

# Dansk Gynækologisk Cancer Database



**Landsdækkende klinisk database for  
gynækologisk kræft**

**National Årsrapport 2020/2021**

*1. juli 2020 – 30. juni 2021*



## 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

<b>Rapporten udgår fra</b> .....	<b>3</b>
<b>Indhold</b> .....	<b>4</b>
<b>1. Konklusioner og anbefalinger</b> .....	<b>6</b>
<b>2. Indikatorresultater</b> .....	<b>7</b>
<b>Indikatorområde: Cervixcancer</b> .....	<b>8</b>
Indikator 6A: Cervixcancer, andel patienter i live 5 år efter anamnesedato, FIGO2018 st. IA.....	9
Indikator 6B: Cervixcancer, andel patienter i live 5 år efter anamnesedato, FIGO2018 st. IB–IIA1 .....	11
Indikator 6C: Cervixcancer, andel patienter i live 5 år efter anamnesedato, FIGO2018 st. IIA2–III.....	13
Indikator 7A: Cervixcancer, andel patienter med frie resektionsrande, hysterektomi eller trachlectomi..	15
Indikator 7B: Cervixcancer, andel patienter med parametriedvækst, hysterektomi eller trachlectomi ..	16
Indikator 8: Cervixcancer, andel patienter der behandles med kurativt kemo-strålebehandling, som har en behandlingsvarighed på 50 dage eller mindre.....	17
<b>Indikatorområde: Ovariecancer</b> .....	<b>19</b>
Indikator 10A: Ovarie-, tuba- og peritonealcancer, makroradikal operation, st. IIIC-IV, primært opererede.....	20
Indikator 10B: Ovarie-, tuba- og peritonealcancer, makroradikal operation, st. IIIC-IV, opereret efter neoadjuverende kemoterapi .....	22
Indikator 10C: Ovarie-, tuba- og peritonealcancer, ikke opererede, st. IIIC-IV.....	24
Indikator 10D: Ovarie-, tuba- og peritonealcancer, makroskopisk radikalt opererede, st. IIIC-IV.....	26
Indikator 10E: Ovarie-, tuba- og peritonealcancer, opererede, st. IIIC-IV.....	28
Indikator 11A: Ovarie-, tuba- og peritonealcancer, lymfadenektomi, st. I-III.....	30
Indikator 13: Ovarie-, tuba- og peritonealcancer, andel opererede patienter i live 5 år efter Diagnosesedato, stadie I.....	32
Indikator 14: Ovarie-, tuba- og peritonealcancer, andel opererede patienter i live 2 år efter diagnosedato, stadie IIIC-IV.....	34
Indikator 15: Ovarie-, tuba- og peritonealcancer, andel opererede patienter i live 5 år efter diagnosedato, stadie IIIC-IV.....	36
<b>Indikatorområde: Sygepleje</b> .....	<b>38</b>
Indikator 30: Sygepleje ovariecancer - mobilisering i $\geq 5$ timer postoperativ dag 2 .....	38
Indikator 31: Sygepleje ovariecancer - afføring $\leq 3$ dage efter operation .....	40
<b>Indikatorområde: Corpuscancer</b> .....	<b>42</b>
Indikator 20B: Corpuscancer (karcinomer), fjernelse af pelvine lymfeknuder for mellem-og højrisikopatienter st. I, eller st. II-III.....	42
Indikator 21: Corpuscancer, laparoskopisk eller robot assisteret operation for stadie I, lav- og mellemrisiko patienter.....	44
Indikator 22: Andelen af patienter med stadium I højrisiko, stadium II-IV endometriecancer der kommer på MDT konference .....	46
Indikator 23A: Endometriecancer patienter, andel i live 5 år efter anamnesedato.....	48
Indikator 23B: Endometriecancer patienter, stadie I, andel i live 5 år efter anamnesedato.....	50
<b>Indikatorområde: Vulvacancer</b> .....	<b>52</b>
Indikator 43: Vulvacancer, andelen der får foretaget Sentinel Node procedure for vulvacancer stadium IB tumor $\leq 4$ cm og uden tegn på spredning.....	52
Indikator 44: Vulvacancer st. IB, 3 års sygdomsspecifik overlevelse (dødsårsag C51.8-9).....	53
Indikator 45: Vulvacancer st. IB, 5 års sygdomsspecifik overlevelse (dødsårsag C51.8-9).....	55
<b>Indikatorområde: Trofoblastsygdom</b> .....	<b>57</b>
Indikator 51: Trofoblastsygdom (kun mola), andel patienter med klinisk mistanke om – og efterfølgende verificeret – mola, der har fået foretaget genetisk analyse.....	57
<b>3. Beskrivelse af sygdomsområdet</b> .....	<b>59</b>
<b>4. Oversigt over indikatorer</b> .....	<b>60</b>
<b>5. Datagrundlag</b> .....	<b>62</b>
Datakvalitet og statistiske analyser .....	62
Dækningsgrad og datakomplethed .....	63



Komplethedegrad for de enkelte indikatorer.....	63
<b>6. Styregruppens sammensætning .....</b>	<b>64</b>
<b>Appendiks 1: Datagrundlag.....</b>	<b>65</b>
Dækningsgrad.....	65
Dækningsgrad eksklusiv Mola i forhold til antal patienter indberettet til LPR med relevant diagnose og på en gynækologisk afdeling. ....	66
Dækningsgrad, Mola i forhold til antal patienter indberettet til LPR med relevant diagnose og på en gynækologisk afdeling.....	66
Supplerende indikator 150:Dækningsgrad for sygeplejen i forhold til antal opererede ovarie- og corpuscancerpatienter oprettet i DGCD på en gynækologisk afdeling.....	67
<b>Appendiks 2: Beskrivelse af sygdomsområder og behandling.....</b>	<b>69</b>
Cervixcancer .....	69
Ovarie-, peritoneal- og tubacancer samt borderlinetumorer .....	69
Endometriecancer og atypisk hyperplasi i endometriet .....	70
Vulvacancer og vaginalcancer .....	71
Trofoblastsygdomme .....	71
<b>Appendiks 3: Supplerende deskriptive resultater.....</b>	<b>73</b>
Baggrundsoplysninger og risikomarkører .....	73
Cervixcancer .....	75
Ovariecancer.....	77
Corpuscancer .....	80
Vulvacancer .....	82
Trofoblastsygdom.....	82
<b>Appendiks 4: Overlevelse.....</b>	<b>83</b>
Samlet overlevelse.....	83
Cervixcancer, overlevelse .....	86
Ovariecancer, overlevelse .....	90
Corpuscancer, overlevelse .....	92
<b>Appendiks 6: Ordliste.....</b>	<b>94</b>
<b>Appendiks 7: Vejledning i fortolkning af resultater.....</b>	<b>96</b>
<b>Appendiks 8: Kommenteringssvar .....</b>	<b>97</b>



## 1. Konklusioner og anbefalinger

Hermed "allerede" årsrapport for periode 1. juli 2020 til 31. juli 2021. Angivelsen "allerede" skyldes, at det ikke er mere en ca. 3 måneder siden, at den forrige årsrapport 2019-2020 blev offentliggjort. Årsagen til forsinkelsen af den foregående årsrapport skyldes forskellige problemer med overførsel af LPR data til DGCD. Hovedparten af disse LPR problemer er nu løst, medførende mulighed for at indhente forsinkelsen i årsrapport udgivelser. De resterende LPR/SP baserede problemer er ligeledes afdækket i forbindelse med årsrapport arbejdet og vil planlagt være løst til de kommende årsrapporter. Det drejer sig primært om overførsel af sygeplejedata til mangellister, således at den lave sygepleje dækningsgrad vil være hævet fremover, samt overførsel af MDT koder fra SP. MDT problemet er dog fortsat uløseligt via Region Hovedstadens Center for IT (CIMT), hvilket kræver ekstra tidskrævende manuelle kodninger af de tilknyttede sekretærer på de SP rapporterende afdelinger. Indtil nu har CIMT udmeldt de ikke kan løse problemet, således sekretærernes manuelle kodninger fortsat er nødvendige. MDT vil sandsynligvis blive en tværfaglig indikator i fremtiden. Vores identificerede SP problemer med MDT rapportering, kan derfor forventes at hindre brugen af MDT som tværfaglig indikator.

Udgivelsen af de 2 tætliggende årsrapporter har krævet samtlige mulige ressourcer fra RKKP. Efter udgivelserne skulle der nu forventeligt være ressourcer til at starte de planlagte revisioner af DGCD. En af de første prioriteter fra DGCD's side vil være, 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 allerede nu eller kort efter årsskiftet, således at dobbeltindtastning i DGCD patologiskemaet kan ophøre og data hentes fra Patobank. Højt prioriteret er ligeledes en planlagt, og delvis igangværende revision af de databeskrivelser, som anvendes ved ønske om data udtræk til forskning. De nuværende databeskrivelserne giver til tider problemer ved datavalg og mangler sygdomsspecifikke angivelser. Lister skal også danne grundlag for en mulig revision og slankning af variable i DGCD.

Denne årsrapport øger min tidligere optimistiske konklusion vedr. de fremtidige muligheder for DGCD. Vi har yderligere flyttet os positivt fremad i forbindelse med løsning af de problemer, som bremsede de foregående årsrapporter og vanskeliggjorde ansøgning og udlevering af data til forskning. Igen en stor tak til alle dem der har deltaget i dette arbejde både fra RKKP, styregruppe og afdelinger.

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-C:

Pr. 1. januar 2019 overgik databasen til at registrerer stadiet for cervixcancer efter FIGO2018 klassifikationen. Overgangen til FIGO2018 klassifikationen har også medført ændringer i behandlingen, som indikatorerne skal kunne monitorer på. De tidligere overlevelses indikatorerne for cervixcancer, 6A og 6B er blevet erstattet tre nye, 6A for de tidlige stadier IA, 6B for stadierne IB-IIA1, samt 6C, de mere fremskredne stadier, IIA2-III. Overgangen til den nye stadiet klassifikation medfører et brud i stadiet angivelserne i databasen. For at kunne monitorere henover de to klassifikations perioder er der i databasen pågået et arbejde med at konvertere de gamle FIGO2009 stadiet registreringer til den nye FIGO2018, men samtidig bibeholdt den oprindelige registrering (to variable, en for den oprindelige og en for konverteringen til den nye klassifikation).





## Indikator 6A: Cervixcancer, andel patienter i live 5 år efter anamnesedato, FIGO2018 st. IA

Standard:  $\geq 95\%$

Kaplan-Meier estimatet for andelen af cervixcancerpatienter stadie IA (FIGO2018), der er i live 5 år efter anamnesedato. Indikatoren opgøres på patienter med anamnesedato 01.07.2015-30.06.2021 som aktuelle år. Indikatoren er opgjort på gynækologiske afdelinger.

Gruppe	Døde	Total	uoplyst pct	Aktuelle år 2015 - 2021	
				Andel	95 % CL
<b>Danmark</b>	8	536	0.0	98	(96-99)
<b>Region Hovedstaden</b>	4	230	0.0	98	(95-99)
<b>Region Sjælland</b>	0	6	0.0	100	(100-100)
<b>Region Syddanmark</b>	#	#	0.0	98	(94-100)
<b>Region Midtjylland</b>	#	#	0.0	97	(90-99)
<b>Region Nordjylland</b>	0	15	0.0	100	(100-100)
<b>Region Hovedstaden</b>	4	230	0.0	98	(94-99)
Herlev	#	#	0.0	97	(78-100)
Hillerød	#	#	0.0	100	(100-100)
Hvidovre	#	#	0.0	100	(100-100)
Rigshospitalet	3	198	0.0	98	(95-99)
<b>Region Sjælland</b>	0	6	0.0	100	(100-100)
Roskilde	0	4	0.0	100	(100-100)
Næstved	#	#	0.0	-	-
<b>Region Syddanmark</b>	#	#	0.0	98	(94-100)
Odense	#	#	0.0	98	(93-100)
Esbjerg	0	6	0.0	100	(100-100)
<b>Region Midtjylland</b>	#	#	0.0	97	(90-99)
Aarhus	#	#	0.0	97	(90-99)
Randers	#	#	0.0	-	-
<b>Region Nordjylland</b>	0	15	0.0	100	(100-100)
Aalborg	0	15	0.0	100	(100-100)



### Datagrundlag:

Patienterne er fulgt op for død i CPR-registeret til og med 10. okt. 2021.

### 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 2015-2021, 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: Cervixcancerpatienter 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:

Dette er en ny indikator, den tidligere indikator for overlevelse af patienter i stadium I er blevet opdelt i hhv. stadium 1A og 1B, da overlevelsen i de to stadier er forskellig. Resultaterne er opgjort sv.t. FIGO 2018, hvilket betyder, at patienter, der er diagnosticeret før 2020 og er stadieinddelt efter FIGO 2009 indgår i denne beregning efter omregnet stadium fra FIGO 2009 til FIGO 2018. Indikator 6A er medtaget som kontrol af at den nu mere skånsomme behandling er tilstrækkelig. Andelen af stadie IA cervixcancer patienter, der er i live 5 år efter anamnesedato er på landsplan 98% (95% CI: 96-99), og dermed er standarden på 95% opfyldt på landsplan og for alle afdelinger.

### Diskussion og implikationer:

I indikatoren indgår patienter med en minimal sygdomsbyrde og ekstrem lav risiko for recidiv (stadium 1A). I stadium 1A indgår mikroskopisk sygdom svarende til både stadium 1A1 og 1A2. Patienter i stadium 1A1 behandles udelukkende med en konus og behandling af dette stadie har ikke ændret sig med den gældende FIGO klassificering (2018). For patienter i stadium 1A2 er der en delmængde af patienterne, som behandles med et mindre indgreb end tidligere (tidligere radikal hysterektomi og nu konus eller simpel hysterektomi), og det er derfor overordentligt vigtigt at holde øje med behandlingskvaliteten af stadium 1A2.

### Vurdering af indikatoren:

Den generelle 5 års overlevelse på 98% svarer til international standard. Indikatoren er vigtig pga. ændring i behandlingsstrategi.

Denne indikator er ikke god til at beskrive forskel mellem regionale enheder, men er vigtig som samlet kvalitetsindikator for danske patienter. Vi vurderer, at monitorering af stadium 1A1 er overflødig fremadrettet.



## Indikator 6B: Cervixcancer, andel patienter i live 5 år efter anamnesedato, FIGO2018 st. IB-IIA1

Standard:  $\geq 85\%$

Kaplan-Meier estimatet for andelen af cervixcancerpatienter stadie IB-IIA1 (FIGO2018), der er i live 5 år efter anamnesedato. Indikatoren opgøres således for patienter med anamnesedato 01.07.2015-30.06.2021 som aktuelle år. Indikatoren er opgjort på gynækologiske afdelinger.

Gruppe	Døde	Total	uoplyst pct	Aktuelle år 2015 - 2021	
				Andel	95 % CL
<b>Danmark</b>	38	496	0.0	89	(85-92)
<b>Region Hovedstaden</b>	14	228	0.0	91	(85-95)
<b>Region Sjælland</b>	#	#	0.0	-	(-)
<b>Region Syddanmark</b>	11	129	0.0	88	(78-93)
<b>Region Midt- og Nordjylland</b>	13	138	0.0	86	(76-92)
<b>Region Hovedstaden</b>	14	228	0.0	91	(85-95)
Rigshospitalet/Herlev	14	228	0.0	91	(85-95)
<b>Region Sjælland</b>			0.0		(-)
Roskilde	#	#	0.0	-	(-)
<b>Region Syddanmark</b>	11	129	0.0	88	(78-93)
Odense	11	129	0.0	88	(78-93)
<b>Region Midt- og Nordjylland</b>	13	138	0.0	86	(76-92)
Aarhus/Aalborg	13	138	0.0	86	(76-92)

### Datagrundlag:

Patienterne er fulgt op for død i CPR-registeret til og med 10. okt. 2021.

### 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 2015-2021, for at sikre, at en rimelig andel af patienterne i seneste opgørelsesperiode har fuld opfølgningstid på 5 år.

- Tæller: Antallet af patienter, der dør indenfor 5 år efter diagnosesdato.
- Nævner: Cervixcancerpatienter 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:

Dette er en ny indikator, da den tidligere indikator for overlevelse af patienter i stadium I er blevet opdelt i hhv. stadium 1A og 1B, da overlevelsen i de to stadier er forskellig. Resultaterne er opgjort sv.t. FIGO 2018, dvs. at patienter, der er diagnosticeret før 2020 er stadiet opdelt efter FIGO 2009, men indgår i denne beregning efter omregnet stadium fra FIGO 2009 til FIGO 2018. Det betyder, at patienter med påviste lymfeknudemetastaser ved operation ikke indgår i opgørelsen, selvom de havde et klinisk stadium 1B i 2009



klassifikationen. For de mere avancerede stadier er der behandlingsfællesskaber mellem visse afdelinger, Rigshospitalet og Herlev, og mellem Århus og Ålborg. Indikator 6B og 6C er derfor opgjort efter disse behandlingsfællesskaber. Andelen af stadie IB-IIA1 cervixcancerpatienter, der er i live 5 år efter anamnesedato er på landsplan 89% (95% CI: 85-92), dermed er standarden på 85% opfyldt på landsplan. Alle tre afdelinger opfylder standarden og af figur 6B fremgår det at Kaplan Meier kurverne for de enkelte afdelinger er sammenfaldene. Resultaterne skal tolkes med forbehold pga. få udfald (dødsfald). På Kaplan Meier kurven fremgår det, at de fleste recidiver med dødeligt udfald forekommer indenfor 3 år efter diagnosedato.

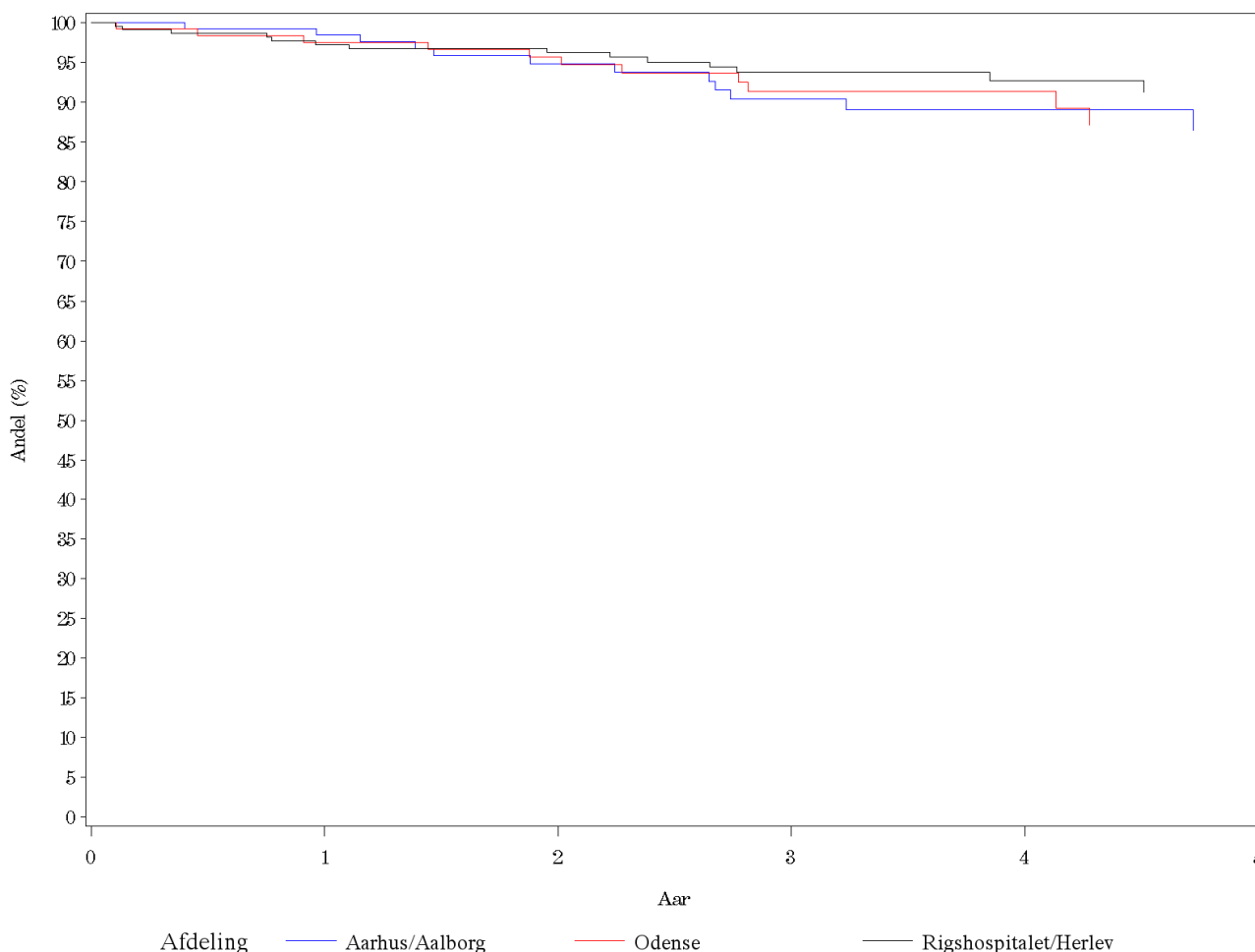
#### Diskussion og implikationer:

Opfyldelsen af indikatoren er meget jævn på landsplan, hvilket indikerer at behandlingskvaliteten er ens ud over landet. Denne indikator er vigtig at følge, da nogle patienter fremover vil få et mindre indgribende kirurgisk indgreb, fordi sentinel node er indført som eneste lymfeknudediagnostik på tumorer under 2 cm. Opfølgning tilbydes disse patienter i op til 3 år, hvilket, ud fra disse resultater, er den korrekte opfølgningstid.

#### Vurdering af indikatoren:

Den generelle 5 års overlevelse på 89% svarer til international standard. Indikatoren er vigtig pga. en kommende ændring i behandlingsstrategi.

**Figur 6B. Kaplan-Meier kurver for cervixcancer patienter FIGO2018 stadie IB-IIA1, 2015-2021.**



## Indikator 6C: Cervixcancer, andel patienter i live 5 år efter anamnesedato, FIGO2018 st. IIA2–III

Standard:  $\geq 60\%$

Kaplan-Meier estimatet for andelen af cervixcancerpatienter stadie IIA2-III (FIGO2018), der er i live 5 år efter anamnesedato. Indikatoren opgøres således for patienter med anamnesedato 01.07.2015-30.06.2021 som aktuelle år. Indikatoren er opgjort på gynækologiske afdelinger.

Gruppe	Døde	Total	uoplyst pct	Aktuelle år 2015 - 2021	
				Andel	95 % CL
<b>Danmark</b>	180	660	0.0	66	(61-70)
<b>Region Hovedstaden</b>	76	267	0.0	64	(56-70)
<b>Region Sjælland</b>	#	#	0.0	-	(-)
<b>Region Syddanmark</b>	43	176	0.0	68	(59-76)
<b>Region Midt- og Nordjylland</b>	61	216	0.0	65	(57-72)
<b>Region Hovedstaden</b>	76	267	0.0	64	(56-70)
Rigshospitalet/Herlev	76	267	0.0	64	(56-70)
<b>Region Sjælland</b>	#	#	0.0	-	(-)
Roskilde	#	#	0.0	-	(-)
<b>Region Syddanmark</b>	43	176	0.0	68	(58-76)
Odense	43	176	0.0	68	(58-76)
<b>Region Midt- og Nordjylland</b>	61	216	0.0	65	(57-72)
Aarhus/Aalborg	61	216	0.0	65	(57-72)

### Datagrundlag:

Patienterne er fulgt op for død i CPR-registeret til og med 10. okt. 2021.

### 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 2015-2021, 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: Cervixcancerpatienter 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:

For de mere avancerede stadier er der behandlingsfællesskab mellem visse afdelinger, Rigshospitalet og Herlev, og mellem Århus og Ålborg. Indikator 6B og 6C er derfor opgjort efter disse behandlingsfællesskaber. Andelen af stadie IIA2-III cervixcancer patienter, der er i live 5 år efter anamnesedato er på landsplan 66% (95% CI: 61-70), og dermed er standarden på 60% opfyldt på



landsplan. Standarden er opfyldt for alle regioner og afdelinger, og af figur 6C fremgår det at Kaplan Meier kurverne for de enkelte afdelinger er sammenfaldene.

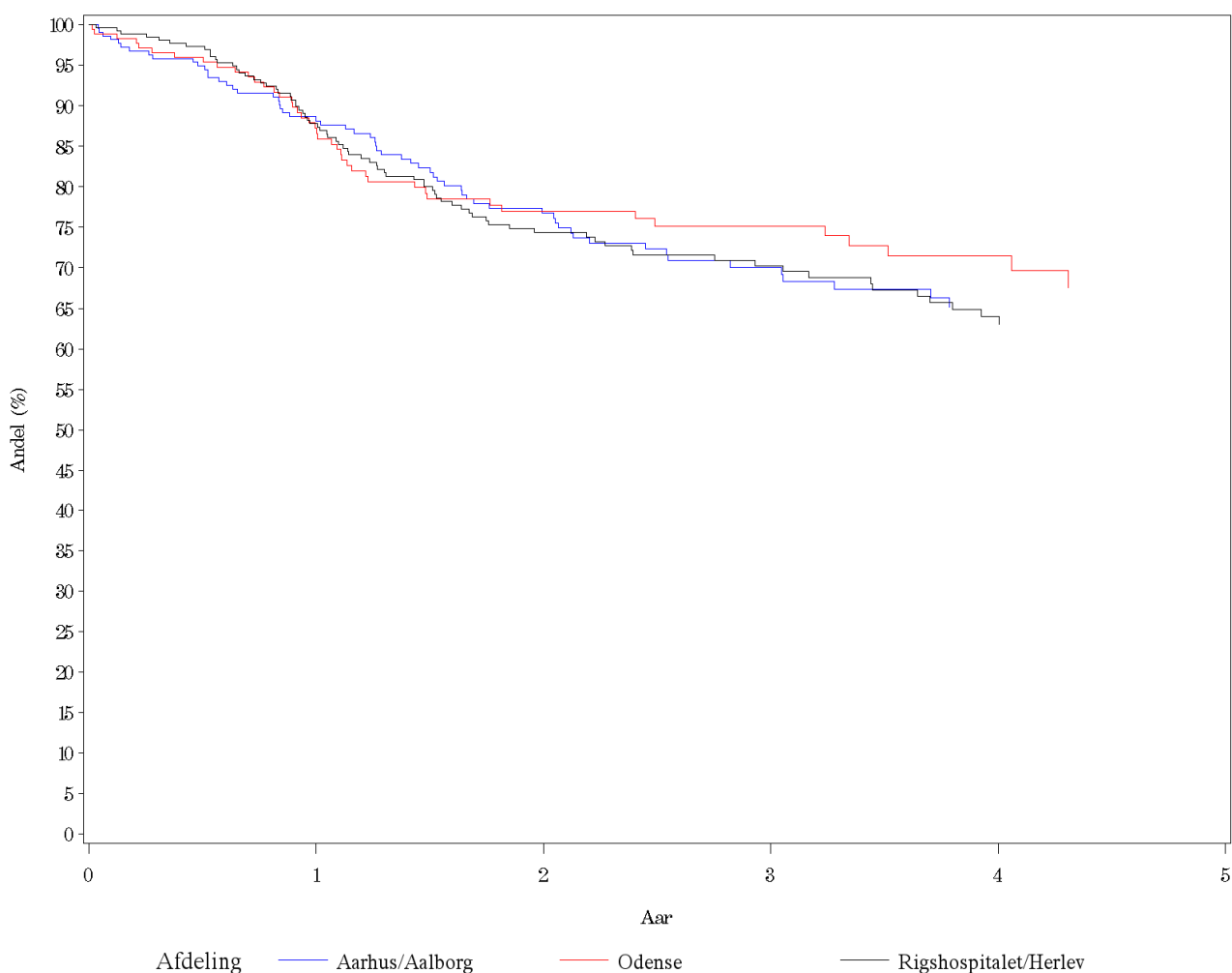
#### Diskussion og implikationer:

De tidligere sete forskelle i overlevelse mellem de enkelte centre er nu udlignet, hvilket svarer til vores oplevelse i den kliniske hverdag. Der er betydende overlevelseshforskelle mellem patienter med stadium II og stadium III og derfor ønsker vi, at der fremover laves indikatorer relateret til hhv. stadium II og stadium III på landsplan.

#### Vurdering af indikatoren:

Den samlede 5 års overlevelse på 66% er på linje med international standard. Denne indikator er vigtig som samlet kvalitetsindikator for danske patienter

**Figur 6C. Kaplan-Meier kurver for cervixcancer patienter FIGO2018 stadie IIA2-III, 2015-2021.**



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

Standard: Ingen fastsat standard

Indikator 7a: Procentdelen af patienter, der får foretaget hysterektomi for cervixcancer, der har frie resektionsrande

	Uoplyst		Aktuelle år		Tidligere år		
	Standard opfyldt	Tæller/ nævner	antal (%)	01.07.2020 - 30.06.2021 Andel	95% CI	2019/ 2020 Andel	2018/ 2019 Andel
<b>Danmark</b>		87 / 91	0 (0)	96	(89-99)	94	90
<b>Hovedstaden</b>		41 / 44	0 (0)	93	(81-99)	93	87
<b>Syddanmark</b>		23 / 23	0 (0)	100	(85-100)	97	95
<b>Midtjylland</b>		23 / 24	0 (0)	96	(79-100)	94	92
<b>Hovedstaden</b>		41 / 44	0 (0)	93	(81-99)	93	87
Rigshospitalet		41 / 44	0 (0)	93	(81-99)	93	87
<b>Syddanmark</b>		23 / 23	0 (0)	100	(85-100)	97	95
Odense		23 / 23	0 (0)	100	(85-100)	97	95
<b>Midtjylland</b>		23 / 24	0 (0)	96	(79-100)	94	92
Aarhus		23 / 24	0 (0)	96	(79-100)	93	92

### Resultater:

Pga. af overgangen til den nye FIGO2018 stadietklassifikation blev indikatoren ændret sidste år til nu at inkludere alle patienter, der har fået foretaget hysterektomi eller trachelectomi. Der er endnu ikke fastsat en standard, da der har været udfordringer relateret til indberetningspraksis.

Andelen med frie resektionsrande udgør på landsplan 96% (95% CI: 89%-99%). Andelen varierer mellem 93% på Rigshospitalet til 100% i Odense. Rigshospitalet er eneste afdeling, der ikke opfylder standarden i år. Der er sket en positiv udvikling henover de seneste 3 perioder, med 6% stigning i andelen med frie resektionsrande.

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 relativ ny indikator, og der har været 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, i denne rapport har hver enkelt afdeling auditeret og efterfølgende korrigeret indberetningerne i DGCD. Efter denne korrektion er de genkendelige for kirurgerne.

### 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 trachlectomi

Standard: ingen fastsat standard

Indikator 7b: Procentdelen af patienter, der får foretaget radikal hysterectomi for cervixcancer, der har parametriedvækst

	Uoplyst		Aktuelle år		Tidligere år		
	Standard opfyldt	Tæller/ nævner	antal (%)	01.07.2020 - 30.06.2021 Andel	95% CI	2019/ 2020 Andel	2018/ 2019 Andel
<b>Danmark</b>		3 / 91	0 (0)	3	(1-9)	3	4
<b>Hovedstaden</b>		# / #	0 (0)	2	(0-12)	4	6
<b>Syddanmark</b>		# / #	0 (0)	9	(1-28)	3	2
<b>Midtjylland</b>		0 / 24	0 (0)	0	(0-14)	0	3
<b>Hovedstaden</b>		# / #	0 (0)	2	(0-12)	4	6
Rigshospitalet		# / #	0 (0)	2	(0-12)	4	6
<b>Syddanmark</b>		# / #	0 (0)	9	(1-28)	3	2
Odense		# / #	0 (0)	9	(1-28)	3	2
<b>Midtjylland</b>		0 / 24	0 (0)	0	(0-14)	0	3
Aarhus		0 / 24	0 (0)	0	(0-14)	0	3

### Resultater:

Pga. overgangen til FIGO 2018 stadieklassifikation er indikatoren ændret til nu at inkludere alle patienter, der har fået foretaget hysterectomi eller trachlectomi. Der er endnu ikke fastsat en standard. Andelen med parameteriedvækst er på landsplan 3%, 3 ud af 91.

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 relativ 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:  $\geq 90\%$

Indikator 8: Cervixcancer: Procentdelen af patienter med cervixcancer, der modtager kurativ kemo-strålebehandling, som har en behandlingsvarighed  $\leq 50$  dage

	Standard	Uoplyst		Aktuelle år		Tidligere år	
	$\geq 90\%$ opfyldt	Tæller/ nævner	antal (%)	01.07.2020 - 30.06.2021 Andel	95% CI	2019/ 2020 Andel	2018/ 2019 Andel
<b>Danmark</b>	Ja	47 / 50	1 (2)	94	(83-99)	93	97
<b>Hovedstaden</b>	Ja	14 / 14	1 (7)	100	(77-100)	100	100
<b>Syddanmark</b>	Ja	14 / 15	0 (0)	93	(68-100)	85	96
<b>Midtjylland</b>	Ja	19 / 21	0 (0)	90	(70-99)	90	93
<b>Hovedstaden</b>	Ja	14 / 14	1 (7)	100	(77-100)	100	100
Rigshospitalet	Ja	14 / 14	1 (7)	100	(77-100)	100	100
<b>Syddanmark</b>	Ja	14 / 15	0 (0)	93	(68-100)	85	96
Odense	Ja	14 / 15	0 (0)	93	(68-100)	85	96
<b>Midtjylland</b>	Ja	19 / 21	0 (0)	90	(70-99)	90	93
Aarhus	Ja	19 / 21	0 (0)	90	(70-99)	90	93

### Beregningsregler:

- Tæller: Patienter der har modtaget alle kurative stråle fraktionen indenfor 50 dage
- Nævner: Cervixcancerpatienter diagnosticeret i den aktuelle periode, der har fået kurativstrålebehandling eg. har modtaget min 20 BWCG fraktioner og min 1 brachyfraktion, BWGE, hvor sidste BWGE skal ligge efter første BWCG fraktion.
- Uoplyst: Ikke indleveret patientskema.

### Resultater:

Denne indikator er en 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 94%, 95% CI (83-99) deres kurative stråleterapi indenfor 50 dage, og dermed er standarden opfyldt på landsplan. Alle regioner/afdelinger opfylder standarden, med en opfyldelse på 90%-100%.

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

### Diskussion og implikationer:

Registreringerne fra LPR af den onkologiske behandling anvendes til denne indikatoropgørelse. Der er således ikke tale om ekstra registreringsbyrde for klinikerne. Fordelen ved at trække disse oplysninger direkte fra LPR bør overstige de mangler og evt. fejlregistreringer, der kan være i LPR, derfor skal det forsikres at indikatoren monitorer på den tilsigtede population. Der er således et ønske om, at der fremadrettet 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 højt, 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 (neoadjuverende kemoterapi). Hvis almentilstanden bedres og/eller, der sker en reduktion i udbredning af sygdom, kan kemoterapi efterfølges af operation og yderligere 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 og giver et reelt billede af sygdommens prognose, 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.

Da danske opgørelser er populationsbaserede foreslår ovariecancer gruppen under DGCD en ny indikator som skal angive ratio mellem antal radikalt opererede patienter med stadium IIIC-IV og det samlede antal patienter med samme stadie. En sådan ny indikator vil kunne belyse evt forskel i selektion til operation idet det forudsættes, at der på alle centre i Danmark er kompetencer til at udføre den ekstensive kirurgi for avanceret ovariecancer.

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 på diagnosetidspunktet. 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 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:  $\geq 60\%$

### Indikator 10a: Ovariecancer: makroradikal operation for st. IIIC-IV ved primær operation

	Standard		Uoplyst	Aktuelle år		Tidligere år		
	$\geq 60\%$ opfyldt	Tæller/ nævner	antal (%)	01.07.2020 - 30.06.2021 Andel	95% CI	2019/ 2020 Andel	2018/ 2019 Andel	2017/ 2018 Andel
<b>Danmark</b>	Ja	65 / 76	1 (1)	86	(76-93)	81	82	76
<b>Hovedstaden</b>	Ja	22 / 28	1 (3)	79	(59-92)	100	89	86
<b>Syddanmark</b>	Ja	18 / 23	0 (0)	78	(56-93)	63	77	70
<b>Midtjylland</b>	Ja	18 / 18	0 (0)	100	(81-100)	86	85	85
<b>Nordjylland</b>	Ja	7 / 7	0 (0)	100	(59-100)	56	50	56
<b>Hovedstaden</b>	Ja	22 / 28	1 (3)	79	(59-92)	100	89	86
Rigshospitalet	Ja	22 / 28	1 (3)	79	(59-92)	100	89	86
<b>Syddanmark</b>	Ja	18 / 23	0 (0)	78	(56-93)	63	77	70
Odense	Ja	18 / 23	0 (0)	78	(56-93)	63	77	70
<b>Midtjylland</b>	Ja	18 / 18	0 (0)	100	(81-100)	86	85	85
Aarhus	Ja	18 / 18	0 (0)	100	(81-100)	86	85	85
<b>Nordjylland</b>	Ja	7 / 7	0 (0)	100	(59-100)	56	50	56
Aalborg	Ja	7 / 7	0 (0)	100	(59-100)	56	50	56

#### Resultater:

Makroskopisk radikal operation blandt primært opererede patienter med stadium IIIC/IV opnås hos 86% på landsplan, hvilket er klart over standarden på 60%. Alle afdelinger opfylder den fastsatte standard, dog ses der er del variation mellem afdelingerne fra 78-79% i Odense og på Rigshospitalet til 100% i Aarhus og Aalborg. Det bemærkes, at Aalborg kun har 7 patienter, der er primært opererede, en afledt effekt af en lav dækningsgrad (79%, se dækningsgradsopgørelsen i appendiks 1). Denne indikator skal ses i sammenhæng med indikator 10C andelen af ikke opererede. Indikator opfyldelsen er i år på niveau med de tidligere år, og med en tilsvarende variation mellem afdelingerne, som for aktuelle år. Indikatorværdierne for denne indikator skal tolkes med forsigtighed, da antal af patienter pr center 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 radikalt 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. Der er betydelige forskelle på resultater mellem de forskellige regioner, men tallene er små, og potentielle forskelle skal vurderes med varsomhed. En nærmere vurdering af, hvorvidt forskellen i resultater afspejler forskelle i



behandlingskvalitet, forskelle i fraktionen af patienter, der selekteres til primær kirurgi eller de kan forklares af andre forhold som sygdomsudbredning, vil kræve yderligere analyser, som iværksættes i regi af RKKP og Ovariecancer Gruppen.



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

Standard:  $\geq 60\%$

### Indikator 10b: Ovariecancer: makroradikal operation for st. IIIC-IV ved operation efter neoadjuverende kemoterapi

	Standard		Uoplyst	Aktuelle år		Tidligere år		
	$\geq 60\%$ opfyldt	Tæller/ nævner	antal (%)	01.07.2020 - 30.06.2021 Andel	95% CI	2019/ 2020 Andel	2018/ 2019 Andel	2017/ 2018 Andel
<b>Danmark</b>	Ja	81 / 111	1 (1)	73	(64-81)	72	63	65
<b>Hovedstaden</b>	Ja	25 / 33	0 (0)	76	(58-89)	81	69	78
<b>Syddanmark</b>	Ja	29 / 46	0 (0)	63	(48-77)	67	53	60
<b>Midtjylland</b>	Ja	22 / 26	1 (4)	85	(65-96)	72	63	60
<b>Nordjylland</b>	Ja	5 / 6	0 (0)	83	(36-100)	67	85	57
<b>Hovedstaden</b>	Ja	25 / 33	0 (0)	76	(58-89)	81	69	78
Rigshospitalet	Ja	25 / 33	0 (0)	76	(58-89)	81	69	78
<b>Syddanmark</b>	Ja	29 / 46	0 (0)	63	(48-77)	67	53	60
Odense	Ja	29 / 46	0 (0)	63	(48-77)	67	53	60
<b>Midtjylland</b>	Ja	22 / 26	1 (4)	85	(65-96)	72	63	60
Aarhus	Ja	22 / 26	1 (4)	85	(65-96)	72	63	60
<b>Nordjylland</b>	Ja	5 / 6	0 (0)	83	(36-100)	67	85	57
Aalborg	Ja	5 / 6	0 (0)	83	(36-100)	67	85	57

#### Resultater:

Makroskopisk radikal operation blandt opererede patienter efter forudgående neoadjuverende kemoterapi med stadium IIIC/IV opnås hos 73% på landsplan, hvilket er over den fastsatte standard på 60%. Alle afdelinger opfylder standarden. Der er del variation mellem afdelingerne fra 63% i Odense til 85% i Aarhus. Det bemærkes, at Aalborg kun har 6 patienter, der er opererede efter neoadjuverende kemoterapi, en afledt effekt af en lav dækningsgrad (79%, se dækningsgradsopgørelsen i appendiks 1). Denne indikator skal ses i sammenhæng med indikator 10C andelen af ikke opererede. Indikator opfyldelsen er i år på niveau med de tidligere år, og med en tilsvarende variation mellem afdelingerne, som for aktuelle år. 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 den fastsatte andel af 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 omfatter kemoterapi og operation – enten primært eller efter neoadjuverende kemoterapi.

#### Vurdering af indikatoren:



Indikatoren er meget vigtig for vurdering af den operative del af ovariecancerbehandlingen. Der er betydelige forskelle på resultater mellem de forskellige regioner, men tallene er små, og potentielle forskelle skal vurderes med varsomhed. En nærmere vurdering af, hvorvidt forskellene i resultater afspejler forskelle i behandlings kvalitet, forskelle i fraktionen af patienter der selekteres til intervalekirurgi, eller de kan forklares af andre forhold som sygdomsudbredning, vil kræve yderligere analyser, som iværksættes i regi af RKKP og Ovariecancer Gruppen.



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

Standard:  $\leq 10\%$

### Indikator 10c: Ovariecancer, andel patienter med stadie IIIC-IV, der ikke i det primære forløb opereres

	Standard		Uoplyst	Aktuelle år		Tidligere år		
	< 10% opfyldt	Tæller/ nævner	antal (%)	01.07.2020 - 30.06.2021	Andel 95% CI	2019/ 2020	2018/ 2019	2017/ 2018
<b>Danmark</b>	Nej	103 / 290	4 (1)	36	(30-41)	37	33	34
<b>Hovedstaden</b>	Nej	30 / 91	1 (1)	33	(23-44)	37	34	32
<b>Syddanmark</b>	Nej	33 / 102	0 (0)	32	(23-42)	32	28	28
<b>Midtjylland</b>	Nej	27 / 71	1 (1)	38	(27-50)	37	37	38
<b>Nordjylland</b>	Nej	13 / 26	2 (7)	50	(30-70)	40	37	39
<b>Hovedstaden</b>	Nej	30 / 91	1 (1)	33	(23-44)	37	34	32
Rigshospitalet	Nej	30 / 91	1 (1)	33	(23-44)	37	33	31
<b>Syddanmark</b>	Nej	33 / 102	0 (0)	32	(23-42)	32	28	28
Odense	Nej	33 / 102	0 (0)	32	(23-42)	32	28	28
<b>Midtjylland</b>	Nej	27 / 71	1 (1)	38	(27-50)	37	37	38
Aarhus	Nej	27 / 71	1 (1)	38	(27-50)	37	37	38
<b>Nordjylland</b>	Nej	13 / 26	2 (7)	50	(30-70)	40	37	39
Aalborg	Nej	13 / 26	2 (7)	50	(30-70)	40	37	39

#### 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 den fastsatte standard på  $\leq 10\%$ . Ingen afdelinger opfylder standarden. Standarden er fastsat ud fra europæiske standard, som må være baseret på en selekteret population. Andelen af ikke opererede varierer fra 32% i Odense til 50% i Aalborg. Aalborg afviger markant fra de andre afdelinger med 50% ikke opererede, samt også i forhold til de tidligere år med lavere andele de tidligere år på 37-40%. Andelen af patienter, som aldrig opereres har været stabilt 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 behandlingsstrategi betyder det, at en tredjedel af patienterne kun kan tilbydes livsforlængende behandling. Indikatorstandarder er fastsat ud fra de få internationale opgørelser, som er tilnærmelsesvis populationsbaserede.

#### 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 årsagssammenhænge, kan ikke udføres på de aktuelle tal, men er nødvendig for kvalificeret at bedømme resultatet. Der er betydelige forskelle på resultater mellem de forskellige regioner, men tallene er små, og potentielle forskelle skal vurderes med varsomhed. En nærmere vurdering af, hvorvidt forskellen i resultater afspejler





forskelle i behandlings kvalitet, forskelle i fraktionen af patienter der selekteres til kirurgi, eller de kan forklares af andre forhold som sygdomsudbredning, vil kræve yderligere analyser, som er igangsat på landsplan i regi af RKKP og Ovarie Cancer gruppen



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

Standard:  $\geq 65\%$

Indikator 10d: Ovariecancer, andel patienter opnår makroskopisk radikal operation ved avanceret cancer ovarii, stadie IIIC-IV

	Standard		Uoplyst antal (%)	Aktuelle år 01.07.2020 - 30.06.2021		Tidligere år		
	> 65% opfyldt	Tæller/ nævner		Andel	95% CI	2019/ 2020	2018/ 2019	2017/ 2018
<b>Danmark</b>	Ja	146 / 187	2 (1)	78	(71-84)	76	70	70
<b>Hovedstaden</b>	Ja	47 / 61	1 (2)	77	(65-87)	91	78	82
<b>Syddanmark</b>	Ja	47 / 69	0 (0)	68	(56-79)	65	61	64
<b>Midtjylland</b>	Ja	40 / 44	1 (2)	91	(78-97)	78	70	70
<b>Nordjylland</b>	Ja	12 / 13	0 (0)	92	(64-100)	60	76	57
<b>Hovedstaden</b>	Ja	47 / 61	1 (2)	77	(65-87)	91	78	82
Rigshospitalet	Ja	47 / 61	1 (2)	77	(65-87)	91	78	82
<b>Syddanmark</b>	Ja	47 / 69	0 (0)	68	(56-79)	65	61	64
Odense	Ja	47 / 69	0 (0)	68	(56-79)	65	61	64
<b>Midtjylland</b>	Ja	40 / 44	1 (2)	91	(78-97)	78	70	70
Aarhus	Ja	40 / 44	1 (2)	91	(78-97)	78	70	70
<b>Nordjylland</b>	Ja	12 / 13	0 (0)	92	(64-100)	60	76	57
Aalborg	Ja	12 / 13	0 (0)	92	(64-100)	60	76	57

### Resultater:

Andelen af opererede stadie IIIC-IV ovariecancer patienter, der makro radikal opereres er på landsplan 78%, hvilket er over den fastsatte standard på  $\geq 65\%$ . Alle afdelinger opfylder den fastsatte standard. Andelen der radikal opereres varierer fra 68% i Odense til 92% Aalborg. Odense adskiller sig fra de øvrige afdelinger både i aktuelle periode og for de tidligere med en lavere andel der opnår radikal operation. Det skal ses i forhold til at Odense opererer en større andel af deres patienter. Denne indikator resultater skal også ses i sammenhæng med indikator 14 og 15, hhv. 2- og 5.års overlevelse.

### Diskussion og implikationer:

Indikator 10D viser, at 78% af patienterne med avanceret sygdom radikalt opereres i deres forløb – enten primært eller efter neoadjuverende kemoterapi (indikator 10A+10B). Indikatoren anses som en markør for korrekt udvælgelse af patienter til operation på det korrekte tidspunkt i deres samlede behandlingsforløb. Den tidligere sete positive tendens til flere radikale operationer sammenlignet med tidligere år er fastholdt.

### Vurdering af indikatoren:

Indikatoren er meget vigtig for vurdering af den operative del af ovariecancer behandlingen. Der er betydelige forskelle på resultater mellem de forskellige regioner, men tallene er små, og potentielle forskelle skal vurderes med varsomhed. En nærmere vurdering af, hvorvidt forskellen i resultater afspejler forskelle i behandlings kvalitet, eller de kan forklares af andre forhold, som selektion til operation, kan ikke belyses



aktuelt. En nærmere vurdering af, hvorvidt forskellen i resultater afspejler forskelle i behandlingskvalitet, forskelle i fraktionen af patienter der selekteres til kirurgi, eller de kan forklares af andre forhold som sygdomsudbredning, vil kræve yderligere analyser, som er igangsat på landsplan i regi af RKKP og Ovarie Cancer gruppen

Derudover planlægges der at etablere en ny indikator, der afspejler ratioen mellem antal radikalt opererede patienter i forhold til det samlede antal patienter med avanceret sygdom, og ikke kun i forhold til dem, der bliver opereret, som er nævneren i denne indikator



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

Standard:  $\geq 50\%$

### Indikator 10e: Ovariecancer, andel patienter med cancer ovarii stadie IIIC-IV som behandles med primær operation

	Standard		Uoplyst antal (%)	Aktuelle år 01.07.2020 - 30.06.2021		Tidligere år		
	> 50% opfyldt	Tæller/ nævner		Andel	95% CI	2019/ 2020	2018/ 2019	2017/ 2018
<b>Danmark</b>	Nej	76 / 290	4 (1)	26	(21-32)	27	25	27
<b>Hovedstaden</b>	Nej	28 / 91	1 (1)	31	(22-41)	32	29	33
<b>Syddanmark</b>	Nej	23 / 102	0 (0)	23	(15-32)	22	26	24
<b>Midtjylland</b>	Nej	18 / 71	1 (1)	25	(16-37)	28	21	25
<b>Nordjylland</b>	Nej	7 / 26	2 (7)	27	(12-48)	36	15	24
<b>Hovedstaden</b>	Nej	28 / 91	1 (1)	31	(22-41)	32	29	33
Rigshospitalet	Nej	28 / 91	1 (1)	31	(22-41)	32	29	33
<b>Syddanmark</b>	Nej	23 / 102	0 (0)	23	(15-32)	22	26	24
Odense	Nej	23 / 102	0 (0)	23	(15-32)	22	26	24
<b>Midtjylland</b>	Nej	18 / 71	1 (1)	25	(16-37)	28	21	25
Aarhus	Nej	18 / 71	1 (1)	25	(16-37)	28	21	25
<b>Nordjylland</b>	Nej	7 / 26	2 (7)	27	(12-48)	36	15	24
Aalborg	Nej	7 / 26	2 (7)	27	(12-48)	36	15	24

#### Resultater:

Andelen af opererede stadie IIIC-IV patienter, der er primært opereret er 26%, hvilket er under den fastsatte standard. Ingen afdelinger opfylder i år standarden. Det bemærkes at Odense har den lavest andel primært opererede til trods for den laveste andel ikke opererede i indikator 10C. Indikatorværdierne for denne indikator skal tolkes med forsigtighed, da patient antallene er små.

#### Diskussion og implikationer:

Denne indikator er en international kvalitetsindikator, idet der er 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 (randomiseret studie, der sammenligner primær kirurgi med intervalekirurgi ved avanceret ovariecancer), og derfor muligvis har været utilbøjelig til at ændre på selektionskriterierne for valg af primærbehandling i indeværende år.

#### Vurdering af indikatoren:

Indikatoren er vigtig for en samlet vurdering af den kirurgiske behandling af ovariecancer. Forskelle mellem forskellige regioner skal tolkes med varsomhed. Det kan ikke ud fra resultaterne afgøres om forskellene skyldes reel forskel i selektion til primær operation eller forskelle i andre faktorer, som sygdoms udbredning



og komorbiditet. En afklaring af dette vil kræve yderligere analyser, som er igangsat på landsplan i regi af RKKP og Ovarie Cancer gruppen



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

Standard:  $\geq 80\%$

### Indikator 11a: Ovariecancer: Radikal lymfadenektomi for st. I-III ved makroradikal operation

	Standard		Uoplyst	Aktuelle år		Tidligere år		
	$\geq 80\%$ opfyldt	Tæller/ nævner	antal (%)	01.07.2020 - 30.06.2021 Andel	95% CI	2019/ 2020 Andel	2018/ 2019 Andel	2017/ 2018 Andel
<b>Danmark</b>	Nej	65 / 105	3 (3)	62	(52-71)	59	54	59
<b>Hovedstaden</b>	Nej	26 / 38	2 (5)	68	(51-82)	62	68	68
<b>Syddanmark</b>	Nej	29 / 46	1 (2)	63	(48-77)	65	52	71
<b>Midtjylland</b>	Nej	6 / 13	0 (0)	46	(19-75)	58	56	48
<b>Nordjylland</b>	Nej	4 / 8	0 (0)	50	(16-84)	36	8	40
<b>Hovedstaden</b>	Nej	26 / 38	2 (5)	68	(51-82)	62	68	68
Herlev	Nej	0 / 3	0 (0)	0	(0-71)	0	0	0
Rigshospitalet	Nej	26 / 35	2 (5)	74	(57-88)	66	70	70
<b>Syddanmark</b>	Nej	29 / 46	1 (2)	63	(48-77)	65	52	71
Odense	Nej	29 / 46	1 (2)	63	(48-77)	65	52	71
<b>Midtjylland</b>	Nej	6 / 13	0 (0)	46	(19-75)	58	56	48
Aarhus	Nej	6 / 13	0 (0)	46	(19-75)	58	56	50
<b>Nordjylland</b>	Nej	4 / 8	0 (0)	50	(16-84)	36	8	40
Aalborg	Nej	4 / 8	0 (0)	50	(16-84)	36	8	40

#### Resultater:

Andelen af ovariecancer patienter stadie I-III, der har fået foretaget lymfadenektomi er på landsplan 62%, og standarden på  $\geq 80\%$  er dermed ikke opfyldt. Standarden på  $\geq 80\%$  er ikke opfyldt nogen afdelinger. Andelen varierer fra 46% i Aarhus til 74% på Rigshospitalet. Tilsvarende for de tidligere perioder er der også her en del variation mellem afdelingerne. Samlet set er der på landsplan en stigning i forhold til de tidligere perioder.

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 ovariecancer i Danmark. Hvis dette ikke er tilfældet, vil der være risiko for, at patienter ikke tilbydes adjuverende behandling. På den anden side er der introduceret nye europæiske rekommandationer, hvor subgrupper af patienter kan udgå



efterfølgende kemoterapi, hvis de er korrekt stadie inddelt med lymfeknude fjernelse og der ikke påvises spredning.

Aktuelt foretages justering i de nationale guidelines, så specielle histologiske subtyper ikke nødvendigvis skal anbefales fjernelse af lymfeknuder som led i stadieinddelingen. Dette forhold vil kunne indarbejdes i kommende indikatorer, som derved forventes at kunne afspejle de nationale kvalitet mere retvisende.



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

Standard: ≥80%

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.

### Indikator 13: Ovarie-, tuba- og peritonealcancer, 5 års overlevelse, stadium I

	Standard opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år		Tidligere år	
				01.07.2015 - 30.06.2016	95% CI	2014/ 2015	2013/ 2014
				Andel		Andel	Andel
<b>Danmark</b>	Ja	106 / 125	1 (1)	85	(77-91)	87	85
<b>Hovedstaden</b>	Ja	42 / 51	1 (2)	82	(69-92)	91	88
<b>Sjælland</b>	Nej	# / #	0 (0)	67	(9-99)	50	100
<b>Syddanmark</b>	Ja	25 / 28	0 (0)	89	(72-98)	79	82
<b>Midtjylland</b>	Ja	24 / 29	0 (0)	83	(64-94)	91	89
<b>Nordjylland</b>	Ja	13 / 14	0 (0)	93	(66-100)	89	67
<b>Hovedstaden</b>	Ja	42 / 51	1 (2)	82	(69-92)	91	88
Herlev	Ja	5 / 5	0 (0)	100	(48-100)	100	50
Rigshospitalet	Ja	37 / 46	1 (2)	80	(66-91)	92	95
<b>Sjælland</b>	Nej	# / #	0 (0)	67	(9-99)	50	100
Roskilde	Nej	# / #	0 (0)	67	(9-99)	50	100
<b>Syddanmark</b>	Ja	25 / 28	0 (0)	89	(72-98)	79	82
Odense	Ja	25 / 28	0 (0)	89	(72-98)	79	82
<b>Midtjylland</b>	Ja	24 / 29	0 (0)	83	(64-94)	91	89
Aarhus	Ja	24 / 29	0 (0)	83	(64-94)	91	89
<b>Nordjylland</b>	Ja	13 / 14	0 (0)	93	(66-100)	89	67
Aalborg	Ja	13 / 14	0 (0)	93	(66-100)	89	67

#### Resultater:

Andelen af opererede stadie I ovariecancer patienter, der er i live 5 år efter anamnesedatoen er på landsplan 85% (95% CI: 77%-91%). Dette er på niveau med de tidligere perioder 85%-87%. Andelen varierer fra 80% til 93% mellem Rigshospitalet og Aalborg, fraset de hhv. 5 og 3 patienter på Herlev og Roskilde.

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 opererede patienter i live 2 år efter diagnosedato, stadie IIIC-IV

Standard:  $\geq 60\%$

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.

### Indikator 14: Ovarie-, tuba- og peritonealcancer, 2 års overlevelse, stadium IIIC-IV

	Standard opfyldt	Uoplyst Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år		Tidligere år		
				01.07.2018 - 30.06.2019 Andel	95% CI	2017/ 2018 Andel	2016/ 2017 Andel	2015/ 2016 Andel
<b>Danmark</b>	Ja	138 / 208	1 (0)	66	(59-73)	72	69	67
<b>Hovedstaden</b>	Ja	47 / 63	1 (2)	75	(62-85)	74	77	64
<b>Sjælland</b>	Ja	# / #	0 (0)	100	(16-100)	100		
<b>Syddanmark</b>	Nej	46 / 84	0 (0)	55	(44-66)	68	65	65
<b>Midtjylland</b>	Ja	29 / 42	0 (0)	69	(53-82)	64	62	64
<b>Nordjylland</b>	Ja	14 / 17	0 (0)	82	(57-96)	87	64	85
<b>Hovedstaden</b>	Ja	47 / 63	1 (2)	75	(62-85)	74	77	64
Rigshospitalet	Ja	47 / 63	1 (2)	75	(62-85)	74	77	64
<b>Sjælland</b>	Ja	# / #	0 (0)	100	(16-100)	100		
Næstved	Ja	# / #	0 (0)	100	(3-100)	100		
Roskilde	Ja	# / #	0 (0)	100	(3-100)			
<b>Syddanmark</b>	Nej	46 / 84	0 (0)	55	(44-66)	68	65	65
Odense	Nej	46 / 84	0 (0)	55	(44-66)	68	65	65
<b>Midtjylland</b>	Ja	29 / 42	0 (0)	69	(53-82)	64	62	64
Aarhus	Ja	29 / 42	0 (0)	69	(53-82)	64	62	64
<b>Nordjylland</b>	Ja	14 / 17	0 (0)	82	(57-96)	87	64	85
Aalborg	Ja	14 / 17	0 (0)	82	(57-96)	87	64	85

### Resultater:

Andelen af opererede stadie IIIC-IV ovariecancer patienter, der er i live 2 år efter anamnesedatoen er på landsplan 66% (95% CI: 59%-73%), hvilket er lavere end de seneste år. Andelen varierer fra 55% i Odense til 82% i Aalborg. Dette resultat skal ses i sammenhæng med indikator 10C, andelen af ikke opererede patienter, hvor Odense opererer en større andel 71% med Aalborgs 50%, hvilket har direkte indflydelse på 2-års overlevelsen for de to afdelingers populationer af opererede stadie IIIC-IV patienter. Det er helt forventet, at Odenses opererede patienter har en højere dødelighed, da man må formode at de opererer patienter med mere fremskreden sygdom eller dårligere almen tilstand end andre afdelinger. I tillæg til dette bør man vurdere overlevelsen blandt alle de enkelte afdelingers stadie IIIC-IV patienter, samt alle stadier samlet.



Det samlede resultat for indikatorerne 10A-D, samt indikator 14 er at der er en del variation i hvilken behandling patienterne tilbydes på de enkelte afdelinger, som også delvist afspejles i 2-års overlevelsen. For at undersøge dette nærmere vil ovariecancergruppen i samarbejde med RKKP-teamet for databasen følge op med ekstra overlevelses analyser af den samlede population af ovariecancerpatienter mhp. om forskellene i behandlingsstrategier har betydning for patienternes overlevelse  
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 behandlingskvalitet, som giver mulighed for sammenligning med internationale standarder. Der foreligger kun få opgørelser, der som Danmark opgør overlevelse på populationsniveau, hvor samtlige patienter med kræft i æggestokkene indgår. Tallene er små og forskelle skal tolkes med varsomhed.



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

Standard:  $\geq 40\%$

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.

### Indikator 15: Opererede ovarie-, tuba- og peritonealcancer, 5 års overlevelse, stadium IIIC-IV

	Standard opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst	Aktuelle år		Tidligere år	
			antal (%)	01.07.2015 - 30.06.2016 Andel	95% CI	2014/ 2015 Andel	2013/ 2014 Andel
<b>Danmark</b>	Nej	63 / 215	4 (2)	29	(23-36)	31	34
<b>Hovedstaden</b>	Nej	20 / 74	1 (1)	27	(17-39)	28	31
<b>Syddanmark</b>	Nej	17 / 54	1 (2)	31	(20-46)	33	36
<b>Midtjylland</b>	Nej	17 / 61	2 (3)	28	(17-41)	33	30
<b>Nordjylland</b>	Nej	9 / 26	0 (0)	35	(17-56)	32	50
<b>Hovedstaden</b>	Nej	20 / 74	1 (1)	27	(17-39)	28	31
Herlev	Nej	# / #	0 (0)	0	(0-98)		50
Rigshospitalet	Nej	20 / 73	1 (1)	27	(18-39)	28	31
<b>Syddanmark</b>	Nej	17 / 54	1 (2)	31	(20-46)	33	36
Odense	Nej	17 / 54	1 (2)	31	(20-46)	33	36
<b>Midtjylland</b>	Nej	17 / 61	2 (3)	28	(17-41)	33	30
Aarhus	Nej	17 / 61	2 (3)	28	(17-41)	33	30
<b>Nordjylland</b>	Nej	9 / 26	0 (0)	35	(17-56)	32	50
Aalborg	Nej	9 / 26	0 (0)	35	(17-56)	32	50

### Resultater:

Andelen af opererede stadie IIIC-IV ovariecancer patienter, der er i live 5 år efter anamnesedatoen er på landsplan 29% (95% CI: 23%-36%). Dette er lavere end for de forrige perioder, 31-34%. Andelen i aktuelle periode (2015/2016) varierer fra 27% på Rigshospitalet til 35% i Aalborg. Ligesom for indikator 14 skal denne indikator ses i sammenhæng med indikator 10C for patienter diagnosticeret tilbage i 2015/2016, som ikke fremgår af denne årsrapport men af årsrapporten 2017-2019, hvor Odense havde den højeste andel ikke opererede, 25% mod Rigshospitalet, Aarhus og Aalborg med 11-13%.

Det samlede resultat for indikatorerne 10A-D, samt indikator 14 og 15 er, at der er en del variation i, hvilken behandling patienterne tilbydes på de enkelte afdelinger herunder andelen af patienter som i deres forløb bliver tilbudt operation (nævneren i denne opgørelse), som også delvist afspejles i 2- og 5-års overlevelsen. For at undersøge dette nærmere vil ovariecancergruppen i samarbejde med RKKP-teamet for databasen følge op med ekstra overlevelsesanalyser af den samlede population af ovariecancerpatienter, heriblandt inklusion af patienter, der ikke opereres mhp. om forskellene i behandlingsstrategier har betydning for patienternes overlevelse

Værdierne for denne indikator skal tolkes med forsigtighed, da antallet af patienter er lavt.



### Diskussion og implikationer:

Avanceret sygdom er karakteriseret ved en 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 overlevelsen på populationsniveau, hvor samtlige patienter med kræft i æggestokkene indgår. Tallene er små, og forskelle mellem regioner skal tolkes med varsomhed.



## Indikatorområde: Sygepleje

### Indikator 30: Sygepleje ovariecancer - mobilisering i $\geq 5$ 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 i  $\geq 5$  timer dag 2 efter operationen, eller udskrevet før eller på dag 2 opfylder indikatoren. Indikatoren er opgjort på gynækologiske afdelinger.

#### Indikator 30: Sygepleje for ovariecancer: Mobilisering $\geq 5$ timer på postoperativdag 2 for ekstensivt opererede patienter

	Standard		Uoplyst	Aktuelle år		Tidligere år		
	> 60% opfyldt	Tæller/ nævner	antal (%)	01.07.2020 - 30.06.2021 Andel	95% CI	2019/ 2020 Andel	2018/ 2019 Andel	2017/ 2018 Andel
<b>Danmark</b>	Ja	162 / 166	151 (48)	98	(94-99)	98	100	
<b>Hovedstaden</b>	Ja	14 / 16	107 (87)	88	(62-98)	100	100	
<b>Syddanmark</b>	Ja	85 / 85	24 (22)	100	(96-100)	100	100	
<b>Midtjylland</b>	Ja	48 / 50	11 (18)	96	(86-100)	95	100	
<b>Nordjylland</b>	Ja	15 / 15	9 (38)	100	(78-100)	100	100	
<b>Hovedstaden</b>	Ja	14 / 16	107 (87)	88	(62-98)	100	100	
Herlev	Nej	# / #	0 (0)	50	(1-99)			
Rigshospitalet	Ja	13 / 14	107 (88)	93	(66-100)	100	100	
<b>Syddanmark</b>	Ja	85 / 85	24 (22)	100	(96-100)	100	100	
Odense	Ja	85 / 85	24 (22)	100	(96-100)	100	100	
<b>Midtjylland</b>	Ja	48 / 50	11 (18)	96	(86-100)	95	100	
Aarhus	Ja	48 / 50	11 (18)	96	(86-100)	95	100	
<b>Nordjylland</b>	Ja	15 / 15	9 (38)	100	(78-100)	100	100	
Aalborg	Ja	15 / 15	9 (38)	100	(78-100)	100	100	

Beregningsregler:

Tæller: Patienter der er mobiliseret i  $\geq 5$  timer dag 2 efter operationen, eller udskrevet før.

Nævner: Opererede ovariecancerpatienter (LAP 1+2+3) og modtaget senest dag 0 eller 1 postoperativt i afdelingen.

Uoplyste: Uoplyst cancertype, hvilken dag patienten er modtaget og/eller udskrevet i/fra afdelingen.

Eksklusion: Patienter, der ikke er opereret i henhold til LAP 1+2+3.

#### Resultater:

Det har desværre vist sig i år, at der har været problemer med de udsendte fejl- og manglister vedr. sygeplejeregistreringen på Rigshospitalet. Problemet burde nu være løst, men har påvirket afdelingens muligheder for at følge op på manglende registreringer, 88% uoplyste.

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. På landsplan er 98% af de



opererede ovariecancerpatienter mobiliseret efter 5 timer postoperativ dag 2 eller tidligere, hvilket er over den fastsatte standard på 60%. Dette års resultater skal tolkes med de ovenfor nævnte forbehold for manglende registrering af sygeplejen. Aarhus er den afdeling med færrest andel uoplyste, 18%, og med en opfyldelse på 96%.

#### 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 forsat 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.

#### Indikator 31: Sygepleje for ovariecancer: Afføring indenfor 3 dage efter operation

	Standard		Uoplyst		Aktuelle år		Tidligere år		
	≥ 60% opfyldt	Tæller/ nævner	antal (%)	01.07.2020 - 30.06.2021 Andel 95% CI	2019/ 2020 Andel	2018/ 2019 Andel	2017/ 2018 Andel		
<b>Danmark</b>	Nej	91 / 173	192 (53)	53 (45-60)	52	52	46		
<b>Hovedstaden</b>	Nej	6 / 15	119 (89)	40 (16-68)	27	77	100		
<b>Sjælland</b>		0 / 0	3 (100)		100		0		
<b>Syddanmark</b>	Nej	51 / 92	41 (31)	55 (45-66)	66	54	38		
<b>Midtjylland</b>	Nej	26 / 52	14 (21)	50 (36-64)	29	34	43		
<b>Nordjylland</b>	Nej	8 / 14	15 (52)	57 (29-82)	85	70	60		
<b>Hovedstaden</b>	Nej	6 / 15	119 (89)	40 (16-68)	27	77	100		
Herlev		0 / 0	5 (100)						
Rigshospitalet	Nej	6 / 15	114 (88)	40 (16-68)	27	77	100		
<b>Sjælland</b>		0 / 0	3 (100)		100		0		
Roskilde		0 / 0	3 (100)		100				
<b>Syddanmark</b>	Nej	51 / 92	41 (31)	55 (45-66)	66	54	38		
Odense	Nej	51 / 92	41 (31)	55 (45-66)	66	54	38		
<b>Midtjylland</b>	Nej	26 / 52	14 (21)	50 (36-64)	29	34	43		
Aarhus	Nej	26 / 52	14 (21)	50 (36-64)	29	34	43		
<b>Nordjylland</b>	Nej	8 / 14	15 (52)	57 (29-82)	85	70	60		
Aalborg	Nej	8 / 14	15 (52)	57 (29-82)	85	70	60		

#### Beregningsregler:

Tæller: Patienter er enten udskrevet dag 0,1,2 eller 3 postoperativt eller har haft afføring senest dag 3 postoperativt.

Nævner: Opererede ovariecancerpatienter.

Uoplyste: Uoplyst cancertype, hvilken dag patienten er modtaget og/eller udskrevet i/fra afdelingen, eller første dag med afføring.

Eksklusion: Patienten er ikke modtaget i afdelingen på postoperativ dag 0-3.

#### Resultater:

Samme problemstilling som for indikator 30, at der desværre har vist sig i år, at der har været problemer med de udsendte fejl- og manglister vedr. sygeplejeregisteringen på Rigshospitalet. Problemet burde nu være løst, men har påvirket afdelingens muligheder for at følge op på manglende registreringer, 88% uoplyste. Generelt er der for denne indikator for alle afdelinger en stor andel uoplyste, der gøre at resultaterne mindre valide. På landsplan har 53% af de opererede ovariecancerpatienter haft afføring





seneste 3 dage postoperativt, hvilket er under den fastsatte standard på 60%. Ingen regioner eller afdelinger opfylder i år standarden.

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 monitøre området.

Vurdering af indikatoren:

Indikatoren vurderes fortsat som relevant.  
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- og 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.

#### Indikator 20b: Corpuscancer: Fjernelse af pelvinelymfeknuder for mellem- og højrisiko patienter med høj risiko st. I eller st. II-III

	Standard		Uoplyst		Aktuelle år		Tidligere år		
	$\geq 80\%$ opfyldt	Tæller/ nævner	antal (%)	01.07.2020 - 30.06.2021 Andel 95% CI	2019/ 2020 Andel	2018/ 2019 Andel	2017/ 2018 Andel		
<b>Danmark</b>	Ja	226 / 264	23 (8)	86 (81-90)	82	79	74		
<b>Hovedstaden</b>	Ja	55 / 67	7 (9)	82 (71-90)	81	78	74		
<b>Sjælland</b>	Nej	21 / 27	8 (23)	78 (58-91)	82	78	77		
<b>Syddanmark</b>	Ja	64 / 72	3 (4)	89 (79-95)	84	77	80		
<b>Midtjylland</b>	Ja	60 / 70	1 (1)	86 (75-93)	79	68	57		
<b>Nordjylland</b>	Ja	26 / 28	4 (13)	93 (76-99)	89	92	93		
<b>Hovedstaden</b>	Ja	55 / 67	7 (9)	82 (71-90)	81	78	74		
Herlev	Ja	24 / 29	2 (6)	83 (64-94)	64	80	65		
Hillerød		0 / 0	1 (100)						
Rigshospitalet	Ja	31 / 38	4 (10)	82 (66-92)	95	76	84		
<b>Sjælland</b>	Nej	21 / 27	8 (23)	78 (58-91)	82	78	77		
Roskilde	Nej	21 / 27	8 (23)	78 (58-91)	82	78	81		
<b>Syddanmark</b>	Ja	64 / 72	3 (4)	89 (79-95)	84	77	80		
Odense	Ja	64 / 72	3 (4)	89 (79-95)	84	77	80		
<b>Midtjylland</b>	Ja	60 / 70	1 (1)	86 (75-93)	79	68	57		
Aarhus	Ja	60 / 70	1 (1)	86 (75-93)	80	68	57		
<b>Nordjylland</b>	Ja	26 / 28	4 (13)	93 (76-99)	89	92	93		
Aalborg	Ja	26 / 28	4 (13)	93 (76-99)	89	92	93		

#### Resultater:

Andelen af corpuscancerpatienter med mellem- eller højrisiko stadie I eller stadie II-III, der får fjernet lymfeknuder er på landsplan 86% (95% CI: 81%-90%). Andelen været stigende henover de senest tre perioder. En afdeling opfylder ikke standarden på  $\geq 80\%$ , Roskilde med 78%. Tre afdelinger har 10% eller mere uoplyste, Rigshospitalet (10%), Roskilde (23%) og Aalborg (13%).



### 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 af 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.



## 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.

### Indikator 21: Corpuscancer: Procentdelen af patienter med stadium I lav- og mellem-risiko endometrie-cancer der opereres laparoskopisk eller robot kirurgi

	Standard		Uoplyst		Aktuelle år		Tidligere år		
	> 75% opfyldt	Tæller/ nævner	antal (%)	01.07.2020 - 30.06.2021	Andel 95% CI	2019/ 2020	2018/ 2019	2017/ 2018	Andel
<b>Danmark</b>	Ja	346 / 370	18 (5)	94	(91-96)	89	94	95	
<b>Hovedstaden</b>	Ja	102 / 102	6 (6)	100	(96-100)	97	92	94	
<b>Sjælland</b>	Ja	49 / 52	10 (16)	94	(84-99)	64	97	100	
<b>Syddanmark</b>	Ja	71 / 85	1 (1)	84	(74-91)	93	97	93	
<b>Midtjylland</b>	Ja	91 / 95	0 (0)	96	(90-99)	92	86	95	
<b>Nordjylland</b>	Ja	33 / 36	1 (3)	92	(78-98)	90	98	94	
<b>Hovedstaden</b>	Ja	102 / 102	6 (6)	100	(96-100)	97	92	94	
Herlev	Ja	62 / 62	5 (7)	100	(94-100)	99	97	99	
Hillerød		0 / 0	1 (100)						
Rigshospitalet	Ja	40 / 40	0 (0)	100	(91-100)	93	87	88	
<b>Sjælland</b>	Ja	49 / 52	10 (16)	94	(84-99)	64	97	100	
Roskilde	Ja	49 / 52	10 (16)	94	(84-99)	64	97	100	
<b>Syddanmark</b>	Ja	71 / 85	1 (1)	84	(74-91)	93	97	93	
Odense	Ja	71 / 85	1 (1)	84	(74-91)	93	97	93	
<b>Midtjylland</b>	Ja	91 / 95	0 (0)	96	(90-99)	92	86	95	
Aarhus	Ja	91 / 95	0 (0)	96	(90-99)	91	86	95	
<b>Nordjylland</b>	Ja	33 / 36	1 (3)	92	(78-98)	90	98	94	
Aalborg	Ja	33 / 36	1 (3)	92	(78-98)	90	98	94	

#### Resultater:

Andelen af corpuscancerpatienter med stadie I lav- og mellem-risiko, der opereres laparoskopisk eller med robotkirurgi udgør 94% på landsplan, og indikatoren opfylder standarden på 75%. Alle afdelinger opfylder i år standarden. Indikatoropfyldelsen har på landsplan ligget en del over standarden gennem de senest perioder.

#### 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 endometriecancer der kommer på MDT konference

Standard: > 90 %

**Endometriecancer:** Procentdelen af patienter med stadium I højrisiko, stadium II-IV endometriecancer der kommer på MDT konference indenfor 30 dage efter operation og for de ikke opererede indenfor 30 dage fra dato for anamnese.

## Indikator 22: Corpuscancer: Procentdelen af patienter med stadium i højrisiko, stadium II-IV endometriecancer der kommer på MDT konference

	Standard		Uoplyst		Aktuelle år		Tidligere år		
	≥ 90% opfyldt	Tæller/ nævner	antal (%)	01.07.2020 - 30.06.2021	Andel 95% CI	2019/ 2020	2018/ 2019	2017/ 2018	
<b>Danmark</b>	Ja	210 / 228	6 (3)	92	(88-95)	91	57	49	
<b>Hovedstaden</b>	Nej	44 / 58	1 (2)	76	(63-86)	77	21	20	
<b>Sjælland</b>	Nej	11 / 14	2 (13)	79	(49-95)	91	64	100	
<b>Syddanmark</b>	Ja	68 / 69	0 (0)	99	(92-100)	100	94	90	
<b>Midtjylland</b>	Ja	61 / 61	0 (0)	100	(94-100)	96	68	49	
<b>Nordjylland</b>	Ja	26 / 26	3 (10)	100	(87-100)	97	78	56	
<b>Hovedstaden</b>	Nej	44 / 58	1 (2)	76	(63-86)	77	21	20	
Herlev	Nej	13 / 24	0 (0)	54	(33-74)	68	9	11	
Rigshospitalet	Ja	31 / 34	1 (3)	91	(76-98)	84	27	28	
<b>Sjælland</b>	Nej	11 / 14	2 (13)	79	(49-95)	91	64	100	
Roskilde	Nej	11 / 14	2 (13)	79	(49-95)	91	64	100	
<b>Syddanmark</b>	Ja	68 / 69	0 (0)	99	(92-100)	100	94	90	
Odense	Ja	68 / 69	0 (0)	99	(92-100)	100	94	90	
<b>Midtjylland</b>	Ja	61 / 61	0 (0)	100	(94-100)	96	68	49	
Aarhus	Ja	61 / 61	0 (0)	100	(94-100)	98	68	49	
<b>Nordjylland</b>	Ja	26 / 26	3 (10)	100	(87-100)	97	78	56	
Aalborg	Ja	26 / 26	3 (10)	100	(87-100)	97	78	56	

### Resultater:

Denne indikator til monitorering af, om endometriecancer patienter stadiet I højrisiko og stadiet II-IV bliver vurderet på MDT blev indført sidste år. Der er konsensus blandt europæiske selskaber ESGO-ESTRO-ESP om, at MDT er en kvalitet.

Standarden er fastsat til ≤90%. Indikatoren er opfyldt på landsplan med en andel på 92% (95% CI: 88%-95%). To regioner, Region Hovedstaden og Region Sjælland, og 2 afdelinger, Herlev, og Roskilde opfylder ikke standarden med andel på hhv. 54% og 79%. To afdelinger, Odense og Aarhus, har komplet mål opfyldelse med hhv. 99% og 100% og ingen uoplyste.



### Diskussion og implikationer:

Indikatoren opfyldes på landsplan, men ikke for alle afdelinger, Herlev og Roskilde undtaget. Årsagen til den manglende opfyldelse er udelukkende et registrerings problem i SP. For Herlevs vedkommende har sekretærerne siden 2021 manuelt registret MDT, som afdelingen har afholdt for alle deres patienter i årevis. Tilsvarende praksis har Rigshospitalet også måttet indføre, men har kunnet nå at rette op på manglerne i SP inden data til årsrapporten blev trukket. Indikatoren opfyldes i Region Midtjylland, Region Syddanmark og i Region Nordjylland.

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 2020/2021 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 indikatorens mål fremadrettet med fokus på problemet med MDT registrering i SP.

### Vurdering af indikatoren:

Indikatoren anses for egnet til at monitorere det samlede forløb for patienter med mere avanceret endometriecancer, 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 2016 - 2017	
				Andel	95 % CL
<b>Danmark</b>	126	576	0.0	77.0	(73.1-80.4)
<b>Region Hovedstaden</b>	44	172	0.0	73.7	(66.2-79.8)
<b>Region Sjælland</b>	15	93	0.0	81.1	(69.6-88.5)
<b>Region Syddanmark</b>	22	101	0.0	78.2	(68.8-85.0)
<b>Region Midtjylland</b>	26	129	0.0	79.2	(70.9-85.4)
<b>Region Nordjylland</b>	19	81	0.0	73.2	(60.1-82.5)
<b>Region Hovedstaden</b>	44	172	0.0	73.7	(66.2-79.8)
Herlev	24	75	0.0	67.9	(56.0-77.2)
Hvidovre	#	#	0.0	100.0	(100-100)
Rigshospitalet	20	95	0.0	77.9	(67.6-85.3)
<b>Region Sjælland</b>	15	93	0.0	81.1	(69.6-88.5)
Roskilde	15	93	0.0	81.1	(69.6-88.5)
<b>Region Syddanmark</b>	22	101	0.0	78.2	(68.8-85.0)
Odense	22	101	0.0	78.2	(68.8-85.0)
<b>Region Midtjylland</b>	26	129	0.0	79.2	(70.9-85.4)
Aarhus	26	129	0.0	79.2	(70.9-85.4)
<b>Region Nordjylland</b>	19	81	0.0	73.2	(60.1-82.5)
Aalborg	19	81	0.0	73.2	(60.1-82.5)

### 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 77% (95% CI: 73-80). Standarden på over 70% er opfyldt for alle regioner. En afdeling, Herlev, opfylder ikke standarden med en andel på 68%.

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





### Diskussion og implikationer:

Det er meget tilfredsstillende, at der er rimeligt ensartede data og en samlet 5-årsoverlevelse på 77%. Region Nordjylland og Region Hovedstaden ligger lidt lavere end de øvrige regioner, men over indikatormålet. Umiddelbart skyldes det et tilfældigt udsving. Endvidere reflekterer tallene behandling der er foretaget for 5 år siden.

### 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 2016 - 2017	
				Andel	95 % CL
<b>Danmark</b>	74	474	0.0	83.4	(79.5-86.6)
<b>Region Hovedstaden</b>	18	122	0.0	85.1	(77.5-90.4)
<b>Region Sjælland</b>	13	85	0.0	81.9	(69.9-89.5)
<b>Region Syddanmark</b>	12	80	0.0	85.0	(75.1-91.2)
<b>Region Midtjylland</b>	20	115	0.0	82.1	(73.5-88.1)
<b>Region Nordjylland</b>	11	72	0.0	82.0	(68.6-90.1)
<b>Region Hovedstaden</b>	18	122	0.0	85.1	(77.5-90.4)
Herlev	10	59	0.0	82.9	(70.5-90.4)
Hvidovre	#	#	0.0	100.0	( 100-100)
Rigshospitalet	8	61	0.0	86.8	(75.3-93.2)
<b>Region Sjælland</b>	13	85	0.0	81.9	(69.9-89.5)
Roskilde	13	85	0.0	81.9	(69.9-89.5)
<b>Region Syddanmark</b>	12	80	0.0	85.0	(75.1-91.2)
Odense	12	80	0.0	85.0	(75.1-91.2)
<b>Region Midtjylland</b>	20	115	0.0	82.1	(73.5-88.1)
Aarhus	20	115	0.0	82.1	(73.5-88.1)
<b>Region Nordjylland</b>	11	72	0.0	82.0	(68.6-90.1)
Aalborg	11	72	0.0	82.0	(68.6-90.1)

### 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, stadie I, diagnosticeret fra 1. juli 2016 og frem til og med 30. juni 2017 er estimeret til 83% (95% CI: 80-87). Standarden på  $\geq 80\%$  er 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 over 83%. Region Sjælland og Region Nordjylland ligger lidt lavere end de øvrige regioner men over indikatoren. Det er usikkert om det skyldes tilfældigheder og små tal. Overlevelsen afspejler behandlingsstrategien for 5 år siden.

#### 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 $\leq 4$ cm og uden tegn på spredning.

Standard: > 70 %

#### Indikator 43: Vulvacancer: Sentinel node foretaget på patienter med st. IB

	Standard		Uoplyst	Aktuelle år		Tidligere år		
	> 70% opfyldt	Tæller/ nævner	antal (%)	01.07.2020 - 30.06.2021	Andel 95% CI	2019/ 2020	2018/ 2019	2017/ 2018
<b>Danmark</b>	Ja	40 / 56	11 (16)	71	(58-83)	66	61	61
<b>Hovedstaden</b>	Nej	23 / 33	7 (18)	70	(51-84)	63	58	69
<b>Midtjylland</b>	Ja	17 / 23	4 (15)	74	(52-90)	73	65	50
<b>Hovedstaden</b>	Nej	23 / 33	7 (18)	70	(51-84)	63	58	69
<b>Rigshospitalet</b>	Nej	23 / 33	7 (18)	70	(51-84)	66	62	69
<b>Midtjylland</b>	Ja	17 / 23	4 (15)	74	(52-90)	73	65	50
<b>Aarhus</b>	Ja	17 / 23	4 (15)	74	(52-90)	73	65	50

#### Resultater:

Denne indikator blev indført forrige år mhb. opfølgning af, at så mange patienter med vulvacancer stadium IB tumor  $\leq 4$  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 udelukkende behandlet på to afdelinger, Rigshospitalet og Aarhus. Standarden er opfyldt på landsplan med en andel på 71% (95% CI: 58%-83%). Rigshospitalet opfylder ikke standarden med en andel på 69,7+%. For denne indikator er andelen af uoplyste, manglende stadie og/eller manglende oplysninger om suspekter lymfeknuder eller fjernet sentinel node, i år reduceret til 16% i forhold til sidste års andel på 29%.

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

#### Diskussion og implikationer:

Der er god datadækning og indikatoren er opfyldt på landsplan.

#### 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	uoplyst pct	Aktuelle år 2017 - 2020	
				Andel	95 % CL
<b>Danmark</b>	9	198	0.0	95.4	(91.2-97.6)
<b>Region Hovedstaden</b>	4	126	0.0	96.8	(91.8-98.8)
<b>Region Midtjylland</b>	5	72	0.0	92.8	(83.4-96.9)
<b>Region Hovedstaden</b>	4	126	0.0	96.8	(91.8-98.8)
Rigshospitalet	4	126	0.0	96.8	(91.8-98.8)
<b>Region Midtjylland</b>	5	72	0.0	92.8	(83.4-96.9)
Aarhus	5	72	0.0	92.8	(83.4-96.9)

### 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 er der tale om et event, når en patient dør af vulvacancer. 3-års sygdomsspecifikke overlevelse er opgjort for patienter diagnosticeret fra 2017-2020, 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:

Der er endnu ikke fastsat en standard, men standarden for den sygdomsspecifikke 5-års overlevelse er > 90%. På landsplan overlever 95% af kvinderne deres stadie IB vulvacancer i 3 år. I figur 44 er KM-kurverne for Rigshospitalet og Aarhus plottet. Af både indikator Tabellen og figur 44 fremgår det, at overlevelsen er højere på Rigshospitalet end i Aarhus, med hhv. 97% og 93%.

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

### Diskussion og implikationer:

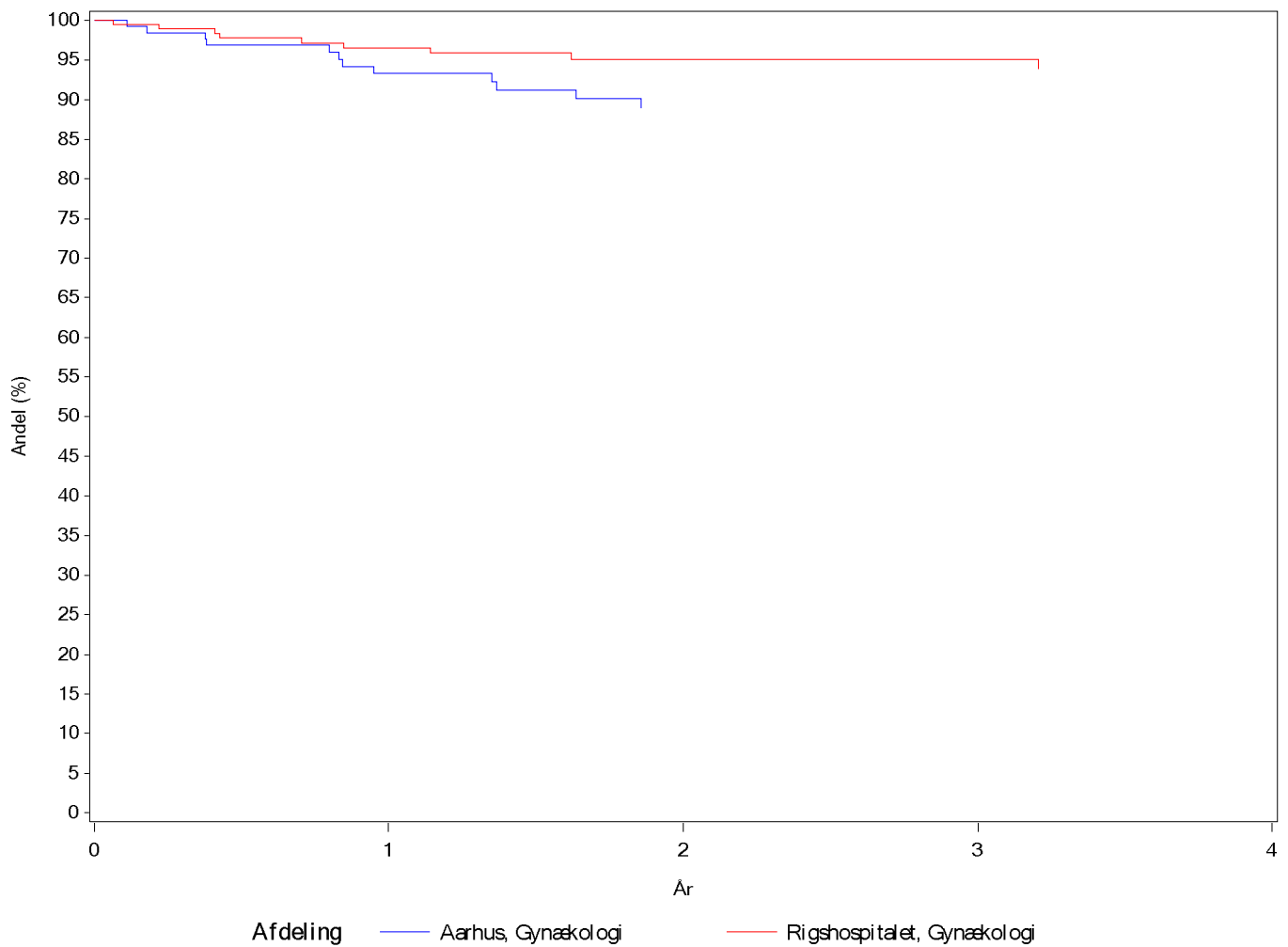
Da dette er en slutmålsindikator, vil vulvacancer gruppen fremadrettet arbejde på at måle om diagnosticering, stadieinddeling og recidiv adskiller sig på de to institutioner og indarbejde dette i en fremtidig indikator.

### 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) 3 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 2015 - 2020	
				Andel	95 % CL
Danmark	21	314	0.0	93.1	(89.6-95.5)
Region Hovedstaden	9	187	0.0	95.0	(90.5-97.4)
Region Midtjylland	12	127	0.0	90.4	(83.7-94.4)
Region Hovedstaden Rigshospitalet	9	187	0.0	95.0	(90.5-97.4)
Region Midtjylland Aarhus	12	127	0.0	90.4	(83.7-94.4)

### 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 er der tale om et event, når en patient dør af vulvacancer. 5-års sygdomsspecifikke overlevelse er opgjort for patienter diagnosticeret 2015-2020, 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% og for begge afdelinger. 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:

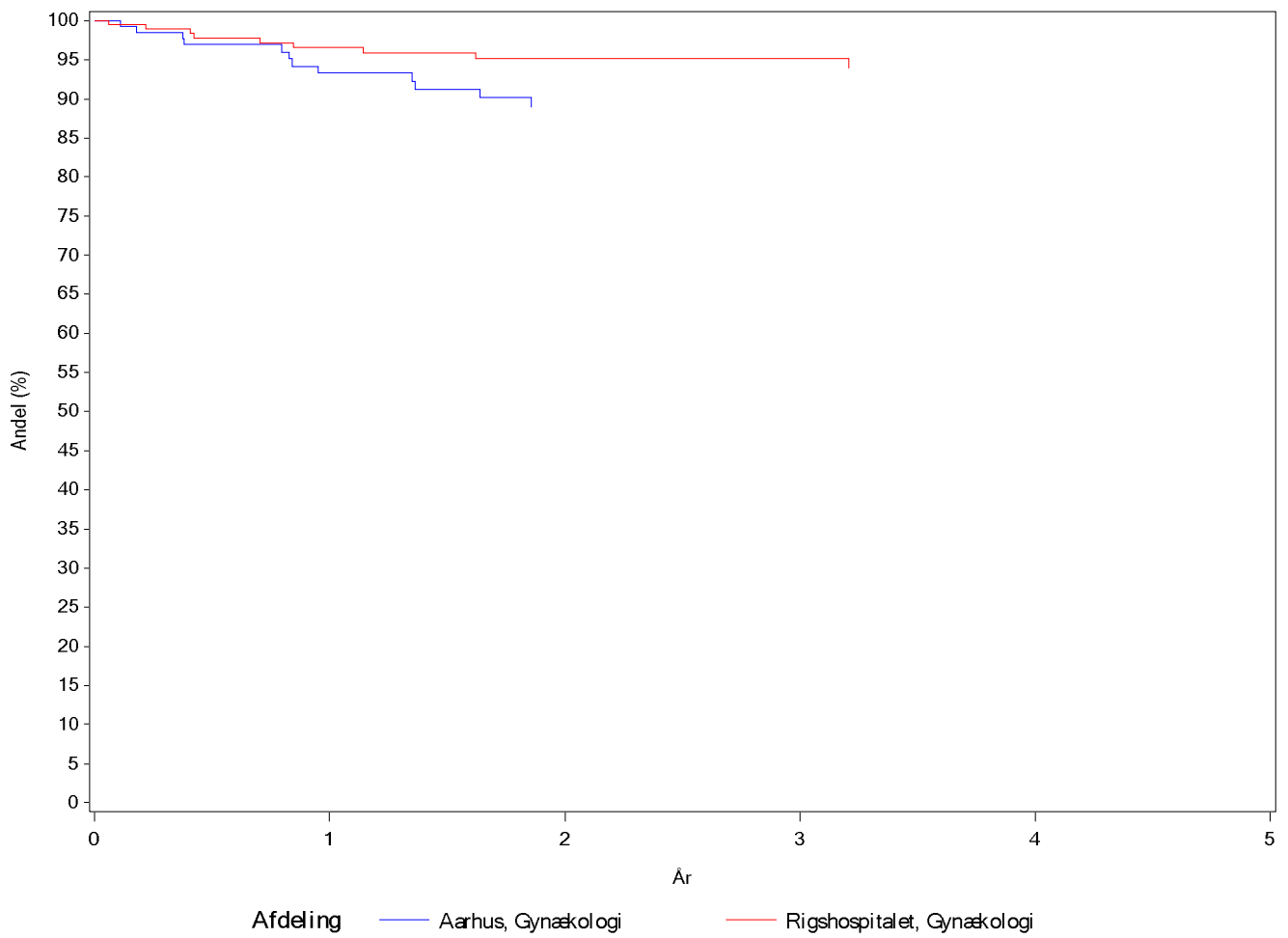
Det bør overvejes om denne indikator er overflødig, da patienterne primært dør inden for de første 2-3 år, og at det derfor er nok at monitorere på 3-års overlevelsen.

### 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). Årsagsspecifikke døsfald blandt Vulvacancer patienter stadie IB, sker primært inden for de første 3 år efter diagnosen, derfor vil det være nok og mere tidstro kun at monitorere på 3-års overlevelsen. Denne indikator udgår fra næste år.



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:  $\geq 90\%$

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.

#### Indikator 51: Trofoblasygdom (kun mola): Andel patienter der har fået foretaget genetisk analyse

	Standard		Uoplyst	Aktuelle år		Tidligere år		
	$\geq 75\%$ opfyldt	Tæller/ nævner	antal (%)	01.07.2020 - 30.06.2021 Andel	95% CI	2019/2 020 Andel	2018/2 019 Andel	2017/2 018 Andel
<b>Danmark</b>	Ja	18 / 22	49 (69)	82	(60-95)	71	77	74
<b>Hovedstaden</b>	Ja	7 / 9	23 (72)	78	(40-97)	89	90	70
<b>Sjælland</b>		0 / 0	4 (100)			100		
<b>Syddanmark</b>	Nej	# / #	5 (63)	33	(1-91)	42	63	100
<b>Midtjylland</b>	Ja	9 / 9	9 (50)	100	(66-100)	79	91	80
<b>Nordjylland</b>	Ja	# / #	8 (89)	100	(3-100)	67	0	33
<b>Hovedstaden</b>	Ja	7 / 9	23 (72)	78	(40-97)	89	90	70
Herlev	Nej	5 / 7	1 (13)	71	(29-96)	89	100	67
Hillerød		0 / 0	3 (100)				100	
Hvidovre	Ja	# / #	15 (94)	100	(3-100)			
Rigshospitalet	Ja	# / #	4 (80)	100	(3-100)		0	100
<b>Sjælland</b>		0 / 0	4 (100)			100		
Næstved		0 / 0	1 (100)					
Roskilde		0 / 0	3 (100)			100		
<b>Syddanmark</b>	Nej	# / #	5 (63)	33	(1-91)	42	63	100
Esbjerg		0 / 0	1 (100)			100		
Kolding	Ja	# / #	2 (67)	100	(3-100)	100	67	100
Odense	Nej	# / #	2 (50)	0	(0-84)	13	60	100
<b>Midtjylland</b>	Ja	9 / 9	9 (50)	100	(66-100)	79	91	80
Aarhus	Ja	7 / 7	4 (36)	100	(59-100)	80	100	88
Herning	Ja	# / #	1 (50)	100	(3-100)	100	100	50
Horsens	Ja	# / #	1 (50)	100	(3-100)	50		
Randers		# / #	3 (100)			50		
<b>Nordjylland</b>	Ja	# / #	8 (89)	100	(3-100)	67	0	33
Aalborg	Ja	# / #	8 (89)	100	(3-100)	67	0	33



### Resultater:

Der er desværre forsat udfordringer med registrering af molapatienter til DGCD med en dækningsgrad på 59% (supplerende indikator 2, appendiks 1). Statistisk set burde der være omkring 80 kvinder årligt med mola. Ifølge LPR er der i år registreret 71 kvinder med mola, hvor af de 42 er registreret i DGCD (supplerende indikator 2, appendiks 1) (tabel A3.6.1, 30 mola pt. i 2020/2021). Indikatoren opfylder på landsplan ikke den fastsatte standard på over 90%.

Indikatorværdierne for denne indikator skal tolkes med forbehold, da antallet af mola patienter vurderes at være underrapporteret i DGCD.

### Diskussion og implikationer:

Vi har i indeværende år iværksat at alle gynækologiske afdelinger, der foretager evacuatio af patienter med obs mola finder en molaansvarlig læge, der bliver oprettet i DGCD og kan indtaste afdelingens egne patienter. Dette sker med teknisk support fra DGCD og klinisk support fra læge Isa Niemann. Dette nye tiltag begyndte i august 2021, og der har været gjort en stor indsats for, at alle patienter på mangellisterne er blevet indtastet 2 år tilbage. Der har været stor opbakning fra de gynækologiske afdelinger, men tidsfristen og startproblemer, har gjort at alle ikke har kunnet nå at indhente de manglende indtastninger.

Desværre har der været vanskeligheder med at se patienternes forløb, hvis de er udfyldt af andre end på den relevante afdeling. Derfor skønnes indtastningsprocenten til langt større end 59%. Dette vil blive udbedret til næste årsrapport.

Indikatoren viser hvor stor en andel af patienter (med klinisk mistanke om mola på tidspunktet for evakuatio) hvor der er sendt en 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 molae hvorpå indikatoren kunne opgøres. I 2018/19 var der registreret 21 molae, 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 hvis ikke tiltaget med lokale molaindtastere vil øge indtastningsprocenten. Der er i arbejdsgruppen planer om at ændre indikatorens ordlyd, sådan at vurderingen af molaens ploidi også kan stilles på immunhistokemi foretaget af patologer.



### 3. Beskrivelse af sygdomsområdet

Dansk Gynækologisk Cancer Database (DGCD) udgiver nu sin 12. årsrapport, der præsenterer data fra årene 2020 – 2021. 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 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](http://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, FIGO 2018 st. IA	≥ 95 %
	6B	Cervixcancer, andel patienter i live 5 år efter anamnesedato, FIGO 2018 st. IB-IIA1	≥ 85 %
	6C	Cervixcancer, andel patienter i live 5 år efter anamnesedato, FIGO 2018 st. IIA2-III	≥ 60 %
	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 kemo-strålebehandling, 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	≥ 80 %
	14	Ovarie-, tuba- og peritonealcancer, andel patienter i live 2 år efter anamnesedato, stadie IIIC-IV	≥ 60 %
	15	Ovarie-, tuba- og peritonealcancer, andel patienter i live 5 år efter anamnesedato, stadie IIIC-IV	≥ 40 %
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 2020 til 30. juni 2021. Den aktuelle periode dækker 1. juli 2020 – 30. juni 2021. Indikatoropgørelserne for den aktuelle periode sammenlignes med de 2 foregående perioder; 1. juli 2019-30. juni 2020 og 1. juli 2018-30. juni 2019.

Det samlede datagrundlag for de seneste 3 tidsperioder, der indgår i indikatoropgørelserne i aktuelle årsrapport udgøres af 5896 patienter med gynækologisk cancer (cervix, ovarie, endometri og vulva). Disse patienter opfylder tre krav: De er alle diagnosticerede i perioden 1. juli 2018- 30. juni 2021, de er alle registrerede i DGCD, og de har alle fået angivet en cancertype i DGCD.

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

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

### Datakvalitet og statistiske analyser

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

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

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

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



## 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 opsplittet dækningsgraden separat for mola, samt tilføjet en selvstændig for sygeplejen. For disse to områder har der gennem længere tid været problemer med indberetningerne. Dette er dog to forskellige problemstillinger. For mola, er udfordringen at patienterne er spredt ud på mange afdelinger med få antal pr. år, hvilket gør det svært at opnå en kontinuerlig indberetningsrutine. For sygeplejen er det forsat uafklaret om problemerne skyldes ikke korrekt registrering eller nogle mere tekniske udfordringer. Dette arbejdes der på at få afklaret og løst, for fremadrettet at få en mere komplet registrering af sygeplejeoplysninger i DGCD.

Dækningsgraden for de tre store sygdomsområder, samt vulva er i år på 91%. To af de store afdelinger opfylder således ikke bekendtgørelsens krav om  $\geq 90\%$ .

## Komplethedegrad for de enkelte indikatorer

Datakompletheden for de enkelte indikatorer varierer fra 31% til 100 %.

Generelt bør datakompletheden for hver enkelt indikator være over 80 %. Af de 26 indikatoropgørelser har 23 en datakomplethed på  $> 90\%$ . 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 Afdeling, Odense Universitetshospital
3. Klinisk lektor, overlæge, ph.d. Kirsten Jochumsen, Gynækologisk Afdeling, Odense Universitetshospital
4. Overlæge, ph.d. Isa Charlotte Secher Niemann, Gynækologisk Obstetrisk Afdeling, Regionshospitalet Randers
5. Professor, MHH, ph.d. Lene Seibæk, Kvindesygdomme og Fødsler, Aarhus Universitetshospital
6. Overlæge, ph.d. Signe Frahm Bjørn, Gynækologisk Klinik, Rigshospitalet
7. Professor, dr. Med. Lone Kjeld Petersen, Gynækologisk afdeling, Odense Universitetshospital
8. Afdelingslæge Marie Bønnelycke, Patologisk afdeling, Rigshospitalet
9. Overlæge, ph. d, Katrine Fuglsang, Kvindesygdomme og Fødsler, Aarhus Universitetshospital
10. Kontaktperson, Mette Høyrup, RKKP Videncenter
11. Datamanager, Karsten Drompf, 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.dgcg.dk/index.php/om-dgcg/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 5 år (eksklusiv mola)

	Både i DGCD og LPR	Kun i DGCD	Kun i LPR	Dækningsgrad (%)
2020/2021	1897	59	139	91
2019/2020	1957	44	54	94
2018/2019	2042	55	70	92
2017/2018	1960	34	91	92
2016/2017	2049	37	84	94



## Dækningsgrad eksklusiv Mola i forhold til antal patienter indberettet til LPR med relevant diagnose og på en gynækologisk afdeling.

Dækningsgrad på landsplan og afdelingsniveau 1. juli 2020-30. juni 2021 (eksklusiv mola)

Afdeling	I DGCD	Mangler i DGCD	Mangler i LPR	Total	Dækningsgrad (%)
Aalborg Universitetshospital	127	31	#	160	79
Aarhus Universitetshospital	468	5	12	485	96
Amager og Hvidovre Hospital	0	4	#	5	0
Herlev og Gentofte Hospital	150	18	#	170	88
Holbæk Sygehus	0	4	0	4	0
Hospitalet i Nordsjælland	#	14	0	15	7
Kolding Sygehus	#	0	#	#	50
Nykøbing F. Sygehus	0	#	0	#	0
Næstved, Slagelse og Ringsted sygehuse	0	5	0	5	0
OUH Odense Universitetshospital	496	7	25	528	94
Region Midtjylland, Hospitalsenheden Vest	#	#	0	#	50
Regionshospitalet Randers	0	#	0	#	0
Rigshospitalet	513	4	15	532	96
Sjællands Universitetshospital, ROS	136	33	0	169	80
Sydvestjysk Sygehus	0	#	#	#	0
Sygehus Sønderjylland	#	7	0	8	13
Vejle Sygehus	3	3	0	6	50
<b>Total</b>	<b>1897</b>	<b>139</b>	<b>59</b>	<b>2095</b>	<b>91</b>

## Dækningsgrad, Mola i forhold til antal patienter indberettet til LPR med relevant diagnose og på en gynækologisk afdeling.

Dækningsgrad på landsplan og afdelingsniveau 1. juli 2020-30. juni 2021 (kun mola)

Afdeling	I DGCD	Mangler i DGCD	Total	Dækningsgrad (%)
Aalborg Universitetshospital	#	7	8	13
Aarhus Universitetshospital	7	#	9	78
Amager og Hvidovre Hospital	15	#	17	88
Herlev og Gentofte Hospital	4	#	5	80
Holbæk Sygehus	0	6	6	0
Hospitalet i Nordsjælland	0	3	3	0
Kolding Sygehus	4	0	4	100
Næstved, Slagelse og Ringsted sygehuse	0	3	3	0
OUH Odense Universitetshospital	0	#	#	0
Region Midtjylland, Hospitalsenheden Vest	4	#	5	80
Regionshospitalet Nordjylland Vendsyssel	#	0	#	100
Rigshospitalet	5	#	6	83
Sjællands Universitetshospital, ROS	0	#	#	0
<b>Total</b>	<b>42</b>	<b>29</b>	<b>71</b>	<b>59</b>



## Supplerende indikator 150: Dækningsgrad for sygeplejen i forhold til antal opererede ovarie- og corpuscancerpatienter oprettet i DGCD på en gynækologisk afdeling.

Standard:  $\geq 90\%$

### Indikator 150: Andelen af opererede ovarie eller endometriecancer patienter med oprettet sygepleje skema

	Standard opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år		Tidligere år		
				01.07.2020 - 30.06.2021 Andel	95% CI	2019/ 2020 Andel	2018/ 2019 Andel	2017/ 2018 Andel
<b>Danmark</b>	Nej	403 / 688	16 (2)	59	(55-62)	54	68	83
<b>Hovedstaden</b>	Nej	49 / 249	5 (2)	20	(15-25)	32	62	55
<b>Sjælland</b>	Nej	19 / 31	5 (14)	61	(42-78)	56	80	89
<b>Syddanmark</b>	Nej	196 / 220	3 (1)	89	(84-93)	51	39	79
<b>Midtjylland</b>	Nej	105 / 130	1 (1)	81	(73-87)	85	94	94
<b>Nordjylland</b>	Nej	34 / 58	2 (3)	59	(45-71)	77	91	97
<b>Hovedstaden</b>	Nej	49 / 249	5 (2)	20	(15-25)	32	62	55
Herlev	Nej	28 / 34	2 (6)	82	(65-93)	86	91	85
Hillerød	Nej	0 / 4	0 (0)	0	(0-60)	0		0
Rigshospitalet	Nej	21 / 211	3 (1)	10	(6-15)	18	50	39
<b>Sjælland</b>	Nej	19 / 31	5 (14)	61	(42-78)	56	80	89
Roskilde	Nej	19 / 31	5 (14)	61	(42-78)	56	89	89
<b>Syddanmark</b>	Nej	196 / 220	3 (1)	89	(84-93)	51	39	79
Odense	Nej	196 / 219	3 (1)	89	(85-93)	51	39	79
Vejle, Onkologi	Nej	# / #	0 (0)	0	(0-98)			
<b>Midtjylland</b>	Nej	105 / 130	1 (1)	81	(73-87)	85	94	94
Aarhus	Nej	105 / 130	1 (1)	81	(73-87)	85	94	95
<b>Nordjylland</b>	Nej	34 / 58	2 (3)	59	(45-71)	77	91	97
Aalborg	Nej	34 / 58	2 (3)	59	(45-71)	77	91	97

Beregningsregler:

Tæller: Patienter for hvem der er oprettet et sygeplejeskema.

Nævner: Opererede ovarie- og endometriecancerpatienter, udvalgte operationstyper fra LPR og registeret med ekstensiv kirurgi.

Uoplyste: Uoplyst cancertype.

### Resultater:

Som noget nyt er der i år medtaget en supplerende indikator, dækningsgrad for sygeplejeregistreringerne i DGCD. Der har de seneste år forsat været problemer med at få indberettet sygeplejeoplysningerne. Fremadrettet vil de udsendte fejl- og manglister blive dannet på baggrund af opsætning af denne supplerende indikator. Indikator populationen er baseret på opererede ovarie- og corpuscancerpatienter, med udgangspunkt i de patienter gynækologerne har registreret som opererede i DGCD.



Bekendtgørelsen vedr. kliniske databaser har et krav om dækningsgrader på  $\geq 90\%$  af den relevante population.

For den aktuelle periode har det desværre vist sig, at der har været problemer med de udsendte fejl- og manglister vedr. sygeplejeregistreringen på Rigshospitalet. Problemet burde nu være løst, men har påvirket afdelingens muligheder for at følge op på manglende registreringer, hvilket afspejles i en dækningsgrad på kun 10%. Derudover afspejler den lave dækningsgrad generelt problemer med at få registret sygeplejeoplysningerne. Det er endnu uvist om dette skyldes ikke korrekt registrering eller nogle mere tekniske udfordringer. Dette arbejdes der på at få afklaret og løst, for fremadrettet at få en mere komplet registrering af sygeplejeoplysninger i DGCD. Til trods for dette har 3 afdelinger en dækningsgrad på over 80% og Odense opfylder næsten standarden på de 90% med 89%.

#### Diskussion og implikationer:

Indikatoren er et vigtigt redskab og hjælp til afdelinger til at sikre indberetning af sygeplejeoplysninger til DGCD.

#### Vurdering af indikatoren:

Bekendtgørelsen vedr. kliniske databaser har et krav om dækningsgrader på  $\geq 90\%$  af den relevante population.



## 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.

### **Endometriecancer og atypisk hyperplasi i endometriet**

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

Behandlingen af livmoderkræft har ændret sig radikalt over de senere 10-15 år. Hvor livmoderkræft tidligere blev behandlet på næsten alle danske sygehuse, er behandlingen nu centraliseret på nogle få store hospitaler. Dette er for at sikre korrekt valg af operation og evt. efterbehandling. Tidligere fjernede man operativt kun livmoder, æggestokke og æggeledere, og hvis der var specielle risikofaktorer tilstede fik enkelte patienter strålebehandling i efterforløbet. I dag er den histologiske type bestemmende for om man gennemgår ekstra scanninger, idet nogle typer har større tendens til at metastasere (sprede sig) end andre. Ved sygdom med lav-risikohistologi er dybden af invasion i myometriet (livmoderens væg) bestemmende for om der skal fjernes lymfeknuder i bækkenet. Denne dybdebedømmelse 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 sygdomsenhed 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 2018– 30. juni 2021**

Cancertype	2020/21		2019/20		2018/19	
	antal	%	antal	%	antal	%
Ovariecancer	196	10,4	192	9,9	200	9,9
Tubacancer	150	7,9	172	8,9	180	8,9
Peritonealcancer	16	0,8	20	1,0	21	1,0
Borderlinetumor	175	9,3	152	7,8	155	7,7
Cervixcancer	269	14,3	314	16,2	363	18,0
Vulvacancer	116	6,1	112	5,8	118	5,8
Vaginalcancer	18	1,0	13	0,7	20	1,0
Trofoblastsygdom	30	1,6	61	3,1	43	2,1
Uvis ovarie- eller peritonealcancer	144	7,6	158	8,1	136	6,7
Corpuscancer	663	35,1	639	32,9	692	34,3
Hyperplasi med atypi, kompleks	92	4,9	81	4,2	64	3,2
Hyperplasi med atypi, simpel	18	1,0	27	1,4	26	1,3
I alt	1.887	100,0	1.941	100,0	2.018	100,0

**Tabel A3.1.2 ASA score fordelt på cancertype 1. juli 2020 – 30. juni 2021**

ASA score	Cervixcancer		Ovariecancer		Borderline		Corpuscancer		Hyperplasi		Vulva		Vaginal		Trofoplast		I alt	
	antal	%	antal	%	antal	%	antal	%	antal	%	antal	%	antal	%	antal	%	antal	%
1. Rask	63	23,4	88	17,4	54	30,9	105	15,8	32	29,1	14	12,1	#	5,6	0	0,0	357	18,9
2. Let systemisk sygdom	38	14,1	210	41,5	79	45,1	375	56,6	49	44,5	55	47,4	#	5,6	0	0,0	807	42,8
3. Alvorlig systemisk sygdom	11	4,1	78	15,4	22	12,6	151	22,8	18	16,4	23	19,8	#	5,6	0	0,0	304	16,1
4. Livstruende systemisk sygdom	0	0,0	4	0,8	#	1,1	6	0,9	0	0,0	#	0,9	0	0,0	0	0,0	13	0,7
6. Uoplyst	157	58,4	126	24,9	18	10,3	26	3,9	11	10,0	23	19,8	15	83,3	30	100,0	406	21,5
I alt	269	100,0	506	100,0	175	100,0	663	100,0	110	100,0	116	100,0	18	100,0	30	100,0	1.887	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 2020 – 30. juni 2021**

BMI	Cervixcancer		Ovariecancer		Borderline		Corpuscancer		Hyperplasi		Vulva		Vaginal		Trofoplast		I alt	
	antal	%	antal	%	antal	%	antal	%	antal	%	antal	%	antal	%	antal	%	antal	%
< 18,5	12	4,5	15	3,0	6	3,4	11	1,7	0	0,0	5	4,3	0	0,0	1	3,3	50	2,6
18,5 <= BMI < 25	94	34,9	227	44,9	63	36,0	180	27,1	18	16,4	49	42,2	7	38,9	10	33,3	648	34,3
25 <= BMI <= 35	115	42,8	179	35,4	74	42,3	301	45,4	50	45,5	44	37,9	9	50,0	11	36,7	783	41,5
> 35	23	8,6	41	8,1	23	13,1	156	23,5	38	34,5	9	7,8	#	5,6	#	3,3	292	15,5
Ukendt/forkert	25	9,3	44	8,7	9	5,1	15	2,3	4	3,6	9	7,8	#	5,6	7	23,3	114	6,0
Middel	27,0	-	26,1	-	27,7	-	30,2	-	33,4	-	26,9	-	26,8	-	25,0	-	25,8	-
Median	25,7	-	24,6	-	26,4	-	29,0	-	32,2	-	24,9	-	25,6	-	25,3	-	26,9	-
I alt	269	100,0	506	100,0	175	100,0	663	100,0	110	100,0	116	100,0	18	100,0	30	100,0	1.887	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 2020 – 30. juni 2021**

Rygestatus	Cervixcancer		Ovariecancer		Borderline		Corpuscancer		Hyperplasi		Vulva		Vaginal		Trofoplast		I alt	
	antal	%	antal	%	antal	%	antal	%	antal	%	antal	%	antal	%	antal	%	antal	%
Ryger	47	17,5	54	10,7	39	22,3	59	8,9	10	9,1	22	19,0	#	11,1	#	6,7	235	12,5
Eks-ryger	78	29,0	140	27,7	53	30,3	145	21,9	19	17,3	25	21,6	8	44,4	0	0,0	468	24,8
Aldrig ryger	118	43,9	260	51,4	71	40,6	413	62,3	76	69,1	58	50,0	6	33,3	18	60,0	1.020	54,1
Ukendt	26	9,7	51	10,1	12	6,9	46	6,9	5	4,5	11	9,5	#	11,1	10	33,3	163	8,6
Uoplyst	0	0,0	#	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	#	0,1
I alt	269	100,0	506	100,0	175	100,0	663	100,0	110	100,0	116	100,0	18	100,0	30	100,0	1.887	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 2020 – 30. juni 2021**

Komorbiditet	Cervixcancer		Ovariecancer		Borderline		Corpuscancer		Hyperplasi		Vulva		Vaginal		Trofoplast		I alt	
	antal	%	antal	%	antal	%	antal	%	antal	%	antal	%	antal	%	antal	%	antal	%
Ja	97	36,1	254	50,2	83	47,4	443	66,8	64	58,2	79	68,1	12	66,7	3	10,0	1.035	54,8
Nej	161	59,9	236	46,6	89	50,9	214	32,3	43	39,1	36	31,0	6	33,3	27	90,0	812	43,0
Uoplyst	11	4,1	16	3,2	3	1,7	6	0,9	3	2,7	#	0,9	0	0,0	0	0,0	40	2,1
I alt	269	100,0	506	100,0	175	100,0	663	100,0	110	100,0	116	100,0	18	100,0	30	100,0	1.887	100,0

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



## Cervixcancer

**Tabel A3.2.1 Histologi for Cervixcancer**

Histologi	2020/21		2019/20		2018/19	
	antal	%	antal	%	antal	%
Planocellulært karcinom	176	65,4	190	60,5	231	63,6
Adenokarcinom	63	23,4	71	22,6	58	16,0
Adenoskvamøst karcinom	4	1,5	8	2,5	6	1,7
Neuroendokrint karcinom	3	1,1	5	1,6	#	0,3
Udifferentieret karcinom	-	-	-	-	#	0,3
Sarkom	-	-	-	-	#	0,3
Anden malign morfologi	5	1,9	#	0,3	4	1,1
Ingen tumorrest i operationspræparatet	#	0,4	#	0,6	13	3,6
Ingen tumorrest	#	0,7	4	1,3	#	0,3
Missing	15	5,6	33	10,5	47	12,9
I alt	269	100,0	314	100,0	363	100,0

**Tabel A3.2.2 FIGO2018 stadieinddeling for cervixcancer**

Stadie	2020/21		2019/20		2018/19	
	antal	%	antal	%	antal	%
.	3	1,1	#	0,6	5	1,4
Ia1: Invasionsdybde <= 3 mm	59	21,9	74	23,6	96	26,4
Ia2: Invasionsdybde > 3 mm men <= 5 mm	24	8,9	21	6,7	24	6,6
Ib1: Invasionsdybde >5 mm og tumorstørrelse <= 2 cm	24	8,9	45	14,3	36	9,9
Ib2: Tumorstørrelse > 2 cm men <= 4 cm	25	9,3	22	7,0	40	11,0
IIa1: Nedvækst øverste 2/3 af vagina, parametrier frie, synlig tumor <= 4 cm	#	0,4	3	1,0	10	2,8
IIa2: Nedvækst øverste 2/3 af vagina, parametrier frie, synlig tumor > 4 cm	#	0,4	3	1,0	3	0,8
IIb: Udvækst i parametrie(r), tumor når ikke bækkenvægge(n)	32	11,9	58	18,5	65	17,9
IIIa: Nedvækst i nederste 1/3 af vagina, tumor når ikke bækkenvægge(n)	-	-	#	0,3	7	1,9
IIIb: Udvækst til bækkenvægge(n) og/eller hydronefrose eller udslukt nyre	9	3,3	20	6,4	27	7,4
IVa: Tumorvækst udover pelvis eller invasion af omkringliggende organer (mukosa i blære/rektum)	5	1,4	5	1,9	7	2,2
IVb: Fjernmetastaser	25	9,3	22	7,0	13	3,6
Ib3: Tumorstørrelse > 4 cm	11	4,1	7	2,2	7	1,9
IIIc1: Metastase(r) til pelvine lymfeknuder uanset tumorstørrelse og -udbredning	36	13,4	24	7,6	20	5,5
IIIc2: Metastase(r) til paraaortale lymfeknuder uanset tumorstørrelse og -udbredning	14	5,2	5	1,6	5	1,4
I alt	269	100,0	314	100,0	363	100,0

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

Afdeling	2020/21		2019/20		2018/19	
	antal	%	antal	%	antal	%
Uoplyst	-	-	-	-	#	0,6
Aalborg	-	-	#	0,6	4	1,1
Esbjerg	-	-	-	-	#	0,3
Herlev	3	1,1	#	0,6	3	0,8
Herning	-	-	-	-	#	0,3
Næstved	-	-	-	-	#	0,6
Odense	76	28,3	101	32,2	102	28,1
Randers	#	0,4	#	0,6	-	-
Rigshospitalet	109	40,5	130	41,4	151	41,6
Roskilde	-	-	-	-	#	0,3
Silkeborg	-	-	-	-	#	0,3
Aarhus	80	29,7	77	24,5	95	26,2
I alt	269	100,0	314	100,0	363	100,0

**Tabel A3.2.4 Gynækologisk undersøgelse i universel anæstesi for Cervixcancer**

GU	2020/21		2019/20		2018/19	
	antal	%	antal	%	antal	%
GU i universel anæstesi	207	77,0	250	79,6	285	78,5
GU (ikke anæstesi)	31	11,5	47	15,0	47	12,9
GU under stadietopdeling	26	9,7	14	4,5	19	5,2
Uoplyst	5	1,9	3	1,0	12	3,3
I alt	269	100,0	314	100,0	363	100,0

## Ovariecancer

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

Histologi	2020/21		2019/20		2018/19	
	antal	%	antal	%	antal	%
Overfladeepitheliale-stromale tumor	450	88,9	474	87,5	472	87,9
Sex-cord-stromal celle tumor	15	3,0	17	3,1	22	4,1
Germinalcelletumor	17	3,4	16	3,0	8	1,5
Rete ovarii/Mesoteliale tumor	-	-	#	0,2	#	0,2
Sjældne (småcell, hepatoid, leiomyosarkom)	#	0,2	-	-	#	0,2
Uvis histologisk type	#	0,2	6	1,1	3	0,6
Uoplyst	22	4,3	28	5,2	30	5,6
I alt	506	100,0	542	100,0	537	100,0

**Tabel A3.3.1a Histologi for borderline tumorer**

Histologi for borderline tumorer	2020/21		2019/20		2018/19	
	antal	%	antal	%	antal	%
Serøs borderline tumor	77	44,0	57	37,5	55	35,5
Mucinøs borderline tumor	51	29,1	37	24,3	36	23,2
Seromucinøs borderline tumor	#	1,1	5	3,3	#	0,6
Endometriode borderline tumor	6	3,4	#	1,3	#	1,9
Borderline Brenner tumor	3	1,7	#	0,7	#	0,6
Uoplyst	36	20,6	50	32,9	59	38,1
I alt	175	100,0	152	100,0	155	100,0

**Tabel A3.3.1b Histologi for overfladeepitheliale-stromale tumorer**

Histologi for overfladeepitheliale-stromale tumorer	2020/21		2019/20		2018/19	
	antal	%	antal	%	antal	%
Serøst tubart intraepiteltialt carcinom (STIC)	8	1,8	5	1,1	4	0,8
Low-grade serøst adenokarcinom	23	5,1	20	4,2	22	4,7
High-grade serøst adenokarcinom	312	69,3	337	71,1	345	73,1
Serøst adenokarcinom	3	0,7	11	2,3	6	1,3
Mucinøst adenosarkom	25	5,6	21	4,4	27	5,7
Endometrioidt adenokarcinom	38	8,4	30	6,3	28	5,9
Seromucinøst adenokarcinom	-	-	#	0,4	#	0,4
Clear cell adenokarcinom	20	4,4	25	5,3	18	3,8
Malign Brenner tumor	#	0,2	3	0,6	#	0,2
Adenosarkom, heterolog	-	-	-	-	#	0,2
Karcinosarkom	10	2,2	12	2,5	13	2,8
Low-grade endometrioid stromasarkom	#	0,4	#	0,4	#	0,2
Andre	7	1,6	6	1,3	#	0,4
Uoplyst	#	0,2	-	-	#	0,4
I alt	450	100,0	474	100,0	472	100,0

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

Histologi for Sex-cord-stromal celle tumorer	2020/21		2019/20		2018/19	
	antal	%	antal	%	antal	%
Granulosa celle tumor/ adult	13	86,7	12	70,6	16	72,7
Juvenil granulosa celle tumor	-	-	-	-	#	9,1
Malig granulosa celle tumor/ metastaserende granulosa celle tumor	-	-	#	11,8	#	4,5
Fibrosarkom	#	6,7	-	-	-	-
Middelhøjt differentierede Sertoli-Leydig celle tumor	#	6,7	#	5,9	#	9,1
Lavt differentierede Sertoli-Leydig celle tumor	-	-	#	5,9	-	-
Gonade stroma tumor/ uklassificeret sex cord-stromal cell tum	-	-	#	5,9	#	4,5
I alt	15	100,0	17	100,0	22	100,0



**Tabel A3.3.1d Histologi for Germinalcelletumorer**

Histologi for Germinalcelletumorer	2020/21		2019/20		2018/19	
	antal	%	antal	%	antal	%
Dysgerminom/ med syncytiotrofoblast	#	5,9	#	12,5	-	-
Endodermal sinustumor/ blommesæktumor	3	17,6	#	12,5	-	-
Immaturt teratom	6	35,3	#	6,3	#	25,0
Teratom med malign omdannelse/ med sekundær tumor	3	17,6	6	37,5	3	37,5
Malign struma ovarii/ struma ovarii med sekundær tumor	#	11,8	#	12,5	#	12,5
Karcinoid tumor	#	11,8	#	6,3	-	-
Malign karcinoid tumor/metastaserende karcinoid tumor	-	-	#	6,3	-	-
Neuroendokrint karcinom	-	-	#	6,3	#	12,5
Mixed germ cell-sex cord-stromal tumor/+dysgerminom/anden germ. Type	-	-	-	-	#	12,5
I alt	17	100,0	16	100,0	8	100,0

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

Histologi for Rete ovarii/Mesoteliale tumorer	2020/21		2019/20		2018/19	
	antal	%	antal	%	antal	%
Adenokarcinom	-	-	#	100,0	#	100,0
I alt	0	100,0	#	100,0	#	100,0

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

Stadie	2020/21		2019/20		2018/19	
	antal	%	antal	%	antal	%
IA: Tumor begrænset til et ovarie eller en tuba	68	13,4	69	12,7	62	11,5
IB: Tumor begrænset til begge ovarier eller begge tuba	3	0,6	7	1,3	3	0,6
IC: Tumor begrænset til begge ovarier el. tuba, m tumorceller i peritonealcavi.	59	11,7	50	9,2	50	9,3
IIA: Udvækst af tumor til uterus og/eller salpinges	13	2,6	16	3,0	14	2,6
IIB: Udvækst til andre organer/væv i det lille bækken. *	16	3,2	22	4,1	25	4,7
IIIA: Mikroskopiske metastaser uden for det lille bækken	27	5,3	28	5,2	31	5,8
IIIB: Makroskopiske metastaser <= 2cm i øvre abdomen, m/u lymfekn. metas.	28	5,5	28	5,2	26	4,8
IIIC: Metastase > 2cm i øvre abdomen, m/u lymfeknude metastaser	133	26,3	121	22,3	127	23,6
IV: Fjernmetastaser	157	31,0	190	35,1	181	33,7
Uspecificeret stadium	#	0,2	9	1,7	6	1,1
Ukendt stadium	#	0,2	-	-	7	1,3
Uoplyst	-	-	#	0,4	5	0,9
I alt	506	100,0	542	100,0	537	100,0

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

**Tabel A3.3.3 Stadietinddeling for borderlinetumorer**

Stadie	2020/21		2019/20		2018/19	
	antal	%	antal	%	antal	%
IA: Tumor begrænset til et ovarie eller en tuba	74	42,3	56	36,8	54	34,8
IB: Tumor begrænset til begge ovarier eller begge tuba	6	3,4	7	4,6	3	1,9
IC: Tumor begrænset til begge ovarier el. tuba, m tumorceller i peritonealcavi.	40	22,9	33	21,7	34	21,9
IIA: Udvækst af tumor til uterus og/eller salpinges	#	1,1	-	-	#	1,3
IIB: Udvækst til andre organer/væv i det lille bækken. *	4	2,3	3	2,0	#	1,3
IIIA: Mikroskopiske metastaser uden for det lille bækken	8	4,6	#	1,3	#	1,3
IIIB: Makroskopiske metastaser <= 2cm i øvre abdomen, m/u lymfekn. metas.	6	3,4	#	1,3	#	1,3
IIIC: Metastase > 2cm i øvre abdomen, m/u lymfeknude metastaser	#	1,1	#	1,3	-	-
IV: Fjernmetastaser	-	-	#	0,7	-	-
Uoplyst	33	18,9	46	30,3	56	36,1
I alt	175	100,0	152	100,0	155	100,0

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



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

Afdeling	2020/21		2019/20		2018/19	
	antal	%	antal	%	antal	%
Aalborg	43	8,5	46	8,5	48	8,9
Herlev	5	1,0	#	0,4	5	0,9
Herning	-	-	-	-	#	0,2
Hvidovre	-	-	-	-	#	0,2
Kolding	-	-	#	0,2	#	0,2
Næstved	-	-	-	-	#	0,4
Odense	188	37,2	208	38,4	199	37,1
Rigshospitalet	163	32,2	152	28,0	171	31,8
Roskilde	3	0,6	6	1,1	4	0,7
Aarhus	104	20,6	127	23,4	105	19,6
I alt	506	100,0	542	100,0	537	100,0

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

Afdeling	2020/21		2019/20		2018/19	
	antal	%	antal	%	antal	%
Aalborg	11	6,3	19	12,5	28	18,1
Bornholm	-	-	-	-	#	0,6
Herlev	11	6,3	10	6,6	12	7,7
Hillerød	-	-	-	-	3	1,9
Kolding	-	-	-	-	#	0,6
Odense	54	30,9	34	22,4	43	27,7
Rigshospitalet	65	37,1	45	29,6	35	22,6
Roskilde	7	4,0	8	5,3	#	1,3
Aarhus	27	15,4	36	23,7	30	19,4
I alt	175	100,0	152	100,0	155	100,0

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

Afdeling	2020/21		2019/20		2018/19	
	antal	%	antal	%	antal	%
Aalborg, Patologi	52	7,6	58	8,4	61	8,8
Aarhus Universitetshospital, Aarhus Sygehus NBG/THG	123	18,1	161	23,2	127	18,4
Esbjerg, Patologi	#	0,1	#	0,1	##	0,3
Herlev, Patologisk-anatomi	14	2,1	17	2,4	23	3,3
Hvidovre, Patologi	-	-	#	0,1	3	0,4
Næstved, Patologi	#	0,1	#	0,1	#	0,1
Odense, Patologi	228	33,5	226	32,6	231	33,4
Randers, Patologi	#	0,1	#	0,1	3	0,4
Rigshospitalet, Patologi	217	31,9	181	26,1	177	25,6
Roskilde, Patologi	7	1,0	8	1,2	9	1,3
Sønderborg, Patologi	-	-	#	0,1	#	0,1
Vejle, Patologi	#	0,3	3	0,4	3	0,4
Viborg-Skive, Patologi	-	-	-	-	#	0,1
Uoplyst	35	5,1	35	5,0	50	7,2
I alt	681	100,0	694	100,0	692	100,0



## Corpuscancer

**Tabel A3.4.1 Histologi for corpuscancer (Karcinomer)**

Histologi	2020/21		2019/20		2018/19	
	antal	%	antal	%	antal	%
Endometrioidt adenokarcinom	469	76,4	464	77,2	511	78,1
Mucinøst adenokarcinom	#	0,2	4	0,7	#	0,3
Serøst adenokarcinom	67	10,9	60	10,0	77	11,8
Clear cell adenokarcinom	19	3,1	25	4,2	23	3,5
Blandet adenokarcinom (mixed cell adenokarcinom)	3	0,5	3	0,5	#	0,3
Planocellulært karcinom	#	0,2	#	0,2	-	-
Udifferentieret karcinom	3	0,5	#	0,3	#	0,2
Karcinosarkom, heterolog	14	2,3	12	2,0	19	2,9
Karcinosarkom, homolog	17	2,8	23	3,8	13	2,0
Karcinosarkom, inkl nos	#	0,3	-	-	-	-
Andre karcinomtyper	8	1,3	3	0,5	3	0,5
Uvis histologisk type	4	0,7	#	0,2	-	-
Uoplyst	6	1,0	3	0,5	3	0,5
I alt	614	100,0	601	100,0	654	100,0

**Tabel A3.4.2 Histologi for corpuscancer (Sarkomer)**

Histologi	2020/21		2019/20		2018/19	
	antal	%	antal	%	antal	%
Stromasarkom, lavmalignt	3	10,3	4	12,5	6	23,1
Udifferentieret endometrialt sarkom	#	3,4	3	9,4	#	7,7
Leiomyosarkom	13	44,8	12	37,5	9	34,6
Epiteloidt leiomyosarkom	-	-	#	6,3	#	3,8
Glat muskeltumor af uvist malignt potentiale	#	3,4	4	12,5	#	3,8
Adenosarkom	3	10,3	#	6,3	5	19,2
Anden malign stromal tumor	3	10,3	3	9,4	-	-
Uvis histologisk type	5	17,2	#	6,3	#	7,7
I alt	29	100,0	32	100,0	26	100,0

**Tabel A3.4.3 Stadietildeling for endometriekarcinomer**

Stadie	2020/21		2019/20		2018/19	
	antal	%	antal	%	antal	%
IA: Tumor begrænset til corpus uterii m. ingen el. < 50% indv. i myometriet	330	53,7	324	53,9	344	52,6
IB: Tumor begrænset til corpus uterii m. >= 50% indvækst i myometriet	90	14,7	79	13,1	97	14,8
II: Invasion af cervikale stroma, men afgrænset til uterus*	26	4,2	39	6,5	39	6,0
IIIA: Invasion af corpus uterii serosa og/eller adnexae **	14	2,3	26	4,3	21	3,2
IIIB: Involvering af vagina og/eller parametrium **	10	1,6	11	1,8	8	1,2
IIIC1: Positive pelvine lymfeknuder**	42	6,8	27	4,5	42	6,4
IIIC2: Positive paraaortiske lymfeknuder m/u positive pelv. lymfeknuder ***	19	3,1	10	1,7	13	2,0
IVA: Tumordinvasion i blære og/eller tarm mukosa	#	0,2	#	0,2	-	-
IVB: Fjernmetastaser inkl. intraabdominale og/el. ingvinale lymfeknudemet.	26	4,2	14	2,3	13	2,0
Uspecificeret stadie: Neoplasma malignum corporis uteri	50	8,1	68	11,3	75	11,5
Uoplyst	6	1,0	#	0,3	#	0,3
I alt	614	100,0	601	100,0	654	100,0





**Tabel A3.4.4 Stadienddeling for leiomyosarkomer**

Stadie	2020/21		2019/20		2018/19	
	antal	%	antal	%	antal	%
IA: Tumor < 5 cm, begrænset til uterus	#	6,9	4	12,5	-	-
IB: Tumor >= 5 cm, begrænset til uterus	9	31,0	11	34,4	6	23,1
IIB: Tumor udbredt til ekstrauterint væv i pelvis	#	3,4	-	-	-	-
IIIA: Invaderer abdominalt væv, kun ét sted	#	3,4	-	-	#	3,8
IIIB: Invaderer abdominalt væv, flere steder	-	-	#	3,1	#	3,8
IVB: Fjernmetastaser	-	-	-	-	#	3,8
Uspecificeret stadie: Neoplasma malignum corporis uteri	#	3,4	-	-	#	3,8
Uoplyst	15	51,7	16	50,0	16	61,5
I alt	29	100,0	32	100,0	26	100,0

**Tabel A3.4.5 Stadienddeling for stromale sarkomer og adenosarkomer**

Stadie	2020/21		2019/20		2018/19	
	antal	%	antal	%	antal	%
IA: Begrænset til endometriet/endocervix uden myometrieindvækst	#	6,9	#	6,3	#	3,8
IB: Tumor begrænset til corpus uterii uden el. < 50% indvækst i myometriet	#	3,4	-	-	#	7,7
IIB: Tumor udbredt til ekstrauterint væv i pelvis	-	-	-	-	#	3,8
IIIA: Invaderer abdominalt væv, kun ét sted	-	-	-	-	#	3,8
Uoplyst	26	89,7	30	93,8	21	80,8
I alt	29	100,0	32	100,0	26	100,0

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

Operationstype	2020/21		2019/20		2018/19	
	antal	%	antal	%	antal	%
Primær operation	702	93,0	684	95,0	737	97,5
Intervalkirurgi	24	3,2	19	2,6	16	2,1
Henvist direkte til kontrol	13	1,7	3	0,4	#	0,1
Afstået fra behandling	#	0,3	#	0,1	#	0,3
Uoplyst	14	1,9	13	1,8	-	-
I alt	755	100,0	720	100,0	756	100,0

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

Operationstype	2020/21		2019/20		2018/19	
	antal	%	antal	%	antal	%
Laparotomi	92	12,2	84	11,7	99	13,1
Laparoskopi	67	8,9	71	9,9	115	15,2
Robotassisteret laparoskopi	566	75,0	549	76,3	526	69,6
Vaginal	#	0,1	3	0,4	3	0,4
Uoplyst	29	3,8	13	1,8	13	1,7
I alt	755	100,0	720	100,0	756	100,0

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

Afdeling	2020/21		2019/20		2018/19	
	antal	%	antal	%	antal	%
Aalborg	64	8,5	89	12,4	146	19,3
Danske hospitaler	#	0,1	-	-	-	-
Herlev	97	12,8	134	18,6	107	14,2
Hillerød	#	0,1	-	-	-	-
Næstved	-	-	#	0,1	#	0,1
Odense	204	27,0	200	27,8	189	25,0
Randers	-	-	#	0,3	-	-
Rigshospitalet	111	14,7	97	13,5	137	18,1
Roskilde	78	10,3	53	7,4	78	10,3
Aarhus	199	26,4	144	20,0	98	13,0
I alt	755	100,0	720	100,0	756	100,0



## Vulvacancer

### Tabel A3.5.1 Histologi for vulvacancer

Histologi	2020/21		2019/20		2018/19	
	antal	%	antal	%	antal	%
Planocellulært karcinom	98	84,5	83	74,1	93	78,8
Malignt melanom	3	2,6	#	1,8	5	4,2
Anden morfologi	#	1,7	#	0,9	#	0,8
Basaloidt planocellulært karcinom	3	2,6	#	1,8	#	1,7
Basalcelle karcinom	#	0,9	8	7,1	3	2,5
Paget disease	#	1,7	-	-	-	-
Adenokarcinom	#	0,9	#	0,9	#	0,8
Anden malign morfologi	-	-	#	0,9	#	0,8
Missing	6	5,2	14	12,5	12	10,2
I alt	116	100,0	112	100,0	118	100,0

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

Afdeling	2020/21		2019/20		2018/19	
	antal	%	antal	%	antal	%
Aalborg	-	-	#	1,8	#	1,7
Herlev	#	0,9	4	3,6	3	2,5
Hillerød	-	-	-	-	#	0,8
Odense	#	0,9	5	4,5	-	-
Rigshospitalet	65	56,0	53	47,3	68	57,6
Aarhus	49	42,2	48	42,9	44	37,3
I alt	116	100,0	112	100,0	118	100,0

## Trofoblastsygdom

### Tabel A3.6.1 Histologi for Trofoblastsygdom

Histologi	2020/21		2019/20		2018/19	
	antal	%	antal	%	antal	%
Komplet mola	11	36,7	34	55,7	18	41,9
Partiel mola	15	50,0	20	32,8	17	39,5
Mola udefineret	-	-	-	-	#	2,3
PSTT	#	3,3	#	1,6	#	4,7
ETT	#	3,3	#	1,6	-	-
Uoplyst	#	6,7	5	8,2	5	11,6
I alt	30	100,0	61	100,0	43	100,0



## Appendiks 4: Overlevelse

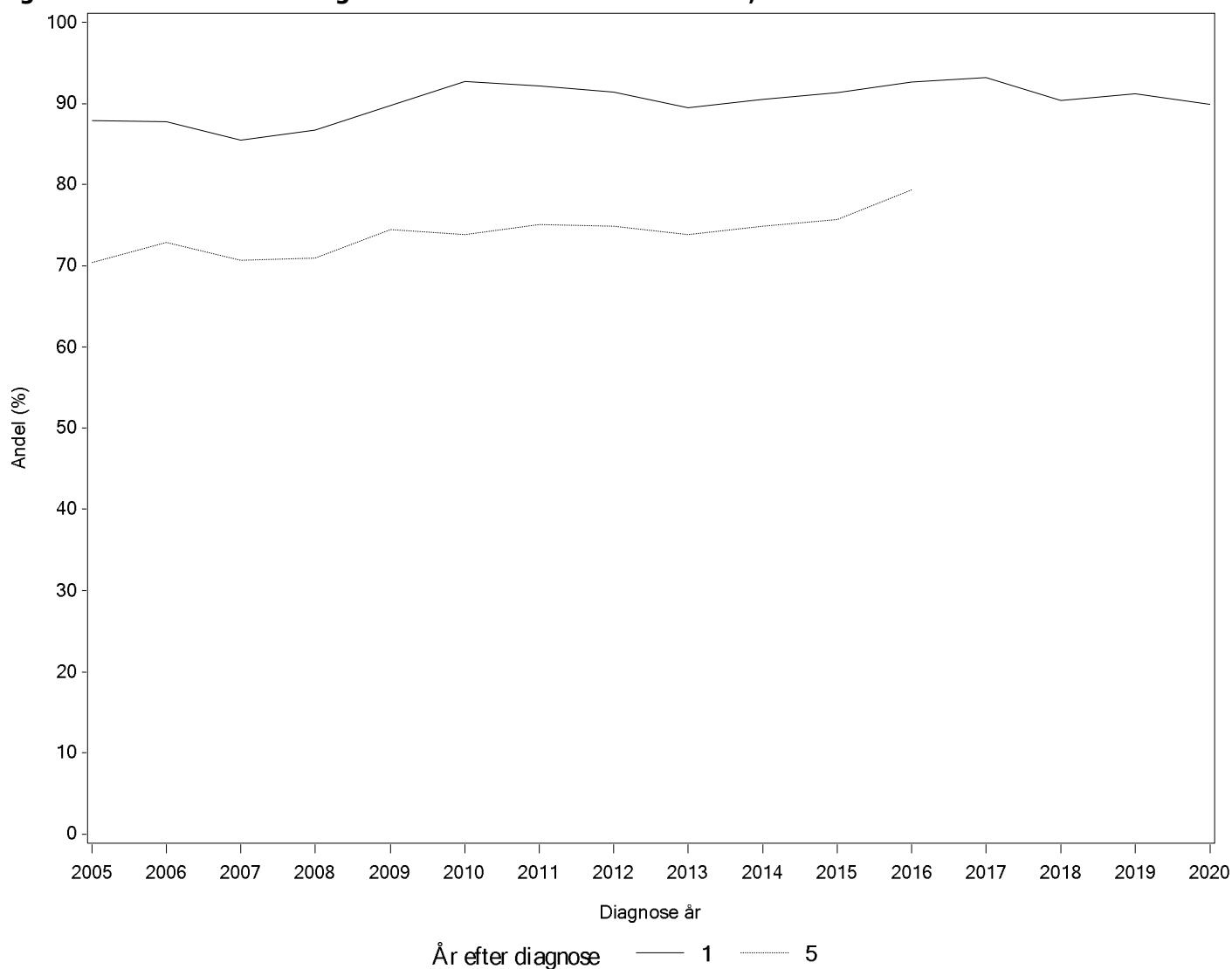
### Samlet overlevelse

**Tabel A4.1.1 Observeret overlevelse 1.7.2017-30.6.2021 fordelt på overordnet cancertype**

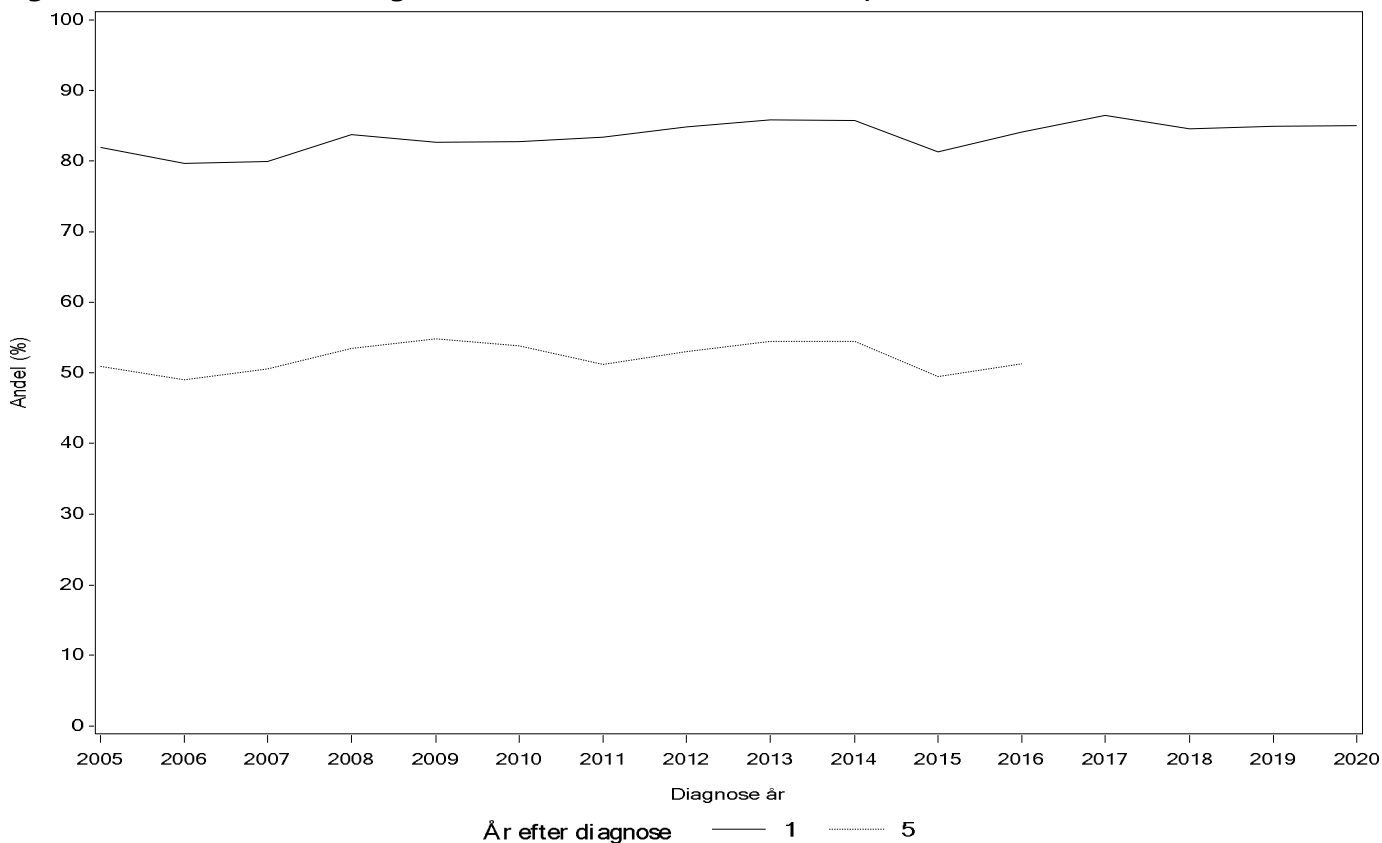
Overlevelse fordelt på Cancertyper	Cervixcancer samlet			Ovariecancer samlet			Corpuscancer samlet			Vulvacancer samlet		
	Overlevelse	Nedre CL	Øvre CL	Overlevelse	Nedre CL	Øvre CL	Overlevelse	Nedre CL	Øvre CL	Overlevelse	Nedre CL	Øvre CL
I live efter 1 år (diagnosticeret 2018)	90,2	89,4	91,0	83,6	82,9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

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

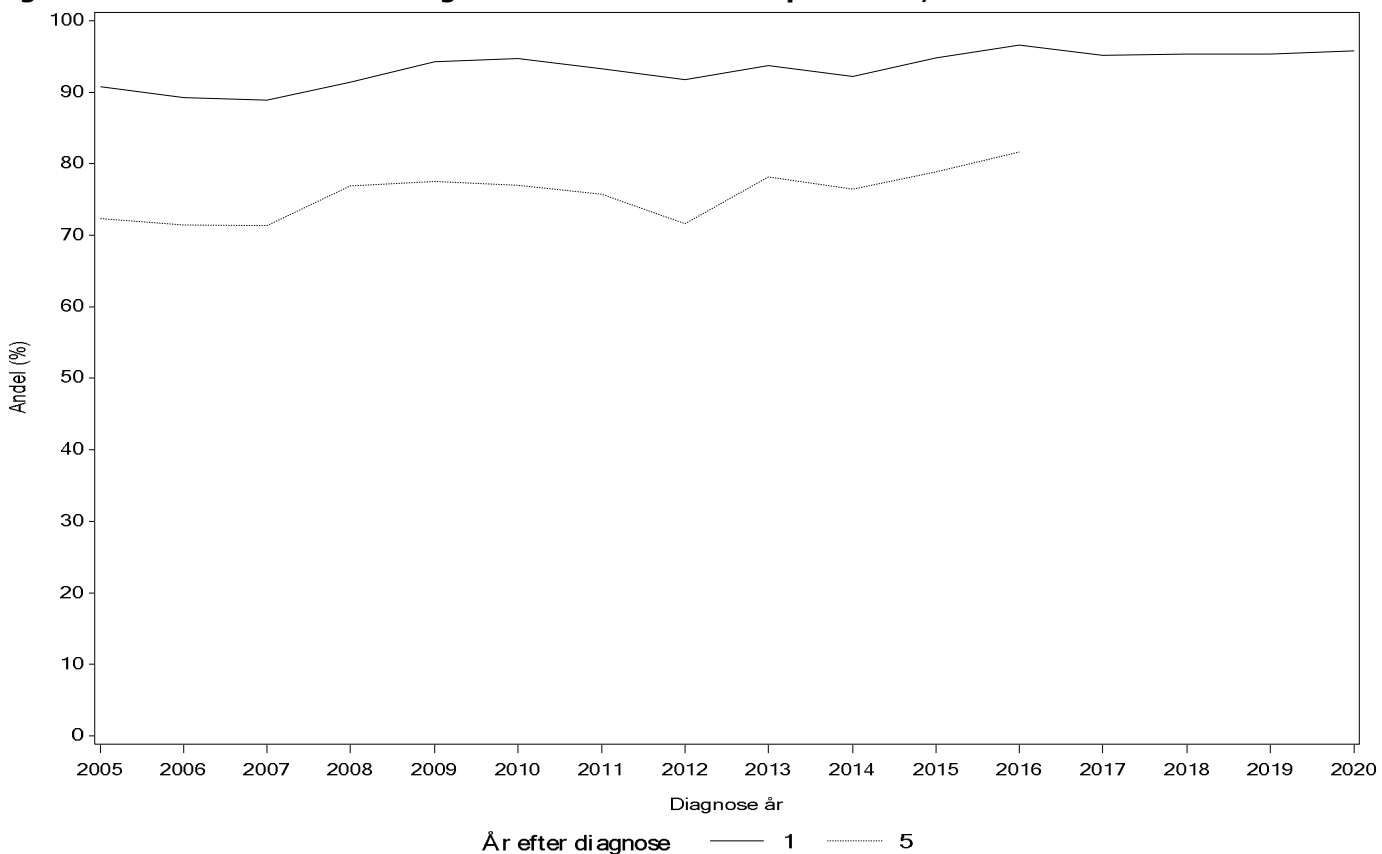
**Figur A4.1.1a Trends for 1- og 5 års overlevelse for cervixcancer, 1.1.2005-30.6.2021**



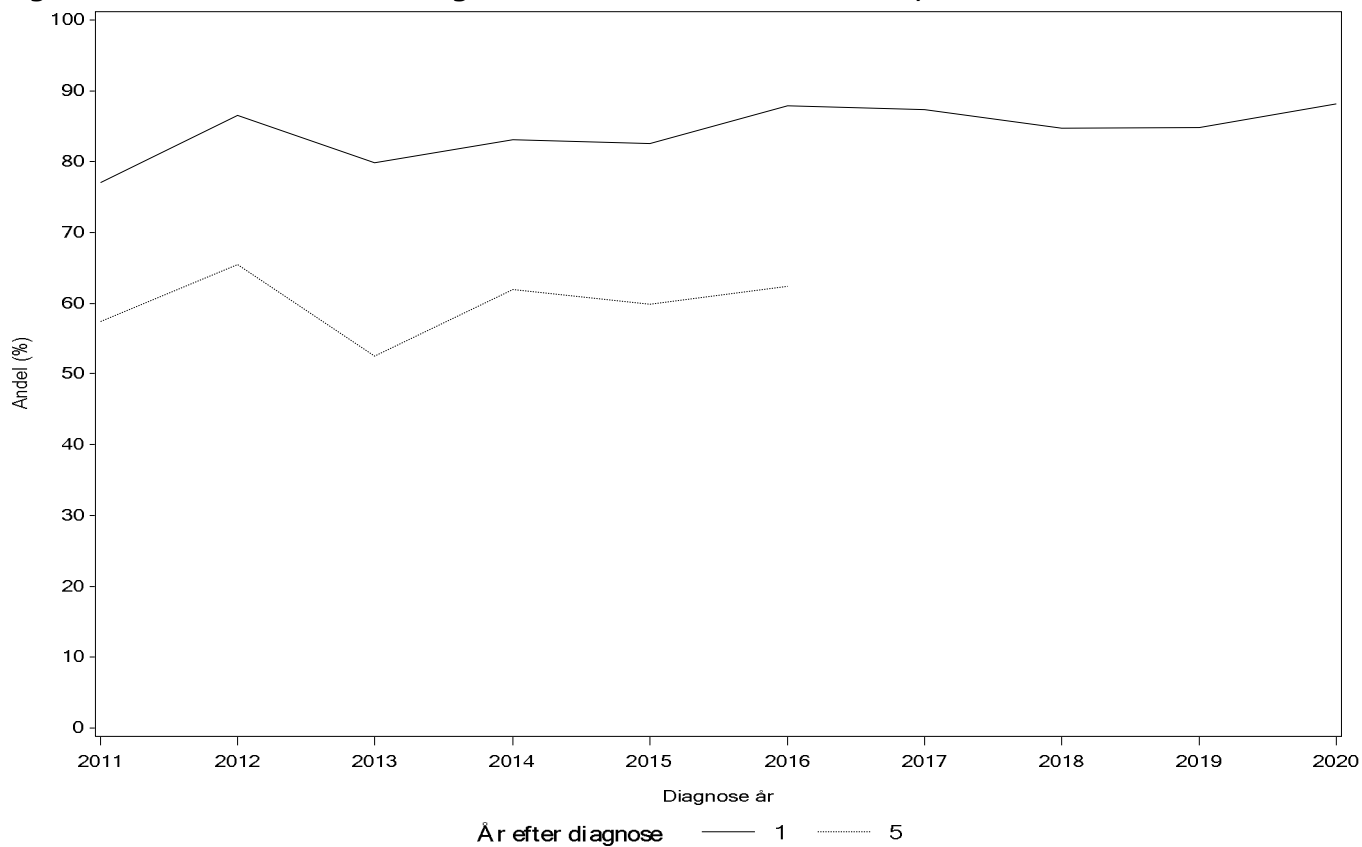
**Figur A4.1.1b Trends for 1- og 5 års overlevelse for ovariecancer, 1.1.2005-30.6.2021**



**Figur A4.1.1c Timetrends for 1- og 5 års overlevelse for corpuscancer, 1.1.2005-30.6.2021**



**Figur A4.1.1d Timetrends for 1- og 5 års overlevelse for vulvacancer, 1.1.2011-30.6.2021**

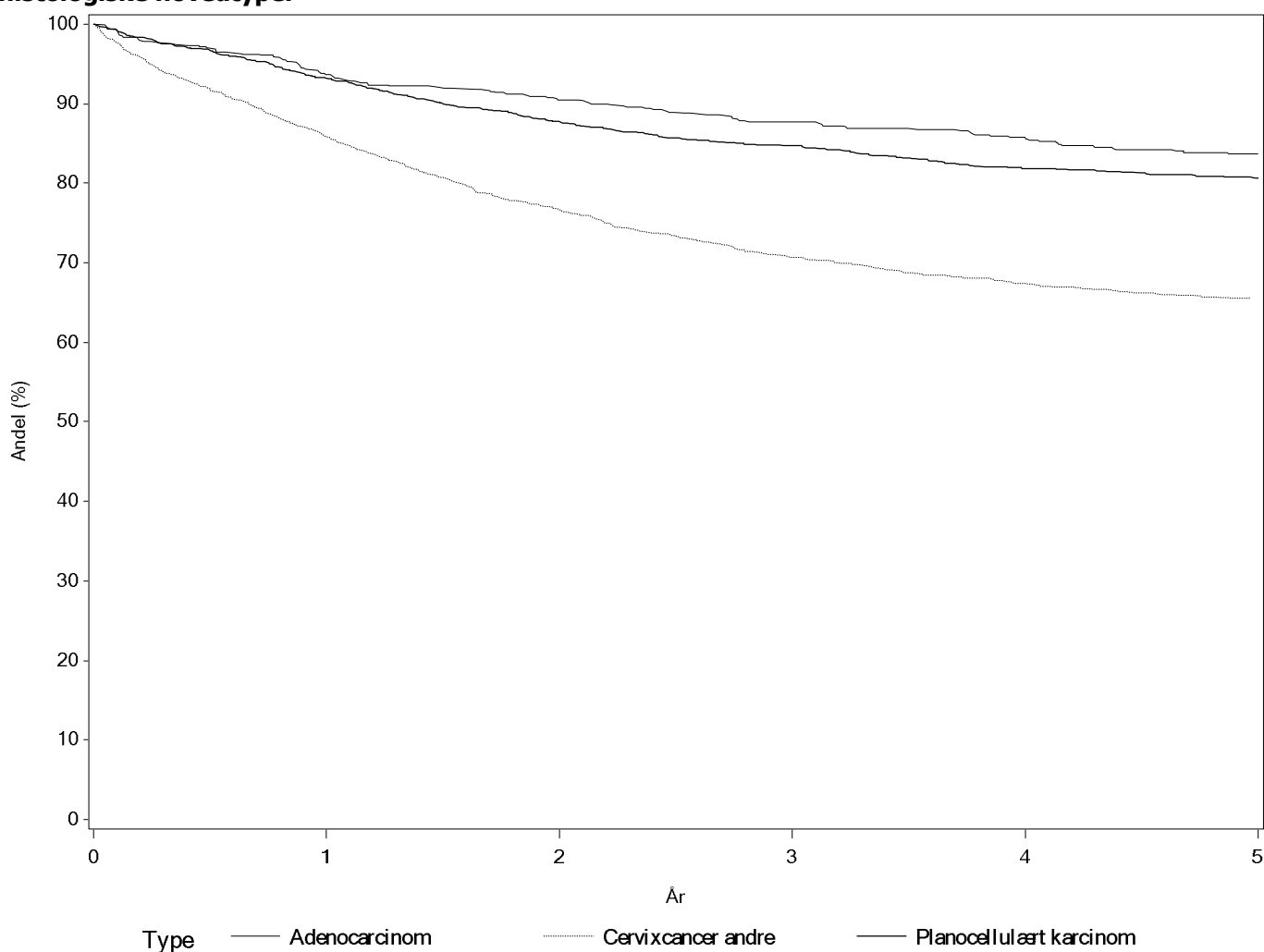


## Cervixcancer, overlevelse

**Tabel A4.2.1 Overlevelse for alle stadier af cervixcancer 1.7.2017-30.6.2021 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	99.4	99.0	99.7	99.5	98.6	99.8	98.1	97.4	98.5
I live efter 180 dage	96.7	96.0	97.4	97.3	95.5	98.0	91.9	90.7	92.9
I live efter 1 år	93.2	92.1	94.1	94.0	91.6	95.2	85.9	84.4	87.3
I live efter 2 år	87.8	86.4	89.0	90.5	88.1	92.4	76.7	74.9	78.4
I live efter 3 år	84.7	83.2	86.1	87.7	85.0	89.9	70.7	68.7	72.6
I live efter 4 år	81.9	80.2	83.4	85.8	82.9	88.2	67.4	65.4	69.4
I live efter 5 år	80.7	78.9	82.2	83.6	80.6	86.3	65.5	63.4	67.6

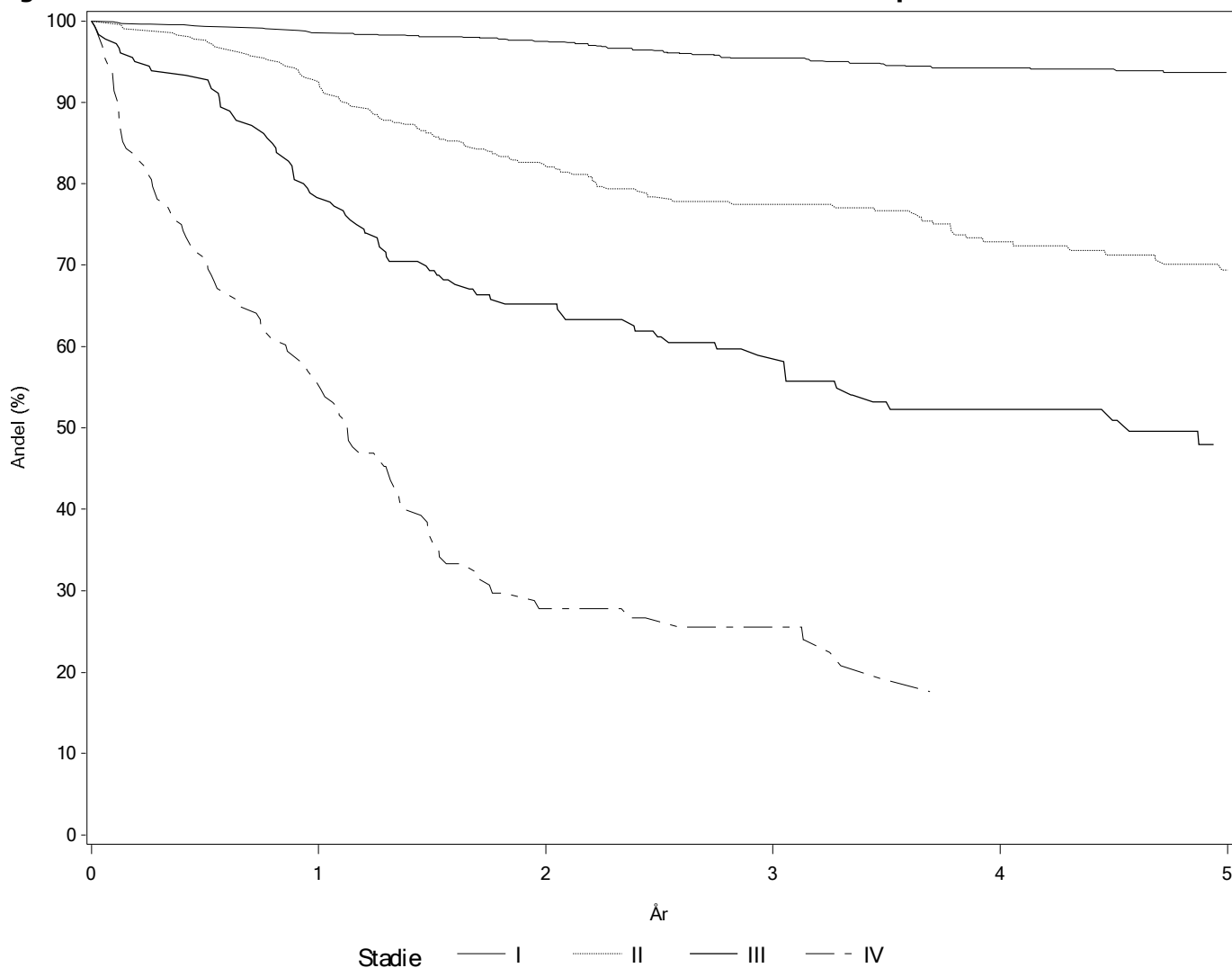
**Figur A4.2.1 Overlevelse for alle stadier af cervixcancer 1.7.2017-30.6.2021 stratificeret på histologiske hovedtyper**



**Tabel A4.2.2 Overlevelse for cervixcancer 1.7.2017-30.6.2021 stratificeret på FIGO 2018 stadie.**

Overlevelse for Cervixcancer fordelt på stadier	Stadie I		Stadie II		Stadie III		Stadie IV	
	Overlevelse	95%CI	Overlevelse	95%CI	Overlevelse	95%CI	Overlevelse	95%CI
I live efter 30 dage	100	100-100	100	98-100	98	94-99	95	89-97
I live efter 180 dage	99	99-100	98	96-99	93	89-96	71	62-78
I live efter 1 år	99	98-99	93	90-95	78	72-84	56	46-64
I live efter 2 år	98	96-98	82	78-86	65	58-72	28	20-36
I live efter 3 år	95	94-97	78	73-81	59	51-66	26	18-34
I live efter 4 år	94	93-96	73	68-77	52	44-60	18	11-26
I live efter 5 år	94	92-95	70	64-74	48	39-56	18	11-26

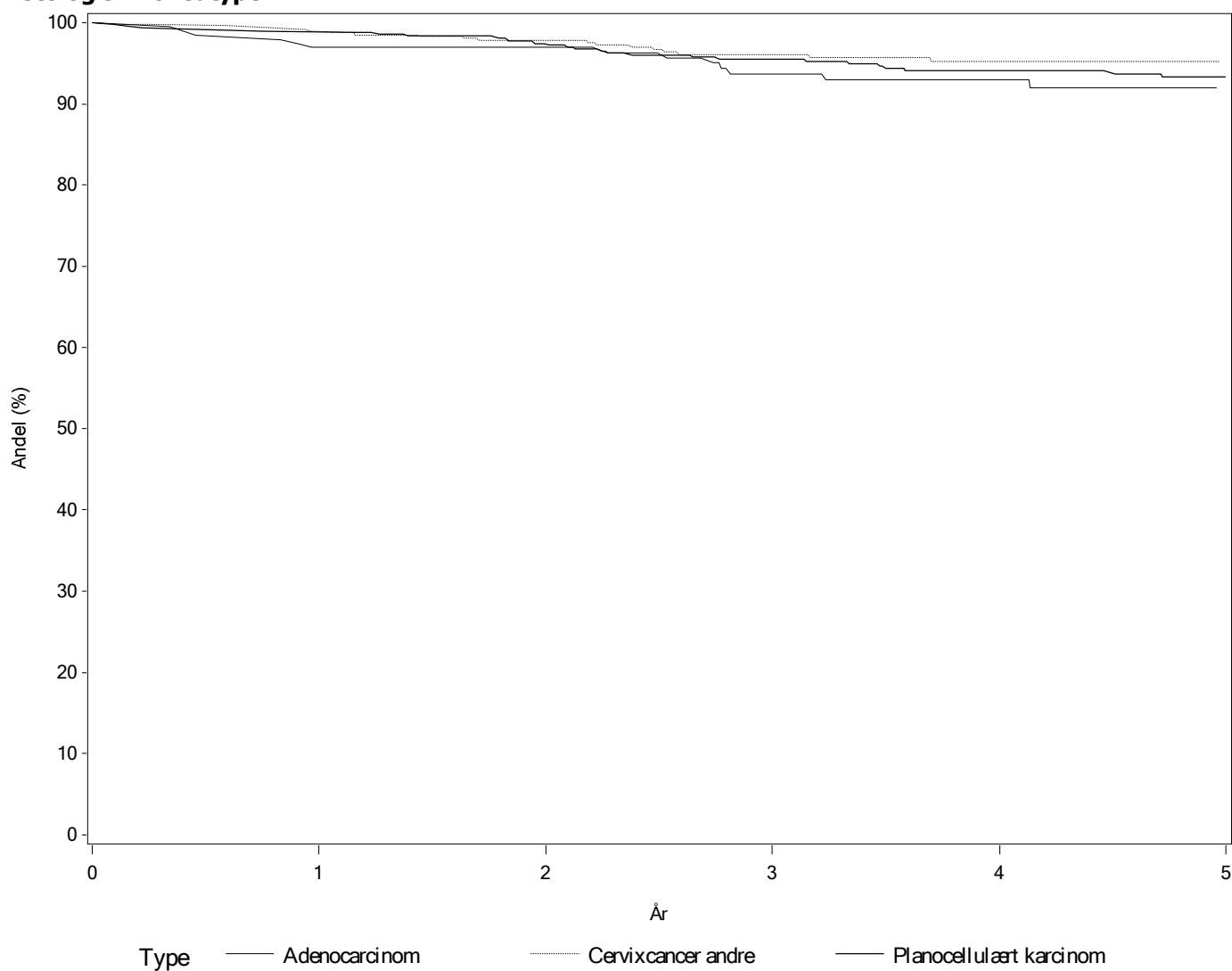
**Figur A4.2.2 Overlevelse for cervixcancer 1.7.2017-30.6.2021 stratificeret på FIGO 2018 stadie.**



**Tabel A4.2.3 Overlevelse for cervixcancer, FIGO 2018 st. I 1.7.2017-30.6.2021 stratificeret på histologisk hovedtype.**

Overlevelse for Cervixcancer stadie I	Planocellulært		Adenocarcinom		Andre	
	Over-levelse	95%CI	Over-levelse	95%CI	Over-levelse	95%CI
I live efter 30 dage	100	100-100	100	100-100	100	100-100
I live efter 180 dage	99	98-100	99	95-100	100	99-100
I live efter 1 år	99	98-100	97	93-99	99	98-100
I live efter 2 år	97	96-99	97	93-99	98	96-99
I live efter 3 år	96	93-97	94	89-97	96	94-98
I live efter 4 år	94	91-96	93	88-96	95	92-97
I live efter 5 år	93	90-95	92	86-95	95	92-97

**Figur A4.2.3 Overlevelse for cervixcancer, FIGO 2018 st. I 1.7.2017-30.6.2021 stratificeret på histologisk hovedtype.**

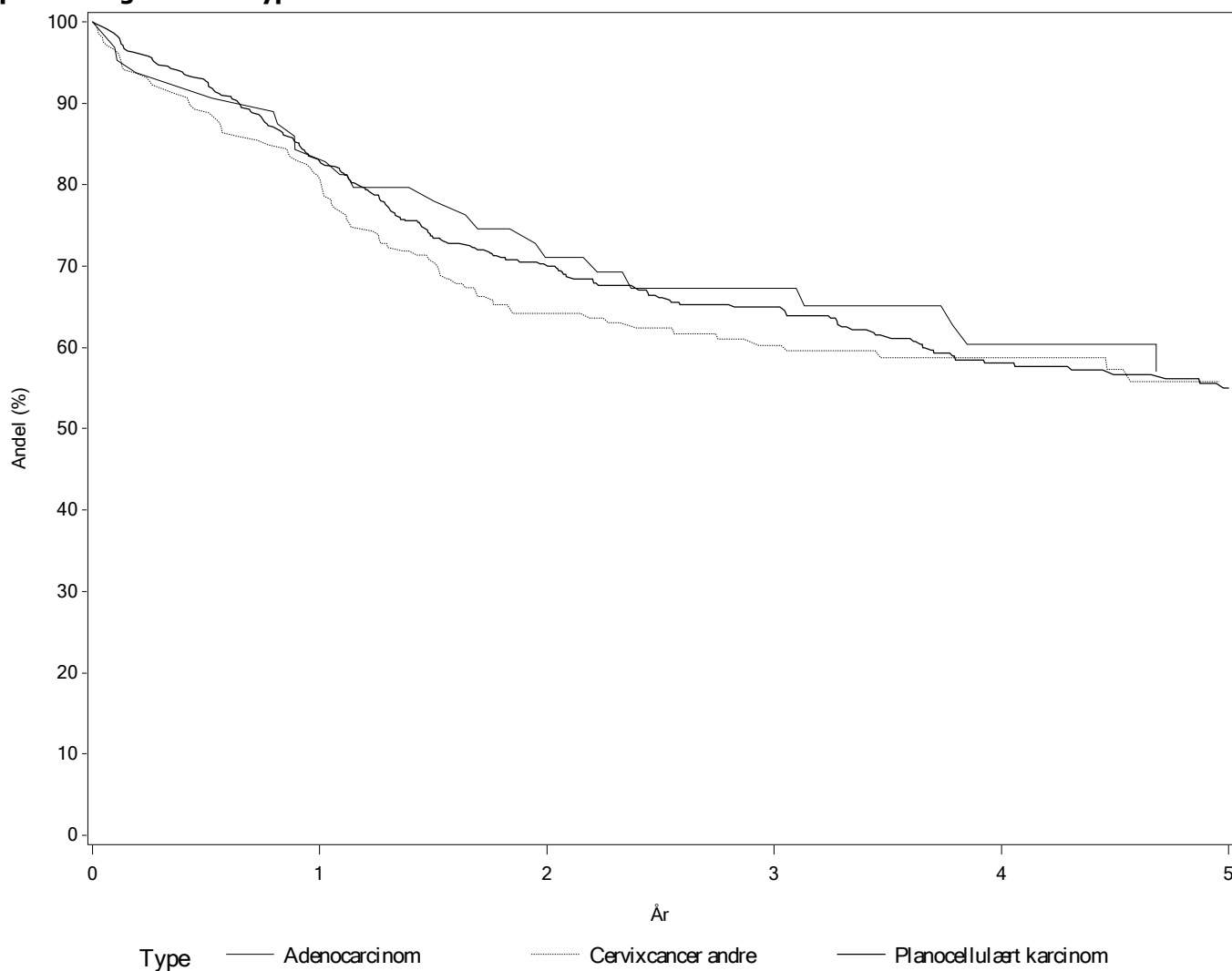




**Tabel A4.2.4 Overlevelse for cervixcancer, FIGO 2018 st. II-IV 1.7.2017-30.6.2021 stratificeret på histologisk hovedtype.**

Overlevelse for Cervixcancer stadie II-IV	Planocellulært		Adenocarcinom		Andre	
	Over-levelse	95%CI	Over-levelse	95%CI	Over-levelse	95%CI
I live efter 30 dage	99	97-100	98	89-100	97	94-99
I live efter 180 dage	93	90-95	94	84-98	89	84-93
I live efter 1 år	83	79-86	84	73-91	81	75-86
I live efter 2 år	70	66-74	71	58-81	64	57-70
I live efter 3 år	65	60-69	67	54-78	60	53-67
I live efter 4 år	58	53-63	60	46-72	59	51-65
I live efter 5 år	55	50-60	57	42-69	56	48-63

**Figur A4.2.4 Overlevelse for cervixcancer, FIGO 2018 st. II-IV 1.7.2017-30.6.2021 stratificeret på histologisk hovedtype.**

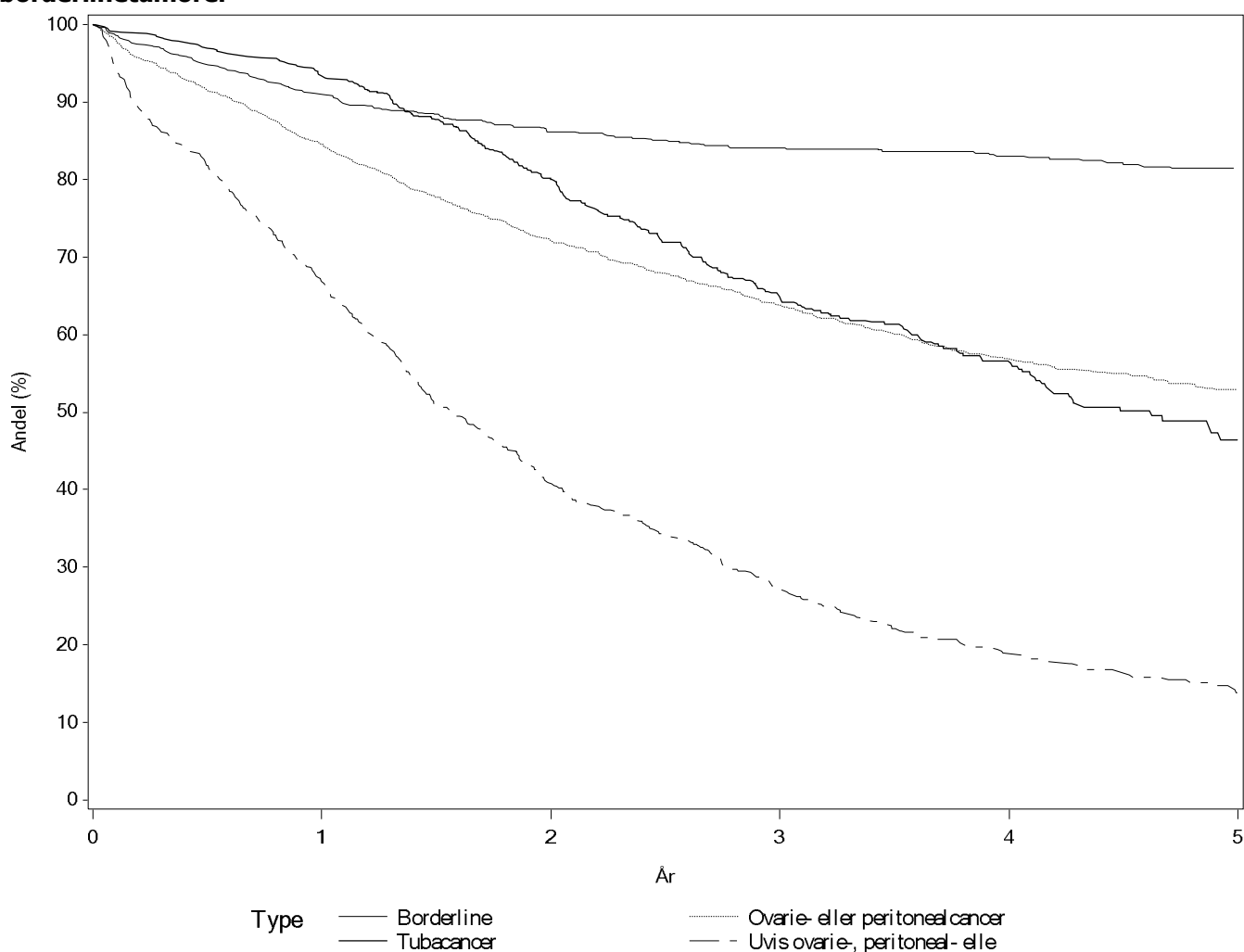


## Ovariecancer, overlevelse

**Tabel A4.3.1 Overlevelse 1.7.2017-30.6.2021 for ovarie/peritoneal- og tubacancer samt borderlinetumorer**

Overlevelse for Ovariecancer	Ovarie/peritoneal		Borderline		Tuba		Uvis ovarie-, peritoneal-, el. tubacancer	
	Overlevelse	95%CI	Overlevelse	95%CI	Overlevelse	95%CI	Overlevelse	95%CI
I live efter 30 dage	98	98-99	99	98-99	99	98-100	98	94-97
I live efter 180 dage	92	90-93	95	93-96	97	96-98	82	79-84
I live efter 1 år	85	83-86	91	89-93	93	91-95	67	63-70
I live efter 2 år	72	70-74	86	84-88	80	77-83	41	37-44
I live efter 3 år	64	61-66	84	82-86	65	61-69	27	24-31
I live efter 4 år	57	54-60	83	80-85	57	52-61	19	16-22
I live efter 5 år	53	50-56	81	79-84	46	41-52	14	11-17

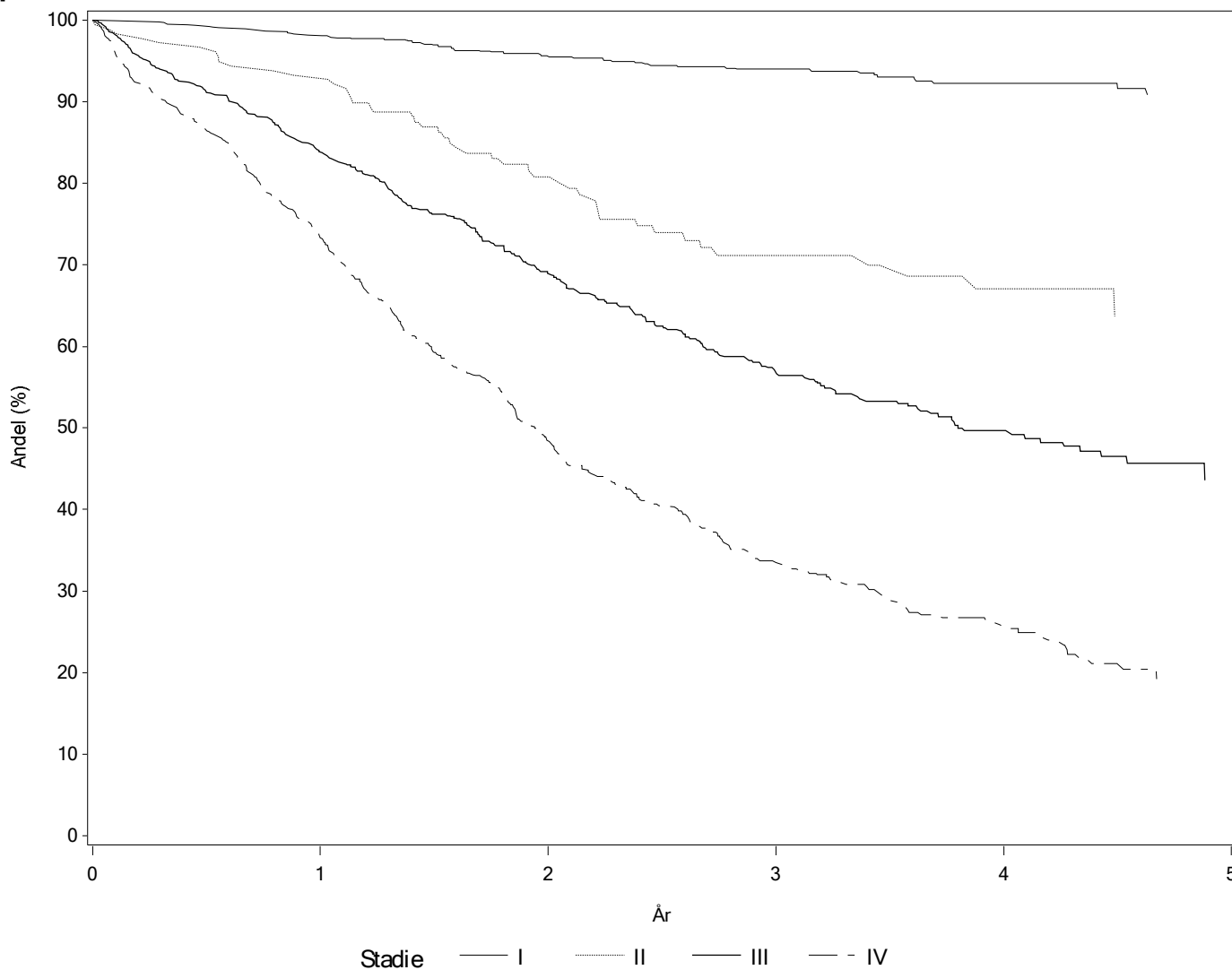
**Figur A4.3.1 Overlevelse 1.7.2017-30.6.2021 for ovarie/peritoneal- og tubacancer samt borderlinetumorer**



**Tabel A4.3.4 Overlevelse 1.7.2017-30.6.2021 for ovarie-, tuba- og peritonealcancer stratificeret på stadie**

Overlevelse for Ovariecancer fordelt på Stadie	Stadie I		Stadie II		Stadie III		Stadie IV	
	Over-levelse	95%CI	Over-levelse	95%CI	Over-levelse	95%CI	Over-levelse	95%CI
I live efter 30 dage	100	100-100	99	96-100	99	98-99	97	96-98
I live efter 180 dage	99	99-100	97	93-99	91	89-93	87	84-89
I live efter 1 år	98	97-99	93	88-96	84	81-86	73	70-76
I live efter 2 år	96	94-97	80	74-96	69	66-72	49	45-52
I live efter 3 år	94	92-95	71	63-78	57	53-61	34	30-37
I live efter 4 år	92	90-94	67	58-75	50	45-54	26	22-30
I live efter 5 år	91	88-93	64	53-73	44	37-50	19	15-24

**Figur A4.3.4 Overlevelse 1.7.2017-30.6.2021 for ovarie-, tuba- og peritonealcancer stratificeret på stadie**



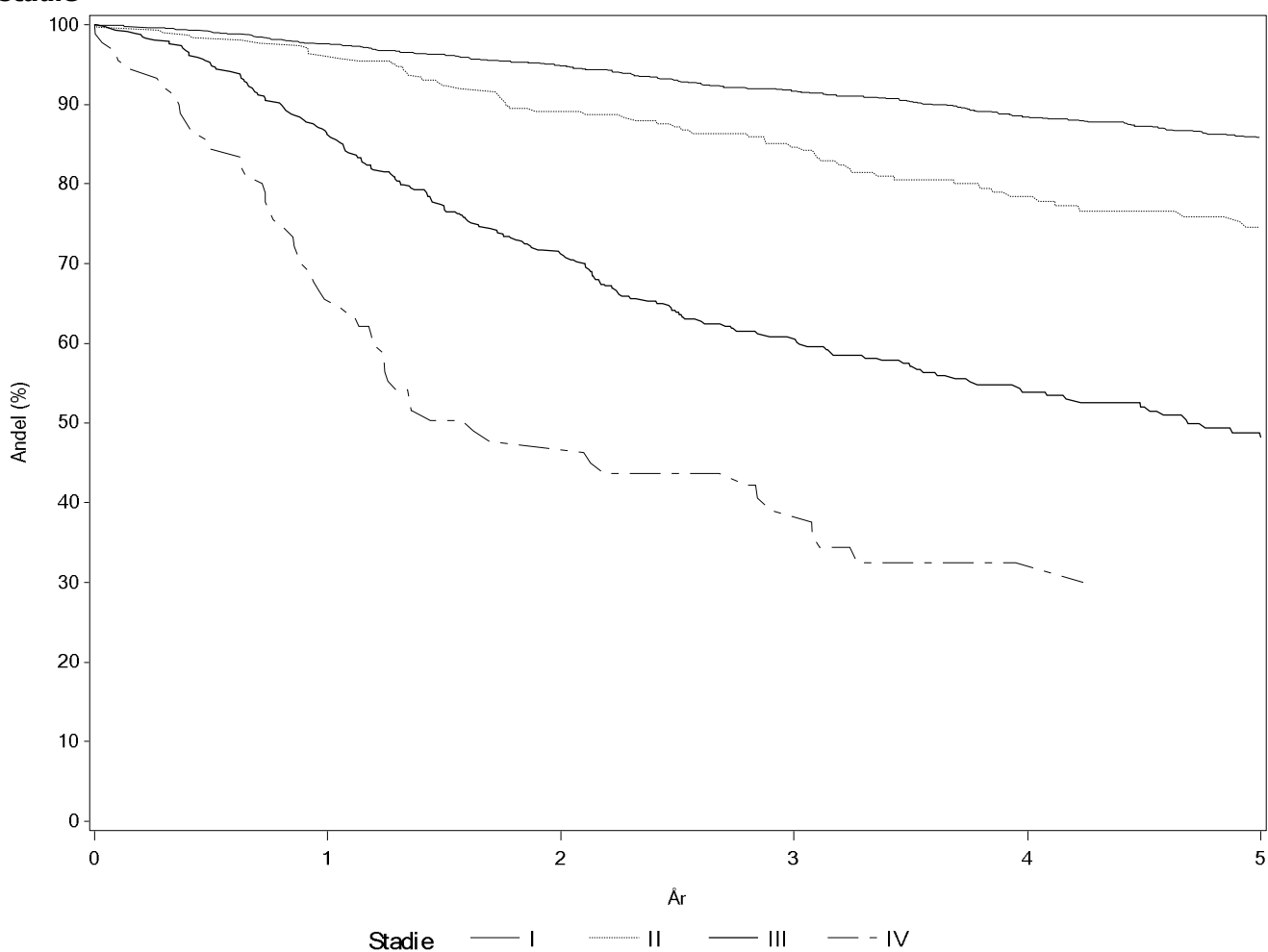
## Corpuscancer, overlevelse

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

**Tabel A4.4.3 Overlevelse 1.7.2017-30.6.2021 for corpuscancer (karcinomer) stratificeret på stadie**

Overlevelse for Corpuscancer fordelt på stadie	Stadie I		Stadie II		Stadie III		Stadie IV	
	Over-levelse	95%CI	Over-levelse	95%CI	Over-levelse	95%CI	Over-levelse	95%CI
I live efter 30 dage	100	100-100	100	98-100	100	98-100	98	91-99
I live efter 180 dage	99	99-99	98	96-99	95	93-97	84	75-91
I live efter 1 år	98	97-98	96	93-98	86	83-89	66	55-74
I live efter 2 år	95	94-96	89	85-92	71	67-75	48	37-58
I live efter 3 år	92	91-93	85	80-88	61	56-65	39	28-50
I live efter 4 år	88	87-90	78	73-83	54	49-59	33	22-43
I live efter 5 år	86	84-87	75	68-80	48	43-54	30	20-41

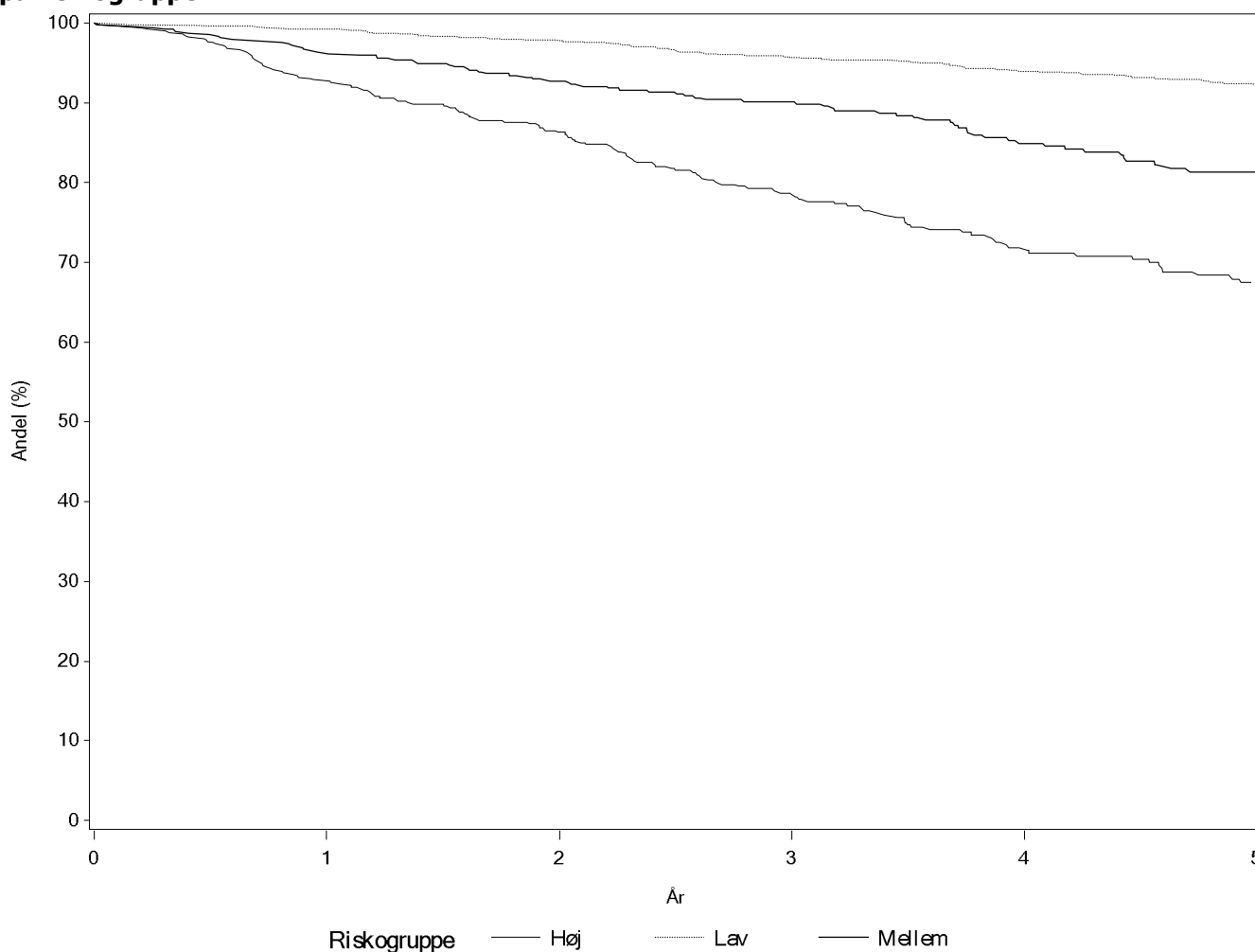
**Figur A4.4.3 Overlevelse 1.7.2017-30.6.2021 for corpuscancer (karcinomer) stratificeret på stadie**



**Tabel A4.4.4 Overlevelse 1.7.2017-30.6.2021 for corpuscancer (karcinomer), st. I stratificeret på risikogrupper**

Overlevelse for Corpuscancer st. I fordelt på risikogrupper	Lavrisiko		Mellemrisiko		Højrisiko	
	Over-levelse	95%CI	Over-levelse	95%CI	Over-levelse	95%CI
I live efter 30 dage	100	100-100	100	99-100	100	99-100
I live efter 180 dage	100	99-100	99	97-99	98	96-99
I live efter 1 år	99	99-100	96	94-98	93	90-95
I live efter 2 år	98	97-98	93	90-95	86	83-89
I live efter 3 år	96	95-97	90	87-93	79	75-82
I live efter 4 år	94	93-95	85	81-88	72	67-76
I live efter 5 år	92	91-94	81	77-85	68	63-72

**Figur A4.4.4 Overlevelse 1.7.2017-30.6.2021 for corpuscancer (karcinomer), st. I stratificeret på risikogrupper**



## 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: Kommenteringsvar

Region Nordjylland har meldt tilbage, at der ingen kommentarer er til årsrapporten.

Region Midtjylland har meldt tilbage, at der ingen kommentarer er til årsrapporten.

Region Syddanmark: --

Region Sjælland:

### *Indikator 20B:*

Andelen af corpuscancerpatienter med mellem- eller højrisiko stadie I eller stadie II-III, der får fjernet lymfeknuder er i årsrapporten sat til 78%. 21/27. Ifølge egne optegnelser er der opereret 38 patienter, ikke 27 hvoraf 9 ikke har fået fjernet lymfeknuder. 2 patienter var ikke kandidater til glandelexerese, 7 har ikke ønsket dette pga. høj alder.

Region Hovedstaden:

### *Indikator 23A "endometriecancere patienter i live efter 5 år."*

Kommentar:

Herlev har en 5 års overlevelse blandt disse patienter på 67,9% med konfidens intervallet (56-77,2). Statistisk er der således ikke belæg for at skrive at " Herlev ikke opfylder denne indikator". Som i selv skriver i indledningen er antallet af patienter pr. afdeling begrænset. I dette tilfælde meget begrænsede og indikatorresultaterne er derfor behæftet med en stor grad af usikkerhed. Vi mener derfor at målopfyldelsen kun bør vurderes på landsresultaterne.

### *Indikator 51: "trofoblastsygdom"*

Kommentar:

Trofoblast-tal må vurderes med stort forbehold. Dækningsgraden i DGCD er således 59% af registrerede molapatienter i LPR. Det findes endvidere uhensigtsmæssigt at vurdere, hvorvidt de enkelte afdelinger opfylder indikator 51 pga. ganske få indberetninger pr afdeling. Vi mener "ja/nej" til opfyldelse af indikator bør fjernes. Når det gælder opfyldelse af indikator 51 på landsplan så må også dette tal tages med stort forbehold, idet tallet bygger på indberetning af 22 af 71 molapatienter (31%), og således manglende information på 49 patienter (69%).

