



# **Dansk Melanom Database (DMD)**

## **Årsrapport 2020**

**For opgørelsesperioden  
1. januar 2020 - 31. december 2020**

Juni 2021

## **Rapporten udgår fra**

De statistiske analyser og epidemiologisk kommentering af resultater er udarbejdet af Afdeling for Cancer og Cancerscreening, Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (RKKP) i samarbejde med styregruppen for Dansk Melanom Database (DMD). Styregruppen består af repræsentanter fra de involverede specialer (plastikkirurgi, patologi, onkologi, dermatologi (både i primær- og sekundærsektor) og sygepleje), patientrepræsentanter samt Forretningsudvalget for Dansk Melanom Gruppe (DMG) og er ansvarlig for den lægefaglige kommentering af rapporten.

Databasens formand er professor, overlæge, dr.med. Lisbet Rosenkrantz Hölmich, Afdeling for Plastikkirurgi Herlev og Gentofte Hospital.

Databasens kliniske epidemiolog er Hanna Birkbak Hovaldt, Afdeling for Cancer og Cancerscreening, RKKP.

Databasens datamanager er Nick Martinussen, Afdeling for Cancer og Cancerscreening, RKKP.

Databasens kontaktperson og repræsentant for den dataansvarlige myndighed er Linnea Damslund, Afdeling for Cancer og Cancerscreening, RKKP, Frederiksberg Hospital, Nordre Fasanvej 57, 2000 Frederiksberg, Vej 3, bygning 4, e-mail: [iddams@rkkp.dk](mailto:iddams@rkkp.dk), tlf.: 61614706.

Årsrapporten kan downloades fra [www.melanoma.dk](http://www.melanoma.dk) og [www.sundhed.dk](http://www.sundhed.dk).



## Indhold

<b>1. Konklusioner og anbefalinger</b> .....	<b>4</b>
1.1. Overordnede konklusioner .....	4
1.2. Anbefalinger .....	5
<b>2. Oversigt over indikatorer</b> .....	<b>6</b>
<b>3. Indikatorresultater</b> .....	<b>8</b>
Indikator 0: Dækningsgrad .....	8
Indikator 1: Andel tumorer med registreret TNM-stadie.....	10
Indikator 3: Andel tumorer, hvor samlede excisionsafstand er i overensstemmelse med retningslinjer .....	15
Indikator 4: Andel patienter med tumortykkelse $\geq 0.8$ mm eller med forekomst af ulceration, som har fået foretaget sentinel lymfeknudebiopsi .....	20
Indikator 5: Andel tumorer, hvor tumortykkelse er angivet i mm.....	25
Indikator 10: Andel lymfeknudelokalisationer, hvor der er fjernet højst 3 lymfeknuder ved sentinel lymfeknudebiopsi ...	30
<b>4. Beskrivelse af sygdomsområdet og måling af behandlingskvalitet</b> .....	<b>35</b>
<b>5. Datagrundlag</b> .....	<b>37</b>
5.1 Dataindsamling og -kvalitet .....	37
5.2 Grundpopulation.....	37
5.3 Statistiske metoder.....	37
5.4 Dokumentation .....	37
<b>6. Styregruppens medlemmer</b> .....	<b>38</b>
<b>7. Regionale kommentarer</b> .....	<b>41</b>
<b>Appendiks 1. Vejledning i fortolkning af resultater</b> .....	<b>42</b>
<b>Appendiks 2. Supplerende indikatorer</b> .....	<b>43</b>
A2.1. Indikator 2: Andel tumorer, hvor der er angivet samlet excisionsafstand for primær tumor .....	43
A2.2. Indikator 6: Andel tumorer med angivelse af, hvorvidt der er forekomst af ulceration .....	48
A2.3. Indikator 7: Andel tumorer med dermal mitoseaktivitet angivet.....	53
A2.4. Indikator 14. Mikrosatellit anført (ja/nej/kan ikke vurderes) på patologiskemaet vedrørende primærtumor .....	58
A2.7. Indikator 15. Andel lymfeknuder, hvor der er angivet diameter på metastase i sentinel lymfeknude .....	62
<b>Appendiks 3. Supplerende opgørelser</b> .....	<b>66</b>
A3.1. Oversigt over 2020 data.....	66
A3.2. Opgørelser på patientniveau .....	68
A3.3. Opgørelser på tumorniveau .....	71
A3.4. 5-års overlevelse.....	78
A3.5. 1-års total-overlevelse for stadie III-IV patienter.....	80
A3.6. Andelen af personer med 1. primærtumor eller ny multipel tumor i 2020.....	84
A3.7. Aldersstandardiserede incidensrater for 2020 .....	85
A3.8. Årsager til at der ikke er foretaget sentinel lymfeknudebiopsi .....	87
A3.9. Diameter på metastase fundet i sentinel lymfeknude, 2020.....	88



## 1. Konklusioner og anbefalinger

Nærværende årsrapport dækker opgørelsesperioden 1. januar – 31. december 2020. Samlet set er der opgjort data på 29.299 tumorer, herunder både invasive og in situ melanomer, blandt 28.887 patienter registreret siden 2013.

I årsrapporten indgår seks officielle indikatorer og fem supplerende indikatorer, hvoraf de tre er tidligere officielle indikatorer og to er nye indikatorer under udvikling. Indikator 13 om PET/CT-scanning i opfølgingsforløbet for patienter med stadium IIB, IIC og III, som indgik i sidste års årsrapport, er midlertidigt suspenderet, mens der arbejdes på et validt datagrundlag.

### 1.1. Overordnede konklusioner

Generelt er indikatoropfyldelsen som vanligt høj, og på tværs af landet er indrapporteringen relativt ensartet.

Vi har besluttet at ophøre med at anvende følgende indikatorer som officielle målepunkter; men de er dog foreløbig medtaget i appendiks:

Indikator 2: Andel tumorer, hvor der er angivet samlet excisionsafstand

Indikator 6: Andel tumorer, hvor forekomst af ulceration er angivet

Indikator 7: Andel tumorer med dermal mitoseaktivitet angivet

Derfor er der kun 6 officielle indikatorer i nærværende rapport.

Dækningsgrad er med for første gang og ligger på landsplan på 96%, målt i forhold til Landsregisteret for Patologi. Det er tilfredsstillende, og der er ingen betydende regional variation. Kun blandt de forholdsvis få tumorer, som kun er behandlet i primærsektoren er der 67% dækningsgrad. Indikatorniveau er sat til 90%, hvilket måske er for lavt.

TNM registrering er som hidtil meget velregistreret; på landsplan ligger andelen af tumorer med registreret klinisk stadie (TNM-stadie) på 100%. Da der ikke er forbedringspotentiale, vil den udgå fra 2021. Der planlægges i stedet opgørelse på klinisk stadium, idet korrekt udfyldt TNM registrering tillader at flere patienter kan tildeles klinisk stadium.

Samlet set er der registreret 2.209 invasive tumorer på truncus og ekstremiteter i aktuelle opgørelsesperiode. Ud af disse, ligger andelen af tumorer, hvor den samlede excisionsafstand er i overensstemmelse med retningslinjerne, på landsplan på 95%. Der er høj og ret ensartet målopfyldelse overalt, og blandt de få patienter med invasive tumorer, som kun er behandlet i primærsektoren er 100% målopfyldelse, hvilket er en flot forbedring.

Andel af patienter med tumortykkelse  $\geq 0.8$  mm eller med forekomst af ulceration, svarende til T1b tumorer eller derover, hvor der er foretaget sentinel lymfeknudebiopsi, ligger på landsplan på 85%, hvilket er flot over indikatorniveauet på 80%. Der er som hidtil ret stor variation inden for afdelingerne; mindre inden for regionerne. Herlev hospital opfylder som det eneste ikke indikatoren med 77%, mens Esbjerg ligger på 91%. Sidste år var tallene for de samme afdelinger henholdsvis 90% og 84%. Tilfældig variation i case-mix, og særligt i patienternes komorbiditet, som kan være kontraindikation for operation i fuld bedøvelse, kan måske forklare denne variation. Der er bred enighed nationalt og internationalt om, at kendskab til sentinel node status er meget vigtig for staging, tilbud om adjuverende behandling og allokering til korrekt opfølgingsprogram. Der er noget større diskussion om hvilke patienter, som bør tilbydes sentinel lymfeknudebiopsi. Grænsen har tidligere gået ved T1b tumorer, men med indførelse af 8. version af UICC/AJCC TNM klassifikationen, klassificeres flere tumorer som T1b, som tidligere var T1a. Det har fået nogle centre/lande til at sætte grænsen for SN-biopsi lidt anderledes. Emnet bliver genstand for diskussion i Styregruppen, kirurgisk udvalg mv. i den kommende tid.

På landsplan ligger andelen af invasive tumorer med angivelse af tumortykkelse på 100%. Indikatoren opfyldes for alle regioner, og der ses ingen forskelle mellem regionerne. Også i primærsektoren er der sket flot forbedring; her er målopfyldelsen 96%. Målopfyldelsen har altid ligget højt, og der er ikke forbedringspotentiale, men den bevares, da den opfattes som DMDs kongeindikator – den vigtigste sygdomsparameter.

I aktuelle opgørelsesperiode er der samlet set registreret biopsi i 1.528 lymfeknudelokalisationer (patienten kan have fået foretaget biopsi i mere end en lokalisation). Ud af disse ligger andelen af lymfeknudelokalisationer, hvor der er fjernet højst tre lymfeknuder på landsplan på 97%. Standarden opfyldes for samtlige regioner og uden stor variation.

I appendiks 2 er medtaget 2 kommende og 3 udgåede indikatorer. Sidstnævnte er 1 klinisk og 2 patologi-indikatorer: Andel tumorer hvor samlet excisionsafstand er angivet (99%) og måling af +/- ulceration (99%), samt +/- forekomst af dermale mitoser i primærtumor (100%).

De 2 nye indikatorer er 2 patologi-indikatorer: om mikrosatellit er undersøgt for primær tumor og andel af lymfeknuder, hvor diameter på metastasefokus i sentinel lymfeknude er angivet. Begge har allerede høj målopfyldelse, henholdsvis 98% og 99%.

Appendiks 3 indeholder vigtige beskrivende tabeller om fordeling af tumorer i 2020, på alder, køn, tumortype, geografi mv. Der er også foretaget analyser af 5-årsoverlevelse fordelt på stadier, som er sammenlignelige med internationale tal, og 1-årsoverlevelse for patienter diagnosticeret med stadium III og IV i de foregående år fordelt på regioner. Der er ingen regionale forskelle. Der er ingen geografisk forskel i incidens af både in situ og invasivt melanom, fordelt på de forskellige kliniske stadier.



7,2% af patienter med invasive tumorer har haft en sådan tumor før 2020, mens 1,3 % tidligere har haft et in situ melanom. Hvis man præsenterede sig med et in situ melanom i 2020, var der 11,2% af patienterne, som tidligere havde haft et invasivt melanom og 3,5%, som havde haft et andet in situ melanom. I denne opgørelse medtages data fra 2013.

## 1.2. anbefalinger

Diagnostik og den primære behandling af melanom i Danmark foregår på højt og ret ensartet niveau landet over, hvilket dokumenteres i DMD. Dette solide arbejde skal fastholdes, og områder, som endnu ikke har været genstand for monitorering, skal inddrages. Endvidere ønsker styregruppen at inddrage patientrapporterede (PRO) data om livskvalitet, patientforløb og -evaluering. Dette vil ske trinvist, hvor der både skal udvikles mål, implementeres indrapportering på de relevante afdelinger og speciallægepraksis samt sikres teknisk løsning for overførsel af data til databasen. Der har endnu ikke været ressourcer til dette.

Styregruppen for DMD vil gerne måle mere på den kliniske kvalitet af både kirurgi og opfølgning. Vi ønsker bl.a. at opgøre forekomst af recidiv og behandling af dette. Datagrundlaget tilvejebringes kun ved manuel indtastning, som for nye parametre har vist sig temmelig uens. Det har vanskeliggjort udvikling.

Vi arbejder nu for at få automatisk overførsel af data både fra Landsregisteret for Patologi og fra Landspatientregisteret (LPR). Førstnævnte skal først og fremmest dreje sig om data vedrørende primærtumor, men også recidivoplysninger ønskes inddraget. Fra LPR ønskes oplysninger om kirurgi, billeddiagnostiske undersøgelser, kontrolforløb, diagnostik og behandling af recidiv (kirurgisk/ onkologisk) mv.

Dette er en ikke nem, og samtidig omfattende opgave. Der er indtil videre arbejdet med automatisk dataoverførsel fra Landsregisteret for Patologi til DMD. Styregruppen ønsker at der i 2021 og fremad arbejdes videre med at indhente data fra de centrale registre, da der er brug for en tidssvarende løsning, som ikke indebærer unødigt dobbeltregistrering – så klinikerne kan fokusere indsatsen på det patientnære arbejde. Det kan også frigøre lægetid til udviklingsarbejde i form af retningslinjer og behandlingsvejledninger samt forskning.

Brug af PET-CT skanning i opfølgning af patienter med høj risiko for recidiv var udtaget som ny indikator i 2019, men var for dårligt registreret, og pga. arbejdet med at restrukturere analyser, har der ikke været tid til at tage fat på denne opgave i 2020, men vi vil se nærmere på den i 2021.

Styregruppen har foreløbig besluttet at afvente dataoverførsel, før vi udvider med flere indikatorer.

Styregruppen for DMD er fra 2018 udvidet med en repræsentant fra Patientforeningen Modermærkekræft, og fra 2021 er der nu to repræsentanter fra patientforeningen. Styregruppen er i indeværende år også udvidet med en plastikkirurgisk sygeplejerske samt en speciallæge i dermatologi fra primærsektoren. Vi håber på øget fokus på patientperspektivet og den tværfaglige indsats som følge af udvidelsen.



## 2. Oversigt over indikatorer

Her præsenteres en oversigt over indikatorerne for DMD samt resultaterne på landsplan for opgørelsesperioden 1. januar 2020 til 31. december 2020 med tilhørende konfidensintervaller (95% CI) for værdien. Resultaterne for tidligere år er ligeledes vist. Indikator 2, 6 og 8 er udgået som officielle indikatorer i nærværende rapport og fremgår som supplerende indikatorer i appendiks 2. I de supplerende indikatorer vises yderligere forslag til to nye indikatorer for patologien.

### Oversigt over de samlede indikatorresultater

Indikator	Format	Standard	Uoplyst %	Indikatoropfyldelse			
				01.01.2020 - 31.12.2020 Andel	95% CI	2019 Andel	2018 Andel
Indikator 0: Dækningsgrad. Andel patienter registreret i Dansk Melanom Database (DMD) ud af alle registrerede i DMD og Landsregistret for Patologi (LRP)	Andel	≥ 90	0	96	(95-96)	95	95
Indikator 1: Andel tumorer med registreret TNM stadie	Andel	≥ 95	1	100	(99-100)	100	99
Indikator 3: Andel tumorer, hvor samlede excisionsafstand ved fjernelse på truncus og ekstremiteter (hænder og fødder ekskluderet) er i overensstemmelse med retningslinjer	Andel	≥ 90	3	95	(94-96)	97	95
Indikator 4: Andel patienter med tumortykkelse ≥ 0.8 mm eller med forekomst af ulceration, hvor der er foretaget sentinel lymfeknudebiopsi	Andel	≥ 80	1	85	(83-87)	86	84
Indikator 5: Andel tumorer, hvor tumortykkelse er angivet i mm eller er angivet som 'kan ikke måles' i patologidata	Andel	≥ 97	1	100	(99-100)	100	100
Indikator 10: Andel lokationer, der har fået fjernet højst 3 lymfeknuder ved sentinel lymfeknudebiopsi	Andel	≥ 90	1	97	(96-98)	95	95

## Oversigt over de supplerende indikatorer

Indikator	Format	Standard	Uoplyst %	Indikatoropfyldelse			
				01.01.2020 - 31.12.2020		2019	2018
				Andel	95% CI	Andel	Andel
Indikator 2: Andel tumorer, hvor der er angivet samlet excisionsafstand (biopsi+re-excision) for primær tumor eller re-exicisionsafstand, hvis ukendt afstand ved biopsi	Andel	≥ 95	1	99	(99-99)	99	99
Indikator 6: Andel tumorer med forekomst af ulceration angivet i patologidata	Andel	≥ 97	1	99	(99-100)	99	99
Indikator 7: Andel tumorer med dermal mitoseaktivitet angivet i patologidata ('0', '>= 1' eller 'uklassificeret')	Andel	≥ 97	1	100	(99-100)	100	100
Indikator 14: Mikrosatellit anført (ja/nej/kan ikke vurderes) på patologiske-maet vedrørende primærtumor	Andel		1	98	(98-99)	95	97
Indikator 15: Andel lymfeknuder, hvor der er angivet diameter på metastase i sentinel lymfeknude	Andel		2	99	(98-100)	100	100

### 3. Indikatorresultater

I det følgende præsenteres resultater for hver indikator på henholdsvis lands-, regions- og afdelingsniveau jf. ovenstående indikator-tabel. En grundigere vejledning i fortolkning af resultaterne findes i appendiks 1. Under afsnittet 'Datagrundlag' findes en nærmere beskrivelse af data og af studiepopulationen. Desuden præsenteres en række supplerende indikatorer og opgørelser i appendiks 2 og 3.

For at følge de almindelige regler knyttet til offentliggørelse af personhenførbare helbredsoplysninger er det besluttet ikke at offentliggøre resultater med 1 eller 2 patientforløb. Resultater med 1 eller 2 patientforløb i tæller eller nævner er derfor erstattet med # i rapportens tabeller.

#### Indikator 0: Dækningsgrad

I nedenstående tabel fremgår Dansk Melanoms Databases (DMD) dækningsgrad i forhold til alle patienters registreringer i Landsregistret for Patologi (LRP) og DMD for aktuelle opgørelsesperiode.

#### Indikator 0: Dækningsgrad. Andel patienter registreret i Dansk Melanom Database (DMD) ud af alle registre-rede i DMD og Landsregistret for Patologi (LRP).

	Standard	Uoplyst	Aktuelle år		Tidligere år		Tidligere år		
	≥ 90% opfyldt		Tæller/ nævner	antal (%)	Andel	95% CI	2019	2018	Andel (95% CI)
<b>Danmark</b>	Ja	3972 / 4152	0 (0)	<b>96</b>	(95-96)	3968 / 4181	95 (94-96)	4171 / 4370	95 (95-96)
<b>Hovedstaden</b>	Ja	1258 / 1305	0 (0)	<b>96</b>	(95-97)	1369 / 1405	97 (97-98)	1407 / 1457	97 (96-98)
<b>Sjælland</b>	Ja	573 / 589	0 (0)	<b>97</b>	(96-99)	532 / 560	95 (93-97)	581 / 608	96 (94-97)
<b>Syddanmark</b>	Ja	907 / 933	0 (0)	<b>97</b>	(96-98)	941 / 973	97 (96-98)	992 / 1023	97 (96-98)
<b>Midtjylland</b>	Ja	775 / 810	0 (0)	<b>96</b>	(94-97)	667 / 702	95 (93-97)	712 / 742	96 (95-97)
<b>Nordjylland</b>	Ja	358 / 365	0 (0)	<b>98</b>	(97-99)	341 / 352	97 (95-99)	378 / 392	96 (95-98)
<b>Hovedstaden</b>	Ja	1258 / 1305	0 (0)	<b>96</b>	(95-97)	1369 / 1405	97 (97-98)	1407 / 1457	97 (96-98)
Herlev	Ja	664 / 685	0 (0)	<b>97</b>	(96-98)	674 / 689	98 (97-99)	720 / 746	97 (95-98)
Rigshospitalet	Ja	594 / 620	0 (0)	<b>96</b>	(94-97)	695 / 716	97 (96-98)	687 / 711	97 (95-98)
<b>Sjælland</b>	Ja	573 / 589	0 (0)	<b>97</b>	(96-99)	532 / 560	95 (93-97)	581 / 608	96 (94-97)
Roskilde	Ja	573 / 589	0 (0)	<b>97</b>	(96-99)	532 / 560	95 (93-97)	581 / 608	96 (94-97)
<b>Syddanmark</b>	Ja	907 / 933	0 (0)	<b>97</b>	(96-98)	941 / 973	97 (96-98)	992 / 1023	97 (96-98)
Aabenraa	Ja	69 / 71	0 (0)	<b>97</b>	(93-101)	40 / 40	100 (100-100)	57 / 58	98 (95-102)
Esbjerg	Ja	177 / 181	0 (0)	<b>98</b>	(96-100)	161 / 166	97 (94-100)	148 / 151	98 (96-100)
Odense	Ja	418 / 432	0 (0)	<b>97</b>	(95-98)	473 / 496	95 (94-97)	551 / 571	96 (95-98)
Vejle	Ja	243 / 249	0 (0)	<b>98</b>	(96-99)	267 / 271	99 (97-100)	236 / 243	97 (95-99)
<b>Midtjylland</b>	Ja	775 / 810	0 (0)	<b>96</b>	(94-97)	667 / 702	95 (93-97)	712 / 742	96 (95-97)
Århus	Ja	775 / 810	0 (0)	<b>96</b>	(94-97)	667 / 702	95 (93-97)	712 / 742	96 (95-97)
<b>Nordjylland</b>	Ja	358 / 365	0 (0)	<b>98</b>	(97-99)	341 / 352	97 (95-99)	378 / 392	96 (95-98)
Aalborg	Ja	358 / 365	0 (0)	<b>98</b>	(97-99)	341 / 352	97 (95-99)	378 / 392	96 (95-98)
<b>Primærsektoren</b>									
Andet/Uoplyst	Nej	101 / 150	0 (0)	<b>67</b>	(60-75)	118 / 189	62 (56-69)	101 / 148	68 (61-76)



#### Datagrundlag

I opgørelsen indgår både invasive og in situ melanomer. Der er udelukkende inkluderet patienter med tumorer indberettet i perioden 1. januar til 31. december 2020, og der er således ikke taget højde for, at relaterede indberetninger for samme patient til de to datakilder kan ligge på hver sin side af årsskiftet. I søgningen efter registrerede koder, er kun de hyppigst forekommende M-koder inkluderet, og der kan således være enkelte sjældent forekommende koder, som ikke indgår i data. De inkluderede SNOMED-koder fra Landsregisteret for Patologi (LRP) er: T01xxx/T02xxx i kombination med M87202, M87203, M87209, M87412, M87213, M87219, M87303, M87309, M87403, M87409, M87413, M87419, M87422, M87423, M87429, M87433, M87439, M87452, M87453, M87459, M874A3, M874A9, M87603, M87609, M87803, M87809, M87903 og M87909.

#### Beregningsregler

- Tæller: Antal patienter registreret med invasiv og/eller in situ melanomer i DMD.
- Nævner: Antal patienter registreret med invasiv og/eller in situ melanomer i LRP eller DMD

#### Resultater

I DMD er der i 2020 blevet registreret 3.972 patienter med et melanom. I LRP og DMD er der samlet registreret 4.152 patienter med melanom i 2020, hvilket giver en dækningsgrad i DMD på 96% (95% CI: 95-96) på landsplan. Dette svarer til, hvad der er observeret i tidligere år. Alle regioners årsresultat ligger et godt stykke over de 90%, som er den generelle standard for dækningsgraden for de kliniske kvalitetsdatabaser. Primærsektoren ligger dog under standarden med en dækningsgrad på 67% (95% CI: 60-75) svarende nogenlunde til tidligere års niveau, når usikkerheden på estimatet tages i betragtning.

#### Diskussion og implikationer

Dækningsgraden er høj og ensartet, når undtages melanomer udelukkende behandlet i primærsektoren. For at DMD data kan anvendes til overvågning, kvalitetsmåling og forskning er det ultimativt, at næsten alle tilfælde indrapporteres. Det kan overvejes at hæve indikatorstandard til 95%.

#### Vurdering af indikatorens anvendelighed

Indikatoren er vigtig jf. ovenstående og bibeholdes, men det er besluttet at standarden fremadrettet hæves til  $\geq 95\%$ .



## Indikator 1: Andel tumorer med registreret TNM-stadie.

Her præsenteres andelen af invasive tumorer med registreret TNM-stadie. I opgørelsen indgår alle invasive tumorer registreret i aktuelle opgørelsesperiode, hvor tælleren udgør tumorer, hvor T-, N- og M-stadie er registreret. Der er fastsat en standard på  $\geq 95\%$  for denne indikator.

### Indikator 1: Andel tumorer med registreret TNM stadie

	Standard		Uoplyst antal	Aktuelle år 01.01.2020 - 31.12.2020		Tidligere år			
	$\geq 95\%$ opfyldt	Tæller/ nævner		Andel	95% CI	2019		2018	
			(%)			Antal	Andel	Antal	Andel
<b>Danmark</b>	Ja	2.770 / 2.781	30 (1)	100	(99-100)	2.834 / 2.847	100	2.886 / 2.911	99
<b>Hovedstaden</b>	Ja	924 / 925	6 (1)	100	(99-100)	1.042 / 1.042	100	1.038 / 1.039	100
<b>Sjælland</b>	Ja	391 / 392	3 (1)	100	(99-100)	388 / 388	100	368 / 380	97
<b>Syddanmark</b>	Ja	618 / 621	5 (1)	100	(99-100)	659 / 662	100	687 / 692	99
<b>Midtjylland</b>	Ja	594 / 595	5 (1)	100	(99-100)	501 / 501	100	498 / 499	100
<b>Nordjylland</b>	Ja	233 / 234	8 (3)	100	(98-100)	233 / 234	100	280 / 281	100
<b>Hovedstaden</b>	Ja	924 / 925	6 (1)	100	(99-100)	1.042 / 1.042	100	1.038 / 1.039	100
Herlev	Ja	493 / 494	3 (1)	100	(99-100)	490 / 490	100	512 / 513	100
Rigshospitalet	Ja	431 / 431	3 (1)	100	(99-100)	552 / 552	100	526 / 526	100
<b>Sjælland</b>	Ja	391 / 392	3 (1)	100	(99-100)	388 / 388	100	368 / 380	97
Roskilde	Ja	391 / 392	3 (1)	100	(99-100)	388 / 388	100	368 / 380	97
<b>Syddanmark</b>	Ja	618 / 621	5 (1)	100	(99-100)	659 / 662	100	687 / 692	99
Aabenraa	Ja	42 / 42	1 (2)	100	(92-100)	26 / 26	100	21 / 21	100
Esbjerg	Ja	124 / 126	0 (0)	98	(94-100)	125 / 125	100	104 / 105	99
Odense	Ja	297 / 298	3 (1)	100	(98-100)	333 / 335	99	400 / 404	99
Vejle	Ja	155 / 155	1 (1)	100	(98-100)	175 / 176	99	162 / 162	100
<b>Midtjylland</b>	Ja	594 / 595	5 (1)	100	(99-100)	501 / 501	100	498 / 499	100
Århus	Ja	594 / 595	5 (1)	100	(99-100)	501 / 501	100	498 / 499	100
<b>Nordjylland</b>	Ja	233 / 234	8 (3)	100	(98-100)	233 / 234	100	280 / 281	100
Aalborg	Ja	233 / 234	8 (3)	100	(98-100)	233 / 234	100	280 / 281	100
<b>Primærsektoren</b>									
Andet/Uoplyst	Nej	10 / 14	3 (18)	71	(42-92)	11 / 20	55	15 / 20	75

### 1: Andel tumorer med registreret TNM stadie

	Antal	Årsag
<b>Eksklusion:</b>	1.183	In Situ melanom
	48	Det er usikkert om tumor er primærtumor eller metastase
<b>Uoplyst:</b>	30	Uoplyst in situ stadie



## Datagrundlag

Alle informationer i denne indikatorberegning kommer fra det direkte indtastningsmodul.

For trendgraferne gøres det opmærksom på, at definitionen af in situ ændredes ved årsskiftet 2018. In situ er således defineret som clarks level 1 frem til og med 2017, derefter er in situ defineret som svaret "in situ" på spørgsmålet om involvering i dermis i det direkte indtastningsmodul.

## Beregningsregler

- Tæller: Antal invasive tumorer i DMD, hvor hverken t-, n- eller m-stadie er ubesvaret.
- Nævner: Antal invasive tumorer registreret i DMD.

## Resultater

På landsplan er der registreret TNM stadie for 2.770 invasive tumorer, svarende til 100% (95% CI: 99-100), hvormed standarden for denne indikator er opfyldt. Dette gør sig gældende for samtlige regioner. Det bemærkes, at andelen ligger lavt for tumorer registreret i primærsektoren (71%; 95% CI: 42-92), hvor standarden langt fra opfyldes. Der observeres en konstant høj og stabil registrering af TNM-stadie over tid, hvor alle resultater på regionsniveau har været over 95% siden 2016 (jf. trendgrafer).

## Diskussion og implikationer

Viden om TNM stadium er kritisk for patientens behandling og opfølgning. Det er glædeligt, at der er 100% indikatoropfyldelse for denne vigtige parameter. Andelen ligger forholdsvis lavt i primærsektoren, som udtryk for, at vi ikke modtager oplysninger på tilstrækkelig mange. Der er dog forbedring i forhold til sidste år, mens forrige var på samme niveau. Det formodes at langt hovedparten af tumorer, som færdigbehandles i primærsektoren er in situ melanomer.

TNM er en klinisk klassifikation, som kvalificeres med alle til rådighedsstående informationer. T-stadium fås ud den patologiske diagnose: Breslows tykkelse og ulcerationsstatus. N og M stadium vurderes klinisk ved første kontrol, og hos langt hovedparten er der ikke mistanke om klinisk detekterbare metastaser regionalt eller fjernt. Hvis patienten får foretaget sentinel node biopsi, fås yderligere viden, og N stadium opdateres herefter. Det er i så fald det patologiske N-stadium, idet patologen indberetter dette. M-stadium kan opdateres, hvis der foretages billeddiagnostisk undersøgelse i udredningsforløbet. Der er stadig nogle, som angiver Nx, når der ikke er foretaget SN-biopsi. Det er forkert, idet man i så fald skal anvende den kliniske vurdering.

Styregruppen har ikke defineret, inden for hvilken periode efter diagnosen, baseline status defineres. Cancerregisteret arbejder med et tidsvindue på 4 måneder efter diagnosen. I videnskabelige opgørelser fra DMD har vi anvendt 2 måneder.

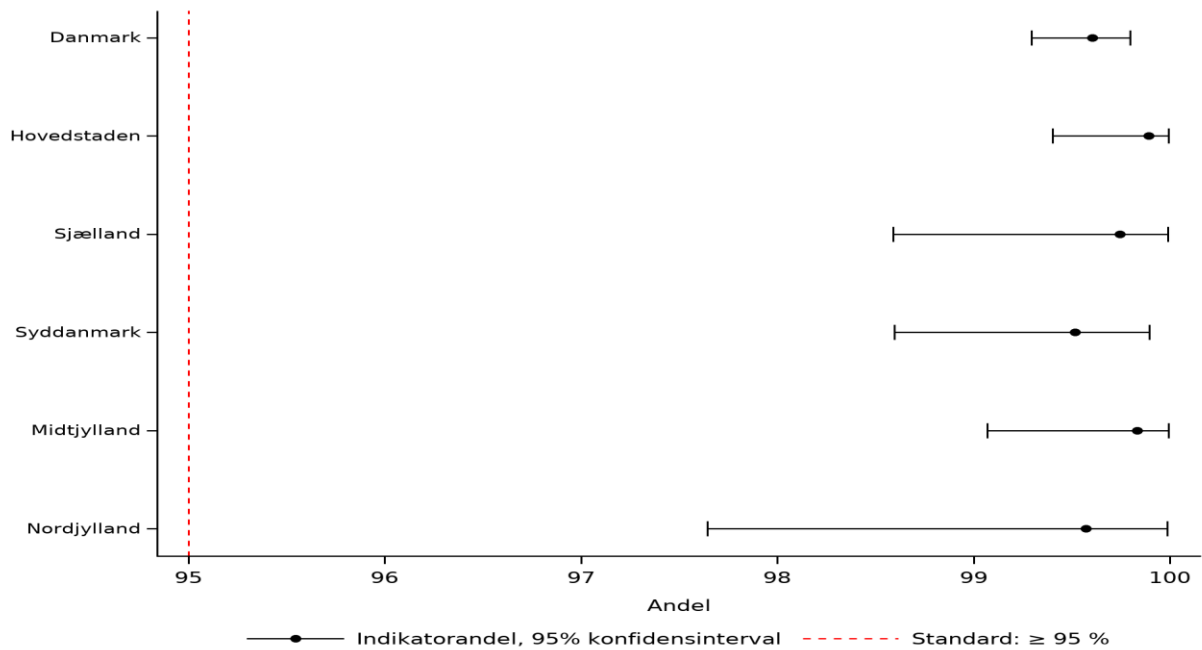
## Vurdering af indikatorens anvendelighed

Indikatoren har som anført stor betydning. Det, vi ikke ved, er, om den udfyldes korrekt.

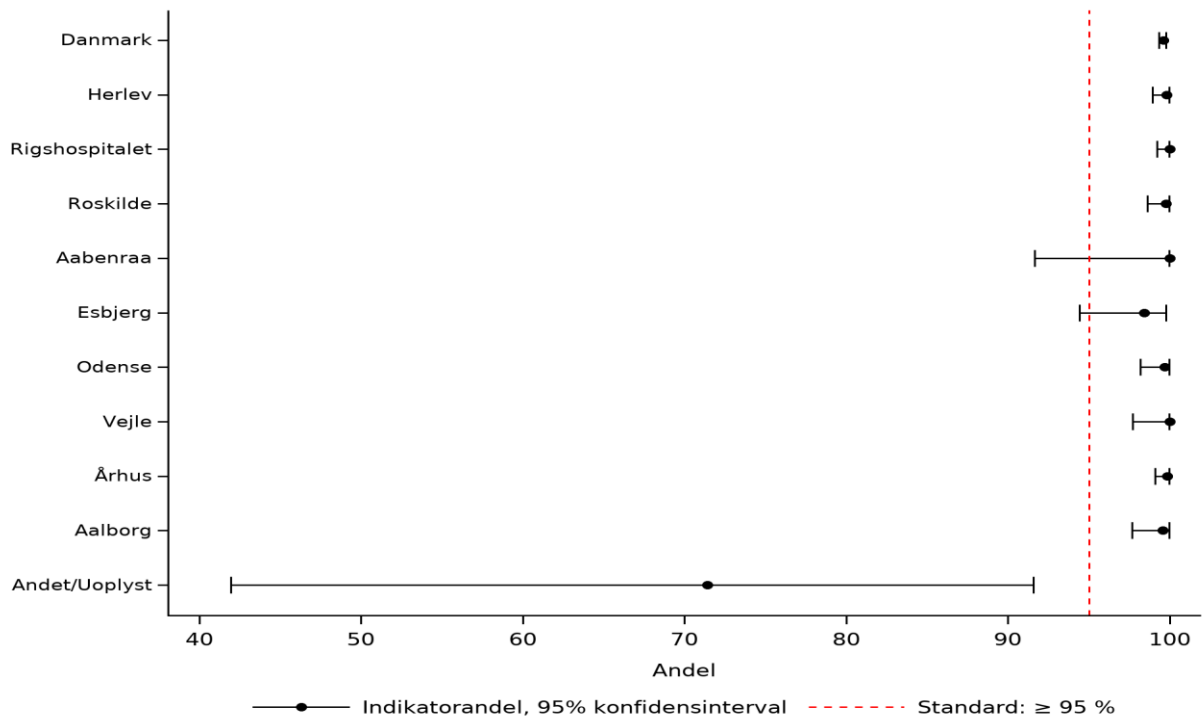
Sidste år besluttedes det at indikatoren skal udgå som officielt indikator, da der ikke er forbedringspotentiale. Man ønsker fortsat at overvåge stadieregistreringerne, derfor flyttes opgørelsen til appendiks. I stedet planlægges at opgøre fordeling på klinisk stadium; dette for dels at monitorere andel af uklassificerede tumorer, og dels monitorere udviklingen i denne fordeling.

Det kommer til at ske med virkning fra 2021. Det er besluttet, at det baseline stadie, der indrapporteres til DMD, defineres som det kliniske stadie der fastlægges indenfor 2 måneder efter første besøg på hospital.

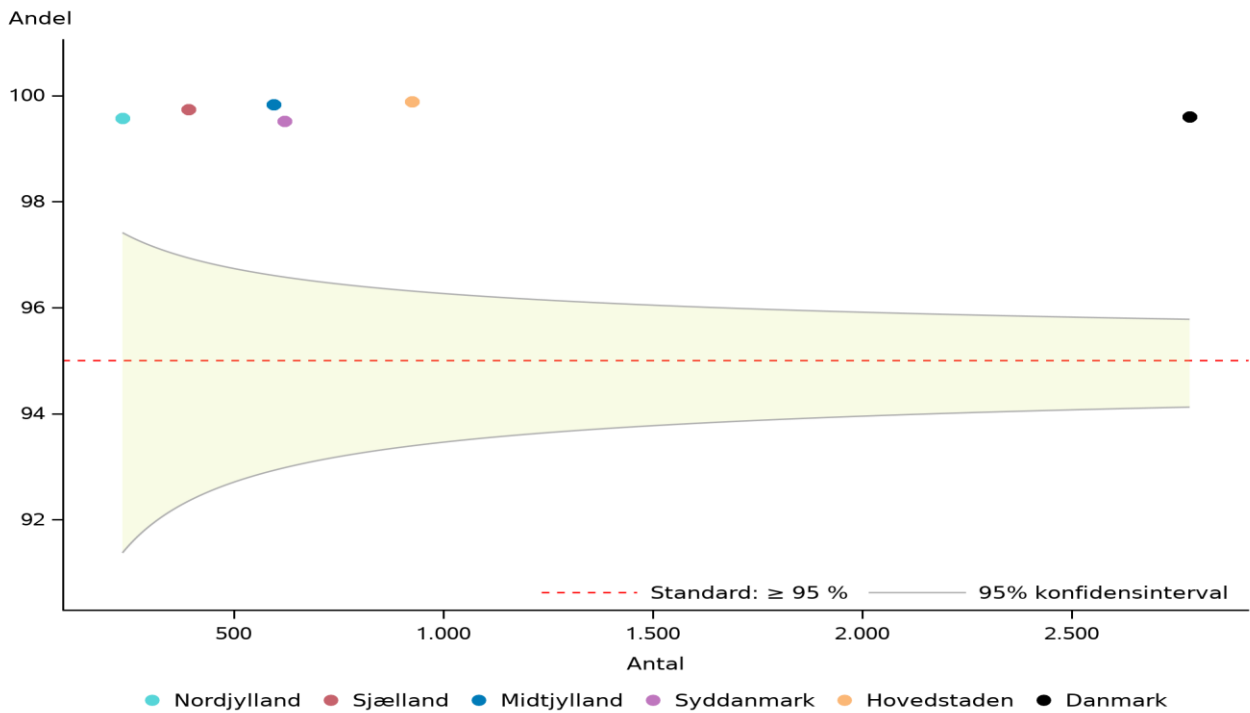
Indikator 1: Andel tumorer med registreret TNM stadie. Kontrolldiagram på regionsniveau.



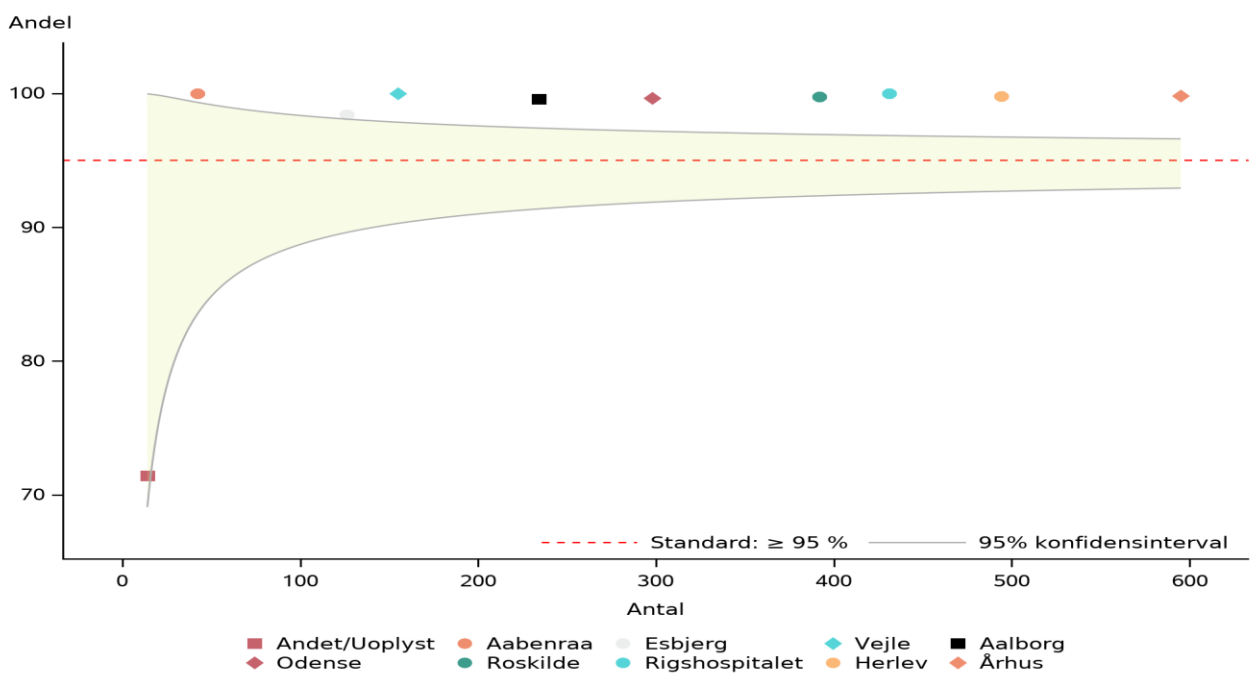
Indikator 1: Andel tumorer med registreret TNM stadie. Kontrolldiagram på afdelingsniveau.



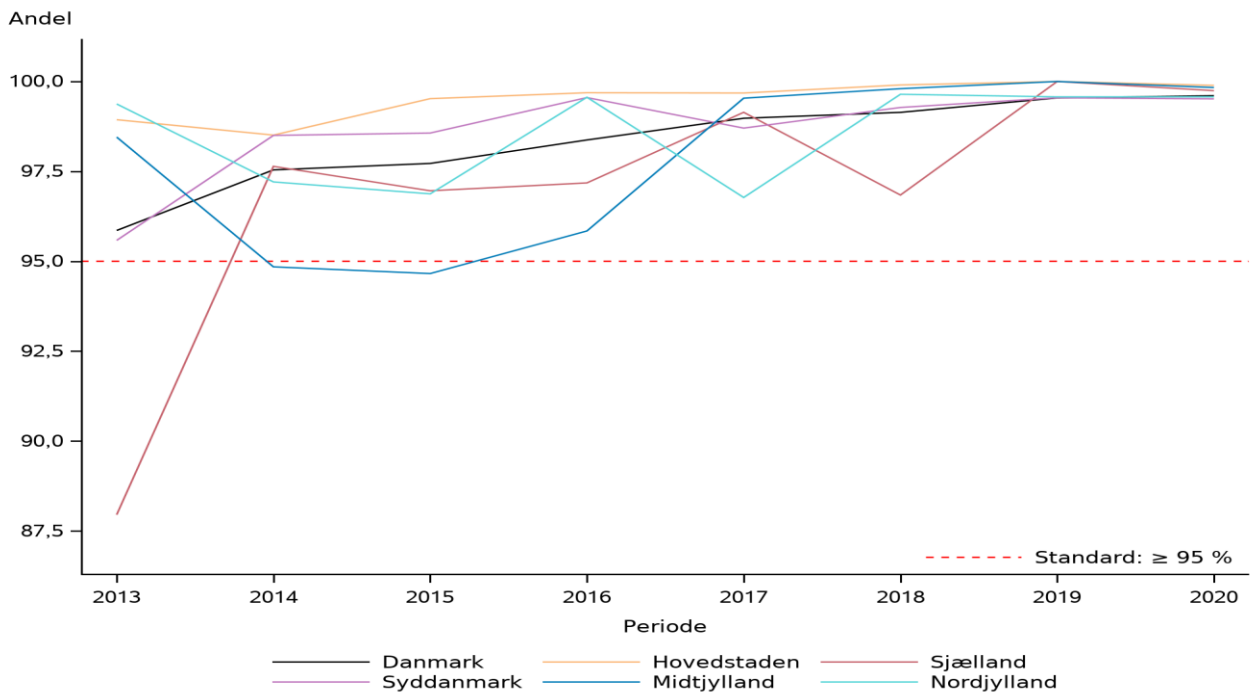
Indikator 1: Andel tumorer med registreret TNM stadie. Funnelploj på regionsniveau.



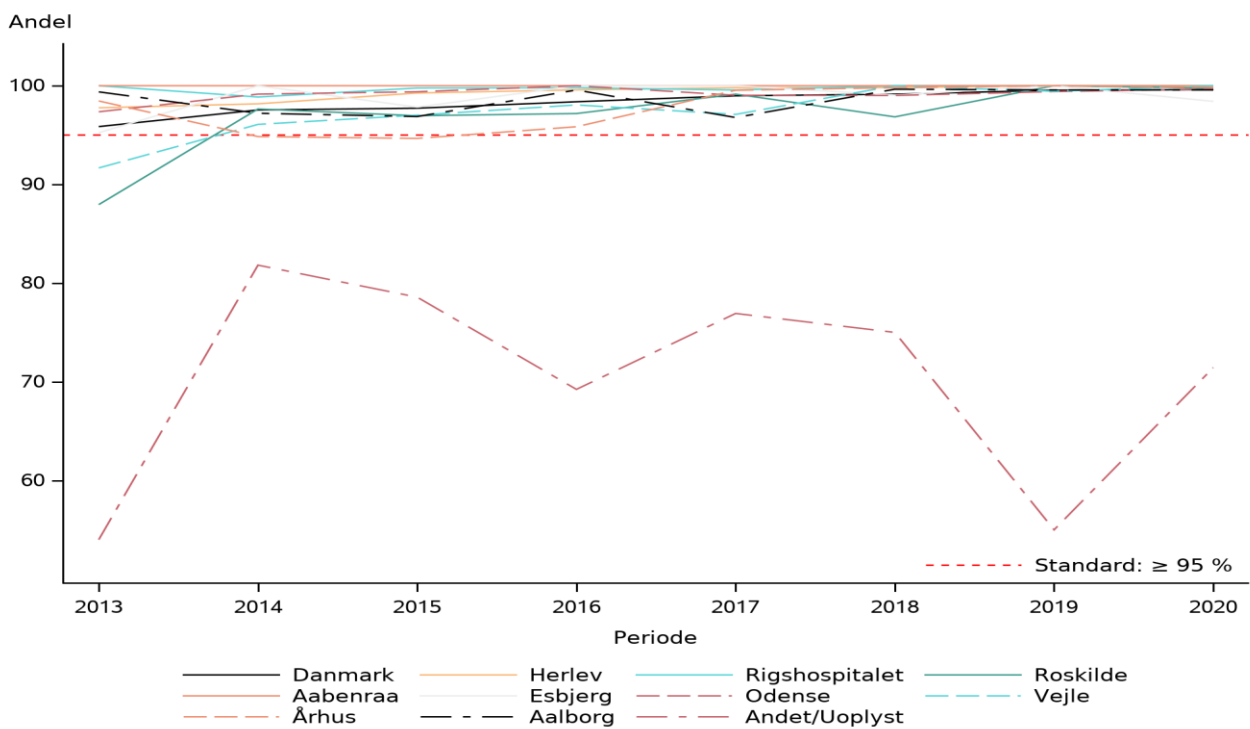
Indikator 1: Andel tumorer med registreret TNM stadie. Funnelploj på afdelingsniveau.



Indikator 1: Andel tumorer med registreret TNM stadie. Trendgraf på regionsniveau.



Indikator 1: Andel tumorer med registreret TNM stadie. Trendgraf på afdelingsniveau.



### Indikator 3: Andel tumorer, hvor samlede excisionsafstand er i overensstemmelse med retningslinjer

Her præsenteres andelen af invasive tumorer, hvor den samlede excisionsafstand ved fjernelse på truncus og ekstremiteter (hænder og fødder ekskluderet) er i overensstemmelse med gældende retningslinjer. Der er fastsat en standard på  $\geq 90\%$  for denne indikator.

Indikator 3: Andel tumorer, hvor samlede excisionsafstand ved fjernelse på truncus og ekstremiteter (hænder og fødder ekskluderet) er i overensstemmelse med retningslinjer

	Standard		Uoplyst antal (%)	Aktuelle år 01.01.2020 - 31.12.2020		Tidligere år			
	$\geq 90\%$ opfyldt	Tæller/ nævner		Andel	95% CI	2019		2018	
						Antal	Andel	Antal	Andel
<b>Danmark</b>	Ja	2.106 / 2.209	80 (3)	95	(94-96)	2.199 / 2.276	97	2.201 / 2.310	95
<b>Hovedstaden</b>	Ja	697 / 731	22 (3)	95	(94-97)	812 / 841	97	767 / 805	95
<b>Sjælland</b>	Ja	285 / 306	18 (6)	93	(90-96)	318 / 327	97	296 / 309	96
<b>Syddanmark</b>	Ja	486 / 507	16 (3)	96	(94-97)	520 / 537	97	542 / 570	95
<b>Midtjylland</b>	Ja	468 / 484	11 (2)	97	(95-98)	369 / 376	98	369 / 384	96
<b>Nordjylland</b>	Ja	164 / 175	8 (4)	94	(89-97)	175 / 188	93	220 / 233	94
<b>Hovedstaden</b>	Ja	697 / 731	22 (3)	95	(94-97)	812 / 841	97	767 / 805	95
Herlev	Ja	363 / 384	13 (3)	95	(92-97)	374 / 386	97	354 / 376	94
Rigshospitalet	Ja	334 / 347	9 (3)	96	(94-98)	438 / 455	96	413 / 429	96
<b>Sjælland</b>	Ja	285 / 306	18 (6)	93	(90-96)	318 / 327	97	296 / 309	96
Roskilde	Ja	285 / 306	18 (6)	93	(90-96)	318 / 327	97	296 / 309	96
<b>Syddanmark</b>	Ja	486 / 507	16 (3)	96	(94-97)	520 / 537	97	542 / 570	95
Aabenraa	Ja	34 / 35	2 (5)	97	(85-100)	19 / 20	95	18 / 19	95
Esbjerg	Ja	99 / 100	4 (4)	99	(95-100)	100 / 107	93	85 / 89	96
Odense	Ja	227 / 237	9 (4)	96	(92-98)	265 / 270	98	317 / 331	96
Vejle	Ja	126 / 135	1 (1)	93	(88-97)	136 / 140	97	122 / 131	93
<b>Midtjylland</b>	Ja	468 / 484	11 (2)	97	(95-98)	369 / 376	98	369 / 384	96
Århus	Ja	468 / 484	11 (2)	97	(95-98)	369 / 376	98	369 / 384	96
<b>Nordjylland</b>	Ja	164 / 175	8 (4)	94	(89-97)	175 / 188	93	220 / 233	94
Aalborg	Ja	164 / 175	8 (4)	94	(89-97)	175 / 188	93	220 / 233	94
<b>Primærsektoren</b>									
Andet/Uoplyst	Ja	6 / 6	5 (45)	100	(54-100)	5 / 7	71	7 / 9	78

### 3: Andel tumorer, hvor samlede excisionsafstand ved fjernelse på truncus og ekstremiteter (hænder og fødder ekskluderet) er i overensstemmelse med retningslinjer

	Antal	Årsag
<b>Eksklusion:</b>	1.183	In Situ melanom
	48	Det er usikkert om tumor er primærtumor eller metastase
	435	Biopsi på hænder, fødder, hoved eller hals
	9	Ukendt primærtumor
	78	Tumortykkelse kan ikke måles
<b>Uoplyst:</b>	7	Lokalisation ikke oplyst
	21	Tumortykkelse ikke oplyst
	17	Excisionsafstand ikke oplyst
	32	Excisionsafstand oplyst som "Andet"
	3	Uoplyst in situ stadie

#### Datagrundlag

Alle informationer i denne indikatorberegning kommer fra det direkte indtastningsmodul.

For trendgraferne gøres det opmærksom på, at definitionen af in situ ændredes ved årsskiftet 2018. In situ er således defineret som clarks level 1 frem til og med 2017, derefter er in situ defineret som svaret "in situ" på spørgsmålet om involvering i dermis i det direkte indtastningsmodul.

#### Beregningsregler

- Tæller: Tumorer, hvor den samlede excisionsafstand er i overensstemmelse med retningslinjerne (tumortykkelse  $\leq 1$  mm: afstand 1 cm; tumortykkelse  $>1-4$  mm: afstand 2 cm; tumortykkelse  $>4$  mm: afstand 2 eller 4 cm).
- Nævner: I opgørelsen indgår alle tumorer på truncus og ekstremiteter (hænder og fødder ekskluderet) registreret i aktuelle opgørelsesperiode.

#### Resultater

Andelen af tumorer, hvor den samlede excisionsafstand er i overensstemmelse med gældende retningslinjer ligger på landsplan på 95% (95% CI: 94-96), og dermed opfyldes den fastsatte standard. Samtlige regioner og afdelinger opfylder standarden inkl. speciallægepraksis, hvor resultatet er blevet hævet fra 71% i 2019 og 78% i 2018 til nu at være 100%. Siden 2016 har alle resultaterne på regionsniveau været stabilt og konstant over 90% (jf. trendgrafer).

#### Diskussion og implikationer

Der er god og ensartet målopfyldelse, og resultaterne er stabile hen over tid. Der kan være behov for at individualisere behandlingen, således at retningslinjer fraviges. Derfor er målopfyldelse ikke sat højere end  $>90\%$ . Særlig høj alder eller dårlig almentilstand er årsag til afvigelse fra anbefalingerne. Nogle patienter ønsker desuden ikke yderligere behandling, hvorfor anbefalingerne fraviges. Afvigelser fra anbefalingerne foregår i samråd med patient og pårørende. Blandt de 80 uoplyste er medregnet 32 (40%), hvor anden excisionsafstand er oplyst. Det er netop udtryk for sådanne individuelle tilpasninger.

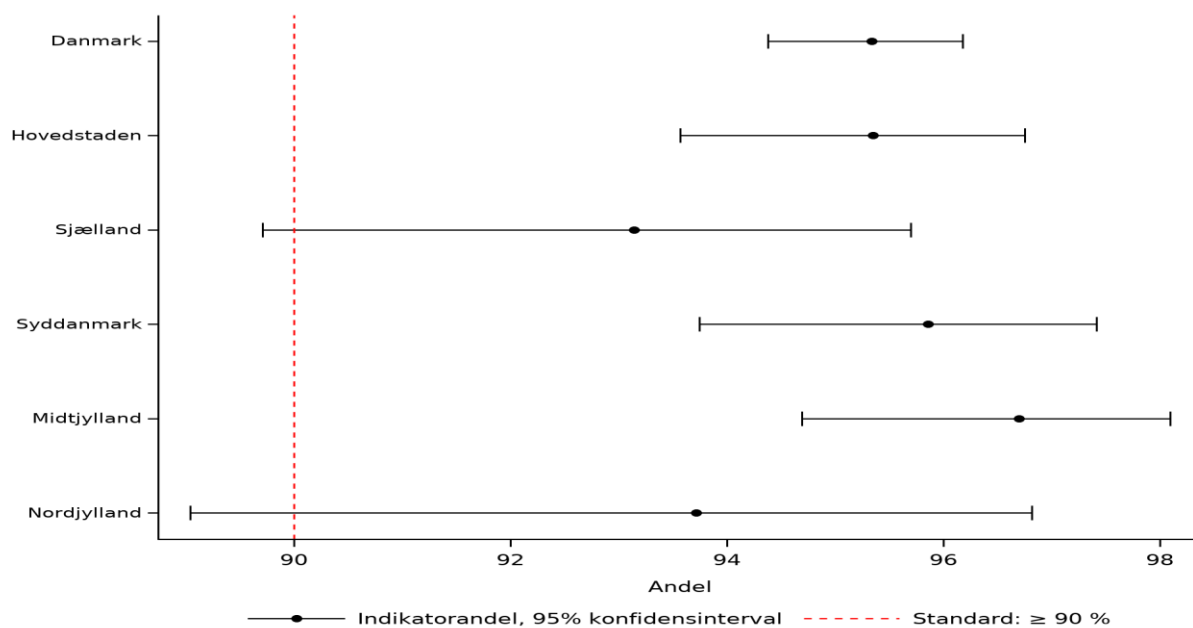
#### Vurdering af indikatorens anvendelighed

Indikatoren er vigtig pga. den kirurgiske behandlingsaktivitet og -kvalitet og bevares til årsrapport 2021.

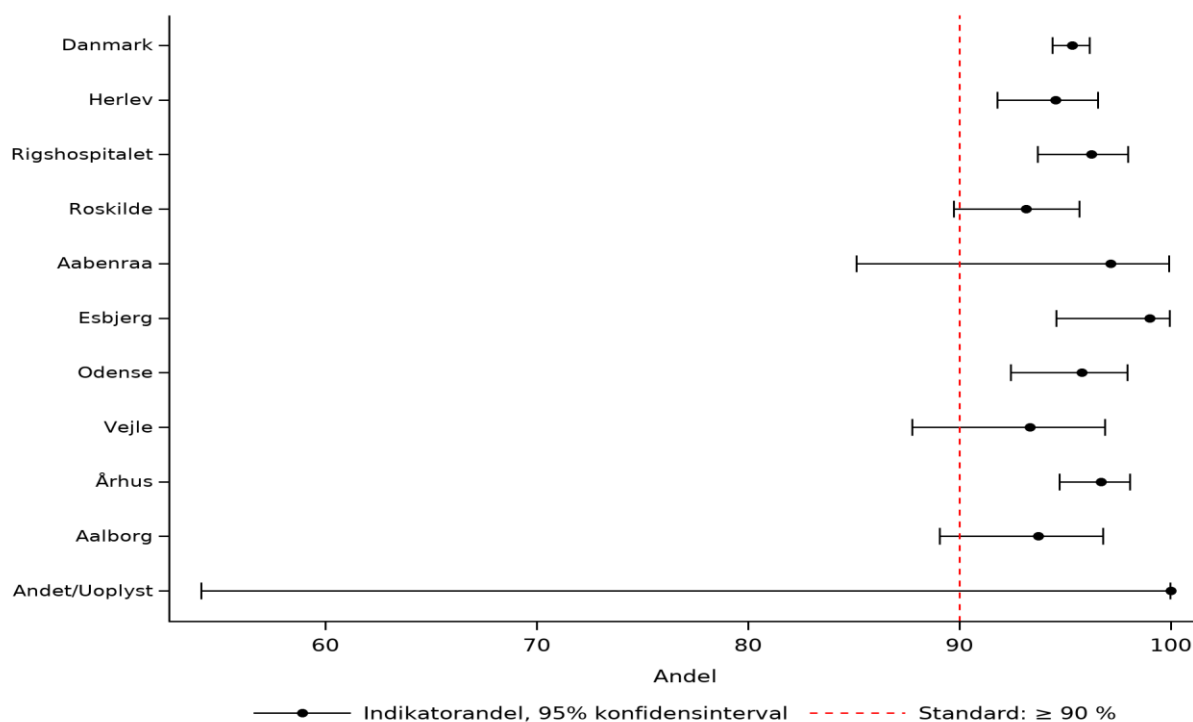




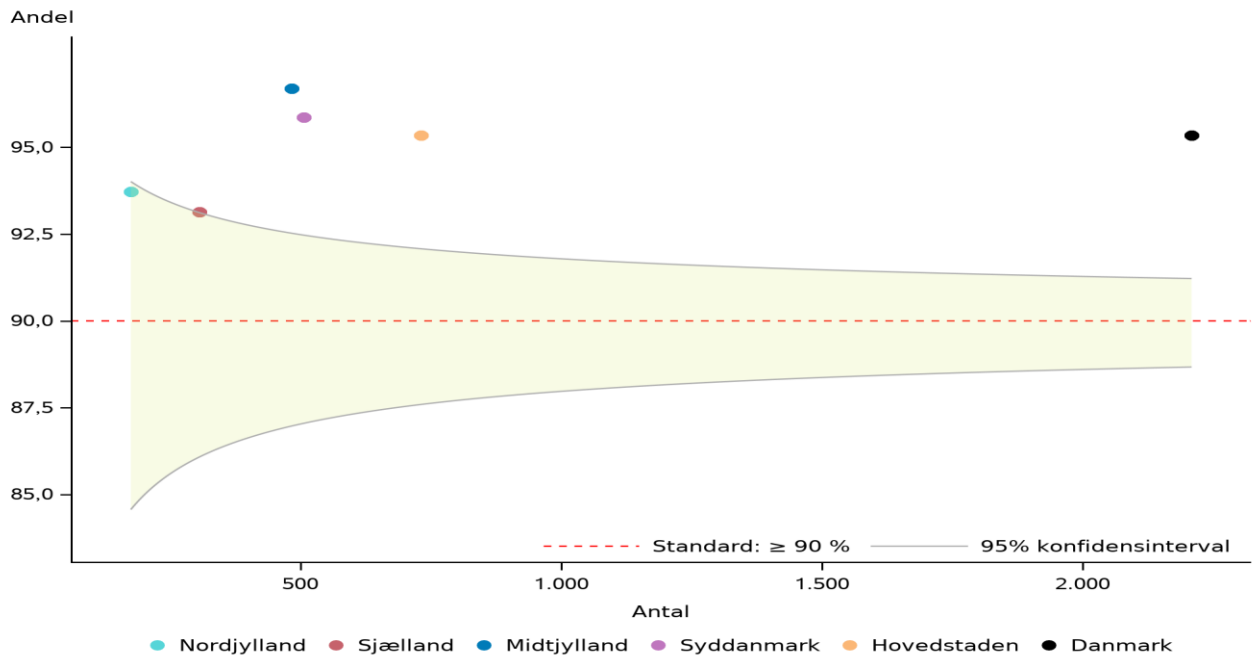
Indikator 3: Andel tumorer, hvor samlede excisionsafstand ved fjernelse på truncus og ekstremiteter (hænder og fødder ekskluderet) er i overensstemmelse med retningslinjer. Kontrolldiagram på regionsniveau.



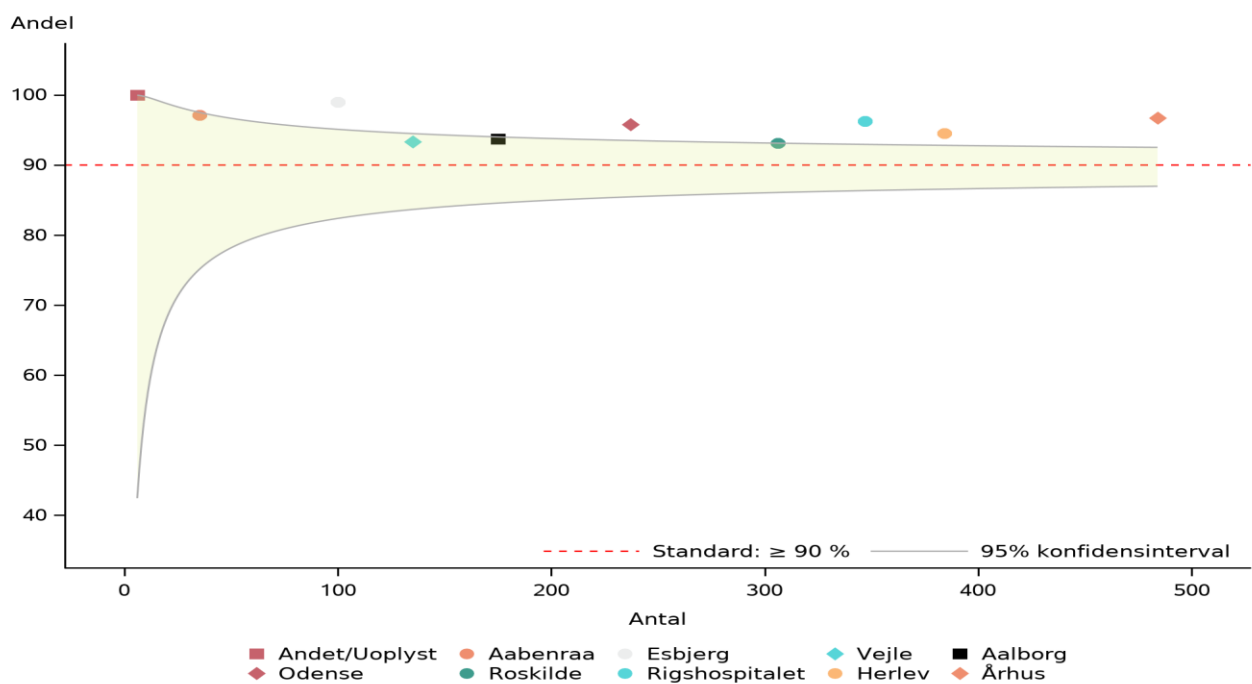
Indikator 3: Andel tumorer, hvor samlede excisionsafstand ved fjernelse på truncus og ekstremiteter (hænder og fødder ekskluderet) er i overensstemmelse med retningslinjer. Kontrolldiagram på afdelingsniveau.



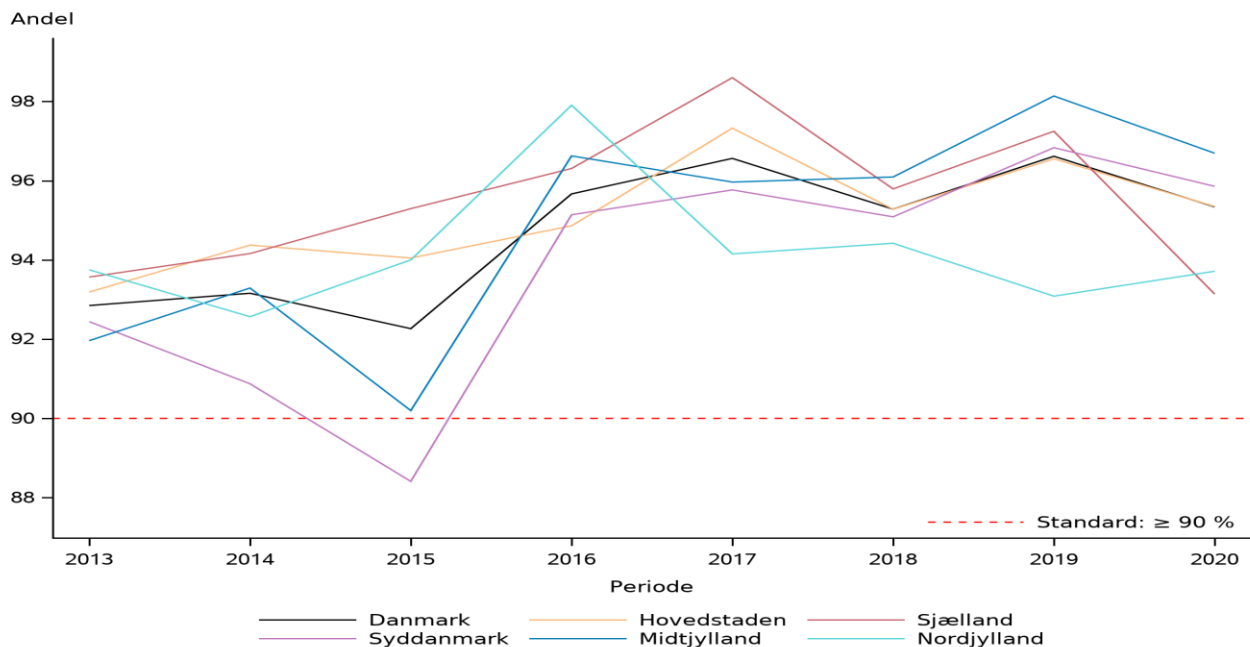
Indikator 3: Andel tumorer, hvor samlede excisionsafstand ved fjernelse på truncus og ekstremiteter (hænder og fødder ekskluderet) er i overensstemmelse med retningslinjer. Funnelploj på regionsniveau.



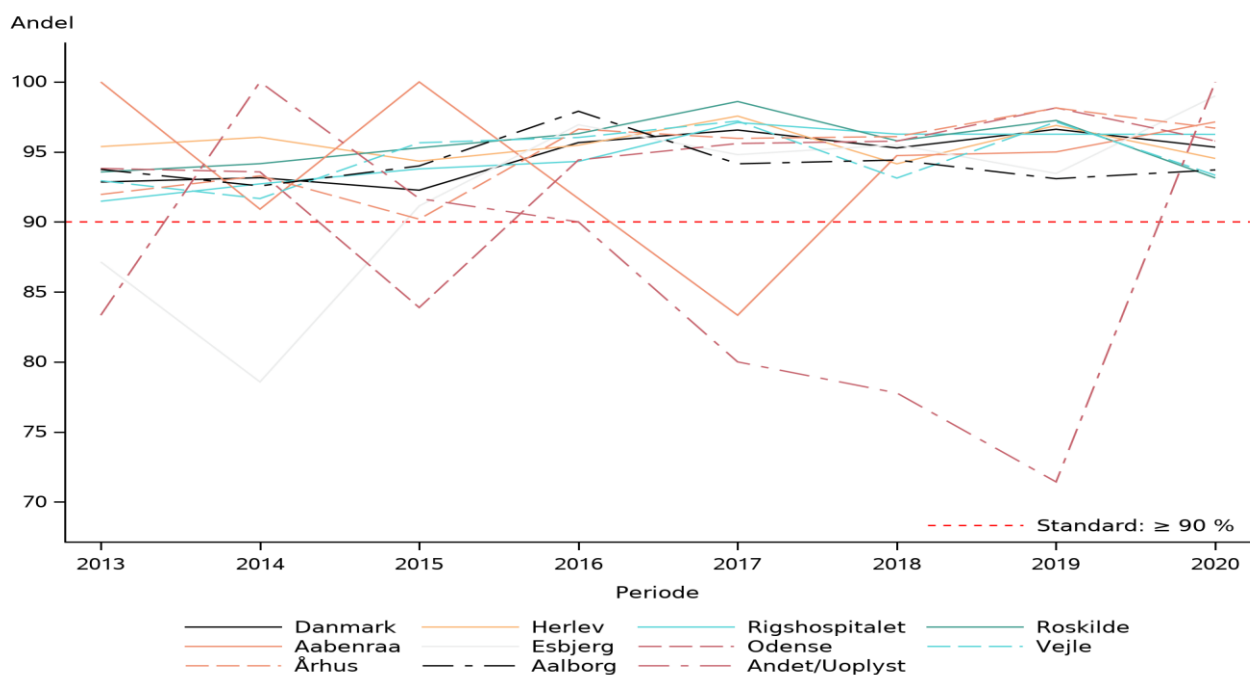
Indikator 3: Andel tumorer, hvor samlede excisionsafstand ved fjernelse på truncus og ekstremiteter (hænder og fødder ekskluderet) er i overensstemmelse med retningslinjer. Funnelploj på afdelingsniveau.



Indikator 3: Andel tumorer, hvor samlede excisionsafstand ved fjernelse på truncus og ekstremiteter (hænder og fødder ekskluderet) er i overensstemmelse med retningslinjer. Trendgraf på regionsniveau.



Indikator 3: Andel tumorer, hvor samlede excisionsafstand ved fjernelse på truncus og ekstremiteter (hænder og fødder ekskluderet) er i overensstemmelse med retningslinjer. Trendgraf på afdelingsniveau.



#### Indikator 4: Andel patienter med tumortykkelse $\geq 0.8$ mm eller med forekomst af ulceration, som har fået foretaget sentinel lymfeknudebiopsi

I følgende præsenteres andelen af patienter med tumortykkelse  $\geq 0.8$  mm eller med forekomst af ulceration, hvor der er foretaget sentinel lymfeknudebiopsi (SN biopsi). Der er fastsat en standard på  $\geq 80\%$  for denne indikator.

Som supplement til nærværende opgørelse præsenteres i appendikstabel 15 en tabel med angivelse af årsager til, at der ikke er foretaget SN biopsi.

#### Indikator 4: Andel patienter med tumortykkelse $\geq 0.8$ mm eller med forekomst af ulceration, hvor der er foretaget sentinel lymfeknudebiopsi

	Standard	Uoplyst antal	Aktuelle år		Tidligere år			
	$\geq 80\%$ opfyldt		Tæller/ nævner	01.01.2020 - 31.12.2020 Andel	95% CI	2019		2018
		(%)			Antal	Andel	Antal	Andel
<b>Danmark</b>	Ja	1.231 / 1.445	20 (1)	85 (83-87)	1.214 / 1.408	86	1.205 / 1.443	84
<b>Hovedstaden</b>	Ja	379 / 474	6 (1)	80 (76-83)	421 / 494	85	379 / 477	79
<b>Sjælland</b>	Ja	185 / 199	2 (1)	93 (88-96)	185 / 205	90	199 / 217	92
<b>Syddanmark</b>	Ja	287 / 322	3 (1)	89 (85-92)	276 / 321	86	269 / 325	83
<b>Midtjylland</b>	Ja	252 / 292	4 (1)	86 (82-90)	218 / 251	87	205 / 247	83
<b>Nordjylland</b>	Ja	128 / 158	5 (3)	81 (74-87)	114 / 137	83	153 / 177	86
<b>Hovedstaden</b>	Ja	379 / 474	6 (1)	80 (76-83)	421 / 494	85	379 / 477	79
Herlev	Nej	219 / 284	2 (1)	77 (72-82)	228 / 253	90	213 / 268	79
Rigshospitalet	Ja	160 / 190	4 (2)	84 (78-89)	193 / 241	80	166 / 209	79
<b>Sjælland</b>	Ja	185 / 199	2 (1)	93 (88-96)	185 / 205	90	199 / 217	92
Roskilde	Ja	185 / 199	2 (1)	93 (88-96)	185 / 205	90	199 / 217	92
<b>Syddanmark</b>	Ja	287 / 322	3 (1)	89 (85-92)	276 / 321	86	269 / 325	83
Esbjerg	Ja	73 / 80	0 (0)	91 (83-96)	54 / 64	84	43 / 49	88
Odense	Ja	141 / 156	3 (2)	90 (85-95)	141 / 165	85	163 / 192	85
Vejle	Ja	73 / 86	0 (0)	85 (76-92)	81 / 92	88	63 / 84	75
<b>Midtjylland</b>	Ja	252 / 292	4 (1)	86 (82-90)	218 / 251	87	205 / 247	83
Århus	Ja	252 / 292	4 (1)	86 (82-90)	218 / 251	87	205 / 247	83
<b>Nordjylland</b>	Ja	128 / 158	5 (3)	81 (74-87)	114 / 137	83	153 / 177	86
Aalborg	Ja	128 / 158	5 (3)	81 (74-87)	114 / 137	83	153 / 177	86

#### 4: Andel patienter med tumortykkelse $\geq 0.8$ mm eller med forekomst af ulceration, hvor der er foretaget sentinel lymfeknudebiopsi

	Antal	Årsag
<b>Eksklusion:</b>	20	In Situ melanom
	46	Det er usikkert om tumor er primærtumor eller metastase
	1.234	Ikke den tykkeste tumor i kalenderåret
	1.256	Tumortykkelse $< 0.8$ mm og ej ulceration
	21	Dissemineret cancer
<b>Uoplyst:</b>	20	Uoplyst in situ stadie



#### Datagrundlag

Alle informationer i denne indikatorberegning kommer fra det direkte indtastningsmodul.

Kriterierne for anbefaling af SN biopsi har ændret sig i forhold til tidligere, idet man i Danmark fra 2018, såvel som i andre lande, har besluttet at anvende den 8. UICC/AJCC klassifikation for TNM-stadier. Jævnfør denne skelnes mellem stadium IA og IB ved tumorer over eller under 0,8 mm, hvor det før 2018 var 1,0 mm. Således præsenteres resultaterne i henhold til de på daværende tidspunkt gældende kriterier. Det vil sige, at for aktuelle opgørelsesperiode og tilbage til 2018 anvendes tumortykkelse  $\geq 0,8$  mm og for 2017 og tidligere anvendes tumortykkelse  $\geq 1$  mm. Desuden er det væsentligt at nævne, at frem til 1. januar 2018 blev der også foretaget SN biopsi ved mitoseforekomst dermalt og tumortykkelse  $< 1$  mm.

For trendgraferne gøres der opmærksom på, at definitionen af in situ blev ændret ved årsskiftet 2018. In situ er således defineret som clarks level 1 frem til og med 2017. Derefter er in situ defineret som svaret "in situ" på spørgsmålet om involvering i dermis i det direkte indtastningsmodul.

#### Beregningsregler

- Tæller: Patienter, der har fået foretaget SN biopsi (ifølge angivelse på kirurgi- eller patologiskema) eller hvor der er forsøgt foretaget SN-biopsi.
- Nævner: Antallet af patienter med tumortykkelse  $\geq 0,8$  mm eller ved forekomst af ulceration.

#### Resultater

På landsplan ligger andelen af patienter med tumortykkelse  $\geq 0,8$  mm eller med forekomst af ulceration, og som har fået foretaget SN biopsi på 85% (95% CI: 83-87). Således opfyldes indikatoren på landsplan, men standarden opfyldes ikke helt i Herlev med 77% (95% CI: 72-82). I forhold til tidligere er den generelle tendens en nogenlunde ensartet opfyldelse af standarden med variation i resultatet på regionsniveau fra 80% til 93%. For 189 af de 214 patienter, som ikke har fået foretaget SN-biopsi, skyldes det tekniske forhold under operationen, komorbiditet eller patientens eget ønske om ikke at få foretaget SN-biopsi (jf. appendikstabel 15).

#### Diskussion og implikationer

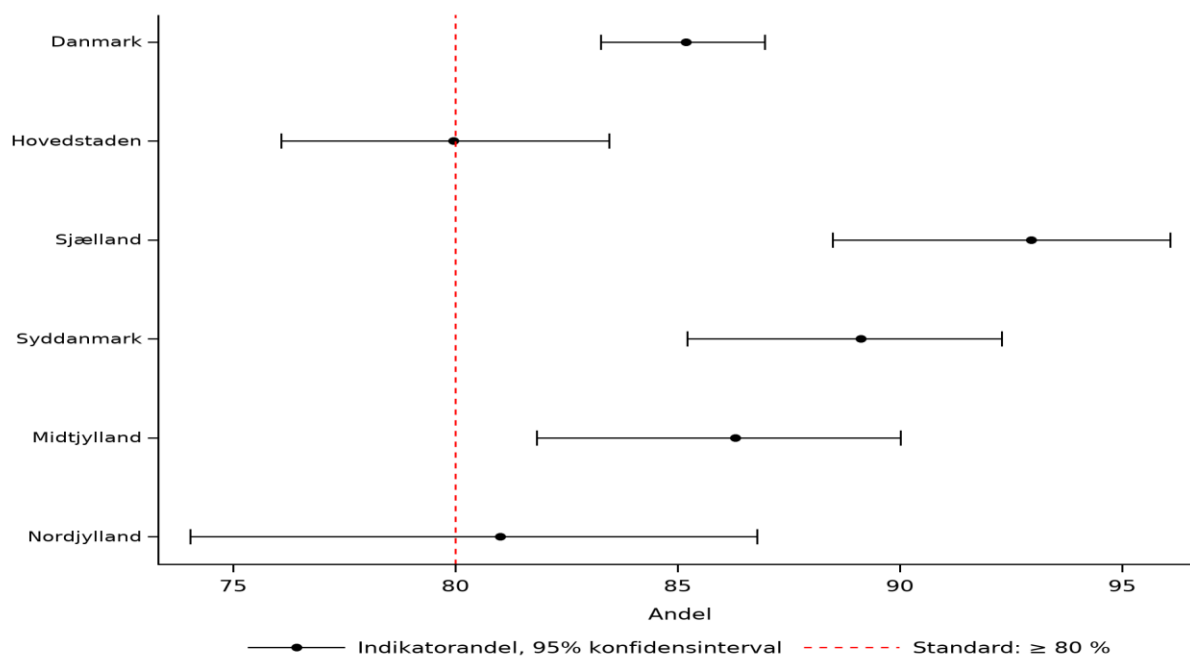
Særlig høj alder eller dårlig almentilstand er årsag til afvigelse fra anbefalingerne, idet udførelse af SN biopsi normalt kræver fuld bedøvelse, mens den definitive lokale behandling ofte kan udføres i lokalbedøvelse. Beslutningen om biopsi foregår i samråd med patient og pårørende. Der er i stigende grad fokus på potentiel morbiditet i forbindelse med SN proceduren og stigende patientinddragelse i beslutningsprocessen om, hvorvidt proceduren skal udføres, kan afspejle forskelle afdelingerne imellem, ligesom casemix heller ikke er ens. Kendskab til SN status er dog blevet tiltagende vigtig, da patienter med positiv SN siden medio 2018 generelt kan tilbydes adjuverende terapi. Nationalt og i de fleste regioner er målopfyldelse højere end standarden ( $> 80\%$ ). På Herlev hospital er standarden i år ikke opnået, men man kan af appendiks tabel 15 se, at der er redegjort årsag hos 85 af 95 ikke-udførte SN-biopsier i Region Hovedstaden. Variation i casemix kan således formentlig primært forklare årsagen. Der er nogen variation afdelingerne imellem, men det ser ud til at være rimelig konstant hen over de år, data er blevet registreret. Da der er god mulighed for at forklare, hvorfor SN biopsi i givet fald ikke foretages, må der arbejdes aktivt for, at alle redegør for dette. Som det fremgår af tabellen, er der for de 214 patienter, der ikke har fået foretaget SN biopsi, angivet en eller flere årsager for 189 patienter (88%).

#### Vurdering af indikatorens anvendelighed

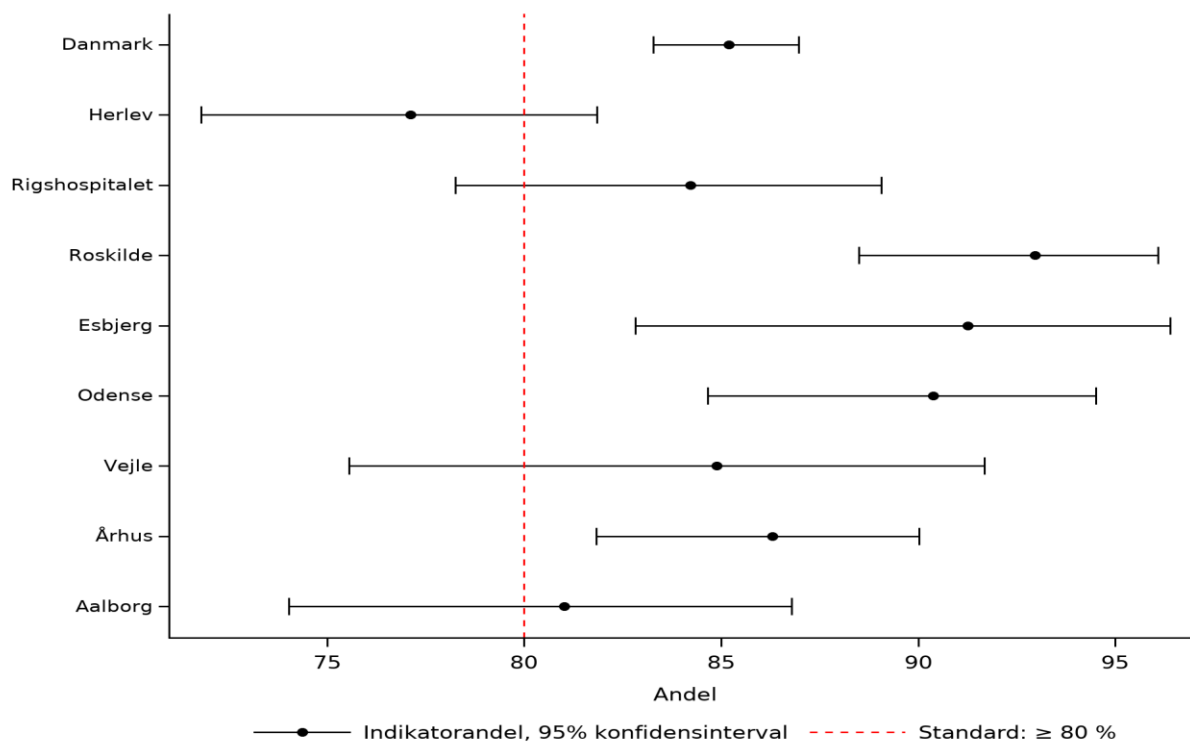
Indikatoren er særdeles vigtig for at overvåge den kirurgiske aktivitet, og bibeholdes derfor. Internationalt er der rimelig enighed om, at SN biopsi bør tilbydes patienter, hvor risiko for spredning til sentinel node forventes at være 5% eller derover. Siden overgang til 8. version af UICC/AJCC klassifikationen har vi observeret lav forekomst af positiv SN hos patienter med T1b tumorer, men i 2020 har der været positiv SN blandt 6,7% af patienterne med T1b tumorer (appendikstabel 4). Dette bekræfter, at patienter med T1b tumorer fortsat bør tilbydes SN biopsi ifølge den internationale konsensus.

Til næste årsrapport ønskes der en oversigt over aldersfordelingen af de patienter der får hhv. ikke får foretaget SN-biopsi. Dette for at undersøge om det typisk er patienter  $> 80$  år, der ikke får foretaget SN-biopsi.

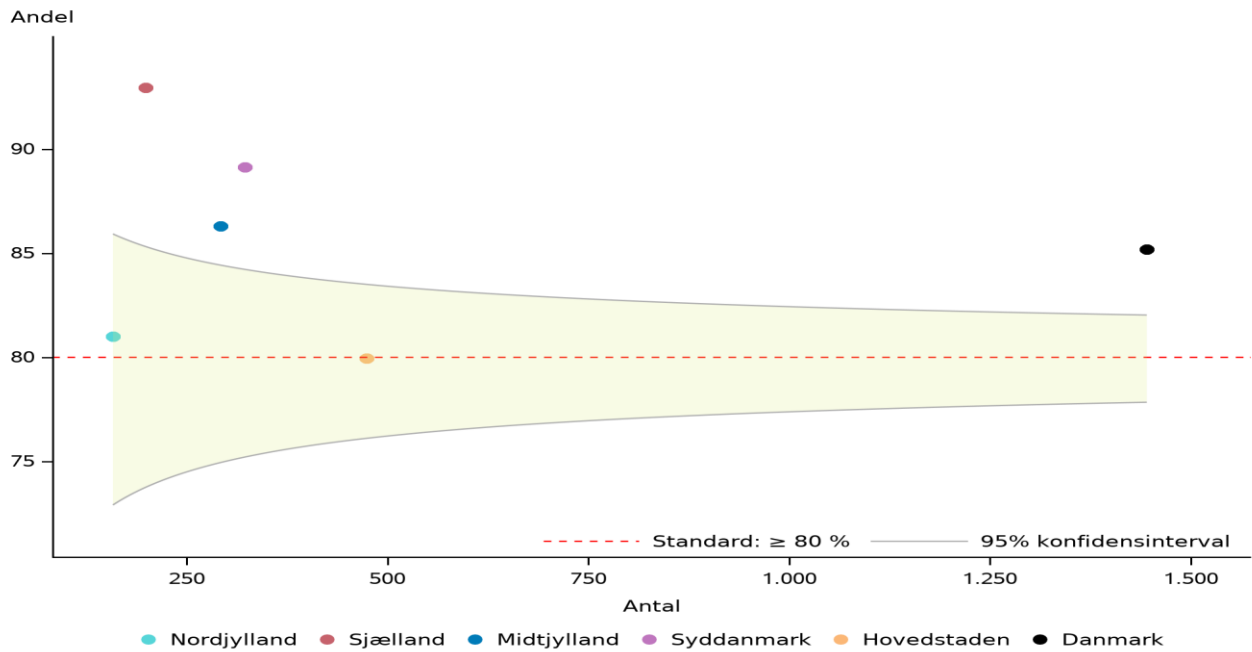
Indikator 4: Andel patienter med tumortykkelse  $\geq 0.8$  mm eller med forekomst af ulceration, hvor der er foretaget sentinel lymfeknudebiopsi. Kontrolldiagram på regionsniveau.



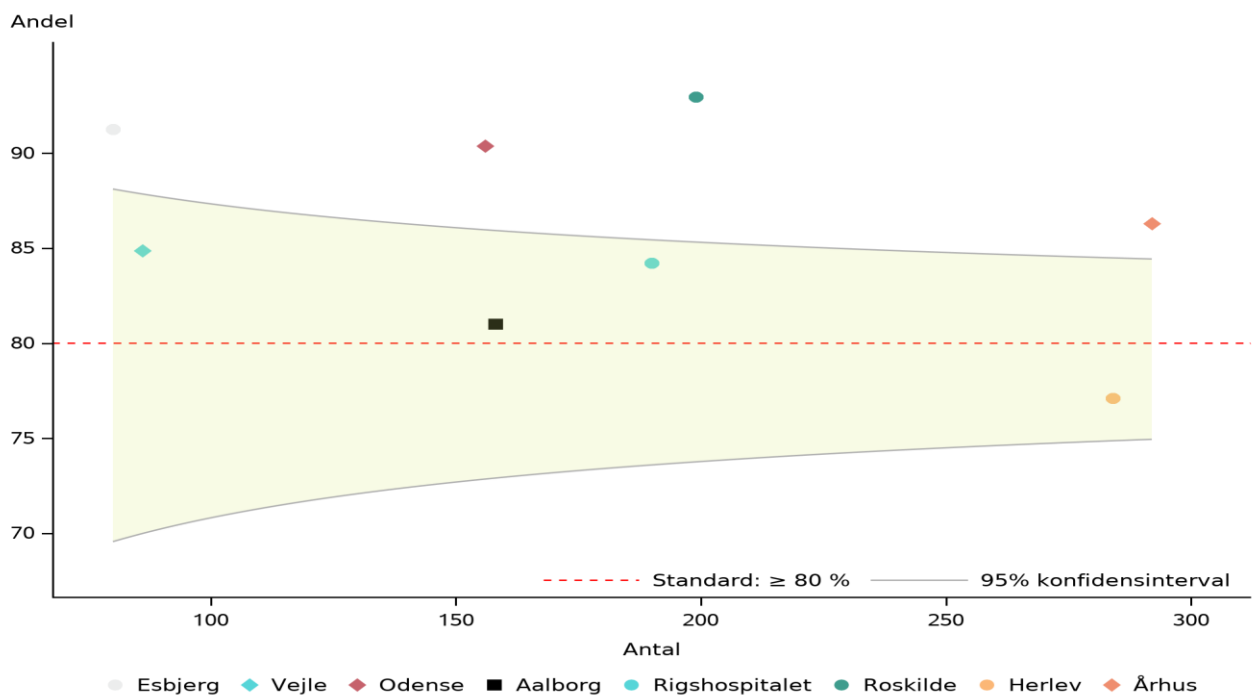
Indikator 4: Andel patienter med tumortykkelse  $\geq 0.8$  mm eller med forekomst af ulceration, hvor der er foretaget sentinel lymfeknudebiopsi. Kontrolldiagram på afdelingsniveau.



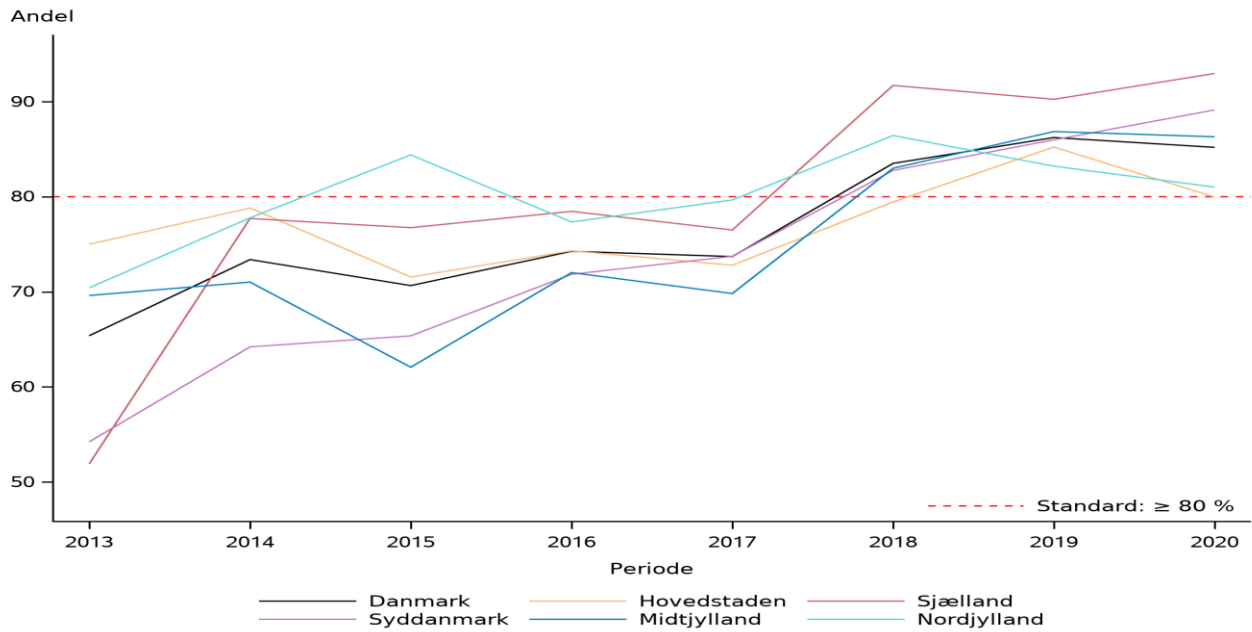
Indikator 4: Andel patienter med tumortykkelse  $\geq 0.8$  mm eller med forekomst af ulceration, hvor der er foretaget sentinel lymfeknudebiopsi. Funnelploj på regionsniveau.



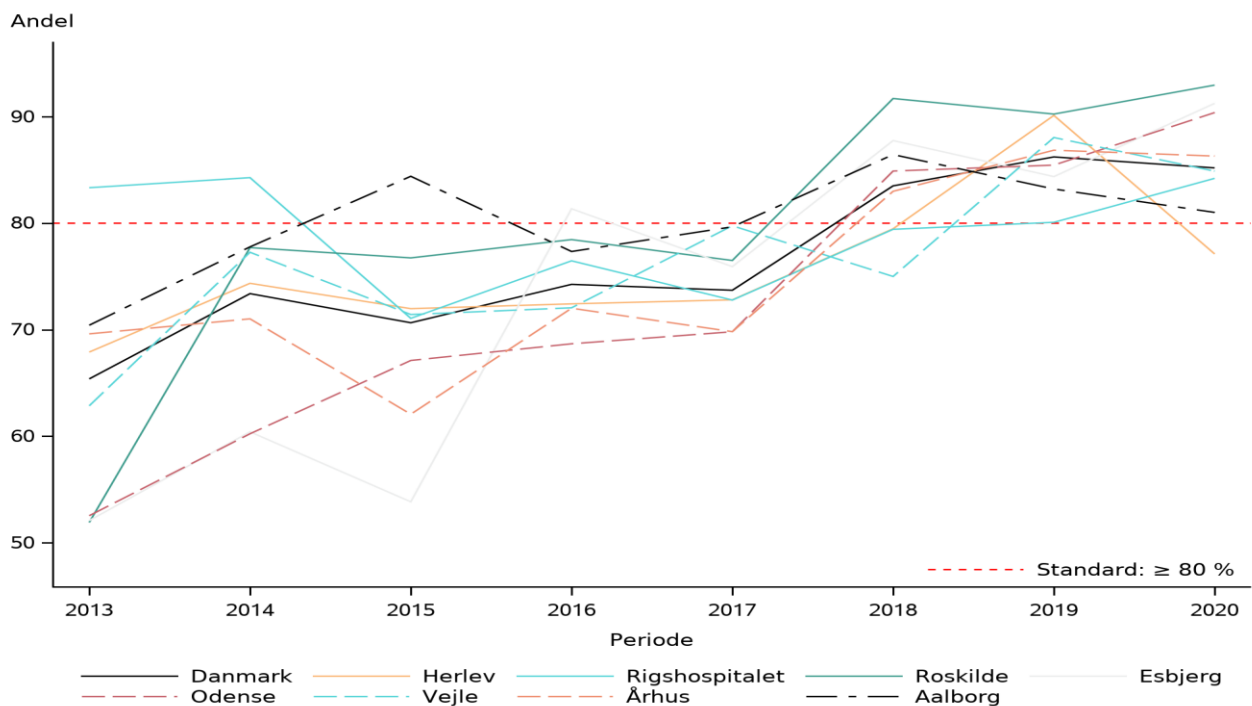
Indikator 4: Andel patienter med tumortykkelse  $\geq 0.8$  mm eller med forekomst af ulceration, hvor der er foretaget sentinel lymfeknudebiopsi. Funnelploj på afdelingsniveau.



Indikator 4: Andel patienter med tumortykkelse  $\geq 0.8$  mm eller med forekomst af ulceration, hvor der er foretaget sentinel lymfeknudebiopsi. Trendgraf på regionsniveau.



Indikator 4: Andel patienter med tumortykkelse  $\geq 0.8$  mm eller med forekomst af ulceration, hvor der er foretaget sentinel lymfeknudebiopsi. Trendgraf på afdelingsniveau.





## Indikator 5: Andel tumorer, hvor tumortykkelse er angivet i mm

Her præsenteres andelen af invasive tumorer, hvor tumortykkelse er angivet i mm. Indikatoren er opgjort per patologicenter, hvor der er fastsat en standard på  $\geq 97\%$ .

### Indikator 5: Andel tumorer, hvor tumortykkelse er angivet i mm eller er angivet som 'kan ikke måles' i patologidata

	Standard		Uoplyst antal (%)	Aktuelle år 01.01.2020 - 31.12.2020		Tidligere år			
	$\geq 97\%$	Tæller/ nævner		Andel	95% CI	2019		2018	
	opfyldt					Antal	Andel	Antal	Andel
<b>Danmark</b>	Ja	2.771 / 2.781	30 (1)	100	(99-100)	2.843 / 2.847	100	2.902 / 2.911	100
<b>Hovedstaden</b>	Ja	858 / 859	6 (1)	100	(99-100)	1.081 / 1.082	100	1.082 / 1.083	100
<b>Sjælland</b>	Ja	357 / 357	0 (0)	100	(99-100)	350 / 350	100	343 / 344	100
<b>Syddanmark</b>	Ja	618 / 618	3 (0)	100	(99-100)	657 / 659	100	687 / 687	100
<b>Midtjylland</b>	Ja	589 / 593	2 (0)	99	(98-100)	505 / 506	100	501 / 505	99
<b>Nordjylland</b>	Ja	236 / 236	1 (0)	100	(98-100)	237 / 237	100	283 / 283	100
<b>Hovedstaden</b>	Ja	858 / 859	6 (1)	100	(99-100)	1.081 / 1.082	100	1.082 / 1.083	100
Herlev	Ja	472 / 472	1 (0)	100	(99-100)	487 / 488	100	534 / 535	100
Hvidovre	Ja	37 / 37	0 (0)	100	(91-100)	41 / 41	100	47 / 47	100
Rigshospitalet	Ja	349 / 350	5 (1)	100	(98-100)	553 / 553	100	501 / 501	100
<b>Sjælland</b>	Ja	357 / 357	0 (0)	100	(99-100)	350 / 350	100	343 / 344	100
Næstved	Ja	51 / 51	0 (0)	100	(93-100)	31 / 31	100	23 / 23	100
Roskilde	Ja	300 / 300	0 (0)	100	(99-100)	292 / 292	100	275 / 275	100
Slagelse	Ja	6 / 6	0 (0)	100	(54-100)	27 / 27	100	45 / 46	98
<b>Syddanmark</b>	Ja	618 / 618	3 (0)	100	(99-100)	657 / 659	100	687 / 687	100
Esbjerg	Ja	105 / 105	0 (0)	100	(97-100)	122 / 122	100	87 / 87	100
Odense	Ja	266 / 266	2 (1)	100	(99-100)	317 / 318	100	367 / 367	100
Sønderborg	Ja	104 / 104	0 (0)	100	(97-100)	64 / 64	100	77 / 77	100
Vejle	Ja	143 / 143	1 (1)	100	(97-100)	154 / 155	99	156 / 156	100
<b>Midtjylland</b>	Ja	589 / 593	2 (0)	99	(98-100)	505 / 506	100	501 / 505	99
Randers	Ja	55 / 55	2 (4)	100	(94-100)	43 / 43	100	57 / 58	98
Viborg	Ja	203 / 207	0 (0)	98	(95-99)	155 / 155	100	159 / 159	100
Århus	Ja	331 / 331	0 (0)	100	(99-100)	307 / 308	100	285 / 288	99
<b>Nordjylland</b>	Ja	236 / 236	1 (0)	100	(98-100)	237 / 237	100	283 / 283	100
Aalborg	Ja	226 / 226	1 (0)	100	(98-100)	230 / 230	100	282 / 282	100
Vendsyssel	Ja	10 / 10	0 (0)	100	(69-100)	7 / 7	100	## / ##	100
<b>Primærsektoren</b>									
Andet/Uoplyst	Nej	113 / 118	18 (13)	96	(90-99)	13 / 13	100	6 / 9	67

# Resultatet er af diskretionshensyn fjernet, da der er under tre observationer



## 5: Andel tumorer, hvor tumortykkelse er angivet i mm eller er angivet som 'kan ikke måles' i patologidata

	Antal	Årsag
<b>Eksklusion:</b>	1.183	In Situ melanom
	48	Det er usikkert om tumor er primærtumor eller metastase
<b>Uoplyst:</b>	30	Uoplyst in situ stadie

### Datagrundlag

Alle informationer i denne indikatorberegning kommer fra det direkte indtastningsmodul.

For trendgraferne gøres det opmærksom på, at definitionen af in situ ændredes ved årsskiftet 2018. In situ er således defineret som clarks level 1 frem til og med 2017, derefter er in situ defineret som svaret "in situ" på spørgsmålet om involvering i dermis i det direkte indtastningsmodul.

### Beregningsregler

- Tæller: Invasive tumorer, hvor tumortykkelse er angivet eller er registreret som 'kan ikke måles' (det vil sige, at der er sket en aktiv handling i forhold til at vurdere og registrere tumorens størrelse).
- Nævner: Alle invasive tumorer registreret i aktuelle opgørelsesperiode.
- Andet/uoplyst: Indberetninger der står "uden center", dvs. disse indgår i den samlede opgørelse for Danmark, men ikke på regionsniveau.

### Resultater

For aktuelle opgørelsesperiode ligger andelen af tumorer med angivelse af tumortykkelse på 100% (95% CI: 99-100) på landsplan, hvormed standarden er opfyldt. Dette gør sig gældende for samtlige regioner. Primærsektoren har en målopfyldelse på 96% og ligger dermed lige under den fastsatte standard. Andelen af tumorer med angivet tumortykkelse har været stabilt højt siden databasens start i 2013.

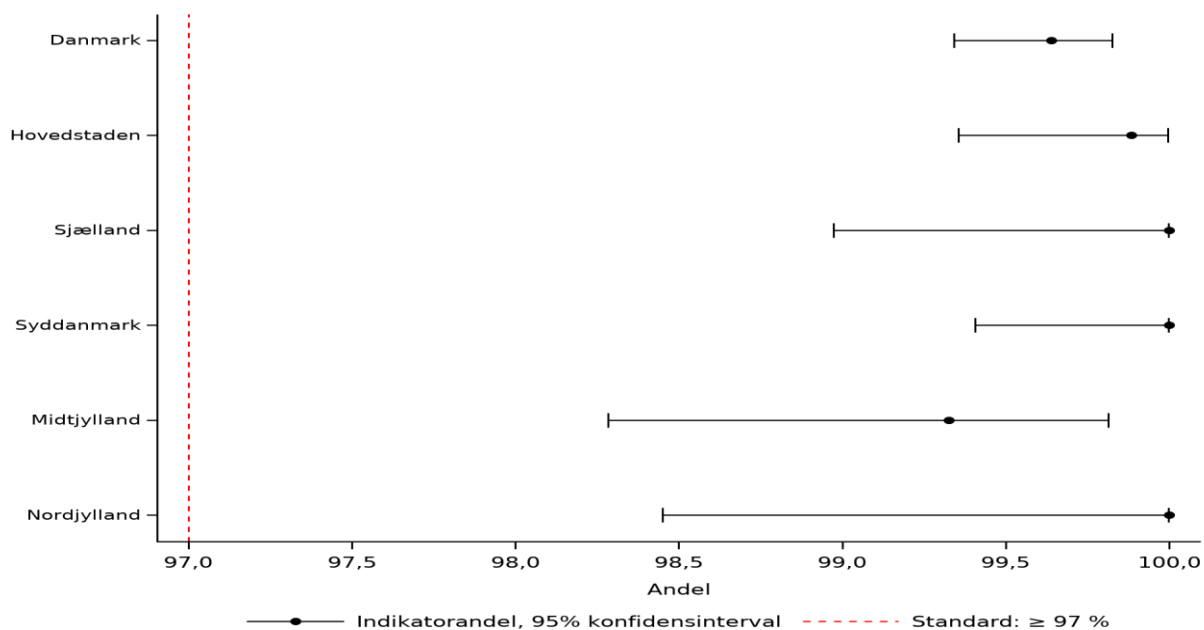
### Diskussion og implikationer

Tumortykkelse er en vigtig prognostisk faktor med behandlingskonsekvenser i forhold til re-sektionsafstand og SN biopsi. Den optimale løsning vil være overførsel af data vedrørende tumortykkelse fra Landsregisteret for Patologi til databasen.

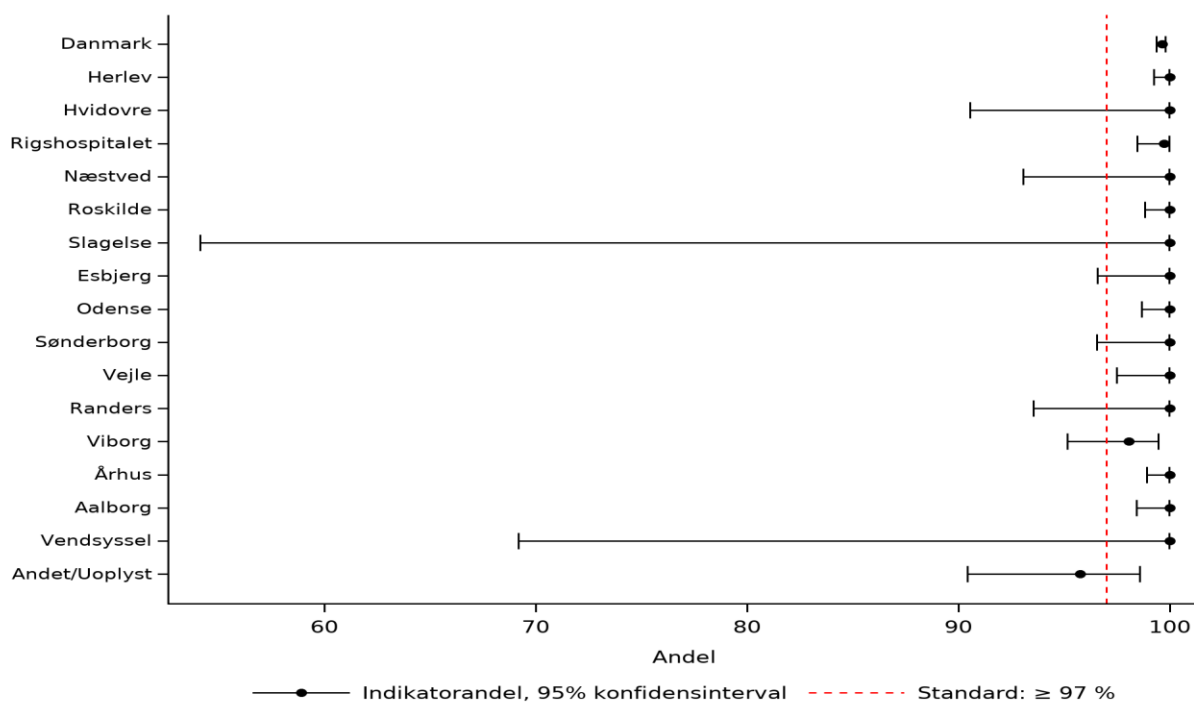
### Vurdering af indikatorens anvendelighed

AI melanomudredning, behandling og opfølgning tager afsæt i tumortykkelsen; den er den vigtigste prognostiske faktor, både isoleret og samlet set. DMDs styregruppe anser dermed denne indikator for at være kongeindikatoren – uden denne er resten ikke meningsfuldt. Derfor opretholdes indikatoren, til trods for den meget flotte og ensartede målopfyldelse landet over.

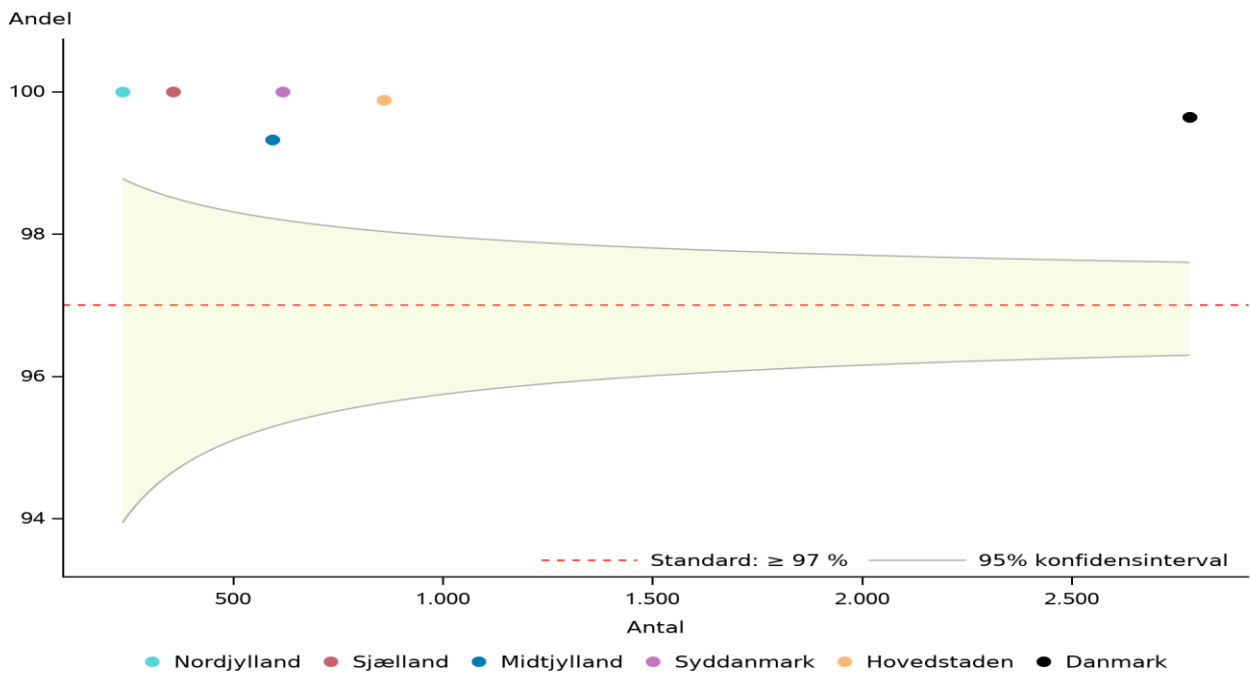
Indikator 5: Andel tumorer, hvor tumortykkelse er angivet i mm eller er angivet som 'kan ikke måles' i patologidata. Kontrol-  
gram på regionsniveau.



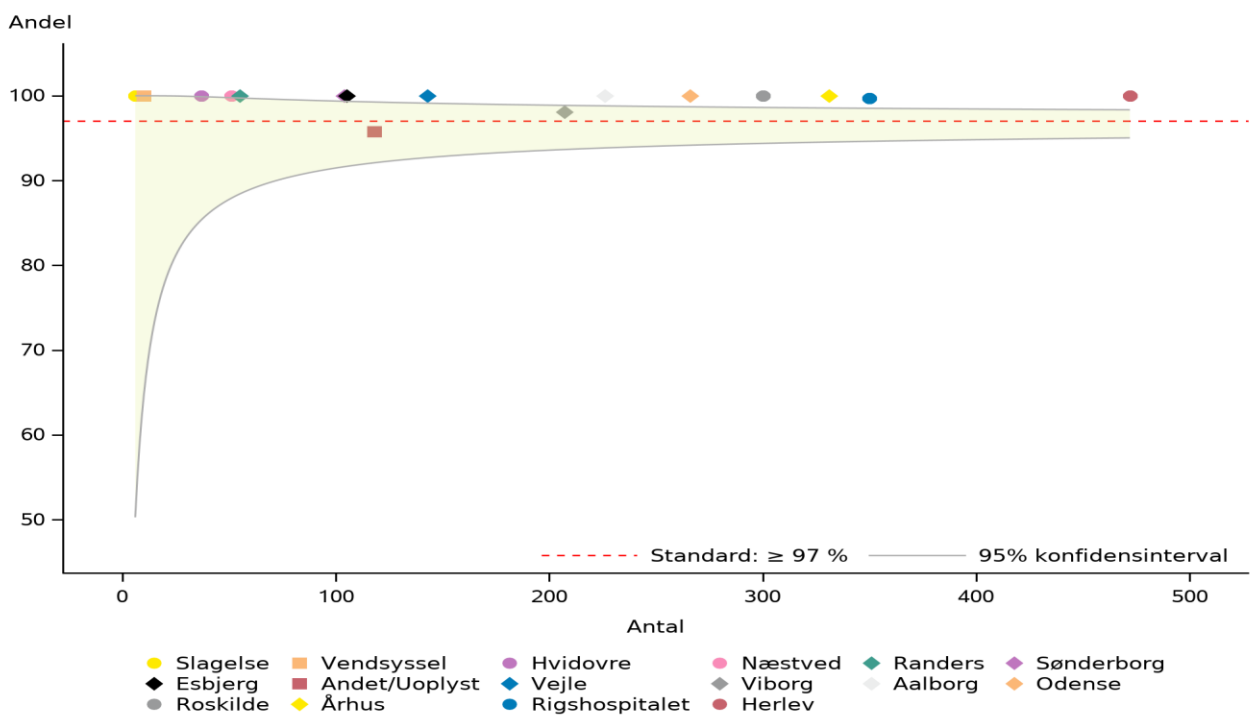
Indikator 5: Andel tumorer, hvor tumortykkelse er angivet i mm eller er angivet som 'kan ikke måles' i patologidata. Kontrol-  
gram på afdelingsniveau.



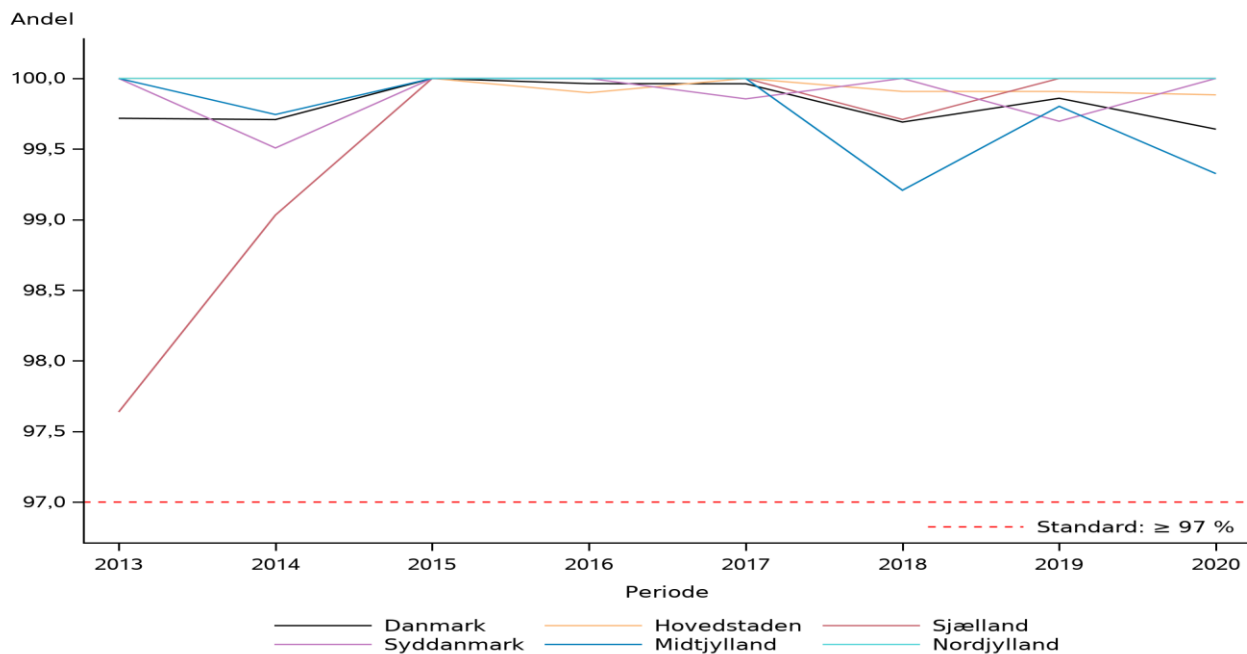
Indikator 5: Andel tumorer, hvor tumortykkelse er angivet i mm eller er angivet som 'kan ikke måles' i patologidata. Funnelploj på regionsniveau.



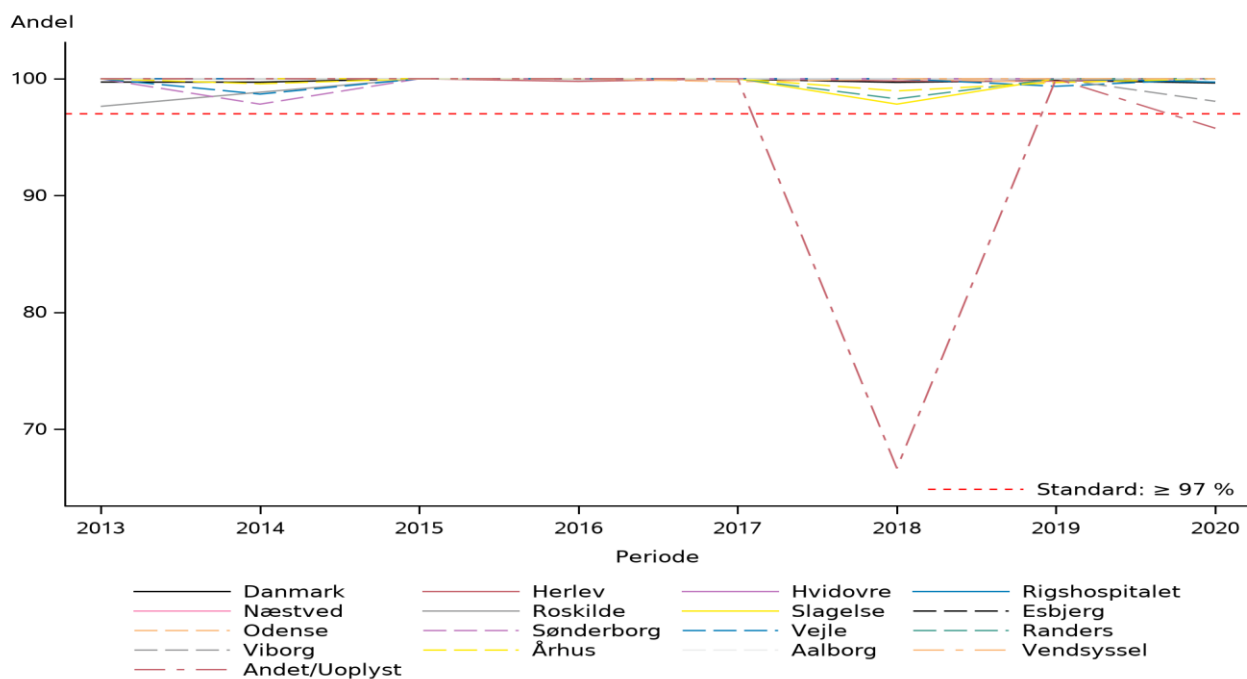
Indikator 5: Andel tumorer, hvor tumortykkelse er angivet i mm eller er angivet som 'kan ikke måles' i patologidata. Funnelploj på afdelingsniveau.



Indikator 5: Andel tumorer, hvor tumortykkelse er angivet i mm eller er angivet som 'kan ikke måles' i patologidata. Trendgraf på regionsniveau.



Indikator 5: Andel tumorer, hvor tumortykkelse er angivet i mm eller er angivet som 'kan ikke måles' i patologidata. Trendgraf på afdelingsniveau.



## Indikator 10: Andel lymfeknodelokalisationer, hvor der er fjernet højst 3 lymfeknuder ved sentinel lymfeknudebiopsi

I det følgende præsenteres andelen af lymfeknodelokalisationer, hvor der er fjernet  $\leq 3$  lymfeknuder ved SN biopsi. Der er fastsat en standard på  $\geq 90\%$  for denne indikator.

### Indikator 10: Andel lokationer, der har fået fjernet højst 3 lymfeknuder ved sentinel lymfeknudebiopsi

	Standard		Uoplyst antal (%)	Aktuelle år 01.01.2020 - 31.12.2020		Tidligere år			
	$\geq 90\%$ opfyldt	Tæller/ nævner		Andel	95% CI	2019		2018	
						Antal	Andel	Antal	Andel
<b>Danmark</b>	Ja	1.480 / 1.528	13 (1)	97	(96-98)	1.455 / 1.529	95	1.469 / 1.544	95
<b>Hovedstaden</b>	Ja	433 / 452	6 (1)	96	(94-97)	503 / 527	95	448 / 465	96
<b>Sjælland</b>	Ja	211 / 220	0 (0)	96	(92-98)	213 / 227	94	238 / 255	93
<b>Syddanmark</b>	Ja	353 / 358	1 (0)	99	(97-100)	317 / 335	95	327 / 339	96
<b>Midtjylland</b>	Ja	314 / 324	5 (2)	97	(94-99)	280 / 291	96	276 / 283	98
<b>Nordjylland</b>	Ja	169 / 174	1 (1)	97	(93-99)	142 / 149	95	180 / 202	89
<b>Hovedstaden</b>	Ja	433 / 452	6 (1)	96	(94-97)	503 / 527	95	448 / 465	96
Herlev	Ja	251 / 263	1 (0)	95	(92-98)	263 / 277	95	244 / 256	95
Rigshospitalet	Ja	182 / 189	5 (3)	96	(93-98)	240 / 250	96	204 / 209	98
<b>Sjælland</b>	Ja	211 / 220	0 (0)	96	(92-98)	213 / 227	94	238 / 255	93
Roskilde	Ja	211 / 220	0 (0)	96	(92-98)	213 / 227	94	238 / 255	93
<b>Syddanmark</b>	Ja	353 / 358	1 (0)	99	(97-100)	317 / 335	95	327 / 339	96
Esbjerg	Ja	82 / 84	0 (0)	98	(92-100)	62 / 65	95	41 / 46	89
Odense	Ja	169 / 172	1 (1)	98	(95-100)	163 / 173	94	208 / 213	98
Vejle	Ja	102 / 102	0 (0)	100	(96-100)	92 / 97	95	78 / 80	98
<b>Midtjylland</b>	Ja	314 / 324	5 (2)	97	(94-99)	280 / 291	96	276 / 283	98
Århus	Ja	314 / 324	5 (2)	97	(94-99)	280 / 291	96	276 / 283	98
<b>Nordjylland</b>	Ja	169 / 174	1 (1)	97	(93-99)	142 / 149	95	180 / 202	89
Aalborg	Ja	169 / 174	1 (1)	97	(93-99)	142 / 149	95	180 / 202	89

### 10: Andel lokationer, der har fået fjernet højst 3 lymfeknuder ved sentinel lymfeknudebiopsi

	Antal	Årsag
<b>Eksklusion:</b>	1.184	In Situ melanom
	1.553	Sentinel lymfeknude biopsi ikke foretaget
	129	Non-sentinel lymfeknude
<b>Uoplyst:</b>	13	Uoplyst in situ stadie



## Datagrundlag

Alle informationer i denne indikatorberegning kommer fra det direkte indtastningsmodul.

For trendgraferne gøres det opmærksom på, at definitionen af in situ ændredes ved årsskiftet 2018. In situ er således defineret som clarks level 1 frem til og med 2017, derefter er in situ defineret som svaret "in situ" på spørgsmålet om involvering i dermis i det direkte indtastningsmodul.

## Beregningsregler

- Tæller: Lymfeknodelokalisationer, hvor der er fjernet  $\leq 3$  lymfeknuder ved SN biopsi.
- Nævner: Alle sentinelle lymfeknodelokalisationer (fx armhulen), hvor der er fjernet sentinelle lymfeknuder.

## Resultater

Andelen af lymfeknodelokalisationer, hvor der er fjernet  $\leq 3$  lymfeknuder ved SN biopsi er på landsplan 97% (95% CI: 96-98), og er ligeledes opfyldt for alle afdelinger. Udviklingen siden 2016 har overordnet været en lille stigning i andelen af patienter, der højst får fjernet 3 lymfeknuder ved SN-biopsi (jf. trendgraf).

## Diskussion og implikationer

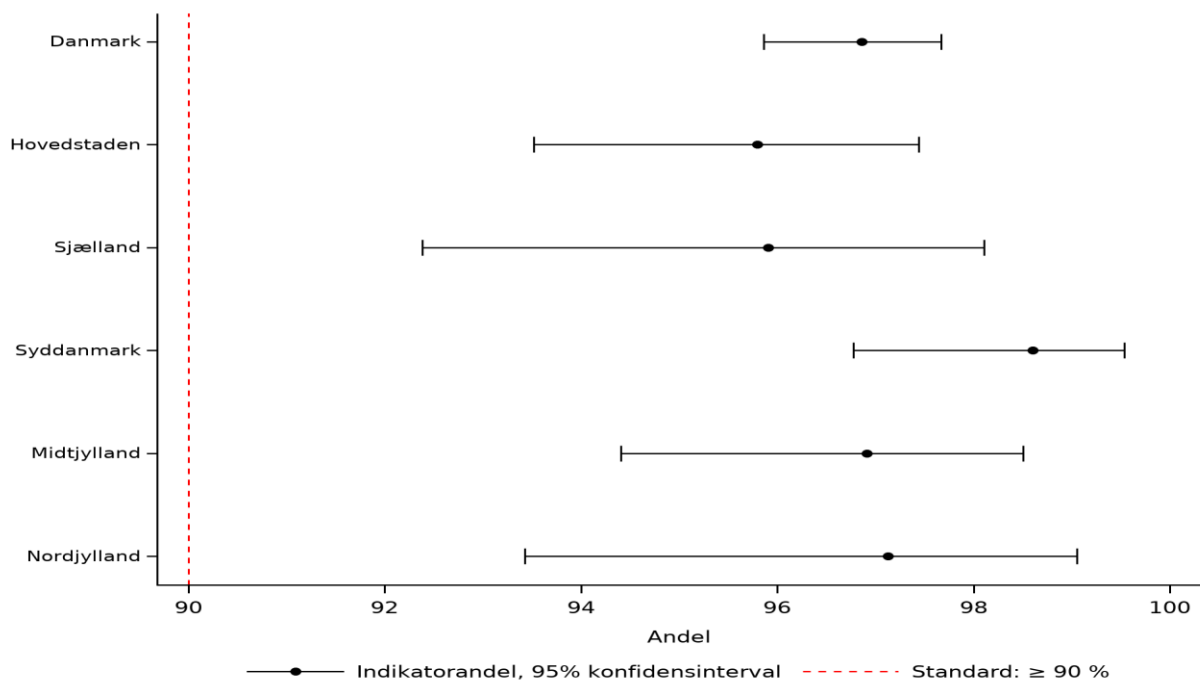
SN diagnostik er en procedure, som involverer flere specialer. Først foretages lymfeskindtegrafi ved klinisk nuklearmedicinsk afdeling. Herved fremstilles den eller de lymfeknuder, som modtager lymfe direkte fra tumorstedet. Ved den efterfølgende kirurgiske procedure fjernes den lymfeknude med mest radioaktivitet i den pågældende region samt i reglen yderligere lymfeknuder, som afgiver tælleletal (som udtryk for indhold af den radioaktive tracer) op til 10% af tælleallet for den mest radioaktive lymfeknude; dette jf. international konvention. Såfremt en eller flere lymfeknuder ligger uden for den vanlige region (for eksempel retroperitonealt ved biopsi i lysken), og/eller morbiditeten skønnes for høj, udelades fjernelse, selv om tælleallet er over de 10%. Så registreres, at "der er efterladt SN", hvilket udløser særlige kontrolforanstaltninger. Postoperativt undersøges lymfeknuderne mikroskopisk af patolog, og først da afgøres, om der er spredning fra melanomet eller ej. Der er flere mulige fejlkilder, herunder ukorrekt injektion af den radioaktive tracer ved tumorstedet eksempel subkutant i stedet for intrakutant), for lidt eller for meget tracerinjektion og billeddannelse på forkert tidspunkt i forhold til afløbet af den radioaktive tracer (for eksempel statisk vs. dynamisk skanning). Endvidere kan kvaliteten af billeddannelsen være meget forskellig afhængig af valgte metode (for eksempel planar vs. SPECT-CT). Peroperativt kan manglende identifikation skyldes for lav tracer aktivitet på operationstidspunktet, mangelfuld kirurgisk teknik, og fjernelse af for mange lymfeknuder kan muligvis forklares ved for rigid efterlevelse af "10%-reglen". Der er god og ensartet målopfyldelse over hele landet.

## Vurdering af indikatorens anvendelighed

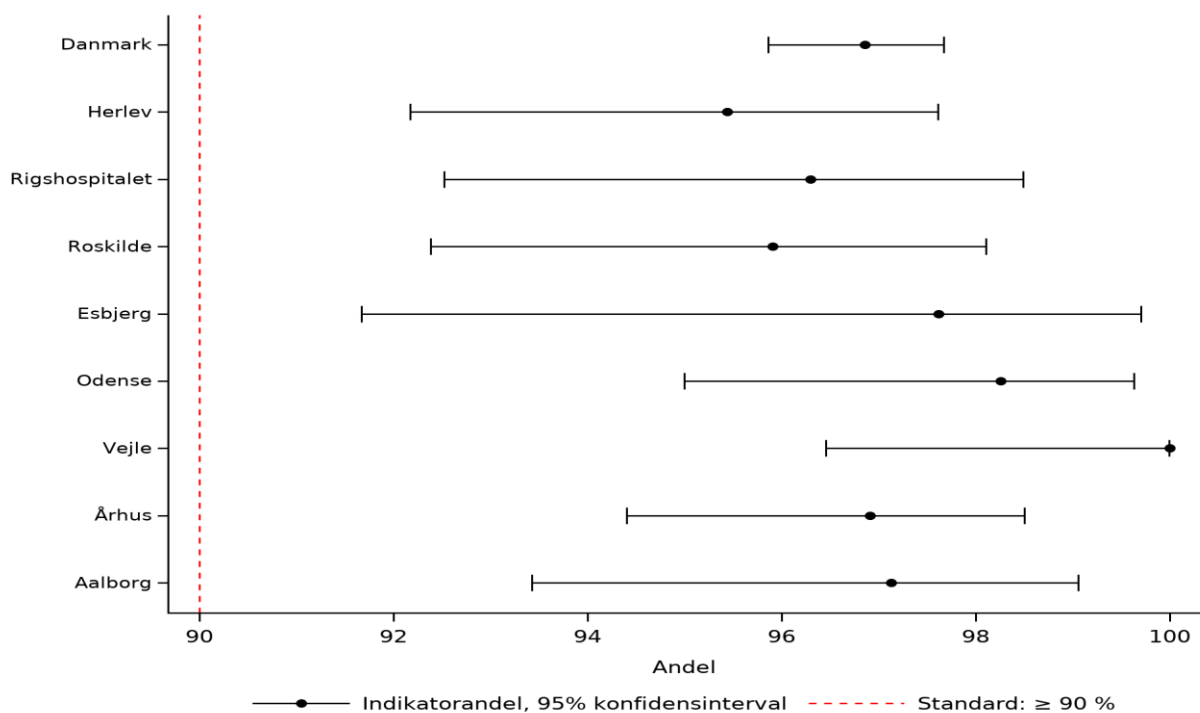
Det er vist, at jo flere lymfeknuder, som fjernes fra én region, jo større er risikoen for varig skade på lymfeafløbet, og dette er argumentet for at opfatte indikatoren som et udtryk for kvalitet. Det valgte niveau på 3 lymfeknuder er valgt ud fra litteraturen, omend denne ikke er entydig.

Denne indikator måler den multidisciplinære kvalitet ved sentinel node biopsi, og er et vigtigt pejlemærke. Indikatoren bør bevares, men den ønskes videreudviklet ved at inkludere supplerende lymfeknuder i det samlede antal lymfeknuder fjernet fra samme region. Kvaliteten af den samlede indsats forbundet med sentinel lymfeknude biopsi vil også kunne vurderes ved at opgøre forekomst af tilbagefald i den pågældende lymfeknuderegion. Forekomst af et sådan tilbagefald vil være associeret med (men dog næppe fuldt forklaret ved) om man har fjernet den/de rigtige sentinel nodes. Når data fra LPR kan indhentes vil en sådan indikator kunne inddrages.

Indikator 10: Andel lokationer, der har fået fjernet højst 3 lymfeknuder ved sentinel lymfeknudebiopsi. Kontrolldiagram på regionsniveau.

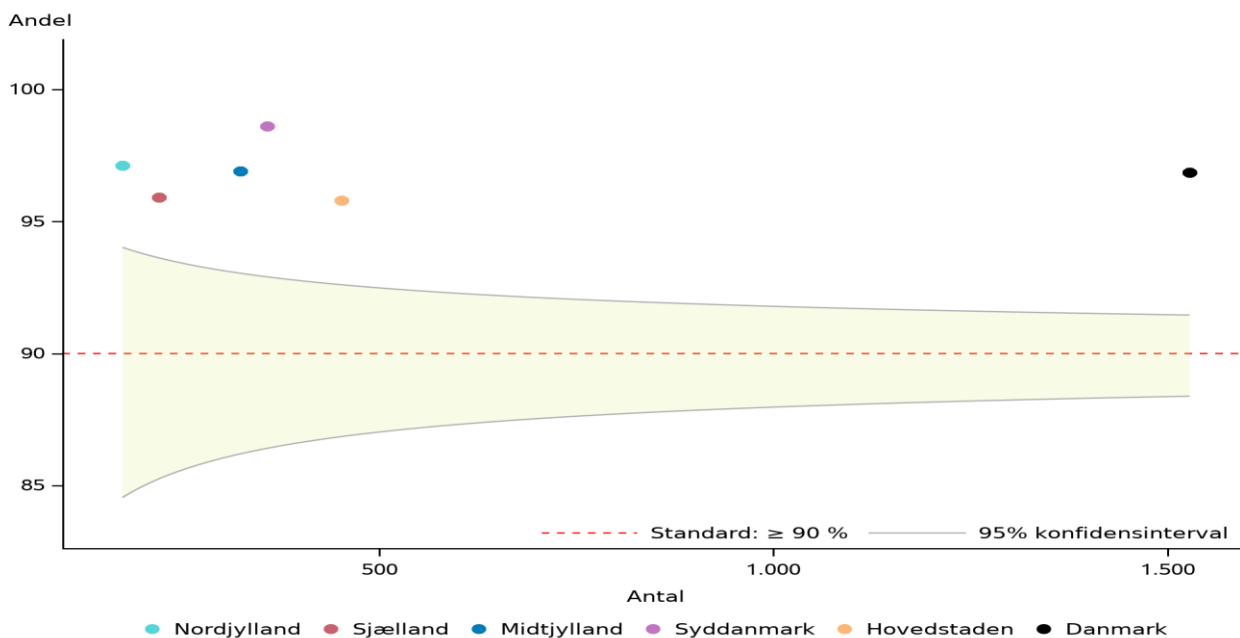


Indikator 10: Andel lokationer, der har fået fjernet højst 3 lymfeknuder ved sentinel lymfeknudebiopsi. Kontrolldiagram på afdelingsniveau.

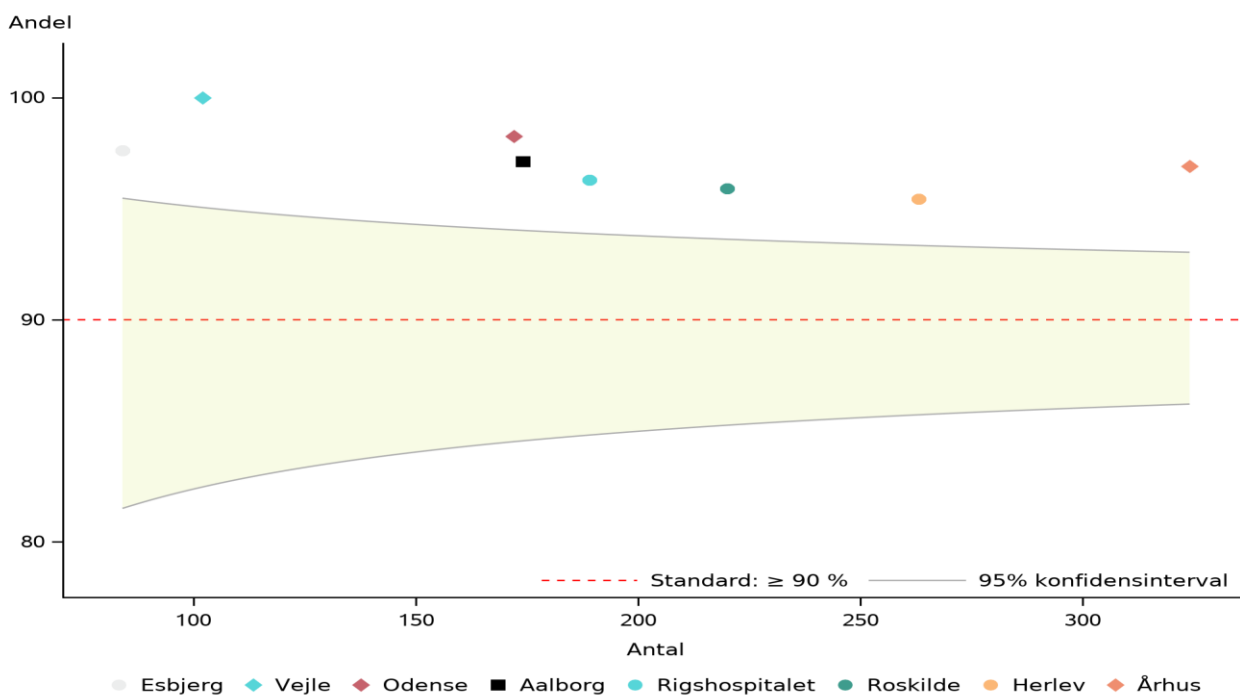




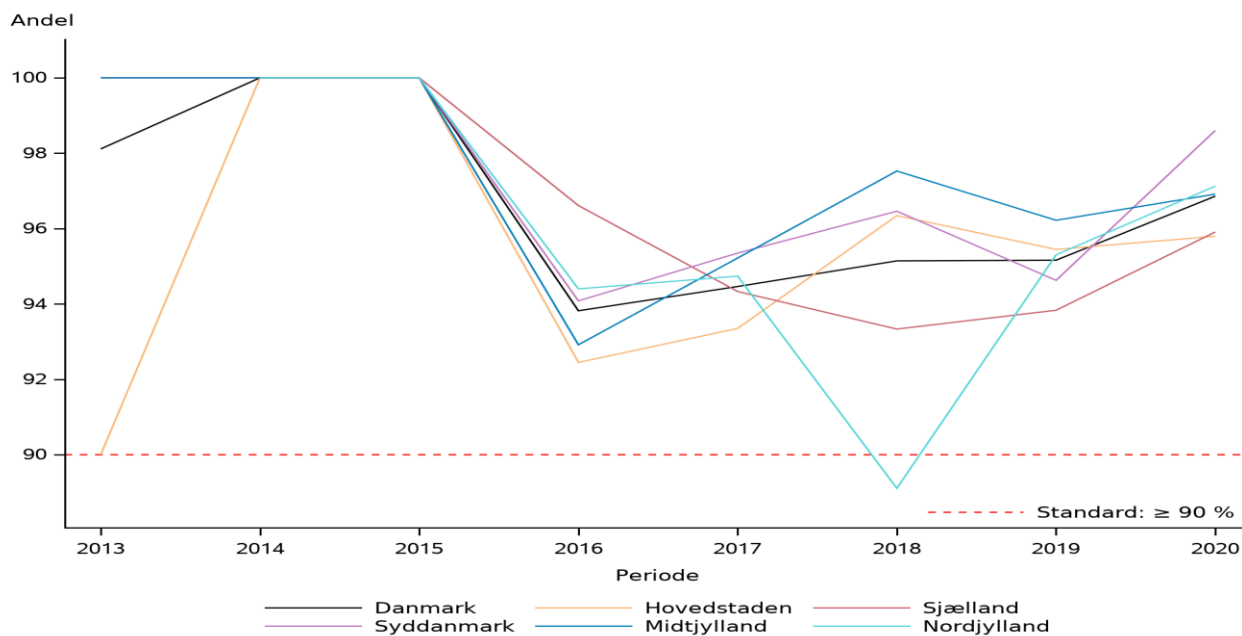
Indikator 10: Andel lokationer, der har fået fjernet højst 3 lymfeknuder ved sentinel lymfeknudebiopsi. Funnelploj på regionsniveau.



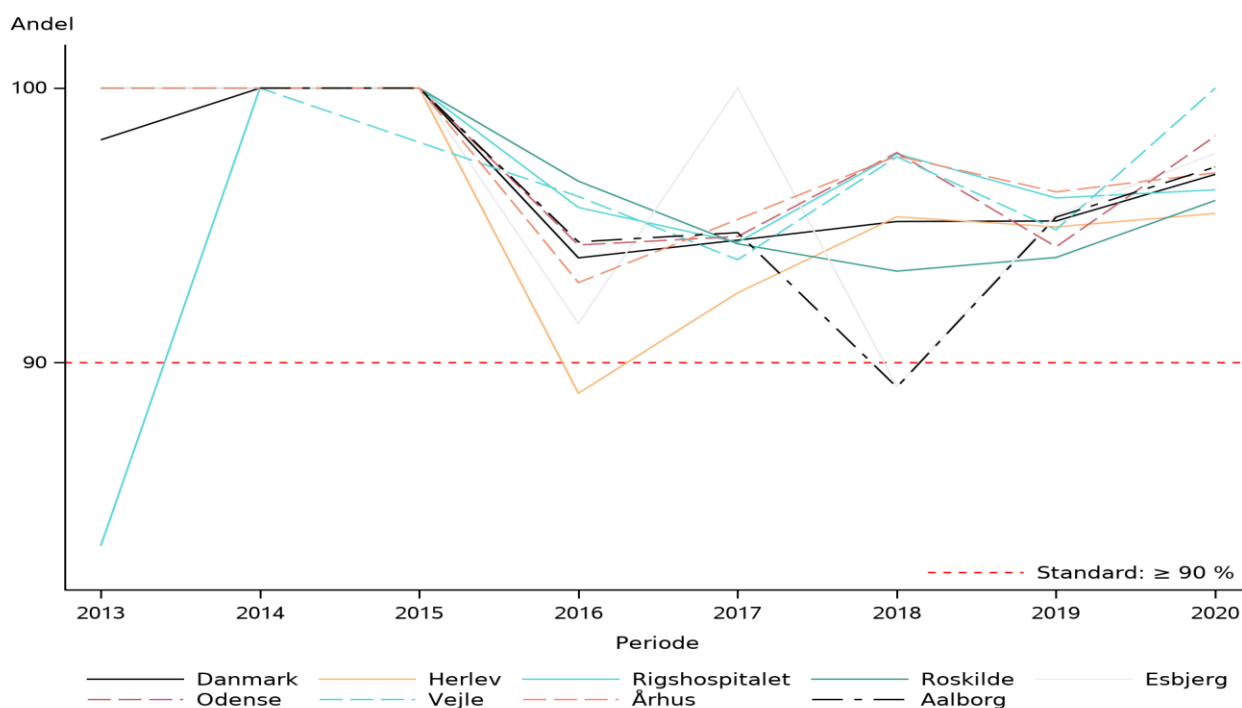
Indikator 10: Andel lokationer, der har fået fjernet højst 3 lymfeknuder ved sentinel lymfeknudebiopsi. Funnelploj på afdelingsniveau.



Indikator 10: Andel lokationer, der har fået fjernet højst 3 lymfeknuder ved sentinel lymfeknudebiopsi. Trendgraf på regionsniveau.



Indikator 10: Andel lokationer, der har fået fjernet højst 3 lymfeknuder ved sentinel lymfeknudebiopsi. Trendgraf på afdelingsniveau.



## 4. Beskrivelse af sygdomsområdet og måling af behandlingskvalitet

Modermærkekræft (melanom) udvikles i de pigmentproducerende celler enten på almindelig hud, i skønhedspletter eller i medfødte modermærker. I sjældne tilfælde kan kræften også udvikles på slimhinder eller i øjet. Sidstnævnte indgår ikke i DMD.

Forekomsten af nye melanomer er generelt steget siden databasens 1. årsrapport i 2014 baseret på 2013 data, men der har været små variationer og nu ses en tendens til et stabilt niveau. I den aktuelle opgørelsesperiode, hvor der blev observeret 2.781 nye invasive tilfælde, er det sket et fald svarende til 2,3% sammenlignet med den foregående periode, hvor der blev observeret 2.847 tilfælde af invasive melanomer. For forstadierne (in situ melanom) er i 2020 registreret 1.183 tumorer, hvilket er en stigning på 9,1% sammenlignet med foregående år (tabel 1, appendiks A3.1) Samlet set blev de nye tilfælde af invasive melanomer (eller melanomer uden stadie) og in situ melanomer diagnosticeret blandt henholdsvis 2.757 og 1.167 patienter.

Af figur 1 og 2 i appendiks A3.1. fremgår udviklingen i antal tumorer over tid, hvoraf der ses en betragtelig stigning i antal tumorer både invasive og in situ i den forgangne 8-årsperiode, dog som anført med en tendens til et stabiliseret niveau i de seneste år. DMD registrerer flere tumorer end Cancerregisteret (CAR), fordi man i CAR generelt kun medtager første tumor, og fordi man ikke medtager in situ tumorerne. Ikke desto mindre har CAR, som dog er lidt bagud i forhold til DMD, samme stigningstakt blandt de invasive tumorer.

Internationalt kan samme udvikling iagttages i lande i den vestlige verden, hvor befolkningen har overvejende lys hud. Man kan spekulere over, om registreringspraksis eller diagnostiske kriterier har ændret sig i perioden; det er der imidlertid ikke viden om skulle være tilfældet. Der kan være tale om en vis overdiagnostik, idet befolkningen er blevet mere opmærksom på at reagere ved forandringer på huden. Dette kan forklare noget af stigningen i in situ melanomer og måske nogle af de tynde invasive melanomer, som således måske diagnosticeres tidligere, og som ellers ikke ville have nået at påføre patienten sygdom og evt. død. At noget sådant kan være tilfældet antydes i en benchmark-rapport fra RKKP, som også er publiceret i Ugeskrift for Læger (Dan Med J 2019;66(11):A5572). Dette diskuteres også livligt internationalt (N Engl J Med, 2021; 384-79). Død som følge af modermærkekræft er heldigvis ikke steget i samme takt som forekomst af modermærkekræft; der er kun tale om en let eller ingen stigning gennem mange år og da anvendelse af tjekpoint inhibitorer og targeret terapi siden ca. 2011 har bedret prognosen betydeligt må det tages som udtryk for, at nogle af de "ekstra tumorer" som er diagnosticeret, rent faktisk er dødelige, om end flertallet heldigvis ikke er.

Gennemsnitsdanskere udsættes for adskillige solforbrændinger gennem livet, og måske flere end tidligere, trods befolkningsoplysning, og dette giver øget risiko for udvikling af melanom. Videnskabelige studier har fundet belæg for, at man anvender solcreme insufficient og måske som falsk tryghed. Mange er på jævnlig solferie nær ækvator, og nogle anvender fortsat solarium; endog unge mennesker. Disse faktorer formodes at være medvirkende til den massivt øgede forekomst af melanom og forstadie til melanom, men det er ikke velundersøgt og ikke entydigt.

Melanom diagnosticeres i alle aldersgrupper, men hyppigheden er stigende med stigende alder. Desuden forekommer melanom lidt hyppigere blandt kvinder end hos mænd. Behandlingen af melanom er kirurgisk, hvor først suspekter hudtumorer fjernes og undersøges mikroskopisk. Når diagnosen er klarlagt, herunder også graden af alvorlighed, fjernes yderligere væv med en veldefineret sikkerhedsafstand (excisionsafstand) omkring og under tumorstedet. Denne praksis udføres for at mindske risikoen for recidiv. For de tidlige tilfælde af melanom anbefales generelt en excisionsafstand på 1 cm, hvor der for de mere alvorlige tumorer anbefales en afstand på 2 cm, dog afhængigt af lokalisation. I dybden excideres til muskelfascien. Hvad angår denne sikkerhedsafstand skelnes i Danmark mellem tumorer op til 1 mm i tykkelse og tumorer over 1 mm.

Melanom kan udvikle sig meget varierende. Hos flertallet er sygdommen lokaliseret og lader sig behandle ved simpel kirurgisk fjernelse af det kræftramte hudområde. Hos nogle patienter er der sket spredning før behandlingen, og i reglen er det via lymfen til en eller flere nærliggende lymfeknuder – primært den såkaldte sentinelle lymfeknude. Hos patienter, hvor denne risiko skønnes at være ca. 5 % eller derover, udføres SN biopsi, dvs. fjernelse af den eller de primært drænerende lymfeknude(r). Efterfølgende mikroskopisk undersøgelse viser spredning hos ca. 20%, hvilket i praksis svarer til under 10% af alle patienter med invasivt melanom. Hos et meget lille antal er der sket spredning allerede på diagnosetidspunktet til for eksempel lunger eller hjerne. Spredningen kan på diagnosetidspunktet dog være så beskedent, at denne ikke kan påvises, men viser sig måneder eller år efter diagnosen melanom. Ydermere diagnosticeres en lille andel patienter med spredning fra melanom uden, at man kender/finder primærtumoren. Denne formodes at være blevet bekæmpet af patientens immunforsvar før diagnosen.

Den kraftige stigning i incidens af melanom førte i 1983 til dannelsen af DMG. Gruppen blev sammensat af en række klinikere med interesse for epidemiologi, patologi og behandling af melanom. Det er DMGs målsætning at bedre prognosen for patienter med melanom, og gennem registrering af data skabes grundlag for kvalitetssikring og -udvikling samt for videnskabelige undersøgelser. Gruppen fastlægger retningslinjer for profylakse, diagnostik, behandling og kontrol. DMG har således indsamlet data siden 1985, hvilket er foregået på frivillig basis drevet af dedikerede klinikere inden for både kirurgi, onkologi og patologi. Med virkning fra 2013 blev databasen til en klinisk kvalitetsdatabase, og er dermed offentlig og finansieret af RKKP (regionerne).



I denne ottende årsrapport baseret på data fra DMD indgår 6 indikatorer. Der er generelt god målopfyldelse for de valgte indikatorer, hvilket tyder på god og ensartet behandlingskvalitet. En mere uddybende beskrivelse af sygdomsområdet samt nationale evidensbaserede retningslinjer for diagnostik, udredning, behandling, opfølgning mv. af melanompatienter er udfærdiget af DMG og er tilgængelig her: [www.melanoma.dk](http://www.melanoma.dk).

Vi har i de første årsrapporter været fokuseret på at sikre, at der foretages korrekt registrering i databasen. Nu kan vi se, at visse indikatorer, som måler på registreringspraksis har stort set 100% målopfyldelse. Det er derfor ikke længere så vigtigt at måle på sådanne indikatorer, og flere er udgået med den herværende rapport, men dog bibeholdt i appendiks.

I kommende årsrapporter vil vi gerne lægge mere vægt på måling af aktiviteter, som er i overensstemmelse med de kliniske retningslinjer og dermed er et udtryk for høj behandlingskvalitet. Vi vil undersøge om patienter som kategoriseres med høj risiko for tilbagefald og som derfor følges op i høj-risiko program, får udført de planlagte PET-CT skanninger og vi ønsker også at inddrage indikatorer omhandlende aktivitet med ultralydsskanning af lymfeknuderregioner hos SN positive patienter, som ikke får foretaget komplet lymfeknudefjernelse (jf. retningslinjer fra 2018). Endvidere ønsker vi at måle på andelen af patienter, som har fået foretaget lymfeknudekirurgi, som efterfølgende får konstateret lymfødeme. Imidlertid har det vist sig teknisk svært at udhente relevante variable, og registreringen er tilsyneladende heller ikke god nok til, at vi rent faktisk kan måle på disse relevante indikatorer. Snarere end at arbejde for bedre manuel registrering har DMDs Styregruppe besluttet at arbejde for automatisk datafangst fra Landsregisteret for Patologi og Landspatientregisteret. Vi forventer at indhentning af relevante data herfra vil give et sandere billede af de aktuelle aktiviteter og samtidig undgår vi at belaste travle klinikere med mere registrering.

Andre nye indsatsområder i fremtiden vil blive måling af, hvor mange patienter, som udvikler tilbagefald, herunder også hvor mange, som får tilbagefald i sentinel node bioperet region, og hvor mange relevante patienter, som henvises til adjuverende terapi. Endelig vil DMD gerne inddrage patientrapporteret data, som i første omgang formentlig kommer til at dreje sig om nogle præoperative risikofaktorer, og om patientforløbet frem til den definitive kirurgiske behandling. Senere kan andre dele af forløbet kobles på.



## 5. Datagrundlag

### 5.1 Dataindsamling og -kvalitet

Det er væsentligt at have for øje, at indberetning af både kliniske og patologiske data er en udfordring i en travl hverdag. Derudover er der store lokale forskelle i praksis. Generelt er anførelsen af de relevante variable en lægelig opgave, men overførslen til den elektroniske registrering foregår forskelligt. På nogle afdelinger er aktiviteten rent lægebaseret, mens andre afdelinger i vidt omfang har lagt opgaven ud på sekretærniveau. Lokale traditioner, arbejdsgange og ressourcer er afgørende for denne praksis, hvilket således bør overvejes i fortolkningen af resultaterne.

For at man fremadrettet kan generere optimale dataudtræk uden unødvendigt ekstraarbejde, er det uhyre vigtigt, at registreringen foregår både korrekt og rimeligt tidstro. Implementeringen af arbejdsrutiner, som understøtter denne praksis må derfor fremmes. Tilbagemelding til afdelingerne via ledelsesinformationssystemer, vil formentlig kunne optimere den løbende fejlretning. Desuden vil berigelse af DMD data med data direkte fra Landsregistreret for Patologi lette patologerne for dobbeltregistrering, hvilket samtidig formentlig vil mindske fejl. Derudover vil andelen af recidiv-anmeldelse stige, hvilket er helt essentielt for at monitorere området. Inddragelse af data fra LPR vil forventes at øge kvaliteten og kompletthed af data betragteligt og vil være en kolossal lettelse for afdelingerne.

### 5.2 Grundpopulation

For aktuelle opgørelse indgår patienter registreret i DMD med en dato for primær biopsi – alternativt, hvis der findes en dato for definitiv kirurgisk behandling og ingen tidligere biopsidato i løbet af året (eller i december 2019 for patienter, som er registreret med kirurgi i januar 2020). Samme patient kan være registreret med flere tumorer. Når dobbeltregistrering af samme tumor er ekskluderet, indgår i alt 4.042 tumorer. Grundpopulationen er yderligere afgrænset til ikke at inkludere in situ melanomer (n=1.183) og tumorer, hvor det er uoplyst om der er tale om en in situ eller invasiv tumor eller hvor det er usikkert om det er primær eller metastase (n=78), og er således baseret på 2.781 tumorer.

### 5.3 Statistiske metoder

Indikatorerne er opgjort på afdelingsniveau i henhold til "Basiskrav for kliniske kvalitetsdatabaser" publiceret af Danske Regioner, og præsenteres i tabeller og kontrolplotdiagrammer med lands-, regions- og afdelingsresultater. Indikatorværdierne er andele med tilhørende 95% konfidensintervaller (95% CI) baseret på eksakt binomialfordeling. Tabeller og diagrammer følger RKKPs skabelon for årsrapporter, der er obligatorisk at anvende efter juni 2016. Appendix 2 indeholder deskriptive resultater for den aktuelle population. Derudover er 5-års overlevelse beregnet på landsplan og angivet som ujusteret andel overlevende efter 5 års opfølgning. 1-års overlevelse for stadie III og IV patienter er ligeledes vist ujusteret. Desuden er hazard ratios (HR) for død inden for 1 år efter diagnosedatoen beregnet ved en Cox regressionsanalyse justeret for region, periode, alder og køn.

### 5.4 Dokumentation

Afgrænsningen af databasens grundpopulation samt variable og indikatorspecifikationer er dokumenteret i RKKPs online dokumentationsskabelon ([www.rkkp-dokumentation.dk](http://www.rkkp-dokumentation.dk)). Dokumentationen opdateres i forbindelse med offentliggørelse af årsrapporten. I rapportens høringsperiode vil indikatorspecifikationerne således endnu ikke være opdateret online, og det vil dermed være specifikationerne beskrevet i rapporten, der er gældende.

## 6. Styregruppens medlemmer

Styregruppens medlemmer udgør de samme personer, som indgår i Forretningsudvalget i DMG suppleret med repræsentanter for plastikkirurgi og patologi i de regioner, som ikke ellers er repræsenteret. Derudover indgår repræsentanter fra privatpraktiserende hudlæger, sygepleje, RKKP samt patientrepræsentation fra Foreningen Modernærkekræft.

DMGs repræsentantskab er gruppens øverste myndighed, og der afholdes repræsentantskabsmøde en gang årligt i marts måned. Der er desuden nedsat fagspecifikke arbejdsudvalg (Kirurgiudvalget, Patologiudvalget og Onkologiudvalget), som forestår udvikling af relevante guidelines mv.

### Formandskab

Overlæge, professor, dr. med. Lisbet Rosenkrantz Hölmich  
Plastikkirurgisk afdeling  
Herlev og Gentofte hospital  
Københavns Universitet  
e-mail [lisbet.rosenkrantz.hoelmich@regionh.dk](mailto:lisbet.rosenkrantz.hoelmich@regionh.dk)  
tlf. 38681243

### Øvrige medlemmer

Overlæge Siri Klausen  
Patologifdelingen  
Herlev og Gentofte Hospital  
e-mail [siri.klausen@regionh.dk](mailto:siri.klausen@regionh.dk)

Overlæge Grethe Schmidt  
Klinik for Plastikkirurgi og Brandsårsbehandling  
Rigshospitalet  
Københavns Universitet  
e-mail [grethe.schmidt@regionh.dk](mailto:grethe.schmidt@regionh.dk)

Overlæge, professor, PhD Inge Marie Svane  
Onkologisk afdeling  
Herlev og Gentofte Hospital  
Københavns Universitet  
e-mail [inge.marie.svane@regionh.dk](mailto:inge.marie.svane@regionh.dk)

Overlæge, Tine Vestergaard  
Dermato- Venerologisk afdeling  
Odense Universitetshospital  
e-mail [tine.vestergaard@rsyd.dk](mailto:tine.vestergaard@rsyd.dk)

Overlæge Vibeke Vestergaard  
Patologifdelingen  
Odense Universitetshospital  
e-mail [vibeke.vestergaard@rsyd.dk](mailto:vibeke.vestergaard@rsyd.dk)

Ledende overlæge Anders Gravergaard  
Plastikkirurgisk afdeling  
Odense Universitetshospital  
e-mail [anders.gravergaard@rsyd.dk](mailto:anders.gravergaard@rsyd.dk)

Specialsygeplejerske Mette Nielsen  
Plastikkirurgisk afdeling  
Odense Universitetshospital  
e-mail [mette.nielsen@rsyd.dk](mailto:mette.nielsen@rsyd.dk)

Overlæge Anette Pilt  
Patologifdelingen  
Sjællands Universitetshospital, Roskilde  
e-mail [appi@regionsjaelland.dk](mailto:appi@regionsjaelland.dk)



Overlæge Mohammad Farooq Nasser  
Plastikkirurgisk afdeling,  
Sjællands Universitetshospital, Roskilde  
e-mail [mofn@regionsjaelland.dk](mailto:mofn@regionsjaelland.dk)

Overlæge Rikke Riber-Hansen  
Patologisk Institut  
Aarhus Universitetshospital  
e-mail [rikrib@rm.dk](mailto:rikrib@rm.dk)

Overlæge, postgraduat klinisk lektor, PhD Lars Bjørn Stolle  
Plastikkirurgisk afdeling  
Aarhus Universitetshospital  
e-mail [larsstol@rm.dk](mailto:larsstol@rm.dk)

Overlæge, klinisk lektor, dr.med. Henrik Schmidt  
Onkologisk afdeling  
Århus Universitetshospital  
e-mail [henrschm@rm.dk](mailto:henrschm@rm.dk)

Afdelingslæge Johanne Lade Keller  
Patologi  
Aarhus Universitetshospital  
e-mail [johanne.keller@aarhus.rm.dk](mailto:johanne.keller@aarhus.rm.dk)

Overlæge Giedrius Salkus  
Patologiafdelingen  
Aalborg Universitetssygehus  
e-mail [gisa@rn.dk](mailto:gisa@rn.dk)

Overlæge Helle Skyum  
Plastikkirurgisk afdeling  
Aalborg Universitetshospital  
e-mail [H.skyum@rn.dk](mailto:H.skyum@rn.dk)

Overlæge Charlotte Aaquist Haslund  
Onkologisk afdeling  
Aalborg Universitetshospital  
e-mail [cah@rn.dk](mailto:cah@rn.dk)

Speciallæge Henrik Sølvsten  
Praktiserende speciallæge  
Hudlægecenter Nord, Aalborg  
e-mail [h.solvsten@gmail.com](mailto:h.solvsten@gmail.com)

Læge, PhD-studerende Neel Maria Helvind  
Akademisk sekretær for DMG  
Plastikkirurgisk afdeling  
Herlev og Gentofte Hospital  
Københavns Universitet  
e-mail [neel.maria.helvind@regionh.dk](mailto:neel.maria.helvind@regionh.dk)

Anne Pontoppidan  
Patientrepræsentant fra Forening for Modermærkekræft  
e-mail [anne@modermaerkekraeft.dk](mailto:anne@modermaerkekraeft.dk)

Merete Schmiegelow  
Formand for Forening for Modermærkekræft  
e-mail [formand@modermaerkekraeft.dk](mailto:formand@modermaerkekraeft.dk)

Klinisk epidemiolog, Hanna Birkbak Hovaldt  
afd. 2 – Cancer og cancerscreening, RKKP  
e-mail [hahova@rkkp.dk](mailto:hahova@rkkp.dk)



Kvalitetskonsulent og repræsentant for den dataansvarlige myndighed (Region Midtjylland), Linnea Damslund  
afd. 2 – Cancer og cancerscreening, RKKP  
e-mail [iddams@rkkp.dk](mailto:iddams@rkkp.dk)





## **7. Modtagne høringsvar**

Ingen indkomne kommentarer.



## Appendiks 1. 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)." For at følge de almindelige regler knyttet til offentliggørelse af personhenførbare helbredsoplysninger er det besluttet ikke at offentliggøre resultater med 1 eller 2 patientforløb. Resultater med 1 eller 2 patientforløb i tæller eller nævner er derfor erstattet med # i rapportens tabeller. 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/højest 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:

Angiver, om standarden er opfyldt for afdelingen/regionen/landet. "Ja" indikerer, at afdelings-, regions- eller landsgennemsnittet opfylder standarden. "Nej" betyder, at standarden ikke er opfyldt. " " 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.

### Uoplyst:

Angiver antallet af indberetninger med manglende oplysninger til beregning af indikatoren. Andelen af det potentielle datagrundlag angives i procent i en parentes.

### 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 inden for det opstillede interval. Konfidensintervallets bredde afspejler med hvilken præcision, indikatorværdien er bestemt. Periodeangivelsen refererer til opgørelsesperiode.

### Kontroldiagrammer

Grafisk præsentation af resultaterne for hver region henholdsvis afdeling. Diagrammerne giver en oversigt over den fastsatte standard, landsresultatet og regionsresultaterne henholdsvis afdelingsresultaterne for hver enkelt indikator (prikker) angivet med tilhørende 95% CI (vandrette streger).

### Funnelplots

Grafisk præsentation af indikatoropfyldelsen for regioner henholdsvis afdelinger i forhold til antallet af patienter eller tumorer registreret i den pågældende region henholdsvis afdeling. Den fastsatte standard (stiplet linje) er afbilledet med tilhørende 95% CI (grå område).

### Trendgrafer

Trendgraferne angiver indikatoropfyldelsen over tid svarende til de seneste årsrapporters resultat. Trendgraferne er opgjort på regionsresultater henholdsvis afdelingsresultater.



## Appendiks 2. Supplerende indikatorer

Supplerende indikatorer vedr. registreringspraksis. Disse indikatorer er vigtige i arbejdet med at opnå så høj en datakomplethed som muligt, men er ikke officielle indikatorer længere eller er nye, som først optages i appendiks. Desuden har målopfyldelsen ligget stabilt højt for indikator 2, 6 og 7. Indikatorerne 14 og 15 er med for første gang.

### A2.1. Indikator 2: Andel tumorer, hvor der er angivet samlet excisionsafstand for primær tumor

I det følgende præsenteres andelen af tumorer med angivelse af samlet excisionsafstand for primær tumor eller re-excisionsafstand ved ukendt afstand ved biopsi. Der er fastsat en standard på  $\geq 95\%$  for denne indikator.

**Indikator 2: Andel tumorer, hvor der er angivet samlet excisionsafstand (biopsi+re-excision) for primær tumor eller re-excisionsafstand, hvis ukendt afstand ved biopsi**

	Standard	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år		Tidligere år			
	$\geq 95\%$			01.01.2020 - 31.12.2020		2019		2018	
	opfyldt			Andel	95% CI	Antal	Andel	Antal	Andel
<b>Danmark</b>	Ja	2.758 / 2.781	30 (1)	99	(99-99)	2.819 / 2.847	99	2.868 / 2.911	99
<b>Hovedstaden</b>	Ja	920 / 925	6 (1)	99	(99-100)	1.036 / 1.042	99	1.036 / 1.039	100
<b>Sjælland</b>	Ja	388 / 392	3 (1)	99	(97-100)	383 / 388	99	377 / 380	99
<b>Syddanmark</b>	Ja	614 / 621	5 (1)	99	(98-100)	653 / 662	99	682 / 692	99
<b>Midtjylland</b>	Ja	593 / 595	5 (1)	100	(99-100)	501 / 501	100	480 / 499	96
<b>Nordjylland</b>	Ja	231 / 234	8 (3)	99	(96-100)	233 / 234	100	278 / 281	99
<b>Hovedstaden</b>	Ja	920 / 925	6 (1)	99	(99-100)	1.036 / 1.042	99	1.036 / 1.039	100
Herlev	Ja	494 / 494	3 (1)	100	(99-100)	489 / 490	100	512 / 513	100
Rigshospitalet	Ja	426 / 431	3 (1)	99	(97-100)	547 / 552	99	524 / 526	100
<b>Sjælland</b>	Ja	388 / 392	3 (1)	99	(97-100)	383 / 388	99	377 / 380	99
Roskilde	Ja	388 / 392	3 (1)	99	(97-100)	383 / 388	99	377 / 380	99
<b>Syddanmark</b>	Ja	614 / 621	5 (1)	99	(98-100)	653 / 662	99	682 / 692	99
Aabenraa	Ja	41 / 42	1 (2)	98	(87-100)	26 / 26	100	20 / 21	95
Esbjerg	Ja	121 / 126	0 (0)	96	(91-99)	119 / 125	95	102 / 105	97
Odense	Ja	297 / 298	3 (1)	100	(98-100)	332 / 335	99	398 / 404	99
Vejle	Ja	155 / 155	1 (1)	100	(98-100)	176 / 176	100	162 / 162	100
<b>Midtjylland</b>	Ja	593 / 595	5 (1)	100	(99-100)	501 / 501	100	480 / 499	96
Århus	Ja	593 / 595	5 (1)	100	(99-100)	501 / 501	100	480 / 499	96
<b>Nordjylland</b>	Ja	231 / 234	8 (3)	99	(96-100)	233 / 234	100	278 / 281	99
Aalborg	Ja	231 / 234	8 (3)	99	(96-100)	233 / 234	100	278 / 281	99
<b>Primærsektoren</b>									
Andet/Uoplyst	Nej	12 / 14	3 (18)	86	(57-98)	13 / 20	65	15 / 20	75

## 2: Andel tumorer, hvor der er angivet samlet excisionsafstand (biopsi+re-excision) for primær tumor eller re-excisionsafstand, hvis ukendt afstand ved biopsi

	Antal	Årsag
<b>Eksklusion:</b>	1.183	In Situ melanom
	48	Det er usikkert om tumor er primærtumor eller metastase
<b>Uoplyst:</b>	30	Uoplyst in situ stadie

### Datagrundlag

Alle informationer i denne indikatorberegning kommer fra det direkte indtastningsmodul.

For trendgraferne gøres det opmærksom på, at definitionen af in situ ændredes ved årsskiftet 2018. In situ er således defineret som clarks level 1 frem til og med 2017, derefter er in situ defineret som svaret "in situ" på spørgsmålet om involvering i dermis i det direkte indtastningsmodul.

### Beregningsregler

- Tæller: tumorer, hvor excisionsafstand er registreret.
- Nævner: Alle invasive tumorer registreret i aktuelle opgørelsesperiode.

### Resultater

På landsplan ligger andelen af tumorer med angivelse af samlet excisionsafstand for primærtumoren på 99% (95% CI: 99-99), og således er den fastsatte standard opfyldt. Standarden opfyldes for samtlige regioner og afdelinger. Resultatet for primærsektoren er 86% (95% CI: 57-98). Der ses således en lille tendens til at målopfyldelsen for primærsektoren løbende forbedres; primært ved efterfølgende at kontakte klinikkerne og bede om data.

Siden 2014 har der været en stabil høj målopfyldelse over 95% på denne indikator for alle regioner.

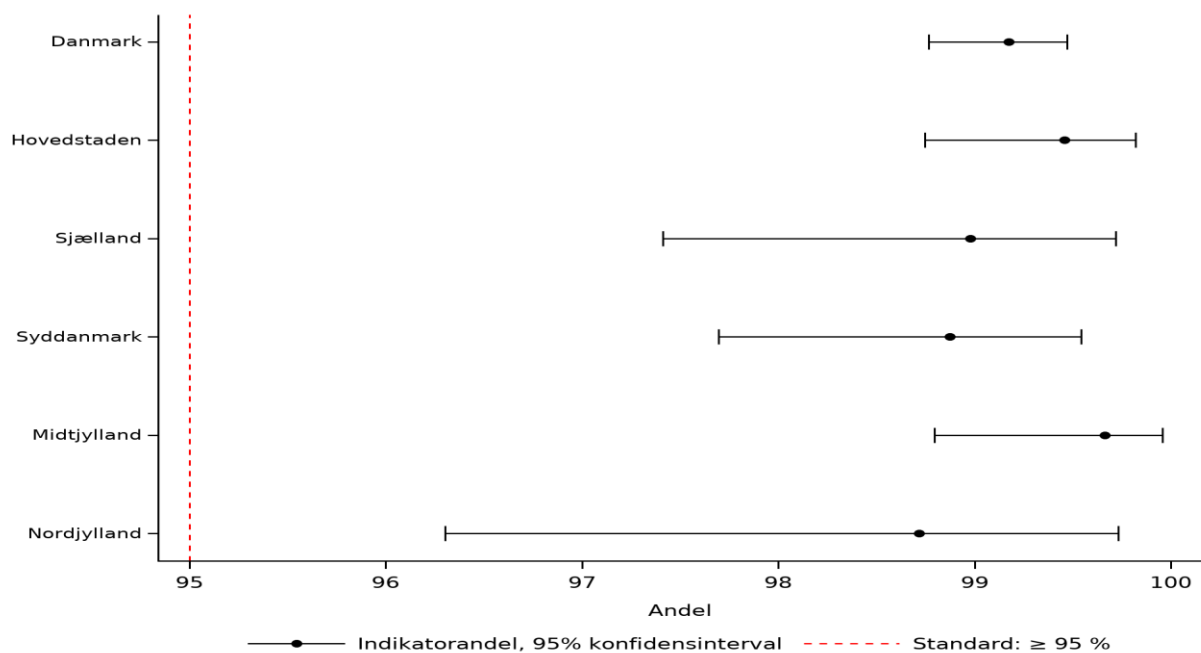
### Diskussion og implikationer

Indikatoren har været anvendt som mål for god registreringspraksis blandt kirurger, og har længe ligget meget højt.

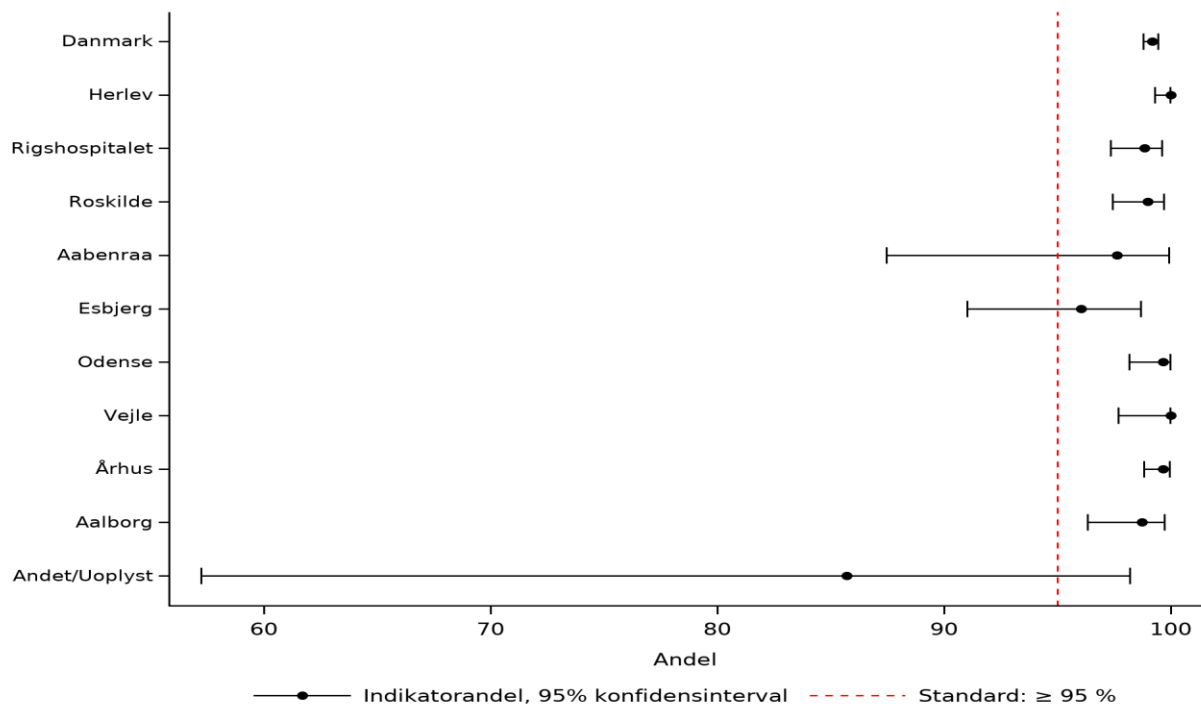
### Vurdering af indikatorens anvendelighed

Indikatoren har de seneste år haft næsten 100% opfyldelse, dermed er der et begrænset forbedringspotentiale, hvorfor den er flyttet til appendiks. Det er besluttet, at denne indikator udgår efter offentliggørelse af denne årsrapport.

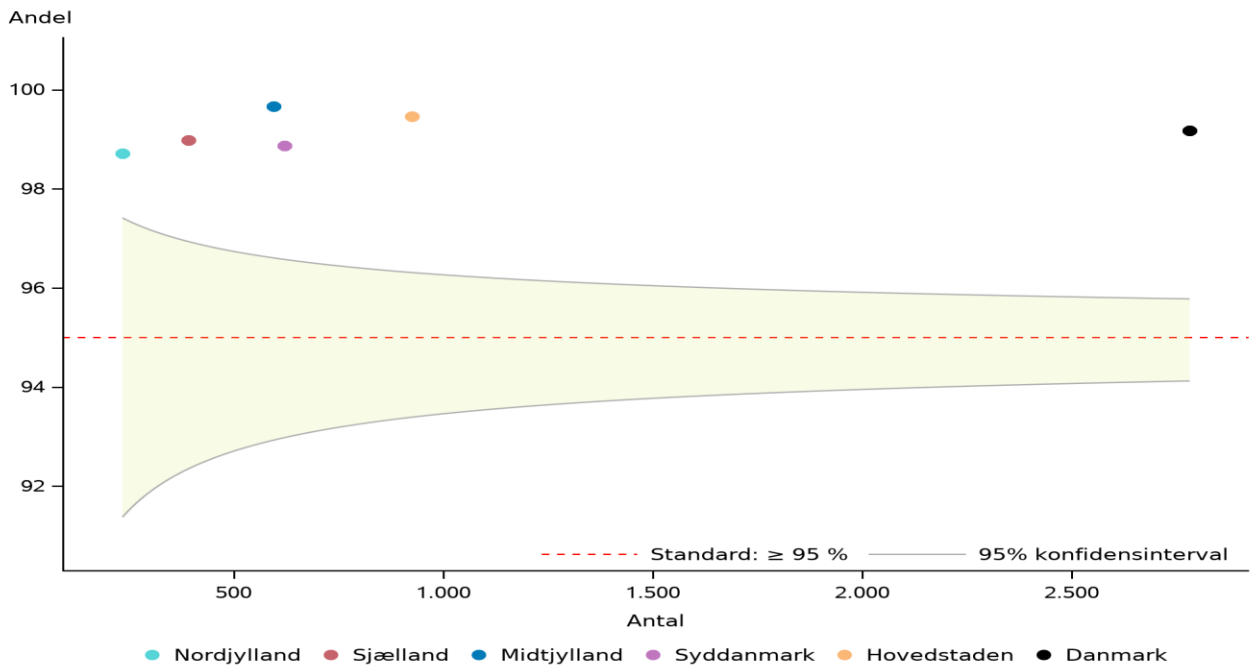
Indikator 2: Andel tumorer, hvor der er angivet samlet excisionsafstand (biopsi+re-exicision) for primær tumor eller re-exicisionsafstand, hvis ukendt afstand ved biopsi. Kontrolldiagram på regionsniveau.



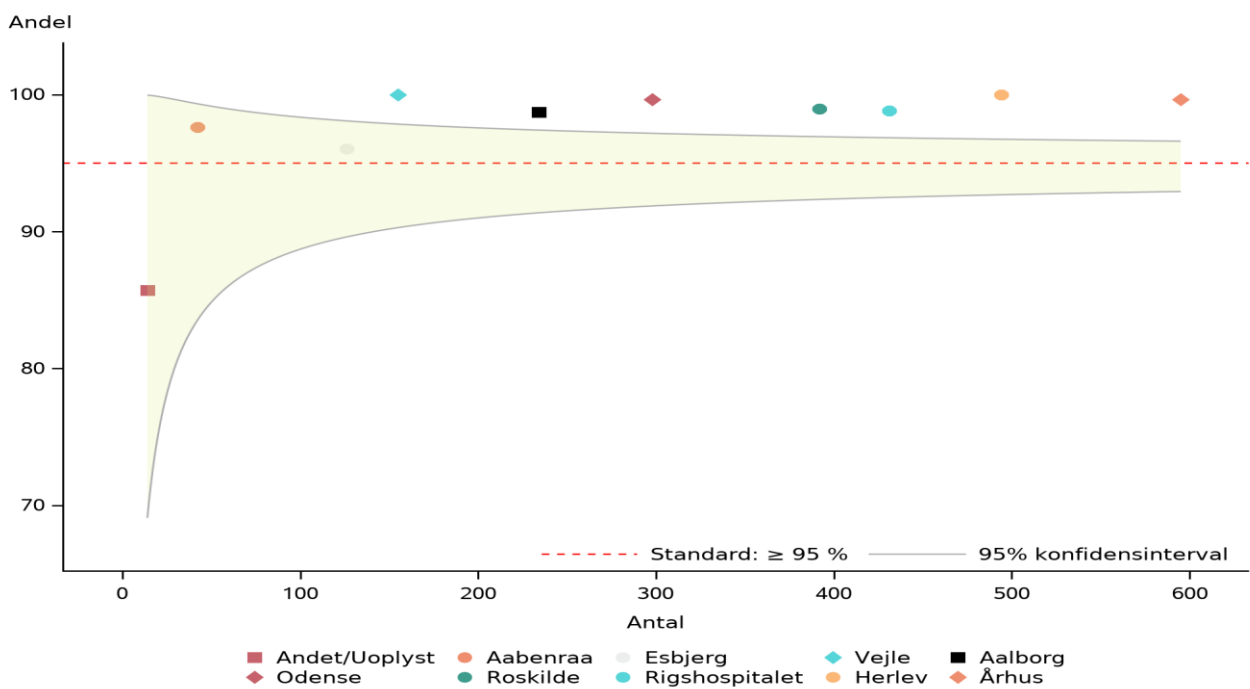
Indikator 2: Andel tumorer, hvor der er angivet samlet excisionsafstand (biopsi+re-exicision) for primær tumor eller re-exicisionsafstand, hvis ukendt afstand ved biopsi. Kontrolldiagram på afdelingsniveau.



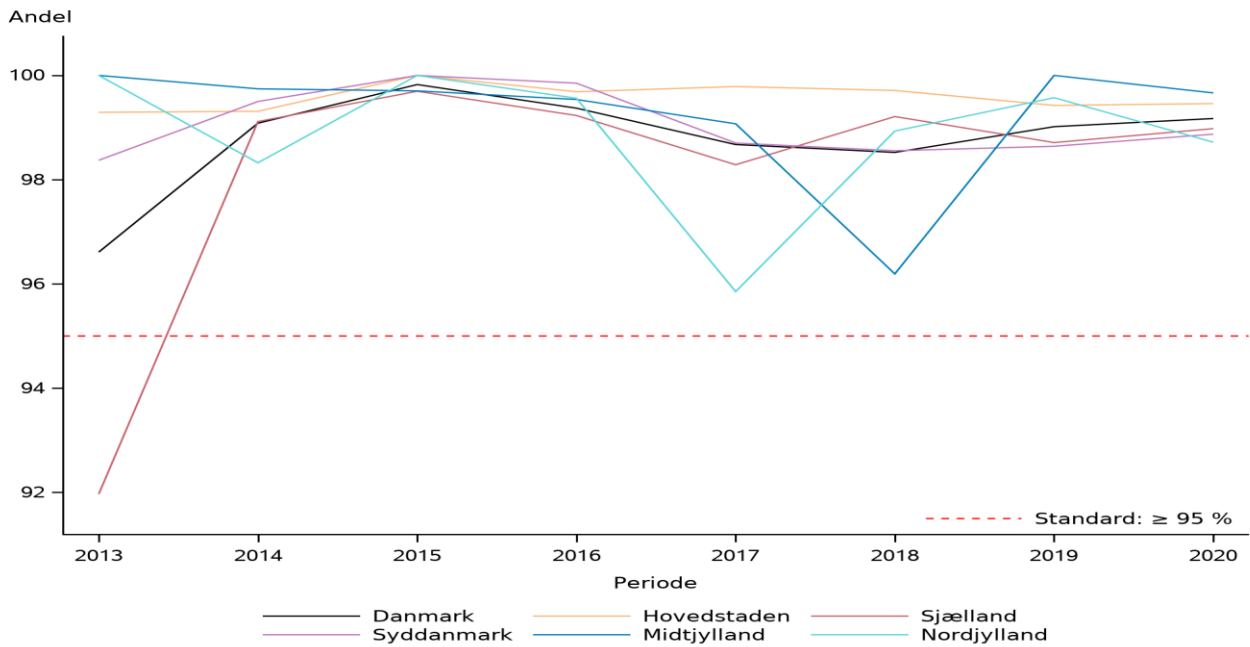
Indikator 2: Andel tumorer, hvor der er angivet samlet excisionsafstand (biopsi+re-exicision) for primær tumor eller re-exicisionsafstand, hvis ukendt afstand ved biopsi. Funnelploj på regionsniveau.



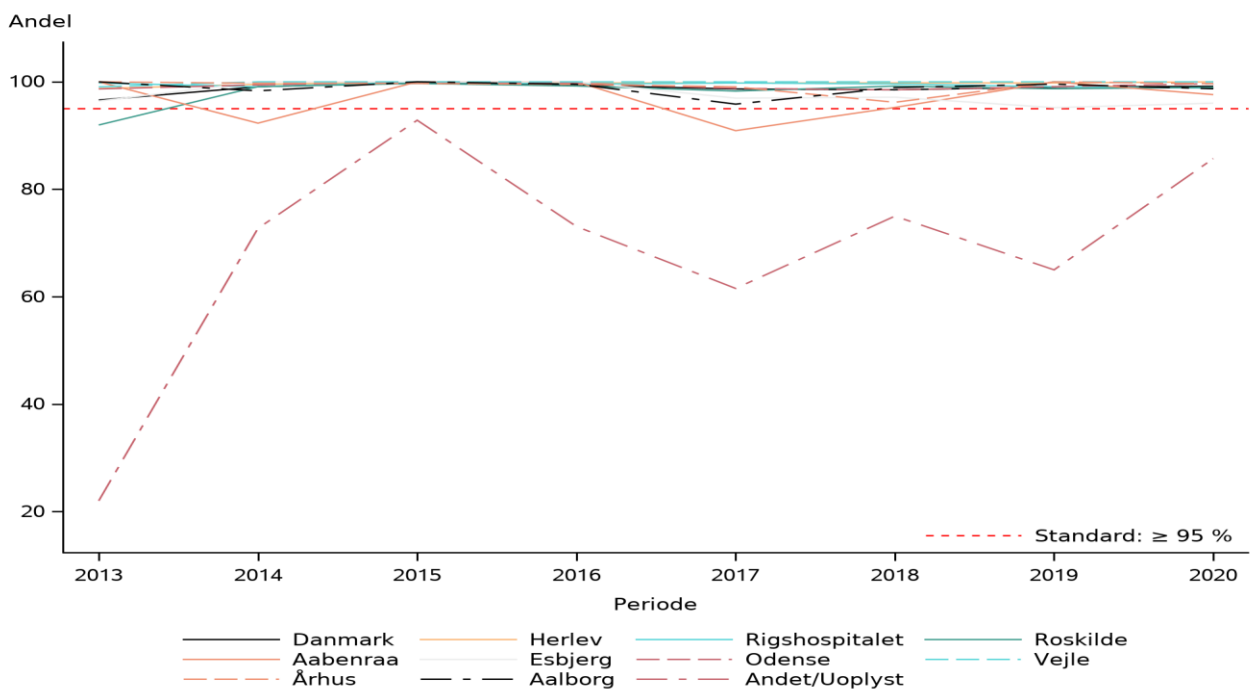
Indikator 2: Andel tumorer, hvor der er angivet samlet excisionsafstand (biopsi+re-exicision) for primær tumor eller re-exicisionsafstand, hvis ukendt afstand ved biopsi. Funnelploj på afdelingsniveau.



Indikator 2: Andel tumorer, hvor der er angivet samlet excisionsafstand (biopsi+re-exicision) for primær tumor eller re-exicisionsafstand, hvis ukendt afstand ved biopsi. Trendgraf på regionsniveau.



Indikator 2: Andel tumorer, hvor der er angivet samlet excisionsafstand (biopsi+re-exicision) for primær tumor eller re-exicisionsafstand, hvis ukendt afstand ved biopsi. Trendgraf på afdelingsniveau.



## A2.2. Indikator 6: Andel tumorer med angivelse af, hvorvidt der er forekomst af ulceration

I det følgende præsenteres andelen af tumorer med angivelse i patologidata af, hvorvidt der er forekomst af ulceration (ja, nej, uklassificeret). Der er fastsat en standard på  $\geq 97\%$ .

### Indikator 6: Andel tumorer med forekomst af ulceration angivet i patologidata

	Standard	Uoplyst antal	Aktuelle år 01.01.2020 - 31.12.2020	Tidligere år					
	$\geq 97\%$ opfyldt			Tæller/ nævner	2019	2018			
		(%)	Andel	95% CI	Antal	Andel	Antal	Andel	
<b>Danmark</b>	Ja	2.766 / 2.781	30 (1)	99	(99-100)	2.830 / 2.847	99	2.894 / 2.911	99
<b>Hovedstaden</b>	Ja	858 / 859	6 (1)	100	(99-100)	1.080 / 1.082	100	1.080 / 1.083	100
<b>Sjælland</b>	Ja	357 / 357	0 (0)	100	(99-100)	350 / 350	100	344 / 344	100
<b>Syddanmark</b>	Ja	616 / 618	3 (0)	100	(99-100)	653 / 659	99	684 / 687	100
<b>Midtjylland</b>	Ja	586 / 593	2 (0)	99	(98-100)	497 / 506	98	500 / 505	99
<b>Nordjylland</b>	Ja	236 / 236	1 (0)	100	(98-100)	237 / 237	100	280 / 283	99
<b>Hovedstaden</b>	Ja	858 / 859	6 (1)	100	(99-100)	1.080 / 1.082	100	1.080 / 1.083	100
Herlev	Ja	472 / 472	1 (0)	100	(99-100)	487 / 488	100	534 / 535	100
Hvidovre	Ja	37 / 37	0 (0)	100	(91-100)	41 / 41	100	46 / 47	98
Rigshospitalet	Ja	349 / 350	5 (1)	100	(98-100)	552 / 553	100	500 / 501	100
<b>Sjælland</b>	Ja	357 / 357	0 (0)	100	(99-100)	350 / 350	100	344 / 344	100
Næstved	Ja	51 / 51	0 (0)	100	(93-100)	31 / 31	100	23 / 23	100
Roskilde	Ja	300 / 300	0 (0)	100	(99-100)	292 / 292	100	275 / 275	100
Slagelse	Ja	6 / 6	0 (0)	100	(54-100)	27 / 27	100	46 / 46	100
<b>Syddanmark</b>	Ja	616 / 618	3 (0)	100	(99-100)	653 / 659	99	684 / 687	100
Esbjerg	Ja	104 / 105	0 (0)	99	(95-100)	122 / 122	100	87 / 87	100
Odense	Ja	265 / 266	2 (1)	100	(98-100)	316 / 318	99	367 / 367	100
Sønderborg	Ja	104 / 104	0 (0)	100	(97-100)	64 / 64	100	75 / 77	97
Vejle	Ja	143 / 143	1 (1)	100	(97-100)	151 / 155	97	155 / 156	99
<b>Midtjylland</b>	Ja	586 / 593	2 (0)	99	(98-100)	497 / 506	98	500 / 505	99
Randers	Ja	55 / 55	2 (4)	100	(94-100)	42 / 43	98	56 / 58	97
Viborg	Ja	203 / 207	0 (0)	98	(95-99)	150 / 155	97	159 / 159	100
Århus	Ja	328 / 331	0 (0)	99	(97-100)	305 / 308	99	285 / 288	99
<b>Nordjylland</b>	Ja	236 / 236	1 (0)	100	(98-100)	237 / 237	100	280 / 283	99
Aalborg	Ja	226 / 226	1 (0)	100	(98-100)	230 / 230	100	279 / 282	99
Vendsyssel	Ja	10 / 10	0 (0)	100	(69-100)	7 / 7	100	##	100
<b>Primærsektoren</b>									
Andet/Uoplyst	Nej	113 / 118	18 (13)	96	(90-99)	13 / 13	100	6 / 9	67

# Resultatet er af diskretionshensyn fjernet, da der er under tre observationer





## 6: Andel tumorer med forekomst af ulceration angivet i patologidata

	Antal	Årsag
<b>Eksklusion:</b>	1.183	In Situ melanom
	48	Det er usikkert om tumor er primærtumor eller metastase
<b>Uoplyst:</b>	30	Uoplyst in situ stadie

### Datagrundlag

Indikatoren er opgjort pr. patologicenter. Alle informationer i denne indikatorberegning kommer fra det direkte indtastningsmodul. For trendgraferne gøres det opmærksom på, at definitionen af in situ ændredes ved årsskiftet 2018. In situ er således defineret som clarks level 1 frem til og med 2017, derefter er in situ defineret som svaret "in situ" på spørgsmålet om involvering i dermis i det direkte indtastningsmodul.

### Beregningsregler

- Tæller: Antal tumorer, hvor ulcerationstatus er angivet.
- Nævner: Alle invasive tumorer registreret i aktuelle opgørelsesperiode.

### Resultater

På landsplan ligger andelen af tumorer med angivelse af ulcerationstatus på 99% (95% CI: 99-100), hvormed standarden er opfyldt. Dette er tilfældet for samtlige regioner og afdelinger med undtagelse af primærsektoren, som har et årsresultat på 96% (95% CI: 90-99). Resultater på regionsniveau har siden databasens start været stabil høj over 97%.

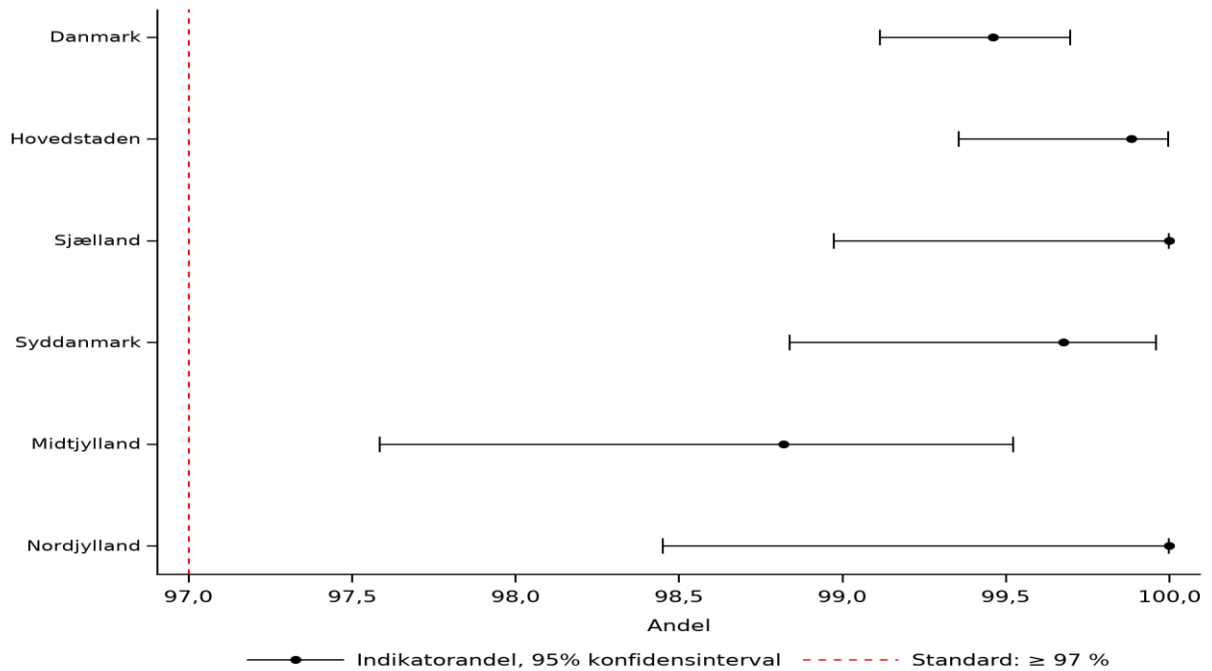
### Diskussion og implikationer

Denne indikatoropfyldelse har meget længe været særdeles god, hvorfor den nu er overført til appendiks. Selv indberetningen fra primærsektoren er meget flot nu. Den optimale løsning vil være overførsel af data vedrørende tumortykkelse fra Patobank til databasen, og det arbejdes der nu på.

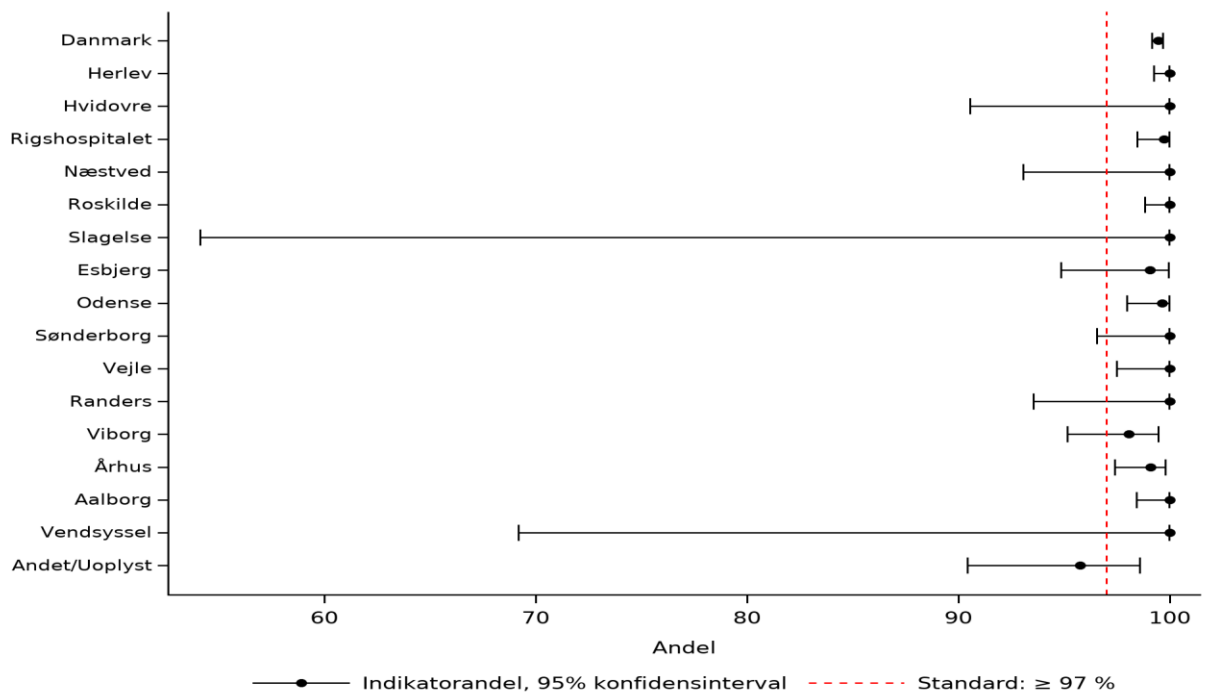
### Vurdering af indikatorens anvendelighed

Er på grund af den konstant høje målopfyldelse flyttet til appendiks. Det er besluttet, at denne indikator udgår efter offentliggørelse af denne årsrapport.

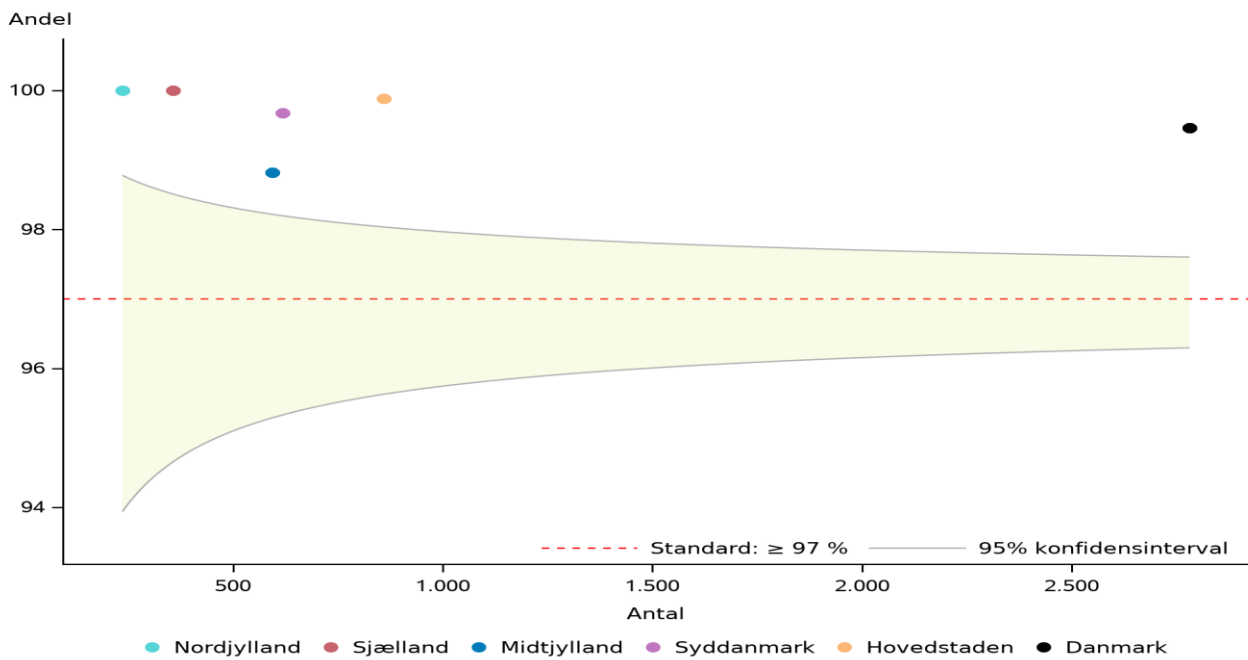
Indikator 6: Andel tumorer med forekomst af ulceration angivet i patologidata. Kontrolldiagram på regionsniveau.



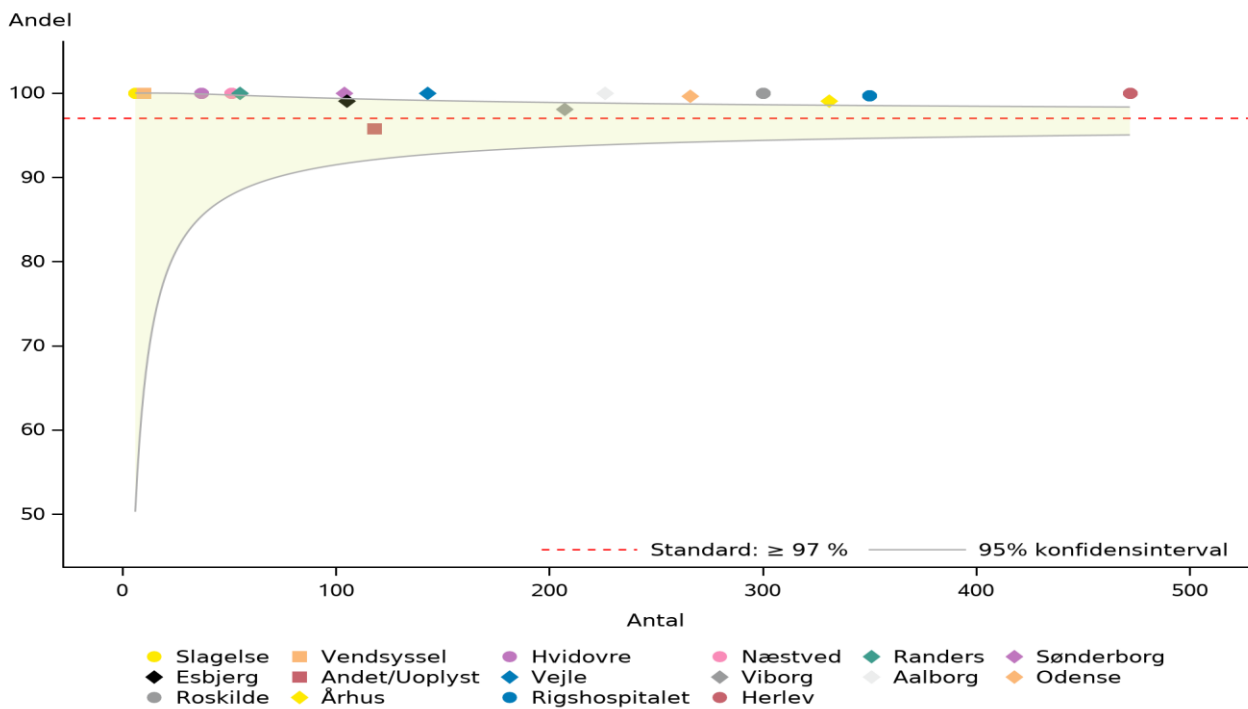
Indikator 6: Andel tumorer med forekomst af ulceration angivet i patologidata. Kontrolldiagram på afdelingsniveau.



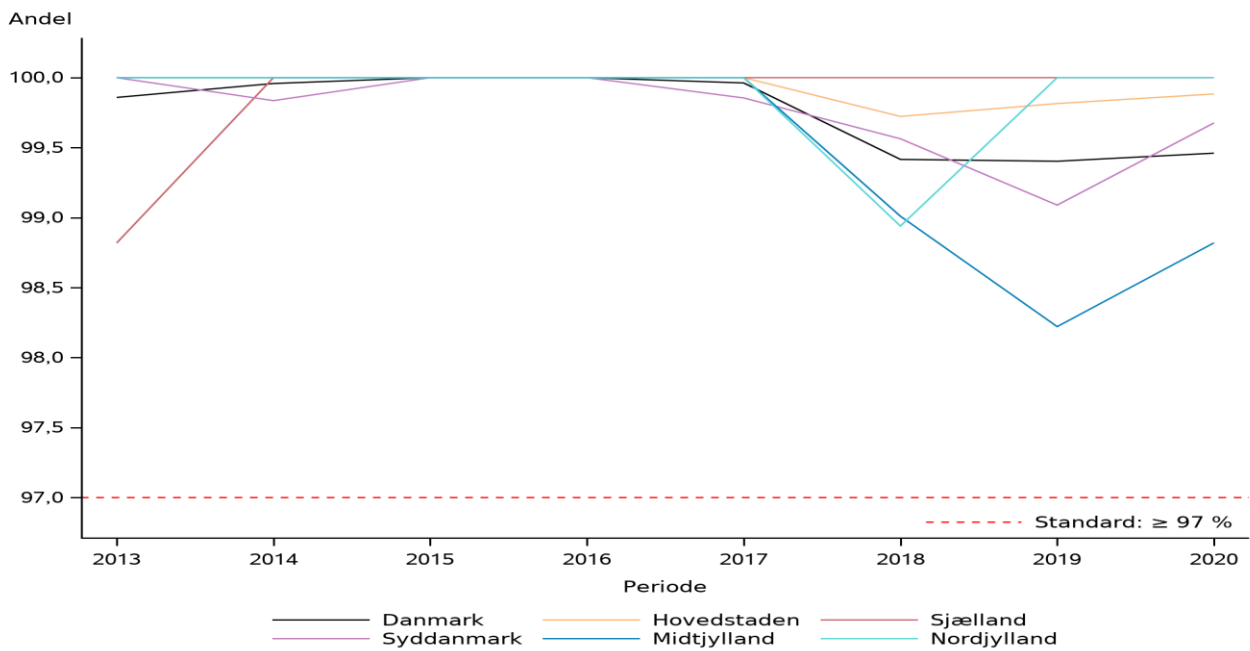
Indikator 6: Andel tumorer med forekomst af ulceration angivet i patologidata. Funnelploj på regionsniveau.



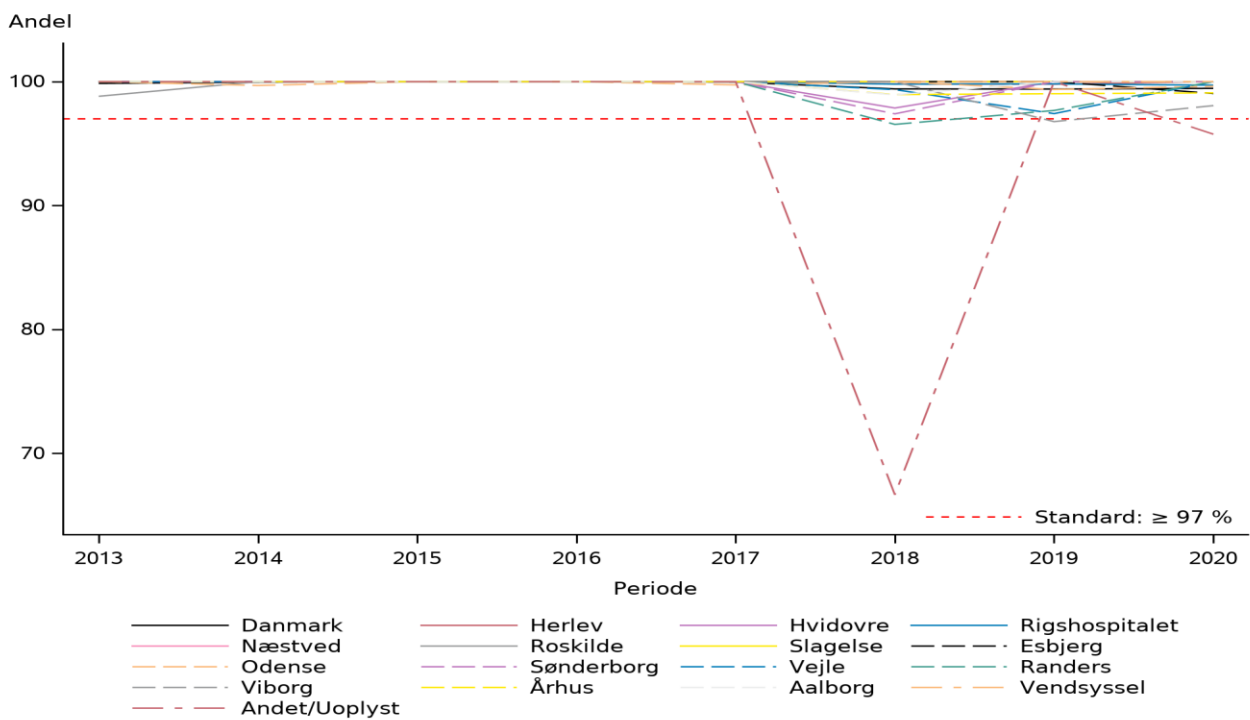
Indikator 6: Andel tumorer med forekomst af ulceration angivet i patologidata. Funnelploj på afdelingsniveau.



Indikator 6: Andel tumorer med forekomst af ulceration angivet i patologidata. Trendgraf på regionsniveau.



Indikator 6: Andel tumorer med forekomst af ulceration angivet i patologidata. Trendgraf på afdelingsniveau.



### A2.3. Indikator 7: Andel tumorer med dermal mitoseaktivitet angivet

I det følgende præsenteres andelen af tumorer med dermal mitoseaktivitet angivet i patologidata (0,  $\geq 1$ , uklassificeret). I opgørelsen indgår alle invasive tumorer registreret i aktuelle opgørelsesperiode, hvor tælleren udgør tumorer med angivelse af dermal mitoseaktivitet. Der er fastsat en standard på  $\geq 97\%$ .

#### Indikator 7: Andel tumorer med dermal mitoseaktivitet angivet i patologidata ('0', ' $\geq 1$ ' eller 'uklassificeret')

	Standard	Uoplyst		Aktuelle år		Tidligere år			
	$\geq 97\%$ opfyldt	Tæller/ nævner	antal (%)	Andel	95% CI	2019 Antal	2019 Andel	2018 Antal	2018 Andel
<b>Danmark</b>	Ja	2.771 / 2.781	30 (1)	100	(99-100)	2.839 / 2.847	100	2.902 / 2.911	100
<b>Hovedstaden</b>	Ja	858 / 859	6 (1)	100	(99-100)	1.081 / 1.082	100	1.081 / 1.083	100
<b>Sjælland</b>	Ja	357 / 357	0 (0)	100	(99-100)	350 / 350	100	344 / 344	100
<b>Syddanmark</b>	Ja	618 / 618	3 (0)	100	(99-100)	659 / 659	100	687 / 687	100
<b>Midtjylland</b>	Ja	589 / 593	2 (0)	99	(98-100)	500 / 506	99	501 / 505	99
<b>Nordjylland</b>	Ja	236 / 236	1 (0)	100	(98-100)	237 / 237	100	283 / 283	100
<b>Hovedstaden</b>	Ja	858 / 859	6 (1)	100	(99-100)	1.081 / 1.082	100	1.081 / 1.083	100
Herlev	Ja	472 / 472	1 (0)	100	(99-100)	488 / 488	100	534 / 535	100
Hvidovre	Ja	37 / 37	0 (0)	100	(91-100)	41 / 41	100	47 / 47	100
Rigshospitalet	Ja	349 / 350	5 (1)	100	(98-100)	552 / 553	100	500 / 501	100
<b>Sjælland</b>	Ja	357 / 357	0 (0)	100	(99-100)	350 / 350	100	344 / 344	100
Næstved	Ja	51 / 51	0 (0)	100	(93-100)	31 / 31	100	23 / 23	100
Roskilde	Ja	300 / 300	0 (0)	100	(99-100)	292 / 292	100	275 / 275	100
Slagelse	Ja	6 / 6	0 (0)	100	(54-100)	27 / 27	100	46 / 46	100
<b>Syddanmark</b>	Ja	618 / 618	3 (0)	100	(99-100)	659 / 659	100	687 / 687	100
Esbjerg	Ja	105 / 105	0 (0)	100	(97-100)	122 / 122	100	87 / 87	100
Odense	Ja	266 / 266	2 (1)	100	(99-100)	318 / 318	100	367 / 367	100
Sønderborg	Ja	104 / 104	0 (0)	100	(97-100)	64 / 64	100	77 / 77	100
Vejle	Ja	143 / 143	1 (1)	100	(97-100)	155 / 155	100	156 / 156	100
<b>Midtjylland</b>	Ja	589 / 593	2 (0)	99	(98-100)	500 / 506	99	501 / 505	99
Randers	Ja	55 / 55	2 (4)	100	(94-100)	43 / 43	100	57 / 58	98
Viborg	Ja	203 / 207	0 (0)	98	(95-99)	150 / 155	97	159 / 159	100
Århus	Ja	331 / 331	0 (0)	100	(99-100)	307 / 308	100	285 / 288	99
<b>Nordjylland</b>	Ja	236 / 236	1 (0)	100	(98-100)	237 / 237	100	283 / 283	100
Aalborg	Ja	226 / 226	1 (0)	100	(98-100)	230 / 230	100	282 / 282	100
Vendsyssel	Ja	10 / 10	0 (0)	100	(69-100)	7 / 7	100	##	100
<b>Primærsektoren</b>									
Andet/Uoplyst	Nej	113 / 118	18 (13)	96	(90-99)	12 / 13	92	6 / 9	67

# Resultatet er af diskretionshensyn fjernet, da der er under tre observationer



#### Datagrundlag

Indikatoren er opgjort pr. patologicenter. Alle informationer i denne indikatorberegning kommer fra det direkte indtastningsmodul. For trendgraferne gøres det opmærksom på, at definitionen af in situ ændredes ved årsskiftet 2018. In situ er således defineret som clarks level 1 frem til og med 2017, derefter er in situ defineret som svaret "in situ" på spørgsmålet om involvering i dermis i det direkte indtastningsmodul.

#### Beregningsregler

- Tæller: Antal tumorer, hvor dermal mitosestatus er angivet (0, >1 eller uklassificeret).
- Nævner: Alle invasive tumorer registreret i aktuelle opgørelsesperiode.

#### Resultater

For aktuelle opgørelsesperiode ligger andelen af tumorer med angivelse af dermal mitoseaktivitet på 100% (95% CI: 99-100). Således er standarden opfyldt for denne indikator på landsplan, hvilket også gør sig gældende på regionsniveau. For primærsektoren er årsresultatet på 96% (95% CI: 90-99) og er dermed lige under standarden på 97%. Resultatet er imidlertid højere end for de seneste to år. For alle regioner har årsresultatet ligget stabilt over 97% siden databasestart i 2013.

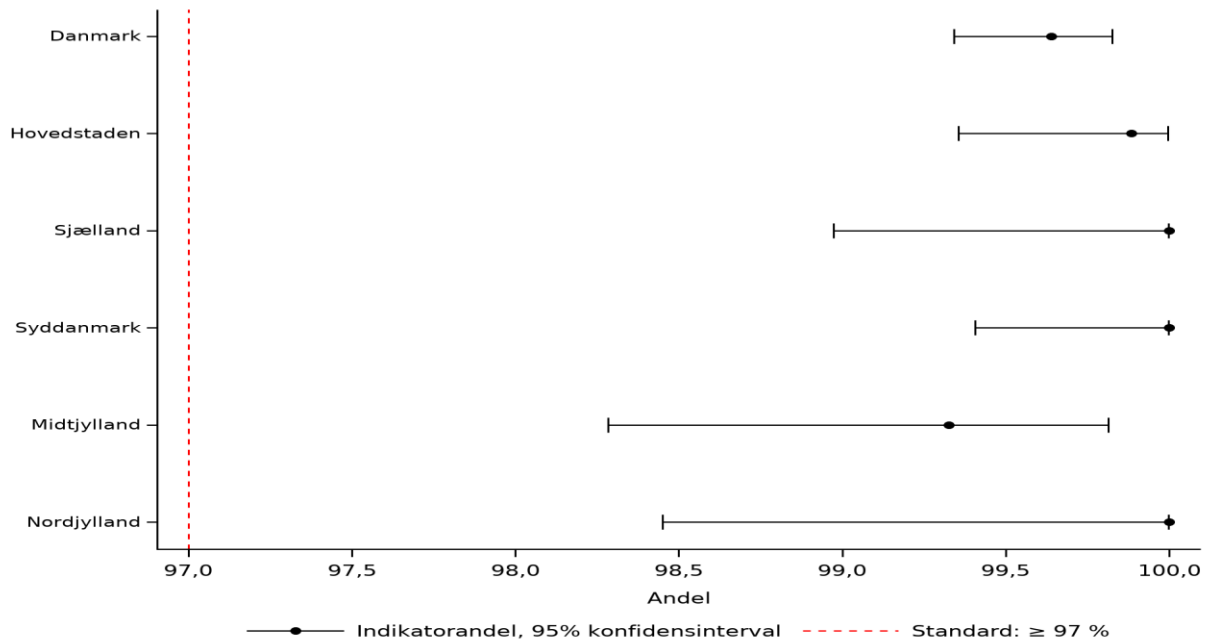
#### Diskussion og implikationer

Denne indikatoropfyldelse har meget længe været særdeles god, hvorfor den er overført til appendiks. Selv indberetningen fra primærsektoren er meget flot nu. Den optimale løsning vil være overførsel af data fra Patobank til databasen, og det arbejdes der nu på.

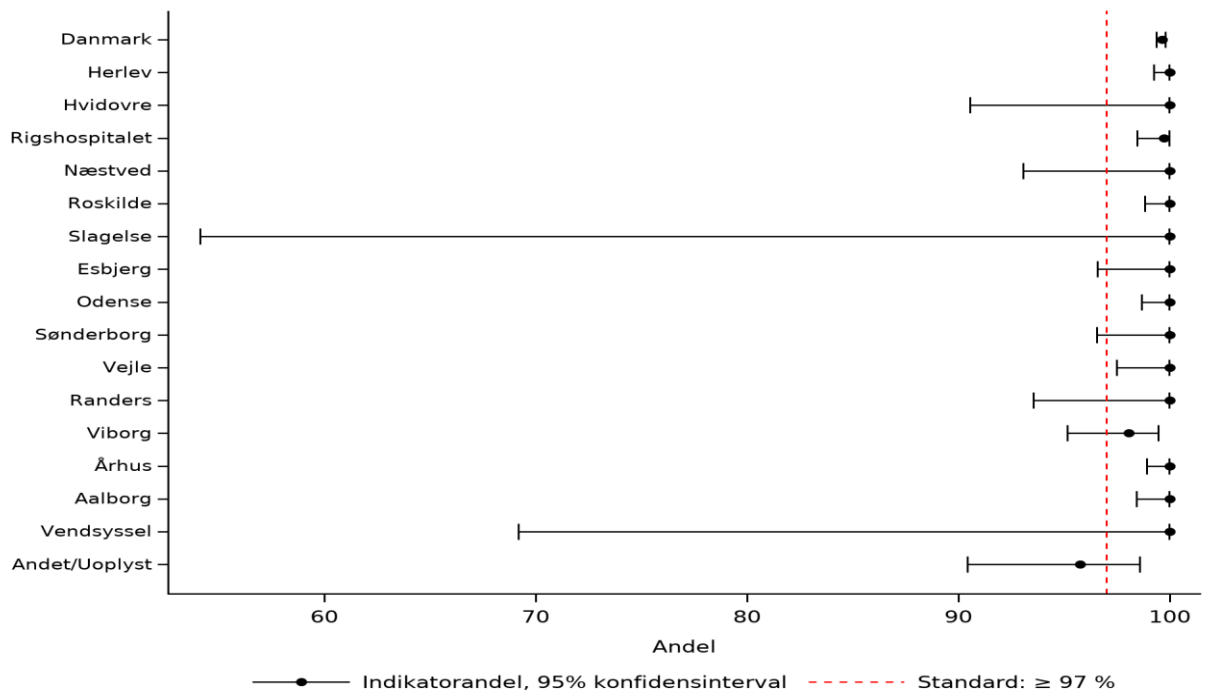
#### Vurdering af indikatorens anvendelighed

Er på grund af den konstant høje målopfyldelse flyttet til appendiks, men da der er international enighed om vigtigheden af at måle dermal aktivitet, selv om den aktuelt ikke indgår i tumor-klassifikationen, bibeholdes den her i appendiks.

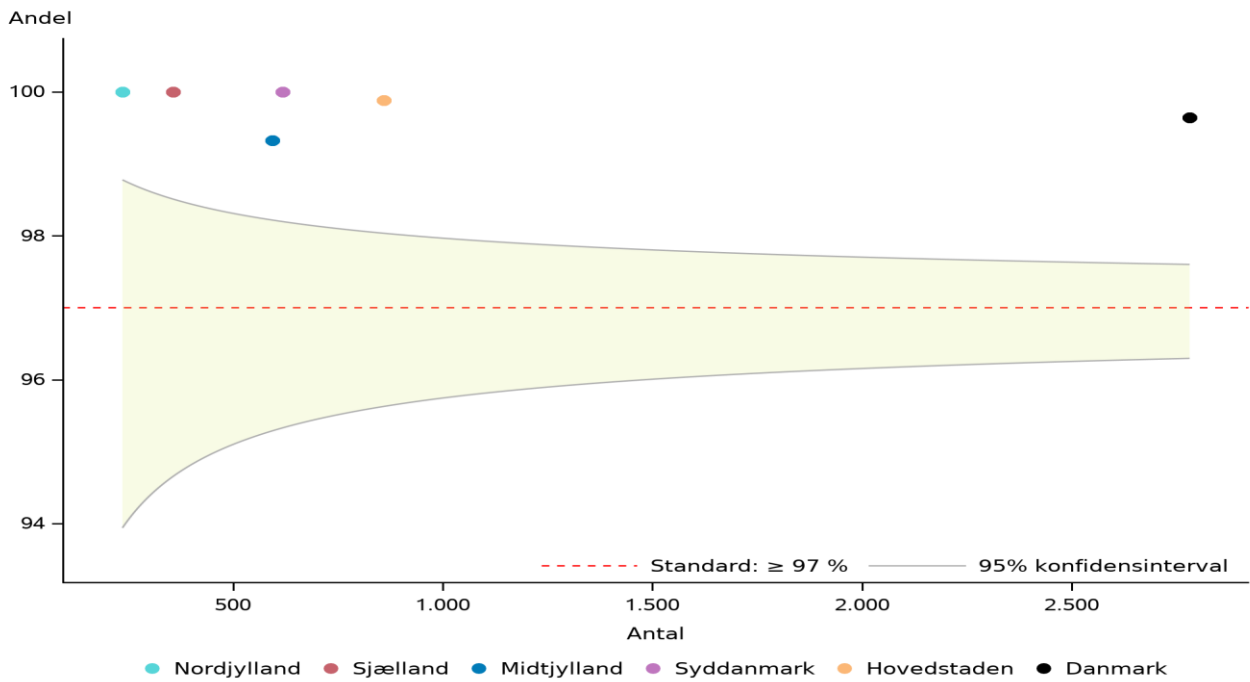
Indikator 7: Andel tumorer med dermal mitoseaktivitet angivet i patologidata ('0', '>= 1' eller 'uklassificeret'). Kontrolldiagram på regionsniveau.



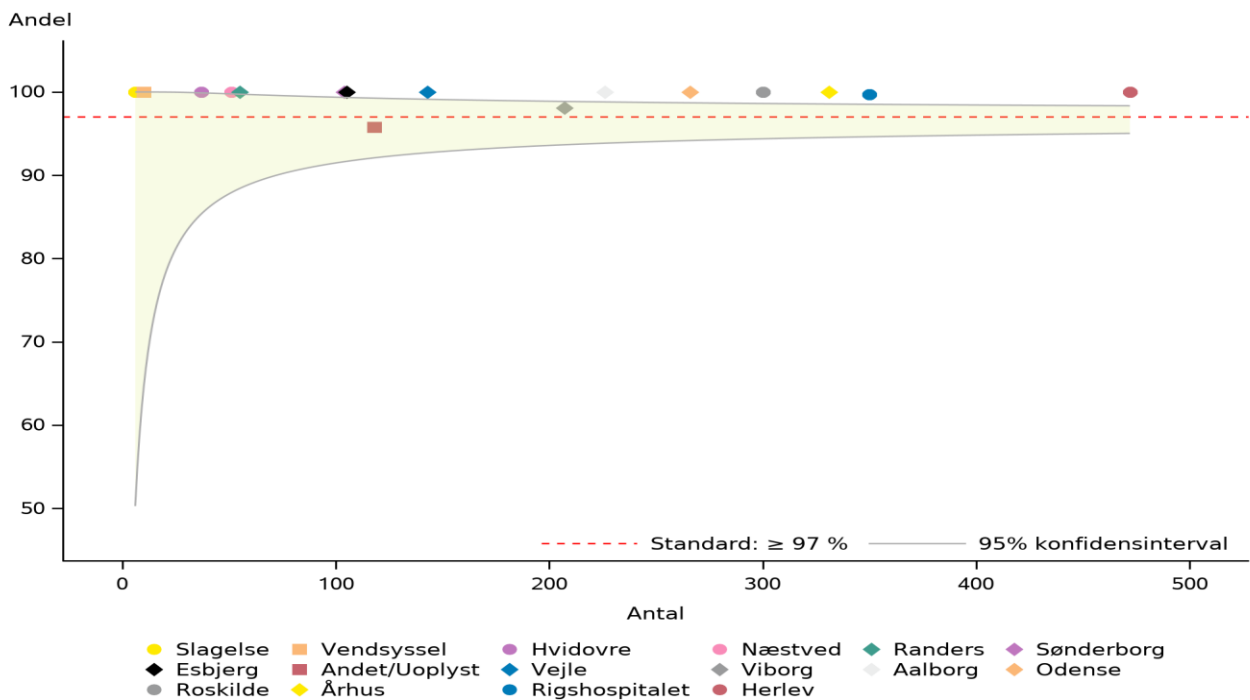
Indikator 7: Andel tumorer med dermal mitoseaktivitet angivet i patologidata ('0', '>= 1' eller 'uklassificeret'). Kontrolldiagram på afdelingsniveau.



Indikator 7: Andel tumorer med dermal mitoseaktivitet angivet i patologidata ('0', '>= 1' eller 'uklassificeret'). Funnelplot på regionsniveau.

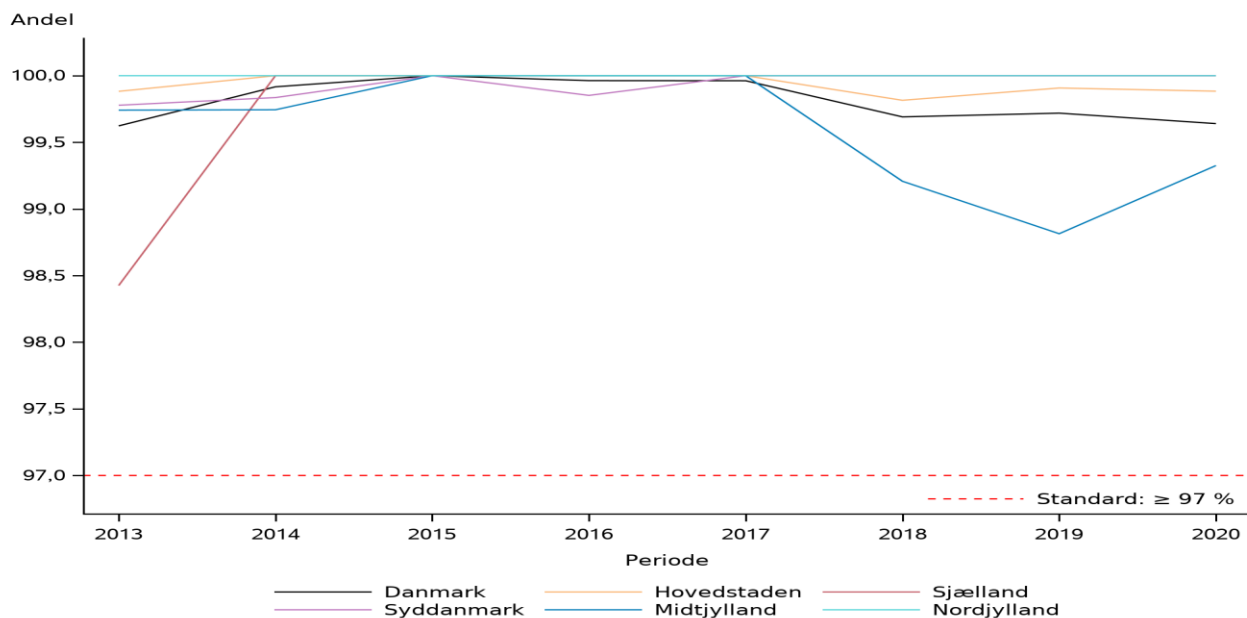


Indikator 7: Andel tumorer med dermal mitoseaktivitet angivet i patologidata ('0', '>= 1' eller 'uklassificeret'). Funnelplot på afdelingsniveau.

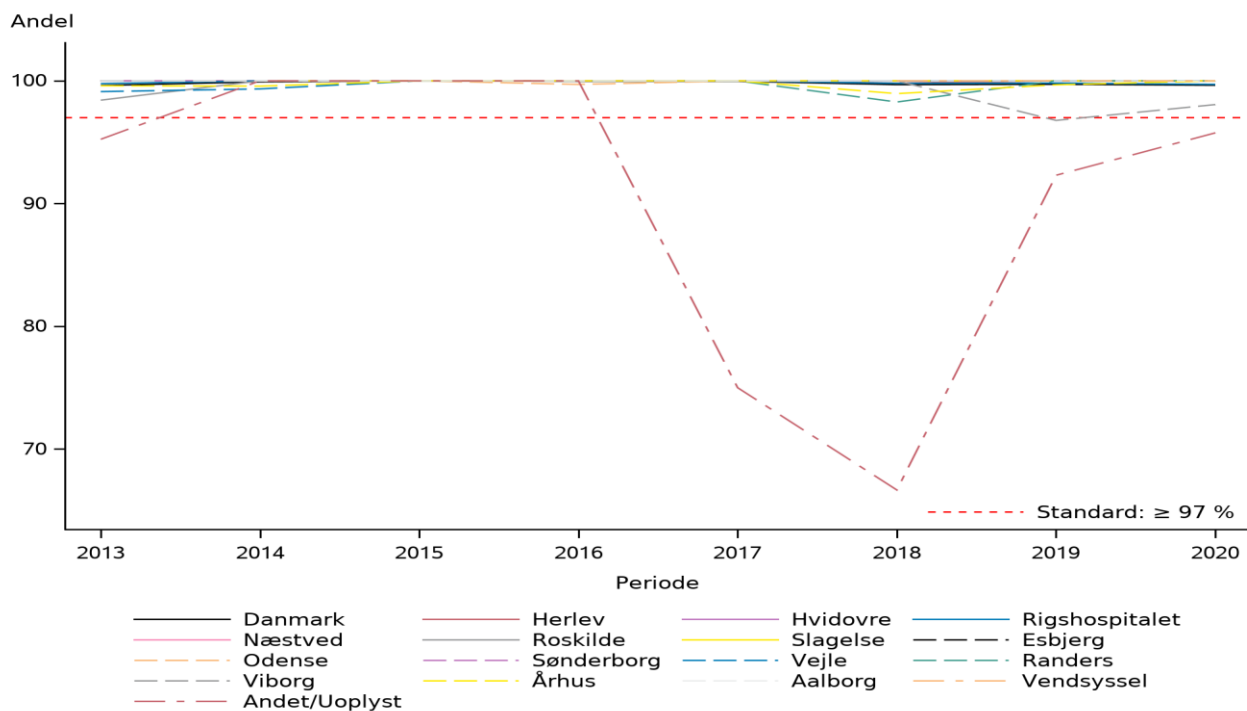




Indikator 7: Andel tumorer med dermal mitoseaktivitet angivet i patologidata ('0', '>= 1' eller 'uklassificeret'). Trendgraf på regionsniveau.



Indikator 7: Andel tumorer med dermal mitoseaktivitet angivet i patologidata ('0', '>= 1' eller 'uklassificeret'). Trendgraf på afdelingsniveau.



## A2.4. Indikator 14. Mikrosatellit anført (ja/nej/kan ikke vurderes) på patologiskemaet vedrørende primærtumor

Her præsenteres andelen af primærtumorer, ved hvilke der er registrering om mikrosatelliter. Der er ikke fastsat en standard for denne indikator.

### Indikator 14: Mikrosatellit anført (ja/nej/kan ikke vurderes) på patologiskemaet vedrørende primærtumor

	Standard opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år 01.01.2020 - 31.12.2020		Tidligere år			
				Andel	95% CI	2019 Antal	Andel	2018 Antal	Andel
<b>Danmark</b>		2.749 / 2.793	31 (1)	98	(98-99)	2.729 / 2.880	95	2.832 / 2.906	97
<b>Hovedstaden</b>		840 / 852	7 (1)	99	(98-99)	1.072 / 1.087	99	1.048 / 1.072	98
<b>Sjælland</b>		351 / 357	0 (0)	98	(96-99)	238 / 355	67	321 / 349	92
<b>Syddanmark</b>		611 / 621	3 (0)	98	(97-99)	662 / 668	99	676 / 686	99
<b>Midtjylland</b>		596 / 606	2 (0)	98	(97-99)	503 / 515	98	506 / 511	99
<b>Nordjylland</b>		237 / 238	1 (0)	100	(98-100)	242 / 242	100	276 / 279	99
<b>Hovedstaden</b>		840 / 852	7 (1)	99	(98-99)	1.072 / 1.087	99	1.048 / 1.072	98
Herlev		458 / 460	2 (0)	100	(98-100)	476 / 485	98	516 / 520	99
Hvidovre		35 / 38	0 (0)	92	(79-98)	38 / 38	100	30 / 43	70
Rigshospitalet		347 / 354	5 (1)	98	(96-99)	558 / 564	99	502 / 509	99
<b>Sjælland</b>		351 / 357	0 (0)	98	(96-99)	238 / 355	67	321 / 349	92
Næstved		52 / 52	0 (0)	100	(93-100)	31 / 31	100	22 / 23	96
Roskilde		293 / 299	0 (0)	98	(96-99)	180 / 297	61	249 / 276	90
Slagelse		6 / 6	0 (0)	100	(54-100)	27 / 27	100	50 / 50	100
<b>Syddanmark</b>		611 / 621	3 (0)	98	(97-99)	662 / 668	99	676 / 686	99
Esbjerg		105 / 106	0 (0)	99	(95-100)	118 / 119	99	86 / 86	100
Odense		262 / 263	2 (1)	100	(98-100)	322 / 323	100	366 / 366	100
Sønderborg		100 / 107	0 (0)	93	(87-97)	67 / 67	100	71 / 75	95
Vejle		144 / 145	1 (1)	99	(96-100)	155 / 159	97	153 / 159	96
<b>Midtjylland</b>		596 / 606	2 (0)	98	(97-99)	503 / 515	98	506 / 511	99
Randers		60 / 60	2 (3)	100	(94-100)	45 / 46	98	59 / 61	97
Viborg		206 / 211	0 (0)	98	(95-99)	150 / 155	97	158 / 158	100
Århus		330 / 335	0 (0)	99	(97-100)	308 / 314	98	289 / 292	99
<b>Nordjylland</b>		237 / 238	1 (0)	100	(98-100)	242 / 242	100	276 / 279	99
Aalborg		227 / 228	1 (0)	100	(98-100)	235 / 235	100	275 / 278	99
Vendsyssel		10 / 10	0 (0)	100	(69-100)	7 / 7	100	##/##	100
<b>Primærsektoren</b>									
Andet/Uoplyst		114 / 119	18 (13)	96	(90-99)	12 / 13	92	5 / 9	56

# Resultatet er af diskretionshensyn fjernet, da der er under tre observationer



#### 14: Mikrosatellit anført (ja/nej/kan ikke vurderes) på patologiskemaet vedrørende primærtumor

	Antal	Årsag
<b>Eksklusion:</b>	1.183	In Situ melanom
	35	Usikkert om malign eller benign
<b>Uoplyst:</b>	31	Uoplyst in situ stadie

##### Datagrundlag

Indikatoren er opgjort pr. patologicenter. I opgørelsen indgår alle invasive primærtumorer. Alle informationer i denne indikatorberegning kommer fra det direkte indtastningsmodul. Indikatoren er ny og derfor optræder den først i appendiks.

For trendgraferne gøres det opmærksom på, at definitionen af in situ ændredes ved årsskiftet 2018. In situ er således defineret som clarks level 1 frem til og med 2017, derefter er in situ defineret som svaret "in situ" på spørgsmålet om involvering i dermis i det direkte indtastningsmodul.

##### Beregningsregler

- Tæller: Antal tumorer, hvor mikrosatellitter er angivet (ja eller nej).
- Nævner: Alle invasive tumorer registreret i aktuelle opgørelsesperiode.

##### Resultater

På landsplan er der angivet hvorvidt der er mikrosatellitter for 98% (95% CI: 98-99) af alle tumorer. På regions- og afdelingsniveau er der variation fra 92% til 100%. Datakompletheden for mikrosatellitter har været stabilt høj omkring de 95-100% siden databasens start med få udsving på enkelte afdelinger.

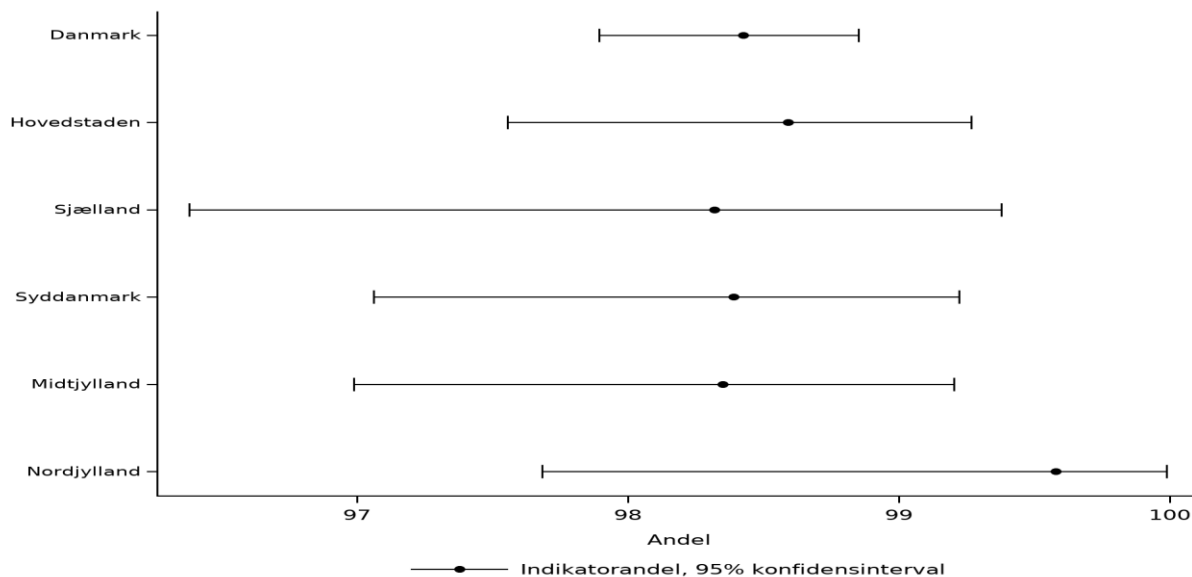
##### Diskussion og implikationer

Meget flot standard landet over. Forekomst af mikrosatellit er særdeles væsentlig. Med den nuværende AJCC anvendelse (8. version) indgår forekomst af mikrosatellit i primær tumor-resektatet i den fulde N-staging. Så korrekt angivelse er særdeles vigtig.

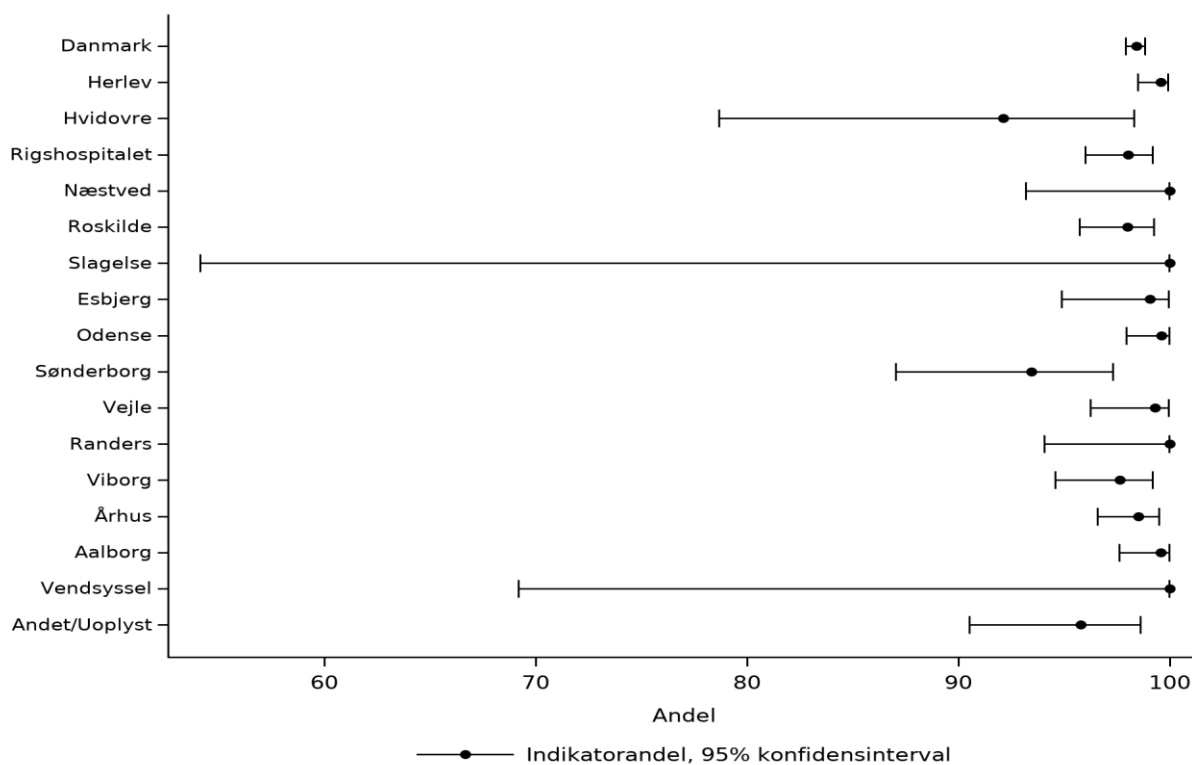
##### Vurdering af indikatorens anvendelighed

Det er en særdeles vigtig oplysning, at det angives, hvorvidt der er mikrosatellit eller ej. Derfor bevares indikatoren og gøres officielt i næste årsrapport. Det er besluttet at denne indikator fremover skal indgå som officiel indikator med en standard på  $\geq 95\%$ .

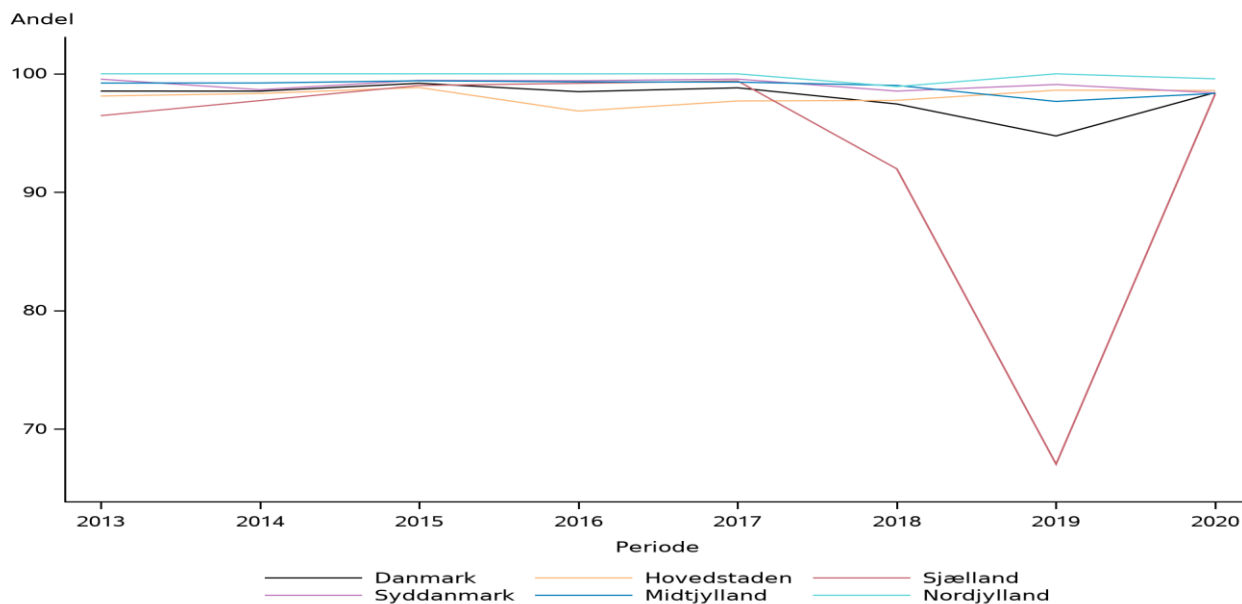
Indikator 14: Mikrosatellit anført (ja/nej/kan ikke vurderes) på patologiskemaet vedrørende primærtumor. Kontrolldiagram på regionsniveau.



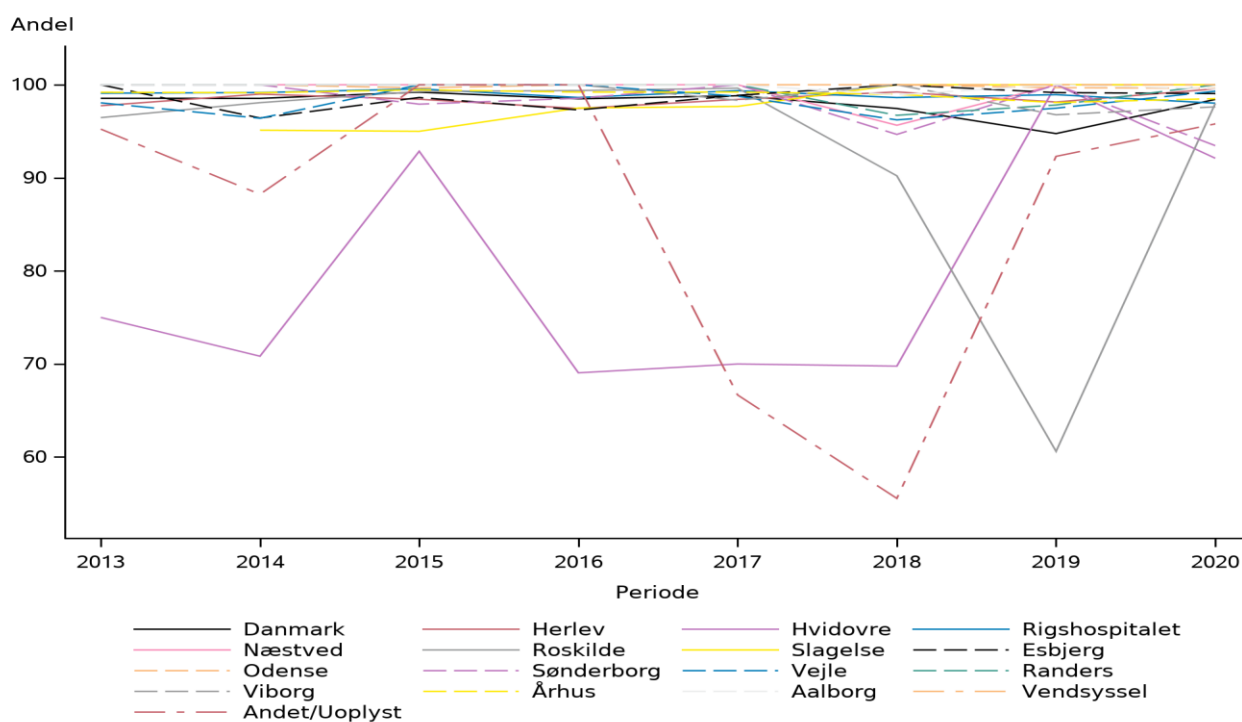
Indikator 14: Mikrosatellit anført (ja/nej/kan ikke vurderes) på patologiskemaet vedrørende primærtumor. Kontrolldiagram på afdelingsniveau.



Indikator 14: Mikrosatellit anført (ja/nej/kan ikke vurderes) på patologiskemaet vedrørende primærtumor. Trendgraf på regionsniveau.



Indikator 14: Mikrosatellit anført (ja/nej/kan ikke vurderes) på patologiskemaet vedrørende primærtumor. Trendgraf på afdelingsniveau.



## A2.7. Indikator 15. Andel lymfeknuder, hvor der er angivet diameter på metastase i sentinel lymfeknude

Her præsenteres andelen af lymfeknuder, hvor der er angivet diameter på metastase i sentinel lymfeknude. Der er ikke fastsat en standard for denne indikator.

Indikator 15: Andel lymfeknuder, hvor der er angivet diameter på metastase i sentinel lymfeknude

	Standard opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst	Aktuelle år		Tidligere år			
			antal (%)	01.01.2020 - 31.12.2020		2019		2018	
				Andel	95% CI	Antal	Andel	Antal	Andel
<b>Danmark</b>		303 / 305	5 (2)	99	(98-100)	283 / 284	100	245 / 246	100
<b>Hovedstaden</b>		75 / 76	0 (0)	99	(93-100)	81 / 82	99	86 / 87	99
<b>Sjælland</b>		27 / 27	3 (10)	100	(87-100)	48 / 48	100	33 / 33	100
<b>Syddanmark</b>		79 / 80	0 (0)	99	(93-100)	66 / 66	100	59 / 59	100
<b>Midtjylland</b>		92 / 92	0 (0)	100	(96-100)	63 / 63	100	50 / 50	100
<b>Nordjylland</b>		20 / 20	0 (0)	100	(83-100)	21 / 21	100	16 / 16	100
<b>Hovedstaden</b>		75 / 76	0 (0)	99	(93-100)	81 / 82	99	86 / 87	99
Herlev		39 / 39	0 (0)	100	(91-100)	39 / 40	98	47 / 48	98
Hvidovre		11 / 11	0 (0)	100	(72-100)	10 / 10	100	6 / 6	100
Rigshospitalet		25 / 26	0 (0)	96	(80-100)	32 / 32	100	33 / 33	100
<b>Sjælland</b>		27 / 27	3 (10)	100	(87-100)	48 / 48	100	33 / 33	100
Næstved		4 / 4	0 (0)	100	(40-100)	6 / 6	100	4 / 4	100
Roskilde		23 / 23	3 (12)	100	(85-100)	35 / 35	100	23 / 23	100
Slagelse		0 / 0				7 / 7	100	6 / 6	100
<b>Syddanmark</b>		79 / 80	0 (0)	99	(93-100)	66 / 66	100	59 / 59	100
Esbjerg		9 / 9	0 (0)	100	(66-100)	15 / 15	100	7 / 7	100
Odense		31 / 32	0 (0)	97	(84-100)	21 / 21	100	28 / 28	100
Sønderborg		12 / 12	0 (0)	100	(74-100)	10 / 10	100	10 / 10	100
Vejle		27 / 27	0 (0)	100	(87-100)	20 / 20	100	14 / 14	100
<b>Midtjylland</b>		92 / 92	0 (0)	100	(96-100)	63 / 63	100	50 / 50	100
Randers		12 / 12	0 (0)	100	(74-100)	12 / 12	100	8 / 8	100
Viborg		32 / 32	0 (0)	100	(89-100)	18 / 18	100	15 / 15	100
Århus		48 / 48	0 (0)	100	(93-100)	33 / 33	100	27 / 27	100
<b>Nordjylland</b>		20 / 20	0 (0)	100	(83-100)	21 / 21	100	16 / 16	100
Aalborg		18 / 18	0 (0)	100	(81-100)	21 / 21	100	16 / 16	100
Vendsyssel		##	0 (0)	100	(16-100)	0 / 0		0 / 0	
<b>Primærsektoren</b>									
Andet/Uoplyst		10 / 10	2 (17)	100	(69-100)	4 / 4	100	##	100

# Resultatet er af diskretionshensyn fjernet, da der er under tre observationer

## 15: Andel lymfeknuder, hvor der er angivet diameter på metastase i sentinel lymfeknude

	Antal	Årsag
<b>Eksklusion:</b>	1.186	In Situ melanom
	136	Non-sentinel lymfeknude
	3.706	Ingen metastaser påvist
<b>Uoplyst:</b>	2	Ingen besvarelse om invasiv tumor
	3	Ingen besvarelse om der er påvist metastase

### Datagrundlag

Indikatoren er opgjort pr. patologicenter. Alle informationer i denne indikatorberegning kommer fra det direkte indtastningsmodul. For trendgraferne gøres det opmærksom på, at definitionen af in situ ændredes ved årsskiftet 2018. In situ er således defineret som clarks level 1 frem til og med 2017, derefter er in situ defineret som svaret "in situ" på spørgsmålet om involvering i dermis i det direkte indtastningsmodul. Indikatoren er ny, og derfor optræder den først i appendiks.

### Beregningsregler

- Tæller: Antal lymfeknuder, hvor diameter på metastase er angivet.
- Nævner: Alle lymfeknuder med påviste metastaser i SN-biopsi registreret i aktuelle opgørelsesperiode.

### Resultater

På landsplan er der identificeret 305 lymfeknuder, hvor der er påvist metastaser. Ud af de 305 lymfeknuder, har 303 fået angivet en diameter for metastasen. Det landsdækkende indikatorresultat er dermed på 99% (95% CI: 98-100). På afdelingsniveau er der generelt en høj indikatoropfyldelse, som varierer mellem 96-100%. Siden 2015 har der for alle regioner været en indikatoropfyldelse på over 95% med enkelte udsving på afdelingsniveau. For langt størstedelen af metastaserne fundet i SN-biopsier er diameteren <1mm (A3.9, figur 6).

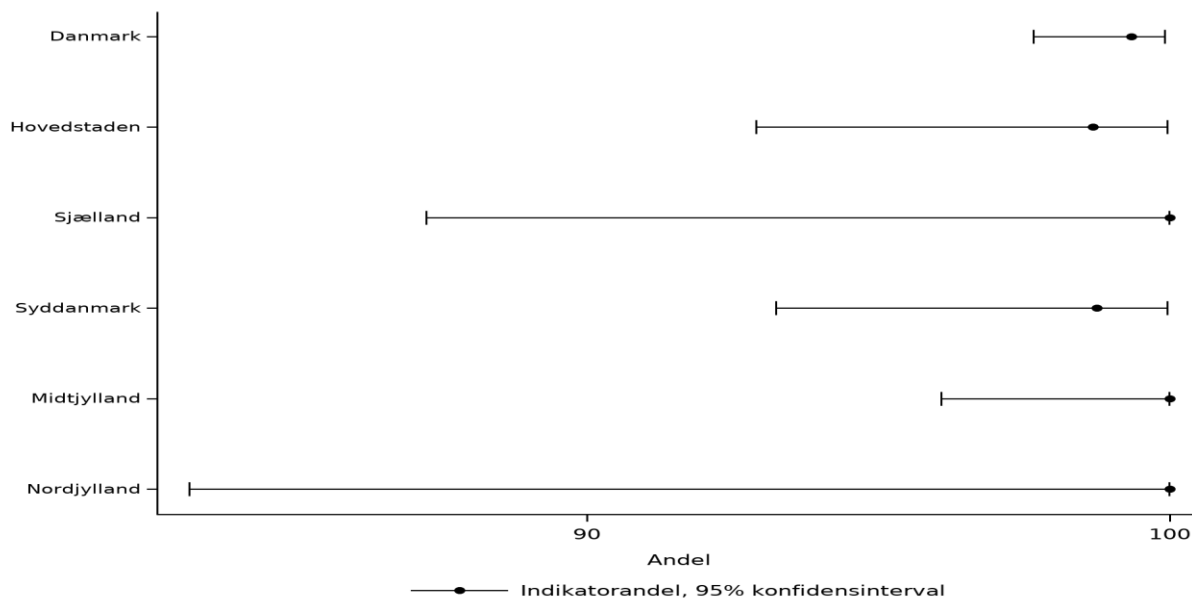
### Diskussion og implikationer

Denne indikator afløser den tidligere indikator 8 idet der er enighed om, at lokation af metastase i lymfeknude (som indgik i den tidligere indikator 8) ikke anvendes. Der er særdeles god og ensartet indikatoropfyldelse.

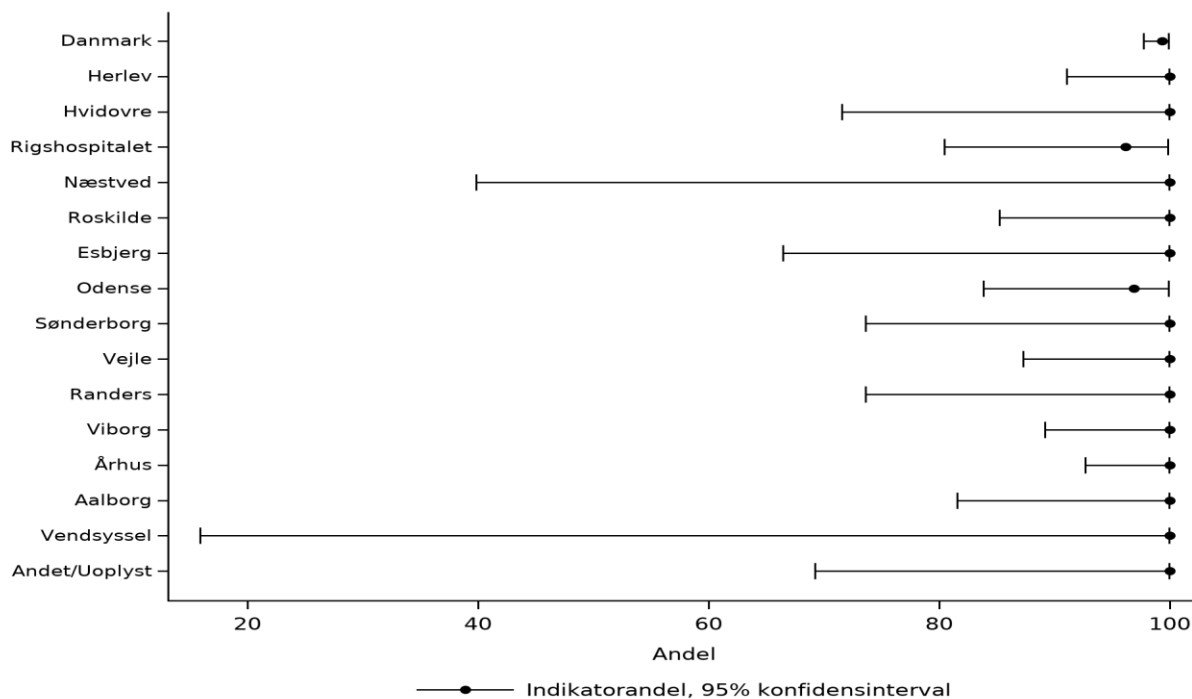
### Vurdering af indikatorens anvendelighed

Indikatoren er særdeles anvendelig. Med den 8. UICC/AJCC klassifikation indgår mikrosatellit i N-klassifikationen. Det er derfor meget vigtigt, at patologen beskriver om der er mikrosatellit eller ej. Desuden er der mulighed for at henvise til adjuverende terapi ved mikrosatellitter  $\geq 1$ mm. Det er besluttet, at denne indikator fremover skal indgå som officiel indikator med en standard på  $\geq 95\%$ .

Indikator 15: Andel lymfeknuder, hvor der er angivet diameter på metastase i sentinel lymfeknude. Kontrolldiagram på regionsniveau.

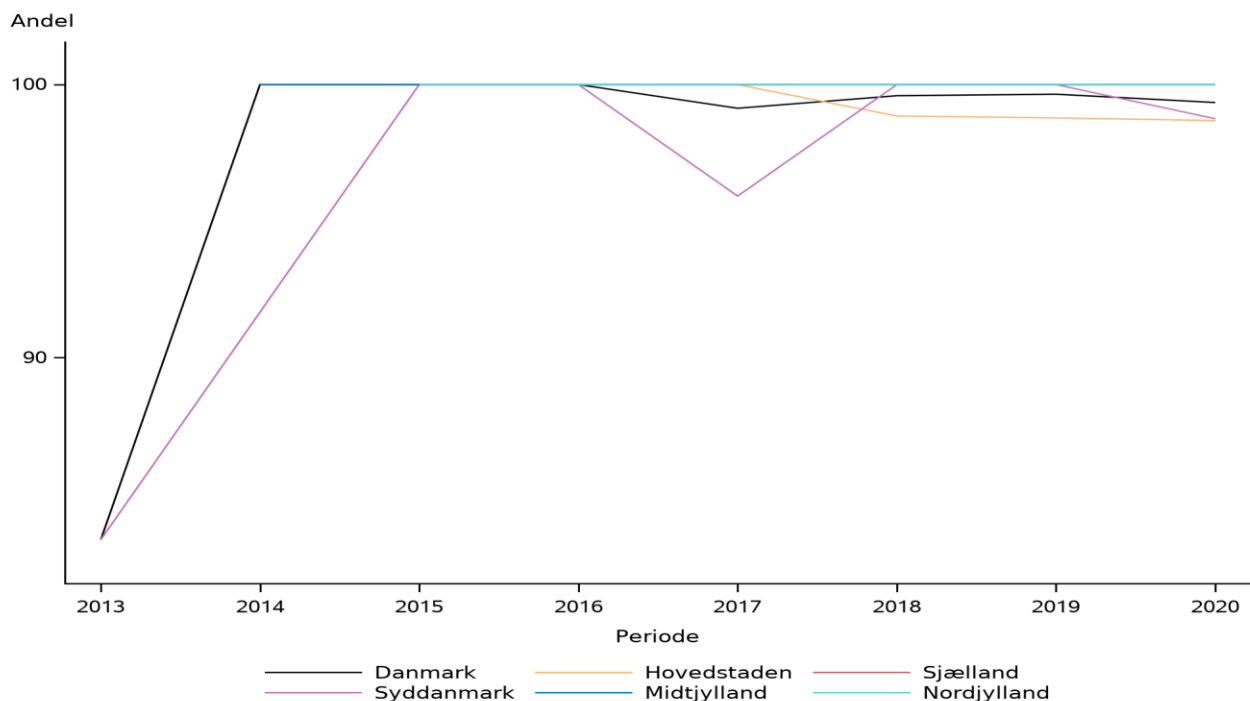


Indikator 15: Andel lymfeknuder, hvor der er angivet diameter på metastase i sentinel lymfeknude. Kontrolldiagram på afdelingsniveau.

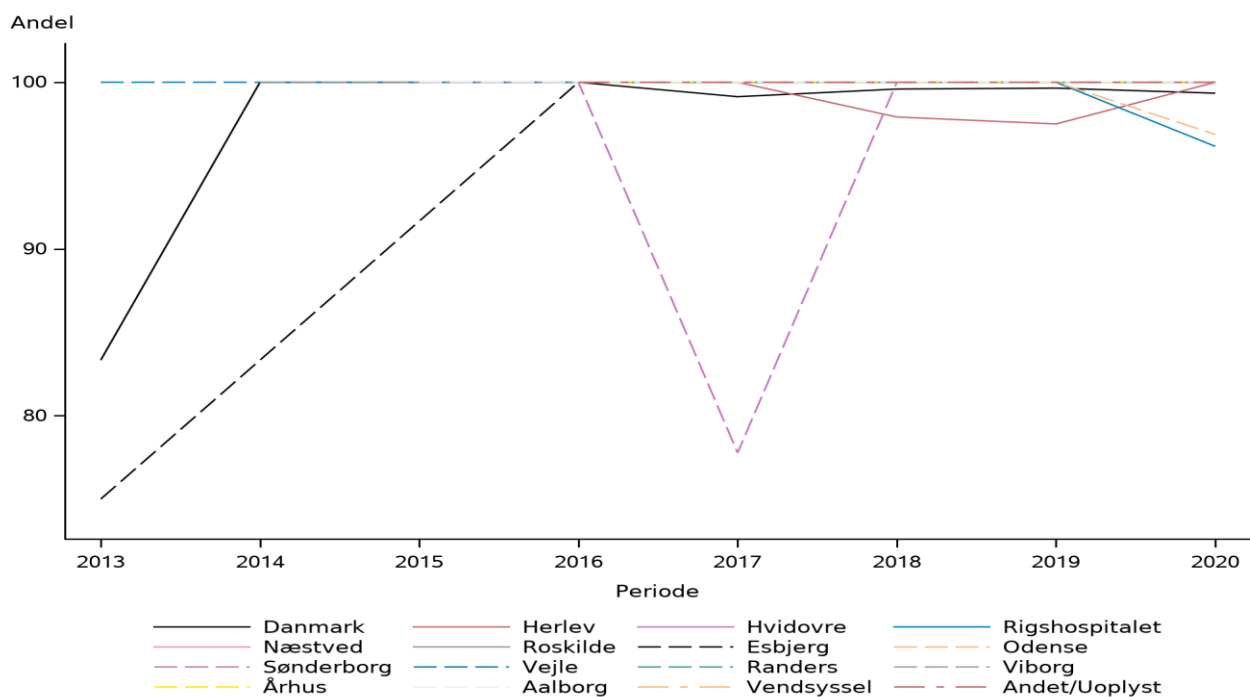




Indikator 15: Andel lymfeknuder, hvor der er angivet diameter på metastase i sentinel lymfeknude. Trendgraf på regionsniveau.



Indikator 15: Andel lymfeknuder, hvor der er angivet diameter på metastase i sentinel lymfeknude. Trendgraf på afdelingsniveau.



## Appendiks 3. Supplerende opgørelser

### A3.1. Oversigt over 2020 data

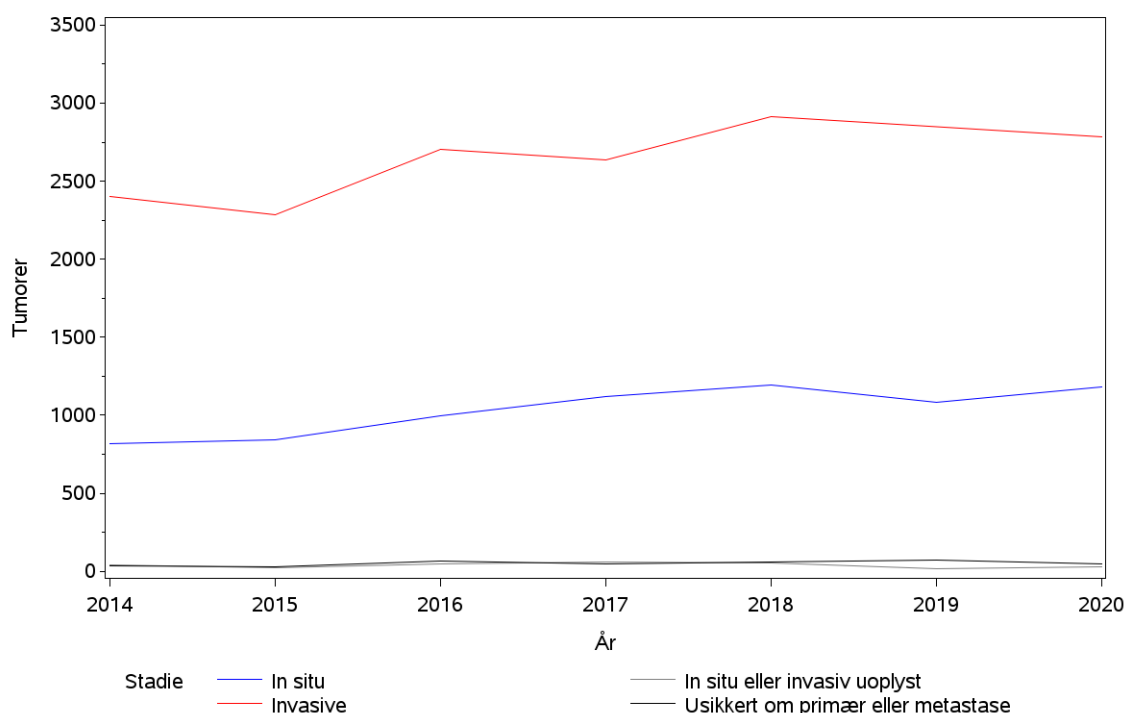
Nedenstående tabel er en oversigt over det samlede antal nydiagnostiserede tumorer i de enkelte år, både invasive og in situ melanomer, samt tumorer hvor det er usikkert om det er in situ eller invasiv og primær eller metastase. Derudover fremgår det samlede antal patienter og herunder hvor mange patienter, der er nydiagnosticerede med invasive tumorer, in situ tumorer samt tumorer hvor det er usikkert om det er in situ eller invasiv og primær eller metastase. Af figurerne fremgår udvikling i antal over tid siden 2014.

Tabel 1. Oversigt

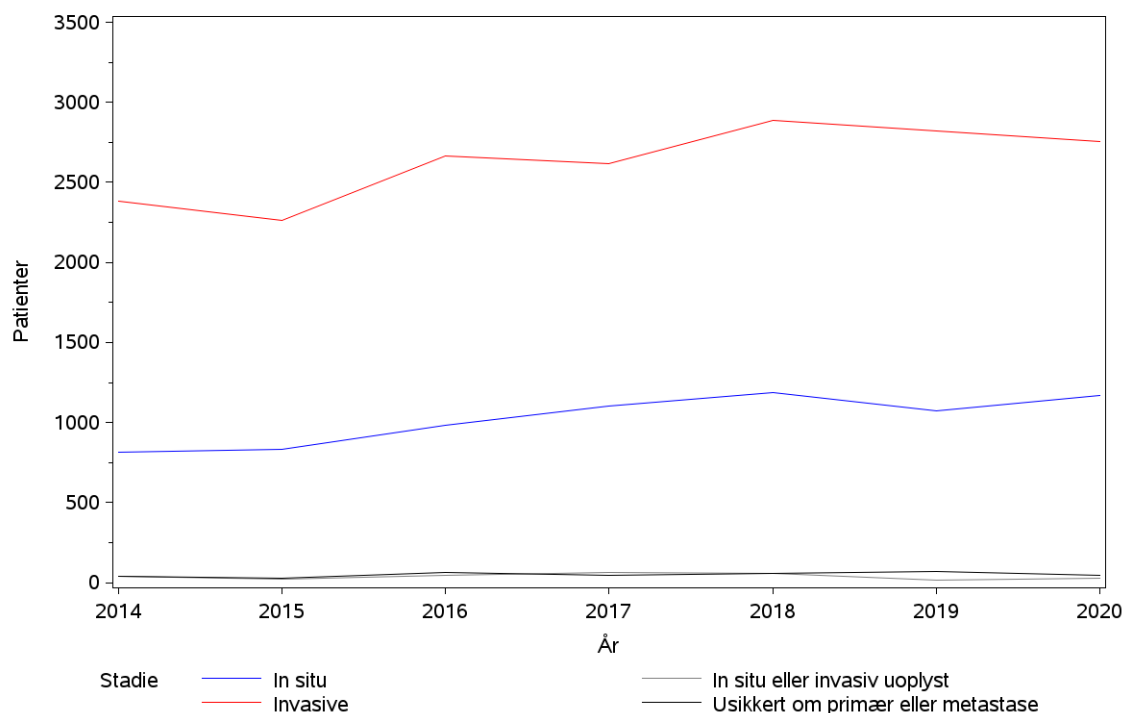
	2020	2019	2018	2017	2016	2015	2014
<b>Tumorer i alt</b>	<b>4042</b>	<b>4021</b>	<b>4223</b>	<b>3867</b>	<b>3811</b>	<b>3175</b>	<b>3299</b>
Invasive	2781	2847	2911	2639	2706	2282	2400
Usikkert om primær eller metastase	48	73	60	48	64	30	38
In situ eller invasiv uoplyst	30	17	56	62	45	23	41
In situ	1183	1084	1196	1118	996	840	820
<b>Patienter i alt</b>	<b>3972</b>	<b>3968</b>	<b>4171</b>	<b>3810</b>	<b>3735</b>	<b>3134</b>	<b>3269</b>
Invasive	2757	2823	2888	2620	2663	2262	2383
Usikkert om primær eller metastase	47	72	60	46	64	30	38
In situ eller invasiv uoplyst	30	17	55	61	45	23	41
In situ	1167	1072	1186	1105	982	831	814
Patienter med én tumor	3906	3919	4120	3754	3663	3097	3240
Patienter med to tumorer	62	47	50	55	69	33	28
Patienter med tre eller flere tumorer	4	#	#	#	3	4	#

#Resultatet er af diskretionshensyn fjernet, da der er under tre observationer

Figur 1. Antal tumorer over tid siden kvalitetsdatabasens start



Figur 2. Antal patienter over tid siden kvalitetsdatabasens start



#### Datagrundlag

Hvis samme patient har flere nydiagnosticerede tumorer i 2020, der falder i flere kategorier, vil denne patient indgå i opgørelserne i flere kategorier samtidig. Derfor summerer antallet af patienter i de fire kategorier ikke det samlede antal patienter med nydiagnosticerede tumorer i 2020.

Definitionen af in situ ændredes ved årsskiftet 2018. In situ er således defineret som clarks level 1 frem til og med 2017, derefter er in situ defineret som svaret "in situ" på spørgsmålet om involvering i dermis i det direkte indtastningsmodul.

#### Resultater

I 2020 er der registreret 4.042 nydiagnosticerede melanomer. Ud af disse er der registreret 2.781 invasive tumorer og 1.183 in situ melanomer. Tumorerne er registreret blandt 3.972 patienter, hvor 2.757 af patienterne er registreret med invasive tumorer og 1.167 patienter er registreret med in situ melanomer. 62 patienter er registreret med 2 tumorer og fire patienter er registreret med 3 eller flere tumorer.

Både hvad angår antallet af tumorer og antal af patienter, ses der en gennemsnitlig jævn stigning over tid, dog er indeværende opgørelsesår på samme niveau som 2019, men en stigning på 0,5% i antal tumorer og en stigning på 0,1% i antal patienter ift. 2019.

I 2020 var der 2,3% færre invasive tumorer og 3,5% flere in situ tumorer ift. 2019. Der var desuden 2,3% færre patienter med invasive tumorer og 8,9% flere patienter med in situ tumorer i 2020 ift. 2019.

#### Diskussion og implikationer

Det samlede antal patienter i 2020 svarer til årsresultaterne fra tidligere år. Der har imidlertid i 2020 været en klinisk oplevelse af, at der blev henvist betydeligt færre patienter via filterfunktion fra almen praktiserende læger til privatpraktiserende speciallæger i månederne efter nedlukningen grundet Covid-19 i marts 2020. Denne periode blev efterfulgt af en catch-up periode, hvor der oplevedes flere patienter end tilsvarende måneder inden Covid-19 pandemien brød ud. Erfaringsmæssigt kommer der nogle efterregistreringer for indeværende kalenderår.

#### Vurdering af analysens anvendelighed

Opgørelse over frekvens af tumorer fordelt som invasive og in situ, på tumorniveau og på patientniveau er meget vigtig for vores forståelse af modermærkekæftsygdommen, og overvågning af området.



### A3.2. Opgørelser på patientniveau

Af nedenstående tabeller fremgår en række opgørelser på patientniveau blandt patienter med tumorer (invasive og in situ tumorer) registreret i aktuelle opgørelsesperiode.

**Tabel 2a. Aldersfordeling for invasive tumorer**

	≤ 40 år		41-60 år		61-80 år		> 80 år		I alt
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal
<b>Danmark</b>	279	(10,1)	916	(33,2)	1245	(45,2)	317	(11,5)	2757
<b>Hovedstaden</b>	96	(10,5)	298	(32,6)	404	(44,2)	117	(12,8)	915
<b>Sjælland</b>	22	(5,7)	146	(37,7)	183	(47,3)	36	(9,3)	387
<b>Syddanmark</b>	78	(12,7)	199	(32,3)	271	(44,0)	68	(11,0)	616
<b>Midtjylland</b>	68	(11,5)	201	(34,0)	257	(43,5)	65	(11,0)	591
<b>Nordjylland</b>	14	(6,0)	67	(28,6)	124	(53,0)	29	(12,4)	234
<b>Primærsektoren</b>	#	(7,1)	5	(35,7)	6	(42,9)	#	(14,3)	14

*#Resultatet er af diskretionshensyn fjernet, da der er under tre observationer*

**Tabel 2b. Aldersfordeling for in situ tumorer**

	≤ 40 år		41-60 år		61-80 år		> 80 år		I alt
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal
<b>Danmark</b>	80	(6,9)	318	(27,2)	602	(51,6)	167	(14,3)	1167
<b>Hovedstaden</b>	18	(5,4)	87	(26,1)	172	(51,7)	56	(16,8)	333
<b>Sjælland</b>	8	(4,4)	57	(31,3)	95	(52,2)	22	(12,1)	182
<b>Syddanmark</b>	25	(8,7)	76	(26,6)	145	(50,7)	40	(14,0)	286
<b>Midtjylland</b>	13	(7,8)	44	(26,3)	87	(52,1)	23	(13,8)	167
<b>Nordjylland</b>	7	(6,1)	31	(27,0)	65	(56,5)	12	(10,4)	115
<b>Primærsektoren</b>	9	(10,7)	23	(27,4)	38	(45,2)	14	(16,7)	84

**Tabel 3a. Kønsfordeling for invasive tumorer**

	<i>Mænd</i>		<i>Kvinder</i>		<i>I alt</i>
	<i>Antal</i>	<i>%</i>	<i>Antal</i>	<i>%</i>	<i>Antal</i>
<b>Danmark</b>	1333	(48,3)	1424	(51,7)	2757
<b>Hovedstaden</b>	446	(48,7)	469	(51,3)	915
<b>Sjælland</b>	190	(49,1)	197	(50,9)	387
<b>Syddanmark</b>	312	(50,6)	304	(49,4)	616
<b>Midtjylland</b>	272	(46,0)	319	(54,0)	591
<b>Nordjylland</b>	105	(44,9)	129	(55,1)	234
<b>Primærsektoren</b>	8	(57,1)	6	(42,9)	14

**Tabel 3b. Kønsfordeling for in situ tumorer**

	<i>Mænd</i>		<i>Kvinder</i>		<i>I alt</i>
	<i>Antal</i>	<i>%</i>	<i>Antal</i>	<i>%</i>	<i>Antal</i>
<b>Danmark</b>	582	(49,9)	585	(50,1)	1167
<b>Hovedstaden</b>	172	(51,7)	161	(48,3)	333
<b>Sjælland</b>	95	(52,2)	87	(47,8)	182
<b>Syddanmark</b>	148	(51,7)	138	(48,3)	286
<b>Midtjylland</b>	81	(48,5)	86	(51,5)	167
<b>Nordjylland</b>	55	(47,8)	60	(52,2)	115
<b>Primærsektoren</b>	31	(36,9)	53	(63,1)	84

**Tabel 4. Patienter, der får foretaget SN-biopsi og med positiv sentinel node fordelt på T-kategori, 2020**

Patologisk T-kategori	Patienter med invasive tumorer		Patienter med sentinel lymfeknude biopsi		Patienter med positiv sentinel node	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%
<b>T1 Uspecificeret eller ukendt</b>	0	(100,0)	0	(0)	0	(0)
<b>T1a</b>	1280	(100,0)	12	(0,9)	0	(0,0)
<b>T1b</b>	417	(100,0)	374	(89,7)	25	(6,7)
<b>T2 Uspecificeret eller ukendt</b>	#	(100,0)	#	(100,0)	0	(0,0)
<b>T2a</b>	432	(100,0)	386	(89,4)	67	(17,4)
<b>T2b</b>	74	(100,0)	68	(91,9)	13	(19,1)
<b>T3 Uspecificeret eller ukendt</b>	0	(100,0)	0	(0)	0	(0)
<b>T3a</b>	164	(100,0)	136	(82,9)	43	(31,6)
<b>T3b</b>	105	(100,0)	83	(79,0)	32	(38,6)
<b>T4 Uspecificeret eller ukendt</b>	#	(100,0)	0	(0,0)	0	(0)
<b>T4a</b>	61	(100,0)	43	(70,5)	13	(30,2)
<b>T4b</b>	132	(100,0)	81	(61,4)	31	(38,3)
<b>Uklassificeret</b>	89	(100,0)	68	(76,4)	11	(16,2)
<b>I alt</b>	2757	(100,0)	1253	(45,4)	235	(18,8)

*#Resultatet er af diskretionshensyn fjernet, da der er under tre observationer*

#### Datagrundlag og beregningsregler

Patienter, hvor det er usikkert om det er primær tumor eller metastase indgår ikke i opgørelserne 2a-4.

Tabel 4 bliver alene opgjort på patienter med invasive tumorer. Andelen af patienter med positiv sentinel node i tabel 4 er beregnet på baggrund af antallet af patienter, der får foretaget sentinel lymfeknudebiopsi. Patienter, der har flere tumorer i opgørelsesåret, indgår i opgørelsen med den tumor der har den højeste t-kategori. Den patologiske T-kategori bliver i denne opgørelse klassificeret på baggrund af tumortykkelse og ulcerationsstatus i henhold til den 8. version af UICC/AJCCs stadieklassifikation. I kategorien uklassificeret indgår patienter, hvor tumoren ikke har information om tumortykkelse eller ikke har information om både tumortykkelse og ulceration. Hvis der alene er information om tumortykkelse, bliver de klassificeret som T1, T2, T3 eller T4 på baggrund af tumortykkelsen.

#### Resultater

På landsplan er de nydiagnosticerede patienter i 2020 med invasive tumorer overordnet yngre end patienterne med in situ tumorer. Der ses en mindre andel patienter ≤40 år i Region Sjælland og Region Nordjylland end i de øvrige regioner. Ud af patienterne med invasive tumorer var 51,7% kvinder, mens 50,1% af patienterne med in situ tumorer var kvinder.

#### Diskussion og implikationer

Der er international konsensus om, at grænsen for, hvornår en gruppe patienter skal tilbydes SN-biopsi, er når der er en risiko på 5% for spredning af sygdom. Da man i 2018 overgik fra 7. til 8. version af AJCC/UICC stadieklassifikation betød dette, at patienterne med T1b tumorer skulle tilbydes SN-biopsi. Dette valgte man i Danmark at følge. Resultaterne i tabel 4 viser, at 6,7% af patienterne med T1b tumorer, som har fået foretaget SN-biopsi, har en positiv sentinel node. Dette understøtter, at vi fortsat skal tilbyde patienter med T1b tumorer SN-biopsi i overensstemmelse med den internationale konsensus.

#### Vurdering af analysens anvendelighed

Den betydelige variation i alder mellem regioner kan muligvis skyldes demografiske forskelle i regionernes populationer. Derfor ønskes disse tabeller aldersjusteret i næste årsrapport for at se, om dette er tilfældet.

Tabel 4 er vigtig ift. at vurderer om der tilbydes SN-biopsi til for mange eller få patienter ift. gevinsten ved at identificere positive noder via SN-biopsi.

### A3.3. Opgørelser på tumorniveau

I det følgende fremgår en række opgørelser på tumorniveau opgjort pr. region, herunder fordelingen af biopsitype, melanomtype, klinisk stadie samt tumortykkelse.

**Tabel 5. Findes primær tumor ved første besøg på hospital (invasive + in situ)**

	Ja		Nej		Uoplyst		I alt Antal
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	
<b>Danmark</b>	2452	(60,7)	1501	(37,1)	89	(2,2)	4042
<b>Hovedstaden</b>	829	(64,5)	442	(34,4)	15	(1,2)	1286
<b>Sjælland</b>	356	(60,8)	220	(37,5)	10	(1,7)	586
<b>Syddanmark</b>	492	(53,4)	409	(44,4)	21	(2,3)	922
<b>Midtjylland</b>	458	(58,2)	309	(39,3)	20	(2,5)	787
<b>Nordjylland</b>	256	(71,1)	97	(26,9)	7	(1,9)	360
<b>Primærsektoren</b>	61	(60,4)	24	(23,8)	16	(15,8)	101

**Tabel 6. Biopsitype (invasive + in situ)**

	Excisions biopsi		Incisions-/ stansbiopsi		Tangentiel afskæring		Curretage		Andet		Ved ikke		Uoplyst		I alt Antal
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	
<b>Danmark</b>	3495	(86,5)	353	(8,7)	43	(1,1)	100	(2,5)	23	(0,6)	18	(0,4)	10	(0,2)	4042
<b>Hovedstaden</b>	1067	(83,0)	130	(10,1)	28	(2,2)	48	(3,7)	10	(0,8)	#	(0,2)	#	(0,1)	1286
<b>Sjælland</b>	515	(87,9)	47	(8,0)	5	(0,9)	17	(2,9)	0	(0)	0	(0)	#	(0,3)	586
<b>Syddanmark</b>	826	(89,6)	66	(7,2)	4	(0,4)	8	(0,9)	4	(0,4)	14	(1,5)	0	(0)	922
<b>Midtjylland</b>	694	(88,2)	68	(8,6)	5	(0,6)	15	(1,9)	3	(0,4)	#	(0,3)	0	(0)	787
<b>Nordjylland</b>	313	(86,9)	30	(8,3)	#	(0,3)	9	(2,5)	6	(1,7)	0	(0)	#	(0,3)	360
<b>Primærsektoren</b>	80	(79,2)	12	(11,9)	0	(0)	3	(3,0)	0	(0)	0	(0)	6	(5,9)	101

# Resultatet er af diskretionshensyn fjernet, da der er under tre observationer

**Tabel 7a. Melanomtype for invasive tumorer**

	Lentigo maligna melanom		Superficielt spredende malignt melanom		Nodulært malignt melanom		Akralt lentiginøst malignt melanom		Desmoplastik malignt melanom		Uklassificeret malignt melanom		Ukendt primær melanom		Uoplyst		I alt
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	
<b>Danmark</b>	111	(4,0)	2289	(82,3)	210	(7,6)	20	(0,7)	13	(0,5)	111	(4,0)	15	(0,5)	12	(0,4)	2781
<b>Hovedstaden</b>	38	(4,1)	741	(80,1)	77	(8,3)	5	(0,5)	#	(0,1)	49	(5,3)	6	(0,6)	8	(0,9)	925
<b>Sjælland</b>	10	(2,6)	330	(84,2)	28	(7,1)	6	(1,5)	5	(1,3)	12	(3,1)	0	(0)	#	(0,3)	392
<b>Syddanmark</b>	23	(3,7)	506	(81,5)	54	(8,7)	3	(0,5)	4	(0,6)	29	(4,7)	#	(0,3)	0	(0)	621
<b>Midtjylland</b>	22	(3,7)	509	(85,5)	37	(6,2)	4	(0,7)	#	(0,3)	12	(2,0)	7	(1,2)	2	(0,3)	595
<b>Nordjylland</b>	16	(6,8)	192	(82,1)	14	(6,0)	#	(0,4)	#	(0,4)	9	(3,8)	0	(0)	#	(0,4)	234
<b>Primærsektoren</b>	#	(14,3)	11	(78,6)	0	(0)	#	(7,1)	0	(0)	0	(0)	0	(0)	0	(0)	14

# Resultatet er af diskretionshensyn fjernet, da der er under tre observationer

**Tabel 7b. Melanomtype for in situ tumorer**

	Lentigo maligna melanom		Superficielt spredende malignt melanom		Nodulært malignt melanom		Akralt lentiginøst malignt melanom		Desmoplastik malignt melanom		Uklassificeret malignt melanom		Ukendt primær melanom		Uoplyst		I alt
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	
<b>Danmark</b>	309	(26,1)	855	(72,3)	0	(0)	11	(0,9)	0	(0)	8	(0,7)	0	(0)	0	(0)	1183
<b>Hovedstaden</b>	79	(23,2)	251	(73,8)	0	(0)	4	(1,2)	0	(0)	6	(1,8)	0	(0)	0	(0)	340
<b>Sjælland</b>	67	(35,8)	117	(62,6)	0	(0)	3	(1,6)	0	(0)	0	(0)	0	(0)	0	(0)	187
<b>Syddanmark</b>	58	(20,1)	228	(78,9)	0	(0)	#	(0,7)	0	(0)	#	(0,3)	0	(0)	0	(0)	289
<b>Midtjylland</b>	46	(27,4)	121	(72,0)	0	(0)	#	(0,6)	0	(0)	0	(0)	0	(0)	0	(0)	168
<b>Nordjylland</b>	40	(34,8)	74	(64,3)	0	(0)	#	(0,9)	0	(0)	0	(0)	0	(0)	0	(0)	115
<b>Primærsektoren</b>	19	(22,6)	64	(76,2)	0	(0)	0	(0)	0	(0)	#	(1,2)	0	(0)	0	(0)	84

# Resultatet er af diskretionshensyn fjernet, da der er under tre observationer



**Tabel 8. Klinisk stadie**

	Hovedstaden		Sjælland		Syddanmark		Midtjylland		Nordjylland		Primærsektoren		I alt	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
<b>In situ</b>	339	(26,4)	185	(31,6)	282	(30,6)	165	(21,0)	116	(32,2)	85	(84,2)	1172	(29,0)
<b>Stadie IA</b>	455	(35,4)	188	(32,1)	299	(32,4)	304	(38,6)	70	(19,4)	9	(8,9)	1325	(32,8)
<b>Stadie IB</b>	256	(19,9)	99	(16,9)	146	(15,8)	152	(19,3)	87	(24,2)	0	(0)	740	(18,3)
<b>Stadie IIA</b>	48	(3,7)	29	(4,9)	43	(4,7)	39	(5,0)	21	(5,8)	#	(1,0)	181	(4,5)
<b>Stadie IIB</b>	36	(2,8)	26	(4,4)	21	(2,3)	22	(2,8)	15	(4,2)	0	(0)	120	(3,0)
<b>Stadie IIC</b>	15	(1,2)	10	(1,7)	20	(2,2)	22	(2,8)	7	(1,9)	0	(0)	74	(1,8)
<b>Stadie III</b>	93	(7,2)	19	(3,2)	58	(6,3)	61	(7,8)	23	(6,4)	0	(0)	254	(6,3)
<b>Stadie IV</b>	5	(0,4)	#	(0,3)	6	(0,7)	8	(1,0)	9	(2,5)	0	(0)	30	(0,7)
<b>Ubesvaret</b>	#	(0,1)	#	(0,3)	4	(0,4)	#	(0,1)	0	(0)	5	(5,0)	13	(0,3)
<b>Uklassificeret</b>	32	(2,5)	13	(2,2)	7	(0,8)	7	(0,9)	11	(3,1)	#	(1,0)	71	(1,8)
<b>Uden for kategori</b>	6	(0,5)	13	(2,2)	36	(3,9)	6	(0,8)	#	(0,3)	0	(0)	62	(1,5)
<b>I alt</b>	1286	(100,0)	586	(100,0)	922	(100,0)	787	(100,0)	360	(100,0)	101	(100,0)	4042	(100,0)

# Resultatet er af diskretionshensyn fjernet, da der er under tre observationer

**Klinisk TNM-stadie klassifikation. 8. version af UICC. Bruges fra 1. jan 2018 og frem.**

Nedenfor vises specificeringen af, hvordan den 8. version af UICC stadiendelingen er implementeret i Dansk Melanom Database.

TNM-stadium	T-stadie (kode)	N-stadie (kode)	M-stadie (kode)
0 (stadie2018=0)	Tis (Tstadie1=3)	N0 eller ubesvaret (nstadie1=missing, 0 eller 2)	M0 eller ubesvaret (mstadie1=missing, 0 eller 2))
IA (stadie2018=1)	T1a (Tstadie1=4)	N0 (nstadie1=2)	M0 (mstadie1=2)
IB (stadie2018=2)	T1b (Tstadie1=5)	N0 (nstadie1=2)	M0 (mstadie1=2)
	T2a (Tstadie1=6)	N0 (nstadie1=2)	M0 (mstadie1=2)
IIA (stadie2018=3)	T2b (Tstadie1=7)	N0 (nstadie1=2)	M0 (mstadie1=2)
	T3a (Tstadie1=8)	N0 (nstadie1=2)	M0 (mstadie1=2)
IIB (stadie2018=4)	T3b (Tstadie1=9)	N0 (nstadie1=2)	M0 (mstadie1=2)
	T4a (Tstadie1=10)	N0 (nstadie1=2)	M0 (mstadie1=2)
IIC (stadie2018=5)	T4b (Tstadie1=11)	N0 (nstadie1=2)	M0 (mstadie1=2)
III (stadie2018=6)	Enhver tstadie1 inkl. ubesvaret (Tstadie1>=0)	≥N1 (nstadie1>2)	M0 (mstadie1=2)
	Enhver tstadie1 inkl. ubesvaret (Tstadie1>=0)	≥N1 (nstadie1>2)	Hvis mstadie1 er ubesvaret (mstadie1=0), så kan man definere på at der skal være en dato i Sndatbio eller snbiopdt (sn-biopsi bliver ikke lavet på stadie IV)
IV (stadie2018=7)	Enhver T inkl. ubesvaret (Tstadie1>=0)	Enhver N inkl. ubesvaret (nstadie1>=0)	≥M1 (mstadie1=6, 7, 8 eller 9)
Ukendt primær tumor (stadie2018= -1)	T0 (Tstadie1=2)	Enten skal nstadie1>2 eller mstadie1 >2	
Uklassificeret (stadie2018=-2)	TX (tstadie1=1)	N0 (nstadie1=2)	M0 (mstadie1=2)
	Ubesvaret (tstadie1=0)	Nx (nstadie1=1)	M0 (mstadie1=2)
Ubesvaret (stadie2018=-3)	Ubesvaret (tstadie1=0)	Ubesvaret (nstadie1=0)	Ubesvaret (mstadie1=0)
	Enhver t undtagen Tis (Tstadie1=1, 2, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10 eller 11)	Ubesvaret (nstadie1=0)	Ubesvaret (mstadie1=0)
	Enhver t undtagen Tis (Tstadie1=1, 2, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10 eller 11)	Ubesvaret (nstadie1=0)	M0 (mstadie1=2)
Uden for kategori (stadie2018=-4)			

I de tilfælde, hvor tumorer både kan kategoriseres som klinisk stadie III eller IV og som ukendt primær tumor, da trumfer stadie III og IV kategorisering ukendt primær tumor.

Nedenfor ses en oversigt over de TNM-kombinationer, som indgår i gruppen uden for kategori.

**Tabel 2018. Oversigt over manglende inddeling af stadier i version 8**

<i>t-stadie</i>	<i>n-stadie</i>	<i>m-stadie</i>	<i>Antal</i>	<i>Procent</i>	<i>Kumulativ Antal</i>	<i>Kumulativ Procent</i>
<i>TX</i>	<i>NX</i>	<i>MO</i>	5	8.06	5	8.06
<i>T0</i>	<i>N0</i>	<i>MO</i>	7	11.29	12	19.35
<i>Tis</i>	<i>NX</i>	<i>MO</i>	#	3.23	14	22.58
<i>T1a</i>	<i>NX</i>	<i>MO</i>	4	6.45	18	29.03
<i>T1b</i>	<i>NX</i>	<i>MO</i>	4	6.45	22	35.48
<i>T2a</i>	<i>NX</i>	<i>MO</i>	12	19.35	34	54.84
<i>T2b</i>	<i>NX</i>	<i>MO</i>	#	3.23	36	58.06
<i>T3a</i>	<i>NX</i>	<i>MO</i>	4	6.45	40	64.52
<i>T3b</i>	<i>NX</i>	<i>MO</i>	3	4.84	43	69.35
<i>T4a</i>	<i>NX</i>	<i>MO</i>	4	6.45	47	75.81
<i>T4b</i>	<i>NX</i>	<i>MO</i>	15	24.19	62	100.00

*#Resultatet er af diskretionshensyn fjernet, da der er under tre observationer*

**Tabel 2018. Oversigt over inddelingen af stadier i version 8, fordelt på år**

<i>Klinisk stadie version 8</i>	<i>Diagnoseår</i>			
	<i>2018</i>	<i>2019</i>	<i>2020</i>	<i>Total</i>
<i>Uden for kategori</i>	84	71	62	217
<i>Ubesvaret</i>	34	18	13	65
<i>Uklassificeret</i>	101	84	71	256
<i>Ukendt primær tumor</i>	#	0	0	#
<i>0</i>	1184	1084	1172	3440
<i>IA</i>	1436	1412	1325	4173
<i>IB</i>	796	737	740	2273
<i>IIA</i>	160	159	181	500
<i>IIB</i>	112	115	120	347
<i>IIC</i>	60	63	74	197
<i>III</i>	230	232	254	716
<i>IV</i>	25	46	30	101
<i>Total</i>	4223	4021	4042	12286

*#Resultatet er af diskretionshensyn fjernet, da der er under tre observationer*

**Tabel 9. Tumortykkelse for invasive tumorer**

	Mindre end 0,8 mm		0,8 - 1,00 mm		1,01 - 2,00 mm		2,01 - 4,00 mm		4,01+ mm		Kan ikke måles		Uoplyst		I alt		
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	Median	Range
<b>Danmark</b>	1309	(47,1)	405	(14,6)	513	(18,4)	269	(9,7)	195	(7,0)	80	(2,9)	10	(0,4)	2781	0,8	94,9
<b>Hovedstaden</b>	444	(48,0)	128	(13,8)	170	(18,4)	85	(9,2)	48	(5,2)	44	(4,8)	6	(0,6)	925	0,7	24,9
<b>Sjælland</b>	193	(49,2)	56	(14,3)	63	(16,1)	39	(9,9)	33	(8,4)	8	(2,0)	0	(0)	392	0,7	20,8
<b>Syddanmark</b>	291	(46,9)	84	(13,5)	119	(19,2)	57	(9,2)	60	(9,7)	10	(1,6)	0	(0)	621	0,8	94,9
<b>Midtjylland</b>	300	(50,4)	93	(15,6)	95	(16,0)	54	(9,1)	37	(6,2)	12	(2,0)	4	(0,7)	595	0,7	20,5
<b>Nordjylland</b>	70	(29,9)	44	(18,8)	65	(27,8)	34	(14,5)	16	(6,8)	5	(2,1)	0	(0)	234	1,1	18,8
<b>Primærsektoren</b>	11	(78,6)	0	(0)	#	(7,1)	0	(0)	#	(7,1)	#	(7,1)	0	(0)	14	0,5	3,9

# Resultatet er af diskretionshensyn fjernet, da der er under tre observationer

\* Range angiver forskellen mellem højeste og laveste værdi i mm

#### Datagrundlag

Tabel 5, 6 og 8 inkluderer samtlige nydiagnosticerede tumorer i 2020. Tabel 7a og 9 inkluderer alene de nydiagnosticerede invasive maligne melanomer. Tabel 7b inkluderer alene de nydiagnosticerede in situ melanomer.

#### Resultater

I 2020 fandtes der primærtumor for 60,7% af alle tumorer. Denne andel varierer mellem regionerne, hvor primærtumor fandtes for 53,4% af tumorerne i Region Syddanmark, mens det i Region Nordjylland var 71,1%. Den biopsitype, der er benyttet, er for 86,5% på landsplan excisionsbiopsi. Der ses variation, hvor det er 79,2% i primærsektoren og 83,0% i Region Hovedstaden, der er fjernet med excisionsbiopsi, mens det er 89,6% i Region Syddanmark. På landsplan er 82,3% af alle nydiagnosticerede invasive tumorer superficielt spredende maligne melanomer. For in situ melanomerne er 72,3% superficielt spredende og 26,1% er lentigo maligne melanomer.

Blandt alle de nydiagnosticerede tumorer er 29,0% in situ tumorer, 32,8% er stadie IA tumorer og 18,3% er stadie IB tumorer. For alderstandardiserede incidensrater, se appendiksafsnit A3.7.

62 af tumorerne har fået registreret kombinationer af T-, N- og M-stadier, der ikke har kunnet kategoriseres. For 55 af disse tumorer, skyldes det, at der er registreret NX. Antallet af tumorer, der er registreret som uden for kategori, uklassificeret eller ubesvaret, har været faldende siden 2018.

På landsplan er 47,1% af de invasive tumorer under 0,8mm. Fordelingen af tumortykkelse er for de fleste regioner nogenlunde ens, men for Region Nordjylland er det kun 29,9% af tumorerne, der er under 0,8mm. Generelt er en større andel af tumorerne tykkere i Region Nordjylland sammenlignet med de øvrige regioner.

#### Diskussion og implikationer

Det er værdifuldt for de læger, som er involveret i melanom diagnostik og behandling at kunne se, hvordan tumorkarakteristika og fordeler sig. Det er vigtigt at monitorere, hvordan tumorer, som er fjernet før patienten kommer til 1. besøg på hospitalet, er fjernet. Patienter, hvor primærtumor ikke kan findes ved første besøg på hospital, er primærtumor i mange tilfælde allerede fjernet i primærsektoren. Tidligere har dette ikke været anbefalet, men pakkeforløbet for modermærkekræft er ændret, så denne praksis fremover er acceptabel. Derfor forventes det, at der fremover vil komme flere patienter på hospitalerne, hvor primærtumor ikke findes. Excisionsbiopsi er ønskeligt, da det giver patologen bedst muligt udgangspunkt. Curretage er kontra-indiceret, da patologen ofte ikke kan angive max. tykkelse af tumor og dermed kan patienten ikke klassificeres korrekt. I reglen medfører et sådant scenario at patienten for en sikkerhedsskyld tilbydes "worst case scenario" behandling, dvs. som et tykt melanom – medførende excision i 2 cm afstand og sentinel node biopsi. Dette er formentlig overbehandling for en del af disse patienter; vi ved blot ikke hvem. Når curretage alligevel anvendes i en del tilfælde, er det formentlig fordi dermatologen ikke har mistænkt melanom. Overvågning af praksis er vigtig.

Ift. klinisk stadie, vil der fremover blive arbejdet på, at færre patienter bliver registreret med uklassificeret stadie, uden for kategori eller ubesvaret stadie.

Ift. forskellene i tumortykkelse mellem regionerne er det undersøgt om dette skyldes forskelle i den patologiske vurdering af tynde melanomer. På baggrund af benchmarkrapporten udgivet i 2019 (<https://ugeskriftet.dk/dmj/regional-and-socioeconomic-variation-survival-melanoma-patients-denmark>), hvor der sås betydelig forskel i incidensen af T1a og in situ tumorer på tværs af regioner, tilsvarende resultaterne i denne rapport, har det patologiske udvalg gennemgået praksis for, hvordan tynde melanomer vurderes ift. T1a og in situ tumorer. Der er tilfælde, hvor det er kompliceret at bedømme, hvilken kategori et tyndt melanom hører til. Men der er i det patologiske udvalg enighed om, hvordan de forskellige tumorer skal kategoriseres og patienter skal behandles. Dermed tyder det på, at forskelle i incidensen af hhv. T1a og in situ melanomer på tværs af regioner afspejler andre forhold end diagnosticeringspraksis. Det er vigtigt, at vi overvåger patologisk praksis – er tumorerne af ensartet histologisk subtype landet over; hvis ikke, må vi lede efter forklaring. Tumortykkelsens fordeling landet over er ligeledes meget vigtig; den er vores konge-indikator. Det ses, som

vanligt, at patienterne præsenterer sig på forskelligt tidspunkt i sygdomsforløbet. I Nordjylland kommer patienterne senere i behandling end i de øvrige regioner. Dog er der også flere patienter i Region Syddanmark og Region Sjælland, som har meget tykke tumorer ved diagnosetidspunktet end i Region Hovedstaden og Region Midtjylland

#### Vurdering af analysens anvendelighed

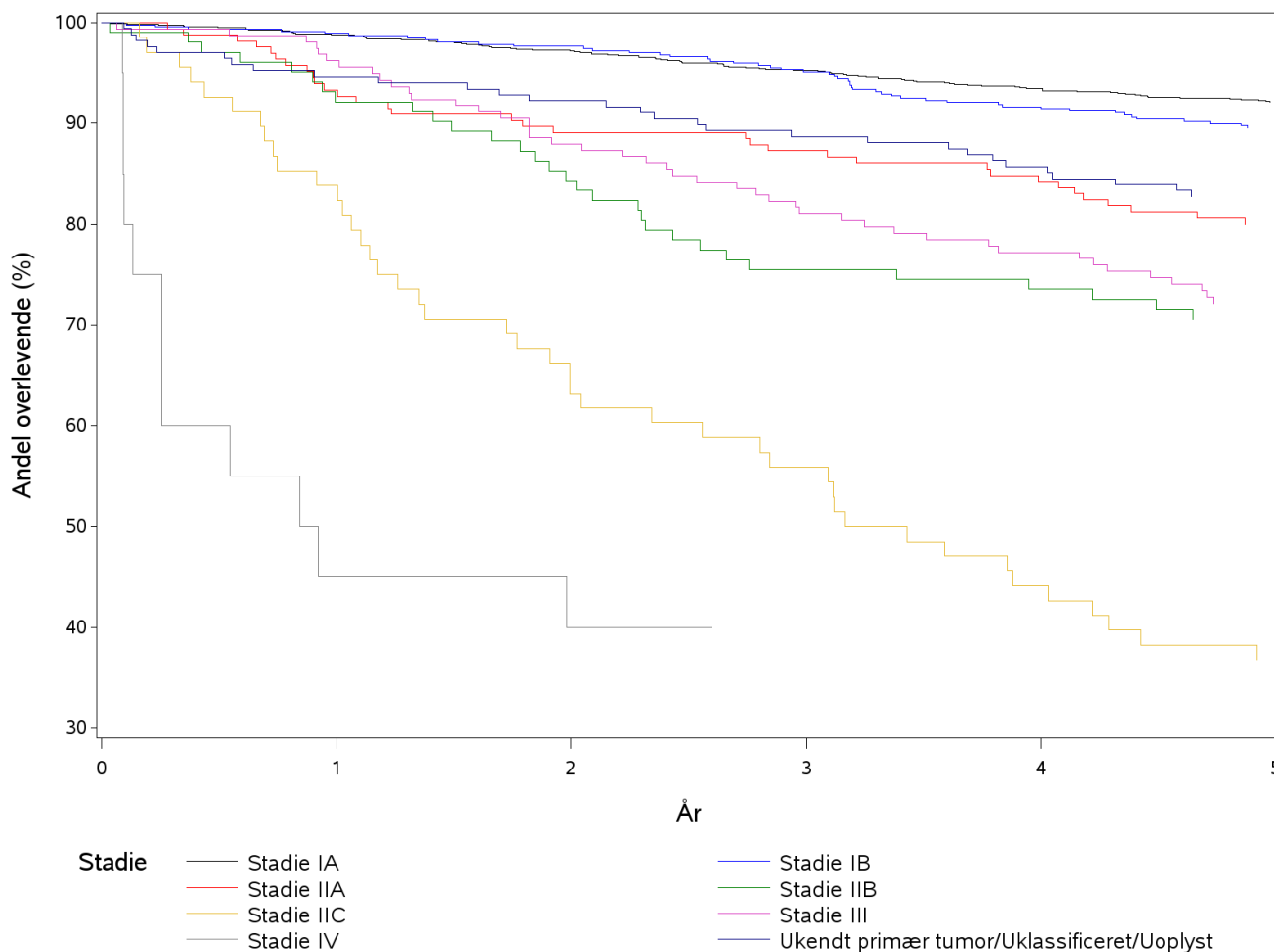
Det er afgørende at styregruppen og offentligheden får oplysninger, som disse deskriptive tabeller i appendiks giver. Alle tabeller bibeholdes derfor.

### A3.4. 5-års overlevelse

**Tabel 10. 5-års KM-estimeret overlevelse for alle patienter fordelt på klinisk stadie**

Klinisk stadie	2015				2014				2013			
	Døde	Personer	Andel	95% CI	Døde	Personer	Andel	95% CI	Døde	Personer	Andel	95% CI
Stadie IA	92	1.163	<b>92,1</b>	(90,4 - 93,5)	93	1.252	<b>92,6</b>	(91,0 - 93,9)	96	1.170	<b>91,8</b>	(90,1 - 93,2)
Stadie IB	49	469	<b>89,6</b>	(86,4 - 92,0)	52	476	<b>89,1</b>	(85,9 - 91,6)	45	404	<b>88,9</b>	(85,4 - 91,6)
Stadie IIA	33	165	<b>80,0</b>	(73,0 - 85,3)	44	164	<b>73,2</b>	(65,7 - 79,3)	18	151	<b>88,1</b>	(81,7 - 92,3)
Stadie IIB	30	102	<b>70,6</b>	(60,7 - 78,4)	38	103	<b>63,1</b>	(53,0 - 71,6)	34	71	<b>52,1</b>	(39,9 - 62,9)
Stadie IIC	43	68	<b>36,8</b>	(25,5 - 48,1)	33	52	<b>36,5</b>	(23,8 - 49,4)	32	47	<b>31,9</b>	(19,3 - 45,3)
Stadie III	44	158	<b>72,2</b>	(64,5 - 78,5)	69	225	<b>69,3</b>	(62,9 - 74,9)	49	160	<b>69,4</b>	(61,6 - 75,9)
Stadie IV	13	20	<b>35,0</b>	(15,7 - 55,2)	15	17	<b>11,8</b>	(2,0 - 31,2)	20	23	<b>13,0</b>	(3,3 - 29,7)
Ukendt primær tumor/Uklassificeret/Uoplyst	29	168	<b>82,7</b>	(76,1 - 87,7)	23	147	<b>84,4</b>	(77,4 - 89,3)	42	238	<b>82,4</b>	(76,9 - 86,6)

**Figur 3. 5-års Kaplan-Meier estimeret fordelt på klinisk stadie**



#### Datagrundlag og beregningsregler

Den 7. version af TNM-klassifikationen er benyttet for patienter diagnosticeret frem til 1. januar 2018. Derefter benyttes den 8. version af UICCs stadieklassifikation. Patienterne indgår med det kliniske stadie, de er blevet tildelt ved diagnosetidspunktet.

Her præsenteres Kaplan-Meier estimer for andelen af patienter, der er i live 5 år efter diagnosedatoen, opgjort pr. klinisk stadie. I opgørelsen indgår patienter diagnosticeret fra 2013 til 2015 for at sikre fuld opfølgning på samtlige patienter. Patienter, der forsvinder, udvandrer eller har et personnummer af skattemæssige hensyn uden at have bopæl i Danmark, censureres i analyserne.

Ukendt primær tumor inkluderer uklassificerede tumorer, ubesvaret TNM klassifikation og tumorer uden for kategori.

#### Resultater

Den Kaplan-Meier estimerede 5-års overlevelse for patienter diagnosticeret i 2015 er nogenlunde på niveau med de tidligere år; dog bemærkes væsentlig bedre overlevelse for stadie IV patienterne. Som forventet har patienter med stadie IA og IB har den bedste 5-års overlevelse. Patienter med stadie IIC og IV har den laveste 5-års overlevelse.

#### Diskussion og implikationer

Selvom vi har en ret stor andel af patienter, som ikke kan kategoriseres i forhold til klinisk stadium, og selvom vi formentlig har en del fejl i klinisk stadium, så giver tabellen et fint billede af en stabilt god overlevelse for patienter i de tidlige tumorstadier. En hel del af patienterne har fået tilbagefald efter den primære diagnose, og det ses i tallene. Risiko for død stiger med stigende tumortykkelse og dermed med det kliniske stadium. Patienter, som havde lymfeknudemetastaser på diagnosetidspunktet (stadium III) havde bedre overlevelse end dem med de tykkeste tumorer uden lymfeknudemetastaser. Dette svarer til internationale data. Stadium IV patienter, diagnosticeret i 2015 (patienter med fjern-metastaser på diagnosetidspunktet) klarer sig væsentligt bedre i 2015 end tidligere. Dette er foreneligt med, at check point-hæmmere og targeteret terapi med f.eks. BRAF og MEK hæmmere, blev påbegyndt i 2011, og vil først slå igennem i de kommende år. Men stadium IV gruppen i 2015 har klart haft effekt sammenlignet med stadium IV i de foregående år.

#### Vurdering af analysens anvendelighed

Overlevelse efter modermærkekræft er den ultimative kvalitetsindikator. Det giver dog ikke megen mening at opgøre denne hvert år, for så er der for lidt tid at observere. 5-årsoverlevelse er meget mere meningsfuld; derfor nødvendig og tabellen bibeholdes. Når vi har endnu flere patienter med i kvalitetsdatabasen kan 10-årsoverlevelse også inddrages.



### A3.5. 1-års total-overlevelse for stadie III-IV patienter

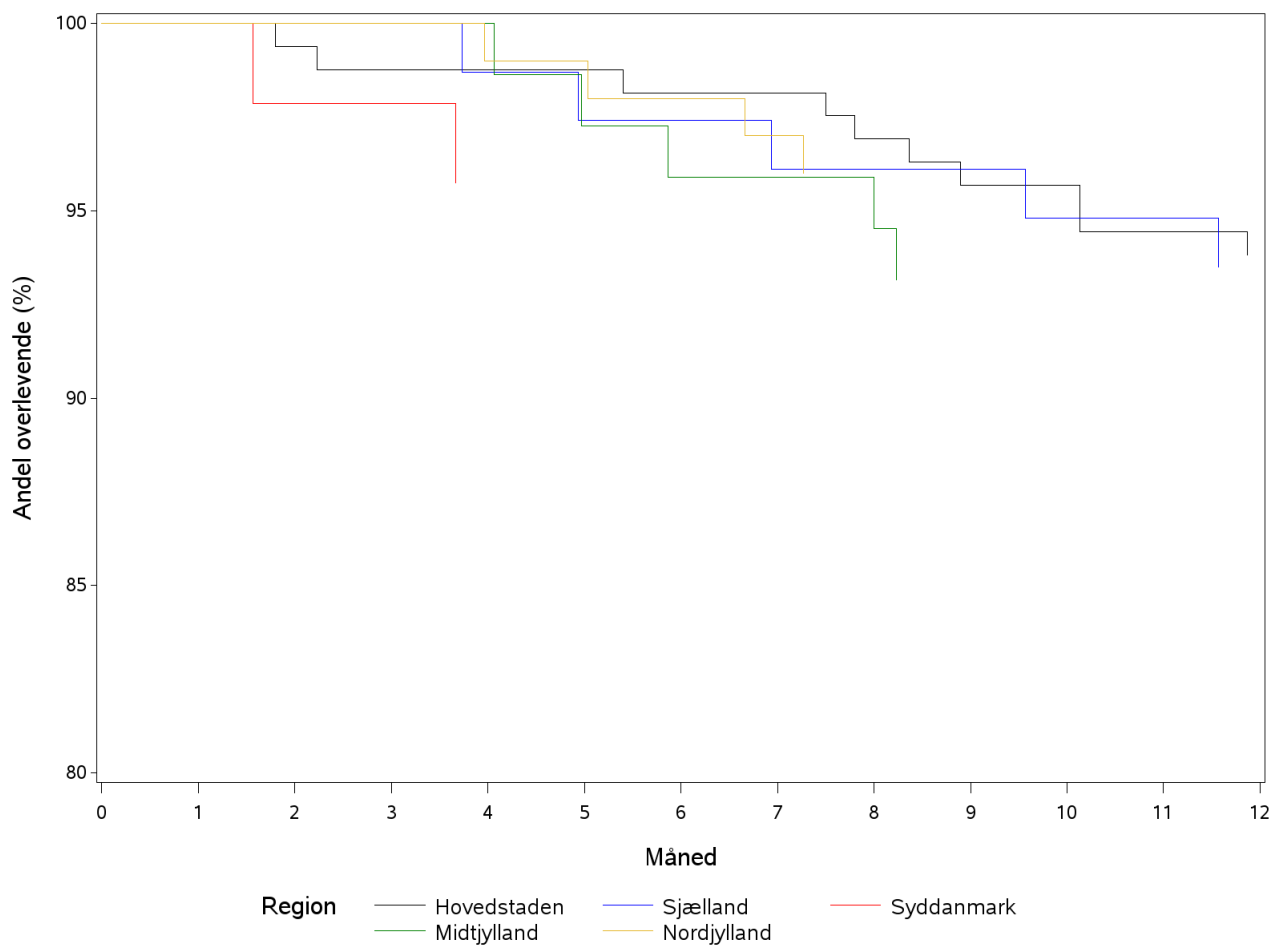
Her præsenteres Kaplan-Meier estimater for andelen af stadie III-IV patienter, der er i live et år efter diagnose fordelt på region. For at sikre fuld opfølgning på samtlige patienter, indgår kun patienter med mindst 1 års opfølgning.

**Tabel 11a. 1-års overlevelse for stadie III**

	2018-2019				2016-2017				2014-2015			
	Døde	Personer	Andel	95% CI	Døde	Personer	Andel	95% CI	Døde	Personer	Andel	95% CI
<b>Danmark</b>	25	462	<b>94,6</b>	(92,1-96,5)	19	386	<b>95,1</b>	(92,4-97,0)	16	383	<b>95,8</b>	(93,3-97,6)
<b>Hovedstaden</b>	10	163	<b>93,9</b>	(89,0-97,0)	5	132	<b>96,2</b>	(91,4-98,8)	7	132	<b>94,7</b>	(89,4-97,8)
<b>Sjælland</b>	5	73	<b>93,2</b>	(84,7-97,7)	4	60	<b>93,3</b>	(83,8-98,2)	#	73	<b>98,6</b>	(92,6-100,0)
<b>Syddanmark</b>	3	100	<b>97,0</b>	(91,5-99,4)	5	94	<b>94,7</b>	(88,0-98,3)	4	83	<b>95,2</b>	(88,1-98,7)
<b>Midtjylland</b>	5	77	<b>93,5</b>	(85,5-97,9)	4	65	<b>93,8</b>	(85,0-98,3)	#	56	<b>96,4</b>	(87,7-99,6)
<b>Nordjylland</b>	#	48	<b>95,8</b>	(85,7-99,5)	#	34	<b>97,1</b>	(84,7-99,9)	#	38	<b>94,7</b>	(82,3-99,4)
<b>Primærsektoren</b>	0	#	<b>100,0</b>	(2,5-100,0)	0	#	<b>100,0</b>	(2,5-100,0)	0	#	<b>100,0</b>	(2,5-100,0)

# Resultatet er af diskretionshensyn fjernet, da der er under tre observationer

**Figur 4a. 1-års Kaplan-Meier estimat for stadie III**





**Table 12a. 1-års justeret overlevelse for stadie III, 2014-2019**

	Døde	Personer	HR	95 % CI
<b>Region</b>				
Hovedstaden	22	427	1,00	
Sjælland	10	206	0,92	0,43-1,94
Syddanmark	12	277	0,87	0,42-1,78
Midtjylland	11	198	1,09	0,53-2,26
Nordjylland	5	120	0,82	0,31-2,17
<b>Periode</b>				
2018-2019	25	461	1,34	0,72-2,52
2016-2017	19	385	1,25	0,64-2,45
2014-2015	16	382	1,00	
<b>Køn</b>				
Mænd	40	688	1,39	0,81-2,38
Kvinder	20	540	1,00	
<b>Aldersgruppe</b>				
Op til 40 år	.	148	0,00	0,00-.
41-60 år	6	407	1,00	
61-80 år	38	573	4,63	1,95-11,00
Over 80 år	16	100	11,49	4,48-29,46

#### Beregningsregler

Table 12a sammenligner risikoen for død inden for første år efter et melanom i stadie III mellem regionerne. Analysen er en multipel Cox-regression, hvor analysen er gensidigt justeret for region, periode, køn og alder. Patienterne registreret i primærsektoren er ekskluderet fra analysen. Patienter, der forsvinder, udvander eller har et personnummer af skattemæssige hensyn uden at have bopæl i Danmark, censureres i analyserne. Region Hovedstaden er valgt som reference pga. største antal patienter.

Den 7. version af TNM-klassifikationen er benyttet for patienter diagnosticeret frem til 1. januar 2018. Derefter benyttes den 8. version af UICCs stadieklassifikation. Patienterne indgår med det kliniske stadie, de er blevet tildelt ved diagnostidspunktet.

#### Resultater

Den Kaplan-Meier estimerede 1-års overlevelse for patienter diagnosticeret med stadie III malignt melanom i 2018-2019 på landsplan er 94,6% (95% CI: 92,1-96,5). Der ses en ensartet 1-års overlevelse for stadie III patienter på tværs af regionerne. Ligeledes er 1-års overlevelsen stabil fra årene 2014-2015 og 2016-2017.

Den justerede 1-års overlevelse viser, som forventet, at patienter der er 61-80 år og over 80 år har en større risiko for at dø inden for det første år sammenlignet med patienter der er 41-60 år. Der ses ingen forskelle i 1-års overlevelsen på region, periode og køn. Det kan skyldes, at der enten ikke er nogen forskelle eller at den statistiske styrke er for lav til at detektere forskellene.

#### Diskussion og implikationer

1-års overlevelsen opgøres som total-overlevelse, dvs. at død af anden årsag end melanom er med. Derfor er det helt forventeligt, at ældre dør i større grad end yngre. Der er heldigvis ikke mange melanompatienter, som dør inden for 1 år efter diagnosen, og derfor er det måske ikke så meningsfuldt at foretage de udregninger, som er gennemført til tabellen. Der er da heller ikke nogen forskelle at observere. Tabellen er medtaget pga. et ønske om at holde øje med en eventuel regional variation. Det er første år, vi har opdelt på stadium III og IV (se nedenfor). For at få data nok, har vi inddraget data fra 2014 til nu.

Overlevelsen for patienter med stadie IV melanomer kan bedre belyses i DANMED, hvor patienter i onkologisk behandling følges tættere end i DMD.

#### Vurdering af analysens anvendelighed

Jf. ovenstående fastholdes tabellen. Når vi har tilstrækkelig data, kan vi analysere den regionale variation baseret på mere end 1-års overlevelse.

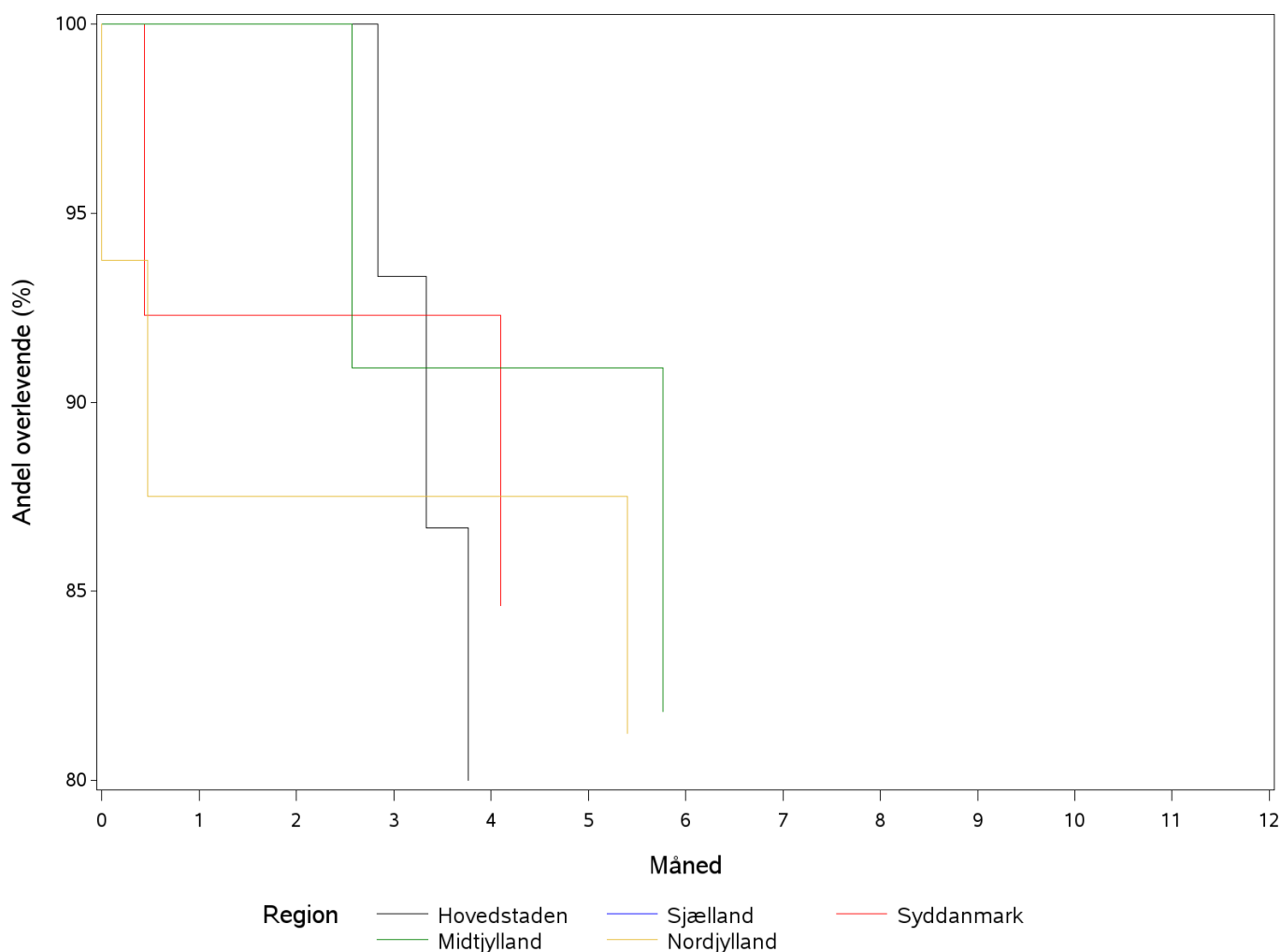


**Tabel 11b. 1-års overlevelse for stadie IV**

	2018-2019				2016-2017				2014-2015			
	Døde	Personer	Andel	95% CI	Døde	Personer	Andel	95% CI	Døde	Personer	Andel	95% CI
<b>Danmark</b>	25	70	<b>64,3</b>	(51,9-75,4)	17	40	<b>57,5</b>	(40,9-73,0)	22	37	<b>40,5</b>	(24,8-57,9)
<b>Hovedstaden</b>	7	15	<b>53,3</b>	(26,6-78,7)	8	20	<b>60,0</b>	(36,1-80,9)	5	8	<b>37,5</b>	(8,5-75,5)
<b>Sjælland</b>	4	11	<b>63,6</b>	(30,8-89,1)	#	3	<b>33,3</b>	(0,8-90,6)	7	8	<b>12,5</b>	(0,3-52,7)
<b>Syddanmark</b>	8	16	<b>50,0</b>	(24,7-75,3)	#	5	<b>60,0</b>	(14,7-94,7)	6	11	<b>45,5</b>	(16,7-76,6)
<b>Midtjylland</b>	0	15	<b>100,0</b>	(78,2-100,0)	#	5	<b>60,0</b>	(14,7-94,7)	3	6	<b>50,0</b>	(11,8-88,2)
<b>Nordjylland</b>	6	13	<b>53,8</b>	(25,1-80,8)	3	7	<b>57,1</b>	(18,4-90,1)	#	4	<b>75,0</b>	(19,4-99,4)

# Resultatet er af diskretionshensyn fjernet, da der er under tre observationer

**Figur 4b. 1-års Kaplan-Meier estimat for stadie IV**



**Table 12b. 1-year adjusted survival for stage IV, 2014-2019**

	Døde	Personer	HR	95 % CI
<b>Region</b>				
Hovedstaden	20	43	1,00	
Sjælland	13	22	0,91	0,43-1,95
Syddanmark	16	32	0,91	0,46-1,80
Midtjylland	5	26	0,30	0,11-0,81
Nordjylland	10	24	0,97	0,44-2,14
<b>Periode</b>				
2018-2019	25	70	0,60	0,33-1,08
2016-2017	17	40	0,74	0,38-1,45
2014-2015	22	37	1,00	
<b>Køn</b>				
Mænd	48	96	1,81	1,00-3,30
Kvinder	16	51	1,00	
<b>Aldersgruppe</b>				
Op til 40 år	3	7	1,10	0,30-4,03
41-60 år	14	35	1,00	
61-80 år	27	78	1,00	0,52-1,95
Over 80 år	20	27	2,91	1,44-5,89

#### Beregningsregler

Table 12b compares the risk of death within the first year after a melanoma in stage IV between the regions. The analysis is a multivariate Cox-regression, where the analysis is gender-adjusted for region, period, gender and age. Patients registered in the primary sector are excluded from the analysis. Patients, who are female, emigrate or have a personal identification number for tax purposes without a residence in Denmark, are censored in the analyses. Region Hovedstaden is chosen as the reference because of the largest number of patients.

The 7th version of the TNM classification is used for patients diagnosed before January 1, 2018. Thereafter, the 8th version of the UICs stage classification is used. Patients are included with the clinical stage they were assigned at the time of diagnosis.

#### Resultater

The Kaplan-Meier estimated 1-year survival for patients diagnosed with stage IV malignant melanoma in 2018-2019 on a national level is 64,3% (95% CI: 51,9-75,4). There is a significant statistical association between the estimates on the regional level, therefore, we cannot say anything about the differences in 1-year survival for stage IV patients across the regions.

The adjusted 1-year survival shows, as expected, that patients who are over 80 years old have a higher risk of dying within the first year compared to patients who are 41-60 years old. There are no significant differences in 1-year survival between regions, period and gender, and, moreover, that patients from the Region of Central Denmark have a better survival than the other regions' patients. At the same time, it is not possible to say whether there are any differences or if the statistical power is too low to detect the differences.

#### Diskussion og implikationer

1-year survival is calculated as overall survival, i.e. that death from another cause than melanoma is included. Therefore, it is completely expected that older patients die to a greater extent than younger patients. There is, however, not a very large number of melanoma patients in stage IV, who die within the first year after diagnosis. One can expect an improved survival on a national level over the period from 2014 to now, especially for the Region of Central Denmark. The Region of Central Denmark has a better 1-year survival than the other regions in this year.

The table is included because of the wish to keep an eye on a possible regional variation. This is the first year, we have split up by stage III and IV. For to get data, we have included data from 2014 to now.

There are only included patients with stage IV at the time of diagnosis. A larger group of patients starts with a lower stage, but then spreads to stage IV during the follow-up period. This would give a good meaning, and it is also worth investigating the overall survival for stage IV.

#### Assessment of the analysis's applicability

As mentioned above, the table is included. When we have sufficient data, we can analyze the regional variation based on more than 1-year survival.



### A3.6. Andelen af personer med 1. primærtumor eller ny multipel tumor i 2020

**Tabel 13a. Antal patienter med første primærmelanom i 2020 i Dansk Melanom Database**

	Invasive tumorer			In situ tumorer		
	Total antal	Første invasive primærtumor	%	Total antal	Første in situ primærtumor	%
<b>Danmark</b>	2.757	2.521	91,4	1.139	971	85,3
<b>Hovedstaden</b>	915	815	89,1	322	245	76,1
<b>Sjælland</b>	387	351	90,7	179	159	88,8
<b>Syddanmark</b>	616	568	92,2	279	237	84,9
<b>Midtjylland</b>	591	551	93,2	161	149	92,5
<b>Nordjylland</b>	234	223	95,3	114	106	93,0
<b>Primærsektoren</b>	14	13	92,9	84	75	89,3

**Tabel 13b. Antal patienter med tidligere melanom**

	Tidligere invasive tumorer		Tidligere in situ tumorer		Total antal
	antal	%	antal	%	
<b>Invasive tumorer</b>	199	7,2	37	1,3	236
<b>In situ tumorer</b>	128	11,2	40	3,5	168

#### Datagrundlag

Patienter med tumorer, hvor det er usikkert om de er primære tumorer eller metastaser, eller hvor in situ er uoplyst er ekskluderet fra opgørelserne. Hvis patienter samtidig har haft både første invasiv og første in situ primærtumorer i 2020, er de kun vist i kolonnerne med invasive tumorer.

#### Resultater

I 2020 var der 2.521 patienter, der blev diagnosticeret med deres første invasive primærtumor, hvilket svarer til 91,4% af alle invasive tumorer i 2020. Der var 971 patienter, der blev diagnosticeret med deres første in situ primærtumor, svarende til 85,3% af alle in situ tumorer. Der ses lidt variation på tværs af regionerne ift. hvor mange patienter, der er blevet diagnosticeret med deres første primærtumor.

Der er 236 patienter, der er blevet diagnosticeret med en invasiv tumor, som tidligere har haft et melanom. 199 af patienterne havde tidligere en invasiv tumor, 37 af patienterne havde tidligere en in situ tumor. Dette svarer til hhv. 7,2% og 1,3% af alle invasive tumorer i 2020.

Der er 168 patienter, der har en in situ tumor i 2020, som tidligere har haft et melanom. 128 af disse patienter havde tidligere en invasiv tumor, 40 patienter havde tidligere en in situ tumor. Dette svarer til hhv. 11,2% og 3,5% af alle in situ tumorer i 2020.

Antallet af patienter, der udvikler flere primære melanomer er blevet højere for hver årsrapport, der er blevet lavet efter DMD blev en klinisk kvalitetsdatabase. Dette skyldes delvist, at der med tiden bliver en længere follow-up tid og dermed større chance for at personer, der udvikler nye primære melanomer allerede er registreret i databasen.

#### Diskussion og implikationer

Det er vigtigt, at vi får denne opgørelse. Det har stor betydning for tilrettelæggelse af opfølgingsforløb og patientinformation, at vi er vidende om, hvor mange patienter, som får mere end en tumor – invasiv eller in situ.

Vi mangler viden om, inden for hvor lang tid, patienter med mere end en tumor, har udviklet tumor nr. 2 (eller flere). Det vil være hensigtsmæssigt at medtage næste år.

#### Vurdering af analysens anvendelighed

Tabellen giver vigtig information, som efterspørges både af behandlere og patienter. Den bibeholdes derfor.

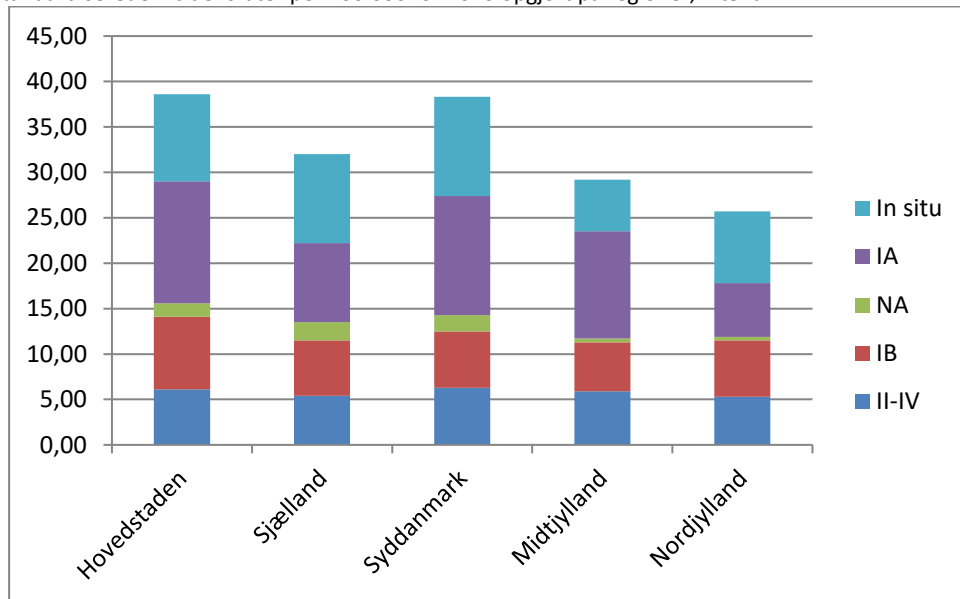


### A3.7. Aldersstandardiserede incidensrater for 2020

Tabel 14a. Aldersstandardiserede incidensrater per 100.000 for 2020 opgjort på regioner, mænd

	<i>Hovedstaden</i>	<i>Sjælland</i>	<i>Syddanmark</i>	<i>Midtjylland</i>	<i>Nordjylland</i>
<b>In situ</b>	9,60	9,80	10,90	5,70	7,90
<b>IA</b>	13,40	8,70	13,10	11,80	5,90
<b>IB</b>	8,00	6,10	6,20	5,40	6,20
<b>II-IV</b>	6,10	5,40	6,30	5,90	5,30
<b>NA</b>	1,50	2,00	1,80	0,40	0,40

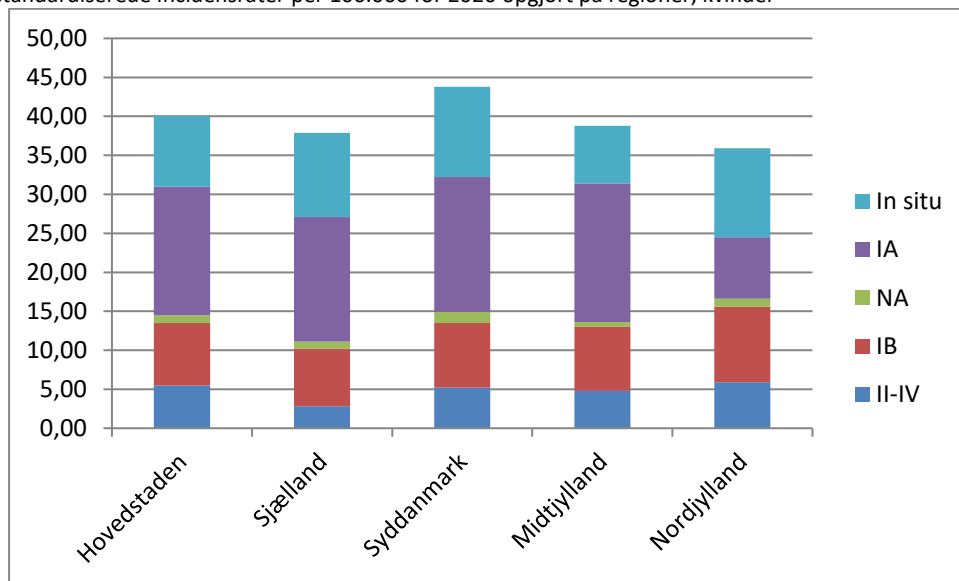
Figur 5a. Aldersstandardiserede incidensrater per 100.000 for 2020 opgjort på regioner, mænd



Tabel 14b. Aldersstandardiserede incidensrater per 100.000 for 2020 opgjort på regioner, kvinder

	Hovedstaden	Sjælland	Syddanmark	Midtjylland	Nordjylland
<b>In situ</b>	9,10	10,80	11,60	7,40	11,40
<b>IA</b>	16,50	16,00	17,30	17,80	7,90
<b>IB</b>	8,00	7,40	8,30	8,20	9,70
<b>II-IV</b>	5,50	2,80	5,20	4,80	5,90
<b>NA</b>	1,00	0,90	1,40	0,60	1,00

Figur 5b. Aldersstandardiserede incidensrater per 100.000 for 2020 opgjort på regioner, kvinder



#### Datagrundlag og beregningsregler

Tabel 14a, 14b og figur 5a og 5b er opgjort for samtlige patienter nydiagnosticeret i 2020.

Gruppen NA inkluderer patienter med tumorer der er uklassificerede, ubesvaret TNM-stadie og stadier uden for kategori. Incidensraterne er opgjort per 100.000 og aldersstandardiseret (World, Segi), 2020.

#### Resultater

Der ses betydelige forskelle i den aldersstandardiserede incidensrate for in situ og stadie IA melanomer på tværs af regioner for både mænd og kvinder.

For begge køn er den aldersstandardiserede incidensrate for in situ tumorer lavere i Region Midtjylland, mens incidensraten for stadie IA er lavere i Region Nordjylland.

#### Diskussion og implikationer

De regionale forskelle er ikke store, men enkelte ting bemærkes – som ovenfor nævnt. Der er givetvis forskel i casemix; særligt er det tydeligt, at patienter i Nordjylland kommer senere til behandling end i de øvrige regioner. Forskellene i stadie-fordeling kan også influeres af forskelle i patologernes vurdering. Der har i 2020 været udført et benchmarking studie, hvor tumortykkelse er sammenlignet hen over landet. Man fandt ingen betydende forskelle.

#### Vurdering af analysens anvendelighed

Data er meget interessante og nærmer sig det vigtigste vi kan måle på – i stedet for den melanomspecifikke melanom-overlevelse. Den bibeholdes derfor.

### A3.8. Årsager til at der ikke er foretaget sentinel lymfeknudebiopsi

Denne opgørelse er baseret på data fra 2020 og er en uddybning til indikator 4. Den viser antal patienter og hvorfor disse patienter ikke har fået foretaget sentinel lymfeknudebiopsi fordelt på regioner.

**Tabel 15: Årsager til at der ikke er foretaget sentinel lymfeknudebiopsi**

<i>Region</i>	<i>Tekniske forhold</i>	<i>Komorbiditet</i>	<i>Patientens eget ønske</i>
Hovedstaden	10	29	46
Sjælland	3	4	6
Syddanmark	7	4	17
Midtjylland	3	9	23
Nordjylland	3	5	20

Datagrundlag og beregningsregler:

Tabel 15 er en tillægstabel til indikator 4. Det er en opgørelse over indrapporterede årsager til, at der ikke er foretaget SN-biopsi. De patienter, der indgår i tabel 15 opfylder nævnerkriterier i indikator 4, men har ikke fået foretaget SN-biopsi. Informationerne i tabel 15 er fra direkte indberetninger.

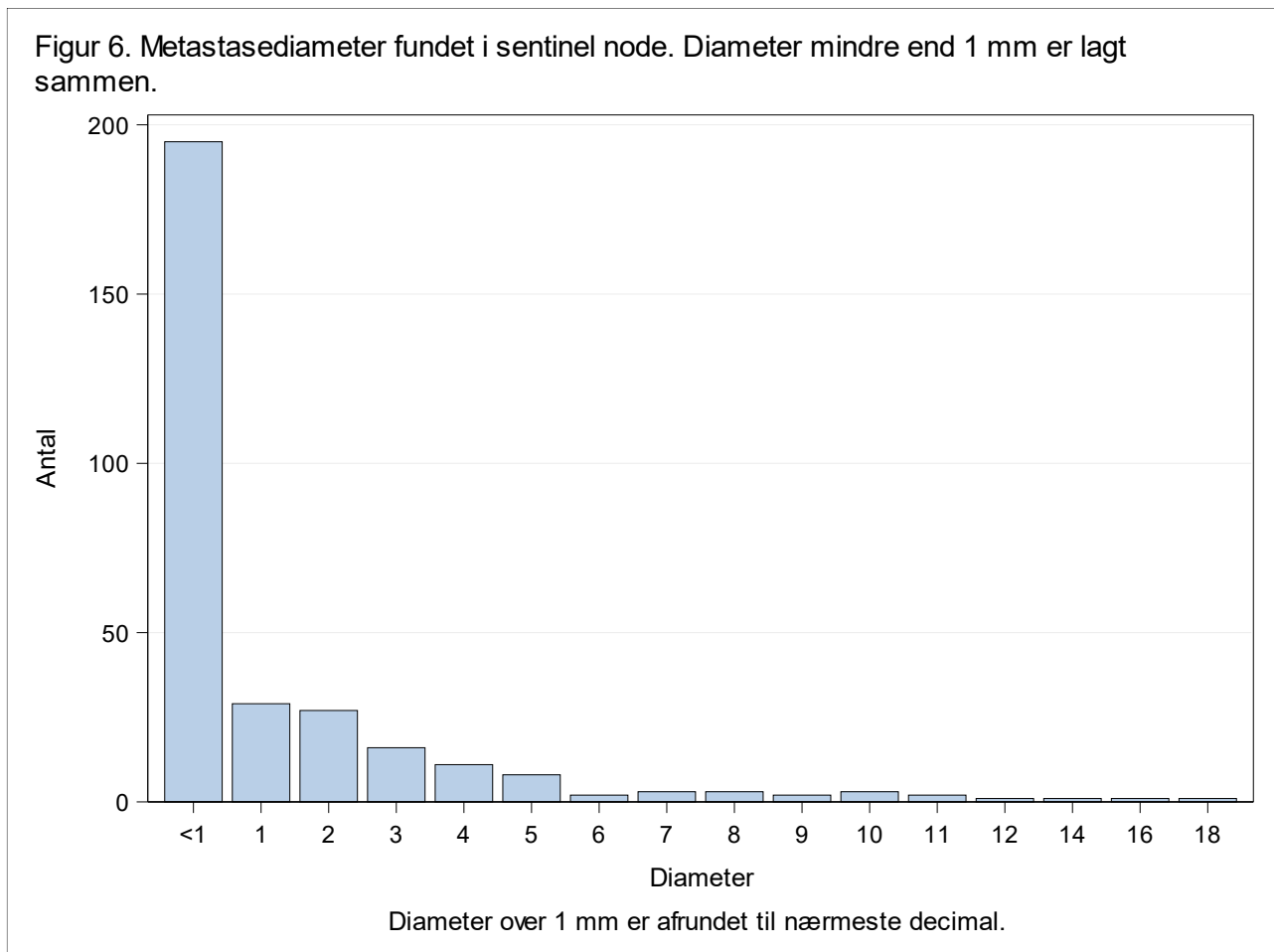
Diskussion og implikationer

Afvigelse fra den nationale retningslinje kan forekomme – og der gøres rede herfor i journalen. Men disse oplysninger tilfalder ikke automatisk databasen. Det er derfor særdeles værdifuldt at man kan redegøre i skemaform, for, hvorfor der ikke foretages sentinel node biopsi, hvis det ikke er sket.

Vurdering af analysens anvendelighed

Skønnes særdeles værdifuldt og bibeholdes.

### A3.9. Diameter på metastase fundet i sentinel lymfeknude, 2020



Patienter med lymfeknudemetastase med diameter <1mm på metastasen i sentinel node bliver ikke rutinemæssigt tilbudt adjuverende terapi, derfor er det interessant at se, hvor mange patienter, der har en diameter <1mm. Årsag til denne skelnen er, at immunterapi potentielt har en række irreversible bivirkninger og behandling skal derfor vejes op mod risiko for tumorprogression, og denne skønnes lille hos disse patienter med mikro-metastaser.