

# Dansk Gynækologisk Cancer Database



**Landsdækkende klinisk database for  
gynækologisk kræft**

**National Årsrapport 2016/2017**

*1. juli 2016 – 30. juni 2017*



## Rapporten udgår fra

Årsrapporten er udarbejdet af Afdeling for Epidemiologi og Biostatistik, RKKP af datamanager Hanna Joensen, biostatistiker Marianne Steding-Jessen og klinisk epidemiolog Helle Hare-Bruun i samarbejde med styregruppen for Dansk Gynækologisk Cancer Database. RKKP 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, Afdeling for Epidemiologi og Biostatistik, RKKP.  
Databasens kontaktperson er Mette Roed Eriksen, Afdeling for Klinisk Koordination, RKKP.



## Indhold

<b>1. Konklusioner og anbefalinger .....</b>	<b>5</b>
<b>2. Indikatorresultater .....</b>	<b>7</b>
<b>Indikatorområde: Cervixcancer .....</b>	<b>8</b>
Indikator 1: Cervixcancer, Andel med $\geq 18$ fjernede lymfeknuder ved radikal hysterectomi eller trakelektomi .....	8
Indikator 6A: Cervixcancer, Andel patienter i live 5 år efter anamnesedato, st. I .....	9
Indikator 6B: Cervixcancer, Andel patienter i live 5 år efter anamnesedato, st. II og III .....	10
<b>Indikatorområde: Ovariecancer .....</b>	<b>12</b>
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, lymfadenektomi, st. I-III .....	15
Indikator 11B: Ovarie-, tuba- og peritonealcancer, lymfadenektomi, st. IIIB-IV .....	16
Indikator 12A: Ovarie-, tuba- og peritonealcancer st. IIIC-IV, indlæggelsestid $\leq 8$ dage, efter primær operation .....	18
Indikator 12B: Ovarie-, tuba- og peritonealcancer st. IIIC-IV, indlæggelsestid $\leq 8$ dage, ved operation efter neoadjuverende kemoterapi .....	19
<b>Indikatorforslag: Ovariecancer (indikator 13, 14 og 15) .....</b>	<b>20</b>
Indikator 13: Ovarie-, tuba- og peritonealcancer, Andel patienter i live 5 år efter anamnesedato, stadium I .....	20
Indikator 14: Ovarie-, tuba- og peritonealcancer, Andel patienter i live 2 år efter anamnesedato, stadium IIIC-IV .....	22
Indikator 15: Ovarie-, tuba- og peritonealcancer, Andel patienter i live 5 år efter anamnesedato, stadium IIIC-IV .....	24
<b>Indikatorområde: Corpuscancer .....</b>	<b>26</b>
Indikator 20A: Corpuscancer (karcinomer), ingen fjernelse af lymfeknuder for lavrisikopatienter st. IA .....	26
Indikator 20B: Corpuscancer (karcinomer), fjernelse af pelvine lymfeknuder for mellem-højrisikopatienter st. I, eller st. II-III .....	27
<b>Indikatorområde: Sygepleje .....</b>	<b>29</b>
Indikator 30: Sygepleje ovariecancer – mobilisering $\geq 3$ timer på postoperativ dag 1 for ikke-ekstensivt opererede .....	29
Indikator 31: Sygepleje ovariecancer - afføring $\leq 3$ dage efter operation .....	31
<b>Indikatorområde: Vulvacancer .....</b>	<b>32</b>
Indikator 43: Vulvacancer, Sentinel node foretaget på patienter med st. IB. ....	32
<b>Indikatorområde: Trofoblastsygdom .....</b>	<b>33</b>
Indikator 50: Trofoblastsygdom (kun mola): Andel patienter med relevant kontrolforløb .....	33
Indikator 51: Trofoblastsygdom (kun mola): Andel patienter med klinisk mistanke om – og efterfølgende verificeret – mola, der har fået foretaget genetisk analyse. ....	34
<b>3. Beskrivelse af sygdomsområdet .....</b>	<b>35</b>
<b>4. Oversigt over indikatorer .....</b>	<b>36</b>
<b>5. Datagrundlag .....</b>	<b>37</b>
Datakvalitet og statistiske analyser .....	37
Dækningsgrad og datakomplethed .....	38
Komplethedegrad for de enkelte indikatorer .....	38
<b>6. Styregruppens sammensætning .....</b>	<b>39</b>
Grupper under Dansk Gynækologisk Cancer Gruppe .....	39
<b>Appendiks 1: Datagrundlag .....</b>	<b>43</b>
Dækningsgrad .....	43



Datakomplethed for indikatorer .....	45
<b>Appendiks 2: Beskrivelse af sygdomsområder og behandling .....</b>	<b>46</b>
Cervixcancer .....	46
Ovarie-, peritoneal- og tubacancer samt borderlinetumorer .....	46
Endometriecancer og atypisk hyperplasi i endometriet .....	47
Vulvacancer og vaginalcancer .....	48
Trofoblastsygdomme .....	48
<b>Appendiks 3: Supplerende deskriptive resultater .....</b>	<b>49</b>
Baggrundsoplysninger og risikomarkører .....	49
Cervixcancer .....	51
Ovariecancer .....	54
Corpuscancer .....	58
Vulvacancer .....	61
Trofoblastsygdom .....	61
<b>Appendiks 4: Overlevelse .....</b>	<b>62</b>
Samlet overlevelse .....	62
Cervixcancer, overlevelse .....	63
Ovariecancer, overlevelse .....	67
Corpuscancer, overlevelse .....	72
<b>Appendiks 5: Ordliste .....</b>	<b>76</b>
<b>Appendiks 6: Vejledning i fortolkning af resultater .....</b>	<b>78</b>
<b>Appendiks 7: Hørings svar .....</b>	<b>79</b>



## 1. Konklusioner og anbefalinger

Traditionen tro startes denne overordnede konklusion med en vurdering af dækningsgraden. Sidste årsrapport var den første, hvor vi "kun" nåede en dækningsgrad på 89 % og således ikke nåede op over de 90 % på landsbasis som er krævet af en klinisk database. Bekymringen var derfor stor for denne årsrapport, specielt i forbindelse med introduktionen af Sundhedsplatformen. Af samme årsag blev der lavet flere tiltag for at foregribe en forventelig lav dækningsprocent dette år, med udsendelse af flere lister, påmindelser og direkte kontakt til de enkelte afdelinger angående deres mangellister. Glæden var derfor stor da vi for første gang så en dækningsgrad på 97 % overfor Landspatientregisteret (LPR). Denne høje dækningsgrad ses normalt først de følgende år, når afdelingerne har udfyldt de mangellister som vedvarende bliver stående i analyseportalens mangellistesystem. Dog må denne høje dækningsgrad tages med en anelse forbehold, idet mangellisterne beregnes ud fra de samme diagnosekoder i det administrative LPR system. En gynækologisk kræft patient ikke indmeldt korrekt til LPR vil patienten ikke indgå i mangellisterne og heller ikke i dækningsgraden, som således bliver falsk for høj. Idet det totale antal patienter i denne årsrapport er mellem 150-200 lavere i forhold til de foregående år kan man frygte, at der foreligger en underrapportering til LPR. Er tallet korrekt, kan vi kun glæde os over at antallet af gynækologiske kræftpatienter er faldet. Desværre er underrapportering, specielt pga. Sundhedsplatformen nok en mere realistisk forklaring, som vi må håbe der bliver rettet op på i fremtiden.

I Region Hovedstaden havde vi set positivt frem til Sundhedsplatformen, idet vi forventede, at den ville lette vores daglige kliniske arbejde og fjerne dobbeltregistrering ved at overføre data online og tidsnært til DGCD, samtidig med at kvaliteten ville øges. Desværre må vi nu konstatere, at Sundhedsplatformen har skuffet på alle disse punkter. De læger som tidligere indtastede tidsnært online, har ikke mere tid til dette arbejde mellem patienterne. Sundhedsplatformen er så tidskrævende og uhensigtsmæssigt opbygget for lægerne, at de kun har tid til de basale indtastninger i Sundhedsplatformen. Al DGCD indtastning sker således nu efterfølgende ud fra mangellisterne, som pga. problemfyldt overførsel til LPR, også er mangelfulde. Herudover er registreringen af enkelte variable som hentes fra LPR også dårligere registreret. Vi kan kun håbe, at der fremtidigt kommer en Sundhedsplatforms ændring der giver lægerne mere tid til DGCD indtastning og overførsel af online data. Alternativt at Sundhedsplatformen erstattes med en anden tidsbesparende og velfungerende logisk opbygget elektronisk patient journal, hvorfra data kan overføres online.

En væsentlig betydning for dækningsgraden og validiteten i denne årsrapport må tilskrives den ekstra tid og mulighed for at rette data og indhente mangler, der er indført i høringsperioden. Muligheden har været modtaget meget positivt på alle afdelingerne, hvilket tydeligt kunne ses i øgning af dækningsgrader og rettelser fra første høringsversion til endelig version. Denne mulighed forsøges bevaret i de fremtidige årsrapporter, selvom tidsperioden er presset og fastlagt ud fra generelle tidskrav for de kliniske databaser. Desværre bliver tidsfristen derfor lidt kortere i de kommende rapporter.

Idet Sundhedsplatformen, modsat forventning, har medført et tidsmæssigt problem for online indtastning i de enkelte regioner er mangellisterne desværre blevet en yderligere nødvendighed for at holde dækningsgrad og validitet oppe. Det vil derfor de kommende år fortsat være nødvendigt at revidere mangellisterne og implementere disse i de nye IT systemer der skal afløse Analyseportalen, hvorfra mangellisterne nu hentes fra de enkelte afdelinger. Det er derfor planlagt, at der påbegyndes revision af mangellisterne efter udgivelse af denne årsrapport.

Indikatorerne giver fortsat anledning til megen diskussion og forslag til ændringer. I efteråret gav dette anledning til endnu et nationalt tværfagligt møde hvor de nuværende og kommende indikatorer blev fremlagt og drøftet af de enkelte arbejdsgrupper. Som eksempel på nødvendige ændringer kan der nævnes Sentinel lymfeknude fjernelse, der nu er introduceret på alle centre. Formålet med sentinel er, kun at fjerne få relevante lymfeknuder i stedet for det store antal, der nu fjernes ved mere systematisk lymfeknude fjernelse. Indikatorer der er opbygget på antal lymfeknuder vil derfor fremover være forældede og bør af arbejdsgrupperne erstattes af andre indikatorer. Indikatorarbejdet er derfor fortsat yderst aktuelt i de enkelte arbejdsgrupper.

De forrige år har vi understreget nødvendigheden af at nærlæse de afdelings- og arbejdsgruppe-specifikke kommentarer under de enkelte indikatorer, før de anvendes af kvalitetsansvarlige, politikere og anden



presse såsom Dagens Medicin, dette er stadig gældende i denne årsrapport. Udarbejdelse af de specifikke kommentarer er udlagt til de enkelte arbejdsgrupper og anført under de enkelte indikatorer og tabeller.

Til sidst stor tak til alle der har bidraget til denne årsrapport

Bedste hilsner

Claus K. Høgdall  
Formand for DGCD



## 2. Indikatorresultater

Indikatorresultaterne præsenteres i følgende afsnit. I denne årsrapport vurderes opfyldelse af standard kun på landsresultatet. I de fleste af indikatorerne er antallet af patienter pr. afdeling begrænset; indikatorresultaterne er derfor behæftet med en stor grad af usikkerhed på estimatet, hvilket understreges af brede konfidensintervaller. Det er derfor besluttet, at målopfyldelsen kun vurderes på landsresultaterne.

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

Vejledning til fortolkning af tabeller og diagrammer i resultat afsnittet findes i appendiks 6.



## Indikatorområde: Cervixcancer

### Indikator 1: Cervixcancer, Andel med $\geq 18$ fjernede lymfeknuder ved radikal hysterektomi eller trakelektomi

Standard:  $\geq 80$  %

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

Indikator 1	Std. 80% opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst (pct.)	Aktuelle år 1.7.16-30.6.17		Tidligere år 2015/16 2014/15	
				Andel	95% CI	Andel	Andel
<b>Danmark</b>	nej	81 / 105	0 (0)	<b>77</b>	(68-85)	88	81
<b>Hovedstaden</b>		45 / 52	0 (0)	<b>87</b>	(74-94)	87	85
<b>Syddanmark</b>		19 / 22	0 (0)	<b>86</b>	(65-97)	96	94
<b>Midtjylland</b>		14 / 19	0 (0)	<b>74</b>	(49-91)	92	80
<b>Nordjylland</b>		3 / 12	0 (0)	<b>25</b>	(5-57)	71	36
<b>Hovedstaden</b>		45 / 52	0 (0)	<b>87</b>	(74-94)	87	85
Herlev		0 / 0	0 (0)				100
Rigshospitalet		45 / 52	0 (0)	<b>87</b>	(74-94)	87	85
<b>Syddanmark</b>		19 / 22	0 (0)	<b>86</b>	(65-97)	96	94
Odense		19 / 22	0 (0)	<b>86</b>	(65-97)	96	94
<b>Midtjylland</b>		14 / 19	0 (0)	<b>74</b>	(49-91)	92	80
Aarhus		14 / 19	0 (0)	<b>74</b>	(49-91)	92	80
<b>Nordjylland</b>		3 / 12	0 (0)	<b>25</b>	(5-57)	71	36
Aalborg		3 / 12	0 (0)	<b>25</b>	(5-57)	71	36

#### 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  $\geq 18$  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 (115 patienter). De patienter der "mangler" i indikatoropgørelsen, er blevet ekskluderet idet der ikke var (registreret) modtaget præparat til opgørelse af lymfeknudeantal på patologiafdeling.

På landsplan opfylder 77 % (95 % CI: 68-85 %) af patienterne indikatoren og standarden på  $\geq 80$  % er således ikke opfyldt. Der er en del variation på regions/afdelingsniveau med indikatorværdier på hhv. 87 % (95 % CI: 74-94 %) og 86 % (95 % CI: 65-97 %) i Region hovedstadien og Region Syddanmark. Region Midtjylland ligger lidt lavere med 74 % (95 % CI: 49-91 %), mens Region Nordjylland skiller sig ud med en indikatorværdi på 25 % (95 % CI: 5-57 %). Generelt er antallene af patienter på regions/afdelingsniveau dog små og afdelingsresultater skal derfor tolkes med forsigtighed.

#### Faglige kommentarer til indikator 1:

Indikatoren er opfyldt på landsplan, men fremadrettet vil vi lade denne indikator udgå, idet sentinel node diagnostik er eller vil blive indført i behandlingen af små tumorer. Dette betyder, at det fremadrettet ikke vil være alle patienter, der bliver opereret med radikal lymfadenektomi. Cervixcancergruppen har defineret en ny indikator for stadium IB, der omhandler detektionsrate ved anvendelse af sentinel node teknikken.





## Indikator 6A: Cervixcancer, Andel patienter i live 5 år efter anamnesedato, 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 01.07.2011-30.06.2012 som aktuelle år. Indikatoren er opgjort på gynækologiske afdelinger.

### 6.1 Cervixcancer 5års overl st. I

	Std. 90% opfyldt	Tæller/nævner	Uoplyst (pct.)	Aktuelle år		Tidligere år	
				1.7.11-30.6.12 Andel	95% CI	2010/11 Andel	2009/10 Andel
<b>Danmark</b>	ja	199 / 213	2 (1)	<b>93</b>	(89-96)	90	90
<b>Hovedstaden</b>		# / #	1 (1)	#		93	95
<b>Sjælland</b>		# / #	0 (0)	#		100	100
<b>Syddanmark</b>		46 / 51	0 (0)	<b>90</b>	(79-97)	80	84
<b>Midtjylland</b>		31 / 36	0 (0)	<b>86</b>	(71-95)	95	88
<b>Nordjylland</b>		10 / 11	1 (8)	<b>91</b>	(59-100)	89	69
<b>Hovedstaden</b>		# / #	1 (1)	#		93	95
Herlev		40 / 41	0 (0)	<b>98</b>	(87-100)	97	93
Hillerød		# / #	0 (0)	#		100	100
Hvidovre		3 / 3	0 (0)	<b>100</b>	(29-100)	100	0
Rigshospitalet		63 / 65	1 (2)	<b>97</b>	(89-100)	90	98
<b>Sjælland</b>		# / #	0 (0)	#		100	100
Holbæk		# / #	0 (0)	#		100	
Næstved		0 / 0	0 (0)				100
Roskilde		4 / 4	0 (0)	<b>100</b>	(40-100)	100	100
<b>Syddanmark</b>		46 / 51	0 (0)	<b>90</b>	(79-97)	80	84
Esbjerg		# / #	0 (0)	#		60	75
Odense		43 / 48	0 (0)	<b>90</b>	(77-97)	83	84
Svendborg		0 / 0	0 (0)			100	
Sønderborg		# / #	0 (0)	#			100
<b>Midtjylland</b>		31 / 36	0 (0)	<b>86</b>	(71-95)	95	88
Aarhus		28 / 33	0 (0)	<b>85</b>	(68-95)	95	87
Herning		0 / 0	0 (0)				100
Randers		# / #	0 (0)	#		100	100
Viborg		# / #	0 (0)	#		100	100
<b>Nordjylland</b>		10 / 11	1 (8)	<b>91</b>	(59-100)	89	69
Aalborg		10 / 11	0 (0)	<b>91</b>	(59-100)	89	69
Hjørring		0 / 0	1(100)				



## Indikator 6B: Cervixcancer, Andel patienter i live 5 år efter anamnesedato, 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 01.07.2011-30.06.2012 som aktuelle år. Indikatoren er opgjort på gynækologiske afdelinger.

Indikator 6B	Std. 45% opfyldt	Tæller/nævner	Uoplyst (pct.)	Aktuelle år		Tidligere år	
				1.7.11-30.6.12 Andel	95% CI	2010/11 Andel	2009/10 Andel
<b>Danmark</b>	ja	83 / 130	1 (1)	<b>64</b>	(55-72)	64	46
<b>Hovedstaden</b>		# / #	0 (0)	#		68	38
<b>Sjælland</b>		0 / 0	0 (0)			0	0
<b>Syddanmark</b>		35 / 50	0 (0)	<b>70</b>	(55-82)	73	40
<b>Midtjylland</b>		# / #	0 (0)	#		50	62
<b>Nordjylland</b>		# / #	1 (9)	#		50	55
<b>Hovedstaden</b>		# / #	0 (0)	#		68	38
Herlev		13 / 24	0 (0)	<b>54</b>	(33-74)	65	30
Hvidovre		# / #	0 (0)	#			
Rigshospitalet		9 / 19	0 (0)	<b>47</b>	(24-71)	69	43
<b>Sjælland</b>		0 / 0	0 (0)			0	0
Holbæk		0 / 0	0 (0)				0
Roskilde		0 / 0	0 (0)			0	
<b>Syddanmark</b>		35 / 50	0 (0)	<b>70</b>	(55-82)	73	40
Odense		35 / 50	0 (0)	<b>70</b>	(55-82)	73	42
Svendborg		0 / 0	0 (0)				0
<b>Midtjylland</b>		# / #	0 (0)	#		50	62
Aarhus		19 / 24	0 (0)	<b>79</b>	(58-93)	50	60
Horsens		0 / 0	0 (0)				100
Silkeborg		# / #	0 (0)	#			
<b>Nordjylland</b>		# / #	1 (9)	#		50	55
Aalborg		6 / 9	0 (0)	<b>67</b>	(30-93)	50	55
Hjørring		0 / 0	1(100)				
Thisted		# / #	0 (0)	#			
<b>Privat</b>							
Ukendt		# / #	0 (0)	#			100

### Klinisk-epidemiologiske kommentarer til indikator 6A og 6B:

Indikatoren viser andelen af cervixcancerpatienter med hhv. stadie I (indikator 6A) og stadie II-III (indikator 6B), der er i live 5 år efter anamnesedato. Populationen er således patienter med anamnesedato 1/7 2011-30/6 2012.

Overlevelsen efter 5 år for patienter med cervixcancer st. I (indikator 6A) er på 93 % (95 % CI: 89-96 %) på landsplan. Standarden på  $\geq 90\%$  er således opfyldt på landsplan. På regionsniveau ligger indikatorværdierne mellem 86 og 100 %. Indikatorværdierne skal dog tolkes forsigtigt, da patientantallene er små. Især resultaterne fra Region Sjælland og Region Nordjylland skal tolkes varsomt, da de er baseret på hhv. 5 og 11 patienter.

Overlevelsen efter 5 år for patienter med cervixcancer st. II-III (indikator 6B) er på 64 % (95 % CI: 55-72 %) og standarden på 45 % er således opfyldt på landsplan. På regionsniveau varierer indikatorværdierne mellem 50 og 76 %. Flere enheder samt Region Nordjylland har meget få patienter, så disse resultater skal tolkes med stor varsomhed.

### Faglige kommentarer til indikator 6A:

Indikatoren er opfyldt på landsplan. I beregningen af 5 års overlevelsen for cervixcancer stadium 1 indgår patienter, der er behandlet i 2011/2012. I indikator 6A indgår patienter med en minimal sygdomsbyrde og



ekstrem lav risiko for recidiv (stadium 1A) sammen med patienter hvor risiko for recidiv er noget større (stadium 1B uden lymfeknudemetastasing) og patienter med høj risiko for recidiv (stadium 1B med lymfeknudemetastasing). Årsagen til dette skal findes i en international fastholdelse af, at stadienddeling af cervixcancer er klinisk og fastholdes uanset fund ved histologisk vurdering af det fjernede præparat. I tabellen er angivet flere afdelinger med få patienter med 100 % overlevelse. I alle tilfælde drejer dette sig om det allertidligste sygdomsstadium med overlevelse sv.t. baggrundsbefolkningen. Avanceret kirurgisk indgreb for stadium IB, der generelt har en dårligere prognose end stadium IA, var centraliseret til 6 centre tilbage i 2011/12.

En 5 års overlevelse på 93 % svarer til international standard.

Cervixcancergruppen har defineret nye indikatorer med angivelse af 5 års overlevelse for henholdsvis stadium IA og IB på landsplan.

#### Faglige kommentarer til indikator 6B:

Indikatoren er opfyldt på landsplan, men der er betydelige forskelle i overlevelse mellem de enkelte centre.

Cervixcancergruppen vurderer, at forskellene skyldes statistiske usikkerheder som giver meget usikre estimer af overlevelsen med meget brede konfidensintervaller i de enkelte centre. En samlet 5 års overlevelse på 64 % findes acceptabelt og er på linje med international standard.

Cervixcancergruppen har defineret nye indikatorer med angivelse af 5 års overlevelse for henholdsvis stadium II og III på landsplan.



## 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 (kirurgisk skøn) opfylder indikatoren. Indikatoren er opgjort på gynækologiske afdelinger.

Indikator 10A	Std. 60% opfyldt	Tæller/nævner	Uoplyst (pct.)	Aktuelle år		Tidligere år	
				1.7.16-30.6.17 Andel	95% CI	2015/16 Andel	2014/15 Andel
<b>Danmark</b>	ja	65 / 81	1 (1)	<b>80</b>	(70-88)	72	75
<b>Hovedstaden</b>		34 / 38	0 (0)	<b>89</b>	(75-97)	66	66
<b>Syddanmark</b>		18 / 24	1 (4)	<b>75</b>	(53-90)	86	82
<b>Midtjylland</b>		10 / 13	0 (0)	<b>77</b>	(46-95)	71	78
<b>Nordjylland</b>		3 / 6	0 (0)	<b>50</b>	(12-88)	60	100
<b>Hovedstaden</b>		34 / 38	0 (0)	<b>89</b>	(75-97)	66	66
Herlev		0 / 0	0 (0)			0	
Rigshospitalet		34 / 38	0 (0)	<b>89</b>	(75-97)	68	66
<b>Syddanmark</b>		18 / 24	1 (4)	<b>75</b>	(53-90)	86	82
Odense		18 / 24	1 (4)	<b>75</b>	(53-90)	86	82
<b>Midtjylland</b>		10 / 13	0 (0)	<b>77</b>	(46-95)	71	78
Aarhus		10 / 13	0 (0)	<b>77</b>	(46-95)	71	78
<b>Nordjylland</b>		3 / 6	0 (0)	<b>50</b>	(12-88)	60	100
Aalborg		3 / 6	0 (0)	<b>50</b>	(12-88)	60	100



## 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 (kirurgisk skøn) opfylder indikatoren. Indikatoren er opgjort på gynækologiske afdelinger.

Indikator 10B	Std. 60% opfyldt	Tæller/nævner	Uoplyst (pct.)	Aktuelle år		Tidligere år	
				1.7.16-30.6.17 Andel	95% CI	2015/16 Andel	2014/15 Andel
<b>Danmark</b>	ja	90 / 138	2 (1)	<b>65</b>	(57-73)	56	57
<b>Hovedstaden</b>		34 / 52	0 (0)	<b>65</b>	(51-78)	49	51
<b>Syddanmark</b>		26 / 39	2 (5)	<b>67</b>	(50-81)	43	61
<b>Midtjylland</b>		21 / 33	0 (0)	<b>64</b>	(45-80)	79	80
<b>Nordjylland</b>		9 / 14	0 (0)	<b>64</b>	(35-87)	65	46
<b>Hovedstaden</b>		34 / 52	0 (0)	<b>65</b>	(51-78)	49	51
Rigshospitalet		34 / 52	0 (0)	<b>65</b>	(51-78)	49	51
<b>Syddanmark</b>		26 / 39	2 (5)	<b>67</b>	(50-81)	43	61
Odense		26 / 39	2 (5)	<b>67</b>	(50-81)	43	61
<b>Midtjylland</b>		21 / 33	0 (0)	<b>64</b>	(45-80)	79	80
Aarhus		21 / 33	0 (0)	<b>64</b>	(45-80)	78	80
Silkeborg		0 / 0	0 (0)			100	
<b>Nordjylland</b>		9 / 14	0 (0)	<b>64</b>	(35-87)	65	46
Aalborg		9 / 14	0 (0)	<b>64</b>	(35-87)	65	46

### 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 2016/17 på landsplan 80 % (95 % CI: 70-88 %) der blev opereret makroradikalt. Standarden på  $\geq 60\%$  er således opfyldt. På regions/afdelingsniveau varierer indikatorværdierne mellem 50 og 89 %, dog skal især Region Nordjyllands resultater tolkes med varsomhed, da patientgrundlaget er meget begrænset.

Blandt patienter med operation efter neoadjuverende kemoterapi (10B) blev 65 % (95 % CI: 57-73 %) makroradikalt opereret, og standarden på  $\geq 60\%$  for indikator 10B er dermed opfyldt på landsplan for første gang i 4 år. Indikatorværdierne på afdelings/regionsniveau er meget ensartede med værdier mellem 64 og 67 %.

Da behandlingen er samlet på få centerafdelinger, er afdelingsresultaterne i vid udstrækning overensstemmende med regionsresultaterne.

For både indikator 10A og 10B gælder det, at patienter der er henvist til operation, men hvor der ikke er oprettet et operationsskema i DGCD, er ekskluderet ud fra antagelsen at de aldrig er blevet opereret, hvis et operationsskema ikke eksisterer.



### Faglige kommentarer til indikator 10A og 10B:

Indikator 10A+B bør vurderes samlet

Standardbehandling af patienter med avanceret ovariecancer er primær kirurgi. Hvis radikal operation ikke skønnes muligt, viser litteraturen at neoadjuverende kemoterapi før operation kan øge chancen for radikal operation. Data fra 2016-2017 viser, at der er regionale forskelle i selektion til primær kirurgi versus neoadjuverende kemoterapi, hvor patienter i Region Hovedstaden i 42 % (38/38+53) af tilfældene opereres ved primær kirurgi sammenlignet med kun 28 % (13/13+33) primært opererede i Region Midt. Alle centre i Danmark på nær Region Nord overholder indikator for primær radikal operation for avanceret cancer ovarii, mens indikatoren for radikal operation efter neoadjuverende kemoterapi er overholdt på alle centre. Tallene fra specielt Region Nord er meget små og tillader derfor ikke meningsfuld tolkning.

Der er tale om få patienter i hver gruppe, hvorfor resultaterne er behæftet med statistisk usikkerhed. Antallet af patienter, som modtager neoadjuverende kemoterapi og efterfølgende ikke bliver opereret, er faldet fra 40 % i 2015/16 til 30 % i 2016/2017. Det er ikke muligt ud fra databasen at vurdere årsager til manglende operation hos disse patienter.



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

Standard:  $\geq 80\%$

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

Indikator 11A	Std. 80% opfyldt	Tæller/nævner	Uoplyst (pct.)	Aktuelle år		Tidligere år	
				1.7.16-30.6.17 Andel	95% CI	2015/16 Andel	2014/15 Andel
<b>Danmark</b>	nej	101 / 170	7 (4)	<b>59</b>	(52-67)	48	41
<b>Hovedstaden</b>		37 / 55	0 (0)	<b>67</b>	(53-79)	48	35
<b>Sjælland</b>		0 / 0	0 (0)			33	0
<b>Syddanmark</b>		32 / 58	6 (9)	<b>55</b>	(42-68)	45	23
<b>Midtjylland</b>		25 / 34	0 (0)	<b>74</b>	(56-87)	55	69
<b>Nordjylland</b>		7 / 23	0 (0)	<b>30</b>	(13-53)	39	40
<b>Hovedstaden</b>		37 / 55	0 (0)	<b>67</b>	(53-79)	48	35
Herlev		0 / 4	0 (0)	<b>0</b>	(0-60)	0	0
Hillerød		0 / 0	0 (0)				0
Hvidovre		0 / 0	0 (0)			0	
Rigshospitalet		37 / 51	0 (0)	<b>73</b>	(58-84)	53	38
<b>Sjælland</b>		0 / 0	0 (0)			33	0
Roskilde		0 / 0	0 (0)			33	0
<b>Syddanmark</b>		32 / 58	6 (9)	<b>55</b>	(42-68)	45	23
Odense		32 / 58	6 (9)	<b>55</b>	(42-68)	45	23
<b>Midtjylland</b>		25 / 34	0 (0)	<b>74</b>	(56-87)	55	69
Aarhus		25 / 34	0 (0)	<b>74</b>	(56-87)	56	69
Randers		0 / 0	0 (0)			0	
<b>Nordjylland</b>		7 / 23	0 (0)	<b>30</b>	(13-53)	39	40
Aalborg		7 / 23	0 (0)	<b>30</b>	(13-53)	39	40
<b>Privat</b>							
Ukendt		0 / 0	1(100)				



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

Standard:  $\geq 80\%$

Ovariecancerpatienter med stadie IIIB-IV, der er makroradikalt opererede (kirurgisk skøn), indgår i indikatoren. Patienter der har fået foretaget 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		Tidligere år	
				1.7.16-30.6.17 Andel	95% CI	2015/16 Andel	2014/15 Andel
<b>Danmark</b>	nej	118 / 170	2 (1)	<b>69</b>	(62-76)	52	48
<b>Hovedstaden</b>		64 / 74	0 (0)	<b>86</b>	(77-93)	56	31
<b>Syddanmark</b>		28 / 47	2 (4)	<b>60</b>	(44-74)	39	46
<b>Midtjylland</b>		26 / 36	0 (0)	<b>72</b>	(55-86)	76	83
<b>Nordjylland</b>		0 / 13	0 (0)	<b>0</b>	(0-25)	6	6
<b>Hovedstaden</b>		64 / 74	0 (0)	<b>86</b>	(77-93)	56	31
Rigshospitalet		64 / 74	0 (0)	<b>86</b>	(77-93)	56	31
<b>Syddanmark</b>		28 / 47	2 (4)	<b>60</b>	(44-74)	39	46
Odense		28 / 47	2 (4)	<b>60</b>	(44-74)	39	46
<b>Midtjylland</b>		26 / 36	0 (0)	<b>72</b>	(55-86)	76	83
Aarhus		26 / 36	0 (0)	<b>72</b>	(55-86)	77	83
Silkeborg		0 / 0	0 (0)			0	
<b>Nordjylland</b>		0 / 13	0 (0)	<b>0</b>	(0-25)	6	6
Aalborg		0 / 13	0 (0)	<b>0</b>	(0-25)	6	6

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

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

For ovariecancerpatienter st. I-III A (indikator 11A) opfylder 59 % (95 % CI: 52-67 %) indikatoren på landsplan, og standarden på  $\geq 80\%$  er således ikke opfyldt. Der ses dog en markant forbedring i forhold til de to foregående perioder; i 2014-15 var indikatorværdien 41 % på landsplan og i 2015-16 var den 48 % på landsplan. På regions/afdelingsniveau varierer indikatorværdierne mellem 30 og 74 %. Men patientantallene er små, og resultaterne skal derfor tolkes med stor varsomhed.

Blandt ovariecancerpatienter st. IIIB-IV (indikator 11B) får 69 % (95 % CI: 41-59 %) foretaget lymfadenektomi på landsplan. Standarden på  $\geq 80\%$  er således heller ikke opfyldt på landsplan for indikator 11B. Her ses ligeledes en markant forbedring i indikatorværdien i forhold til tidligere perioder hvor indikatorværdien på landsplan i 2014-15 var 48 % og i 2015-16 var 52 %. I tre regioner ligger indikatoropfyldelsen mellem 60 og 86 %. Region Nordjylland skiller sig ud med en indikatoropfyldelse på 0 %. Også her er patientantallene små på regions- og afdelingsniveau, og resultaterne skal derfor tolkes med forsigtighed.

Da behandlingen er samlet på få centerafdelinger, er afdelingsresultaterne i vid udstrækning overensstemmende med regionsresultaterne.

I ovenstående opgørelser (både 11A og 11B) er patienter, der er henvist til operation, men hvor der ikke er oprettet et operationsskema i DGCD, ekskluderet ud fra antagelsen at de aldrig er blevet opereret, hvis et operationsskema ikke eksisterer.

### Faglige kommentarer til indikator 11A og 11B:

Opfyldelsen af begge indikatorer er yderligere forbedret i forhold til tidligere årsrapporter. Standarderne overholdes ikke på nationalt niveau. På centerniveau overholdes indikator 11B på Rigshospitalet, mens de øvrige centre ikke overholder hverken indikator 11A eller B.





Indikator 11A afspejler patienter der, som led i staging procedure, har fået fjernet lymfeknuder uden synlige metastaser. Forskellen i data mellem forskellige regioner afspejler lokale forskelle i tolkninger af en ikke helt klar evidens.

Indikator 11B afspejler patienter, der som led i en radikal operation for avanceret ovarie- eller peritonealcancer, har fået foretaget lymfadenektomi. Der bemærkes store regionale forskelle. De nationale retningslinjer fra 2014 anbefaler lymfadenektomi hos patienter, hvor makroskopisk radikal operation kan opnås.

Specifikke årsager til afståelse af lymfeknudefjernelse, herunder manglende indikation pga. histologisk subtype kan ikke belyses i den nuværende årsrapport. Denne variabel er beskrevet, og forventes stratificeret for i årsrapporten 2017/18.

Afvigelsen fra Aalborg skyldes uenighed med retningslinjer om systematisk lymfadenektomi ved avanceret ovariecancer. Aalborg holder sig til ESGO-guidelines, hvor der kun foretages fjernelse af makroskopisk, klinisk suspekter lymfeknuder ved avanceret ovariecancer.



## 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	
				1.7.16-30.6.17 Andel	95% CI	2015/16 Andel	2014/15 Andel
<b>Danmark</b>	nej	57 / 81	1 (1)	<b>70</b>	(59-80)	73	70
<b>Hovedstaden</b>		32 / 38	0 (0)	<b>84</b>	(69-94)	91	84
<b>Sjælland</b>		0 / 0	0 (0)				100
<b>Syddanmark</b>		15 / 24	1 (4)	<b>63</b>	(41-81)	81	71
<b>Midtjylland</b>		7 / 13	0 (0)	<b>54</b>	(25-81)	50	50
<b>Nordjylland</b>		3 / 6	0 (0)	<b>50</b>	(12-88)	80	100
<b>Hovedstaden</b>		32 / 38	0 (0)	<b>84</b>	(69-94)	91	84
Herlev		0 / 0	0 (0)			100	
Rigshospitalet		32 / 38	0 (0)	<b>84</b>	(69-94)	91	84
<b>Sjælland</b>		0 / 0	0 (0)				100
Roskilde		0 / 0	0 (0)				100
<b>Syddanmark</b>		15 / 24	1 (4)	<b>63</b>	(41-81)	81	71
Odense		15 / 24	1 (4)	<b>63</b>	(41-81)	81	71
<b>Midtjylland</b>		7 / 13	0 (0)	<b>54</b>	(25-81)	50	50
Aarhus		7 / 13	0 (0)	<b>54</b>	(25-81)	50	50
<b>Nordjylland</b>		3 / 6	0 (0)	<b>50</b>	(12-88)	80	100
Aalborg		3 / 6	0 (0)	<b>50</b>	(12-88)	80	100



## 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	
				1.7.16-30.6.17 Andel	95% CI	2015/16 Andel	2014/15 Andel
<b>Danmark</b>	ja	126 / 139	1 (1)	<b>91</b>	(85-95)	91	91
<b>Hovedstaden</b>		47 / 52	0 (0)	<b>90</b>	(79-97)	95	93
<b>Syddanmark</b>		36 / 40	1 (2)	<b>90</b>	(76-97)	87	84
<b>Midtjylland</b>		29 / 33	0 (0)	<b>88</b>	(72-97)	79	90
<b>Nordjylland</b>		14 / 14	0 (0)	<b>100</b>	(77-100)	100	100
<b>Hovedstaden</b>		47 / 52	0 (0)	<b>90</b>	(79-97)	95	93
Rigshospitalet		47 / 52	0 (0)	<b>90</b>	(79-97)	95	93
<b>Syddanmark</b>		36 / 40	1 (2)	<b>90</b>	(76-97)	87	84
Odense		36 / 40	1 (2)	<b>90</b>	(76-97)	87	84
<b>Midtjylland</b>		29 / 33	0 (0)	<b>88</b>	(72-97)	79	90
Aarhus		29 / 33	0 (0)	<b>88</b>	(72-97)	78	90
Silkeborg		0 / 0	0 (0)			100	
<b>Nordjylland</b>		14 / 14	0 (0)	<b>100</b>	(77-100)	100	100
Aalborg		14 / 14	0 (0)	<b>100</b>	(77-100)	100	100

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

Indikator 12A og 12B beskriver andelen af stadie IIIC-IV ovariecancerpatienter med en indlæggelsestid på ≤ 8 dage efter hhv. primær operation (12A) og operation efter neoadjuverende kemoterapi (12B).

Blandt de primært opererede (12A) var 70 % (95 % CI: 59-80 %) af patienterne indlagt i 8 dage eller mindre efter operationen. På regions/afdelingsniveau varierer indikatorværdien mellem 50 og 84 %, men patientantallene er små og resultaterne skal derfor tolkes med forsigtighed.

På landsplan var 91 % (95 % CI: 85-95 %) af de patienter, der blev opereret efter neoadjuverende kemoterapi (12B), indlagt 8 dage eller mindre efter operationen. På regions/afdelingsniveau ligger indikatorværdien mellem 88 og 100 %. Standarden er således opfyldt på landsplan i indikator 12B, men ikke i indikator 12A.

Patientantallene er generelt små på regions- og afdelingsniveau, og resultaterne skal derfor tolkes med forsigtighed.

I ovenstående opgørelser er patienter, der er henvist til operation, men hvor der ikke er oprettet et operationsskema i DGCD, ekskluderet ud fra antagelsen at de aldrig er blevet opereret, hvis et operationsskema ikke eksisterer.

### Faglige kommentarer til indikator 12A og 12B:

Indikatoren skal afspejle andelen af accelererede, ukomplicerede forløb hos patienter behandlet for ovariecancer. Generelt er det kirurgiske behandlingsniveau ved avanceret ovariecancer stigende, hvorfor ekstensive kirurgiske indgreb på disse patienter er hyppige. Dette faktum samt efterfølgende eksperimentel peroperativ intraperitoneal kemoterapi, som anvendes på udvalgte patienter i Aarhus fra 1.1.2016, vil påvirke indikatoren, da disse patienter har forlænget indlæggelsestid i størrelsesordenen 2-3 uger. Dette kan muligvis forklare manglende indikatoropfyldelse generelt for indikator 12A.



## Indikatorforslag: Ovariecancer (indikator 13, 14 og 15)

### Indikator 13: Ovarie-, tuba- og peritonealcancer, Andel patienter i live 5 år efter anamnesedato, stadium I

Standard: ikke fastsat

Ovariecancerpatienter med stadie I, der er blevet opereret, indgår i indikatoren. Patienter, der er i live 5 år efter anamnesedato, opfylder indikatoren. Indikatoren er opgjort på gynækologiske afdelinger

Indikator 13	Tæller/ nævner	Uoplyst (pct.)	Aktuelle år		Tidligere år	
			1.7.11-30.6.12 Andel	95% CI	2009-12 Andel	2006-09 Andel
<b>Danmark</b>	93 / 118	1 (1)	<b>79</b>	(70-86)	87	83
<b>Hovedstaden</b>	36 / 43	1 (2)	<b>84</b>	(69-93)	90	86
<b>Sjælland</b>	# / #	0 (0)	#		89	91
<b>Syddanmark</b>	21 / 31	0 (0)	<b>68</b>	(49-83)	79	78
<b>Midtjylland</b>	29 / 34	0 (0)	<b>85</b>	(69-95)	84	80
<b>Nordjylland</b>	5 / 7	0 (0)	<b>71</b>	(29-96)	95	85
<b>Hovedstaden</b>	36 / 43	1 (2)	<b>84</b>	(69-93)	90	86
Bornholm	0 / 0	0 (0)			100	
Glostrup	0 / 0	0 (0)				100
Herlev	16 / 20	0 (0)	<b>80</b>	(56-94)	91	87
Hillerød	# / #	0 (0)	#		100	93
Hvidovre	# / #	0 (0)	#			71
Rigshospitalet	17 / 20	1 (5)	<b>85</b>	(62-97)	87	84
<b>Sjælland</b>	# / #	0 (0)	#		89	91
Holbæk	# / #	0 (0)	#		67	100
Næstved	0 / 0	0 (0)			100	71
Roskilde	# / #	0 (0)	#		93	100
Slagelse	0 / 0	0 (0)				75
<b>Syddanmark</b>	21 / 31	0 (0)	<b>68</b>	(49-83)	79	78
Esbjerg	0 / 0	0 (0)			50	75
Haderslev	0 / 0	0 (0)				100
Kolding	0 / 0	0 (0)				100
Odense	21 / 31	0 (0)	<b>68</b>	(49-83)	81	78
Svendborg	0 / 0	0 (0)				50
Sønderborg	0 / 0	0 (0)			75	100
<b>Midtjylland</b>	29 / 34	0 (0)	<b>85</b>	(69-95)	84	80
Aarhus	28 / 31	0 (0)	<b>90</b>	(74-98)	84	79
Herning	# / #	0 (0)	#		100	90
Horsens	# / #	0 (0)	#		0	76
Randers	# / #	0 (0)	#		100	
Viborg	0 / 0	0 (0)			100	100
<b>Nordjylland</b>	5 / 7	0 (0)	<b>71</b>	(29-96)	95	85
Aalborg	5 / 7	0 (0)	<b>71</b>	(29-96)	95	84
Hjørring	0 / 0	0 (0)			100	
Thisted	0 / 0	0 (0)				100

#### Klinisk-epidemiologiske kommentarer til indikator 13:

Indikatoren beskriver andelen af ovariecancerpatienter med stadie I, der er i live 5 år efter anamnesedato. Populationen er således patienter med anamnesedato 1/7 2011-30/6 2012. Under tidligere års resultater er årene slået sammen, så de dækker 3-års perioder; hhv. 1/7 2009-30/6 2012 og 1/7 2006-30/6 2009. Data for det aktuelle år er således også inkluderet i den seneste 3-års periode. Formålet med at opgøre resultater for 3-års perioder, er at få et større datagrundlag og dermed mere robuste resultater.

Aktuelle år: Samlet set var 79 % (95 % CI: 70-86 %) af patienterne i live 5 år efter anamnesedatoen. Standarden på  $\geq 90$  % er således ikke opfyldt. På regionsniveau lå indikatorværdierne mellem 67 og 85 %. I nogle regioner og på en del afdelinger er patientantallene er dog små og skal tolkes med forsigtighed.



3-års perioder: For 2009-2012 samlet var 87 % i live 5 år efter anamnesedato; for 2006-2009 var 83 % i live 5 år efter anamnesedato. På regionsniveau er variationen begrænset i begge perioder med indikatorværdier mellem 79 og 90 % i 2009-2012 og indikatorværdier mellem 78 og 91 % i 2006-2009.

Faglige kommentarer til indikator 13:

Indikatoren afspejler overlevelse efter behandling af ovariecancer, stadium I i Danmark og på de enkelte centre. Resultatet må tolkes med stor forsigtighed, da der er tale om sammenligning mellem små grupper.



## Indikator 14: Ovarie-, tuba- og peritonealcancer, Andel patienter i live 2 år efter anamnesedato, stadium IIIC-IV

Standard: ikke fastsat

Ovariecancerpatienter med stadie IIIC-IV, der er blevet opereret, indgår i indikatoren. Patienter, der er i live 2 år efter anamnesedato, opfylder indikatoren. Indikatoren er opgjort på gynækologiske afdelinger.

Indikator 14	Tæller/ nævner	Uoplyst (pct.)	Aktuelle år 1.7.14-30.6.15		Tidligere år 2012-15 2009-12	
			Andel	95% CI	Andel	Andel
<b>Danmark</b>	142 / 214	2 (1)	<b>66</b>	(60-73)	62	53
<b>Hovedstaden</b>	50 / 80	2 (2)	<b>63</b>	(51-73)	63	52
<b>Sjælland</b>	# / #	0 (0)	#		57	50
<b>Syddanmark</b>	44 / 60	0 (0)	<b>73</b>	(60-84)	61	53
<b>Midtjylland</b>	36 / 53	0 (0)	<b>68</b>	(54-80)	61	54
<b>Nordjylland</b>	12 / 20	0 (0)	<b>60</b>	(36-81)	60	52
<b>Hovedstaden</b>	50 / 80	2 (2)	<b>63</b>	(51-73)	63	52
Bornholm	0 / 0	0 (0)				0
Herlev	0 / 0	0 (0)			58	46
Hvidovre	0 / 0	0 (0)				100
Rigshospitalet	50 / 80	2 (2)	<b>63</b>	(51-73)	65	56
<b>Sjælland</b>	# / #	0 (0)	#		57	50
Nykøbing F	0 / 0	0 (0)				0
Næstved	0 / 0	0 (0)			100	0
Roskilde	# / #	0 (0)	#		50	55
Slagelse	0 / 0	0 (0)				0
<b>Syddanmark</b>	44 / 60	0 (0)	<b>73</b>	(60-84)	61	53
Esbjerg	0 / 0	0 (0)			0	0
Fredericia	0 / 0	0 (0)				0
Kolding	0 / 0	0 (0)				0
Odense	44 / 60	0 (0)	<b>73</b>	(60-84)	61	54
Svendborg	0 / 0	0 (0)				0
Sønderborg	0 / 0	0 (0)				50
<b>Midtjylland</b>	36 / 53	0 (0)	<b>68</b>	(54-80)	61	54
Aarhus	36 / 53	0 (0)	<b>68</b>	(54-80)	61	55
Herning	0 / 0	0 (0)			50	100
Randers	0 / 0	0 (0)			0	
Viborg	0 / 0	0 (0)				0
<b>Nordjylland</b>	12 / 20	0 (0)	<b>60</b>	(36-81)	60	52
Aalborg	12 / 20	0 (0)	<b>60</b>	(36-81)	60	52
Hjørring	0 / 0	0 (0)				100

### Klinisk-epidemiologiske kommentarer til indikator 14:

Indikatoren beskriver andelen af ovariecancerpatienter med stadie IIIC-IV, der er i live 2 år efter anamnesedato. Populationen er således patienter med anamnesedato 1/7 2014-30/6 2015. Som i indikator 13 er årene slået sammen under tidligere års resultater, så de dækker 3-års perioder; hhv. 1/7 2012-30/6 2015 og 1/7 2009-30/6 2012. Data for det aktuelle år er således også inkluderet i den seneste 3-års periode. Formålet med at opgøre resultater for 3-års perioder, er at få et større datagrundlag og dermed mere robuste resultater.

Aktuelle år: På landsplan var 69 % (95 % CI: 62-75 %) af patienterne i live 2 år efter anamnesedatoen. Standarden på  $\geq 50$  % er dermed opfyldt. På regionsniveau lå indikatorværdierne mellem 63 og 75 %. I nogle regioner er patientantallene dog forholdsvis små og skal tolkes med forsigtighed.

3-års perioder: For 2012-2015 samlet var 61 % i live 2 år efter anamnesedato; for 2009-2012 var 52 % i live 2 år efter anamnesedato. På regionsniveau er variationen begrænset i begge perioder med indikatorværdier mellem 57 og 63 % i 2012-2015 og indikatorværdier mellem 50 og 54 % i 2009-2012.



Faglige kommentarer til indikator 14:

Indikatoren afspejler overlevelse efter behandling inklusiv operation for avanceret ovariecancer. To års overlevelse er valgt for bedst muligt at evaluere den kirurgiske behandling af en sygdom, som både primært og i recidiv behandling (ind til nu kun i projekt) anvender kombinationsbehandling med kemoterapi.

Data vedrørende resultater for 3 års perioder er valgt for at give mere velunderbyggede tal. Det fremgår, at både på landsplan og på de enkelte centre er to års overlevelsen steget markant ved sammenligning af tidsperioderne 2009-2012 og 2012-2015. Der er ingen forskel i overlevelse mellem de enkelte centre.



## Indikator 15: Ovarie-, tuba- og peritonealcancer, Andel patienter i live 5 år efter anamnesedato, stadium IIIC-IV

Standard: ikke fastsat

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

Indikator 15	Tæller/ nævner	Uoplyst (pct.)	Aktuelle år 1.7.11-30.6.12		Tidligere år 2009-12 2006-09	
			Andel	95% CI	Andel	Andel
<b>Danmark</b>	73 / 311	2 (1)	<b>23</b>	(19-29)	23	19
<b>Hovedstaden</b>	24 / 109	2 (2)	<b>22</b>	(15-31)	29	22
<b>Sjælland</b>	0 / 5	0 (0)	<b>0</b>	(0-52)	14	15
<b>Syddanmark</b>	# / #	0 (0)	<b>#</b>		21	12
<b>Midtjylland</b>	19 / 65	0 (0)	<b>29</b>	(19-42)	24	22
<b>Nordjylland</b>	6 / 35	0 (0)	<b>17</b>	(7-34)	16	24
<b>Hovedstaden</b>	24 / 109	2 (2)	<b>22</b>	(15-31)	29	22
Bornholm	0 / 0	0 (0)			0	
Glostrup	0 / 0	0 (0)				0
Herlev	5 / 43	0 (0)	<b>12</b>	(4-25)	23	24
Hillerød	0 / 0	0 (0)				25
Hvidovre	0 / 0	0 (0)			0	0
Rigshospitalet	19 / 66	2 (3)	<b>29</b>	(18-41)	33	20
<b>Sjælland</b>	0 / 5	0 (0)	<b>0</b>	(0-52)	14	15
Nykøbing F	0 / 0	0 (0)			0	
Næstved	0 / 0	0 (0)			0	12
Roskilde	0 / 5	0 (0)	<b>0</b>	(0-52)	15	18
Slagelse	0 / 0	0 (0)			0	0
<b>Syddanmark</b>	# / #	0 (0)	<b>#</b>		21	12
Esbjerg	0 / 0	0 (0)			0	0
Fredericia	0 / 0	0 (0)			0	0
Kolding	0 / 0	0 (0)			0	0
Odense	24 / 93	0 (0)	<b>26</b>	(17-36)	21	13
Svendborg	# / #	0 (0)	<b>#</b>		0	0
Sønderborg	# / #	0 (0)	<b>#</b>			0
<b>Midtjylland</b>	19 / 65	0 (0)	<b>29</b>	(19-42)	24	22
Aarhus	19 / 65	0 (0)	<b>29</b>	(19-42)	24	23
Herning	0 / 0	0 (0)			0	33
Horsens	0 / 0	0 (0)				21
Randers	0 / 0	0 (0)				0
Silkeborg	0 / 0	0 (0)				0
Viborg	0 / 0	0 (0)			0	0
<b>Nordjylland</b>	6 / 35	0 (0)	<b>17</b>	(7-34)	16	24
Aalborg	6 / 35	0 (0)	<b>17</b>	(7-34)	16	24
Hjørring	0 / 0	0 (0)			0	0

### Klinisk-epidemiologiske kommentarer til indikator 15:

Indikator 15 beskriver andelen af ovariecancerpatienter med stadie IIIC-IV, der er i live 5 år efter anamnesedato. Populationen er således patienter med anamnesedato 1/7 2011-30/6 2012. Under tidligere års resultater er årene slået sammen, så de dækker 3-års perioder; hhv. 1/7 2009-30/6 2012 og 1/7 2006-30/6 2009. Data for det aktuelle år er således også inkluderet i den seneste 3-års periode. Formålet med at opgøre resultater for 3-års perioder, er at få et større datagrundlag og dermed mere robuste resultater.

Aktuelle år: Samlet set var 25 % (95 % CI: 20-30 %) af de opererede stadie IIIC-IV patienter i live 5 år efter anamnesedatoen. Standarden på  $\geq 40$  % er således ikke opfyldt. På regionsniveau ligger indikatorværdierne mellem 0 og 29 %. I nogle regioner og på en del afdelinger er patientantallene er dog små og skal tolkes med forsigtighed.





3-års perioder: For 2009-2012 samlet var 23 % i live 5 år efter anamnesedato; for 2006-2009 var 19 % i live 5 år efter anamnesedato. På regionsniveau er variationen moderat i begge perioder med indikatorværdier mellem 14 og 29 % i 2009-2012 og indikatorværdier mellem 15 og 24 % i 2006-2009.

Faglige kommentarer til indikator 15:

Indikatoren viser fem års overlevelsen efter behandling for avanceret ovariecancer. Den avancerede sygdom er karakteriseret ved meget stor risiko for tilbagefald efter primær behandling. I recidiv situationen er kemoterapi som oftest behandlingstilbuddet og indikatoren afspejler således en samlet behandlingsindsats ved kombination af kirurgi og gentagne kemoterapi forløb. Tallene skal tolkes med varsomhed pga. det lille antal patienter behandlet på hvert center. På landsplan ses en stigning i overlevelse målt i 3 års perioder.



## Indikatorområde: Corpuscancer

### Indikator 20A: Corpuscancer (karcinomer), ingen fjernelse af lymfeknuder for lavrisikopatienter st. IA

Standard: ≥ 85 %

Corpuscancerpatienter (kun karcinomer) med lavrisiko stadiet 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		Tidligere år	
				1.7.16-30.6.17 Andel	95% CI	2015/16 Andel	2014/15 Andel
<b>Danmark</b>	nej	236 / 290	4 (1)	<b>81</b>	(76-86)	90	90
<b>Hovedstaden</b>		# / #	2 (2)	#		93	92
<b>Sjælland</b>		43 / 49	0 (0)	<b>88</b>	(75-95)	85	84
<b>Syddanmark</b>		43 / 51	0 (0)	<b>84</b>	(71-93)	96	98
<b>Midtjylland</b>		# / #	1 (2)	#		91	87
<b>Nordjylland</b>		23 / 52	1 (2)	<b>44</b>	(30-59)	74	83
<b>Hovedstaden</b>		# / #	2 (2)	#		93	92
Herlev		34 / 35	1 (3)	<b>97</b>	(85-100)	95	96
Hillerød		0 / 0	0 (0)				100
Hvidovre		# / #	0 (0)	#		100	100
Rigshospitalet		43 / 44	1 (2)	<b>98</b>	(88-100)	89	86
<b>Sjælland</b>		43 / 49	0 (0)	<b>88</b>	(75-95)	85	84
Roskilde		43 / 49	0 (0)	<b>88</b>	(75-95)	85	84
<b>Syddanmark</b>		43 / 51	0 (0)	<b>84</b>	(71-93)	96	98
Odense		43 / 51	0 (0)	<b>84</b>	(71-93)	96	98
<b>Midtjylland</b>		# / #	1 (2)	#		91	87
Aarhus		48 / 57	1 (2)	<b>84</b>	(72-93)	91	87
Odder		# / #	0 (0)	#			
<b>Nordjylland</b>		23 / 52	1 (2)	<b>44</b>	(30-59)	74	83
Aalborg		23 / 52	1 (2)	<b>44</b>	(30-59)	73	83
Thisted		0 / 0	0 (0)			100	



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

Standard:  $\geq 80\%$

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

Indikator 20B	Std. 80% opfyldt	Tæller/nævner	Uoplyst (pct.)	Aktuelle år		Tidligere år	
				1.7.16-30.6.17 Andel	95% CI	2015/16 Andel	2014/15 Andel
<b>Danmark</b>	ja	214 / 262	7 (3)	<b>82</b>	(76-86)	74	71
<b>Hovedstaden</b>		67 / 82	2 (2)	<b>82</b>	(72-89)	77	68
<b>Sjælland</b>		32 / 40	2 (5)	<b>80</b>	(64-91)	64	73
<b>Syddanmark</b>		35 / 42	0 (0)	<b>83</b>	(69-93)	74	80
<b>Midtjylland</b>		60 / 73	3 (4)	<b>82</b>	(71-90)	72	64
<b>Nordjylland</b>		20 / 25	0 (0)	<b>80</b>	(59-93)	94	71
<b>Hovedstaden</b>		# / #	2 (2)	#		77	68
Herlev		22 / 30	2 (6)	<b>73</b>	(54-88)	72	59
Hvidovre		# / #	0 (0)	#			
Rigshospitalet		45 / 51	0 (0)	<b>88</b>	(76-96)	80	78
<b>Sjælland</b>		32 / 40	2 (5)	<b>80</b>	(64-91)	64	73
Roskilde		32 / 40	2 (5)	<b>80</b>	(64-91)	64	73
<b>Syddanmark</b>		35 / 42	0 (0)	<b>83</b>	(69-93)	74	80
Odense		35 / 42	0 (0)	<b>83</b>	(69-93)	74	80
<b>Midtjylland</b>		60 / 73	3 (4)	<b>82</b>	(71-90)	72	64
Aarhus		60 / 73	1 (1)	<b>82</b>	(71-90)	72	64
Herning		0 / 0	2(100)				
<b>Nordjylland</b>		20 / 25	0 (0)	<b>80</b>	(59-93)	94	71
Aalborg		20 / 25	0 (0)	<b>80</b>	(59-93)	94	71

### 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 81 % (95 % CI: 76-86 %) af patienterne indikatoren på landsplan og standarden på  $\geq 85\%$  er således ikke opfyldt. Der er betydelig regional variation, idet region Nordjylland skiller sig ud med en indikatorværdi på 44 %. De øvrige regioner ligger mellem 84 og 98 %, der opfylder indikatoren.

For st. I mellem-højrisikopatienter og st. II-III (indikator 20B), hvor korrekt sampling betyder fjernelse af pelvine lymfeknuder, opfylder 82 % (95 % CI: 76-86 %) af patienterne indikatoren. Standarden på  $\geq 80\%$  er dermed opfyldt på landsplan for første gang. Den regionale variation er lille med indikatorværdier mellem 80 og 83 %.

Årsager til manglende lymfeknudefjernelse blandt patienter i indikator 20B er opgjort på afdelingsniveau i nedenstående deskriptive tabel. På landsplan er der angivet relevante årsager til manglende lymfeknudefjernelse for 45 af 48 patienter, der ikke har fået fjernet lymfeknuder.



Afdeling	Årsag til manglende lymfeknudefjernelse			Total
	Uoplyst	Lavrisikosygdom	Patienttilstand*	
Herlev	#	#	6	8
Hvidovre	0	#	0	#
Rigshospitalet	#	#	#	6
Roskilde	0	3	5	8
Odense	0	3	4	7
Aarhus	0	3	4	7
Aalborg	0	#	4	5
Total	3	13	32	48

\*alder, komorbiditet eller patientønske

#### Faglige kommentarer til indikator 20A:

Der ses for visse afdelinger (Ålborg og Odense) fald i opfyldelse af denne indikator. Dette forklares i at man på disse hospitaler har indført Sentinel Node procedure i projekt, hvorfor en del af patienterne i lavrisikogruppen, der ikke tidligere har fået fjernet lymfeknuder, nu får fjernet enkelte sentinelle lymfeknuder. Dette er ikke et udtryk for dårlig kvalitet, snarere det modsatte. Indikatoren er derfor ikke længere egnet og vil fremover udgå.

#### Faglige kommentarer til indikator 20B:

Der ses generelt god opfyldelse af denne indikator. Som tidligere anført kan der fra år til år ses ret store procentvise udsving, således at afdelinger, der et år ligger over 80 % det næste let kan ligge under, og omvendt. De 80 % er valgt ud fra at ikke alle patienter med sygdommen er egnede til fuld pelvin lymfadenektomi og evt. efterbehandling. Patienter kan typisk bedømmes uegnede pga. af meget høj alder eller betydende co-morbiditet. Årsag til manglende lymfeknudefjernelse fremgår for første gang i denne udgave af årsrapporten.



## Indikatorområde: Sygepleje

### Indikator 30: Sygepleje ovariecancer – mobilisering $\geq 3$ timer på postoperativ dag 1 for ikke-ekstensivt opererede

Standard:  $\geq 60$  %

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  $\geq 3$  timer dagen efter operation opfylder indikatoren. Indikatoren er opgjort på gynækologiske afdelinger.

#### 30.1 Sygepleje OC mobilisering

	Std. 60% opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst (pct.)	Aktuelle år 1.7.16-30.6.17		Tidligere år 2015/16 2014/15	
				Andel	95% CI	Andel	Andel
<b>Danmark</b>	nej	83 / 167	141 (46)	<b>50</b>	(42-58)	57	53
<b>Hovedstaden</b>		9 / 29	83 (74)	<b>31</b>	(15-51)	52	44
<b>Sjælland</b>		0 / 0	0 (0)				50
<b>Syddanmark</b>		22 / 46	40 (47)	<b>48</b>	(33-63)	71	75
<b>Midtjylland</b>		27 / 58	11 (16)	<b>47</b>	(33-60)	48	43
<b>Nordjylland</b>		25 / 34	6 (15)	<b>74</b>	(56-87)	67	48
<b>Hovedstaden</b>		9 / 29	83 (74)	<b>31</b>	(15-51)	52	44
Herlev		0 / 0	5(100)				
Rigshospitalet		9 / 29	78 (73)	<b>31</b>	(15-51)	52	44
<b>Sjælland</b>		0 / 0	0 (0)				50
Roskilde		0 / 0	0 (0)				50
<b>Syddanmark</b>		22 / 46	40 (47)	<b>48</b>	(33-63)	71	75
Odense		22 / 46	40 (47)	<b>48</b>	(33-63)	71	75
<b>Midtjylland</b>		27 / 58	11 (16)	<b>47</b>	(33-60)	48	43
Aarhus		27 / 58	11 (16)	<b>47</b>	(33-60)	46	43
Randers		0 / 0	0 (0)			100	
Silkeborg		0 / 0	0 (0)			100	
<b>Nordjylland</b>		25 / 34	6 (15)	<b>74</b>	(56-87)	67	48
Aalborg		25 / 34	6 (15)	<b>74</b>	(56-87)	67	48
<b>Privat</b>							
Ukendt		0 / 0	1(100)				

#### 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 53 % (95 % CI: 44-62 %) af patienterne indikatoren. Standarden på  $\geq 60$  % er således ikke opfyldt. På regionsniveau varierer indikatorværdien mellem 36 og 74 %, men patientantallene er små og der er mange uoplyste, så resultaterne skal tolkes med forsigtighed.

I ovenstående opgørelse er patienter, der er henvist til operation, men hvor der ikke er oprettet et operationsskema i DGCD, ekskluderet ud fra antagelsen at de aldrig er blevet opereret, hvis et operationsskema ikke eksisterer.

Af de 141 uoplyste i tabellen er 130 uoplyst, fordi der mangler oplysning om hvilken post-operativ dag, patienten blev modtaget i afdelingen, 7 mangler oplysning om varighed af mobilisering og 4 er uoplyst, fordi der mangler oplysning om hvorvidt de er henvist til operation.

#### Faglige kommentarer der vedrører både indikator 30 og 31:

Begge sygeplejeindikatorer (30+31) har et utilfredsstillende højt antal uoplyste. Majoriteten af disse skyldes ifølge opgørelsen manglende registrering af hvilken dag patienten er modtaget i afdelingen. Ved manuel gennemgang af de berørte cpr. numre viste det sig imidlertid, at sygeplejerskerne *har* registreret hvilken dag patienten er modtaget i afdelingen på skemaet. Dette indikerer at der er tale om en systemfejl, som uheldigvis ikke er rettet i nærværende årsrapport.



Endvidere har sygeplejegruppen i lange perioder ikke haft ressourcer til at dokumentere tidstro, hvilket især får negativ indflydelse på registreringen når data ikke kan genfindes i journalen. Data fra Rigshospitalet er således præget af mangelfuld dokumentation af sygeplejen efter indførslen af Sundhedsplatformen. Der er taget action på dette problem med introduktion af en ny dokumentationspraksis, som skal sikre en fyldestgørende dokumentation af sygeplejen fremadrettet.

Konsekvensen af det høje antal uoplyste i årsrapporten er, at resultaterne må fortolkes med forsigtighed. Det er således svært at sige noget fagligt validt om disse tal, men vi prøver alligevel:

#### Faglige kommentarer til indikator 30:

I Nordjylland, hvor målopfyldelsen som det eneste sted i landet er på 74 %, har patienterne ikke fået anlagt epiduralkateter forud for operation, men i stedet fået Marcain i cicatricen. Dette har medført, at patienterne ikke har haft motoriske eller cirkulatoriske bivirkninger, og har resulteret i større grad af mobilisering. Det er således første gang Aalborg har opfyldt indikatoren for mobilisering. Desuden har afdelingen gennemført et klinisk projekt med fokus på mobilisering, og dermed haft øget fokus på dette både i sengeafdelingen og i opvågningsafsnittet. En sideeffekt har i øvrigt været kortere indlæggelsestid set i forhold til de patienter, der tidligere fik lagt epiduralkateter. Tilsvarende har det i Midtjylland været erfaringen at patienterne aktuelt er svære at mobilisere de første postoperative døgn pga. ovennævnte bivirkninger til den epidurale smertebehandling. Smertebehandlingen bør derfor tages op til genovervejelse, hvis årsrapporten viser samme tendens, når der korrigeres for det høje antal uoplyste grundet manglende registrering af modtagelse i afdelingen.



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

Standard: ≥ 80 %

Ovariecancerpatienter der er opereret indgår i indikatoren. Patienter der har haft afføring senest på postoperativ dag 3 opfylder indikatoren. Indikatoren er opgjort på gynækologiske afdelinger.

31.1 Sygepleje OC afføring	Std. 80% opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst (pct.)	Aktuelle år		Tidligere år	
				1.7.16-30.6.17 Andel	95% CI	2015/16 Andel	2014/15 Andel
<b>Danmark</b>	nej	94 / 231	168 (42)	<b>41</b>	(34-47)	43	52
<b>Hovedstaden</b>		20 / 49	106 (68)	<b>41</b>	(27-56)	48	57
<b>Sjælland</b>		0 / 0	0 (0)				0
<b>Syddanmark</b>		28 / 74	44 (37)	<b>38</b>	(27-50)	47	56
<b>Midtjylland</b>		25 / 75	12 (14)	<b>33</b>	(23-45)	27	39
<b>Nordjylland</b>		21 / 33	5 (13)	<b>64</b>	(45-80)	57	61
<b>Hovedstaden</b>		20 / 49	106 (68)	<b>41</b>	(27-56)	48	57
Herlev		0 / 0	5(100)				
Rigshospitalet		20 / 49	101 (67)	<b>41</b>	(27-56)	48	57
<b>Sjælland</b>		0 / 0	0 (0)				0
Roskilde		0 / 0	0 (0)				0
<b>Syddanmark</b>		28 / 74	44 (37)	<b>38</b>	(27-50)	47	56
Odense		28 / 74	44 (37)	<b>38</b>	(27-50)	47	56
<b>Midtjylland</b>		25 / 75	12 (14)	<b>33</b>	(23-45)	27	39
Aarhus		25 / 75	12 (14)	<b>33</b>	(23-45)	25	39
Randers		0 / 0	0 (0)			100	
Silkeborg		0 / 0	0 (0)			100	
<b>Nordjylland</b>		21 / 33	5 (13)	<b>64</b>	(45-80)	57	61
Aalborg		21 / 33	5 (13)	<b>64</b>	(45-80)	57	61
<b>Privat</b>							
Ukendt		0 / 0	1(100)				

### Klinisk-epidemiologiske kommentarer til indikator 31:

Indikator 31 beskriver andelen af patienter, der havde afføring senest 3 dage efter operation. Alle patienter, der er blevet opereret, er modtaget på afdelingen 0-3 dage efter operationen og tidligst er udskrevet 3 dage efter operationen, er inkluderet i indikatoren.

På landsplan opfylder 40 % (95 % CI: 34-47 %) af patienterne indikatoren, og standarden på ≥ 80 % er således ikke opfyldt. På regionsniveau varierer indikatorværdien mellem 32 og 64 %.

I ovenstående opgørelse er patienter der er henvist til operation, men hvor der ikke er oprettet et operationsskema i DGCD, ekskluderet ud fra antagelsen at de aldrig er blevet opereret, hvis et operationsskema ikke eksisterer.

Af de 168 uoplyste i indikator 31, er 162 uoplyst pga. manglende information om, hvilken post-operativ dag patienten er modtaget på afdelingen.

### Faglige kommentarer til indikator 31:

Ingen af de nationale centre opfylder standarden for målopfyldelse. Tvært imod er der tale om et fald i andelen. Implementering af revideret klinisk vejledning for postoperativ smerte- og laksantia-behandling til reduktion af postoperativ ileus (2015), kan have indflydelse her. I praksis opleves nemlig, at patienter har senere afføring ved brug af laxoberaldråber end ved brug af tablet magnesia som man tidligere brugte, selv om der tilsyneladende er evidens for det modsatte. Der bør derfor på ny laves audit og litteraturgennemgang i forhold til dette. Det forhold at Nordjylland ligger indenfor konfidensintervallet kan have sammenhæng med øget mobilisering af patienterne.



## Indikatorområde: Vulvacancer

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

Standard:  $\geq 70\%$

Vulvacancerpatienter med stadie IB indgår i indikatoren. Patienter der har fået foretaget sentinel node opfylder indikatoren. Indikatoren er opgjort på gynækologiske afdelinger.

Indikator 43	Std. 70% opfyldt	Tæller/nævner	Uoplyst (pct.)	Aktuelle år		Tidligere år	
				1.7.16-30.6.17 Andel	95% CI	2015/16 Andel	2014/15 Andel
<b>Danmark</b>	nej	36 / 62	25 (29)	<b>58</b>	(45-70)	67	59
<b>Hovedstaden</b>		21 / 34	6 (15)	<b>62</b>	(44-78)	74	75
<b>Syddanmark</b>		# / #	1 (50)	#			
<b>Midtjylland</b>		15 / 27	12 (31)	<b>56</b>	(35-75)	65	42
<b>Nordjylland</b>		0 / 0	5(100)			0	0
<b>Hovedstaden</b>		21 / 34	6 (15)	<b>62</b>	(44-78)	74	75
Rigshospitalet		21 / 34	6 (15)	<b>62</b>	(44-78)	74	75
<b>Syddanmark</b>		# / #	1 (50)	#		0	
Odense		# / #	1 (50)	#		0	
<b>Midtjylland</b>		15 / 27	12 (31)	<b>56</b>	(35-75)	65	42
Aarhus		15 / 27	12 (31)	<b>56</b>	(35-75)	64	42
Silkeborg		0 / 0	0 (0)			100	
<b>Nordjylland</b>		0 / 0	5(100)			0	0
Aalborg		0 / 0	5(100)			0	0
<b>Privat</b>							
Ukendt		0 / 0	1(100)				

#### Klinisk-epidemiologiske kommentarer til indikator 43:

Indikator 43 beskriver andelen af vulvacancerpatienter med stadie IB, der har fået foretaget sentinel node. På landsplan fik 58 % (95 % CI: 45-70 %), af de 62 patienter med komplette data, foretaget sentinel node. Patienterne behandles primært i Århus og på Rigshospitalet, så den regionale variation dækker over forskelle mellem de to centre, og er i øvrigt begrænset.

Af de potentielt relevante patienter havde 29 % mangelfulde data og kunne derfor ikke inkluderes i indikatoropgørelsen. Der manglede primært oplysninger om sygdomsstadie, hvorfor det er usikkert om de uoplyste er relevante for indikatoren.

#### Faglige kommentarer til indikator 43:

Tallene er opgjort for alle patienter med stadium IB, dvs. også patienter, der pga. tumorstørrelse, primært har fået foretaget inguinal lymfeknudeexairese. Endvidere vil nogle patienter i denne gruppe, regulært være patienter, der slet ikke har fået undersøgt lymfeknuder, f.eks. pga. høj alder. Disse patienter blev tidligere alle tildelt stadium IB pga. manglende andre muligheder i DGCD.





## ***Indikatorområde: Trofoblastsygdom***

### **Indikator 50: Trofoblastsygdom (kun mola): Andel patienter med relevant kontrolforløb**

Der er endnu ikke data til at afrapportere denne indikator



## Indikator 51: Trofoblastsygdom (kun mola): Andel patienter med klinisk mistanke om – og efterfølgende verificeret – mola, der har fået foretaget genetisk analyse.

Standard:  $\geq 90\%$

Trofoblastpatienter med den histologiske diagnose mola, hvor der har været klinisk mistanke om mola, indgår i indikatoren. Patienter, der har fået sendt væv til genetisk undersøgelse, opfylder indikatoren. Indikatoren er opgjort på gynækologiske afdelinger.

Indikator 51	Std. 90% opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst (pct.)	Aktuelle år		Tidligere år	
				1.7.16-30.6.17 Andel	95% CI	2015/16 Andel	2014/15 Andel
<b>Danmark</b>	nej	12 / 22	11 (33)	<b>55</b>	(32-76)	79	64
<b>Hovedstaden</b>		3 / 10	8 (44)	<b>30</b>	(7-65)	78	60
<b>Sjælland</b>		0 / 0	0 (0)			0	100
<b>Syddanmark</b>		# / #	1 (25)	#		78	60
<b>Midtjylland</b>		# / #	1 (14)	#		100	67
<b>Nordjylland</b>		# / #	0 (0)	#		67	50
<b>Hovedstaden</b>		3 / 10	8 (44)	<b>30</b>	(7-65)	78	60
Herlev		0 / 0	3(100)			100	100
Hillerød		0 / 0	0 (0)				100
Hvidovre		# / #	1 (10)	#		75	0
Rigshospitalet		# / #	4 (80)	#		0	25
<b>Sjælland</b>		0 / 0	0 (0)			0	100
Roskilde		0 / 0	0 (0)			0	100
<b>Syddanmark</b>		# / #	1 (25)	#		78	60
Esbjerg		0 / 0	0 (0)			0	
Kolding		# / #	1 (25)	#		100	50
Odense		0 / 0	0 (0)				67
Svendborg		0 / 0	0 (0)			0	
<b>Midtjylland</b>		# / #	1 (14)	#		100	67
Aarhus		4 / 5	0 (0)	<b>80</b>	(28-99)	100	100
Herning		0 / 0	1(100)			100	0
Viborg		# / #	0 (0)	#			
<b>Nordjylland</b>		# / #	0 (0)	#		67	50
Aalborg		# / #	0 (0)	#		67	50
<b>Privat</b>							
Ukendt		0 / 0	1(100)				

### Klinisk-epidemiologiske kommentarer til indikator 51:

Indikator 51 viser hvor stor en andel af patienter med klinisk mistanke om mola, der har fået foretaget genetisk analyse af væv. På landsplan opfylder 55 % (95 % CI: 32-76 %) af de patienter med komplette data indikatoren. Desværre mangler en tredjedel af de potentielt relevante patienter en eller flere oplysninger, og kan derfor ikke indgå i beregningen af indikatoren.

Datagrundlaget er meget lille, og der bør derfor ikke tolkes på regions- eller afdelingsresultater.

### Faglige kommentarer til indikator 51:

Beregningerne er lavet på meget små indberetningstal - statistisk burde der indgå ca. 80 kvinder årligt med en molagraviditet, men der er kun korrekt indberettet 22 til DGCD, modsvarende en estimeret indberetning på ca. 25 %. Heraf opfylder 55 % indikatoren med en spredning på 30 % til 83 % mellem regionerne. Den lave indberetningsfrekvens gør at tallene ikke kan tolkes. Man bør sigte mod en centralisering af indtastningen for at forbedre denne, således at valide data kan opnås.



### 3. Beskrivelse af sygdomsområdet

Dansk Gynækologisk Cancer Database (DGCD) udgiver nu sin 9. årsrapport, der præsenterer data fra årene 2014 – 2017. 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 trofoblastsygdom og i 2013 registrering af vulva- og vaginalcancer.

For mere information om Dansk Gynækologisk Cancer Gruppe og Dansk Gynækologisk Cancer Database, se hjemmesiden [www.dgcg.dk](http://www.dgcg.dk).

DGCD understøttes af Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (RKKP). RKKP udgør infrastruktur for støttede landsdækkende kliniske kvalitetsdatabaser, Danske Multidisciplinære Cancer Grupper (DMCG) og kompetencecentre for epidemiologi, biostatistik, sundhedsinformatik og klinisk kvalitet.

RKKP leverer support til DGCD inden for it og klinisk support/koordination, datamanagement, biostatistik og epidemiologi.

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

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



## 4. Oversigt over indikatorer

Indikatorområde	Nr.	Navn	Standard*
Cervixcancer	1	Cervixcancer, Andel med $\geq 18$ fjernede lymfeknuder ved radikal hysterektomi	$\geq 80$ %
	6A	Cervixcancer, Andel patienter i live 5 år efter anamnesedato, st. I	$\geq 90$ %
	6B	Cervixcancer, Andel patienter i live 5 år efter anamnesedato, st. II-III	$\geq 45$ %
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 $\leq 8$ dage, efter primær operation	$\geq 80$ %
	12B	Ovariecancer, indlæggelsestid $\leq 8$ dage, ved operation efter neoadjuverende kemoterapi	$\geq 80$ %
Forslag til nye indikatorer			
	13	Ovarie-, tuba- og peritonealcancer, Andel patienter i live 5 år efter anamnesedato, stadium I	Ej fastsat
	14	Ovarie-, tuba- og peritonealcancer Andel patienter i live 2 år efter anamnesedato, stadium IIIC-IV	Ej fastsat
	15	Ovarie-, tuba- og peritonealcancer, 5-års overle Andel patienter i live 5 år efter anamnesedato velse, stadium IIIC-IV	Ej fastsat
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 $\geq 3$ timer på postoperativdag 1 for ikke-ekstensivt opererede	$\geq 60$ %
	31	Sygepleje ovariecancer - afføring $\leq 3$ dage efter operation	$\geq 80$ %
Vulvacancer	41*	Hyppighed af recidiv i lysken hos patienter med stadie IB inden for 1 år	Ej fastsat
	43	Vulvacancer, sentinel node foretaget på patienter med st. IB, tumor $< 4$ cm	$\geq 70$ %
Trofoblastsygdom	50*	Trofoblastsygdom (kun mola): Andel patienter med relevant kontrolforløb	Ej fastsat
	51	Trofoblastsygdom (kun mola): Andel patienter der har fået foretaget genetisk analyse	$\geq 90$ %

\*Indikatoren kan ikke beregnes, da datagrundlaget er mangelfuldt (indsamling af data er påbegyndt, men dækker ikke aktuelle årsrapportperiode).

Standarderne vurderes kun på landsresultaterne, idet der for de fleste indikatorer er tale om små patientantal, hvilket giver stor usikkerhed på regions- og afdelingsresultaterne.



## 5. Datagrundlag

Årsrapporten inkluderer data fra 1. juli 2014 til 30. juni 2017. Den aktuelle periode dækker 1. juli 2016 – 30. juni 2017. Indikatoropgørelserne for den aktuelle periode sammenlignes med de 2 foregående perioder; 1. juli 2015-30. juni 2016 og 1. juli 2014-30. juni 2015.

Det samlede datagrundlag for de seneste 3 tidsperioder, der indgår i indikatoropgørelserne i aktuelle årsrapport udgøres af 6202 patienter med gynækologisk cancer. Disse patienter opfylder tre krav: De er alle diagnosticerede i perioden 1. juli 2014- 30. juni 2017, de er alle registrerede i DGCD, og de har alle fået angivet en cancertype i DGCD.

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

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

### Datakvalitet og statistiske analyser

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

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

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

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



## 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 2016/17 er dækningsgraden XX %. Dækningsgraden ligger således lige under kravet på 90 %.

## Komplethedegrad for de enkelte indikatorer

Datakompletheden for de enkelte indikatorer varierer fra 54 til 100 % (se tabel s. 45).

Generelt bør datakompletheden for hver enkelt indikator være over 80 %. Af de 18 indikatoropgørelser har 14 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 Klinik, Rigshospitalet (næstformand)
3. Overlæge, ph.d. Lotte Nedergaard, Patologiafdelingen, Rigshospitalet
4. Overlæge, ph.d. Annika Loft Jakobsen, Klinik for klinisk fysiologi og nuklearmedicin & PET, Rigshospitalet
5. Professor, overlæge, dr.med. Jan Blaaekær, Gynækologisk afdeling, Odense Universitetshospital
6. Overlæge Estrid Stæhr Hansen, Patologisk-anatomisk afdeling, Aarhus Universitetshospital
7. Overlæge, ph.d. Pernille Jensen, Gynækologisk afdeling, Odense Universitetshospital
8. Overlæge Doris Schledermann, Afdeling for Klinisk Patologi, Odense Universitetshospital
9. Professor, overlæge, dr. med. Jørn Herrstedt, Onkologisk afdeling, Sjællands Universitetshospital
10. Professor, overlæge, dr.med. Anders Kristian M. Jakobsen, Onkologisk afdeling, Vejle Sygehus
11. Overlæge Ulla Peen, Onkologisk afdeling, Herlev Hospital
12. Specialeansvarlig overlæge (Gyn onkologi), klinisk lektor, dr. med. Erik Søgaard Andersen, Gynækologisk afdeling, Aalborg Universitetshospital
13. Overlæge Anni Grove, Patologisk institut, Aalborg Universitetshospital
14. Overlæge Bente Lund, Radiumstation, Onkologi, Aalborg Universitetshospital
15. Professor, Seniorforsker, ph.d. Estrid Høgdall, leder af Molekylærenheden og Dansk Cancer Biobank, Patologiafdelingen, Herlev Hospital
16. Professor, overlæge, dr.med. Claus Høgdall, Gynækologisk Klinik, Rigshospitalet
17. Overlæge, ph.d. Isa Niemann, Gynækologisk afdeling, Aarhus Universitetshospital
18. Overlæge, ph.d. Berit Jul Mosgaard, Gynækologisk Klinik, Rigshospitalet
19. Overlæge Vibeke Zobbe, Gynækologisk klinik, Rigshospitalet
20. Overlæge, ph.d. Lars Fokdal, Onkologisk afdeling, Aarhus Universitetshospital
21. Overlæge, ph.d. Charlotte Søgaard, Kvindesygdomme og Fødsler, Aarhus Universitetshospital
22. Overlæge Jon Asmussen, Radiologisk afdeling, Odense Universitetshospital
23. Akademisk sekretær for DGCG, Pernille Dehn, Gynækologisk Klinik, Rigshospitalet

#### Forretningsudvalg

1. Klinikchef, overlæge Lene Lundvall, Gynækologisk Klinik, Rigshospitalet (formand)
2. Overlæge Estrid Stæhr Hansen, Patologisk-anatomisk afdeling, Aarhus Universitetshospital
3. Overlæge, ph.d. Pernille Jensen, Gynækologisk afdeling, Odense Universitetshospital
4. Professor, overlæge, dr.med. Anders Kristian M. Jakobsen, Onkologisk afdeling, Vejle Sygehus
5. Specialeansvarlig Overlæge (Gyn Onkologi), klinisk lektor, dr. med. Erik Søgaard Andersen, Gynækologisk afdeling, Aalborg Universitetshospital
6. Professor, overlæge, dr. med. Jørn Herrstedt, Onkologisk afdeling, Sjællands Universitetshospital

#### DGCGs arbejdsgrupper

##### Cervixcancergruppen

1. Overlæge, ph.d. Lars Fokdal, Onkologisk afdeling, Aarhus Universitetshospital (formand)
2. Overlæge, ph.d. Pernille Jensen, Gynækologisk afdeling, Odense Universitetshospital (næstformand)
3. Overlæge Ole Mathiesen, Kvindesygdomme og Fødsler, Aarhus Universitetshospital
4. Overlæge, dr.med. Vibeke Ravn Skovlund, Patologiafdelingen, Herlev Hospital
5. Overlæge Jakob Graves Rønk Dinesen, Kvindesygdomme og Fødsler, Aarhus Universitetshospital
6. Overlæge Doris Schledermann, Afdeling for Klinisk Patologi, Odense Universitetshospital
7. Overlæge, dr.med. Henrik Roed, Radioterapiklinikken, Rigshospitalet
8. Overlæge Gitte-Bettina Nyvang, Onkologisk afdeling, Odense Universitetshospital
9. Overlæge, dr.med. Erik Morre Pedersen, Radiologisk afdeling, Aarhus Universitetshospital
10. Overlæge Ligita Paskeviciute Frøding, Gynækologisk klinik, Rigshospitalet
11. Overlæge, ph.d. Lotte Nedergaard, Patologiafdelingen, Rigshospitalet



12. Overlæge, ph.d. Annika Loft Jakobsen, Klinik for klinisk fysiologi og nuklearmedicin & PET, Rigshospitalet
13. Overlæge, ph.d. Trine Juhler-Nøttrup, Onkologisk Klinik, Rigshospitalet

### **Vulvacancergruppen**

1. Overlæge Vibeke Zobbe, Gynækologisk klinik, Rigshospitalet (formand)
2. Overlæge, ph.d. Lars Fokdal, Onkologisk afdeling, Aarhus Universitetshospital (næstformand)
3. Overlæge, ph.d. Isa Niemann, Gynækologisk afdeling, Aarhus Universitetshospital
4. Overlæge, ph.d. Trine Juhler-Nøttrup, Onkologisk Klinik, Rigshospitalet
5. Overlæge Elisabeth Kristensen, Patologiafdelingen, Rigshospitalet
6. Overlæge Ligita Paskeviciute Frøding, Gynækologisk klinik, Rigshospitalet

### **Ovariecancergruppen**

1. Overlæge, ph.d. Berit Jul Mosgaard, Gynækologisk klinik, Rigshospitalet (formand)
2. Overlæge Anni Grove, Patologisk inst., Aalborg Universitetshospital (næstformand)
3. Overlæge, ph.d. Signe Frahm Bjørn, Gynækologisk klinik, Rigshospitalet (sekretær)
4. Overlæge, ph.d. lektor Karina Dahl Steffensen, Onkologisk afdeling, Vejle Sygehus
5. Afdelingslæge Iben Johnsen, Afdeling for Klinisk Patologi, Odense Universitetshospital
6. Overlæge, dr.med. Lone Kjeld Petersen, Gynækologisk afdeling, Odense Universitetshospital
7. Overlæge, ph.d. Thora Christiansen, Gynækologisk afdeling, Aarhus Universitetshospital
8. Overlæge Else Mejlgård, Patologisk Institut, Aarhus Universitetshospital
9. Overlæge Bente Lund, Onkologisk afdeling, Aalborg Universitetshospital
10. Overlæge Algirdas Markauskas, Gynækologi og Obstetrik, Odense Universitetshospital
11. Afdelingslæge Mette Hæe, Onkologisk afdeling, Aarhus Universitetshospital

### **Endometriecancergruppen**

1. Overlæge Mansoor Mirza, Onkologisk klinik, Rigshospitalet (formand)
2. Overlæge Lian Ulrich, Gynækologisk klinik, Rigshospitalet (næstformand)
3. Overlæge Morten Jørgensen, Onkologisk klinik, Rigshospitalet
4. Overlæge Gitte Ørtoft Lykkegård, Gynækologisk klinik, Rigshospitalet
5. Afdelingslæge Anja Ør Knudsen, Onkologisk afdeling, Odense Universitetshospital
6. Overlæge Marianne Lidang, Patologisk-anatomisk Institut, Herlev Hospital
7. Overlæge Else Mejlgård, Patologisk-anatomisk afdeling, Aarhus Universitetshospital
8. Klinisk lektor, overlæge, ph.d. Kirsten Jochumsen, Gynækologisk afdeling, Odense Universitetshospital
9. Overlæge Doris Schledermann, Afdeling for Klinisk Patologi, Odense Universitetshospital
10. Overlæge, MPA Marianne Mulle Jensen, Gynækologisk afdeling, Aalborg Universitetshospital
11. Afdelingslæge Ranva Espegård Hassel, Onkologisk afdeling, Aarhus Universitetshospital

### **Databasestyregruppen**

1. Professor, overlæge, dr.med. Claus Høgdall, Gynækologisk Klinik, Rigshospitalet (formand)
2. Afdelingslæge, ph.d. Tine Henriksen-Schnack, Gynækologisk Klinik, Rigshospitalet
3. Overlæge, ph.d. Lotte Thomsen, Patologiafdelingen, Rigshospitalet
4. Klinisk lektor, overlæge, ph.d. Kirsten Jochumsen, Gynækologisk afdeling, Odense Universitetshospital
5. Overlæge Doris Schledermann, Afdeling for Klinisk Patologi, Odense Universitetshospital
6. Afdelingslæge Helle Lund, Klinisk Diagnostik, Patologi, Aalborg Universitetshospital
7. Overlæge Vibeke Zobbe, Gynækologisk klinik, Rigshospitalet
8. Seniorforsker, MHH, ph.d. Lene Seibæk, Kvindesygdomme og Fødsler, Aarhus Universitetshospital
9. Projektsygeplejerske Lissen Ingvarthsen, Gynækologisk Klinik, Rigshospitalet
10. Overlæge, ph.d. Trine Juhler-Nøttrup, Onkologisk Klinik, Rigshospitalet
11. Overlæge, ph.d. Signe Frahm Bjørn, Gynækologisk Klinik, Rigshospitalet
12. Overlæge, dr. Med. Lone Kjeld Petersen, Gynækologisk afdeling, Odense Universitetshospital
13. Overlæge Jakob Graves Rønk Dinesen, Kvindesygdomme og Fødsler, Aarhus Universitetshospital
14. Specialkonsulent Mette Roed Eriksen, Afdeling for Klinisk Koordination, RKKP
15. Klinisk epidemiolog, ph.d. Helle Hare-Bruun, Afdeling for Epidemiologi og Biostatistik, RKKP
16. Klinisk Epidemiolog, ph.d. Birgitte Schütt Christensen, Afdeling for Epidemiologi og Biostatistik, RKKP (fra og med 1/1 2018)





### **Forskningsgruppen**

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

### **Ovariecancerscreeningsgruppen**

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

### **Trofoblastgruppen**

1. Overlæge, ph.d. Isa Niemann, Gynækologisk afdeling, Aarhus Universitetshospital (formand)
2. Overlæge Lisa Leth Maroun, Patologifdelingen, Rigshospitalet (næstformand)
3. Overlæge, dr. med. Jan Blaakær, Gynækologisk afdeling, Odense Universitetshospital
4. Overlæge Anni Grove, Patologisk Institut, Aalborg Sygehus
5. Overlæge Estrid Stæhr Hansen, Patologisk-anatomisk afdeling, Aarhus Universitetshospital
6. Overlæge, ph.d. Lars Fokdal, Onkologisk afdeling, Aarhus Universitetshospital
7. Overlæge Ulla Peen, Onkologisk afdeling, Herlev Hospital
8. Afdelingslæge, ph.d. Katja Dahl, Kvindesygdomme og Fødsler, Aarhus Universitetshospital (associeret medlem)
9. Overlæge, klinisk lektor, ph.d. Lone Sunde, Klinisk Genetisk afdeling, Aarhus Universitetshospital
10. Afdelingslæge Helle Lund, Patologisk Institut, Aalborg Sygehus
11. Klinisk lektor, overlæge, ph.d. Kirsten Jochumsen, Gynækologisk afdeling, Odense Universitetshospital
12. Overlæge Morten Davidsen, Gynækologisk afdeling, Hvidovre Hospital (associeret medlem)

### **Sygeplejegruppen**

1. Udviklingssygeplejerske Birgit Kirk-Thomsen, Afs. for Kvindesygdomme, Aarhus Universitetshospital (formand)
2. Seniorforsker, MHH, ph.d. Lene Seibæk, Kvindesygdomme og Fødsler, Aarhus Universitetshospital
3. Sygeplejerske Tina Bohman Lange, Kvindesygdomme og Fødsler, Aarhus Universitetshospital
4. Sygeplejerske Ergul Abdulovski, Gynækologisk afdeling, Herlev Hospital
5. Sygeplejerske Yvonne Zdrenka, Gynækologisk afdeling, Odense Universitetshospital
6. Sygeplejerske Helle Hartmann Sørensen, Gynækologisk afdeling, Odense Universitetshospital
7. Sygeplejerske Marianne Bak Pørksen, Gynækologisk afdeling, Sjællands Universitetshospital
8. Sygeplejerske Denise Nana Pleh, Gynækologisk afdeling, Sjællands Universitetshospital
9. Sygeplejerske Birgitte Monrad Larsen, Gynækologisk Sengeafsnit, Aalborg Universitetshospital
10. Sygeplejerske Stine Bjørn, Gynækologisk afdeling, Aalborg Universitetshospital
11. Klinisk oversygeplejerske Dorthe Hjort Jakobsen, Enhed for Perioperativ Sygepleje, Rigshospitalet
12. Sygeplejerske Maria Leonora Birk S, Gynækologisk Klinik, Rigshospitalet
13. Sygeplejerske Cathrine Berggreen Smidt, Gynækologisk Klinik, Rigshospitalet



14. Projektsygeplejerske Lissen Ingvarsten, Gynækologisk Klinik, Rigshospitalet



## Appendiks 1: Datagrundlag

### Dækningsgrad

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

Diagnosegruppe	SKS-koder (ICD-10 koder)
Cervixcancer	DC53*
Ovarie-, tuba- og peritonealcancer samt borderlinetumorer	DC48*, DC56*, DC57*, DD391A
Corpuscancer samt hyperplasi m. atypi	DC54*, DC55*, DD070*
Vulvacancer	DC51*
Vaginalcancer	DC52*
Trofoblastsygdom	DC58*, DD392*, D001*, D002*

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

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

### Dækningsgrad på landsplan for de seneste 3 år

	Både i DGCD og LPR	Kun i DGCD	Kun i LPR	Dækningsgrad (%)
2016/2017	1889	62	52	97
2015/2016	2054	74	38	98
2014/2015	2087	104	30	99



**Dækningsgrad på landsplan, regions- og afdelingsniveau 1. juli 2016-30. juni 2017**

	Både i DGCD og LPR	Kun i DGCD	Kun i LPR	Dækningsgrad (%)
<b>Danmark</b>	<b>1889</b>	<b>62</b>	<b>52</b>	<b>97,4</b>
Region Hovedstaden	685	31	22	97,0
Region Sjælland	146	0	10	93,6
Region Syddanmark	444	6	5	98,9
Region Midtjylland	415	22	7	98,4
Region Nordjylland	194	3	8	96,1
<b>Region Hovedstaden</b>	<b>685</b>	<b>31</b>	<b>22</b>	<b>97,0</b>
Herlev	141	3	1	99,3
Hillerød	1	2	7	30,0
Hvidovre	16	0	4	80,0
Rigshospitalet	527	26	10	98,2
<b>Region Sjælland</b>	<b>146</b>	<b>0</b>	<b>10</b>	<b>93,6</b>
Holbæk	0	0	1	0
Nykøbing F	0	0	4	0
Næstved	0	0	4	0
Roskilde	145	0	1	99,3
Slagelse	1	0	0	100
<b>Region Syddanmark</b>	<b>451</b>	<b>7</b>	<b>5</b>	<b>98,9</b>
Esbjerg	6	0	0	100
Kolding	7	1	0	100
Odense	438	6	0	100
Sønderborg	0	0	5	0
<b>Region Midtjylland</b>	<b>408</b>	<b>21</b>	<b>7</b>	<b>98,4</b>
Aarhus	396	19	5	98,8
Herning	6	0	1	85,7
Horsens	1	0	1	50,0
Odder	1	0	0	100
Randers	2	1	0	100
Viborg-Skive	2	1	0	100
<b>Region Nordjylland</b>	<b>194</b>	<b>3</b>	<b>8</b>	<b>96,1</b>
Aalborg	194	3	6	97,0
Hjørring	0	0	1	0
Thisted	0	0	1	0

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



## Dataskompletthed for indikatorer

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

Dataskompletthed	Total N	Irrelevant	Grundlag	Uoplyst	(%)	Indgår
1 Cervixcancer, Andel med $\geq 18$ fjernede lymfeknuder ved radikal hysterektomi	1932	1827	105	0	(0)	105
6A Cervixcancer, 5 års overlevelse, st. I			216	2	(1)	214
6B Cervixcancer, 5 års overlevelse, st. II-III			131	1	(1)	130
10A Ovariecancer, makroradikal operation, st. IIIC-IV, primært opererede	1932	1850	82	1	(1)	81
10B Ovariecancer, makroradikal operation, st. IIIC-IV, opereret efter neoadjuverende kemoterapi	1932	1792	140	2	(1)	138
11A Ovariecancer, radikal lymfadenektomi, st. I-III A	1932	1755	177	7	(4)	170
11B Ovariecancer, radikal lymfadenektomi, st. IIIB-IV	1932	1760	172	2	(1)	170
12A Ovariecancer, indlæggelsestid $\leq 8$ dage, efter primær operation	1932	1850	82	1	(1)	81
12B Ovariecancer, indlæggelsestid $\leq 8$ dage, ved operation efter neoadjuverende kemoterapi	1932	1792	140	1	(1)	139
13 Ovarie-, tuba- og peritonealcancer, 5-års overlevelse, stadium I			119	1	(1)	118
14 Ovarie-, tuba- og peritonealcancer, 2-års overlevelse, stadium IIIC-IV			216	2	(1)	214
15 Ovarie-, tuba- og peritonealcancer, 5-års overlevelse, stadium IIIC-IV			313	2	(1)	311
20A Corpuscancer, ingen fjernelse af lymfeknuder for lavrisikopatienter st. I	1932	1638	294	4	(1)	290
20B Corpuscancer, fjernelse af pelvine lymfeknuder for mellem-højrisikopatienter st. I, eller st. II-III	1932	1663	269	7	(3)	262
30 Sygepleje ovariecancer – mobilisering $\geq 3$ timer på postoperativdag 1 for ikke-ekstensivt opererede	1932	1624	308	141	(46)	167
31 Sygepleje ovariecancer - afføring $\leq 3$ dage efter operation	1932	1533	399	168	(42)	231
43 Vulvacancer, sentinel node foretaget på patienter med st. IB, tumor $< 4$ cm	1932	1845	87	25	(29)	62
51 Trofoblastsygdom (kun mola): Andel patienter der har fået foretaget genetisk analyse	1932	1899	33	11	(33)	22

Total N: Den samlede population, der er grundlag for beregningerne i årsrapporten (kun aktuelle år); Irrelevant: Antal patienter, der ekskluderes fra beregningen af den enkelte indikator, fordi de ikke er relevante for den givne opgørelse; Uoplyst: antal patienter, der er relevante for opgørelsen af den givne indikator, men mangler en eller flere nødvendige informationer for at kunne indgå i beregningen; Indgår: antal patienter, der har alle relevante informationer og indgår i opgørelsen af den givne indikator.



## 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 2016/17 blev der i Danmark registreret 318 nye tilfælde af sygdommen. Som konsekvens af den faldende incidens er behandlingen af cervixcancer yderligere centraliseret til 3 centre i henholdsvis Aarhus, Odense og Rigshospitalet siden 1.6.2017.

Stadieinddeling af cervixcancer bygger fortsat på klinisk undersøgelse, bortset fra stadium IA, hvor diagnosen og stadiet er stillet på mikroskopi af konus. Årsrapporten viser, at stort set alle patienter med > stadium IA, bliver vurderet på højt specialiseret afdeling med gynækologisk undersøgelse i universel anæstesi i henhold til retningslinjerne.

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

Robotassisteret laparoskopisk radikal hysterektomi og pelvin lymfeknudefjernelse er implementeret på alle danske centre og patienter med cervixcancer i stadium IB får tilbudt denne operationstype.

Siden foråret 2017 er der påbegyndt studier med anvendelse af sentinel node teknikken for stadium IB sygdom. Det er planlagt, at studier med anvendelse af sentinel node metoden, vil udbredes nationalt og dermed blive tilbudt alle patienter med stadium IB sygdom.

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

Derudover tilbydes alle patienter med lokal avanceret sygdom primær onkologisk behandling, der omfatter ekstern strålebehandling og samtidig kemoterapi med efterfølgende billedvejledt brachyterapi, der nu er standardbehandling på de 3 onkologiske afdelinger, der varetager behandling af cervixcancer.

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

Den samlede 5-års overlevelse for cervixcancer, såvel som overlevelse stratificeret efter FIGO-stadie, er i Danmark 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 diagnositidspunktet.

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

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

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

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

## Endometrie-cancer og atypisk hyperplasi i endometriet

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

Behandlingen af livmoderkræft har ændret sig radikalt over de senere 10-15 år. Hvor livmoderkræft tidligere blev behandlet på næsten alle danske sygehuse, er behandlingen nu centraliseret på nogle få store hospitaler. Dette er for at sikre korrekt valg af operation og evt. efterbehandling. Tidligere fjernede man operativt kun livmoder, æggestokke og æggeledere, og hvis der var specielle risikofaktorer tilstede fik enkelte patienter strålebehandling i efterforløbet. I dag er den histologiske type bestemmende for om man gennemgår ekstra scanninger, idet nogle typer har større tendens til at metastasere (sprede sig) end andre. Ved sygdom med lav-risikohistologi er dybden af invasion i myometriet (livmoderens væg) bestemmende for om der skal fjernes lymfeknuder i bækkenet. Denne dybdebedømmelse foretages som oftest peroperativt af en patolog (mest præcise metode), men i nogen centre anvendes en scanningsmetode inden operationen til denne vurdering. Hvis man har sygdom med højrisikohistologi vil man som udgangspunkt altid anbefale at fjerne lymfeknuder i bækkenet og, hvis patientens tilstand tillader det, også langs aorta (hovedpulsåren). For visse typer fjernes også omentet (fedtforklæde i bughulen). Operationen kan således variere fra, at man fjerner livmoder, æggestokke og æggeledere til også at indbefatte lymfeknuder i det lille bækken, lymfeknuder langs hovedpulsåren, og fedtforklædet. Ud fra de fund man gør i det fjernede væv besluttet om patienten skal have efterbehandling med kemoterapi og/eller strålebehandling. Hvis patienterne ikke har spredning uden for livmoderen, er der også en lille gruppe af patienter med særlig høj risiko for at kræften kan komme tilbage, der tilbydes at deltage i et internationalt lodtrækningsforsøg (ENGOT). I dette studium vil man undersøge om tillæg af kemoterapi kan nedsætte risiko for tilbagefald og øge overlevelsen for disse patienter. Et sådan forsøg forgår ved at patienterne indgår frivilligt i en lodtrækning mellem efterfølgende kemobehandling eller observation uden kemobehandling. Foruden dette studium foregår der på flere centre et studium hvor man anvender Sentinel Node princip (skildvagtslymfeknuder) på visse typer patienter. Dette er for at se om man kan minimere bivirkningerne ved den kirurgiske behandling, mens man samtidig får samme vished for om sygdommen er spredt. Samme principper anvendes allerede ved andre kræftformer som f.eks. brystkræft og modermærkekræft. Metoden indebærer minutiøs undersøgelse af den/de tumordrænerende lymfeknuder. Disse nye tiltag gøres i håb om at bedre den allerede gode overlevelse for



danske kvinder med livmoderkræft, samtidig med at bivirkninger ved behandlingen minimeres. For at se om dette er tilfældet indberettes samtlige danske tilfælde af livmoderkræft til DGCD. Det vil dog stadig være mange år før man i Danmark kan svare på, om det er lykkedes at forbedre overlevelsen ved de nævnte tiltag.

## **Vulvacancer og vaginalcancer**

I Danmark diagnosticeres mellem 80 og 100 nye tilfælde af vulvacancer årligt.

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

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

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

Den primære behandling er oftest kirurgisk. For stadium IA tumorer (nedvækst < 1 mm) er der alene tale om lokal resektion af tumor. Ved højere stadier foretages radikal resektion af tumor, hvor man tilstræber 8 mm mikroskopisk fri resektionsmargin. Ved stadium IB tumorer under 4 cm foretages sentinel node bestemmelse. Ved større tumorer fjernes alle lymfeknuder i lysken. Ved inoperable tumorer eller dissemineret sygdom vil den primære behandling bestå i strålebehandling og/eller kemoterapi.

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

I Danmark er vulvacancer kirurgi centraliseret til to højt specialiserede gynækologiske afdelinger, Rigshospitalet og Århus.

Vaginalcancer er en yderst sjælden sygdom (10-20 tilfælde/år i Danmark), der stort altid behandles med en kombination af strålebehandling og kemoterapi.

## **Trofoblastsygdomme**

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

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

Den hyppigste form er mola hydatidosa, der andrager 90 % af ovenstående og som i 90 % af disse tilfælde forløber ukompliceret efter evacuatio og en efterfølgende kontrolperiode med s-hCG. En molagraviditet er enten komplet eller partiel, og genetisk som oftest hhv. diploid og triploid.

Imidlertid udvikler 20 % af patienterne med diploid mola en invasiv eller persisterende mola (PTD), der kræver billeddiagnostisk udredning og medicinsk onkologisk behandling. Sjældnere ses andre potentielt livstruende trofoblastsygdomme, som kan optræde både efter en mola men også efter en normal graviditet. Herunder forstås choriocarcinom, placental site trophoblastic tumor (PSTT), og epithelioid trophoblastic tumor (ETT).

Den rette udredning og behandling af trofoblastsygdomme kræver et tværfagligt team af eksperter inden for gynækologi, billeddiagnostik, patologi, genetik og onkologi.

Prognosen efter en behandlingskrævende trofoblastsygdom er god og der er en forventet overlevelse på næsten 100 % efter persisterende mola og 95 % efter de øvrige trofoblastsygdomme.





## Appendiks 3: Supplerende deskriptive resultater

### Baggrundsplysninger og risikomarkører

**Tabel A3.1.1 Fordeling af cancertype 1. juli 2014 – 30. juni 2017**

Cancertype	2016/17		2015/16		2014/15	
	antal	%	antal	%	antal	%
Ovariecancer	223	11,5	317	15,2	371	17,0
Tubacancer	154	8,0	72	3,5	33	1,5
Peritonealcancer	24	1,2	31	1,5	51	2,3
Uvis ovarie- eller peritonealcancer	133	6,9	134	6,4	106	4,8
Borderlinetumor	169	8,7	159	7,6	151	6,9
Cervixcancer	318	16,5	304	14,6	376	17,2
Vulvacancer	137	7,1	127	6,1	142	6,5
Vaginalcancer	20	1,0	20	1,0	23	1,1
Trofoblastsygdom	47	2,4	59	2,8	46	2,1
Corpuscancer	625	32,3	747	35,9	772	35,3
Hyperplasi med atypi, kompleks	63	3,3	102	4,9	113	5,2
Hyperplasi med atypi, simpel	19	1,0	10	0,5	4	0,2
I alt	1.932	100,0	2.082	100,0	2.188	100,0

**Tabel A3.1.2 ASA score fordelt på cancertype 1. juli 2016 – 30. juni 2017**

ASA score	Cervixcancer		Ovariecancer		Borderline		Corpuscancer		Hyperplasi		Vulva		Vaginal		Trofoplast		I alt	
	antal	%	antal	%	antal	%	antal	%	antal	%	antal	%	antal	%	antal	%	antal	%
1. Rask	130	40,9	123	23,0	77	45,6	174	27,8	28	34,1	30	21,9	#	#	0	0,0	564	29,2
2. Let systemisk sygdom	46	14,5	238	44,6	59	34,9	346	55,4	42	51,2	68	49,6	4	20,0	0	0,0	803	41,6
3. Alvorlig systemisk sygdom	7	2,2	62	11,6	10	5,9	94	15,0	9	11,0	18	13,1	0	0,0	0	0,0	200	10,4
4. Livstruende systemisk sygdom	0	0,0	#	#	4	2,4	5	0,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	11	0,6
5. Moribund, død indenfor 24 timer	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	#	#	0	0,0	0	0,0	#	#
6. Uoplyst	135	42,5	109	20,4	19	11,2	6	1,0	3	3,7	20	14,6	14	70,0	47	100,0	353	18,3
I alt	318	100,0	534	100,0	169	100,0	625	100,0	82	100,0	137	100,0	20	100,0	47	100,0	1.932	100,0

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

Hvis ASA score er uoplyst, skyldes det i de fleste tilfælde, at patienten ikke er opereret. ASA score indberettes på operationsskemaet i forbindelse med øvrige operationsoplysninger. Hvis patienten ikke bliver opereret oprettes der ikke et operationsskema og det er således ikke muligt at indberette ASA-score.

**Tabel A3.1.3 BMI fordelt på cancertype 1. juli 2016 – 30. juni 2017**

BMI	Cervixcancer		Ovariecancer		Borderline		Corpuscancer		Hyperplasi		Vulva		Vaginal		Trofoplast		I alt	
	antal	%	antal	%	antal	%	antal	%	antal	%	antal	%	antal	%	antal	%	antal	%
< 18,5	12	3,8	26	4,9	8	4,7	7	1,1	0	0,0	4	2,9	0	0,0	#	#	59	3,1
18,5 <= BMI < 25	143	45,0	227	42,5	59	34,9	156	25,0	12	14,6	41	29,9	7	35,0	12	25,5	657	34,0
25 <= BMI <= 35	111	34,9	197	36,9	76	45,0	281	45,0	38	46,3	64	46,7	6	30,0	10	21,3	783	40,5
> 35	19	6,0	33	6,2	16	9,5	138	22,1	28	34,1	13	9,5	#	#	#	#	250	12,9
Ukendt/forkert	33	10,4	51	9,6	10	5,9	43	6,9	4	4,9	15	10,9	5	25,0	22	46,8	183	9,5
Middel	26,0	-	25,9	-	27,0	-	30,2	-	34,1	-	27,1	-	26,9	-	25,2	-	25,4	-
Median	24,2	-	24,6	-	26,0	-	29,0	-	31,9	-	26,6	-	25,7	-	24,8	-	26,5	-
I alt	318	100,0	534	100,0	169	100,0	625	100,0	82	100,0	137	100,0	20	100,0	47	100,0	1.932	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 2016 – 30. juni 2017**

Rygestatus	Cervixcancer		Ovariecancer		Borderline		Corpuscancer		Hyperplasi		Vulva		Vaginal		Trofoplast		I alt	
	antal	%	antal	%	antal	%	antal	%	antal	%	antal	%	antal	%	antal	%	antal	%
Ryger	87	27,4	94	17,6	38	22,5	59	9,4	9	11,0	25	18,2	4	20,0	#	#	318	16,5
Eks-ryger	62	19,5	130	24,3	34	20,1	138	22,1	17	20,7	33	24,1	#	#	#	#	417	21,6
Aldrig ryger	137	43,1	250	46,8	76	45,0	367	58,7	47	57,3	60	43,8	6	30,0	29	61,7	972	50,3
Ukendt	32	10,1	58	10,9	21	12,4	61	9,8	9	11,0	18	13,1	8	40,0	14	29,8	221	11,4
Uoplyst	0	0,0	#	#	0	0,0	0	0,0	0	0,0	#	#	0	0,0	#	#	4	0,2
I alt	318	100,0	534	100,0	169	100,0	625	100,0	82	100,0	137	100,0	20	100,0	47	100,0	1.932	100,0

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

**Tabel A3.1.5 Komorbiditet fordelt på cancertype 1. juli 2016 – 30. juni 2017**

Komorbiditet	Cervixcancer		Ovariecancer		Borderline		Corpuscancer		Hyperplasi		Vulva		Vaginal		Trofoplast		I alt	
	antal	%	antal	%	antal	%	antal	%	antal	%	antal	%	antal	%	antal	%	antal	%
Ja	123	38,7	296	55,4	76	45,0	420	67,2	49	59,8	105	76,6	14	70,0	3	6,4	1.086	56,2
Nej	192	60,4	226	42,3	92	54,4	198	31,7	32	39,0	30	21,9	4	20,0	38	80,9	812	42,0
Uoplyst	3	0,9	12	2,2	#	#	7	1,1	#	#	#	#	#	#	6	12,8	34	1,8
I alt	318	100,0	534	100,0	169	100,0	625	100,0	82	100,0	137	100,0	20	100,0	47	100,0	1.932	100,0

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



## Cervixcancer

**Tabel A3.2.1 Histologi for Cervixcancer**

Histologi	2016/17		2015/16		2014/15	
	antal	%	antal	%	antal	%
Planocellulært karcinom	160	50,3	173	56,9	214	56,9
Adenokarcinom	56	17,6	45	14,8	50	13,3
Adenoskvamøst karcinom	8	2,5	4	1,3	8	2,1
Neuroendokrint karcinom	#	#	3	1,0	3	0,8
Udifferentieret karcinom	#	#	#	#	#	#
Sarkom	#	#	#	#	#	#
Anden malign morfologi	#	#	4	1,3	4	1,1
Ingen tumorrest i operationspræparat	42	13,2	40	13,2	57	15,2
Uoplyst	47	14,8	32	10,5	38	10,1
I alt	318	100,0	304	100,0	376	100,0

**Tabel A3.2.2 Stadietinddeling for cervixcancer**

Stadie	2016/17		2015/16		2014/15	
	antal	%	antal	%	antal	%
Ia1: Stromal Invasion, mik. dybde max 3 mm, flade max 7 mm	52	16,4	50	16,4	74	19,7
Ia2: Stromal Invasion, mik. dybde > 3 og max. 5 mm, diameter max. 7 mm	6	1,9	9	3,0	6	1,6
Ib1: Klinisk synlig tumor <= 4 cm	129	40,6	108	35,5	127	33,8
Ib2: Klinisk synlig tumor > 4 cm	11	3,5	15	4,9	21	5,6
IIa1: Parametrier frie, spredn. øverste 2/3 af vagina, tumor <= 4 cm	3	0,9	5	1,6	5	1,3
IIa2: Parametrier frie, spredn. øverste 2/3 af vagina, tumor > 4 cm	#	#	#	#	8	2,1
IIb: Tydelig parametrieinvasion, ingen invasion af bækkenvæg	60	18,9	57	18,8	68	18,1
IIIa: Invasion nederste 1/3 af vagina, ingen invasion af bækkenvæg	3	0,9	#	#	5	1,3
IIIb: Invasion af bækkenvæg og/eller hydronefrose/nyresvigt	31	9,7	22	7,2	29	7,7
IVa Tumorvækst udover pelvis el. invasion af omkringliggende organer*	7	2,2	5	1,6	8	2,1
IVb: Fjernmetastaser	6	1,9	16	5,3	12	3,2
Ingen tegn på primærtumor	-	-	#	#	5	1,3
Uoplyst	8	2,5	11	3,6	8	2,1
I alt	318	100,0	304	100,0	376	100,0

\*(mukosa i blære/rektum)

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

Afdeling	2016/17		2015/16		2014/15	
	antal	%	antal	%	antal	%
Aalborg	22	6,9	34	11,2	45	12,0
Bornholm	-	-	-	-	#	#
Esbjerg	5	1,6	6	2,0	-	-
Herlev	32	10,1	20	6,6	28	7,4
Herning	-	-	#	#	-	-
Hillerød	-	-	-	-	#	#
Hvidovre	-	-	#	#	-	-
Odense	73	23,0	81	26,6	115	30,6
Randers	-	-	-	-	#	#
Rigshospitalet	126	39,6	98	32,2	119	31,6
Roskilde	#	#	4	1,3	3	0,8
Aarhus	57	17,9	58	19,1	62	16,5
Viborg-Skive	#	#	-	-	-	-
Uoplyst	-	-	#	#	-	-
I alt	318	100,0	304	100,0	376	100,0

**Tabel A3.2.4 Gynækologisk undersøgelse i universel anæstesi for Cervixcancer**

GU	2016/17		2015/16		2014/15	
	antal	%	antal	%	antal	%
GU i universel anæstesi	255	80,2	239	78,6	294	78,2
GU (ikke anæstesi)	38	11,9	44	14,5	59	15,7
GU under stadienddeling	17	5,3	14	4,6	17	4,5
Uoplyst	8	2,5	7	2,3	6	1,6
I alt	318	100,0	304	100,0	376	100,0

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

St. Ib vs. højere stadiet	2016/17				2015/16				2014/15			
	stadiet IB		højere		stadiet IB		højere		stadiet IB		højere	
	antal	%	antal	%	antal	%	antal	%	antal	%	antal	%
Aalborg	13	65,0	7	35,0	19	76,0	6	24,0	19	54,3	16	45,7
Herlev	6	37,5	10	62,5	#	#	9	81,8	3	23,1	10	76,9
Odense	29	53,7	25	46,3	34	54,0	29	46,0	50	60,2	33	39,8
Rigshospitalet	68	62,4	41	37,6	51	63,0	30	37,0	55	56,7	42	43,3
Aarhus	24	50,0	24	50,0	17	33,3	34	66,7	19	37,3	32	62,7
Andre	-	-	5	100,0	-	-	#	#	#	#	#	#
I alt	140	55,6	112	44,4	123	53,0	109	47,0	148	52,3	135	47,7

**Tabel A3.2.6 udført operation ved cervixcancerkirurgi**

	2016/2017		2015/2016		2014/2015	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%
<b>Rigshospitalet</b>						
Ingen operation*	32	25,4	27	27,6	29	24,4
Simpel/total hysterectomi	11	8,7	4	4,1	7	5,9
Radikal hysterectomi	49	38,9	31	31,6	38	31,9
Conisatio	10	7,9	11	11,2	9	7,6
Trakelektomi	12	9,5	13	13,3	17	14,3
Collumamputation	0	0,0	0	0,0	#	#
Diagnostisk laparoscopi	11	8,7	8	8,2	13	10,9
Eksplorativ laparotomi	0	0,0	0	0,0	#	#
Uoplyst/andet	#	#	4	4,1	4	3,4
I alt	126	100,0	98	100,0	119	100,0
<b>Herlev</b>						
Ingen operation*	11	34,4	11	55,0	9	32,1
Simpel/total hysterectomi	10	31,3	8	40,0	13	46,4
Radikal hysterectomi	0	0,0	0	0,0	#	#
Conisatio	8	25,0	#	#	5	17,9
Uoplyst/andet	3	9,4	0	0,0	0	0,0
I alt	32	100,0	20	100,0	28	100,0
<b>Odense</b>						
Ingen operation*	20	27,4	27	33,3	37	32,2
Simpel/total hysterectomi	11	15,1	11	13,6	23	20,0
Radikal hysterectomi	22	30,1	25	30,9	35	30,4
Conisatio	11	15,1	10	12,3	10	8,7
Exenteratio pelvis posterior feminae	0	0,0	0	0,0	#	#
Exenteratio totalis pelvis feminae	0	0,0	0	0,0	#	#
Diagnostisk laparoscopi	5	6,8	4	4,9	4	3,5
Eksplorativ laparotomi	#	#	0	0,0	#	#
Uoplyst/andet	3	4,1	4	4,9	#	#
I alt	73	100,0	81	100,0	115	100,0
<b>Aarhus</b>						
Ingen operation*	21	36,8	33	56,9	31	50,0
Simpel/total hysterectomi	3	5,3	6	10,3	4	6,5
Radikal hysterectomi	20	35,1	17	29,3	12	19,4
Conisatio	12	21,1	#	#	10	16,1
Collumamputation	0	0,0	0	0,0	#	#
Exenteratio pelvis anterior feminae	0	0,0	#	#	0	0,0
Diagnostisk laparoscopi	0	0,0	0	0,0	#	#
Eksplorativ laparotomi	0	0,0	0	0,0	#	#
Uoplyst/andet	#	#	0	0,0	#	#
I alt	57	100,0	58	100,0	62	100,0



	2016/2017		2015/2016		2014/2015	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%
<b>Aalborg</b>						
Ingen operation*	7	31,8	10	29,4	18	40,0
Simpel/total hysterectomi	2	9,1	3	8,8	5	11,1
Radikal hysterectomi	12	54,5	14	41,2	15	33,3
Conisatio	#	#	5	14,7	4	8,9
Diagnostisk laparoscopi	0	0,0	0	0,0	#	#
Vaginaltop resektion	0	0,0	#	#	#	#
Uoplyst/andet	0	0,0	#	#	0	0,0
I alt	22	100,0	34	100,0	45	100,0
<b>Andre afdelinger</b>						
Ingen operation*	4	50,0	3	23,1	#	#
Simpel/total hysterectomi	#	#	0	0,0	3	42,9
Conisatio	#	#	10	76,9	#	#
Uoplyst/andet	#	#	0	0,0	0	0,0
I alt	8	100,0	13	100,0	7	100,0
<b>Total, Danmark</b>						
Ingen operation*	95	29,9	111	36,5	126	33,5
Simpel/total hysterectomi	38	11,9	32	10,5	55	14,6
Radikal hysterectomi	103	32,4	87	28,6	101	26,9
Conisatio	44	13,8	38	12,5	40	10,6
Trakelektomi	12	3,8	13	4,3	17	4,5
Collumamputation	0	0,0	0	0,0	#	#
Exenteratio pelvis anterior feminae	0	0,0	#	#	0	0,0
Exenteratio pelvis posterior feminae	0	0,0	0	0,0	#	#
Exenteratio totalis pelvis feminae	0	0,0	0	0,0	#	#
Diagnostisk laparoscopi	16	5,0	12	3,9	20	5,3
Eksplorativ laparotomi	#	#	0	0,0	4	1,1
Vaginaltop resektion	0	0,0	#	#	#	#
Uoplyst/andet	9	2,8	9	3,0	8	2,1
I alt	318	100,0	304	100,0	376	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 Patologi for ovarie-, tuba- og peritonealcancer**

Histologi	2016/17		2015/16		2014/15	
	antal	%	antal	%	antal	%
Overfladeepitheliale-stromale tumor	457	85,6	471	85,0	500	89,1
Sex-cord-stromal celle tumor	13	2,4	22	4,0	16	2,9
Germinalcelletumor	5	0,9	8	1,4	9	1,6
Rete ovarii/Mesoteliale tumor	-	-	-	-	#	#
Uvis histologisk type	4	0,7	4	0,7	5	0,9
Uoplyst	55	10,3	49	8,8	30	5,3
I alt	534	100,0	554	100,0	561	100,0

**Tabel A3.3.1a Histologi for borderline tumorer**

Histologi for borderline tumorer	2016/17		2015/16		2014/15	
	antal	%	antal	%	antal	%
Serøs borderline tumor	82	48,5	66	41,5	79	52,3
Mucinøs borderline tumor	45	26,6	47	29,6	51	33,8
Seromucinøs borderline tumor	#	#	5	3,1	#	#
Endometriode borderline tumor	4	2,4	-	-	-	-
Clearcelle borderline tumor	-	-	-	-	#	#
Borderline Brenner tumor	#	#	#	#	3	2,0
Uoplyst	36	21,3	39	24,5	16	10,6
I alt	169	100,0	159	100,0	151	100,0

**Tabel A3.3.1b Histologi for overfladeepitheliale-stromale tumorer**

Histologi for overfladeepitheliale-stromale tumorer	2016/17		2015/16		2014/15	
	antal	%	antal	%	antal	%
Serøst tubart intraepitelt carcinom (STIC)	4	0,9	3	0,6	-	-
Low-grade serøst adenokarcinom	21	4,6	14	3,0	21	4,2
High-grade serøst adenokarcinom	290	63,5	179	38,0	168	33,6
Serøst adenokarcinom	38	8,3	168	35,7	140	28,0
Mucinøst adenosarkom	26	5,7	30	6,4	29	5,8
Endometrioidt adenokarcinom	36	7,9	31	6,6	33	6,6
Seromucinøst adenokarcinom	3	0,7	4	0,8	-	-
Clear cell adenokarcinom	16	3,5	21	4,5	27	5,4
Malign Brenner tumor	3	0,7	#	#	-	-
Adenosarkom, heterolog	#	#	#	#	#	#
Karcinosarkom	10	2,2	12	2,5	8	1,6
Udifferentieret carcinom	-	-	-	-	#	#
Andre	5	1,1	4	0,8	3	0,6
Uoplyst	4	0,9	3	0,6	68	13,6
I alt	457	100,0	471	100,0	500	100,0

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

Histologi for Sex-cord-stromal celle tumorer	2016/17		2015/16		2014/15	
	antal	%	antal	%	antal	%
Granulosa celle tumor/ adult	10	76,9	18	81,8	15	93,8
Juvenil granulosa celle tumor	-	-	-	-	#	#
Malig granulosa celle tumor/ metastaserende granulosa celle tumor	-	-	3	13,6	-	-
Højt differentierede Sertoli-Leydig celle tumor	#	#	-	-	-	-
Middelhøjt differentierede Sertoli-Leydig celle tumor	#	#	-	-	-	-
Lavt differentierede Sertoli-Leydig celle tumor	#	#	-	-	-	-
Leydig celle tumor	-	-	#	#	-	-
I alt	13	100,0	#	#	#	#



**Tabel A3.3.1d Histologi for Germinalcelletumorer**

Histologi for Germinalcelletumorer	2016/17		2015/16		2014/15	
	antal	%	antal	%	antal	%
Dysgerminom/ med syncytiotrofoblast	-	-	#	#	3	33,3
Blommesæktumor	-	-	-	-	#	#
Koriokarcinom	-	-	#	#	-	-
Immaturt teratom	3	60,0	#	#	3	33,3
Teratom med malign omdannelse/ med sekundær tumor	#	#	3	37,5	#	#
Neuroendokrint karcinom	#	#	-	-	-	-
I alt	5	100,0	8	100,0	9	100,0

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

Histologi for Rete ovarii/Mesoteliale tumorer	2016/17		2015/16		2014/15	
	antal	%	antal	%	antal	%
Adenokarcinom	-	-	-	-	#	#
I alt	0	100,0	0	100,0	#	#

**Tabel A3.3.2 Stadienddeling for ovarie-, tuba- og peritonealcancer**

Stadie	2016/17		2015/16		2014/15	
	antal	%	antal	%	antal	%
IA: Tumor begrænset til et ovarie eller en tuba	48	9,0	64	11,6	68	12,1
IB: Tumor begrænset til begge ovarier eller begge tuba	6	1,1	5	0,9	5	0,9
IC: Tumor begrænset til begge ovarier el. tuba, m tumorceller i peritonealcavi.	53	9,9	60	10,8	56	10,0
IIA: Udvækst af tumor til uterus og/eller salpinges	21	3,9	20	3,6	12	2,1
IIB: Udvækst til andre organer/væv i det lille bækken. *	29	5,4	19	3,4	17	3,0
IIC: IIA/IIB +kapselruptur eller tumorceller i skyllevæske/ascites#	-	-	-	-	9	1,6
IIIA: Mikroskopiske metastaser uden for det lille bækken	20	3,7	13	2,3	18	3,2
IIIB: Makroskopiske metastaser <= 2cm i øvre abdomen, m/u lymfekn. metas.	23	4,3	31	5,6	23	4,1
IIIC: Metastase > 2cm i øvre abdomen, m/u lymfeknude metastaser	115	21,5	151	27,3	186	33,2
IV: Fjernmetastaser	147	27,5	133	24,0	120	21,4
Uspecificeret stadium	27	5,1	50	9,0	30	5,3
Ukendt stadium	40	7,5	#	#	-	-
Uoplyst	5	0,9	7	1,3	17	3,0
I alt	534	100,0	554	100,0	561	100,0

\*Primær peritonealcancer. Involvering af colon sigmoideum, til og med indvækst i tunica submucosa, men ikke ind i tunica mucosa/lumen.

#gl. FIGO stadiet

**Tabel A3.3.3 Stadienddeling for borderlinetumorer**

Stadie	2016/17		2015/16		2014/15	
	antal	%	antal	%	antal	%
IA: Tumor begrænset til et ovarie eller en tuba	66	39,1	63	39,6	74	49,0
IB: Tumor begrænset til begge ovarier eller begge tuba	9	5,3	9	5,7	9	6,0
IC: Tumor begrænset til begge ovarier el. tuba, m tumorceller i peritonealcavi.	44	26,0	32	20,1	31	20,5
IIA: Udvækst af tumor til uterus og/eller salpinges	#	#	3	1,9	4	2,6
IIB: Udvækst til andre organer/væv i det lille bækken. *	4	2,4	6	3,8	#	#
IIC: IIA/IIB +kapselruptur eller tumorceller i skyllevæske/ascites#	-	-	-	-	5	3,3
IIIA: Mikroskopiske metastaser uden for det lille bækken	7	4,1	3	1,9	3	2,0
IIIB: Makroskopiske metastaser <= 2cm i øvre abdomen, m/u lymfekn. metas.	#	#	5	3,1	5	3,3
IIIC: Metastase > 2cm i øvre abdomen, m/u lymfeknude metastaser	4	2,4	-	-	#	#
IV: Fjernmetastaser	#	#	#	#	#	#
Uspecificeret stadium	4	2,4	#	#	#	#
Uoplyst	26	15,4	35	22,0	13	8,6
I alt	169	100,0	159	100,0	151	100,0

\*Primær peritonealcancer. Involvering af colon sigmoideum, til og med indvækst i tunica submucosa, men ikke ind i tunica mucosa/lumen.

#gl. FIGO stadiet



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

	2016/2017		2015/2016		2014/2015	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%
<b>Herlev</b>						
Primær operation	5	100,0	7	77,8	6	100,0
Intervalkirurgi	-	-	-	-	-	-
Kun onkologisk behandling	-	-	-	-	-	-
Ingen behandling	-	-	#	#	-	-
Uoplyst	-	-	-	-	-	-
I alt	5	100,0	#	#	6	100,0
<b>Rigshospitalet</b>						
Primær operation	92	49,5	107	55,7	95	49,5
Intervalkirurgi	59	31,7	40	20,8	52	27,1
Kun onkologisk behandling	29	15,6	42	21,9	38	19,8
Ingen behandling	4	2,2	#	#	#	#
Uoplyst	#	#	#	#	5	2,6
I alt	186	100,0	192	100,0	192	100,0
<b>Roskilde</b>						
Primær operation	-	-	4	19,0	4	40,0
Intervalkirurgi	-	-	-	-	-	-
Kun onkologisk behandling	16	94,1	15	71,4	6	60,0
Ingen behandling	#	#	#	#	-	-
Uoplyst	-	-	-	-	-	-
I alt	#	#	#	#	10	100,0
<b>Odense</b>						
Primær operation	82	51,3	62	45,9	79	48,5
Intervalkirurgi	46	28,8	32	23,7	41	25,2
Kun onkologisk behandling	24	15,0	30	22,2	31	19,0
Ingen behandling	5	3,1	7	5,2	5	3,1
Uoplyst	3	1,9	4	3,0	7	4,3
I alt	160	100,0	135	100,0	163	100,0
<b>Aarhus</b>						
Primær operation	50	47,2	83	68,6	96	72,7
Intervalkirurgi	42	39,6	22	18,2	15	11,4
Kun onkologisk behandling	11	10,4	9	7,4	10	7,6
Ingen behandling	-	-	4	3,3	4	3,0
Uoplyst	3	2,8	3	2,5	7	5,3
I alt	106	100,0	121	100,0	132	100,0
<b>Aalborg</b>						
Primær operation	30	58,8	32	43,8	24	43,6
Intervalkirurgi	15	29,4	19	26,0	15	27,3
Kun onkologisk behandling	4	7,8	21	28,8	13	23,6
Ingen behandling	#	#	#	#	#	#
Uoplyst	-	-	-	-	#	#
I alt	51	100,0	73	100,0	55	100,0
<b>Andre afdelinger</b>						
Primær operation	#	#	#	#	#	#
Intervalkirurgi	-	-	#	#	-	-
Kun onkologisk behandling	4	57,1	-	-	-	-
Ingen behandling	#	#	-	-	#	#
Uoplyst	-	-	-	-	-	-
I alt	7	100,0	3	100,0	3	100,0
<b>Total, Danmark</b>						
Primær operation	260	48,9	297	53,6	305	54,4
Intervalkirurgi	162	30,5	114	20,6	123	21,9
Kun onkologisk behandling	88	16,5	117	21,1	98	17,5
Ingen behandling	14	2,6	18	3,2	15	2,7
Uoplyst	8	1,5	8	1,4	20	3,6
I alt	532	100,0	554	100,0	561	100,0

OBS! Patientantallene i denne tabel afviger fra de patientantal, der fremgår af indikator 10A (Ovarie-, tuba- og peritonealcancer, makroradikal operation, st. IIIC-IV, primært opererede) og 10B (Ovarie-, tuba- og peritonealcancer, makroradikal operation, st. IIIC-IV, opereret efter neoadjuverende kemoterapi). Forskellen mellem indikator 10A og antal patienter med primær operation i ovenstående tabel skyldes primært, at alle ovariecancerpatienter uanset stadium indgår i denne tabel, hvorimod indikatorerne er afgrænset til kun at inkludere ovariecancerpatienter med st. IIIC-IV.





**Tabel A3.3.5A Afdelinger ansvarlige for registrering af ovarie-, tuba- og peritonealcancer i DGCD**

Afdeling	2016/17		2015/16		2014/15	
	antal	%	antal	%	antal	%
Uoplyst	#	#	-	-	-	-
Aalborg	51	9,6	73	13,2	55	9,8
Esbjerg	#	#	-	-	-	-
Herlev	5	0,9	9	1,6	6	1,1
Herning	-	-	-	-	#	#
Hillerød	#	#	-	-	#	#
Hvidovre	-	-	#	#	-	-
Kolding	#	#	-	-	-	-
Odense	160	30,0	135	24,4	163	29,1
Randers	#	#	#	#	-	-
Rigshospitalet	186	34,8	192	34,7	192	34,2
Roskilde	17	3,2	21	3,8	10	1,8
Silkeborg	-	-	#	#	-	-
Aarhus	106	19,9	121	21,8	132	23,5
I alt	534	100,0	554	100,0	561	100,0

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

Afdeling	2016/17		2015/16		2014/15	
	antal	%	antal	%	antal	%
Aalborg	19	11,2	18	11,3	12	7,9
Bornholm	-	-	#	#	-	-
Esbjerg	-	-	-	-	#	#
Herlev	11	6,5	7	4,4	6	4,0
Herning	-	-	#	#	#	#
Hillerød	-	-	#	#	5	3,3
Hjørring	-	-	-	-	#	#
Hvidovre	-	-	#	#	4	2,6
Kolding	-	-	-	-	#	#
Odense	41	24,3	40	25,2	32	21,2
Randers	#	#	-	-	-	-
Rigshospitalet	40	23,7	47	29,6	53	35,1
Roskilde	19	11,2	18	11,3	13	8,6
Aarhus	37	21,9	23	14,5	22	14,6
Viborg-Skive	#	#	-	-	-	-
I alt	169	100,0	159	100,0	151	100,0

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

Afdeling	2016/17		2015/16		2014/15	
	antal	%	antal	%	antal	%
Aalborg, Patologi	65	9,2	86	12,1	68	9,6
Aarhus Universitetshospital, Aarhus Sygehus NBG/THG	141	20,1	145	20,3	150	21,1
Esbjerg, Patologi	#	#	-	-	#	#
Herlev, Patologisk-anatomi	21	3,0	22	3,1	30	4,2
Hvidovre, Patologi	#	#	6	0,8	10	1,4
Næstved, Patologi	#	#	#	#	-	-
Odense, Patologi	198	28,2	172	24,1	193	27,1
Randers, Patologi	#	#	#	#	3	0,4
Rigshospitalet, Patologi	196	27,9	212	29,7	217	30,5
Roskilde, Patologi	29	4,1	23	3,2	18	2,5
Vejle, Patologi	-	-	-	-	#	#
Viborg-Skive, Patologi	#	#	-	-	#	#
Uoplyst	47	6,7	45	6,3	19	2,7
I alt	703	100,0	713	100,0	712	100,0



## Corpuscancer

**Tabel A3.4.1 Histologi for corpuscancer (Karcinomer)**

Histologi	2016/17		2015/16		2014/15	
	antal	%	antal	%	antal	%
Endometrioidt adenokarcinom	502	83,5	588	81,4	591	79,6
Mucinøst adenokarcinom	#	#	#	#	3	0,4
Serøst adenokarcinom	48	8,0	60	8,3	82	11,1
Clear cell adenokarcinom	13	2,2	15	2,1	25	3,4
Blandet adenokarcinom (mixed cell adenokarcinom)	#	#	#	#	-	-
Planocellulært karcinom	#	#	#	#	#	#
Udifferentieret karcinom	3	0,5	4	0,6	3	0,4
Karcinosarkom, heterolog	13	2,2	22	3,0	16	2,2
Karcinosarkom, homolog	15	2,5	20	2,8	17	2,3
Karcinosarkom, inkl nos	-	-	#	#	#	#
Andre karcinomtyper	#	#	-	-	#	#
Uvis histologisk type	#	#	-	-	#	#
Uoplyst	#	#	7	1,0	#	#
I alt	601	100,0	722	100,0	742	100,0

**Tabel A3.4.2 Histologi for corpuscancer (Sarkomer)**

Histologi	2016/17		2015/16		2014/15	
	antal	%	antal	%	antal	%
Stromasarkom, lavmalignt	3	21,4	9	50,0	9	25,7
Udifferentieret endometrialt sarkom	#	#	#	#	#	#
Leiomyosarkom	6	42,9	6	33,3	15	42,9
Glat muskeltumor af uvist malignt potentiale	-	-	#	#	3	8,6
Adenosarkom	#	14,3	#	#	#	#
Anden malign stromal tumor	#	#	-	-	3	8,6
Uvis histologisk type	#	#	-	-	#	#
I alt	14	100,0	18	100,0	35	100,0

**Tabel A3.4.3 Stadietildeling for endometriekarcinomer**

Stadie	2016/17		2015/16		2014/15	
	antal	%	antal	%	antal	%
0: Atypisk endometriehyperplasi	#	#	#	#	#	#
IA: Tumor begrænset til corpus uterii m. ingen el. < 50% indv. i myometriet	340	56,7	415	57,5	413	56,3
IB: Tumor begrænset til corpus uterii m. >= 50% indvækst i myometriet	119	19,8	134	18,6	120	16,3
II: Invasion af cervikale stroma, men afgrænset til uterus*	37	6,2	61	8,4	70	9,5
IIIA: Invasion af corpus uterii serosa og/eller adnexae **	22	3,7	20	2,8	18	2,5
IIIB: Involvering af vagina og/eller parametrium **	6	1,0	16	2,2	17	2,3
IIIC1: Positive pelvine lymfeknuder**	21	3,5	36	5,0	26	3,5
IIIC2: Positive paraaortiske lymfeknuder m/u positive pelv. lymfeknuder ***	10	1,7	9	1,2	18	2,5
IVA: Tumorinvasion i blære og/eller tarm mukosa	-	-	#	#	#	#
IVB: Fjernmetastaser inkl. intraabdominale og/el. ingvinale lymfeknudemet.	5	0,8	19	2,6	11	1,5
Uspecificeret stadie: Neoplasma malignum corporis uteri	39	6,5	4	0,6	3	0,4
Uoplyst	-	-	5	0,7	35	4,8
I alt	600	100,0	722	100,0	734	100,0



**Tabel A3.4.4 Stadietinddeling for leiomyosarkomer**

Stadie	2016/17		2015/16		2014/15	
	antal	%	antal	%	antal	%
IA: Tumor < 5 cm, begrænset til uterus	-	-	-	-	4	11,4
IB: Tumor ≥ 5 cm, begrænset til uterus	3	21,4	3	16,7	8	22,9
IIA: Tumor udbredt til pelvis med involvering af adnexae	#	#	-	-	-	-
IIB: Tumor udbredt til ekstrauterint væv i pelvis	-	-	#	#	#	#
IIIB: Invaderer abdominalt væv, flere steder	-	-	#	#	#	#
IVB: Fjernmetastaser	-	-	-	-	#	#
Uspecificeret stadie: Neoplasma malignum corporis uteri	#	#	#	#	#	#
Uoplyst	8	57,1	11	61,1	16	45,7
I alt	14	100,0	18	100,0	35	100,0

**Tabel A3.4.5 Stadietinddeling for stromale sarkomer og adenosarkomer**

Stadie	2016/17		2015/16		2014/15	
	antal	%	antal	%	antal	%
IA: Begrænset til endometriet/endocervix uden myometrieindvækst	-	-	#	#	-	-
IB: Tumor begrænset til corpus uterii uden el. < 50% indvækst i myometriet	4	28,6	4	22,2	#	#
IC: Tumor begrænset til corpus uterii, > 50 % indvækst i myometriet	#	#	3	16,7	3	8,6
IIB: Tumor udbredt til ekstrauterint væv i pelvis	-	-	#	#	#	#
IIIB: Invaderer abdominalt væv, flere steder	#	#	-	-	#	#
IIIC: Metastaser til pelvis og/eller paraaortiske lymfeknuder	-	-	-	-	#	#
IVB: Fjernmetastaser	-	-	-	-	#	#
Uspecificeret stadie: Neoplasma malignum corporis uteri	-	-	#	#	#	#
Uoplyst	8	57,1	7	38,9	23	65,7
I alt	14	100,0	18	100,0	35	100,0

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

Operationstype	2016/17		2015/16		2014/15	
	antal	%	antal	%	antal	%
Primær operation	679	98,7	834	98,2	847	95,7
Intervalkirurgi	4	0,6	7	0,8	23	2,6
Recidivkirurgi	#	#	3	0,4	6	0,7
Henvist direkte til kontrol	#	#	#	#	#	#
Afstået fra behandling	#	#	3	0,4	7	0,8
Uoplyst	-	-	#	#	-	-
I alt	688	100,0	849	100,0	885	100,0

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

Operationstype	2016/17		2015/16		2014/15	
	antal	%	antal	%	antal	%
Laparotomi	61	8,9	129	15,2	149	16,8
Laparoskopi	155	22,5	217	25,6	201	22,7
Robotassisteret laparoskopi	457	66,4	488	57,5	496	56,0
Vaginal	9	1,3	3	0,4	7	0,8
Uoplyst	6	0,9	12	1,4	32	3,6
I alt	688	100,0	849	100,0	885	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	2016/17		2015/16		2014/15	
	antal	%	antal	%	antal	%
Aalborg	85	12,4	74	8,7	87	9,8
Esbjerg	-	-	4	0,5	#	#
Herlev	80	11,6	125	14,7	141	15,9
Hamlet	-	-	#	#	-	-
Herning	#	#	#	#	#	#
Hillerød	-	-	-	-	#	#
Holbæk	-	-	-	-	#	#
Hvidovre	#	#	#	#	#	#
Odder	#	#	-	-	-	-
Odense	148	21,5	217	25,6	204	23,1
Rigshospitalet	113	16,4	130	15,3	142	16,0
Roskilde	108	15,7	109	12,8	130	14,7
Aarhus	149	21,7	184	21,7	175	19,8
Thisted	-	-	#	#	-	-
Andre	-	-	#	#	-	-
I alt	688	100,0	849	100,0	885	100,0

## Vulvacancer

**Tabel A3.5.1 Histologi for vulvacancer**

Histologi	2016/17		2015/16		2014/15	
	antal	%	antal	%	antal	%
Planocellulært karcinom	74	54,0	49	38,6	71	50,0
Kreatiniserende planocellulært karcinom	3	2,2	#	#	9	6,3
Ikke-kreatiniserende planocellulært karcinom	-	-	#	#	-	-
Lavt differentieret planocellulært karcinom	#	#	-	-	3	2,1
Basocellulært karcinom	4	2,9	#	#	#	#
Basaloidt karcinom	-	-	#	#	-	-
Adenomkarcinom	#	#	#	#	-	-
Maligt melanom	#	#	-	-	#	#
Anden morfologi	#	#	-	-	#	#
Uoplyst	50	36,5	72	56,7	55	38,7
I alt	137	100,0	127	100,0	142	100,0

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

Afdeling	2016/17		2015/16		2014/15	
	antal	%	antal	%	antal	%
Aalborg	5	3,6	6	4,7	4	2,8
Esbjerg	-	-	#	#	-	-
Herlev	-	-	3	2,4	#	#
Hvidovre	-	-	-	-	#	#
Odense	#	#	4	3,1	#	#
Rigshospitalet	75	54,7	54	42,5	69	48,6
Roskilde	-	-	#	#	-	-
Silkeborg	-	-	#	#	-	-
Aarhus	54	39,4	56	44,1	64	45,1
Andre	#	#	-	-	#	#
I alt	137	100,0	127	100,0	142	100,0

## Trofoblastsygdom

**Tabel A3.6.1 Histologi for Trofoblastsygdom**

Histologi	2016/17		2015/16		2014/15	
	antal	%	antal	%	antal	%
Komplet mola	11	23,4	17	28,8	9	19,6
Partiel mola	22	46,8	32	54,2	23	50,0
Mola udefineret	-	-	#	#	#	#
Choriocarcinom	#	#	#	#	#	#
PSTT	#	#	-	-	-	-
Andet	#	#	#	#	#	#
Uoplyst	11	23,4	7	11,9	10	21,7
I alt	47	100,0	59	100,0	46	100,0



## Appendiks 4: Overlevelse

### Samlet overlevelse

**Tabel A4.1.1 Observeret overlevelse 1.1.2005-30.6.2017 fordelt på overordnet cancertype**

Overlevelse fordelt på cancertyper	Cervixcancer samlet			Ovariecancer samlet			Corpuscancer samlet		
	Over- levelse	Nedre CL	Øvre CL	Over- levelse	Nedre CL	Øvre CL	Over- levelse	Nedre CL	Øvre CL
<i>I live efter 30 dage</i>	98,8	98,4	99,1	97,7	97,3	98,0	99,3	99,1	99,5
<i>I live efter 180 dage</i>	94,3	93,5	94,9	90,2	89,6	90,8	96,0	95,6	96,4
<i>I live efter 1 år</i>	89,9	89,0	90,8	83,3	82,5	84,1	92,8	92,3	93,3
<i>I live efter 2 år</i>	83,1	81,9	84,2	71,6	70,6	72,6	87,5	86,8	88,2
<i>I live efter 3 år</i>	78,3	77,0	79,6	63,0	61,9	64,1	83,5	82,7	84,3
<i>I live efter 4 år</i>	75,5	74,1	76,8	57,1	55,9	58,2	80,0	79,1	80,8
<i>I live efter 5 år</i>	73,8	72,4	75,2	52,4	51,2	53,5	76,9	76,0	77,8

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

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 peritonealcancerer i de anvendte data, hvilket ikke stemmer overens med rapporterede antal i tidligere årsrapporter. Der er tilsyneladende også problemer med overførslen af disse data fra den tidligere database, der blev lukket i juni 2013.

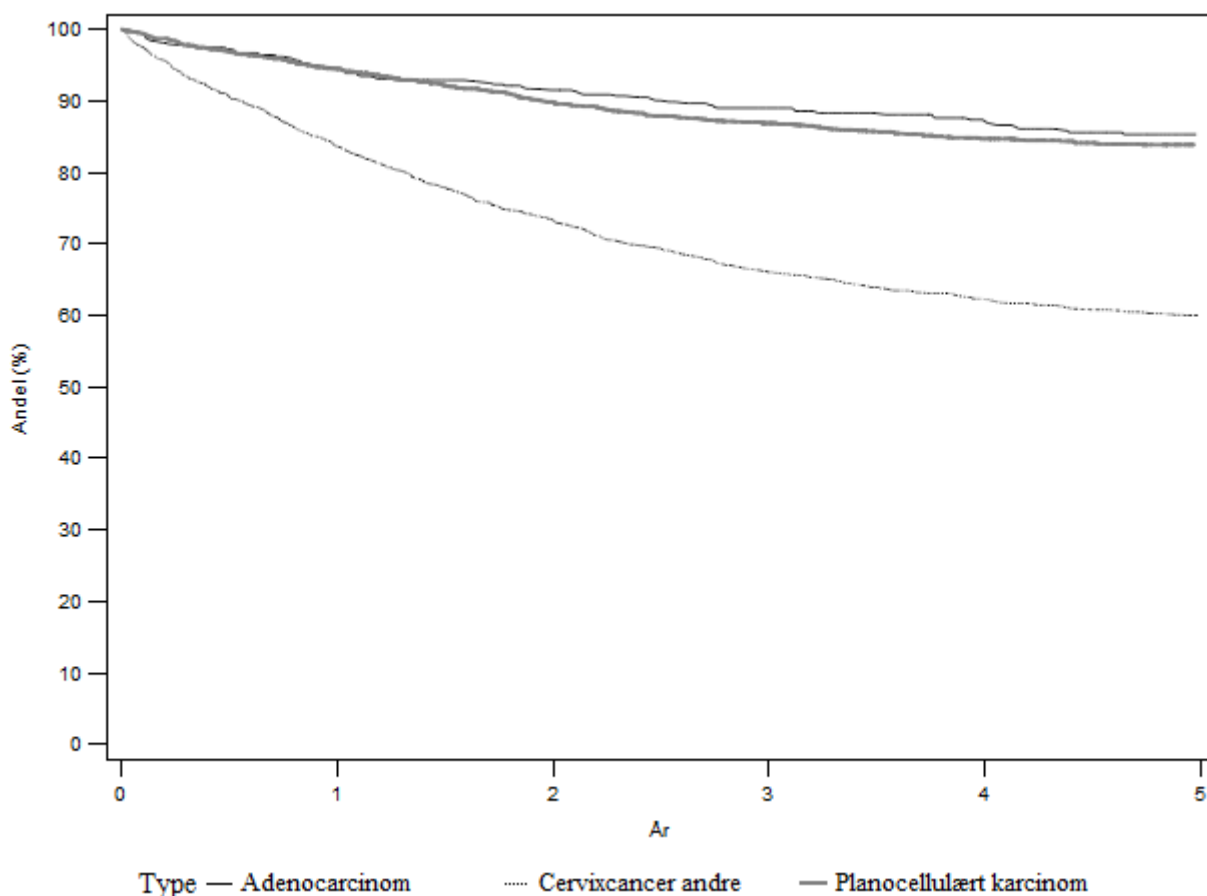


## Cervixcancer, overlevelse

**Tabel A4.2.1 Overlevelse for alle stadier af cervixcancer 1.1.2005-30.6.2017 stratificeret på histologiske hovedtyper**

Overlevelse for Cervixcancer	Planocellulært			Adenocarcinom			Andre		
	Overlevelse	Nedre CL	Øvre CL	Overlevelse	Nedre CL	Øvre CL	Overlevelse	Nedre CL	Øvre CL
I live efter 30 dage	99,0	98,4	99,4	99,6	98,5	99,9	98,2	97,4	98,8
I live efter 180 dage	96,0	95,0	96,8	97,0	95,2	98,2	91,1	89,6	92,4
I live efter 1 år	93,2	91,9	94,3	94,7	92,4	96,3	83,7	81,8	85,5
I live efter 2 år	88,4	86,8	89,8	91,8	89,0	93,8	73,6	71,3	75,7
I live efter 3 år	85,9	84,1	87,5	89,2	86,1	91,6	66,0	63,5	68,3
I live efter 4 år	83,9	82,0	85,7	88,1	84,8	90,7	62,0	59,4	64,4
I live efter 5 år	83,0	81,0	84,8	86,1	82,5	89,0	59,5	56,9	62,0

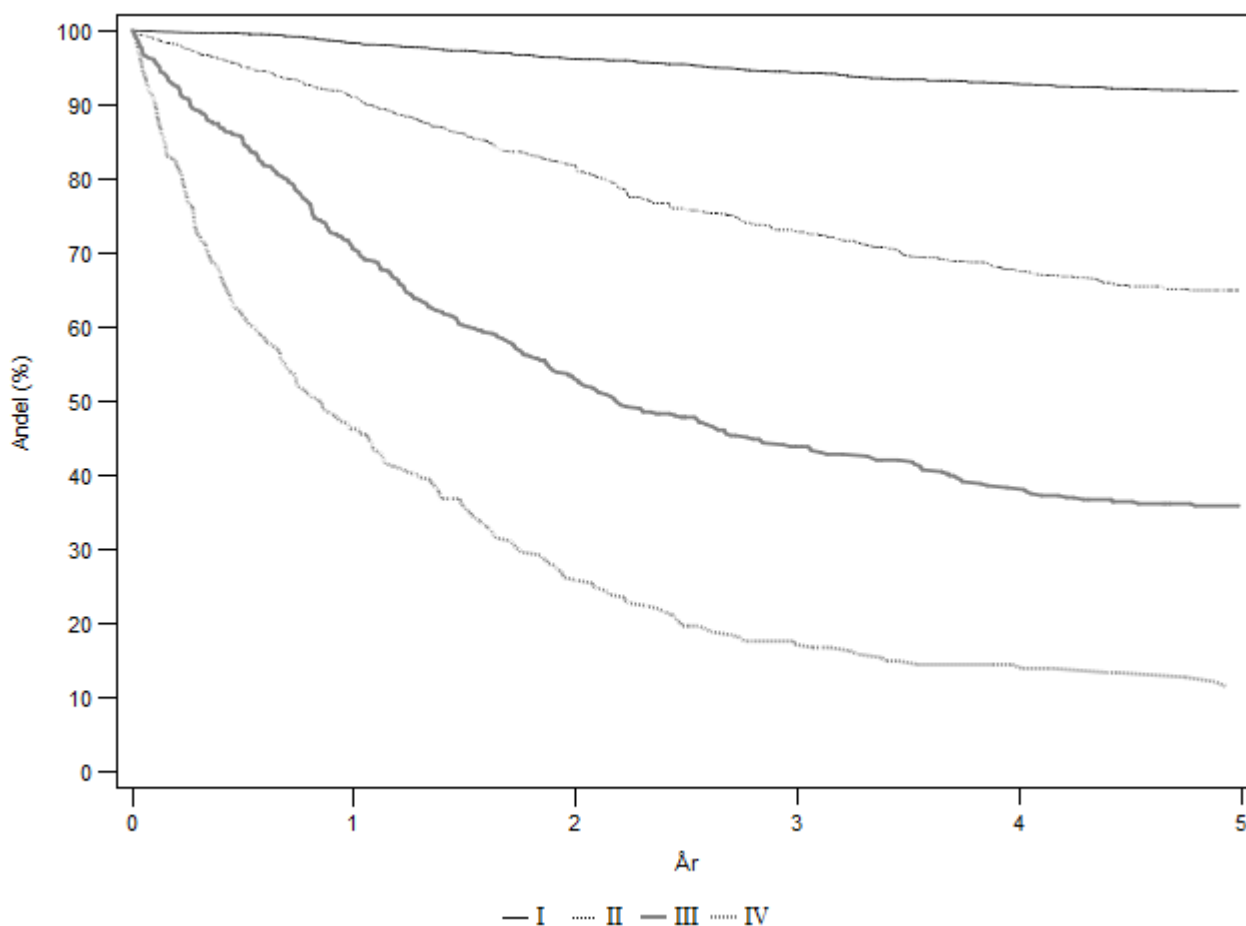
**Figur A4.2.1 Overlevelse for alle stadier af cervixcancer 1.1.2005-30.6.2017 stratificeret på histologiske hovedtyper**



**Tabel A4.2.2 Overlevelse for cervixcancer 1.1.2005-30.6.2017 stratificeret på stadie**

Overlevelse for Cervixcancer fordelt på stadier	Stadie I			Stadie II			Stadie III			Stadie IV		
	Over- levelse	Nedre CL	Øvre CL	Over- levelse	Nedre CL	Øvre CL	Over- levelse	Nedre CL	Øvre CL	Over- levelse	Nedre CL	Øvre CL
I live efter 30 dage	100,0	99,7	100,0	99,2	98,3	99,6	96,3	94,2	97,7	91,5	87,7	94,2
I live efter 180 dage	99,6	99,2	99,8	95,1	93,4	96,3	85,4	81,9	88,2	61,7	55,9	67,0
I live efter 1 år	98,3	97,7	98,7	91,1	89,0	92,8	70,6	66,3	74,4	46,2	40,5	51,8
I live efter 2 år	96,1	95,3	96,8	81,6	78,7	84,1	53,0	48,3	57,4	26,2	21,2	31,5
I live efter 3 år	94,3	93,3	95,2	72,8	69,6	75,8	43,9	39,2	48,4	17,2	12,9	22,0
I live efter 4 år	92,8	91,6	93,8	67,5	64,0	70,7	38,3	33,7	42,9	14,5	10,5	19,0
I live efter 5 år	91,8	90,6	92,9	65,0	61,4	68,3	35,9	31,3	40,4	11,6	7,8	16,1

**Figur A4.2.2 Overlevelse for cervixcancer 1.1.2005-30.6.2017 stratificeret på stadie**

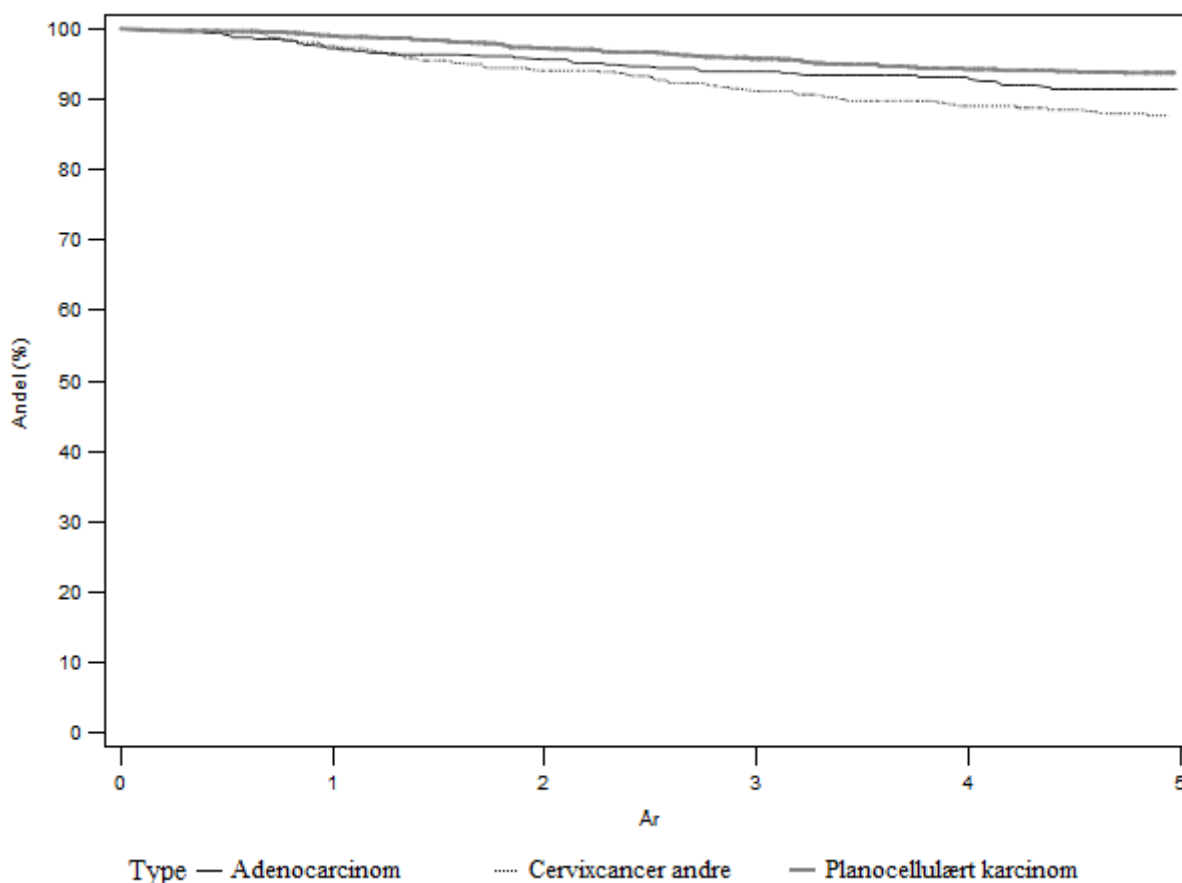




**Tabel A4.2.3 Overlevelse for cervixcancer, st. I 1.1.2005-30.6.2017 stratificeret på histologisk hovedtype**

Overlevelse for Cervixcancer stadie I	Planocellulært			Adenocarcinom			Andre		
	Overlevelse	Nedre CL	Øvre CL	Overlevelse	Nedre CL	Øvre CL	Overlevelse	Nedre CL	Øvre CL
I live efter 30 dage	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	99,8	98,9	100,0
I live efter 180 dage	99,6	99,2	99,9	99,2	97,8	99,7	99,7	98,8	99,9
I live efter 1 år	99,0	98,3	99,4	97,2	95,3	98,4	97,6	96,0	98,5
I live efter 2 år	97,2	96,2	98,0	95,6	93,3	97,2	94,1	91,8	95,7
I live efter 3 år	95,7	94,5	96,7	93,9	91,2	95,8	91,3	88,6	93,4
I live efter 4 år	94,3	92,8	95,4	93,1	90,3	95,2	89,0	86,0	91,4
I live efter 5 år	93,8	92,2	95,0	91,4	88,2	93,7	87,7	84,4	90,2

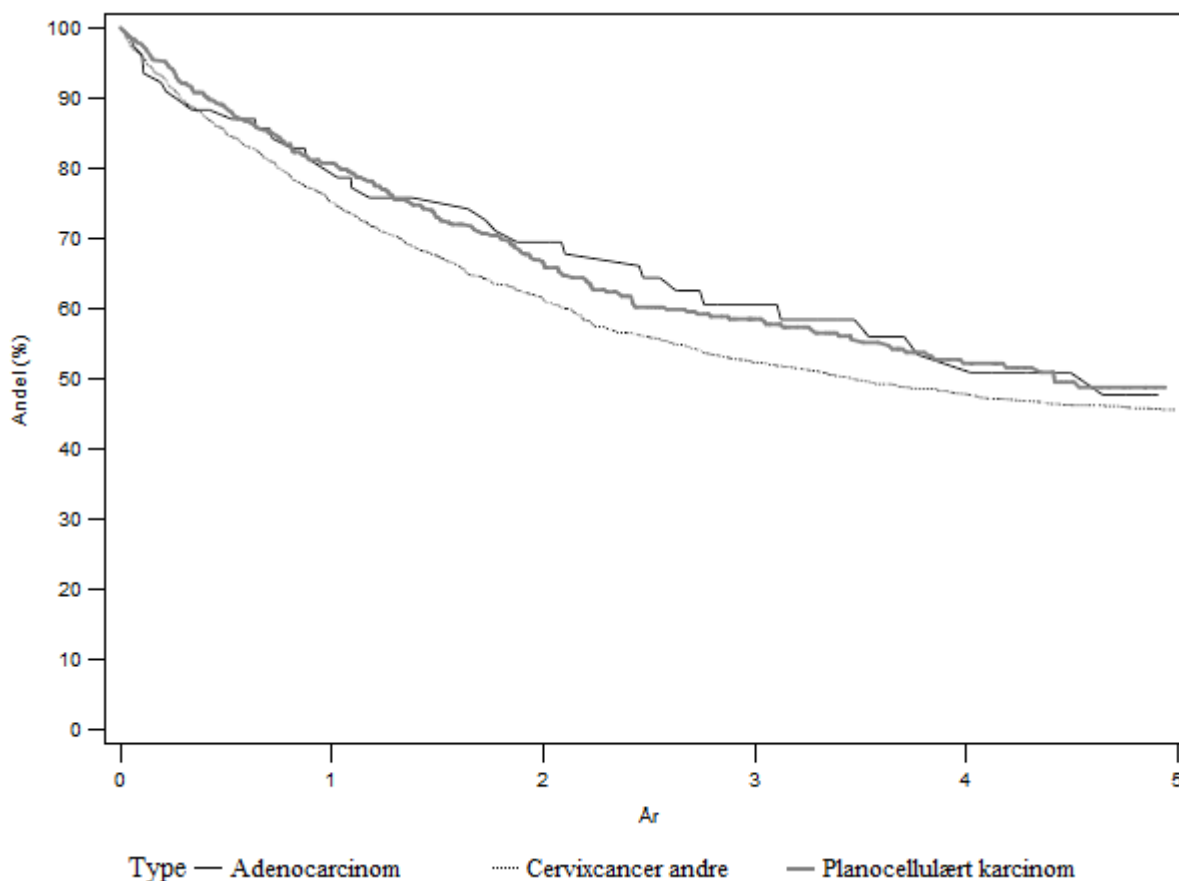
**Figur A4.2.3 Overlevelse for cervixcancer, st. I 1.1.2005-30.6.2017 stratificeret på histologisk hovedtype**



**Tabel A4.2.4 Overlevelse for cervixcancer, st. II-IV 1.1.2005-30.6.2017 stratificeret på histologisk hovedtype**

Overlevelse for Cervixcancer stadie II-IV	Planocellulært			Adenocarcinom			Andre		
	Overlevelse	Nedre CL	Øvre CL	Overlevelse	Nedre CL	Øvre CL	Overlevelse	Nedre CL	Øvre CL
I live efter 30 dage	97,9	96,1	98,9	97,4	90,0	99,3	96,6	95,3	97,5
I live efter 180 dage	88,6	85,4	91,2	88,3	78,7	93,7	85,1	82,9	87,1
I live efter 1 år	80,7	76,8	84,0	81,5	70,7	88,6	75,2	72,5	77,6
I live efter 2 år	66,7	62,0	70,9	69,5	57,3	78,8	61,4	58,5	64,3
I live efter 3 år	58,5	53,5	63,2	60,6	47,7	71,3	52,3	49,3	55,3
I live efter 4 år	52,2	46,7	57,4	53,5	39,8	65,4	47,9	44,8	50,8
I live efter 5 år	48,8	42,9	54,4	47,7	33,5	60,7	45,6	42,6	48,6

**Figur A4.2.4 Overlevelse for cervixcancer, st. II-IV 1.1.2005-30.6.2017 stratificeret på histologisk hovedtype**

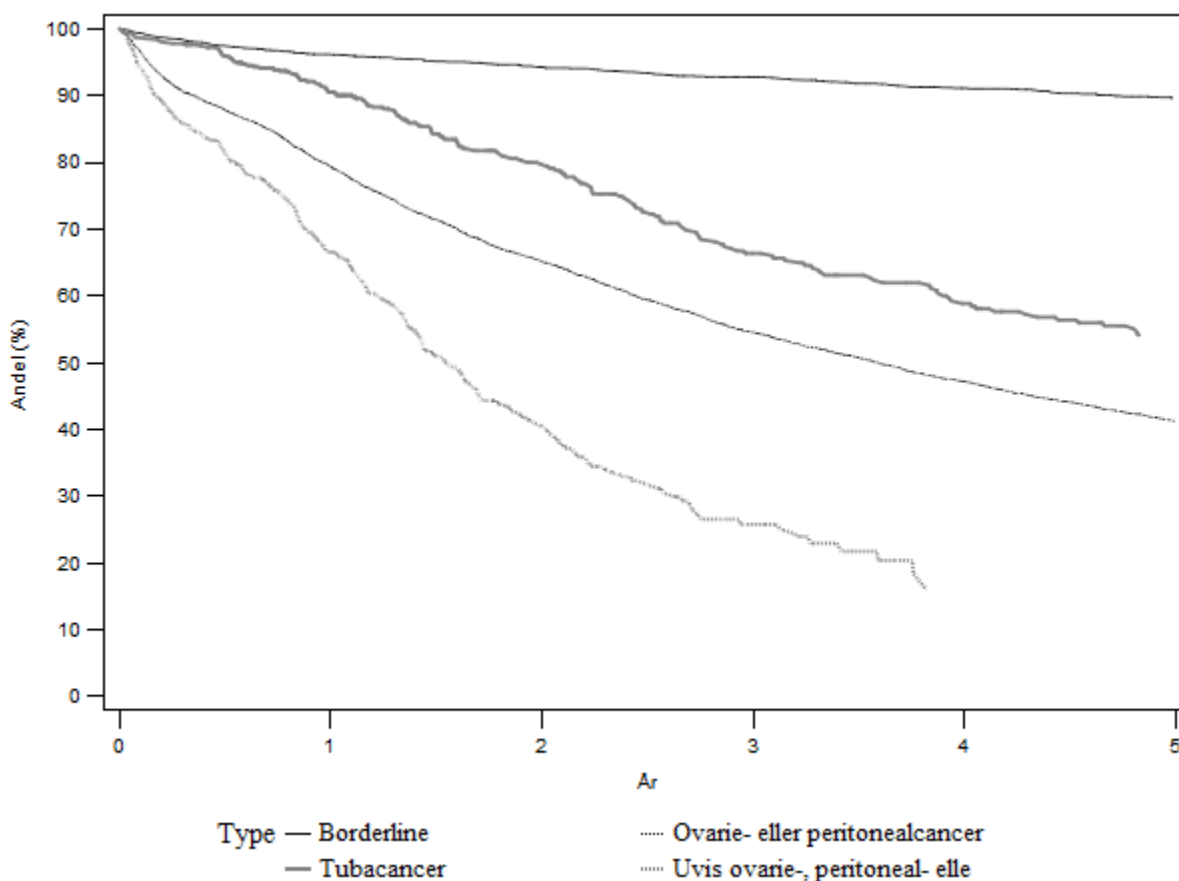


## Ovariecancer, overlevelse

**Tabel A4.3.1 Overlevelse 1.1.2005-30.6.2017 for ovarie/peritoneal- og tubacancer samt borderlinetumorer**

Overlevelse for Ovariecancer	Ovarie/peritoneal			Borderline			Tuba			Uvis ovarie-, peritoneal-, el. tubacancer		
	Over- levelse	Nedre CL	Øvre CL	Over- levelse	Nedre CL	Øvre CL	Over- levelse	Nedre CL	Øvre CL	Over- levelse	Nedre CL	Øvre CL
I live efter 30 dage	97,2	96,7	97,6	99,4	98,9	99,7	98,7	97,3	99,4	95,0	92,6	96,6
I live efter 180 dage	87,9	87,0	88,7	97,4	96,7	98,1	95,9	93,8	97,3	81,5	77,7	84,7
I live efter 1 år	79,4	78,3	80,4	96,2	95,2	96,9	90,5	87,5	92,8	66,5	61,9	70,7
I live efter 2 år	65,1	63,8	66,4	94,2	93,1	95,2	79,6	75,4	83,2	40,6	35,3	45,8
I live efter 3 år	54,5	53,2	55,9	92,7	91,5	93,8	66,3	61,1	71,1	25,7	20,3	31,5
I live efter 4 år	47,2	45,8	48,5	91,1	89,7	92,3	58,8	53,2	64,0	16,0	9,6	23,9
I live efter 5 år	41,2	39,8	42,6	89,6	88,1	91,0	54,1	48,3	59,6			

**Figur A4.3.1 Overlevelse 1.1.2005-30.6.2017 for ovarie/peritoneal- og tubacancer samt borderlinetumorer**



**Tabel A4.3.2 Overlevelse 1.1.2005-30.6.2017 for ovarie-, tuba- og peritonealcancer samt borderlinetumorer fordelt på kontakttår**

Overlevelse for Ovariecancer fordelt på kontakttår	2005 - 2014			2014 - 2015			2015 - 2016			2016-2017		
	Over- levelse	Nedre CL	Øvre CL	Over- levelse	Nedre CL	Øvre CL	Over- levelse	Nedre CL	Øvre CL	Over- levelse	Nedre CL	Øvre CL
I live efter 30 dage	97,6	97,1	97,9	97,5	96,0	98,4	97,5	96,0	98,4	99,0	97,9	99,5
I live efter 180 dage	89,9	89,1	90,6	90,5	88,1	92,5	91,1	88,8	93,0	92,2	90,0	94,0
I live efter 1 år	83,1	82,2	84,0	83,3	80,4	85,9	82,5	79,5	85,1	84,7	81,1	87,8
I live efter 2 år	71,7	70,6	72,8	70,6	67,1	73,8	70,3	66,4	73,8			
I live efter 3 år	63,1	61,9	64,2	61,9	57,9	65,6						
I live efter 4 år	57,1	55,9	58,3									
I live efter 5 år	52,4	51,2	53,7									

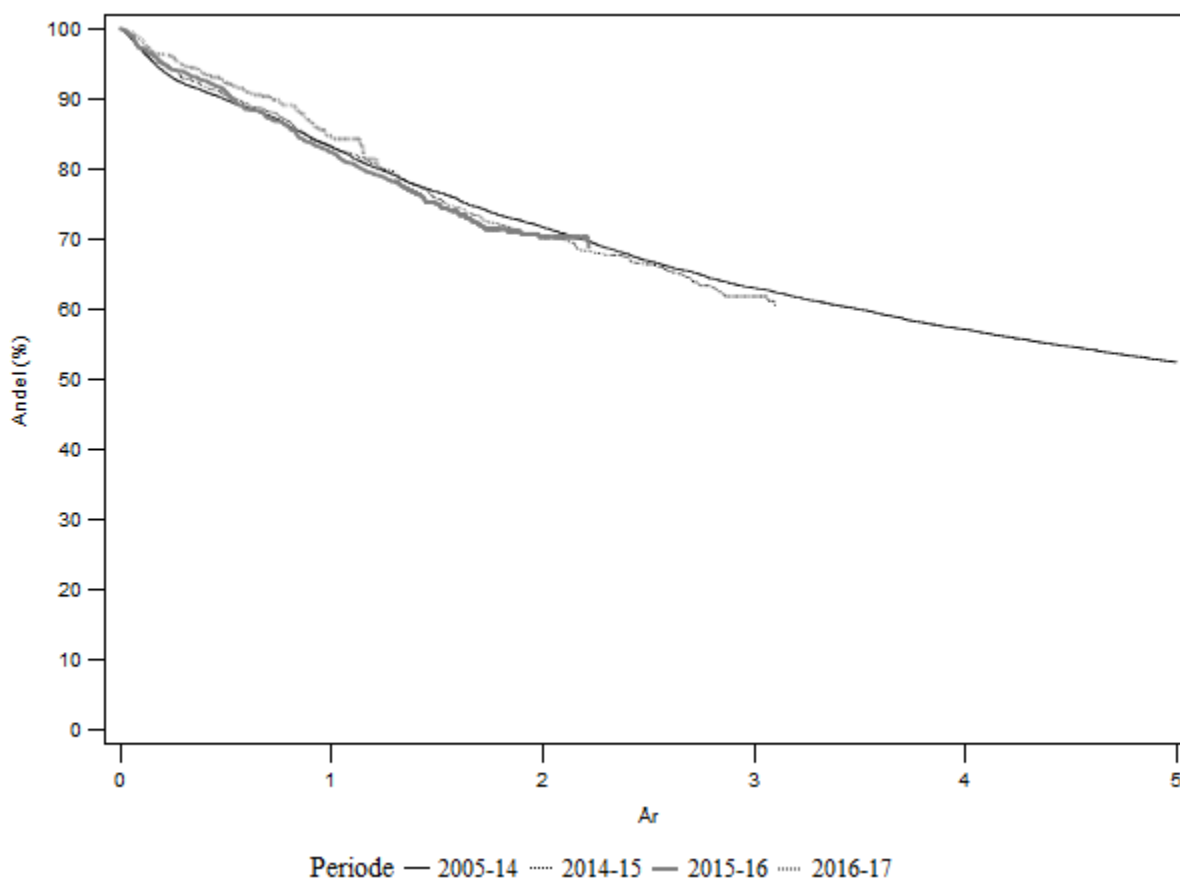
Bemærk at en mindre del af patienterne i perioden 2005-2014 ikke har fulde 5 års opfølgning

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/dmcf.dk/Benchmarking\\_Consortium/E\\_Ovarie\\_06\\_11\\_2014.pdf](http://dmcg.dk/fileadmin/dmcf.dk/Benchmarking_Consortium/E_Ovarie_06_11_2014.pdf)

**Figur A4.3.2 Overlevelse 1.1.2005-30.6.2017 for ovarie-, tuba- og peritonealcancer samt borderlinetumorer fordelt på kontakttår**

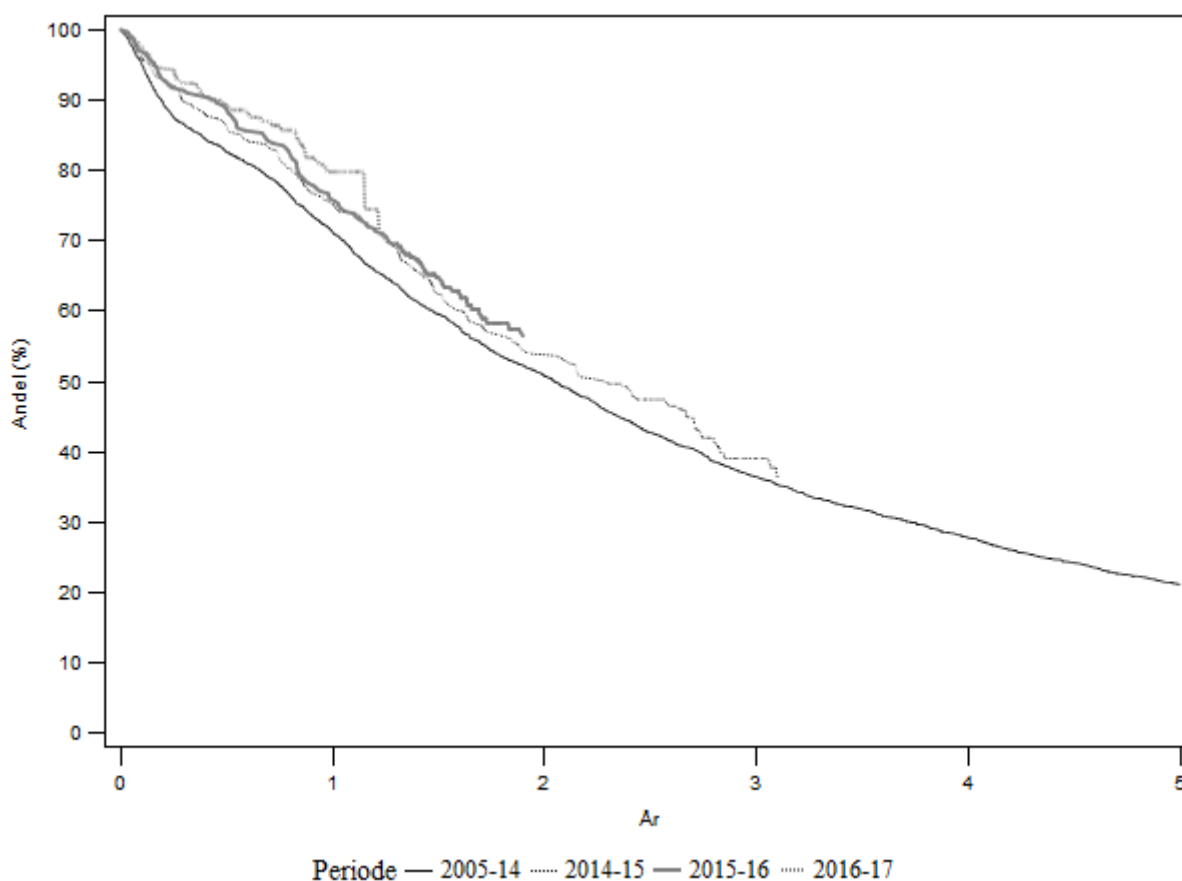


**Tabel A4.3.3 Overlevelse 1.1.2005-30.6.2017 for ovarie-, tuba- og peritonealcancer st. IIIC-IV fordelt på kontaktår**

Overlevelse for Ovariecancer st. IIIC-IV fordelt på kontaktår	2005 - 2014			2014 - 2015			2015 - 2016			2016-2017		
	Over- levelse	Nedre CL	Øvre CL	Over- levelse	Nedre CL	Øvre CL	Over- levelse	Nedre CL	Øvre CL	Over- levelse	Nedre CL	Øvre CL
I live efter 30 dage	96,0	95,3	96,7	96,7	93,9	98,2	97,1	94,3	98,6	98,5	96,0	99,4
I live efter 180 dage	82,7	81,3	84,0	86,4	82,0	89,8	88,9	84,6	92,1	89,0	84,5	92,3
I live efter 1 år	71,3	69,6	72,9	75,5	70,2	80,0	76,0	70,5	80,6	79,8	73,0	85,1
I live efter 2 år	50,8	49,0	52,6	54,0	48,2	59,4	56,5	49,7	62,7			
I live efter 3 år	36,4	34,7	38,2	39,1	32,9	45,2						
I live efter 4 år	27,8	26,2	29,4									
I live efter 5 år	21,2	19,7	22,7									

Bemærk at en mindre del af patienterne i perioden 2005-2014 ikke har fulde 5 års opfølgning

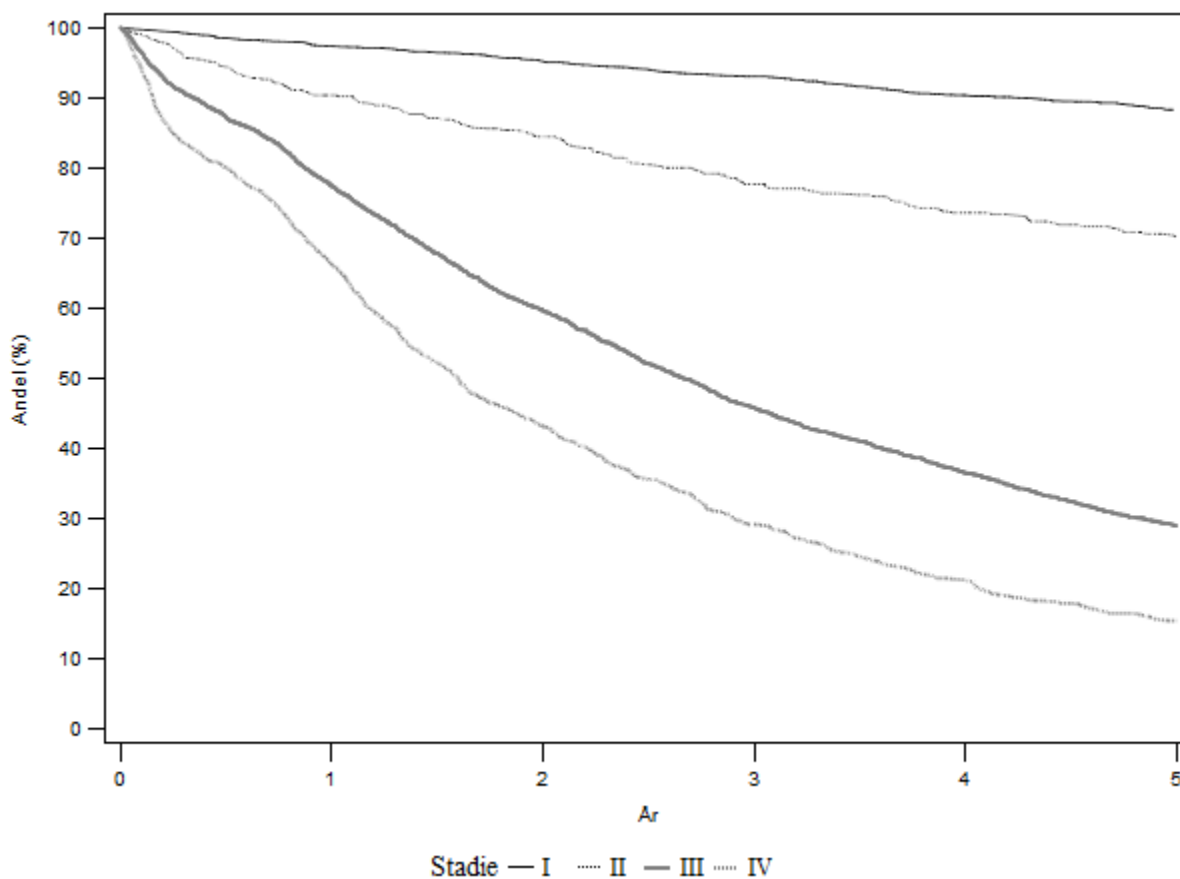
**Figur A4.3.3 Overlevelse 1.1.2005-30.6.2017 for ovarie-, tuba- og peritonealcancer st. IIIC-IV fordelt på kontaktår**



**Tabel A4.3.4 Overlevelse 1.1.2005-30.6.2017 for ovarie-, tuba- og peritonealcancer stratificeret på stadie**

Overlevelse for Ovariecancer fordelt på Stadie	Stadie I			Stadie II			Stadie III			Stadie IV		
	Over- levelse	Nedre CL	Øvre CL	Over- levelse	Nedre CL	Øvre CL	Over- levelse	Nedre CL	Øvre CL	Over- levelse	Nedre CL	Øvre CL
I live efter 30 dage	99,8	99,5	99,9	99,2	98,0	99,7	97,0	96,4	97,6	95,2	93,9	96,2
I live efter 180 dage	98,6	98,1	98,9	94,5	92,4	96,1	87,3	86,0	88,4	80,1	77,9	82,1
I live efter 1 år	97,4	96,7	97,9	90,4	87,7	92,5	77,5	75,9	79,0	66,4	63,8	68,9
I live efter 2 år	95,2	94,4	95,9	84,5	81,2	87,2	59,7	57,9	61,5	43,2	40,4	45,9
I live efter 3 år	93,0	92,1	93,9	77,7	73,9	81,0	45,9	44,0	47,7	29,2	26,6	31,9
I live efter 4 år	90,4	89,2	91,4	73,6	69,6	77,2	36,6	34,7	38,4	21,3	18,8	23,8
I live efter 5 år	88,3	87,0	89,5	70,1	65,8	73,9	29,0	27,2	30,9	15,5	13,2	17,9

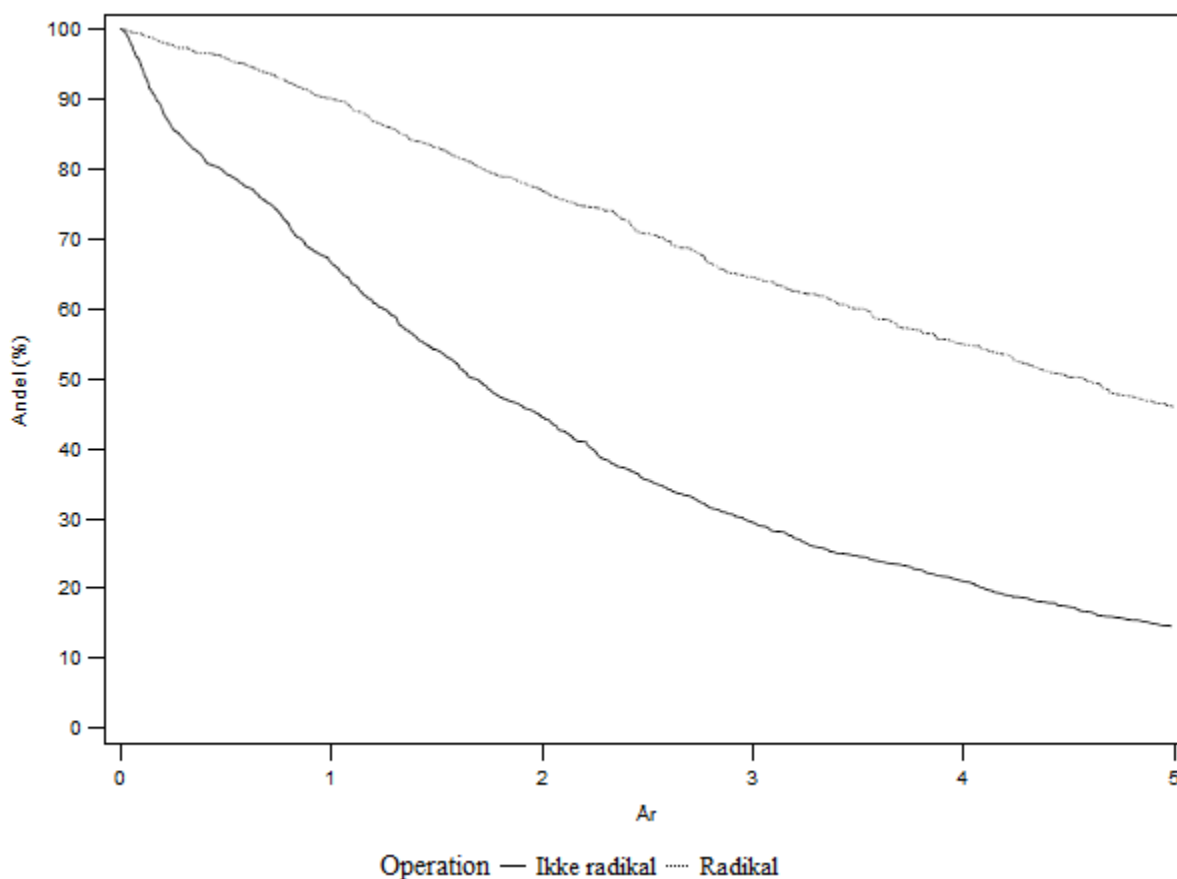
**Figur A4.3.4 Overlevelse 1.1.2005-30.6.2017 for ovarie-, tuba- og peritonealcancer stratificeret på stadie**



**Tabel A4.3.5 Overlevelse 1.1.2005-30.6.2017 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		
	Overlevelse	Nedre CL	Øvre CL	Overlevelse	Nedre CL	Øvre CL
I live efter 30 dage	99,4	98,7	99,8	95,8	94,7	96,7
I live efter 180 dage	95,8	94,3	96,9	79,4	77,3	81,4
I live efter 1 år	90,1	87,9	91,9	66,7	64,3	69,0
I live efter 2 år	76,8	73,8	79,5	44,6	42,0	47,1
I live efter 3 år	64,5	61,1	67,8	29,5	27,2	31,8
I live efter 4 år	55,0	51,3	58,5	21,0	19,0	23,2
I live efter 5 år	45,9	42,1	49,6	14,6	12,8	16,5

**Figur A4.3.5 Overlevelse 1.1.2005-30.6.2017 for ovarie-, tuba- og peritonealcancer st. IIIC-IV stratificeret på operativ radikalitet**



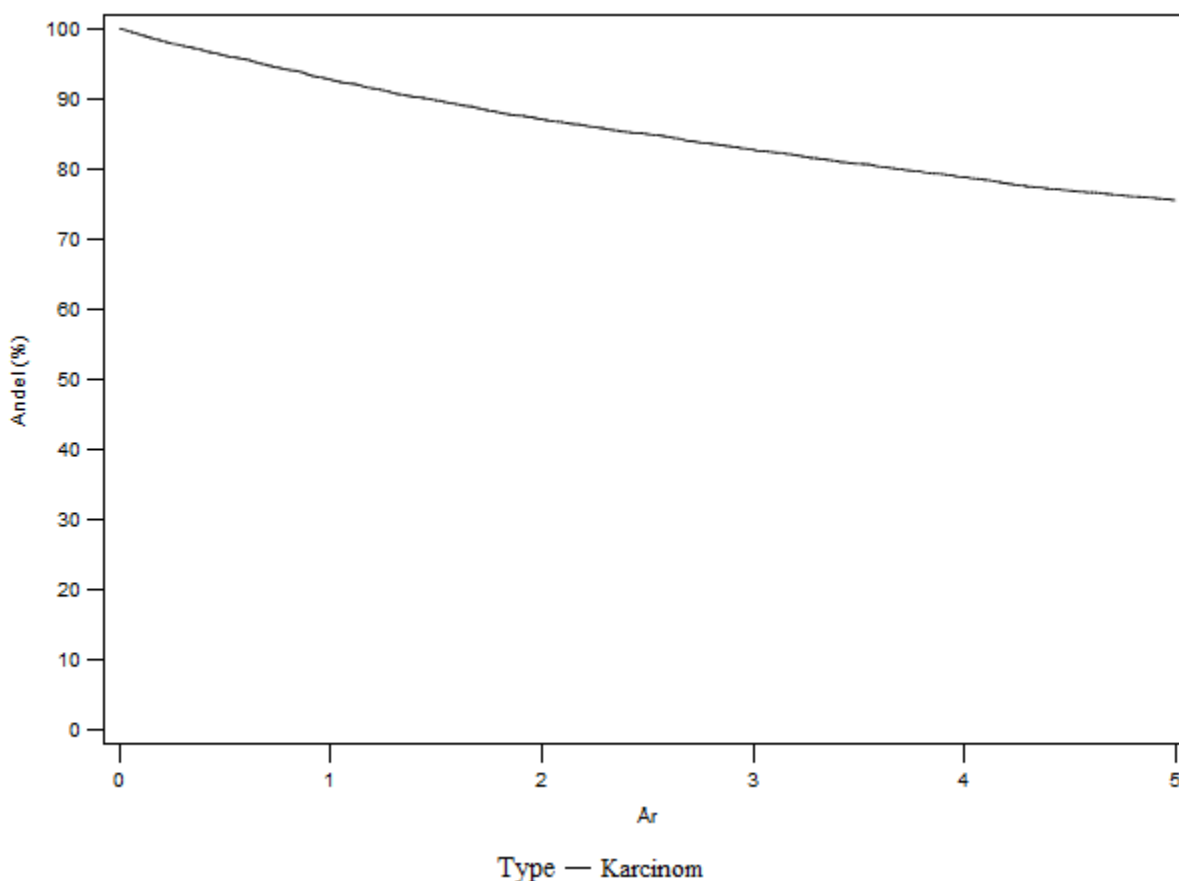
## Corpuscancer, overlevelse

I overlevelsesanalyserne for corpuscancer indgår kun karcinomer. Hyperplasi med atypi er udeladt af overlevelsesanalyserne som således kun indeholder kræftpatienter.

**Tabel A4.4.1 Overlevelse 1.1.2005-30.6.2017 for corpuscancer (karcinomer)**

Overlevelse for Corpuscancer	Overlevelse	Nedre CL	Øvre CL	
Corpuscancer	I live efter 30 dage	99,3	99,1	99,5
	I live efter 180 dage	96,2	95,7	96,6
	I live efter 1 år	92,8	92,2	93,3
	I live efter 2 år	87,1	86,3	87,8
	I live efter 3 år	82,8	81,9	83,6
	I live efter 4 år	78,9	77,9	79,8
	I live efter 5 år	75,5	74,5	76,5

**Figur A4.4.1 Overlevelse 1.1.2005-30.6.2017 for corpuscancer stratificeret på diagnose**

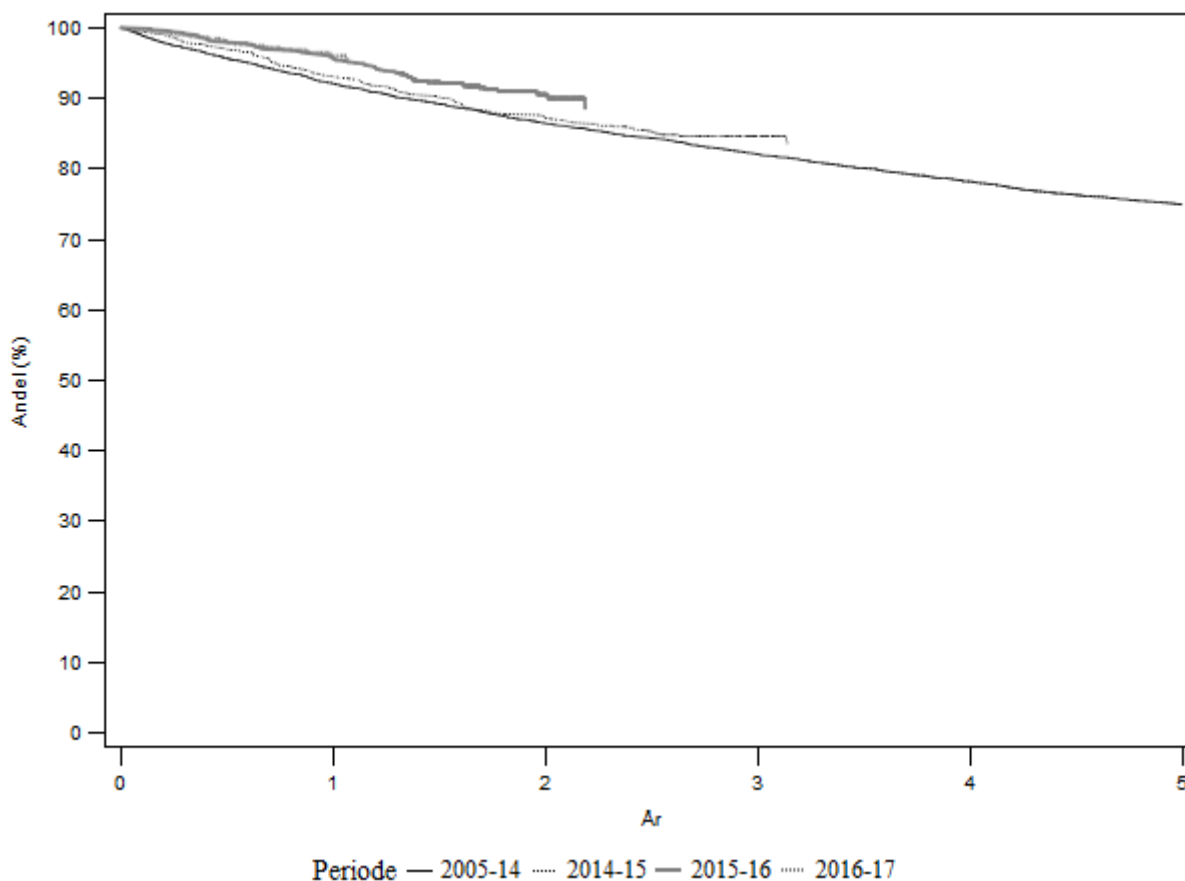




**Tabel A4.4.2 Overlevelse 1.1.2005-30.6.2017 for corpuscancer (karcinomer) fordelt på kontaktår**

Overlevelse for Corpuscancer fordelt på kontaktår	2005 - 2014			2014 - 2015			2015 - 2016			2016-2017		
	Over- levelse	Nedre CL	Øvre CL	Over- levelse	Nedre CL	Øvre CL	Over- levelse	Nedre CL	Øvre CL	Over- levelse	Nedre CL	Øvre CL
I live efter 30 dage	99,1	98,9	99,3	99,6	98,7	99,9	100,0	100,0	100,0	99,8	98,8	100,0
I live efter 180 dage	95,7	95,1	96,2	97,0	95,5	98,0	98,1	96,8	98,9	98,1	96,5	98,9
I live efter 1 år	92,1	91,4	92,8	93,2	91,1	94,8	95,7	94,0	97,0	96,0	93,5	97,5
I live efter 2 år	86,5	85,6	87,3	87,2	84,6	89,4	90,5	87,9	92,6			
I live efter 3 år	82,1	81,1	83,0	84,6	81,8	87,1						
I live efter 4 år	78,2	77,2	79,2									
I live efter 5 år	74,9	73,8	76,0									

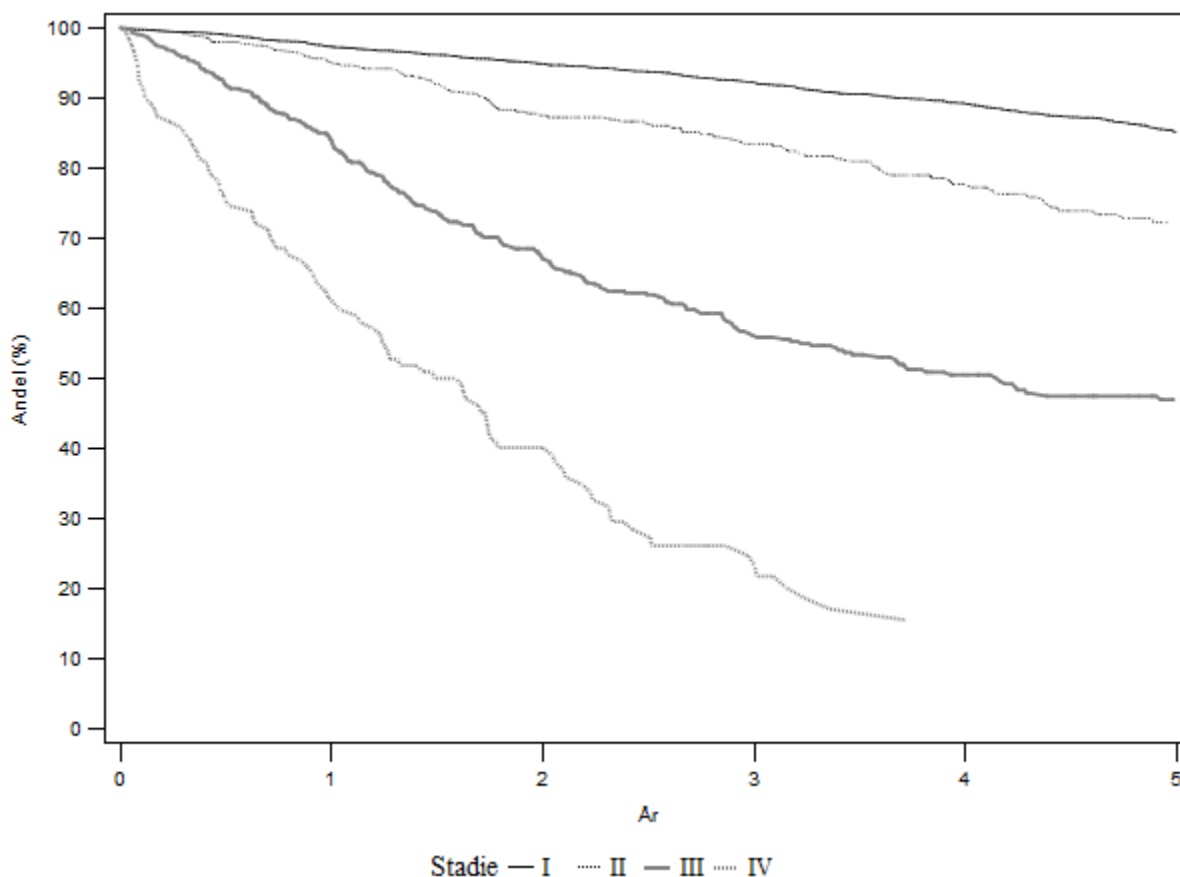
**Figur A4.4.2 Overlevelse 1.1.2005-30.6.2017 for corpuscancer (karcinomer) fordelt på kontaktår**



**Tabel A4.4.3 Overlevelse 1.1.2005-30.6.2017 for corpuscancer (karcinomer) stratificeret på stadie**

Overlevelse for Corpuscancer fordelt på stadie	Stadie I			Stadie II			Stadie III			Stadie IV		
	Over- levelse	Nedre CL	Øvre CL	Over- levelse	Nedre CL	Øvre CL	Over- levelse	Nedre CL	Øvre CL	Over- levelse	Nedre CL	Øvre CL
I live efter 30 dage	99,8	99,6	99,9	99,8	98,4	100,0	99,1	97,8	99,6	95,0	89,1	97,7
I live efter 180 dage	99,0	98,6	99,3	97,9	96,1	98,9	91,9	89,2	93,9	75,5	66,7	82,3
I live efter 1 år	97,3	96,7	97,8	95,1	92,6	96,8	84,0	80,6	86,9	61,5	52,1	69,7
I live efter 2 år	94,8	94,0	95,6	87,5	83,9	90,4	67,1	62,7	71,0	40,1	31,0	49,1
I live efter 3 år	92,2	91,2	93,1	83,5	79,3	86,8	56,2	51,4	60,6	24,7	16,7	33,6
I live efter 4 år	89,2	87,9	90,3	77,7	72,8	81,8	50,5	45,5	55,3	15,6	8,7	24,3
I live efter 5 år	85,1	83,5	86,6	72,2	66,6	77,1	47,0	41,8	52,0	15,6	8,7	24,3

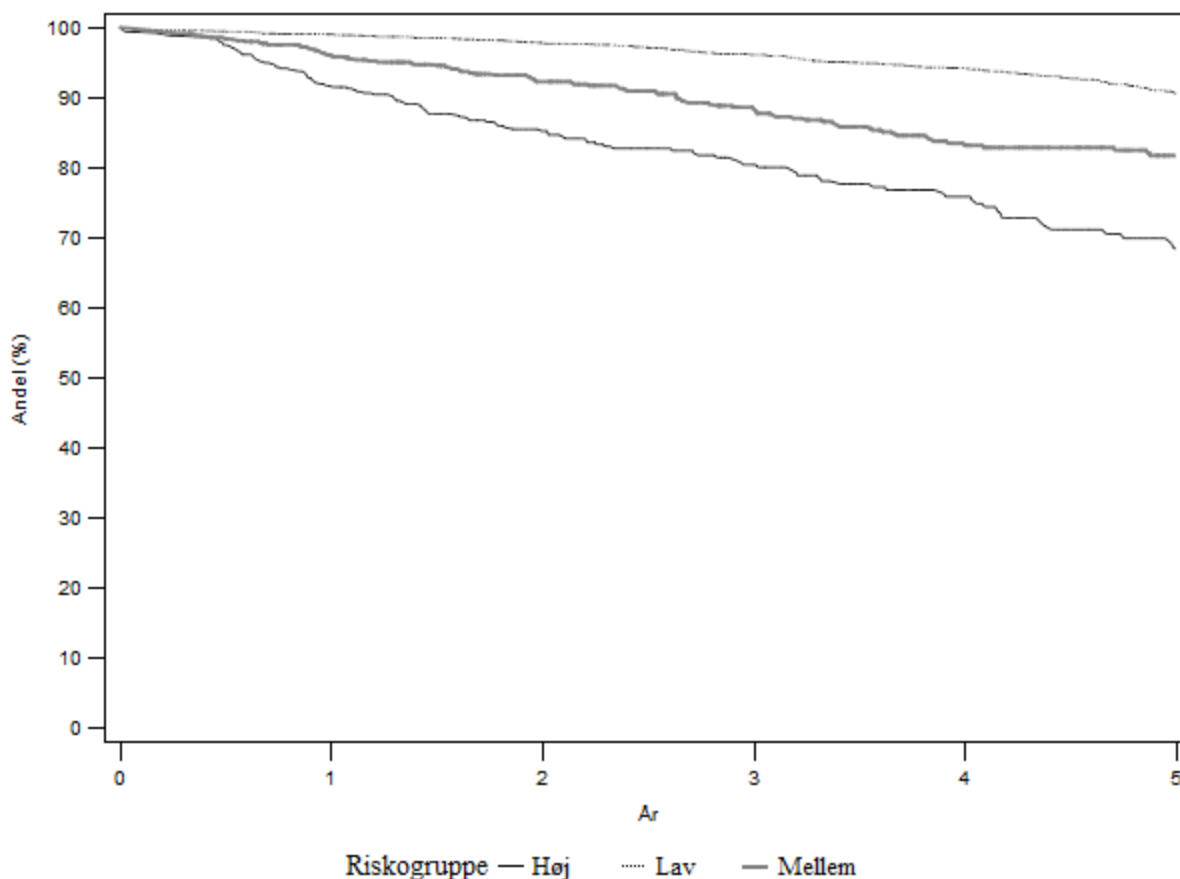
**Figur A4.4.3 Overlevelse 1.1.2005-30.6.2017 for corpuscancer (karcinomer) stratificeret på stadie**



**Tabel A4.4.4 Overlevelse 1.1.2005-30.6.2017 for corpuscancer (karcinomer), st. I stratificeret på risikogrupper**

Overlevelse for Corpuscancer st. I fordelt på risikogrupper	Lavrisiko			Mellemrisko			Højrisiko		
	Over- levelse	Nedre CL	Øvre CL	Over- levelse	Nedre CL	Øvre CL	Over- levelse	Nedre CL	Øvre CL
I live efter 30 dage	99,9	99,6	100,0	99,7	98,9	99,9	99,4	98,2	99,8
I live efter 180 dage	99,5	99,1	99,7	98,4	97,2	99,1	97,5	95,8	98,6
I live efter 1 år	99,0	98,5	99,4	96,0	94,3	97,3	91,7	89,0	93,8
I live efter 2 år	97,8	97,1	98,4	92,3	89,9	94,1	85,2	81,7	88,2
I live efter 3 år	96,1	95,1	96,9	88,4	85,5	90,8	80,4	76,3	83,9
I live efter 4 år	94,2	93,0	95,3	83,2	79,6	86,2	75,9	71,1	80,0
I live efter 5 år	90,6	88,8	92,2	81,7	77,9	85,0	68,5	62,5	73,7

**Figur A4.4.4 Overlevelse 1.1.2005-30.6.2017 for corpuscancer (karcinomer), 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
- 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 selvhjulpent, men ude af stand til at udføre fysisk arbejde, 3 = i seng eller siddende i stol mere end halvdelen af dagen, og brug for hjælp til at klare sig selv, 4 = bundet til seng eller stol og har brug for hjælp til alt
- Peritonealcancer** – kræft i bughinden
- Pleuraeffusion** – udsivning af væske over lungehinden
- Positive/negative lymfeknuder** – lymfeknuder med/uden metastaser



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

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

**RKKP** – Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram

**Salpinx/salpinges** – æggeleder/æggeledere

**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: Vejledning i fortolkning af resultater

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

### Indikatorstabeller

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

Nedenfor beskrives indholdet af tabellerne:

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



## Appendiks 7: Høringsvar

AUH Kvindesygdomme og Fødsler	<b>Vedr. indikator 43:</b> AUH har gennemgået alle patienter med vulvacancer, og har fundet at der var 32 patienter med st. IB. Heraf var 10 patienter ikke kandidater til SN procedure pga. tumorstørrelse > 4 cm, multifokalitet, suspekter lymfeknuder på billeddiagnostik, eller anden tumortype (malignt melanom, Extramammær Paget, verrucøst carcinom mv). Således fik 17/22 (77 %) patienter korrekt foretaget SN procedure. De resterende 5 patienter var uegnede pga. alder, comorbiditet eller patientønske.
-------------------------------	--

