

Indholdsfortegnelse

Indholdsfortegnelse	1
Forord	2
Baggrund	3
Dansk Lunge Cancer Registers formål.....	4
Aktuelle rapport.....	6
Metode.....	6
Definitioner	8
Overordnede resultater	9
Patient materialet:.....	9
Overlevelse.....	12
Udredende afdelinger:	15
Kirurgiske afdelinger:	23
Supplerende resultater	25
Referencer	28
Bilag A	29
Bilag B.....	30

Forord

Det er med stor fornøjelse at Dansk Lunge Cancer Registers (DLCR) hermed offentliggør registerets første årsrapport. Rapporten var oprindelig planlagt til udsendelse i maj/juni måned 2001, men grundet en konkurs i starten af juni hos DLCR's leverandør af årsrapportprogrammet udkommer rapporten først nu med næsten 6 måneders forsinkelse. Udarbejdelsen af årsrapporten blev i sommerens løb overtaget af DLCR's primære leverandør CSC Scandihealth A/S og den nye underleverandør Langtved Data A/S. Årsrapporten er herefter udviklet i samarbejde med specielt Langtved data A/S sideløbende med udviklingen af næste generation af DLCR's program, og som rapporten fremstår i dag skal den opfattes, som den minimums rapportskabelon som fremtidige årsrapporter vil bygge på.

Rapporten bygger på data fra første års indrapporteringer fra de tilmeldte afdelinger og samkørsel med Cancerregisteret. Indrapporteringerne fra afdelingerne startede op løbende i foråret 2000 og er derfor for flere afdelingers vedkommende ikke fuldstændige. Samkørslen med Cancerregisteret er p.g.a. de 2 registres forskellige inkluderingskriterier i det første år forbundet med en del metodologiske problemer. Begge disse forhold gør at rapportens tal mere skal opfattes som en metodebeskrivelse end præcise beskrivelser af aktivitet, kvalitet og resultat. Af samme grund indeholder rapporten kun meget få konklusioner på tal og statistik, og generelt vil det være forkert på det første års ufuldstændige tal at drage konklusioner. Når næste årsrapport udkommer i april/maj 2002 vil den indeholde mere valide tal og dermed evt. danne basis for mere vægtige konklusioner og anbefalinger.

Rapporten er behandlet på Dansk Lunge Cancer Registers forretningsudvalgsmøde d. 19. december og fremsendt umiddelbart herefter til deltagende afdelinger, afdelingsledelser, sygehusledelser og andre samarbejdspartnere i sundhedsvæsenet. Dansk Lunge Cancer Gruppens styregruppe vil på baggrund af rapporten primo 2002 udsende sine konklusioner og anbefalinger. Rapporten vil desuden blive offentliggjort på DLCR's hjemmeside www.lungecancer.dk.

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

For Dansk Lunge Cancer Register

Erik Jakobsen
Projektleder
December 2001

Udgivet af: Dansk Lunge Cancer Register
Thoraxkirurgisk Afdeling T
Odense Universitetshospital
5000 Odense C
Telefon 6541 1565
E-mail DLCR@dadlnet.dk

Baggrund

I en analyse foretaget af Den Nordiske Cancer Union og offentliggjort i 1995 (1) estimeres, at det årlige antal dødsfald pga. lungecancer hos danske kvinder vil stige fra ca. 900 til ca. 1900 tilfælde i år 2008, mens antallet hos mænd i samme periode stiger fra 2210 til ca. 2400. Det fremgår af overlevelsedata, at prognosen i Danmark synes ringere sammenlignet med de øvrige nordiske lande. En 5-års overlevelse på ca. 5% i Danmark er utilfredsstillende, dels i forhold til at overlevelsen er mere end dobbelt så høj i store udenlandske materialer, dels i forhold til resultaterne opnået i de øvrige nordiske lande. I Cancerregisterets seneste opgørelse fra 1997 angives det årlige antal lungecancertilfælde til 3200 (2). I den Nationale Kræftplan findes de senest opdaterede overlevelsedata (4). De epidemiologiske forhold er desuden diskuteret i Referenceprogrammet for behandling af lungecancer (5).

Det er vanskeligt at vurdere i hvor høj grad livsstilsparametre, som tobak og alkohol, påvirker overlevelseseffekten. Der er aktuelt ikke grundlag for at formode, at sygdommens biologi har ændret sig i en mere aggressiv retning, bortset fra en observeret stigning i andelen af adenokarcinomer. Det må derfor antages, at dette forhold derfor kan skyldes mindre opmærksomhed og dermed senere diagnose i sygdommens tidlige fase i det danske sundhedsvæsen. Desuden kan en anderledes behandlingsstrategi i DK måske også påvirke overlevelsen i ugunstig retning. Der findes aktuelt ingen data, der støtter denne sidste antagelse.

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. Gruppen har med deltagelse af Sundhedsstyrelsens repræsentanter afholdt en række møder i årene 1992-99.

Arbejdet blev indledt med en beskrivelse af de diagnostiske og terapeutiske aktiviteter vedrørende lungecancer fordelt på de forskellige specialer og afdelinger i Danmark. I styregruppens rapport fra december 1994 (3) blev beskrevet omfanget af og variationen i de anvendte diagnostiske kriterier og terapeutiske procedurer, og rapporten demonstrerede et betydeligt behov for ensartede retningslinier på området.

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, og nærværende rapport er en opgørelse over dette første års registreringer.

Dansk Lunge Cancer Registers formål.

Registerets formål er anført i protokollen for Dansk Lunge Cancer Register:

“Udarbejdelse af referenceprogram og etablering af central klinisk database vil sikre et hensigtsmæssigt patientforløb både fagligt og ressourcemæssigt, og danne grundlag både for udvikling og for information af patienter og befolkning.

Med databasen åbnes mulighed for at dokumentere den kliniske aktivitet, og vurdere om behandlingsresultaterne er på højde med de ønskede mål. Et opnået kvalitetsniveau vil kunne fastholdes og forbedres.

En række kvalitetsparametre som f.eks. overlevelse, morbiditet, resektionsrater, udredningstid kan belyses.

Gennem databasen får de deltagende afdelinger et instrument til løbende kvalitetsvurdering. Kun ved en prospektiv registrering med jævnlig statistisk bearbejdelse af data, tilbagemelding, information og bedømmelse af resultaterne, vil patientbehandlingen kunne beskrives og vurderes.

Databasen har som formål at registrere følgende konkrete delelementer:

1. overlevelse totalt og relateret til stadie fordeling, type, behandlingsmetode og behandlingssted.
2. patientfordeling i Danmark.
3. tid fra symptomdebut til kontakt til sundhedsvæsenet, fra første kontakt til henvisning til udredning, udredningstid, ventetid fra færdigudredning til behandling og behandlingstid.
4. terapeutiske risikofaktorer.
5. metodik anvendt til diagnostisk udredning.
6. stadiefordeling i patientpopulationen.
7. behandlingstype.
8. behandlingsresultater.
9. årsager til at patienterne ikke bliver behandlet.
10. behandlingsrelateret morbiditet og mortalitet.

Registeret har udover den konkrete indsamling af data til formål at:

1. informere
 - de deltagende afdelinger om behandlingsresultater.
 - amtskommunerne og sundhedsmyndighederne om status for behandling af lungecancer i Danmark.
 - befolkningen om behandling af lungecancer.
 - internationalt om lungecancer behandlingen i Danmark og samarbejde med tilsvarende registre i udlandet.
 - Dansk Lunge Cancer Gruppe og de dertil tilsluttede lægelige specialer
2. genererer ny viden om lungecancer, og medvirke til udviklingen og gennemførelsen af videnskabelige projekter.”

Aktuelle rapport

Den foreliggende rapport er Dansk Lunge Cancer Registers 1. årsrapport og vedrører året 2000. Data er indsamlet i perioden 1. januar 2000 til 31. december 2000.

Generelt skal data derfor bedømmes med stor forsigtighed, da der dels er tale om registerets første udmeldinger, og dels er tale om en meget kort observationsperiode. Dog skal sygdommens biologi i den sammenhæng tages i betragtning, idet den samlede 1. års overlevelse i videnskabelige opgørelser er meget lav. Det er derfor allerede på dette tidlige tidspunkt relevant at udtale sig om visse overlevelseshastigheder. Ligeledes kan konkrete opgørelser over de tilmeldte afdelingers aktivitet udmærket foretages på nuværende tidspunkt, mens sammenligninger mellem afdelinger ikke med rimelighed kan foretages på nuværende tidspunkt.

Rapporten indeholder alle generelle resultater fra registeret d.v.s. lands- og amtsresultater. Desuden er 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 afdelings-specifikke rapport vil kun blive tilsendt den pågældende afdeling og sygehus.

Metode.

Data er indsamlet fra de 51 tilsluttede afdelinger. Det drejer sig om 5 thoraxkirurgiske, 30 medicinske, 8 øre-næse-hals afdelinger, 2 parenkymkirurgiske og 6 onkologiske. I alt altså 51 afdelinger, der skønmæssigt varetager udredning og behandling af 95 % af de danske lungecancer patienter, der udredes og/eller behandles. 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, og det er for år 2000 kun en del af afdelingerne, der oplyser at have indrapporteret alle deres patienter.

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 2000. 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 lungecancer patienter, der ikke er indberettet fra afdelingerne. Cancerregisteret foretager på alle lungecancer patienter en første kodning, når patientens anmeldelse indløber til registeret. Når alle anmeldelser på patienten foreligger foretages hovedkodningen – typisk op til 3 år efter den første kodning. DLCR samkører begge typer kodning, men vedrørende år 2000 er der kun tale om patienter med første kodning. Det vil sige, at vi aktuelt fra Cancerregisteret ”kun” har oplysninger om, at en patient i løbet af år 2000 er anmeldt til registeret med diagnosen Neoplasma malignum pulm – C34.9. Alle, der opfylder dette kriterium, er derefter optaget i DLCR populationen vedrørende år 2000. Da patienter registreres i Cancerregisteret efter datoen for deres primære kodning betyder dette, at DLCR i det første år vil få en del patienter optaget fra Cancerregisteret, som jvn.f. DLCR’s inklusionskriterier egentlig tilhører 1999, da de, hvis de var blevet indberettet til DLCR, ville have haft en henvisningsdato i 1999, og således ikke skulle medregnes i 2000. Antal optagne patienter vil derfor i denne første årsrapport være for stort i forhold til den korrekte incidens af lungecancersygdommen. Denne ”fejl” vil naturligvis blive elimineret i de kommende års-

rapporter, men først når samkøringen med Cancerregisteret bygger på hovedkodningen er der max. validitet på disse oplysninger. Dette forhold skal dog tages i betragtning ved bedømmelse af alle beregninger på baggrund af antal optagne f.eks. incidenser og amtsfordelinger

Endeligt er der fra CPR-registeret hentet oplysninger om de indberettes 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. 9. oktober 2001, hvorfor den minimale observationstid er 282 dage.

Der er generelt ikke i denne første årsrapport, der bygger på forholdsvis beskedne datamængder, foretaget statistiske beregninger og sammenligninger. Ligeledes er der ikke foretaget forsøg på sammenligninger af indikatorer som f.eks. overlevelse, og materialet er ikke aktuelt beskrevet vha. prognostiske faktorer. Nærværende rapport er således en forholdsvis simpel optælling af aktiviteten og angivelse af enkelte resultater, der aktuelt ikke kan anvendes til udtalelser om sammenligninger af kvaliteten af den enkelte afdelings/amters behandling. En del af disse beregninger og sammenligninger vil blive foretaget i årsrapporten for 2001, der forventes at udkomme i april/maj 2002, og mængden af statistisk bearbejdning og sammenligning vil derefter løbende blive øget efterhånden som materialet giver baggrund for dette.

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 indføres med virkning fra 1. februar 2002, når DLCCR II indføres. 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: Datoen fra første besøg hos egen læge til modtagelse af henvisning fra egen læge på udredende afdeling.

Delay i sygehussektor: 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

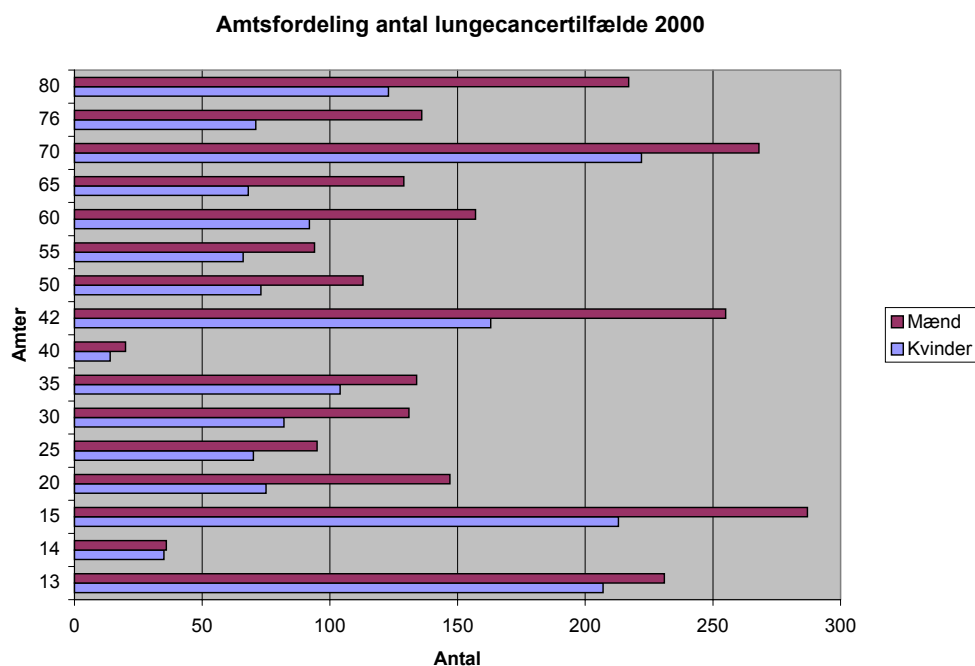
Patient materialet:

Incidens, alder og kønsfordelinger

Der er i perioden i alt optaget 4173 patienter i registeret. Heraf er der fra de deltagende afdelinger indberettet kliniske data på 1826 patienter. På de øvrige 2347 patienter stammer data fra Sundhedsstyrelsens Cancerregister. Der er optaget 2478 mænd (59,4%) og 1695 kvinder (40,6%). Der henvises her til bemærkningerne om optagne patienter på s. 6 og 7.

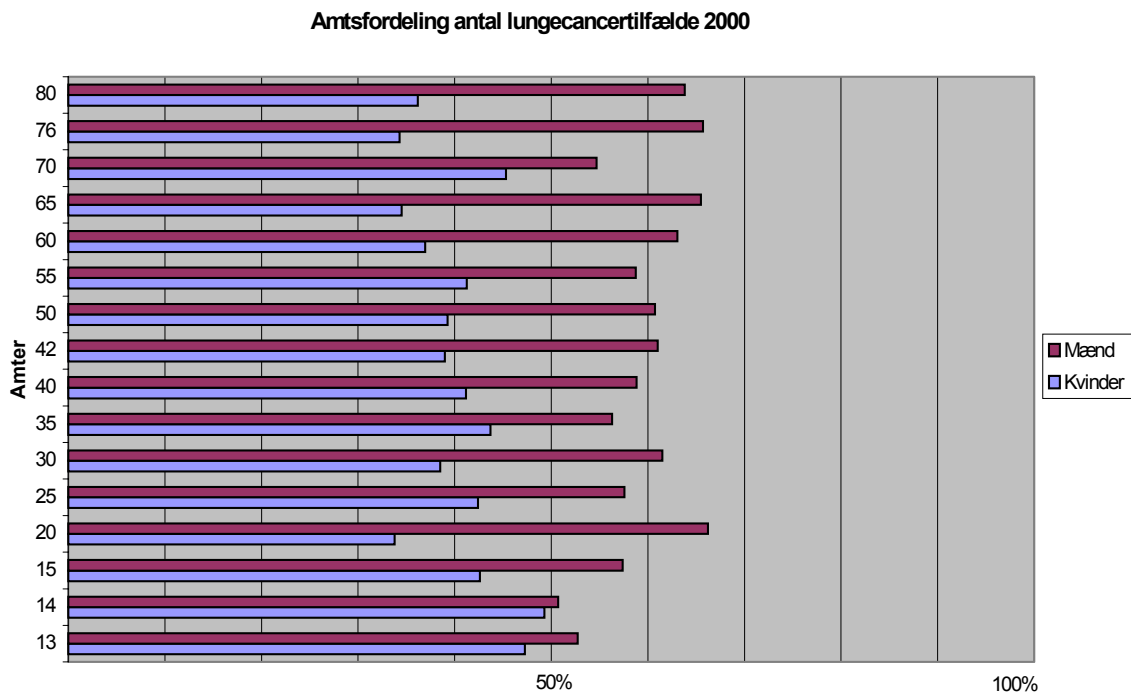
De optagne patienter fordeler sig på amter på følgende måde, idet det skal bemærkes at figuren, jævnf. bemærkninger om antal optagne patienter; ikke er retvisende:

Fig. 1:



Patienternes mediane alder er 69 år (range 10 - 101, 95% percentil: 50 og 84). Mændenes mediane alder er 69 år (range 19 - 101, 95% percentil: 51 og 84) og kvindernes 68 år (range 10 - 97, 95% percentil: 49 og 84).

På amtsbasis fordeler de optagne patienter på køn sig således, idet det skal bemærkes at figuren, jævnf. bemærkninger om antal optagne patienter; ikke er retvisende:
Fig. 2:

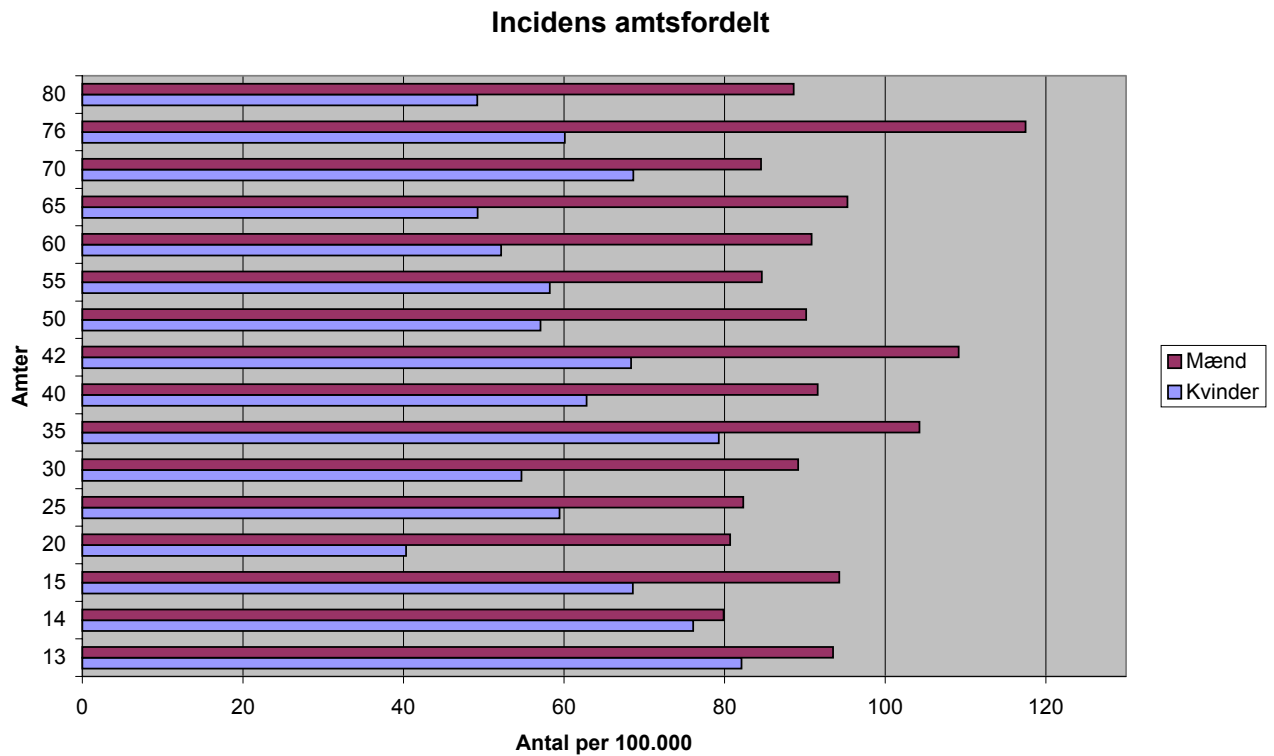


I tabelformat fordeler data på optagne patienter sig således (tabel 1):

regionid	Antal	Incidens Kvinder	Mand	Kpct	Mpct	Incidens Kvinder	Incidens Mænd	
80	340	180	123	217	0,36	0,64	65	117
76	207	236	71	136	0,34	0,66	81	158
70	490	200	222	268	0,45	0,55	91	112
65	197	194	68	129	0,35	0,65	67	130
60	249	188	92	157	0,37	0,63	70	121
55	160	191	66	94	0,41	0,59	79	115
50	186	195	73	113	0,39	0,61	77	121
42	418	230	163	255	0,39	0,61	90	143
40	34	200	14	20	0,41	0,59	82	120
35	238	235	104	134	0,44	0,56	103	135
30	213	188	82	131	0,38	0,62	72	118
25	165	187	70	95	0,42	0,58	79	110
20	222	160	75	147	0,34	0,66	54	108
15	500	212	213	287	0,43	0,57	90	124
14	71	183	35	36	0,49	0,51	90	95
13	438	210	207	231	0,47	0,53	99	113
			1678	2450				
				4128				

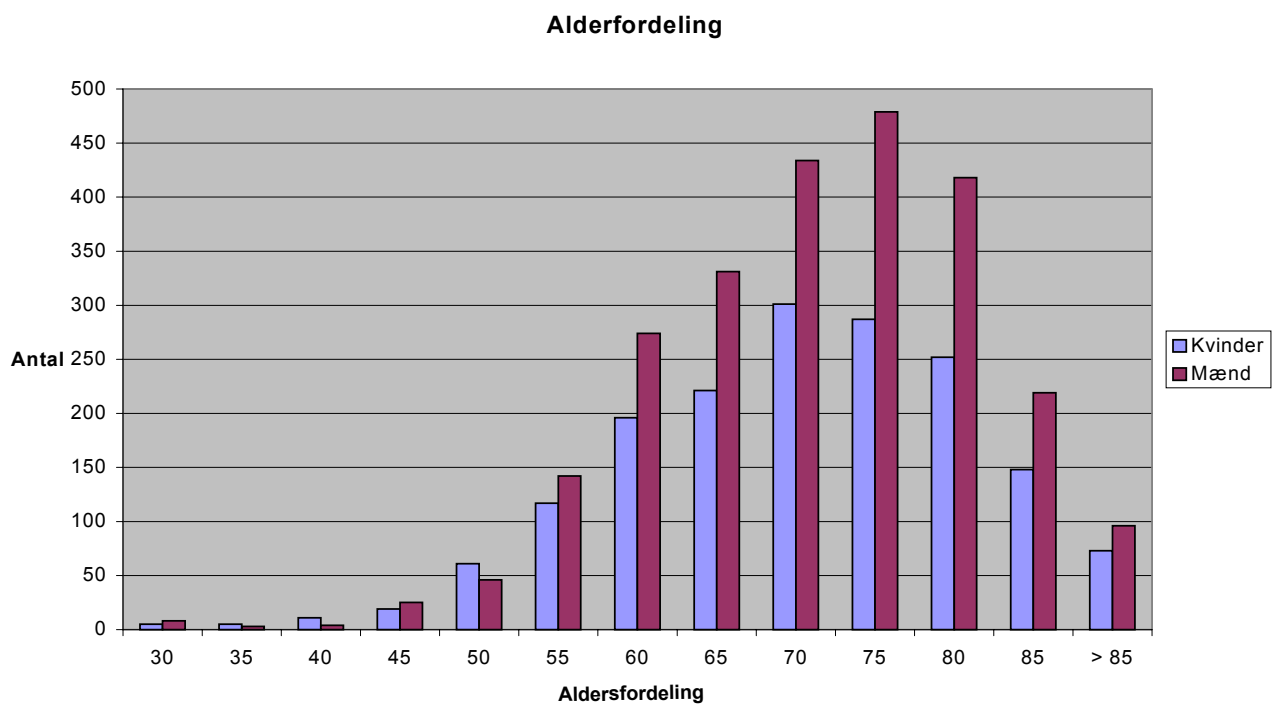
Incidensen beregnet på baggrund af populationsoplysninger i Bilag B. Grafisk fordeler amts incidensraterne ustandardiseret sig således, idet det skal bemærkes at figuren, jævnf. bemærkninger om antal optagne patienter; ikke er retvisende:

Fig 3:



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

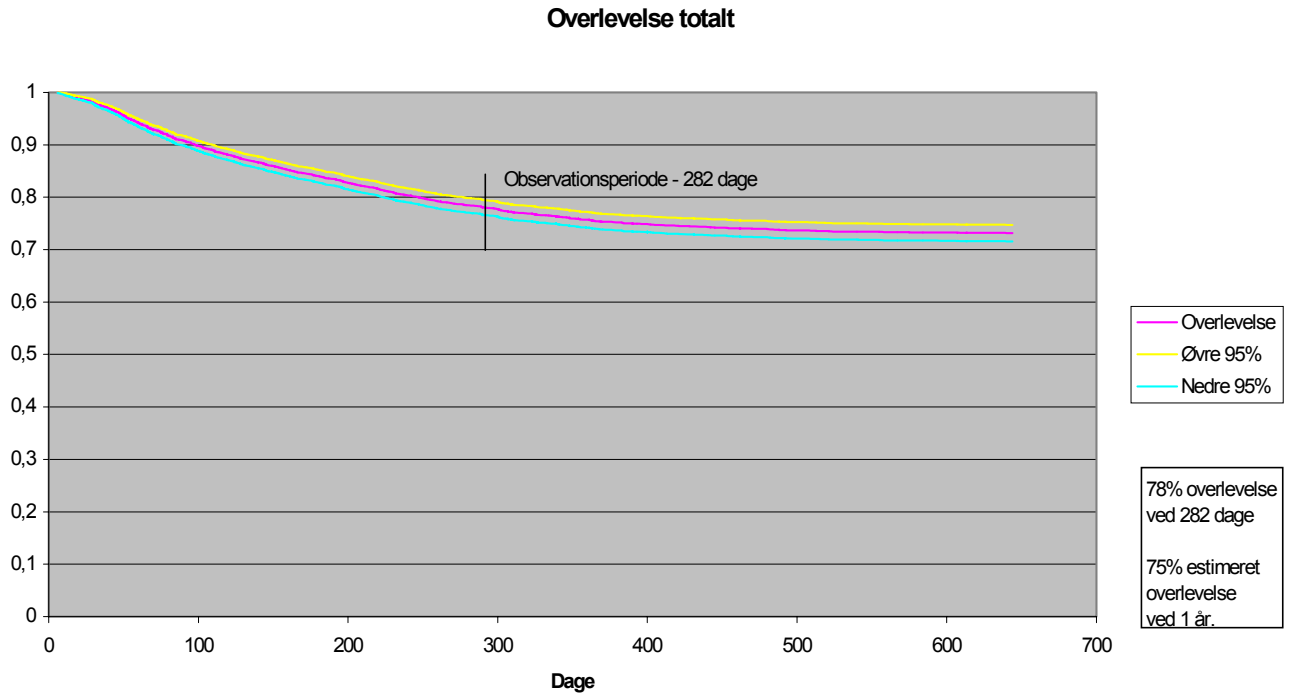
Fig. 4:



Overlevelse.

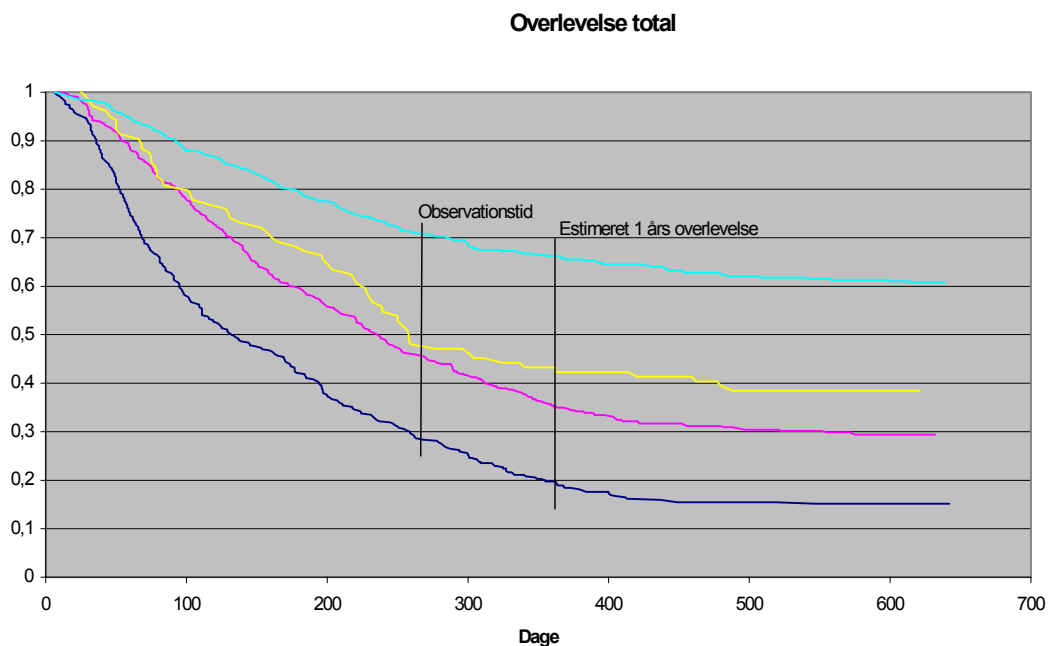
Den samlede overlevelse for hele den optagne population angives på følgende Kaplan Meier kurve. Den minimale observationsperiode er 282 dage. Estimeret overlevelse efter 1 år er 75%, idet det skal bemærkes at figuren, jævnf. bemærkninger om antal optagne patienter; ikke er retvisende:

Fig. 5:

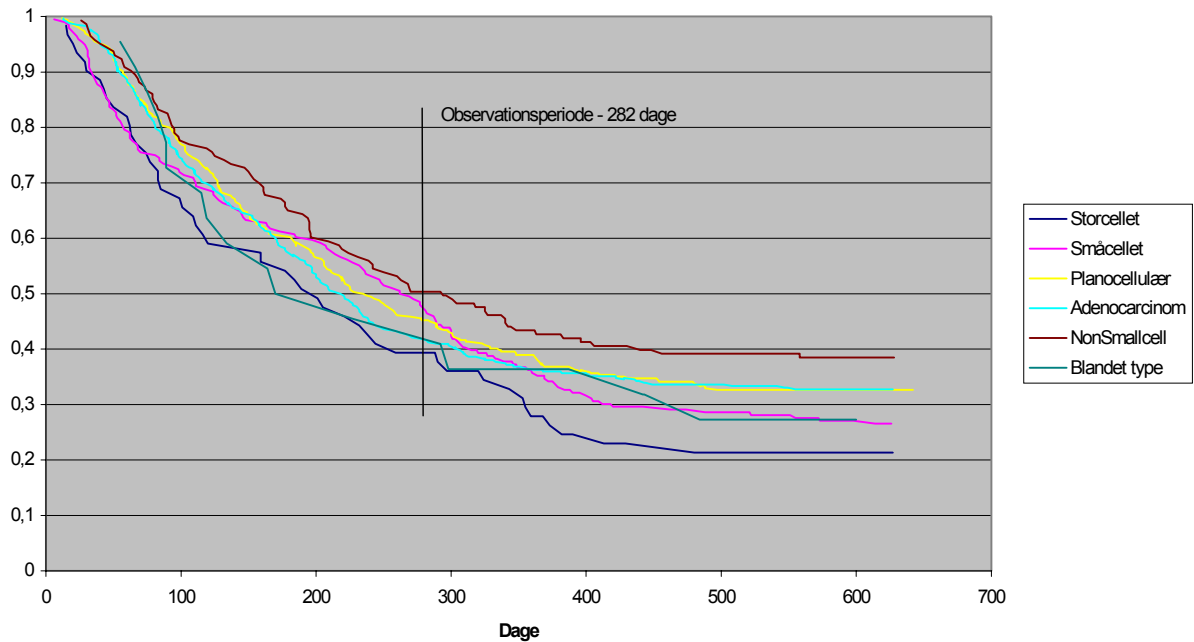


Overlevelses estimat for de indberettede patienter fordelt på stadierne I - IV

Fig. 6:

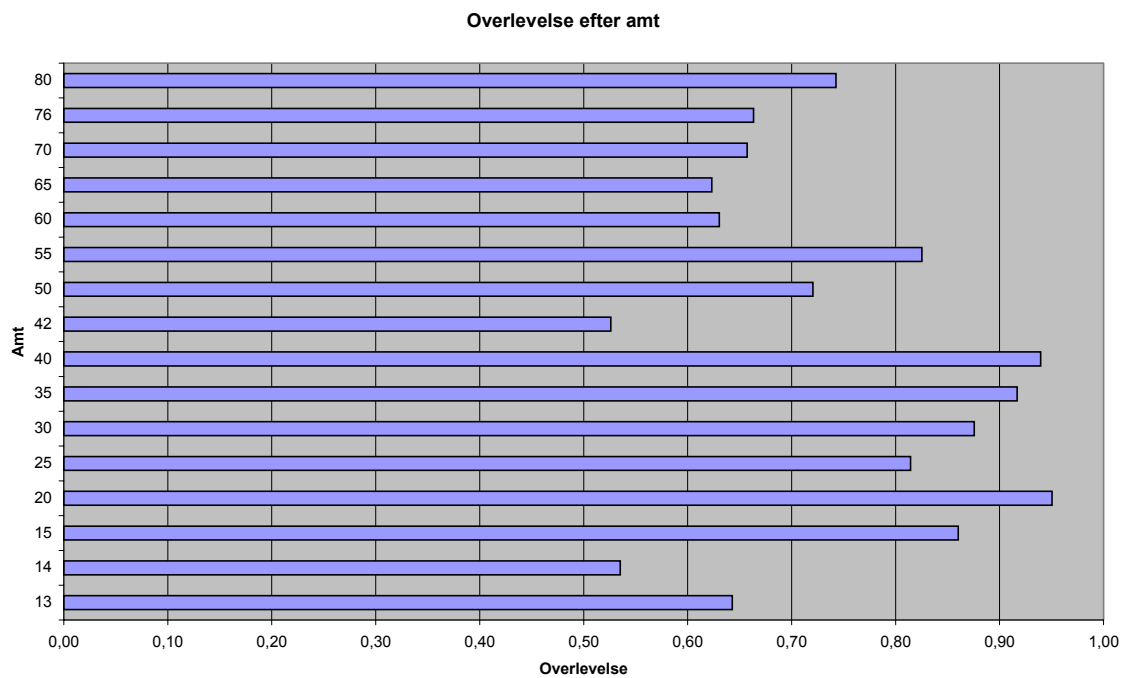


Overlevelses estimat for de indberettede patienter efter patologi-type:
Fig 7:



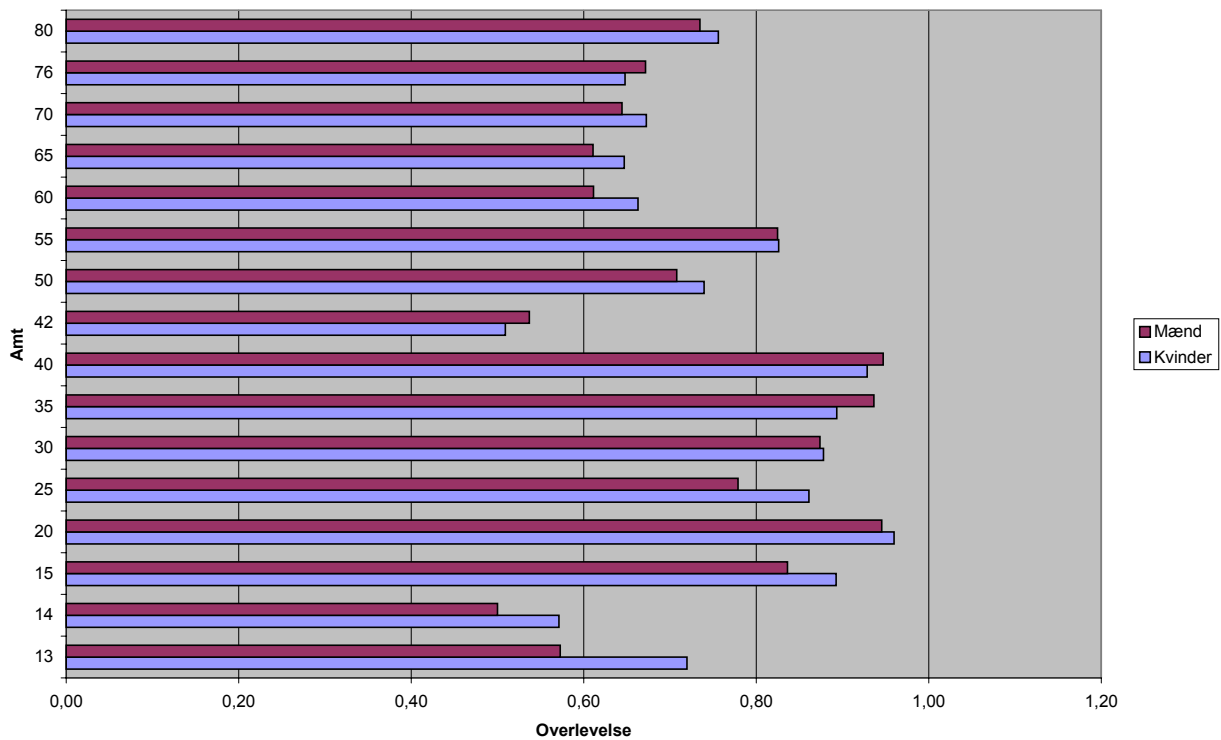
Overlevelse for optagne patienter pr. 100.000 på amtsbasis efter 282 dages observation – ustandardiseret, idet det skal bemærkes at figuren, jævnf. bemærkninger om antal optagne patienter; ikke er retvisende:

Fig. 8:



Overlevelse af optagne patienter efter køn og amt, idet det skal bemærkes at figuren, jævnf. bemærkninger om antal optagne patienter; ikke er retvisende:

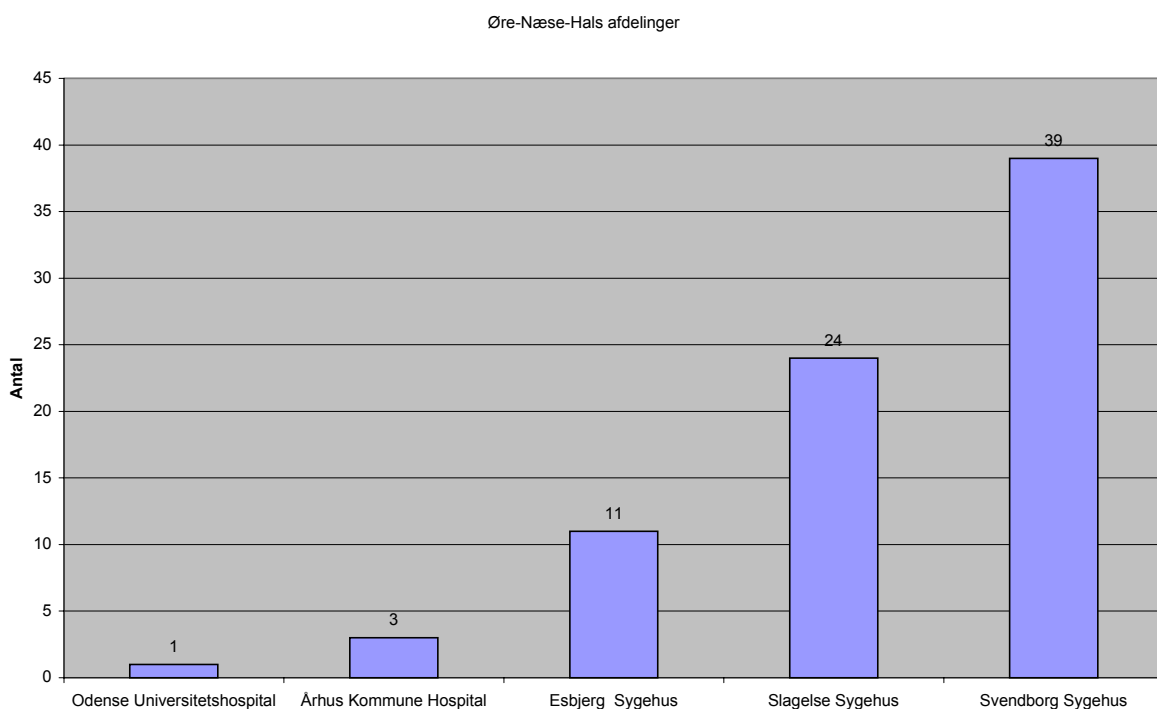
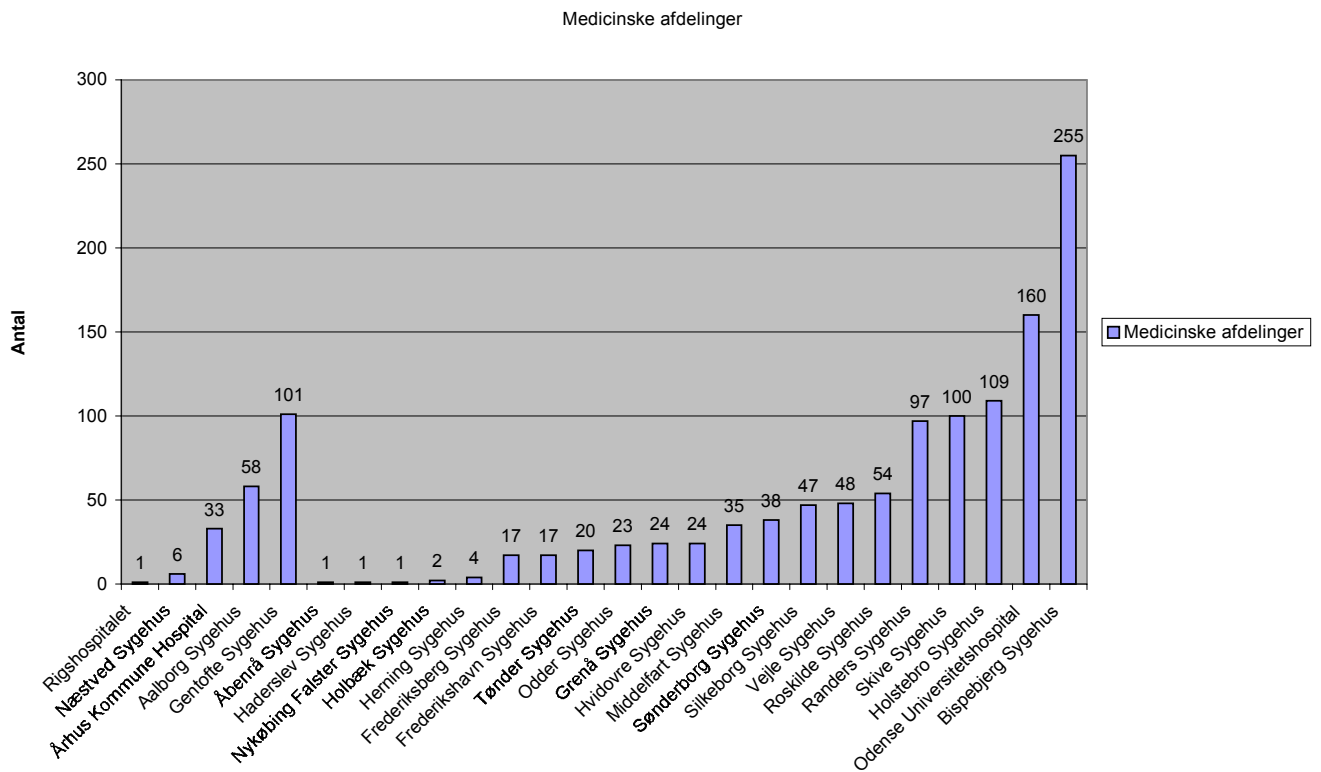
Fig 9:



Udredende afdelinger:

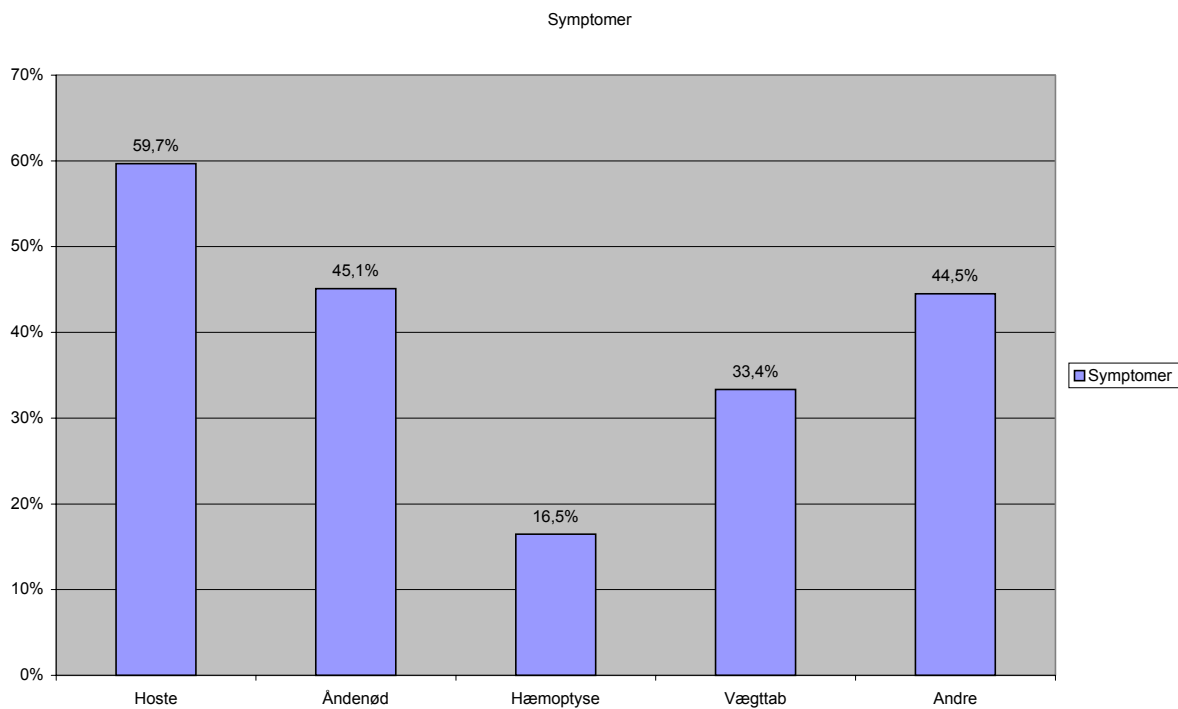
Udredningen af de indberettede lungecancer patienter foregår på 30 medicinske og 8 øre-næse-hals afdelinger. Disse afdelinger registrerer forhold omkring henvisningsmønstret og ventetider. Afdelingerne har indberettet følgende antal patienter:

Fig 10:



Patienterne henvender sig hos egen læge med følgende symptomer:

Fig. 11:



Af øvrige symptomer nævnes disse hyppigst i følgende rækkefølge: Pneumoni, neurologiske osv.

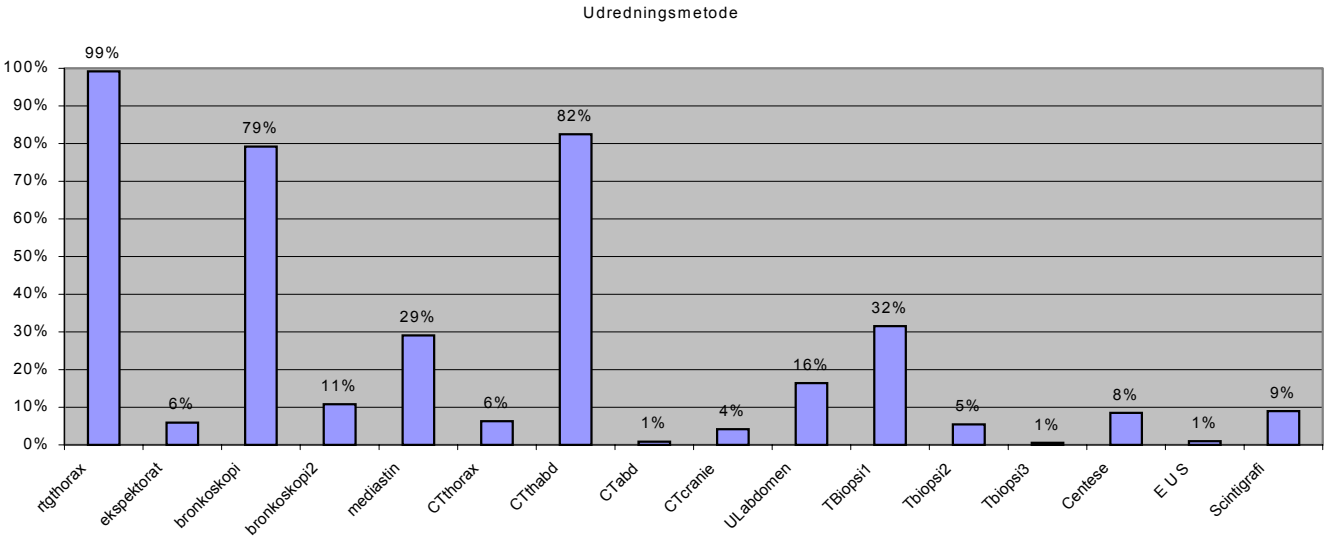
Patienterne udredes med en lang række metoder, der anvendes i forskelligt omfang, således ses følgende forskelle mellem amterne – se side 17:

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

Tabel 2

regionid	rtgthorax	ekspektorat	bronkoskopi	Bronkoskopi2	mediastin	CTthorax	CTthabd	CTabd	CTcranie
13	1,00	0,00	0,92	0,12	0,01	0,03	0,84	0,01	0,03
14	1,00	0,00	0,84	0,16	0,02	0,02	0,81	0,00	0,05
15	1,00	0,02	0,93	0,08	0,12	0,13	0,70	0,02	0,07
20	1,00	0,00	0,67	0,00	0,00	0,00	1,00	0,00	0,00
25	1,00	0,18	0,63	0,02	0,09	0,19	0,72	0,00	0,05
30	1,00	0,03	0,97	0,27	0,23	0,03	0,60	0,00	0,00
35	1,00	0,00	0,60	0,00	0,20	0,20	0,40	0,00	0,00
42	0,99	0,03	0,90	0,18	0,35	0,08	0,81	0,00	0,03
50	0,98	0,25	0,35	0,02	0,26	0,05	0,94	0,02	0,06
60	0,98	0,00	0,79	0,05	0,63	0,05	0,95	0,02	0,05
65	0,98	0,08	0,75	0,10	0,47	0,03	0,97	0,00	0,00
70	1,00	0,08	0,66	0,06	0,44	0,05	0,86	0,01	0,08
76	0,97	0,10	0,72	0,18	0,43	0,06	0,79	0,00	0,03
80	1,00	0,10	0,78	0,04	0,56	0,12	0,72	0,01	0,04
	0,99	0,06	0,79	0,11	0,29	0,06	0,82	0,01	0,04
regionid	ULabdomen	TBiopsi1	Tbiopsi2	Tbiopsi3	Centese	EU's	Scintigrafi		
13	0,15	0,36	0,08	0,01	0,09	0,00	0,00		
14	0,02	0,14	0,00	0,00	0,12	0,00	0,00		
15	0,07	0,30	0,03	0,00	0,10	0,08	0,04		
20	0,00	0,00	0,00	0,00	0,33	0,00	0,01		
25	0,21	0,30	0,00	0,00	0,09	0,00	0,00		
30	0,20	0,03	0,00	0,00	0,03	0,00	0,00		
35	0,00	0,40	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00		
42	0,16	0,15	0,05	0,00	0,10	0,00	0,19		
50	0,26	0,43	0,05	0,00	0,08	0,00	0,06		
60	0,16	0,33	0,04	0,00	0,04	0,04	0,07		
65	0,13	0,58	0,14	0,02	0,08	0,00	0,13		
70	0,27	0,42	0,06	0,01	0,10	0,00	0,25		
76	0,13	0,33	0,03	0,00	0,07	0,00	0,42		
80	0,09	0,08	0,03	0,00	0,05	0,00	0,00		
	0,16	0,32	0,05	0,01	0,08	0,01	0,09		

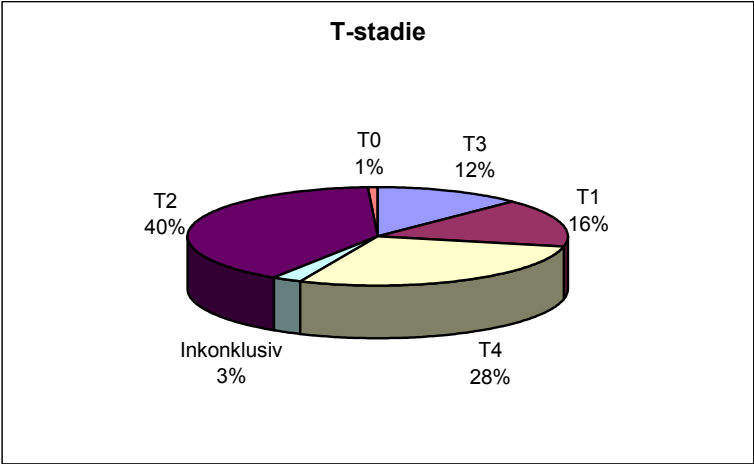
Vist grafisk for hele landet:
Fig 12:



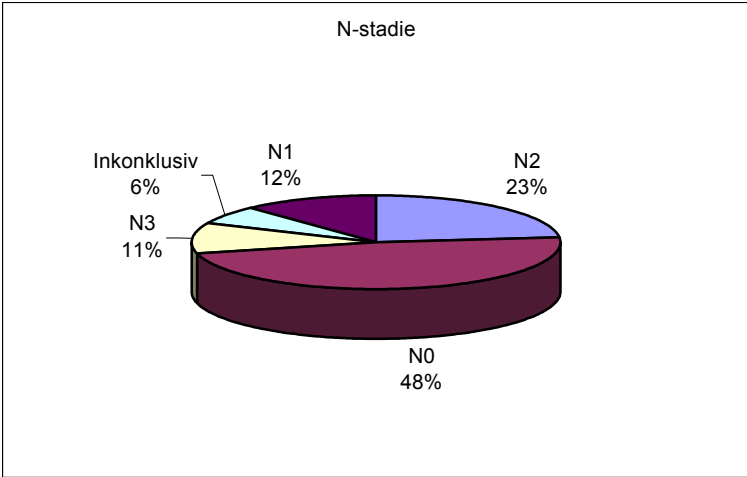
CT-scanninger giver grundlag for at vurdere den c - TNM-klassifikation. På landsplan fordeles de CT-bedømte TNM-klassifikationer i % sig således:

Fig. 13:

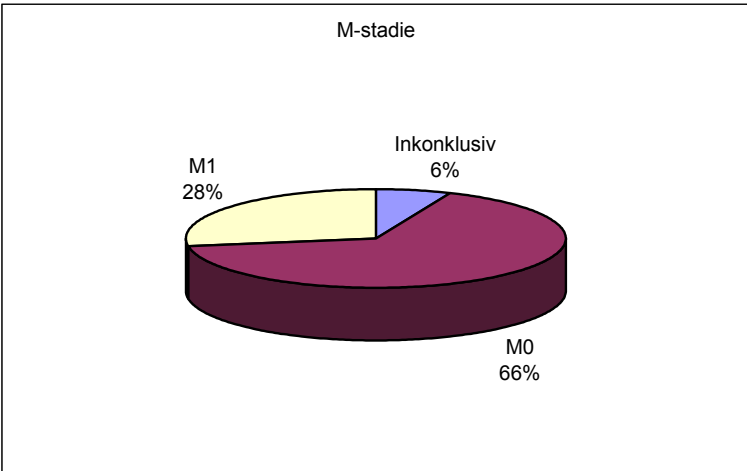
T:



N:

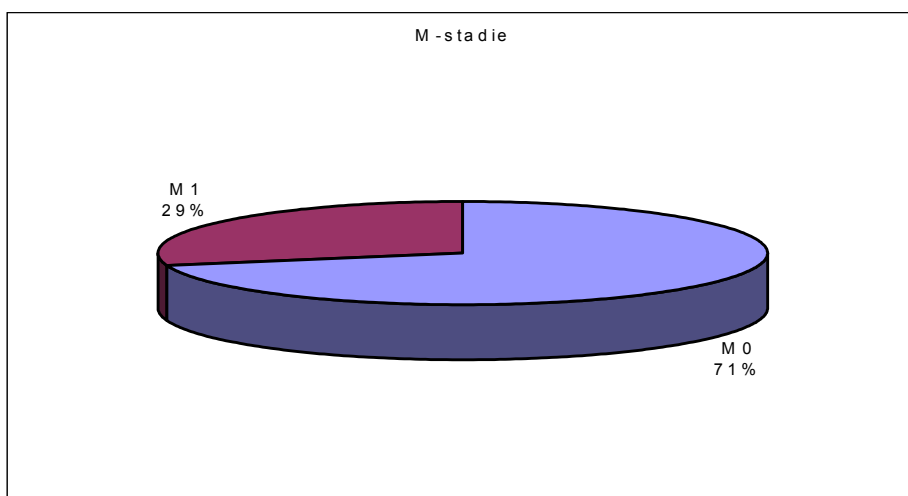
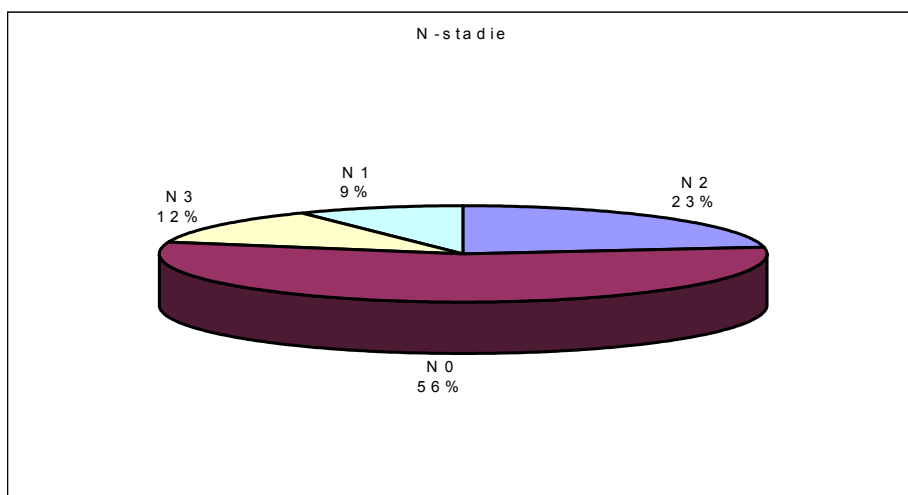
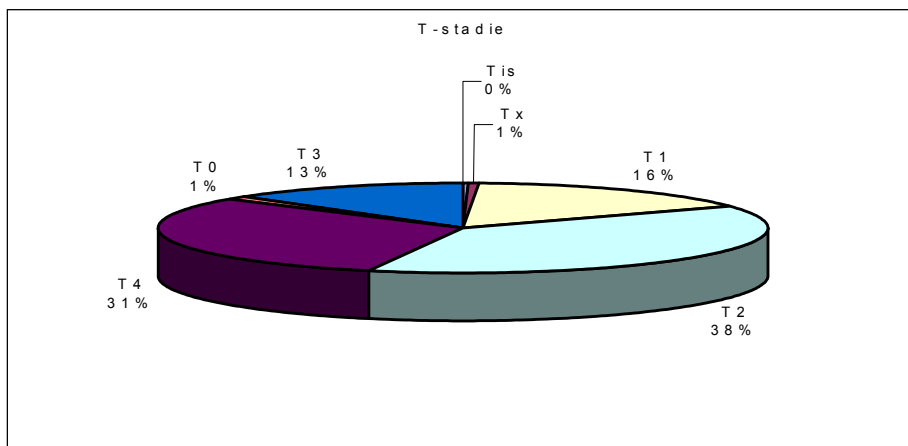


M:

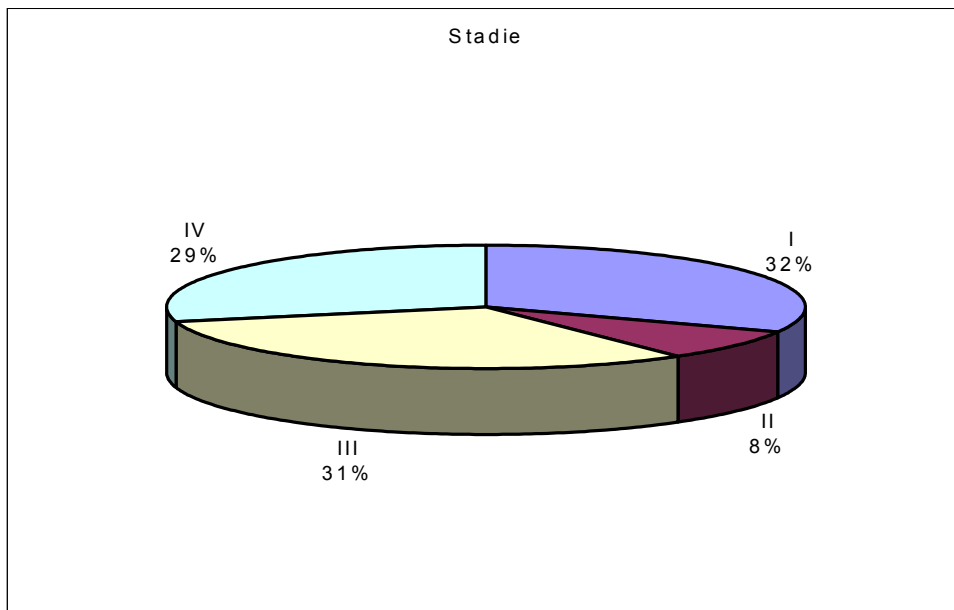


På de udredende afdelinger foretages lungefunktionstest på 90 % af patienterne. Den mediane FEV1 er 1,8 l/sek (range 0,3 - 5,0), mens den mediane FEV1 i % af forventede er 69 % (range 12 % - 120 %).

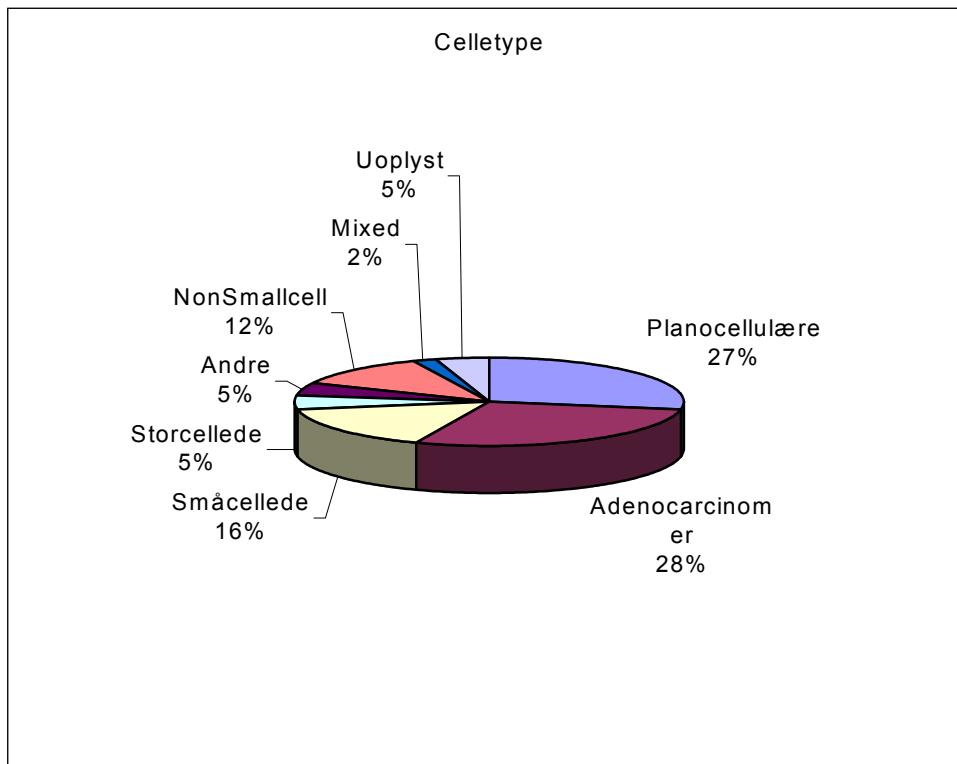
Den samlede c-TNM klassifikation efter alle undersøgelser fordeler i % på landsplan sig således: Fig 14:



Den kliniske stadietildelingen på landsplan fordeler sig i % således:
Fig. 15:



De kliniske/præoperative patologi diagnoser fordeler sig i % på landsplan således:
Fig. 16:



Det diagnostiske delay på landsplan er mediant 21 dage (range 15 - 29)

Der er totalt til registeret indberettet 1826 patienter sv.t. 44 % af de i registeret optagne. De indberettede medicinske og lungemedicinske afdelinger har gennemsnitlig indberettet 51 patienter, mediant 33 (range 1 - 255). I alt er indberettet 1276 fra disse afdelinger.

De kirurgiske og thoraxkirurgiske afdelinger har gennemsnitlig indberettet 83 patienter, mediant 75 (range 37 - 174). I alt er indberettet 579 fra disse afdelinger

Øre-næse-hals afdelingerne har gennemsnitlig indberettet 23 patienter, mediant 24 (range 1 - 39). I alt er indberettet 117 fra disse afdelinger

De onkologiske afdelinger har gennemsnitlig indberettet 102 patienter, mediant 102 (range 3 - 203). I alt er indberettet 308 fra disse afdelinger

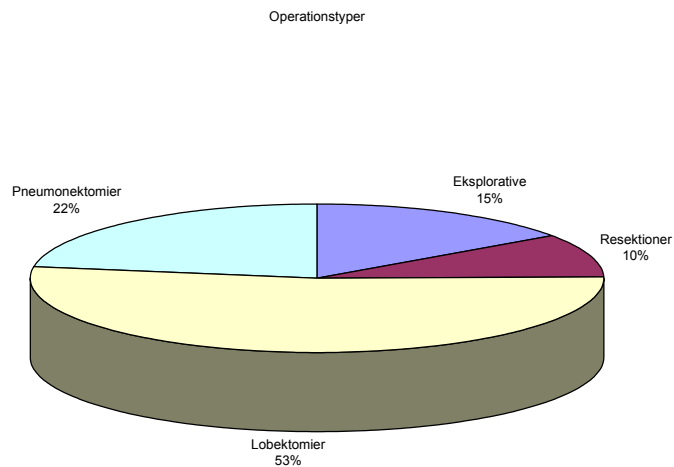
Kirurgiske afdelinger:

Den kirurgiske aktivitet udføres på i alt 7 afdelinger, 5 thoraxkirurgiske og 2 organkirurgiske.

Operationstype	
Eksplorative	83
Resektioner	52
Lobektomier	288
Pneumonektomier	122
	545

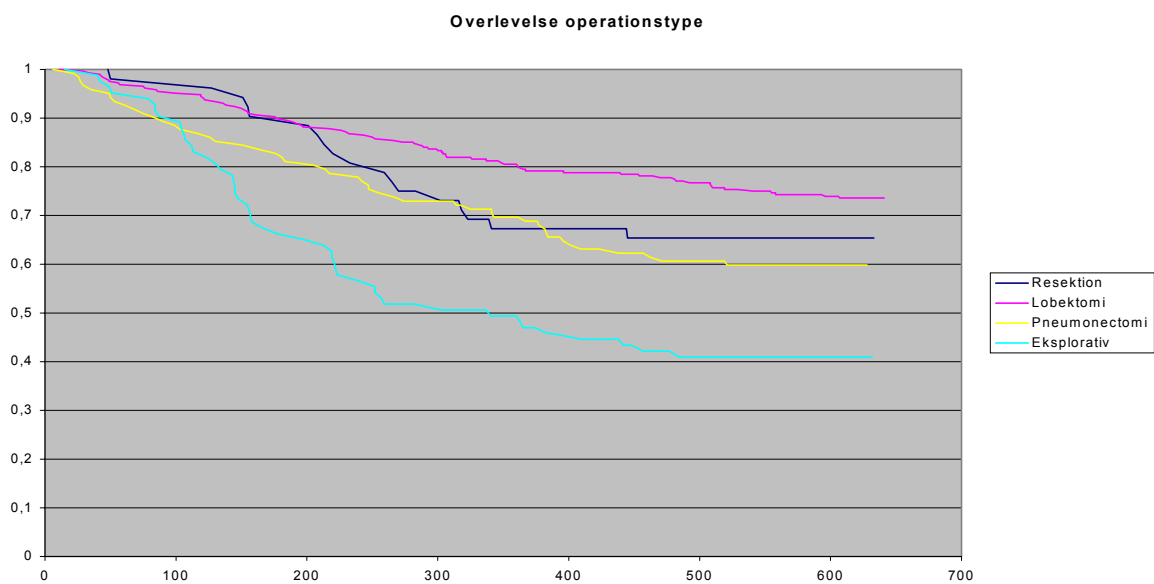
Patienterne får på landsplan i % udført følgende indgreb:

Fig. 17:

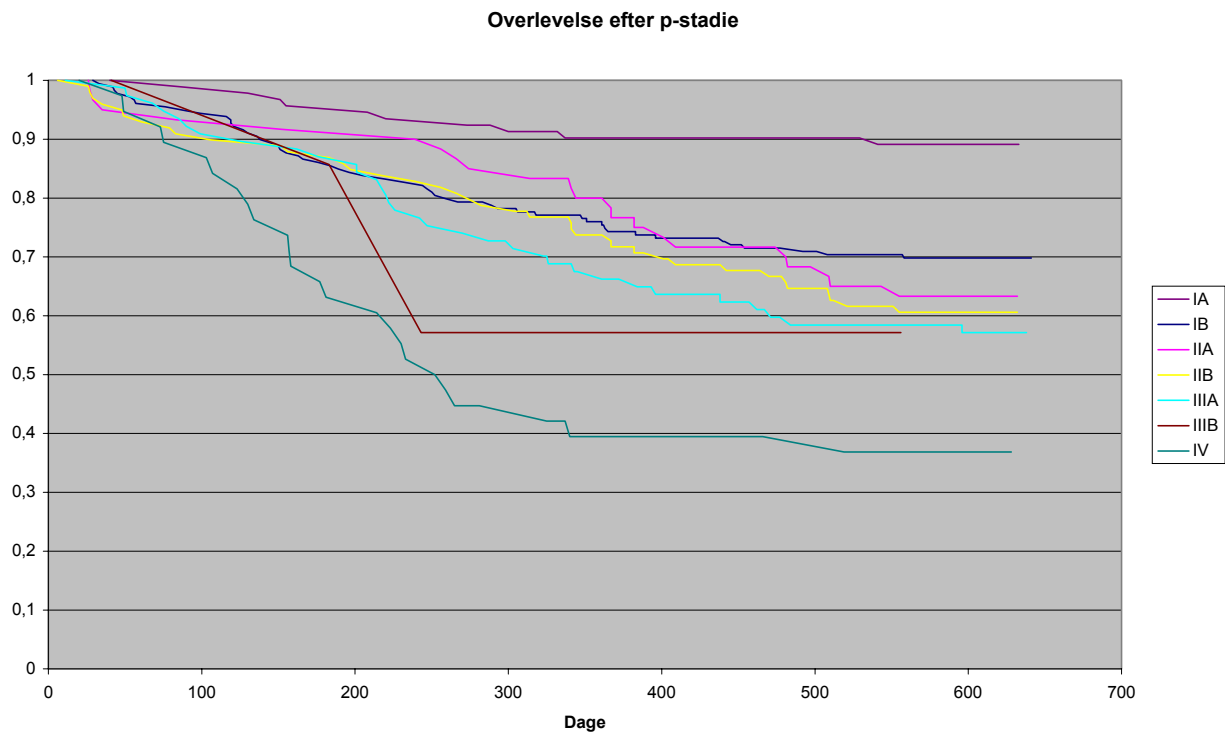


Kaplan-Meier kurver efter de enkelte operationstyper ser således ud:

Fig. 18:



På landsplan ser Kaplan-Meierkurverne for de enkelte postoperativt vurderede stadier således ud:
Fig. 19:



Supplerende resultater

Følgende karakteriserer gruppen af henviste patienter til kirurgi:

	Stadie					Alder				
	0	I	II	III	IV	<40	41-50	51-60	61-70	>71
Antal		411	63	80	34	6	21	99	180	290
%	0,84	68,96	10,57	13,42	5,70	1,01	3,52	16,61	30,20	48,66
	Risikofaktorer					Køn		Rygning		
	0	1	2	>2		%	&	ja	Eks	nej
Antal	221	149	13	2		349	247	427	118	34
%	57,40	38,70	3,38	0,51		58,56	41,44	71,64	19,80	5,70

Tabel 3.

Følgende karakteriserer gruppen af henviste patienter til onkologi:

	Stadie					Alder				
	0	I	II	III	IV	<40	41-50		61-70	>71
Antal		33	29	340	261	4	23	117	234	289
%	0,60	4,95	4,35	50,97	31,13	0,60	3,45	17,54	35,08	43,33
	Risikofaktorer					Køn		Rygning		
	0	1	2	>2		%	&	ja	Eks	nej
Antal	286	195	25	1		405	262	466	150	33
%	56,41	38,46	4,93	0,20		60,72	39,28	69,87	22,49	4,95

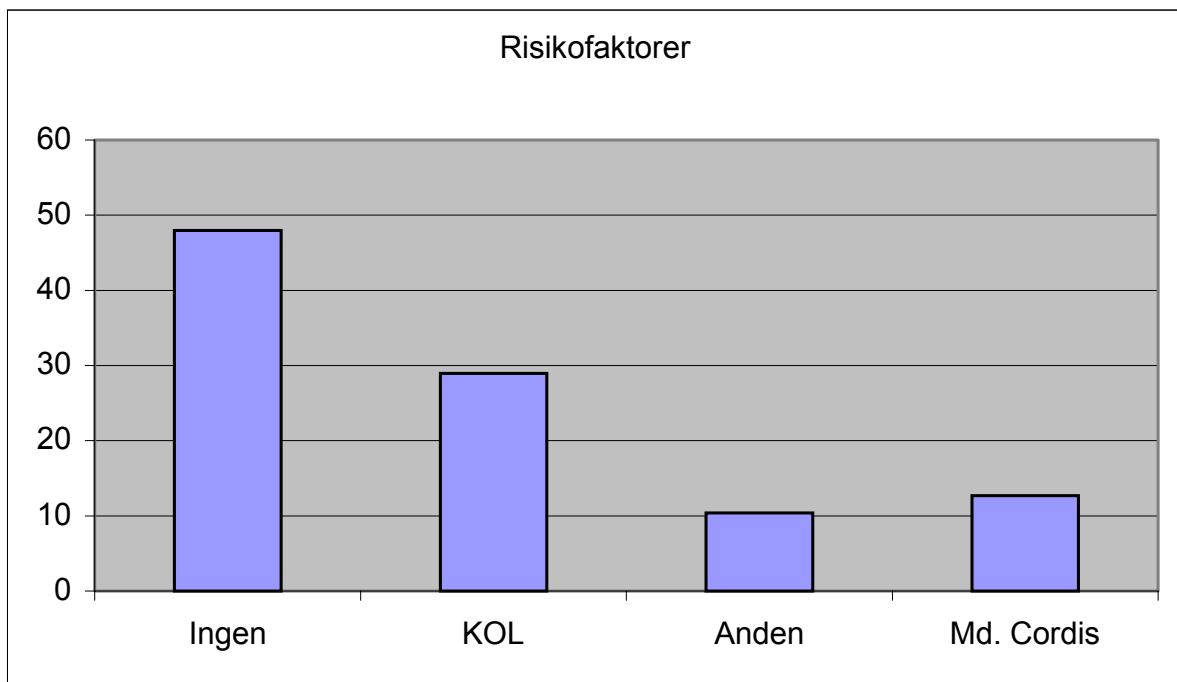
Tabel 4.

Følgende karakteriserer gruppen af ikke-henviste patienter til kirurgi eller onkologi:

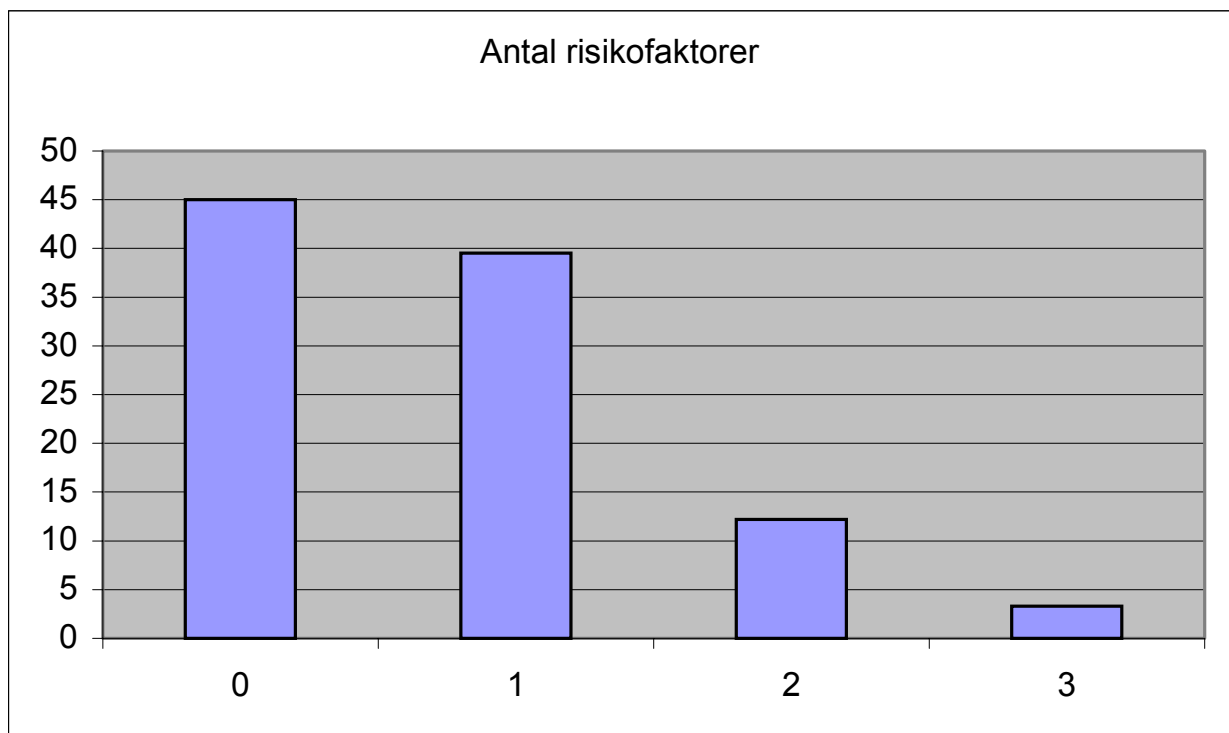
	Stadie					Alder				
	0	I	II	III	IV	<40	41-50		61-70	>71
Antal		89	26	104	149	1	4	28	84	265
%	3,66	23,30	6,81	27,23	39,01	0,26	1,05	7,33	21,99	69,37
	Risikofaktorer					Køn		Rygning		
	0	1	2	>2		%	&	ja	Eks	nej
Antal	124	97	46	13		241	141		117	33
%	31,23	53,90	11,59	3,27		63,09	36,91	12,57	30,63	8,64

Tabel 5.

Fordeling af risikofaktorer hos de indberettede patienter:
Fig. 20:

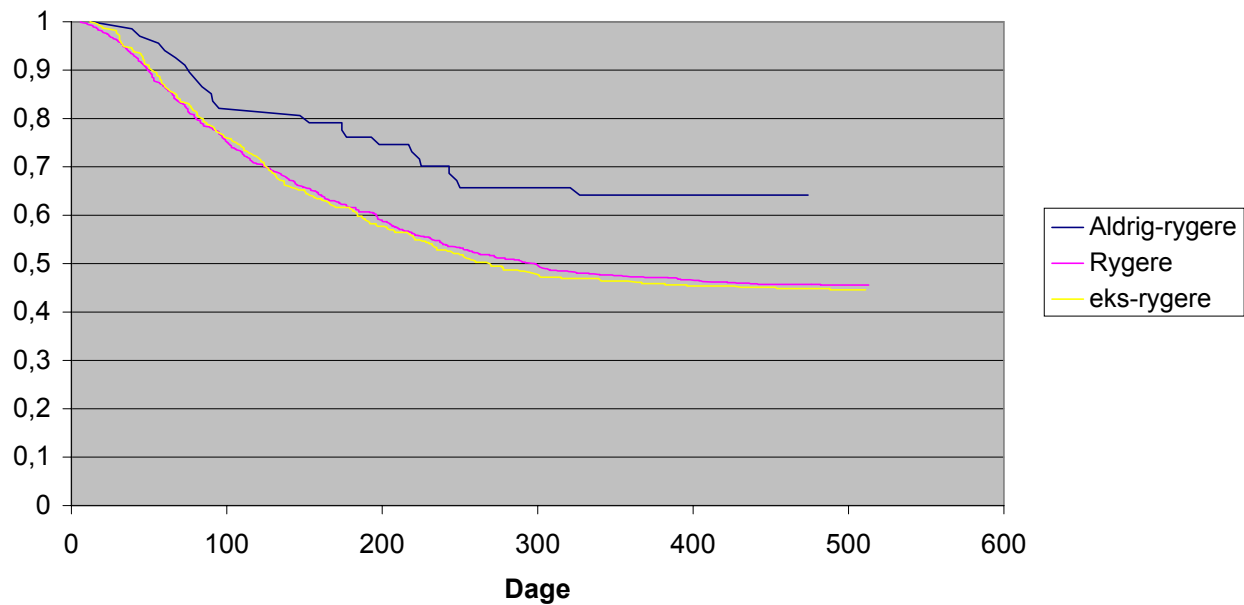


Antal risikofaktorer:
Fig. 21:



Rygning og overlevelse:
Fig. 22:

Overlevelse rygning



Referencer

- 1: Engeland A et.al: Prediction of cancer incidence in the Nordic countries up to the year 2000 and 2010, on the basis of relative survival analysis. APMIS 1995; 103 [suppl. 49].
- 2: Cancer Incidence in Denmark 1997: Sundhedsstatistikken 1997:1.(4kt.) Schultz information.
- 3: Rapport fra styregruppen, Dansk Lunge Cancer Gruppe. December 1994.
- 4: Nationale Kræftplan, februar 2000. Sundhedsstyrelsen.
- 5: Referenceprogram 2001, Lungecancer, undersøgelser og behandling. Dansk Lunge Cancer Gruppe.

Bilag A

Tilsluttede afdelinger til DLCR pr. 10.05.01

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

Bilag B

Regionkoder og DK population 2001

regionid	Amt	Antal
80	Nordjyllands amt	494.833
76	Viborg amt	233.921
70	Århus amt	640.637
65	Ringkjøbing amt	273.517
60	Vejle amt	349.186
55	Ribe amt	224.446
50	Sønderjyllands amt	253.249
42	Fyns amt	472.064
40	Bornholms amt	44.126
35	Storstrøms amt	259.691
30	Vestsjællands amt	296.875
25	Roskilde amt	233.212
20	Frederiksborg amt	368.116
15	Københavns amt	615.115
14	Frederiksberg kommune	91.076
13	Københavns kommune	499.148
	<u>Amter i alt</u>	<u>4.758.988</u>
	<u>Hele landet</u>	<u>5.349.212</u>