

Dansk Sarkom Database (DSD)



Årsrapport 2021

1. januar 2021 til 31. december 2021

Offentliggjort version

30. november 2022

Rapportens analyser er udarbejdet af Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (RKKP) ved RKKP's Videncenter. Rapporten er auditeret og kommenteret af styregruppen.

Databasens formænd:

Ninna Aggerholm Pedersen, afdelingslæge, lektor, ph.d., Kræftafdelingen, Aarhus Universitetshospital, e-mail: ninnpede@rm.dk

Michael Melchior Bendtsen, overlæge, ph.d., Ortopædkirurgisk afdeling, Aarhus Universitetshospital, e-mail: michael.bendtsen@viborg.rm.dk

Databasens kontaktperson:

Anne Fredsted, RKKPs Videncenter – Afdeling for databaseområde 2: Cancer og Cancerscreening, tlf.: 51230193 og e-mail: anfrst@rkkp.dk

Udgivelsesdato: 30. november 2022

Indholdsfortegnelse

Konklusioner og anbefalinger	4
1. Oversigt over alle indikatorer	6
2. Oversigtstabel over de samlede indikatorresultater	7
3. Indikatorresultater	8
Indikator 1: Andel af patienter, hvor en given udredningsmodalitet udføres	11
1a: Udredning af primærtumor	11
1b: Udredning af fjernmetastaser	14
Indikator 2: Tilstrækkelig kirurgisk margin	17
Indikator 3: Postoperativ strålebehandling	20
3a: Andel, der påbegynder strålebehandling	20
3b: Andel der påbegynder strålebehandling inden for 60 dage	23
Indikator 4: Rettidig klinisk kontrol	26
4a: Lavmaligne sarkomer inden for 180 dage	26
4b: Intermediær- eller højmalignt sarkomer inden for 120 dage	29
Indikator 5: Recidiv inden for 5 år efter operation	32
5a: Lokalt recidiv	32
5b: Fjernmetastaser	35
4. Beskrivelse af sygdomsområdet og måling af behandlingskvalitet	38
5. Datagrundlag	39
6. Dækningsgrad og datakomplethed	40
7. Styregruppens medlemmer	41
8. Appendiks	42
A. Demografiske karakteristika	42
Antal patienter	42
Kønsfordeling	43
Aldersfordeling	44
Behandling før henvisning	48
Behandlingssigte	52
B. Udbredelse	54
Lokalrecidiv og metastaser	54
Fordeling af bløddels- og knogletumorer	55
Tumorstørrelse og malignitetsgrad	57
Anatomisk lokalisering	62
C. Operation	64
Fordeling af operationstype på ICD-10 koder	64
Type af supplerende indgreb	66
D. Patologi	67
E. Stråleterapi	70
F. Beregningsregler	72
9. Regionale kommentarer	83

Konklusioner og anbefalinger

Udredning og behandling af sarkomer foregår på de to sarkomcentre i København og Aarhus, hvorfra størstedelen af indrapporteringen foretages. Der er mange specialer involveret, og der er generelt bred opbakning til indrapportering til Dansk Sarkom Database (DSD).

Der er i 2022 kommet nyt delt formandskab bestående af Ninna Aggerholm Pedersen og Michael Melchior Bendtsen.

Generelt afspejler indikatorerne de kliniske retningslinjer for udredning og behandling af sarkomer, og vi har ikke planer om at fjerne nogle af disse. Indikatorsættet er for aktuelle år præciseret med bl.a. opdeling på malignitetsgrad.

Indikator 2 vedrørende re-resektion på grund af utilstrækkelig kirurgisk fjernelse har alle årene været opfyldt, men bibeholdes, da den er meget vigtig som kvalitetskontrol af den primære sarkombehandling – operation.

Indikator 3 er udvidet, så den nu opgør både andelen af patienter med intermediære- og højmaligne subfascielle sarkomer, som modtager postoperativ strålebehandling og herunder hvor stor en andel, som starter i behandling indenfor 60 dage som anbefalet i retningslinjerne. Der synes generelt at være for få patienter, som er registreret, når data holdes op mod det antal, som rent faktisk modtager strålebehandling. Dette skyldes til dels, at flere patienter tilbydes strålebehandling før operation og derfor ekskluderes i beregningerne. Dette er et fokuspunkt for styregruppen, ligesom der er et ønske om at udvikle en indikator for præ-operativ strålebehandling.

Indikator 4 beskriver tiden fra endt behandling til første kontrol og er generelt ikke opfyldt hverken for lavmaligne, intermediære- eller højmaligne sarkomer. Dette skyldes formentlig både underrapportering og det faktum, at tiden til første kontrol fastsættes, når der er svar på histopatologien, der som regel foreligger to uger efter behandlingen. Dette bliver et klinisk fokuspunkt, således at de 120 og 180 dage regnes fra afsluttet primærbehandling. Klinisk er det dog fuldt acceptabelt, at der er overskridelse på 14 dage.

Indikator 5a og 5b opgør recidivandelen for alle opererede, uanset malignitetsgrad. I år er recidivandelen kun for intermediære- og højmaligne sarkomer opgørt i supplerende tabeller, da det kun er klinisk betydende for ovennævnte grupper, og der operativt tilstræbes vid margen for intermediære- og højmaligne sarkomer, mens marginal og intralæsionel fjernelse anvendes ved lavmaligne tumorer. Dette resulterer i færre antal patienter i nævner, men samme i tæller, altså en øget procentdel af recidiver og metastaser. Dog er begge indikatorer stadig opfyldt og med en god margen op til internationale standarder. Dette er meget tilfredsstillende, og den officielle indikator for recidiv og fjerne metastaser vil fra næste år opgøres kun for intermediære- og højmaligne sarkomer.

I 2020 fik DSD del i Knæk Cancer midlerne til etablering af PRO-projekt vedrørende livskvalitet og funktionelt outcome hos sarkompatienter. Projektet ledes af Afdelingslæge, ph.d. Bodil Engelmann, Afdeling for Kræftbehandling, Herlev. Det er implementeret i Østdanmark og forventes implementeret i Vestdanmark i slut 2022, alternativt start 2023.

DSD har ændret platform således, at indtastningsfladen for mave-tarmkirurgiske og øre-næse-hals patienter med sarkomer er kraftigt forbedret. Der er ligeledes indført to-faktor godkendelse ved login i DSD, som opleves som tidsrøvende specielt, når der samme dag ses flere kontrolpatienter krævende gentagne login til databasen. Dette understreger nødvendigheden af mulig omlægning af dataindsamling til elektronisk fra for eksempel patologi database samt Landspatientregisteret. Specielt i forbindelse med opretning af en indikator for behandlingskomplikationer.

Der er foretaget et større arbejde til identifikation af problemer med patientdata, som er ekskluderet fra beregningerne i specielt indikator 2 og 3, initialt tolket som mangelfuld indberetning.

I 2023 er der planlagt et stort manuelt arbejde til afklaring af dækningsgraden for DSD, da der som tidligere nævnt indgår mange specialer og den første kontakt inklusiv billeddiagnostik foregår perifert. Endvidere er der stor histopatologisk varians med over 100 forskellige typer og undertyper. Dette arbejde er påbegyndt i 2022.

Ninna Aggerholm Pedersen

Michael Melchior Bendtsen

Aarhus 13/9-2022

1. Oversigt over alle indikatorer

Tabel 1: Indikatoroversigt

Indikator	Type	Format	Standard	ID
Indikator 1a: Andelen af patienter, hvor MR eller CT af tumor hos patienter med subfasciel, abdominal/retroperitoneal bløddels- eller knogletumor udføres	Proces	Andel	≥ 95 %	DSD_01_002
Indikator 1b: Andelen af patienter, hvor CT af abdomen/thorax eller PET/CT hos patienter med intermediær- og højmaligne tumorer udføres	Proces	Andel	≥ 95 %	DSD_03_002
Indikator 2: Andelen af opererede patienter, der har fået foretaget re-resektion pga. utilstrækkelig kirurgisk margin	Resultat	Andel	≤ 10 %	DSD_07_001
Indikator 3a: Andelen af patienter med intermediær- eller højmalig subfasciel ekstremitetstumor eller bløddelstumor i hoved/hals, thorax eller ryg, der efter operation påbegynder strålebehandling	Proces	Andel		DSD_08_003
Indikator 3b: Andelen af patienter med intermediær- eller højmalig subfasciel ekstremitetstumor eller bløddelstumor i hoved/hals, thorax eller ryg, der efter operation påbegynder strålebehandling inden for 60 dage	Proces	Andel	≥ 80 %	DSD_09_001
Indikator 4a: Andelen af lavmaligne patienter, der kommer til første klinisk kontrol efter afsluttet behandling inden for 180 dage	Proces	Andel	≥ 90 %	DSD_13_002
Indikator 4b: Andelen af intermediær eller højmaligne patienter, der kommer til første kliniske kontrol efter afsluttet behandling inden for 120 dage	Proces	Andel	≥ 90 %	DSD_16_002
Indikator 5a: Andelen af patienter, der får lokalt recidiv inden for 5 år	Resultat	Andel	≤ 20 %	DSD_14_001
Indikator 5b: Andelen af patienter, der får fjerne metastase inden for 5 år	Resultat	Andel	≤ 30 %	DSD_15_002

2. Oversigtstabel over de samlede indikatorresultater

Tabel 2: Oversigt over de samlede indikatorresultater

Indikator	Standard	Uoplyst		Indikatoropfyldelse		
		%	Andel (95% CI)	Andel	Andel	Andel
				01.01.2021 - 31.12.2021	2020	2019
Indikator 1a: Andelen af patienter, hvor MR eller CT af tumor hos patienter med subfasciel, abdominal/retroperitoneal bløddels- eller knogletumor udføres	≥ 95	22	95,5 (91,3-98,0)	97,7	98,5	
Indikator 1b: Andelen af patienter, hvor CT af abdomen/thorax eller PET/CT hos patienter med intermediær- og højmaligne tumorer udføres	≥ 95	36	95,4 (90,3-98,3)	92,1	91,4	
Indikator 2: Andelen af opererede patienter, der har fået foretaget re-resektion pga. utilstrækkelig kirurgisk margin	≤ 10	29	5,6 (1,8-12,5)	10,6	5,3	
Indikator 3a: Andelen af patienter med intermediær- eller højmalig subfasciel ekstremitetstumor eller bløddelstumor i hoved/hals, thorax eller ryg, der efter operation påbegynder strålebehandling		17	65,7 (47,8-80,9)	63,6	65,9	
Indikator 3b: Andelen af patienter med intermediær- eller højmalig subfasciel ekstremitetstumor eller bløddelstumor i hoved/hals, thorax eller ryg, der efter operation påbegynder strålebehandling inden for 60 dage	≥ 80	0	82,6 (61,2-95,0)	81,0	82,8	
Indikator 4a: Andelen af lavmaligne patienter, der kommer til første klinisk kontrol efter afsluttet behandling inden for 180 dage	≥ 90	46	84,8 (71,1-93,7)	64,8	75,0	
Indikator 4b: Andelen af intermediær eller højmaligne patienter, der kommer til første kliniske kontrol efter afsluttet behandling inden for 120 dage	≥ 90	35	47,4 (35,8-59,2)	44,1	40,2	
			01.01.2016 - 31.12.2016	2015	2014	
Indikator 5a: Andelen af patienter, der får lokalt recidiv inden for 5 år	≤ 20	6	16,1 (11,1-22,3)	20,0	24,5	
Indikator 5b: Andelen af patienter, der får fjerne metastase inden for 5 år	≤ 30	6	16,6 (11,6-22,7)	23,4	19,6	

3. Indikatorresultater

I perioden 1.1.2021 til 31.12.2021 er der registreret 386 sarkompatienter med første kontakt til sarkomcenter i København eller Århus, som har status som herboende eller død i CPR-registeret. Indikatorerne er opgjort i forhold til dato for første kontakt. Nedenstående tabel viser, at patientpopulationen er ligeligt fordelt på køn, og at den største aldersgruppe udgøres af 71-80-årige. Omkring 79% af patientforløbene har kurativt sigte. I Aarhus får 76% foretaget en operation, mens den tilsvarende andel i København er 58%, hvilket formentlig er tegn på manglende registrering af operation. I København mangler 30% oplysning om, hvorvidt der er tale om bløddels- eller knoglesarkom.

Tabel 3: Karakteristika for patientpopulationen, der er registreret med første kontakt i 2021.

	Aarhus		København		I alt
	N	%	N	%	N
Køn					
Mand	81	46.8	111	52.1	192
Kvinde	92	53.2	102	47.9	194
Aldersgruppe					
<15	4	2.3	5	2.3	9
15-30	12	6.9	23	10.8	35
31-40	12	6.9	18	8.5	30
41-50	20	11.6	23	10.8	43
51-60	21	12.1	37	17.4	58
61-70	38	22.0	44	20.7	82
71-80	45	26.0	44	20.7	89
80+	21	12.1	19	8.9	40
Behandlingssigte					
Missing	.	.	8	3.8	8
Kurativ	137	79.2	167	78.4	304
Palliativ	25	14.5	36	16.9	61
Færdigbehandlet	11	6.4	#	0.9	13
Type					
Missing	.	.	63	29.6	63
Bløddelssarkom	144	83.2	114	53.5	258
Knoglesarkom	28	16.2	30	14.1	58
Begge dele	#	0.6	6	2.8	7
Grad*					
Gr.0 og borderline	16	9.2	32	15.0	48
Lav	41	23.7	15	7.0	56
Intermediær	24	13.9	25	11.7	49
Høj	58	33.5	52	24.4	110

	<i>Aarhus</i>		<i>København</i>		<i>I alt</i>
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>
<i>Ikke klassificerbar</i>	7	4.0	4	1.9	11
<i>Missing</i>	7	4.0	76	35.7	83
<i>Registreret GIST patient</i>	20	11.6	9	4.2	29
Operation					
<i>Ikke-opererede</i>	41	23.7	90	42.3	131
<i>Opererede</i>	132	76.3	123	57.7	255
Total	173	100.0	213	100.0	386

* Grad opgøres ikke for patienter med gastrointestinal stromal tumorer (GIST).

I det følgende beskrives, hvorledes resultaterne i årsrapporten skal læses.

Tabeller

Tabellerne i rapporten omfatter indikatorresultater for landsgennemsnittet og de to sarkomcentre.

Standard opfyldt: Angiver om standarden for indikatoren er opfyldt for et sarkomcenter eller på landsplan. ”Ja” indikerer, at punkttestimatet opfylder standarden. ”Nej” indikerer, at punkttestimatet ikke opfylder standarden, uanset om standarden er indeholdt i konfidensintervallet for punkttestimatet.

Tæller/nævner: Angiver det samlede antal patienter, der indgår i beregningen af den pågældende indikatorværdi som hhv. tæller og nævner. Der ekskluderes patienter, hvor den pågældende aktivitet er bedømt ”ikke relevant”. For nærmere beskrivelse af hvilke variable, der indgår i tæller og nævner for hver indikator, se afsnit 8F. Beregningsregler.

Uoplyst: Angiver de antal patienter, hvor den relevante variabel er angivet som uoplyst, eller at data mangler.

Aktuelle år: Under aktuelle år (2021) angives indikatorresultatet i % (tæller/nævner). Den statistiske usikkerhed for det beregnede indikatorresultat er anført med et 95% konfidensinterval, som angiver det interval, hvor indikatorresultatet med 95% sandsynlighed ligger. Konfidensintervallets bredde afspejler størrelsen af patientpopulationen, dvs. med hvilken præcision, indikatorresultatet er bestemt. Periodeangivelsen ”aktuelle år” og ”tidligere år” refererer til opgørelsesperioden.

Små patientforløb: I flere indikatorberegninger på centerniveau indgår der få patienter. 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.

Figurer

Figurerne supplerer tabellerne med en visuel præsentation af forskelle i indikatoropfyldelse mellem enheder.

Kontrolidiagram: Oversigt over punkttestimater (sorte prikker) med tilhørende 95 % konfidensinterval (sorte vandrette streger) for indikatoren, på landsplan og afdelingsniveau. Den røde lodrette linje viser den fastsatte standard. Figuren viser således, hvordan punkttestimatet inkl. konfidensinterval ligger i forhold til den fastsatte standard.

Trendgraf: Udviklingen i indikatorresultater over tid, opgjort på landsplan og centerniveau. Den røde vandrette linje viser den fastsatte standard.

Indikator 1: Andel af patienter, hvor en given udredningsmodalitet udføres

Indikator 1 omhandler kvaliteten i udredningsforløbet, hvor det skal sikres at patientpopulationen gennemgår relevante udredningsmodaliteter med henblik på fastsættelse af diagnosen.

- 1a. Udredning af primærtumor:
Patienter med MR eller CT af tumor hos subfascielle, abdominale/retroperitoneale bløddeltumorer eller knogletumorer.
- 1b. Udredning af fjerne metastaser:
Patienter med CT af abdomen, CT af thorax eller PET/CT for intermedier- eller højmaligne bløddels- og knogletumorer.

I indikatoren inkluderes patienter med første kontakt i kalenderåret 2021. Disse følges frem til at datasættet fryses, aktuelt i september 2022. Opfølgningstiden er således ikke eksplicit defineret i beregningsalgoritmen for indikatoren.

1a: Udredning af primærtumor

Tabel 4: Indikator 1a: Andelen af patienter, hvor MR eller CT af tumor hos patienter med subfasciel, abdominal/retroperitoneal bløddels- eller knogletumor udføres

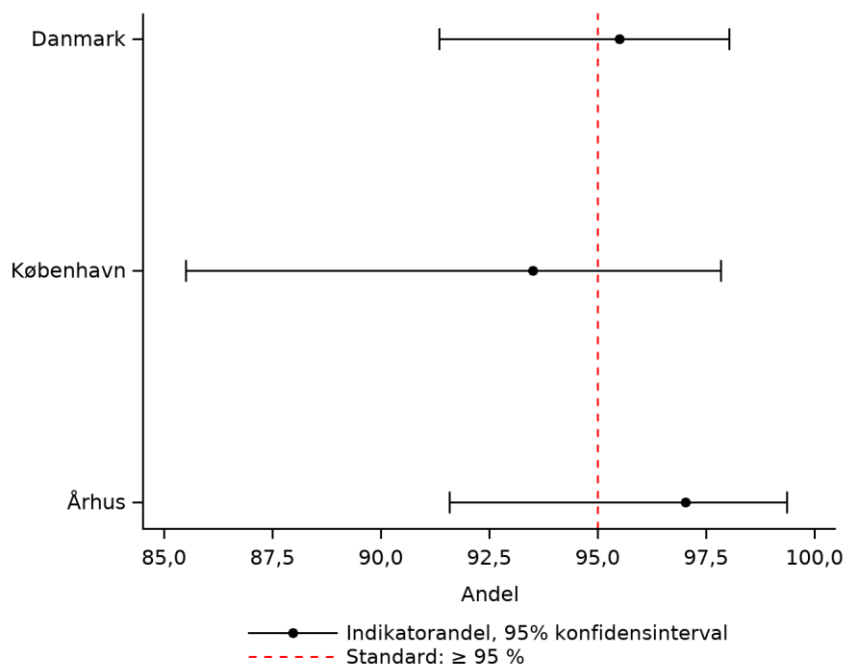
	Standard		Uoplyst antal (%)	Aktuelle år 01.01.2021 - 31.12.2021		Tidligere år		
	≥ 95% opfyldt	Tæller/ nævner		Andel	95% CI	2020 Antal	2019 Andel	2019 Andel
Danmark	Ja	170 / 178	49 (22)	95,5	(91,3-98,0)	173 / 177	97,7	98,5
København	Nej	72 / 77	49 (39)	93,5	(85,5-97,9)	78 / 79	98,7	97,8
Århus	Ja	98 / 101	0 (0)	97,0	(91,6-99,4)	95 / 98	96,9	99,1

Tabel 5: Oversigt over antal ekskluderede eller uoplyste

	Antal	Årsag
Eksklusion:	38	Patienten har ikke en DC eller DD diagnosekode
	66	Patient har fået foretaget resektion (bfhr_dato) før henvisning
	7	Patienten har hverken bløddels- eller knogletumor (LO6_BLO=1 eller LO7_KNOG=1)
	48	Patient har kutan eller subkutan bløddeltumor
Uoplyst:	49	Oplysning om dybde ikke udfyldt (LO6_BLO=1 og LO6_BLOD=0)

Figur 1:

Indikator 1a: Andelen af patienter, hvor MR eller CT af tumor hos patienter med subfasciel, abdominal/retroperitoneal bløddels- eller knogletumor udføres. Kontrolldiagram på afdelingsniveau.



Figur 2:

Indikator 1a: Andelen af patienter, hvor MR eller CT af tumor hos patienter med subfasciel, abdominal/retroperitoneal bløddels- eller knogletumor udføres. Trendgraf på afdelingsniveau.



Indikatorresultater

Af de i alt 178 patienter med subfascielle, abdominale/retroperitoneale bløddelstumorer eller knogletumorer fik 171 udført en MR eller CT af primærtumor. Standarden på $\geq 95\%$ er således indfriet med en andel på 95,5% for aktuelle år. Patienterne fordeler sig med 77 forløb i København og 101 forløb i Århus, men det bemærkes at 49 forløb i København ikke indgår i beregningerne pga. manglende information om bløddelstumors dybde. I Århus indfries standarden med en andel på 97,0%, mens standarden i København ikke indfries med en andel på 93,5%. Udviklingen over tid har varieret, men standarden har været opfyldt de seneste tre år.

Eksklusioner drejer sig om, at patienten ikke har fået foretaget resektion før henvisning, ikke har en DC eller DD diagnosekode, ikke har bløddels- eller knogletumor eller har en kutan eller subkutan bløddelstumor.

Diskussion og klinisk implikation af indikatorresultater

Nævnerpopulationen for indikatoren er i år udvidet til også at inkludere abdominale/retroperitoneale og knogletumorer. Antallet af patienter er derfor øget sammenlignet med tidligere år. Ved behandling af sarkomer anvendes en eller flere behandlingsmodaliteter (kirurgi, stråle- og kemoterapi), og den valgte behandling afhænger bl.a. tumors størrelse og relation til diverse anatomiske strukturer. For de dybereliggende tumorer inkl. knogletumorerne, er MR- og/eller CT-skanning helt nødvendige undersøgelser for at kunne foretage disse vurderinger korrekt. Det er derfor glædeligt at se, at indikatoren er opfyldt på landsplan.

Vurdering af indikator

Indikatoren er relevant og bør bibeholdes.

1b: Udredning af fjernmetastasering

Tabel 6: Indikator 1b: Andelen af patienter, hvor CT af abdomen/thorax eller PET/CT hos patienter med intermediær- og højmaligne tumorer udføres

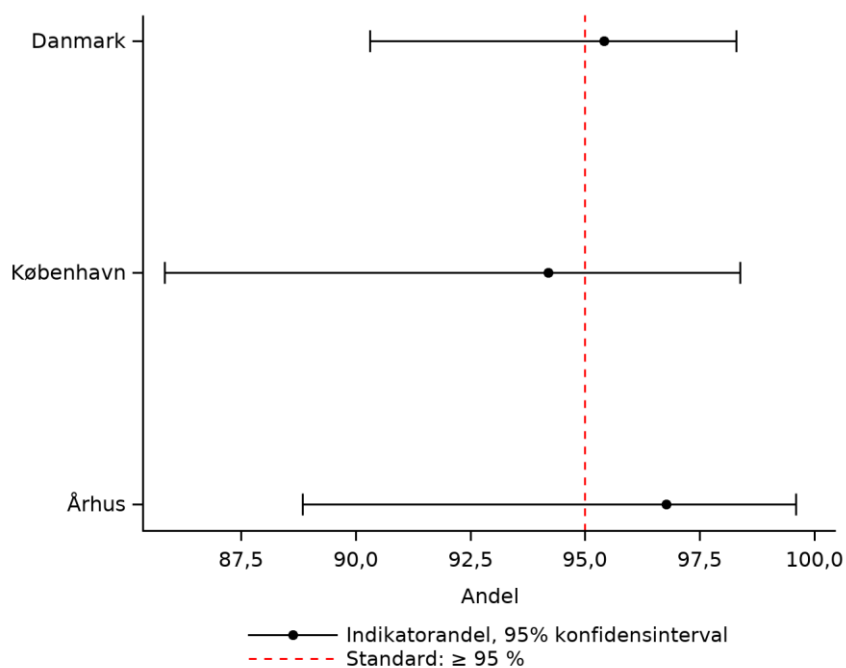
	Standard		Uoplyst	Aktuelle år		Tidligere år		
	≥ 95%	Tæller/	antal	01.01.2021 - 31.12.2021		2020	2019	
	opfyldt	nævner	(%)	Andel	95% CI	Antal	Andel	Andel
Danmark	Ja	125 / 131	74 (36)	95,4	(90,3-98,3)	116 / 126	92,1	91,4
København	Nej	65 / 69	70 (50)	94,2	(85,8-98,4)	51 / 60	85,0	86,5
Århus	Ja	60 / 62	4 (6)	96,8	(88,8-99,6)	65 / 66	98,5	97,0

Tabel 7: Oversigt over antal ekskluderede eller uoplyste

	Antal	Årsag
Eksklusion:	88	Patienten har ikke en DC diagnose
	66	Patienten har ikke malignitetsgrad Gr.II eller III
	7	Patienten har hverken bløddels- eller knogle tumor (LO6_BLO=1 eller LO7_KNOG=1)
	20	Patienten har histologi-koden HIS_BLOD = M89363 (gastrointestinal stromal tumor)
Uoplyst:	74	Malignitetsgrad ikke udfyldt

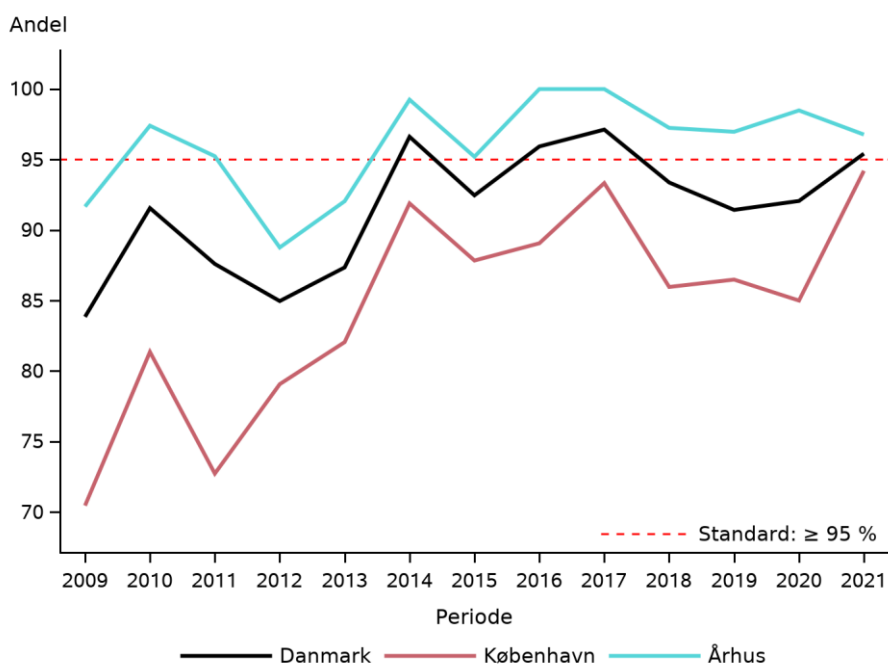
Figur 3:

Indikator 1b: Andelen af patienter, hvor CT af abdomen/thorax eller PET/CT hos patienter med intermediær- og højmaligne tumorer udføres. Kontrolldiagram på afdelingsniveau.



Figur 4:

Indikator 1b: Andelen af patienter, hvor CT af abdomen/thorax eller PET/CT hos patienter med intermediær- og højmaligne tumorer udføres. Trendgraf på afdelingsniveau.



Indikatorresultater

Af de i alt 131 patienter med intermediær- eller højmaligne knogle- og bløddelstumor fik 125 udført en CT af abdomen/thorax eller PET/CT. Standarden på $\geq 95\%$ er indfriet med en andel på 95,4% for aktuelle år på landsplan. Patienterne fordeler sig med 69 forløb i København og 62 forløb i Århus, men det bemærkes at 70 forløb og 4 forløb i hhv. København og Århus ikke indgår i beregningerne pga. manglende information om malignitetsgrad. I Århus indfries standarden med en andel på 96,8%, mens standarden i København ikke indfries med en andel på 94,2%. Udviklingen over tid har ligget stabilt høj siden 2014. København har i alle årene ligget under den fastsatte standard, men har i aktuelle år forbedret sig fra omkring 85% til tæt på opfyldelse af standarden.

Eksklusioner drejer sig om, at patienten ikke har en DC diagnosekode eller ikke har relevant tumor for denne subgruppe. Patienter med gastrointestinal stromal tumor (GIST) medtages ikke, da primærtumor typisk findes ved CT af abdomen, og indikatoren for denne gruppe således vil optræde med en opfyldelse på 100%.

Diskussion og klinisk implikation af indikatorresultater

Tællerpopulationen for indikatoren er i år udvidet til også at inkludere CT af abdomen, men dette er kun relevant for et fåtal af patienter og ændrer derfor ikke indikatorandelen væsentligt. En stor andel af patienterne mangler oplysning om malignitetsgrad i København for at kunne indgå i indikatorberegningen. Resultatet er derfor behæftet med stor usikkerhed. I år er andelen øget sammenlignet med tidligere år.

Vurdering af indikator

Indikatoren er relevant og bør bibeholdes.

Indikator 2: Tilstrækkelig kirurgisk margin

Indikator 2 omhandler kvaliteten af det kirurgiske indgreb, hvor der tilsigtes tilstrækkelig kirurgisk margin, så re-resektion undgås. Denne indikator er opgjort for subpopulationen af patienter med intermediær- eller højmaligne bløddels- og knogletumorer, der har fået foretaget en operation. I indikatoren inkluderes patienter med første kontakt i kalenderåret 2021. Disse følges frem til at datasættet fryses, aktuelt i september 2022. Opfølgningstiden er således ikke eksplicit defineret i beregningsalgoritmen.

Tabel 8: Indikator 2: Andelen af opererede patienter, der har fået foretaget re-resektion pga. utilstrækkelig kirurgisk margin

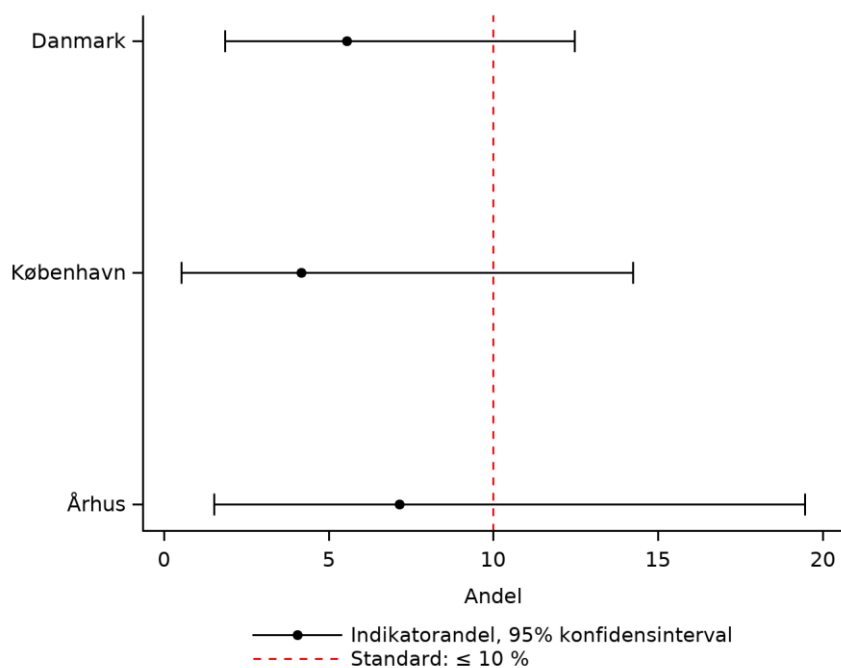
	Standard		Uoplyst antal	Aktuelle år		Tidligere år		
	≤ 10% opfyldt	Tæller/ nævner		01.01.2021 - 31.12.2021	95% CI	2020	2019	
			(%)	Andel		Antal	Andel	Andel
Danmark	Ja	##/##	37 (29)	5,6	(1,8-12,5)	##/##	10,6	5,3
København	Ja	##/##	37 (44)	4,2	(0,5-14,3)	##/##	2,5	2,9
Århus	Ja	3 / 42	0 (0)	7,1	(1,5-19,5)	9 / 54	16,7	7,7

Tabel 9: Oversigt over antal ekskluderede eller uoplyste

	Antal	Årsag
Eksklusion:	38	Patienten har ikke en DC eller DD diagnosekode
	66	Patient har fået foretaget resektion (bfhr_dato) før henvisning
	51	Patienten har ikke malignitetsgrad Gr.II eller III
	87	Patienten har ikke fået en operation
	2	Patienten har hverken bløddels- eller knogle tumor (LO6_BLO=1 eller LO7_KNOG=1)
	15	Patienten har histologi-koden HIS_BLOD = M89363 (gastrointestinal stromal tumor)
Uoplyst:	37	Malignitetsgrad ikke udfyldt

Figur 5:

Indikator 2: Andelen af opererede patienter, der har fået foretaget re-resektion pga. utilstrækkelig kirurgisk margin. Kontrolldiagram på afdelingsniveau.



Figur 6:

Indikator 2: Andelen af opererede patienter, der har fået foretaget re-resektion pga. utilstrækkelig kirurgisk margin. Trendgraf på afdelingsniveau.



Indikatorresultater

Af de i alt 90 opererede patienter med intermediær- eller højmaligne knogle- og bløddelstumorer fik 5 foretaget en re-resektion. Standarden på $\leq 10\%$ er indfriet med 5,6% for aktuelle år på landsplan. Patienterne fordeler sig med 48 forløb i København og 42 forløb i Århus, men det bemærkes at 37 forløb i København ikke indgår i beregningerne pga. manglende information om malignitetsgrad. Andelen er 4,2% i København og 7,1% i Århus. Udviklingen over tid har ligget stabilt lavt.

Eksklusioner drejer sig om, at patienten har fået foretaget resektion før henvisning, ikke har en DC eller DD diagnosekode, ikke er blevet opereret eller ikke har relevant tumor for denne subgruppe fx er GIST-patienter ekskluderet.

Diskussion og klinisk implikation af indikatorresultater

I år opgøres indikatoren kun for patienter med intermediær- eller højmalig malignitetsgrad, da lavmalig tilfælde ses an i klinikken, og behandlingsstrategien er en anden. Dette betyder, at det absolutte antal patienter, som indgår i indikatoren er faldet, mens re-resektionsandelen er steget sammenlignet med tidligere årsrapporter. Enkelte tumorer vokser infiltrativt, og det er en særlig stor kirurgisk udfordring at få tilstrækkelig kirurgisk margin uden at foretage mutilerende indgreb.

Vurdering af indikator

Jvf. ovenstående synes det relevant at bevare indikatoren for at bevare den kirurgiske opmærksomhed på dette forhold.

Indikator 3: Postoperativ strålebehandling

Indikator 3 omhandler kvaliteten i strålebehandlingsforløbet:

- 3a. Andel, der påbegynder strålebehandling ud af alle potentielle kandidater for strålebehandling: I nævneren inkluderes patienter med intermediær- eller højmalignt subfasciel ekstremitetstumor eller bløddelstumor i hoved/hals, thorax eller ryg, som er blevet opereret uden komplikationer og uden forudgående onkologisk behandling, hvor sigtet er kurativt og der er tilstrækkelig opfølgningstid. I tælleren inkluderes patienter fra nævnerpopulation, som påbegynder strålebehandling.
- 3b. Andel, der påbegynder strålebehandling rettidigt dvs. inden for 60 dage: I nævneren inkluderes patienter, som påbegynder strålebehandling, dvs. tælleren i 3a udgør nævneren i 3b. I tælleren inkluderes patienter, som påbegynder strålebehandling inden for 60 dage.

I indikatoren inkluderes patienter med første kontakt i kalenderåret 2021. Disse følges hhv. i 120 og 60 dage med henblik på opstart af strålebehandling.

3a: Andel, der påbegynder strålebehandling

Tabel 10: Indikator 3a: Andelen af patienter med intermediær- eller højmalignt subfasciel ekstremitetstumor eller bløddelstumor i hoved/hals, thorax eller ryg, der efter operation påbegynder strålebehandling

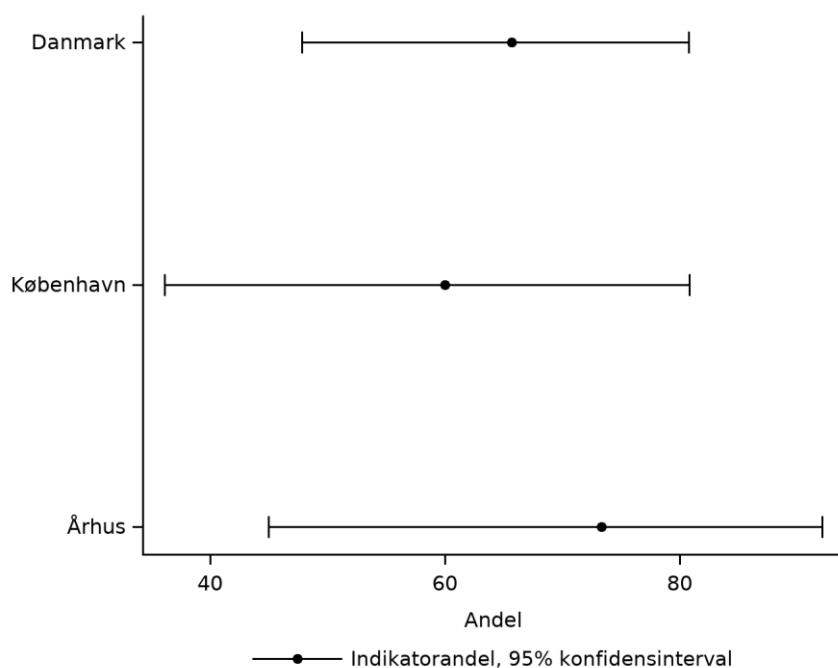
	Uoplyst		Aktuelle år		Tidligere år			
	Standard opfyldt	Tæller/ nævner	antal (%)	01.01.2021 - 31.12.2021	Andel	95% CI	2020	2019
				Andel	95% CI	Antal	Andel	Andel
Danmark		23 / 35	7 (17)	65,7	(47,8-80,9)	21 / 33	63,6	65,9
København		12 / 20	7 (26)	60,0	(36,1-80,9)	11 / 15	73,3	65,2
Århus		11 / 15	0 (0)	73,3	(44,9-92,2)	10 / 18	55,6	66,7

Tabel 11: Oversigt over antal ekskluderede eller uoplyste

	Antal	Årsag
Eksklusion:	38	Patienten har ikke en DC eller DD diagnosekode
	16	Patient har fået foretaget resektion (bfhr_dato) før henvisning
	15	Patienten har ikke malignitetsgrad Gr.II eller III
	115	Patienten har ikke fået en operation
	5	Patienten har komplikationer
	9	Patientens første strålebehandling ligger før operationen
	10	Patienten har ikke kurativt sigte med behandling og ej heller færdig behandlet
	3	Patienten har fået kemobehandling før den første strålebehandling efter operationen
	2	Patienten dør eller forsvinder inden follow up tid
	43	Patienten har ikke bløddelstumor LO6_BLO=1
	1	Patienten har M88211 eller M88221 koden i his_blod
	62	Patient har kutan eller subkutan bløddelstumor
	25	Patienten har bløddelstumor abdominalt/retroperitonealt eller i organer
Uoplyst:	7	Malignitetsgrad ikke udfyldt

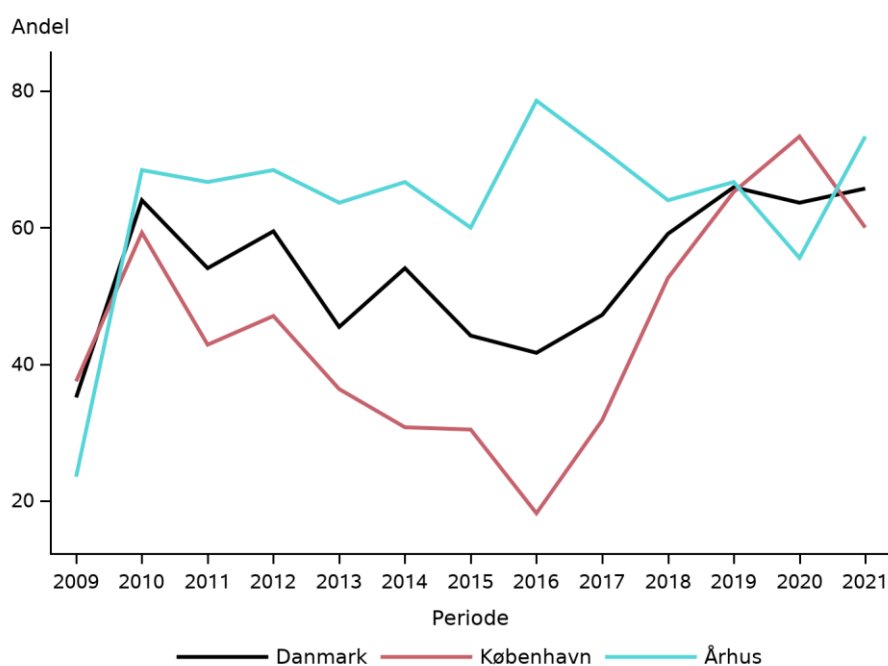
Figur 7:

Indikator 3a: Andelen af patienter med intermediær- eller højmalig subfasciel ekstremitetstumor eller bløddeltumor i hoved/hals, thorax eller ryg, der efter operation påbegynder strålebehandling. Kontrolldiagram på afdelingsniveau.



Figur 8:

Indikator 3a: Andelen af patienter med intermediær- eller højmalig subfasciel ekstremitetstumor eller bløddeltumor i hoved/hals, thorax eller ryg, der efter operation påbegynder strålebehandling. Trendgraf på afdelingsniveau.



Indikatorresultater

Af de i alt 35 opererede patienter med intermedier- eller højmalignt subfasciel ekstremitetstumor eller bløddelstumor i hoved/hals, thorax eller ryg påbegyndte 23 strålebehandling efter operation. Dette giver en andel på 65,7% for aktuelle år på landsplan. Der er endnu ikke fastsat en standard for indikatoren. Patienterne fordeler sig med 20 forløb i København og 15 forløb i Århus, men det bemærkes at 7 forløb i København ikke indgår i beregningerne pga. manglende information om malignitetsgrad. Andelen er 60,0% i København og 73,3% i Århus. Århus har ligget stabilt højt siden 2010, mens København har forbedret sig markant siden 2016.

Eksklusioner drejer sig om, at patienten ikke har en DC eller DD diagnosekode, har haft et atypisk eller ikke-kurativt forløb eller ikke har tilstrækkelig opfølgningstid.

Diskussion og klinisk implikation af indikatorresultater

Sammenlignet med årsrapporten for 2020, hvor alle bløddelstumor er indgik i strålebehandlingsindikatoren, er kriterierne blevet præciseret i år. Dog identificerer beregningsalgoritmen for få patienter ift. det faktisk forventede. Antallet af nystartede strålebehandlede burde ud fra den kliniske erfaring ligge omkring 40 patienter i Århus og formentligt lidt højere i København. Det lave antal kan skyldes manglende eller mangelfuld registrering. Tallene er behæftet med stor usikkerhed. I Århus er antallet blevet sammenholdt med tilsvarende antal fra strålebehandlingssystemer.

Det kan undre, at opfyldelsesandelen kun ligger på 60%, da alle patienter ud fra de givne kriterier burde være kandidater til strålebehandling. Det kan forventes i enkelte tilfælde at være et patientfravalg eller skyldes forværring i form af recidiv eller metastaser. En anden forklaring kan være, at komplikationer registreres mangelfuldt i databasen, hvilket er den hyppigste årsag til manglende opstart af strålebehandling. Styregruppen arbejder på at identificere årsagen til det lave antal og den lave andel.

Vurdering af indikator

Indikatoren er relevant og bør videreudvikles. Det er for tidligt at fastsætte en standard.

3b: Andel der påbegynder strålebehandling inden for 60 dage

Tabel 12: Indikator 3b: Andelen af patienter med intermediær- eller højmalig subfasciel ekstremitetstumor eller bløddelstumor i hoved/hals, thorax eller ryg, der efter operation påbegynder strålebehandling inden for 60 dage

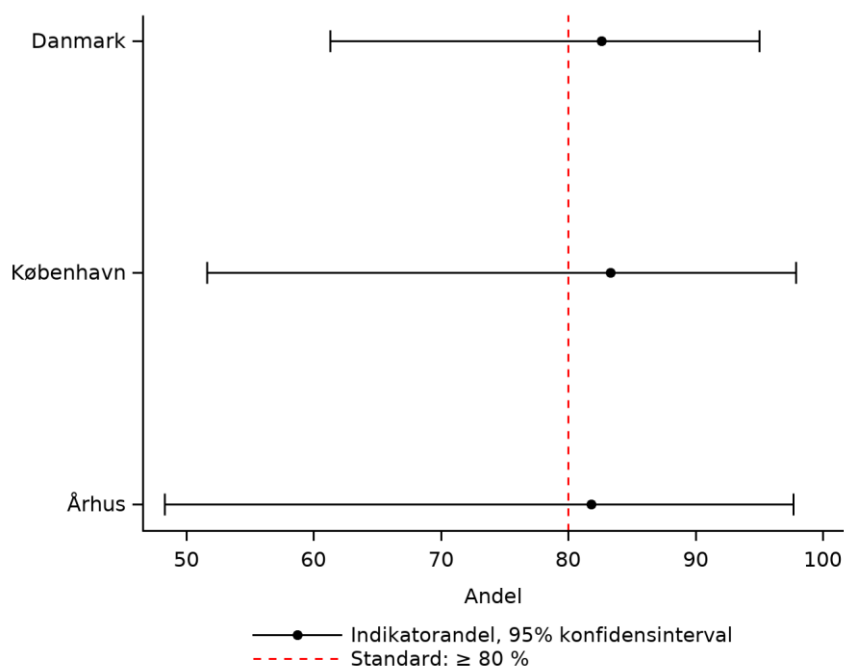
	Standard		Uoplyst	Aktuelle år		Tidligere år		
	≥ 80%	Tæller/	antal	01.01.2021 - 31.12.2021		2020	2019	
	opfyldt	nævner	(%)	Andel	95% CI	Antal	Andel	Andel
Danmark	Ja	19 / 23	0 (0)	82,6	(61,2-95,0)	17 / 21	81,0	82,8
København	Ja	10 / 12	0 (0)	83,3	(51,6-97,9)	8 / 11	72,7	86,7
Århus	Ja	9 / 11	0 (0)	81,8	(48,2-97,7)	9 / 10	90,0	78,6

Tabel 13: Oversigt over antal ekskluderede eller uoplyste

	Antal	Årsag
Eksklusion:	38	Patienten har ikke en DC eller DD diagnosekode
	37	Patient har fået foretaget resektion (bfhr_dato) før henvisning
	115	Patienten har ikke fået en operation
	5	Patienten har komplikationer
	9	Patientens første strålebehandling ligger før operationen
	10	Patienten har ikke kurativt sigte med behandling og ej heller færdig behandlet
	3	Patienten har fået kemobehandling før den første strålebehandling efter operationen
	139	Patienten har ikke fået en strålebehandling
	1	Patienten har ikke bløddelstumor LO6_BLO=1
	6	Patient har kutan eller subkutan bløddelstumor

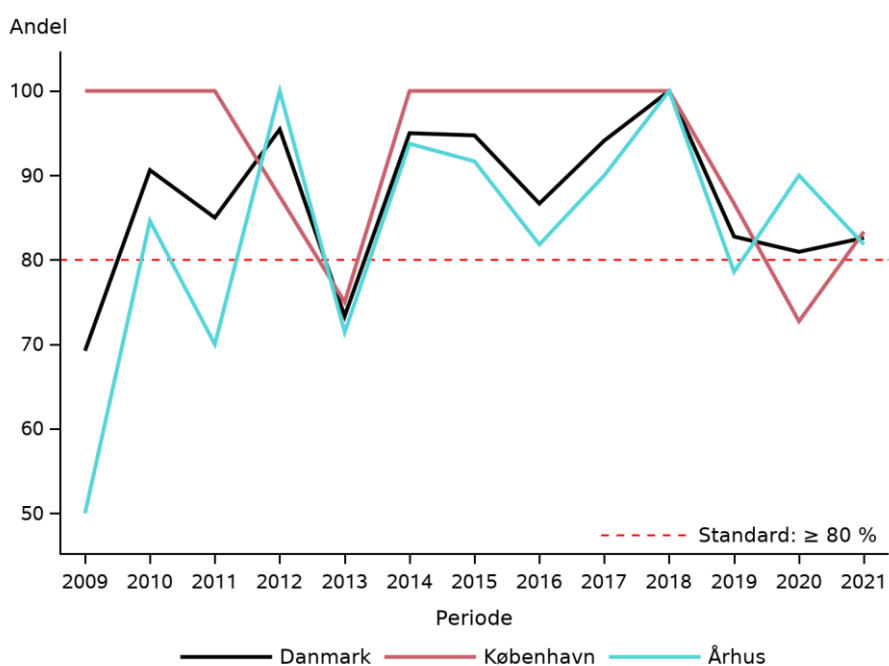
Figur 9:

Indikator 3b: Andelen af patienter med intermediær- eller højmalig subfasciel ekstremitetstumor eller bløddeltumor i hoved/hals, thorax eller ryg, der efter operation påbegynder strålebehandling inden for 60 dage. Kontrolldiagram på afdelingsniveau.



Figur 10:

Indikator 3b: Andelen af patienter med intermediær- eller højmalig subfasciel ekstremitetstumor eller bløddeltumor i hoved/hals, thorax eller ryg, der efter operation påbegynder strålebehandling inden for 60 dage. Trendgraf på afdelingsniveau.



Indikatorresultater

Af de i alt 23 strålebehandlede, opererede patienter med intermediær- eller højmalig subfasciel ekstremitetstumor eller bløddelstumor i hoved/hals, thorax eller ryg påbegyndte 19 strålebehandling inden for 60 dage efter operation. Standarden på $\geq 80\%$ er således opfyldt med en andel på 82,6% for aktuelle år på landsplan. Andelen er 83,3% i København og 81,8% i Århus. Udviklingen over tid har ligget nogenlunde stabilt over den fastsatte standard.

Eksklusioner drejer sig om, at patienten ikke har en DC eller DD diagnosekode, har haft et atypisk eller ikke-kurativt forløb eller ikke har modtaget strålebehandling.

Diskussion og klinisk implikation af indikatorresultater

Som nævnt under indikator 3a identificerer beregningsalgoritmen for få patienter ift. det faktisk forventede. Sammenlignet med årsrapporten for 2020 er kriterierne for at indgå i indikatoren blevet præciseret. Sidste år indgik alle bløddelstumor, men dette er i år begrænset til intermediær- eller højmalig subfascielle ekstremitetstumor eller bløddelstumor i hoved/hals, thorax eller ryg. Det betyder, at alle lavmaligne tilfælde ekskluderes samt subkutane ekstremitetstumor og bløddelstumor beliggende abdominalt/retroperitonealt eller i organer. Desuden ekskluderes patienter, som har fået foretaget resektion før henvisning. Dette resulterer i færre patienter, men en højere opfyldelsesandel. Andelen er dog behæftet med usikkerhed pga. det lave antal.

Vurdering af indikator

Indikatoren er relevant og bør bibeholdes. Styregruppen ønsker fremadrettet at udvikle en indikator for præoperativ strålebehandling, hvilket kræver et øget fokus på komplikationer af både strålebehandling og operation.

Indikator 4: Rettidig klinisk kontrol

Indikator 4 omhandler kvalitet i det efterfølgende kontrolforløb efter afsluttet behandling. Populationen består af opererede bløddels- og knogletumorpatienter med kurativt sigte, der ikke får recidiv. Det er en udfordring at fastsætte datoen for afsluttet behandling, som i øjeblikket defineres som seneste dato for operation, stråleterapi eller kemoterapi. Indikatoren er i år opdelt i:

- 4a: Lavmaligne sarkomer, som bør ses inden for 180 dage.
- 4b: Intermediær- eller højmaligne sarkomer, som bør ses inden for 120 dage.

I indikatoren inkluderes patienter med første kontakt i kalenderåret 2021. Disse følges hhv. i 180 og 120 dage med henblik på kontrol.

4a: Lavmaligne sarkomer inden for 180 dage

Tabel 14: Indikator 4a: Andelen af lavmaligne patienter, der kommer til første klinisk kontrol efter afsluttet behandling inden for 180 dage

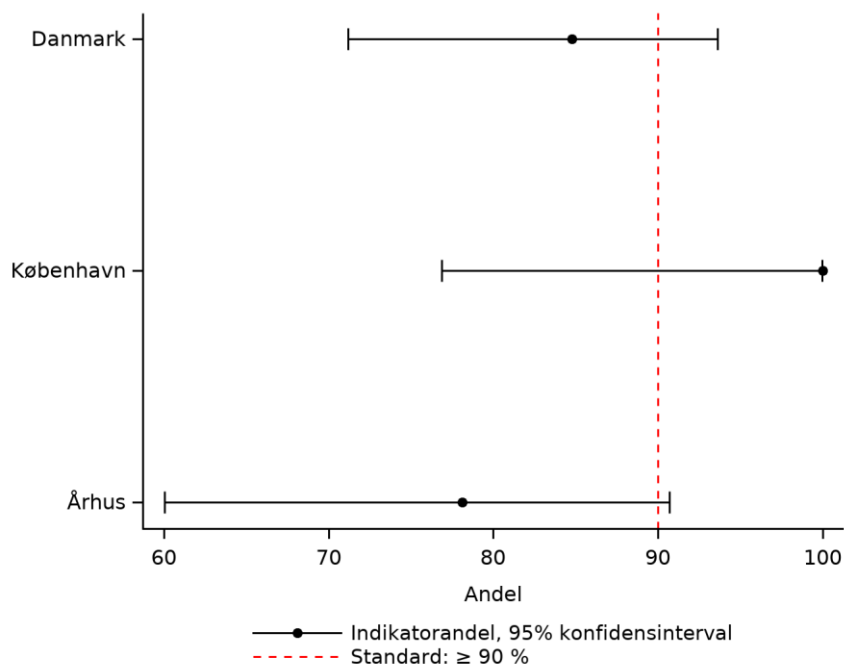
	Standard		Uoplyst antal	Aktuelle år 01.01.2021 - 31.12.2021		Tidligere år		
	≥ 90% opfyldt	Tæller/ nævner		Andel	95% CI	2020 Antal	2019 Andel	2019 Andel
Danmark	Nej	39 / 46	39 (46)	84,8	(71,1-93,7)	35 / 54	64,8	75,0
København	Ja	14 / 14	39 (74)	100,0	(76,8-100,0)	18 / 19	94,7	61,8
Århus	Nej	25 / 32	0 (0)	78,1	(60,0-90,7)	17 / 35	48,6	92,3

Tabel 15: Oversigt over antal ekskluderede eller uoplyste

	Antal	Årsag
Eksklusion:	38	Patienten har ikke en DC eller DD diagnosekode
	115	Patienten har ikke fået en operation
	11	Patienten har ikke kurativt sigte med behandling og ej heller færdig behandlet
	30	Patienten har fået recidiv inden behandling er slut
	2	Patienten dør eller forsvinder inden follow up tid
	1	Patienten har hverken bløddels- eller knogletumor (LO6_BLO=1 eller LO7_KNOG=1)
	88	Patienten har ikke malignitetsgrad Gr. 0 eller I
	16	Patienten har histologi-koden HIS_BLOD = M89363 (gastrointestinal stromal tumor)
Uoplyst:	39	Malignitetsgrad ikke udfyldt

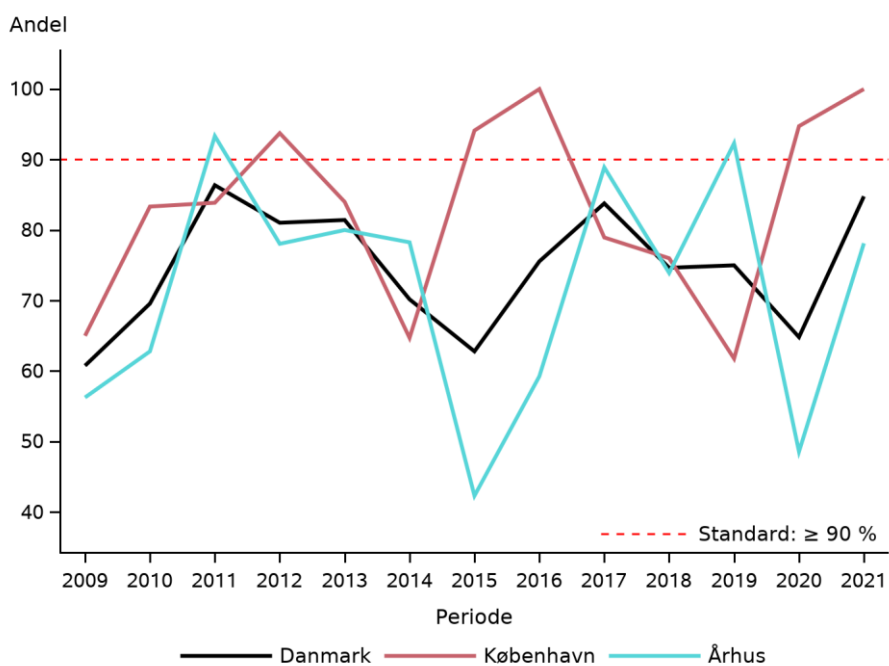
Figur 11:

Indikator 4a: Andelen af lavmaligne patienter, der kommer til første klinisk kontrol efter afsluttet behandling inden for 180 dage. Kontrolldiagram på afdelingsniveau.



Figur 12:

Indikator 4a: Andelen af lavmaligne patienter, der kommer til første klinisk kontrol efter afsluttet behandling inden for 180 dage. Trendgraf på afdelingsniveau.



Indikatorresultater

Af de i alt 46 afsluttede opererede patienter med lavmalign bløddels- eller knogletumor kom 39 til første kliniske kontrol inden for 180 dage. Standarden på $\geq 90\%$ er ikke indfriet med en andel på 84,8% for aktuelle år på landsplan. I København er andelen opfyldt med 100%, men kun fjorten forløb er registreret og 39 forløb er ikke inkluderet pga. manglende information om malignitetsgrad. I Århus ligger andelen på 78,1% med 32 registrerede forløb. Udviklingen over tid har ligget stabilt under den fastsatte standard.

Eksklusioner drejer sig om, at patienten ikke har en DC eller DD diagnosekode, har haft et atypisk eller ikke-kurativt forløb eller ikke har tilstrækkelig opfølgningstid. GIST-patienter er udeladt fra indikatoren.

Diskussion og klinisk implikation af indikatorresultater

I år er indikatoren opdelt på malignitetsgrad. Manglende information herom betyder, at patienter ikke inkluderes i beregningerne. Det absolutte antal er således lavere sammenlignet med tidligere år. Malignitetsgrad er i højere grad registreret ved patienter, som har en registreret kontroldato, end i hele patientpopulationen. På grund af indtastningsfladens opbygning er det ikke muligt at identificere patienter med manglende kontroldato uden manuel gennemgang af patienter. Igen kan den manglende opfyldelse skyldes manglende registreringer, og at det således ikke bliver registreret, at patienten kommer til kontrol. Desuden vil der for de lavmaligne tilfælde ofte være 14 dages ventetid på histologisvaret efter operation, hvorefter kontroltiden fastsættes.

Styregruppen har en fornemmelse af, at indikatoren i praksis er tæt på opfyldelse. Ved gennemgang af de patienter, der ikke opfylder standarden, kommer de fleste til kontrol højst to uger efter, der er gået 180 dage fra afsluttet behandling. Ud fra et klinisk onkologisk synspunkt er dette acceptabelt.

Vurdering af indikator

Indikatoren er relevant og 180 dage bør fastholdes som standarden, men med en accept af, at det er klinisk meningsfuldt at målet ikke nås for alle.

4b: Intermediær- eller højmaligne sarkomer inden for 120 dage

Tabel 16: Indikator 4b: Andelen af intermediær eller højmaligne patienter, der kommer til første kliniske kontrol efter afsluttet behandling inden for 120 dage

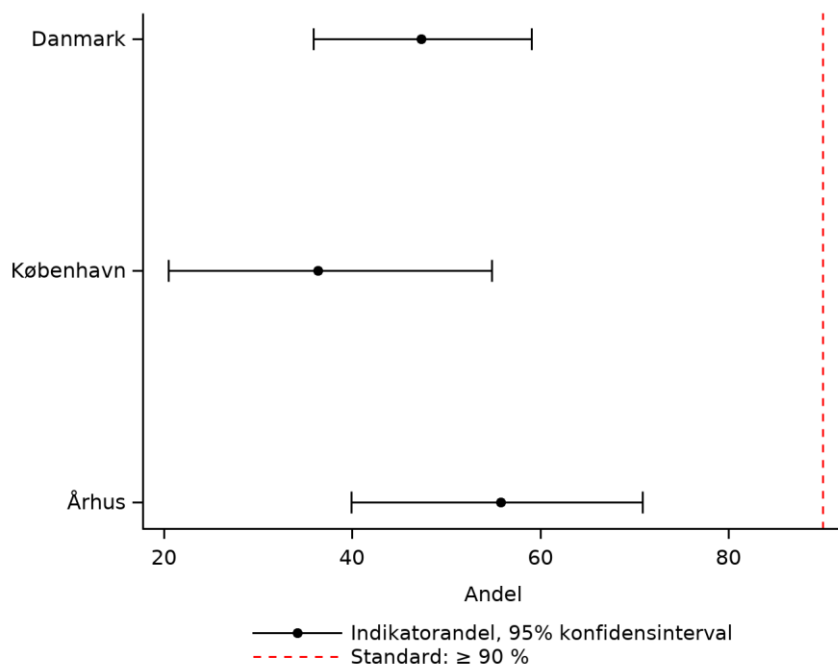
	Standard		Uoplyst	Aktuelle år		Tidligere år		
	≥ 90%	Tæller/	antal	01.01.2021 - 31.12.2021		2020	2019	
	opfyldt	nævner	(%)	Andel	95% CI	Antal	Andel	Andel
Danmark	Nej	36 / 76	41 (35)	47,4	(35,8-59,2)	30 / 68	44,1	40,2
København	Nej	12 / 33	40 (55)	36,4	(20,4-54,9)	9 / 22	40,9	40,6
Århus	Nej	24 / 43	1 (2)	55,8	(39,9-70,9)	21 / 46	45,7	39,5

Tabel 17: Oversigt over antal ekskluderede eller uoplyste

	Antal	Årsag
Eksklusion:	38	Patienten har ikke en DC eller DD diagnosekode
	56	Patienten har ikke malignitetsgrad Gr.II eller III
	115	Patienten har ikke fået en operation
	11	Patienten har ikke kurativt sigte med behandling og ej heller færdig behandlet
	30	Patienten har fået recidiv inden behandling er slut
	2	Patienten dør eller forsvinder inden follow up tid
	1	Patienten har hverken bløddels- eller knogletumor (LO6_BLO=1 eller LO7_KNOG=1)
	16	Patienten har histologi-koden HIS_BLOD = M89363 (gastrointestinal stromal tumor)
Uoplyst:	1	Patienten har ikke en dato for onkologisk behandling eller operation
	39	Malignitetsgrad ikke udfyldt
	1	Behandlingssigte er ikke udfyldt

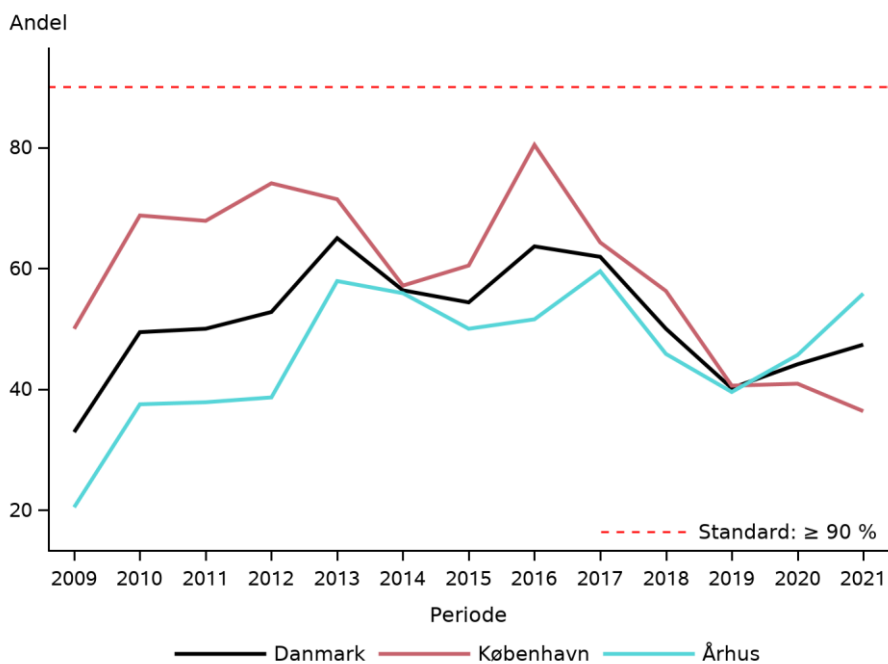
Figur 13:

Indikator 4b: Andelen af intermediær eller højmaligne patienter, der kommer til første kliniske kontrol efter afsluttet behandling inden for 120 dage. Kontrolldiagram på afdelingsniveau.



Figur 14:

Indikator 4b: Andelen af intermediær eller højmaligne patienter, der kommer til første kliniske kontrol efter afsluttet behandling inden for 120 dage. Trendgraf på afdelingsniveau.



Indikatorresultater

Af de i alt 76 afsluttede opererede patienter med intermediær- eller højmaligne bløddels- eller knogletumor kom 36 til første kliniske kontrol inden for 120 dage. Standarden på $\geq 90\%$ er ikke indfriet med en andel på 47,4% for aktuelle år på landsplan. Patienterne fordeler sig med 33 forløb i København og 43 forløb i Århus, men det bemærkes at 40 forløb og et forløb i hhv. København og Århus ikke indgår i beregningerne pga. manglende information om enten dato for onkologisk behandling eller operation, malignitetsgrad eller behandlingssigte. Andelen i København er 36,4% og i Århus 55,8%. Udviklingen over tid har ligget stabilt omkring 50%.

Eksklusioner drejer sig om, at patienten ikke har en DC eller DD diagnosekode, har haft et atypisk eller ikke-kurativt forløb eller ikke har tilstrækkelig opfølgningstid. GIST-patienter er udeladt fra indikatoren.

Diskussion og klinisk implikation af indikatorresultater

I år er indikatoren opdelt på malignitetsgrad og manglende information herom betyder, at patienter ikke inkluderes i beregningerne. Det absolutte antal er således lavere sammenlignet med tidligere år, som for indikator 4a.

Igen kan den manglende opfyldelse skyldes manglende registreringer, og at det således ikke bliver registreret at patienten kommer til kontrol. Manuel gennemgang tyder også på at beregningsalgoritmen ikke registrerer slutdatoen for primærbehandling korrekt. For omkring en tredjedel vil samme problemstilling med to ugers ventetid på histologisvar gøre sig gældende. Styregruppen har en fornemmelse af at indikatoren i praksis er tæt på opfyldelse.

Det er ikke meningsfuldt at sammenligne indikator 4a og 4b, dvs. andelen af lav- og højmaligne, der kommer til kontrol, da tallene er behæftet med stor usikkerhed pga. den manglende registrering af både malignitetsgrad og kontroldato, som også kan afhænge af netop malignitetsgraden.

Vurdering af indikator

Indikatoren er relevant og 120 dage bør fastholdes som standarden, men med en accept af, at det er klinisk meningsfuldt at målet ikke nås for alle.

Indikator 5: Recidiv inden for 5 år efter operation

Indikator 5 belyser kvaliteten i behandlingen ved at opgøre risikoen for hhv. lokalt recidiv og fjernmetastase. Populationen er patienter med bløddels- eller knogletumor, som blev opereret i perioden 1.1.2016 til 31.12.2016. Der er altså en tidsforskydning på 5 år for at sikre tilstrækkelig opfølgningstid. For indikator 5a indgår patienter også, hvis de både har lokalt recidiv og fjernmetastaser på samme tid.

5a: Lokalt recidiv

Tabel 18: Indikator 5a: Andelen af patienter, der får lokalt recidiv inden for 5 år

	Standard	Uoplyst		Aktuelle år		Tidligere år		
	≤ 20%	Tæller/	antal	01.01.2016 - 31.12.2016		2015	2014	
	opfyldt	nævner	(%)	Andel	95% CI	Antal	Andel	Andel
Danmark	Ja	29 / 180	12 (6)	16,1	(11,1-22,3)	34 / 170	20,0	24,5
København	Ja	13 / 85	9 (10)	15,3	(8,4-24,7)	14 / 75	18,7	22,8
Århus	Ja	16 / 95	3 (3)	16,8	(9,9-25,9)	20 / 95	21,1	26,2

Tabel 19: Oversigt over antal ekskluderede eller uoplyste

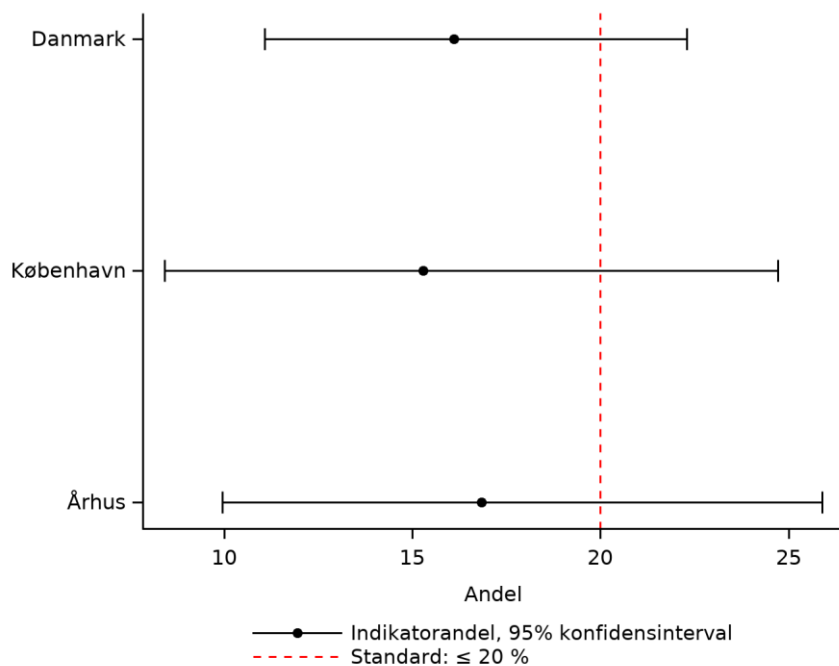
	Antal	Årsag
Eksklusion:	43	Patienten har ikke en DC diagnose
	24	Patienten har ikke kurativt sigte med behandling og ej heller færdig behandlet
	50	Patienten har skipmetastase eller fjernmetastase på operationstidspunktet
	36	Patienten dør eller forsvinder inden follow up tid
	4	Patienten har hverken bløddels- eller knogletumor (LO6_BLO=1 eller LO7_KNOG=1)
Uoplyst:	11	Operationsdato (OP1A_DATO) ikke udfyldt

Tabel 20: Indikator 5as: Andelen af patienter, der får lokalt recidiv inden for 5 år, hvor patienten har malignitetsgrad II eller III

	Standard		Uoplyst		Aktuelle år		Tidligere år		
	opfyldt	Tæller/	antal	01.01.2016 - 31.12.2016		2015	2014		
		nævner	(%)	Andel	95% CI	Antal	Andel	Andel	
Danmark		14 / 94	21 (18)	14,9	(8,4-23,7)	23 / 99	23,2	28,0	
København		5 / 38	17 (31)	13,2	(4,4-28,1)	8 / 36	22,2	26,3	
Århus		9 / 56	4 (7)	16,1	(7,6-28,3)	15 / 63	23,8	28,8	

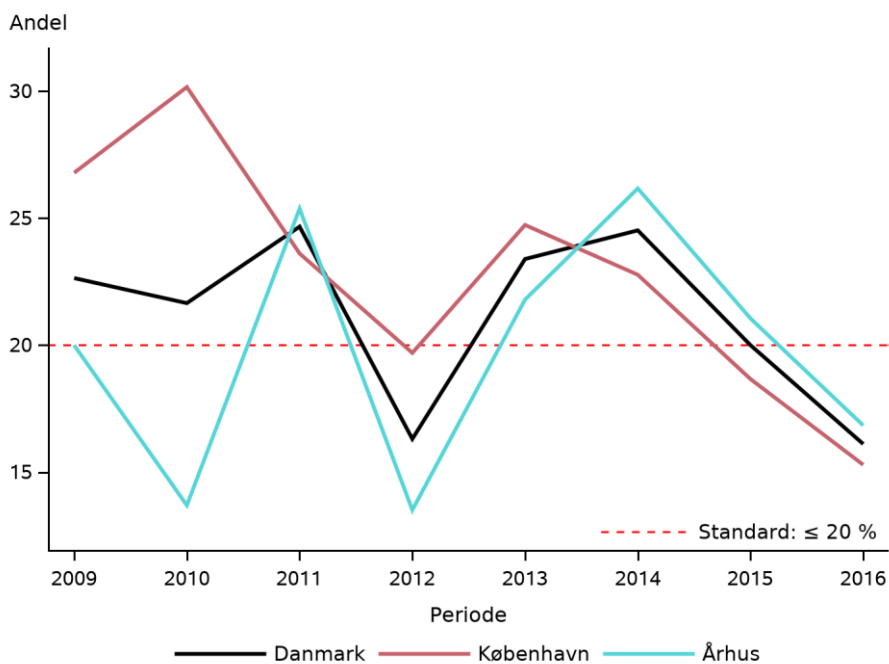
Figur 15:

Indikator 5a: Andelen af patienter, der får lokalt recidiv inden for 5 år. Kontrolldiagram på afdelingsniveau.



Figur 16:

Indikator 5a: Andelen af patienter, der får lokalt recidiv inden for 5 år. Trendgraf på afdelingsniveau.



Indikatorresultater

Af de i alt 180 opererede patienter med knogle- og bløddelstumor fik 29 lokalt recidiv inden for 5 år. Standarden på $\leq 20\%$ er således opfyldt med en andel på 16,1% for aktuelle år på landsplan. I København er andelen 15,3% og i Århus 16,8%. Udviklingen har varieret over tid, men ligget omkring standarden.

Eksklusioner drejer sig om, at patienten ikke har en DC diagnosekode, har haft et ikke-kurativt forløb eller ikke har tilstrækkelig opfølgningstid. Operationsdatoen er ikke udfyldt for elleve patienter.

I tabel 20 er indikatoren opgjort for intermediær- eller højmaligne patienter, hvilket betyder, at det absolutte antal patienter falder. I år er andelen uændret, men ville kunne forventes at ligge højere.

Diskussion og klinisk implikation af indikatorresultater

I perioden 2014 til 2016 har der været en pæn tendens til fald i recidivraten, hvilket fortsætter for aktuelle årsrapport. Der bør dog også være en opmærksomhed på eventuel manglende registrering af recidiver.

Vurdering af indikator

Indikatoren er relevant og bør bibeholdes. Styregruppen anbefaler, at indikatoren til næste år beregnes for patienter med intermediær- eller højmaligne tumorer, da recidiv i praksis kun er klinisk relevant for denne patientgruppe. Standarden fastholdes på samme niveau.

Patienter, som får recidiv indenfor 4 måneder efter sidste behandlingsdato vil fremadrettet blive ekskluderet fra indikatoren, da disse i stedet klassificeres som progression af resttumor.

5b: Fjernmetastaser

Tabel 21: Indikator 5b: Andelen af patienter, der får fjernmetastase inden for 5 år

	Standard		Uoplyst	Aktuelle år		Tidligere år		
	≤ 30%	Tæller/ nævner	antal	01.01.2016 - 31.12.2016		2015	2014	
	opfyldt		(%)	Andel	95% CI	Antal	Andel	Andel
Danmark	Ja	31 / 187	12 (6)	16,6	(11,6-22,7)	44 / 188	23,4	19,6
København	Ja	16 / 89	9 (9)	18,0	(10,6-27,5)	18 / 84	21,4	13,6
Århus	Ja	15 / 98	3 (3)	15,3	(8,8-24,0)	26 / 104	25,0	25,5

Tabel 22: Oversigt over antal ekskluderede eller uoplyste

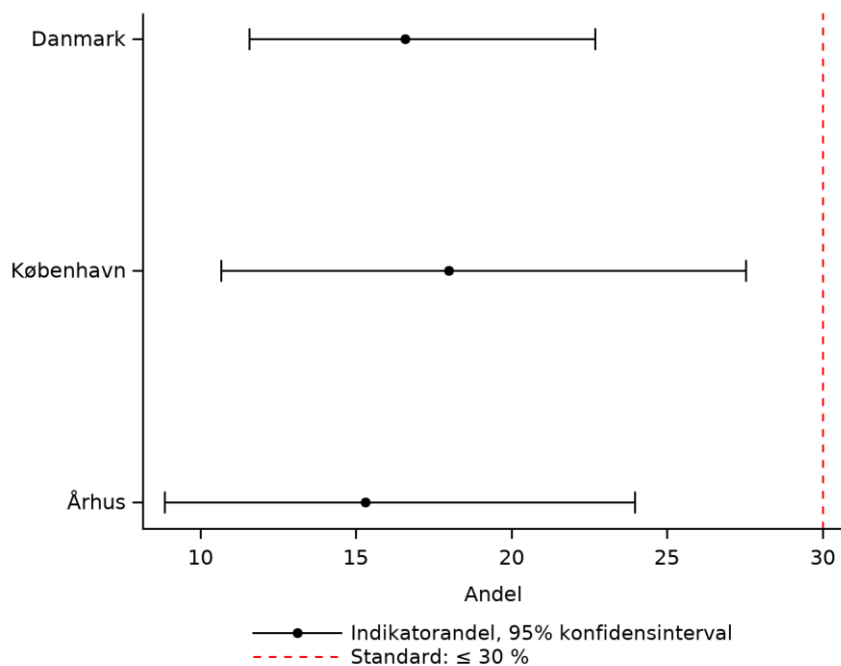
	Antal	Årsag
Eksklusion:	43	Patienten har ikke en DC diagnose
	24	Patienten har ikke kurativt sigte med behandling og ej heller færdig behandlet
	50	Patienten har skipmetastase eller fjernmetastase på operationstidspunktet
	29	Patienten dør eller forsvinder inden follow up tid
	4	Patienten har hverken bløddels- eller knogletumor (LO6_BLO=1 eller LO7_KNOG=1)
Uoplyst:	11	Operationsdato (OP1A_DATO) ikke udfyldt

Tabel 23: Indikator 5bs: Andelen af patienter, der får fjernmetastase inden for 5 år, hvor patienten har malignitetsgrad II eller III

	Standard		Uoplyst	Aktuelle år		Tidligere år		
	≤ 30%	Tæller/ nævner	antal	01.01.2016 - 31.12.2016		2015	2014	
	opfyldt		(%)	Andel	95% CI	Antal	Andel	Andel
Danmark		28 / 103	20 (16)	27,2	(18,9-36,8)	39 / 115	33,9	27,3
København		13 / 43	17 (28)	30,2	(17,2-46,1)	15 / 42	35,7	23,8
Århus		15 / 60	3 (5)	25,0	(14,7-37,9)	24 / 73	32,9	29,1

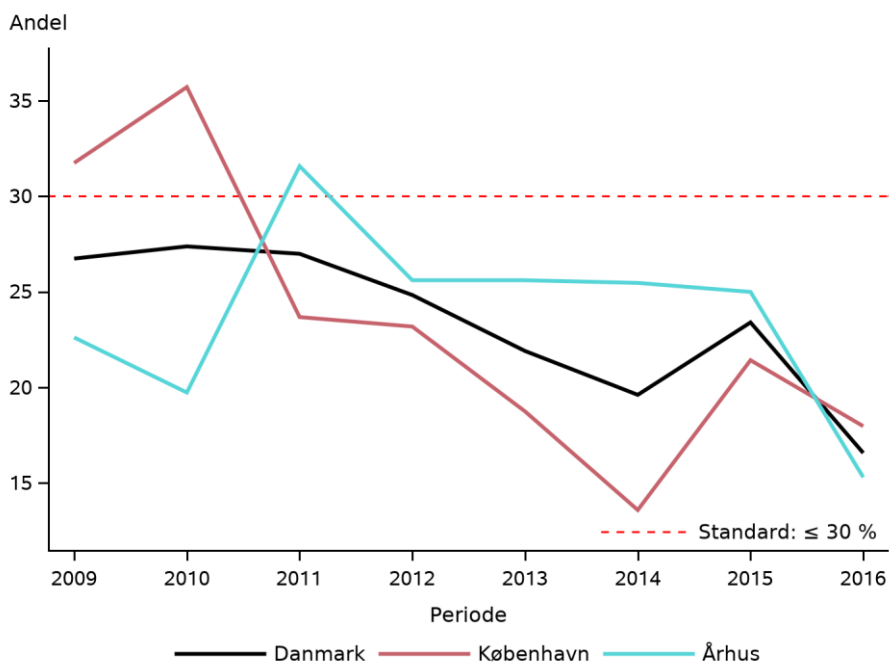
Figur 17:

Indikator 5b: Andelen af patienter, der får fjernmetastase inden for 5 år. Kontrolldiagram på afdelingsniveau.



Figur 18:

Indikator 5b: Andelen af patienter, der får fjernmetastase inden for 5 år. Trendgraf på afdelingsniveau.



Indikatorresultater

Af de i alt 187 opererede patienter med knogle- og bløddelstumorer fik 31 fjernmetastaser inden for 5 år. Standarden på $\leq 30\%$ er således opfyldt med en andel på 16,6% for aktuelle år på landsplan. I København er andelen 18,0% og i Århus 15,3%. Udviklingen viser en faldende tendens over tid.

De fleste eksklusioner er relevante og drejer sig om, at patienten ikke har en DC diagnosekode, har haft et ikke-kurativt forløb eller ikke har tilstrækkelig opfølgningstid. Operationsdatoen er ikke udfyldt for elleve patienter.

I tabel 23 er indikatoren opgjort for intermediær- eller højmaligne patienter, hvilket betyder, at det absolutte antal patienter falder og recidivandelen stiger.

Diskussion og klinisk implikation af indikatorresultater

Risikoen for fjernmetastaser indenfor 5 år efter operation i Danmark har ligget under standarden for alle år. Dog har lavmaligne tilfælde i alle årene været inkluderet. Når disse ekskluderes ligger andelen omkring standarden på 30%.

Vurdering af indikator

Indikatoren er relevant og bør bibeholdes. Styregruppen anbefaler, at indikatoren til næste år beregnes for patienter med intermediær- eller højmaligne tumorer, da recidiv i praksis kun forventes for denne patientgruppe. Standarden fastholdes på samme niveau.

Patienter, som får fjernmetastase indenfor 4 måneder efter sidste behandlingsdato vil fremadrettet blive ekskluderet fra indikatoren, da disse i stedet klassificeres som uerkendt metastasering ved diagnosetidspunktet.

4. Beskrivelse af sygdomsområdet og måling af behandlingskvalitet

Sarkomer er bindevævstumorer, som kan være lokaliseret overalt i kroppen, dog hyppigst i bevægeapparatet. Sarkomerne udgør ca. 1% af alle cancerformer og ses i alle aldersgrupper og udgør ca. 10% af alle cancerformer hos børn. Ca. 80% af de sarkomer, der er registreret i DSD, er lokaliseret i bløddelene, medens de resterende 20% er lokaliseret i knoglerne. Sarkomer klassificeres primært på basis af den histologiske undersøgelse, og der findes omkring 70 histologiske varianter. Malignitetsgraden kan være borderline, grad I, II eller III og er ligeledes baseret på det histologiske billede. Borderline og grad I tumorer metastaserer sjældent, medens det ses væsentligt hyppigere ved grad II og III.

Femårsoverlevelsen for borderline og grad I tumorer er ca. 95%, medens den for grad II (intermediærmaligne) er 50% og for grad III (højmalignt) tumorer ca. 30%.

Foruden den histologiske gradering har tumorstørrelse (for bløddele over eller under 5 cm, for knogler over eller under 8 cm), tumorlokalisering (over eller under fascie niveau, ekstremiteter eller bækken/retroperitoneum) samt alder betydning for prognosen.

Sarkomer spredt sig primært via blodet til lungerne, og spredning via lymfebanerne ses normalt kun ved ganske få histologiske varianter.

Behandlingen er primært kirurgisk, hvor man tilstræber at få en såkaldt vid margin, dvs. fjernelse af tumor med en omgivende bræmme af normalt væv. For intraabdominale sarkomer er det afgørende at have frie resektionsrande, medens egentlig vide resektioner oftest ikke er mulige pga. tumorernes nære relation til naboorganer. Ved de dybereliggende grad II og III bløddelstumorer i ekstremiteterne vil man ofte supplere den operative behandling med strålebehandling.

Kondrosarkomer i knogler kan kun behandles kirurgisk, medens knogletumorerne osteosarkom og Ewing sarkom behandles kirurgisk suppleret med kemoterapi før og efter operation.

Kemoterapi kan desuden anvendes ved enkelte andre sarkomtyper (rhabdomyosarkom, synovialt sarkom og myxoide liposarkomer). Ved Gastro Intestinal Stromal Tumor (GIST) kan neoadjuverende behandling anvendes præoperativt, såfremt radikal fjernelse af primærtumor vil være forbundet med et større potentielt mutilerende kirurgisk indgreb.

Kvalitetsindikatorerne for DSD omfatter den diagnostiske udredning, og hvorvidt afdelingerne lever op til de standarder, der er sat for evt. efterbehandling og opfølgning ved kontroller, hvorvidt man ad hensyn til radikaliteten kan undgå reoperationer, og om forekomsten af recidiver efter 5 år (lokalt og metastatisk) svarer til internationale standarder.

5. Datagrundlag

Sarkomer er som anført ret sjældne og forekommer i stort set alle anatomiske lokalisationer. Udredning og behandling foretages derfor af en lang række specialer. Behandlingen foregår ved de to sarkomcentre i København og Aarhus, hvor der ugentligt afholdes MDT-konferencer med deltagelse af de involverede diagnostiske og behandlende afdelinger.

Sarkomer blev frem til 2014 også behandlet i Odense, hvilket forklarer, at der i årsrapporten optræder tal derfra.

De to centre i København og Aarhus følger fælles retningslinjer for udredning og behandling, hvilket afspejles i flere nyudgivne kliniske retningslinjer i RKKP-regi. Databasen er indrettet, så indberetningen naturligt foretages kronologisk af den aktør, der varetager udredning/behandling på et givet tidspunkt. Fra modtagende afdeling via kirurgisk behandler, patolog, onkolog til kontrolforløb og videre til evt. recidivoplysninger. Al indberetning foregår manuelt, og det vil være et gigantisk løft for databasen, hvis indberetningen kunne foregå via de elektroniske patientjournaler. Det vil lette arbejdet, øge motivationen for brug af databasen og sikre en meget høj datakomplethed, som alt i alt vil være et kvalitetsløft, der vil kunne fremme omsætningen af data til en bedre patientbehandling.

Afdelingerne indberetter til DSD via det webbaserede inddateringssystem Sundata. Patienter oprettes i DSD ved første kontakt til sarkomcenter. Gennem udsendelse af mangellister sikres datakompletheden.

Datasættet er frosset 13.09.2022.

6. Dækningsgrad og datakomplethed

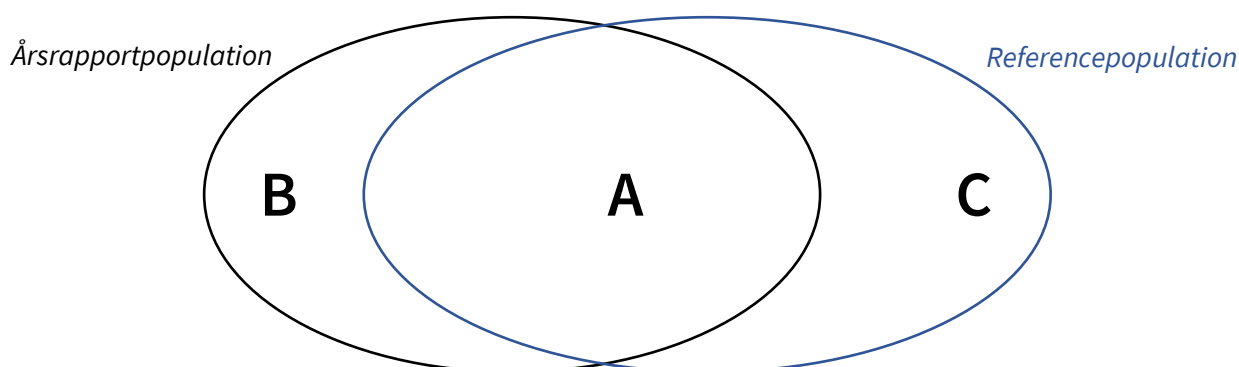
Igennem flere år har der foregået et udviklingsarbejde for at kunne beregne dækningsgraden af Dansk Sarkom Database på baggrund af centrale registre. Dette vanskeliggøres af, at det er svært at definere den heterogene patientpopulation entydigt ud fra WHO's ICD-10 klassifikation og den Danske SNOMED for Patologi. Begge klassifikationer tager udgangspunkt i lokaliseringen af tumor, men sarkomer kan i princippet optræde i alle anatomiske lokaliseringer. Derfor er det blevet besluttet at forsøge at danne referencepopulationen på baggrund af SNOMED-koder for morfologi, de såkaldte M-koder, på baggrund af et udtræk fra Landsregisteret for Patologi. Der er valgt en eksplorativ tilgang, hvor der både dannes et bredt- og snævert-defineret udtræk til manuel gennemgang for på den ene side at sikre at alle relevante patienter kommer med, men på den anden side at mindske ressourceforbruget ved manuel gennemgang.

Udtrækket afgrænses til danske CPR-numre og kun incidente tilfælde, dvs. patienten medtages kun første gang, denne har en relevant M-kode i Landsregisteret for Patologi. Desuden afgrænses datasættet til rekvireringsdatoer i gældende kalenderår. På denne måde tilstræbes det at få referencepopulationen til at afspejle årsrapportpopulationen, som medtager patienter, der har første kontakt til sarkomcenter i gældende kalenderår.

Efterfølgende ekskluderes tilfælde med inkonklusiv cancerdiagnose dvs. patienter kodet med ÆYYY00 "obs. pro", patienter med relevant M-kode, hvor 5. ciffer er et "X" eller patienter, hvor en foreløbig cancerdiagnose efterfølgende afkræftes ved sarkomcentret i forbindelse med videre udredning.

Denne population kobles med årsrapportpopulationen, hvor der vil være stort overlap (A), men også patienter, der kun optræder i årsrapportpopulationen (B) eller i Landsregisteret for Patologi (C), se Figur 19.

Figur 19: Illustration af overlap mellem årsrapportpopulationen og referencepopulationen, baseret på udtræk fra Landsregisteret for Patologi.



Dækningsgrad er den procentvise angivelse af antallet af registrerede patienter i årsrapportpopulationen ud af det samlede antal patienter, der opfylder inklusionskriterierne.

Dækningsgraden beregnes som $(A+B) / (A+B+C) \times 100\%$.

For at kunne vurdere validiteten af dækningsgradsopgørelsen suppleres med en opgørelse af overensstemmelsesgrad. Overensstemmelsesgraden er et estimat af, hvor stor en andel af patienter i årsrapportpopulationen, der kan findes i Landsregisteret for Patologi, og således en indikation på om den valgte tilgang er velegnet til at identificere de rette patienter. Hvis overensstemmelsesgraden er under 80%, vil opgørelsen af dækningsgrad typisk være behæftet med stor usikkerhed.

Overensstemmelsesgraden beregnes som $A / (A+B) \times 100\%$.

Datakompletheden i Dansk Sarkom Database af de enkelte variable vurderes til at have været faldende de seneste år og har været forsøgt sikret bl.a. gennem udsendelse af mangellister, hvor udvalgte forløb gennemgås manuelt. Dog er det ved enkelte variable på grund af indtastningsfladens opbygning ikke muligt at skelne mellem, om variabelen ikke er blevet udfyldt ved en fejl, eller om det ikke har været relevant at udfylde denne i pågældende tilfælde. Dette vil i nogen grad blive bevaret for at spare indtastningsmæssige ressourcer, men det overvejes at markere obligatoriske felter i indtastningsfladen.

7. Styregruppens medlemmer

Formænd	<p>Ninna Aggerholm Pedersen, afdelingslæge, lektor, ph.d., Kræftafdeling, Aarhus Universitetshospital, e-mail: ninnpede@rm.dk</p> <p>Michael Melchior Bendtsen, overlæge, ph.d., Ortopædkirurgisk afdeling, Aarhus Universitetshospital, e-mail: michael.bendtsen@viborg.rm.dk</p>
Styregruppemedlemmer	<p>Claus Lindkær Jensen, overlæge, ph.d., Ortopædkirurgisk afdeling, Rigshospitalet</p> <p>Kim Predbjørn Krarup, overlæge, Urologisk afdeling, Rigshospitalet</p> <p>Bodil Engelmann, afdelingslæge, ph.d., Afdeling for Kræftbehandling, Herlev Hospital</p> <p>Katja Maretty Kongstad, afdelingslæge, ph.d., Patologisk afdeling, Aarhus Universitetshospital</p> <p>Luit Penninga, overlæge, ph.d., Kirurgisk Afdeling C, Rigshospitalet</p>
RKKP	<p>Mette Lise Lousdal, epidemiolog, ph.d., e-mail: metlou@rkkp.dk</p> <p>Kelvin de la Cruz Gam-Jensen, datamanager, e-mail: kelgam@rkkp.dk</p> <p>Anne Fredsted, kontaktperson, ph.d., repræsentant for dataansvarlig myndighed, email: anfrst@rkkp.dk</p>

8. Appendiks

Først følger et afsnit om demografiske karakteristika, dernæst tumors udbredelse, typen af operation, oversigt over patologiske koder og antal strålebehandlede.

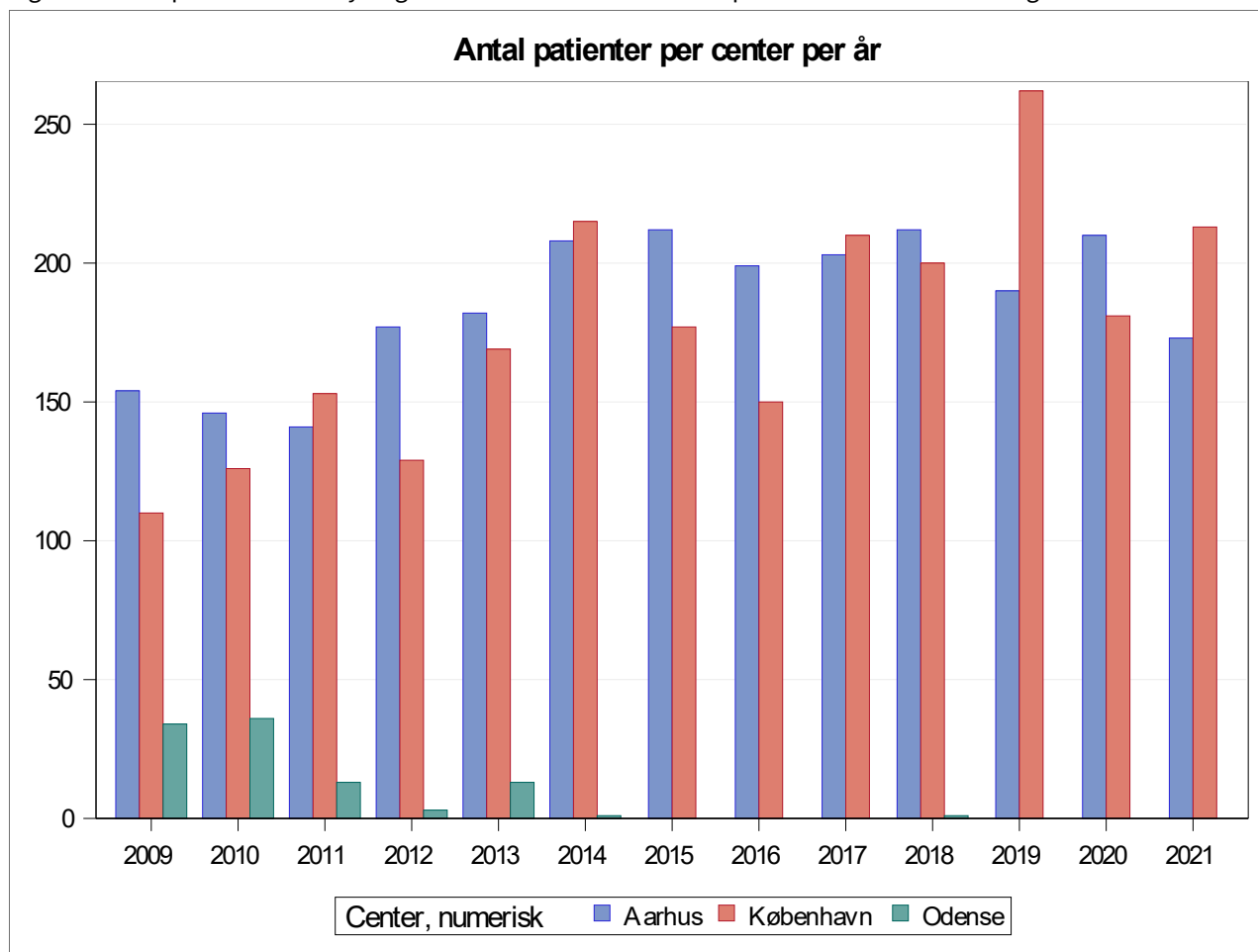
A. Demografiske karakteristika

Antal patienter

Tabel 24: Alle patienter fordelt per år for første kontakt og center siden etablering af databasen i 2009.

	<i>Aarhus</i>		<i>København</i>		<i>Odense</i>		<i>I alt</i>
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>
<i>År for første kontakt</i>							
<i>2009</i>	154	51.7	110	36.9	34	11.4	298
<i>2010</i>	146	47.4	126	40.9	36	11.7	308
<i>2011</i>	141	45.9	153	49.8	13	4.2	307
<i>2012</i>	177	57.3	129	41.7	3	1.0	309
<i>2013</i>	182	50.0	169	46.4	13	3.6	364
<i>2014</i>	208	49.1	215	50.7	#	0.2	424
<i>2015</i>	212	54.5	177	45.5	.	.	389
<i>2016</i>	199	57.0	150	43.0	.	.	349
<i>2017</i>	203	49.2	210	50.8	.	.	413
<i>2018</i>	212	51.3	200	48.4	#	0.2	413
<i>2019</i>	190	42.0	262	58.0	.	.	452
<i>2020</i>	210	53.7	181	46.3	.	.	391
<i>2021</i>	173	44.8	213	55.2	.	.	386
<i>Total</i>	2.407	50.1	2.295	47.8	101	2.1	4803

Figur 20: Antal patienter med nydiagnosticeret sarkom inkluderet på årsbasis siden etablering af databasen i 2009.



Kommentar: Det ses, at der frem til 2014 var en let stigning i antallet af sarkompatienter, hvilket formentlig skyldes, at det i de første år i vid udstrækning overvejende var patienter med sarkom i bevægeapparatet, der blev indberettet. Siden har antallet været nogenlunde konstant, dog med en stigning i København i 2019, der ikke kan genfindes i 2020.

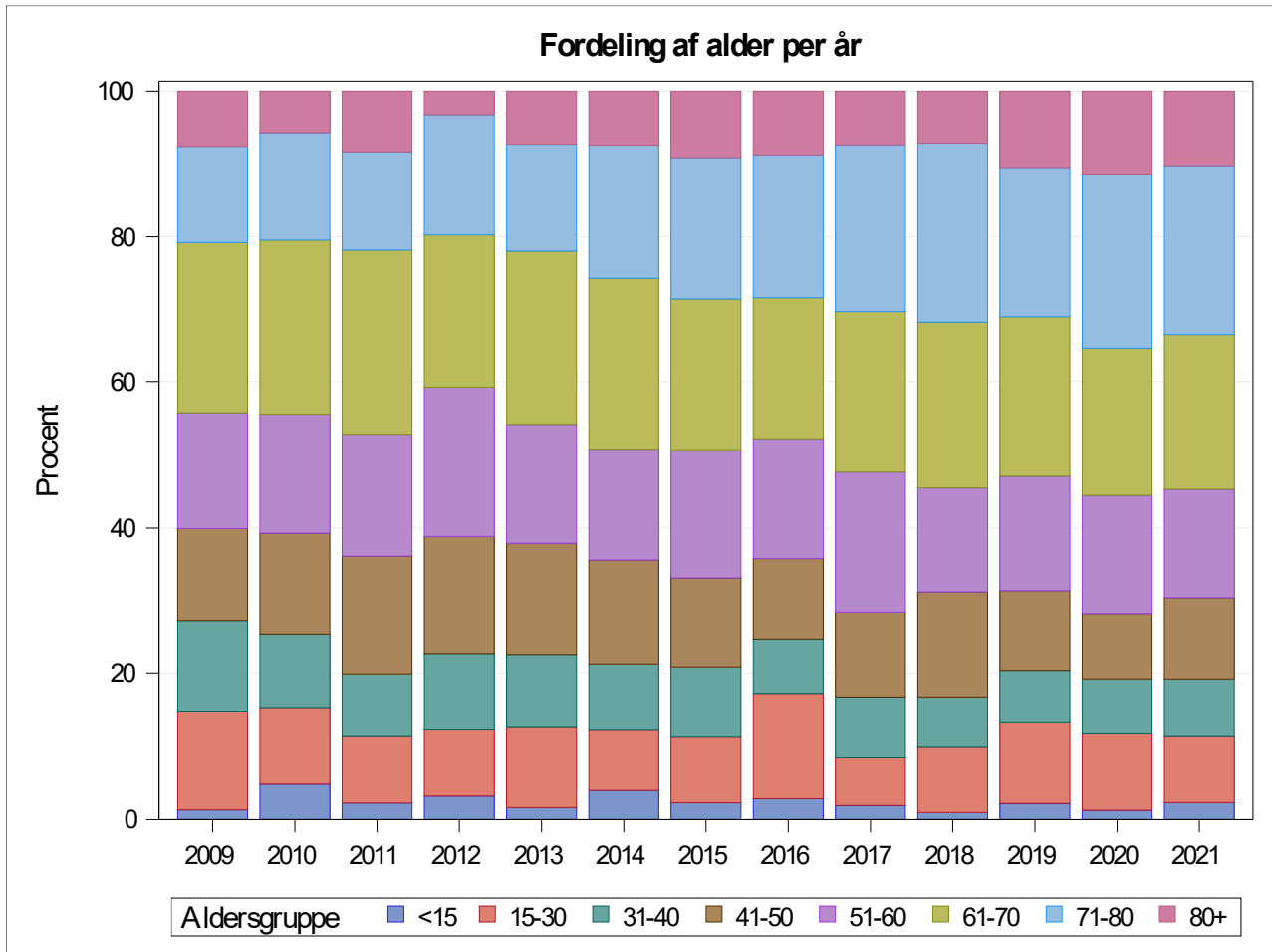
Kønsfordeling

Tabel 25: Kønsfordeling for den samlede patientpopulation, 2009-2021.

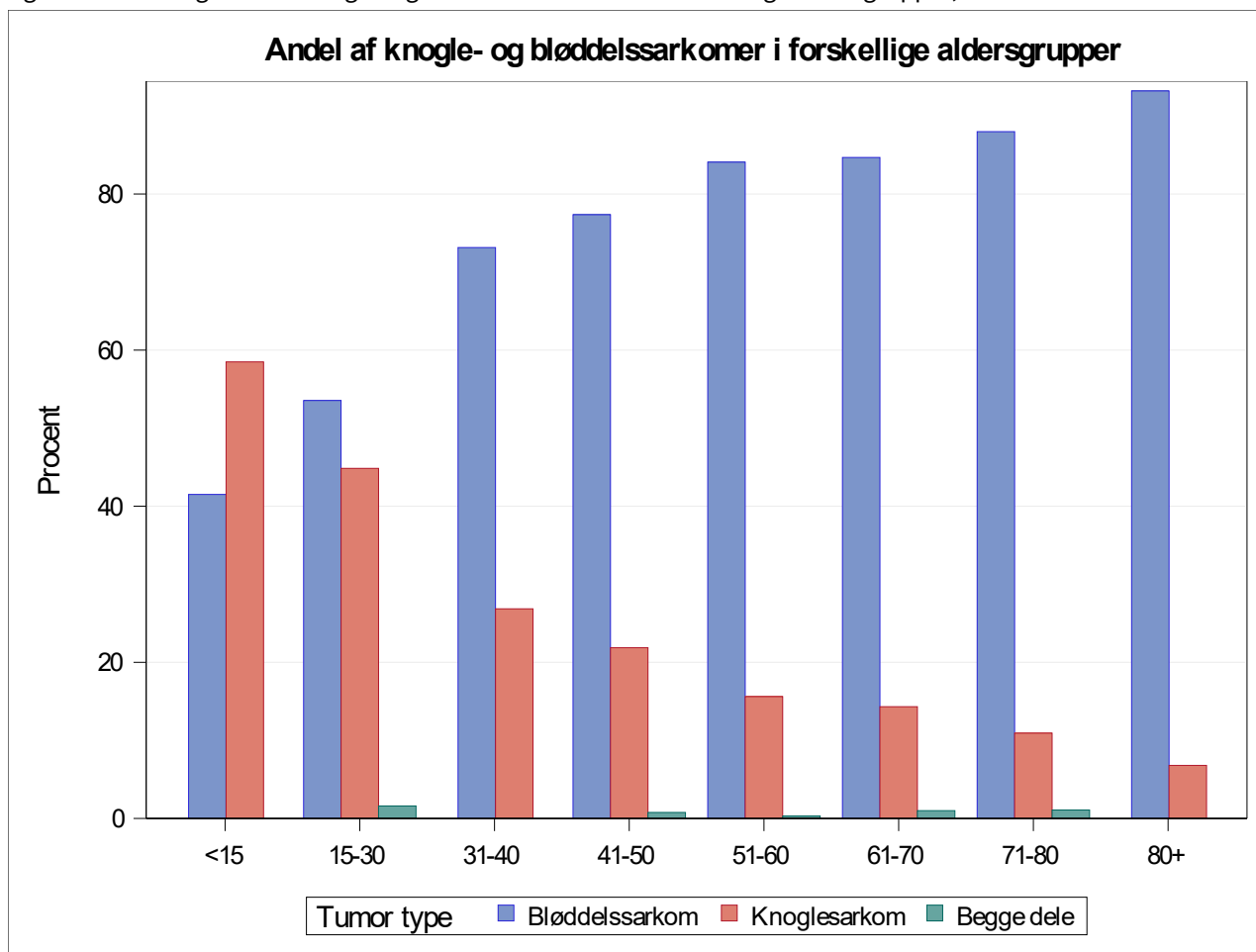
	Aarhus		København		Odense		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Køn								
Kvinde	1.171	48.6	1.181	51.5	33	32.7	2.385	49.7
Mand	1.236	51.4	1.114	48.5	68	67.3	2.418	50.3
Total	2.407	100.0	2.295	100.0	101	100.0	4.803	100.0

Aldersfordeling

Figur 21: Aldersfordeling over tid for den samlede patientpopulation, 2009-2021.



Figur 22: Fordeling mellem knogle- og bløddelssarkomer i de forskellige aldersgrupper, 2009-2021.



Kommentar: Af figuren og de nedenstående tabeller fremgår det, at knoglesarkom primært optræder i de yngre aldersgrupper, mens bløddelssarkomer er hyppigst i de ældre aldersgrupper.

Tabel 26: Aldersfordeling for patienter med bløddelstumor.

	<i>Aarhus</i>		<i>København</i>		<i>Odense</i>		Total	
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Alders grupper								
<i><15</i>	31	1.8	11	0.8	#	2.2	44	1.4
<i>15-30</i>	121	7.0	108	7.9	5	5.5	234	7.3
<i>31-40</i>	132	7.6	121	8.9	3	3.3	256	8.0
<i>41-50</i>	202	11.7	189	13.8	12	13.2	403	12.7
<i>51-60</i>	319	18.5	211	15.4	14	15.4	544	17.1
<i>61-70</i>	395	22.9	337	24.7	31	34.1	763	24.0
<i>71-80</i>	369	21.4	263	19.2	20	22.0	652	20.5
<i>80+</i>	157	9.1	127	9.3	4	4.4	288	9.0
Total	1.726	100.0	1.367	100.0	91	100.0	3.184	100.0

Tabel 27: Aldersfordeling for patienter med knogletumor.

	<i>Aarhus</i>		<i>København</i>		<i>Odense</i>		Total	
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Alders grupper								
<i><15</i>	36	7.8	26	7.9	.	.	62	7.8
<i>15-30</i>	110	23.8	86	26.0	.	.	196	24.6
<i>31-40</i>	59	12.7	35	10.6	.	.	94	11.8
<i>41-50</i>	76	16.4	38	11.5	.	.	114	14.3
<i>51-60</i>	62	13.4	39	11.8	.	.	101	12.7
<i>61-70</i>	65	14.0	63	19.0	#	25.0	129	16.2
<i>71-80</i>	46	9.9	32	9.7	#	75.0	81	10.2
<i>80+</i>	9	1.9	12	3.6	.	.	21	2.6
Total	463	100.0	331	100.0	4	100.0	798	100.0

Tabel 28: Alder ved første kontakt til sarkomcenter.

	<i>Alder ved første kontakt</i>													
	2009		2010		2011		2012		2013		2014		2015	
	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%
<i>Alders grupper</i>														
<15	4	1.3	15	4.9	7	2.3	10	3.2	6	1.6	17	4.0	9	2.3
15-30	40	13.4	32	10.4	28	9.1	28	9.1	40	11.0	35	8.3	35	9.0
31-40	37	12.4	31	10.1	26	8.5	32	10.4	36	9.9	38	9.0	37	9.5
41-50	38	12.8	43	14.0	50	16.3	50	16.2	56	15.4	61	14.4	48	12.3
51-60	47	15.8	50	16.2	51	16.6	63	20.4	59	16.2	64	15.1	68	17.5
61-70	70	23.5	74	24.0	78	25.4	65	21.0	87	23.9	100	23.6	81	20.8
71-80	39	13.1	45	14.6	41	13.4	51	16.5	53	14.6	77	18.2	75	19.3
80+	23	7.7	18	5.8	26	8.5	10	3.2	27	7.4	32	7.5	36	9.3
Total	298	100.0	308	100.0	307	100.0	309	100.0	364	100.0	424	100.0	389	100.0

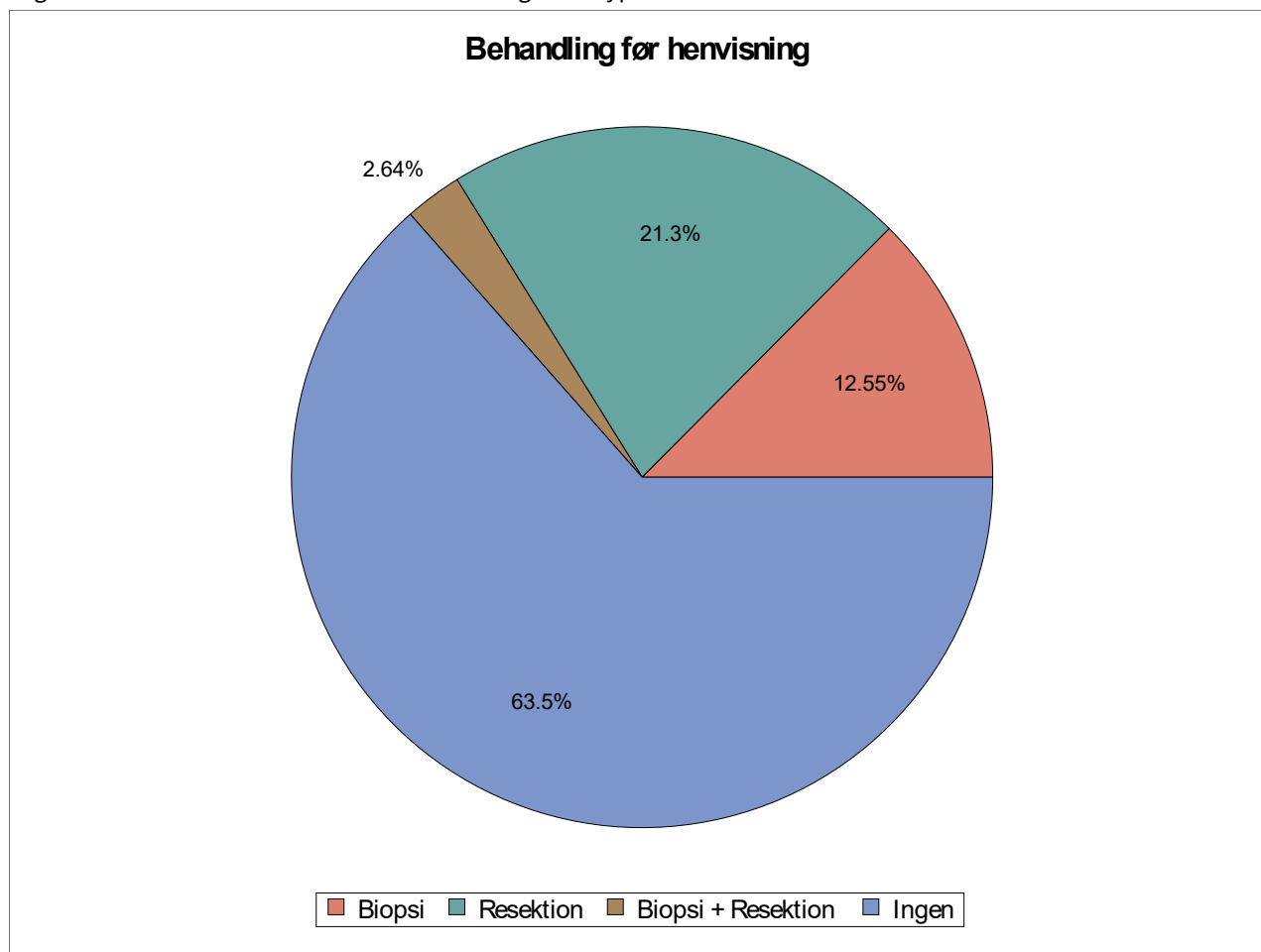
	<i>Alder ved første kontakt</i>													
	2016		2017		2018		2019		2020		2021		<i>I alt</i>	
	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%
<i>Alders grupper</i>														
<15	10	2.9	8	1.9	4	1.0	10	2.2	5	1.3	9	2.3	114	2.4
15-30	50	14.3	27	6.5	37	9.0	50	11.1	41	10.5	35	9.1	478	10.0
31-40	26	7.4	34	8.2	28	6.8	32	7.1	29	7.4	30	7.8	416	8.7
41-50	39	11.2	48	11.6	60	14.5	50	11.1	35	9.0	43	11.1	621	12.9
51-60	57	16.3	80	19.4	59	14.3	71	15.7	64	16.4	58	15.0	791	16.5
61-70	68	19.5	91	22.0	94	22.8	99	21.9	79	20.2	82	21.2	1.068	22.2
71-80	68	19.5	94	22.8	101	24.5	92	20.4	93	23.8	89	23.1	918	19.1
80+	31	8.9	31	7.5	30	7.3	48	10.6	45	11.5	40	10.4	397	8.3
Total	349	100.0	413	100.0	413	100.0	452	100.0	391	100.0	386	100.0	4.803	100.0

Behandling før henvisning

Tabel 29: Andelen af patienter, der har fået behandling før henvisning til sarkomcenter, 2009-2021.

	Aarhus		København		Odense		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Behandling før henvisning								
Ja	950	39.5	780	34.0	43	42.6	1.773	36.9
Nej	1.457	60.5	1.515	66.0	58	57.4	3.030	63.1
Total	2.407	100.0	2.295	100.0	101	100.0	4.803	100.0

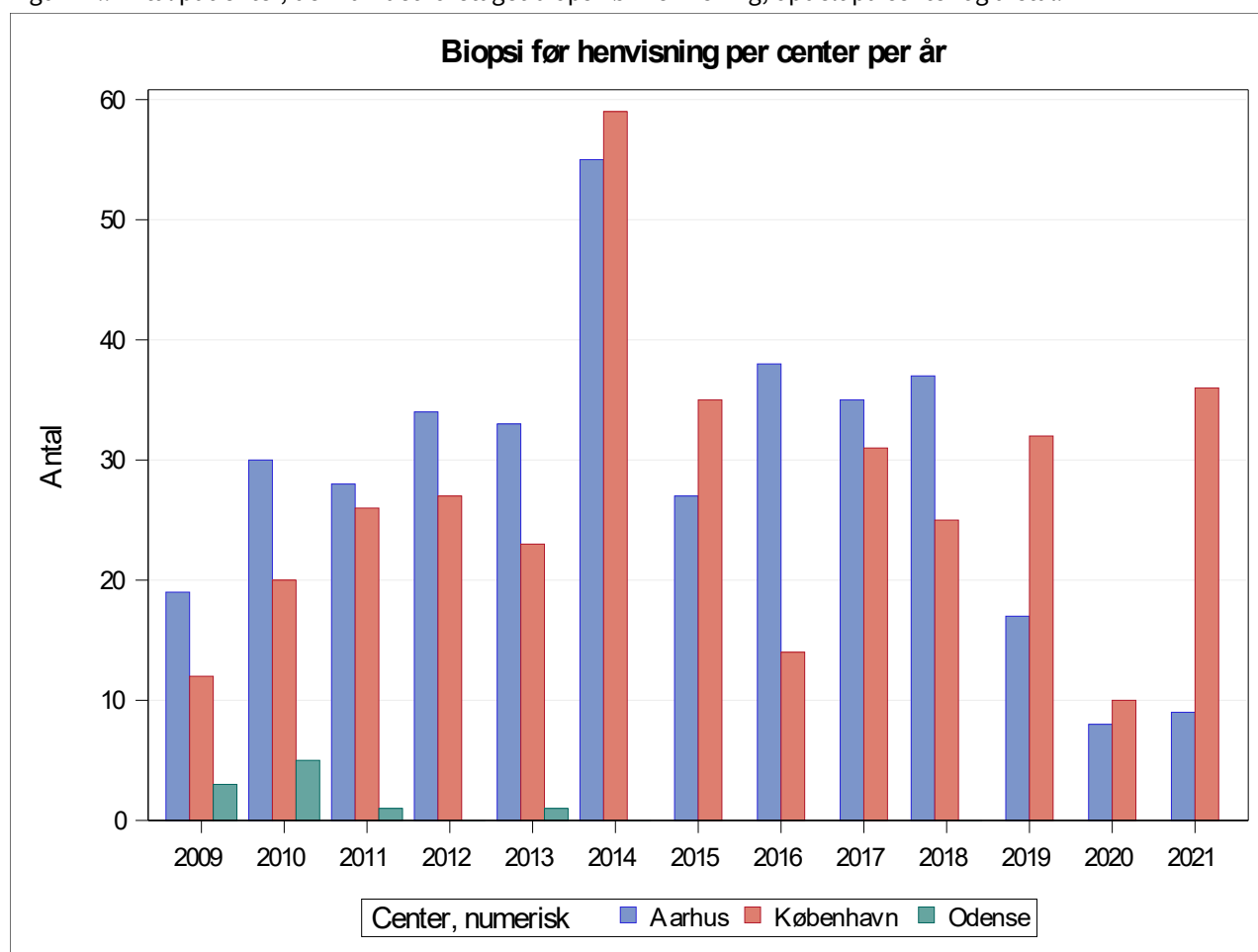
Figur 23: Andelen af behandlede før henvisning samt typen.



Tabel 30: Andel af de patienter, der er behandlet før henvisning, der har fået foretaget biopsi.

	Aarhus		København		Odense		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Biopsi								
Ja	363	38.2	335	42.9	10	23.3	708	39.9
Nej	587	61.8	445	57.1	33	76.7	1.065	60.1
Total	950	100.0	780	100.0	43	100.0	1.773	100.0

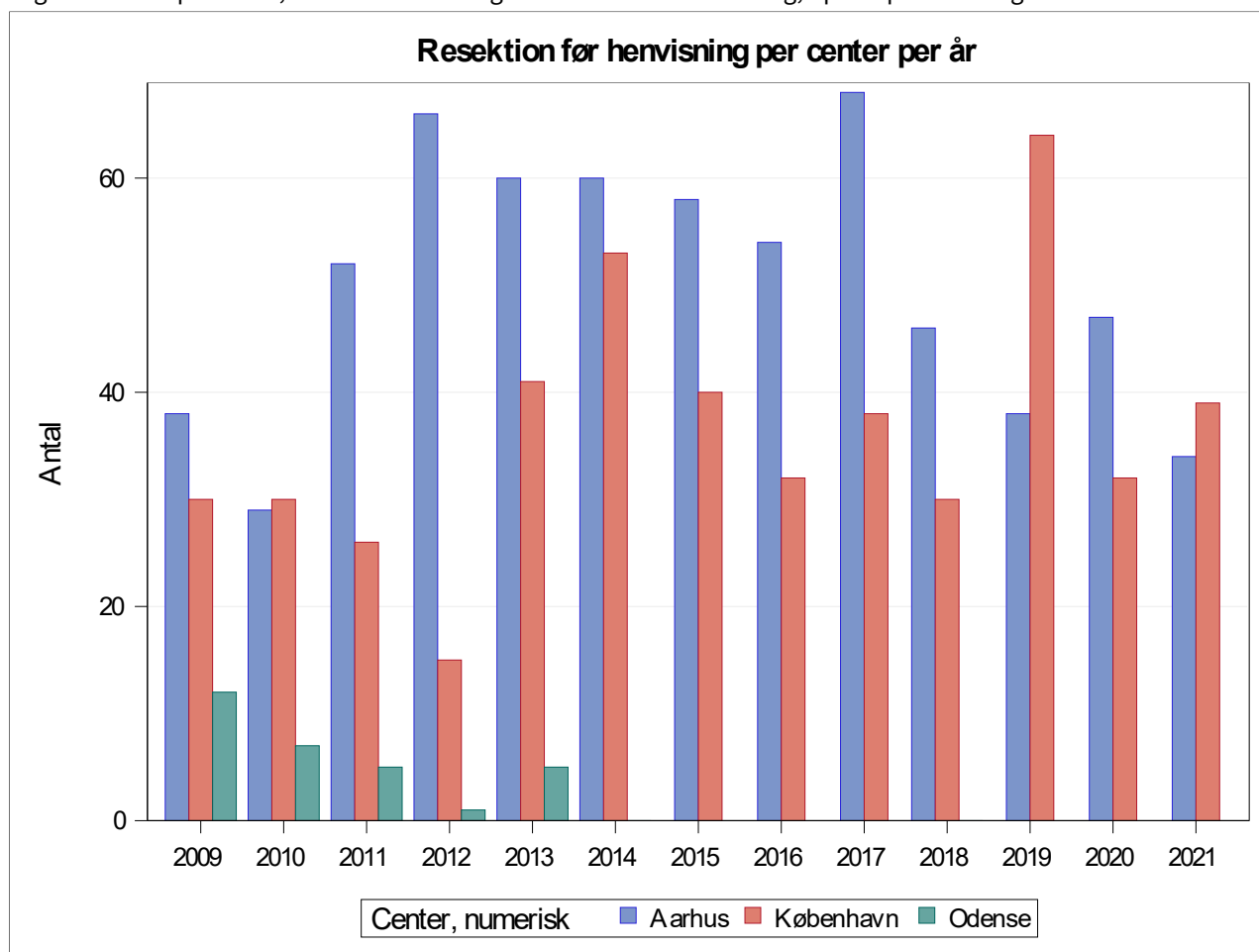
Figur 24.: Antal patienter, der har fået foretaget biopsi før henvisning, opdelt på center og årstal.



Tabel 31: Andel af de patienter, der er behandlet før henvisning, som har fået foretaget resektion af tumor.

	Aarhus		København		Odense		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Resektion								
Ja	639	67.3	456	58.5	30	69.8	1.125	63.5
Nej	311	32.7	324	41.5	13	30.2	648	36.5
Total	950	100.0	780	100.0	43	100.0	1.773	100.0

Figur 25: Antal patienter, der har fået foretaget resektion før henvisning, opdelt på center og årstal.



Tabel 32: Malignitetsgrad for patienter som har fået foretaget resektion før henvisning, 2009-2021.

	<i>N</i>	<i>%</i>
<i>Malignitetsgrad</i>		
<i>Gr.0 og borderline</i>	85	7.6
<i>Lav</i>	229	20.4
<i>Intermediær</i>	232	20.6
<i>Høj</i>	314	27.9
<i>Ikke klassificerebar</i>	59	5.2
<i>Missing</i>	206	18.3
Total	1.125	100.0

Kommentar: Figur 24 og Figur 25 viser antal og ikke andele. Antal patienter i alt har svinget næsten tilsvarende, og andelen der får biopsi eller resektion før henvisning kan således ikke vurderes af disse figurer uden at inddrage det samlede antal. Af Tabel 32 fremgår det, at det ikke som forventet kun er lavmaligne tumorer (forventeligt små, superfascielt beliggende tumorer), men også højmaligne tumorer, der er resekeret.

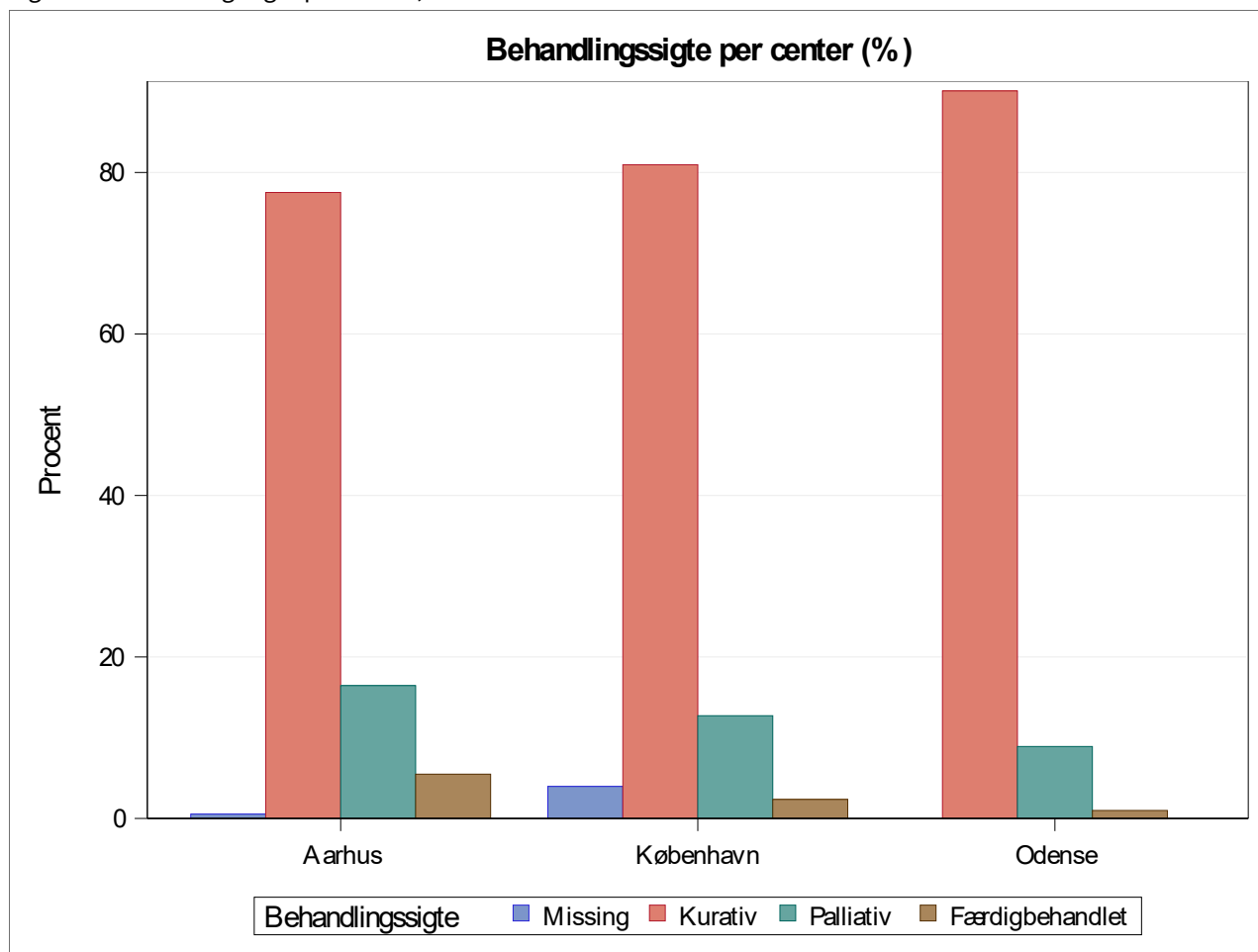
Behandlingsigte

Tabel 33: Behandlingsigte fordelt på center, 2009-2021.

	<i>Aarhus</i>		<i>København</i>		<i>Odense</i>		<i>Total</i>	
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
<i>Behandlingsigte</i>								
<i>Kurativ</i>	1.866	77.5	1.858	81.0	91	90.1	3.815	79.4
<i>Palliativ</i>	396	16.5	292	12.7	#	8.9	697	14.5
<i>Færdigbehandlet</i>	132	5.5	54	2.4	#	1.0	187	3.9
<i>Missing</i>	13	0.5	91	4.0	.	.	104	2.2
<i>Total</i>	2.407	100.0	2.295	100.0	101	100.0	4.803	100.0

Kommentar: 14% af alle nyhenviste sarkopatients vurderes ikke at kunne tilbydes kurativ behandling, primært pga. spredning af tumor på diagnosetidspunktet, men i flere tilfælde også fordi tumor ikke er reseceerbar. Kategorien "Færdigbehandlet" er patienter, der er radikalt opereret inden henvisning til sarkomcenter, og som ikke skal have nogen adjuverende behandling. Det drejer sig primært om lavmaligne, subkutane tumorer. "Missing" betyder, at behandlingsigtet var uoplyst for de pågældende patienter.

Figur 26: Behandlingsigte per center, 2009-2021.



B. Udbredelse

Lokalrecidiv og metastaser

Tabel 34: Fordelingen af tumortype og kirurgisk margin blandt opererede patienter med bløddels- eller knogletumor, som har fået lokalrecidiv inden for 5 år fra operation, 2009-2016.

	Center		
	<i>Aarhus</i>	<i>København</i>	<i>Odense</i>
<i>Tumor type</i>			
<i>Missing</i>	#	13	0
<i>Bløddelssarkom</i>	105	90	12
<i>Knoglesarkom</i>	27	33	#
<i>Begge dele</i>	0	#	0
<i>Kirurgisk margin</i>			
<i>Missing</i>	11	27	#
<i>Radikalt</i>	7	6	3
<i>Vid</i>	60	30	3
<i>Marginal</i>	17	38	6
<i>Intralæsionel</i>	39	36	0

Kommentar: Fra årsrapporten 2020 er subpopulationen ændret, så den svarer til populationskriterierne for indikator 5a, der opgør lokalt recidiv inden for 5 år fra operation.

Fordeling af bløddels- og knogletumorer

Tabel 35: Bløddelssarkomer og knoglesarkomer blandt kurative patienter, 2009-2021.

	<i>Bløddelssarkom</i>		<i>Knoglesarkom</i>		<i>Begge dele</i>		<i>Missing</i>		<i>Total</i>
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>
År									
2009	203	78.7	49	19.0	#	0.4	5	1.9	258
2010	190	74.2	58	22.7	#	0.4	7	2.7	256
2011	191	77.0	50	20.2	.	.	7	2.8	248
2012	160	70.2	52	22.8	#	0.4	15	6.6	228
2013	206	71.3	57	19.7	.	.	26	9.0	289
2014	230	68.9	64	19.2	.	.	40	12.0	334
2015	220	71.4	46	14.9	.	.	42	13.6	308
2016	177	61.9	76	26.6	.	.	33	11.5	286
2017	227	69.4	42	12.8	6	1.8	52	15.9	327
2018	191	59.1	61	18.9	#	0.6	69	21.4	323
2019	194	55.1	68	19.3	.	.	90	25.6	352
2020	181	59.9	45	14.9	3	1.0	73	24.2	302
2021	210	69.1	52	17.1	5	1.6	37	12.2	304
Total	2.580	67.6	720	18.9	19	0.5	496	13.0	3.815

Kommentar: Der har i 2020 været markant færre knogletumorer end i tidligere år. Vi har ikke nogen forklaring på dette.

Tabel 36: Bløddelssarkomer og knoglesarkomer blandt palliative patienter, 2009-2021.

	<i>Bløddelssarkom</i>		<i>Knoglesarkom</i>		<i>Begge dele</i>		<i>Missing</i>		<i>Total</i>
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>
År									
2009	18	78.3	#	8.7	#	4.3	#	8.7	23
2010	31	81.6	5	13.2	.	.	#	5.3	38
2011	33	80.5	5	12.2	.	.	3	7.3	41
2012	43	81.1	5	9.4	#	1.9	4	7.5	53
2013	42	68.9	8	13.1	#	3.3	9	14.8	61
2014	60	76.9	9	11.5	#	2.6	7	9.0	78
2015	25	43.1	#	3.4	.	.	31	53.4	58
2016	32	69.6	4	8.7	.	.	10	21.7	46
2017	31	50.0	4	6.5	.	.	27	43.5	62
2018	26	48.1	6	11.1	.	.	22	40.7	54
2019	25	41.0	14	23.0	#	1.6	21	34.4	61
2020	26	42.6	#	1.6	#	1.6	33	54.1	61
2021	33	54.1	6	9.8	#	1.6	21	34.4	61
Total	425	61.0	71	10.2	9	1.3	192	27.5	697

Tabel 37: Fordelingen af bløddelstumor for hvert center i perioden, 2009-2021.

	Aarhus		København		Odense		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Bløddelstumor								
<i>Subcutan</i>	461	26.7	420	30.7	46	50.5	927	29.1
<i>Subfasciel</i>	1.056	61.2	898	65.7	45	49.5	1.999	62.8
<i>Andet</i>	209	12.1	49	3.6	.	.	258	8.1
Total	1.726	100.0	1.367	100.0	91	100.0	3.184	100.0

Kommentar: Sarkomer er overvejende lokaliseret i bevægeapparatet og thorax væggen, og som sådan er de fleste lokaliseret subkutant eller subfascielt. Denne registrering er vigtig, da lokalisationen har betydning for prognosen. Ved retroperitoneale, viscerale og intrathorakale tumorer, giver denne skelnen mellem subkutan og subfasciel dog ikke væsentlig mening, hvorfor vi 2015 indførte muligheden "Andet" til brug for disse patienter. Dette afspejler sig i det lave antal i denne rubrik, som ret beset nok burde deles op i før og efter 2015.

Samlet set er omkring 30% af alle sarkomer overfladisk subcutant beliggende, medens resten er dybt beliggende subfascielt. Analysen inkluderer ud over sarkomer også DD diagnoser.

Tumorstørrelse og malignitetsgrad

Tabel 38: Tumorstørrelse, bløddelssarkomer 2009-2021.

Bløddelstumor	Kurativ		Palliativ		Færdigbehandlet*		Missing		I alt	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Tumor størrelse cm										
<i>[0;2]</i>	556	21.6	98	23.1	48	39.3	6	10.5	708	22.2
<i>]2;5]</i>	730	28.3	50	11.8	32	26.2	3	5.3	815	25.6
<i>]5;10]</i>	670	26.0	125	29.4	20	16.4	13	22.8	828	26.0
<i>]10;15]</i>	334	12.9	78	18.4	6	4.9	10	17.5	428	13.4
<i>]15;∞[</i>	290	11.2	74	17.4	16	13.1	25	43.9	405	12.7
Total	2.580	100.0	425	100.0	122	100.0	57	100.0	3.184	100.0

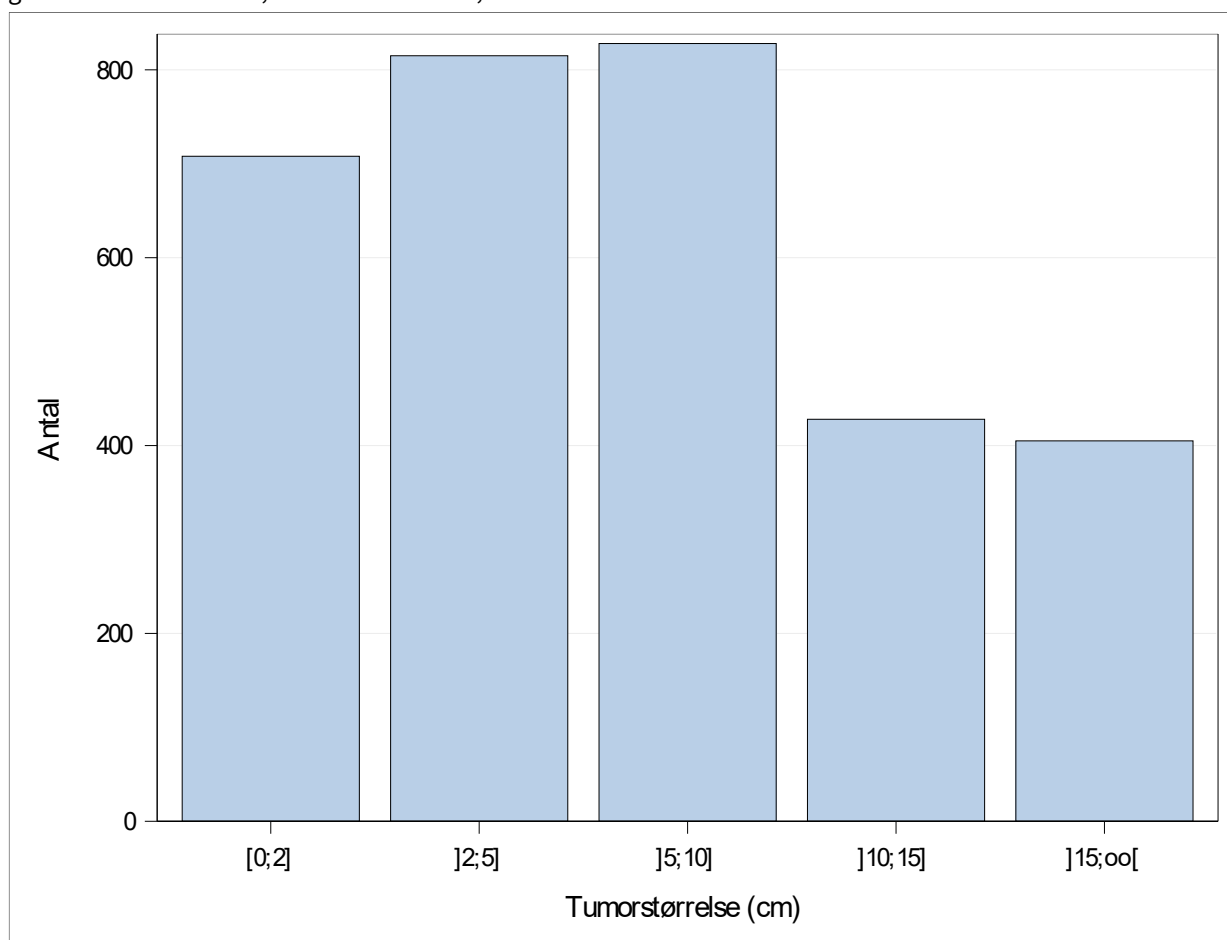
* *Færdigbehandlet* betyder at patienten ved henvisning til sarkomcenter, allerede er tilstrækkeligt behandlet og kan gå direkte ind i et kontrolforløb

Kommentar: Blandt patienter, der tilbydes kurativ behandling er der relativt flere små end store tumorer, medens det fordeler sig mere jævnt hos de patienter, der allerede ved første kontakt til sarkomcenter måtte betragtes som palliative. Dog er det bemærkelsesværdigt, at der er relativt mange palliative patienter med helt små tumorer.

Tabel 39: Tumorstørrelse, bløddelssarkomer 2009-2021, fordelt på center.

Diameter (cm)		År												
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Aarhus	Mean	8.08	7.35	7.01	8.31	7.92	7.53	8.08	7.79	7.97	7.82	8.52	7.95	7.62
	Std	8.60	7.20	7.38	10.44	6.40	6.68	6.40	8.82	9.56	7.37	8.32	7.65	6.40
København	Mean	9.14	11.40	10.25	18.87	12.34	8.97	6.26	5.97	8.15	6.59	6.19	7.75	6.22
	Std	11.07	15.57	16.84	33.18	21.53	10.31	5.89	5.95	8.36	6.25	6.35	6.10	5.33
Odense	Mean	9.45	10.24	8.15	6.67	13.10	6.00	.	.	.	.	.	.	.
	Std	6.10	6.02	5.96	4.16	13.17	.	.	.	.	.	.	.	.

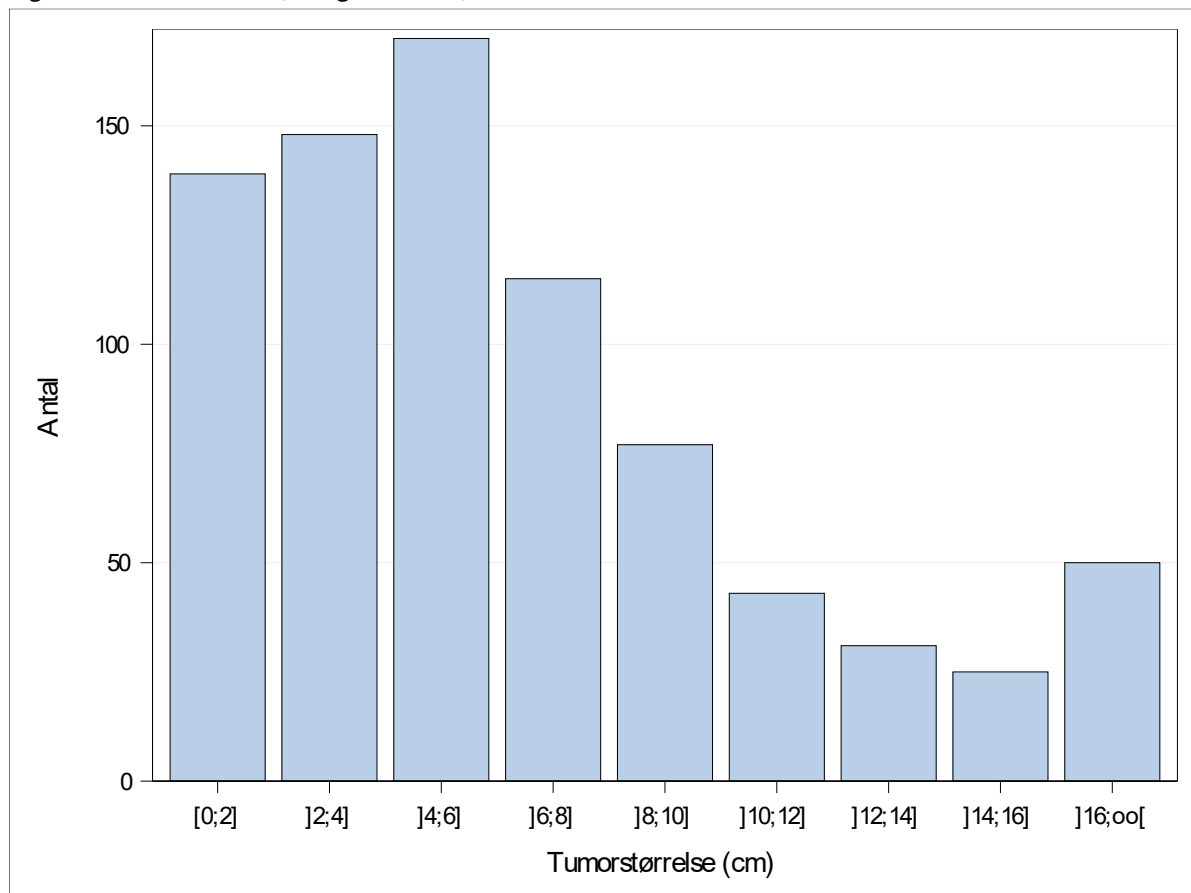
Figur 27: Tumorstørrelse, bløddelssarkomer, 2009-2021.



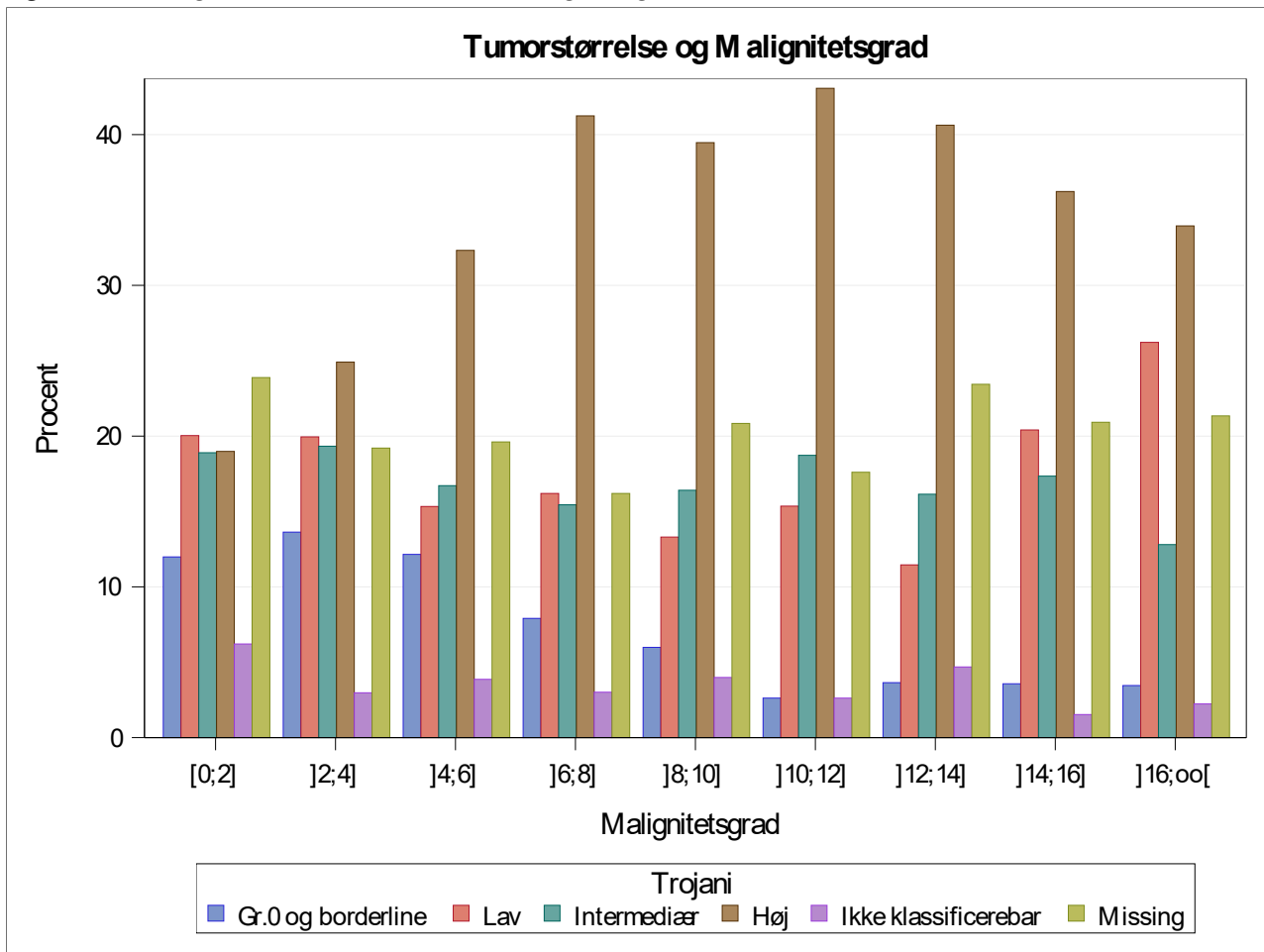
Tabel 40: Tumorstørrelse, knogletumorer 2009-2021.

Knogletumorer	Kurativ		Palliativ		Færdigbehandlet		Missing		I alt	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Tumor størrelse cm										
[0;2]	118	16.4	20	28.2	#	20.0	.	.	139	17.4
]2;4]	141	19.6	5	7.0	#	40.0	.	.	148	18.5
]4;6]	164	22.8	6	8.5	.	.	.	.	170	21.3
]6;8]	108	15.0	7	9.9	.	.	.	.	115	14.4
]8;10]	69	9.6	7	9.9	#	20.0	.	.	77	9.6
]10;12]	33	4.6	10	14.1	.	.	.	.	43	5.4
]12;14]	27	3.8	3	4.2	.	.	#	50.0	31	3.9
]14;16]	20	2.8	5	7.0	.	.	.	.	25	3.1
]16;oo[	40	5.6	8	11.3	#	20.0	#	50.0	50	6.3
Total	720	100.0	71	100.0	5	100.0	#	100.0	798	100.0

Figur 28: Tumorstørrelse, knogletumorer, 2009-2021.



Figur 29: Fordeling af tumorstørrelse i forhold til malignitetsgrad



Tabel 41: Fordeling af malignitetsgrad for bløddelstumoror.

	Malignitetsgrad													
	<i>Gr.0 og borderline</i>		<i>Lav</i>		<i>Intermediær</i>		<i>Høj</i>		<i>Ikke klassificerebar</i>		<i>Missing</i>		Total	
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Tumor størrelse cm														
<i>[0;2]</i>	92	32.7	158	26.5	155	26.3	149	13.5	46	42.6	108	21.5	708	22.2
<i>]2;5]</i>	105	37.4	134	22.4	154	26.1	274	24.8	22	20.4	126	25.0	815	25.6
<i>]5;10]</i>	59	21.0	113	18.9	140	23.8	362	32.7	23	21.3	131	26.0	828	26.0
<i>]10;15]</i>	12	4.3	75	12.6	78	13.2	183	16.5	11	10.2	69	13.7	428	13.4
<i>]15;oo[</i>	13	4.6	117	19.6	62	10.5	138	12.5	6	5.6	69	13.7	405	12.7
Total	281	100.0	597	100.0	589	100.0	1.106	100.0	108	100.0	503	100.0	3.184	100.0

Tabel 42: Fordeling af malignitetsgrad for knogletumoror.

	Malignitetsgrad													
	<i>Gr.0 og borderline</i>		<i>Lav</i>		<i>Intermediær</i>		<i>Høj</i>		<i>Ikke klassificerbar</i>		<i>Missing</i>		Total	
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Tumor størrelse cm														
<i>[0;2]</i>	7	9.5	42	22.5	24	17.6	25	11.2	7	18.4	34	24.5	139	17.4
<i>]2;4]</i>	20	27.0	48	25.7	34	25.0	16	7.1	5	13.2	25	18.0	148	18.5
<i>]4;6]</i>	24	32.4	38	20.3	31	22.8	42	18.8	11	28.9	24	17.3	170	21.3
<i>]6;8]</i>	14	18.9	24	12.8	18	13.2	40	17.9	3	7.9	16	11.5	115	14.4
<i>]8;10]</i>	4	5.4	15	8.0	11	8.1	31	13.8	5	13.2	11	7.9	77	9.6
<i>]10;12]</i>	#	2.7	5	2.7	6	4.4	21	9.4	#	2.6	8	5.8	43	5.4
<i>]12;14]</i>	#	1.4	#	1.1	5	3.7	14	6.3	#	5.3	7	5.0	31	3.9
<i>]14;16]</i>	#	1.4	5	2.7	3	2.2	12	5.4	.	.	4	2.9	25	3.1
<i>]16;oo[</i>	#	1.4	8	4.3	4	2.9	23	10.3	4	10.5	10	7.2	50	6.3
Total	74	100.0	187	100.0	136	100.0	224	100.0	38	100.0	139	100.0	798	100.0

Anatomisk lokalisation

Tabel 43: Bløddelstumor

<i>Lokalisation</i>	<i>Bløddelstumor</i>	
	<i>N</i>	<i>%</i>
<i>Hoved/hals</i>	248	7.5
<i>Thorax</i>	243	7.4
<i>Ryg</i>	108	3.3
<i>Abdominalvæg/lænd</i>	157	4.8
<i>Abdomen</i>	450	13.6
<i>Bækken</i>	124	3.8
<i>Overekstremitet</i>	481	14.6
<i>Underekstremitet</i>	1.083	32.8
<i>Perineum</i>	9	0.3
<i>Genitalia</i>	174	5.3
<i>Mamma</i>	88	2.7
<i>Hjerne</i>	5	0.2
<i>Lever</i>	20	0.6
<i>Hjerte</i>	#	0.1
<i>Lunge</i>	47	1.4
<i>Tarm</i>	61	1.8
<i>Femur</i>	#	0.1
<i>Tibia</i>	#	0.0
Total	3.303	100.0

Tabel 44: Knogletumor

<i>Lokalisation</i>	<i>Knogletumor</i>	
	<i>N</i>	<i>%</i>
<i>Thorax</i>	#	0.1
<i>Ryg</i>	#	0.1
<i>Abdominalvæg/lænd</i>	#	0.1
<i>Bækken</i>	84	10.5
<i>Håndled/hånd</i>	#	0.1
<i>Hofte</i>	#	0.1
<i>Lår</i>	#	0.1
<i>Knæ</i>	#	0.3
<i>Underben</i>	3	0.4
<i>Hjerne</i>	#	0.1
<i>Tarm</i>	#	0.1
<i>Hoved</i>	42	5.3
<i>Columna</i>	22	2.8
<i>Sacrum</i>	46	5.8
<i>Costae</i>	51	6.4
<i>Sternum</i>	11	1.4
<i>Clavicula</i>	5	0.6
<i>Scapula</i>	26	3.3
<i>Humerus</i>	69	8.6
<i>Radius</i>	12	1.5
<i>Ulna</i>	10	1.3
<i>Karpalknogle (Hånd)</i>	6	0.8
<i>Rørknogle (Hånd)</i>	19	2.4
<i>Femur</i>	211	26.4
<i>Tibia</i>	103	12.9
<i>Fibula</i>	39	4.9
<i>Tarsalknogle (fod)</i>	18	2.3
<i>Rørknogle (fod)</i>	9	1.1
<i>Patella</i>	#	0.3
Total	798	100.0

Det ses, at sarkomerne fordeler sig på alle anatomiske regioner. Bløddeltumorer forekommer hyppigst i ekstremiteterne og abdomen, men også med relativt stor forekomst i hoved-halsregionen, thorax og genitalia. Sarkom i de kvindelige genitalia er ikke fuldt præsenteret i opgørelsen, da det overvejende er sarkomer med recidiv/ metastaseret i DSD (de registreres i den gynækologiske cancerdatabase, ca. 30/år).

For knoglesarkomernes vedkommende er lokaliseringen overvejende de lange rørknogler og bækkenet.

C. Operation

Fordeling af operationstype på ICD-10 koder

Tabel 45: Fordeling af operationstype for maligne og benigne tumorer, 2009-2021.

	Operationstype									
	<i>Lokal excision</i>		<i>Amputation</i>		<i>Missing</i>		<i>Abdominal kirurgisk</i>		Total	
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Total	3.235	67.4	151	3.1	1.409	29.3	8	0.2	4.803	100.0

Tabel 46: Fordeling af operationstype per år - kun maligne tumorer, 2009-2021.

	År for første kontakt													
	2009		2010		2011		2012		2013		2014		2015	
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
<i>Lokal excision</i>	191	76.1	196	73.4	189	69.0	172	65.4	169	55.6	234	61.4	241	69.5
<i>Amputation</i>	9	3.6	14	5.2	12	4.4	8	3.0	13	4.3	11	2.9	9	2.6
<i>Missing</i>	51	20.3	57	21.3	73	26.6	83	31.6	121	39.8	136	35.7	96	27.7
<i>Abdominal kirurgisk</i>	.	.	.	.	.	.	.	.	#	0.3	.	.	#	0.3
Total	251	100.0	267	100.0	274	100.0	263	100.0	304	100.0	381	100.0	347	100.0

	År for første kontakt													
	2016		2017		2018		2019		2020		2021		Total	
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
<i>Lokal excision</i>	225	73.5	246	68.7	256	72.7	292	75.1	214	71.3	205	68.8	2.830	69.2
<i>Amputation</i>	17	5.6	8	2.2	12	3.4	14	3.6	10	3.3	5	1.7	142	3.5
<i>Missing</i>	64	20.9	103	28.8	83	23.6	83	21.3	76	25.3	86	28.9	1.112	27.2
<i>Abdominal kirurgisk</i>	.	.	#	0.3	#	0.3	.	.	.	.	#	0.7	6	0.1
Total	306	100.0	358	100.0	352	100.0	389	100.0	300	100.0	298	100.0	4.090	100.0

Tabel 47: Fordeling af amputationstyper, 2009-2021.

	Aarhus		København		Odense		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Amputationstype								
<i>Crus</i>	23	22.8	4	11.1	#	20.0	28	19.7
<i>Knæexarticulation</i>	#	1.0	#	2.8	#	20.0	3	2.1
<i>Femur</i>	38	37.6	12	33.3	.	.	50	35.2
<i>Hofteexarticulation</i>	7	6.9	#	5.6	.	.	9	6.3
<i>Hemipelvectomi</i>	6	5.9	4	11.1	.	.	10	7.0
<i>Finger</i>	8	7.9	7	19.4	#	40.0	17	12.0
<i>Underarm</i>	#	2.0	#	5.6	.	.	4	2.8
<i>Overarm</i>	6	5.9	3	8.3	#	20.0	10	7.0
<i>Skulderexarticulation</i>	5	5.0	#	2.8	.	.	6	4.2
<i>Interhoracoscapulær</i>	5	5.0	.	.	.	.	5	3.5
Total antal personer	101	100.0	36	100.0	#	100.0	142	100.0

Kommentar: Tidligere var amputation en dominerende operation i sarkombehandlingen, men tallet har ligget konstant lavt siden databasens start. Omvendt viser tabellen også, at amputation fortsat indgår som en nødvendig del af det kirurgisk armamentarium.

Type af supplerende indgreb

Tabel 48: Supplerende indgreb opdelt på centre, 2009-2021.

	Aarhus		København		Odense		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Supplerende indgreb								
<i>Ja</i>	389	16.2	469	20.4	23	22.8	881	18.3
<i>Nej</i>	2.018	83.8	1.826	79.6	78	77.2	3.922	81.7
Total	2.407	100.0	2.295	100.0	101	100.0	4.803	100.0

Tabel 49: Type af supplerende indgreb, 2009-2021.

Type	Supplerende indgreb	
	N	%
<i>Vendepplastik</i>	4	0.4
<i>Cement</i>	92	10.2
<i>Knoglesubstitut</i>	12	1.3
<i>Alloplastik</i>	157	17.5
<i>Bonebridging</i>	#	0.2
<i>Artrodese</i>	3	0.3
<i>Knogletransport</i>	#	0.2
<i>Ledresektion</i>	3	0.3
<i>Andet</i>	90	10.0
<i>Ikke klassificerbare</i>	534	59.4
Total	899	100.0

Kommentar: Vi har desværre ikke en opgørelse af supplerende indgreb på årsniveau, hvilket vil kunne give en fornemmelse af, om der er sket en ændring i de kirurgiske teknikker.

D. Patologi

Kommentar: Der findes et meget stort antal histologiske undergrupper for sarkomer, og flere af disse er meget sjældne. For overskuelighedens skyld har vi i databasen valgt at medtage de hyppigste, som er anført i nedenstående tabeller. "Andet" er et udtryk for, at tumor ikke kunne klassificeres i en af disse histologiske undergrupper, og derfor blot beskrives som sarkom. Tilfælde under "Andet" eller "Missing diagnose" burde fordeles ud på diagnoser, hvor det er muligt.

Tabel 50: Fordeling af histopatologiske diagnoser i forhold til bløddelstumor.

		N	%
Bløddelstumor			
	<i>Missing diagnose</i>	71	2.2
<i>Andet</i>	<i>Andet</i>	123	3.9
<i>M88001</i>	<i>Bløddelstumor uvist om benign eller malign</i>	30	0.9
<i>M88003</i>	<i>Sarkom</i>	407	12.8
<i>M88013</i>	<i>Udifferentieret tencellesarkom</i>	45	1.4
<i>M88033</i>	<i>Udifferentieret rundcellesarkom</i>	#	0.1
<i>M88043</i>	<i>Epiteliødt sarkom</i>	30	0.9
<i>M88053</i>	<i>Dedifferentieret sarkom</i>	13	0.4
<i>M880A3</i>	<i>Desmoplastisk small round cell tumor</i>	3	0.1
<i>M880B3</i>	<i>GIST</i>	145	4.6
<i>M88103</i>	<i>Fibrosarkom</i>	22	0.7
<i>M88113</i>	<i>Myksfibrosarkom</i>	212	6.7
<i>M88151</i>	<i>Solitær fibrøs tumor</i>	70	2.2
<i>M88153</i>	<i>Malign solitær fibrøs tumor</i>	#	0.0
<i>M88211</i>	<i>Aggressiv fibromatose</i>	8	0.3
<i>M88221</i>	<i>Abdominal fibromatose</i>	184	5.8
<i>M88253</i>	<i>Low grade myofibroblastisk sarkom</i>	5	0.2
<i>M88303</i>	<i>Malignt fibrøst histiocyto</i>	273	8.6
<i>M88321</i>	<i>Dermatofibroma protuberans</i>	#	0.1
<i>M88323</i>	<i>Dermatofibrosarcoma protuberans</i>	128	4.0
<i>M88403</i>	<i>Myxofibrosarkom</i>	18	0.6
<i>M88503</i>	<i>Liposarkom</i>	388	12.2
<i>M88513</i>	<i>Højt differentieret liposarkom</i>	59	1.9
<i>M88523</i>	<i>Myksoidt liposarkom</i>	33	1.0
<i>M88543</i>	<i>Pleomorft liposarkom</i>	8	0.3
<i>M88903</i>	<i>Leiomyosarkom</i>	421	13.2
<i>M88913</i>	<i>Epitheloidt leiomyosarkom</i>	#	0.0
<i>M89003</i>	<i>Rhabdomyosarkom</i>	3	0.1
<i>M89013</i>	<i>Pleomorfcellet rhabdomyosarkom</i>	6	0.2

		N	%
M89103	<i>Embryonalt rhabdomyosarkom</i>	#	0.0
M89123	<i>Tencelle rhabdomyosarkom</i>	#	0.0
M89203	<i>Alveolært rhabdomyosarkom</i>	3	0.1
M89363	<i>Gastrointestinal stromal tumor</i>	48	1.5
M89803	<i>Karcinosarkom</i>	38	1.2
M90403	<i>Synovialt sarkom</i>	103	3.2
M90443	<i>Clear cell sarkom</i>	14	0.4
M91203	<i>Hæmangiosarkom</i>	127	4.0
M91333	<i>Epitheliodt hæmangioendotheliom</i>	13	0.4
M91403	<i>Kaposis sarkom</i>	5	0.2
M91503	<i>Malignt hæmoangiopericytom</i>	4	0.1
M91803	<i>Osteosarkom</i>	14	0.4
M92313	<i>Myksoidt kondrosarkom</i>	14	0.4
M94733	<i>PNET</i>	11	0.3
M95403	<i>Malign perifer nerveskedetumor (Malignt schwannom)</i>	73	2.3
M95813	<i>Alveolært bløddelssarkom</i>	#	0.0
Mxxxxx		3	0.1
Total		3.184	100.0

Tabel 51: Fordeling af histopatologiske diagnoser i forhold til knogletumorer.

		N	%
Knogletumor			
	<i>Missing diagnose</i>	31	3.9
<i>Andet</i>	<i>Andet</i>	12	1.5
<i>M33640</i>	<i>Aneurysmatisk knoglecyste</i>	4	0.5
<i>M88003</i>	<i>Knoglesarkom</i>	16	2.0
<i>M88013</i>	<i>Udifferentieret tencellesarkom</i>	#	0.1
<i>M88103</i>	<i>Fibrosarkom</i>	#	0.1
<i>M88303</i>	<i>Malignant fibrøst histiocytom</i>	6	0.8
<i>M91203</i>	<i>Hæmangiosarkom</i>	10	1.3
<i>M91303</i>	<i>Hæmangioendoteliosarkom</i>	#	0.1
<i>M91803</i>	<i>Osteosarkom (klassisk)</i>	111	13.9
<i>M91813</i>	<i>Kondroblastisk osteosarkom</i>	17	2.1
<i>M91823</i>	<i>Fibroblastisk osteosarkom</i>	#	0.3
<i>M91833</i>	<i>Teleangiektatisk osteosarkom</i>	5	0.6
<i>M91903</i>	<i>Parostealt sarkom</i>	8	1.0
<i>M92203</i>	<i>Chondrosarkom</i>	303	38.0
<i>M92223</i>	<i>Dedifferentieret chondrosarkom</i>	9	1.1
<i>M92300</i>	<i>Chondroblastom</i>	#	0.1
<i>M92403</i>	<i>Meseehkymalt kondrosarkom</i>	#	0.1
<i>M92423</i>	<i>Clear cell kondrosarkom</i>	#	0.1
<i>M92501</i>	<i>Kæmpecelletumor</i>	118	14.8
<i>M92603</i>	<i>Ewings sarkom</i>	82	10.3
<i>M92613</i>	<i>Adamantinom i lang rørknogle, direkte spredning</i>	6	0.8
<i>M93703</i>	<i>Kordom</i>	51	6.4
<i>Mxxxxx</i>		#	0.1
Total		798	100.0

E. Stråleterapi

Kommentar: Strålebehandling gives overvejende postoperativt til patienter med intermedier- eller højmaligne tumorer jvf. Tabel 53, samt til ikke reseceerbare tumorer og i nogle tilfælde Ewing sarkom lokaliseret i bækkenet. Antal strålebehandlede patienter pr. år varierer, hvilket tyder på, at variabelen ikke indberettes ensartet og skal gennemgås.

Tabel 52: Antal patienter, der har fået stråleterapi, 2009-2021.

	2009		2010		2011		2012		2013		2014		2015		2016	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Stråleterapi																
<i>Ja</i>	56	18.8	71	23.1	74	24.1	74	23.9	80	22.0	120	28.3	98	25.2	62	17.8
<i>Nej</i>	242	81.2	237	76.9	233	75.9	235	76.1	284	78.0	304	71.7	291	74.8	287	82.2
Total	298	100.0	308	100.0	307	100.0	309	100.0	364	100.0	424	100.0	389	100.0	349	100.0

	2017		2018		2019		2020		2021		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Stråleterapi												
<i>Ja</i>	103	24.9	104	25.2	134	29.6	104	26.6	89	23.1	1.169	24.3
<i>Nej</i>	310	75.1	309	74.8	318	70.4	287	73.4	297	76.9	3.634	75.7
Total	413	100.0	413	100.0	452	100.0	391	100.0	386	100.0	4.803	100.0

Kommentar: Antallet af strålebehandlede patienter har været nogenlunde konstant gennem årene. Har overvejende været givet postoperativt, men anvendes nu også i stigende grad præoperativt. Ikke mindst a.h.t. mulighederne for resektion af større tumorer og for at mindske senfølger. Til gengæld må vi også forvente et øget antal postoperative komplikationer i de kommende år.

Tabel 53: Fordelingen af malignitetsgrad blandt patienter, der har fået stråleterapi, 2009-2021

	År for første kontakt													
	2009		2010		2011		2012		2013		2014		2015	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Malignitetsgrad														
<i>Gr.0 og borderline</i>	#	3.6	#	2.8	.	.	#	1.4	#	2.5	3	2.5	#	2.0
<i>Lav</i>	6	10.7	3	4.2	6	8.1	7	9.5	5	6.3	7	5.8	#	2.0
<i>Intermediær</i>	13	23.2	20	28.2	17	23.0	14	18.9	19	23.8	25	20.8	25	25.5
<i>Høj</i>	28	50.0	39	54.9	36	48.6	36	48.6	42	52.5	66	55.0	50	51.0
<i>Ikke klassificerebar</i>	.	.	#	1.4	.	.	5	6.8	6	7.5	7	5.8	3	3.1
<i>Missing</i>	7	12.5	6	8.5	15	20.3	11	14.9	6	7.5	12	10.0	16	16.3

	År for første kontakt													
	2016		2017		2018		2019		2020		2021		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Malignitetsgrad														
<i>Gr.0 og borderline</i>	3	4.8	#	1.9	#	1.9	.	.	#	1.0	.	.	20	1.7
<i>Lav</i>	#	1.6	5	4.9	#	1.0	5	3.7	3	2.9	#	2.2	53	4.5
<i>Intermediær</i>	19	30.6	22	21.4	14	13.5	32	23.9	20	19.2	15	16.9	255	21.8
<i>Høj</i>	32	51.6	51	49.5	64	61.5	72	53.7	53	51.0	56	62.9	625	53.5
<i>Ikke klassificerebar</i>	#	1.6	7	6.8	6	5.8	8	6.0	#	1.9	#	2.2	48	4.1
<i>Missing</i>	6	9.7	16	15.5	17	16.3	17	12.7	25	24.0	14	15.7	168	14.4

F. Beregningsregler

Indikator 1a: Andelen af patienter, hvor MR eller CT af tumor hos patienter med subfasciel, abdominal/retroperitoneal bløddels- eller knogletumor udføres

Type	Proces	
Tæller	Nævnerpopulation, som får MR eller CT	UD1_MR=1 (ja) eller UD2_CT=1 (ja)
Nævner	Antal patienter med subfasciel eller abdominal/retroperitoneal bløddelstumor eller knogletumor, som ikke har fået foretaget resektion før henvisning	(LO6_BLO=1 (ja) og (LO6_BLOD=2 (subfasciel) eller LO6_BLOD=9 (andet)) eller LO7_KNOG= 1 (ja))
Uoplyst	Oplysning om dybde ikke udfyldt (LO6_BLO=1 og LO6_BLOD=0)	(44)
Ekskluderede	Patienten har ikke en DC* eller DD* diagnose.	(Eksklusions_id: 5)
	Patient har fået foretaget resektion (bfhr_dato) før henvisning.	(6)
	Interventions_id ikke lig med DSD000 (dvs. patienten har interventionsid som angiver anden aktivitet end indikatorrelevant).	(19)
	Patienten har hverken bløddels- eller knogletumor (LO6_BLO=1 eller LO7_KNOG=1).	(39)
	Patient har kutan eller subkutan bløddelstumor (LO6_BLO=1 og LO6_BLOD=1).	(43)
Standard	≥95%	
Begrundelse		
Evidens		
Kommentar	I årsrapporten for 2021 er medtaget patienter med abdominal/retroperitoneal bløddelstumor eller med knogletumor.	

Indikator 1b: Andelen af patienter, hvor CT af abdomen/thorax eller PET/CT hos patienter med intermediær- og højmaligntumorer udføres

Type	Proces	
Tæller	Nævnerpopulation, som får CT af abdomen/thorax eller PET/CT	UD11_ACT=1 (ja) eller UD8_TCT=1 (ja) eller UD6_PET=1 (ja)
Nævner	Antal patienter med bløddels- eller knogletumor med malignitetsgrad II eller III	(LO6_BLO=1 (ja) eller LO7_KNOG=1 (ja)) og (HIS_VAS3=3 (gr. II) eller HIS_VAS3=4 (gr. III))
Uoplyst	Malignitetsgrad er ikke udfyldt.	(45)
Ekskluderede	Patienten har ikke en DC* diagnose.	(Eksklusions_id: 11)
	Patienten har ikke malignitetsgrad II eller III.	(13)
	Interventions_id ikke lig med DSD000 (dvs. patienten har interventionsid som angiver anden aktivitet end indikatorrelevant).	(19)
	Patienten har hverken bløddels- eller knogletumor (LO6_BLO=1 eller LO7_KNOG=1).	(39)
	Patienten har histologi-koden HIS_BLOD = M89363 (gastrointestinal stromal tumor)	(50)
Standard	≥95%	
Begrundelse		
Evidens		
Kommentar	I årsrapporten for 2021 er tilføjet CT af abdomen.	

Indikator 2: Andelen af opererede patienter, der har fået foretaget re-resektion pga. utilstrækkelig kirurgisk margin.

Type	Resultat	
Tæller	Antal patienter med intermediær eller højmalignt bløddels- eller knogletumor, som er blevet opereret efter henvisning og efterfølgende har fået foretaget re-resektion	OP2_RERE=1 (ja)
Nævner	Antal patienter med intermediær eller højmalignt bløddels- eller knogletumor, som er blevet opereret efter henvisning	(LO6_BLO=1 (ja) eller LO7_KNOG=1 (ja)) og (HIS_VAS3=3 (gr. II) eller HIS_VAS3=4 (gr. III)) og OP1_OPER=1 (ja)
Uoplyst	Re-resektion (OP2A_DATO) ikke udfyldt. Malignitetsgrad er ikke udfyldt.	(20) (45)
Ekskluderede	Patienten har ikke en DC* eller DD* diagnose. Patient har fået foretaget resektion (bfhr_dato) før henvisning. Patienten har ikke fået en operation. Interventions_id ikke lig med DSD000 (dvs. patienten har interventionsid som angiver anden aktivitet end indikatorrelevant). Patienten har hverken bløddels- eller knogletumor (LO6_BLO=1 eller LO7_KNOG=1). Patienten har histologi-koden HIS_BLOD = M89363 (gastrointestinal stromal tumor) Patienten har ikke malignitetsgrad II eller III.	(Eksklusions_id: 5) (6) (18) (19) (39) (50) (13)
Standard	≤10%	
Begrundelse		
Evidens		
Kommentar	Fra 2021 ekskluderes tilfælde med malignitetsgrad 0 eller I, da lavmaligne tilfælde ses an i klinikken.	

Indikator 3a: Andelen af patienter med intermediær- eller højmalignt subfasciel ekstremitetstumor eller bløddelstumor i hoved/hals, thorax eller ryg, der efter operation påbegynder strålebehandling

Type	Proces	
Tæller	Nævnerpopulation, som påbegynder strålebehandling (inden for 120 dage)	STR1 – OP1A_DATO <= 120
Nævner	Antal patienter med intermediær- eller højmalignt subfasciel ekstremitetstumor eller bløddelstumor i hoved/hals, thorax eller ryg, som er blevet opereret uden komplikationer og uden forudgående onkologisk behandling, hvor sigtet er kurativt og der er tilstrækkelig opfølgningstid	LO6_BLO=1 (ja) og (HIS_VAS3=3 (gr. II) eller HIS_VAS3=4 (gr. III)) og (LO6_A1-LO6_A3 eller LO6_A8-LO6_A18 eller LO6_A21) og OP1_OPER=1 (ja)
Uoplyst	<p>Operationsdato (OP1A_DATO) ikke udfyldt.</p> <p>Behandlingssigte er ikke udfyldt</p> <p>Lokalisation er ikke udfyldt</p> <p>Malignitetsgrad er ikke udfyldt.</p>	<p>(33)</p> <p>(46)</p> <p>(47)</p> <p>(45)</p>
Ekskluderede	<p>Patienten har ikke en DC* eller DD* diagnose.</p> <p>Patient har fået foretaget resektion (bfhr_dato) før henvisning.</p> <p>Patienten har ikke fået en operation.</p> <p>Patientens første strålebehandling ligger før operationen.</p> <p>Patienten har fået kemobehandling før den første strålebehandling efter operationen.</p> <p>Patienten har ikke kurativt sigte med behandling og ej heller færdig behandlet.</p> <p>Patienten har komplikationer.</p> <p>Patienten dør eller forsvinder inden follow up tid.</p> <p>Interventions_id ikke lig med DSD000 (dvs. patienten har interventionsid som angiver anden aktivitet end indikatorrelevant).</p> <p>Patienten har ikke bløddelstumor LO6_BLO=1.</p> <p>Patient har kutan eller subkutan bløddelstumor (LO6_BLO=1 og LO6_BLOD=1).</p> <p>Patienten har bløddelstumor abdominalt/retroperitonealt eller i organer</p> <p>Patienten har M88211 eller M88221 koden i HIS_BLOD.</p> <p>Patienten har histologi-koden HIS_BLOD = M89363 (gastrointestinal stromal tumor)</p> <p>Patienten har ikke malignitetsgrad II eller III.</p>	<p>(Eksklusions_id: 5)</p> <p>(6)</p> <p>(18)</p> <p>(22)</p> <p>(25)</p> <p>(23)</p> <p>(21)</p> <p>(36)</p> <p>(19)</p> <p>(38)</p> <p>(43)</p> <p>(48)</p> <p>(42)</p> <p>(50)</p> <p>(13)</p>
Standard		
Begrundelse		
Evidens		
Kommentar	<p>Fra årsrapport 2021 er dette en nyoprettet indikator til at måle på andelen, der påbegynder strålebehandling.</p> <p>Tumorer med lokalisation i hoved/hals, thorax, ryg, skulder, overarm, albue, underarm, håndled/hånd, lyske,</p>	

	<p>hofte, lår, knæ, underben, fodled/fod eller axil er inkluderet.</p> <p>Tumorer med lokalisation i abdominalvæg/lænd, intraabdominalt, retroperitoneal, bækken, perineum, genitalia, mamma, hjerne, lever, hjerte, lunge eller tarm er ekskluderet.</p>	
--	---	--

Indikator 3b: Andelen af patienter med intermediær- eller højmalig subfasciel ekstremitetstumor eller bløddelstumor i hoved/hals, thorax eller ryg, der efter operation påbegynder strålebehandling inden for 60 dage

Type	Proces	
Tæller	Nævnerpopulation, som påbegynder strålebehandling inden for 60 dage efter operationsdato	STR1 – OP1A_DATO <= 60
Nævner	Antal patienter med intermediær- eller højmalig subfasciel ekstremitetstumor eller bløddelstumor i hoved/hals, thorax eller ryg, som er blevet opereret uden komplikationer og uden forudgående onkologisk behandling, hvor sigtet er kurativt og der er tilstrækkelig opfølgningstid, og som påbegynder strålebehandling (inden for 120 dage)	LO6_BLO=1 (ja) og (HIS_VAS3=3 (gr. II) eller HIS_VAS3=4 (gr. III)) og (LO6_A1-LO6_A3 eller LO6_A8-LO6_A18 eller LO6_A21) og OP1_OPER=1 (ja) og (STR1 – OP1A_DATO <= 120))
Uoplyst	Operationsdato (OP1A_DATO) ikke udfyldt.	(33)
	Behandlingssigte er ikke udfyldt	(46)
	Lokalisation er ikke udfyldt	(47)
	Malignitetsgrad er ikke udfyldt.	(45)
Ekskluderede	Patienten har ikke en DC* eller DD* diagnose.	(Eksklusions_id: 5)
	Patient har fået foretaget resektion (bfhr_dato) før henvisning.	(6)
	Patienten har ikke fået en operation.	(18)
	Patientens første strålebehandling ligger før operationen.	(22)
	Patienten har fået kemobehandling før den første strålebehandling efter operationen.	(25)
	Patienten har ikke kurativt sigte med behandling og ej heller færdig behandlet.	(23)
	Patienten har komplikationer.	(21)
	Patienten har ikke fået en strålebehandling.	(26)
	Patienten dør eller forsvinder inden follow up tid.	(36)
	Interventions_id ikke lig med DSD000 (dvs. patienten har interventionsid som angiver anden aktivitet end indikatorrelevant).	(19)
	Patienten har ikke bløddelstumor LO6_BLO=1.	(38)
	Patient har kutan eller subkutan bløddelstumor (LO6_BLO=1 og LO6_BLOD=1).	(43)
	Patienten har bløddelstumor abdominalt/retroperitonealt eller i organer	(48)
	Patienten har M88211 eller M88221 koden i HIS_BLOD.	(42)
	Patienten har histologi-koden HIS_BLOD = M89363 (gastrointestinal stromal tumor)	(50)
	Patienten har ikke malignitetsgrad II eller III.	(13)
Standard	≥80%	
Begrundelse		
Evidens		

<p>Kommentar</p>	<p>Fra årsrapport 2021 ændret til 3b, men svarer til tidligere indikator 3a, der måler på rettidig påbegyndelse af strålebehandling.</p> <p>Fra årsrapport 2021 yderligere afgrænset til intermediær- eller højmaligne subfascielle ekstremitetstumorer eller bløddelstumorer i hoved/hals, thorax eller ryg uden resektion før henvisning.</p> <p>Fra årsrapport 2020 og frem er kriteriet "Patienten har hverken bløddels- eller knogletumor (LO6_BLO=1 eller LO7_KNOG=1)" erstattet med "Patienten har ikke bløddelstumor LO6_BLO=1" dvs. patienter med knogletumor ekskluderes fremadrettet.</p> <p>Desuden ekskluderes patienter med M88211 (aggressiv fibromatose) og M88221 (abdominal fibromatose) fremadrettet.</p>	
------------------	--	--

Indikator 4a: Andel af lavmaligne patienter, der kommer til første kliniske kontrol efter afsluttet behandling inden for 180 dage

Type	Proces	
Tæller	Nævnerpopulation, som var til kontrol inden for 180 dage efter afsluttet behandling, defineret som seneste dato for operation, stråleterapi eller kemoterapi	KO_DATO – max(OP1A_DATO, STRMAX, KEMMAX) <= 180
Nævner	Antal patienter med lavmaligne bløddels- eller knogletumor, som er blevet opereret og afsluttet i behandling uden opstået recidiv, hvor sigtet er kurativt og der er tilstrækkelig opfølgningstid	(LO6_BLO=1 (ja) eller LO7_KNOG=1 (ja)) og (HIS_VAS3=1 (gr. 0) eller HIS_VAS3=2 (gr. I)) og OP1_OPER=1 (ja)
Uoplyst	Malignitetsgrad er ikke udfyldt. Patienten har ikke en dato for onkologisk behandling eller operation [missing(OP1A_DATO) and missing(STRMAX) and missing(KEMMAX)] Behandlingssigte er ikke udfyldt	(45) (37) (46)
Ekskluderede	Patienten har ikke en DC* eller DD* diagnose. Patienten har ikke fået en operation. Patienten har ikke kurativt sigte med behandling og ej heller færdig behandlet. Patienten har fået recidiv inden behandling er slut. Patienten dør eller forsvinder inden follow up tid. Interventions_id ikke lig med DSD000 (dvs. patienten har interventionsid som angiver anden aktivitet end indikatorrelevant). Patienten har hverken bløddels- eller knogletumor (LO6_BLO=1 eller LO7_KNOG=1). Patienten har histologi-koden HIS_BLOD = M89363 (gastrointestinal stromal tumor) Patienten har ikke malignitetsgrad 0 eller I.	(Eksklusions_id: 5) (18) (23) (27) (36) (19) (39) (50) (49)
Standard	≥90%	
Begrundelse		
Evidens		
Kommentar	Fra 2021 stratificeret på malignitetsgrad.	

Indikator 4b: Andel af intermediær eller højmaligne patienter, der kommer til første kliniske kontrol efter afsluttet behandling inden for 120 dage

Type	Proces	
Tæller	Nævnerpopulation, som var til kontrol inden for 120 dage efter afsluttet behandling, defineret som seneste dato for operation, stråleterapi eller kemoterapi	KO_DATO – max(OP1A_DATO, STRMAX, KEMMAX) <= 120
Nævner	Antal patienter med intermediær eller højmaligne bløddels- eller knogletumor, som er blevet opereret og afsluttet i behandling uden opstået recidiv, hvor sigtet er kurativt og der er tilstrækkelig opfølgningstid	(LO6_BLO=1 (ja) eller LO7_KNOG=1 (ja)) og (HIS_VAS3=3 (gr. II) eller HIS_VAS3=4 (gr. III)) og OP1_OPER=1 (ja)
Uoplyst	Malignitetsgrad er ikke udfyldt.	(45)
	Patienten har ikke en dato for onkologisk behandling eller operation [missing(OP1A_DATO) and missing(STRMAX) and missing(KEMMAX)]	(37)
	Behandlingssigte er ikke udfyldt	(46)
Ekskluderede	Patienten har ikke en DC* eller DD* diagnose.	(Eksklusions_id: 5)
	Patienten har ikke fået en operation.	(18)
	Patienten har ikke kurativt sigte med behandling og ej heller færdig behandlet.	(23)
	Patienten har fået recidiv inden behandling er slut.	(27)
	Patienten dør eller forsvinder inden follow up tid.	(36)
	Interventions_id ikke lig med DSD000 (dvs. patienten har interventionsid som angiver anden aktivitet end indikatorrelevant).	(19)
	Patienten har hverken bløddels- eller knogletumor (LO6_BLO=1 eller LO7_KNOG=1).	(39)
	Patienten har histologi-koden HIS_BLOD = M89363 (gastrointestinal stromal tumor)	(50)
	Patienten har ikke malignitetsgrad II eller III.	(13)
Standard	≥90%	
Begrundelse		
Evidens		
Kommentar	Fra 2021 stratificeret på malignitetsgrad.	

Indikator 5a: Andelen af patienter, der får lokalt recidiv inden for 5 år

Type	Resultat	
Tæller	Nævnerpopulation, som har fået lokal recidiv inden 5 år fra operationsdatoen	LOKALRECIDIV=1 (ja) og (LOKRE_DATO - OP1A_DATO <= 5*365.25)
Nævner	Antal patienter med bløddels- eller knogletumor, som er blevet opereret, hvor der på operationstidspunktet ikke er skip- eller fjernmetastaser, sigtet er kurativt og der er tilstrækkelig opfølgningstid	(LO6_BLO=1 (ja) eller LO7_KNOG=1 (ja)) og OP1_OPER=1 (ja)
Uoplyst	Operationsdato (OP1A_DATO) ikke udfyldt.	(33)
	Behandlingssigte er ikke udfyldt	(46)
Ekskluderede	Patienten har ikke en DC* diagnose.	(Eksklusions_id: 11)
	Patienten har skipmetastase eller fjernmetastase på operationstidspunktet [start_metastase=1].	(32)
	Patienten har ikke kurativt sigte med behandling og ej heller færdig behandlet.	(23)
	Patienten dør eller forsvinder inden follow up tid.	(36)
	Interventions_id ikke lig med DSD000 (dvs. patienten har interventionsid som angiver anden aktivitet end indikatorrelevant).	(19)
	Patienten har hverken bløddels- eller knogletumor (LO6_BLO=1 eller LO7_KNOG=1).	(39)
Standard	≤20%	
Begrundelse		
Evidens		
Kommentar		

Indikator 5b: Andelen af patienter, der får fjernmetastaser inden for 5 år

Type	Resultat	
Tæller	Nævnerpopulation, som har fået fjernmetastaser inden 5 år fra operationsdatoen	FJERNMETASTASE=1 og (FJERNM_DATO - OP1A_DATO <= 5*365.25)
Nævner	Antal patienter med bløddels- eller knogletumor, som er blevet opereret, hvor der på operationstidspunktet ikke er skip- eller fjernmetastaser, sigtet er kurativt og der er tilstrækkelig opfølgningstid	(LO6_BLO=1 (ja) eller LO7_KNOG=1 (ja)) og OP1_OPER=1 (ja)
Uoplyst	Operationsdato (OP1A_DATO) ikke udfyldt.	(33)
	Behandlingssigte er ikke udfyldt	(46)
Ekskluderede	Patienten har ikke en DC* diagnose.	(Eksklusions_id: 11)
	Patienten har skipmetastase eller fjernmetastase på operationstidspunktet [start_metastase=1].	(32)
	Patienten har ikke kurativt sigte med behandling og ej heller færdig behandlet.	(23)
	Patienten dør eller forsvinder inden follow up tid.	(36)
	Interventions_id ikke lig med DSD000 (dvs. patienten har interventionsid som angiver anden aktivitet end indikatorrelevant).	(19)
	Patienten har hverken bløddels- eller knogletumor (LO6_BLO=1 eller LO7_KNOG=1).	(39)
Standard	≤30%	
Begrundelse		
Evidens		
Kommentar		

9. Regionale kommentarer

Region Nordjylland:

-

Region Midtjylland:

Mave Tarmkirurgi på AUH:

Data bør fremadrettet stratificeres, således at man skelner mellem ekstremitets-bløddelssarkomer og abdominale/retroperitoneale bløddelssarkomer. Der er stor forskel på de to grupper.

Region Syd:

-

Region Hovedstaden:

-

Region Sjælland:

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