

Indholdsfortegnelse

Indholdsfortegnelse.....	1
Forord.....	2
KOMMENTARER FRA DANSK LUNGE CANCER GRUPPES STYREGRUPPE	3
Baggrund.....	5
Aktuelle rapport	5
Metode.	6
Definitioner.	7
Overordnede resultater.....	8
Patientmaterialet:	8
Overlevelse.	12
Udredende afdelinger:.....	17
Kirurgiske afdelinger:	28
Onkologiske resultater	36
Supplerende resultater.....	37
Referencer	39
Bilag A – Tilsluttede afdelinger.....	40
Bilag B – DK populationen.....	41

Forord

Dansk Lunge Cancer Register (DLCR) offentliggør hermed registerets tredje årsrapport. Rapporten er diskuteret på Dansk Lunge Cancer Gruppens (DLCG) styregruppemøde d. 21. maj. Styregruppens kommentar til årsrapportens indhold fremgår af de følgende sider, ligesom styregruppen har kommenteret en del af rapportens tabeller og figurer. Rapportens hovedkonklusioner og data præsenteres på DLCG's årsmøde d. 11. juni 2003.

Dette års rapport er som tidligere udarbejdet i samarbejde med DLCR's programleverandør CSC Scandihealth A/S, vores leverandør af rapportmodul Langtved Data A/S samt det regionale center for kliniske kvalitetsdatabaser. Rapportens enkelte dele er uændrede fra tidligere rapporter, idet der dog er tilføjet yderligere figurer og tabeller, primært betinget af at observationstiden i registeret nu er op til 3 år, hvilket muliggør nærmere analyse af disse data.

Rapporten bygger på data fra indrapporteringer fra de tilmeldte afdelinger og samkørsel med Cancerregisteret. Indrapporteringerne vedrører alle patienter med diagnosen primær lungecancer (C34) og en 1. henvisningsdato i perioden 1.1.2002 til 31.12.2002. Samkørslen med Cancerregisteret vedrører patienter registreret første gang i cancerregisteret i perioden 1. januar 2000 til 31. december 2002.

I september måned 2003 fremsendes afdelingsrapporterne til de enkelte afdelingsledelser og kontaktpersoner. Heri vil afdelingerne kunne sammenligne deres resultater på enkelte udvalgte indikatorer. Ligeledes i efteråret forventer registeret at kunne offentliggøre de første online data på vores hjemmeside.

Rapporten udsendes til deltagende afdelinger, afdelingsledelser, sygehusledelser og andre samarbejdspartnere i sundhedsvæsenet. Rapporten vil desuden blive offentliggjort på DLCR's hjemmeside www.lungecancer.dk.

Tekst, tabeller og figurer i rapporten må refereres ved angivelse af DLCR 2002 som kilde.

Spørgsmål og kommentarer vedrørende rapporten kan rettes til DLCR's sekretariat på nedenstående adresse.

Dansk Lunge Cancer Register
Erik Jakobsen
Projektleder
Maj 2003

Udgivet af: Dansk Lunge Cancer Register
Thoraxkirurgisk Afdeling T
Odense Universitetshospital
5000 Odense C
Telefon 65 41 15 65
E-Mail: DLCR@ouh.fyns-amt.dk

KOMMENTARER FRA DANSK LUNGE CANCER GRUPPES STYREGRUPPE

Kommentarerne vil i år blive formuleret som en række spørgsmål og udsagn, vi såvel nu som fremover vil forsøge at belyse.

ER OVERLEVELSEN NU 10 %?

Som det nok er de fleste bekendt oplyste Styregruppen for kort tid siden - baseret på data fra den aktuelle rapport - at en række indikatorer pegede i retning af, at 5-års overlevelsen formentlig nu var nær de 10 %. En forbedring af overlevelsen fra de tidligere 5 til 10 % har været DLCC's primære mål og opgave siden oprettelsen i 1992, og er også klart formuleret som det vigtigste mål i Kræftplanen vedrørende lungecancer.

USIKKERHEDER PÅ SKØNNENE.

Vi har efterfølgende haft mulighed for nøjere at analysere 2002 registreringerne og vil her beskrive en række af de parametre, som behæfter tolkninger med usikkerheder. Med hensyn til registerets kompletthed blev der for år 2002 indberettet kliniske oplysninger på 2612 patienter, heraf er der udredningsdata på 2073 patienter. D.v.s. at der på 539 patienter kun findes oplysninger om behandlingen - kirurgisk og/eller onkologisk. Når årets indrapporteringer er komplette betyder det, at kliniske forløbsdata på ca. 3000 patienter indberettes. Aktuelt er der altså udredningsdata på ca. 70 % af patientforløbene.

HVORLEDES STILLES DIAGNOSEN LUNGEKRÆFT?

Når DLCC samkøres med fx Cancerregisteret vil der bl.a. blive identificeret ca. 500 patienter, hvor diagnosen alene er baseret på kliniske kriterier. Hos disse patienter vil celletypen være ukendt. Derudover er celletypen også ukendt for ca. 15 % af de patienter der indberettes fra de udredende afdelinger, og som det fremgår af overlevelsedata i tabel 3 side 15, har denne gruppe den bedste overlevelse. Det er dermed usikkert om alle disse patienter har kræft, men så længe dette forholdsmæssigt er uændret fra år til år, vil det ikke påvirke overlevelsen. Imidlertid kan en mere intensiv diagnostik medføre, at denne andel reduceres, således at diagnosen hyppigere stilles på baggrund af en celleprøve, og dette vil kunne påvirke det samlede overlevelsresultat.

VARIATIONER.

Som det fremgår af data, er der undertiden en betydelig variation på de oplysninger som rapporteres såvel fra de enkelte afdelinger/amter og muligvis regioner. Det er vanskeligt umiddelbart at vurdere årsagerne hertil, men disse forhold vil i de kommende analyser blive vurderet nøjere.

ANTALLET AF TILFÆLDE MED LUNGEKRÆFT STIGER ÅRLIGT.

I en nylig publikation fra de nordiske cancerregistre (2) fremgår det, at antallet af nye tilfælde årligt inden for kort tid vil være steget til næsten 4000. Vi har tidligere baseret estimater etc. ud fra et årligt antal tilfælde på 3300, men dette tal er i den aktuelle rapport justeret til 3500.

REELLE TAL OG IKKE ESTIMATER.

Rapportens overlevelseskurver er nu så vidt muligt baseret på overlevelsedata fra DLCC's data og primært fra de ca. 4200 patienter, som blev optaget i 1999/2000, idet de alle er observeret i mindst 2 år.

TVUNGEN REGISTRERING?

I foråret var der i relation til Det Nationale Indikatorprojekt usikkerhed om nødvendigheden af at indhente informeret samtykke, inden data blev indberettet. Efter det oplyste er der planlagt et lovinitiativ, som fremover pålægger sygehusejere at registrere data i godkendte kliniske databaser. Dette vil selvfølgelig øge komplettheden af data og sikre, at de nødvendige ressourcer er til rådighed i de tilsluttede afdelinger, således at en løbende og valid registrering er mulig.

FORSLAG TIL REVISION AF DEN NATIONALE KRÆFTPLAN.

DLCG indsendte i efteråret 2002 forslag til revision af kapitlet vedrørende lungekræft i Den Nationale Kræftplan. Forslaget er aktuelt til høring med henblik på vurdering af de ressourcemæssige konsekvenser. Det fremhæves i forslaget, at DLCG vil styrke indsatsen inden for rehabilitering, og dette indsatsområde kunne fremover beskrives gennem indberetning af, om der foreligger en rehabiliteringsplan ved udskrivelsen, således som det anbefales i Kræftplanens afsnit vedrørende rehabilitering. Det foreslås endvidere, at der på de diagnostiske og behandlende afdelinger iværksættes rygeafvænningsprojekter og -tilbud. Som det fremgår af årsrapporten er kun 5 % af patienterne aldrig-rygere, og overlevelsen for disse og for tidligere rygere er bedre end rygernes. Dette forhold kan være et generelt incitament for rygeophør.

FLERE PATIENTER HENVISES TIL UDREDNING.

Det har været en stor udfordring, specielt for de diagnostiske afdelinger at udrede et stadigt stigende antal henviste patienter inden for ventetidsgarantien. Med det stigende antal nye tilfælde årligt og en forventet yderligere stigning i antallet af henviste, vil opgaven øges, og kun kunne løses, såfremt de nødvendige ressourcer er til stede. Denne ændring i den professionelle adfærd blandt de praktiserende læger har været en afgørende forudsætning for at flere kunne opereres, idet diagnosen har kunnet stilles tidligere. Det er i den sammenhæng meget glædeligt, at op til 95 % af kollegerne i primærsektoren følger Referenceprogrammets rekommandationer med henblik på henvisning til fx røntgenundersøgelse af thorax på specifikke symptomer.

HVOR SKAL PATIENTERNE OPERERES?

Som det fremgår af de kirurgiske data, opereres der fortsat på 7 afdelinger, og deraf på 2 ikke-thoraxkirurgiske specialafdelinger. DLCG rettede i foråret henvendelse til indenrigs- og sundhedsministeren og gjorde opmærksom på dette forhold, idet såvel Sundhedsstyrelsen som DLCG igennem flere år har anbefalet, at den lungekræftkirurgiske aktivitet alene finder sted på de 5 specialafdelinger.

ER ANDELEN AF PATIENTER SOM KAN OPERERES ENS I LANDET?

I de kommende måneder vil vi nøje analysere data specielt med hensyn til om der er geografiske variationer. Oplysningerne fra de opererende afdelinger vil således blive vurderet i relation til evt. forskelle i den andel (resektionsraten) af patienterne, som tilbydes operation.

FREMOVER OPERERES MÅSKE FÆRRE – MEN OVERLEVELSEN STIGER!

Da der er forskelle i ca. 40 % af tilfældene mellem den præoperative (cTNM) og den postoperative (pTNM) stadiebestemmelse af sygdommen, er det vigtigt at forbedre muligheden for en så korrekt vurdering af sygdomsudbredningen som muligt inden evt. operation. De øgede muligheder for anvendelse af PET-skanning, ultralydsvejledt undersøgelse af kirtlerne i lungehulen etc. kan medføre, at færre patienter tilbydes operation, idet man ved disse undersøgelser finder flere, som har udbredt sygdom. På trods heraf må det forventes, at behandlingsresultaterne forbedres, idet overlevelsen af de som opereres forbedres.

NU OGSÅ MED ONKOLOGISK REGISTRERING.

For år 2003 forventer vi i højere grad at kunne redegøre for hele patientforløbet, dvs. også for det betydelige antal patienter, som henvises til onkologisk behandling. Registreringsformen har tidligere vanskeliggjort den onkologiske registrering, men dette er nu ændret.

OFFENTLIGGØRELSE AF REGISTERETS DATA.

En række af DLCR's oplysninger vil blive lagt ud på DLCG's hjemmeside i løbet af efteråret. Offentliggørelse af Registerets data har været en betingelse for dette års driftsbevilling. Offentliggørelsen vil ske i tæt samarbejde med de enkelte afdelinger og vil blive prøvekørt i de kommende måneder.

*På Styregruppens vegne
og med venlig hilsen
Torben Palshof
Formand for DLCG*

Baggrund

I Cancerregisterets seneste publikation fra 2003 (1) anføres, at der i 1999 blev registreret 1975 nye tilfælde af lungecancer hos mænd og 1515 hos kvinder samlet 3490 nye tilfælde. Der var således tale om en stigning på 72 patienter i forhold til året før. I en analyse foretaget af Den Nordiske Cancer Union og offentliggjort i 2002 (2) fremgår det, at incidensen forventes at stige yderligere i perioden 2003 – 2022. Således forventes antallet i 2007 at være ca. 3800 nye tilfælde per år, og i 2022 forventes 4700 nye tilfælde per år. Den største del af stigningen kan tilskrives den øgede incidens hos kvinder, som forventes at blive endnu tydeligere de kommende år. Allerede nu er lungecancer den kræftsygdom der er skyld i de fleste dødsfald hos såvel mænd som kvinder (3). De epidemiologiske forhold er desuden diskuteret i Referenceprogrammet for behandling af lungecancer udarbejdet af DLCCG (4).

Dansk Lunge Cancer Gruppe blev etableret i 1992, idet man allerede da var bekymret for, at prognosen for lungecancer gradvist var blevet yderligere forringet i Danmark sammenlignet med andre lande. Styregruppen i den Danske Lunge Cancer Gruppe består af repræsentanter fra de involverede lægelige specialer udpeget af de pågældendes videnskabelige selskaber, sygeplejefaglige sammenslutninger, andre faggrupper og Kræftens Bekæmpelse.

Styregruppen anbefalede i 1994, at der blev udarbejdet fælles retningslinier for visitation og diagnostik samt for kirurgisk og onkologisk behandlingsindikation og behandlingsstrategi. Med henblik på at registrere de faglige aktiviteter for fremtidige patientforløb blev det anbefalet, at der etableres en central klinisk database. Det blev besluttet, at der som grundlag for dataregistreringen skulle udarbejdes et referenceprogram for specialernes aktiviteter. Dette Referenceprogram for Undersøgelse og Behandling af Lungecancer udkom 1. gang i efteråret 1998 og 2. udgave udkom i foråret 2001. Programmet kan rekvireres hos Dansk Lunge Cancer Gruppe eller hos Dansk Lunge Cancer Register eller på Dansk Lunge Cancer Registers hjemmeside: www.lungecancer.dk. Referenceprogrammet er basis for den kliniske database og fastlægger mål for kvaliteten af diagnostik og behandling af lungecancer i Danmark.

I sommeren 1998 etableredes Dansk Lunge Cancer Register, der med sekretariat på Odense Universitetshospital, varetager driften af den centrale kliniske database. Registeret begyndte at optage patienter per 1. januar 2000. Omkring Dansk Lunge Cancer Registers formål henvises til årsrapport 2000, der også kan læses/hentes på registerets hjemmeside.

Dansk Lunge Cancer Register er med virkning fra 1. januar 2002 overgået til finansiering via amtsrådsforeningen. Registerets drift og videre udvikling varetages således fremover fra puljen til nationale kliniske databaser, og registeret er nu tilknyttet det regionale center for kliniske kvalitetsdatabaser på Odense Universitetshospital.

Aktuelle rapport

Den foreliggende rapport er Dansk Lunge Cancer Registers 3. årsrapport og vedrører året 2002. Indrapporteringerne vedrører alle patienter med diagnosen lungecancer og en 1. henvisningsdato i perioden 1.1.2002 til 31.12.2002.

Rapporten indeholder alle generelle resultater fra registeret d.v.s. lands- og amtsresultater. Desuden er der opgjort resultater for hver af de tilsluttede afdelinger. Disse resultater rapporteres direkte til afdelingerne og til deres hjemamt. I disse afdelingsrelaterede rapporter kan afdelingerne se, hvordan deres resultater er i forhold til landsgennemsnit og variation. Den afdelingsspecifikke rapport vil kun blive tilsendt den pågældende afdeling og sygehus. Rapporterne udsendes i løbet af efteråret 2003.

Metode.

Data er indsamlet fra de 55 tilsluttede afdelinger. Det drejer sig om 5 thoraxkirurgiske, 33 medicinske, 7 øre-næse-hals, 2 parenkymkirurgiske og 8 onkologiske afdelinger. En liste over de tilmeldte afdelinger findes som bilag A. Registeret blev åbnet per 1. januar 2000, men i praksis begyndte afdelingerne først indrapporteringen i løbet af foråret/sommeren 2000. Stort set alle afdelinger har således kunne indrapportere data vedr. 2001 og 2002. DLCR har løbende kontakt med de deltagende afdelinger bl.a. mhp. at monitorere i hvor høj grad afdelingerne indrapporterer deres patienter. Et estimat over afdelingernes manglende indberetninger vil fremgå af de enkelte afdelingers rapporter. I rapporten skelnes mellem optagne og indberettede patienter. Indberettede patienter er alle patienter, hvorpå der fra en af de tilknyttede afdelinger foreligger kliniske data, og hvor den indberettende afdeling angiver en henvisningsdato beliggende i år 2002. Dette kan enten være anamnesticke, diagnostiske, kirurgiske eller onkologiske oplysninger. Hvis der foreligger flere henvisningsdatoer f.eks. fra såvel medicinske som kirurgiske afdelinger, er det den første dato, der anvendes til at indplacere patienten i årsopgørelserne. Optagne patienter er derimod alle indberettede plus alle patienter optaget fra Cancerregisteret.

Fra Cancerregisteret er hentet oplysninger om lungecancerpatienter, der ikke er indberettet fra afdelingerne. Når alle anmeldelser på en patient foreligger foretages kodningen i Cancerregisteret – typisk op til 3 år efter diagnosen primært blev stillet. Dog kodes enkelte patienter før denne dato. Samtlige patienter, der i Cancerregisteret per 1. april 2003 var registreret med diagnosen C34 i perioden 1. januar 2000 til og med 2002, er herefter tilføjet DLCR.

Endeligt er der fra CPR-registeret hentet oplysninger om de indberettedes navn, adresse på diagnosetidspunktet (kommunekode) og status (død/levende). Disse oplysninger er anvendt til at placere patienterne i amter og til beregning af overlevelser. Sidste samkøring med CPR-registeret er foretaget d. 15. april 2002, hvorfor den minimale observationstid er 105 dage.

Lungecancerpopulationen består som anført i indledningen af omkring 3500 nye tilfælde per år. Denne incidens er set over en årrække svagt stigende, men kan dog variere meget fra år til år. Opdeles incidensen på de enkelte amter bliver disse udsving endnu tydeligere og ifølge Cancerregisteret kan antal nye tilfælde i et amt udmærket svinge 20 – 30 % fra år til år. De seneste offentliggjorte tal for de amtslige incidenser er som anført fra 1999. Indberetningerne i DLCR vil aldrig komme til at omfatte mere end 80 – 90 % af incidensen, da den resterende del af populationen anmeldes til Cancerregisteret fra primærsektoren og Dødsårsagsregisteret, hvorfor de kliniske afdelinger tilsluttet DLCR ikke er i kontakt med disse patienter. DLCR kan derfor ikke angive korrekte incidenser før registeret er sammenkørt med Cancerregisteret, hvor registreringen som bekendt er behæftet med en tidsmæssig forsinkelse på op til 3 år. Når der i årsrapporten er anført incidenser og specielt amtsincidenser, er det derfor vigtigt at have disse forhold in mente.

Når man sammenligner data fra de udredende amter/kommuner er det vigtigt at huske, at de enkelte amter/kommuner er meget forskellige både hvad angår diagnostisk strategi, opbygning og ressourcer og at indberetningerne kan være behæftet med (mindre) fejlkilder.

Lavt antal undersøgelser: At antallet af en bestemt type undersøgelse i rapporten fx angives som 0, kan enten betyde, at patienterne rent faktisk ikke får undersøgelsen udført, *eller* at patienten afsluttes og får undersøgelsen udført på en anden afdeling.

Højt antal undersøgelser: Et højt antal af en bestemt undersøgelse afspejler ikke nødvendigvis reelt høj effektivitet, men at man vælger at prioritere hurtig udredning højere end at vælge de mindst invasive undersøgelser først, altså effektivitet målt som antal undersøgelser frem for som skånsom udredning. Et relativt højt antal undersøgelser kan også skyldes, at det pågældende amts udredende afdeling deltager i et projekt

Lungecancersygdommen deltager i Det Nationale Indikator Projekt, hvor afdelingerne vil blive bedømt vha. en række indikatorer og prognostiske faktorer, der alle indgår i det datasæt som afdelingerne med virkning fra 1. februar 2002 har registreret i. Nærmere omkring disse indikatorer og deres evidens kan læses i dokumentalistrapporten vedrørende lungecancer på NIP-projektets hjemmeside (www.NIP.dk), eller på DLCCR's hjemmeside www.lungecancer.dk.

Definitioner.

Diagnosetidspunktet: Beregnes ud fra datoen, som de udredende afdelinger har anført, for hvornår de har modtaget henvisningen på patienten. I tilfælde af at data stammer fra Cancerregisteret, er der tale om den dato der er anmeldt her.

Datoer generelt: I registeret er indhentet oplysninger om en række datoer, hvor oplysningerne oftest ikke er fuldstændige, idet patienterne måske kun husker måned eller årstid. I disse tilfælde har brugerne anført skønnede datoer, f.eks. 1. januar 1999, hvis der kun er oplyst vinteren 1999, eller 15. marts, hvis patienten kun husker marts måned.

Patientdelay: Datoen som patienten har anført som start for første symptom, og til patienten første gang henvender sig hos egen læge med symptomet.

Delay i primær sektoren (primærdelay): Datoen fra første besøg hos egen læge til modtagelse af henvisning fra egen læge på udredende afdeling.

Delay i sygehussektor (sekundærdelay): Datoen fra modtagelse af henvisningen fra egen læge i udredende afdeling til datoen patienten indlægges/ses ambulant i udredende afdeling.

Diagnostisk delay: Datoen fra patienten indlægges/ses ambulant i udredende afdeling til datoen patienten henvises til behandling/ afsluttes.

Operativt delay: Datoen fra modtagelse af henvisning fra udredende afdeling til operationsdato.

Onkologisk delay: Datoen fra modtagelse af henvisning fra udredende afdeling til start af behandling.

Indberettede patienter: Patienter indberettet fra deltagende afdelinger.

Optagne patienter: Totale antal patienter i registeret

Overordnede resultater

Patientmaterialet:

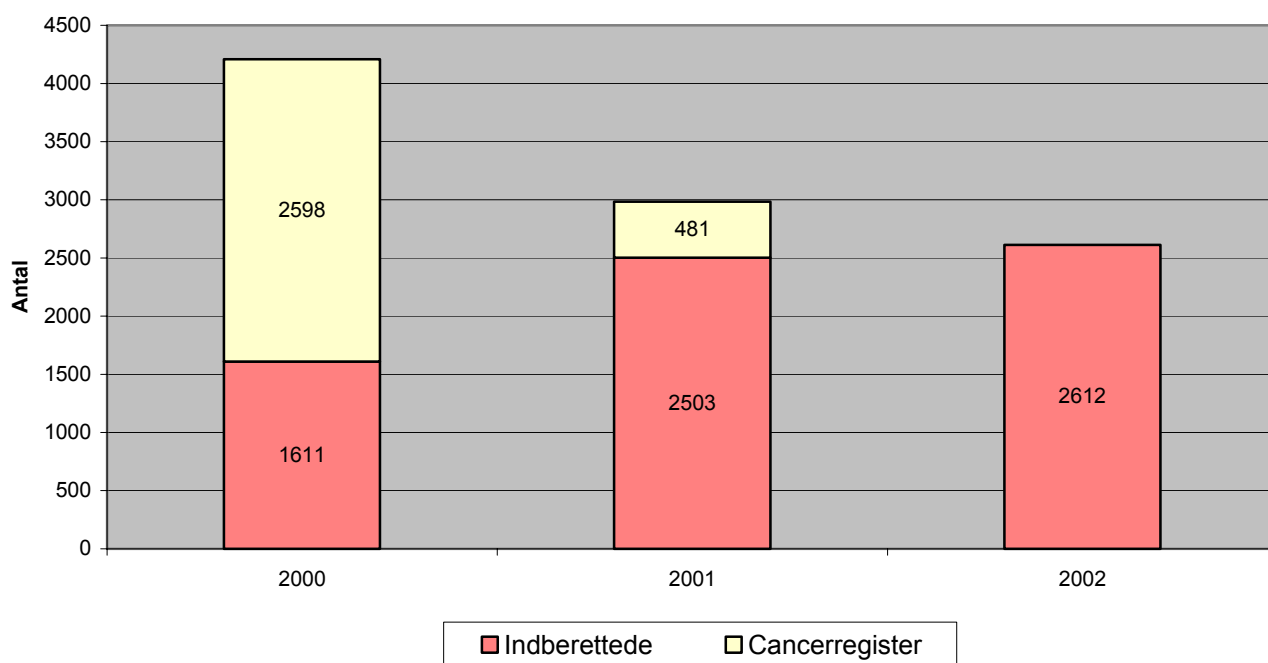
Incidens, alder og kønsfordelinger

Der er i perioden i alt optaget 2612 patienter i registeret. Heraf er der fra de deltagende afdelinger indberettet kliniske data på alle patienter. I 2002 er der ikke tilføjet patienter i registeret fra Sundhedsstyrelsens Cancerregister. Der er optaget 1475 mænd (57 %) og 1137 kvinder (43 %).

I perioden 2000 – 2002 er der i alt optaget 9570 patienter i registeret. Heraf er der fra de deltagende afdelinger indberettet kliniske data på 6503 patienter. I perioden er der således tilføjet 3067 patienter i registeret fra Sundhedsstyrelsens Cancerregister. Der er optaget 5537 mænd (58 %) og 4033 kvinder (42 %).

De optagne patienter i perioden 1. januar 2000 til 31. december 2002 fordeler sig således:

Fig. 1:



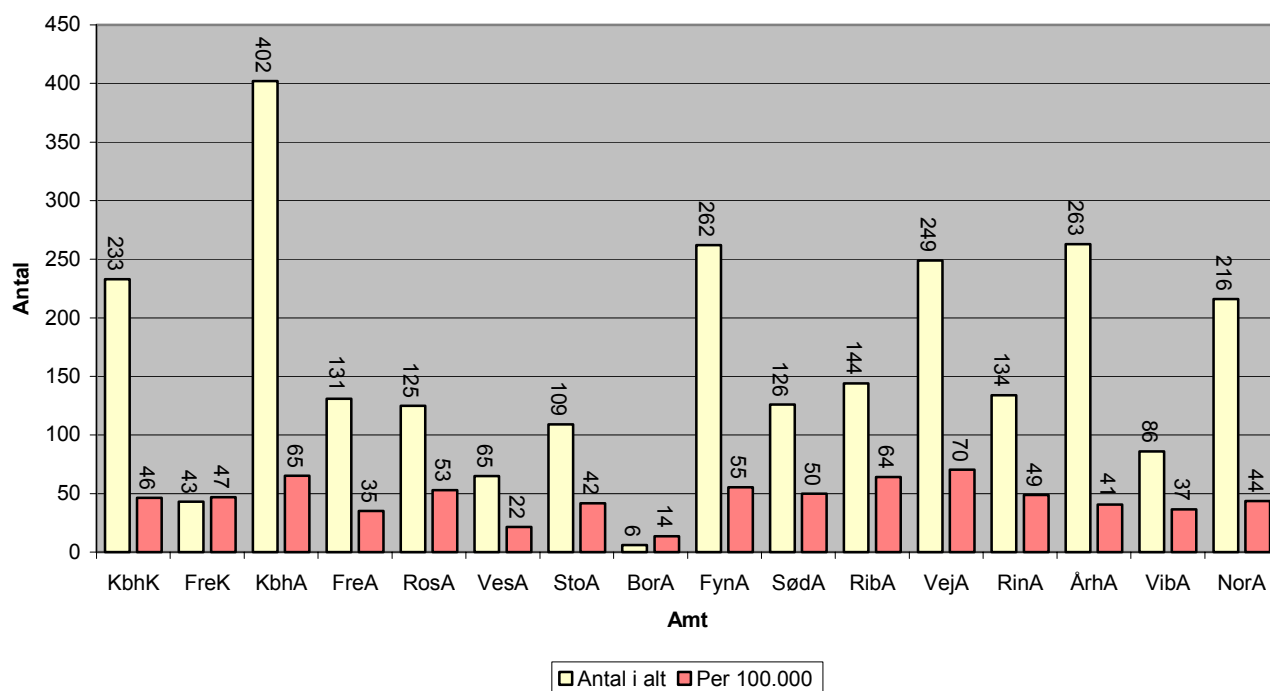
Kommentar:

Fra Cancerregisteret er hentet oplysninger om lungecancerpatienter, der ikke er indberettet fra afdelingerne. Når alle anmeldelser på en patient foreligger foretages kodningen i Cancerregisteret – typisk op til 3 år efter diagnosen primært blev stillet. Dog kodes enkelte patienter før denne dato. Samtlige patienter, der i Cancerregisteret per 1. april 2003 var registreret med diagnosen C34 i perioden 1. januar 2000 til og med 2002, er herefter tilføjet DLCR.

Til grund for beregninger i denne rapport er anvendt det seneste offentliggjorte antal i Cancerregisteret fra 1999 på 3490 nye tilfælde pr. år. Dvs. at der ikke er kliniske indberetninger på ca. 900 patienter (25 %). I Cancerregisterets tal udgør anmeldelser fra primærsektoren, autopsier samt dødsårsagsregisteret ca. 10 %.

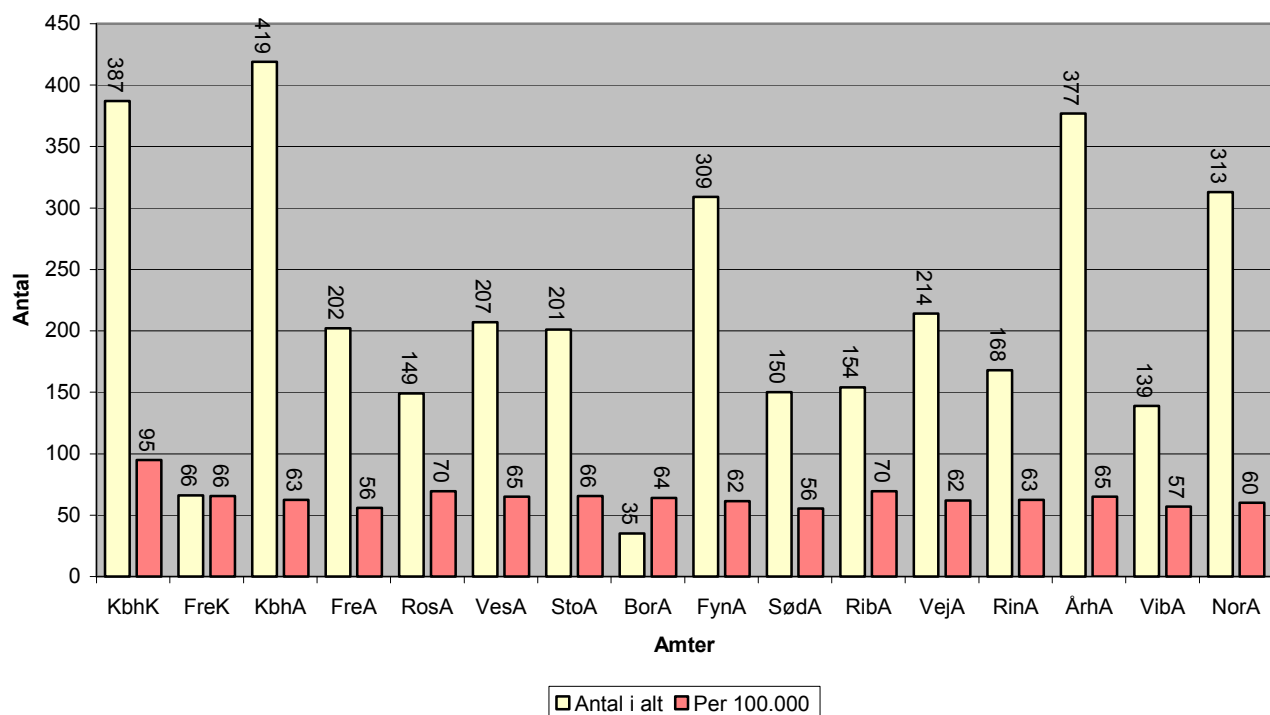
De optagne patienter i 2002 fordeler sig på amter på følgende måde, hvor ”I alt” er samtlige optagne fra amtet og ”100.000” er antal optagne per 100.000 i amtet (ikke standardiseret incidens):

Fig. 2:



I Nye tal fra Cancerregisteret 1999 (1) findes de seneste opgjorte absolutte tal og incidensrater standardiseret til DK-80:

Fig. 3:



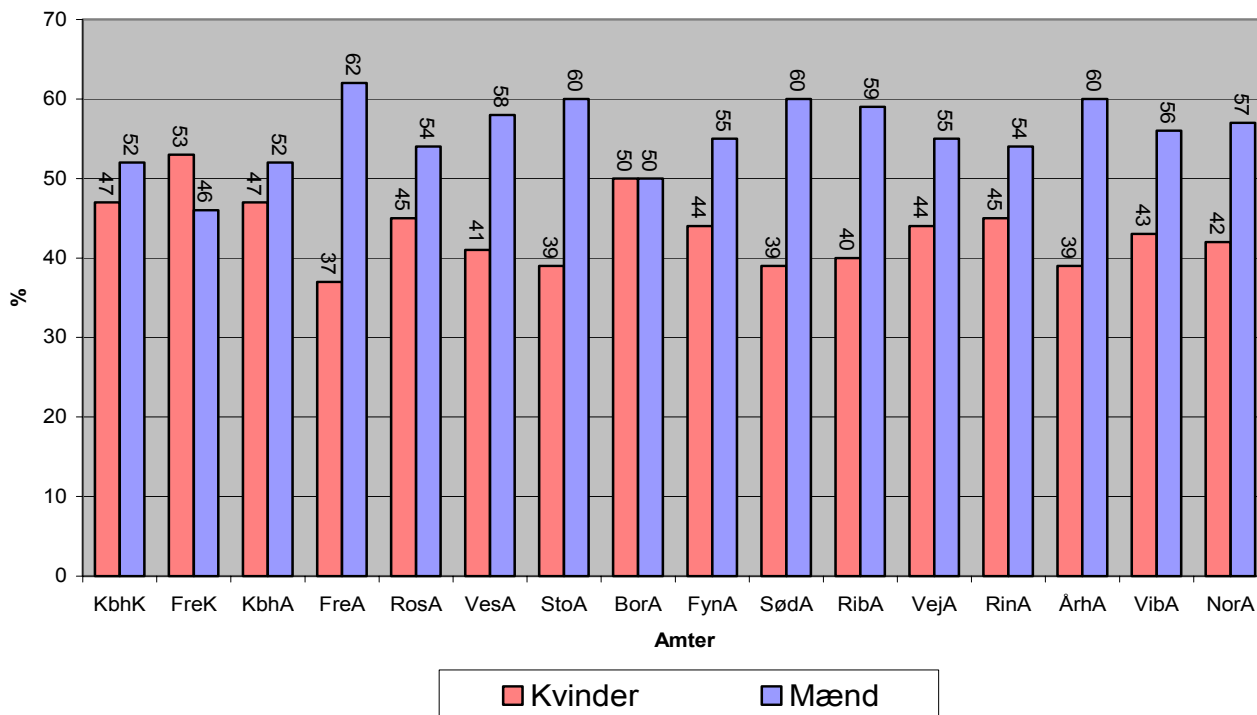
Kommentar:

Tallene i figur 3 er medtaget for at illustrere kompleksiteten af den amtslige registrering som vist i figur 2. Bemærk dog at der er tale om forskellige år og opgørelsesmetoder.

Patienternes mediane alder er 67 år (range 29 - 95, 95 % percentil: 48 og 81). Mændenes mediane alder er 67 år (range 29 - 92, 95 % percentil: 49 og 81) og kvindernes 66 år (range 33 - 95, 95 % percentil: 48 og 81).

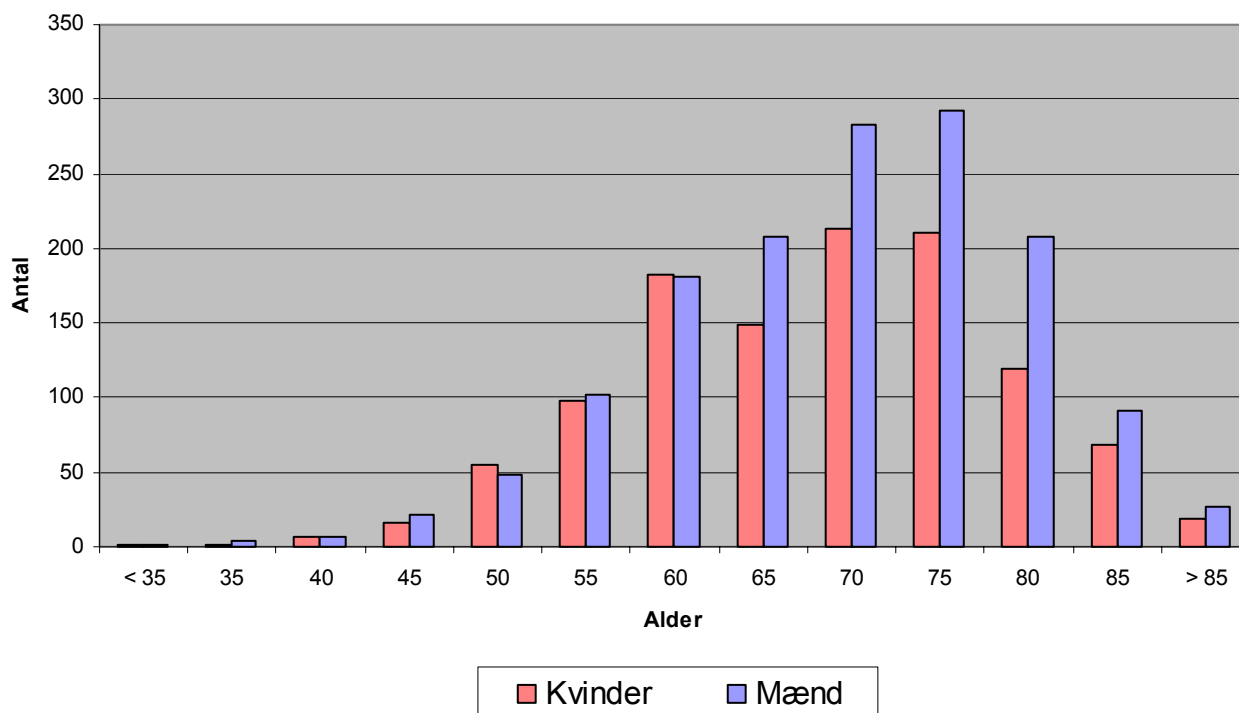
På amtsbasis fordeler de optagne patienter på køn sig procentuelt således:

Fig. 4:



De optagne patienter fordeler sig efter køn og alder på følgende måde:

Fig. 5:



Der er i perioden fra de deltagende afdelinger indberettet kliniske data på 2612 patienter. Der er optaget 1475 mænd (57 %) og 1137 kvinder (43 %).

De indberettede medicinske, øre-næse-hals og lungemedicinske afdelinger har gennemsnitlig indberettet 80 patienter, median 50 (range 1 - 370). I alt er der primært indberettet 2073 patienter fra disse afdelinger.

De kirurgiske og thoraxkirurgiske afdelinger har gennemsnitlig indberettet 109 patienter, median 142 (range 23 - 168). I alt er der primært indberettet 764 patienter fra disse afdelinger.

De onkologiske afdelinger har gennemsnitlig indberettet 140 patienter, median 169 (range 1 - 335). I alt er der primært indberettet 700 patienter fra disse afdelinger.

Ovennævnte tal er opgjort per 11. april 2003.

Udviklingen i antal rettidige indberetninger, dvs. patienter der er indberettet før 1. april i det følgende kalenderår fra de 3 afdelingstyper har i årene 2000, 2001 og 2002 været således:

Tabel 1:

	2000	2001	2002
Udredning	1383	1901	2073
Kirurgi	579	463	764
Onkologi	308	172	700

Kommentar:

Bemærk på figur 4 og 5, at der nu kun er flere mænd end kvinder med lungekræft i aldersgruppen 65 år og op efter, og at der i Hovedstadsområdet snart er flere kvinder end mænd med lungekræft.

De udredende afdelinger indberetter et stigende antal patienter. I 2002 har afdelingerne indberettet anslået 2/3 af de patienter, der får stillet diagnosen lungecancer på en sygehusafdeling. I forbindelse med DLCR's samarbejde med Det Nationale Indikator Projekt har samtlige amter inden for det sidste år haft besøg af repræsentanter for DLCR og NIP, og de afdelinger, der i 2002 ikke var tilsluttet DLCR, er nu blevet dette. Det forventes derfor, at registeret i 2003 vil modtage indberetninger på en større andel af de udredte patienter. Der vil altid være lokale forhold, der betinger, at antallet af indberetninger i perioder ikke er fuldtalligt, og det optimale mål antages derfor at ligge omkring 90 % af de udredte patienter svarende til ca. 2700 årlige indberetninger.

På kirurgiområdet er der fortsat en meget høj indberetningsfrekvens og et måltal svarende til de udredende afdelinger på 90 % af de relevante patienter, må her siges allerede at være nået.

Vedrørende onkologiområdet henvises til kommentaren i onkologiafsnittet på side 36.

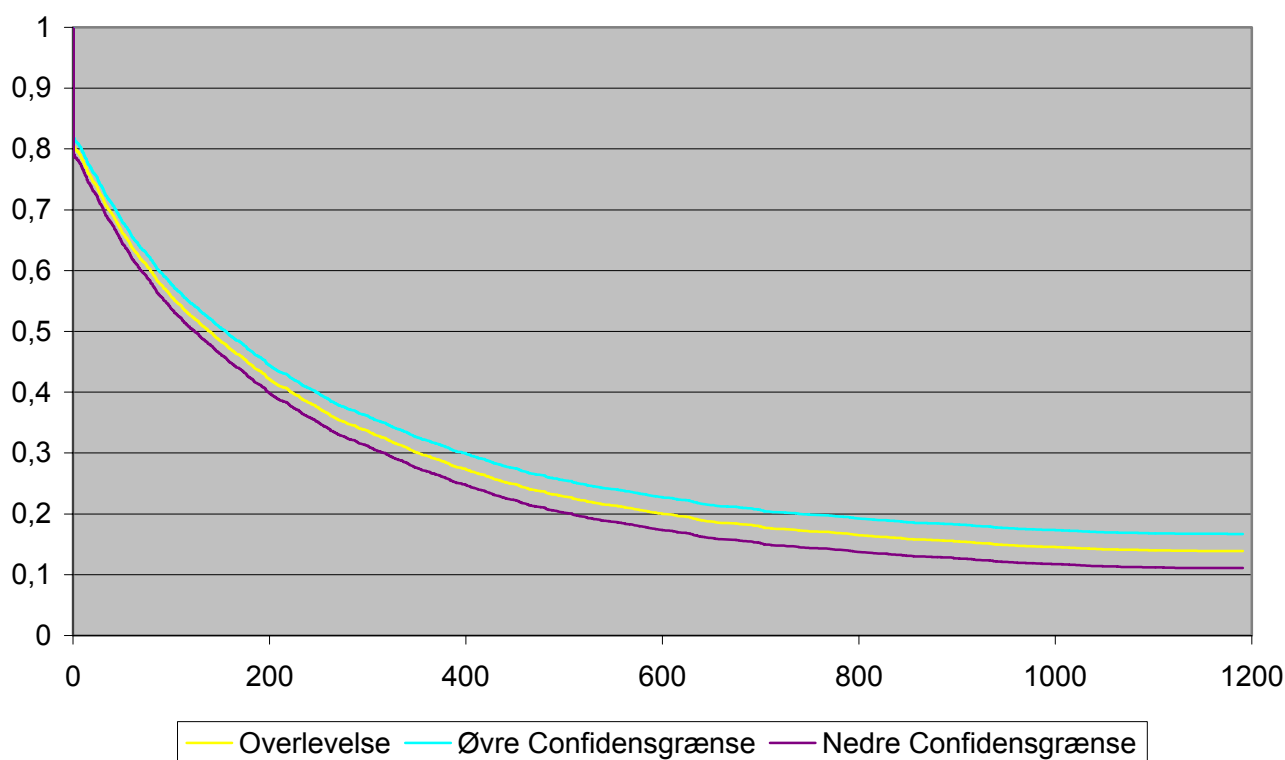
Overlevelse.

I registeret er i perioden 1. januar 2000 til 31. december 2002 som anført i alt optaget 9570 patienter med primær lungecancer. Af de 9570 patienter optaget i perioden er der kliniske data på 6503.

De 4209 patienter der blev optaget i registeret i 2000 har nu en observationsperiode på minimum 841 dage. Vedrørende patienter optaget i 2000 henvises i ø. til årsrapporten for 2000, hvoraf det bl.a. fremgår at populationens størrelse i dette år overestimeres pga. uoverensstemmelse mellem DLCR's og Cancerregisterets inklusionskriterier. Dette betyder at der er inkluderet for mange patienter via Cancerregisteret, idet nogle af patienterne tilhører 1999. Dette påvirker populationens overlevelse i negativ retning og helt valide tal vil være gældende fra og med 2001-populationen.

Med disse forudsætninger taget i betragtning er det dog muligt at opstille følgende Kaplan Meier plot for gruppen:

Fig. 6:



2598 af patienterne optaget i 2000 stammer fra Cancerregisteret. Nogle af disse er registreret som døde på registreringsdatoen (diagnosedato), hvorfor deres overlevelse er sat til 0, hvilket forklarer kurvens initiale fald. Overlevelsen for gruppen var efter 1 år 29 %, efter 2 år 17 % og estimeret efter 3 år er 14 %. Hvis man kun ser på de 1611 patienter registeret har modtaget kliniske oplysninger på fra perioden 1. januar 2000 til 31. december 2000 er de tilsvarende overlevelsestal: 45, 28 og 24 %.

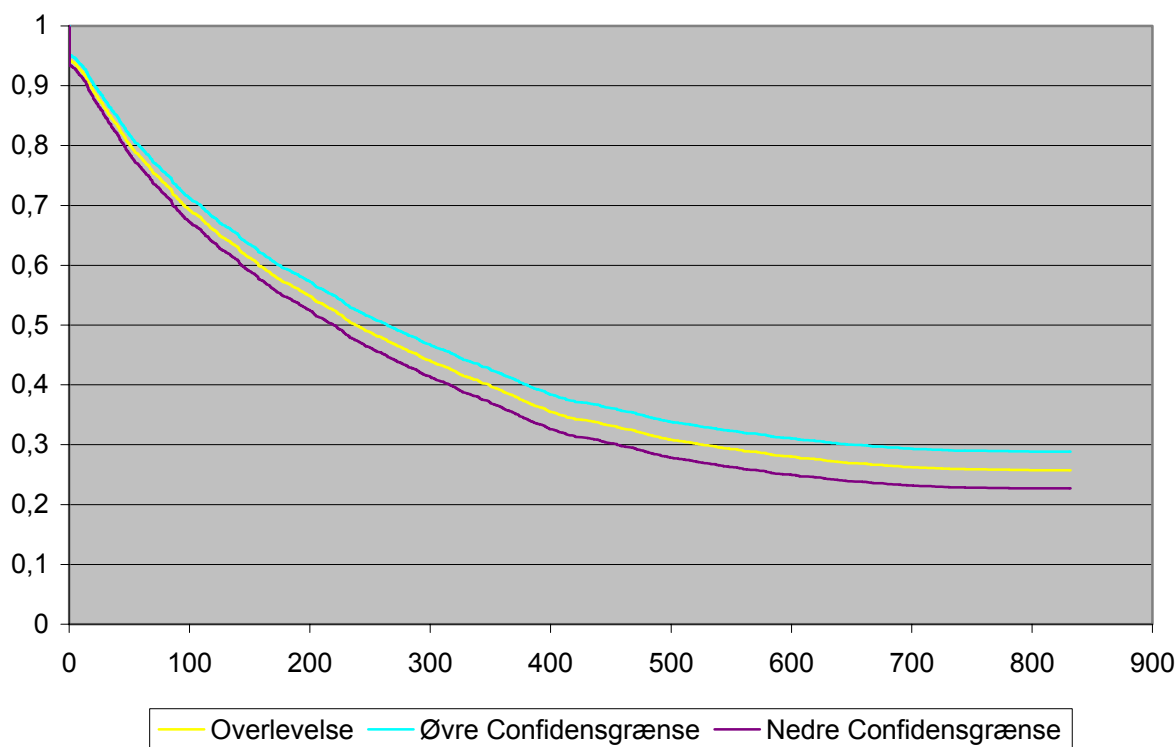
Kommentar:

Til sammenligning var henholdsvis 1 og 5 års overlevelsesraterne for danske lungecancer patienter i perioden 1991-1995 23 og 7 % (5). Hvorvidt den observerede stigning i 1 års overlevelsen er udtryk for en reel stigning eller betinget af overfornævnte forhold vedrørende datasammenhængen, er det endnu for tidligt at slå fast, men en række andre forhold bl.a. resektionsraten og behandlingsindsatsen som sådan kunne tyde på, at der er tale om en reel stigning. Dette kan dog først endelig fastslås i årsrapporten for 2003.

Patienterne optaget i 2001 har nu en observationstid på minimum 466 dage. Problemet med overestimering af antallet jvn.f. 2000-populationen er her ikke til stede, men der er derimod tale om en underestimering, da samtlige patienter diagnosticeret i perioden endnu ikke er optaget i registeret p.g.a. den tidligere omtalte forsinkelse af Cancerregisterdata.

Der er i perioden optaget 2984 patienter i registeret. Heraf stammer 481 fra Cancerregisteret og resten (2503 patienter) findes der kliniske indberetninger på. Gruppens Kaplan Meier plot ser således ud:

Fig. 7:



Den observerede 1 års overlevelse for 2001-populationen er 38 % og den estimerede 2 års overlevelse er 26 %.

Hvis man kun ser på de 2503 patienter der findes kliniske oplysninger på er de tilsvarende overlevelsestal: 43 og 29 %.

Kommentar:

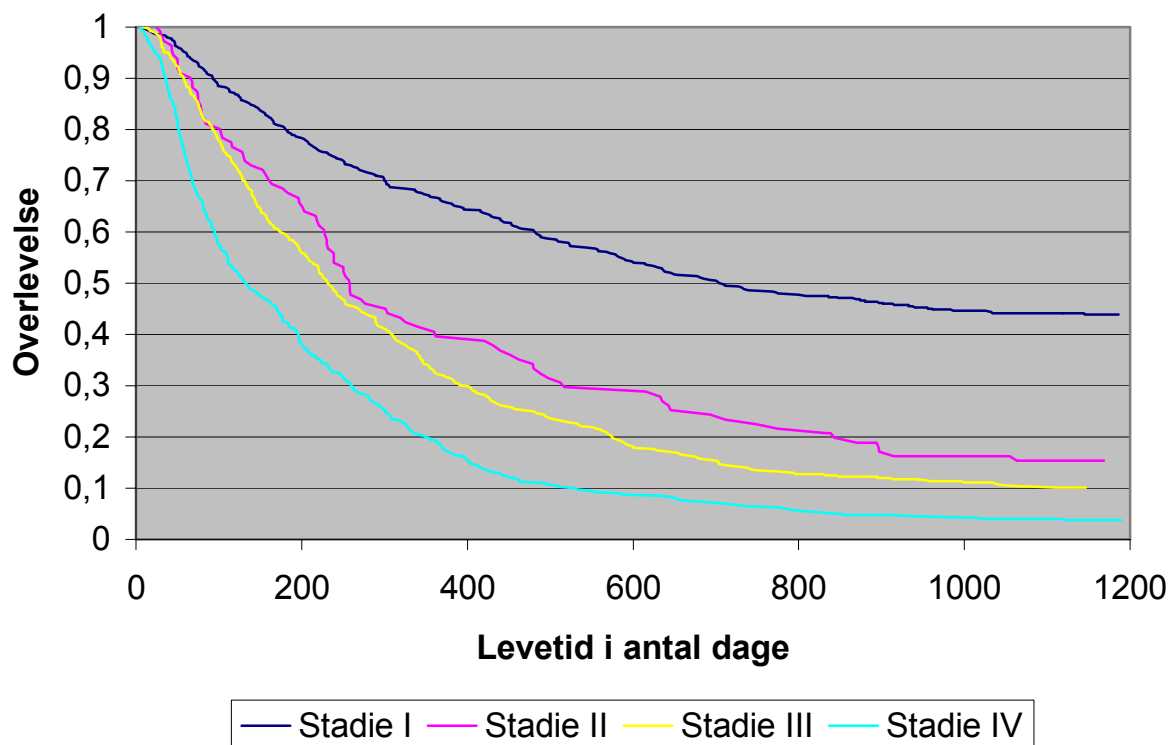
Selvom alle patienter er observeret i mindst 1 år er kurveforløbet ikke repræsentativt for den samlede population, idet der mangler data på ca. 500 patienter jvn.f. ovenstående. Et præcist estimat af 1 års overlevelsen kan således først angives i årsrapporten for 2003.

Overlevelse stadier:

På i alt 5228 patienter indberettet til registeret findes registreret et klinisk sygdomsstadium (cTNM).

Ser man på 2000-populationen, hvor der foreligger stadiangivelse på i alt 1370 patienter, ser overlevelseskurven således ud:

Fig. 8:



Overlevelsesraten for populationerne indberettet 2000 og 2001 fremgår af følgende:

Tabel 2:

	Observeret 1 års Overlevelse 2000 (n=1370)	Observeret 2 års Overlevelse 2000 (n=1370)	Observeret 1 års Overlevelse 2001 (n=2070)
Stadium I	67 %	49 %	69 %
Stadium II	40 %	23 %	54 %
Stadium III	32 %	14 %	40 %
Stadium IV	19 %	7 %	22 %

Kommentar:

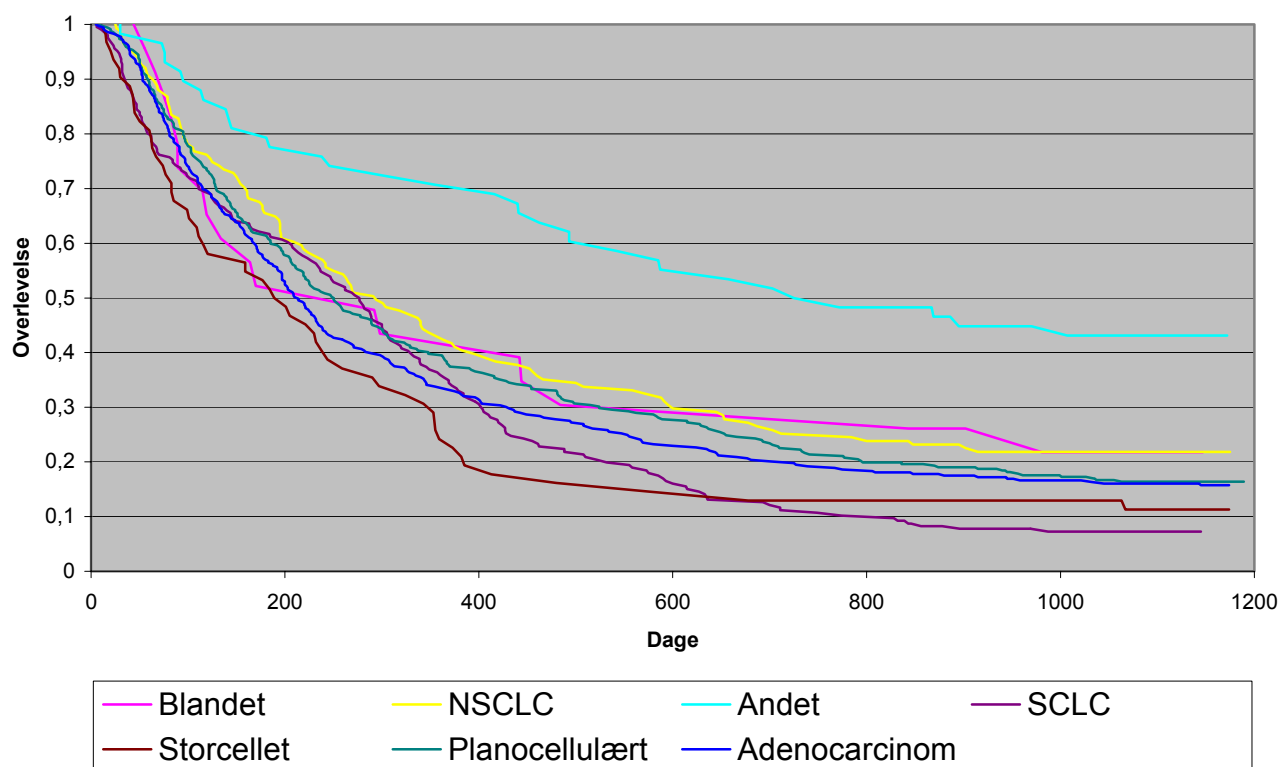
Ved stadium II er der tale om et forholdsvis lille patientmateriale. Se i ø. fig. 14, hvad angår fordelingen på stadier.

Overlevelse celletype.

På i alt 5228 patienter indberettet til registeret findes registreret en celletype.

Ser man på 2000-populationen, hvor der foreligger celletype på i alt 1383 patienter, ser overlevelseskurven således ud:

Fig. 9:



Overlevelsesraten for samme population indberettet 2000 og 2001 fremgår af:

Tabel 3:

	Observeret 1 års Overlevelse 2000 (n=1383)	Observeret 2 års Overlevelse 2000 (n=1383)	Observeret 1 års Overlevelse 2001 (n=2092)
Adenocarcinomer	34	19	39
Planocellulære	39	22	42
NSCLC	42	25	43
Storcellede	23	13	37
SCLC	35	11	34
Blandet	40	28	50
Andet	71	50	62
Uoplyst	55	45	46

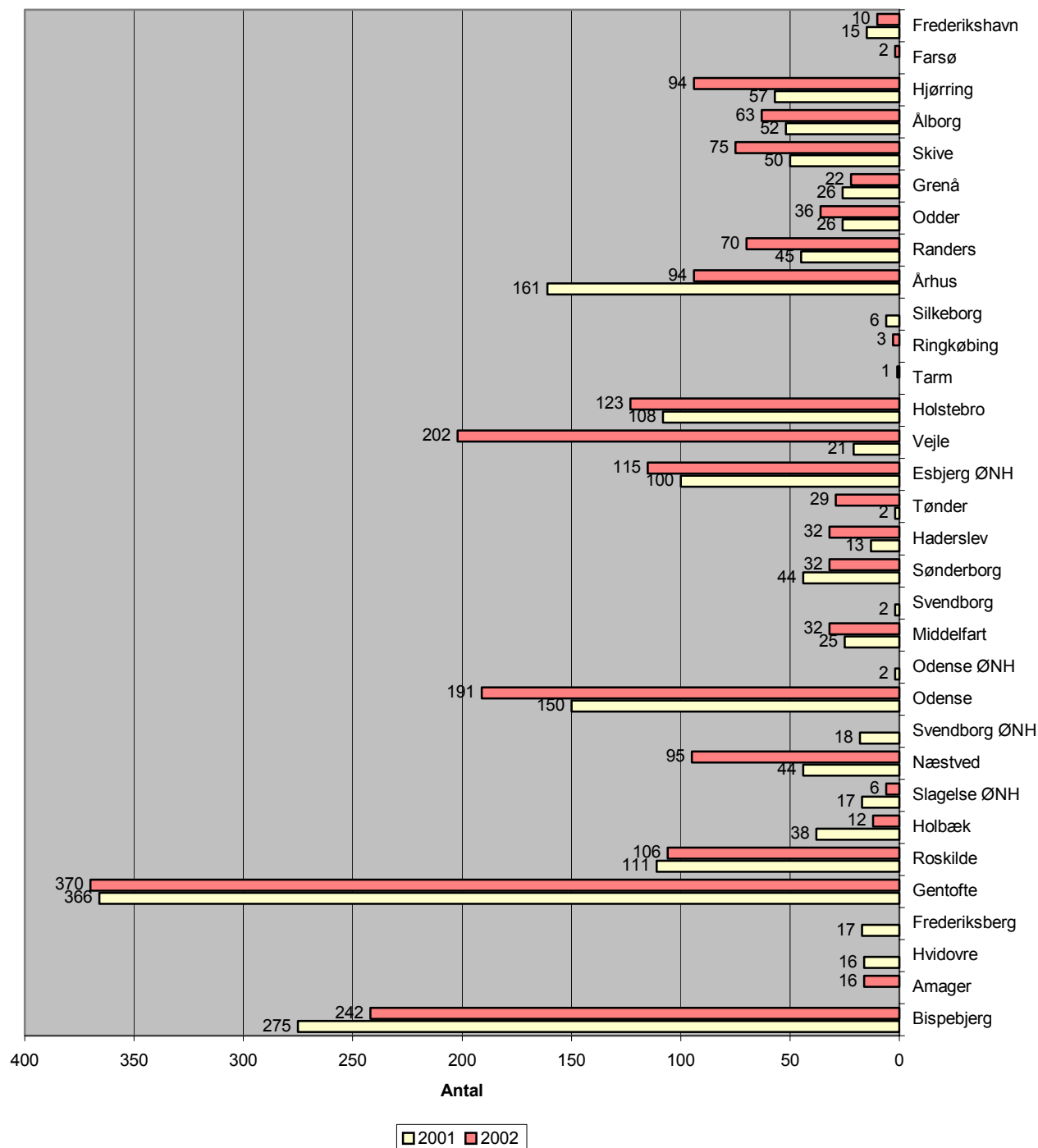
Kommentar:

Kurven "andet" repræsenterer 2-4 % af de indberettede patienter og indeholder bl.a. karcinoider, sarkomer ect.. Gruppen "Uoplyst" udgør 15 % af materialet, og indeholder patienter med infiltrater, hvis celletype først endelig afklares ved et kirurgisk indgreb og derfor evt. ikke har lungecancer. Desuden indeholder gruppen patienter, som klinisk har lungecancer, men som ikke ønsker nærmere udredning, hvorfor celletypen ikke kendes. Der henvises til fig. 15.

Udredende afdelinger:

Udredningen af de indberettede lungecancer patienter foregår på 33 lungemedicinske, medicinske og øre-næse-hals afdelinger. Afdelingerne har indberettet følgende antal patienter:

Fig. 10:



Patienterne udredes med en lang række metoder, der anvendes i forskelligt omfang, således ses følgende forskelle mellem amterne i 2002 – se tabel 4 - side 18:

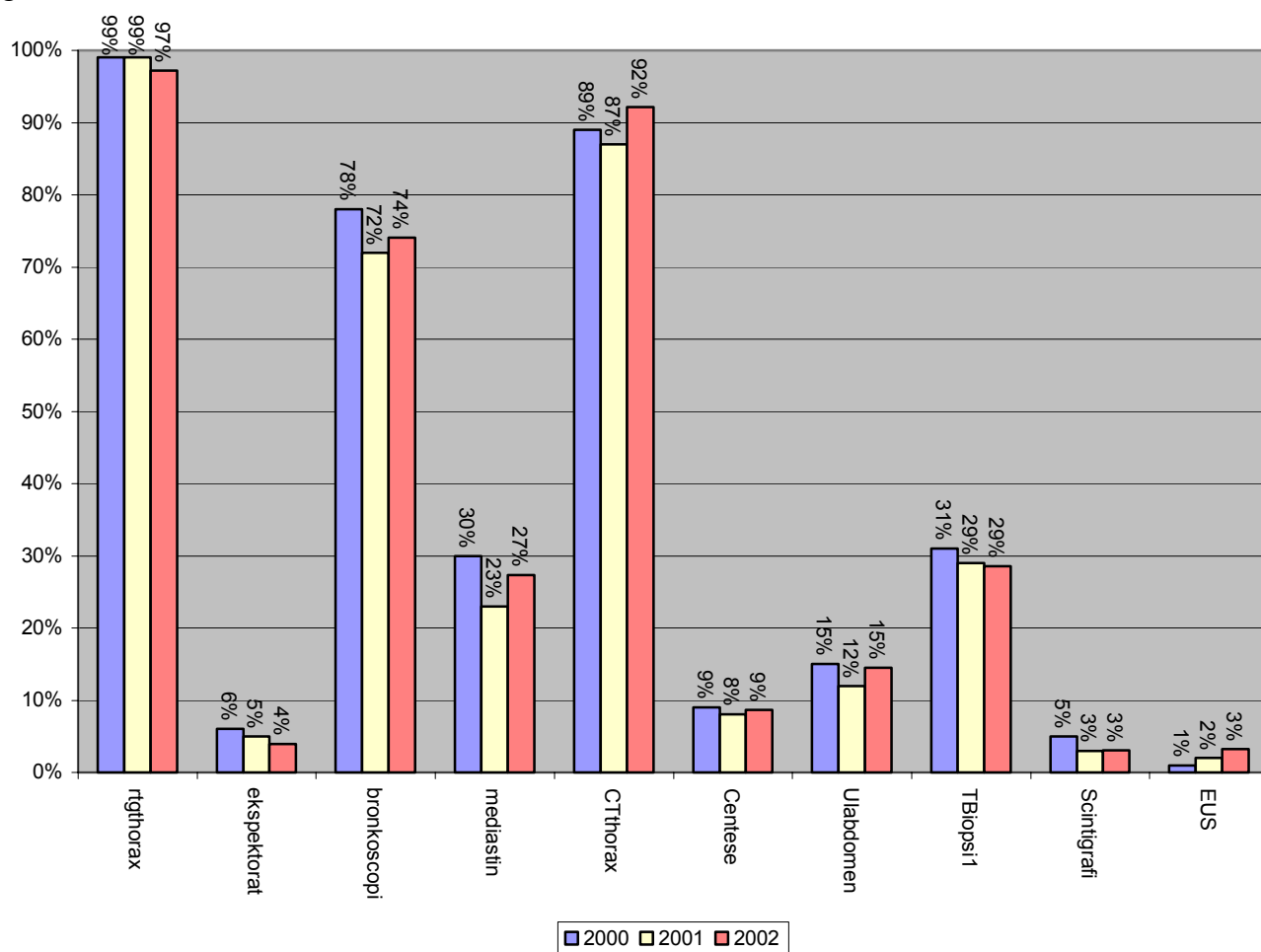
Ved vurdering af tabellen bør man være opmærksom på forskelle i udredningsmønster. Således foretages f.eks. alle mediastinoskopier i H:S området på thoraxkirurgisk afdeling, og indberettes ikke af den udredende afdeling, hvorved de ikke fremgår af tabellen:

Tabel 4:

AMT	Antal	Rtg thorax	Ekspektorat	Bronkoscopi		Mediastinoskopi	
KbhK	227	226 (100 %)	1 (0 %)	209 (92 %)		4 (2 %)	
FreK	40	40 (100 %)	1 (3 %)	38 (95 %)		0 (0 %)	
KbhA	353	353 (100 %)	5 (1 %)	284 (80 %)		72 (20 %)	
FreA	9	9 (100 %)	0 (0 %)	7 (78 %)		3 (33 %)	
RosA	103	103 (100 %)	5 (5 %)	84 (82 %)		24 (23 %)	
VesA	25	24 (96 %)	0 (0 %)	20 (80 %)		5 (20 %)	
StoA	92	91 (99 %)	0 (0 %)	86 (93 %)		15 (16 %)	
BorA	1	1 (100 %)	0 (0 %)	1 (100 %)		1 (100 %)	
FynA	218	216 (99 %)	0 (0 %)	197 (90 %)		26 (12 %)	
SødA	104	103 (99 %)	11 (11 %)	39 (38 %)		28 (27 %)	
RibA	117	76 (65 %)	0 (0 %)	61 (52 %)		46 (39 %)	
VejA	202	195 (97 %)	2 (1 %)	121 (60 %)		87 (43 %)	
RinA	125	124 (99 %)	6 (5 %)	87 (70 %)		46 (37 %)	
ÅrhA	221	218 (99 %)	8 (4 %)	149 (67 %)		113 (51 %)	
VibA	78	78 (100 %)	5 (6 %)	62 (79 %)		33 (42 %)	
NorA	169	169 (100 %)	38 (22 %)	98 (58 %)		66 (39 %)	
I alt	2084	2026	82	1543		568	
AMT	CT thorax	Centese	UL abdomen	Transtorakal biopsi	Scintigrafi	EUL	
KbhK	214 (94 %)	18 (8 %)	17 (7 %)	75 (33 %)	4 (2 %)	1 (0 %)	
FreK	40 (100 %)	3 (8 %)	2 (5 %)	16 (40 %)	0 (0 %)	1 (3 %)	
KbhA	297 (84 %)	38 (11 %)	54 (15 %)	95 (27 %)	7 (2 %)	46 (13 %)	
FreA	8 (89 %)	1 (11 %)	1 (11 %)	3 (33 %)	0 (0 %)	3 (33 %)	
RosA	96 (93 %)	6 (6 %)	13 (13 %)	16 (16 %)	0 (0 %)	6 (6 %)	
VesA	20 (80 %)	1 (4 %)	3 (12 %)	2 (8 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	
StoA	62 (67 %)	2 (2 %)	12 (13 %)	29 (32 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	
BorA	1 (100 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	1 (100 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	
FynA	216 (99 %)	22 (10 %)	30 (14 %)	27 (12 %)	13 (6 %)	2 (1 %)	
SødA	101 (97 %)	8 (8 %)	10 (10 %)	48 (46 %)	0 (0 %)	1 (1 %)	
RibA	116 (99 %)	12 (10 %)	7 (6 %)	23 (20 %)	5 (4 %)	0 (0 %)	
VejA	195 (97 %)	12 (6 %)	21 (10 %)	61 (30 %)	5 (2 %)	4 (2 %)	
RinA	120 (96 %)	17 (14 %)	27 (22 %)	62 (50 %)	17 (14 %)	0 (0 %)	
ÅrhA	207 (94 %)	17 (8 %)	75 (24 %)	72 (33 %)	10 (5 %)	0 (0 %)	
VibA	75 (96 %)	5 (6 %)	7 (9 %)	23 (29 %)	0 (0 %)	2 (3 %)	
NorA	153 (91 %)	18 (11 %)	24 (14 %)	43 (25 %)	3 (2 %)	1 (1 %)	
I alt	1921	180	303	596	64	67	

Vist grafisk for hele landet:

Fig. 11:



Udvalgte undersøgelses resultater i % af undersøgelser udført - DK:

Tabel 5:

Undersøgelse	Antal	Ingen malignitets-suspekte celler - %	Malignitets-suspekte celler - %	Maligne Celler %	Atypi %	Hæmorrhagisk %	Inkonklusivt %	Ikke udført %
Ekspektorat	83	49	20	19	1	-	10	-
Bronkoskopi	1544	29	6	54	2	-	8	1
TTbiopsi1	595	12	5	73	1	-	9	-
Pleuracentese	180	40	7	44	2	6	6	-

Mediastinoskopi undersøgelsesresultat i % af antal. Totalt antal 568 (range 4 – 113):

Tabel 6:

AMTNR	Antal	N0	N2	N3	Inkonklusivt	Ikke udført
KbhK	4	75			25	
FreK	0					
KbhA	72	76	8	7	7	1
FreA	3	100				
RosA	24	67	17	17		
VesA	5	60	20	20		
StoA	15	67	13	13	7	
BorA	1	100				
FynA	26	54	31	12	4	
SønA	28	46	43	4		7
RibA	46	59	26	9	7	
VejA	87	63	24	11	1	
RinA	46	83	15	2		
ÅrhA	113	72	20	5	1	2
VibA	33	61	21	18		
NorA	66	62	23	12	3	

Kommentar:

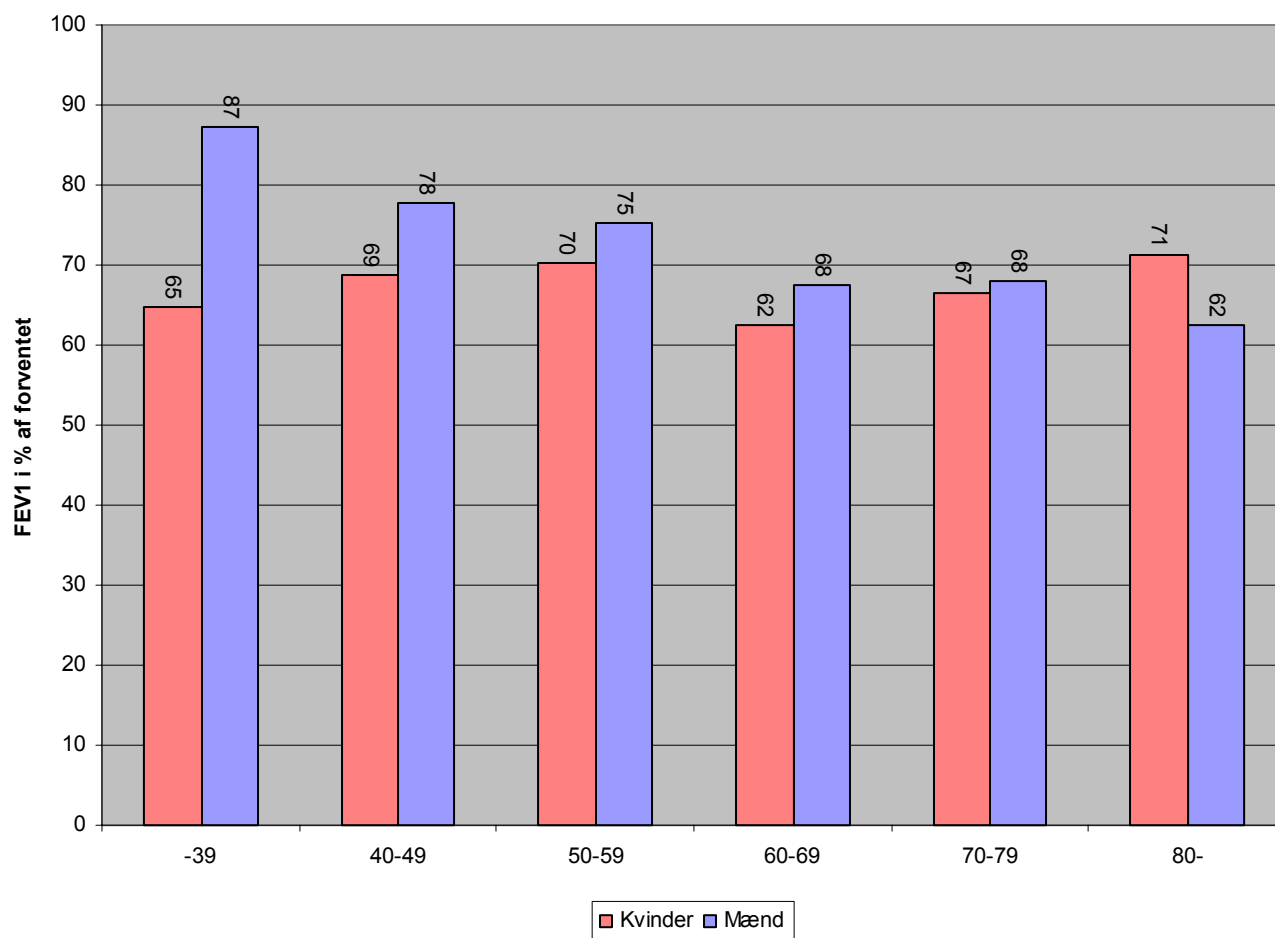
I de københavnske kommuner afsluttes patienterne fra den udredende afdeling før mediastinoskopien udføres. Mediastinoskopien udføres på den thoraxkirurgiske afdeling, men registreres ikke af den udredende afdeling. Dette betinger det tilsyneladende lave antal udførte mediastinoskopier i disse kommuner. I ø kan bemærkes at der mellem amterne er meget stor forskel i antal udførte mediastinoskopier. Dette er primært et udtryk for forskellige holdninger til indgrebet.

Lungefunktion.

Den mediane FEV1 målt i 2002 er 1,8 l/sek. (range 0,28 – 5,40), mens den mediane FEV1 i % af forventede er 68 % (range 11 % - 268 %). Den gennemsnitlige FEV1 er 1,88 l/sek. 12 % af de udredte har en FEV1 på under 40 % af forventede, 25 % mellem 40 % og 60 % af forventet og 63 % over 60 % af forventet.

FEV1 køn og alder.

Fig. 12:



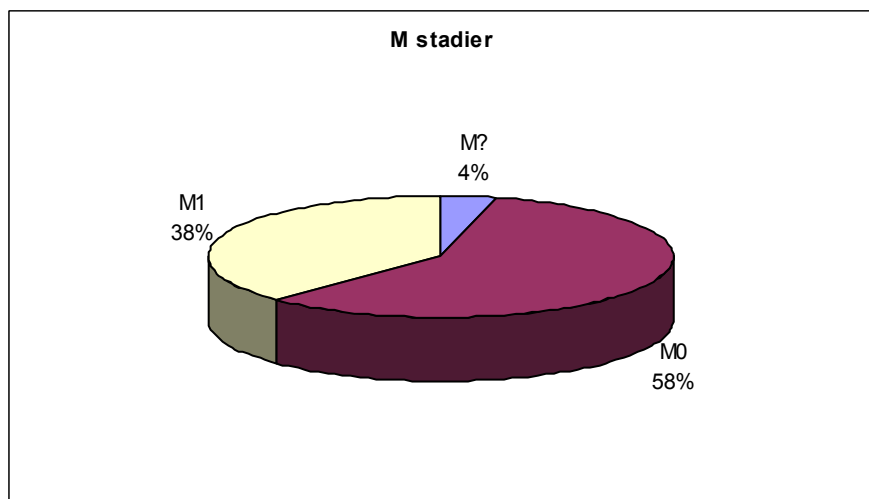
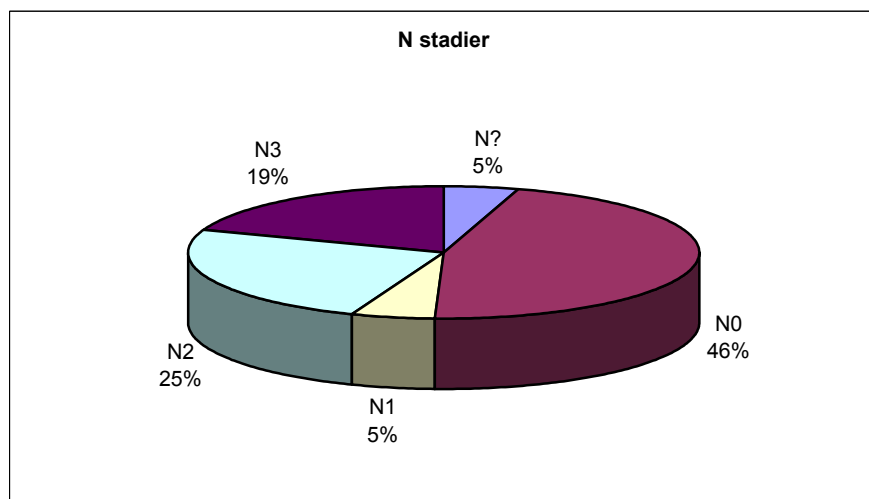
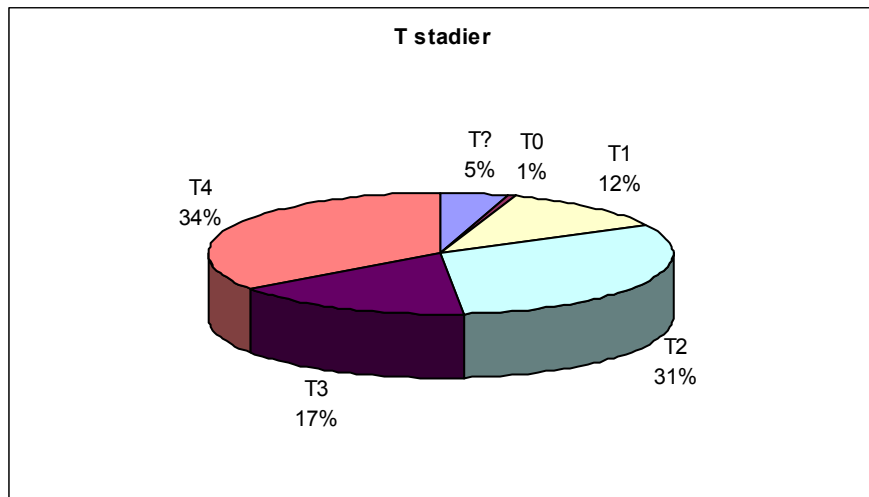
Kommentar:

Der er tale om forholdsvis få patienter under 39 år (6 kvinder og 7 mænd), hvorfor tallene er behæftet med en del usikkerhed.

Klinisk TNM (cTNM).

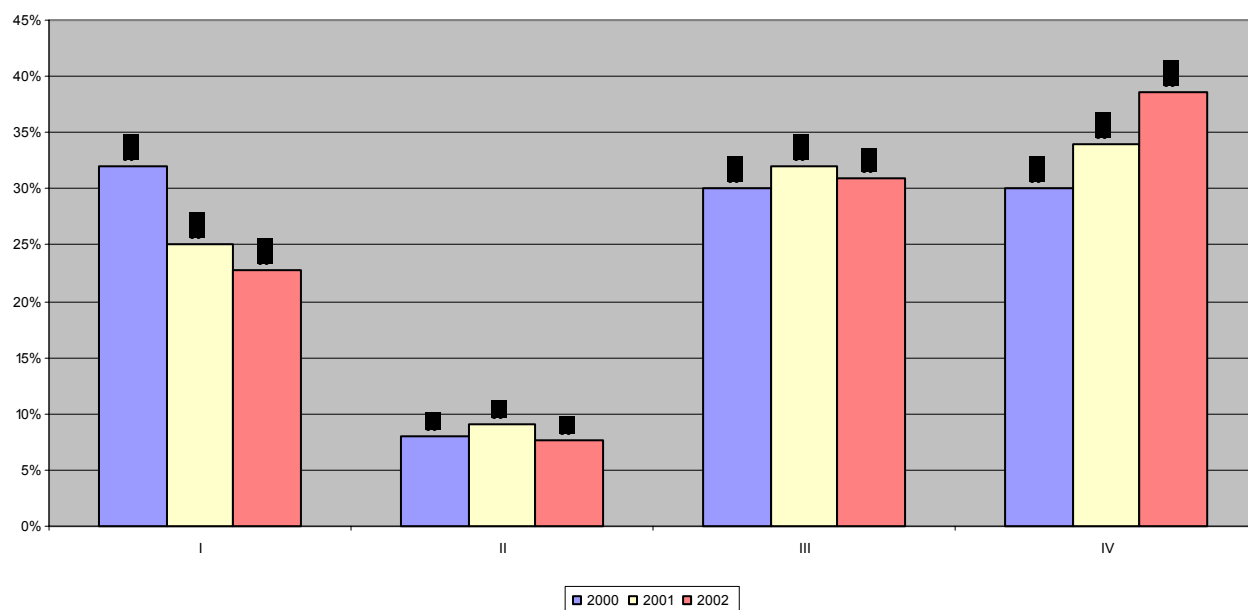
Den samlede cTNM klassifikation efter alle undersøgelser fordeler i % på landsplan sig således (T?, N? og M? svarer til antal uoplyste)(n=1959):

Fig. 13:



Den kliniske stadieinddeling i 2002, 2001 og 2000 på landsplan fordeler sig i % således:

Fig. 14:



cTNM fordelt på amter 2002:

Tabel 7:

Amt	Stage I	Stage II	Stage III	Stage IV	Antal
KbhK	25	5	31	39	220
FreK	33	5	31	31	39
KbhA	17	6	33	44	338
FreA	44	11	44	0	9
RosA	20	6	36	38	97
VesA	25	13	38	25	24
StoA	17	13	29	41	90
BorA	0	0	0	0	0
FynA	23	11	28	38	216
SønA	22	15	31	31	89
RibA	20	8	36	36	98
VejA	24	2	39	35	198
RinA	30	9	25	36	107
ÅrhA	29	8	23	40	204
VibA	25	11	31	33	75
NorA	20	9	27	44	161

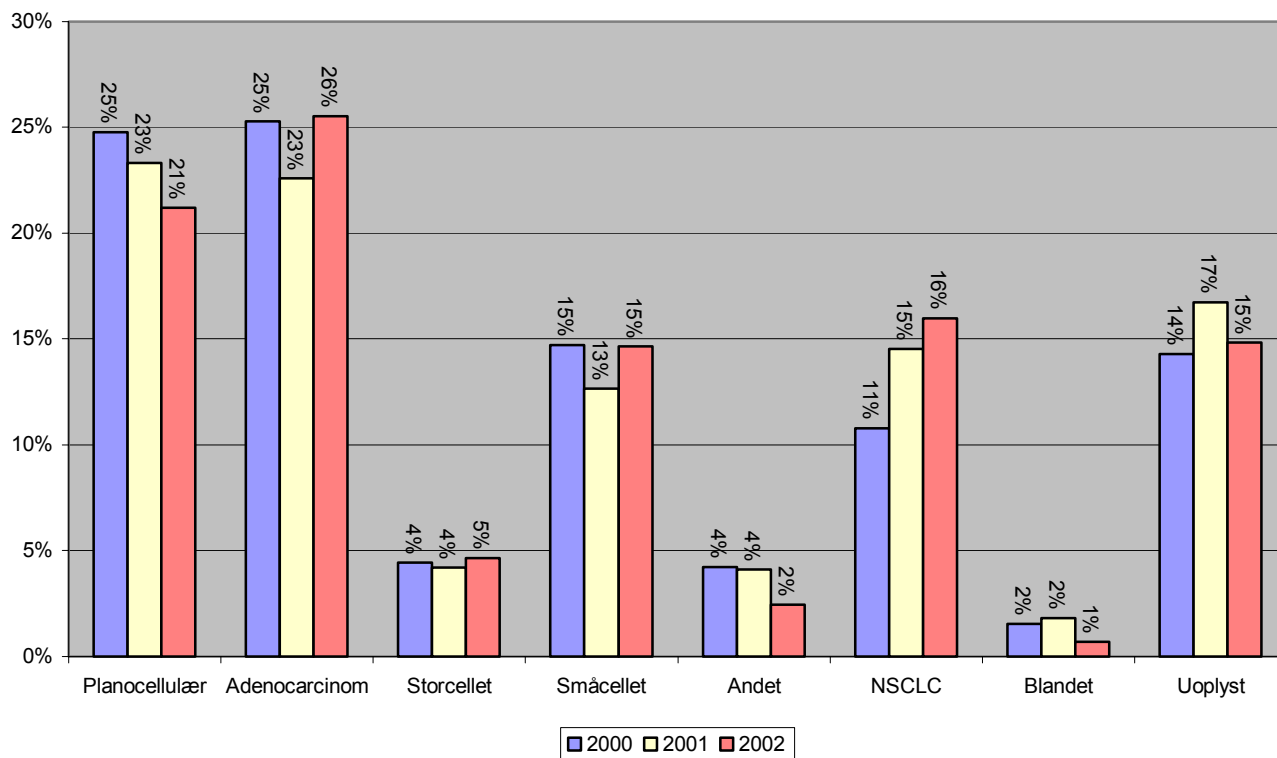
Kommentar:

Det bemærkes at ca. 40 % af patienterne på diagnosetidspunktet har metastaserende sygdom (M1). Denne procentdel ser ud til at være svagt stigende over tid (2001: 35 %, 2000: 29 %). Det samme er tilfældet, når man ser på stadiefordelingen i fig. 14, hvor der tilsyneladende sker et skift imod mere avancerede stadier i perioden. Dette er dog formentligt primært et udslag af stigende indberetningsfrekvens, som dog således også medfører et mere sandt billede af populationens sammensætning. Ved vurdering af de enkelte amters stadieinddeling er det således også afgørende at forholde sig til, hvor stor en andel af amtets incidens, indberetningerne vedrører, både når der sammenlignes i forhold til landstal og indbyrdes mellem amterne.

Patologidiagnoser:

Den kliniske/præoperative patologidiagnoser fordeler sig i % på landsplan således:

Fig. 15:



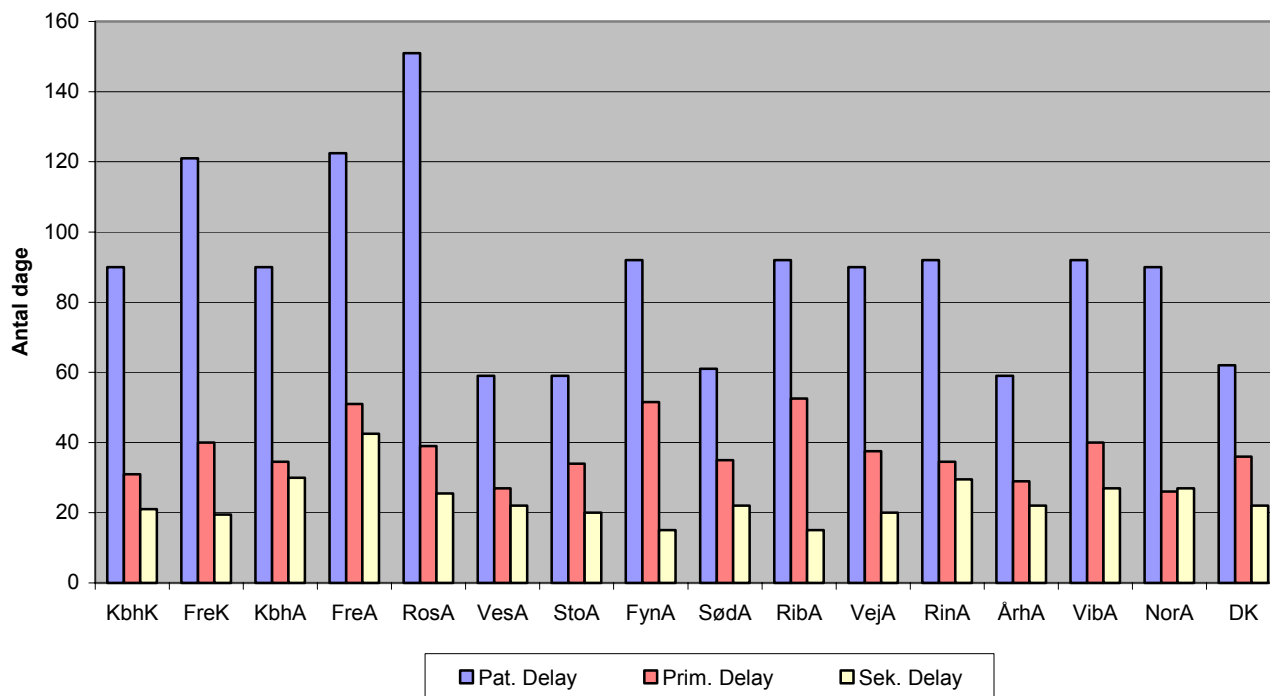
Kommentar:

Der henvises her i ø. til kommentarerne på side 16. I ø. bemærkes, som det er kendt fra litteraturen at andelen af patienter med planocellulære carcinomer er faldende, mens andelen med adenocarcinomer er stigende og at den sidstnævnte gruppe tilsyneladende nu er den største. Dette kan dog også være et udslag af stigende indberetningsfrekvens, ligesom den stigende andel med den uspecifikke diagnose NSCLC. Desuden bemærkes, som det ligeledes er kendt fra litteraturen, at andelen af patienter med SCLC nu ligger omkring 15 %, hvor man for 10 år siden anslog antallet til 20 %. Årsagen til den ændrede sammensætning af populationens celletyper er ukendt, men forhold omkring kønssammensætning og cigarettypen diskuteres.

Delays og henvisninger.

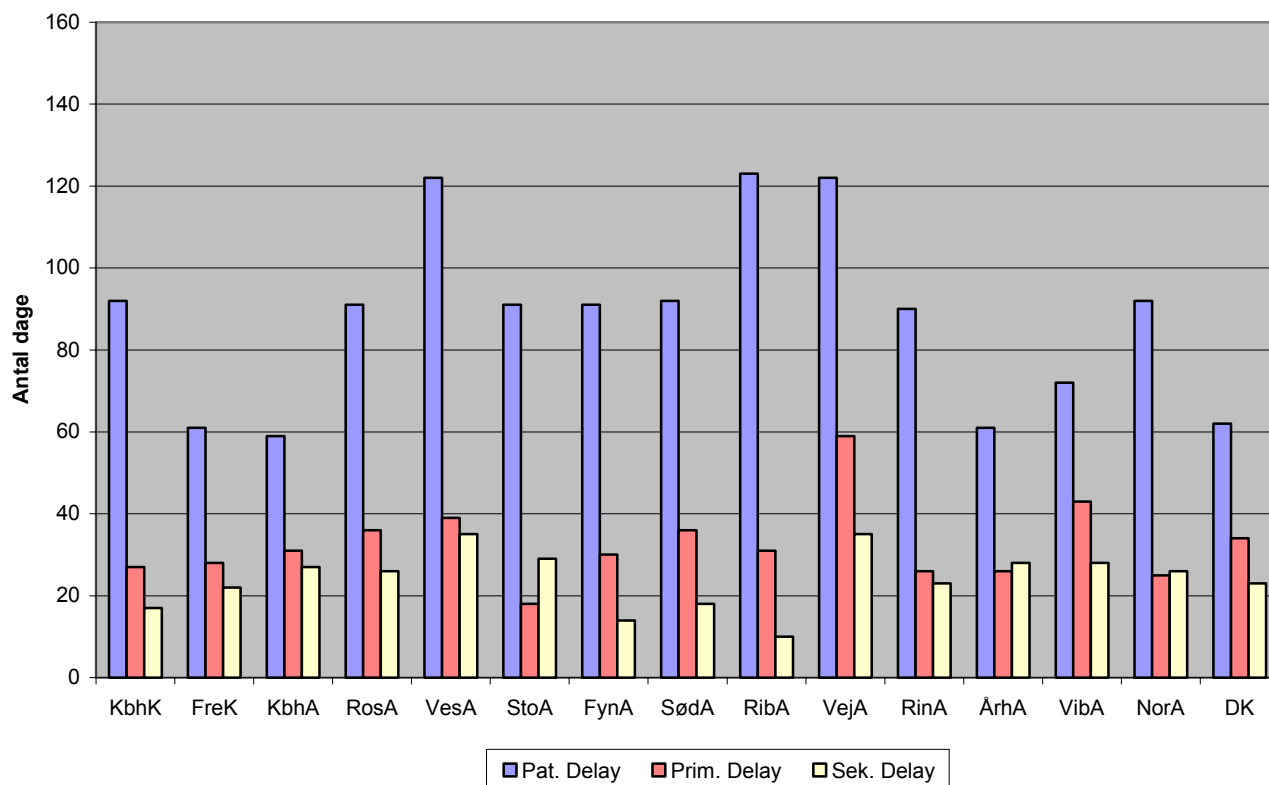
Patient delay, Primær delay og Sekundær delay fordeler sig på landsplan og amter således i 2002:

Fig. 16:



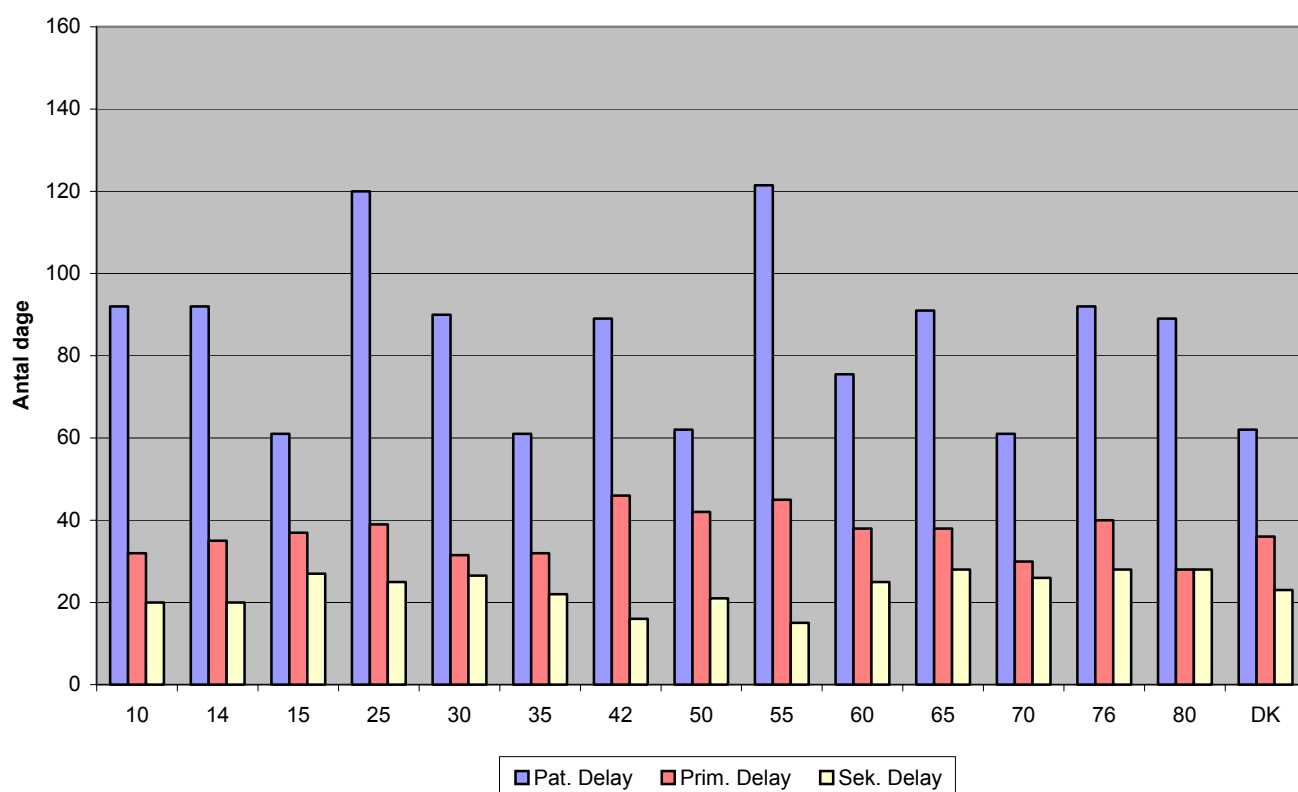
I 2001 var den tilsvarende fordeling:

Fig. 17:



For alle indberettede i perioden 2000 – 2002 i registeret er registreret følgende delays:

Fig. 18:



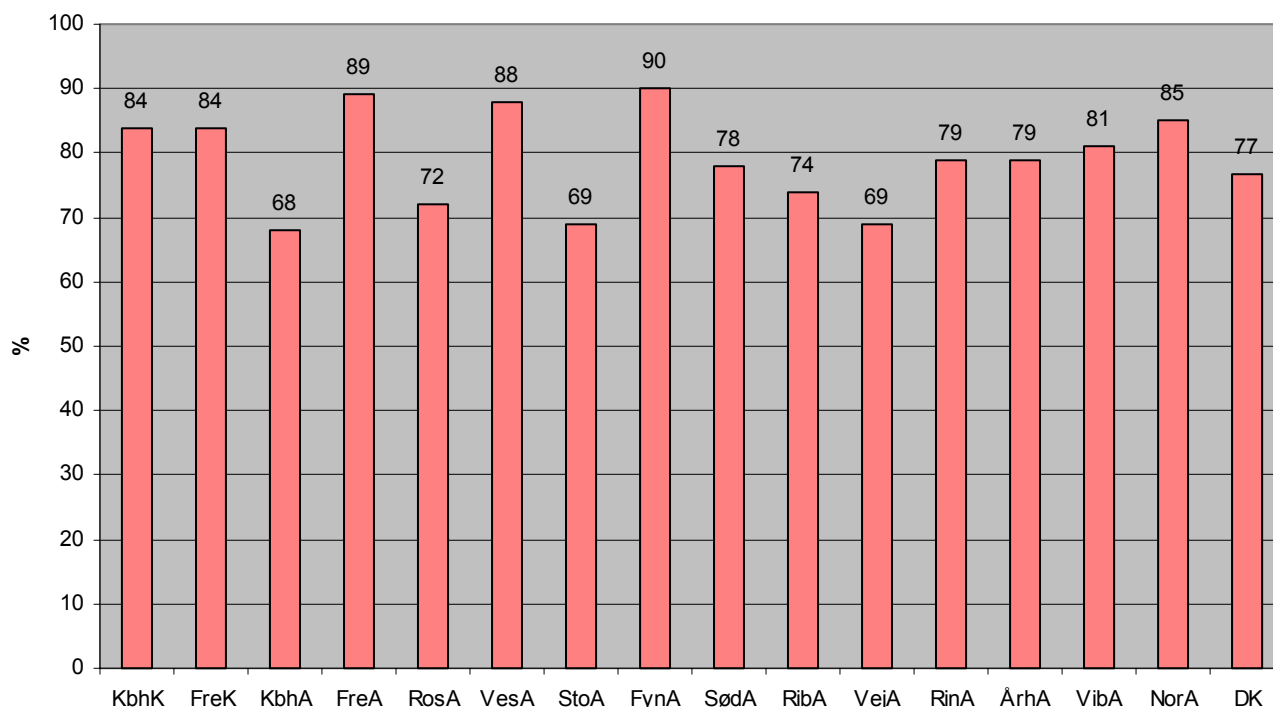
Kommentar:

Som anført i figurene er der forholdsvis stor spredning i alle de 3 typer delay både mellem amterne og fra år til år. DLCR vil i en kommende rapport undersøge, hvorvidt der er sammenhæng mellem lang ventetid og den stadietildeling den efterfølgende udredning resulterer i.

Over tid er delay på landsplan forholdsvis stabil. Således ligger patientdelay omkring 2 måneder, primærdelay omkring 5 uger og sekundærdelay omkring 3 uger, men som anført dækker disse tal over store udsving amterne imellem. Dog er det her igen ved vurderingen af tallene vigtigt, at se disse i lyset af det antal indberetninger tallene bygger på, samt at kun ca. halvdelen af alle udredte patienter indgår i udredningen via den "normale" vej d.v.s. gennem primærsektoren og direkte til udredende afdeling. Resten henvises af forskellige kanaler f.eks. i forbindelse med udredning/behandling af anden sygdom eller symptomer, der ikke umiddelbart henføres til lungecancer.

Følgende procentdel af de indberettede henvises til kirurgisk og/eller onkologisk behandling:

Fig. 19:



Kommentar:

Data anført i figur 19 er en af de indikatorer, der måles på i Det Nationale Indikator Projekt, hvor standarden er sat til 70 % af alle patienter i amter med diagnosen lungecancer. Ovennævnte tal er i % af antal indberettede og ikke i % af antal nye tilfælde i amtet i 2002. Incidensen for det aktuelle år - 2002 - kendes ikke endnu, hvorfor det først er muligt præcist at udtale sig om amternes opfyldelse af standarden, når incidensen kendes – formentligt i 2004/5. I årsrapporten for 2003 forventes det at registeret har valide incidenser for 2001, hvorfor bl.a. behandlingsraten der kan præciseres.

Vurderes de her anførte tal kan forskelle i henvisningsrater henføres til flere ting. Primært igen til forskelle i indberetningsfrekvensen jvn.f. tidligere kommentarer, men derudover kan det dække over både forskelle i holdningen til henvisning til behandling i udsigtsløse tilfælde og over forskelle i ressourcer.

Udredningsrater:

Der er stor forskel på indberetningsraten for de enkelte amter. Raten angiver, hvor stor en del af de mulige patienter i amterne, der indberettes til DLCR fra de udredende amter. I nogle amter indberettes stort set alle tilfælde, der udredes på amtets sygehuse, mens andre amter kun indberetter få. Dette gør sammenligninger på det foreliggende materiale vanskeligt, hvorfor bl.a. også ovenstående tabel skal ses med dette forbehold.

Sammenligninger på basis af incidens i amterne vanskeliggøres af den eksisterende forsinkelse i Cancerregisterets registreringer og udmeldinger. Sådanne sammenligninger kan aktuelt først foretages fra og med årsrapporten vedrørende 2003, når 2001-registreringerne er komplette fra Cancerregisteret. Registreringerne vedrørende 2000 er ikke brugbare i den sammenligning jvn.f. tidligere kommentarer. Indtil 2003 rapporten vil sammenligninger i de kommende afdelingsrapporter blive lavet på basis af tidligere offentliggjorte incidenser fra perioden 1995-1999, men vil ikke fremgå af denne generelle rapport.

Kirurgiske afdelinger:

Den kirurgiske aktivitet udføres på i alt 7 afdelinger, 5 thoraxkirurgiske og 2 organkirurgiske. De enkelte afdelinger havde i 2002 følgende optageområder, med angivelse af befolkningstal ved årsskiftet 2002/2003:

Tabel 8:

Afdeling	Amt	Befolkning
Rigshospitalet thoraxkirurgi	København	501 285
	Frederiksberg	91 435
	Storstrøms Amt	261 188
	Bornholm	43 956
	Færøerne	47 821
	Grønland	56 542
	I alt	1 002 227
Gentofte thoraxkirurgi	Københavns Amt	618 016
	Frederiksborg Amt	372 276
	Roskilde Amt	236 151
	I alt	1 226 443
Odense thoraxkirurgi	Vestsjællands Amt	300 729
	Fyns Amt	473 471
	Sønderjyllands Amt	253 013
	Ribe Amt	224 257
	I alt	1 251 470
Vejle organkirurgisk	Vejle Amt	353 284
	I alt	352 284
Skejby thoraxkirurgi	Ringkøbing Amt	275 044
	Århus Amt	649 177
	I alt	924 221
Viborg organkirurgisk	Viborg Amt	234 496
	I alt	234 496
Aalborg thoraxkirurgi	Nordjyllands Amt	495 625
	I alt	495 625
I alt	Hele landet	5.487.870

De kirurgiske afdelinger indberettede i 2002 (opgjort per 11. april 2003) følgende patienter med antallet i 2001 og 2000 anført til sammenligning. De anførte antal er patienter registreret i registeret aktuelt, d.v.s. opdateret for de enkelte år med patienter indberettet frem til 11. april. Det skal anføres, at afdelingernes optageområder er ændret en del over de 3 år, ligesom der kan være patienter, der opereres på en anden afdeling end deres egentlige optageområde (f.eks. opereres enkelte patienter fra Vejle Amt i Skejby):

Tabel 9:

Afdeling	Antal 2002	Antal 2001	Antal 2000
Rigshospitalet thoraxkirurgi	147	147	175
Gentofte thoraxkirurgi	143	69	63
Odense thoraxkirurgi	166	126	94
Vejle organkirurgisk	39	39	49
Skejby thoraxkirurgi	157	147	172
Viborg organkirurgisk	23	4	-
Aalborg thoraxkirurgi	74	91	76
I alt	749	623	629

Afdelingerne indberetter ud fra lidt forskellige principper, idet nogle afdelinger kun indberetter opererede patienter, mens andre indberetter alle indlagte til operation og pallierende behandling. Derfor udtrykker operationstallene bedre den operative aktivitet. Her anført som alle operationer (eksplorative, resektioner, lobektomier og pneumonektomier - torakotomier og torakoskopier), ligeledes opdateret per 11. april 2003. Enkelte patienter kan her være talt med 2 gange, hvis de er opereret mere end én gang:

Tabel 10:

Afdeling	Antal 2002	Antal 2001	Antal 2000
Rigshospitalet thoraxkirurgi	147	147	175
Gentofte thoraxkirurgi	140	66	61
Odense thoraxkirurgi	164	112	82
Vejle organkirurgisk	38	39	49
Skejby thoraxkirurgi	157	147	172
Viborg organkirurgisk	23	4	-
Aalborg thoraxkirurgi	70	88	71
I alt	739	603	610

Tallene anført i kolonnerne er antal udførte operationer indrapporteret til registeret. I tallene for 2000 og 2001 mangler et antal operationer, som mangler at blive indrapporteret – nærmere herom ved tabel 12. Tallene for 2002 er jvn.f. afdelingernes kontaktpersoner stort set dækkende.

I tabel 11 er anført de enkelte afdelingers antal resektioner, d.v.s antal operationer minus de eksplorative indgreb. I tabellens kolonne 2 er anført antal resektioner, fratrasket patienter der ikke tilhører afdelingens optageområde; ”Antal B – 2002”. I kolonne 3 er angivet ”måltal” for antal resektioner i den angivne population med følgende forudsætninger: 3500 nye tilfælde per år, 16 % SCLC, 2940 NSCLC af hvilke det er målet at foretage 30 % resektioner svarende til ca. 1000/år, samt at lungecancer incidensen er ligeligt fordelt over landet. Den sidste antagelse underestimerer incidensen i hovedstadsområdet og overestimerer i den øvrige del af landet. Endelig er anført afdelingens procentuelle ”målopfyldelse” i 2002.

Tabel 11:

Afdeling	Antal A - 2002	Antal B - 2002	“Måltal”	“% målopfyldelse”
Rigshospitalet thoraxkir.	128	126	180	70
Gentofte thoraxkirurgi	114	110	224	49
Odense thoraxkirurgi	138	138	228	61
Vejle organkirurgisk	33	33	64	52
Skejby thoraxkirurgi	142	132	168	79
Viborg organkirurgisk	18	18	42	43
Aalborg thoraxkirurgi	60	60	90	67

Derved kan følgende tabel 12 over resektionsrate i DK i perioden 2000 – 2002 opstilles. Tallene angiver de i DLCR registrerede operationer per 11. april 2003 og tallene i parentes er korrigerede, i.h.t. afdelingernes estimat af hvor mange operationer, de det pågældende år ikke har indberettet til DLCR, hvorefter ”resektionsraterne” er beregnet på baggrund af disse estimerede operationstal:

Tabel 12:

	2002	2001	2000
Antal operationer	739 (750)	603 (660)	610 (640)
Antal eksplorative	106 (110)	85 (90)	109 (110)
Antal resektioner	633 (640)	518 (570)	501 (530)
”Resektionsrate” DK	21,8 %	19,4 %	18,0 %

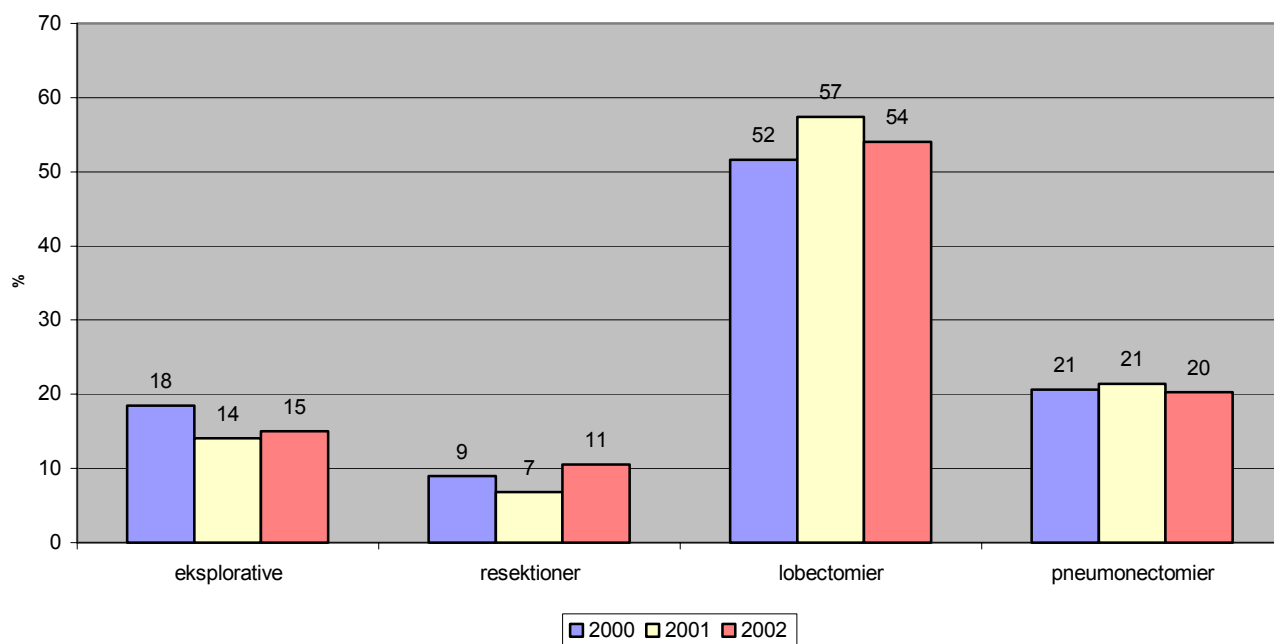
Kommentar:

I Referenceprogrammet for Undersøgelse og Behandling af Lungekræft i Danmark - 2001 anføres et mål for antal resektioner af NSCLC på 30 %. Det fremgår af tabel 11, at der er stor regional spredning i opfyldelsen af dette måltal. Denne forskel skal formentlig primært tilskrives de anførte problemer med metoden og de regionale forskelle i registreringen, men derudover kan de være betinget i faktiske regionale forskelle, som i så fald overvejende vil være betinget af forskelle i det patientmateriale (stadiefordeling), som henvises til udredning og behandling på de enkelte centre. I det omfang patienterne henvises fra primærsektoren med relativt lave stadier af sygdommen (stadie I og II), vil det give sig udslag i højere resektionsrate. Det er dog ikke på baggrund af aktuelle materiale muligt at udtale sig sikkert om eventuelle regionale forskelle.

Den samlede resektionsrate viser over de forløbne 3 år en stigende tendens. Når der igen tages forbehold for opgørelsens metode og usikkerhed, vil den her observerede resektionsrate med stor sandsynlighed medføre en øgning i populationens 5 års overlevelse, som nu må antages at ligge omkring 10 %.

De enkelte operationstyper fordeler sig således med 2001 og 2000 til sammenligning:

Fig. 20:



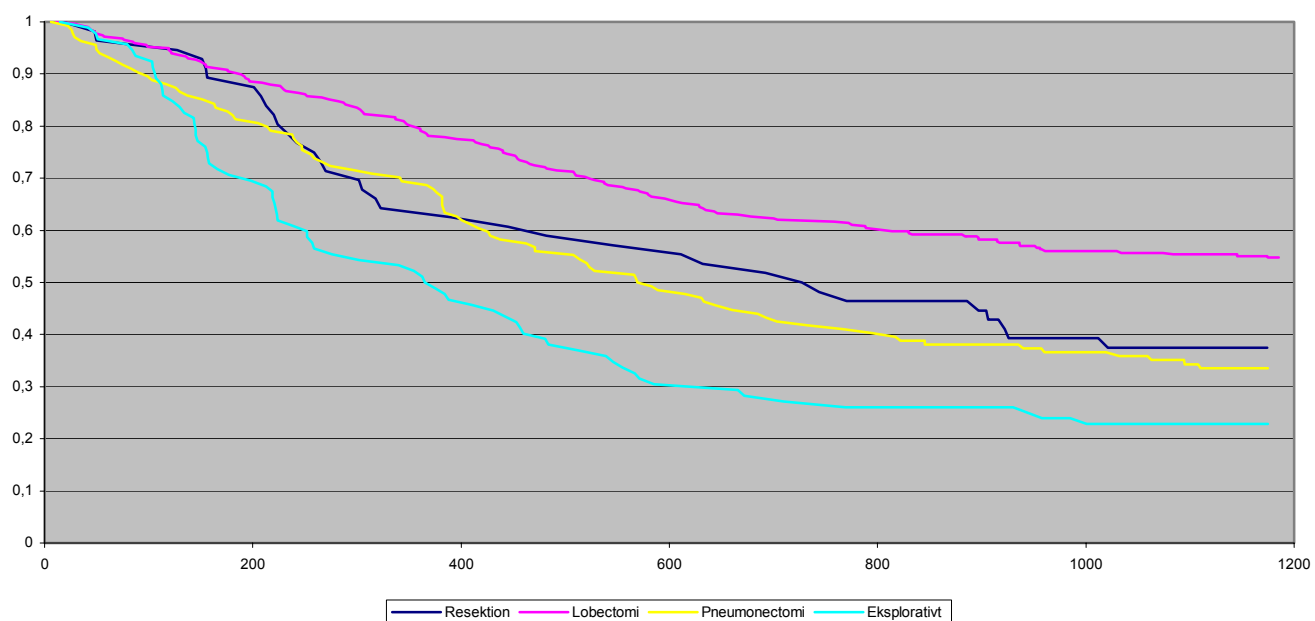
Opstillet i tabel ser dette således ud med range (mindste og maksimale % for de enkelte afdelinger) angivet:

Tabel 13:

År	Eksplorativ %	Resektion %	Lobektomi %	Pneumonektomi %
2000	18 (9-20)	9 (3-20)	52 (39-63)	21 (22-28)
2001	14 (4-22)	7 (1-14)	51 (43-84)	21 (11-40)
2002	15 (8-22)	11 (4-19)	54 (30-66)	20 (15-43)

Kaplan Meier kurverne for patienterne opereret i 2000 (n= 591):

Fig. 21:



Hvorved følgende overlevelsesrater i % kan opstilles:

Tabel 14:

	Observeret 1 års overlevelse 2000 population (n=610)	Observeret 1 års overlevelse 2001 population (n=603)	Observeret 2 års overlevelse 2000 population (n=610)
Resektion	63	84	50
Lobektomi	79	79	62
Pneumonektomi	69	75	42
Eksplorative	51	46	27

Kommentar:

På landsplan fordeler operationstyperne sig meget ensartet over årene, men som det fremgår af tabel 13 dækker dette over meget store regionale forskelle og variationer fra år til år. Dette kan være betinget af samme forhold som anført i kommentaren på side 30, men lokale forskelle i behandlingsstrategi kan ikke udelukkes. Kirurgigruppen i DLCC vil i den kommende tid arbejde videre med belysning af eventuelle forskelle.

Den postoperative mortalitet (30 dages mortaliteten) for de enkelte operationstyper er anført i tabellen med 2001 og 2000 anført til sammenligning. Den samlede 30-dages mortalitet i DK var 4,4 %:

Tabel 15:

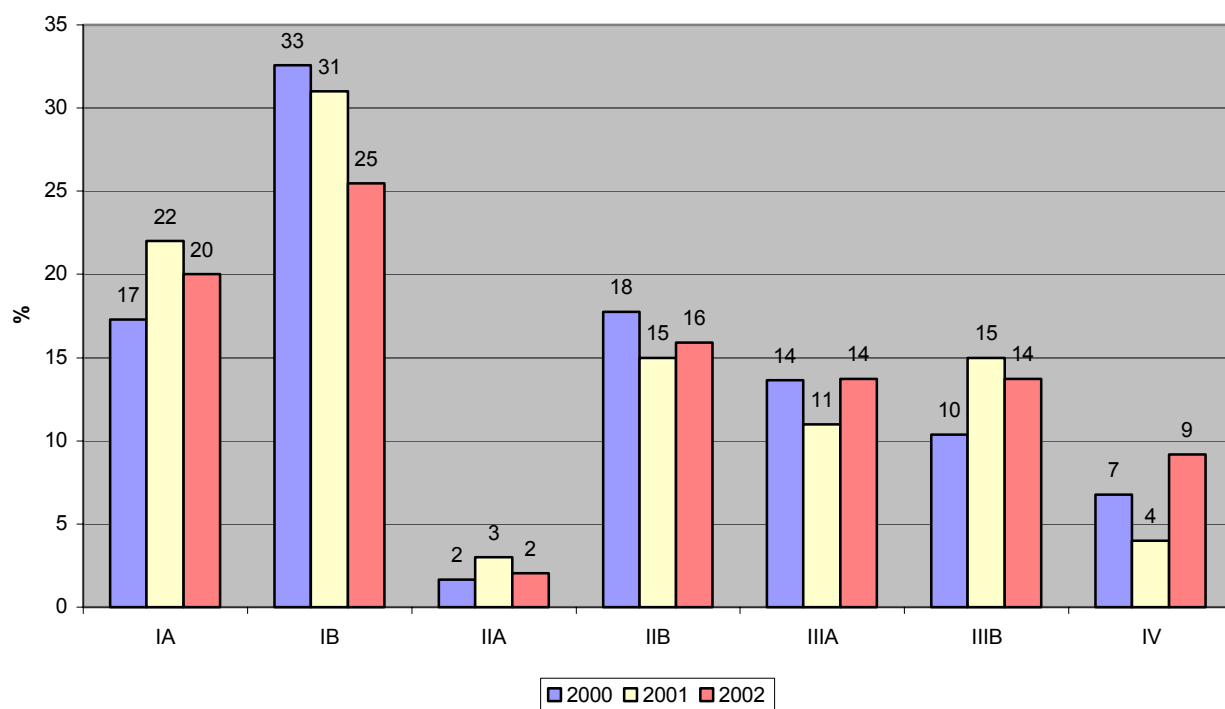
	2002 30 dages mortalitet (n=738)	2001 30 dages mortalitet (n=603)	2000 30 dages mortalitet (n=610)
Eksplorative	10	4	8
Resektioner	0	0	3
Lobektomier	3	3	4
Pneumonektomier	7	2	12
I alt	4,4	4,7	6,1

Kommentar:

Igen ses forholdsvis stor variation over årene for den enkelte operationstype, men generelt lever de opererende afdelinger op til internationale standarder, hvad 30 dages mortaliteten angår. I NIP projektet er opsat mål for mortaliteten samlet og for de enkelte operationstyper. Det samlede mål er her 2 %, og set i den sammenhæng er der stadig plads til forbedring.

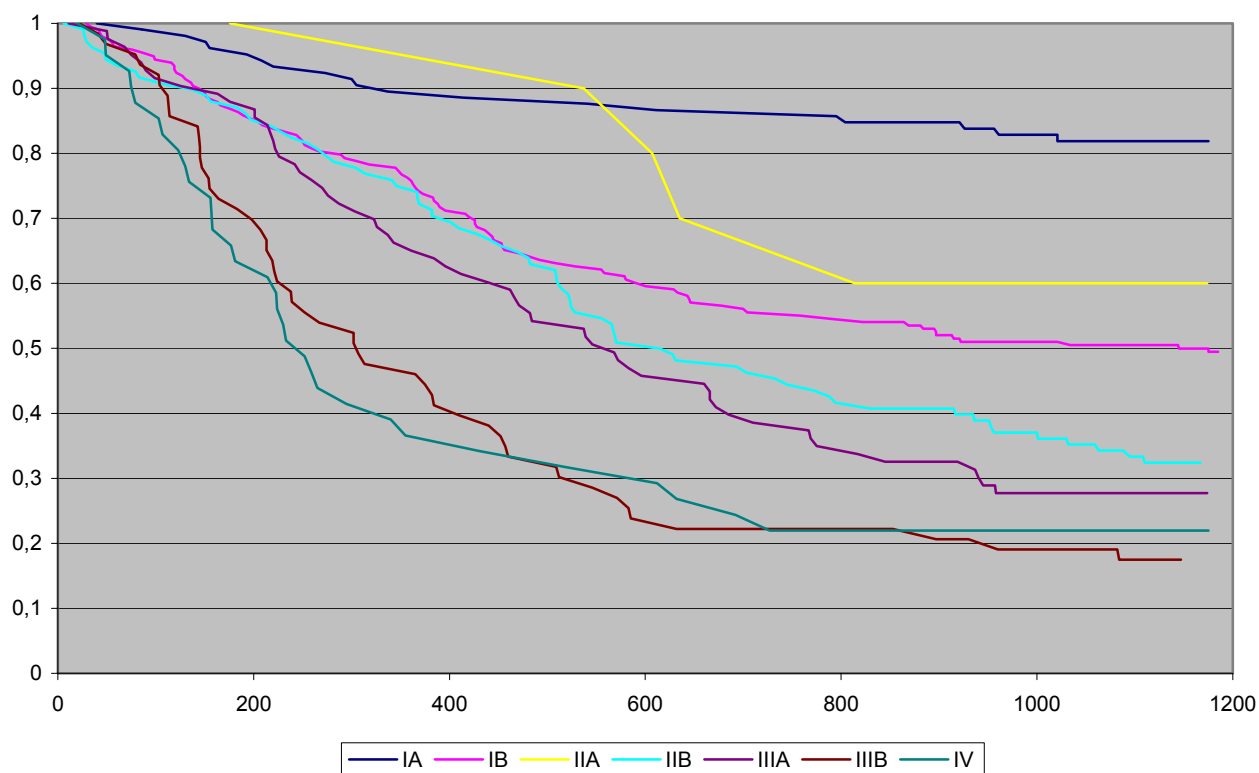
Den procentvise fordeling af de postoperative stadier var i 2002 med 2001 og 2000 til sammenligning således:

Fig. 22:



Kaplan Meier kurver for de enkelte postoperative stadier (pTNM) på patienter opereret i 2000 (n=591):

Fig. 23:



Hvorved følgende overlevelsestal kan opstilles:

Tabel 16:

	Observeret 1 års overlevelse 2000 population (n=610)	Observeret 1 års overlevelse 2001 population (n=603)	Observeret 2 års overlevelse 2000 population (n=610)
IA	89	89	85
IB	75	81	55
IIA	(92)	(95)	(65)
IIB	74	64	45
IIIA	65	64	37
IIIB	46	54	23
IV	36	48	22

Kommentar:

1 års overlevelserne for de enkelte stadier er fuldt ud sammenlignelige med internationale forhold og ved sammenligning med NIP standarder lever de nationale resultater fint op til de i NIP projektet anførte mål.

Afdelingerne har indberettet følgende delays (mediane tid fra modtaget henvisning til operation):

Tabel 17:

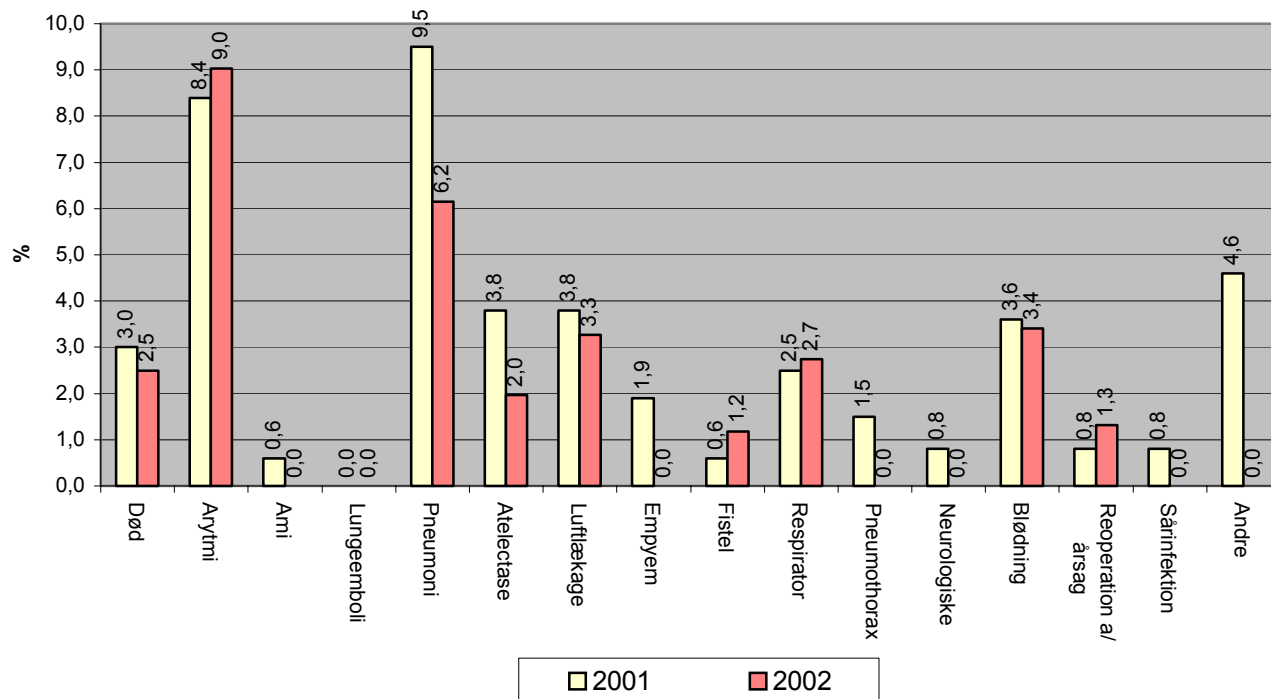
Afdeling	Delay 2002	% < 14 dage	% > 14 dage	Delay 2001
Rigshospitalet thoraxkirurgi	13	59	41	14,7
Gentofte thoraxkirurgi	21	28	72	22
Odense thoraxkirurgi	15	45	55	13,7
Vejle organkirurgisk	10	67	33	24
Skejby thoraxkirurgi	7	97	3	10,2
Viborg organkirurgisk	14	74	26	-
Aalborg thoraxkirurgi	13	71	29	20

Kommentar:

Lunsecancerbehandlingen er omfattet af behandlingsgarantien for livstruende sygdomme og principielt har patienterne krav på at blive tilbudt behandling indenfor 2 uger efter henvisning. Det er således kritiskabelt at kun én af landets afdeling lever op til dette krav. Enkelte afdelinger har endog særdeles ringe målopfyldelse, og manglende ressourcetilførsel i takt med øgende aktivitet er her formentlig den primære årsag.

Komplikationsfrekvensen på de udførte operationer i 2002 angives på den følgende kurve, idet død angiver død under indlæggelse:

Fig. 24:



Onkologiske resultater

I 2001 var i alt 6 onkologiske afdelinger tilmeldt registeret. Antal indberetninger fra disse fremgår af følgende:

Tabel 18:

Afdeling	Antal 2002	Antal 2001	Antal 2000
Rigshospitalet			
Herlev	335	12	5
Odense	169	42	189
Vejle	181	118	86
Århus	14		
Sønderborg			
Ålborg	1		
I alt	700	160	280

Kommentar:

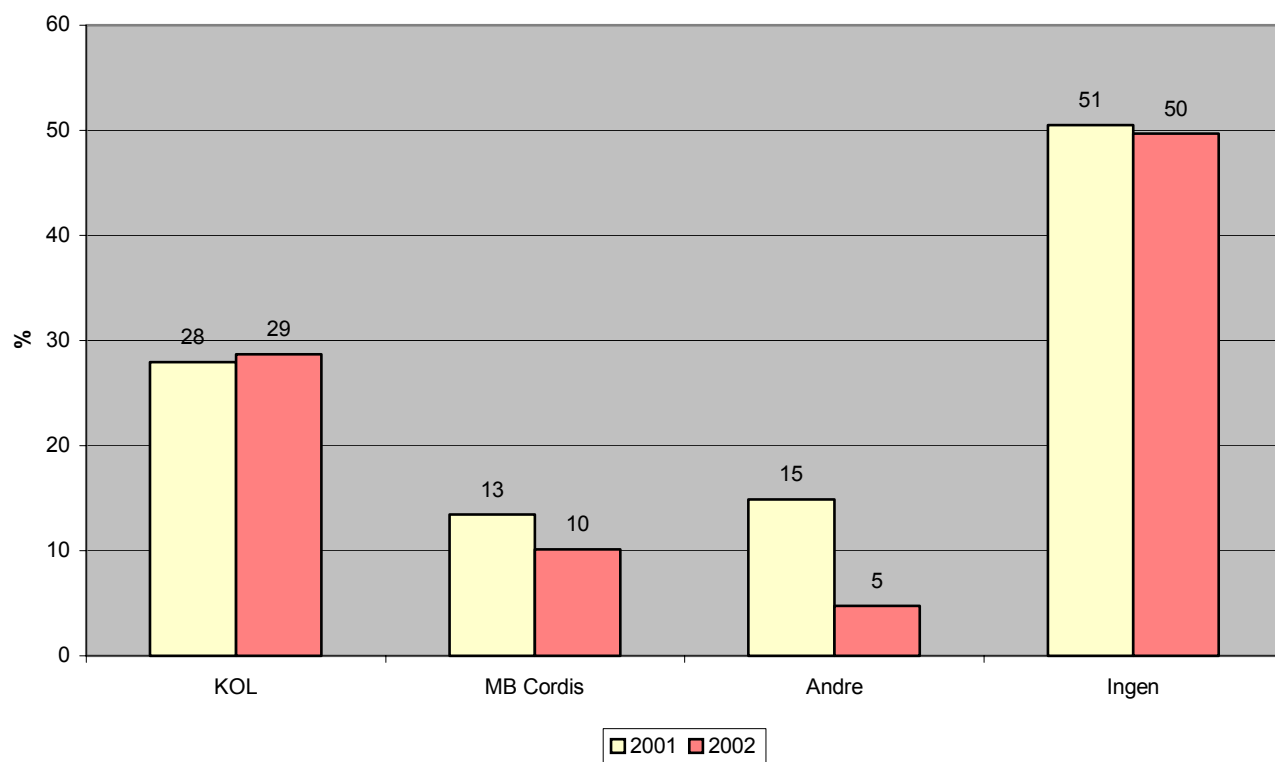
Den onkologiske registrering kompliceres af, at de onkologiske afdelinger modtager mange genhenvisninger til palliativ behandling, dvs. mange patienter stammer fra andre år end diagnoseåret, samt det forhold, at registreringen sker når et forløb afsluttes, dvs. måneder efter primær henvisning og typisk ved en 'tilfældig' læge i ambulatoriet. Der kræves derfor et set-up som nødvendiggør en del sekretær arbejde. Bortset fra Herlev, som fik bevilget ekstra sekretærtimer for 2002 har ingen af de øvrige onkologiske afd. fået bevilget ekstra timer.

Dansk Onkologisk Lungecancer Gruppe (DOLG) har presset på for at få registreringen sat i gang. Man har modtaget positive tilbagemeldinger, men flere steder gives der fortsat udtryk for, at den manglende sekretærresource kan komme på tværs af de gode intensioner. Gruppen har i samarbejde med DLCCR udarbejdet et nyt registreringsskema, som skulle lette indregistreringsarbejdet for de onkologiske afdelinger, og det er DLCCR's håb at dette vil medføre, at alle de onkologiske afdelinger i løbet af 2002 begynder at indberette i registeret. Det nye onkologimodul forventes ibrugtaget i juni 2003.

Supplerende resultater

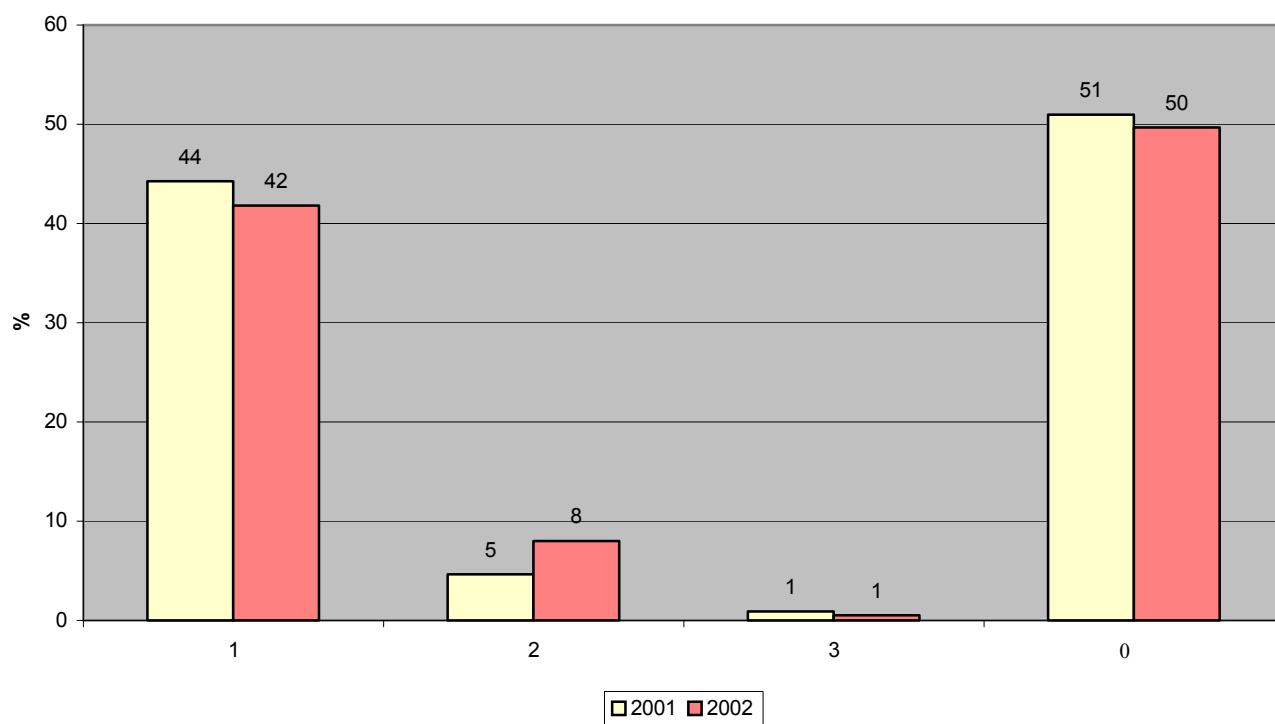
Fordeling af risikofaktorer hos de indberettede patienter:

Fig. 25:



Antal risikofaktorer:

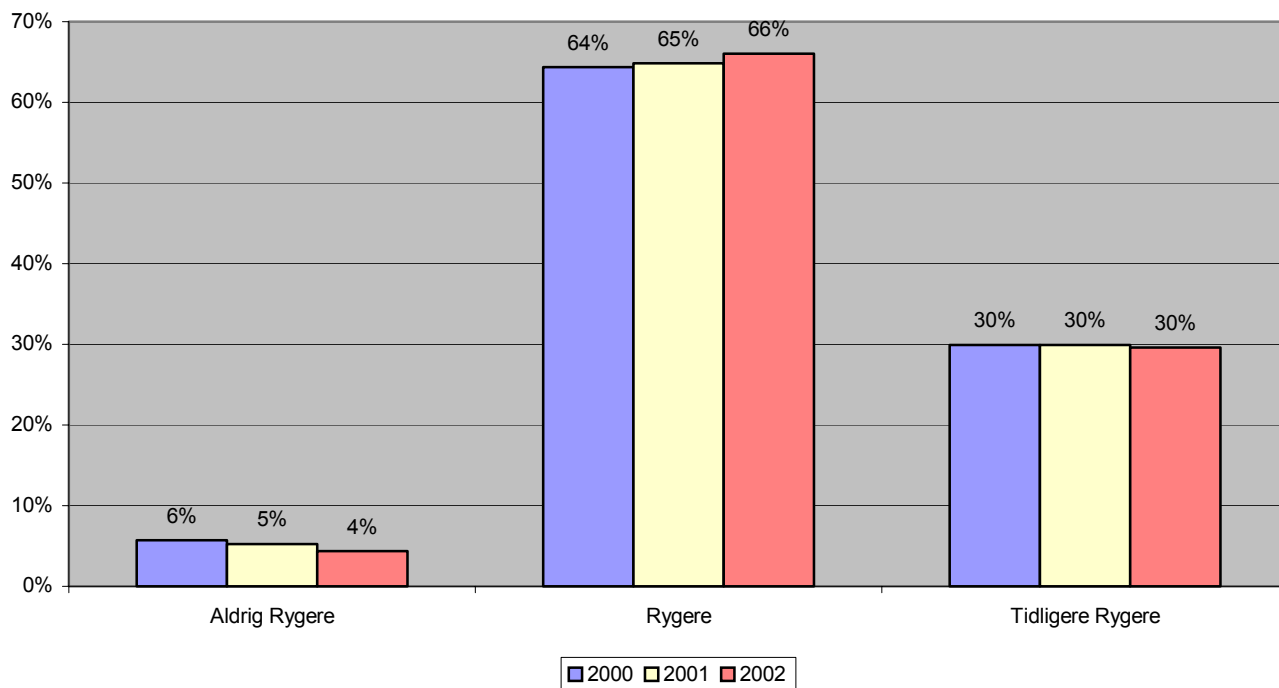
Fig. 26:



Rygning:

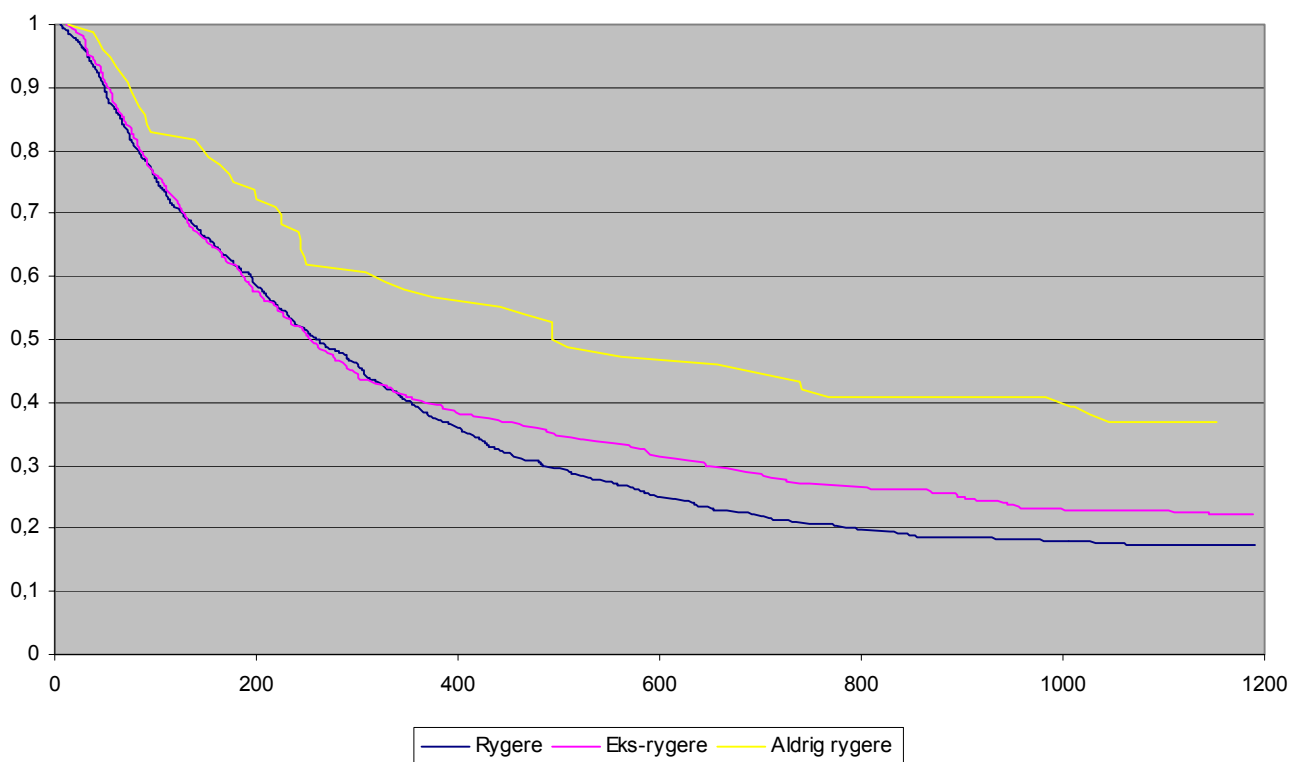
Blandt de indberettede i perioden 2000, 2001 og 2002 fordelte patienterne, hvad rygeanamnese angår, således:

Fig. 27:



Rygning og overlevelse for patienter indberettet i 2000 (n=xxx):

Fig. 28:



Referencer

- 1: Nye tal fra Sundhedsstyrelsen, Cancerregisteret 1999. 2003.
- 2: Møller B. et.al: Prediction of cancer incidence in the Nordic countries up to the year 2020. European Journal of Cancer Prevention. Vol. 11, Suppl. 1. Juni 2002
- 3: Nationale Kræftplan, februar 2000. Sundhedsstyrelsen.
- 4: Referenceprogram 2001, Lungecancer, undersøgelser og behandling. Dansk Lunge Cancer Gruppe.
- 5: Storm H. H., Engholm G.: Relative overlevelse for danske kræftpatienter diagnosticeret 1981 til 1997 og fulgt til år 2001. Ugeskr for Læger vol. 22 2002.

Bilag A – Tilsluttede afdelinger.

Tilsluttede afdelinger til DLCR pr. 21.02.03

1. Lungemedicinsk afd., Y, KAS Gentofte
2. Lungemedicinsk afd., Y, Ålborg Sygehus
3. Lungemedicinsk afd., Århus Kommunehospital
4. Medicinsk afd., Amager Hospital
5. Medicinsk afd., Bispebjerg Hospital
6. Medicinsk afd., Farsø Sygehus
7. Medicinsk afd., Frederiksberg Sygehus
8. Medicinsk afd., Frederikshavn-Skagen Sygehus
9. Medicinsk afd., Grenå Centralsygehus
10. Medicinsk afd., Haderslev Sygehus
11. Medicinsk afd., Herning Centralsygehus
12. Medicinsk afd., Hjørring Sygehus
13. Medicinsk afd., Centralsygehuset i Holbæk
14. Medicinsk afd., Holstebro Centralsygehus
15. Medicinsk afd., Horsens Sygehus
16. Medicinsk afd., Hvidovre Hospital
17. Medicinsk afd., Lemvig Sygehus
18. Medicinsk afd., Middelfart Sygehus
19. Medicinsk afd., Centralsygehuset i Nykøbing Falster
20. Medicinsk afd., Centralsygehuset i Næstved
21. Medicinsk afd., Odder Centralsygehus
22. Medicinsk afd., Odense Universitetshospital
23. Medicinsk afd., Randers Centralsygehus
24. Medicinsk afd., Ringkøbing Sygehus
25. Medicinsk afd., Roskilde Amtssygehus
26. Medicinsk afd., Silkeborg Centralsygehus
27. Medicinsk afd., Skive Sygehus
28. Medicinsk afd., Svendborg Sygehus
29. Medicinsk afd., Sønderborg Sygehus
30. Medicinsk afd., Tarm Sygehus
31. Medicinsk afd., Tønder Sygehus
32. Medicinsk afd., Vejle Sygehus
33. Medicinsk afd., Åbenrå Sygehus
34. Øre-næse-hals afd., Esbjerg Centralsygehus
35. Øre-næse-hals afd., Centralsygehuset i Næstved
36. Øre-næse-hals afd., Odense Universitetshospital
37. Øre-næse-hals afd., Svendborg Sygehus
38. Øre-næse-hals afd., Sønderborg Sygehus
39. Øre-næse-hals afd., Vejle Sygehus
40. Øre-næse-hals afd., Århus Kommunehospital
41. Thoraxkirurgisk afd., KAS Gentofte
42. Thoraxkirurgisk afd., Odense Universitetshospital
43. Thoraxkirurgisk afd., Rigshospitalet
44. Thoraxkirurgisk afd., Skejby Sygehus
45. Thoraxkirurgisk afd., Ålborg Sygehus
46. Organkirurgisk afd., Vejle Sygehus
47. Organkirurgisk afd., Viborg Sygehus
48. Onkologisk afd., Herlev Sygehus
49. Onkologisk amb., Herning Sygehus
50. Onkologisk afd., Odense Universitetshospital
51. Onkologisk afd., Rigshospitalet
52. Onkologisk afd., Sønderborg Sygehus
53. Onkologisk afd., Vejle sygehus
54. Onkologisk afd., Ålborg Sygehus
55. Onkologisk afd., Århus Kommunehospital

Bilag B – DK populationen.

Kilde: Danmarks statistik – opgjort per 1. januar det anførte år.

Regionkoder og DK population 2003 og 2002

Amt	Init	ID	2002	2003
Københavns kommune	KbhK	10	500.531	501.285
Frederiksberg kommune	FreK	14	91.322	91.435
Københavns amt	KbhA	15	617.336	618.016
Frederiksborg amt	FreA	20	370.555	372.276
Roskilde amt	RosA	25	234.820	236.151
Vestsjællands amt	VesA	30	298.731	300.729
Storstrøms amt	StoA	35	260.498	261.188
Bornholms amt	BorA	40	44.197	43.956
Fyns amt	FynA	42	472.504	473.471
Sønderjyllands amt	SødA	50	253.166	253.013
Ribe amt	RibA	55	224.444	224.257
Vejle amt	VejA	60	351.328	353.284
Ringkøbing amt	RinA	65	274.385	275.044
Århus amt	ÅrhA	70	644.666	649.177
Viborg amt	VibA	76	234.323	234.496
Nordjyllands amt	NorA	80	495.548	495.625
Hele landet			5.368.354	5.383.507