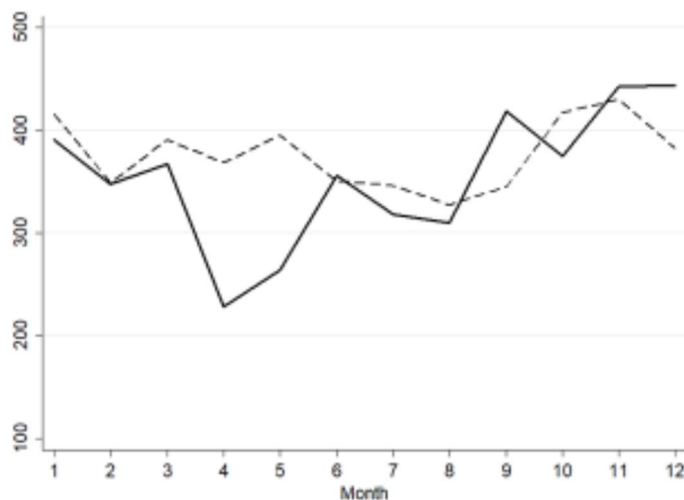


DaProCa



Covid epidemi og prostatakræftincidens



Dansk Prostata Cancer Database

Dansk Urologisk Cancer Gruppe

Årsrapport 2020

Juli 2021

Hvorfra udgår rapporten

Rapportens analyser er udarbejdet af Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (RKKP), Hedeager 3, 8200 Århus N. RKKP Videntcenter og styregruppen for databasen har skrevet rapportens kommentarer. Styregruppen har forestået validering af anvendte algoritmer, og skrevet de anførte anbefalinger.

Formand for DaProCa data er Lærestolsprofessor, overlæge, dr.med., ph.d. Michael Borre, Urinvejskirurgi, Aarhus Universitetshospital. I styregruppen indgår desuden Overlæge, ph.d. Lise Bentzen, Kræftafdelingen, Aarhus Universitetshospital, Overlæge, ph.d. Steinbjørn Hansen, Onkologisk Afdeling, Odense Universitetshospital, Overlæge Henrik Jakobsen, Afdeling for Urinvejssygdomme, Herlev og Gentofte Hospital, Overlæge Hans-Erik Wittendorff, Urologisk Afdeling, Sjællands Universitetshospital, Roskilde, Overlæge Astrid Petersen, Patologiafdelingen, Aalborg Universitetshospital, Afdelingslæge Johanna Elversang, Patologiafdelingen, Rigshospitalet og Ole Jensen, patientrepræsentant.

Epidemiolog for DaProCa er Henrik Møller, Epidemiolog (faglig leder), dr.med. E-mail:

henrik.moller@rkkp.dk

Biostatistiker og datamanager for DaProCa er Heidi Larsson. E-mail: heilar@rkkp.dk

Kontaktperson for DaProCa er kvalitetskonsulent Anne Kudsk Ragner. E-mail: ankuds@rkkp.dk

INDHOLDSFORTEGNELSE

Konklusioner og anbefalinger	4
Kort beskrivelse af studiepopulationen	10
Oversigt over alle indikatorer	35
Oversigt over de samlede indikatorresultater	36
Indikatorresultater for Danmark og på regions- og afdelingsniveau	38
Indikator 1: Indlæggelseshyppighed	39
Indikator 2: Positiv kirurgisk margin (pT2)	46
Indikator 3: Positiv kirurgisk margin (pT3)	52
Indikator 4: Morbiditet 30 dage (genindlæggelse)	61
Indikator 5: Postoperativ morbiditet (indlæggelsens varighed)	67
Indikator 6: Datakomplethed, diagnoseskema	73
Indikator 7 (suppl). Lav risiko: kurativ behandling.	80
Indikator 8 (suppl). Høj risiko: kurativ behandling.	86
Beskrivelse af sygdomsområdet og måling af behandlingskvaliteten	92
Datagrundlag	94
Identifikation af patientpopulationen	97
Indikatoralgoritmer	98
Særkapitel	102
Styregruppens medlemmer	115
Appendiks	116
Kodeark	120
Kommentarer fra regioner og afdelinger	124

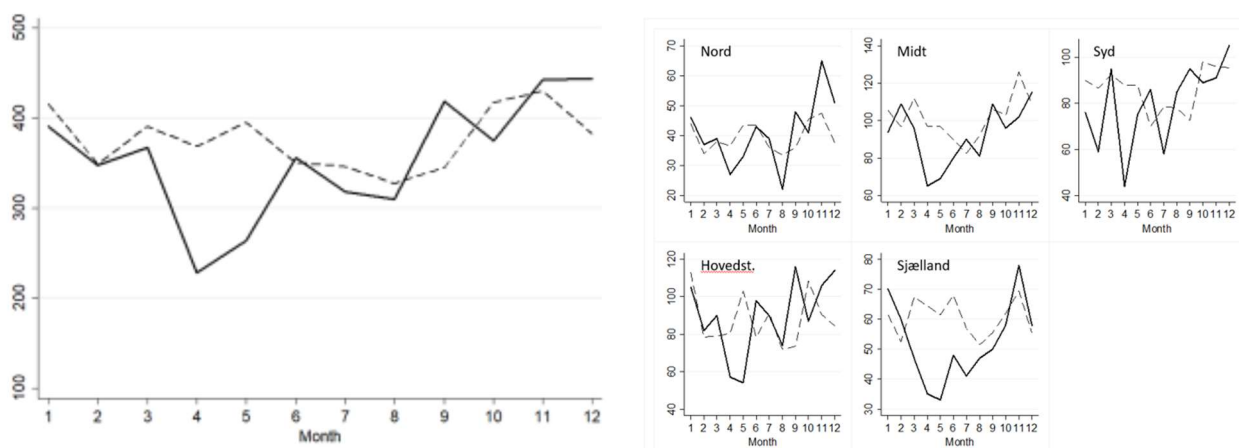
KONKLUSIONER OG ANBEFALINGER

De behandlende afdelinger har med månedsintervaller løbende adgang til egne kvalitetsdata. Med denne rapport gives de samme afdelinger mulighed for at reflektere over egen indsats i forhold til det øvrige land.

Prostata specifikt antigen (PSA) er en helt essentiel markør for såvel diagnose, behandlingsvalg og opfølgning. Det er for fire regioner netop lykkedes at få adgang til denne blodprøveværdi direkte fra laboratorierne (LABKADATA) - fraset Region Midtjylland. PSA vil fremover kunne anvendes til at opkvalificere indikatorsættet.

COVID ramte verden hårdt i 2020 og påvirkede nødtvunget, mere eller mindre, vores adfærd. Således gik heller ikke diagnosticering af prostatacancer fri. I forhold til de foregående år faldt incidensen signifikant i forårsmånederne i samtlige regioner, og faldet på omkring 270 forventede nye tilfælde i denne periode forblev "tabt" i årets resterende del. Med sygdommens naturhistorie og langsomme progression er det næppe sandsynligt, at konsekvenser heraf vil kunne registreres de kommende år.

Covid epidemi og prostatakraftincidens



Figurene viser de månedlige antal prostatakrafttilfælde i 2020 (fuldt optrukket) sammenlignet med gennemsnit i 2018 og 2019 (stiplet).

PROSTATACANCER: FOREKOMST, DIAGNOSE OG BEHANDLING

• DIAGNOSE

Med 4.263 nye tilfælde i 2020 er incidensen af prostatacancer, apropos COVID-indvirkningen, på to år uventet faldet med 350 individer. Incidens pr. 100.000 mænd er i samme periode faldet tilsvarende fra 202 til 185 med en samtidig mindre regional variation. Lokaliseret prostatacancer giver for praktiske formål stort set ingen symptomer, og ser man bort fra vandladningsgener, som sjældent skyldes prostatacancer, diagnosticeres 95% af patienterne pga. en forhøjet PSA-værdi. Under 4% af patienterne er diagnosticeret pga. symptomer på metastaser. Den diagnostiske strategi er under aktuel omlægning, og MR-skanningsaktiviteten var derfor i 2020 som ventet i øgning, om end implementering af en indledende MR-skanning hos relevante patienter må forventes at tage minimum resterende af indeværende år. Den radiologiske bedømmelse (PIRADS score), biopsiadgang samt biopsiantal per seance vil være vigtige fremtidige variable i forhold til overvågning af den nationale implementering samt kvalitetssikring af den samlede diagnostiske procedure.

Anbefaling: Den udbredte opportunistiske PSA-screening og fortsatte regionale variation i tidlig opsporing af prostatacancer kalder på en fælles national holdning til måling af PSA. I håb om at kunne afskaffe ”diagnoseskema-indberetningen” og samtidig øge kompletheden skal afdelingerne indberette en opdateret TNM-klassifikation til LPR3, hvor anvendelse af Nx kun bør anvendes i de meget få tilfælde, hvor N-stadiet ikke kan undersøges. Der skal findes en løsning i Region Midtjylland til sikring af adgang til biokemiske data via LABKA.

• ACTIVE SURVEILLANCE

I bestræbelserne på at nedsætte overbehandling af lavrisikopatienter sættes stadigt flere patienter initialt i observation i form af active surveillance (AS) - ikke at forveksle med watchful waiting. Med 886 registrerede patienter i LPR3 indledte hver 5. patient diagnosticeret i 2020 denne form for observation. Der er både tidsmæssig og interregionalt store variationer i antallet af patienter i AS, hvilket kan skyldes forskellig eller manglende kodning. Den supplerende kvalitetsindikator 7 demonstrerer en tydelig tidstrend til fordel for observation frem for aktiv behandling hos patienter med lavrisiko sygdom. Omkring 100 patienter er åbenlyst ikke kandidater til AS og anses for at være fejlkodede som patienter i watchful waiting.

Anbefaling: Med henvisning til landsdækkende kliniske retningslinjer og en aktuel visitationsretningslinje fra Sundhedsstyrelsen bør lavrisikopatienter initialt anbefales AS, når patienten opfylder kriterierne herfor – samt kodes ZZ4252B.

• RADIKAL PROSTATEKTOMI

På trods af COVID ligger det samlede antal operationer fortsat stabilt på omkring 50/100.000 mænd. Antallet af opererede patienter i 2020 steg og faldt mest i hhv. Region Nordjylland og Region Midtjylland, men den interregionale variation er overordnet set mindsket. Patientkarakteristika blandt de opererede er i det væsentlige uændrede over tid.

Anbefaling: Den aktuelle visitationsretningslinje bør fortsat give anledning til en indsats for en ensartet tolkning af retningslinjerne for håndtering af klinisk lokaliseret sygdom – herunder operationsindikation.

- **PRIMÆR STRÅLEBEHANDLING**

Med et fald i 2020 på knapt 10% udgør antallet af primært strålebehandlede patienter 569, hvilket svarer til halvdelen af antallet af opererede patienter. Antallet er dog usikkert og givetvis for lavt, da populationen identificeres gennem programmering af det samlede antal strålebehandlinger (her 36+ behandlinger), fremfor blot at en enkelt af behandlingerne blev kodet med den anviste behandlingsspecifikke kode (ZP=kurativ). Patientkarakteristika er uændrede over tid, og medianalder, tumorstadium og risikofordeling ligger uændret signifikant højere blandt strålebehandlede sammenlignet med de opererede patienter. Behandlingen gives pr 100.000 mænd med betydelig regional variation med knapt en faktor tre forskel mellem Region Nordjylland og Region Sjælland.

Anbefaling: Den udtalte regionale variation i behandlingsantallet bør give anledning til en overordnet evaluering af indikation og behandlingstilbud. Den stedvise underrapportering af antallet af primære strålebehandlinger understreger behovet for at kode behandlingsspecifikt: BWG+ZPZA02C.

- **SALVAGE STRÅLEBEHANDLING**

Med et fald i 2020 på 31 behandlinger ligger det samlede antal (103) på det laveste niveau de sidste 5 år. Et forhold som muligvis kan forklares ved stage-migration efter hyppigere stigning med PSMA-PET-CT. Pr. 100.000 mænd udbydes behandlingen med regional variation. Også denne strålebehandling forsøges identificeret via antal fraktioner frem for den sygdomsspecifikke kode. Behandlingen bør af prognostiske årsager indledes straks efter påvist biokemisk recidiv og helst ved PSA < 0,5 ng/ml. Efterlevelsen heraf demonstreres på regionsniveau i årsrapportens supplerende materiale.

Anbefaling: Det relativt lave behandlingsantal og den regionale variation heraf bør give anledning til en overordnet evaluering af indikation og behandlingstilbud. Som ved den primære strålebehandling findes der også her behov for at kode behandlingsspecifikt: BWG+ZPZA02A.

- **WATCHFUL WAITING**

Patientkarakteristika antyder fortsatte problemer i skelnen mellem watchful waiting (observation før evt. hormonbehandling) og active surveillance (systematisk observation forud for evt. kurativ operation eller strålebehandling).

Anbefaling: Watchful waiting skal kodes: ZZ4252A. Udarbejdelse af KM-plot til belysning af tid til samt type af initialbehandling hos denne patientkategori.

- **ENDOKRINTERAPI OG MEDICINSK BEHANDLING**

På relativ kort tid er de medicinske behandlinger blevet relativt mange, og overlevelsen med avanceret sygdom markant forlænget. Overblikket over hvilke behandlinger, der gives hvornår og med hvilken frekvens, forudsætter en endnu ikke praktiseret komplet og korrekt stadium- og behandlingsspecifik kodning.

Tabelværket rummer en meget stor og tung behandlingsindsats svarende til den metastatiske sygdomsfase, hvilket på ingen måde er muligt. Så der ligger et stort arbejde forude i bestræbelserne på at skabe et reelt og

meget vigtigt behandlingsoverblik hos disse patienter. Som minimum bør det komplekse scenarie opdeles i den hormon-sensitive og den kastrationsresistente sygdomsfase, hvilket ganske enkelt kan gøres ved at supplere diagnosekoden (C61.9) med suffikset "Z" for kastrations resistent prostatacancer (CRPC). Behandlingsoversigten kan trods alt give et bud på den samlede anvendte medicin og evt. regionale variationer i valget heraf. Radium-223 anvendes stort set udelukkende til egne patienter i de tre behandlende regioner, mens GnRH antagonister og Denosumab anvendes hyppigt enkelte steder mod slet ikke andre steder i landet. Endeligt kan patienter i tabellen bidrage med flere forskellige behandlinger.

Anbefaling: Da der er tale om en sårbar patientgruppe og den medicinske behandling er kostbar, anses det for vigtigt at sikre et overblik over omfang og kvalitet af den givne behandling, hvorfor der bør stilles krav om korrekt behandlingskodning og på sigt mulighed for at trække data direkte i sygehusapotekernes registre. Kastrationsresistent prostatacancer (CRPC) skal kodes med suffikset "Z" (C61.9Z).

INDIKATORER

- **INDLÆGGELSESKRÆVENDE KOMPLIKATIONER TIL PROSTATABIOPSIER (Indikator 1)**

Indlæggelse. På landsplan steg andelen af indlagte efter prostatabiopsi til 6% og dermed ikke længere inden for den fastlagte standard. Der ses en variation mellem sygehusafdelingerne fra 3% i Sønderborg til 11% på Bornholm.

Anbefaling: Der bør på de urologiske afdelinger, hvor indikatorstandarden ikke opfyldes, være en større opmærksomhed på denne procedure og om muligt finde en årsagsforklaring på den forhøjede forekomst. Erfaringsmæssigt er det infektion der komplicerer indgrebet, men indlæggelsesårsagerne ønskes valideret via komplikationsspecifikke koder. Den antibiotiske profylakse bør løbende optimeres og MR-fusions biopsiteknik giver mulighed for langt færre og målrettede biopsier samt en transperineal steril biopsiadgang fremfor som hidtil transrektalt.

- **RETSYGDOM EFTER RADIKAL OPERATION (Indikator 2 og 3).**

Lokaliseret sygdom. Det anses for betydende for behandlingskvaliteten, at der ved den operative behandling ikke efterlades kræft sv.t den kirurgiske margin. På landsplan havde 75 af i alt 655 (11%) af patienter med intraprostatisk (pT2) tumor positiv kirurgisk margin (R+) efter radikal prostatektomi. Dette er lavere end de tidligere år, og standarden på 15% er fortsat opfyldt nationalt. Den regionale variation spænder fra 6% i Region Midtjylland til 18% i Region Hovedstaden. Trenden i Figur 2-4 viser et over tid om end fluktuerende så relevant fald i antallet af R+ i særligt fire af de fem regioner.

Lokalavanceret sygdom. På landsplan havde 40% af patienter med pT3 tumor positiv kirurgisk margin, og standarden er dermed langt fra opfyldt i nogen af landets regioner. Antallet af R+ ved cT3 tumor har de sidste par år haft en fuldstændig ensartet udvikling, og den oprindelige udtalte regionale variation er det sidste tiår snævret ind til næsten ét punkt: 40%. Denne andel må i forbindelse med en fortsat mere aggressiv kirurgisk behandlingsstrategi forventes at afspejle et naturligt niveau og vil i 2021-årsrapporten derfor udgøre den fremtidige standard. En opdeling af indikatoren i to præoperative grupper: a) klinisk intrakapsulær

sygdom (cT1-2) og b) lokalavanceret ekstrakapsulær sygdom (cT3+) ændrer ikke på landsgennemsnittet af R+-andelen.

I protokollen SPCG-15 opereres kliniske T3 tumorer, og særligt studieaktive centre kan påvirkes heraf. De opdaterede landsdækkende DAPROCA retningslinjer vedr. patoanatomisk diagnostik af prostatacancer indeholder præcise definitioner på, hvad der karakteriserer ekstraprostatisk spredning (pT3) og tumorpositiv kirurgisk margin. Den regionale variation i Indikator 2 beror formentlig på patientselektion og/eller kirurgisk teknik og metode, herunder nervesparende kirurgi, fremfor på forskelle i fortolkningen af, hvad der karakteriserer disse to parametre. Den tidligere sete regionale variation i Indikator 3 er med denne årsrapport nu stort set forsvundet.

Anbefaling: Frekvensen af patienter, som opereres "i sundt væv", anses for at udgøre en naturlig indikator for behandlingskvalitet, ligesom regionale variationer heraf naturligt bør lede til refleksioner. Standarden for de to kvalitetsindikatorer bør på sigt baseres på data for sygdomsrecidiv opgjort i databasen (se rapportens særkapitel).

• KOMPLIKATIONER TIL OPERATIV BEHANDLING (Indikator 4 og 5).

Genindlæggelse: Til trods for en reduktion fra 13% til 11% af de radikalt prostatektomerede patienter, som blev genindlagt inden for 30 dage efter operationen i forhold til 2019, er standard knapt nok opfyldt på landsplan. På regionsniveau varierer genindlæggelsesfrekvensen fra 5% i Region Nordjylland til 13% i Region Hovedstaden og Sjælland.

Anbefaling: Kodepraksis for komplikationer ønskes forbedret og en komplikationsscore baseret herpå udviklet på projektbasis.

Forlænget indlæggelse. På landsplan ligger antallet af radikalt opererede patienter udskrevet efter mere end 3 døgn's indlæggelse stabilt på 3%. Standarden på $\leq 5\%$ er dermed igen opfyldt på landsplan, og samtlige afdelinger bortset fra Aarhus (6%) levede op hertil.

Anbefaling: Da den faktiske længde af de forlængede indlæggelser ikke foreligger her, forventes de enkelte afdelinger at forholde sig hertil samt foretage årsagsopsporing. Den komplikationsrelevante diagnosekodning bør optimeres, ligesom indikatorerne på sigt ønskes afløst af en mere retvisende komplikationsscore, som samtidigt vil kunne angive såvel type samt alvorsgrad af komplikationerne.

• DATAKOMPLETHED (Indikator 6).

Indberetning. På landsplan fik 70% af alle patienter med nydiagnosticeret prostatacancer angivet PSA, kardinalsymptomer og TNM-oplysninger i diagnoseskema. Standarden er ikke opfyldt på landsplan.

Indberetningen har historisk været meget lav i Hovedstaden, som igen er lavest i 2020 (21%).

Indberetningen er også lav i Region Syddanmark (66%). Det skal bemærkes, at efterlevelsen af indikatoren er stærkt varierende for de enkelte afdelinger over tid.

Anbefaling: Diagnoseskemaet og tilhørende indikator opretholdes, indtil TNM-stadiet kan indhentes fra LPR3 og for Region Midtjyllands vedkommende indtil PSA kan indhentes via LABKA.

- **LAV RISIKO: KURATIV BEHANDLING (Indikator 7).**

Andelen af patienter vurderet i lav risiko, der påbegynder intenderet kurativ behandling, bør som udgangspunkt være meget lav. I alt 545 patienter vurderedes ved diagnosen i 2019 at have lavrisikosygdom. Heraf modtog, som i 2018, 6 % behandling inden for tre måneder efter diagnosen. Antallet var lavest på Aalborg Universitetshospital (0%) og højest på Rigshospitalet (31%). Inden for ét år blev i alt 92 behandlet, mens yderligere 38 blev opereret eller strålebehandlet herefter.

Diskussion og implikationer

Da de kliniske retningslinjer aktuelt anbefaler behandling trods lavrisikosygdom ved >2 tumorpositive nålebiopsier, kan fortolkning og efterlevelse heraf være bidragende til den regionale variation. Som det fremgår af Figur 7-4 er antallet af behandlede lavrisikopatienter faldet indenfor i de seneste år.

Anbefaling: Niveauet for en potentiel fremtidig standard vurderes derfor at skulle være $\leq 5\%$.

- **Høj RISIKO: KURATIV BEHANDLING (Indikator 8).**

Siden 2010 har andelen af kurativt behandlede højrisikopatienter udvist stigende tendens i samtlige regioner. Landsgennemsnittet herfor blandt højrisikopatienter diagnosticeret i 2019 var dog uændret sammenlignet med året tidligere 62 %. På diagnosticerende hospitalsniveau varierede andelen fra 55 % i Sønderborg til 74 % i Aarhus.

Diskussion og implikationer

Andelen af patienter vurderet i høj risiko, der påbegynder intenderet kurativ behandling, bør som udgangspunkt være meget højt. Dette dog under forudsætning af at de i øvrigt honorerer kravene hertil i henhold til de aktuelle landsdækkende kliniske retningslinjer på området, hvor komorbiditet og forventet restlevetid kan være udslagsgivende for behandlingsindikationen.

Anbefaling: Samlet set må indikatoren endnu tolkes med varsomhed og fastsættelse af niveauet for en standard skønnes aktuelt ikke meningsfuldt.

God læselyst.

Michael Borre

På vegne af databasestyregruppen

KORT BESKRIVELSE AF STUDIEPOPULATIONEN

Studiepopulationen i DaProCa er patienter med en første histologisk eller cytologisk verificeret prostatacancerdiagnose ifølge Landsregisteret for Patologi (LRP). For denne årsrapport opgøres alle nydiagnosticerede patienter i perioden fra 1. januar 2020 til 31. december 2020. Resultaterne for denne opgørelsesperiode sammenlignes efterfølgende med resultater fra de tidligere år.

I 2020 blev 4.263 mænd diagnosticeret med prostatacancer. Dette er samme niveau som de seneste år. Tabel 0-1 viser antallet af nydiagnosticerede prostatacancerpatienter i Danmark, fordelt på region. Derudover opgøres patienternes kardinalsymptomer, aldersfordeling, status for komorbiditet (Charlsons komorbiditetsindeks, baseret på Landspatientregisteret i en periode på 10 år før prostatacancerdiagnosen), PSA-niveau, Gleason score/ISUP-grad og risikovurdering (D'Amico score) på diagnosetidspunktet. I 2020 er andelen af patienter, som ikke har registrering af nogle af de vigtige prognostiske variabler, fortsat høj: kardinalsymptomer (29,3%) og risikovurdering (6,9%).

Tabel 0-1. Nydiagnosticerede prostatacancer patienter, 2015-2019.

	Diagnoseår				
	2020	2019	2018	2017	2016
Nydiagnosticerede	4.263	4.425	4.613	4.250	4.469
Bopælsregion					
Region Hovedstaden	1.058 (24,8%)	1.041 (23,5%)	1.029 (22,3%)	979 (23,0%)	1.136 (25,4%)
Region Sjælland	627 (14,7%)	702 (15,9%)	773 (16,8%)	695 (16,4%)	699 (15,6%)
Region Syddanmark	952 (22,3%)	964 (21,8%)	1.060 (23,0%)	1.047 (24,6%)	1.021 (22,8%)
Region Midtjylland	1.094 (25,7%)	1.202 (27,2%)	1.231 (26,7%)	1.055 (24,8%)	1.060 (23,7%)
Region Nordjylland	491 (11,5%)	467 (10,6%)	486 (10,5%)	452 (10,6%)	518 (11,6%)
Færøerne/Grønland	5 (0,1%)	9 (0,2%)	7 (0,2%)	5 (0,1%)	12 (0,3%)
Udland/øvrigt	36 (0,8%)	40 (0,9%)	27 (0,6%)	17 (0,4%)	23 (0,5%)
Incidens pr. 100.000 mænd 18+ år*					
Danmark	185	193	202	188	200
Region Hovedstaden	147	146	145	140	164
Region Sjælland	188	211	234	212	215
Region Syddanmark	195	198	219	218	214
Region Midtjylland	208	230	238	206	209
Region Nordjylland	205	195	203	190	219
Kardinalsymptomer					
Ingen symptomer	1.093 (25,6%)	1.174 (26,5%)	890 (19,3%)	746 (17,6%)	977 (21,9%)
LUTS	1.332 (31,2%)	1.867 (42,2%)	1.717 (37,2%)	1.523 (35,8%)	1.409 (31,5%)
Hæmaturi	92 (2,2%)	122 (2,8%)	112 (2,4%)	105 (2,5%)	108 (2,4%)
Hæmospermi	25 (0,6%)	40 (0,9%)	20 (0,4%)	33 (0,8%)	19 (0,4%)
Metastasesymptomer	156 (3,7%)	129 (2,9%)	160 (3,5%)	156 (3,7%)	154 (3,4%)
Andet	314 (7,4%)	417 (9,4%)	500 (10,8%)	431 (10,1%)	568 (12,7%)
Uoplyst	1.251 (29,3%)	676 (15,3%)	1.214 (26,3%)	1.256 (29,6%)	1.234 (27,6%)
Alder ved diagnose					
Median (Q1;Q3)	72 (65,9;76,6)	71 (65,5;76,2)	71 (65,1;75,8)	71 (65,1;76,0)	70 (64,9;75,4)
Gennemsnit (Min;Max)	71 (40,2;100)	71 (39,3;100)	71 (41,4;96,7)	71 (40,8;98,5)	70 (41,0;102)
Charlson comorbidity index					
Score 0	2.522 (59,2%)	2.702 (61,1%)	2.917 (63,2%)	2.600 (61,2%)	2.899 (64,9%)
Score 1-2	1.293 (30,3%)	1.291 (29,2%)	1.277 (27,7%)	1.246 (29,3%)	1.183 (26,5%)
Score 3 eller derover	448 (10,5%)	432 (9,8%)	419 (9,1%)	404 (9,5%)	387 (8,7%)
PSA					
<10	1.736 (40,7%)	1.857 (42,0%)	1.955 (42,4%)	1.724 (40,6%)	1.446 (32,4%)
10-20	887 (20,8%)	968 (21,9%)	970 (21,0%)	836 (19,7%)	703 (15,7%)
21-100	1.035 (24,3%)	980 (22,1%)	1.063 (23,0%)	983 (23,1%)	752 (16,8%)
>100	555 (13,0%)	573 (12,9%)	581 (12,6%)	573 (13,5%)	438 (9,8%)

	Diagnoseår				
	2020	2019	2018	2017	2016
Ukendt	50 (1,2%)	47 (1,1%)	44 (1,0%)	134 (3,2%)	1.130 (25,3%)
ISUP** grad ved diagnose					
1 (Gleason score -6)	934 (21,9%)	1.018 (23,0%)	1.047 (22,7%)	1.121 (26,4%)	1.120 (25,1%)
2 (Gleason score 3+4)	1.168 (27,4%)	1.158 (26,2%)	1.163 (25,2%)	1.029 (24,2%)	1.202 (26,9%)
3 (Gleason score 4+3)	728 (17,1%)	738 (16,7%)	684 (14,8%)	648 (15,2%)	564 (12,6%)
4 (Gleason score 8)	463 (10,9%)	548 (12,4%)	664 (14,4%)	458 (10,8%)	472 (10,6%)
5 (Gleason score 9+)	702 (16,5%)	765 (17,3%)	864 (18,7%)	813 (19,1%)	895 (20,0%)
ISUP grad ikke defineret	268 (6,3%)	198 (4,5%)	191 (4,1%)	181 (4,3%)	216 (4,8%)
D'Amico-risikovurdering					
Udenfor risikovurdering	718	780	702	611	502
Risikovurderede:					
Lav risiko	458 (12,9%)	545 (15,0%)	500 (12,8%)	461 (12,7%)	445 (11,2%)
Intermediær risiko	1.333 (37,6%)	1.297 (35,6%)	1.396 (35,7%)	1.178 (32,4%)	1.422 (35,8%)
Høj risiko	1.511 (42,6%)	1.571 (43,1%)	1.737 (44,4%)	1.621 (44,5%)	1.591 (40,1%)
Ukendt	243 (6,9%)	232 (6,4%)	278 (7,1%)	379 (10,4%)	509 (12,8%)
T stadie på diagnosetidspunkt					
T0	# (0,0%)	# (0,0%)	8 (0,2%)	3 (0,1%)	28 (0,6%)
Tx	81 (1,9%)	133 (3,0%)	153 (3,3%)	172 (4,0%)	98 (2,2%)
T1a	27 (0,6%)	69 (1,6%)	57 (1,2%)	73 (1,7%)	72 (1,6%)
T1b	11 (0,3%)	30 (0,7%)	28 (0,6%)	35 (0,8%)	27 (0,6%)
T1c	1.015 (23,8%)	1.296 (29,3%)	1.276 (27,7%)	1.045 (24,6%)	1.148 (25,7%)
T2a	429 (10,1%)	537 (12,1%)	453 (9,8%)	372 (8,8%)	340 (7,6%)
T2b	286 (6,7%)	339 (7,7%)	327 (7,1%)	273 (6,4%)	214 (4,8%)
T2c	321 (7,5%)	337 (7,6%)	343 (7,4%)	263 (6,2%)	274 (6,1%)
T3a	488 (11,4%)	641 (14,5%)	574 (12,4%)	580 (13,6%)	573 (12,8%)
T3b	232 (5,4%)	275 (6,2%)	225 (4,9%)	167 (3,9%)	205 (4,6%)
T4	127 (3,0%)	152 (3,4%)	134 (2,9%)	150 (3,5%)	116 (2,6%)
Ikke registreret	1.245 (29,2%)	615 (13,9%)	1.035 (22,4%)	1.117 (26,3%)	1.374 (30,7%)
N stadie på diagnosetidspunkt					
Nx	1.318 (30,9%)	2.000 (45,2%)	2.068 (44,8%)	2.069 (48,7%)	2.137 (47,8%)
N0	1.247 (29,3%)	1.368 (30,9%)	1.123 (24,3%)	682 (16,0%)	512 (11,5%)
N1	459 (10,8%)	450 (10,2%)	375 (8,1%)	305 (7,2%)	198 (4,4%)
Ikke registreret	1.239 (29,1%)	607 (13,7%)	1.047 (22,7%)	1.194 (28,1%)	1.622 (36,3%)
M stadie på diagnosetidspunkt					
M0	2.449 (57,4%)	3.184 (72,0%)	2.990 (64,8%)	2.562 (60,3%)	2.409 (53,9%)
M1	578 (13,6%)	629 (14,2%)	575 (12,5%)	496 (11,7%)	437 (9,8%)

	Diagnoseår				
	2020	2019	2018	2017	2016
Ikke registreret	1.236 (29,0%)	612 (13,8%)	1.048 (22,7%)	1.192 (28,0%)	1.623 (36,3%)

*Incidensrate pr 100.000 mænd 18+ år, ikke aldersstandardiseret.

**ISUP (International Society of Urological Pathology): prostatacancer graderingssystem.

Incidensrate per 100.000 mænd, 18+ år, ikke aldersstandardiseret.

KOMMENTAR

Der var 4.263 tilfælde af prostatakræft i 2020. Dette er på samme niveau som de seneste år. Der er fortsat stor og meget stabil regional variation i den diagnostiske aktivitet. Landsgennemsnittet for antal diagnosticerede patienter pr. 100.000 mænd er 185. Kun Region Hovedstaden med 147/100.000 ligger under gennemsnittet, mens Region Midtjylland topper med 208/100.000. Det skal bemærkes, at der ikke er foretaget en aldersstandardisering, hvorfor der ikke er taget højde for evt. forskelle i den mandlige alderssammensætning i de respektive regioner. Medianalder ved diagnosen var 72 år, og 59,2% var raske uden væsentlig komorbiditet. Ser man bort fra vandladningsgener (LUTS), som i øvrigt kun sjældent har relation til prostatakræft, er årsagen til diagnosticering altovervejende den foretagne PSA-måling, og under 5% af patienterne frembød på diagnosetidspunktet metastasesymptomer. Andelen af patienter diagnosticeret med LUTS som kardinalsymptom i hver af de tre risikogrupper (lav/ intermediær /høj) var i perioden 2017-2020 ens og lig med halvdelen. Der er således ingen umiddelbar sammenhæng imellem LUTS og sygdomsbyrden i det lokaliserede sygdomsstadie. Indrapportering af PSA og evt. symptomer via diagnoseskemaet er fortsat mangelfuld. Det tilsvarende vigtige tumorstadie ved diagnosen er fortsat afhængig af en klinisk indberetning til databasen, hvilket desværre er mangelfuldt indberettet og ukendt hos knapt 30% af patienterne, hvilket umuliggør en meningsfuld risikostratificering af populationen. Bestræbelserne på at opnå en mere fyldestgørende TNM-klassifikation ved træk fra det nye LPR3, er endnu ikke tilvejebragt, men vil være meget højt prioriteret i det kommende år. Fordelingen af det kliniske tumorstadie (cT) ligger, fraset "ikke indberettede", helt stabilt de seneste år. Uændret diagnosticeres 13,6% af patienterne med påviselige metastaser (M1-sygdom).

N-klassifikationen (lymfeknudestatus) "x" forekommer fortsat i et for højt antal, men da man i forhold til aktuelle årsrapport kun har haft efteråret og vinter 2020 til at rette op på kodepraksis, lover det aktuelle fald fra 45% til 31% godt for fremtiden. For repetitionens skyld bør "Nx", i henhold til de landsdækkende retningslinjer og UICC TNM-version 8, udelukkende retmæssigt anvendes i de meget få tilfælde, hvor "lymfeknudestatus ikke kan vurderes", som ved f.eks. "lymfeknuder tidligere fjernet".

Den overordnede sygdomsaggressivitet bedømt ved histologisk gradering (ISUP-grad/ Gleason score) er uændret over tid, hvilket også er tilfældet for den samlede risikovurdering, hvor data har været foreliggende.

De efterfølgende tabeller (0-2 til 0-8) angiver antallet af patienter, som i 2020 påbegyndte henholdsvis active surveillance, radikal prostatektomi, strålebehandling, watchful waiting eller anden behandling. Bemærk at disse patienter kan være diagnosticeret i 2019 eller forudgående år.

Tabel 0-2. Active surveillance (kode ZZ4252B baseret på data fra LPR)

	År for active surveillance				
	2020	2019	2018	2017	2016
Active surveillance	886	876	902	1.104	902
Herlev og Gentofte Hospital, Urologisk overafd. H	148	49	165	239	254
Rigshospitalet, Urologisk Klinik, D	72	42	42	78	47
Region Sjællands Sygehusvæsen, ROS Urologi	92	164	90	34	36
Odense Universitetshospital, Urinvejskirurgisk Afdeling	168	227	283	321	303
Aarhus Universitetshospital, Urinvejskirurgi	177	182	58	46	68
Hospitalsenheden Vest, Urinvejskirurgisk Afdeling	88	112	102	208	4
Aalborg Universitetshospital, Alb Urologisk Område	116	83	134	96	113
Regionshospital Nordjylland Ven, RHN Kirurgi	6	8	15	50	33
Øvrige	19	9	13	32	44
AS pr. 100.000 mænd 18+ år*					
Danmark	38,5	38,2	39,6	48,8	40,3
Bopælsregion ved diagnose:					
Region Hovedstaden	29,0	11,5	24,3	40,5	37,1
Region Sjælland	31,2	51,5	44,5	30,1	31,3
Region Syddanmark	35,7	47,4	54,9	62,5	60,4
Region Midtjylland	50,3	55,9	30,5	49,5	14,8
Region Nordjylland	53,4	38,4	63,2	67,4	73,3
Alder på tidspunkt for AS					
Median (Q1;Q3)	68 (63,0;72,0)	67 (62,0;71,0)	67 (62,0;71,0)	67 (62,0;71,0)	67 (62,0;70,0)
Gennemsnit (Min;Max)	67 (42,0;90,0)	66 (41,0;89,0)	66 (43,0;89,0)	66 (44,0;90,0)	66 (43,0;86,0)
PSA ved diagnose					
<10	652 (73,6%)	643 (73,4%)	657 (72,8%)	752 (68,1%)	501 (55,5%)
10-20	167 (18,8%)	171 (19,5%)	162 (18,0%)	180 (16,3%)	126 (14,0%)
21-100	49 (5,5%)	49 (5,6%)	41 (4,5%)	55 (5,0%)	38 (4,2%)
>100	6 (0,7%)	# (0,2%)	3 (0,3%)	0 (0%)	6 (0,7%)
Ukendt	12 (1,4%)	11 (1,3%)	39 (4,3%)	117 (10,6%)	231 (25,6%)
ISUP** grad ved diagnose					
1 (Gleason score -6)	577 (65,1%)	642 (73,3%)	622 (69,0%)	803 (72,7%)	626 (69,4%)
2 (Gleason score 3+4)	209 (23,6%)	162 (18,5%)	211 (23,4%)	203 (18,4%)	201 (22,3%)

	År for active surveillance				
	2020	2019	2018	2017	2016
3 (Gleason score 4+3)	23 (2,6%)	20 (2,3%)	27 (3,0%)	31 (2,8%)	26 (2,9%)
4 (Gleason score 8)	13 (1,5%)	6 (0,7%)	9 (1,0%)	6 (0,5%)	9 (1,0%)
5 (Gleason score 9+)	16 (1,8%)	7 (0,8%)	5 (0,6%)	10 (0,9%)	7 (0,8%)
ISUP grad ikke defineret	48 (5,4%)	39 (4,5%)	28 (3,1%)	51 (4,6%)	33 (3,7%)
D'Amico-risikovurdering					
Udenfor risikovurdering	11	5	5	5	6
Risikovurderede:					
Ukendt	164 (18,7%)	118 (13,5%)	171 (19,1%)	300 (27,3%)	231 (25,8%)
Lav risiko	313 (35,8%)	395 (45,4%)	340 (37,9%)	376 (34,2%)	312 (34,8%)
Intermediær risiko	306 (35,0%)	276 (31,7%)	304 (33,9%)	327 (29,8%)	282 (31,5%)
Høj risiko	92 (10,5%)	82 (9,4%)	82 (9,1%)	96 (8,7%)	71 (7,9%)
Charlson comorbidity index (ved diagnose)					
Score 0	615 (69,4%)	630 (71,9%)	655 (72,6%)	797 (72,2%)	654 (72,5%)
Score 1-2	227 (25,6%)	198 (22,6%)	199 (22,1%)	245 (22,2%)	210 (23,3%)
Score 3 eller derover	44 (5,0%)	48 (5,5%)	48 (5,3%)	62 (5,6%)	38 (4,2%)
T stadie på diagnosetidspunkt					
T0	0 (0%)	4 (0,5%)	# (0,1%)	# (0,2%)	9 (1,0%)
Tx	17 (1,9%)	33 (3,8%)	49 (5,4%)	48 (4,3%)	29 (3,2%)
T1a	19 (2,1%)	24 (2,7%)	29 (3,2%)	44 (4,0%)	24 (2,7%)
T1b	6 (0,7%)	6 (0,7%)	16 (1,8%)	10 (0,9%)	7 (0,8%)
T1c	435 (49,1%)	548 (62,6%)	493 (54,7%)	528 (47,8%)	457 (50,7%)
T2a	116 (13,1%)	100 (11,4%)	88 (9,8%)	99 (9,0%)	69 (7,6%)
T2b	35 (4,0%)	43 (4,9%)	28 (3,1%)	26 (2,4%)	24 (2,7%)
T2c	24 (2,7%)	23 (2,6%)	30 (3,3%)	28 (2,5%)	16 (1,8%)
T3a	20 (2,3%)	12 (1,4%)	9 (1,0%)	19 (1,7%)	18 (2,0%)
T3b	3 (0,3%)	3 (0,3%)	6 (0,7%)	# (0,2%)	# (0,2%)
T4	3 (0,3%)	# (0,2%)	0 (0%)	0 (0%)	# (0,1%)
Ikke registreret	208 (23,5%)	78 (8,9%)	153 (17,0%)	298 (27,0%)	246 (27,3%)
N stadie på diagnosetidspunkt					
Nx	525 (59,3%)	553 (63,1%)	618 (68,5%)	705 (63,9%)	554 (61,4%)
N0	152 (17,2%)	237 (27,1%)	121 (13,4%)	69 (6,3%)	72 (8,0%)
N1	5 (0,6%)	5 (0,6%)	# (0,2%)	# (0,2%)	6 (0,7%)
Ikke registreret	204 (23,0%)	81 (9,2%)	161 (17,8%)	328 (29,7%)	270 (29,9%)
M stadie på diagnosetidspunkt					
M0	674 (76,1%)	794 (90,6%)	737 (81,7%)	773 (70,0%)	628 (69,6%)

	År for active surveillance				
	2020	2019	2018	2017	2016
M1	8 (0,9%)	0 (0%)	4 (0,4%)	3 (0,3%)	4 (0,4%)
Ikke registreret	204 (23,0%)	82 (9,4%)	161 (17,8%)	328 (29,7%)	270 (29,9%)

*Incidensrate pr 100.000 mænd 18+ år, ikke aldersstandardiseret.

**ISUP (International Society of Urological Pathology): prostatacancer graderingssystem.

KOMMENTAR

I bestræbelserne på at nedsætte overbehandling af patienter med lavrisiko og insignifikant sygdom, anbefales operationskandidater med lavrisiko sygdom initialt observeret i form af active surveillance (AS). Knap 1.000 eller omkring 20% af de nydiagnosticerede patienter er registreret tilbudt observation i form af AS frem for umiddelbar behandling, og kun ganske få patienter undergår AS uden for regi af de opererende centre. Der er både tidsmæssig og interregionalt meget store variationer i antallet af patienter i AS, hvilket kan skyldes forskellig eller manglende kodning.

Lavest ligger Region Hovedstaden (29,0/100.000) mens Region Nordjylland er højest med 53,4/100.000 voksne mænd. En meget forskelligartet anvendelse af MR-skanning i det tidlige sygdomsforløb bidrager utvivlsomt til interregionale forskelle i diagnostik af lav-risiko patienter.

Aldersgruppen for AS er over tid stort set uforandret. Den mangelfulde registrering samt indberetning gennem diagnoseskema gør også her risikovurderingen usikker. Som tegn på at der fortsat er klinikere, som ikke skelner mellem de to meget forskellige observationsformer, AS og watchful waiting (WW), er antallet af patienter i intermedier og høj risikogruppe uændret høj, og knapt 1% er registreret som metastatisk syge. I modsætning til AS tilbydes patienter WW med henblik på timing af endokrinterapi og ikke, som ved AS, behandling med kurativt sigte.

Active surveillance skal til LPR3 kodes med ZZ4252B. Med henvisning til landsdækkende kliniske retningslinjer og en aktuel visitationsretningslinje fra Sundhedsstyrelsen bør lavrisikopatienter til potentiel intenderet kurativ behandling initialt anbefales AS.

Tabel 0-3. Radikal prostatektomi

	År for prostatektomi				
	2020	2019	2018	2017	2016
Radikal prostatektomi (RP)	1.117	1.152	1.138	1.058	1.242
Aalborg Universitetshospital, Alb Urologisk Område	163	120	118	96	145
Aarhus Universitetshospital, Urinvejskirurgi	105	159	142	137	158
Herlev og Gentofte Hospital, Urologisk overafd. H	245	265	269	219	245
Hospitalsenheden Vest, Urinvejskirurgisk Afdeling	143	174	224	182	209
Odense Universitetshospital, Urinvejskirurgisk Afdeling	211	209	250	306	263
Region Sjællands Sygehusvæsen, ROS Urologi	124	106	25	0	0
Rigshospitalet, Urologisk Klinik, D	126	119	110	118	222
Prostatektomier pr. 100.000 mænd 18+ år*					
Danmark	48,5	50,2	49,9	46,8	55,5
Bopælsregion ved diagnose:					
Region Hovedstaden	48,7	50,9	45,2	31,5	46,1
Region Sjælland	42,9	38,2	38,7	54,5	53,5
Region Syddanmark	43,1	42,9	42,1	50,5	48,5
Region Midtjylland	45,7	62,3	69,5	61,0	71,2
Region Nordjylland	68,8	50,1	49,8	41,3	61,8
Alder på operationstidspunkt					
Median (Q1;Q3)	67 (62,4;71,7)	68 (62,3;71,4)	67 (61,8;71,2)	67 (61,8;70,7)	67 (61,3;70,0)
Gennemsnit (Min;Max)	67 (40,4;79,8)	66 (39,5;84,6)	66 (41,8;85,2)	66 (42,0;79,2)	65 (41,0;78,6)
PSA ved diagnose					
<10	678 (60,7%)	682 (59,2%)	685 (60,2%)	597 (56,4%)	641 (51,6%)
10-20	288 (25,8%)	312 (27,1%)	290 (25,5%)	237 (22,4%)	253 (20,4%)
21-100	130 (11,6%)	138 (12,0%)	124 (10,9%)	106 (10,0%)	101 (8,1%)
>100	# (0,2%)	7 (0,6%)	4 (0,4%)	0 (0%)	# (0,1%)
Ukendt	19 (1,7%)	13 (1,1%)	35 (3,1%)	118 (11,2%)	246 (19,8%)
ISUP** grad ved diagnose					
1 (Gleason score -6)	290 (26,0%)	263 (22,8%)	269 (23,6%)	286 (27,0%)	317 (25,5%)
2 (Gleason score 3+4)	470 (42,1%)	476 (41,3%)	463 (40,7%)	410 (38,8%)	552 (44,4%)
3 (Gleason score 4+3)	202 (18,1%)	218 (18,9%)	208 (18,3%)	184 (17,4%)	173 (13,9%)
4 (Gleason score 8)	61 (5,5%)	104 (9,0%)	116 (10,2%)	78 (7,4%)	99 (8,0%)

	År for prostatektomi				
	2020	2019	2018	2017	2016
5 (Gleason score 9+)	57 (5,1%)	70 (6,1%)	68 (6,0%)	70 (6,6%)	68 (5,5%)
ISUP grad ikke defineret	37 (3,3%)	21 (1,8%)	14 (1,2%)	30 (2,8%)	33 (2,7%)
D'Amico-risikovurdering					
Udenfor risikovurdering	24	41	24	16	15
Risikovurderede:					
Ukendt	51 (4,7%)	41 (3,7%)	60 (5,4%)	87 (8,3%)	111 (9,0%)
Lav risiko	171 (15,6%)	155 (14,0%)	134 (12,0%)	146 (14,0%)	149 (12,1%)
Intermediær risiko	589 (53,9%)	585 (52,7%)	583 (52,3%)	510 (48,9%)	651 (53,1%)
Høj risiko	282 (25,8%)	330 (29,7%)	337 (30,3%)	299 (28,7%)	316 (25,8%)
Operationstype, RP					
Retropubisk RP	# (0,1%)	0 (0%)	3 (0,3%)	11 (1,0%)	0 (0%)
Retropubisk ikke nervesparende RP	0 (0%)	7 (0,6%)	18 (1,6%)	12 (1,1%)	30 (2,4%)
Retropubisk enkeltsidegt nervesparende RP	3 (0,3%)	3 (0,3%)	5 (0,4%)	5 (0,5%)	7 (0,6%)
Retropubisk dobbeltsidegt nervesparende RP	0 (0%)	# (0,2%)	3 (0,3%)	# (0,1%)	# (0,2%)
Perkutan endoskopisk RP	81 (7,3%)	75 (6,5%)	87 (7,6%)	83 (7,8%)	50 (4,0%)
Perkutan endoskopisk ikke nervesparende RP	447 (40,0%)	436 (37,8%)	439 (38,6%)	423 (40,0%)	547 (44,0%)
Perkutan endoskopisk enkeltsidegt nervesparende RP	419 (37,5%)	453 (39,3%)	384 (33,7%)	347 (32,8%)	408 (32,9%)
Perkutan endoskopisk dobbeltsidegt nervesparende RP	166 (14,9%)	176 (15,3%)	199 (17,5%)	176 (16,6%)	198 (15,9%)
Charlson comorbidity index ved prostatektomi					
Score 0	808 (72,3%)	829 (72,0%)	854 (75,0%)	793 (75,0%)	947 (76,2%)
Score 1-2	261 (23,4%)	275 (23,9%)	250 (22,0%)	230 (21,7%)	252 (20,3%)
Score 3 eller derover	48 (4,3%)	48 (4,2%)	34 (3,0%)	35 (3,3%)	43 (3,5%)
T stadie på diagnosetidspunkt					
T0	0 (0%)	0 (0%)	# (0,2%)	5 (0,5%)	8 (0,6%)
Tx	14 (1,3%)	23 (2,0%)	19 (1,7%)	16 (1,5%)	11 (0,9%)
T1a	6 (0,5%)	20 (1,7%)	5 (0,4%)	12 (1,1%)	16 (1,3%)
T1b	3 (0,3%)	4 (0,3%)	8 (0,7%)	4 (0,4%)	# (0,2%)
T1c	430 (38,5%)	524 (45,5%)	426 (37,4%)	414 (39,1%)	487 (39,2%)
T2a	162 (14,5%)	187 (16,2%)	149 (13,1%)	128 (12,1%)	140 (11,3%)
T2b	87 (7,8%)	99 (8,6%)	98 (8,6%)	84 (7,9%)	103 (8,3%)
T2c	73 (6,5%)	94 (8,2%)	87 (7,6%)	70 (6,6%)	94 (7,6%)

	År for prostatektomi				
	2020	2019	2018	2017	2016
T3a	45 (4,0%)	50 (4,3%)	47 (4,1%)	36 (3,4%)	36 (2,9%)
T3b	14 (1,3%)	19 (1,6%)	13 (1,1%)	6 (0,6%)	# (0,2%)
T4	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	# (0,1%)	0 (0%)
Ikke registreret	283 (25,3%)	132 (11,5%)	284 (25,0%)	282 (26,7%)	343 (27,6%)
N stadie på diagnosetidspunkt					
Nx	428 (38,3%)	614 (53,3%)	524 (46,0%)	507 (47,9%)	633 (51,0%)
N0	379 (33,9%)	362 (31,4%)	304 (26,7%)	209 (19,8%)	168 (13,5%)
N1	23 (2,1%)	38 (3,3%)	21 (1,8%)	16 (1,5%)	10 (0,8%)
Ikke registreret	287 (25,7%)	138 (12,0%)	289 (25,4%)	326 (30,8%)	431 (34,7%)
M stadie på diagnosetidspunkt					
M0	828 (74,1%)	1.003 (87,1%)	846 (74,3%)	732 (69,2%)	806 (64,9%)
M1	# (0,2%)	8 (0,7%)	3 (0,3%)	0 (0%)	5 (0,4%)
Ikke registreret	287 (25,7%)	141 (12,2%)	289 (25,4%)	326 (30,8%)	431 (34,7%)

*Incidensrate pr 100.000 mænd 18+ år, ikke aldersstandardiseret.

**ISUP (International Society of Urological Pathology): prostatacancer graderingssystem.

Incidensrate per 100.000 mænd, 18+ år, ikke aldersstandardiseret.

KOMMENTAR

Antallet af radikale prostatektomier er svagt faldende og talte i 2020 i alt 1.117 indgreb. De var næsten alle "robot-operationer". Samtidig med at Region Sjælland med 25 indgreb i 2018 kom med på operationslandkortet, faldt det samlede antal opererede mænd fra Region Sjælland fra de tidligere omkring 50 til 35/100.000 mænd. Dette niveau er i 2020 steget til 42,9 og dermed på niveau med Region Syddanmark (43,1). Hvorvidt hjemtagning af opgaven har givet anledning til den signifikant lavere operationsfrekvens, er ukendt. Samtidigt kan det konstateres, at antallet af primært strålebehandlede i Region Sjælland er faldet betydeligt, om end fortsat højt, sammenlignet med det øvrige land (Tabel 0-4). Omvendt har antallet af udførte radikale prostatektomier pr 100.000 mænd i Region Nord bevæget sig fra landsgennemsnittet til i 2020 signifikant højest (68,8), mens Region Nord samtidig har det laveste antal registrerede strålebehandlede pr. 100.000 mænd (Tabel 0-4).

Omkring 85% af de opererede patienter diagnosticeres helt i tråd med de kliniske anbefalinger med PSA < 20 ng/ml. Over 25% af operationspatienterne har laveste malignitetsgrad (ISUP-grad 1/ Gleason score 6) og 15,6% opereres for lavrisikosygdom, hvilket lidt paradoksalt er højere end før indførelse af Sundhedsstyrelsens visitationsretningslinje januar 2019 – i bestræbelserne for det modsatte. Forholdet kan dog skyldes, at antallet af tumorpositive nålebiopsier overstiger to.

Fordelingen af opererede patienters risikoscore ligger i perioden 2016–2020 relativt konstant med godt og vel halvdelen hørende til intermedier risikogruppe. Andelen af opererede lavrisikopatienter ligger marginalt højere (15,6%) end i perioden før visitationsretningslinjen fra januar 2019.

Tre ud af fire operationspatienter er uændret over tid uden erkendt komorbiditet (score 0), mens opererede cT3 og M1 patienter indgår i behandlingsprotokoller (SPCG-15 og Oligo-met), og antallet af patienter klassificeret som "Nx" planmæssigt falder.

Tabel 0-4. Strålebehandling

	År for første strålebehandling				
	2020	2019	2018	2017	2016
Primær kurativ strålebehandling (over 36 gange)	569	660	659	601	563
Rigshospitalet, Onkologisk Klinik, ONK	48	29	33	46	57
Herlev og Gentofte Hospital, Onkologisk overafd. R	81	62	90	59	65
Region Sjællands Sygehusvæsen, ROS Klin. Onkologi	133	191	152	141	109
Odense Universitetshospital, Onkologisk afd. R	58	62	57	78	58
Vejle Sygehus, SLB Onkologisk Afdeling (Vejle)	64	74	89	94	60
Aarhus Universitetshospital, Kræftafdelingen	150	202	191	148	174
Aalborg Universitetshospital, Alb Onkologisk Område	35	40	47	35	40
Primær kurativ strål pr. 100.000 mænd 18+ år*					
Danmark	24,7	28,8	28,9	26,6	25,1
Bopælsregion ved diagnose:					
Region Hovedstaden	16,4	11,6	15,6	11,8	13,7
Region Sjælland	42,6	59,9	49,3	50,5	41,8
Region Syddanmark	22,8	26,9	28,7	33,0	22,8
Region Midtjylland	29,5	39,1	37,8	30,6	35,7
Region Nordjylland	15,0	17,5	20,1	14,7	16,5
Alder på tidspunkt for første strål					
Median (Q1;Q3)	71 (67,2;74,8)	72 (66,9;74,6)	70 (65,6;74,1)	70 (65,7;73,7)	70 (65,7;73,9)
Gennemsnit (Min;Max)	70 (47,8;81,4)	70 (42,2;90,7)	69 (47,9;83,3)	69 (45,3;82,0)	70 (52,3;83,8)
PSA ved diagnose					
<10	177 (31,1%)	236 (35,8%)	231 (35,1%)	196 (32,6%)	170 (30,2%)
10-20	180 (31,6%)	192 (29,1%)	193 (29,3%)	155 (25,8%)	140 (24,9%)
21-100	198 (34,8%)	213 (32,3%)	211 (32,0%)	190 (31,6%)	162 (28,8%)
>100	11 (1,9%)	13 (2,0%)	9 (1,4%)	11 (1,8%)	4 (0,7%)
Ukendt	3 (0,5%)	6 (0,9%)	15 (2,3%)	49 (8,2%)	87 (15,5%)
ISUP** grad ved diagnose					
1 (Gleason score -6)	50 (8,8%)	48 (7,3%)	63 (9,6%)	79 (13,1%)	59 (10,5%)
2 (Gleason score 3+4)	141 (24,8%)	203 (30,8%)	191 (29,0%)	187 (31,1%)	172 (30,6%)

	År for første strålebehandling				
	2020	2019	2018	2017	2016
3 (Gleason score 4+3)	159 (27,9%)	162 (24,5%)	144 (21,9%)	139 (23,1%)	111 (19,7%)
4 (Gleason score 8)	81 (14,2%)	107 (16,2%)	97 (14,7%)	51 (8,5%)	83 (14,7%)
5 (Gleason score 9+)	104 (18,3%)	125 (18,9%)	144 (21,9%)	122 (20,3%)	104 (18,5%)
ISUP grad ikke defineret	34 (6,0%)	15 (2,3%)	20 (3,0%)	23 (3,8%)	34 (6,0%)
D'Amico-risikovurdering					
Udenfor risikovurdering	28	28	15	6	22
Risikovurderede:					
Ukendt	# (0,4%)	8 (1,3%)	15 (2,3%)	21 (3,5%)	23 (4,3%)
Lav risiko	19 (3,5%)	20 (3,2%)	31 (4,8%)	27 (4,5%)	23 (4,3%)
Intermediær risiko	158 (29,2%)	195 (30,9%)	200 (31,1%)	183 (30,8%)	167 (30,9%)
Høj risiko	362 (66,9%)	409 (64,7%)	398 (61,8%)	364 (61,2%)	328 (60,6%)
Charlson comorbidity index (ved diagnose)					
Score 0	365 (64,1%)	410 (62,1%)	412 (62,5%)	387 (64,4%)	362 (64,3%)
Score 1-2	161 (28,3%)	203 (30,8%)	193 (29,3%)	168 (28,0%)	163 (29,0%)
Score 3 eller derover	43 (7,6%)	47 (7,1%)	54 (8,2%)	46 (7,7%)	38 (6,7%)
T stadie på diagnosetidspunkt					
T0	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	# (0,3%)	# (0,2%)
Tx	9 (1,6%)	11 (1,7%)	11 (1,7%)	18 (3,0%)	# (0,4%)
T1a	0 (0%)	4 (0,6%)	5 (0,8%)	5 (0,8%)	4 (0,7%)
T1b	# (0,2%)	# (0,3%)	# (0,2%)	# (0,3%)	6 (1,1%)
T1c	122 (21,4%)	147 (22,3%)	139 (21,1%)	131 (21,8%)	120 (21,3%)
T2a	56 (9,8%)	85 (12,9%)	96 (14,6%)	74 (12,3%)	47 (8,3%)
T2b	48 (8,4%)	83 (12,6%)	52 (7,9%)	48 (8,0%)	42 (7,5%)
T2c	82 (14,4%)	71 (10,8%)	64 (9,7%)	59 (9,8%)	55 (9,8%)
T3a	105 (18,5%)	136 (20,6%)	125 (19,0%)	110 (18,3%)	127 (22,6%)
T3b	43 (7,6%)	47 (7,1%)	35 (5,3%)	33 (5,5%)	39 (6,9%)
T4	# (0,4%)	9 (1,4%)	3 (0,5%)	# (0,2%)	4 (0,7%)
Ikke registreret	101 (17,8%)	65 (9,8%)	128 (19,4%)	118 (19,6%)	116 (20,6%)
N stadie på diagnosetidspunkt					
Nx	159 (27,9%)	260 (39,4%)	243 (36,9%)	248 (41,3%)	210 (37,3%)
N0	284 (49,9%)	311 (47,1%)	266 (40,4%)	182 (30,3%)	173 (30,7%)
N1	21 (3,7%)	20 (3,0%)	14 (2,1%)	6 (1,0%)	19 (3,4%)
Ikke registreret	105 (18,5%)	69 (10,5%)	136 (20,6%)	165 (27,5%)	161 (28,6%)
M stadie på diagnosetidspunkt					
M0	455 (80,0%)	581 (88,0%)	523 (79,4%)	435 (72,4%)	399 (70,9%)

	År for første strålebehandling				
	2020	2019	2018	2017	2016
M1	9 (1,6%)	10 (1,5%)	# (0,2%)	# (0,2%)	4 (0,7%)
Ikke registreret	105 (18,5%)	69 (10,5%)	135 (20,5%)	165 (27,5%)	160 (28,4%)

*Incidensrate pr 100.000 mænd 18+ år, ikke aldersstandardiseret.

**ISUP (International Society of Urological Pathology): prostatacancer graderingssystem.

Incidensrate per 100.000 mænd, 18+ år, ikke aldersstandardiseret.

KOMMENTAR

Antallet af primært strålebehandlede (36+ behandlinger) patienter faldt i 2020 med knapt 10% til 569, hvilket svarer til præcis halvdelen af antallet af opererede patienter. Medianalder, tumorstadie og risikofordeling ligger uændret signifikant højere blandt strålebehandlede sammenlignet med opererede patienter. F.eks. tilhørte omkring 2/3 af de strålebehandlede højrisikogruppen sammenlignet med 25% blandt de opererede. Som angivet under radikal prostatektomi forekommer, sammenlignet med antal strålebehandlede, et reciprok forhold af antal opererede i Region Sjælland og Midtjylland (Tabel 0-3). I Region Sjælland er antallet af primært strålebehandlede dog faldet fra 59,9/100.000 i 2019 til 42,6 i 2020.

Specifik behandlingskodning af de forskellige typer strålebehandling er tydeligvis endnu ikke slået igennem i klinikken, hvorfor primær kurativ strålebehandling igen i år er defineret ved, at patienten har modtaget 36+ strålebehandlinger, da der vanligt gives 78 Gy over 39 behandlinger. Dette kan dog resultere i et underestimat, da der i få tilfælde også gives primært kurativ strålebehandling med 60 Gy over 20 fraktioner og evt. andre fraktioneringsmønstre samt ved brachyterapi. Det er således et fortsat stort ønske, at man blot i forbindelse med én af de givne fraktioner anvender den sygdomsspecifikke kode, som er angivet bagerst i rapporten: Primær kurativ ekstern strålebehandling: BWG+ZPZA02C

I henholdsvis Herlev og Aarhus tilbydes to meget forskellige former for internbestråling (brachyterapi) til to tilsvarende forskellige patientkategorier. Da antal behandlinger i såvel Herlev (lavdosis brachyterapi) og Aarhus (højdosis brachyterapi) er meget få, er de ikke indeholdt i årsrapporten.

Også blandt bestrålede patienter falder antallet klassificeret som "Nx".

Tabel 0-5. Salvage strålebehandling

	År for første strålebehandling				
	2020	2019	2018	2017	2016
Salvage strålebehandling (30 - 36 gange)	103	134	107	126	133
Rigshospitalet, Onkologisk Klinik, ONK	9	14	9	25	31
Herlev og Gentofte Hospital, Onkologisk overafd. R	37	40	19	30	47
Region Sjællands Sygehusvæsen, ROS Klin. Onkologi	#	#	#	0	#
Odense Universitetshospital, Onkologisk afd. R	21	22	28	25	10
Vejle Sygehus, SLB Onkologisk Afdeling (Vejle)	9	18	19	22	15
Aarhus Universitetshospital, Kræftafdelingen	16	31	16	17	18
Aalborg Universitetshospital, Alb Onkologisk Område	10	7	15	7	10
Salvage strål pr. 100.000 mænd 18+ år*					
Danmark	4,5	5,8	4,7	5,6	5,9
Bopælsregion ved diagnose:					
Region Hovedstaden	6,1	6,6	2,8	4,0	9,2
Region Sjælland	0,6	2,7	2,7	7,6	4,6
Region Syddanmark	6,2	7,8	9,7	9,6	4,6
Region Midtjylland	3,0	6,3	3,1	3,5	3,5
Region Nordjylland	4,2	2,9	6,3	2,9	5,1
Alder på tidspunkt for første strål					
Median (Q1;Q3)	69 (64,7;73,0)	68 (63,9;71,7)	68 (62,2;71,2)	68 (62,7;71,7)	67 (63,4;70,5)
Gennemsnit (Min;Max)	68 (50,8;77,7)	68 (48,5;76,9)	67 (49,1;75,8)	67 (50,9;77,4)	66 (49,5;77,2)

*Incidensrate pr 100.000 mænd 18+ år, ikke aldersstandardiseret.

KOMMENTAR

Antallet af patienter, som tilbydes stråleterapi af prostatalejet efter biokemisk tilbagefald efter radikal prostatektomi, har været relativt stabilt over tid, men med store udsving på de enkelte behandlende afdelinger. Skønt omkring 400 opererede patienter årligt erfaringsmæssigt udvikler biokemisk recidiv, blev kun i alt 103 mænd registreret tilbudt behandlingen i 2020. Antallet varierer fra # i Region Sjælland til 37 på Herlev/Gentofte. Nogle afdelinger har indført mere specifik diagnostik med PSMA PET CT ved PSA-recidiv, hvilket sandsynligvis udelukker nogle patienter fra salvage strålebehandling. Andre patienter får foretaget salvage lymfadenektomi, og dette kan reducere behovet for salvage strålebehandling yderligere. PSA-niveauet bør, af hensyn til prognosen, optimalt være lavest mulig og helst under 0,5 ved henvisning til salvage strålebehandling.

Vedrørende de behandlingsspecifikke koder for bl.a. salvage stråleterapi (BWG+ZPZA02A) henvises til kodekapitlet bagerst i rapporten.

Tabel 0-6. Watchful waiting

	År for Watchful waiting				
	2020	2019	2018	2017	2016
Watchful waiting	850	686	779	742	613
Herlev og Gentofte Hospital, Urologisk overafd. H	150	39	108	136	189
Rigshospitalet, Urologisk Klinik, D	108	59	119	79	43
Region Sjællands Sygehusvæsen, ROS Urologi	129	125	80	68	68
Odense Universitetshospital, Urinvejskirurgisk Afdeling	89	119	143	177	99
Sydvestjysk Sygehus, Kirurgisk område Esbjerg	21	31	31	22	23
Sygehus Sønderjylland, SHS Urinvejskirurgi	8	9	6	#	4
Vejle Sygehus, SLB Urinvejskirurgi Afdeling (Vejle)	26	35	48	37	8
Aarhus Universitetshospital, Urinvejskirurgi	133	97	32	33	25
Hospitalsenheden Vest, Urinvejskirurgisk Afdeling	67	87	80	118	6
Aalborg Universitetshospital, Alb Urologisk Område	87	47	71	32	44
Regionshospital Nordjylland Ven, RHN Kirurgi	29	37	53	27	31
Øvrige	3	#	8	12	73
WW pr. 100.000 mænd 18+ år*					
Danmark	36,9	29,9	34,2	32,8	27,4
Bopælsregion ved diagnose:					
Region Hovedstaden	33,0	12,6	28,0	27,1	31,9
Region Sjælland	45,3	41,2	36,3	31,0	26,1
Region Syddanmark	29,5	38,2	45,0	47,6	37,6
Region Midtjylland	36,8	35,3	22,0	29,8	5,9
Region Nordjylland	50,0	35,5	52,7	27,8	41,1
Alder på tidspunkt for WW					
Median (Q1;Q3)	76 (73,0;79,0)	76 (73,0;80,0)	75 (71,0;79,0)	75 (72,0;79,0)	74 (71,0;78,0)
Gennemsnit (Min;Max)	75 (52,0;92,0)	76 (51,0;94,0)	75 (50,0;92,0)	75 (50,0;93,0)	74 (53,0;91,0)
PSA ved diagnose					
<10	407 (47,9%)	305 (44,5%)	326 (41,8%)	340 (45,8%)	198 (32,3%)
10-20	220 (25,9%)	206 (30,0%)	227 (29,1%)	188 (25,3%)	148 (24,1%)
21-100	147 (17,3%)	121 (17,6%)	145 (18,6%)	116 (15,6%)	100 (16,3%)

	År for Watchful waiting				
	2020	2019	2018	2017	2016
>100	17 (2,0%)	10 (1,5%)	10 (1,3%)	4 (0,5%)	3 (0,5%)
Ukendt	59 (6,9%)	44 (6,4%)	71 (9,1%)	94 (12,7%)	164 (26,8%)
ISUP** grad ved diagnose					
1 (Gleason score -6)	312 (36,7%)	255 (37,2%)	292 (37,5%)	303 (40,8%)	239 (39,0%)
2 (Gleason score 3+4)	293 (34,5%)	230 (33,5%)	264 (33,9%)	236 (31,8%)	208 (33,9%)
3 (Gleason score 4+3)	111 (13,1%)	92 (13,4%)	119 (15,3%)	83 (11,2%)	64 (10,4%)
4 (Gleason score 8)	43 (5,1%)	37 (5,4%)	38 (4,9%)	48 (6,5%)	31 (5,1%)
5 (Gleason score 9+)	54 (6,4%)	31 (4,5%)	30 (3,9%)	23 (3,1%)	22 (3,6%)
ISUP grad ikke defineret	37 (4,4%)	41 (6,0%)	36 (4,6%)	49 (6,6%)	49 (8,0%)
Risikovurdering ved diagnose					
Udenfor risikovurdering	16	20	9	3	4
Risikovurderede:					
Ukendt	87 (10,4%)	72 (10,8%)	88 (11,4%)	109 (14,7%)	90 (14,8%)
Lav risiko	131 (15,7%)	105 (15,8%)	110 (14,3%)	113 (15,3%)	91 (14,9%)
Intermediær risiko	356 (42,7%)	280 (42,0%)	343 (44,5%)	303 (41,0%)	253 (41,5%)
Høj risiko	260 (31,2%)	209 (31,4%)	229 (29,7%)	214 (29,0%)	175 (28,7%)
Charlson comorbidity index (ved diagnose)					
Score 0	462 (54,4%)	386 (56,3%)	442 (56,7%)	400 (53,9%)	345 (56,3%)
Score 1-2	277 (32,6%)	219 (31,9%)	235 (30,2%)	258 (34,8%)	183 (29,9%)
Score 3 eller derover	111 (13,1%)	81 (11,8%)	102 (13,1%)	84 (11,3%)	85 (13,9%)
T stadie på diagnosetidspunkt					
T0	0 (0%)	# (0,3%)	4 (0,5%)	# (0,1%)	# (0,2%)
Tx	21 (2,5%)	30 (4,4%)	33 (4,2%)	28 (3,8%)	18 (2,9%)
T1a	12 (1,4%)	7 (1,0%)	12 (1,5%)	26 (3,5%)	12 (2,0%)
T1b	9 (1,1%)	6 (0,9%)	9 (1,2%)	9 (1,2%)	9 (1,5%)
T1c	325 (38,2%)	268 (39,1%)	282 (36,2%)	280 (37,7%)	214 (34,9%)
T2a	100 (11,8%)	89 (13,0%)	82 (10,5%)	93 (12,5%)	55 (9,0%)
T2b	72 (8,5%)	72 (10,5%)	62 (8,0%)	34 (4,6%)	39 (6,4%)
T2c	53 (6,2%)	48 (7,0%)	53 (6,8%)	46 (6,2%)	38 (6,2%)
T3a	50 (5,9%)	41 (6,0%)	43 (5,5%)	39 (5,3%)	39 (6,4%)
T3b	15 (1,8%)	9 (1,3%)	9 (1,2%)	12 (1,6%)	9 (1,5%)
T4	4 (0,5%)	6 (0,9%)	# (0,1%)	# (0,1%)	# (0,3%)
Ikke registreret	189 (22,2%)	108 (15,7%)	189 (24,3%)	173 (23,3%)	177 (28,9%)
N stadie på diagnosetidspunkt					
Nx	409 (48,1%)	419 (61,1%)	445 (57,1%)	490 (66,0%)	380 (62,0%)

	År for Watchful waiting				
	2020	2019	2018	2017	2016
N0	221 (26,0%)	142 (20,7%)	114 (14,6%)	58 (7,8%)	38 (6,2%)
N1	10 (1,2%)	9 (1,3%)	7 (0,9%)	# (0,1%)	# (0,2%)
Ikke registreret	210 (24,7%)	116 (16,9%)	213 (27,3%)	193 (26,0%)	194 (31,6%)
M stadie på diagnosetidspunkt					
M0	629 (74,0%)	557 (81,2%)	560 (71,9%)	544 (73,3%)	414 (67,5%)
M1	11 (1,3%)	13 (1,9%)	5 (0,6%)	3 (0,4%)	4 (0,7%)
Ikke registreret	210 (24,7%)	116 (16,9%)	214 (27,5%)	195 (26,3%)	195 (31,8%)

*Incidensrate pr 100.000 mænd 18+ år, ikke aldersstandardiseret.

**ISUP (International Society of Urological Pathology): prostatacancer graderingssystem.

KOMMENTAR

Disse data bygger på LPR indberetning. Antallet af patienter, som observeres med henblik på endokrinterapi (watchful waiting (WW)), har over tid været stigende og aktuelt lig antallet af patienter registreret for observation i form af active surveillance (AS). Som anført under kommentering af AS, er der oplagt 100-200 patienter, som her er fejkodede WW-patienter, der formentlig hermed udgør den hyppigste form for observationsregime.

Der er de seneste år en såvel intra- som interregional variation i antallet af patienter, som undergår WW. En del af forklaringen kan have baggrund i lokal kodepraksis. Koden for watchful waiting er ZZ4252A.

Gennemsnitsalderen ved WW er forventet knapt 10 år højere end for patienter i AS, ligesom det kun var få patienter med lavrisikosygdom, som undergik WW. Enkelte heraf (1,3%) er registreret som observerede for metastatisk sygdom. De generelle usikkerheder vedrørende PSA, TNM-klassifikation og aldersjustering er ligeledes gældende for denne tabel.

Omkring halvdelen af patienterne i WW klassificeres fortsat misforstået som "Nx".

Tabel 0-7. Anden behandling

Behandling startet 2019	Region (primære urologiske behandlingscenter)					
	I alt	Hovedstaden	Sjælland	Syddanmark	Midtjylland	Nordjylland
Antiandrogen	1.230	307	61	262	428	172
GNRH analog	2.585	528	904	245	750	157
GNRH antagonist	129	76	#	51	#	0
Orchiectomi	63	21	6	19	11	6
Abirateron	275	97	79	47	28	24
Enzalutamid	659	184	90	164	159	62
Docetaxel	606	160	122	163	115	46
Cabazitaxel	248	74	58	50	47	19
Bisfosfonat	39	22	5	6	6	0
Denosumab	737	148	50	35	425	79
Radium-223	44	14	6	9	14	#
Forsøgsmedicin	8	#	#	0	5	0

Behandling startet 2020	Region (primære urologiske behandlingscenter)					
	I alt	Hovedstaden	Sjælland	Syddanmark	Midtjylland	Nordjylland
Antiandrogen	1.002	320	6	209	323	144
GNRH analog	1.731	505	376	255	433	161
GNRH antagonist	140	83	#	54	0	#
Orchiectomi	50	16	3	14	10	7
Abirateron	245	36	98	32	42	37
Enzalutamid	649	185	92	172	123	77
Docetaxel	597	151	137	154	125	29
Cabazitaxel	286	71	58	89	48	20
Bisfosfonat	31	18	4	4	5	0
Denosumab	704	145	60	18	384	96
Radium-223	48	23	3	9	13	0
Forsøgsmedicin	3	0	0	0	3	0

KOMMENTAR

Endokrin og anden medicinsk behandling:

Overblikket over de efterhånden mangeårige behandlingsforløb hos patienter med dissemineret sygdom, arten heraf, hvornår i sygdomsforløbet og frekvensen heraf, forudsætter en korrekt stadie- og behandlingsspecifik kodning. Med henvisning til kodearket bagest i rapporten skal kastrationsresistent sygdom (CRPC) kodes med "Z" (DC61.9Z). Herudover har de enkelte behandlinger hver sin kode – f.eks. abirateron: BWHC50, enzalutamid: BWHC51 og docetaxel: BWHA208. Metastatisk sygdom kan desværre ikke længere i LPR3 kodes med suffikset "M", hvilket vil kunne underminere den nødvendige udvikling af den "onkologiske" del af årsrapporten og de potentielle og meget tiltrængte tilhørende kvalitetsindikatorer.

Da efterhånden det meste af behandlingsrepertoiret inkl. lokal stråleterapi kan anvendes i såvel sygdomsfaserne **HormonSensitiv ProstataCancer (HSPC)** som i **KastrationsResistente ProstataCancer (CRPC)**, er det i det kommende år databasens ambition at skabe et reelt behandlingsoverblik over, hvem der behandles i henhold til de landsdækkende kliniske retningslinjer samt effekten heraf.

Indtil da kan det af Tabel 0-7 ses, at anvendelse af den initiale endokrine terapi, om end med store interregionale variationer, er rimelig stabil. Det samme forhold gør sig gældende for behandling med 2.-generations endokrine præparater (abirateron og enzalutamid) samt cytostatika (docetaxel og cabazitaxel). Som anbefalet af Medicinrådet anvendes GnRH analoge medikamenter generelt frem for antagonist. Den månedligt administrerede GnRH antagonist anvendes udelukkende i Region Hovedstaden og Region Syddanmark.

Anvendelse af medicinsk knogleprofylakse udgøres altovervejende med denosumab (prolia). Over halvdelen heraf anvendes i Region Midtjylland, hvor alle i udgangspunktet tilbydes profylaksen under kastrationsbehandling.

Radium 223 (Xofigo) anbefales typisk anvendt senere i behandlingsforløbet, hvilket anses for årsagen til, at det beskedne antal patienter, der modtager behandlingen, hører til på de tre udøvende centre (Hovedstaden, Odense og Aarhus).

Da patienterne med metastaserende sygdom er sårbare og den medicinske behandling kostbar, anses det for vigtigt at sikre et overblik over omfang og kvalitet af den givne behandling i dette sygdomsstadie. Som minimum kan der stilles krav om korrekt behandlingskodning. Herudover ville adgang til sygehusapotekernes udleveringer kunne være en mere nøjagtig datakilde.

OVERSIGT OVER ALLE INDIKATORER

Indikatorområde	Indikator	Indikatortype	Standard
Indlæggelseshyppighed	Indikator 1: Andel af udførte transrektal ultralydsscanning (TRUS) med prostatabiopsi, der har medført indlæggelse indenfor 7 dage efter proceduren	Proces	≤5%
Positiv kirurgisk margin (pT2)	Indikator 2: Andel af radikalt prostatektomerede (pT2) patienter med positiv kirurgisk margen	Resultat	≤15%
Positiv kirurgisk margin (pT3)	Indikator 3: Andel af radikalt prostatektomerede (pT3) patienter med positiv kirurgisk margen	Resultat	≤30%
Morbiditet 30 dage	Indikator 4: Andel af patienter genindlagt indenfor 30 dage efter radikal prostatektomi	Resultat	≤10%
Postoperativ morbiditet	Indikator 5: Andel af radikalt prostatektomerede patienter, der har været indlagt mere end 3 dage postoperativt	Resultat	≤5%
Datakomplethed	Indikator 6: Andel diagnosticerede patienter med PSA, kardinalsymptomer og cTNM-oplysninger angivet i DaProCadata diagnoseskemaet	Resultat	≥90%
Lav risiko/kurativ behandling	Indikator 7: Andel af patienter i D'Amico-lav risiko, der behandles kirurgisk eller med stråleterapi indenfor 3 mdr.	Proces	
Høj risiko/ kurativ behandling	Indikator 8: Andel af patienter i D'Amico-høj risiko, der behandles kirurgisk, med stråleterapi eller endokrin behandling indenfor 6 mdr.	Proces	

Kommentar: De aktuelle kvalitetsindikatorer afspejler udredning (1) og den operative behandling (2-5). Indikator 6 forholder sig til indberetningens komplethed. Indikator 7 og 8 beskriver anvendelsen af aktiv behandling ved lav-risiko sygdom (bør være lavt) og ved høj-risiko sygdom (bør være højt). Der ønskes i fremtiden indikatorer for strålebehandling og medicinsk behandling af de mere avancerede syge patienter.

OVERSIGT OVER DE SAMLEDE INDIKATORRESULTATER

Overzicht over de samlede indikatorresultater

Indikator	Format	Standard	Uoplyst	Indikatoropfyldelse			
				01.01.2020 - 31.12.2020	2019	2018	2017
				Andel	Andel	Andel	Andel
Indikator 1: Andel af udførte transrektale ultralydsscanninger (TRUS) med prostatabiopsi, der har medført indlæggelse indenfor 7 dage efter proceduren (patienter med efterfølgende prostatacancer)	Andel	≤ 5	0	6 (5-6)	4	5	5
Indikator 2: Andel af radikalt prostatektomerede (pT2) patienter med positiv kirurgisk margen	Andel	≤ 15	0	11 (9-14)	15	14	14
Indikator 3: Andel af radikalt prostatektomerede (pT3) patienter med positiv kirurgisk margen	Andel	≤ 30	0	40 (35-45)	50	37	36
Indikator 4: Andel af patienter genindlagt med komplikationer indenfor 30 dage efter radikal prostatektomi	Andel	≤ 10	0	11 (9-13)	13	11	13
Indikator 5: Andel af radikalt prostatektomerede patienter, der har været indlagt mere end 3 dage postoperativt	Andel	≤ 5	0	3 (2-4)	4	3	5
Indikator 6: Andel diagnosticerede patienter med PSA, kardinalsymptomer og cTNM-oplysninger angivet i DaProCaData diagnoseskemaet	Andel	≥ 90	0	70 (69-72)	85	76	70

Oversigt over de supplerende indikatorer

Indikator	Format	Standard	Uoplyst	Indikatoropfyldelse			
				01.01.2020 - 31.12.2020	2019	2018	2017
				Andel	Andel	Andel	Andel
Indikator 3a (suppl): Andel af radikalt prostatektomerede (pT3/cT1-cT2) patienter med positiv kirurgisk margen	Andel		0	39 (33-45)	49	36	
Indikator 3b (suppl): Andel af radikalt prostatektomerede (pT3/cT3+) patienter med positiv kirurgisk margen	Andel		0	41 (27-56)	51	38	
Indikator 7 (suppl): Andel af patienter i D'Amico-lav risikogruppe, der behandles kirurgisk eller med stråleterapi indenfor 90 dage efter diagnose.	Andel		0		6 (4-8)	6	10
Indikator 8 (suppl): Andel af patienter i D'Amico-høj risikogruppe, der behandles kirurgisk eller med kurativ stråleterapi indenfor 180 dage efter diagnose.	Andel		0		62 (60-65)	62	53

INDIKATORRESULTATER FOR DANMARK OG PÅ REGIONS- OG AFDELINGSNIVEAU

I de efterfølgende afsnit gennemgås de enkelte indikatorer, og det angives, om standarden er opfyldt på regionsniveau og på afdelingsniveau. Antal, som er meget små, er undertrykt på grund af risikoen for at vise potentielt personhenførbare oplysninger.

For hver indikator vises en oversigtstabel for resultatet på lands-, regions- og afdelingsniveau, og resultaterne visualiseres yderligere med forskellige grafiske fremstillinger. Funnelploths illustrerer, hvordan de observerede indikatorresultater ligger i forhold til den behandlende afdelings størrelse. Den røde linje viser den fastsatte standard for hver indikator. Den omkringliggende tragt viser et 95% konfidensinterval omkring standarden. Resultater, der ligger uden for tragten, viser afdelinger, som afviger statistisk signifikant fra den fastsatte standard. Trendgraferne viser indikatoropfyldelsen over tid på regionsniveau.

Indikator 1: Indlæggelseshyppighed

Indikator 1: Andel af udførte transrektale ultralydsscanninger (TRUS) med prostatabiopsi, der har medført indlæggelse indenfor 7 dage efter proceduren (patienter med efterfølgende prostatacancer)

	Standard	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år		Tidligere år	
	≤ 5%			01.01.2020 - 31.12.2020		2019	2018
	opfyldt			Andel	95% CI	Andel	Andel
Danmark	Nej	295 / 5.149	0 (0)	6	(5-6)	4	5
Hovedstaden	Nej	85 / 1.199	0 (0)	7	(6-9)	5	6
Sjælland	Ja	38 / 791	0 (0)	5	(3-7)	5	4
Syddanmark	Ja	56 / 1.140	0 (0)	5	(4-6)	4	4
Midtjylland	Nej	75 / 1.388	0 (0)	5	(4-7)	4	5
Nordjylland	Nej	40 / 623	0 (0)	6	(5-9)	4	3
Hovedstaden	Nej	85 / 1.199	0 (0)	7	(6-9)	5	6
Bornholms Hospital, Kirurgisk afdeling	Nej	## / ##	0 (0)	11	(0-48)	0	16
Herlev og Gentofte Hospital, Urologisk overafd. H	Nej	65 / 912	0 (0)	7	(6-9)	5	6
Rigshospitalet, Urologisk Klinik, D	Nej	19 / 278	0 (0)	7	(4-10)	4	7
Sjælland	Ja	38 / 791	0 (0)	5	(3-7)	5	4
Region Sjællands Sygehusvæsen, ROS Urologi	Ja	38 / 791	0 (0)	5	(3-7)	5	4
Syddanmark	Ja	56 / 1.140	0 (0)	5	(4-6)	4	4
Friklinikken Region Syddanmark (Grindsted), FRI Organkirurgi	Ja	0 / 3	0 (0)	0	(0-71)	0	0
Odense Universitetshospital, Urinvejskirurgisk Afdeling L	Nej	30 / 568	0 (0)	5	(4-7)	4	3
Sydvestjysk Sygehus, Kirurgisk område Esbjerg	Nej	13 / 189	0 (0)	7	(4-11)	6	6
Sygehus Sønderjylland, SHS Urinvejskirurgi	Ja	3 / 119	0 (0)	3	(1-7)	6	5
Vejle Sygehus, SLB Urinvejskirurgi Afdeling (Vejle)	Ja	10 / 261	0 (0)	4	(2-7)	2	5
Midtjylland	Nej	75 / 1.388	0 (0)	5	(4-7)	4	5
Aarhus Universitetshospital, Røntgen og Skanning	Ja	6 / 169	0 (0)	4	(1-8)	4	4
Aarhus Universitetshospital, Urinvejskirurgi	Nej	40 / 679	0 (0)	6	(4-8)	4	4
Hospitalsenheden Vest, Urinvejskirurgisk Afdeling	Nej	29 / 540	0 (0)	5	(4-8)	4	5

	Standard	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år		Tidligere år	
	≤ 5% opfyldt			01.01.2020 - 31.12.2020	95% CI	2019	2018
				Andel		Andel	Andel
Nordjylland	Nej	40 / 623	0 (0)	6	(5-9)	4	3
Aalborg Universitetshospital, Alb Urologisk Område	Nej	30 / 476	0 (0)	6	(4-9)	5	3
Regionshospital Nordjylland Ven, RHN Kirurgi	Nej	10 / 147	0 (0)	7	(3-12)	3	3
Privathospitaler							
Privathospitalet Mølholm Vejle, afdeling	Nej	#/#	0 (0)	13	(0-53)	0	0

KOMMENTAR

Datagrundlag og beregningsregler

Indikator 1 tager udgangspunkt i transrektale ultralydscannings procedurer (TRUS) med prostatabiopsi udført i 2020 blandt mænd, som fik diagnosticeret prostatacancer ved proceduren. Når der var flere TRUS-biopsi registreringer for en mand på en enkelt dag, er kun medtaget den første biopsiregistrering.

Overgangen til LPR3 har medført, at beregningen af denne indikator måtte ændres. LPR3-kontakter med fysisk fremmøde er lagt sammen til ét kontaktforsøg, hvis der var mindre end 12 timer mellem kontakterne (fra slut tidspunkt til næste starttidspunkt). En "Indlæggelse" er i indikatorberegningen defineret ved, at det samlede kontaktforsøg spænder over to eller flere datoer og har en varighed på mindst 12 timer. Beregningen giver tal, som er konsistente med sidste års resultater, men det nye tal er følsomt for antagelser i algoritmen.

Resultater

Af de i alt 5.149 biopsisæt, taget på patienter, som fik stillet diagnosen ved en prostatabiopsi, medførte 295 (6%) en efterfølgende indlæggelse inden for syv dage. Standarden på $\leq 5\%$ indlagte efter TRUS med biopsi blev således ikke indfriet på landsplan.

Der ses variation mellem sygehusafdelingerne fra 0% til 11%. Der er 9/11 hospitalsafdelinger, her iblandt flere af de større centre, som ikke opfylder standarden, og i de fleste afdelinger (11/15) steg andelen af patienter, som blev indlagt. Trenden i Figur 1-4 udstiller en global udfordring i forhold til infektionsrisikoen, hvor der over tid demonstreres en tydelig stigning for samtlige regioner, om end med et lille særskilt fald i Region Sjælland i 2020. Rebioptering ved fx active surveillance kan påvirke risikoen for morbiditet. For nogle enheder dækker tallene over meget få patienter, ligesom den antibiotiske profylakse kan variere regionalt.

Diskussion og implikationer

Der bør på de urologiske afdelinger, hvor indikatorstandarden ikke opfyldes, være en større opmærksomhed på denne procedure og om muligt findes en årsagsforklaring på den forhøjede forekomst. De forebyggende tiltag, herunder anvendelse af profylaktiske antibiotika, bør ikke mindst i forbindelse med rebioptering tages op til overvejelse på afdelinger, hvor indlæggelsesfrekvensen ligger over landsgennemsnittet.

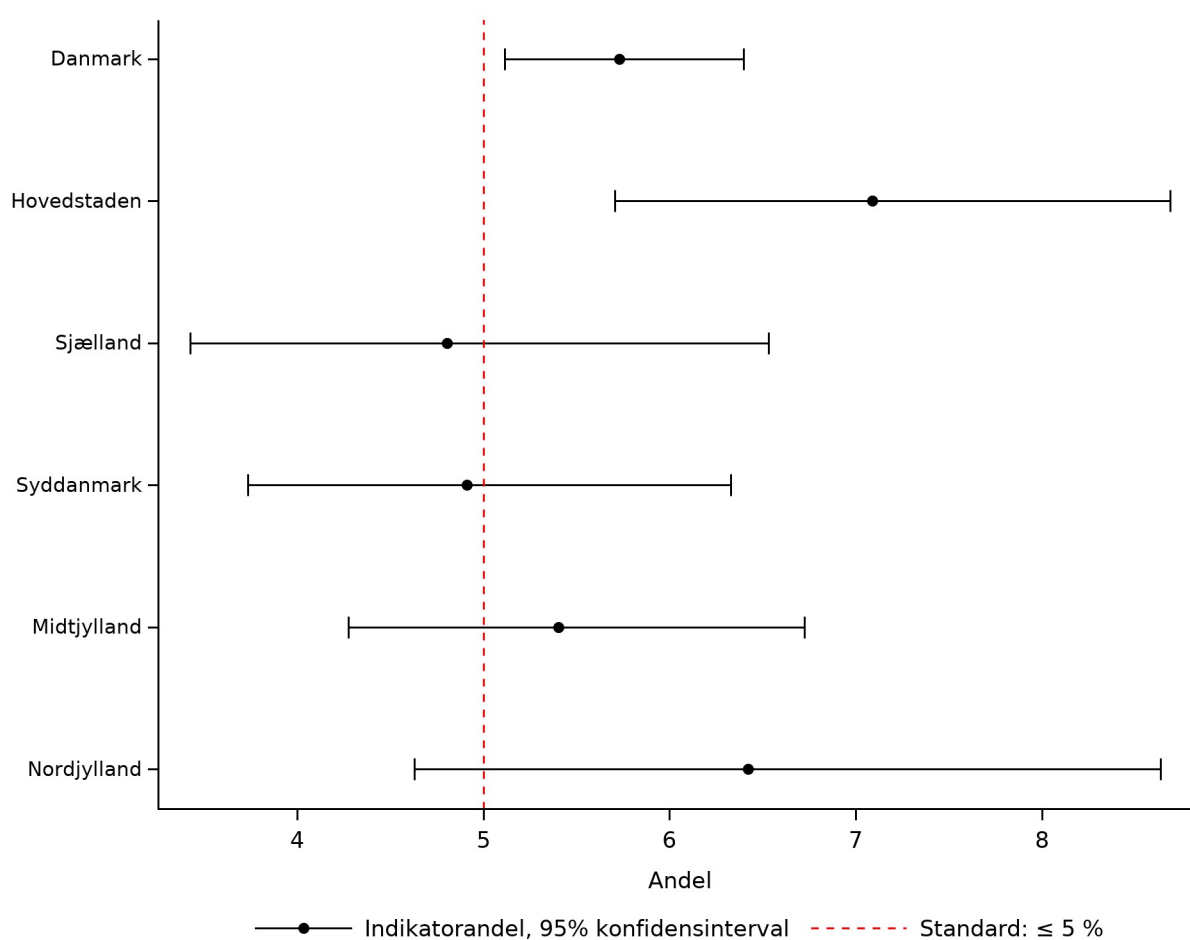
Vurdering af indikatoren

Indikatoren er fortsat relevant, da der i 2020/ 2021 implementeres en ny diagnostisk strategi med mulighed for færre og målrettede UL/ fusions-biopsier (kodes KTKE00A3), og dermed dels behov for at sikre kvaliteten og dels mulighed for at sammenligne med forudgående år. Endeligt vil de fremtidigt færre og målrettede biopsier åbne en reel mulighed for at erstatte den hidtidige transrektale biopsiadgang til en steril transperineal adgang.

Det vil de kommende år være væsentligt at kunne redegøre for antallet af nålestik i de enkelte biopsisæt pr patient.

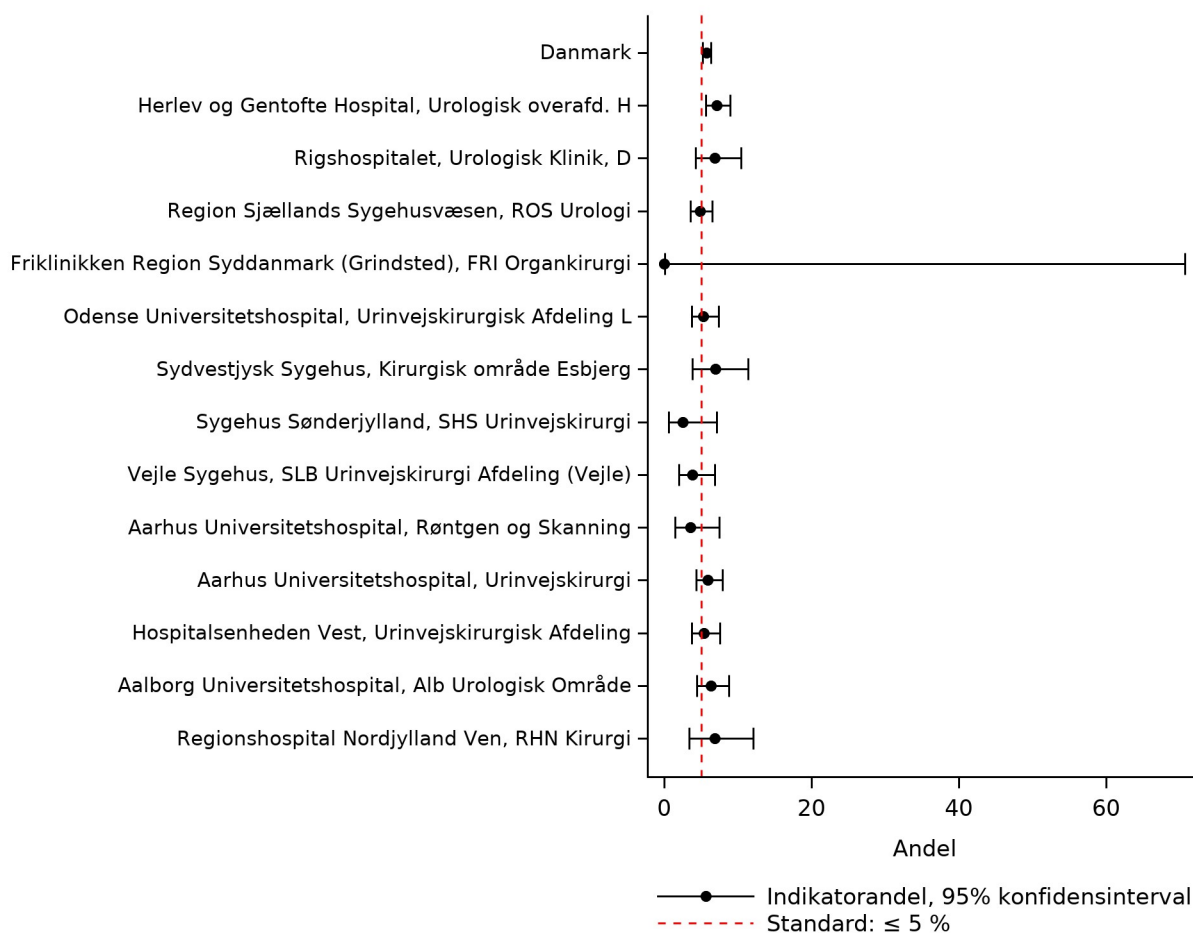
Figur 1-1. Indlæggeshyppighed efter udført TRUS med prostatabiopsi opgjort på regionsniveau

Indikator 1: Andel af udførte transrektale ultralydsscanninger (TRUS) med prostatabiopsi, der har medført indlæggelse indenfor 7 dage efter proceduren (patienter med efterfølgende prostatacancer). Kontrolldiagram på regionsniveau.



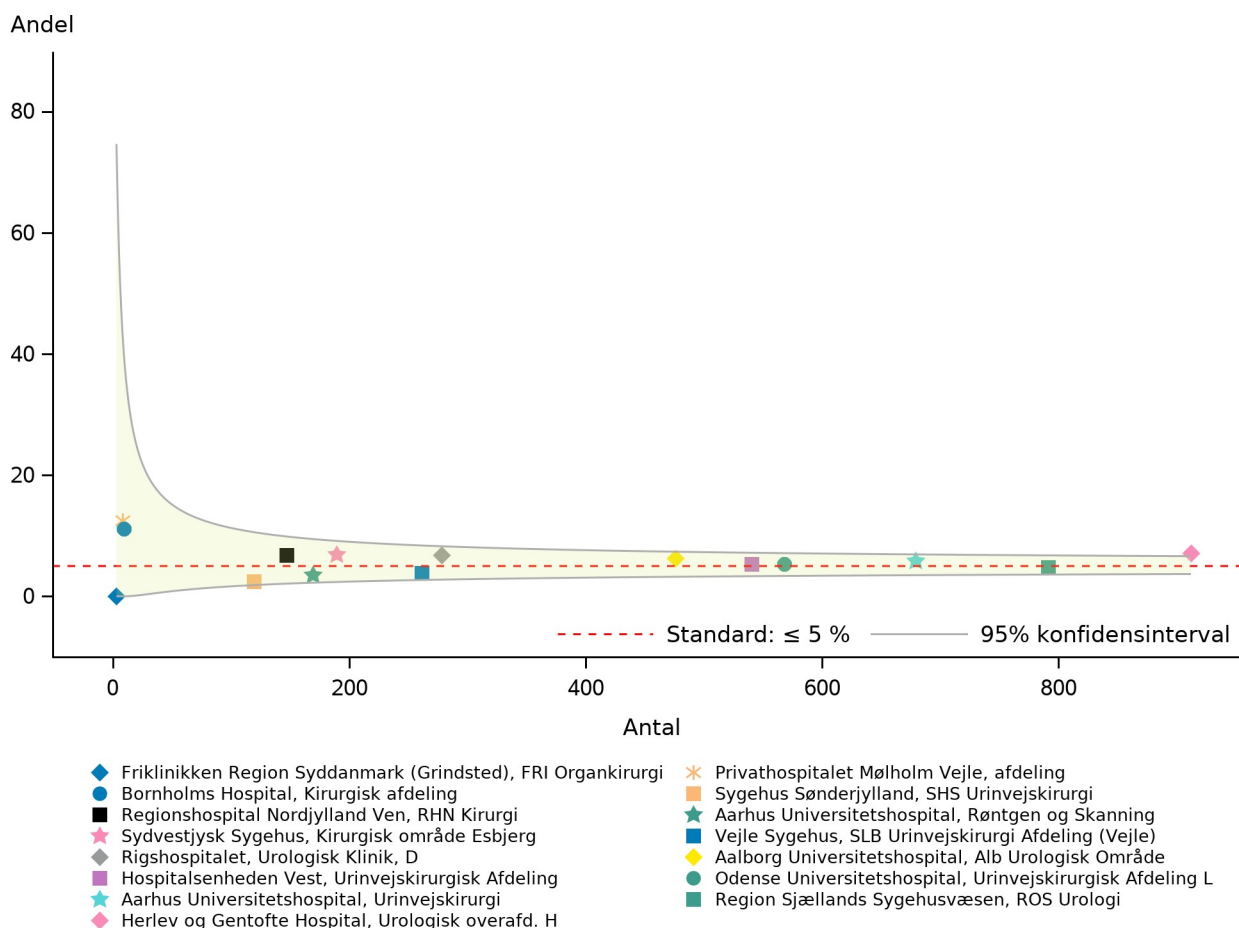
Figur 1-2. Indlæggeshyppighed efter udført TRUS med prostatabiopsi opgjort per hospitalsafdeling

Indikator 1: Andel af udførte transrektale ultralydsscanninger (TRUS) med prostatabiopsi, der har medført indlæggelse indenfor 7 dage efter proceduren (patienter med efterfølgende prostatacancer). Kontrolldiagram på afdelingsniveau.



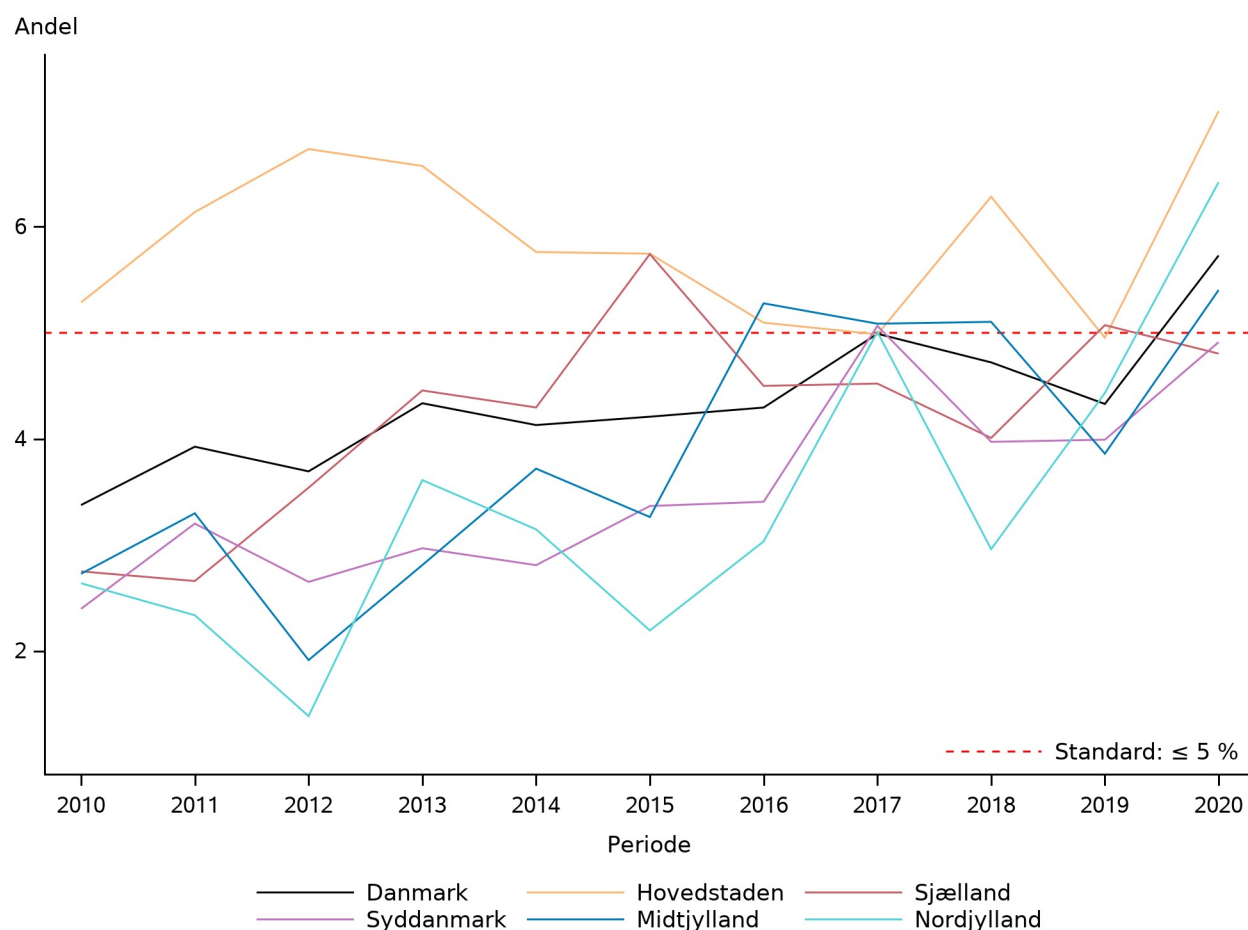
Figur 1-3. Funnelplo for indlæggelseshyppighed efter udført TRUS med prostatabiopsi i forhold til behandelende afdelingsstørrelse

Indikator 1: Andel af udførte transrektale ultralydsscanninger (TRUS) med prostatabiopsi, der har medført indlæggelse indenfor 7 dage efter proceduren (patienter med efterfølgende prostatacancer). Funnelplo på afdelingsniveau.



Figur 1-4. Trend i indlæggeshyppighed efter udført TRUS med prostatabiopsi opdelt per region i perioden 2010 til 2019

Indikator 1: Andel af udførte transrektale ultralydsscanninger (TRUS) med prostatabiopsi, der har medført indlæggelse indenfor 7 dage efter proceduren (patienter med efterfølgende prostatacancer). Trendgraf på regionsniveau.



Indikator 2: Positiv kirurgisk margin (pT2)

Tabel 2-1.

Indikator 2: Andel af radikalt prostatektomerede (pT2) patienter med positiv kirurgisk margin

	Standard	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år		Tidligere år	
	≤ 15% opfyldt			01.01.2020 - 31.12.2020 Andel	95% CI	2019 Andel	2018 Andel
Danmark	Ja	75 / 655	0 (0)	11	(9-14)	15	14
Hovedstaden	Nej	40 / 222	0 (0)	18	(13-24)	18	20
Sjælland	Ja	6 / 60	0 (0)	10	(4-21)	22	19
Syddanmark	Ja	12 / 136	0 (0)	9	(5-15)	14	6
Midtjylland	Ja	9 / 154	0 (0)	6	(3-11)	12	13
Nordjylland	Ja	8 / 83	0 (0)	10	(4-18)	8	14
Hovedstaden	Nej	40 / 222	0 (0)	18	(13-24)	18	20
Herlev og Gentofte Hospital, Urologisk overafd. H	Nej	28 / 145	0 (0)	19	(13-27)	17	21
Rigshospitalet, Urologisk Klinik, D	Nej	12 / 77	0 (0)	16	(8-26)	21	20
Sjælland	Ja	6 / 60	0 (0)	10	(4-21)	22	19
Region Sjællands Sygehusvæsen, ROS Urologi	Ja	6 / 60	0 (0)	10	(4-21)	22	19
Syddanmark	Ja	12 / 136	0 (0)	9	(5-15)	14	6
Odense Universitetshospital, Urinvejskirurgisk Afdeling L	Ja	12 / 136	0 (0)	9	(5-15)	14	6
Midtjylland	Ja	9 / 154	0 (0)	6	(3-11)	12	13
Aarhus Universitetshospital, Urinvejskirurgi	Ja	3 / 43	0 (0)	7	(1-19)	22	15
Hospitalsenheden Vest, Urinvejskirurgisk Afdeling	Ja	6 / 111	0 (0)	5	(2-11)	5	11
Nordjylland	Ja	8 / 83	0 (0)	10	(4-18)	8	14
Aalborg Universitetshospital, Alb Urologisk Område	Ja	8 / 83	0 (0)	10	(4-18)	8	14

KOMMENTAR

Datagrundlag og beregningsregler

Indikatoren beskriver andelen af radikalt prostatektomerede patienter med det postoperative intraprostatisk patologisk stadie pT2, der ikke har frie resektionsrande, også kaldet "tumorpositiv kirurgisk margin" (R+).

Resultater

På landsplan havde 75 af i alt 655 (11%) af patienter med intraprostatisk (pT2) tumorer positiv kirurgisk margin efter radikal prostatektomi. Dette er lavere end de tidligere år. Standarden på 15% er fortsat opfyldt nationalt. Standarden er, som i tidligere år, ikke opfyldt i Region Hovedstaden (18%). På Aarhus Universitetshospital er andelen nu faldet til 7%, mens hospitalet Vest fortsat ligger lavest med 5%. Trenden i Figur 2-4 viser et over tid om end fluktuerende så relevant fald i antallet af R+ i særligt fire af de fem regioner.

Diskussion og implikationer

De nævnte forskelle beror formentlig på patientselektion og/ eller kirurgisk teknik og metode, herunder nervesparende kirurgi, fremfor på forskelle i fortolkningen af, hvad der karakteriserer ekstraprostatisk spredning og positiv kirurgisk margin. De opdaterede landsdækkende DAPROCA retningslinjer vedr. patoanatomisk diagnostik af prostatacancer indeholder præcise definitioner på disse to parametre (<https://www.dmcg.dk/Kliniske-retningslinjer/kliniske-retningslinjer/daproca/patoanatomisk-diagnostik-af-prostatacancer/>).

Da R+ øger risikoen for biokemisk recidiv (se årsrapportens særkapitel) og efterfølgende bivirkningsfyldt salvage strålebehandling og supplerende endokrinterapi samt ikke mindst et sygdomstilbagefald, anses det for betydende for behandlingskvaliteten, at der om muligt ikke efterlades cancervæv i forbindelse med det radikale operative indgreb. Om end prognosen for patienter med tumorpositive kirurgiske marginer er bedre ved intraprostatisk (pT2) sygdom, må det som udgangspunkt forventes, at hele prostata og dermed canceren i udgangspunktet fjernes. Frekvensen af patienter, som opereres "i sundt væv", anses derfor at udgøre en naturlig indikator for behandlingskvalitet, ligesom store regionale variationer heraf naturligt bør lede til refleksioner og intern audit. I store internationale serier (>1.000 opererede) angives frekvensen af R+ ved pT2 tumorer på mellem 5,8 og 17%, hvilket er i god overensstemmelse med indikatorens standard (Kang et al. 2020). En række faktorer øger endvidere risikoen for R+ ved pT2 tumorer (PSA-niveau samt stigende PSA-niveau og Gleason score) (Shenet al. 2019).

Vurdering af indikatoren

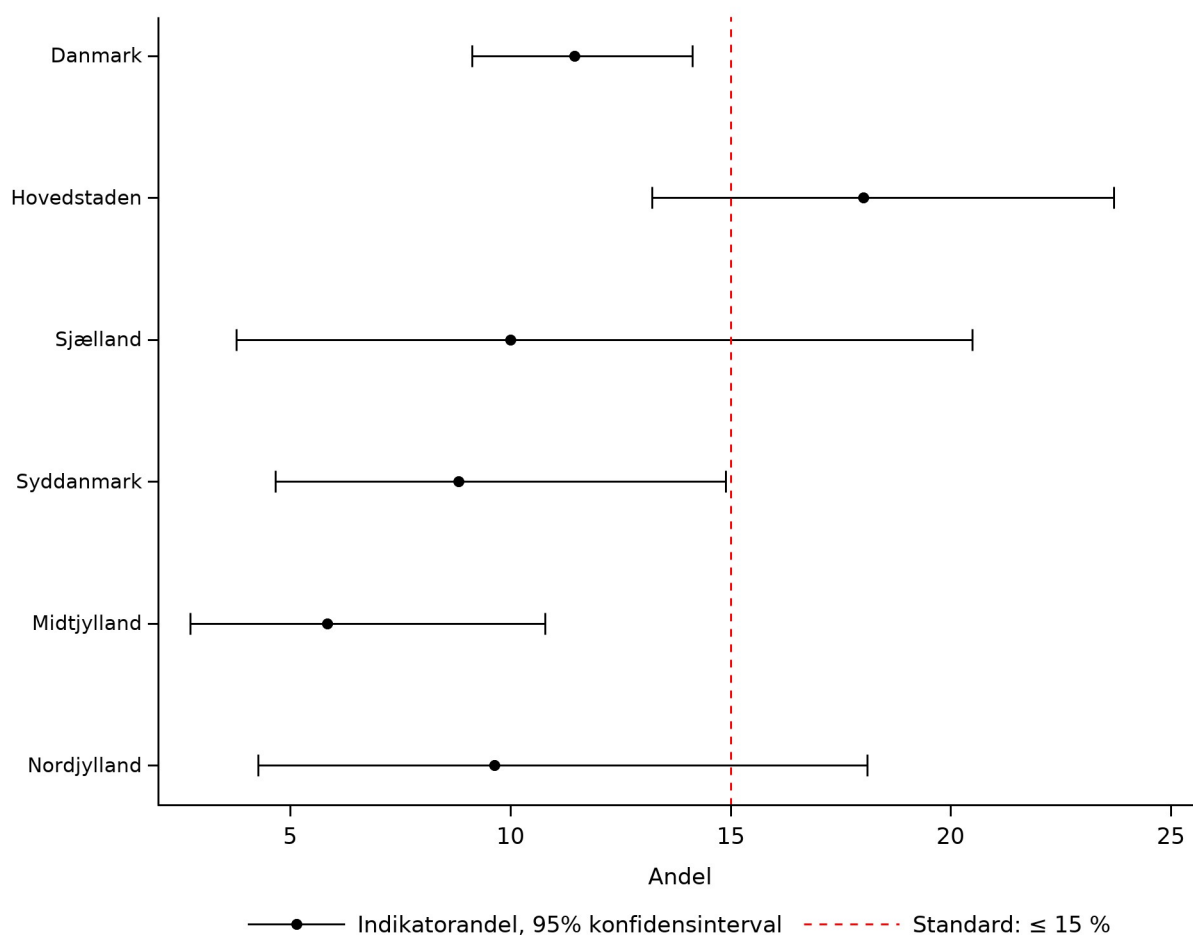
Da indikatorens standard ikke er indfriet i hele landet, og at betydningen heraf i form af risiko for biokemisk tilbagefald først nu kan gøres op for fire af de fem regioner (mangler Region Midtjylland), anses monitorering fortsat relevant.

Sung Gu Kang, Ji Sung Shim, Fikret Onol, K Ret al. Investig Lessons learned from 12,000 robotic radical prostatectomies: Is the journey as important as the outcome? Clin Urol. 2020 Jan;61(1):1-10.

Wei Shen Tan, Marieke J Krimphove, Alexander P Cole et al. Variation in Positive Surgical Margin Status After Radical Prostatectomy for pT2 Prostate Cancer Clin Genitourin Cancer. 2019 Oct;17(5):e1060-e1068.

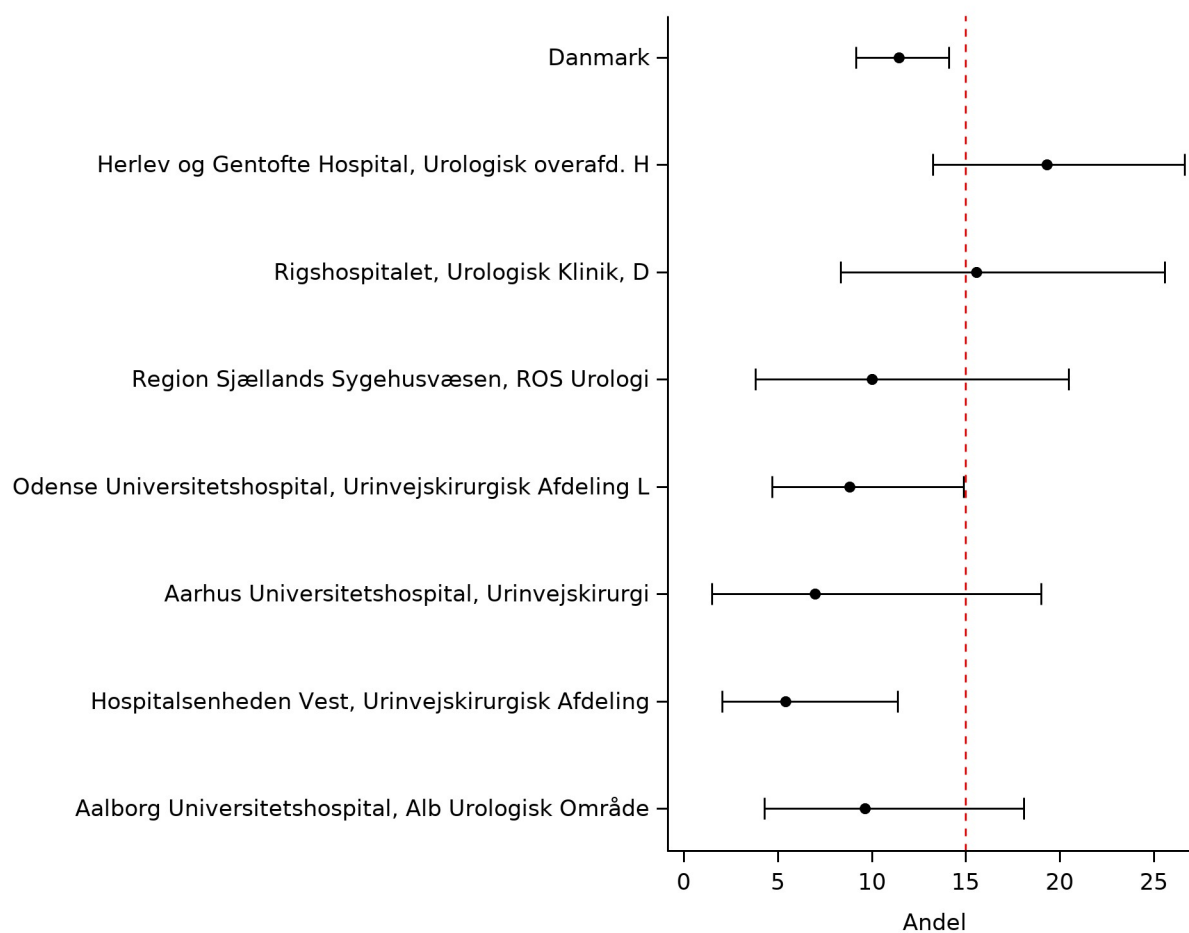
Figur 2-1. Positiv kirurgisk margin (pT2) for landet og på regionsniveau

Indikator 2: Andel af radikalt prostatektomerede (pT2) patienter med positiv kirurgisk margen. Kontrolldiagram på regionsniveau.



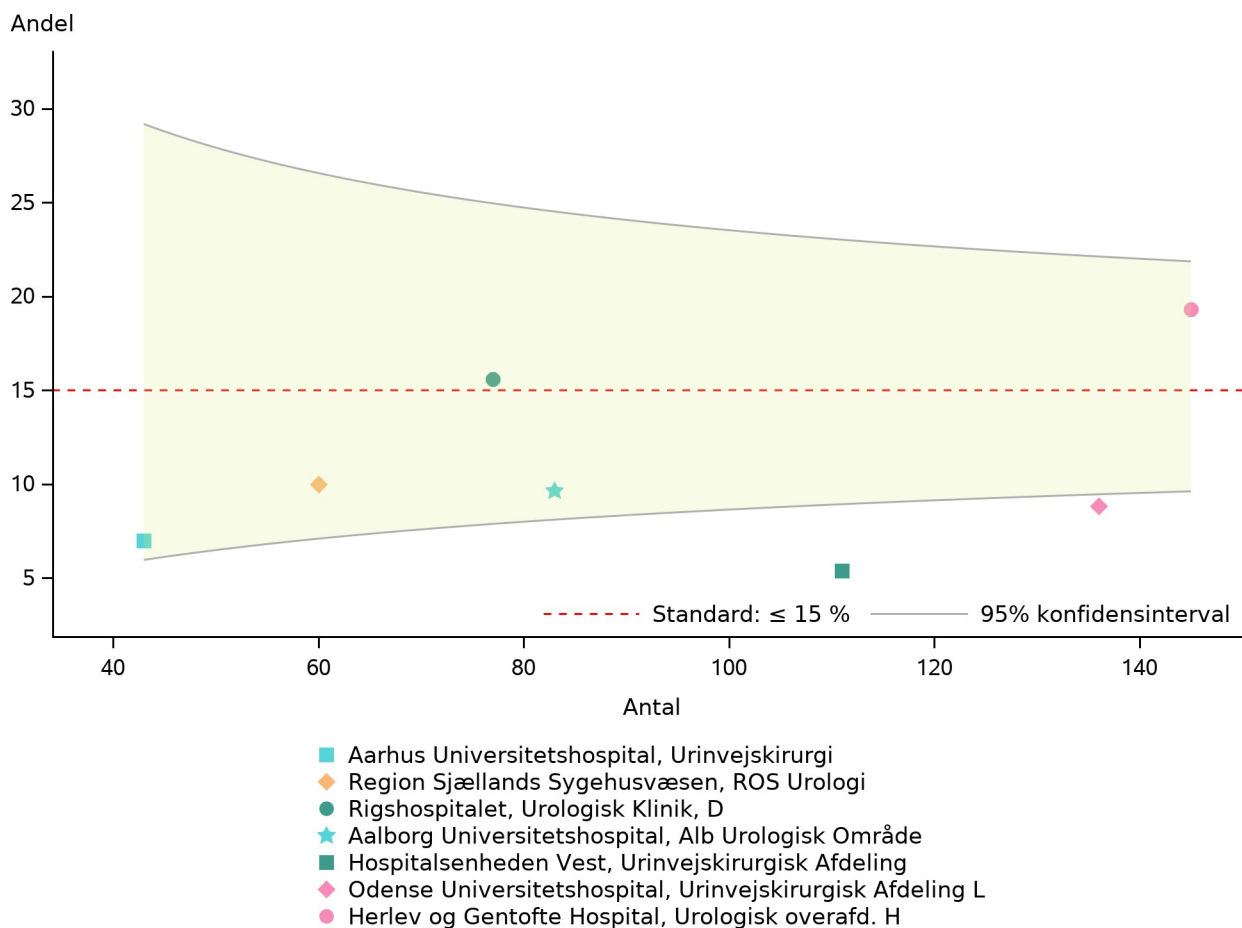
Figur 2-2. Positiv kirurgisk margin (pT2) per hospitalsafdeling

Indikator 2: Andel af radikalt prostatektomerede (pT2) patienter med positiv kirurgisk margen. Kontrolldiagram på afdelingsniveau.



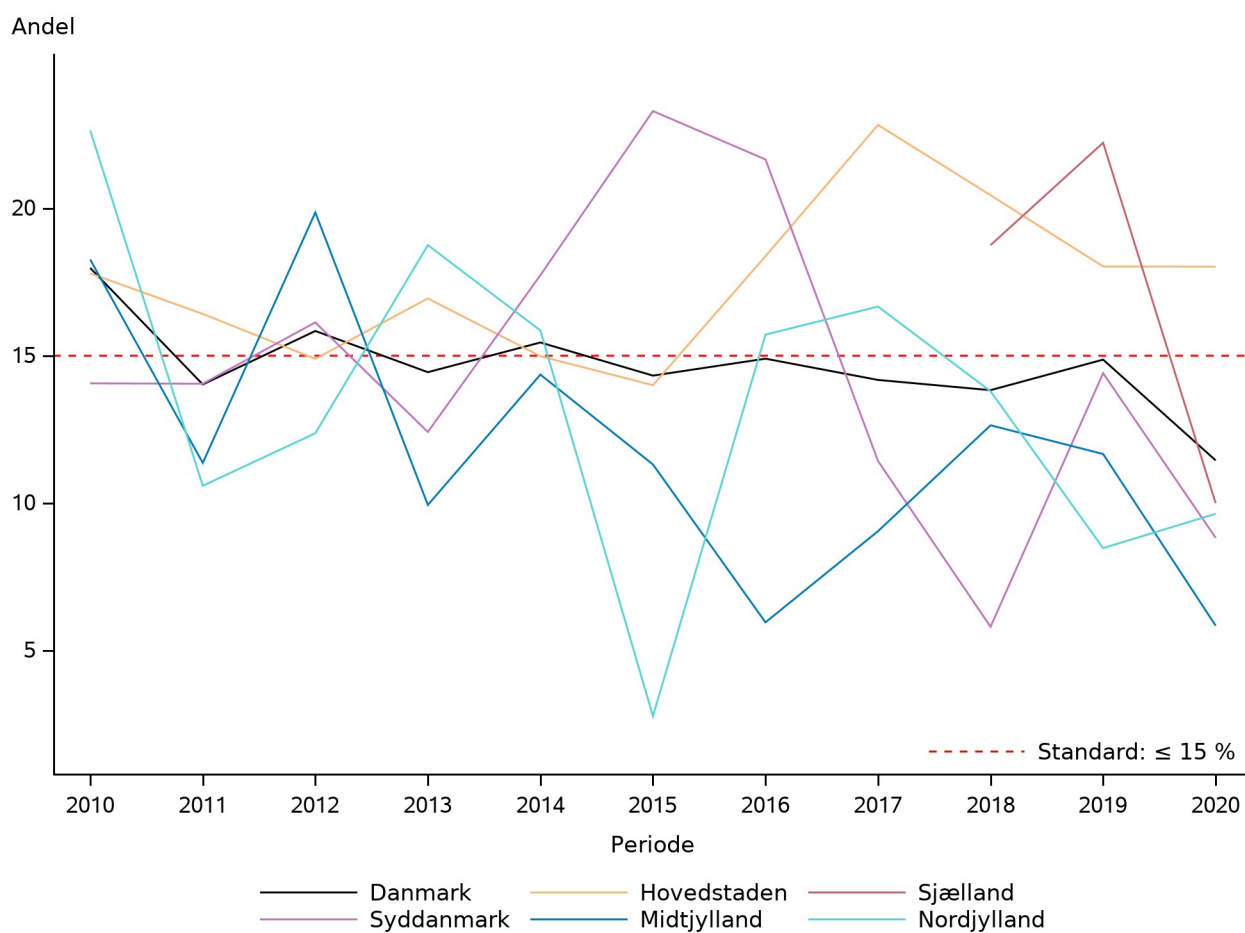
Figur 2-3. Funnelplot for positiv kirurgisk margin (pT2)

Indikator 2: Andel af radikalt prostatektomerede (pT2) patienter med positiv kirurgisk margen. Funnelplot på afdelingsniveau.



Figur 2-4. Trend i positiv kirurgisk margin (pT2) på regionsniveau i perioden 2010 til 2020

Indikator 2: Andel af radikalt prostatektomerede (pT2) patienter med positiv kirurgisk margen. Trendgraf på regionsniveau.



Indikator 3: Positiv kirurgisk margin (pT3)

Tabel 3-1.

Indikator 3: Andel af radikalt prostatektomerede (pT3) patienter med positiv kirurgisk margin

	Standard	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år		Tidligere år	
	≤ 30% opfyldt			01.01.2020 - 31.12.2020 Andel	95% CI	2019 Andel	2018 Andel
Danmark	Nej	169 / 425	0 (0)	40	(35-45)	50	37
Hovedstaden	Nej	54 / 135	0 (0)	40	(32-49)	50	38
Sjælland	Nej	24 / 60	0 (0)	40	(28-53)	50	22
Syddanmark	Nej	28 / 70	0 (0)	40	(28-52)	52	40
Midtjylland	Nej	32 / 85	0 (0)	38	(27-49)	45	34
Nordjylland	Nej	31 / 75	0 (0)	41	(30-53)	50	38
Hovedstaden	Nej	54 / 135	0 (0)	40	(32-49)	50	38
Herlev og Gentofte Hospital, Urologisk overafd. H	Nej	38 / 95	0 (0)	40	(30-51)	51	38
Rigshospitalet, Urologisk Klinik, D	Nej	16 / 40	0 (0)	40	(25-57)	48	37
Sjælland	Nej	24 / 60	0 (0)	40	(28-53)	50	22
Region Sjællands Sygehusvæsen, ROS Urologi	Nej	24 / 60	0 (0)	40	(28-53)	50	22
Syddanmark	Nej	28 / 70	0 (0)	40	(28-52)	52	40
Odense Universitetshospital, Urinvejskirurgisk Afdeling L	Nej	28 / 70	0 (0)	40	(28-52)	52	40
Midtjylland	Nej	32 / 85	0 (0)	38	(27-49)	45	34
Aarhus Universitetshospital, Urinvejskirurgi	Nej	19 / 54	0 (0)	35	(23-49)	51	43
Hospitalsenheden Vest, Urinvejskirurgisk Afdeling	Nej	13 / 31	0 (0)	42	(25-61)	30	22
Nordjylland	Nej	31 / 75	0 (0)	41	(30-53)	50	38
Aalborg Universitetshospital, Alb Urologisk Område	Nej	31 / 75	0 (0)	41	(30-53)	50	38

KOMMENTAR

Datagrundlag og beregningsregler

Indikator 3 beskriver andelen af patienter med postoperativt påviselige ekstraprostatiske (pT3) tumorer, som tilmed havde tumorpositiv kirurgisk margin (R+) efter radikal prostatektomi.

Resultater

På landsplan havde i alt 169 ud af 425 (40%) af patienter med pT3 tumorer positiv kirurgisk margin, og standarden er langt fra opfyldt på nationalt niveau. På regionalt niveau er standarden ikke opfyldt i nogen af landets regioner.

Diskussion og implikationer

Antallet af R+ ved cT3 tumorer har de sidste par år haft en fuldstændig ensartet udvikling, med en stigning fra 2018 til 2019 og et fælles fald i 2020. Samtidig er den oprindelige udtalte regionale variation det sidste tiår snævret ind til næsten ét punkt: 40%. Denne andel må i forbindelse med en fortsat mere aggressiv kirurgisk behandlingsstrategi forventes at afspejle et naturligt niveau og vil i 2021 årsrapporten derfor udgøre den fremtidige standard, understøttet af niveauet i store internationale serier (Kang et al. 2020).

I protokollen SPCG-15 opereres kliniske T3 tumorer, og særligt studieaktive centre kan påvirkes heraf. Imidlertid synes Figur 3-4 at give udtryk for en helt ensartet skred i behandlingsindikationen over hele landet.

Vurdering af indikatoren

Frekvensen af patienter, som opereres "i sundt væv", anses for at udgøre en naturlig indikator for behandlingskvalitet, hvilket understreges af særkapitlets KM-plots over postoperativ biokemisk recidivfrekvens med og uden tumorpositiv kirurgisk margin (se rapportens særkapitel).

Sidste år fandtes der behov for at omdefinere indikatoren, da bl.a. SPCG-15 studiet, hvor man opererer kliniske T3 (cT3) tumorer, risikerer at undergrave indikatoren i sin nuværende form. Derfor suppleres rapporten i år med en opgørelse af kirurgisk marginstatus hos kliniske intraprostatiske tumorer (cT1-2), som postoperativt viser sig med ekstraprostatisk vækst (pT3). Andelen af tumorpositive kirurgiske marginer (R+) hos cT3+ tumorer (indikator 3a suppl.) udgør 41% (tabel herunder) og er dermed ikke forskellig fra andelen (39%) af R+ ved cT1-2 tumorer i indikator 3a (suppl.) (tabel herunder). Antallet af opererede cT3+ er på landsplan forventeligt lavt, hvilket kan forklare den meget store variation af andelen af R+ blandt afdelingerne (0-100%). Antallet opererede er dog overraskende lavt i Herlev og højt i Aarhus. Sidstnævnte har samtidig en relativ lav andel af R+ (31%).

Indførelse af diagnostisk MR-skanning må forventes at optimere den præoperative information om tumorernes udbredelse (kliniske T-stadie) og dermed øge muligheden for at reducere andelen af tumorpositive kirurgiske marginer. Herudover håbes den kommende 2021-rapport at kunne tage

udgangspunkt i centrale TNM-data, frem for den aktuelle og fortsat mangelfulde diagnoseindberetning direkte fra afdelingerne. Alt i alt findes der fortsat behov for monitorering af området. Herudover taler muligheden for nu at kunne bedømme den primære recidivfrekvens, samt evt. sekundært recidiv efter salvage stråleterapi for at bibeholde indikatoren.

Sung Gu Kang, Ji Sung Shim, Fikret Onol, K Ret al. Investig Lessons learned from 12,000 robotic radical prostatectomies: Is the journey as important as the outcome? Clin Urol. 2020 Jan;61(1):1-10.

Tabel: Som Tabel 3-1 men begrænset til cT1-cT2.

Indikator 3a (suppl): Andel af radikalt prostatektomerede (pT3/cT1-cT2) patienter med positiv kirurgisk margen

	Standard opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år		Tidligere år	
				01.01.2020 - 31.12.2020 Andel	95% CI	2019 Andel	2018 Andel
Danmark		102 / 264	0 (0)	39	(33-45)	49	36
Hovedstaden		13 / 37	0 (0)	35	(20-53)	48	36
Sjælland		23 / 58	0 (0)	40	(27-53)	50	25
Syddanmark		14 / 48	0 (0)	29	(17-44)	47	41
Midtjylland		22 / 56	0 (0)	39	(26-53)	48	34
Nordjylland		30 / 65	0 (0)	46	(34-59)	52	33
Hovedstaden		13 / 37	0 (0)	35	(20-53)	48	36
Herlev og Gentofte Hospital, Urologisk overafd. H		3 / 8	0 (0)	38	(9-76)	44	36
Rigshospitalet, Urologisk Klinik, D		10 / 29	0 (0)	34	(18-54)	56	35
Sjælland		23 / 58	0 (0)	40	(27-53)	50	25
Region Sjællands Sygehusvæsen, ROS Urologi		23 / 58	0 (0)	40	(27-53)	50	25
Syddanmark		14 / 48	0 (0)	29	(17-44)	47	41
Odense Universitetshospital, Urinvejskirurgisk Afdeling L		14 / 48	0 (0)	29	(17-44)	47	41
Midtjylland		22 / 56	0 (0)	39	(26-53)	48	34
Aarhus Universitetshospital, Urinvejskirurgi		10 / 26	0 (0)	38	(20-59)	57	44
Hospitalsenheden Vest, Urinvejskirurgisk Afdeling		12 / 30	0 (0)	40	(23-59)	30	22
Nordjylland		30 / 65	0 (0)	46	(34-59)	52	33
Aalborg Universitetshospital, Alb Urologisk Område		30 / 65	0 (0)	46	(34-59)	52	33

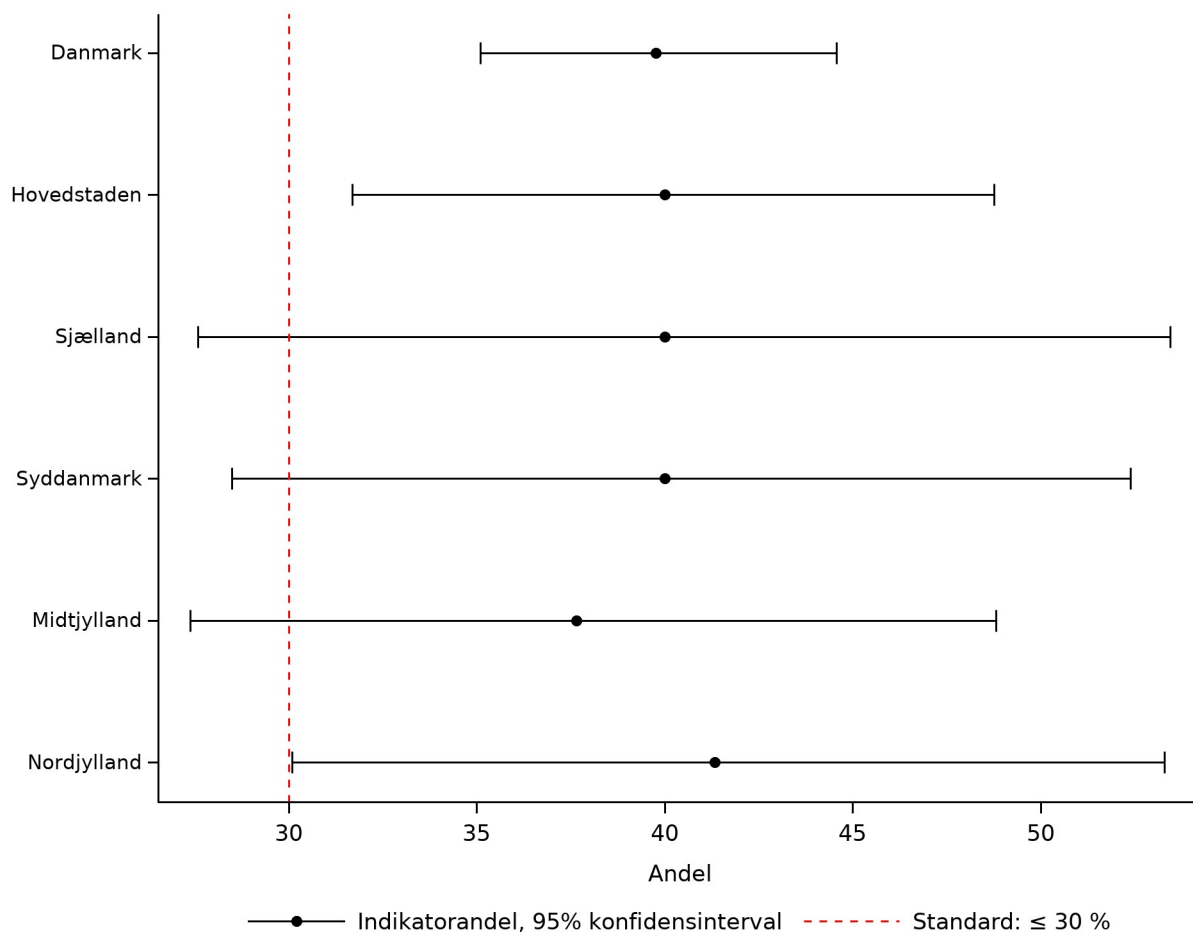
Tabel: Som Tabel 3-1 men begrænset til cT3.

Indikator 3b (suppl): Andel af radikalt prostatektomerede (pT3/cT3+) patienter med positiv kirurgisk margen

	Standard opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år		Tidligere år	
				01.01.2020 - 31.12.2020	95% CI	2019	2018
				Andel		Andel	Andel
Danmark		20 / 49	0 (0)	41	(27-56)	51	38
Hovedstaden		6 / 12	0 (0)	50	(21-79)	46	17
Sjælland		#/#	0 (0)	100	(3-100)		
Syddanmark		3 / 4	0 (0)	75	(19-99)	73	37
Midtjylland		9 / 27	0 (0)	33	(17-54)	38	36
Nordjylland		#/#	0 (0)	20	(1-72)	33	56
Hovedstaden		6 / 12	0 (0)	50	(21-79)	46	17
Herlev og Gentofte Hospital, Urologisk overafd. H		#/#	0 (0)	0	(0-98)	71	0
Rigshospitalet, Urologisk Klinik, D		6 / 11	0 (0)	55	(23-83)	35	25
Sjælland		#/#	0 (0)	100	(3-100)		
Region Sjællands Sygehusvæsen, ROS Urologi		#/#	0 (0)	100	(3-100)		
Syddanmark		3 / 4	0 (0)	75	(19-99)	73	37
Odense Universitetshospital, Urinvejskirurgisk Afdeling L		3 / 4	0 (0)	75	(19-99)	73	37
Midtjylland		9 / 27	0 (0)	33	(17-54)	38	36
Aarhus Universitetshospital, Urinvejskirurgi		8 / 26	0 (0)	31	(14-52)	38	38
Hospitalsenheden Vest, Urinvejskirurgisk Afdeling		#/#	0 (0)	100	(3-100)		0
Nordjylland		#/#	0 (0)	20	(1-72)	33	56
Aalborg Universitetshospital, Alb Urologisk Område		#/#	0 (0)	20	(1-72)	33	56

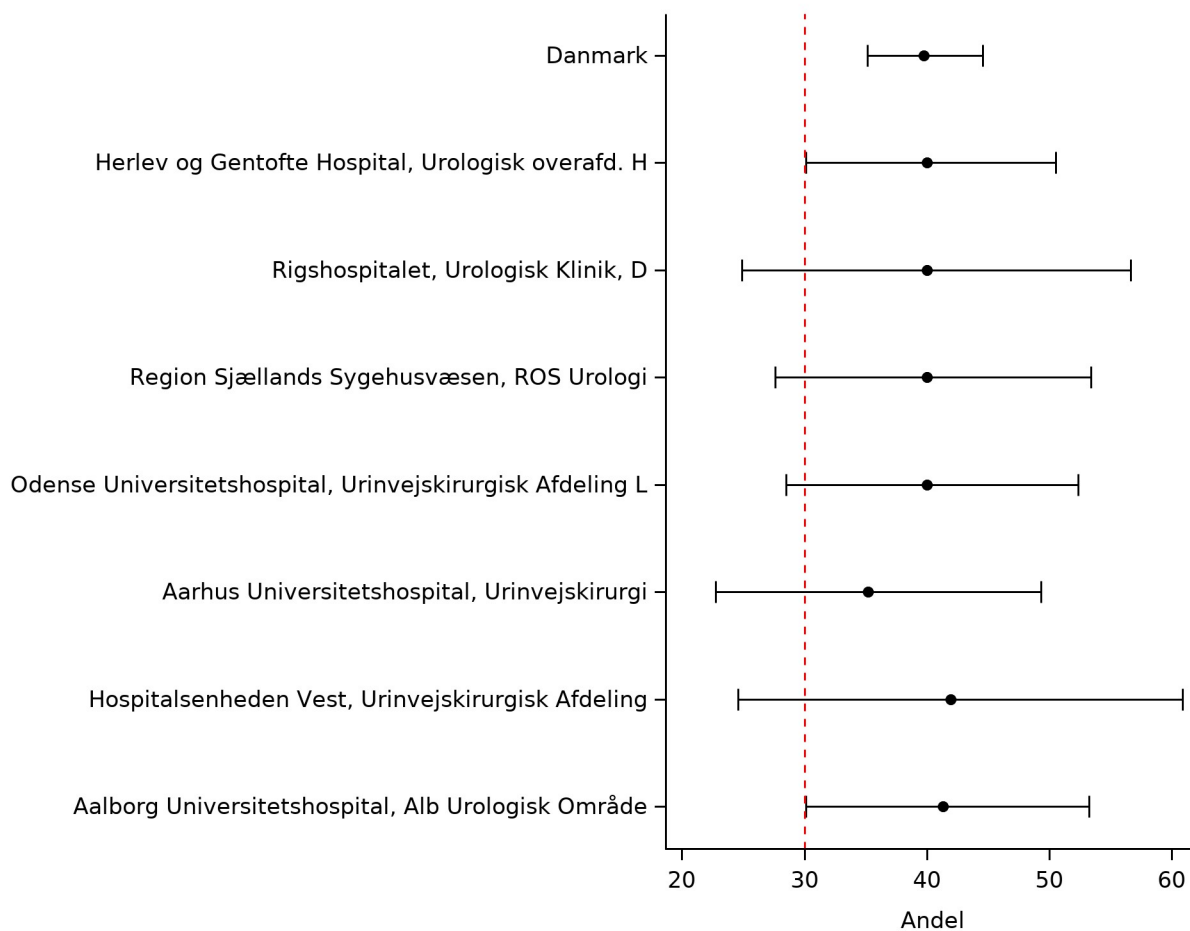
Figur 3-1. Positiv kirurgisk margin (pT3) for landet og på regionsniveau

Indikator 3: Andel af radikalt prostatektomerede (pT3) patienter med positiv kirurgisk margen. Kontrolldiagram på regionsniveau.



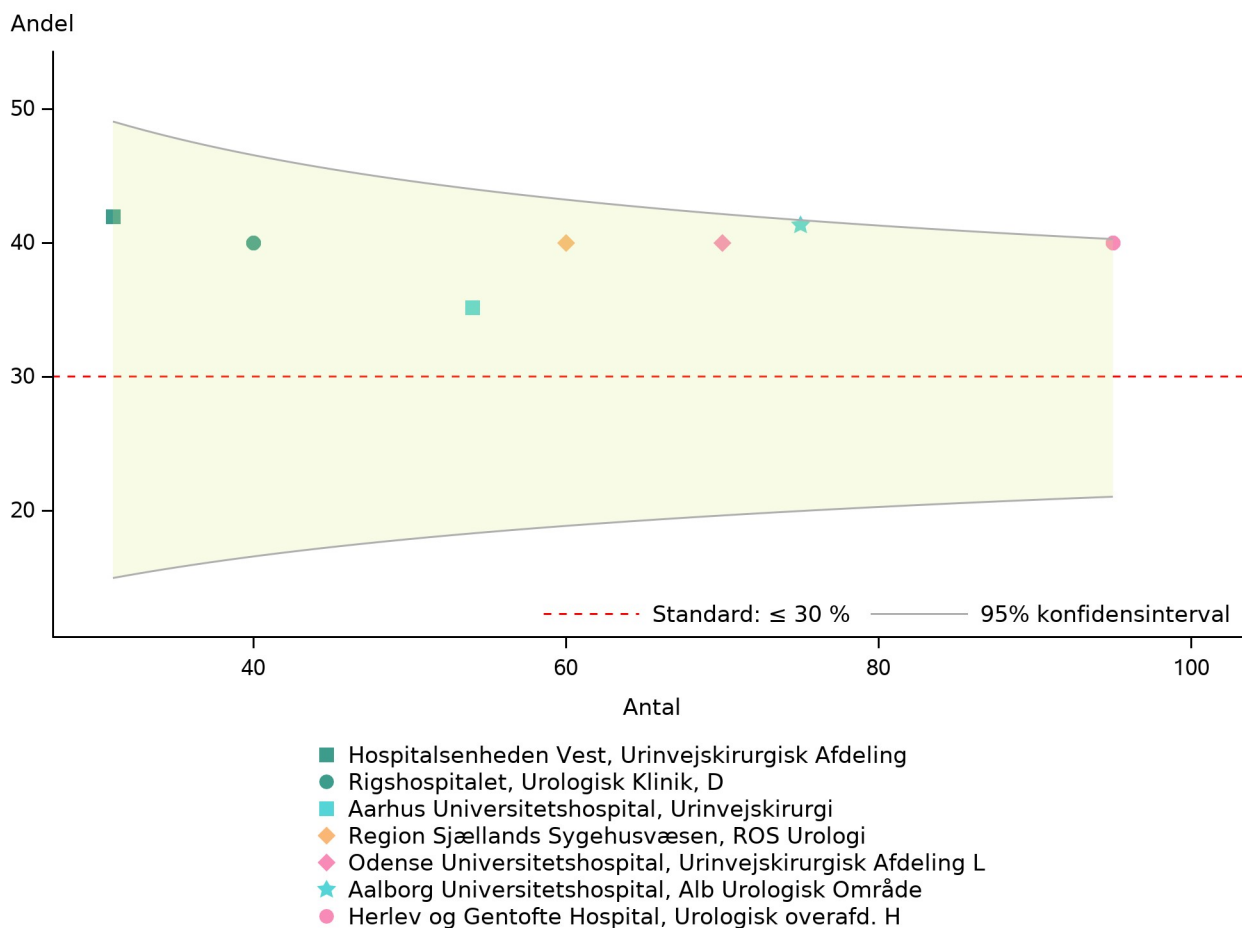
Figur 3-2. Positiv kirurgisk margin (pT3) per hospitalsafdeling

Indikator 3: Andel af radikalt prostatektomerede (pT3) patienter med positiv kirurgisk margen. Kontrolldiagram på afdelingsniveau.



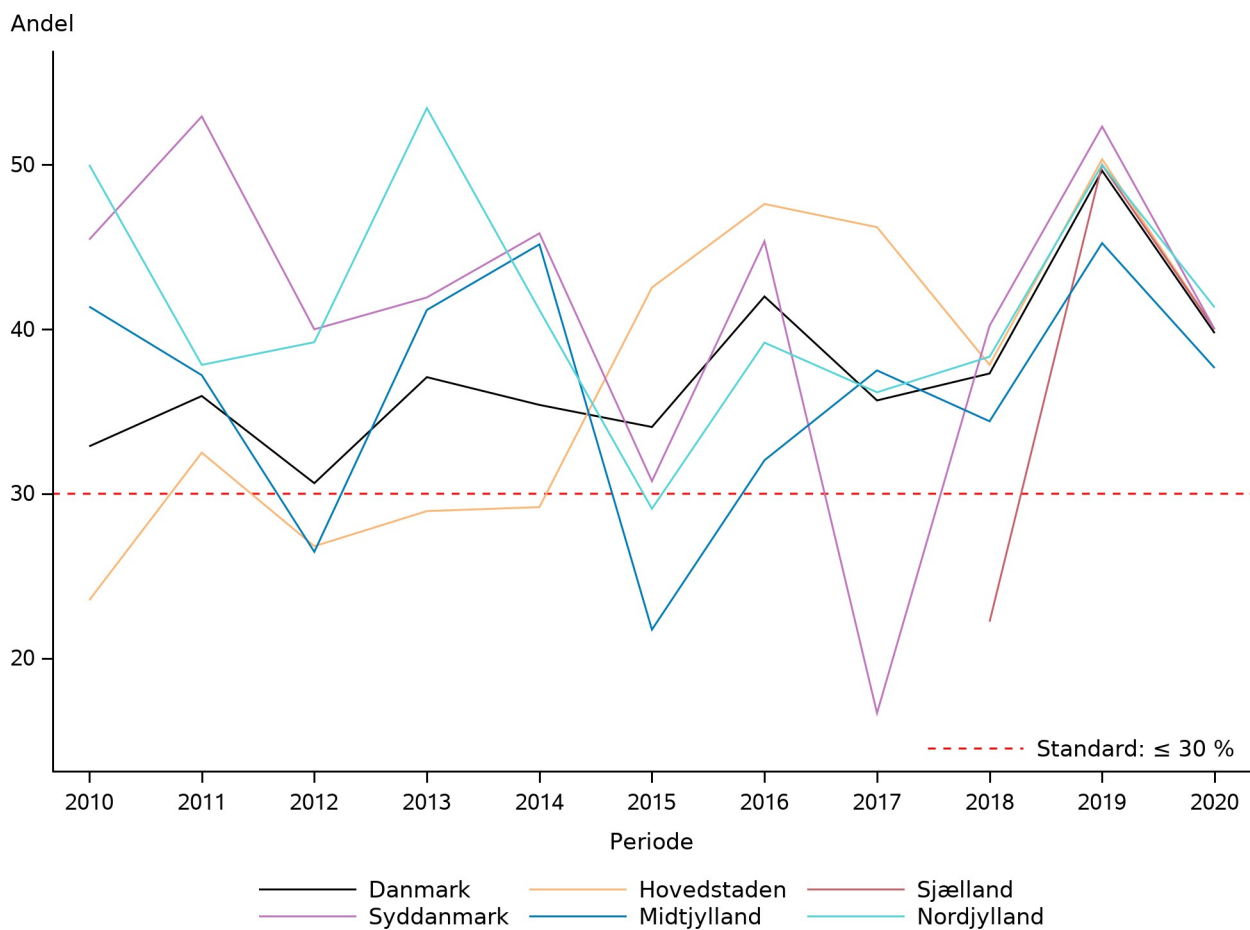
Figur 3-3. Funnelplot for positiv kirurgisk margin (pT3)

Indikator 3: Andel af radikalt prostatektomerede (pT3) patienter med positiv kirurgisk margen. Funnelplot på afdelingsniveau.



Figur 3-4. Trend i positiv kirurgisk margin (pT3) på regionsniveau i perioden 2010 til 2020

Indikator 3: Andel af radikalt prostatektomerede (pT3) patienter med positiv kirurgisk margen. Trendgraf på regionsniveau.



Indikator 4: Morbiditet 30 dage (genindlæggelse)

Tabel 4-1.

Indikator 4: Andel af patienter genindlagt med komplikationer indenfor 30 dage efter radikal prostatektomi

	Standard	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år		Tidligere år	
	≤ 10% opfyldt			01.01.2020 - 31.12.2020 Andel	95% CI	2019 Andel	2018 Andel
Danmark	Nej	121 / 1.117	0 (0)	11	(9-13)	13	11
Hovedstaden	Nej	47 / 371	0 (0)	13	(9-16)	14	12
Sjælland	Nej	16 / 124	0 (0)	13	(8-20)	14	28
Syddanmark	Ja	21 / 211	0 (0)	10	(6-15)	8	12
Midtjylland	Nej	29 / 248	0 (0)	12	(8-16)	17	10
Nordjylland	Ja	8 / 163	0 (0)	5	(2-9)	5	7
Hovedstaden	Nej	47 / 371	0 (0)	13	(9-16)	14	12
Herlev og Gentofte Hospital, Urologisk overafd. H	Nej	30 / 245	0 (0)	12	(8-17)	12	11
Rigshospitalet, Urologisk Klinik, D	Nej	17 / 126	0 (0)	13	(8-21)	20	15
Sjælland	Nej	16 / 124	0 (0)	13	(8-20)	14	28
Region Sjællands Sygehusvæsen, ROS Urologi	Nej	16 / 124	0 (0)	13	(8-20)	14	28
Syddanmark	Ja	21 / 211	0 (0)	10	(6-15)	8	12
Odense Universitetshospital, Urinvejskirurgisk Afdeling L	Ja	21 / 211	0 (0)	10	(6-15)	8	12
Midtjylland	Nej	29 / 248	0 (0)	12	(8-16)	17	10
Aarhus Universitetshospital, Urinvejskirurgi	Nej	13 / 105	0 (0)	12	(7-20)	15	9
Hospitalsenheden Vest, Urinvejskirurgisk Afdeling	Nej	16 / 143	0 (0)	11	(7-18)	18	10
Nordjylland	Ja	8 / 163	0 (0)	5	(2-9)	5	7
Aalborg Universitetshospital, Alb Urologisk Område	Ja	8 / 163	0 (0)	5	(2-9)	5	7

KOMMENTAR

Datagrundlag og beregningsregler

Se Indikator 1 om ny definition af indlæggelse og genindlæggelse.

Resultater

På landsplan blev 121 ud af 1.117 patienter, der fik foretaget radikal prostatektomi, genindlagt inden for 30 dage efter deres operation. Genindlæggelser inkluderer alle indlæggelser på et sygehus i Danmark uanset årsag. En indlæggelse på samme dag som udskrivningsdato er ikke talt som genindlæggelse, da det oftest vil dreje sig om overflytninger fra en afdeling til en anden. Derudover frases genindlæggelser under 24 timers varighed.

På regionsniveau varierer genindlæggelsesfrekvensen fra 5% i Region Nordjylland til 13% i Region Hovedstaden og Region Sjælland.

Da 11% af de radikalt prostatektomerede patienter blev genindlagt inden for 30 dage efter operationen, er standarden på $\leq 10\%$ ikke opfyldt på landsplan. Indikatorresultatet er på niveau med de seneste år.

Diskussion og implikationer

Da indlæggelsesårsagen kan have baggrund i meget varierende komplikationssværhedsgrad, kan selv en lav rate være forbundet med meget alvorlige tilstande. Trendkurven (Figur 4-4) præges af, at Region Syd først i 2015 ophørte med at indlægge patienter til postoperativ fjernelse af blærekateteret og den operative behandling indførtes i Region Sjælland i 2018.

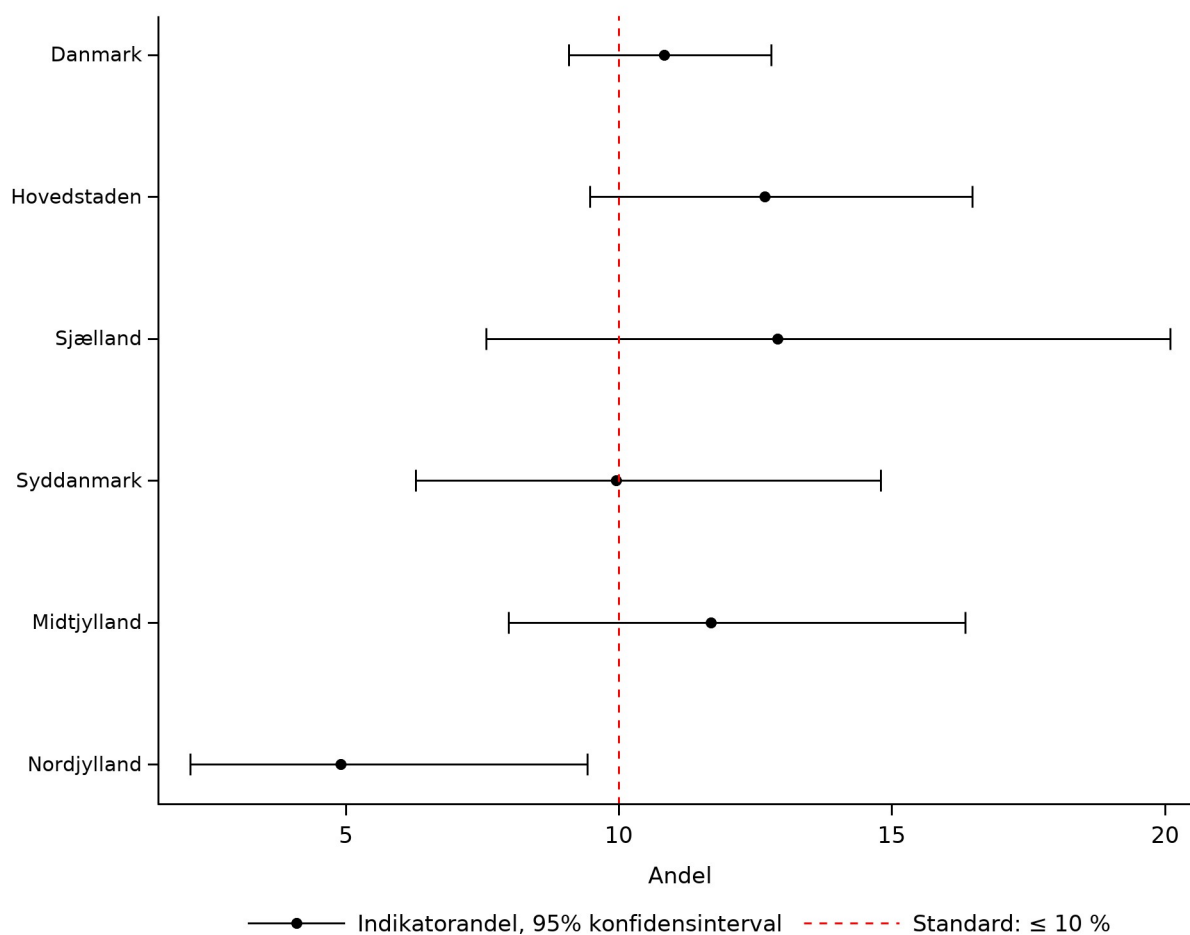
Vurdering af indikatoren

Da indikatorens standard knapt er indfriet på nationalt niveau og fortsat dækker over lokale variationer i genindlæggelsesfrekvensen, anses indikatoren fortsat for at være berettiget.

Da genindlæggelserne i langt fra alle tilfælde kan kobles til komplikationsrelevante diagnosekoder, bør kodepraksis for komplikationer forbedres. Kodevejledningen bagerst i rapporten indeholder de hyppigst forekommende komplikationskoder fra DUS kodebog. Det er fortsat ambitionen at erstatte surrogatmarkørerne (genindlæggelse og forlænget primærindlæggelse) for komplikationer med en programmeret version af Clavien-Dindo's komplikationsscore på baggrund af diagnosekoderne.

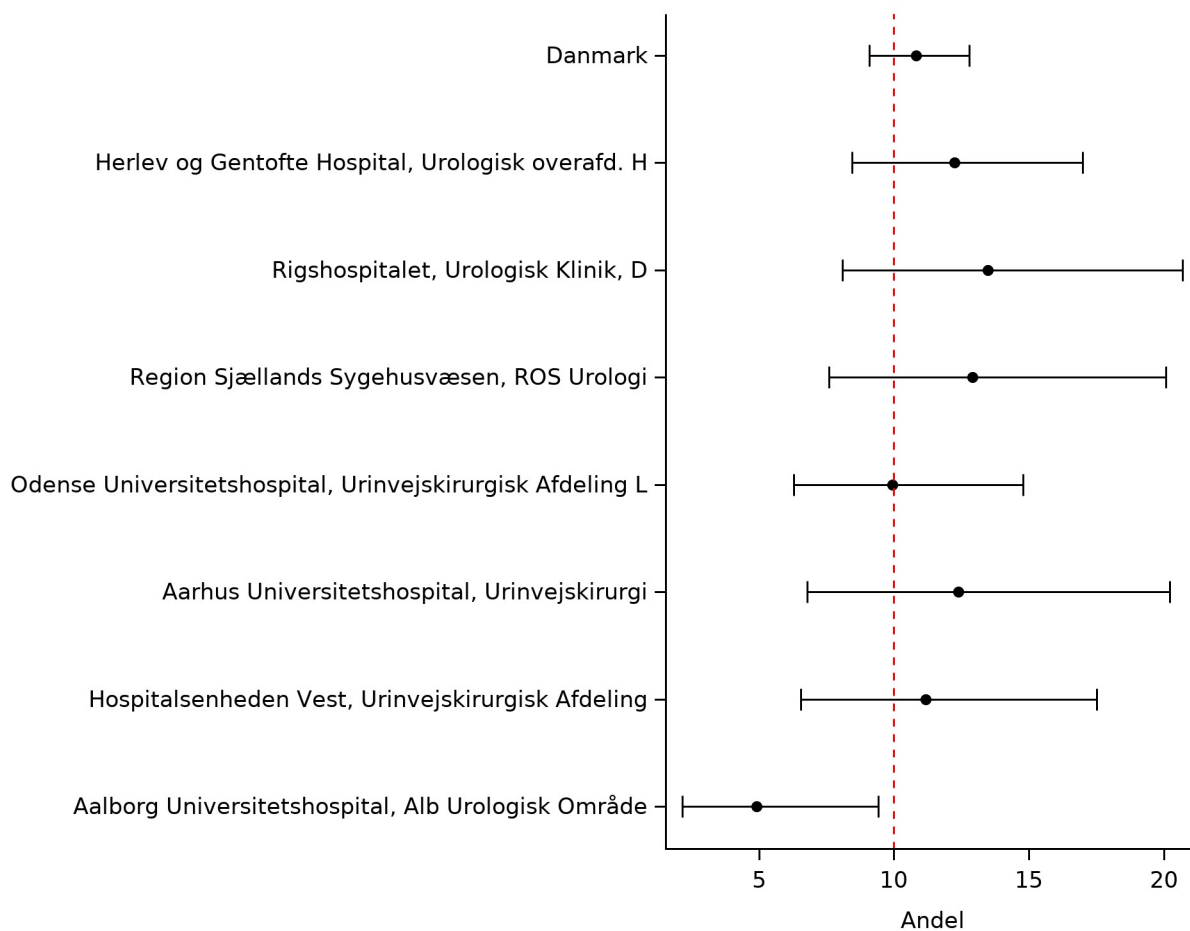
Figur 4-1. Postoperativ morbiditet for landet og på regionsniveau

Indikator 4: Andel af patienter genindlagt med komplikationer indenfor 30 dage efter radikal prostatektomi. Kontrolldiagram på regionsniveau.



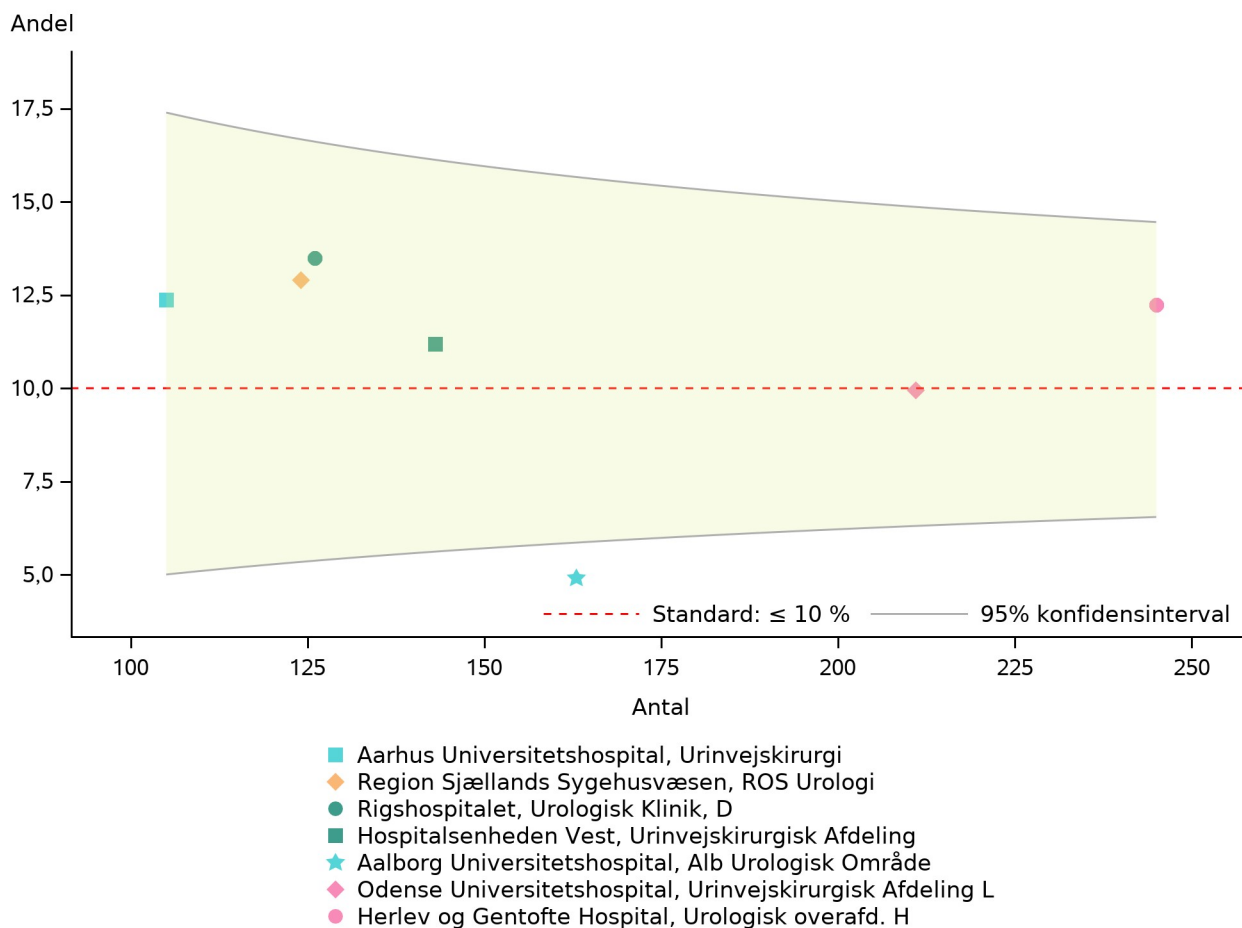
Figur 4-2. Postoperativ morbiditet per hospitalsafdeling

Indikator 4: Andel af patienter genindlagt med komplikationer indenfor 30 dage efter radikal prostatektomi. Kontrolldiagram på afdelingsniveau.



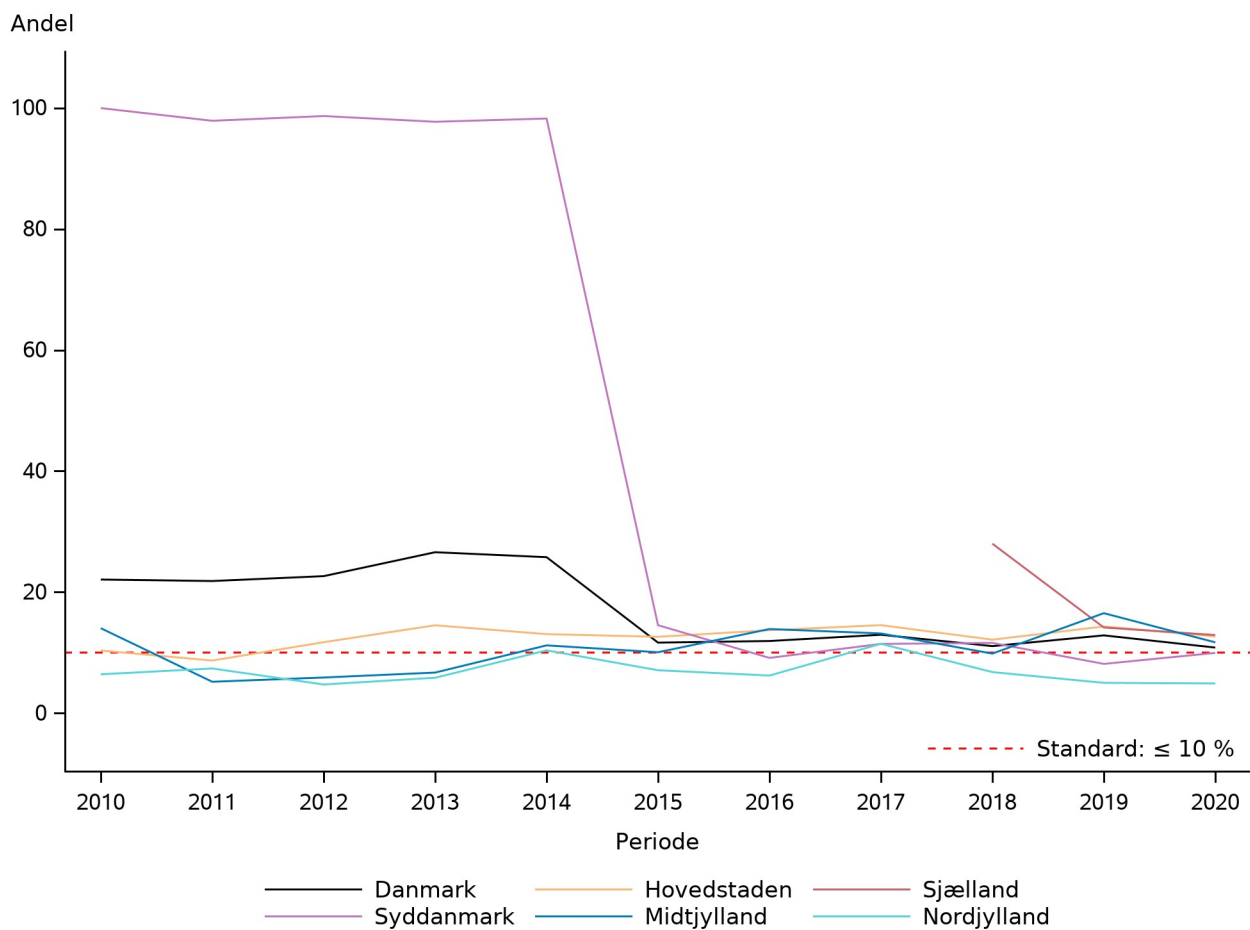
Figur 4-3. Funnelploot postoperativ morbiditet

Indikator 4: Andel af patienter genindlagt med komplikationer indenfor 30 dage efter radikal prostatektomi. Funnelploot på afdelingsniveau.



Figur 4-4. Trend i postoperativ morbiditet på regionsniveau i perioden 2010 til 2018

Indikator 4: Andel af patienter genindlagt med komplikationer indenfor 30 dage efter radikal prostatektomi. Trendgraf på regionsniveau.



Indikator 5: Postoperativ morbiditet (indlæggelsens varighed)

Tabel 5-1.

Indikator 5: Andel af radikalt prostatektomerede patienter, der har været indlagt mere end 3 dage postoperativt

	Standard	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år		Tidligere år	
	≤ 5% opfyldt			01.01.2020 - 31.12.2020 Andel	95% CI	2019 Andel	2018 Andel
Danmark	Ja	29 / 1.117	0 (0)	3	(2-4)	4	3
Hovedstaden	Ja	10 / 371	0 (0)	3	(1-5)	5	3
Sjælland	Ja	6 / 124	0 (0)	5	(2-10)	1	4
Syddanmark	Ja	#/#	0 (0)	1	(0-3)	1	3
Midtjylland	Ja	10 / 248	0 (0)	4	(2-7)	4	4
Nordjylland	Ja	#/#	0 (0)	1	(0-3)	4	5
Hovedstaden	Ja	10 / 371	0 (0)	3	(1-5)	5	3
Herlev og Gentofte Hospital, Urologisk overafd. H	Ja	7 / 245	0 (0)	3	(1-6)	6	3
Rigshospitalet, Urologisk Klinik, D	Ja	3 / 126	0 (0)	2	(0-7)	3	3
Sjælland	Ja	6 / 124	0 (0)	5	(2-10)	1	4
Region Sjællands Sygehusvæsen, ROS Urologi	Ja	6 / 124	0 (0)	5	(2-10)	1	4
Syddanmark	Ja	#/#	0 (0)	1	(0-3)	1	3
Odense Universitetshospital, Urinvejskirurgisk Afdeling L	Ja	#/#	0 (0)	1	(0-3)	1	3
Midtjylland	Ja	10 / 248	0 (0)	4	(2-7)	4	4
Aarhus Universitetshospital, Urinvejskirurgi	Nej	6 / 105	0 (0)	6	(2-12)	8	6
Hospitalsenheden Vest, Urinvejskirurgisk Afdeling	Ja	4 / 143	0 (0)	3	(1-7)	0	2
Nordjylland	Ja	#/#	0 (0)	1	(0-3)	4	5
Aalborg Universitetshospital, Alb Urologisk Område	Ja	#/#	0 (0)	1	(0-3)	4	5

KOMMENTAR

Datagrundlag og beregningsregler

Indikatoren omhandler indlæggelsestiden i forbindelse med en radikal prostatektomi og opgør andelen af patienter, der har udskrivelsesdato senere end 3 døgn efter operationsdatoen.

Resultater

På landsplan blev blot 29 patienter ud af 1.117 (3%) radikalt prostatektomerede patienter udskrevet efter mere end 3 døgns indlæggelse. Dette er sammenligneligt med de seneste år, og standarden på $\leq 5\%$ er opfyldt på landsplan. Alle afdelinger lever op til standarden på nær Aarhus (6%).

Diskussion og implikationer

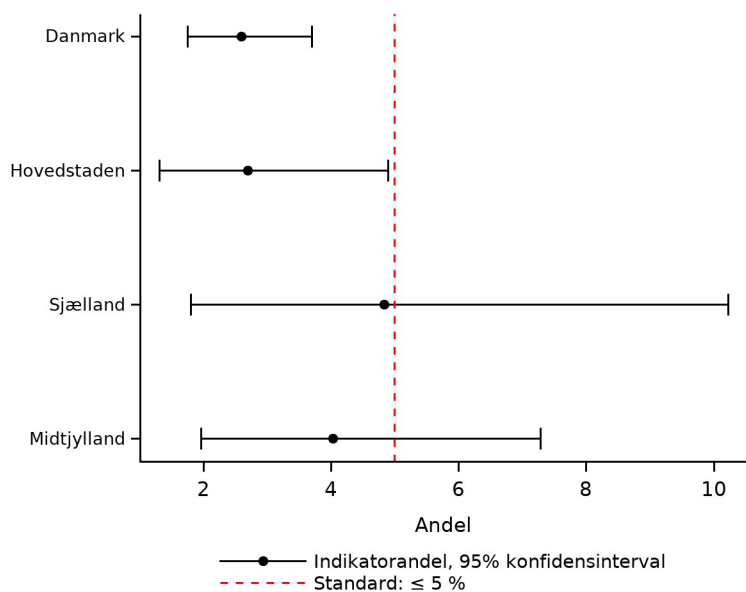
Den faktiske længde af de forlængede indlæggelser vil kunne have givet en bedre fornemmelse af alvoren af de enkelte peri- og postoperative komplikationer. Disse data foreligger ikke her, men de enkelte afdelinger forventes at forholde sig hertil.

Vurdering af indikatoren

Over de seneste ti år er såvel den regionale variation og antallet af patienter med en postoperativ indlæggelse på mere end 3 døgn generelt faldet (Figur 5-4). Som nævnt under Indikator 4, udgør genindlæggelsesfrekvensen, sammen med den forlængede indlæggelse, aktuelt den bedste surrogatmarkør for peri- og postoperative komplikationer. Som kommenteret under Indikator 4 er det også her et ønske at overgå til anvendelse af komplikationsspecifikke diagnosekoder og optimalt indføre en programmeret version af Clavien-Dindo's komplikationsscore på baggrund heraf.

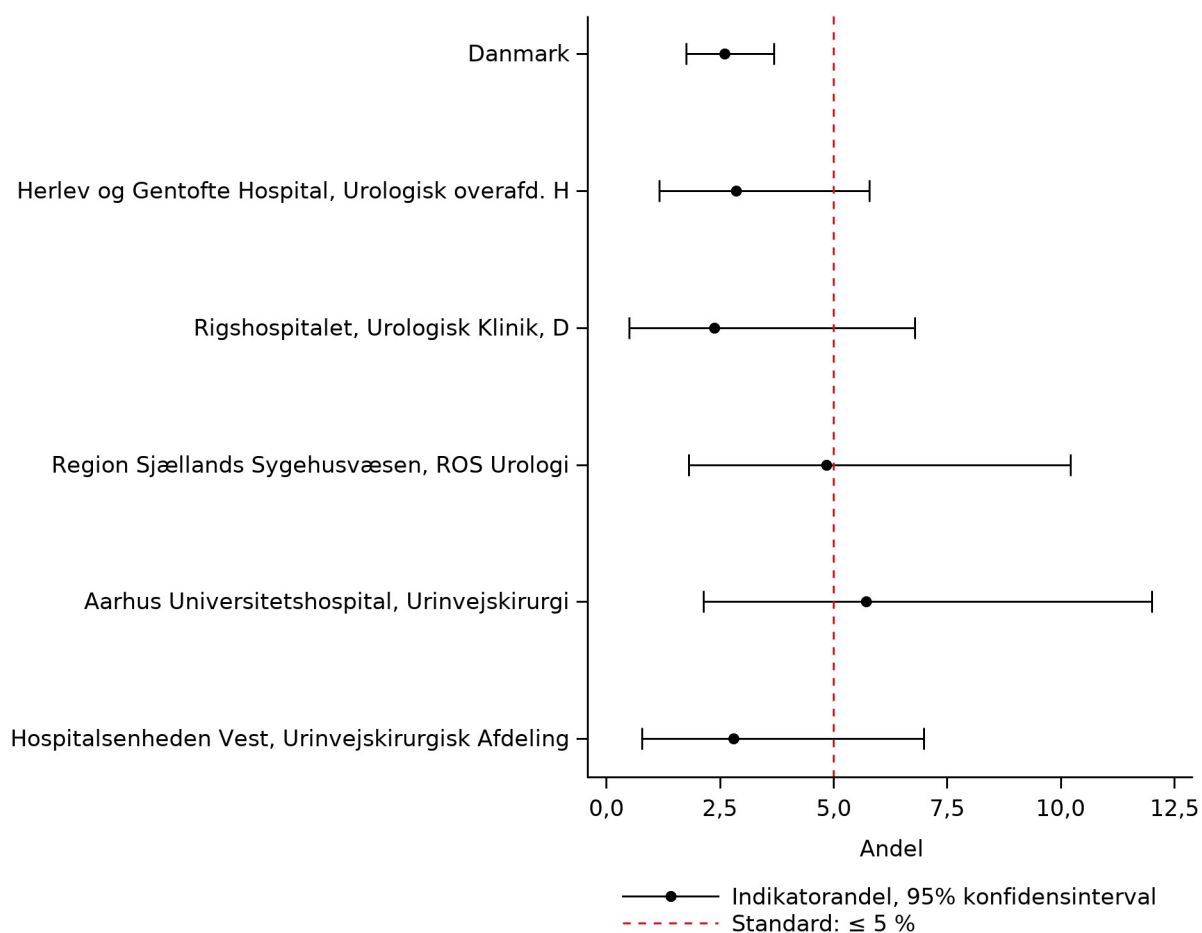
Figur 5-1. Postoperativ morbiditet for landet og på regionsniveau

Indikator 5: Andel af radikalt prostatektomerede patienter, der har været indlagt mere end 3 dage postoperativt. Kontrolldiagram på regionsniveau.



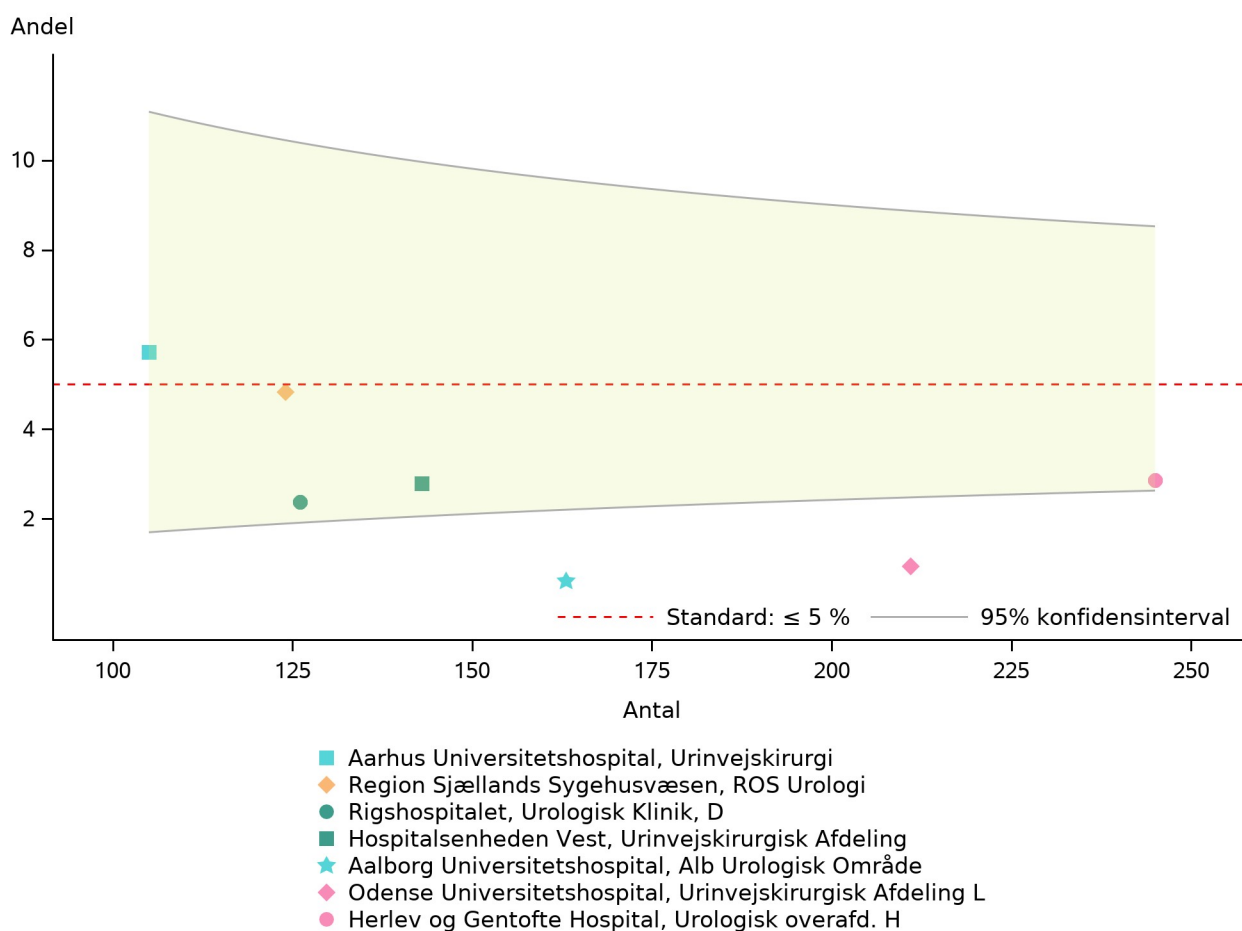
Figur 5-2. Postoperativ morbiditet per hospitalsafdeling

Indikator 5: Andel af radikalt prostatektomerede patienter, der har været indlagt mere end 3 dage postoperativt. Kontrolldiagram på afdelingsniveau.



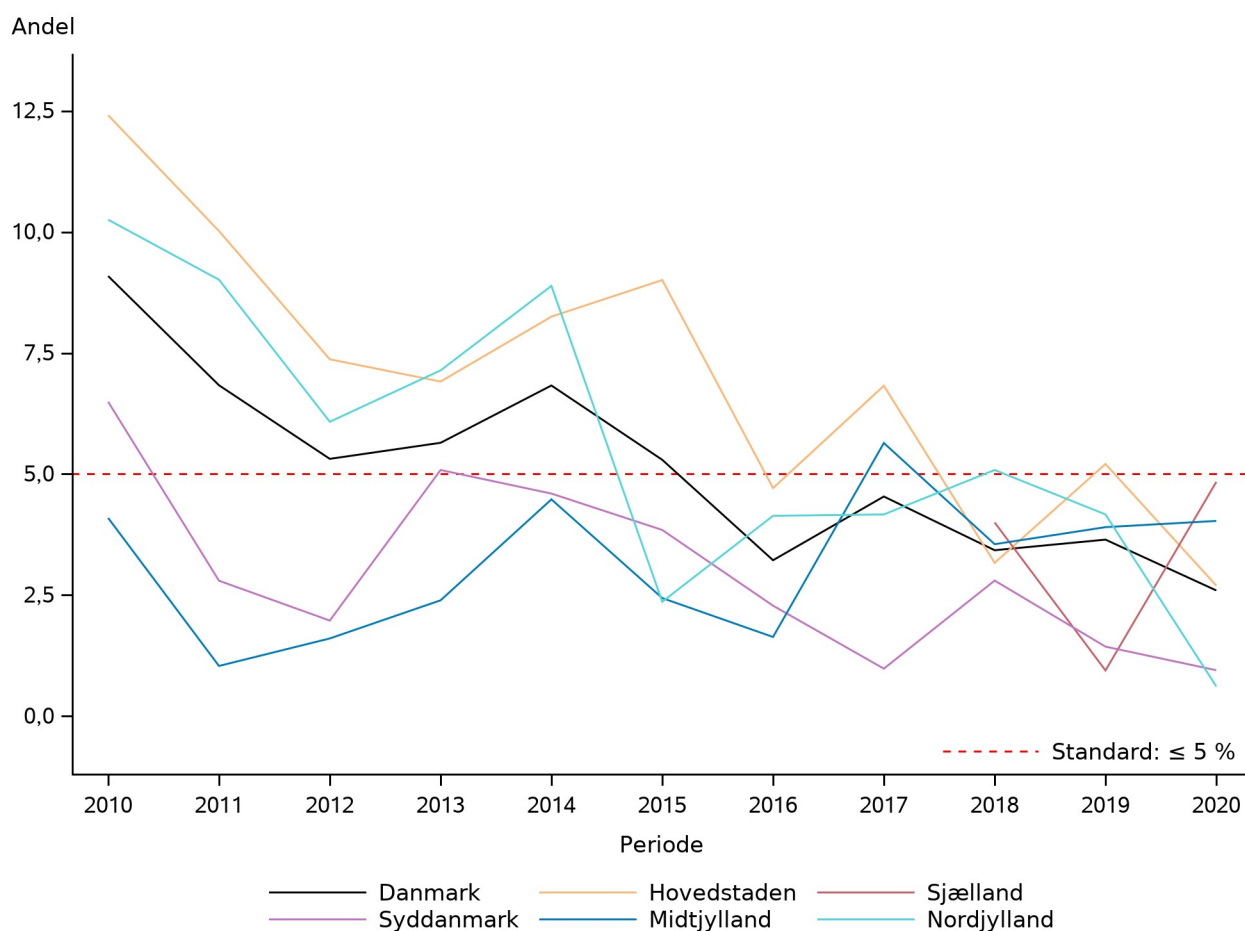
Figur 5-3. Funnelplo for postoperativ morbiditet

Indikator 5: Andel af radikalt prostatektomerede patienter, der har været indlagt mere end 3 dage postoperativt. Funnelplo på afdelingsniveau.



Figur 5-4. Trend for postoperativ morbiditet på regionsniveau i perioden 2010 til 2020

Indikator 5: Andel af radikalt prostatektomerede patienter, der har været indlagt mere end 3 dage postoperativt. Trendgraf på regionsniveau.



Indikator 6: Datakomplethed, diagnoseskema

Tabel 6-1.

Indikator 6: Andel diagnosticerede patienter med PSA, kardinalsymptomer og cTNM-oplysninger angivet i DaProCaData diagnoseskemaet

	Standard		Uoplyst antal (%)	Aktuelle år 01.01.2020 - 31.12.2020		Tidligere år	
	≥ 90% opfyldt	Tæller/ nævner		Andel	95% CI	2019 Andel	2018 Andel
Danmark	Nej	2.997 / 4.263	0 (0)	70	(69-72)	85	76
Hovedstaden	Nej	228 / 1.073	0 (0)	21	(19-24)	65	18
Sjælland	Ja	602 / 625	0 (0)	96	(95-98)	91	89
Syddanmark	Nej	636 / 958	0 (0)	66	(63-69)	89	96
Midtjylland	Ja	1.070 / 1.106	0 (0)	97	(96-98)	97	98
Nordjylland	Ja	461 / 491	0 (0)	94	(91-96)	87	85
Hovedstaden	Nej	228 / 1.073	0 (0)	21	(19-24)	65	18
Bornholms Hospital, Kirurgisk afdeling	Nej	0 / 15	0 (0)	0	(0-22)	0	0
Herlev og Gentofte Hospital, Urologisk overafd. H	Nej	4 / 757	0 (0)	1	(0-1)	61	15
Rigshospitalet, Urologisk Klinik, D	Nej	224 / 301	0 (0)	74	(69-79)	79	28
Sjælland	Ja	602 / 625	0 (0)	96	(95-98)	91	89
Region Sjællands Sygehusvæsen, ROS Urologi	Ja	602 / 625	0 (0)	96	(95-98)	91	89
Syddanmark	Nej	636 / 958	0 (0)	66	(63-69)	89	96
Odense Universitetshospital, Urinvejskirurgisk Afdeling L	Nej	216 / 410	0 (0)	53	(48-58)	93	97
Sydvestjysk Sygehus Esbjerg, Urologisk Afdeling	Ja	160 / 176	0 (0)	91	(86-95)	98	99
Sygehus Sønderjylland, SHS Urinvejsklinikken	Ja	108 / 118	0 (0)	92	(85-96)	75	90
Vejle Sygehus, SLB Urinvejskirurgi Afdeling (Vejle)	Nej	152 / 254	0 (0)	60	(54-66)	83	95
Midtjylland	Ja	1.070 / 1.106	0 (0)	97	(96-98)	97	98
Aarhus Universitetshospital, Urinvejskirurgi	Ja	571 / 603	0 (0)	95	(93-96)	95	96
Hospitalsenheden Vest, Urinvejskirurgisk Afdeling	Ja	499 / 503	0 (0)	99	(98-100)	100	99
Nordjylland	Ja	461 / 491	0 (0)	94	(91-96)	87	85
Aalborg Universitetshospital, Alb Urologisk Område	Ja	323 / 345	0 (0)	94	(91-96)	82	76

	Standard ≥ 90% opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år 01.01.2020 - 31.12.2020 Andel 95% CI		Tidligere år 2019 2018 Andel Andel	
Regionshospital Nordjylland, Kirurgisk Område (Vendsyssel)	Ja	138 / 146	0 (0)	95	(89-98)	96	96
Privathospitaler							
Privathospitaler/speciallæger	Nej	0 / 10	0 (0)	0	(0-31)	11	0

KOMMENTAR

Datagrundlag og beregningsregler

Indikatoren beskriver andelen af alle nydiagnosticerede prostatacancerpatienter, der har data om PSA, kardinalsymptomer og cTNM-oplysninger angivet i diagnoseskema.

Resultater

På landsplan fik 70% af alle patienter med nydiagnosticerede prostatacancer angivet PSA, kardinalsymptomer og cTNM-oplysninger i diagnoseskema. Standarden er ikke opfyldt på landsplan.

Indberetningen har historisk været meget lav i Hovedstaden som igen er lavest i 2020 (21%). Indberetningen er også lav i Region Syddanmark (66%). Det skal bemærkes, at efterlevelsen af indikatoren er stærkt varierende for de enkelte afdelinger over tid.

Diskussion og implikationer og vurdering af indikatoren

Den store variation vanskeliggør sammenligninger mellem landets regioner.

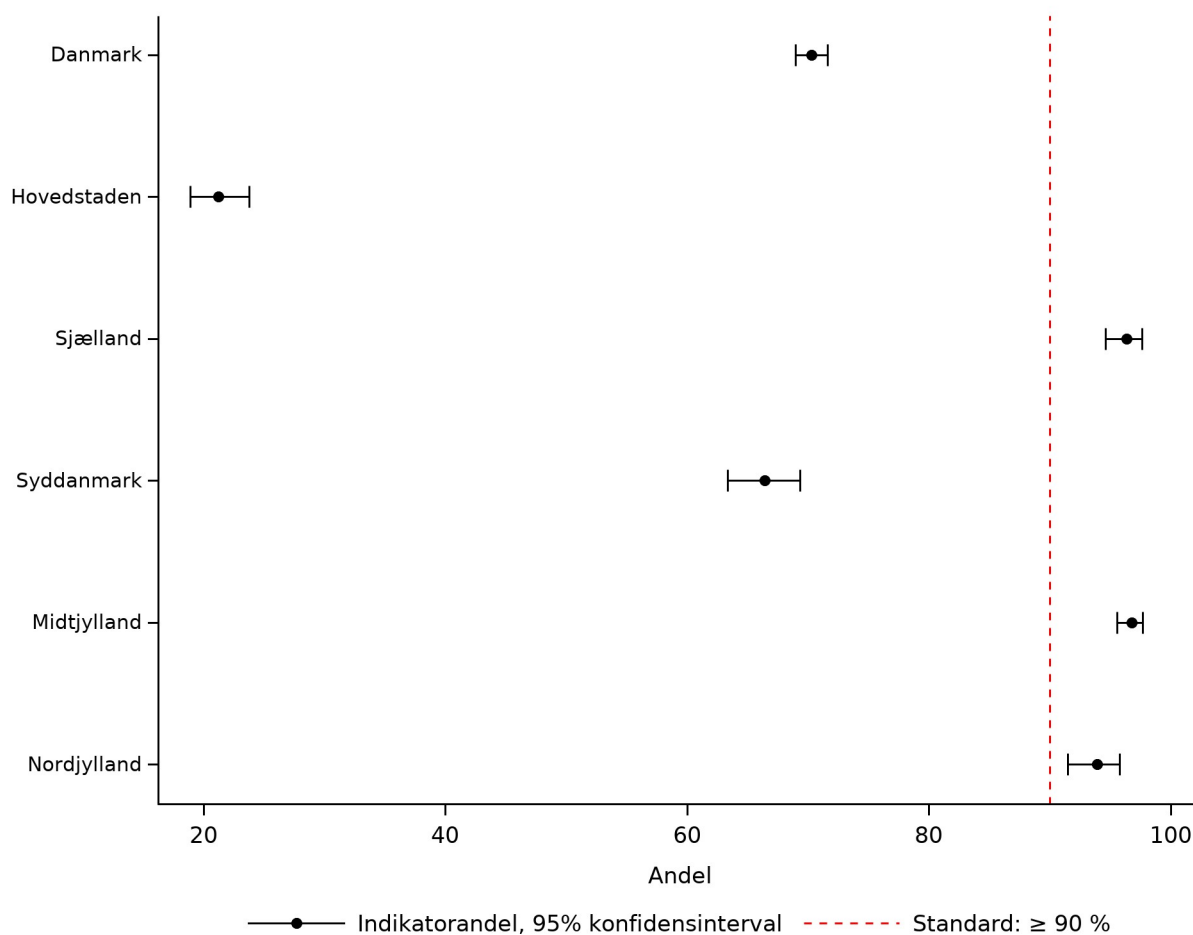
Vurdering af indikatoren

Når det forhåbentlig til næste år er lykkedes at indhente TNM-klassifikationen direkte fra LPR3, forventes diagnosearket og afdelingernes indberetninger at kunne bortfalde, da kardinalsymptomer ved diagnosen har ligget helt konstant i årevis, og vi allerede råder over LABKA data inkl. PSA fra fire Regioner med forventning om, at Region Midt på tilsvarende vis vil gøre det muligt at tilgå laboratoriedata fra centralt hold.

En direkte indrapportering fra klinikken kan dog forblive nødvendig, hvis f.eks. de oprettede koder for PIRADS scoren i forbindelse med den diagnostiske MR-skanninger af prostata ikke tages i brug i LPR3 indberetningen. Det er, til trods for MR-skanningens nye centrale rolle, desværre ikke lykkedes at skabe konsensus om, hvorledes og hvem der skal sikre, at kodningen praktiseres.

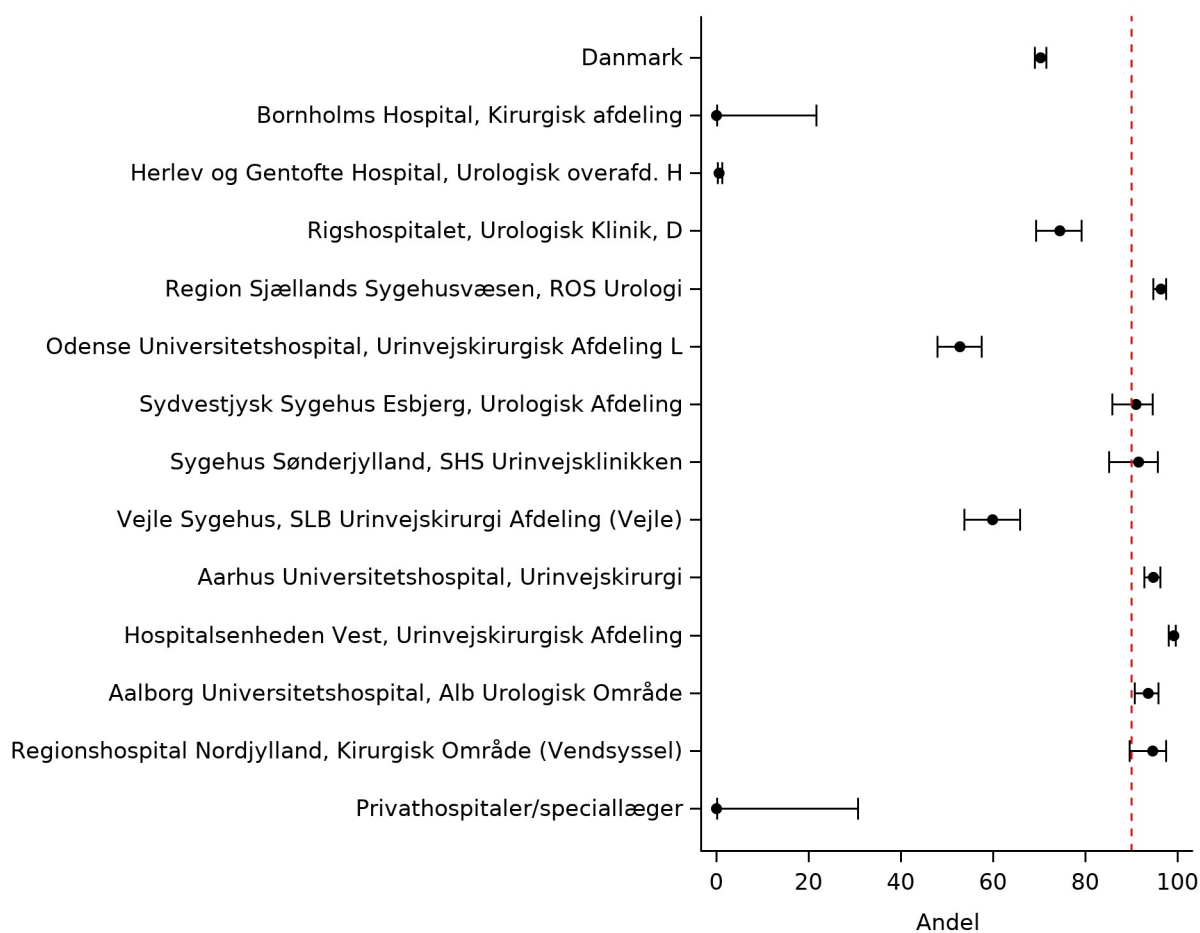
Figur 6-1. Datakomplethed, diagnoseskema for landet og på regionsniveau

Indikator 6: Andel diagnosticerede patienter med PSA, kardinalsymptomer og cTNM-oplysninger angivet i DaProCaData diagnoseskemaet. Kontrolldiagram på regionsniveau.



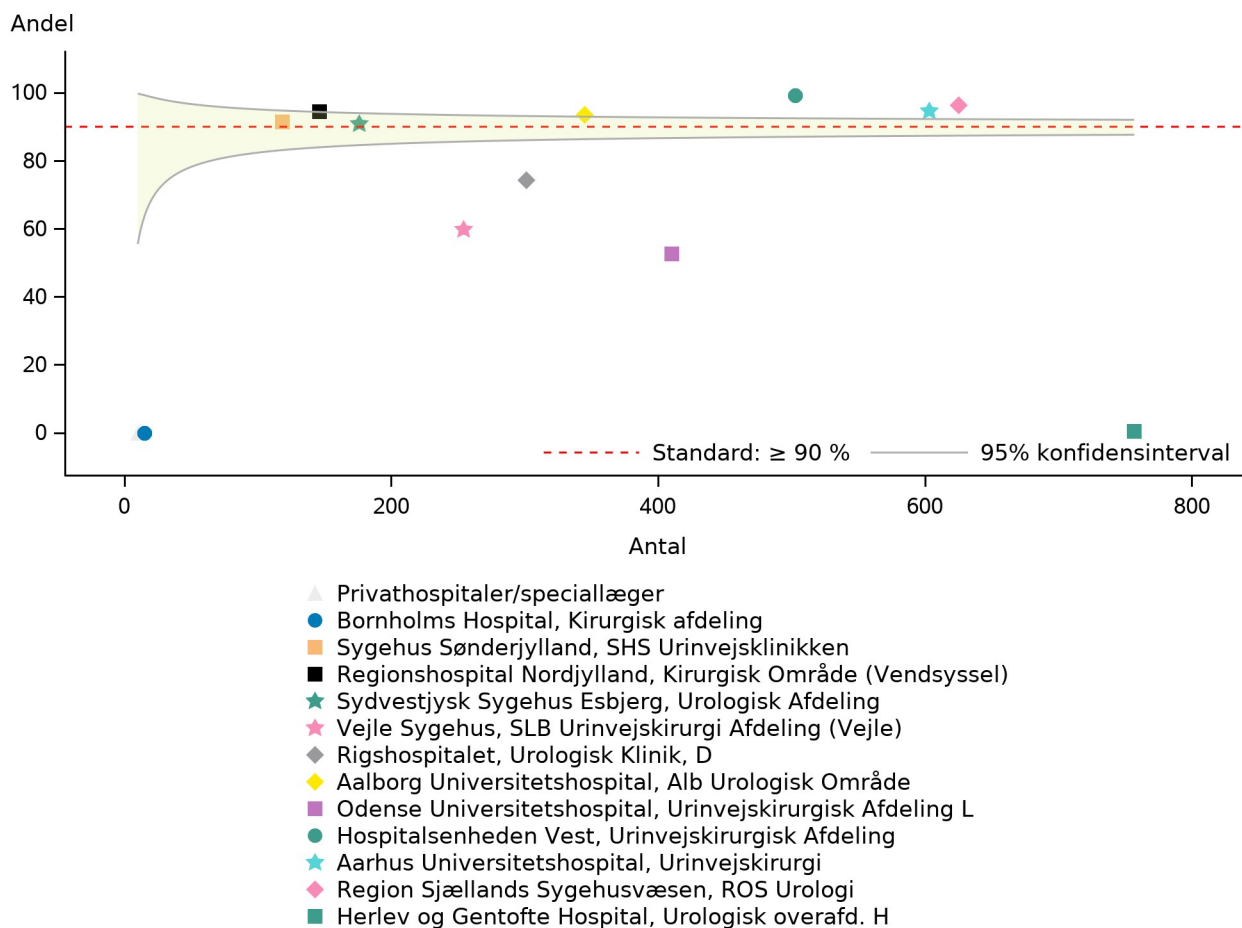
Figur 6-2. Datakomplethed, diagnoseskema per hospitalsafdeling

Indikator 6: Andel diagnosticerede patienter med PSA, kardinalsymptomer og cTNM-oplysninger angivet i DaProCaData diagnoseskemaet. Kontrolldiagram på afdelingsniveau.



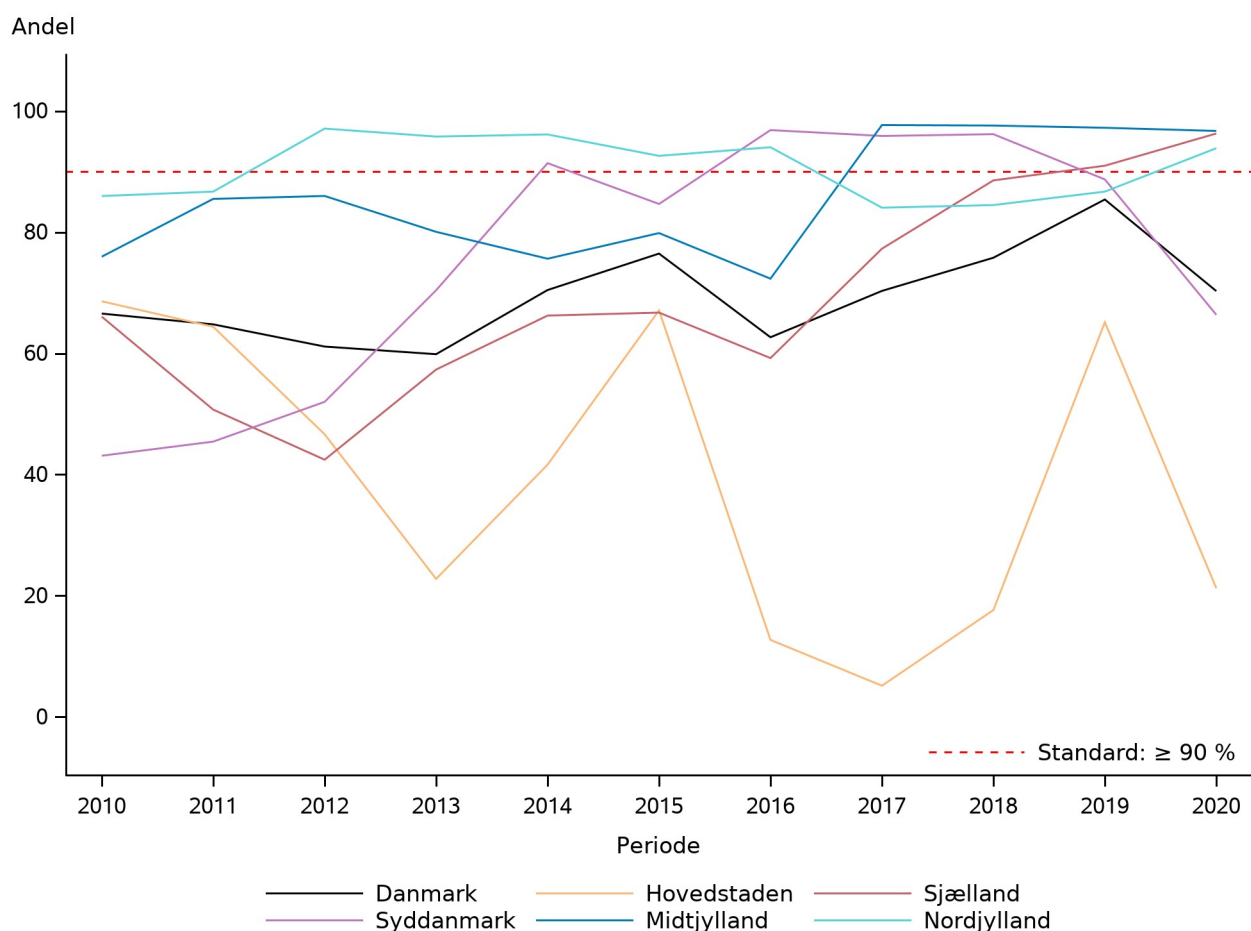
Figur 6-3. Funnelploot for datakomplethed, diagnoseskema

Indikator 6: Andel diagnosticerede patienter med PSA, kardinalsymptomer og cTNM-oplysninger angivet i DaProCaData diagnoseskemaet. Funnelploot på afdelingsniveau.



Figur 6-4. Trend i datakomplethed, diagnoseskema for landsresultat og på regionsniveau i perioden 2010 til 2019

Indikator 6: Andel diagnosticerede patienter med PSA, kardinalsymptomer og cTNM-oplysninger angivet i DaProCaData diagnoseskemaet. Trendgraf på regionsniveau.



Indikator 7 (suppl). Lav risiko: kurativ behandling.

Tabel 7-1

Indikator 7 (suppl): Andel af patienter i D'Amico-lav risikogruppe, der behandles kirurgisk eller med stråleterapi indenfor 90 dage efter diagnose

	Standard opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst	Aktuelle år		Tidligere år	
			antal (%)	01.01.2019 - 31.12.2019 Andel	95% CI	2018 Andel	2017 Andel
Danmark		30 / 545	0 (0)	6	(4-8)	6	10
Hovedstaden		8 / 58	0 (0)	14	(6-25)	6	0
Sjælland		#/#	0 (0)	3	(0-10)	7	6
Syddanmark		11 / 120	0 (0)	9	(5-16)	2	8
Midtjylland		9 / 243	0 (0)	4	(2-7)	10	17
Nordjylland		0 / 52	0 (0)	0	(0-7)	0	2
Hovedstaden		8 / 58	0 (0)	14	(6-25)	6	0
Herlev og Gentofte Hospital, Urologisk overafd. H		0 / 32	0 (0)	0	(0-11)	0	0
Rigshospitalet, Urologisk Klinik, D		8 / 26	0 (0)	31	(14-52)	18	0
Sjælland		#/#	0 (0)	3	(0-10)	7	6
Region Sjællands Sygehusvæsen, ROS Urologi		#/#	0 (0)	3	(0-10)	7	6
Syddanmark		11 / 120	0 (0)	9	(5-16)	2	8
Odense Universitetshospital, Urinvejskirurgisk Afdeling L		5 / 35	0 (0)	14	(5-30)	4	5
Sydvestjysk Sygehus Esbjerg, Urologisk Afdeling		#/#	0 (0)	3	(0-16)	0	6
Sygehus Sønderjylland, SHS Urinvejsklinikken		#/#	0 (0)	6	(0-30)	0	0
Vejle Sygehus, SLB Urinvejskirurgi Afdeling (Vejle)		4 / 37	0 (0)	11	(3-25)	3	16
Midtjylland		9 / 243	0 (0)	4	(2-7)	10	17
Aarhus Universitetshospital, Urinvejskirurgi		#/#	0 (0)	2	(0-6)	3	15
Hospitalsenheden Vest, Urinvejskirurgisk Afdeling		7 / 119	0 (0)	6	(2-12)	12	13
Nordjylland		0 / 52	0 (0)	0	(0-7)	0	2
Aalborg Universitetshospital, Alb Urologisk Område		0 / 21	0 (0)	0	(0-16)	0	0

	Standard	Tæller/ nævner	Uoplyst	Aktuelle år		Tidligere år	
			antal	01.01.2019 - 31.12.2019		2018	2017
	opfyldt		(%)	Andel	95% CI	Andel	Andel
Regionshospital Nordjylland, Kirurgisk Område (Vendsyssel)		0 / 31	0 (0)	0	(0-11)	0	3

KOMMENTAR

Datagrundlag og beregningsregler

Andelen af patienter vurderet i lav risiko, der påbegynder intenderet kurativ behandling, bør, som udgangspunkt, være meget lav, da det netop er denne patientgruppe, som risikerer at betale overbehandlingsprisen for aktiv og tidlig sygdomsopsporing. Ved valg af 2019 populationen sikres opfølgningstiden, ligesom en opgørelse efter blot tre måneders erkendt sygdom gør behandlingsindikationen uafhængig af anvendelse af MR-skanning af patienter i active surveillance.

Resultater

I alt 545 patienter vurderedes ved diagnosen i 2019 at have lavrisikosygdom. Heraf modtog 30 (6%) behandling inden for tre måneder efter diagnosen. Antal behandlede var lavest i Region Nordjylland (0%). På hospitalsniveau lå Rigshospitalet (31%), Odense Universitetshospital (14%), og Vejle Sygehus (11%) væsentligt over gennemsnittet.

I alt 92 (71%) blev behandlet inden for et år, mens yderligere 38 (29%) blev opereret eller strålebehandlet herefter.

Diskussion og implikationer

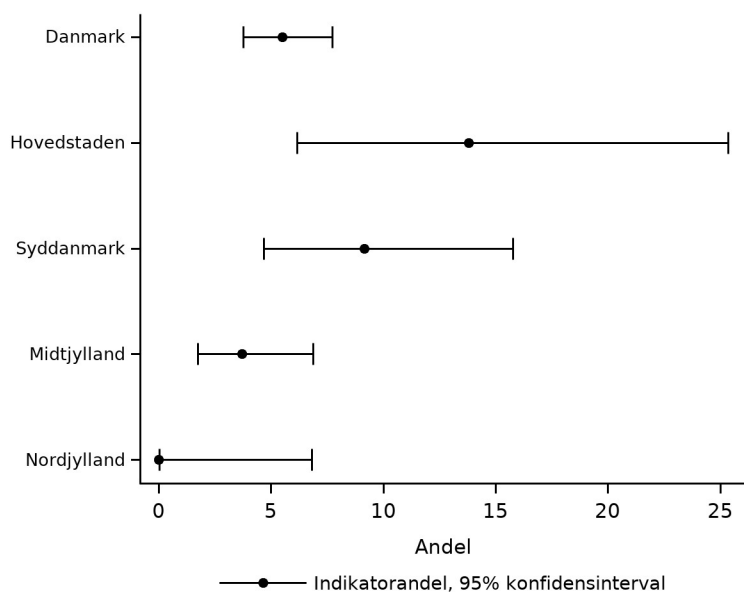
Da de kliniske retningslinjer aktuelt anbefaler behandling trods lavrisikosygdom ved >2 tumorpositive nålebiopsier, kan fortolkning og efterlevelse heraf være bidragende til den regionale variation. Som det fremgår af Figur 7-4, er antallet af behandlede lavrisikopatienter faldet indenfor i de seneste år.

Vurdering af indikatoren

Med den endnu stedvis forestående implementering af en diagnostisk MR-skanning, forventes kvaliteten af den initiale risikovurdering optimeret i forhold til i dag, hvilket igen bør resultere i en endnu lavere behandlingsfrekvens blandt langt færre forekommende lavrisikopatienter. Den fremtidige diagnostiske strategi vil kunne ændre sygdomsprofilen i en grad, hvor den eksisterende risikostratificering sammen med active surveillance ikke længere er meningsfuld.

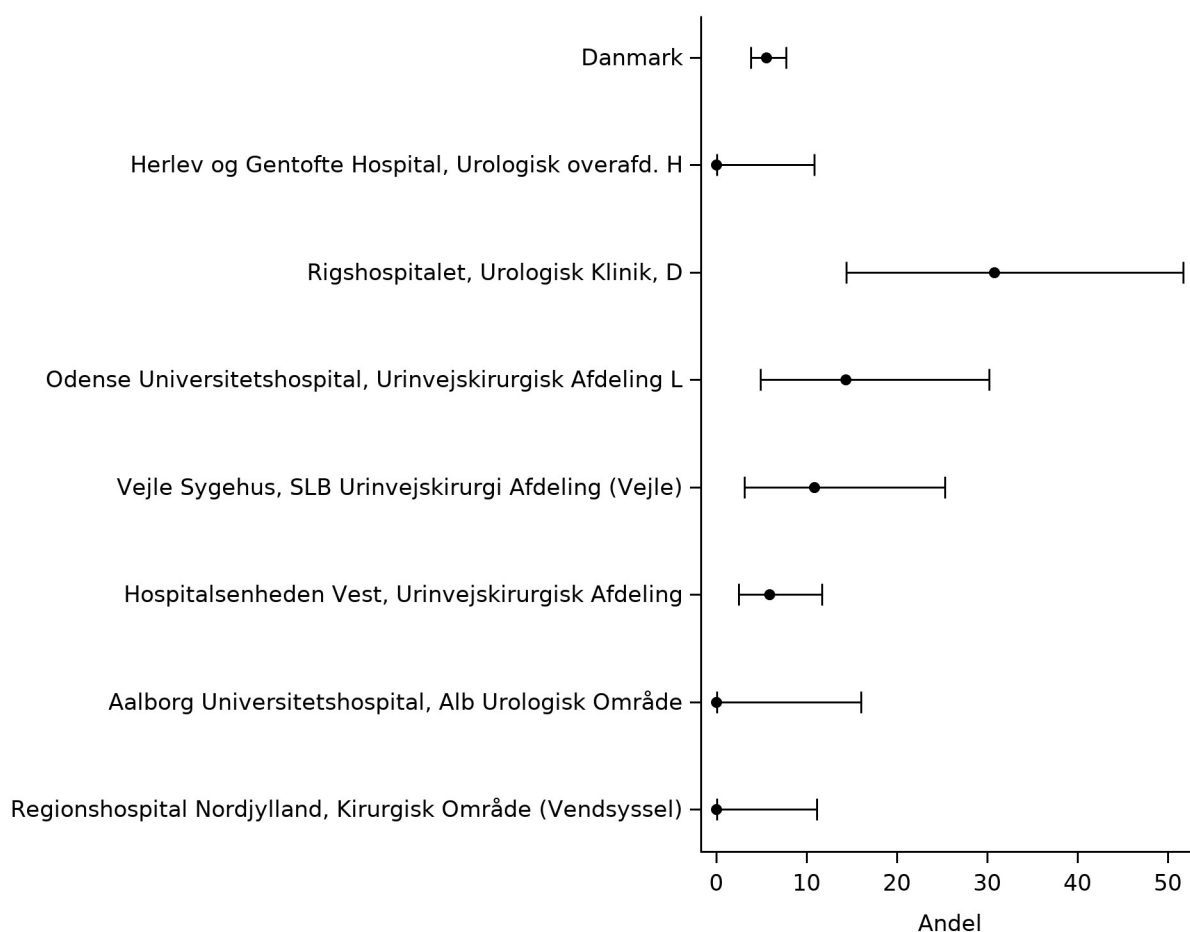
Figur 7-1. Andel af patienter i lav risiko, der starter kurativ behandling for landet og på regionsniveau

Indikator 7 (suppl): Andel af patienter i D'Amico-lav risikogruppe, der behandles kirurgisk eller med stråleterapi indenfor 90 dage efter diagnose. Kontrolldiagram på regionsniveau.



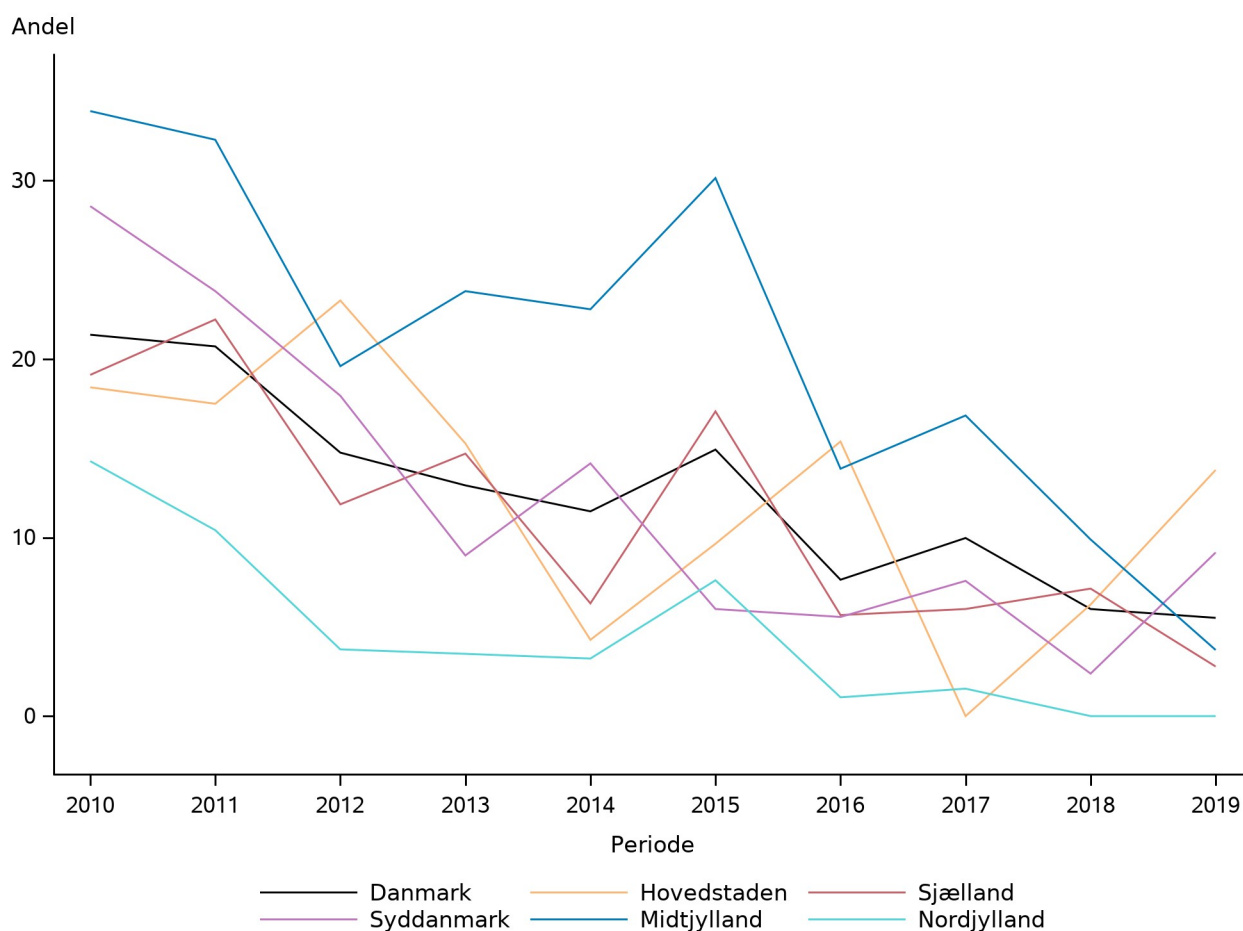
Figur 7-2. Andel af patienter i lav risiko, der starter kurativ behandling.

Indikator 7 (suppl): Andel af patienter i D'Amico-lav risikogruppe, der behandles kirurgisk eller med stråleterapi indenfor 90 dage efter diagnose. Kontrolldiagram på afdelingsniveau.



Figur 7-4. Trend i andel af patienter i lav risiko, der starter kurativ behandling i perioden 2010 til 2018

Indikator 7 (suppl): Andel af patienter i D'Amico-lav risikogruppe, der behandles kirurgisk eller med stråleterapi indenfor 90 dage efter diagnose. Trendgraf på regionsniveau.



Indikator 8 (suppl). Høj risiko: kurativ behandling.

Tabel 8-1

Indikator 8 (suppl): Andel af patienter i D'Amico-høj risikogruppe, der behandles kirurgisk eller med kurativ stråleterapi indenfor 180 dage efter diagnose

	Standard opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år		Tidligere år	
				01.01.2019 - 31.12.2019	95% CI	2018	2017
				Andel		Andel	Andel
Danmark		980 / 1.571	0 (0)	62	(60-65)	62	53
Hovedstaden		271 / 449	0 (0)	60	(56-65)	52	43
Sjælland		159 / 275	0 (0)	58	(52-64)	65	59
Syddanmark		225 / 378	0 (0)	60	(54-65)	61	48
Midtjylland		204 / 287	0 (0)	71	(65-76)	75	70
Nordjylland		120 / 179	0 (0)	67	(60-74)	61	51
Hovedstaden		271 / 449	0 (0)	60	(56-65)	52	43
Bornholms Hospital, Kirurgisk afdeling		0 / 8	0 (0)	0	(0-37)	20	38
Herlev og Gentofte Hospital, Urologisk overafd. H		191 / 308	0 (0)	62	(56-67)	51	44
Rigshospitalet, Urologisk Klinik, D		80 / 133	0 (0)	60	(51-69)	54	36
Sjælland		159 / 275	0 (0)	58	(52-64)	65	59
Region Sjællands Sygehusvæsen, ROS Urologi		159 / 275	0 (0)	58	(52-64)	65	59
Syddanmark		225 / 378	0 (0)	60	(54-65)	61	48
Odense Universitetshospital, Urinvejskirurgisk Afdeling L		96 / 172	0 (0)	56	(48-63)	63	40
Sydvestjysk Sygehus Esbjerg, Urologisk Afdeling		33 / 50	0 (0)	66	(51-79)	63	59
Sygehus Sønderjylland, SHS Urinvejsklinikken		24 / 44	0 (0)	55	(39-70)	45	50
Vejle Sygehus, SLB Urinvejskirurgi Afdeling (Vejle)		72 / 112	0 (0)	64	(55-73)	61	50
Midtjylland		204 / 287	0 (0)	71	(65-76)	75	70
Aarhus Universitetshospital, Urinvejskirurgi		123 / 166	0 (0)	74	(67-81)	79	69
Hospitalsenheden Vest, Urinvejskirurgisk Afdeling		81 / 121	0 (0)	67	(58-75)	69	66
Nordjylland		120 / 179	0 (0)	67	(60-74)	61	51
Aalborg Universitetshospital, Alb Urologisk Område		89 / 127	0 (0)	70	(61-78)	69	51

	Standard opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst	Aktuelle år		Tidligere år	
			antal	01.01.2019 - 31.12.2019		2018	2017
			(%)	Andel	95% CI	Andel	Andel
Regionshospital Nordjylland, Kirurgisk Område (Vendsyssel)		31 / 52	0 (0)	60	(45-73)	49	50
Privathospitaler							
Privathospitaler/speciallæger		#/#	0 (0)	33	(1-91)	0	0

KOMMENTAR

Datagrundlag og beregningsregler

Andelen af patienter vurderet i høj risiko, der påbegynder intenderet kurativ behandling, bør som udgangspunkt være meget høj, da det netop er denne patientgruppe, som risikerer at udvikle uhelbredelig avanceret sygdom. Datagrundlaget er frem til og med sidste hele kalenderår (2019).

Resultater

Lands gennemsnittet for kurativ behandling af højrisikopatienter diagnosticeret i 2019 var 62% og dermed uændret i forhold til året tidligere, men samtidig lavere end forventet, da antallet af behandlede patienter med højrisikosygdom generelt har været støt stigende de sidste år (Figur 8-4). På diagnosticerende hospitalsniveau varierede andelen fra 55% i Sønderborg til 74% i Aarhus.

Diskussion og implikationer

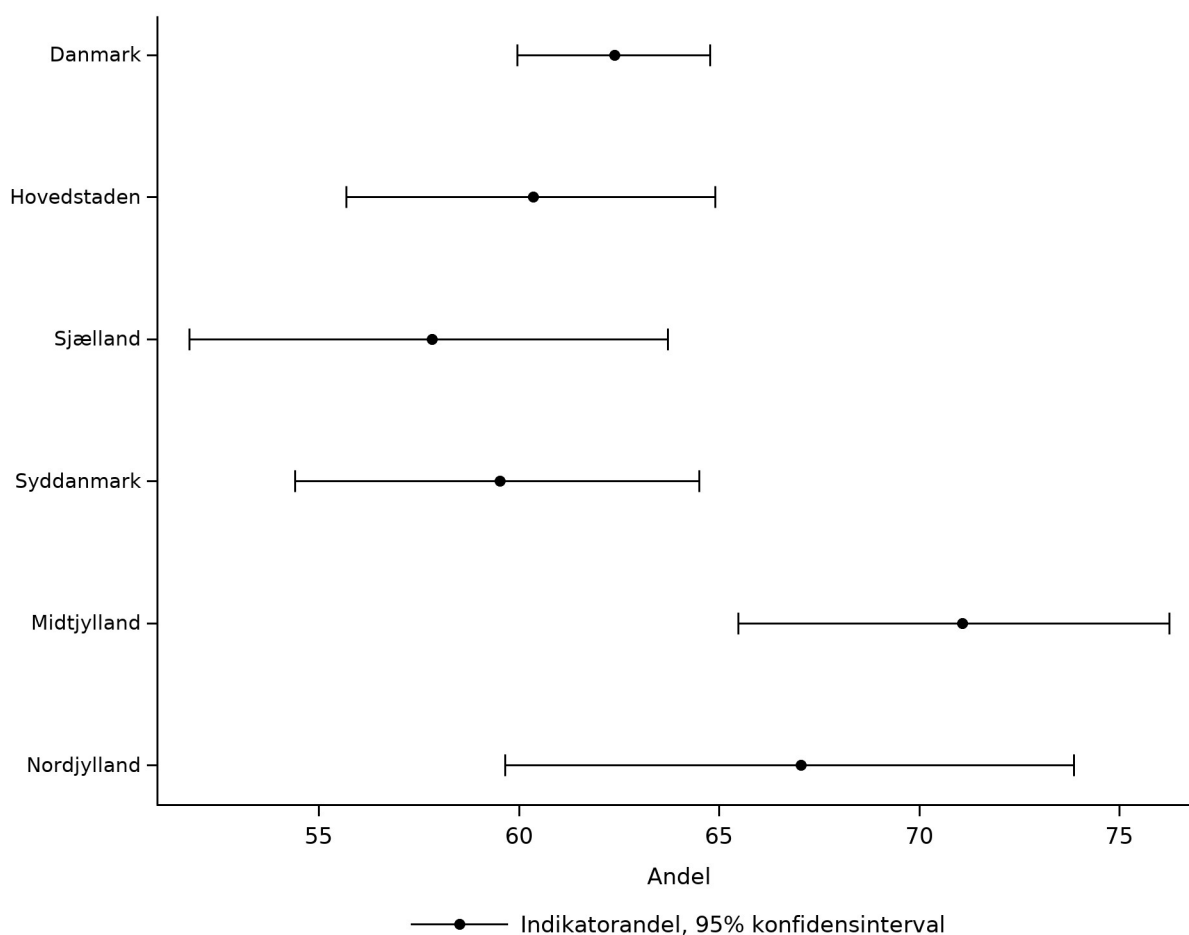
Patienter vurderet i højrisiko vil ubehandlet progrediøre til uhelbredelig sygdom, hvorfor andelen af disse, som påbegynder intenderet kurativ behandling, bør være høj. Dette dog under forudsætning af at de i øvrigt honorerer kravene hertil i henhold til de aktuelle landsdækkende kliniske retningslinjer på området. Der er ikke korrigeret for komorbiditet og forventet restlevetid, som kan være udslagsgivende for behandlingsindikationen.

Vurdering af indikatoren

Da indrapportering af primær strålebehandling, som kommenteret i forbindelse med Tabel 0-4, vurderes inkomplet, må indikatoren endnu tolkes med varsomhed, ligesom fastsættelse af niveauet for en standard aktuelt ikke vurderes meningsfuldt.

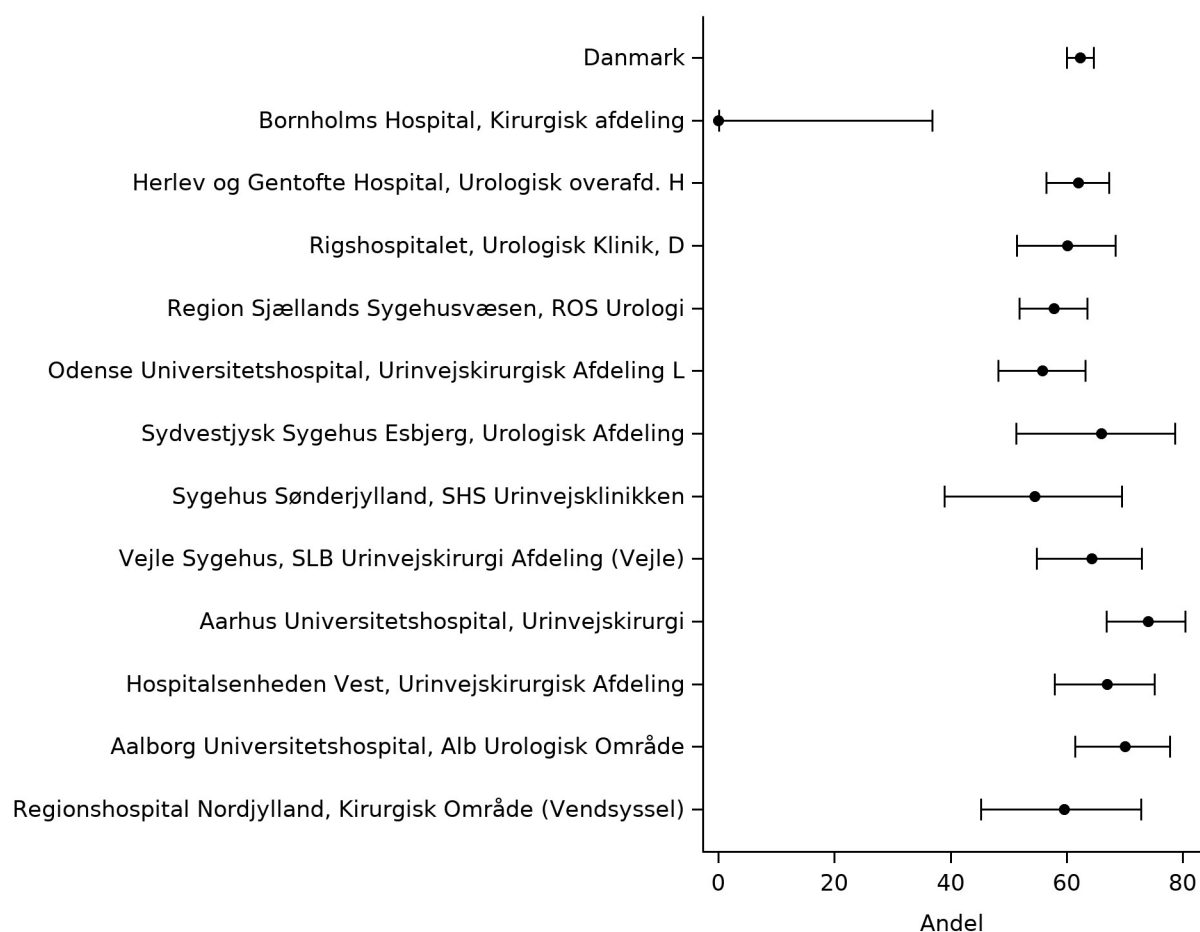
Figur 8-1. Andel af patienter i D'Amico-høj risiko, der behandles kirurgisk eller med kurativ stråleterapi indenfor 6 måneder, for landet og på regionsniveau.

Indikator 8 (suppl): Andel af patienter i D'Amico-høj risikogruppe, der behandles kirurgisk eller med kurativ stråleterapi indenfor 180 dage efter diagnose. Kontrolldiagram på regionsniveau.



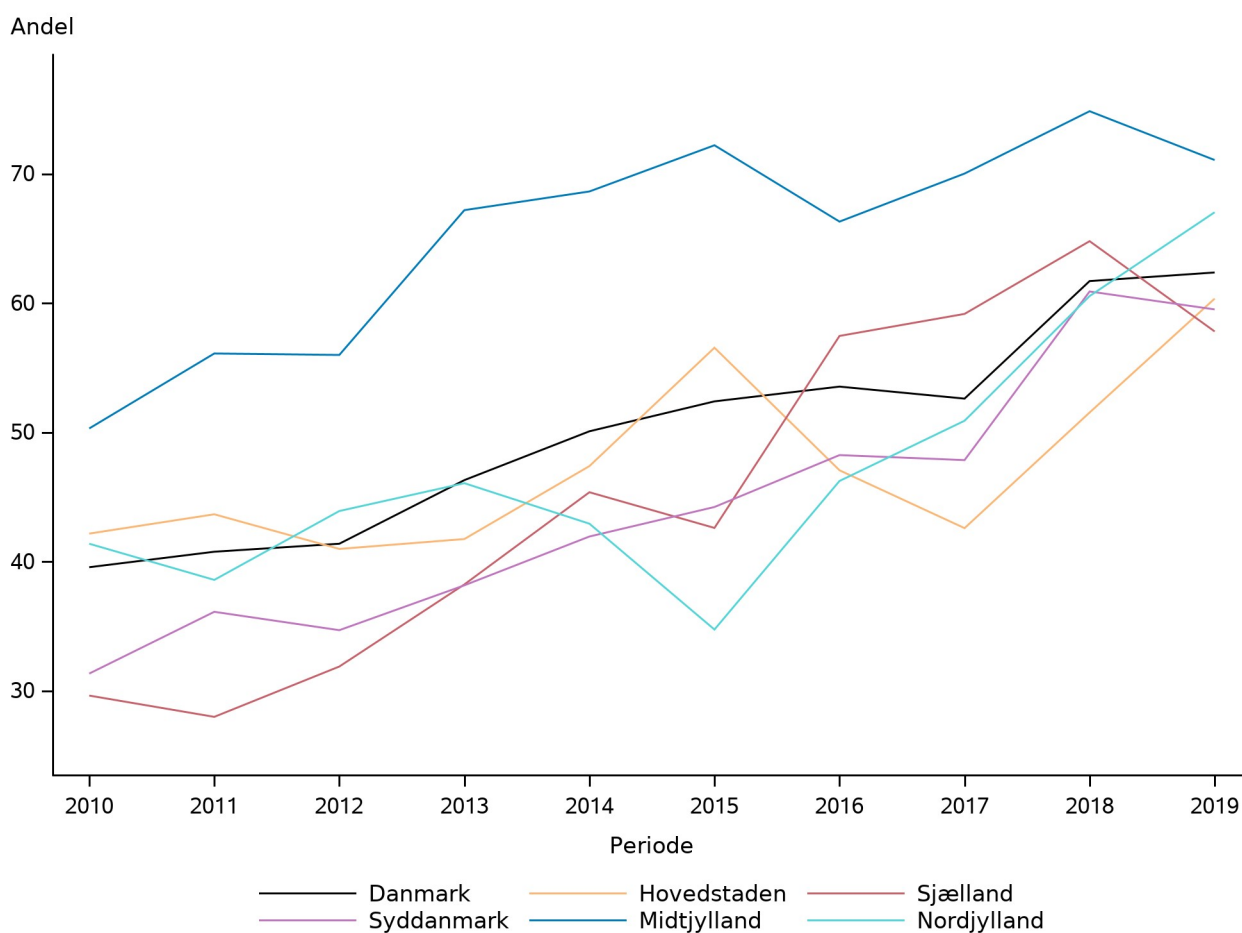
Figur 8-2. Andel af patienter i D'Amico-høj risiko, der behandles kirurgisk eller med kurativ stråleterapi indenfor 6 måneder, per hospitalsafdeling

Indikator 8 (suppl): Andel af patienter i D'Amico-høj risikogruppe, der behandles kirurgisk eller med kurativ stråleterapi indenfor 180 dage efter diagnose. Kontrolldiagram på afdelingsniveau.



Figur 8-4. Andel af patienter i D'Amico-høj risiko, der behandles kirurgisk eller med kurativ stråleterapi indenfor 6 mdr i perioden 2010 til 2018

Indikator 8 (suppl): Andel af patienter i D'Amico-høj risikogruppe, der behandles kirurgisk eller med kurativ stråleterapi indenfor 180 dage efter diagnose. Trendgraf på regionsniveau.



BESKRIVELSE AF SYGDOMSOMRÅDET OG MÅLING AF BEHANDLINGSKVALITETEN

Prostatacancer manifesterer sig meget sjældent klinisk før 50-års-alderen, mens sygdommen fra obduktionsstudier vides at kunne påvises histologisk betydeligt tidligere. Incidensen er stærkt stigende med alderen, og omkring halvdelen af 60-årige og 75% af 75-årige vil kunne diagnosticeres med asymptomatisk sygdom. Et stort antal patienter diagnosticeres som følge af en forhøjet PSA-måling.

Sygdommen er aktuelt den hyppigste mandlige kræftform (bortset fra ikke-melanom hudcancer). Selv ved uændret diagnostisk aktivitet, forventes prævalensen af prostatacancer, dvs. antallet af patienter i live med sygdommen, således at stige fra de nuværende lidt over 50.000 til ca. 70.000 tilfælde i 2030.

Prostatacancer udvikler sig yderst individuelt, og forløbet for den enkelte kan i det tidlige sygdomsstadie være helt uforudsigeligt. Af samme årsag er det afgørende, at den nydiagnosticerede patient risikovurderes mhp. prognose og behandlingsstrategi (Figur 9-1). Sidstnævnte fastlægges ved en multidisciplinær teamkonference (MDT). Da patienter diagnosticeret med tidlig minimal sygdom betragtes som potentielt klinisk ikke signifikante tilfælde, introduceres stadig flere til *active surveillance*. Herved forstås aktiv overvågning i form af et systematisk observationsprogram til individuel vurdering af et eventuelt behov for helbredende behandling. Det kliniske dilemma med overdiagnosticering af klinisk, ikke betydende kræfttilfælde forventes dog i nær fremtid markant nedbragt ved endelig implementering af diagnostisk MR-skanning forud for eventuel bioptering.

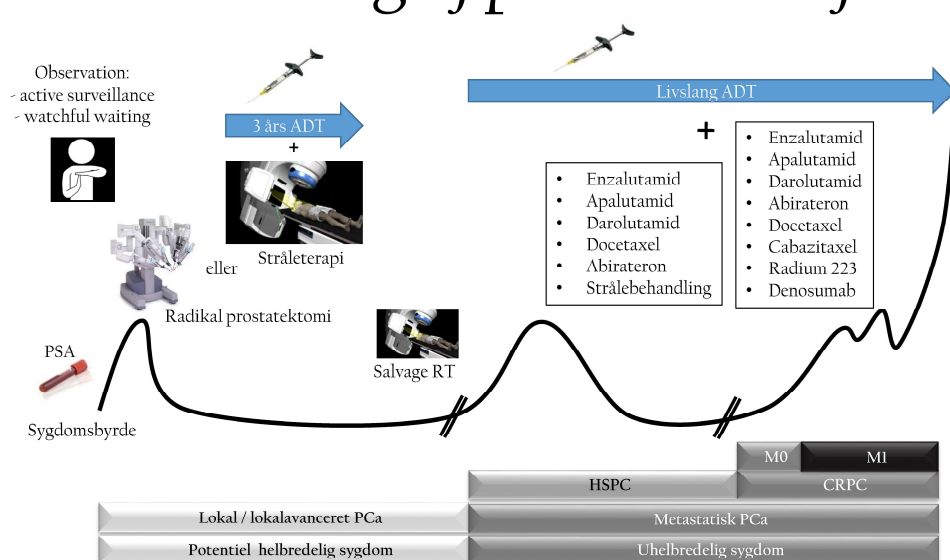
I Danmark udføres årligt omkring 1.150 radikale prostatektomier. Dette gøres i dag altovervejende ved hjælp af såkaldt robotkirurgi, hvor prostata og sædblære fjernes med efterfølgende sammensyning af blærehals og urinrør. Patienten udskrives typisk dagen efter operationen med et åbenstående blærekateter, som fjernes ved et ambulant besøg 6-8 dage senere. Da sygdomskortlægningen inden behandlingstilbud fortsat er yderst usikker, viser ca. 1/3 af forventede intraprostatiske tumorer (cT1-2) sig reelt at være ekstraprostatisk (pT3) og 1/4 endog med efterladt tumorvæv, såkaldte tumorpositive kirurgiske marginer. Disse patienter vil have øget risiko for senere sygdomstilbagefald. Ca. halvdelen af de diagnosticerede patienter bliver behandlet med operation eller strålebehandling. Behandlingerne er centraliseret til relativt få centre.

Den *eksterne strålebehandling* er ved aggressive tilfælde kombineret med tre års medicinsk kastrationsbehandling. Patienterne er som udgangspunkt typisk lidt ældre, lidt mere komorbide og i højere risikoklasse sammenlignet med operationspatienterne.

Ved spredning af sygdommen til f.eks. knoglerne er sygdommen uhelbredelig, men vil typisk kunne holdes i ro i flere år på kastrationsbehandling i kombination med kemoterapi, strålebehandling eller nyere hormonbehandling (Figur 9-1). Ved progression herefter vil sygdommen være *kastrationsresistent (CRPC)* og for blot 10 år siden var den gennemsnitlige overlevelse herefter under et år. I dag er der tilkommet en

række medicinske behandlinger, som hver især kan bibringe måneders levetidsforlængelse, så overlevelsen i denne sygdomsfase nu gennemsnitligt er forlænget til omkring tre år.

Behandling af prostatakræft



Figur 9-1.

Prostatacancer diagnosticeres typisk pga. en forhøjet PSA-værdi i blodet. Denne værdi korrelerer relativt godt til sygdomsbyrden, som angives som figurens linje. Ved diagnose vil hovedparten af patienterne have lokaliseret og dermed helbredelig sygdom. Alt efter behandlingsegnethed og sygdommens alvor (risikoscore) tilbydes hhv. 1) observation i form af active surveillance eller watchful waiting, 2) operation eller 3) stråleterapi +/- 3 års medicinsk kastrationsbehandling. Ved sygdomstilbagefald eller nydiagnosticeret metastatisk og uhelbredelig sygdom er den grundlæggende behandling livslang kastration – hvilket typisk gøres medicinsk. Initalt er denne sygdomsfase hormonsensitiv (HSPC), men inden for måneder til år bliver sygdommen resistent for kastrationen (CRPC). På baggrund af nye medicinske behandlinger er levetiden i disse faser af sygdommen gennem de senere år markant forlænget.

DATAGRUNDLAG

Dansk ProstataCancer Database (DaProCadata) er af Sundhedsdatastyrelsen godkendt som en dansk kvalitetsdatabase for diagnostik og behandling af prostatacancer i Danmark med dertil hørende kvalitetsindikatorer. I forbindelse med læsning af rapporten og tolkning af resultaterne er det af afgørende betydning at være opmærksom på en række begrænsninger vedrørende de foreliggende data.

Målet med DaProCadata er, at alle patienter med prostatacancer i Danmark inkluderes med henblik på at sikre, at databasen giver et retvisende billede af kvaliteten af diagnostik og behandling i henhold til de opstillede in- og eksklusionskriterier (se "Identifikation af patientpopulation" for detaljeret beskrivelse af patientpopulationerne i DaProCadata). Databasen er overvejende baseret på data, der er registreret i Landsregisteret for patologi (skæringsdato 25. februar 2021) eller i Landspatientregisteret (skæringsdato 25. februar 2021) suppleret med udvalgte kliniske data, som er indtastet direkte i et dataindtastningsmodul af de behandlende afdelinger (skæringsdato 15. marts 2021). På disse dataindberettende afdelinger er der udpeget personer med særskilt ansvar for dataregistreringen.

Datagrundlaget for denne rapport vedrører patienter med en første prostatacancer diagnose ifølge Landsregister for Patologi. Indberetningen til de veletablerede nationale registre er en integreret del af den kliniske hverdag, hvilket forbedrer registreringen. Som det fremgår af nedenstående tabel, er der i 2020 identificeret 4.263 patienter med en første prostatacancer diagnose. Siden 2011 er der på nuværende tidspunkt inkluderet 43.746 patienter.

Tabel 10-1. Antal nydiagnosticerede prostatacancerpatienter pr år i DaProCadata

Diagnoseår	Antal
2011	4.214
2012	4.259
2013	4.230
2014	4.552
2015	4.471
2016	4.469
2017	4.250
2018	4.613
2019	4.425
2020	4.263
I alt	43.746

1.117 prostatapatienter fik udført prostatektomi i 2020. Af nedenstående tabel fremgår antallet af prostatektomier opgjort på årsbasis siden 2011.

Tabel 10-2. Antal prostatektomerede prostatacancerpatienter pr år (LPR).

Prostatektomiår	Antal
2011	907
2012	1.016
2013	974
2014	1.098
2015	1.133
2016	1.242
2017	1.058
2018	1.138
2019	1.152
2020	1.117
I alt	10.835

IDENTIFIKATION AF PATIENTPOPULATIONEN

I DAPROCAdata inkluderes patienter med en første prostatacancerdiagnose ifølge Landsregisteret for Patologi (patologiregisteret) eller Landspatientregistret (LPR).

Inklusionskriterier

Patientpopulationen identificeres ud fra alle rekvisitioner med en rekvisitionsdato i opgørelsesperioden vedrørende prostatacancer i patologiregisteret som:

- Patienter med rekvisitioner med følgende SNOMED koder på samme materiale T77* (prostata og vesicula seminalis) OG M8xxx3 (alle maligne invasive neoplasier primært i prostata) i umiddelbar sekvens efter T77*.

ELLER

- Patienter med rekvisitioner med SNOMED kode ÆF4620 (udgangspunkt i prostata), dvs. metastaser, hvor primært udgangspunkt er prostata.

Eksklusionskriterier

Patienter, der opfylder følgende kriterier ekskluderes:

- Patienter med rekvisitioner med inkonklusiv prostatacancerdiagnose, dvs. en obs. pro diagnose (ÆYYYY00) i umiddelbar sekvens efter en af de relevante M-koder, medmindre der er en anden relevant M-kode uden ÆYYYY00 og/eller en diagnose indeholdende ÆF4620 uden ÆYYYY00 i sekvens på samme rekvisition ekskluderes.
- Patienter med erstatnings cpr-nummer.
- Patienter der diagnosticeres som følge af fjernelse af blære (KKCC10, KKCC11, KKCC20 eller KKCC21).

Tilskrivning af indikatorer

Indikatorerne tilskrives den primære urologiske afdeling i Landspatientregisteret, defineret som den afdeling med specialekode 35, hvor patienten er set først. For patienter, der ikke har en kontakt på en urologisk afdeling, tilskrives indikatorerne den afdeling, som har oprettet diagnoseskemaet i UOF-databasen eller for indikator 1 (indlæggelse efter TRUS-biopsi) den afdeling, som har lavet første TRUS-biopsi.

INDIKATORALGORITMER

Tabel 10-3. Indikatoralgoritmer

Nr.	Indikator	Indikator	Nævner	Tæller	Uoplyste
1	Indlæggelses-hyppighed	Andel af udførte transrektal ultralydsscanning (TRUS) med prostatabiopsi, der har medført indlæggelse indenfor 7 dage efter proceduren (patienter med efterfølgende prostatacancer)	Biopsier af prostata (procedurekode KTKE00* i LPR) udført i rapporteringsåret på alle patienter1 i DaProCadata	Indlæggelse uanset årsag indenfor 7 dage efter dato for TRUS biopsi	
2	Positiv kirurgisk margin (pT2)	Andel af radikalt prostatektomerede (pT2) patienter med positiv kirurgisk margen	Patienter1 som - er radikalt prostatektomerede (procedurekode KKEC* i LPR) OG - har patologisk T-stadie: - T77* (prostata og vesicula seminalis) - OG Mxxxx3 - OG P306X0 (ektomi) - OG pT-stadie=2: ÆF184x (på samme rekvisition og samme materiale)	Patienter i nævneren som har positiv kirurgisk margen (M-kode: M09401 (resektionsrande ikke frie ELLER M09406 resektionsflade ikke fri ELLER M09411 laterale resektionsrand ikke fri) i Patologiregisteret) på ektomi-præparat (P306X0)	

3	Positiv kirurgisk margin (pT3)	Andel af radikalt prostatektomerede (pT3) patienter med positiv kirurgisk margin	Patienter1 som - er radikalt prostatektomerede (procedurekode KKECxx i LPR) OG - har patologisk T-: T77* (prostata og vesicula seminalis) OG Mxxxx3 OG P306X0 (ektomi) OG pT-stadie=3: – ÆF1850 pT3 Tumor udenfor prostata ELLER – ÆF1851 pT3a Indvækst i periprostatisk væv ELLER – ÆF1852 pT3b Indvækst i vesicula seminalis (på samme rekvisition og samme materiale)	Patienter i nævneren som har positiv kirurgisk margin (M-kode: M09401 (resektionsrande ikke frie ELLER M09406 resektionsflade ikke frie ELLER M09411 laterale resektionsrand ikke fri) i Patologiregisteret) på ektomi-præparat (P306X0)
4	Postoperativ morbiditet	Andel af patienter genindlagt med komplikationer indenfor 30 dage efter radikal prostatektomi	Patienter1 som er radikalt prostatektomerede (procedurekode KKEC* i LPR)	Patienter i nævneren, som indenfor 30 dage efter radikal prostatektomi har en ny indlæggelse uanset årsag, hvor - Udskrivesdato ≠ genindlæggelsesdato OG - Genindlæggelsesdato ≠ genindlæggelsesdato.
5	Perioperativ morbiditet	Andel af radikal prostatektomerede patienter,	Patienter1 som er radikalt prostatektomerede (procedurekode KKEC* i LPR)	Patienter i nævneren, som er indlagt mere end 3 dage efter radikal prostatektomi

		der har været indlagt mere end 3 dage postoperativt		(jævnfør dato for operation i LPR beregnes som dag 0)
6	Datakomplethed	Andel diagnosticerede prostatacancerpatienter med PSA, kardinal symptomer og cTNM-oplysninger i diagnoseskemaet	Alle patienter ¹	Patienter i nævneren som i diagnoseskemaet har angivet: - PSA værdi (Jævnfør variabelen PSA_uofdiagnose værdi < 9999) OG - Kardinalsymptomer (Jævnfør variabelen kardinalsymptomer = 1-7) OG - cTNM (Jævnfør variabelen cTNM = 1-3)

¹ Jævnfør identifikation af patientpopulation beskrevet i afsnit 8 'Identifikation af patientpopulation'

Supplerende indikatorer:

Nr.	Indikator	Indikator	Nævner	Tæller	Uoplyste
7(suppl)	Lav risiko/kurativ behandling	Andel af patienter i D'Amico-lav risiko, der behandles kirurgisk eller med stråleterapi indenfor 3 mdr.	Patienter1 som er i D'Amico-lav risiko2	Patienter i nævneren, som indenfor 90 dage er behandlet kirurgisk (procedurekode KKEC* i LPR) ELLER	

				Behandlet med stråleterapi (procedurekode BWGC* eller BWGE* + DC619 i LPR)
8(suppl)	Høj risiko/ kurativ behandling	Andel af patienter i D'Amico-høj risiko, der behandles kirurgisk, med stråleterapi eller endokrin behandling indenfor 6 mdr.	Patienter1 som er i D'Amico-høj risiko2	Patienter i nævneren, som indenfor 180 dage er - behandlet kirurgisk (procedurekode KKEC* i LPR) ELLER - Behandlet med kurativ stråleterapi (procedurekode BWGC* eller BWGE* + DC619 i LPR, >36 gange)

² D'Amico-risikovurdering, baseret på cTNM og PSA ved diagnose, samt Gleasonscore på diagnose-biopsi:

Udenfor risikovurdering:	M1/N1 (cM1 eller cN1)
Høj risiko	cT>cT2b ELLER PSA >=20 ELLER Gleasonscore>7
Intermediær risiko	(cT2b ELLER 10<psa <20 ELLER Gleasonscore=7) og ingen værdier (cT, PSA eller Gleason) kvalificerer til høj risiko
Lav risiko	(cT1c/cT2a og PSA <=10 og Gleasonscore <7) og ingen værdier (cT, PSA eller Gleason) kvalificerer til høj/intermediær risiko
Ukendt	Alle øvrige, der ikke kan kategoriseres/ikke har registreret tnm

SÆRKAPITEL

SUPPLERENDE MATERIALE 2020

Dette særkapitel i årets rapport indeholder forskellige analyser som styregruppen har anvendt i diskussion om udvikling af databasen og indikatorsættet:

- PSA-data fra det elektroniske system
- PSA-recidiv efter radikal prostatektomi
- PSA før salvage strålebehandling
- Varighed til behandling ved active surveillance
- MR-scanning aktivitet
- MDT-aktivitet
- Overlevelse

PSA DATA FRA DET ELEKTRONISKE SYSTEM

Databasens oplysninger om PSA-målingen ved diagnosetidspunktet stammer fra manuel indtastning. Der har været et ønske om at skaffe denne oplysning fra en elektronisk datakilde, og for at udvide databasen med PSA-målinger i hele behandlingsforløbet. Dette er i år blevet muligt for fire af landets regioner. Data fra Region Midtjylland mangler, og vil søges tilvejebragt i det næste år.

Tabel 1 viser komplementheden af PSA-målinger ved diagnosetidspunktet i perioden 2017-2020.

Tabel 1.

Registreringskomplethed, labdata

Per behandlingsregion, 2017-2020

Diagnoseår	Region								
	Region Nordjylland			Region Midtjylland			Region Syddanmark		
	Diagnosticerede		PSA (diagnose)	Diagnosticerede		PSA (diagnose)	Diagnosticerede		PSA (diagnose)
	Antal	Antal	%	Antal	Antal	%	Antal	Antal	%
Diagnoseår									
2017	452	433	96	1.051	40	4	1.053	994	94
2018	484	480	99	1.225	33	3	1.081	1.075	99
2019	467	457	98	1.207	29	2	986	972	99
2020	491	448	91	1.106	32	3	958	947	99

Diagnoseår	Region								
	Region Hovedstaden			Region Sjælland			Privathospitaler		
	Diagnosticerede		PSA (diagnose)	Diagnosticerede		PSA (diagnose)	Diagnosticerede		PSA (diagnose)
	Antal	Antal	%	Antal	Antal	%	Antal	Antal	%
Diagnoseår									
2017	992	896	90	674	644	96	28	19	68
2018	1.049	1.034	99	753	749	99	21	18	86
2019	1.056	1.030	98	700	694	99	9	7	78
2020	1.073	1.057	99	625	624	100	10	8	80

Kompletheden af data er høj i landets regioner i 2020 med undtagelse af Region Midtjylland.

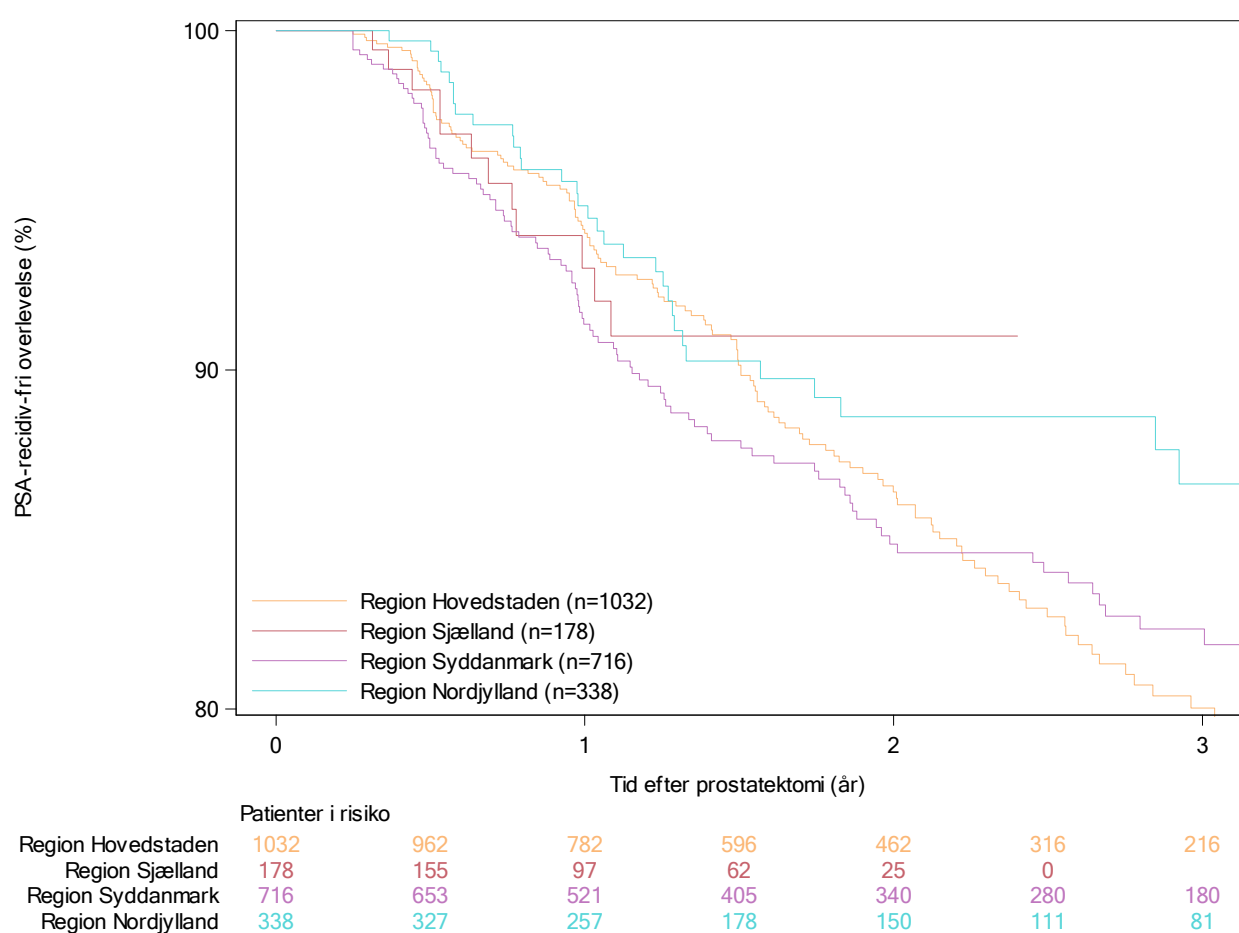
PSA-RECIDIV EFTER RADIKAL PROSTATEKTOMI

To af databasens indikatorer drejer sig om hvorvidt resektionsranden er fri efter radikal prostektomi, men det har hidtil ikke været muligt at vurdere effekten af frie positive rande i databasen. Figur 1-4 viser sammenhængen mellem frie vs. positive resektionsrande og forekomsten af biokemisk recidiv, målt ved stigning af PSA i blodet.

I analyserne indgår opererede mænd som havde en eller flere målinger med lav PSA i perioden 1-120 dage efter operationen. PSA-recidiv er defineret som en PSA-måling på 0,2 eller højere 90 dage efter operationen eller senere.

Figur 1.

PSA-recidiv-fri overlevelse - prostatektomier 2017-2020

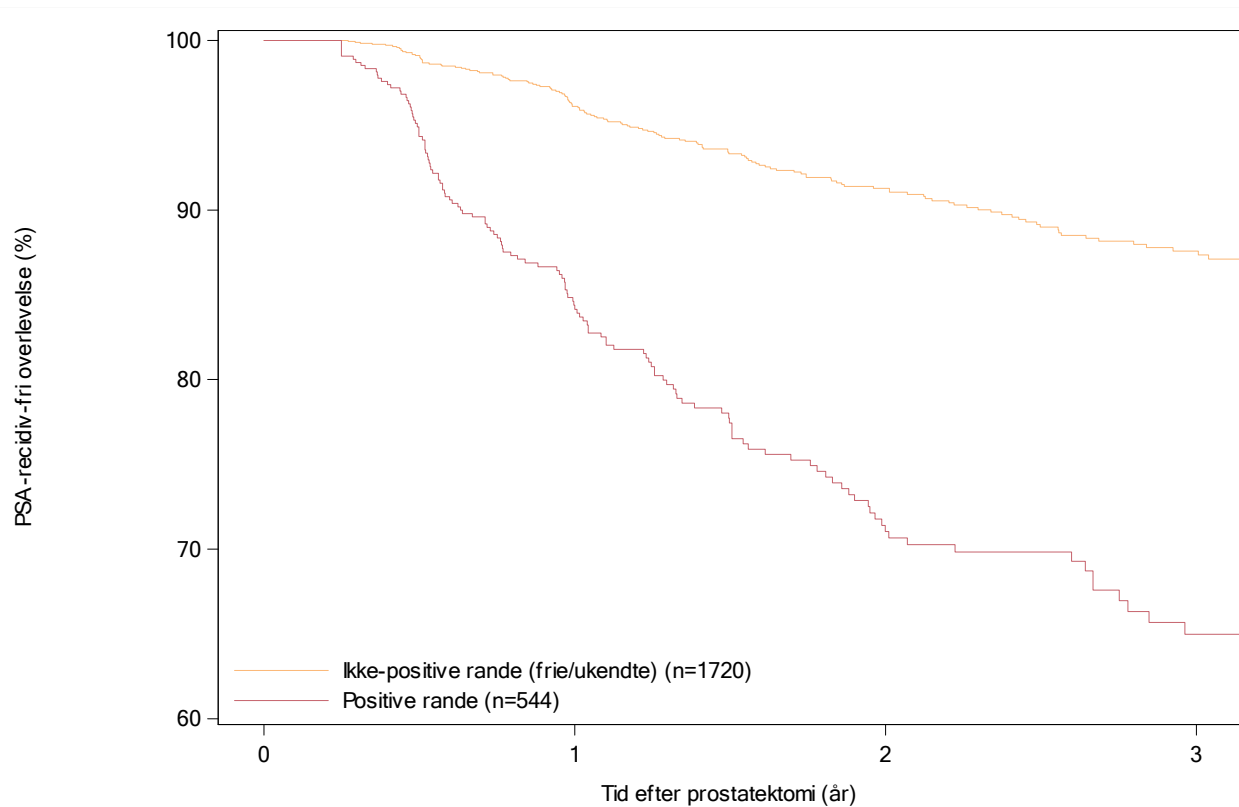


Note: 2 observationer lost-to-follow-up.

Note: Region Midtjylland udeladt pga manglende PSA-målinger.

Figur 2

PSA-recidiv-fri overlevelse - prostatektomier 2017-2020



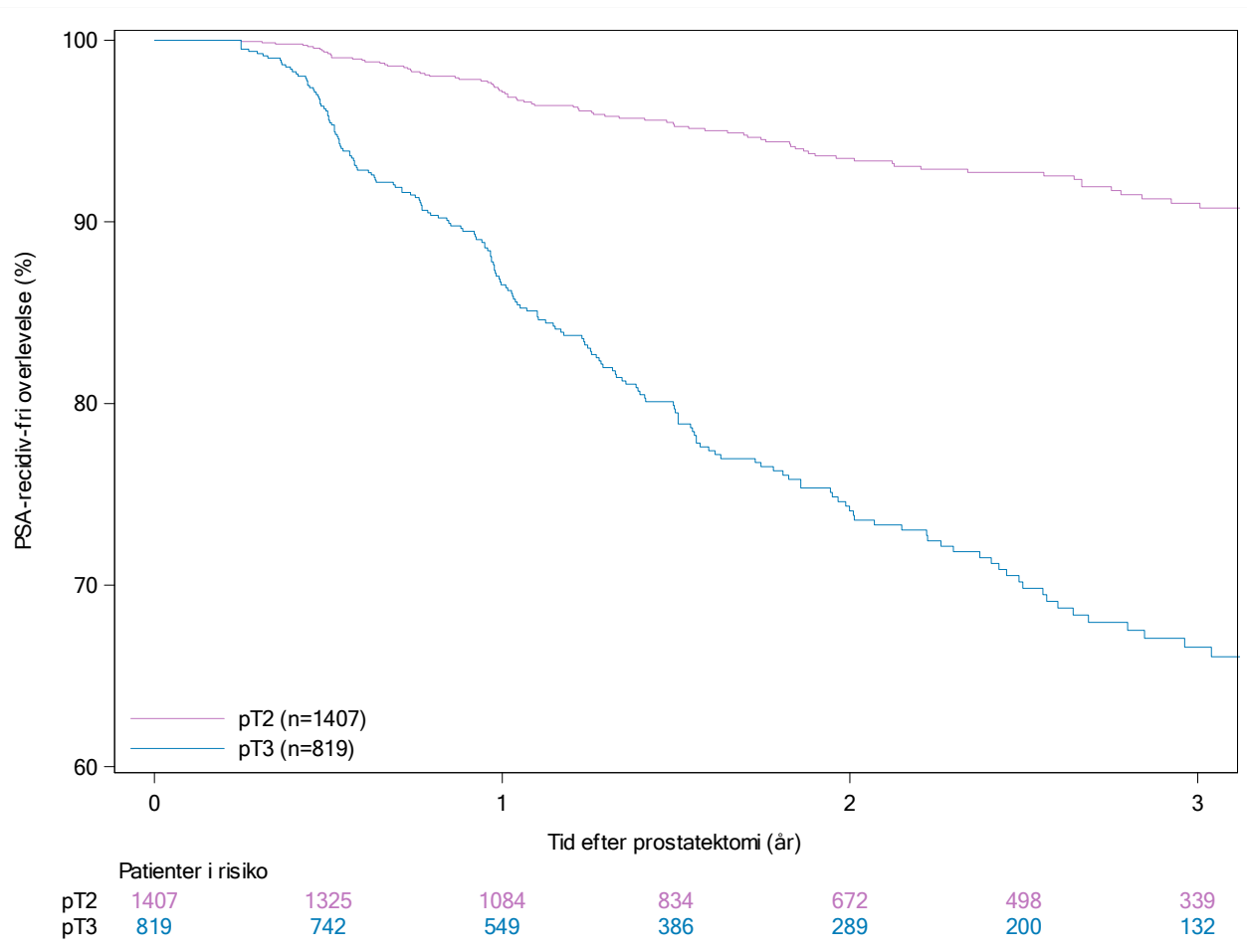
Patienter i risiko							
Ikke-positive rande (frie/ukendte)	1720	1612	1292	986	787	571	387
Positive rande	544	485	365	255	190	136	90

Note: 2 observationer lost-to-follow-up.

Note: Region Midtjylland udeladt pga manglende PSA-målinger.

Figur 3.

PSA-recidiv-fri overlevelse - prostatektomier 2017-2020

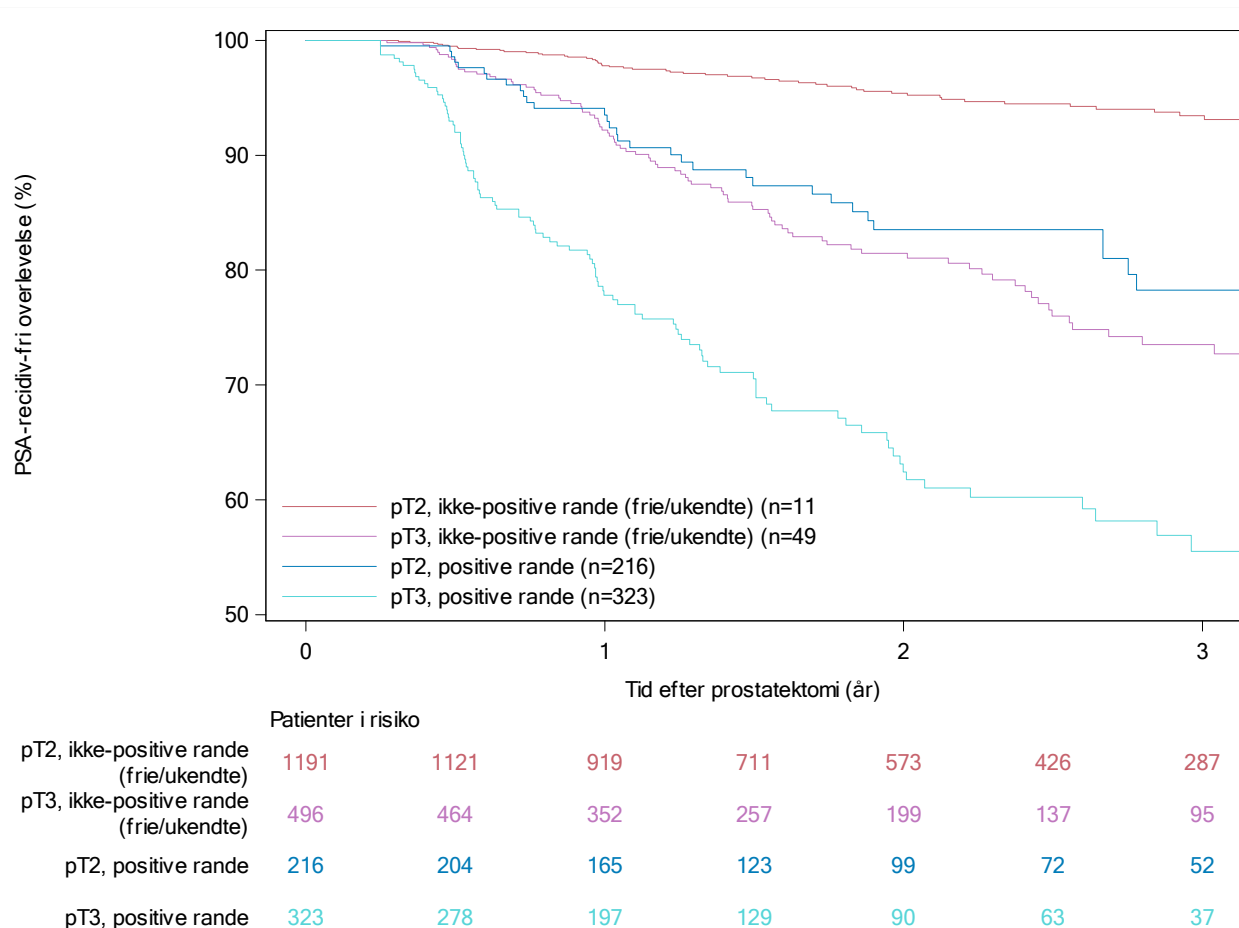


Note: 2 observationer lost-to-follow-up.

Note: Region Midtjylland udeladt pga manglende PSA-målinger.

Figur 4

PSA-recidiv-fri overlevelse - prostatektomier 2017-2020



Note: 2 observationer lost-to-follow-up.

Note: Region Midtjylland udeladt pga manglende PSA-målinger.

Den postoperative recidivfri overlevelse ved 1 og 2 år er uden væsentlig regional variation og udgør hhv. ca. 90% og 85%. Opfølgningstiden er begrænset for Region Sjælland som kun har foretaget prostatektomier i de senere år.

Den kirurgiske marginstatus er afgørende for den postoperative recidivfri overlevelse. Ekstrakapsulær tumorvækst medfører en øget risiko for postoperativt biokemisk recidiv.

Kombinationen af ekstrakapsulær tumorvækst (pT3) og tumorpositive kirurgiske marginer (R+) medfører sammenlignet med intrakapsulær tumorvækst (pT2) med og særligt uden samtidig R+ samt ved pT3 med tumorfri marginer en øget risiko for postoperativt biokemisk recidiv.

Både resektionsrande og stadie er uafhængige prediktorer for PSA-recidiv.

PSA FØR SALVAGE STRÅLEBEHANDLING

Der har været et stærkt ønske om at udvide databasen og indikatorsættet med mål fra den stråleterapeutiske og medicinske del af behandlingsforløbet. Med de nye data om PSA-målinger er det muligt at vurdere PSA målingen på det tidspunkt hvor der gives salvage strålebehandling.

Tabel 2 viser andelen af salvage patienter hvor databasen har registreret en PSA-måling indenfor 90 dage inden behandlingen, og det er angivet hvilken andel af disse patienter som havde PSA større end 0,5 på dette tidspunkt.

Tabel 2.

PSA-registrering for patienter, der modtager salvage strål, 2018-2020
Seneste PSA-måling før salvage, max 90 dage før

Region (Urol. behandlingsansvarlig) - År for salvage		Salvage strål		PSA indenfor 90 dage før salvage strål		PSA over 0.5	
				Antal	%	Antal	%
Region Nordjylland	2018	14	14	100	0	0	0
	2019	7	6	86	0	0	0
	2020	10	10	100	0	0	0
Region Syddanmark	2018	47	47	100	0	0	0
	2019	39	38	97	0	0	0
	2020	31	31	100	0	0	0
Region Hovedstaden	2018	21	20	95	0	0	0
	2019	48	40	83	0	0	0
	2020	45	35	78	0	0	0
Region Sjælland	2018	8	8	100	0	0	0
	2019	8	6	75	0	0	0
	2020	1	1	100	0	0	0

PSA-målingen er til rådighed i størstedelen af patienterne i 2020. Der var ingen salvage patient som havde PSA højere end den øvre anbefalede grænseværdi på 0,5 umiddelbart før salvage strålebehandlingen.

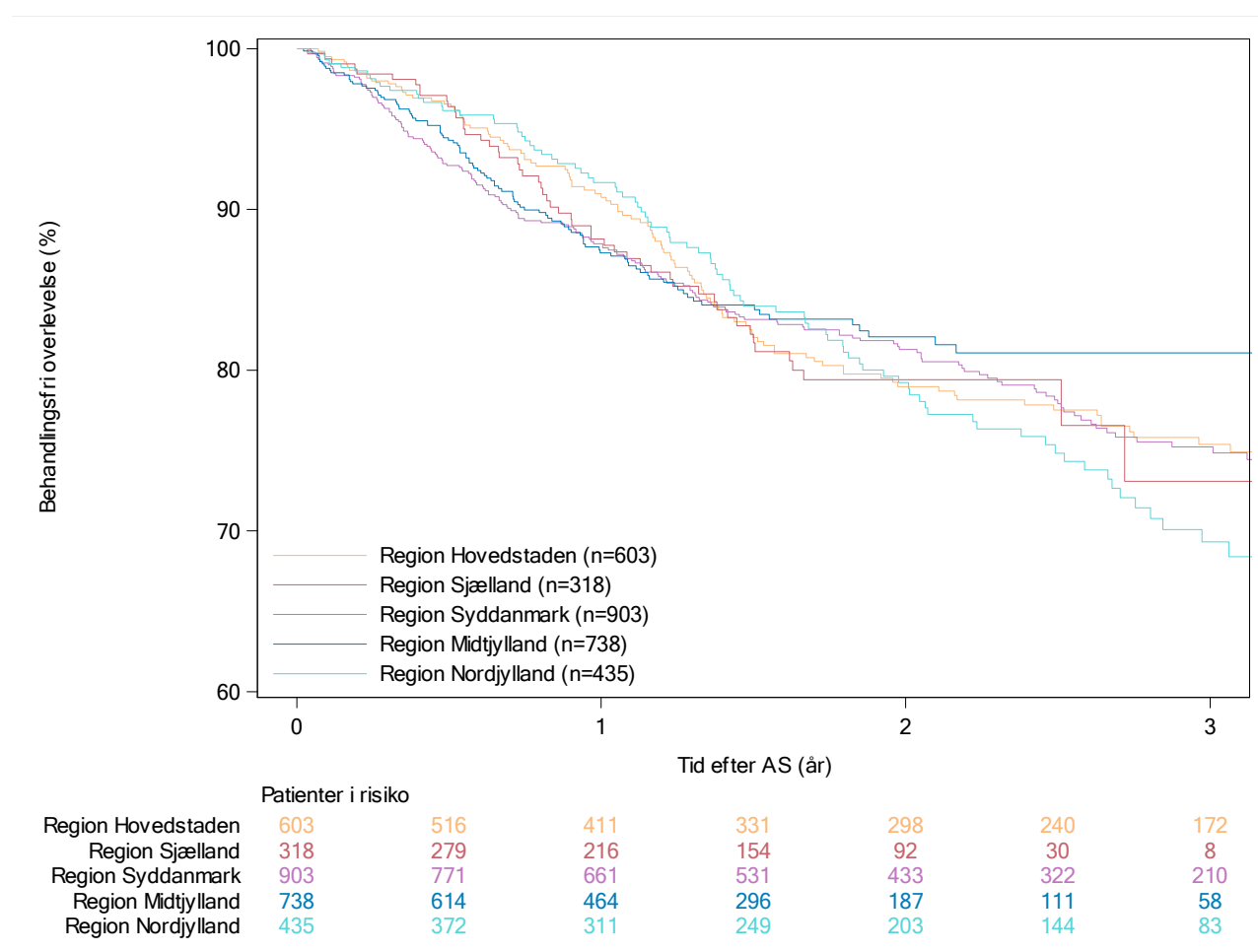
VARIGHED TIL BEHANDLING VED ACTIVE SURVEILLANCE

Mange prostatacancer patienter er i overvågningstilstanden active surveillance. Her monitoreres patienterne med forskellige kombinationer af PSA-målinger, scanninger og biopsier, og kan tilbydes aktiv behandling hvis sygdommen udvikler sig i en uheldig retning.

Figur 5 viser AS patienternes "overlevelse" i denne tilstand, dvs uden at AS tilstanden afbrydes af aktiv behandling med kirurgi eller strålebehandling. Der er censoreret ved patientens død. Der indgår patienter diagnosticeret i 2017 eller senere, og det er et krav at AS tilstanden er defineret indenfor to år fra diagnostidspunktet.

Figur 5.

Tid til behandling (RP eller strål) efter første AS (AS 2017-2020)



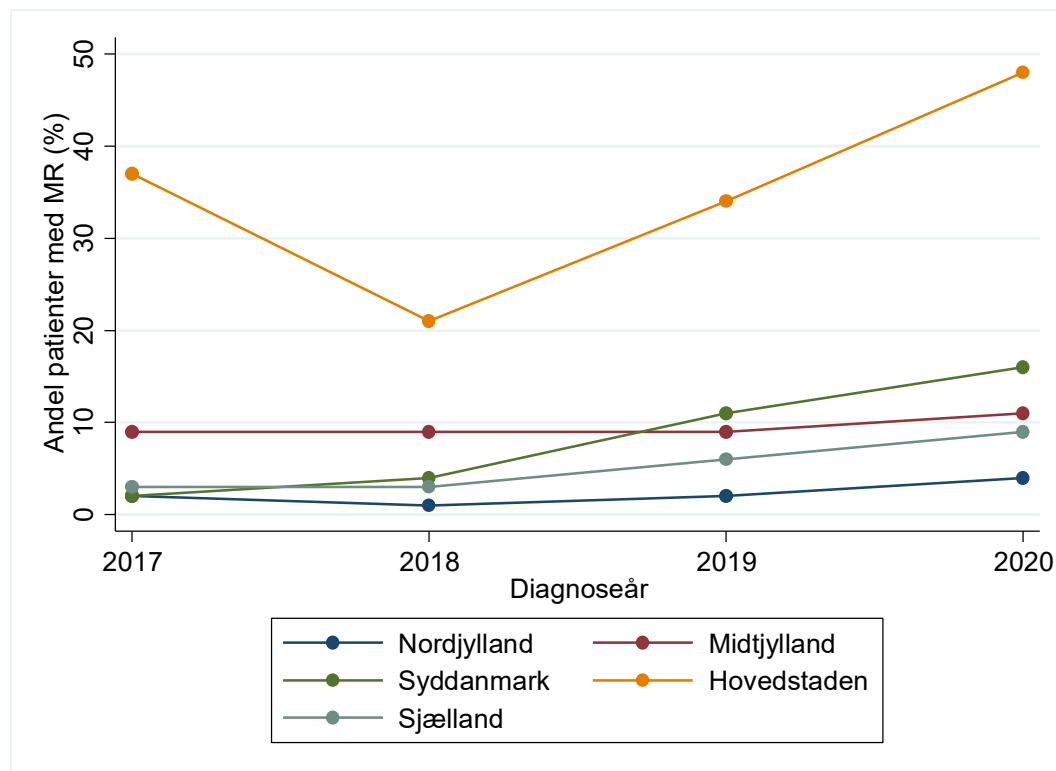
Note: 0 observationer lost-to-follow-up.

De estimerede overlevelsesfunktioner for behandlingsfri overlevelse er ensartede i regionerne, og når et niveau på lidt over 80% ved 1,5 års follow-up.

MR SCANNING AKTIVITET

Det er en målsætning anvendes MR scanning ved diagnose og udredning af prostatacancer. Figur 6 viser andelen af patienter med aktiv behandling eller AS som fik en MR-undersøgelse nær diagnosetidspunktet i 2017-2020.

Figur 6.

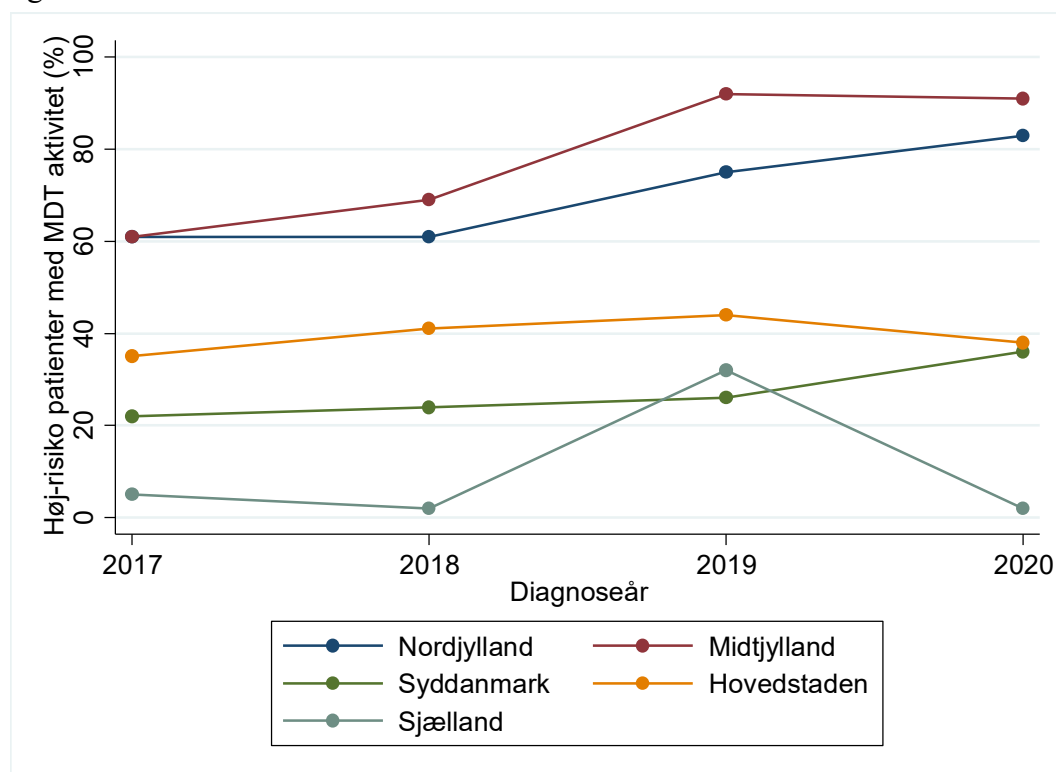


Andelen med MR var høj i Hovedstaden (50% I 2020). Niveauet var lavere i de øvrige regioner men der er tegn på en stigning i anvendelsen af MR.

MDT AKTIVITET

Det er målet at patienter med en behandlingsmulighed diskuteres på en MDT-konference. Figur 7 viser andelen af patienter som fik behandling eller AS blev diskuteret på en MDT-konference nær diagnosetidspunktet.

Figur 7.



Der er stor variation i afholdelse af MDT-konference for disse patienter. Variationen kan ud over en bevist prioriteringsstrategi måske også skyldes forskelle i registreringen af MDT-konferencen.

Tabel 3 viser MDT registreringen på afdelingsniveau.

Tabel 3. Registrering af MDT-konference, 2017-2020

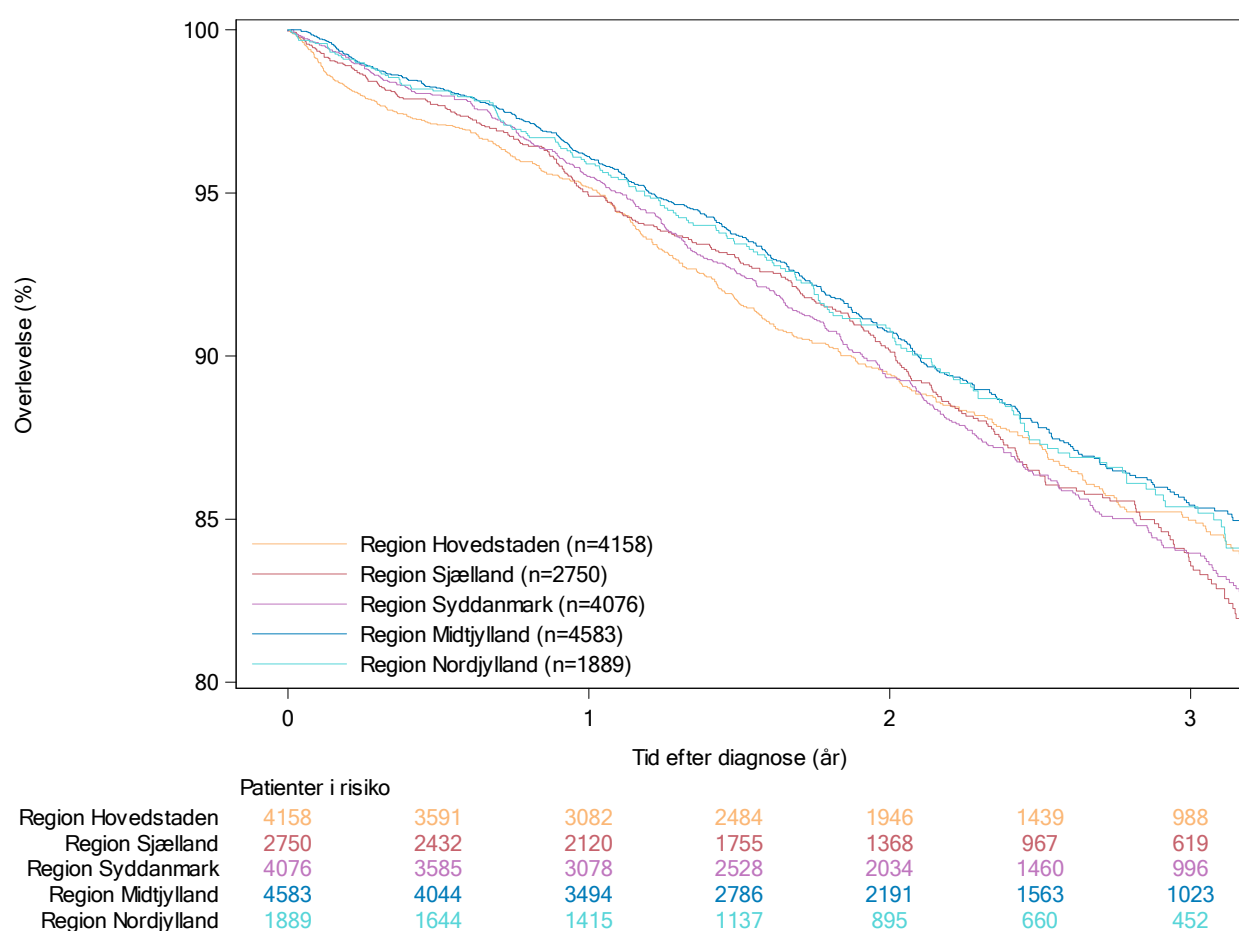
Afdeling	Diagnosticerede	MDT ved diagnose (+/-60 dage)	
	Antal	Antal	%
Rigshospitalet, Urologisk Klinik, D	969	76	8
Herlev og Gentofte Hospital, Urologisk overafd. H	3.154	1138	36
Region Sjællands Sygehusvæsen, ROS Urologi	2.752	238	9
Bornholms Hospital, Kirurgisk afdeling	47	2	4
Odense Universitetshospital, Urinvejskirurgisk Afdeling L	1.761	424	24
Sygehus Sønderjylland, SHS Urinvejskirurgi	410	55	13
Sydvestjysk Sygehus, Kirurgisk område Esbjerg	838	135	16
Fredericia Sygehus, Urologisk afd.	1	0	0
Vejle Sygehus, SLB Urinvejskirurgi Afdeling (Vejle)	1.068	259	24
Aarhus Universitetshospital, Urinvejskirurgi	2.229	1857	83
Hospitalsenhed Midt, Urinvejskirurgi	520	56	11
Hospitalsenheden Vest, Urinvejskirurgisk Afdeling	1.840	1788	97
Aalborg Universitetshospital, Alb Urologisk Område	1.208	669	55
Regionshospital Nordjylland Ven, RHN Kirurgi	686	227	33

OVERLEVELSE

Figur 8 viser prostacancerpatienternes overlevelse i landets regioner. Overlevelsen er høj og varierer ikke meget mellem regionerne.

Figur 8.

Overlevelse efter prostatacancerdiagnose (primær behandlingsregion) - Diagnosticerede 2017-2020

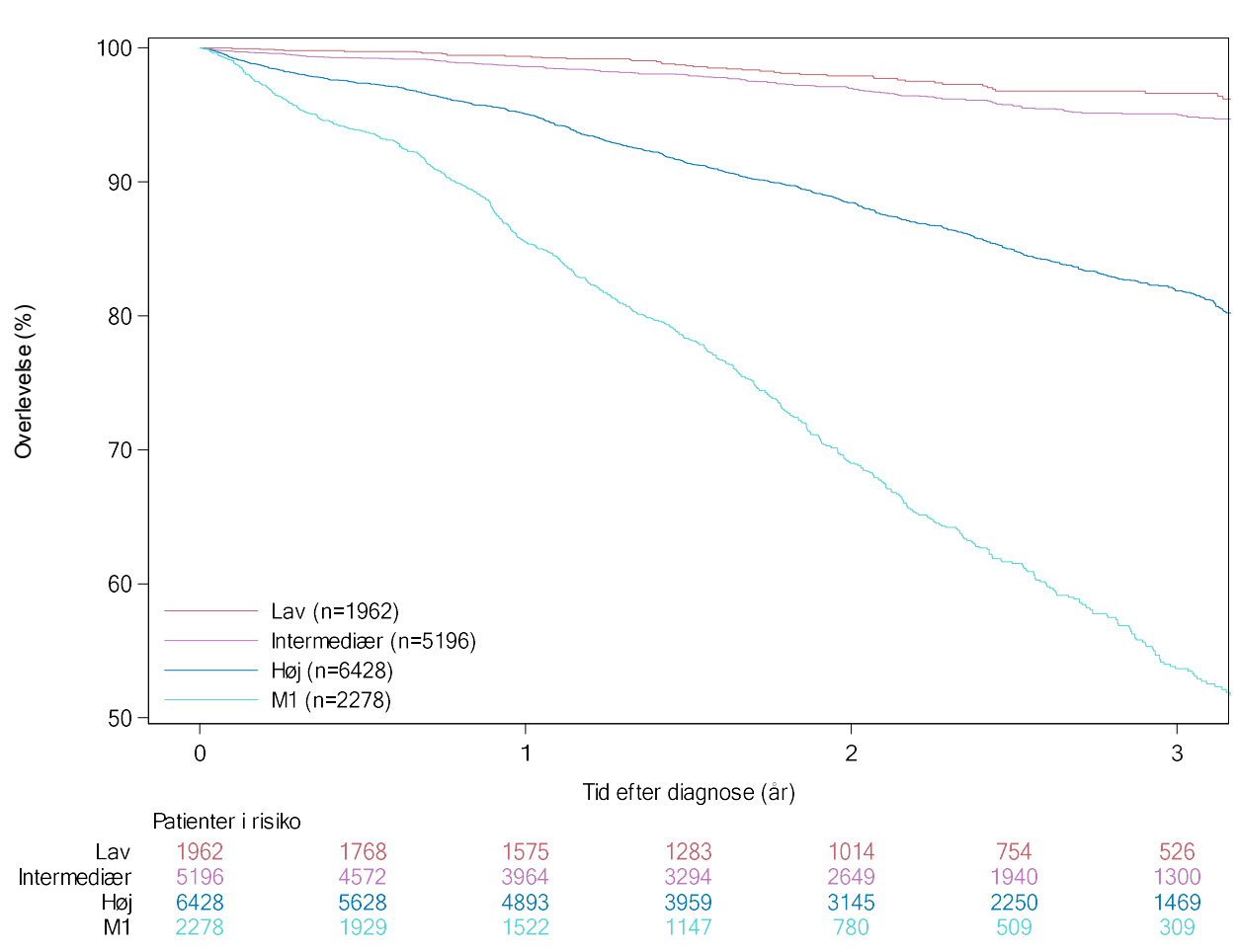


Note: 27 observationer lost-to-follow-up.

Figur 9 viser patienternes overlevelse, stratificeret på risikogruppe og M status ved diagnose.

Figur 9.

Overlevelse efter prostatacancerdiagnose stratificeret på D'Amico risikovurdering hhv. M1 (Diagnosticerede 2017-2020)



Note: 22 observationer lost-to-follow-up.

Note: 1665 ekskluderet pga ukendt risikovurdering og/eller cN1.

Der er ikke nogen væsentlig forskel på tre-års overlevelsen ved diagnostik af lav- og intermediær risikosygdom. Til gengæld er tre-års overlevelsen lavere hos patienter diagnosticeret med højriskosygdom. Patienter diagnosticeret med metastatisk sygdom lever betydeligt kortere, med tre-års overlevelse nær 50%.

STYREGRUPPENS MEDLEMMER

Formandskab

Michael Borre, professor, overlæge, dr.med., ph.d., Urinvejskirurgisk Afdeling, Aarhus Universitetshospital.

Øvrige styregruppemedlemmer

Overlæge, ph.d. Lise Bentzen, Kræftafdelingen, Aarhus Universitetshospital,

Afdelingslæge Johanna Elversang, Patologiafdelingen, Rigshospitalet

Overlæge, ph.d. Steinbjørn Hansen, Onkologisk Afdeling, Odense Universitetshospital,

Overlæge Henrik Jakobsen, Afdeling for Urinvejssygdomme, Herlev og Gentofte Hospital,

Overlæge Astrid Petersen, Patologiafdelingen, Aalborg Universitetshospital

Overlæge Hans-Erik Wittendorff, Urologisk Afdeling, Sjællands Universitetshospital, Roskilde

Ole Jensen, patientrepræsentant

Epidemiolog

Henrik Møller, epidemiolog (faglig leder), dr.med, Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (RKKP)

Biostatistikere og datamanager

Heidi Jeanet Larsson, biostatistiker, Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (RKKP)

Kontaktperson

Anne Kudsk Ragner, kvalitetskonsulent, Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (RKKP)

Dataansvarlig myndighed

Region Midtjylland - repræsenteret ved databasens kontaktperson

APPENDIKS

APPENDIKS 1:

Tabel 11-1. pT-stadie (Patologiregistret) efter radikal prostatektomi, 2020

Afdeling	pT registreret i Patologiregister ved ektomi						Total antal prostatektomerede (LPR & Patologiregistret)
	pT3		pT2		Ukendt		
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal
Herlev og Gentofte Hospital, Urologisk overafd. H	95	39	145	60	#	0	241
Rigshospitalet, Urologisk Klinik, D	40	33	77	63	5	4	122
Odense Universitetshospital, Urinvejskirurgisk Afdeling L	70	34	136	66	0	0	206
Hospitalsenheden Vest, Urinvejskirurgisk Afdeling	31	22	111	78	#	1	143
Region Sjællands Sygehusvæsen, ROS Urologi	60	50	60	50	#	1	121
Aarhus Universitetshospital, Urinvejskirurgi	54	54	43	43	3	3	100
Aalborg Universitetshospital, Alb Urologisk Område	75	47	83	53	0	0	158
I alt	425	39	655	60	11	1	1.091

APPENDIKS 2:

Tabel 11-2. cT vs pT-stadium. Alle prostatektomerede, med registreret ektomi (P3060X) i Patologiregistret, 2020

cT registreret i diagnose-skema	pT registreret i Patologiregister ved ektomi						Total antal prostataektomerede (LPR & Patologiregistret)
	Ukendt		pT2		pT3		
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal
Ukendt/T0/Tx	#	1	178	61	112	38	292
T1	5	1	292	68	134	31	431
T2	3	1	181	58	130	41	314
T3	#	2	4	7	49	91	54
Ialt	11	1	655	60	425	39	1.091

Kommentar: Blandt de opererede patienter med kliniske intrakapsulære tumorer (cT1-2) understages samlet set 35% (pT3), mens kun 4% af de klinisk lokalavancerede tumorer (cT3) viser sig overstagede (p T2). Indførelse af diagnostisk MR-skanning forventes at kunne optimere præcisionen den præoperative stigning.

APPENDIKS 3:

Udviklingsarbejde

Projekter:

Arbejde for sikring af organiseringen af en central registrering af scoren for MR-prostata læsioner – PIRADS

Validering af den diagnostiske PSA – LABKAdata vs. diagnostiskskema

Validering af den diagnostiske PSA-værdi ved sammenligning af de nu tilgængelige centrale laboratedata (LABKA) med klinikernes indrapporterede værdier for samme hændelse. Ved overensstemmelse må det kunne forudsættes, at man fremover kan afvikle den kliniske indrapportering til databasen, samt at LABKAdata vil kunne anvendes til at identificere henholdsvis biokemisk recidiv og progression til brug i fremtidige kvalitetsindikatorer. Valideringen bør dække indrapportering fra samtlige regioner - dog er der indtil videre ikke adgang til LABKAdata fra Region Midt, som i dag, som eneste region, ikke kan levere disse laboratedata.

Programmeret kirurgisk komplikationsscore

I mangel på en egentlig komplikationsscore anvendes henholdsvis genindlæggelse og forlænget indlæggelsestid som surrogatmål for komplikationer til den operative behandling i kvalitetsindikatorerne 4 og 5. I et af 2019 årsrapportens særkapitler valideres genindlæggelsesfrekvensen ved journalgennemgang af samtlige operationer i Region Midt i en toårig periode. Der blev i denne forbindelse udregnet en komplikationsscore (Clavien-Dindo) for de enkelte patienter og medtager type og alvorsgrad af komplikationerne. Dette arbejde har identificeret de væsentligste komplikationer, som alle bør kunne identificeres i LPR3, således at der vil kunne laves en programmeret behandlingsspecifik komplikationsscore. Denne vil efter en validering formentlig kunne anvendes som en fremtidig kvalitetsindikator.

Projektet vil formentlig kræve adgang til komplikationsvariable, som databasen i dag ikke råder over.

Adjuverende behandling ved HSPC

Frekvensen af patienter, som < 3 måneder efter initial kastrationsbehandling modtager adjuverende (up-front) behandling med hhv.

- 1) Docetaxel (BWHA208)
- 2) Abirateron (BWHC50)
- 3) Enzalutamid (BWHC51)
- 4) Lokal stråleterapi (60 Gy/20 fraktioner) (BWG-ZPZA02A)

Tid til kastrationsresistens (CRPC) og død for patienter med hormonsensitiv sygdom (HSPC)

KM-plot med stratificering for ovennævnte adjuverende behandlinger

De nævnte initiativer skal specificeres og prioriteres.

Forslag til nye indikatorer:

Ved salvage stråleterapi til patienter med pN0 sygdom gives adjuverende endokrin terapi (bicalutamid eller GnRH-analog)

Standard: forslag: $\geq 90\%$

Salvage stråleterapi: BWG-ZPZA02A

Bicalutamid: ML0ZBB03

GnRH-analog: BWHC

EKSPLORATIVE DATA:**Antal prostatabiopsier/session****Frekvensen af biopsier foretaget som:**

- | | |
|----------------------------------|----------|
| 1) TRUS | KTKE00A1 |
| 2) MR/TRUS-fusion | KTKE00A3 |
| 3) Transperineale TRUS | KTKE00B1 |
| 4) Transperineale MR/TRUS-fusion | KTKE00B3 |
| 5) In bore (MR) | ? |

Tid til endokrinbehandling blandt patienter i watchful waiting (WW)**Type af endokrinbehandling blandt patienter i WW**

- 1) Antiandrogen monoterapi
- 2) Kastration

De nævnte initiativer skal specificeres og prioriteres.

KODEARK

Kodning til Landspatientregisteret ved prostatacancer – DAPROCAdata

Herunder følger eksempler på hyppigt anvendte registreringer. Listen er ikke komplet, hvorfor der i øvrigt henvises til den urologiske kodebog. Definitioner (fx CRCP og active surveillance) i henhold til DAPROCAs nationale kliniske retningslinjer på hjemmesiden - DUCG.dk.

Milepæle

DC61.9	Prostatacancer
DC61.9X	Prostatacancer med lokalrecidiv fra prostatakrcæft
DC61.9Y	Prostatacancer PSA-recidiv efter tidligere intenderet kurativ behandling
DC61.9Z	Kastrationsresistent prostatacancer (CRPC)

PI-RADS (Prostate Imaging-Reporting and Data System) score	ZRRF
PI-RADS 1	ZRRF01
PI-RADS 2	ZRRF02
PI-RADS 3	ZRRF03
PI-RADS 4	ZRRF04
PI-RADS 5	ZRRF05
PI-RADS ikke gennemført	ZRRFXX

Nålebiopsi af prostata	KTKE00
Transrektal nålebiopsi af prostata	KTKE00A
Transrektal nålebiopsi af prostata, UL-vejledt (TRUS)	KTKE00A1
Transrektal nålebiopsi af prostata, MR-vejledt	KTKE00A2
Transrektal nålebiopsi af prostata, vejledt af <u>MR/UL-fusion</u>	KTKE00A3
Perkutan transperineal nålebiopsi af prostata	KTKE00B
Perkutan transperineal nålebiopsi af prostata, UL-vejledt	KTKE00B1
Perkutan transperineal nålebiopsi af prostata, MR-vejledt	KTKE00B2
Perkutan transperineal nålebiopsi af prostata, vejledt af MR/UL-fusion	KTKE00B3

Observation

ZZ4252A	Watchful waiting
ZZ4252B	Active surveillance

Radikal prostatektomi = KKEC

KKEC00	Retropubisk radikal prostatektomi
KKEC00A	Retropubisk ikke nervesparende radikal prostatektomi
KKEC00B	Retropubisk enkeltsidigt nervesparende radikal prostatektomi

KKEC00C	Retropubisk dobbeltsidigt nervesparende radikal prostatektomi
KKEC01	Perkutan endoskopisk radikal prostatektomi
KKEC01A	Perkutan endoskopisk ikke nervesparende radikal prostatektomi
KKEC01B	Perkutan endoskopisk enkeltsideigt nervesparende radikal prostatektomi
KKEC01C	Perkutan endoskopisk dobbeltsidigt nervesparende radikal prostatektomi

Strålebehandling =BWG

BWG+ZPZA02C	Primær kurativ ekstern strålebehandling
BWG+ZPZA02A	Adjuverende/salvage ekstern strålebehandling
BWG+BWGE	Brachyterapi
BWG+BWGG5	Isototerapi med radium-223 diklorid
BWG+ ZPZA05	Palliativ strålebehandling

Herudover ønskes oprettet en kode for strålebehandling a.m. STAMPEDE (typisk 20 Gy over 20 fraktioner).

Endokrin terapi

ML02BB	Antiandrogen
ML02BB03	Bicalutamid
BWHC3	GNRH analog
BBHG33	GNRH antagonist
KKFC10, 11 eller 13	Orchiectomi bilateralis
BWHC50	Abirateron
BWHC 51	Enzalutamid
Type + ZPZA02A	Adjuverende endokrin terapi

Cytostatisk behandling =BWHA

BWHA208	Docetaxel
BWHA263	Cabazitaxel

Anden medicinsk behandling

BWHB40	Bisfosfonat
BWHB42	Denosumab
BWGG5	Radium-223
BWDB02	Forsøgsmedicin

Multidisciplinær team (MDT) konference

ZZ0190D	Multidisciplinær team (MDT) konference
ZZ0190D1	Multidisciplinær team (MDT) konference, behandlingsbesluttende
ZZ0190D2	Multidisciplinær team (MDT) konference, postoperativ opfølgning

Komplikationer

Komplikation er en utilsigtet tilstand opstået i et sygdomsforløb som følge af de udførte interventioner – dvs. komplikation til procedure. Dette gælder uanset, om handlingen er udført korrekt eller mangelfuldt, om der har været svigt af anvendt apparatur, eller om komplikationen kan tilskrives patientens tilstand eller andre forhold i øvrigt.

Definitioner

Postoperativ komplikation: Komplikation opstået inden for 30 dage efter den intervention, der har udløst komplikationen.

Sen komplikation: Følgetilstand/komplikation opstået efter 30 dage efter den intervention, der har udløst komplikationen - inkl. følgetilstande efter indgreb og komplikation konstateret efter 30 dage efter indgrebet, hvor det ikke skønnes, at komplikationen er opstået inden for 30 dage.

Reoperation: Operation foretaget for en postoperativ komplikation.

Komplikationer kan f.eks. være større peroperativ blødning, organlæsion, postoperativ blødning eller sårinfektioner. Komplikation tager således udgangspunkt i den opståede tilstand, ikke den udførte handling.

Diagnoseregistrering: Komplikation omfatter i denne betydning ikke kompliceret sygdom, forstået som sygdomsudvikling, herunder recidiv og udvikling (i grad eller omfang) og spredning af grundsygdommen.

Væsentlige komplikationer med følger eller potentielle følger for patienten skal altid diagnoseregistreres som bi-diagnose eller evt. som aktionsdiagnose.

Komplikationen kan også være årsag til en ny kontakt (f.eks. genindlæggelse) med kirurgisk indgreb, hvor komplikationen så er aktionsdiagnose. Herved vil det umiddelbart fremgå, hvorfor patienten opereres.

POSTOPERATIVE KOMPLIKATIONER

Sårruptur

DT813 Postoperativ sårruptur

Blødning #) kun transfusionskrævende blødninger registreres

DT818F Peroperativ blødning #

DT810G Postoperativ blødning #

DT810H Postoperativt hæmatom

DT810I Blæretamponade

Infektioner

DT814G	Postoperativ overfladisk sårinfektion
DT814H	Postoperativ dyb sårinfektion
DT814F	Postoperativ sårinfektion
DT814A	Absces i operationscicatrice
DT814B	Postoperativ intraabdominal absces
DT814C	Postoperativ subfrenisk absces
DT814J	Postoperativ retroperitoneal infektion
DT814I	Postoperativ intraabdominal infektion
DT814D	Postoperativ sepsis
DT814P	Postoperativ pneumoni
DT814U	Postoperativ urinvejsinfektion
DT814X	Anden postoperativ infektion

Tromboemboliske komplikationer

DT817D	Postoperativ lungeemboli
DT817C	Postoperativ dyb venetrombose
DT817B	Tromboembolisk komplikation (anden)

Andre postoperative komplikationer

DT817E	Postoperativt lymfocele
DT817E3	Postoperativ lymfocele efter ekstirpation af lymfeknude
DT813U	Postoperativ komplikation ved anastomose i urinveje
DT812V	Utilsigtet peroperativ læsion af organ med samtidig intervention
DT812W	Utilsigtet peroperativ læsion af organ uden samtidig intervention
DT814E	Postoperativt sårgranulom
DK913	Postoperativ ileus
DN320A	Urinblærehalsstenose
DN991	Uretrastriktur efter indgreb el. kateterisation
DN990	Uræmi efter indgreb
DN484	Organisk impotens
DN393	Stressinkontinens

Kodning til Landsregister for patologi ved prostatacancer

Der anvendes en kodevejledning ved prostatacancer på

www.patobank.dk/Kodevejledninger/Prostatacancer.

KOMMENTARER FRA REGIONER OG AFDELINGER

Kommentar fra Region Nordjylland:

Det fremgår af årsrapporten, at det aktuelt ikke vurderes meningsfuldt at fastsætte en standard for indikator 8, og det er man i Region Nordjylland meget enig i. Det bør, når en evt. standard skal fastsættes, være med i overvejelsen, at standarden afspejler, at det kun er de patienter, der reelt får gavn af behandling, der skal tilbydes behandling. Dette således, at målet i sig selv, ikke bliver at nå en specifik målopfyldelse. Ligeledes bør det fremgå tydeligt hvilke studier, der ligger til grund for den standard, der fastsættes.