

Dansk Gynækologisk Cancer Database

Årsrapport
2008

**Landsdækkende klinisk database
for kræft i æggestokke, livmoder og livmoderhals**

C.K. Høgdall,
M.L.S. Nielsen,
L. Taaning



Årsrapport 2008

Dansk Gynækologisk Cancer Database

Landsdækkende klinisk database for kræft i
æggestokke, livmoder og livmoderhals

C.K. Høgdall,
M.L.S. Nielsen,
L. Taaning

Årsrapport 2008

Titel

Årsrapport – Dansk Gynækologisk Cancer Database
Landsdækkende klinisk database for kræft i
æggestokke, livmoder og livmoderhals

Udgivet af

Dansk Gynækologisk Cancer Database

Sats og tilrettelæggelse

Lægeforeningens forlag, København

Tryk

Scanprint

ISSN

1902-7877 (papir)

1903-0223 (online)

Indhold

Forord	5
1. Formandsberetning af Lene Lundvall	6
2. Konklusion	7
2.1 Sammenfatning	7
3. Anbefalinger	9
3.1 Anbefalinger for cervixcancer	9
3.2 Anbefalinger for ovariecancer	9
3.3 Anbefalinger for corpuscancer	9
3.4 Anbefalinger og kommentarer fra DGCD	10
4. Baggrund	11
4.1 Dansk Gynækologisk Cancer Gruppe	11
4.2 Dansk Gynækologisk Cancer Database	11
4.3 Økonomi	11
5. Dataindsamling og metode	12
5.1 Dataindsamling i DGCD	12
5.2 Analyseportalen	12
5.3 Datakvalitet og statistiske analyser	12
5.4 Dækningsgrad og datakomplethed	13
6. Årsrapport 2008	16
7. Generelle tabeller	17
7.1 Baggrund og risikofaktorer	17
7.2 Cervixcancer	19
7.3 Ovariecancer	23
7.4 Borderlinetumorer	30
7.5 Corpscancer	31
8. Indikatorer	35
8.1 Indikator 1: Cervixcancer st. IB: Lymfeknuder	35
8.2 Indikator 2: Peroperativt blodtab ved cervixcancerkirurgi	36
8.3 Indikator 3: Postoperative komplikationer ved cervixcancerkirurgi	38
8.4 Indikator 4: Ovariecancer: Makroradikal abdominal operation	40
8.5 Indikator 5: Ovariecancer: Resttumor ≤ 1 cm	42
8.6 Indikator 6: Ovariecancer: Ventetid på kemoterapi	44
8.7 Indikator 7: Ovariecancer: Postoperative komplikationer	46
8.8 Indikator 8: Peroperativt blodtab ved operation for ovariecancer st. IIIC	48
8.9 Indikator 9: Peroperativt blodtab ved kirurgi for corpuscancer st. I	50
8.10 Indikator 10: Corpscancer og atypisk hyperplasi: Postoperative komplikationer	52
9. Overlevelse	54
9.1 Alle sygdomsgrupper	54
9.2 Cervixcancer	55
9.3 Ovariecancer og borderlinetumorer	61
9.4 Corpscancer	70

10.	Bilag	76
10.1	Nuværende forretningsudvalg og arbejdsgrupper under DGCG	76
10.2	Indberettende afdelinger	78
10.3	Datakvalitet.....	79
10.4	Ordliste	82
10.5	Projekter.....	83
	Revisionspåtegning	85

Forord

Dansk Gynækologisk Cancer Database (DGCD) udgiver nu sin tredje årsrapport, der præsenterer data fra årene 2005-2008. Vi håber, at resultaterne fra Årsrapporten vil blive brugt til en forstærket kvalitetsudvikling og forskning inden for området, så de kan blive til gavn for patienter med gynækologiske cancersygdomme.

I udviklingen i og omkring DGCD er flere tiltag og projekter i gang. Der er nu indarbejdet en fast statusrapport tilgængelig via Analyseportalen, som opdateres dagligt. Analyseportalen er efter flere års arbejde ved at nærme sig det værktøj, der har været ønske om på afdelingerne. Færdige indtastninger i databasen vil således være opdateret i afdelingens statistik den følgende morgen. Ligeledes er det nu muligt at hente afdelingens mangellister i analyseportalen. Vi håber, at brugerne vil få en mere positiv holdning til indtastning, når de kan se udbyttet af deres arbejde.

Det er dog stadig kun brugere fra de gynækologiske afdelinger, der har adgang til Analyseportalen. Derfor vil der i 2010 stadig arbejdes på, at brugerne fra de onkologiske og patologiske afdelinger også får adgang.

I efteråret er der påbegyndt en tiltrængt renovering af indtastningsfladen i KMS, som forventes implementeret i 2010. Den nye flade vil muliggøre, at vi kan begynde at hente data fra andre registre og mindske dobbeltindtastninger. Herudover forventes opstart på indtastning af vulva- og vaginalcancer. Vores ønske er at hente data fra LPR, dødsårsagsregisteret og Patologiregisteret. Databeskrivelser mhp. dette er under udarbejdelse. Arbejdet må forventes at medføre en øget arbejdsbyrde for arbejdsgrupperne.

I DGCD-sekretariatet har vi i forbindelse med denne årsrapport bemærket en dalende aktivitet, hvad angår indtastning. Enkelte afdelinger har forsinket Årsrapporten betydeligt ved dette.

I løbet af 2010 planlægges en undervisningsrække med de enkelte afdelinger, både til hjælp for den enkelte bruger, men også i håbet om at indtastningsaktiviteten forbedres.

Også i denne årsrapport vil vi sige tak til brugerne på landets gynækologiske, patologiske og onkologiske afdelinger for det store arbejde, mange har lagt i indtastningen. Ligeledes ønsker vi at sige tak til Kompetencecenter Øst (KCØ), specielt til Steffen Høgskilde, Søren Vingtoft og Anette Lykke Petri for deres hjælp og store indsats i arbejdet med Årsrapporten. Vi vil også takke DGCDs statistiker Ib Jarle Christensen for hjælp til endelig statistisk bearbejdning af data. Derudover takker DGCD læge og ph.d.-studerende Sofie Leisby Antonsen for arbejde med Årsrapporten. Endelig en stor tak til forskningssekretær Lis Taaning for hendes tålmodige og kompetente arbejde i sekretariatet samt hjælp og vejledning af DGCDs brugere.

Lene Lundvall
Klinikchef, overlæge
Gynækologisk Klinik
Rigshospitalet
Formand for DGCG

Marie Louise Shee Nielsen
Cand.scient.san.publ.
Gynækologisk Klinik
Rigshospitalet
Videnskabelig medarbejder DGCD

Claus Høgdaal
Professor, overlæge, dr. med.
Gynækologisk Klinik
Rigshospitalet
Formand DGCD

1. Formandsberetning

Af Lene Lundvall

I det forgangne år har DGC skiftet navn til DGCG (Dansk Gynækologisk Cancer Gruppe) for at komme i tråd med navngivningen af de øvrige DMCGer (Danske Multidisciplinære Cancergrupper).

Foruden de ordinære forretningsudvalgsmøder og årsmøde blev der den 4. september 2008 afholdt et åbent møde, hvor alle fremmødte deltog i en brainstorming mhp. et nyt kommissorium, en tilpasning af vedtægter og en anden struktur i ønsket om en mere dynamisk og åben organisation. DGCG blev i den anledning suppleret med et medlem fra billeddiagnostik, idet denne modalitet udgør en større og større rolle i udredningen af cancerpatienterne. Vi arbejder på, at hjemmesiden får en mere brugervenlig opbygning med hurtig opdatering og fingeren på pulsen.

DEMCA (Dansk Endometrie Cancer Gruppe) rummer mange værdifulde oplysninger, som vi har brug for til fremtidig planlægning af udredning, behandling og kontrol af patienter med corpuscancer. Analysearbejdet blev igangsat i 2008, og DGCD har givet 100.000 kr. til dette arbejde. Overlæge Gitte Ørtoft præsenterede de foreløbigt meget spændende resultater ved årsmødet den 11. juni 2009. Resultaterne gav anledning til et større studie på DGCD-data.

Guidelinesgrupperne for ovarie-, corpus- og cervix-cancer har revideret retningslinjerne, og disse præsenteres på hjemmesiden. Selv om de har taget højde for de ændringer, der er kommet især for corpuscancer i forhold til adjuverende behandling og operationsmetode og for ovariecancer for diskussionen af neoadjuverende behandling og ekstensive kirurgiske teknikker, går udviklingen så hurtigt, at det igen er tid til en revision. Dette arbejde er allerede påbegyndt i september 2009. Guidelinesgrupperne har efter de nye vedtægter suppleret sig med såvel nye som ekstra medlemmer. Vi ser frem til resultatet af dette meget vigtige arbejde, som er med til at højne standarden for gynækologisk cancerbehandling i Danmark.

En anden faktor, som også har betydning for standarden af gynækologisk cancerbehandling i Danmark, er databasen (DGCD). Den giver en helt unik mulighed for at følge udviklingen og overlevelsen i Danmark. Der er igangværende omlægning af databasen, således at der er tilkommet nye relevante og ønskede variable. Der er også et nyt indtastningssystem på vej med det formål at undgå dobbeltregistreringer. DGCD har i 2008 udgivet sin anden årsrapport, som omhandlede data fra 2006 og 2007, hvorved forsinkelsen på et år blev indhentet. Den aktuelle årsrapport for 2008 indeholder data for fire akkumulerede år (2005-08), hvilket medfører, at vi nu har

yderligere statistisk styrke til valide konklusioner og forskningsprojekter.

Der er flere færdiggjorte og igangværende ph.d.-studier med udgangspunkt i data fra DGCD og biobanken.

Biobanksamarbejdet er konsolideret med Dansk Cancerbiobank, og DGCGs repræsentant og ankerperson er projektleder, seniorforsker Estrid Høgdall. Arbejdet er blevet yderligere udbygget i 2009.

Året har i øvrigt været præget af debatten vedrørende patienter med ovariecancer og centralisering. Der er i den relation grund til at understrege vigtigheden af DGCG, samt den styrke det er at have et landsdækkende samarbejde med en bred opbakning.

Vi har allerede nu høstet noget af frugten af den centralisering, der er sket indtil nu med en bedring i overlevelsen på ca. 8% for ovariecancer set i forhold til opgørelser fra Sundhedsstyrelsens »Sygehusbaseret overlevelse for udvalgte kræftsygdomme 1995-2006« og Sundhedsstyrelsens »Kræftprofil – Æggestokkræft 2000-2006«. Et sådant tal er ikke set de seneste 40 år. Der er basis for yderligere centralisering, hvis vi skal følge trenden og forhåbentlig se en fortsat forbedring af prognosen for patienter med gynækologisk cancer inden for de nærmeste år. Der er stadig et stykke vej til det internationale niveau, vi stiler efter.

2. Konklusion

2.1 Sammenfatning

I Danmark har der ikke tidligere været tradition for at fjerne lymfeknuder ved klinisk tidligt ovariecancerstadium. Nu ses en klart stigende tendens med fjernelse af lymfeknuder hos lidt over $\frac{1}{3}$ af patienterne. Lymfeknudefjernelse har indflydelse på korrekt stadietildeling, idet op til 20% af kliniske stadium I patienter har lymfeknudemetastaser, hvilket betyder, at disse patienter opstages til stadium IIIA. Tendensen er således positiv, medførende at vores korrekthed af stadietildelingen øges. Ligeledes giver DGCD nu for første gang et overblik over, hvad vores tidligere store antal ovariecancerpatienter dækker over (var angivet til ca. 600/år). Vi finder, at dette tal dækker over et meget højt antal borderline patienter (næsten $\frac{1}{4}$) samt overraskende mange tubacancer og peritonealcancer. Denne viden giver et kvalitetsløft i data til kvalitetskontrol og forskning.

Inden for den primære ovariecancerbehandling er der sket væsentlige ændringer inden for få år. Ovariecancergruppen efterlyste i sidste årsrapport en øget differentiering mellem ovarie- og peritonealcancer. Dette er søgt implementeret. Bedre stratificering/differentiering er en problemstilling, der arbejdes med fremover i revisionen af databasen. Det tilstræbes at gennemføre differentiering for alle relevante opgørelser i de kommende årsrapporter.

Derudover anbefalede ovariecancergruppen en øget centralisering af behandlingen for ovarie-, tuba- og peritonealcancer til gynækologisk-onkologiske centre med mulighed for individualiseret behandling. Af tabel 7.3.7., der er en opgørelse over de ansvarlige gynækologiske afdelinger, ses det, at de fem centre, Aalborg, Herlev, Odense, Rigshospitalet og Skejby, er gået fra at behandle 59,7% af patienterne i 2005-06 til i 2008 at have behandlet 83,7%. Patienterne selekteres således hyppigere til enten intermitteret radikal kirurgi eller neoadjuverende kemoterapi. Samlet tyder data på et overlevelsesmæssigt kvalitetsløft på ca. 8% for ovariecancer set i forhold til opgørelser fra Sundhedsstyrelsens »Sygehusbaseret overlevelse for udvalgte kræftsygdomme 1995-2006« og Sundhedsstyrelsens »Kræftprofil – Æggestokkræft 2000-2006«.

Corpuscancer var tidligere behandlingsmæssigt en simpel sygdom, der kun krævede en simpel hysterektomi med fjernelse af ovarier (BSO) og i mere udbredte tilfælde efterfølgende stråleterapi. Operationen kunne udføres af enhver opererende gynækolog. Corpuscancer er i dag en mere kompliceret sygdom, som kræver individualiseret behandling i form af enten simpel hysterektomi, radikal hysterektomi, lymfeknudefjernelse eller større radikal ekstensiv kirurgi. I de tidligere årsrapporter kunne vi påvise, at for få højrisikopatienter modtog den anbefalede individualiserede kirurgi, mens for mange

lavrisikopatienter modtog den. Af opgørelser fra databasen kan det ses, at andelen af stadium I patienter, der får fjernet lymfeknuder, er stigende. Stigningen skyldes primært en øget andel af mellemrisikopatienter og højrisikopatienter, som får fjernet lymfeknuder. Andelen af lavrisikopatienter, der får fjernet lymfeknuder, er nogenlunde stabil i årene 2005-08. Baseret på DGCDs tidligere tal har corpuscancergruppen anbefalet en centralisering af corpuscancerbehandlingen samt opstart af nationale forskningsprojekter. Tallene i denne årsrapport, samt opstart af flere endometrie-cancerprojekter med basis i DGCG/D, viser, at DGCD har den ønskede indvirkning på centralisering og behandling af endometrie-cancer.

Et tilfredsstillende antal cervixcancerpatienter får foretaget den anbefalede stadietildeling i universel anæstesi. I Årsrapporten rapporteres fordelingen af patienter, der stadietildelles til stadium IB eller højere. Der ses en spredning fra ca. 42% til ca. 70% af stadium IB patienter mellem centrene. Betydningen af denne forskel og eventuel fremtidig brug som indikator vil blive nærmere afklaret ved projekt og diskussion i cervixcancergruppen.

Indikatorerne kræver fortsat udvikling og revision. I forbindelse med den nye database vil DGCD-sekretariatet atter gennemgå indikatorerne og inddrage arbejdsgrupperne i dette arbejde.

I de tidligere sammenfatninger er der givet anbefalinger om øget centralisering af ovarie- og corpuscancerbehandlingen. Resultaterne i denne årsrapport viser, at denne anbefaling er blevet fulgt. Ligeledes var der i forrige rapport lagt op til, at afdelinger med høj komplikationsrate skulle foretage audit, denne anbefaling er ligeledes fulgt. Det anbefales, at afdelingerne fortsat foretager audit ved større komplikationstal. Atter i år kan vi konkludere, at DGCD-projektet er lykkedes trods indtastningsproblemer. Databasen opfylder alle krav til en klinisk kvalitets- og forskningsdatabase. Databasen trænger imidlertid til en grundig revision og udbygning. Dette store revisionsarbejde foretages aktuelt af Marie Louise Shee Nielsen og Claus Søgaard Andersen i samarbejde med KCØ.

I Årsrapporten indgår 6.861 patienter fra årene 2005-08. På tidspunktet for udgivelsen af denne årsrapport er antallet af registrerede patienter i DGCD mere end 8.000. Dette sammenholdt med muligheden for at angive 5 års overlevelse, giver nu DGCD et tilstrækkeligt statistisk grundlag til at drage konklusioner og anbefalinger på mange af de publicerede variable. Der er adskillige forskningsprojekter, som anvender DGCD som datagrundlag, ligesom DGCD allerede har dannet datagrundlag for flere gennemførte ph.d.-studier. Vores mål med anvendelse af DGCD som en kvalitets- og forskningsdatabase er derfor nu en realitet.

Cervixindikatorer

Indikatorerne ved cervixcancer er generelt tilfredsstillende. Det fjernede antal lymfeknuder ligger overvejende stabilt. Rigshospitalet viser dog en lavere og faldende tendens. Det vil efter aktuelle tal blive søgt afklaret, om denne tendens skyldes anden form for kirurgi, patologiundersøgelse, eller at flere opereres med trakelektomi på Rigshospitalet. Indikatorerne »blødningsmængde« og »komplikationer« viser tilladelige udsving. Samlet kan forskellene i antal lymfeknudefjernelser, komplikationer og blødningsmængde indikere, at der bør sættes større nationalt fokus på cervixcancerkirurgien. Større udveksling af kirurger mellem afdelingerne ved denne kirurgi kan være en løsning.

Med revisionen af databasen er der en god mulighed for at definere hvilke variable, der inddrages for at kunne virkeliggøre en ny stadietinddelingsindikator. DGCD-sekretariatet og cervixcancergruppen vil i samarbejde med KCØ arbejde på at videreudvikle og implementere en indikator for stadietinddelingen af cervixcancer.

Ovarieindikatorer

Indikatoren radikal operation er en surrogatmarkør for kvaliteten af ovariecancerkirurgien. Først i de sidste års rapporter er vi begyndt at have statistisk styrke til at inddrage den endelige kirurgiske kvalitetsindikator »overlevelse«. Samlet må man konkludere, at de sidste års centralisering, fokus på radikal kirurgi og operativ videreuddannelse har givet en positiv udvikling i ovariecancerkirurgien, som har medført en stigning i radikal operation fra 16% til 33,2% ved operation af st. IIIc og IV, hvilket er en tilnærmelse til internationale forhold. Indikatorerne »ventetid til onkologisk behandling«, »postoperative komplikationer« og »blodtab« ligger inden for acceptable grænser. Højere tal har givet anledning til audit på de anførte afdelinger.

Corpusindikatorer

Indikatoren »blodtab« ved corpuscancer viser tilfredsstillende udsving, mens indikatoren »komplikationer« ligger højt i forhold til gennemsnit for flere afdelinger. Nogle afdelinger har allerede gennemført audit, hvilket der er givet bemærkning om.

3. Anbefalinger

3.1 Anbefalinger for cervixcancer

Stadieinddeling for cervixcancer bygger på en klinisk undersøgelse i universel anæstesi (UA), bortset fra stadie IA, hvor diagnosen og stadiet er stillet ved mikroskopi af konus. Årsrapporten viser, at stort set alle patienter udover stadie IA vurderes med gynækologisk undersøgelse og cystoskopi i UA i henhold til guidelines. Der har indtil nu manglet etablerede indikatorer for stadieinddelingen. Fordelingen af stadier ses at variere en del centre imellem, hvilket tyder på et behov for ensretning og fortsat monitorering af stadieinddelingen. Emnet er vanskeligt, fordi der ikke opnås nogen histologisk verifikation af stadiet ved patienter vurderet højere end stadie IB. Denne patientgruppe behandles primært onkologisk. DGCG og arbejdsgruppen arbejder med udvikling af indikatorer for stadieinddelingen, medinddragende de billeddiagnostiske teknikker der anvendes i dag.

Behandling af tidlig cervixcancer med radikal trakelektomi og pelvin lymfadenektomi hos udvalgte patienter er centraliseret på Rigshospitalet. Antallet af radikale trakelektomier er steget betydeligt inden for det sidste år. Man kan ikke af registreringen se, om dette er et udtryk for et tiltagende ønske fra patienterne, eller om der er tale om et holdningsskift i den operative behandling af cervixcancer på Rigshospitalet. Det anbefales, at arbejdsgruppen for cervixcancer arbejder videre med at afdække dette emne.

Tilfælde af cervixcancer har været faldende gennem de sidste årtier og forventes at falde yderligere efter indførelsen af HPV-vaccination. Dette fald afspejles i antal operationer pr. år på centrene. Det faldende antal/afd./år afspejles muligvis i antal fjernede lymfeknuder og blødning. Diskussionen om yderligere centralisering af cervixcancer er derfor fortsat aktuel.

3.2 Anbefalinger for ovariecancer

Et planlagt fase II studie med nøje udvælgelse af patienter til ekstensive, kirurgiske indgreb gennemføres for i højere grad at kunne selekttere patienterne til den optimale primære behandling og mindske komplikationsfrekvensen.

Herunder må der fokuseres på intervaldebuling, da dette behandlingskoncept vinder frem hos patienter med primært avancerede tumorer. Som led heri bør man om muligt skelne mellem c. ovarii og primær peritonealcancer, da tumorbiologien muligvis betinger en forskellighed i såvel mulighed for makroradikal operation som overlevelse. St. IIIC er en heterogen gruppe. Man kan muligvis med fordel stratificere efter tumorbyrde fremover, bl.a. ved at skelne som foreslået i FIGO mellem stadie IIIC1

(spredning til lymfeknuder) og stadie IIIC2 (intraperitoneal spredning).

Indikatoren for makroradikal operation bør justeres til ét af følgende:

50% for hele gruppen (ovarie-, tuba-, primær peritonealcancer, ekskl. borderline)

30% for hele gruppen af st. IIIC-IV

75% for st. IIIC-IV, som primært opereres

Som anført i ovariecancer guidelines revideret 2009 og i kommentarer til tabellerne i Årsrapporten for 2008, foreslår ovariecancergruppen, at alle patienter med tilsyneladende stadie I ovariecancer får foretaget optimal stadieinddeling, med resektion af pelvine lymfeknuder, bortset fra patienter med højt differentieret stadie IA.

Der bør arbejdes for en fortsat centralisering, idet det dog er væsentligst at sammenligne behandlingerne og ikke afdelingerne.

Der bør uden yderligere forsinkelse iværksættes registrering af den onkologiske behandling, idet registrering af kirurgi og patologi alene er en ufuldstændig analyse af den givne behandling. Herunder bør bl.a. targeterede behandlinger registreres.

3.3 Anbefalinger for corpuscancer

Der har gennem de sidste år været en gennemgående diskussion i DGCG vedrørende operation og centralisering af corpuscancerpatienter. Det anbefales nu, at alle stadie I og II endometriecancerpatienter bortset fra stadie IA, grad 1 og 2 (FIGO 2009 stadieinddeling – IA og B efter den tidligere FIGO stadieinddeling) får foretaget lymfeknuderesektion.

Fremover anbefales ikke efterbehandling til stadie I og II endometriecancerpatienter, kun observation. Patienter i stadie II eller med grad 3 tumorer med dybere end 50% nedvækst tilbydes dog deltagelse i et randomiseret studie af observation versus kemoterapi. Deltagelse kræver vurdering af et tilstrækkeligt antal lymfeknuder for at sikre sufficient stadieinddeling. Det er derfor vigtigt, at patienterne opereres korrekt for at hindre underbehandling af patienter med lymfeknudemetastaser, som er stadie III.

De rapporterede tal tyder på, at flere patienter bliver opereret iht. retningslinierne. Arbejdsgruppen finder dog, at der fortsat er alt for mange patienter, som ikke opereres iht. guidelines – især manglende lymfeknudefjernelse, men også at nogle patienter får foretaget unødvendig lymfeknuderesektion, hvilket medfører en øget komplikationsrisiko. Det skal dog bemærkes, at den øgede frekvens af lymfeknudefjernelse fra 2005 til 2008 ikke har medført øget antal blødningskomplikationer.

Med hensyn til de øvrige komplikationer må manglende rapportering undersøges. Det er tankevækkende, at der er afdelinger, der i flere år i træk aldrig har komplikationer. Samtidig er det muligt, at afdelinger, der deltog i PROXI-projektet, har øget registrering af mindre betydende komplikationer.

De nyeste corpuscancer guidelines anbefaler pga. begrænsede diagnostiske muligheder for præoperativt at udvælge stadie IA grad 1 og 2 patienter, at alle operationer for corpuscancer mest hensigtsmæssigt centraliseres til gynækologiske afdelinger med onkologiske kirurger, der behersker lymfeknuderresektion.

Overlevelsen er fortsat god i de tidlige stadier af endometriecancer, dog stærkt afhængig af type og grad. Patienter med grad 3 tumorer og højrisikotyper har betydeligt dårligere overlevelse end stadie I grad 1 og 2, hvilket er baggrund for at påbegynde et internationalt randomiseret studie på initiativ af DGCG af observation versus kemoterapi til disse patienter.

Også stadie III og IV patienter har en dårlig overlevelse – disse patienter vil fremover tilbydes kemoterapi.

ger er igen i år blevet lovpligtigt indberettet til Regionerne. Vi har i 2009 haft en speciel DGCD-onkologiarbejdsgruppe med overlæge Hanne Havsteen, Herlev Hospital, og overlæge Nina Keldsen, Regionshospitalet Herning, mhp. at revidere indberetningsskemaet for onkologerne. De skal begge have stor tak for deres arbejde. Vi håber, at det kommende onkologiskema kan rette op på den manglende indtastning. Dog anbefaler vi de onkologiske afdelinger at tage ansvar for deres indberetningspligt til DGCD og arbejde på at få inkorporeret indtastning som en del af det daglige arbejde på afdelingen. Det er vores ønske fremover at kunne afrapportere på patienternes fulde behandlingsforløb, hvilket onkologerne er en afgørende del af.

3.4 Anbefalinger og kommentarer fra DGCD

Udgivelsen af Årsrapporten er forsinket. Dette skyldes til dels problemer med IT-løsninger og opprogrammering af statistikken til Analyseportalen. Den største forsinkelse må imidlertid tilskrives manglende indtastning fra flere afdelinger, hvilket betød, at den krævede dækningsgrad på minimum 90% ikke kunne opnås til Årsrapporten. Dette betød også, at DGCD-sekretariatets arbejdsopgaver blev besat med indhentning af manglende data, og derved blev datavalidering og forberedelse af Årsrapporten udskudt. I skrivende stund må vi desværre konstatere, at dækningsprocenten for 2009 kun er 70%, hvilket vil give tilsvarende problemer for Årsrapport 2009. Vi kan således konstatere, at nyhedens interesse for DGCD er mindsket, samt at afdelingerne har tabt »pusten«, hvad angår databaser. Dette synes paradoksalt, idet vi nu kan begynde at høste frugten af vores indtastninger. I 2010 har DGCD-sekretariatet planlagt en afdelingsoffensiv i forbindelse med lanceringen af den nye database. Det anbefales dog, at afdelingerne igen får inkorporeret dette som en del af det daglige arbejde.

I nærværende årsrapport har vi opnået en dækningsgrad for 2008 på 94,8% og datakomplethed på 94,3%. Bli-ver datakompletheden imidlertid opgjort med inklusion af de onkologiske data, ses et betydeligt fald til under de krævede 80%. Enkelte af de onkologiske afdelinger indtaster løbende og er godt med, men mange indtaster fortsat ikke pga. ressource- og logistikproblemer. Disse afdelin-

4. Baggrund

4.1 Dansk Gynækologisk Cancer Gruppe

Dansk Gynækologisk Cancer Gruppe (DGCG) er et samarbejde mellem Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi (DSOG), Dansk Selskab for Patologisk Anatomi og Cytologi (DSPAC) og Dansk Selskab for Onkologi/ Dansk Selskab for Medicinsk Onkologi (DSO/DMO). DSO og DMO er i dag erstattet af Dansk selskab for Klinisk Onkologi (DSKO).

DGCGs formål er:

- at udarbejde ensartede retningslinier for visitation, undersøgelse og behandling af gynækologisk cancer i Danmark,
- at sikre, at undersøgelse og behandling af patienter i Danmark med gynækologisk cancer er på et højt internationalt niveau,
- at sikre, at patienter i Danmark med gynækologisk cancer får den nødvendige hjælp med henblik på bedst mulig livskvalitet efter behandling,
- at initiere og drive forskning vedrørende gynækologisk cancer, såvel basal forskning som klinisk forskning,
- at oprette og drive kliniske databaser med henblik på kvalitetskontrol af undersøgelse og behandling af gynækologisk cancer i Danmark,
- at kunne rådgive offentlige myndigheder med henblik på planlægning af undersøgelse og behandling af gynækologisk cancer i Danmark.

DGCG er opbygget af et forretningsudvalg med repræsentanter fra hvert af de tre tidligere nævnte selskaber. Derudover er der arbejdsgrupper inden for hver sygdomskategori, herunder et databaseudvalg og en biobankarbejdsgruppe. Nuværende medlemmer af de forskellige udvalg og arbejdsgrupper er listet i bilag 10.1.

DGCG har med sit nye navn også fået nyt logo, hvilket ses på forsiden af Årsrapporten. Logoet er udarbejdet af Claus Søgaard Andersen og Marie Louise Shee Nielsen fra DGCD-sekretariatet.

Logoet indeholder et enkelt symbol på det kvindelige underliv med antydning af det ene ovarie, tuba, corpus, cervix og vagina. Et symbol på DGCGs fagområde.

Logoet kan hentes på DGCGs hjemmeside <http://dgc.eu.com>, hvor der ligeledes findes yderligere information om gruppen.

4.2 Dansk Gynækologisk Cancer Database

Dansk Gynækologisk Cancer Database (DGCD) er multidisciplinær og inkluderer oplysninger fra gynækologer, patologer og onkologer. DGCD har til formål:

- at indgå i kvalitetssikring og -udvikling af den patologiske vurdering samt den kirurgiske, kemo- og radioterapeutiske behandling af gynækologisk cancer i Danmark,
- at indeholde kliniske informationer til brug for statistik og fremtidig forskning i gynækologisk cancer i Danmark.

Databasen omfatter alle patienter i Danmark, som er diagnosticeret efter 1. januar 2005 med enten cancer ovarii (inkl. borderline og cancer peritonei), cancer tubae, cancer corporis uteri (inkl. atypier) eller cancer cervicis uteri.

Der er 10 indikatorer tilknyttet databasen, tre for cervixcancer, fem for ovariecancer og to for corpuscancer. Resultatet af disse er præsenteret i kapitel 8.

DGCD har været i fuld drift siden 1. januar 2005. Den daglige administration af databasen varetages af professor, overlæge, dr.med. Claus Høgdall, forskningssekretær Lis Taaning, cand.scient.san.publ. Marie Louise Shee Nielsen (på barsel fra 24.09.08 – 15.09.09), reservelæge Sofie Leisby Antonsen samt stud.mag.i informationsvidenskab Claus S. Andersen. Tilsammen udgør de DGCD-sekretariatet, der har hjemme på Rigshospitalet i København.

Et andet vigtigt samarbejde foregår med Kompetencecenter Øst (KCØ), der til daglig driver Analyseportalen. Analyseportalen er beskrevet i afsnit 5.2. For mere uddybende information henvises til www.kliniskedatabaser.dk.

4.3 Økonomi

Databasen modtager støtte fra Danske Regioners databasepulje samt fra Indenrigs- og Sundhedsministeriet: Pulje til styrkelse af infrastruktur for klinisk kræftforskning (KOF-midlerne). For 2008 har DGCD modtaget kr. 550.000 fra Regionernes Databasepulje og er derudover bevilget kr. 1.402.864 fra KOF-midlerne.

DGCD afholder midler til løn til en videnskabelig medarbejder, en forskningssekretær, en datamanager ansat på deltid, en studentermedhjælp samt til statistisk bistand. Derudover bruges midler på rådgivning fra KCØ samt videreudvikling af IT-løsninger, publiceringer, rejser og møder.

5. Dataindsamling og metode

5.1 Dataindsamling i DGCD

Det er de enkelte brugere rundt om på landets onkologiske, gynækologiske og patologiske afdelinger, der står for den løbende indtastning i databasen. I bilag 10.2 er listet samtlige afdelinger i Danmark, der indberetter til DGCD.

DGCD er etableret i Klinisk MåleSystem (KMS), der er et generisk IT-system for kliniske databaser. Netkommunikationen foregår gennem det danske sundhedsnet MedCom. DGCD-serveren er placeret i Koncern IT driftsleverance.

DGCD er forløbsbaseret, hvor hver enkelt patient indgår med en række sygdomsspecifikke skemaer. Den enkelte patient vil således typisk have et anamnese-skema, (et stadietdelingskema for cervixcancer), et operationsskema, et patologiskema og et færdigregistreringsskema. I færdigregistreringsskemaet opsamles diagnosekoder på aktionsdiagnosen, bidiagnoser, til-lægsdiagnoser og radikalitetskoder fra de øvrige skemaer. Udover ovennævnte skemaer kan onkologi- og komplikationsskema indgå. Når patienten efterfølgende går til kontrolbesøg oprettes kontrolskemaer. Dødsfald registreres i et selvstændigt statusskema med angivelse af dødsårsag og -dato.

Samtlige skemaer indeholder faste variable samt mulighed for fri tekst som i en papirjournal. De faste variable er delt i to kategorier: »frivillige« og »obligatoriske«. Sidstnævnte skal udfyldes, for at et skema kan indleveres. Skemadesignet i DGCD er udformet til at understøtte en arbejdsgang med elektronisk patientjournal.

Adgang til DGCDs indtastningsdel og til Analyseportalen oprettes via DGCD-sekretariatet. Der skelnes mellem flere brugerniveauer, ligesom der kræves speciel adgang til Analyseportalen.

5.2 Analyseportalen

Analyseportalen er et online analyseredskab, baseret på SAS. Portalen gør det muligt for den enkelte afdeling online og tidstro at analysere egne indtastede data. Adgang til Analyseportalen går via et menupunkt i KMS, men det kræver, at brugeren er oprettet som afdelingsanalytiker af DGCD-sekretariatet.

Analyseportalen er opbygget som et peg-og-klik-system, hvor det bl.a. er muligt at trække mangellister ud, få adgang til en statusrapport, opsætte frekvenstabeller, grafer, arbejde med filtrerede data og udføre enkle statistiske tests.

5.3 Datakvalitet og statistiske analyser

For at sikre en høj kvalitet i data, benytter DGCD blandt andet:

- indbygget valideringssystem, der går på tværs af de enkelte skemaer og sikrer DGCD mod modstridende indberetninger i fx operationsskema og færdigregistreringsskema, hvor diagnosekoderne genereres,
- løbende oprensning af datamaterialet,
- mangellister udsendt til relevante afdelinger, efter data fra DGCD er sammenkørt med LPR-data,
- tjek for afvigende værdier i indberetningerne, fx fremtidsdatoer, ekstreme værdier for BMI, blødning, uoverensstemmelse mellem operationsdato og dødsdato m.fl.

Data underkastes endvidere en særskilt vurdering af KCØ, som har leveret en fejlrapport. Denne vurdering indgår i de aktuelle dataoprensninger og vil indgå i revisionsarbejdet af nye DGCD-versioner.

Overordnet er Årsrapporten opbygget i tre afsnit. Kapitel 7 indeholder generelle tabeller vedrørende de tre sygdomsgrupper ovarie-, cervix- og corpuscancer. Disse tabeller er baseret på basal, deskriptiv statistik. Derefter følger kapitel 8, der er en afrapportering af de 10 indikatorer, der er tilknyttet databasen. Disse præsenteres i form af oversigtstabeller samt rangstillingskurver. Indikatorerne er opgjort på afdelingsniveau i henhold til »Basiskrav for kliniske kvalitetsdatabaser« publiceret af Danske Regioner. Rangstillingskurverne er vist med konfidensintervaller for den pågældende afdeling samt landsmedianer for de enkelte år.

Kapitel 9 indeholder overlevelsesstatistik for de tre sygdomsgrupper. Overlevelse er vurderet med både univariat og multivariat statistik. Til den univariate statistik er anvendt life-table (Kaplan-Meier) statistik med angivelse af 95% sikkerhedsgrenser i tabeller. I enkelte tilfælde er der i forbindelse med figurvisning testet for signifikante forskelle med log-rank test. Cox multivariate statistik er anvendt for at kunne justere for flere co-variable med henblik på at bestemme den selvstændige betydning af de enkelte variable. Hazard Ratio (HR) < 1.0 betyder lavere dødsrisiko i forhold til referencegruppen (HR = 1) mens HR > 1.0 betyder højere dødsrisiko.

Ud fra datas sammensætning er enkelte variable kørt som klassevariable med det første udfald som reference-gruppe.

5.4 Dækningsgrad og datakomplethed

DGCD er en landsdækkende klinisk database, hvilket er defineret i bekendtgørelsen om godkendelsen af landsdækkende og regionale kliniske kvalitetsdatabaser, som: »... en klinisk kvalitetsdatabase, hvor mindst 90% af den relevante patientpopulation i Danmark registreres ...« jf. BEK nr. 459 af 16/05/2006, § 1, stk. 4. Indberetningen til DGCD er lovpligtig.

Dækningsgraden er defineret som værende andelen af patienter, der er indberettet til databasen i forhold til samtlige patienter, der opfylder inklusionskriterierne. I DGCD beregnes dækningsgraden ved at sammenholde data fra LPR med de indsamlede data i DGCD.

Som det ses i tabel 5.4.1 er den samlede dækningsgrad for DGCD 96%. Dette er en forbedring set i forhold til Årsrapport 2006-07, hvor samme opgørelse var 93,7%. Forbedringen skyldes, at afdelingerne løbende indtaster manglende patienter fra tidligere år. Af tabellen ses derudover, at databasen for hvert enkelt år ligger over de påkrævede 90%, hvorved DGCD opfylder kravene til de landsdækkende kliniske databaser.

Det fremgår endvidere, at 283 patienter alene er indberettet i LPR. Dette kan skyldes, at de ansvarlige afdelinger enten mangler at indberette disse patienter i DGCD, eller at patienterne fejlagtigt er indberettet til LPR som gynækologiske cancerpatienter.

Tabel 5.4.1 Dækningsgrader 2005-08

Patientkomplethed	Kun i LPR		I DGCD		I alt	
	antal	%	antal	%	antal	%
2005	44	2,5	1.747	97,5	1.791	100
2006	60	3,4	1.691	96,6	1.751	100
2007	84	4,7	1.700	95,3	1.784	100
2008	95	5,2	1.725	94,8	1.820	100
I alt	283	4,0	6.863	96,0	7.146	100

Tabel 5.4.2 Datakomplethed 2005-08

Datakomplethed – år	Inkomplet		Komplet		I alt	
	antal	%	antal	%	antal	%
2005-06	128	3,7	3.310	96,3	3.438	100
2007	52	3,1	1.648	96,9	1.700	100
2008	98	5,7	1.627	94,3	1.725	100
I alt	278	4,1	6.585	95,9	6.863	100

Udover en dækningsgrad på mere end 90% stilles et krav om datakomplethed på mere end 80%, hvilket vil sige, at 80% af de obligatoriske dataelementer skal indberettes for hver enkelt patient.

Samlet for de fire år ses i tabel 5.4.2 en datakomplethed på 95,9%. Tabellen er opgjort uden indtastning fra onkologer. Inkluderes disse, falder datakompletheden til 67,2%. Problematikken omkring indtastning fra de fleste af de onkologiske afdelinger har eksisteret siden databa-

sens start og har været forsøgt løst ad flere omgange. I forbindelse med den nye version af DGCD arbejdes der på at hente så meget relevant onkologisk data som muligt fra LPR, samtidig med at antallet af variable, som onkologerne skal indtaste, mindskes markant. Derudover inddrages onkologerne mere i selve opbygningen af onkologidelen i håbet om, at indtastningsvilligheden stiger. Derved ville det også blive muligt at inkludere onkologiske data i de kommende årsrapporter fra DGCD på en meningsfuld måde.

Tabel 5.4.3 Dækningsgrader 2005-08 opgjort på ansvarlig afdeling

		2005-06		2007		2008		I alt	
Patientkomplethed		antal	%	antal	%	antal	%	antal	%
Rigshospitalet	Mangler	2	0,4	1	0,4	2	0,7	5	0,5
	I Databasen	463	99,6	243	99,6	274	99,3	980	99,5
	Alle	465	100	244	100	276	100	985	100
Frederiksberg	Mangler	–	–	–	–	2	100	2	25,0
	I Databasen	6	100	–	–	–	–	6	75,0
	Alle	6	100	–	–	2	100	8	100
Gentofte	Mangler	–	–	–	–	1	14,3	1	1,5
	I Databasen	47	100	14	100	6	85,7	67	98,5
	Alle	47	100	14	100	7	100	68	100
Hvidovre	Mangler	9	9,4	–	–	2	4,0	11	5,9
	I Databasen	87	90,6	42	100	48	96,0	177	94,1
	Alle	96	100	42	100	50	100	188	100
Herlev	Mangler	9	2,0	5	1,6	5	1,9	19	1,8
	I Databasen	451	98,0	301	98,4	259	98,1	1.011	98,2
	Alle	460	100	306	100	264	100	1.030	100
Hillerød	Mangler	5	2,7	5	8,5	11	19,3	21	6,9
	I Databasen	183	97,3	54	91,5	46	80,7	283	93,1
	Alle	188	100	59	100	57	100	304	100
Roskilde	Mangler	5	3,4	9	10,2	2	2,0	16	4,7
	I Databasen	144	96,6	79	89,8	98	98,0	321	95,3
	Alle	149	100	88	100	100	100	337	100
Holbæk	Mangler	5	11,9	2	18,2	6	30,0	13	17,8
	I Databasen	37	88,1	9	81,8	14	70,0	60	82,2
	Alle	42	100	11	100	20	100	73	100
Næstved	Mangler	4	2,2	6	9,2	6	8,1	16	5,0
	I Databasen	177	97,8	59	90,8	68	91,9	304	95,0
	Alle	181	100	65	100	74	100	320	100
Slagelse	Mangler	3	7,0	5	22,7	–	–	8	11,3
	I Databasen	40	93,0	17	77,3	6	100	63	88,7
	Alle	43	100	22	100	6	100	71	100
Nykøbing Falster	Mangler	2	50,0	–	–	1	100	3	60,0
	I Databasen	2	50,0	–	–	–	–	2	40,0
	Alle	4	100	–	–	1	100	5	100
Odense	Mangler	1	0,3	2	0,9	1	0,4	4	0,4
	I Databasen	391	99,7	223	99,1	271	99,6	885	99,6
	Alle	392	100	225	100	272	100	889	100
Svendborg	Mangler	1	3,0	1	4,8	–	–	2	3,3
	I Databasen	32	97,0	20	95,2	7	100	59	96,7
	Alle	33	100	21	100	7	100	61	100
Kolding	Mangler	–	–	1	10,0	4	15,4	5	8,6
	I Databasen	22	100	9	90,0	22	84,6	53	91,4
	Alle	22	100	10	100	26	100	58	100
Sønderborg	Mangler	8	6,2	7	15,9	6	16,2	21	10,0
	I Databasen	122	93,8	37	84,1	31	83,8	190	90,0
	Alle	130	100	44	100	37	100	211	100
Sydvestjysk	Mangler	–	–	3	7,7	2	5,1	5	3,2
	I Databasen	78	100	36	92,3	37	94,9	151	96,8
	Alle	78	100	39	100	39	100	156	100

> Fortsat

		2005-06		2007		2008		I alt	
Patientkomplethed		antal	%	antal	%	antal	%	antal	%
Horsens	Mangler	2	1,2	3	4,4	6	14,6	11	4,0
	I Databasen	162	98,8	65	95,6	35	85,4	262	96,0
	Alle	164	100	68	100	41	100	273	100
Herning	Mangler	7	4,4	2	3,6	3	5,8	12	4,5
	I Databasen	152	95,6	54	96,4	49	94,2	255	95,5
	Alle	159	100	56	100	52	100	267	100
Silkeborg	Mangler	3	11,1	–	–	2	50,0	5	11,4
	I Databasen	24	88,9	13	100	2	50,0	39	88,6
	Alle	27	100	13	100	4	100	44	100
Randers	Mangler	4	8,0	5	21,7	5	22,7	14	14,7
	I Databasen	46	92,0	18	78,3	17	77,3	81	85,3
	Alle	50	100	23	100	22	100	95	100
Århus	Mangler	10	2,8	7	3,4	4	1,6	21	2,6
	I Databasen	350	97,2	199	96,6	249	98,4	798	97,4
	Alle	360	100	206	100	253	100	819	100
Viborg	Mangler	–	–	1	4,2	1	5,6	2	1,8
	I Databasen	69	100	23	95,8	17	94,4	109	98,2
	Alle	69	100	24	100	18	100	111	100
Ålborg	Mangler	13	4,2	13	7,3	10	6,3	36	5,6
	I Databasen	293	95,8	164	92,7	148	93,7	605	94,4
	Alle	306	100	177	100	158	100	641	100
ThyMors	Mangler	5	35,7	1	20,0	7	77,8	13	46,4
	I Databasen	9	64,3	4	80,0	2	22,2	15	53,6
	Alle	14	100	5	100	9	100	28	100
Vendsyssel	Mangler	6	10,5	5	22,7	6	24,0	17	16,3
	I Databasen	51	89,5	17	77,3	19	76,0	87	83,7
	Alle	57	100	22	100	25	100	104	100
I alt		3.542	100	1.784	100	1.820	100	7.146	100

6. Årsrapport 2008

Årsrapporten inkluderer data fra årene 2005-08. Det samlede datagrundlag, der indgår i statistikken i aktuelle årsrapport udgøres af 6.861 patienter. Disse patienter opfylder tre krav: De er alle diagnosticerede i perioden 1.1.2005-31.12.2008, de er alle registrerede både i DGCD og LPR, og de har alle fået angivet en cancertype i DGCD.

I Årsrapporten offentliggøres afdelingsspecifikke data. Det er vigtigt at være opmærksom på, at patientsammensætningen karakteriseret ved eksempelvis BMI, rygning, alkohol og social status kan variere fra region til region og fra afdeling til afdeling. Når resultaterne skal sammenlignes mellem afdelinger, bør data justeres for patientrelaterede faktorer. Det er eksempelvis ikke rimeligt at vurdere overlevelsen efter en operation på to afdelinger efter samme målestok, hvis den ene afdeling i stort omfang får henvist de mere alvorlige tilfælde af sygdommen eller har patienter i sit optageområde, som er mere belastede af livsstilsfaktorer end den anden afdelings patienter.

For at tage højde for dette burde der i nogle af de publicerede skemaer justeres for disse faktorer. Desværre er dækningsgraden for livsstilsfaktorerne rygning og alkohol meget ringe, hvorfor det ikke er muligt at justere for disse faktorer aktuelt. Der vil fremover blive tiltag for at forbedre denne indtastning. Det overvejes således at udsende variabelspecifikke mangellister på rygning og alkohol, ligesom deres obligatoriske status vil blive øget. I forbindelse med de kommende møder mellem DGCD og afdelingerne vil dette emne blive diskuteret. Performance score, ASA samt BMI er sufficente og er tidligere anvendt som justerende co-faktorer i caseload-analyser. De samme co-faktorer er anvendt i de nye multivariate overlevelsesanalyser.

I denne udgave af DGCD-Årsrapporten er der medtaget en del ændringer. Blandt andet er det generelt i ovariecancerdelen søgt at stratificere mere ud i henhold til de underliggende diagnoser tuba- og peritonealcancer samt borderlinetumorer. Derudover er der inddraget nye tabeller blandt andet i form af tabel 7.2.8 »Udført operation ved cervixcancerkirurgi«, tabel 7.3.4 og 7.3.5, hvor opgørelsen over stadie er stratificeret på ovarie- (herunder peritoneal-) og tubacancer.

Endvidere er hele kapitel 9 »Overlevelse«, nu opgjort i life-tables med tilhørende 95% sikkerhedsgrenser og Kaplan-Meier kurver. Dertil kommer en særlig opgørelse af overlevelsen for ovariecancerpatienter st. IIIC og IV i henhold til centrene Rigshospitalet, Herlev, Odense, Aalborg og Århus i forhold til alle andre afdelinger.

DGCD-sekretariatet har haft ansvaret for arbejdet med at rense data op, skrive og lave layout af rapporten. Det overordnede ansvar for Årsrapporten ligger hos for-

mand for DGCD professor, overlæge, dr.med., Claus Høgdall.

Undervejs i processen har afdelingerne fået tilsendt mangellister flere gange for at sikre, at alle data er indsamlet inden den endelige opgørelse. Arbejdsgrupperne og forretningsudvalget er blevet bedt om tilbagemeldinger på Årsrapport 2006-2007 med forslag til forbedringer af 2008-rapporten. Disse er forsøgt inddraget i nærværende rapport.

Årsrapporten er sendt til høring ad to omgange. Første gang til DGCGs forretningsudvalg samt cervixcancer-, ovariecancer- og endometrie-cancergrupperne. Anden gang er den atter sendt til ovennævnte samt til de DGCD-ansvarlige på afdelingerne og til KCØ for revision. Ved udsendelse til høring skulle modtagelse af rapporten bekræftes, uanset om der var tilføjelser eller ej. Dette blev krævet for at sikre, at samtlige afdelinger har haft mulighed for indsigelser før offentliggørelse af Årsrapporten.

Til slut vil vi gøre opmærksom på, at 2005 og 2006 er slået sammen i alle tabeller i denne årsrapport.

7. Generelle tabeller

7.1 Baggrund og risikofaktorer

Tabel 7.1.1 Fordeling af cancertype i 2005-08

	Ovarie		Corpus		Cervix		I alt	
	antal	%	antal	%	antal	%	antal	%
2005-06	1.310	38,1	1.412	41,1	716	20,8	3.438	100
2007	670	39,4	683	40,2	347	20,4	1.700	100
2008	646	37,5	757	43,9	320	18,6	1.723	100
I alt	2.626	38,3	2.852	41,6	1.383	20,2	6.861	100

Kommentar: Tabellen viser antallet af gynækologiske cancertyper for de patienter, der indgår i denne årsrapport. Sammenlignet med tabel 5.4.1, mangler der to patienter. Dette skyldes, at der yderligere er selekteret på patienter, der mangler at få angivet en diagnose. Under ovarie indgår: Ovariecancer st. I-IV, borderlinetumorer, tubacancer og peritonealcancer. Under corpus indgår: Corpuscancer st. I-IV samt atypisk hyperplasi. Under cervix indgår: Cervixcancer st. I-IV. Opgørelsen for årene 2005-07 er højere end angivet i tidligere årsrapporter. Dette skyldes, at der vedvarende udsendes mangellister på patienter fra databasens begyndelse i 2005, og derved opnås højere datakomplethed.

Tabel 7.1.2 Aldersfordeling for patienter med de gynækologiske cancertyper i 2005-08

Alders- fordeling	Ovarie		Borderline		Corpus		Hyperplasi med atypi		Cervix		I alt	
	antal	%	antal	%	antal	%	antal	%	antal	%	antal	%
< 20	8	0,4	4	0,7	1	0,0	–	–	–	–	13	0,2
20-29	15	0,7	37	6,1	–	–	1	0,5	105	7,6	158	2,3
30-39	38	1,9	66	11,0	19	0,7	4	1,8	340	24,6	467	6,8
40-49	201	9,9	127	21,1	107	4,1	35	16,1	303	21,9	773	11,3
50-59	432	21,3	149	24,8	576	21,9	59	27,2	208	15,0	1.424	20,8
60-69	609	30,1	114	18,9	887	33,7	78	35,9	186	13,4	1.874	27,3
70-79	497	24,3	76	12,6	666	25,3	26	12,0	143	10,3	1.402	20,4
> 80	230	11,4	29	4,8	379	14,4	14	6,5	98	7,1	750	10,9
Middel	64,1		53,8		66,8		60,7		50,8		61,4	
Median	65,0		54,0		66,0		61,0		47,0		63,0	
I alt	2.024	100	602	100	2.635	100	217	100	1.383	100	6.861	100

Kommentar: Mens 54% af patienter med cervixcancer er <50 år, er 13% af patienter med ovariecancer og 5% af patienter med corpuscancer <50 år. Fra et klinisk synspunkt er det vigtigt, at vi husker at tænke på cancerdiagnosen hos de unge patienter, især cervix- og ovariecancer. Corpuscancer ses yderst sjældent før 30 års alderen.

Tabel 7.1.3 ASA-score fordelt på cancertype i 2005-08

ASA-score	Ovarie		Corpus		Cervix		I alt	
	antal	%	antal	%	antal	%	antal	%
ASA1: Rask	1.094	39,2	1.108	39,7	590	21,1	2.792	100
ASA 2: Let systemisk sygdom	1.148	41,4	1.409	50,8	216	7,8	2.773	100
ASA 3: Alvorlig systemisk sygdom	308	47,2	287	44,0	57	8,7	652	100
ASA 4: Livstruende systemisk sygdom	58	56,3	34	33,0	11	10,7	103	100
ASA 5: Moribund, død inden for 24 timer	2	50,0	2	50,0	–	–	4	100
ASA-score uoplyst	16	3,0	12	2,2	509	94,8	537	100
I alt	2.626	38,3	2.852	41,6	1.383	20,2	6.861	100

Kommentar: Mere end 85% af ovarie- og corpuscancerpatienterne har ASA-score 1 eller 2. For 36,8% af cervixcancerpatienterne er ASA-klassen uoplyst. Dette skyldes bl.a., at variabelen ikke er obligatorisk at udfylde i stadietinddelingskemaet i DGCD. Feltet vil blive gjort obligatorisk i den kommende version af databasen. For ovarie- og corpuscancerpatienterne hentes oplysningen fra et obligatorisk indtastningsfelt i operationsskemaet.

Tabel 7.1.4 BMI fordelt på cancertype i 2005-08

	BMI								Ukendt		BMI		I alt	
	< 18,5		18,5 < BMI ≤ 25		25 < BMI ≤ 35		> 35							
	antal	%	antal	%	antal	%	antal	%	antal	%	middel	median	antal	%
Ovarie	123	4,7	1.336	50,9	910	34,7	122	4,6	135	5,1	25,1	24,2	2.626	38,3
Corpus	68	2,4	990	34,7	1.289	45,2	417	14,6	88	3,1	28,2	26,8	2.852	41,6
Cervix	61	4,4	743	53,7	427	30,9	70	5,1	82	5,9	24,9	23,8	1.383	20,2
I alt	252	3,7	3.069	44,7	2.626	38,3	609	8,9	305	4,4	26,4	25,0	6.861	100

Kommentar: BMI: Body Mass Index = kg/h². Normal vægt defineres af WHO som 18,5 ≤ BMI < 25. Som forventeligt ses det af tabellen, at størstedelen af overvægtige findes i corpuscancergruppen.

Tabel 7.1.5 Rygning fordelt på cancertype i 2005-08

Rygning	Ovarie		Corpus		Cervix		I alt	
	antal	%	antal	%	antal	%	antal	%
Eksryger	397	15,1	325	11,4	192	13,9	914	13,3
Aldrig ryger.....	1.104	42,0	1.422	49,9	504	36,4	3.030	44,2
Ryger	574	21,9	443	15,5	459	33,2	1.476	21,5
Ikke oplyst	551	21,0	662	23,2	228	16,5	1.441	21,0
I alt	2.626	100	2.852	100	1.383	100	6.861	100

Kommentar: Rygning gælder alle former for tobak. Eksryger defineres som minimum én røgfri uge. For 21% af patienterne er status omkring rygning uoplyst. Dette skyldes, at det er muligt i DGCD at udfylde denne variabel med »ikke oplyst«. Derudover er det muligt med begrundelse at forcere variablen, selvom denne er obligatorisk. I slutningen af 2008 blev programmeringen af variablen ændret, så det ikke længere er muligt at udfylde med »ikke oplyst« samt at forcere variablen. Desuden er vigtigheden af variablen diskuteret på landsmøde, hvor der var enighed om at stramme op omkring indtastningen. Der arbejdes med muligheden for at udsende særskilte mangellister på rygning og alkohol.

Tabel 7.1.6 Komorbiditet fordelt på cancertype i 2005-08

Komorbiditet	Ovarie		Corpus		Cervix		I alt	
	antal	%	antal	%	antal	%	antal	%
Ingen	1.652	62,9	1.479	51,9	1.055	76,3	4.186	61,0
1: Hjerte, kar, lunge	620	23,6	855	30,0	186	13,4	1.661	24,2
2: Endokrino-, hæmato- og neurologiske	114	4,3	149	5,2	57	4,1	320	4,7
3: Lever, nyre, tarm	23	0,9	4	0,1	11	0,8	38	0,6
1 + 2	134	5,1	287	10,1	42	3,0	463	6,7
1 + 3	14	0,5	16	0,6	5	0,4	35	0,5
2 + 3	4	0,2	2	0,1	1	0,1	7	0,1
1 + 2 + 3	5	0,2	6	0,2	–	–	11	0,2
Uoplyst	60	2,3	54	1,9	26	1,9	140	2,0
I alt	2.626	100	2.852	100	1.383	100	6.861	100

Kommentar: I tabellen ses, at 2% er registreret med uoplyst. Dette skyldes, at det er obligatorisk i DGCD at angive, om patienten har komorbiditet, men ikke at anføre typen. Når dette ikke udfyldes, registreres variablen som uoplyst.

Alkoholforbrug

Tabellen er udeladt pga. lav besvarelsesprocent. I DGCD kan variablen udfyldes med »ikke oplyst«. Derudover er det på nuværende tidspunkt obligatorisk at svare på, om patienten har et ugentligt alkoholforbrug, men udfyldelsen

af antallet af genstande er frivillig, hvilket ligeledes medfører, at besvarelsen indgår som uoplyst. I den kommende version af DGCD vil vi forsøge at stramme op på denne registrering. Alkohol må anses for at være en væsentlig risikomarkør, som derfor ønskes afrapporteret i fremtiden.

7.2 Cervixcancer

Tabel 7.2.1 Histologi for cervixcancer

Histologi	2005-06		2007		2008		I alt	
	antal	%	antal	%	antal	%	antal	%
Planocellulært karcinom	557	77,8	265	76,4	243	75,9	1.065	77,0
Adenokarcinom	119	16,6	67	19,3	62	19,4	248	18,0
Type blandet epitel eller mesenkymal	22	3,1	6	1,7	4	1,3	32	2,3
Udifferentieret	5	0,7	2	0,6	–	–	7	0,5
Sarkom	2	0,3	2	0,6	2	0,6	6	0,4
Sjældne typer	2	0,3	1	0,3	3	0,9	6	0,4
Uoplyst	9	1,3	4	1,2	6	1,9	19	1,4
I alt	716	51,8	347	25,1	320	23,1	1.383	100

Kommentar: Data vedrørende histologi hentes fra patologiskemaet i DGCD. I tabellen ses, at planocellulært karcinom udgør 77% af tilfældene, hvilket er i overensstemmelse med, hvad der ses internationalt.

Tabel 7.2.2 Stadietinddeling for cervixcancer

Stadie	2005-06		2007		2008		I alt	
	antal	%	antal	%	antal	%	antal	%
Stadie I	423	59,1	199	57,3	189	59,1	811	58,6
IA1: Cervix, Mik. dybde max 3 mm, flade max 7 mm	136	19,0	56	16,1	59	18,4	251	18,1
IA2: Cervix, Mik. dybde > 3 mm og ≤ 5 mm, diameter ≤ 7 mm	7	1,0	3	0,9	4	1,3	14	1,0
IB1: Cervix, Tumor ≤ 4 cm	250	34,9	125	36,0	111	34,7	486	35,1
IB2: Cervix, Tumor > 4 cm	30	4,2	15	4,3	15	4,7	60	4,3
Stadie II	145	20,3	71	20,5	62	19,4	278	20,1
IIA: Spredning til øverste $\frac{2}{3}$ af vagina, Parametrierne frie	17	2,4	12	3,5	15	4,7	44	3,2
IIB: Invasion i parametrierne som ikke når bækkenvæggen	128	17,9	59	17,0	47	14,7	234	16,9
Stadie III	99	13,8	52	15,0	46	14,4	197	14,2
IIIA: Distale $\frac{1}{3}$ af vagina, I parametrierne, ikke bækkenvæg	10	1,4	5	1,4	5	1,6	20	1,4
IIIB: I parametrierne til bækkenvæg eller påvirket nyre	89	12,4	47	13,5	41	12,8	177	12,8
Stadie IV	47	8,2	24	6,9	21	6,6	92	6,7
IVA: Mukosa i blære/tarm og/eller vokset ud i pelvis	26	5,0	10	2,9	8	2,5	44	3,2
IVB: Fjernmetastaser	21	2,9	14	4,0	13	4,1	48	3,5
Uoplyst	2	0,3	1	0,3	2	0,6	5	0,4
I alt	716	51,8	347	25,1	320	23,1	1.383	100

Kommentar: Stadietinddeling er klinisk og skal stilles af en onkolog og en gynækolog i fællesskab. I tabellen ses enkelte tilfælde, hvor stadiet ikke er oplyst. Dette kan skyldes fejlregistrering i DGCD, fx hvis der er udfyldt et patologiskema i stedet for et stadietinddelingsskema.

Tabel 7.2.3 Ansvarlige afdelinger for registrering af cervixcancerpatienter i DGCD

Afdeling	2005-06		2007		2008		I alt	
	antal	%	antal	%	antal	%	antal	%
Rigshospitalet	168	23,5	73	21,0	77	24,1	318	23,0
Frederiksberg	6	0,8	–	–	–	–	6	0,4
Gentofte	2	0,3	2	0,6	1	0,3	5	0,4
Hvidovre	5	0,7	3	0,9	1	0,3	9	0,7
Herlev	158	22,1	100	28,8	80	25,0	338	24,4
Hillerød	9	1,3	4	1,2	–	–	13	0,9
Roskilde	15	2,1	3	0,9	5	1,6	23	1,7
Holbæk	4	0,6	–	–	–	–	4	0,3
Næstved	20	2,8	3	0,9	7	2,2	30	2,2
Slagelse	5	0,7	1	0,3	1	0,3	7	0,5
Odense	111	15,5	54	15,6	54	16,9	219	15,8
Svendborg	1	0,1	1	0,3	–	–	2	0,1
Kolding	4	0,6	–	–	1	0,3	5	0,4
Sønderborg	10	1,4	4	1,2	2	0,6	16	1,2
Sydvestjysk	10	1,4	2	0,6	4	1,3	16	1,2
Horsens	5	0,7	4	1,2	2	0,6	11	0,8
Herning	33	4,6	12	3,5	6	1,9	51	3,7
Silkeborg	2	0,3	2	0,6	–	–	4	0,3
Randers	2	0,3	4	1,2	1	0,3	7	0,5
Skejby	87	12,2	49	14,1	47	14,7	183	13,2
Viborg	8	1,1	2	0,6	4	1,3	14	1,0
Aalborg	44	6,1	21	6,1	26	8,1	91	6,6
Thy/Mors	2	0,3	1	0,3	–	–	3	0,2
Vendsyssel	5	0,7	2	0,6	1	0,3	8	0,6
I alt	716	51,8	347	25,1	320	23,1	1.383	100

Kommentar: Tabellen viser en afdelingsspecifik opgørelse over de afdelinger, der har ansvaret for at registrere hele patientens forløb korrekt i DGCD. Som oftest vil det være den gynækologiske afdeling, der tilser patienten.

St. IA1 kan færdigbehandles iht. DGCGs retningslinjer på lokal gynækologisk afdeling, hvilket forklarer antallet af afdelinger. Det bemærkes, at der i henhold til retningslinjerne er sket en tiltagende centralisering af stadieinddeling på de gynækologisk-onkologiske centre Rigshospitalet, Herlev, Odense, Skejby og Aalborg – fra 80,2% til 88,8%.

Tabel 7.2.4 Henvisning af cervixcancer st. IB

St. IB henvist til	2005-06		2007		2008		I alt	
	antal	%	antal	%	antal	%	antal	%
Operation	247	88,2	117	83,6	110	87,3	474	86,8
Onkologisk behandling	31	11,1	20	14,3	15	11,9	66	12,1
Ingen behandling	2	0,7	3	2,1	1	0,8	6	1,1
I alt	280	100	140	100	126	100	546	100

Kommentar: Tabellen er med for at få en indikation af, hvor mange patienter der går direkte til onkologisk behandling efter stadieinddelingen. Ideelt skulle det være en opgørelse over, hvor mange der er gået til operation, til operation og adjuverende behandling, eller til primær strålebehandling og kemoterapi. Desværre er dækningsgraden for de onkologiske data i DGCD så lav, at en sådan opgørelse på nuværende tidspunkt ikke er meningsbærende.

Tabel 7.2.5 Gynækologiske undersøgelser i universel anæstesi ved stadieinddeling

Gynækologisk undersøgelse i universel anæstesi	2005-06		2007		2008		I alt	
	antal	%	antal	%	antal	%	antal	%
Ja	604	84,4	287	82,7	276	86,3	1.167	84,4
Nej	111	15,5	60	17,3	42	13,1	213	15,4
Uoplyst	1	0,1	–	–	2	0,6	3	0,2
I alt	716	51,8	347	25,1	320	23,1	1.383	100

Kommentar: Tabellen er opgjort på landsplan og fordelt på årstal. Alle cervixcancerpatienter med stadie højere end IA1 skal have foretaget gynækologisk undersøgelse (GU) i universel anæstesi (UA). Der har ikke været tradition for at udføre GU i narkose på patienter med st. IA1, hvor diagnosen er baseret på mikroskopi af konus. Af tabellen fremgår, at 42 patienter ikke har fået foretaget denne undersøgelse i 2008. Tallet dækker bl.a. over cervixcancerpatienter, der opdages tilfældigt i forbindelse med en anden operation, samt patienter som ikke ønsker videre undersøgelse og behandling. Det ses af tabellen, at der gennem årene har været en relativ konstant andel af patienter med GU i UA på ca. 84-87%. Andelen tolkes som tilfredsstillende, i forhold til guidelines på området.

Tabel 7.2.6 Udførte cystoskopier ved stadieinddeling

Cystoskopi	2005-06		2007		2008		I alt	
	antal	%	antal	%	antal	%	antal	%
Ja	520	70,1	261	75,2	257	80,3	1.038	75,1
Nej	194	27,1	85	24,5	62	19,4	341	24,7
Uoplyst	2	0,3	1	0,3	1	0,3	4	0,3
I alt	716	51,8	347	25,1	320	23,1	1.383	100

Kommentar: Tabellen er opgjort på landsplan og fordelt på årstal. Alle cervixcancerpatienter med stadie højere end IA1 skal have foretaget cystoskopi. Af tabellen fremgår det, at 62 patienter ikke har fået foretaget denne undersøgelse i 2008. Tallet dækker bl.a. over cervixcancerpatienter, der opdages tilfældigt i forbindelse med en anden operation eller afstår fra videre undersøgelse og behandling. Der er gennem årene set en stigning i udførte cystoskopier fra 70,1% til 80,3%. Stigningen afspejler formentlig introduktion af guidelines på området.

Tabel 7.2.7 Cervixcancer st. IB i forhold til højere stadie fordelt på afdeling

	2005-06				2007				2008				I alt			
	stadie IB		højere stadie		stadie IB		højere stadie		stadie IB		højere stadie		stadie IB		højere stadie	
	antal	%	antal	%	antal	%	antal	%	antal	%	antal	%	antal	%	antal	%
Rigshospitalet...	63	41,7	88	58,3	24	38,1	39	61,9	29	44,6	36	55,4	116	41,6	163	58,4
Herlev	64	47,1	72	52,9	39	48,8	41	51,3	34	54,0	29	46,0	137	49,1	142	50,9
Roskilde	–	–	10	100	–	–	3	100	1	50,0	1	50,0	1	6,7	14	93,3
Odense	58	65,9	30	34,1	24	48,0	26	52,0	16	34,0	31	66,0	98	53,0	87	47,0
Skejby	46	68,7	21	31,3	35	79,5	9	20,5	24	60,0	16	40,0	105	69,5	46	30,5
Aalborg	17	42,5	23	57,5	9	50,0	9	50,0	16	64,0	9	36,0	42	50,6	41	49,4
Andre	32	40,5	47	59,5	9	31,0	20	69,0	6	46,2	7	53,8	47	38,8	74	61,2
I alt	280	55,3	291	44,7	140	48,8	147	51,2	126	49,4	129	50,6	546	49,1	567	50,9

Kommentar: Denne tabel indgår som led i arbejdet med den kommende indikator 12: Kvaliteten af stadieinddelingen. »Andre« dækker over afdelinger med mindre end 10 patienter i alt. Stadieinddelingen er klinisk og har intet præcist mål for nøjagtigheden, idet patienter, der inddeles til højere stadie, behandles onkologisk uden histologisk verifikation. Over længere tid med et tilstrækkeligt antal patienter må man forvente en tilnærmelse af middeltal mellem afdelingerne, såfremt man har en ensartet stadieinddeling. Aktuelle tabel er konstrueret som oplæg til en mulig fremtidig indikator for stadieinddelingen.

Tabel 7.2.8 Antal udførte operationer ved cervixcancerkirurgi

		Ingen OP eller onkologisk behandling	Anden operation	Hysterek- tomi radikal	Hysterek- tomi vaginal	Simpel hysterek- tomi	Konisa- tion	Trakelek- tomi (vaginal)	Uoplyst	I alt
Rigshospitalet	2005-06	93	7	28	5	9	2	24	–	168
	2007	34	12	10	4	3	–	9	1	73
	2008	30	8	13	1	1	1	21	3	77
	Alle	157	27	51	10	13	3	54	4	318
Herlev	2005-06	70	2	63	–	16	7	–	–	158
	2007	48	2	36	1	8	5	–	–	100
	2008	33	–	31	–	12	2	–	1	79
	Alle	151	4	130	1	36	14	–	1	337
Hillerød	2005-06	2	–	–	–	5	2	–	–	9
	2007	–	–	–	–	2	1	–	1	4
	Alle	2	–	–	–	7	3	–	1	13
Roskilde	2005-06	6	1	–	–	5	3	–	–	15
	2007	1	2	–	–	–	–	–	–	3
	2008	1	–	2	–	1	1	–	–	5
	Alle	8	3	2	–	6	4	–	–	23
Næstved	2005-06	9	–	9	–	–	1	–	1	20
	2007	1	–	2	–	–	–	–	–	3
	2008	2	–	4	–	1	–	–	–	7
	Alle	12	–	15	–	1	1	–	1	30
Odense	2005-06	47	–	41	2	14	7	–	–	111
	2007	28	1	20	1	4	–	–	–	54
	2008	33	–	15	–	6	–	–	–	54
	Alle	108	1	76	3	24	7	–	–	219
Sønderborg	2005-06	7	–	2	–	1	–	–	–	10
	2007	2	–	–	–	1	1	–	–	4
	2008	2	–	–	–	–	–	–	–	2
	Alle	11	–	2	–	2	1	–	–	16
Sydvestjysk	2005-06	4	–	–	3	3	–	–	–	10
	2007	1	–	–	1	–	–	–	–	2
	2008	1	–	–	2	1	–	–	–	4
	Alle	6	–	–	6	4	–	–	–	16
Horsens	2005-06	2	–	–	–	2	1	–	–	5
	2007	4	–	–	–	–	–	–	–	4
	2008	2	–	–	–	–	–	–	–	2
	Alle	8	–	–	–	2	1	–	–	11
Herning	2005-06	10	1	18	–	2	2	–	–	33
	2007	9	–	–	–	3	–	–	–	12
	2008	4	–	–	1	1	–	–	–	6
	Alle	23	1	18	1	6	2	–	–	51
Århus	2005-06	19	4	41	1	15	7	–	–	87
	2007	11	3	30	–	3	1	–	1	49
	2008	18	2	21	–	2	4	–	–	47
	Alle	48	9	92	1	20	12	–	1	183
Viborg	2005-06	2	2	–	–	1	3	–	–	8
	2007	–	–	–	–	–	2	–	–	2
	2008	1	1	–	–	–	2	–	–	4
	Alle	3	3	–	–	1	7	–	–	14

> Fortsat

		Ingen OP eller onkologisk behandling	Anden operation	Hysterek- tomi radikal	Hysterek- tomi vaginal	Simpel hysterek- tomi	Konisa- tion	Trakelek- tomi (vaginal)	Uoplyst	I alt
Aalborg	2005-06	25	–	16	–	1	2	–	–	44
	2007	11	–	10	–	–	–	–	–	21
	2008	11	4	10	–	–	1	–	–	26
	Alle	47	4	36	–	1	3	–	–	91
Andre	2005-06	14	1	2	5	8	9	–	–	39
	2007	6	2	1	2	2	2	–	–	15
	2008	2	–	1	–	–	2	–	–	6
	Alle	22	3	4	7	10	13	–	–	60
I alt		607	55	426	29	133	71	54	8	1.383

Kommentar: Denne tabel er et ønske fra cervixcancergruppen. Som det ses af tabellen, udfører stort set alle afdelingerne konisation og simpel hysterektomi. Dette er ikke overraskende, da alle afdelinger må udføre disse på st. IA1 patienter. Det fremgår yderligere af tabellen, at Rigshospitalet behandler et højt antal cervixcancerpatienter, men har et lavt antal med radikal hysterektomi. Dette kan tilskrives, at Rigshospitalet, som eneste sted i landet, trakelektomerer patienter. Den væsentligste grund til dette er, at det i DGCG er besluttet, at andre afdelinger skal henvise til Rigshospitalet til trakelektomi på indikation.

7.3 Ovariecancer

Tabel 7.3.1 Fordeling af diagnoser for ovariecancer

Diagnoser	2005-06		2007		2008		I alt	
	antal	%	antal	%	antal	%	antal	%
Borderline	276	21,1	166	24,8	160	24,8	602	22,9
Neoplasma malignum ovarii	969	74,0	481	71,8	463	71,7	1.913	72,8
Neoplasma malignum tubae uterinae	65	5,0	23	3,4	23	3,6	111	4,2
I alt	1.310	49,9	670	25,5	646	24,6	2.626	100

Kommentar: Tabellen viser fordelingen af patienter på de tre diagnosetyper ovarie- og tubacancer samt borderlinetumorer. Peritonealcancer er i tabellen angivet under ovariecancer. Tallene er genereret ud fra DGCDs færdigregistreringsskema, hvor diagnoserne samles fra patologi- og operationsskemaet.

Tabel 7.3.2 Fordeling af neoplasma malignum ovarii med relation til primær oprindelse

Diagnoser	2005-06		2007		2008		I alt	
	antal	%	antal	%	antal	%	antal	%
Ovarie	756	77,6	377	78,2	329	70,8	1.462	76,4
Peritoneum.....	81	8,3	45	9,3	55	11,8	181	9,5
Usikker primær eller metastase.....	33	3,4	14	2,9	14	3,0	61	3,2
Andet.....	13	1,3	7	1,5	6	1,3	26	1,4
Uoplyst.....	86	8,8	38	7,9	59	12,7	183	9,6
I alt	969	50,7	481	25,1	463	24,2	1.913	100

Kommentar: Tabellen viser patologernes angivelse af primær oprindelse for patienter med den overordnede diagnose: Neoplasma malignum ovarii.

Tabel 7.3.3 Histologi for ovarie-, tuba- og peritonealcancer samt borderlinetumorer

Histologi	2005-06		2007		2008		I alt	
	antal	%	antal	%	antal	%	antal	%
Borderlinetumorer	273	20,8	164	24,5	156	24,1	593	22,6
Serøse adenokarcinomer	616	47,0	278	41,5	278	43,0	1.172	44,6
Endometrioide adenokarcinomer	122	9,3	57	8,5	44	6,8	223	8,5
Mucinøse adenokarcinomer	68	5,2	49	7,3	40	6,2	157	6,0
Clear cell-adenokarcinomer	38	2,9	31	4,6	17	2,6	86	3,3
Sjældne typer	47	3,6	18	2,7	21	3,3	86	3,3
Karcinom (+karcinosarkom)	20	1,5	21	3,1	17	2,6	58	2,2
Udifferenteret	19	1,5	9	1,3	3	0,5	31	1,2
Sarkom	3	0,2	1	0,1	3	0,5	7	0,3
Planocellulært karcinom	–	–	1	0,1	1	0,2	2	0,1
Adenoskvamøst karcinom	1	0,1	–	–	–	–	1	0,0
Uoplyst	103	7,9	41	6,1	66	10,2	210	8,0
I alt	1.310	49,9	670	25,5	646	24,6	2.626	100

Kommentar: Tallene er genereret fra DGCD-patologiskemaet, der oprettes i forbindelse med et operationsskema. Det betyder, at der kan forekomme forskelle i forhold til tabel 7.3.1 og 7.3.2. Den histologiske fordeling af ovariecancer og tubacancer afspejler, hvad der ses internationalt.

Tabel 7.3.4 Stadietinddeling for ovarie- og peritonealcancer

Stadie	2005-06		2007		2008		I alt	
	antal	%	antal	%	antal	%	antal	%
Stadie I	229	23,6	121	25,2	115	24,8	465	24,3
IA: Kun et ovarie, kapsel uden gennemvækst	120	12,4	61	12,7	59	12,7	240	12,5
IB: Begge ovarier, kapsler uden gennemvækst	15	1,5	7	1,5	9	1,9	31	1,6
IC: St. IA/IB med kapselgennemvækst-/ruptur/ tumorceller skyl/ascites	94	9,7	53	11,1	47	10,2	194	10,1
Stadie II	79	8,2	32	6,7	27	5,8	138	7,2
IIA: Udvækst til uterus og/eller salpinges	7	0,7	8	1,7	6	1,3	21	1,1
IIB: Udvækst til andet væv i pelvis	32	3,3	8	1,7	8	1,7	48	2,5
IIC: St. IIA/IIB med kapselruptur/ tumorceller skyl/ascites	40	4,1	16	3,3	13	2,8	69	3,6
Stadie III	487	50,3	231	48,0	207	44,7	925	48,4
IIIA: Makro begrænset til bækken, mikro til øvre abdomen	31	3,2	15	3,1	7	1,5	53	2,8
IIB: Øvre abdomen, tumor ≤ 2 cm, Negative lymfeknuder	51	5,3	28	5,8	22	4,8	101	5,3
IIIC: > 2 cm i øvre abdomen, Positive lymfeknuder	405	41,8	188	39,1	178	38,4	771	40,3
Stadie IV	145	14,9	85	17,7	102	22,0	333	17,4
IV: Fjernmetastaser, pleuraeffusioner + cytologi, parenkymlevermetastaser	145	14,9	85	17,7	102	22,0	333	17,4
Uspecificeret stadie	17	1,8	3	0,6	2	0,4	22	1,2
Uoplyst	12	1,2	9	1,9	10	2,2	31	1,6
I alt	969	50,7	481	25,1	463	24,2	1.913	100

Kommentar: I Danmark er det angivet, at der ikke er fjernet lymfeknuder på mere end ca. 1/3 af ovariecancerpatienterne med stadie I jf. tabel 7.3.9. I internationale opgørelser med systematisk lymfeknuderresektion er det vist, at lymfeknudemetastaser kan påvises i op til ca. 20% af kliniske st. I patienter, der således opstages til st. IIIC. Derved kan fordelingen i ovenstående tabel være et udtryk for understaging. I øjeblikket diskuteres korrektheden i klassifikation af st. IIC i forhold til ruptur, hvor der ikke findes maligne celler i skyllevæske og ascites. Denne diskussion kan medføre en ændring i opgørelsen.

Tabel 7.3.5 Stadietinddeling for tubacancer

Stadie	2005-06		2007		2008		I alt	
	antal	%	antal	%	antal	%	antal	%
Stadie I	17	26,2	11	47,8	6	26,1	32	28,8
IA: Kun et ovarie, kapsel uden gennemvækst	8	12,3	6	26,1	3	13,0	17	15,3
IB: Begge ovarier, kapsler uden gennemvækst	1	1,5	–	–	–	–	1	0,9
IC: St IA/IB med kapselgennemvækst/-ruptur/ tumorceller skyl/ascites	8	12,3	5	21,7	3	13,0	14	12,6
Stadie II	13	20,0	2	8,7	1	4,3	16	14,4
IIA: Udvækst til uterus og/eller salpinges	4	6,2	1	4,3	–	–	5	4,5
IIB: Udvækst til andet væv i pelvis	4	6,2	–	–	–	–	4	3,6
IIC: St. IIA/IIB med kapselruptur/ tumorceller skyl/ascites	5	7,7	1	4,3	1	4,3	7	6,3
Stadie III	28	43,1	7	30,4	13	56,5	43	38,7
IIIA: Makro begrænset til bækken, mikro til øvre abdomen:	–	–	1	4,3	–	–	1	0,9
IIIB: Øvre abdomen, tumor ≤ 2 cm, Negative lymfeknuder	6	9,2	–	–	3	13,0	9	8,1
IIIC: > 2 cm i øvre abdomen, Positive lymfeknuder	22	33,8	6	26,1	10	43,5	33	29,7
Stadie IV	7	10,8	1	4,3	2	8,7	9	8,1
IV: Fjernmetastaser, pleuraeffusioner + cytologi, parenkymlevermetastaser	7	10,8	1	4,3	2	8,7	9	8,1
Uspecificeret stadie	–	–	1	4,3	–	–	1	0,9
Uoplyst	–	–	1	4,3	1	4,3	2	1,8
I alt	65	58,6	23	20,7	23	20,7	111	100

Kommentar: Tubacancer har ikke tidligere været rapporteret selvstændigt. Raten ligger overraskende konstant, trods større opmærksomhed gennem de anførte år på denne specielle tumorform.

Tabel 7.3.6 Operationsstatus for alle ovariecancerdiagnoser og stadier

Operationsstatus	2005-06		2007		2008		I alt	
	antal	%	antal	%	antal	%	antal	%
Operation	1.211	92,4	624	93,1	575	89,0	2.410	91,8
Ikke opereret pga. neoadjuverende kemoterapi	50	3,8	23	3,4	52	8,0	125	4,8
Ikke opereret pga. patientens tilstand	34	2,6	16	2,4	15	2,3	65	2,5
Ikke opereret efter patientens ønske	6	0,5	4	0,6	3	0,5	13	0,5
Uoplyst	9	0,7	3	0,4	1	0,2	13	0,5
I alt	1.310	49,9	670	25,5	646	24,6	2.626	100

Kommentar: Hvis det i DGCD ikke er oplyst, om patienten er opereret, indgår patienten som opereret, hvis en gynækologisk afdeling har registreret denne i LPR. Hvis det i DGCD er oplyst, at patienten er opereret, indgår patienten som opereret, uagtet at der i LPR ikke findes en af procedurekoderne fra en gynækologisk afdeling.

Det ses af tabellen, at patientens tilstand samt neoadjuverende behandling med kemoterapi er de primære årsager til, at der afstås fra operation. Når der gives neoadjuverende kemoterapi, skal patienten have foretaget intervalkirurgi efter 2-3 serier. I DGCD registreres også intervaloperationer. En stigende andel af patienter fik neoadjuverende kemoterapi i 2008. Set i forhold til internationale opgørelser er dette forventet. Det forventes ligeledes, at denne andel af patienter vil stige i de kommende år.

Tabel 7.3.7 Ansvarlige afdelinger for registrering af ovariecancer i DGCD

Gynækologiske afdelinger	2005-06		2007		2008		I alt	
	antal	%	antal	%	antal	%	antal	%
Rigshospitalet	141	13,6	80	15,9	95	19,5	316	15,6
Gentofte	10	1,0	–	–	–	–	10	0,5
Hvidovre	12	1,2	5	1,0	4	0,8	21	1,0
Herlev	122	11,8	77	15,3	61	12,6	260	12,8
Hillerød	68	6,6	11	2,2	3	0,6	82	4,1
Roskilde	48	4,6	25	5,0	35	7,2	108	5,3
Holbæk	3	0,3	1	0,2	1	0,2	5	0,2
Næstved	63	6,1	11	2,2	11	2,3	85	4,2
Slagelse	5	0,5	3	0,6	1	0,2	9	0,4
Odense	139	13,4	92	18,3	98	20,2	329	16,3
Svendborg	6	0,6	1	0,2	1	0,2	8	0,4
Kolding	4	0,4	–	–	4	0,8	8	0,4
Sønderborg	29	2,8	8	1,6	3	0,6	40	2,0
Sydvestjysk	26	2,5	5	1,0	3	0,6	34	1,7
Horsens	62	6,0	32	6,3	4	0,8	98	4,8
Herning	51	4,9	6	1,2	8	1,6	65	3,2
Silkeborg	–	–	1	0,2	–	–	1	0,0
Randers	4	0,4	–	–	1	0,2	5	0,2
Skejby	129	12,5	79	15,7	108	22,2	316	15,6
Viborg	22	2,1	2	0,4	–	–	24	1,2
Aalborg	86	8,3	64	12,7	45	9,3	195	9,6
Thy/Mors	1	0,1	–	–	–	–	1	0,0
Vendsyssel	3	0,3	1	0,2	–	–	4	0,2
I alt	1.034	51,1	504	24,9	486	24,0	2.024	100

Kommentar: Tabellen viser en afdelingsspecifik opgørelse over de afdelinger, der har ansvaret for at registrere hele patientens forløb korrekt i DGCD. Patienter med en borderlinediagnose indgår ikke i tabellen.

Der er i årene 2005-08 foretaget ovarie-, tuba- og peritonealoperationer på 23 gynækologiske afdelinger. Såfremt patienten ikke bliver opereret, er det den ansvarlige afdeling, der træffer beslutning herom. Ser man på de fem centre Aalborg, Herlev, Odense, Rigshospitalet og Skejby, ses en udvikling mod centraliseret behandling. I 2005-06 behandlede de fem centre tilsammen 59,7%, i 2008 er andelen steget til 83,7% af det enkelt års samlede antal patienter.

Der vil altid forekomme patienter med ovariecancer, som pga. akut opstået tilstand (fx ileus) eller anden ikke formodet ovariecancer opereres akut på det lokale hospital, samt patienter med RMI < 200, som først peroperativt diagnosticeres med ovariecancer.

Tabel 7.3.8 Fordeling af ovarie-, peritoneal- og tubacancer samt borderlinetumorer på patologiafdeling

Patologiske afdelinger	Neoplasma malignum ovarii		Borderline		Neoplasma malignum tubae uterina		I alt	
	antal	%	antal	%	antal	%	antal	%
Rigshospitalet	274	14,3	86	14,3	13	12,6	373	14,2
Hvidovre	19	1,0	15	2,5	–	–	34	1,3
Herlev	235	12,2	93	15,4	14	13,6	342	13,0
Hillerød	71	3,7	37	6,1	7	6,8	115	4,4
Odense	275	14,3	50	8,3	16	15,5	341	13,0
Sygehus Sønderjylland	28	1,5	15	2,5	–	–	43	1,6
Sydvestjysk	25	1,3	18	3,0	2	1,9	45	1,7
Hospitalsenheden Vest	61	3,2	17	2,8	2	1,9	80	3,0
Århus	269	14,0	77	12,8	13	12,6	359	13,7
Randers	8	0,4	8	1,3	1	1,0	17	0,6
Viborg	20	1,0	7	1,2	1	1,0	28	1,1
Aalborg	177	9,2	66	11,0	9	8,7	252	9,6
Vendsyssel	6	0,3	5	0,8	3	2,9	14	0,5
Glostrup	8	0,4	2	0,3	–	–	10	0,4
Sygehus Lillebælt	76	4,0	35	5,8	7	6,8	118	4,5
Roskilde	98	5,1	29	4,8	7	6,8	134	5,1
Næstved/Slagelse	91	4,7	27	4,5	7	6,8	125	4,8
Uoplyst	180	9,4	15	2,5	1	1,0	196	7,5
I alt	1.921	73,2	602	22,9	103	3,9	2.626	100

Kommentar: Peritonealcancer er angivet under ovariecancer. I tabellen figurerer 196 patienter med uoplyst. Dette skyldes to ting. For det første er patologiskemaet ekskluderet for visse patienter, hvilket bl.a. skyldes, at pt. ikke har ønsket videre diagnostik og behandling, eller pt. dør inden planlagt operation. For det andet har DGCD-sekretariatet opdaget, at en del patologiskemaer er registreret som second look, intervention eller palliativ, hvilket bevirker, at de ikke indgår i statistikken. Dette skyldes en fejltolkning af registrering i databasen, som der skal rettes op på i fremtiden.

Tabel 7.3.9 Lymfeknuderesektioner pr. afdeling ved kirurgisk indgreb for ovarie-, peritoneal- og tubacancer st. I

	2005-06		2007		2008		I alt	
	ja	nej	ja	nej	ja	nej	ja	nej
	antal %	antal %	antal %	antal %	antal %	antal %	antal %	antal %
Rigshospitalet	17 56,7	13 43,3	11 55,0	9 45,0	7 50,0	7 50,0	35 54,7	29 45,3
Herlev	3 9,1	30 90,9	8 34,8	15 65,2	6 46,2	7 53,8	17 24,6	52 75,4
Odense	9 23,7	29 76,3	3 13,0	20 87,0	5 20,8	19 79,2	17 20,0	68 80,0
Skejby	8 28,6	20 71,4	3 27,3	8 72,7	19 70,4	8 29,6	30 45,5	36 54,5
Aalborg	19 79,2	5 20,8	10 62,5	6 37,5	5 33,3	10 66,7	34 61,8	21 38,2
Andre	3 3,3	88 96,7	5 14,3	30 85,7	1 4,2	23 95,8	9 6,0	141 94,0
I alt	59 24,2	185 75,8	40 31,3	88 68,8	43 36,8	74 63,2	142 29,0	347 71,0

Kommentar: Afdelinger med ≤ 10 operationer pr. år er lagt sammen under »andre«. Det drejer sig om de gynækologiske afdelinger i Gentofte, Herning, Hillerød, Hvidovre, Holbæk, Horsens, Kolding, Næstved, Randers, Roskilde, Silkeborg, Slagelse, Svendborg, Sydvestjysk, Sønderborg, Vendsyssel, Viborg. Udregnes totalantallet i tabellen, fremgår det, at der mangler 8 patienter i henhold til tabel 7.3.4 og 7.3.5. Dette skyldes, at de 8 patienter mangler oplysninger om lymfeknuderesektion. Lymfeknuderesektion har ikke været rekommanderet i DGCG-retningslinierne for perioden 2005-07.

Tabel 7.3.10 Operationsstatus for ovariecancer st. IIC og IV fordelt på afdeling

	2005-06				2007				2008				I alt			
	operation		ikke opereret		operation		ikke opereret		operation		ikke opereret		operation		ikke opereret	
	antal	%	antal	%	antal	%	antal	%	antal	%	antal	%	antal	%	antal	%
Rigshospitalet	81	85,3	14	14,7	44	88,0	6	12,0	49	69,0	22	31,0	174	80,6	42	19,4
Herlev	52	85,2	9	14,8	42	100	–	–	39	95,1	2	4,9	133	92,4	11	7,6
Hillerød	30	96,8	1	3,2	1	50,0	1	50,0	–	–	–	–	31	93,9	2	6,1
Roskilde	29	93,5	2	6,5	14	87,5	2	12,5	24	100	–	–	67	94,4	4	5,6
Næstved	40	93,0	3	7,0	7	77,8	2	22,2	2	50,0	2	50,0	49	87,5	7	12,5
Odense	48	62,3	29	37,7	34	65,4	18	34,6	31	54,4	26	45,6	113	60,8	73	39,2
Sønderborg	11	84,6	2	15,4	2	33,3	4	66,7	1	100	–	–	14	70,0	6	30,0
Sydvestjysk	9	64,3	5	35,7	1	50,0	1	50,0	1	50,0	1	50,0	11	61,1	7	38,9
Horsens	32	94,1	2	5,9	12	75,0	4	25,0	–	–	–	–	44	88,0	6	12,0
Herning	28	100	–	–	–	–	–	–	–	–	1	100	28	96,6	1	3,4
Skejby	83	97,6	2	2,4	49	100	–	–	65	94,2	4	5,8	197	97,0	6	3,0
Aalborg	35	94,6	2	5,4	35	94,6	2	5,4	18	85,7	3	14,3	88	92,6	7	7,4
Andre	28	84,8	5	15,2	–	–	2	100	2	40,0	3	60,0	30	75,0	10	25,0
I alt	506	86,9	76	13,1	241	85,2	42	14,8	232	78,4	64	21,6	979	84,3	182	15,7

Kommentar: Afdelinger med ≤ 10 operationer i alt for de fire år er lagt sammen under »andre«. Det drejer sig om de gynækologiske afdelinger i: Gentofte, Hvidovre, Kolding, Randers, Slagelse, Svendborg, Vendsyssel og Viborg.

Denne tabel er vigtig i forbindelse med tolkningen af resultaterne for indikator 4: »Ovariecancer: Makroradikal abdominal operation«, idet den indikerer, at der kan være selektionsbias i forbindelse med opgørelsen af indikatoren. I tabellen ses der udsving i procentvis afståelse fra operation. En høj procentvis afståelse fra operation kan bl.a. dække over afståelse fra operation på patienter, som skønnes svære at radikaloperere, hvorved der opnås en høj radikal operationsrate under indikatoren. Den procentvise andel af patienter, der bør tilbydes neoadjuverende kemoterapi, er ikke kendt. Tidligere fandtes der forskellige retningslinier på afdelingerne og som følge deraf meget varierende andele. I 2009 har der været afholdt ovariecancermøder om emnet, hvor man enedes om en række kriterier for operabilitet og ekstensiv kirurgi. Disse variable er i 2009 indført i DGCD, således at man fremover vil kunne se, på hvilket grundlag der er afstået fra operation og neoadjuverende kemoterapi, eller ingen behandling er valgt.

Tabel 7.3.11 Operation af ovariecancer st. IIIC og IV for 2005–08 inkl. neoadjuverende behandlede patienter

		2005-06		2007		2008		I alt	
Gynækologiske afdelinger		antal	%	antal	%	antal	%	antal	%
Rigshospitalet	Ikke radikalt opereret	71	78,0	38	77,6	51	78,5	160	78,0
	Radikalt opereret	20	22,0	11	22,4	14	21,5	45	22,0
Herlev	Ikke radikalt opereret	56	96,6	33	78,6	25	62,5	114	81,4
	Radikalt opereret	2	3,4	9	21,4	15	37,5	26	18,6
Hillerød	Ikke radikalt opereret	26	83,9	1	100	–	–	27	84,4
	Radikalt opereret	5	16,1	–	–	–	–	5	15,6
Roskilde	Ikke radikalt opereret	24	82,8	9	64,3	18	75,0	51	76,1
	Radikalt opereret	5	17,2	5	35,7	6	25,0	16	23,9
Næstved	Ikke radikalt opereret	35	87,5	6	100	4	100	45	90,0
	Radikalt opereret	5	12,5	–	–	–	–	5	10,0
Odense	Ikke radikalt opereret	60	87,0	37	77,1	40	76,9	137	81,1
	Radikalt opereret	9	13,0	11	22,9	12	23,1	32	18,9
Sønderborg	Ikke radikalt opereret	12	100	3	75,0	1	100	16	94,1
	Radikalt opereret	–	–	1	25,0	–	–	1	5,9
Sydvestjysk	Ikke radikalt opereret	8	80,0	1	100	2	100	11	84,6
	Radikalt opereret	2	20,0	–	–	–	–	2	15,4
Horsens	Ikke radikalt opereret	30	90,9	13	100	–	–	43	93,5
	Radikalt opereret	3	9,1	–	–	–	–	3	6,5
Herning	Ikke radikalt opereret	26	92,9	–	–	–	–	26	92,9
	Radikalt opereret	2	7,1	–	–	–	–	2	7,1
Århus	Ikke radikalt opereret	67	79,8	34	69,4	45	68,2	146	73,4
	Radikalt opereret	17	20,2	15	30,6	21	31,8	53	26,6
Aalborg	Ikke radikalt opereret	29	80,6	30	83,3	12	57,1	71	76,3
	Radikalt opereret	7	19,4	6	16,7	9	42,9	22	23,7
Andre	Ikke radikalt opereret	25	86,2	–	–	4	13,8	29	87,9
	Radikalt opereret	4	13,8	–	–	–	–	4	10,3
Hele landet	Ikke radikalt opereret	469	85,3	205	77,9	202	72,4	876	80,2
	Radikalt opereret	81	14,7	58	22,1	77	27,6	216	19,8
I alt		550	100	263	100	279	100	1.092	100

Kommentar: Neoadjuverende kemoterapi indgår i tabellen under »ikke radikalt opereret«. Afdelinger med ≤ 10 operationer i alt for de fire år er lagt sammen under »andre«. Det drejer sig om de gynækologiske afdelinger i: Gentofte, Hvidovre, Kolding, Randers, Slagelse, Svendborg og Viborg.

Denne tabel er ligeledes vigtig i forbindelse med tolkningen af resultaterne for indikator 4: »Ovariecancer: Makroradikal abdominal operation«, idet den giver en fornemmelse for udviklingen i forhold til neoadjuverende kemoterapi.

7.4 Borderlinetumorer

Tabel 7.4.1 Stadietinddeling for borderlinetumorer

Stadie	2005-06		2007		2008		I alt	
	antal	%	antal	%	antal	%	antal	%
Stadie I	248	89,8	132	79,5	128	80,0	508	84,4
IA: Kun et ovarie, kapsel uden gennemvækst	180	65,2	102	61,4	103	64,4	385	64,0
IB: Begge ovarier, kapsler uden gennemvækst	18	6,5	12	7,2	8	5,0	38	6,3
IC: St IA/IB med kapselgennemvækst/-ruptur/ tumorceller skyl/ascites	50	18,1	18	10,8	17	10,6	85	14,1
Stadie II	10	3,6	6	3,6	7	4,4	23	3,8
IIA: Udvækst til uterus og/eller salpinges	1	0,4	–	–	1	0,6	2	0,3
IIB: Udvækst til andet væv i pelvis	3	1,1	2	1,2	2	1,3	7	1,2
IIC: St IIA/IIB med kapselruptur/ tumorceller skyl/ascites	6	2,2	4	2,4	4	2,5	14	2,3
Stadie III	12	4,3	8	4,8	9	5,6	29	4,8
IIIA: Makro begrænset til bækken, mikro til øvre abdomen	8	2,9	3	1,8	3	1,9	14	2,3
IIIB: Øvre abdomen, tumor ≤ 2 cm, Negative lymfeknuder	2	0,7	2	1,2	2	1,3	6	1,0
IIIC: > 2 cm i øvre abdomen, Positive lymfeknuder	2	0,7	3	1,8	4	2,5	9	1,5
Stadie IV	1	0,4	–	–	–	–	1	0,2
IV: Fjernmetastaser, pleuraeffusioner + cytologi, parenkymlevermetastaser	1	0,4	–	–	–	–	1	0,2
Uoplyst	5	1,8	20	12,0	16	10,0	41	6,8
I alt	276	45,8	166	27,6	160	26,6	602	100

Kommentar: Tabellen viser fordeling af patienter med borderlinetumorer på de forskellige stadier. Ikke overraskende er mere end 84% diagnosticeret med en st. I tumor.

7.5 Corpuscancer

Tabel 7.5.1 Histologi for corpuscancer og hyperplasi med atypi

Histologi	2005-06		2007		2008		I alt	
	antal	%	antal	%	antal	%	antal	%
Hyperplasi med atypi	103	7,3	52	7,6	60	7,9	215	7,5
Endometrioide adenokarcinomer	1.023	72,5	491	71,9	568	75,0	2.082	73,0
Karcinom (+karcinosarkom)	53	3,8	34	5,0	37	4,9	124	4,3
Sarkom	63	4,5	28	4,1	22	2,9	113	4,0
Serøse adenokarcinomer	44	3,1	20	2,9	29	3,8	93	3,3
Adenoskvamøst karcinom	30	2,1	16	2,3	6	0,8	52	1,8
Clear cell-adenokarcinomer	25	1,8	12	1,8	15	2,0	52	1,8
Cylinderepitel type	32	2,3	7	1,0	5	0,7	44	1,5
Udifferenteret	11	0,8	9	1,3	5	0,7	25	0,9
Mucinøse adenocarcinomer	12	0,8	3	0,4	3	0,4	18	0,6
Sjældne typer	9	0,6	6	0,9	3	0,4	18	0,6
Planocellulært karcinom	1	0,1	4	0,6	1	0,1	6	0,2
Uoplyst	6	0,4	1	0,1	3	0,4	10	0,4
I alt	1.412	49,5	683	23,9	757	26,5	2.852	100

Kommentar: Tallene er genereret fra DGCD-patologiskemaet, der oprettes i forbindelse med et operationsskema. Endometrioide adenokarcinomer udgør 73% af alle corpuscancer tilfældene. Dette er i overensstemmelse med internationale opgørelser. Af tabellen fremgår, at kun 0,4% er uoplyst for de fire år. Dette må anses for at være yderst tilfredsstillende. Disse uoplyste dækker over tilfælde, hvor materialet til den histologiske diagnostik har været så sparsomt, at patologerne ikke har kunnet stille en entydig diagnose.

Tabel 7.5.2 Stadietinddeling for corpuscancer

Stadie	2005-06		2007		2008		I alt	
	antal	%	antal	%	antal	%	antal	%
0: Atypisk endometriehyperplasi	102	7,2	52	7,6	57	7,5	211	7,4
Stadie I	874	61,9	392	57,4	477	63,0	1.743	61,1
IA: Tumor begrænset til endometriet	156	11,0	90	13,2	97	12,8	343	12,0
IB: Tumor invaderer < halvdelen af myometriets tykkelse	467	33,1	194	28,4	264	34,9	925	32,4
IC: Tumor invaderer > halvdelen af myometriets tykkelse	251	17,8	108	15,8	116	15,3	475	16,7
Stadie II	170	12,0	79	11,6	93	12,3	342	12,0
IIA: Endocervikal glandulær tumorudbredning	48	3,4	21	3,1	29	3,8	98	3,4
IIB: Invasion af cervikale stroma	122	8,6	58	8,5	64	8,5	244	8,6
Stadie III	158	11,2	97	14,2	94	12,4	349	12,2
IIIA: Serosa og/eller adnex og/eller positiv peritonealcytologi	105	7,4	48	7,0	51	6,7	204	7,2
IIIB: Direkte udbredning eller metastaser til vagina	15	1,1	11	1,6	8	1,1	34	1,2
IIIC: Lymfeknudemetastaser i bækkenet eller paraaortalt	38	2,7	38	5,6	35	4,6	111	3,9
Stadie IV	47	3,3	31	4,5	22	2,9	100	3,5
IVA: Tumor invaderer mukosa i blære eller tarm.....	2	0,1	9	1,3	4	0,5	15	0,5
IVB: Intraabd. metastaser/ingvin. lymfeknudemetastaser/fjernmetastaser	45	3,2	22	3,2	18	2,4	85	3,0
Sarkom	41	2,9	22	3,2	8	1,1	71	2,5
I: Sarkom begrænset til corpus uteri	26	1,8	14	2,0	5	0,7	45	1,6
II: Sarkom begrænset til corpus uteri og cervix	3	0,2	4	0,6	–	–	7	0,2
III: Sarkom begrænset til pelvis	5	0,4	3	0,4	1	0,1	9	0,3
IV: Sarkomudbredning ekstrapelvint	7	0,5	1	0,1	2	0,3	10	0,4
Uoplyst	20	1,4	10	1,5	6	0,8	36	1,3
I alt	1.412	49,5	683	23,9	757	26,5	2.852	100

Kommentar: Tabellen viser fordelingen af patienter i forhold til stadiet. Mere end 30% er diagnosticeret med st. IB.

Tabel 7.5.3 Operationsstatus for corpuscancer

Operationsstatus	2005-06		2007		2008		I alt	
	antal	%	antal	%	antal	%	antal	%
Operation	1.339	94,8	644	94,3	728	96,2	2.711	95,1
Ikke opereret pga. patientens tilstand	28	2,0	21	3,1	17	2,2	66	2,3
Ikke opereret efter patientens ønske	13	0,9	4	0,6	2	0,3	19	0,7
Ikke opereret pga. neoadjuverende kemoterapi	8	0,6	5	0,7	4	0,5	17	0,6
Ikke opereret pga. primær strålebehandling	9	0,6	2	0,3	4	0,5	15	0,5
Uoplyst	15	1,1	7	1,0	2	0,3	24	0,8
I alt	1.412	49,5	683	23,9	757	26,5	2.852	100

Kommentar: Hvis der i DGCD ikke er oplyst, om patienten er opereret, indgår patienten som opereret, hvis en gynækologisk afdeling har registreret denne i LPR. Hvis det i DGCD er oplyst, at patienten er opereret, indgår patienten som opereret, uagtet at der i LPR ikke findes en af procedurekoderne fra en gynækologisk afdeling. Sammenlignet med ovariecancer er andelen af afståede operationer mindre og relativt konstant gennem årene. Der er i efteråret 2009 udgivet nye retningslinier, som kan påvirke tallet fremover.

Tabel 7.5.4 Udført operation ved corpuscancerkirurgi

Operationsprocedure	2005-06		2007		2008		I alt	
	antal	%	antal	%	antal	%	antal	%
Hysterektomi, total	1.166	87,1	549	85,2	625	85,9	2.340	86,3
Hysterektomi, radikal	46	3,4	33	5,1	50	6,9	129	4,8
Hysterektomi, vaginal kombineret med laparoskopi	38	2,8	30	4,7	16	2,2	84	3,1
Eksplorativ laparotomi/skopi kun med biopsi	43	3,2	11	1,7	20	2,7	74	2,7
Hysterektomi, vaginal	21	1,6	9	1,4	9	1,2	39	1,4
Hysterektomi, supravaginal	12	0,9	9	1,4	4	0,5	25	0,9
Hysterektomi, radikal vaginal	4	0,3	1	0,2	2	0,3	7	0,3
Hysterektomi, radikal vaginal kombineret med laparoskopi	2	0,1	–	–	1	0,1	3	0,1
Resektion af cervix uteri	1	0,1	1	0,2	–	–	2	0,1
Uoplyst	6	0,4	1	0,2	1	0,1	8	0,3
I alt	1.339	49,4	644	23,8	728	26,9	2.711	100

Kommentar: I tabellen ses, at mere end 86% af patienterne har fået en total hysterektomi. Det er ikke muligt at identificere laparoskopisk påbegyndte operationer, som efterfølgende bliver konverteret.

Tabel 7.5.5 Ansvarlige afdelinger for registrering af corpuscancerpatienter i DGCD

Gynækologiske afdelinger	2005-06		2007		2008		I alt	
	antal	%	antal	%	antal	%	antal	%
Rigshospitalet	118	8,4	65	9,5	72	9,5	255	8,9
Gentofte	28	2,0	11	1,6	4	0,5	43	1,5
Hvidovre	66	4,7	25	3,7	40	5,3	131	4,6
Herlev	142	10,1	92	13,5	96	12,7	330	11,6
Hillerød	81	5,7	34	5,0	34	4,5	149	5,2
Roskilde	71	5,0	41	6,0	49	6,5	161	5,6
Holbæk	29	2,1	7	1,0	13	1,7	49	1,7
Næstved	84	5,9	35	5,1	48	6,3	167	5,9
Slagelse	29	2,1	12	1,8	2	0,3	43	1,5
Nykøbing Falster	2	0,1	–	–	–	–	2	0,1
Odense	123	8,7	62	9,1	108	14,3	293	10,3
Svendborg	22	1,6	16	2,3	6	0,8	44	1,5
Kolding	12	0,8	8	1,2	10	1,3	30	1,1
Sønderborg	65	4,6	24	3,5	23	3,0	112	3,9
Sydvestjysk	38	2,7	24	3,5	21	2,8	83	2,9
Horsens	75	5,3	26	3,8	26	3,4	127	4,5
Herning	59	4,2	30	4,4	29	3,8	118	4,1
Silkeborg	21	1,5	9	1,3	1	0,1	31	1,1
Randers	40	2,8	12	1,8	13	1,7	65	2,3
Skejby	102	7,2	53	7,8	67	8,9	222	7,8
Viborg	35	2,5	17	2,5	12	1,6	64	2,2
Aalborg	125	8,9	64	9,4	63	8,3	252	8,8
Thy/Mors	6	0,4	3	0,4	2	0,3	11	0,4
Vendsyssel	39	2,8	13	1,9	18	2,4	70	2,5
I alt	1.412	49,5	683	23,9	757	26,5	2.852	100

Kommentar: Tabellen viser en afdelingsspecifik opgørelse over de afdelinger, der har ansvaret for at registrere hele patientens forløb korrekt i DGCD. Der kan anes en stigende operationsaktivitet på Herlev, Odense og Skejby. Dette skyldes formentlig den planlagte centralisering af patienter med højrisikocorpuscancer iht. DGCGs retningslinier.

Tabel 7.5.6 Lymfeknuderesektioner for corpuscancer st. I fordelt på risikogruppe

Lymfeknuderesektion st. I – risikogruppe		lav	mellem	høj	uoplyst	i alt
2005-06						
Ja	antal	37	32	22	3	94
	%	6,8	13,9	34,4	16,7	11,0
Nej	antal	495	195	40	15	745
	%	91,2	84,4	62,5	83,3	87,0
Uoplyst	antal	11	4	2	–	17
	%	2,0	1,7	3,1	–	2,0
2007						
Ja	antal	27	27	15	4	73
	%	10,5	29,3	50,0	50,0	18,9
Nej	antal	225	64	15	3	307
	%	87,9	69,6	50,0	37,5	79,5
Uoplyst	antal	4	1	–	1	6
	%	1,6	1,1	–	12,5	1,6
2008						
Ja	antal	30	45	32	4	111
	%	10,1	42,1	61,5	28,6	23,6
Nej	antal	264	59	19	9	351
	%	88,9	55,1	36,5	64,3	74,7
Uoplyst	antal	3	3	1	1	8
	%	1,0	2,8	1,9	7,1	1,7
I alt						
Ja	antal	94	104	69	11	278
	%	8,6	24,2	47,3	27,5	16,2
Nej	antal	984	318	74	27	1.403
	%	89,8	74,0	50,7	67,5	82,0
Uoplyst	antal	18	8	3	2	31
	%	1,6	1,9	2,1	5,0	1,8

Kommentar: Af tabellen fremgår det, at 278 corpuscancerpatienter med en st. I diagnose får foretaget lymfeknuderesektion. Det fremgår også, at 50,7% af de opererede højrisikopatienter med st. I ikke får foretaget lymfeknuderesektion, mens 8,6% af lavrisikopatienterne får fjernet lymfeknuder. Der ses en stigning gennem årene for højrisikopatienter fra 34,4% til 61,5%, hvilket må tolkes positivt, men stadig insufficient. Tabellen viser, at der er et behov for forskning i præoperative diagnostika til identifikation af højrisikopatienter samt operativ optimering.

Der har tidligere været opgjort en tabel over lymfeknuderesektioner ved operation for st. I, fordelt på de enkelte afdelinger. Denne er udgået, da der var risiko for fejltolkning i forhold til højrisikopatienter, st. I, og lymfeknuderesektion af disse, som i dag er det, der især har interesse.

8. Indikatorer

Formålet med en klinisk indikator er at dokumentere, i hvilken grad et kvalitetsmål er opfyldt og løbende synliggøre, om eventuelle tiltag medfører forbedringer. For flere af indikatorerne er det ikke muligt at finde publikationer om internationale standarder på områderne. For disse forsøger DGCG-arbejdsgrupperne at fastlægge standarder ud fra de aktuelle 2005-08 opgørelser.

DGCD har opbygget i alt 12 indikatorbeskrivelser med tilhørende algoritmer, hvoraf kun 10 er med i denne rapport. Der arbejdes fortsat med de to resterende

indikatorer, der omhandler kvaliteten af stadieinddeling ved cervixcancer og lymfeknudeeksresektion for corpuscancer.

Ved evaluering af indikatorernes outcome er det vigtigt at se det i relation til datakvaliteten på de enkelte afdelinger samt at have sig for øje, at det er de enkelte afdelingers metoder, som evalueres. Der skal tages forbehold for afdelinger med patientantal under 10-20 patienter, idet den statistiske usikkerhed er stor ved små patientmaterialer.

8.1 Indikator 1: Cervixcancer st. IB: Lymfeknuder

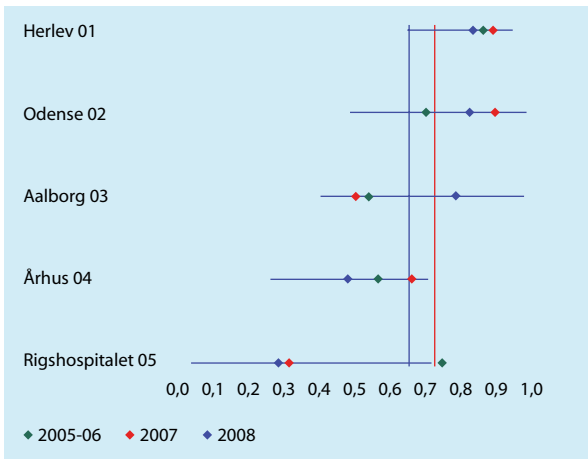
Standard: ≥ 18 fjernede lymfeknuder

Afgrænsning: Cervixcancerpatienter radikalt hysterektomerede med pelvine og/eller paraaortale lymfeknuder

Tabel 8.1.1 Indikator fordelt på afdeling

		2005-06		2007		2008		I alt	
Lymfeknuderesektion		antal	%	antal	%	antal	%	antal	%
Rigshospitalet	< 18 lymfeknuder	7	26,9	7	70,0	5	71,4	19	44,2
	≥ 18 lymfeknuder	19	73,1	3	30,0	2	28,6	24	55,8
Herlev	< 18 lymfeknuder	8	14,3	4	11,8	5	17,2	17	14,3
	≥ 18 lymfeknuder	48	85,7	30	88,2	24	82,8	102	85,7
Roskilde	≥ 18 lymfeknuder	–	–	–	–	1	100	1	100
Næstved	< 18 lymfeknuder	8	100	1	100	4	100	13	100
Odense	< 18 lymfeknuder	11	30,6	2	11,1	2	18,2	15	23,1
	≥ 18 lymfeknuder	25	69,4	16	88,9	9	81,8	50	76,9
Herning	< 18 lymfeknuder	11	68,8	–	–	–	–	11	68,8
	≥ 18 lymfeknuder	5	31,3	–	–	–	–	5	31,3
Skejby	< 18 lymfeknuder	18	43,9	10	34,5	11	52,4	39	42,9
	≥ 18 lymfeknuder	23	56,1	19	65,5	10	47,6	52	57,1
Aalborg	< 18 lymfeknuder	7	46,7	4	50,0	2	22,2	13	40,6
	≥ 18 lymfeknuder	8	53,3	4	50,0	7	77,8	19	59,4
Hele landet	< 18 lymfeknuder	70	35,4	28	28,0	29	35,4	127	33,4
	≥ 18 lymfeknuder	128	64,6	72	72,0	53	64,6	253	66,6
I alt		198	100	100	100	82	100	380	100

Figur 8.1.a Andel operationer for cervixcancer st. IB med fjernelse af 18 eller flere lymfeknuder



X-aksen repræsenterer procent (0,2 = 20%). De lodrette streger er medianværdier for alle afdelinger (landsmedian). De vandrette streger angiver 95% konfidensinterval på medianen for hver afdeling. Medianværdierne for de enkelte afdelinger er angivet med »ruder«. Farverne svarer til angivne år. I figuren er kun medtaget afdelinger, hvor der indgår flere end fem patienter i 2008 i henhold til tabel 8.1.1.

Kommentar: Generelt ligger afdelingerne tilfredsstillende med tilladelige udsving. For Rigshospitalet ses dog et markant fald for 2007 og 2008, som kræver ekstra opmærksomhed. Faldet har nu været gennemgående de sidste to år. Rigshospitalet bør være opmærksom på, om der er sket ændringer i den kirurgiske teknik, eller om den patoanatomiske optælling af lymfeknuder er ændret eller anderledes i forhold til andre patologiske afdelingers optælling af lymfeknuder. Ligeledes er det værd at undersøge om trakelektomier har indflydelse på, hvor mange lymfeknuder der fjernes.

8.2 Indikator 2: Peroperativt blodtab ved cervixcancerkirurgi

Standard: ≤ 500 ml

Afgrænsning: Radikalt hysterektomerede cervixcancerpatienter

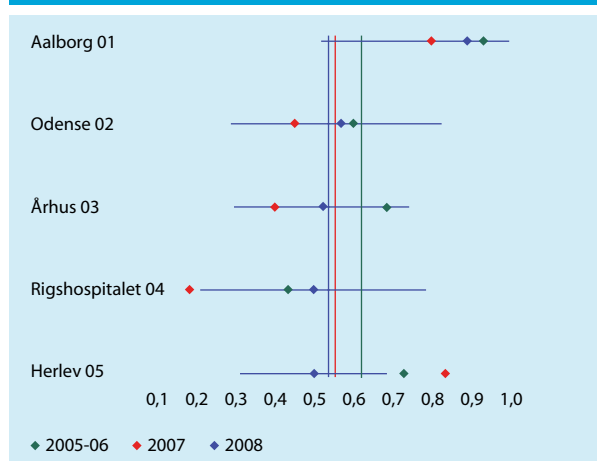
Tabel 8.2.1 Indikator fordelt på afdeling

		2005-06		2007		2008		I alt	
Blodtab ved cervixkirurgi		antal	%	antal	%	antal	%	antal	%
Rigshospitalet	blødning > 500 ml	17	56,7	9	81,8	6	50,0	32	60,4
	blødning ≤ 500 ml	13	43,3	2	18,2	6	50,0	21	39,6
Gentofte	blødning > 500 ml	–	–	1	100	–	–	1	50,0
	blødning ≤ 500 ml	1	100	–	–	–	–	1	50,0
Herlev	blødning > 500 ml	17	27,0	6	16,7	15	50,0	38	29,5
	blødning ≤ 500 ml	46	73,0	30	83,3	15	50,0	91	70,5
Roskilde	blødning > 500 ml	–	–	–	–	2	100	2	100
Næstved	blødning > 500 ml	8	88,9	2	100	3	75,0	13	86,7
	blødning ≤ 500 ml	1	11,1	–	–	1	25,0	2	13,3
Odense	blødning > 500 ml	16	40,0	11	55,0	6	42,9	33	44,6
	blødning ≤ 500 ml	24	60,0	9	45,0	8	57,1	41	55,4
Kolding	blødning ≤ 500 ml	–	–	–	–	1	100	1	100
Sønderborg	blødning ≤ 500 ml	1	100	–	–	–	–	1	100
Herning	blødning > 500 ml	11	61,1	–	–	–	–	11	61,1
	blødning ≤ 500 ml	7	38,9	–	–	–	–	7	38,9

> Fortsat

Blodtab ved cervixkirurgi		2005-06		2007		2008		I alt	
		antal	%	antal	%	antal	%	antal	%
Skejby	blødning > 500 ml	13	31,7	18	60,0	10	47,6	41	44,6
	blødning ≤ 500 ml	28	68,3	12	40,0	11	52,4	51	55,4
Aalborg	blødning > 500 ml	1	6,7	2	20,0	1	11,1	4	11,8
	blødning ≤ 500 ml	14	93,3	8	80,0	8	88,9	30	88,2
Hele landet	blødning > 500 ml	83	38,1	49	44,5	43	46,2	175	41,6
	blødning ≤ 500 ml	135	61,9	61	55,5	50	53,8	246	58,4
I alt		218	100	110	100	93	100	421	100

Figur 8.2.a Peroperativt blodtab ved operation for cervixcancer



I de tidligere årsrapporter var der angivelser af median samt minimum og maksimum i ml for hver afdeling. I overensstemmelse med ny form for rapportering er det ændret til procentvise andele (0,2 = 20%). X-aksen repræsenterer andelen af patienter med blodtab ≤ 500 ml. De lodrette streger er medianværdier for alle afdelinger (landsmedian). De vandrette streger angiver 95% konfidensinterval på medianen for hver afdeling. Medianværdierne for de enkelte afdelinger er angivet med »ruder«. Farverne svarer til angivne år. I figuren er kun medtaget afdelinger, hvor der indgår flere end fem patienter i 2008 i henhold til tabel 8.2.1.

Kommentar: Der findes ingen fastlagt international standard for denne indikator. Standarden er fastlagt af DGCGs cervixcancergruppe ud fra de nationale medianværdier i DGCD. Ligesom »antal fjernede lymfeknuder« anvendes »blodtab« som en surrogatmarkør for den kirurgiske teknik ved operation for cervixcancer. Igennem årene ses der udsving for centrene, Rigshospitalet, Herlev, Odense, Skejby og Aalborg. For Skejby, Odense og Rigshospitalet ses en stigning i blodtab under operation i 2007. For alle tre centre ses dog en forbedring i 2008. Samlet kan forskellene i antal lymfeknudefjernelser og blødningsmængde indikere, at der bør sættes større nationalt fokus på cervixcancerkirurgien. Større udveksling af kirurger mellem afdelingerne ved denne kirurgi kan være en løsning.

8.3 Indikator 3: Postoperative komplikationer ved cervixcancerkirurgi

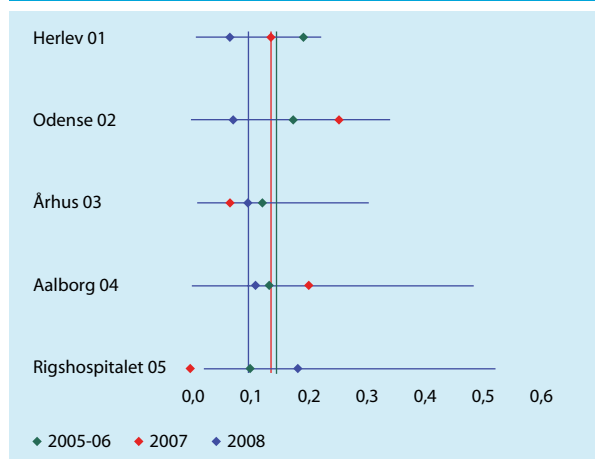
Standard: Maksimalt 10% postoperative komplikationer

Afgrænsning: Radikalt hysterektomerede cervixcancer-patienter

Tabel 8.3.1 Indikator fordelt på afdeling

Postoperative komplikationer ved cervixkirurgi		2005-06		2007		2008		I alt	
		antal	%	antal	%	antal	%	antal	%
Rigshospitalet	Ingen komplikation	27	90,0	11	100	9	81,8	47	90,4
	Komplikation	3	10,0	–	–	2	18,2	5	9,6
Gentofte	Ingen komplikation	1	100	1	100	–	–	2	100
Herlev	Ingen komplikation	51	81,0	31	86,1	28	93,3	110	85,3
	Komplikation	12	19,0	5	13,9	2	6,7	19	14,7
Roskilde	Ingen komplikation	–	–	–	–	2	100	2	100
Næstved	Ingen komplikation	9	100	1	50,0	3	75,0	13	86,7
	Komplikation	–	–	1	50,0	1	25,0	2	13,3
Odense	Ingen komplikation	33	82,5	15	75,0	13	92,9	61	82,4
	Komplikation	7	17,5	5	25,0	1	7,1	13	17,6
Kolding	Ingen komplikation	–	–	–	–	1	100	1	100
Sønderborg	Ingen komplikation	1	100	–	–	–	–	1	100
Herning	Ingen komplikation	15	83,3	–	–	–	–	15	83,3
	Komplikation	3	16,7	–	–	–	–	3	16,7
Skejby	Ingen komplikation	36	87,8	28	93,3	19	90,5	83	90,2
	Komplikation	5	12,2	2	6,7	2	9,5	9	9,8
Aalborg	Ingen komplikation	13	86,7	8	80,0	8	88,9	29	85,3
	Komplikation	2	13,3	2	20,0	1	11,1	5	14,7
Hele landet	Ingen komplikation	186	85,3	95	86,4	83	90,2	364	86,7
	Komplikation	32	14,7	15	13,6	9	9,8	56	13,3
I alt		218	100	110	100	92	100	420	100

Figur 8.3.a Postoperative komplikationer ved operation for cervixcancer



X-aksen repræsenterer % (0,2 = 20%). De lodrette streger er medianværdier for alle afdelinger (landsmedian). De vandrette streger angiver 95% konfidensinterval på medianen for hver afdeling. Medianværdierne for de enkelte afdelinger er angivet med »ruder«. Farverne svarer til aktuelle år. I figuren er kun medtaget afdelinger, hvor der indgår flere end fem patienter i 2008 i henhold til tabel 8.3.1.

Kommentar: Komplikationer omfatter en eller flere af følgende: a) thromboemboli, b) behandling af infektion med antibiotika, c) reoperation, d) andre listede betydende komplikationer, som er sket inden for 30 dage efter den primære behandling.

Af tabellen ser det ud, som om antallet af komplikationer er faldende henover årene. Ved tolkning skal man dog være varsom i forhold til størrelsen af patientpopulationen i opgørelsen.

Sammenlignes med resultaterne fra Årsrapport 2006-2007, ses det, at Rigshospitalet og Skejby har forbedret komplikationsraterne for 2007. Dette skyldes, at der er afholdt audit på de inkluderede patienter og efterfølgende rettet i databasen i henhold til journalerne, hvor det var relevant. Rigshospitalet har tilskrevet deres resultat, at andelen af radikale hysterektomier med komplikationer skyldes flere patienter med bulky disease, idet mindre tumorer kan tilbydes trakelektomi. Et større antal operatører under oplæring menes ligeledes at være en årsag.

Generelt er registrering af komplikation kompliceret. Andre undersøgelser har vist varierende grader af underrapportering, hvilket også kan forekomme i denne rapport. Ligeledes kan afdelinger med specielt fokus på komplikationer medføre en høj komplikationsrate, sammenlignet med afdelinger uden samme fokus. Med erfaringerne fra Skejby og Rigshospitalet kan det anbefales at holde journalaudit, både for at garantere korrekt indberetning, men også for at få et mere uddybende billede af praksis for komplikationsregistrering på den enkelte afdeling.

8.4 Indikator 4: Ovariecancer: Makroradikal abdominal operation

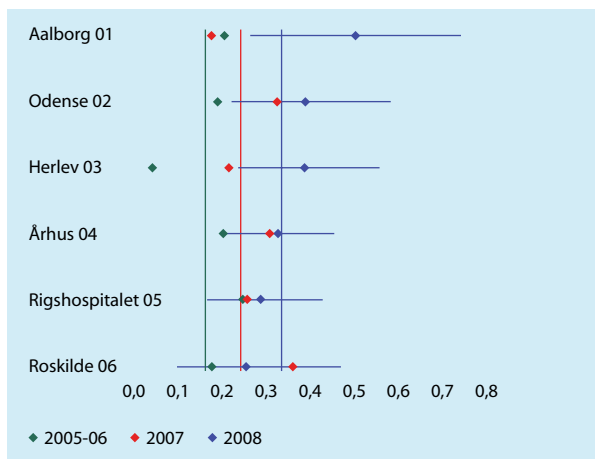
Standard: Minimum 40%

Afgrænsning: Primært opererede ovariecancerpatienter
st. IIC og st. IV.

Tabel 8.4.1 Indikator fordelt på afdeling

		2005-06		2007		2008		I alt	
Makroradikal operation ved ovariekirurgi		antal	%	antal	%	antal	%	antal	%
Rigshospitalet	Ikke radikalt opereret	61	75,3	33	75,0	35	71,4	129	74,1
	Radikalt opereret	20	24,7	11	25,0	14	28,6	45	25,9
Gentofte	Ikke radikalt opereret	6	85,7	–	–	–	–	6	85,7
	Radikalt opereret	1	14,3	–	–	–	–	1	14,3
Hvidovre	Ikke radikalt opereret	4	80,0	–	–	1	100	5	83,3
	Radikalt opereret	1	20,0	–	–	–	–	1	16,7
Herlev	Ikke radikalt opereret	50	96,2	33	78,6	24	61,5	107	80,5
	Radikalt opereret	2	3,8	9	21,4	15	38,5	26	19,5
Hillerød	Ikke radikalt opereret	25	83,3	1	100	–	–	26	83,9
	Radikalt opereret	5	16,7	–	–	–	–	5	16,1
Roskilde	Ikke radikalt opereret	24	82,8	10	66,7	17	73,9	51	76,1
	Radikalt opereret	5	17,2	5	33,3	6	26,1	16	23,9
Næstved	Ikke radikalt opereret	35	87,5	6	100	2	100	43	89,6
	Radikalt opereret	5	12,5	–	–	–	–	5	10,4
Slagelse	Ikke radikalt opereret	2	100	–	–	–	–	2	100
Odense	Ikke radikalt opereret	39	81,3	23	67,6	19	61,3	81	71,7
	Radikalt opereret	9	18,8	11	32,4	12	38,7	32	28,3
Svendborg	Ikke radikalt opereret	2	100	–	–	–	–	2	100
Kolding	Ikke radikalt opereret	–	–	–	–	1	100	1	50,0
	Radikalt opereret	1	100	–	–	–	–	1	50,0
Sønderborg	Ikke radikalt opereret	11	100	1	50,0	1	100	13	92,9
	Radikalt opereret	–	–	1	50,0	–	–	1	7,1
Sydvestjysk	Ikke radikalt opereret	7	77,8	1	100	1	100	9	81,8
	Radikalt opereret	2	22,2	–	–	–	–	2	18,2
Horsens	Ikke radikalt opereret	29	90,6	12	100	–	–	41	93,2
	Radikalt opereret	3	9,4	–	–	–	–	3	6,8
Herning	Ikke radikalt opereret	26	92,9	–	–	–	–	26	92,9
	Radikalt opereret	2	7,1	–	–	–	–	2	7,1
Randers	Radikalt opereret	1	100	–	–	–	–	1	100
Skejby	Ikke radikalt opereret	66	79,5	34	69,4	44	67,7	144	73,1
	Radikalt opereret	17	20,5	15	30,6	21	32,3	53	26,9
Viborg	Ikke radikalt opereret	10	100	–	–	–	–	10	100
Aalborg	Ikke radikalt opereret	28	80,0	29	82,9	9	50,0	66	75,0
	Radikalt opereret	7	20,0	6	17,1	9	50,0	22	25,0
Hele landet	Ikke radikalt opereret	425	84,0	182	75,8	155	66,8	762	77,9
	Radikalt opereret	81	16,0	58	24,2	77	33,2	216	22,1
I alt		506	100	240	100	232	100	978	100

Figur 8.4.a Makroradikalt opererede ovariecancerpatienter



X-aksen repræsenterer procent (0,2 = 20%). De lodrette streger er medianværdier for alle afdelinger (landsmedian). De vandrette streger angiver 95% konfidensinterval på medianen for hver afdeling. Medianværdierne for de enkelte afdelinger er angivet med »ruder«. Farverne svarer til aktuelle år. I figuren er kun medtaget afdelinger, hvor der indgår flere end fem patienter i 2008 i henhold til tabel 8.4.1.

Kommentar: Standarden er fastlagt ud fra publicerede undersøgelser fra større amerikanske centre. Ved gennemgang af de relativt få publikationer ses en uklar angivelse af procent makroradikalt opererede. Derudover kan man formode, at patientmateriale har været udsat for selektionsbias med frasortering af de patienter, man på forhånd har skønnet umulige at operere makroradikalt. I en opgørelse fra Leuven opnår man makroradikal operation hos 80% af dem, man vælger at operere (ca. $\frac{2}{3}$), svarende til 53% af hele ovariecancerpatientpopulationen, dvs. alle stadier. Standarden 40% må således anses for at være for høj for et uselekeret materiale og er derfor under revurdering.

Ved tolkning af denne indikator skal der tages hensyn til selektionsbias i form af afståelse fra operation af de patienter, der skønnes sværest at radikaloperere, jf. tabel 7.3.10 »Operationsstatus for st. IIIC og IV fordelt på afdeling«. Det er forventeligt, at en høj procentvis afståelse fra operation vil medføre en højere andel af makroradikalt opererede patienter, idet de præ- og peroperative undersøgelser vil selekttere patienter, der ikke kan radikalopereres, til neoadjuverende kemoterapi. Denne tendens ses på landstallene i tabel 7.3.10, hvor andelen af afstået operation er steget fra 6,1% i 2005 til 10,1% i 2008, samt tabel 7.3.6, hvor andelen af neoadjuverende kemoterapi er steget fra 50,5% til 73,2% i samme periode. De enkelte afdelingers radikalitetsandel skal derfor vægtes mod det totale antal patienter. Efter tidligere ønske fra ovariecancergruppen er der derfor indført en ny makroradikal tabel indeholdende alle stadier IIIC og IV patienter, jf. tabel 7.3.11. Denne tabel skal ligeledes indgå i vægtningen.

I databasen er der indlagt flere valideringer og indtastningsvariable for radikal operation, som alle skal være opfyldt. Trods disse tiltag er validiteten altid påvirket af de enkelte operatørers tolkning af operationsresultatet og ønske om god kirurgisk præstation. Nationalt og internationalt er dette problem kendt og har været underkastet diskussion. Der er rejst forslag om billedokumentation, vurdering af to uafhængige gyn-onkologer og validering ved gennemgang af operationsbeskrivelser i journalerne. Disse forslag kræver videre diskussion i arbejdsgruppen og på afdelingerne.

Samlet må man konkludere, at de sidste års centralisering, fokus på

radikal kirurgi og operativ videreuddannelse har givet en positiv udvikling i ovariecancerkirurgien, som har medført en stigning i radikal operation fra 16% i 2005 til 33% i 2008 ved operation af stadier IIIC og IV. Vi nærmer os således resultaterne i de lande, som vi ønsker at sammenligne os med.

Tidligere har der været diskussion om afståelse fra operation i forbindelse med neoadjuverende kemoterapi. I indikatoren er »ikke radikal operation« tolket som påbegyndelsen af et indgreb med henblik på biopsi og debulking. Tidligere diskussioner har mundet ud i, at en tomi defineres som en operation med eller uden radikalt resultat. Ved gennemgang af nærværende årsrapport har der atter været diskussion om dette. Eksempelvis indgår gynækologisk afdeling på Roskilde Sygehus med en patient, der indgår som ikke radikalt opereret, hvor patienten har fået foretaget biopsi ved laparotomi mhp. at opnå diagnose før neoadjuvant behandling. Problemstillingen vil blive diskuteret fremover og eventuelle afgørelser inkorporeret i opbygningen af databasen.

I de kommende år vil vi se en yderligere selektion af patienter til neoadjuverende kemoterapi, specielt fordi en stor europæisk undersøgelse har vist, at der ikke er forskel i overlevelse mellem primært opererede og primær neoadjuverende kemoterapi, men samlet mindre komplikationsrate for de neoadjuvant behandlede patienter, jf. <http://www.multiwebcast.com/igcs/2008/12th/2717/ignace.b.vergote.eortc-gcg.ncic-ctg.randomised.trial.comparing.primary.html>

Man må dog stadig undre sig over, at det ikke går patienterne med neoadjuverende kemoterapi bedre, idet langt flere i denne gruppe bliver makroradikalt opererede end gruppen med primær operation.

Radikal operation kan kun betragtes som en surrogatmarkør for patienternes behandling og endelige overlevelse.

Den fremtidige forskningsmæssige opgave bliver at finde en præcis præoperativ metode til at selekttere patienter til radikal kirurgi eller neoadjuverende kemoterapi. Der startes aktuelt et nationalt DGCG-projekt til at belyse denne selektion, ligesom databasen fornyes mhp. denne registrering.

Det skal noteres, at der ved gennemgang af Årsrapporten er fundet en fejl i opgørelsen for gynækologisk afdeling fra Roskilde Sygehus. Her er fundet en patient, der var registreret fejlagtigt under 2008, men nu er flyttet til 2007 i tabel 8.4.1. Det har dog ikke været muligt at rette dette i figur 8.4.a.

8.5 Indikator 5: Ovariecancer: Resttumor ≤ 1 cm

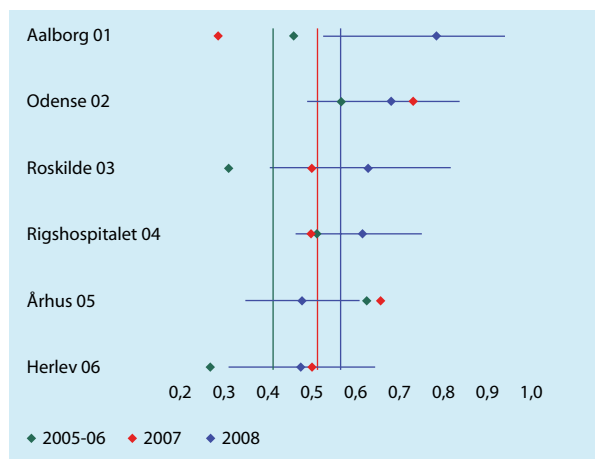
Standard: Minimum 60%

Afgrænsning: Opererede ovariecancerpatienter st. IIIC og st. IV

Tabel 8.5.1 Indikator fordelt på afdeling

		2005-06		2007		2008		I alt	
Resttumor ved ovariecancerkirurgi		antal	%	antal	%	antal	%	antal	%
Rigshospitalet	Resttumor > 1 cm	40	49,4	22	50,0	19	38,8	81	46,6
	Resttumor ≤ 1 cm	41	50,6	22	50,0	30	61,2	93	53,4
Gentofte	Resttumor > 1 cm	5	83,3	–	–	–	–	5	83,3
	Resttumor ≤ 1 cm	1	16,7	–	–	–	–	1	16,7
Hvidovre	Resttumor > 1 cm	2	40,0	–	–	1	100	3	50,0
	Resttumor ≤ 1 cm	3	60,0	–	–	–	–	3	50,0
Herlev	Resttumor > 1 cm	38	73,1	21	50,0	20	52,6	79	59,8
	Resttumor ≤ 1 cm	14	26,9	21	50,0	18	47,4	53	40,2
Hillerød	Resttumor > 1 cm	17	56,7	–	–	–	–	17	54,8
	Resttumor ≤ 1 cm	13	43,3	1	100	–	–	14	45,2
Roskilde	Resttumor > 1 cm	20	69,0	8	53,3	8	34,8	36	53,7
	Resttumor ≤ 1 cm	9	31,0	7	46,7	15	65,2	31	46,3
Næstved	Resttumor > 1 cm	33	82,5	5	83,3	1	50,0	39	81,3
	Resttumor ≤ 1 cm	7	17,5	1	16,7	1	50,0	9	18,8
Slagelse	Resttumor > 1 cm	1	50,0	–	–	–	–	1	50,0
	Resttumor ≤ 1 cm	1	50,0	–	–	–	–	1	50,0
Odense	Resttumor > 1 cm	21	43,8	9	27,3	10	32,3	40	35,7
	Resttumor ≤ 1 cm	27	56,3	24	72,7	21	67,7	72	64,3
Svendborg	Resttumor > 1 cm	2	100	–	–	–	–	2	100
Kolding	Resttumor > 1 cm	–	–	–	–	1	100	1	50,0
	Resttumor ≤ 1 cm	1	100	–	–	–	–	1	50,0
Sønderborg	Resttumor > 1 cm	11	100	–	–	1	100	12	85,7
	Resttumor ≤ 1 cm	–	–	2	100	–	–	2	14,3
Sydvestjysk	Resttumor > 1 cm	3	37,5	1	100	1	100	5	50,0
	Resttumor ≤ 1 cm	5	62,5	–	–	–	–	5	50,0
Horsens	Resttumor > 1 cm	22	68,8	10	83,3	–	–	32	72,7
	Resttumor ≤ 1 cm	10	31,3	2	16,7	–	–	12	27,3
Herning	Resttumor > 1 cm	22	78,6	–	–	–	–	22	78,6
	Resttumor ≤ 1 cm	6	21,4	–	–	–	–	6	21,4
Randers	Resttumor ≤ 1 cm	1	100	–	–	–	–	1	100
Skejby	Resttumor > 1 cm	31	37,8	17	34,7	33	52,4	81	41,8
	Resttumor ≤ 1 cm	51	62,2	32	65,3	30	47,6	113	58,2
Viborg	Resttumor > 1 cm	9	100	–	–	–	–	9	100
Aalborg	Resttumor > 1 cm	19	54,3	25	71,4	4	22,2	48	54,5
	Resttumor ≤ 1 cm	16	45,7	10	28,6	14	77,8	40	45,5
Hele landet	Resttumor > 1 cm	296	59,0	117	49,0	100	43,7	513	52,9
	Resttumor ≤ 1 cm	206	41,0	122	51,0	129	56,3	457	47,1
I alt		502	100	239	100	229	100	970	100

Figur 8.5.a Opererede ovariecancerpatienter med resttumor ≤ 1 cm



X-aksen repræsenterer procent (0,5 = 50%). De lodrette streger er medianværdier for alle afdelinger (landsmedian). De vandrette streger angiver 95% konfidensinterval på medianen for hver afdeling. Medianværdierne for de enkelte afdelinger er angivet med »ruder«. Farverne svarer til aktuelle år. I figuren er kun medtaget afdelinger, hvor der indgår flere end fem patienter i 2008 i henhold til tabel 8.5.1.

Kommentar: Ved tolkning af denne indikator skal der tages samme hensyn som for indikator 4, idet der kan være selektionsbias i form af afståelse fra operation for de patienter, der skønnes sværest at radikaloperere. Der henvises derfor til tabelkommentarerne for 7.3.10 »Operationsstatus for st. IIIC og IV fordelt på afdeling».

Som nævnt i kommentaren til tabel 8.4.1, har der tidligere været diskussion om afståelse fra operation i forbindelse med neoadjuverende kemoterapi og om definitionen på, hvornår et indgreb anses for at være en operation eller blot et diagnostisk indgreb. Denne problemstilling har ligeledes været diskuteret i forbindelse med nuværende årsrapport. Eksempelvis indgår gynækologisk afdeling på Roskilde Sygehus med en patient med resttumor > 1 cm, hvor patienten har fået foretaget biopsi ved laparotomi med henblik på at opnå diagnose før neoadjuvant behandling.

Denne indikator er defineret som diameteren på den enkelte, største resttumor, ikke additiv. Der har tidligere været definitionsproblemer for denne indikator, idet nogle afdelinger har brugt en definition, der kunne give en lavere procentvis opfyldelse af standarden. I revisionen af databasen vil der blive søgt taget højde for dette.

Generelt ses en stigning fra 41% til 56%. Standarden på 60% tilnærmes således. Som for indikator 4 tolkes dette som en ønsket fremgang for ovariecancerkirurgien i Danmark.

Det skal noteres, at der ved gennemgang af Årsrapporten er fundet en fejl i opgørelsen for gynækologisk afdeling fra Roskilde Sygehus. Her er fundet en patient, der var registreret fejlagtigt under 2008, men nu er flyttet til 2007 i tabel 8.5.1. Det har dog ikke været muligt at rette dette i figur 8.5.a.

8.6 Indikator 6: Ovariecancer: Ventetid på kemoterapi

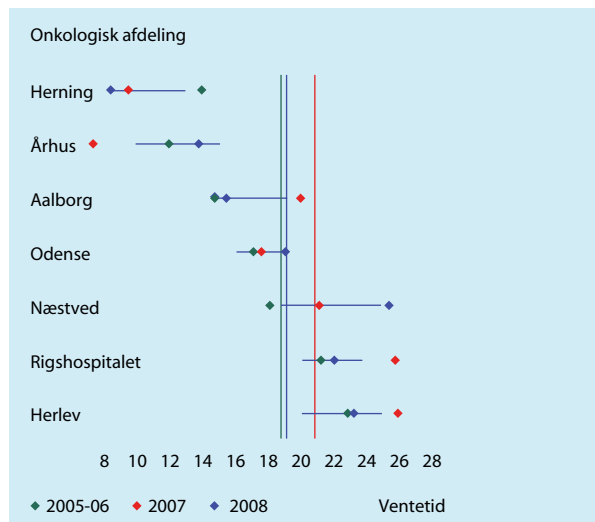
Standard: ≤ 28 dage

Afgrænsning: Opererede ovariecancerpatienter st. IIIC og st. IV.

Tabel 8.6.1 Indikator fordelt på onkologisk afdeling

Ovarie – ventetid på kemoterapi													
	Herlev	Her- ning	Hille- rød	Næst- ved	Odense Uni.	Rigsho- spitalet	Roskilde	Sønder- borg	Vejle	Aalborg	Århus	Eksklu- derede	Total
2005													
Patienter	22	7	15	15	29	45	15	5	11	16	24	91	295
Median	26,0	15,0	13,0	17,0	18,0	20,0	21,0	24,0	26,0	12,5	15,0	–	18,0
Min.	2,0	4,0	6,0	4,0	1,0	1,0	1,0	14,0	13,0	1,0	1,0	–	1,0
Maks.	49,0	21,0	21,0	21,0	28,0	59,0	45,0	34,0	42,0	21,0	29,0	–	59,0
2006													
Patienter	32	6	12	15	33	40	2	1	8	14	27	97	287
Median	21,0	13,0	16,0	19,0	17,0	23,0	21,0	13,0	27,0	15,5	8,0	–	19,0
Min.	1,0	1,0	10,0	3,0	1,0	1,0	1,0	13,0	6,0	2,0	1,0	–	1,0
Maks.	41,0	24,0	29,0	44,0	29,0	60,0	41,0	13,0	41,0	46,0	34,0	–	60,0
2007													
Patienter	33	9	0	15	37	38	1	0	5	29	7	109	283
Median	26,0	9,0	–	21,0	18,0	26,5	7,0	–	25,0	20,0	5,0	–	21,0
Min.	1,0	5,0	–	5,0	3,0	1,0	7,0	–	6,0	3,0	1,0	–	1,0
Maks.	54,0	24,0	–	43,0	45,0	65,0	7,0	–	46,0	42,0	24,0	–	65,0
2008													
Patienter	19	11	1	9	29	42	3	0	4	16	4	158	296
Median	23,0	7,0	8,0	26,0	19,0	22,5	23,0	–	8,0	15,0	13,5	–	19,0
Min.	1,0	2,0	8,0	12,0	1,0	1,0	20,0	–	1,0	6,0	1,0	–	1,0
Maks.	48,0	14,0	8,0	49,0	37,0	41,0	36,0	–	14,0	26,0	29,0	–	49,0
Total													
Patienter	106	33	28	54	128	165	21	6	28	75	62	455	1.161
Median	25,0	9,0	15,0	19,5	18,0	23,0	21,0	22,5	25,0	17,0	13,5	–	20,0
Min.	1,0	1,0	6,0	3,0	1,0	1,0	1,0	13,0	1,0	1,0	1,0	–	1,0
Maks.	54,0	24,0	29,0	49,0	45,0	65,0	45,0	34,0	46,0	46,0	34,0	–	65,0

Figur 8.6.a Ventetid på kemoterapi efter primær operation for ovariecancer



X-aksen repræsenterer dage. De lodrette streger er medianværdier for alle afdelinger (landsmedian). De vandrette streger angiver 95% konfidensinterval på medianen for hver afdeling. Medianværdierne for de enkelte afdelinger er angivet med »ruder«. Farverne svarer til aktuelle år. I figuren er kun medtaget afdelinger, hvor der indgår flere end fem patienter i 2008 i henhold til tabel 8.6.1.

Kommentar: Ventetiden er beregnet ud fra henvisningsdato i LPR og dato for start af kemoterapi. Dato for start af kemoterapi er hentet fra både LPR og DGCD. I tilfælde af manglende startdato for kemoterapi i DGCD, er startdatoen i LPR anvendt. Der er generelt stor overensstemmelse mellem angivelserne i LPR og DGCD. I enkelte tilfælde med afvigelse er startangivelsen i DGCD anvendt. Denne giver generelt afdelingerne en kortere ventetid. Ved beregning af indikatoren er »start < 45 dage efter primær OP« valgt som afgrænsning. »Ekskluderet« angiver patienter, hvor der ikke findes henvisnings- og kemoterapistartdatoer på en af de angivne afdelinger, eller hvor afgrænsningen er ≥ 45 dage.

Standarden for ventetid til kemoterapi er overvejende politisk styret. Standarden vil blive revideret, således at ventetiden opfylder kravene i Sundhedstilsættens »Pakkeforløb for kræft i æggestokken«. Her er standarden følgende:

Til primær behandling:

For kirurgi er forløbstiden, fra udredning er afsluttet, og patienten informeret, til patienten skal modtage behandling, 6 hverdage. For primær kemoterapi er forløbstiden, fra udredningen er afsluttet, og patienten informeret, til patienten skal modtage kemoterapi, 8 hverdage.

Til efterbehandling:

Når primær kirurgi er afsluttet, skal de fleste patienter have supplerende kemoterapi. Forløbstiden skal være 15-20 hverdage, inden patienten kan påbegynde kemoterapi. Dette er afhængigt af sårheling og patientens tilstand.

Aktuelle indikator vil forventeligt fremover blive hentet fra LPR i henhold til monitorering af pakkeforløbene.

Overordnet overholder afdelingernes medianer standarden på ≤ 28 dage. Der ses enkelte, større overskridelser, som kan skyldes specifikke, patientrelaterede forhold. Der er i aktuelle opgørelse ikke taget højde for denne mulighed. Patientrelaterede forhold kan dog kun være en forklaring for enkelte patienter og ikke forklare den generelt længere ventetid for enkelte afdelinger.

8.7 Indikator 7: Ovariecancer: Postoperative komplikationer

Standard: Maksimum 20% postoperative komplikationer i alt, herunder medicinske komplikationer

Afgrænsning: Opererede patienter med ovarietumor, tubacancer eller peritonealcancer

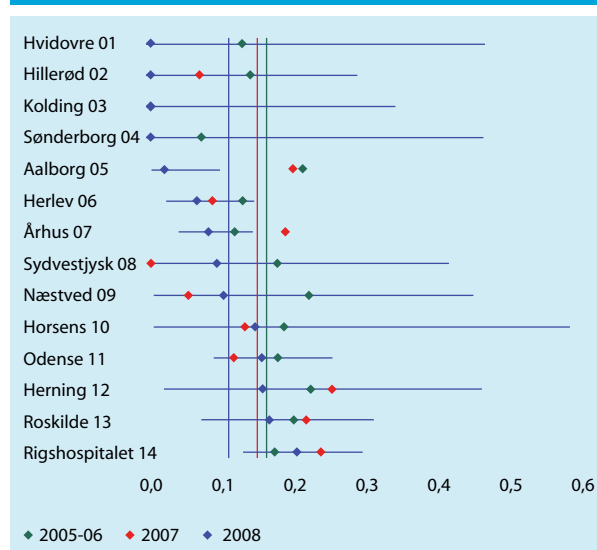
Tabel 8.7.1 Indikator fordelt på afdeling

Postoperative komplikationer ved ovariecancerkirurg		2005-06		2007		2008		I alt	
		antal	%	antal	%	antal	%	antal	%
Rigshospitalet	Ingen komplikation	132	83,0	75	76,5	80	80,0	287	80,4
	Komplikation	27	17,0	23	23,5	20	20,0	70	19,6
Gentofte	Ingen komplikation	14	82,4	1	100	–	–	15	78,9
	Komplikation	3	17,6	–	–	1	100	4	21,1
Hvidovre	Ingen komplikation	14	87,5	14	100	6	100	34	94,4
	Komplikation	2	12,5	–	–	–	–	2	5,6
Herlev	Ingen komplikation	123	87,2	99	91,7	73	93,6	295	90,2
	Komplikation	18	12,8	9	8,3	5	6,4	32	9,8
Hillerød	Ingen komplikation	75	86,2	14	93,3	11	100	100	88,5
	Komplikation	12	13,8	1	6,7	–	–	13	11,5
Roskilde	Ingen komplikation	45	80,4	26	78,8	36	83,7	107	81,1
	Komplikation	11	19,6	7	21,2	7	16,3	25	18,9
Holbæk	Ingen komplikation	4	100	2	100	1	100	7	100
Næstved	Ingen komplikation	54	78,3	18	94,7	9	90,0	81	82,7
	Komplikation	15	21,7	1	5,3	1	10,0	17	17,3
Slagelse	Ingen komplikation	3	60,0	3	100	3	100	9	81,8
	Komplikation	2	40,0	–	–	–	–	2	18,2
Odense	Ingen komplikation	104	82,5	78	88,6	67	84,8	249	85,0
	Komplikation	22	17,5	10	11,4	12	15,2	44	15,0
Svendborg	Ingen komplikation	4	80,0	2	100	1	100	7	87,5
	Komplikation	1	20,0	–	–	–	–	1	12,5
Kolding	Ingen komplikation	6	100	1	100	9	100	16	100
Sønderborg	Ingen komplikation	40	93,0	5	100	6	100	51	94,4
	Komplikation	3	7,0	–	–	–	–	3	5,6
Sydvestjysk	Ingen komplikation	19	82,6	9	100	10	90,9	38	88,4
	Komplikation	4	17,4	–	–	1	9,1	5	11,6
Horsens	Ingen komplikation	63	81,8	27	87,1	6	85,7	96	83,5
	Komplikation	14	18,2	4	12,9	1	14,3	19	16,5
Herning	Ingen komplikation	46	78,0	9	75,0	11	84,6	66	78,6
	Komplikation	13	22,0	3	25,0	2	15,4	18	21,4
Silkeborg	Ingen komplikation	1	100	2	100	1	100	4	100
Randers	Ingen komplikation	3	100	2	100	3	100	8	100
Skejby	Ingen komplikation	140	88,6	79	81,4	117	92,1	336	88,0
	Komplikation	18	11,4	18	18,6	10	7,9	46	12,0
Viborg	Ingen komplikation	22	88,0	2	100	1	100	25	89,3
	Komplikation	3	12,0	–	–	–	–	3	10,7

> Fortsat

Postoperative komplikationer ved ovariecancerkirurg		2005-06		2007		2008		I alt	
		antal	%	antal	%	antal	%	antal	%
Aalborg	Ingen komplikation	95	79,2	61	80,3	55	98,2	211	83,7
	Komplikation	25	20,8	15	19,7	1	1,8	41	16,3
Vendsyssel	Ingen komplikation	7	100	1	100	–	–	8	100
Hele landet	Ingen komplikation	1.014	84,0	530	85,3	506	89,2	2.050	85,6
	Komplikation	193	16,0	91	14,7	61	10,8	345	14,4
I alt		1.207	100	621	100	567	100	2.395	100

Figur 8.7.a Postoperative komplikationer ved operation for ovarie-, tuba- og peritonealcancer



X-aksen repræsenterer procent (0,2 = 20%). De lodrette streger er medianværdier for alle afdelinger (landsmedian). De vandrette streger angiver 95% konfidensinterval på medianen for hver afdeling. Medianværdierne for de enkelte afdelinger er angivet med »ruder«. Farverne svarer til aktuelle år. I figuren er kun medtaget afdelinger, hvor der indgår flere end fem patienter i 2008 i henhold til tabel 8.7.1.

Kommentar: Komplikationer omfatter en eller flere af følgende: a) thromboemboli, b) behandling af infektion med antibiotika, c) reoperation, d) andre listede betydende komplikationer som er sket inden for 30 dage efter den primære behandling.

Afdelingerne ligger generelt acceptabelt i forhold til standarden. Ved komplikationsregistrering er der i andre undersøgelser vist varierende grader af underrapportering, hvilket også kan forekomme i denne rapport. Som led i en ph.d.-afhandling er DGCD valideret over for journalregistreringen af ovariecancerpatienter på Skejby, Herlev, Horsens, Næstved og Hillerød. Der fandtes en acceptabel overensstemmelse mellem de rapporterede komplikationer til DGCD og journalerne, men i overensstemmelse med litteraturen forekom der underrapportering.

Omvendt vil fokus på komplikationer kunne medføre en høj komplikationsrate, sammenlignet med afdelinger uden samme fokus. Eksempelvis har Gynækologisk Klinik på Rigshospitalet deltaget i PROXI-projektet med forskningssygeplejersker, der specielt fokuserer på komplikationer. Det er derfor muligt, at dette fokus kan medføre en højere komplikationsindberetning for denne afdeling. For at belyse denne mulighed er der igangsat et valideringsprojekt mellem DGCDs sekretariat og PROXI-gruppen.

Der kan forventes en stigning i komplikationsraten i forbindelse med indførelse af ekstensiv kirurgi. På nuværende tidspunkt arbejdes der på at indbygge særskilt registrering af ekstensiv kirurgi i DGCD med henblik på fremtidig stratificering af denne.

8.8 Indikator 8: Peroperativt blodtab ved operation for ovariecancer st. IIIC

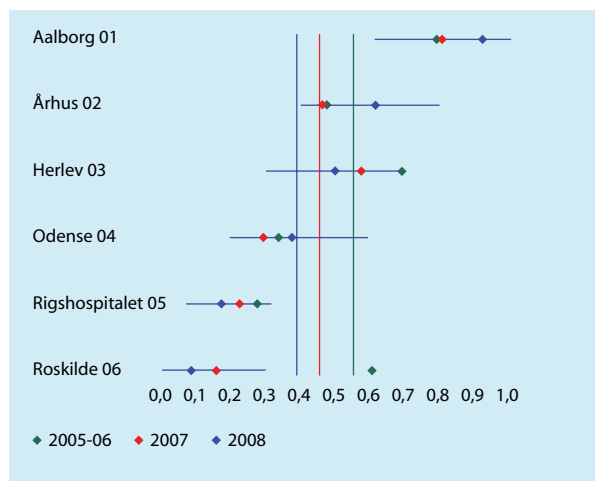
Standard: ≤ 500 ml.

Afgrænsning: Ovariecancerpatienter med st. IIIC der har fået foretaget en primær eksplorativ laparotomi

Tabel 8.8.1 Indikator fordelt på afdeling

		2005-06		2007		2008		I alt	
Blodtab ved eksplorativ laparotomi		antal	%	antal	%	antal	%	antal	%
Rigshospitalet	Blødning > 500 ml	43	71,7	27	77,1	37	82,2	107	76,4
	Blødning ≤ 500 ml	17	28,3	8	22,9	8	17,8	33	23,6
Gentofte	Blødning > 500 ml	1	20,0	–	–	–	–	1	20,0
	Blødning ≤ 500 ml	4	80,0	–	–	–	–	4	80,0
Hvidovre	Blødning > 500 ml	2	66,7	–	–	–	–	2	66,7
	Blødning ≤ 500 ml	1	33,3	–	–	–	–	1	33,3
Herlev	Blødning > 500 ml	12	30,8	14	42,4	14	50,0	40	40,0
	Blødning ≤ 500 ml	27	69,2	19	57,6	14	50,0	60	60,0
Hillerød	Blødning > 500 ml	7	35,0	–	–	–	–	7	35,0
	Blødning ≤ 500 ml	13	65,0	–	–	–	–	13	65,0
Roskilde	Blødning > 500 ml	8	40,0	10	83,3	19	90,5	37	69,8
	Blødning ≤ 500 ml	12	60,0	2	16,7	2	9,5	16	30,2
Næstved	Blødning > 500 ml	5	22,7	–	–	–	–	5	20,0
	Blødning ≤ 500 ml	17	77,3	2	100	1	100	20	80,0
Slagelse	Blødning ≤ 500 ml	1	100	–	–	–	–	1	100
Odense	Blødning > 500 ml	27	65,9	19	70,4	16	61,5	62	66,0
	Blødning ≤ 500 ml	14	34,1	8	29,6	10	38,5	32	34,0
Kolding	Blødning ≤ 500 ml	1	100	–	–	–	–	1	100
Sønderborg	Blødning > 500 ml	1	16,7	2	100	–	–	3	33,3
	Blødning ≤ 500 ml	5	83,3	–	–	1	100	6	66,7
Sydvestjysk	Blødning > 500 ml	2	33,3	–	–	–	–	2	33,3
	Blødning ≤ 500 ml	4	66,7	–	–	–	–	4	66,7
Horsens	Blødning > 500 ml	8	29,6	2	22,2	–	–	10	27,8
	Blødning ≤ 500 ml	19	70,4	7	77,8	–	–	26	72,2
Herning	Blødning > 500 ml	8	44,4	–	–	–	–	8	44,4
	Blødning ≤ 500 ml	10	55,6	–	–	–	–	10	55,6
Randers	Blødning ≤ 500 ml	1	100	–	–	–	–	1	100
Skejby	Blødning > 500 ml	31	52,5	15	53,6	10	38,5	56	49,6
	Blødning ≤ 500 ml	28	47,5	13	46,4	16	61,5	57	50,4
Viborg	Blødning > 500 ml	3	37,5	–	–	–	–	3	37,5
	Blødning ≤ 500 ml	5	62,5	–	–	–	–	5	62,5
Aalborg	Blødning > 500 ml	6	20,7	5	20,0	1	8,3	12	18,2
	Blødning ≤ 500 ml	23	79,3	20	80,0	11	91,7	54	81,8
Hele landet	Blødning > 500 ml	164	44,8	94	54,3	97	60,6	355	50,8
	Blødning ≤ 500 ml	202	55,2	79	45,7	63	39,4	344	49,2
I alt		366	100	173	100	160	100	699	100

Figur 8.8.a Peroperativt blodtab i ml ved kirurgi for ovariecancer st. IIIC



I de tidligere årsrapporter var der angivelser af median samt minimum og maksimum i ml for hver afdeling. I overensstemmelse med ny form for rapportering er det ændret til procentvis andele (0,2 = 20%). X-aksen repræsenterer andelen af patienter med blodtab ≤ 500 ml. De lodrette streger er medianværdier for alle afdelinger (landsmedian). De vandrette streger angiver 95% konfidensinterval på medianen for hver afdeling. Medianværdierne for de enkelte afdelinger er angivet med »ruder«. Farverne svarer til aktuelle år. I figuren er kun medtaget afdelinger, hvor der indgår flere end fem patienter i 2008 i henhold til tabel 8.8.1.

Kommentar: Standarden er fastlagt ud fra medianværdier i DGCD. Denne er oprindeligt angivet ud fra en forventning om traditionel ovariecancerkirurgi. I forbindelse med indførelse af ekstensiv kirurgi forventes blødningsmængden at stige. Blødningsmængden bør derfor i fremtiden vurderes i sammenhæng med udførelsen af radikal og ekstensiv kirurgi. Andre operationstekniske årsager må dog også ligge til grund for den øgede blødning, idet også centre med øget radikalitetsrate kun har moderat til uændret blødning. Afdelinger med større blødningsmængde bør derfor være opmærksomme på, om der er enkelte gennemgående faktorer, der kan forklare den øgede blødningsmængde.

8.9 Indikator 9: Peroperativt blodtab ved kirurgi for corpuscancer st. I

Standard: ≤ 200 ml

Afgrænsning: Eksplorativ laparotomi ved corpuscancer st. I

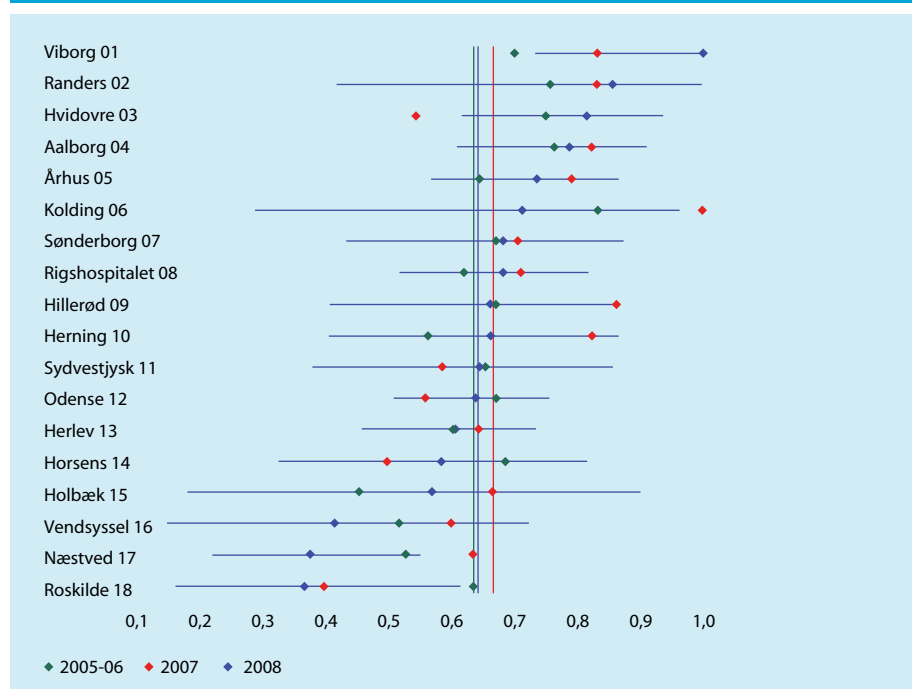
Tabel 8.9.1 Indikator fordelt på afdeling

		2005-06		2007		2008		I alt	
Blodtab ved corpuscancerkirurgi		antal	%	antal	%	antal	%	antal	%
Rigshospitalet	Blødning > 200 ml	20	37,7	11	28,9	13	31,7	44	33,3
	Blødning ≤ 200 ml	33	62,3	27	71,1	28	68,3	88	66,7
Gentofte	Blødning > 200 ml	7	43,8	3	42,9	2	50,0	12	44,4
	Blødning ≤ 200 ml	9	56,3	4	57,1	2	50,0	15	55,6
Hvidovre	Blødning > 200 ml	10	25,0	5	45,5	5	18,5	20	25,6
	Blødning ≤ 200 ml	30	75,0	6	54,5	22	81,5	58	74,4
Herlev	Blødning > 200 ml	31	39,7	17	35,4	21	39,6	69	38,5
	Blødning ≤ 200 ml	47	60,3	31	64,6	32	60,4	110	61,5
Hillerød	Blødning > 200 ml	16	32,7	3	13,6	6	33,3	25	28,1
	Blødning ≤ 200 ml	33	67,3	19	86,4	12	66,7	64	71,9
Roskilde	Blødning > 200 ml	12	36,4	6	60,0	12	63,2	30	48,4
	Blødning ≤ 200 ml	21	63,6	4	40,0	7	36,8	32	51,6
Holbæk	Blødning > 200 ml	12	54,5	2	33,3	3	42,9	17	48,6
	Blødning ≤ 200 ml	10	45,5	4	66,7	4	57,1	18	51,4
Næstved	Blødning > 200 ml	24	47,1	8	36,4	23	62,2	55	50,0
	Blødning ≤ 200 ml	27	52,9	14	63,6	14	37,8	55	50,0
Slagelse	Blødning > 200 ml	14	58,3	6	66,7	–	–	20	58,8
	Blødning ≤ 200 ml	10	41,7	3	33,3	1	100	14	41,2
Nykøbing Falster	Blødning ≤ 200 ml	1	100	–	–	–	–	1	100
Odense	Blødning > 200 ml	26	32,9	18	43,9	23	35,9	67	36,4
	Blødning ≤ 200 ml	53	67,1	23	56,1	41	64,1	117	63,6
Svendborg	Blødning > 200 ml	4	26,7	6	50,0	4	80,0	14	43,8
	Blødning ≤ 200 ml	11	73,3	6	50,0	1	20,0	18	56,3
Kolding	Blødning > 200 ml	1	16,7	–	–	2	28,6	3	16,7
	Blødning ≤ 200 ml	5	83,3	5	100	5	71,4	15	83,3
Sønderborg	Blødning > 200 ml	16	32,7	5	29,4	6	31,6	27	31,8
	Blødning ≤ 200 ml	33	67,3	12	70,6	13	68,4	58	68,2
Sydvestjysk	Blødning > 200 ml	9	34,6	7	41,2	6	35,3	22	36,7
	Blødning ≤ 200 ml	17	65,4	10	58,8	11	64,7	38	63,3
Horsens	Blødning > 200 ml	15	31,3	6	50,0	7	41,2	28	36,4
	Blødning ≤ 200 ml	33	68,8	6	50,0	10	58,8	49	63,6
Herning	Blødning > 200 ml	17	43,6	3	17,6	6	33,3	26	35,1
	Blødning ≤ 200 ml	22	56,4	14	82,4	12	66,7	48	64,9
Silkeborg	Blødning > 200 ml	6	37,5	4	57,1	–	–	10	41,7
	Blødning ≤ 200 ml	10	62,5	3	42,9	1	100	14	58,3
Randers	Blødning > 200 ml	6	24,0	1	16,7	1	14,3	8	21,1
	Blødning ≤ 200 ml	19	76,0	5	83,3	6	85,7	30	78,9

> Fortsat

		2005-06		2007		2008		I alt	
Blodtab ved corpuscancerkirurgi		antal	%	antal	%	antal	%	antal	%
Skejby	Blødning > 200 ml	18	35,3	5	20,8	10	26,3	33	29,2
	Blødning ≤ 200 ml	33	64,7	19	79,2	28	73,7	80	70,8
Viborg	Blødning > 200 ml	8	29,6	2	16,7	–	–	10	19,6
	Blødning ≤ 200 ml	19	70,4	10	83,3	12	100	41	80,4
Aalborg	Blødning > 200 ml	13	23,6	6	17,6	7	21,2	26	21,3
	Blødning ≤ 200 ml	42	76,4	28	82,4	26	78,8	96	78,7
Thy/Mors	Blødning > 200 ml	4	80,0	1	100	–	–	5	71,4
	Blødning ≤ 200 ml	1	20,0	–	–	1	100	2	28,6
Vendsyssel	Blødning > 200 ml	13	48,1	2	40,0	7	58,3	22	50,0
	Blødning ≤ 200 ml	14	51,9	3	60,0	5	41,7	22	50,0
Hele landet	Blødning > 200 ml	302	36,2	127	33,2	164	35,8	593	35,4
	Blødning ≤ 200 ml	533	63,8	256	66,8	294	64,2	1.083	64,6
I alt		835	100	383	100	458	100	1.676	100

Figur 8.9.a Peroperativt blodtab i ml ved eksplorativ laparotomi for corpuscancer st. I



I de tidligere årsrapporter var der angivelser af median samt minimum og maksimum i ml for hver afdeling. I overensstemmelse med ny form for rapportering er det ændret til procentvis andele (0,2 = 20%). X-aksen repræsenterer andelen af patienter med blodtab ≤ 200 ml. De lodrette streger er medianværdier for alle afdelinger (landsmedian). De vandrette streger angiver 95% konfidensinterval på medianen for hver afdeling. Medianværdierne for de enkelte afdelinger er angivet med »ruder«. Farverne svarer til aktuelle år. I figuren er kun medtaget afdelinger, hvor der indgår flere end fem patienter i 2008.

Kommentar: Standarden er fastlagt af DGCGs corpuscancergruppe ud fra medianværdier af rapporteret af DGCD. Generelt ligger afdelingerne inden for standarden. Det kunne forventes, at afdelinger, der udfører en høj procentdel lymfeknuderresektioner, skulle udskille sig markant med højere blodtab. Dette synes ikke at forekomme. Specielt ved de mindre afdelinger ses større udsving, der hovedsageligt skyldes enkelte tilfælde af større blødninger, som dermed øger spændvidden. Disse afdelinger bør dog løbende vurdere deres operative teknikker.

8.10 Indikator 10: Corpuscancer og atypisk hyperplasi: Postoperative komplikationer

Standard: Maksimum 10% postoperative komplikationer i alt, herunder medicinske komplikationer.

Afgrænsning: Eksplorativ laparotomi for corpuscancer og atypisk hyperplasi

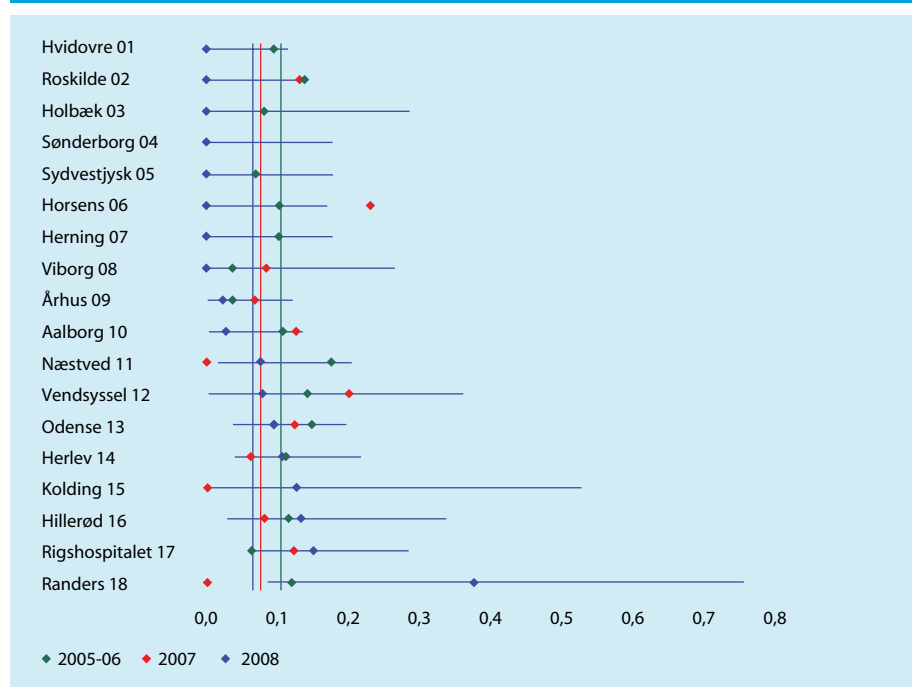
Tabel 8.10.1 Indikator fordelt på afdeling

Postoperative komplikationer ved corpuscancerkirurgi		2005-06		2007		2008		I alt	
		antal	%	antal	%	antal	%	antal	%
Rigshospitalet	Ingen komplikation	60	93,8	36	87,8	40	85,1	136	89,5
	Komplikation	4	6,3	5	12,2	7	14,9	16	10,5
Gentofte	Ingen komplikation	17	73,9	7	87,5	3	75,0	27	77,1
	Komplikation	6	26,1	1	12,5	1	25,0	8	22,9
Hvidovre	Ingen komplikation	38	90,5	13	100	31	100	82	95,3
	Komplikation	4	9,5	–	–	–	–	4	4,7
Herlev	Ingen komplikation	73	89,0	46	93,9	50	89,3	169	90,4
	Komplikation	9	11,0	3	6,1	6	10,7	18	9,6
Hillerød	Ingen komplikation	54	88,5	23	92,0	20	87,0	97	89,0
	Komplikation	7	11,5	2	8,0	3	13,0	12	11,0
Roskilde	Ingen komplikation	44	86,3	20	87,0	26	100	90	90,0
	Komplikation	7	13,7	3	13,0	–	–	10	10,0
Holbæk	Ingen komplikation	23	92,0	6	100	11	100	40	95,2
	Komplikation	2	8,0	–	–	–	–	2	4,8
Næstved	Ingen komplikation	47	82,5	24	100	37	92,5	108	89,3
	Komplikation	10	17,5	–	–	3	7,5	13	10,7
Slagelse	Ingen komplikation	22	84,6	9	100	1	100	32	88,9
	Komplikation	4	15,4	–	–	–	–	4	11,1
Nykøbing Falster	Ingen komplikation	1	100	–	–	–	–	1	100
Odense	Ingen komplikation	69	85,2	36	87,8	57	90,5	162	87,6
	Komplikation	12	14,8	5	12,2	6	9,5	23	12,4
Svendborg	Ingen komplikation	15	100	12	100	5	100	32	100
Kolding	Ingen komplikation	6	100	5	100	7	87,5	18	94,7
	Komplikation	–	–	–	–	1	12,5	1	5,3
Sønderborg	Ingen komplikation	52	100	20	100	19	100	91	100
Sydvestjysk	Ingen komplikation	27	93,1	21	100	19	100	67	97,1
	Komplikation	2	6,9	–	–	–	–	2	2,9
Horsens	Ingen komplikation	44	89,8	10	76,9	20	100	74	90,2
	Komplikation	5	10,2	3	23,1	–	–	8	9,8
Herning	Ingen komplikation	36	90,0	19	100	19	100	74	94,9
	Komplikation	4	10,0	–	–	–	–	4	5,1
Silkeborg	Ingen komplikation	13	81,3	7	100	1	100	21	87,5
	Komplikation	3	18,8	–	–	–	–	3	12,5
Randers	Ingen komplikation	22	88,0	6	100	5	62,5	33	84,6
	Komplikation	3	12,0	–	–	3	37,5	6	15,4
Skejby	Ingen komplikation	56	96,6	27	93,1	43	97,7	126	96,2
	Komplikation	2	3,4	2	6,9	1	2,3	5	3,8

> Fortsat

Postoperative komplikationer ved corpuscancerkirurgi		2005-06		2007		2008		I alt	
		antal	%	antal	%	antal	%	antal	%
Viborg	Ingen komplikation	27	96,4	11	91,7	12	100	50	96,2
	Komplikation	1	3,6	1	8,3	–	–	2	3,8
Aalborg	Ingen komplikation	59	89,4	35	87,5	38	97,4	132	91,0
	Komplikation	7	10,6	5	12,5	1	2,6	13	9,0
ThyMors	Ingen komplikation	5	100	–	–	1	100	6	85,7
	Komplikation	–	–	1	100	–	–	1	14,3
Vendsyssel	Ingen komplikation	24	85,7	4	80,0	12	92,3	40	87,0
	Komplikation	4	14,3	1	20,0	1	7,7	6	13,0
Hele landet	Ingen komplikation	834	89,7	397	92,5	477	93,5	1.708	91,4
	Komplikation	96	10,3	32	7,5	33	6,5	161	8,6
I alt		930	100	429	100	510	100	1.869	100

Figur 8.10.a Postoperative komplikationer ved operation for corpuscancer og atypisk hyperplasi



X-aksen repræsenterer procent (0,1 = 10%). De lodrette streger er medianværdier for alle afdelinger (landsmedian). De vandrette streger angiver 95% konfidensinterval på medianen for hver afdeling. Medianværdierne for de enkelte afdelinger er angivet med »ruder«. Farverne svarer til aktuelle år. I figuren er kun medtaget afdelinger, hvor der indgår flere end fem patienter i 2008 i henhold til tabel 8.10.1.

Kommentar: Komplikationer omfatter en eller flere af følgende: a) thromboemboli, b) behandling af infektion med antibiotika, c) reoperation, d) andre listede betydende komplikationer, som er sket inden for 30 dage efter den primære behandling.

Adskillige afdelinger ligger over standarden på 10%. Ved komplikationsregistrering er der i andre undersøgelser vist varierende grader af underreportering, hvilket også kan forekomme i denne rapport. Ligeledes vil specielt fokus på komplikationer kunne medføre en høj komplikationsrate, sammenlignet med afdelinger uden samme fokus. Den høje rate af komplikationer betyder, at særskilte lister med afdelingsspecifikke, udifferentierede komplikationer vil blive udfærdiget og tilsendt afdelingerne med henblik på audit.

Fordelingen kan tyde på, at afdelinger, der udfører en høj procentvis lymfeknuderresektion, har en højere komplikationsfrekvens, hvilket ikke vil være overraskende pga. det udvidede indgreb.

Mange af disse patienter har et højt BMI, er ældre og har flere andre sygdomme. Det er muligt, at standarden er sat for lavt, idet denne delvist er sat ud fra fundene ved hysterektomi på benign indikation fra Dansk Hysterektomi Database (DHD). Standarden diskuteres i corpuscancerarbejdsgruppen. Når data foreligger fra den igangværende PROXI-DGCD valideringsundersøgelse, vil resultaterne tilgås corpuscancerarbejdsgruppen, således at de kan indgå i vurderingen.

9. Overlevelse

Dette kapitel indeholder overlevelsesstatistik for de tre sygdomsgrupper. Overlevelsesanalyserne er udført på en samlet patientpopulation på 6.749. Der er en forskel på 112 patienter fra den øvrige del af Årsrapporten. Dette skyldes, at de 112 patienter mangler eller har fejlagtige oplysninger til brug for beregning af overlevelsen. Det drejer sig eksempelvis om uoverensstemmende registrering af cancer debutdato mellem DGCD og LPR, eller om patienter det er umuligt at finde dødsdata på. For

de inkluderede patienter er overlevelsesstatus opgjort i oktober 2009. Selvom det ikke er optimalt, er overlevelsen ikke opgjort årsagsspecifikt. Dette skyldes, at Dødsårsagsregisteret p.t. ikke kan levere data for alle patienter, og at det rent praktisk ikke er muligt at slå de 1.734 patienter op, der indgår i opgørelsen. DGCD er i løbende dialog med Dødsårsagsregisteret og arbejder for i fremtiden at kunne ændre dette.

9.1 Alle sygdomsgrupper

Tabel 9.1.1 Observeret totaloverlevelse 2005-09 fordelt på overordnet cancertype

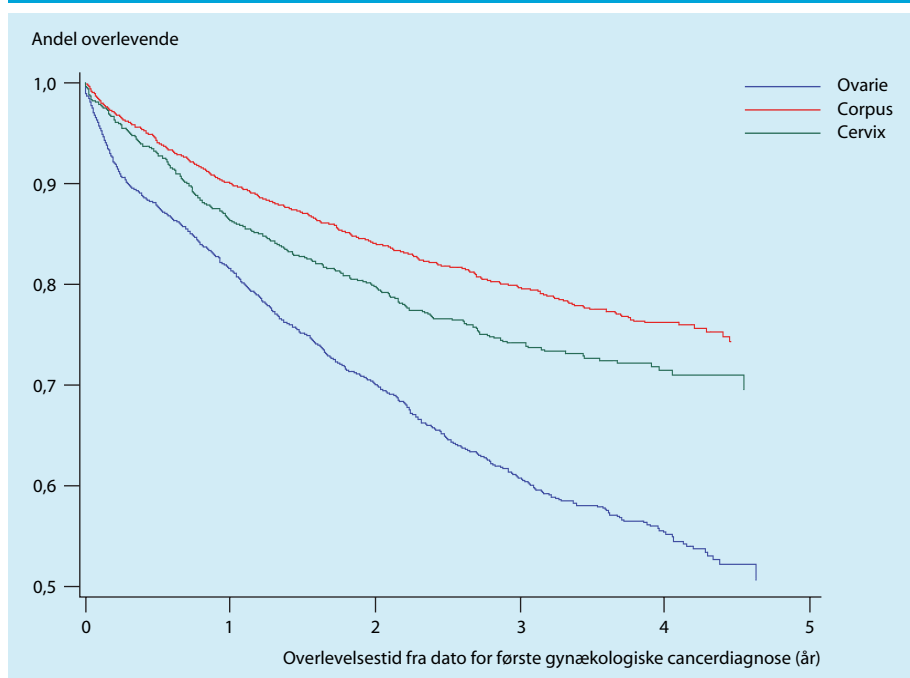
Cancertype	Levende		Død		I alt	
	antal	%	antal	%	antal	%
Ovarie	1.665	65,0	898	35,0	2.563	100
Corpus	2.316	81,6	522	18,4	2.838	100
Cervix	1.034	76,7	314	23,3	1.348	100
I alt	5.015	74,3	1.734	25,7	6.749	100

Tabel 9.1.2 Observeret overlevelse 2005-09 fordelt på overordnet cancertype

Overlevelse (%)	Ovarie			Corpus			Cervix		
	rate	nedre	øvre	rate	nedre	øvre	rate	nedre	øvre
I live efter 30 dage	96,1	95,3	96,8	98,4	97,9	98,8	97,9	97,0	98,6
I live efter 180 dage	87,6	86,3	88,8	94,0	93,1	94,8	92,9	91,4	94,1
I live efter 1 år	81,4	79,8	82,9	90,0	88,8	91,1	86,3	84,3	88,0
I live efter 2 år	70,0	68,1	71,8	83,9	82,5	85,3	79,7	77,4	81,9
I live efter 3 år	60,7	58,5	62,9	79,6	77,8	81,2	74,1	71,4	76,6
I live efter 4 år	55,1	52,4	57,6	76,1	74,0	78,1	71,4	68,2	74,2

Kommentar: Tabellen viser overlevelsesstatus for patienter primært diagnosticeret med cervixcancer, corpuscancer (herunder atypisk hyperplasi) eller ovariecancer (herunder borderlinetumorer, tuba- og peritonealcancer) i årene 2005-09.

Figur 9.1.a Observeret overlevelse 2005-09 fordelt på cancertype



Kommentar: n=6.749. Figuren illustrerer totaloverlevelse for patienter diagnosticeret med cervixcancer, corpuscancer (herunder atypisk hyperplasi) eller ovariecancer (herunder borderline tumorer, tuba- og peritonealcancer). Figuren kan primært anvendes til at sammenligne publikationer fra andre registre, hvor der ligeledes mangler stratificering for specielt borderline tumorer og atypier.

9.2 Cervixcancer

Tabel 9.2.1 Observeret totaloverlevelse for cervixcancer 2005-09

Diagnose	Levende		Død		Uoplyst		I alt	
	antal	%	antal	%	antal	%	antal	%
Planocellulært karcinom.....	801	75,1	244	22,9	22	2,1	1.067	100
Adenocarcinom	204	81,0	44	17,5	4	1,6	252	100
Andre	27	65,9	14	34,1	–	–	41	100
I alt	1.032	62,9	302	22,7	26	1,9	1.360	100

Kommentar: »Andre« dækker over: »sarkom«, »sjældne typer«, »udifferentieret«, »type blandet epitel eller mesenkymal«, »uoplyst«. Ved høring af Årsrapporten blev det bemærket, at der oprindeligt var en uventet høj andel af patienter i »andre«. Derfor blev tabellen kørt om på udtræk fra Patologiregisteret. Det gør, at antallet af patienter, der inkluderes i denne tabel, er højere end de øvrige, der indgår i overlevelsesdelen. Ved næste årsrapport ensrettes kørslerne, så patientpopulationen er ens for alle tabellerne.

Tabel 9.2.2 Observeret totaloverlevelse for cervixcancer 2005-09 fordelt på kontaktår

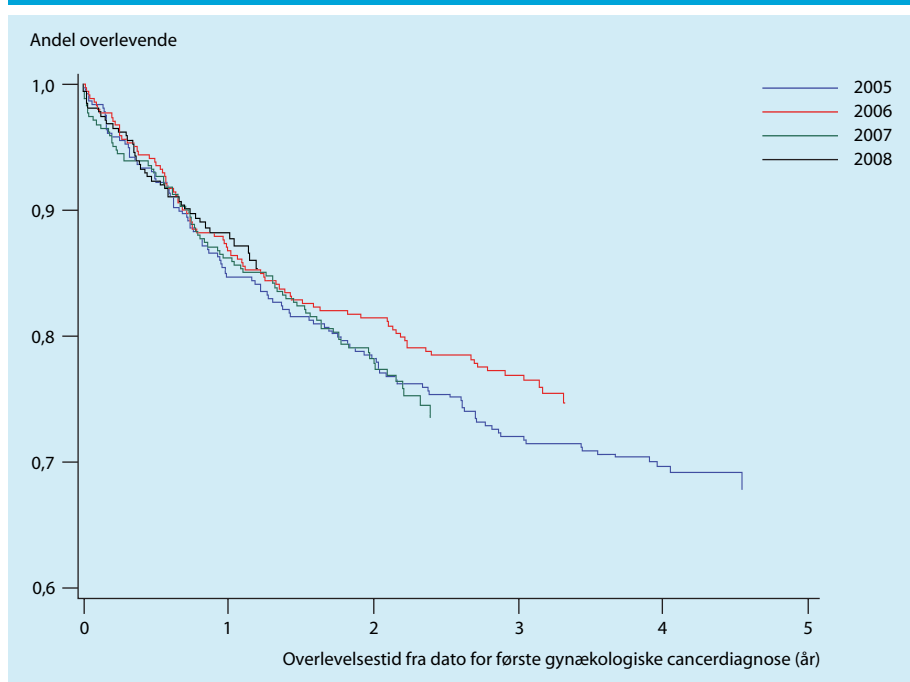
Kontaktår alle	Levende		Død		I alt	
	antal	%	antal	%	antal	%
2005	247	69,2	110	30,8	357	100
2006	256	75,7	82	24,3	338	100
2007	259	76,2	81	23,8	340	100
2008	270	86,8	41	13,2	311	100
I alt	1.032	76,7	314	23,3	1.346	100

Tabel 9.2.3 Observeret overlevelse for cervixcancer 2005-09 fordelt på kontaktår

Overlevelse (%)	2005			2006			2007			2008		
	rate	nedre	øvre	rate	nedre	øvre	rate	nedre	øvre	rate	nedre	øvre
I live efter 30 dage	98,0	95,9	99,1	98,2	96,1	99,2	96,8	94,2	98,2	97,7	95,3	98,9
I live efter 180 dage	92,4	89,2	94,8	93,8	90,6	95,9	92,6	89,3	95,0	92,0	88,3	94,5
I live efter 1 år	84,3	80,1	87,7	86,4	82,3	89,6	85,9	81,7	89,2	88,2	83,9	91,3
I live efter 2 år	77,9	73,2	81,8	81,1	76,5	84,9	78,2	73,4	82,3	–	–	–
I live efter 3 år	71,7	66,7	76,1	76,8	71,9	81,0	–	–	–	–	–	–
I live efter 4 år	69,6	64,5	74,1	–	–	–	–	–	–	–	–	–

Kommentar: Der ses en relativt konstant overlevelse igennem årene.

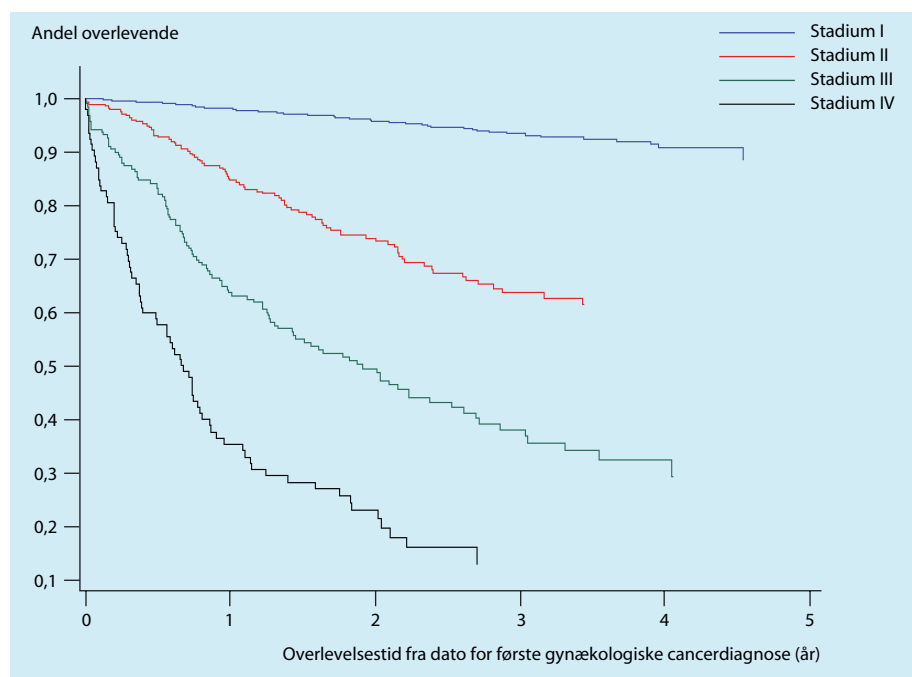
Figur 9.2.a Overlevelse for cervixcancer fordelt på kontaktår



Tabel 9.2.4 Observeret overlevelse for cervixcancer 2005-09 stratificeret på stadie

Overlevelse (%)	Stadie I			Stadie II			Stadie III			Stadie IV		
	rate	nedre	øvre	rate	nedre	øvre	rate	nedre	øvre	rate	nedre	øvre
I live efter 30 dage	99,7	99,0	99,9	98,5	96,1	99,4	93,7	89,1	96,3	85,9	76,9	91,5
I live efter 180 dage	99,1	98,2	99,6	92,6	88,8	95,2	83,1	76,9	87,7	56,5	45,8	65,9
I live efter 1 år	98,1	96,8	98,8	84,6	79,7	88,4	63,0	55,6	69,5	34,1	24,5	43,9
I live efter 2 år	95,5	93,7	96,9	73,2	67,1	78,4	48,7	41,0	56,0	21,4	13,3	30,8
I live efter 3 år	93,4	91,0	95,1	63,6	56,5	69,9	38,0	30,1	46,0	–	–	–
I live efter 4 år	90,8	87,4	93,3	–	–	–	32,5	24,2	41,0	–	–	–

Figur 9.2.b Observeret overlevelse for cervixcancer 2005-09 stratificeret på stadie



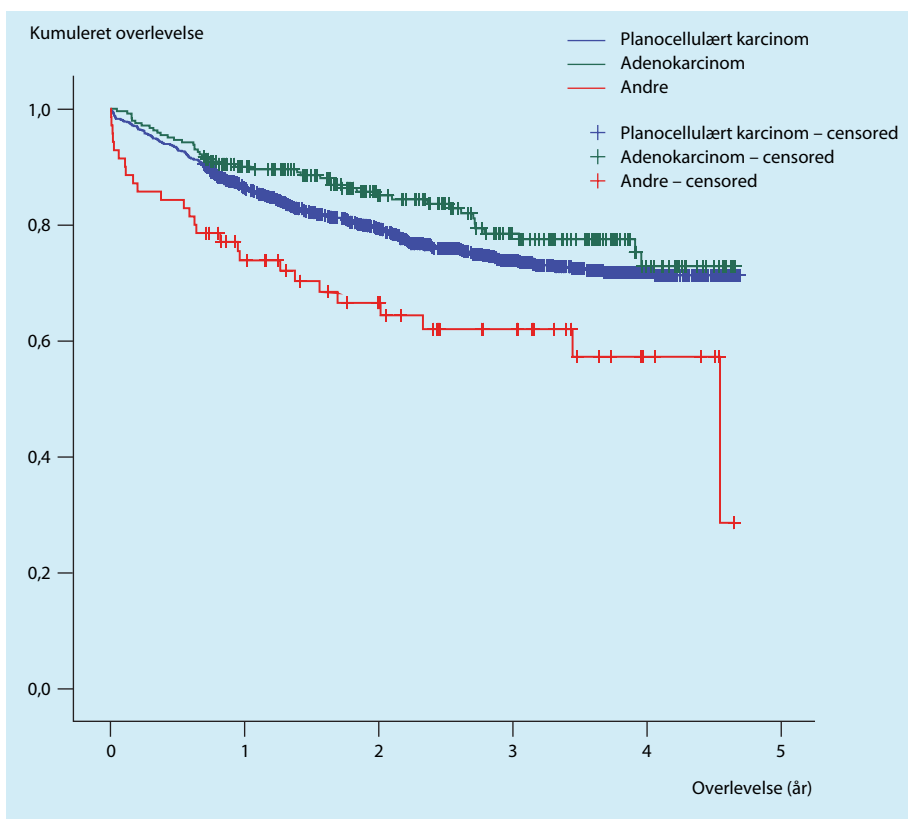
Kommentar: n=1.343. Som forventet ses store forskelle i overlevelsen mellem stadierne. I FIGO 2006 er 3 års overlevelsen st. I-IV på 75,5% og i SygehusBaseret overlevelse for udvalgte kræftsygdomme 1995-2006 (SBO) er den angivet til 68% i 2003. I denne rapport er 3 års overlevelsen for st. I-IV 74,1%. Overlevelsen er således tilsvarende den internationale FIGO-opgørelse og ca. 6% bedre end overlevelsen fra 2003, angivet i SBO. En årsag, der kunne forklare forskellen mellem SBO og aktuelle opgørelse, kunne være, at flere patienter nu diagnosticeres i tidligt stadie i Danmark. Vi har ingen anden forklaring på eventuelle forskelligheder mellem SBO og denne opgørelse og kan håbe på, at stigningen er stabil. I FIGO er 3 års overlevelsen for st. IA1 – IB2 opgjort til 81,7% – 98,3%. Den samlede 3 års overlevelse for st. I i nærværende rapport er 93,4%, hvilket må anses for tilfredsstillende.

Tabel 9.2.5 Overlevelse for cervixcancer 2005-09 stratificeret på histologiske hovedtyper

Overlevelse (%)	Planocellulært			Adenokarcinom			Andre		
	rate	nedre	øvre	rate	nedre	øvre	rate	nedre	øvre
I live efter 30 dage	98,1	97,2	99,0	99,6	96,5	99,8	91,4	84,9	98,0
I live efter 180 dage	93,2	92,5	95,6	94,6	90,5	96,7	84,3	76,4	92,2
I live efter 1 år	86,2	84,0	88,4	89,5	85,5	93,5	73,8	63,2	84,4
I live efter 2 år	79,3	76,9	81,9	85,1	80,3	93,9	64,4	52,2	76,6
I live efter 3 år	73,7	70,7	76,7	77,5	70,9	84,1	62,0	49,4	74,6
I live efter 4 år	71,3	67,9	74,7	72,9	64,1	81,7	–	–	–

Kommentar: »Andre« dækker over diagnoserne: Neoplasma malignum endocervicis uteri, neoplasma malignum exocervicis uteri, neoplasma malignum exocervicis uteri overgribende flere regioner, neoplasma malignum exocervicis uteri uden specifikation.

Figur 9.2.c Overlevelse for cervixcancer 2005–09 stratificeret på histologiske hovedtyper



Kommentar: Der findes ingen signifikant forskel mellem planocellulært karcinom og adenokarcinom, mens der er en signifikant forskel for begge histologier i forhold til »andre« ($p < 0.001$).

Tabel 9.2.6 Overlevelse for cervixcancer stratificeret for histologisk hovedtype i relation til stadie

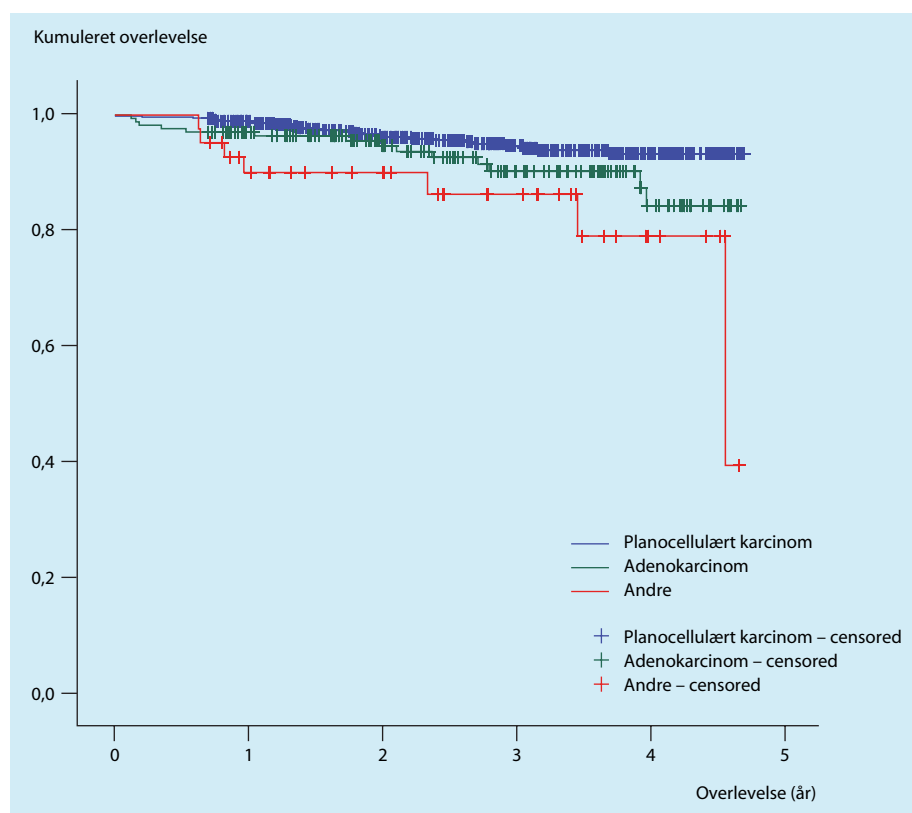
Stadie		Levende		Død		Uoplyst		I alt	
		antal	%	antal	%	antal	%	antal	%
Stadie I	Planocellulært karcinom	556	93,8	27	4,6	10	1,7	593	100
	Adenokarcinom	159	90,3	14	8,0	3	1,7	176	100
	Andre	35	83,3	7	16,7	–	–	42	100
Stadie II	Planocellulært karcinom	157	68,6	67	29,3	5	2,2	229	100
	Adenokarcinom	29	74,4	10	25,6	–	–	39	100
	Andre	4	40,0	6	60,0	–	–	10	100
Stadie III	Planocellulært karcinom	75	43,4	91	52,6	7	4,0	173	100
	Adenokarcinom	6	33,3	11	61,1	1	5,6	18	100
	Andre	–	–	6	100	–	–	6	100
Stadie IV	Planocellulært karcinom	8	11,9	59	88,1	–	–	67	100
	Adenokarcinom	5	35,7	9	64,3	–	–	14	100
	Andre	4	36,4	7	63,6	–	–	11	100
Uspecificeret stadie	Planocellulært karcinom	3	100	–	–	–	–	3	100
	Adenokarcinom	1	100	–	–	–	–	1	100
	Andre	1	100	–	–	–	–	1	100
I alt		1.043	75,4	314	22,7	26	1,9	1.383	100

Kommentar: »Andre« dækker over: »sarkom«, »sjældne typer«, »udifferentieret«, »type blandet epitel eller mesenkyoma«, »uoplyst«. For stadie I-III ses kun mindre forskelle mellem planocellulært karcinom og adenokarcinom. »Andre« har generelt en lavere overlevelse. I stadie IV kan forskellene skyldes tilfældighed og mindre antal patienter.

Tabel 9.2.7 Overlevelse for cervixcancer st. I 2005-09 stratificeret på histologisk hovedtype

Overlevelse (%)	Planocellulært karcinom			Adenokarcinom			Andre		
	rate	nedre	øvre	rate	nedre	øvre	rate	nedre	øvre
I live efter 30 dage	99,8	99,4	100	100	–	–	100	–	–
I live efter 180 dage	99,5	98,9	100	97,7	95,3	100	100	–	–
I live efter 1 år	98,8	97,8	99,8	97,1	94,5	99,4	90,1	80,7	99,5
I live efter 2 år	96,2	94,4	98,0	94,7	90,9	97,5	90,1	80,7	99,5
I live efter 3 år	94,7	92,5	96,9	90,3	84,7	95,9	86,3	75,7	96,9
I live efter 4 år	93,3	90,7	95,9	84,3	75,7	93,9	79,1	63,0	85,2

Figur 9.2.d Overlevelse for cervixcancer st. I 2005-09 stratificeret på histologisk hovedtype

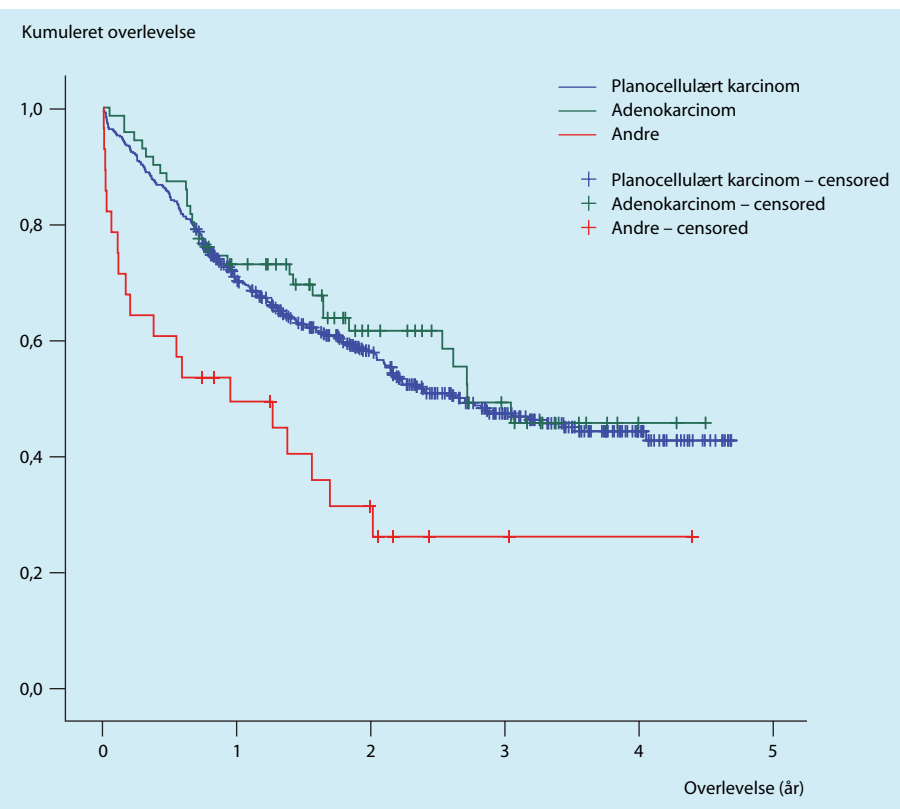


Kommentar: Der findes en moderat forskel mellem planocellulært karcinom og adenokarcinom ($p=0.047$) og signifikant forskel mellem planocellulært karcinom og andre ($p<0.001$). Øvrige sammenligninger er insignifikante.

Tabel 9.2.8 Overlevelse for cervixcancer st. II-IV 2005-09 stratificeret på histologisk hovedtype

Overlevelse (%)	Planocellulært karcinom			Adenokarcinom			Andre		
	rate	nedre	øvre	rate	nedre	øvre	rate	nedre	øvre
I live efter 30 dage	95,9	94,1	97,7	98,6	95,8	100	78,6	63,6	93,6
I live efter 180 dage	85,2	81,8	88,6	87,3	80,3	94,3	60,7	42,7	78,7
I live efter 1 år	70,2	65,8	74,6	73,0	63,0	83,0	49,5	39,5	59,5
I live efter 2 år	57,9	53,1	62,7	61,6	49,6	73,6	31,5	13,5	49,5
I live efter 3 år	47,4	42,0	52,8	49,3	34,5	64,1	26,2	44,2	8,2
I live efter 4 år	42,8	36,7	48,9	45,8	31,6	60,0	–	–	–

Figur 9.2.e Overlevelse for cervixcancer st. II-IV 2005-09 stratificeret på histologisk hovedtype



Kommentar: Der findes ingen forskel mellem planocellulært karcinom og adenokarcinom. Øvrige sammenligninger mod »Andre« er signifikante ($p=0.001$).

Tabel 9.2.9 Årsager til postoperativ mortalitet for cervixcancer

Dødsårsag		Anden årsag uden recidiv eller residual tumor		I alt	
		antal	%	antal	%
Rigshospitalet	2005	1	50,0	1	50,0
	Alle	1	50,0	1	50,0
Odense	2005	1	50,0	1	50,0
	Alle	1	50,0	1	50,0
I alt		2	100	2	100

Kommentar: Tabellen viser årsager til postoperativ mortalitet (<30 dage postoperativt) ved operation for cervixcancer. Der ses ingen postoperativ mortalitet i 2006 og 2007, hvilket må anses for at være yderst tilfredsstillende. En forklaring på den lave mortalitet er det relativt lave antal patienter som opereres, samt at patienterne generelt er yngre, raske patienter.

9.3 Ovariecancer og borderlinetumorer

Tabel 9.3.1 Observeret totaloverlevelse for ovariecancer 2005-09

Diagnoser	Levende		Død		I alt	
	antal	%	antal	%	antal	%
Borderline	534	95,2	27	4,8	561	100
Neoplasma malignum ovarii	1.064	56,0	835	44,0	1.899	100
Neoplasma malignum tubae uterinae	67	65,0	36	35,0	103	100
I alt	1.665	65,0	898	35,0	2.563	100

Kommentar: Peritonealcancer indgår under neoplasma malignum ovarii.

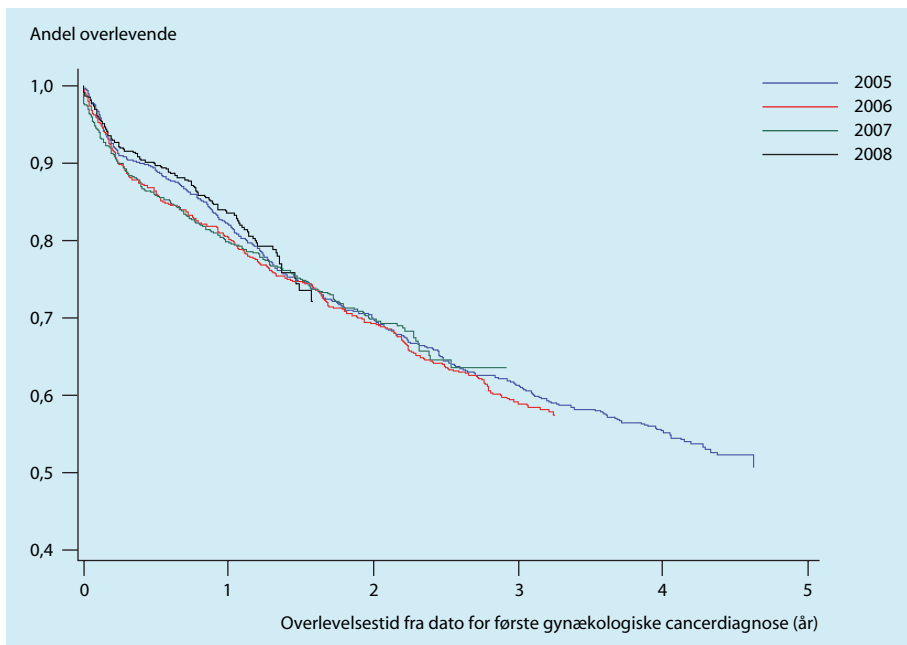
Tabel 9.3.2 Observeret overlevelse for ovariecancer 2005-09 fordelt på kontaktår

Alle fordelt på kontaktår	Levende		Død		I alt	
	antal	%	antal	%	antal	%
2005	358	53,8	308	46,2	666	100
2006	358	58,5	254	41,5	612	100
2007	438	67,8	208	32,2	646	100
2008	499	80,1	124	19,9	623	100
I alt	1.653	64,9	894	35,1	2.547	100

Tabel 9.3.3 Observeret overlevelse for ovariecancer 2005-09 fordelt på kontaktår

Overlevelse (%)	2005			2006			2007			2008		
	rate	nedre	øvre	rate	nedre	øvre	rate	nedre	øvre	rate	nedre	øvre
I live efter 30 dage	97,1	95,6	98,2	96,1	94,2	97,4	94,6	92,5	96,1	96,8	95,1	97,9
I live efter 180 dage	88,9	86,2	91,0	86,3	83,3	88,8	85,6	82,7	88,1	89,6	86,9	91,7
I live efter 1 år	82,0	78,8	84,7	80,2	76,8	83,2	79,7	76,4	82,6	83,6	80,3	86,3
I live efter 2 år	69,8	66,2	73,2	69,1	65,3	72,6	69,8	66,0	73,2	–	–	–
I live efter 3 år	61,1	57,3	64,7	59,1	55,1	62,9	–	–	–	–	–	–
I live efter 4 år	55,1	51,2	58,8	–	–	–	–	–	–	–	–	–

Figur 9.3.a Overlevelse for ovariecancer fordelt på kontakttår



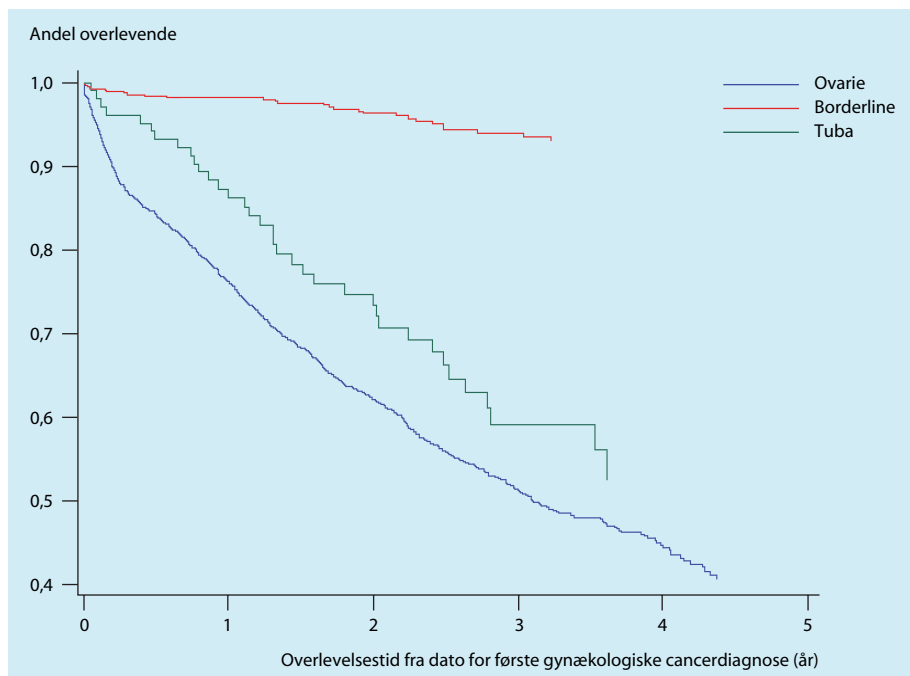
Kommentar: Samlet set tyder den foregående tabel på en overlevelsesmæssig fremgang for 3 års overlevelsen på ca. 8% siden 2003, sammenlignet med SBO-opgørelsen og Sundhedsstyrelsens Kræftprofiler. Desværre ligger Danmark fortsat 10% dårligere sammenlignet med FIGOs 2006-opgørelse. Aktuelle tabel viser en meget stabil total overlevelse for de enkelte årgange siden 2005. Pga. den observerede 8% stigning siden 2003 kunne man forvente, at der var set en fortsat stigning i 1 og 2 års overlevelserne. Man kan håbe, at stigningen på 1,6% for 1 års overlevelsen fra 2005 til 2008 viser en reel tendens, og at de sette forskelle ikke blot skyldes tilfældige udsving eller forskelle i registreringspraksis.

Tabel 9.3.4 Observeret overlevelse 2005-09 for ovarie-, tuba- og peritonealcancer samt borderline tumorer

Overlevelse (%)	Ovarie			Borderline			Tuba		
	rate	nedre	øvre	rate	nedre	øvre	rate	nedre	øvre
I live efter 30 dage	95,1	94,0	95,9	99,1	97,9	99,6	98,1	92,5	99,5
I live efter 180 dage	84,1	82,4	85,7	98,2	96,7	99,0	92,2	85,1	96,0
I live efter 1 år	76,2	74,2	78,1	98,2	96,7	99,0	86,2	77,8	91,6
I live efter 2 år	62,1	59,8	64,4	96,3	94,2	97,7	73,4	63,1	81,2
I live efter 3 år	51,3	48,7	53,9	94,0	91,1	95,9	59,2	47,1	69,3
I live efter 4 år	44,4	41,3	47,5	–	–	–	–	–	–

Kommentar: Peritonealcancer er opgjort under »ovarie«. Den lave mortalitet for borderlinepatienter sammenlignet med mortaliteten for cancerpatienterne understreger betydningen af særskilte mortalitetsanalyser for patienter med henholdsvis ovariecancer og borderline tumorer. Tidligere analyser, hvor denne adskillelse ikke er foretaget, må derfor tolkes med skepsis.

Figur 9.3.b Overlevelse fordelt på ovarie-, peritoneal- og tubacancer samt borderlinetumorer

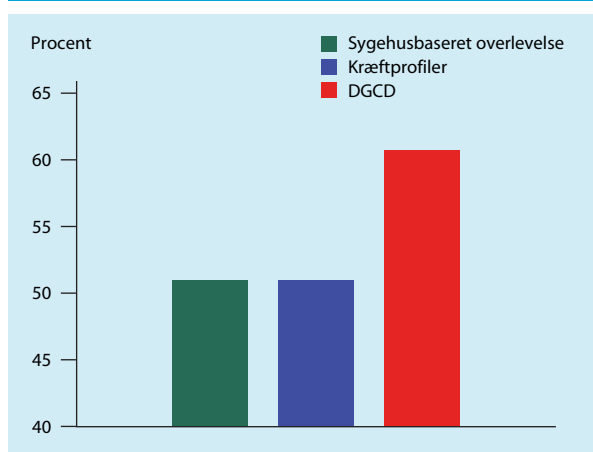


Kommentar: n=2.563. Tabel 9.3.1 og figuren understreger nødvendigheden af stratificering for diagnose. Den gode prognose for borderlinetumorer følger FIGO 2006 rapporten, dog med en bedre 3 års overlevelse i Danmark på 94% sammenlignet med FIGOs på 90,2%.

For de maligne diagnoser (st. I-IV) er 4 års overlevelsen i FIGO 2006 på 54,9% og i Danmark på 44,4%. Her skal man dog være opmærksom på, at i denne opgørelse er tuba særskilt.

Når der fremover kan skelnes mellem ovariecancer og primær peritonealcancer, vil overlevelsestallene muligvis bedres for ovariecancergruppen, som følge af at andelen af makroradikalt opererede er større, når patienter med primær peritonealcancer ekskluderes.

Figur 9.3.c Sammenligning af 3 års overlevelsen i DGCD, Sygehusbaseret overlevelse og Sundhedsstyrelsens Kræftprofiler

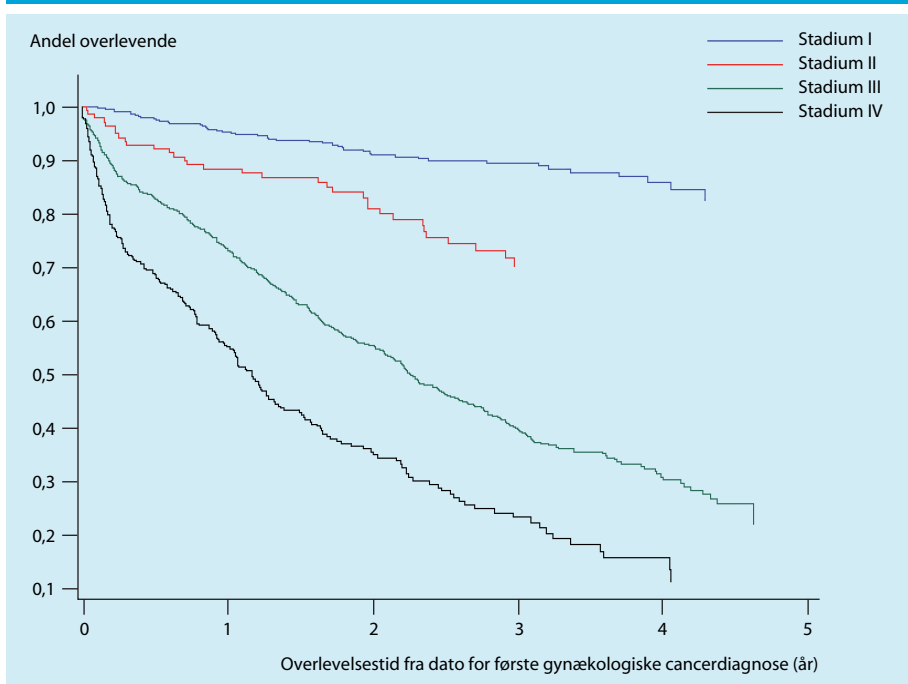


Kommentar: I Sundhedsstyrelsens Sygehusbaseret overlevelse, der inkluderer borderlinetumorer, var 3 års overlevelsen i 2003 på 51% mod 60,7% i denne rapport, jf. tabel 9.1.2. I Sundhedsstyrelsens »Kræftprofil – Æggestokkræft 2000-2006« er 3-års overlevelsen ligeledes 51%. Der er dog mulighed for, at en del af borderlinetumorerne er blevet kodet som godartet ovariecyste i udtrækket til Sundhedsstyrelsen. Derved får de en dårligere overlevelse sammenlignet med denne rapport. Hvis dette er tilfældet, kan det sløre, om der har været en overlevelsesmæssig stigning på 9,7% siden 2003.

Tabel 9.3.5 Overlevelse for ovarie- og peritonealcancer stratificeret på stadie

Overlevelse (%)	Stadie I			Stadie II			Stadie III			Stadie IV		
	rate	nedre	øvre	rate	nedre	øvre	rate	nedre	øvre	rate	nedre	øvre
I live efter 30 dage	99,8	98,5	100,0	97,8	93,4	99,3	94,7	93,0	95,9	89,4	85,6	92,3
I live efter 180 dage	97,4	95,5	98,5	91,3	85,2	95,0	82,8	80,1	85,0	68,6	63,3	73,3
I live efter 1 år	95,2	92,7	96,8	88,3	81,7	92,7	73,5	70,5	76,2	54,8	49,2	60,0
I live efter 2 år	91,0	87,7	93,4	81,0	72,8	86,9	55,3	51,8	58,6	35,6	29,9	41,3
I live efter 3 år	89,4	85,8	92,2	–	–	–	40,1	36,3	43,8	23,4	17,8	29,4
I live efter 4 år	85,8	80,7	89,6	–	–	–	30,3	26,0	34,7	13,6	7,8	21,0

Figur 9.3.d Ovarie- og peritonealcancer stratificeret på stadie



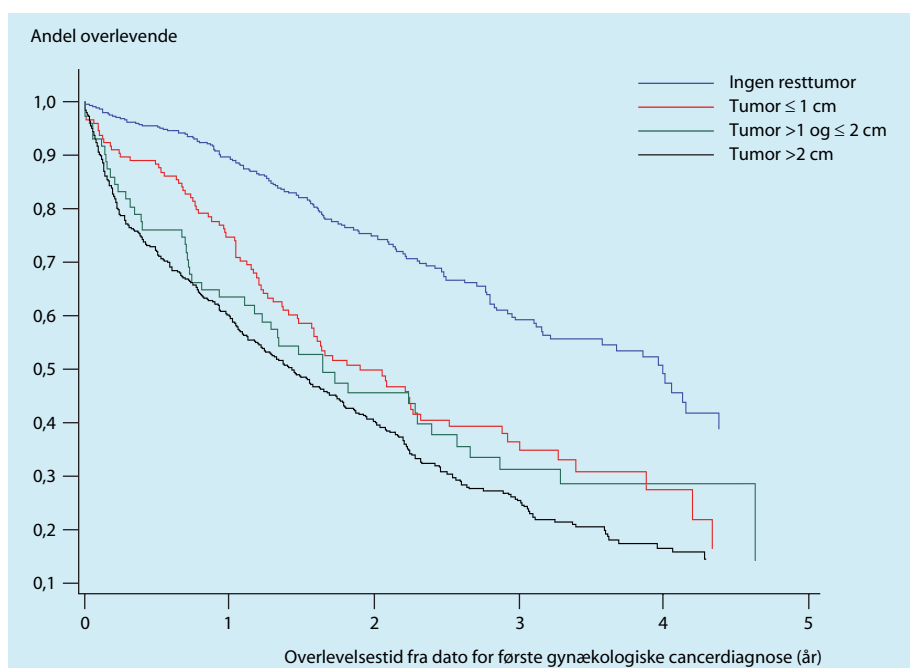
Kommentar: n=1.849. Figuren understreger nødvendigheden af stadiemæssig stratificering ved kvalitets- og forskningsopgørelser.

I FIGO 2006 var der tilstrækkelig styrke til at stratificere i substadier. For st. IA-IC er der angivet 4 års overlevelse på 85,6%-91,1%. For det samlede st. I findes der i nærværende rapport en sammenlignelig 4 års overlevelse på 85,8%, jf. tabel 9.3.5.

FIGOs 4 års overlevelse for st. IIIA-IIIC er 39,3%-52,8%. Som det ses i tabellen er 4 års overlevelse for st. III i denne opgørelse 30,3 %, det vil sige den danske overlevelse er ca. 10% lavere end FIGO. De nye tiltag i Danmark – centralisering til gynækologisk-onkologiske centre (Kongebrogårdmøder), DGCGs guidelines og den resulterende fokuserede behandling med bedre udvælgelse til radikal kirurgi eller neoadjuverende kemoterapi – forventes at mindske denne forskel i fremtiden.

Tabel 9.3.6 Ovarie- og peritonealcancer st. III C & IV stratificeret på resttumorstørrelse

Overlevelse (%)	Ingen resttumor			Tumor ≤ 1 cm			Tumor >1 og ≤ 2 cm			Tumor >2 cm		
	rate	nedre	øvre	rate	nedre	øvre	rate	nedre	øvre	rate	nedre	øvre
I live efter 30 dage	98,5	96,7	99,3	94,4	89,2	97,2	91,5	82,2	96,1	92,1	89,2	94,2
I live efter 180 dage	95,2	92,6	96,9	87,5	80,9	91,9	74,6	62,8	83,2	71,6	67,3	75,6
I live efter 1 år	89,4	85,9	92,1	73,9	65,9	80,4	63,4	51,1	73,4	59,4	54,7	63,7
I live efter 2 år	74,9	69,9	79,3	48,8	39,8	57,1	45,6	33,3	57,1	40,2	35,4	44,8
I live efter 3 år	59,1	52,6	65,0	34,9	25,9	44,1	28,7	17,3	41,1	25,0	20,6	29,7
I live efter 4 år	47,4	38,9	55,5	27,4	17,3	38,4	28,7	17,3	41,1	15,8	11,5	20,7

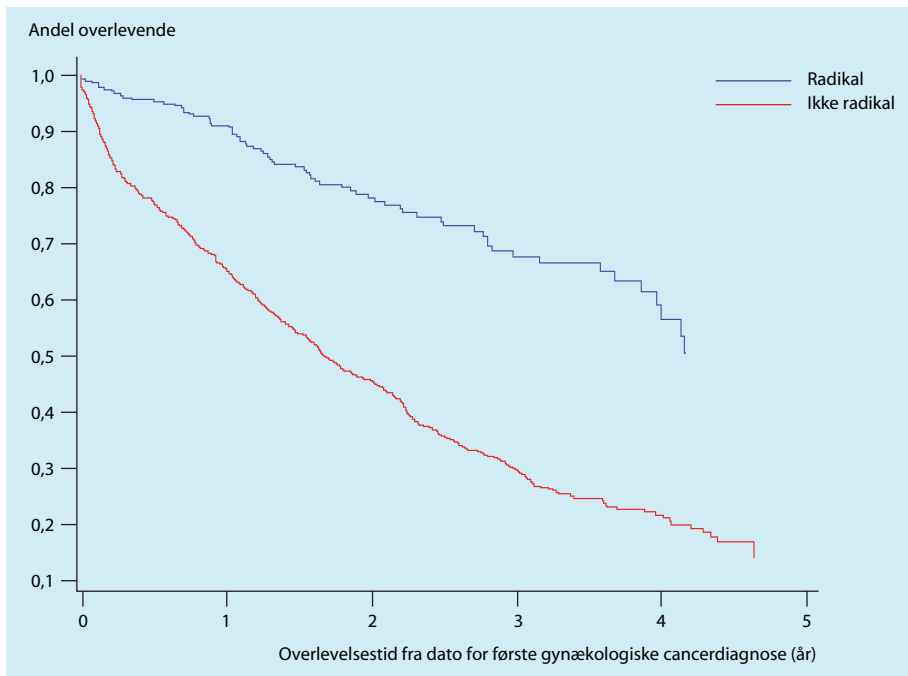
Figur 9.3.e Ovarie- og peritonealcancer st. III C & IV stratificeret på resttumorstørrelse


Kommentar: $n=708$. På figuren ses indtil 4 år en forskel i overlevelse mellem tumor ≤ 1 cm og de øvrige grupper med resttumor. Ud fra konfidensintervallerne i den tilhørende tabel 9.3.5 ses, at »Ingen resttumor« har signifikant bedre overlevelse sammenlignet med hver af de andre grupper. Der findes ingen signifikante forskelle mellem de respektive grupper med resttumor. Kurverne underbygger, at det vigtigste behandlingsmæssige mål er makroradikal kirurgi.

Tabel 9.3.7 Ovarie- og peritonealcancer st. III C & IV stratificeret på operativ radikalitet

Overlevelse (%)	Radikalt opereret			Ikke radikalt opereret		
	rate	nedre	øvre	rate	nedre	øvre
I live efter 30 dage	98,2	95,6	99,2	93,3	91,4	94,8
I live efter 180 dage	95,2	91,9	97,2	77,3	74,3	80,0
I live efter 1 år	90,6	86,4	93,6	65,3	62,0	68,5
I live efter 2 år	78,1	72,1	83,0	45,4	41,8	48,9
I live efter 3 år	67,6	59,9	74,2	29,4	25,9	33,1
I live efter 4 år	56,4	45,3	66,1	21,0	17,3	25,0

Figur 9.3.f Ovarie- og peritonealcancer st. III C & IV stratificeret på operativ radikalitet



Kommentar: n=1.109. Figuren og tabel 9.3.7 tilsammen understøtter nødvendigheden af makroradikal kirurgi for at bedre overlevelsen af ovariecancer. Fundene understøtter endvidere den internationale litteratur og danner grundlag for indførelse af ekstensiv kirurgi. Når der fremover kan skelnes mellem ovariecancer og primær peritonealcancer, vil overlevelsetallene, som tidligere nævnt, muligvis bedres for ovariecantergruppen, som følge af at andelen af makroradikalt opererede er større, når patienter med primær peritonealcancer ekskluderes.

Tabel 9.3.8 Overlevelse ovariecancer st. IIIC og IV patienter fordelt på centre og »andre«

	Levende		Død		I alt	
	antal	%	antal	%	antal	%
Rigshospitalet	109	48,9	114	51,1	223	100
Århus	87	42,9	116	57,1	203	100
Odense	77	40,5	113	59,5	190	100
Aalborg	45	47,4	50	52,6	95	100
Herlev	59	41,0	85	59,0	144	100
Andre	86	28,2	219	71,8	305	100
I alt	463	39,9	697	60,1	1.160	100

Kommentar: Tabellen viser fordelingen af levende og døde ovariecanterpatienter med st. IIIC og IV i perioden 2005-09. Tabellen danner grundlag for de efterfølgende opgørelser vedrørende centre og andre.

DGCGs forretningsudvalg har ud fra en statistisk betragtning besluttet, at afdelinger, der indgår selvstændigt i tabellen, skal have mere end 80 patienter i alt. Derved dækker »Andre« over afdelinger med < 80 patienter samlet for de fire år. Centre refererer til afdelingerne Rigshospitalet, Århus, Odense, Aalborg og Herlev.

Den procentvise mortalitet kan ikke anvendes til sammenligning af overlevelse mellem centrene og »Andre«, idet der er forskellige antal patienter pr. år/center inden for de enkelte år. Sammenlignende mortalitetsstatistik kræver speciel overlevelsesstatistik såsom Kaplan Meier eller optimalt multivariate analyser.

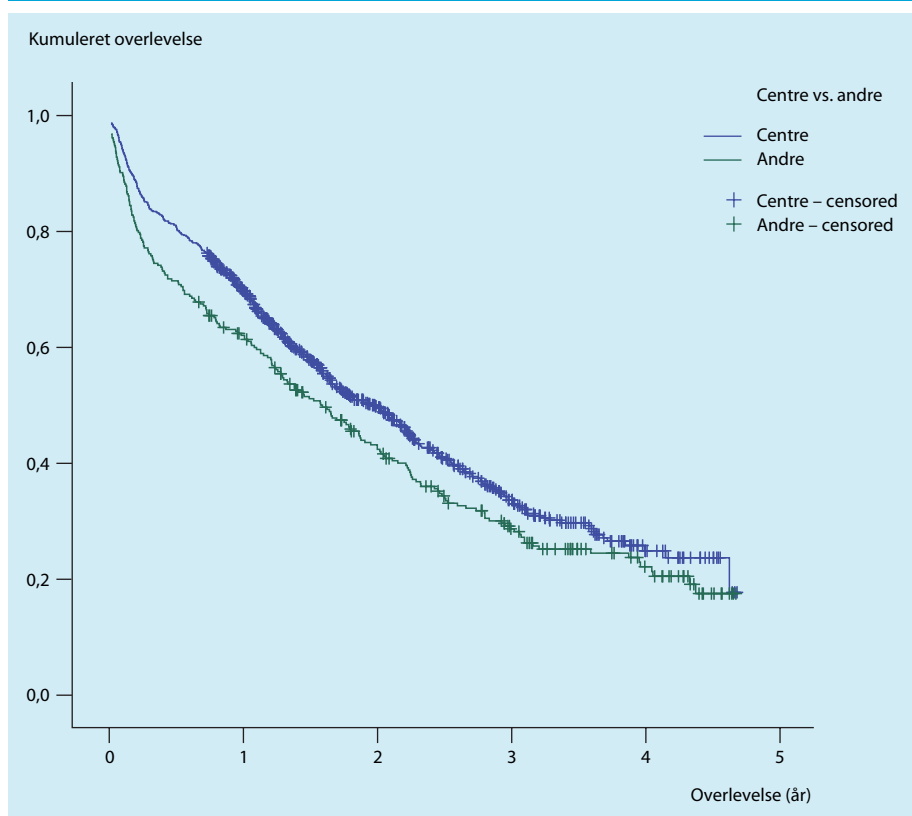
Tabel 9.3.9 Overlevelse for ovariecancer st. IIIC og IV fordelt på centre og »andre«

Overlevelse (%)	Centre			Andre		
	rate	nedre	øvre	rate	nedre	øvre
I live efter 30 dage	94,6	93,4	96,2	90,0	87,2	93,6
I live efter 180 dage	80,4	77,6	83,2	71,3	66,1	76,5
I live efter 1 år	69,8	66,6	73,0	61,2	55,6	66,8
I live efter 2 år	49,8	46,0	53,6	42,2	36,4	48,0
I live efter 3 år	33,5	29,3	37,7	28,4	22,8	34,0
I live efter 4 år.....	23,9	18,7	29,1	21,5	15,9	27,1

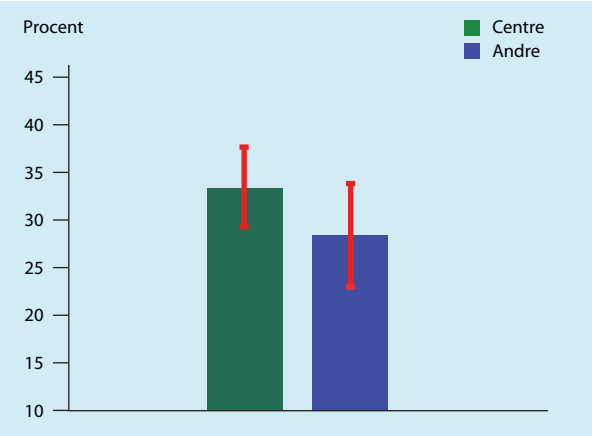
Kommentar: Centre dækker over afdelingerne på Rigshospitalet, Århus, Odense, Aalborg og Herlev.

Figur 9.3.g Overlevelse for ovariecancer st. IIIC og IV fordelt på centre og »andre«

Kommentar: Der ses en signifikant forskel mellem centrene og »andre« ($p=0.021$)



Figur 9.3.h 3 års overlevelse for ovariecancer st. IIIC og IV fordelt på centre og »andre«



Kommentar: Figuren illustrerer rate og 95% konfidensintervaller svarende til 3 års overlevelsen for ovariecancer st. IIIC og IV.

Tabel 9.3.10 Multivariat Cox analyse for alle patienter med ovariecancer st. IIIC-IV

Parameter	Hazard Ratio	95% Hazard Ratio		Variable Label
		confidence	limits	
Centre	0,829	0,699	0,982	Centre vs. andre 1
ALDER_AAR	1,029	1,022	1,037	Alder
ASA	1,621	1,188	2,212	ASA score 3 vs. score 1
ASA	2,641	1,511	4,618	ASA score 4 vs. score 1
Performance.....	1,680	1,279	2,207	Performance score 3 vs. score 1
Performance.....	2,518	1,687	3,758	Performance score 4 vs. score 1
Performance.....	6,233	3,212	12,093	Performance score 5 vs. score 1
Komorbiditet.....	1,473	1,058	2,051	Andre sygdomme 3 vs. ingen
Komorbiditet.....	10,190	2,477	41,928	Andre sygdomme 7 vs. ingen
OP_nej_ja	2,192	1,419	3,384	Operation nej vs. ja
Radikalitet	2,464	1,931	3,143	Ikke radikal vs. radikalitet ja
Stadier	0,789	0,662	0,940	Stadie III vs. IV
Akut_elektiv	0,967	0,761	1,229	Elektiv. vs akut = 2 (ventetid ≤ 2 dage)

Kommentar: Der indgår 1.249 patienter i COX analysen med 704 events. Der udgår 94 patienter grundet manglende data. Hazard Ratio (HR) < 1.0 betyder lavere dødsrisiko i forhold til referencegruppen (HR = 1), mens HR > 1.0 betyder højere dødsrisiko. I modellen er ASA score og performance score samt komorbiditet kørt som klassevariable med det første udfald som referencegruppe. På nær akut elektive patienter er der kun anført signifikante klassevariable i tabellen. Derudover er der testet for BMI og behandlingsår, hvilket har vist sig ikke at være signifikante. For definition af komorbiditet, se tabel 7.1.6.

Der ses en signifikant bedre, justeret overlevelse for centre over for »andre«. I modellen er der taget højde for patientens almentilstand i form af ASA, performance score og komorbiditet samt akutte operationer.

Tabel 9.3.11 Årsager til postoperativ mortalitet ved operation for ovarietumor

		Forværring af cancer-sygdommen		Komplikationer til behandling		Anden årsag med recidiv eller residual tumor		Anden årsag uden recidiv eller residual tumor		Uoplyst		I alt	
		antal	%	antal	%	antal	%	antal	%	antal	%	antal	%
Rigshospitalet	2005	1	33,3	–	–	–	–	–	–	–	–	1	5,9
	2006	1	14,3	1	16,7	–	–	–	–	–	–	2	12,5
	2007	2	40,0	2	22,2	–	–	–	–	–	–	4	20,0
	2008	–	–	1	33,3	–	–	–	–	–	–	1	11,1
	Alle	4	22,2	4	16,7	–	–	–	–	–	–	8	12,9

> Fortsat

		Forværring af cancer-sygdommen		Komplikationer til behandling		Anden årsag med recidiv eller residual tumor		Anden årsag uden recidiv eller residual tumor		Uoplyst		I alt	
		antal	%	antal	%	antal	%	antal	%	antal	%	antal	%
Gentofte	2005	–	–	1	16,7	–	–	–	–	–	–	1	5,9
	Alle	–	–	1	4,2	–	–	–	–	–	–	1	1,6
Herlev	2005	–	–	1	16,7	–	–	–	–	–	–	1	5,9
	2006	–	–	1	16,7	–	–	–	–	1	50,0	2	12,5
	2007	2	40,0	–	–	–	–	–	–	1	25,0	3	15,0
	2008	1	33,3	–	–	–	–	–	–	–	–	1	11,1
	Alle	3	16,7	2	8,3	–	–	–	–	2	12,5	7	11,3
Hillerød	2005	–	–	–	–	–	–	1	100	–	–	1	5,9
	2006	–	–	1	16,7	–	–	–	–	–	–	1	6,3
	Alle	–	–	1	4,2	–	–	1	100	–	–	2	3,2
Roskilde	2005	1	33,3	1	16,7	–	–	–	–	–	–	2	11,8
	2007	–	–	1	11,1	–	–	–	–	–	–	1	5,0
	2008	–	–	1	33,3	–	–	–	–	–	–	1	11,1
	Alle	1	5,6	3	12,5	–	–	–	–	–	–	4	6,5
Næstved	2006	2	28,6	1	16,7	–	–	–	–	–	–	3	18,8
	Alle	2	11,1	1	4,2	–	–	–	–	–	–	3	4,8
Odense	2007	–	–	3	33,3	–	–	–	–	1	25,0	4	20,0
	2008	–	–	1	33,3	–	–	–	–	1	33,3	2	22,2
	Alle	–	–	4	16,7	–	–	–	–	2	12,5	6	9,7
Svendborg	2006	–	–	1	16,7	–	–	–	–	–	–	1	6,3
	Alle	–	–	1	4,2	–	–	–	–	–	–	1	1,6
Kolding	2008	–	–	–	–	–	–	–	–	1	33,3	1	11,1
	Alle	–	–	–	–	–	–	–	–	1	6,3	1	1,6
Sønderborg	2006	1	14,3	–	–	–	–	–	–	–	–	1	6,3
	2008	1	33,3	–	–	–	–	–	–	–	–	1	11,1
	Alle	2	11,1	–	–	–	–	–	–	–	–	2	3,2
Horsens	2005	–	–	1	16,7	–	–	–	–	–	–	1	5,9
	2006	–	–	1	16,7	1	100	–	–	–	–	2	12,5
	Alle	–	–	2	8,3	1	33,3	–	–	–	–	3	4,8
Herning	2007	–	–	2	22,2	–	–	–	–	–	–	2	10,0
	2008	1	33,3	–	–	–	–	–	–	–	–	1	11,1
	Alle	1	5,6	2	8,3	–	–	–	–	–	–	3	4,8
Århus	2005	1	33,3	–	–	–	–	–	–	6	85,7	7	41,2
	2006	3	42,9	–	–	–	–	–	–	1	50,0	4	25,0
	2007	–	–	1	11,1	2	100	–	–	1	25,0	4	20,0
	2008	–	–	–	–	–	–	–	–	1	33,3	1	11,1
	Alle	4	22,2	1	4,2	2	66,7	–	–	9	56,3	16	25,8
Viborg	2005	–	–	2	33,3	–	–	–	–	1	14,3	3	17,6
	Alle	–	–	2	8,3	–	–	–	–	1	6,3	3	4,8
Aalborg	2007	1	20,0	–	–	–	–	–	–	1	25,0	2	10,0
	Alle	1	5,6	–	–	–	–	–	–	1	6,3	2	3,2
I alt		18	100	24	100	3	100	1	100	16	100	62	100

Kommentar: Den postoperative mortalitet (< 30 dage postoperativt) ligger relativt konstant gennem de tre år. Tallene er små og kan derfor næppe med udbytte uddybes, som de er. Man skal være varsom med at fortolke tallene. I forbindelse med indførelsen af mere aggressiv og ekstensiv ovariecancerkirurgi kan der forventes en stigning. Man må afvente indførelsen af flere variable i henhold til det planlagte fase II-studie om værdien af ekstensiv ovariecancerkirurgi, hvor de hypoteser, de foreliggende tal kan give, vil blive belyst.

9.4 Corpuscancer

Tabel 9.4.1 Observeret totaloverlevelse for corpuscancer 2005-09

Diagnose	Levende		Død		I alt	
	antal	%	antal	%	antal	%
Atypisk endometriehyperplasi	206	97,6	5	2,4	211	100
Neoplasma malignum endometrii	1.837	82,5	391	17,5	2.228	100
Andre	273	68,4	126	31,6	399	100
I alt	2.316	81,6	522	18,4	2.838	100

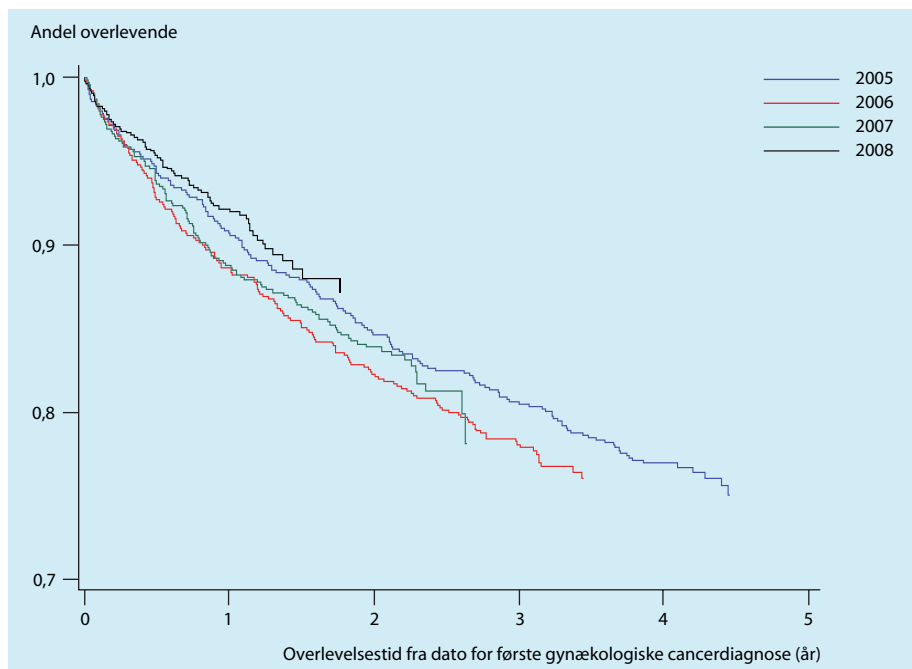
Tabel 9.4.2 Observeret overlevelse for corpuscancer 2005-09 fordelt på kontaktår

Kontaktår	Levende		Død		I alt	
	antal	%	antal	%	antal	%
2005	531	76,3	165	23,7	696	100
2006	547	77,0	163	23,0	710	100
2007	559	82,6	118	17,4	677	100
2008	676	90,4	72	9,6	748	100
I alt	2.313	81,7	518	18,3	2.831	100

Tabel 9.4.3 Observeret overlevelse for corpuscancer 2005-09 fordelt på kontaktår

Overlevelse (%)	2005			2006			2007			2008		
	rate	nedre	øvre	rate	nedre	øvre	rate	nedre	øvre	rate	nedre	øvre
I live efter 30 dage	98,4	97,2	99,1	98,2	96,9	98,9	98,4	97,1	99,1	98,3	97,0	99,0
I live efter 180 dage	94,3	92,2	95,8	92,5	90,3	94,2	93,5	91,4	95,1	95,2	93,4	96,5
I live efter 1 år	90,5	88,1	92,5	88,3	85,7	90,5	88,6	86,0	90,8	92,1	89,9	93,9
I live efter 2 år	84,5	81,6	87,0	82,1	79,1	84,7	83,9	80,9	86,5	–	–	–
I live efter 3 år	80,5	77,3	83,2	78,1	74,8	80,9	–	–	–	–	–	–
I live efter 4 år	77,0	73,6	79,9	–	–	–	–	–	–	–	–	–

Figur 9.4.a Observeret overlevelse for corpuscancer 2005–09 fordelt på kontaktår

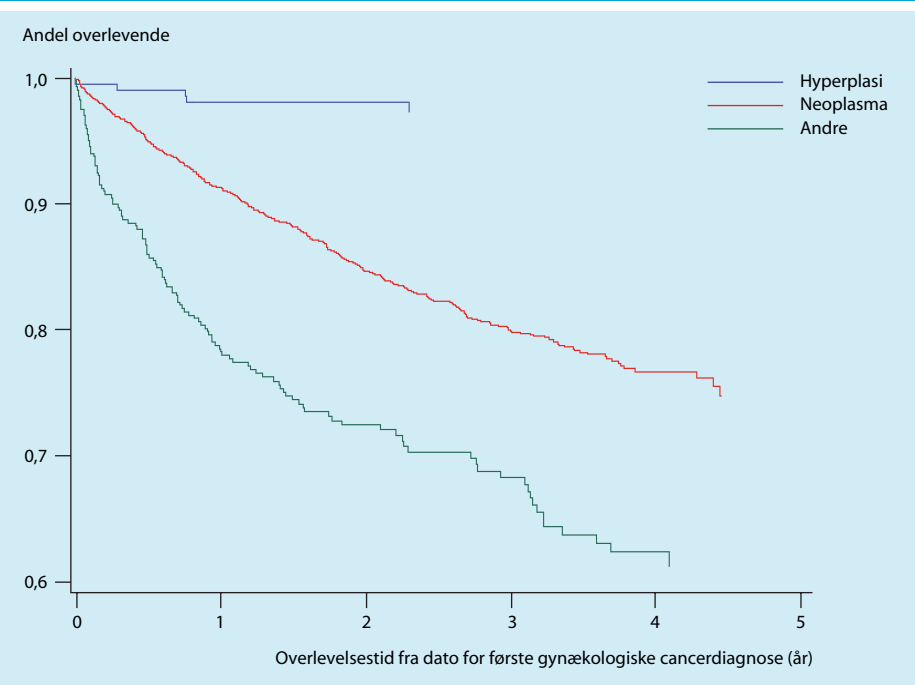


Kommentar: Der ses en relativt konstant overlevelse fordelt på de enkelte kontaktår.

Tabel 9.4.4 Observeret overlevelse for corpuscancer 2005-09 stratificeret på diagnose

Overlevelse (%)	Hyperplasi			Neoplasma malignum endometrii			Andre		
	rate	nedre	øvre	rate	nedre	øvre	rate	nedre	øvre
I live efter 30 dage	99,1	96,3	99,8	98,8	98,2	99,2	95,7	93,2	97,3
I live efter 180 dage	99,1	96,3	99,8	95,0	94,0	95,8	85,7	81,9	88,8
I live efter 1 år	98,1	95,0	99,3	91,3	90,0	92,4	78,2	73,8	82,0
I live efter 2 år	98,1	95,0	99,3	84,7	83,0	86,2	72,4	67,6	76,7
I live efter 3 år	–	–	–	79,9	77,9	81,8	68,2	62,9	73,0
I live efter 4 år	–	–	–	76,6	74,2	78,9	62,3	56,2	67,8

Figur 9.4.b Observeret overlevelse for corpuscancer stratificeret på diagnose

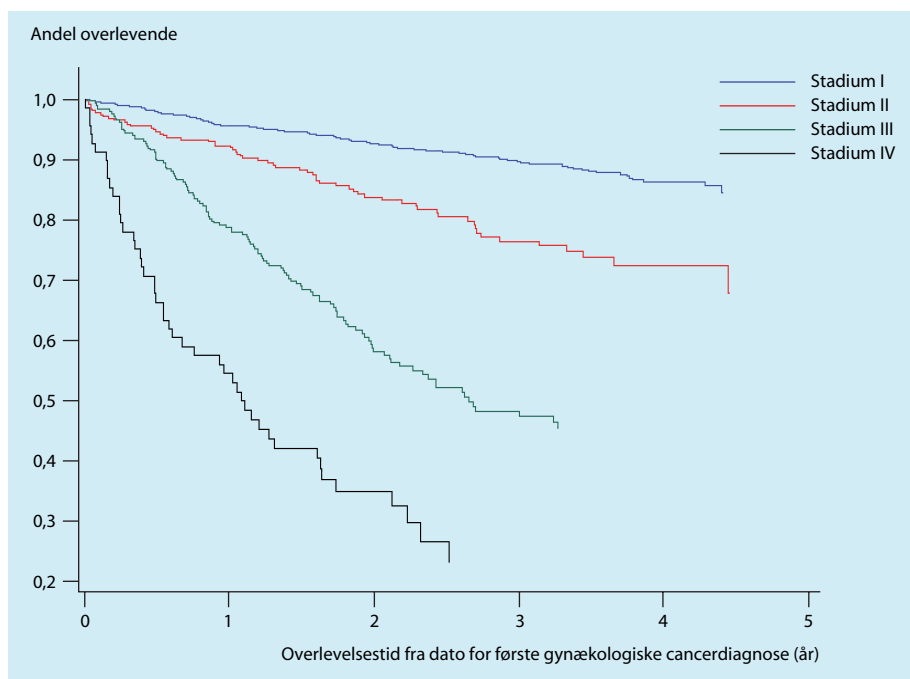


Kommentar: »Andre« dækker over: Neoplasma malignum corporis uteri uden specifikation, neoplasma malignum corporis uteri overgribende flere regioner, neoplasma malignum isthmi uteri, st. I, neoplasma malignum myometrii, neoplasma malignum fundi uteri, st. I.

Tabel 9.4.5 Observeret overlevelse for corpuscancer stratificeret på stadie

Overlevelse (%)	Stadie I			Stadie II			Stadie III			Stadie IV		
	rate	nedre	øvre	rate	nedre	øvre	rate	nedre	øvre	rate	nedre	øvre
I live efter 30 dage	99,5	99,0	99,7	97,4	94,9	98,7	98,6	96,3	99,5	89,7	79,6	95,0
I live efter 180 dage	97,8	97,0	98,5	94,2	91,0	96,3	89,4	85,1	92,4	64,7	52,1	74,8
I live efter 1 år	95,6	94,4	96,5	91,9	88,2	94,4	78,2	72,9	82,6	52,8	40,3	63,9
I live efter 2 år	92,6	91,0	93,8	83,7	78,7	87,6	58,0	51,3	64,1	32,3	20,9	44,2
I live efter 3 år	89,6	87,6	91,2	76,4	70,1	81,5	47,2	39,8	54,2	23,0	12,1	36,1
I live efter 4 år	86,2	83,6	88,5	72,3	65,0	78,4	–	–	–	–	–	–

Figur 9.4.c Observeret overlevelse for corpuscancer stratificeret på stadie



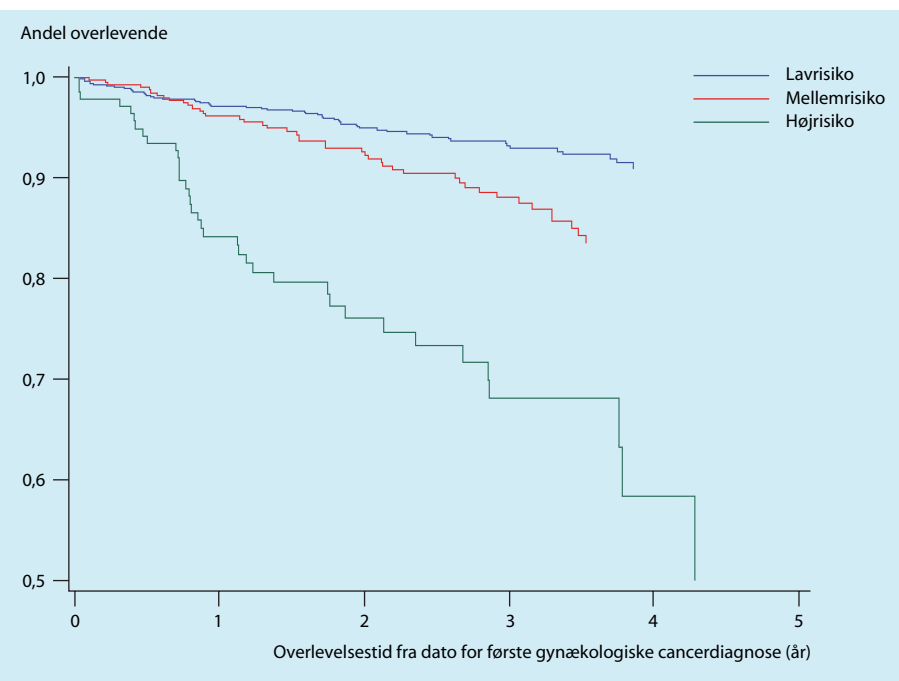
Kommentar: Atypiske hyperplasier og sarkom indgår ikke i opgørelsen. I FIGOs 2006-opgørelse er 3 års overlevelsen for st. I-IV 85,1%. I Sygehusbaseret overlevelse er 3 års overlevelsen opgjort til 79%. Som det ses i tabel 9.4.4 er den tilsvarende overlevelse i denne opgørelse på 79,9%. I FIGO er st. I stratificeret på understadier med en 3 års overlevelse fra 80,8% -97,7%. I nærværende rapport er 3 års overlevelse 89,6% for det samlede st. I (A-C). I fremtidige årsrapporter forventes det, at antallet af patienter og events i de enkelte understadier øges, således at der kan foretages valide prognostiske sammenligninger mellem DGCDs og FIGOs understadier.

Ved vurdering af overlevelsen bør det bemærkes, at der hos en stor del af FIGOs patienter er foretaget rutinemæssig lymfeknudefjernelse. Ved denne rutinemæssige lymfeknudefjernelse kan de prognostisk dårligere patienter med lymfeknudemetastaser være flyttet til et højere stadie, hvorved FIGOs resterende stadie I-patienter får en bedre prognose sammenlignet med de danske stadie I-patienter. Denne mulige forskel vil sandsynligvis mindskes i fremtiden, såfremt andelen af danske patienter med lymfeknudefjernelse øges.

Tabel 9.4.6 Observeret overlevelse for corpuscancer st. I stratificeret på risikogruppe

Overlevelse (%)	Lavrisiko			Mellemrisiko			Højrisiko		
	rate	nedre	øvre	rate	nedre	øvre	rate	nedre	øvre
I live efter 30 dage	99,5	98,8	99,8	99,7	98,2	100,0	97,1	92,4	98,9
I live efter 180 dage	98,2	97,1	98,8	98,7	96,9	99,5	93,4	87,8	96,5
I live efter 1 år	97,1	95,8	98,0	96,1	93,6	97,6	84,2	76,8	89,4
I live efter 2 år	94,9	93,2	96,2	92,3	88,9	94,6	76,0	67,0	82,8
I live efter 3 år	92,9	90,8	94,6	88,0	83,7	91,3	68,1	57,4	76,6
I live efter 4 år	–	–	–	–	–	–	58,4	42,0	71,6

Figur 9.4.d Corpuscancer st. I stratificeret på risikogruppe



Kommentar: Hyperplasier og sarkomer indgår ikke i opgørelsen. Som forventet findes der en overlevelsesmæssig forskel mellem specielt høj- og lavrisikogrupperne. Opdelingen i risikogrupper har betydning for valg af behandling. Lavrisiko- og mellemrisikogrupperne er ikke blevet tilbudt onkologisk efterbehandling i henhold til DGCGs retningslinier. Specielt for lavrisikogruppen understøtter den høje overlevelse dette valg.

Tabel 9.4.7 Årsager til postoperativ mortalitet ved operation for corpuscancer og atypi

		Forværring af cancersygdommen		Komplikationer til behandling		Anden årsag uden recidiv eller residual tumor		Uoplyst		I alt	
		antal	%	antal	%	antal	%	antal	%	antal	%
Rigshospitalet	2005-06	2	50,0	–	–	–	–	–	–	2	20,0
	2007	–	–	–	–	–	–	1	50,0	1	25,0
	2008	1	100	1	100	–	–	–	–	2	66,7
	Alle	3	60,0	1	20,0	–	–	1	20,0	5	29,4
Gentofte	2005-06	–	–	1	33,3	–	–	–	–	1	10,0
	Alle	–	–	1	20,0	–	–	–	–	1	5,9
Herlev	2005-06	–	–	–	–	–	–	1	50,0	1	10,0
	Alle	–	–	–	–	–	–	1	20,0	1	5,9
Hillerød	2008	–	–	–	–	1	100	1	33,3		
	Alle	–	–	–	–	–	–	1	20,0	1	5,9
Roskilde	2005-06	1	25,0	–	–	–	–	–	–	1	10,0
	Alle	1	20,0	–	–	–	–	–	–	1	5,9
Næstved	2006	–	–	2	66,7	–	–	–	–	2	20,0
	Alle	–	–	2	40,0	–	–	–	–	2	11,8
Slagelse	2006	–	–	–	–	1	100	–	–	1	10,0
	Alle	–	–	–	–	1	50,0	–	–	1	5,9
Svendborg	2006	–	–	–	–	–	–	1	50,0	1	10,0
	Alle	–	–	–	–	–	–	1	20,0	1	5,9
Randers	2006	1	25,0	–	–	–	–	–	–	1	10,0
	2007	–	–	1	100	–	–	–	–	1	25,0
	Alle	1	20,0	1	20,0	–	–	–	–	2	11,8
Aalborg	2007	–	–	–	–	1	100	1	50,0	2	50,0
	Alle	–	–	–	–	1	50,0	1	20,0	2	11,8
I alt		5	100	5	100	2	100	5	100	17	100

Kommentar: Den postoperative mortalitet (< 30 dage postoperativt) findes lav og konstant gennem alle tre år. Det anbefales, at afdelingerne laver audit med det involverede personale ved død efter behandlingskomplikation.

10. Bilag

10.1 Nuværende forretningsudvalg og arbejdsgrupper under DGCG

Forretningsudvalg

1. Overlæge Lene Lundvall, Gynækologisk Klinik, Rigshospitalet (formand)
2. Overlæge Mansoor Mirza, Onkologisk Klinik, Rigshospitalet (næstformand)
3. Professor, overlæge, dr.med., Anders Kristian M. Jakobsen, Onkologisk afd., Vejle Sygehus
4. Overlæge, dr.med., Jacob Christian Lindegaard, Onkologisk afd., Århus Universitetshospital, Århus Sygehus
5. Professor, overlæge, dr. med., Jørn Herrstedt, Onkologisk afd., Odense Universitetshospital
6. Overlæge, dr. med., Erik Søgaard Andersen, Gynækologisk afd., Aalborg Sygehus
7. Overlæge, dr.med., Jan Blaakær, Gynækologisk afd., Århus Universitetshospital, Skejby
8. Overlæge Kirsten Kock, Patologisk Institut, Odense Universitetshospital
9. Overlæge Estrid Stæhr-Hansen, Patologisk Institut, Århus Universitetshospital, Århus Sygehus
10. Overlæge, ph.d., Lotte Nedergaard, Patologiafdelingen, Rigshospitalet
11. Konst. overlæge, dr.med., Erik Morre Pedersen, Radiologisk afd., Århus Universitetshospital, NBG
12. Overlæge, dr.med., Svend Aage Engelholm, Radioterapiklinikken, Rigshospitalet
13. Overlæge, ph.d., Connie Palle, Gynækologisk afd., Herlev Hospital
14. Professor, overlæge, dr.med., Claus Høgdall, Gynækologisk Klinik, Rigshospitalet
15. Projektleder, seniorforsker, ph.d., Estrid Høgdall, National Cancer Biobank, Patologiafdelingen, Herlev Hospital

DGCGs arbejdsgrupper

Cervixcancergruppen

1. Overlæge, ph.d., Connie Palle, Gynækologisk afd., Herlev Hospital (formand)
2. Overlæge Ole Mathiesen, Gynækologisk afd., Århus Universitetshospital, Skejby
3. Overlæge, dr.med., Aage Knudsen, Gynækologisk afd., Aalborg Sygehus
4. Overlæge, dr.med., Vibeke Ravn Skovlund, Patologiafdelingen, Herlev Hospital
5. Overlæge Doris Schledermann, Patologisk Institut, Odense Universitetshospital
6. 1.reservelæge Charlotte Winther, Patologiafdelingen, Rigshospitalet

7. Overlæge, dr.med. Henrik Roed, Radioterapiklinikken, Rigshospitalet
8. Overlæge Poul Geertsens, Onkologisk afd., Herlev Hospital
9. Konst. overlæge, dr.med., Erik Morre Pedersen, Radiologisk afd., Århus Universitetshospital, NBG
10. Afdelingslæge Pernille Jensen, Gynækologisk afd., Herlev Hospital

Ovariecancergruppen

1. Overlæge, dr.med., Svend Aage Engelholm, Radioterapiklinikken, Rigshospitalet (formand)
2. Overlæge Bente Lund, Onkologisk afd., Aalborg Sygehus
3. Overlæge Hanne Havsteen, Onkologisk afd., Herlev Hospital
4. Overlæge, ph.d., Ingrid Thranov, Gynækologisk klinik, Rigshospitalet
5. Overlæge, dr.med., Lone Kjeld Petersen, Gynækologisk afd., Århus Universitetshospital, Skejby
6. Overlæge, ph.d., Berit Mosgaard, Gynækologisk afd., Herlev Hospital
7. Overlæge Marianne Waldstrøm, Klinisk Patologi, Vejle Sygehus
8. Overlæge Anni Grove, Patologisk inst., Aalborg Sygehus (næstformand)
9. Afdelingslæge Thora Christiansen, Gynækologisk afd., Århus Universitetshospital, Skejby
10. Afdelingslæge Kirsten Jochumsen, Gynækologisk afd., Odense Universitetshospital

Endometriecancergruppen

1. Overlæge Mansoor Mirza, Onkologisk Klinik, Rigshospitalet (formand)
2. Afdelingslæge Morten Jørgensen, Onkologisk Klinik, Rigshospitalet
3. Overlæge Susanne Larsen, Onkologisk afd., Odense Universitetshospital
4. Overlæge Lian Ulrich, Gynækologisk Klinik, Rigshospitalet (næstformand)
5. Afdelingslæge Gitte Ørtoft Jensen, Gynækologisk afd., Århus Universitetshospital
6. Overlæge Tove Svarrer, Gynækologisk afdeling, Aalborg Sygehus
7. Overlæge Maria Benedicte Franzmann, Patologiafdelingen, Roskilde Sygehus
8. Overlæge Henrik Kiær, Patologisk Inst., Sygehus Fyn, Svendborg (sekretær)
9. Afdelingslæge Rita Kahn, Patologiafdelingen, Herlev Hospital

Databasegruppen

1. Professor, overlæge, dr.med., Claus Høgdall, Gynækologisk Klinik, Rigshospitalet (formand)
2. Seniorforsker Ib Jarle Christensen, Finsenlaboratoriet (statistiker)
3. Overlæge Hanne Havsteen, Onkologisk afd., Herlev Hospital (ovarietumorgruppen)
4. Overlæge, dr.med., Aage Knudsen, Gyn. afd., Aalborg Sygehus (cervixcancergruppen)
5. Overlæge Lian Ulrich, Gyn. afd., Rigshospitalet (endometriecancergruppen)
6. Overlæge Birthe Mørck Thomsen, Patologisk institut, Bispebjerg Hospital
7. Overlæge, IT-konsulent, Søren Vingtoft, Klinisk Kompetencecenter Øst (KCØ).
8. Overlæge, ph.d., Lotte Nedergaard, Patologiafdelingen, Rigshospitalet.
9. Udviklingskonsulent Anne Lichtenberg. Region Hovedstaden. Koncern Plan og Udvikling. Enhed for Udvikling og Kvalitet

Biobankarbejdsgruppen

1. Projektleder, seniorforsker, ph.d., Estrid Høgdall, National Cancer Biobank, Patologiafdelingen, Herlev Hospital (formand)
2. Overlæge, ph.d., Marianne Nordmark, Onkologisk afd. D-Kræft.Cen. , Århus Universitetshospital, Århus Sygehus
3. Overlæge Hanne Havsteen, Onkologisk afd., Herlev Hospital
4. Afdelingslæge Morten Jørgensen, Onkologisk Klinik, Rigshospitalet
5. Professor, overlæge, dr.med, Claus Høgdall, Gynækologisk Klinik, Rigshospitalet
6. Overlæge, dr. med., Jan Blaakær, Gyn. afd., Århus Universitetshospital, Skejby
7. Overlæge, ph.d., Niels Kryger Baggesen, Gynækologisk afd., Odense Universitetshospital
8. Overlæge Anni Grove, Patologisk inst., Aalborg Sygehus
9. Overlæge, dr. med., Vibeke Ravn Skovlund, Patologisk-anatomisk inst., Herlev Hospital
10. Overlæge, ph.d., Lotte Nedergaard, Patologiafdelingen, Rigshospitalet

10.2 Indberettende afdelinger

10.2 Indberettende afdelinger til DGCD pr. 1. januar 2009

	Gynækologi	Patologi	Onkologi
Region Hovedstaden			
Rigshospitalet	x	x	x
Bispebjerg Hospital		x	
Frederiksberg Hospital	x		
Hvidovre Hospital	x	x	
Herlev Hospital	x	x	x
Gentofte Hospital	x		
Glostrup Hospital	x		
Nordsjællands Hospital, Hillerød	x	x	x
Bornholms Hospital	x		x
Privathospitalet Hamlet	x		
Region Sjælland			
Holbæk Sygehus	x		
Næstved Sygehus	x	x	x
Roskilde Sygehus	x	x	
Slagelse Sygehus	x	x	
Region Syddanmark			
Odense Universitetshospital	x	x	x
Svendborg Sygehus	x	x	
Sydvestjysk Sygehus, Esbjerg	x	x	
Sygehus Sønderjylland, Sønderborg	x	x	
Sygehus Sønderjylland, Haderslev	x		
Sygehus Sønderjylland, Tønder	x		
Vejle Sygehus		x	x
Kolding Sygehus	x		
Region Midtjylland			
Regionshospitalet Horsens	x		
Regionshospitalet Herning	x		x
Regionshospitalet Holstebro		x	
Regionshospitalet Randers	x	x	
Regionshospitalet Silkeborg	x		
Regionshospitalet Viborg	x		
Regionshospitalet Viborg, Skive		x	
Århus Universitetshospital, Skejby	x		
Århus Universitetshospital, Århus Sygehus		x	x
Region Nordjylland			
Sygehus Thy-Mors, Thisted	x		
Sygehus Vendsyssel, Hjørring	x	x	
Aalborg Sygehus	x	x	x

10.3 Datakvalitet

Tabel 10.3.1 Datakvalitet for indikator 1

		2005-06		2007		2008		I alt	
Cervix: Lymfeknuder		antal	%	antal	%	antal	%	antal	%
Inkomplette data	Manglende/forkerte data	4	100	2	100	6	100	12	100
	Alle	4	0,6	2	0,6	6	1,9	12	0,9
Datakvalitet i orden	Eksklusion – andet stadie	434	61,0	206	59,7	192	61,1	832	60,7
	Eksklusion – onkologisk behandling	31	4,4	20	5,8	15	4,8	66	4,8
	Eksklusion – ingen behandling	2	0,3	3	0,9	1	0,3	6	0,4
	Eksklusion – anden operationstype	47	6,6	16	4,6	24	7,6	87	6,3
	< 18 lymfeknuder fjernet	70	9,8	28	8,1	29	9,2	127	9,3
	≥ 18 lymfeknuder fjernet	128	18,0	72	20,9	53	16,9	253	18,5
	Alle	712	99,4	345	99,4	314	98,1	1.371	99,1
I alt		716	100	347	100	320	100	1.383	100

Tabel 10.3.2 Datakvalitet for indikator 2

		2005-06		2007		2008		I alt	
Cervix: Blodtab		antal	%	antal	%	antal	%	antal	%
Inkomplette data	Manglende/forkerte data	–	–	1	100	3	100	4	100
	Alle	–	–	1	0,3	3	0,9	4	0,3
Datakvalitet i orden	Eksklusion – onkologisk behandling	297	41,5	152	43,9	130	41,0	579	42,0
	Eksklusion – ingen behandling	59	8,2	30	8,7	27	8,5	116	8,4
	Eksklusion – anden operationstype	142	19,8	54	15,6	67	21,1	263	19,1
	Blødning > 500 ml	83	11,6	49	14,2	43	13,6	175	12,7
	Blødning ≤ 500 ml	135	18,9	61	17,6	50	15,8	246	17,8
	Alle	716	100	346	99,7	317	99,1	1.379	99,7
I alt		716	100	347	100	320	100	1.383	100

Tabel 10.3.3 Datakvalitet for indikator 3

		2005-06		2007		2008		I alt	
Cervix: Postoperative komplikationer		antal	%	antal	%	antal	%	antal	%
Inkomplette data	Manglende/forkerte data	–	–	1	100	4	100	5	100
	Alle	–	–	1	0,3	4	1,3	5	0,4
Datakvalitet i orden	Eksklusion – onkologisk behandling	297	41,5	152	43,9	130	41,1	579	42,0
	Eksklusion – ingen behandling	59	8,2	30	8,7	27	8,5	116	8,4
	Eksklusion – anden operationstype	142	19,8	54	15,6	67	21,2	263	19,1
	Ingen komplikation	186	26,0	95	27,5	83	26,3	364	26,4
	Komplikation	32	4,5	15	4,3	9	2,8	56	4,1
	Alle	716	100	346	99,7	316	98,8	1.378	99,6
I alt		716	100	347	100	320	100	1.383	100

Tabel 10.3.4 Datakvalitet for indikator 4

		2005-06		2007		2008		I alt	
Ovarie: Makroradikal operation		antal	%	antal	%	antal	%	antal	%
Inkomplette data	Manglende/forkerte data	24	100	33	100	28	100	85	100
	Alle	24	1,8	33	4,9	28	4,3	85	3,2
Datakvalitet i orden	Eksklusion – andet stadie	711	55,3	357	56,0	323	52,3	1.391	54,7
	Eksklusion – ingen operation	69	5,4	40	6,3	63	10,2	172	6,8
	Ikke radikalt opereret	425	33,0	182	28,6	155	25,1	762	30,0
	Radikalt opereret	81	6,3	58	9,1	77	12,5	216	8,5
	Alle	1.286	98,2	637	95,1	618	95,7	2.541	96,8
I alt		1.310	100	670	100	646	100	2.626	100

Tabel 10.3.5 Datakvalitet for indikator 5

		2005-06		2007		2008		I alt	
Ovarie: Resttumor		antal	%	antal	%	antal	%	antal	%
Inkomplette data	Manglende/forkerte data	28	100	34	100	31	100	93	100
	Alle	28	2,1	34	5,1	31	4,8	93	3,5
Datakvalitet i orden	Eksklusion – andet stadie	711	55,5	357	56,1	323	52,5	1.391	54,9
	Eksklusion – ingen operation	69	5,4	40	6,3	63	10,2	172	6,8
	Resttumor > 1 cm	296	23,1	117	18,4	100	16,3	513	20,3
	Resttumor ≤ 1 cm	206	16,1	122	19,2	129	21,0	457	18,0
	Alle	1.282	97,9	636	94,9	615	95,2	2.533	96,5
I alt		1.310	100	670	100	646	100	2.626	100

Tabel 10.3.6 Datakvalitet for indikator 6

Denne har ikke været mulig, idet tabellen er fremkommet delvist ved manuel sammenkøring mellem LPR og DGCD.

Tabel 10.3.7 Datakvalitet for indikator 7

		2005-06		2007		2008		I alt	
Ovarie: Postoperative komplikationer		antal	%	antal	%	antal	%	antal	%
Inkomplette data	Manglende/forkerte data	13	100	6	100	9	100	28	100
	Alle	13	1,0	6	0,9	9	1,4	28	1,1
Datakvalitet i orden	Eksklusion – ingen operation	90	6,9	43	6,5	70	11,0	203	7,8
	Ingen komplikation	1.014	78,2	530	79,8	506	79,4	2.050	78,9
	Komplikation	193	14,9	91	13,7	61	9,6	345	13,3
	Alle	1.297	99,0	664	99,1	637	98,6	2.598	98,9
I alt		1.310	100	670	100	646	100	2.626	100

Tabel 10.3.8 Datakvalitet for indikator 8

		2005-06		2007		2008		I alt	
		antal	%	antal	%	antal	%	antal	%
Inkomplette data	Manglende/forkerte data	22	100	32	100	27	100	81	100
	Alle	22	1,7	32	4,8	27	4,2	81	3,1
Datakvalitet i orden	Eksklusion – andet stadie	864	67,1	443	69,4	427	69,0	1.734	68,1
	Eksklusion – anden operationstype	26	2,0	7	1,1	12	1,9	45	1,8
	Eksklusion – ingen operation	32	2,5	15	2,4	20	3,2	67	2,6
	Blødning > 500 ml	164	12,7	94	14,7	97	15,7	355	13,9
	Blødning ≤ 500 ml	202	15,7	79	12,4	63	10,2	344	13,5
	Alle	1.288	98,3	638	95,2	619	95,8	2.545	96,9
I alt		1.310	100	670	100	646	100	2.626	100

Tabel 10.3.9 Datakvalitet for indikator 9

		2005-06		2007		2008		I alt	
		antal	%	antal	%	antal	%	antal	%
Inkomplette data	Manglende/forkerte data	27	100	12	100	6	100	45	100
	Alle	27	1,9	12	1,8	6	0,8	45	1,6
Datakvalitet i orden	Eksklusion – andet stadie	518	37,4	281	41,9	274	36,5	1.073	38,2
	Eksklusion – anden operationstype	18	1,3	2	0,3	12	1,6	32	1,1
	Eksklusion – ingen operation	14	1,0	5	0,7	7	0,9	26	0,9
	Blødning > 200 ml	302	21,8	127	18,9	164	21,8	593	21,1
	Blødning ≤ 200 ml	533	38,5	256	38,2	294	39,1	1.083	38,6
	Alle	1.385	98,1	671	98,2	751	99,2	2.807	98,4
I alt		1.412	100	683	100	757	100	2.852	100

Tabel 10.3.10 Datakvalitet for indikator 10

		2005-06		2007		2008		I alt	
		antal	%	antal	%	antal	%	antal	%
Inkomplette data	Manglende/forkerte data	30	100	14	100	10	100	54	100
	Alle	30	2,1	14	2,0	10	1,3	54	1,9
Datakvalitet i orden	Eksklusion – andet stadie	416	30,1	229	34,2	217	29,0	862	30,8
	Eksklusion – anden operationstype	19	1,4	3	0,4	13	1,7	35	1,3
	Eksklusion – ingen operation	17	1,2	8	1,2	7	0,9	32	1,1
	Ingen komplikation	834	60,3	397	59,3	477	63,9	1.708	61,0
	Komplikation	96	6,9	32	4,8	33	4,4	161	5,8
	Alle	1.382	97,9	669	98,0	747	98,7	2.798	98,1
I alt		1.412	100	683	100	757	100	2.852	100

10.4 Ordliste

ASA-score – et scoresystem til brug for klassifikation af fysisk status hos patienterne før en operation. 1= rask, 3=systemisk sygdom, 5=døende

Ascites – ansamling af væske i bughulen

Borderlinetumor – tumor på ovariet, klassificeret mellem godartet og ondartet

Cervixcancer – kræft i livmoderhalsen

Cystoskopi – kikkertundersøgelse i blæren

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

BMI – body mass index = kg/h^2

Bulky Disease – stor tumorbyrde

Corpuscancer – kræft i livmoderen

DGCD – Dansk Gynækologisk Cancer Database

DGCG – Dansk Gynækologisk Cancer Gruppe

Endometrie – slimhinden i livmoderen

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

Excisio probatoria peritonei laparoscopica – biopsi udtaget fra bughinden ved kikkertoperation

FIGO – International Federation of Gynecology and Obstetrics

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

Hysterektomi – operativ fjernelse af livmoderen

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

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

KCØ – Kompetence Center Øst

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

Laparoskopi – kikkertundersøgelse i maven

LAVH – laparoskopisk assisteret vaginal hysterektomi

LPR – Landspatientregisteret

Lymfadenektomi – fjernelse af lymfeknuder

Myometrie – muskulaturen i livmoderen

Neoadjuverende kemoterapi – kemoterapi før kirurgisk behandling

Neoplasma malignum endometrii – kræft i livmoder-slimhinden

Neoplasma malignum ovarii – kræft i æggestokken

Neoplasma malignum peritonei – kræft i bughinden

Neoplasma malignum tubae uterina – kræft i ægge-lederen

Ovariecancer – kræft i æggestokken

Paraaortalt – langs halspulsåren

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

Pelvis – bækkenet

Peritonealcancer – kræft i bughinden

Pleuraeffusion – udsivning af væske over lungehinden

Positive/negative lymfeknuder – lymfeknuder med/uden metastaser

Risikogruppe – Inddeling i lav-, mellem- og højrisiko for corpuscancerpatienter. Vurderes ud fra stadie og grad.

Salpinx – æggeleder

Tubacancer – kræft i æggeleder

Uterus – livmoder

Øvre abdomen – området over bækkenet og under mellemgulvet

10.5 Projekter

Igangværende projekter

MiRNA som prognostisk og diagnostisk markør ved ovariecancer (postdoc)

Kontaktperson: Afdelingslæge, ph.d., Henrik Lajer, Rigshospitalet, gynækologisk klinik

Den kliniske betydning af VEGF ved ovariecancer (ph.d.)

Kontaktperson: Læge, ph.d.-stud., Maja Patricia Smerdel, Vejle Sygehus

At komme godt fra start: Helbred og mestring hos kvinder der opereres for ovariecancer (ph.d.)

Kontaktperson: Ph.d.-stud. Lene Seibæk, Syddansk Universitet

Udvikling af nye translationelle markører i blod og væv til diagnostik og behandlingsprædiktion af patienter med æggestokkræft (blod og vævsdel af Pelvic Mass)

Kontaktperson: Professor, overlæge, dr. med., Claus Høgdall, Rigshospitalet, gynækologisk klinik

Fertilitetsbesparende behandling af livmoderhalskræft (trakelektomi) (artikler)

Kontaktperson: Overlæge Christian Ottesen, Rigshospitalet, gynækologisk klinik

Diagnostik af endometriecancer – værdien af PET/CT, MR, Ultralyd og biokemiske analyser til præ- og peroperativ vurdering (ph.d.)

Kontaktperson: Læge, ph.d.-stud., Sofie Leisby Antonsen, Rigshospitalet, gynækologisk klinik

Patientoplevelt kontinuitet i behandlingsforløb (ph.d.)

Kontaktperson: Ph.d.-stud. Kirstine Magtengaard Robinson

Social ulighed i overlevelse efter cancer: et studie af social position i relation til stadie, behandling og komorbiditet hos patienter med gynækologisk cancer (ph.d.)

Kontaktperson: Ph.d.-stud. Else Ibfelt, Kræftens Bekæmpelse

Borderline tumours in Denmark

– a national, prospective survey (artikel)

Kontaktperson: Læge Iørn Hegelund, Odense Universitetshospital, gynækologisk afd.

Overlevelse efter behandling af livmoderkræft i Danmark: Effekten af kirurgisk staging og postoperativ strålebehandling (ph.d.)

Kontaktperson: Læge, ph.d.-stud., Caroline Juhl, Skejby sygehus, gynækologisk afd.

Genome-wide Association Analysis on Patients with Ovarian Cancer in Search for Genetic Predictors for Pharmacokinetics and Toxicity of Treatment with Paclitaxel (ph.d.)

Kontaktperson: Ph.d.-stud. Troels K. Bergmann, IST – Klinisk Farmakologi

Drug Use and Comorbidity

among Elderly Danish Cancer Patients (ph.d.)

Kontaktperson: Læge, ph.d.-stud., Trine Jørgensen, Odense Universitetshospital, onkologisk afd. R

Clinical aspects of the PDGF and FGF systems in ovarian cancer (ph.d.)

Kontaktperson: Læge, ph.d.-stud., Christine V. Madsen, Vejle Sygehus

Afsluttede projekter

Analyse af diagnostiske forløb for kvinder med underlivskræft (ph.d.)

Kontaktperson: Læge, ph.d.-stud., Mai Partridge Vandborg, Syddansk Universitet

En vurdering af den diagnostiske værdi af 18F-FDG PET/CT-scanning på patienter mistænkt for ovariecancer (speciale)

Kontaktperson: Stud.scient.san. Majbritt Frost, Aarhus Universitet

Perioperativ iltfraktion – PROXI-forsøget:

Effekt på kirurgisk sårinfektion og pulmonale komplikationer efter abdominalkirurgi (ph.d.)

Kontaktperson: Overlæge, ph.d., Lars S. Rasmussen, Rigshospitalet

Diagnostik af ovariecancer – Et dybdegående proteomstudie (ph.d.)

Kontaktperson: Ph.d. Mikkel West-Nørager, Statens Serum Institut

Proteommønstre i humant urin til diagnosticering af ovariecancer (ph.d.)

Kontaktperson: 1. reservelæge, ph.d., Anette Lykke Petri, Sundhedsstyrelsen

Diagnostics in ovarian cancer – the value of PET/CT and proteomics (ph.d.)

Kontaktperson: Læge, ph.d., Signe Risum, Rigshospitalet, onkologisk klinik

Revisionspåtegning

Kompetencecenter for Landsdækkende
Kliniske kvalitetsdatabaser (øst) (KCØ)
v. Enhed for Klinisk Kvalitet, Bispebjerg Hospital og Forsknings-
center for Forebyggelse og Sundhed på Glostrup Hospital

19.03.2010

Vedr. revisionspåtegning af Årsrapporten 2008 fra Dansk Gynækologisk Cancer Database

KCØ har gennemgået Årsrapporten iht. de gældende basiskrav for årsrapporter¹, der er opstillet af Danske Regioner, som i korthed er følgende: (jf. notat vedr. revisionspåtegning som kan findes på www.kliniskedatabaser.dk).

- a) Der skal i særligt kapitel afrapporteres på de indikatorer, som databasen har valgt til at beskrive kvaliteten inden for specialet
- b) Alle indikatorer skal offentliggøres på afdelings-/enhedsspecifikt niveau.
- c) I Årsrapporten skal præsentationen af data være ledsaget af kommentarer, der forklarer og formidler resultaterne. Rapporten skal indeholde et samlende afsnit med konklusion og anbefalinger med konkrete forslag til, hvordan behandlingskvaliteten kan forbedres.
- d) Der skal være statistisk og epidemiologisk dækning for de angivne konklusioner og anbefalinger
- e) Rapporten skal indeholde et afsnit med dataindsamling og metode, hvor der redegøres for datagrundlag, datakvalitet, dækningsgrad og de anvendte statistiske metoder.

Generelt

Årsrapporten fra Dansk Gynækologisk Cancer Database giver en god indføring til databasens arbejdsområde, herunder de udfordringer, som databasen arbejder med. Databasen har en særdeles kritisk tilgang til egne data, hvilket muliggør, at databasen både kan se potentiale og mangler. I Årsrapporten sammenligner databasen med resultater fra andre undersøgelser og sætter derved de fundne resultater i perspektiv for læseren. Generelt er Årsrapporten skrevet i et let læseligt sprog. Databasen har for et enkelt sygdomsområde anvendt multivariate analyser og det anbefales, at der arbejdes mod at gennemføre denne slags analyser for alle sygdomsområderne i fremtidige årsrapporter.

Årsrapporten indeholder usædvanlig mange deskriptive tabeller, som bevirker, at det er svært at få overblik over Årsrapporten, samt at de vigtige resultater drukner. Årsrapporten indeholder f.eks. både tabeller med overlevelsesandele og overlevelseskurver, der stort set viser det samme. Det samme gør sig gældende for indikatorerne, hvor tabellerne ikke bidrager med mere information end graferne. Det anbefales, at databasen i højere grad prioriterer i resultaterne, således at de vigtige budskaber når frem til læseren. Det anbefales desuden, at standarderne for indikator 1, 2 og 8 omformuleres, således at det er muligt at sammenligne afdelingerne i relation til standarden.

Ad a-b) Disse krav er opfyldt.

Ad c) Rapporten indeholder en række anbefalinger for databasens fremtidige drift og for de enkelte sygdomsområder, men særligt for cervix cancer er teksten ukonkret.

Ad d-e) Disse krav er opfyldt.

Solvej Mårtensson
Cand.scient.san.publ.

Søren Vingtoft
Overlæge, It-konsulent

1) Der kan i øvrigt henvises til http://www.kliniskedatabaser.dk/doks/753206650_11.05.2007_basiskrav_for_landsdaekkende_kliniske_kvalitetsdatabaser.pdf på side 12 og 13, hvor de formelle basiskrav til årsrapporterne er uddybet.

