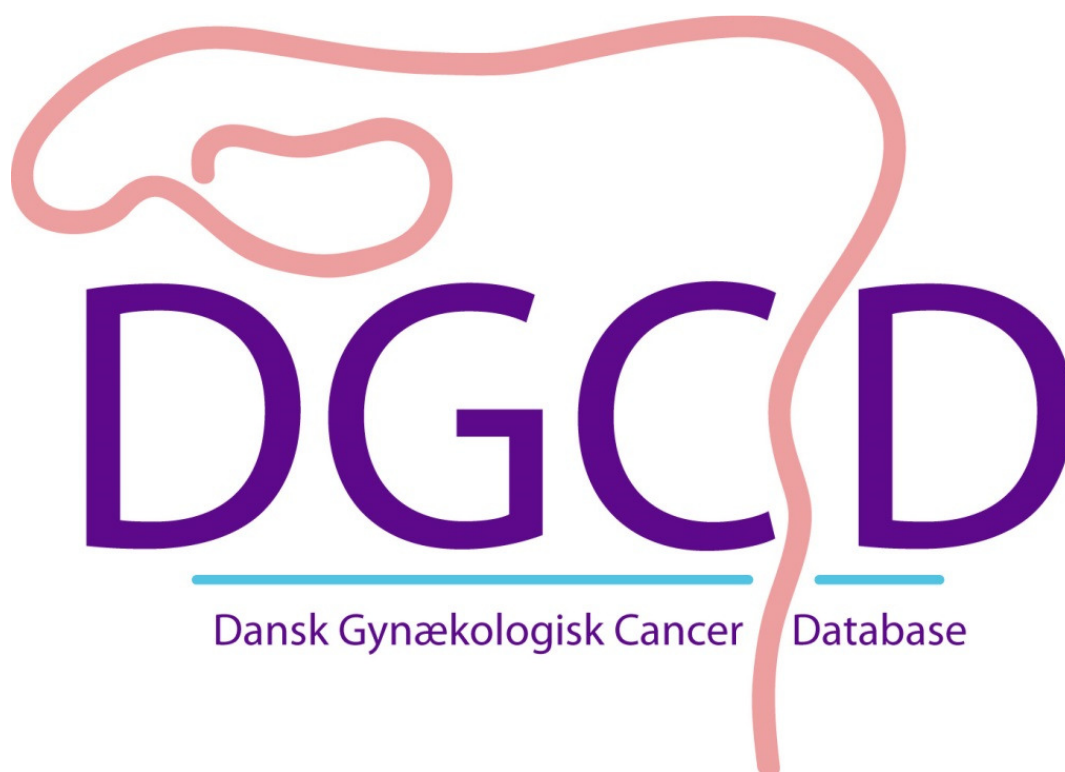


Dansk Gynækologisk Cancer Database



**Landsdækkende klinisk database for
gynækologisk kræft**

National Årsrapport 2021/2022

1. juli 2021 – 30. juni 2022



Rapporten udgår fra

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

Databasens kliniske epidemiolog er Marianne Steding-Jessen.

Databasens datamanager er Karsten Dromph.

Databasens kontaktperson er Mette Høyrup.



Indhold

Rapporten udgår fra	3
Indhold	4
1. Konklusioner og anbefalinger	6
2. Indikatorresultater	8
Indikatorområde: Cervixcancer	9
Indikator 6A: Cervixcancer, andel patienter i live 5 år efter anamnesedato, FIGO2018 st. IA.....	10
Indikator 6B: Cervixcancer, andel patienter i live 5 år efter anamnesedato, FIGO2018 st. IB–IIA1	12
Indikator 6C: Cervixcancer, andel patienter i live 5 år efter anamnesedato, FIGO2018 st. IIA2–III.....	14
Indikator 7A: Cervixcancer, andel patienter med frie resektionsrande, hysterektomi eller trachlectomi..	16
Indikator 7B: Cervixcancer, andel patienter med parametriedvækst, hysterektomi eller trachlectomi ..	18
Indikator 8: Cervixcancer, andel patienter der behandles med kurativt kemo-strålebehandling, som har en behandlingsvarighed på 50 dage eller mindre.....	19
Indikatorområde: Ovariecancer	21
Indikator 10A: Ovarie-, tuba- og peritonealcancer, makroradikal operation, st. IIIC-IV, primært opererede.....	22
Indikator 10B: Ovarie-, tuba- og peritonealcancer, makroradikal operation, st. IIIC-IV, opereret efter neoadjuverende kemoterapi	23
Indikator 10C: Ovarie-, tuba- og peritonealcancer, ikke opererede, st. IIIC-IV.....	25
Indikator 10D: Ovarie-, tuba- og peritonealcancer, makroskopisk radikalt opererede, st. IIIC-IV.....	27
Indikator 10E: Ovarie-, tuba- og peritonealcancer, primær opererede, st. IIIC-IV	29
Indikator 11A: Ovarie-, tuba- og peritonealcancer, lymfadenektomi, st. I-III A	31
Indikator 13: Ovarie-, tuba- og peritonealcancer, andel stadie I patienter i live 5 år efter diagnosesedato.	33
Indikator 14: Ovarie-, tuba- og peritonealcancer, andel stadie IIIC-IV patienter i live 2 år efter diagnosedato.	37
Indikator 15: Ovarie-, tuba- og peritonealcancer, andel patienter i live 5 år efter diagnosedato, stadie IIIC-IV	40
Indikatorområde: Sygepleje	43
Indikator 30: Sygepleje ovariecancer - mobilisering i ≥ 5 timer postoperativ dag 2	43
Indikator 31: Sygepleje ovariecancer - afføring ≤ 3 dage efter operation	45
Indikatorområde: Corpuscancer	46
Indikator 20B: Corpuscancer (karcinomer), fjernelse af pelvine lymfeknuder for mellem-og højrisikopatienter st. I, eller st. II-III.....	46
Indikator 21: Corpuscancer, laparoskopisk eller robot assisteret operation for stadium I, lav- og mellem-risiko patienter.....	48
Indikator 22: Andelen af patienter med stadium I højrisiko, stadium II-IV endometriecancer der kommer på MDT konference	50
Indikator 23A: Endometriecancer patienter, andel i live 5 år efter anamnesedato.....	52
Indikator 23B: Endometriecancer patienter, stadie I, andel i live 5 år efter anamnesedato	56
Indikatorområde: Vulvacancer	61
Indikator 43: Vulvacancer, andelen der får foretaget Sentinel Node procedure for vulvacancer stadium IB tumor ≤ 4 cm og uden tegn på spredning.	61
Indikator 44: Vulvacancer st. IB, 3 års sygdomsspecifik overlevelse (dødsårsag C51.8-9).....	62
Indikatorområde: Trofoblasygdom	64
Indikator 51: Trofoblasygdom (kun mola), andel patienter med klinisk mistanke om – og efterfølgende verificeret – mola, der har fået foretaget genetisk analyse.....	64
3. Særrapport: Regional variation i overlevelse for patienter diagnosticeret med ovariecancer i Danmark, 2018-2021.	66
4. Beskrivelse af sygdomsområdet	77
5. Oversigt over indikatorer	78
6. Datagrundlag	80
Datakvalitet og statistiske analyser	80



Dækningsgrad og datakomplethed	81
Komplethedegrad for de enkelte indikatorer.....	81
7. Styregruppens sammensætning	82
Appendiks 1: Datagrundlag.....	83
Dækningsgrad.....	83
Dækningsgrad eksklusiv Mola i forhold til antal patienter indberettet til LPR med relevant diagnose og på en gynækologisk afdeling.	84
Dækningsgrad, Mola i forhold til antal patienter indberettet til LPR med relevant diagnose og på en gynækologisk afdeling.....	85
Supplerende indikator 150:Dækningsgrad for sygeplejen i forhold til antal opererede ovarie- og corpuscancerpatienter oprettet i DGCD på en gynækologisk afdeling.....	86
Appendiks 2: Beskrivelse af sygdomsområder og behandling.....	88
Cervixcancer	88
Ovarie-, peritoneal- og tubacancer samt borderlinetumorer	89
Endometriecancer og atypisk hyperplasi i endometriet	89
Vulvacancer og vaginalcancer	90
Trofoblastsygdomme	90
Appendiks 3: Supplerende deskriptive resultater.....	92
Baggrundsoplysninger og risikomarkører	92
Cervixcancer	94
Ovariecancer.....	95
Corpuscancer	98
Vulvacancer	100
Trofoblastsygdom.....	100
Appendiks 4: Overlevelse.....	101
Samlet overlevelse.....	101
Cervixcancer, overlevelse	105
Ovariecancer, overlevelse.....	109
Corpuscancer, overlevelse	111
Appendiks 6: Ordliste.....	113
Appendiks 7: Vejledning i fortolkning af resultater.....	115
8. Kommenteringsvar	116



1. Konklusioner og anbefalinger

Her den sidste årsrapport fra den nu snart gamle DGCD indtastningsplatform for periode 1. juli 2021 til 31. juli 2022. Gennem de foregående år er der før hver årsrapport afdækket forskellige kodningsproblemer, samt løst adskillige både interne og eksterne påførte indtastningsproblemer medførende flere udsættelser af årsrapporter og initiale lave dækningsgrader. Denne årsrapport må derfor anses for kulminationen på disse tidligere års rapport arbejde, med relativt få nødvendige kommentarer under indikatorerne og fine initiale dækningsgrader. Disse kommentarer udarbejdet af arbejdsgrupperne og afdelinger er allerede anført under de respektive indikatorer og overordnet vil jeg derfor ikke kommentere enkeltheder i aktuelle årsrapport, men henvise til kommentarerne under de enkelte indikatorer.

Overordnet kan dog anføres at der i årsrapporten er op til 37% af ovariecancerpatienter med stadium IIIC-IV som ikke opereres, hverken med primær eller interval operation efter forudgående kemoterapi. Andelen af uopererede har været stigende gennem årene og giver nu anledning til både national og international undren og bekymring. Sammenlignet med den internationale litteratur er andelen af uopererede blandt de højeste rapporterede. Ved vurdering af antallet af uopererede, er det nødvendigt at sammenholde tallene med andre indikator tabeller og patientsammensætninger. Ved sammenligning med andre landes publikationer er det vigtigt at sammenligne patientgrundlaget for de forskellige undersøgelser. De Danske tal er nationale dækkende alle ovariecancer patienter uden væsentlig selektion, modsat hovedparten af de internationale publikationer, som stammer fra højt profilerede centre med en betydende mulig selektion af mere operable patienter til operation på de angivne centre. I Danmark vurderes ovariecancer patienter på MDT, forudgået af MR/PET/CT, mhp muligheden for operativ radikal fjernelse af alt synligt kræftvæv. Grundlaget for dette er at adskillige undersøgelser, inklusiv Danske, har vist at ovariecancer patienter ikke har statistisk signifikant gavn af operation, såfremt man ikke kan fjerne alt synligt tumorvæv. Andelen af uopererede skal derfor sammenholdes med andelen af patienter som opnår fjernelse af alt synligt kræftvæv ved operation. Såfremt man afstår fra at operere patienter, man ved MDT vurdere at få rest væv ved operation, vil man selekttere patienter som er mere operable, således at andelen af radikalt opererede vil stige samtidig med en stigning i antal ikke opererede patienter. Ved gennemgang af radikalitets indikatorerne 10A og 10B med operationsindikator 10C ses dette forhold at være gældende med meget høje og stigende andele af ikke opererede gennem de sidste år. I det radikal fjernelse af alt synligt kræftvæv er vist at være den mest betydende faktor for overlevelse, skulle disse ændringer afspejles i en dårligere Dansk overlevelse, specielt gennem de sidste år med stigende andele. I indikator 14 afspejlende 2 års overlevelsen, kunne vi forvente at overlevelsen derfor skulle falde i de sidste perioder. Dette forventede fald ses ikke, faktisk ses en lille, ikke statistisk stigning. Patienterne med de høje andele af ikke opererede fra de sidste 2 år kan af opfølgings-tidsmæssige grunde ikke fuldt ud indgå i en 2 års overlevelsesanalyse, således at disse tal skal vurderes med forsigtighed. De høje andele af ikke opererede patienter samt regionale forskelle i overlevelsesindikatoren, har givet anledning til at der i DGCG / RKKP regi er nedsat arbejdsgrupper, der aktuelt arbejder på at belyse disse forskelle. Resultaterne fra arbejdsgruppernes arbejde forventes færdige i 2024. Resultaterne kan forhåbentlig afklare, om vi Danmark faktisk er blevet bedre til at udvælge de rette patienter til operation i forhold til tidligere og andre udenlandske centre, eller om vi reelt nu operere for få patienter, samt om der på de enkelte centre kan påvises betydende forskelle, som kan anvendes på de øvrige centre mhp at øge overlevelsen.

I Danmark har vi det sidste årti robot opereret cervixcancer patienter med radial hysterektomi. I forbindelse med internationale publikationer der viste dårligere onkologiske resultater efter robot operation i forhold til åben, blev der nedsat en national DGCD baseret arbejdsgruppe. Arbejdsgruppen kunne konkludere at robot baseret operation i Danmark var sammenlignelig og sikker i forhold til åben operation gennem bugvæggen. Robot operation har derfor indtil nu været anset for sikker og den anbefalede operation i Danmark ved radikal hysterektomi for cervixcancer. Det endelige bevis for at robotoperation er sikker i forhold til åben operation, kræver ny forskning i form af en randomiseret undersøgelse, hvor patienterne får foretaget enten åben eller robot operation. Undersøgelsen er aktuelt under opstart i Danmark. Åben operation er standardbehandling for patienter der ikke indgår i undersøgelsen indtil resultaterne af den randomiserede undersøgelse foreligger. Arbejdsgruppen er fortsat aktiv og planlægger fortsat monitorering via DGCD.

At dette er sidste årsrapport skyldes, at det firma der ejer IT systemet Klinisk Måle System (KMS), som vores "gamle" DGCD er baseret på, har opsagt aftalen fra d. 1/8, 2022. For at undgå et datahul indtil en ny dataplan er på plads, fik vi ekstraordinært en forlængelse til at indtaste de gynækologiske data indtil d. 31/12, 2022. Patologi data skal fremover hentes fra Patobank. Dette arbejde har været under planlægning i flere år med etablering af krævede SNOMED koder. Med frikøb af patolog Marie Bønnelycke er det lykkedes at etablere kodevejledninger og sikre korrekt DGCD



indtastning i Patobank, således at patologi indtastningen allerede kunne ophøre og erstattes med Patobank koder fra d. 1. oktober 2022. Overgangen til anvendelse af data fra Patobank vil forventeligt øge validiteten samt overflødigge dobbeltindtastning. Der er allerede forberedelser til testning af den nye DGCD patologi del, således at eventuelle tilrettelser kan være færdige til den næste årsrapport, der skal baseres på registerdata. Til den gynækologiske DGCD omlægning er der også dannet en arbejdsgruppe bestående af DGCG og RKKP repræsentanter. Arbejdsgruppen har allerede udarbejdet de første forslag til kode beskrivelser, samt holdt og planlagt arbejds møder. Planen er at der først sikres og beskrives register data til de eksisterende indikatorer til den næste årsrapport. I fase 2 skal samme arbejde foretages med henblik på at udarbejde de nye indikatorer ønsket fra arbejdsgrupperne. I sidste fase skal der sikres implementering af de øvrige DGCD data, der anvendes til øvrige tabeller. Omlægningsarbejdet forventes afsluttet foråret 2023.

Hvad kan vi forvente fremover i forbindelse med denne omlægning? En af de største ændringer vil blive at dobbeltindtastning af centrale data vil afskaffes. Samme data skal ikke registreres i både LPR, Patobank og DGCD. Forventeligt vil den ændrede arbejdsgang også overflødigge mangellisterne. Kan data registreres formaliseret via vores elektroniske patientjournaler, tidsnært i forbindelse med patientbehandlingen, vil kvaliteten og dækningen af data forventeligt blive tæt på optimal og komplet. Såfremt det fremover også vil blive muligt at få en mere direkte tidsnær overførsel af registerdata til DGCD, vil det også blive muligt at få mere tids-aktuelle kvalitetsdata, således at kvalitetsbrist hurtigere kan detekteres. I den gamle DGCD havde vi nået det maksimale for antal variable, således at de mange nye variable, nødvendige for de nye kommende indikatorer, ikke kunne implementeres. Udviklingsarbejdet med nye variable og indikatorer har gennem de sidste par år været hæmmet og på "stand by" på grund af KMS begrænsningerne. Disse begrænsninger vil i forbindelse med omlægningen blive løst. Konklusivt, mener jeg omlægningen danner grundlag for en ny og forbedret udgave af DGCD med opfyldelse af vores ønsker akkumuleret gennem de foregående år med begrænsninger i den gamle DGCD.

Igen en stor tak til alle dem der har deltaget i dette årsrapport arbejde både fra RKKP, styregruppe og afdelinger samt stort tak til de meget aktive deltagere i omlægningen.

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).

I nærværende rapport angives overlevelse ud fra FIGO 2018



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 01.07.2016-30.06.2022 som aktuelle år. Indikatoren er opgjort på gynækologiske afdelinger.

Gruppe	Døde	Total	uoplyst pct	Aktuelle år 2016 - 2022	
				Andel	95 % CL
Danmark	9	522	0.0	98	96-99
Region Hovedstaden	4	227	0.0	97	93-99
Region Sjælland	0	3	0.0	100	100-100
Region Syddanmark	3	166	0.0	98	92-100
Region Midtjylland	#	#	0.0	98	92-100
Region Nordjylland	0	5	0.0	100	100-100
Region Hovedstaden	4	227	0.0	97	93-99
Bornholm	#	#	0.0	-	-
Herlev	0	21	0.0	100	100-100
Rigshospitalet	4	205	0.0	97	91-99
Region Sjælland	0	3	0.0	100	100-100
Roskilde	#	#	0.0	-	-
Næstved	#	#	0.0	100	100-100
Region Syddanmark	3	166	0.0	98	92-100
Odense	3	163	0.0	98	93-99
Esbjerg	0	3	0.0	100	100-100
Region Midtjylland	#	#	0.0	98	92-100
Aarhus	#	#	0.0	98	92-100
Herning	0	1	0.0	-	-
Randers	0	1	0.0	-	-
Region Nordjylland	0	5	0.0	100	100-100
Aalborg	0	5	0.0	100	100-100



Datagrundlag:

Patienterne er fulgt op for død i CPR-registeret til og med 10. aug. 2022.

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:

Denne indikator blev indført sidste år, og er en følge af indførelsen af FIGO2018 stadie inddelingen og den der af ændrede behandling af stadie IA patienterne. 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 mikroskopisk sygdom og forventet lav risiko for recidiv (stadium 1A). I stadium IA indgår mikroskopisk sygdom svarende til både stadium 1A1 og 1A2. Hvor der tidligere (FIGO 2009) var fokus både på minimal fladeudbredning og invasionsdybde, er der nu alene fokus på invasionsdybden. Konsekvensen af dette er, at der i denne indikator nu kan indgå patienter med et mikroskopisk horisontalt tumormål op til 20mm mod tidligere 7 mm.

I den reviderede kliniske retningslinje for kirurgisk behandling af cervixcancer, der forventes publiceret december 2022, har man tilrettet behandlingen af sygdom i stadium IA. Konsekvensen af dette er overordnet set en standardiseret mere konservativ behandlingsstrategi for stadium IA selv ved stort horisontalt tumormål. Dog er det sådan, at flere patienter anbefales sentinel node mapping end tidligere og en mindre gruppe med stort tumormål (18-20mm) og udbredt LVSI anbefales både SLN mapping og type B radikal hysterektomi. Det er væsentligt, at have den aktuelle overlevelse at sammenligne med i de kommende år, hvor de nye retningslinjer implementeres. Standarden bør forblive uændret.

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 forskelle mellem regionale enheder, men er vigtig som samlet kvalitetsindikator for danske patienter.



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 01.07.2016-30.06.2022 som aktuelle år. Indikatoren er opgjort på gynækologiske afdelinger.

Gruppe	Døde	Total	uoplyst pct	Aktuelle år 2016 - 2022	
				Andel	95 % CL
Danmark	28	463	0	92	88-94
Region Hovedstaden	13	213	0	93	87-96
Region Sjælland	#	#	0	-	-
Region Syddanmark	7	119	0	92	83-96
Region Midt- og Nordjylland	8	130	0	90	80-95
Region Hovedstaden	13	213	0	93	87-96
Rigshospitalet/Herlev	13	213	0	93	87-96
Region Sjælland	#	#	0	-	-
Roskilde	#	#	0	-	-
Region Syddanmark	7	119	0	92	83-96
Odense	7	119	0	92	83-96
Region Midt- og Nordjylland	8	130	0	90	80-95
Aarhus/Aalborg	8	130	0	90	80-95

Datagrundlag:

Patienterne er fulgt op for død i CPR-registeret til og med 10. aug. 2022.

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 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:

Denne indikator blev indført sidste år, og er en følge af indførelsen af FIGO2018 stadie inddelingen, 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 inddelt 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 92% (95% CI: 88-94), 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).

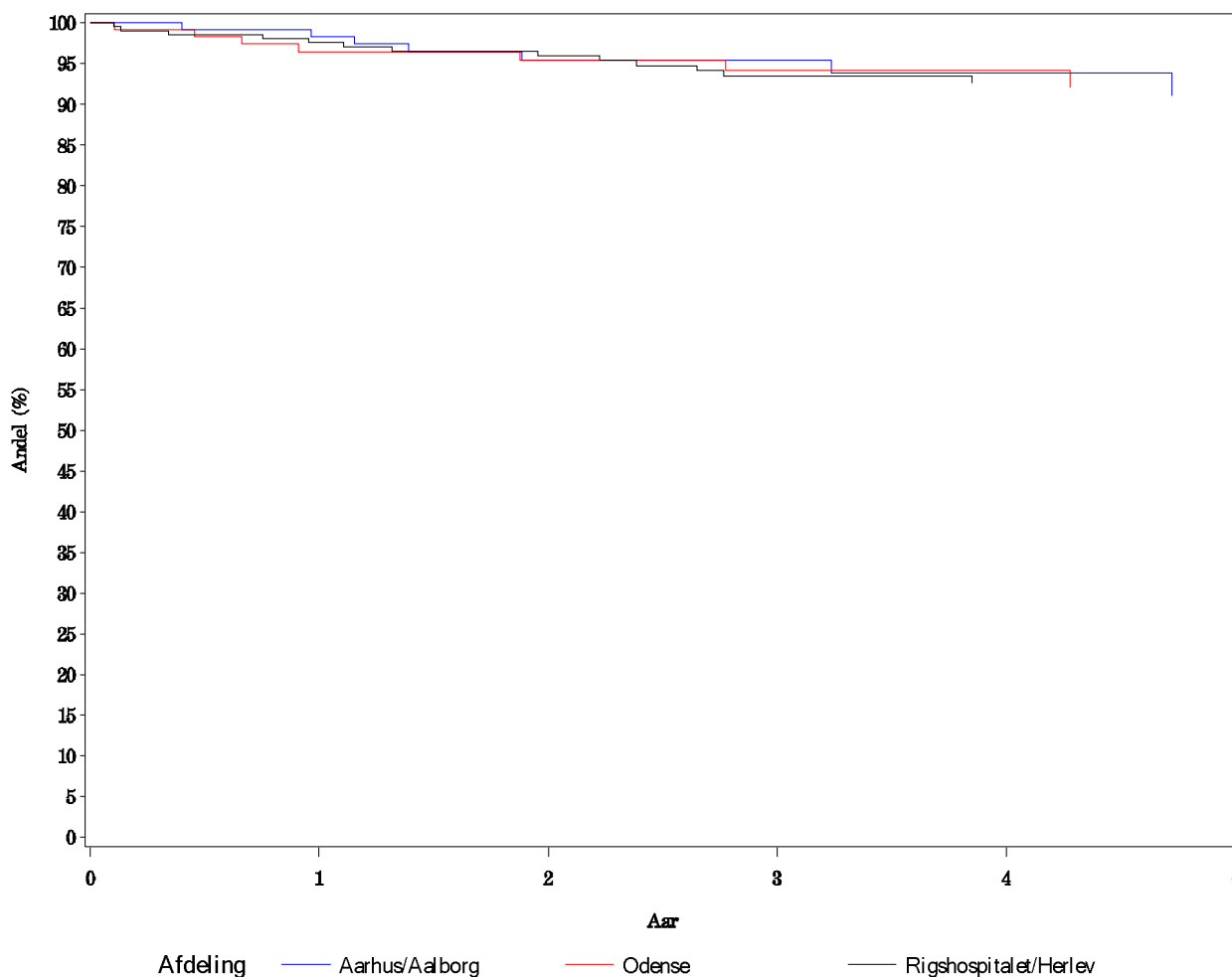
Diskussion og implikationer:

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, idet sentinel node er indført som standard 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 92% 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, 2016-2022.



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 01.07.2016-30.06.2022 som aktuelle år. Indikatoren er opgjort på gynækologiske afdelinger.

Gruppe	Døde	Total	uoplyst pct	Aktuelle år 2016 - 2022	
				Andel	95 % CL
Danmark	170	673	0	67	62-71
Region Hovedstaden	69	277	0	66	59-73
Region Sjælland	#	#	0	100	100-100
Region Syddanmark	44	181	0	69	60-76
Region Midt- og Nordjylland	57	214	0	66	58-73
Region Hovedstaden	69	277	0	66	59-73
Rigshospitalet/Herlev	69	277	0	66	59-73
Region Sjælland	#	#	0	100	100-100
Roskilde	#	#	0	100	100-100
Region Syddanmark	44	181	0	69	60-76
Odense	44	181	0	69	60-76
Region Midt- og Nordjylland	57	214	0	66	58-73
Aarhus/Aalborg	57	214	0	66	58-73

Datagrundlag:

Patienterne er fulgt op for død i CPR-registeret til og med 10. aug. 2022.

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 67% (95% CI: 62-71), 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.

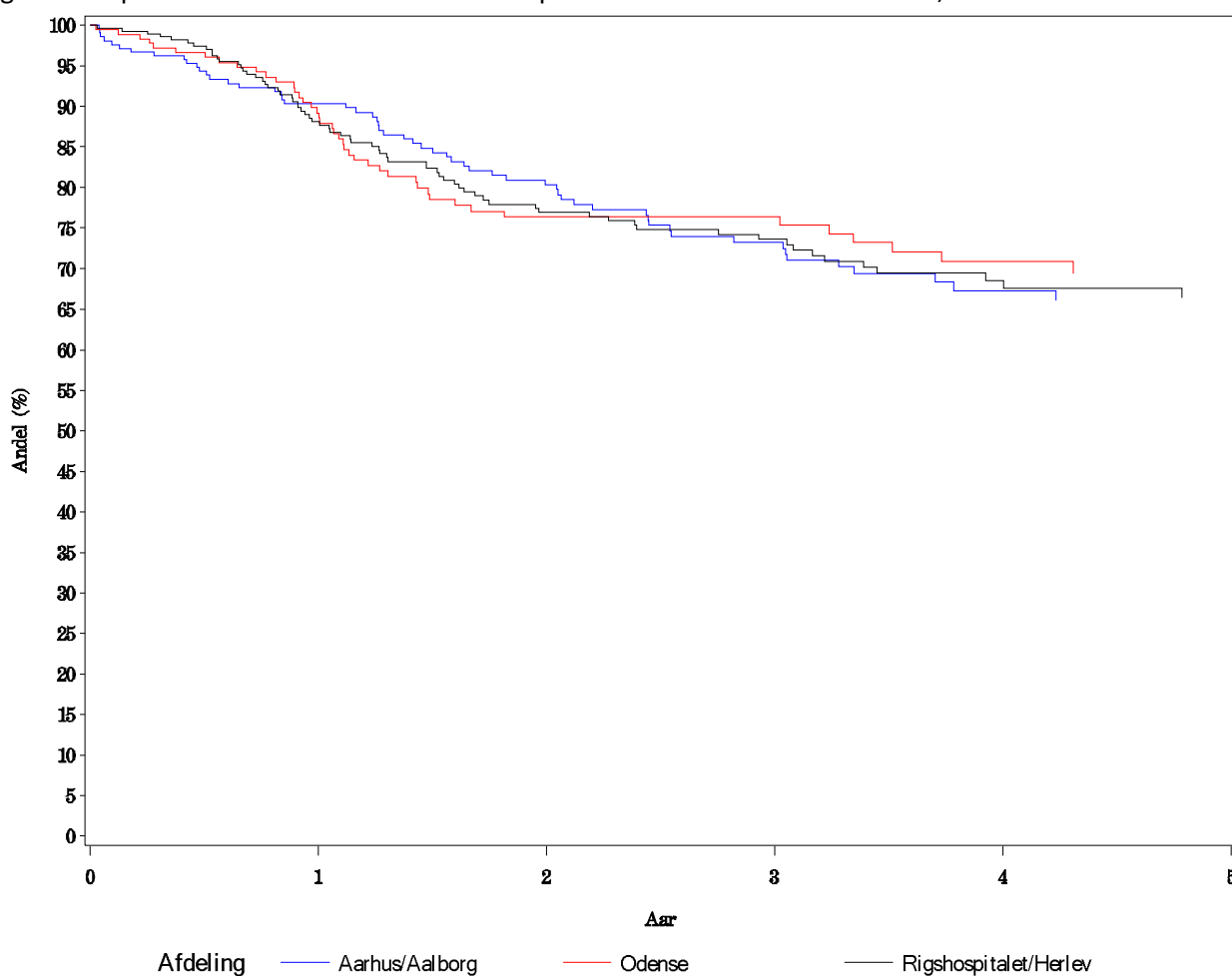
Diskussion og implikationer:

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. Det er med FIGO 2018 nyt, at patienter med spredning til lymfeknuder allokeres til stadium IIIC, hvilket forventes afspejlet i overlevelsen både i stadium IB-IIA1 samt i stadium IIIC

Vurdering af indikatoren:

Den samlede 5 års overlevelse på 67% 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, 2016-2022.



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

Standard: Ingen fastsat standard

Indikator 7a: Cervixcancer, andel patienter med frie resektionsrande, hysterektomi eller trachlectomi

	Standard opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år 01.07.2021 - 30.06.2022		Tidligere år		
				Andel	95% CI	2020/21 Andel	2019/20 Andel	2018/19 Andel
Danmark		86 / 100	0 (0)	86,0	(77,6-92,1)	94,6	94,1	89,3
Hovedstaden		33 / 38	0 (0)	86,8	(71,9-95,6)	93,3	92,5	85,5
Sjælland		0 / 0						100,0
Syddanmark		23 / 29	0 (0)	79,3	(60,3-92,0)	100,0	97,1	95,2
Midtjylland		30 / 33	0 (0)	90,9	(75,7-98,1)	91,7	93,5	91,9
Nordjylland		0 / 0						0,0
Hovedstaden		33 / 38	0 (0)	86,8	(71,9-95,6)	93,3	92,5	85,5
Rigshospitalet		33 / 38	0 (0)	86,8	(71,9-95,6)	93,3	92,5	85,5
Sjælland		0 / 0						100,0
Næstved		0 / 0						100,0
Syddanmark		23 / 29	0 (0)	79,3	(60,3-92,0)	100,0	97,1	95,2
Odense		23 / 29	0 (0)	79,3	(60,3-92,0)	100,0	97,1	95,2
Midtjylland		30 / 33	0 (0)	90,9	(75,7-98,1)	91,7	93,5	91,9
Aarhus		30 / 33	0 (0)	90,9	(75,7-98,1)	91,7	93,3	91,9
Randers		0 / 0					100,0	
Nordjylland		0 / 0						0,0
Aalborg		0 / 0						0,0

Resultater:

Andelen med frie resektionsrande udgør på landsplan 86% (95% CI: 78%-92%). Andelen varierer mellem 79% i Odense til 91% Aarhus. Der er i år ikke fastsat en standard. Andelen i år er lavere end for de seneste to år.

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

Diskussion og implikationer:

I patologiregistreringen har der været uklarhed omkring resektionsrande i forhold til om det drejer sig om alle resektionsrande eller blot vaginale resektionsrande samt om det drejer sig om resektionsrande efter konus eller efter hysterektomi. Hvert enkelt center har manuelt gennemgået de patienter, som står anført med ikke frie resektionsrande, hvilket viser at stort set alle patienter har frie resektionsrande efter hysterektomi, men er registreret som ikke frie på baggrund af en konus som er gennemført FØR hysterektomien. Dette er naturligvis ikke korrekt og vil blive korrigeret i næste rapport og vil blive drøftet i cervixcancergruppen.

Denne indikator er beregnet til at beskrive kirurgisk kvalitet, dvs. om kirurgen har fjernet tumor radikalt. Det er væsentligt, at så få patienter som muligt ikke har fri vaginal resektionsrand, da dette vil indikere efterfølgende strålebehandling. Det er en relativ ny indikator, og i det aktuelle datatræk viser der sig at have 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.



Vurdering af indikatoren:

Cervixcancergruppen ønsker at videreudvikle på denne indikator, så vi kan følge kvaliteten af den kirurgiske standard. På baggrund af udtrækket de seneste to år er det nødvendigt med revision af afgrænsningen af patientgruppen, dette arbejde foregår aktuelt i forbindelse med omlægning af databasen og cervixgruppen vil drøfte problematikken med patologer fra de 3 centre, så indberetningen er korrekt fremadrettet.



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

Standard: ingen fastsat standard

Indikator 7b: Cervixcancer, andel patienter med parametriedvækst, hysterectomi eller trachlectomi

	Standard opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år 01.07.2021 - 30.06.2022		Tidligere år		
				Andel	95% CI	2020/21 Andel	2019/20 Andel	2018/19 Andel
Danmark		4 / 100	0 (0)	4,0	(1,1-9,9)	3,3	2,5	4,0
Hovedstaden		# / #	0 (0)	2,6	(0,1-13,8)	2,2	3,8	5,8
Sjælland		0 / 0						0,0
Syddanmark		# / #	0 (0)	3,4	(0,1-17,8)	8,7	2,9	2,4
Midtjylland		# / #	0 (0)	6,1	(0,7-20,2)	0,0	0,0	2,7
Nordjylland		0 / 0						0,0
Hovedstaden		# / #	0 (0)	2,6	(0,1-13,8)	2,2	3,8	5,8
Rigshospitalet		# / #	0 (0)	2,6	(0,1-13,8)	2,2	3,8	5,8
Sjælland		0 / 0						0,0
Næstved		0 / 0						0,0
Syddanmark		# / #	0 (0)	3,4	(0,1-17,8)	8,7	2,9	2,4
Odense		# / #	0 (0)	3,4	(0,1-17,8)	8,7	2,9	2,4
Midtjylland		# / #	0 (0)	6,1	(0,7-20,2)	0,0	0,0	2,7
Aarhus		# / #	0 (0)	6,1	(0,7-20,2)	0,0	0,0	2,7
Randers		0 / 0					0,0	
Nordjylland		0 / 0						0,0
Aalborg		0 / 0						0,0

Resultater:

Pga. overgangen til FIGO 2018 stadielklassifikation er indikatoren ændret til nu at inkludere alle patienter, der har fået foretaget hysterectomi eller trachelectomi. Der er endnu ikke fastsat en standard. Andelen med parameteriedvækst er på landsplan 4%, 4 ud af 100.

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 stadielinddelinger (GU i GA), dvs. om der er foretaget den korrekte behandlingsbeslutning. Dette kan være vanskeligt for patienter med mikroskopisk parametriereinvasjon og det er derfor ikke forventeligt, at standarden for denne indikator er 0.

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, 4 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 ≤ 50 dage

	Standard		Uoplyst antal (%)	Aktuelle år 01.07.2021 - 30.06.2022		Tidligere år		
	$\geq 90\%$ opfyldt	Tæller/ nævner		Andel	95% CI	2020/21 Andel	2019/20 Andel	2018/19 Andel
Danmark	Ja	73 / 76	1 (1)	96	(89-99)	93	91	94
Hovedstaden	Ja	42 / 44	0 (0)	95	(85-99)	97	100	97
Syddanmark	Ja	11 / 11	1 (8)	100	(72-100)	96	85	93
Midtjylland	Ja	20 / 21	0 (0)	95	(76-100)	87	86	93
Hovedstaden	Ja	42 / 44	0 (0)	95	(85-99)	97	100	97
Rigshospitalet	Ja	42 / 44	0 (0)	95	(85-99)	97	100	97
Syddanmark	Ja	11 / 11	1 (8)	100	(72-100)	96	85	93
Odense	Ja	11 / 11	1 (8)	100	(72-100)	96	85	93
Midtjylland	Ja	20 / 21	0 (0)	95	(76-100)	87	86	93
Aarhus	Ja	20 / 21	0 (0)	95	(76-100)	87	86	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 96%, 95% CI (89-99) deres kurative stråleterapi indenfor 50 dage, og dermed er standarden opfyldt på landsplan. Alle regioner/afdelinger opfylder standarden, med en opfyldelse på 95%-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 lyset 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 ikke sker progression 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. Der er sideløbende med årsrapporten udført et analysearbejde af overlevelse efter ovariecancerbehandling i Danmark i årene 2018-2021. Rapporten påviser forskel i overlevelse idet patienter fra Region Hovedstaden og Sjælland overlever bedre end de øvrige regioner på trods af at sjællandske patienter opereres i Region Syddanmark. Analyserne giver ikke et entydigt billede af årsager til varierende overlevelse. I Region Syddanmark udføres aktuelt en audit baseret på vurdering af nationale og international ekspert gennemgang med henblik på evt. optimering af behandling. Fremadrettet udarbejdes aktuelt en handleplan for harmonisering af behandling af ovariecancer.

Det er bemærkelsesværdigt at mere end 1/3 af danske kvinder med avanceret ovariecancer aldrig bliver opereret, og at man blandt de opererede finder 3/4 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 ligesom det aktuelt overvejes at indføre en national MDT konference for de patienter som fortsat ikke vurderes operable efter Neoadjuvant kemoterapi, hvor almentilstanden ikke er den begrænsende faktor



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	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år		Tidligere år		
	$\geq 60\%$ opfyldt			01.07.2021 - 30.06.2022	2020/21	2019/20	2018/19	
				Andel	95% CI	Andel	Andel	Andel
Danmark	Ja	62 / 68	5 (7)	91,2	(81,8-96,7)	87,2	80,7	82,1
Hovedstaden	Ja	22 / 25	2 (7)	88,0	(68,8-97,5)	79,3	100,0	89,7
Sjælland		0 / 0						100,0
Syddanmark	Ja	26 / 29	1 (3)	89,7	(72,6-97,8)	81,8	62,5	76,7
Midtjylland	Ja	12 / 12	2 (14)	100,0	(73,5-100,0)	100,0	86,4	84,6
Nordjylland	Ja	# / #	0 (0)	100,0	(15,8-100,0)	100,0	55,6	60,0
Hovedstaden	Ja	22 / 25	2 (7)	88,0	(68,8-97,5)	79,3	100,0	89,7
Rigshospitalet	Ja	22 / 25	2 (7)	88,0	(68,8-97,5)	79,3	100,0	89,7
Sjælland		0 / 0						100,0
Roskilde		0 / 0						100,0
Syddanmark	Ja	26 / 29	1 (3)	89,7	(72,6-97,8)	81,8	62,5	76,7
Odense	Ja	26 / 29	1 (3)	89,7	(72,6-97,8)	81,8	62,5	76,7
Midtjylland	Ja	12 / 12	2 (14)	100,0	(73,5-100,0)	100,0	86,4	84,6
Aarhus	Ja	12 / 12	2 (14)	100,0	(73,5-100,0)	100,0	86,4	84,6
Nordjylland	Ja	# / #	0 (0)	100,0	(15,8-100,0)	100,0	55,6	60,0
Aalborg	Ja	# / #	0 (0)	100,0	(15,8-100,0)	100,0	55,6	60,0

Resultater:

Makroskopisk radikal operation blandt primært opererede patienter med stadium IIIC/IV opnås hos 91% på landsplan, hvilket er klart over standarden på 60%. Alle afdelinger opfylder den fastsatte standard. Det bemærkes, at Aalborg kun har 2 patienter, der er primært opererede, en afledt effekt af en lav dækningsgrad (77%, se dækningsgradsopgørelsen i appendiks 1). Denne indikator skal ses i sammenhæng med indikator 10C andelen af ikke opererede. Indikator opfyldelsen er i år højere end de tidligere år på landsplan.

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 ikke betydelige forskelle på resultater mellem de forskellige regioner, men tallene er små. Den meget høje andel af patienter som kan radikalt opereres indikerer et konservativt valg til primær kirurgi. Der er en fortsat diskussion i faglige kredse af selektion til primær kirurgi versus operation efter Neoadjuverende kemoterapi, mens der er faglig enighed om vigtigheden af radikal operation som prognostisk faktor uanset timing af operation. Den samlede behandlingsstrategi vil være emne for et nationalt internatsmøde primo 2023, hvor behandlingsstrategier og målet med disse forsøges harmoniseret og yderligere konkretiseret i de nationale guidelines.



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	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år		Tidligere år		
	$\geq 60\%$ opfyldt			01.07.2021 - 30.06.2022	2020/21	2019/20	2018/19	
				Andel	95% CI	Andel	Andel	Andel
Danmark	Ja	81 / 115	4 (3)	70,4	(61,2-78,6)	74,1	71,4	63,4
Hovedstaden	Ja	22 / 36	2 (5)	61,1	(43,5-76,9)	75,8	81,5	70,3
Sjælland		0 / 0						100,0
Syddanmark	Ja	25 / 32	0 (0)	78,1	(60,0-90,7)	63,0	67,3	52,8
Midtjylland	Ja	24 / 34	2 (6)	70,6	(52,5-84,9)	85,7	72,4	63,0
Nordjylland	Ja	10 / 13	0 (0)	76,9	(46,2-95,0)	88,9	57,1	84,6
Hovedstaden	Ja	22 / 36	2 (5)	61,1	(43,5-76,9)	75,8	81,5	70,3
Rigshospitalet	Ja	22 / 36	2 (5)	61,1	(43,5-76,9)	75,8	81,5	70,3
Sjælland		0 / 0						100,0
Næstved		0 / 0						100,0
Syddanmark	Ja	25 / 32	0 (0)	78,1	(60,0-90,7)	63,0	67,3	52,8
Odense	Ja	25 / 32	0 (0)	78,1	(60,0-90,7)	63,0	67,3	52,8
Midtjylland	Ja	24 / 34	2 (6)	70,6	(52,5-84,9)	85,7	72,4	63,0
Aarhus	Ja	24 / 34	2 (6)	70,6	(52,5-84,9)	85,7	72,4	63,0
Nordjylland	Ja	10 / 13	0 (0)	76,9	(46,2-95,0)	88,9	57,1	84,6
Aalborg	Ja	10 / 13	0 (0)	76,9	(46,2-95,0)	88,9	57,1	84,6

Resultater:

Makroskopisk radikal operation blandt opererede patienter efter forudgående neoadjuverende kemoterapi med stadium IIIC/IV opnås hos 70% på landsplan, hvilket er over den fastsatte standard på 60%. Alle afdelinger opfylder standarden. Der er del variation mellem afdelingerne fra 61% på Rigshospitalet til 77-78% i Odense og Aalborg. Denne indikator skal ses i sammenhæng med indikator 10C andelen af ikke opererede. Indikator opfyldelsen er i år på niveau med de tidligere år, men med mindre variation mellem afdelingerne i forhold til tidligere 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 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 intervalkirurgi, eller de kan forklares af andre



forhold som sygdomsudbredning, vil kræve yderligere analyse. De fleste kliniske afdelinger oplever i perioden at patienterne med ovariecancer henviser med meget udbredt sygdom. Det kan ikke udelukkes at en sygdom med diskret og uspecifik symptomatologi har haft et forsinket udredningsforløb under Corona epidemien og at dette påvirker muligheden for at opnå radikal operation – selv efter neoadjuverende kemoterapi.

Den samlede behandlingsstrategi for patienter med kræft i æggestokken vil være emne for et nationalt internatsmøde primo 2023, hvor behandlingsstrategier og målet med disse forsøges harmoniseret og yderligere konkretiseret i de nationale guidelines.



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

Standard: ≤ 10 %

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

	Standard < 10% opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år 01.07.2021 - 30.06.2022		Tidligere år		
				Andel	95% CI	2020/21 Andel	2019/20 Andel	2018/19 Andel
Danmark	Nej	109 / 292	16 (5)	37,3	(31,8-43,2)	34,2	36,4	32,8
Hovedstaden	Nej	44 / 105	1 (1)	41,9	(32,3-51,9)	31,9	37,5	34,0
Sjælland	Nej	# / #	0 (0)	100,0	(2,5-100,0)		100,0	50,0
Syddanmark	Nej	28 / 89	6 (6)	31,5	(22,0-42,2)	32,7	33,0	28,4
Midtjylland	Nej	33 / 79	8 (9)	41,8	(30,8-53,4)	35,6	37,3	36,5
Nordjylland	Nej	3 / 18	1 (5)	16,7	(3,6-41,4)	43,3	38,5	35,7
Hovedstaden	Nej	44 / 105	1 (1)	41,9	(32,3-51,9)	31,9	37,5	34,0
Herlev		0 / 0						100,0
Rigshospitalet	Nej	44 / 105	1 (1)	41,9	(32,3-51,9)	31,9	37,5	33,3
Sjælland	Nej	# / #	0 (0)	100,0	(2,5-100,0)		100,0	50,0
Roskilde	Nej	# / #	0 (0)	100,0	(2,5-100,0)		100,0	66,7
Syddanmark	Nej	28 / 89	6 (6)	31,5	(22,0-42,2)	32,7	33,0	28,4
Kolding	Nej	1 / 1	0 (0)	100,0	(2,5-100,0)			
Odense	Nej	27 / 88	6 (6)	30,7	(21,3-41,4)	32,7	33,0	28,4
Midtjylland	Nej	33 / 79	8 (9)	41,8	(30,8-53,4)	35,6	37,3	36,5
Aarhus	Nej	33 / 79	8 (9)	41,8	(30,8-53,4)	35,6	37,3	36,5
Nordjylland	Nej	3 / 18	1 (5)	16,7	(3,6-41,4)	43,3	38,5	35,7
Aalborg	Nej	3 / 18	1 (5)	16,7	(3,6-41,4)	43,3	38,5	35,7

Resultater:

Andelen af ovariecancer patienter stadie IIIC-IV der ikke opereres i det primære forløb er på landsplan på 37%, hvilket er en del over den fastsatte standard på ≤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 17% i Aalborg til 42% i Aarhus og på Rigshospitalet. Aalborg afviger fra de andre afdelinger med 17% ikke opererede i aktuelle år. Andelen af patienter, som aldrig opereres har været svagt stigende over de seneste år.

Diskussion og implikationer:

Indikator 10C viser, at 37% 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. Indikatorstandard er fastsat ud fra de få internationale opgørelser, som er tilnærmelsesvis populationsbaserede.

Vurdering af indikatoren:

Andelen af patienter, der aldrig tilbydes operation er svagt stigende. De fleste kliniske afdelinger oplever i perioden at patienterne med ovariecancer henviser med meget udbredt sygdom. Det kan ikke udelukkes at en sygdom med diskret og uspecifik symptomatologi har haft et forsinket udredningsforløb under Corona epidemien og at dette påvirker selektion til operation. 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 forskelle på resultater mellem de forskellige regioner, men tallene er små, og potentielle forskelle skal vurderes med varsomhed.



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	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år		Tidligere år		
	>65% opfyldt			01.07.2021 - 30.06.2022	2020/21	2019/20	2018/19	
				Andel	95% CI	Andel	Andel	Andel
Danmark	Ja	143 / 183	5 (3)	78,1	(71,4-83,9)	79,4	75,4	70,3
Hovedstaden	Ja	44 / 61	0 (0)	72,1	(59,2-82,9)	77,4	90,9	78,8
Sjælland		0 / 0						100,0
Syddanmark	Ja	51 / 61	1 (2)	83,6	(71,9-91,8)	69,1	65,8	61,4
Midtjylland	Ja	36 / 46	4 (8)	78,3	(63,6-89,1)	91,5	78,4	70,0
Nordjylland	Ja	12 / 15	0 (0)	80,0	(51,9-95,7)	94,1	56,3	77,8
Hovedstaden	Ja	44 / 61	0 (0)	72,1	(59,2-82,9)	77,4	90,9	78,8
Rigshospitalet	Ja	44 / 61	0 (0)	72,1	(59,2-82,9)	77,4	90,9	78,8
Sjælland		0 / 0						100,0
Næstved		0 / 0						100,0
Roskilde		0 / 0						100,0
Syddanmark	Ja	51 / 61	1 (2)	83,6	(71,9-91,8)	69,1	65,8	61,4
Odense	Ja	51 / 61	1 (2)	83,6	(71,9-91,8)	69,1	65,8	61,4
Midtjylland	Ja	36 / 46	4 (8)	78,3	(63,6-89,1)	91,5	78,4	70,0
Aarhus	Ja	36 / 46	4 (8)	78,3	(63,6-89,1)	91,5	78,4	70,0
Nordjylland	Ja	12 / 15	0 (0)	80,0	(51,9-95,7)	94,1	56,3	77,8
Aalborg	Ja	12 / 15	0 (0)	80,0	(51,9-95,7)	94,1	56,3	77,8

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 72% på Rigshospitalet til 84% i Odense. Odense har i år en højere andel der opnår makroradikal operation end for de tidligere år. 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 set 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 forskelle på resultaterne 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. 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. Det overvejes aktuelt i regi af DGCD og Ovariecancergruppen at etablere et forum for fælles MDT evaluering af patienter som ikke tilbydes operation for ovariecancer efter Neoadjuvant Kemoterapi, hvor almen tilstanden ikke er den begrænsende faktor. Desuden vil Ovariecancer gruppen baseret på fælles konsensus forsøge at definere fælles kriterier for hvilke patienter, der skal tilbydes operation.



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

Standard: $\geq 50\%$

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

	Standard	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år		Tidligere år		
	> 50% opfyldt			01.07.2021 - 30.06.2022	2020/21	2019/20	2018/19	
				Andel	95% CI	Andel	Andel	Andel
Danmark	Nej	68 / 292	16 (5)	23,3	(18,6-28,6)	26,4	27,3	25,1
Hovedstaden	Nej	25 / 105	1 (1)	23,8	(16,0-33,1)	31,9	31,8	29,0
Sjælland	Nej	# / #	0 (0)	0,0	(0,0-97,5)		0,0	25,0
Syddanmark	Nej	29 / 89	6 (6)	32,6	(23,0-43,3)	21,8	22,0	25,9
Midtjylland	Nej	12 / 79	8 (9)	15,2	(8,1-25,0)	26,0	27,7	20,6
Nordjylland	Nej	# / #	1 (5)	11,1	(1,4-34,7)	26,7	34,6	17,9
Hovedstaden	Nej	25 / 105	1 (1)	23,8	(16,0-33,1)	31,9	31,8	29,0
Herlev		0 / 0						0,0
Rigshospitalet	Nej	25 / 105	1 (1)	23,8	(16,0-33,1)	31,9	31,8	29,3
Sjælland	Nej	# / #	0 (0)	0,0	(0,0-97,5)		0,0	25,0
Næstved		0 / 0						0,0
Roskilde	Nej	# / #	0 (0)	0,0	(0,0-97,5)		0,0	33,3
Syddanmark	Nej	29 / 89	6 (6)	32,6	(23,0-43,3)	21,8	22,0	25,9
Kolding	Nej	0 / 1	0 (0)	0,0	(0,0-97,5)			
Odense	Nej	29 / 88	6 (6)	33,0	(23,3-43,8)	21,8	22,0	25,9
Midtjylland	Nej	12 / 79	8 (9)	15,2	(8,1-25,0)	26,0	27,7	20,6
Aarhus	Nej	12 / 79	8 (9)	15,2	(8,1-25,0)	26,0	27,7	20,6
Nordjylland	Nej	# / #	1 (5)	11,1	(1,4-34,7)	26,7	34,6	17,9
Aalborg	Nej	# / #	1 (5)	11,1	(1,4-34,7)	26,7	34,6	17,9

Resultater:

Andelen af opererede stadie IIIC-IV patienter, der er primært opereret er 23%, hvilket er under den fastsatte standard. Ingen afdelinger opfylder i år standarden. Det bemærkes at Odense i år har den højeste andel primært opererede 33%.

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. Det er bemærkelsesværdigt at kun ca. 25% af alle kvinder med avanceret ovariecancer tilbydes primær operation, hvilket er afvigende fra internationale anbefalinger. Det skal bemærkes at i Region Syddanmark, hvor flest patienter tilbydes primær operation har man en makroskopisk radikal rate som er betydeligt over den anbefalede indikator standard. Forskelle mellem forskellige regioner er betydelige men 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. I den forbindelse oplever de fleste kliniske afdelinger at patienterne med ovariecancer i perioden henviser med meget udbredt sygdom. Det kan ikke udelukkes at en sygdom med diskret og uspecifik symptomatologi har haft et forsinket udredningsforløb under Corona epidemien og at dette påvirker muligheden for tilbud om primær operation.



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

Standard: $\geq 80\%$

Indikator 11a: Ovariecancer: Radikal lymfadenektomi for st. I-III A 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
Danmark	Nej	65 / 105	3 (3)	62	(52-71)	59	54	59
Hovedstaden	Nej	26 / 38	2 (5)	68	(51-82)	62	68	68
Syddanmark	Nej	29 / 46	1 (2)	63	(48-77)	65	52	71
Midtjylland	Nej	6 / 13	0 (0)	46	(19-75)	58	56	48
Nordjylland	Nej	4 / 8	0 (0)	50	(16-84)	36	8	40
Hovedstaden	Nej	26 / 38	2 (5)	68	(51-82)	62	68	68
Herlev	Nej	# / #	0 (0)	0	(0-71)	0	0	0
Rigshospitalet	Nej	26 / 35	2 (5)	74	(57-88)	66	70	70
Syddanmark	Nej	29 / 46	1 (2)	63	(48-77)	65	52	71
Odense	Nej	29 / 46	1 (2)	63	(48-77)	65	52	71
Midtjylland	Nej	6 / 13	0 (0)	46	(19-75)	58	56	48
Aarhus	Nej	6 / 13	0 (0)	46	(19-75)	58	56	50
Nordjylland	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 A, 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 for 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 lavere andel der får foretaget radikal lymfadenektomi i forhold til de tidligere år.

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 er der foretaget justering i de nationale guidelines, så specielle histologiske subtyper ikke nødvendigvis skal anbefales fjernelse af lymfeknuder som led i stadietildelingen. Desuden er spørgsmålet om lymfadenektomi et klinisk område med fælles beslutningstagning, idet patienterne generelt tilhører en lavrisikogruppe. Det er ikke muligt ud fra databasen i sin nuværende form at afklare, hvorvidt manglende fjernelse af lymfeknuder sker på baggrund af patientønske eller er baseret på klinikerens valg.



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

Standard: $\geq 80\%$

Ovariecancerpatienter med stadie I 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	Døde/ total	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år 01.07.2016- 30.06.2022		Tidligere år 2009/2016
				Andel	95% CI	Andel
Danmark	Ja	55 / 713	0 (0)	88,5	85,0-91,3	84,3
Hovedstaden	Ja	15 / 229	0 (0)	90,0	83,7-93,9	87,9
Sjælland	Ja	0 / 7	0 (0)	100	100-100	84,0
Syddanmark	Ja	15 / 249	0 (0)	91,9	85,95,5	80,0
Midtjylland	Ja	14 / 140	0 (0)	85,4	76,2-91,3	85,1
Nordjylland	Ja	11 / 87	0 (0)	80,0	64,4-89,3	86,8
Hovedstaden	Ja	15 / 229	0 (0)	90,0	83,7-93,9	87,9
Bornholm	-	-	0 (0)	-	-	100
Herlev	Ja	# / #	0 (0)	93,3	61,2-99,0	-
Hillerød	-	-	0 (0)	-	-	100
Hvidovre	Ja	# / #	0 (0)	100	100-100	62,5
Rigshospitalet	Ja	14 / 208	0 (0)	89,4	82,4-93,7	86,8
Sjælland	Ja	0 / 7	0 (0)	100	100-100	84,0
Holbæk	-	-	0 (0)	-	-	60,0
Næstved	Ja	# / #	0 (0)	100	100-100	100
Roskilde	Ja	0 / 4	0 (0)	100	100-100	82,6
Syddanmark	Ja	15 / 249	0 (0)	91,9	85,95,5	80,0
Esbjerg	-	-	0 (0)	-	-	50,0
Kolding	Ja	# / #	0 (0)	100	100-100	-
Odense	Ja	15 / 248	0 (0)	91,8	85,8-95,5	80,4
Sønderborg	-	-	0 (0)	-	-	80,0
Midtjylland	Ja	14 / 140	0 (0)	85,4	76,2-91,3	85,1
Aarhus	Ja	13 / 139	0 (0)	86,0	76,8-91,8	86,7
Herning	Nej	# / #	0 (0)	0,0	0,0	-
Horsens	-	-	0 (0)	-	-	50,0
Randers	-	-	0 (0)	-	-	75,0
Viborg-Skive	-	-	0 (0)	-	-	100
Nordjylland	Ja	11 / 87	0 (0)	80,0	64,4-89,3	86,8
Aalborg	Ja	11 / 87	0 (0)	80,0	64,4-89,3	86,6
Hjørring	-	-	0 (0)	-	-	100

Datagrundlag:

Patienterne er fulgt op for død i CPR-registeret til og med 10. aug. 2022.

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 2016-2022, 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:

Andelen af opererede stadie I ovariecancer patienter, der er i live 5 år efter anamnesedatoen er på landsplan 89% (95% CI: 85%-91%). Dette er en 5% stigning i forhold til perioden 2009-2016. Andelen varierer fra 80% til 92% mellem Aalborg og Rigshospitalet.

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

Diskussion og implikationer:

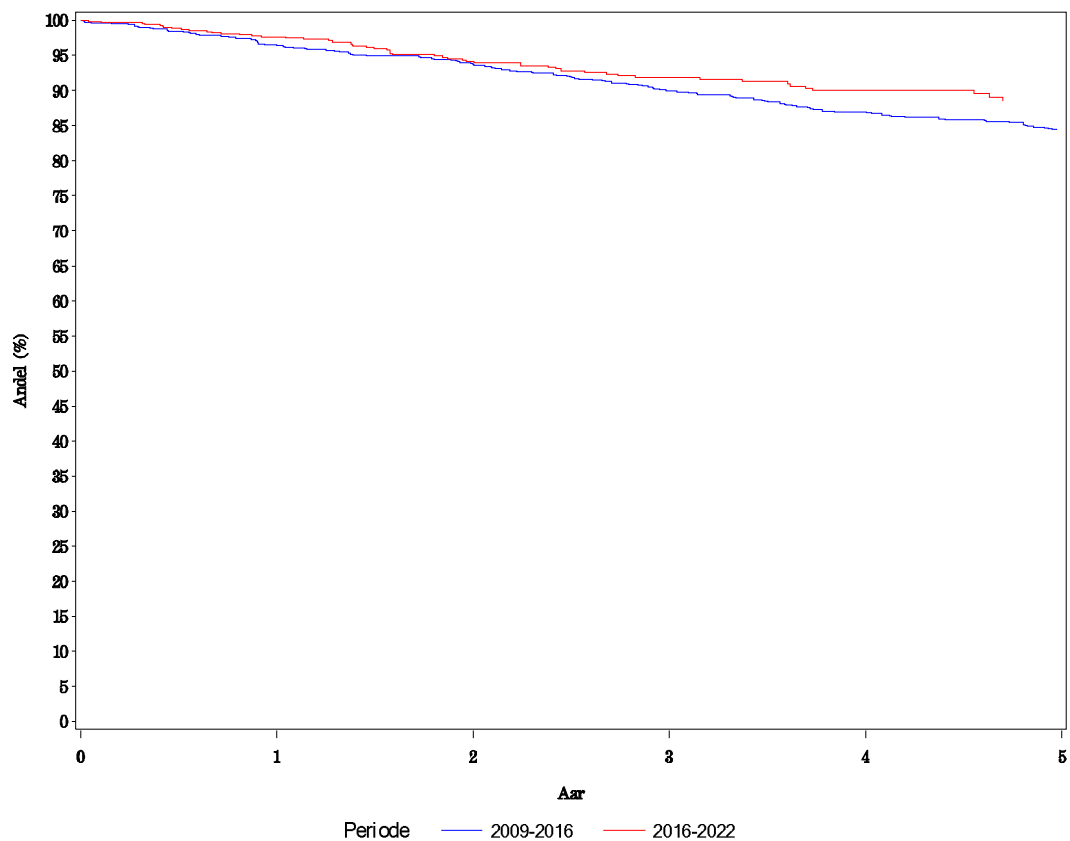
Der ses variation i overlevelsen mellem centre, som delvist kan forklares af forskellig praksis i staging procedure mellem de forskellige centre (indikator 11A). En ikke fuldt staget patient kan teoretisk have sygdom i højere stadie med dårligere prognose, hvilket vil påvirke overlevelsen i negativ retning.

Vurdering af indikatoren:

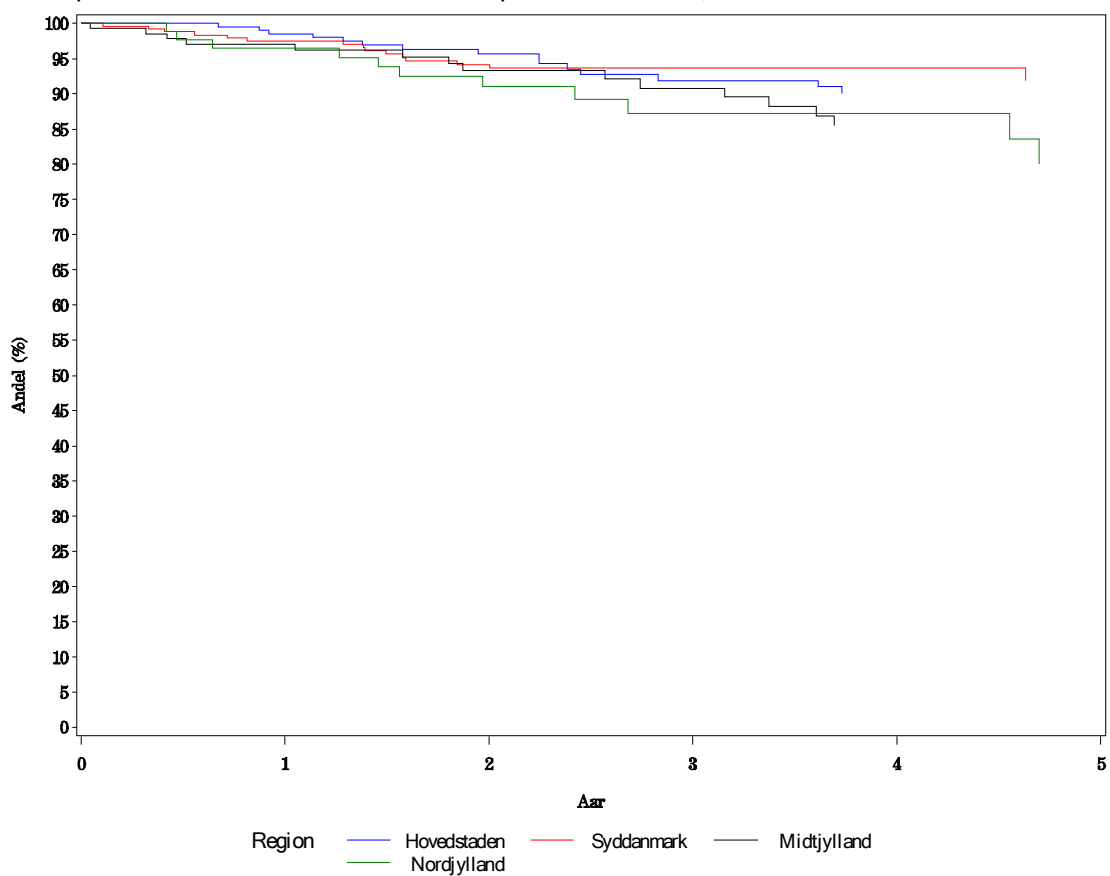
Indikatoren er en vigtig markør for den samlede behandling af tidlig ovariecancer i Danmark. Generelt ligger overlevelsen for tidlige stadier af kræft i æggestokkene højt og overlevelsen er svagt stigende. De afdelinger med den laveste 5-års overlevelse har traditionelt været mere tilbageholdne med at anbefale fjernelse af lymfeknuder som led i staging operation og den lavere overlevelse kan være udtryk for stage-migration.



Figur 13a. Kaplan-Meier kurver for ovariecancer patienter stadie I, 2009-2022



Figur 13b. Kaplan-Meier kurver for ovariecancer patienter stadie I, 2016-2022



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

Standard: ≥60%

Ovariecancerpatienter med stadie IIIC-IV, 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	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år 01.07.2020 - 30.06.2022		Tidligere år 2018/2020 2016/2018	
				Andel	95% CI	Andel	Andel
Danmark	Nej	156 / 585	0 (0)	59,8	53,7-65,4	54,2	57,5
Hovedstaden	Ja	39 / 192	0 (0)	66,7	55,7-75,6	60,0	64,6
Sjælland	-	# / #	0 (0)	-	-	80,0	15,8
Syddanmark	Nej	58 / 188	0 (0)	53,4	41,2-64,1	48,4	57,3
Midtjylland	Nej	45 / 156	0 (0)	57,8	45,8-67,6	52,7	50,9
Nordjylland	Ja	14 / 48	0 (0)	63,4	44,7-77,3	59,3	56,3
Hovedstaden	Ja	39 / 192	0 (0)	66,7	55,7-75,6	60,0	64,6
Herlev	-	-	0 (0)	-	-	100	100
Hillerød	-	-	0 (0)	-	-	-	0
Rigshospitalet	Ja	39 / 192	0 (0)	66,7	55,7-75,6	59,7	65,0
Sjælland	-	# / #	0 (0)	-	-	80,0	15,8
Næstved	-	-	0 (0)	-	-	100	100
Roskilde	-	# / #	0 (0)	-	-	75,0	11,1
Syddanmark	Nej	58 / 188	0 (0)	53,4	41,2-64,1	48,4	57,3
Odense	Nej	58 / 188	0 (0)	53,4	41,2-64,1	48,4	57,3
Midtjylland	Nej	45 / 156	0 (0)	57,8	45,8-67,6	52,7	50,9
Aarhus	Nej	45 / 156	0 (0)	57,8	45,8-67,6	52,7	50,9
Randers	-	-	0 (0)	-	-	-	50,0
Nordjylland	Ja	14 / 48	0 (0)	63,4	44,7-77,3	59,3	56,3
Aalborg	Ja	14 / 48	0 (0)	63,4	44,7-77,3	59,3	56,3

Datagrundlag:

Patienterne er fulgt op for død i CPR-registeret til og med 10. aug. 2022.

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. 2-års overlevelsen er opgjort for patienter diagnosticeret 2020-2022, for at sikre, at en rimelig andel af patienterne i seneste opgørelsesperiode har fuld opfølgningstid på 2 år, samt at sikre et tilstrækkeligt datagrundlag for analysen.



- Tæller: Antallet af patienter, der dør indenfor 2 år efter diagnosedato.
- Nævner: Cervixcancerpatienter diagnosticeret i den aktuelle periode.
- Andel: Kaplan-Meier estimeret 2 års overlevelse. Andel patienter i live 2 år efter diagnosen, når der er taget højde for den tid patienterne er under risiko for at dø.
- Uoplyst: Ingen.

Resultater:

Denne indikator er i år ændret til at inkludere alle stadie IIIC_IV og ikke kun de opererede. Andelen af stadie IIIC-IV ovariecancer patienter, der er i live 2 år efter anamnesedatoen er på landsplan 60% (95% CI: 54%-65%), hvilket er højere end for de seneste perioder, hvilket også fremgår af figur 14a. Andelen varierer fra 67% på Rigshospitalet til 53% i Odense. Fra figur 14b fremgår det, at overlevelsen er højere i Region Hovedstaden end i de øvrige 3 behandlende regioner.

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

Diskussion og implikationer:

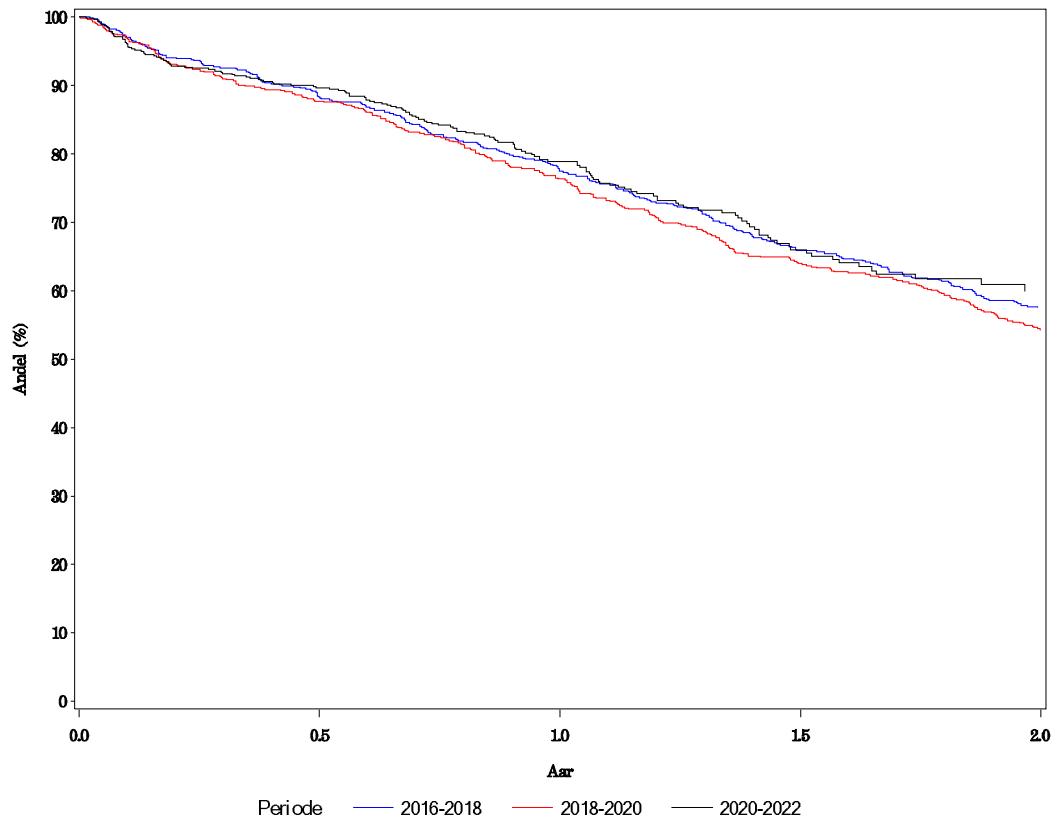
Avanceret sygdom er karakteriseret ved meget stor risiko for tilbagefald efter primær behandling. I recidiv-situationen er kemoterapi som oftest behandlingstilbuddet, og indikatoren afspejler således en samlet behandlingsindsats ved kombination af kirurgi og gentagne kemoterapi forløb. Indikatoren udviser en fortsat positiv tendens med en stigning i overlevelse fra 58% i 2016-2018 til 60% i 2020/2021. Fremgangen er størst i Region Nordjylland.

Vurdering af indikatoren:

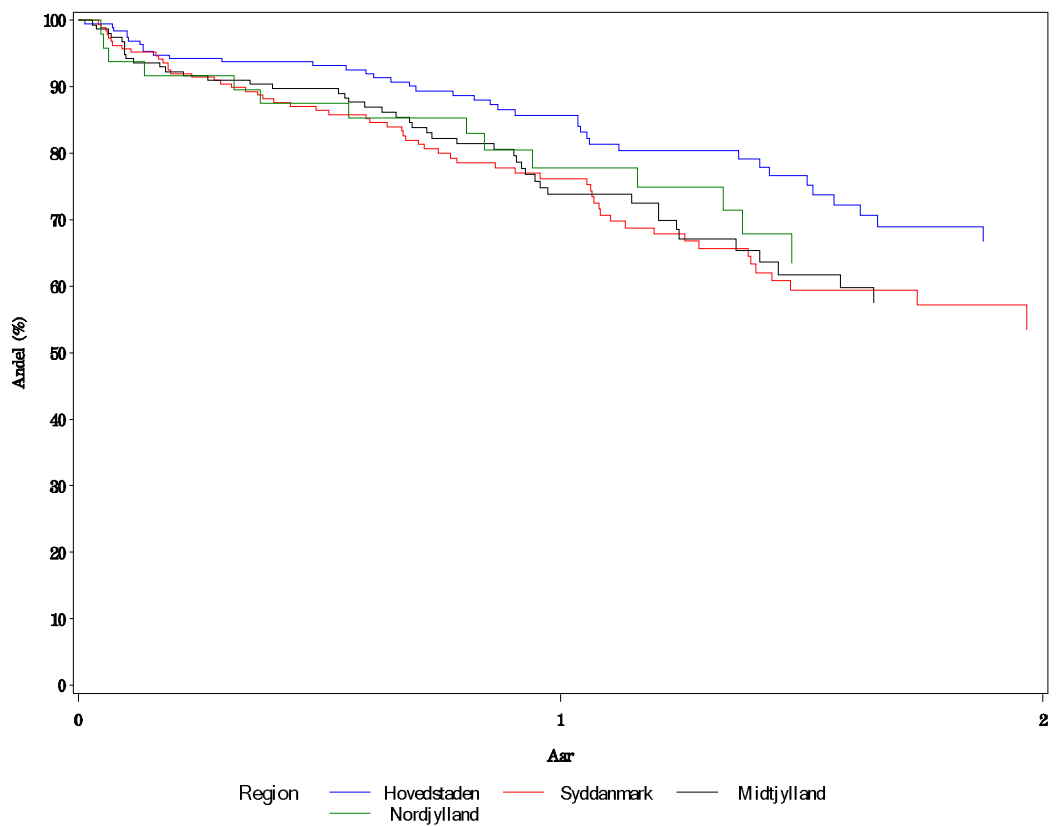
Indikatoren er en vigtig markør for den samlede behandling af avanceret ovariecancer i Danmark. Indikatoren er et traditionelt mål for behandlingskvalitet, som giver mulighed for sammenligning med internationale standarder. Der foreligger kun få opgørelser, der som Danmark opgør overlevelse på populationsniveau, hvor samtlige patienter med kræft i æggestokkene indgår. Tallene for den enkelte periode er små og forskelle skal tolkes med varsomhed. Den observerede overlevelses variation mellem de enkelte regioner har været genstand for en separat analyse som er inkluderet i den aktuelle årsrapport og der henvises til denne for nærmere uddybning.



Figur 14a. Kaplan-Meier kurver for ovariecancer patienter stadie IIIC-IV, 2016-2022



Figur 14b. Kaplan-Meier kurver for ovariecancer patienter stadie IIIC-IV, 2020-2022



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

Standard: ≥40%

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

Indikator 15: Ovarie-, tuba- og peritonealcancer, 5 års overlevelse, stadium IIIC-IV

	Standard opfyldt	Døde/ total	Uoplyst	Aktuelle år		Tidligere år
			antal (%)	01.07.2016 - 30.06.2022 Andel	95% CI	2009/2016 Andel
Danmark	Nej	1009 / 1843	0 (0)	26,0	23,1-28,9	23,2
Hovedstaden	Nej	299 / 614	0 (0)	32,8	27,7-38,0	25,1
Sjælland	Nej	21 / 25	0 (0)	13,2	3,4-29,9	8,3
Syddanmark	Nej	362 / 622	0 (0)	23,9	19,5-28,6	22,6
Midtjylland	Nej	231 / 416	0 (0)	19,2	13,2-26,1	24,8
Nordjylland	Nej	96 / 166	0 (0)	25,0	16,7-34,1	19,9
Hovedstaden	Nej	299 / 614	0 (0)	32,8	27,7-38,0	25,1
Bornholm	-	-	-	-	-	0
Herlev	Nej	# / #	0 (0)	100	100-100	20,9
Hillerød	Nej	# / #	0 (0)	0	0-0	0
Hvidovre	-	-	-	-	-	0
Rigshospitalet	Nej	297 / 610	0 (0)	32,6	27,5-37,8	26,5
Sjælland	Nej	21 / 25	0 (0)	13,2	3,4-29,9	8,3
Nykøbing F.	-	-	-	-	-	0
Næstved	Nej	# / #	0 (0)	-	-	0
Roskilde	Nej	20 / 23	0 (0)	9,8	1,7-26,5	8,6
Slagelse	-	-	-	-	-	0
Syddanmark	Nej	362 / 622	0 (0)	23,9	19,5-28,6	22,6
Esbjerg	-	-	-	-	-	0
Kolding	Nej	# / #	0 (0)	0	0-0	0
Odense	Nej	361 / 621	0 (0)	24,0	19,5-28,7	22,8
Sønderborg	-	-	-	-	-	0
Midtjylland	Nej	231 / 416	0 (0)	19,2	13,2-26,1	24,8
Aarhus	Nej	229 / 414	0 (0)	19,7	13,6-26,6	25,6
Herning	-	-	-	-	-	33,0
Horsens	-	-	-	-	-	0
Randers	Nej	# / #	0 (0)	0	0-0	0
Viborg-Skive	-	-	-	-	-	0
Nordjylland	Nej	96 / 166	0 (0)	25,0	16,7-34,1	19,9
Aalborg	Nej	96 / 166	0 (0)	25,0	16,7-34,1	20,0
Hjørring	-	-	0 (0)	-	-	0



Datagrundlag:

Patienterne er fulgt op for død i CPR-registeret til og med 10. aug. 2022.

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 2016-2022, 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:

Tilsvarende indikator 14 er indikator 15 også ændret til at omfatte alle stadie IIIC-IV patienter og ikke kun de opererede. Andelen af stadie IIIC-IV ovariecancer patienter, der er i live 5 år efter anamnesedatoen er på landsplan 26% (95% CI: 23%-29%). Dette er højere end for den forrige periode (2009-2016), 23%, hvilket også fremgår af figur 15a. Overlevelsen i den aktuelle periode (2016-2022) varierer fra 20% i Aarhus til 33% på Rigshospitalet. Af figur 15b fremgår det, at Region Hovedstadens stadie IIIC-IV patienter har den højeste overlevelse i den seneste periode.

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. For at undersøge dette nærmere er der udført en separat analyse af overlevelsen for den samlede population af ovariecancerpatienter, er inkluderet i denne årsrapport. 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.

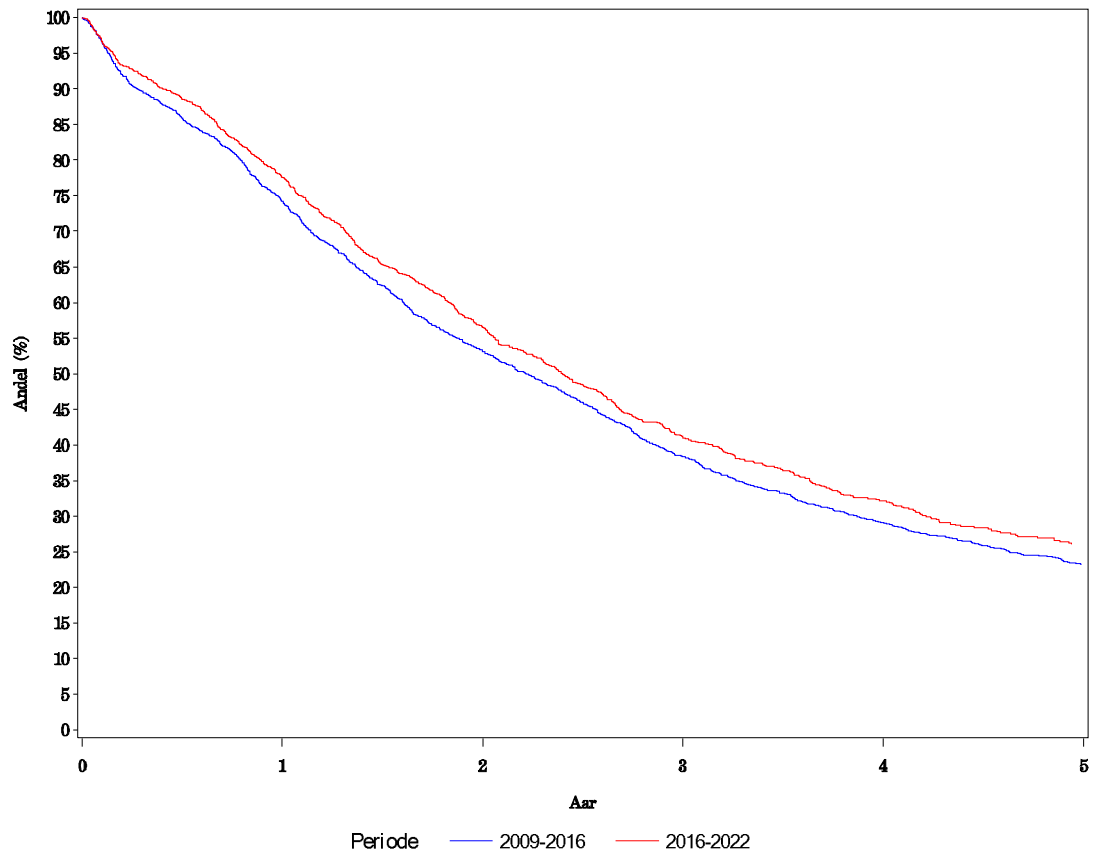
Vurdering af indikatoren:

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 men på landsplan bemærkes en svag stigning i overlevelse sammenlignet med tidligere perioder. Patienter behandlet på Rigshospitalet overlever bedst.

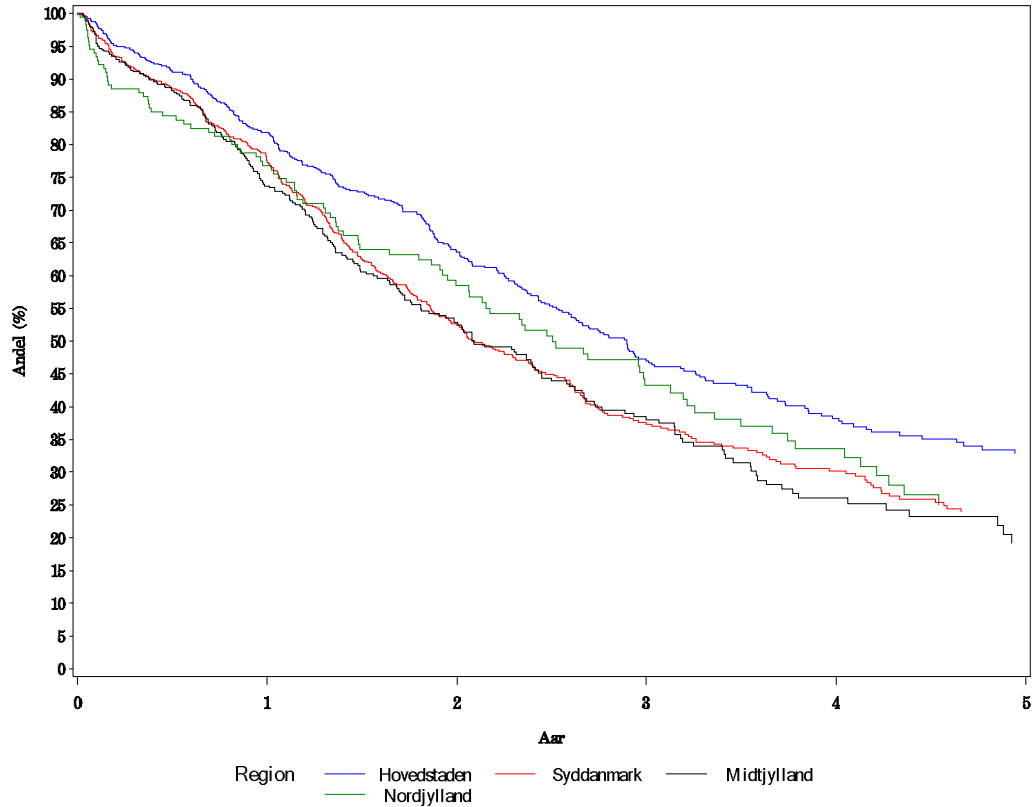
Patienter med kræft i æggestokkene behandles som standard med en kombination af kirurgi, kemoterapi og nu også tillæg af andre stoffer herunder PARP hæmmere. Sidstnævnte har vist meget markante forbedringer i overlevelse for udvalgte patientgrupper. De nuværende database opgørelser giver ikke mulighed for at belyse eventuelle forskelle i adjuverende såvel som recidiv behandling – hverken som standard eller eventuelt projektbehandling og det er derfor ikke muligt at vurdere effekten af disse på den samlede overlevelse.



Figur 15a. Kaplan-Meier kurver for ovariecancer patienter stadie IIIC-IV, 2009-2022



Figur 15b. Kaplan-Meier kurver for ovariecancer patienter stadie IIIC-IV, 2016-2022



Indikatorområde: Sygepleje

Indikator 30: Sygepleje ovariecancer - mobilisering i ≥ 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 ≥ 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 ≥ 5 timer på postoperativdag 2 for ekstensivt opererede patienter

	Standard	Uoplyst		Aktuelle år		Tidligere år		
	> 60% opfyldt	Tæller/ nævner	antal (%)	01.07.2021 - 30.06.2022 Andel	95% CI	2020/21 Andel	2019/20 Andel	2018/19 Andel
Danmark	Ja	166 / 170	126 (43)	97,6	(94,1-99,4)	98,0	98,0	100,0
Hovedstaden	Ja	8 / 9	95 (91)	88,9	(51,8-99,7)	94,4	100,0	100,0
Sjælland		0 / 0	1 (100)				100,0	
Syddanmark	Ja	69 / 70	15 (18)	98,6	(92,3-100,0)	100,0	100,0	100,0
Midtjylland	Ja	69 / 71	12 (14)	97,2	(90,2-99,7)	96,4	94,7	100,0
Nordjylland	Ja	20 / 20	3 (13)	100,0	(83,2-100,0)	100,0	100,0	100,0
Hovedstaden	Ja	8 / 9	95 (91)	88,9	(51,8-99,7)	94,4	100,0	100,0
Herlev		0 / 0				50,0		
Rigshospitalet	Ja	8 / 9	95 (91)	88,9	(51,8-99,7)	97,1	100,0	100,0
Sjælland		0 / 0	1 (100)				100,0	
Roskilde		0 / 0	1 (100)				100,0	
Syddanmark	Ja	69 / 70	15 (18)	98,6	(92,3-100,0)	100,0	100,0	100,0
Odense	Ja	69 / 70	15 (18)	98,6	(92,3-100,0)	100,0	100,0	100,0
Midtjylland	Ja	69 / 71	12 (14)	97,2	(90,2-99,7)	96,4	94,7	100,0
Aarhus	Ja	69 / 71	12 (14)	97,2	(90,2-99,7)	96,4	94,7	100,0
Nordjylland	Ja	20 / 20	3 (13)	100,0	(83,2-100,0)	100,0	100,0	100,0
Aalborg	Ja	20 / 20	3 (13)	100,0	(83,2-100,0)	100,0	100,0	100,0

Beregningsregler:

Tæller: Patienter der er mobiliseret i ≥ 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:

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.

I år er der udarbejdet en dækningsgradsopgørelse for sygeplejedelen til at understøtte registreringerne. Selv med de understøttende dækningsgradsopgørelser har der igen i år været udfordringer for Region Hovedstaden, Rigshospitalet, og Region Sjælland med manglende indberetning af sygeplejen. De to regioner har en dækningsgrad samlet for opererede ovarie- og corpuscancer patienter på hhv. 9% og 30%. Dette medfører at resultaterne for de to regioner skal betragtes som manglende. For de øvrige tre regioner er den samlede dækningsgrad på 82% for Region Syddanmark, 92% for Region Midtjylland og 83% for Region



Nordjylland. I de tre regioner med valide data opfyldes indikatoren med andele på 97-100%, dog med en forholdsvis stor andel uoplyste, 13-18%.

Diskussion og implikationer:

Den stor andel uoplyste for region Hovedstaden gør, at det ikke er muligt at vurdere indikatoren på nationalt niveau.

Det er glædeligt at standarden opfyldes men med et vedvarende højt antal uoplyste, trods indberetning på samtlige patienter, der er tilgængelige på tilsendte mangellister fra RKKP. Dette skyldes angiveligt at patienterne først fremgår af sygeplejemangellisten, når de er færdigregistrerede i lægeskemaerne.

Vurdering af indikatoren:

Efter ændring af indikatoren til at omfatte alle kirurgigrader ses der for andet år i træk målopfyldelse, dog i region Hovedstaden 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 ≥ 60% opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år		Tidligere år		
				01.07.2021 - 30.06.2022 Andel	95% CI	2020/21 Andel	2019/20 Andel	2018/19 Andel
Danmark	Ja	169 / 199	159 (44)	84,9	(79,2-89,6)	91,1	87,0	91,9
Hovedstaden	Ja	9 / 9	106 (92)	100,0	(66,4-100,0)	89,5	78,6	100,0
Sjælland		0 / 0	1 (100)				100,0	
Syddanmark	Ja	78 / 88	27 (23)	88,6	(80,1-94,4)	92,7	83,3	76,9
Midtjylland	Ja	59 / 77	18 (19)	76,6	(65,6-85,5)	87,7	87,0	92,0
Nordjylland	Ja	23 / 25	7 (22)	92,0	(74,0-99,0)	95,5	100,0	100,0
Hovedstaden	Ja	9 / 9	106 (92)	100,0	(66,4-100,0)	89,5	78,6	100,0
Rigshospitalet	Ja	9 / 9	106 (92)	100,0	(66,4-100,0)	89,5	78,6	100,0
Sjælland		0 / 0	1 (100)				100,0	
Roskilde		0 / 0	1 (100)				100,0	
Syddanmark	Ja	78 / 88	27 (23)	88,6	(80,1-94,4)	92,7	83,3	76,9
Odense	Ja	78 / 88	27 (23)	88,6	(80,1-94,4)	92,7	83,3	76,9
Midtjylland	Ja	59 / 77	18 (19)	76,6	(65,6-85,5)	87,7	87,0	92,0
Aarhus	Ja	59 / 77	18 (19)	76,6	(65,6-85,5)	87,7	87,0	92,0
Nordjylland	Ja	23 / 25	7 (22)	92,0	(74,0-99,0)	95,5	100,0	100,0
Aalborg	Ja	23 / 25	6 (19)	92,0	(74,0-99,0)	95,5	100,0	100,0

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 være udfordringer med at få indberettet sygeplejeregistreringen på Rigshospitalet. De øvrige tre afdelinger opfylder alle tre den fastsatte standard på 60% med andele på 77-92%. Samlet set er der således for denne indikator en stor andel uoplyste, hvilket gør resultaterne mindre valide på nationalt niveau.

Diskussion og implikationer:

Der ligger et alvorligt registreringsproblem i de mange uoplyste og der vil derfor fortsat fremadrettet blive udarbejdet en dækningsgradsopgørelse, både for at understøtte registreringerne vedr. sygeplejen og for fortsat at kunne monitorere området.

Vurdering af indikatoren:

Indikatoren vurderes fortsat som yderst klinisk relevant, og der er brug for at fastholde et fokus på registreringerne



Indikatorområde: Corpuscancer

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

Standard: $\geq 80\%$

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

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

	Standard	Uoplyst		Aktuelle år		Tidligere år		
	$\geq 80\%$ opfyldt	Tæller/ nævner	antal (%)	01.07.2021 - 30.06.2022 Andel	95% CI	2020/21 Andel	2019/20 Andel	2018/19 Andel
Danmark	Ja	274 / 313	30 (9)	88	(83-91)	85	80	80
Hovedstaden	Ja	54 / 66	2 (3)	82	(70-90)	84	78	78
Sjælland	Ja	11 / 13	21 (62)	85	(55-98)	72	83	78
Syddanmark	Ja	113 / 129	3 (2)	88	(81-93)	89	79	80
Midtjylland	Ja	72 / 80	0 (0)	90	(81-96)	86	79	68
Nordjylland	Ja	24 / 25	4 (14)	96	(80-100)	83	89	92
Hovedstaden	Ja	54 / 66	2 (3)	82	(70-90)	84	78	78
Herlev	Ja	12 / 13	0 (0)	92	(64-100)	84	62	80
Rigshospitalet	Nej	42 / 53	2 (4)	79	(66-89)	84	91	77
Sjælland	Ja	11 / 13	21 (62)	85	(55-98)	72	83	78
Næstved		0 / 0					100	
Roskilde	Ja	11 / 13	21 (62)	85	(55-98)	72	82	78
Syddanmark	Ja	113 / 129	3 (2)	88	(81-93)	89	79	80
Odense	Ja	113 / 129	3 (2)	88	(81-93)	89	79	80
Midtjylland	Ja	72 / 80	0 (0)	90	(81-96)	86	79	68
Aarhus	Ja	71 / 79	0 (0)	90	(81-96)	86	80	68
Herning	Ja	# / #	0 (0)	100	(3-100)			
Randers		0 / 0					0	
Nordjylland	Ja	24 / 25	4 (14)	96	(80-100)	83	89	92
8001269		0 / 0	1 (100)					
Aalborg	Ja	24 / 25	3 (11)	96	(80-100)	83	89	92



Resultater:

Andelen af corpuscancerpatienter med mellem- eller højrisiko stadie I eller stadie II-III, der får fjernet lymfeknuder er på landsplan 88% (95% CI: 83%-91%). Andelen været stigende henover de senest tre perioder. En afdeling opfylder ikke standarden på $\geq 80\%$, Rigshospitalet med 79%. En afdeling, Roskilde, har 20% uoplyste.

Diskussion og implikationer:

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

Vurdering af indikatoren:

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



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

Standard: > 75 %

Corpuscancer: Andelen af patienter med stadium 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 robotassisteret

	Standard	Uoplyst		Aktuelle år		Tidligere år		
	> 75% opfyldt	Tæller/ nævner	antal (%)	01.07.2021 - 30.06.2022 Andel	95% CI	2020/21 Andel	2019/20 Andel	2018/19 Andel
Danmark	Ja	321 / 393	9 (2)	82	(77-85)	94	90	94
Hovedstaden	Ja	99 / 105	2 (2)	94	(88-98)	99	97	92
Sjælland	Nej	29 / 76	2 (3)	38	(27-50)	94	64	97
Syddanmark	Ja	44 / 54	0 (0)	81	(69-91)	87	94	94
Midtjylland	Ja	104 / 111	0 (0)	94	(87-97)	94	92	88
Nordjylland	Ja	45 / 47	5 (10)	96	(85-99)	92	91	97
Hovedstaden	Ja	99 / 105	2 (2)	94	(88-98)	99	97	92
Herlev	Ja	41 / 41	0 (0)	100	(91-100)	100	98	98
Rigshospitalet	Ja	58 / 64	2 (3)	91	(81-96)	98	93	86
Sjælland	Nej	29 / 76	2 (3)	38	(27-50)	94	64	97
Roskilde	Nej	29 / 76	2 (3)	38	(27-50)	94	64	97
Syddanmark	Ja	44 / 54	0 (0)	81	(69-91)	87	94	94
Odense	Ja	44 / 54	0 (0)	81	(69-91)	87	94	94
Midtjylland	Ja	104 / 111	0 (0)	94	(87-97)	94	92	88
Aarhus	Ja	103 / 110	0 (0)	94	(87-97)	94	92	88
Herning	Ja	# / #	0 (0)	100	(3-100)			
Randers		0 / 0					100	
Nordjylland	Ja	45 / 47	5 (10)	96	(85-99)	92	91	97
Aalborg	Ja	45 / 47	5 (10)	96	(85-99)	92	91	97

Resultater:

Andelen af corpuscancerpatienter med stadium I lav- og mellem-risiko, der opereres laparoskopisk eller med robotassisteret udgør 82% på landsplan, og indikatoren opfylder standarden på 75%. En afdeling, Roskilde opfylder ikke standarden med en andel på 38%. Indikatoropfyldelsen i år er lavere end de tidligere år, som delvist kan forklares af Roskildes lave andel i år. Derudover bemærkes det, at Odense har få patienter, der indgår i indikatoren.

Diskussion og implikationer:



Det ses, at man på nationalt plan overalt anvender laparoskopisk eller robotassisteret kirurgi som førstevalgsteknik, hvilket er tilfredsstillende og efterlever rekommandationerne. Det antal der er anført fra Odense/Region Syddanmark er væsentligt under det reelle antal, der som tidligere er ca. det samme som Aarhus og Region Hovedstaden. Tallene har også været opgjort lokalt. Der har været overgang til et nyt journalsystem og der har formentlig derfor været en ændring i indberetningsproceduren og/eller overførslen til LPR. Andelen der opereres med laparoskopisk teknik er formentlig nogenlunde repræsentativ og opfylder indikatoren.

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 endometrieccancer der kommer på MDT konference

Standard: > 90 %

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

Indikator 22: Endometrieccancer: Procentdelen af patienter med stadium I højrisiko, stadium II-IV endometrieccancer der kommer på MDT konference

	Standard		Uoplyst antal	Aktuelle år		Tidligere år	
	≥ 90% opfyldt	Tæller/ nævner		01.07.2021 - 30.06.2022 Andel	95% CI	2020/21 Andel	2019/20 Andel
Danmark	Ja	175 / 183	2 (1)	96	(92-98)	94	91
Hovedstaden	Ja	44 / 47	0 (0)	94	(82-99)	84	77
Sjælland	Nej	16 / 20	0 (0)	80	(56-94)	74	73
Syddanmark	Ja	42 / 43	0 (0)	98	(88-100)	100	100
Midtjylland	Ja	55 / 55	0 (0)	100	(94-100)	100	96
Nordjylland	Ja	18 / 18	2 (10)	100	(81-100)	100	97
Hovedstaden	Ja	44 / 47	0 (0)	94	(82-99)	84	77
Herlev	Ja	10 / 10	0 (0)	100	(69-100)	71	68
Rigshospitalet	Ja	34 / 37	0 (0)	92	(78-98)	94	84
Sjælland	Nej	16 / 20	0 (0)	80	(56-94)	74	73
Roskilde	Nej	16 / 20	0 (0)	80	(56-94)	74	73
Syddanmark	Ja	42 / 43	0 (0)	98	(88-100)	100	100
Odense	Ja	42 / 43	0 (0)	98	(88-100)	100	100
Midtjylland	Ja	55 / 55	0 (0)	100	(94-100)	100	96
Aarhus	Ja	55 / 55	0 (0)	100	(94-100)	100	98
Randers		0 / 0					0
Nordjylland	Ja	18 / 18	2 (10)	100	(81-100)	100	97
8001269		0 / 0	1 (100)				
Aalborg	Ja	18 / 18	1 (5)	100	(81-100)	100	97

Resultater:

Denne indikator til monitorering af, om endometrieccancer patienter stadiet I højrisiko og stadiet II-IV bliver vurderet på MDT. 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 96% (95% CI: 88%-95%). En region, Region Sjælland, og en afdeling, Roskilde opfylder ikke standarden med andel på 80%. To afdelinger, Aarhus og Herlev har komplet mål opfyldelse med 100% og ingen uoplyste.



Diskussion og implikationer:

Indikatoren opfyldes på landsplan, men en afdeling, Herlev opfylder ikke standarden. 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 Sjælland forventer at opfylde indikatormålet 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 endometrie-cancer, idet diskussion på MDT afspejler, at er større forum deltager i vurdering af behov for evt. efterbehandling. Endvidere afspejler den, at der er kontinuitet til overgangen til onkologisk efterbehandling. Indikatoren anvendes også internationalt. Idet der er tilkommet yderligere faktorer (molekylære markører) der influerer på om pt. med endometrie-cancer skal tilbydes efterbehandling, kan det overvejes at inddrage alle pt. med endometrie-cancer i indikatoren.



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.

	Standard opfyldt	Døde/ total	Uoplyst	Aktuelle år		Tidligere år
			antal (%)	01.07.2016 - 30.06.2022 Andel	95% CI	2009/2016 Andel
Danmark	Ja	493 / 3323	0 (0)	76,8	74,7-78,8	78,2
Hovedstaden	Ja	161 / 1024	0 (0)	75,4	71,3-79,0	77,9
Sjælland	Ja	36 / 380	0 (0)	85,0	79,2-89,2	83,6
Syddanmark	Ja	95 / 658	0 (0)	77,5	72,5-81,6	76,7
Midtjylland	Ja	133 / 781	0 (0)	72,5	67,7-76,7	76,6
Nordjylland	Ja	68 / 480	0 (0)	78,5	72,7-83,3	79,1
Hovedstaden	Ja	161 / 1024	0 (0)	75,4	71,3-79,0	77,9
Bornholm	-	-	0 (0)	-	-	66,7
Herlev	Ja	-	0 (0)	79,1	73,4-83,7	80,3
Hillerød	-	-	0 (0)	-	-	81,8
Hvidovre	Ja	-	0 (0)	100	100-100	93,9
Rigshospitalet	Ja	92 / 508	0 (0)	71,7	65,6-77,0	74,4
Sjælland	Ja	36 / 380	0 (0)	85,0	79,2-89,2	83,6
Holbæk	-	-	0 (0)	-	-	66,7
Næstved	Nej	# / #	0 (0)	0	-	75,0
Roskilde	Ja	35 / 379	0 (0)	85,3	79,5-89,5	83,8
Syddanmark	Ja	95 / 658	0 (0)	77,5	72,5-81,6	76,7
Esbjerg	-	-	0 (0)	-	-	89,5
Kolding	-	-	0 (0)	-	-	0
Odense	Ja	95 / 658	0 (0)	77,5	72,5-81,6	76,3
Svendborg	-	-	0 (0)	-	-	100
Sønderborg	-	-	0 (0)	-	-	100
Midtjylland	Ja	133 / 781	0 (0)	72,5	67,7-76,7	76,6
Aarhus	Ja	131 / 776	0 (0)	72,6	67,8-76,8	76,7
Herning	Nej	# / #	0 (0)	0	-	76,9
Horsens	-	-	0 (0)	-	-	85,7
Randers	Ja	# / #	0 (0)	100	100-100	70,0



	Standard opfyldt	Døde/ total	Uoplyst	Aktuelle år		Tidligere år
			antal (%)	01.07.2016 - 30.06.2022	Andel	95% CI
				Andel		Andel
Silkeborg	-	-	0 (0)	-	-	100
Thisted	-	-	0 (0)	-	-	100
Viborg-Skive	-	-	0 (0)	-	-	62,5
Nordjylland	Ja	68 /480	0 (0)	78,5	72,7-83,3	79,1
Aalborg	Ja	68 /480	0 (0)	78,5	72,7-83,3	79,1
Hjørring	-	-	0 (0)	-	-	100

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 2016-2022, 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: endometrialcancerpatienter 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 endometrialcancer patienter diagnosticeret fra 1. juli 2016 og frem til og med 30. juni 2022 er estimeret til 77% (95% CI: 75-79). Af figur 23A ses at overlevelsen er uændret i forhold til tidligere periode 2009-2016. Standarden på over 70% er opfyldt for alle regioner. Indikatoren er opgjort efter behandlende region og afdeling. Der ses forskelle i overlevelsen, som også fremgår af figur 23A_2. Overlevelsen er højest i Region Sjælland og lavest i Region Midtjylland. Disse forskelle kan delvist forklares af at ikke alle patienter bliver behandlet i deres bopælsregion. Den supplerende tabel og tilhørende figur viser overlevelsen opgjort efter bopælsregion, hvor forskellene i overlevelse er mindre end den tilsvarende overlevelse opgjort på behandlende region.

Diskussion og implikationer:

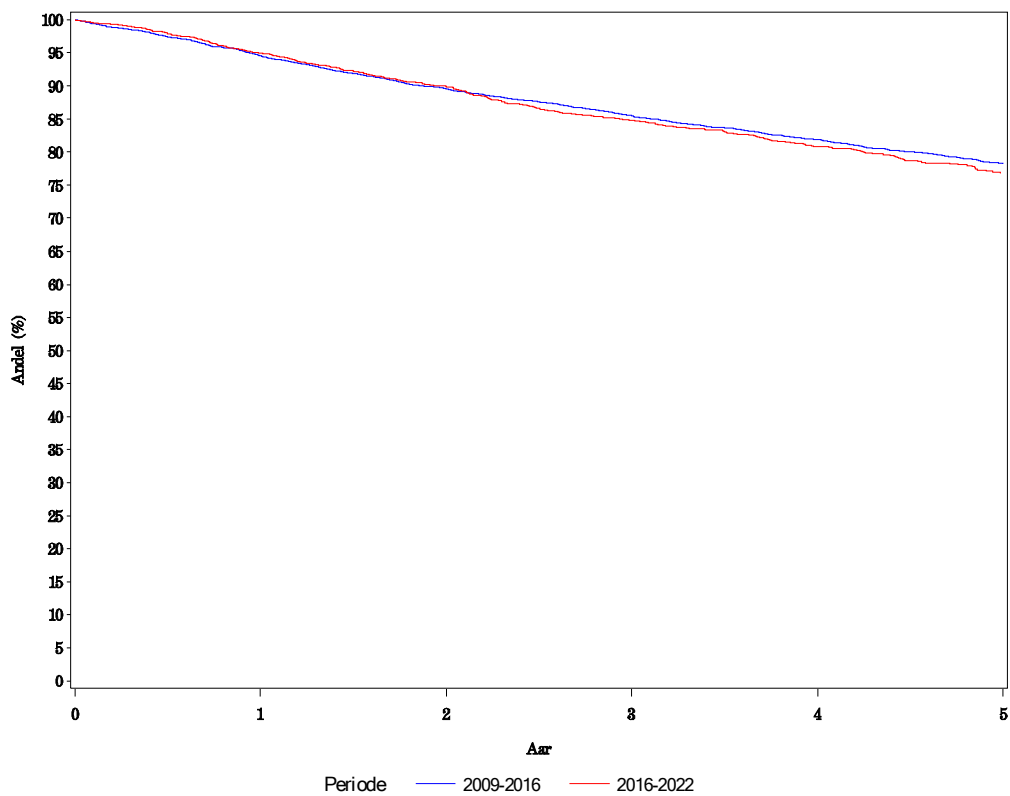
Det er meget tilfredsstillende, at der er rimeligt ensartede data og en samlet 5-årsoverlevelse på 77%. Region Nordjylland og Region Hovedstaden ligger lidt lavere end de øvrige regioner, men over indikatormålet. Umiddelbart skyldes tilfældige udsving. Endvidere reflekterer tallene behandling der er foretaget for 5 år siden. Region Sjælland/Roskilde bemærkes at have højeste overlevelsestal, hvilket muligvis i en vis udstrækning beror på at se mest vanskelige operationspatienter henvises til OUH.

Vurdering af indikatoren:

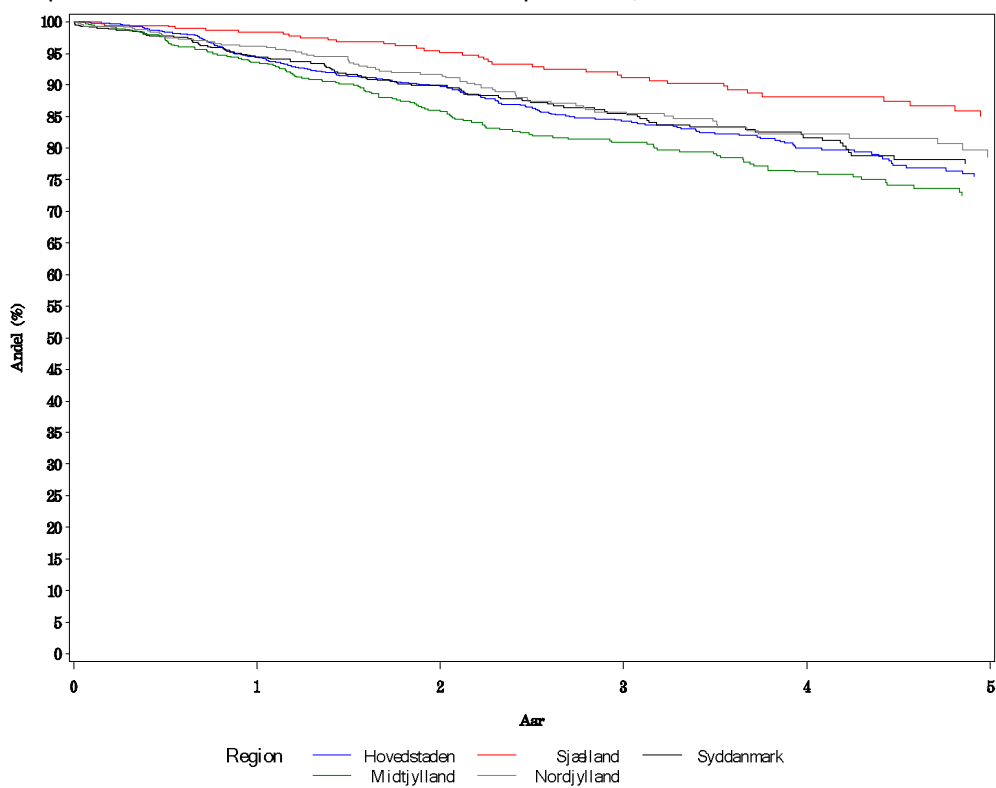
Indikatoren anses for at være den ultimative måde at monitorere den samlede behandling af denne patientkategori. Der er mulighed for at sammenligne med internationale data for lignende patientkohorter.



Figur 23a_1. Kaplan-Meier kurver for endometricancer patienter, 2009-2022.



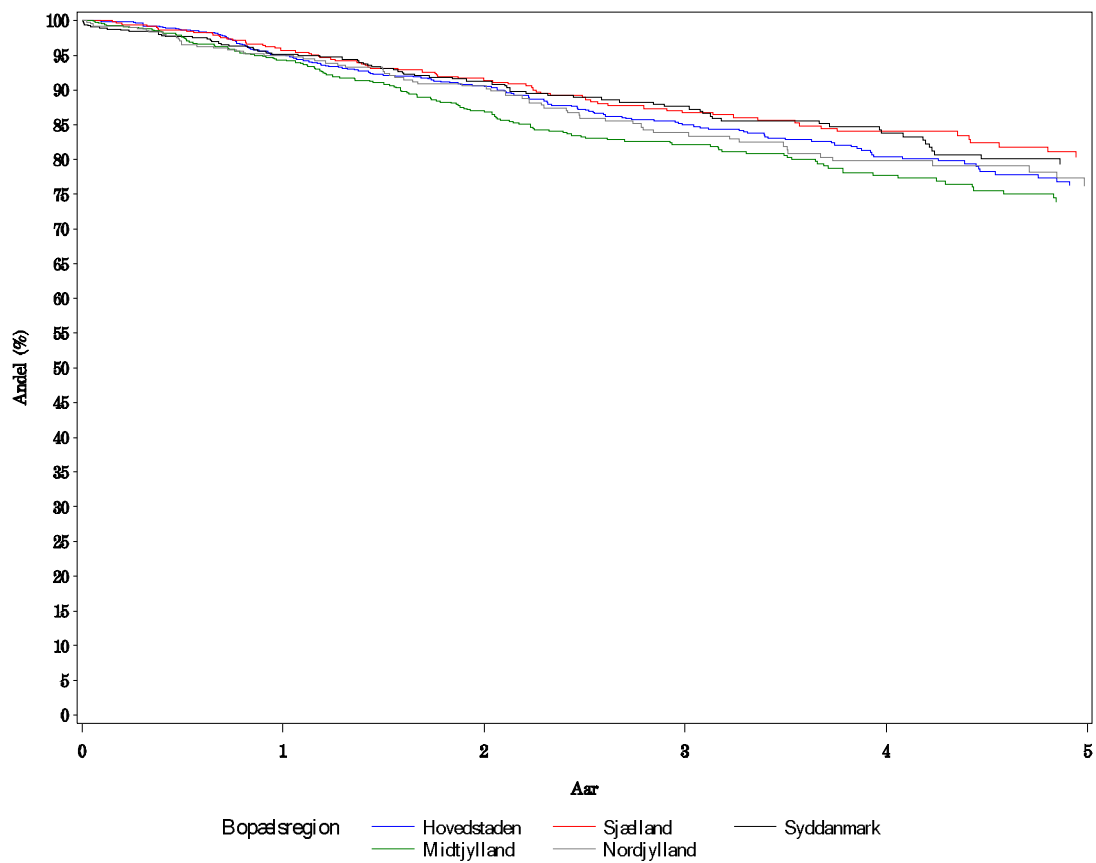
Figur 23a_2. Kaplan-Meier kurver for endometricancer patienter, 2018-2022.



Supplerende tabel: Indikator 23a opgjort efter patienternes bopælsregion.

	Standard opfyldt	Døde/ total	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år		Tidligere år
				01.07.2016 - 30.06.2022 Andel	95% CI	2009/2016 Andel
Danmark	Ja	489 / 3304	0 (0)	76,9	74,7-78,8	78,2
Hovedstaden	Ja	143 / 953	0 (0)	76,2	71,9-79,9	79,3
Sjælland	Ja	70 / 535	0 (0)	80,3	75,2-84,5	78,2
Syddanmark	Ja	75 / 568	0 (0)	79,3	74,1-83,6	77,6
Midtjylland	Ja	136 / 836	0 (0)	73,8	69,2-77,9	76,6
Nordjylland	Ja	65 / 412	0 (0)	76,1	69,7-81,1	79,1

Figur 23a_3. Kaplan-Meier kurver for endometrialcancer patienter, 2018-2022.



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.

	Standard opfyldt	Døde/ total	Uoplyst	Aktuelle år		Tidligere år
			antal (%)	01.07.2016 - 30.06.2022 Andel	95% CI	2009/2016 Andel
Danmark	Ja	242 /2567	0 (0)	84,4	82,2-86,3	85,9
Hovedstaden	Ja	83 /766	0 (0)	81,3	76,7-85,1	86,3
Sjælland	Ja	28 / 343	0 (0)	86,5	80,5-90,8	88,4
Syddanmark	Ja	34 / 475	0 (0)	89,2	85,0-92,4	84,8
Midtjylland	Ja	62 / 596	0 (0)	82,1	77,1-86,1	84,4
Nordjylland	Ja	35 / 387	0 (0)	85,9	79,9-90,2	86,8
Hovedstaden	Ja	83 /766	0 (0)	81,3	76,7-85,1	86,3
Bornholm	-	-	0 (0)	-	-	100
Herlev	Ja	42 / 429	0 (0)	83,7	77,7-88,2	85,9
Hillerød	-	-	0 (0)	-	-	87,5
Hvidovre	Ja	# / #	0 (0)	100	100-100	92,6
Rigshospitalet	Nej	41 / 355	0 (0)	78,3	70,6-84,2	86,5
Sjælland	Ja	28 / 343	0 (0)	86,5	80,5-90,8	88,4
Holbæk	-	-	0 (0)	-	-	66,7
Næstved	Nej	# / #	0 (0)	0	-	100
Roskilde	Ja	27 / 342	0 (0)	86,9	80,8-91,1	88,5
Syddanmark	Ja	34 / 475	0 (0)	89,2	85,0-92,4	84,8
Esbjerg	-	-	0 (0)	-	-	94,4
Kolding	-	-	0 (0)	-	-	0
Odense	Ja	34 / 475	0 (0)	89,2	85,0-92,4	84,4
Svendborg	-	-	0 (0)	-	-	100
Sønderborg	-	-	0 (0)	-	-	100
Midtjylland	Ja	62 / 596	0 (0)	82,1	77,1-86,1	84,4
Aarhus	Ja	62 / 593	0 (0)	82,0	77,0-86,0	84,8
Herning	Ja	# / #	0 (0)	100	100-100	81,8
Horsens	-	-	0 (0)	-	-	85,0
Randers	-	# / #	0 (0)	-	-	75,0
Silkeborg	-	-	0 (0)	-	-	100



	Standard opfyldt	Døde/ total	Uoplyst	Aktuelle år		Tidligere år
			antal	01.07.2016 - 30.06.2022		2009/2016
			(%)	Andel	95% CI	Andel
Thisted	-	-	0 (0)	-	-	100
Viborg-Skive	-	-	0 (0)	-	-	69,2
Nordjylland	Ja	35 / 387	0 (0)	85,9	79,9-90,2	86,8
Aalborg	Ja	35 / 387	0 (0)	85,9	79,9-90,2	86,8
Hjørring	-	-	0 (0)	-	-	100

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 1. juli 2009-30. juni 2022, 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: endometrialcancerpatienter diagnosticeret i den aktuelle periode.
- Andel: Kaplan-Meier estimeret 5 års overlevelse. Andel patienter i live 5 år efter diagnosen, når der er taget højde for den tid patienterne er under risiko for at dø.
- Uoplyst: Ingen.

Resultater:

5-års overlevelsen for endometrialcancerpatienter, stadie I, diagnosticeret fra 1. juli 2016 og frem til og med 30. juni 2017 er estimeret til 84% (95% CI: 82-86). Standarden på $\geq 80\%$ er opfyldt for alle regioner. En afdeling, Rigshospitalet, opfylder ikke den fastsatte standard på $> 80\%$, hvilket i en vis udstrækning beror på at se mest vanskelige operationspatienter i regionen henvises til Rigshospitalet. Den supplerende tabel for 5-års overlevelsen opgjort efter patienternes bopælsregion viser, at stadie I patienterne behandles i deres bopælsregion, identiske overlevelses estimater som for **Indikator 43: Vulvacancer: Sentinel node foretaget på patienter med st. IB**

	Standard		Uoplyst	Aktuelle år		Tidligere år		
	> 70%	Tæller/	antal	01.07.2021 - 30.06.2022		2020/21	2019/20	2018/19
	opfyldt	nævner	(%)	Andel	95% CI	Andel	Andel	Andel
Danmark	Ja	30 / 37	20 (35)	81	(65-92)	75	69	61
Hovedstaden	Ja	17 / 21	9 (30)	81	(58-95)	74	63	59
Syddanmark		0 / 0					0	
Midtjylland	Ja	13 / 16	11 (41)	81	(54-96)	76	82	65
Hovedstaden	Ja	17 / 21	9 (30)	81	(58-95)	74	63	59
Herlev		0 / 0	1 (100)				0	
Rigshospitalet	Ja	17 / 21	8 (28)	81	(58-95)	74	65	59
Syddanmark		0 / 0					0	
Odense		0 / 0					0	
Midtjylland	Ja	13 / 16	11 (41)	81	(54-96)	76	82	65
Aarhus	Ja	13 / 16	11 (41)	81	(54-96)	76	82	65



behandlende region.

Diskussion og implikationer:

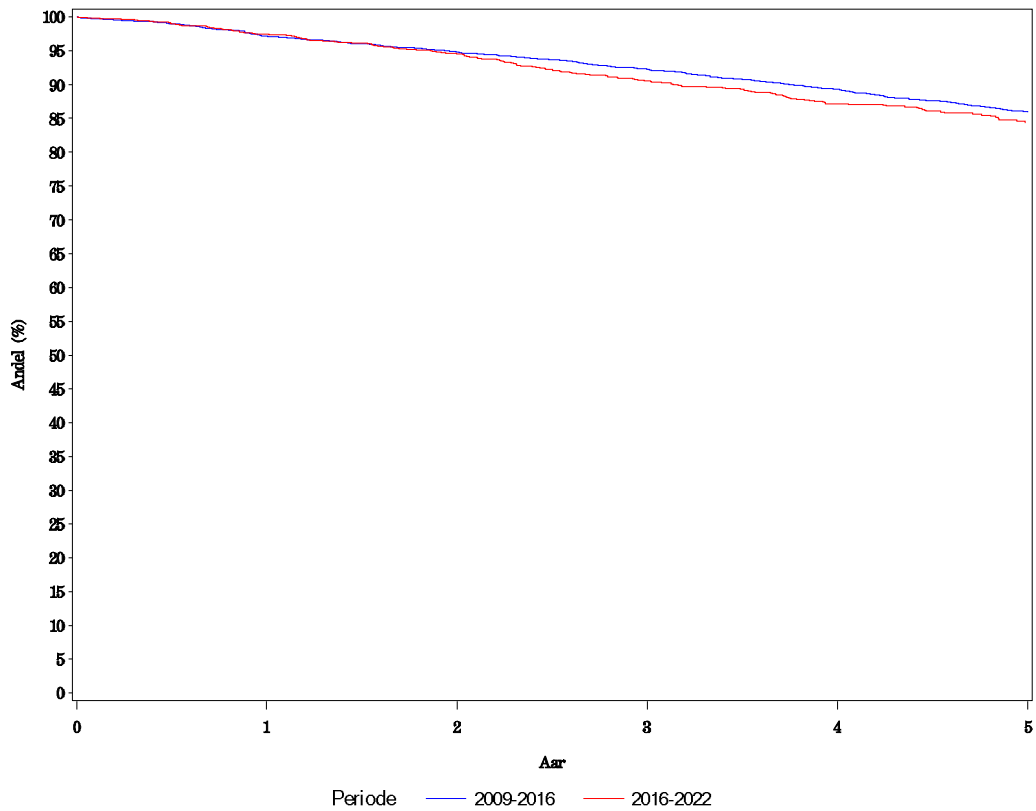
Det er meget tilfredsstillende, at der er så ensartede data og en samlet 5-årsoverlevelse på over 84%. Overlevelsen afspejler behandlingsstrategien for 5 år siden.

Vurdering af indikatoren:

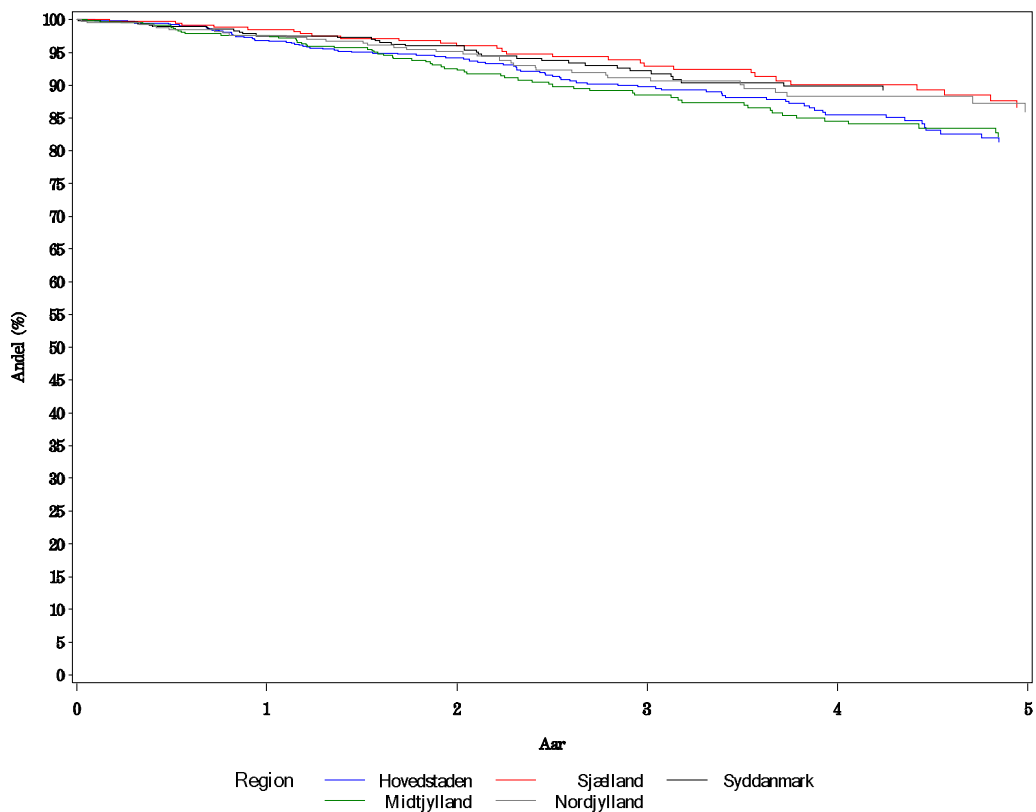
Indikatoren anses for at være den ultimative måde at monitorere den samlede behandling af denne patientkategori. Der er mulighed for at sammenligne med internationale data for lignende patientkohorter.



Figur 23b_1. Kaplan-Meier kurver for endometrialcancer patienter, stadie I, 2009-2022.



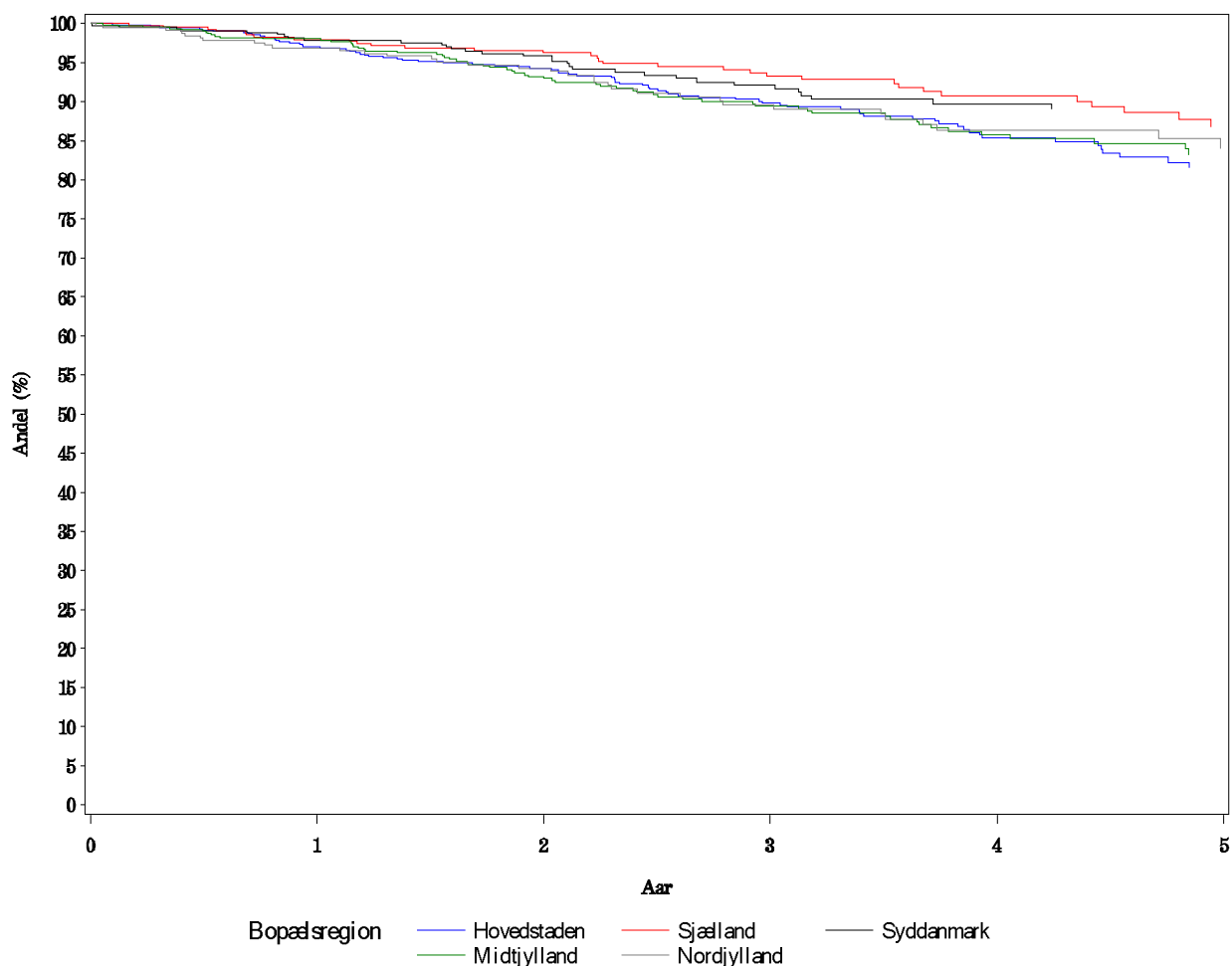
Figur 23a_2. Kaplan-Meier kurver for endometrialcancer patienter, 2018-2022.



Supplerende tabel: Indikator 23b opgjort efter patienternes bopælsregion.

	Standard opfyldt	Døde/ total	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år		Tidligere år
				01.07.2016 - 30.06.2022	95% CI	2009/2016
				Andel		Andel
Danmark	Ja	240 / 2554	0 (0)	84,4	82,2-86,4	85,9
Hovedstaden	Ja	79 / 732	0 (0)	81,5	76,8-85,3	87,0
Sjælland	Ja	32 / 414	0 (0)	86,7	81,1-90,8	85,5
Syddanmark	Ja	32 / 436	0 (0)	89,0	84,6-92,3	85,6
Midtjylland	Ja	63 / 643	0 (0)	83,2	78,4-87,0	84,4
Nordjylland	Ja	34 / 329	0 (0)	84,0	77,6-88,7	87,1

Figur 23b_3. Kaplan-Meier kurver for endometrialcancer patienter, 2018-2022.



Indikatorområde: Vulvacancer

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

Standard: > 70 %

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

	Standard	Uoplyst		Aktuelle år		Tidligere år		
	> 70% opfyldt	Tæller/ nævner	antal (%)	01.07.2021 - 30.06.2022 Andel	95% CI	2020/21 Andel	2019/20 Andel	2018/19 Andel
Danmark	Ja	30 / 37	20 (35)	81	(65-92)	75	69	61
Hovedstaden	Ja	17 / 21	9 (30)	81	(58-95)	74	63	59
Midtjylland	Ja	13 / 16	11 (41)	81	(54-96)	76	82	65
Hovedstaden	Ja	17 / 21	9 (30)	81	(58-95)	74	63	59
Herlev		0 / 0	1 (100)				0	
Rigshospitalet	Ja	17 / 21	8 (28)	81	(58-95)	74	65	59
Midtjylland	Ja	13 / 16	11 (41)	81	(54-96)	76	82	65
Aarhus	Ja	13 / 16	11 (41)	81	(54-96)	76	82	65

Resultater:

Denne indikator er mhb. opfølgning af, at så mange patienter med vulvacancer stadium IB tumor ≤ 4 cm og ingen tegn på spredning, får foretaget Sentinel Node procedure. Nogle af patienterne vil ikke få foretaget Sentinel Node proceduren pga. alder og ko-morbiditet. Styregruppen har fastsat en standard på over 70%. Vulvapatienter bliver udelukkende behandlet på to afdelinger, Rigshospitalet og Aarhus. Standarden er opfyldt på landsplan med en andel på 81% (95% CI: 65%-92%). For denne indikator er andelen af uoplyste, manglende stadie og/eller manglende oplysninger om suspekter lymfeknuder eller fjernet sentinel node, i år øget til 35% i forhold til sidste års andel på 16%.

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).

Standard: $\geq 90\%$

Kaplan-Meier estimatet for andelen af vulvacancer patienter stadiet 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.

	Standard opfyldt	Døde/ total	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år		Tidligere år
				01.07.2018 - 30.06.2022	Andel	95% CI
Danmark	Ja	9 / 99	0 (0)	94,3	89,2-97,0	91,6
Hovedstaden	Ja	4 / 117	0 (0)	95,7	88,8-98,4	94,7
Midtjylland	Ja	5 / 82	0 (0)	92,8	82,1-96,7	87,3
Hovedstaden	Ja	4 / 117	0 (0)	95,7	88,8-98,4	94,7
Rigshospitalet	Ja	4 / 117	0 (0)	95,7	88,8-98,4	94,7
Midtjylland	Ja	5 / 82	0 (0)	92,8	82,1-96,7	87,3
Aarhus	Ja	5 / 82	0 (0)	92,8	82,1-96,7	87,3

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 1. juli 2018 – 30. juni 2022, for at sikre, at en rimelig andel af patienterne i seneste opfølgelsesperiode 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 i år fastsat en standard på $> 90\%$ af patienterne ikke må være døde af deres vulvacancer indenfor 3 år efter diagnosen. På landsplan overlever 94% af kvinderne deres stadiet 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. 96% og 93%, men at kurverne er sammenfaldende, hvilket indikerer at overlevelsen på de to afdelinger ikke er signifikant forskellige.

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

Diskussion og implikationer:

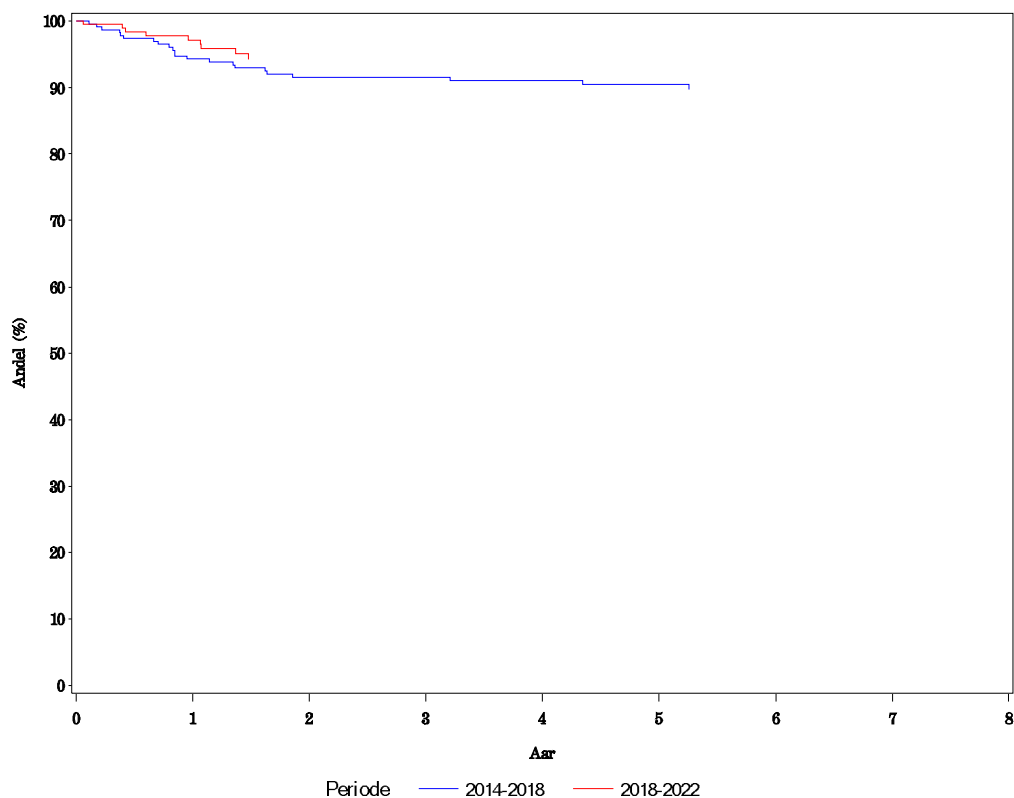
Da dette er en slutmålsindikator, arbejder vulvacancer gruppen med at vurdere om diagnosticering, stadietinddeling og recidiv adskiller sig på de to institutioner og indarbejder dette i fremtidige indikatorer.

Vurdering af indikatoren:

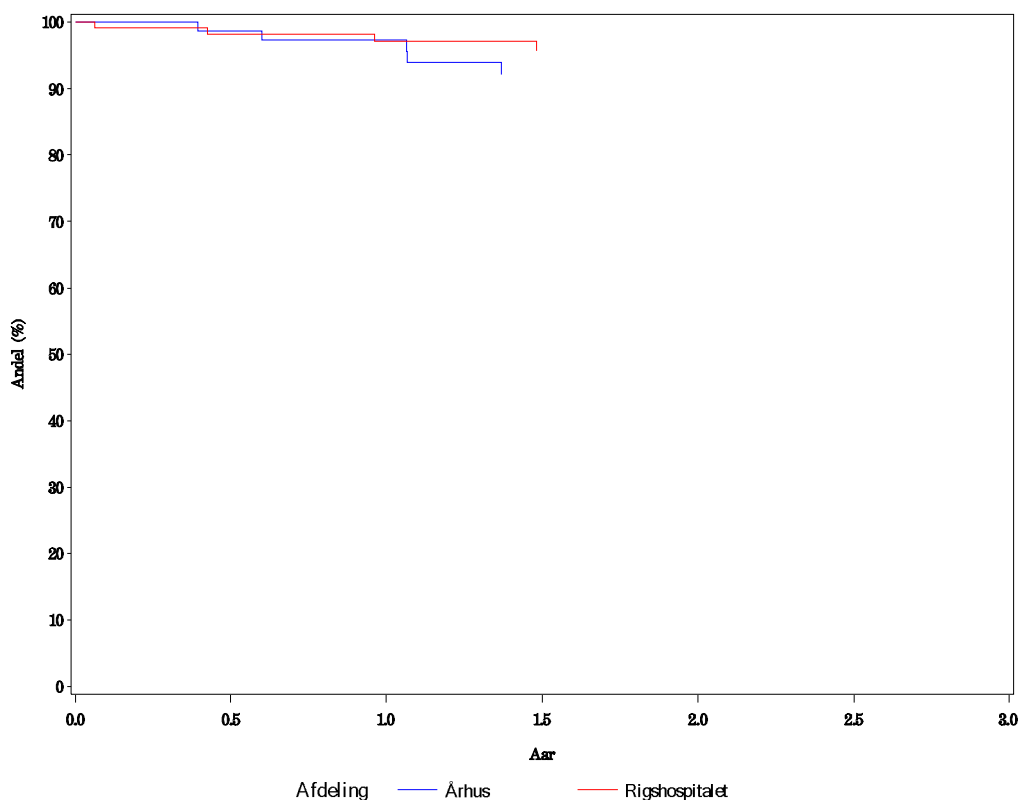
Indikatoren anses for at være den ultimative måde at monitorere den samlede behandling af denne patientkategori. Der er mulighed for at sammenligne med internationale data for lignende patientkohorter. Vulvacancer gruppen anbefaler monitorering af denne indikator på landsplan pga. meget lille patientantal.



Figur 44a. Kaplan-Meier kurver for vulvacancer patienter stadie I, der ikke er døde af deres vulvacancer (tilgrundliggende dødsårsag ICD-10 C51.8-9), 2014-2022.



Figur 44b. Kaplan-Meier kurver for vulvacancer patienter stadie I, der ikke er døde af deres vulvacancer (tilgrundliggende dødsårsag ICD-10 C51.8-9), 2018-2022.



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



Indikatorområde: Trofoblastsygdom

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

	Standard $\geq 75\%$ opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år 01.07.2021 - 30.06.2022		Tidligere år		
				Andel	95% CI	Andel	Andel	Andel
Danmark	Ja	11 / 14	35 (71)	78,6	(49,2-95,3)	81,5	75,9	82,5
Hovedstaden	Nej	4 / 6	18 (75)	66,7	(22,3-95,7)	83,3	94,4	94,7
Sjælland		0 / 0	5 (100)				100,0	
Syddanmark		0 / 0				25,0	41,7	62,5
Midtjylland	Ja	7 / 7	10 (59)	100,0	(59,0-100,0)	100,0	78,9	90,9
Nordjylland	Nej	# / #	2 (67)	0,0	(0,0-97,5)	100,0	66,7	0,0
Hovedstaden	Nej	4 / 6	18 (75)	66,7	(22,3-95,7)	83,3	94,4	94,7
Herlev	Ja	# / #	5 (83)	100,0	(2,5-100,0)	71,4	88,9	100,0
Hillerød	Nej	# / #	1 (25)	33,3	(0,8-90,6)	100,0	100,0	100,0
Hvidovre	Ja	# / #	8 (80)	100,0	(15,8-100,0)	100,0	100,0	100,0
Rigshospitalet		0 / 0	4 (100)			100,0		0,0
Sjælland		0 / 0	5 (100)				100,0	
Næstved		0 / 0	1 (100)					
Roskilde		0 / 0	4 (100)				100,0	
Syddanmark		0 / 0				25,0	41,7	62,5
Esbjerg							100,0	
Kolding		0 / 0				100,0	100,0	66,7
Odense		0 / 0				0,0	12,5	60,0
Midtjylland	Ja	7 / 7	10 (59)	100,0	(59,0-100,0)	100,0	78,9	90,9
Aarhus	Ja	7 / 7	7 (50)	100,0	(59,0-100,0)	100,0	80,0	100,0
Herning		0 / 0	2 (100)			100,0	100,0	100,0
Horsens		0 / 0	1 (100)			100,0	50,0	
Randers		0 / 0				100,0	50,0	
Viborg-Skive							100,0	66,7
Nordjylland	Nej	# / #	2 (67)	0,0	(0,0-97,5)	100,0	66,7	0,0
Aalborg	Nej	# / #	2 (67)	0,0	(0,0-97,5)	100,0	66,7	0,0



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:

I andre opgørelser er det angivet, at der årligt behandles ca. 10 kvinder for malign trofoblastsygdom og ca. 80 kvinder for mola i Danmark. Indikatoren må derfor anses for mangelfuld og kan således ikke repræsentere trofoblastsygdom i Danmark. Der har tidligere været problemer med indberetning af trofoblastsygdom til DGCD, hvilket har medført større ændringer i indtastningsstrategi og afsætning af ressourcer til forbedring, som beskrevet i detaljer i forrige årsrapport. Trofoblast arbejdsgruppen har været ansvarlige for implementering af dette indtastningsarbejde

Vurdering af indikatoren:

I henhold til DGCD retningslinjer har indikatoren været forlagt trofoblastarbejdsgruppen for at indhente kommentarer. Da der ikke har været ønske om at indføre kommentarer, er aktuelle kommentar udarbejdet af DGCD formandskab og RKKP. DGCD er aktuelt under omlægning til indhentning af data fra andre centralregistre, dette kan potentielt løse problemet. Det må dog igen vurderes i DGCD's repræsentantskab om trofoblast skal høre ind under DGCD.



3. Særrapport: Regional variation i overlevelse for patienter diagnosticeret med ovariecancer i Danmark, 2018-2021.



Dansk Gynækologisk Cancer Database

Regional variation i overlevelse for patienter diagnosticeret med ovariecancer i Danmark, 2018-2021

1. november 2022



Regional variation i overlevelse efter en ovariecancerdiagnose i Danmark, 2018-2021.

- Overlevelsesanalyser for populationen af patienter med ovariecancer i perioden 2018-2021.

v/ klinisk epidemiolog Marianne Steding-Jessen, Cancer og Cancerscreening, RKKP. Formand for DGCD, professor, dr med Claus Høgdall, Rigshospitalet. Forhenværende formand for DGCG, PhD, klinisk lektor Lars Fokdal, Vejle Sygehus. Klinisk lektor, dr. med. Aage Knudsen, Aalborg Universitetshospital. Professor, dr.med. Jørn Herrstedt, Sjællands Universitetshospital, Roskilde, Professor, dr.med. Ole Mogensen og Professor, PhD Pernille Jensen, Aarhus Universitetshospital. Professor, dr.med. Henrik Møller, Faglig epidemiologisk leder i RKKP. Professor dr med og ovariecancergruppens repræsentant i styregruppen Lone Kjeld Pedersen, Odense Universitetshospital.

Denne rapport anvender data fra RKKP databasen Dansk Gynækologisk Cancer Database (DGCD) suppleret med data fra LPR til at belyse regionale forskelle i overlevelse efter ovariecancer i Danmark for patienter diagnosticeret i perioden 1. juli 2018 – 30. juni 2021, opgjort efter patienternes bopælsregion på diagnosetidspunktet.

Baggrund

I DGCD Årsrapport 2020-2021 ses der regionale forskelle i andelen af opererede stadie III-IV patienter, som også afspejles i 2 års overlevelsen for denne gruppe. Dette resultat ønskes undersøgt og kvalificeret i en opfølgende epidemiologisk analyse på den samlede population af ovariecancer patienter (alle stadier), der inkluderer såvel relevante case-mix faktorer som behandlingsrelaterede variable, der a priori vurderes at have betydning for overlevelsen. Undersøgelsen er initieret af styregruppen for Dansk Gynækologisk Cancer Database i samarbejde med RKKP med henblik på identifikation af mulige forbedringspotentialer

Formål

Formålet med analyserne er at belyse eventuelle regionale forskelle i overlevelse efter en ovariecancer diagnose i Danmark. Desuden ønskes analyser af mulige faktorer, der bidrager til at forklare en eventuel variation i overlevelse efter ovariecancer mellem de fem danske regioner.

Materiale og metode

Datakilde: Analyserne er baseret på dataudtræk fra Dansk Gynækologisk Cancer Database fra februar 2022.

Population: Alle patienter diagnosticeret med ovarie, tuba og peritoneal cancer (herefter betegnet med fælles begrebet ovariecancer) som var registreret i databasen i perioden 1. juli 2018 – 30. juni 2021 blev inkluderet i kohorten. Patienter uden registreret bopæl på diagnosedato eller registreret bopæl i Grønland eller udlandet ekskluderes. Desuden ekskluderes patienter med negativ follow-up tid. Således inkluderes i alt 1.559 patienter i de følgende analyser. Follow-up for kohorten er fra 7,5 måneder - 3,7 år, hvor patienter, som ikke er døde ved slut på follow-up d. 15.02.2022 censureres.

Metode: Populationen beskrives på regionsniveau efter patientens bopæl ved diagnose for hver af de følgende variable: Bopælsregion ved diagnose (Nordjylland, Midtjylland, Syddanmark, Sjælland og Hovedstaden), årstal for diagnose (2018/2019-2020/2021), alder (18-39, 40-49, 50-59, 60-69, 70-79, 80+ år), komorbiditet målt ved Charlson Comorbidity Index (CCI) (0, 1-2, 3+), stadie (I, II, IIIA-B, IIIC-IV, uspecificeret/uoplyst), primær behandling (primær operation, interval kirurgi, kun onkologisk behandling, palliativ kirurgi, ingen behandling, uoplyst), gennemført 1. linje kemobehandling indenfor de anbefalede tidsrammer, samt efterbehandlende region.

Statistisk metode: Den regionale overlevelse vurderes i absolutte og relative mål. Den absolutte overlevelse vises med Kaplan Meier kurver for overlevelse for hver region, og til de relative mål anvendes time-to-event analyse i form af Cox regression, hvor risikotid beregnes fra diagnosedato til dødsdato eller slut på follow-up. Dernæst en sub-analyse, af hhv. de tidlige (I-IIIAB) og sene (IIIC-IV) stadier, da behandlingen af de to grupper



er forskellige. Region Hovedstaden bidrager med flest patienter til analyserne, og anvendes derfor som reference region.

De multivariate analyser består af en grundmodel (Model 1) med justering for patientrelaterede faktorer, alder, diagnoseår og komorbiditet. Stadie er også patientrelateret, men afhænger også af ensartet klassifikation, og derfor inkluderes stadie ikke i Model 1. Det er Model 1, som danner grundlag for konklusion med hensyn til regional variation i overlevelse. Der udføres sensitivitsanalyser for de enkelte covariates potentielle bidrag til forklaring af eventuel regional variation i overlevelse. Model 2 er således justeret for alder, diagnoseår, komorbiditet og stadie (Model 1 + stadie) mens Model 3 er Model 1 + primær behandling. Covariater inkluderes enkeltvis for at vise deres bidrag til forklaring af eventuel variation i overlevelse. Hvis de regionale estimater ændres væsentligt fra Model 1 til Model 1 + covariat, er dette et udtryk for at den pågældende covariat bidrager til forklaring af den regionale variation i overlevelse i Model 1. Resultater præsenteres som justerede hazard ratios (HR) for mortalitet med tilhørende 95 % konfidensinterval (95 % CI). En Wald test anvendes for test af heterogenitet mellem regioner.

Resultater

Tabel 1 viser mindre regionale forskelle i alder. Region Sjælland har færre 80+ årige, 7% mod 14% på landsplan. Der ses regionale forskelle i graden af registreret komorbiditet og stadiefordeling. Region Nordjylland og Region Midtjylland har flest patienter uden komorbiditet, 81-85% mod de øvrige 3 regioners 73-75%. Mht. stadie har Region Nordjylland en prognostisk mere favorabel fordeling med 31% stadie I patienter, Region Midtjylland og Region Hovedstaden har de højeste andele stadie IIIC-IV patienter med hhv. 65% og 57%, og Region Syddanmark og Region Sjælland har stort set identiske stadie fordelinger.

Der ses forskelle i valg af behandling. Region Sjællands patienter får hyppigere kirurgisk behandling end de andre regioners patienter (85% primær operation + interval kirurgi) og deraf følgende ses en mindre andel, der kun får onkologisk behandling (10%). Region Sjælland har i analysen ingen patienter som ikke modtager behandling, hvilket nok ikke er i overensstemmelse med den kliniske virkelighed. Dette vil have en mindre effekt på overlevelsen sammenlignet med regioner med patienter, der ikke får behandling og dermed har kort restlevetid. Region Midtjyllands og Region Syddanmarks patienter bliver i mindre omfang opereret, idet hhv. 71% og 68% får kirurgisk behandling. Deraf følger at disse regioner har en større andel som kun får onkologisk eller ingen behandling, hhv. 24% og 25% og hhv. 3% og 4%. For de to sidste regioner Nordjylland og Hovedstaden er behandlingsstrategien en mellemting mellem Region Sjællands og Midtjylland/Syddanmarks. Behandlingen i Region Nord og Hovedstaden er som for Region Sjælland karakteriseret ved en høj andel af patienter, der bliver primært operation, med hhv. 52% og 51%, mens en lavere andel modtager interval kirurgi, hhv. 21% og 22%. Region Nord's højere andel af patienter i lave stadier som næsten altid tilbydes operation bidrager til regionens generelt høje procentdel af opererede patienter.

Bortset fra Region Sjællands patienter behandles 99-100% af patienterne i deres bopælsregion. For Region Sjællands patienter behandles 81% i Region Syddanmark, 5% "hjemme" i Region Sjælland og 14% i Region Hovedstaden. De alders-standardiserede incidensrater varierer fra 8,2 pr 100.000 i region Nordjylland til 9,9 pr. 100.000 i Region Sjælland.

Figur 1 viser signifikant forskel i overlevelse mellem regionerne. Patienter fra Region Sjælland og Region Hovedstaden lever længst, Region Midtjylland og Region Syddanmark har den korteste overlevelse og i Region Nordjylland er overlevelse midt mellem de to grupper. Den kortere overlevelse i Region Midtjylland og Region Syddanmark er gældende i hele follow-up perioden, hvorimod Region Nordjyllands patienter primært overlever godt, men senere reduceres overlevelsen. Forskellene i andelen af patienter i live 2 år efter diagnosen er 16% mellem Region Sjælland og Region Syddanmark.



Table 3 viser at overlevelsen er uændret over perioden, og at højere alder, højere komorbiditet og højere stadie, er forbundet med øget mortalitet. Patienter, der primært opereres, har den bedste overlevelse. I forhold til de primært opererede patienter har de øvrige patienter en markant øget dødelighed. Patienter, der modtager interval kirurgi, har en 3 gange højere dødelighed, de der kun modtager onkologisk behandling en 6 gange højere dødelighed, og for dem der ingen behandling modtager en 20 gange højere dødelighed. Der ses regionale forskelle i overlevelse. Sammenlignet med Region Hovedstaden ses en kortere overlevelse i Region Midtjylland og Region Syddanmark på 49% i begge regioner. I Region Nordjylland ses en reduceret overlevelse på 25%. Region Sjælland har samme overlevelse som Region Hovedstaden.

Table 4 viser en kortere overlevelse i Region Midtjylland og Region Syddanmark på 49% for begge regioner, og for Region Nordjylland på 25% i forhold til Region Hovedstaden (model 1). Region Sjælland har næsten samme overlevelse som Region Hovedstaden (model 1). Sensitivitetsanalyserne viser, at til trods for forskelle i stadie og onkologisk behandling bidrager dette ikke til forklaring af de regionale forskelle i overlevelse (tabel 1 og 3) når man sammenligner de forskellige regioner. Sensitivitetsanalysen antyder at kirurgisk behandlingsvalg kan have en effekt på overlevelsen i Region Midtjylland og Region Nordjylland idet HR-estimerne for disse to regioner reduceres i forhold til HR-estimerne i model 1, når primært behandlingsvalg inddrages i analysen. Region Sjællands høje overlevelse kan muligvis forklares af deres hyppigere valg af kirurgisk behandling, idet HR-estimatet stiger i forhold til model 1, når kirurgisk behandlingsvalg inkluderes i analysen (model 3). Resultaterne af sensitivitetsanalyserne kan ikke forklare den kortere overlevelse i Region Syddanmark.

Diskussion

Overlevelsesanalysen for patienter med ovariecancer i Danmark blev initieret af Styregruppen for DGCD databasen under RKKP. Ovariecancer gruppen konfirmerede efterfølgende, at nærmere analyse af data var ønskværdig, da flere årsrapporter fra DGCD har rapporteret om forskelle i behandlingsstrategier. Desuden har man i løbet af de sidste år set en generelt stigende tendens til, at patienter med ovariecancer ikke opereres. Da fravalg af operation er ensbetydende med fravalg af behandling med kurativt potentiale, er det vigtigt at undersøge eventuelle forskelle i behandlingsvalg. Formålet med analysen var at identificere strategier med en eventuel positiv effekt på overlevelsen, som efterfølgende kunne inspirere andre centre til omlægning i behandlings strategi. Datagrundlaget for analyserne er DGCD databasen, som potentielt er behæftet med selektionsbias, idet der specielt i Region Sjælland ikke er indrapporteret patienter, der ikke modtager behandling. Baseret på klinisk erfaring fra de behandlende centre er det ikke sandsynligt, at alle patienter modtager behandling. En uensartet rapportering af disse patienter til databasen kan potentielt have effekt på resultaterne for overlevelse. Problemstillingen kan ikke nærmere afklares ud fra de aktuelle data, og der kan generelt ikke påvises sikre årsager til de regionale forskelle i overlevelse. Den aktuelle analyse kan antyde potentiale ved omlægning af behandlingsstrategi i nogle regioner.

Tidsperiode fra 2018-2021 blev valgt for at afspejle gældende behandlingspraksis bedst muligt med så tidstro data, som muligt med follow-up frem til og med 15. februar 2022. To års overlevelse betragtes internationalt som markør for kvaliteten af den kirurgisk behandling, som primært evalueres i den pågældende RKKP database.

Af overlevelseskurverne og Cox-regressionen (model 1) fremgår det, at der er regionale forskelle i overlevelse efter en ovariecancer diagnose. Der var en reduktion i 2-års overlevelse på 49% i både Region Midtjylland og Region Syddanmark i forhold til Region Hovedstaden (model 1). Region Nordjylland har en reduceret 2-års overlevelse på 25%. Sensitivitetsanalyser antyder, at den forkortede overlevelse i både Region Nordjylland og Region Midtjylland delvist kan forklares af mindre hyppig anvendelse af kirurgiske behandling. Resultaterne for Region Syddanmark kan ikke forklares ud fra de tilgængelige covariater og bør give anledning til yderligere undersøgelser.

Der er forskel i anvendelsen af kirurgisk behandling mellem de forskellige regioner. Region Sjællands behandlingsstrategi adskiller sig fra de øvrige 4 regioners, selvom 81% af deres patienter er kirurgisk



behandlet i Region Syddanmark. Således bliver 85% af Region Sjællands patienter opereret mod 68% i Region Syddanmark. Dette sker på trods af en højere andel patienter med komorbiditet i Region Sjælland, mens der ikke er forskel i sygdomsstadie mellem de to regioner. Forskel i andelen af opererede patienter i Region Sjælland og Region Syddanmark tyder på en forskel i udvælgelsen til operation. Data på dette kan ikke belyses ud fra data i denne rapport, og bør følges op af yderligere undersøgelser.

De nationale retningslinjer for kirurgisk behandling af avanceret ovariecancer har veldefinerede kriterier og mål for primær operation. De aktuelle resultater i rapporten tyder på, at disse kriterier tolkes forskelligt på centrene, da andelen af primært opererede patienter med stadium IIIC-IV varierer mellem 21 og 31%. For patienter, der ikke primært opereres og dermed er kandidater til operation efter opstart af kemoterapi (Intervalkirurgi), er der ikke nationalt defineret udvælgelseskriterier og heller ikke taget stilling, hvorvidt succeskriterier for den kirurgiske intervention skal defineres anderledes end ved primær kirurgi.

Der ses minimale forskelle i de regionale aldersstandardiserede incidens rater varierende fra 8,2 pr. 100.000 i Midtjylland til 9,9 pr. 100.000 i Sjælland. Derimod er der regionale forskelle i stadie og behandling (tabel 1). Region Midtjylland har rapporteret en højre andel af de sene stadier (IIIC-IV), (65%), og Region Nordjylland en høj andel af stadie I, (31%).

Styrken i den aktuelle rapport er den høje dækningsgrad i DGCD databasen (>95%). Dette bekræftes af de ensartede incidensrater mellem regionerne. Det kan ikke udelukkes, at enkelte patienter, som typisk vil være meget gamle og med udbredt sygdom, som aldrig henvises til en center afdeling er registeret med en uspecifik cancer diagnose, som cancer abdominis og dermed ikke indgår i analysen. Holdningen blandt centerafdelingerne er, at diagnosen generelt ikke anvendes – selv på ovenstående lille patientgruppe og derfor er det næppe sandsynligt, at kodepraksis har en betydelig effekt på forskellen i overlevelse mellem regionerne. Dertil skal det dog bemærkes, at næsten alle patienter i Region Sjælland og Hovedstaden modtager behandling, mens der i de øvrige regioner er 3-5% som ikke modtager behandling udover palliation. Incidenstallet per 1000.00 er imidlertid højst af alle i Region Sjælland hvilket umiddelbart taler imod en betydelig underrapportering fra denne region, som forklaring på den høje overlevelse. Socioøkonomiske såvel som livsstilsfaktorer har velkendte effekter på overlevelse blandt alle cancer patienter. Disse er ikke inddraget i den aktuelle analyse. Komorbiditet vurderet ud fra CCI >2 var markant højere i Region Sjælland sammenlignet med de andre regioner.

Den anbefalede standardbehandling af ovariecancer er for mere end 90% af patienterne operation kombineret med kemoterapi. Mens data for kirurgisk behandling indrapporteres til DGCD databasen indeholder databasen ikke oplysninger om onkologisk behandling. I den aktuelle analyse er disse oplysninger indhentet fra LPR. Detaljegraden af oplysninger er derfor begrænset til, hvorvidt kemoterapi er givet og gennemført inden for anbefalinger i de nationale retningslinjer. Det er ikke muligt sufficent at belyse, hvilke behandlingsregimer den enkelte patient har modtaget. Det er en svaghed for den aktuelle undersøgelse, da der er kendte positive effekter på overlevelsen af for eksempel kombinationskemoterapi og vedligeholdelsesbehandling med f. eks. PARP inhibitorer. Ligeledes findes der ikke oplysninger på den del af patienterne, som har indgået i protokollerede forsøg med potentiel effekt på overlevelse. Baseret på de analyser, det har været muligt at foretage, kunne vi ikke afsløre effekt af forskelle i kemoterapi på overlevelsen.

Konklusion

Der er regionale forskelle i overlevelse efter en ovariecancerdiagnose i Danmark i perioden 2018-2021. Tre regioner, Midtjylland og Syddanmark og Nordjylland, havde en kortere overlevelse i forhold til Region Hovedstaden og Region Sjælland. To år efter diagnose var andelen af patienter i live 16% lavere i Region Syddanmark end i Region Sjælland. Analyserne bidrager ikke med entydige forklaringer på den kortere overlevelse i de tre regioner, Nordjylland, Midtjylland og Syddanmark.



Ovariecancer gruppens anbefalinger og handleplan

På baggrund af drøftelse i gruppen anbefales følgende tiltag med fokus på læring og harmonisering af behandlingen af kræft i æggestokkene i Danmark.

Etablering af en *ugentlig national videobaseret MDT konference til fælles vurdering af patienter, hvor den lokale MDT konference ikke vurderer patienten som kandidat til operation efter neoadjuverende kemoterapi*. Tilbuddet begrænses til de patienter, hvor almentilstanden tillader større kirurgisk intervention. Forslaget vil sikre patienten ret til operation, hvis et andet center finder patienten operabel. Desuden forventes de nationale vurderinger med tilhørende faglige diskussioner over tid at danne grundlag for en national harmonisering af det kirurgiske behandlingstilbud funderet på højeste fællesnævner.

Baseret på diskussioner ved *et nationalt internatsmøde* konkretiseres og udbygges de nationale guidelines på området, så den fælles konsensus om behandlingsstrategier skærpes. Da behandlingen af kræft i æggestokkene består af flere delelementer, er det vigtigt med en fælles forståelse for mål og timing af disse behandlingsmodaliteter. Der er tale om internationalt anerkendte problematikker, hvor national konsensus kun skabes gennem diskussion og løbende justering.

Systematisk indrapportering af data på adjuverende behandling (Kemoterapi) foreslås etableret ved hjælp af en national kodevejledning på området, som skal effektueres gennem de onkologiske afdelinger i Danmark. Patienter med kræft i æggestokkene skal som oftest både kirurgisk behandles og have kemoterapi. Desuden har kemoterapien en dominerende rolle ved recidiv. Fremtidig vurdering af behandlingskvalitet inkl. nationale forskelle i overlevelse kan derfor kun foretages kvalificeret, hvis der ud over data på den kirurgiske behandling også foreligger valide data fra onkologien.



Table 1. Deskriptive karakteristika for N=1559 ovariecancer patienter, Danmark, 2018-2021.

Bopælsregion ved diagnose	Nordjylland		Midtjylland		Syddanmark		Sjælland		Hovedstaden		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Årstal for diagnose (p=0.46)												
2018/2019	47	32	104	31	138	35	72	31	164	36	525	34
2019/2020	48	33	130	39	135	34	84	37	139	31	536	34
2020/2021	52	35	99	30	123	31	73	32	151	33	498	32
Aldersgruppe (p=0.08)												
18-39	6	4	8	2	17	4	13	6	16	4	60	4
40-49	15	10	23	7	24	6	19	8	32	7	113	7
50-59	23	16	59	18	53	13	47	21	92	20	274	18
60-69	35	24	94	28	102	26	62	27	125	28	418	27
70-79	42	29	107	32	132	33	71	31	130	29	482	31
80+	26	18	42	13	68	17	17	7	59	13	212	14
Charlson Komorbiditets Index (p=0.04)												
0	125	85	269	81	296	75	167	73	342	75	1199	77
1-2	18	12	51	15	84	21	45	20	93	21	291	19
3+	4	3	13	4	16	4	17	7	19	4	69	4
Stadie (p=0,002)												
I	45	31	55	17	103	26	58	25	97	21	358	23
II	7	5	27	8	17	4	18	8	34	7	103	7
IIIA-B	8	5	33	10	45	11	24	10	53	12	163	10
IIIC-IV	84	57	217	65	220	56	120	52	260	57	901	58
Uspec/uoplyst	3	2	#	0	11	3	9	4	10	2	34	2
Behandling (p<0.0001)												
Primær operation	75	51	147	44	184	46	128	56	236	52	770	49
Interval kirurgi	31	21	89	27	88	22	67	29	100	22	375	24
Kun onkologisk behandling	32	22	79	24	100	25	22	10	100	22	333	21
Palliativ kirurgi	0	0	#	0	#	1	0	0	#	0	4	0
Ingen behandling	8	5	11	3	15	4	#	0	4	1	39	3
Uoplyst	#	1	6	2	7	2	11	5	13	3	38	2
1. linje kemobehandling (p=0.04)												
Gennemført*	59	40	156	47	174	44	104	45	235	52	728	47
Ikke gennemført*	46	31	114	34	130	33	76	33	147	32	513	33
Ingen kemobehandling	42	29	63	19	92	23	49	21	72	16	318	20
Behandelnde region**												
Nordjylland	145	99	4	1	0	0	0	0	0	0	149	10
Midtjylland	#	1	328	99	0	0	0	0	#	0	331	21
Syddanmark	0	0	#	0	395	100	185	81	#	0	583	37
Sjælland	0	0	0	0	0	0	12	5	#	0	14	1
Hovedstaden	0	0	0	0	#	0	32	14	449	99	482	31
Total	147	9	333	21	396	25	229	15	454	29	1559	100
Incidens rate pr. 100.000	8.2		8.5		9.9		9.1		9.0		8.9	

p-værdier er baseret på Chi2-test for heterogenitet.

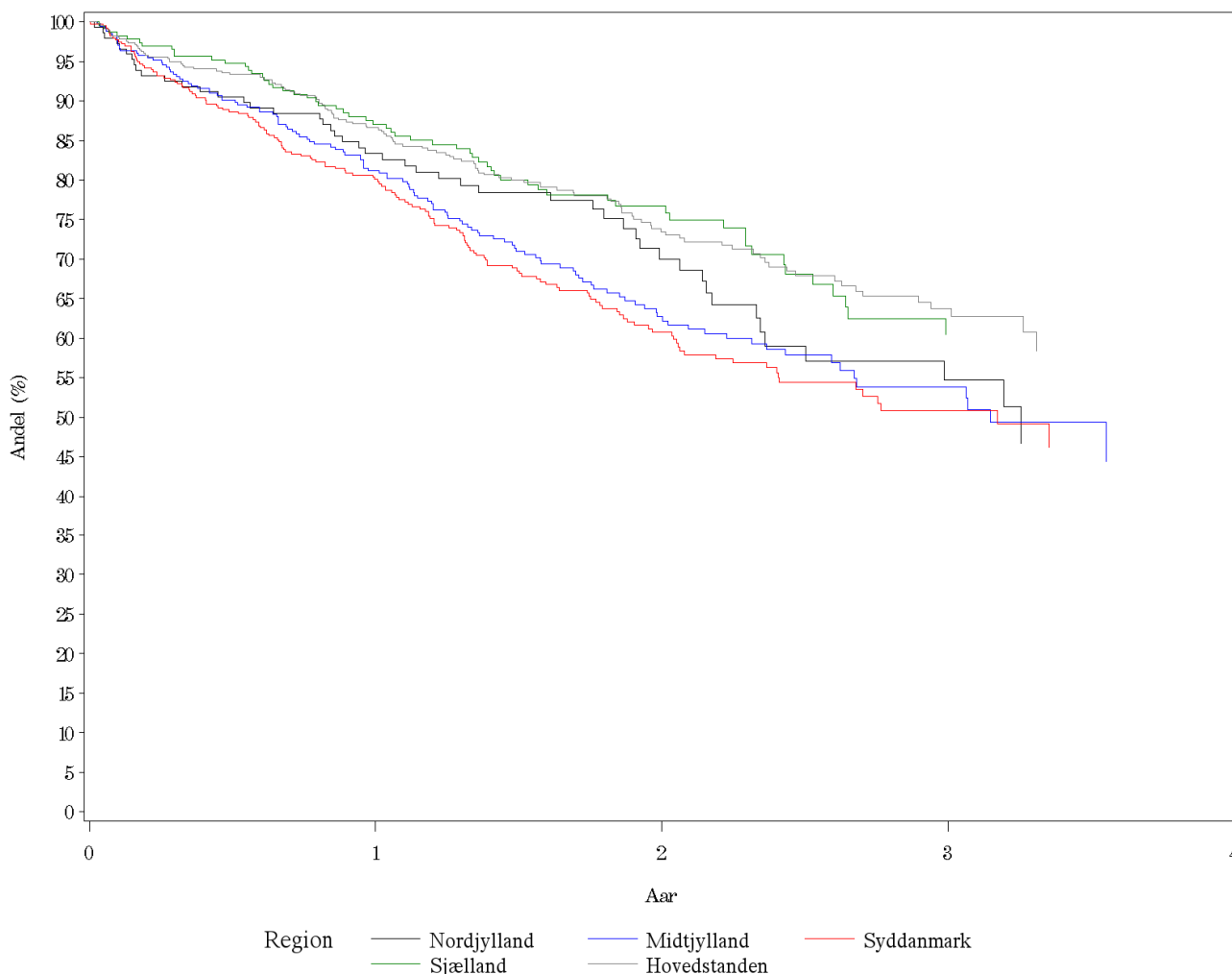
*Gennemført 1. linje kemobehandling: Min. 6 serier indenfor 18 uger eller for interval kirurgi indenfor 21 uger.

**Allokeret efter opererende regione, dernæst region for anamnese.

Incidensrater er aldersstandardiseret (World, Segi), 2. halvår 2018 -1. halvår 2021.



Figur: Kaplan-Meier estimeret overlevelse efter ovariecancer i Danmark, 2018-2021.



Tabel 2. Kaplan-Meier estimert overlevelse efter ovariecancer i Danmark, 2018-2021.

Bopælsregion	1-års overlevelse (95% CI)	2-års overlevelse (95% CI)
Region Hovedstaden	87% (83%-89%)	74% (69%-78%)
Reion Sjælland	87% (82%-91%)	77% (70%-82%)
Region Syddanmark	80% (76%-84%)	61% (55%-66%)
Region Midtjylland	81% (76%-85%)	63% (57%-68%)
Region Nordjylland	83% (76%-89%)	70% (76%-89%)



Tabel 3. Cox-regressions analyse af over-all dødelighed for 1559 patienter med ovariecancer i Danmark, 2018-2021.

	HR	95% CI
Årstal for diagnose (p=0.12)		
2018/2019	1.00	
2019/2020		
2020/2021	0.81	0.66-0.99
	0.90	0.69-1.16
Aldersgruppe (p<0.0001)		
18-39	0.16	0.06-0.44
40-49	0.36	0.22-0.59
50-59	0.45	0.33-0.61
60-69	0.73	0.58-0.92
70-79	1.00	
80+	2.23	1.77-2.80
Charlson Komorbiditets Index (p=0.07)		
0	1.00	
1-2	1.07	0.86-1.33
3+	1.52	1.07-2.16
Stadie (p<0.0001)		
I	1.00	
II	3.00	1.53-5.90
IIIAB	4.37	2.42-7.87
IIIC-IV	10.98	6.71-17.97
Uoplyst	11.89	6.25-22.61
Behandling (p<0.0001)		
Primær operation	1.00	
Interval kirurgi	2.94	2.28-3.80
Kun onkologisk behandling	7.32	5.72-9.37
Palliativ kirurgi	4.03	0.55-29.45
Ingen behandling	19.95	13.10-30.37
Uoplyst	1.87	0.95-3.71
1. linje kemobehandling (p<0.0001)		
Gennemført*	1.00	
Ikke gennemført*	1.57	1.29-1.91
Ingen kemobehandling	1.55	1.21-1.98
Bopælsregion (p=0.009)		
Nordjylland	1.25	0.89-1.75
Midtjylland	1.49	1.16-1.92
Syddanmark	1.49	1.17-1.89
Sjælland	1.07	0.78-1.46
Hovedstaden	1.00	

Estimerne for aldergruppe, diagnoseår og Charlson Index er indbyrdes justeret.

Alle andre estimater er justeret for alder, diagnoseår og Charlson Index.

*Gennemført 1. linje kemobehandling: Min. 6 serier indenfor 18 uger og for interval kirurgi indenfor 21 uger.



Table 4. Cox regression af dødelighed i relation til bopæls region i Danmark, 2018-2021. Sensitivitets analyse for tilgængelige covariater

	Model 1		Model 1 og stadie		Model 1 og behandling		Model 1 og 1. linje kemoterapi*	
	HR	95% CI	HR	95% CI	HR	95% CI	HR	95% CI
Region of residence	p=0.004		p=0.0004		p=0.04		p=0.007	
Nordjylland	1.25	0.89-1.75	1.30	0.93-1.82	1.11	0.79-1.56	1.22	0.87-1.70
Midtjylland	1.49	1.16-1.92	1.47	1.14-1.89	1.32	1.02-1.70	1.46	1.13-1.87
Syddanmark	1.49	1.17-1.89	1.69	1.33-2.14	1.45	1.14-1.85	1.45	1.14-1.84
Sjælland	1.07	0.78-1.46	1.16	0.85-1.58	1.28	0.93-1.75	1.03	0.75-1.40
Hovedstaden	1.00		1.00		1.00		1.00	

Model 1 inkluderer alder, periode og Charlson Indeks.

*Gennemført 1. linje kemobehandling: Min. 6 serier indenfor 18 uger eller for interval kirurgi indenfor 21 uger.

4. 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.

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.



5. 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).	≥ 90 %



Trofoblastsygdom	51	Trofoblastsygdom (kun mola), andel patienter der har fået foretaget genetisk analyse	≥ 90 %
------------------	----	--	--------



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

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

Datakvalitet og statistiske analyser

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

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

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

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



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.



7. Styregruppens sammensætning

Databasestyregruppen

1. Professor, overlæge, dr.med. Claus Høgdall, Gynækologisk Klinik, Rigshospitalet (formand)
2. Afdelingslæge, ph.d. Tine Henriksen-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. Afdelingslæge Trine Zeeberg Iversen, Afdeling for Kræftbehandling, Herlev Hospital
11. Kontaktperson, Mette Høyrup, RKKP Videncenter
12. Datamanager, Karsten Drompf, RKKP Videncenter
13. Klinisk epidemiolog, Marianne Steding-Jessen, RKKP Videncenter

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



Appendiks 1: Datagrundlag

Dækningsgrad

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

Diagnosegruppe	SKS-koder (ICD-10 koder)
Cervixcancer	DC53*
Ovarie-, tuba- og peritonealcancer samt borderlinetumorer	DC48*, DC56*, DC57*, DD391A
Corpuscancer samt hyperplasi m. atypi	DC54*, DC55*, DD070*
Vulvacancer	DC51*
Vaginalcancer	DC52*
Trofoblastsygdom	DC58*, DD392*, 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 (%)
2021/2022	3849	14	378	91
2020/2021	4078	50	230	94
2019/2020	4108	108	168	94
2018/2019	4142	140	262	91
2017/2018	3999	179	222	91



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 2021-30. juni 2022 (eksklusiv mola)

Afdeling	I DGCD og LPR	Mangler i DGCD	Mangler i LPR	Total	Dækningsgrad (%)
Aalborg Universitetshospital	218	66	0	284	77
Aalborg Universitetshospital, Thisted	0	#	0	#	0
Aarhus Universitetshospital	1006	86	0	1092	92
Amager og Hvidovre Hospital	0	#	0	#	0
Herlev og Gentofte Hospital	218	22	0	240	91
Holbæk Sygehus	0	#	0	#	0
Hospitalet i Nordsjælland	0	16	0	16	0
Kolding Sygehus	6	#	0	8	75
Nykøbing F. Sygehus	0	4	0	4	0
Næstved, Slagelse og Ringsted sygehuse	0	10	0	10	0
OUH Odense Universitetshospital	954	32	#	988	97
Region Midtjylland, Hospitalsenheden Vest	0	6	0	6	0
Regionshospitalet Horsens	0	#	0	#	0
Rigshospitalet	1065	36	12	1113	96
Sjællands Universitetshospital, ROS	378	52	0	430	88
Sydvestjysk Sygehus	#	14	0	16	13
Sygehus Sønderjylland	0	8	0	8	0
Ukendt hospital	0	#	0	#	0
Vejle Sygehus	#	14	0	16	13
Total	3849	366	14	4241	91



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 2021-30. juni 2022 (kun mola)

Afdeling	I DGCD og LPR	Mangler i DGCD	Total	Dækningsgrad (%)
Aalborg Universitetshospital	0	6	6	0
Aarhus Universitetshospital	20	12	32	63
Amager og Hvidovre Hospital	22	10	32	69
Herlev og Gentofte Hospital	4	10	14	29
Holbæk Sygehus	0	#	#	0
Hospitalet i Nordsjælland	10	0	10	100
Kolding Sygehus	4	#	6	67
Næstved, Slagelse og Ringsted sygehuse	0	10	10	0
OUH Odense Universitetshospital	0	#	#	0
Region Midtjylland, Hospitalsenheden Vest	0	12	12	0
Regionshospitalet Horsens	0	#	#	0
Regionshospitalet Randers	#	#	4	50
Rigshospitalet	0	16	16	0
Sjællands Universitetshospital, ROS	0	6	6	0
Total	62	92	154	40



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

Standard: $\geq 90\%$

Andelen af opererede ovarie eller endometrie-cancer patienter med oprettet sygepleje skema

	Standard opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst	Aktuelle år		Tidligere år		
			antal (%)	01.07.2021 - 30.06.2022 Andel	95% CI	2020/21 Andel	2019/20 Andel	2018/19 Andel
Danmark		360 / 635	27 (4)	56,7	(52,7-60,6)	69,4	57,0	67,9
Hovedstaden		21 / 224	4 (2)	9,4	(5,9-14,0)	38,4	33,2	60,9
Sjælland		8 / 26	13 (33)	30,8	(14,3-51,8)	71,9	70,6	72,2
Syddanmark		157 / 191	5 (3)	82,2	(76,0-87,3)	92,5	51,1	38,8
Midtjylland		140 / 153	4 (3)	91,5	(85,9-95,4)	87,0	94,8	95,2
Nordjylland		34 / 41	1 (2)	82,9	(67,9-92,8)	74,6	78,8	93,1
Hovedstaden		21 / 224	4 (2)	9,4	(5,9-14,0)	38,4	33,2	60,9
Bornholm								0,0
Herlev		# / #	2 (10)	5,6	(0,1-27,3)	83,9	87,8	90,5
Hillerød		0 / 0				0,0	0,0	
Hvidovre								0,0
Rigshospitalet		20 / 206	2 (1)	9,7	(6,0-14,6)	32,6	18,8	50,9
Sjælland		8 / 26	13 (33)	30,8	(14,3-51,8)	71,9	70,6	72,2
Næstved								0,0
Roskilde		8 / 26	13 (33)	30,8	(14,3-51,8)	71,9	70,6	81,3
Syddanmark		157 / 191	5 (3)	82,2	(76,0-87,3)	92,5	51,1	38,8
4202267							0,0	
5000207		# / #	0 (0)	0,0	(0,0-97,5)		0,0	0,0
Kolding		0 / 0	1 (100)					
Odense		157 / 190	4 (2)	82,6	(76,5-87,7)	92,9	51,7	39,0
Vejle, Onkologi						0,0		
Midtjylland		140 / 153	4 (3)	91,5	(85,9-95,4)	87,0	94,8	95,2
Aarhus		140 / 151	4 (3)	92,7	(87,3-96,3)	87,0	94,7	95,2
Herning		# / #	0 (0)	0,0	(0,0-97,5)			
Randers		# / #	0 (0)	0,0	(0,0-97,5)		100,0	
Nordjylland		34 / 41	1 (2)	82,9	(67,9-92,8)	74,6	78,8	93,1
8001269		# / #	0 (0)	0,0	(0,0-97,5)			
Aalborg		34 / 40	1 (2)	85,0	(70,2-94,3)	74,6	78,8	93,1



Beregningsregler:

Tæller: Patienter for hvem der er oprettet et sygeplejeskema.

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

Uoplyste: Uoplyst cancer type.

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 mangelister 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 mangelister 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 tidlig cervixcancer siden 2012. I 2018 blev der publiceret et studie, som viste forringet overlevelse ved minimal invasiv kirurgi. Dette medførte en nøje gennemgang af recidiv og overlevelse for alle patienter opereret før og efter indførelsen af robotkirurgi i Danmark. Dette studie er publiceret i et peer-reviewed tidsskrift og viste, at der i det danske set-up IKKE sås en overdødelighed blandt patienter opereret med robotassisteret kirurgi. Resultaterne blev drøftet i DGCG bestyrelse og i Cervixcancergruppen, og det blev besluttet, at danske patienter fortsat kunne tilbydes robotassisteret kikkertkirurgi ved operation for tidlig cervixcancer. I den reviderede retningslinje for kirurgisk behandling af tidlig cervixcancer er litteraturen siden 2018 nøje gennemgået på dette område. I henhold til disse resultater, er det i cervixgruppen besluttet at indføre åben kirurgi som standardbehandling for cervixcancer med tumor >2cm. Danske patienter vil tilbydes deltagelse i et internationalt multicenterstudie (RACC trial), hvor der vil blive randomiseret mellem åben og robotassisteret kirurgi. Dette vurderes at være forsvarligt i et dansk set-up med yderst centraliseret kirurgisk behandling.

Et landsdækkende studie med anvendelse af sentinel node teknikken er fuldført. Det har ført til flere vigtige fund: En sentinel node (SLN) detektionsrate >90% på alle centre i Danmark samt identifikation af både mikro- og makrometastaser på lokalisationer udenfor det normale område for radikal lymfeknudefjernelse. For tumorer > 2 cm findes en høj sensitivitet, specificitet, positiv prædiktiv og negativ prædiktiv værdi men dog med et relativt bredt konfidensinterval for sensitiviteten. Man fandt meget lav forekomst af lymfødem hos patienter der alene fik foretaget SLN alene, mens patienter, der fik foretaget fuld lymfeknudefjernelse efter SLN havde en høj lymfødemforekomst (32%). Studiet fandt desuden, at PET/CT-skanning har ekstrem lav sensitivitet (14%) ved tidlig cervixcancer. Disse fund er indarbejdet i den seneste nationale guideline om kirurgisk behandling og stadieinddeling for cervixcancer. Man afventer pågående studier om sikkerhed ved SLN-metoden alene ved tumor > 2 cm.

Fertilitetsbevarende kirurgi for cervixcancer (tumor<2cm) med radikal trakelektomi og SLN er centraliseret på Rigshospitalet. Behandlingen vurderes at være et sikkert alternativ til radikal hysterectomi.

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. Dette er standardbehandling på de 3 onkologiske afdelinger, som varetager den onkologiske behandling af cervixcancer.



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

I de senere år er kriterierne for at opnå makroradikal operation blevet bedre defineret, og præoperativt gøres en indsats for at vurdere operabiliteten. Andelen, der får neoadjuverende kemoterapi varierer, men er generelt steget. Fremover vil data for de to grupper; primær kirurgi hhv. neoadjuverende kemoterapi, kunne analyseres og forhåbentlig give viden til en bedre selektering til de to behandlinger for patienter med st. IIIC og IV sygdom.

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

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

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

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

Endometriecancer og atypisk hyperplasi i endometriet

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

Behandlingen af livmoderkræft har ændret sig radikalt over de senere 10-15 år. Hvor livmoderkræft tidligere blev behandlet på næsten alle danske sygehuse, er behandlingen nu centraliseret på nogle få store hospitaler. Dette er for at sikre korrekt valg af operation og evt. efterbehandling. Tidligere fjernede man operativt kun livmoder, æggestokke og æggeledere, og hvis der var specielle risikofaktorer tilstede fik enkelte patienter strålebehandling i efterforløbet. I dag er den histologiske type bestemmende for om man



gennemgår ekstra scanninger, idet nogle typer har større tendens til at metastasere (sprede sig) end andre. Ved sygdom med lav-risikohistologi er dybden af invasion i myometriet (livmoderens væg) bestemmende for om der skal fjernes lymfeknuder i bækkenet. Denne dybdebedømmelse foretages som oftest peroperativt af en patolog (mest præcise metode), men i nogen centre anvendes en scanningsmetode inden operationen til denne vurdering. Hvis man har sygdom med højrisikohistologi vil man som udgangspunkt altid anbefale at fjerne lymfeknuder i bækkenet og, hvis patientens tilstand tillader det, også langs aorta (hovedpulsåren). For visse typer fjernes også omentet (fedtforklæde i bughulen). Operationen kan således variere fra, at man fjerner livmoder, æggestokke og æggeledere til også at indbefatte lymfeknuder i det lille bækken, lymfeknuder langs hovedpulsåren, og fedtforklædet. Ud fra de fund man gør i det fjernede væv 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 100 og 120 nye tilfælde af vulvacancer årligt.

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

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

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

Den primære behandling er oftest kirurgisk. For stadie IA tumorer (nedvækst < 1mm) er der alene tale om lokal resektion af tumor. Ved højere stadier foretages radikal resektion af tumor, hvor man tilstræber 3 mm mikroskopisk fri resektionsmargin. Ved stadie IB tumorer under 4 cm foretages sentinel node bestemmelse. Ved større tumorer fjernes alle lymfeknuder i lysken. Ved inoperable tumorer eller dissemineret sygdom vil den primære behandling bestå i strålebehandling og/eller kemoterapi.

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

I Danmark er vulvacancer kirurgi og strålebehandling 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. I tidlige stadier kan kirurgi overvejes.

Trofoblastsygdomme

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

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



Den hyppigste form er mola hydatidosa, der andrager 90 % af ovenstående og som i 90 % af disse tilfælde forløber ukompliceret efter evacuatio og en efterfølgende kontrolperiode med s-hCG. En molagraviditet er enten komplet eller partiel, og genetisk som oftest hhv. diploid og triploid. Imidlertid udvikler 20 % af patienterne med diploid mola en invasiv eller persisterende mola (PTD), der kræver billeddiagnostisk udredning og medicinsk onkologisk behandling. Sjældnere ses andre potentielt livstruende trofoblastsygdomme, som kan optræde både efter en mola men også efter en normal graviditet. Herunder forstås choriocarcinom, placental site trophoblastic tumor (PSTT), og epithelioid trophoblastic tumor (ETT).

Den rette udredning og behandling af trofoblastsygdomme kræver et tværfagligt team af eksperter inden for gynækologi, billeddiagnostik, patologi, genetik og onkologi. Prognosen efter en behandlingskrævende trofoblastsygdom er god og der er en forventet overlevelse på næsten 100 % efter persisterende mola og 95 % efter de øvrige trofoblastsygdomme.



Appendiks 3: Supplerende deskriptive resultater

Baggrundsplysninger og risikomarkører

Tabel A3.1.1 Fordeling af cancertype 1. juli 2019– 30. juni 2022

Cancertype	2021/22		2020/21		2019/20	
	antal	%	antal	%	antal	%
Ovariecancer	163	9,2	200	10,2	196	10,1
Tubacancer	145	8,1	155	7,9	171	8,8
Peritonealcancer	19	1,1	16	0,8	18	0,9
Borderlinetumor	180	10,1	181	9,3	153	7,9
Cervixcancer	280	15,7	270	13,8	313	16,1
Vulvacancer	113	6,3	115	5,9	109	5,6
Vaginalcancer	19	1,1	19	1,0	13	0,7
Trofoblastsygdom	20	1,1	34	1,7	71	3,6
Uvis ovarie- eller peritonealcancer	171	9,6	147	7,5	157	8,1
Corpuscancer	586	32,9	697	35,7	640	32,8
Hyperplasi med atypi, kompleks	51	2,9	92	4,7	81	4,2
Hyperplasi med atypi, simpel	17	1,0	26	1,3	27	1,4
16	16	0,9	-	-	-	-
I alt	1.780	100,0	1.952	100,0	1.949	100,0

Tabel A3.1.2 ASA score fordelt på cancertype 1. juli 2021 – 30. juni 2022

ASA score	Cervixcancer		Ovariecancer		Borderline		Corpuscancer		Hyperplasi		Vulva		Vaginal		Trofoplast		I alt	
	antal	%	antal	%	antal	%	antal	%	antal	%	antal	%	antal	%	antal	%	antal	%
1. Rask	65	23,2	75	15,1	47	26,1	99	16,9	12	17,6	25	22,1	#	5,3	0	0,0	324	18,4
2. Let systemisk sygdom	35	12,5	198	39,8	73	40,6	307	52,4	35	51,5	41	36,3	0	0,0	0	0,0	689	39,1
3. Alvorlig systemisk sygdom	13	4,6	89	17,9	26	14,4	159	27,1	13	19,1	17	15,0	#	5,3	0	0,0	318	18,0
4. Livstruende systemisk sygdom	0	0,0	#	0,2	#	0,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	#	0,1
6. Uoplyst	167	59,6	135	27,1	33	18,3	21	3,6	8	11,8	30	26,5	17	89,5	20	100,0	431	24,4
I alt	280	100,0	498	100,0	180	100,0	586	100,0	68	100,0	113	100,0	19	100,0	20	100,0	1.764	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 2021 – 30. juni 2022

BMI	Cervixcancer		Ovariecancer		Borderline		Corpuscancer		Hyperplasi		Vulva		Vaginal		Trofoplast		I alt	
	antal	%	antal	%	antal	%	antal	%	antal	%	antal	%	antal	%	antal	%	antal	%
< 18,5	15	5,4	19	3,8	3	1,7	8	1,4	0	0,0	4	3,5	0	0,0	0	0,0	49	2,8
18,5 <= BMI < 25	93	33,2	182	36,5	54	30,0	152	25,9	12	17,6	36	31,9	5	26,3	14	70,0	548	31,1
25 <= BMI <= 35	99	35,4	203	40,8	72	40,0	273	46,6	24	35,3	46	40,7	7	36,8	#	5,0	725	41,1
> 35	29	10,4	26	5,2	32	17,8	128	21,8	30	44,1	7	6,2	3	15,8	#	5,0	256	14,5
Ukendt/forkert	44	15,7	68	13,7	19	10,6	25	4,3	#	2,9	20	17,7	4	21,1	4	20,0	186	10,5
Middel	26,9	-	26,3	-	29,8	-	30,0	-	34,2	-	26,6	-	27,9	-	22,8	-	25,1	-
Median	25,5	-	25,5	-	28,6	-	28,7	-	33,3	-	25,9	-	27,1	-	22,3	-	27,2	-
I alt	280	100,0	498	100,0	180	100,0	586	100,0	68	100,0	113	100,0	19	100,0	20	100,0	1.764	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 2021 – 30. juni 2022

Rygestatus	Cervixcancer		Ovariecancer		Borderline		Corpuscancer		Hyperplasi		Vulva		Vaginal		Trofoplast		I alt	
	antal	%	antal	%	antal	%	antal	%	antal	%	antal	%	antal	%	antal	%	antal	%
Ryger	66	23,6	68	13,7	34	18,9	48	8,2	7	10,3	13	11,5	3	15,8	4	20,0	243	13,8
Eks-ryger	72	25,7	114	22,9	46	25,6	120	20,5	17	25,0	37	32,7	4	21,1	#	5,0	411	23,3
Aldrig ryger	110	39,3	259	52,0	79	43,9	377	64,3	38	55,9	55	48,7	7	36,8	10	50,0	935	53,0
Ukendt	31	11,1	57	11,4	20	11,1	41	7,0	5	7,4	7	6,2	5	26,3	5	25,0	171	9,7
Uoplyst	#	0,4	0	0,0	#	0,6	0	0,0	#	1,5	#	0,9	0	0,0	0	0,0	4	0,2
I alt	280	100,0	498	100,0	180	100,0	586	100,0	68	100,0	113	100,0	19	100,0	20	100,0	1.764	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 2021 – 30. juni 2022

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



Cervixcancer

Tabel A3.2.1 Histologi for Cervixcancer

Histologi	2021/22		2020/21		2019/20	
	antal	%	antal	%	antal	%
Planocellulært karcinom	190	67,9	177	65,6	192	61,3
Adenokarcinom	61	21,8	63	23,3	70	22,4
Adenoskvamøst karcinom	7	2,5	4	1,5	8	2,6
Neuroendokrint karcinom	3	1,1	3	1,1	5	1,6
Udifferentieret karcinom	#	0,4	-	-	-	-
Sarkom	#	0,4	-	-	-	-
Anden malign morfologi	6	2,1	5	1,9	#	0,3
Ingen tumorrest i operationspræparatet	-	-	#	0,4	#	0,6
Ingen tumorrest	#	0,4	#	0,7	4	1,3
Missing	10	3,6	15	5,6	31	9,9
I alt	280	100,0	270	100,0	313	100,0

Tabel A3.2.2 FIGO2018 stadieinddeling for cervixcancer

Stadie	2021/22		2020/21		2019/20	
	antal	%	antal	%	antal	%
.	7	2,5	3	1,1	#	0,6
0. Ingen tegn på primærtumor	3	1,1	-	-	-	-
Ia1: Invasionsdybde <= 3 mm	52	18,6	59	21,9	74	23,6
Ia2: Invasionsdybde > 3 mm men <= 5 mm	20	7,1	24	8,9	21	6,7
Ib1: Invasionsdybde >5 mm og tumorstørrelse <= 2 cm	27	9,6	24	8,9	45	14,4
Ib2: Tumorstørrelse > 2 cm men <= 4 cm	23	8,2	26	9,6	22	7,0
Ib3: Tumorstørrelse > 4 cm	7	2,5	11	4,1	7	2,2
IIa1: Nedvækst øverste 2/3 af vagina, parametrier frie, synlig tumor <= 4 cm	#	0,7	#	0,4	3	1,0
IIa2: Nedvækst øverste 2/3 af vagina, parametrier frie, synlig tumor > 4 cm	-	-	#	0,4	3	1,0
IIb: Udvækst i parametrie(r), tumor når ikke bækkenvægge(n)	41	14,6	32	11,9	58	18,5
IIIa: Nedvækst i nederste 1/3 af vagina, tumor når ikke bækkenvægge(n)	#	0,4	-	-	#	0,3
IIIb: Udvækst til bækkenvægge(n) og/eller hydronefrose eller udslukt nyre	7	2,5	9	3,3	20	6,4
IIIc1: Metastase(r) til pelvine lymfeknuder	50	17,9	35	13,0	23	7,3
IIIc2: Metastase(r) til paraaortale lymfeknuder	9	3,2	14	5,2	5	1,6
IVa: Tumorvækst udover pelvis eller invasion af omkringliggende organer	10	3,6	5	1,9	7	2,2
IVb: Fjernmetastaser	21	7,5	26	9,6	22	7,0
I alt	280	100,0	270	100,0	313	100,0

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

Afdeling	2021/22		2020/21		2019/20	
	antal	%	antal	%	antal	%
Uoplyst	#	0,4	-	-	-	-
Aalborg	-	-	-	-	#	0,6
Bornholm	#	0,4	-	-	-	-
Herlev	-	-	3	1,1	#	0,6
Herning	#	0,7	-	-	-	-
Odense	75	26,8	76	28,1	100	31,9
Randers	-	-	#	0,4	#	0,6
Rigshospitalet	117	41,8	110	40,7	130	41,5
Aarhus	84	30,0	80	29,6	77	24,6
I alt	280	100,0	270	100,0	313	100,0

Ovariecancer

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

Histologi	2021/22		2020/21		2019/20	
	antal	%	antal	%	antal	%
Overfladeepitheliale-stromale tumor	444	89,2	460	88,8	472	87,1
Sex-cord-stromal celle tumor	18	3,6	17	3,3	18	3,3
Germinalcelletumor	11	2,2	17	3,3	16	3,0
Rete ovarii/Mesoteliale tumor	-	-	#	0,2	#	0,2
Uvis histologisk type	#	0,4	#	0,2	6	1,1
Uoplyst	23	4,6	22	4,2	29	5,4
I alt	498	100,0	518	100,0	542	100,0

Tabel A3.3.1a Histologi for borderline tumorer

Histologi for borderline tumorer	2021/22		2020/21		2019/20	
	antal	%	antal	%	antal	%
Serøs borderline tumor	68	37,8	82	45,3	57	37,3
Mucinøs borderline tumor	48	26,7	55	30,4	38	24,8
Seromucinøs borderline tumor	#	1,1	#	1,1	5	3,3
Endometriode borderline tumor	#	0,6	6	3,3	#	1,3
Clearcelle borderline tumor	#	0,6	-	-	-	-
Borderline Brenner tumor	#	0,6	3	1,7	#	0,7
Uoplyst	59	32,8	33	18,2	50	32,7
I alt	180	100,0	181	100,0	153	100,0

Tabel A3.3.1b Histologi for overfladeepitheliale-stromale tumorer

Histologi for overfladeepitheliale-stromale tumorer	2021/22		2020/21		2019/20	
	antal	%	antal	%	antal	%
Serøst tubart intraepitelt carcinom (STIC)	12	2,7	9	2,0	5	1,1
Low-grade serøst adenokarcinom	16	3,6	22	4,8	20	4,2
High-grade serøst adenokarcinom	308	69,4	315	68,5	333	70,6
Serøst adenokarcinom	6	1,4	7	1,5	11	2,3
Mucinøst adenosarkom	24	5,4	26	5,7	21	4,4
Endometrioidt adenokarcinom	32	7,2	40	8,7	31	6,6
Seromucinøst adenokarcinom	#	0,2	-	-	#	0,4
Clear cell adenokarcinom	25	5,6	20	4,3	26	5,5
Malign Brenner tumor	-	-	#	0,4	3	0,6
Karcinosarkom	13	2,9	10	2,2	12	2,5
Low-grade endometrioid stromasarkom	-	-	#	0,2	#	0,4
Andre	7	1,6	7	1,5	6	1,3
Uoplyst	-	-	1	0,2	-	-
I alt	444	100,0	460	100,0	472	100,0

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

Histologi for Sex-cord-stromal celle tumorer	2021/22		2020/21		2019/20	
	antal	%	antal	%	antal	%
Granulosa celle tumor/ adult	14	77,8	14	82,4	13	72,2
Juvenil granulosa celle tumor	#	5,6	-	-	-	-
Malign granulosa celle tumor/ metastaserende granulosa celle tumor	#	5,6	-	-	#	11,1
Fibrosarkom	-	-	#	5,9	-	-
Højt differentierede Sertoli-Leydig celle tumor	#	5,6	-	-	-	-
Middelhøjt differentierede Sertoli-Leydig celle tumor	-	-	#	5,9	#	5,6
Lavt differentierede Sertoli-Leydig celle tumor	#	5,6	#	5,9	#	5,6
Gonade stroma tumor/ uklassificeret sex cord-stromal cell tum	-	-	-	-	#	5,6
I alt	18	100,0	17	100,0	18	100,0



Tabel A3.3.1d Histologi for Germinalcelletumorer

Histologi for Germinalcelletumorer	2021/22		2020/21		2019/20	
	antal	%	antal	%	antal	%
Dysgerminom/ med syncytiotrofoblast	#	9,1	#	5,9	#	12,5
Endodermal sinustumor/ blommesæktumor	#	18,2	3	17,6	#	12,5
Immaturt teratom	#	9,1	6	35,3	#	6,3
Teratom med malign omdannelse/ med sekundær tumor	5	45,5	3	17,6	6	37,5
Malign struma ovarii/ struma ovarii med sekundær tumor	-	-	#	11,8	#	12,5
Karcinoid tumor	-	-	#	11,8	#	6,3
Malign karcinoid tumor/metastaserende karcinoid tumor	-	-	-	-	#	6,3
Neuroendokrint karcinom	#	9,1	-	-	#	6,3
Blandet germinalcelle tumor	#	9,1	-	-	-	-
I alt	11	100,0	17	100,0	16	100,0

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

Histologi for Rete ovarii/Mesoteliale tumorer	2021/22		2020/21		2019/20	
	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	2021/22		2020/21		2019/20	
	antal	%	antal	%	antal	%
IA: Tumor begrænset til et ovarie eller en tuba	57	11,4	70	13,5	69	12,7
IB: Tumor begrænset til begge ovarier eller begge tuba	3	0,6	#	0,4	7	1,3
IC: Tumor begrænset til begge ovarier el. tuba, m tumorceller i peritonealcavi.	54	10,8	62	12,0	51	9,4
IIA: Udvækst af tumor til uterus og/eller salpinges	11	2,2	15	2,9	17	3,1
IIB: Udvækst til andre organer/væv i det lille bækken. *	14	2,8	16	3,1	22	4,1
IIIA: Mikroskopiske metastaser uden for det lille bækken	20	4,0	28	5,4	28	5,2
IIIB: Makroskopiske metastaser <= 2cm i øvre abdomen, m/u lymfekn. metas.	27	5,4	28	5,4	28	5,2
IIIC: Metastase > 2cm i øvre abdomen, m/u lymfeknude metastaser	112	22,5	136	26,3	121	22,3
IV: Fjernmetastaser	179	35,9	159	30,7	187	34,5
Uspecificeret stadium	11	2,2	#	0,2	9	1,7
Ukendt stadium	5	1,0	#	0,2	-	-
Uoplyst	5	1,0	-	-	3	0,6
I alt	498	100,0	518	100,0	542	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	2021/22		2020/21		2019/20	
	antal	%	antal	%	antal	%
IA: Tumor begrænset til et ovarie eller en tuba	69	38,3	78	43,1	57	37,3
IB: Tumor begrænset til begge ovarier eller begge tuba	7	3,9	6	3,3	7	4,6
IC: Tumor begrænset til begge ovarier el. tuba, m tumorceller i peritonealcavi.	39	21,7	44	24,3	33	21,6
IIA: Udvækst af tumor til uterus og/eller salpinges	3	1,7	#	1,1	-	-
IIB: Udvækst til andre organer/væv i det lille bækken. *	3	1,7	4	2,2	3	2,0
IIIA: Mikroskopiske metastaser uden for det lille bækken	4	2,2	9	5,0	#	1,3
IIIB: Makroskopiske metastaser <= 2cm i øvre abdomen, m/u lymfekn. metas.	#	0,6	6	3,3	#	1,3
IIIC: Metastase > 2cm i øvre abdomen, m/u lymfeknude metastaser	-	-	#	1,1	#	1,3
IV: Fjernmetastaser	#	0,6	-	-	#	0,7
Uoplyst	53	29,4	30	16,6	46	30,1
I alt	180	100,0	181	100,0	153	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	2021/22		2020/21		2019/20	
	antal	%	antal	%	antal	%
Uoplyst	-	-	-	-	#	0,2
Aalborg	36	7,2	52	10,0	50	9,2
Herlev	-	-	5	1,0	#	0,4
Hvidovre	#	0,2	-	-	-	-
Kolding	#	0,2	-	-	#	0,2
Odense	153	30,7	190	36,7	205	37,8
Rigshospitalet	170	34,1	163	31,5	153	28,2
Roskilde	#	0,2	#	0,4	3	0,6
Aarhus	136	27,3	106	20,5	127	23,4
I alt	498	100,0	518	100,0	542	100,0

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

Afdeling	2021/22		2020/21		2019/20	
	antal	%	antal	%	antal	%
Uoplyst	#	0,6	-	-	-	-
Aalborg	6	3,3	14	7,7	19	12,4
Herlev	21	11,7	10	5,5	10	6,5
Herning	#	0,6	-	-	-	-
Odense	48	26,7	56	30,9	33	21,6
Rigshospitalet	63	35,0	66	36,5	46	30,1
Roskilde	19	10,6	8	4,4	9	5,9
Aarhus	20	11,1	27	14,9	36	23,5
Slagelse	#	0,6	-	-	-	-
I alt	180	100,0	181	100,0	153	100,0

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

Afdeling	2021/22		2020/21		2019/20	
	antal	%	antal	%	antal	%
Aalborg, Patologi	40	5,9	64	9,2	61	8,8
Aarhus Universitetshospital, Aarhus Sygehus NBG/THG	149	22,0	125	17,9	161	23,2
Esbjerg, Patologi	#	0,1	#	0,1	#	0,1
Herlev, Patologisk-anatomi	8	1,2	14	2,0	17	2,4
Hvidovre, Patologi	#	0,1	#	0,1	#	0,1
Næstved, Patologi	#	0,1	#	0,3	#	0,1
Odense, Patologi	189	27,9	231	33,0	223	32,1
Randers, Patologi	-	-	#	0,1	#	0,1
Rigshospitalet, Patologi	227	33,5	218	31,2	183	26,3
Roskilde, Patologi	9	1,3	7	1,0	7	1,0
Sønderborg, Patologi	-	-	-	-	#	0,1
Vejle, Patologi	7	1,0	3	0,4	3	0,4
Uoplyst	46	6,8	32	4,6	35	5,0
I alt	678	100,0	699	100,0	695	100,0



Corpuscancer

Tabel A3.4.1 Histologi for corpuscancer (Karcinomer)

Histologi	2021/22		2020/21		2019/20	
	antal	%	antal	%	antal	%
Endometrioidt adenokarcinom	413	76,6	493	76,8	464	77,2
Mucinøst adenokarcinom	-	-	#	0,2	4	0,7
Serøst adenokarcinom	64	11,9	68	10,6	60	10,0
Clear cell adenokarcinom	11	2,0	20	3,1	25	4,2
Blandet adenokarcinom (mixed cell adenokarcinom)	#	0,4	4	0,6	3	0,5
Planocellulært karcinom	-	-	#	0,2	#	0,2
Udifferentieret karcinom	7	1,3	3	0,5	#	0,3
Karcinosarkom, heterolog	9	1,7	14	2,2	12	2,0
Karcinosarkom, homolog	20	3,7	18	2,8	23	3,8
Karcinosarkom, inkl nos	-	-	#	0,3	-	-
Andre karcinomtyper	9	1,7	8	1,2	3	0,5
Uvis histologisk type	#	0,2	4	0,6	#	0,2
Uoplyst	3	0,6	6	0,9	3	0,5
I alt	539	100,0	642	100,0	601	100,0

Tabel A3.4.2 Histologi for corpuscancer (Sarkomer)

Histologi	2021/22		2020/21		2019/20	
	antal	%	antal	%	antal	%
Stromasarkom, lavmalignt	4	17,4	5	14,3	4	12,1
Udifferentieret endometrialt sarkom	#	4,3	#	2,9	3	9,1
Leiomyosarkom	9	39,1	16	45,7	12	36,4
Epiteloidt leiomyosarkom	-	-	-	-	#	6,1
Myksoidt sarkom	#	4,3	-	-	-	-
Glat muskeltumor af uvist malignt potentiale	3	13,0	#	5,7	4	12,1
Adenosarkom	#	4,3	3	8,6	#	6,1
Anden malign stromal tumor	3	13,0	3	8,6	4	12,1
Uvis histologisk type	-	-	5	14,3	#	6,1
Uoplyst	#	4,3	-	-	-	-
I alt	23	100,0	35	100,0	33	100,0

Tabel A3.4.3 Stadietildeling for endometriekarcinomer

Stadie	2021/22		2020/21		2019/20	
	antal	%	antal	%	antal	%
IA: Tumor begrænset til corpus uterii m. ingen el. < 50% indv. i myometriet	269	50,1	344	53,6	325	54,1
IB: Tumor begrænset til corpus uterii m. >= 50% indvækst i myometriet	75	14,0	99	15,4	79	13,1
II: Invasion af cervikale stroma, men afgrænset til uterus*	28	5,2	27	4,2	39	6,5
IIIA: Invasion af corpus uterii serosa og/eller adnexae **	16	3,0	16	2,5	26	4,3
IIIB: Involvering af vagina og/eller parametrium **	#	0,4	10	1,6	11	1,8
IIIC1: Positive pelvine lymfeknuder**	36	6,7	44	6,9	26	4,3
IIIC2: Positive paraaortiske lymfeknuder m/u positive pelv. lymfeknuder ***	9	1,7	19	3,0	10	1,7
IVA: Tumordinvasion i blære og/eller tarm mukosa	#	0,2	#	0,2	#	0,2
IVB: Fjernmetastaser inkl. intraabdominale og/el. ingvinale lymfeknudemet.	10	1,9	26	4,0	14	2,3
Uspecificeret stadie: Neoplasma malignum corporis uteri	89	16,6	50	7,8	68	11,3
Uoplyst	#	0,4	6	0,9	#	0,3
I alt	537	100,0	642	100,0	601	100,0



Tabel A3.4.4 Stadienddeling for leiomyosarkomer

Stadie	2021/22		2020/21		2019/20	
	antal	%	antal	%	antal	%
IA: Tumor < 5 cm, begrænset til uterus	3	13,0	3	8,6	4	12,1
IB: Tumor >= 5 cm, begrænset til uterus	6	26,1	11	31,4	11	33,3
IIA: Tumor udbredt til pelvis med involvering af adnexae	-	-	#	2,9	-	-
IIB: Tumor udbredt til ekstrauterint væv i pelvis	#	4,3	#	2,9	-	-
IIIA: Invaderer abdominalt væv, kun ét sted	-	-	#	2,9	-	-
IIIB: Invaderer abdominalt væv, flere steder	#	4,3	-	-	#	3,0
Uspecificeret stadie: Neoplasma malignum corporis uteri	#	8,7	#	2,9	-	-
Uoplyst	10	43,5	17	48,6	17	51,5
I alt	23	100,0	35	100,0	33	100,0

Tabel A3.4.5 Stadienddeling for stromale sarkomer og adenosarkomer

Stadie	2021/22		2020/21		2019/20	
	antal	%	antal	%	antal	%
IA: Begrænset til endometriet/endocervix uden myometrieindvækst	-	-	#	5,7	#	6,1
IB: Tumor begrænset til corpus uterii uden el. < 50% indvækst i myometriet	-	-	#	2,9	-	-
Uspecificeret stadie: Neoplasma malignum corporis uteri	#	4,3	-	-	-	-
Uoplyst	22	95,7	32	91,4	31	93,9
I alt	23	100,0	35	100,0	33	100,0

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

Operationstype	2021/22		2020/21		2019/20	
	antal	%	antal	%	antal	%
Primær operation	599	94,0	732	92,8	686	95,1
Intervalkirurgi	14	2,2	25	3,2	19	2,6
Henvist direkte til kontrol	8	1,3	15	1,9	#	0,3
Afstået fra behandling	7	1,1	#	0,3	#	0,1
Uoplyst	9	1,4	15	1,9	13	1,8
I alt	637	100,0	789	100,0	721	100,0

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

Operationstype	2021/22		2020/21		2019/20	
	antal	%	antal	%	antal	%
Laparotomi	66	10,4	96	12,2	85	11,8
Laparoskopi	43	6,8	77	9,8	70	9,7
Robotassisteret laparoskopi	501	78,6	585	74,1	550	76,3
Vaginal	#	0,2	#	0,1	3	0,4
Uoplyst	26	4,1	30	3,8	13	1,8
I alt	637	100,0	789	100,0	721	100,0

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

Afdeling	2021/22		2020/21		2019/20	
	antal	%	antal	%	antal	%
Aalborg	63	9,9	76	9,6	89	12,3
Danske hospitaler	-	-	#	0,3	-	-
Herlev	52	8,2	101	12,8	134	18,6
Herning	#	0,3	-	-	-	-
Hillerød	-	-	#	0,1	-	-
Holbæk	-	-	#	0,1	-	-
Næstved	-	-	-	-	#	0,1
Odense	180	28,3	202	25,6	198	27,5
Randers	#	0,2	-	-	#	0,3
Rigshospitalet	110	17,3	115	14,6	99	13,7
Roskilde	40	6,3	94	11,9	52	7,2
Aarhus	189	29,7	197	25,0	146	20,2
I alt	637	100,0	789	100,0	721	100,0



Vulvacancer

Tabel A3.5.1 Histologi for vulvacancer

Histologi	2021/22		2020/21		2019/20	
	antal	%	antal	%	antal	%
Planocellulært karcinom	97	85,8	98	85,2	84	77,1
Malignt melanom	#	1,8	3	2,6	#	1,8
Anden morfologi	-	-	#	1,7	#	0,9
Basaloidt planocellulært karcinom	#	1,8	3	2,6	#	1,8
Basalcelle karcinom	4	3,5	#	0,9	6	5,5
Verrukøst planocellulært karcinom	#	0,9	-	-	-	-
Paget disease	#	0,9	#	1,7	-	-
Adenokarcinom	#	0,9	#	0,9	#	0,9
Anden malign morfologi	#	0,9	-	-	#	0,9
Missing	4	3,5	5	4,3	12	11,0
I alt	113	100,0	115	100,0	109	100,0

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

Afdeling	2021/22		2020/21		2019/20	
	antal	%	antal	%	antal	%
Aalborg	-	-	-	-	#	1,8
Herlev	#	1,8	#	0,9	4	3,7
Odense	3	2,7	-	-	4	3,7
Rigshospitalet	63	55,8	65	56,5	53	48,6
Roskilde	#	0,9	-	-	-	-
Aarhus	43	38,1	49	42,6	46	42,2
Andre	#	0,9	-	-	-	-
I alt	113	100,0	115	100,0	109	100,0

Trofoblastsygdom

Tabel A3.6.1 Histologi for Trofoblastsygdom

Histologi	2021/22		2020/21		2019/20	
	antal	%	antal	%	antal	%
Komplet mola	10	50,0	14	41,2	40	56,3
Partiel mola	5	25,0	17	50,0	24	33,8
Mola udefineret	-	-	-	-	#	1,4
PSTT	#	5,0	#	2,9	#	1,4
ETT	#	5,0	#	2,9	#	1,4
Uoplyst	3	15,0	#	2,9	4	5,6
I alt	20	100,0	34	100,0	71	100,0



Appendiks 4: Overlevelse

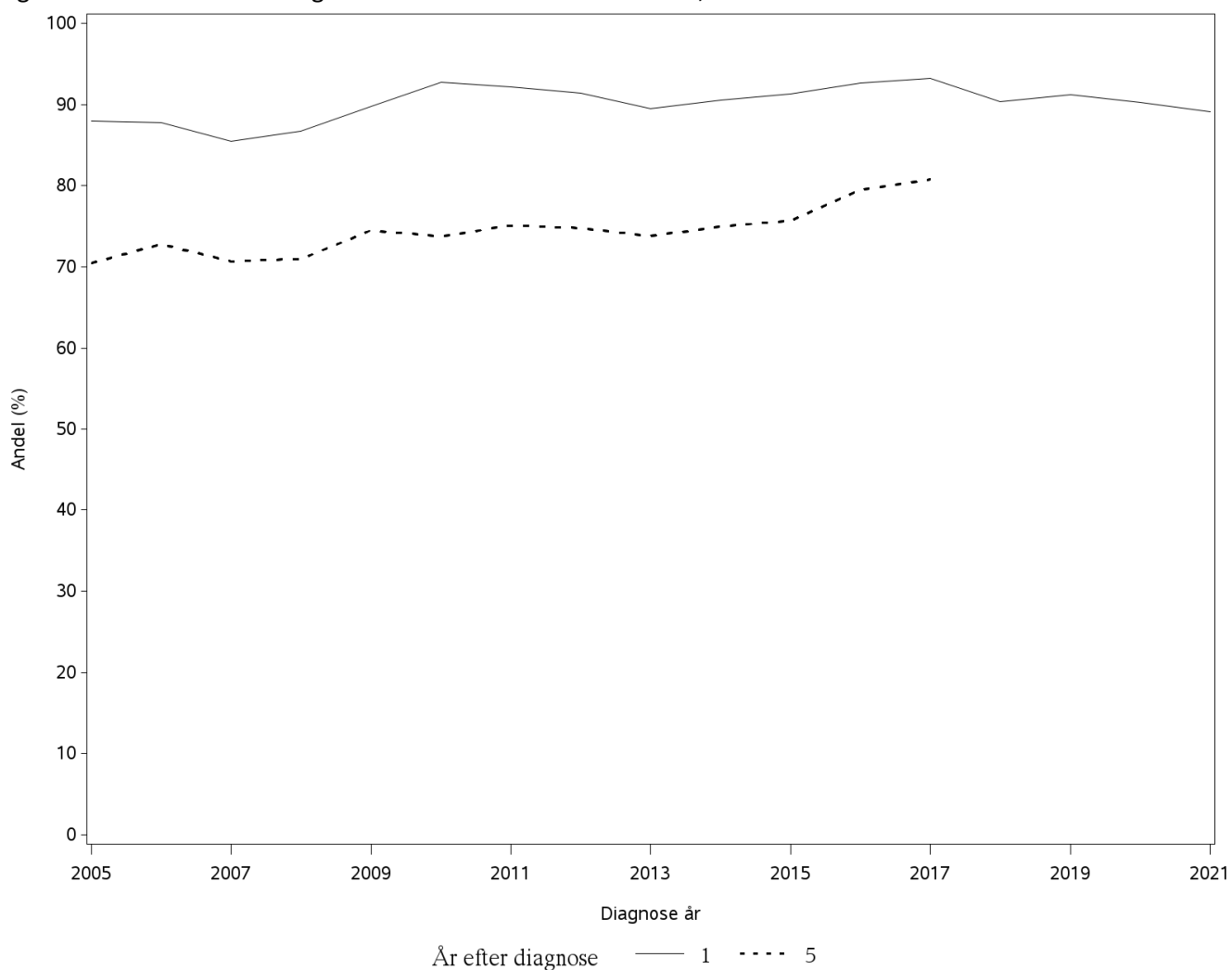
Samlet overlevelse

Tabel A4.1.1 Observeret overlevelse 1.7.2018-30.6.2022 fordelt på overordnet cancertype

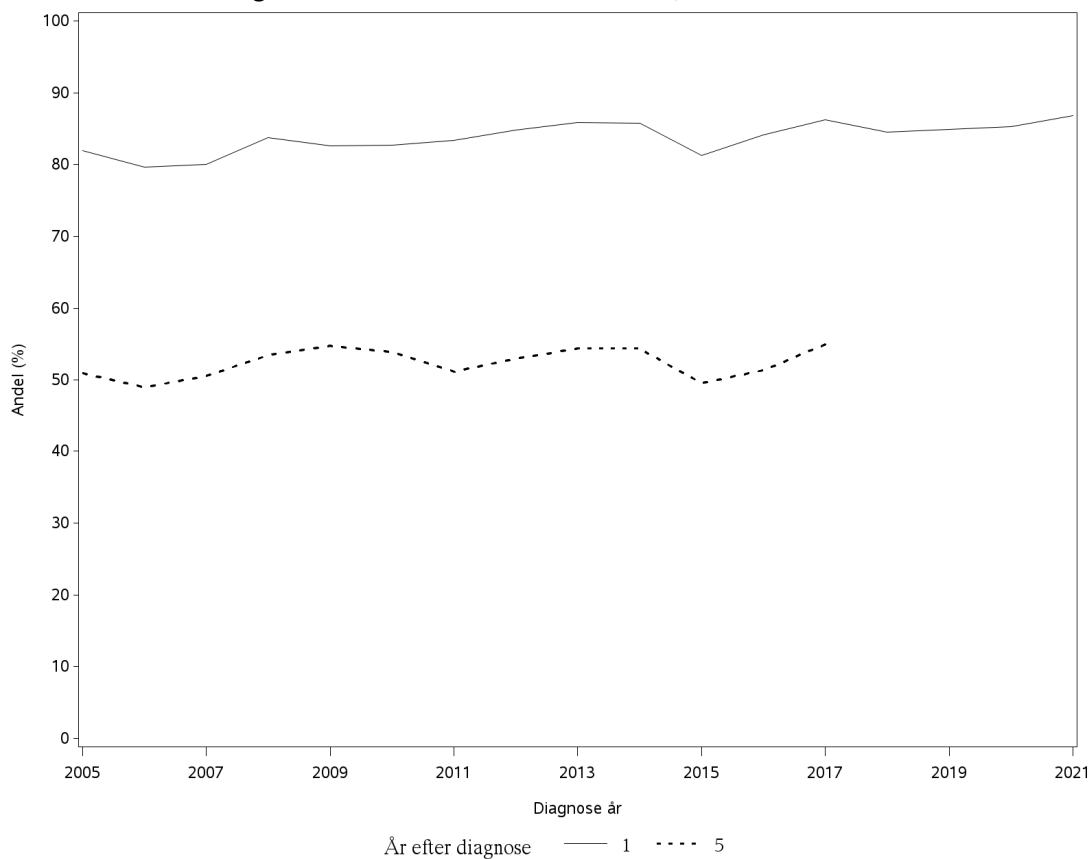
Overlevelse fordelt på Cancertyper	Cervixcancer			Ovariecancer			Corpuscancer			Vulvacancer		
	Overlevelse	Nedre CL	Øvre CL	Overlevelse	Nedre CL	Øvre CL	Overlevelse	Nedre CL	Øvre CL	Overlevelse	Nedre CL	Øvre CL
Andel i live efter 1 år (diagnosticeret 2021)	90,2	89,4	90,9	83,8	83,1	84,4	93,3	92,9	93,8	84,7	82,5	86,6
Andel i live efter 5 år (diagnosticeret 2017)	74,7	73,5	75,9	52,5	51,5	53,4	77,8	77,0	78,5	60,6	57,4	63,6

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

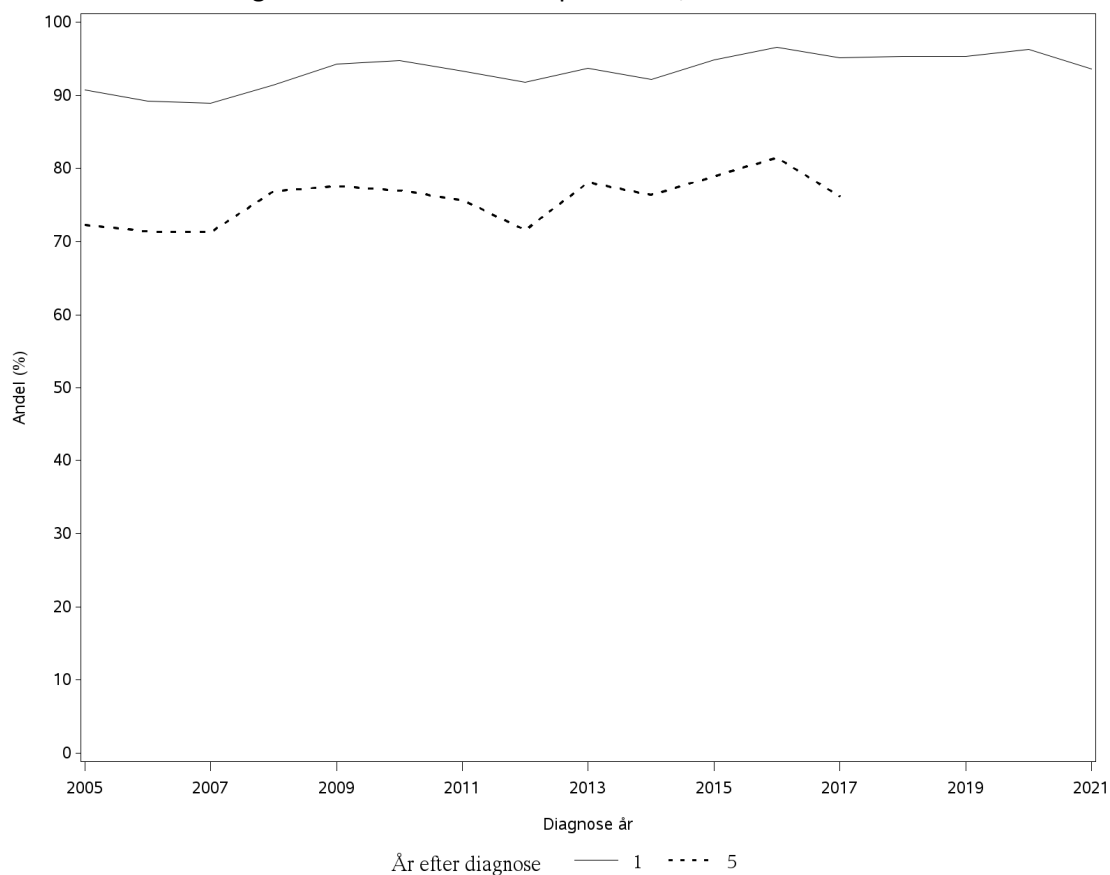
Figur A4.1.1a Trends for 1- og 5 års overlevelse for cervixcancer, 2005-2021



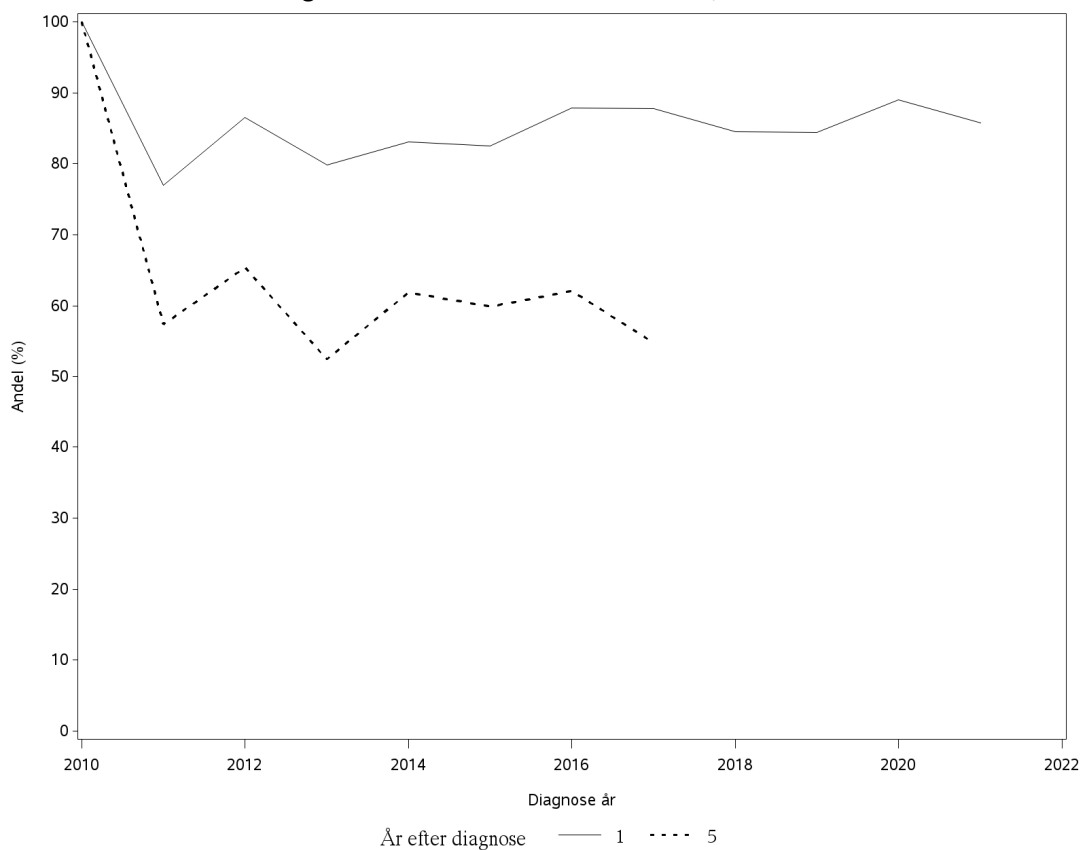
Figur A4.1.1b Trends for 1- og 5 års overlevelse for ovariecancer, 2005-2021



Figur A4.1.1c Trends for 1- og 5 års overlevelse for corpuscancer, 2005-2021



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



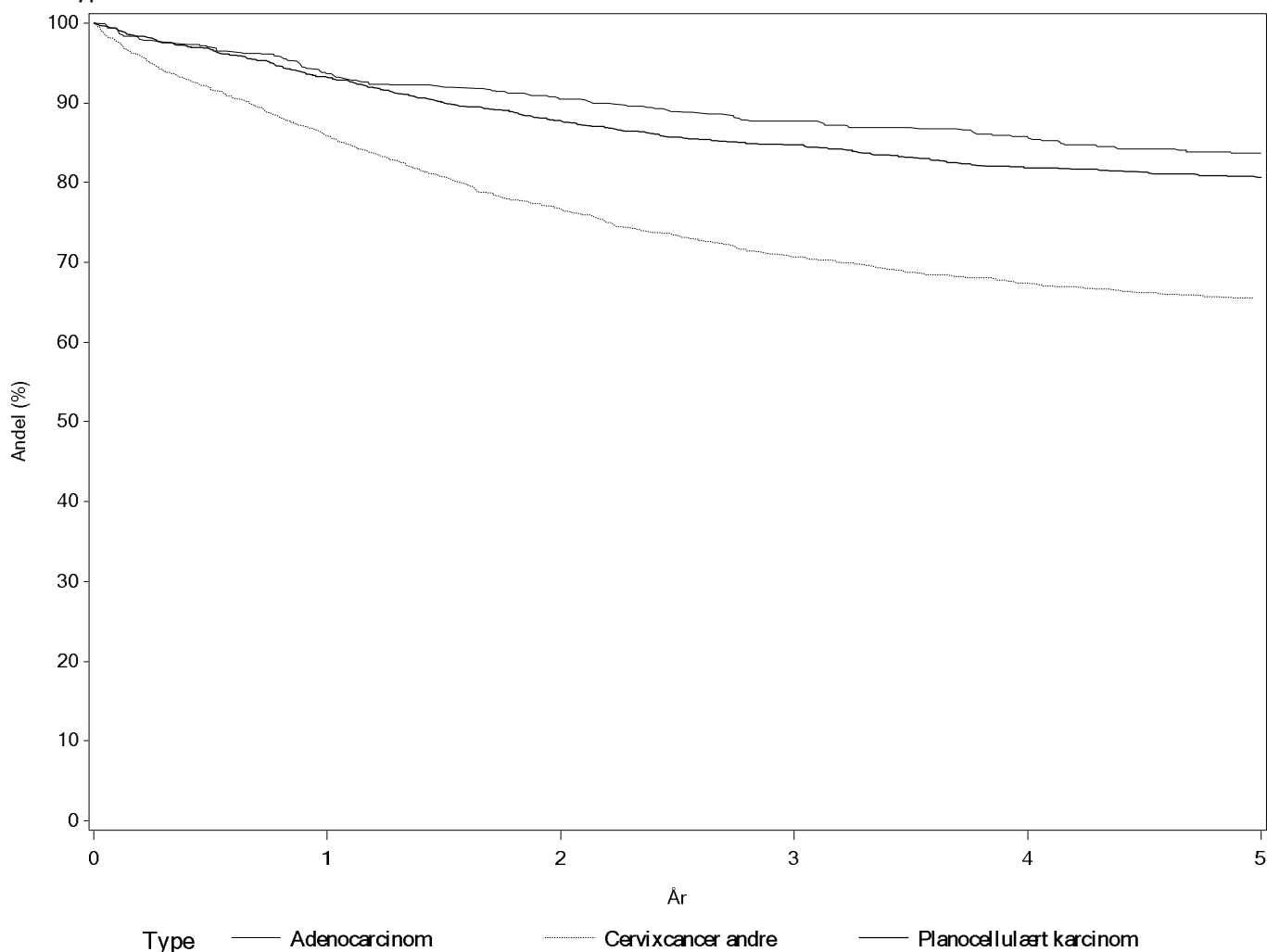


Cervixcancer, overlevelse

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

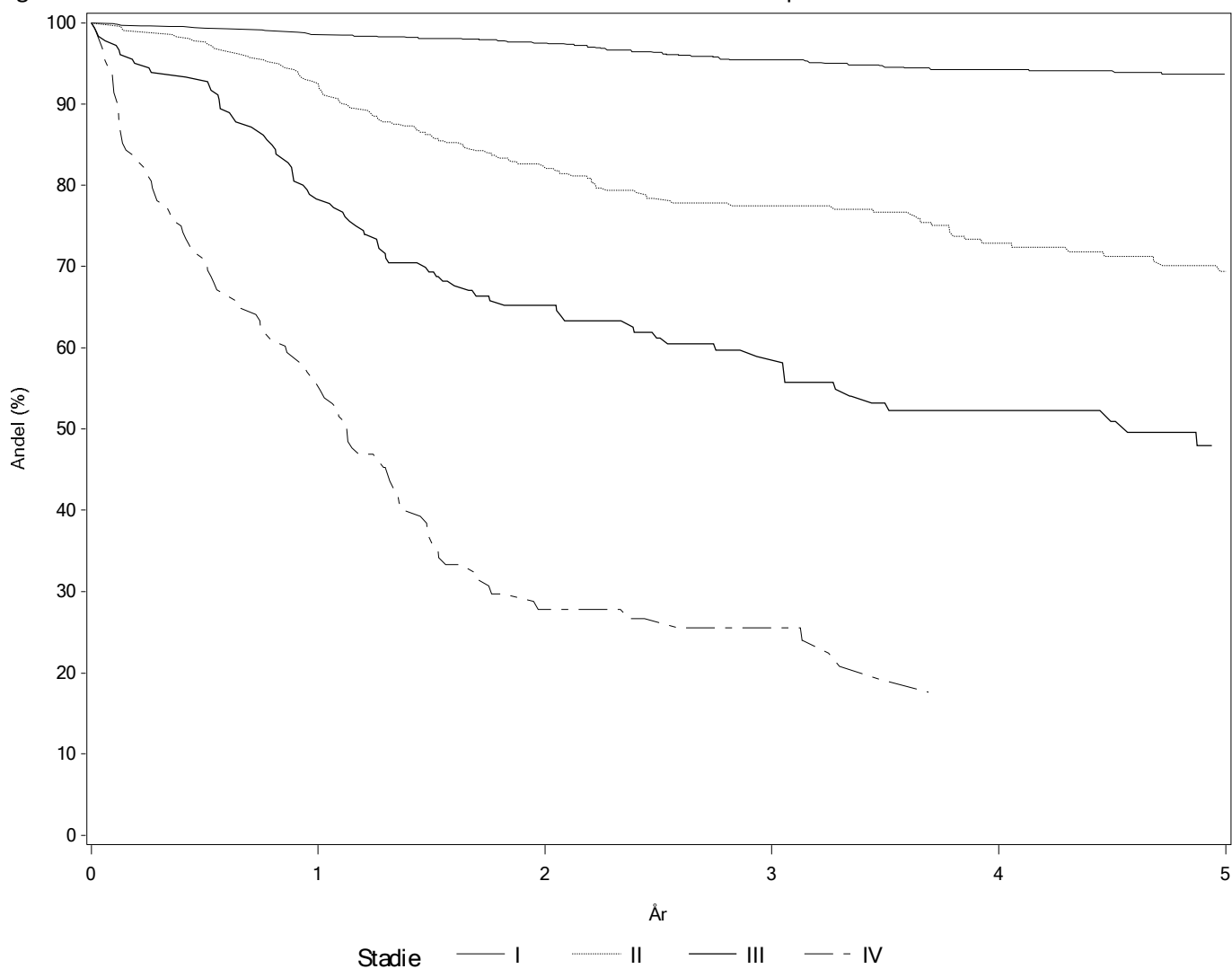
Figur A4.2.1 Overlevelse for alle stadier af cervixcancer 1.7.2017-30.6.2021 stratificeret på histologiske hovedtyper



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

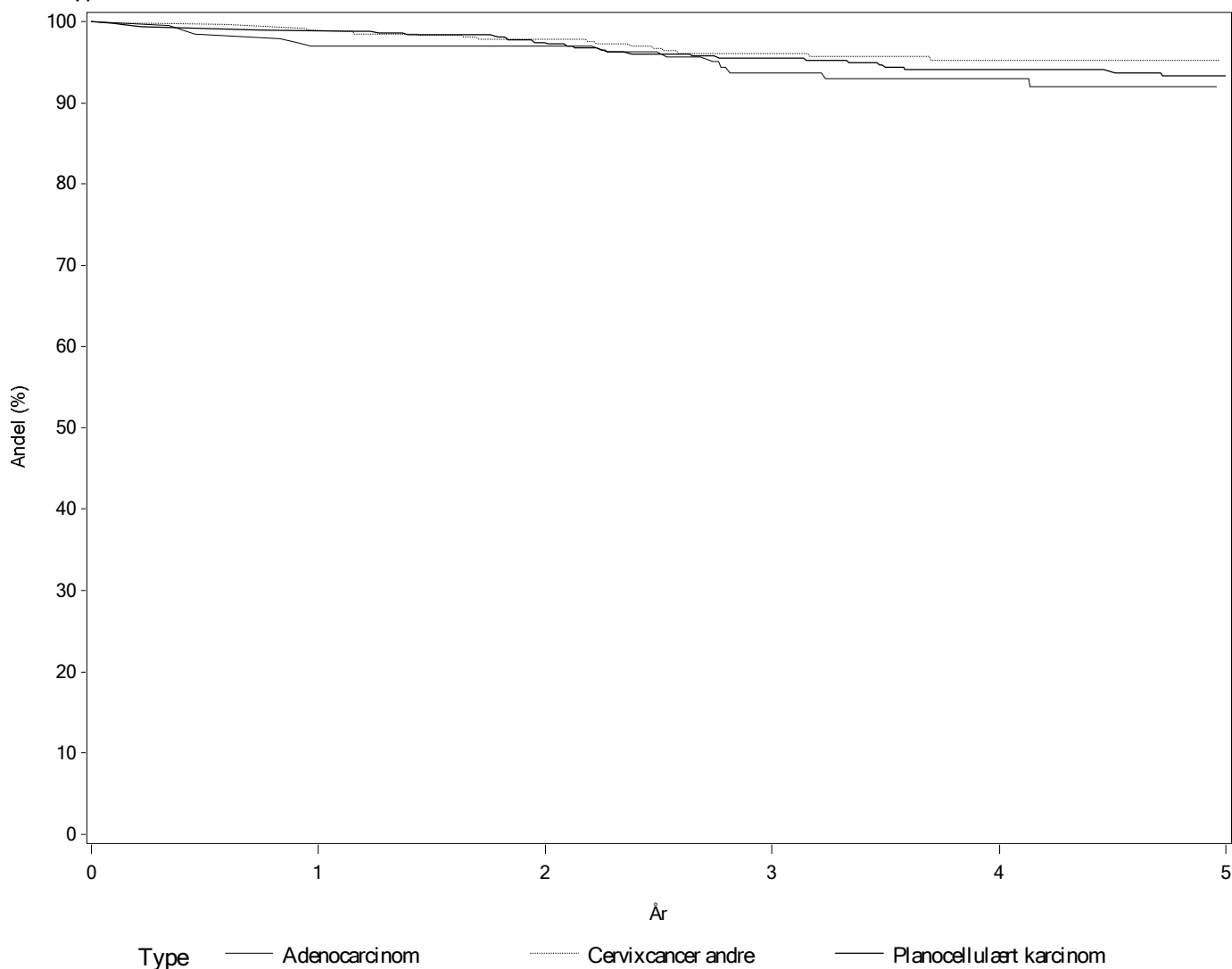
Figur A4.2.2 Overlevelse for cervixcancer 1.7.2017-30.6.2021 stratificeret på FIGO 2018 stadie.



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

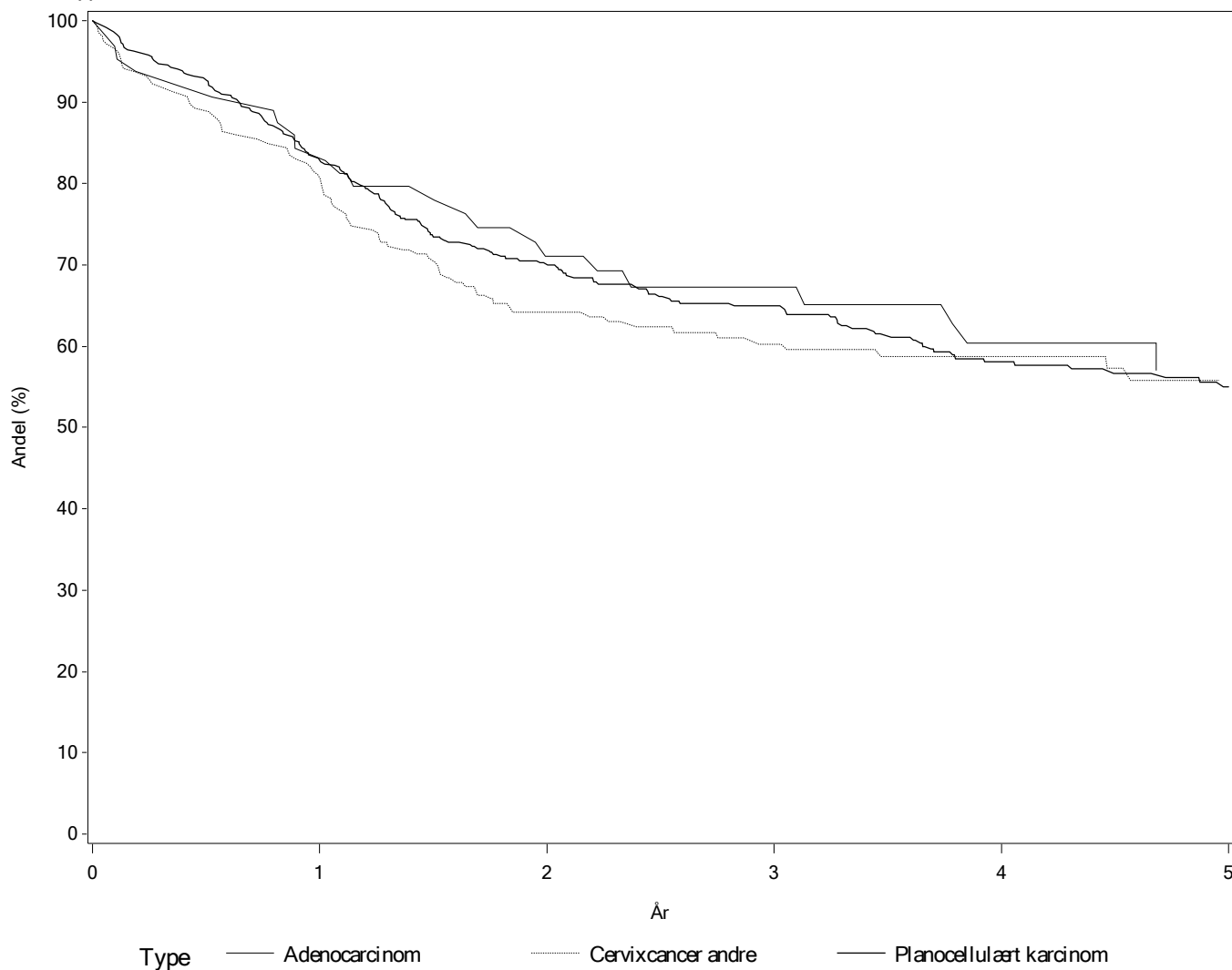
Figur A4.2.3 Overlevelse for cervixcancer, FIGO 2018 st. I 1.7.2017-30.6.2021 stratificeret på histologisk hovedtype.



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.

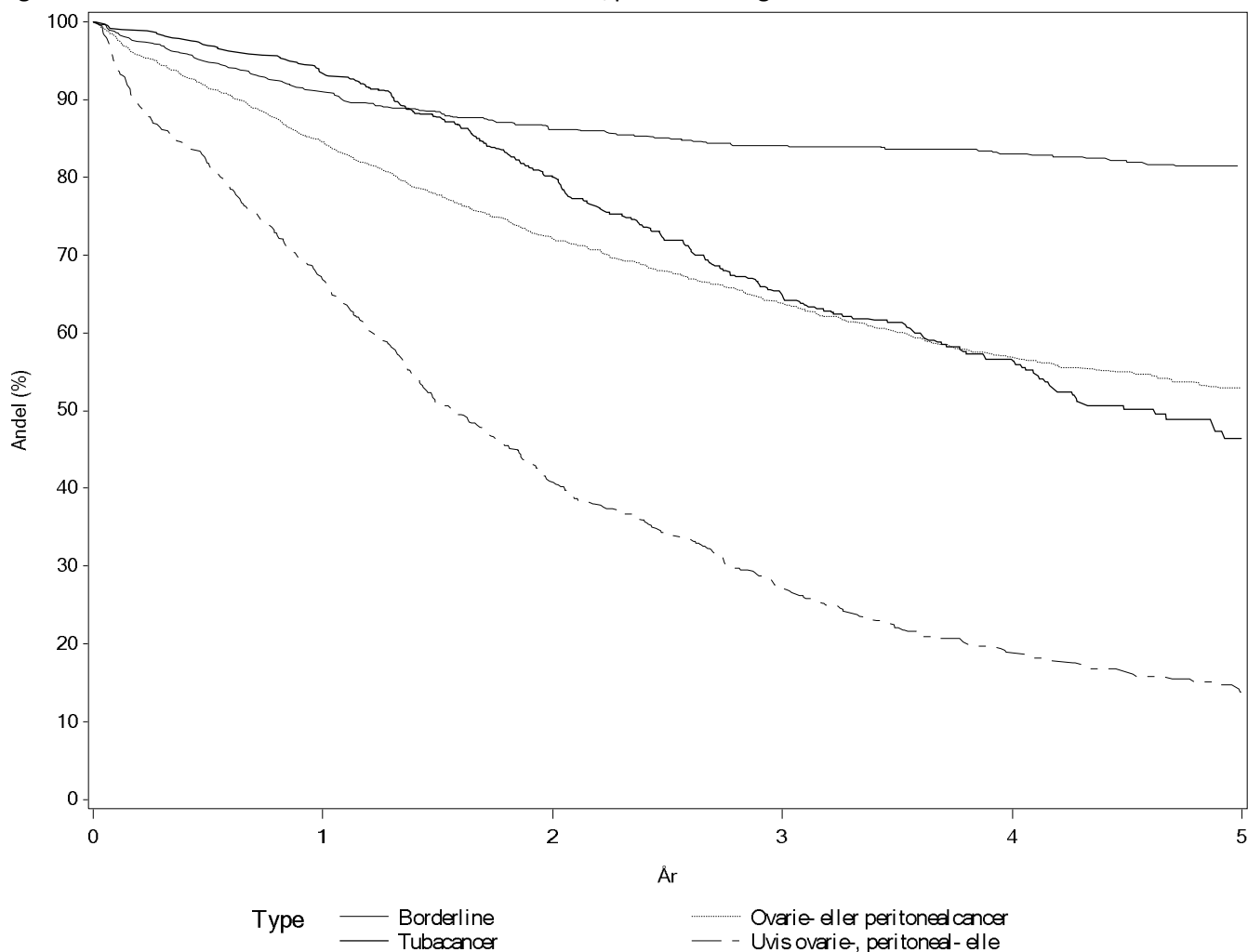


Ovariecancer, overlevelse

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

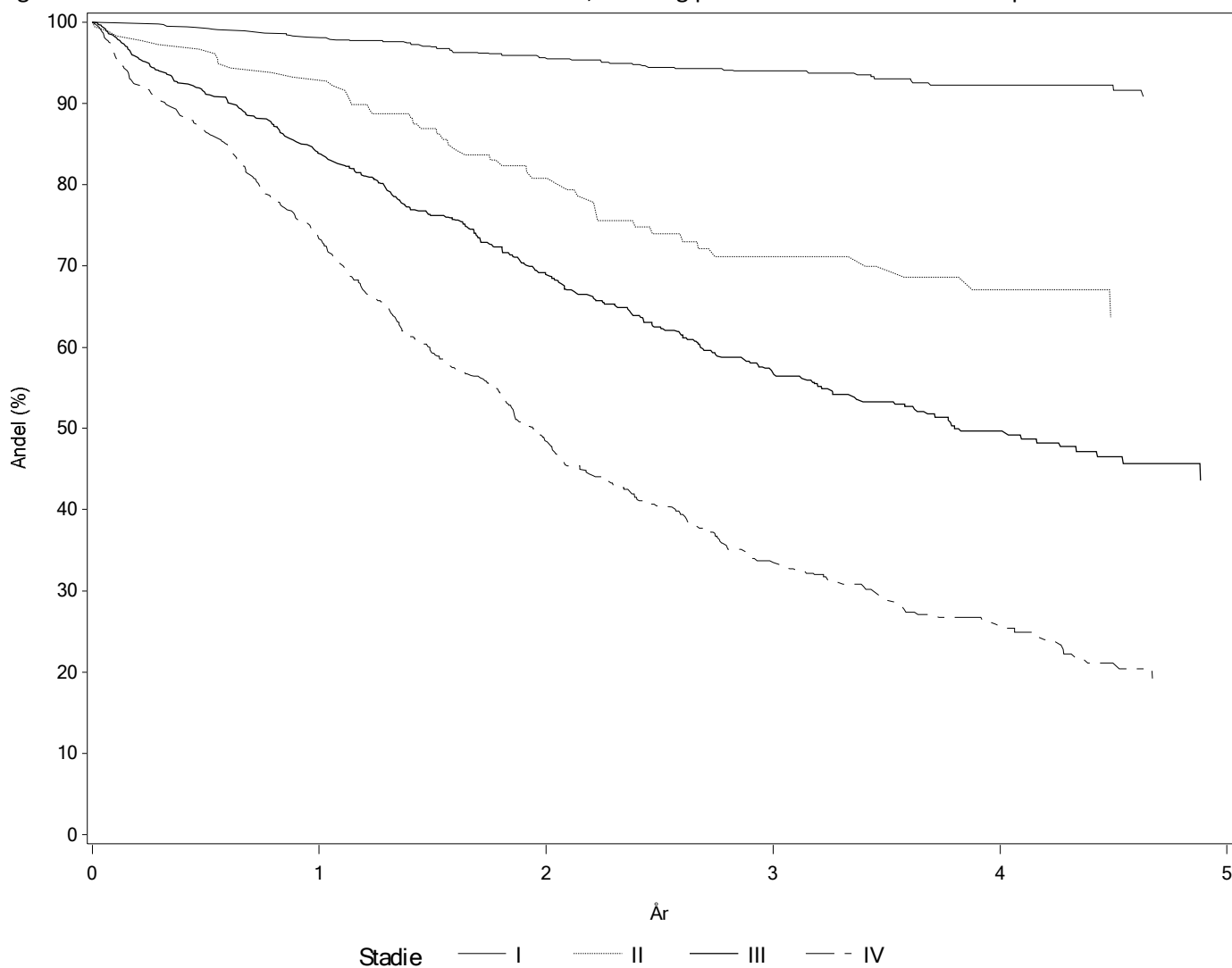
Figur A4.3.1 Overlevelse 1.7.2017-30.6.2021 for ovarie/peritoneal- og tubacancer samt borderlinetumorer



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



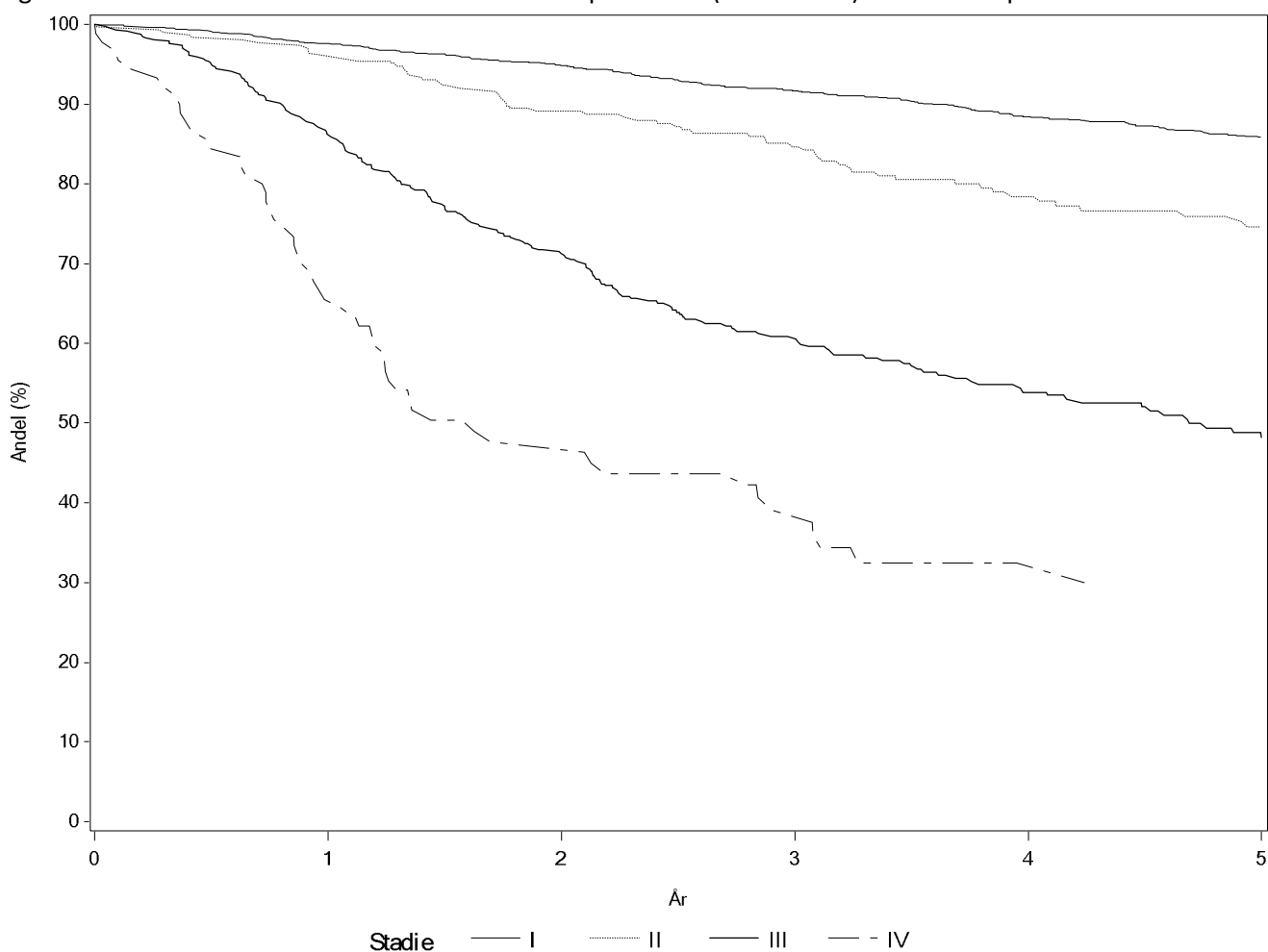
Corpuscancer, overlevelse

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

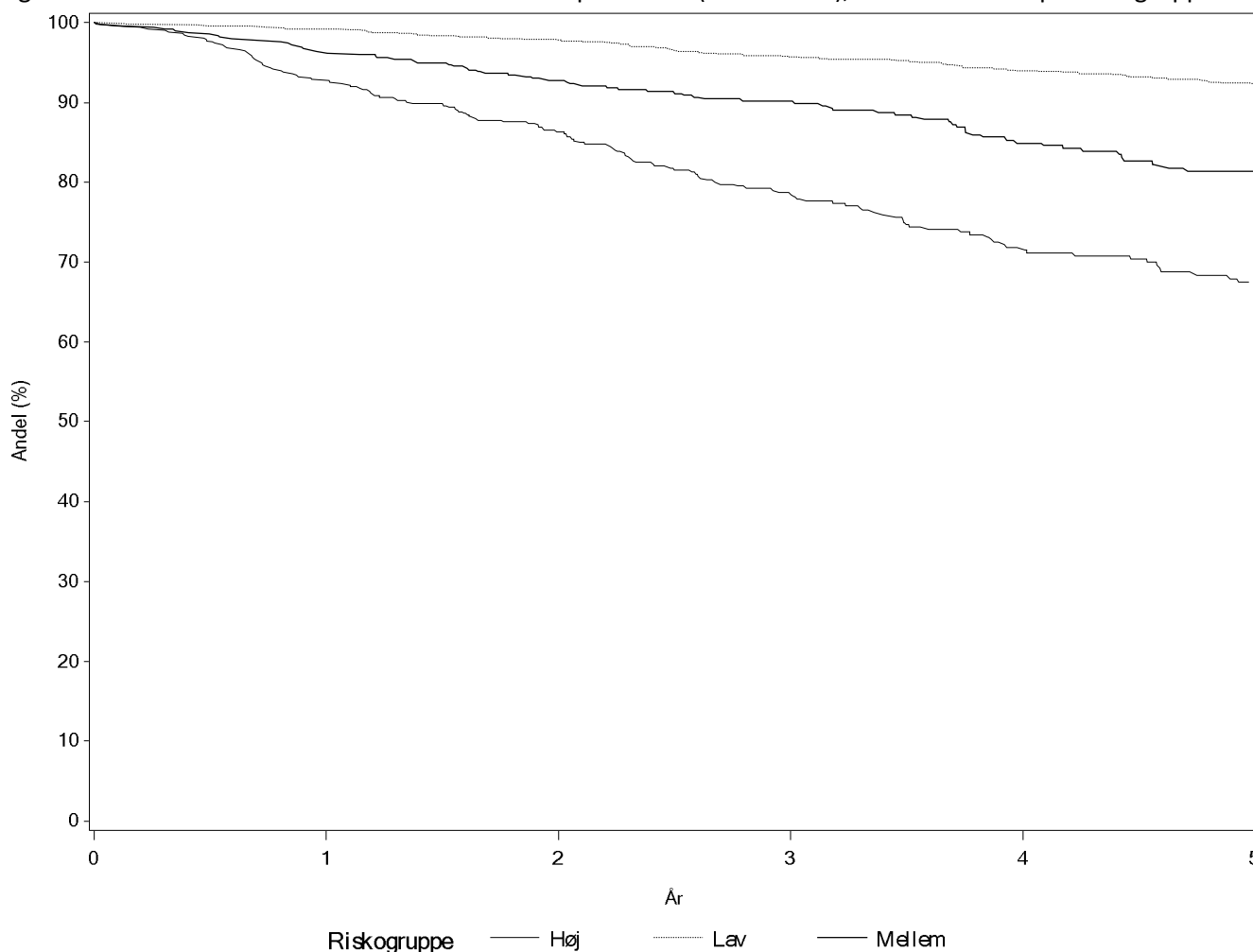
Figur A4.4.3 Overlevelse 1.7.2017-30.6.2021 for corpuscancer (karcinomer) stratificeret på stadie



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

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 risikogruppe



Appendiks 6: Ordliste

ASA score – et scoresystem til brug for klassifikation af fysisk status hos patienterne før en operation. Inddeles i: 1= rask, 2= mild systemisk sygdom – ingen funktionel indskrænkning, 3= alvorlig systemisk sygdom, 4= konstant livstruende systemisk sygdom, 5=døende

Ascites – ansamling af væske i bughulen

Borderlinetumor – tumor på ovariet, klassificeret mellem godartet og ondartet

Cervixcancer – kræft i livmoderhalsen

Corpuscancer – kræft i livmoderen

Cystoskopi – kikkertundersøgelse i blæren

Cytologi – diagnostik baseret på mikroskopisk undersøgelse tilvejebragt som skrab, finnålsbiopsi el.lign.

BMI – body mass index

BSO – bilateral salpingooforektomi, fjernelse af æggeleder og æggestok på begge sider

Bulky Disease – stor tumorbyrde

Corpuscancer – kræft i livmoderen

Diaphragma - mellemgulv

Differentieringsgrad (corpuscancer) – Grad 1 = højt differentierede karcinomer, grad 2 = moderat differentierede karcinomer, grad 3 = lavt differentierede karcinomer

DGCD – Dansk Gynækologisk Cancer Database

DGCG – Dansk Gynækologisk Cancer Gruppe

Elektiv - planlagt

Endometrie – slimhinden i livmoderen

Eksplorativ laparotomi – operation der udføres for at afklare forholdene om en sygdom i bughulen

Excisio probatoria peritonei laparoscopica – biopsi udtaget fra bughinden ved kikkertoperation.

FIGO – International Federation of Gynecology and Obstetrics

Grad – Inddeling i tre kategorier, grad I-III i forhold til grad af tumorcellernes differentiering. Benyttes ved corpuscancer for prognose og mulig behandling

Hysterektomi – operativ fjernelse af livmoderen

Hysterektomi, vaginal – fjernelse af livmoderen via vagina (skeden)

Hysterektomi, supravaginal – operativ fjernelse af den del af livmoderen, der sidder over livmoderhalsen

KMS – Klinisk MåleSystem, indtastningsflade indberetning af data.

Komorbiditet – samtidig optræden af to eller flere indbyrdes uafhængige lidelser eller tilstande

Konus – Operativt indgreb i form af keglesnit på livmoderhals

Laparoskopi – kikkertundersøgelse i maven

LAVH – laparoskopisk assisteret vaginal hysterektomi

LPR – Landspatientregisteret

Lymfadenektomi – fjernelse af lymfeknuder

Myometrie – muskulaturen i livmoderen

Neoadjuverende kemoterapi – kemoterapi før kirurgisk behandling

Neoplasma malignum endometrii – kræft i livmoderslimhinden

Neoplasma malignum fundi uteri – kræft i bunden af livmoderen

Neoplasma malignum isthmi uteri – kræft i overgangen mellem livmoder og livmoderhals

Neoplasma malignum ovarii – kræft i æggestokken

Neoplasma malignum peritonei – kræft i bughinden

Neoplasma malignum tubae uterina – kræft i æggelederen

Ovariecancer – kræft i æggestok

Paraaortalt – langs hovedpulsåren

Parametrier – bindevæv der omgiver livmoderen og den øvre ende af skeden, og som er hæftet til bækkenvæggen

Pelvis – bækkenet

Performance score – en vurdering fra kirurgen af patientens tilstand og aktivitetsniveau inden operationen. Inddeles i 0 = normal aktivitet, 1 = kan ikke udføre tungt fysisk arbejde, men alt andet, 2 = oppegående mere end halvdelen af dagen og selvhjulpen, men ude af stand til at udføre fysisk arbejde, 3 = i seng eller siddende i stol mere end halvdelen af dagen, og brug for hjælp til at klare sig selv, 4 = bundet til seng eller stol og har brug for hjælp til alt

Peritonealcancer – kræft i bughinden

Pleuraeffusion – udsivning af væske over lungehinden

Positive/negative lymfeknuder – lymfeknuder med/uden metastaser



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

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

RKKP – Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram

Salpinx/salpinges – æggeleder/æggeledere

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

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

Trofoblast – væv på moderkagen hvori der kan opstå ondartede forandringer

Tubacancer – kræft i æggeleder

Uterus - livmoder

Øvre abdomen – området over bækkenet og under mellemgulvet



Appendiks 7: Vejledning i fortolkning af resultater

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

Indikatorstabeller

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

Nedenfor beskrives indholdet af tabellerne:

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



8. Kommenteringssvar

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 har følgende kommentarer:

Kommentar til indikator 21:

Ved gennemgang af Roskilde data er der en systematisk fejl med dobbeltforløb for henholdsvis patologi og gynækologisk registrering.

Fejlen medfører, at alle patienter med dobbeltregistrering – også selvom forløbene er koblet sammen – ikke indgår i indikatoren.

RKKP er gjort opmærksom på fejlen før den endelige rapport, men har valgt at køre med de oprindelige tal.

Ved efterfølgende opgørelse d. 10. november 2022, findes det, at 57/62 (91,9%) er opereret ved enten laparoskopi eller robot.

Indikatoren er således opfyldt for Roskilde.

For fremtidige årsrapporter imødeser Roskilde at den fremsendte forklaring og løsning til RKKP anvendes.

Kommentarer til indikator 22:

Årsag til Roskildes manglende opfyldelse er et registreringsproblem. MDT registreres manuelt af forløbskoordinatoren. Afdelingen har afholdt MDT på alle patienter med endometrie-cancer stadium I højrisiko samt stadium II-IV.

Roskilde har iværksat en indsats med fokus på registreringspraksis.

Region Hovedstaden, "-"

