

Dansk Gynækologisk Cancer Database



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

National Årsrapport 2013/2014

1. juli 2013 – 30. juni 2014



Rapporten udgår fra

Årsrapporten er udarbejdet af Kompetencecenter for Klinisk Epidemiologi og Biostatistik – Øst (KCEB-Øst) af datamanager Joan Bentzen og klinisk epidemiolog Helle Hare-Bruun i samarbejde med styregruppen for Dansk Gynækologisk Cancer Database. KCEB-Øst er ansvarlig for analyser og epidemiologiske kommentarer i rapporten. Databasens styregruppe er ansvarlig for faglige kommentarer, konklusioner og anbefalinger.

Databasens kliniske epidemiolog er Helle Hare-Bruun, Kompetencecenter for Klinisk Epidemiologi og Biostatistik – Øst. Databasens kontaktperson er Mette Roed Eriksen, Kompetencecenter for Klinisk Kvalitet og Sundhedsinformatik – Øst.



Indhold

1. Konklusioner og anbefalinger	5
2. Indikatorresultater	7
Indikatorområde: Cervixcancer	7
Indikator 1: Cervixcancer, Andel med ≥ 18 fjernede lymfeknuder ved radikal hysterektomi eller trakelektomi	7
Indikator 6A: Cervixcancer, 5 års overlevelse, st. I	9
Indikator 6B: Cervixcancer, 5 års overlevelse, st. II og III	10
Indikatorområde: Ovariecancer	12
Indikator 10A: Ovarie-, tuba- og peritonealcancer, makroradikal operation, st. IIIC-IV, primært opererede	12
Indikator 10B: Ovarie-, tuba- og peritonealcancer, makroradikal operation, st. IIIC-IV, opereret efter neoadjuverende kemoterapi	13
Indikator 11A: Ovarie-, tuba- og peritonealcancer, radikal lymfadenektomi, st. I-IIIA	14
Indikator 11B: Ovarie-, tuba- og peritonealcancer, radikal lymfadenektomi, st. IIIB-IV	15
Indikator 12A: Ovarie-, tuba- og peritonealcancer st. IIIC-IV, indlæggelsestid ≤ 8 dage, efter primær operation	17
Indikator 12B: Ovarie-, tuba- og peritonealcancer st. IIIC-IV, indlæggelsestid ≤ 8 dage, ved operation efter neoadjuverende kemoterapi	18
Indikatorområde: Corpuscancer	19
Indikator 20A: Corpuscancer, ingen fjernelse af lymfeknuder for lavrisikopatienter st. IA	19
Indikator 20B: Corpuscancer, fjernelse af pelvine lymfeknuder for mellem-høj-risikopatienter st. I, eller st. II-III	20
Indikatorområde: Sygepleje	22
Indikator 30: Sygepleje ovariecancer – mobilisering ≥ 3 timer på postoperativ dag 1 for ikke-ekstensivt opererede	22
Indikator 31: Sygepleje ovariecancer - afføring ≤ 3 dage efter operation	24
3. Beskrivelse af sygdomsområdet	25
4. Oversigt over indikatorer	26
5. Datagrundlag	27
Datakvalitet og statistiske analyser	27
Dækningsgrad og datakomplethed	27
Komplethedsgrad for de enkelte indikatorer	28
6. Styregruppens sammensætning	29
Grupper under Dansk Gynækologisk Cancer Gruppe	29
Appendiks 1: Datagrundlag	33
Dækningsgrad	33
Overordnet datakomplethed	34
Datakomplethed for indikatorer	34
Patienter uden operationsoplysninger	35
Appendiks 2: Beskrivelse af sygdomsområder og behandling	36
Cervixcancer	36
Ovarie-, peritoneal- og tubacancer samt borderlinetumorer	36
Corpuscancer og hyperplasi med atypi	37
Appendiks 3: Supplerende deskriptive resultater	38
Baggrundsoplysninger og risikomarkører	38
Cervixcancer	40
Ovariecancer	43



Corpuscancer	45
Appendiks 4: Overlevelse.....	48
Samlet overlevelse.....	48
Cervixcancer, overlevelse	49
Ovariecancer, overlevelse	53
Corpuscancer, Overlevelse	60
Appendiks 5: Ordliste.....	64
Appendiks 6: Indberettende afdelinger pr. 1.7.2013	66
Appendiks 7: Vejledning i fortolkning af resultater.....	67
Appendiks 8: Høringssvar	68



1. Konklusioner og anbefalinger

Denne rapport er resultatet efter store ændringer af DGCD. Vi havde indtil 2013 en rimeligt velfungerende database, som imidlertid havde tiltagende problemer og mangler som krævede revision. Derfor blev det besluttet at gennemføre en total revision af databasen og erstatte den gamle i 2013. Den nye DGCD betød ikke kun at indtastningsfladen blev ændret, men krævede også nye programmeringer af Analyseportalen og de programmeringer der genererer de kvalitetsindikatorer og tabeller, som årsrapporten indeholder. Programmeringen skal også være i stand til at overføre indtastningerne i den gamle DGCD fra de foregående år, ved en såkaldt mapning. Idet DGCD samtidig indeholder flere forskellige gynækologiske cancertyper og dermed er en af de mest komplekse kliniske databaser i Danmark, synes der at være en god forklaring på de problemer, der har været i forbindelse med generering af denne årsrapport.

Problemerne har betydet, at den planlagte udgivelse af årsrapporten blev udsat 3 måneder til udgivelse d. 31/3 2015. I udsættelsesperioden har alle afdelinger deltaget meget aktivt med at indhente mangler og tilrette patientforløb. Ligeledes har afdelingerne brugt megen tid på at validere patientlister over for journaler og egne lokale udtræk. Kompetencecentrene KCKS-Øst og KCEB-Øst har sammen med DGCD-styregruppen arbejdet intensivt på at justere programmeringen, og holdt flere møder hvor årsrapporten er blevet grundigt gennemgået.

Trods store og betydelige kvalitetsløft fra første meget fejlbehæftede årsrapport til dette udkast, er der fortsat behov for at videreudvikle både indtastningsflade, rapporteringsdel og kliniske indikatorer. Ved læsning og tolkning af årsrapporten bør læseren derfor grundigt gennemlæse de faglige kommentarer, der er anført af arbejdsgrupper og afdelinger under de enkelte indikatorer og tabeller. Arbejdet med denne totalt nye database og årsrapport har afdækket fortsatte mangler, som nu indgår i en revision af DGCD og indikatorerne. Årsrapportarbejdet har specielt afdækket et behov for mere viden om kliniske indikatorer i DGCD-arbejdsgrupperne samt revision af indikatorerne. Dette arbejde påbegyndes snarest i arbejdsgrupperne og giver anledning til et større møde om kliniske indikatorer i efteråret 2015.

Nedlægning og flytning af vores velfungerende DGCD-sekretariat har haft en negativ indvirkning på dækningsgraderne, hvilket tydeligt ses i dækningsprocenterne op til 2012. Indhentning af disse manglende data og tilretning af forløb er aktuelt pågående, men når ikke at blive implementeret i denne årsrapport. I denne 2013 rapport har vi, trods udsættelse og intensiv opfølgning af mangler de sidste måneder, "kun" opnået 86 % dækning for aktuelle periode i årsrapporten. Ved manuel gennemgang af mangellisterne og kontakt til alle afdelinger findes denne dækningsgrad for lav. Som *eksempel* er dækningsgraden for Rigshospitalet anført til 93 %. Ved manuel gennemgang og opslag i mangellister skulle Rigshospitalets dækningsprocent være tæt på 100 %. Ved gennemsyn af de andre centres mangellister i analyseportalen findes samme mønster. Udregningen af dækningsgrad i henholdsvis årsrapport og Analyseportalen vil derfor blive gennemgået i forbindelse med den kommende revision for at afklare denne diskrepans.

Vi vil i fremtiden også fokusere mere på en løbende DGCD-kvalitetskontrol. Som eksempel vil et fremtidigt checkpunkt blive diskrepans mellem angivelse af lymfeknudejernelse i operationsskemaet og manglende patologiangivelse af lymfeknuder. Vi vil løbende tjekke og give tilbagemelding. Hovedparten af indikator- og tabelfejl skyldes disse diskrepanser som samtidig afspejler en delvis mangel i datakvalitet. Dette sammen med den løbende rapportering til ledelses-informationssystemerne (LIS) betyder, at afdelingerne bør justere deres indtastningsrutiner. Det anbefales alle at indrapportere tidsnært i forbindelse med deres patientkontakt. Når man efter få patienter har rutinen, tager det ikke lang tid at indtaste valide tal. Det tager væsentlig længere tid at udfylde en mangelliste, hvor man først skal finde data frem i journalen og "gætte" sig til nogle af de anførte variable. Det bør derfor være et afdelingskrav, at den enkelte, der har haft patientkontakten, tidsnært udfylder for at sikre minimal mangelliste, spare tid og sikre kvaliteten. Krav om tidsnær indtastning er således ikke en tidsrøver, derimod en afdelingsmæssig besparelse og kvalitetsløft. Vi vil derfor i det kommende år invitere os ud til afdelingerne for i dialog at løse problemerne med de enkelte læger, der bør indtaste, samt lederne.

Der er stadig nogle udfordringer omkring mapningen mellem gammel og ny database, som bør løses frem til næste årsrapport i samarbejde med KCKS-Øst.

Af det gamle sekretariat har vi nu kun Lis Taaning tilbage. Hun er, desværre for os, nu på nedsat tid, men prøver at gøre sit bedste for at yde den gamle sekretariatsservice. Marie Louise Shee har desværre søgt



andre spændende udfordringer og fratrådte sin stilling sidst i oktober måned. Stor tak til hende for alt det arbejde hun har lagt i DGCD. Jeg tror stadig en stor del af hendes hjerte er hos DGCD og vi vil helt sikkert savne hende og hendes faglige dygtighed. Til gengæld har vi været så heldige at få Mette Roed Eriksen (KCKS-Øst), Helle Hare-Bruun (KCEB-Øst) og Sarah Mejer Sørensen (studentermedhjælp) til at hjælpe os. De skal selvfølgelig have deres tid til at sætte sig ind i vores nye og komplekse database. Men de sidste hektiske måneder før denne årsrapport lover yderst godt for dette samarbejde. Jeg tror derfor, at det vil lykkes os at få sat DGCD tilbage på skinnerne med dækningsprocenter > 90 %, overførsel af alle gamle data samt igen opnå så valide data, at vi kan rapportere gode kvalitets rapporter og aflevere gode data til forskning. Lykkes dette ikke, således at DGCD arbejdspresset mindskes væsentligt, skal der findes en ny DGCD formand.

Claus Høgdall
Formand for DGCD



2. Indikatorresultater

Vejledning til fortolkning af tabeller og diagrammer i resultatafsnittet findes i appendiks 7.

Indikatorområde: Cervixcancer

Indikator 1: Cervixcancer, Andel med ≥ 18 fjernede lymfeknuder ved radikal hysterektomi eller trakelektomi

Standard: ≥ 80 %

Cervixcancerpatienter med operationstypen radikal hysterektomi eller trakelektomi og lymfeknuder til mikroskopi indgår i indikatoropgørelsen. Patienter med ≥ 18 fjernede lymfeknuder opfylder indikatoren. Indikatoren er opgjort på gynækologiske afdelinger.

Indikator 1	Std. 80% opfyldt	Tæller/nævner	Uoplyst (pct.)	Aktuelle år 1.7.13-30.6.14		Tidligere år 2012/13 2011/12	
				Andel	95% CI	Andel	Andel
Danmark	ja*	90 / 120	5 (4)	75	(66-82)	79	72
Hovedstaden	ja*	46 / 58	2 (3)	79	(67-89)	88	75
Syddanmark	ja	27 / 28	1 (3)	96	(82-100)	74	84
Midtjylland	nej	12 / 21	1 (5)	57	(34-78)	71	64
Nordjylland	nej	5 / 13	1 (7)	38	(14-68)	50	38
Hovedstaden	ja*	46 / 58	2 (3)	79	(67-89)	88	75
Herlev	ja	18 / 19	0 (0)	95	(74-100)	90	100
Rigshospitalet	ja*	28 / 39	2 (5)	72	(55-85)	88	56
Syddanmark	ja	27 / 28	1 (3)	96	(82-100)	74	84
Odense	ja	27 / 28	1 (3)	96	(82-100)	74	84
Midtjylland	nej	12 / 21	1 (5)	57	(34-78)	71	64
Skejby	nej	12 / 21	1 (5)	57	(34-78)	67	64
Nordjylland	nej	5 / 13	1 (7)	38	(14-68)	50	38
Aalborg	nej	5 / 13	1 (7)	38	(14-68)	50	38

* afdelings-, regions-/landsgennemsnittet opfylder ikke standarden, men sikkerhedsintervallet for estimatet omfatter denne standards værdi.

Klinisk-epidemiologiske kommentarer til indikator 1:

Indikator 1 beskriver andelen af cervixcancerpatienter, der har fået udført radikal hysterektomi eller trakelektomi, og som har fået fjernet ≥ 18 lymfeknuder.

Antallet af patienter, der indgår i indikatoropgørelsen er lidt lavere end det samlede antal cervixcancerpatienter, der har fået foretaget radikal hysterektomi eller trakelektomi som opgjort i deskriptiv tabel A3.2.6 s. 40-41 (133 patienter). De 13 patienter der "mangler" i indikatoropgørelsen, er blevet ekskluderet idet der ikke var (registreret) modtaget præparat til opgørelse af lymfeknudeantal på patologiafdeling.

På landsplan opfylder 75 % (95 % CI: 66-82 %) af patienterne indikatoren og standarden er således opfyldt indenfor konfidensintervallet. Af de 5 gynækologiske afdelinger opfylder 3 standarden på ≥ 80 % indenfor 95 % konfidensintervallet. Enkelte afdelinger har dog meget få patienter; estimerne for disse afdelinger skal derfor tolkes med varsomhed.

Faglige kommentarer til indikator 1:

Indikatoren er et surrogatmål for operativ kvalitet. Valget af præcis 18 fjernede lymfeknuder er arbitrært men et udtryk for et ønske om at måle, hvorvidt der er foretaget systematisk fjernelse af lymfeknuder i bækkenet, eller hvorvidt der blot er foretaget såkaldt sampling; dvs. fjernelse af enkelte lymfeknuder. Vurdering af antallet af lymfeknuder ved patolog kan være behæftet med usikkerhed, især såfremt lymfeknuderne ikke er fjernet en-bloc, men fedtinfiltration af lymfeknuderne kan desuden vanskeliggøre angivelse af antallet.



I databasen er der ikke mulighed for at angive årsag til evt. afståelse fra lymfeknudefjernelse. Som eksempel på korrekt manglende fjernelse af flere lymfeknuder er en patient fra Ålborg hvor man har undladt systematisk lymfeknudefjernelse idet man peroperativt fandt og fjernede en enkelt metastatisk lymfeknude (vil femover blive angivet som 5/12). Denne situation er forekommet hos enkelte patienter på alle centre og kræver eksklusionsmulighed i fremtidige rapporter. I Odense har man hos én patient med stadium IB2, alene foretaget radikal hysterektomi, idet patienten havde afsluttet udvendig strålebehandling men hvor resttumor ikke kunne dækkes tilstrækkelig ved indvendig strålebehandling.



Indikator 6A: Cervixcancer, 5 års overlevelse, st. I

Standard: $\geq 90\%$

Cervixcancerpatienter med stadium I indgår i indikatoren. Patienter, der er i live 5 år efter anamnesedato opfylder indikatoren. Indikatoren opgøres således på patienter med anamnesedato 01.07.2008-30.06.2009 som aktuelle år. Indikatoren er opgjort på hospitalsniveau.

Indikator 6A							
	Std. 90% opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst (pct.)	Aktuelle år 1.7.08-30.6.09		Tidligere år 2007/08 2006/07	
				Andel	95% CI	Andel	Andel
Danmark	ja	167 / 180	14 (7)	93	(88-96)	93	91
Hovedstaden	ja	78 / 86	6 (7)	91	(82-96)	94	94
Sjælland	ja*	5 / 6	1 (14)	83	(36-100)	83	100
Syddanmark	ja	28 / 30	2 (6)	93	(78-99)	100	89
Midtjylland	ja	38 / 39	4 (9)	97	(87-100)	92	90
Nordjylland	ja	17 / 18	1 (5)	94	(73-100)	86	86
Hovedstaden	ja	78 / 86	6 (7)	91	(82-96)	94	94
Bornholm		0 / 0	0 (0)				100
Glostrup	ja	2 / 2	0 (0)	100	(16-100)		100
Herlev	ja	38 / 41	2 (5)	93	(80-98)	95	98
Hillerød		0 / 0	0 (0)			100	100
Hvidovre		0 / 0	0 (0)			100	100
Rigshospitalet	ja*	38 / 43	4 (9)	88	(75-96)	92	90
Sjælland	ja*	5 / 6	1 (14)	83	(36-100)	83	100
Holbæk		0 / 0	0 (0)			100	
Næstved	ja	2 / 2	1 (33)	100	(16-100)	67	100
Roskilde	ja	3 / 3	0 (0)	100	(29-100)	100	
Slagelse	ja*	0 / 1	0 (0)	0	(0-98)		100
Syddanmark	ja	28 / 30	2 (6)	93	(78-99)	100	89
Esbjerg		0 / 0	0 (0)			100	100
Kolding	ja	1 / 1	0 (0)	100	(3-100)	100	
Odense	ja	23 / 25	2 (7)	92	(74-99)	100	88
Svendborg		0 / 0	0 (0)			100	
Sønderborg	ja	4 / 4	0 (0)	100	(40-100)	100	100
Midtjylland	ja	38 / 39	4 (9)	97	(87-100)	92	90
Herning		0 / 0	0 (0)			100	91
Hjørring	ja	1 / 1	0 (0)	100	(3-100)		
Horsens	ja	1 / 1	0 (0)	100	(3-100)	100	
Randers		0 / 0	0 (0)				50
Silkeborg	ja	1 / 1	0 (0)	100	(3-100)		
Skejby	ja	35 / 36	4 (10)	97	(85-100)	93	91
Viborg		0 / 0	0 (0)			75	100
Nordjylland	ja	17 / 18	1 (5)	94	(73-100)	86	86
Aalborg	ja	17 / 18	1 (5)	94	(73-100)	86	86
Uoplyst	ja	1 / 1	0 (0)	100	(3-100)	100	0

* afdelings-, regions-/landsgennemsnittet opfylder ikke standarden, men sikkerhedsintervallet for estimatet omfatter denne standards værdi.



Indikator 6B: Cervixcancer, 5 års overlevelse, st. II og III

Standard: $\geq 45\%$

Cervixcancerpatienter med stadium II eller III indgår i indikatoren. Patienter, der er i live 5 år efter anamnesedato opfylder indikatoren. Indikatoren opgøres således på patienter med anamnesedato 01.07.2008-30.06.2009 som aktuelle år. Indikatoren er opgjort på hospitalsniveau.

Indikator 6B	Std. 45% opfyldt	Tæller/nævner	Uoplyst (pct.)	Aktuelle år		Tidligere år	
				1.7.08-30.6.09 Andel	95% CI	2007/08 Andel	2006/07 Andel
Danmark	ja	55 / 99	12 (11)	56	(45-66)	44	50
Hovedstaden	ja	32 / 52	6 (10)	62	(47-75)	48	55
Sjælland		0 / 0	0 (0)				75
Syddanmark	ja	10 / 20	2 (9)	50	(27-73)	35	45
Midtjylland	ja	12 / 22	3 (12)	55	(32-76)	40	43
Nordjylland	ja*	1 / 5	1 (17)	20	(1-72)	38	20
Hovedstaden	ja	32 / 52	6 (10)	62	(47-75)	48	55
Bornholm	ja	2 / 2	0 (0)	100	(16-100)	0	50
Herlev	ja	13 / 22	2 (8)	59	(36-79)	56	61
Rigshospitalet	ja	17 / 28	4 (13)	61	(41-79)	59	52
Sjælland		0 / 0	0 (0)				75
Næstved		0 / 0	0 (0)				67
Roskilde		0 / 0	0 (0)				100
Syddanmark	ja	10 / 20	2 (9)	50	(27-73)	35	45
Odense	ja	10 / 20	2 (9)	50	(27-73)	37	40
Sønderborg		0 / 0	0 (0)			0	100
Midtjylland	ja	12 / 22	3 (12)	55	(32-76)	40	43
Herning	ja*	0 / 1	0 (0)	0	(0-98)	0	33
Hjørring		0 / 0	0 (0)				50
Horsens		0 / 0	0 (0)				33
Randers	ja*	0 / 1	0 (0)	0	(0-98)		
Skejby	ja	11 / 18	3 (14)	61	(36-83)	67	50
Viborg	ja	1 / 2	0 (0)	50	(1-99)		
Nordjylland	ja*	1 / 5	1 (17)	20	(1-72)	38	20
Aalborg	ja*	1 / 5	1 (17)	20	(1-72)	38	22

* afdelings-, regions-/landsgennemsnittet opfylder ikke standarden, men sikkerhedsintervallet for estimatet omfatter denne standards værdi.

Klinisk-epidemiologiske kommentarer til indikator 6:

Overlevelsen efter 5 år for patienter med cervixcancer, st. I (indikator 6A) er på 93 % (95 % CI: 88-96 %) på landsplan og alle enheder opfylder standarden på 90 % indenfor konfidensintervallet. Standarden er således opfyldt på både lands-, regions- og enhedsniveau. Ligeledes er standarden på 45 % overlevende efter 5 år, for patienter med cervixcancer st. II-III, opfyldt indenfor 95 % konfidensintervallet på lands-, regions- og enhedsniveau. Flere enheder samt Region Nordjylland har dog meget få patienter, så disse resultater skal tolkes med stor varsomhed.

Det skal bemærkes, at indikator 6B i tidligere årsrapport kun inkluderede patienter med stadium II. De anførte overlevelsestal for 2007/08 og 2006/07 i tabellen for indikator 6B er korrigeret således at stadium III er taget med. Overlevelsesangivelserne for de tidligere år er således sammenlignelige med de aktuelle.

Afdelingsbetegnelsen "uoplyst" nederst i indikator 6A indikerer, at det ikke er registreret hvilken afdeling/hospital patienten er behandlet på.

Faglige kommentarer til indikator 6:

I beregningen af 5 års overlevelsen for cervixcancer stadium 1 indgår patienter der er behandlet i 2008/09. I indikatoren indgår patienter med en minimal sygdomsbyrde og ekstrem lav risiko for recidiv (stadium 1A) sammen med patienter hvor risiko for recidiv er lidt større (stadium 1B uden lymfeknudemetastasering) og



patienter med høj risiko for recidiv (stadium 1B med lymfeknudemetastasering). Årsagen til dette skal findes i en international fastholdelse af, at stadietinddeling af cervixcancer er klinisk og fastholdes uanset fund ved histologisk vurdering af det fjernede præparat. En 5 års-overlevelse på 93 % er på linje med international standard og denne har ligget stabilt sammenlignet med de to tidligere år.

Alle døde stadium I patienter på Rigshospitalet repræsenterer det generelle problem med den specielle kliniske stadietinddeling for cervixcancer, der giver mulighed for at inkludere stadium I patienter med udbredte lymfeknude metastaser ved undersøgelser der ikke må indgå i stadietinddelingen. Alle Rigshospitalets døde patienter blev korrekt diagnosticeret med udbredte lymfeknudemetastaser på gynækologisk afdeling og sendt videre til onkologisk afdeling, som derved blev ansvarlige for behandling.

Strålebehandling af cervixcancer foregår på 4 institutioner i DK; Århus, Odense, Herlev og Rigshospitalet. I de år der indgår i beregning af 5 års-overlevelsen for stadium II-III er der angivet 5 patienter behandlet i Ålborg, 2 patienter behandlet i Viborg, 1 patient behandlet i Randers og 1 patient behandlet Herning, hvilket kan betyde at disse patienter har været i for dårlig almen tilstand til at modtage kurativt intenderet strålebehandling. Det fremgår, at 5 års-overlevelsen er 56 % på landsplan og dette er helt på linje med internationale tal. Det kan synes, som om overlevelsen er stigende i forhold til tidligere år, hvilket er en glædelig trend, der forhåbentlig fastholdes eller forbedres med nye og forbedrede metoder til at vurdere strålefeltet mere nøjagtigt.



Indikatorområde: Ovariecancer

Indikator 10A: Ovarie-, tuba- og peritonealcancer, makroradikal operation, st. IIIC-IV, primært opererede

Standard: $\geq 60\%$

Ovariecancerpatienter med stadie IIIC-IV, der er primært opererede (og altså ikke har fået neoadjuverende kemoterapi) indgår i indikatoren. Patienter der har opnået makroradikal operation opfylder indikatoren (dvs. ingen resttumor eller restcarcinose i pelvis eller abdomen). Indikatoren er opgjort på gynækologiske afdelinger.

Indikator 10A							
	Std. 60% opfyldt	Tæller/nævner	Uoplyst (pct.)	Aktuelle år 1.7.13-30.6.14 Andel	95% CI	Tidligere år 2012/13 Andel	2011/12 Andel
Danmark	ja	79 / 126	79 (39)	63	(54-71)	35	35
Hovedstaden	ja*	19 / 34	27 (44)	56	(38-73)	29	25
Sjælland	ja*	0 / 1	0 (0)	0	(0-98)	0	0
Syddanmark	ja	19 / 29	34 (54)	66	(46-82)	38	38
Midtjylland	ja	32 / 51	9 (15)	63	(48-76)	43	52
Nordjylland	ja	9 / 11	9 (45)	82	(48-98)	39	27
Hovedstaden	ja*	19 / 34	27 (44)	56	(38-73)	29	25
Herlev	ja*	0 / 1	0 (0)	0	(0-98)	30	25
Rigshospitalet	ja*	19 / 33	27 (45)	58	(39-75)	28	25
Sjælland	ja*	0 / 1	0 (0)	0	(0-98)	0	0
Roskilde	ja*	0 / 1	0 (0)	0	(0-98)	0	0
Syddanmark	ja	19 / 29	34 (54)	66	(46-82)	38	38
Odense	ja	19 / 29	34 (54)	66	(46-82)	38	40
Midtjylland	ja	32 / 51	9 (15)	63	(48-76)	43	52
Silkeborg	ja*	1 / 2	0 (0)	50	(1-99)		
Skejby	ja	31 / 49	7 (13)	63	(48-77)	43	52
Nordjylland	ja	9 / 11	9 (45)	82	(48-98)	39	27
Aalborg	ja	9 / 11	9 (45)	82	(48-98)	39	27

* afdelings-, regions-/landsgennemsnittet opfylder ikke standarden, men sikkerhedsintervallet for estimatet omfatter denne standards værdi.



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

Standard: $\geq 60\%$

Ovariecancerpatienter med stadie IIIC-IV, der er opereret efter neoadjuverende kemoterapi indgår i indikatoren. Patienter der har opnået makroradikal operation opfylder indikatoren (dvs. ingen resttumor eller restcarcinose i pelvis eller abdomen). Indikatoren er opgjort på gynækologiske afdelinger.

Indikator 10B	Std. 60% opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst (pct.)	Aktuelle år 1.7.13-30.6.14		Tidligere år	
				Andel	95% CI	2012/13 Andel	2011/12 Andel
Danmark	nej	41 / 110	75 (41)	37	(28-47)	74	72
Hovedstaden	nej	11 / 42	26 (38)	26	(14-42)	83	83
Syddanmark	ja*	16 / 35	33 (49)	46	(29-63)	78	64
Midtjylland	ja*	10 / 19	7 (27)	53	(29-76)	80	50
Nordjylland	nej	4 / 14	9 (39)	29	(8-58)	25	100
Hovedstaden	nej	11 / 42	26 (38)	26	(14-42)	83	83
Herlev		0 / 0	0 (0)			89	67
Rigshospitalet	nej	11 / 42	26 (38)	26	(14-42)	67	100
Syddanmark	ja*	16 / 35	33 (49)	46	(29-63)	78	64
Odense	ja*	16 / 35	33 (49)	46	(29-63)	78	64
Midtjylland	ja*	10 / 19	7 (27)	53	(29-76)	80	50
Horsens		0 / 0	2(100)				
Skejby	ja*	10 / 19	5 (21)	53	(29-76)	78	50
Nordjylland	nej	4 / 14	9 (39)	29	(8-58)	25	100
Aalborg	nej	4 / 14	9 (39)	29	(8-58)	25	100

* afdelings-, regions-/landsgennemsnittet opfylder ikke standarden, men sikkerhedsintervallet for estimatet omfatter denne standards værdi.

Klinisk-epidemiologiske kommentarer til indikator 10A og 10B:

Indikatoren beskriver andelen af ovariecancerpatienter med st. IIIC-IV, der opereres makroradikalt henholdsvis som primær behandling (10A) og efter neoadjuverende kemoterapi (10B).

Blandt de primært opererede (10A) var der i 2013/14 på landsplan 63 % (95 % CI: 54-71 %) der blev opereret makroradikalt. Standarden på $\geq 60\%$ er således opfyldt både på landsplan og på regions- og afdelingsniveau.

Blandt patienter med operation efter neoadjuverende kemoterapi (10B) blev 37 % (95 % CI: 28-47 %) makroradikalt opereret, hvilket betyder, at standarden for indikator 10B ikke er opfyldt på landsplan. I 2 af de 4 regioner, hvor operationen udføres, er standarden på 60 % opfyldt indenfor 95 % konfidensintervallet. Der er dog kun få patienter i hver region, hvorfor alle regions- og afdelingsresultater bør tolkes med varsomhed.

Størstedelen (68) af de patienter, hvor der mangler oplysninger om hvorvidt de er primært opereret (10A) eller har fået neoadjuverende kemoterapi (10B), har ikke et operationsskema i DGCD. De 68 patienter indgår i kategorien "uoplyst" i både 10A og 10B. Det manglende operationsskema er formodentlig udtryk for, at de aldrig er blevet opereret, fordi det klinisk er skønnet, at operation ikke var det korrekte valg af behandling. Der findes ikke en simpel utvetydig måde til at identificere patienter i DGCD, der korrekt aldrig opereres. Der arbejdes på at løse dette problem til fremtidige rapporter.

Faglige kommentarer til indikator 10A og 10B:

Der er afholdt landsdækkende konsensumøde med repræsentanter fra gyn-onkologiske centre d. 27/6 2014 om selektering af patienter til hhv. primær operation eller intervalekirurgi, idet man har påvist større regionale forskelle i behandlingen af denne patientgruppe.

Interval kirurgi vil fremover i højere grad end tidligere kun blive tilbudt på indikation, når makroradikal operation kan forventes. Andelen, der opfylder indikator 10B forventes dermed at stige.

Både epitheliale og ikke-epitheliale tumorer er medregnet.



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

Standard: $\geq 80\%$

Ovariecancerpatienter med stadie I-IIIa der er makroradikalt opererede indgår i indikatoren. Patienter der har fået foretaget radikal lymfadenektomi (dvs. har fået fjernet både paraaortale og iliacale lymfeknuder) opfylder indikatoren. Indikatoren er opgjort på gynækologiske afdelinger.

Indikator 11A					
	Std. 80% opfyldt	Tæller/nævner	Uoplyst (pct.)	Aktuelle år 1.7.13-30.6.14 Andel 95% CI	
Danmark	nej	16 / 51	129 (72)	31	(19-46)
Hovedstaden	nej	5 / 21	40 (66)	24	(8-47)
Sjælland		0 / 0	1(100)		
Syddanmark	nej	3 / 14	39 (74)	21	(5-51)
Midtjylland	ja*	6 / 11	36 (77)	55	(23-83)
Nordjylland	ja*	2 / 5	12 (71)	40	(5-85)
Hovedstaden	nej	5 / 21	40 (66)	24	(8-47)
Herlev		0 / 0	3(100)		
Hillerød		0 / 0	1(100)		
Hvidovre		0 / 0	2(100)		
Rigshospitalet	nej	5 / 21	34 (62)	24	(8-47)
Sjælland		0 / 0	1(100)		
Roskilde		0 / 0	1(100)		
Syddanmark	nej	3 / 14	39 (74)	21	(5-51)
Odense	nej	3 / 14	39 (74)	21	(5-51)
Midtjylland	ja*	6 / 11	36 (77)	55	(23-83)
Randers	ja*	0 / 1	0 (0)	0	(0-98)
Silkeborg	ja	1 / 1	0 (0)	100	(3-100)
Skejby	ja*	5 / 9	36 (80)	56	(21-86)
Nordjylland	ja*	2 / 5	12 (71)	40	(5-85)
Aalborg	ja*	2 / 5	12 (71)	40	(5-85)
Speciallægepraksis					
Hamlet		0 / 0	1(100)		

* afdelings-, regions-/landsgennemsnittet opfylder ikke standarden, men sikkerhedsintervallet for estimatet omfatter denne standards værdi.



Indikator 11B: Ovarie-, tuba- og peritonealcancer, radikal lymfadenektomi, st. IIIB-IV

Standard: $\geq 80\%$

Ovariecancerpatienter med stadie IIIB-IV, der er makroradikalt opererede, indgår i indikatoren. Patienter der har fået foretaget radikal lymfadenektomi (dvs. har fået fjernet både paraaortale og iliacale lymfeknuder) opfylder indikatoren. Indikatoren er opgjort på gynækologiske afdelinger.

Indikator 11B	Std. 80% opfyldt	Tæller/nævner	Uoplyst (pct.)	Aktuelle år 1.7.13-30.6.14	
				Andel	95% CI
Danmark	nej	69 / 185	112 (38)	37	(30-45)
Hovedstaden	nej	12 / 65	34 (34)	18	(10-30)
Syddanmark	nej	12 / 45	54 (55)	27	(15-42)
Midtjylland	ja*	42 / 58	12 (17)	72	(59-83)
Nordjylland	nej	3 / 17	12 (41)	18	(4-43)
Hovedstaden	nej	12 / 65	34 (34)	18	(10-30)
Herlev	ja*	0 / 1	1 (50)	0	(0-98)
Rigshospitalet	nej	12 / 64	33 (34)	19	(10-30)
Syddanmark	nej	12 / 45	54 (55)	27	(15-42)
Odense	nej	12 / 45	54 (55)	27	(15-42)
Midtjylland	ja*	42 / 58	12 (17)	72	(59-83)
Silkeborg	ja*	0 / 1	0 (0)	0	(0-98)
Skejby	ja*	42 / 57	12 (17)	74	(60-84)
Nordjylland	nej	3 / 17	12 (41)	18	(4-43)
Aalborg	nej	3 / 17	12 (41)	18	(4-43)

* afdelings-, regions-/landsgennemsnittet opfylder ikke standarden, men sikkerhedsintervallet for estimatet omfatter denne standards værdi.

Klinisk-epidemiologiske kommentarer til indikator 11A og 11B:

Indikator 11A og 11B beskriver andelen af ovariecancerpatienter med radikal lymfadenektomi (fjernelse af lymfeknuder fra det paraaortale og det iliacale område).

For ovariecancerpatienter st. I-IIIa (indikator 11A) opfylder 31 % (95 % CI: 19-46 %) indikatoren på landsplan, og standarden på $\geq 80\%$ er således ikke opfyldt. På regionsniveau opfylder Region Midtjylland og Region Nordjylland standarden indenfor 95 % konfidensintervallet, men patientantallene er meget små, og resultaterne skal derfor tolkes med stor varsomhed. Da behandlingen er samlet på få centerafdelinger, er afdelingsresultaterne i vid udstrækning overensstemmende med regionsresultaterne.

Blandt ovariecancerpatienter st. IIIB-IV (indikator 11B) får 37 % (95 % CI: 30-45 %) foretaget radikal lymfadenektomi på landsplan. Standarden på $\geq 80\%$ er således heller ikke opfyldt på landsplan for indikator 11B. Kun Region Midtjylland opfylder standarden indenfor 95 % konfidensintervallet.

Af de 129 uoplyste i indikator 11A, mangler 122 patienter oplysninger om operationens radikalitet. Tilsvarende mangler 105 af de 112 uoplyste i indikator 11B, oplysninger om operationens radikalitet. Makroradikal operation defineres som "ingen resttumor eller restkarcinose i hverken pelvis eller abdomen". Hvis blot én af de 4 variable, der indgår i denne definition, er uoplyst, vil patienten falde i kategorien "uoplyst".

Faglige kommentarer til indikator 11A:

Indikator 11A indeholder kun 32 % af alle 167 stadium I-IIIa patienter der er registreret i aktuelle indikatorperiode i DGCD. Årsagen skyldes opsætning af indikator algoritmen, som kun medinddrager patienter med makroskopisk synlig tumor i det lille bækken, som ved indtastning i DGCD åbner variablen om udvidet resttumor og karcinose angivelse. Indikatoren vil fremover blive beregnet på den overordnede radikalitets angivelse, hvorved den vil blive korrekt.

Forskelle i andelen af lymfeknudefjernelse hos makroradikalt opererede patienter, afspejler forskelle i holdning til indgrebet, se kommentar til Indikator 11B.



Faglige kommentarer til indikator 11B:

Denne indikator viser andelen af patienter med klinisk erkendelig dissemineret sygdom, eller blot st. IIIC pga. lymfeknudemetastaser, der har fået foretaget lymfadenektomi. Der er således tale om en heterogen patientgruppe i forhold til sygdomsudbredning. Da der er evidens for terapeutisk effekt af fjernelse af metastatiske lymfeknuder som led i makroradikal operation, vil nogle patienter have fået foretaget lymfadenektomi på denne indikation, hvorimod andre patienter først ved den histologiske undersøgelse får påvist lymfeknudemetastaser, og derved erkendes at være st. IIIC. Tabellens forskelle blandt centre er derfor under indflydelse af holdningsforskelle til lymfadenektomi ved klinisk tidligt stadie. Ved høring af årsrapporten er der rejst diskussion om ovenstående indikatorer, netop fordi der fagligt set er uenighed om de kliniske retningslinjer på området.

Overskriften på denne indikator er misvisende, idet der ikke nødvendigvis er tale om radikal lymfadenektomi, men eventuelt blot fjernelse af enkelte lymfeknuder. Tabellen oplyser således ikke, hvor mange patienter der har fået foretaget radikal lymadenektomi, og overskriften vil blive ændret i fremtidige rapporter

Repræsentanter fra gynækologisk afdeling på Odense Universitetshospital kommenterer følgende:

Vi har tilkendegivet overfor DGCGs bestyrelse, at vi er fagligt uenige med anbefalingerne vedr. lymfeknudefjernelse som ikke er sufficient evidensbaserede, og litteraturgennemgangen i den nuværende guideline er heller ikke tilstrækkelig. Vores manglende opfyldelse af indikator 11A og 11B er således udtryk for faglig uenighed og manglende konsensus omkring guidelines og indikatorer.

Indikator 12A: Ovarie-, tuba- og peritonealcancer st. IIIC-IV, indlæggelsestid ≤ 8 dage, efter primær operation

Standard: ≥ 80 %

Ovariecancerpatienter med stadie IIIC-IV der er primært opererede (og altså ikke har fået neoadjuverende kemoterapi) indgår i indikatoren. Patienter der er indlagt ≤ 8 dage efter operation opfylder indikatoren. Indikatoren er opgjort på gynækologiske afdelinger.

Indikator 12A	Std. 80% opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst (pct.)	Aktuelle år		Tidligere år	
				1.7.13-30.6.14 Andel	95% CI	2012/13 Andel	2011/12 Andel
Danmark	ja*	95 / 122	83 (40)	78	(69-85)	82	75
Hovedstaden	ja	30 / 32	29 (48)	94	(79-99)	86	73
Sjælland	ja	1 / 1	0 (0)	100	(3-100)	60	80
Syddanmark	nej	17 / 29	34 (54)	59	(39-76)	81	78
Midtjylland	ja*	36 / 49	11 (18)	73	(59-85)	78	66
Nordjylland	ja	11 / 11	9 (45)	100	(72-100)	89	90
Hovedstaden	ja	30 / 32	29 (48)	94	(79-99)	86	73
Herlev	ja	1 / 1	0 (0)	100	(3-100)	80	63
Rigshospitalet	ja	29 / 31	29 (48)	94	(79-99)	89	79
Sjælland	ja	1 / 1	0 (0)	100	(3-100)	60	80
Roskilde	ja	1 / 1	0 (0)	100	(3-100)	50	80
Syddanmark	nej	17 / 29	34 (54)	59	(39-76)	81	78
Odense	nej	17 / 29	34 (54)	59	(39-76)	83	78
Midtjylland	ja*	36 / 49	11 (18)	73	(59-85)	78	66
Horsens		0 / 0	2(100)				
Silkeborg	ja*	1 / 2	0 (0)	50	(1-99)		
Skejby	ja*	35 / 47	9 (16)	74	(60-86)	78	66
Nordjylland	ja	11 / 11	9 (45)	100	(72-100)	89	90
Aalborg	ja	11 / 11	9 (45)	100	(72-100)	89	90

* afdelings-, regions-/landsgennemsnittet opfylder ikke standarden, men sikkerhedsintervallet for estimatet omfatter denne standards værdi.



Indikator 12B: Ovarie-, tuba- og peritonealcancer st. IIIC-IV, indlæggelsestid ≤ 8 dage, ved operation efter neoadjuverende kemoterapi

Standard: ≥ 80 %

Ovariecancerpatienter med stadie IIIC-IV der er opereret efter neoadjuverende kemoterapi indgår i indikatoren. Patienter der er indlagt ≤ 8 dage efter operation opfylder indikatoren. Indikatoren er opgjort på gynækologiske afdelinger

Indikator 12B	Std. 80% opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst (pct.)	Aktuelle år		Tidligere år	
				1.7.13-30.6.14 Andel	95% CI	2012/13 Andel	2011/12 Andel
Danmark	ja	96 / 107	78 (42)	90	(82-95)	76	90
Hovedstaden	ja	40 / 41	27 (40)	98	(87-100)	91	92
Syddanmark	ja	27 / 33	35 (51)	82	(65-93)	57	86
Midtjylland	ja*	15 / 19	7 (27)	79	(54-94)	71	100
Nordjylland	ja	14 / 14	9 (39)	100	(77-100)	75	100
Hovedstaden	ja	40 / 41	27 (40)	98	(87-100)	91	92
Herlev		0 / 0	0 (0)			89	100
Rigshospitalet	ja	40 / 41	27 (40)	98	(87-100)	100	83
Syddanmark	ja	27 / 33	35 (51)	82	(65-93)	57	86
Odense	ja	27 / 33	35 (51)	82	(65-93)	57	86
Midtjylland	ja*	15 / 19	7 (27)	79	(54-94)	71	100
Horsens		0 / 0	2(100)				
Skejby	ja*	15 / 19	5 (21)	79	(54-94)	67	100
Nordjylland	ja	14 / 14	9 (39)	100	(77-100)	75	100
Aalborg	ja	14 / 14	9 (39)	100	(77-100)	75	100

* afdelings-, regions-/landsgennemsnittet opfylder ikke standarden, men sikkerhedsintervallet for estimatet omfatter denne standards værdi.

Klinisk-epidemiologiske kommentarer til indikator 12A og 12B:

Indikator 12A og 12B beskriver andelen af ovariecancerpatienter med en indlæggelsestid på ≤ 8 dage efter hhv. primær operation (12A) og operation efter neoadjuverende kemoterapi (12B). Standarden på ≥ 80 % er opfyldt indenfor 95 % konfidensintervallet på landsplan for både indikator 12A og 12B. Region Syddanmark/Odense opfylder ikke standarden på indikator 12A, men ellers opfylder alle regioner/afdelinger indikator 12A og 12B indenfor konfidensintervallet.

Størstedelen (68) af de patienter, hvor der mangler oplysninger om hvorvidt de er primært opereret (12A) eller har fået neoadjuverende kemoterapi (12B), har ikke et operationsskema i DGCD. De 68 patienter indgår i kategorien "uoplyst" i både 12A og 12B. Det manglende operationsskema er udtryk for, at de aldrig er blevet opereret, fordi det klinisk er skønnet, at operation ikke var det korrekte valg af behandling (f.eks. pga. dårlig almentilstand eller manglende respons på neoadjuverende kemoterapi).

Faglige kommentarer til indikator 12A og 12B:

Indikator 12 kan ikke bedømmes isoleret, men må sammenholdes med omfanget af det udførte indgreb.



Indikatorområde: Corpuscancer

Indikator 20A: Corpuscancer, ingen fjernelse af lymfeknuder for lavrisikopatienter st. IA

Standard: $\geq 85\%$

Corpuscancerpatienter med lavrisiko stadie I (kun st. IA) indgår i indikatoren. Patienter, der korrekt *ikke* får fjernet lymfeknuder, opfylder indikatoren. Indikatoren er opgjort på gynækologiske afdelinger.

Indikator 20A					
	Std. 85% opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst (pct.)	Aktuelle år 1.7.13-30.6.14 Andel 95% CI	
Danmark	ja	325 / 354	30 (8)	92	(88-94)
Hovedstaden	ja	111 / 123	14 (10)	90	(84-95)
Sjælland	ja	38 / 41	2 (5)	93	(80-98)
Syddanmark	ja	77 / 80	4 (5)	96	(89-99)
Midtjylland	ja	61 / 68	7 (9)	90	(80-96)
Nordjylland	ja	38 / 42	3 (7)	90	(77-97)
Hovedstaden	ja	111 / 123	14 (10)	90	(84-95)
Herlev	ja	58 / 63	3 (5)	92	(82-97)
Hillerød	ja	1 / 1	1 (50)	100	(3-100)
Hvidovre	ja	1 / 1	0 (0)	100	(3-100)
Rigshospitalet	ja	51 / 58	10 (15)	88	(77-95)
Sjælland	ja	38 / 41	2 (5)	93	(80-98)
Roskilde	ja	38 / 41	2 (5)	93	(80-98)
Syddanmark	ja	77 / 80	4 (5)	96	(89-99)
Kolding	ja	1 / 1	0 (0)	100	(3-100)
Odense	ja	76 / 79	4 (5)	96	(89-99)
Midtjylland	ja	61 / 68	7 (9)	90	(80-96)
Herning		0 / 0	1(100)		
Odder	ja	1 / 1	0 (0)	100	(3-100)
Skejby	ja	60 / 67	6 (8)	90	(80-96)
Nordjylland	ja	38 / 42	3 (7)	90	(77-97)
Aalborg	ja	37 / 41	3 (7)	90	(77-97)
Thisted	ja	1 / 1	0 (0)	100	(3-100)

* afdelings-, regions-/landsgennemsnittet opfylder ikke standarden, men sikkerhedsintervallet for estimatet omfatter denne standards værdi.



Indikator 20B: Corpuscancer, fjernelse af pelvine lymfeknuder for mellem-højrisikopatienter st. I, eller st. II-III

Standard: $\geq 80\%$

Corpuscancerpatienter med mellem- eller højrisiko stadiet I eller stadiet II-III indgår i indikatoren. Patienter, der korrekt får fjernet pelvine lymfeknuder, opfylder indikatoren. Indikatoren er opgjort på gynækologiske afdelinger.

Indikator 20B	Std. 80% opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst (pct.)	Aktuelle år	
				1.7.13-30.6.14 Andel	95% CI
Danmark	nej	233 / 349	62 (15)	67	(62-72)
Hovedstaden	nej	61 / 105	24 (19)	58	(48-68)
Sjælland	ja*	15 / 23	4 (15)	65	(43-84)
Syddanmark	nej	51 / 78	20 (20)	65	(54-76)
Midtjylland	ja*	79 / 104	10 (9)	76	(67-84)
Nordjylland	ja*	26 / 38	4 (10)	68	(51-83)
Hovedstaden	nej	61 / 105	24 (19)	58	(48-68)
Herlev	nej	29 / 58	9 (13)	50	(37-63)
Hillerød		0 / 0	1(100)		
Hvidovre	ja*	0 / 1	0 (0)	0	(0-98)
Rigshospitalet	ja*	32 / 46	14 (23)	70	(54-82)
Sjælland	ja*	15 / 23	4 (15)	65	(43-84)
Roskilde	ja*	15 / 23	4 (15)	65	(43-84)
Syddanmark	nej	51 / 78	20 (20)	65	(54-76)
Odense	nej	51 / 78	20 (20)	65	(54-76)
Midtjylland	ja*	79 / 104	10 (9)	76	(67-84)
Herning		0 / 0	1(100)		
Skejby	ja*	79 / 104	9 (8)	76	(67-84)
Nordjylland	ja*	26 / 38	4 (10)	68	(51-83)
Aalborg	ja*	26 / 38	4 (10)	68	(51-83)
Speciallægepraksis					
Hamlet	ja	1 / 1	0 (0)	100	(3-100)

* afdelings-, regions-/landsgennemsnittet opfylder ikke standarden, men sikkerhedsintervallet for estimatet omfatter denne standards værdi.

Klinisk-epidemiologiske kommentarer til indikator 20A og 20B:

Indikator 20 beskriver andelen af corpuscancerpatienter, der har fået foretaget korrekt lymfeknudesampling. For st. I lav-risikopatienter (indikator 20A), hvor korrekt sampling betyder, at der ikke fjernes lymfeknuder, opfylder 92 % (95 % CI: 88-94 %) af patienterne indikatoren på landsplan og standarden på $\geq 85\%$ er således opfyldt. Standarden er ligeledes opfyldt indenfor 95 % konfidensintervallet i alle regioner og på alle afdelinger.

For st. I mellem-højrisikopatienter og st. II-III (indikator 20B), hvor korrekt sampling betyder fjernelse af pelvine lymfeknuder, opfylder 67 % (95 % CI: 62-72 %) af patienterne indikatoren. Standarden på $\geq 80\%$ er dermed ikke opfyldt på landsplan. Blandt regionerne opfylder Region Sjælland, Region Midtjylland og Region Nordjylland standarden indenfor konfidensintervallet på indikatorværdien. På afdelingsniveau opfylder 4 ud af 6 afdelinger med et betydende patientantal standarden indenfor konfidensintervallet. Enkelte afdelinger har meget få patienter, og deres resultater skal derfor ikke tolkes yderligere. Bemærk også, at der er en del patienter med manglende oplysninger; 62 patienter mangler oplysning om enten stadiet, risikostatus (for stadiet I patienter) eller lymfeknuderresektion. Der er primært tale om manglende oplysning om stadiet.

Faglige kommentarer til indikator 20A:

I beregningen indgår også sarcomer st. 1A hvilket er uhensigtsmæssigt omend de udgør et lille antal. Disse vil blive trukket ud i de fremtidige årsrapporter.



Faglige kommentarer til indikator 20B:

Indikator 20B var tænkt som et mål for i hvor høj grad de enkelte afdelinger foretager en korrekt staging af patienter der præoperativt var bedømt som mellem- og høj risiko stadium I og II. Da udtrækket foretages på postoperative data må st. III C (hvor pelvine lymfeknudemetastaser blev påvist) også indgå. Det reelle udtræk er lavet på alle st. I, II og III, hvorfor der også indgår patienter i nævneren for hvem indgrebet ikke var relevant. I tælleren indgår patienter hvor der forefindes lymfeknuder i patologi-arket, uanset det fjernede antal. Det kan derfor dreje sig om patienter hvor der er fjernet bulky nodes såvel som patienter der har fået foretaget en egentlig staging. Tallene i indikatoren er derfor ikke fuldstændigt velegnede til at belyse det som indikatoren skulle afspejle.

Idet den patientgruppe der rammes af denne sygdom hyppigt har en høj alder og/eller en del komorbiditet vil der være en del patienter hvor pelvin lymfeknude-staging ikke findes indiceret. Der har derfor været fremsat ønske om at dette kunne anføres i databasen, således der var/er forklaring på undladt fjernelse. Det samme gælder for de tilfælde hvor patienterne selv har fravalgt. Dette vil blive muligt fremadrettet men fremgår ikke af tallene for indeværende år. Der er til gengæld viden om at "manglende lymfeknudefjernelse" ofte er velbegrunderet i patientjournalerne (OUH data).

Da man fastsatte indikatorens standard til $\geq 80\%$ var man klar over at dette tal muligvis skulle justeres. Med vores nuværende viden og den nuværende måde at udregne tal til indikatoren vurderer vi at tallet er for højt sat.

På denne baggrund, og idet behandlingsstrategien for corpuscancer snart ændres, vil denne indikator skulle ændres inden for kort tid.

Indikatorområde: Sygepleje

Indikator 30: Sygepleje ovariecancer – mobilisering ≥ 3 timer på postoperativ dag 1 for ikke-ekstensivt opererede

Standard: ≥ 60 %

Ovariecancerpatienter, der ikke er ekstensivt opereret, er modtaget i sygeplejeafdelingen på operationsdagen eller den følgende dag, og som ikke er udskrevet på operationsdagen eller den følgende dag, indgår i indikatoren. Patienter der er mobiliseret ≥ 3 timer dagen efter operation opfylder indikatoren. Indikatoren er opgjort på gynækologiske afdelinger.

Indikator 30	Std. 60% opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst (pct.)	Aktuelle år 1.7.13-30.6.14		Tidligere år 2012/13 2011/12	
				Andel	95% CI	Andel	Andel
Danmark	nej	95 / 202	195 (49)	47	(40-54)	48	48
Hovedstaden	nej	22 / 73	34 (32)	30	(20-42)	35	59
Syddanmark	ja	33 / 43	31 (42)	77	(61-88)	63	64
Midtjylland	nej	30 / 64	37 (37)	47	(34-60)	52	27
Nordjylland	ja*	10 / 22	17 (44)	45	(24-68)	29	13
Hovedstaden	nej	22 / 73	34 (32)	30	(20-42)	35	59
Herlev		0 / 0	1(100)			43	65
Rigshospitalet	nej	22 / 73	33 (31)	30	(20-42)	32	53
Syddanmark	ja	33 / 43	31 (42)	77	(61-88)	63	64
Odense	ja	33 / 43	31 (42)	77	(61-88)	63	64
Midtjylland	nej	30 / 64	37 (37)	47	(34-60)	52	27
Aarhus	nej	30 / 64	37 (37)	47	(34-60)	52	27
Nordjylland	ja*	10 / 22	17 (44)	45	(24-68)	29	13
Alborg	ja*	10 / 22	17 (44)	45	(24-68)	29	13
Uoplyst		0 / 0	76(100)				

* afdelings-, regions-/landsgennemsnittet opfylder ikke standarden, men sikkerhedsintervallet for estimatet omfatter denne standards værdi.

Klinisk-epidemiologiske kommentarer til indikator 30:

Indikator 30 beskriver andelen af patienter, der var mobiliseret i 3 timer eller mere på postoperativ dag 1. På landsplan opfylder 47 % (95 % CI: 40-54 %) af patienterne indikatoren, mens afdelingerne har indikatorværdier, der spænder fra 30 % til 77 %. Standarden på ≥ 60 % er opfyldt indenfor 95 % konfidensintervallet i 2 af de 4 regioner/afdelinger, der opererer ovariecancerpatienter.

Af de uoplyste i tabellen er 163 uoplyst, fordi der mangler oplysning om hvorvidt patienten har gennemgået ekstensiv operation eller ej (ekstensiv/ikke ekstensiv operation defineres ved ja/nej svar på spørgsmålet "Er der foretaget yderligere resektioner?" i operationsskemaet). Af de 163 patienter er der 81, der ikke har et operationsskema i DGCD. Det manglende operationsskema er formodentlig udtryk for, at de aldrig er blevet opereret, fordi det klinisk er skønnet, at operation ikke var det korrekte valg af behandling (f.eks. pga. dårlig almentilstand eller manglende respons på neoadjuverende kemoterapi).

Afdelingsbetegnelsen "uoplyst" nederst i indikatoropgørelsen indikerer, at det ikke er registreret hvilken afdeling/hospital patienten er behandlet på.

Faglige kommentarer til indikator 30:

24 patienter udgår fordi de er udskrevet på operationsdagen eller dagen efter. De afdelinger der har tidligt udskrevne patienter får dermed tendens til et dårligere resultat på denne indikator.

Et særligt registreringsskema er blevet udarbejdet og pilottestet til optimering af mobilisering. Af skemaet fremgår anbefalinger for mobilisering tydeligt, således at kvinderne og deres pårørende selv kan deltage aktivt - også i udfyldelsen af skemaet, som implementeres nationalt i 2015.



Der har været tekniske vanskeligheder med registreringen af, hvornår patienten er modtaget på afdelingen. Derfor mangler en lille andel patienter oplysning om, hvornår de er modtaget på afdelingen. En justering af indtastningsfladen ønskes for at komme problemet til livs.



Indikator 31: Sygepleje ovariecancer - afføring ≤ 3 dage efter operation

Standard: ≥ 80 %

Ovariecancerpatienter der er modtaget i sygeplejeafdelingen på operationsdagen eller postoperativ dag 1, 2 eller 3, og ikke er udskrevet på operationsdagen, indgår i indikatoren. Patienter der har haft afføring senest på postoperativ dag 3 opfylder indikatoren. Indikatoren er opgjort på gynækologiske afdelinger.

Indikator 31	Std. 80% opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst (pct.)	Aktuelle år		Tidligere år	
				Andel	95% CI	Andel	Andel
Danmark	nej	254 / 413	94 (19)	62	(57-66)	61	59
Hovedstaden	nej	68 / 133	6 (4)	51	(42-60)	54	52
Syddanmark	nej	68 / 124	9 (7)	55	(46-64)	60	65
Midtjylland	ja*	83 / 112	8 (7)	74	(65-82)	66	49
Nordjylland	ja*	35 / 44	2 (4)	80	(65-90)	76	96
Hovedstaden	nej	68 / 133	6 (4)	51	(42-60)	54	52
Herlev	ja*	0 / 1	0 (0)	0	(0-98)	50	62
Rigshospitalet	nej	68 / 132	6 (4)	52	(43-60)	56	45
Syddanmark	nej	68 / 124	9 (7)	55	(46-64)	60	65
Odense	nej	68 / 124	9 (7)	55	(46-64)	60	65
Midtjylland	ja*	83 / 112	8 (7)	74	(65-82)	66	49
Aarhus	ja*	83 / 112	8 (7)	74	(65-82)	66	49
Nordjylland	ja*	35 / 44	2 (4)	80	(65-90)	76	96
Alborg	ja*	35 / 44	2 (4)	80	(65-90)	76	96
Uoplyst		0 / 0	69(100)				

* afdelings-, regions-/landsgennemsnittet opfylder ikke standarden, men sikkerhedsintervallet for estimatet omfatter denne standards værdi.

Klinisk-epidemiologiske kommentarer til indikator 31:

Indikator 31 beskriver andelen af patienter, der havde afføring senest 3 dage efter operation. Alle patienter, der blev henvist til primær operation eller til neoadjuverende kemoterapi (med forventning om efterfølgende intervalekirurgi) er inkluderet i indikatoren.

På landsplan opfylder 62 % (95 % CI: 57-66 %) af patienterne indikatoren, og standarden på ≥ 80 % er således ikke opfyldt. Region Midtjylland og Region Nordjylland opfylder standarden inden for konfidensintervallet.

Afdelingsbetegnelsen "uoplyst" nederst i indikatoropgørelsen indikerer, at det ikke er registreret hvilken afdeling/hospital patienten er behandlet på.

Faglige kommentarer til indikator 31:

Indikatoren omfatter både ekstensivt og ikke-ekstensivt opererede ovarie cancer patienter.

Der vil i 2015 blive taget initiativ til udarbejdelse af en klinisk vejledning med anbefalinger for profylaktisk laksantia behandling samt reduktion af postoperativ ileus til kvinder, som er opereret for ovarie cancer.

94 patienter mangler oplysning om afføring. Indikatoren indbefatter patienter som ikke er udskrevet på operationsdagen. Men da mange bliver udskrevet inden 3. dag, vil indikatoren automatisk give mange uoplyste. Så enten skal der klassificeres ved efterfølgende telefonopringning til patienten, eller også må tilføjes svarmulighed: "Afføring efter udskrivelse."



3. Beskrivelse af sygdomsområdet

Dansk Gynækologisk Cancer Database (DGCD) udgiver nu sin syvende årsrapport, der præsenterer data fra årene 2011 – 2014. Vi håber, at resultaterne fra Årsrapporten vil blive brugt til en forstærket kvalitetsudvikling og forskning inden for området, så de kan blive til gavn for patienter med gynækologiske cancersygdomme.

DGCD er en del af Dansk Gynækologisk Cancer Gruppe (DGCG), der er et samarbejde mellem Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi (DSOG), Dansk Patologiselskab (DPAS) og Dansk Selskab for Klinisk Onkologi (DSKO).

DGCG er opbygget af en bestyrelse med repræsentanter fra hvert af de tre tidligere nævnte selskaber samt repræsentanter fra Dansk Radiologisk Selskab og Danske Regioner. Derudover er der et forretningsudvalg og en række arbejdsgrupper inden for hvert sygdomsområde samt en databasestyregruppe. Nuværende medlemmer af de forskellige udvalg og arbejdsgrupper er listet i kap. 6.

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

- At indgå i kvalitetssikring og -udvikling af den patoanatomiske vurdering samt den kirurgiske, sygeplejemæssige, kemo- og radioterapeutiske behandling af gynækologisk cancer i Danmark
- At indsamle kliniske informationer til brug for statistik og fremtidig forskning i gynækologisk cancer i Danmark.

Databasen omfatter alle patienter i Danmark, som er diagnosticeret efter 1. januar 2005 med enten ovarie-, peritoneal- eller tubacancer samt borderlinetumorer, corpuscancer og hyperplasi med atypi eller cervixcancer. I 2011 begyndte registrering af sygeplejedata. I 2012 begyndte registrering af trofoblasygdom og i 2013 registrering af vulva- og vaginalcancer.

DGCD har i en årrække haft behov for revision af databasen. Denne revision er nu gennemført og omfatter både indtastningsflade, indikatorer samt afrapportering i Analyseportalen og via generisk smal model. I juni 2013 blev en ny indtastningsflade lanceret. Derudover har arbejdsgrupperne for de 3 sygdomsområder under DGCG samt sygeplejegruppen udarbejdet indikatorspecifikationer i samarbejde med KCKS-øst og KCEB-øst.

Der er udviklet 8 nye indikatorer og flere er fortsat under udvikling og vurdering. Se indikatoroversigten nedenfor.

DGCD er huset af Kompetencecenter for Kliniske Kvalitet og Sundhedsinformatik (KCKS-Øst), der driver den server databasen ligger på samt uddataprogrammet Analyseportalen (AP).

For mere information om Dansk Gynækologisk Cancer Gruppe og Dansk Gynækologisk Cancer Database, se hjemmesiden www.dgcg.dk.

I processen omkring udarbejdelsen af årsrapporten har de relevante afdelinger fået tilsendt mangellister flere gange for at sikre, at alle data er indsamlet inden den endelige opgørelse.

Årsrapporten er sendt i høring ad to omgange. Første gang til DGCDs styregruppe samt DGCD-ansvarlige afdelingsrepræsentanter. Anden gang er den atter sendt til ovennævnte samt til de DGCD-ansvarlige på afdelingerne og til de regionale kvalitetskontorer.

4. Oversigt over indikatorer

Indikatorområde	Nr.	Navn	Standard
Cervixcancer	1	Cervixcancer, Andel med ≥ 18 fjernede lymfeknuder ved radikal hysterektomi	$\geq 80 \%$
	6A	Cervixcancer, 5 års overlevelse, st. I	$\geq 70 \%$
	6B	Cervixcancer, 5 års overlevelse, st. II-III	$\geq 70 \%$
Ovariecancer	10A	Ovariecancer, makroradikal operation, st. IIIC-IV, primært opererede	$\geq 60 \%$
	10B	Ovariecancer, makroradikal operation, st. IIIC-IV, opereret efter neoadjuverende kemoterapi	$\geq 60 \%$
	11A	Ovariecancer, radikal lymfadenektomi, st. I-IIIA	$\geq 80 \%$
	11B	Ovariecancer, radikal lymfadenektomi, st. IIIB-IV	$\geq 80 \%$
	12A	Ovariecancer, indlæggelsestid ≤ 8 dage, efter primær operation	$\geq 80 \%$
	12B	Ovariecancer, indlæggelsestid ≤ 8 dage, ved operation efter neoadjuverende kemoterapi	$\geq 80 \%$
Corpuscancer	20A	Corpuscancer, ingen fjernelse af lymfeknuder for lavrisikopatienter st. I	$\geq 85 \%$
	20B	Corpuscancer, fjernelse af pelvine lymfeknuder for mellem-højrisikopatienter st. I, eller st. II-III	$\geq 80 \%$
Sygepleje	30	Sygepleje ovariecancer – mobilisering ≥ 3 timer på postoperativdag 1 for ikke-ekstensivt opererede	$\geq 80 \%$
	31	Sygepleje ovariecancer - afføring ≤ 3 dage efter operation	$\geq 90 \%$

De øvrige indikatorer er under udvikling og afrapporteres derfor ikke i nærværende årsrapport.



5. Datagrundlag

Årsrapporten inkluderer data fra 1. juli 2011 til 30. juni 2014. Opgørelsesperioden er i modsætning til tidligere forskudt således at den aktuelle periode dækker 1. juli 2013 – 30. juni 2014. Indikatoropgørelserne for den aktuelle periode sammenlignes med de 2 foregående perioder; 1. juli 2012-30. juni 2013 og 1. juli 2011-30. juni 2012. Disse forskudte opgørelsesperioder vil blive anvendt fremadrettet.

I forbindelse med revisionen af databasen blev den tidligere indtastningsflade lukket ned og den nye åbnet i juni 2013. Data fra den tidligere database er blevet mappet og overført til den nye database. Mapningen har dog ikke kunnet gennemføres med tilfredsstillende resultat for alle variable. Dette har betydet, at der for nogle variable har været et begrænset datamateriale til rådighed for beregning af resultater for tidligere år. I disse tabeller er tidligere års resultater derfor ikke medtaget (indikator 11A+B og 20A+B).

Det samlede datagrundlag for de seneste 3 tidsperioder, der indgår i statistikken i aktuelle årsrapport udgøres af 4966 patienter med cervix-, ovarie- (incl. tuba- og peritonealcancer samt borderlinetumorer) eller corpuscancer. Disse patienter opfylder tre krav: De er alle diagnosticerede i perioden 1. juli 2011- 30. juni 2014, de er alle registrerede i DGCD, og de har alle fået angivet en cancertype i DGCD.

Det er de enkelte brugere rundt om på landets onkologiske, gynækologiske og patologiafdelinger, der står for den løbende indtastning i databasen. I Appendiks 6 er listet samtlige hospitaler i Danmark, der indberetter til DGCD. Databasen er etableret i det generiske IT-system Klinisk MåleSystem (KMS). DGCD er forløbsbaseret, dvs. at hver enkelt patient indgår med en række sygdomsspecifikke skemaer. Samtlige skemaer indeholder faste variable samt mulighed for fri tekst som i en papirjournal. De faste variable er delt i to kategorier: »frivillige« og »obligatoriske«. Sidstnævnte skal udfyldes, for at et skema kan indleveres. Ved udarbejdelsen af årsrapporten sammenkøres data fra DGCD med LPR dels for at opgøre dækningsgrad, men ligeledes for at skabe det samlede datasæt der udgør årsrapporten i henhold til ovenstående. Derudover samkøres med LPR for at indhente så mange onkologiske oplysninger som muligt samt død/levende status til beregning af overlevelse. Udover LPR benyttes Patologiregistret både til kørsel af mangellister til patologerne, men også aktivt i forbindelse med årsrapporten til validering og berigelse af histologiske oplysninger for cervixcancer.

Datakvalitet og statistiske analyser

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

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

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

Dækningsgrad og datakomplethed

Databasens dækningsgrad og datakomplethed beskrives overordnet i dette afsnit. Detaljer om datagrundlag, dækningsgrad og datakomplethed findes i appendiks 1.

DGCD er en landsdækkende klinisk database, hvilket er defineret i bekendtgørelsen om godkendelsen af landsdækkende og regionale kliniske kvalitetsdatabaser, som: »... en klinisk kvalitetsdatabase, hvor mindst



90 % af den relevante patientpopulation i Danmark registreres ...« jf. BEK nr. 459 af 16/05/2006, § 1, stk. 4. Indberetningen til DGCD er lovpligtig.

Dækningsgraden er defineret som værende andelen af patienter, der er indberettet til databasen i forhold til samtlige patienter i LPR, der opfylder inklusionskriterierne. I 2013/14 var dækningsgraden 86 %. Dækningsgraden for 2013/14 ligger således under kravet på 90 %. Årsagerne til dette er flere; De indberettende afdelinger har skullet lære den nye indtastningsflade at kende, ydermere er opgørelsesperioden i denne årsrapport for første gang forskudt, så den ikke følger kalenderåret. DGCD har dog allerede opmærksomhed på problemet, og der er lagt en plan for tiltag til at få øget dækningsgraden igen.

Kommentar fra DGCD-styregruppeformand Claus Høgdall: Denne dækningsgrad er ikke korrekt, idet samkøring af de 310 patienter med patientudtrækket til årsrapporten og manuelle opslag viser at næsten alle patienter er dækket i DGCD. Gennemgang af mangellister i analyseportalen viser ligeledes at adskillige afdelinger er 100 % i perioden. Den korrekte dækningsprocent er 95-97 %. Årsagen til manglende inklusion af patienter i beregning af dækningsgraden undersøges nu nærmere.

Komplethedegrad for de enkelte indikatorer

Datakompletheden for de enkelte indikatorer varierer fra 28 til 99 % (se tabel s. 33).

Generelt bør datakompletheden for hver enkelt indikator være over 80 %. Af de 13 indikatorer har 6 en datakomplethed på > 80 %. Indikatorresultater med datakomplethed under 80 % skal tolkes med varsomhed.



6. Styregruppens sammensætning

Grupper under Dansk Gynækologisk Cancer Gruppe

Bestyrelse

1. Klinikchef, overlæge Lene Lundvall, Gynækologisk Klinik, Rigshospitalet (formand)
2. Overlæge Mansoor Mirza, Onkologisk afd., Rigshospitalet (næstformand)
3. Professor, overlæge, dr.med., Anders Kristian M. Jakobsen, Onkologisk afd., Vejle Sygehus
4. Overlæge, dr.med., Jacob Christian Lindegaard, Onkologisk afd. D, Aarhus Universitetshospital, Aarhus Sygehus
5. Professor, overlæge, dr. med., Jørn Herrstedt, Onkologisk afd. R, Odense Universitetshospital
6. Professor, overlæge, dr.med., Jan Blaakær, Gynækologisk afd., Aarhus Universitetshospital, Skejby
7. Overlæge Doris Schledermann, Afdeling for Klinisk Patologi, Odense Universitetshospital
8. Overlæge Estrid Stæhr Hansen, Patologisk Institut, Aarhus Universitetshospital, Aarhus Sygehus
9. Overlæge, ph.d., Lotte Nedergaard, Patologiafdelingen, Rigshospitalet
10. Overlæge, dr.med., Erik Morre Pedersen, Radiologisk afd., Aarhus Universitetshospital, NBG
11. Overlæge, ph.d., Berit Mosgaard, Gynækologisk Klinik, Rigshospitalet
12. Professor, overlæge, dr.med. Claus Høgdall, Gynækologisk Klinik, Rigshospitalet
13. Seniorforsker, ph.d., dr. med. Estrid Høgdall, leder af Molekylærenheden og Dansk Cancer Biobank, Patologiafdelingen, Herlev Hospital
14. Afdelingslæge, ph.d., Isa Niemann, Gynækologisk afd., Aarhus Universitetshospital, Skejby
15. Overlæge, ph.d., Lars Fokdal, Onkologisk afd., Aarhus Universitetshospital, Aarhus Sygehus
16. Overlæge, Vibeke Zobbe, Gynækologisk klinik, Rigshospitalet
17. Overlæge, ph.d., Pernille Jensen, Gynækologisk afd., Odense Universitetshospital
18. Overlæge Annika Loft, Gynækologisk klinik, Rigshospitalet
19. Specialeansvarlig Overlæge (Gyn Onkologi), klinisk lektor, dr. med., Erik Søgaard Andersen, Gynækologisk afd., Aalborg Universitetshospital
20. Overlæge Anni Grove, Patologisk inst., Aalborg Universitetshospital
21. Overlæge Hanne Havsteen, Onkologisk afd. R, Herlev Hospital
22. Overlæge Bente Lund, Onkologisk afd., Aalborg Universitetshospital

Forretningsudvalg

1. Klinikchef, overlæge Lene Lundvall, Gynækologisk Klinik, Rigshospitalet (formand)
2. Overlæge Estrid Stæhr Hansen, Patologisk Institut, Aarhus Universitetshospital, Aarhus Sygehus
3. Overlæge Hanne Havsteen, Onkologisk afd. R, Herlev Hospital
4. Overlæge, ph.d., Pernille Jensen, Gynækologisk afd., Odense Universitetshospital
5. Professor, overlæge, dr.med., Anders Kristian M. Jakobsen, Onkologisk afd., Vejle Sygehus
6. Specialeansvarlig Overlæge (Gyn Onkologi), klinisk lektor, dr. med., Erik Søgaard Andersen, Gynækologisk afd., Aalborg Universitetshospital

DGCGs arbejdsgrupper

Cervixcancergruppen

1. Overlæge, ph.d., Lars Fokdal, Onkologisk afd., Aarhus Universitetshosp., Aarhus Sygehus (formand)
2. Overlæge, ph.d., Ole Mathiesen, Gynækologisk afd., Aarhus Universitetshospital, Skejby
3. Overlæge, ph.d., Pernille Jensen, Gynækologisk afd., Odense Universitetshospital
4. Overlæge, dr.med., Vibeke Ravn Skovlund, Patologiafdelingen, Herlev Hospital
5. Overlæge Doris Schledermann, Afdeling for Klinisk Patologi, Odense Universitetshospital
6. Overlæge, dr.med. Henrik Roed, Radioterapiklinikken, Rigshospitalet
7. Overlæge Gitte-Bettina Nyvang, Onkologisk afd., Odense Universitetshospital
8. Overlæge, dr.med., Erik Morre Pedersen, Radiologisk afd., Aarhus Universitetshospital, NBG
9. Overlæge, Ligita Frøding, Gynækologisk afd., Gynækologisk klinik, Rigshospitalet
10. Overlæge, ph.d., Lotte Nedergaard, Patologiafdelingen, Rigshospitalet



Vulvacancergruppen

1. Overlæge, Vibeke Zobbe, Gynækologisk klinik, Rigshospitalet (formand)
2. Overlæge, ph.d., Lars Fokdal, Onkologisk afd., Aarhus Universitetshospital, Aarhus Sygehus (næstformand)
3. Afdelingslæge, ph.d., Isa Niemann, Gynækologisk afd., Aarhus Universitetshospital, Skejby
4. Professor, overlæge dr. med. Svend Aage Engelholm, Finsen Centeret, Onkologisk afd., Rigshospitalet
5. Overlæge, ph.d., Lotte Nedergaard, Patologiafdelingen, Rigshospitalet
6. Overlæge Charlotte Winther, Patologisk afd., Herlev Hospital
7. Fysiker Ashildur Logadóttir, Onkologisk afd., Rigshospitalet
8. Overlæge, Ligita Frøding, Gynækologisk afd., Gynækologisk klinik, Rigshospitalet

Ovariecancergruppen

1. Overlæge, ph.d., Berit Mosgaard, Gynækologisk klinik, Rigshospitalet (formand)
2. Afdelingslæge, ph.d., Signe Frahm Bjørn, Gynækologisk klinik, Rigshospitalet (sekretær)
3. Overlæge Hanne Havsteen, Onkologisk afd. R, Herlev Hospital
4. Overlæge Anni Grove, Patologisk inst., Aalborg Universitetshospital (næstformand)
5. Professor, overlæge, dr.med., Svend Aage Engelholm, Radioterapiklinikken, Rigshospitalet
6. Overlæge Bente Lund, Onkologisk afd., Aalborg Universitetshospital
7. Overlæge, dr.med., Lone Kjeld Petersen, Gynækologisk afd., Aarhus Universitetshospital, Skejby
8. Overlæge Else Mejlgård, Patologisk Institut, Aarhus Universitetshospital, Aarhus Sygehus
9. Overlæge, ph.d., Thora Christiansen, Gynækologisk afd., Aarhus Universitetshospital, Skejby
10. Overlæge, ph.d, lektor Karina Dahl Steffensen, Onkologisk afd., Vejle Sygehus
11. Afdelingslæge Iben Johnsen, Afdeling for Klinisk Patologi, Odense Universitetshospital
12. Professor, overlæge, dr. med. Ole Mogensen. Gynækologisk afd., Odense Universitetshospital

Endometriecancergruppen

1. Overlæge Mansoor Mirza, Onkologisk afd., Rigshospitalet (formand)
2. Overlæge Lian Ulrich, Gynækologisk Klinik, Rigshospitalet (næstformand)
3. Overlæge Morten Jørgensen, Onkologisk Klinik, Rigshospitalet
4. Overlæge Gitte Ørtoft Jensen, Gynækologisk afd., Aarhus Universitetshospital, Skejby
5. Overlæge Marianne Lidang, Patologiafd., Herlev Hospital
6. Overlæge Else Mejlgård, Patologisk Institut, Aarhus Universitetshospital
7. Overlæge, ph.d. Klinisk Lektor, Kirsten Jochumsen, Gynækologisk afd., Odense Universitetshospital
8. Overlæge Doris Schledermann, Afdeling for Klinisk Patologi, Odense Universitetshospital
9. Reservelæge Mette Hæe, Aarhus Universitetshospital, NBG, Onkologisk afdeling D
10. Overlæge, ph.d. Trine Juhler-Nøttrup, Herlev Hospital, Onkologisk afdeling R

Databasestyregruppen

1. Professor, overlæge, dr.med. Claus Høgdall, Gynækologisk Klinik, Rigshospitalet (formand)
2. Overlæge Hanne Havsteen, Onkologisk afd. R, Herlev Hospital (ovariecancergruppen)
3. Overlæge, ph.d., Lotte Nedergaard, Patologiafdelingen, Rigshospitalet.
4. Overlæge, ph.d., Pernille Jensen, Gynækologisk afd., Odense Universitetshospital (cervixcancergruppen)
5. Overlæge, ph.d. Klinisk Lektor, Kirsten Jochumsen, Gynækologisk afd., Odense Universitetshospital (endometriecancergruppen)
6. Overlæge Doris Schledermann, Afdeling for Klinisk Patologi, Odense Universitetshospital (patologiregisteret)
7. Afdelingslæge Helle Lund, Klinisk Diagnostik, Patologi, Aalborg Universitetshospital, (trofoblastgruppen)
8. Overlæge, ph.d., Ingrid Thranov, Gynækologisk klinik, Rigshospitalet (vulvacancergruppen)
9. Seniorforsker, ph.d. Lene Seibæk, Kvindesygdomme og Fødsler, Aarhus Universitetshospital (sygeplejegruppen)
10. Projektsygeplejerske Lissen Ingvarsen, Gynækologisk Klinik, Rigshospitalet (sygeplejedatabasen)
11. Overlæge, ph.d., Trine Juhler-Nøttrup, Onkologisk afdeling RA54B4u, Herlev Hospital (ad hoc.)
12. Afdelingslæge, ph.d., Signe Frahm Bjørn, Gynækologisk Klinik, Rigshospitalet (ad hoc.)
13. Specialkonsulent, Mette Roed Eriksen, Klinisk information & Data samt Kompetencecenter for Kvalitet og Sundhedsinformatik – Øst
14. Klinisk epidemiolog, ph.d., Helle Hare-Bruun, Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed & Kompetencecenter for Epidemiologi og Biostatistik



Forskningsgruppen

1. Seniorforsker, ph.d., Estrid Høgdall, leder af Molekylærenheden og Dansk Cancer Biobank, Patologiafdelingen, Herlev Hospital (formand)
2. Overlæge, ph.d, lektor, Karina Dahl Steffensen, Onkologisk afd., Vejle Sygehus (næstformand)
3. Overlæge, ph.d. Klinisk Lektor, Kirsten Jochumsen, Gynækologisk afd., Odense Universitetshospital (sekretær)
4. Kursusreservelæge, Fanny Håkonsson, Gynækologisk afd., Herlev Hospital
5. Kursusreservelæge, ph.d., Carsten Lindberg Fagö-Olsen, Gynækologisk-Obstetrisk afdeling, Nordsjællands Hospital Hillerød
6. Professor, overlæge, dr.med., Claus Høgdall, Gynækologisk Klinik, Rigshospitalet
7. Afdelingslæge, ph.d, Tine Henriksen-Schnack, Gynækologisk afd., Roskilde Hospital
8. 1. reservelæge, ph.d., Sofie Leisby Antonsen, Gynækologisk klinik, Rigshospitalet
9. 1. reservelæge Kasper Ingerslev, Århus Universitetshospital, Skejby, Gynækologisk afdeling
10. Reservelæge Henriette Strøm Kahr, Aalborg Universitetshospital, Gynækologisk afdeling

Ovariecancerscreeningsgruppen

1. Professor, overlæge, dr.med. Claus Høgdall, Gynækologisk Klinik, Rigshospitalet (formand)
2. Overlæge, klinikchef, Lene Lundvall, Gynækologisk Klinik, Rigshospitalet
3. Professor Elsebeth Lynge, Institut for Folkesundhedsvidenskab, Københavns Universitet
4. Overlæge, ph.d., Berit Mosgaard, Gynækologisk klinik, Rigshospitalet
5. Overlæge Anni Grove, Patologisk inst., Aalborg Universitetshospital
6. Overlæge, ph.d., lektor, Karina Dahl Steffensen, Onkologisk afd., Vejle Sygehus
7. Seniorforsker, ph.d., dr. med, Estrid Høgdall, leder af Molekylærenheden og Dansk Cancer Biobank, Patologiafdelingen, Herlev Hospital
8. Professor, overlæge, dr.med., Ole Mogensen, Gynækologisk afd., Odense Universitetshospital
9. Professor, overlæge, dr. med., Jan Blaakær, Gynækologisk afd., Aarhus Universitetshospital, Skejby
10. Specialeansvarlig Overlæge (Gyn Onkologi), klinisk lektor, dr. med., Erik Søgaard Andersen, Gynækologisk afd., Aalborg Universitetshospital

Trofoblastgruppen

1. Overlæge, ph.d., Isa Niemann, Gynækologisk afd., Aarhus Universitetshospital, Skejby (formand)
2. Overlæge, dr. med., Jan Blaakær, Gynækologisk afd., Aarhus Universitetshospital, Skejby
3. Overlæge Anni Grove, Patologisk Institut, Aalborg Sygehus
4. Overlæge Estrid Stæhr Hansen, Patologisk Institut, Aarhus Universitetshospital
5. Overlæge Hanne Havsteen, Onkologisk afd., Herlev Hospital
6. Professor, overlæge, dr.med., Claus Høgdall, Gynækologisk Klinik, Rigshospitalet
7. Overlæge Lisa Leth Maroun, Patologiafdelingen, Rigshospitalet
8. Overlæge Lars O. Vejerslev
9. Overlæge, klinisk lektor, ph.d., Lone Sunde, Klinisk Genetisk afd., Aarhus Universitetshospital
10. Afdelingslæge Helle Lund, Patologisk Institut, Aalborg Sygehus
11. Overlæge, ph.d. Klinisk Lektor, Kirsten Jochumsen, Gynækologisk afd., Odense Universitetshospital
12. Overlæge, Morten Davidsen, Hvidovre Hospital

Sygeplejegruppen

1. Udviklingssygeplejerske Birgit Kirk-Thomsen, Afs. for Kvindesygdomme, Aarhus Universitetshospital (formand)
2. Sygeplejerske Vibeke Lytken Larsen, Gynækologisk Klinik, Rigshospitalet (orlov)
3. Projektsygeplejerske Lissen Ingvarsen, Gynækologisk Klinik, Rigshospitalet
4. Sygeplejerske Ergul Abdulovski, Gynækologisk afd., Herlev Hospital
5. Sygeplejerske Yvonne Zdrenka, Gynækologisk afd. Odense Universitetshospital Klinisk
6. Klinisk Udviklingssygeplejerske Hedvig Møller Larsen, Gynækologisk afd. Roskilde Sygehus
7. Sygeplejerske Tina Bohman Lange, Afs. for Kvindesygdomme, Aarhus Universitetshospital
8. Seniorforsker ph.d. Lene Seibæk, Kvindesygdomme og Fødsler, Aarhus Universitetshospital
9. Sygeplejerske Cathrine Berggreen Smidt, Gynækologisk Klinik, Rigshospitalet
10. Klinisk Sygeplejespecialist, MPH, Dorte Christensen, Gynækologisk Klinik, Rigshospitalet
11. Sygeplejerske Stine Bjørn, Gynækologisk afd., Aalborg Universitetshospital
12. Sygeplejerske Jane Rughave, Gynækologisk afd., Aalborg Universitetshospital



13. Klinisk oversygeplejerske Dorthe Hjort, Enhed for Perioperativ Sygepleje, Rigshospitalet
14. Forløbskoordinator Helle Hartmann Sørensen, Gynækologisk afd. Odense Universitetshospital
15. Sygeplejerske Marianne Bak Pørksen, Gynækologisk afd. Roskilde Sygehus



Appendiks 1: Datagrundlag

Dækningsgrad

Dækningsgraden er opgjort som andel patienter indberettet til DGCD i forhold til antal patienter indberettet til LPR med relevant diagnosekode.

Dækningsgraden er beregnet således:
$$\frac{\text{Både i KMS og LPR} + (\text{Kun i KMS})}{\text{Både i KMS og LPR} + \text{Kun i KMS} + (\text{Kun i LPR})}$$

- Patienter der er indberettet i KMS, men ikke har en endelig diagnose i KMS, indgår kun i dækningsgraden, hvis de har en relevant gynækologisk cancerdiagnose i LPR.
- Patienter, der er indberettet i KMS, men ikke kan genfindes i LPR, indgår kun i dækningsgraden, hvis de har en endelig diagnose i KMS.
- Patienter, der kun er registreret i LPR (og altså ikke indberettet i KMS) indgår i nævneren for den aktuelle opgørelsesperiode, hvis de ikke tidligere er registreret i LPR med en gynækologisk cancerdiagnose.

Dækningsgrad på landsplan, regions- og afdelingsniveau 1. juli 2013-30. juni 2014

	Både i KMS og LPR	Kun i KMS	Kun i LPR	Dækningsgrad
Danmark	1852	97	310	86
Region Hovedstaden	678	44	67	87
Region Sjælland	120	0	19	85
Region Syddanmark	461	13	64	88
Region Midtjylland	404	29	76	85
Region Nordjylland	189	10	29	87
Region Hovedstaden	678	44	67	92
Herlev	233	14	18	93
Hillerød	4	1	1	83
Hvidovre	4	0	14	22
Rigshospitalet	437	29	34	93
Region Sjælland	120	0	19	86
Holbæk	8	0	7	53
Nykøbing F	3	0	1	75
Næstved	4	0	4	50
Roskilde	105	0	7	94
Region Syddanmark	461	13	57	89
Esbjerg	1	0	6	14
Kolding	3	0	1	75
Odense	457	13	50	90
Region Midtjylland	404	29	76	85
Herning	4	0	6	40
Horsens	6	0	2	75
Randers	0	0	9	0
Skejby	394	29	59	88
Region Nordjylland	189	10	30	87
Aalborg	189	10	21	90
Hjørring	0	0	5	0
Thisted	0	0	4	0
Andre	0	1	61	2

Dækningsgrad på landsplan for de seneste 3 år

	Både i KMS og LPR	Kun i KMS	Kun i LPR	Dækningsgrad (%)
2013/2014	1852	97	310	86
2012/2013*	1356	115	639	68
2011/2012*	1758	121	297	86

*Tal for 2012/2013 og 2011/2012 er baseret data, der er mapet fra den gamle til den nye database. Der vil være færre patienter i databasen for disse år, end rapporteret i tidligere årsrapporter. Årsagen hertil er, at der er stillet strengere krav til kvaliteten af data i forbindelse med mapningen, end der oprindeligt var i den gamle database.

Kommentar fra DGCD-styregruppeformand, Claus Høgdall: Dækningsgraden for 2013/14 er ikke korrekt, idet samkøring af de 310 patienter med patientudtrækket til årsrapporten og manuelle opslag viser, at næsten alle patienter er dækket i DGCD. Gennemgang af mangellister i analyseportalen viser ligeledes at adskillige



afdelinger er 100 % i perioden. Den korrekte dækningsprocent er 95-97 %. Årsagen til manglende inklusion af patienter i beregning af dækningsgraden undersøges nu nærmere. Dækningsgraden for 2013/14 er yderst tilfredsstillende.

Overordnet datakomplethed

	Inkomplet indberetning i KMS	Komplet indberetning i KMS	Komplethed (%)
2013/2014	62	1912	97
2012/2013*	29	1292	98
2011/2012*	17	1776	99

*Tal for 2012/2013 og 2011/2012 er baseret data, der er mappet fra den gamle til den nye database. Der vil være færre patienter i databasen for disse år, end rapporteret i tidligere årsrapporter, da der er stillet strengere krav til kvaliteten af data i forbindelse med mapningen, end der oprindeligt var i den gamle database.

Datakompletheden beskriver antallet af cervix-, ovarie- og corpuscancerpatienter i DGCD, der har en korrekt diagnose registreret i KMS (komplette indberetninger), ud af alle cervix-, ovarie- og corpuscancerpatienter, der er indberettet. Patienter der ikke har en diagnose i KMS er inkluderet i puljen af inkomplette indberetninger, hvis de har en cervix-, ovarie- eller corpuscancerdiagnose i LPR.

Fordelingen af cancertyper kan ses i tabel A3.1.1, appendiks 3.

Datakomplethed for indikatorer

Datakompletheden for den enkelte indikator angiver hvor mange af de, for indikatoren, relevante patienter (grundlaget), der indgår i opgørelsen.

Datakomplethed	Total N	Irrelevant	Grundlag	Uoplyst (%)	Indgår
1. Cervix: 18+ fjernede lymfekn.	1899	1774	125	5 (4)	120
6A. Cervix: 5 års overlev., st. I	1855	1661	194	14 (7)	180
6B. Cervix: 5 års overlev., st. II-III	1855	1744	111	12 (11)	99
10A. Ovarie: makrorad., primært op.	1899	1694	205	79 (39)	126
10B. Ovarie: makrorad., efter neo.	1899	1714	185	75 (41)	110
11A. Ovarie: rad. lymfad., I-III	1899	1719	180	129 (72)	51
11B. Ovarie: rad. lymfad., IIIB-IV	1899	1602	297	112 (38)	185
12A. Ovarie: indl.<=8, primært op.	1899	1694	205	83 (40)	122
12B. Ovarie: indl.<=8, efter neo.	1899	1714	185	78 (42)	107
20A. Corpus: ingen lymfekn. lavris.	1899	1515	384	30 (8)	354
20B. Corpus: lymfekn. ml.-højris.	1899	1488	411	62 (15)	349
30. Sygepl., ovarie: mobilisering	1899	1502	397	195 (49)	202
31. Sygepl., ovarie: afføring	1899	1392	507	94 (19)	413



Patienter uden operationsoplysninger

En del cervixcancer- og ovariecancerpatienter bliver aldrig opereret, idet det klinisk er skønnet, at operation ikke var det korrekte valg af behandling (f.eks. pga. dårlig almentilstand eller manglende respons på neoadjuverende kemoterapi; for cervixcancer vil en del af disse patienter have fået foretaget conus hos privatpraktiserende speciallæge, hvilket ikke registreres i operationsskema). Disse patienter får derfor helt naturligt ikke registreret operationsoplysninger i DGCD, og optræder derfor med uoplyste værdier på alle operationsvariable i DGCD.

I flere indikatorer er det ikke muligt at skelne entydigt mellem patienter, der korrekt ikke har operationsoplysninger og patienter, der burde have disse oplysninger, men hvor oplysningerne fejlagtigt ikke er blevet indberettet til databasen. Vi har derfor inkluderet disse patienter i indikatorpopulationerne med den konsekvens, at de vil blive medregnet til gruppen af uoplyste.

Nedenstående tabeller viser en oversigt over antallet af cervixcancer- og ovariecancerpatienter med manglende operationsoplysninger fordelt på sygdomsstadier.

Cervixcancerpatienter med manglende operationsdata

Cervixcancerstadie	Antal totalt	Antal uden operationsdata	Andel (%) uden operationsdata
IA1: Cervix. Mik. dybde $\leq$ 3 mm, flade $\leq$ 7 mm	62	8	12,9
IA2: Cervix. Mik. dybde $>$ 3 mm og $\leq$ 5 mm, diameter $\leq$ 7 mm	9	2	22,2
IB1: Cervix. Tumor $\leq$ 4 cm	123	6	4,9
IB2: Cervix. Tumor $>$ 4 cm	20	9	45,0
IIA1: Spredning til øverste 2/3 af vagina, parametrierne frie, tumor $\leq$ 4 cm	3	1	33,3
IIA2: Spredning til øverste 2/3 af vagina, parametrierne frie, tumor $>$ 4 cm	3	1	33,3
IIB: Invasion i parametrierne som ikke når bækkenvæggen	48	41	85,4
IIIA: Spredning til distale 1/3 af vagina, i parametrierne uden til bækkenvæg	5	5	100,0
IIIB: I parametrierne til bækkenvæg og/eller påvirket nyre	25	22	88,0
IVA: Invasion i mukosa i blære/tarm og/eller uden for pelvis	10	8	80,0
IVB: Fjernmetastaser	16	15	93,8
Uoplyst	25	11	44,0
I alt	349	129	37,0

Ovariecancerpatienter med manglende operationsdata

Ovariecancerstadie	Antal totalt	Antal uden operationsdata	Andel (%) uden operationsdata
IA: Kun et ovarie. Kapsel uden gennemvækst	67	1	1,5
IB: Begge ovarier. Kapsler uden gennemvækst	9	0	0,0
IC: st. IA/IB med kapselgennemvækst/-ruptur/tumorceller i skyl/ascites	60	1	1,7
IIA: Udvækst til uterus og/eller salpinges	5	0	0,0
IIB: Udvækst til andet væv i pelvis	13	0	0,0
IIC: st. IIA/IIB med kapselruptur/tumorceller i skyl/ascites	11	0	0,0
IIIA: Makro begrænset til bækken, mikro til øvre abdomen	8	0	0,0
IIIB: Øvre abdomen, tumor $\leq$ 2 cm. Negative lymfeknuder	22	2	9,1
IIIC: $>$ 2 cm i øvre abdomen. Positive lymfeknuder	184	27	14,7
IV: Fjernmetastaser. Pleuraeffusioner + cytologi. Parenkym levermetastaser	124	41	33,1
Uspecificeret stadie	2	2	100,0
Uoplyst	12	7	58,3
I alt	517	81	15,7



Appendiks 2: Beskrivelse af sygdomsområder og behandling

Cervixcancer

Incidensen af cervixcancer har været faldende i en årrække og forventes at falde yderligere efter HPV-vaccination blev indført. I 2011 blev i Danmark diagnosticeret 361 nye tilfælde af sygdommen.

Stadieinddeling af cervixcancer bygger på klinisk undersøgelse i universel anæstesi (UA), bortset fra stadium 1a, hvor diagnosen og stadiet er stillet på mikroskopi af konus. Årsrapporten viser, at stort set alle patienter med stadie højere end stadium 1a, bliver vurderet på højt specialiseret afdeling med gynækologisk undersøgelse i UA i henhold til retningslinjerne. I henhold til FIGO og DGCG retningslinjerne fra 2011 er cystoskopi kun obligatorisk ved mistanke om blæreindvækst. Som følge heraf er antallet af cystoskopier stagneret.

Behandlingen er primært kirurgisk for tidlig cervixcancer, hvorimod avanceret sygdom behandles med kombineret kemoterapi og strålebehandling.

Robotassisteret laparoskopisk radikal hysterektomi er i løbet af 2010 implementeret på en række danske centre og tendensen er, at flere patienter med tidlig cervixcancer vil få tilbudt denne operationstype. Dette vil i fremtiden nødvendiggøre en stratificering mellem åben og robotassisteret operation. Fertilitetsbevarende behandling af cervixcancer med radikal trakelektomi og lymfadenektomi er centraliseret på Rigshospitalet. Behandlingen er et sikkert alternativ til radikal hysterektomi, idet litteraturen ikke har påvist øget risiko for recidiv efter denne type operation.

Onkologisk behandling indbefatter adjuverende ekstern strålebehandling og samtidig kemoterapi til de opererede patienter der efterfølgende viser sig at have spredning til lymfeknuder eller har bestemte risikofaktorer hvad angår primær tumor.

Derudover tilbydes alle patienter med lokal avanceret sygdom primær onkologisk behandling, der indbefatter ekstern strålebehandling og samtidig kemoterapi med efterfølgende brachyterapi.

Aktuelt er dækningsgraden hvad angår de onkologiske data ikke god nok til, at der kan foretages analyse af den adjuverende og primære onkologiske behandling.

Den samlede 5-års overlevelse for cervixcancer i Danmark er på niveau med data, der publiceres internationalt.

Ovarie-, peritoneal- og tubacancer samt borderlinetumorer

I Danmark ses årligt ca. 500 tilfælde af ovarie-, tuba- og primær peritonealcancer. Herudover kommer ca. 150 tilfælde af borderline tumorer. Ovariecancer er den 4. hyppigste cancerdødsårsag hos kvinder. Med en standardiseret incidensrate på 15 pr. 100.000 kvinder har Danmark den næsthøjeste incidensrate i verden, og livstidsrisikoen for danske kvinder er ca. 2 %.

Symptomatologien ved epitelial ovariecancer er ukarakteristisk. Over halvdelen af patienterne har haft symptomer i mindre end 6 måneder. På grund af ovariernes relative frie beliggenhed i det lille bækken, kan en ovarietumor være af betydelig størrelse før den bliver symptomgivende. Tidlige stadier af sygdommen er derfor praktisk taget asymptomatiske, og nogle ovarietumorer bliver opdaget tilfældigt ved rutinemæssig gynækologisk undersøgelse. Omkring 70 % af patienter med epitelial ovariecancer har således abdominal spredning eller fjernmetastaser (st.III-IV) på diagnosetidspunktet.

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

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



Alle patienter, undtagen patienter med højt differentieret st. IA og IB ikke-clear cell karcinom, tilbydes adjuverende kemoterapi, som er carboplatin og taxanholdig kemoterapi. Alle patienter bør modtage mindst 6 behandlingsserier, med mindre der opstår progression eller uacceptabel toksicitet. Efter operation og evt. kemoterapi vil 60-80 % af patienterne opnå klinisk komplet eller partielt respons. Ca. 80 % af disse patienter vil dog få recidiv, de fleste inden for to år efter afsluttet kemoterapi.

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

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

Corpuscancer og hyperplasi med atypi

Livmoderkræft er den 6. hyppigste kræftform blandt kvinder i Danmark og rammer ca. 2 %. Hyppigheden af livmoderkræft er forholdsvis højere i Danmark end i de øvrige europæiske lande.

Sygdommen er sjælden før 45 års alderen og ses hyppigst hos kvinder efter overgangsalderen. Specielt kvinder med kraftig overvægt rammes af sygdommen. Efter overgangsalderen giver sygdommen hyppigt symptomer i form af blødning og diagnosticeres derfor heldigvis oftest i de tidlige stadier. Således opdages ca. 80 % i det tidligste stadium (stadium 1), og når denne kræfttype opdages tidligt, har den en god overlevelse.

Behandlingen af livmoderkræft har ændret sig radikalt over de senere år. Hvor livmoderkræft tidligere blev behandlet på næsten alle danske sygehuse, forsøger vi nu at samle behandlingen på nogle få store hospitaler for på den måde at bedre behandlingen, når operationerne samles på færre læger, som hver især får større erfaring med behandling af sygdommen.

Tidligere fjernede man operativt kun livmoder, æggestokke og æggeledere, og hvis der var specielle risikofaktorer tilstede fik enkelte patienter strålebehandling i efterforløbet. I dag bruger man mange resurser på at fastsætte den enkelte patients stadium før eller under operationen med henblik på en optimal operation som så omfatter de organer som sygdommen kan involvere. Operationen kan således variere fra at man fjerner livmoder, æggestokke og æggeledere til også at indbefatte lymfeknuder i det lille bækken, lymfeknuder langs hovedpulsåren (aorta), fedtforklædet (omentet), evt. vævet, der går fra livmoderen til bækkenvæggen (parameteriet) og de 2 øverste centimeter af skeden, hvis man mener, der er risiko for spredning her. På denne måde undgår man at overbehandle patienter med kemoterapi, som i forvejen har en rigtig god helbredelses chance efter operation alene, og omvendt overser man ikke patienter med høj risiko for tilbagefald, da disse patienter tilbydes efterbehandling.

I efterforløbet tilbydes patienterne kemobehandling, hvis de har spredning uden for livmoderen f.eks. til æggestokke, æggeledere, lymfeknuder, fedtforklædet, skeden eller bughinden. Hvis patienterne ikke har spredning uden for livmoderen, er der også en lille gruppe af patienter med særlig høj risiko for at kræften kan komme tilbage, der tilbydes at deltage i et internationalt lodtrækningsforsøg. I dette studium vil man undersøge om kemobehandling kan nedsætte risiko for tilbagefald og øge overlevelsen for disse patienter. Et sådan forsøg forgår ved at patienterne indgår frivilligt i en lodtrækning mellem efterfølgende kemobehandling eller observation uden kemobehandling.

Alle disse nye tiltag håber vi vil øge overlevelsen for danske kvinder med livmoderkræft. For at se om dette er tilfældet indberettes samtlige danske tilfælde af livmoderkræft til DGCD. Det vil dog stadig vare mange år før man i Danmark kan svare på, om det er lykkedes at forbedre overlevelsen ved de nævnte tiltag.



Appendiks 3: Supplerende deskriptive resultater

Baggrundsuplysninger og risikomarkører

Tabel A3.1.1 Fordeling af cancertype 1. juli 2011 – 30. juni 2014

Cancertype	2013/2014		2012/2013		2011/2012	
	antal	%	antal	%	antal	%
Ovariecancer	347	17,0	381	28,8	495	27,2
Tubacancer	38	1,9	19	1,4	23	1,3
Peritonealcancer	38	1,9	5	0,4	1	0,1
Borderlinetumor	149	7,3	101	7,6	133	7,3
Cervixcancer	349	17,1	210	15,9	347	19,0
Vulvacancer	106	5,2	27	2,0	46	2,5
Vaginalcancer	12	0,6	-	-	1	0,1
Trofoblastsygdom	25	1,2	4	0,3	1	0,1
Uvis ovarie- eller peritonealcancer	94	4,6	7	0,5	-	-
Corpuscancer	782	38,3	560	42,3	775	42,5
Hyperplasi med atypi, kompleks	99	4,8	6	0,5	1	0,1
Hyperplasi med atypi, simpel	3	0,1	3	0,2	-	-
I alt	2.042	100,0	1.323	100,0	1.823	100,0

Der er tilsyneladende en fejl i overførslen af Hyperplasi med atypi fra tidligere år. Antallet af hyperplasier i perioderne 2012/2013 og 2011/2012 er ikke i overensstemmelse med tidligere opgørelser. Samme problematik er muligvis gældende for peritonealcancer.

Tabel A3.1.2 ASA score fordelt på cancertype 1. juli 2013 – 30. juni 2014

ASA score	Cervixcancer		Ovariecancer		Corpuscancer		Borderline		Hyperplasi		I alt	
	antal	%	antal	%	antal	%	antal	%	antal	%	antal	%
1. Rask	163	46,7	141	27,3	231	29,5	94	63,1	31	30,4	660	34,8
2. Let systemisk sygdom	49	14,0	233	45,1	417	53,3	47	31,5	59	57,8	805	42,4
3. Alvorlig systemisk sygdom	6	1,7	56	10,8	90	11,5	5	3,4	10	9,8	167	8,8
4. Livstruende systemisk sygdom	-	-	4	0,8	5	0,6	-	-	-	-	9	0,5
6. Uoplyst	131	37,5	83	16,1	39	5,0	3	2,0	2	2,0	258	13,6
I alt	349	100,0	517	100,0	782	100,0	149	100,0	102	100,0	1.899	100,0

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

Tabel A3.1.3 BMI fordelt på cancertype 1. juli 2013 – 30. juni 2014

BMI	Cervixcancer		Ovariecancer		Corpuscancer		Borderline		Hyperplasi		I alt	
	antal	%	antal	%	antal	%	antal	%	antal	%	antal	%
< 18,5	11	3,2	23	4,4	13	1,7	8	5,4	1	1,0	56	2,9
18,5 ≤ BMI < 25	173	49,6	246	47,6	241	30,8	65	43,6	12	11,8	737	38,8
25 ≤ BMI ≤ 35	129	37,0	196	37,9	351	44,9	56	37,6	54	52,9	786	41,4
> 35	24	6,9	26	5,0	145	18,5	8	5,4	31	30,4	234	12,3
Ukendt/forkert	12	3,4	26	5,0	32	4,1	12	8,1	4	3,9	86	4,5
Middel	26,1	-	25,3	-	29,0	-	25,6	-	32,8	-	27,4	-
Median	24,4	-	24,4	-	27,6	-	24,7	-	30,8	-	26,0	-
I alt	349	100,0	517	100,0	782	100,0	149	100,0	102	100,0	1.899	100,0

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

Andelen af overvægtige corpuscancerpatienter indikerer, at der delvist er tale om en livsstilssygdom. Forebyggende tiltag målrettet overvægt og inaktivitet hos kvinder efter overgangsalderen vil derfor formodentlig ad åre kunne mindske hyppigheden af denne sygdom.

Tabel A3.1.4 Rygning fordelt på cancertype 1. juli 2013 – 30. juni 2014

Rygestatus	Cervixcancer		Ovariecancer		Corpuscancer		Borderline		Hyperplasi		I alt	
	antal	%	antal	%	antal	%	antal	%	antal	%	antal	%
Ryger	104	29,8	84	16,2	95	12,1	38	25,5	13	12,7	334	17,6
Eks-ryger	70	20,1	132	25,5	156	19,9	31	20,8	22	21,6	411	21,6
Aldrig ryger	175	50,1	301	58,2	531	67,9	80	53,7	67	65,7	1.154	60,8
I alt	349	100,0	517	100,0	782	100,0	149	100,0	102	100,0	1.899	100,0

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

Tabel A3.1.5 Komorbiditet fordelt på cancertype 1. juli 2013 – 30. juni 2014

Komorbiditet	Cervixcancer		Ovariecancer		Corpuscancer		Borderline		Hyperplasi		I alt	
	antal	%	antal	%	antal	%	antal	%	antal	%	antal	%
Ja	110	31,5	289	55,9	497	63,6	58	38,9	74	72,5	1.028	54,1
Nej	225	64,5	214	41,4	262	33,5	87	58,4	28	27,5	816	43,0
Uoplyst	14	4,0	14	2,7	23	2,9	4	2,7	-	-	55	2,9
I alt	349	100,0	517	100,0	782	100,0	149	100,0	102	100,0	1.899	100,0

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

Cervixcancer

Tabel A3.2.1 Histologi for Cervixcancer

Histologi	2013/2014		2012/2013		2011/2012	
	antal	%	antal	%	antal	%
Planocellulært karcinom	258	74,1	85	40,5	123	35,4
Adenokarcinom	66	19,0	32	15,2	52	15,0
Adenoskvamøst karcinom	7	2,0	1	0,5	-	-
Neuroendokrint karcinom	6	1,7	-	-	1	0,3
Udifferentieret karcinom	1	0,3	-	-	1	0,3
Sarkom	3	0,9	-	-	-	-
Anden malign morfologi	3	0,9	-	-	-	-
Uoplyst	4	1,1	92	43,8	170	49,0
I alt	349	100,0	210	100,0	347	100,0

Tabel A3.2.2 Stadieinddeling for cervixcancer

Stadie	2013/2014		2012/2013		2011/2012	
	antal	%	antal	%	antal	%
IA1: Cervix. Mik. dybde ≤ 3 mm, flade ≤ 7 mm	62	17,8	38	18,1	60	17,3
IA2: Cervix. Mik. dybde > 3 mm og ≤ 5 mm, diameter ≤ 7 mm	9	2,6	2	1,0	7	2,0
IB1: Cervix. Tumor ≤ 4 cm	123	35,3	85	40,5	128	37,0
IB2: Cervix. Tumor > 4 cm	20	5,7	5	2,4	6	1,7
IIA1: Spredning til øverste 2/3 af vagina, parametrierne frie, tumor ≤ 4 cm	3	0,9	3	1,4	4	1,2
IIA2: Spredning til øverste 2/3 af vagina, parametrierne frie, tumor > 4 cm	3	0,9	1	0,5	1	0,3
IIB: Invasion i parametrierne som ikke når bækkenvæggen	48	13,8	33	15,7	85	24,6
IIIA: Spredning til distale 1/3 af vagina, i parametrierne uden til bækkenvæg	5	1,4	5	2,4	1	0,3
IIIB: I parametrierne til bækkenvæg og/eller påvirket nyre	25	7,2	18	8,6	29	8,4
IVA: Invasion i mukosa i blære/tarm og/eller uden for pelvis	10	2,9	7	3,3	8	2,3
IVB: Fjernmetastaser	16	4,6	9	4,3	16	4,6
Uoplyst	24	6,9	4	1,9	1	0,3
I alt	348	100,0	210	100,0	346	100,0

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

Afdeling	2013/2014		2012/2013		2011/2012	
	antal	%	antal	%	antal	%
Aalborg	29	8,3	20	9,5	19	5,5
Bornholm	-	-	-	-	1	0,3
Esbjerg	-	-	-	-	1	0,3
Herlev	54	15,5	28	13,3	64	18,4
Hamlet	-	-	1	0,5	-	-
Herning	1	0,3	-	-	-	-
Hillerød	3	0,9	-	-	-	-
Hjørring	-	-	-	-	1	0,3
Holbæk	-	-	-	-	1	0,3
Horsens	1	0,3	-	-	-	-
Hvidovre	-	-	1	0,5	4	1,2
Kolding	1	0,3	-	-	-	-
Næstved	1	0,3	-	-	-	-
Odder	-	-	1	0,5	-	-
Odense	96	27,5	85	40,5	101	29,1
Randers	-	-	-	-	2	0,6
Rigshospitalet	109	31,2	52	24,8	89	25,6
Roskilde	-	-	-	-	3	0,9
Silkeborg	-	-	-	-	1	0,3
Skejby	54	15,5	22	10,5	57	16,4
Sønderborg	-	-	-	-	1	0,3
Thisted	-	-	-	-	1	0,3
Viborg	-	-	-	-	1	0,3
I alt	349	100,0	210	100,0	347	100,0



Tabel A3.2.4 Gynækologisk undersøgelse i universel anæstesi for Cervixcancer

GU	2013/2014		2012/2013		2011/2012	
	antal	%	antal	%	antal	%
GU i universel anæstesi	294	84,2	193	91,9	304	87,6
GU (ikke anæstesi)	43	12,3	13	6,2	32	9,2
GU under stadietinddeling	8	2,3	4	1,9	10	2,9
Uoplyst	4	1,1	-	-	1	0,3
I alt	349	100,0	210	100,0	347	100,0

Tabel A3.2.5 Cervixcancer st. IB i forhold til højere stadier fordelt på afdeling

St. Ib vs. højere stadiet	2013/2014				2012/2013				2011/2012			
	stadiet IB		højere		stadiet IB		højere		stadiet IB		højere	
	antal	%	antal	%	antal	%	antal	%	antal	%	antal	%
Aalborg	14	77,8	4	22,2	7	46,7	8	53,3	8	50,0	8	50,0
Herlev	21	52,5	19	47,5	12	57,1	9	42,9	22	44,0	28	56,0
Odense	36	49,3	37	50,7	36	48,6	38	51,4	34	37,8	56	62,2
Rigshospitalet	49	63,6	28	36,4	25	75,8	8	24,2	44	67,7	21	32,3
Skejby	23	53,5	20	46,5	9	40,9	13	59,1	25	49,0	26	51,0
Andre	-	-	2	100,0	1	100,0	-	-	1	16,7	5	83,3
I alt	143	56,5	110	43,5	90	54,2	76	45,8	134	48,2	144	51,8

Tabel A3.2.6 udført operation ved cervixcancerkirurgi

	2013/2014		2012/2013		2011/2012	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Rigshospitalet						
Ingen operation*	24	22,0	7	13,5	14	15,7
Simpel/total hysterectomi	9	8,3	0	0,0	3	3,4
Radikal hysterectomi	34	31,2	19	36,5	26	29,2
Conisatio	17	15,6	10	19,2	14	15,7
Trakelektomi	14	12,8	8	15,4	15	16,9
Collamputation	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Exenteratio pelvis anterior feminae	0	0,0	0	0,0	2	2,2
Diagnostisk laparoscopi	9	8,3	0	0,0	0	0,0
Eksplorativ laparotomi	1	0,9	0	0,0	0	0,0
Uoplyst	1	0,9	8	15,4	15	16,9
I alt	109	100,0	52	100,0	89	100,0
Herlev						
Ingen operation*	20	37,0	11	39,3	27	42,2
Simpel/total hysterectomi	9	16,7	2	7,1	2	3,1
Radikal hysterectomi	19	35,2	12	42,9	28	43,8
Conisatio	5	9,3	2	7,1	5	7,8
Trakelektomi	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Collamputation	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Exenteratio pelvis anterior feminae	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Diagnostisk laparoscopi	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Eksplorativ laparotomi	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Uoplyst	1	1,9	1	3,6	2	3,1
I alt	54	100,0	28	100,0	64	100,0
Odense						
Ingen operation*	40	41,7	34	40,0	47	46,5
Simpel/total hysterectomi	14	14,6	4	4,7	3	3,0
Radikal hysterectomi	29	30,2	33	38,8	39	38,6
Conisatio	7	7,3	6	7,1	4	4,0
Trakelektomi	1	1,0	0	0,0	0	0,0
Collamputation	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Exenteratio pelvis anterior feminae	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Diagnostisk laparoscopi	3	3,1	0	0,0	0	0,0
Eksplorativ laparotomi	1	1,0	0	0,0	0	0,0
Uoplyst	1	1,0	8	9,4	8	7,9
I alt	96	100,0	85	100,0	101	100,0

Fortsættes næste side

	2013/2014		2012/2013		2011/2012	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Skejby						
Ingen operation*	21	38,9	13	59,1	23	40,4
Simpel/total hysterektomi	7	13,0	0	0,0	0	0,0
Radikal hysterektomi	22	40,7	7	31,8	25	43,9
Conisatio	1	1,9	2	9,1	4	7,0
Trakelektomi	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Collamputation	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Exenteratio pelvis anterior feminae	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Diagnostisk laparoscopi	2	3,7	0	0,0	0	0,0
Eksplorativ laparotomi	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Uoplyst	1	1,9	0	0,0	5	8,8
I alt	54	100,0	22	100,0	57	100,0
Aalborg						
Ingen operation*	10	34,5	8	40,0	8	42,1
Simpel/total hysterektomi	1	3,4	1	5,0	1	5,3
Radikal hysterektomi	14	48,3	6	30,0	8	42,1
Conisatio	2	6,9	2	10,0	1	5,3
Trakelektomi	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Collamputation	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Exenteratio pelvis anterior feminae	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Diagnostisk laparoscopi	1	3,4	0	0,0	0	0,0
Eksplorativ laparotomi	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Uoplyst	1	3,4	3	15,0	1	5,3
I alt	29	100,0	20	100,0	19	100,0
Andre afdelinger						
Ingen operation*	2	28,6	1	33,3	4	23,5
Simpel/total hysterektomi	3	42,9	0	0,0	5	29,4
Radikal hysterektomi	0	0,0	1	33,3	2	11,8
Conisatio	1	14,3	1	33,3	4	23,5
Trakelektomi	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Collamputation	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Exenteratio pelvis anterior feminae	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Diagnostisk laparoscopi	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Eksplorativ laparotomi	1	14,3	0	0,0	0	0,0
Uoplyst	0	0,0	0	0,0	2	11,8
I alt	7	100,0	3	100,0	17	100,0
Total, Danmark						
Ingen operation*	117	33,5	74	35,2	123	35,4
Simpel/total hysterektomi	43	12,3	7	3,3	14	4,0
Radikal hysterektomi	118	33,8	78	37,1	128	36,9
Conisatio	33	9,5	23	11,0	32	9,2
Trakelektomi	15	4,3	8	3,8	15	4,3
Collamputation	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Exenteratio pelvis anterior feminae	0	0,0	0	0,0	2	0,6
Diagnostisk laparoscopi	15	4,3	0	0,0	0	0,0
Eksplorativ laparotomi	3	0,9	0	0,0	0	0,0
Uoplyst	5	1,4	20	9,5	33	9,5
I alt	349	100,0	210	100,0	347	100,0

*Patienter, der ikke er opereret vil i de fleste tilfælde være patienter, der er sendt til onkologisk behandling efter biopsi eller patienter som på den ansvarlige afdeling er fundet tilstrækkelig behandlet for mikroinvasivt fokus på konus fra speciallæge.



Ovariecancer

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

Histologi	2013/2014		2012/2013		2011/2012	
	antal	%	antal	%	antal	%
Overfladeepitheliale-stromale tumor	485	93,8	330	80,1	380	73,2
Sex-cord-stromal celle tumor	19	3,7	10	2,4	14	2,7
Germinalcelletumor	9	1,7	6	1,5	9	1,7
Sjældne (småcell, hepatoid, leiomyosarkom)	-	-	-	-	1	0,2
Uvis histologisk type	3	0,6	-	-	-	-
Uoplyst	1	0,2	66	16,0	115	22,2
I alt	517	100,0	412	100,0	519	100,0

Tabel A3.3.2 Stadieinddeling for ovarie-, tuba- og peritonealcancer

Stadie	2013/2014		2012/2013		2011/2012	
	antal	%	antal	%	antal	%
IA: Kun et ovarie. Kapsel uden gennemvækst	67	13,0	52	12,6	55	10,6
IB: Begge ovarier. Kapsler uden gennemvækst	9	1,7	10	2,4	1	0,2
IC: st. IA/IB med kapselgennemvækst/-ruptur/tumorer i skyl/ascites	60	11,6	42	10,2	62	11,9
IIA: Udvækst til uterus og/eller salpinges	5	1,0	2	0,5	9	1,7
IIB: Udvækst til andet væv i pelvis	13	2,5	17	4,1	13	2,5
IIC: st. IIA/IIB med kapselruptur/tumorer i skyl/ascites	11	2,1	13	3,2	17	3,3
IIIA: Makro begrænset til bækken, mikro til øvre abdomen	8	1,5	4	1,0	7	1,3
IIIB: Øvre abdomen, tumor ≤ 2 cm. Negative lymfeknuder	22	4,3	26	6,3	31	6,0
IIIC: > 2 cm i øvre abdomen. Positive lymfeknuder	184	35,6	164	39,8	194	37,4
IV: Fjernmetastaser. Pleuraeffusioner + cytologi. Parenkym levermetastaser	124	24,0	67	16,3	113	21,8
Uspecificeret stadie	2	0,4	-	-	-	-
Uoplyst	12	2,3	15	3,6	17	3,3
I alt	517	100,0	412	100,0	519	100,0

Tabel A3.3.3 Stadieinddeling for borderlinetumorer

Stadie	2013/2014		2012/2013		2011/2012	
	antal	%	antal	%	antal	%
IA: Kun et ovarie. Kapsel uden gennemvækst	93	62,4	64	63,4	82	61,7
IB: Begge ovarier. Kapsler uden gennemvækst	12	8,1	7	6,9	10	7,5
IC: st. IA/IB med kapselgennemvækst/-ruptur/tumorer i skyl/ascites	35	23,5	13	12,9	32	24,1
IIA: Udvækst til uterus og/eller salpinges	-	-	1	1,0	1	0,8
IIB: Udvækst til andet væv i pelvis	2	1,3	2	2,0	3	2,3
IIC: st. IIA/IIB med kapselruptur/tumorer i skyl/ascites	2	1,3	3	3,0	1	0,8
IIIA: Makro begrænset til bækken, mikro til øvre abdomen	1	0,7	3	3,0	2	1,5
IIIB: Øvre abdomen, tumor ≤ 2 cm. Negative lymfeknuder	3	2,0	3	3,0	1	0,8
IIIC: > 2 cm i øvre abdomen. Positive lymfeknuder	1	0,7	2	2,0	1	0,8
IV: Fjernmetastaser. Pleuraeffusioner + cytologi. Parenkym levermetastaser	-	-	3	3,0	-	-
I alt	149	100,0	101	100,0	133	100,0

Tabel A3.3.4 Behandlingsstatus for ovarie-, tuba- og peritonealcancer

Operationstype	2013/2014		2012/2013		2011/2012	
	antal	%	antal	%	antal	%
Primær operation	335	64,8	331	80,3	422	81,3
Onkologisk behandling						
- Intervalkirurgi	100	19,3	11	2,7	4	0,8
- Kun onkologisk behandling	70	13,5	10	2,4	1	0,2
Ingen behandling	12	2,3	60	14,6	92	17,7
I alt	517	100,0	412	100,0	519	100,0



Tabel A3.3.5 Afdelinger ansvarlige for registrering af ovarie-, tuba- og peritonealcancer samt borderline tumorer i DGCD

Afdeling	2013/2014		2012/2013		2011/2012	
	antal	%	antal	%	antal	%
Aalborg	68	10,2	49	9,6	63	9,7
Esbjerg	-	-	2	0,4	1	0,2
Herlev	18	2,7	71	13,8	105	16,1
Hamlet	1	0,2	1	0,2	1	0,2
Herning	-	-	5	1,0	3	0,5
Hillerød	6	0,9	10	1,9	4	0,6
Hjørring	-	-	-	-	1	0,2
Holbæk	-	-	-	-	2	0,3
Horsens	2	0,3	-	-	1	0,2
Hvidovre	2	0,3	3	0,6	5	0,8
Kolding	1	0,2	-	-	1	0,2
Næstved	-	-	1	0,2	1	0,2
Odder	-	-	2	0,4	1	0,2
Odense	192	28,8	162	31,6	179	27,5
Randers	1	0,2	1	0,2	2	0,3
Rigshospitalet	195	29,3	109	21,2	126	19,3
Roskilde	16	2,4	7	1,4	7	1,1
Silkeborg	3	0,5	-	-	-	-
Skejby	161	24,2	90	17,5	143	21,9
Svendborg	-	-	-	-	3	0,5
Sønderborg	-	-	-	-	3	0,5
I alt	666	100,0	513	100,0	652	100,0

Corpuscancer

Tabel A3.4.1 Histologi for corpuscancer (Karcinomer) og hyperplasi med atypi

Histologi	2013/2014		2012/2013		2011/2012	
	antal	%	antal	%	antal	%
Endometrioidt adenokarcinom	600	80,1	429	87,2	595	88,4
Mucinøst adenokarcinom	6	0,8	4	0,8	2	0,3
Serøst adenokarcinom	65	8,7	39	7,9	52	7,7
Clear cell adenokarcinom	18	2,4	12	2,4	18	2,7
Blandet adenokarcinom (mixed cell adenokarcinom)	2	0,3	-	-	-	-
Plancellulært karcinom	1	0,1	-	-	1	0,1
Udifferenteret karcinom	6	0,8	4	0,8	3	0,4
Karcinosarkom, heterolog	21	2,8	1	0,2	1	0,1
Uvis histologisk type	2	0,3	-	-	-	-
Karcinosarkom, homolog	27	3,6	3	0,6	1	0,1
Ingen tumorrest i operationspræparatet	1	0,1	-	-	-	-
I alt	749	100,0	492	100,0	673	100,0

Tabel A3.4.2 Histologi for corpuscancer (Sarkomer)

Histologi	2013/2014		2012/2013		2011/2012	
	antal	%	antal	%	antal	%
Stromasarkom, lavmalignt	5	16,7	3	12,0	5	18,5
Udifferenteret endometrialt sarkom	5	16,7	-	-	-	-
Leiomyosarkom	9	30,0	17	68,0	12	44,4
Myksoidt sarkom	-	-	-	-	2	7,4
Glat muskeltumor af uvist malignt potentiale	1	3,3	-	-	-	-
Uvis histologisk type	1	3,3	-	-	-	-
Adenosarkom	9	30,0	-	-	-	-
Uoplyst	-	-	5	20,0	8	29,6
I alt	30	100,0	25	100,0	27	100,0

Tabel A3.4.3 Stadietinddeling for corpuscancer (endometriekarcinomer)

Stadie	2013/2014		2012/2013		2011/2012	
	antal	%	antal	%	antal	%
0: Hyperplasi uden atypi	1	0,1	-	-	-	-
0: Atypisk endometriehyperplasi	1	0,1	2	0,4	-	-
IA: Tumor begrænset til corpus uteri, ingen/< 50 % indvækst i myometriet	389	52,0	289	58,7	372	55,3
IB: Tumor begrænset til corpus uteri, ≥ 50 % indvækst i myometriet	136	18,2	82	16,7	118	17,5
II: Invasion af cervikale stroma, afgrænset til uterus*	71	9,5	45	9,1	72	10,7
IIIA: Invasion af corpus uteri serosa og/eller adnexae **	24	3,2	9	1,8	18	2,7
IIIB: Involvering af vagina og/eller parametrium **	18	2,4	21	4,3	23	3,4
IIIC1: Positive pelvine lymfeknuder**	31	4,1	19	3,9	33	4,9
IIIC2: Positive paraaortiske lymfeknuder m/u positive pelvine lymfeknuder	11	1,5	5	1,0	8	1,2
IVA: Tumordinvasion i blære og/eller tarm mukosa	-	-	1	0,2	3	0,4
IVB: Fjernmetastaser inkl. intraabdominale og/eller ingvinale lymfeknudermet.	19	2,5	12	2,4	15	2,2
Uspecificeret stadie: Neoplasma malignum corporis uteri	1	0,1	5	1,0	8	1,2
Uoplyst	46	6,1	2	0,4	3	0,4
I alt	748	100,0	492	100,0	673	100,0

Uoplyst skyldes problem med angivelse af stadium i patologiskemaet og patientoverblik, såfremt patienten kun har fået taget en biopsi ved feks. abrasio/vabrasio eller hysteroskopi og patologen mangler væv efter operation til at angive udbredning og dermed stadium. Dette er rettet op i den nye revision af DGCD. De manglende stadier er alle registreret i sideordnet database og kan rekvireres ved ønske til godkendte udtræk. Næsten samtlige uoplyste patienter har avanceret stadium eller svær komorbiditet og er sendt direkte til onkologisk behandling.



Tabel A3.4.4 Stadieinddeling for corpuscancer (endometrioide leiomyosarkomer)

Stadie	2013/2014		2012/2013		2011/2012	
	antal	%	antal	%	antal	%
IA: Tumor < 5 cm, begrænset til uterus	4	13,3	3	12,0	1	3,7
IB: Tumor ≥ 5 cm, begrænset til uterus	6	20,0	7	28,0	5	18,5
IIA: Tumor udbredt til pelvis med involvering af adnexae	-	-	2	8,0	-	-
IIB: Tumor udbredt til ekstrauterint væv i pelvis	2	6,7	1	4,0	1	3,7
IIIA: Invaderer abdominalt væv, kun ét sted	-	-	-	-	1	3,7
IIIB: Invaderer abdominalt væv, flere steder	-	-	1	4,0	3	11,1
IVA: Tumor invaderer blære og/eller rektum	2	6,7	-	-	-	-
IVB: Fjernmetastaser	-	-	1	4,0	-	-
Uspecificeret stadie: Neoplasma malignum corporis uteri	2	6,7	1	4,0	3	11,1
Uoplyst*	14	46,7	9	36,0	13	48,1
I alt	30	100,0	25	100,0	27	100,0

*Det har ikke været muligt at frasortere sarkomer, der hører til i gruppen af endometrioide stromale sarkomer og adenosarkomer i ovenstående tabel. En del af de uoplyste vil derfor ikke være endometrioide leiomyosarkomer, men høre til i den efterfølgende tabel A3.4.5.

Tabel A3.4.5 Stadieinddeling for corpuscancer (endometrioide stromale sarkomer og adenosarkomer)

Stadie	2013/2014		2012/2013		2011/2012	
	antal	%	antal	%	antal	%
IA: Begrænset til endometriet/endocervix uden myometrieindvækst	1	3,3	-	-	2	7,4
IB: Tumor begrænset til corpus uteri, ingen/< 50% indvækst i myometriet	4	13,3	1	4,0	3	11,1
IC: Tumor begrænset til corpus uteri, > 50% indvækst i myometriet	1	3,3	-	-	2	7,4
IIA: Tumor udbredt til pelvis med involvering af adnexae	1	3,3	-	-	1	3,7
IIB: Tumor udbredt til ekstrauterint væv i pelvis	1	3,3	1	4,0	1	3,7
IIIB: Invaderer abdominalt væv, flere steder	-	-	-	-	1	3,7
IIIC: Metastaser til pelvis og/eller paraaortiske lymfeknuder	1	3,3	1	4,0	-	-
Uspecificeret stadie: Neoplasma malignum corporis uteri	-	-	-	-	1	3,7
Uoplyst*	21	70,0	22	88,0	16	59,3
I alt	30	100,0	25	100,0	27	100,0

*Det har ikke været muligt at frasortere sarkomer, der hører til i gruppen af endometrioide leiomyosarkomer i ovenstående tabel. En del af de uoplyste vil derfor ikke være endometrioide stromale sarkomer og adenosarkomer, men høre til i den foregående tabel A3.4.4.

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

Operationstype	2013/2014		2012/2013		2011/2012	
	antal	%	antal	%	antal	%
Primær operation	841	95,1	565	99,3	774	99,7
Intervalkirurgi	26	2,9	3	0,5	2	0,3
Recidivkirurgi	3	0,3	-	-	-	-
Henvist direkte til kontrol	-	-	1	0,2	-	-
Afstået fra behandling	14	1,6	-	-	-	-
I alt	884	100,0	569	100,0	776	100,0

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

Operationstype	2013/2014		2012/2013		2011/2012	
	antal	%	antal	%	antal	%
Laparotomi	182	20,6	202	35,5	353	45,5
Laparoskopi	196	22,2	214	37,6	281	36,2
Robotassisteret laparoskopi	456	51,6	32	5,6	-	-
Vaginal	13	1,5	4	0,7	16	2,1
Uoplyst	37	4,2	117	20,6	126	16,2
I alt	884	100,0	569	100,0	776	100,0

Det kunne ikke oplyses om der blev foretaget robotassisteret operation i den gamle database. Data er efterfølgende indhentet og kan forhåbentlig indgå i fremtidige rapporter for at vise udviklingen over år. Oplysningen kan ligeledes medgives efter ønske i forskningsudtræk af Claus Høgdall.



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

Afdeling	2013/2014		2012/2013		2011/2012	
	antal	%	antal	%	antal	%
Aalborg	102	11,5	65	11,4	108	13,9
Bornholm	-	-	-	-	3	0,4
Esbjerg	-	-	-	-	2	0,3
Herlev	154	17,4	125	22,0	141	18,2
Hamlet	1	0,1	1	0,2	-	-
Herning	1	0,1	4	0,7	4	0,5
Hillerød	2	0,2	5	0,9	1	0,1
Hjørring	-	-	-	-	1	0,1
Holbæk	-	-	1	0,2	3	0,4
Horsens	1	0,1	2	0,4	1	0,1
Hvidovre	3	0,3	12	2,1	13	1,7
Kolding	1	0,1	-	-	2	0,3
Næstved	-	-	-	-	3	0,4
Odder	1	0,1	-	-	-	-
Odense	191	21,6	129	22,7	156	20,1
Randers	-	-	-	-	4	0,5
Rigshospitalet	136	15,4	107	18,8	117	15,1
Roskilde	87	9,8	14	2,5	53	6,8
Silkeborg	1	0,1	-	-	1	0,1
Skejby	202	22,9	100	17,6	156	20,1
Sønderborg	-	-	1	0,2	-	-
Thisted	1	0,1	-	-	-	-
Viborg	-	-	3	0,5	7	0,9
I alt	884	100,0	569	100,0	776	100,0

Appendiks 4: Overlevelse

Samlet overlevelse

Tabel A4.1.1 Observeret overlevelse 1.1.2005-30.6.2014 fordelt på overordnet cancertype

Overlevelse fordelt på cancertyper	cervixcancer samlet			ovariecancer samlet			Corpuscancer samlet		
	Nedre	Øvre	Rate	Nedre	Øvre	Rate	Nedre	Øvre	Rate
<i>I live efter 30 dage</i>	98.1	99.0	98.6	96.6	97.4	97.0	98.7	99.2	98.9
<i>I live efter 180 dage</i>	92.9	94.6	93.8	89.0	90.6	89.8	94.7	95.7	95.2
<i>I live efter 1 år</i>	88.0	90.2	89.1	82.4	84.3	83.4	91.4	92.6	92.0
<i>I live efter 2 år</i>	81.8	84.5	83.1	71.9	74.1	73.0	86.6	88.1	87.3
<i>I live efter 3 år</i>	77.8	80.6	79.2	64.8	67.2	66.0	83.4	85.1	84.2
<i>I live efter 4 år</i>	75.9	78.8	77.4	60.4	62.9	61.6	80.9	82.7	81.8
<i>I live efter 5 år</i>	75.1	78.1	76.6	57.8	60.2	59.0	79.3	81.2	80.3

*"Nedre": 95 % konfidensinterval, nedre grænse, "Øvre": 95 % konfidensinterval, øvre grænse, "Rate": Overlevelseshastighed.

Hyperplasi med atypi, der normalt ville blive rapporteret under corpuscancer, er udeladt, idet der tilsyneladende er problemer med overførslen af disse data fra den tidligere database, der blev lukket i juni 2013. Aktuelt findes der derfor kun meget få patienter med hyperplasi med atypi i de data, der stammer fra før juni 2013. Der arbejdes på en løsning, så disse patienter bliver overført til den database, der anvendes nu.

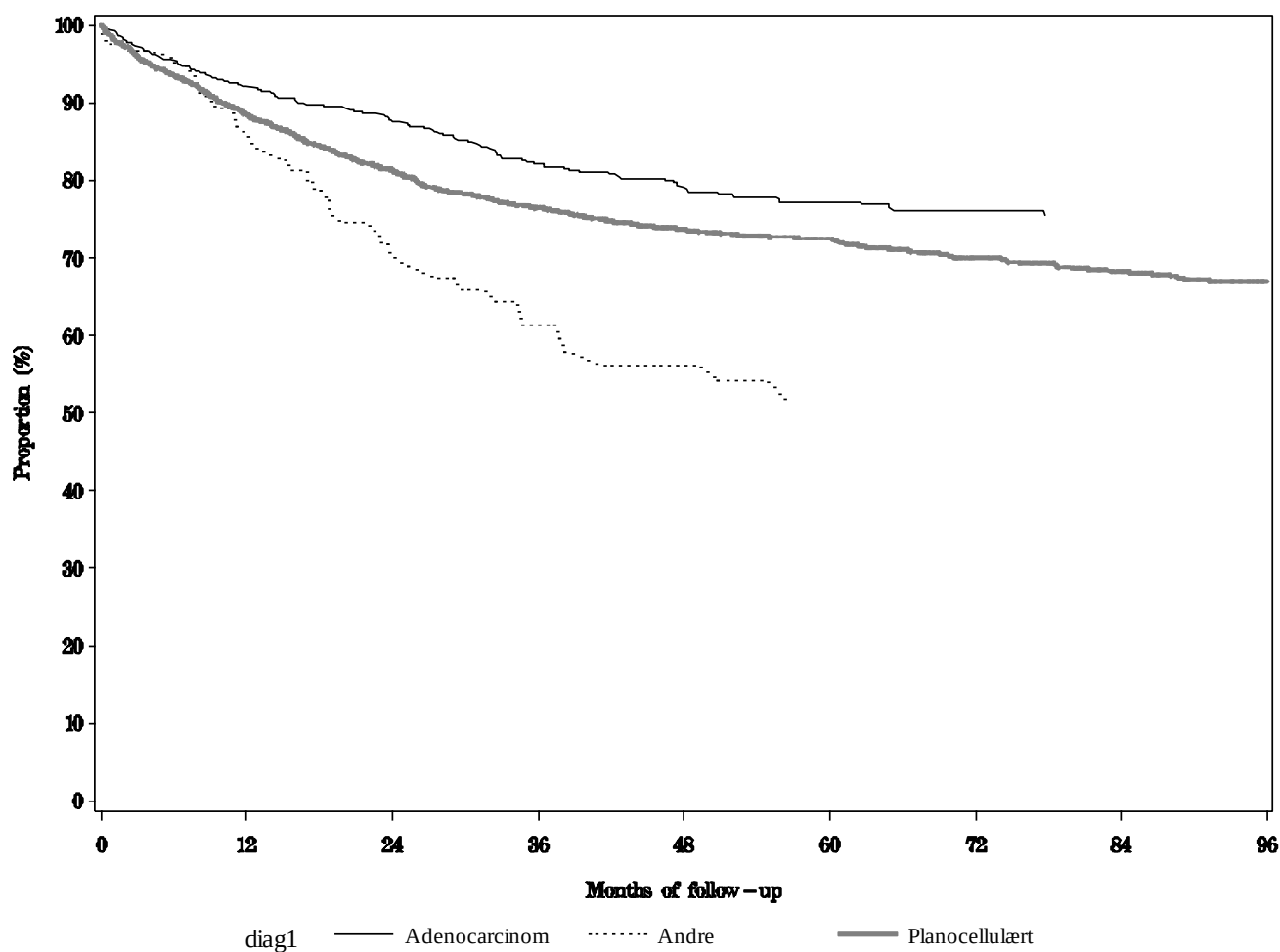
Der er desuden meget få peritonealcancer i de anvendte data, hvilket ikke stemmer overens med rapporterede antal i tidligere årsrapporter. (i 2011 indgik der totalt 313 peritonealcancer i overlevelseshastighedsanalyserne mod kun 43 i ovenstående opgørelse). Der er tilsyneladende også problemer med overførslen af disse data fra den tidligere database, der blev lukket i juni 2013.

Cervixcancer, overlevelse

Tabel A4.2.1 Overlevelse for alle stadier af cervixcancer 1.1.2005-30.6.2014 stratificeret på histologiske hovedtyper

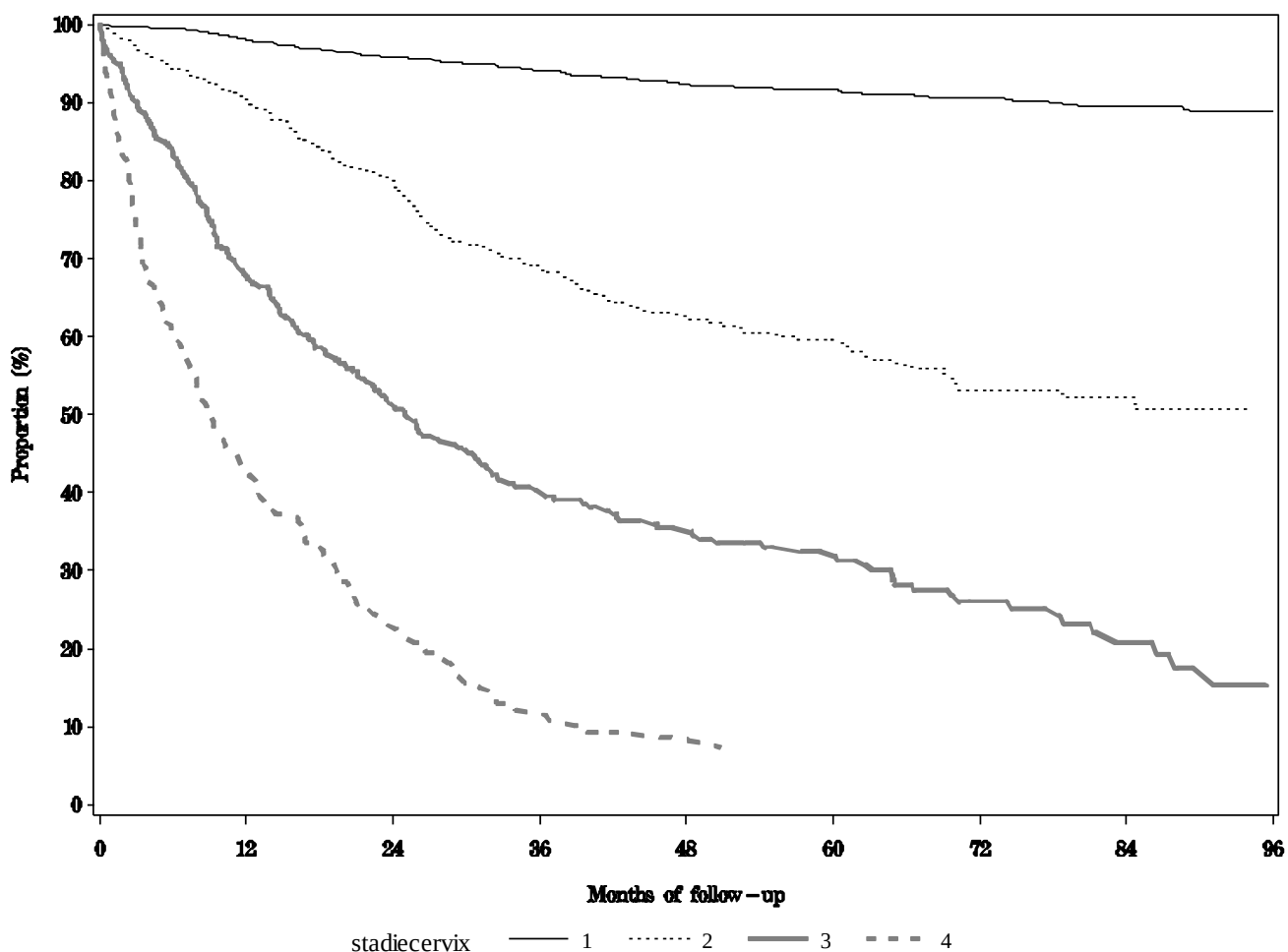
Overlevelse for Cervixcancer	Planocellulært			Adenocarcinom			Andre		
	Nedre	Øvre	Rate	Nedre	Øvre	Rate	Nedre	Øvre	Rate
I live after 30 dage	97.95	98.95	98.45	98.92	100.00	99.49	94.57	100.00	97.44
I live after 180 dage	92.51	94.51	93.51	93.75	97.11	95.43	90.88	98.87	94.87
I live after 1 år	87.42	89.99	88.70	89.87	94.23	92.05	81.12	93.24	87.18
I live after 2 år	80.93	84.02	82.47	85.37	90.61	87.99	69.29	84.56	76.92
I live after 3 år	76.99	80.32	78.65	80.78	86.73	83.76	63.64	79.95	71.79
I live after 4 år	75.18	78.60	76.89	78.61	84.84	81.73	60.87	77.59	69.23
I live after 5 år	74.47	77.93	76.20	77.53	83.89	80.71	59.04	76.01	67.52

Figur A4.2.1 Overlevelse for alle stadier af cervixcancer 1.1.2005-30.6.2014 stratificeret på histologiske hovedtyper



Tabel A4.2.2 Overlevelse for cervixcancer 1.1.2005-30.6.2014 stratificeret på stadie

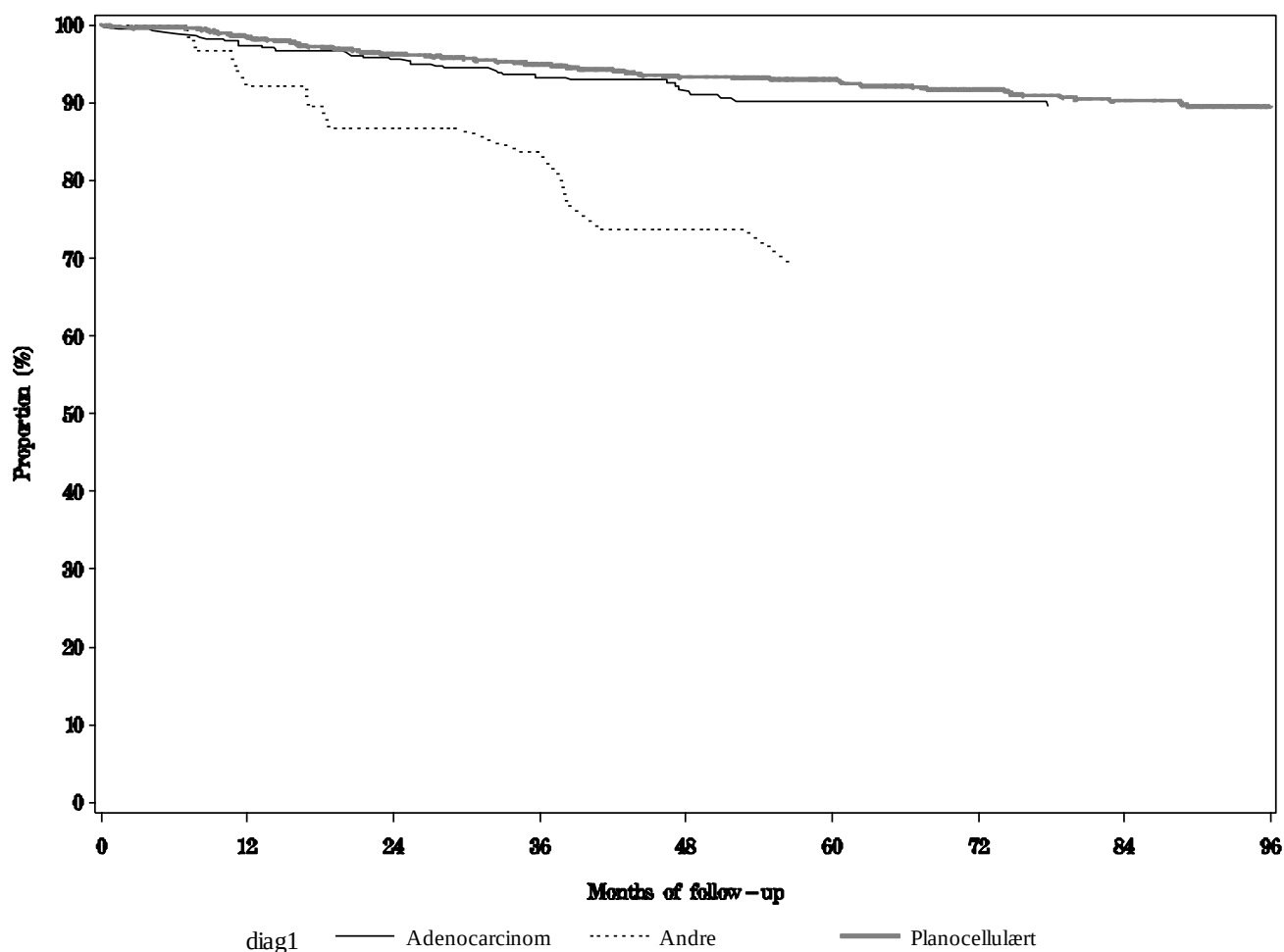
Overlevelse for Cervixcancer fordelt på stadier	Stadie I			Stadie II			Stadie III			Stadie IV		
	Nedre	Øvre	Rate	Nedre	Øvre	Rate	Nedre	Øvre	Rate	Nedre	Øvre	Rate
<i>I live after 30 dage</i>	99.65	100.00	99.83	98.40	99.89	99.14	93.68	97.87	95.77	87.37	94.96	91.16
<i>I live after 180 dage</i>	99.18	99.83	99.50	92.28	96.08	94.18	79.82	87.51	83.66	53.93	67.00	60.47
<i>I live after 1 år</i>	97.43	98.70	98.07	88.21	92.95	90.58	63.62	73.28	68.45	36.63	49.88	43.26
<i>I live after 2 år</i>	95.18	96.97	96.08	78.72	84.98	81.85	48.90	59.27	54.08	20.61	32.41	26.51
<i>I live after 3 år</i>	93.72	95.78	94.75	70.77	77.86	74.32	40.73	51.10	45.92	13.40	23.81	18.60
<i>I live after 4 år</i>	92.46	94.72	93.59	67.38	74.74	71.06	37.67	47.96	42.82	11.75	21.73	16.74
<i>I live after 5 år</i>	92.05	94.36	93.20	66.14	73.58	69.86	36.01	46.25	41.13	10.94	20.69	15.81

Figur A4.2.2 Overlevelse for cervixcancer 1.1.2005-30.6.2014 stratificeret på stadie

Tabel A4.2.3 Overlevelse for cervixcancer, st. I 1.1.2005-30.6.2014 stratificeret på histologisk hovedtype

Overlevelse for Cervixcancer stadie I	Planocellulært			Adenocarcinom			Andre		
	Nedre	Øvre	Rate	Nedre	Øvre	Rate	Nedre	Øvre	Rate
I live after 30 dage	99.64	100.00	99.85	99.30	100.00	99.76	100.00	100.00	100.00
I live after 180 dage	99.29	99.95	99.62	98.14	99.98	99.06	100.00	100.00	100.00
I live after 1 år	97.81	99.14	98.48	95.89	98.92	97.41	88.18	99.70	93.94
I live after 2 år	95.50	97.49	96.50	93.84	97.67	95.75	83.97	97.84	90.91
I live after 3 år	94.30	96.56	95.43	91.58	96.15	93.87	81.97	96.82	89.39
I live after 4 år	93.12	95.61	94.36	90.48	95.37	92.92	76.20	93.50	84.85
I live after 5 år	92.95	95.47	94.21	89.40	94.57	91.98	74.34	92.32	83.33

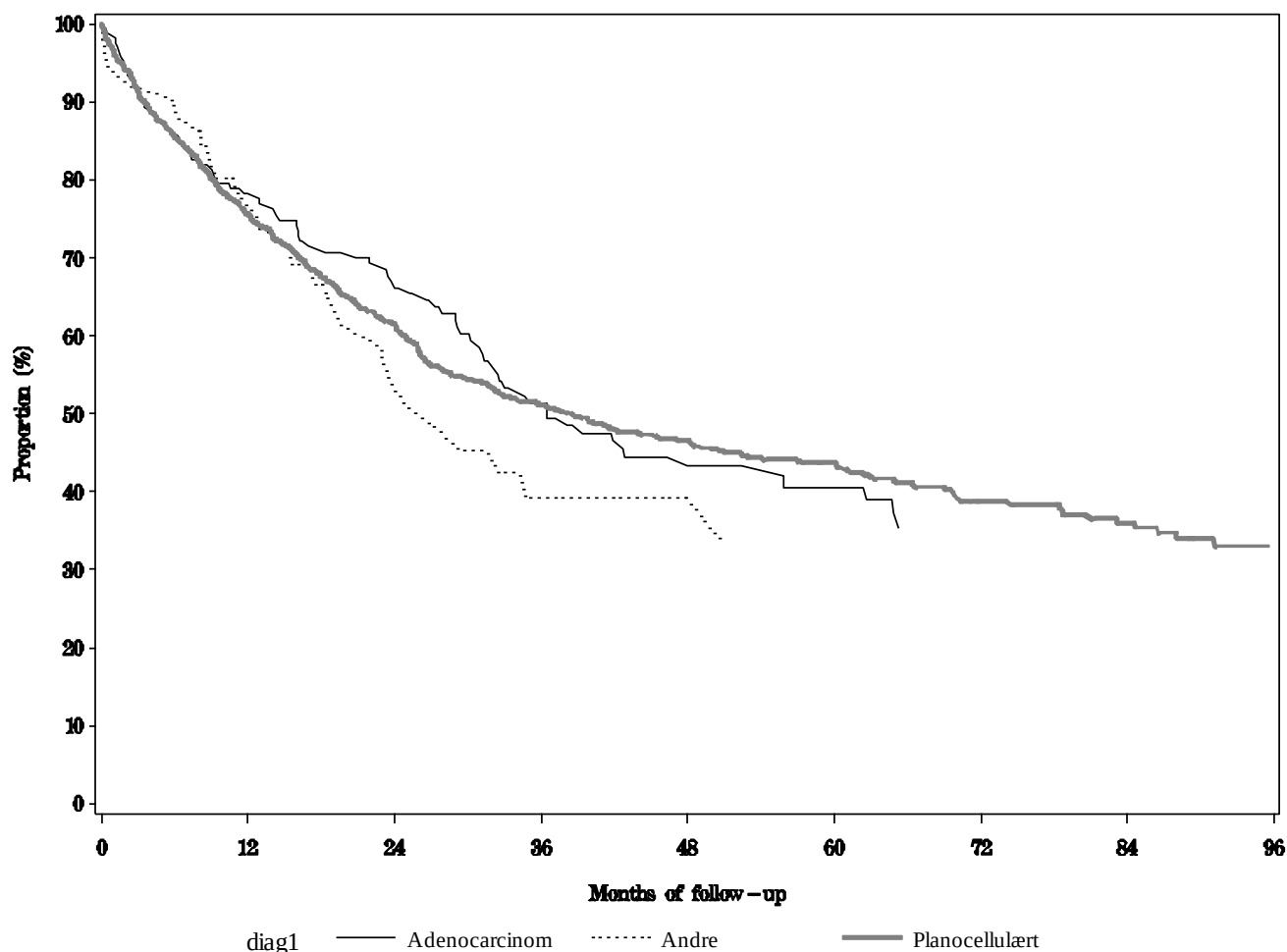
Figur A4.2.3 Overlevelse for cervixcancer, st. I 1.1.2005-30.6.2014 stratificeret på histologisk hovedtype



Tabel A4.2.4 Overlevelse for cervixcancer, st. II-IV 1.1.2005-30.6.2014 stratificeret på histologisk hovedtype

Overlevelse for Cervixcancer stadie II-IV	Planocellulært			Adenocarcinom			Andre		
	Nedre	Øvre	Rate	Nedre	Øvre	Rate	Nedre	Øvre	Rate
I live after 30 dage	95.54	97.76	96.65	97.15	100.00	98.80	87.66	100.00	94.12
I live after 180 dage	83.46	87.77	85.62	81.00	91.45	86.23	79.39	97.08	88.24
I live after 1 år	73.43	78.68	76.06	72.21	84.68	78.44	67.14	89.72	78.43
I live after 2 år	61.39	67.28	64.33	61.20	75.32	68.26	45.32	72.33	58.82
I live after 3 år	53.90	59.99	56.95	50.60	65.57	58.08	35.30	62.74	49.02
I live after 4 år	51.22	57.35	54.29	45.73	60.86	53.29	35.30	62.74	49.02
I live after 5 år	49.84	55.98	52.91	44.52	59.67	52.10	33.36	60.76	47.06

Figur A4.2.4 Overlevelse for cervixcancer, st. II-IV 1.1.2005-30.6.2014 stratificeret på histologisk hovedtype

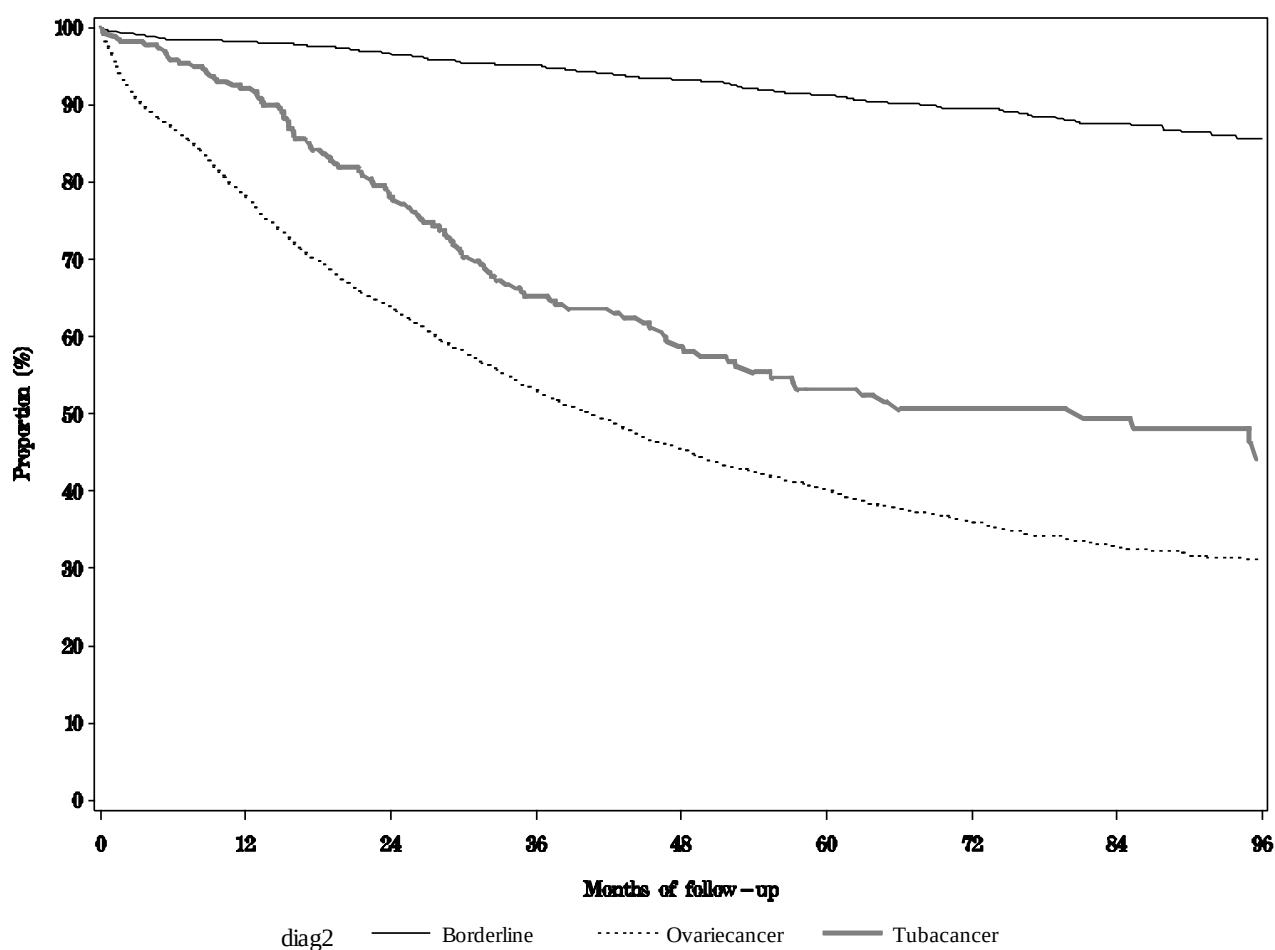


Ovariecancer, overlevelse

Tabel A4.3.1 Overlevelse 1.1.2005-30.6.2014 for ovarie/peritoneal- og tubacancer samt borderlinetumorer

Overlevelse for Ovariecancer	Ovarie/peritoneal			Borderline			Tuba		
	Nedre	Øvre	Rate	Nedre	Øvre	Rate	Nedre	Øvre	Rate
<i>I live efter 30 dage</i>	95.55	96.68	96.11	99.20	99.91	99.55	98.16	100.00	99.23
<i>I live efter 180 dage</i>	85.85	87.83	86.84	97.78	99.10	98.44	93.30	98.21	95.75
<i>I live efter 1 år</i>	77.21	79.62	78.41	97.42	98.86	98.14	89.03	95.53	92.28
<i>I live efter 2 år</i>	64.08	66.87	65.47	95.78	97.68	96.73	75.47	85.15	80.31
<i>I live efter 3 år</i>	55.44	58.34	56.89	94.36	96.58	95.47	64.70	75.84	70.27
<i>I live efter 4 år</i>	50.13	53.06	51.60	92.88	95.39	94.13	60.25	71.79	66.02
<i>I live efter 5 år</i>	47.09	50.02	48.56	91.57	94.31	92.94	57.05	68.82	62.93

Figur A4.3.1 Overlevelse 1.1.2005-30.6.2014 for ovarie/peritoneal- og tubacancer samt borderlinetumorer



Tabel A4.3.2 Overlevelse 1.1.2005-30.6.2014 for ovarie-, tuba- og peritonealcancer samt borderline-tumorer fordelt på kontaktår

Overlevelse for Ovariecancer fordelt på kontaktår	2005 - 2011			2011 - 2012			2012 - 2013			2013 - 2014		
	Nedre	Øvre	Rate	Nedre	Øvre	Rate	Nedre	Øvre	Rate	Nedre	Øvre	Rate
I live efter 30 dage	95.85	96.96	96.40	97.43	99.39	98.41	97.55	99.63	98.59	97.50	99.40	98.45
I live efter 180 dage	87.85	89.74	88.79	88.52	93.04	90.78	90.69	95.20	92.94	91.06	94.99	93.02
I live efter 1 år	81.04	83.32	82.18	81.59	87.25	84.42	83.26	89.32	86.29	85.56	90.56	88.06
I live efter 2 år	69.57	72.28	70.93	68.51	75.53	72.02	70.98	78.62	74.80			
I live efter 3 år	60.83	63.72	62.27	61.13	68.60	64.86						
I live efter 4 år	54.71	57.68	56.19									
I live efter 5 år	50.99	53.97	52.48									

Bemærk at en mindre del af patienterne i perioden 2005-2011 ikke har fulde 5 års opfølgning

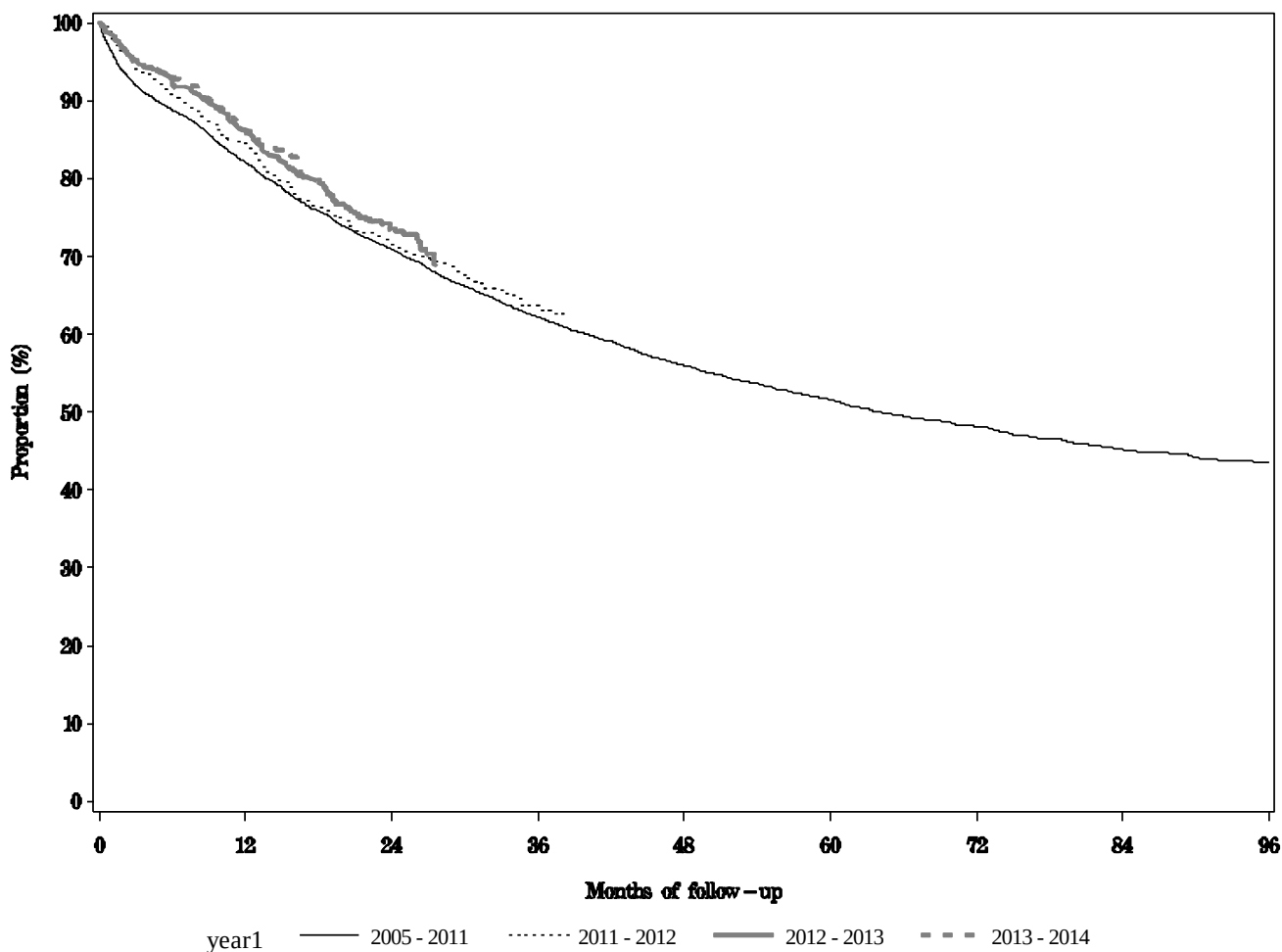
Tabel og figur er i overensstemmelse med andre opgørelser der viser en konstant fremgang i ovariecancer overlevelsen siden år 2000.

DMCG.dk Benchmarking Consortium Æggestokkræft 1995-2012. Danske Multidisciplinære Cancer Grupper (DMCG.dk).

Dansk Gynækologisk Cancer Gruppe (DGCG)

http://dmcg.dk/fileadmin/dmcg.dk/Benchmarking_Consortium/E_Ovarie_06_11_2014.pdf

Figur A4.3.2 Overlevelse 1.1.2005-30.6.2014 for ovarie-, tuba- og peritonealcancer samt borderline-tumorer fordelt på kontaktår

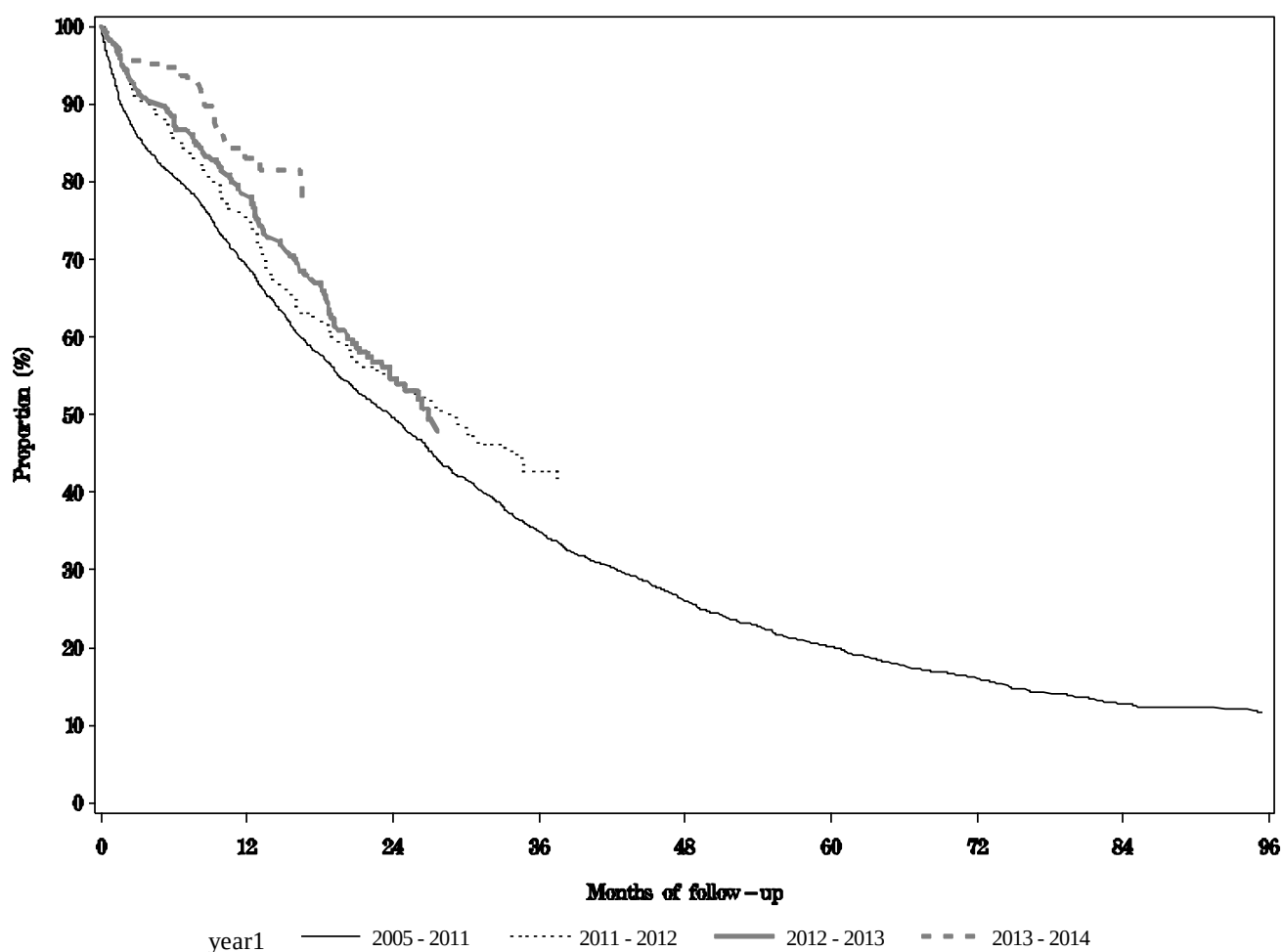


Tabel A4.3.3 Overlevelse 1.1.2005-30.6.2014 for ovarie-, tuba- og peritonealcancer st. IIIC-IV fordelt på kontaktår

Overlevelse for Ovariecancer st. IIIC- IV fordelt på kontaktår	2005 - 2011			2011 - 2012			2012 - 2013			2013 - 2014		
	Nedre	Øvre	Rate	Nedre	Øvre	Rate	Nedre	Øvre	Rate	Nedre	Øvre	Rate
I live efter 30 dage	92.74	94.89	93.81	95.92	99.37	97.64	96.35	99.95	98.15	96.19	99.94	98.07
I live efter 180 dage	78.91	82.43	80.67	81.52	89.52	85.52	84.70	93.08	88.89	91.63	97.74	94.69
I live efter 1 år	67.17	71.28	69.23	70.17	80.00	75.08	73.24	84.16	78.70	82.37	91.54	86.96
I live efter 2 år	47.41	51.86	49.64	48.88	60.21	54.55	50.81	64.00	57.41			
I live efter 3 år	32.78	37.02	34.90	38.46	49.75	44.11						
I live efter 4 år	24.23	28.14	26.19									
I live efter 5 år	19.47	23.11	21.29									

Bemærk at en mindre del af patienterne i perioden 2005-2011 ikke har fulde 5 års opfølgning

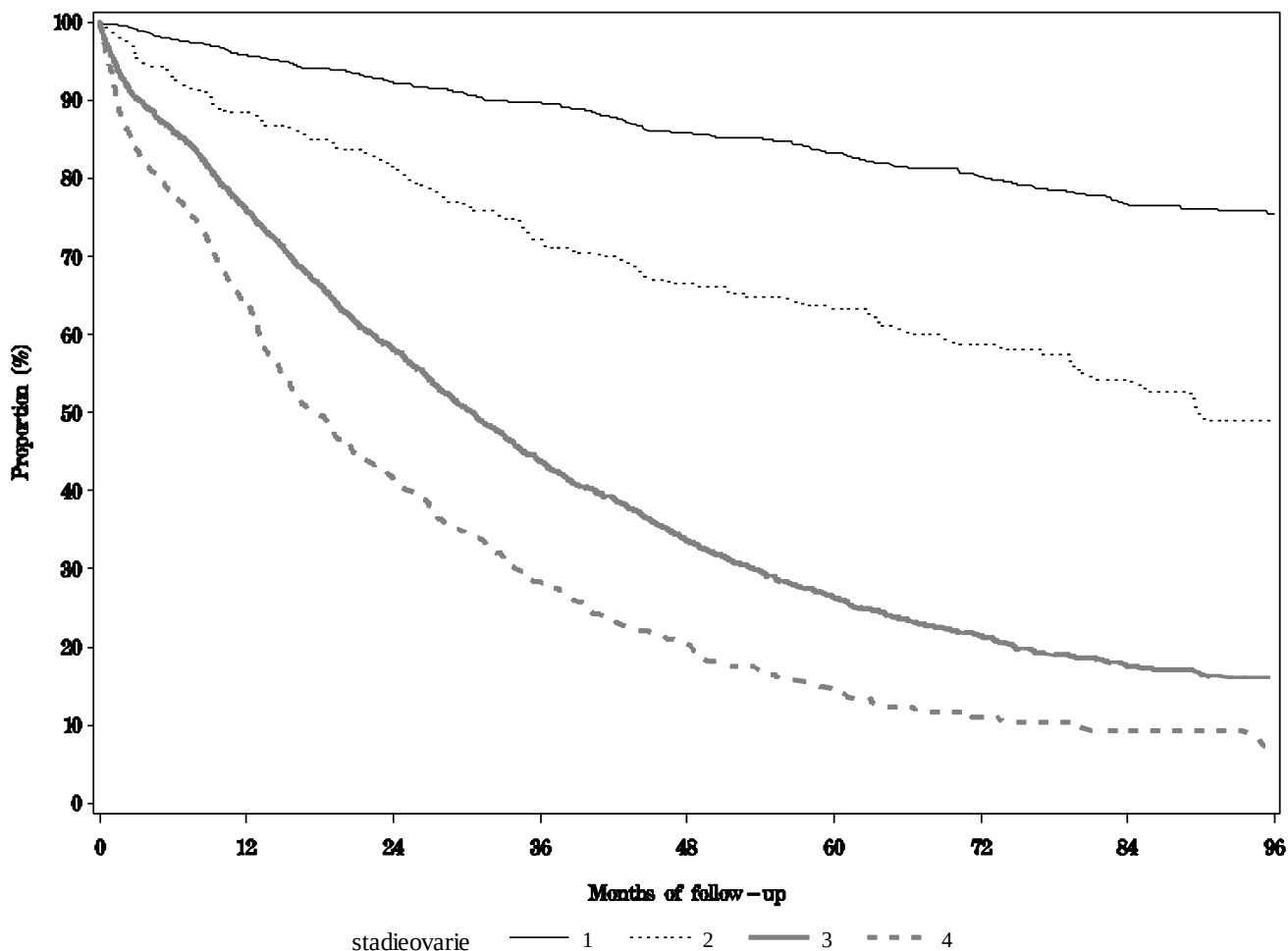
Figur A4.3.3 Overlevelse 1.1.2005-30.6.2014 for ovarie-, tuba- og peritonealcancer st. IIIC-IV fordelt på kontaktår



Tabel A4.3.4 Overlevelse 1.1.2005-30.6.2014 for ovarie-, tuba- og peritonealcancer stratificeret på stadie

Overlevelse for Ovariecancer fordelt på Stadie	Stadie I			Stadie II			Stadie III			Stadie IV		
	Nedre	Øvre	Rate	Nedre	Øvre	Rate	Nedre	Øvre	Rate	Nedre	Øvre	Rate
<i>I live after 30 dage</i>	99.43	100.00	99.73	97.69	99.97	98.83	94.82	96.55	95.69	92.04	95.31	93.68
<i>I live after 180 dage</i>	96.91	98.64	97.77	89.93	95.45	92.69	84.61	87.55	86.08	75.45	80.99	78.22
<i>I live after 1 år</i>	94.54	96.91	95.73	84.90	91.71	88.30	74.47	78.08	76.28	61.79	68.19	64.99
<i>I live after 2 år</i>	91.08	94.14	92.61	78.11	86.22	82.16	57.65	61.81	59.73	41.51	48.18	44.85
<i>I live after 3 år</i>	88.95	92.35	90.65	69.64	78.90	74.27	45.70	49.94	47.82	30.67	37.01	33.84
<i>I live after 4 år</i>	85.89	89.71	87.80	65.33	75.02	70.18	38.56	42.73	40.65	25.43	31.48	28.45
<i>I live after 5 år</i>	84.27	88.30	86.29	63.19	73.07	68.13	34.39	38.47	36.43	22.38	28.21	25.29

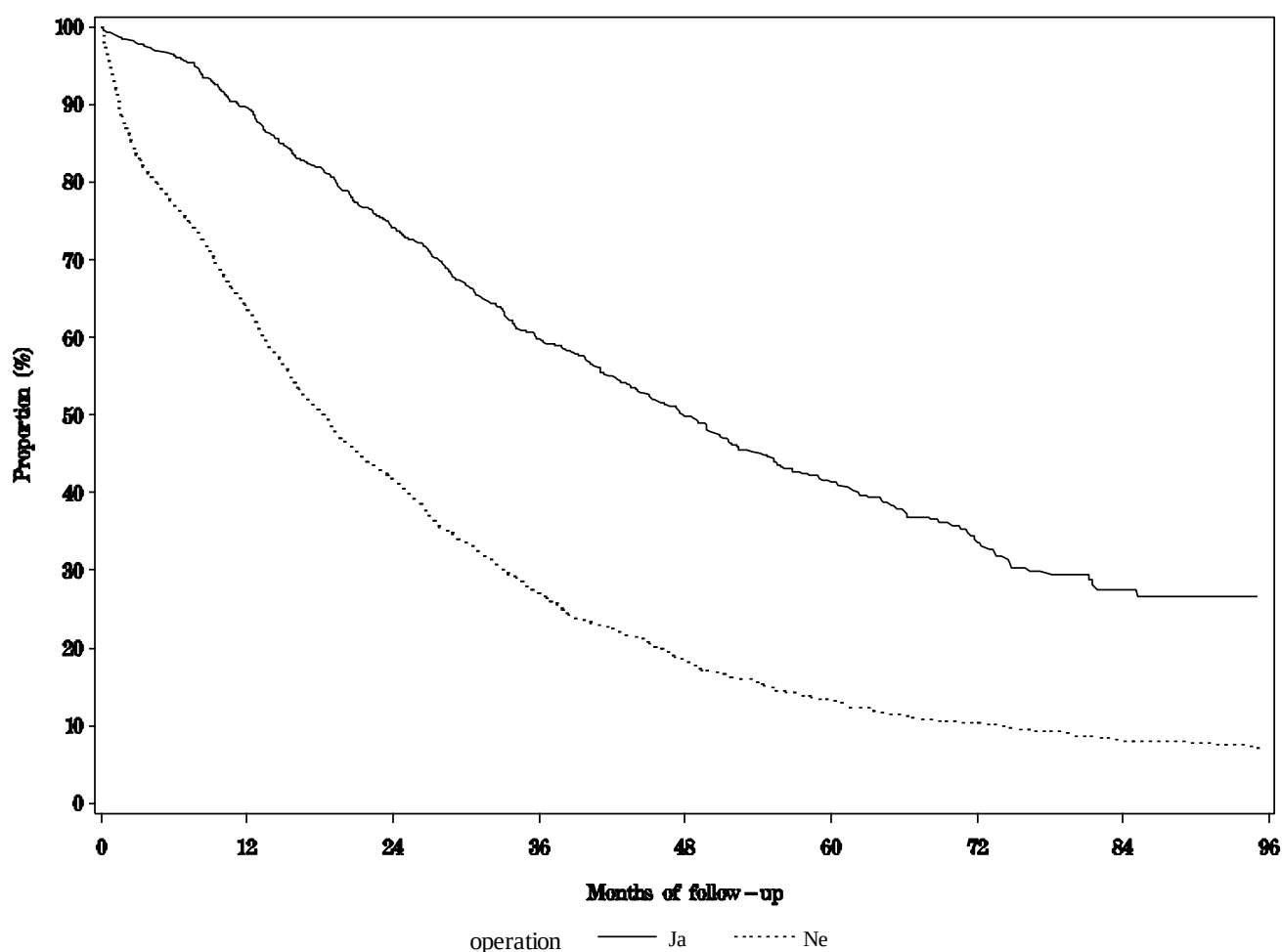
Figur A4.3.4 Overlevelse 1.1.2005-30.6.2014 for ovarie-, tuba- og peritonealcancer stratificeret på stadie



Tabel A4.3.5 Overlevelse 1.1.2005-30.6.2014 for ovarie-, tuba- og peritonealcancer st. IIIC-IV stratificeret på operativ radikalitet

Overlevelse for Ovariecancer st. IIIC-IV fordelt på operativ radikalitet	Radikalt opereret			Ikke radikalt opereret		
	Nedre	Øvre	Rate	Nedre	Øvre	Rate
I live efter 30 dage	98.51	99.78	99.14	91.89	94.21	93.05
I live efter 180 dage	95.19	97.72	96.45	75.06	78.90	76.98
I live efter 1 år	87.78	91.92	89.85	61.92	66.31	64.12
I live efter 2 år	73.37	79.20	76.28	41.33	45.86	43.59
I live efter 3 år	61.89	68.42	65.16	28.89	33.11	31.00
I live efter 4 år	55.68	62.42	59.05	22.52	26.45	24.48
I live efter 5 år	51.48	58.30	54.89	19.31	23.04	21.17

Figur A4.3.5 Overlevelse 1.1.2005-30.6.2014 for ovarie-, tuba- og peritonealcancer st. IIIC-IV stratificeret på operativ radikalitet



Tabel A4.3.6 Overlevelse for alle patienter med ovariecancer st. IIIC-IV fordelt på afdeling

<i>Center</i>	<i>2005 - 2006</i>		<i>2006 - 2007</i>		<i>2007 - 2008</i>		<i>2008 - 2009</i>	
	<i>HR</i>	<i>(95% CL)</i>	<i>HR</i>	<i>(95% CL)</i>	<i>HR</i>	<i>(95% CL)</i>	<i>HR</i>	<i>(95% CL)</i>
Rigshospitalet	0.678	(0.52-0.88)	0.85	(0.63-1.14)	0.924	(0.71-1.20)	1.108	(0.85-1.45)
Herlev	0.976	(0.72-1.32)	1.353	(1.01-1.82)	1.057	(0.76-1.47)	0.757	(0.54-1.06)
Odense	1.011	(0.76-1.34)	1.222	(0.92-1.62)	1.069	(0.80-1.42)	1.393	(1.05-1.85)
Skejby	1.3	(1.00-1.70)	0.707	(0.52-0.95)	0.971	(0.75-1.27)	1.103	(0.84-1.45)
Aalborg	1.036	(0.73-1.48)	0.889	(0.61-1.30)	0.978	(0.68-1.40)	0.838	(0.56-1.26)
andre	1.11	(0.93-1.33)	1.131	(0.89-1.44)	1.009	(0.76-1.35)	0.925	(0.66-1.30)

<i>Center</i>	<i>2009 - 2010</i>		<i>2010 - 2011</i>		<i>2011 - 2012</i>	
	<i>HR</i>	<i>(95% CL)</i>	<i>HR</i>	<i>(95% CL)</i>	<i>HR</i>	<i>(95% CL)</i>
Rigshospitalet	0.643	(0.49-0.85)	0.849	(0.62-1.17)	0.804	(0.55-1.18)
Herlev	0.91	(0.67-1.24)	1.004	(0.68-1.47)	1.154	(0.77-1.72)
Odense	1.215	(0.93-1.58)	1.485	(1.13-1.95)	1.005	(0.72-1.40)
Skejby	0.985	(0.75-1.30)	0.848	(0.61-1.17)	0.7	(0.47-1.04)
Aalborg	1.249	(0.93-1.67)	0.925	(0.64-1.34)	0.941	(0.58-1.52)
andre	1.143	(0.75-1.74)	1.008	(0.60-1.68)	1.628	(0.82-3.25)

Ovenstående tabel viser 5 års overlevelsen for ovariecancerpatienter st. IIIC-IV.

I analysen begrænses observationstiden derfor til fem år. Patienter i årene 2012-2013 og 2013-2014 er fjernet da den korte opfølgningstid gør, at der for få events til at lave meningsfulde overlevelsesestimater. For 2011-2012 er der to års opfølgning, for 2010-2011 er der tre års opfølgning og for 2009-2010 er der fire års opfølgning.

Analysen er lavet på baggrund af én model, stratificeret på år og med interaktion mellem år og center. Dette betyder at der er en baseline hazard for hvert enkelt år og hazard ratio' s er lavet med reference til det uvægtede landsgennemsnit for det enkelte år. Analysen er justeret for alder (i intervaller af 10 år), ASA score, performance score, komorbiditet, operation, radikalitet og endeligt cancerstadie.

Tabel A4.3.7 Multivariat Cox analyse for alle patienter med ovariecancer st. IIIC-IV

		<i>Hazard Ratio</i>	<i>CL</i>	<i>P-værdi</i>
Aldersgruppe	20 - 29	0.79	(0.32-1.95)	<.0001
	30 - 39	0.64	(0.34-1.24)	.
	50 - 59	1.15	(0.91-1.46)	.
	60 - 69	1.31	(1.05-1.63)	.
	70 - 79	1.49	(1.19-1.87)	.
	> 80	2.35	(1.83-3.00)	.
	40-49	1.00	ref	.
Komorbiditet	Ja	1.04	(0.94-1.15)	0.4787
	Nej	1.00	Ref	.
Endeligt stadie	III	0.79	(0.72-0.88)	<.0001
	IV	1.00	ref	.
Operation	Nej	1.00	(0.83-1.21)	0.9815
	Ja	1.00	ref	.
Performance score	Mindre tegn på sygdom	1.18	(1.03-1.34)	<.0001
	Mobil > 50% af tiden	1.65	(1.39-1.96)	.
	Mobil < 50% af tiden	2.45	(1.92-3.14)	.
	Sengeliggende, ikke mobil	8.36	(5.50-12.71)	.
	Normal	1.00	ref	.
ASA Score	2: Let systemisk sygdom	0.94	(0.81-1.08)	<.0001
	3: Alvorlig systemisk sygdom	1.29	(1.07-1.55)	.
	4: Livstruende systemisk sygdom	2.02	(1.38-2.96)	.
	1: Rask	1.00	ref	.
Radikal operation	Nej	2.06	(1.82-2.34)	<.0001
	Ja	1.00	ref	.



Corpuscancer, Overlevelse

I overlevelsesanalyserne for corpuscancer indgår både karcinomer og sarkomer (alle med den overordnede diagnose "corpuscancer"), hvilket ikke er hensigtsmæssigt, idet overlevelsen for patienter med Sarkom er væsentligt anderledes end for patienter med karcinom.

Det har ikke været mulighed for at ændre opgørelserne i denne årsrapport. Generelt er der dog få sarkomer ifht. karcinomer, så det vil formodentlig ikke ændre overlevelsesestimerne væsentligt at fjerne sarkomerne fra opgørelserne. Blot skal læseren være opmærksom på at nedenstående overlevelsesestimer gælder for karcinomer og sarkomer samlet.

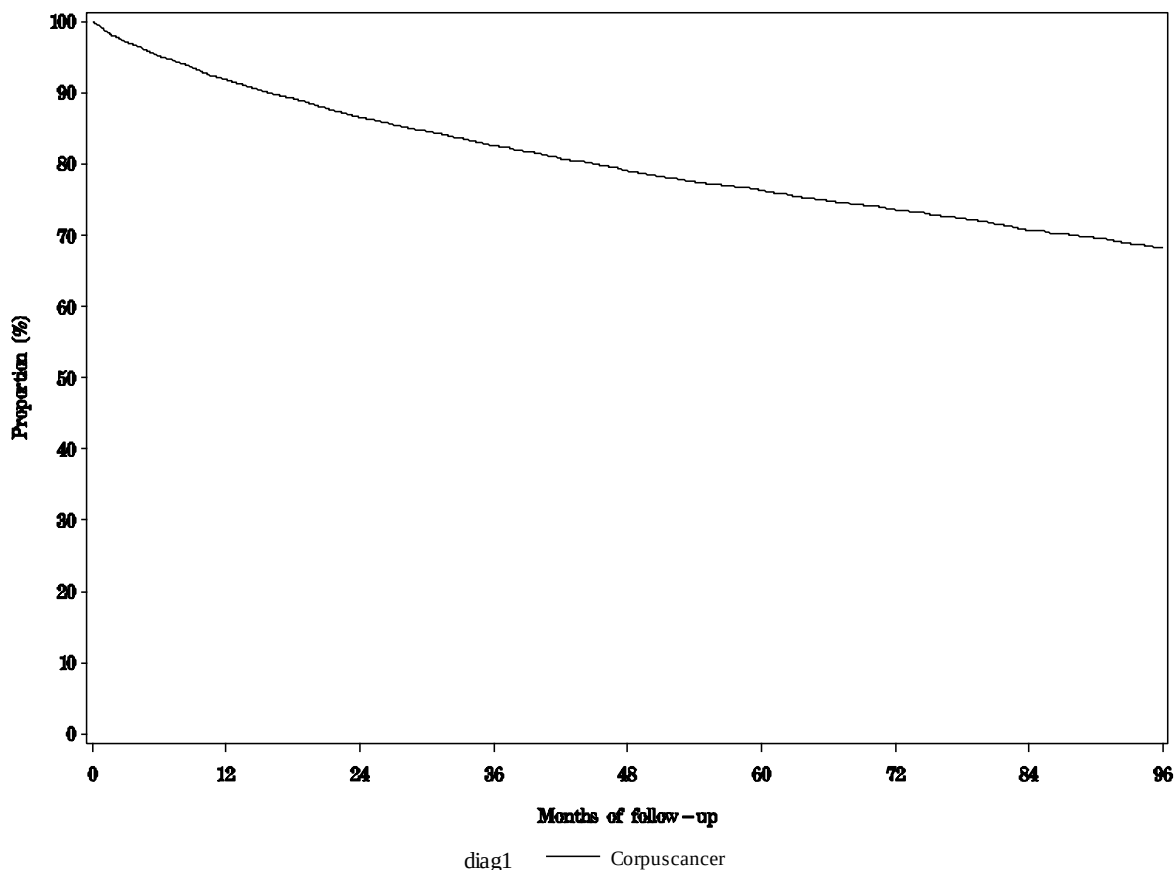
I næste årsrapport og fremover vil corpuscancer blive stratificeret på karcinomer og sarkomer i overlevelsesanalyserne.

Tabel A4.4.1 Overlevelse 1.1.2005-30.6.2014 for corpuscancer stratificeret på diagnose

Overlevelse for Corpuscancer		Nedre	Øvre	Rate
Corpuscancer	I live efter 30 dage	98.66	99.15	98.91
	I live efter 180 dage	94.59	95.60	95.10
	I live efter 1 år	91.23	92.52	91.88
	I live efter 2 år	86.36	87.93	87.14
	I live efter 3 år	83.10	84.83	83.97
	I live efter 4 år	80.58	82.41	81.49
	I live efter 5 år	79.00	80.88	79.94

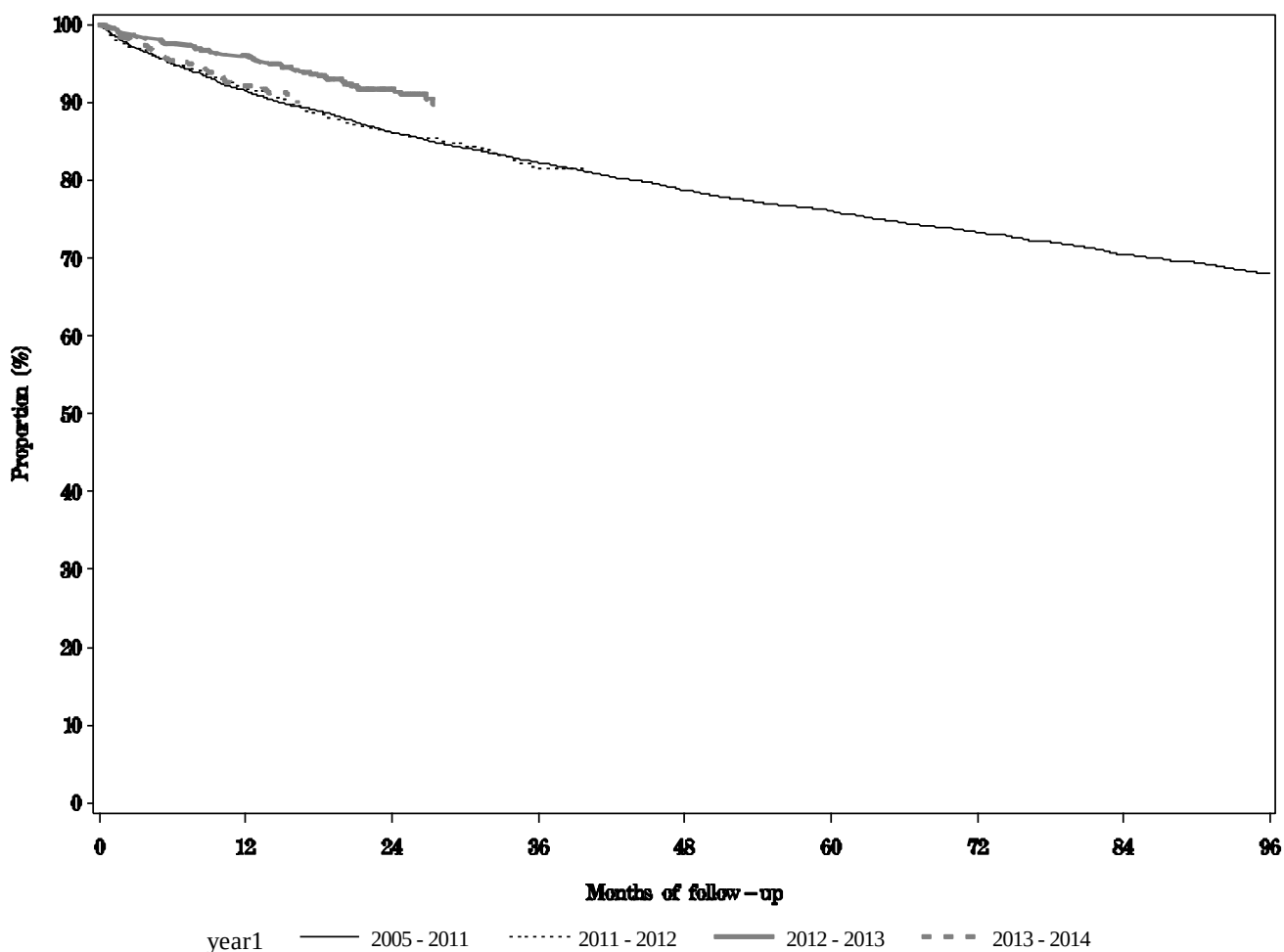
Hyperplasi med atypi er udeladt af overlevelsesanalyserne som således kun indeholder kræftpatienter.

Figur A4.4.1 Overlevelse 1.1.2005-30.6.2014 for corpuscancer stratificeret på diagnose



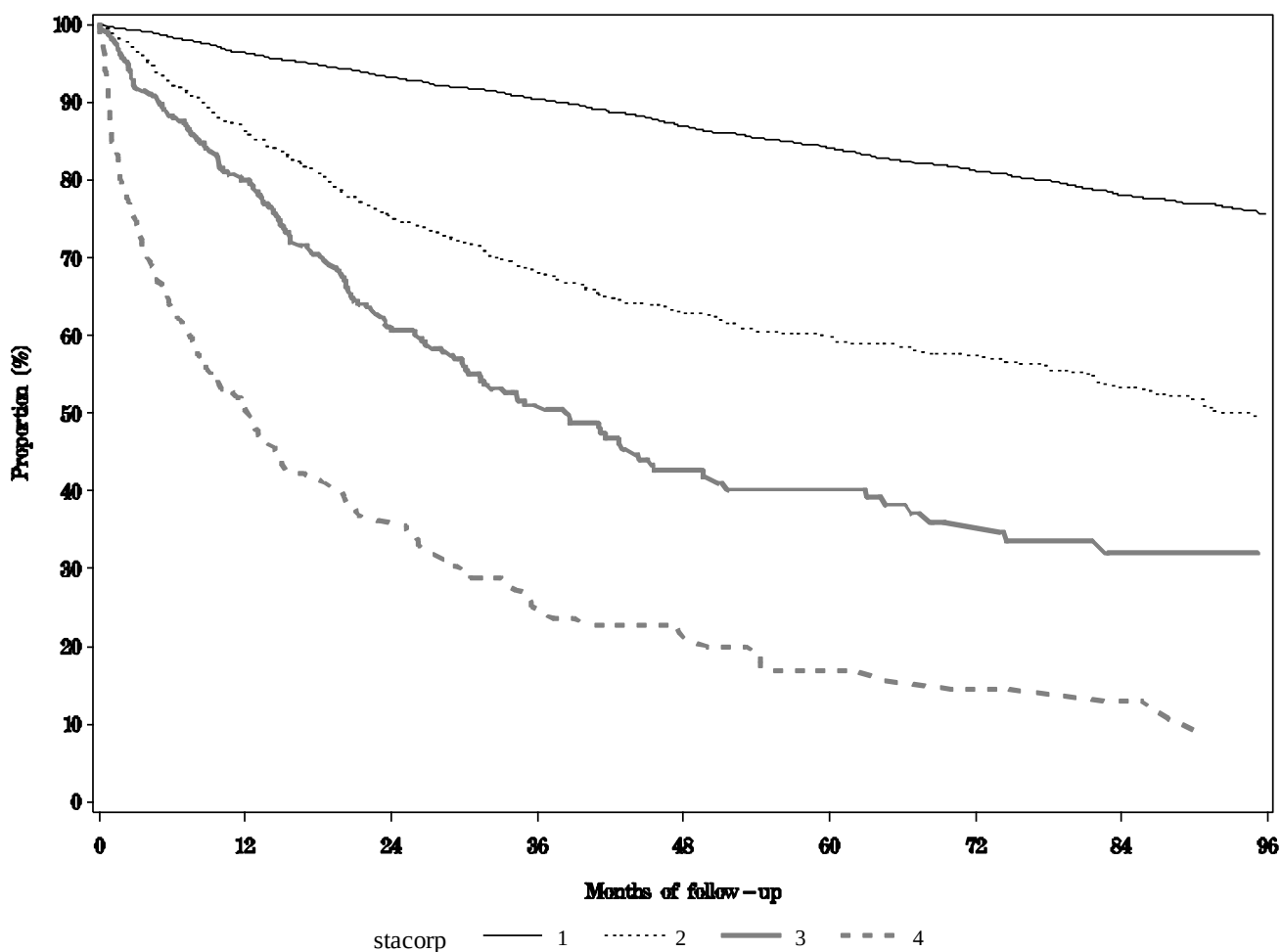
Tabel A4.4.2 Overlevelse 1.1.2005-30.6.2014 for corpuscancer fordelt på kontaktår

Overlevelse for Corpuscancer fordelt på kontaktår	2005 - 2011			2011 - 2012			2012 - 2013			2013 - 2014		
	Nedre	Øvre	Rate	Nedre	Øvre	Rate	Nedre	Øvre	Rate	Nedre	Øvre	Rate
<i>I live after 30 dage</i>	98.55	99.15	98.85	97.88	99.50	98.69	99.12	100.00	99.63	98.37	99.82	99.09
<i>I live after 180 dage</i>	94.28	95.51	94.90	93.61	96.67	95.14	96.06	98.75	97.40	93.53	96.80	95.17
<i>I live after 1 år</i>	90.63	92.20	91.41	89.91	93.80	91.85	94.03	97.44	95.73	90.43	94.46	92.45
<i>I live after 2 år</i>	85.18	87.11	86.14	83.47	88.41	85.94	89.32	93.99	91.65			
<i>I live after 3 år</i>	81.20	83.34	82.27	79.55	84.97	82.26						
<i>I live after 4 år</i>	77.62	79.91	78.77									
<i>I live after 5 år</i>	75.38	77.76	76.57									

Figur A4.4.2 Overlevelse 1.1.2005-30.6.2014 for corpuscancer fordelt på kontaktår

Tabel A4.4.3 Overlevelse 1.1.2005-30.6.2014 for corpuscancer stratificeret på stadie

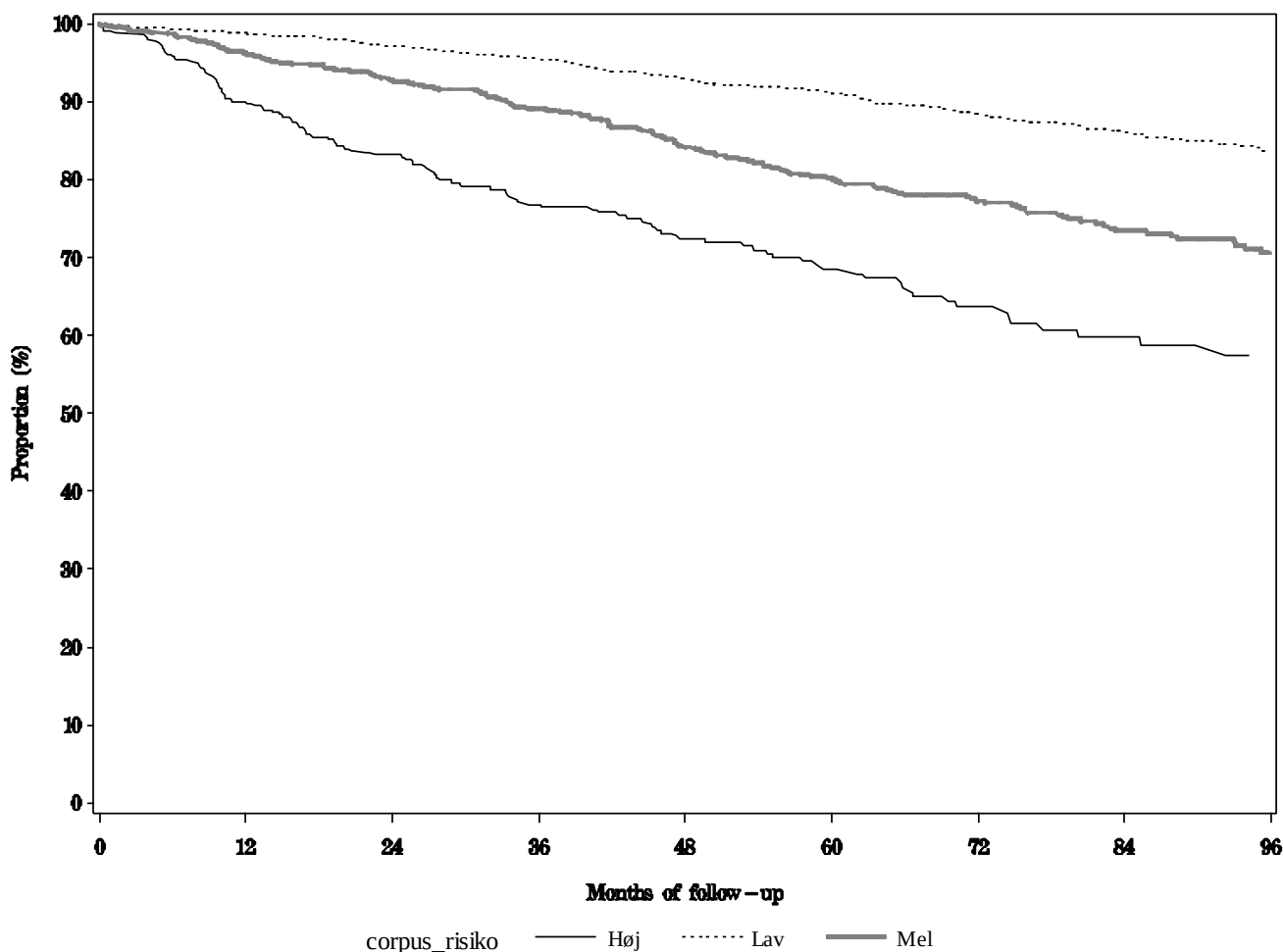
Overlevelse for Corpuscancer fordelt på stadie	Stadie I			Stadie II			Stadie III			Stadie IV		
	Nedre	Øvre	Rate	Nedre	Øvre	Rate	Nedre	Øvre	Rate	Nedre	Øvre	Rate
I live after 30 dage	99.49	99.83	99.66	98.46	99.60	99.03	97.28	99.96	98.62	82.28	91.50	86.89
I live after 180 dage	97.94	98.70	98.32	90.67	93.79	92.23	84.57	91.98	88.28	57.02	70.16	63.59
I live after 1 år	95.85	96.94	96.39	84.32	88.32	86.32	75.77	84.92	80.34	44.14	57.80	50.97
I live after 2 år	92.85	94.29	93.57	74.15	79.08	76.61	58.97	69.99	64.48	32.18	45.49	38.83
I live after 3 år	90.55	92.20	91.38	68.23	73.52	70.87	51.55	62.94	57.24	24.75	37.39	31.07
I live after 4 år	88.15	89.98	89.07	64.25	69.73	66.99	47.01	58.50	52.76	22.92	35.33	29.13
I live after 5 år	86.55	88.49	87.52	62.45	68.00	65.23	45.97	57.48	51.72	20.66	32.74	26.70

Figur A4.4.3 Overlevelse 1.1.2005-30.6.2014 for corpuscancer stratificeret på stadie

Tabel A4.4.4 Overlevelse 1.1.2005-30.6.2014 for corpuscancer, st. I stratificeret på risikogrupper

Overlevelse for Corpuscancer st. I fordelt på risikogrupper	Lavrisiko			Mellemrisko			Højrisiko		
	Nedre	Øvre	Rate	Nedre	Øvre	Rate	Nedre	Øvre	Rate
I live efter 30 dage	99.70	100.00	99.85	99.34	100.00	99.69	98.22	99.98	99.10
I live efter 180 dage	98.96	99.60	99.28	97.95	99.39	98.67	94.12	97.79	95.96
I live efter 1 år	98.33	99.17	98.75	95.12	97.49	96.31	87.34	92.89	90.11
I live efter 2 år	96.70	97.93	97.31	91.65	94.81	93.23	80.89	87.65	84.27
I live efter 3 år	95.16	96.67	95.91	88.39	92.12	90.26	75.80	83.30	79.55
I live efter 4 år	93.44	95.21	94.32	84.75	88.99	86.87	72.94	80.77	76.85
I live efter 5 år	92.39	94.29	93.34	82.13	86.69	84.41	71.04	79.08	75.06

Figur A4.4.4 Overlevelse 1.1.2005-30.6.2014 for corpuscancer, st. I stratificeret på risikogrupper



Appendiks 5: Ordliste

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

Ascites – ansamling af væske i bughulen

Borderlinetumor – tumor på ovariet, klassificeret mellem godartet og ondartet

Cervixcancer – kræft i livmoderhalsen

Corpuscancer – kræft i livmoderen

Cystoskopi – kikkertundersøgelse i blæren

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

BMI – body mass index

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

Bulky Disease – stor tumorbyrde

Corpuscancer – kræft i livmoderen

Diaphragma - mellemgulv

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

DGCD – Dansk Gynækologisk Cancer Database

DGCG – Dansk Gynækologisk Cancer Gruppe

Elektiv - planlagt

Endometrie – slimhinden i livmoderen

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

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

FIGO – International Federation of Gynecology and Obstetrics

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

Hysterektomi – operativ fjernelse af livmoderen

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

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

KCEB-Øst – Kompetencecenter for Klinisk Epidemiologi og Biostatistik – Øst

KCKS-Øst – Kompetence Center for Kliniske Kvalitet og Sundhedsinformatik – Øst

KMS – Klinisk MåleSystem

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

Konus – Operativt indgreb i form af keglesnit på livmoderhals

Laparoskopi – kikkertundersøgelse i maven

LAVH – laparoskopisk assisteret vaginal hysterektomi

LPR – Landspatientregisteret

Lymfadenektomi – fjernelse af lymfeknuder

Myometrie – muskulaturen i livmoderen

Neoadjuverende kemoterapi – kemoterapi før kirurgisk behandling

Neoplasma malignum endometrii – kræft i livmoderslimhinden

Neoplasma malignum fundi uteri – kræft i bunden af livmoderen

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

Neoplasma malignum ovarii – kræft i æggestokken

Neoplasma malignum peritonei – kræft i bughinden

Neoplasma malignum tubae uterina – kræft i æggelederen

Ovariecancer – kræft i æggestok

Paraaortalt – langs hovedpulsåren

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

Pelvis – bækkenet

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

Peritonealcancer – kræft i bughinden

Pleuraeffusion – udsivning af væske over lungehinden



Positive/negative lymfeknuder – lymfeknuder med/uden metastaser

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

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

Salpinx/salpinges – æggeleder/æggeledere

Trofoblast – væv på moderkagen hvori der kan opstå ondartede forandringer

Tubacancer – kræft i æggeleder

Uterus - livmoder

Øvre abdomen – området over bækkenet og under mellemgulvet



Appendiks 6: Indberettende afdelinger pr. 1.7.2013

	Gynækologi	Patologi
Region Hovedstaden		
Rigshospitalet	X	X
Hvidovre Hospital	X	X
Herlev Hospital	X	X
Nordsjællands Hospital, Hillerød	X	
Region Sjælland		
Holbæk Sygehus	X	
Næstved Sygehus	X	X
Roskilde Sygehus	X	X
Region Syddanmark		
Odense Universitetshospital	X	X
Sydvestjysk Sygehus, Esbjerg	X	X
Sygehus Sønderjylland, Sønderborg	X	X
Sygehus Sønderjylland, Haderslev	X	
Vejle Sygehus		X
Kolding Sygehus	X	
Region Midtjylland		
Regionshospitalet Horsens	X	
Regionshospitalet Herning	X	
Regionshospitalet Holstebro		X
Regionshospitalet Randers	X	X
Regionshospitalet Viborg	X	X
Aarhus Universitetshospital, Skejby	X	
Aarhus Universitetshospital, Århus Sygehus		X
Region Nordjylland		
Sygehus Thy-Mors, Thisted	X	
Sygehus Vendsyssel, Hjørring	X	X
Aalborg Sygehus	X	X

Appendiks 7: Vejledning i fortolkning af resultater

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

Indikatortabeller

Tabellerne i rapporten omfatter resultater for de enkelte afdelinger, regioner og landsgennemsnittet. Nedenfor beskrives indholdet af tabellerne:

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

Kontrolprogrammer (regioner/enheder)

Grafisk præsentation af resultaterne for hver region hhv. afdeling. Diagrammerne giver en oversigt over den fastsatte standard (lodret stiplede, grøn streg), landsresultatet og regionsresultaterne hhv. afdelingsresultaterne for hver enkelt indikator (blå prikker) angivet med tilhørende 95 % konfidensintervaller (blå vandrette streger).

Forløbsdiagrammer (enheder)

Forløbsdiagrammerne viser på afdelingsniveau udviklingen i indikatoren over de seneste 3 år med indikatorværdier opgjort pr. halvår.



Appendiks 8: Høringssvar

Nedenstående høringssvar er afgivet i forbindelse med tidlig intern høring på de indberettende afdelinger

Gynækologisk afdeling, Aarhus Universitetshospital har følgende faglige kommentarer til årsrapporten for 2013-14.

Generelt

DGCD databasen har nu eksisteret i så mange år, at "Surrogat markøre" som makroradikal operation for ovariecancer kan suppleres med reelle overlevelseshalvlevetider. F.eks. 1-, 3- og 5 års overlevelseshalvlevetider, som det angives for cervixcancer patienterne.

Indrapportering til databasen er jf. årets opgørelse med faldende dækningsgrad og datakomplethed. Indrapportering er ressourcemæssig tung og man må anbefale at der tilføres ressourcer til opgaven, hvis man ønsker at bevare databasen i sin nuværende form. Ligeledes opfordrer vi til at der snarest tages initiativer til automatisk overførsel af data fra de elektroniske patientjournaler direkte til databasen.

Cervixcancer:

Afdelingen egen opgørelse viser, at der er foretaget 50 % flere radikale hysterektomier for cervix cancer i den pågældende periode fra 2013-14.

Den histopatologiske procedure til vurdering af antal fjernede lymfeknuder i forbindelse med operation for cervix cancer er ændret og afdelingen forventer fremadrettet at overholde indikator 1.

Ovariecancer.

Indikator 10A og 10 B skal vurderes samlet, da formålet med neoadjuvant kemoterapi er at "down size" tumor således at kirurgisk radikal operation bliver muligt gerne med mindre ekstensivt indgreb. Ved stad IIIC og IV vil ca. 60 % af ovariecancer patienterne forventes at have metastaser til lymfeknuder. Databasen demonstrerer diskrepans mellem antal patienter med stad IIIC og IV sygdom som er angivet som radikalt opererede men uden at have fået lymfadenektomi.

Indikator 12 kan ikke bedømmes isoleret, men må sammenholdes med omfanget af det udførte indgreb. Samme indvendig må anføres overfor sygeplejedata vedr mobilisering.

Århus den 6.3.2015

Lone Kjeld Petersen

DGCD årsrapport 2013/2014

Høringssvar fra Gynækologisk Afdeling og Patologisk Institut Aalborg Universitetshospital

Cervixcancer:

Indikator 1 side 6

Til denne opgørelse vil man fra Aalborg dog gøre opmærksom på, at der dels kan være stor forskel på, hvordan optælling af lymfeknuder foretages i forbindelse med den patoanatomiske vurdering, og at den biologiske variation ikke synes at være velbelyst, hvilket der bør gøres opmærksom på i årsrapporten. På baggrund heraf vil man fra Aalborg Universitetshospitals side derfor appellere til, at denne indikator fjernes i fremtidige årsrapporter.

Tabel A3.2.1., side 35

Der rejses ved gennemgang spørgsmålstejn til hvad tallet ud for ingen tumorrest i præparatet dækker over. Selvom der ikke er påvist tumorrest i præparatet – her mener man vel i hysterektomipræparatet, må der være en histologisk type på enten konus eller biopsi. Dette ønskes fra Aalborg uddybet nærmere.

Ovariecancer:

Jf. opgørelse fra Gynækologisk Afdeling er der i perioden for årsrapporten udført 51 operationer for ovariecancer på Aalborg Universitetshospital.

Indikator 11B

At lade radikal lymfadenektomi ved avanceret ovarie-, peritoneal cancer indgå som en kvalitetsindikator er



meget problematisk. Nogle vil anse dette for at være et videnskabeligt udokumenteret indgreb. Fjernelse af "bulky" nodes ved avanceret ovariecancer (peritoneal sygdom) som led i tumor-debulking har mening, men som led i en "staging" af en allerede kendt avanceret sygdom er meningsløs. At radikal fjernelse af lymfeknuder – også paraaortalt – ved tilsyneladende stadium I/II sygdom har vist at opstige op mod 30-40 % og i enkelte undersøgelser at have vist en forbedret overlevelse (retrospektive us) er derfor efter min mening i disse tilfælde et helt relevant indgreb, men ved allerede kendt avanceret sygdom (uden debulking formål) kan i alle tilfælde ikke indgå som en kvalitetsindikator. At det vil være interessant at se en evt effekt heraf på sigt, er en helt anden historie.

Høringssvar DGCD årsrapport 2013/2014 fra Sygeplejerskegruppen

Overordnet set ønsker gruppen flere sygeplejeindikatorer medtaget i årsrapporten, af hensyn til kvalitet og monitorering.

Faglig kommentar til indikator 12 A+B

Der angives ikke faste kriterier for indlæggelsesvarighed. Sygeplejerskegruppen anbefaler at der i beskrivelsen af indikatoren indføres "*....Patienter, der er indlagt < 8 dage efter operationen, **og som ikke opfylder kriterier for udskrivelse i det accelererede patientforløb, opfylder indikatoren...***"

Faglig kommentar til indikator 30

Indikatoren omfatter ikke-ekstensivt opererede patienter. Hvordan der kirurgisk skelnes mellem "ekstensiv" og "ikke-ekstensiv" operation ønskes tydeliggjort.

24 patienter udgår fordi de er udskrevet på operationsdagen eller dagen efter

De afdelinger der har tidligt udskrevne patienter får dermed tendens til et dårligere resultat på denne indikator.

163 pt har ikke oplysning om operation

Sygeplejersgruppen stiller sig undrende overfor det store antal. Dette vil fremadrettet kunne løses teknisk ved at spørgsmålet udgår - oplysning kan hentes andetsteds.

15 mangler oplysning om varighed af mobilisering

Et særligt registreringsskema er blevet udarbejdet og pilottestet til optimering af mobilisering. Af skemaet fremgår anbefalinger for mobilisering tydeligt, således at kvinderne og deres pårørende selv kan deltage aktivt - også i udfyldelsen af skemaet, som implementeres nationalt i 2015.

17 mangler oplysning om hvornår patienten er modtaget på afdelingen Der har været tekniske vanskeligheder med registreringen. En justering af fladen er ønskelig for at komme problemet til livs.

Faglig kommentar til indikator 31

Indikatoren omfatter både ekstensivt og ikke-ekstensivt opererede ovarie cancer patienter.

Der vil i 2015 blive taget initiativ til udarbejdelse af en klinisk vejledning med anbefalinger for profylaktisk laksantia behandling samt reduktion af postoperativ ileus til kvinder, som er opereret for ovarie cancer.

94 patienter mangler oplysning om afføring Indikatoren indbefatter patienter som ikke er udskrevet på operationsdagen. Men da mange bliver udskrevet inden 3. dag, vil indikatoren automatisk give mange uoplyste. Så enten skal der klassificeres ved efterfølgende telefonopringning til patienten, eller også må tilføjes svarmulighed: "Afføring efter udskrivelse."

Faglig kommentar til appendiks 2 Corpuscancer og hyperplasi med atypi

Sygeplejerskegruppen anbefaler at det nævnes at andelen af overvægtige patienter i denne gruppe indikerer at der delvist er tale om en livsstilssygdom. Forebyggende tiltag målrettet overvægt og inaktivitet hos kvinder efter overgangsalderen vil derfor ad åre kunne mindske hyppigheden af denne sygdom.