.

I Aarhus er målopfyldelsen faldet til kun 20%. Mulige forklaringer kan søges i lokale faktorer så som andelen af patienter der undergår ekstensive indgreb, igangværende implementering af nyt smertebehandlingsregime i kombination med stort personale turn-over. Der er således brug for at genetablere et fremadrettet fokus på dette område.



Indikatorområde: Corpuscancer

Indikator 20B: Corpuscancer (karcinomer), fjernelse af pelvine lymfeknuder for mellem-højrisikopatienter 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 llnn st. II-III	Std. $>80\%$ opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst (pct.)	Aktuelle år		Tidligere år	
				1.7.19-30.6.20 Andel	95% CI	2018/19 Andel	2017/18 Andel
Danmark	ja	207 / 252	7 (3)	82,1	(77-87)	79,5	74,1
Hovedstaden	ja	63 / 78	3 (4)	80,8	(70-89)	79,4	73,9
Sjælland	ja	14 / 17	1 (6)	82,4	(57-96)	77,8	77,3
Syddanmark	ja	48 / 57	1 (2)	84,2	(72-93)	76,8	80,4
Midtjylland	nej	51 / 65	1 (2)	78,5	(67-88)	67,5	56,6
Nordjylland	ja	31 / 35	1 (3)	88,6	(73-97)	92,5	93,3
Hovedstaden	ja	63 / 78	3 (4)	80,8	(70-89)	79,4	73,9
Herlev	nej	23 / 36	1 (3)	63,9	(46-79)	80,0	64,6
Rigshospitalet	ja	40 / 42	2 (5)	95,2	(84-99)	79,0	84,1
Sjælland	ja	14 / 17	1 (6)	82,4	(57-96)	77,8	77,3
Næstved		0 / 0	0 (0)				0,0
Roskilde	ja	14 / 17	1 (6)	82,4	(57-96)	77,8	81,0
Syddanmark	ja	48 / 57	1 (2)	84,2	(72-93)	76,8	80,4
Odense	ja	48 / 57	1 (2)	84,2	(72-93)	76,8	80,4
Midtjylland	nej	51 / 65	1 (2)	78,5	(67-88)	67,5	56,6
Aarhus	nej	51 / 64	1 (2)	79,7	(68-89)	67,5	56,6
Randers	nej	# / #	0 (0)	#			
Nordjylland	ja	31 / 35	1 (3)	88,6	(73-97)	92,5	93,3
Aalborg	ja	31 / 35	1 (3)	88,6	(73-97)	92,5	93,3

Resultater:

Andelen af corpuscancerpatienter med mellem- eller højrisiko stadie I eller stadie II-III, der får fjernet lymfeknuder er på landsplan 82% (95% CI: 77%-87%). Andelen har været stigende de senest tre perioder. To afdelinger opfylder ikke standarden på 80%, Herlev og Aarhus. Aarhus er meget tæt på at opfylde standarden i den aktuelle periode, 79,9%, og har henover de seneste perioder øget andelen betydeligt, fra 57% i perioden 2017/2018.

Diskussion og implikationer:

Lymfeknude resektion kan være foretaget som enten en fuld radikal lymfadenektomi eller der kan være anvendt sentinel node procedure, der er indført inden for de senere år. Begge dele kan anvendes efter de gældende rekommandationer. Ovenstående skelner ikke mellem hvilken teknik, der er anvendt. Der vil altid være en mindre andel at patienterne, der pga. alder eller co-morbiditet ikke er egnede til lymfeknudefjernelse, hvorfor indikatoren ikke er sat til 100%.

Vurdering af indikatoren:

Overordnet anses indikatoren egnet til at monitorere kvaliteten af behandlingen. På sigt ønskes en indikator, der kan monitorere anvendelsen af sentinel node specifikt.



Afdeling	Årsag til manglende lymfeknudefjernelse		
	Lavrisikosygdom	Patienttilstand*	Total
Herlev	#	#	4
Hvidovre	#	0	#
Hillerød	#	#	"
Rigshospitalet	#	#	4
Roskilde	3	0	3
Odense	#	7	9
Aarhus	#	11	13
Aalborg	#	#	4
Total	19	26	45



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 endometrie-cancer 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	
				1.7.19-30.6.20 Andel	95% CI	2018/19 Andel	2017/18 Andel
Danmark	ja	323 / 347	3 (1)	93,1	(90-96)	90,9	91,5
Hovedstaden	ja	123 / 130	1 (1)	94,6	(89-98)	89,4	92,9
Sjælland	ja	35 / 38	0 (0)	92,1	(79-98)	90,3	93,9
Syddanmark	ja	55 / 59	0 (0)	93,2	(84-98)	94,8	88,9
Midtjylland	ja	66 / 72	1 (1)	91,7	(83-97)	80,0	89,0
Nordjylland	ja	44 / 48	1 (2)	91,7	(80-98)	96,8	94,1
Hovedstaden	ja	123 / 130	1 (1)	94,6	(89-98)	89,4	92,9
Herlev	ja	85 / 87	0 (0)	97,7	(92-100)	97,2	95,6
Rigshospitalet	ja	38 / 43	1 (2)	88,4	(75-96)	81,4	89,7
Sjælland	ja	35 / 38	0 (0)	92,1	(79-98)	90,3	93,9
Roskilde	ja	35 / 38	0 (0)	92,1	(79-98)	90,3	93,8
Syddanmark	ja	55 / 59	0 (0)	93,2	(84-98)	94,8	88,9
Odense	ja	55 / 59	0 (0)	93,2	(84-98)	94,8	88,9
Midtjylland	ja	66 / 72	1 (1)	91,7	(83-97)	80,0	89,0
Aarhus	ja	65 / 70	1 (1)	92,9	(84-98)	80,0	89,0
Randers	nej	# / #	0 (0)	#			
Nordjylland	ja	44 / 48	1 (2)	91,7	(80-98)	96,8	94,1
Aalborg	ja	44 / 48	1 (2)	91,7	(80-98)	96,8	94,1

Resultater:

Andelen af corpuscancerpatienter med stadie I lav- og mellem-risiko, der opereres laparoskopisk eller med robotkirurgi udgør 93% på landsplan, og indikatoren opfylder klart standarden, 75%, på landsplan. En enkelt afdeling, Randers med to patienter, opfylder ikke standarden. Indikatoropfyldelsen har ligget en del over standarden gennem de senest perioder, over 90%.

Diskussion og implikationer:

Det ses, at man på nationalt plan overalt anvender laparoskopisk eller robotassisteret kirurgi som førstevalgsteknik, hvilket er tilfredsstillende og efterlever rekommandationerne.

Vurdering af indikatoren:

Indikatoren kan forekomme at være "mindre nyttig" til sammenligning af de forskellige regioner, men den er relevant at bibeholde i forhold til at sammenligne os med internationale data.



Indikator 22: Andelen af patienter med stadium I højrisiko, stadium II-IV endometrie-cancer der kommer på MDT konference post-operativt

Standard: > 90 %

Endometrie-cancer: Den procentdel af patienter med stadium I højrisiko, stadium II-IV endometrie-cancer der kommer på MDT konference indenfor 30 dage efter.

22 Corpuscancer MDT konference	Std. >90% opfyldt	Tæller/nævner	Uoplyst (pct.)	Aktuelle år 1.7.19-30.6.20		Tidligere år 2018/19 2017/18	
				Andel	95% CI	Andel	Andel
Danmark	nej	150 / 185	31 (14)	81,1	(75-86)	33,9	11,8
Hovedstaden	nej	18 / 42	22 (34)	42,9	(28-59)	0,0	0,0
Sjælland	nej	3 / 4	4 (50)	75,0	(19-99)	50,0	33,3
Syddanmark	ja	52 / 55	0 (0)	94,6	(85-99)	52,0	35,3
Midtjylland	ja	45 / 48	5 (9)	93,8	(83-99)	58,6	2,6
Nordjylland	nej	32 / 36	0 (0)	88,9	(74-97)	32,4	13,6
Hovedstaden	nej	18 / 42	22 (34)	42,9	(28-59)	0,0	0,0
Herlev	nej	16 / 27	1 (4)	59,3	(39-78)	0,0	0,0
Rigshospitalet	nej	2 / 15	21 (58)	13,3	(2-40)	0,0	0,0
Sjælland	nej	3 / 4	4 (50)	75,0	(19-99)	50,0	33,3
Roskilde	nej	3 / 4	4 (50)	75,0	(19-99)	50,0	50,0
Syddanmark	ja	52 / 55	0 (0)	94,6	(85-99)	52,0	35,3
Odense	ja	52 / 55	0 (0)	94,6	(85-99)	52,0	35,3
Midtjylland	ja	45 / 48	5 (9)	93,8	(83-99)	58,6	2,6
Aarhus	ja	45 / 47	5 (10)	95,7	(85-99)	58,6	2,6
Randers	nej	# / #	0 (0)	#			
Nordjylland	nej	32 / 36	0 (0)	88,9	(74-97)	32,4	13,6
Aalborg	nej	32 / 36	0 (0)	88,9	(74-97)	32,4	13,6

Resultater:

Dette er en ny indikator til monitorering af, om endometrie-cancer patienter stadiet I højrisiko og stadiet II-IV postoperativt bliver vurderet på MDT. Der er konsensus blandt europæiske selskaber ESMO-ESGO-ESTRO om, at MDT er en kvalitet.

Standarden er fastsat til over 90%. Indikatoren er ikke opfyldt på landsplan med en andel på 81% (95% CI: 75%-86%). Tre regioner, Hovedstaden, Sjælland og Nordjylland, og 5 afdelinger, Herlev, Rigshospitalet, Roskilde, Randers og Aalborg, opfylder ikke standarden. Aalborg er tæt på at opfylde standarden, 89%, hvorimod kun 59% af Herlevs patienter bliver vurderet på MDT. For Rigshospitalet er 13% vurderet på MDT, dertil kommer at de mangler risikostadiet for 58% af deres patienter.

Diskussion og implikationer:

Indikatoren opfyldes endnu ikke på landsplan, hvilket skyldes, at man ikke i Region Hovedstaden og Region Sjælland har haft tradition for at diskutere endometrie-cancerpatienter på MDT. Den opfyldes i Region Midtjylland og Region Syddanmark, mens Region Nordjylland ligger meget tæt på indikatoren.

Der har i flere regioner længe været fokus på denne praksis, der både nationalt og internationalt anses for hensigtsmæssig for at sikre optimale beslutninger og behandlingsforløb for patienterne. Indførelse af indikatoren, har i perioden 2019/2020 gjort at andelen af patienter, der er på MDT i de regioner der endnu ikke opfylder indikatoren er øget, således at man i Region Hovedstaden og Region Sjælland forventer at opfylde indikatormålet fremadrettet.

Vurdering af indikatoren:

Indikatoren anses for egnet til at monitorere det samlede forløb for patienter med mere avanceret endometrie-cancer, idet diskussion på MDT afspejler, at er større forum deltager i vurdering af behov for evt. efterbehandling. Endvidere afspejler den, at der er kontinuitet til overgangen til onkologisk efterbehandling. Indikatoren anvendes også internationalt.



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 2015 - 2016	
				Andel	95 % CL
Danmark	135	714	0.0	81.1	(78.0-83.8)
Region Hovedstaden	48	210	0.0	77.1	(70.8-82.2)
Region Sjælland	10	95	0.0	89.5	(81.3-94.2)
Region Syddanmark	39	189	0.0	79.4	(72.9-84.5)
Region Midtjylland	30	157	0.0	80.8	(73.7-86.1)
Region Nordjylland	8	63	0.0	87.3	(76.2-93.4)
Region Hovedstaden	48	210	0.0	77.1	(70.8-82.2)
Herlev	19	107	0.0	82.2	(73.6-88.3)
Hvidovre	#	#	0.0	#	
Rigshospitalet	29	102	0.0	71.6	(61.7-79.3)
Region Sjælland	10	95	0.0	89.5	(81.3-94.2)
Roskilde	10	95	0.0	89.5	(81.3-94.2)
Region Syddanmark	39	189	0.0	79.4	(72.9-84.5)
Odense	39	189	0.0	79.4	(72.9-84.5)
Region Midtjylland	30	157	0.0	80.8	(73.7-86.1)
Silkeborg	#	#	0.0	#	
Aarhus	30	156	0.0	80.6	(73.5-86.1)
Region Nordjylland	8	63	0.0	87.3	(76.2-93.4)
Aalborg	8	62	0.0	87.1	(75.9-93.3)
Thisted	#	#	0.0	#	

Beregningsregler:

Kaplan Meier analyser er en time-to-event analyse, hvor der tages højde for den tid, den enkelte patient er under risiko for at dø. 5-års overlevelsen er opgjort for patienter diagnosticeret 2015-2016, for at sikre, at en rimelig andel af patienterne i seneste opgørelsesperiode har fuld opfølgningstid på 5 år, samt at sikre et tilstrækkeligt datagrundlag for analysen.

- Tæller: Antallet af patienter, der dør indenfor 5 år efter diagnosedato.
- Nævner: endometriecancerpatienter diagnosticeret i den aktuelle periode.
- Andel: Kaplan-Meier estimeret 5 års overlevelse. Andel patienter i live 5 år efter diagnosen, når der er taget højde for den tid patienterne er under risiko for at dø.
- Uoplyst: Ingen.

Resultater:

5-års overlevelsen for endometriecancerpatienter diagnosticeret fra 1. juli 2015 og frem til og med 30. juni 2016 er estimeret til 81% (95% CI: 78-84). Standarden på over 70% er opfyldt for alle afdelinger.



Indikatorværdierne for denne indikator skal tolkes med forsigtighed, da patientantallene er små.

Diskussion og implikationer:

Det er meget tilfredsstillende, at der er så ensartede data og en samlet 5-årsoverlevelse på omkring 80%. Ingen regioner skiller sig negativt ud, men Region Sjælland, og i lidt mindre grad Region Nordjylland har data, der skiller sig positivt ud. Dette antages at bero på at de sygeste patienter fra disse regioner visiteres til behandling på større centre, i hhv. Region Hovedstaden og Region Syddanmark for Region Sjælland, og Region Midtjylland for Region Nordjylland.

Vurdering af indikatoren:

Indikatoren anses for at være den ultimative måde at monitorere den samlede behandling af denne patientkategori. Der er mulighed for at sammenligne med internationale data for lignende patientkohorter.



Indikator 23B: Endometriecancer patienter, stadie I, andel i live 5 år efter anamnesedato

Standard: > 80 %

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

Gruppe	Døde	Total	uoplyst pct	Aktuelle år 2015 - 2016	
				Andel	95 % CL
Danmark	62	551	0.0	88.7	(85.8-91.1)
Region Hovedstaden	21	154	0.0	86.4	(79.9-90.9)
Region Sjælland	5	80	0.0	93.8	(85.6-97.3)
Region Syddanmark	16	132	0.0	87.9	(81.0-92.4)
Region Midtjylland	14	127	0.0	89.0	(82.1-93.3)
Region Nordjylland	6	58	0.0	89.7	(78.4-95.2)
Region Hovedstaden	21	154	0.0	86.4	(79.9-90.9)
Herlev	12	90	0.0	86.7	(77.7-92.2)
Hvidovre	#	#	0.0	#	
Rigshospitalet	9	63	0.0	85.7	(74.3-92.3)
Region Sjælland	5	80	0.0	93.8	(85.6-97.3)
Roskilde	5	80	0.0	93.8	(85.6-97.3)
Region Syddanmark	16	132	0.0	87.9	(81.0-92.4)
Odense	16	132	0.0	87.9	(81.0-92.4)
Region Midtjylland	14	127	0.0	89.0	(82.1-93.3)
Silkeborg	#	#	0.0	#	
Aarhus	14	126	0.0	88.9	(82.0-93.3)
Region Nordjylland	6	58	0.0	89.7	(78.4-95.2)
Aalborg	6	57	0.0	89.5	(78.1-95.1)
Thisted	#	#	0.0	#	

Beregningsregler:

Kaplan Meier analyser er en time-to-event analyse, hvor der tages højde for den tid, den enkelte patient er under risiko for at dø. 5-års overlevelsen er opgjort for patienter diagnosticeret 2015-2016, for at sikre, at en rimelig andel af patienterne i seneste opgørelsesperiode har fuld opfølgningstid på 5 år, samt at sikre et tilstrækkeligt datagrundlag for analysen.

- Tæller: Antallet af patienter, der dør indenfor 5 år efter diagnosedato.
- Nævner: endometriecancerpatienter diagnosticeret i den aktuelle periode.
- Andel: Kaplan-Meier estimeret 5 års overlevelse. Andel patienter i live 5 år efter diagnosen, når der er taget højde for den tid patienterne er under risiko for at dø.
- Uoplyst: Ingen.

Resultater:



5-års overlevelsen for endometrialcancerpatienter, stadie I, diagnosticeret fra 1. juli 2015 og frem til og med 30. juni 2016 er estimeret til 89% (95% CI: 86-91). Standarden på over 80% er dermed opfyldt for alle afdelinger.

Indikatorværdierne for denne indikator skal tolkes med forsigtighed, da patient antallene er små.

Diskussion og implikationer:

Det er meget tilfredsstillende, at der er så ensartede data og en samlet 5-årsoverlevelse på næsten 90%. Ingen regioner skiller sig negativt ud, men Region Sjælland skiller sig positivt ud. Dette antages at bero på, at de sygeste patienter (hvad angår ko-morbiditet) fra denne regioner visiteres til behandling på større centre, i hhv. Region Hovedstaden og Region Syddanmark.

Vurdering af indikatoren:

Indikatoren anses for at være den ultimative måde at monitorere den samlede behandling af denne patientkategori. Der er mulighed for at sammenligne med internationale data for lignende patientkohorter.



Indikatorområde: Vulvacancer

Indikator 43: Vulvacancer, andelen der får foretaget Sentinel Node procedure for vulvacancer stadium IB tumor ≤ 4 cm og uden tegn på spredning.

Standard: > 70 %

43.1 Vulvacancer sentinel node	Std. >70% opfyldt	Tæller/nævner	Uoplyst (pct.)	Aktuelle år		Tidligere år	
				1.7.19-30.6.20 Andel	95% CI	2018/19 Andel	2017/18 Andel
Danmark	nej	31 / 45	18 (29)	68,9	(53-82)	67,5	65,0
Hovedstaden	nej	17 / 26	9 (26)	65,4	(44-83)	66,7	67,7
Syddanmark	nej	# / #	0 (0)	#			0,0
Midtjylland	ja	14 / 18	8 (31)	77,8	(52-94)	68,8	62,5
Hovedstaden	nej	17 / 26	9 (26)	65,4	(44-83)	66,7	67,7
Herlev	nej	# / #	0 (0)	#			
Rigshospitalet	nej	17 / 25	9 (26)	68,0	(47-85)	66,7	67,7
Syddanmark	nej	# / #	0 (0)	#			0,0
Odense	nej	# / #	0 (0)	#			0,0
Midtjylland	ja	14 / 18	8 (31)	77,8	(52-94)	68,8	62,5
Aarhus	ja	14 / 18	8 (31)	77,8	(52-94)	68,8	62,5
Privat							
Ukendt		0 / 0	1(100)				

Resultater:

Ny indikator til opfølgning på, at så mange, som muligt af patienter med vulvacancer stadium IB tumor ≤ 4 cm og ingen tegn på spredning, får foretaget Sentinel Node procedure. Nogle af patienterne vil ikke få foretaget Sentinel Node proceduren pga. alder og ko-morbiditet. Styregruppen har fastsat en standard på over 70%. Vulvapatienter bliver næsten udelukkende behandlet på to afdelinger, Rigshospitalet og Aarhus. Standarden er ikke opfyldt på landsplan med en andel på 69% (95% CI: 53%-82%). Rigshospitalet opfylder ikke standarden med en andel på 68%. For denne indikator er andelen af uoplyste, manglende stadie og/eller manglende oplysninger om suspekter lymfeknuder eller fjernet sentinel node, høj, 29%. Indikatorværdierne for denne indikator skal tolkes med forsigtighed, da patientantallene er små.

Diskussion og implikationer:

Der er god datadækning og indikatoren er næsten opfyldt på landsplan. Af hensyn til kvalitetskontrol har man gennemgået alle patienter på Rigshospitalet, der ikke har fået foretaget SN. Dette viste, at det hovedsageligt drejer sig om ældre og skrøbelige patienter med meget ko-morbiditet, hvor man har fravalgt lyskekirurgi eller hvor patienten selv ikke har ønsket lyskekirurgi.

Vurdering af indikatoren:

Overordnet anses indikatoren egnet til at monitorere kvaliteten af behandlingen. Vi tilstræber fortsat standard for indikator på > 70% hos patienter med histologisk verificeret stadium IB, tumor < 4 cm, der får tilbudt Sentinel Node proceduren. I fremtidige opgørelser tilstræbes en lavere grad af uoplyste data.



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

Kaplan-Meier estimatet for andelen af vulvacancer patienter stadie I, der ikke er døde af deres vulvacancer (tilgrundliggende dødsårsag ICD-10 C51.8-9) 3 år efter anamnesedato. Indikatoren er opgjort på gynækologiske afdelinger.

Gruppe	Døde	Total	pct	Aktuelle år	
				uoplyst	2015 - 2019
				Andel	95 % CL
Danmark	20	249	0	91.1	86.4-94.2
Region Hovedstaden	8	151	0	94.1	88.5-97.0
Region Midtjylland	12	98	0	86.7	77.7-92.2
Region Hovedstaden	8	151	0	94.1	88.5-97.0
Rigshospitalet	8	151	0	94.1	88.5-97.0
Region Midtjylland	12	98	0	86.7	77.7-92.2
Aarhus	12	98	0	86.7	77.7-92.2

Beregningsregler:

Kaplan Meier analyser er en time-to-event analyse, hvor der tages højde for den tid, den enkelte patient er under risiko. For denne indikator, at patienterne dør af deres vulvacancer. 3-års sygdomsspecifikke overlevelse er opgjort for patienter diagnosticeret fra 2015-2019, for at sikre, at en rimelig andel af patienterne i seneste opgørelsesperiode har fuld opfølgningstid på 3 år, samt at sikre et tilstrækkeligt datagrundlag for analysen.

- Tæller: Antallet af patienter, der dør af deres vulvacancer indenfor 3 år efter diagnosedato.
- Nævner: Vulvacancerpatienter diagnosticeret i den aktuelle periode.
- Andel: Kaplan-Meier estimeret 3 års overlevelse. Andel patienter i live 3 år efter diagnosen, når der er taget højde for den tid patienterne er under risiko for at dø af deres vulvacancer.
- Uoplyst: Ingen.

Resultater:

Indikatoren er revideret i forhold til sidste år. Den sygdomsspecifikke vulvacancer-overlevelse er ændret fra en ren andel til Kaplan Meier estimeret. Der er endnu ikke fastsat en standard, men standarden for den sygdomsspecifikke 5-års overlevelse er > 90%. På landsplan overlever 91% af kvinderne deres stadie IB vulvacancer i 3 år. I figur 44 er KM-kurverne for Rigshospitalet og Aarhus plottet. Af både indikatortabellen og figur 44 fremgår det, at overlevelsen er højere på Rigshospitalet end i Aarhus, med hhv. 94% og 87%. Indikatorværdierne for denne indikator skal tolkes med forsigtighed, da patientantallene er små.

Diskussion og implikationer:

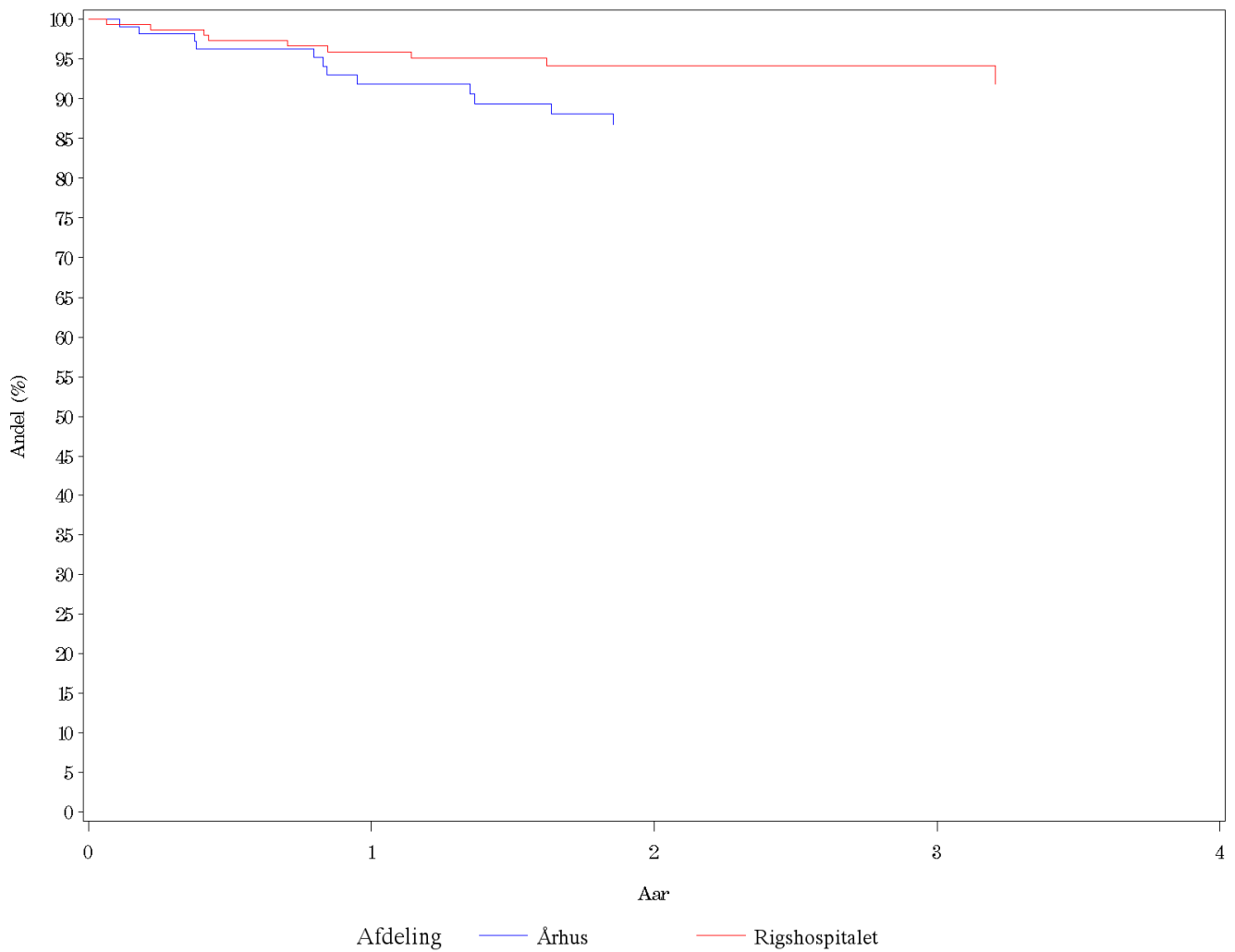
Da dette er en slutmålsindikator, vil vulvacancer gruppen fremadrettet arbejde på at måle om diagnosticering, stadieinddeling og recidiv adskiller sig på de to institutioner og indarbejde dette i en fremtidig indikator.

Vurdering af indikatoren:

Indikatoren anses for at være den ultimative måde at monitorere den samlede behandling af denne patientkategori. Der er mulighed for at sammenligne med internationale data for lignende patientkohorter. Vulvacancer gruppen anbefaler monitorering af denne indikator på landsplan pga. meget lille patientantal.



Figur 44. Kaplan-Meier kurver for vulvacancer patienter stadie I, der ikke er døde af deres vulvacancer (tilgrundliggende dødsårsag ICD-10 C51.8-9) 5 år efter anamnesedato.



*NB. KM-kurverne stoppe ved seneste event (dødsfald).

Indikator 45: Vulvacancer st. IB, 5 års sygdomsspecifik overlevelse (dødsårsag C51.8-9).

Standard: > 90 %

Kaplan-Meier estimatet for andelen af vulvacancer patienter stadie I, der ikke er døde af deres vulvacancer (tilgrundliggende dødsårsag ICD-10 C51.8-9) 5 år efter anamnesedato. Indikatoren er opgjort på gynækologiske afdelinger.

Gruppe	Døde	Total	uoplyst pct	Aktuelle år 2013 - 2019	
				Andel	95 % CL
Danmark	27	325	0.0	90.3	85.9-93.3
Region Hovedstaden	12	217	0.0	93.0	87.8-96.1
Region Midtjylland	15	135	0.0	85.8	77.1-91.4
Region Hovedstaden	12	217	0.0	93.0	87.8-96.1
Rigshospitalet	12	217	0.0	93.0	87.8-96.1
Region Midtjylland	15	135	0.0	85.8	77.1-91.4
Aarhus	15	135	0.0	85.8	77.1-91.4

Beregningsregler:

Kaplan Meier analyser er en time-to-event analyse, hvor der tages højde for den tid, den enkelte patient er under risiko. For denne indikator, at patienterne dør af deres vulvacancer. 5-års sygdomsspecifikke overlevelse er opgjort for patienter diagnosticeret 2013-2019, for at sikre, at en rimelig andel af patienterne i seneste opgørelsesperiode har fuld opfølgningstid på 5 år, samt at sikre et tilstrækkeligt datagrundlag for analysen.

- Tæller: Antallet af patienter, der dør af deres vulvacancer indenfor 5 år efter diagnosedato.
- Nævner: Vulvacancerpatienter diagnosticeret i den aktuelle periode.
- Andel: Kaplan-Meier estimeret 5 års overlevelse. Andel patienter i live 5 år efter diagnosen, når der er taget højde for den tid patienterne er under risiko for at dø af deres vulvacancer.
- Uoplyst: Ingen.

Resultater:

Ny indikator, der skal ses i sammenhæng med indikator 44, 3-års overlevelse. Der er fastsat en standard for den sygdomsspecifikke 5-års overlevelse på > 90%. Indikatoren er opfyldt på landsplan med 90%. Aarhus opfylder ikke standarden, med en overlevelse på 86%. Af figur 45 fremgår det, at vulvacancerpatienter stadie IB primært dør af deres vulvacancer indenfor de første 2-3 år.

Indikatorværdierne for denne indikator skal tolkes med forsigtighed, da patientantallene er små.

Diskussion og implikationer:

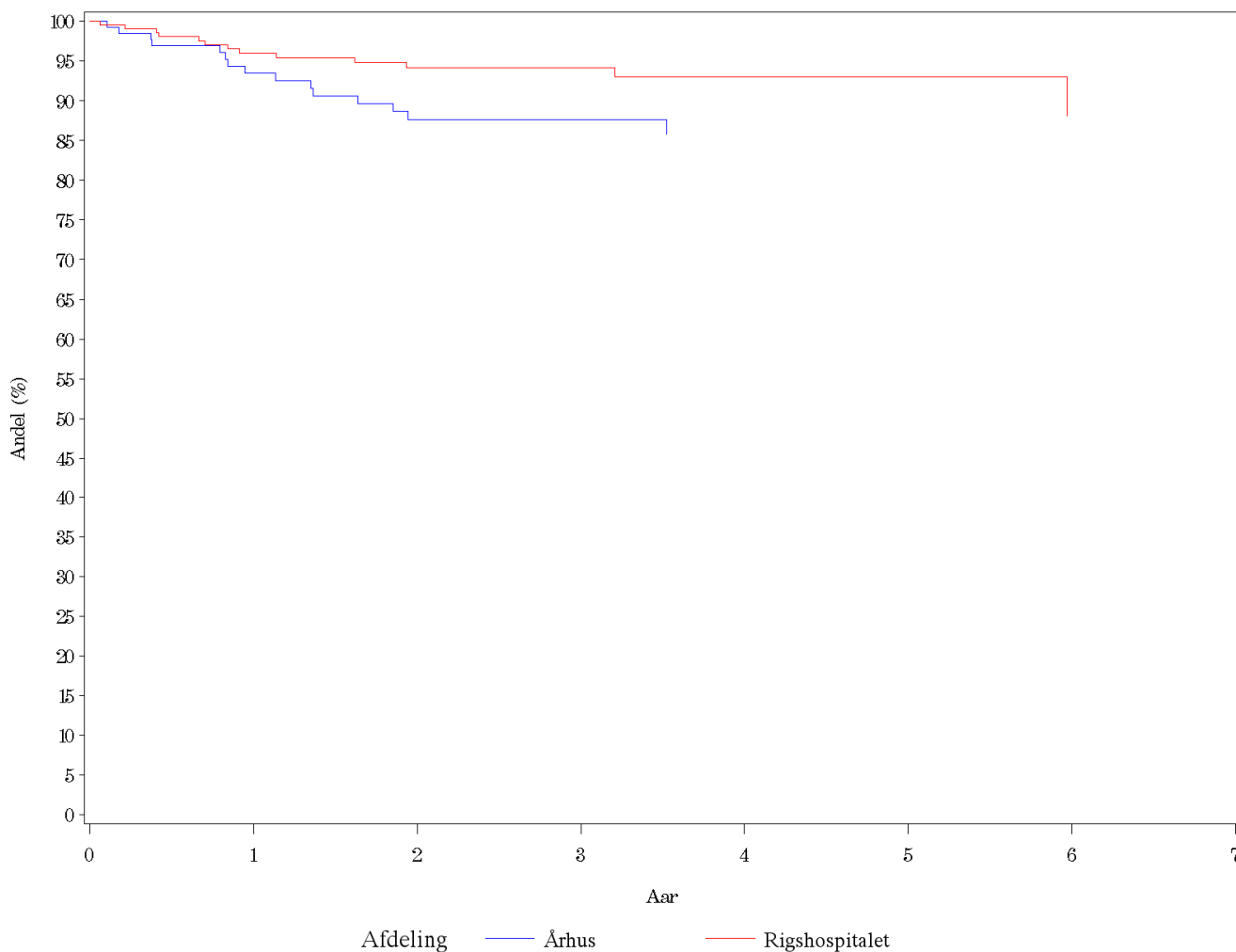
Det bør overvejes om denne indikator er overflødig, da patienterne primært dør indenfor de først 2-3 år, og at det derfor er nok at monitorere på 3-års overlevelsen.

Vurdering af indikatoren:

Indikatoren afspejler stort set det samme, som indikator 44 og vulvacancer gruppen vil arbejde fremover på at implementere indikator for patienter med lymfeknudemetastaser (st. III).



Figur 45. Kaplan-Meier kurver for vulvacancer patienter stadie I, der ikke er døde af deres vulvacancer (tilgrundliggende dødsårsag ICD-10 C51.8-9) 5 år efter anamnesedato.



NB. KM-kurverne stoppe ved seneste event (dødsfald).

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	
				1.7.19-30.6.20 Andel	95% CI	2018/19 Andel	2017/18 Andel
Danmark	nej	31 / 42	3 (7)	73,8	(58-86)	77,8	70,0
Hovedstaden	nej	7 / 8	1 (11)	87,5	(47-100)	100,0	33,3
Sjælland	ja	# / #	1 (33)	#			
Syddanmark	nej	5 / 10	0 (0)	50,0	(19-81)	62,5	100,0
Midtjylland	nej	15 / 19	1 (5)	79,0	(54-94)	90,9	80,0
Nordjylland	nej	# / #	0 (0)	#		0,0	33,3
Hovedstaden	nej	7 / 8	1 (11)	87,5	(47-100)	100,0	33,3
Herlev	nej	7 / 8	1 (11)	87,5	(47-100)	100,0	0,0
Hillerød		0 / 0	0 (0)			100,0	
Rigshospitalet		0 / 0	0 (0)				100,0
Sjælland	ja	# / #	1 (33)	#			
Roskilde	ja	# / #	1 (33)	#			
Syddanmark	nej	5 / 10	0 (0)	50,0	(19-81)	62,5	100,0
Esbjerg	ja	# / #	0 (0)	#			
Kolding	ja	3 / 3	0 (0)	100,0	(29-100)	66,7	100,0
Odense	nej	# / #	0 (0)	#		66,7	100,0
Svendborg		0 / 0	0 (0)			50,0	
Midtjylland	nej	15 / 19	1 (5)	79,0	(54-94)	90,9	80,0
Aarhus	nej	8 / 10	1 (9)	80,0	(44-97)	100,0	87,5
Herning	ja	# / #	0 (0)	#		100,0	50,0
Horsens	nej	# / #	0 (0)	#			
Randers	nej	# / #	0 (0)	#			
Viborg	ja	4 / 4	0 (0)	100,0	(40-100)	66,7	
Nordjylland	nej	# / #	0 (0)	#		0,0	33,3
Aalborg	nej	# / #	0 (0)	#		0,0	33,3

Resultater:

Der har desværre vist sig, at være nogle udfordringer med registrering af molapatienter til DGCD. Statistisk set burde der være omkring 80 kvinder årligt med mola. I år indgår 42 kvinder i indikatoren, og altså kun 50% af det forventede antal. Indikatoren opfylder på landsplan ikke den fastsatte standard på over 90%. Indikatorværdierne for denne indikator skal tolkes med forsigtighed, da patientantallene er små.

Diskussion og implikationer:

Indikatoren viser for hvor stor en andel af patienter, hvor der var klinisk mistanke om mola på tidspunktet for evakuering, det er registreret, at der er sendt prøve fra evakuatet til genetisk analyse. Årsagen til, at man udelukkende ser på patienter, hvor der var klinisk mistanke om mola er, at man har været interesseret i at opgøre hvor hyppigt, der udføres genetiske analyser på ufikseret væv. Hvis mistanken om mola først rejses ved mikroskopien, er hele evakuatet fikseret.

Siden 2017/18 har 70-77,8% opfyldt indikatoren. Der er dog sket en markant stigning i antallet af molaer hvorpå indikatoren kunne opgøres. I 2018/19 var der registreret 21 molaer, som kunne analyseres, mod 42 i indeværende periode. Ligeledes er 51 kvinder med mola registreret i DGCD (Tabel A3.6.1). Dette viser at



kompletheden er stigende, idet det tilsvarende tal var 25 ved udformningen af årsrapporten for 2018/2019. Der må dog stadig være en underregistrering, idet den årlige incidens af mola er af størrelsesordenen 70-90 (Lund et al Scientific Reports | (2020) 10:17041).

Vurdering af indikatoren:

Observationerne taler for, at der fortsat bør arbejdes på centraliseret indtastning. Man kunne også overveje at indføre en indikator, der kontrollerer alle molaer, også de hvor moladiagnosen først stilles ved mikroskopien.



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, hysterektomi eller trachlectomi	Ingen standard
	7B	Cervixcancer, andel patienter med parametriedvækst, hysterektomi eller trachlectomi	Ingen standard
	8	Cervixcancer, andel patienter der behandles med kurativt kemostrålebehandling, som har en behandlingsvarighed på 50 dage eller mindre.	≥ 90 %
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-III	≥ 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-højrisikopatienter st. I, eller st. II-III	≥ 80 %
	21	Corpuscancer, laparoskopisk eller robot assisteret operation for stadie I, lav- og mellem-risiko patienter	> 75 %
	22	Andelen af patienter med stadium I højrisiko, stadium II-IV endometriecancer der kommer på MDT konference post-operativt	≥ 90 %
	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 < 5 timer postoperativ dag 2	≥ 60 %
	31	Sygepleje ovariecancer - afføring ≤ 3 dage efter operation	≥ 80 %
Vulvacancer	43	Vulvacancer, sentinel node foretaget på patienter med st. IB, tumor < 4 cm	≥ 70 %
	44	Vulvacancer st. IB, 3 års sygdomsspecifik overlevelse (dødsårsag C51.8-9).	Ingen standard
	45	Vulvacancer st. IB, 5 års sygdomsspecifik overlevelse (dødsårsag C51.8-9).	≥ 90 %
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 patologiafdelinger, 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. Afdelingslæge Helle Lund, Klinisk Diagnostik, Patologi, Aalborg Universitetshospital
5. Seniorforsker, MHH, ph.d. Lene Seibæk, Kvindesygdomme og Fødsler, Aarhus Universitetshospital
6. Overlæge, ph.d. Trine Jakobi Nøttrup, Onkologisk Klinik, Rigshospitalet
7. Overlæge, ph.d. Signe Frahm Bjørn, Gynækologisk Klinik, Rigshospitalet
8. Overlæge, dr. Med. Lone Kjeld Petersen, Gynækologisk afdeling, Odense Universitetshospital
9. Afdelingslæge Marie Bønnelycke, Patologisk afdeling, Rigshospitalet
10. Overlæge, ph. d, Katrine Fuglsang, Kvindesygdomme og Fødsler, Aarhus Universitetshospital
11. Kontaktperson, Mette Høyrup, RKKP Videncenter
12. 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*, DO01*, DO02*

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 inden for samme diagnosegruppe.

Dækningsgrad på landsplan for de seneste 4 år

	Både i DGCD og LPR	Kun i DGCD	Kun i LPR	Dækningsgrad (%)
2019/2020	1992	50	155	93
2018/2019	2088	67	161	93
2017/2018	2015	85	122	95
2016/2017	2117	73	69	97



Dækningsgrad på landsplan, regions- og afdelingsniveau 1. juli 2019-30. juni 2020

Afdeling	Både i			Dækningsgrad (%)
	DGCD og LPR	Kun DGCD	Kun LPR	
Aalborg Universitetshospital	176	0	11	94
Aalborg Universitetshospital, Thisted	0	0	2	0
Aarhus Universitetshospital	460	11	29	94
Amager og Hvidovre Hospital	2	1	19	14
Herlev og Gentofte Hospital	186	1	19	91
Holbæk Sygehus	0	0	1	0
Hospitalet i Nordsjælland	1	0	18	5
Kolding Sygehus	3	3	0	100
Nykøbing F. Sygehus	0	0	2	0
Næstved, Slagelse og Ringsted sygehuse	0	0	3	0
OUH Odense Universitetshospital	539	9	11	98
Region Midtjylland, Hospitalsenheden Vest	1	0	8	11
Regionshospital Nordjylland Vendsyssel	0	0	2	0
Regionshospitalet Horsens	2	0	1	67
Regionshospitalet Randers	2	0	4	33
Rigshospitalet	495	9	6	99
Sjællands Universitetshospital, ROS	123	16	11	93
Sydvestjysk Sygehus	0	0	5	0
Sygehus Sønderjylland	0	0	2	0
Vejle Sygehus	2	0	1	67
Total	1992	50	155	93



Appendiks 2: Beskrivelse af sygdomsområder og behandling

Cervixcancer

Incidensen af cervixcancer har været faldende i en årrække og forventes at falde yderligere grundet HPV-vaccination. I 2019/20 blev der i Danmark registreret 313 nye tilfælde af sygdommen. Som konsekvens af den faldende incidens blev behandlingen af cervixcancer centraliseret til 3 centre i henholdsvis Aarhus, Odense og Rigshospitalet 1. juni 2017.

Stadieinddeling af cervixcancer har gennem en lang årrække været baseret på klinisk undersøgelse, bortset fra stadie IA, hvor diagnosen og stadiet stilles på mikroskopi af konus. Fra 1. januar 2019 blev der publiceret en ny stadieinddeling for cervixcancer, FIGO 2018, hvor både kliniske, billeddiagnostiske og patologiske fund indgår i stadieinddelingen. I databasen (DGCD)) begyndte kodning efter FIGO 2018 d. 1. januar 2020. Der er derfor forskel på om patienterne i denne årsrapport er kodet efter FIGO 2009, frem til 31. december 2019) eller kodet efter FIGO 2018, fra 1. januar 2020. Så vidt det er muligt rapporteres kvalitetsdata ud fra det stadie patienten blev indrapporteret med.

Der er lavet en algoritme, som kan omkode de patienter, der tidligere er stadieinddelt efter FIGO 2009, til et FIGO 2018 stadie.

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

Robotassisteret laparoskopisk radikal hysterectomi og pelvin lymfeknudefjernelse er implementeret på alle danske centre og patienter med cervixcancer i stadie IB har siden 2015 været standardoperationen i Danmark. I 2018 blev der publiceret et studie, som viste en dårligere overlevelse ved denne kirurgiske tilgang. De danske resultater blev derefter gennemgået videnskabeligt og i Danmark var der IKKE overdødelighed blandt patienter opereret med robotassisteret kirurgi.

Et landsdækkende studie med anvendelse af sentinel node teknikken er fuldført og der afventes resultater i løbet af de næste år.

Fertilitetsbevarende behandling af cervixcancer med radikal trakelektomi og lymfadenektomi er centraliseret på Rigshospitalet. Behandlingen er et sikkert alternativ til radikal hysterectomi, 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 primærtumor.

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

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 stadienddeling 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.

Endometrie-cancer 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 fortages 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 besluttet 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 (skildvagslymfeknuder) 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 vare 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 diagnosetidspunktet 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 diagnosetidspunktet. 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 resektionsmargen. 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 margen 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 2017– 30. juni 2020

Cancertype	2019/20		2018/19		2017/18	
	antal	%	antal	%	antal	%
Ovariecancer	190	9,9	201	10,0	203	10,2
Tubacancer	171	8,9	180	9,0	188	9,5
Peritonealcancer	19	1,0	21	1,0	33	1,7
Borderlinetumor	151	7,9	152	7,6	165	8,3
Cervixcancer	313	16,3	363	18,1	314	15,8
Vulvacancer	111	5,8	118	5,9	128	6,4
Vaginalcancer	13	0,7	19	0,9	19	1,0
Trofoblastsygdom	55	2,9	37	1,8	39	2,0
Uvis ovarie- eller peritonealcancer	155	8,1	135	6,7	120	6,0
Corpuscancer	635	33,1	691	34,4	662	33,3
Hyperplasi med atypi, kompleks	80	4,2	64	3,2	101	5,1
Hyperplasi med atypi, simpel	26	1,4	25	1,2	16	0,8
I alt	1.919	100,0	2.006	100,0	1.988	100,0

Tabel A3.1.2 ASA score fordelt på cancertype 1. juli 2019 – 30. juni 2020

ASA score	Cervixcancer		Ovariecancer		Borderline		Corpuscancer		Hyperplasi		Vulva		Vaginal		Trofoplast		I alt	
	antal	%	antal	%	antal	%	antal	%	antal	%	antal	%	antal	%	antal	%	antal	%
1. Rask	95	30,4	102	19,1	45	29,8	128	20,2	28	26,4	22	19,8	#	#	0	0,0	422	22,0
2. Let systemisk sygdom	42	13,4	223	41,7	58	38,4	332	52,3	51	48,1	35	31,5	#	#	0	0,0	742	38,7
3. Alvorlig systemisk sygdom	9	2,9	75	14,0	18	11,9	160	25,2	17	16,0	24	21,6	#	#	0	0,0	304	15,8
4. Livstruende systemisk sygdom	0	0,0	#	#	#	#	6	0,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	10	0,5
6. Uoplyst	167	53,4	132	24,7	29	19,2	9	1,4	10	9,4	30	27,0	9	69,2	55	100,0	441	23,0
I alt	313	100,0	535	100,0	151	100,0	635	100,0	106	100,0	111	100,0	13	100,0	55	100,0	1.919	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 2019 – 30. juni 2020

BMI	Cervixcancer		Ovariecancer		Borderline		Corpuscancer		Hyperplasi		Vulva		Vaginal		Trofoplast		I alt	
	antal	%	antal	%	antal	%	antal	%	antal	%	antal	%	antal	%	antal	%	antal	%
< 18,5	9	2,9	17	3,2	#	#	4	0,6	0	0,0	3	2,7	0	0,0	0	0,0	34	1,8
18,5 <= BMI < 25	142	45,4	235	43,9	50	33,1	168	26,5	20	18,9	45	40,5	7	53,8	19	34,5	686	35,7
25 <= BMI <= 35	108	34,5	202	37,8	66	43,7	307	48,3	36	34,0	49	44,1	3	23,1	18	32,7	789	41,1
> 35	26	8,3	41	7,7	17	11,3	147	23,1	41	38,7	8	7,2	#	#	#	#+	283	14,7
Ukendt/forkert	28	8,9	40	7,5	17	11,3	9	1,4	9	8,5	6	5,4	#	#	17	30,9	127	6,6
Middel	26,2	-	26,3	-	28,0	-	30,5	-	34,4	-	26,3	-	27,0	-	25,3	-	26,2	-
Median	24,2	-	24,8	-	27,3	-	29,4	-	33,1	-	25,3	-	23,7	-	24,6	-	26,6	-
I alt	313	100,0	535	100,0	151	100,0	635	100,0	106	100,0	111	100,0	13	100,0	55	100,0	1.919	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 2019 – 30. juni 2020

Rygestatus	Cervixcancer		Ovariecancer		Borderline		Corpuscancer		Hyperplasi		Vulva		Vaginal		Trofoplast		I alt	
	antal	%	antal	%	antal	%	antal	%	antal	%	antal	%	antal	%	antal	%	antal	%
Ryger	81	25,9	70	13,1	38	25,2	58	9,1	9	8,5	29	26,1	#	#	4	7,3	290	15,1
Eks-ryger	61	19,5	140	26,2	30	19,9	116	18,3	19	17,9	23	20,7	4	30,8	3	5,5	396	20,6
Aldrig ryger	145	46,3	270	50,5	68	45,0	414	65,2	71	67,0	49	44,1	6	46,2	35	63,6	1.058	55,1
Ukendt	26	8,3	55	10,3	15	9,9	47	7,4	7	6,6	9	8,1	#	#	13	23,6	174	9,1
Uoplyst	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	#	#	0	0,0	0	0,0	#	#
I alt	313	100,0	535	100,0	151	100,0	635	100,0	106	100,0	111	100,0	13	100,0	55	100,0	1.919	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 2019 – 30. juni 2020

Komorbiditet	Cervixcancer		Ovariecancer		Borderline		Corpuscancer		Hyperplasi		Vulva		Vaginal		Trofoplast		I alt	
	antal	%	antal	%	antal	%	antal	%	antal	%	antal	%	antal	%	antal	%	antal	%
Ingen	261	83,4	412	77,0	107	70,9	454	71,5	79	74,5	63	56,8	8	61,5	52	94,5	1.436	74,8
1-2	44	14,1	90	16,8	25	16,6	142	22,4	18	17,0	36	32,4	5	38,5	#	#	362	18,9
3+	8	2,6	33	6,2	19	12,6	39	6,1	9	8,5	12	10,8	0	0,0	#	#	121	6,3
I alt	313	100,0	535	100,0	151	100,0	635	100,0	106	100,0	111	100,0	13	100,0	55	100,0	1.919	100,0

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



Cervixcancer

Tabel A3.2.1 Histologi for Cervixcancer

Histologi	2019/20		2018/19		2017/18	
	antal	%	antal	%	antal	%
Planocellulært karcinom	140	44,7	163	44,9	132	42,0
Adenokarcinom	46	14,7	33	9,1	44	14,0
Adenoskvamøst karcinom	5	1,6	5	1,4	5	1,6
Neuroendokrint karcinom	5	1,6	#	#	3	1,0
Udifferenteret karcinom	-	-	#	#	#	#
Sarkom	-	-	#	#	#	#
Anden malign morfologi	-	-	4	1,1	4	1,3
Uoplyst	117	37,4	155	42,7	123	39,2
I alt	313	100,0	363	100,0	314	100,0

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

Afdeling	2019/20		2018/19		2017/18	
	antal	%	antal	%	antal	%
Uoplyst	-	-	#	#	-	-
Aalborg	#	#	4	1,1	#	#
Esbjerg	-	-	#	#	-	-
Herlev	#	#	3	0,8	3	1,0
Herning	-	-	#	#	4	1,3
Næstved	-	-	#	#	#	#
Odense	101	32,3	103	28,4	83	26,4
Randers	#	#	-	-	-	-
Rigshospitalet	130	41,5	151	41,6	129	41,1
Roskilde	-	-	#	#	-	-
Silkeborg	-	-	#	#	-	-
Aarhus	76	24,3	95	26,2	91	29,0
Svendborg	-	-	-	-	#	#
I alt	313	100,0	363	100,0	314	100,0

Tabel A3.2.4 Gynækologisk undersøgelse i universel anæstesi for Cervixcancer

GU	2019/20		2018/19		2017/18	
	antal	%	antal	%	antal	%
GU i universel anæstesi	250	79,9	285	78,5	265	84,4
GU (ikke anæstesi)	46	14,7	47	12,9	29	9,2
GU under stadietdeling	14	4,5	19	5,2	14	4,5
Uoplyst	3	1,0	12	3,3	6	1,9
I alt	313	100,0	363	100,0	314	100,0

Tabel A3.2.6 udført operation ved cervixcancerkirurgi

	2019/2020		2018/2019		2017/2018	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Rigshospitalet						
Ingen operation	52	40	39	30		
Simpel/total hysterectomi	9	7	10	8		
Radikal hysterectomi	38	29	55	43		
Conisatio	19	15	6	5		
Trakektomi	7	5	12	9		
Collumamputation	0	0	#	#		
Diagnostisk laparoscopi	4	3	#	#		
Uoplyst/andet	#	#	4	3		
I alt	130	100	129	100		
Herlev						
Ingen operation	#	#	0	0		
Simpel/total hysterectomi	0	0	#	#		
Conisatio	#	#	#	#		
Uoplyst/andet	#	#	3	100		
I alt	#	#	0	0		
Odense						
Ingen operation	42	42	23	28		
Simpel/total hysterectomi	8	8	9	11		
Radikal hysterectomi	29	29	35	42		
Conisatio	16	16	10	12		
Collumamputation	0	0	#	#		
Diagnostisk laparoscopi	#	#	0	0		
Eksplorativ laparotomi	#	#	0	0		
Vaginaltop resektion	#	#	4	5		
Uoplyst/andet	3	3	#	#		
I alt	101	100	83	100		
Aarhus						
Ingen operation	35	46	45	49		
Simpel/total hysterectomi	4	5	7	8		
Radikal hysterectomi	26	34	26	29		
Conisatio	10	13	12	13		
Collumamputation	#	#	0	0		
Diagnostisk laparoscopi	0	0	#	#		
I alt	76	100	91	100		
Aalborg						
Ingen operation	#	#	#	#		
I alt	#	#	#	#		
Andre afdelinger						
Ingen operation	#	#	4	67		
Radikal hysterectomi	#	#	0	0		
Conisatio	0	0	#	#		
I alt	#	#	6	100		
Total, Danmark						
Ingen operation	133	42	113	36		
Simpel/total hysterectomi	21	7	27	9		
Radikal hysterectomi	94	30	116	37		
Conisatio	46	15	32	10		
Trakektomi	7	2	12	4		
Collumamputation	#	#	#	#		
Exenteratio pelvis anterior feminae	#	#	0	0		
Exenteratio totalis pelvis feminae	#	#	0	0		
Diagnostisk laparoscopi	5	2	7	2		
Uoplyst/andet	4	1	5	2		
I alt	313	100	314	100		

*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

Afdeling	2019/20		2018/19		2017/18	
	antal	%	antal	%	antal	%
Aalborg, Patologi	58	8,5	61	8,9	76	10,7
Aarhus Universitetshospital, Aarhus Sygehus NBG/THG	158	23,0	124	18,0	130	18,3
Esbjerg, Patologi	#	#	#	#	-	-
Herlev, Patologisk-anatomi	16	2,3	23	3,3	18	2,5
Holstebro, Patologi	-	-	-	-	#	#
Hvidovre, Patologi	#	#	3	0,4	-	-
Næstved, Patologi	#	#	#	#	#	#
Odense, Patologi	222	32,4	231	33,5	220	31,0
Randers, Patologi	#	#	3	0,4	#	#
Rigshospitalet, Patologi	180	26,2	177	25,7	177	25,0
Roskilde, Patologi	8	1,2	7	1,0	6	0,8
Sønderborg, Patologi	3	0,4	#	#	-	-
Vejle, Patologi	3	0,4	3	0,4	#	#
Viborg-Skive, Patologi	-	-	#	#	#	#
Uoplyst	34	5,0	52	7,5	74	10,4
I alt	686	100,0	689	100,0	709	100,0

Tabel A3.3.1a Histologi for borderline tumorer

Histologi for borderline tumorer	2019/20		2018/19		2017/18	
	antal	%	antal	%	antal	%
Serøs borderline tumor	57	37,7	55	36,2	76	46,1
Mucinøs borderline tumor	36	23,8	35	23,0	35	21,2
Seromucinøs borderline tumor	5	3,3	#	#	#	#
Endometriode borderline tumor	#	#	3	2,0	3	1,8
Borderline Brenner tumor	#	#	#	#	#	#
Uoplyst	50	33,1	57	37,5	47	28,5
I alt	151	100,0	152	100,0	165	100,0

Tabel A3.3.1b Histologi for overfladeepitheliale-stromale tumorer

Histologi for overfladeepitheliale-stromale tumorer	2019/20		2018/19		2017/18	
	antal	%	antal	%	antal	%
Serøst tubart intraepitelt carcinom (STIC)	5	1,1	3	0,6	6	1,3
Low-grade serøst adenokarcinom	20	4,3	22	4,7	21	4,6
High-grade serøst adenokarcinom	332	70,9	344	73,2	302	66,7
Serøst adenokarcinom	11	2,4	6	1,3	19	4,2
Mucinøst adenosarkom	21	4,5	27	5,7	28	6,2
Endometrioidt adenokarcinom	30	6,4	28	6,0	27	6,0
Seromucinøst adenokarcinom	#	#	#	#	#	#
Clear cell adenokarcinom	25	5,3	19	4,0	21	4,6
Malign Brenner tumor	3	0,6	#	#	#	#
Adenosarkom, heterolog	-	-	#	#	#	#
Karcinosarkom	12	2,6	13	2,8	18	4,0
Low-grade endometrioid stromasarkom	#	#	#	#	#	#
Andre	5	1,1	#	#	5	1,1
Uoplyst	-	-	#	#	-	-
I alt	468	100,0	470	100,0	453	100,0

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

Histologi for Sex-cord-stromal celle tumorer	2019/20		2018/19		2017/18	
	antal	%	antal	%	antal	%
Granulosa celle tumor/ adult	12	70,6	16	72,7	13	72,2
Juvenil granulosa celle tumor	-	-	#	#	3	16,7
Malig granulosa celle tumor/ metastaserende granulosa 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	17	100,0	22	100,0	18	100,0



Tabel A3.3.1d Histologi for Germinalcelletumorer

Histologi for Germinalcelletumorer	2019/20		2018/19		2017/18	
	antal	%	antal	%	antal	%
Dysgerminom/ med syncytiotrofoblast	#	#	-	-	#	#
Endodermal sinustumor/ blommesæktumor	#	#	-	-	#	#
Immaturt teratom	#	#	#	#	#	#
Teratom med malign omdannelse/ med sekundær tumor	5	33,3	3	37,5	4	40,0
Malign struma ovarii/ struma ovarii med sekundær tumor	#	#	#	#	#	#
Karcinoid tumor	#	#	-	-	-	-
Malign karcinoid tumor/metastaserende karcinoid tumor	#	#	-	-	-	-
Neuroendokrint karcinom	#	#	#	#	-	-
Mixed germ cell-sex cord-stromal tumor/+dysgerminom/anden germ. Type	-	-	#	#	-	-
I alt	15	100,0	8	100,0	10	100,0

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

Histologi for Rete ovarii/Mesoteliale tumorer	2019/20		2018/19		2017/18	
	antal	%	antal	%	antal	%
Adenokarcinom	#	#	#	#	#	#
I alt	#	#	#	#	#	#

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

Stadie	2019/20		2018/19		2017/18	
	antal	%	antal	%	antal	%
IA: Tumor begrænset til et ovarie eller en tuba	66	12,3	61	11,4	64	11,8
IB: Tumor begrænset til begge ovarier eller begge tuba	7	1,3	3	0,6	5	0,9
IC: Tumor begrænset til begge ovarier el. tuba, m tumorceller i peritonealcavi.	48	9,0	52	9,7	57	10,5
IIA: Udvækst af tumor til uterus og/eller salpinges	16	3,0	14	2,6	16	2,9
IIB: Udvækst til andre organer/væv i det lille bækken. *	21	3,9	23	4,3	15	2,8
IIIA: Mikroskopiske metastaser uden for det lille bækken	26	4,9	30	5,6	29	5,3
IIIB: Makroskopiske metastaser <= 2cm i øvre abdomen, m/u lymfekn. metas.	25	4,7	23	4,3	29	5,3
IIIC: Metastase > 2cm i øvre abdomen, m/u lymfeknude metastaser	96	17,9	109	20,3	118	21,7
IV: Fjernmetastaser	150	28,0	142	26,4	138	25,4
Uspecificeret stadium	43	8,0	15	2,8	3	0,6
Ukendt stadium	35	6,5	60	11,2	64	11,8
Uoplyst	#	#	5	0,9	6	1,1
I alt	535	100,0	537	100,0	544	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 Stadietinddeling for borderlinetumorer

Stadie	2019/20		2018/19		2017/18	
	antal	%	antal	%	antal	%
IA: Tumor begrænset til et ovarie eller en tuba	56	37,1	53	34,9	57	34,5
IB: Tumor begrænset til begge ovarier eller begge tuba	7	4,6	3	2,0	11	6,7
IC: Tumor begrænset til begge ovarier el. tuba, m tumorceller i peritonealcavi.	32	21,2	33	21,7	40	24,2
IIA: Udvækst af tumor til uterus og/eller salpinges	-	-	#	#	-	-
IIB: Udvækst til andre organer/væv i det lille bækken. *	3	2,0	#	#	#	#
IIIA: Mikroskopiske metastaser uden for det lille bækken	#	#	#	#	3	1,8
IIIB: Makroskopiske metastaser <= 2cm i øvre abdomen, m/u lymfekn. metas.	#	#	#	#	6	3,6
IIIC: Metastase > 2cm i øvre abdomen, m/u lymfeknude metastaser	#	#	-	-	#	#
IV: Fjernmetastaser	#	#	-	-	-	-
Uspecificeret stadium	-	-	-	-	#	#
Ukendt stadium	-	-	-	-	#	#
Uoplyst	46	30,5	55	36,2	40	24,2
I alt	151	100,0	152	100,0	165	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

	2019/2020		2018/2019		2017/2018	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Herlev						
Primær operation	#	#	4	80	9	90
Kun onkologisk behandling	0	0	#	#	#	#
I alt	#	#	5	100	10	100
Rigshospitalet						
Primær operation	78	52	98	57	102	58
Intervalkirurgi	31	21	39	23	37	21
Kun onkologisk behandling	38	25	34	20	32	18
Ingen behandling	#	#	#	#	#	#
Uoplyst	#	#	#	#	4	2
I alt	151	100	173	100	176	100
Roskilde						
Primær operation	#	#	#	#	0	0
Kun onkologisk behandling	4	67	3	75	9	100
Ingen behandling	#	#	0	0	0	0
I alt	6	100	4	100	9	100
Odense						
Primær operation	108	52	101	51	83	46
Intervalkirurgi	52	25	62	31	60	33
Kun onkologisk behandling	40	19	32	16	30	17
Ingen behandling	#	#	4	2	6	3
Uoplyst	4	2	0	0	#	#
I alt	206	100	199	100	180	100
Aarhus						
Primær operation	60	49	46	45	49	49
Intervalkirurgi	30	24	29	28	22	22
Kun onkologisk behandling	27	22	22	21	24	24
Ingen behandling	3	2	5	5	4	4
Uoplyst	3	2	#	#	#	#
I alt	123	100	103	100	100	100
Aalborg						
Primær operation	28	61	20	42	33	51
Intervalkirurgi	6	13	14	29	14	22
Kun onkologisk behandling	11	24	6	13	15	23
Ingen behandling	#	#	7	15	3	5
Uoplyst	0	0	#	#	0	0
I alt	46	100	48	100	65	100
Andre afdelinger						
Primær operation	#	#	#	#	4	100
Intervalkirurgi	0	0	#	#	0	0
Ingen behandling	0	0	2	40	0	0
I alt	#	#	5	100	4	100
Total, Danmark						
Primær operation	278	52	272	51	280	51
Intervalkirurgi	119	22	145	27	133	24
Kun onkologisk behandling	120	22	98	18	111	20
Ingen behandling	9	2	19	4	14	3
Uoplyst	9	2	3	1	6	1
I alt	535	100	537	100	544	100

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	2019/20		2018/19		2017/18	
	antal	%	antal	%	antal	%
Aalborg	46	8,6	48	8,9	65	11,9
Herlev	#	#	5	0,9	10	1,8
Herning	-	-	#	#	#	#
Hvidovre	-	-	#	#	-	-
Kolding	#	#	#	#	-	-
Næstved	-	-	#	#	3	0,6
Odense	206	38,5	199	37,1	180	33,1
Rigshospitalet	151	28,2	173	32,2	176	32,4
Roskilde	6	1,1	4	0,7	9	1,7
Aarhus	123	23,0	103	19,2	100	18,4
I alt	535	100,0	537	100,0	544	100,0

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

Afdeling	2019/20		2018/19		2017/18	
	antal	%	antal	%	antal	%
Aalborg	19	12,6	28	18,4	26	15,8
Bornholm	-	-	#	#	-	-
Esbjerg	-	-	-	-	#	#
Herlev	9	6,0	12	7,9	11	6,7
Herning	-	-	-	-	#	#
Hillerød	-	-	3	2,0	3	1,8
Kolding	-	-	#	#	-	-
Odense	34	22,5	43	28,3	42	25,5
Rigshospitalet	45	29,8	33	21,7	42	25,5
Roskilde	8	5,3	#	#	6	3,6
Aarhus	36	23,8	29	19,1	33	20,0
I alt	151	100,0	152	100,0	165	100,0

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

Afdeling	2019/20		2018/19		2017/18	
	antal	%	antal	%	antal	%
Aalborg, Patologi	58	8,5	61	8,9	76	10,7
Aarhus Universitetshospital, Aarhus Sygehus NBG/THG	158	23,0	124	18,0	130	18,3
Esbjerg, Patologi	#	#	#	#	-	-
Herlev, Patologisk-anatomi	16	2,3	23	3,3	18	2,5
Holstebro, Patologi	-	-	-	-	#	#
Hvidovre, Patologi	#	#	3	0,4	-	-
Næstved, Patologi	#	#	#	#	#	#
Odense, Patologi	222	32,4	231	33,5	220	31,0
Randers, Patologi	#	#	3	0,4	#	#
Rigshospitalet, Patologi	180	26,2	177	25,7	177	25,0
Roskilde, Patologi	8	1,2	7	1,0	6	0,8
Sønderborg, Patologi	3	0,4	#	#	-	-
Vejle, Patologi	3	0,4	3	0,4	#	#
Viborg-Skive, Patologi	-	-	#	#	#	#
Uoplyst	34	5,0	52	7,5	74	10,4
I alt	686	100,0	689	100,0	709	100,0



Corpuscancer

Tabel A3.4.1 Histologi for corpuscancer (Karcinomer)

Histologi	2019/20		2018/19		2017/18	
	antal	%	antal	%	antal	%
Endometrioidt adenokarcinom	464	77,6	510	78,1	517	80,7
Mucinøst adenokarcinom	4	0,7	#	#	#	#
Serøst adenokarcinom	60	10,0	77	11,8	57	8,9
Clear cell adenokarcinom	25	4,2	23	3,5	18	2,8
Blandet adenokarcinom (mixed cell adenokarcinom)	3	0,5	#	#	#	#
Planocellulært karcinom	#	#	-	-	-	-
Udifferentieret karcinom	#	#	#	#	3	0,5
Karcinosarkom, heterolog	11	1,8	19	2,9	16	2,5
Karcinosarkom, homolog	21	3,5	12	1,8	19	3,0
Karcinosarkom, inkl nos	-	-	#	#	#	#
Andre karcinomtyper	3	0,5	3	0,5	5	0,8
Uvis histologisk type	#	#	-	-	#	#
Uoplyst	3	0,5	3	0,5	#	#
I alt	598	100,0	653	100,0	641	100,0

Tabel A3.4.2 Histologi for corpuscancer (Sarkomer)

Histologi	2019/20		2018/19		2017/18	
	antal	%	antal	%	antal	%
Stromasarkom, lavmalignt	4	12,9	6	24,0	#	#
Udifferentieret endometrialt sarkom	3	9,7	#	#	-	-
Leiomyosarkom	11	35,5	8	32,0	7	50,0
Epiteloidt leiomyosarkom	#	#	#	#	-	-
Glat muskeltumor af uvist malignt potentiale	4	12,9	#	#	-	-
Adenosarkom	#	#	5	20,0	4	28,6
Anden malign stromal tumor	3	9,7	-	-	-	-
Uvis histologisk type	#	#	#	#	#	#
I alt	31	100,0	25	100,0	14	100,0

Tabel A3.4.3 Stadietildeling for endometriekarcinomer

Stadie	2019/20		2018/19		2017/18	
	antal	%	antal	%	antal	%
0: Hyperplasi uden atypi	-	-	-	-	#	#
0: Atypisk endometriehyperplasi	-	-	-	-	#	#
IA: Tumor begrænset til corpus uterii m. ingen el. < 50% indv. i myometriet	322	53,8	344	52,7	338	53,0
IB: Tumor begrænset til corpus uterii m. >= 50% indvækst i myometriet	78	13,0	97	14,9	87	13,6
II: Invasion af cervikale stroma, men afgrænset til uterus*	39	6,5	39	6,0	40	6,3
IIIA: Invasion af corpus uterii serosa og/eller adnexae **	26	4,3	21	3,2	12	1,9
IIIB: Involvering af vagina og/eller parametrium **	11	1,8	8	1,2	14	2,2
IIIC1: Positive pelvine lymfeknuder**	27	4,5	41	6,3	33	5,2
IIIC2: Positive paraaortiske lymfeknuder m/u positive pelv. lymfeknuder ***	10	1,7	13	2,0	10	1,6
IVA: Tumordinvasion i blære og/eller tarm mukosa	#	#	-	-	#	#
IVB: Fjernmetastaser inkl. intraabdominale og/el. ingvinale lymfeknudemet.	13	2,2	13	2,0	12	1,9
Uspecificeret stadie: Neoplasma malignum corporis uteri	68	11,4	75	11,5	87	13,6
Uoplyst	3	0,5	#	#	#	#
I alt	598	100,0	653	100,0	638	100,0



Tabel A3.4.4 Stadienddeling for leiomyosarkomer

Stadie	2019/20		2018/19		2017/18	
	antal	%	antal	%	antal	%
IA: Tumor < 5 cm, begrænset til uterus	4	12,9	-	-	-	-
IB: Tumor >= 5 cm, begrænset til uterus	10	32,3	6	24,0	6	42,9
IIIA: Invaderer abdominalt væv, kun ét sted	-	-	#	#	-	-
IIIB: Invaderer abdominalt væv, flere steder	#	#	#	#	-	-
IVB: Fjernmetastaser	-	-	#	#	#	#
Uspecificeret stadie: Neoplasma malignum corporis uteri	-	-	#	#	-	-
Uoplyst	16	51,6	15	60,0	7	50,0
I alt	31	100,0	25	100,0	14	100,0

Tabel A3.4.5 Stadienddeling for stromale sarkomer og adenosarkomer

Stadie	2019/20		2018/19		2017/18	
	antal	%	antal	%	antal	%
IA: Begrænset til endometriet/endocervix uden myometrieindvækst	#	#	#	#	#	#
IB: Tumor begrænset til corpus uterii uden el. < 50% indvækst i myometriet	-	-	#	#	#	#
IIIB: Tumor udbredt til ekstrauterint væv i pelvis	-	-	#	#	-	-
IIIA: Invaderer abdominalt væv, kun ét sted	-	-	#	#	-	-
Uspecificeret stadie: Neoplasma malignum corporis uteri	-	-	-	-	#	#
Uoplyst	29	93,5	20	80,0	10	71,4
I alt	31	100,0	25	100,0	14	100,0

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

Operationstype	2019/20		2018/19		2017/18	
	antal	%	antal	%	antal	%
Primær operation	681	95,2	735	97,4	741	97,1
Intervalkirurgi	19	2,7	16	2,1	15	2,0
Recidivkirurgi	-	-	-	-	#	#
Henvist direkte til kontrol	#	#	#	#	3	0,4
Afstået fra behandling	#	#	#	#	#	#
Uoplyst	12	1,7	#	#	-	-
I alt	715	100,0	755	100,0	763	100,0

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

Operationstype	2019/20		2018/19		2017/18	
	antal	%	antal	%	antal	%
Laparotomi	83	11,6	95	12,6	81	10,6
Laparoskopi	70	9,8	115	15,2	137	18,0
Robotassisteret laparoskopi	547	76,5	526	69,7	524	68,7
Vaginal	3	0,4	3	0,4	5	0,7
Uoplyst	12	1,7	16	2,1	16	2,1
I alt	715	100,0	755	100,0	763	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	2019/20		2018/19		2017/18	
	antal	%	antal	%	antal	%
Aalborg	90	12,6	146	19,3	84	11,0
Herlev	135	18,9	106	14,0	116	15,2
Næstved	#	#	#	#	#	#
Odense	198	27,7	188	24,9	216	28,3
Randers	#	#	-	-	-	-
Rigshospitalet	95	13,3	136	18,0	109	14,3
Roskilde	52	7,3	78	10,3	72	9,4
Aarhus	142	19,9	100	13,2	165	21,6
I alt	715	100,0	755	100,0	763	100,0

Vulvacancer

Tabel A3.5.1 Histologi for vulvacancer

Histologi	2019/20		2018/19		2017/18	
	antal	%	antal	%	antal	%
Planocellulært karcinom	51	45,9	62	52,5	71	55,5
Basocellulært karcinom	-	-	-	-	#	#
Malignt melanom	-	-	4	3,4	#	#
Anden morfologi	#	#	#	#	3	2,3
Uoplyst	59	53,2	51	43,2	50	39,1
I alt	111	100,0	118	100,0	128	100,0

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

Afdeling	2019/20		2018/19		2017/18	
	antal	%	antal	%	antal	%
Aalborg	#	#	#	#	6	4,7
Herlev	4	3,6	3	2,5	-	-
Hillerød	-	-	#	#	-	-
Odense	5	4,5	-	-	7	5,5
Rigshospitalet	52	46,8	68	57,6	80	62,5
Silkeborg	-	-	-	-	#	#
Aarhus	48	43,2	44	37,3	34	26,6
Andre	1	0,9	-	-	-	-
I alt	111	100,0	118	100,0	128	100,0

Trofoblastsygdom

Tabel A3.6.1 Histologi for Trofoblastsygdom

Histologi	2019/20		2018/19		2017/18	
	antal	%	antal	%	antal	%
Komplet mola	33	60,0	16	43,2	12	30,8
Partiel mola	18	32,7	15	40,5	22	56,4
Mola udefineret	-	-	#	#	-	-
Choriocarcinom	-	-	-	-	#	#
PSTT	-	-	#	#	#	#
ETT	#	#	-	-	-	-
Andet	-	-	-	-	#	#
Uoplyst	3	5,5	3	8,1	#	#
I alt	55	100,0	37	100,0	39	100,0



Appendiks 4: Overlevelse

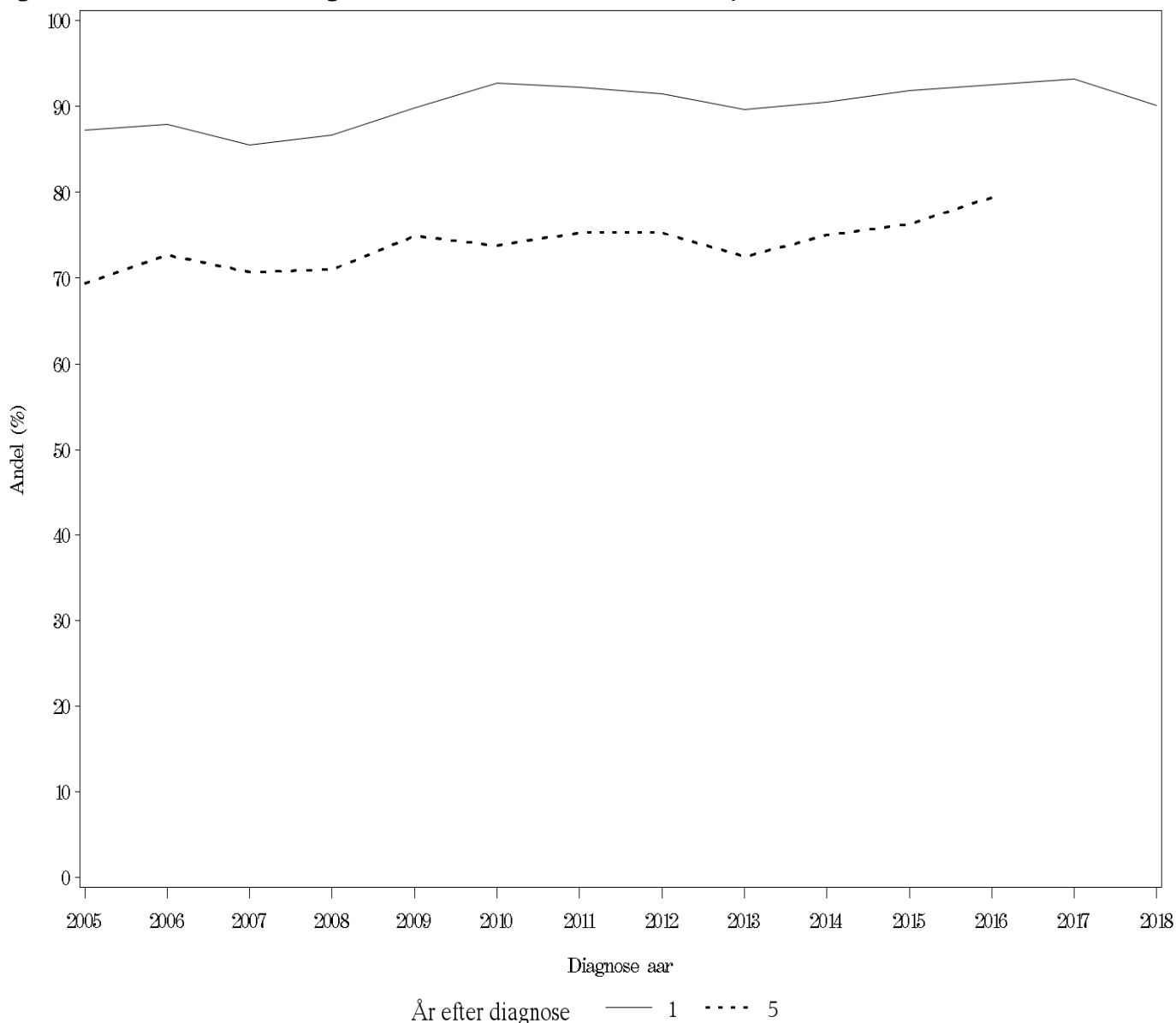
Samlet overlevelse

Tabel A4.1.1 Observeret overlevelse 1.1.2016-30.6.2018 fordelt på overordnet cancertype

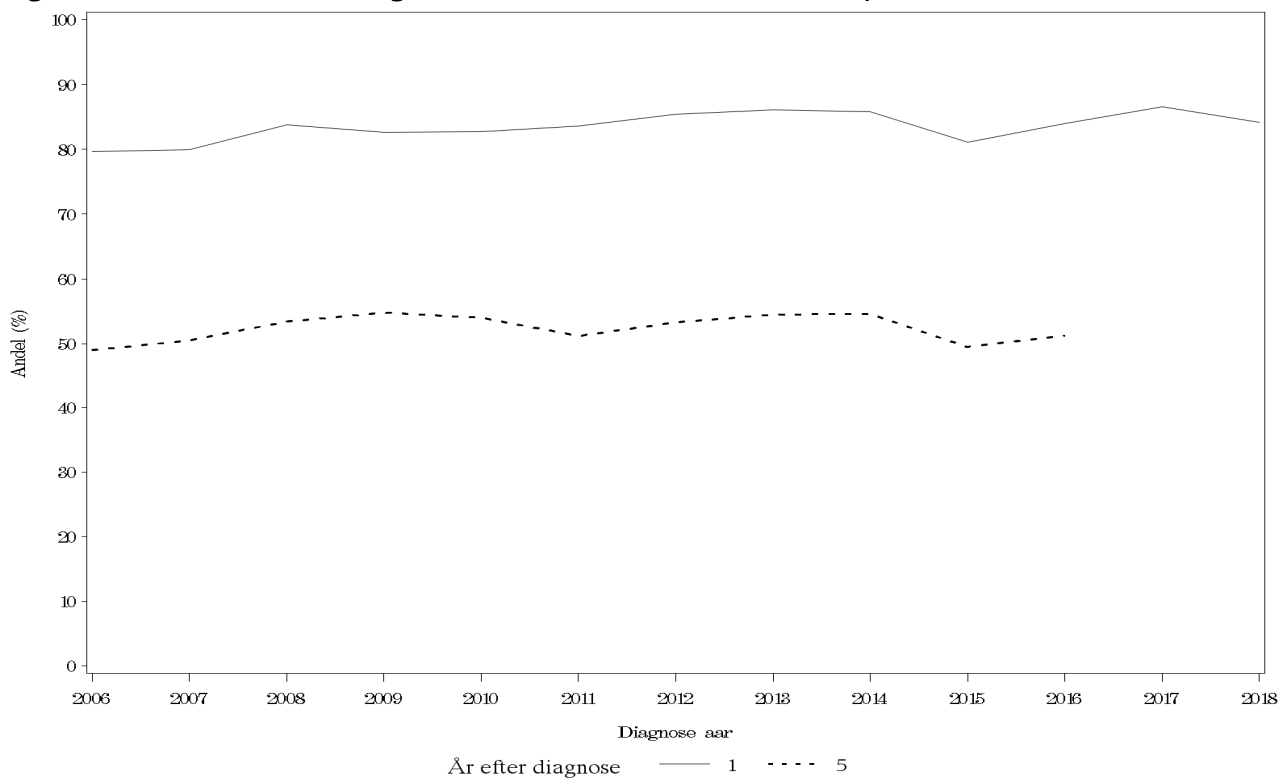
Overlevelse fordelt på Cancertyper	Cervixcancer samlet			Ovariecancer samlet			Corpuscancer samlet			Vulvacancer samlet		
	Overlevelse	Nedre CL	Øvre CL	Overlevelse	Nedre CL	Øvre CL	Overlevelse	Nedre CL	Øvre CL	Overlevelse	Nedre CL	Øvre CL
I live efter 1 år (diagnosticeret 2018)	90,2	89,3	91,0	83,5	82,8	84,2	93,3	92,8	93,7	84,6	82,1	86,7
I live efter 5 år (diagnosticeret 2016)	74,7	73,5	75,9	52,4	51,4	53,4	77,7	76,9	78,4	59,9	56,4	63,2

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

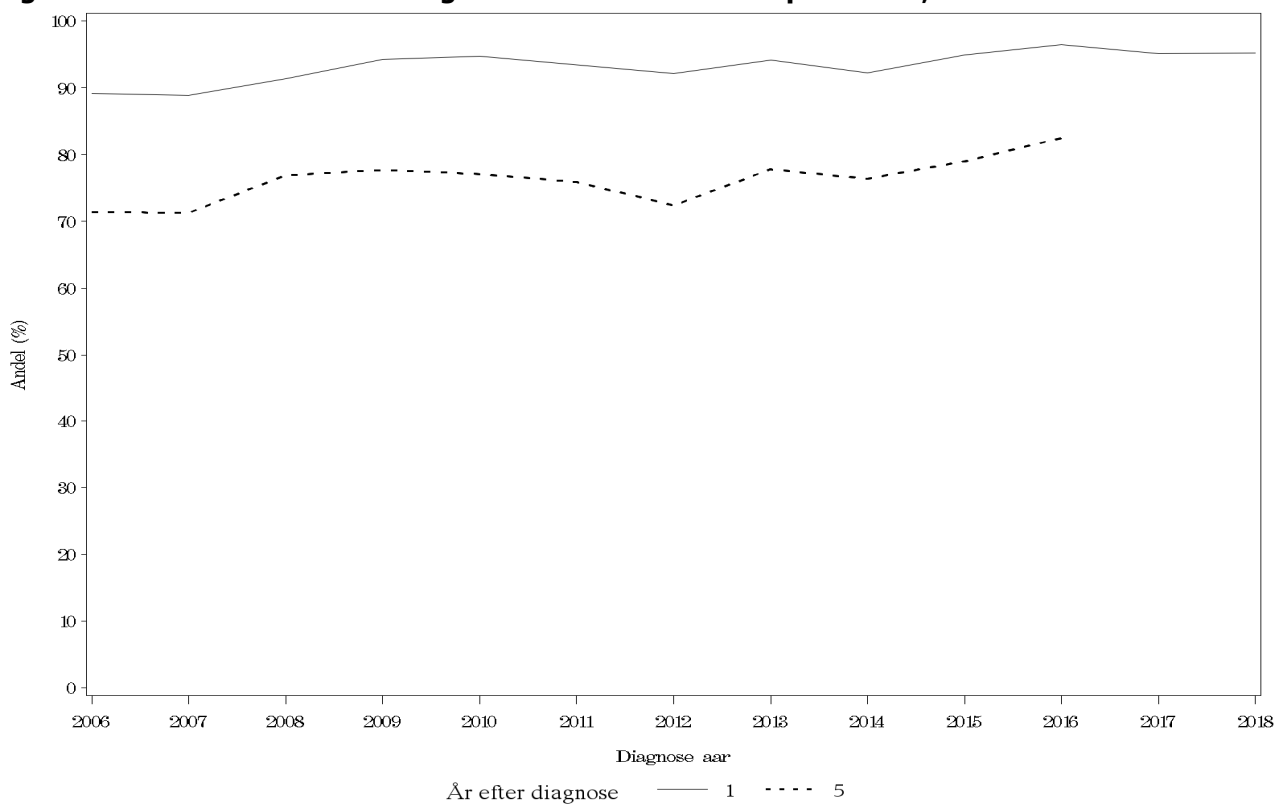
Figur A4.1.1a Trends for 1- og 5 års overlevelse for cervixcancer, 1.1.2005-31.12.2018



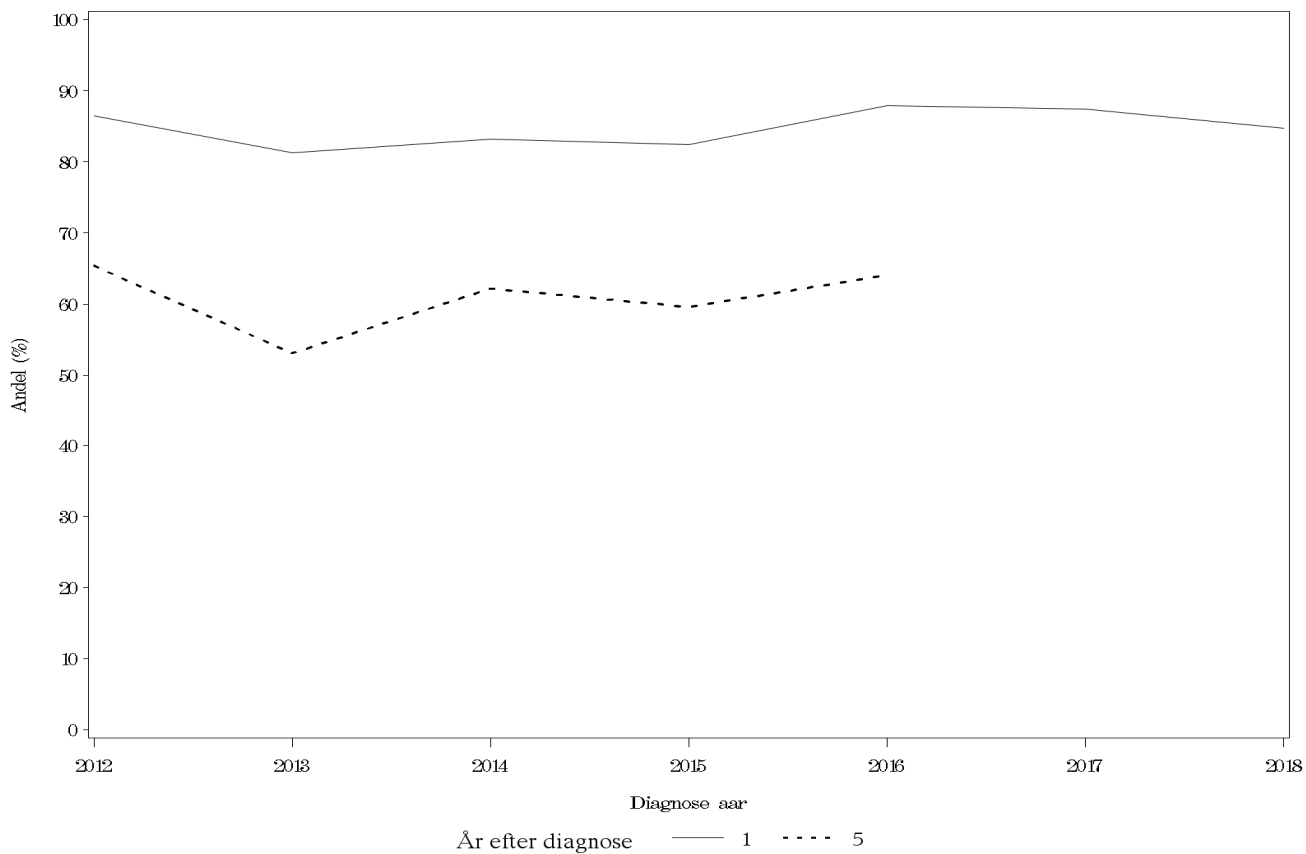
Figur A4.1.1b Trends for 1- og 5 års overlevelse for ovariecancer, 1.1.2005-31.12.2018



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, 1.1.2011-31.12.2018

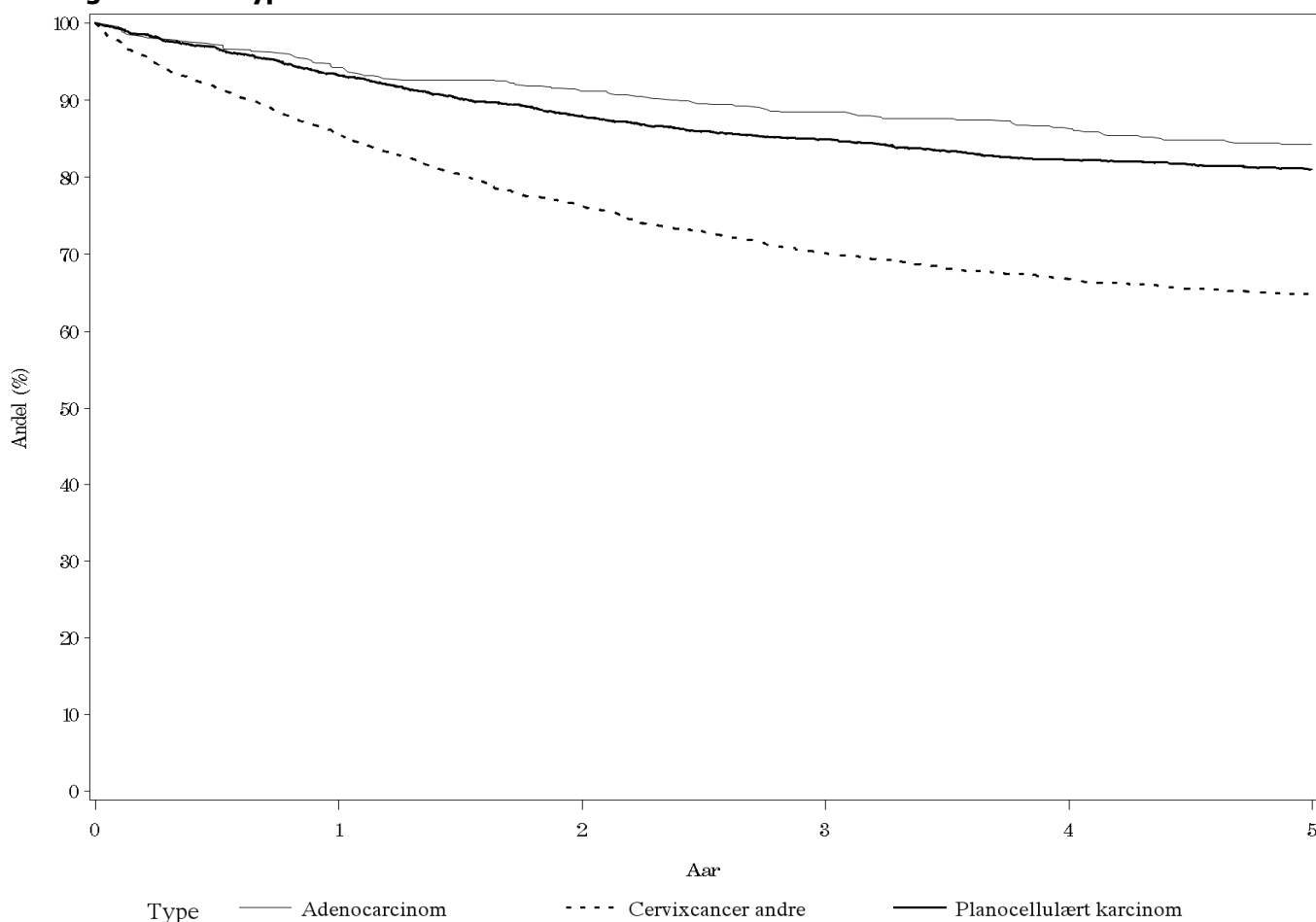


Cervixcancer, overlevelse

Tabel A4.2.1 Overlevelse for alle stadier af cervixcancer 1.7.2016-30.6.2020 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	99.1	99.7	99.7	98.9	99.9	98.0	97.3	98.5
I live efter 180 dage	96.8	96.0	97.5	97.3	95.8	98.3	91.6	90.4	92.7
I live efter 1 år	93.3	92.2	94.2	94.3	92.3	95.8	85.6	84.1	87.0
I live efter 2 år	88.0	86.6	89.3	91.1	88.8	93.0	76.3	74.5	78.1
I live efter 3 år	84.9	83.4	86.4	88.5	85.8	90.7	70.1	68.1	72.0
I live efter 4 år	82.3	80.6	83.8	86.4	83.6	88.8	66.8	64.7	68.8
I live efter 5 år	81.0	79.3	82.6	84.3	81.2	86.9	64.8	62.7	66.9

Figur A4.2.1 Overlevelse for alle stadier af cervixcancer 1.7.2016-30.6.2020 stratificeret på histologiske hovedtyper

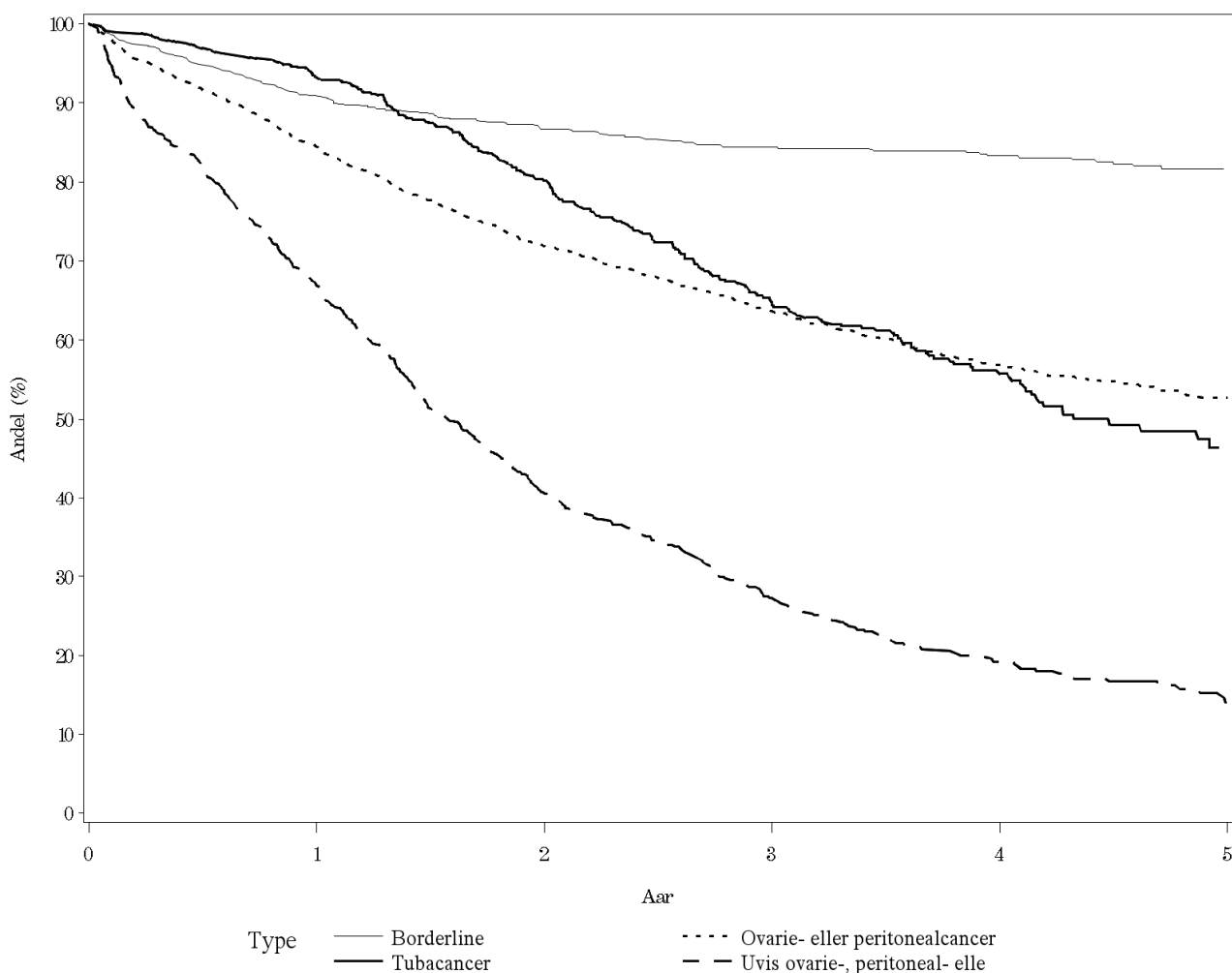


Ovariecancer, overlevelse

Tabel A4.3.1 Overlevelse 1.7.2016-30.6.2020 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	98.4	97.7	98.9	98.8	97.9	99.4	99.1	98.1	99.6	95.8	94.1	97.0
I live efter 180 dage	91.7	90.2	92.9	94.9	93.3	96.1	96.9	95.5	97.9	81.9	79.0	84.4
I live efter 1 år	84.5	82.6	86.1	91.0	89.0	92.6	93.3	91.3	94.9	66.9	63.4	70.1
I live efter 2 år	71.9	69.6	74.1	86.7	84.3	88.7	80.2	77.0	83.0	40.8	37.1	44.4
I live efter 3 år	63.7	61.2	66.1	84.4	81.8	86.7	64.9	60.8	68.7	27.2	23.7	30.8
I live efter 4 år	56.9	54.2	59.5	83.3	80.6	85.7	56.2	51.5	60.6	19.2	15.9	22.7
I live efter 5 år	52.7	49.9	55.5	81.7	78.7	84.3	46.4	40.4	52.2	13.9	10.6	17.7

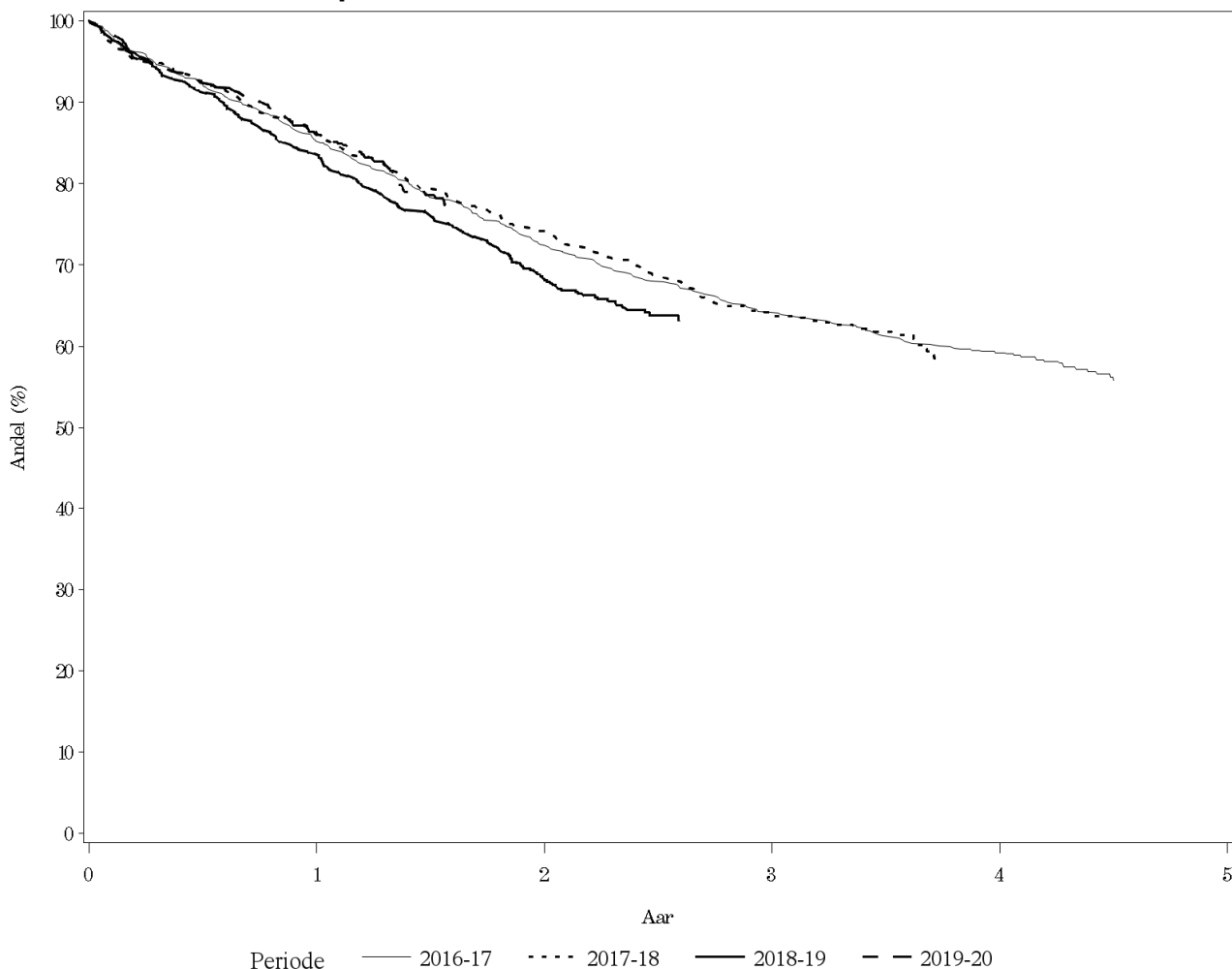
Figur A4.3.1 Overlevelse 1.7.2016-30.6.2020 for ovarie/peritoneal- og tubacancer samt borderlinetumorer



Tabel A4.3.2 Overlevelse 1.7.2016-30.6.2020 for ovarie-, tuba- og peritonealcancer samt borderlinetumorer fordelt på kontaktår

Overlevelse for Ovariecancer fordelt på kontaktår	2016 - 2017			2017 - 2018			2018 - 2019			2019-2020		
	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	98.9	97.8	99.5	97.6	96.2	98.6	98.2	96.9	99	99.1	98	99.6
I live efter 180 dage	92.2	90	93.9	92.4	90.1	94.1	91.3	88.9	93.2	92.5	90.2	94.2
I live efter 1 år	85.3	82.5	87.6	86.2	83.3	88.6	83.7	80.7	86.3	86	83.1	88.4
I live efter 2 år	72.4	69	75.5	74.3	70.8	77.4	68.3	64.6	71.7			
I live efter 3 år	64.2	60.6	67.5	64.1	60.3	67.5						
I live efter 4 år	59.2	55.6	62.7									
I live efter 5 år												

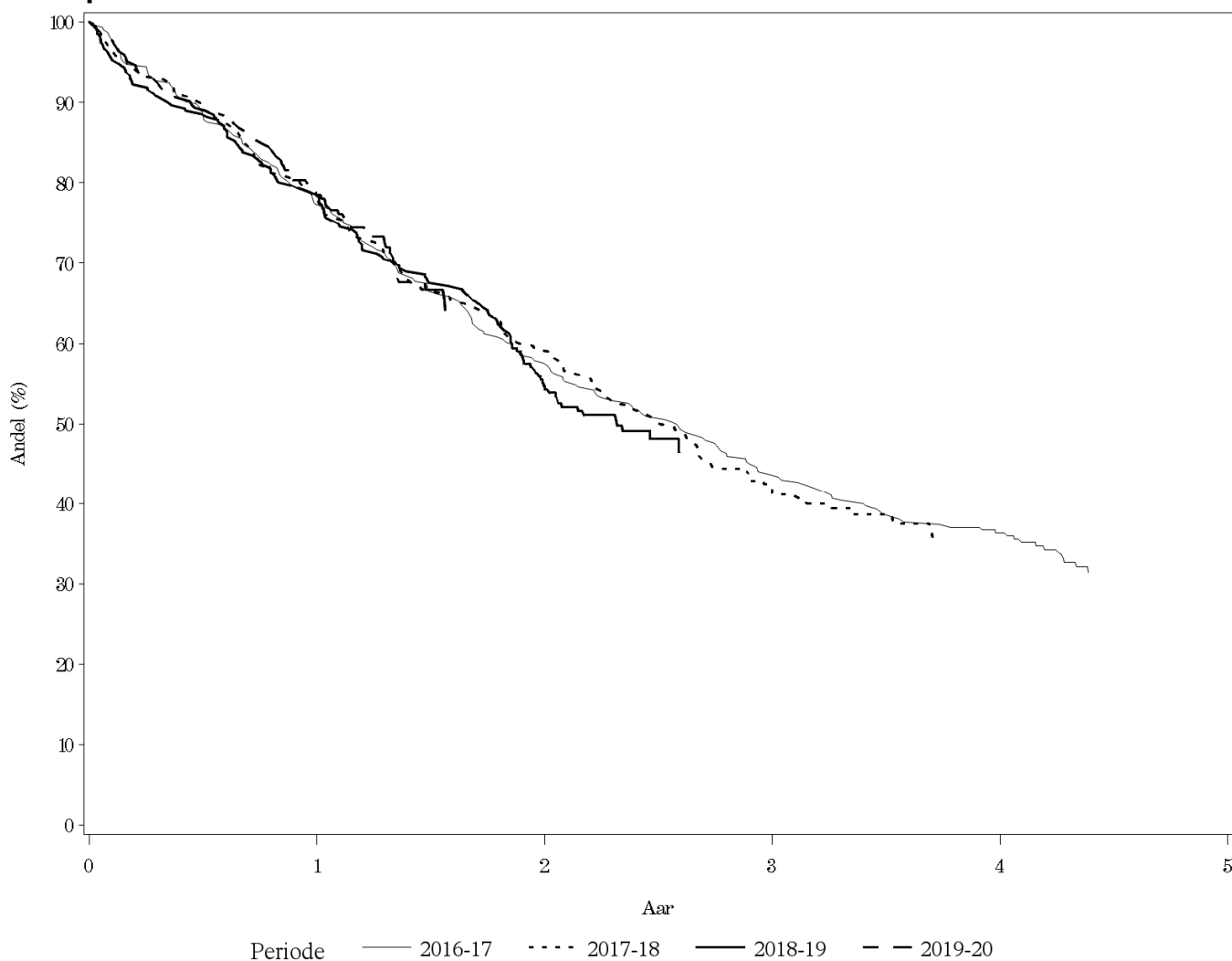
Figur A4.3.2 Overlevelse 1.7.2016-30.6.2020 for ovarie-, tuba- og peritonealcancer samt borderlinetumorer fordelt på kontaktår



Tabel A4.3.3 Overlevelse 1.7.2016-30.6.2020 for ovarie-, tuba- og peritonealcancer st. IIIC-IV fordelt på kontaktår

Overlevelse for Ovariecancer st. IIIC-IV fordelt på kontaktår	2016 - 2017			2017 - 2018			2018 - 2019			2019-2020		
	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	99.0	97.0	99.7	97.0	94.1	98.5	96.3	93.3	98.0	98.4	95.7	99.4
I live efter 180 dage	88.5	84.3	91.6	89.2	84.8	92.4	88.6	84.1	91.8	89.3	84.7	92.6
I live efter 1 år	77.3	72.2	81.6	78.0	72.5	82.5	78.6	73.2	83.0	78.5	72.7	83.2
I live efter 2 år	57.5	51.8	62.9	59.3	53.2	64.9	54.7	48.6	60.4			
I live efter 3 år	43.6	38.0	49.1	42.0	36.0	47.9						
I live efter 4 år	36.3	30.9	41.7									
I live efter 5 år												

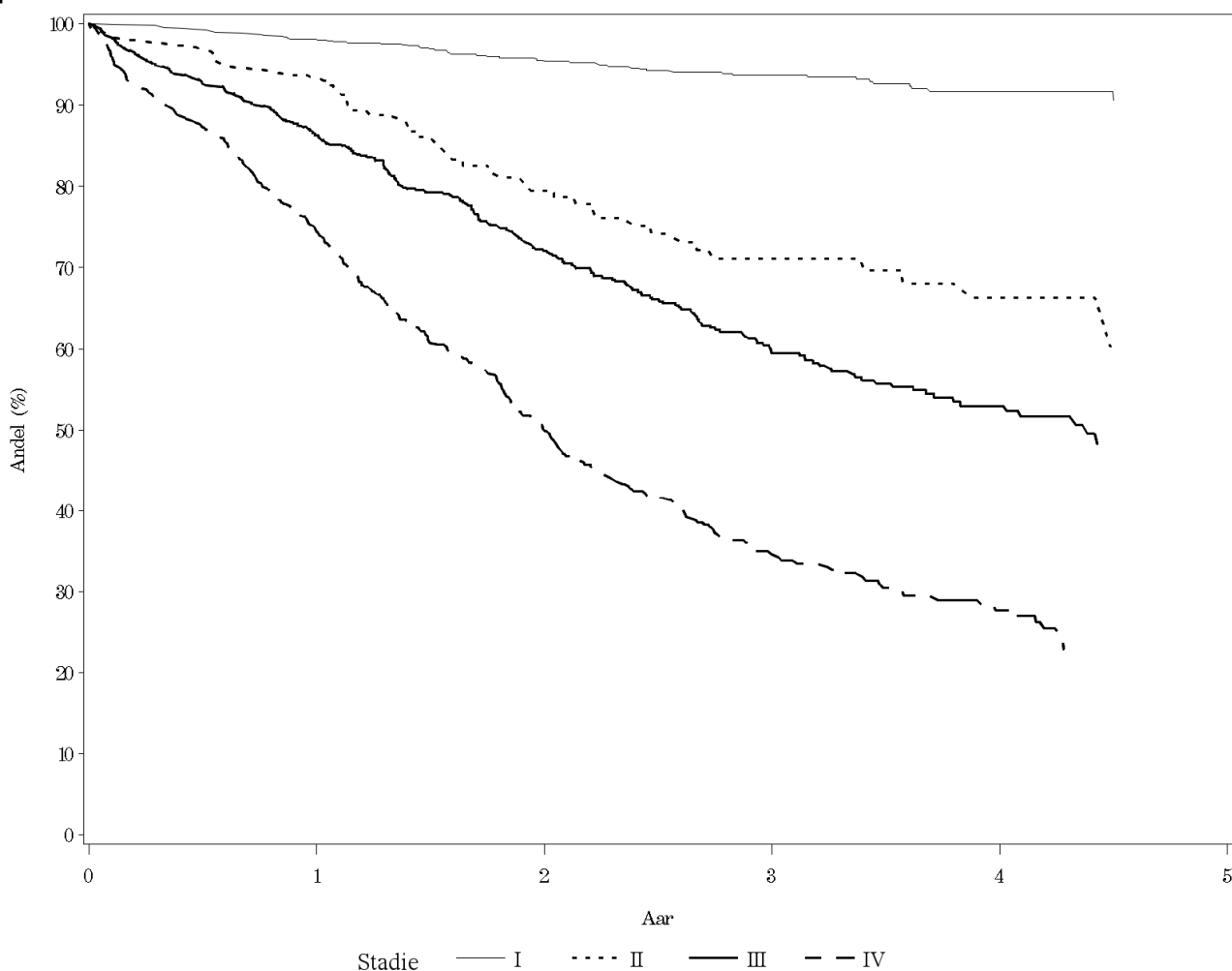
Figur A4.3.3 Overlevelse 1.7.2016-30.6.2020 for ovarie-, tuba- og peritonealcancer st. IIIC-IV fordelt på kontaktår



Tabel A4.3.4 Overlevelse 1.7.2016-30.6.2020 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	100	100	100	98.8	95.5	99.7	98.6	97.4	99.2	97.2	95.5	98.3
I live efter 180 dage	99.3	98.5	99.7	97.1	93.2	98.8	92.7	90.6	94.4	87.4	84.4	89.9
I live efter 1 år	98.1	97.0	98.8	93.6	88.8	96.4	86.3	83.5	88.6	74.5	70.7	77.8
I live efter 2 år	95.5	93.9	96.7	79.5	72.2	85.1	72.1	68.4	75.4	50.1	45.6	54.4
I live efter 3 år	93.7	91.6	95.2	71.1	62.5	78.0	60.1	55.8	64.2	34.6	30.0	39.3
I live efter 4 år	91.7	89.1	93.7	66.3	56.5	74.4	53.0	48.1	57.7	27.7	22.9	32.7
I live efter 5 år												

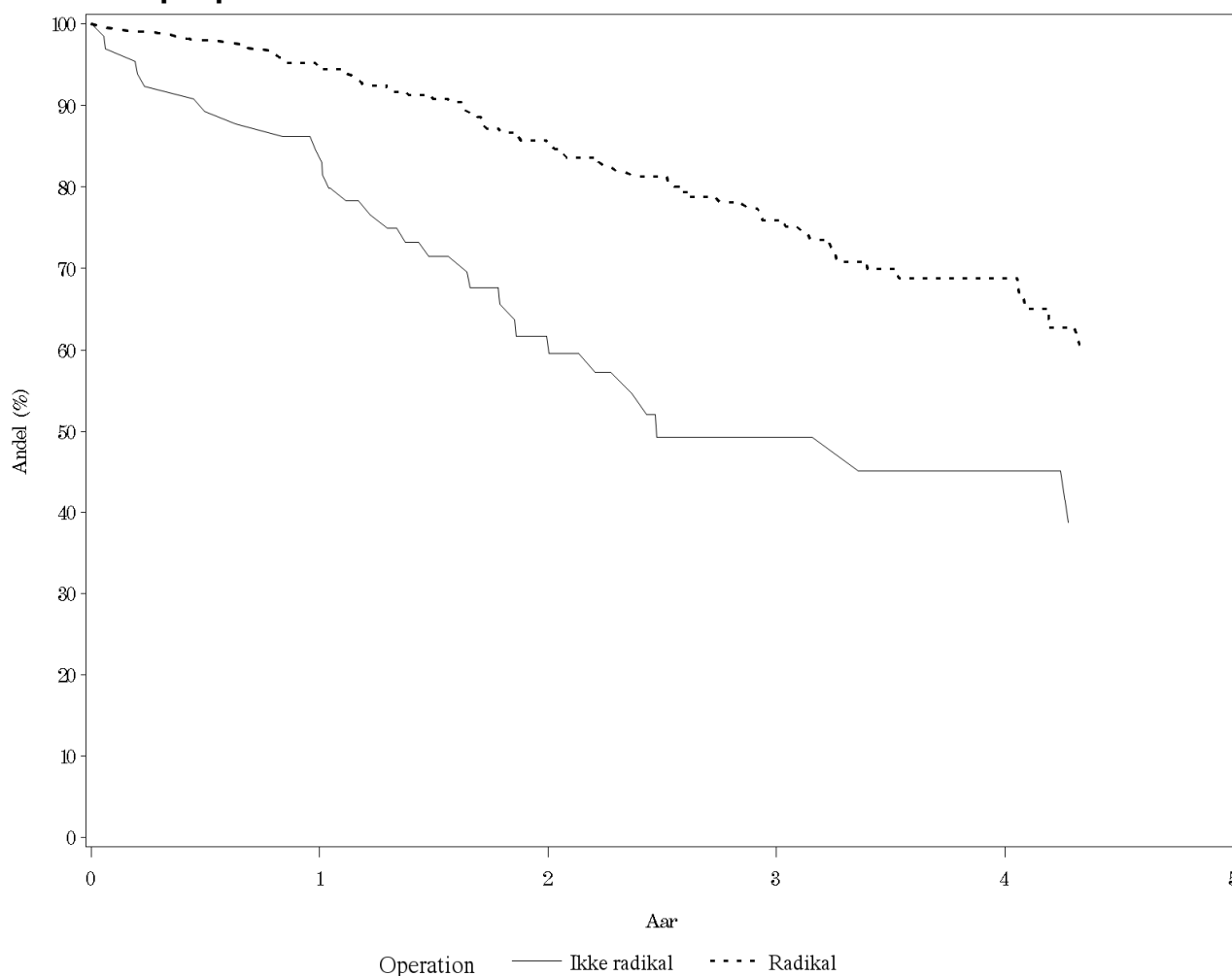
Figur A4.3.4 Overlevelse 1.7.2015-30.6.2019 for ovarie-, tuba- og peritonealcancer stratificeret på stadie



Tabel A4.3.5 Overlevelse 1.7.2016-30.6.2020 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	99.6	97.4	99.9	96.9	88.3	99.2
I live efter 180 dage	98.1	95.6	99.2	89.2	78.7	94.7
I live efter 1 år	94.4	90.9	96.6	84.6	73.2	91.4
I live efter 2 år	85.2	80.0	89.1	61.7	47.9	72.8
I live efter 3 år	75.9	69.3	81.3	49.3	34.8	62.3
I live efter 4 år	68.8	61.0	75.4	45.2	30.0	59.3
I live efter 5 år						

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



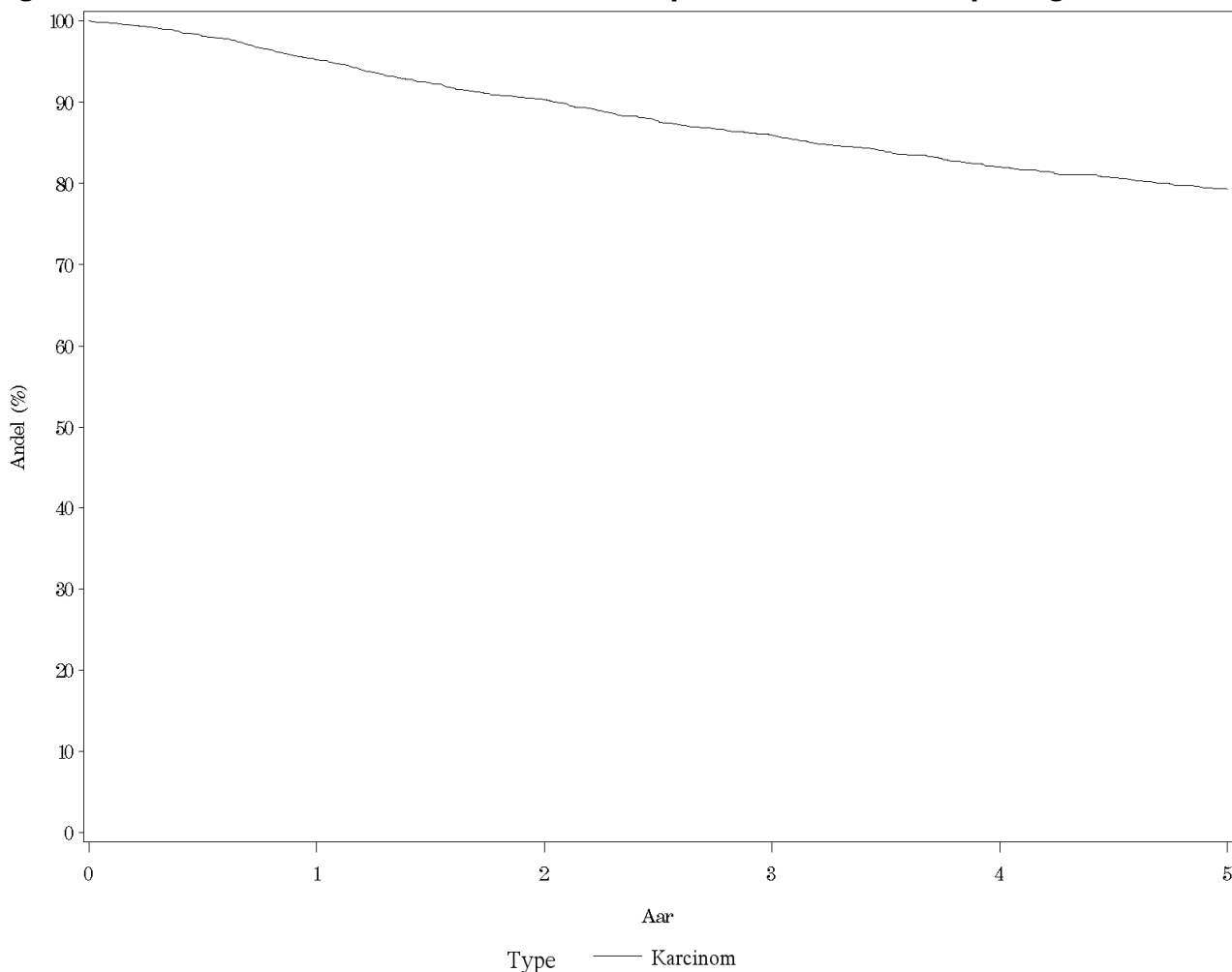
Corpuscancer, overlevelse

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

Tabel A4.4.1 Overlevelse 1.1.2005-30.6.2020 for corpuscancer (karcinomer)

Overlevelse for Corpuscancer		Overlevelse	Nedre CL	Øvre CL
Corpuscancer	I live efter 30 dage	99.8	99.6	99.9
	I live efter 180 dage	98.1	97.7	98.5
	I live efter 1 år	95.2	94.5	95.9
	I live efter 2 år	90.3	89.3	91.2
	I live efter 3 år	86.0	84.8	87.1
	I live efter 4 år	82.0	80.6	83.3
	I live efter 5 år	79.3	77.7	80.8

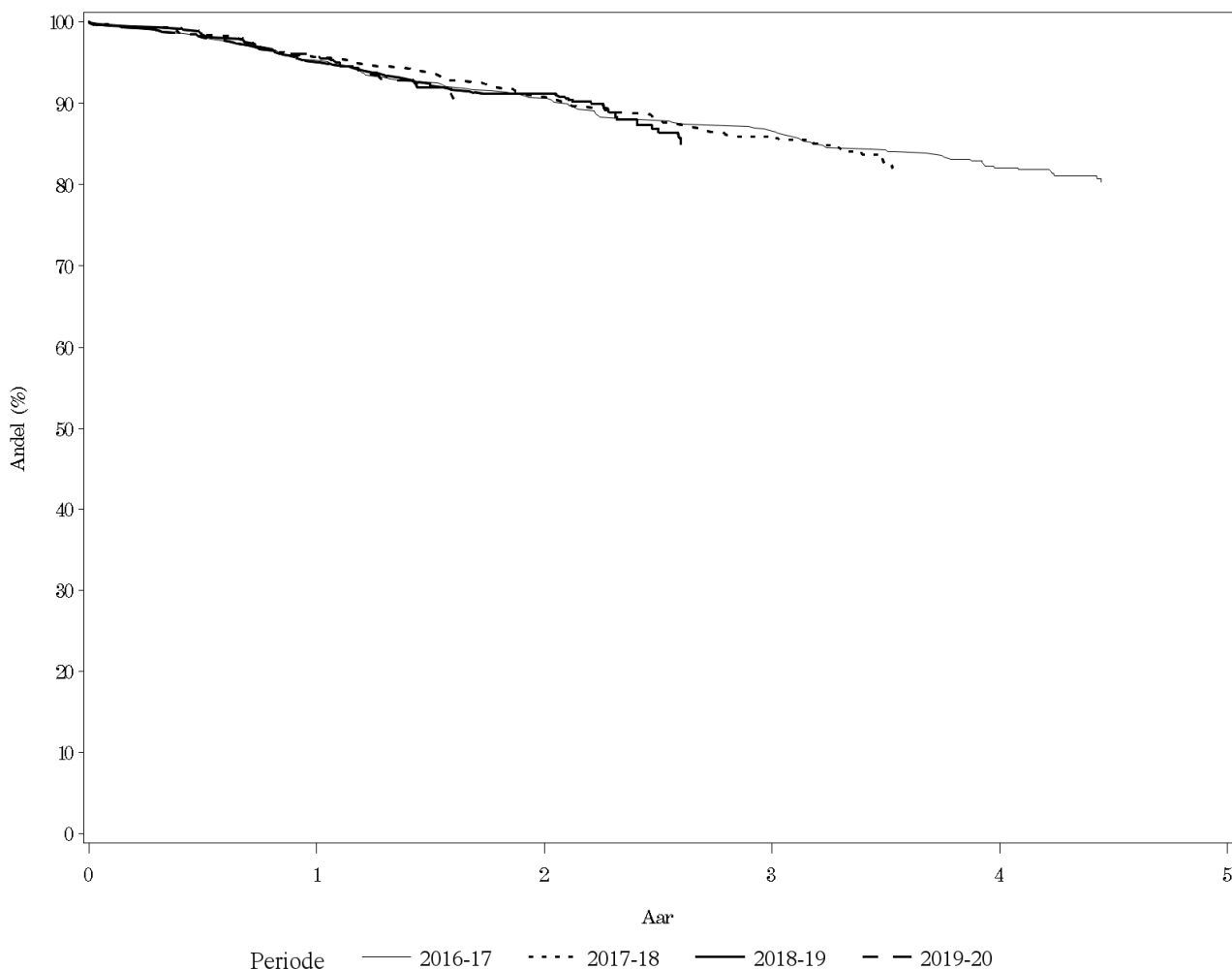
Figur A4.4.1 Overlevelse 1.1.2005-30.6.2020 for corpuscancer stratificeret på diagnose



Tabel A4.4.2 Overlevelse 1.1.201-30.6.2020 for corpuscancer (karcinomer) fordelt på kontaktår

Overlevelse for Corpuscancer fordelt på kontaktår	2016 - 2017			2017 - 2018			2018 - 2019			2019-2020		
	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	98.9	100	99.8	98.9	100	99.7	98.8	99.9	99.7	98.7	99.9
I live efter 180 dage	98.2	96.8	99.0	98.4	97.1	99.1	98.5	97.1	99.2	98.1	96.7	99.0
I live efter 1 år	95.3	93.3	96.7	95.7	93.8	97.0	95.2	93.3	96.6	95.7	93.7	97.1
I live efter 2 år	90.7	88.2	92.8	90.8	88.3	92.8	91.2	88.7	93.1	.	.	.
I live efter 3 år	86.7	83.7	89.1	85.7	82.7	88.2	.	.	.	.	.	.
I live efter 4 år	82.1	78.8	84.9	.	.	.	.	.	.	.	.	.
I live efter 5 år	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.

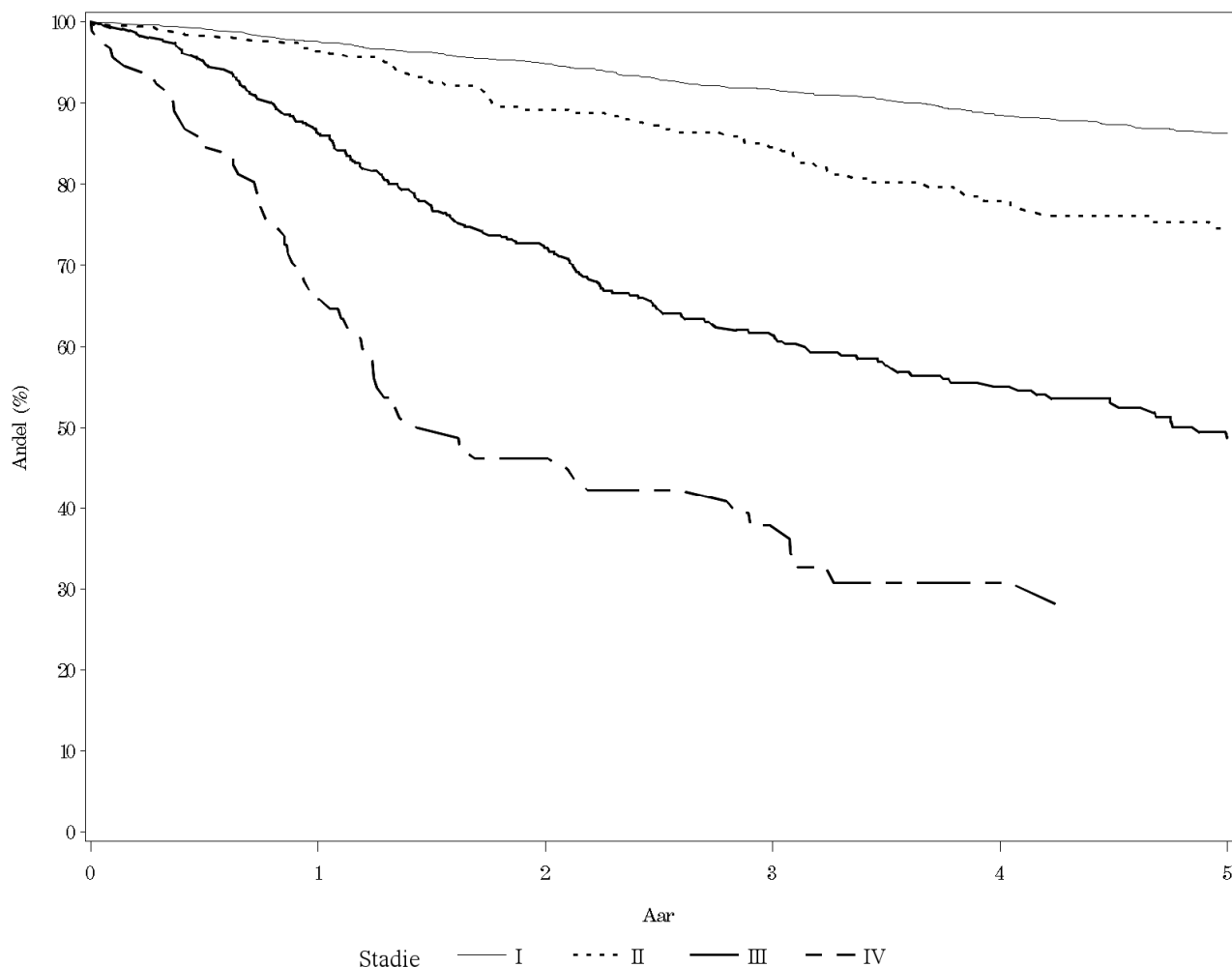
Figur A4.4.2 Overlevelse 1.1.2016-30.6.2020 for corpuscancer (karcinomer) fordelt på kontaktår



Tabel A4.4.3 Overlevelse 1.7.2016-30.6.2020 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	99.7	100	99.7	97.7	100	99.6	98.3	99.9	97.8	91.5	99.4
I live efter 180 dage	99.1	98.7	99.4	98.4	96.1	99.3	95.1	92.7	96.7	84.6	75.4	90.6
I live efter 1 år	97.6	97.0	98.1	96.4	93.6	98.0	86.4	83.0	89.2	65.8	55.0	74.5
I live efter 2 år	94.9	94.0	95.6	89.2	85.0	92.3	72.2	67.7	76.1	46.2	35.4	56.3
I live efter 3 år	91.7	90.5	92.7	84.6	79.6	88.4	61.7	56.7	66.3	37.8	27.3	48.3
I live efter 4 år	88.5	87.1	89.8	77.9	72.0	82.7	55.1	49.7	60.2	30.8	20.6	41.5
I live efter 5 år	86.3	84.7	87.7	74.6	68.2	79.9	48.7	42.8	54.4	28.2	17.9	39.3

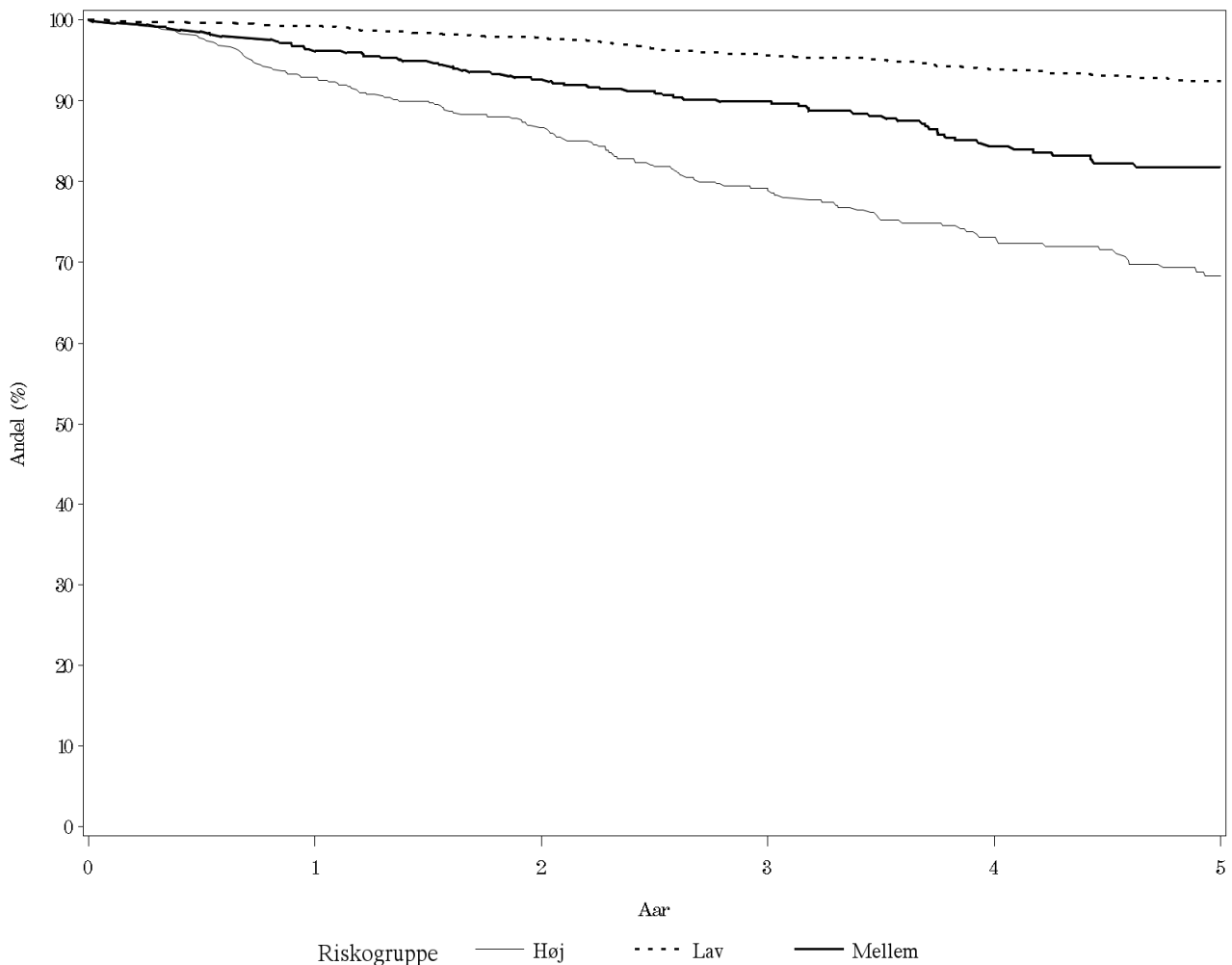
Figur A4.4.3 Overlevelse 1.7.2016-30.6.2020 for corpuscancer (karcinomer) stratificeret på stadie



Tabel A4.4.4 Overlevelse 1.7.2016-30.6.2020 for corpuscancer (karcinomer), st. I stratificeret på risikogruppe

Overlevelse for Corpuscancer st. I fordelt på risikogrupper	Lavrisiko			Mellemrisiko			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	98.6	100	99.8	98.7	100
I live efter 180 dage	99.6	99.2	99.8	98.6	97.1	99.3	97.8	96.1	98.7
I live efter 1 år	99.2	98.7	99.5	96.4	94.3	97.7	92.9	90.4	94.8
I live efter 2 år	97.8	96.9	98.3	92.6	89.9	94.7	86.7	83.4	89.4
I live efter 3 år	95.6	94.5	96.5	89.9	86.7	92.3	79.2	75.1	82.6
I live efter 4 år	93.9	92.5	95.0	84.4	80.3	87.7	73.1	68.5	77.2
I live efter 5 år	92.4	90.8	93.8	81.8	77.3	85.5	68.3	63.1	72.9

Figur A4.4.4 Overlevelse 1.7.2016-30.6.2020 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, indtastningsflade indberetning af data.

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 selvhjulpen, 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

Region Midtjylland:

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

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 ≥ 5 timer dag 2 efter operationen, eller udskrevet før eller på dag 2 opfylder indikatoren.

Standard: > 60%

Aarhus opfylder indikatoren med 89% (missing 12%), hvilket er klart over den fastsatte standard og det er vi stolte af!

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.

I Aarhus er målopfyldelsen faldet til kun 20% for denne indikator. Mulige forklaringer kan søges i andelen af patienter der undergår ekstensive indgreb samt igangværende implementering af nyt smertebehandlingsregime i kombination med generationsskifte i sygeplejegruppen. Der er således brug for at arbejde aktivt med disse områder for at sikre en forbedret indsats.

En stadig udfordring udgøres af registreringsproblemer, lokalt såvel som nationalt, som bør afklares inden data fryses til næste årsrapport. Styregruppen i DGCD har derfor besluttet at der skal udarbejdes dækningsgradsopgørelse for sygeplejen for at kunne monitorere området.

Cervixcancer

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

Standard: ≥ 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 01.07.2014-30.06.2015 som aktuelle år. Indikatoren er opgjort på gynækologiske afdelinger.

Indikatoren afspejler overlevelse for patienter opereret tilbage i 2014-2015. Midtjylland falder udenfor standarden med overlevelse på 83,9%. Udfordringen med denne opgørelse er, at det drejer sig om meget små antal patienter i hver region, således får få udfald stor betydning for overlevelsen samtidig med at det drejer sig om ikke-justeret overlevelse. Den nationale cervixcancer gruppe har rejst disse betragtninger overfor RKKP og udtrykt, at der ønskes justeret overlevelse nationalt og ikke fordelt på regioner, men dette er ikke en mulighed. Samtidig læner vi os op ad at en nylig publiceret opgørelse på baggrund af data fra DGCD viser at der nationalt er god 5 årsoverlevelse for st. I cervixcancer patienter med sygdomsfri overlevelse på 91%. (Jensen PT, Schnack TH, Frøding LP, Bjørn SF, Lajer H, Markauskas A, Jochumsen KM, Fuglsang K, Dinesen J, Søgaard CH, Søgaard-Andersen E, Jensen MM, Knudsen A, Øster LH, Høgdall C. Survival after a nationwide adoption of robotic minimally invasive surgery for early-stage cervical cancer - A population-based study. Eur J Cancer. 2020 Mar;128:47-56. doi: 10.1016/j.ejca.2019.12.020. Epub 2020 Mar 5. PMID: 32109850.) Der er ikke yderligere kommentarer til rapporten i forhold til Indikator 6B, 7A, 7B og 8, da Midtjylland opfylder standarden.

Ovariecancer



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.

Vi undrer os over udfaldet med 32,9% ikke opererede i Midtjylland. Det stemmer ikke overens med en nylig gennemgang af egne tal efter udtræk fra BI portalen, hvor kun omkring 10% ikke blev opereret.

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

Standard: ≥ 80 %

Ovariecancerpatienter med stadie I-III (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.

Gennem længere tid har lymfadenektomi ikke været indiceret til st IIIA, men kun st. I-II, formentlig er dette forklaringen på, at ingen opfylder en standard over 80% på nationalt plan.

Der er ikke yderligere kommentarer til rapporten i forhold til Indikator 10 A, B, D og E, 13, 14 og 15, da Midtjylland opfylder standarden.

Corpuscancer

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

Standard: ≥ 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.

Hvis ikke-systematisk er det samme som sentinel lymfeknude procedure kan det ikke passe at kun 69,2% får fjernet pelvine lymfeknuder i Midtjylland. Langt størstedelen af denne gruppe patienter får fjernet pelvine lymfeknuder, så muligvis drejer det sig om fejlregistrering.

Der er ikke yderligere kommentarer til rapporten i forhold til Indikator 21, 22, 23A og 23B, da Midtjylland opfylder standarden.

Vulvacancer

Indikator 45: Vulvacancer st. IB, 5 års sygdomsspecifik overlevelse (dødsårsag C51.8-9).

Standard: > 90 %



Kaplan-Meier estimatet for andelen af vulvacancer patienter stadie I, der ikke er døde af deres vulvacancer (tilgrundliggende dødsårsag ICD-10 C51.8-9) 5 år efter anamnesedato. Indikatoren er opgjort på gynækologiske afdelinger.

Midtjylland falder udenfor standarden med 5 års overlevelse på 85%. Udfordringen med denne opgørelse er, at det drejer sig om meget små antal patienter i hver region, således får få udfald stor betydning for overlevelsen.

Der er ikke specifikke kommentarer til rapporten i forhold til Indikator 43 og 44, da Midtjylland opfylder standarden.

Trophoblastsygdom

Der er ikke specifikke kommentarer til rapporten i forhold til Indikator 51

